

令和3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（障害者政策総合研究事業）

「持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究」

分担研究

精神医療の提供と地域支援の連携に関する研究

分担研究報告書（2）

精神保健医療のニーズの満たされていない領域や対象（アンメットニーズ）

についての検討

研究分担者 高瀬顕功（大正大学）

研究協力者 岡村毅（地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター研究所）、的場由木（特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会）

研究要旨

【研究目的】国民皆保険やフリーアクセスの整備された我が国では精神医療にかかることは難しいことではない。しかし精神疾患をもっているが何らかの理由で精神医療に援助希求しないために本人が苦しむ、あるいは危機的な状況になってから精神医療以外の領域によって介入がなされるという現象が見られる。本研究では、このような現象を精神医療保健アンメットニーズと定義し、中高年における背景要因を探索する。

【研究方法】われわれは東京都のある地域でステイクホルダーと協働して高齢者のコミュニティ参加型研究を行っている。そこで機縁法を用いて、精神医療提供システムの周辺の支援機関（介護、身体医療、行政、民間の4領域にアプローチした）のスタッフを対象とした。アンメットニーズは、医学的ニーズ、社会的ニーズ、スピリチュアルニーズからなるという先行研究に準拠し、インタビューは医師、保護司、僧侶の学際チームが行った。精神疾患があると思われるが精神医療ではなく当該機関が関与した高齢者のケースについて聞き、主題分析を行った。

【結果及び考察】9名の専門職に対してインタビューを行い、32事例が語られた。アンメットニーズの背景要因として、個人要因とシステム要因に分けて分析した。個人要因は、1) 対象者個人の要因として「援助希求の困難」「妄想性障害」、2) 家族の要因として「家族内の不和」「家族が関わりを拒否する」「家族の援助記入の困難」「家族内の複数の事例の集積」が見いだされた。システム要因として、1) 身体医療関連要因として「医療スタッフの精神疾患への無関心」「身体疾患の治療中断」、2) 精神医療関連要因として「以前の通院での不本意な体験」「不十分な危機対応」、3) 社会福祉関連要因として「スタッフの疲弊」「診断がないと支援ができない構造」「適切なサービス提供者がない」、そして4) システム間の連携の不在、が見いだされた。それ以外に、引っ越し直後が高リスクであるという指摘があった。

【結論】アンメットニーズが生じる具体的な要因が明らかになった。今後介入研究で検証することが必要である。

A. 研究目的

今年度は中高年の精神保健医療アンメットニーズに着目して調査を行う。

わが国の社会の大きな特徴は高齢化であろう。高齢化率は29%を超え、世界で最も高い。今後40%にまで到達すると予測されている。諸外国の先行研究ではすでに高齢者における精神保健医療のアンメットニーズが指摘されている[1-3]。我が国においては、先行研究は少ないが、本来高齢者の生活支援に従事する地域包括支援センターの職員が、精神疾患を持つ高齢者の対応で疲弊しているという報告がなされている[4]。高齢社会における精神保健医療アンメットニーズは、未来の課題かもしれない。

わが国では早くも1961年には国民皆保険が確立した。また国民はフリーアクセスで専門医にかかることができる。すなわち精神医療にかかることは難しいことではない。しかし精神疾患をもっているが何らかの理由で精神医療に援助希求しないために本人が苦しむ、あるいは危機的な状況になってから精神医療以外の領域によって介入がなされるという現象が見られる。

本研究では、このような現象を精神医療保健アンメットニーズと定義し、中高年における背景要因を探索する。

B. 研究方法

中高年の精神医療保健アンメットニーズの背景要因を探索するために、まずはリアルワールドでケースを集め問題を発見することを目指す。精神医療保健システムの外部でそのような現象に対応している専門職を探しだし、精神医療に偏らない包括的な聞きかたでインタビューを実施し、記述的探索的質的分析手法で解析する。

