

表4. 病棟特性

(n=18)

病床数(床)	<i>53.4 ± 6.0 (40-60)</i>	
(うち個室数)	<i>6.0 ± 5.0 (0-20)</i>	
(うち隔離室数)	<i>0.2 ± 0.6 (0-2)</i>	
職員数(人)	常勤	非常勤
精神科医	<i>1.3 ± 0.6 (1-3)</i>	<i>0.0 ± 0.0 (0-0)</i>
他科医師	<i>0.0 ± 0.0 (0-0)</i>	<i>0.5 ± 1.2 (0-3)</i>
看護師	<i>6.3 ± 3.0 (3-14)</i>	<i>0.6 ± 0.7 (0-2)</i>
准看護師	<i>6.8 ± 3.8 (1-13)</i>	<i>0.6 ± 0.7 (0-2)</i>
看護補助者	<i>7.4 ± 3.7 (0-11)</i>	<i>0.7 ± 0.8 (0-2)</i>
介護福祉士	<i>5.4 ± 3.9 (0-12)</i>	<i>0.0 ± 0.0 (0-0)</i>
その他介護職	<i>0.3 ± 0.8 (0-2)</i>	<i>0.5 ± 1.2 (0-3)</i>
クリニカルパスの有無	あり	9 (50.0%)
退院支援を実施する職種	看護師	10 (55.6%)
	精神保健福祉士	8 (44.4%)
退院支援の内容		
退院時記録の作成	ほとんど実施	13 (72.2%)
	半分程度実施	0 (0.0%)
	稀に実施／未実施	5 (27.8%)
家族への助言	ほとんど実施	13 (72.2%)
	半分程度実施	4 (22.2%)
	稀に実施／未実施	1 (5.6%)
他施設への連絡	ほとんど実施	15 (83.3%)
	半分程度実施	2 (11.1%)
	稀に実施／未実施	1 (5.6%)
平均在院日数(日)	<i>355.2 ± 216.6 (98.6-932.9)</i>	

※数値は、常体はn(%), 斜体はMean ± SD(range)を表す

表5. 病床数／職種別人員配置数(施設基準との比較)

施設基準	病床数	精神科医	看護師	看護補助者
			・准看護師	・介護職
施設基準	40-60	≤ 40-60	≤ 6.0	≤ 5.0
調査対象施設				
a	60	60.0	3.3	4.0
b	53	53.0	5.3	5.9
c	50	50.0	3.4	4.4
d	60	30.0	5.5	4.0
e	60	60.0	3.9	5.6
f	40	40.0	3.6	4.0
g	60	60.0	4.8	2.9
h	50	16.7	4.6	2.8
i	54	54.0	3.5	7.7
j	60	-	3.8	5.5
k	50	50.0	4.3	3.6
l	50	50.0	5.6	3.6
m	50	50.0	4.2	5.0

※セル中の「-」は欠損値を示す / ※人員配置数は常勤換算値

表6. 患者の背景情報

(n=389)

性別	女性	235 (61.7%)
年齢		79.4±8.6 (53-97)
臨床診断	入院前	入院後
診断なし	29 (7.5%)	2 (0.5%)
アルツハイマー型認知症	152 (39.1%)	165 (42.4%)
脳血管性認知症	117 (30.1%)	150 (38.6%)
混合型認知症	12 (3.1%)	18 (4.6%)
その他の変形性疾患	3 (0.8%)	2 (0.5%)
認知症以外の精神疾患	22 (5.7%)	10 (2.6%)
その他	47 (12.1%)	39 (10.0%)
所在	入院前	退院後
在宅	132 (33.9%)	52 (13.4%)
精神科急性期病棟	10 (2.6%)	3 (0.8%)
精神科療養病棟	43 (11.1%)	19 (4.9%)
その他の病棟	106 (27.2%)	126 (32.4%)
介護療養型医療施設	13 (3.3%)	37 (9.5%)
介護老人福祉施設	15 (3.9%)	23 (5.9%)
介護老人保健施設	38 (9.8%)	53 (13.6%)
痴呆性高齢者グループホーム	24 (6.2%)	26 (6.7%)
その他の介護施設	5 (1.3%)	6 (1.5%)
死亡	- (0.0%)	35 (9.0%)
入院に至った原因		
問題行動		312 (80.2%)
家族負担の大きさ		122 (31.4%)
身体疾患の合併		82 (21.1%)
その他		28 (7.2%)
在院日数(日)		353.4±528.6 (1-2608)

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある

※数値は、常体がn(%), 斜体がMean±SD(range)を表す

表7. 入院時／退院時の精神・身体状況 (n=389)

	入院時	退院時	p
GAF ^{a)}	25.9±13.4 (0-60)	30.1±18.1 (0-80)	***
HDS-R ^{a)}	9.7±7.0 (0-27)	9.9±9.5 (0-61)	***
障害老人の日常生活自立度 ^{b)}			
自立	5 (1.3%)	5 (1.3%)	***
J1	4 (1.0%)	4 (1.0%)	
J2	15 (3.9%)	14 (3.6%)	
A1	109 (28.0%)	79 (20.3%)	
A2	73 (18.8%)	62 (15.9%)	
B1	56 (14.4%)	47 (12.1%)	
B2	70 (18.0%)	57 (14.7%)	
C1	16 (4.1%)	21 (5.4%)	
C2	23 (5.9%)	71 (18.3%)	
痴呆性老人の日常生活自立度 ^{b)}			
自立	2 (0.5%)	4 (1.0%)	***
I	4 (1.0%)	5 (1.3%)	
II a	20 (5.1%)	24 (6.2%)	
II b	30 (7.7%)	36 (9.3%)	
III a	74 (19.0%)	91 (23.4%)	
III b	29 (7.5%)	25 (6.4%)	
IV	85 (21.9%)	92 (23.7%)	
M	113 (29.0%)	77 (19.8%)	
身体管理 ^{c)}			
点滴管理	51 (13.1%)	108 (27.8%)	***
IVH	1 (0.3%)	12 (3.1%)	**
透析	0 (0.0%)	0 (0.0%)	ns
ストーマ	1 (0.3%)	1 (0.3%)	ns
酸素療法	7 (1.8%)	54 (13.9%)	***
人工呼吸器	0 (0.0%)	1 (0.3%)	ns
気管切開	0 (0.0%)	0 (0.0%)	ns
疼痛	14 (3.6%)	15 (3.9%)	ns
経管栄養	6 (1.5%)	12 (3.1%)	ns
モニター測定	4 (1.0%)	41 (10.5%)	***
褥瘡	17 (4.4%)	22 (5.7%)	ns
カテーテル	9 (2.3%)	34 (8.7%)	***
その他	30 (7.7%)	16 (4.1%)	*

