

## 〈学内共同研究報告〉

# 精神医療の脱施設化の現状と課題に関する探索的研究

櫛原 克哉・添田 雅宏・若林 真衣子・田中 英樹・松為 信雄

### Abstract

日本の精神医療は他の先進国と比較していまだ病床数が多く、長期入院が続く傾向にあることから、長きにわたって精神科病院の入院中心の体制からの脱却が求められ続けてきた。これらの問題は精神医療の脱施設化と呼ばれることもあるが、本学内共同研究では探索的研究としてその現状と課題を考察すべく、「精神科病院と診療所の連携による脱施設化」、「〈入口〉からの脱施設化」、「医療技術（抗精神病薬クロザピンと持効性注射剤治療）による脱施設化」、「つながりによる脱施設化」の4つの着眼点から研究を開始した。文献調査のほか、東京都多摩地域内の精神科病院の医師や精神保健福祉士等を対象としたインタビュー調査を行った。データは分析のうえ、学术论文の形にまとめ成果として発信したほか、今後も継続的に学会や書籍等を通じて発信する予定である。

**キーワード：**精神科病院、脱施設化、東京都多摩地域

## 1. 研究の背景および目的

日本の精神医療は他の先進国と比較していまだ病床数が多く、長期入院が続く傾向にあることから、長きにわたって精神科病院の入院中心の体制からの脱却が求められ続けてきた（田中 2001, 立岩 2015, 岡村 2020）。昨今の象徴的な動向として、2021年の障害報酬改定があり、ピアサポート（「自ら障害や疾病の経験を持ち、その経験を生かしながら、他の障害や疾病のある障害者のための支援を行う」こと（厚生労働省 2020a））が新たに報酬加算の対象に含まれることになった。対象事業には「地域移行支援」や「地域定着支援」が含まれており、精神医療の脱施設化、すなわち精神障害者が地域で暮らし共に支え合うビジョンに対する期待も高まっている。

これに関連して、2020年度の学内共同研究「精神障害者のための地域包括ケアにおける精神科診療所の役割に関する研究」では、精神医療の中でも精神科診療所に特化した調査および考察を行ってきた。本研究は、ここから得た知見をさらに拡充・発展させ、精神医療の脱施設化の現状把握と課題解決の糸口の探究を目指したものである。

## 2. 精神医療の脱施設化をめぐる諸動向と研究テーマ

研究開始時は、前年度の調査から導出された4つのテーマに着手する方針をとった。以下、順に見ていく。

### 2.1. 精神科病院と診療所の連携による脱施設化

前年度の調査では、精神科病院との連携が比較的希薄な診療所が確認された一方で、退院後の生活の継続的な見守り、通院困難な患者を対象とした訪問診療、症状の増悪時の対処など、病院との密接な連携のもとでケアや支援に取り組む診療所も確認された。このような連

携による強みがある点は、州立病院と地域精神医療の連携が不在であった結果、退院後の患者の支援を断念せざるをえなかった、米国などの精神医療体制と対照をなす (Rhodes 1991, Cockerham 2021)。とりわけ精神科診療所は、比較的交通の便が良い都市部を中心に、「メンタルクリニック」などの婉曲表現の名をもとに数多く設立されてきた経緯があるため、物理的にも心理的にも身近な存在として、さまざまなメンタルヘルス関連の問題に対処してきたほか (櫛原 2022)、アウトリーチや危機介入を通じた地域生活支援の拠点としての機能も果たしてきた。前年度の調査では、脱施設化のいわば「受け皿」としての精神科診療所の顕在的／潜在的な機能に着目してきたが、一方で「送り側」である精神科病院は考察の範疇に含まれていなかった。そのため本年度の調査では、双方向かつ複眼的な考察を展開すべく、精神科病院も対象に含めることで、より多様な連携のありようや可能性を探索することを目指した。

## 2.2. 〈入口〉からの脱施設化

欧米と異なり、日本の精神医療は民間病院が中心であるため、病院経営の維持を背景とした患者の囲い込みや長期入院が積年の課題となってきた。地域を基盤とした精神医療の提言がなされて以降 (田中 2001)、先進的な取り組みも全国各地に現れつつあるが (高木 2008, 窪田 2016, 大嶋 2017)、精神科病院における COVID-19 のクラスター発生の問題から示唆されるように、依然として解消されていない部分も大きい。