1. 対象

Palinkas による *purposeful sampling method* を参考に対象者を選定した。すなわち現実的に対象者に接近できること、対象者が実際にインタビューを受けてくれること、対象者が経験を適切に語るができること、が必要であるとの観点から対象者を検討した。そして東京都健康長寿医療センター研究所が高齢者の地域疫学研究およびアクションリサーチを2016年より行っている板橋区を中心に対象者を探すことにした。地域の実情や有力なキーパーソンとすでにつながりがあるからである。

ブレインストーミングののちに、対象として以下の4領域にアプローチした。

1. 介護（地域包括支援センター）
2. 身体医療（総合病院）
3. 行政（区役所、裁判所）
4. 民間（ホームレス支援NPO団体、社会福祉協議会）

インタビューの概念図を図1に示す。

2. インタビュー方法

精神医療保健アンメットニーズの探索において、精神医学のみの視点では不十分であるため（精神医学が包摂できていないためにアンメットニーズになっているのであるから）、インタビュー方法については以下のような工夫をした。先行研究によればアンメットニーズは、医学的ニーズ、社会的ニーズ、スピリチュアルニーズからなるという[5]。これに準拠しインタビューは医師、保護司、僧侶の学際チームが行った。インタビューワーカーの概念図を図2に示す。

実際のインタビューにおいては、精神疾患があると思われるが精神医療ではなく当該機関が関与した高齢者のケースについて聞き、自由に語ってもらった。対象者が書く専門領域の専門家であることを考慮し、構造化された調査票を用いるのではなく、

各領域の文脈に依存し、それぞれの専門家による問題の整理に寄り添って話を聞いた。また診断については、我々が事例に直接触れたわけではないので、あくまでインタビュー対象者が語った内容に準拠した。

3. 分析方法

インタビューを録音し、逐語録を作成した。Neergaard の探索的質的分析[7]を用いて分析した。これは調べたい事柄についてまだ十分に分かっていないときに、まずは問題のありかを探り整理するための分析である。

具体的には、インタビューは事例ベースで行われたので、事例ごとにサマリーを作成した。その上で事例を語る際に付随して語られた、精神保健医療ニーズがあるにもかかわらずそれが満たされていないことに関わる背景にある「困難さ」を抽出し、これを分類した。分析には MAXQDA 2018® を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたって、大正大学倫理審査委員会の承認を得た (第 21-24 号)。

C. 結果

1. 対象者

4 領域から 9 名の専門家にインタビューを実施した。全員が、精神疾患があると思われるが精神医療ではなく当該機関が関与した高齢者のケースについて語った。対象者一覧を表 1 に示す。

2. 語られたケース

32 の事例について語られた。2 事例は 2 名が関与していた (夫婦と姉妹) なので、34 人ということになる。32 事例のまとめを表 2 に示す (なお、語った人、事例の年代、性別は記載していない)。

性別は女性が 16 名、男性が 18 名であった。年代は 40 代が 7 名、50 代が 3 名、60 代が 4 名、70 代が 8 名、80 代が 10 名、残りの 2 名は「高齢の姉妹」であった。ケースが持っていると思われる診断については、最も多いものが特定不能 (7 例) であり、以下統合失調症 (6 例) 認知症 (5 例) 自殺企図 (3 例) うつ状態 (2 例) であった。

3. ケースのその後の経過

32 の事例のうち、結局その機関で何もできずに関係がたたれてしまった (アンメットニーズのままである) のは 10 事例であった。精神科外来につながったのが 7 事例、精神科入院治療につながったのが 4 事例、一方で精神医療保健の外部のまま他の社会サービスにつながったのが 8 事例であった。3 事例は現在進行中の事例であり、その後の経過はまだ分からない。

これら事例の経過のまとめは図 3 のとおりである。

4. アンメットニーズの背景要因

アンメットニーズの背景要因として、個人要因とシステム要因に分けて分析した。個人要因は、1) 対象者個人の要因として「援助希求の困難」「妄想性障害」、2) 家族の要因として「家族内の不和」「家族が関わりを拒否する」「家族の援助記入の困難」「家族内の複数の事例の集積」が見いだされた。システム要因として、1) 身体医療関連要因として「医療スタッフの精神疾患への無関心」「身体疾患の治療中断」、2) 精神医療関連要因として「以前の通院での不本意な体験」「不十分な危機対応」、3) 社会福祉関連要因として「スタッフの疲弊」「診断がないと支援ができない構造」「適切なサービス提供者がいない」、そして 4) システム間の連携の不在、が見いだされた。それ以外に、引っ越し直後がハ

