

<急性期医療>

急性期医療は危機介入チームとの急性期病棟の連携で行われている。県内2カ所の医療圏に1カ所ずつチューリッヒ大学病院を含む2病院が危機介入チーム(病棟)を持つ。ここへ救急患者が受診し、短期間の入院でのアセスメントと治療導入がなされる。その後さらに入院治療継続の必要性がある場合、県内の各病院の病棟へ移される。

チューリッヒ大学危機介入病棟は3名の医師と15名の看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー、臨床心理士、アルコールセラピストが各1名でチームを編成している。10床の病棟で平均在院は5日である。年間1200件の要請があり約700人が入院となっている。この1200件の依頼の中には、2006年度から導入された家庭医からのコンサルテーション依頼も件数に入っている。急性期治療は薬物療法が中心でECTの使用は少ない。入院費用は1日約36000円である。

チューリッヒ市の北に位置する人口180000人ウィンターツール医療圏では危機介入チームが存在せず、ウィンターツール病院に60床の急性期病床と16床のうつ・不安障害病棟を持っている。この病院では救急急性期患者の直接受け入れのほか、県内の危機介入チームからの急性期患者の後方転送も受け入れている。危機介入も含めた急性期病棟での平均在院期間は約30日となっている。

<外来医療>

外来医療は、統合失調症などの精神障害は精神病院の外来で、人格障害や神経症などは診療所に対応している。精神障害者に対するケアマネジメントの必要性は認めて

いるものの、まだシステムとしての導入はなく必要に応じてケースワークを行っている。外来診療費は1回20000円である。

<リハビリテーション>

リハビリテーションは、医療サービスと福祉サービスに機能分化されている。

医療サービスは脱急性期患者対象のデイケアが中心となっている。県全体で20カ所のデイケアが存在し1日と半日の2プログラムがある。各施設の1日平均利用者数は30~35人程度である。内容は再燃防止プログラムなどの症状管理や認知行動療法などが中心であり、対象は統合失調症に限らず人格障害や神経症でも必要な場合には利用が可能である。平均利用期間は3~6か月で、さらに通所型のリハビリテーションが必要な場合には福祉サービスを利用することとなる。

福祉サービスはNGOが運営しており、慢性期の障害者に対する日中の居場所・活動場所の提供や就労サービス提供を行っている。日中の活動場所としては作業所が中心で、県内に点在している。就労サービスはまだ活発ではなくようやくsupported employmentのサービスが開始になったところである。

<アウトリーチ>

アウトリーチサービスは今まであまり提供されてこなかったが、病床削減と地域移行に伴いようやくその必要性が認められ、サービスの導入となった。目的は主に危機介入と回転入院抑止で、生活支援なども含めた長期ケアはあまり目的としていない。現在二つのサービスが導入されている

一つ目は危機介入のための訪問看護で、現在1つの病院で導入され、今後各医療圏

に1か所ずつ配置する予定となっている。

二つ目はウィンターツール病院で ACT のような多職種アウトリーチチームの導入を試験的に開始している。これは外来医療からドロップアウトした患者を受診記録からピックアップし、訪問による介入にて外来医療の継続を促すものである。ケースマネージャー1名に対し患者15名のケースロードで現在80ケースにサービスを行っている。またこのチームは同時に電話でのトリアージサービスも行っている。

<住居サービス>

住居サービスはNGOが運営をしており、ケアの必要度に応じて2つのタイプが存在する。

ケアの必要性が比較的少ない障害者は6~7人が定員のグループホームを利用し、ケアの必要性が高い障害者は、看護師が常駐し服薬の管理なども行う定員20~30のナーシングホームを利用している。

<チューリッヒ大学精神科病院> (佐々木一)

チューリッヒ中心部を見下ろす高台の上に歴史的建築物であるチューリッヒ大学精神科病院がある。150年以上の歴史があり、Schizophreniaの用語を創設したE.ブロイラー、高名な精神科医・心理学者であるC.G.ユングが所属していたことでも知られている。

精神科一般急性期治療病棟1病棟、物質依存とdual diagnosis病棟1病棟、不安障害とうつ病病棟2病棟、女性専用病棟1病棟、老年精神科病棟4病棟からなる。現在は長期入院病棟は廃止されている。病棟はそれぞれ10-20床の病室を持つ。

一般急性期治療病棟 (危機介入と診断)

全ての急性期治療を行うが、精神病患者が多い。この病院に入った患者は3日以内に診断と評価が確定される。外来治療か、デイケアでの治療か、この病棟で治療を受けるか、より長い入院のための病棟への入院か判断される。治療は短期化しており、他の施設に転送されることはほとんどないという。

不安障害とうつ病病棟2病棟

人格障害の患者が多数入院している。作業療法、音楽療法、ソーシャルサービスなど患者は治療を選択でき、途中で変えることも可能である。チューリッヒ以外のCanton(県)の患者が多い。チューリッヒの患者は公的医療保険で入院できるが、それ以外の患者は私的医療保険を利用するか、自費で支払いをしなければならない。

物質依存とdual diagnosis病棟

薬物依存、アルコール依存の治療を行う。ヨーロッパでは精神病と物質依存を併せ持つdual diagnosisが大きな問題となっているが、集団精神療法、薬物療法、家族療法などで治療を行っている。

大学病院の建築は壮麗で大規模、歴史的な建築であるが、内部は近代的にリフォームされていた。リフォーム費は1病棟あたり十数億円という巨費を投じている。閉鎖病棟である急性期病棟も開放病棟である不安障害とうつ病病棟も、内部の構造はほとんど同じである。

非常にレベルが高く、専門的な医療を行っているチューリッヒ大学病院ではあるが、ウルフ・レスラー(Wulf Rössler)教授によれば、時代にあわせて病院の規模の縮小を図っていく方針であるとのことである。

くチューリッヒ大学社会精神医療センター
> (佐々木 一)

場所はチューリッヒ中央駅近くの都市の中心部にあり、最近のトレンドに沿った新しい構造を持っている。リハのセンターとクライシスインターベンションのセンターを兼ねている。危機介入のための病床も10床もっているが、入院期間は最大で5日に限定されている。とても小さなユニットからなっており、一年に650件の入院を扱っている。

ここのデイホスピタルは最新の考え方による急性期デイホスピタルである。入院後のアフターケアは扱わず、急性期の患者の治療をして入院を防ぐ機能を担っている。自殺の危険の高い患者などが対象となっており、アフターケアのデイホスピタルとは違うプログラムを行っている。

(参考) スイスの精神医療概況 (佐々木 一)

