

高齢精神障害者支援体制構築に求められる課題の調査と考察 —埼玉県における調査から—

Survey of issues required for the establishment of a support system for older people with
mental disorders - From a survey in Saitama Prefecture, Japan.

近江 翼*

OMI, Tsubasa

わが国精神医療の最大課題である「精神病床の削減と長期入院患者の地域移行」は、今なお目標に到達せず停滞した状況にある。その要因の一つは、高齢化に伴う認知症や身体合併症による高齢精神障害者の退院困難事例の急増である。その結果、単科精神科病院の病床の多くを、介護を主体とする高齢精神障害者が占めることになり、今や本来の精神医療が危惧される事態にすらある。

本稿は、筆者勤務地である埼玉県を対象に、長期入院に至っている高齢精神障害者の実態を調査し、そこから見えるわが国の高齢精神障害者支援体制の問題点を整理した。さらに、高齢精神障害者地域移行推進に必要な精神科アウトリーチ拡充のための諸課題を、精神科病院のアウトリーチ事業への進出、地域移行を促すインセンティブの導入、身体合併症に対応した精神アウトリーチの姿、という視点から考察した。

キーワード：高齢精神障害者、認知症、身体合併症、精神科アウトリーチ、総合病院精神科

はじめに

2004 年、厚生労働省は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を示して、「入院治療中心から地域生活中心へ」を基本とするわが国精神医療の大転換を決定した。改革ビジョンの基本方針は、国民各層の意識変革と精神保健医療福祉体系の再編・基盤強化を進めることで、爾後 10 年間で精神病床数を 7 万床削減するというものであった。しかし、さまざまな施策が講じられてきたにもかかわらず、十年後を目処とした目標達成に難渋し、今なお遠く目標に及んでいない。それには多様な背景が考えられるが、大きな要因の一つは高齢化に伴う認知症や身体疾患合併症による高齢精神障害者の退院困難事例の急増である。

* おうみ・つばさ、埼玉大学教育機構保健センター（研究機構社会変革研究センター地域共創研究部門兼任）准教授、臨床精神医学、リエゾン精神医学、老年精神医学、精神保健学、地域精神医学

わが国の精神病床の約 9 割を占めている民間単科精神科病院では、現在その病床の多くを寝たきり高齢精神障害者が占めており、今や本来の精神医療が危惧される状況にすらある。精神病床削減という目標達成にとっても、長期入院に至る高齢精神障害者の支援体制構築は喫緊の課題といえよう。中でも、高齢精神障害者の地域生活は大きくアウトリーチ支援に依存するので、それぞれの地域の実情に合わせたアウトリーチ支援の拡充は必須であり、そのために精神科と身体科の連携を含めた地域医療連携体制の構築が急がれる。

本研究は、東京都のベッドタウンとしての都市部と近郊農業の盛んな農村部を併せ持ち、いわばわが国精神医療の問題点を多くの事象で集約した地域と考えられ、筆者勤務地でもある埼玉県を対象に、高齢精神障害者支援体制の調査と、アウトリーチ支援体制拡充のために求められる諸課題を考察して、高齢精神障害者の地域生活移行促進に資することを目指したものである。

1. わが国精神医療の現状

1) 精神病床削減および長期入院患者削減の状況

厚生労働省の「医療施設調査・病院報告の概況」によれば、わが国の精神病床数は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示される以前の 1999 年には 358, 449 床（人口 10 万人あたり 282.9 人）であったが、その後少しずつ削減が進められ、2020 年には 324, 481 床（人口 10 万人あたり 257.2 人）となった。つまり、1999 年からの 21 年間で約 3.4 万床が削減されたことになる（表 1）。しかし、当初目標には遠く及ばず、厚生労働省主導のもとに各都道府県が中心となって地域の実情に応じた精神病床削減の目標値を設定するなどして病床削減に取り組んでいるが、今なお計画通りに進捗していないのが実情である。

一方、地域生活を中心とした精神医療促進のために、長期入院患者の削減と入院期間の短縮化も同時に進められている。わが国の精神病床平均在院日数は、1999 年の 390.1 日から、2020 年には 277.0 日へと短縮した（表 1）。しかし、OECD Health Data 2015 によれば、わが国の精神病床入院期間は諸外国と比較して依然として長く、平均在院日数が世界 2 位である韓国の 124.9 日、また、近年地域移行が進行しているベルギーの 10.1 日と比較しても、その差は歴然としている。

「精神保健福祉資料」（630 調査）によると、2019 年度のわが国の精神病床入院患者のうち、入院 1 年未満の患者割合は 39%（106,119 人）、1～5 年は 29.8%（81,207 人）、5 年以上は 31.2%（84,764 人）で、およそ 3 割の患者が 5 年以上入院している。2003 年度には、入院期間 1 年未満が 30.3%、1～5 年が 27.9%、5 年以上が 41.8%であったので、長期入院患者の割合は減少傾向にあるものの、Mental Health Atlas 2020 によると、諸外国では入院 1 年未満の患者割合が大多数を占めており（韓国 90.5%、英国 68%、ベルギー 97.7%、フランス 91.3%、カナダ 91.7%）、5 年以上の長期入院患者割合はきわめて低く（韓国 0.9%、英国 7.8%、ベルギー 0%、フランス 2.1%、カナダ 1.1%）、わが国の入院期間が突出して長いことがわかる（表 2）

以上のことから、わが国においても精神病床削減および長期入院患者削減が徐々に進められては

いるものの、先進諸国と比較して、人口あたりの病床数、長期入院患者数ともに依然としてきわめて高い水準にあることがわかる。

表1 わが国の精神保健医療状況

	1999	2002	2005	2008	2011	2014	2017	2020
精神科病院総数	1,060	1,069	1,073	1,079	1,076	1,067	1,059	1,059
精神病床総数	358,449	355,966	354,296	349,321	344,047	338,174	331,700	324,481
精神病床数/10万人	282.9	279.3	277.3	273.6	269.2	266.1	261.8	257.2
精神病床平均在院日数	390.1	363.7	327.2	312.9	298.1	281.2	267.7	277.0

厚生労働省「医療施設調査・病院報告の概況」より

表2 諸外国の精神保健医療状況

	日本	韓国	英国	ヘルギー	フランス	カナダ
精神病床数/10万人	170.4	45.44	26.87	118.68	52.87	10.98
総合病院精神病床数/10万人	74.92	NA	NA	36.48	27.48	14.85
入院1年未満患者数(人)	106,119 (39%)	109,430 (90.5%)	17,275 (68%)	84,914 (97.7%)	91.3%	1,264 (91.7%)
入院1年～5年患者数(人)	81,207 (29.8%)	10,292 (8.5%)	6,147 (24.1%)	1,991 (2.3%)	6.5%	99 (7.2%)
入院5年以上患者数(人)	84,764 (31.2%)	1,137 (0.9%)	1,992 (7.8%)	0 (0%)	2.1%	15 (1.1%)

「Mental Health Atlas 2020」より

* 米国の全項目とフランスの各入院期間患者数の割合は 2017 * NA : None or not reported

2) 精神病床における認知症患者・身体合併症患者急増の実態

① 精神病床で高齢精神疾患患者の占める割合

i) 年齢別割合

「精神保健福祉資料」(630 調査) から、2021 年度の精神病床在院患者数 (263,007 人) を年齢別で見ると、65 歳～75 歳が 25.6% (67,330 人)、75 歳以上が 36.9% (97,178 人) で、65 歳以上の患者

