

## 特集：日本の精神保健と福祉の仮題と展望

### 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業の概要

山内慶太

慶應義塾大学看護医療学部

### A Survey of Psychiatric Rehabilitation Needs in the Community

Keita YAMAUCHI

Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University

#### 1. はじめに

精神保健福祉施策の方向については、平成14年1月から12月にかけて社会保障審議会障害者部会精神障害分会で検討され、その結果の概要は「今後の精神保健福祉施策について」にまとめられている。この結論を踏まえて、厚生労働省では精神保健福祉対策本部を設置し、精神病床等に関する検討会、精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会等でより具体的な検討をしている。

これらの報告、議事録などを見ると、「今後の精神保健福祉施策について」には「「受け入れ条件が整えば退院可能」な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること」が明記され、精神保健福祉対策本部中間報告には、精神障害への誤った認識を改める為の普及啓発活動、精神病床の機能強化等の精神医療改革、地域生活支援の充実などの「各施策の推進と併せ、7万2千人の早期退院、社会復帰の実現を図る」ことが明記されている。

これらの具体的な数値目標として示された「7万2千人」は、平成11年の患者調査の集計に基づくものである。その設問は、入院の状況について、「生命の危険は少ないが入院治療、手術を要する」「生命の危険がある」「受け入れ条件が整えば退院可能」「検査入院」「その他」から選択するもので、同調査が我が国の医療全般を対象としている為、精神科入院患者の退院可能性の把握に十分に適応した設問とはなっていない。また、限られた分量の中での設問である為、どのような状態の患者にどのような受け入れ条件が整えば退院可能なのか把握する為の設問が無いなどの限界があった。そのような中で、より具体的な施策の立案・検討の基礎データとして活用が期待されているのが「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」である。筆者は、本調査に一委員として関わる機会を得たので、以下では、本調査の概要を説明したい。

〒252-8530 神奈川県藤沢市遠藤 4411  
4411 Endo, Fujisawa-shi, Kanagawa, 252-8530, Japan

#### 2. 調査の主体と中立性

「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」は、精神障害者の社会復帰にあたってのニーズを調査し、精神障害者の社会復帰の推進など、今後の精神保健福祉施策の基礎資料とすることを目的として行われた調査である。調査は平成15年3月に行われ、その報告書は同年12月に刊行された(1)。

実際の調査は、厚生労働省より委託を受けた日本精神科病院協会（以下、日精協と略す）が調査主体となって実施された。しかし、本調査は透明性と中立性の確保が当初から重視されており、日精協は、日本精神科病院協会の会員だけでなく、日本精神神経科診療所協会、国立精神療養所院長協議会、全国自治体病院協議会、全国精神障害者家族会連合会の各団体の代表、そして研究者等からなる「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」企画委員会を組織した。そして、調査方法の検討から報告書の作成に至るまでの一連の業務は、全て同企画委員会における協議・監督の下に進められた。また、報告書の作成段階では、厚生労働省が組織した「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査検討会」において、その調査方法と調査結果が妥当であったかどうか、関連諸領域の団体の代表と研究者によって公開の場で検討された。

このように本調査は、中立性・透明性が手続きの上でも重視されており、このことは、本調査の意義を高めていると思われる。

#### 3. 調査方法の概要

調査は、①外来患者調査、②入院患者調査、③社会復帰施設入所者調査からなり、それぞれ質問紙を用いて主治医と患者の両者に対して行われた。

対象施設の抽出と、抽出した対象施設での対象患者の抽出は、以下の方法で行われた。なお、病院団体等による抽出率の相違は、委員会での検討と各団体との交渉から予測された、調査への協力可能性とその団体間での相違を考慮したことによるものである。

① 外来患者調査

日精協および日精診に加盟する施設については、全医療機関の2分の1を無作為に抽出した。また、全国自治体病院協議会会員施設（以下自治体病院と略す）、全国国立病院療養所精神科医師医療協議会会員施設（以下国立病院・療養所と略す）のうち精神科を有する全病院、精神医学講座担当者会議に属する全大学病院（以下大学病院と略す）を対象とした。

抽出した医療機関では、調査対象期間（平成15年3月24日～30日）のうちの全診療日に外来を受診した患者から無作為に10%抽出（但し、日精協加盟診療所、自治体病院、大学病院は5%抽出）して調査対象とした。