精神保健政策

なし。

物質依存政策

あり。1990年制定。

国家的精神保健プログラム

なし。

向精神薬に関する国家的ポリシー

なし。

精神保健法

「支援のために自由を奪う法 deprivation of liberty for assistance purpose」という名で1981年に最新の法が発効した。連邦法であるが、州法との整合性に留意して制定された。

精神医療保健の財源

精神医療への財源の割り当てなし。精神保健の支出の詳細は明らかでない。財源は多い順に社会保障、税、患者・家族の自己負担である。医療保険は医師以外の精神療法はカバーしない。医師に雇用されている場合は例外である。精神障害者に対する障害年金の制度あり。

精神医療システム

精神医療はプライマリーケアの一部である。プライマリーケア医への教育制度はない。重症の精神病患者もプライマリーケア医により治療が可能である。コミュニティーケアの制度あり。1977年にベルン県で脱施設化の動きが始まり、総合病院精神科での治療が始まった。それ以後精神障害の患者の治療が外来で行われるようになり、民間と公的セクターの間で患者が自由に行き来できるようになった。コミュニティーの県たるヘルスセンターは様々な精神疾患の患者の短期入院を受けられるようになっており、以前の長期入院施設に代わる存在になりつつある。大学病院精神科は生物学的精神医学が主流、個人の開業精神科医は精神療法、中でも精神分析的な精神療法を主に行っている。1980年以降、医師以外の精神療法家が個人開業できるようになり、今日では精神療法の約半分を行うようになった。

全精神科病床	人口千対	1.32
単科精神科病院		1.32
相互病院精神科		0
それ以外の病床		0
精神科医	人口十万対	23
精神科看護師		46
臨床心理士		40.8
P S W		106

NGO

NGOは精神保健の分野に関係している。
情報収集システム

国家による精神保健のデータ収集システムはない。疫学的調査もない。県単位では医療保険の関係で行われてはいるのだが、定期的報告は行われていない。

(WHO mental health atlas 2005 ; WHO)

2) コンスタンツ(ドイツ連邦共和国 バーデン・ヴェルテンベルグ州)の精神医療 (佐竹直子)

スイス・チューリッヒ県に隣接するドイツ・コンスタンツにあるコンスタンツ大学精神科はチューリッヒ大学精神科と学術・医療技術の相互交流を盛んに行っており、今回チューリッヒの視察に加え、コンスタンツ・ライシェナウ精神病院の視察も行った。

<コンスタンツの精神医療>

ドイツの精神医療もスイスと同様Kanton(県)によりかなりの格差がある。スイス・オーストリアとの国境にあるコンスタンツはバーデン・ヴェルテンベルグ州の人口約8万人で地方都市である。コンスタンツでは1982年に病院中心の精神医療から地域ケアへの転換を開始し、長期入院病床の削減を行ってきた。1978年に1100床あった病床を2008年までに240床に減らし、平均在院に数も120日から38日に短縮している。

病床の削減は主に大規模精神病院の病棟の住居施設への転換で、旧病棟の建物をNPOが運営するグループホームとして利

用している。その他にニューロングステイ防止のために総合病院内に地域ケアユニットを作り、外来医療とソーシャルワークを統合したサービスの提供を始めた。

コンスタンツでは長期入院患者の地域生活への移行はあまり強い必要性を認めていない。長期病床の施設への転換は経済的な意味も含め重要だと感じているようだが、障害の程度が重い場合には地域での生活よりも病院施設内の住居施設の利用が適切だという考え方が強いように感じた。比較的若い患者も院内グループホームを利用しており、この施設が病床削減の途中の過渡的な転用施設としてはとらえていないようであった。また長期入院の中にはかなりのアルコール依存患者が含まれており、依存に対する長期入院も認められている。

<入院医療>

公的病院は統合失調症などの精神障害の治療を、民間病院はうつや神経症の治療を行っている。ライシェナウ精神病院はコンスタンツにある公的病院で、急性期・うつ・依存(アルコール)・リハビリテーション・司法・老年期の6部門の入院があり、急性期病棟で入院費は1日200ユーロと安い。急性期病棟の1/3は強制入院となっている。

<リハビリテーション>

リハビリテーションは医療サービスと福祉サービスの住み分けがはっきりしている。慢性期患者に対する長期のリハビリテーションは医療から切り離して福祉サービスで提供することとなっている。

医療サービスで行っているのは入院リハビリテーションで、約40日の入院で認知療法や症状管理、レクリエーションなど多彩

なプログラムの中から個別のリハビリプログラムをセッティングし併せて薬物調整も行いながら地域生活の適応を向上させる。状態によってデイタイムのみの利用も可能で、日中 100 ユーロ、夜間 70 ユーロとなっている。スタッフは医師、看護師、作業療法士で構成されている。

福祉サービスは NGO が運営するデイ・ナイトケアがあり、慢性期の患者に対して居場所の提供を行っている。また 60 か所の作業所も NGO が運営している。また当事者や家族に対しての心理教育プログラムも盛んに開催されている。

<アウトリーチ>

在宅や単身で比較的症状の重い障害者をサポートするという感覚が少ないためか、アウトリーチサービスは全く存在せず、今後開始する予定もない。

II. シンガポールの精神医療

(佐竹直子)

9月16日～18日 現地視察

IMH(Institute of Mental Health,Singapore)/WH(Woodbridge Hospital)

シンガポール精神保健センター・ウッドブリッジ病院

Activity Hub, Pelangi Village ペランギ・ビレッジ (住居施設)

CWC(Community Wellness Centre) 地域健康センター (外來施設)

Hougang Care Centre ホーガンケアセンター (クラブハウス)

<概要>

IMH (Institute of Mental Health) はシンガポールで唯一の精神科3次医療機能を持つ公立医療機関で、Woodbridge Hospitalを中心に様々な医療施設・サービスを展開している。2000年に National health care group の1機関となりシンガポールの北西部地域の精神医療を担っている。この2000年の改革により、IMHは病院収容型の医療から地域医療への転換を図っている。シンガポールでは精神医療は公的・民間両機関でサービスを提供しており、人口460万人のシンガポール全体で現在110人の精神科医がおり60%は公的医療機関40%は民間医療機関で働いている。IMHのスタッフは医師88名、看護師704名、コメディカル222人などで構成されている。精神障害患者はほとんどが公的医療で対応されており、民間医療は神経症や軽症うつなどに対する医療サービスを提供している。総合病院では主にコンサルテーション・リエゾンが中心の医療サービスを行っている。シンガポールの医療保険は現在民間の保険と政府の補助金・年金のコンビネーションで行われており、収入により医療の格差が生じないように配慮はされている。診療報酬につい