数は全体の6割を超えていた。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が制定される以前の1998年度は、精神病床在院患者数(335,847人)のうち65歳以上が占める割合は30.9%(103,762人)であったので、この23年間で精神病床に在院する高齢精神疾患患者の占める割合は約2倍に増加していることになる。

ii) 入院期間別割合

次に、入院期間別に65歳以上の高齢患者が占める割合を見てみると、1999年度は、精神病床入院期間1年未満の患者(96,257人)のうち65歳以上の患者割合は33.6%(32,323人)、1年～5年未満の患者(86,868人)のうち65歳以上は37.5%(32,552人)、5年以上の患者(149,805人)のうち65歳以上の割合は28.7%(42,957人)であった。一方、2021年度では、入院期間1年未満の患者(98,752人)のうち65歳以上の患者割合は58.5%(57,809人)、1年～5年未満の患者(83,410人)のうち65歳以上の患者割合は67.2%(56,071人)、5年以上の患者(80,786人)のうち65歳以上の割合は62.6%(50,586人)であった。このように、1999年から2021年までの22年間で、入院期間別割合のいずれにおいても、65歳以上の高齢患者の占める割合が6割程度にまで増加していることがわかる(表3)。

② 精神病床で認知症患者の占める割合

次に、わが国精神病床の大半を占めている統合失調症、認知症、気分障害の3疾患別に、それぞれの患者が精神病床で占める割合についてみてみる。

「精神保健福祉資料」(630調査)によると、統合失調症患者(ICD-10のF2に該当する統合失調症・妄想性障害など)の割合は、1999年度の62.5%(207,954人)が2021年度には51.2%(134,626人)へと、この22年間で約3割程度減少している。

一方、気分障害患者(ICD-10のF3に該当するうつ病や双極性障害など)の割合は、1999年度の6.1%(20,447人)が2021年度には18.8%(49,482人)へと、約3倍に増加しており、同じく認知症患者(ICD-10のアルツハイマー型認知症と血管性認知症)の割合も、1999年度の10.2%(33,807人)から2021年度の18.4%(48,393人)に増加した。

このように、これまで精神病床の大半を占めていた統合失調症患者が減少する一方、気分障害や認知症患者数は近年急激に増加していることが明らかになった(表4)。

表3 入院期間別の65歳以上の精神疾患患者の占める割合

	在院期間1年未満	在院期間1～5年	在院期間5年以上
1999年度	33.6%	37.5%	28.7%
2021年度	58.5%	67.2%	62.6%

厚生労働省「精神保健福祉資料(630調査)」より

表 4 精神病床の疾病別割合における経時的変化

	1999 年	2021 年
入院患者総数	33.2 万人	26.3 万人
統合失調症患者の割合	62.5%	51.2%
気分障害患者の割合	6.1%	18.8%
認知症患者の割合	10.2%	18.4%

「精神保健福祉資料(630 調査)」より

③ 精神病床で身体合併症患者の占める割合

「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取り組みの実態調査」(2020 年)によると、調査対象となった精神科医療機関 318 施設に入院中の患者 56,580 人のうち、51.9% (29,382 人) がなんらかの身体合併症を有しており、患者 1 人当たり平均 2.73 件の身体疾患に罹患していることが明らかになっている。また、重症度の高い呼吸器系疾患(肺炎、肺塞栓など)、New York Heart Association の心機能分類でⅢ度およびⅣ度相当の重症心不全、重篤な内分泌・代謝障害など、重症身体合併症を治療する際に算定可能な精神科身体合併症管理加算対象の疾患患者は1病棟あたり 1.6 人で、患者 1 人あたり 12.0 日間の身体治療が行われていた。

「精神病床の利用状況に関する調査」(2007 年)によると、有効回答した 9,781 人の入院中の統合失調症患者のうち、入院治療を要する程度の身体合併症を有している患者が 10.5%存在することが明らかになっている。

重症身体合併症の対応を要する入院患者が出現すると、患者対応に費やす時間やマンパワーはきわめて大きなものとなり、時には通常の精神医療業務に影響を及ぼす可能性もある。精神科医療機関が本来の精神医療を充実したものにするためにも、自施設での対応が難しい場合には近隣の総合病院と連携して対応にあたるなど、あらかじめ対応策を準備しておくことが必要である。そうしておくことで、入院期間の長期化や退院後の環境調整への影響は軽減されることになる。

④ 精神病床で「寝たきり高齢患者」の占める割合

上記の「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取り組みの実態調査」によると、わが国の精神病床在院患者における ADL の状況は、自身で寝返りができる患者は全体の 77.5%、介助なしで移動ができる患者は 71.6%、一部介助を要する患者は 11.8%、全介助が必要な患者は 16.6%と報告されている。すなわち、30%近くの患者が、寝返りや移動などの日常動作を行う際に、一部ないし全介助が必要な状況にあることになる。

また、安西らによると、精神科病院での入院が1年以上に長期化している患者の多くは精神症状に加えて行動障害、生活障害、身体症状などの症状が随伴しており、これら症状によって患者のADLの低下が引き起こされ、そのために退院が阻まれる要因になっていると考えられる。こうした状況を改善するには、入院中から精神科治療と併行して積極的に理学療法や作業療法を行うことが望ましいと思われるが、現在わが国でそうした医療体制を採っている精神科医療施設はきわめて少ないのが実情である。

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」(厚生労働省)でも、調査対象となった、居住環境や支援体制が不十分なために退院困難(精神病床に1年以上入院)となっている患者群(1,381人)の中で、「日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を要する」と「身の回りのことはほとんどできない」に相当する、日常生活および社会生活への援助の必要性が高い患者の割合は、65歳未満では31.4%、65歳以上では40.6%に上ることが明らかになっている。しかも、この退院困難群1,381人のうち、1,193人が障害程度区分及び介護認定が未申請で(65歳未満は694人、65歳以上は687人)、もし社会資源活用が申請され、退院後の環境調整がなされたら退院に結びつく可能性が高くなることを示唆している。このように、精神病床に長期入院している高齢患者の約4割は、ADL低下を伴う介護必要度の増加や、退院後の日常生活支援体制の未整備などが理由で退院調整が進まず、長期入院化につながっているという実情が窺える。

しかし、こうした先行研究は臨床場面での一部分を反映したものに過ぎず、実際には、親族と疎遠になっているために退院後の住宅環境調整などを担う者がおらず、退院先が見つからないまま精神科病院に長期入院に至っているという事例が相当数存在するものと思われる。

2. 埼玉県の精神医療から見える高齢精神障害者支援の課題

1) 埼玉県の概要

埼玉県は、面積3,800km²(全国39位)で、東京都など1都6県に隣接しており、63市町村(40市22町1村)からなる。県庁所在地はさいたま市で、2013年に全国で13番目の政令指定都市になった。

総人口は734万人(2021年)で全国5位、人口分布をみると、さいたま市の132万人を筆頭に、川口市59万人・川越市35万人・越谷市35万人、所沢市34万人と、県南東部に集中している。

