

図25 主な診療指標の推移

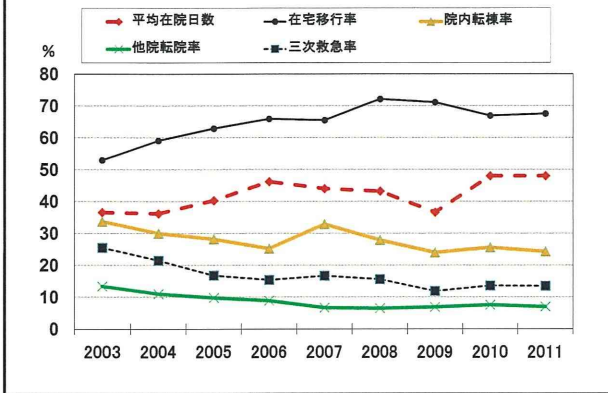


図26 人口万対受診件数と入院率 (2011年度)

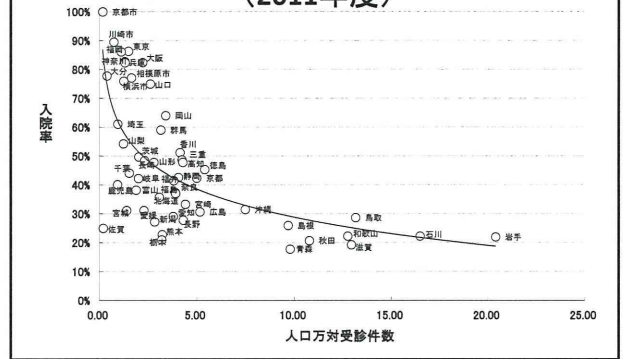


図27 空床確保状況

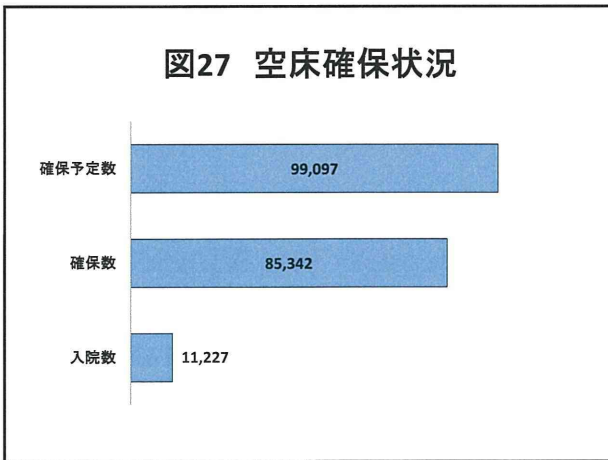


図28 eCODOでみる月例データ(基本データ)

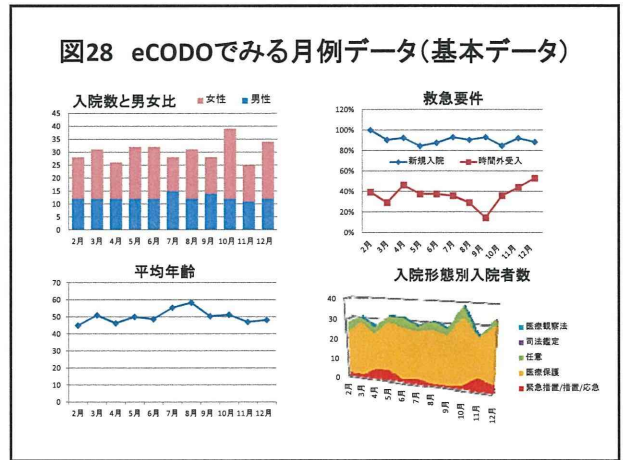
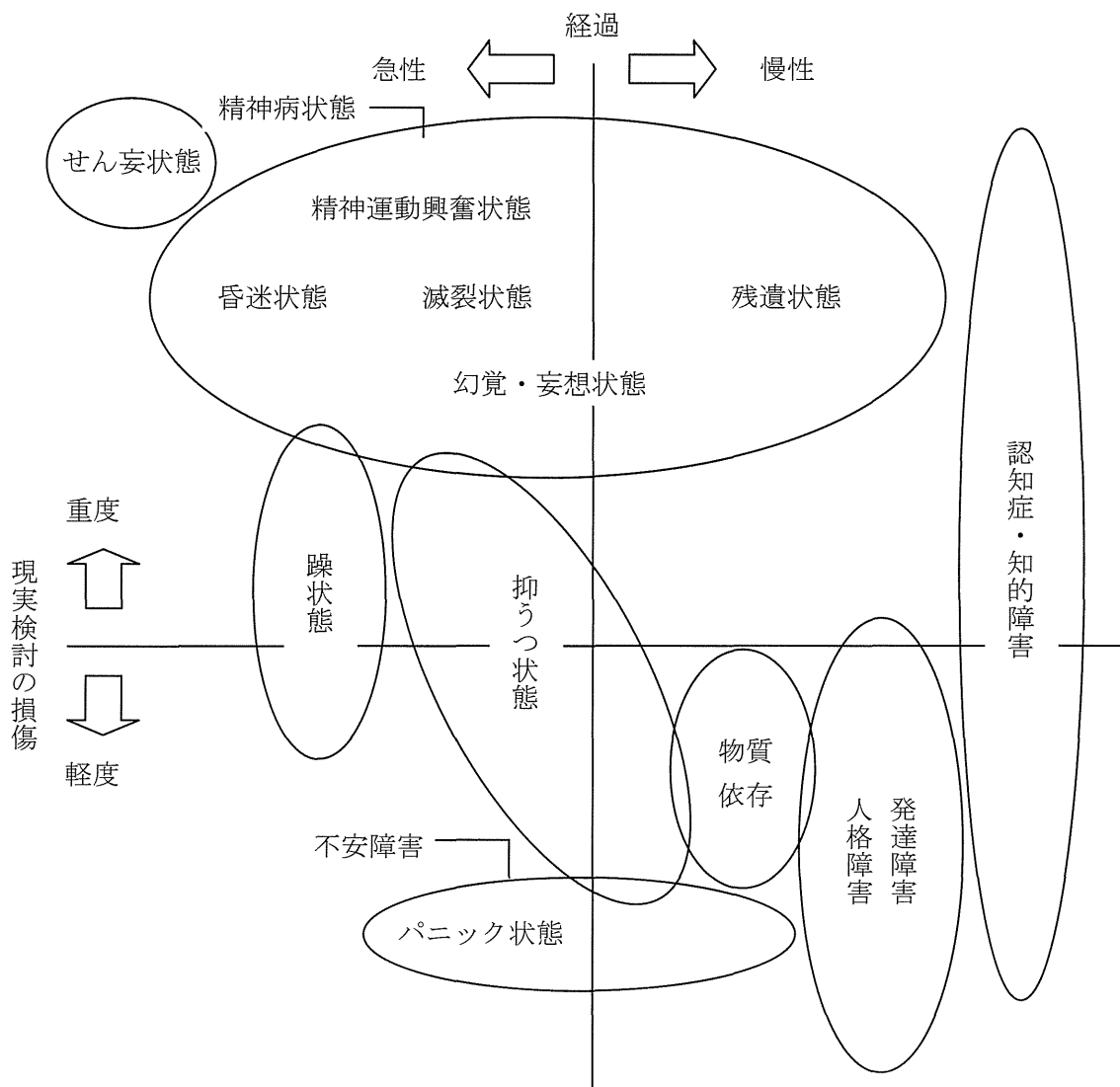


