

特別論文

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」における
現状と課題

ヨシマス 吉益	コウイチ 光一*	イノウエ 井上	マサト 眞人 ^{2*}	ハラダ 原田	サヨ 小夜 ^{3*}	フジエダ 藤枝	メグミ 恵 ^{4*}
イケダ 池田	カズノリ 和功 ^{5*}	コジマ 小島	コウヨウ 光洋 ^{6*}	ヤマダ 山田	ハルヒロ 全啓 ^{7*}		

目的 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」(以下、「にも包括」)について現状の課題を明らかにし、改善策を探ること。

方法 2019年から2022年までの間に日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野の活動として、「にも包括」の構築に関する情報を収集して報告書を作成した。これら一連の報告書と厚生労働省が2021年3月に公表した検討委員会のレポートを基にして、適宜必要な情報を追加した。

結果 厚生労働省が公表した検討委員会の報告書には「にも包括」についての基本的な考え方と具体的な構成要素について、詳細に記述されている。精神障害者の地域定着に関して、とくにメンタルヘルス・ファーストエイドを基軸とする基本的姿勢は、長年の懸念であった精神障害者への差別や偏見を抜本的に解決できる可能性がある。しかしながら、2020年から続くCOVID-19パンデミックの影響を受けて、精神医療の提供体制や住まい、社会参加、人材育成など、「にも包括」の様々な構成要素が、その出だしから大きな制約を受けている。

考察と結論 「にも包括」は長期在院精神障害者の地域社会への復帰と定着を主目標としている。これを達成するためには、従来の国が主体となるトップダウン方式から、現場が主体となるボトムアップの視点が不可欠になる。また、長引くCOVID-19パンデミックが精神障害者の生活様式の変化と、それに伴う精神状態に及ぼす影響について注意深く見守る必要がある。

Key words : 地域包括ケアシステム, 重層的な連携, 地域共生社会, メンタルヘルス・ファーストエイド, 新型コロナウイルス感染症

日本公衆衛生雑誌 2023; 70(4): 225-234. doi:10.11236/jph.22-114

I はじめに

日本において、精神科病院、とくに民間精神科病院における長期入院患者の退院と社会復帰が進まず、精神科在院日数および精神科病床数が、先進諸国の中で突出して高いことは長く問題視されてきた。これらの長期入院患者の多くは積極的な治療を

要する急性期や難治性の疾患とは異なり、主として慢性期の統合失調症やアルコール関連障害の患者であり、一定レベルの人格水準や能力は保たれており、適切な住居や作業所の提供などの社会参加の機会が与えられれば、退院して自活できる人達である。厚生労働省は、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において「入院医療中心から地域生活中心」という理念を打ち出し(2004年)、長期在院者を対象とする様々な退院促進事業が推進されてきたが、大きな成果を挙げられなかった¹⁾。入院が長引けば患者の高齢化も進み、退院が困難になる。こうした経緯を踏まえて、厚生労働省では、2017年に「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書において、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介

* 神戸女学院大学人間科学部心理・行動科学科

^{2*} 犬山病院

^{3*} 梅花女子大学看護保健学部

^{4*} 保健経営大学

^{5*} 和歌山県湯浅保健所

^{6*} 弘前大学大学院医学研究科

^{7*} 奈良県中和保健所

責任著者連絡先: 〒662-8505 西宮市岡田山4-1

神戸女学院大学人間科学部心理・行動科学

吉益光一

E-mail: yoshimasu@mail.kobe-c.ac.jp

護、住まい、就労、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことを新たな理念とした²⁾。また、これを推進する観点から、2020年3月より、有識者や当事者等を構成員とした「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」を開催し、2021年3月に報告書がまとめられた³⁾。

日本公衆衛生学会モニタリング・レポート(MR)委員会精神保健福祉分野では、2019年度より、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」をテーマとして設定し、情報収集を行ってきた。本システムの内容は厚生労働省の報告書³⁾に詳細に記述されている。ただし、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響は当初の想定にはなかった。そこで本稿では厚生労働省の報告書に沿って、コロナ禍の影響も最大限に考慮しつつ、現状の課題と将来の展望について考察する。

II 方 法

2019年10月から2022年9月までの間に、日本公衆衛生学会MR委員会精神保健福祉分野のメンバーが作成した年次報告書と、上記の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書に記載された情報を基軸として、グループリーダーの吉益が、適宜必要な情報を追加補足した。

医療、行政、福祉にまたがる幅広い実践的な領域を、資料も含めて漏れなくモニタリングするため、文献検索のデータベースは主にGoogleとGoogle Scholarを用い、これに加えてCiNii、医中誌などのデータベースを用いてグループメンバーがそれぞれ担当する学会の学会誌や年次総会、日本公衆衛生学会地域保健総合推進事業発表会の抄録をチェックした。具体的には日本公衆衛生学会、日本精神神経学会、日本精神科救急学会、日本精神科病院協会、日本社会精神医学会の各学会誌および年次総会の抄録集が含まれる。

検索に用いたキーワードは、上記の厚生労働省の検討委員会による報告書から主要と考えられる2つ「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」、「メンタルヘルス・ファーストエイド」、に加え「新型コロナウイルス感染症」、「精神科救急」、「精神科デイケア」である。「メンタルヘルス・ファーストエイド」は、本システムを推進する上で、地域住民の精神障害への理解を促進することが不可欠であり、この制度を活用した心のサポーター養成が広く展開されていること、「新型コロナウイルス感染症」は想定外のパンデミックにより、訪問看護や精神科

