

地域包括ケアシステムの精神障害者ケアへの適用可能性

吉岡 京子 (YOSHIOKA Kyoko)

東京医科大学 医学部

看護学科 地域看護学

要約：日本は世界に類を見ないスピードで高齢化と人口減少が同時並行的に進んでおり、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続するために地域包括ケアシステムが構築されつつある。一方、精神障害者の社会的入院を解消するため、地域へ退院促進政策が進められている。精神障害者は医療ニーズが高く、生活支援が必要であるという点は高齢者と共通している。精神障害者が地域で安定した生活を営むためには、地域包括ケアシステム概念の枠組みを精神障害者ケアに適用し、共通の資源の活用を目指し、社会保障費の総コストを削減していく必要がある。

キーワード：地域包括ケア、精神障害者、社会的入院、保健医療福祉システム、住まい、生活支援、community-based care

1. 地域包括ケアの目指すところと地域特性
2. 日本における精神障害者のケアの課題
3. 地域包括ケアシステムの精神障害者ケアへの適用の可能性
4. おわりに

1. 地域包括ケアの目指すところと地域特性

平成 27 年版高齢社会白書によると、平成 26 年 10 月 1 日現在の高齢化率は 26.0% となっている。この値は平成 72 年（2060 年）には 39.9% まで上昇し、2.5 人に 1 人が 65 歳以上、4 人に 1 人が 75 歳以上を占める推計がある。また平均寿命も 4 年ほど伸び、男性 84.19 年、女性 90.93 年と推計されている。日本は世界に類を見ないスピードで高齢化と人口減少が同時並行的に進んでいる¹⁾。

こうした背景を受けて、厚生労働省は、第 1 次ベビーブーマー世代が後期高齢者となる 2025 年をひとつの区切りとして、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続できるように、住まい・医療・介護・予防・生活支援を提供する、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築を目指している²⁾。また、地域包括ケアシステムは、3 年ごとの介護保険事業計画の改定を通じて、保険者である市町村や都道府県が地域ケア会議を開催しながら地域特性に応じたシステムを構築していくこととされている。高齢者の社会保障給付費は平成 24（2012）年度は 108 兆 5,586 億円となり、高齢者関係給付費はそのうち 68.3% を占めている¹⁾。各地方公共団体では、自助・互助・共助・公助を組み合わせながら健康寿命

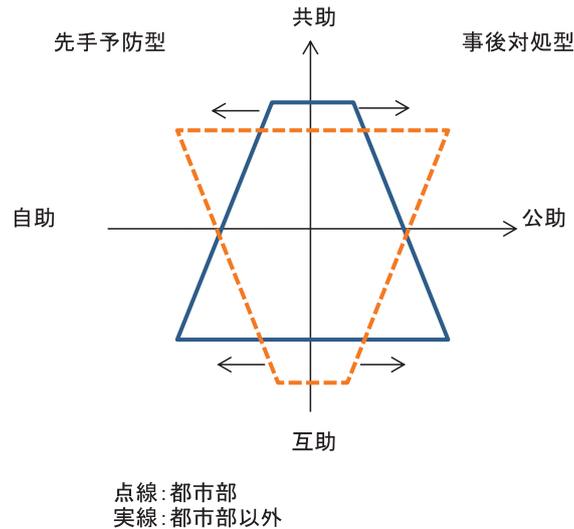


図1 都市部と都市部以外の地域における地域包括ケアシステムの特徴

を延伸し、要介護状態や要医療状態となることを予防するための活動と、高齢者に対する生活支援と医療をはじめとする様々なサービス提供体制の構築について知恵を絞り、限られた財源と人材をいかに活用するかを走りながら考えている。