一方で、精神科病院の新規入院患者層が変化しつつある傾向も指摘されている。統合失調症の軽症化という現象に関しては、古くは「精神分裂病の軽症化」という形で 1970 年代から着目され始めたが (笠原 1976)、近年でも 20 歳代や 30 歳代の若年層の統合失調症患者および新規入院の著しい減少傾向が指摘されている (松本 2015)。減少の理由を精神疾患や障害に対するまなざしの変化に求める精神病理学的な解釈も散見されるものの、2020 年度の調査から示唆された仮説として、「発達障害」という診断名が統合失調症の診断と併用、あるいは代替して用いられる傾向性が挙げられる。調査対象となった精神科診療所の全般的な傾向として、発達障害の患者の増加が一貫して観察され、統合失調症圏の患者を主に専門としてきた医療機関においても同様だった。特にひきこもりのような精神疾患か否かの判断が難しいケースの場合には、精神医学的な診断を経て入院治療を勧めるというよりは、当人のパーソナリティ特性として診たうえで、診療所に併設されたデイケアや生活技能訓練などの精神科病院の外で継続的に支援する試みも聴取できた<sup>1)</sup>。

この意味では、若年層を中心に、統合失調症圏の患者を主とする精神科病院への〈入口〉が、いわば狭まっている可能性があると考えられるが、これを仮説検証という形で実証、さらにその影響を考察すべく、精神科病院を対象とした調査を新たに実施する。

## 2.3. 医療技術 (抗精神病薬クロザピンと持効性注射製剤治療) による脱施設化

2020 年の診療報酬の改定では、入院医療から外来・在宅医療への移行を推進する内容の数々の改定がなされたが、そのなかでも特に、抗精神病薬のクロザピンと持効性注射製剤 (いずれも統合失調症の治療に用いられる) の普及促進が方針として掲げられている。以下、順に見ていく。

クロザピンは「治療抵抗性統合失調症に効果がある唯一の治療薬」(厚生労働省 2020b: 11)

とされる抗精神病薬である。薬自体は1960年代中頃に開発され、臨床に導入する国も少なくなかったが、日本では重い副作用のリスクが危惧されたこともあって導入が遅れ、2009年に発売されるにいたった。クロザピンの新規導入を後押しする内容の改定から察するに、その治療効果への期待も高いと考えられ、すでに臨床での成果も数多く報告されつつある(藤井 2014)。

持効性注射製剤 (Long-Acting Injection (以下、LAI と表記)) とは、統合失調症の「再発を防止するために極めて長期間の維持治療が必要であることがわかり、コミュニティケアを進展させる中で、退院した患者の再発をどのようにして減少させるかが真剣に検討されていった」(藤井 2018: 4) 過程で開発された薬剤である。日本の精神科臨床に初めて導入されたのは1970年と古いが、その後も開発が続けられ、2015年に第二世代 LAI が導入されて以降は、月に1~2回通院し LAI を打つことで薬効が持続するとされている。しかし、臨床家の中には、LAI を強制的で不可逆的な治療と解釈する者、扱いに不慣れな LAI の導入に消極的な者が少なくなかったほか、当時の LAI の報酬は経口薬に比べて低かったため、臨床への導入は進みにくかった(風祭 2008)。これに対して、2020年の診療報酬の改定では、地域移行や地域定着支援という観点から、LAI の使用が推進されるようになり、入院中の患者に投与する LAI の薬剤料や管理料が、従来よりも優遇されるようになっていく。特に2020年度の調査対象には、LAI の導入に際し主導的な役割を果たしてきた院長を擁し、全国でも最大規模の LAI の実施を行っている診療所が含まれていたこともあり、2021年度も引き続き同診療所を対象に継続調査を打診していきたい。