ては政府はガイドラインを示すだけで、公的医療もその組織ごとに医療費の設定が出来る。民間医療は概して公的医療より医療費は高く設定されており利用は限定される。

<Woodbridge Hospital>

IMHの唯一の病院。1928年に開設され現在1976床を有する。病棟は急性期・慢性期・リハビリテーション・年齢別などのカテゴリーで機能分化されている。また病棟のアメニティーによって入院費は5ランクに分かれており、一般の病棟の一日入院費が1400円、最高ランクの差額病棟で21000円とかなり格差はある。

病床全体の9割は低料金の入院病床で占められており、年齢別で成人と老人、さらにそれぞれ急性期と慢性期の病棟に分かれている。慢性期病棟が6割を占めており、これらは院内ナーシングホームというような位置づけで機能している。この機能は地域施設への移転を徐々に試みており、7年で平均在院日数は約3割短縮している。現在急性期病棟は平均在院日数17日、慢性病棟は90日となっている。

このほかに触法病棟、リハビリ病棟、薬

物依存病棟なども併設している。

<急性期医療>

急性期医療は Woodbridge Hospital の ER と急性期病棟で対応される。急性期病棟は病院全体で 10 病棟 480 床あり平均在院日数は 17 日である。連日 2 名の医師と看護師、ソーシャルワーカーで診察、アセスメントを行い治療方針を決定する。治療の目的は主に薬物療法の導入と鎮静で次の段階の治療につながる。病棟はすべて閉鎖病棟で看護配置は 1 病棟日勤 3 名と夜勤 2 名と少ないマンパワーで対応している。

救急室はすべての精神科救急を受けるが、ハード救急とソフト救急は救急室を別にし、人格障害や神経症に対するソフト救急は外来対応だけで済ませるようにしている。医療費は 40 シンガポールドル (約 2800 円) である。

<リハビリテーション>

リハビリテーションは、この数年で地域医療を支える重要なサービスとしてかなり変化してきている。短い入院期間で地域生活へ戻るためにはリハビリテーション機能の強化は必須であり、アウトリーチやケアマネジメントサービスの拡充に先立って改革が行われた。従来行っていた長期利用型の OT Day Center はその内容の見直しをして、さらに新たなプログラムとしてリハビリテーション病棟での入院リハビリテーション(Stepping Stone)と、CWC のリハビリテーションプログラムを開始し、医学モデルを取り入れた治療効果の高いリハビリテーションを目指している。またリハビリテーションにおける医療と福祉サービスの機能分化も他の国同様進んでいる。クラブハウス形式のサービスを導入し、日中の活

動場所の提供、セルフヘルプ機能の強化、就労支援などの機能をそこへ移行し短期集中型の医療リハビリテーションと中・長期の福祉リハビリテーションの棲み分けがこの数年で確立している。

① 入院リハビリ(Stepping Stone)

Stepping Stone は 8 週間の入院リハビリテーションプログラムで、ゴール設定とアセスメントを定期的に行いリハビリ効果を判定する構造化したプログラムになっている。男女それぞれ 1 病棟ずつ計 2 病棟を使って行っている。現在まで 500 人の修了者がおり次のリハビリテーションサービスへの移行や社会参加につながっている。多職種チームで運営されており、リカバリー理念に基づいた支援がおこなわれている。プログラムの内容も症状管理やセルフマネジメントなどの治療的なプログラムが多くみられる。

② OT Day Center

OT Day Center は Woodbridge 病院と他 2 カ所に作業療法とデイケアを兼ねあわせた施設がある。1 部は従来行ってきた作業所的な機能を残しつつ、新しい取り組みとして個別プログラムの設定や目標設定と定期評価、治療的なプログラム内容の導入がなされ、また保護就労などの就労サービスも企業とのタイアップによりすすめている。OT 31 名が主体で運営している。

③ CWC リハビリテーションプログラム

地域の外来施設ではリハビリテーションの導入目的でいくつかの作業療法プログラムを提供している。このプログラムの参加

で本人のモチベーションをあげ、OT Day Center やレジデンシャルサービスなどのより専門的なリハビリテーションにつなぐことを目的としている。

④ レジデンシャルサービス

クラブハウス形式で住居施設とリハビリテーションが一体化した NGO 施設 (Hougang Care Center) が 2004 年に設立され、職業訓練とセルフマネジメントプログラム、就労支援などをおこなっている。年間予算は 1400 万円で平均利用期間 3 ヶ月、月 27000 円の利用料で現在 164 人が利用中である。特に就労支援に力を入れており半年で 140 件の就労実績を上げている。

<外来医療>

外来は Woodbridge Hospital の外来 (1 日 500 名) と地域に 3 カ所ある一般診療所に併設された精神科クリニック (CWC) で行う。以前は病院の外来だけで対応していたが、地域の一般診療所と併設されたことにより受診に対する抵抗がやや低くなり、外来対応件数は 1995 年の 13000 件から 2007 年には 160000 件と 10 倍以上になっている。特にうつ病、不安障害などの受診が増加している。医療費は初診が 23 シンガポールドル (約 1600 円)、再診が 20 ドル (約 1400 円) と安く、医師一人あたり 1 日 40~50 名の診察を行っている。

ケアマネジメントシステムの導入はまだなく、医師の指示により病院や各クリニックの多職種チームがリハビリテーションやケアマネジメントを行う場合がある。デボ剤の利用率が高く 10~20% の患者にデボ剤が使われている。

<住居施設>

国の政策で一部の国民をのぞいて単身生活が出来ないため、日本のグループホームのような形態の共同住居は難しく大半が家族同居である。グループホームは数十人が一緒に生活をする福祉ホーム B 型のような形態になり病院内に点在している。また福祉省の管轄で長期入院者向けのリハビリ機能付きの大型住居施設が NGO の運営で存在するが、国のホームレス対策の機能も兼ねている。平均年齢が 60 歳前後の高齢者が対象で、いずれこの患者層がなくなった時には閉鎖の予定である。

<コミュニティーメンタルヘルsteam (CMHT) >

多職種 (医師・看護師・作業療法士・ソーシャルワーカー) の訪問チーム。おもにクライシス対応と ACT のような重症ケースへのケアマネジメントを行う。病床の削減により依頼ケースは徐々に増加しており、外来主治医との連携のもとに介入を行っている。まだモデル的な導入で、安い診療報酬 (訪問料 1 回 700 円) など今後普及させるにあたり調整が必要と思われる。

