

201317073A

平成 25 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  
研究課題番号：H25-精神一般-009

## 精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築 の推進に関する研究

平成 25 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 河原 和 夫

(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成 26 (2014) 年 3 月

平成 25 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  
研究課題番号：H25-精神-一般-009

## 精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制 構築の推進に関する研究

平成 25 年度 総括・研究分担報告書

研究代表者 河原 和 夫  
(東京医科歯科大学大学院 政策科学分野)

平成 26 (2014) 年 3 月

# 班員名簿

## 研究代表者

河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授

## 研究分担者

伊藤 弘人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部 部長

平川 博之 ひらかわクリニック 院長

松原 六郎 公益財団法人 松原病院 代理理事

萱間 真美 聖路加看護大学 精神看護学 教授

山之内 芳雄 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会精神保健研究部 社会福祉研究 室長

## 研究協力者

菅河 真紀子 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 特任助教  
熊澤 大輔 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
仁賀 健夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
富塚 太郎 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
玄 運官 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
菊池 雅和 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
陳 健 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
小暮 孝道 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
村田 正夫 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
表 久志 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 博士課程大学院生  
丸山 智久 東京医科歯科大学大学院 先端医療開発学生命情報分野  
博士課程大学院生  
稲垣 中 青山学院大学国際政治経済学部  
大塚 寛之 特定非営利活動法人メンタルケア協議会  
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
三木 和平	三木メンタルクリニック
渡辺 洋一郎	渡辺クリニック
上野 桂子	全国訪問看護事業協会
宮崎 和加子	全国訪問看護事業協会
角田 秋	聖路加看護大学
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
大橋 明子	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
山崎 学	みずほ情報総研 社会経済コンサルティング部
愛知県健康福祉部こころの健康推進室	

# 目 次

ページ

- ◆ 総括研究報告 精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制 …………… 2  
構築の推進に関する研究  
河原 和夫
- ◆ 研究分担報告(1) 精神医療の評価に資する標準的な指標の開発 ……………17  
に関する研究  
伊藤 弘人
- ◆ 研究分担報告(2) 精神科診療所から見た医療計画と周辺領域 …………… 25  
との連携の実態と課題  
平川 博之
- ◆ 研究分担報告(3) 精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価 …………… 46  
に関する研究  
萱間 真美
- ◆ 研究分担報告(4) GP連携体制および医療連携モデルの構築に関する研究 …………… 93  
山之内 芳雄
- ◆ 研究分担報告(5) 精神科医療の主たる現状指標の分析と都道府県医療計画  
の精神医療に関する記載内容の解析および評価について ……………110  
河原 和夫、松原 六郎 菅河 真紀子、熊澤 大輔  
仁賀 健夫、富塚 太郎、玄 運官、菊池 雅和  
陳 健、小暮 孝道、村田 正夫、表 久志、丸山 智久

# 総括研究報告

平成25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）  
総括研究報告書

精神疾患の医療計画と効果的な医療連携体制構築の推進に関する研究

研究代表者 河原 和夫（東京医科歯科大学大学院 政策科学分野 教授）

研究要旨

医療計画は Structure, Process, Outcome ごとに数値目標を設定し、計画が進行管理されている。しかし、精神医療の評価に資する標準的な指標の開発については、十分な解明がされていないのが実情である。また、現行の医療計画や社会保障と税の一体改革においても、訪問や在宅医療や医療機関間などとの連携は重要語句となっている。しかし、地域精神医療では、身体合併症対応として GP 連携体制の構築や認知症等の患者の退院支援や地域連携パスの導入がもたらす効果の判定をいかに行うかは難しい。また、従来の研究や厚生労働省の検討会で都道府県によって精神科医療提供体制や精神保健福祉法に基づく制度の運用にバラつきがあり、それが措置入院の適用等の実績の地域間格差として表れているとも指摘されている。全国一律の医療計画策定指針の有効性についても検証しなければならない。加えて行政計画の執行に影響を与える計画の構造上の問題点も明らかにせねばならない。そして精神疾患対策を国民に平易な形で情報転移する方策等の課題が山積している。本研究はこれらの課題の解決を旨として実施されたものである。

A. 目的

医療法に基づき各都道府県が策定する医療計画において、平成25年度から精神疾患が5疾病目（がん、急性心筋梗塞、脳卒中、がん、精神疾患）とされた。先行する4疾病に5年遅れで位置付けられた精神疾患の医療体制は、今後も医療計画全体の見直しのタイミングで改善を続けていく必要がある。本研究の目的は、都道府県の医療計画の策定と運用に資するために、国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行うことにより、精神医療の評価に資する標準的な指標の開発を行うことである。

B. 方法

精神医療の評価に資する標準的な指標の開発に関する研究については、国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行うことでデータを収集した。

精神科と一般診療科との連携を含めていくことは、身体合併症を有する精神患者の治療にも有益であるのみならず、一般科医に精神医療や精神科医の治療の実態やうつをはじめ

とする精神疾患への理解を深める上で重要である。そこで、文献研究により、全国で行われている一般科医と精神科医の連携の取り組みについて調査した。また、東京都内の地区医師会が主催する一般科医向けの「うつ診療充実強化研修」「精神疾患早期発見・早期対応推進研修会」において、一般科医向けに質問紙調査を行った。

