

平成 25-27 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））

総合研究分担報告書(5)

「平均在院日数からみた退院に関する取り組み」 —退院促進体制の比較調査—

研究分担者 松原六郎（公益財団法人 松原病院）

研究協力者 福山佳之（特定非営利活動法人 ころこ）

研究要旨

目的:精神科の社会的入院が指摘されて、精神障害者を地域に退院させるというノーマライゼーションが掲げられて久しいが、現実的に精神科病院がそのためにどのように取り組んでいるかはばらつきがある。実際にどのような取り組みをしている病院が社会的入院の解消に向けて効果を発揮しているかを検討する。平成 26 年に精神科病院が退院促進に向けてどのような工夫をしているかを調査したところ、退院に積極的な病院は病院独自の退院支援だけでなく、社会資源との連携を密にしている所が多かった。平成 27 年度は、平成 26 年度の診療報酬改定により、療養病棟に退院支援相談員が置かれたこと、精神保健福祉法改訂により、医療保護入院患者の退院後生活環境相談員の配置、退院支援委員会が設置されたことにより、その後の退院支援の取り組みがどのような効果をもたらしたかを比較し検討する

方法:アンケート回答により、福井県にある全ての精神科病院の現状と取り組みについて調査した。

結果:質問の形式として、診療科目（病棟種別）、職員構成、関連施設、精神保健福祉士数、退院支援員数、平成 25 年と 27 年の平均在院日数、疾患別在院患者数および年齢構成、入退院総数、退院に関する取り組みや、多職種との連携に関する口述などを調査して、全ての回答を得ることはできなかったが、共通する結果として、平均在院日数の短縮がみられる病院は退院についての口述に関して詳しく具体的に記入している病院が多く、連携も密にとり退院に向けて働きかけていることが多かった。逆に短縮されていないところは社会資源も少なく取り組みも記載されていることはなかった。平均在院日数が少ない病院は、救急病棟を持ち、退院支援者、障害福祉サービスともに多く、病棟の特性に加えハードとソフトの両方の資源投入がなされていた。

結論:平均在院日数短縮に関しては、病院だけの退院支援だけでなく、社会資源と連携を密にすることを意識している病院の方が、退院に関して積極的である。救急病棟、人的資源と社会資源の 3 つの要因が揃った場合の方が、効果的である。

A.研究目的

精神科の社会的入院が指摘されて、精神障害者

を地域に退院させるというノーマライゼーションが掲げられて久しいが、現実的に精神科病院がそ

のためにどのように取り組んでいるかはばらつきがある。実際にどのような取り組みをしている病院が社会的入院の解消に向けて効果を発揮しているかを検討する。

方法：アンケート回答により、平成26年度には北陸にある8つの精神科病院の現状と取り組みについて、平成27年度には福井県の全ての精神科病院を調査した。

B. 研究方法

1 アンケート調査

福井県の12の精神科病院に質問紙調査を行った。いずれも郵送またはメールにて送付し、質問も平成15年まで遡り可能な限りでの記載を依頼した。また現地の病院を訪れ、医師や精神保健福祉士に対して、インタビューを試み、その結果を集計、比較検討した。

表1

各病院の診療科目

	病棟種別	救急	急性期	認知症	一般(特別)	療養	その他	合計
A	病棟数		1	1		3		5
	病床数		60	52		148		260
B					4			4
					180			180
C					3			3
					185			185
D					2			2
					120			120
E					1	2		3
					45	112		157
F		2		1		5	1	9
		96		60		269	30	455

2 研究期間

平成26年10月1日～平成26年12月31日及び平成27年10月1日～平成27年12月31日

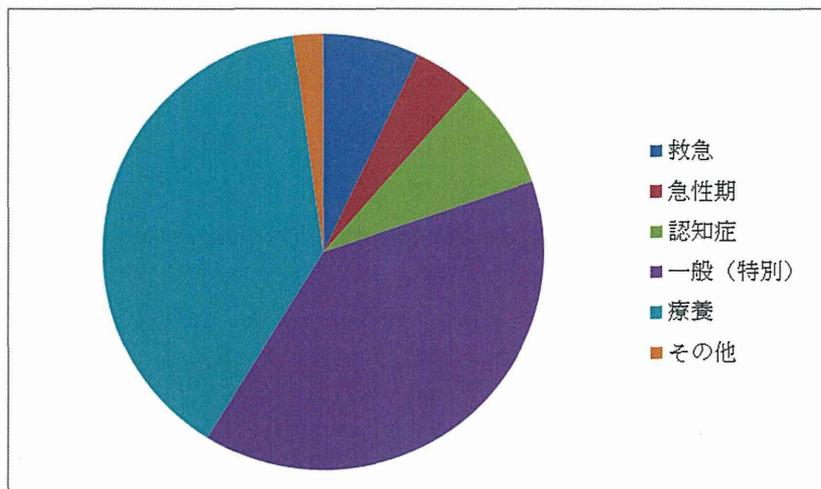
C. 結果

1 診療科目(病棟種別)

平成26年に行った、北陸の8つの病院のほとんどの病院が精神科単科病院であり、病床も120床から455床と小規模の病院から中規模の地域において通常の規模と考えられる病院を対象とした。(表1)

病棟種別に関しては、救急病棟を持つ病院が1、急性期病棟を持つ病院が2、すべての病院が療養病棟か一般病棟を設置しその割合は78%を占めていた。(図1)

