

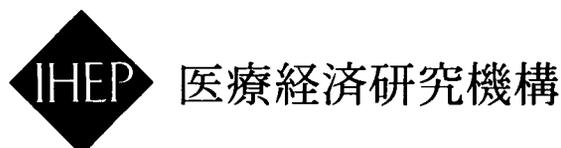
平成19年度
厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業
による研究報告書

精神科入院患者の退院支援と 地域生活支援のあり方に関する研究

総括・分担報告書

平成20年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



主任研究者 沢村 香苗

調査研究体制

【主任研究者】

沢村 香苗 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究員

【分担研究者】

安西 信雄 国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション部 部長
瀬戸屋 雄太郎 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部
精神保健相談研究室 室長
中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
医療経済研究機構 研究員

【研究協力者】

池上 直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授
伊藤 明美 国立精神・神経センター武蔵病院医療福祉相談室 精神保健福祉士
姜 恩和 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部
長寿科学振興財団リサーチ・レジデント
河野 稔明 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部 流動研究員
佐藤 さやか 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 流動研究員
吉田 光爾 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部
援助技術研究室 室長

本研究の実施にあたっては、分担研究者、研究協力者、国立精神・神経センター武蔵病院の皆様にも多大な協力を頂きました。心から御礼申し上げます。

主任研究者
沢村 香苗

目 次

調査研究体制.....	i
目次.....	ii
I. 総括研究報告書	
精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究.....	1
沢村香苗	
II. 分担研究報告書	
【研究1】精神科病棟における退院支援と地域生活支援に関する調査.....	16
沢村香苗、安西信雄、中西三春	
【研究2】地域精神保健医療についての海外調査.....	43
瀬戸屋雄太郎	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	91
巻末資料.....	92

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」総括研究報告書

主任研究者 沢村 香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究要旨

精神科病棟における長期在院患者の退院支援・地域生活支援のあり方を検討するために、今年度は以下の2つの研究を行った。

研究1 (沢村、安西、中西分担研究者)：標準的な退院支援パスの作成を行うことを目的とした研究を行った。どのような視点から情報収集・整理を行うべきか探るための文献調査、行われた支援に関する主観的な情報を収集するための聞き取り調査、行われた支援に関する客観的な情報を収集するための記録調査、の3つを行った。聞き取り調査と記録調査の対象は統合失調症を有する患者で、A病棟の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した27名であった。退院支援パスにおいては退院後の生活に関する領域を設定し、各領域における課題を達成すれば退院後の生活や支援体制が構築されるような形式が望ましいと考えられた。また退院支援の中にはほぼ全ての対象者に共通して行われた活動と特定の患者のみに実施された活動があることが明らかになった。このように整理された退院支援を概観すると、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源等を探索し地域に接近する時期、および③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に分けられた。以上の整理に基づき、退院支援パスの試案となる、退院支援活動を行うための計画表を作成した。

研究2 (瀬戸屋分担研究者)：地域精神医療が比較的進んでいると考えられる諸外国について、入院医療を含めたその国の状況を把握することにより日本の現状を明らかにすることを目的とした研究を行った。調査対象国としては、地域精神医療が進んでいる国として米国、英国、イタリア、カナダ、オーストラリアを、また日本と同じような長期入院の問題に直面している韓国を選択した。調査は各国の担当省のホームページや文献検索によって行った。調査項目としては、制度の名称、根拠法、財政の規模と推移、精神保健サービスの量の内容、などとし、それぞれ表にまとめるとともに概要を記述した。その結果、我が国における入院医療の現状(入院期間の長さ、病床数の多さ、1日あたりの入院費の安さなど)や、ケアマネジメントが普及していないこと、地域の医療保健福祉の機能分化が進んでいないことなどの課題がより明確になった。

分担研究者

安西信雄 国立精神・神経センター武蔵
病院リハビリテーション部 部長
瀬戸屋雄太郎 国立精神・神経センター社会
復帰相談部精神保健相談研究室 室長
中西三春 財団法人 医療経済研究・社
会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究協力者

池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・
管理学教室 教授
伊藤明美 国立精神・神経センター武蔵病
院医療福祉相談室 精神保健福祉士
姜恩和 国立精神・神経センター精神保
健研究所社会精神保健部 長寿科学振興財
団リサーチ・レジデント
河野稔明 国立精神・神経センター精神保

健研究所精神保健計画部 流動研究員
佐藤さやか 国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部 流動研究員
吉田光爾 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部援助技術研究室室長

A. 研究目的

わが国の医療においては「社会的入院」の解消が重要な政策課題となっている。特に、精神科医療の状況は諸外国から大きく遅れをとっていることが指摘されている。2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示され、入院患者の地域生活への復帰を促進し、退院患者が再入院せず地域生活を継続できるよう支援するための体制の整備が目指されている。

また、平成20年度診療報酬改定では精神科地域移行支援加算（入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算）、及び精神科地域移行実施加算（当該保健医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士を配置・当該医療機関の精神科棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間5%以上減少させた実績のある医療機関において1年間当該精神病床の入院患者に係る入院基本料に加算）といった、地域移行を支援する取り組みに関する評価が創設されたところである。

一方、精神科病院における在院期間1年以上、5年以上、10年以上の患者数は減少傾向にあるもののその減少幅は必ずしも大きくない。特に1997年から2004年のデータをみる

と、在院期間1年以上5年未満の患者の割合はやや増加している¹⁾。地域における受け皿としての入所施設や通所施設の数は大きく増加しているが、長期在院者の退院は依然として困難な課題であることと、新しい長期在院者（New long-stay）が生まれつつあることが推測される。

非退院リスクを高める要因の研究は国内外で行われており、要因としては患者の症状や技能だけではなく、家族側の要因や病院側の要因も挙げられている²⁾⁻⁴⁾。よって退院に伴う困難を克服するためには、患者への直接的な関わりだけでは不十分であり、環境への働きかけや周辺的な問題解決が必要となると考えられる。それぞれの活動が円滑に、また連携して進められることが退院支援には重要であり、それには退院計画の策定が不可欠である。一方それぞれのケースの持っている強みや抱える課題には個別性が高く、単一の役割分担やプロセスで標準的な退院計画を規定することは困難である。本研究では個別のケースに対応しながら、最適な退院計画の策定を支援するためのツールとして退院支援パスの開発を行った【研究1】。

