

200935008A

厚生労働科学研究費補助金

こころの健康科学研究事業

精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究

平成 21 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 伊豫 雅臣

平成 22 年 (2010) 年 3 月

目 次

I. 総括研究報告	
精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究	--- 1
伊豫 雅臣	
II. 分担研究報告	
1. 精神科病院における医療実態の把握に関する研究	--- 11
松原 三郎	
2. 精神医療の提供実態に関する国際比較研究	--- 21
佐々木 一	
3. 精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究	--- 123
三邊 義雄	
4. 地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究	--- 137
羽間 京子	
5. 精神科看護の効果の実証に関する研究	--- 177
岩崎 弥生	
6. 入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究	--- 211
小宮山 徳太郎	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	--- 227
IV. 研究成果の刊行物・別刷	--- 231

平成 21 年度 総括研究報告書

精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究

研究代表者 伊豫 雅臣

平成 21 年度 総括研究報告書

研究課題 精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究
課題番号 H19-こころ-一般-008
研究代表者 千葉大学大学院医学研究院精神医学 役職 教授
氏名 伊豫 雅臣
研究協力者： 椎名明大 千葉大学大学院医学研究院精神医学・助教

研究要旨

本研究は、入院精神医療から地域精神医療への転換に関するモデルプラン策定を目的としており、今年度が最終年度である。

今年度の看護研究から、回復期における高い退院率は入院4ヶ月から1年未満の患者に最も退院支援が行われていることによるということが示された。また、退院準備度評価尺度（DRI）や退院準備状況アセスメント表の有用性が実証され、クリニカルパスが退院促進に有効であることが示された。退院に向けての支援は多職種による医療から日常生活、住居、金銭、福祉資源利用など様々なことが必要で患者自身もそれを望んでいた。また、退院後の精神障害者への看護経験が入院看護に当たる者において重要であることが指摘され、入院から地域への切れ目のないケアが重要であることが改めて明らかとなった。これらを総合的にプログラム化した「地域移行促進プログラム」が作成され、少数例であるが実施され、その有用性が示唆された。

退院後の支援に関しても多角的な支援が必要である。特に退院後1-2週間には短期集中支援が重要であるとともに精神科救急医療の重要性が指摘された。患者特性や地域特性を考慮した複数の支援体制の構築も必要であるとともに、特に若年者では就労に関する支援を患者自身も期待しており、就労支援の拡大が求められる。

グループホームやケアホーム等の住居施設・住居定員は増加してきているが更なる増加の必要性が指摘された。わが国と精神医療福祉状況と類似したベルギーでは病床ごとの機能分化を行い、それが有効に機能していることが報告された。さらに精神科病棟からナーシングホームに転換したものは、病床の患者一人一回限りの使用とされ、自然と病床が消失していくことも紹介された。

A. 目的

我が国における精神保健医療福祉は、入院医療中心から地域生活中心へという大きな転換期を迎えたところである。厚生労働省が平成16年9月に発表した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等により、立ち後れた精神保

健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることとしている。本研究では、精神障害者の退院促進という視点から、精神科病院における医療実態の把握し、海外の精神医療の提供実態と比較しながら、我が国における精神医療の最適化による入院日数短縮化と地域精神保健福祉サービスの拡充、精神科看護の効果の実証を

通して、入院精神医療から地域精神医療への転換に関するモデルプラン策定を目的としている。なお、本研究は平成 19 年度に開始され、今年度が最終年度である。

B. 方法と結果

1. 精神科病院における医療実態の把握に関する研究（松原先生）

松原班において平成 21 年度は、(1) 地域移行促進プログラムを作成・実施し、(2) ACT 研究会を開催して地域医療に必要な要素について意見交換された。

1) 地域移行促進プログラム

昨年度までの報告から新規入院患者の退院促進には急性期（入院 1～3 ヶ月）から回復期（入院 4～12 ヶ月）において、多職種が密接に連携することで、治療効果を上げ、退院を促進することが示唆されてきた。そこで松原班では、3 ヶ月以内での退院が実現されなかった患者に対して多職種が書き込めるソフトを開発した。地域移行促進プログラムはこのソフトを利用しながら、ケースマネジメントの手法を取り入れて、3 ヶ月で退院できなかつた時点で退院準備性の再評価を行い、本人や家族のニーズ聴取、各種アセスメントツールを用いた状態評価、必要な介入や資源の選択などを行い、多職種で構成されたチームが関わり、院内会議に加え、関係する地域の諸機関を含めた地域ケア会議を行って、プランを実行し早期退院を実現させていくというものである。現在のところ 4 名について実施したところであるが、プログラムは有効に機能することが示唆されている。このソフトを、特に回復期（4～12 ヶ月）に利用すれば、1 年後の残留率は 5% 以下にとどめることができるものと予想できる。