平成25年3月に発表された地域包括ケア研究会報告書では、都市部では自助によるサービス購入が可能であり、都市部以外の地域では民間市場は限定的で互助が中心的役割を担うと指摘している。また少子高齢化の影響を考慮すると、自助や互助の果たす役割が大きくなるとの指摘がある²⁾。つまり都市部と都市部以外の地域の特徴を整理すると、図1のように示すことができる。都市部では、共助によるサービスの充実を進めつつ、住民の自助や互助の力を育てるような先手予防型の取り組みが必要である。一方、都市部以外の地域では不足している共助によるサービス提供体制の仕組みを開発しながら、自助や互助のつながりを活かしたご当地システムを構築していく必要がある。特に過疎化が進んでいる地域等では、採算不十分のため共助を中心としたサービス提供体制の整備が困難な場合があるため、隣接する地域と共同してケアを提供する仕組みやコンパクトシティ化の推進など、住民と協議を重ねながら方向性を見出していく必要がある。

また、地域包括ケアは5つの構成要素からなる。すなわち、介護・リハビリテーション、医療・看護ケアサービス、保健・予防サービスと、前提である住まいと生活支援・福祉サービスである²⁾。これらのサービスは自立生活を促進するための先手予防型サービスと、主に要介護や要医療状態となった後に提供される事後対処型サービスに大別できる。先手予防型サービスを拡充し、健康寿命の延伸につなげる活動と、共助や公助の一定の枠組みの中で効果的に事後対処型サービスを提供していく取り組みの双方が必要だが、いずれの活動を重点的に行うかは各地域の特性や財政状況等による面が大きい。また、人員や財源が限られていることを考慮すると、同じ疾患や家族構成でも利用されているサービスに個人差が生じている現状を、定額報酬制の導入などにより是正することが必要である。

2. 日本における精神障害者ケアの課題

日本における精神障害者ケアの課題は様々あるが、以下では二点に分けて整理する。

第一は、精神障害者の社会的入院を長期にわたり可能としてきた仕組みにまつわる課題である。日本は人口1,000人あたりの精神科病床数が2.7であり、OECD加盟国の中で最多となっている³⁾。その背景には精神障害者の社会的入院が容認されてきた背景がある。この問題を改善すべく、平成16年に厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を発表し、入院医療中心から地域生活中心へ大きく方針転換した⁴⁾。この施策では長期にわたって入院している患者の退院促進を目指していたが、皮肉にも新たに毎年約5万人が1年以上の長期入院するという事態を生んでおり、医療費の増加の一因となっている⁵⁾。この背景には、精神障害者の退院促進のスピードと地域で安定した生活を継続するための仕組みや社会資源の整備が十分に追いついていないため⁶⁾、再入院率が高くなっているという課題もある⁷⁾。さらに、病状悪化を来した精神障害者が妄想めいた発言や大声を出すなどの問題行動を呈することがある。日本は欧米に比べて精神障害者に対する偏見が強いと言われており⁸⁾⁻¹⁰⁾、介護や認知症の問題は「高齢になれば誰もがなり得る問題」として社会的関心が高まっているが、同じく脳の疾患であり100に1人が罹患する統合失調症は認知度が低く、疾病や障害に対する住民の理解も十分に深まっていない¹¹⁾。こうした社会的背景や都市部の住宅過密化等の住環境の影響もあり、近隣の住民から地域で生活する精神障害者に対する苦情や相談が保健所や保健センターに相次いで寄せられており、保健師はその対応に苦慮している^{12),13)}。保健師が対応している理由は、地域住民全体の健康の維持・向上を支援する立場にあり、医療や看護の知識を活かし、精神障害者が地域で生活するための支援に関するノウハウも持っているためである。公務員であり公共の福祉をまもる役割も担っているため、精神障害者と住民の双方に関わることができるというメリットがある。中には精神保健福祉士を配置している地方公共団体もあるだろう。また、警察官も住民と精神障害者の双方に関わることのできる職種である。精神保健福祉法に規定されている一般・警察官等からの申請通報届出数は年々増加の一途をたどっており、平成25年度は23,177件と前年度比で約1割増加しており、医療保護入院届出数も211,980件と前年度比で1.2%増加している¹⁴⁾。これらの値は精神障害者の地域移行が進むのと並行して増加している。専門家や当事者だけでなく、地域住民も巻き込んで精神障害者が住民として地域で生活していくことについて考えていく必要性を示唆している。

