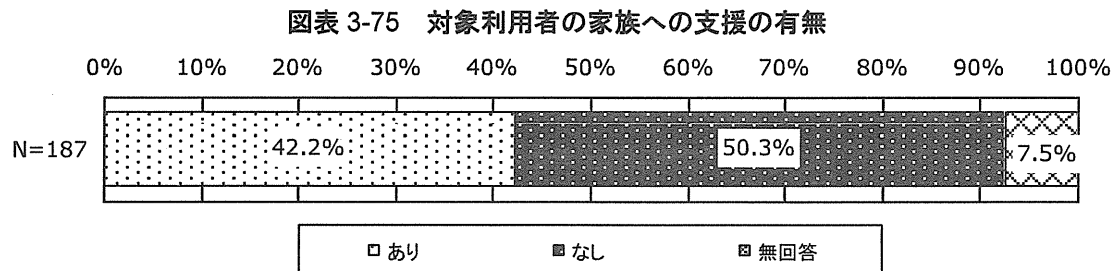


(3) 利用者の家族への支援の状況

平成 24 年 10 月 1 カ月間における利用者の家族への支援の有無についてみると、「あった」50.3%、「なかった」50.3%であった。



具体的な支援内容については以下のとおりである。なお、以下各項目内のゴシック体は、実際のデータを示す。

① 家族が感じている介護負担や困りごとに対するモニタリングとケア

訪問看護師は、家族が感じている対象者に対する介護負担や困りごと、ストレスについて、モニタリングし、それに対して様々な精神的ケアを行っていた。具体的には、家族が介護していく上での負担の訴えやストレスになっていることを丁寧に傾聴し、ねぎらいの言葉をかける、できていることを伝える、家族の話を聞く時間を設けるといった支援を行っていた。また、家族が認知症について理解できるようにわかりやすく説明し、その症状への対応法を伝えていた。

- ・興奮して大声を出したりするため、介護者の話を傾聴し、その時の対応方法や受け止め方を指導
- ・妻の介護負担について具体的に聞き、できていることに敬意を払う言葉かけをした
- ・同居している長女が、睡眠時間をとれているか、介護による疲労は出ていないかに注意し、声かけ、傾聴をした。認知症が進んでいくことを共有し、辛さを分かち合うなど話す場を作った（訪問中）。
- ・毎日、夫にもひとりでほとんど介護しているため、疲労を考え、話をした
- ・10月末の訪問の際、夜間四つばいで徘徊。洗面所に布団やゴミをまき散らしたと、夫はおこっている。すでに洗面所は夫により片付けられていたが、夫より「ワシを困らせることばかりする」との発語が聞かれたので、夫の話を傾聴し、よく頑張っておられる事で労う言葉がけを行った。
- ・娘さんの介護負担が伺え、日常生活上での大変な部分を傾聴。一生けん命介護にあたっている部分を労い、ショートステイの利用を促す。認知症の介護に対して大切なことをポイントで説明。あれもこれも全てと思ってしまうと、自分をせめてしまうため、負担の軽減を精神的な部分でサポートした
- ・病状の見通しと接し方アドバイス・妻の限界設定確認→怒らない、話を切り換える。問の施錠←徘徊対策、警察への連携。施設の状況と今後の生活について
- ・認知症、生活状況、治療状況、情報提供説明。関わり方のアドバイス

② 家族の介護負担を軽減するための社会資源の利用への支援

訪問看護師は、家族の介護負担を軽減するために、ショートステイやヘルパーなどの社会資源があることを家族に説明し、利用を提案するという支援を行っていた。

- ・ 家族に対し拒否を示す様になり内服も出来ず、ヘルパー導入についても相談助言した。
- ・ 介護負担が強い所は、訪問看護で援助できることを伝えた（入浴介助）。
- ・ 訪問看護以外、サービス入れてないため、デイサービスなどどうか、再度話をした。別居の長男夫婦は入所を考えているようだが、夫は入所は考えられず、それなら、デイサービスはどうか、話をした。他いろいろ話をした。
- ・ 今後の認知症状悪化時の方向性について（長女（キーパーソン）夫婦との同居や施設入所に関しての相談）

③ 利用者への身体的ケアについて、家族へ説明やアドバイスをする

訪問看護師は、利用者の身体面、ADL に関連するケアについて、家族へわかりやすく説明、アドバイスをしていた。支援内容としては、清潔に関するケア（排泄ケア、褥瘡を含めたスキンケア）、食事や服薬に関するケア（嚥下困難へのケア、血糖コントロール）に対するアドバイスを行っていた。また、バイタルサインの測定結果を家族に伝え、異常値が出たときの対処方法についての説明等も行っていた。

- ・ 具体的な清潔ケアのやり方。食事介助や水分のとり方等も指導している。おしりの褥瘡そうが治りにくいので、オムツ交換の頻度など話をしている。
- ・ 排泄リズム、下剤調整、その他服薬についての相談
- ・ 対象者の食事摂取状況等、家族の不安あり、食形態の工夫や、見守り等についてアドバイスした
- ・ 療養生活指導（介護指導）・経口摂取量の減少があり、対応方法について介護者へ説明を行いました。
- ・ 薬をのまないことで、訪問開始となり、のませ方や対処の仕方などその都度御相談があります
- ・ 褥瘡発生に対して夫は数日前に気付いてた様子で心配や自分に責任を感じている。（夫へフォローの説明をする）本人の食欲低下や寒さで動きが少なくなった事が要因と思われ早めに気付いて対応されているので、この位で済んでいます。食欲も水分も増えつつあるし、薬処方された処置で治していきましょう。
- ・ 低血糖症状で救急病院に搬送され、点滴を受けて回復した事があった。利用者は体調の良し悪しを口に出して言えないようなので、家族の観察が必要であり、いつもと変わった様子であれば当ステーション又はかかりつけの医療機関の連絡するよう伝える。
- ・ 血糖測定、インシュリン注射、内服、忘れあり。本人、プライド高く、家人の介入拒否されている。声かけだけでできる様に準備してあるので、やんわりと介入していただくよう説明
- ・ 利用者様が血圧が高く、安静にする必要性があった時に、夫への対処法を説明しました。本人は自覚がない為、周りからの声かけが必要と説明している。