2) ACT 研究会

ACT 研究会は、退院後に地域に住む精神障害者の医療を確保し、同時に生活支援を適切に実

施するためには何が必要なのかを検討するために開催されたものである。医療と生活支援を確実に実施するためには「ケアマネジメント型支援」「訪問看護ステーションと連携した支援」「ACT 型支援」がある。それぞれについて検討を加えたが、最も有効である ACT 型支援を行なうためには、現在高齢者で実施されている「在宅療養支援診療所」のモデルが精神科病院においても利用可能とする必要があるとしている。

2. 精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究（三邊班）

三邊班では、特定機能病院及び精神科急性期病棟への統合失調症入院患者の早期退院に関する要因と対策を、1) 退院準備度評価尺度 (DRI) を用いた入院の長期化に関わる要因について検討するとともに (福島ら)、2) 統合失調症退院支援パス導入の効果について検討 (畠ら) してきた。

1) DRI を用いた入院の長期化に関わる要因について検討

今年度は、対象患者を増やすとともに、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が分析された。対象は 2007 年 9 月～2009 年 8 月に入院した統合失調症患者 27 名で、短期群 (91 日未満で退院) と長期群に分け、さらに長期群は行動制限あり群と行動制限なし群に分けて分析したものである。その結果、行動制限あり群は治療期の期間が行動制限なし群の 2 倍の期間を要しているのに対して回復期では行動制限なし群の方が行動制限あり群の 1.4 倍の期間を要しており、長期群の行動制限なし群の長期化の要因は潜在的地域適応性、心理社会的適合性の項目内容から陰性症状が関与していると考えられた。また、長期群の行動制限なし群は、入院時から潜在的地域適応性、心理社会的適合性が逸脱しており、初回外泊時、及び

退院時においても逸脱していることから退院後の支援が必要であると考えられている。

2) 統合失調症退院支援パス導入の効果

今年度、統合失調症退院支援パスを使用して退院した患者群とパスを使用せず退院した患者群28名と比較分析した結果、在院日数においてt検定では、両側検定でp値は0.008という強い有意差をもってパス使用群の方が在院日数は短いという結果になった。一方で、各群の正規性を事前に検討すると、パス使用群の在院日数が正規分布を示すのに対してパス不使用群は正規分布ではなかった。そこでMann-Whitney検定(ノンパラメトリック法)で比較すると、両側検定でp値は0.070で有意差はないが、パス使用群で在院日数は短い傾向にあると言えると思われた。これはパスを使用することによって退院に向けて合理的で一定の方向性ができたことによるものと考えられる。

3. 精神科看護の効果の実証に関する研究(岩崎班)

本研究は、精神障害者の退院促進を指向した看護援助の実態を明らかにし、退院支援における看護の効果を検討することを目的としている。これまでの研究結果をもとに、患者の強みを取り入れた退院準備状況アセスメント表の試案作成と退院援助の実態調査を行い、患者の退院準備状況と退院援助に関連する要因を検討された。関東で退院支援の定評がある3カ所の精神科病院の精神科病棟に勤務する看護師を対象として、対象患者の属性、対象看護師の属性、退院準備状況アセスメント項目、退院支援内容については、各看護師1名につき、1から2名の患者について各看護師に回答を依頼したものである。看護師241名から回答を得、対象患者は439名であった。退院準備状況の因子とし重要な順に「社会的行動力」「活動管理能力」「精神症状の安定さ」「疾患理解」「緊急時の他者への要請」