また、退院支援は地域生活支援とペアになっていることは言うまでもない。現在日本でも包括型ケアマネジメント（Assertive Community Treatment, ACT）等、地域において手厚い支援を行う先進的な事業がいくつかの地域で行われている。しかし公的な制度としては確立されておらず、どこの地域においても受けられるサービスとはなっていない。退院する患者だけでなく、地域で生活する精神障害者の生活の質を高め、入院を防ぐためにどのようなサービス体系が必要なのかについての検討が退院支援パスの開発と並んで重要と考えられたため、すでに脱施設化が終了しており、日本に比較して地域精神医療が定着していると考えられる諸外国における知見を収集し検討した【研究2】。

以上、本研究は、1年以上入院している患者の退院プロセスをできるだけ円滑に進め、その後の良好な地域生活につなげるためのツールとしての退院支援パス開発【研究1】、また今後の制度設計や医療機関と地域の連携のあり方を検討するための、地域精神保健医療についての海外調査【研究2】で構成された。

B. 研究方法

1. 研究1：退院支援パス開発

1) 文献調査

国内において精神科のクリニカルパスを作成・検証した文献を、医中誌を用い検索した。参考として海外文献についてもPubMedを用い検索した。また、研究協力者より提供された英国の医療施設におけるクリニカルパスも検討材料とした。

2) 聞き取り調査

退院支援を受けた本人の主観的な評価や退院後の生活について情報を得るため、現在も調査対象病院外来に通院しており、調査協力に同意した者を対象として聞き取り調査を行った。

(1)対象

統合失調症の診断を有する患者で、A病院の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した者27名のうち、現在も同病院外来に通院している18名に調査協力を依頼した。うち調査協力に同意した者を対象として聞き取り調査を行った。なお、インタビューの可否について事前に主治医の承諾を得た。

(2)調査内容

質問項目は以下の(a)～(e)のとおりであった。

- (a) 入院中の関わり
- (b) 退院に向けての関わり
- (c) 退院後の生活
- (d) 治療継続に関わる認識や行動
- (e) 退院後の周囲との関係など

(3)調査時期

2007年11月から2008年2月にかけて実施した。

3) 記録調査

(1)対象

統合失調症の診断を有する患者で、A病院の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した27名を対象とした(対象は2)聞き取り調査と同じ集団であった)。

(2)調査内容

記録から把握した内容は患者の基本属性、入院の要因、主な退院困難の要因、病棟職員や地域の事業所職員が実施した退院支援の内容と時期についてである。退院支援の内容の項目は①検査・診断、②薬物療法、③ECT、④作業療法、⑤生活技能、⑥コミュニケーション技能、⑦本人や家族への心理教育、⑧服薬指導および⑨退院計画である。記録のレビューに際しては、退院の方針が決定された時期と、退院から2年前とのどちらか早い方を起点とした。

(3)調査時期

2007年11月から2008年2月にかけて実施した。

4) 退院支援パス試案の作成

聞き取り調査や記録調査から把握された退院支援のプロセスを、患者ごとにクリニカルパス形式で整理し、退院支援の内容を再検討して標準的な退院支援パスの試案を作成した。

2. 研究2：地域精神保健医療についての海外調査

本研究は、地域精神医療が比較的進んでいると考えられる国について、入院医療を含めたその国の状況を把握することにより日本の現状を明らかにすることを目的とした。

調査対象国としては、地域精神医療が進んでいる国として米国、英国、イタリア、カナダ、オーストラリアを、また日本と同じような長期入院の問題に直面している韓国を選択した。

調査は各国の担当省のホームページや文献検索によって行った。調査項目としては、制度の名称、根拠法、財政の規模と推移、精神保健サービスの量の内容、などとし、それぞれ表にまとめるとともに概要を記述した。

C. 研究結果

1. 研究1：退院支援パス開発

1) 文献調査

文献調査の結果、本研究で退院支援パスを作成するうえでの着眼点として、①入院期間をいくつかの時期に分けて各時期における目標を設定する、②退院計画をパスの中に織り込む、③入院や退院困難となっている要因に着目した退院支援パスの分類（アセスメントとセットになったモジュール構成）を検討することが考えられた。

2) 聞き取り調査

(1)退院に向かう過程で役に立った援助

退院の過程で受けた援助で何が役に立ったかという質問に対し、「住居探しに関する援助」、「住居の契約や生活保護、障害年金などの手続きに関する援助」及び「SSTでの会話訓練」「作業療法」という回答が得られた。

(2)入院中、退院についてどう考えていたか

入院中に退院についてどのように考えていたかという質問に対し、「退院したいし、退院

できる」と考えていたという回答と、日常生活に自信がない・十分に回復していないといった理由から退院に消極的であったという回答がほぼ半数ずつであった。その他に、常に気持ちが揺れていたと回答した者もあった。

(3)退院の話が出た際不安に感じたこと

退院の話が進む中でどのようなことが不安だったか尋ねたところ、6割の者が特になかったと回答した。不安があったと回答した者は、身体疾患・食事・掃除洗濯・住居・お金・地域での仲間が見つかるかどうか・日中の活動場所・デイケアメンバーとうまくやれるかどうか、といったことを不安の内容として挙げた。

(4)退院してからの生活

日中の活動場所としては、地域活動支援センター、病院の作業療法、病院デイケア、作業所のいずれかを利用している者が75%であった。食事についてはほとんどの者が弁当など調理済みのものを買っていた。病棟にいたときと同様、規則的な生活を心がけているという回答が多くみられた。

(5)退院前に準備しておけばよかったと思うこと

今後退院する人へのアドバイスとして、退院前に準備しておけばよかったと思うことがあれば教えて欲しいという問に対し、6割強の者は「特になかった」と答えた。その他の回答としては「お金を貯めておく・自分にあった家や作業所を探すために見学をたくさんする・SSTを行う」といったものがあった。

(6)服薬が役に立っているか

現在薬を服用することについてどのようなメリットを感じているかという問に対し、最も多かった回答は「睡眠を取るのに役立つ」というものであった。

(7)退院後の生活で気を付けていること

退院後の生活について自分で気を付けていることとしては、規則正しい生活・対人関係・火の始末・ゴミの分別などが挙げられた。

(8)退院してよかったこと

退院してよかったと感じる点を尋ねたところ、75%の者が好きなときに好きなことができる自由と回答した。また、自分の力でできていると感じる点、仕事や勉強など普通の人と同じ生活ができる点も挙げられた。

