

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¹⁾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。

3. 精神科訪問看護を行う事業所の特徴

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。

4. 訪問看護の指示書が発行される診療科と利用者の状態

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²⁾。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。

5. 電話対応・電話相談の特徴

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³⁾、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。

E. 結論

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の利用者の有無について、FAX調査をおこなった。その結果、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。

F.健康危険情報

なし

G.研究発表

(学会発表)

角田秋、萱間真美、大橋明子. 訪問看護ステーションによる精神疾患を有する人への電話相談・電話対応の内容と効果—全国アンケート調査の結果から—.

第20回日本在宅ケア学会学術集会, 東京.
(2015年7月18日)

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

(文献)

- 1) 萱間真美(2016) 平成27年度 厚生労働科学研究費補助金「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」(研究代表者 安西信夫) 分担研究 「精神保健医療福祉に関する地域サービス事業所数と「重度かつ慢性」暫定基準該当患者の転帰に関する研究」研究報告書
- 2) 厚生労働省 (2015) 2014年患者調査の概況.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html> (2016/2/19)

3) 萱間真美(2014) 平成 27 年度 厚生労働科学研究費補助金「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」分担研究「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」研究報告書

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
- 2.精神病床に入院する認知症患者の動向に関する研究

分担研究者 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

研究要旨

平成25年度から精神疾患の医療計画がはじまったところであるが、他の疾患や事業はすでにその姿が示されている中、保健・福祉の領域も包含し、医療機関の構造も異なる精神疾患の領域においては、その計画の策定や、効果的な施策を構築することは容易ではない。精神疾患の疾病構造の変化と高齢化の中、身体的にも精神的にも両方の医療を必要とする者が増えていくことが容易に予測される中、一般医療と精神医療の連携モデルを示すことが必要であると考え、本研究では、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を改善すべく事業を行っている。またその背景として、高齢化による疾病構造の変化の影響が最も現れるであろう認知症による精神病床の入院の動向について、患者調査の目的外集計をした。

身体合併症救急モデル事業からは、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が必要である。

研究協力者

鈴木清二 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

A. 研究目的

平成 25 年度から精神疾患の医療計画がはじまったところであるが、他の疾患や事業はすでにその姿が示されている中、保健・福祉の領域も包含し、医療機関の構造も異なる精神疾患の領域においては、その計画の策定や、効果的な施策を構築することは容易ではない。地域それぞれが、地域の特性を把握し、枠組みを作っていかなければならない。患者中心の切れ目ない地域医療実現のための枠組み作りは、医療計画の根幹であり、その施策に資する具体的なモデルを示すことが大切であると考え。

精神疾患の疾病構造の変化と高齢化の中で、身体的にも精神的にも両方の医療を必要とする者が増えていくことが容易に予測される中、一般医療と精神医療の連携モデルを示すことが必要であると考え、本研究では、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を改善すべく事業を行っている。またその背景として、高齢化による疾病構造の変化の影響が最も現れるであろう認知症による精神病床の入院の動向について、患者調査の目的外集計をしたので報告する。

B. 研究方法

1. 愛知県における救急精神身体合併症モデル事業

身体疾患医療現場における精神科合併症、とりわけ救急場面における連携に着目して、愛知県行政の枠組みの協力を得て、平成 25 年 8 月よりモデル事業を行っている。愛知県内の 2 次救急輪番または救急救

命センターを有する病院と、近接する精神科病院でペアを組み、両者で具体的な連携パスを作成し、精神疾患を有する救急患者の、精神科病院へのフローを促進しようというものである。平成 25 年 8 月から、4 ペアでモデル事業をはじめたところであるが、今年度から地域の偏在を考慮し 6 ペア 13 病院に対象を広げ、身体治療の済んだ医療の必要な精神疾患を有する患者のフローを実践した。

連携パスの作成方法は、まず事業対象となったペアの病院は、必ず双方で協議し、

- ・精神科病院で不可能な身体処置・ケア
- ・双方の窓口となる担当部署・担当者
- ・精神科病院の受付時間
- ・救急病院から、精神科病院での入院の希望や、受け入れの速さの希望ができるようにする。

これらを明らかにした連携パスをそれぞれのペアで作成した。この作成したパスを用いて、実際に患者の受け渡しを行い、すでに詳細な報告のある平成 26 年度までのパスの活用内容について、集計した。

また、実際の運営に関する意見聴取として平成 28 年 3 月 19 日に参加病院の会議を、身体合併症医療の体制構築における当モデルの全国への普及可能性の検討のため、平成 28 年 3 月 17 日に意見聴取を行った。

2. 精神病床に入院する認知症患者の動向

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た。

精神病床に調査日である 9 月 30 日に入院している者のうち、主診断が認知症 (ICD-10 コード F0*, G30, G318) である者の 3 歳ごとの年齢階級における入院者数を集計した。また、総務省人口推計から各年 10 月 1 日の

各歳別人口より各年齢階級における人口 10 万あたり入院率を集計した。

※厚生労働省の各統計における認知症にはレビー小体型認知症を示す G318 は含んでいないが、近年のレビー小体型認知症の増加に即する意味で、本研究の集計には加えた。

C. 研究結果

1. 愛知県における救急精神身体合併症モデル事業

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。各ペアの概要と実績件数について、表 1 に示した。なお、最終実績については年度終了後に収集分析することになっているため、12 月までの速報集計となっている。