1970年頃から急激な人口流入と都市化が進んで現在は東京都市圏の一角をなしており、昼夜人口比率(夜間人口を100とした場合の昼間人口比率)は全国最下位である。

また、65歳以上の高齢者人口が198万人を占めており、高齢化率は27.0%である。今後、総人口は緩やかに減少していくものの(2035年には700万人を割ると予想)、高齢者人口は増加傾向が続き、2015年から2025年にかけての高齢者の増加率は12.7%(全国5位)と推計され、特に75歳以上の高齢者増加率は56.4%(全国1位)と、急速な高齢化の進展が予測されている。

団塊世代が後期高齢者となる2025年の埼玉県の高齢者人口は203万人で、団塊ジュニア世代が

65歳を迎える2045年には230万人に達すると見込まれており（一方で65歳以下は349万人まで減少）、それに随伴する高齢精神障害者の支援体制構築は同県においてきわめて深刻な課題になると考えられる。

2) 埼玉県精神医療の現状

① 埼玉県精神医療体制

埼玉県には（2020年10月1日時点）、精神科病院が46施設（全国5位）あるが、人口10万人対精神科病院数は0.6施設（全国37位）と全国平均を下回っている。精神病床は13,769床（全国5位）で、人口10万人対病床数は187.5床（全国42位）と、これも全国平均を下回っている。

精神病床の利用率は88.0%（全国7位）で、精神病床の平均入院日数は294.2日（全国22位）である。

病院・救急診療所名簿等や医療機関のホームページ等から精神科を標榜している総合病院を抽出してみると、県内に総合病院精神科（大学病院を含む）26施設が確認できた。

精神科診療所は、埼玉精神神経診療所協会「さいせいしん」には、89施設（2020年11月）との記載がある。

保健所は、県内を10区域にわけた二次保健医療圏ごとに1～2施設設置されており（計17施設）、県民のメンタルヘルスの保持・向上や、精神障害者の社会復帰の支援で中心的役割を担っている精神保健福祉センターは、「県立精神保健福祉センター」（北足立郡伊奈町）と、「さいたま市こころの健康センター」（さいたま市浦和区）の2施設が設置されている。

② 埼玉県精神病床削減および長期入院患者削減の状況

埼玉県保健統計年報（2020年度）によると、県内の精神病床は13,769床で、人口10万人あたりの精神病床数は187.5床（全国46位）と全国平均を大きく下回っている。ピーク時の2010年には、人口10万人あたり205.6床であったので、緩やかな減少傾向が続いているものと考えられる。

精神病床平均入院日数は294.2日（2020年度）で全国22位（一般病床は16.7日で全国29位）、これは全国平均277.0日より多かった。しかし、ピーク時の1984年から減少傾向が続いて現在ではその約1/2にまで減少はしているが、2018年、2019年に最低値（265.8日）をつけてから、最近はやや増加傾向に転じている。

630調査（2021年）によると、県内の精神科病院入院患者総数は10,903人であった。入院期間別患者数割合は、入院期間1年未満が38.6%、1年以上が61.4%で、ともに全国平均とほぼ同じ結果であった（表5）。ちなみに2003年度（入院患者数11,114人）では、入院期間1年未満の患者数割合は34.3%、1年以上は65.7%であったので、1年以上の長期入院患者の割合が少しずつではあるが減少しており、同県でも地域移行が進んでいることが分かる。

③ 埼玉県精神病床に入院している認知症患者・高齢精神障害者急増の実態

県内の精神病床における疾患別入院患者数割合は、F2に該当する統合失調症患者は、1999年度

(入院患者 11,885 人) の 67.2% (7,991 人) が、2021 年度 (入院患者 10,903 人) には 47.9% (5,226 人) に減少し、F3 に該当する気分障害患者は、1999 年度の 6.3% (744 人) が 2021 年度は 8.6% (933 人) に若干増加した。一方、認知症入院患者数は、1999 年度の 8.3% (984 人) が、2021 年度には 25.9% (2,826 人) に著増している。

こうした結果から、埼玉県における疾患別入院患者数の占める割合はほぼ全国調査と同じ傾向がみられ、統合失調症患者の占める割合はこの 20 年余で減少し、気分障害患者割合は微増する一方、認知症患者数の占める割合の増加が著明であった。

表 5 埼玉県の精神保健医療状況(全国との比較)

	埼玉県	全国
精神病床総数	13,769	324,481
精神病床数 /10 万人	187.5	257.2
精神病床平均在院日数(日)	294.2	277
在院期間 1 年未満の患者割合 (%)	38.6	39
在院期間 1 年以上の患者割合 (%)	61.4	61
在院患者のうち 65 歳以上の割合 (%)	63.2	62.5
統合失調症在院患者の割合 (%)	47.9	51.2
気分障害在院患者の割合 (%)	8.6	18.8
認知症在院患者の割合 (%)	25.9	18.4

2021 年度の精神病床在院患者 (総数 10,903 人) の年齢別割合は、65 歳～75 歳が 22.9% (2,493 人)、75 歳以上が 40.3% (4,398 人) で、65 歳以上の高齢精神疾患患者が全体の 63.2% (6,891 人) を占めていた。1998 年度 (総数 11,779 人) では、65 歳以上の高齢精神疾患患者割合が 23.5% (2,771 人) であったので、その割合は約 2.7 倍に急増している。この結果からも、この 20 年間余で 65 歳以上の高齢精神疾患患者数が著しく増加していることが分かる。

県内の精神病床に長期入院している患者の中でも、高齢患者の占める割合が増加傾向にある。県内精神病床で、入院期間 1 年以上の長期入院患者 (2021 年度は 6,690 人) のうち 65 歳以上の高齢患者が占める割合は 65.8% (4,405 人) で、これは、全国水準とおおよそ同じ割合である。しかし、人口増加数および転入超過数が全国 1 位である (2021 年度) さいたま市においては、入院期間 1 年以上の患者 (総数 577 人) のうち 65 歳以上が占める割合は 47.0% (271 人) で、同県の水準を大きく下回っている。この結果から、さいたま市と、さいたま市を除く県内地域で、大きな地域差が存在することが示唆される。

県内 63 市町村別の老年人口 (65 歳以上人口) の割合をみても (2020 年 1 月)、老年人口の割合が最多である鳩山町が 43.6% であるのに対して、さいたま市は 22.9% (県内 57 位) で、鳩山町の約半数である (全県では 26.2% で全国水準とほぼ同じ)。

さらに高齢単身世帯の割合を各市町村別にみると、最多の皆野町は 13.6%、さいたま市は 9.2%で 38 位、最も少ない伊奈町は 6.1%であった（全国平均は 11.1%）。

単身の高齢者が認知症周辺症状や精神症状の増悪をきたして精神科治療が必要となった場合は、通院加療が行えない、在宅管理が困難である等の理由で入院治療が検討されることが多い。そして入院治療が行われた場合は、退院後の環境調整に時間がかかるために入院が長期化し、社会的入院に至る症例が目立つ。高齢者単身世帯は今後ますます増加すると考えられ、単身高齢精神疾患患者への支援体制の構築は最重要課題の一つといえよう。