3) 記録調査

(1)対象者の基本属性

対象者のうち男性が 63.0%を占め、退院後の住居は全体及び男性では単身アパート、女性では援護寮が最も多かった。対象者全体では、現在の平均年齢が 52.3 歳 (SD = 11.6, 範囲 32-71)、入院時平均年齢が 43.7 歳 (SD = 11.6, 範囲 20-63)、退院時平均年齢が 50.1 歳 (SD = 11.6, 範囲 29-68) であった。平均入院回数は 3.1 回 (SD=1.6, 範囲 1-6)、平均入院期間は 77.6 か月 (SD=95.1, 中央値 54.3, 範囲 13-519) であった。退院の話が出てから実際に退院するまでの平均期間は 94.4 週 (SD=41.3, 中央値 87.0, 範囲 40-204) であり、2 年弱の期間をかけて退院に至っていた。

(2)入院に至るまでの概要

対象者 27 名のうち、記録のレビューが完了した 17 名については、服薬非遵守または長期にわたり未治療であることが、多くの場合入院となった要因の基礎にあると考えられた。

(3)入院から退院に至る経過

退院計画には本人と家族、医師・精神保健福祉士・看護師が中心に関与しており、地域機関の関与の有無や関与する職種は対象患者によって異なっていた。退院困難の要因については、ほぼ全ての事例で病識/治療遵守の問題があげられていた。特異的な退院困難の要

因としては①アルコール依存症の問題を合併、②対人面で危険な行動がある、③放火や窃盗などの犯罪行為、④自殺企図が考えられた。

(4)入院記録の分析

入院記録の整理

記録のレビューは退院に向けた活動を介入分野別に整理する形式で行った。各対象者についてこの表を完成させた結果、①予め設定した領域や課題では分類できない活動が多数存在すること、②ほぼ全ての対象者に共通して行われた活動と特定の患者のみに実施された活動があることが明らかになった。介入を軸とするよりは、退院後の生活に関する領域を設定し、それぞれの領域における課題を達成すれば退院後の生活や支援体制が構築されるような形式の方が適していると考えられた。

領域は 1. 退院計画 (統合)、2. 退院計画進行 (本人)、3. 退院計画進行 (家族)、4. 行動範囲、5. 疾病・健康管理、6. 生活内容領域 (日常生活能力)、7. 生活基盤領域とするとケア内容を整理することができた。

また、各領域における取り組みについても長期入院や精神疾患によって必然的に生じる課題を「共通」、併存する糖尿病のような、対象によって対応の必要性の有無が異なるものについては「個別」と分類した。「個別」とされた領域については支援の際に取捨選択することで、対象者のニーズにあわせた柔軟な計画策定が可能になると考えられる。

各支援活動が行われた時期

それぞれの支援活動が退院前のどの時点でどのくらいの期間をかけて行われていたか検討を行ったが、ケースによるばらつきが大きく、特定が困難であった。そこで、まず退院支援の大きな流れを概観すると、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源等を探索し地域に接近する時期、および③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に大きく分か

れるのではないかと考えられた。退院支援を着実に進めるためには、関与する者が各時期における中心的課題と次の時期に移行する目安としての達成目標を認識した上で支援を行うことが重要と考えられる。

① 状況確認・目標設定期

この時期は本人や家族の退院に関する動機や考え方、入院によって棚上げになっている問題（勤務先との関係、家賃や借金の未払いなど）、退院に向けての環境的条件を確認することが中心となる。また、継続的な管理が必要な身体疾患があるかどうか、服薬管理状況や服薬に対する本人の考えはどうか、地域生活が困難になるような規則遵守やセルフケアの問題があるか、といった、退院に向けてどのような課題があるかをアセスメントすることも重要な活動である。

② 地域探索期

病院から地域への移行を行うまでに、行動範囲を拡大しながら地域のサービスについて知る、地域生活に必要な技能を練習するという、病棟と地域を行き来する時期が存在する。この時期に行われることは、退院について具体的に考えることができず、退院について不安になったり拒否的になっている者や現実的な検討が困難になっている者に対しては、具体的な退院のイメージを形成する機会となり、動機付けの意味があるものと考えられた。

また、実際に利用できる地域資源は何か、本人の希望と合致するところはどこか、といった点の検討、本人・病院スタッフ・地域スタッフが実際に会うことによる関係作りもこの時期に開始されることが多いようであった。

③ 地域移行期

この時期は、地域探索期において形成された退院のイメージに沿って、住居や施設探し、契約という手続きを行う。また、試験的に外

泊を行ったり、退院後に利用するサービスを試験的に利用するなど、退院後の生活のシミュレーションを行うことが中心的な活動である。

各時期における計画表

以上の整理に基づき、退院支援パスの試案となる、退院支援活動を行うための計画表を作成した。これを本人、家族、病院スタッフ、地域スタッフが共有して各課題に答えていく中で、退院に必要な手続き、また退院後に必要な支援が明確になることが期待される。

2. 研究2：地域精神保健医療についての海外調査

1) 米国

米国の精神科入院医療は、後述するマネージドケアにより管理されており、入院での治療は急性期ケアに限られ、極端に入院期間が短くなっている。例えば2005年の値では入院日数は4.8日、精神障害を有する患者で6.9日である。よって精神障害者への支援の多くは地域で行われる。

精神障害者が在宅で暮らすための諸サービスを効果的に利用するためのケアマネジメントとしては域精神保健センターの役割があげられるほか、チームで積極的なアウトリーチを行うACT（Assertive Community Treatment）が広く実施されている。

就労支援としては、社会保障障害保険（Social Security Disability Insurance, SSDI）プログラムと補足的保障所得（Supplemental Security Income, SSI）プログラムがあげられる。各プログラムは社会保障庁（Social Security Administration, SSA）により資金提供され運営されている。SSDIは保険プログラムであり、受給のためには職歴がなければならない。SSIは資力審査のあるプログラムで、収入と財産が基準額を下回らなければ受給で

きない。SSIあるいはSSDIの受給者は、州の職業的リハビリテーション（Vocational Rehabilitation, VR）センターが提供する職場復帰支援策を利用できる。SSIあるいはSSDIの受給者がVRあるいはその他のリハビリテーションプログラムへの参加を義務づけられているわけではない。