本研究は、これらの新たな治療技術がどのように導入され、それが精神医療の脱施設化の影響にどのような影響を及ぼしているのかという視点のもとで、複数の医療機関を対象とした調査を実施する。一方で、本研究の方針として、薬効がもたらすポジティブな影響を積極的に評価しつつも、それを相対化する視座も併せ持つことがあり、社会学者の Whooley (2019) が、精神医学の歴史を「熱狂/失望のサイクル (hype/disappointment cycle)」として位置づけた議論を参照する方針をとる。Whooley によれば、精神医学の歴史は、ある時期に「無知 (ignorance)」とされていたもの——精神疾患の発症のメカニズムや有効な治療法の確立など——に対して、その克服を謳う新たなパラダイムや治療技術が「発明 (invention)」されることで、断続的な再生産が20世紀後半から現代にかけて一貫して続けられてきた。これらの「発明」は、一定期間は熱狂的に受け入れられるものの、後にさらなる疑念の提起という形で、新たな「無知」が露呈し、そこをさらに補填する形で新たな「発明」が登場するという、医学の中でも精神医学に固有なサイクルが続けられてきたという。Whooley の議論は医学史的な研究で文脈が異なる部分も少なくないものの、この視点を応用するならば、上述した現代の新たな医療技術もまた、治療の困難や不確実性といった「無知」を臨床に少なからず惹起しているとも考えられる。この「無知」に対して、誰がいかなる実践のもとで対処しているのか、乗り越えようとしているのか、「無知」を補おうとしているのかという観点からも、本研究では考察を進めていくことにしたい。

#### 2.4. つながりによる脱施設化

冒頭で記した通り、2021年度の障害報酬改定ではピアサポート体制に報酬加算がなされたが、このほかにも、保健師、看護師、精神保健福祉士等の多職種による相談支援・指導の

体制構築も強化され、具体的には、療養生活環境を整備するための指導が、通院精神療法の所定点数に加算されるようになった（厚生労働省 2020b）。ピアサポートと多職種という両軸で、患者の退院後の生活および地域定着に対する支援が拡充されつつある。

一方で、新たな制度および診療報酬体系の導入が、精神医療の現場に及ぼす影響という観点から見た場合、医療機関の運営方針、保有するインフラや資源、スタッフ配置といった諸要因が、その導入のありかたを左右する部分も大きいと考えられるほか、これまで行ってきた支援との連続性という点も重要になる。特に 2020 年度の調査では、有資格の専門職ではあるものの、その専門性や職掌に制約されないように、インフォーマルな形で患者や利用者の支援を行なうという実践も複数確認された<sup>2)</sup>。また、熱心なスタッフである場合、当人の自発性にもとづき無報酬に近い形でケアや支援を行なうケースも見られ、このような「非公式」の支援が有償化されることにより、どのような影響が生じるのかという点も未知数の部分が大きいといえる。

社会学者の Abott (1988) が提起した専門職の「管轄権 (jurisdiction)」という概念を採用するならば、誰が、いかなる患者や利用者、どのような形でサービスを提供する権利や権限を有するのかという問題も浮上してくる。むしろ、連携や協力体制の構築という形も想定できるが、診療報酬という形で制度化がなされると、サービス提供をめぐる慣習化やルール化、場合によっては優先順位が設けられるといった事態も予想される。その際には、専門職がピアサポーターの役割や仕事をどのように解釈するか、その逆のピアサポーターが専門職をどのように捉えるかという点も、新たに標榜された脱施設化をめぐる支援の定着に影響を及ぼすと考えられる。

むしろ本研究はピアサポートや多職種による支援の意義を否定するものでは決してなく、むしろその積極的な意義を見出そうとする立場をとるものである。本研究で扱う論点は、2020 年度の調査で示唆された、職域の流動性や柔軟性に支えられる「インフォーマルな支援」が制度化されていくことにより、臨床や支援の現場にどのような影響が生じるのかを考察することにある。

### 3. 研究の進捗

上述した 4 テーマを念頭に研究に着手したが、共同研究班内の議論の過程で、東京都多摩地域を主な調査フィールドとすることにした。多摩地域は日本の中でも特に数多くの精神科病院を擁するという特徴があり、地域医療の拠点であるのみならず、東京 23 区内の病院からの転院の受け皿にもなっている。フィールドの選定に際しては、田中英樹先生、松為信雄先生の両名より数多くの助言を頂戴した。

調査方法として、文献調査にくわえて、インタビュー調査（半構造化面接）を実施した。対象者は多摩地域内の精神科病院のスタッフ 8 名（医師と精神保健福祉士）で、一回につき約 60～90 分の聴き取りを行っている。くわえて、多摩地域内の精神医療に携わり、その動向や事情に詳しい医師より、レクチャーという形で研究に関する助言も受けた。音声はすべて録音し、文字起こししたうえで分析を行った。なお、調査の実施や依頼等に際しては、多摩地域の精神医療に長年携わってきた添田雅宏先生から多大な協力を受けたほか、インタビューの円滑な進行に際しては若林真衣子先生に助力を受けた。なお、調査の実施前には、東京通信大学人を対象とする研究の倫理委員会により、実施の承認を得ている（東通倫研