第二は、地域における精神障害者に対する保健医療福祉サービス提供の仕組みにまつわる課題である。平成26年に日本は2014年に障害のある人の権利に関する条約に批准した¹⁵⁾。精神保健福祉法も改正され、医療保護入院における保護者制度を廃止し、家族等いずれかの者の同意を要件とすることを定めた¹⁶⁾。また厚生労働省の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」では、社会的入院を解消するために病床転換型居住系施設化を容認する取りまとめがされた⁵⁾。さらに平成27年には障害者総合支援法¹⁷⁾が施行され、難病も含めた障害者へのケアシステムを構築するため、ニーズに基づき基本指針・障害福祉計画を策定することや、その定期的な検証・見直しを法定化すること等が盛り込まれた。介護サービスの給付に関する仕組みは、市町村に基幹相談支援センターを設置し、障害者の福祉サービスの必要性を判定する際に障害者の心身の状況（障害程度区分）、生活実態の状況、サービスの利用意向等を総合的に勘案した上で支給決定を行うこととされている¹⁸⁾。障害者の場合、個人の能力や障害の程度に応じて訓練や就労といった社会復帰に関する項目が含まれている点異なるが、概ね介護保険制度に酷似した仕組みを用いてサービスの支給決定が行われている。しかし、精神障害者と高齢の障害者に対する支援については今後の検討事項とされており、明確な方向性は示されていない¹⁹⁾。平成26年版障害者白書によると精神障害者は320万1,000人おり、このうち65歳以上の者が115万人（約35.9%）を占めている²⁰⁾。高齢化の波はここにも押し寄せており、もはや待ったなしの状況にある。