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある

※数値は、常体はn(%), 斜体はMean±SD(range)を表す

※a): T test, b): M-W test, c): Mc Nemar test

※ns: non significant, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

表8. 入院時/退院時の問題行動

(n=389)

問題行動	入院時			退院時			p
	ある	ときどきある	ない	ある	ときどきある	ない	
1. 物を盗られたなどと被害的になる	59 (15.2)	79 (20.3)	240 (61.7)	16 (4.1)	59 (15.2)	300 (77.1)	***
2. 作話をし周囲に言いふらす	46 (11.8)	45 (11.6)	284 (73.0)	8 (2.1)	36 (9.3)	324 (83.3)	***
3. 実際と異なるものが見えたり聞こえる	62 (15.9)	84 (21.6)	235 (60.4)	14 (3.6)	53 (13.6)	303 (77.9)	***
4. 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる	86 (22.1)	109 (28.0)	185 (47.6)	27 (6.9)	86 (22.1)	255 (65.6)	***
5. 夜間不眠あるいは昼夜の逆転	155 (39.8)	120 (30.8)	109 (28.0)	36 (9.3)	118 (30.3)	216 (55.5)	***
6. 暴言や暴行	102 (26.2)	104 (26.7)	176 (45.2)	25 (6.4)	70 (18.0)	276 (71.0)	***
7. しつこく同じ話をしたり不快な音を立てる	55 (14.1)	94 (24.2)	224 (57.6)	15 (3.9)	67 (17.2)	286 (73.5)	***
8. 大声をだす	104 (26.7)	99 (25.4)	178 (45.8)	30 (7.7)	81 (20.8)	258 (66.3)	***
9. 助言や介護に抵抗する	130 (33.4)	129 (33.2)	124 (31.9)	39 (10.0)	114 (29.3)	224 (57.6)	***
10. 目的もなく動き回る	139 (35.7)	87 (22.4)	155 (39.8)	36 (9.3)	76 (19.5)	264 (67.9)	***
11. 「家に帰る」等と言いつち着きがない	99 (25.4)	103 (26.5)	180 (46.3)	20 (5.1)	65 (16.7)	293 (75.3)	***
12. 外出すると病院・施設・家などに1人で戻れなくなる	209 (53.7)	24 (6.2)	142 (36.5)	138 (35.5)	23 (5.9)	209 (53.7)	***
13. 1人で外に出たが視目が離せない	134 (34.4)	61 (15.7)	188 (48.3)	63 (16.2)	38 (9.8)	275 (70.7)	***
14. いろいろなものを集めたり無断でもってくる	29 (7.5)	39 (10.0)	312 (80.2)	10 (2.6)	21 (5.4)	347 (89.2)	***
15. 火の始末や火元の管理ができない	137 (35.2)	23 (5.9)	189 (48.6)	97 (24.9)	14 (3.6)	236 (60.7)	***
16. 物や衣類を壊したり破いたりする	37 (9.5)	46 (11.8)	299 (76.9)	7 (1.8)	27 (6.9)	344 (88.4)	***
17. 不潔な行為を行う(排泄物を弄ぶ)	40 (10.3)	79 (20.3)	266 (68.4)	8 (2.1)	60 (15.4)	309 (79.4)	***
18. 食べられないものを口に入れる	31 (8.0)	27 (6.9)	325 (83.5)	10 (2.6)	26 (6.7)	342 (87.9)	***
19. ひどい物忘れ	255 (65.6)	83 (21.3)	48 (12.3)	209 (53.7)	65 (16.7)	105 (27.0)	***

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある / 数値はn(%)を表す / M-Wtest / ***: p<.001

表9. 入院時／退院時の治療及び隔離・抑制 (n=389)

	入院時		退院時		p
	人数	割合(%)	人数	割合(%)	
薬物療法	357	91.8	331	85.1	**
精神療法	165	42.4	149	38.3	ns
集団精神療法	80	20.6	80	20.6	ns
作業療法	115	29.6	86	22.1	**
生活機能訓練	114	29.3	125	32.1	ns
隔離	10	2.6	4	1.0	ns
抑制	22	5.7	13	3.3	ns

※欠損値のため、合計がn=389(100%)に満たない項目がある

※数値はn(%)を表す / Mc Nemar test / ns: non significant, **: p<.01

表10. 入院期間と患者特性の関連(主たる有意な変数のみ) (n=389)

