

退院における障害と支援方法

安西 信雄

精神科臨床サービス

第4巻3号 2004年7月 別刷

星 和 書 店

退院における障害と支援方法

安西 信雄*

抄録 厚生労働省の「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の退院の提言を契機に長期在院患者の退院促進の機運が高まっているが、長期在院患者をかかえている現場では退院の実現は困難という声もある。日精協の社会復帰サービスニーズ調査では、「現在の状態でも退院可能」と医師が判断した患者群でも、食事の用意や家事一般などのIADL（手段的日常生活動作）が低下している患者が多く、退院希望が不明確な患者も少なくない。退院における障害には、このようなIADLの困難や退院の意欲の乏しさのほか、再発防止のための服薬継続や症状の自己管理の技能の乏しさが含まれる。こうした問題に効果的に対処し長期在院患者の退院を促進するために、厚生労働省精神・神経疾患研究の退院促進研究班で集中的リハビリテーションと地域移行支援の取り組みが開始されている。退院促進研究班の取り組みを紹介し効果的な支援方法を検討した。

精神科臨床サービス 4 : 388-393,2004

キーワード：長期在院患者，退院促進，IADL，集中的リハビリテーション，地域ケア

はじめに

最近、「どうやれば長期入院の患者さんを退院させられますか?」と聞かれることが多い。厚生労働省が「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策を打ち出したことが影響しているのであろう。精神保健福祉対策本部中間報告（平成15年5月15日）¹⁾で「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向が示され、新しい入院患者に対しては「手厚い急性期治療を行うことにより、多くは早期の退院を見込むことができる」こと、また長期在院の患者については「たとえ10年、20年を超える長期入院を余儀なくされていた場合であっても、適切な社会生活訓練等のリハ

ビリテーションや退院支援、退院後の居住先の確保及び地域生活支援により、社会生活が可能となる場合がある」ことが述べられ、こうした改革に向けた具体的対策の方向が提案された。

「その通りですよ。ただどうちの患者さんは退院させないでくれ、病院で暮らしたいと言っています」「どうしたらいいんでしょう?」と質問は続く。精神科病院協会による後述の調査²⁾では半年以内の退院を「希望する患者」が56.2%で、「希望しない」が22.3%、「わからない」が21.5%であった。「希望しない」と「わからない」を合わせると43.8%になるが、この数字は1年未満の在院患者（約30%）も含む全入院患者の集計なので、長期在院患者だけを抜き出せば退院を希望しない率はもっと高くなるであろう。

「退院における障害」として、本人が退院を希望しないこと、地域生活の動機が乏しいことをあげるのは簡単である。表面的にはそれは事実であ

あんざい のぶお

*国立精神・神経センター精神保健研究所
〒272-0827 千葉県市川市国府台1-7-3]

ろう。しかし、「なぜ退院したくないのか、いつから、どのようなきっかけで退院を希望しなくなったのか」を探り、退院したくない理由を解明できれば新しいアプローチが可能になるのではなかろうか。かつて統合失調症の「自閉」は病気そのものから生ずると考えられていた時期に、江熊要一は「理由のない自閉はない」と述べた。自閉に至る苦しみへの共感と希望を尊重する根気強い精神療法的・援助的な関わりの中で、本人が治療者に心を開いてくれるようになれば自閉から抜け出す手がかりが得られるというわけである。今、われわれに求められているのは「理由のない退院拒否はない」という視点から、この問題にアプローチしていくことではないだろうか。

そこで「退院における障害」が特に問題となる1年以上の長期在院患者を中心に、本人の側の障害と、こうした退院困難と支援体制との関連を考察し、最後に厚生労働省精神・神経疾患研究委託で取り組まれている退院促進研究班の「集中的リハビリテーション」について述べたい。

I. 退院の時に見えてくる 本人の側の障害

現在在院中の患者のうち退院後の地域生活が困難と予想される患者は多い。精神科病院協会から平成15年に発表された精神障害者社会復帰サービスニーズ調査⁹⁾では、対象となった入院患者約12,000人のうち1,767人(約15%)が「現在の状態でも、居住先・支援が整えば退院は可能」と判断されたが、これらの患者群でもIADL(instrumental activities of daily living: 手段的日常生活動作)に困難のある患者が相当数にのぼることが示された。すなわち、該当する1,767人のうち、各IADLが「いくらか困難」または「非常に困難」と評価された患者は、多い順に、食事用意78.5%、家事一般73.2%、金銭管理69.7%、薬の管理65.9%、交通手段の利用54.4%、買物53.5%、電話の利用41.2%であった。この群の患者は「現在の状態でも(中略)退