202102)。

#### 4.研究成果

本研究から得られた知見を2021年8月に学術雑誌に原著論文として投稿した。ただ、本研究成果報告時点では、いまだ匿名の査読が続いている状態にある。そのため、匿名性の担保および二重投稿への抵触の回避という観点から、ここではその内容について詳述しない。研究成果は今後も継続的に学会発表や論文等を通じて発表を継続する予定である。2.4節で言及した「つながりによる脱施設化」に関しても、2022年10月時点も精神障害のピアサポーター・スタッフを対象としたインタビュー調査を継続しており、これに関しても研究成果を今後刊行予定の書籍等を通じて発表する予定である。

#### 注

1) 社会学者のRose (2018) は、精神医学の未来の提言の一つとして、「診断から策定へ (from diagnosis to formulation)」というテーマを挙げている。そこでは、診断カテゴリーを症状や特定のバイオマーカーに適用する実践よりも、個人が現在置かれている状況 (失業や経済的苦境など) という観点から、その人の困難を理解するとともに、その個人が自らの苦境をどのように捉えているのかを把握する「策定」の実践が重要とされている。留意すべき点として、Rose は精神医学的な診断をこれまで以上に相対化する視点の必要性を指摘しているのであり、従来の診断を前提とした支援を意味しているのではないことがある。この意味では「発達障害」という言葉は、精神疾患や障害に回収されない多種多様な要因、本人の生活環境や性格特性等を包含するという点で「策定」に近い用いられ方をされている可能性もあり、この意味ではすでに「策定」の一般化の兆候が、日本の精神医療にも現れつつあるのかもしれない。

#### 文献

- Abott, A., 1988, *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago: University of Chicago Press.
- 藤井康男, 2014, 『クロザピン100のQ&A』星和書店.
- , 2018, 「持効性注射剤の歴史」藤井康男編, 2018, 『持効性注射剤のすべて』星和書店.
- 厚生労働省, 2020a, 「ピアサポートの専門性の評価について (横断的事項)《論点等》」 (<http://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000689218.pdf> 2021年4月7日アクセス) .
- 厚生労働省, 2020b, 「令和2年度診療報酬改定の概要 (精神医療)」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000608535.pdf> 2021年4月10日アクセス) .
- Cockerham, W. C., 2021, *Sociology of Mental Disorder 11<sup>th</sup> Edition*, New York: Routledge.
- 笠原嘉, 1976, 『精神科医のノート』みすず書房.
- 風祭元, 2008, 『日本近代精神科薬物療法史』アークメディア.
- 窪田彰, 2016, 『多機能型精神科診療所による地域づくり』金剛出版.
- 櫛原克哉, 2022, 『メンタルクリニックの社会学——雑居する精神医療とところを診てもらう人々』青土社.

- 松本雅彦, 2015, 『日本の精神医学 この五〇年』 みすず書房.
- 岡村正幸, 2020, 『精神保健福祉システムの再構築—非拘束社会の地平』 ミネルヴァ書房.
- 大嶋正浩, 2017, 『地域における多機能型精神科診療所実践マニュアル』 金剛出版.
- Rhodes, L. A., 1991, *Emptying Beds: The Work of an Emergency Psychiatric Unit*, California: University of California Press.
- Rose, N., 2018, *Our Psychiatric Future*, Princeton: Princeton University Press.
- 高木俊介, 2008, 『ACT-K の挑戦—ACT がひらく精神医療・福祉の未来』 批評社.
- 田中英樹, 2001, 『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』 中央法規.
- 立岩真也, 2015, 『精神病院体制の終わり—認知症の時代に』 青土社.
- Whooley, O. 2019, *On the Heels of Ignorance: Psychiatry and the Politics of Not Knowing*, Chicago: University of Chicago Press.

櫛原 克哉 (くしはら かつや)	東京通信大学 情報マネジメント学部 講師
添田 雅宏 (そえだ まさひろ)	東京通信大学 人間福祉学部 助教
若林 真衣子 (わかばやし まいこ)	東京通信大学 人間福祉学部 講師
田中 英樹 (たなか ひでき)	東京通信大学 人間福祉学部 教授
松為 信雄 (まつい のぶお)	東京通信大学 名誉教授