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。

2. 精神病床に入院する認知症患者の動向

図 1 は、平成 8 年から平成 26 年の患者調査における認知症の年齢階級ごとの推定入院数の変化である。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く、図 2 には人口 10 万人当たりの入院率を示したが、これによるとほとんど変化がないことがわかる。詳細に見ると、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。また、介護保険による高齢者施設の推移を「介護サービス施設・事業所調査」より参考として図 3 に示した。

D. 考察

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。ペア C は、同じ救急病院が病棟構成の異なる二つの精神科医療機関と連携しており、C1 のほうが連携患者が多いことは、精神病院側の内科体制あるいは病棟構成によるものと考えられた。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応しているため、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。さて、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よう。

E. 結論

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

とは考えがたい。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。

F. 健康危険情報
なし

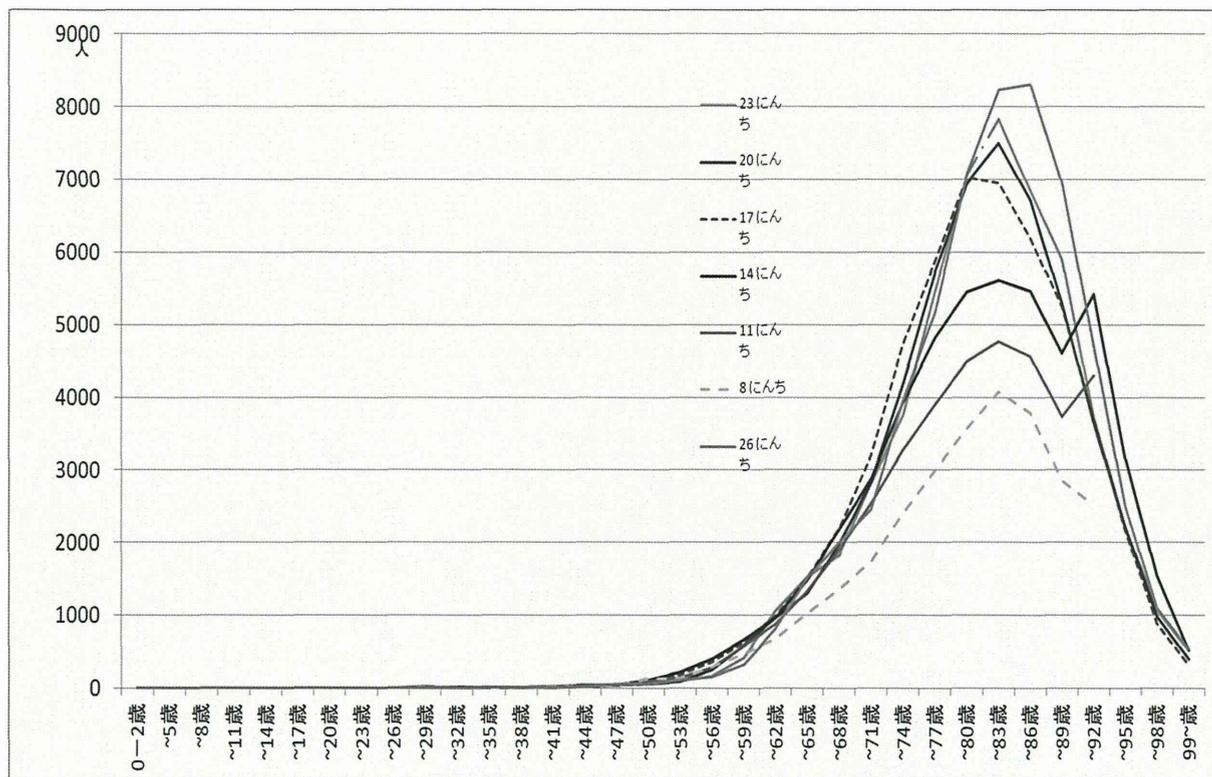
G. 研究発表
精神疾患の医療計画をめぐる動向: 山之内芳雄: 精神科救急 18 巻別冊 page56- 60 (2015. 11)

H. 知的財産権の出願・登録
なし

表 1 平成 27 年 4 月から 12 月までの愛知県身体合併症救急モデル事業実績

ペア	平成 27 年 4 月から 12 月までの連携患者数	救急病院側		精神病院側	
		精神科体制 1:非常勤 2:常勤 1 人 3:常勤複数	電子カルテパス挿入	内科体制 1:医師有 2:病棟有	急性期の病棟(救急・急性期・10:1)
a	25	1	1	2	1
b	10	3	0	2	1
c1	14	1	1	2	1
d	7	2	0	1	1
c2	3	1	1	1	0
e	1	3	0	0	0
f	0	0	1	1	0