デイケアなど当事者を支えるサービスが中断され、本システムの展開に支障を来したことから、キーワードとして採用した。デイケアと救急も本システムに関係する上、コロナ禍の影響を強く受けているため採用した。これらを単独、または組み合わせて使用することで検索を行った。収集した文献は学術論文だけでなく、インターネット上にアップロードされている厚生労働省や地方自治体関係の資料などもできるだけ幅広く収集した。主に上記キーワードで検索された計約100件の文献・資料の中から、MR委員会精神保健福祉分野の年次報告書の中に掲載された文献(ウェブサイトも含む)59件と吉益が追加で検索した20件の計79件のうち、39件を精査して採用した。

このように系統レビューの手法に準じてはいるが、前回発表した特別論文⁴⁾と同様に各メンバーが独自の判断に基づいて収集した、抄録集に記載されていない学会での議論の内容や会議録も含まれているので、情報の取捨選択について恣意性が入っている。この点が系統レビュー論文とは異なる。また「現状と課題」と題しているが、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が理念として明確化された2017年以降の内容が中心となっている。

III 結 果

文献検索の結果、厚生労働省の報告書にある基本的な考え方、過去の退院促進事業の問題点、実務を担う保健師、治療プログラムとしての精神科デイケアの重要性が明らかになったので、以下、これらの項目に沿って述べる。

1. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に係る基本的事項

1) 重層的な連携による支援体制

基本的事項の第一に挙げられる重層的な連携において、キーワードとなるのが、市町村、精神保健福祉センター、そして保健所である。各機関の役割の整理についても、厚生労働省の報告書概要に明記されている⁵⁾。市町村は最前線に立って日常生活圏域の住民に対する直接支援を行い、保健所は地域の精神保健福祉の中核として市町村を支援し、精神保健福祉センターは保健所に対する専門的な支援を行う機関となっている⁵⁾。この3つの組織(市町村、精神保健福祉センター、保健所)の効果的な連携の在り方が示されている。そして、この重層的連携による支援体制は、精神障害者個々人の「困りごと等」に寄り添う、いわばオーダーメイド型の支援であることが強調されている⁵⁾。

2) 地域共生社会

精神障害に関する普及啓発とも関連するが、「支える側」「支えられる側」という従来の関係を超越して、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的なコミュニティや地域社会を創るという考え方であり、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」は、地域共生社会を実現するためのシステム、仕組みと解されている。これはピアサポーター等の協力を得て、精神障害の当事者が社会参加・地域の助け合い、教育に積極的に関わっていくことを可能とする地域社会の概念を意味している。