2002年4月29日にブッシュ大統領は、精神障害を抱えるアメリカ国民が必要なケアを十分に受けられずにいることについて3つの問題点を明らかにした。

- 1) 精神病に対するスティグマ（stigma）
- 2) 個人医療保険制度において、精神病患者に対する給付金の支給に、不当な治療制限と経済負担が課せられていること
- 3) 精神保健ケアサービスの提供システムが統一されていないこと

米国の医療保険制度において、一般身体医療と精神医療は別々のマネジメント組織（マネジド・ケア会社）が運営している。精神医療のマネジメントは一般医療よりもしばしば年間あるいは生涯での制限が低く設定され、受療制限などによる医療費抑制の締め付けが強い。また身体疾患と精神疾患とでは別組織のマネジメントになるため、身体疾患と精神疾患の同時治療が困難となっている。精神疾患患者の身体疾患医療費は高額であることが指摘されているが、支払いシステムが解離しているために統合した治療を行うことができない状況である。

2) 英国

英国における精神保健施策の方針はNational Service Framework for Mental Health（1999、以下NSFとする）に提示され、そこでは65歳以下の成人に対する精神保健ケアについて全国で最低限提供すべきサービスが数値目標をもって明らかにされている。さらに、地方レベルでNSFを推進するためにLocal Implementation Teams（LITs）が設置されて

いる。またNHS Plan（2000）においては精神保健をNHSにおける優先課題の1つとし、国家的に精神保健サービスの目標を設定した。方向性としては急性期病床の負担を減らすため、コミュニティケアの強化が目指されている。

現在の課題は専門的なケアの進歩から地域全体の精神保健へとシフトしている。地域におけるサービス提供の主なチームとその特徴は以下の通りである。1) 積極的アウトリーチチーム：最も複雑な保健・社会ニーズを抱える人々に集中治療を提供している。家庭を訪問し、権利を擁護し、一般医（GP）など他のサービスにつなげる。2) 危機介入チーム：重篤な精神疾患の急性期状態にある成人を対象とする。24時間いつでも利用できる専門評価・治療を提供し、人々が自宅でケアを受けられるようにする。また、入院が必要な人々には病院へのルートを提供し、退院計画にも関与して早期退院を支援する。3) 早期介入チーム：14歳から35歳の、精神病症状を初めて呈している人及び発症から3年以内の人を対象としている。早期に介入を行うことで、発症早期に起こりやすい自殺等を防いだり、治療関係を早めに築いて回復を促すことが期待される。以上のチームが対象者の状況の変化に応じて役割を分担している。

現在、優先的な課題とされているのは①社会への受け入れ・参加（Social Inclusion）、②心理療法（特に認知療法）の利用可能性拡大、③マイノリティへのサービス、④Mental Health Billである。

3) イタリア

イタリアにおいては1978年には法律第180号「任意および強制入院と治療」（精神医療改革法、バザーリア法）が公布された。同法は精神科病院の廃止を目指すもので、精神科病院への新規入院を禁じた。同年末には法律第833号「国民保健サービスの制度」（国民保健

サービス法)が公布され、1980年末以降の再入院も禁じられた。さらに、1979年初めからは総合病院に15床以下の精神科入院病棟(SPDC)を整備し、精神科救急医療を提供することを定められ、また精神科病院の新規設立が禁じられた。

国民保健サービス法では、全国民が居住地の地域保健機構(USL)を通じて保健医療を受けることが定められた。現在ではUSLは地域保健事業体(ASL)および病院事業体に統合再編されている。国民はASLで家庭医を登録することになっており、受療の際は最初に家庭医を受診し、必要に応じて専門医や病院を紹介される。しかし精神科の場合は、家庭医を介さずに、ASLの精神保健部門が運営する地域精神保健センターの精神科医を直接受診する。ASLはSPDCのほか、デイホスピタル、デイセンター、居住施設(日本の援護寮に近い)といった中間施設も運営しており、精神障害者には地域精神保健センターを通じて適切なサービスが紹介される。

バザリア法の公布以来、精神医療改革は州の責任で推進されてきたが、トリエステ県のように実のある改革を達成した地域がいる一方で、古い精神科病院を使い続ける県もあり、改革の進行は地域差が大きかった。十数年間は多くの地域で福祉が停滞したが、1994年の「精神保健の防衛三年計画」でリハビリテーションの充実が図られ、地域精神保健システムが全国に普及した。地域精神保健センターはその中心的役割を担い、ASL内外の社会資源を活用して長期にわたる包括的な支援を精神障害者に提供している。保健省は2000年に精神科病院の完全閉鎖を宣言したが、ニーズによく応じた精神保健サービスが提供されている地域は一部で、地域精神保健センターには24時間化やアウトリーチの充実など機能強化を望む声が多く寄せられ、期待される役割は大きい。

精神障害者の住居は、各セクターで提供され

ている。改革によって退院した精神障害者の一部は、廃止した病院を転用して設立された寮やグループホームに、患者ではなく“ゲスト”として入居するようになった。ASLが居住施設を運営していることは先述したが、自治体や民間団体が運営するグループホームも各地で設立されている。近年は、住居の提供において社会協同組合が相次いで参入し、コムニタ(生活共同体)として精神障害者を受け入れている。また、私立精神科施設(Casadicura、看護の家)にも多くの精神障害者が入所しており、病床の総規模はSPDCに匹敵する。

精神障害者の就労に関しては、社会的協同組合が果たす役割が急速に増大している。このうち「B型」は組合員に30%以上の障害者を含み、コムニタの中で住居を確保し、治療を受けながら働くことができる。職業訓練コースを有する組合もあり、自他の組合や一般企業に人材を送り出している。

4) カナダ

カナダでは、国が「カナダ保健法(Canada's Health ACT)」を制定し、保健施策として満たすべき最低基準を示しているが、実際の政策・運用は州が独自に実施し、国はそれを予算保障している。そのため国家全体における精神保健に関する統一施策・法や予算体系は存在せず、サービス内容は地域によって多岐にわたっている。

なお、医療・保健費と福祉費用が一括して州に移転され、その用途は州の自主裁量で決められるシステムになっているため、地域精神保健福祉に対するサービス展開がスムーズになっているものと思われる。