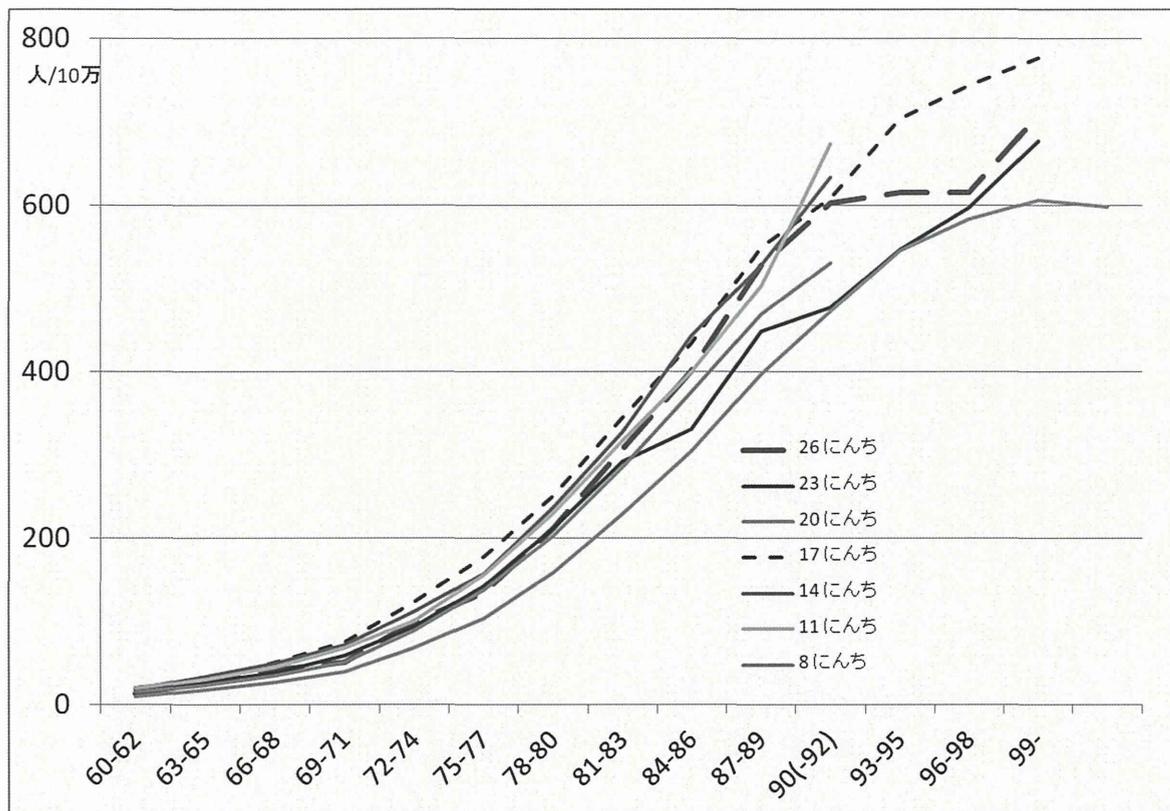
図1 年齢階級別の精神病床に入院する認知症患者数



平成 8・26 年患者調査 目的外集計

※レビー小体型認知症を含む

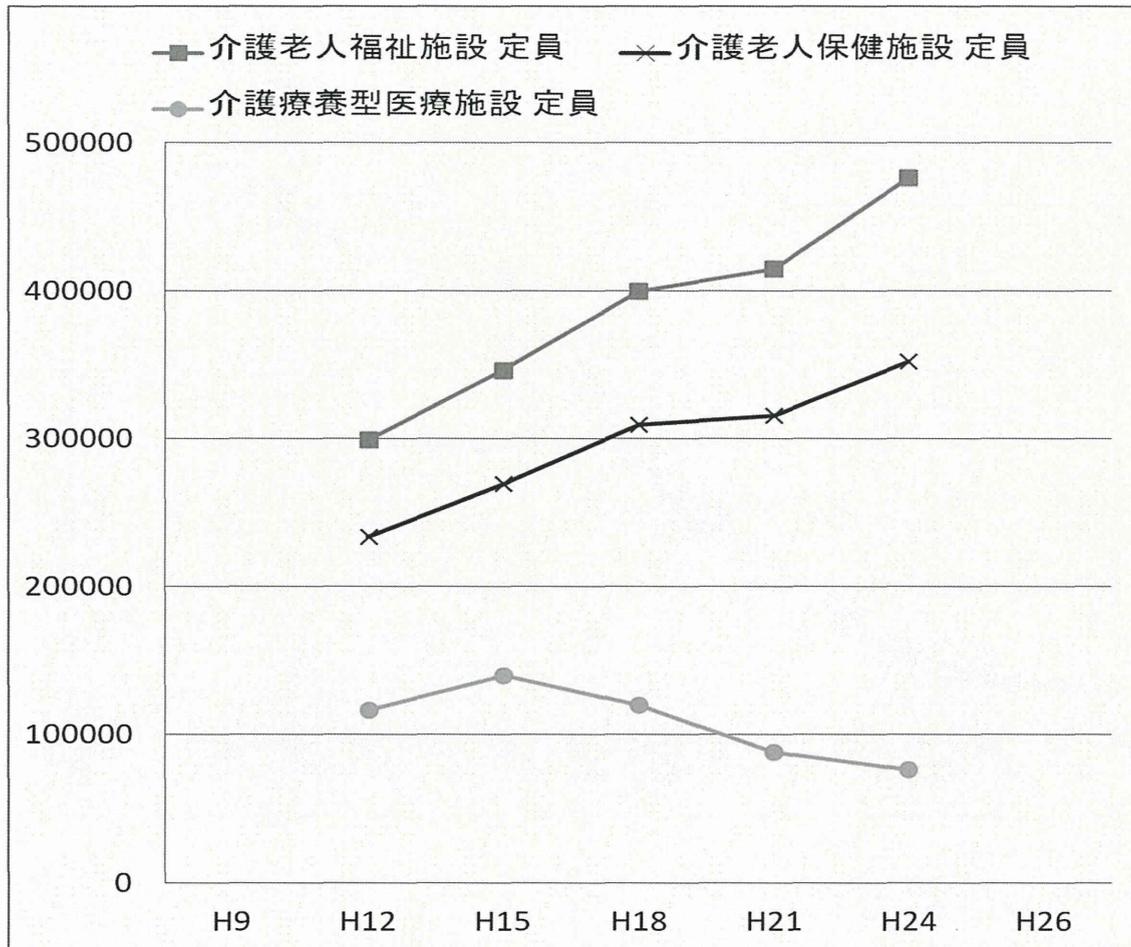
図 2 年齢階級別の精神病床に入院する認知症患者率 (人口 10 万対)