イリスクであるという指摘があった。以上を表3にまとめた。なおカテゴリー形成のもとになった発言内容については、今回は公開しない。

D. 考察

本研究では、精神医療保健アンメットニーズの中高年における背景要因を探索した。

身体医療システムに関しては、スタッフに対する精神疾患を持つ人に対するケアの方法の教授が有効だという報告はすでになされている[7]。

精神医療システムに関しては、精神科医療機関における過去の不本意な体験が援助希求をためらわせている（と本人が思っている）という実態については精神医療システムも十分に認識してよいと思われるが、一方で実際にどのような事態があったのかは今回の研究では不明である。また、今回は発言内容の詳細は提示しなかったが、精神科入院医療が必要な切迫したケースに関して、①病床がなく入院先が探せない、②医療保護入院に際して家族が関わりを拒否して処遇が定まらない、③他害が切迫していると思われたので警察官を呼び措置通報がなされたが最終的に不要措置になってしまい対応に困った、といった事態が語られた。

引っ越し直後に様々な問題が顕在化するという言葉は多くの対象者が語った。これについては先行研究が特にないが、引っ越し直後のアウトリーチなどが検討されてもよいだろう。

医療ニーズ、社会的ニーズについては多く語られたが、スピリチュアルケアニーズについては明らかに語られることはなかった。これは事例について専門職が語る、という構造であったため、各事例の個人の内

面でスピリチュアルケアニーズがあったとしても語られなかったということかもしれない。しかし僧侶がインタビューするという構造は、対照がなく比較の使用はないものの、対象者の語りを促したように思われる。なぜならば僧侶は傾聴の訓練を受けており、またより広い視野（あるいはメタの視点から）事例を語ることを促しうるという可能性があるからである。

E. 結論

本年度は、ほとんど先行研究のない精神医療保健アンメットニーズの中高年における背景要因を、精神医療保健システム外の専門家にインタビューして探索した。

その結果、アンメットニーズが生じる具体的な要因が医療的ニーズ、社会的ニーズの観点から明らかになった。本研究の知見を作業仮説として、今後介入研究で検証することが必要である。

【文献】

1. Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, Cummings JL, Gallo JJ, Gottlieb GL, Halpain MC, Palmer BW, Patterson TL, Reynolds CF 3rd, Lebowitz BD. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next 2 decades. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Sep;56(9):848-53. doi: 10.1001/archpsyc.56.9.848.
 2. Age Concern England. Improving services and support for older people with mental health problems: The second report from the UK Inquiry into Mental Health and Well-Being in Later Life. London; 2007 Available from: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/improving-services-and-support-for-older-people-with-mental-health-problems.pdf>. Accessed 1April 2022.
 3. Luppá M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B, Weyerer S, König HH, Riedel-Heller SG. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):212-21. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.033
 4. 吉岡京子. 地域包括支援センターにおける高齢者の支援困難事例に関する文献レビュー. *日本地域看護学会誌*/22巻 (2019) 2号
 5. Kalánková D, Stolt M, Scott PA, Papastavrou E, Suhonen R; RANCARE COST Action CA15208. Unmet care needs of older people: A scoping review. *Nurs Ethics*. 2021;28(2):149-178. doi:10.1177/0969733020948112
 6. Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS, Sondergaard J. Qualitative description - the poor cousin of health research? *BMC Med Res Methodol*. 2009 Jul 16;9:52. doi: 10.1186/1471-2288-9-52.
 7. .
- F. 研究危険情報**
なし
- G. 研究発表**
1. 論文発表
なし
2. 学会発表
Okamura T, Takase A, Matoba Y. Older people with urgent, un-aware, and unmet mental health care needs in Tokyo: viewpoint from outside the mental health care system. IAGG2022 2022年6月12日～16日ブエノスアイレス
- H. 知的財産権の出願・登録状況**
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