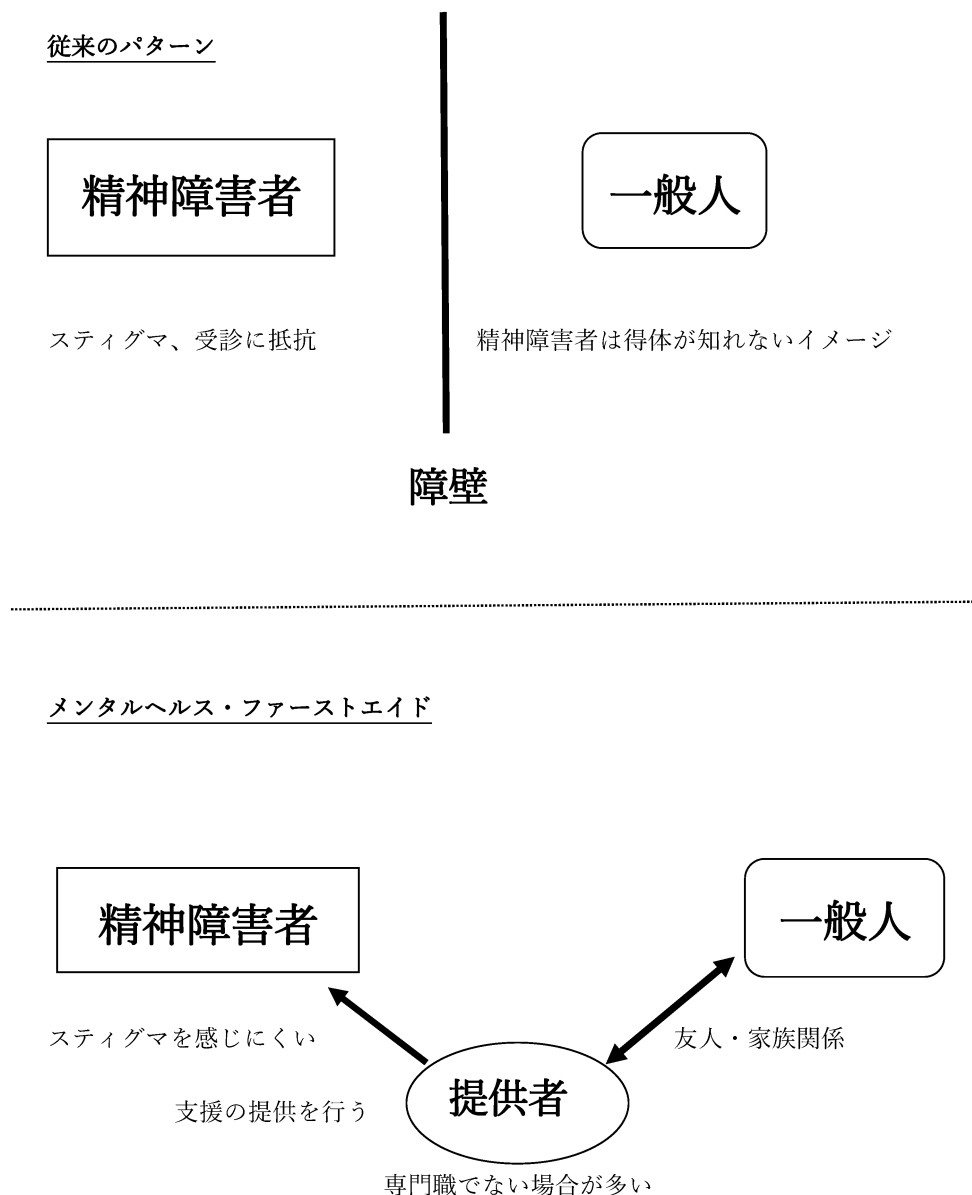
3) メンタルヘルス・ファーストエイド

心の応急措置とも呼ばれ、従来の精神疾患・精神

障害に対する偏見を抜本的に解決するために注目されている考え方である。メンタルヘルス・ファーストエイドは、メンタルヘルスの専門家ではなく、その当事者の社会的なつながりの中にある一般人（家族や友人など）や、対人サービス職従事者（教師や警官、職業紹介所の職員など）によって行われることに、制度の大きな意義と特徴がある⁶⁾。認知症サポーターや自殺対策におけるゲートキーパーなどの制度が日本においても広がりつつあるが、メンタルヘルス・ファーストエイド研修コースでは、異なる精神疾患やメンタルヘルスの危機的状況の一連の症状を認識する方法、最初に助けを申し出たり提供したりする方法、当事者を適切な治療に導く方法について教授し、よりよい知識や態度の提供に結びつく

図1 従来のパターンとメンタルヘルス・ファーストエイドの比較

専門職ではない支援の提供者に対しては、精神障害者も受診のハードルが低くなる。また、一般人は自分の身近な人が支援者になっているのをみて、精神障害者をより身近に感じ、自分も支援ができると感じる。



ことが明らかにされている⁶⁾。

このメンタルヘルス・ファーストエイドが精神疾患・精神障害に対する偏見や差別の解消、啓発の促進に有効と考えられるのは、主に当事者と関係する一般人によって行われる点にある。メンタルヘルス・ファーストエイドが精神疾患の啓発の促進に有効となる仕組みを図1に模式的に示す。精神障害に対する偏見や差別が従来根強かった理由として、精神障害者が良く理解できない、得体の知れないものとして認識されていたことが大きな要因である。ゲートキーパーや認知症サポーターなどが精神障害当事者と一般人の間に介在することによって、「自分の身近な人が精神障害者に関わっている」という感覚が、自分にもできるのではないかという抵抗感の減弱につながる。一方、精神障害当事者にとって、専門医療機関への受診や相談のハードルがなくなり、身近な人に相談できるというメリットがある。つまり、メンタルヘルス・ファーストエイドの実行者を媒介して、精神障害当事者と一般人双方の抵抗感が弱められる効果が期待できる。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」のためには、従来のレベルとは一線を画する精神保健の推進と精神障害に関する普及啓発の促進が不可欠であることから、このメンタルヘルス・ファーストエイドの考え方が、基本的事項に含まれている。

2. システム構築における厚生労働省の立ち位置

厚生労働省はノーマライゼーションの観点から、精神科病院長期入院患者の退院促進を推し進めたが、大きな成果を挙げられずに終わった。江間¹⁾は、本システムには以下の異なる2つの視点、つまり入院から地域生活に移行してもその時に応じたケアが継続して提供できるようにする利用者への支援からの視点と、国の財政的な問題を背景として社会保障制度の持続可能性を高めるための政策的な視点の2つの方向性で捉える必要があるとしている。そして、政策的な視点で進められた地域包括ケアシステムは、自助・互助・共助の強調と公助の抑制といった財政的な背景を持っており、このことが制度の利用者にとって大きな問題になる可能性があるとしている¹⁾。

言い換えると、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」とは退院促進事業から続く精神障害者の地域移行のための基盤整備を主たる事業とし、その実現を地域社会全体のネットワークに担わせるものであり、厚生労働省がシステムの大枠を定めて実施形態に関しては、各自治体の検討に委ねるというトップダウン方式で進められている¹⁾。し

かし、これでは厚生労働省が定める地域包括ケアシステムを構成する要素が十分に満たされるのか筆者には疑問が残る。とくに強調したように、精神科救急医療システムの整備と充実の本システムの構築の上では最も優先度の高い喫緊の問題であるにも関わらず、依然として地域差が大きく⁴⁾、厚生労働省からの支援が見込めない状況では、小規模自治体の能力では限界がある。精神障害者の地域定住に地域差が生じてしまえば、本システム全体の根幹が大きく揺らぎかねない。財政的な問題があるにせよ、構成要素に関しては優先順位を設けて積極的財政支援が必須であると考えられる。