平成 8-26 年患者調査 目的外集計

※レビー小体型認知症を含む

図3 介護老人施設数の推移



平成 12・25 年介護サービス施設・事業所調査

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））

研究分担報告（5）

精神科診療所から見た医療計画と周辺領域との連携の実態と課題

研究分担者 平川 博之（ひらかわクリニック）
研究協力者 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）

研究要旨

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、以下の2つの調査を行った。また、精神科診療所が困難ケースに対して効果的な治療や支援を行うためには、関係機関と連携することが必要であるが、現在の精神科診療所は必要な連携を取れる体制にあるかどうかの実態を明らかにしようとした。

① 精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査

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』が行った調査によると、精神科診療所には「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 15.8% 存した。今回同様の調査を行ったところ、外来ニートは 16.6% で、ほとんど変化がみられないことが分かった。

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。

② 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

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を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る。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る。

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きていることがわかった。

はじめに

精神科医療の「入院医療から地域医療へ」「早期退院」施策が進み、以前であれば病院である程度時間をかけて入院治療を受けていた者が、早々に診療所の外来通院で治療を受けることが多くなってきている。そうした者を含め、生活や行動上の困難を伴い、通常の外来診療だけでは治療や支援が難しい「困難ケース」を支えるには、精神科病院や行政機関、障害者福祉施設、その他関係機関との連携が必要になることが多い。しかし、連携には手間や時間がかかり、主治医が通常の外来診療の合間に行うことには限界がある。

そこで、精神科診療所が抱えている「困難ケース」の実態を調査するとともに、困難ケースの対応に必要な連携のためのケースワークの実態を明らかにしようとした。

まず、精神科診療所の患者の実態調査については、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』が行っており、精神科診療所には「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 15.8% いることを明らかにしている。その後の 8 年の間には、国保連データによると精神障害者の社会復帰施設が約 3 倍に増加したため、外来ニートがどのように変化したか比較調査を行うこととした。また、同調査で、精神科診療所の施設や人員体制、ケースワークの実態調査も同時に行っていたため、同様の調査を行い、この間の診療所の機能の変化についても比較することとした。

また、精神障害による自傷他害の恐れのある者については、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）で、措置入院させるルートが確保され、厳密に運用されている。しかし、措置入院になる程ではないが、家庭内暴力や自傷・自殺念慮などの行動が繰り返され、家族や地域の支援者だけでは対応しきれないケースがある。精神科診療所の通院患者でもそのようなケースが増えていると思われる。そこで、精神保健福祉法第 23 条通報を挙げても受理されなかったケースや、警察官が通報するかどうか検討したが断念した「23 条流れ」ケースの実態調査を行うこととした。

外来ニートや 23 条流れケースなど、地域の困難ケースに対して精神科診療所が果たせる役割は何なのか、地域連携によってある程度対応できるとしたらどのような仕掛けがあれば促進されるのか、調査結果を踏まえて考えてみたい。

調査 1 精神科診療所通院患者の社会参加状況に関する調査

A. 研究目的

2007 年の日本精神神経科診療所協会の調査によると、精神科診療所の通院患者には、「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 15.8%いる。外来ニート患者の社会参加を促すためには、本人や家族の話を聞き、他機関の連携し、調整を行うケースワークが重要であることが示された。

その調査から 8 年が経過し、国保連データによると精神障害者の社会復帰施設が約 3 倍に増加した。診療所に通う患者の社会参加状況は変化したか、外来ニートは減少したのか、明らかにするために、2007 年と同様の調査を行い、比較しようとした。

また、診療所のケースワークの実施状況や、診療所の体制に変化があったかについても調査し、精神科診療所が外来ニートなどの困難ケースをより支援できるようになるためには何が必要か、明らかにしようとした。

B. 研究方法

2007 年(平成 19 年)に日本精神神経科診療所協会『明日のクリニックを考える会』が行った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を強化に係る調査研究」の調査をもとに質問紙調査を行った。

平成 27 年 11 月時点で社団法人日本精神神経科診療所協会(日精診)に所属していた診療所は 1569 ケ所であった。今回の質問紙調査の対象診療所は、日精診に所属する

診療所の中から無作為に抽出した 400 ケ所である。

調査票は平成 27 年 11 月下旬に発送した。調査票は、I 施設調査(資料 I)、II 患者調査(資料 II)の 2 種類であった。

I 施設調査は診療所ごとに 1 枚で、レセプト数や職員体制を把握している職員に回答を依頼した。レセプト数については、平成 27 年 10 月の 1 カ月の実績とした。

II 患者調査は任意の 1 日を利用(外来受診、デイケア、電話再診、訪問看護、往診など)した患者全員について 1 人 1 枚ずつ記入するようお願いした(記入は職員)。

回収は、調査票 I と II とともに同封した返信用封筒で調査票を返送してもらった。

調査結果の集計・分析にあたって、2007 年の調査結果と比較した。

(倫理面への配慮)

倫理的配慮として、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患者個人および調査に協力した個別の病院が特定される可能性のある情報は除外することについて留意した。調査票の送付時には調査を行っていることを診療所内で周知してもらうための掲示物も同封した(資料 III)。