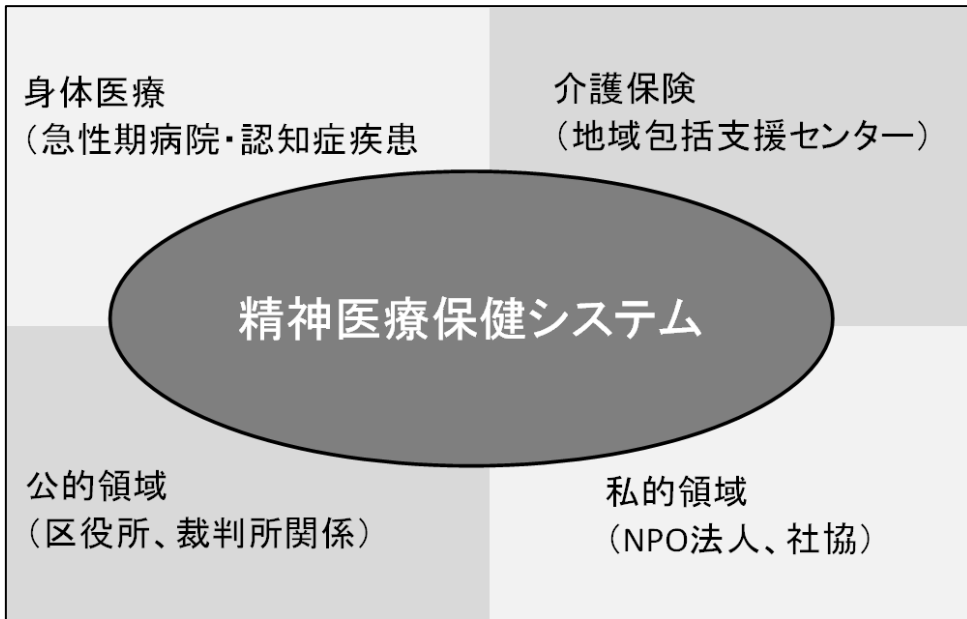


図1 インタビュイーの概念図

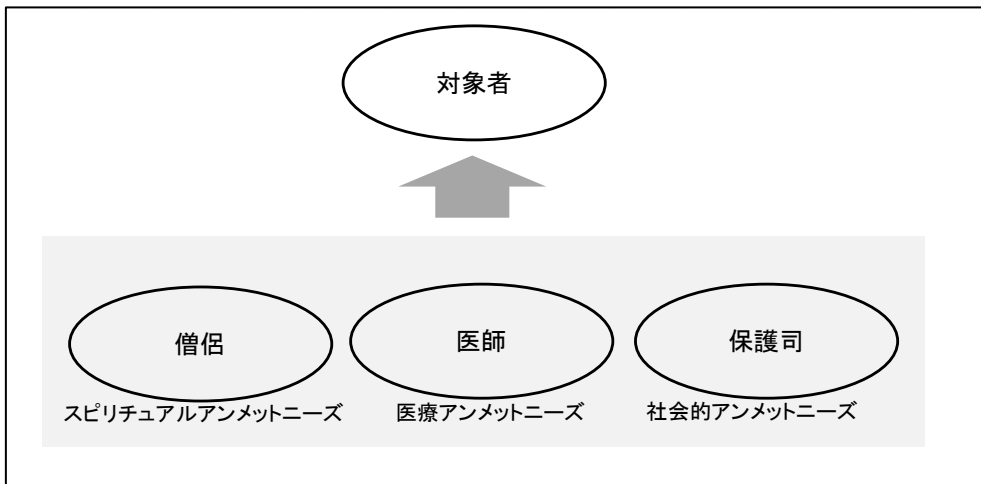


図2 インタビュワーの概念図

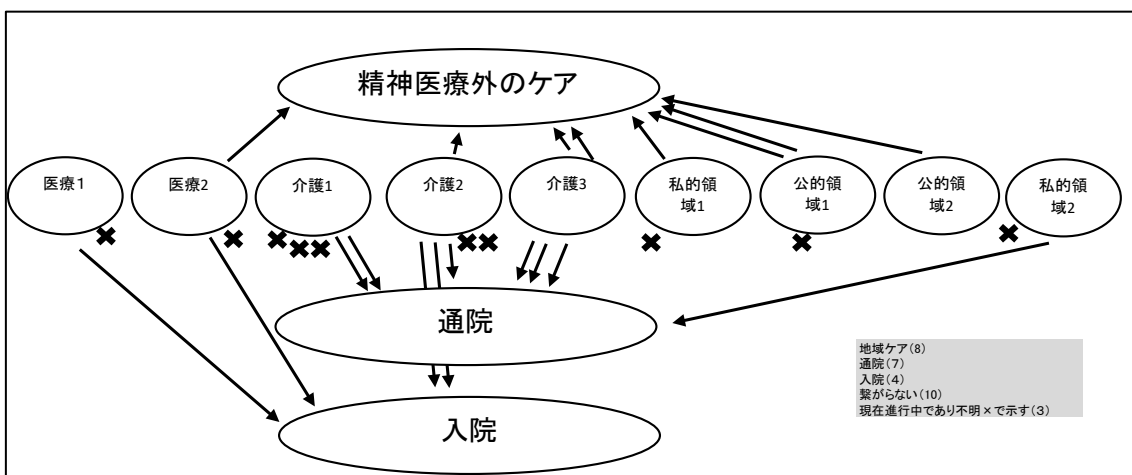


図3 経過のまとめ

表1 インタビュー対象者一覧

所属組織	職位	職種	性別	年代	
地域包括支援センター	*	社会福祉士・精神保健福祉士	*	*	月に500～600件の相談が本人や家族からあるが、このうち10件程度が継続的に関わる。スタッフは8名いる。
総合病院の相談室	*	医療ソーシャルワーカー	*	*	2次救急病院の相談室であり、医師や看護師から依頼を受ける。50人ほど常に担当している。スタッフは8名いる。
自治体の嘱託医	*	医師、精神科専門医	*	*	1時間に1ケースの相談を受ける。保健所や自宅で1回だけ会う。
地域包括支援センター	*	介護福祉士、社会福祉士、介護	*	*	高齢者福祉施設の1階に事務所がある。電話で相談を受けることが多い。
地域包括支援センター	*	精神保健福祉士、介護支援専門	*	*	高齢者福祉施設の1階に事務所がある。スタッフは6名いる。相談の6割は介護保険のこと、残りは医療と権利擁護。
東京精神保健福祉士協会	*	精神保健福祉士	*	*	逮捕され起訴された人に精神疾患がありそうな場合更生支援計画を作成する。
社会福祉協議会	*	教職	*	*	ボランティアや市民活動、NPO支援を行っている。
認知症患者医療センター	*	社会福祉士と精神保健福祉士	*	*	相談のほかに地域連携の推進、研修を行っている
ホームレス支援NPO法人	*	教職、社会福祉主事	*	*	生活保護の人向けの無料低額宿泊所であり、アパート転宅や就労の支援をしている。22部屋あり、年間30名ほどが新規に利用する。