④ 同居家族への身体的ケア

介護者である同居家族（配偶者、子ども）が高齢であったり、身体的疾患を抱えている場合もあり、訪問看護師はそのような家族に対する身体的なケアも提供していた。

- ・ 奥様も高齢。変形性膝関節症もあり、お子様もいないので奥様 1 人でご主人の介護をしている。本人が 2F の階段を上ったり転倒することも多く、注意していただくようにいつもお話ししている。
- ・ 同居の妻も脳血管性認知症を患い要介護状態である。お二人の生活が安全安楽に送れるように見守りを行っている。また少しでも“快”の感情を味わってもらえるよう。二人一緒に散歩へ連れ出したり、レクリエーションを行ったりしている。
- ・ 夫が体調を崩し、ねたりおきたりの生活をしていたので、状態観察や、生活指導をした。
- ・ 娘さんも精神的にストレスがたまると体調に影響が出てくるので、体調確認、介護状況の確認、思いを傾聴している。
- ・ 長男の体調管理（健康管理）の声かけ（ペースメーカー植込術後のため）

⑤ 同居家族の精神障害に対するケア

利用者の同居家族が精神障害（配偶者が認知症、子どもが統合失調症など）を有している場合もあり、訪問看護師はその障害や症状に対しての支援を行い、家族の介護負担を軽減するような働きかけを行っていた。

- ・ 認知症（本人より軽度）の妻と 2 人暮らしであるため、妻への訪問看護やヘルパー導入し、妻への援助も行っている。日中 2 人であるため週 1 回のデイサービスを開始した。本人は拒否的であるが、妻とヘルパーが何とか促し通所している。妻、夫ともに入浴が困難となっており（認知的に）デイサービスで入浴している。妻が家事など火器使用するため注意を促している。本人は更衣はセルフで可能であるが失禁状態であるため、妻に対し声かけをお願いしている。必要時遠方の娘へ連絡としています。
- ・ 夫へ服薬確認。精神的支援（夫の不安へのアドバイスなど）。夫、認知症あり。
- ・ 夫婦 2 人ぐらして妻も統合失調症で訪問看護対象者。服薬管理、症状面の観察、療養相談等を行っている
- ・ 本人が、混乱して娘がいらいらするとの電話あり訪問。娘は統合失調症なので、幻聴や幻覚に困っていた様子。別のステーションから訪問看護を受けているため、連絡し訪問を依頼する
- ・ 同居の息子（休職中）さんが、少しの事でパニックを起こしてしまう方なので、説明や必要性など繰り返し話している

⑥ 利用者の思いを家族へ代弁する

訪問看護師は、利用者と家族の関係性を維持するため、利用者の思いを家族に代弁し、家族が理解できるように関わっていた。

- ・うまく体の不調など訴える事ができない為、蜜に観察をしご家族にも常に伝えていった
- ・デイサービスを休んだ時の本人の状況説明。

⑦ 家族関係の調整

訪問看護師は、利用者のケアを行う家族員の家族関係を円滑にするための調整を行っていた。

- ・別居している娘から「遠方にいる兄が、本人の状態を把握していないため、自分が、休日に介護している事を認めてくれない。」との連絡あり。遠方の息子が帰宅する日に娘と共に話をする。本人と、夫の生活の状況と、パウチ交換、服薬管理、食事の準備などにサービスが必要な状態であり、その都度娘さんが関わりを持っている事、休日には娘さんが来られ、母と父の食事や入浴などに関してくれている事などを伝えると、息子も理解され、月1回は都合のつく限り、協力してくれる様になった。

⑧ ケア担当者に対する家族の相談を受ける

訪問看護師は、利用者に関わるケア担当者に対する家族の思いを聴き、相談を受けていた。

- ・本人のヘルパーのケアに対する拒否やケア方法についての相談を受ける。ヘルパーに対してかみつき等あるようだがプロなのにうまくやってほしいとの家族からの訴えある

⑨ 家族へのターミナルケア

訪問看護師は、利用者が終末期にあることをアセスメントした場合、そのことを介護者に伝え、今後どのように対応したらいいのかを家族と話し合い、ターミナルケアを提供していた。

- ・認知症におけるすい弱が進んでいるため、介護者に準備教育をしている。また近親者にも在室の看取りが一致していることを確認している
- ・認知症が徐々に進み、嚥下障害に加え摂食障害となり在宅での看取り（ターミナルケア）について訪問時、ご家族と話し合う

(4) 認知症の利用者へのケアの実施状況

最近の訪問時に実施しているケア内容について、「認知症高齢者訪問看護の質評価」*)の項目を用いて尋ねた。「コミュニケーション」63.1%が最も多く、次いで「安全・安楽の確保」56.7%、「尊厳の維持」47.1%などとなっていた。

図表 3-76 認知症の利用者へのケアの実施状況【MA】

	利用者数	割合
コミュニケーション	118人	63.1%
安全・安楽の確保	106人	56.7%
尊厳の維持	88人	47.1%
アセスメント	82人	43.9%
ケアの体制づくり	80人	42.8%
家族のもてる力の向上	74人	39.6%
認知症の理解	73人	39.0%
認知症の症状のコントロール	73人	39.0%
社会との交流の確保	69人	36.9%
フォローアップ	36人	19.3%
その他	35人	18.7%
総 数	187人	

*石垣和子, 金川克子監修, 山本則子編集(2008) 高齢者訪問看護の質指標 ベストプラクティスを目指して. 日本看護協会出版会 p.169-173 より

具体的なケア内容として書かれていたものの一部を以下に示す。

① コミュニケーション (n=118)

- ・心理状態に合わせて、本人の理解者、味方であることがわかり、快の感情が残るように。
- ・穏やかな態度で接する。
- ・対話による精神状態の安定維持
- ・外出、受診した事も忘れていた為、追求すると不安やイライラにつながる為、忘れていた事に触れないようにしている
- ・回想法を用いたコミュニケーション など