州レベルの実践では、精神保健サービスは、プライマリケア、精神科病院、ACT、精神保健施設、NGOや当事者組織などを通じて広く供給されている。

州によってサービス内容は異なるので、一

般化は難しいが、大まかに述べれば、①広く“Shared Care”と呼ばれるプライマリケア領域での臨床家によるメンタルヘルスに関する臨床がベースとして存在し、これに加えて重症精神障害者を対象とした②ACTなどのケアマネジメントサービス・③住居サービス・④救急サービス体制を十分に連携させたコミュニティケアが、精神保健臨床の中心的な役割を担っている。特にACTに代表されるように、アウトリーチサービスを含むケアマネジメントに関しては積極的に展開されており、地域精神保健施策の成功の鍵となっている。このような地域精神保健体制の発達によって、精神科における在院日数などは比較的短期なものとなっているといえる。

なお、EBPやベストプラクティスを実践することに関しては、ほとんどの州において明確な精神保健福祉施策の目標として設定されている。

5) オーストラリア

オーストラリアは連邦制をとっており、8つの州および準州にわかれている。国民皆保険であるMedicareは連邦政府が、公的医療サービスの提供は州によって行われる。精神医療は主に公的医療によって担われる。

1992年より、National Mental Health Strategyという国家規模の精神保健戦略が始まり、当初5年間であったが、第二次(1998-2003年)、第三次(2003-2008年)と継続して実施されている。第一次から第二次の10年間で国家としての精神保健政策を明確にし、入院医療システムからよりバランスのとれたサービス分配システムへと移行が進められた。

精神医療は主に公的医療によって担われ、キャッチメントエリアに基づいて実施されている。公的医療におけるサービスを受けるにはまずGPにかかり、紹介されることが必要である。公的精神医療を受けている間はケアマネジメントによるサービス提供・マネジメ

ントが実施される。入院医療は急性期および重度かつ継続患者に限られ、2週間程度で退院となる。入居施設は症状や状況に応じたさまざまな種類がある。

地域においては訪問型のサービスが充実している。州によっても異なるが、キャッチメントエリアごとに、精神科トリアージ、Crisis Assessment and Treatment Service(危機的状況における短期間アセスメントと介入を行うサービス)、Community Care Team(ケアマネジメントに基づくサービス)、Mobile Support and Treatment Service(重度の障害をもつ患者への訪問型サービス)、Homeless Outreach Psychiatric Service(精神障害をもつホームレスへのアウトリーチサービス)などがある。このほか、州全体のサービスとして、司法病棟、Dual Diagnosis(精神障害と薬物・アルコール)、Dual Disability(精神障害と知的障害)、摂食障害、人格障害、神経障害、脳障害、母子などを対象とした専門サービスがある。

今後の課題としては、州の間で精神保健に費やす予算が異なるため、提供されるサービスの水準に格差があること、そのため治療のアウトカムの評価の妥当性を高めアウトカムの価値の重要性を見直す必要があること、アクセスの悪さや早期介入がうまくできていないこと、熟練したスタッフを養成すること、利用者の参加を促進すること、保護者の参加を促進すること、などがある。

6) 韓国

韓国における精神病院と精神療養施設の拡大政策は、生活保護制度(医療給付制度)及び施設保護制度(精神療養施設及び浮浪者施設等の社会福祉施設の運営)の拡充とかみ合いながら急速に増加した。しかし、1995年に精神保健法が制定されたことを契機に国の精神保健政策の方向が地域社会における精神保健に転換することになった。その後社会復帰施設や精神保健センターの拡充、1999年の障

害者福祉法の改正により精神障害も法定障害者のカテゴリーに含まれたことによって、障害者福祉サービスを受けられる基盤が整えられた。

精神保健事業の柱は大きく4つの分野に分けられる。

1) 地域社会精神保健事業の強化：地域社会の精神保健事業の強化のために精神保健センターの拡充が行われている。また地域生活のリハビリと社会復帰をサポートする社会復帰施設は、2006年6月現在151カ所であり、約5,000人が利用している。

2) 自殺予防対策：1990年代以降増加傾向が続いており、20~30代の場合、自殺が死亡原因の1位となった(2005年統計庁)。自殺予防対策の一環として2005年からのちを尊重する文化を根付かせるために様々な活動を展開している。また、サイバー相談サービスシステムを整えることによって、全国のどこからでも電話をかければ、市・郡・区別の精神保健専門員が自殺危機の相談や精神健康相談、医療機関の案内などを行うことができるようになってきている。2005年に自殺予防対策を立て、2010年には自殺率を18.2に減らすことを目標としており、保健福祉部健康増進局を中心に関係部署機関が連携して自殺予防対策協議会を立ち上げた。

3) 精神疾患に対する認識の改善及び權益の増進：2001年に実施した精神疾患実態に関する疫学調査によると、統合失調症などの精神障害を持つ人の30%のみが精神医療サービスを利用しており、精神疾患に対するスティグマのため相当数の人が十分なケアを受けられずにいるという結果であった。このような状況を改善するため、1999年から国民健康増進基金等を活用し、マスメディアを通しての普及啓発、精神疾患患者やその家族を対象とした教育プログラムの実施、スティグマの解消のための広報活動を進めている。

4) 精神疾患治療・療養環境の改善：1990

年代の初めまでは量的な拡張がなされたが、1990年代の半ばからは質的な水準を高めることに政策的な優先順位がおかれ、同時に、長期入院を減らして地域中心の治療・リハビリを支援することに重点をおいている。

地域社会の精神保健インフラを拡充することにより、予防中心の包括的な国民健康管理システムを構築することを課題としているが、精神病床数はOECD各国の中で最も早いスピードで増加しており、さらにその多くは民間病院が占めている。また、入院している患者の医療保障種類別にみると、2006年6月30日現在、健康保険は全体の23.9%に過ぎず、国民基礎生活保障法に基づく医療保護1種および2種が73.2%を占めている。これは本人負担のない、あるいは少ない患者群を非常に多く抱えていることであり、地域社会のシステムが整えられていないために長期入院が解消されずにいる状況を反映している。今後地域社会におけるケアシステムを如何に整えていくかが最も重要な課題である。

D. 考察

本研究は、実際にある病棟で行われた退院支援活動に関する情報を収集し、整理することを通して、今後の退院支援活動が円滑になされるためのパスを作成する【研究1】と、地域精神医療サービスが普及している諸外国に置ける状況を検討する【研究2】から構成された。