	入院時				退院時				入院時～退院時の変化				
	入院期間			p	入院期間			p	入院期間			p	
	3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上		
HDS-R ^{a)}	10.6	8.7	10.0	ns	12.2	9.1	8.5	ns	-2.2	-1.2	2.8	**	
障害老人の日常生活自立度 ^{b)}	4.2	4.6	4.7	*	4.6	4.9	5.8	***	-0.4	-0.3	-1.2	***	
痴呆性老人の日常生活自立度 ^{b)}	4.9	5.6	5.3	**	4.6	4.7	5.6	***	0.4	0.8	-0.3	***	
所在 ^{b)}	入院前				退院後								
	入院期間			p	入院期間			p				p	
	3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上		3ヶ月未満	1年未満	1年以上		
	在宅	39.8%	34.1%	23.7%	*	21.3%	12.8%	2.1%	***				
	精神科急性期病棟	2.5%	2.4%	3.1%		0.6%	1.6%	0.0%					
	精神科療養病棟	7.5%	10.3%	18.6%		3.1%	6.4%	6.4%					
	その他の病棟	2.5%	4.0%	4.1%		5.0%	13.6%	12.8%					
	介護療養型医療施設	5.0%	3.2%	3.1%		5.0%	5.6%	8.5%					
	介護老人福祉施設	5.0%	11.9%	15.5%		15.0%	17.6%	7.4%					
	介護老人保健施設	8.7%	3.2%	6.2%		8.8%	8.8%	1.1%					
	痴呆性高齢者グループホーム	26.7%	30.2%	25.8%		33.1%	23.2%	45.7%					
その他の介護施設	2.5%	0.8%	0.0%		1.3%	1.6%	2.1%						
死亡	0.0%	0.0%	0.0%		6.9%	8.8%	13.8%						

※数値は、常態分布の場合、斜体はMeanを表す / a): ANOVA, b): χ^2 test / ns: non significant, *: p<.05, **: p<.01, ***: p<.001

※障害老人の日常生活自立度: 自立=1, J1=2, J2=3, A1=4, A2=5, B1=6, B2=7, C1=8, C2=9として扱った

※痴呆性老人の日常生活自立度: 自立=1, I=2, IIa=3, IIb=4, IIIa=5, IIIb=6, IV=7, V=8として扱った

平成 17 年厚生労働科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）
精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究
分担研究報告書

わが国のストレス病棟のあり方に関する研究

分担研究者：不知火病院 徳永雄一郎

協力研究者：不知火病院 矢崎直人

【要旨】

ストレス病棟は各地域に存在して、入院を求める患者からの要求に応えられていることが望ましい。全国のストレス病棟が治療方針を共有し、ある程度以上の治療基準を満たしていることが肝要と思われる。今回、日本ストレス病棟研究会に属する 13 施設の運営実態と患者動態を調査し、おおむねそれらが実現されていることを確認した。また、うつ病治療の最大の問題である自殺行動について焦点を当て、これらが全施設で低値であり、しかも偏りのないことが確かめられた。

【目的】

前回研究においては、不知火病院における患者動態と治療的介入、治療結果について調査し、必要と思われる職員の配置基準と必要病床数に関する提言を行った。今回は、それらの状況がどれほど一般化できるかを検討するため、全国のストレス病棟における実態を調査した。

【方法】

ストレス病棟を有する全国 13 の施設（日本ストレス病棟研究会の所属施設）に対してアンケートによる調査を行い、全施設か

ら回答を得た。調査期間は平成 16 年 4 月から 17 年 3 月であった。対象患者数は 1,216 名である。

【結果】

1. 病床利用の現状

表 1 のとおり、ストレス病棟における新規入院患者は 60% を越えた。平均在院日数は 60 日以下であった。ただし平均在院日数には施設によるばらつきが認められた。病院全体の病床数に対するストレス病床の比率は 14.1% であった。

2. ストレス病棟における診断分類

表2および図1のとおり、気分障害(F3)が約60%を占め、約50%がうつ病エピソード(F32)と反復性うつ病性障害(F33)であった。統合失調症は13.1%にとどまった。そのほかは不安障害が6.1%、人格障害が4.1%であった。統合失調症、不安障害と人格障害については施設間のばらつきが大きい。

3. 閉鎖病棟への転棟

症状や行動上の問題、とりわけ自殺念慮の高まりや自殺企図による閉鎖病棟への転棟処遇は、ストレス病棟における大きな課題である。今回調査ではその割合は6.7% (標準偏差4.9)と低い値にとどまった。

4. 自殺

自殺については、各施設におけるストレス病棟開設以来の全患者を対象とした。入院患者数10,427名中のうち、自殺完遂数は21例であった。これは頻度にするると0.20%である。自殺者の障害分類は気分障害(F3)が16例、統合失調症など(F2)が2例、人格障害(F6)が2例、摂食障害(F5)が1例であった。自殺患者は各施設に1名から最大5名、満遍なく発生しており、ある施設に自殺者が集中するという結果はなかった。

【考察】

各施設におけるストレス病床の比率、ストレス病棟における新規入院患者の比率、平均在院日数などは施設間のばらつきも少なかった。今回調査対象となった13病院においては、基本的な治療構造において、一定の病棟運営がなされていることが推測される。これらの病院はすべて日本ストレス病棟研究会の所属施設であり、この6年間

で協議と検討を重ねてきた結果として基本的な治療方針、病棟運営の共通認識がもたらされているのかもしれない。

診断分類を見ても気分障害が6割を占めその8割以上をいわゆるうつ病が占めている実態は興味深い。運営方針として対象患者をうつ病とするかどうかとは無関係に、ストレス病棟にはうつ病が集中することが明らかになった。ただし地域と病院の置かれている実情により、統合失調症や人格障害の割合には差異が生じる。

ストレス病棟の意義の一つはうつ病における自殺行動への対応と抑止である。諸報告による入院中のうつ病患者の自殺完遂の割合が3~15%であり、外来患者に対する大規模な疫学調査においても0.8%程度であることと比較すると、この13施設における平均7年間(最長20年間)の自殺数は少ないといえる。対象患者の偏りや治療環境の違いがあるため、単純に比較することには慎重を要するものの、この結果はストレス病棟における治療的努力の効果と考えられる。同時にストレス病棟入院中に閉鎖病棟へ転棟しなければいけない患者数も少なかった。