図1

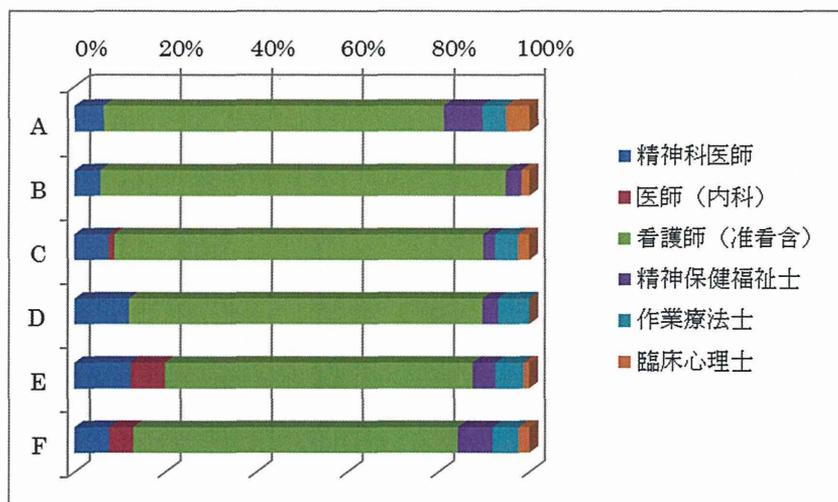


職員割合構成は、精神科医師が 8.3%、内科医師等が 3.1%、看護師が 74.1%、精神保健福祉士 5.9%、作業療法士 5.8%、臨床心理士 2.8%であった。（表2）（図2）

表2

職種	精神科 医師	医師(内 科)	看護師 (准看 含)	精神保健 福祉士	作業療法 士	臨床心 理士
A	10	0	115	13	8	8
B	3.3	0	51	2	0	1
C	6	1	64	2	4	2
D	7	0	45	2	4	0
E	10	6	54	4	5	1
F	19	13	176	19	14	6

図2



各病院の関連施設は、病床数が多く、救急病棟や急性期病棟を設置している病院の方が多く、病床が少ない病院ほど少ない傾向であった。(表3)

表3

各病院の関連施設						
種別	A	B	C	D	E	F
障害者福祉サービス						
宿泊型自立訓練						9
グループホーム	37				38	45
就労移行	20					9
就労継続A						
就労継続B	30				30	22
地域活動支援センター					10	
相談支援事業						
共同生活介護						
介護保険施設						
指定介護老人福祉施設						
老人保健施設						120
認知症対応型グループホーム	27					
老人デーサービス	30					
医療						
デイケア	70				50	100
認知症デイケア						25
ナイトケア	20					
ショートケア					50	50
デイナイトケア					30	30
外来作業療法						
訪問看護(外来)					×	廃止
訪問看護(ステーション)						

精神保健福祉士数は以下のとおりである。病床数などとの関連性は確認できなかった。

(表4)

表4

精神保健福祉士数			
	平成15年	平成20年	平成25年
A	4	7	13
B	0	2	2
C	1	1	2
D	0	2	1
E	2	4	3
F	5	9	18

退院支援員数については設置が義務付けられているため、病床に比例していると考えられる。(表5)

表5

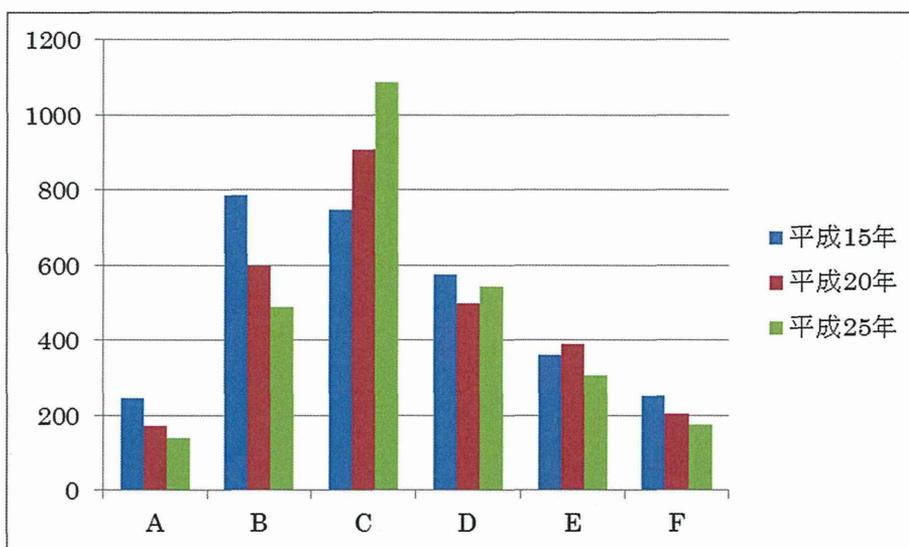
退院支援員数		
1).病棟医師、看護師を除く退院支援担当者		
担当する職種		病床数
A	8	260
B	2	180
C	2	185
D	2	120
E	2	157
F	10	455

各病院の平均在院日数については以下のとおりである(表6)(図3)

表6

平均在院日数		年平均	
	平成15年	平成20年	平成25年
A	244.9	173	141
B	788	599	488
C	747	908	1087
D	574	500	543
E	362	389	306
F	253.1	204.9	174

