

201516023A (DVD有)

平成 27 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 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))

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 27 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 28 (2016) 年 3 月

平成 27 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

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 27 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 28（2016）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 代表理事

萱間 真美 聖路加国際大学 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  
精神保健計画研究部 部長

## 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

相川 雄太 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野/医学部学生

田渕 司 東京医科歯科大学大学院 政策科学分野/医学部学生

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 聖路加国際大学

大橋 明子 聖路加国際大学

吉原 由美子 全国訪問看護事業協会

遠山 昌子 全国訪問看護事業協会

海老原 樹恵 聖路加国際大学大学院

鈴木 清二 愛知県健康福祉部障害福祉課 こころの健康推進室

大野 美子 愛知県健康福祉部障害福祉課 こころの健康推進室

安西 信雄 帝京平成大学 教授

上ノ山 一寛 南彦根クリニック 院長

河崎 健人 水間病院 院長

来住	由樹	岡山県精神科医療センター 院長
竹島	正	川崎市健康福祉局 担当部長
橋本	喜次郎	肥前精神医療センター 副院長
宮岡	等	北里大学精神医学教室 教授
稲垣	中	青山学院大学国際政治経済学部
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
西村	由紀	特定非営利活動法人メンタルケア協議会
大塚	寛之	特定非営利活動法人メンタルケア協議会
福山	佳之	特定非営利活動法人 こころ 就労継続 A 型事業所 C&C サービス 管理者

# 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 …… 3  
構築の推進に関する研究

河原 和夫

- ◆ 研究分担報告(1) 精神科医療の生産性の変化と都道府県格差に関する研究 …… 19

河原 和夫、 松原 六郎、 菅河 真紀子、 福山 佳之、 熊澤 大輔、  
相川 雄太、 田淵 司

- ◆ 研究分担報告(2) 精神疾患に関する地域連携パスに関する動向 …… 32

伊藤 弘人

- ◆ 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に関する研究 …… 39

萱間 真美、 上野 桂子、 宮崎 和加子、 角田 秋、  
大橋 明子、 吉原 由美子、 遠山 昌子、 海老原 樹恵

- ◆ 研究分担報告(4) 1.身体合併症などの精神科医療連携に関する研究 …… 60  
2.精神病床に入院する認知症患者の動向に関する研究

山之内 芳雄

- ◆ 研究分担報告(5) 精神科診療所から見た医療計画と周辺領域 …………… 67  
との連携の実態と課題

平川 博之、 稲垣 中、羽藤 邦利、三木 和平、  
渡辺 洋一郎、 西村 由紀、大塚 寛之

- ◆ 参考資料 都道府県の精神関連予算について …………… 105

河原 和夫

# 総括研究報告

# 平成 27 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（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））

## 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

### 研究要旨

医療計画の精神疾患対策部分の進行管理のために国が示している指標の政策効果の有無や妥当性、医療機関内や医療機関間、地域の連携などの推進に医療計画が寄与しているか否かを総合的に検証し、問題点があれば改善していく必要がある。さらに医療提供体制の確保のみならず、精神科領域の法制度の運用の問題点の同定も不可欠である。本研究の研究目的はここにある。

医療計画による成果の波及状況のモニタリングならびに訪問看護、身体合併症対応などの医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資源の有効活用方策を調べた。

まず、精神保健福祉資料を用いて精神科医療の生産性の変化等を平成 24 年調査と平成 16 年調査結果をもとに経時的に分析し、精神科医療の効率や生産性を向上するための方策を探求した。

精神科医療に従事する看護師数は、大きく増加していた。医師数についても同様に、この期間増加していた。一方、在院患者数ならびに病床数は減少していた。

平成 24 年と平成 16 年の精神科医療の効率性の変化を見たところ、高齢化により絶対数が経年的に増加している「認知症」については、医師と看護師に 8 年間で生産性（効率）の向上が認められた。全国値で、医師は平成 24 年には同 16 年に比して 1.13 倍の医療効率の向上が認められた。同様に看護師は、1.07 倍の生産性（効率性）の向上が見られた。しかし、作業療法士、精神保健福祉士、PSW の業務効率は逆に低下していた。統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この 8 年間で、各職種の生産性（業務効率）は低下していた。

次に、身体疾患を合併する精神疾患の地域連携パスの開発状況を明らかにすることを目的に、全国での活動を集約した。

その結果、脳卒中、心筋梗塞および糖尿病において、地域連携パスの開発・運用が進められていた。メンタルヘルス領域は、脳卒中地域連携パスに組み込まれている事例があった。心筋梗塞と糖尿病においては、認知症やうつ（うつ状態とうつ病）の評価を組み込む取り組みが始まっていた。患者・家族に情報を集約する地域連携パスは、地域で生活する精神障害者の治療ケアを統合するツールのひとつとなる可能性があることが

分かった。

さらに、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の全訪問看護ステーションを対象に調査し、実施率の変化、および事業所の状況、対象者の実態について調査した。