② 安全・安楽の確保 (n=106)

- ・独居のため協力員(この方の場合には友人)との連絡方法などを確認。毎朝 8:00 に安否確認の電話をしている。
- ・転倒予防・皮トラブル予防
- ・電気ポットやガス台のチェック、ストーブの灯油切れの確認をする。冷蔵庫内の食材の腐敗や消費状況をみて摂取状況を把握する。

- ・室内の環境について危険がないか確認。下肢筋力の低下防止の体操。リラクゼーションのためのマッサージ など

③ 尊厳の維持 (n=88)

- ・年長者への尊敬の意をていねいな言葉で接するよう努める。失禁などの始末もさりげなくトイレですばやく交換する。
- ・一人生活には厳しい状況であるが、本人の思いを大切にしている。かつ、安全に生活できるよう各支援者と連携をとっている。
- ・オムツチェックは自ら確認できるよう声かけから実施している。
- ・名前で声かけ、本人の気持ちを尊重した言葉掛け
- ・傾聴、本人の体調、希望に合わせたケア など

④ アセスメント (n=82)

- ・認知機能の評価、服薬状況、ADLなど
- ・意識レベルのチェック。日常生活の状況
- ・体調（血圧、血糖不安定、精神症状）、軽倒リスク、失禁等
- ・想い、行動、食、排泄、腫眼、介護者等々評価、アセスメント
- ・体調管理（認知症以外の身体的疾患）など

⑤ ケアの体制づくり (n=80)

- ・ケアマネジャーへ報告を渡す。作業所相談員と情報交換など。必要と思われるサービスを提案し、ケアマネジャーから本人、家族の意向を確認してもらいサービス利用につなげる。
- ・ケアマネジャーを中心に、訪看、ヘルパー、ディスタッフなどこまめに連携をはかる。
- ・ヘルパーさん、ディサービス、ケアマネジャーと連携し、服薬管理を行なっている。
- ・ケアマネ、サービス事業者のみでなく、親類や近所の人などに協力を得る様、娘さん息子さん話が話せる関わり など

⑥ 家族のもてる力の向上 (n=74)

- ・家族の関りを意識していただけるよう連絡ノートをつくり、情報交換
- ・家族ができること、見守れることについての相談
- ・夫が中心介護。夫がつぶれないようにショートステイ利用にこぎつけ、夫が介護が継続できるようにする
- ・介護方法で困ったこと、不安に感じていることに対し相談にのる など

⑦ 認知症の理解 (n=73)

- ・同じ事を言ったり繰り返す理由について説明
- ・家族に対して理解が深まる様に指導
- ・今後の経過についての情報提供 など

⑧ 認知症の症状のコントロール (n=73)

- ・内服管理は訪看 2 回/Wで確認。カラフルな内服BOX作成を視界に入る位置にセットし服薬状況確認する
- ・脱水、便秘、服薬状況の確認、または、ひきがねになるような精神的要因がないか、アセスメント。原因が推測でき、対応できるものには、すぐ対応
- ・定期的な受診時に担当Drとの連絡を書面で実施し、指示通り服薬できるよう管理 など

⑨ 社会との交流の確保 (n=69)

- ・外出する機会がないため、色々な人と交流が出来、刺激を受ける事が出来るようデイサービスを利用
- ・趣味活動(カラオケ大会、お食事会)の参加を促す
- ・デイサービス、ホームヘルプサービスの活用
- ・ヘルパーの付き添いで買い物や銀行に行き外出の機会を作っている。回覧をみて行きたい地域、行事があれば申し込みを一緒に行なっている など

⑩ フォローアップ (n=36)

- ・24 時間 緊急時対応体制 など

⑪ その他 (n=35)

- ・直接的ケア。オムツ交換、清拭、更衣、爪切り、手浴など。家族が出来ないので代行
- ・別居の家族(息子)への現状報告と、今後の生活に対するアプローチ など

D. 考察

1. 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

訪問看護ステーションに対する一次調査では、平成24年9月1カ月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は52.6%であり、半数以上の事業所で精神科訪問看護が実施されていた。先行研究で得られた、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施割合をみると、平成18年度35.3%、平成19年度41.0%、平成20年度47.7%、平成21年度49.4%、平成22年度53.9%、平成23年度59.4%であり、過半数で推移していることがわかった。平成24年度で、「精神疾患が主傷病である利用者がある」と答えた事業所が52.6%に減少した理由として、同年新設の「精神科訪問看護基本療養費」の届出をせず一般の訪問看護基本療養費で精神科訪問看護を実施していると回答した事業所が、本設問で利用者がいないと答えた群の中に71事業所あったことから、制度を適応していないためにいないと回答した可能性が考えられた。これらの事業所を合わせると、58.9%の事業所で精神疾患を主傷病した訪問を実施していることとなる。

精神科訪問看護実施事業所における当該利用者数は、1事業所あたり平均14.3人であり、これは先行調査（22年調査10.4人、23年調査12.0人）に比べ増加していた。また、精神科訪問看護経験がある職員がいると答えた事業所は、精神科訪問看護実施事業所で48.3%、非実施事業所では26.5%であり、5年以上の経験がある職員の有無では、実施事業所51.2%、非実施事業所7.7%と、実施事業所では経験者が多くなっていた。以上から、精神科訪問看護の経験を積んだ事業所においては、普及が進んでいることが考えられた。しかしながら、精神科臨床経験者のいない事業所においては、経験者のいる事業所に比べ、申請率、精神訪問看護の実施率も、統計的に有意に低くなっており、精神科臨床経験者の有無が、精神科訪問看護の実施や申請率に関連している可能性が考えられた。