精神科訪問看護提供体制の現状把握と評価に関する研究については、全国訪問看護事業協会加盟の訪問看護ステーションを対象とした一次調査と精神科訪問看護の実施事業所を対象とした二次調査を行い、制度上の課題を検討することにより、精神科訪問看護の普及ならびに精神科地域医療体制・アウトリーチサービスの連携における新たな枠組みについて検討した。調査内容は、精神科訪問看護の実施状況、実施率の変化である。対象者と実施されているケアの実態、および訪問看護による電話相談の実態、同行受診の状況、保険形態による支援内容の相違の実態についても調査を行った。

精神分野の GP 連携については、精神の充実した救急一般病院(藤田保健衛生大学病院)において身体と精神の合併の現況を調査した。また、愛知県モデル病院群の救急医療における身体と精神の合併の実態調査を行った。そして、これらの研究結果は、愛知県モデル病院群の救急医療における身体と精神の合併のための連携体制の構築のための資料とした。

都道府県の医療計画の死精神医療分野の記述内容の分析については、平成 25 年 4 月から実施されている医療計画の記載内容を分析した。

### C. 結果

「予防・アクセス」では待ち時間が、「治療・回復・社会復帰」では、隔離・身体拘束、入院期間、非任意入院、ACT (Assertive Community Treatment)、再入院が、「精神科救急」では精神科救急へのアクセスが、「身体合併症」では精神障害者の身体管理が、国際的に承認度の高い指標であった。なお、国際的に承認度の高い領域で、まだ盛り込まれていない領域として、アウトカム関連指標（症状の改善、機能レベルの改善、患者・家族の満足度）および人口あたり精神科医療費があった。

一般科診療所を対象にした一般科と精神科の連携に関するアンケート調査では、共通する結果として紹介時の問題と精神科医療への一般科医の不信感があることがわかった。こうした課題を解決するために「紹介の基準や手順を示した連携のマニュアルづくり」が多く実施され「一般科から精神科へ紹介するシステムづくり」「一般科と精神科の合同研修会などによる顔の見える関係づくり」なども取り組みが始まっていることがわかった。

平成 25 年度に東京都内の地区医師会が一般科医向けのアンケート調査を行った結果では、一般科医による抗うつ剤の処方やうつ病の治療が日常的に行われていることがわかった。また、研修において「うつをはじめとする精神疾患の治療の実態」を精神科医等から聞くことにより、精神科の処方や治療に対する不信感や精神疾患を持つ患者受け入れの抵抗感が少なからず軽減され、精神科との連携に前向きな姿勢が生まれることが明らかになった。一般科医が連携にもっとも必要と思っていることは、具体的な連携システムの構築であった。

精神科訪問看護提供体制については、一次調査結果からは、平成 25 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 54.0%であった。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見てみると、平成18年度35.3%から、以降、増加し、平成22年度53.9%、平成23年度59.4%、平成24年度52.6%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出・算定状況は、全事業所の28.6%が「届出し算定している」、11.3%が「届出しているが算定していない」であった。また、精神科訪問看護実施事業所では「届出し算定している」49.8%、「届出しているが算定していない」10.5%、「届出していない」38.9%であった。一方、非実施事業所では15%程度の事業所が届出していた。

精神科訪問看護実施事業所についてみてみると、精神疾患の利用者のうち、1日に複数回訪問が必要な利用者の有無をみると、「いる」と回答した事業所は16.7%であった。また、受診同行が必要な利用者の有無をみると、「いる」と回答した事業所は32.6%であった。複数回訪問および受診同行を実施した利用者の主な疾患名は、統合失調症であった。一カ月間における精神疾患の利用者又は家族からの電話相談は、59.3%の事業所があると回答していた。さらに、精神疾患の利用者のうち、以前は医療保険で訪問していたが、65歳を過ぎて要介護認定を受けて介護保険での訪問に移行した利用者の有無をみると、「いる」と回答した事業所は21.9%であった。

二次調査では、一次調査への回答において、平成25年9月1カ月間に精神疾患（認知症を除く）の利用者がいる事業所のうち、精神疾患の利用者又は家族から電話相談があった事業所、及び精神疾患の利用者のうち、医療保険から介護保険に移行した利用者がいる計409事業所を対象にし、電話相談の実態や保険の移行によるサービスや利用者・家族の変化の実態が明らかになった。

本人・家族から電話相談がある・電話対応が必要なケースの状況は、女性が63.4%で、年齢は50歳代が23.6%で最も多く、診断名は60.6%が統合失調症であった。電話相談の状況は「本人から」が77.7%であり、1カ月当たり平均10.1回、52.4分の相談があった。電話相談等の内容は「不安の傾聴・解消」72.6%が最も多く、次いで「生活に関する相談」42.5%、「薬物療法に関する相談」36.6%などとなっていた。電話相談等の結果、「不安が軽減した」が67.8%となっていた。事業所から主体的に電話をかけることも、43.2%が「ある」と回答し、状態悪化が予想される際の予防的介入として、あるいは危機介入や症状緩和、服薬の声掛け・確認・指導などのために実施していた。