研究1では文献調査によって情報収集・整理の枠組みに関する示唆を得、聞き取り調査と記録調査によって退院の過程で行われたことに関する情報を取得した。

文献調査からは、①入院期間をいくつかの時期に分けて各時期における目標を設定する、②退院計画をパスの中に織り込む、入院や退院困難となっている要因に着目した退院支援パスの分類(アセスメントとセットになった

モジュール構成)を検討する、という着眼点が示唆された。①については、本研究において日数や週数単位での時間軸設定をデータから導くことが困難であったため、まず3つの時期に大別することを検討した。また、③については、今年度の段階では入院や退院困難の要因によって退院支援のプロセスが全く異なるという結果は得られず、基本的な支援は共通していると考えられたことから、モジュール構成を念頭において共通の支援項目と個別の支援項目に分類した。

支援を受けて退院し、地域生活を継続している者を対象とした聞き取り調査では、細かい支援についてあまり覚えていないと回答した者が多かったが、住居探し・契約・年金や生活保護の申請といった手続き面での援助が印象に残っているようであった。退院後の生活については、入院中と同様に規則的な生活を心がけているという者が多く、起床時間や食事の時間について昼夜逆転などはみられなかった。地域活動支援センターや作業所、病院のデイケアや作業療法といった昼間の活動が生活リズムの維持に役立っているものと思われた。

記録調査の結果、介入の種類を軸とした方法ではなく退院後の生活を構成する領域(疾病・健康管理領域、生活内容領域、生活基盤領域)と地域生活に接近していく行動範囲領域、それらに関する取り組みを整理するための退院計画領域という設定を置くと、行われた活動をうまく整理できると考えられた。それぞれの活動を行う人についてはケースによって異なる場合が多かった。これは、支援を受ける者の自立度や積極性を生かして柔軟な退院支援が行えることを示すと共に、誰がいつまでに何を行うかという役割が不明確になり、病棟の状況の変化(スタッフの交代など)や時間の経過とともに退院計画自体が不明確になってしまう可能性を示唆している。早い段階で行う活動と役割分担を明確にすると

もに、計画の進捗を常に確認することが円滑な退院支援には不可欠と考えられた。

また、各活動を行う時期についてはばらつきが大きく、①状況確認・目標設定期、②地域探索期、③地域移行期の3つの時期に大別して各時期に行われる活動の特徴を明らかにすることに留まった。各活動にどのくらいの時間がかけられるか、適切かという判断は個別のケースによって異なり、それも退院計画の一要素であると考えられる。重要なのは単に退院のスピードを速めることではなく、必要な時間をかけ、また手続きの不備等によって時間を浪費することなく、円滑に地域生活への移行を進めることであると考えられる。

研究2においては、脱施設化を終了し地域精神保健がすでに根付いていると考えられる諸国の調査を行った。

地域精神保健医療福祉に関して、いずれの国においても地域においてさまざまなサービスが提供されていた。特に、国によってACT、積極的アウトリーチチーム、MSTSなど名称は異なるものの、多職種チームによる訪問型のサービスや、早期介入サービス、危機介入チーム、居住サポート等が充実していた。我が国においても病床だけでなく、地域サービスについても機能分化、役割分担を進める必要がある。

またケアマネジメントの手法が普及していることも特徴であった。我が国でも障害者自立支援法において、相談支援事業者やサービス管理責任者がケアマネジメントを行い、サービス利用計画を作成することが期待されているが、実際にはあまり実施されていない。今後、入院中を含む医療、福祉、就労などを含めた包括的なケアマネジメントを必要な人には全員提供できるようなシステムの確立が望まれる。

入院医療については、我が国と全く状況が異なっていた。精神障害者の入院期間は診断にもよるがおおむね10-50日程度であり、人

口当たり病床数もイタリアの人口万対 1.3 床を筆頭に、3 から 7 床であった。またそのような短期集中入院を支えるべく、1 日あたり医療費は約 5 万円から約 16 万円と日本の精神科救急病棟の 2-5 倍であった。

しかし、我が国の入院期間を、これらの諸国のように平均 1-2 週間程度の短期入院のみとするのが必ずしも良いとは思われない。むしろ、日本の現状や環境に即した、日本的バランスに基づいた期間になるべきと考えられる。

E. 結論

退院支援活動は退院後の地域生活を構成する領域別に整理できること、それぞれの活動を行う人はケースによって異なること、活動を行う時期については大きく 3 つに分けられるが、それぞれの長さについては一意に決めることが難しいことが明らかになった。急性期の外科的治療等とは異なり、定型的な役割分担や期間設定が困難であること、対象者の自立度や抱えている問題の困難度によって支援の程度も柔軟に変化させる必要があるという特徴を持つプロセスだけに、退院計画の重要性は一層大きいものと考えられた。

地域精神保健の進んでいるとされるいくつかの各国の状況を把握することにより、我が国の入院医療の現状を把握することを目的に調査した。その結果、我が国における入院医療の現状（入院期間の長さ、病床数の多さ、1 日あたりの入院費の安さなど）や、ケアマネジメントが普及していないこと、地域の医療保健福祉の機能分化が進んでいないことなどの課題がより明確になった。

今後、地域精神保健医療福祉の発展と共に、入院医療の日本的なバランスに基づいた効率化が求められてくる。特に社会的入院患者の問題は喫緊の課題であり、退院促進パスなど、

入院中のケアと、地域サービスとの連携を効率的に進めるためのツールの開発は急務である。もちろん、このようなツールだけで問題が解決するわけではないが、社会的入院の解消や、入院医療の効率化の一助にはなると考える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中西三春、沢村香苗、佐藤さやか、瀬戸屋雄太郎、安西信雄：統合失調症を有する患者における退院困難の要因別にみた退院支援のプロセス。日本精神神経学会、2008（予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：全国および各都道府県の精神保健福祉医療に関する資料
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html#a1>（精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ）
- 2) 藤田利治、佐藤俊哉：精神病院での長期在院に関連する要因 患者調査及び病院報告に基づく検討、厚生省の指標 51、p12-19、2004
- 3) Oshima I, Mino Y, Inomata Y. : Institutionalisation and schizophrenia in Japan: social environments and negative symptoms: Nationwide survey of in-patients. Br J Psychiatry

183:50-6, 2003

4) 安西信雄、井上新平、池淵恵美、穴見公隆、荒田寛、宮田量次：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 平成 15 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費報告書