図 29 現実検討の損傷度と病状経過からみた

精神障害と病態の分類



研究分担報告

研究分担者：萱間真美

聖路加看護大学

平成 22～24 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）

「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 総合報告書

「精神医療の現状把握と精神科訪問看護からの医療政策」

分担研究者：萱間 真美（聖路加看護大学）

研究協力者：上野 桂子（全国訪問看護事業協会）

羽藤 邦利（代々木の森診療所）

仲野 栄（日本精神科看護技術協会）

柳井 晴夫（聖路加看護大学大学院）

倉地 沙織（全国訪問看護事業協会）

吉原由美子（全国訪問看護事業協会）

角田 秋（聖路加看護大学）

瀬戸屋 希（前聖路加看護大学）

村方多鶴子（聖路加看護大学大学院）

大熊 恵子（聖路加看護大学大学院）

関本 朋子（聖路加看護大学大学院）

松長 麻美（東京大学大学院）

研究要旨：平成 22 年から 24 年度にかけて、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の実施状況について、全国訪問看護事業協会加盟施設の悉皆調査を行い、実施率の変化を継続的に調査すると共に、統合失調症と認知症患者に実施されているケアと対象者の機能、複数名訪問、訪問看護師による危機介入、患家以外への訪問のニーズ、家族への訪問支援の実態を調査した。その結果、精神科訪問看護を実施している事業所の割合は、平成 22 年は 53.9%、23 年は 59.4%、24 年は 52.5%であり、5 割強で推移していた。先行研究^{注1)}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 35.5%、平成 19 年度 41.0%、平成 20 年度 47.7%、平成 21 年度 49.4%であり、比較的規模の大きな事業所を中心として徐々に普及し、5 割強でとどまっていた。認知症が主傷病の利用者に訪問している事業所は、平成 23 年は 69.1%、平成 24 年は 69.3%であった。

家族支援、認知症の心理症状を有する利用者への支援、危機状態への緊急対応など、従来の統合失調症中心のケアモデルを超えた様々な支援が実施されていた。今後、精神科訪問看護のさらなる普及をはかるためには、医療法改正により在宅医療を支えるための精神科訪問看護が都道府県の医療計画に位置づけられることにより、精神科訪問看護を生活する圏内で細やかに行う体制が整備されることが期待される。

A. 研究目的

精神科医療は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が示される中、地域移行が進展しつつある。しかし、地域における精神科医療の連携は不十分であり、患者や地域のニーズ

[テキストを入力してください]

に十分対応できていない。そのような現状の中、精神科訪問看護は、精神障害者の地域生活を支える重要な資源として、また長期在院患者の地域移行をサポートするサービスとして、その効果と機能が報告されてきている。しかし、精神科訪問看護の実施に際しては、制度上の制限や実施上の困難があり、その普及はまだ十分とはいえない状況にある。現在、精神科訪問看護の普及に向け診療報酬整備がなされているが、それにともないケアの実施状況がどのように変化していくのか、継続的な評価が必要となる。

また、認知症患者への訪問看護においては、認知症の行動と心理症状（＝周辺症状 BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, 以下BPSD とする）がある場合のケアの困難さについて報告がなされているが、その症状の程度、および提供される具体的なケアについての調査は行われていない。

本研究では、訪問看護ステーションからの精神科訪問看護の実施状況を、全国訪問看護事業協会加盟施設について悉皆調査を行い、実施率の変化を継続的に調査すると共に、統合失調症と認知症患者に実施されているケアと対象者の機能、複数名訪問、訪問看護師による危機介入、患者以外への訪問のニーズ、家族への訪問支援の実態を調査する。これらの調査から、診療報酬改定を受けた実施状況の変化を継続的に把握するとともに、今後の地域保健計画の策定に向けた資料となるデータを示し、示唆を得ることを目的とする。

B. 研究方法

1) 調査対象・方法

平成 22 年から 24 年の 3 年度とも、一次調査、二次調査にわけ、各年度の 11 月から翌年 1 月にかけて実施した。

(1) 一次調査

調査対象：社団法人全国訪問看護事業協会の会員である訪問看護ステーション（約 3,700 事業所）を対象とした。ただし、平成 23 年度については、東日本大震災の影響を考慮し、3 県（岩手、宮城、福島）を対象から除外した。