## ② 入院患者調査

日精協加盟病院は外来患者調査で抽出されたのと同じ病院を対象にした。また、自治体病院、国立病院・療養所のうち精神科を有する全病院、全大学病院を対象にした。

入院患者調査の対象となった医療機関では、調査対象期間の全入院患者から無作為に20%抽出した患者を調査対象とした。

## ③ 入所者調査

全国精神障害者社会復帰施設協会加盟の全入所型施設を対象とし、入所している全利用者を対象とした。

抽出された患者・利用者への調査は、企画委員会で作成した主治医調査票と本人調査票を用いて行われた。このうち主治医調査票の設問の主な領域は、基本属性、精神科治療歴、状態、（入院患者調査・入所者調査の場合には退院・退所後に）適当な居住の場、（同退院・退所後に）見込まれる就労能力、（同退院・退所後に）得られるインフォーマルな支援の程度、地域での生活に必要なフォーマルな支援等である。

個々の設問の設定に当たっては、特に次のような点に配慮された。

第一に、患者・利用者が希望する、また、主治医が適当と判断するサービスを把握するのみでなく、その背景にある患者・利用者の状態を客観的に把握することを重視したことである。両者を組み合わせて分析することではじめてニーズの適切な分析が可能となるからである。また、状態の把握に際しては、データの質を高めると共に、他の調査との比較を可能にする為に、評価者間信頼性・妥当性が既に検証されている尺度が主に採用された。主たる尺度は以下の通りである。

①精神科主診断：ICD-10が用いられた。

②心理的・社会的・職業的機能の総合的評価：国際的な診断基準であるDSM-IVの多軸診断システムの第V軸にも採用されているGAF(Global Assessment of Functioning Scale)が用いられた。

③認知機能：入院患者の高齢化が進んでいることも考慮して、高齢者ケア等の為の包括的なアセスメントとケアプラン作成の為の指針で、国際的にも汎用されているMDS(Minimum Data Set)に採用されているCPS(Cognitive Performance Scale)が用いられた。4項目からなる評価尺度で、介護保険の主治医意見書にも採用さ

れているものである。

④ADL:MDSより「ベッド上の可動性」、「移乗」、「食事」、「トイレの使用」の4項目を採用した。これらの4項目の評点から、ADLの水準を得点化して捉えることができる。

⑤IADL(手段的日常生活動作):MDSより採用された。その内訳は「食事の用意」「家事一般」「金銭管理」「菓の管理」「電話の利用」「買い物」「交通手段の利用」の7項目である。また、外来患者調査においては、これらの困難度に加えて実施状況についても評価を求めた。

第二に、サービスのニーズを把握する際には、サービスの種類のみでは評価者の抱くイメージの相違が結果に影響する為、より具体的な設問を追加したことである。例えば、将来退院が想定できる患者に関し、退院後に適当と考えられる居住の場を主治医に問う際には、生活訓練施設、福祉ホーム、グループホーム等の施設類型からの選択を求めたのに加えて、そこに退院した場合に必要なケアの程度を問う設問を併せて用意した。主治医が各施設類型に抱くイメージは、その地域の地域ケアの状況によっても、勤務してきた病院の併設施設の状況によっても、大きく異なるからである。そこで、専門職（看護師・ケースワーカー等）による援助・指導、非専門職（ヘルパー等）による援助、給食サービスのそれぞれについて必要であるか否かを問い、前二者については必要な場合は、「24時間常駐が必要」、「日中のみ常駐が必要」、「毎日の訪問」、「1週間で数回の訪問が必要」、「1週間で1回程度の訪問」の中からの選択を求めた。

第三に、既に述べたように、主治医調査票に加えて本人用の調査票を用意したことである。前述の主治医用調査票の、（入院患者調査・入所者調査の場合には退院・退所後に）適当な居住の場、（同退院・退所後に）見込まれる就労能力、地域での生活に必要なフォーマルな支援のそれぞれに対応するように、希望する内容、不安な点などを調査した。これによって、患者・利用者自身の希望・不安と、主治医の判断の両者を把握し、その間にどのような一致と乖離があるか分析できるように設計されている。

## 4. 調査票の回収状況

外来調査では、団体別に見ると、依頼した施設のうち24～53%で協力が得られた。協力の得られた施設の全国総施設中の割合は、国立病院・療養所24%、自治体病院25%、大学病院36%、日精協病院26%、日精診17%であった。即ち、施設種間で抽出率の差をつけたことによって、全国の各団体加盟総施設数に占める調査施設の割合のばらつきは小さくなったことになる。