表2 32事例のまとめ

事例	領域	性別	年齢 (年代)	疑い病名	それまでの現象	その後の経過
1	介護	*	*	認知症	他の区から転居してきたが、認知症の診断があいまいだった	専門医につなげることを検討した
2	介護	*	*	妄想性障害	隣の部屋から騒音がするといって攻撃し返す	病院に一度行ったが続かなかった
3	介護	*	*	不明	急に**に行つて保護されたと、**の地域包括から連絡がある	弟に連絡し弟が連れて帰る
4	介護	*	*	不明	入退院を繰り返している、浪費もある、息子から転居の時に連絡	訪問して通院につなげようとしたが失敗した
5	介護	*	*	認知症	もの忘れと、身体医療の中断があり、民生委員が連れてきた	非常に苦勞したが(易怒性)、何とか通院するようになった
6	医療	*	*	統合失調症	脳梗塞疑いで病院に行ったが何もない	精神科につないで悪性症候群と診断
7	医療	*	*	統合失調症	統合失調症の娘と生活	現在進行中
8	医療	*	*	うつ、視覚障害	自殺を止められて杖を振り回して暴れる	家族が協力を拒否し最終的に退院となった
9	医療	*	*	孤独	1日に3回も救急車を呼ぶ	地域包括に連絡して情報共有する
10	公的	*	*	境界知能	自宅に引きこもり父が怒鳴りつけている	働けと言っても無駄であることを関係者に確認し、居場所を作る
11	公的	*	*	うつ	引きこもり、病院に行つても説教をされる	現在進行中
12	介護	*	*	自殺企図	縊首に失敗したと電話がかかってきた	急いで訪問して通院医療につないだ
13	介護	*	*	自殺企図	ビンで自分をたたいていると夫から電話	急いで訪問したが通院を拒否し、医師の訪問につなげたら、通院するようになった
14	介護	*	*	双極性障害	日中に花を窺ったり、知り合い宅に押しかけたりする	デイケアに行くようになった
15	介護	*	*	統合失調症	バス停にずっといる、身なりが不潔である、後醍醐天皇と話す	地域のカフェにつながった
16	介護	*	*	発達障害疑い	認知機能は保たれているのに詐欺に引っかかってしまう	あらためて専門家を受診する予定
17	介護	*	*	妄想性障害	未婚の高齢姉妹二人暮らし、シンナーの臭いがする、芸術家が住んでいるに違いないと	現在進行中
18	介護	*	*	アルコール依存症	連続飲酒で食事摂取不能となった	2か月間、毎日訪問し入院につなげ、その後ケア付き住居に入った
19	介護	*	*	不明	夫が妻に暴力	訪問し警察を呼ぶが措置にはならず医療保護につなげた
20	介護	*	*	うつ	夫を亡くしてうつ状態	訪問して通院につなげる
21	介護	*	*	認知症	夫を亡くし、統合失調症の長男と、知的障害(未診断)の次男と大変	デイケアに行くようになった
22	介護	*	*	発達障害疑い	大学は出ているが生活能力が全くない(上のケースの子供)	繋ぐ先がない
23	介護	*	*	間欠性爆発性感情障害	パーソナリティ障害の家族との関係が破綻	失踪し、DV被害として保護されたと聞いた
24	公的	*	*	覚せい剤	現在刑事施設におりADHDのように思われるがこれまで診断を受けていない	出所後の帰住地を作ったが、おそらく逃げ出す可能性が高い
25	公的	*	*	統合失調症	ストレスがかかるとう窃盗をする	自宅に帰つても妻も精神疾患あり落ち着くことがないのでNPOにつなげた
26	公的	*	*	診断がつかない	何度も刑務所に入る	診断がつかないので支援ができない
27	民間	*	*	不明	助けてほしいというが情報を出さない、家に入れない	何もできない上にクレームをつけられた
28	民間	*	*	不明	引越してきたが支援者間で情報共有できていなかった	地域会議をして安定化した
29	医療	*	*	前頭側頭型認知症	BPSDで介護者疲弊	入院して安定化した
30	医療	*	*	セルフネグレクト	夫に依存していた人、夫を亡くしてからゴミ屋敷	訪問を続けたが、自宅で亡くなった
31	民間	*	*	統合失調症	路上から困窮者向け共同居住施設に入ったがコミュニケーションが難しい	受診し、生活が安定化した
32	民間	*	*	統合失調症	夜中に大声で独語する	受診を勧めたら自己退所した

表3 アンメットニーズのカテゴリー

	カテゴリー	サブカテゴリー
個別の問題	本人の問題	援助希求の課題がある
		妄想性障害
	家族の問題	家族内が不統一
		家族が関与を拒否する
		家族内に複数の事例がいる
	家族が援助希求をしない	
支援システムの問題	身体医療の問題	身体医療ではメンタルヘルスに無関心
		身体医療があるが治療を中断している
	精神医療の問題	かつて受療時に嫌な経験をした
		不十分な危機対応
	社会サービスの内在的問題	支援者が多忙でゆっくりケアできない
診断がないと支援ができない仕組みになっている		
	社会の受け皿がない	
	制度間の統合の不良	
その他	引越し直後である	