が上げられた。また、退院の可能性は、入院期間3カ月未満と4カ月～1年未満の2群と1年以上の入院期間の間に有意な差がみられ、入院期間が1年を過ぎると退院準備状況得点が大幅に減少していた。さらに、退院を難しくしている要因として『社会的行動力』『緊急時の他者への要請』が低いことが明らかとなり、退院の可否にこれらの領域が重要視されていることがわかる。また、退院準備度は入院期間4か月から1年未満の群が最も得点が高く、1年以上になると得点が下がっていた。入院病棟別では急性期治療病棟が最も退院援助を実施しており、4か月から1年未満の患者の群が最も退院援助を受けていた。つまり、入院3ヶ月を越えると集中的な退院援助の開始されていることが理解できる。退院援助の因子と看護師属性を比較したところ、退院後の精神障害者への看護の経験がある者のほうが、いくつかの退院援助の実施において有意な差がみられた。退院援助をさらに進めるためには、看護師の職業経験の交流や地域生活をしている精神障害者による病棟内の退院支援への参画が必要となろう。

4. 入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究(小宮山班)

本研究では実際に3年間で88床削減のために操作的に患者を退院させ、約10年が経過した長野県の飯田病院に、退院時及びその後の状況について分析していただいている。今年度は、1) 操作的退院を始めた初期(平成10年1月中)と最終時期(平成13年1月～8月)の記録を分析するとともに、2) 法定外の住居の運営の経理内容を分析した。

1) 初期での退院患者を選択する際の評価項目、①精神症状(幻聴や妄想等の陽性症状、意欲および対人関係上の問題の程度)、2) 生活機能(炊事、服薬、金銭、洗濯についての自立度)、3) 経済状況(収入根拠)であった。一方、最

終時期では、①治療に関わる事項（病状安定度、服薬支援の有無、危機管理能力の有無、集団活動への参加の可否）、②生活技能に関わる事項（対人関係に問題の有無、言語交流の障害の有無、公共機関利用の可否、余暇の過ごし方）、③日常活動に関わる事項（日中行動の問題の有無、食事支援の要否、入浴支援の要否、洗濯支援の要否、清掃支援の要否、他者への配慮の有無）、④経済に関わる事項（経済状況、金銭管理能力の有無、家族の経済支援の可否）となっていた。すなわち、最終時期では、地域生活を送る際に必要な支援がわかるような具体的な事項がチェックされるようになっていた。

退院後の多職種同時支援は、グループホームでは2週間に渡って行われており、最初の1週間は日勤看護師が午後5時まで入り、午後5時から翌午前11時または9時まで当直看護師が入って支援するという24時間体制の支援、次の1週間は午後5時まで日勤看護師が入り午後5時から午後8時まで遅出看護師が入って支援を行うという12時間体制の支援が行われていた。一方、アパートでは賄人および当院精神科病棟勤務経験のあるボランティア看護師が世話人として雇用され、多職種合同の支援が退院後1週間行われ、病棟看護師が午後10時まで夜勤に入って食事、入浴、服薬の支援などが行われていた。退院初期の1-2週間の濃厚な多職種による支援の必要性が指摘できる。ところで、飯田病院の夜間帯患者数はこの退院事業を始めた年から2から4倍近くに増加しており、退院促進には精神科救急医療が極めて重要であることが示される。

2) 法定外の住居の運営の経理内容の分析。実際にアパートを確保し患者に提供するには、取得経費や改修経費がかかり、また、患者の安心感という立場に立つと入院中は家賃を取らずに住居を確保せざるを得ず収入は減じる。そして、支援人員配置に工夫をしても赤字が続いている

現状があった。利用可能なアパートは必ずしも障害者自立支援法におけるグループホーム設置基準を満たすとは限らず、設置基準を満たさないと、現実的に患者が支払い可能な家賃額である5万円に設定すると経営は困難になる。

5. 地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究（羽間班）

精神科に入院している患者の退院支援や地域生活のために必要な精神保健福祉的支援の質を明らかにするには、現在、地域社会が提供している社会資源を量的に把握・分析するとともに、当事者のニーズ、現に展開されている支援の具体を把握・分析することが必要である。本年度は、引き続き、(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析を行うとともに、(2)地域生活支援プログラム利用者を対象に、退院及び地域生活において必要なサービスと提供されているサービスへの満足度の調査を実施した。