図3

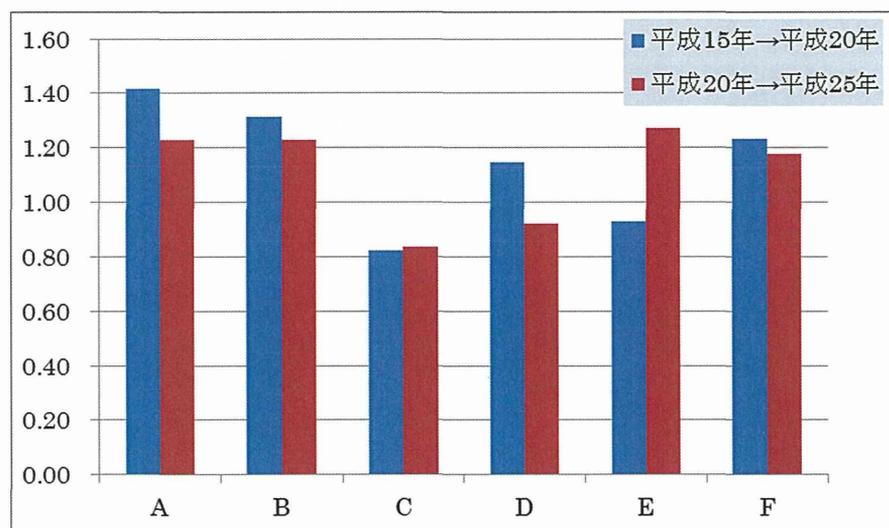


平均在院日数短縮率については、以下のとおりである。(表7)(図4)

表7

平均在院日数短縮率		
	平成15年→平成20年	平成20年→平成25年
A	1.42	1.23
B	1.32	1.23
C	0.82	0.84
D	1.15	0.92
E	0.93	1.27
F	1.24	1.18

図4



口述一覧

	退院支援に関するカンファレンス、会議等の開催状況	退院支援への取り組み	多職種連携のための工夫や強化していること等	入院から外来通院へのつなぎの工夫	夜間の対応(外来、訪問、関連施設等)	医療、福祉サービス以外で行っている支援等
A	全員に入院3週以内に他職種で開催、退院時に本人、家族、他職種、他機関が参加しての2回	療養病棟退院支援グループ(OT、PSW、Ns)急性期病棟心理教育、アルコールグループ(Ns)、生活勉強会(OT、CP、PSW)、疾患別ハンドブック	病棟検討会議を積極的に開催。他職種と退院支援対象者を検討、選定し体制を強化	外来訪問看護の強化(看護師、PSWが連携)、入院カンファレンスに外来担当者が参加、訪問診療の実施	24時間外来対応(当直医、看護師、)訪問看護ステーションにて電話対応、精神科救急輪番制	精神保健福祉士の自宅訪問(診療報酬外)、未受診、中断者への受診相談
B	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
C	退院支援委員会を患者毎に3か月に一回、各職種が参加、必要に応じ、保健所も参加 ケースカンファレンスは必要に応じ、随時開催	PSWが中心となって行う、特にグループは作っていない	入院時のカンファレンスから、多職種が関わり、退院目標の設定をし、情報を共有	回答なし	電話対応及び必要に応じ診察	特になし
D	退院するときに、以前からサービスを利用していたり、新しくサービスを利用したりする患者さんに対しては、カンファレンスを開催しています。開催の回数については、特に決まっておらず、必要回数開催します。	退院支援のグループは特にはないですが、主治医をはじめ看護師その他コメディカルが連携して退院支援をしています。	基本的なことしか書けませんが、相談や連絡、報告はその都度こまめにしているつもりです。	主治医、看護師、PSWと連携して受診を促しています。特に工夫などできていないのが現状です。	当院の患者さんだと主治医に報告して必要であれば受診を受け付けています。夜間は訪問の体制はとっていません。	回答なし
E	精神科救急病棟では入院時、1か月後にDr、Ns、OT、PSWの病棟担当全体のケースカンファレンスに加え行動制限を解除、拡大する際にも同様のケースカンファレンスを開いている。(1人5、6回くらい)他に精神療養病棟では月1回のケースカンファレンスを基本としている。	・病棟Nsで週1、2回ペースでプログラムを作成(病気について、社会資源について、健康保持のため、糖尿、食事など) ・個人に関してはNs、PSW、OTと独自にプログラム設定をして役割分担し、調理、金銭管理を実施。	・こまめにカンファレンスを開催し情報共有の場を積極的に設ける ・病棟カンファレンスで多職種の発言の場を設ける	入院中よりデイケア利用を体験、訪問看護実施の際の顔合わせ、訪問利用、利用予定施設の体験等	・不調時の夜間当直(Ns)への連絡体制 ・相談、受診ダイヤル(PSW) 20:00までの体制 ・訪問看護ステーション利用者の24時間電話連絡体制	回答なし
F	1~6か月に1回、本人、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士で退院について会議を開催している 長期入院患者の一覧を毎月作成し、各医師に会議の必要性を事前に確認している。	長期入院患者を2軸評価でくくり、退院支援プログラムに基づいて退院促進を図っている。これは週1回、看護師、作業療法士が中心となり社会体験学習等退院意欲を高める取り組みを行っている。	各病棟でカンファレンスを行い、全体会議を実施する前に意見交換をしている。	精神保健福祉士が入院前から担当し、地域援助事業の情報提供を行う	管理当直者により対応している。部長、師長、課長クラスが管理当直し、緊急受診の対応もやっている。	市内、町内のイベントの参加、講演