調査票が回収された患者の数は、同意が得られず、表紙にその印が記されて回答欄が白紙であったものも含めて9,831人であった。このうち同意が得られなかった患者が1,725人、調査票に不備のあった患者（基本属性に関する全設問について未回答）の178人を除いて、7,928人が分析対象となった。なお、この人数には、本人用と主治医用調査票の一方のみを提出している者も含んでいる。従って、最終的に分析の対象

となったのは、本人調査票分が7,635人、主治医調査票分が7,871人であった。

入院調査では、依頼した施設のうち協力が得られた施設の割合は、団体別に見ると35～56%であった。全国の総施設中に占める割合で見ると、国立病院・療養所35%、自治体病院36%、大学病院40%、日精協病院27%に相当する。

調査票が回収された患者数は、同意が得られなかった患者も含め17,364人で、同意が得られなかった患者5,130人、調査票に不備のあった60人を除くと、分析の対象となったのは12,173人である。このうちには、本人用と主治医用調査票の一方のみ提出された者も含まれるので、最終的に分析対象となったの本人調査票が11,053人、主治医調査票が12,009人であった。

社会復帰施設調査では、依頼した全施設中の59%で協力が得られた。その種類は生活訓練施設、福祉ホーム、福祉ホームB型、入所授産施設等である。

調査票が回収された利用者数は3,631人であった。このうち、同意が得られなかった515人、調査票に不備のあった4

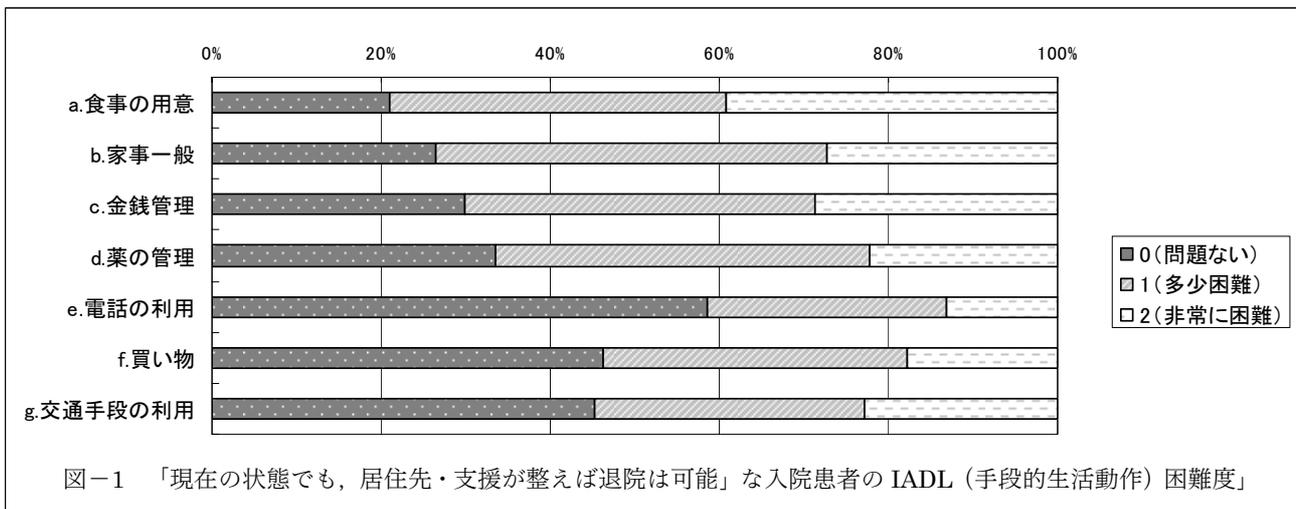
人を除くと、3,111人が分析の対象となった。なお、このうちには、本人用と主治医用調査票の一方のみ提出された者を含むので、最終的に分析の対象となった本人調査票は3,067人、主治医調査票は2,902人であった。

ところで、各施設には無作為に指定した割合で調査対象者の抽出を依頼したが、それがどの程度適切になされたかも検証する必要がある。入院調査を例に紹介したい。協力が得られた病院には、3月30日時点の在院患者数も併せて尋ねたが、回答があった424病院で、同意が得られなかった患者も含め調査票が回収された患者数の在院患者数に占める割合を見ると、国立病院・療養所で19.4%、自治体病院で20.9%、大学病院で18.7%、日精協病院で19.3%であり、指定した抽出率の20%に極めて近い割合であった。