医療保険で訪問していたが、要介護認定を受けて介護保険での訪問に切り替わったケースの診断名は、統合失調症が71.9%で最も多かった。介護度は、「要介護1」が43.9%で最も多く、次いで「要介護2」15.8%などとなっていた。訪問先の96.5%は「自宅」で、1カ月間の訪問回数は平均4.9回であるが、必要と思われる訪問回数は平均5.4回であった。また、1日のうちの複数回訪問を実施した利用者はいなかった。訪問1回当たりの平均滞在時間は44.0分であり、45.6%が30分で最も多く、次いで60分が42.1%などであったが、必要と思われる滞在時間は平均49.0分であった。事業所による訪問看護以外に利用しているサービスは、「ホームヘルプサービス」59.6%が最も多く、次いで「デイサービス」24.6%などであった。医療保険から介護保険に移行したことによるサービスの変更・変化の状況についてみると、「特に変わらない」38.6%が最も多かった。また、利用者や家族の状態については、「状態は特に変化なし」59.6%が最も多かったが、次いで「状態が悪

化した」が 19.3%であった。利用者や家族のサービス満足度については「満足度は変わらない」35.1%が最も多かった。

都道府県の医療計画の死精神医療分野の記述内容であるが、北海道は、47 都道府県中最大の面積であり網羅範囲が広いながらも、医療圏を細かく設置して統率を図っていることが評価できるが、内容自体に数値的な記述が少なく、概念論的なものが多い。

青森県は、精神科救急や身体合併症対応の記述が充実している。しかし、精神科医師数は全国平均ながら指定医数がほぼ半分であることから、精神科救急医療の破綻に繋がる恐れもある。うつや認知症の S(Structure ; 構造)、P(Process ; 過程)、O(Outcome ; 結果)についての記述が少ない。なお、S、P、O については後述している。

岩手県は、他県にはない震災こころのケア活動の項目があり、東日本大震災を念頭においた活動を定義している。認知症を別枠で Assessment しているが、かえって分かりづらい。また、数値目標が少ない。

宮城県も東日本大震災に特化した施策が盛り込まれているのが特徴である。

秋田県は、全国平均を意識した数値が記載されているのが特徴である。しかし、日本一の自殺率（人口 10 万対）32.3（全国平均 22.9）が指摘されているものの、それに対しての Assessment がない。数値目標の記載が少なく、目標への戦略的記載にも乏しい。

山形県は、認知症や自殺対策に関しては、現状、課題および対策の方向性が具体的に記述されている。なお、認知症と自殺対策は、指標への言及も見られる。短所は、プロセス指標への言及が皆無で、どんな過程で成果を得ようとしているのかがわからない。

福島県は、福島第一原発によるストレスが精神疾患を誘発することへの記述がある。一方、Avedis Donabedian（1919-2000）により提唱された「医療の質評価の 3 側面」である S(Structure ; 構造)、P(Process ; 過程)、O(Outcome ; 結果)に沿って指標の整理が省みられているものの、現状把握にしか利用しておらず、施策の効果測定のためになっていない。（指標の整理も資料編の中にある）。それから東日本大震災や福島第一原発関連で精神疾患の課題が記述されているにもかかわらず、対策の方向性が見受けられない。

茨城県は、現状や方向性が示されている精神医療の各論領域については、おおむね対応する指標への言及がなされている。しかし、目標設定をしている指標は、施設整備や施設基準関係のものに留まっている。

栃木県は、現状および課題と施策の方向性の記述を、項目毎ではなく「現状・課題」「施策の方向性」のカテゴリ毎に整理しており、見やすい。S、P、O の項目に関連する指標を「数値目標」という欄でまとめている。ただ、課題や施策の方向性は確認されているものの、それを指標に生かすような記述に乏しい。

群馬県は、全般的に簡潔な記載となっているが、指標に関しては自殺関連のアウトカム指標だけである。

埼玉県は、施策の方向性や目標に関する記述が不十分であるが、S、P、O についての記述は他県に比べて充実している。

千葉県は、各地域の医療連携体制をもっと分かりやすく説明する必要がある。数値目標を達成するための施策、事業についても、もっと詳しく説明すべきである。

東京都は、医療計画において各方面の現状と課題を記述するなど、精神医療に対する深い関心がある点の評価できる。また、東京都の各区の基礎的条件が違うことから、各区の

実情に応じた数値目標を設定することも考慮する必要がある。医療連携体制については、もっと分かりやすい説明が求められる。そして、数値目標を達成するための施策、事業については、もっと詳しく説明しなければならない。

神奈川県についても、数値目標を達成するための施策、事業について、もっと詳しく説明すべきである。

新潟県は、政策だけではなく、具体的な数値目標の設定することと広い県内の地域を分けて、計画を制定することが必要である。問題点としては、現状の各指標値について調査と評価が不十分であること、現状と課題に基づき計画内容の制定が不十分であること、数値目標を達成するための施策、事業についてもっと詳しく説明すべきことなどが挙げられる。

富山県は、計画の策定姿勢として、認知症やうつ病対策を重視している姿勢がうかがえる。さらに精神・身体合併症への取組みについても努力のあとが伺える。一方、指標の目標設定は絞込みがみられるが、可能な限り一定の目標設定が望ましいと思われる。