調査方法：F A X 発送・F A X 回収（自記式アンケート）

実施期間：平成 22 年から 24 年の、いずれも 11 月中旬

(2) 二次調査

調査対象：一次調査の回答事業所のうち、過去 1 カ月間に精神科訪問看護の利用者がおり、かつ統合失調症または認知症を主たる傷病とする利用者があると回答した事業所を対象とした。

実施期間：平成 22 年から 24 年いずれも 12 月から翌年の 1 月中旬に実施

(倫理面への配慮)

調査において、施設名および個人が特定できないよう、データは ID で管理した。保管データは研究協力者のみがアクセスできる場所に保管した。調査実施時には、対象となる施設の施設長に対して、研究の目的、方法、内容について説明し、承認を得てから行った。また調査結果を公表する際は、統計的に処理し、施設や対象者が特定されないよう配慮することとした。各調査における調査票記入者には、研究の目的、方法を対象者に説明し、調査票への記入・返送をもって同意とした。

C. 結果および考察

1) 精神科訪問看護実施状況の推移

精神科訪問看護を実施している事業所の割合は、平成 22 年は 53.9%、23 年は 59.4%、24 年は 52.6% であり、5 割強で推移していた。先行研究^{注1)} 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 35.5%、平成 19 年度 41.0%、平成 20 年度 47.7%、平成 21 年度 49.4% であり、比較的規模の大きな事業所を中心として徐々に普及し、5 割強でとどまっていた。認知症が主傷病の利用者に訪問している事業所は、平成 23 年は 69.1%、平成 24 年は 69.3% であった。

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、算定要件の違いからして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。

2) 精神科訪問看護の実施体制

平成 24 年調査では、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）に比べ増加しており、実施可能な事業所においては、積極的に実施されていることがうかがえる。

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 事業所（18.4%）は「申請希望はあったが、要件を満たさなと思ったため」申請していなかった。今後、実施の意図がある事業所が精神科訪問看護を開始しやすくするための制度上の課題について、制度の周知方法等、検討が必要であるといえる。

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、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。先述したように、実施事業所では精神科訪問看護対象者が年々増加しており、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。

3) 精神科訪問看護の詳細な実施状況

(1) 身体合併症への支援状況

平成 22 年調査では、精神科訪問看護の利用者の中に身体合併症を有する者も比較的多くみられ（糖尿病が 26.8%、うちインシュリン注射または服薬中が 38.0%、肥満 (BMI25 以上) が 25.8%)、さらに高血圧症、高脂血症といった生活習慣病等の合併が 2 割弱の者にみられ、精神科訪問看護の実施により精神科疾患のみならず身体合併症の管理が行われている実態も明らかになった。

(2) 複数名訪問の実施状況

平成 22 年度診療報酬改定により訪問看護ステーションの複数名訪問に対する加算が新設された。平成 22 年 10 月 1 カ月間における複数名訪問看護の実施状況をみると、「あり」が 6.3%であった。さらに、複数名訪問看護を実施した理由について尋ねたところ、「新しいスタッフとの顔つ

なぎのため」43.2%が最も多く、次いで「暴力・暴言・セクハラ等からのスタッフの安全確保が必要であったため」36.4%、「複数の看護師によるアセスメントが必要だったため」25.0%などとなっていた。

しかしながら、複数名訪問時の複数名訪問看護加算（医療保険）、複数名訪問加算（介護保険）の算定状況についてみると、「算定しなかったことがある」との回答が65.9%にも及んだ。さらに、算定しなかった理由について尋ねたところ、「利用者負担が増えることになるため、もともと複数名訪問看護加算を算定していなかった」24.1%が最も多く、次いで「加算の算定の上限回数（週1回まで）を超えていた」20.7%などとなっていた。「その他」55.2%の内訳は、「新しいスタッフの顔つなぎのためだけであったため」、「事業所側の都合のため算定要件を満たさなかったから」などが多くみられた。

複数名訪問看護を実施している事業所は1割に満たず、加算の算定要件等の厳しさによって実際には算定できていない事業所も多くあることがわかった。

（3）認知症への訪問看護の状況

平成23年調査では、認知症が主傷病である利用者の日常生活自立度では、「認知機能の障害に伴う日常生活状態の判定基準（ADL-Cog）」ではカテゴリ4（日常生活の基本的な行為のほとんどすべてに介護が必要な状態）が約3割、「認知機能の障害に伴う行動・心理症状評価表（BPS-Cog）」では対象の約半数のケースがカテゴリI（行動・心理症状はあるが見守りがあれば日常生活が営めるという状態）であった。精神科入院経験は2.4%にとどまっており、自宅で介護可能な状態の利用者を対象として訪問看護が提供されていると考えられた。

平成24年調査において、認知症のケアを主とするケースへの支援内容を詳細に調査した。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疾患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、認知症対象の訪問看護の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）危機介入時の対応

平成23年調査では、統合失調症、認知症ケースにおける対象の実態、および訪問看護師による危機介入の実態が明らかになり、両者に共通して、「入院を回避し地域生活を継続するための援助」、「症状増悪時の対応」がなされ、統合失調症事例においては「過量服薬の発見と早期対応」「災害時の対応」、認知症事例においては「家族との調整」「家族の危機への対応」「排泄コントロール」「環境変化時の対応」等が特徴的に抽出された。認知症の利用者においては家族からの電話相談が16.7%と本人からよりも多く、危機介入の例では、本人の精神的混乱が生じたり、主たる介護者が体調を崩した時など、危ういバランスの上に成り立っていた日常生活が危うくなった時に、タイムリーな手助けが必要であり、またそのような機会も多彩であることが示された。

（5）家族支援の状況

平成24年調査において、統合失調症、および認知症について、それぞれに実施されている家族支援を自由記載で把握した。統合失調症の家族支援では、「利用者に対する具体的支援方法につい