実施方法に倫理的な問題がないかを、2015 年 10 月 22 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

調査票を送付した 400 ケ所の診療所のうち、75 ケ所の診療所から回答を得た(回収率 18.8%)。ただし、I の回答がなく、II のみを回答した診療所が 1 軒あった。調査票の種類ごとの回収率は表 I -1 のとおりである。

表 I -1

調査票種類	回答診療所数(軒)	回収率(%)	回収枚数(枚)	平均枚数(枚)
I. 施設調査	74	18.5%	74	1
II. 患者調査	75	18.8%	4228	56

I 施設調査結果

診療所の立地は、図 I -1a のとおりであった。“大都市”とは、東京都特別区及び政令指定都市の都心部であり、“大都市郊外”はその郊外部である。地方都市が最も多く、次いで大都市、そして、大都市郊外および都市部以外であった。2007年調査時と比較すると(図 I -1b)、今回は都市部以外立地の診療所が多く大都市郊外に立地する診療所の回答が少なかった。

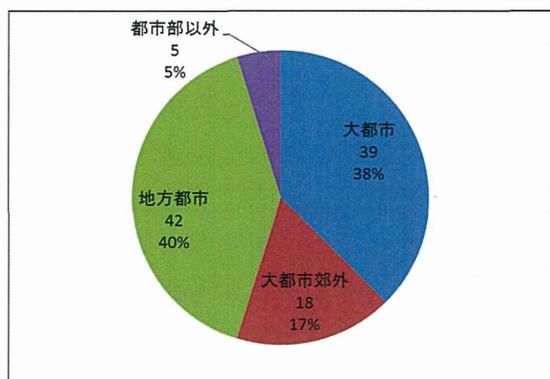


図 I -1b 2007年調査：診療所の立地 (N=104)

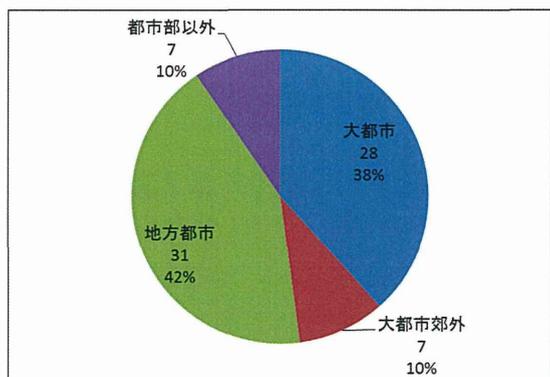


図 I -1a 2015年調査：診療所の立地 (N=73)

診療所の主たる標榜科目を一つ選んでもらった結果が図 I -2a である。9割が精神科であったが、心療内科も 5%あった。2007年の結果は図 I -2b であり、心療内科の割合が今回は少し減っていたが、ほとんど差はなかった。

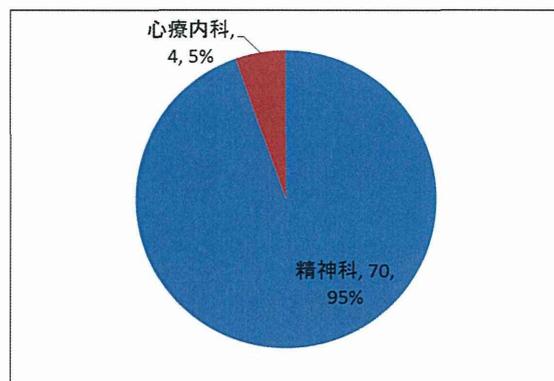


図 I -2a 2015年：標榜科目 (N=74)

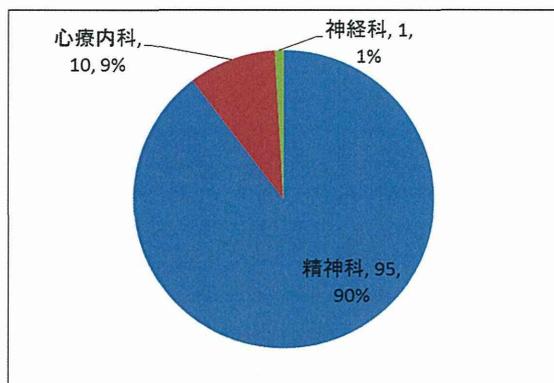


図 I -2b 2007年：標榜科目 (N=106)

次に、デイケア等や訪問看護のサービスを行っているかどうかを図 I -3a(2015年)、図 I -3b(2007年)に示した。今回の調査でデ

イケアを行っている施設は 35.1%で 2007 年調査時は 34.6%と差はなかった。ショートケアを行っている施設の割合が 27.0%と 2007 年時の 14.0%よりも多かった。

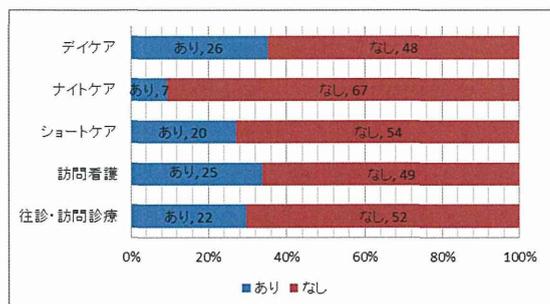


図 I -3a 2015 年:サービスの有無(N=74)