このように、協力が得られた各病院では指示した手順に従って抽出がなされたことが推測された。なお、このように抽出が比較的適切になされたのは、各病院では、生年月日の日付の末尾の数字が指示された数字の者を機械的に選ぶのみで良いようにして、抽出方法を単純化したことが大きいと思

表-1 「問27-問34(退院後に必要なサービスに関する設問)までで示すような居住先・支援が整えば退院は可能ですか。あてはまるものを1つ選択してください。」

状態	国立病院(人)	自治体病院(人)	大学病院(人)	日精協病院(人)	合計(人)
①現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能	55 (23.1%)	250 (22.1%)	72 (39.8%)	1,390 (13.6%)	1,767 (15.0%)
②状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来(6ヶ月以内)には可能になる。	29 (12.2%)	153 (13.5%)	58 (32.0%)	535 (5.2%)	775 (6.6%)
③状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などが整えば近い将来(6ヶ月以内)には可能になる。	64 (26.9%)	434 (38.3%)	40 (22.1%)	3,857 (37.6%)	4,395 (37.2%)
④近い将来の可能性はない	90 (37.8%)	295 (26.1%)	11 (6.1%)	4,472 (43.6%)	4,868 (41.2%)
複数回答	0	0	0	4	4
無回答	9	6	0	185	200
計	247	1,138	181	10,443	12,009



われる。

### 5. 調査結果

調査内容は多岐に亘るが、ここでは入院調査における退院の可能性に関する設問に関する集計から一部を紹介したい。

「対象者は、問 27～問 34 (退院後に必要と思われるサービスについての設問) までで示すような居住先・支援が整えば退院は可能ですか」に対する回答は、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」が 15.0%、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援などを新たに用意しなくても近い将来 (6 ヶ月以内) には退院が可能になる」が 5.6%、「状態の改善が見込まれるので、居住先・支援が整えば近い将来 (6 ヶ月以内) には可能になる」が 37.2%、「近い将来 (6 ヶ月以内) の退院の可能性はない」が 41.2%であり、病院種類別の内訳は表-1 の通りであった。

このうち「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院は可能」とされた患者について、IADL (手段的日常生活動作) の程度を見ると、たとえば「食事の用意」は「問題ない」が 21.0%、「多少困難」が 39.7%、「非常に困難」が 39.2%、「買い物」では「問題ない」が 46.2%、「多少困難」36.0%、「非

常に困難」が 17.8%であった。各項目の回答の分布は図-1 の通りである。これらをまとめると、7 項目中すべて「問題ない」患者も 13.8%いたが、4 項目以上で「いくらか困難」または「非常に困難」であった患者が 63.6%であり、全項目が「いくらか困難」または「非常に困難」である患者も 36.6%いた。なお、これを病院種類別にまとめると図-2 の通りであった。

「現在の状態でも居住先・支援が整えば退院は可能」とされた患者について、「退院後、対象者は、どのような「暮らしの場」での生活が適当でしょうか」への回答を見ると、「家族と同居」が 45.7%、「入院前に住んでいた自宅・アパートでのひとり暮らし」が 5.7%、「賃貸アパートなどを新たに借りてのひとり暮らし」が 5.4%であった。また、生活訓練施設、グループホームなどの精神科社会復帰施設が 24.2%、特別養護老人ホームなどの老人福祉施設が 16.2%であった。これを病院種類別に見たものが表-2 である。

これらの「暮らしの場」に退院した場合に主治医が必要と考える支援は、専門職 (看護師・ケースワーカー等) による援助・指導が 58.9%、非専門職 (ヘルパー等) による援助が 34.1%、給食サービスが 14.9%であった。必要な頻度が毎日