石川県は、アウトカム指標についても目標設定されているものもあるところが分かりやすい。認知症やうつ病対策にも力点を置いている。反面、精神・合併症の取組みが弱いことから目標設定のさらなる具体化を目指すべきと考えられる。

福井県は、指標の設定やアウトカム指標もみられる。うつ病対策に力点のひとつがおかれていることが伺える。こどもの精神に係る記述もみられる。精神と身体の合併症対応が弱いところがある。指標の目標が多く項目で不明確である。

山梨県は、認知症に対する取組みが重視されている。数値目標は、絞り込んで、アウトカム指標が主に取り上げられている。医療連携により、医療資源の不足等をカバーする姿勢がうかがえる。計画はストラクチャー及びプロセスの指標について、現状値と目標を一覧化して明確にすると分かりやすいと考える。精神・合併症の取組みに難がある。

長野県は、多くはないが、指標が設定されている。アウトカム指標もみられるものの、プロセス指標が少ない。行政の資源を有効活用しようとしている姿勢が見受けられる。

岐阜県は、S、P、Oの数値目標があまり具体的ではない。

静岡県は、児童精神分野が別立てになっているが、全体として対策が具体的ではない。

愛知県はS、P、Oに関する数値目標が少ない。

三重県は、連携体制について2次医療圏ごとに別立てで現状分析されていることと、精神障害者に対する理解の促進が別立てで取り組む内容を提示していることが特徴として挙げられる。また、S、P、Oの数値目標が少ない。

滋賀県は全体に記述内容は充実しているものの、うつや認知症に関してはS、P、Oの記述が弱い。

京都府は認知症の記載が充実しているが、目標数値の記載がほとんどない。

大阪府は、数値目標の記載が全くない。現状と課題、今後の方向性等の記載に終始している。

兵庫県は、現状値に対して目標数値の記載が比較的しっかり記載されている。加えて、認知症の記載が充実している。

奈良県は、認知症はストラクチャー・プロセス・アウトカムの記載が充実している。「自殺対策」、「災害対策」の項目を独立して記載されている。ただ、認知症以外はストラクチャー

ャー・プロセス・アウトカムの記載が不十分である。

和歌山県は、うつ病・認知症の記載が充実しているものの、アウトカム指標の記載が不十分である。

鳥取県は、現状・課題、対策・目標が表になっており、わかりやすい。しかし、現在の数値の整理が中心で、今後の活動目標が書かれていない。

島根県は、計画が簡潔で分かりやすいが、現状の数値の整理で、今後の活動目標が書かれていない。

岡山県は、現状、課題、施策の方向について表にまとめられていて、読みやすい。しかし、目標値が数値化されておらず、実現のための具体的な活動が記載されていない。

広島県は、現状について全般的に定量的な記述になっている。施策の方向が書かれているが、目標については定量化されているものは少ない。

山口県は、統合失調症、うつ病、認知症、アルコール依存症、児童・思春期の精神疾患について医療連携体制をわかりやすい図で表示している。医療体制図に関係する病院については県のホームページに掲載している。しかし、定量化された目標が少ない。

徳島県は、施策の方向性・目標については十分な記述があるものの、S、P、Oに関するものがほとんどなく、具体性に欠ける。

香川県は、計画全体にバランスが取れた記述である。しかし、うつや認知症に対する具体的記述に欠ける。

愛媛県は、全体に充実した記述である。医療資源など精神医療の根幹となる部分の記述が不十分である。

高知県は、精神医療の課題に対しては、網羅的に記述している。しかし、計画自体を作成することが目的化している

福岡県は、全体にバランスが取れている。だが、数値目標が設定されている分野が限定的である。

佐賀県は、全体にバランスが取れた記述内容である。しかし、医療資源が集中している県庁所在地を中心にした記述内容である。

長崎県は、各分野網羅的に触れている。長崎、佐世保医療圏で全体の約7割の病床数があり、今後はこれらを他の医療圏に増やしていくか、あるいは長崎、佐世保医療圏の既存病床をどのように他の医療圏が活用していくかを検討する必要がある。治療・回復・社会復帰の踏み込んだ現状分析や施策の目標が設定されていない。

熊本県は、できるだけ身近な地域で治療が受けられるよう、2次保健医療圏での治療を推進する記述に特徴がある。しかし、熊本市内に集中している専門病院主体の計画となっている。

大分県は、具体的数値がほとんど記載されていない。治療・回復・社会復帰、身体合併症、専門医療などについての課題分析が不足している。また、施策の方向性や具体的目標に関する記述が少ない。

宮崎県は、中央保健所管轄内に施設が集中している。また、うつ、認知症について、S、P、Oに関する記述が少ない。

鹿児島県は、専門医療の充実が必要である。

沖縄県は、目標設定を数値化して体系的にほかの医療体制とリンクする取り組みができ

ている。人口構成に見合った施策を積極的に講じている。地域や高齢者医療、認知症に力を入れている。反面、プロセスや全体構造と関連性の説明が少ない。戦略部分が目標に対してあまり明確になっていない。全体的に構造、プロセス（戦略）部が希薄である。力を入れ書いている部分とそうでない部分にむらがある。連携についての記述が多くあるものの具体的体制について書いていない。