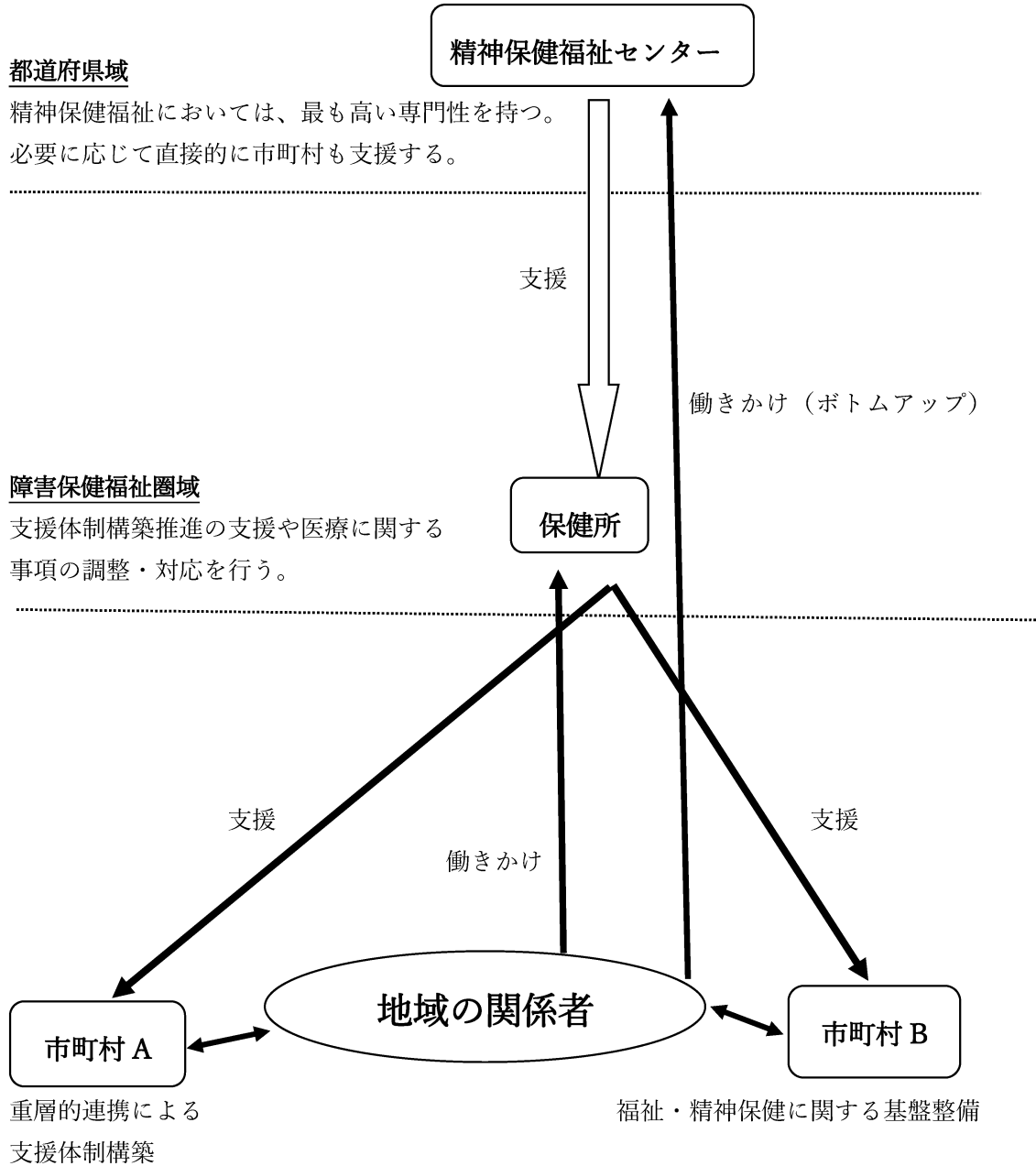
一方で、利用者への支援からの視点で考えると、江間が指摘しているように¹⁾、当事者・家族の視点からシステムを作り上げていくボトムアップ方式を推進することも大切な問題である。そもそも、これまで厚生労働省が推進してきた退院促進事業が大きな成果を挙げられなかったのは厚生労働省からのトップダウン方式とノーマライゼーションという理念のみが独り歩きして、実際に当事者の地域定住に関わる地域ネットワーク全体を含む現場関係者の連携と積極的な動きがみられなかったためである可能性がある。厚生労働省からの優先度を設定したピンポイントの財政支援と並行して、報告書³⁾にも記されているように、当事者・家族、および現場関係者によるこまめな会議などを通しての信頼関係の確立と緊密な連携とが本システム構築とその後の維持が成功裏に終わるための必要条件かもしれない。3つの組織の重層的連携にボトムアップ方式を加えた概念を模式的に図2に示す。

3. 保健師の役割

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」のために、保健師が果たす役割は大きい。本システムの構築が理念として明確化された厚生労働省による「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書が公表された2017年において、保健師の専門誌では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」という特集を組んで、保健所などを中心とした先行的な活動を報告した^{7~11)}。

先述のように、本システムの基本事項に位置づけられる重層的支援は市町村、精神保健福祉センター、保健所の3組織から成り立っており、実質的なマンパワーとして機能するのが保健師である。兵庫県但馬圏域における先駆的な取り組みからの提言によると⁸⁾、保健師への期待として市町村保健師は、入院患者には生活保護受給者が多いことを考慮して、生活保護担当者と連携することで、長期入院患者に退院意欲喚起の働きかけができるとしてい

図2 重層的支援とボトムアップ方式の概念図（厚生労働省報告書概要⁵⁾の図を改変）



る。また、保健所保健師はピアサポーターとの協働を通じて、精神障害者のイメージを「支援を受ける患者」から「支援を担える同僚」へと変えることができるとし、地域包括ケアを精神障害者にも対応したシステムにできるのは、地区担当をし、地域活動をしている保健師だけであると述べている⁸⁾。