その結果、平成 27 年 9 月の 1 カ月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は、昨年の 54.6%から 59.8%に増加し、調査開始以降、最も高い実施率を示した。また、精神科訪問看護に関する教育・研修に参加した職員がいる事業所が、昨年の 36.4%から 48.6%に増加した。さらに「精神科訪問看護基本療養費」の届出事業所が、昨年の 32.7%から 44.2%へと増加した。精神科訪問看護の実施要件を整えた事業所が増加していることが示された。精神科訪問看護の実施状況を都道府県別にみると、31.6～84.6%であった。人口 10 万対の精神疾患対象の訪問看護実施事業所数も都道府県別にみると 0.3～1.8 事業所であった。都道府県により実施率および人口当たりの事業所数に大きな開きがあった。精神科病院による訪問看護、精神科病床数、入院日数、福祉サービス等資源との関係、地域特性などとの分析が必要であるものの、全国に分布する訪問看護ステーションが精神科疾患を対象とした訪問看護を実施できるようになることは、精神科訪問看護サービスの均てん化に資するといえ、地域医療計画に訪問看護ステーションによる精神科訪問看護の実施率が数値目標化されることが望まれる。

また、認知症を含む精神症状を有する者が救急医療を受診した際の、精神科医療アクセスについて身体合併症救急モデル事業の内容を調べた。

その結果、同モデル事業において実績の多いペアに見られた特性として、受け入れ精神科医療機関側に一定の傾向が見られた。精神病床に入院する認知症患者は増加の一途をたどっているが、入院率にすると平成 17 年をピークにわずかに減少傾向にあることがわかった。

人口構成の変化や高齢者に対する精神医療の役割の変化などのトレンドを捉えた上で、医療計画そのものの構造や精神医療独自の問題も合わせ、解決すべき課題は多い。また、身体医療との連携については、具体的な要件を明確にした連携モデルの妥当性の検証や他都道府県とのプロセス比較等を通じた、今後さらなるデータの集積と分析の必要性が明確となった。

最後に、精神科診療所が抱えている「通常の外来診療だけでは対応が難しく、関係機関との連携が必要な困難ケース」の実態を明らかにするために、「精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査」と「東京都精神科救急医療情報センターにおける「23 条流れ」のケース調査」を実施した。

前者については、「半年以上外来通院以外何も社会参加していない 65 歳未満の患者（外来ニート）」が 16.6%存在していた。これは、平成 19 年度日本精神神経科診療所協会『明日のクリニックを考える研究会』が行った調査と同様の結果（15.8%）であった。

これらの患者の社会参加を促すためにはケースワークが必要と考えられるが、十分なケースワークが実施できないところが 40%あることがわかった。また、平成 19 年と比較し、一診療所で診ている患者総数は増加しているが通院頻度は減少し、外来診療も十分に時間をかけられなくなっている実態が見えた。

後者の調査結果であるが、情報センターでは、警察官が 23 条通報を挙げても却下されたケースや通報を挙げることが検討したが断念したケース（以下、「23 条流れ」と称する）についての相談が入る。23 条流れの相談は、平成 21 年度に比べ、平成 26 年度は倍増し、半年で 119 件あった。

相談の後に措置診察へ至ったケースや、二次救急に繋がるケースもあるが、半数はいずれの受診にもつながらないか処遇不明となっていた。暴力や器物破損があったが、警察が来ると落ち着いてしまうために 23 条通報に当たらないケースが増えていて、病名も統合失調症中心から、気分障害や発達障害の割合が増えていた。

23 条流れケースの通院先は、平成 21 年度は病院 36%、診療所 32%であったのが、平成 26 年度は病院 21%、診療所 42%と変化した。精神科診療所は、23 条流れのような困難ケースを病院よりも多く診るようになっていることがわかった。

本研究成果は、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ものと考えられる。

最後に、本研究では都道府県の精神関連予算にどのようなものがあるかについても調べた。その結果は、報告書の巻末に DVD として添付している。都道府県の予算の状況や DVD の操作方法については、報告書の最後に『参考資料 都道府県の精神関連予算について』で解説している

## A. 目的

医療計画の精神疾患対策部分の進行管理のために、都道府県間の精神医療に関する指標を比較するとともに、地域連携の基礎となる精神科領域の連携パスの策定状況や内容の分析、精神科領域の訪問看護、精神科病院と一般病院との医療機関間連携の実態、そして精神科診療所が抱えている問題や精神保健福祉法の第 23 条の警察官通報の問題を検討することが目的である。

## B. 方法

1. 精神保健福祉資料（平成 16 年と 24 年 6 月）のデータと平成 23 年患者調査、そして都道府県医療計画を用いた。

地域連携パスの策定状況や内容の分析に関しては、全国の地域連携パスの実例の紹介とワークショップを開催して意見交換や交流の場を提供して、討議し、その内容や運用実態を分析・整理した。

精神科訪問看護の分析については、精神科訪問看護ステーションに対するアンケート結果の分析結果と、医療機関からの訪問看護実施状況等の既存データをもとに分析した。

精神科病院と一般病院との医療機関間連携の実態は、愛知県における救急精神身体合併症モデル事業の実施状況を分析した。また、精神病床に入院する認知症患者の動向に関しては、厚生労働省が実施する平成 8-26 年患者調査において、目的外集計の申請を行い、全対象の