平成 27 年度の福井県の調査では、ほとんどの病院が精神科単科病院であり、病床も 105 床から 279 床と小規模の病院から中規模であった。

病棟種別に関しては、9 病院のうち精神科救急病棟を持つ病院が 2 病院、急性期治療病棟を持つ病院は無く、すべての病院が精神科療養病棟か一般病棟を設置していた。(表 8) (図 5)

表 8

病院	救急	急性期	認知症	一般(特別)	精神15:1	療養
A	57			222		
B	60		52			120
C			50	102		60
D			52	50		120
E				120		
F				180		
G				185		
H			51			54
I			60			60

図 5

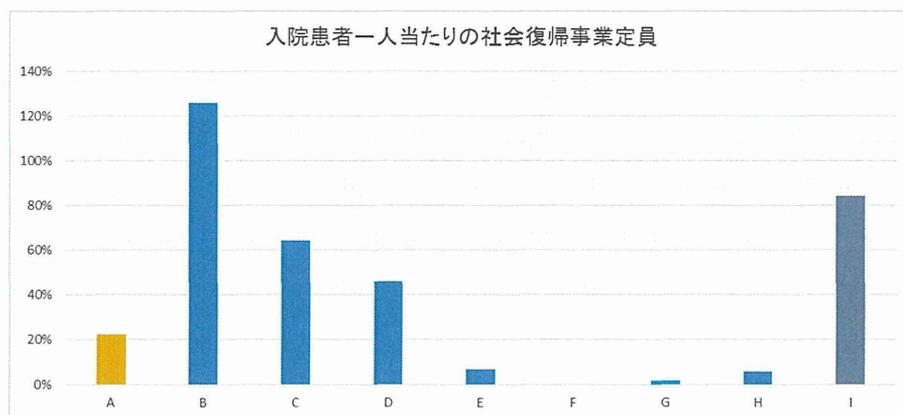


病院の関連施設は、病床数が多いか救急病棟を設置している病院の方が多く、療養病棟のみの病棟は少ない傾向であった。(表9) グラフ(図6)は入院患者一人当たりの社会復帰事業定員数(定員数÷病床数)を表したものであり、この数値が高いほど一人当たりの使える資源数が多いことを示す。

表9

病院	グループホーム	就労継続A	就労継続B	デイケア	ナイトケア	ショートケア	デイナイトケア	訪問看護	定員数合計	病床数	入院患者一人当たりの定員数
A				30		30		2	62	279	22%
B	38	30	30	70	20	70	30	4	292	232	126%
C				50		50		4	104	162	64%
D				50		50		2	102	222	46%
E								8	8	120	7%
F								0	0	180	0%
G								3	3	185	2%
H								6	6	105	6%
I				50		50		1	101	120	84%

図6



以下は退院支援相談員、退院後生活環境相談員の数を表したものである。表10表11 グラフ(図7)は入院患者一人当たりの退院支援者数(定員数÷病床数)を表したものであり、この数値が高いほど一人当たりの相談できる人員が多い。

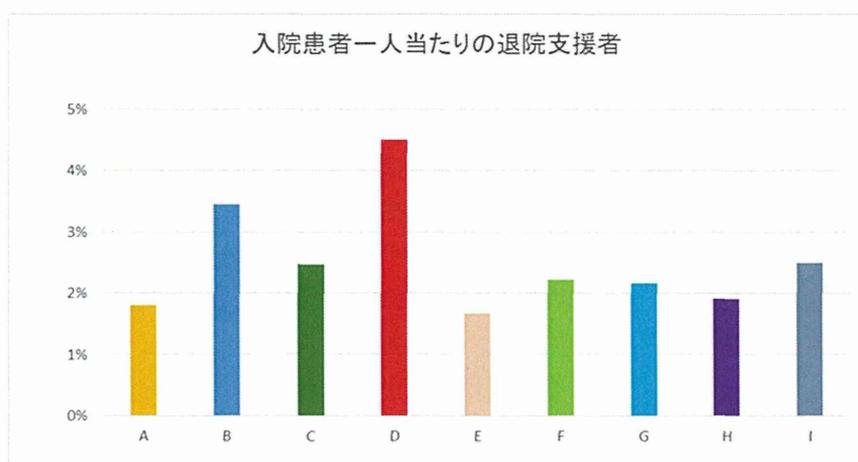
表10

病院	退院支援相談員数	退院後生活環境相談員数	病床数	入院患者一人当たりの退院支援者数
A	0	5	279	2%
B	3	5	232	3%
C	2	2	162	2%
D	5	5	222	5%
E	2	0	120	2%
F	2	2	180	2%
G	2	2	185	2%
H	1	1	105	2%
I	1	2	120	3%