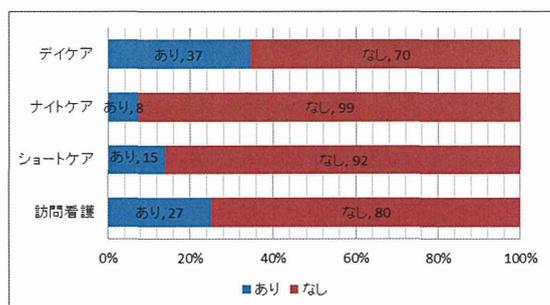


図 I -3b 2007 年:サービスの有無(N=107)

デイケアを行っている診療所と行っていない診療所で、立地に差がないか比較した(図 I -4ab)。デイケアを行っている診療所は、大都市に若干多く分布していた。逆に、都市部以外ではデイケアを行っている割合が若干少なかった。2007 年時の調査との比較を図 I -5 に示した。2007 年時は大都市ではデイケアを行っている診療所の割合が少なかった点で異なっていた。

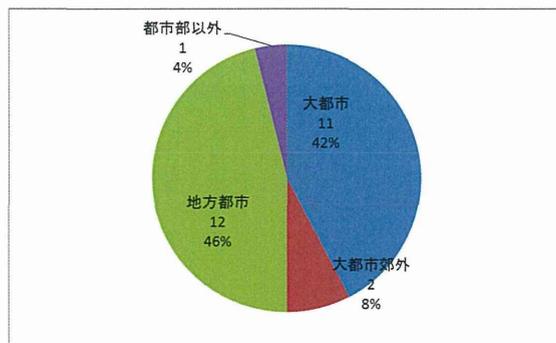


図 I -4a 診療所の立地(デイケアあり)

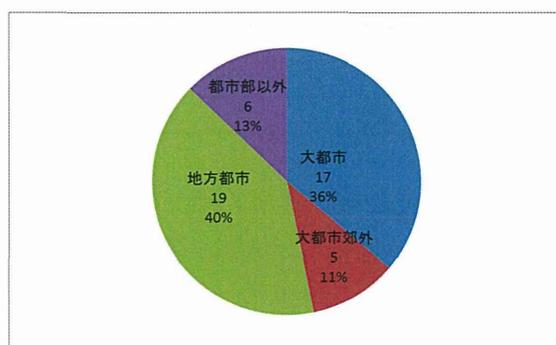


図 I -4b 診療所の立地(デイケアなし)

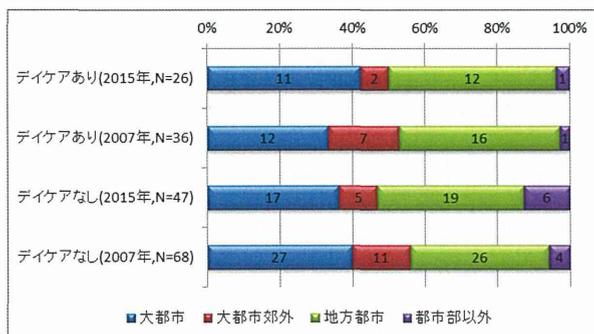


図 I -5 診療所の立地 2007 年時調査と 2015 年時調査の比較

訪問看護を行っている診療所は 25 ヶ所 (33.8%)であった。1 カ月の訪問看護の実施述べ件数を表 I -2 に示した。2007 年の結果と比較するとデイケアの有無による大きな平均値の差は今回みられなかった。

表 I -2 訪問看護実施述べ件数(1 カ月あたり)

	2015年			2007年		
	全体(N=74)	デイケア無(N=48)	デイケア有(N=26)	全体(N=107)	デイケア無(N=70)	デイケア有(N=37)
訪問看護実施箇所	25	8	17	27	20	7
実施箇所割合	33.8%	16.7%	65.4%	25.2%	28.6%	18.9%
述べ件数平均	54.0	41.3	59.2	74.1	22.9	93.9
述べ件数最大値	591	140	591	650	60	650

また、本調査では往診・訪問診療の実施の有無も調べた。往診・訪問診療を行っている診療所は 22 ヶ所(29.7%)であった(表 I -3)。

表 I -3 往診・訪問診療実施述べ件数(1 カ月あたり)

	全体(N=74)	デイケア無(N=48)	デイケア有(N=26)
往診・訪問診療実施箇所	22	12	10
実施箇所割合	29.7%	25.0%	38.5%
述べ件数平均	39.6	46.7	31.9
述べ件数最大値	400	400	93

次に診療所の職員体制についてみると、デイケアを行っている診療所と行っていない診療所では、職員数に 2 倍近い差がみられた(表 I -4a)。また 2007 年時の同様の集計結果を表 I -4b に示した。

表 I -4a 診療所職員数(2015 年)

N=74 デイケアあり=26 デイケアなし=48

合計職員数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	9.2	13.7	6.7
最大[人]	28	28	27
最小[人]	2	5	2
標準偏差	6.0	5.5	4.7
中央値	7	13	5
合計常勤数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	5.8	9.0	4.1
最大[人]	19	18	19
最小[人]	1	3	1
標準偏差	3.9	3.7	2.9
中央値	5	9	4
合計非常勤数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	3.3	4.8	2.6
最大[人]	20	20	20
最小[人]	0	1	0
標準偏差	4.2	4.9	3.6
中央値	2	3	1

表 I -4b 診療所職員数(2007 年)