病院入院票個票の一部データの提供を受け、分析した。

精神科診療所が抱えている「通常の外来診療だけでは対応が難しく、関係機関との連携が必要な困難ケース」の実態を明らかにするために、「精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査」と「東京都精神科救急医療情報センターにおける「23条流れ」のケース調査」を実施した。

(倫理面への配慮)

研究分担者が、研究内容に応じて必要であれば、それぞれ倫理審査を受けている。

### C. 結果

精神科医療に従事する看護師数は、大きく増加していた。他に、作業療法士、精神保健福祉士、PSWの増加が続いていた。医師数についても同様に、この期間増加していた。一方、在院患者数ならびに病床数は減少していた。

平成24年と平成16年の精神科医療の効率性の変化であるが、高齢化により絶対数が経年的に増加している「認知症」については、医師と看護師に8年間で生産性(効率)の向上が認められた。全国値で、医師は平成24年には同16年に比して1.13倍の医療効率の向上が認められた。

同様に看護師は、1.07倍の生産性(効率性)の向上が見られた。しかし、作業療法士、精神保健福祉士、PSWの業務効率は逆に低下していた。統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この8年間で、各職種の生産性(業務効率)は低下していた。

脳卒中、心筋梗塞および糖尿病において、地域連携パスの開発・運用が進めら

れていた。メンタルヘルス領域は、脳卒中地域連携パスに組み込まれている事例があった。心筋梗塞と糖尿病においては、認知症やうつ(うつ状態とうつ病)の評価を組み込む取り組みが始まっていた。

脳卒中は、急性期、亜急性期、リハビリテーション期、在宅ケアと、治療方針や提供する場所が異なるために、地域連携パスが整備されやすい領域である。千葉県、大阪府および北海道における3地域において、脳卒中の地域連携パスに、精神疾患・メンタルヘルスの関連項目が含まれていた。

収集できた地域連携パスのうち、千葉県北総地域が最も早く開発運用を行っていた。これは、日本医科大学千葉北総病院がリードして開発したものである。千葉県では、千葉県共用脳卒中地域医療連携パス2014年4月の改定で、「脳卒中後うつ」に関する情報(Patient Health Questionnaire: PHQ-9)が追加されていた。

また、大阪府の豊能地域では、国立循環器病研究センターが推進している、「脳卒中ノート」に2014年からPHQ-9が盛り込まれていた。豊能地域では地域の医療機関が一堂に会する地域連携会議を定期的開催しており、メンタルヘルスをテーマにしたシンポジウムも2014年に開催されていた。

北海道では、北海道地域連携クリティカルパス運営協議会により、2009年から脳卒中地域連携パスの開発・運用が、事務局機能を整備したうえでなされている。この活動は、砂川市立病院脳神経センターで脳卒中地域連携パスの開発が始まっ

た 2001 年にさかのぼる。精神疾患・メンタルヘルス領域の要素を組み込むことの検討が続けられ、2015 年 7 月には認知症が、その後うつ（うつ状態とうつ病）が盛り込まれる予定であることが明らかになった。

心臓病については、現段階では、心臓病の地域連携パスに精神疾患・メンタルヘルス領域は含まれていなかった。ただし、兵庫県において、前向きに検討が進められている地域が存在していた。

糖尿病では、日本糖尿病協会が開発した「糖尿病連携手帳」が各地で活用されていた。また、東京都板橋区熊本県をはじめ、各地域で独自の手帳が活用されていた。ただし、メンタルヘルス領域の要素が組み込まれている手帳は、本調査では確認できなかった。なお、京都医療センターの臨床研究において、うつとアドヒアランスを盛り込んだ手帳が用いられていた。

精神科訪問看護では、平成 27 年 10 月 1 日現在における精神疾患（認知症を除く、以下省略）の利用者の有無をみると、「いる」と回答した事業所は 59.8%（2,127 事業所中 1,273 事業所）であった。精神疾患の利用者がいる事業所における当該利用者数は平均 14.3 人（SD=35.5）であった。

全国訪問看護事業協会に加盟している事業所のうち、回答事業所（n=2,127）の中で各都道府県の精神疾患の利用者のいる事業所の割合は、31.6~84.6%であった。

都道府県別に、人口 10 万対の精神疾患対象の訪問看護実施事業所数は 0.3~1.8 事業所であった。また事業所のうち、精神疾患を主な訪問対象としている事業所は、515 事業所（24.2%）であった。

精神疾患を主な訪問対象としている事業所の開設主体は、医療法人が 30.5%、営利法人が 34.2%等であり、主としない事業所と比較し、割合はほぼ同様であった。

精神が主の事業所の常勤職員は 4.9 人、非常勤職員が 2.9 人であり、主としない事業所の 4.8 人、2.9 人とほぼ同数であった。

訪問対象者数は、精神を主として訪問している事業所では介護保険が 57.3 人、医療保険 31.1 人、生活保護 11.1 人であり、精神を主としない事業所の介護保険 45.8 人、医療保険 15.6 人、生活保護 4.2 人に比べ、人数が多くなっていた。