でのアドバイス」「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。認知症の家族支援では、「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」等を実施していた。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、家族をターゲットとした支援についても、今後効果評価に加える必要性が示された。

(6) 患家以外への訪問の状況

平成24年調査において、患家以外への訪問の実施について、統合失調症ケースについて自由記載で尋ねたところ、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。

(7) まとめ

医療法改正では、5疾病のひとつとして、認知症、気分障害を含む精神疾患が地域保健計画の対象となった。従来の統合失調症中心のケアモデルから、さらに発展し、また医療機関と地域との連携を助けるに資する訪問看護の提供は必須である。今回の調査結果をもとに、地域医療計画策定によって訪問看護の提供体制についても具体的な評価の指標が示されることにより、具体的な発展が期待できると考えられる。

D. 結論

精神科訪問看護悉皆調査を経年で実施したところ、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割強まで増加していた。家族支援、認知症の心理症状を有する利用者への支援、危機状態への緊急対応など、従来の統合失調症中心のケアモデルを超えた様々な支援が実施されていた。しかしながら、複数名訪問や患家以外への訪問等、算定要件について検討が必要な項目が挙げられた。今後、精神科訪問看護のさらなる普及をはかるためには、医療法改正により在宅医療を支えるための精神科訪問看護が都道府県の医療計画に位置づけられることにより、精神科訪問看護を生活する圏内で細やかに行う体制が整備されることが期待される。

E. 健康危険情報 なし

F. 研究発表

1. 論文発表 0件

2. 学会発表 1件

萱間真美, 角田秋, 上野桂子, 柳井晴夫. 精神科訪問看護の実態調査報告 実施率および家族ケアの実態について. 日本看護科学学会学術集会, 2011, 高知.

G. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。) なし

(文献)

1) 今井幸充, 長田久雄, 本間昭, 他 (2011): 認知機能障害を伴う要介護高齢者の日常生活動作と行動・心理症状を測定する新評価票. 老年精神医学雑誌, 22(10), P1155-1164

注 1)

2006年度:「新たな訪問看護ステーションの事業展開の検討」社団法人全国訪問看護事業協会 (H18年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金, 委員長 上野桂子)

2007年度:「精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討」社団法人全国訪問看護事業協会 (H19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業, 主任研究者 萱間真美)

2008年度:「精神障害者の訪問看護におけるマンパワー等に関する調査研究」(厚生労働科学特別研究事業 (速報), 主任研究者 萱間真美)

2009年度:「精神科医療の機能強化に関する調査研究事業～訪問看護の充実に関する調査研究～」社団法人全国訪問看護事業協会 (H21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業, 主任研究者 萱間真美)

資料1 2次調査 認知症個票で使用した認知機能の障害に伴う日常生活状態の判定基準 (ADL-Cog)

■ 認知機能の障害に伴う日常生活状態の判定基準 (ADL-Cog)

対象利用者の現在の状態について、該当するカテゴリーに○をつけてください。

カテゴリー	評価基準	評価項目	評価項目の例	評価上の留意点
0	特に援助を必要としない	認知機能障害による生活上の支障がない		認知機能障害がない場合、またはあっても以下の評価項目に示す行為が独力でできる場合。
1	日常生活の複雑な行為に援助が必要	交通機関を利用した外出	明確な目的を持って、電車・バスなどの公共交通機関を用いて出かけ、帰宅することができるか。(自動券売機で切符を買えないことなどがないか。)	左記の行為のうち1つでも、独力ではできない場合。 但し、以前に一度も行ったことのない行為が現在できなくても判断材料にしない。(以前は独力でできていた行為ができなくなった場合を評価する。)
		家計管理や金融機関でのお金の取扱い	生活費の管理、家賃や請求書の支払い、銀行や郵便局でのお金の取扱いなど比較的大きなお金の管理ができるか。(ATMの操作に迷うことなどがないか。)	
		服薬管理	医師が処方した医薬品を時間通りに服用するために、適切な場所に保管し、準備、服用することができるか。	
2	日常生活のやや複雑な行為に援助が必要	近所への外出	散歩などの目的に応じて、近所に出かけ、帰宅することができるか。(道に迷うことはないか。)	左記の行為のうち1つでも、独力ではできない場合。 但し、以前に一度も行ったことのない行為が現在できなくても判断材料にしない。(以前は独力でできていた行為ができなくなった場合を評価する。)
		整容	気候や場面に合わせた服を選んだり、化粧やひげそりなどにより身なりを整えることができるか。(季節はずれの服を着たり、化粧やひげそりが不完全であるなどのことがないか。)	
		日用品の買い物	近所の店やスーパーマーケット、コンビニエンスストアなどで日常に必要なものを購入することができるか。(同じ物をいくつも買うことはないか。)	
3	日常生活の基本的な行為の一部に介護が必要	食事	食べ物を箸やスプーンなどを使って、適切な量を口に運び、味わうことができるか。(食べるのに促しや介助を必要としたり、手づかみで食べるなどのことはないか。)	左記の行為のうち1つあるいは2つが独力ではできない場合。
		入浴	お湯につかる、身体を洗う、身体を拭くなどの一連の行為が順調にできるか。(入浴をいやがったり、身体をうまく洗えないなどのことがないか。)	
		着替え	衣服を適切に着脱することができるか。(着替えをいやがったり、袖を通すことができなかつたり、ボタンをかけられなかつたり、順番を間違うなどのことはないか。)	
		排泄	尿意や便意がある時に自分でトイレに行き、用を済ませ、後始末をして、水を流すなどの一連の行為ができるか。(尿意や便意がなかつたり、トイレの場所が分からなかつたり、水を流さないなどのことはないか。)	
4	日常生活の基本的な行為のほとんどすべてに介護が必要	食事 入浴 着替え 排泄	(同上)	左記の行為のうち3つ以上が独力ではできない。 あるいは、重度認知症や高度の意識障害のために臥床状態の場合。
N	高度の麻痺等により評価不能	高度の麻痺などの運動機能障害や、本人の意思で行為を全く行えないために、評価ができない。		