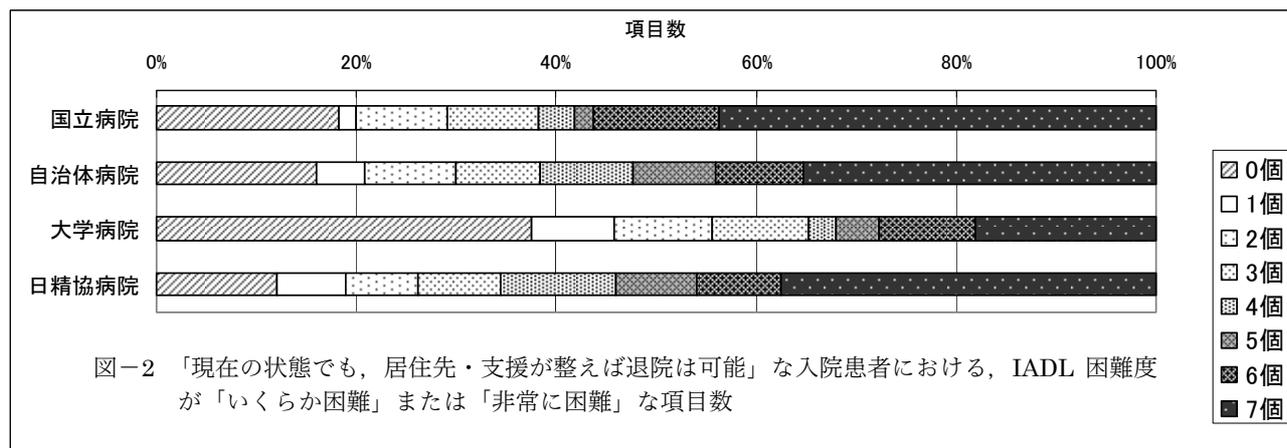


表-2 「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」な患者のうち、退院後適切な「暮らしの場」

	国立病院	自治体病院	大学病院	日精協病院	合計
1.家族と同居	32 (58.2%)	133 (53.4%)	55 (78.6%)	577 (42.1%)	797 (45.7%)
2.以前同様ひとり暮らし	4 (7.3%)	12 (4.8%)	4 (5.7%)	79 (5.8%)	99 (5.7%)
3.借りてひとり暮らし	0 (0.0%)	14 (5.6%)	1 (1.4%)	79 (5.8%)	94 (5.4%)
4.生活訓練施設	1 (1.8%)	27 (10.8%)	0 (0.0%)	164 (12.0%)	192 (11.0%)
5.福祉ホーム	1 (1.8%)	10 (4.0%)	1 (1.4%)	57 (4.2%)	69 (4.0%)
6.入所授産施設	1 (1.8%)	5 (2.0%)	0 (0.0%)	15 (1.1%)	21 (1.2%)
7.グループホーム	5 (9.1%)	5 (2.0%)	1 (1.4%)	128 (9.3%)	139 (8.0%)
8.老人保健施設	4 (7.3%)	11 (4.4%)	4 (5.7%)	49 (3.6%)	68 (3.9%)
9.特養老人ホーム	5 (9.1%)	15 (6.0%)	0 (0.0%)	107 (7.8%)	127 (7.3%)
10.養護老人ホーム	1 (1.8%)	7 (2.8%)	0 (0.0%)	64 (4.7%)	72 (4.1%)
11.老人福祉施設	0 (0.0%)	4 (1.6%)	2 (2.9%)	10 (0.7%)	16 (0.9%)
12.その他	1 (1.8%)	6 (2.4%)	2 (2.9%)	23 (1.7%)	32 (1.8%)
13.想定不能	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	17 (1.2%)	17 (1.0%)
回答なし	0	0	0	12	12
複数回答	0	1	2	9	12
計	55	250	72	1,390	1,767

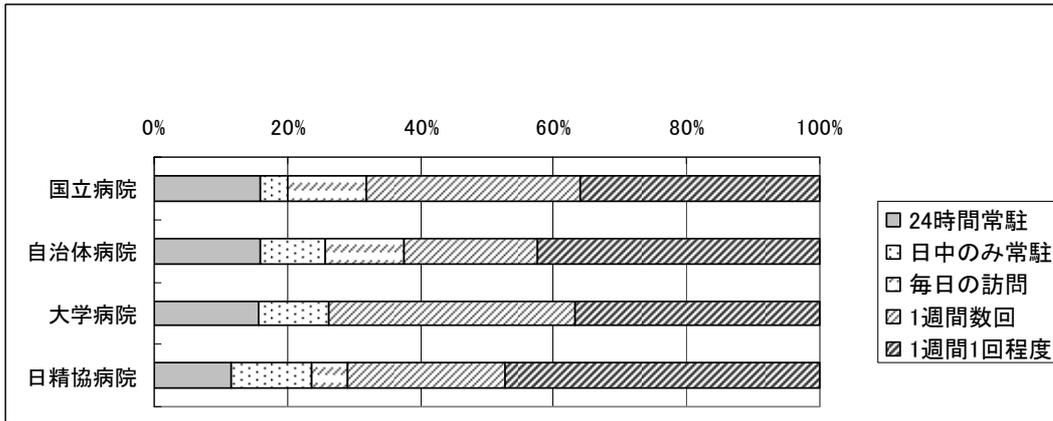


図-3 「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院が可能」で、退院後に専門職の支援を必要とする患者における、その必要頻度