これらの事業所のうち、自立指定医療機関としての指定を受けている事業所は 1,032 事業所（55.8%）であった。

精神科訪問看護基本療養費を届出し算定している事業所は 919 事業所（44.2%）、届出しているが算定していない事業所が 172 事業所（8.3%）、届出していない事業所は 933 事業所（44.9%）であった。

精神疾患の利用者の有無別にみると、精神実施事業所における、届出・算定事業所割合は 66.5%（1,273 事業所中 847 事業所）、精神非実施事業所における届出・算定事業所割合は 8.9%（805 事業所中 72 事業所）であった。

認知症を主症状とする利用者のいる事業所は 70.6%であった。その中で利用人数の平均は 7.6 人であった。

精神疾患の利用者がいる事業所のうち、自立支援医療制度を利用している利用者がいる事業所は 906 事業所、いない事業所は 320 事業所であり、精神疾患の利用者がいる事業所のうち、25.1%の事業所で自立支援医療を利用していなかった。事業所あたり自立支援医療を利用している利用者数は、平均 18.6 人であった。

訪問看護指示書を発行している医師  
訪問看護指示書を発行している医師につ  
いて精神科を標榜とする医師からの指示  
により発行されている利用者の割合が  
89.8%であり、それ以外の科は10.2%であ  
った。

受診同行が必要な利用者のいる事業所  
は40.2%であった。うち、利用人数の平  
均値は3.9人であった。

看護職員の状況については、過去1年間  
に精神科訪問看護に関する教育・研修を受  
講した看護職員の有無についてみると、「い  
る」と回答した事業所は49.4%（2,079事  
業所中1,026事業所）であった。また、精  
神疾患の利用者の有無別にみると、精神実  
施事業所では「いる」と回答した事業所は  
64.7%（1,273事業所中823事業所）、非実  
施事業所では25.2%（806事業所中203事  
業所）であった。

精神科病院、一般病院の精神科病床等、  
精神科での看護経験のある職員がいる事業  
所は、41.6%（2,079事業所中864事業  
所）であった。このうち、精神実施事業所  
では「いる」と回答した事業所は50.4%  
（1,273事業所中641事業所）、非実施事業  
所では22.7%（806事業所中223事業所）  
であった。

精神科訪問看護経験が5年以上ある看護  
職員がいる事業所は37.0%（2,077事業所  
中768事業所）であった。このうち、精神  
実施事業所では「いる」と回答した事業所  
は53.6%（1,272事業所中682事業所）、非  
実施事業所では10.7%（805事業所中86  
事業所）であった。

訪問看護ステーションにおいて、精神疾  
患の利用者がいると答えた事業所の割合  
は、本調査では59.8%であった。

愛知県における救急精神身体合併症モデ  
ル事業における平成27年4月～27年12月  
までのパスの運用実績は、60件だった。

平成28年3月に行った運営における会  
議では、各ペアにおいての病院内での課  
題について意見交換を行い、全国への普  
及可能性に関する意見聴取では、本モデ  
ルと他都道府県における取組みとのプロ  
セスの比較をまずすべきとの意見があっ  
た。

精神病床に入院する認知症患者の動向  
については、平成8年から平成26年の患  
者調査を基に算定したところ、認知症の年  
齢階級ごとの推定入院者数は各年齢層にお  
いて2倍近くの増加を示している。しかし  
ながらこれは、老年人口の増加によるとこ  
ろが大きと考えられる。平成17年をピーク  
にそれ以降は認知症による精神病床への入  
院率は漸減傾向にある。

#### D. 考察

高齢化により絶対数が経年的に増加し  
ている「認知症」については、医師と看  
護師に8年間で生産性（効率）の向上が  
認められた。これは、この間に認知症が  
医療・介護上の大きな社会問題となり、  
診療報酬や介護報酬が増額した結果、人  
的・物的資源の一層の投入が可能となっ  
たとめと考えられる。特に、大きく不足  
しているとされる医師および看護師の人  
員を増やして認知症医療分野に投入す  
ることによる生産性の向上を上回る状態  
で、業務効率の向上が図られたことが示  
唆される。

その結果、全国値で、医師は平成24年  
には同16年に比して1.13倍の医療効率  
の向上が認められともと思われる。同  
様に看護師も1.07倍の生産性（効率性）  
の向上が見られた。しかし、作業療法士、  
精神保健福祉士、PSWの業務効率は逆に  
低下していた。恐らく、業務や患者数に  
対して医師や看護師に比して余剰気味な

職種であることが、生産性の低下となって表れたものと思われる。また、統合失調症については、これらのすべての職種で生産性の低下が認められた。

精神科医療全体では、この 8 年間で、各職種の生産性（業務効率）は低下していた。原因としては、患者の減少や医業収益の全体としての低下がある一方で、精神科分野の医療従事者の数が増加傾向にあることが、生産性の低下を招来しているものと考えられる。

地域連携パスについては、精神疾患・メンタルヘルス領域が盛り込まれる身体疾患の地域連携パスは、脳卒中で先行していること、心筋梗塞および糖尿病領域において開発が検討されている事例があること、が明らかになった。