3) 精神病床に長期入院している高齢精神障害者急増の要因

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」では、入院 1 年以内群で、退院困難な 65 歳以上の高齢患者のうち（上記分類で援助の必要性が高い群）、精神症状がその要因となっているのはわずか 12.8%に過ぎず、それ以外の患者は入院治療の主目的である精神症状以外の要因で退院が困難になっていることが明らかになっている。その内訳は、ADL 低下によるリハビリテーションを行うための 12.9%、家庭内調整のための 23.2%、受け入れ先確保困難が 21.9%となっている。特に、受け入れ先確保困難事例では、受け入れ先となる施設の絶対数の不足が 55.8%で、次いで受け入れ施設の対応力不足が 28.6%とされており、この 2 項目が主な要因となっているのがわかる。ここで特筆すべき点は、受け入れ先確保困難群の約 20%は内科管理が必要なケースで、受け入れ先の対応不足という要因には、この内科的管理が必要であるという事実が影響を及ぼしている可能性が大きい。

以上を踏まえて、精神科入院治療の必要性が終了し、本来であれば介護施設に入所したり、在宅介護サービスを使用しながら自宅で過ごすことが可能な高齢精神障害者が、なぜ精神病床での長期にわたって入院しているかについて、考えられる要因を数点挙げてみることにする。

①高齢者介護施設の不足

i) 介護施設数の推移

「高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割」（厚生労働省）によると、わが国で現在最も多い高齢者介護施設は有料老人ホームで、2019 年には 14,118 施設（定員 539,995 人）存在し、2006 年の 2,104 施設（定員 124,610 人）から著増していることが分かる。

次いで多いのが認知症高齢者グループホームで、13,721 施設であった。因みに、認知症高齢者グループホームは、2004 年から 2017 年までは福祉施設の中で最多であった。

2002 年まで最も多かった介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、それ以降も増加傾向にあるものの、上記 2 施設の増加率に比べると緩やかで、現在は 3 番目になっている。

2002 年には 3 番目に多かった介護老人保健施設（老健施設）はさらにその増加率は緩やかで、現在は、上記 3 施設に加えて、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に次いで 6 番目となっている。

地方自治体や社会福祉法人等が運営する介護老人福祉施設は自己負担額が低めに設定されている

ことから、入居申請する高齢者は多いが、入居希望者数に対して施設数・定員数が充実しているとは言えず、入居待機者数の増加がずっと問題視されている。

「介護保険事業状況報告」によれば、2019年の要介護認定者数は全国で659万人（この19年間で約3倍に増加）おり、その内、要介護4が80.4万人、要介護5が60.2万人いると推計されている。

2021年の介護老人福祉施設は8,414施設（定員586,061人）、介護老人保健施設は4,279施設（定員371,323人）で、これは2012年の介護老人福祉施設6,590施設（定員475,695人）、介護老人保健施設3,931施設（定員352,182人）に比べて相当数増加しているのがわかるが、わが国の高齢化のスピードに追い付いていないというのが現状である。

わが国で最も高齢化が進んでいる埼玉県では、「第8期埼玉県高齢者支援計画」によると、同県の65歳以上の高齢化率は、2020年の27.2%が、2040年には34.2%（全県民の約1/3）に達すると予測されている。現在県内で高齢化率もっとも高い圏域は秩父と西部であるが、2040年には高齢化率は40%を超えると推測されている。

高齢化の進展とともに要介護認定者数は増加し、2019年の同県の要介護認定者数は30.6万人で、2000年からの19年間で約4.7倍に増加している。そのうち、約70%が居宅サービス受給者で、施設サービス受給者は18.5%であった。2040年には要介護者は45.7万人に上ると推計されており、介護資源の強化、サービス提供体制の充実化は、いわば待ったなしのきわめて深刻な課題となっている。

県内の老人介護施設は、最多が介護老人福祉施設で、2019年の定員数は37,021人（2015年は30,813人）、次に有料老人ホームが24,622人（2015年は21,195人）、3番目に介護老人保健施設で17,434人と、緩やかではあるが増加している。4番目のサービス付き高齢者向け住宅は、2015年の1,865施設から、約2倍の3,614施設にほぼ倍増している。しかし、認知症対応型協働生活介護（認知症高齢者グループホーム）は、2015年の1,660施設から約半分の863施設に減少しており、その他、経費老人ホーム、養護老人ホームは2015年からほとんど変わっていない。

県内全体の介護施設の定員数は増加傾向にあるが、介護サービス事業所数は2017年あたりからほぼ横ばいで、訪問看護は168施設（2000年）から4,061施設（2019年）へと、20年間で約24倍に増加している。

「埼玉県介護人材確保・定着推進協議会」および「埼玉県介護人材確保対策検討委員会」の資料（2021年）によれば、2025年に埼玉県の介護需要人数（推計115,875人）が介護供給人数（99,851人）を上回ると予測されており、今後相当数の待機者数の増加が予測される。

ii) マンパワー需要供給のアンバランス

2019年度のわが国の介護職員約211万人で、埼玉県の93,494人は偏差値においては全国平均レベルであるが、在宅介護に勤務する介護職員は偏差値45と全国平均を下回っている（高齢者施設・住宅等に勤務する介護職員は全国平均と同等）。

介護サービスに従事する看護師数は、高齢者施設・住宅等に勤務する職員、訪問看護に従事する

職員ともに全国平均レベルである。また、介護サービスに従事する理学療法士、介護支援専門員の数も全国平均である。

続いて、精神医療に従事するスタッフ数をみると、「2020年医師・歯科医師・薬剤師統計」および「2020年度埼玉県保健統計年報」によれば、埼玉県内の人口10万にあたりの医師数（従業地）は185.2人で全国47位（全国269.2人）、精神科医師数も同じく8.5人で全国47位（全国12.55人）（Mental Health Atlas 2020から引用）で、ともに全国最下位であった。因みに、2010年度の人口10万人当たりの医師数は全国47位（142.6人）、精神科医数は全国46位（7.6人）であった。看護師（全診療科）は人口10万人当たり736.9人（全国1015.4人）、薬剤師は222.9人（全国255.2人）、作業療法士は73.5人（全国52.8人）、精神保健福祉士は66.1人（全国70.6人）、公認心理師は県内に計3,598人（全国で計35,529人）で、精神科医療に携わる医療スタッフ数は充実しているとはいえない状況である。

②のしかかる負担費用

精神科病院の入院費用は、医療機関や病棟（急性期、療養など）にもよるが、70歳以下の患者であれば、高額療養費制度を申請した場合、患者の所得によって、3.54万円（住民税非課税）～25.26万円（標準報酬月額83万円以上）と自己負担限度額が設定されており、さらに過去1年以内に3回以上高額療養の給付を受けた場合は、4回目の支給から限度額の金額が変わって、2.46万円（住民税非課税）から14.01万円（標準報酬月額83万円以上）がおおよその入院費用となる。

70才～75歳未満で高齢者医療に加入している患者および75歳以上で後期高齢者医療の患者の場合は、住民税非課税世帯であれば1.5～2.4万円/月、一般世帯で5.76万円/月、月額28万円以上の所得や課税所得が145万円以上であれば8.01万円＋一定限度額を超えた医療費の1%が入院費用となる。