(1) 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析：千葉県内精神保健福祉関連社会資源の施設数及び定員等のデータを収集し、分析を加えた。加えて、人口万対精神病床数が千葉県と近似している長野県の精神保健福祉関連社会資源の状況を調査した。千葉県では精神障害者を受入れ対象とする施設は平成18年7月1日現在と比較すると、施設数は38施設、定員は120人増加しており、このうち、精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームは、48施設の増加、定員は164人の増加となっている。ちなみに、精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームの定員数は平成19年6月30日現在と比較すると、133人の定員増となっていた。施設数、定員数とも増加がみられている。しかし、平成18年度に推定した定員数には依然不足しており、長期入院解消のためには、社会資源（居住支援）

の増設をさらに強力に図る必要がある。

(2) 必要な退院支援及び地域生活支援、ならびに提供されているサービスに対する満足度の調査 平成20年度は、重症精神障害者に対する地域生活支援プログラムである千葉縣市川市所在のACT-J利用者20名を対象として、対面法による聞き取り調査を行ったが、今年度は、精神科退院患者に対する地域生活プログラムで、ACT-Jとは地域特性の異なる長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者20名を対象として、同じく対面法による聞き取り調査を行った。基本的属性を市川市のACT-J利用者群と飯田病院OS利用者群で比較すると、飯田病院OS利用者群の平均年齢が高く、初回入院年齢も飯田病院OS利用者群の平均年齢が高く、さらに入院回数も飯田病院OS利用者群の方が多かった。

両群ともに、「病状が悪化したときの対処」と「就労のこと」について「入院中に必要だと思っていた」者が50%を超えており、この2つは、退院後の地域生活において特に求められている支援内容だと言える。また、「家族との関係」の調整が両群で半数近くの人で「必要だと思っていた」と考えており、比較的多く求められている支援内容だと考えられる。「金銭管理のこと」、「住居のこと」、「食事、清掃、買い物などの身の回りのこと」の必要性については、飯田病院OS利用者群で多く、飯田病院OS利用者群では単身で家族の支援なく生活している人が多い結果と考えられる。「入院中に病院スタッフに受けた支援で、退院後の生活上実際に必要だったもの」として両群ともに、50%以上の人が、「服薬についての助言」、「院内リハビリ」、「福祉手続きについての助言」、「家族への説明や家族関係の調整」を上げていた。「デイケア利用」については飯田病院OS利用者群で「利用している」の回答比率が多く、住居と病院の間の送迎バスがあるなど病院へのコンタクトが容易だと

ということが影響していると考えられる。「入院時の生活と退院後の地域での生活のどちらに満足しているか」の回答結果から、85%以上の人々が「退院後の地域での生活」と回答しており、精神科入院患者が入院時の生活より退院後の地域生活の方に満足していることが改めて確認された。「アウトリーチサービスのうち、必要なもの」として両群において「様々な職種のチームによる支援」を挙げていてその必要度が極めて高いと言える。「住居探しなどの手伝い」に関しては飯田病院OS利用者群では「必要である」の回答比率が多く、これは飯田病院OS利用者群はACT-J利用者群に比べ、単身で家族の支援なく生活している人が多いための結果であると理解できる。年齢の低群は高群に比べ、就労に関する支援を必要としており、実際にも利用している比率が多く、特に年齢の低い患者への就労支援の拡大が求められよう。「薬の説明や服薬についてのアドバイス」については、直近の入院期間の低群で「必要である」の回答比率が多く、入院期間が短い患者は長い患者に比べ、服薬が習慣化されておらず、薬へのとまどいなどを有している傾向があることが推察される。直近の入院期間が1年未満の患者の地域生活支援においては、長期入院患者よりも、薬の説明や服薬についてのアドバイスがより求められていることを踏まえた支援の実践が必要であろう。

6. 精神医療の提供実態に関する国際比較研究 (佐々木班)

先進諸国の精神医療改革について19年度、20年度に引き続き調査を行い、脱施設化の手法について日本に適用することの是非を含めて考察を行った。21年度はベルギー、オーストラリア、オランダ、マレーシアの実地調査が行われた。特にベルギーは民間精神科病院中心の国であり、社会保障制度などが日本と似通っているため参考になると思われる。また、GDPに対して精神