脳卒中後のうつの合併は、脳卒中後うつ（Post stroke depression）として、古くから知られてきた。脳卒中患者のうつの有病率は 14~19%で、脳卒中による入院直後に高い。うつを併発すると、認知機能が障害され、日常生活動作の回復が遅く、死亡率も高まる。うつと認知機能との関連は強いが、その関連は時間経過とともに低下する。脳血管性の器質的要因を伴ううつを「血管性うつ病

（vascular depression）」と呼ぶこともある。最近では一過性脳虚血発作においてもうつ病との関連が示されている。責任病変の解明は、左前頭葉障害が多いとの指摘（1981）に始まり、深部白質病変や無症候性脳梗塞を示唆する研究結果もあるが結論には至っていない。脳卒中に伴う障害や喪失による了解可能な反応であるという観点とともに、仮説の検証が続けられている。

一方、脳卒中後のうつのみならず、うつが脳卒中を引き起こすこともある。特に重度のうつ状態は、脳卒中のリスク因

子である。

以上の背景が、脳卒中地域連携手帳にうつの評価が組み込まれつつある要因となっていると考えられる。

心臓病領域での研究でメンタルヘルスとの関連性が強く示唆されているのは、心筋梗塞と心不全である。注目されているのは、1993年の Fasure-Smith らの報告に始まる急性心筋梗塞後のうつが生命予後悪化因子との知見である。継続管理が長期的に必要な心不全も、同様の傾向が高いエビデンスレベルで確認されている。

兵庫において、心臓リハビリテーションにうつの評価が検討されていた。また北海道では脳卒中と心筋梗塞の地域連携パスの統合がなされており、心臓病領域でのうつの評価が盛り込まれていく可能性が高いことが推察できる。

糖尿病とうつとの関連は、双方向性があること、併存によって生命予後が悪化することが定説となっている。

糖尿病地域連携パスにおいては、うつの評価研究レベルにとどまっている。

認知症のリスク因子としての糖尿病やうつは、血管型認知症のみならず、アルツハイマー型認知症も関連しており、背景にあるメカニズムが単一ではないことを示している。このことは、慢性疾患の地域連携パスを統合する必要性があることを示唆している。北海道での脳卒中と心筋梗塞の地域連携パスの手帳の統合は、注目すべき活動ということができる。

なお、「がん」も主要な生活習慣病に位置づけられているものの、がんと精神疾患とが独立している傾向が強いため、今回論じている一連の流れとは一線を画している。しかし、高齢化に伴い、がんとその他の生活習慣病を合併することが

多くなっており、がん領域と非がん領域との連携の強化が必要である。

家庭医等を主体にした治療の統合も必要である。

それぞれの専門医療をつないでいく「チェーンモデル」、基礎疾患を中心に据え、その他の疾患を付加的に考える「ハブモデル」、基礎疾患を据えない「ウェブモデル」などがあるが、今後、わが国でふさわしいモデルを構築していく必要がある。その際、治療統合には、地域連携パスを活用し、その他の形態とも連動しながら、社会的インパクトのある取り組みに発展していくことが必要である。さらに、より効率的で費用対効果の優れた取り組みを開発していくことが求められている。

訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護についてであるが、平成 27 年 9 月の 1 カ月間に精神科訪問看護を実施した事業所の割合は、去年の 54.6% から 59.8% に増加し、調査開始以降、最も高い割合を示した。また、精神科訪問看護に関する教育・研修に参加した職員がいる事業所が、去年の 36.4% から 48.6% に増加した。さらに「精神科訪問看護基本療養費」の届出事業所が、去年の 32.7% から 44.2% へと増加した。研修を活用し精神科訪問看護の実施要件を備えた事業所が増加していることが示され、今後も精神科訪問看護実施率の上昇が見込まれる。

全国訪問看護事業協会に加盟している 4587 事業所のうち、本研究で回答のあった 2127 事業所の中で各都道府県の精神疾患の利用者のいる事業所の割合は、31.6~84.6%であった。都道府県別に、人

口 10 万対の精神疾患対象の訪問看護実施事業所数は 0.3~1.8 事業所とばらつきがみられた。都道府県による実施率の差に影響すると考えられる様々な要因に関しては、さらに分析が必要である。

精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーション数と入院患者の転帰との関連を分析した研究によると、精神科の「重度かつ慢性」患者の退院に必要な地域サービス事業所数として、精神科訪問看護を実施する事業所数が人口 10 万人あたり 0.9 事業所が Youden's Index のカットオフポイントとして示されており、これは本研究の人口 10 万対事業所数の、全都道府県での平均値であった。現時点では地域資源として、精神科訪問看護を実施できる訪問看護ステーション数には都道府県によるばらつきが大きく、一定数以上の事業所を担保する均てん化が必要であるといえる。

精神障害者を主たる訪問対象者とした事業所は、主たる訪問対象としない事業所よりも、利用者数は多く、医療保険や生活保護制度の利用者数が多かった。また両者において、介護保険の利用者の割合が医療保険の利用者の割合を上回っていた。一方、職員数をみると、精神疾患を主たる訪問対象としている事業所と主としない事業所では、ほぼ同数であった。今後、訪問件数や 1 ケースあたりの訪問頻度等も調査することで、訪問体制の特徴についても分析できると考えられる。