Ⅲ. イタリア・トリエステの精神医療

(佐竹直子)

7月29日～28日

Trieste Dipartimento di Salute Mentale (トリエステ精神保険局他)
Centro Salute Mentale, Maddalena (マッダレーナ精神保健センター)
Diagnosi e Cura (診断と治療病棟・マッジョーレ病院)
Cooperativo Sociale (社会協同組合)

<概要>

トリエステはイタリアの北東部に位置する人口24万の小都市である。1973年、それまでのオーストリアスタイルの大型精神病院の変革を始め、77年バザーリア法による精神病院廃止にて病院を廃止し地域医療中心のシステムの構築を行ってきた。地域医療への転換の第1歩として1300床のサンジョバンニ病院に多職種チームとケアマネジメントのシステムを導入した。入院患者を、その住所地によって市内を6つ(現在4つ)に分割した医療保険区ごとにグループ化し、地域生活のための訓練を行い、各グループのスタッフもその地区の精神保健センターに配属するという形で一緒に地域生活に戻した。医療は公的保険と私費保険の2本立てだが、精神科治療での私費保険治療は少ない。精神保健センターが軽症の場合にも窓口機能を果たしているが、神経症やパニックの治療は家庭医が担っている。

現在20カ所の民間医療機関は公的保険と契約を結び医療サービスを行っている。精神保険局のスタッフは250人、予算は1700万ユーロで700～800万ユーロが人件費、医療費が60万ユーロ、その他は社会協

同組合への助成や労働報酬、職員の教育費になる。

<精神保健センター Centro Salute Mentale >

外来、急性期治療、ケアマネジメント、アウトリーチ、デイホスピタルの中心機関。現在人口5万の地区割りで市内を分割し、4つの精神保健センターと大学病院がこの機能を担い精神医療の中心機関となっている。各センターが約500ケースをケアしている。多職種チームで運営されており、24時間対応が可能である。1チームに精神科医4名、心理士1名、ソーシャルワーカー2名、作業療法士1名と看護師25名以上が配置され、2交代で対応している。

ケアマネジメント制度が確立しており、各ケースのケアプランの立案はセンターが行いプランに応じて患者の医療費を設定することができる。ホームケアの他に、就労や住居施設利用の方向性もここで決定される。現在重症と見なされる患者はトリエステ全体で137人で、保護付き住居に70人(1日12ユーロ)、特別支援費を発行しているものが67人、最重症の患者2名には1日200ユーロの支援費が使われている。疾

患は統合失調症が中心である。

<急性期医療>

急性期入院医療は、マジョーレ病院（総合病院）にある Diagnosi e Cura（診断と治療病棟）というアセスメントユニットと、各精神保健センターのベッド（8～10床）で行われる。成人と老人が対象となり児童精神医療は小児医療で対応される。市長命令での強制入院も存在するが、極力任意入院を目指し強制力の少ない環境での治療を行うことをポリシーとしている。触法患者のアセスメントと治療導入もここで行う。病棟は開放空間で隔離、身体拘束はない。診断と治療病棟は6床で24時間2名の精神科医が3交代で勤務している（精神科医は夜間はオンコール体制）。平均入院期間が24時間で年間約1000ケースに対応している。アセスメントが終わり治療方針が決定したところで精神保健センターへの入院へ転送する。精神保健センターはそれぞれ6～8床を有し同じく開放空間で急性期治療を行う。平均在院期間は約10日で地域ケアへ移行する。構造化された急性期病棟というよりは、デイ&ナイトケアの延長と考えているように感じられた。

<社会協同組合 Cooperativo Sociale>

NGO運営の社会協同組合はイタリアでは様々な社会活動を展開しているが、トリエステでは精神保健に関するサービスもかなり提供している。社会協同組合は市内に何か所も存在し、法人税の免除などの特典をうまく利用し一般企業と同様の市場競争力を持ち企業として活動を維持できるように経営努力をすることが求められる。大きく2つのタイプに分けられ、障害者への直

接サービス（ホームヘルプ、住居施設など）を行うタイプAと就労支援を行うタイプBがある。タイプBは各業種の企業（例えばコンピューターソフト会社、レストランなど）を展開したり委託業務に派遣を行ったりしている。従業員の3割を精神障害者にすることが義務づけられており、この障害者雇用に対して法人税が免除される。障害者は健常者と同条件で雇用され、必要に応じてジョブコーチや職場との調整を行う。作業所(Laboratorie)を持つものもある。

<リハビリテーションと就労支援>

リハビリテーションは社会協同組合などNGOが大半を担っており、社会協同組合は作業所、就労支援などの他に市民とともにレクリエーションを行うものや職業訓練をおこなうNGO（工芸教育工房とデイケアセンター）ものもある。精神保健局では「就労とレジデンスサービス」という機関が職業訓練や労働提供と就労サービス全体のモニタリングを行っている。2007年は217名が職業訓練を経て一般就労に就き、25人が社会協同組合の職員で採用されている。

デイホスピタルはクライシス対応や家族の負担を減らすためのデイサービスに近く、精神保健センターや住居施設で行われている。簡単なレクリエーションはあるが、治療的なプログラムはない。

<住居施設>

精神保健局が運営する社会復帰レジデンスと、就職とレジデンスサービスや社会協同組合タイプAが運営するリハビリテーションレジデンスがある。社会復帰レジデンスは日本のグループホームに近く長期在院者が主な対象で、12ホームに47人が住んでいる。本人のケアニーズによって主に日

中ケアを行う。リハビリテーションレジデンスは 35 歳以下の重症患者のリハビリ機能を持った住居施設で、24 時間ケアになっている。また同施設の日中の活動として数名の在宅患者をデイホスピタル利用として受け入れるサービスも並行して提供している。

<サン・ジョバンニ病院の敷地利用>

かつての大規模精神病院は現在、広大な敷地と建物を主に精神関係の施設として利用している。かつて敷地全体が大きな閉鎖

地域となり丘の上で孤立していたが、門を撤去し敷地の中心に大きな道路を開通させることにより、市民の往来を増やし偏見を減少させたり、敷地内を様々な施設に転用し、市民も利用できるものを作っていた。敷地内には旧病棟を利用した社会復帰レジデンスや社会協同組合の事務所、精神保健局があり、社会協同組合が経営するレストランやラジオ局は市民にもかなり活用されている。

IV. イギリス・バーミンガムの精神医療

(佐竹直子)

7月31日～8月1日 Birmingham & Solihull Mental Health NHS Foundation Trust
Early Intervention Service
Early intervention Respite
Park Care Garden Centre
Zinnia Centre