2. 精神科訪問看護基本療養費の届け出について

平成24年度診療報酬改定において新設された精神科訪問看護基本療養費の届け出状況では、全事業所の34.0%が届け出をし、うち、精神科訪問看護実施事業所では過半数、非実施事業所では約1割の事業所が届け出をしていた。届け出をしなかった事業所では、そのうち35.2%は精神科訪問看護の依頼がない、31.4%が一般の訪問看護基本療養費の中で精神科訪問看護を実施している、24.2%は精神科訪問看護をしない方針、との回答であった。その一方で、136件（18.4%）の対象施設は「申請希望はあったが、要件を満たさないと考えたため」申請していなかった。

申請している事業所は、常勤看護職員数、総看護職員数、利用者数ともに多く、精神科臨床経験者のいる割合やその人数が多かった。また、研修等への参加者がいる割合、その人数も多かった。申請している事業所は、比較的大規模で、精神科臨床経験者とくに5年以上の経験者がいる事業所が多い特徴が伺えた。また積極的に研修等に参加していた。一方、未申請の事業所でも、精神科臨床経験者が3割程度おり、また研修参加者のいる割合も39.7%であり、今年度は何らかの理由によって申請できなかった事業所が一定数あることが伺える。

3. 認知症を主傷病とした訪問看護の実態と対象者の特徴

「認知症のケアを主とするケース」では、ADL-Cogによる日常生活像は、ほとんどすべてに介護が必要な4が多く、認知機能（BPS-Cog）では見守りがあれば日常生活が可能とされるIが約半

数であった。家族に対しておこなうケアを尋ねる自由記載には、介護負担や困りごとへの直接的な支援、社会資源活用のための支援、利用者の身体的ケアについて家族への説明、同居家族への身体的ケア、同居家族の精神障害に対するケア、家族関係の調整等、数多く報告され、介護する家族への支援ニーズの把握も必要であると考えられた。

また、対象への支援内容を詳細に調査したところ、提供されたケア内容では、「コミュニケーション」に関する支援が63.1%で最も多く、次いで、「安全・安楽の確保」(56.7%)、「尊厳の維持」(47.1%)等であった。積極的なコミュニケーションをもち、刺激をする、本人の話を聞く、回想法を用いるなどで、認知症の進行を防ぐ取り組みを行い、また、居宅内を整備し外傷や身体疾患の発症・増悪を予防していると考えられた。関わり方では、尊厳を維持するために、対象の希望や状態に合わせる、プライドを大事にする、名前と呼ぶなど、配慮がなされていた。今後さらに内容を分析し、プロセスとアウトカムの評価を行っていくことが求められる。

4. 精神科訪問看護における家族支援

統合失調症のケースへの家族支援では、「利用者に対する具体的支援方法についてのアドバイス」「利用者と家族の関係性維持・向上の支援」「利用者以外の精神障害を持つ同居家族に対するケア」「家族の身体面を含めた包括的ケア」「対象者への介護を行う家族へのエンパワメント」「支援対象者の社会資源利用への支援」等が実施されていた。家族へ知識を提供し、精神的な支援も実施していることから、家族を支援することが、間接的に利用者を支援することにもつながると考えられ、家族を対象とした支援についても、今後、精神科訪問看護の評価に加える必要性が示された。

5. 患家以外への訪問の必要性

患家以外への訪問の実施状況を尋ねたところ、自身で病状等を伝えられない患者への「同行受診」、「外出を要する生活支援」、「リハビリテーションとしての外出」、「生活の場の移行支援」「就労の移行支援」等で、患家以外への訪問を実施しており、患家以外の多様な場への患者との同行の必要性が報告された。また、ケースをとりまく関係機関との連携や、近隣住民への対応、家族支援のためなどで、対象者以外の周辺への支援をしていた。現在、診療報酬上患家以外への訪問は算定できないが、利用者の状態維持および回復のために、患家以外への訪問ニーズはあると考えられ、今後、入院期間の短縮と地域でのリハビリテーションが進められることで、さらにこのニーズは増えることが予測され、詳細な現状把握をするとともに、算定要件の緩和等、整備が必要と考えられた。

E. 結論

精神科訪問看護悉皆調査を実施したところ、訪問看護ステーションにおいて精神科疾患対象の訪問を実施した事業所は、全事業所の5割強であった。

本年度は認知症利用者への具体的な支援内容、および患家以外への訪問の実態を把握したところ、多様な支援形態があることが明らかとなった。患家以外への訪問の実態があることや、今年度新設の「精神科訪問看護基本療養費」の届けを申請希望はあるが何らかの事情で出さなかった事業所の詳細についてなど、今後、精神科訪問看護の普及をはかるために検討すべきと考えられ

た。

精神科訪問看護実施事業所においては、経験豊富な看護師が多く、当該利用者も年々増加しており、経験を積んだ事業所では普及が進んでいることがうかがえた一方で、規模の小さい事業所や、精神科臨床経験者がいない事業所では、普及が進みにくくなっている現状がうかがえた。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

特になし

2. 学会発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得

特になし

2. 実用新案登録

特になし

3. その他

特になし

文献

*1 財団法人日本訪問看護振興財団(2012), 地域包括ケアの推進に寄与する訪問看護ステーションの在り方検討事業報告書. 平成 23 年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業.

研究分担報告

研究分担者：平川博之

ひらかわクリニック

平成24年度厚生労働科学研究

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」

分担研究「地域精神医療を担う診療所からの医療政策提言のための調査研究」

分担研究班	班長	平川	博之	(ひらかわクリニック)
	班員	新居	昭紀	(ぴあクリニック)
	班員	稲垣	中	(公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター)
	班員	大塚	寛之	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	班員	堤	俊仁	(つつみクリニック)
	班員	西村	由紀	(特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
	班員	羽藤	邦利	(代々木の森診療所)

研究要旨

精神科通院患者の受療行動や入院ケースが発生したときの対応状況を把握し、地域の精神科医療における診療所の担っている役割と、十分に対応できていない課題を明らかにすることを目的とした。また、課題の解決のためにどのようなことが必要か検討を試みた。