資料 2 2次調査 認知症個票で使用した認知機能の障害に伴う行動・心理症状評価表 (BPS-Cog)

■ 認知機能の障害に伴う行動・心理症状評価表 (BPS-Cog)

対象利用者の現在の状態について、該当するカテゴリーに○をつけてください。

カテゴリー	評価基準	評価基準の例	観察される行動・心理症状
○	行動・心理症状がない またはあってもわずか	行動・心理症状が全くないか、あっても周囲が気づかない程度であり、本人と周囲の人の日常生活への影響はほとんどない状態である。	認知機能障害に伴う行動や心理面での異常がない。あるいは、あっても多少のイライラや不安など、日常生活に支障がない程度の状態である。
I	行動・心理症状はあるが 見守りがあれば日常生活が営める	行動・心理症状があり、見守りや口頭での対応が必要であるが、本人の生命や健康への影響は少なく、常に目が離せない状態ではない。	過剰な心配、疑い深い、怒りっぽい、イライラするなどの行動や心理面での異常がある。そのため、時に本人をなだめるなど何らかの対応が必要となるが、それにより現在の生活が継続でき、かつ、対応に多くの時間や労力を費やさない状態である。
II	行動・心理症状があり 常に目が離せない	本人の生命や健康に影響が及んだり、周囲の人の日常生活に支障をきたすような行動・心理症状があるため、常に目が離せない、もしくは対応が必要な状態である。	家から出て行ってしまい帰宅できないなどの本人の生命や健康に影響が及ぶ行動上の混乱や、激しい怒りや暴言など周囲の人に影響を与えるような感情の表出がみられる。そのため、その都度何らかの対応が必要となり、常に目が離せない状態である。
III	自傷・他害などの行動・心理症状があり 専門医療による対応を必要とする	自信を傷つける、または他者に害を及ぼす恐れのあるような著しい行動・心理症状が継続しているため、専門医療による対応が必要な状態である。	自身を傷つける、または他者への暴力といった著しい行動の異常や心理症状が継続している。そのため、周囲の人による対応が困難であり、すぐにでも入院などの専門医療による対応が必要な状態である。
n	自分の意思で行動したり 意思疎通ができないため 評価不能である。	高度の麻痺などの運動機能障害によって臥床状態であり、本人の意思で行動することや意思疎通が行えないために評価できない。	

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22～24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)

「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」総合報告書

研究分担者 平川 博之 (ひらかわクリニック)
研究協力者 新居 昭紀 (ぴあクリニック)
稲垣 中 (公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター)
大塚 寛之 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
堤 俊仁 (つつみクリニック)
西村 由紀 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会)
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について、郵便番号、年齢、診断名を調査し、郵便番号から患者の居住地と受診診療所のおおよその距離を割り出した。通院患者の54%

は、診療所から 5km 未満から受診し、46%は 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。

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。

(倫理面への配慮)

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	738 (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について調査した結果、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有意な差が見られ、デイケアを実施している診療所の方が人数が多かった。特に常勤者数に大きな差がみられた。

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。

受診した患者の主病名については、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、有意な差は見られなかった。

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、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 ヶ月間実施回数についても、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。

3) アンケートによる精神科診療所の全国実態調査

診療所の開設件数について、(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た。

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た。

診療所が受け持っている診療圏としては近隣と広域の両圏域を担う混合型が多かった。

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。また、大多数の医師が精神保健指定医、日本精神神経学会専門医などの精神科医療の専門性を担保する資格を取得していた。また、日本医師会認定産業医の資格も 3 割近くが取得していた。

一日の受診患者の平均は約 55 名、新患の受け入れは平均約 2 名であった。そして、受診患者のほとんどは精神疾患で、一部内科疾患も受け持っていた。

経営状態に関しては、経営に危機感を持つ回答が多かった。また、約 65%が、前年度と比較し、精神科の収入が減少したと回答した。

行っている精神科治療としては、21.6%の診療所がデイケアを、9.7%の診療所がナイトケアを実施していた。デイケアのうち 54.6%が小規模デイケアであり、また、9.7%が重度認知症者デイケアであっ

た。また、精神科訪問看護を 19.8%の診療所が行っており、訪問診療も 16.5%の診療所で行われていた。認知・行動療法を実施しているのは 12.3%であった。

診療報酬からみた診療活動では、回答した診療所の約 40%が往診、約 18%は訪問診療を行っていた。また、ほぼ半数の診療所は訪問看護を活用していた。地域医療連携加算を請求している診療所は 10.6%であった。また、在宅療養支援診療所となっている診療所が 5.5%あった。

ケースワークの実施については、ケースワークに対して診療報酬上の評価が無いため、ケースワークを断念している診療所が約 33%ある一方、自前でケースワークを担当する専門職を雇用している診療所が約 35%あった。デイケア・ショートケア、訪問看護を利用してケースワークを実施している診療所が約 20%あった。

4) 調査票Ⅱ(新規受診問合せ調査)の結果

調査票は、36 診療所から 1196 枚返送され、1カ所当たり 5~80 枚で、平均 33.2 枚であった。新規受診に関する問い合わせ（受付期間は 2 月 7 日から 3 月 6 日まで）の診療所への受付の方法では、電話での受付が最も多かった。

受付時間については、時間帯では午前中が多く、次いで午後 15~16 時が多い。また対象者は、女性のほうが 1.5 倍多く、年代では 20 代から 30 代が多かった。