院可能」と判断されているので、病棟の保護的な環境では精神症状も日常生活も特に問題なく過ごしているのであろうが、半数~4分の3以上がIADLの問題があるとされているので、実際に退院すれば支援がなければ地域生活に困難が予想される。

穴見²⁾は国立精神・神経センター武蔵病院の在院患者を対象に、退院阻害要因の調査を実施した。その結果、慢性期患者群では、自発的生活のリズムを保つことの困難性、金銭管理の問題、好む生活など、身辺自立の困難性が浮き彫りになった。また症状においても、陽性症状が持続し病識の不十分な症例が多く、十分に治療効果が得られていないことも明らかになった。またこれらの患者群では家族のサポート能力が乏しいことも示された。退院阻害要因の因子分析の結果、第1因子として「セルフケアおよび周囲との関係」、第2因子として「治療コンプライアンスと問題行動」、第3因子として「退院への不安」が見いだされた。さらに身体合併症の自己管理が不十分であったり、歩行障害など日常生活におけるADL(activities of daily living: 日常生活動作)に問題がある症例も少なくなかった。

長期在院患者の退院阻害因子については阿部らにより評価表⁹⁾がまとめられている。この評価表では患者側の要因が精神症状、疾病の管理、2次的障害、社会機能に分けられ、それぞれ数個の下位項目があり、家族側要因が患者の問題行動・逸脱行動、世話にかかる労力と不安、病気に対する理解、サポートの資源の質と量に分けられ、それぞれ数個の下位項目がある。患者側の要因は穴見²⁾の結果との共通点が多いが、家族側要因がより詳細に整理されている。

これらの結果は長期在院患者を「社会的入院患者」と見なして、「住む家などの環境条件を整備すれば退院できるはずだ」という見方だけでは退院促進はうまくいかないことを示している。居住サービスは、従来のが国の精神保健福祉サービスでもっとも欠けていたものなので、その充実が必須の課題であるが、こうした環境面の整備と同

表1 統合失調症患者の退院基準³⁾

1. 退院後の生活について家族の支援が得られるか単身生活の場合は住む部屋と経済的支援が得られる。
2. 地域で生活するための最低限の日常生活技能（食事、金銭管理、火の始末等）があるか、不足している場合には家族などの支援が得られる。
3. 自分で服薬でき、定期的に通院できる。
4. 再発の注意サインをモニタでき、サインが出現したときに医療スタッフに連絡できる。
5. 現在の入院の契機となった問題（たとえば興奮や暴力、自殺企図、違法な薬物やアルコール摂取など）がほぼ解消され、地域生活における自傷他害の危険が低い。
6. 必要な場合に訪問看護師や保健師、精神保健福祉士やホームヘルパー等の訪問を受け入れることができる。
7. 重い身体疾患がないか通院で治せる程度に改善している。

時に、本人の側の基本的な地域生活の能力であるADL, IADLを向上させること、周囲の人々との協力関係が維持できること、服薬や通院の継続などの疾病自己管理がある程度行えることが必要になる。また退院への不安を受け止め、その軽減を図ることは退院への動機を高めるうえで重要なことは言うまでもない。

筆者が作成した統合失調症を持つ患者の退院基準³⁾を表1に示した。これは統合失調症の再発を防ぎつつ地域で安定して生活できる条件を退院準備性（discharge readiness）の視点から整理したものであるが、この退院基準から、退院は「本人側の障害」だけで決まるのではなく、必要時に医療スタッフ等に援助を求められるか、家族や訪問看護スタッフ等がどこまで支援できるかという、本人と援助者の総体としての力量に依存していることが分かる。すなわち、すべての問題に本人が自己対処できることが求められるのではなく、周囲の援助者に協力を求め、必要なときにSOSを出せるということも大切になる。

II. 「本人の側の障害」は周囲の支援体制と関連して変化する

先に「理由のない退院拒否はない」という視点を述べた。これを痛感させられた症例を紹介したい。

筆者が都立松沢病院で社会復帰病棟を担当していたとき、入院後7年経っていた統合失調症の65歳の女性Aさんに退院の希望を聞いた。即座に「寒い。ご飯が食べられない。ここがいい」と退院を拒否された。彼女は「寝ている間に誰かが部屋に入ってきて足を痛めつける」、「（立っているときも）床の下から誰かが足を引っ張る」という妄想があった。薬剤性のパーキンソン症状のため手指や下肢の振戦があるが、薬を減らすと妄想が強まるので薬を減らせない状態であった。即座に退院を拒否されたが、高齢で身寄りがなく退院後の援助者がいないうえに、振戦のため着衣や歩行がスムーズに出来ないなどの障害あり、退院したら食事や通院も大変と予想されたので、退院拒否はもっともと思われた。