表11

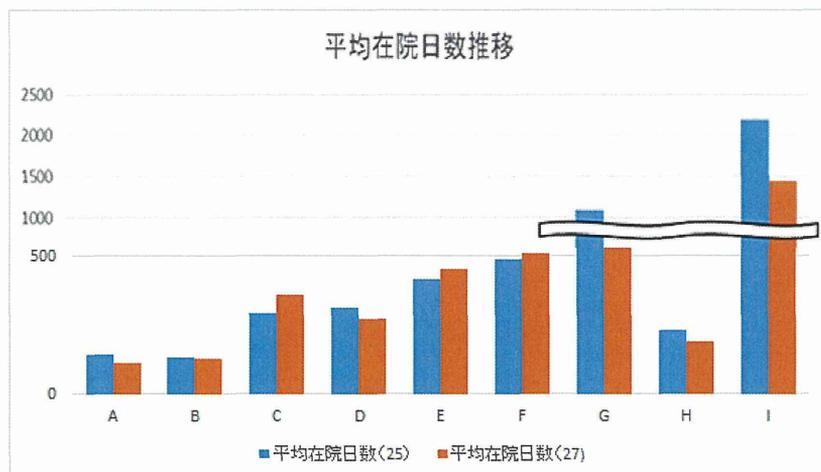
病院名	平均在院日数(25)	平均在院日数(27)
A	143.1	115.1
B	133.3	125.9
C	293	357
D	314	274.4
E	416	451
F	488	510
G	1087	537
H	228.5	192.1
I	2190	1444

図7



平均在院日数の推移は以下のとおりである。(図8)

図8



平均在院日数と退院支援相談員、退院後生活環境相談員などの人的資源数には関連性があると仮説を立てて検証していたが、各病院の特徴を踏まえ、平均在院日数と人的資源、社会復帰事業などの比較したところ、「急性期治療を行う救急病棟を持ち、退院した後も、入院患者一人当たりの社会復帰資源が多く、かつ退院支援者が退院支援を行っている病院が平均在院日数が短いことが認められた」。このことは口述内容(別紙1、表12)にも現れており、サービス調整のための、カンファレンスや連携の取組みについての記載も多かった。AとBがこれにあたる。次に「救急病棟を持たず人的資源と社会資源が多い場合は、平均在院日数はやや長くなることから、病院の急性期機能と社会復帰資源どちらの要素が欠けてしまっても、平均在院日数の短縮に結びつくことはなかった」。(図8)

E. 考察

平成26年度の研究では、平均在院日数の短縮率と精神保健福祉士の数には関連性があると仮説を立てて検証したが関連性は見られなかった。しかし、退院の口述欄が多い病院について短縮率と比較したところ、口述欄でカンファレンスを行っている病院、連携について記載がある病院の方が短縮率が高いという優位性が認められた。またこ

れらの病院は関連施設も併設していることが多く、平均在院日数の短縮に関しては病院だけの退院支援だけでなく、社会資源と連携を密にすることを意識している病院の方が、退院に関して積極的であることが伺える。このことから病院を早期に退院し、社会復帰するには病院スタッフだけでなく幅広い連携が必要であることが分かってきた。H26年度の診療報酬改定にて退院支援委員会が創設され、病院以外の担当者を含めた他職種が連携して支援していくことは早期退院につながると期待された。これを踏まえたH27年の研究では、平均在院日数の短縮には早期の社会復帰を目的として病棟が急性期治療を行える体制をとり、それに適時対応できる地域の社会復帰資源が同じ法人内にあり、その全体の流れを追いながら、カンファレンスを通してサポートしマネジメントできる退院支援員がいてこそ効果が表れる。この三つの要素すべてが揃うことがその要因であることがうかがえる。今後、各法人だけでなく地域の病院間でのより一層の連携が望まれる。

(なお病院H、Iに関しては630調査からみて、入院患者のほとんどが認知症患者を対象としており、平均年齢も70代の患者層であることから、精神科単科の性質からはやや違うと考えられる。

平成 25-27 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））

総合研究分担報告書(6)

身体合併症などの精神科医療連携に関する研究
及び
医療計画評価・策定の基盤環境に関する研究

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
篠崎英夫 日本公衆衛生協会
津下和代 あいち健康の森健康科学総合センター
宮岡等 北里大学医学部
高垣有作 国保すさみ病院
伊澤敏 厚生連佐久総合病院
小泉典章 長野県精神保健福祉センター
小川正洋 長野県上田市健康福祉課
清水ゆみ子 沼田市在宅介護支援センター
星野真由美 群馬県認知症疾患医療センター 内田病院
石田洋子 愛知県健康福祉部障害福祉課 こころの健康推進室
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

A. 研究目的

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る。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。また、精神疾患の疾病構造の変化と人口高齢化が進んでおり、医療計画を評価・策定する際に無視できない環境の変化である。

このような背景を知る上で、近年の精神医療の動向、特に高齢者認知症の精神医療への需給を把握する必要がある。また、精神医療・行政に携わる者が精神疾患の医療計画に関して理解を深める必要があると考えている。その上で、医療計画の根幹である医療連携を構築する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、本研究では

1. 精神病床に入院する認知症患者の動向調査
2. 医療計画の理解を深めるための意見聴取
3. 愛知県における救急精神身体合併症モデル事業を行った。

B. 研究方法

1. 精神病床に入院する認知症患者の動向調査

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は含まれていないが、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。

2. 医療計画の理解を深める意見聴取

精神疾患の医療計画における関係者の理解を深めるため、平成26年7月10日に全国の医療計画に携わる行政・医療・保健・福祉の担当者に参集いただき、医療計画を考えるフォーラムを開催した。このフォーラムでは、医療計画の施策の流れを考え、ア 医療計画そのものについての理解 イ 精神疾患の医療計画の独自性や問題点 ウ 行政が取り組む具体的な施策を医療計画に還元する視点 の構成とした。ア～ウに関する専門家・有識者・事業の実施者が講演し、それを研修する参加者はア～ウの各領域における関係者を募集した。参加者からは、医療計画に関するそれぞれの立場から現場の問題点や理解に関するアンケートを行った。