N=107 デイケアあり=37 デイケアなし=70

合計職員数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	12.5	22.1	7.4
最大[人]	128	128	21
最小[人]	1	4	1
標準偏差	14.9	22.0	3.8
中央値	8	17	6.5
合計常勤数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	6.7	12.5	3.7
最大[人]	50	50	15
最小[人]	1	3	1
標準偏差	7.6	10.4	2.3
中央値	5	9	3
合計非常勤数	全診療所	デイケアあり	デイケアなし
平均[人]	5.8	9.7	3.8
最大[人]	78	78	16
最小[人]	0	0	0
標準偏差	9.0	13.9	3.6
中央値	4	6	3

また、職種別の職員数細かく見ると(図 I -6a)、デイケアの有無によって常勤の精神保健福祉士や常勤の臨床心理技術職の人数に差がみられた。この結果は 2007 年時の調査と同じであった(図 I -6b)。

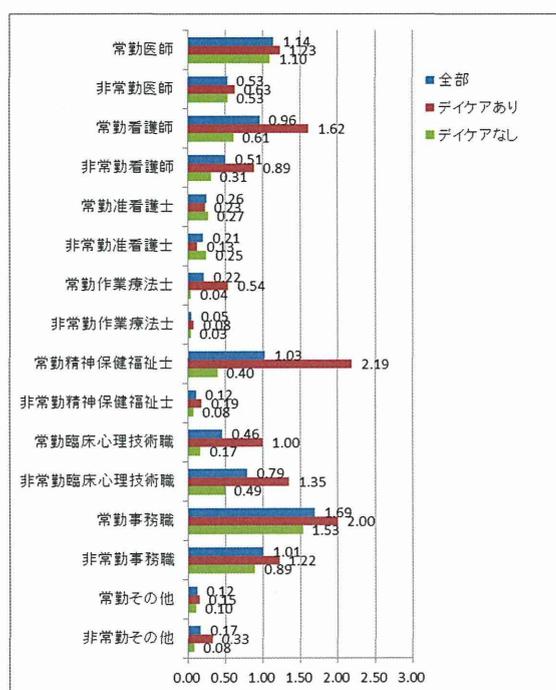


図 I -6a 2015 年：職種別職員数

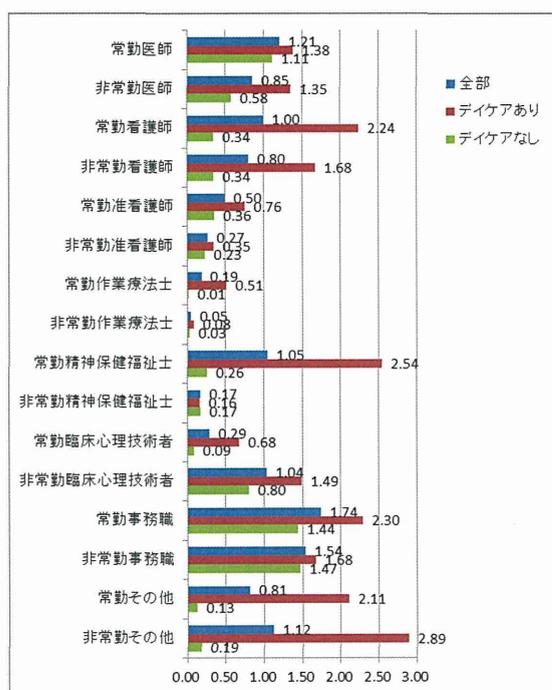


図 I -6b 2007 年：職種別職員数

次に1カ月のレセプト数は平均で772.1枚であった(表I-5)。2007年時と比べてレセプト数が増加していた。

表I-5 一カ月のレセプト数(2015年10月と2007年11月)

	診療所(数)	平均[枚]	中央値[枚]	最大[枚]	最小[枚]	標準偏差
2015年	全診療所(74)	772.1	676	2300	120	410.3
	デイケアあり(26)	877.4	700	2300	314	489.2
	デイケアなし(48)	717.3	664	1420	120	355.9
2007年	全診療所(105)	670.0	591	2700	10	413.5
	デイケアあり(35)	957.7	861	2700	414	470.6
	デイケアなし(70)	526.1	500	1400	10	275.3

診療所でどの程度ケースワーク業務を行っているか尋ねた結果を表I-6に示した。本調査でのケースワーク業務とは「患者の生活相談や家族支援、就職や学業上の相談、関係者への連絡、ケース会議への参加など」とし、自立支援医療や障害年金等の手続きや説明は除いた。表I-6にあると

おり、行っている診療所の方がやや多かった。

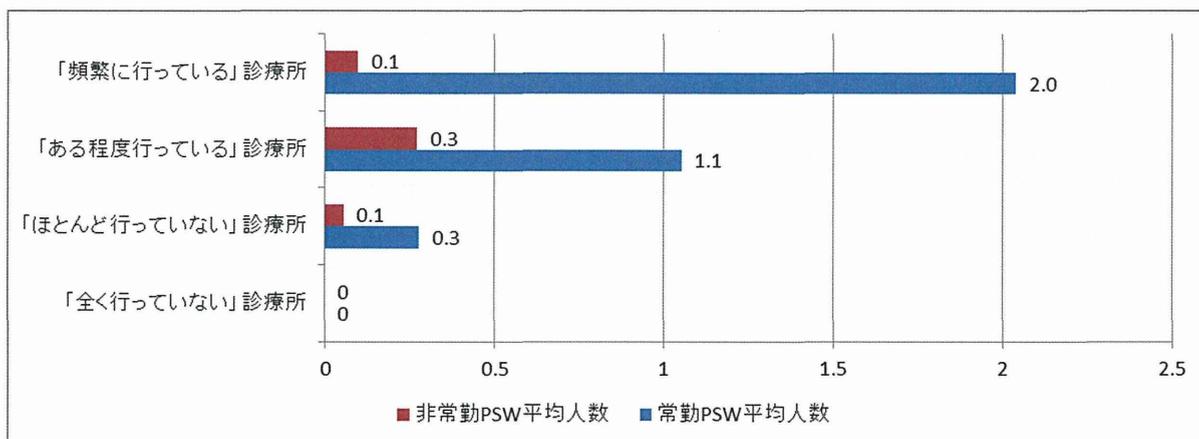
デイケアの有る診療所は88.5%がケースワークをある程度以上実施しているが、デイケア無しの診療所では43.8%で、大きな差異がみられた。