本研究では、全国の精神科診療所から33～36ヶ所の協力を得て、以下の4つの調査を行った。

1. 新規受診患者のコホート調査：1か月間に新規受診した患者について、受診先診療所を選ぶ決め手、問い合わせから受診までの日数、診断や症状の程度を調査し、通院継続・転院・中断等の動態を1年に渡って追跡した。

初診患者の2/3が、初めての精神科受診。受診予約の待機期間の中央値は5日で、当日に1/3が受診し、全体の86%が二週間以内に予約していた。診療所の予約が取りにくいと言われているが、予約が1～2ヶ月先ということは稀であることが示された。この点については、診療所の少ない地域や、専門性の高い医師などで紹介を多く受ける診療所は予約が取りにくいいため、そのような印象を与えていると考えられる。

また、一診療所あたり、1ヶ月に約28人の新患があった。90日以上通院継続したのは43%、一年後に通院中の患者は29%であった。40%は通院中断と見なされた。他医療機関から紹介されてきた場合、精神科医個人の魅力や、カウンセリングを求めて受診した場合には、通院継続率が高い傾向が見られた。そのため、精神科の通院中断を減らすためには、医療機関から紹介すること、診療所にカウンセリングを併設することが有効かもしれない。そして、通院先を立地で選ぶのではなく、患者と相性のあう医師を選べるようにすることが重要であるといえる。

新規受診となった気分障害および不安障害患者の治療継続率は治療開始から1ヶ月経過時点で63.1%、3ヶ月経過時点で49.7%、6ヶ月経過時点で42.1%、1年経過時点で37.9%であることが示された。これらの値はNCQA、CaIPERSの実施した調査結果と概ね等しい値であった。このことから、日本の精神科診療所の診療の質が海外と比較して決して劣っていないものと考えられる。

2. 診療所通院患者の入院調査：半年間で、通院患者の入院に至ったケース全数について、疾患分類、入院の原因、入院先の選定方法、入院までの期間、入院まで時間がかかった理由を調査した。一診療所あたり、半年で6人の入院があり、そのうち72%が、精神症状悪化または自殺企図等による入院であった。入院先は、クリニックが日頃の連携を頼って探すことが多いが、すぐに見つからないことがあり、入院が必要になってから入院まで平均4日以上かかっていた。そして、病床のない診療所では、個人的な連携病院を頼って入院先を探すため、入院先が見つからずに苦勞することがある実態が見え

た。今後、精神障害者の地域生活移行が進めば、病状悪化時の緊急入院の需要はますます増える。入院先を探す相談窓口や、病診連携を促す仕組みが必要と思われる。

3. 精神科診療所通院患者の受診行動調査：1 か月間に受診した患者の郵便番号、年齢、診断名を調査し、患者の居住地から受診した診療所までの距離を比較した。精神科診療所では、53.82%の患者が 5km 未満から受診し、46.18%が 5km 以上から受診していた。60km 以上の遠方から受診している患者も 1.74%見られた。診療所の立地による大きな違いは見られなかった。高齢者は他の年代に比べて受診距離が短い傾向が見られた。疾患別では、F0 器質性精神障害と F1 精神作用物質による精神障害（アルコールや薬物等）については受診距離が短く、F6 人格障害については突出して受診距離が長いことがわかった。しかし、企業との連携、訪問診療、アディクションや性同一性障害の治療、児童のデイケア、カウンセリングなどを行っている特色のある診療所においては、遠方から受診する患者が多い傾向が見られた。

精神科診療所においては、近隣からの受診を受ける役割、多少遠方の患者を受ける役割、特殊なサービスや専門治療を提供し広い地域のニーズに応える役割の3つがあることがわかった。

4. 先進的取組を行っている診療所調査：重度精神障害者の多職種チーム支援、往診や訪問看護、アルコール依存治療、高齢者・認知症の支援といった先進的な取り組みを行っている診療所の活動内容と地域性を調査した。それぞれの地域のニーズに応えた支援や専門的な治療を行っている診療所の実態が見えた。精神科診療所が、広く浅いプライマリーケアだけではなく、専門的に診療を行う場にもなっていると考えられる。

はじめに

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、精神科医療の提供体制も、入院医療を中心とする体制から、障害者本人の意向に応じて地域生活を支える機能を中心とする体制への再編を図る必要がある。さらに、近年、精神科外来患者数が大きく増加し、精神科診療所は都市部を中心に平成8年から平成17年までの間で、ほぼ2倍に増加した。地域精神医療において精神科診療所の果たす役割が急速に大きくなっている。しかし、これまでのところ、地域における精神科医療の連携は不十分で、患者や地域のニーズに的確に対応できていない。

平成21年9月にとりまとめられた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書（以下「報告書」と略す）において、地域精神医療提供体制の再編・強化の必要性が指摘され、医療計画に精神医療を加えること、加える場合の具体的なあり方について検討すべきと報告された。

この報告を受けて、平成21年度の特別研究「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する予備的研究（河原班）」（主任研究者：河原和夫教授）が立ち上げられ、地域精神医療体制について、医療機能・連携のあり方・評価指標について検討され例示がなされた。その成果を踏まえ、今年度、「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究班（安西班）」が立ち上げられた。その目標は、河原班が例示した「医療機能・連携のあり方・評価指標」の具体的な運用にある。安西班は6つの分担研究班で構成された。その中のひとつが、本分担研究である。本分担研究班は、地域精神医療を担う診療所の視点から医療政策の提言を行うことを目的にしている。

本分担研究班は、精神科診療所に通院する患者の動向を調査することによって、現状で担っている役割を明らかにするとともに、担うべきだが担えていないことや、精神科診療所に通院する患者が安定して生活するために必要なことを明らかにする。さらに、精神科外来・在宅医療の先進的な実践例を調査分析する。

それらの調査結果を踏まえ、今後、精神科診療所が目指すべき方向、そのために必要な施策を明らかにして行きたい。なお、地域ニーズは、疾患の種類、病期によって大きく異なるので、調査研究は、そのことに留意していく必要がある。