精神疾患の利用者への訪問看護指示書を発行する医師については、精神科を標榜とする医師からの指示書である利用者が 89.8%であり、それ以外の診療科が 10.2%であった。精神科以外で最も多い診療科は内科であった。また精神科以外で指示書が発行された利用者の状態は、糖尿病およびインスリン管理が必要な状

態が最も多く、続いてがん、循環器疾患の順であった。

わが国の糖尿病患者数は、316万6,000人であり、過去最高を記録している。今回の調査でも多く対象に含まれた可能性があり、合併する精神疾患によって生活や症状管理が困難となったことで訪問支援が提供されている可能性が考えられる。また、もともと精神疾患を有する患者が、抗精神病薬服用による代謝系副作用によって、糖尿病を合併し訪問看護を利用するに至った可能性も考えられる。精神科訪問看護における身体的ケアの重要性と多診療科間の調整や連携を行う必要性が示唆された。

事業所の電話対応・電話相談は、精神疾患の有無にかかわらず、支援の一形態として一定の時間を費やして行われていた。電話回数では、精神疾患以外の利用者からよりも精神疾患の利用者から多いのが特徴であった。また利用者家族からの電話は、精神疾患以外の利用者家族からの電話が、精神疾患の利用者家族より長くなっていた。精神科訪問看護基本療養費において、支援の対象者入院している者以外の精神障害者およびその家族と規定されている。利用者および家族からの電話相談は、訪問に加えて重要な支援方法として利用されていると考えられる。精神疾患の利用者では、25年度の調査によると「不安の傾聴・解消」のための電話が7割と最も多く、精神疾患の特性から訪問時間外の支援の必要性が高いことがわかる。今回の研究結果から、精神疾患の利用者からの電話は、利用人数に差はないが、1人当たりの回数、時間は、精神疾患以外の利用者に比べ、それぞれ約3倍の、月あたり20.1回、105.6分であった。電話対応は、25年度報告書によると、約5割の者が24時間対応体制加算

(5,400円/月)、1割強の者が24時間連絡体制加算(2,500円/月)のいずれかによって算定されていた。しかしながら、24時間電話で対応するというオンコール体制と、うち月平均104分の電話対応の加算額について、加算を「精神科訪問看護基本療養費」で差別化するなど、現行の業務量に合わせた手当ての検討が必要である。

身体合併症救急モデル事業からは、要件が整えば実効性有る連携が可能だと考えられた。実績の多いペアに見られた特性としては、受け入れ精神科医療機関側に一定の傾向が見られた。内科医師がいたり内科病棟を有する、病院長のリーダーシップによる周知がされている、急性期型の病棟を有しているなどが挙げられた。急性期型の病棟では近年稼働率低下の傾向があり、また頻度の高い入退院に適應しているため、新規の患者の受入へのモチベーションがあり、しやすくなっていると思われる。

具体的な要件を明確にした連携パスの妥当性は、救急病院・精神病院双方からメリットに関する声が聞かれるものの、同様の作成プロセスを経たものの連携患者数がペアにより大きく異なること、またパス未使用による連携ペアの観察を行っていないこともあり、今後さらなるデータの集積と分析が必要である。

精神病床に入院する認知症患者は増加の一途をたどっているが、入院率にすると平成17年をピークにわずかに減少傾向にあることがわかった。背景として、介護保険系の施設の増加やサービス付高齢者専用住宅の近年の普及が考えられる。老人保健施設を運営する精神科病院の医療法人からは、近年入所者が減少しつつあるという声も聞かれ、高齢者施設の動向も含めた分析が必要になると考え

る。また、日本人口の年齢構成は大きく変化しており、今後も高齢化と人口減少を加味した考察が必要とされる。

精神科診療所のケースワーク機能については、デイケア有りの診療所の89%がある程度以上実施しているが、デイケア無しの診療所では44%にとどまった。常勤のPSWの配置数が多いと、ケースワークを実施している頻度も高い傾向が認められた。

施設調査の結果から、十分なケースワークを実施できていない診療所が40%あった。回答者からは、ケースワークの重要性を訴える意見が多かった。

精神科診療所の職員体制と提供しているサービスについてであるが、精神科診療所の職員総数は、2007年の平均12.5人（中央値8人）から2015年は9.2人（中央値7人）にまで減少した。この減少傾向はデイケアの有無を問わず両者に認められた。

訪問看護等のアウトリーチ事業への取り組みについては、デイケア有りの診療所は65.4%（2007年は18.9%）で実施していたが、デイケア無しの診療所では16.7%（2007年は28.6%）にとどまった。

以上のようにデイケアが有る診療所はスタッフも多く、ケースワークも訪問等のサービスも多いが、デイケア無しの診療所はサービス提供の拡大は進まず、二極化が進んでいるように思われた。