新規問い合わせ患者のそれまでの精神科受診歴を見ると、通院歴なしが 646 人（54.0%）で過半数を占めていた。そのうち、精神科以外の診療科から受診勧告を受けて来院した者は 110 人（17.0%）であった。精神科通院中の 185 人のうち 142 人は転院希望であり、セカンドオピニオンを求めてきたものは 17 人であった。通院中断していたものは 121 人であった。

また、紹介状を持ってきたのは 168 人であった。他の精神科医療機関通院中で受診された 185 人のうち、紹介状を持ってきたのは 63 人（34.1%）のみであった。

1196 人中、314 人（26.3%）はその日のうちに受診し、563 人（47.1%）は予約を取った。診療しないことになった 205 人のうち 157 人は他の医療機関紹介などは行わなかった。その他は、日程を確認してまた連絡する、など保留になった場合が多い。

新規受診問い合わせ者のうち、同日に受診または診療を予約した人の初診日までの期間を図 1 に示す。全体の 35.8%が当日に受診、73.4%が 1 週間以内、86.4%が 2 週間以内に受診する予約を取っていた。一方、4 週間以上先の予約を取った者も 47 人いて、最大では 60 日先であった。

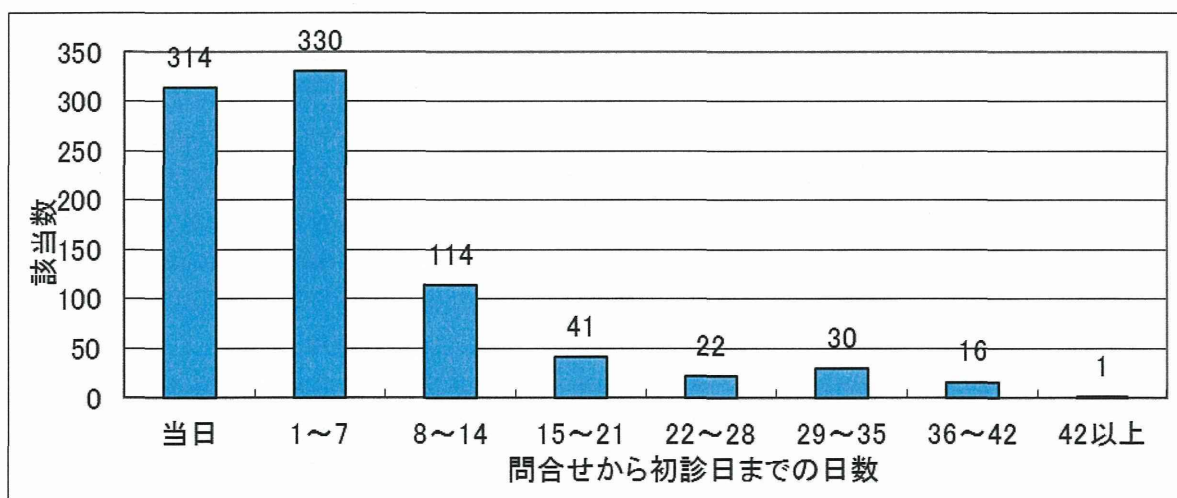


図 1 問い合わせから初診日までの日数

4) 調査票Ⅲ, Ⅳ, Ⅴ(コホート調査)の結果

新規受診患者（受付期間は 2 月 7 日から 3 月 6 日まで）は、36 診療所で 1002 人であった。

来院時間は午前中が多く、午後 3 時に再度のピークがある。20 時台でも 4 人の新規患者が受け付けられていた。新規受診患者の性別は女性の方が多く、60.0%を占めていた。年代では 20 代が最も多く、次いで 30 代、40 代であった。10 歳未満は 3 人、90 代が 9 人であった。

初診患者の他院精神科受診歴については、676 人 (67.5%) は無しであった。受診歴の内訳は、精神科診療所が最も多かった。

今回受診した診療所を知った経緯は、自分で調べた 330 名 (32.9%)、知人の紹介 325 名 (32.4%) が拮抗していた。自分で調べた方法の中では、インターネットを利用して調べたという回答が 58.8%であった。診療所を選んだ決め手は、「医師がよさそう」377 名 (37.6%)、「立地が便利」325 名 (32.4%) で、合わせると 2/3 を占めた。その他 136 名 (13.6%) は、「紹介を受けたから」という内容がほとんどを占めていた。

表2 一年後の通院状況

一年後の状況	該当者数	(%)
通院中	209	29.3%
治療が終了した	94	13.2%
転院した	69	9.7%
治療中断	288	40.3%
その他	54	7.6%
記入なし	288	
合計	714	100.0%

新規受診患者調査へ回答のあった患者 1002 人分のうち、半年後の調査票の返送があったのは、25 診療所 738 人分 (回収率 73.7%) であり、その内、半年後通院中であったのは 261 人 (35.4%) であった。その 261 人中、平成 24 年 3 月 (新規受診患者調査から一年後) に通院中であったのは 209 人 (80.0%) であり、全体の 29.3% であった。1 回の通院で終わったのは 193 人 (26.2%)、3 か月までに通院を終了したのは 418 人 (56.6%) であった (表 2、図 2)。