保健所の保健師について付け加えると、保健所は行政処分としての最も強制力のある入院形態である措置入院に対応することが求められる。精神保健福祉法第23条の通報受理、事前調査、措置診察もしくは措置入院が不要となった場合の対応、そして退院後支援に、保健所の保健師は一貫して関わることに

なる。従って退院後の生活支援を基盤とした相談支援における多職種協働において、保健所の保健師は本システムの中で中心的な役割を担うことが期待されている¹²⁾。

4. 精神科デイケアの役割

従来、精神障害者の再入院予防効果や社会復帰(就労移行)の観点から議論されてきた精神科デイケアであるが^{13,14)}、本システムを社会の中で維持していくためには不可欠の要素である。とくに、就労の前段階、あるいは就労と同時進行で進めるという観点から、事業所との関係性が重視されている¹⁵⁾。デイケアのあり方をめぐって専門家の間では、利用者の地域生活における自立をより促す観点から、デイケアの漫然とした長期にわたる頻回/長時間の利用については是正を図るべきであるという意見が出ている¹⁵⁾。とくに事業所との連携が重要となる局面においては、事業所からみれば職員の労力がデイケアに取られてしまうという見方につながる恐れもある(第118回日本精神神経学会で議論)¹⁵⁾。いずれにしても、精神科医療機関が本システムに関わる上で精神科デイケアは具体的な取り組みのあり方として注目を集めている。

1) 機能別精神科デイケア¹⁶⁾

認知症医療の例として、認知症の専門病棟、重度認知症患者デイケア、認知症初期集中支援チーム、認知症医療疾患センターなどを有する医療機関が、地域包括支援センターと連携しながら地域包括ケアシステムの構築に対応する事例が報告されている¹⁶⁾。また、地域包括ケア病棟において認知症高齢患者の身体拘束解除に向けた生活リズムを整える院内デイケアが有用であったとの事例¹⁷⁾がある。多職種協働の地域移行支援は、単に互いの専門性を理解し役割分担するのではなく、患者への多面的な理解を共有しながらともに考える姿勢を基盤とし、それぞれの専門性を発揮したかわりを自立して行う必要がある。支援をどのようにマネジメントしていくのかは、多職種協働支援を円滑に進めるうえで重要である¹⁸⁾。

2) 精神科デイケアにおける就労支援

上記のように精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築によって、精神科デイケアの社会的役割は拡大しており、地域包括ケアに向けた多職種連携は喫緊の課題である。患者の就労支援をより充実するためには、精神科デイケアの多職種における就労支援がどのように行われているのかを明らかにする必要がある。これについて複数の概念が明らかになり、職種別にみると看護師は「健康状態の管理」「家族への対応」、作業療法士が「就労の準備」「社

会生活スキルの促進」、精神保健福祉士が「事業所の選定」を行っていた¹⁹⁾。したがって、看護師は医学的な視点、作業療法士が社会生活スキル獲得の視点、精神保健福祉士が相談活動の視点からとらえて支援を行っている¹⁹⁾と推察できる。

倉知は日本の障害者就業支援策は、①企業への様々な義務を課すことと法令順守のための指導、②障害者を雇用した企業への経済的負担の軽減、③就業支援機関による人的支援の3点とし、①の比重が大きくなるほど、就業支援機関による企業への③の支援が障害者雇用とその継続に大きな影響を与えると述べている²⁰⁾。精神科デイケアと事業所の連携においては、デイケア側からジョブコーチなどの形で、事業所を支援することが、精神障害者の安定した雇用につながると捉えることができる。

5. 新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響

2020年初頭からのCOVID-19の流行は様々な局面で、本システムに影響を及ぼしている。訪問診療、訪問看護、居宅支援、生活支援センター、地域移行支援に影響が出ている^{21~23)}。

上記のように、本システムのマンパワーの主体が保健所や市町村の保健師であり、保健所の業務が2020年1月以降、COVID-19の対応に多くの労力と時間を割かれていることは周知の通りである。個別支援から協議の場の開催等、多岐にわたる業務を行うとともに、重層的な連携による支援体制を構築するためには、十分な人材確保が必要である³⁾。精神保健福祉センターにおいては、COVID-19に関連して精神保健に関する相談が増加するなど多くの業務を抱えているが、精神保健福祉センターの専門職等の職員数は業務の増加に比して不足しているとの指摘もあり²⁴⁾、地域における重層的な支援体制の構築に向けて、十分な人員確保が必要である³⁾。

このような保健医療行政面でのマンパワーに加えて、地域移行後の住居や職場となるグループホームや作業所における集団感染の問題がある。精神障害者においては、精神症状のためにマスク着用や対人距離の確保など必要な感染対策を十分に行い得ない場合がある²⁵⁾。

一方で、地域に移行した精神障害者が精神科医療機関を受診する際にも問題がある。精神科外来受診による感染リスクを減少させるとともに、受診時の感染予防策を十分に行う必要があることから、一部の精神科医療機関では、対面診療と遠隔診療(電話再診)の双方による治療が行われている²⁵⁾。また、デイケアは生活の軸となる場を提供するとともに、患者が希望する生活に戻る準備を行うという目的を

有しているが、緊急事態宣言下では、デイケアを一時休止とする精神科医療機関が相次いだ^{25~27)}。デイケアの閉所や休止等で通院機会が減少すれば、精神障害者の生活リズムは乱れがちになり、服薬も不規則になりやすい。結果として、症状悪化を来しやすいが、通院機会が減少しているため医療的対応が遅れることが懸念される²⁵⁾。