#### D. 考察

本分担研究では、精神医療の評価に資する標準的な指標を開発することを目的として、国内外の先進事例の収集を行うとともに、実際に都道府県で精神疾患の医療計画に関与する関係者との意見交換を行った。

国際的に国の指標として承認度の高い領域を、すでに厚生労働省から示されている4つの領域ごとの指標で盛り込まれている内容を示すと、次の通りである。

- 「予防・アクセス」
  - 外来サービスへのアクセスと待ち時間
- 「治療・回復・社会復帰」
  - 隔離・身体拘束
  - 入院期間
  - 非任意入院
  - ACT (Assertive Community Treatment)
  - 再入院
- 「精神科救急」
  - 精神科救急へのアクセス
- 「身体合併症」
  - 身体管理
- 「専門医療」

一方、国際的に承認度の高い領域で、まだ盛り込まれていない領域として、アウトカム関連指標（症状の改善、機能レベルの改善、患者・家族の満足度）および人口あたり精神科医療費があった。特に精神医療の結果どうなったかどうアウトカム領域は既存データベースから指標化することが難しく、わが国における医療サービスの質の評価における課題といえることができる。

次に、精神疾患の医療体制の構築で求められる観点とは、医療圏において、必要な医療機能の要素が存在し、それぞれの要素が有機的に連携しているかについてである。それぞれの要素は、Thornicroft & Tansella (2004)が指名したサービスに理論的には集約できるであろう。複数の機能が連携するという観点、および地域において精神疾患の医療ニーズが優先順位の高い対象に提供されているかという観点から、(1)患者・家族と治療チームとの「連絡ノート」(患者手帳・地域連携クリティカルパス)、(2)医療チーム内での必要時の情報共有、(3)ケースマネジメント機能を評価する必要がある。以上の「治療」単位での情報共有に加えて、地域連携会議等において、精神疾患の医療ニーズの高い対象者を、ゆるやかに「見守る」仕組みが必要である。フリーアクセスが担保されているわが国の医

療制度において、服薬中断・受療中断を予防するための仕組みが必要と考えるからである。この場合、一定の匿名化手続きを行うこと、本人の同意の手続きを組み込む必要がある。

精神科医と一般科医の連携については、一般科医が精神疾患のプライマリ・ケアの一部を担っており、一般科医と精神科医との連携が必要である。一般科医が精神医療に対して抱いている疑問や精神疾患を持つ患者への抵抗感が連携の障害となっているが、研修会等がその軽減に少なからず効果があることがわかった。さらに、必要時に速やかに、一般科医と精神科医を確実に繋ぐためのシステムが求められている。

平成 25 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 54.0%であった。先行研究の実施割合は、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%、平成 24 年度 52.6%と半数以上の値で経過していた。

精神科実施事業所において複数回訪問が必要と思われる利用者がいると答えた事業所は 16.7%であったのに対して、平成 25 年 9 月に実際に実施したと答えた事業所は 14.7%であった。この差は実施の有無を 1 カ月間に限定したためと考えられ、複数回訪問が必要な利用者には概ね実施されていると思われる。

受診同行については、必要な利用者がいる割合は 32.6%であったのに対して、実施している割合は 17.9%であり、受診同行については必要性がありながらも実施できていない状況が伺える。

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出・算定状況を見ると、届出し算定しているが 28.6%、届出しているが算定していないが 11.3%合わせて 39.9%の事業所が届出をしていた。精神科実施事業所で見ると、それぞれ 49.8%、10.5%で、合わせて 60.3%の事業所が届出をしていた。平成 24 年度調査で申請していた事業所の割合は 34.0%（精神科実施事業所では 55.9%）であり、それぞれ 1 年で数%の増加が見られている。

平成 25 年 10 月 1 日現在における認知症の利用者の有無をみると、「いる」と回答した事業所は 91.4%（1,199 事業所中 1,096 事業所）であった。先行研究の平成 24 年度の調査では、認知症が主傷病である利用者の有無については、69.6%が「いる」と回答がこたえていることから、利用者数が増加傾向にあることが伺える。また、認知症実施事業所における当該利用者数は、前年は平均 6.2 人（1 事業所当たり）であったが、本調査では平均 13.6 人であり、利用者数の増加も見られていた。認知症への訪問看護利用のニーズが高まっていると推察される。認知症の周辺症状のケアのために訪問看護を利用した対象者も 46.8%にのぼっており、当事者や家族に対する精神的なケアも必要とされていることがわかる。さらに、18.9%の利用者では 1 日複数回の訪問が必要な状況があったとアセスメントされていることから、認知症患者を地域で訪問看護を利用しながら支えていこうとする場合には、さらなる制度の充実が必要となる可能性が示唆されている。

訪問看護ステーションにおける電話相談については、全体の 59.3%の事業所で、平均  $4.2 \pm 8.3$  人への電話相談が実施されていた。本人からの電話相談では、時間外の電話相談も多く実施されており（1 事業所月あたり 時間内 22.2 回、147.5 分、時間外 14.7 回 124.1 分）、ケアの一形態として一定の時間が費やされていた。