<概要>

イギリス中西部に位置する第2の都市バーミンガムと周辺地域（人口130万人）の精神保健に関するNHSの事業体の視察を行った。バーミンガムは1960年代から地域拠点を設け、病院中心の医療から病院での急性期医療とコミュニティーケアに転換をしてきた。コミュニティーメンタルヘルsteamを中心とする地域ケアが充実しており、特に多彩なアウトリーチサービスと早期介入に特徴がある。先進的な地域ケアが展開されている一方で、デイホスピタルが慢性状態の精神障害者の居場所としての機能のまま数多く存在し、また民間精神病院が私費診療でレジデンシャルユニットとして存在し長期入院療養の場所となっていることなど古いシステムが見直されないまま継続している面もある。

<Birmingham & Solihull Mental Health NHS Foundation Trust>

人口120万人を有するバーミンガムとその周辺地域にたいして精神科サービスを提供するNHS (National Health Trust) で、3900名のスタッフ（うち医療資格者2100

名）を有し、53病棟779床、130の臨床チームを含む106のサービス事業体を運営している。年間36億ユーロの収益を上げている。サービス内容は精神障害に対するサービスから、薬物依存、摂食障害、認知症など広くメンタルヘルスに関する領域を含んでおり、また家庭医との連携にも力を入れ、トラスト以外の医療機関も含めたメンタルヘルスシステムの構築にも寄与している。

<入院医療>

急性期医療は Zenia Centre などの精神病院の急性期病棟が中心で、総合病院精神科はコンサルテーション・リエゾンのみを行う。平均在院日数は14日である。1病棟のスタッフは25名で14名がNsで他のコメディカルスタッフも配置されている。またこれとは別に地域に長期入院のためのベッドが各8ベッド割り当てられている。

<地域ケア>

成人の地域医療の拠点であり、状態像別に専門化したチームが存在する。

① コミュニティーメンタルヘルsteam (CMHT)

ケアマネジメントと外来機能が一緒になった機関で地域医療の中心的な役

割を果たす。24 時間稼働で、スタッフは Ns をはじめとする多職種チームとなっている。対象患者は統合失調症、双極性障害と重症うつ病と比較的重症の場合が多い。ケースマネージャー1人で30~35 ケースを担当している。

② ホームトリートメントチーム

危機介入チームと退院直後の濃密な訪問ケアを行う Ns と Dr の訪問型チームである。バーミンガム全体で 9 チームあり1日30~40 ケースを対応している。クライシス時のアセスメントと訪問治療を行う。症状が落ち着くまで平均4~6 週程度フォローし CMHT へ戻す。また急性期入院からの退院後 7 日間は、このチームが必ず関わり、その後 CMHT のケアに戻ることでなっている。クロザピンの導入などの対応も行う。

③ アサーティブアウトリーチチーム

ACT。多職種チームで重症患者の対応を行う。バーミンガムに1チームで70 ケースに対応している。20%が触法患者でその他のケースも症状がかなり重く比較的長期にわたり濃密なケアが必要なケースが依頼される。

<Early Psychosis Intervention>

早期介入プログラムは、2 年前に地域別のチームをやめ、バーミンガム全体で1施設にセンター化した。14 歳以上の患者を対象にし、年齢層ごとの社会環境や成長過程に合わせて年齢ごとに4つの介入グループに分かれている。もっとも年齢が高いグループが18 歳から35 歳のチームとなり、3

年間の利用が可能である。効果としてはもう少し長期間(5 年程度)の介入が望ましいが、予算の関係で3 年で治療終了となっている。多職種のアウトリーチチームでケアマネジメントをおこない、平均週1回のコンタクトで、薬物療法をはじめ危機対応、心理教育、認知行動療法などの専門治療から具体的な社会参加の援助までの介入を行う。

<リハビリテーション>

リハビリテーションは CMHT などのアウトリーチ系のサービスの中で本人のニーズに合わせた Place then train のリハビリテーションが多い。特に早期介入チームは様々な就労支援とリンクして個別リハビリテーションを展開し、慢性化を防ぐことで長期のリハビリテーションの必要性を減少させるようにしている。一方で、従来の福祉型のデイケア(デイプログラム)はその治療効果は少ないとの評価がなされているにもかかわらずまだかなりの数存在しており、Trust としては今後改善が必要な対象として考えている。集団のリハビリの新しい取り組みとして、Zinnia Centre に Venue という医療型デイケアに似たりハビリテーションプログラム(OT を中心に6名のスタッフ)や、園芸作業などの就労訓練施設(Park Care Garden Centre)をこの数年の間に開設した。これらのサービスは発症から比較的時間もない若年の患者層に向けてだけではなく、従来の福祉型デイケアに通所中の障害者の新しいプログラムへの移行の目的もある。

<Zinnia Centre>

旧産科病院を改修し今年5月にオープンした精神科施設。Birmingham & Solihull

の半分のキャッチメントエリアとする。急性期病棟（16床×2）と外来、コミュニティーメンタルヘルsteam、危機介入チーム、医療型デイケア（Venue）などが含まれており、入院から外来・地域ケア、リハビリテーションまで一体化した新しいスタイルの施設である。

各サービスの連携がスムーズとなり、入院時から地域サービスの介入がしやすく、またリハビリテーションへのスムーズな移行も目的としている。

<住居サービス>

住居サービス自体は他の行政管轄になるため、直接 NHS では関与していない。ただし、NGO がグループホームやレスパイトハウスを運営し、NHS と協力関係のもと住居サービスを提供している。レスパイト施設の中には、自立生活のための生活訓練機能も兼ね備えた施設もあり、4～5名の利用者が共同生活でリハビリを行っている。

早期介入専門のレスパイト施設もあり、5名の利用者が3週間平均の滞在で地域生活に戻ってゆく。年間17万ユーロの予算で運営され、18歳から35歳の患者が利用している。

【考察】

昨年度に引き続いての海外の精神医療についての調査である。シンガポール、スイス、ドイツ、イタリア、イギリスを実態調査した。昨年の視察/調査時と同様国全体のシステムの概要や統計は国により格差はあるもののアウトリーチ活動、居住施設の整備が進みつつあることが明らかであった。特に、地域精神医療の先進国と言われるイ

ギリス、イタリアなどではアウトリーチやケアマネジメントはすでに基本的なサービスとして定着しており、現在病院から地域への移行を進めているスイス、シンガポールなどでは必要性は認識しているものはまだ充足されておらず、今後の課題となっていた。一方リハビリテーションの機能の見直しや新しいシステムの導入は、比較的どの地域でもすでに取り組みされており、共通の方向性が見られた感じがある。住居サービスについては住居政策や文化的な影響もあり地域により方向性がかなり違うこともあるが、障害の程度に応じバリエーションを持つ方向性がみられた。今後さらに他地域の情報を集め、リハビリテーション、地域サービスに関する国・地域別の比較や傾向を考察していきたい。