病棟カンファランスでAさんの退院可能性が検討された。通常なら「退院困難」で「院内での長期療養が適当」と判断されるケースであろうが、病棟から訪問看護で退院を支援し、安定したら院内の訪問看護室に渡すことが計画された。しかし、本人にその気になってもらわないと話が始まらない。そこで、退院計画の第一歩として退院への動機づけが計画された。

少し前に30年在院していた女性患者のBさんが退院していた。Aさんと仲が良かったわけではないが長期在院患者としてお互いに意識し合う関係にあった。そのアパートに空室が1つ出来たという情報も得られていた。そこで担当看護師からAさんに「私が一緒に行くからBさんのアパートに行ってみない？」と提案した。Aさんは同意した。そこでBさんの部屋への訪問が実施された。2度目の訪問の後、Aさんは退院に同意した。そ

こで担当看護師が同行して近所への買物や通院の練習が繰り返された。アパートに入居した後は生活保護を得て生活しているが、電灯をつけず、暗くなったら寝て明るくなったら起きるなど本人独特の生活スタイルがあり、「足を痛めつけられる」という妄想は続いているが「今の方がいいです。退院してよかった」と語っている。パーキンソン症状のため杖をついての歩行であるが、通院時は本人が自力で来院し、帰りは訪問看護室の看護師が車椅子で送ることで通院を継続している。

以上のように、長期在院患者の退院を考えると、退院への意欲の乏しさや生活能力 (IADL) の低下などの問題があるが、これらの問題は「だから退院できない」と片づけずに、「こういう問題は、どうすれば解決できるか」という視点で取り組めば、退院が実現できることがある。Aさんが退院を拒否したのは、退院したらどんな生活になるかが分からず、自分がやっていけるか強い不安があったためと思われる。その不安を解消できたのは、担当医や看護師の「説得」ではなく、身近な人物であったBさん宅を訪問して得た「体験」であった。地域の中で自分の仲間が生活している姿を見て、自分もやれるのではないかという希望を持ったことが不安軽減に役立ったと思われる。もちろん、この成功は担当看護師が「Bさんのアパートに1室空きができた」という情報をキャッチして、「支援すればAさんもそこで生活出来るのではないか」という着想を得たことが出発点になっていた。担当看護師がAさんの不安につきあい、同行して支援し1つひとつ問題をクリアする中で地域生活への自信が回復した。Aさんは担当看護師を信頼し、その援助に感謝している。

Aさんは病識は欠如しているが、医師や看護師が促せば、通院や服薬は問題なく行うことができた。しかし、穴見²⁾が報告したように、服薬・通院などの治療コンプライアンスの悪さが再発や行動上の問題につながる例も多い。こうした問題に対処するために、集中的リハビリテーションの取り組みが開始されているので、次にそれを紹介する。

Ⅲ. 退院における障害を克服し 退院を支援する集中的リハ ビリテーション・プログラム

厚生労働省精神・神経疾患研究委託費により、国立精神・神経センター武蔵病院の社会復帰病棟におけるモデル実践を中心に退院促進に関する研究が取り組まれているが、その中心をなすものが集中的リハビリテーション・プログラムである。これは個々の長期在院患者・家族の希望の聴取と詳細なアセスメントにもとづき、入院環境で長期間生活していた患者が地域生活にソフトランディングを果たせるための方法を確立し、その普及を図ることを目的としている。

井上⁴⁾は日本における退院プログラムの実施状況とそれらの効果の検討を踏まえて、長期在院患者の退院を促進するための集中的リハビリテーションの技術開発を行った。わが国において退院促進が実践されている野添病院や谷野吾山病院、東京武蔵野病院等の活動を検討した結果、集団運営、SST・心理教育・ケアマネジメント等を取り入れていること、治療チーム、退院後の支援、居住施設の開拓などが共通点として認められた。さらに都立松沢病院ではSSTのモジュールの1つである「地域生活への再参加プログラム」(Lieberman) が実践され、無作為割付 (RCT) により退院促進の効果が示された。以上の所見から、集中的リハビリテーション・プログラムでは「地域生活への再参加プログラム」を骨格とし、日常生活訓練 (食事の支度、金銭自己管理等) と心理教育を組み合わせたことが適切と判断された。