受診者数の推移と診療所側の対応に関しては、2007年と2015年の1カ月あたりのレセプト数を比較すると、平均670枚から772枚に増加している。これをデイケア有無の診療所間で比較すると、デイケア無しの診療所でより多くなっている傾向がわかる。しかし、患者の通院頻度をみると、2007年は2週に1回が一

番多く46%であったが、2015年は月1回が最も多く49%となった。外来受診の通院頻度が低くなり、その一方で数を多く診る傾向となっている。4週間処方できる薬剤が増えたことなど、診療報酬上の変化も影響している可能性がある。いずれにしても、通院頻度が減少することで外来診療による支援が以前よりも希薄になっている可能性はある。

いわゆる外来ニート者については、2007年の調査研究事業で6か月以上外来通院以外の社会参加をしていない65歳未満の患者の一群を『外来ニート』と定義し、その実態を報告した。

今回、再度日中活動状況を調査した結果、全患者における「特に活動していない」患者の割合は、24.6%（2007年）から28.4%（2015年）とわずかながら増加した。一方、『外来ニート』は、15.8%（2007年）から16.6%（2015年）と、ほとんど変化がなかった。つまり『外来ニート』は減少していない。この間、この方面に関する様々な施策や取り組みが行われてきたが、『外来ニート』患者の割合に変化がみられなかったことには大きな意味があり、このような患者群に社会参加を促すことの難しさと、既存の社会復帰施設やサービスでは対応しきれていないことを示唆するものと考えた。真の地域生活中心の施策を進めていくには、単に生活の場を病院から地域に移すことに留まらず、社会参加をゴールとしなければ地域で暮らす意味はない。今後は従来からの取り組みに囚われない斬新な取り組みを果敢に進めて必要がある。

精神保健福祉法第23条の警察官通報による影響であるが、23条流れの困難ケースは増えていた。

情報センターに相談が入る23条流れのケースは増えていて、平成21年には

半年で 56 件であったのが、平成 26 年では 119 件に倍増していた。その 2/3 は警察官が 23 条通報する前に断念しており、通報に至っても診察前に不受理となったケースがほとんどで、診察して非措置になったケースは、平成 26 年度に 4 ケースのみであった。

そのうちの半数は措置診察にならないという判断は妥当なケースであり、1/3 は二次救急などに繋がっている。一方、2 割弱は、情報センターで相談をする中で警察官が通報することを決断し、措置診察に繋がっている。残りの 1/3 程度は、措置診察につないだ方がよいのかどうか微妙なケースで、その判断は難しい。当日の受診には繋がらなかった、あるいはどうなったか不明のケースが半数近くに上るが、いずれも家族やかかりつけの外來医療だけでは対応できないために警察相談となった困難ケースである。警察官が通報するかどうか迷う「自傷他害の恐れに準ずる症状」のある 23 条流れで、地域の処遇が困難なケースが、増えていると言える。

また、保護時に落ち着いてしまう、統合失調症以外のケースが増えていた。

「暴力・器物破損」によって警察が呼ばれたが、警察が来た時点では落ち着いてしまったために通報を断念するケースが増えている。また、平成 21 年に一番多い病名は F2（統合失調症圏）だったが、平成 26 年には F2（統合失調症圏）が減って、F3（気分障害圏）や F7-8（精神遅滞・発達障害）が増えている。このような暴力等が繰り返されることが懸念されるケースである。

23 条流れケースにおけるクリニック通院中ケースが増えており、このケースのうち、クリニック通院中ケースが一番多く、平成 21 年度は 36% であったが平

成 26 年度では 42% に増加している。病院通院中ケースは減少し、通院中断や通院歴なしのケースも増加している。病院の早期退院促進、サテライトクリニックを含むクリニックの増加、23 条流れにおける統合失調症以外の病名の患者の増加など、その原因は多く考えられる。いずれにしても、入院や夜間休日などの対応ができないクリニックが、23 条を検討されるような症状や行動化を呈する患者を多く診療するようになってきていることは間違いないと考えられる。

## E. 結論

平成 24 年 6 月 30 日に行われた「精神保健福祉資料」と平成 23 年厚生労働省の「患者調査」の内容は、現行の医療計画（平成 25 年 4 月より施行）が策定される際に都道府県の精神科医療の実態を表したものである。これらの資料に示された精神科医療の提供体制を改善するための内容と施策体系を持って現行の医療計画は策定され、実施されているはずである。しかし、本研究で示した都道府県の問題などを具体的に改善していく内容や施策は、医療計画の中にはほとんど見当たらない。

加えて精神疾患の医療計画は平成 25 年に始まったところで、未だその理解が浸透しているとは言い難い。人口構成や高齢者に対する精神医療の役割の変化などのトレンドを捉えた上で、医療計画そのものの構造や精神医療独自の問題も合わせ、今後指標の検討や医療の質の向上などをはじめ、解決すべき課題は多い。また、身体医療との連携については、具体的な要件を明確にした連携モデルの妥当性の検証や他都道府県とのプロセス比較等を通