通院終了までの通院回数は、平均 4.0 回、最大で 36 回であった。

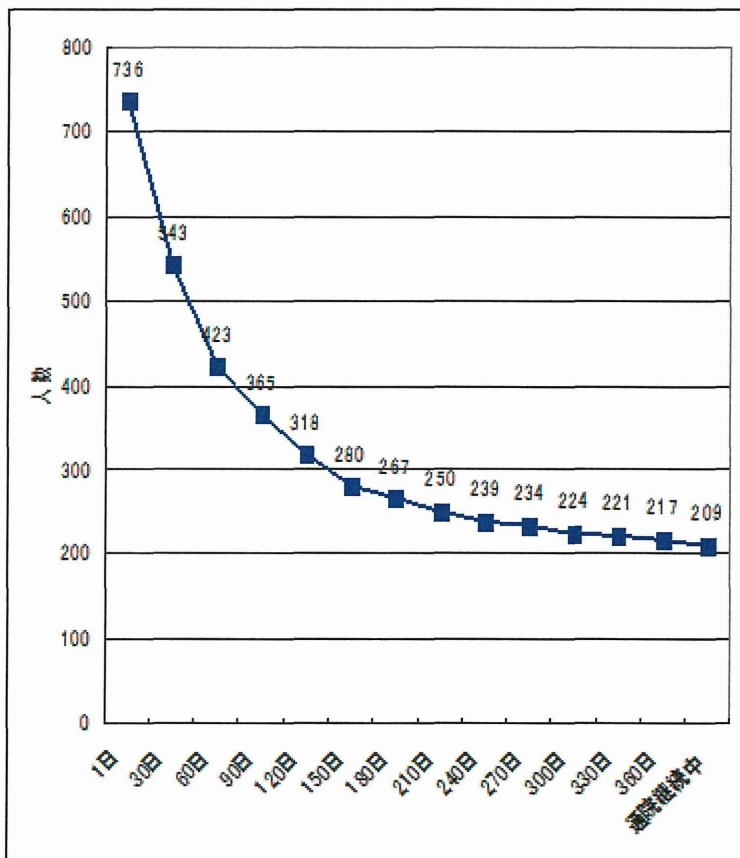


図 2 新患者の通院継続者数

一年後通院中ではない患者において、受診していない理由は、治療中断が 47% を占め、治療終了 18%、転院 13% であった。その他の理由としては、最初からセカンドオピニオンが目的であった、引っ越しや仕事の都合などで通院ができなくなった等である。

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みると (図 3)、「医師がよさそう」および「心理カウンセリング」を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了に至った割合が高いことがわかった。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、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。

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、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た。