本分担研究班の報告の構成としては、以下の5つのテーマから成り立っている。

研究Ⅰ-1 新規受診患者のコホート調査

研究Ⅰ-2 わが国の精神科診療所で初回治療を受ける気分障害・不安障害患者の治療継続率に関する調査

研究Ⅱ 診療所通院患者の入院調査

研究Ⅲ 精神科診療所通院患者の受診行動調査

研究Ⅳ 先進的取組を行っている診療所調査

研究Ⅰ-1 新規受診患者のコホート調査

A. 研究目的

精神科診療所受診患者が何を決め手に受診するのか、問い合わせから受診までの日数、通院継続・転院等の動態などから、精神科診療所の役割を明らかにする。

B. 研究方法

概ね各都道府県から1カ所以上の診療所を抽出し、総数47カ所の診療所を対象としてアンケート調査を実施した。調査対象診療所はいずれも日本精神神経科診療所協会に属する診療所である。調査内容は、まず調査対象の診療所の人的体制などの基礎調査を行った上で、平成23年2月に、その診療所を初診した患者について、その後1年間の追跡調査を行った。

実施した調査は次の5種類である。それぞれの調査の調査票は報告書の巻末に掲載した。

① 診療所基礎調査（調査票Ⅰ）

診療所の職員体制、提供している精神保健医療福祉サービス、診療の対象としている疾患名、受診患者数等の調査。

② 初診を希望する患者からの問い合わせに関する調査（調査票Ⅱ）

平成23年2月7日～平成23年3月6日までの問い合わせに関する調査。

③ 初診患者に関する調査（調査票Ⅲ）

平成23年2月7日～平成23年3月6日の間に新規受診となった患者について、診断名、発病・増悪時から受診するまでの期間、日常生活の状況、受診までのルート等の調査。

④ 初診から6カ月後の受診状況についての調査（調査票Ⅳ+2軸調査+アセスメント表）

この間の通院状況、病状等の調査。

⑤ 初診から12カ月後の受診状況についての調査（調査票Ⅴ+2軸調査+アセスメント表）

この間の通院状況、病状等の調査。

調査票は全て平成23年1月に送付し、調査票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲは平成23年3月、調査票Ⅳは平成23年8

月、調査票Vは平成24年3月に回収した。

また、(社)日本精神神経科診療所協会の協力を得て、同協会が平成22年11月に会員(1558名)を対象に実施した「会員基礎調査(回答数628名、回答率40.3%)」のデータを基に、分析と検討を行った。

尚、調査の実施に際しての倫理的配慮としては、個人を特定できる情報を収集しないこと、情報の取り扱い方を規定すること、結果の示し方については個人が特定される可能性のある情報は除外することなどに留意し、調査診療所には調査を行っている旨の啓示を行ってもらった。また、実施方法に倫理的な問題がないかを、2011年2月4日、特定非営利活動法人メンタルケア協議会の設置する倫理審査委員会に諮り、承認を得た。

C. 結果

1) 調査票の回答数

調査票を配布した47ヶ所の診療所のうち、36件からの回答があり、回収率は76.6%であった。それぞれの調査票の返答数は表1を参照。

表1 調査票全返信数

	診療所基礎調査	初診問合せ調査	コホート調査(初診)	コホート調査(半年後)	コホート調査(一年後)
回答診療所数	36	36	36	25	25
回答患者数	-	1196	1002	737 (通院中261)	261 (通院中209)

2) 調査票I(施設調査)の結果

各診療所の職員数と職種の内訳は表2に示す。その他の職種として、ヘルパー、薬剤師、保育、ST、看護補助、臨床検査技師等が挙げられていた。

デイケアの有無によって、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、心理技術者の配置数に優位な差があった。特に常勤者数に大きな差がみられた。

表2 調査票I 職種と職員数(一診療所あたりの平均) 単位:人

職種	全体(36)		デイケア有(17)		デイケア無(19)		常勤におけるデイケア有無の有意差	非常勤におけるデイケア有無の有意差
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤		
医師	1.14	0.51	1.24	0.72	1.05	0.33		
看護師	1.64	0.63	2.24	0.9	1.11	0.39	**	*
作業療法士	0.22	0.05	0.47	0.06	0	0.05	**	
精神保健福祉士	1.27	0.11	2.29	0.24	0.37	0.01	***	*
心理技術者	0.69	0.94	1.41	1.59	0.05	0.36	***	***
事務職	2.09	0.94	2.41	1.11	1.81	0.79		
その他	0.47	0.24	0.41	0.46	0.52	0.05		*
合計	7.52	3.42	4.06	1.89	3.38	1.54		

*** p<0.001, ** p<0.05, * p<0.1

診療所で行われた診療報酬内のサービスの内訳と合計該当数は表3に示す。

表5. 受診した患者の主病名の内訳

病名	該当数
F0:器質性精神障害 合計数	1513
平均	42.03
SD	47.86
MIN	0
MAX	172
F1:アルコール・薬物の使用による精神・行動の障害	231
平均	6.42
SD	7.49
MIN	0
MAX	36
F2:統合失調症型障害	5899
平均	163.86
SD	119.20
MIN	0
MAX	538
F3:気分[感情]障害	13632
平均	378.67
SD	253.73
MIN	0
MAX	1228
F4:神経症性障害	7526
平均	209.06
SD	117.31
MIN	0
MAX	580
F5:生理・身体的要因に関連した行動症候群	645
平均	17.92
SD	29.55
MIN	0
MAX	160
F6:成人の人格・行動の障害	436
平均	12.11
SD	24.51
MIN	0
MAX	106
F7:精神遅滞	199
平均	5.53
SD	7.10
MIN	0
MAX	25
F8:心理的発達の障害	288
平均	8.00
SD	15.63
MIN	0
MAX	71
F9:小児・青年期の情緒・行動の障害	92
平均	2.56
SD	4.46
MIN	0
MAX	17
G40:てんかん	469
平均	13.03
SD	17.44
MIN	0
MAX	87
その他	653
平均	18.14
SD	54.75
MIN	0
MAX	300