じた、今後さらなるデータの集積と分析が必要である。

平成 27 年度からは、現行の医療計画を修正するための「地域医療構想」が策定される。だが、そこには精神医療の問題はほとんど認識されていない。

これらの課題を踏まえて、本研究により得られた成果は、精神医療領域でより実効性がある医療計画を策定する際の、基礎資料としての活用が期待される。

今後、医療計画に記述がある事項の実効性を担保するために必要となる具体的な事業計画や実施計画の策定、パスや連携の仕組みを構築するための要件、人的・物的資源の有効活用方策を調べる。こうした観点から都道府県の医療計画の記述内容や策定過程のどこに問題があるかを同定するとともに医療計画や制度の運用に由来する精神疾患対策の修正すべき部分を提示し、より良い政策や医療計画の策定・実施方法を提言するなど研究成果の取りまとめを行う必要がある。

地域連携については、医療計画で主要疾病とされている脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の領域で事例がある。今後、これらの中にメンタルヘルス領域を組み込み、精神疾患を含む地域における慢性疾患の治療・ケアの統合を図っていく必要がある。

全国訪問看護事業協会全会員施設における精神科訪問看護関係の調査結果からは、59.8%の事業所で精神疾患の利用者への訪問看護が実施されていた。精神科訪問看護に関する教育・研修を受講した職員が増加していること、「精神科訪問看護基本療養費」届出事業が増加していることから、今後も実施事業所の増加が見込まれる。精神科疾患対象の訪問実施率の都道府県分布をみると、大きな開きがあり、この理由について、精神科病院か

らの訪問看護の実施状況や、地域特性等との分析が必要である。しかしながら、全国に分布する訪問看護ステーションが精神疾患を対象とした訪問看護を実施できるようになることは、精神科訪問看護サービスの均てん化に資するといえ、地域医療計画に訪問看護ステーションによる精神科訪問看護の実施率が数値目標化されることが望まれる。

精神科診療所に関しては、外来ニートは減らず、23 条流れケースなどの困難ケースが増えている。

23 条流れケースの通院先は、平成 21 年度は病院のほうが診療所よりも多かったが、平成 26 年度は逆転し診療所のほうが多かった。これまで病院が抱えていた困難ケースが地域の精神科診療所に流れている可能性がある。

精神科診療所は、社会参加の困難な患者に対する働きかけや、自傷他害の恐れに準ずる行動を起こす可能性のある患者にも対応することが、求められるようになってきている。

また、精神科診療所がますます忙しくなり、ケースワーク体制が整わなくなっている。

平成 19 年から 27 年の 8 年間に、一診療所あたりの通院患者は 21% 増加し、患者の通院頻度はから低くなる傾向がみられた。一人の患者に割ける時間はますます少なくなって、精神科診療所は忙しくなっている状況が示唆された。また、職員体制は漸減傾向がみられ、ケースワークに必要な人員が増えることはなかった。

その原因として考えられるのは、1997 年以降、精神科診療所の主な収入源である通院在宅精神療法の診療報酬が減少していることである。診療所職員を増員する経営的余裕はないのが現実である。

さらに、平成 20 年以降、30 日処方が

可能な向精神薬の種類が増えたことも、患者の通院頻度が減少したことと関係していると思われる。

また、ケースワークのような患者にとって必要なサービスを行っても、診療報酬に反映されないことも大きな要因の一つと思われる。

精神科診療所が困難ケースに対応するために必要な連携と、連携に必要な要素については、社会参加が非常に困難なケースに対応するためには、精神科診療所だけでは難しく、社会復帰施設やひきこもり支援などと密に連携する必要がある。その連携は、唯一対象者と関係のできている精神科診療所が起点となることが求められる。

自傷他害の恐れに準ずるような行動を起こす可能性のあるハイリスクな患者に対応するには、対象者の病理や行動特性を理解し、支援者に対応方法を助言し、緊急時のリスクアセスメントを行って入院や警察対応の指示を出すことが求められる。さらに、保健所や訪問看護ステーションなどと連携し、家庭内に第三者が定期的に入ること、緊急時にはレスパイト施設などにつなげること、24時間電話相談と連携を取るなど、様々な連携が必要である。

これらの困難ケースについては、主治医は通常よりも密に関わり、ケースワーカーや心理士が日頃から関係を作り、連携先のスタッフと連絡を取り合う余裕が必要になる。しかしながら現在の診療報酬体系の中では、余裕を持てるほどの人員配置は望めない。こういった困難ケースに対応することに適切な報酬がつくことも、精神科診療所の機能を高めるためには必要と考えられる。

## 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. Towfiqua Mahfuza Islam, Md. Ismail Tareque, Makiko Sugawa, Kazuo Kawahara. Correlates of Intimate Partner Violence Against Women in Bangladesh. The Journal of Family Violence. Online Feb. 2015.
2. Md. Ismail Tareque, Yasuhiko Saito & Kazuo Kawahara. Application of Health Expectancy Research on Working Male Population in Bangladesh. Asian Population Studies. Published online: 04 Feb 2015.
3. 澤口聡子、池田大輔、菅河真紀子、河原和夫. 交通事故後の救急救命率算定の全国化. 日本交通科学学会. 2015年10月.
4. 精神疾患の医療計画をめぐる動向: 山之内芳雄: 精神科救急 18 巻別冊 page56- 60 (2015. 11)