<アメリカ>

1. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service: Mental Health: A Report of the Surgeon General, 1999.
2. President's New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Final Report. DHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: 2003.
3. Social Security Administration: Annual Statistical Report on the Social Security Disability Insurance Program, 2006
4. Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health and Human Services: Brief Summaries of Medicare & Medicaid Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act as of November, 2007
5. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構 障害者職業総合センター研究部門: アメリカにおける精神障害者に対する地域支援システム, 1992
6. Social Security Administration: SSI Annual Statistical Report, 2006
7. OECD Health Data 2005
8. Statistical Abstract of the United States 2007
9. National Center for Health Statistics: 2005 National Hospital Discharge Survey
10. Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor: Occupational Outlook Handbook. 21-1021.00, 21-1022.00, 21-1023.00, 21-1029.99: 2007
11. Owens P, Myers M, Elixhauser A, Brach C: HCUP Fact Book No. 10: Care of Adults

With Mental Health and Substance Abuse Disorders in U.S. Community Hospitals, 2004

12. Weiden PJ and Oltson M: Cost of Relapse in Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 21: 414-429, 1995
13. Olin GL, Rhoades JA: Medical Expenditure Panel Survey (MEPS) The Five Most Costly Medical Conditions, 1997 and 2002: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population, 2005
14. President's New Freedom Commission on Mental Health: Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America, Final Report. DHS Pub. No. SMA-03-3832. Rockville, MD: 2003

<イタリア>

1. 工藤裕子, 森下昌浩, 小黒一正: イタリアにおける国と地方の役割分担. 財務総合政策研究所研究会報告書「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」: 5 21-582 (第 8 章), 2006.
2. OECD Health Data 2007.
3. National Institute of Statistics (イタリア国立統計研究所, ISTAT) Rapporto Annuale 2006.
4. 国立精神・神経センター精神保健研究所 精神保健計画部ウェブサイト, 精神保健医療福祉の改革ビジョンホームページ, 海外の情報, イタリア(協力:水野雅文). http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas_it.html
5. 澤温: イタリア (の精神保健医療). 新福尚隆, 浅井邦彦編: 世界の精神保健医療. 69-77, へるす出版, 東京, 2001.
6. 斎藤縣三: イタリア社会的協同組合の旅. 協同の発見 128 : 28-31, 2003.
7. 年金シニアプラン総合研究機構: 調査研究シリーズ (各国の主要年金制度). 年金

- と経済 24(3) : 52-112, 2005.
8. 大熊一夫：ルポ精神病院をぶっこわした国イタリア(10). 週刊金曜日 684:44-45, 2007.
 9. 全国精神医療労働組合協議会ウェブサイト, イタリア・トリエステのノルチョ医師の講演会メモ「地域精神科医療の充実と司法精神医学」. <http://www.seirokyo.com/archive/world/trieste/021124kyoto.html>

<イギリス>

1. 厚生労働省: 世界の厚生労働 2007
2. Appleby L: Mental Health Ten Years On: Progress on Mental Health Care Reform, 2007
3. 郡司篤晃: イギリスにおける医療と介護の機能分担と連携. 海外社会保障研究 156 : 19-31, 2006
4. <http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/IntegratedCare/Delayeddischarges/index.htm>
5. イギリス医療関連データ集【2006】 ,医療経済研究機構
6. Department of Health: The 2006/07 National Survey of Investment in Mental Health Services, Mental Health Strategies (Local Implementation Teams LITs), 2007
7. Department of Health: The Mental Health Policy Implementation Guide, 2001

<カナダ>

1. カナダ健康局 (Health Canada) : A Report on Mental Illnesses in Canada, 2002.
2. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1998.
3. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1993.
4. カナダ健康局 (Health Canada) : Economic Burden of Illness in Canada,1986.
5. カナダ保健情報機構 (Canadian Institute

- for Health Information) : Hospital Mental Health Services in Canada 2004-2005, 2007.
6. カナダ保健情報機構 (Canadian Institute for Health Information) : Hospital Mental Health Services in Canada 2003-2004, 2006.
 7. Ganesan,Soma : Vancouver Mental Health Services an Integral Part of the Health System, 精神神経医学雑誌,105(5),617-622,2003.
 8. 池上岳彦：カナダにおける社会保障財政の政府間関係 —医療財政を中心に—, 財務省財務総合政策研究所「フィナンシャル・レビュー」 Sep,31-57,2006.
 9. 木村真理子：カナダのケアマネジメント：オンタリオ州の精神保健改革とケースマネジメントシステム,ケアマネジメント学, 4, 126-133, 2005.
 10. 倉知延章,長岡大文,野口睦月:カナダにおける ACT,精神障害とりハビリテーション, 9(2), 142-147, 2006.
 11. 日本総合研究所研究事業本部:医療と介護の連携に関する海外調査研究,2003.
 12. 野田文隆：各国の精神保健医療 カナダ, 新福尚隆,浅井邦彦編,『世界の精神保健医療』,pp33-41,へるす出版,2002.
 13. 山崎由希子, Jean-François Tremblay,石田三成：カナダにおける国と地方の役割分担,主要諸外国における国と地方の財政役割の状況, 財務省財務総合政策研究所研究部報告書,2006.
 14. An Overview of Vancouver Community and Acute mental health services, Vancouver Coastal Health(現地資料),2006.
 15. カナダ財務省ホームページ : <http://www.fin.gc.ca/>
 16. カナダ人間開発省 : <http://www.hrsdc.gc.ca/>
 17. プリティッシュコロンビア州雇用と収入援助省 : <http://www.eia.gov.bc.ca/>
 18. Vancouver Coastal Health :

- <http://www.vch.ca/>
19. オンタリオ州コミュニティー・ソーシャル・サービス省：
<http://www.mcass.gov.on.ca/>
 20. オンタリオ州嗜癮と精神保険センター：
<http://www.camh.net/>
 21. オンタリオ ACT Association：
<http://www.ontarioacttassociation.com/>
 22. カナダ保健情報機構：
http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_29nov2006_e
2. 保健福祉部：2007 年度精神保健事業案内
 3. 中央精神保健事業支援団：2006 年中央精神保健事業支援団事業報告書
 4. 金ヨンヒ：韓国の精神保健サービス供給システムの改善に関する研究－アメリカの公的精神保健サービス管理医療システムを手がかりとして、社会福祉研究第 28 号,2005

<オーストラリア>

1. Australian Health Ministers. National Mental Health Plan 2003-2006. Australian Health Ministers. 2003.
2. Department of Health and Ageing. National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003. Commonwealth of Australia, Canberra. 2005.
3. Department of human services. New directions for Victoria's mental health services. Victorian government, Melbourne. 2002.
4. Hickie, IB, Groom, GL, McGorry, PD, Davenport, TA, Luscombe, GM. Australian mental health reform: time for real outcomes. The Medical Journal of Australia. 182, 401-406. 2005.
5. Whiteford, HA, and Buckingham, WJ. Ten years of mental health service reform in Australia: are we getting right ? The Medical Journal of Australia. 182, 396-400. 2005
6. WHO. Project Atlas 2005, WHO, 2005.