このように、保健医療行政、住居や職場、精神科医療機関など地域移行を支える多くの重点的な要素が、COVID-19の影響を受けており、システム構築の序盤から、大きな阻害要因が働いたといえる。

Ⅳ 考察：コロナ禍を踏まえた今後の展望

COVID-19の影響により、出だしから大きな制約を受けた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」であるが、事業自体はすでに動き始めており、コロナ禍を踏まえた上での今後の展望について、厚生労働省の報告書³⁾に挙げられた本システムを構成する主要素ごとに、文献検索の結果を基に考えてみたい。

1) 地域精神保健および障害福祉

ここでは、「市町村が精神科病院との連携を前提に、病院を訪問し利用可能な制度の説明等を行う」取り組みを制度上位置づけるとあるように、アウトリーチ的に行政の側から、病院に向いて、患者の地域移行を促進することを謳っている。従来精神福祉センターなどの行政職員が病院に患者の意見聴取などに向くことはあったが、退院促進のために市町村職員がこのような働きかけを行うことは画期的なことである。ただし、患者との面会など病院への立ち入り自体がCOVID-19の影響により大きく制約されることになった²⁸⁾。

また厚生労働省の報告書³⁾では、「市町村と精神科病院、精神保健福祉に携わる地域の関係機関の顔の見える関係の下に取り組むことが前提であり」と述べられているように、こまめな事例検討会や協議の開催などを通じた密接な連携が謳われているが、COVID-19の影響による従来とは異なったオンライン中心のこうした連携の効果が懸念される場所である。

2) 精神医療の提供体制

精神医療の提供体制として、報告書で指摘されているポイントは地域の「かかりつけ医」と精神科救急医療体制の整備充実の2点である⁵⁾。我々が報告したように⁴⁾、精神科救急は医療設備などのハード面や、精神保健福祉法や医療観察法の運用などのソフト面の双方において、地域差が大きい。このように国内でも地域差が大きい精神科救急医療体制であ

るが、COVID-19は都市部でも地方でも分け隔てなく大きな影響を医療全体に及ぼしている。2020年2月の客船ダイヤモンドプリンセス号における集団感染事例によって、国内でも最初期にCOVID-19の影響を受けた神奈川県では、精神科病院、総合病院のいずれも単独で治療することが困難なCOVID-19中等症の精神科患者に対し、精神科病院と総合病院が連携して治療にあたる「精神科コロナ重点医療機関」を設置した²⁹⁾。

すでに多くの報告がなされているように^{30~32)}、精神科デイケアや集団精神療法など、患者の密度が高く集団で行動する機会が多い精神科病院においてはクラスターが発生しやすく、しかも内科などの身体科の医師が少ないために、COVID-19への対応が困難になりやすく、身体科を有する総合病院への転院が必要になるケースが多い。しかし、とくに措置入院患者は処遇困難などの問題から公立の精神科病院が引き受けざるを得ない場合が多いため、COVID-19中等症と診断された場合には、搬送する医療機関がなくなるという事態もあり得る。このように地域の精神科救急の中核を担う精神科病院においてもCOVID-19の影響は深刻であり、地域在住の精神障害者の症状増悪などの急性期における適切な対応が困難になりつつある。こうした意味でも「神奈川モデル」は今後のCOVID-19対応において大きな参考となるものであろう²⁹⁾。ただし、繰り返すが精神科救急医療体制は国内でも地域差が大きく、このような都市部におけるモデルの汎用性に関してはさらに検討の余地がある。

次にかかりつけ医であるが、専門的な精神科病院や総合病院精神科がかかりつけとなっているケースもあるが、ここでは主に地域の精神科開業医について述べる。精神科クリニックも、とくにデイケア実施機関では上記のように大きな影響を受けている。さらに外出自粛や受診抑制、新しい生活様式などにより受診形態にも変化が認められる。たとえば電話など情報通信機器による精神療法も臨時的に認められ増加している²³⁾。一方で、テレワークやオンライン授業など長期間の在宅ストレスに起因するコロナうつやコロナストレスの多くは軽症であり、生活面での指導が中心になると報告されている²³⁾。このような状況に置かれつつある地域の精神科クリニックであるが、厚生労働省の報告書概要⁵⁾ではかかりつけとして精神科医療機関に求められる機能として、①ケースマネジメントを含む「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと、②地域精神医療における役割を果たすこと、③精神科救急医療体制に参画すること、④精神障害にも対応した地域包括ケアシ

テムの構築に資する拠点機能を果たすことを挙げている。このうち、③と④は救急医療を担う専門的な精神科病院や総合病院精神科に該当すると思われるので、①「ケースマネジメントを含む「かかりつけ精神科医」機能を果たすこと」に対するCOVID-19の影響について考えてみたい。

報告書によれば³⁾、「本人の困りごと等に寄り添った診療を提供し、伴走し、支援することはもとより、精神科医療機関の多職種および地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながらチームを総括」とあるので、結局のところは市町村と精神科医療機関の連携と同様に、新しい生活様式とされるオンラインや電話による診察、あるいは関係者の連携が所期の目的を達することができるか否かにかかっているとと言えるだろう。