【まとめ】

1. 病棟運営に明らかな施設間の差は認められず、13施設が同方向の運営方針を持っていることが確認された。
2. 患者動態も施設間でごく類似しており、ストレス病棟と銘打つことで、特定の患者ニーズに込えている実態を推測させた。
3. 自殺者は他の統計結果と比較して低めであり、ストレス病棟の一目的が達成されていた。

(表1) 病床利用の現状

全体に対するストレス病床の比率 (%)	14.1±7.2
ストレス病棟における個室の比率 (%)	32.7±5.4
ストレス病棟における新規入院患者の比率 (%)	62.8±17.0
平均在院日数 (H17年4月～H17年6月) (日)	84.9±72.0

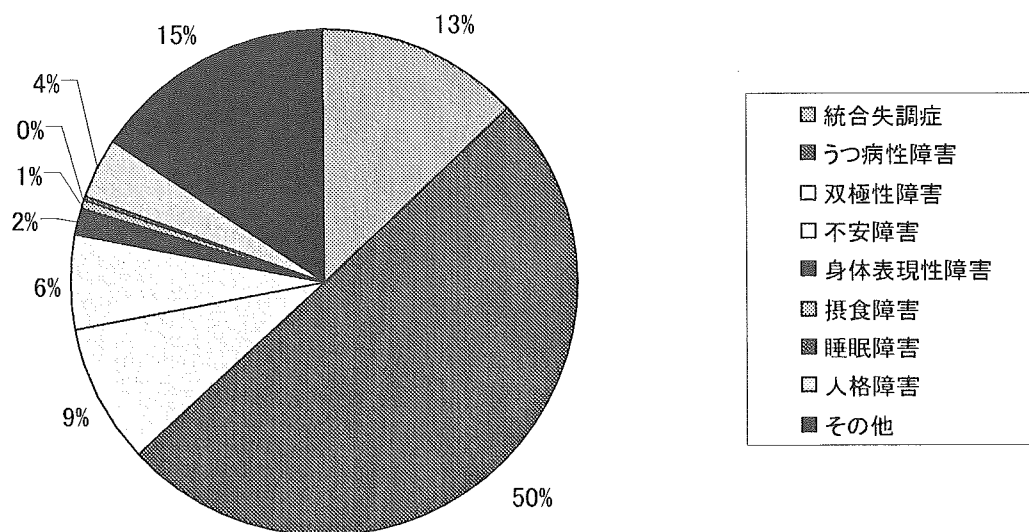
(表2) 平成16年度におけるストレス病棟の疾病診断内訳

統合失調症	13.1±9.3
気分障害	59.0±20.0
不安障害	6.1±8.3
身体表現性障害	1.5±2.1
摂食障害	0.7±0.6
睡眠障害	0.1±0.3
人格障害	4.1±5.5
その他	15.5±12.4



うつ病性障害	49.9±21.7
双極性障害	9.1±5.6

(図1) 平成16年度におけるストレス病棟の疾病診断内訳



III. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- 保坂 隆 (著) : プチ楽道家になる方法。PHP文庫, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 「頭がいい人」は脳をどう鍛えたか。中公新書ラクレ, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : プチ依存と上手にくらす本。PHP文庫, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 図解 : プチストレスにさよならする本。PHP文庫, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 「頭がいい人」の快眠生活術。中公新書ラクレ, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : プチストレスをきれいになくす。日本文芸社, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 小さいことにクヨクヨしない方法 124。広済堂文庫, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 脳が元気になるプチ・トレーニング。PHP文庫, 東京, 2006
- 保坂 隆 (編集) : 神経症性障害とストレス関連障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社, 東京, 2005
- 保坂 隆 (編集) : 児童精神障害。精神科臨床ニューアプローチ。メジカルビュー社, 東京, 2005
- 保坂 隆 (編集) 精神科専門医にきく最新の臨床。中外医学社, 東京, 2005
- 保坂 隆 (著) : 産業メンタルヘルス。診断と治療社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : 現代社会とストレス関連障害の概念。保坂 隆 (編集) 神経症性障害とストレス関連障害。9-12, メディカルビュー社, 東京, 2005
- 保坂 隆 : 他科とのリエゾン精神医学での注意点。上島国利・立山萬里 (編集) 精神医学テキスト。283-288, 南江堂, 東京, 2005
- 保坂 隆 : レンドルミンD錠の効果的使用法。上島国利 (編集) 睡眠障害診療のコツと落とし穴。56-57, 中山書店, 東京, 2006
- 保坂 隆 : 身体疾患患者の精神疾患合併率について。保坂 隆 (編集) 精神科専門医にきく最新の臨床。82-84, 中外医学社, 東京, 2005
- 保坂 隆 : 身体疾患患者への集団精神療法。保坂 隆 (編集) 精神科専門医にきく最新の臨床。161-163, 中外医学社, 東京, 2005
- 保坂 隆 : 大病に罹患したらどんな気持ちになるの?。上島国利, 平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 10-11, 総合医学社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : リハビリ中の患者さんの対応で気をつけることを教えて?。上島国利, 平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 12-13, 総合医学社, 東京, 2006
- 保坂 隆 : 人工透析患者の心理について教えて?。上島国利, 平島奈津子 (編集) 全科に必要な精神的ケア, 14-15, 総合医学社, 東京, 2006
- 安西信雄 : COMMENT 困難な症例から学ぶ 第15回「統合失調症と強迫性障害との区別が長らくつきかねた症例」Schizophrenia Frontier 5(2) : 125-126, 2004.
- R.P. リバーマン編 (安西信雄・池淵恵美監訳) : リバーマン実践的精神科リハビリテーション。創造出版, 東京, 2005年7月 (訳書・新装版)