保健（医療+福祉）のコストはベルギーは EU 内では最も低いグループに属し財源に乏しいが、日本よりは 14% 高い。

以前は精神科病院が居住的機能も提供してきたが、徐々に保護的住居、ナーシングホームにその役割を譲りつつある。ある病院はうつ病と不安障害を、ある病院は児童思春期を、またある病院は精神病を専門にするといった病院ごとの専門性を持つ方向にある。ナーシングホームには 3 種のカテゴリーがあり、精神科病床よりも利用者の負担は高額であり、入院患者が移りたがらないという問題が生じている。興味深いのは、病院施設内に設置されるタイプの PVTu であり、病棟を転換したものが多い。一回限りの使用を認められており、患者が亡くなればその時点でそのベッドは「封印」される。患者の利用率が下がれば自然と閉鎖になるというものである。

さらに興味深いのは、入院治療は病床ごとに A 病床（急性期）、T 病床（治療・慢性期）、K 病床（児童）、Sp（老年期）の 4 種に分けられており、日本のような病棟別機能分化ではない。一般の精神科病床は A、T の 2 種に分けているが、どのような治療を専門とするかは病院が決める。単科精神科病院では原則として A 病床 3 か月、T 病床 5 年という上限がある。病床のうちでどちらを何床に設定するか、A/T の比率は病院が属するケアリージョンでの必要病床数を超えない範囲で病院が随意に決定できる。一般に急性期を多く扱う病院は A を多く、慢性期を多く扱う病院は T を多く設定している。救急、大学病院などごく一部の病院では A のみである。A を多く持つ病院は回転が速く、患者の入院の長期化を避けることができる。A か T かは病院のみが知るところであり患者には知らされていない。どこの病棟のどの病床がそうなのか、見たところでは全くわからない。ただコンピュータ上の記録にしか残らない。患者が知らぬ間に（同じ

ベッドに居続けているのに）A ベッドから T ベッドとして算定が変更されていることも多い。患者からのクレームなどはなく、運営も簡便であり、何もトラブルにはなっていないという。この A/T 病床分化は日本の病棟別機能分化と異なり、すべての病院が急性期精神医療に参加することができる非常にすぐれた制度である。

C. 考察

昨年度までの精神科病床利用に関する研究で、新規入院患者の退院促進において回復期（入院 4 から 12 ヶ月）が重要であることが指摘されていた。今回の岩崎班の看護研究からも退院促進を積極的に行っている施設では 4 ヶ月から 1 年未満の患者において最も退院支援が行われており、その成果が先の回復期における高い退院率に繋がっているものと思われた。また、退院については昨年度までの研究でケアマネジメント方式による多職種連携と地域との連携の重要性が指摘されてきた。今年度の小宮山班の後方視的研究からは退院に向けて医療から日常生活、住居、金銭、福祉資源利用など様々な視点からの支援が必要であり、それを達成するには多職種による連携が重要であると報告された。そのためにはケアマネジメント方式が必要であることが示唆される。岩崎班からは退院後の精神障害者への看護経験が入院看護に当たるものにおいても重要であることが指摘され、入院から地域への切れ目のないケアが重要であることが改めて明らかとなった。羽間班の研究からは、患者自身も入院中から多岐に亘る支援を要望しており、その達成には多職種連携が必要であることが指摘されている。このような多職種を合理的に機能させるには退院準備度に関する適切な評価とクリニカルパスが必要と考えられる。この点について三邊班では退院準備度評価尺度（DRI）の有用性が実証され、またクリニカルパスが退院促進に有効であることを示した。

松原班では、まさにこれらを総合的にプログラム化した「地域移行促進プログラム」を作成し、少数例であるが実施し、その有用性が示唆されている。

退院後の支援に関して、小宮山班の後方視的研究から、服薬支援や危機管理などの医療的支援や、食事支援や入浴支援、清掃支援等の生活支援、公共機関利用や日中行動、対人関係などへの支援、さらに金銭管理など経済に関わる支援や福祉資源の利用に関する支援など多角的な支援が必要であることが示されている。そして、特に初期の1-2週間にはこれらに対応するために多職種による濃厚な支援が重要であることと精神科救急医療の重要性が指摘された。松原班におけるACT研究会からも長期入院患者では日常生活手段に関する能力の低下がみられることから患者の状態に応じた支援形態を作ることが指摘されている。羽間班からは患者本人たちもこのような多職種の支援を希望していた。さらに羽間班では必要となる支援が地域によって異なることが示され、松原班においても地域特性を考慮した支援体制の構築が必要であるとしている。また、特に若年者では就労に関する支援を患者自身も期待していることが羽間班から示され、就労支援の拡大が求められる。