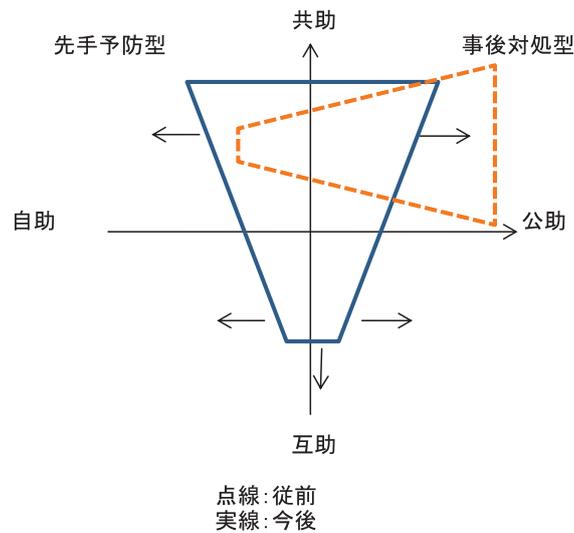


図2 精神障害者に対する従前および今後の保健医療福祉ケアシステム

また、米国では精神障害者は糖尿病や循環器疾患、肥満等の生活習慣病によって一般人口よりも25年早逝するとの報告がある²¹⁾。多くの精神障害者が生活保護を受給し、国民健康保険の被保険者であることを考慮すると、医療費削減と精神障害者の身体的な健康を維持・向上させるための予防的介入は重要な課題である。しかし、データヘルスとの連動や、精神障害者の精神症状や特性に合わせた保健指導などは十分に行われていない。さらに多くの精神障害者は親世代と同居しており、家族ケアに依存してきた部分が多いが、親世代が高齢化してきているため、親が要介護状態となったり、親亡き後に精神障害者が突然一人暮らしを余儀なくされ、病状悪化を来すことが課題となっている²²⁾。猿田らが精神障害者の家族会を対象として行った「親亡き後」の不安に関する調査では、医療継続や日常生活の維持に関すること、集団生活に関することが多くあげられていた²³⁾。つまり精神障害者に対するこれまでの保健医療福祉サービスの提供システムは、病状悪化を防ぐ先手予防型サービスは一部存在していたものの、家族ケアに依存し、精神障害者の病状悪化時に行政（保健所・保健センター）や警察が家族や住民からの相談に応じ、医療機関と協力しながら治療につなげるための支援をするという事後対処型であったと言える（図2）。しかし、今後障害福祉サービス等の利用計画立案や地域移行支援・地域定着支援を円滑に進めていくためには、公助による事後対処型サービスから自助や共助による先手予防型サービスの充実へと転換を図ることが必要である。同時に住民の精神障害者に対する理解を深めるための普及啓発活動を進め、互助の力を育てていく必要がある。

3. 地域包括ケアシステムの精神障害者ケアへの適用の可能性

WHOの「健康の社会的決定要因」では、貧困や社会的排除は疾病罹患率や死亡率を高める一因とされており、障害や社会的孤立により支援へのアクセスが困難になり、さらなる貧困や社会的排除をもたらされるという悪循環を生み出していると指摘されている²⁴⁾。この悪循環を断ち切り、精神障害者が地域で安定した生活を営むためには、地域包括ケアシステムの5つの構成要素を精神障害者ケアに取り入れることが必要である。すなわち、精神障害者が地域で安心して生活できるように住まいを

確保し、その上でそこに住み続けるために必要なサービスの開発やケアシステムの構築が必要である。日本の先進地域である千葉県市川市では、様々な機関が精神障害者に対して生活・就労支援に関する包括的な支援を重層的に提供していることで知られているが、すまいや社会資源は十分に整備されていないと言われている²⁵⁾。

地域包括ケアシステムの構成要素の一つであるすまいについては、精神障害者の希望と生活力に応じた住まい方が確保されていることが必要である。日本では社会的入院の受け皿としてグループホーム、公営住宅への優先入居等が行われており、精神障害者の賃貸住宅等入居支援事業も行われている²⁶⁾。しかし、隣家の生活音が幻聴や幻覚につながり、病状悪化を来すことがある。つまり精神障害者にとって、住まいは病状安定化のための鍵となる重要な意味を持っている。米国では精神障害者の生活保障として一般住宅を活用し、アフォーダブル住宅として整備し、精神障害者が安心して生活できるシステムを構築している²⁷⁾。日本では平成26年に空家等対策の推進に関する特別措置法が公布された²⁸⁾。少子高齢化により今後ますます空家が増加していくため、不動産業界とも協力し、精神障害者が隣家の生活音を気にしなくてよい住まいを確保していく必要がある。

また、生活支援・福祉サービスについては、精神障害者が尊厳ある生活を継続できるように自助で可能な範囲と自助では困難な部分についてアセスメントし、病状に応じてホームヘルプサービスやデイケアなどを活用しながら生活支援を行う必要がある。また、精神障害者の脱施設化が進んでいるスウェーデンでは行政が精神障害者の衣食住の生活保障や責任を負い、サービスハウスなどの住まいとケアサービスをセットで提供する仕組みを有しており²⁹⁾、すまいと生活支援を組み合わせパッケージ化することも必要である。

また医療・予防・介護として、病状の安定のために定期的な通院と処方薬の確実な内服と管理ができるように、ICTを活用しながら主治医や訪問看護師と連携して支援する必要がある。精神疾患は慢性疾患なので、精神障害者本人が病状悪化のサインに気付くことがあると言われている³⁰⁾。このため個々人の病状悪化のサインを専門職が事前に把握・共有しておくことで、その予測が可能になる。併せて精神障害者の生活習慣病を予防・改善するための支援も必要である。さらに精神障害者の場合、疾病の種類によって好発年齢が異なるため、個人の能力や障害の程度に応じて社会適応訓練や社会復帰促進支援など、自立生活を営むためのリハビリテーションに取り組む必要がある。高齢の精神障害者には長年社会的入院を継続してきた者が含まれているためハードルが高い面があるが、個人の状況に応じて立案された支援計画に基づき、生活支援と一体的に提供されることが望ましい。