- 岸 泰宏 : プライマリーケア (一般身体疾患診療現場) における大うつ病治療 in 精神科 専門医にきく最新の臨床 編集 保坂隆 中外医学社 東京 2005 pp48-50
- 徳永雄一郎 (著) : カウンセリングナース—新たな看護手法を求めて. 昭和堂, 京都, 2005
- 徳永雄一郎 (著) : ストレスとうつ. 西日本新聞社, 福岡, 2005
- 徳永雄一郎 : 自宅療養で遷延化するうつ病治療の危険性—治療初期における医師判断の問題点. 上島国利編集 ; うつ病診療のコツと落とし穴. 中山書店, 東京 ; 71-73, 2005
- 白石弘己 (2005) 精神保健福祉法の現状と問題点 保護者をめぐって. 司法精神医学 4, 民事法と精神医学 (松下正明, 山内俊雄, 山上皓, 中谷陽二編集) pp240-249 東京 : 中山書店
- 白石弘己(2006) 精神障害者の人権擁護 : 精神医療の立場から. 司法精神医学 1 民事法と精神医学 (松下正明, 山内俊雄, 山上皓, 中谷陽二編集) pp294-303 東京 : 中山書店
- 白石弘己 (2005) 家族のための統合失調症入門 東京 : 河出書房新社
- 白石弘己 (2005) 「労働者のメンタルヘルスに関連する法律等の要点」こころの医学 (野村総一郎, 高橋祥友, 川上憲人編集) pp161-170 東京 : 南江堂

【雑誌】

- Matsubayashi H, Shida M, Kondo A, Suzuki T, Sugi T, Izumi S, Hosaka T, Makino T.: Preconception peripheral natural killer cell activity as a predictor of pregnancy outcome in patients with unexplained infertility. *Am J Reprod Immunol* 53: 126-131, 2005
- Kamiyama K, Yamami N, Sato K, Aoyagi M, Kyoya M, Mizuno E, Uemura M, Kawamoto Y, Okuda M, Togawa S, Shibayama M, Hosaka T, Mano Y.: Effects of a structured stress management program on psychological and physiological indicators among marine hazard rescues. *J Occup Health*. 2004 Nov;46(6):497-9.
- Okuda M, Uemura M, Yamami N, Ogiwara R, Mano Y, Hosaka T, Mizuno E, Aoyagi M.: A study on fatigue and health disturbance in caregivers of the elderly at home. *プライマリ・ケア* 27: 9-17, 2004
- Sugawara Y, Akechi T, Okuyama T, Matsuoka Y, Nakano T, Inagaki M, Imoto S, Fujimori M, Hosaka T, Uchitomi Y.: Occurrence of fatigue and associated factors in disease-free breast cancer patients without depression. *Support Care Cancer*. 2005
- 保坂 隆, 寒河江和子, 堀 美智子 : 患者とのコミュニケーション—睡眠導入薬を例に一調剤と情報 11: 147-156, 2005
- * 町田いづみ, 保坂 隆 : リフレーミング。プチナース 14(7) : 80-83, 2005
- 保坂 隆 : 病院経営からみたメンタルケア。医療経営 249: 70-71, 2005
- 保坂 隆 : スポーツとうつ病・統合失調症・認知症・てんかん。臨床スポーツ医学 22: 291-295, 2005
- 保坂 隆 : リエゾン精神医学—がん患者の心のケア。緩和医療学 7: 117-118, 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆 : 転移。プチナース 14(8) : 66-69, 2005
- 町田いづみ, 保坂 隆 : 患者さんの理解度をアップさせるスキル。プチナース 14(9) :

64-67, 2005

○町田いづみ, 保坂 隆: 睡眠障害・反応タイプ。緩和医療学 7: 323-326, 2005

○Ichimura A, Matsumoto H, Kimura T, Okuyama T, Hosaka I.: Change in mental disorder distribution among suicide attempters in mid-west area of Kanagawa. Psychiatry & Clin Neurosci 59: 113-118, 2005

○町田いづみ, 保坂 隆: 告知。緩和医療学 7: 429-432, 2005

○保坂 隆: 人間ドックとメンタルヘルスについて。人間ドック 20:112-127, 2005

○保坂 隆: スポーツ精神医学。総合病院精神医学 17: 300-302, 2005

○保坂 隆: 身体科医と精神科医の連携。総合臨床, 54: 3082-3085, 2005

○保坂 隆, 小島卓也: 新医師臨床研修制度の現状と課題—精神科七者懇卒後研修問題委員会より。精神神経学雑誌 107: 836-840, 2005

○町田いづみ, 保坂 隆: 家族とのコミュニケーション。プチナース 14 (15): 42-45, 2005

○保坂 隆: パニック障害以前の不安神経症。最新精神医学 10: 623-624, 2005

○町田いづみ, 保坂 隆: 一般病棟でみられるうつ状態への対応。プチナース 15 (1): 36-39, 2006

○保坂 隆: 疲労感への医療援助—無気力から過労死まで。総合臨床 55: 31-34, 2006

○保坂 隆: 緩和医療におけるサイコオンコロジー。臨床外科 61: 173-175, 2006

○保坂 隆, 小島卓也: 「新卒後臨床研修制度の実実際問題」のまとめと意義。精神神経学雑誌 107: 563-564, 2005

○保坂 隆: コンサルテーション—リエゾン。心療内科 10: 6-10, 2006

○保坂 隆: 身体疾患患者への精神療法。精神科 8: 122-126, 2006

○町田いづみ, 保坂 隆: せん妄患者さんへの対応。プチナース 15 (3): 34-37, 2006

○保坂 隆: 高齢者のリエゾン精神医療とサイコエデュケーション。老年精神医学雑誌 17: 272-276, 2006

○保坂 隆: 看護学生のストレスチェック。プチナース 15 (4): 47-52, 2006

○保坂 隆: 医療の質のこれまでとこれから: 政策課題は医療費抑制だけではない。Monthly IHEP 140: 21-30, 2006

○安西信雄 (主任研究者): 平成 15 年度精神・神経疾患研究委託費 15 指-1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 (総括研究報告書). 2004 年 4 月