3) 住まいの確保と居住支援、および社会参加

前述のように、地域移行後の住居や職場となるグループホームや作業所における集団感染の問題がある。多くの事業者や自治体では、グループホームにおいて感染者クラスターが発生した場合のマニュアルを定めている^{33,34)}。また、厚生労働省では、「障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等について」として、具体的な消毒や換気のマニュアルを随時更新して公表している³⁵⁾。このようにCOVID-19の影響を受けて、精神障害者の生活の空間となる住居や職場が様々な制約にさらされている。

以上、報告書に挙げられたシステムを構成する各要素ごとにCOVID-19の影響を考えたが、最も大きな直接的影響を受けるのが精神医療の提供体制であることは言うまでもないが、当事者を含む医療や行政機関、支援事業者などの地域資源相互の「連携」や「協議」そして意思疎通が対面ではなく、ニューノーマルと呼ばれるオンライン主体の体制で成り立つのか否かという点が1つの焦点であるように思われる。従来の精神障害者の地域移行事業が大きな成果を上げられなかったのは、トップダウン方式としての厚生労働省の理念のみが独り歩きして、現場である地域の意識向上が十分に伴わなかったことが大きいと考えられ、そのためにはトップダウンに代わる地域関係機関や当事者が主体性を持って動くボトムアップ方式の基盤となる現場の「連携」や「協議」は、本システムの鍵を握るものであり、最重要に位置づけられると言っても過言ではない。

もっとも、COVID-19自体が、2022年11月現在感染症法の分類で「新型インフルエンザ等感染症」として2類相当の扱いとされており、1類に次いで厳重な対処が求められているが、オミクロン株のよう

に感染力は強いが重症化がしにくい変異種が主流になるにつれ、5類への移行が議論されている状況である。こうした中で、いわゆる「ポストコロナ時代」において、ニューノーマルとされるオンライン中心の生活様式が、完全に戻ることはないにせよ、再び対面を中心とする生活様式に変わる可能性もある。

ただし、留意すべきことは、精神障害者自体、高齢化が著しく進んでおり、2017年の時点で精神障害者人口に占める65歳以上の割合は39%である³⁶⁾。同時に糖尿病など生活習慣病の合併率も高い^{37,38)}ことなどからCOVID-19による重症化リスクがとくに高い集団と考えられるため、ハイリスクストラテジーを推し進めるとともに、問題が起きた時に行政や警察、医療機関が連携して事に当たる従来の事後対処型サービスから、包括ケアシステムによる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肝要である³⁸⁾。

V おわりに

慢性期の積極的な医学的治療を必要としない長期在院精神障害者の地域移行促進は日本における積年の課題であった。最初に述べたように20世紀末よりノーマライゼーション、脱施設化の考え方が普及するにつれ、退院促進、地域定住の政策が打ち出されたが、抜本的な解決には至らなかった。その大きな要因としては、厚生労働省の理念が独り歩きして、当事者や家族、地域の関係者など現場の意識がそれに伴わなかったことが挙げられる。

こうした点を踏まえて、報告書にもあるように詳細な領域が検討された今回の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」であり、精神保健福祉の関係者の間では「にも包括」という略称で早くもその概念が定着しつつある。しかしながら、出だしからCOVID-19パンデミックという大きな制約を受けることになった。この感染症がもたらしたニューノーマルと呼ばれるICTを用いたオンライン中心の生活様式が精神障害の当事者に与える影響は未知数である。人間学的精神医学によれば、人間には対人関係のあり方全般を含む各人特有の形態があり、統合失調症などの精神病とはこの構造が何かの契機によって損なわれて変容を遂げ、違った形態をとるようになったものと考えられている³⁹⁾。

このように考えると退院後の新しい生活様式がポストコロナの時代においても一つの基準となった場合に、これが精神障害当事者の、長期間の入院によってある程度安定化した存在形態に、何らかの変容をもたらす可能性についても考慮しなければならないのである。