一方、近隣住民から精神障害者に対する苦情や相談が寄せられた際には、精神障害者について理解を深めるような働きかけをすると共に、「何かあればいつでも相談してほしい」というメッセージを伝え、インフォーマルな見守りや情報提供をしてくれるような関係を構築することが重要である。また、日本では欧米よりも精神障害者に対する偏見や Stigma が強い⁸⁾⁻¹⁰⁾、認知症のような見守りサポーターを育成することは難しいかもしれないが、医療機関や支援提供者が当事者達と住民をつなぐフェスティバル等を開催し、精神障害者に対する住民の理解を深めるためのキャンペーンを行うことも一方法とされている²⁵⁾。

4. おわりに

精神障害者に対するケアは、入院医療を中心としたケアから community-based care へ移行しており、介護保険制度に酷似した仕組みを用いてサービスの支給決定がされている。精神疾患は慢性疾患

の一つであり、病状によって生活や必要な支援も変化する。精神障害者は医療ニーズが高く、生活面での支援が必要であるという点は高齢者と共通している。しかし、誰もがいずれ迎える老いの問題は熱心に議論が行われ研究が進んでいるが、精神疾患に関する問題については障害者の問題として扱われているため歩みが遅い。限られた財源と社会資源を有効に活用していくためには、地域包括ケアシステムの概念枠組みを精神障害者への支援に適用し、対象者の特性の相違を超えたケアシステムとして共通の資源の活用を目指し、社会保障費の総コストを削減していく必要がある。

文献

- 1) 内閣府：平成 27 年版高齢社会白書第 1 節高齢化の状況。
http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html (2016 年 3 月 30 日アクセス)
- 2) 三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング株式会社：平成 24 年度厚生労働省老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書。〈地域包括ケア研究会〉地域包括ケアシステム構築における今後の検討のための論点。2013。
http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_01.pdf (2016 年 3 月 30 日アクセス)
- 3) OECD Library：Health: Key Tables from OECD. 35. Psychiatric care bedsPer 1000 population.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/psychiatric-care-beds_pscarebed-table-en (2016 年 3 月 30 日アクセス)
- 4) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン。2004。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (2016 年 3 月 30 日アクセス)
- 5) 厚生労働省。「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて。2014。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf> (2016 年 3 月 30 日アクセス)
- 6) Nakanishi M, Niimura J, Tanoue M, et al.: Association between length of hospital stay and implementation of discharge planning in acute psychiatric inpatients in Japan. *International Journal of Mental Health System* (2015) 9:23. doi: 10.1186/s13033-015-0015-9.
- 7) Uchiyama N, Ikeno T, Kurihara T.: Predictive Factors of Readmission in Patients with Schizophrenia: A nationwide retrospective cohort study. *Clinical Psychiatry* 54(12), 1201-1207 (2012).
- 8) Haraguchi K, Maeda M, Mei YX, Uchimura N.: Stigma associated with schizophrenia: Cultural comparison of social distance in Japan and China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 63(2), 153-160 (2009). doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01922.x.
- 9) Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G.: Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 67(7), 471-482 (2013). doi: 10.1111/pcn.12086.
- 10) Richards M, Hori H, Sartorius N, Kunugi H.: Cross-cultural comparisons of attitudes toward schizophrenia amongst the general population and physicians: A series of web-based surveys in Japan and the United States. *Psychiatry Research* 215(2), 300-307 (2014). doi: 10.1016/j.