3. 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、全運用ケースにおける、患者属性・転帰・紹介スピードについて集計・分析した。統計は、カイ2乗検定、t検定をSPSS21.0(j)にて検定した。

また、実際の運営に関しての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。

C. 研究結果

1. 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者数の変化である。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。

2. 医療計画の理解を深める意見聴取

意見聴取のためのフォーラムは図 4 のプログラムで開催した。また、行ったアンケート結果に関して図 5 に示した。参加者は 36 名であり、医療施設から 58%、行政から 19% の参加であった。参加者からは主に、精神疾患の医療計画の独自性や問題点に関する興味が高かった。意見交換ワークショップにおいても、実際に自らの医療機関が医療計画にどのように関係し、どのような役割を果たすべきかについての意見が多く出された。具体的な現場の課題をいかに施策、そしてその上位である計画に反映させていくかが課題となった。

3. 愛知県における救急精神身体合併症モデル事業

まず、図 6 に事業の概要を示した。主に救命救急センターに受診した精神疾患を合併していると思われる症例を、速やかにペアを組む近隣精神科医療機関にペア個別のパスを用いて紹介し、スムーズな一般医療から精神医療への連携を図るものである。ペア個別パスの例を図 7 に示した。救急病院側からは、身体的な処置・スクリーニングが済んでいることを明示し、必要な処置についても受け手側の精神科医療機関で可能なものとなるようにしている。また、本人・家族への説明と同意についても済ませるようにしている。アルコール乱用による一時的な酩酊や、帰すところがないだけの

症例など、精神科治療の必要性も明示されている。平成 25 年 4 月～27 年 12 月までのパスの運用実績は、171 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。

次に平成 25、26 年度の全運用ケース 111 例における、患者属性・転帰・紹介スピードについて集計・分析した。図 8 は症例の精神科受診歴・自殺関連行動の有無・精神科医療機関での転帰の集計とその関連である。受診歴・自殺関連行動の有無はおよそ半々であったが、受診歴を有する症例の方が自殺関連行動が有意 ($p=0.018$) に多いことがわかった。また、精神科転帰は、入院 74 例・外来 33 例と入院が多かったが、自殺行動症例が精神科で入院する等の、有意な関連は見られなかった。次に自殺関連行動の有無による精神科への紹介スピードの比較をしたところ、自殺行動が有る症例は有意に ($p=0.002$) 速やかに精神科受診に結びついたことがわかった。最後に、本事業では救急病院側に精神科部門があり紹介症例に関わっているペア、精神科部門はあるが紹介症例には関わらないペア、精神科部門がないペアがあり、救急病院側での精神科体制・対応が様々であった。図 9 に救急病院院内での精神科受診の有無と照会スピードの比較を示した。救急病院で精神科対応を受けた例は 44 例あった。これら症例は、有意に精神科医療機関への紹介スピードが遅かった。

これら結果を受け、平成 28 年 3 月に行った運営における会議では、各ペアについての病院内での課題について意見交換を行った。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り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。

D. 考察

本研究では、近年の精神医療の動向、特に高齢者認知症の精神医療への需給の把握、精神医療・行政に携わる者が精神疾患の医療計画に関して理解を深める必要性、その上で、医療計画の根幹である医療連携を構築する施策に資する具体的なモデルを示すことを行ってきた。

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。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。

意見聴取のフォーラムからは、医療計画のレベルをいかに地域における事業等に反映させるべきか、またそれを測定する指標の重要性が指摘された。今後、現在の医療計画における参考となる指標に関してそういった視点からの検討が必要になると考えている。また、精神医療の質の向上とその均てん化は医療計画を実行性あるものとするためにも必要な要素であり、その仕組みづくりが課題である。

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。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。また、救急病院内での精神科体制に関しては症例数に影響が見られなかったこと、紹介スピードに差が生じた。院内精神科のスクリーニングを経て紹介されており、よりの確な症例の検討と緊急判断がなされていることが想定される一方で、院内精神科の対応を待たないケースもあると聞いている。いわゆる総合病院の精神科の特性をいかに活用するか、今後の検討課題と考える。このほか、症例の集計分析からは精神科受診歴のない患者を精神科医療のアクセスにつなげたこと、受診歴が自殺関連行動と関連があったことが挙げられる。精神的により重篤かつ緊急性の高い症例をスムーズに連携させるかについてはさらに詳細な分析が求められる。このように、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。

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。近年の精神医療の動向、特に高齢者認知症の精神医療への需給の把握、精神医療・行政に携わる者が精神疾患の医療計画に関して理解を深める必要性、その上で、医療計画の根幹である医療連携を構築する施策に資する具体的なモデルを示すことを通じた研究を行ってきた。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と考えている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

身体合併症に関する地域連携の取り組み

精神経誌. 116 (7): 570-575, 2014

こころの健康・休養分野における社会環境の整備: 山之内芳雄: 健康づくり 440号(2014.12)