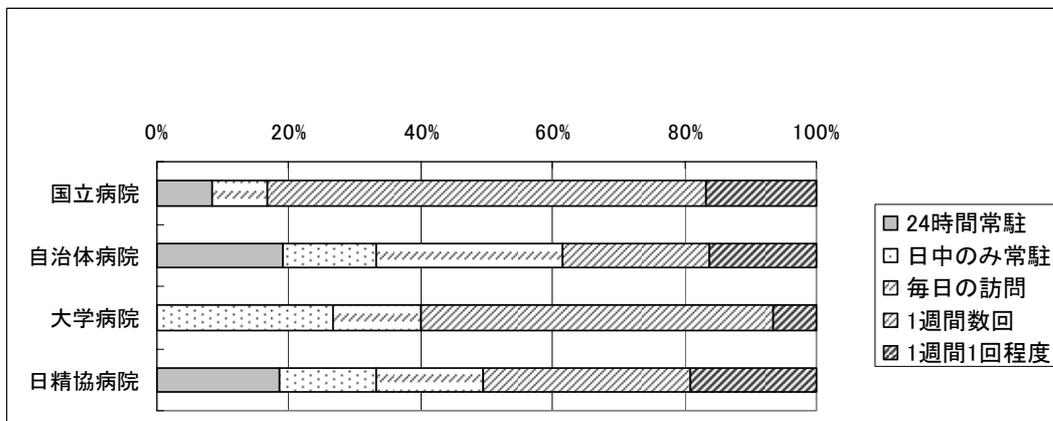


図-4 「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院が可能」で、退院後に非専門職の支援を必要とする患者における、その必要頻度

の訪問以上とされたのは、専門職による援助・指導のうちの30.1%、非専門職による援助のうちの50.6%であった(図-3, 4)。ちなみに、これらを併せると、「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と主治医が判断した患者のうち11.4%が、専門職・非専門職のいずれかの「24時間常駐」が必要であることになる。そして、これに「日中のみ常駐が必要」「毎日の訪問が必要」を加えると、31.0%は、毎日の訪問以上のケアが必要と主治医は判断していた。

## 6. おわりに

以上、「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業」の概要を説明した。

結果の一部も紹介したが、例えば、入院患者の退院の可能性に関する設問について見ても、本調査では、従来の類似の調査と比較して、「受入れ条件が整えば退院可能」と主治医に判断された患者の状態、必要とされるケアの必要度等をより具体的に把握し分析することができる。そして、IADLの分布が端的に示すように、「退院可能」な患者の間でも、生活能力をはじめとする臨床の状態のばらつきは大きく、精神保健福祉対策本部中間報告にも述べられている入院患者の

「早期退院、社会復帰の実現」の為には、患者個々のニーズの相違を考慮した計画が必要であることを改めて認識する必要がある。

その意味でも、今後、入院患者、外来患者、社会復帰施設入所者のニーズの推計等に本調査結果が活用されることが期待される。最後に、その際に注意すべき事項を指摘しておきたい。

第一に、施設の種類による抽出率、回収率の相違である。既に述べたように、本調査は、各施設の協力可能性の相違などを考慮して抽出率が施設種類によって異なっている。その結果部分的には日本の全施設を母集団とした時の調査協力施設の割合の相違などは縮小されたが、完全ではないことに留意する必要がある。

第二に、本調査に同意を得られなかった患者が外来調査、入院調査、入所者調査のいずれにおいても相当数いたことである。これは本調査が本人の同意とプライバシーの保護を重視して設計されている為、やむを得ぬことではあるが、その結果、重度の患者・利用者の分析対象者に占める比重が、母集団に占める割合よりも小さくなっている可能性がある。

今後、本調査の結果を利用する際には、特に施設種別の抽

出率，回答率，日本の全施設数・患者数に対する割合，等に注意する必要がある。また，重症度など患者特性の同意・不同意への影響も考慮する必要がある。本調査は，患者の特性についても包括的に把握していることから，全体での集計結果の安易な利用よりも，患者の状態像等に応じたきめ細かな推計への活用が期待される。

## 文献

- (1) 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書，日本精神科病院協会，2003年12月