平成 20 年度 分担研究報告書

精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究

分担研究者 三邊 義雄

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究

分担研究者 三邊 義雄 金沢大学大学院医学系研究科教授
 畠 稔 金沢大学附属病院看護科
 福島 秀行 石川県立高松病院看護科

研究要旨

精神科医療の最適化による入院日数短縮化にむけて2つの研究を柱に行った。

1つ目は特定機能病院（金沢大学附属病院）における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因：退院準備度評価尺度（DRI）を用いた評価である。特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を治療過程と各時期にDRIを用いて分析した結果、以下の3点が指摘された。1、長期群の行動制限あり群は治療期が長く、長期群の行動制限なし群では回復期が長い傾向にあった。2、長期群の行動制限なし群では外泊時に潜在的な地域適応性、心理社会的適合性の逸脱が回復期の長期化につながっていた。3、外泊を繰り返しても潜在的な地域適応性や心理社会的適合性の逸脱の改善がみられないのは、陰性症状や家族の受け入れ体制の問題などが考えられた。

2つ目は、救急・急性期病棟（石川県立高松病院）における統合失調症退院支援パスの導入についてである。当該病院は2003年8月より病床数44床の精神科救急入院料施設基準の病棟を運営しており、石川県精神科救急医療システムの基幹病棟として機能している。できるだけ多くの入院患者に対応するという救急・急性期病棟の役割を果たすには急性症状の改善だけでは限界があり、むしろ回復期にこそ地域生活を見据えた社会機能の回復や対処方法の獲得などが必要であると考え、2003年より回復期における退院支援の取り組みが開始された。退院支援パスを拡充していくための体制作りをする事により、パス使用率を大幅に増加することができた。現在は入院のそれぞれの段階でどのくらいの在院期間を設定するのが望ましいかを検討中である。

A. 研究目的

I. 特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因

2008年度、退院準備度評価尺度（DRI）を用いて特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を分析した結果、入院時の好戦性が強いこと、潜在的な地域適応性の得点が低い状態で外泊に至っていること、各評価時期に潜在的な地域適応性や心理社会的適合性の項目が低い点が長期化の要因としてあげられた。このような長期入院患者に対して、入院時からの好戦性を改善させることや、自己決定能力ならびにセルフケア能力を整える医療体制の必要性が明らかになった。今回、昨年度の結果を踏まえ、統合失調症入院患者において、入院から退院までの治療過程とDRIの得点との関連性を更に詳細に調査し、治療過程からみた長期化の要因を分析することで統合失調症患者の早期退院を促進し、長期入院を防ぐ取り組みができるのではないかと考えた。

以上、本研究の目的は、特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を、退院準備度評価尺度（以下DRI:Discharge Readiness Inventory）

を用いて分析し明らかにすることである。

II 急性期病棟における統合失調症退院支援パスの導入して

石川県立高松病院は2003年8月より、病床数44床の精神科救急入院料施設基準の病棟を運営しており、石川県精神科救急医療システムの基幹病棟として機能している。できるだけ多くの入院患者に対応するという救急・急性期病棟の役割を果たすには、急性症状の改善だけでは限界があり、むしろ回復期にこそ地域生活を見据えた社会機能の回復や対処方法の獲得が必要であると考え、2003年より回復期における退院支援の取り組みが開始される。しかし、救急・急性期病棟では月平均27名の入院患者を受け入れなければならないため、心理教育、服薬教育、社会資源の活用、退院前訪問などの退院支援活動の途中で後方支援病棟である慢性期閉鎖病棟や慢性期開放病棟への病棟移動するケースが少なくなかった。病棟移動の問題点としては、各病棟の機能やケア方針の違いからケアが中断され、入院期間の延長が認められた。そこで、2005年度より、急性期病棟、後方支援病棟、外来、デイケア

が共同し、入院時からの効果的退院支援として統合失調症退院支援パスを作成し、2006年度より導入となった。

2007年度は、パスを使用して退院した患者群9名とパスを使用せず退院した患者群28名を比較検討した結果、入院日数はパス使用患者群の平均が88.5日(SD53.3)、パス不使用患者群の平均は125.1日(SD98.4)であった。再入院率は、パス使用群で22%、パス不使用群では25%あり、統計学的有意差はなかった。ただし、パスを使用せず退院した患者群においても、全症例ではないが、今後の方向性や課題を明確にする関わり、再発兆候や症状コントロール教育が行われているのでそれがデータに影響しているとも考えられた。

2008年度は、パスを拡充していく為の体制作りをする事により、パス使用率を大幅に増加することができた。現在は、入院中のそれぞれの段階でどのくらいの在院期間を設定するのが望ましいかを検討中である。

以上、入院日数の短縮と再入院率の減少を目的に患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院支援パスを導入し、その有効性について分析することが本研究の目的である。

B. 研究方法

1. 特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因

1. 用語の定義

長期群：入院期間が91日を超えて退院した患者

短期群：入院期間が91日未満で退院した患者

治療期：入院後から初回外泊が決まるまでの期間

回復期：初回外泊から主治医が退院を許可するまでの期間

2. 研究期間：2007年9月から2009年12月

3. 対象：研究期間中に閉鎖病棟に入院し統合失調症の治療を主に実施した患者のうち主治医の了解が得られ、患者と保護者の同意が得られた患者を対象とする。

4. データの収集方法：

1) 退院準備度の評価はDRIを用いて共同研究者2名による直接的行動観察、患者本人と面接、および病棟内外で患者を観察する機会のある保護者からの情報聴取などを総合的に行う。評価時期は、入院後1～2週間目、初回外泊後1～2週間目、主治医が退院を許可した時点とする。

2) 対象者のカルテ、看護記録より治療及びケアの内容を調査する。

5. 分析方法：

1) 長期群と短期群を行動制限の有無によりカテゴリ一分類し、入院後1～2週間目、初回外泊後1～2週間目、主治医が退院を許可した時点、の3点におけるDRI4因子の得点を比較する。