表I-6 ケースワーク業務の頻度

頻度	全体			デイケア無			デイケア有		
	回答数[件]	割合[%]	各頻度の合計[%]	回答数[件]	割合[%]	各頻度の合計[%]	回答数[件]	割合[%]	各頻度の合計[%]
全く行っていない	12	16.2%	40.5%	12	25.0%	56.3%	0	0%	12%
ほとんど行っていない	18	24.3%		15	31.3%		3	11.5%	
ある程度行っている	19	25.7%	59.5%	11	22.9%	43.8%	8	30.8%	88.5%
頻繁に行っている	25	33.8%		10	20.8%		15	57.7%	
合計	74			48			26		

図I-7ではケースワーク業務の頻度毎に診療所を分けた上で、精神保健福祉士の平均人数を比較した。ケースワーク業務を

「全く行っていない」と回答した診療所では精神保健福祉士がいなかった。



図I-7 ケースワーク業務の頻度毎の精神保健福祉士職員平均人数の比較

ケースワーク業務を「全く行っていない」または「ほとんど行っていない」と答えた診療所にケースワークを行えなかった

ことで支援に支障をきたしたと感じられたケースがあるか尋ねた(表 I-7)。「ある」と答えた診療所は 36.7%であった。

表 I-7 ケースワークを行えなかったことで支援に支障をきたした経験

経験有無	件数[件]	該当回答中の割合[%]
あり	11	36.7%
なし	15	50.0%
未記入	4	13.3%
計	30	100.0%
非該当	44	
計+非該当	74	

一方、ケースワーク業務を「ある程度行っている」または「頻繁に行っている」と答えた診療所にケースワークが希死念慮や大きな問題を抱えたケースの対応に役立つ

と感じられたケースがあるか尋ねた(表 I-8)。「ある」と答えた診療所は 93.2%に及んだ。

表 I-8 ケースワークが役立った経験

経験有無	件数[件]	該当回答中の割合[%]
あり	41	93.2%
なし	2	4.5%
未記入	1	2.3%
計	44	100.0%
非該当	30	
計+非該当	118	

ケースワークについての意見を自由記述で求めた結果、ケースワークの必要性を訴える意見が複数得られたが、その一方でケースワークを実施しても診療報酬上の評価がなされないことへの苦悩が多く見られた。

ケースワーク業務を「ある程度行っている」または「頻繁に行っている」と答えた診療所を「ケースワークを行っている診療所」、ケースワーク業務を「全く行っていない」または「ほとんど行っていない」と答えた診療所を「ケースワークを行っていない診療所」として回答を簡単に以下にまとめた。

【ケースワークを行っている診療所の回答】

- ・訪問同行支援が必要とすることがあり、診療報酬として反映されるような制度が欲しい。
- ・生活困窮者の支援には、ケースワークなしには考えられない。
- ・診察と並行してケースワークを行うことでより回復に向かう方が多い。

- ・ケースワークのできるしくみを作るため診療報酬上の手当てが必要。
- ・ケースワーク業務、PSW 配置を診療報酬に加えて欲しい。
- ・診療報酬がなくても患者さんのために比較的自由にケースワークをしているが、その分、医院に負担がかかっている。

【ケースワークを行っていない診療所の回答】

- ・ケースワーカーのいないクリニックでも相談が可能なケースワーカーの相談受付の場が欲しい。
- ・医師は外来のためケースワークが困難な時が多い。
- ・必要だと感じるが、クリニックの規模からケースワーカーの採用が難しい。
- ・ケースワークを十分に行えるような報酬制度にしてもらえれば人手を確保できる。

II 患者調査結果

1) 外来受診患者全体に関する検討

調査票の送付された 400 ヶ所の精神科診療所のうち、75 ヶ所から合計 4228 名の精神科通院患者に関する調査票が回収さ

れた。これらの 4228 名のうち、調査日に外来受診を受けた患者は 3634 名であり、残る 594 名は外来受診を受けることなく、デイケア、ナイトケア、ショートケアを利用していたか、来所、あるいは電話による何らかの形の相談を受けていたか、訪問看護や訪問診療・往診を受けていた。

2007 年時の結果と比較するため、この外来受診を受けた 3634 名に関するデータを解析に使用した。

a) 性別

対象患者 3634 名の性別は、男性が 1647 名(45.3%)、女性が 1982 名(54.5%)、残り 5 名は未記入であった。

b) 診断

精神科主診断の内訳は、気分障害(ICD-10 で F3)が 1534 名で最も多く、以下、神経症性障害(F4)、精神病性障害(F2)、器質性疾患(F0)、発達障害(F8)、生理的障害・身体的要因に関連した行動症候群(F5)、人格障害(F6)、知的障害(F7)、行動・情緒性障害(F9)、アルコール・薬物関連障害(F1)、てんかん(G40)の順に多かった(表 II-1)。