それに追加される食費は、食事療養費減額認定証を取得すれば、一般世帯では1食460円、住民税非課税世帯であれば210円、さらに90日以上入院している患者だと160円、所得が一定基準に満たない70歳以上の患者であれば100円が食費として算定される。住民税非課税世帯の患者で長期入院している75歳以上の患者であれば、入院費用負担額が1.5～2.4万に、食費0.9万円（1日3食300円で計算）とその他に入院中に購入する物品費用がかかる程度で、費用を抑えることが可能になる。

「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究（平成24年度厚生労働科学研究）」によると、1年以上精神科医療機関に入院している患者（認知症除く）の約8割が障害年金、老齢基礎年金、生活保護のいずれかを受給していることが分かっている。そのため、精神病床に長期入院している高齢患者のおおよその1か月の入院費用の総額は、多くは上記程度と予測される。

一方、福祉施設入所中の1か月の費用は、コストが比較的抑えられている介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）でも月額9～15万円となり、精神科病院と比較すればかなり高額となる。さらに、入居中に通院などの医療費が追加でかかった場合は、介護保険の対象ではないためにこれらの費用が追加されることになる。

このように、長期入院中の高齢患者が精神病院から介護施設へ生活の場を移す場合には経済的な

障壁が生じて、これが地域移行を阻んでいる要因の一つである可能性が高いと考えられる。

③ 自宅介護の不安

障害者が 65 歳になることで、それまで利用していた障害者福祉サービスが従来通り受けられなくなる「65 歳の壁」が、近年注目を集めている。

障害者総合支援法では、障害者が 65 歳になると、同じようなサービスが介護保険にもある際は介護保険を優先して利用するという規定があるためにこのような問題が生じる。そのために、障害者福祉サービスから介護保険サービスに移行することで、利用できるサービスが制限を受ける等の事態が起きてしまう。これらは精神障害者においても例外ではない。

精神障害者は身体障害者に比べて、その障害特性から身体介護の必要度は比較的低い一方、家事援助を要するケースが多いという特徴がある。厚生労働省の「平成 30 年度障害者総合福祉推進事業報告書」でも、知的障害、精神障害、視覚障害などの障害者に対しては、各介護事業所は高齢者向けの介護とは異なる支援を事業所独自で行っていることが明らかで、介護特性に合わせた介護報酬改定の議論を進めていく必要があると提示されている。しかし、平成 30 年度の介護報酬改訂では、障害福祉のなかで家事援助に相当する報酬が引き下げられ、低い水準のままに置かれている。こうした状況が続くと、多くの介護事業所は、他の障害者より家事援助を多く要する精神障害者への居宅介護を積極的にに行おうとしない状況が生まれてくる可能性も考えられる。

1999 年に精神保健福祉法が改正され、精神障害者居宅生活支援事業の一つとして精神障害者居宅介護等事業が 2002 年から施行された。それ以降、精神障害者の居宅介護の利用者数は増加傾向にあるが、生活支援における質の低下や、障害種別一元化制度による精神障害者支援特有の課題が埋没されてしまうといったことが懸念されている。

多くの精神障害者は退院後家族と同居して生活を送ることになる。そのため、退院後の生活を維持していくためには、同居家族の支援が必要不可欠となるが、その同居家族への支援体制の未整備が近年問題視されている。地域住民の偏見によって精神障害者とその家族は社会的に孤立することが多く、また、病状が不安定なために家族は時間的な余裕が持たず、精神的健康状態が不良になることが多く報告されている。また、精神疾患の特性から、家族の支援は長期にわたることも多く、そうすると家族の介護負担はより大きいものとなる。家族の健康状態は精神障害者の病状と互いに影響し合っていることが知られており、精神障害者の病状安定化にとっても、家族のケアをどのように行っていくかは重要である。今後、精神障害者の地域移行を進めていく上で、精神障害者を支える家族を含めた支援体制が重要な課題になる。

④ 身体医療を行う精神科アウトリーチの不在

「医療施設調査」(2020 年 10 月)によると、医療保険等による在宅医療サービスを実施している医療機関は、全国で、病院 5,382 施設(病院総数の 65%)、診療所 35,213 施設(診療所総数の 34%)、その中で「精神科在宅患者訪問看護・指導」を実施しているのは、病院 729 施設、診療所 477 施設(合計 1,206 施設)であった。2014 年は、医療保険等による在宅医療サービスを実施している医療

機関は、病院 5,305 施設（病院総数の 62.5%）、診療所 38,478 施設（診療所総数の 38%）、また、「精神科在宅患者訪問看護・指導」を実施しているのは、病院 887 施設、診療所 461 施設（合計 1,348 施設）であったので、在宅サービスを実施する病院は微増、診療所は約 1 割減少、在宅で精神科訪問看護を導入しながら医療を提供する医療機関の総数は約 1 割減少（病院は減少、診療所は微増）していることが分かった。

関東信越厚生局の「施設基準の届出受理状況」（2022 年 7 月）によると、埼玉県内で訪問診療を実施する医療機関（在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の届出医療機関数）は、病院 104 施設、診療所 781 施設で、人口 10 万人あたりの医療機関は 12.0 施設であった。周辺の都道府県では、東京都が 20.5 施設、千葉県が 10.7 施設、神奈川県が 17.5 施設であり、東京都や神奈川県と比較すると、埼玉県の人口当たりの在宅医療実施施設の数は少ないのが現状である。

また、県内の医療圏別の在宅医療実施施設数を見てみると、最多のさいたま市 17.4 施設に対して、最も少ない南西部は 7.9 施設と、地域差が非常に大きいことが明らかになっている。

埼玉県内で精神科訪問診療を行っている医療機関数は少なく、筆者が病院・救急診療所名簿や各医療機関のホームページ等を調べたところ、精神科アウトリーチ活動（精神科訪問診療や訪問看護）を行っている旨をホームページ上等で明記している単科精神科病院は県モデル事業所となっている 2 施設のみで、精神科診療所はわずか 7 施設に過ぎなかった。しかも、それら医療機関の中で、精神科治療とともに身体医療を提供することが可能な医療機関はさらに限られており、近年の高齢化に伴い急増する身体合併症例対策の需要度の高まりに追いついていない状況にあると推測される。今後、同県で高齢精神障害者の地域移行推進を図り、上記の医療資源不足を補うためには、既存の身体科医療機関と精神科医療機関の円滑な連携体制を構築し、居宅や施設においても身体合併症を有す精神障害者への医療的ケアを病院等と同様に行える医療体制の整備が必須となるであろう。

4）さいたま市における精神科アウトリーチ事情

次に、さいたま市における精神科アウトリーチの進捗状況を紹介してみたい。

さいたま市の精神障害者訪問支援（アウトリーチ）事業は、2019 年 4 月より開始された。事業開始後約 4 年が経過した現在、さいたま市全 10 区のうちの 6 区（見沼区、緑区、北区、大宮区、南区、浦和区）でアウトリーチ支援体制が整備され（2022 年度）、さらに 2024 年度中に全 10 区（西区、中央区、桜区、岩槻区を含めた）の整備を目標として事業が進行中である。