井上⁴⁾による集中的リハビリテーション・プログラムは、①退院までに病気の性質、薬などの医学的情報を知り理解する、②退院後に必要な人づき合い・病気や健康の管理・金銭管理・食生活管理などの技術をおぼえる、③同時並行して退院時期や退院先を検討することを目的とし、これらをグループベースで進めるものである。プログラムの内容は、①プログラムへの導入、②慢性の精神

障害の症状、経過、治療、③地域生活のオリエンテーション(1)、④院外活動、⑤地域生活のオリエンテーション(2)、⑥ストレスへの対処法、⑦毎日のスケジュールの立て方、⑧薬の再発予防の効果についての学習、⑨服用中の薬の効果の自己評価、⑩服薬に関する疑問、問題点の解決、⑪薬の副作用の解決、⑫再発の早期徴候、⑬早期徴候の監視(セルフ・モニタリング)、⑭緊急時の対策、⑮金銭管理、⑯食生活管理、⑰全体のまとめの17のセッションから構成される。全体で3～7カ月が想定されている。

集中的リハビリテーション・プログラムは、アセスメントから出発し、多職種による「ケア会議」で退院計画を立てること、精神保健福祉士や看護師が「退院コーディネーター」となって退院後の安定した地域生活に至るまでの一貫したケアを実施すること、地域の社会復帰諸機関と連携を持ち、外出や外泊等の地域交流を積極的に行うことなどにより実施される。

このプログラムは本年6月から国立精神・神経センター武蔵病院でモデル実践が開始されており、その成果にもとづいて国立病院・療養所等への普及が計画されている。

おわりに

厚生労働省の「7万2千人退院」の方針がきっかけとなって長期在院患者の退院への機運が高まっている。その中で、従来の「収容主義」への反省から「長期在院患者をまず外に出すこと」という主張も見られる。従来は退院困難と思われていた長期在院患者でも、発想を転換して退院を目指すことは大いに賛成であるが、機械的に実施すれば米国の脱施設化運動で初期に見られた弊害が繰り返されることが危惧される。長期在院患者の多くは、退院して地域で生活を始めるという環境変化に柔軟に対応する能力を失っており、リハビリテーションや生活の場に出向いての支援がなければ生活が容易に破綻することが予想されるからである。

臺⁷⁾は慢性の統合失調症治療を論じる中で、「入院治療は、退院後の社会参加、自立への流れの中の一局面にすぎないことが認識される時に、本当に患者のためになるのである」と述べている。長期在院患者の退院促進は、退院で完結するものではなく、その後の地域生活を準備する「自立への流れの一局面」としてとらえることが必要となる。自立の促進のためには上に述べた集中的リハビリテーションのような包括的な取り組みが必要と考えられる。自立に向けての支援として退院促進プログラムが効果を発揮するためには、患者本人の退院への希望を育て支援する細やかな配慮と工夫が必要となる。こうした工夫を積み重ねることにより、集中的リハビリテーションのモデル実践が成果をあげ、全国の国立病院・療養所をはじめとする諸施設で実践されて、長期在院患者の退院と安定した地域生活に貢献することが期待される。

文 献

- 1) 阿部哲夫, 浅井邦彦: 病院リハビリテーションの方法. 江畑敬介, 浅井邦彦編: 分裂病の病院リハビリテーション. 医学書院, 東京, p.26-42, 1995.
- 2) 穴見公隆: 国立病院等における集中的リハビリテーションのモデル的実践. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指一1 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). 研究報告書, 2004.
- 3) Anzai, N., Yoneda, S., Kumagai, N. et al.: Training long-term schizophrenic inpatients in illness self-management: A randomized controlled trial. In: (ed.) Kashima, H., Falloon, I. R. H., Mizuno, M. et al. Comprehensive Treatment of Schizophrenia - Linking Neurobehavioral Findings to Psychosocial Approaches. Springer, Tokyo, p.186-195, 2002.
- 4) 井上新平: 集中的リハビリテーションの技術開発. 平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 15指一1 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）. 研究報告書, 2004.
- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（中間報告）. 2003.5.15.
 - 6) （社）日本精神科病院協会：精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書, 平成15年10月.
 - 7) 臺弘：慢性分裂病の治療論. 江畑敬介, 浅井邦彦編：分裂病の病院リハビリテーション. 医学書院, 東京, p.15-25, 1995.