2) 対象者のカルテ、看護記録より治療及びケアの内容を調査し、治療過程とDRIの得点との関連性を検討する。

3) 1) 2)の結果を踏まえて統合失調症患者の長期入院に関わる要因を共同研究者で分析する。

6. 倫理的配慮：

患者と保護者に予め入院時に研究目的、研究内容を分かりやすく丁寧な説明文を用いて下記の内容を説明し同意を得る。

1) 研究への参加は自由意志であり決して強制されないこと

2) 入院時に研究の同意が得られたとしても回復期、退院準備期において研究への参加の中断が可能であること

3) 聴取し記録した内容は匿名として施設名、個人名は特定されないこと

4) 研究への参加を拒否しても何ら不利益は生じないこと

5) 得られた情報は研究目的以外には使用されず、論文作成後は破棄すること

II 急性期病棟における統合失調症退院支援パスの導入して

1. 対象者

2006年4月1日～2008年12月31日までに入院した統合失調症の患者。

ただし、①任意入院で休息目的の患者、②措置・鑑定入院の患者、③急性期症状が改善され早期に家族の受け入れあり退院が決まった患者、④急性期症状が改善され早期に家族の希望で他病院への転院が決まった患者、⑤知的障害などの合併症患者、⑥家族との関係が非常に悪く、退院先の目処が立たない患者はパス適応を除外する。

2. パス導入の手順

統合失調症の回復過程を計見らに基づいて、①急性期(7～10日間)、②臨界期(7～10日間)③回復期(20日間前後)の3期に分類。

急性期・臨界期を終え、隔離を要しないと判断された時点で多職種が参加するスタッフミーティングにてパスの適応を検討する。パスの適応と判断された場合は、患者及び家族と面談して目標とその期間について話し合い、同意を得て統合失調症退院支援パスの使用を決定する。

3. パスの概要

パスは回復期を①I期一回復前期(7～14日間)、②II期一回復後期(7～14日間)、③III期一退院準備期(7～14日間)の3期に分けて達成目標、援助項目を設定し退院支援する。ただし、I期～III期まで、全ての達成目標、援助項目が必要ではなく、患者・家族のニーズに応じて必要な達成目標、援助項目を選択する。(表1

表1 I期一回復前期

達成目標
<input type="checkbox"/> 休息をとれる <input type="checkbox"/> 確実に服薬できる <input type="checkbox"/> 家族も休息できる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> セルフケア不足への援助 <input type="checkbox"/> 休息がとれるよう環境調整 <input type="checkbox"/> 家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 福祉情報の提供および相談

表2 II期一回復後期

達成目標
<input type="checkbox"/> 生活リズムが回復できる <input type="checkbox"/> 本人と家族が今後の方向性や課題を明確にできる <input type="checkbox"/> 病気の知識を持つ事ができる <input type="checkbox"/> 再発予防の知識を持つ事ができる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> 患者と家族の思いを調整 <input type="checkbox"/> 家族の精神的ケアと教育 <input type="checkbox"/> 退院マネジメント <input type="checkbox"/> 心理教育

表3 III期一退院準備期

達成目標
<input type="checkbox"/> 退院後の生活を考え、社会資源などを活用できる <input type="checkbox"/> 治療・服薬継続の意思が持てる <input type="checkbox"/> 再発予防、症状軽減の行動ができる <input type="checkbox"/> 家族は退院受け入れる不安を軽減できる <input type="checkbox"/> 退院を阻害する要因がなくなる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> 再発予防シートや症状コントロールシートの説明と活用 <input type="checkbox"/> 薬剤指導および服薬自己管理の検討・実施 <input type="checkbox"/> 外来看護師との面接・問題共有 <input type="checkbox"/> 家族へ対処方法や服薬確認について指導 <input type="checkbox"/> 退院前訪問

4. 調査方法

2006年4月1日～2008年12月31日に入院した統合失調症患者の内、パスを使用して退院した患者のデータを入退院簿とカルテより情報収集する。

5. 調査内容

パス使用者数、急性期・臨界期日数、回復前期日数、回復後期日数、退院準備期日数、パス使用日数、在院日数、再入院歴。

6. 倫理的配慮

研究にあたり得た情報は、患者個人が特定できないよう配慮した。

C. 研究結果

I. 特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因

研究期間(2007年9月～2009年1月現在)に入院した統合失調症患者25名中、同意が得られたのは23名であり、そのうち短期群は11名、長期群は12名であった。対象者の背景は表1に示す。なお、今回の報告では、外泊ができなかった症例、及び、転院した症例は除外した。

長期群は行動制限あり群(5名)と行動制限なし群(7名)に分けられ、短期群(11名)は全例行動制限を行わなかった。長期群において、行動制限あり群は入院期間が長く、回復期よりも治療期が長期化していたのに対して、長期群の行動制限なし群では、治療期よりも回復期が長期化している傾向にあった。

各群のDRI4因子の平均得点を比較すると、長期群の行動制限あり群では、好戦性が特に強く、他の群と比較して入院時のDRI4因子全てが逸脱しており、臨床的重症度が高い傾向にあったと言える。また、外泊時、退院時の得点は、短期群のDRI4因子の得点と同程度の結果より、全ての因子の改善が顕著であった。一方、長期群の行動制限なし群では、外泊時、退院時の潜在的な地域適応性、心理社会的適合性の得点が低く、改善度が遅れていることが回復期の長期化につながっていると考えられた(図1)。

カルテ、看護記録より調査した治療過程の特徴的症狀・問題点と治療・ケアの内容(表2)とDRIの得点との関連性を検討すると、長期群の行動制限あり群では、行動制限解除から外泊につながる手厚い治療やケアが行われた結果、初回外泊時には好戦性や顕在的精神病理が改善し、心理社会的適合性や潜在的な地域適応性に逸脱なく、回復が早かったと考えられる。一方、長期群の行動制限なし群では、回復期において、潜在的な地域適応性および心理社会的適合性の逸脱を改善する目的に、外泊を繰り返して退院調整を行っていたが、外泊中の患者の無為自閉の生活リズムの問題や患者・家族が社会資源の利用に消極的であることが長期化につながっていたと考えられた。

表1 対象者の背景

カテゴリー	長期群(n=12)		短期群(N=11)
	行動制限あり群(n=5)	行動制限なし群(N=7)	
性別(男:女)	2:3	4:3	7:4
平均年齢(歳)	29.6	32.6	34
平均在院日数(日)	190.4	153.9	48.2
治療期の日数(日)	125.6	59.7	22.3
回復期の日数(日)	64.8	94.1	25.9
平均外泊回数(回)	5	9.8	3.2