事業システムの概要は、まず各地区の区役所や保健所等が支援対象者についてさいたま市こころの健康センター（事務局となっている）に相談を行い、同センターが支援対象者の決定を行う。その後、支援計画の作成、多職種チームの編成・モニタリング・支援期間の協議等を各地区のケア会議で協議することになる。2022 年度のケア会議は、見沼区と緑区、北区と大宮区、南区と浦和区の 2 区ずつが、3 エリアに分かれて、年に 5～6 回行われた。ケア会議参加者は、各地区の精神科医療機関、保健所、障害者支援センター、訪問看護ステーション等の保健・医療・福祉領域の関連機関に加えて、依頼元や症例に関わりのある関係機関（区役所の関連部署やシニアサポートセンター等）が加わり、支援対象者の支援計画が話し合われ、会議に参加した関連機関のスタッフが多職種アウ

トリーチチームを編成してアウトリーチを行っている。支援開始後は、6 か月ごとに支援評価が行われ、事務局が支援の終了や延長についての決定を行っている。

訪問支援開始時には医療拒否や支援拒否がみられる支援対象者も多く、妄想、暴言・暴力、引きこもり、不潔等の症状に加えて、金銭管理の問題、近隣トラブル、身体面での問題等を抱えている支援者もあって、保健・医療・福祉すべての側面からの支援が必要となる。

2019年度の支援対象者は5名で、訪問件数は80件（医師同行17件）、2020年度は対象者8人で訪問件数は122件（医師同行41件）、2021年度は対象者15人で訪問件数は247件（医師同行46件）であった。事業開始後、年々訪問件数が増加していることが分かる。

関連機関の訪問の内訳については、2019年度は34件（精神科医療機関3件、訪問看護ステーション18件、障害者生活支援センター5件、保健所精神保健課8件）、2020年度は51件（精神科医療機関20件、訪問看護ステーション13件、障害者生活支援センター15件、保健所精神保健課7件）、2021年度は120件（精神科医療機関47件、訪問看護ステーション36件、障害者生活支援センター2件、保健所精神保健課12件、区役所福祉課35件）であった。精神科医療機関や訪問看護ステーションに加えて、保健所や区役所の関連部署、障害者生活支援センターのスタッフが訪問に同行しているケースも増えてきている。

ケア会議には、精神科医療機関、訪問看護ステーション、障害者支援センターなど保健・医療・福祉領域で専門性の高い関連機関が参加しているが、たとえ身体面の問題（身体疾患への対応）を協議する場合であっても、現在のところ身体科医療機関（身体科医師）がケア会議に参加することはない。さいたま市アウトリーチ事業の支援対象者の中でも身体疾患合併症を有する支援者は多くみられ、今後はさらに増加することは避けられず、アウトリーチにおける身体合併症患者への支援体制の整備は今後ますます必要性が高まると思われる。身体合併症への対応をカバーしたアウトリーチ実施体制を構築するためには、身体科医療機関との連携体制の強化および身体科医療機関のケア会議への参加が必要で、精神科と身体科の両視点を有する精神科リエゾン専門医のケア会議への参加も一案といえる。

3. 高齢精神障害者支援体制の構築に向けて

1) 精神科アウトリーチの活用

現在わが国は急速な超高齢化社会に対応するために、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）をはじめとする福祉資源の強化政策を全国展開しているが、需要に供給が到底追いつかない現状にあり、今後高齢化の進展とともに需要と供給の乖離はさらに拡大することが予測されている。また、わが国の精神科病院の多くは、これまで地域における生活支援体制の未整備によって居宅生活が困難となった高齢精神障害者の多くを、いわば介護施設の代替として受け入れてきた経緯もあって、近年は介護度の高い高齢精神障害者が精神病床の占める割合が増加し、本来の精神科医療の遂行に影響が及ぶという深刻な状況に措かれている。欧米諸国からの批判を受けて取り組んできた精神病

床の削減および長期入院患者の削減が計画通りに進捗しない要因の一つでもある。一方、団塊の世代が後期高齢者となり膨大な介護の需要が高まった後には、一転してこれまで経験したことのない人口減少という事態に直面するという、わが国の特殊事情も想定される。こうしたさまざまな要因が有機的に重畳した状況を克服するには、医療・福祉の枠組を超えた地域支援体制の早急な整備が必要であり、そのための手段として精神科アウトリーチはきわめて有効な支援手法といえる。

精神科アウトリーチは、精神科医・看護師・保健師などの医療スタッフと、精神保健福祉士・相談員などの福祉スタッフの多職種が協働してチームを組み、患者の住まいに向向いて、医療と福祉の両面から精神障害者を支援するという支援手段である。その結果、障害者の特性に合わせた、きめ細かな包括的支援体制のカスタマイズが可能となる。医療的支援の必要度が高い障害者では在宅医療を行う医療機関との連携を図り、主に福祉的支援を必要とする障害者には利用可能な社会資源を活用した生活支援を行うことが可能となる。精神科アウトリーチによって、精神症状の急性増悪症例への早期対応、治療中断症例への早期介入、拒薬等で症状の再燃を繰り返している症例の症状安定化の維持など、精神障害者に寄り添った支援が提供できるようになり、社会的入院や退院先の環境調整不足等による長期入院を減らすことにもつながる。また、わが国の多くは住み慣れたわが家で人生を全うすることを望んでおり、そうした思いに適う手段でもある。そして何よりも、膨大な予算や煩雑な立地条件の検討等々を要する介護施設の新設に比べて、精神科アウトリーチは機動的で、フレキシブルな対応が可能である。

2) 精神科病院のアウトリーチ進出

先述したように、わが国の精神科病院は、世界に類を見ないスピードで進展する超高齢化社会に対応した福祉資源の供給が追いつかない状況を、介護施設に代わって代替してきたというわが国固有の側面を持っている。しかし、国際的な批判を受けて病床削減と入院期間の短縮を迫られ、厚生労働省の諸策もあって一定程度の成果が得られるようになったものの、今なお先進諸国の水準に達成していない状況にある。そのために、精神科治療の必要性が後退して現在は介護が中心となった高齢精神障害者の、さらなる地域への移行を求められているが、この課題解決の成否は精神科病院のアウトリーチへの進出が大きな鍵を握っているように思える。

入院治療を行ってきた精神科病院が、退院後も引き続き患者をアウトリーチ支援という形（外来診療に加えて）でフォローアップしていくことが可能になれば、入院中に患者と関わっていたスタッフが退院後もその関わりを継続できることになる。そうなれば、診療情報提供書や看護サマリー等では到底得られない詳細な患者の情報をアウトリーチチーム内でも共有することが可能となり、今後利用の検討が必要な社会資源や支援等をチーム全員が念頭においてアウトリーチを行うことが可能となる。また、精神症状再燃の発見や、その際の治療的介入をより早期から行うことが可能となり、症状の重症化を未然に防ぐことも容易になる。何よりも、入院中に顔を合わせて治療関係を築いてきたスタッフが、退院後も自宅に訪問して継続した支援に関わってくれるという安心感は、患者にとって大きな意味を持つであろう。

精神科病院の多くが、介護が中心となった高齢精神障害患者の福祉施設への移動を進め、そこから生まれた余力とこれまでに培ってきた精神医療の経験をもって精神科アウトリーチに進出し、アウトリーチ事業を病院運営の主要な一つの柱に据えれば、わが国精神科病院の新しい姿の誕生につながる可能性がある。