表3. 調査票I 診療所でのサービス（診療報酬内）

診療報酬内サービス	該当診療所数	(%)
デイケア・ナイトケア・ショートケアのいずれか	17	25.8%
デイケア	15	
ナイトケア	6	
デイナイトケア	6	
ショートケア	7	
集団精神療法	1	1.5%
認知療法・認知行動療法	0	0.0%
往診	13	19.7%
訪問診療	9	13.6%
訪問看護	13	19.7%
精神保健福祉士等による支援	13	19.7%
合計	66	100.0%

平成 23 年 1 月の 1 カ月に受診した患者数（レセプト数）の一診療所あたり平均は 874.3 名であった。デイケア・ナイトケア・ショートケア等を持つ診療所（17）と持たない診療所（19）に分けてみると、平均はデイケア有の方が 209 少なく、中央値は 341 多かったが、最小値及び最大値はデイケア無の方が大きい値となった。

表4. 調査票I 受診した患者の総数（レセプト数）

	デイケア有	デイケア無	デイケア有無の有意差	合計
診療所数	17	19		36
平均	775.8	984.1	*	1759.9
中央値	1049	708		894.0
SD	324.0	296.3		322.9
MIN	401	248		248
MAX	1607	1361		1607

*P<0.1 t 検定

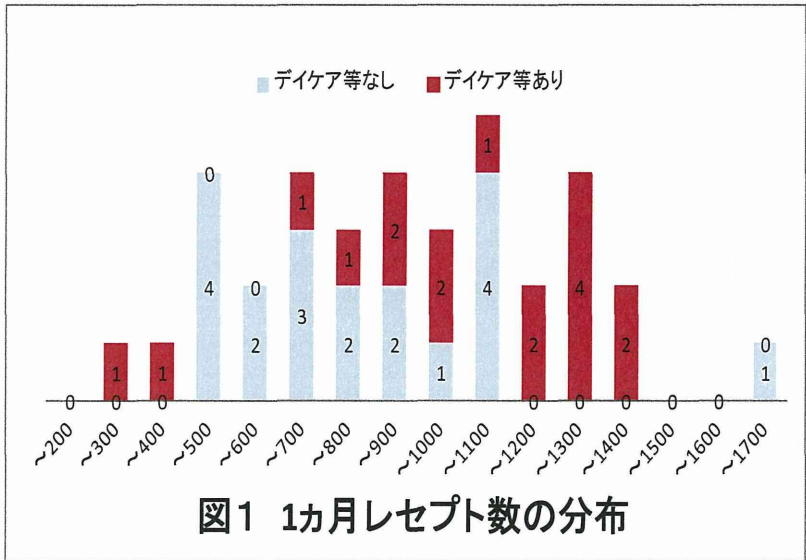


図1 1か月レセプト数の分布

受診した患者の主病名とその内訳は表5及び図2のとおりであった。F3気分障害圏が最も多く43%を占め、次いでF4神経症圏が24%、F2統合失調症圏が19%であった。風邪、高血圧、高脂血症、更年期症、候群花粉症などに加え、不登校、引きこもり相談などであった。

主病名の構成は、デイケアの有無によって差がみられるかの分析を行ったが、優位な差は見られなかった。

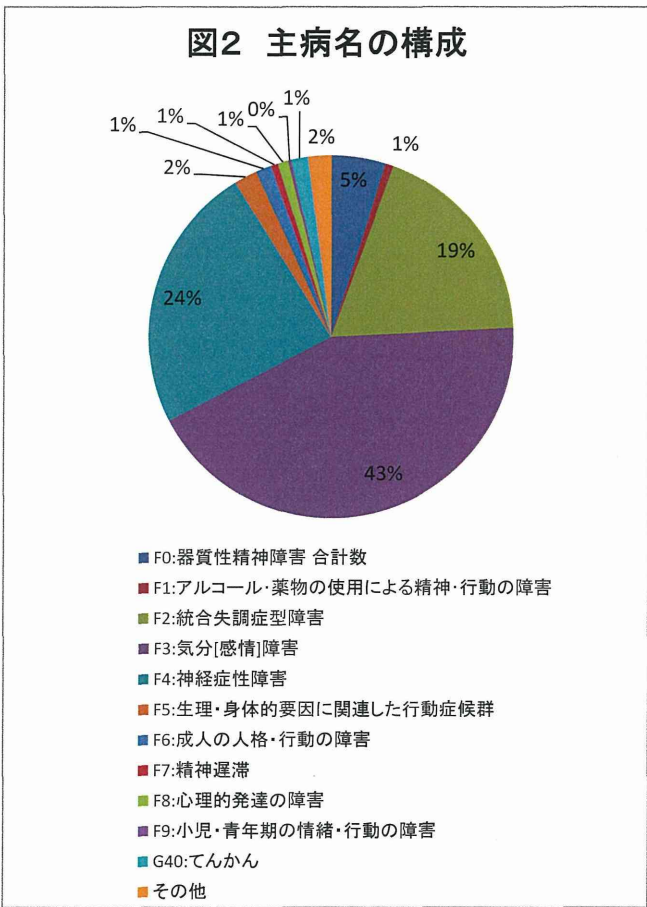


図2 主病名の構成

デイケア・ナイトケア・ショートケア以外のサービス実施状況は表6のとおりであった。往診、訪問診療、訪問看護、PSW 等による相談、心理相談は3割前後の診療所が実施していたが、デイケア等を

行っている診療所の方が、往診を除いてサービスの実施が多いことがわかった。さらに、それぞれのサービスの1ヵ月間実施回数（表7）についても、往診とPSW等による相談を除き、デイケア実施診療所の方が多くなっていることがわかった。

表6. デイケア等以外のサービス実施診療所数

	デイケア無		デイケア有		合計	
	数	割合	数	割合	数	割合
集団精神療法	0	0%	1	6%	1	3%
認知行動療法	0	0%	0	0%	0	0%
往診	7	37%	6	35%	13	36%
訪問診療	4	21%	5	29%	9	25%
訪問看護	1	5%	11	65%	12	33%
PSW等による相談	4	21%	9	53%	13	36%
心理相談	3	16%	9	53%	12	33%
自立支援法に基づくサービス	0	0%	1	6%	1	3%
その他	1	5%	3	18%	4	11%