図1 各群におけるDRI4因子の平均得点

CAP, ADE はスコアが高いほど、BEL, MAN はスコアが低いほど改善度が高い

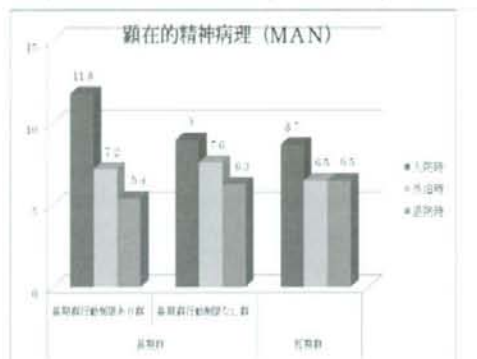
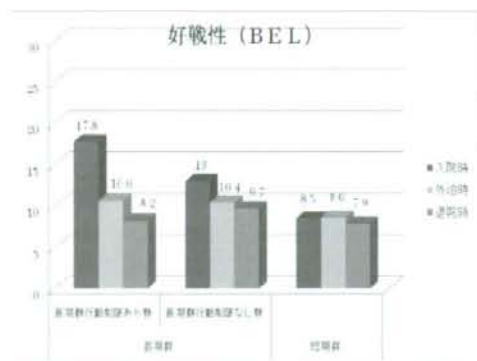
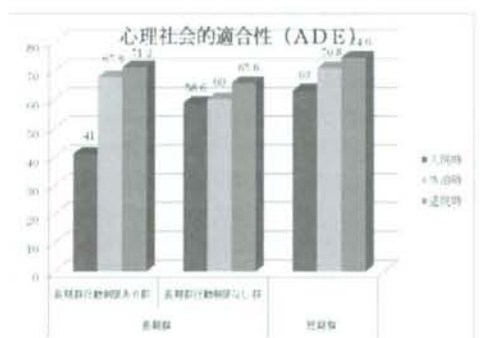


表2 治療過程の特徴的・症状・問題点と治療ケアの内容

	治療過程の特徴的・症状・問題点	治療・ケアの内容
長期群 行動制限あり群	・幻覚妄想による不穏興奮	・行動制限による全身管理 ・セルフケア介助 ・病状および副作用の観察 ・行動制限解除にむけたカンファレンス
長期群 行動制限なし群	・無為自閉 ・生活リズムの乱れ ・外泊時の家族とのトラブル ・家族の社会資源に対する抵抗感	・集団精神療法、レクリエーション、作業療法への参加により活動性を促す ・外泊指導 ・家族指導 ・社会資源の紹介

II 急性期病棟における統合失調症退院支援パスの導入して

1. 2006年度のパス使用者は11名。2007年度は2名。2008年度は23名(12月末)で大幅にパス使用率が増加した(表4)。

表4 バス使用状況

年	バス使用者	統合失調症患者数
2006	11名	114名
2007	2名	83名
2008	23名	61名(12月末)

2. バスの各期における平均期間は、Ⅰ期4.4日、Ⅱ期19.5日、Ⅲ期21.5日であった。
急性期・臨界期の平均期間は31.6日、バス日数の平均期間は45.2日、バス使用者の平均在院日数は79.6日であった(表5、ただしバスを中止した8名と現在バス進行中4名はデータの集計から省く)。

表5 バスを使用して退院した患者データ

Ⅰ期-回復前期	4.4日 (SD6.8)
Ⅱ期-回復後期	19.5日 (SD9.3)
Ⅲ期-退院準備期	21.5日 (SD17.8)
急性期・臨界期	31.6日 (SD14.3)
バス日数	45.6日 (SD24.2)
平均在院日数	79.6日 (SD27.6)

3. バスが予定通り進行できず、Ⅱ期、Ⅲ期の規定日数を大幅に超過した患者は、9名。
内訳は、病状の不安定さが3名、家族の退院への不安が4名、退院先の調整が2名であった。
4. バスの進行が困難(退院が4ヵ月以内では無理)と判断し、バスを中止した患者は8名。内訳は、服薬の必要性を理解できず、心理教育の効果もないが2名、グループホーム入所支援バスに変更が2名、家族の不安により退院の見通しが立たないが3名、他の疾患が疑われ、総合病院に転院となるが1名であった。
5. バスを使用して退院した患者24名中6名が再入院。再入院率は25%であった(表6)。

表6 再入院患者の入院時期

3ヵ月未満	3名(12.5%)
3ヵ月以上6ヵ月未満	1名(4.2%)
6ヵ月以上1年未満	1名(4.2%)
2年以上3年未満	1名(4.2%)

D. 考察

1. 特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因

今回の結果を考察を含め、以下にまとめた。

1. 特定機能病院における統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因を治療過程と各時期にDRIを用いて分析した結果、長期群の行動制限あり群は、治療期が長く、長期群の行動制限なし群では回復期が長い傾向にあった。

2. 長期群の行動制限なし群では、外泊時に潜在的な地域適応性、心理社会的適合性の逸脱が回復期の長期化につながっていた。

3. 外泊を繰り返しても潜在的な地域適応性、心理社会的適合性の逸脱の改善がみられないのは、陰性症状や家族の受け入れ体制の問題などが考えられた。

今後、症例を増やして、長期群の行動制限あり群となし群で検定を行い、有意差の有無を分析して長期化の要因を明らかにしていきたいと考えている。

[研究協力]

金沢大学付属病院看護科 川尻征子、西谷恭子、長山豊、中谷友梨子、大江真吾

Ⅱ 急性期病棟における統合失調症退院支援バスの導入して

1. 2008年度は、バスを拡充していくための体制作りをする事で医師・看護師共に積極的にバスを使用する姿勢ができ、大幅にバス使用率が増えたと考えられる。
2. Ⅰ期が規定日数より大幅(4.4日)に短縮された要因としては、急性期・臨界期からバス開始までの期間(平均31.6日)において、患者・家族共に休息がとれるというⅠ期の目標がすでに達成されたと判断し、Ⅱ期よりバスを開始した患者が15名いたからである。
3. Ⅱ期、Ⅲ期が予定通りに進行できなかった要因としては、

①達成目標は各期において、他科の疾患バスとは違い、患者側と家族側の2つの視点から設定しているため、双方の課題が達成しなければ目標達成に至らず、時間のずれが生じる。

②患者・家族両者の疾病理解、生活イメージ等、能力に差が生じている場合に時間を要する。

③患者の入院前の症状の激しさが、症状軽減後のスムーズな社会復帰を阻害している一因である。そのため、家族関係の修復や、退院先の調整に時間を要する。

今後、よりデータを増やし、バスの有効性について分析・検討していく予定である。

[研究協力]

石川県立高松病院看護科 東川貞男、長岡香代子、斉藤康弘、桶谷玲子、西田千恵子