- psychres.2013.12.012.
- 11) 坂野純子：第3章「どうして心の病にかかるのか？」の認識. 山崎喜比古監修, 的場智子, 菊澤佐江子, 坂野純子編著. 心の病へのまなざしとスティグマ—全国意識調査. 明石書店, 東京, 44-73(2012).
 - 12) Yoshioka-MaedaK, Sakano, S.: Factors associated with Japanese public health nurses'support for the mentally ill person who was the target of neighbors'claims to go to the hospital: a cross-sectional survey. *Asian Pacific Journal of Disease Management* 7 (3, 4) 45-52 (2013).
 - 13) Yoshioka-MaedaK, Sakano, S.: A Clarification of the characteristics of the mentally disabled person who needed to be psychiatrically hospitalized as a trigger of the neighbors'claims: a cross-sectional survey. *Asian Pacific Journal of Disease Management* 7 (3, 4) 53-59 (2013).
 - 14) 厚生労働省. 平成25年度衛生行政報告例の概況. 結果の概要. 精神保健関係. 2014.
http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/13/dl/kekka1.pdf (2016年3月30日アクセス)
 - 15) 外務省. 障害者の権利に関する条約.
http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html (2016年3月30日アクセス)
 - 16) 厚生労働省. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の施行について. (2013)
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/hou_01.pdf (2016年3月30日アクセス)
 - 17) 厚生労働省：地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について. 法律・理由. 2014.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/dl/sougoushien-02.pdf (2016年3月30日アクセス)
 - 18) 厚生労働省：サービスの利用手続き.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/riyou.html> (2016年3月30日アクセス)
 - 19) 厚生労働省：地域社会における共生の実現に向けて. 新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要. 2014.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/dl/sougoushien-01.pdf (2016年3月30日アクセス)
 - 20) 内閣府. 平成26年版障害者白書. 第3章障害者の状況(基本的統計より).
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/h26hakusho/gaiyou/h03.html> (2016年3月30日アクセス)
 - 21) ParksJ, Svendsen D, Singer P, FotiME. Morbidity and mortality in people with serious mental illness. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council. (2006)
<http://northernlakescmh.com/wp-content/uploads/2010/03/686.pdf>(2016年3月30日アクセス)
 - 22) 白石弘巳・伊藤千尋：高齢の統合失調症患者と家族の社会的孤立. 老年精神医学雑誌 22 巻 6 号 692-698 (2011).
 - 23) 猿田忠寿・土橋舞子・堀内美穂子ら：地域家族会の現状と今後の課題について家族が抱える親亡き後の不安. 精神保健シリーズ 40 号 8-12 (2010).

- 24) World Health Organization: Commission on Social Determinants of Health -final report. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization, Geneva; 2008
http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/ (2016年3月30日アクセス)
- 25) 下平美智代・山口創生・伊藤順一郎：日本における精神障害者の地域生活支援。一千葉縣市川市の取り組み―。海外社会保障研究 Spring 2013 No. 182, 4-15 (2013).
- 26) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課：精神障害者の退院促進。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/z-fukushi/gyosei/gyousei04.html> (2016年3月30日アクセス)
- 27) 宗野隆俊：公共領域と非政府主体―住宅政策，都市計画とコミュニティ開発法人。彦根論叢第373号，43-64 (2008)。
- 28) 国土交通省：空家等対策の推進に関する特別措置法。
<http://www.mlit.go.jp/common/001080536.pdf> (2016年3月30日アクセス)
- 29) 奥村芳孝・伊澤知法：スウェーデンにおける障害者政策の動向。海外社会保障研究。154号46-59 (2006)。
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/13693606.pdf> (2016年3月30日アクセス)
- 30) Koichi R, Miyamoto Y.: Reliability and validity of the Japanese semistructured interview version of the Early Signs Scale (ESS-JI) for outpatients with schizophrenia (study 1). International Journal of Mental Health Nursing 20(2), 144-51 (2011). doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00702.x.