全国各地の精神科病院がアウトリーチに参加することで、精神障害者の地域移行は格段に進展し、精神科アウトリーチはいつそう充実したものになるだろう。精神科病院がそれぞれ主体性を持って精神科アウトリーチに参加できるような体制整備されていくことが急がれる。そのために、精神科アウトリーチへの参加を可能とする人員確保や、経営に直結する診療報酬上の課題に取り組む、精神科病院のアウトリーチへの参加を促す施策が必要である。こうした課題が解決されれば、精神科病院のアウトリーチへの進出が大きく実現に向かうと思われる。

3) 地域移行を促すインセンティブの導入

精神科病院に長期入院している高齢精神障害者の地域移行を推進するには、退院後の地域生活を支える医療資源・福祉資源の充実に加えて、地域移行を推し進めようとする診療報酬上のインセンティブを備えた制度の検討が重要であり、急激な退院促進策によって引き起こされ得る経営上の影響についての配慮も必要である。わが国ではこれまで、社会復帰施設や老人介護施設の不足、あるいは地域生活をサポートする医療資源不足等のために地域生活を送れなかった高齢精神障害者を受けてきたという歴史的側面がある。また、地域移行を進めていくにあたって精神症状の急性増悪時対応策（精神科救急体制）を整備しておくことは必須事項であるが、多くの地域で精神科救急体制の主要構成員となっているのは精神科病院であり、これら医療機関の存在は地域移行を推進のために必要不可欠である。

現在、精神科病院から地域へ退院支援する場合に、「退院調整加算」、「地域移行実施加算」、「精神科退院指導料」、「精神科退院前訪問指導料」等が設けられており、診療報酬上でも退院を促すインセンティブ制度が整備されている。

1996年には「精神科急性期治療病棟」が新設され、診療報酬面（病院の経営面）でも入院期間が3カ月を超えないような仕組みが導入された。これにより、精神医療の実臨床でも3カ月ルールの認識が少しずつ浸透していき、3カ月を超える長期入院患者の数は減少傾向に転じることとなった。

さらに2016年の診療報酬改定で、「地域移行機能強化病棟」が新設されることになった。この「強化病棟」が従前の病棟と異なっている点は以下の通りである。

まず、退院後の環境調整を含めた支援を行うために、看護職員だけでなく、精神保健福祉士や作業療法士を加えた多職種チームに対する人員配置の評価が加わることとなった。多職種チームは、看護職員、作業療法士または精神保健福祉士で6割以上のチーム編成がなされる必要があり、当該病棟には専従の精神保健福祉士が2名以上いることも必須条件で、さらに強化病棟の病床稼働率が90%以上であることが求められた。これら条件は2020年度に見直されて、現在は、専従の常勤精神保健福祉士1名以上＋専任の常勤精神保健福祉士1名以上へと変更され、強化病棟の病床稼働率は85%に緩和された。その一方、1年以上入院している患者のうち、当該病棟から自宅等へ退院した患

者数の1か月あたりの平均人数(届出の前月までの3カ月間における平均)÷当該病棟の届出病床数×100(%)が、これまでの1.5%が2020年度には2.4%に見直され、さらに、1年以上の長期入院患者が当該病棟からの退院した数が、月平均で当該病棟の届出病床数の1.5%以上であることも評価項目に入った。このように退院実績だけでなく、病床削減もアウトカム評価に加わった新しい診療報酬制度を新設され、比較的高点数に設定されたインカムをもって、中長期にわたって精神科病院の構造改革が試みられることとなった。しかし、地域移行機能強化病棟の新設後もこの診療報酬を算定する医療機関は増加しているとは言えず、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改悪の推進に関する研究」によると、2017年10月までに当該入院料の届出済の医療機関は40施設にとどまっていることが明らかになった。届出が増加しない理由として、「精神病床の削減は経済的に困難」が医療機関の規模や地域性に関わらず共通項目として挙がっており、一定以上の病床規模を確保していないと経営上の問題に及ぶ可能性があるという恐れから、病床削減をアウトカム評価としている同入院料の届出に踏み出せていない現状が示されたのである。こうした経緯もあって、同入院料の届出期限は、当初の2020年3月31日までが、2020年度診療報酬改定で2024年3月31日までとする期限の延長が行われた。しかし、「精神保健福祉資料」(630調査)によると、2022年度における同入院料算定施設は全国で26施設と、依然として届出を行う医療機関数は少ない。ちなみに埼玉県で同入院料の届出を行っている医療機関は現時点で存在しない。

また、精神障害者の退院後生活支援を強化するために「精神科在宅患者支援管理料」が2018年に新設されて、入院医療機関と退院後の在宅医療を担当する医療機関所属の多職種スタッフによる共同指導に対して「精神科退院時共同指導料」が設けられた。

さらに、2022年の診療報酬改訂では、「療養生活継続支援加算」、「こころの連携指導料(II)」が新設され、地域で暮らす精神障害者に対する多職種による連携による包括的支援、かかりつけ医と精神科医さらに自治体との連携などが評価されることになり、精神科在宅医療に係る診療報酬制度の整備が進められている。しかし先述したように、精神科病院が経営への影響等を懸念せずに病床削減・長期患者の地域移行を積極的に進めていけるようなインセンティブ制度の整備は十分とは言えないのが現状である。

地域生活が送れない高齢精神障害者の受け皿役を担っていた精神科病院がアウトリーチに積極的に進出することで、これまで停滞していた地域移行が大きく推進する可能性がある。そのためには、精神科病院が病床削減や長期入院患者の退院促進を積極的に行っても経営的に影響が少ない、できれば経営的にプラスになるような診療報酬や医療体制の仕組みが重要となる。例えば、病床削減で減少が予想される収益を一定期間得られるような制度の導入、精神科病院が病床削減後の経営戦略を立て直す時間的猶予への配慮、あるいは、退院患者数や病床削減の目標数を設定して、その目標を超えた場合は残りの病床や入院患者の入院単価を一時的に増やすといったことは検討の余地がある。精神科病院が積極的に精神科アウトリーチに参加しようとするインセンティブの導入(たとえば病床削減による収益減少と補填する)の仕組み作りも検討に値すると思われる。

4) 身体合併症に対応した精神科アウトリーチ

身体合併症を有する高齢精神障害者の急増には早急な対応策を講じる必要がある。しかし、現在のわが国のアウトリーチ支援体制は、身体合併症患者への対応が十分に行われているとは言えない状況である。

精神科身体合併症患者には精神科治療に加えて身体治療を同時に行うことが求められるが、精神科アウトリーチチームを構成している医療スタッフの大部分は精神科における保健・医療・福祉的ケアに特化されており、このチーム体制単独で身体合併症対応をカバーすることは困難なことが多い。

この課題解決にまず取り組むべきは、アウトリーチの現場で身体疾患が生じた際の対応策について、身体治療を提供している医療機関との間で予め協議をしておくことである。たとえば、アウトリーチ支援提供中に高齢精神障害者が感染症等に罹患した場合は、適宜近隣の身体科医療機関と連携を図り、身体治療の訪問診療や訪問看護を導入することや、重篤な身体疾患を発症した際には、迅速に一般救急と連携するなどといった医療ネットワークを前もって構築しておくことが必要である。アウトリーチを行う関連機関スタッフが集まるケア会議に、精神科医とともに身体科医（内科医）が参加して、身体合併症症例へのアセスメントやアウトリーチチームへのアドバイスを行うことを常態化することには、まずもって取り組む課題といえる。