○安西信雄 (分担研究者), 佐藤さやか, 天笠崇, 石原明子: 長期在院患者の地域移行の阻害要因・促進要因の実態調査および文献研究. 平成 15 年度精神・神経疾患研究委託費 15 指-1 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究 (主任研究者: 安西信雄)

○安西信雄 (主任研究者): 平成 15 年度厚生労働科学特別研究事業 精神障害を有する者にかかるケアニーズの適切な評価に関する基礎的調査研究 総括研究報告書. 2004 年 4 月

○安西信雄, 瀬戸屋雄太郎, 磯谷悠子, 八木奈央: 社会復帰リハビリテーション病棟に関する研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金 (障害保健福祉総合研究事業) 「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究 (主任研究者: 保坂隆)」研究報告書. pp52-63, 2005.

- 安西信雄, 西村秋生, 山内慶太, 三村将, 佐藤久夫, 天笠崇, 湯汲英史, 宮本有紀, 荒田寛, 瀬戸屋雄太郎, 小高真美, 榎野葉月, 中西三春: 精神及び知的障害者の介護ニーズの評価手法の開発に関する研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「要介護状態の評価における精神, 知的及び多様な身体障害者の状況の適切な反映手法の開発に関する研究(主任研究者: 遠藤英俊)」研究報告書. pp18-87, 2005.
- 安西信雄: 精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究(15 指-1). 総括研究報告書. 2005.
- 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎, 佐藤さやか, 天笠崇: 国立病院・療養所等への集中的リハビリテーションの普及方法の開発と実践. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究(主任研究者: 安西信雄)」研究報告書. 2005.
- 安西信雄: いま, なぜコーピングスキルに注目するのか? 特集: つらい「幻聴」とうまくつきあうコーピングスキルの獲得. 精神看護 7(2): 12-15, 2004
- 安西信雄: 新しい地域ケアのありかた. (VII. 統合失調症—最新の知見. 発症の背景からリハビリテーションまで). 上島国利, 牛島定信, 武田雅俊, 丹羽真一, 宮岡等編: 精神障害の臨床. 日本医師会雑誌 特別号 131(12): 323-325, 2004
- 安西信雄: 退院における障害と支援方法. 精神科臨床サービス 4(3): 388-393, 2004
- 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題. OT ジャーナル 38(12): 1090-1096, 2004
- 安西信雄, 榎野葉月: 精神科リハビリテーションの概念と意義. 精神科 5(3): 169-172, 2004
- 安西信雄: (解説) 心身症の治療 41. S S T (Social Skills Training) 心療内科 8(6): 411-415, 2004
- 瀬戸屋雄太郎, 安西信雄: (コラム精神看護キーワード事典) 介護保険: 精神障害にも導入されると… 精神看護 7(5): 98-100, 2004.
- 安西信雄, 佐藤さやか: 対処様式・能力. 臨床精神医学 増刊号 79-82, 2004
- 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 精神障害者の要介護状態の評価について. 日本精神科病院協会雑誌 24(6): 544-549, 2005.
- 安西信雄: わが国の統合失調症の心理社会療法. 日精協誌 24(9): 872-875, 2005
- Kishi, Y., Meller, W.H., Swigart, S.E., Kathol, R.G, Are the patients with post-transplant psychiatric consultation different from other medical-surgical consultation inpatients? Psychiatry Clin Neurosci, 2005;59(1):19-24
- Kishi, Y, Meller, W.H., Kathol, R.G, Swigart, S.E.: Timing of psychiatric consultations: Clinical characteristics related to the timing of consultation Psychosomatics 2004;45(6):470-476
- Kishi Y, Konishi S, Koizumi S, Kudo Y, Kurosawa H, Kathol RG Schizophrenia and narcolepsy: a review with a case report. Psychiatry Clin Neurosci 2004;58(2):117-24
- Kathol, R.G, McAlpine, D.D., Kishi Y, Spies, R.B., Meller, H.W., Bernhardt, T., Eisenberg S., Folkert, K., Gold W. Persistently elevated medical and pharmacy claims in patients who use behavioral health services J Gen Intern Med 2005;20(2):160-7