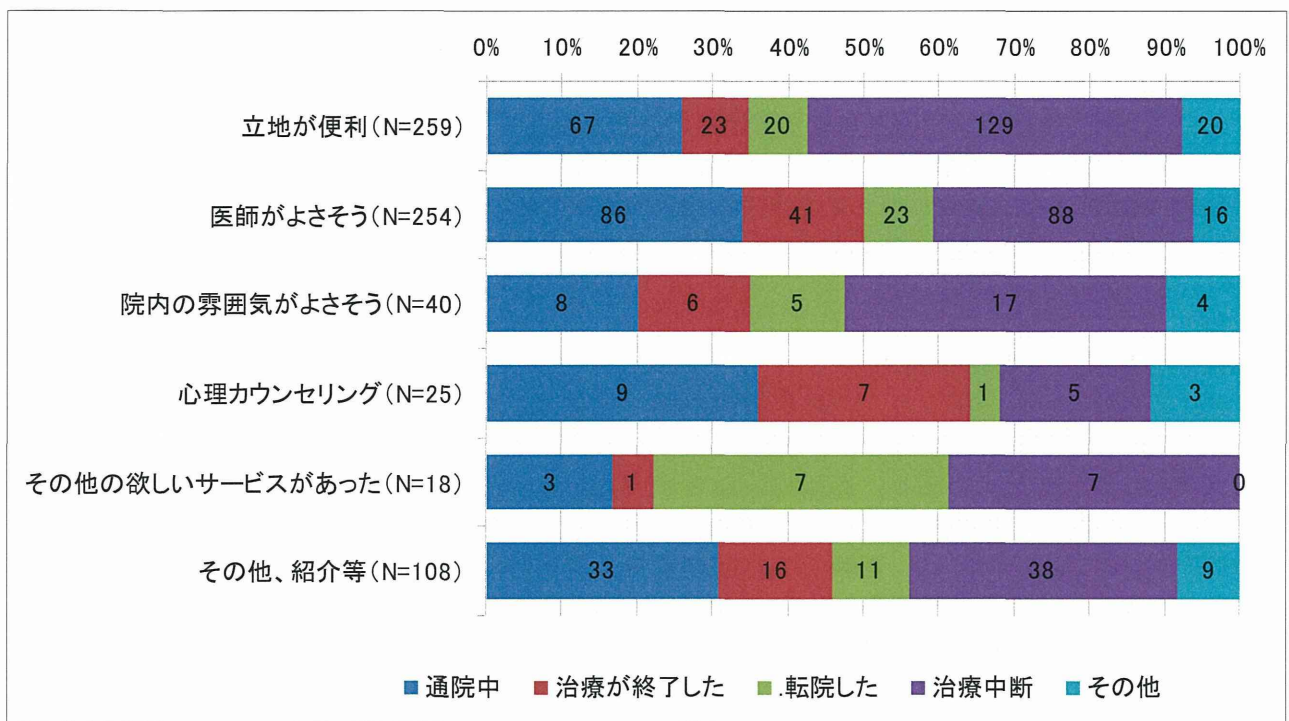


図 3 診療所を選んだ決め手と通院状況および受診していない理由の関係

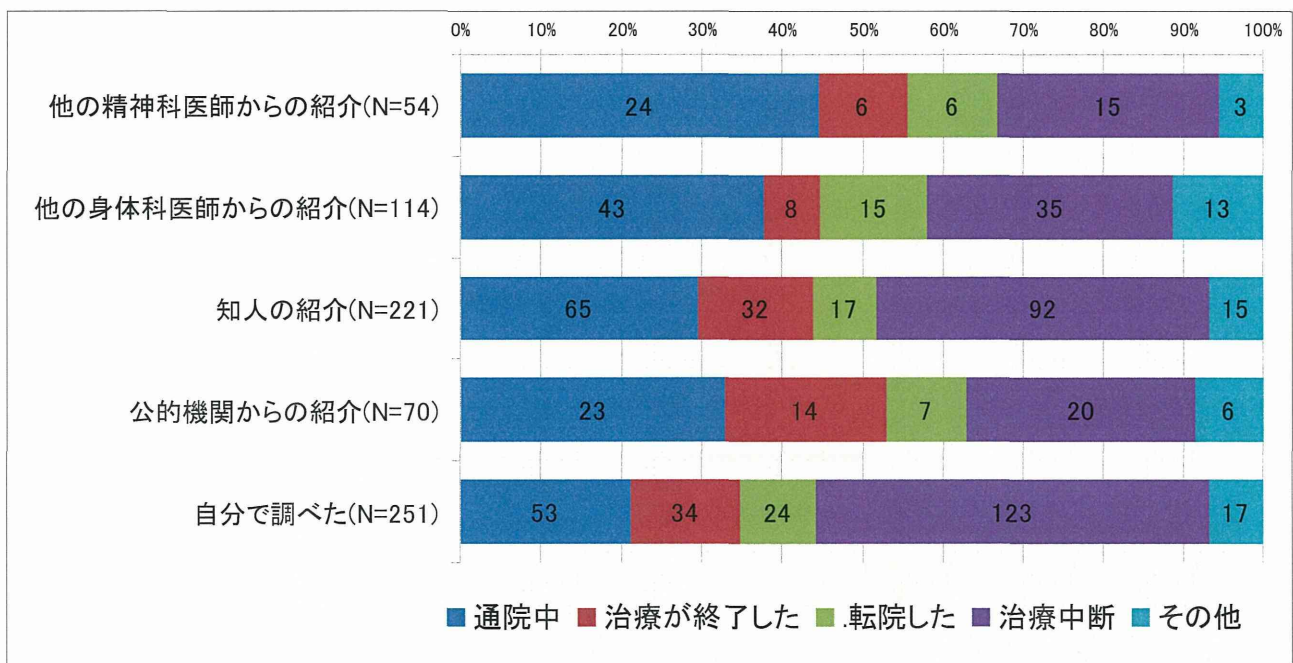


図 4 受診に至った経緯と現在の通院状況や受診していない理由の関係

一年後通院中の患者の日中活動状況を尋ねたところ、4分の1が常勤就労中、8%が非常勤就労中、通学中が6%、主な家事を担当しているが23%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・一年後の活動状況を比較したところ、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った。特に休職・休学中で受診した患者22人のうち、7人は常勤就労に

戻っていた。しかし、5人は退職に至ったのか、現在何もしていなかった。

初診時の調査から診断名に変化があったかどうかを見ると、病名が変更になっている患者が少なくないことがわかった。初診時の主病名から半年後の調査にて主病名が変わり、さらに1年後の調査においても主病名が変わっている患者が7%であった。さらに、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、未成年と60代において診断名の変化が起きやすい傾向が窺えた。

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た。

D. 考察

1) 精神科診療所の実態について

「会員基礎調査」の分析より、精神科診療所は、商業・ビジネス街、住宅地域、混合地域に満遍なく分散して立地していた。また、診療所のキャッチメントエリアは近隣型と広域型の両方を持つ混合型が最も多かった。つまり、近所のみならず遠方からも通院していることがわかった。このことは診療所の地域での役割を考える上で留意しておく必要がある。

診療所の従業員については、常勤としては看護師、事務職が多く、臨床心理技術者等の他のパラメディカルスタッフは非常勤が多かった。今回の全国実態調査では、デイケアを実施している診療所と実施していない診療所を分けていない。実際、デイケアの有無で診療所の従業員数は大きく異なる。参考のために、平成19年に(社)日本精神神経科診療所協会が行った調査(平成19年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科診療所に通院する以外に社会参加していない精神障害者の実態調査及び精神科診療所の社会参加サポート機能の強化に関する研究」：班長平川博之)結果を示す(図5)。

精神科診療所の職員配置(デイケア有無別)

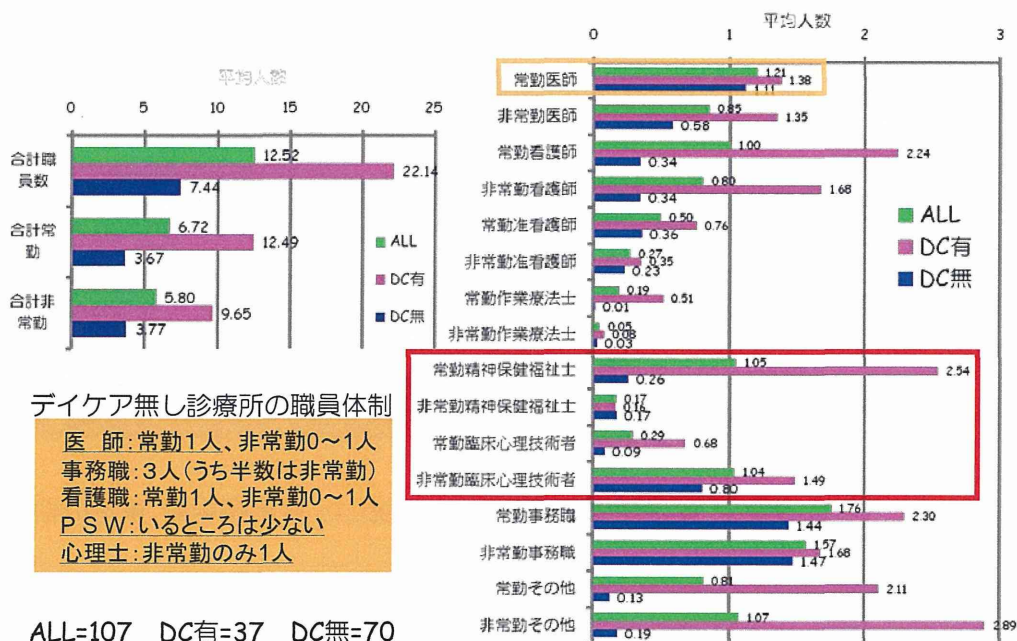


図5 精神科診療所の職員配置(平成19年)