電話相談が必要なケースの特徴は、過去の入院経験のある人が 78.4%、入院回数が平均

4.2 回と多く、月あたり訪問回数も 6.3 回であり、不安や症状が変動しやすく、頻回な訪問や電話相談を通じてそれらに対応しながら支援していることが伺える。電話相談の内容は、「不安の傾聴」が最も多く、また薬物療法に関すること、生活や対人関係に関する相談、確認行為への対応などがあつた。生活上の困りごとや不安に対して、話を聞いたり、服薬の指導を通じて、不安を軽減し、次の訪問に繋げている状況が伺えた。

事業所から主体的に電話をかけた支援も、43.2%の事業所が実施していた。訪問時の状態変化やホームヘルパーや家族からの情報を受けて電話したという自由記載もあり、状況や状態の変化が予測される場合には、主体的に電話による関わりを行っていると考えられる。事業所から主体的に電話をかけた支援内容は、状態悪化が予想される際の予防的介入として、あるいは危機介入や症状緩和、服薬の声掛け・確認・指導などのために実施していることが具体的に記述されていた。

電話相談は、地域での服薬継続を支え、状態悪化を防ぐといった地域生活を継続するための援助となっていると考えられる。

医療保険から介護保険への移行ケースについては、21.9%の事業所で、平均  $1.8 \pm 2.2$  人の移行ケースがあつた。移行した対象者の特徴として、過去の精神科入院経験は 91.2%と高かつたが、平均入院回数は 1.1 回と少なかつた。独居者の割合が 68.4%と高く、ホームヘルプサービスの利用割合が 59.6%と高かつた。

移行後の変化や満足度は、「状態は特に変化なし」が 59.6%、「満足度が変わらない」が 35.1%で、状態や満足度に変化がないことが主であつた。自由記載ではホームヘルプの利用が増えた等の記載があり、独居で生活上の支援が必要な人が移行することで、ホームヘルプ等の利用がしやすくなるといった変化があると考えられた。一方で、訪問時間の制限ができ、時間内に十分なケアが提供できないという課題が多く挙げられていた。また、サービスが向上し満足したという一方、訪問看護でかかわる時間に制限ができ、服薬できなくなった、状態悪化をきたしたという両方の状況が挙げられた。これは、医療保険において受けていたサービスと、介護保険において介護認定の区分に従って受けているサービスが変わり、利用者の状態や希望に適したものであるかによって答えが異なつたと考えられる。

生活支援が増え、人とのかかわりが増えて満足しているという一方、信頼できる訪問看護師のかかわりが減つたために不安が高まり、状態が悪化したということも述べられている。利用者・家族の状態は、「特に変化なし」が 59.6%で最も多いが、「状態が悪化した」が 19.3%と次ぎ、「状態が改善した」が 17.5%であつた。割合は少ないが、移行により状態悪化とならないようにするためには、移行時には支援者間でサービス提供や利用者状態の情報共有や引き継ぎなどを行う必要がある。

利用者および保険移行をした対象の疾患は、71.9%が統合失調症であつた。新規のサービスや制度の説明を受け、これまで受けてきたサービスと異なる、あるいはサービスが縮小されることにより、不安や緊張の高まりが見られていた。医療保険から介護保険への移行時は、疾患の特性に配慮して、対象に合わせた新しい状況への適応の支援を行う必要があると思われる。

精神の充実した救急一般病院(藤田保健衛生大学病院)における身体と精神合併の現況は、救急病棟に入院した身体と精神合併症患者の約 8 割は、精神科の問題の方が大きいと判断

されたことである。精神科のバックアップ体制のない、あるいは薄い病院においてはこれらの患者が地域の救急病棟で精神科の関与がない・薄い状態で医療を受けていることが推測される。この調査で近隣医療圏から9割を超える割合で受け入れていることから、同院が県内中の合併症患者を受け入れているという訳ではなく、おそらく他の地域では精神科の関与がない・薄い状態で医療を受けていることが予測される。

次に救急病棟全体における<身体・精神合併>の参考比率であるが、精神科の関与する救急症例は約3%と推察された。別の調査で日本医科大学救急病棟入院の12-14%は精神科的問題が関与する報告があるが、これは救急病棟のほぼ全例に精神科から出向いて評価を行ったものであること、地域の救急体制の相違等の要因が影響していると考えられる。また当該(日本医大)調査において、自殺未遂者の対応が年間120-140例となっていたが、本(藤田保健)調査でも精神科的問題が大きいと判断された救急病棟入院患者は月10人を超え、同等の医療資源を投入しているとも推察される。

また、この調査で分かったこととして、精神科が充実した救急病院という環境では、救急病棟に居ながら精神科的問題が大きい患者が約3%いるということである。しかし、この値は精神科の有無や遠近・協力体制の多寡・地域の体制等多くの条件により異なると考え、愛知県の他の救急病院について調査した。愛知県モデル病院群の救急医療における身体・精神合併の実態調査から、以下のことがわかった。