- Kishi Y, Swigart SE, Meller WH, Kathol RG, Thurber S. Anxiety disorders and concomitant characteristics of inpatients referred for psychiatric consultation in a university hospital Psychiatry On-line. 2006 <http://www.priory.com/psych/anxiety.htm>
- 岸 泰宏：脊髄損傷，四肢切断。精神科リエゾンガイドライン（精神科治療学編集）委員会，星和書店，東京，2004，pp231-235
- 松木秀幸，黒澤亜希子，新井久美子，松田晃武，犬尾文昭，松木麻妃，岸 泰宏，堀川直史：終末期がん患者の実存的苦痛に対する精神科医の役割。総合病院精神医学17:269-277, 2005
- 三上克央，岸 泰宏，松本英夫：思春期における自殺企図の1例：背景となった心理・社会的準備因子の認識と介入の重要性を中心に。精神医学 48: 331-338, 2006
- 森秀樹，松木秀幸，岸 泰宏，堀川直史，深津亮：認知症。リウマチ科34:160-168, 2005
- 森秀樹，松木秀幸，岸 泰宏，堀川直史，深津亮：認知症と鑑別すべき病態；低活動性せん妄，仮性認知症と軽度意識障害を中心に。精神科治療学20:1013-1022, 2005
- 森秀樹，松木秀幸，岸 泰宏，堀川直史，深津亮：高齢者にみられる嫉妬妄想。老年精神医学雑誌16:1261-1268, 2005
- 堀川直史，松木秀幸，岸 泰宏：精神科受診をどのように勧めるか：一般診療科と精神科の連携。こころの科学125:80-86, 2005
- 岸 泰宏，Kathol RG DPCと精神科 医学のあゆみ 212:706-707:2005
- 徳永雄一郎：うつ病治療病棟でのクリニカル・パスの実践。最新精神医学 第10巻 第6号:579-585, 2005
- 白石弘己 (2005) 「精神神経学会の精神保健福祉法改正に関する見解」精神神経学雑誌 9-968-972
- 白石弘己，藤井潤 (2005) 「統合失調症と新規抗精神薬の適正使用 患者家族への説明のポイント」薬局 別冊 10-75-80
- 白石弘己，竹端寛，川副泰成，伊藤哲寛，大原美知子，小林信子，里美和夫，平田豊明，山角駿 (2005) 「市民団体による精神科病院の情報開示活動の現状と課題」病院・地域精神医学 2-201-202
- 白石弘己，大原美知子，青木眞策，滝沢武久，石河弘，樋田なおみ (2005) 「精神保健医療改革と家族（社会的入院患者）や家族に対する調査をもとに」精神医学 12-1363-1370
- 白石弘己 (2004) 「介護保険 障害者福祉施策と介護保険制度についての動き」外来精神医療 1:93
- 白石弘己 (2005) 「臨床家のための医学知識 up to date “Life shortening disease”としての統合失調症」作業療法ジャーナル 5:414
- 白石弘己 (2004) 「隣接領域レポート 日本病院・地域精神医学会」家族療法研究 3-82-83
- 白石弘己 (2006) 「病名告知とその後のサポートについて教えて」ナーシングケア Q&A 9-20-21 東京：総合医学社

○白石弘巳, 益子茂, 平田豊明, 沢温, 藤村尚宏, 中村満, 梶達彦, 宮田裕章 (2005)
措置入院制度を含む精神科救急医療の適正な供給に関する研究 平成16年度厚生労働科学研究補助金(障害保健福祉総合研究事業)「措置入院制度の適正な運用と社会復帰支援に関する研究」総括・分担研究報告書:145-177

IV. 研究成果の刊行物・別刷

新しい地域ケアのありかた

安西信雄

新しい地域ケアのありかた

安西 信雄

「統合失調症」の「地域ケア」という言葉に違和感を感じる方もおられるかもしれない。「精神分裂病」の呼称は「統合失調症」に変更されたが、そもそも「精神分裂病」と呼ばれていた病気が「地域ケア」に馴染むのか、という疑問を持つ方もおられるかもしれない。

統合失調症への呼称変更には、本人や家族が受け入れやすい病名に変えるということと同時に、医療機関をはじめとする社会の側の偏見をなくし、社会参加を推進しようという意図があった。こうした意図を実現するためには「統合失調症は地域ケアで対応できる病気なのか」「どのような地域ケアがあればそれが実現できるのか」という問いに答えることが必要になる。

わが国の精神科医療は入院中心から地域ケアへの転換に直面している。まだ十分な実績はないが、新しい地域ケアのありかたを構想する材料は得られている。地域ケアを可能にするためには、患者の生活能力・疾病自己管理能力を向上させる治療・リハビリテーション技術と、個々人の支援ニーズに柔軟に対応できる地域支援体制の両方が必要である。欧米で発展してきたこうした技術や方法が、わが国においても実践されるようになってきた。前者の例がSST（Social Skills Training, 社会生活技能訓練）であり、後者の例がACT（Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム）である。本稿では、わが国における統合失調症治療の歩みを手短かに振り返り、これらの新しい技術や方法を紹介しながら、わが国における地域ケアのありかたを考えたい。

わが国における統合失調症治療の歩み

かつて「精神分裂病」は予後不良と考えられ、その診断が入院治療を意味する時代もあったが、塩酸クロルプロマジンやハロペリドールを代表とする抗精神病薬が登場して院内作業療法が活発になり、退院する患者も増えた。しかし、過剰な鎮静やパーキンソン症状などの副作用も少なくなかったため、治療継続や地域生活が難しいことも多かった。近年、非定型抗精神病薬と呼ばれるリスペリドンやオランザピン、フマル酸クエチアピン、塩酸ペロスピロンなどが導入され、副作用を減らしつつ従来型抗精神病薬と同等かそれ以上の効果が期待できるようになった。

わが国の精神科在院患者は約33万人で、そのうち約65%を統合失調症が占める。新しい入院患者の多くは1年以内に退院するが、長期在院患者の退院は少なく、1年以上の在院患者が70%を超え、在院患者は短期退院群と長期在院群の両極化の状況にある。人口万対在院患者数は、欧米諸国では5～10人であるがわが国では28人で、諸外国の2～3倍に相当する。注意する必要があるのは、非定型抗精神病薬が導入された後も在院患者数はほとんど減少していない点である。

厚生労働省の精神保健福祉対策本部は2003年5月15日に中間報告を発表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」転換する方向性を明らかにした。その中心的課題の1つが、精神科在院患者のうち受け入れ条件があれば退院可能と見込まれる、いわゆる「社会的入院患者」約72,000人を退院させることであるが、

その実現のためには居住サービスなどの生活支援施策とともに、本稿で述べる地域ケアの充実が必要となる。

SST（社会生活技能訓練）

統合失調症の再発は「ストレス-脆弱性」モデルに代表されるように、環境からのストレスへの代償不全により生じると考えられるようになっている。したがって、統合失調症の再発を防止し安定した地域生活を可能にするためには、環境からの要請に対応できる対処能力の向上が必要となる。