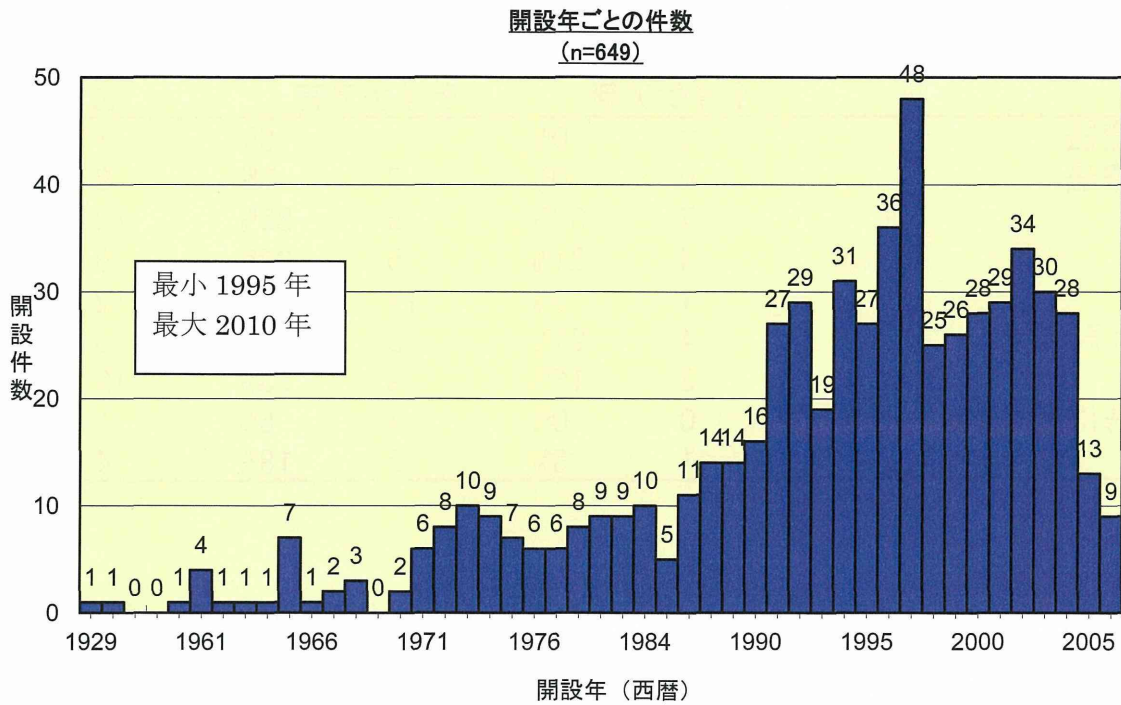
表7. デイケア等以外のサービス実施回数(1か月間)

	デイケア無		デイケア有		統計的有意性	合計	
	平均	max	平均	max		平均	max
往診	19	52	3.3	12	*	11.16667	52
訪問診療	7	7	27.6	40	**	6.375	40
訪問看護	2	2	30.4	61		28.23077	61
PSW等に	143.3	369	58.7	175		75	369
心理相談	46.3	60	124	690		59.52632	690

**P<0.05, *P<0.1 t検定

3) アンケートによる精神科診療所の全国実態調査

① 診療所の開設年



(社) 日本精神神経科診療所協会に加入している診療所で調査すると 2008 年以降、精神科診療所の新規開設数が減少している。

② 診療所の所在地

	n=621	
	回答件数	回答率
住宅地域	189	30.4%
商業・ビジネス街地域	257	41.4%
工業地域	1	0.2%
団地内	3	0.5%
農村地域	15	2.4%
漁村地域	3	0.5%
混合地域	149	24.0%
その他	4	0.6%

診療所の所在地は、商業・ビジネス街地域、住宅地域、混合地域で約 95% 割を占め、多くは交通アクセスの良い場所に立地している。

③ 受け持っている診療圏

	n=618	
	回答件数	回答率
近隣型	177	28.6%
広域型	83	13.4%
混合型	358	57.9%

診療圏は近隣と広域の両圏域を担う混合型が多い。

④ 従業員数

	常勤 n=622				パート n=493			
	件数	%	人数計	1件あたり	件数	%	人数計	1件あたり
指定医	586	94.2%	666	1.14	163	33.1%	350	2.15
非指定医	70	11.3%	77	1.10	93	18.9%	185	1.99
看護師	274	44.1%	549	2.00	189	38.3%	322	1.70
准看護師	152	24.4%	229	1.51	95	19.3%	135	1.42
薬剤師	23	3.7%	25	1.09	5	1.0%	5	1.00
臨床心理技術者	143	23.0%	236	1.65	209	42.4%	552	2.64
臨床検査技師	15	2.4%	17	1.13	30	6.1%	40	1.33
レントゲン技師	5	0.8%	5	1.00	3	0.6%	3	1.00
精神保健福祉士	184	29.6%	454	2.47	44	8.9%	63	1.43
PSW(精神保健福祉士以外)	39	6.3%	50	1.28	10	2.0%	11	1.10
作業療法士	44	7.1%	88	2.00	16	3.2%	25	1.56
事務職	446	71.7%	1,007	2.26	304	61.7%	740	2.43
家族	66	10.6%	72	1.09	32	6.5%	39	1.22
保健師	14	2.3%	20	1.43	6	1.2%	9	1.50
ケアマネージャー	16	2.6%	42	2.62	2	0.4%	4	2.00
その他	64	10.3%	169	2.64	69	14.0%	205	2.97
計	622	100.0%	3,706	5.96	493	100.0%	2,689	5.45

主たる常勤職員は、医師、看護師、事務職であり、非常勤職員では臨床心理技術者、事務職が多かった。