<韓国>

1. 保健福祉部：2006 保健福祉白書

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
【研究 1】「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」
分担研究「精神科病棟における退院支援と地域生活支援に関する調査」

分担研究者 沢村 香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員
分担研究者 中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員
分担研究者 安西 信雄 国立精神・神経センター武蔵病院リハビリテーション部 部長

研究要旨

精神科病棟における長期在院患者の標準的な退院支援パスの作成を行うことを目的として本研究を実施した。どのような視点から情報収集・整理を行うべきか探るための文献調査、行われた支援に関する主観的な情報を収集するための聞き取り調査、行われた支援に関する客観的な情報を収集するための記録調査、の3つを行った。聞き取り調査と記録調査の対象は統合失調症を有する患者で、A病院の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した27名であった。退院支援を受けた本人の主観的な評価や退院後の生活、患者の基本属性や主な退院困難の要因、病棟職員や地域の事業所職員が実施した退院支援の内容と時期について把握した。以上の調査から把握された退院支援のプロセスをクリニカルパス形式で整理した。その結果、退院支援パスにおいては退院後の生活に関する領域を設定し、各領域における課題を達成すれば退院後の生活や支援体制が構築されるような形式が望ましいと考えられ、領域は①退院計画（統合）、②退院計画進行（本人）、③退院計画進行（家族）、④行動範囲、⑤疾病・健康管理、⑥生活内容領域（日常生活能力）、⑦生活基盤領域に分けられた。また退院支援の中にはほぼ全ての対象者に共通して行われた活動と特定の患者のみに実施された活動があることが明らかになった。このように整理された退院支援の大きな流れを概観すると、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源等を探索し地域に接近する時期、および③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に分けられた。以上の整理に基づき、退院支援パスの試案となる、退院支援活動を行うための計画表を作成した。今後は本研究で得られた結果を複数の病院また病棟で検証し、対人関係への関わり（会話や交際の援助など）と退院支援との関連づけも含めて、より広汎に使用可能なパスの作成を行う必要があると考えられた。

研究協力者

池上 直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理
学教室 教授
伊藤 明美 国立精神・神経センター武蔵病院医
療福祉相談室 精神保健福祉士
佐藤 さやか 国立精神・神経センター精神保健研
究所社会精神保健部 流動研究員

A. 研究目的

わが国の医療においては「社会的入院」の解消が重要な政策課題となっている。特に、精神科医療の状況は諸外国から大きく遅れをとっていることが指摘されている。2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示され、入院患者の地域生活への復帰を促進し、退院患者が再入院せず地域生

活を継続できるよう支援するための体制の整備が
目指されている。

2002年の患者調査を用いた藤田ら(2004)の研究¹⁾では、退院患者の86%は入院後1年未満の患者であった。入院後1年未満での退院率は314.8/100人年であったが、1年以上では19.9/100人年ときわめて低率であった。よって特に1年以上在院している患者の退院促進についての対策が必要と考えられる。退院促進に関する治療プログラムや地域生活を継続するための支援プログラム等、個別の介入の効果も検討されつつある。しかし、退院促進は、各患者が退院するために解決すべき問題を明らかにするアセスメント、その問題を解決するための訓練、環境の調整という活動が総合的に行われてはじめて実現するものであり、これらが十分に行われぬまま退院すれば病状の悪化や再入院につながる事が考えられる。このため、実際の臨床現場において退院促進を行うためには、誰に対して、誰が、いつ、どのような方法で、何を行うべきかという具体的な流れを構造化して示す必要がある。その手順書が「退院支援パス」であるが、現在まで標準的なものは提示されていない。

本研究は、精神科病棟における長期在院患者の標準的な退院支援パスの作成を行うことを目的として実施された。

B. 研究方法

本研究は、実際に行われた退院支援の活動について情報を収集し、整理することを通して退院支援パスの作成を行うことを目指している。今年度は①どのような視点から情報収集・整理を行うべきか探るための文献調査、②行われた支援に関する主観的な情報を収集するための聞き取り調査、③行われた支援に関する客観的な情報を収集するための記録調査、の3つを行った。以下に各調査の方法を記述する。

1. 文献調査

国内において精神科のクリニカルパスを作成・検証した文献を、医中誌を用い検索した。参考として海外文献についてもPubMedを用い検索したほか、実際に病院で用いられているクリニカルパスを参照した。

2. 聞き取り調査

退院支援を受けた本人の主観的な評価や退院後の生活について情報を得るため、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した者のうち現在も対象病院外来に通院しており、書面にて調査協力に同意した者を対象として聞き取り調査を行った。

1) 対象

統合失調症の診断を有する患者で、A病院の1病棟において1年以上入院し、退院してから3ヶ月以上地域生活を継続した者を対象とした。2004年7月から2007年7月の3年間に退院した患者で該当する者は30名であった。そのうち3名の退院先は介護老人保健施設で、医師や看護師が常時配置されており転院に近いものと考えられたため、これを除いた27名が地域生活を継続している者と考えられた。この27名は後述する3. 記録調査の対象と同一である。

地域生活を継続している27名のうち、現在も同病院外来に通院している19名に調査協力を依頼した。うち調査協力に同意した者を対象として聞き取り調査を行った。なお、インタビューの可否について事前に主治医の承諾を得た。インタビューに用いた様式は巻末資料に掲載する。

2) 調査内容

質問項目は以下の(1)~(5)のとおりであった。

(1)入院中の関わり

退院の話がいつ頃出たか、その頃は病棟で1日をどのように過ごしていたか、誰からのどのような援助が役に立ったと思うか