SSTとは、他者とのコミュニケーションや社会的役割遂行のうえで必要とされる行動レパートリーを生活技能（social skills）にとらえ、認知と行動の改善に働きかける系統的な練習により意欲と能力向上を図る方法である。統合失調症は再発を繰り返すなかで陰性症状が次第に明らかになり、入院生活が長期に続くことによって自主性が損なわれて施設症（ホスピタリズム）が生じやすいという特徴がある。SSTはこうした生活・行動面における障害（生活障害）を改善するために認知行動療法の1つとして米国・UCLAのLieberman

表1 社会生活技能訓練(基本訓練モデル)のセッションの流れ

1. はじめの挨拶
2. 新しい参加者を紹介する
3. 社会生活技能訓練の目的ときまりを確認し合う
4. 宿題の報告を聞く
5. 練習課題を明確にする
6. ロールプレイで技能を練習する（表2参照）
次回までの宿題を設定する
→(次の人へ進み,上記の4から繰り返す)
7. まとめ
8. 終わりの挨拶（次回の予告）

らによって開発された治療技法で、わが国においても「入院生活技能訓練療法」として診療報酬に組み入れられ、1995年にSST普及協会が発足し、近年急速に普及している。

その要点は、「どういふことができるようになりたいですか」などの問いかけを通して本人の希望を受け止めること、アセスメントに照らして本人の希望を実現可能な課題に具体化して目標設定を促すこと、リハーサルやモデリングなどの「行動から体得する」方法を用いて系統的な練習を繰り返すこと、正のフィードバック（行動のよい点を褒める）を強調して意欲と自信を引き出すこと、練習場面で実行した技能を宿題を通して実生活で実践することを支援し般化（generalization）を促すことである。これがSSTの基本訓練モデルである。その実施方法の概略を表1・2に示した。取り上げる課題は本人の希望に沿ってそのつど異なるが、表のように実施方法が決まっていること（これを「構造化された学習環境」と呼ぶ）、安心できる場でリハーサルと練習を繰り返すことにより実生活に必要な技能の学習を促すことが特徴である。

表2 ロールプレイによる技能練習のしかた

1. 場面を作る（だれを相手に、いつ、どこで、何をして、相手はどう反応して、結果はどうだったか）
2. 練習の際の相手を選び、本人と相手の言葉と態度を具体的に示す
3. 予行演習（ドライラン）をする
4. 正のフィードバックを行う
5. 改善点を提示する
6. モデル行動を示す（モデリング）
7. 再演する
 - ・ 促し（プロンプティング）：よいやりかたを促す
 - ・ コーチング：よいやりかたを指導し教授する
 - ・ 行動形成（シェーピング）：一步一步練習する
8. 実生活場面での練習を計画し、宿題として具体化する
9. 宿題カードに宿題を書き込む

SSTは地域生活に必要な自信と対処技能の向上に有用であるが、さらに服薬や症状の理解と自己管理技能を向上させる学習プログラム（モジュールと呼ぶ）も実践されて効果をあげている。これを効果的に実施するためには、家族心理教育や下記の地域生活支援と結びつけて実施することが推奨されている。

ACT (包括型地域生活支援プログラム)

欧米では1950年代から精神科病院の閉鎖や縮小が進められ、患者の地域移行・地域定着のためのさまざまな試みが実施されてきた。それらのうち、米国で1970年代初期に重度の慢性障害者を対象に実施されたProgram of Assertive Community Treatment (PACT) は、入院率の減少、入院期間の短縮、地域生活の安定、患者の高い満足度などの効果があり、症状軽減、QOLの向上も得られるなどの顕著な成果をあげた。その後の追試によっても効果が確認され、これがACT (アクト) として重症の精神疾患患者に対する地域ケアの国際的な標準となった。

ACTの要点は、従来であれば入院が必要とされるような重症の精神障害患者に対して、地域生活を支える医療や種々の生活上のニーズに関する多彩な援助を24時間・365日、生活の場に出向いて継続的に実施することにある。危機介入や服薬管理、就労支援、SSTなどの幅広い支援を高い密度で提供することになるので、スタッフ当たりの担当ケースを10人前後に制限し、医師を含む多職種チームの10~12人が100人程度の患者を担当する。

わが国で初めての本格的なACTが、2002年度からの準備を経て、2003年度から国立精神・神経センター国府台地区(千葉県市川市)において塚田、伊藤、西尾らにより実施され

ている。チームスタッフは、チームリーダー1名(精神保健福祉士、以下PSW)、プログラムマネジャー1名(PSW)、精神科医1名のほか、ケースマネジャー10名(看護師2、作業療法士2、心理士1、職業カウンセラー1、リハビリテーションカウンセラー1、PSW2、シニアレジデント精神科医1)で構成されている。対象患者は、国府台病院精神科病棟への入院患者のうち、頻回の入院歴や精神科救急の利用、通院中断歴などを有する統合失調症等の精神疾患患者で、生活障害のために日常生活に支援を要する者である。これらの対象に対し、ケアプランに基づく訪問を中心とした幅広いサービスが多職種チームによって展開されている。

ACTには医療機関を基盤にするものと地域機関を基盤にするものが想定されているが、国府台地区における試みは医療機関モデルに相当する。ここで得られる成果は、今後の地域型ACTやケアマネジメントの展開にも大きなインパクトを与えることが期待される。

おわりに

統合失調症治療は地域ケアの方向に向かい、住み慣れた地域の中での普通の生活を可能にするノーマライゼーションが強く求められるようになってきている。欧米の職業リハビリテーションにおいては、「訓練した後で就労させる」方式よりも、「実際の職場で訓練を行う」援助付き雇用(supported employment)がより効果的であることが示されている。こうした発想の転換は、就労支援はもちろんのこと、退院を促進し地域ケアを推進する際に重要となる。地域生活のチャンスの提供と、その実現を支援する技術と支援体制が同時に求められているのである。