開示すべきCOI状態はない。

(受付	2022.11.29
	採用	2023. 1.16
	J-STAGE早期公開	2023. 3.10

文 献

- 1) 江間由紀夫, 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」に関する考察. 東京成徳大学研究紀要 2020; 27: 59-71.
- 2) 厚生労働省, 「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書. 2017. <https://www.pref.aichi.jp/uploaded/attachment/244255.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 3) 厚生労働省, 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 4) 吉益光一, 藤枝 恵, 原田小夜, 他. 精神科救急医療体制の現状と課題: 日本公衆衛生学会モニタリング・レポート委員会精神保健福祉分野活動総括. 日本公衆衛生雑誌 2019; 66: 547-559.
- 5) 厚生労働省, 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書(概要). 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000754727.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 6) B・キッチナー, A・ジョーム, C・ケリー. メンタルヘルスの問題とメンタルヘルス・ファーストエイドについて. 大塚耕太郎, 加藤隆弘, 小原圭司, 編. メンタルヘルス・ファーストエイド: こころの応急措置マニュアルとその活用. 大阪: 創元社. 2021; 12-36.
- 7) 鶴田真也, 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて. 保健師ジャーナル 2017; 73: 634-638.
- 8) 柳 尚夫. 地域移行推進員としてのピアサポーターを活用した地域移行システム. 保健師ジャーナル 2017; 73: 639-644.
- 9) 片岡幸子, 小竹亜希子, 津田佳菜子. 精神疾患が疑われる住民への「多職種」による「早期訪問支援」. 保健師ジャーナル 2017; 73: 645-651.
- 10) 中川浩二, 磯崎朱里. 行政と民間医療機関が連携したアウトリーチ支援. 保健師ジャーナル 2017; 73: 652-656.
- 11) 中坂育美. 市町村が担う精神障害者の支援の在り方. 保健師ジャーナル 2017; 73: 657-663.
- 12) 中原由美. 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における保健所および保健師の役割. 保健師ジャーナル 2020; 76: 813-816.
- 13) Yoshimasu K, Kiyohara C, Ohkuma K. Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: a comparison between out-patients with and without day care treatment. Psychiatry Clin Neurosci 2002; 56: 397-401.
- 14) 吉益光一, 清原千香子. 精神科デイケアの有効性に
関する日本と欧米の比較. 日本公衆衛生雑誌 2003; 50: 485-494.
- 15) 原 敬三, 飯田仁志, 古屋龍太. シンポジウム4: 地域包括ケアと精神科デイケア. 第118回日本精神神経学会抄録集 2022: S-291.
- 16) 佐久間啓. 社会が求める機能別精神科デイケアの試み. 日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 855-860.
- 17) 清水典子, 加藤真由美, 正源寺美穂, 他. 地域包括ケア病棟における認知症高齢患者の身体拘束解除に向けた生活リズムを整える院内デイケアの有効性. Journal of Wellness and Health Care 2022; 45: 23-34.
- 18) 高田久美. 多職種でとりくむ長期入院患者の地域移行支援の現状と課題(看護職の視点から). 精神神経雑誌2021特別号 2021; 第117回精神神経学会抄録集: S422.
- 19) 中山 晋, 天賀谷隆. 精神科デイケアで多職種による就労支援の様相. 日本精神科看護学術集会誌 2020; 63: 27-31.
- 20) 倉知延章. 精神障害者の雇用・就業をめぐる就業と展望. 日本労働研究雑誌 2014; 646: 27-36.
- 21) 福島康子, 加澤佳奈, 松井香菜子, 他. コロナ禍における慢性疾患を有する前期高齢者への遠隔看護による在宅療養生活支援プログラム: 1自治体での実施報告. 日本公衆衛生学雑誌(J-STAGE 早期公開).
- 22) 宮本雄気, 村上成美, 山畑佳篤, 他. 新型コロナウイルス感染症: 在宅医療提供チームにおけるコーディネーターの重要性. 日本在宅医療連合学会誌 2022; 3 別冊 1: 11-17.
- 23) 三木和平. クリニックにおける新型コロナウイルス感染症への取り組み. 精神医学 2021; 63: 61-71.
- 24) 野口正行. 精神保健福祉センターの現状と課題. 第3回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会(資料5). 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654241.pdf> (2022年12月13日アクセス).
- 25) 針間博彦. コロナが変える社会とこころ: 精神科病院における新型コロナウイルス感染症対応. こころの科学 2021; 215: 80-84.
- 26) 平川淳一. コロナ禍での精神科デイケア—就労形態の変化に対応が必要. 日本医事新報 2020; 58: 5028.
- 27) 一般社団法人東京精神科病院協会 感染症対策委員会. 精神科病院における新型コロナウイルス感染症対策ガイド2020. 2020. <https://toseikyo.or.jp/wp/wp-content/uploads/2020/10/27f5f19d01ccaacb6a0a21a1760b1d68.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 28) 稲又泰代, 古家伊津香, 大関春美, 他. コロナ禍により面会制限がもたらした治療・療養における意思決定への影響 —Riessmanのテーマ分析を用いて—. 清泉女学院大学看護学研究紀要 2022; 2: 41-56.
- 29) 田口寿子, 樋口美佳, 小林桜児, 他. 神奈川県立精神医療センターにおける新型コロナウイルス感染症(COVID-19)への取り組み. 精神神経学雑誌 2020; 122: 910-929.
- 30) 小林和人. 精神科病院における新型コロナウイルス

- ス・クラスターの経験. 日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 1161-1166.
- 31) 大鶴 卓. 沖縄県のクラスター精神科病院・施設のDPAT活動とメンタルヘルスケア. 日本精神科病院協会雑誌 2021; 40: 1148-1154.
- 32) 牧 徳彦. 新型コロナウイルス感染症に伴う労務管理問題: 院内クラスター発生の経験から. 日本精神科病院協会雑誌 2020; 39: 847-853.
- 33) 京都市保健福祉局障害保健福祉推進室. 障害福祉サービス事業所(グループホーム)における新型コロナウイルス感染症対応の手引き(第2版). 2020. https://www.city.kyoto.lg.jp/hokenfukushi/cmsfiles/contents/0000274/274782/202010gh_2han.pdf (2022年11月16日アクセス).
- 34) 奈良県. 社会福祉施設コロナ感染対策「こんな時はどうする?」解説集. 2021. <https://www.pref.nara.jp/secure/263914/zentaiban.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 35) 厚生労働省. 障害福祉サービス等事業所における新型コロナウイルス感染症への対応等について. 2020. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00097.html (2022年11月16日アクセス).
- 36) 厚生労働省. 高齢の障害者に対する支援等について. 2021. <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000824397.pdf> (2022年11月16日アクセス).
- 37) 忽滑谷和孝. 生活習慣病とメンタルヘルス. 日本職業・災害医学会会誌 2014; 62: 316-321.
- 38) 吉岡京子. 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. Review of Japan Society of Health Support Science 2016; 2: 55-62.
- 39) 内村祐之. 精神医学の基本問題—精神病と神経症の構造論の展望 [復刻版]. 東京: 創造出版. 2009.
-