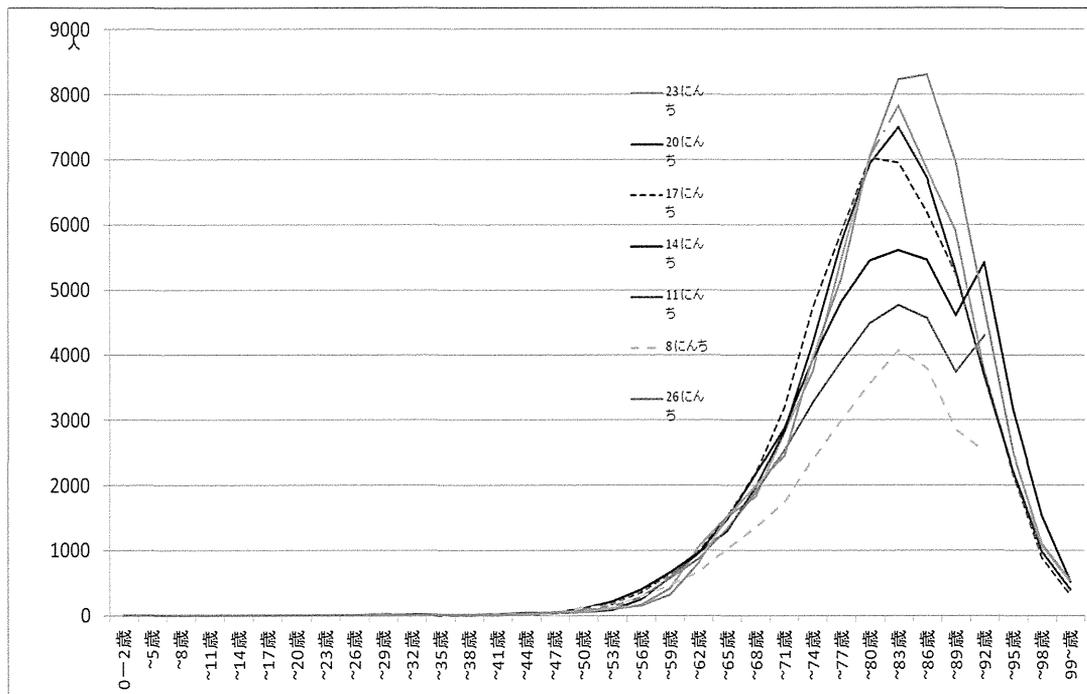
精神疾患の医療計画をめぐる動向:

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

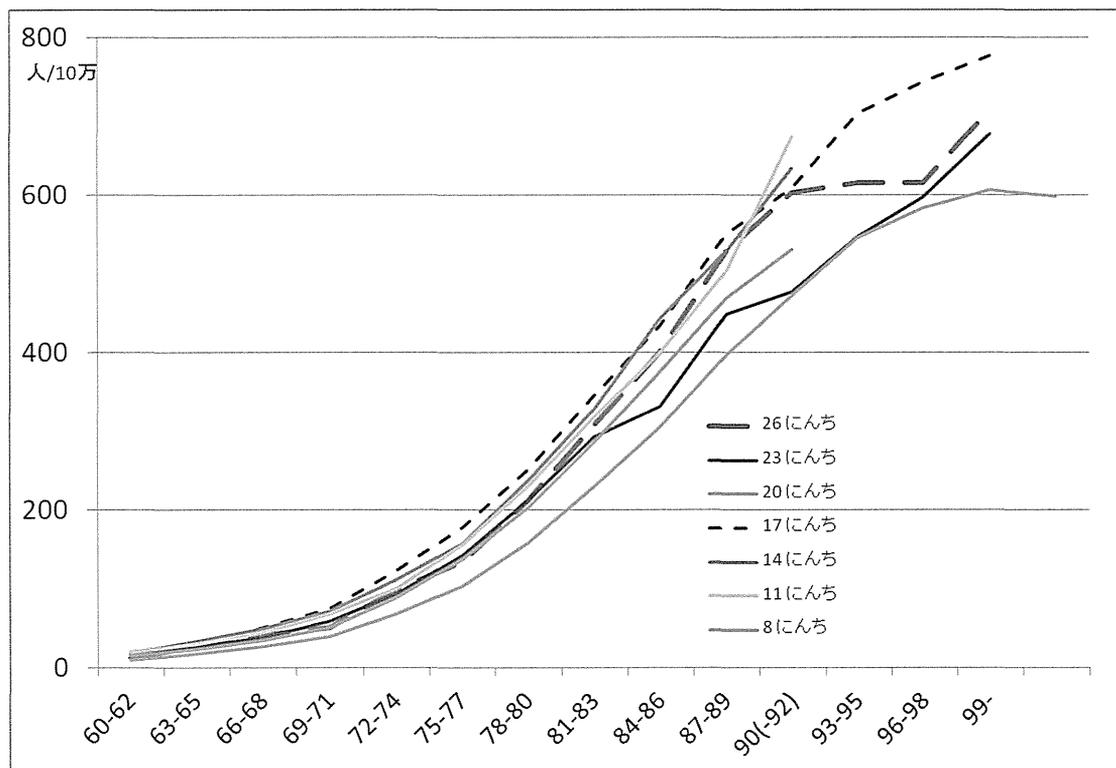
図1 年齢階級別の精神病床に入院する認知症患者数



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

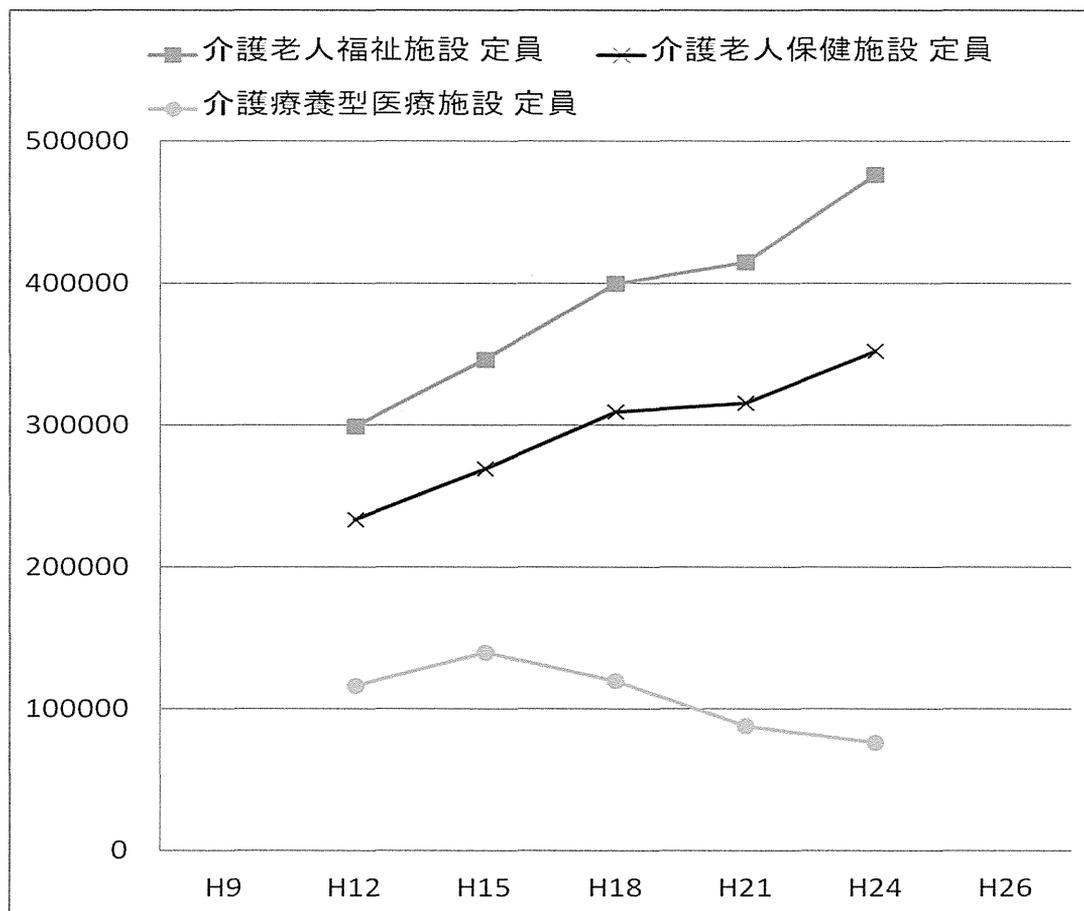
図2 年齢階級別の精神病床に入院する認知症患者率 (人口10万対)



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

図 4. 医療計画の理解を深める意見聴取フォーラムのプログラム

014 年精神疾患医療政策フォーラム (Karuizawa Forum)

プログラム

- 1) 目的 : 精神疾患の医療計画における医療連携体制に関して知見を深め意見交換を図る
- 2) 対象者 : 精神疾患医療計画に関心のある専門家 定員 100 名 (先着順)
- 3) 研修主題 : 政策の中の医療計画、地域における医療連携構築の具体例、行政の役割
- 4) 日時 : 平成 26 年 7 月 10 日 (木) 11:00~18:00 まで / 受付 10:30~
- 5) 場所 : ホテルマロウド軽井沢 (長野県北佐久郡軽井沢町 電話 : 0267-42-8444)

オープニングリマークス 伊藤弘人・山之内芳雄(NCNP)

11:15 第一部 講演 医療計画と医療・健康政策

篠崎英夫 (日本公衆衛生協会) 健康政策の中での医療計画(仮) 30 分

河原和夫 (東京医科歯科大学大学院) 精神科医療計画策定に当たり 30 分

津下一代 (あいち健康の森健康科学総合センター) 健診データソフトの活用 30 分

14:00 第二部 シンポジウム 地域における医療連携の構築と展開

司会 : 山之内 芳雄(NCNP)

宮岡等 (北里大学病院精神神経科) 精神科地域連携の難しさ 30 分

高垣有作 (国保すさみ病院) 町ぐるみの健康管理の仕組みづくり 30 分

伊澤敏 (佐久総合病院) 佐久総合病院再構築について 30 分

<ディスカッション: 地域特性・事情に応じた連携構築について> 30 分

16:30 第三部 シンポジウム 行政が導く地域連携

司会 : 小泉典章(長野県精神保健福祉センター)、伊藤弘人(NCNP)

小泉典章(長野県精神保健福祉センター) 信州での母子保健における G・P ネット 15 分

小川正洋(長野県上田市健康福祉部高齢者介護課) 認知症地域ケアパスとあったか手帳
15 分

石田洋子 (愛知県健康福祉部) 愛知県の自殺未遂対策のための地域連携構築 15 分

他、認知症の地域見守りネットワークについて等を予定