救急病棟入院患者のおおむね3%が身体・精神合併症であると救急病院はとらえているようであった。一方精神病院は、救急部門からの紹介での入院は1.5%となっており、実数では救急病棟で抱える合併症患者の15%程度しか受け入れていないことになる。身体・精神合併の患者を救急病院で処置がすんだ後、精神病院で入院が必要な状態になくなったとも考えられるが、外来受診を含めた紹介の連携の必要がある。次に、救急病院・精神病院での連携構築への問題について、双方から<身体・精神合併>の問題点について自由記述で聞いた。救急病院側では、主に患者の症状や疾患ではなく行動・言動面の問題点を挙げ、それが精神疾患かどうかで精神病院側との意識のズレがあることが伺えた。精神病院側は、身体処置や検査の体制についての不安や不可能な点についての記述が多かった。救急側では入院を必要としない状態ととらえるものの、精神側にとっては設備や体制を整える必要のある身体状態であると捉えているようであった。

愛知県モデル病院群の救急医療における身体・精神合併のための連携体制については、今後も連携症例の運用を通じた、連携のあり方についてデータを集積していく予定である。

医療計画に関するところでは、地図情報に転化することは、複雑で難解な精神保健医療や疾患に関する情報を住民に正確にわかりやすく伝達する上で有効な手段である。また、措置入院などの実績の数値には、都道府県間に格差があるように見えるが、解析により都道府県人口数と強い相関があることが明らかとなった。つまり、人口が少ない県では、措置入院自体が少なく、対人口10万人などで表すと数字に見かけ上格差があるように表現されるためと考えられる。

次に、都道府県医療計画の精神医療や精神疾患についての記述は、「現状と課題」「施策の方向性・目標」「ストラクチャー」「プロセス」「アウトカム」など、細部に至るまで都道府県ごとの差異が大きかった。そうした中で、比較的記述内容が充実していた部分は、「社会復帰」「精神保健思想の普及・啓発」のところであった。社会復帰については、都道府県



が保健所や精神保健福祉センターを有していることから、政策の全体像が描きやすく内容が充実しているものと思われる。

## まとめ

精神医療の評価に資する標準的な指標を開発することを目的として、必要な国内外の状況を収集し、集約した。医療圏ごとで、必要な機能の要素を整備するとともに、機能をつなぐ連携体制の構築が必要である。また、一般科医が精神疾患のプライマリ・ケアの一部を担っており、一般科医と精神科医との連携が必要である。一般科医が精神医療に対して抱いている疑問や精神疾患を持つ患者への抵抗感が連携の障害となっているが、研修会等がその軽減に少なからず効果がある。さらに、必要時に速やかに、一般科医と精神科医を確実に繋ぐためのシステムが求められている。

精神科訪問看護については、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割程度であり、5年間ほとんど変わっていないかった。精神科実施事業所において複数回訪問が必要と思われる利用者がいると答えた事業所は16.7%であり、実際に実施したと答えた事業所は14.7%であった。この結果から、複数回訪問が必要な利用者には概ね実施されていると明らかとなった。受診同行については、必要な利用者がいる割合は32.6%であったのに対して、実施している割合は17.9%であり、受診同行については必要性がありながらも実施できていない状況があると考えられた。精神科訪問看護基本療養費の届出・算定状況は、数%の増加がみられ、また認知症の利用者が増加し、認知症の周辺症状への対応を目的とした訪問看護も行われていることが明らかとなった。なかには、一日複数回の訪問看護が必要と考えられ、実施した場合もみられ、今後認知症利用者への訪問看護制度と実態との適合について経過を観察する必要があると考えられる。電話相談は、半数の事業所で実施され、ケアの一つとして、一定の時間が費やされていた。また、電話相談は、地域での服薬継続を支え、状態悪化を防ぐといった地域生活を継続するための援助となっていると考えられた。

医療保険から介護保険への移行は、事業所の約20%に移行したケースがあった。移行により、患者・家族の状態や満足度に変化はないことが多かったが、19.3%に「状態が悪化した」ことが明らかとなった。保険移行時は、疾患の特性に配慮して、対象に合わせた新しい状況への適応の支援を行うなどの支援が必要であると考えられた。

最後に、医療計画の記述内容の劇的な転換は、残念ながら認められなかった。いまの記述内容で今後、残りの医療計画の執行期間が、無駄にならないような方策を検討する必要がある。そのためには、精神科医療はもとよりその隣接領域を含めた地域の体系的な医療水準の向上や患者の利便性や人権保護の一層の向上ならびに患者の視点に立った医療供給が期待でき、行政サービスの質の向上や効率性アップが図られ、その成果は住民や国民の福祉の向上となって現れる方策を、次年度以降検討していく必要がある。それには、精神医療や疾患情報を住民に上手く伝達し、住民が主役の医療計画にする必要がある。また、それが医療計画の本来の趣旨であった筈である。

今後、医療計画による成果がどの程度波及しているかを調べる。成果が見られないところの施策の問題点や設定した評価指標の有効性について検証する必要がある。同時に、住

民をはじめとする一般国民の医療計画の精神疾患対策の認知度についての調査も行い、本年度研究で明らかにされた課題の改善方策も検討しなければならない。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### (1)論文発表

###### [原著論文]

1. Tomoko FUJIMOTO, Kazuo KAWAHARA, Hiroo YOKOZEKI. Epidemiological study and considerations of primary focal hyperhidrosis in Japan : From questionnaire analysis. *Journal of dermatology* 2013; 40: 1-5
2. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa, M.: Relationships between the active aging index and disability-free life expectancy: A case study in the Rajshahi district of Bangladesh. *Canadian Journal on Aging*. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, and Y. Tanaka. Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system. *Health Policy* in publication, January 2013.
3. S. Okamoto, K. Kawahara, A. Okawa, & Y. Tanaka. "Values and risks of second opinion in Japan's universal health care system," accepted by *Health Expectation*, online published on February, 2013.