また、精神科と身体科を備えた総合病院精神科の存在を改めて問い直してみることも必要であろう。リエゾン・コンサルテーションを活動の主軸としている総合病院精神科は、その特性から、救急科等の身体科、看護師・ソーシャルワーカー等のコメディカルと連携して業務にあたることを得意としており、地域というフィールドで精神科アウトリーチ活動を行う際には、訪問看護ステーションや障害者生活支援センター等の関連機関との協働という点で総合病院精神科は大きな可能性を有している。精神科病床長期入院のもう一つの要因である難治性精神疾患治療に対しても総合病院精神科の優位性は高い。難治性精神疾患の中心を占める治療抵抗性統合失調症には、現在のところ最後に残された治療は修正型電気けいれん療法やクロザピン治療であるが、それら治療の実施には、精神科とともに内科・麻酔科等との連携が必要であり、その点でも総合病院精神科の優位性は高い。総合病院精神科がアウトリーチ事業に進出して、その地域の、精神科病院、精神科診療所、一般救急医療機関、総合病院、母子医療センター、保健所、介護・福祉施設等の連携の中心的役割を担えば、精神科アウトリーチはより充実したものとなり、昨今その存在が危ぶまれている総合病院精神科の再生にもつながると思われる。

おわりに

高齢化の進展に伴って高齢精神障害者はさらに増加し、高齢精神障害者支援体制の未整備が深刻な事態を及ぼす可能性が高い。生産年齢人口の減少が進み、医療資源・福祉資源の需要供給アンバランスが加速していく中で、わが国独自の高齢精神障害者支援体制の構築が急がれる。その中心的

役割を担うのは精神科アウトリーチの拡充がもっとも有力であると考えられ、埼玉県でも地域差を乗り越えたアウトリーチ支援網の展開が望まれる。

また、高齢精神障害者問題で中核をなすのは認知症であるが、現在、認知症前駆段階である MCI (Mild Cognitive Impairment 軽度認知障害) の時期に早期介入ができるかが大きな課題となっている。これまでの抗認知症薬とは違って、認知症予防あるいは MCI 段階からの認知症早期介入が可能な薬物の開発も進んでおり、いずれ MCI のスクリーニング検査が重要なテーマとなることが予測される。スマホ、PC、郵便などを用いた、いわば“さいたま方式”とも呼べる簡便な MCI スクリーニング検査の考案に着手して、多くの高齢者の不安に備えることも重要であろう。

謝辞

本研究は、三井住友海上福祉財団の研究助成を受けたものです。「さいたま市精神障害者訪問支援（アウトリーチ）事業実施経過について」の助言をいただいた保健福祉局保健部さいたま市こころの健康センターの戸矢雅樹係長に深く感謝申し上げます。

参考文献

安西信雄，井上新平：全国の精神科病院への新規入院患者の前向き調査から「重度かつ慢性」の基準と必要な治療を考える．日社精医誌 25, 372-380, 2016

近江翼：総合病院精神科アウトリーチの展望（3）－総合病院精神科再生の道－
総合病院精神医学,34(2):185-191, 2022

近江翼：総合病院精神科アウトリーチの展望（2）－難治性精神疾患への対応－
総合病院精神医学,34(1):75-80, 2022

大島巖：「第9章 どのようなサービス提供組織が取り組むか（2）」大島巖・平直子・岡上和雄編『精神障害者のホームヘルプサービス－そのニーズと展望』中央法規出版，161-80, 2001

関東信越厚生局ホームページ：「施設基準の届出受理状況（2022年7月）」

ケアスル介護ホームページ（2023年6月12日掲載）

https://caresul-kaigo.jp/column/articles/cost_special_nursing_home/

公益財団法人社会福祉振興・試験センター：「社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の都道府県別登録者数」（2023年4月末日現在）

公益社団法人日本精神科病院協会，「長期入院精神障害者の地域移行に向けた病院の構造改悪の推進に関する研究報告書」，平成29年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2004年9月

厚生労働省：「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」，2012年8月

厚生労働省：「医療施設調査・病院報告の概況」，2020年10月

厚生労働省：「精神保健医療福祉に関する資料（630調査）」，2021年5月

厚生労働省：「第1回精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 参考資料(2018年12月)」
厚生労働省：「介護サービス施設・事業所調査の概況」,2019年10月
厚生労働省：「高齢者向け住まいの今後の方向性と紹介事業者の役割」,2020年10月
さいたま市こころの健康センター：さいたま市精神障害者訪問支援(アウトリーチ)事業実施経過について,2023年1月12日
埼玉県介護人材確保・定着推進協議会・埼玉県介護人材確保対策検討委員会：埼玉デザイン～未来を見据えた持続可能な介護現場の実現を目指して～,2021年3月
埼玉県ホームページ：「統計からみた埼玉各市町村のすがた2020」(2023年3月14日掲載)
https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/178430/shicyouson_no_sugata_2020_01_jinkou02.pdf
埼玉県ホームページ：埼玉県の高齢化の状況について(2023年2月6日掲載)
<https://www.pref.saitama.lg.jp/a0603/keikaku/koreikanozyokyo.html>
埼玉県ホームページ：「医療施設調査」(2022年12月7日掲載)
清水由香：精神障害のある人への居宅介護の支援の特性に関する考察-居宅介護事業所責任者等が認識する支援効果の構成要素とその関連要因-, 社会福祉学 57(1), 71-86, 2016
総務省：「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」(2020年3月)
第2期埼玉県まち・ひと・しごと創生総合戦略(2022年4月8日掲載)
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/174357/zenbun.pdf>
第8期埼玉県高齢者支援計画(案)2021年度～2023年度(2023年4月14日掲載)
<https://www.pref.saitama.lg.jp/documents/188259/keikakuan.pdf>
長尾喜一郎：精神科の地域移行は怎么样了か, 精神神経学誌 122(7),497, 2020
日本医師会：地域医療情報システム(2023年2月7日掲載)
日本医師会総合政策研究機構：地域の医療提供体制の現状-都道府県別・二次医療圏別データ集-(2018年度版)(2019年3月8日)
http://www.jmari.med.or.jp/download/wp293_data/11.pdf
日本作業療法士協会会員統計資料, 日本作業療法士協会誌 102,5-18, 2020
原田豊, 山崎幸代：「精神障害者ホームヘルプサービスに関する検討 精神障害者訪問介護(ホームヘルプサービス)試行的事業実績報告」『鳥取医学雑誌』30(4), 165-70, 2002
松田陽子, 船越明子, 北恵都子, 羽田有紀：精神障害者を抱える家族の精神的健康に影響を与える要因の検討, 三重県立看護大学 17, 59-65, 2013
梁本昇吾, 大内紀知：介護老人福祉施設の待機者の減少に向けた一考察, 2016年秋季全国研究発表大会
令和2年度厚生労働省障害者福祉推進事業：「精神病床で身体合併症管理を必要とする入院患者に対する取組の実態調査」
令和2年 埼玉県保健統計年報 統計資料(第2章 医療統計)