###### [総説]

1. 河原和夫、菅河真紀子. 医療計画の効果と課題. *お茶の水医学雑誌* 61: 129—138 (2013)
2. Ito H, Frank R, Nakatani Y, Fukuda Y. The Regional Health Care Strategic Plan: The Growing Impact of Mental Disorders in Japan. *Psychiatric Services* 64: 617-619, 2013.

##### (2)学会発表

1. Tareque MD Ismail Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: Healthy Life Expectancy and the Correlates of Self-rated Health for the Elderly in Rajshahi District of Bangladesh International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013
2. Tareque MD Ismail Kawahara K, Sugawa, M, Hoque, Changes in Healthy Life

Expectancy and the Correlates of Self-rated Health in Bangladesh between 1996 and 2002 Wednesday, International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 28th 2013

3. Islam TM, Tareque MI, Kawahara K, Sugawa, M, Hoque N.: *The most important factor needs attention in intimate partner violence: A case of Bangladesh*. Presented in Session 233: Intimate partner violence, organized by International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Venue: BEXCO Convention Hall Lobby, Busan, South Korea, August 31, 2013.
4. Islam TM, Tareque MI, Rahman KMM, Sugawa M, Kawahara K.: Violence against women. In Titumir RAM (ed.) *Institutions Matter: State of Women in Bangladesh 2013*. The Unnayan Onneshan, Dhaka-1215, Bangladesh.
5. 河原和夫、菅河真紀子、杉内善之、野崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制およびわが国の国際貢献の可能性について(第2報). 第37回日本血液事業学会総会. 札幌市.
6. 菅河真紀子、河原和夫、杉内善之、野崎慎仁郎、上原鳴夫. アジア諸国における血漿分画製剤の製造体制およびわが国の国際貢献の可能性について(第1報). 第37回日本血液事業学会総会. 札幌市. 2013.
7. 菊池雅和、河原和夫. 社会医療法人の制度リスクについて 第51回日本医療・病院管理学会総会. 京都. 平成25年9月27日.
8. 熊澤大輔、菅河真紀子、島陽一、竹中英仁、村田正夫、河原和夫. セーフコミュニティ活動における科学的な状況把握に基づく行政の政策立案の取り組み 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月25日.
9. 菅河真紀子、島陽一、菊池雅和、村田正夫、熊澤大輔、竹中英仁、河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析(第1報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
10. 島陽一 菅河真紀子 菊池雅和 村田正夫 熊澤大輔 竹中英仁 河原和夫. 医療計画における精神疾患の課題認識の実態と施策策定過程の分析(第2報) 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 2013年10月23日~25日.
11. 村田正夫、菅河真紀子、竹中英仁、島陽一、熊澤大輔、河原和夫. 東京23区のうちで平日準夜間等小児初期救急を病院で行う区での受診件数、子ども医療費補助及び子ども人口との相関. 第72回日本公衆衛生学会総会. 津市. 2013年10月24日.
12. 竹中英仁、熊澤大輔、村田正夫、島陽一、菅河真紀子、河原和夫 献血固定施設における献血者数と固定施設の立地条件と献血ベッド数に関する研究. 第72回日本公衆衛生学会総会. 三重県津市. 平成25年10月23日.

13. 清水央子、河原和夫. 日本薬剤疫学会第 19 回学術総会 一般演題 「患者数」の推定と医療情報 デイ タベースの評価 2013 年 11 月 16 日
14. 山之内 芳雄. 身体合併症に関する地域連携の取り組み日本精神神経学会総会プログラム・抄録集(109)S.260, 2013

(3)著書

1. 田中平三、河原和夫、 他. これからの公衆衛生、 社会・環境と健康. 地域保健・衛生行政. p.239-244. 南江堂 2013.
2. 河原和夫. アジア諸国の血液事業について. 血液製剤調査機構だより. 血液製剤調査機構. No. 134、 p.11-18. 2013 年.
3. 菅河真紀子、河原和夫. 「献血者確保のための採血基準の見直しと環境整備」『公衆衛生』第 77 巻 第 8 号,pp 619-623. 医学書院 2013 年
4. Tareque MI, Hoque N, Islam TM, Kawahara K, Sugawa M.: Active aging index and healthy life expectancy in Bangladesh. In N. Hoque, M. McGeHee, B. Bradshaw (eds.), *Applied Demography and Public Health*. NY: Springer. 2013.
5. *Applied Demography and Public Health* : Chapter 16 Md. Ismail Tareque, Nazrul Hoque, Towfiqua Mahfuza Islam, Kazuo Kawahara, and Makiko Sugawa. Active Aging Index and Healthy Life Expectancy in Rajshahi District of Bangladesh. pp.257-276. 2013 Springer

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