ところで、わが国では病院が機能分化した病棟を複数有する傾向があるが、これまでの佐々木班の報告ではその形態があまり機能しないことが指摘された。今年度、佐々木班からはわが国と精神医療福祉状況と類似したベルギーについても報告している。ベルギーでは病床ごとの機能分化を行っており、それが有効に機能していることが示された。一方、退院後の住居として、羽間班からはグループホーム等の住居施設・住居定員は増加してきているが更なる増加の必要性が指摘された。ベルギーでは精神科病棟からナーシングホームに転換したのがあり、そこでは、病床の一回限りの使用が認められて

おり、患者が亡くなればその時点でそのベッドは「封印」され、自然と病床が消失していくということが紹介された。今後のわが国における病床削減、福祉施設増設には興味深い報告である。

D. 研究発表

1) 国内

口頭発表	4 件
原著論文による発表	8 件
それ以外（レビュー等）の発表	1 件
著書	2 件

そのうち主なもの

原著論文

1. 伊豫雅臣他：退院促進に関する精神医療の質の実態把握と最適化. 精神神経学雑誌. 111(9): 1165-1170, 2009.
2. 松原三郎：中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方. 日精協誌 28(4): 253-254, 2009
3. 松原三郎：精神科救急病棟が持つべき機能について. 医療福祉建築 165: 6-7, 2009
4. 佐竹直子他, 伊藤順一郎. ACT による措置入院患者への支援. 精神科治療学 24:1117-1122, 2009
5. 小宮浩美, 岩崎弥生, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり：精神障害者の退院支援における看護援助（その1）—事例調査を用いた援助の効果の検討. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 503, 2009.
6. 岩崎弥生, 小宮浩美, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり：精神障害者の退院支援における看護援助（その2）—質問紙調査による退院援助の実施状況の把握. 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 503, 2009.
7. 岩崎弥生, 小宮浩美, 石川かおり, 東本裕美, 野崎章子, 山田洋：精神科入院患者の

退院促進を指向した看護援助に関する調査.
日本精神衛生学会誌こころの健康, 24(1),
76-77, 2009.

8. 畠 稔: 急性期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—第 40 回日本看護学
会論文集 (精神看護) p113-115 2009

それ以外 (レビュー等)

1. 伊豫雅臣, 浅野誠, 早川達郎, 石毛稔: 精神
科救急における患者像およびその治療技法
薬物療法を中心に. 臨床精神薬理 12(4):
791-802 2009. 4

著書

1. 松原三郎: 精神保健福祉法—法に基づいた入
院手続きと処遇. 精神科専門医のためのプラ
クティカル精神医学: 622-633, 中山書店,
2009
2. 松原三郎: 精神科医療と国民経済. 精神保健
福祉白書: 134, 中央法規, 2009

学会発表

1. 伊豫雅臣他: 退院促進に関する精神医療の質
の実態把握と最適化. (教育講演 44) 第 105
回日本精神神経学会総会. 2009 年 8 月 21-23
日.
2. 急性期・回復期リハ病床のあり方. 第 37 回
日精協精神医学会シンポジウム 2009. 香川
3. 佐竹直子, 樽谷精一郎, 早川達郎, 塚田和
美. 精神科救急病棟と ACT (包括型地域生活
支援プログラム) の連携について — 病棟削
減を通して見られた変化. 日本精神科救急
学会第 17 回大会, 山形, 9 月, 2009.
4. 佐竹直子, 羽間京子. 退院支援及び地域生
活支援の必要度及び満足度について —
ACT-J における調査より —. 日本精神障
害者リハビリテーション学会第 17 回大会,

郡山, 2009.

2) 国外

口頭発表 0 件
原著論文による発表 3 件
それ以外 (レビュー等) の発表 0 件
そのうち主なもの

原著論文

1. Kanahara N, et al.: Does hypofrontality
expand to global brain area in progression
of schizophrenia?: A cross-sectional
study between first-episode and chronic
schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol
Biol Psychiatry. 33(3):410-5. 2009. 4.
2. Iwasaki, Y., Komiya, H., Higashimoto, H.,
& Ishikawa, K.: Strength-based discharge
nursing for people with mental illness: A
questionnaire survey. Shanghai
International Nursing Conference, 184,
2009.
3. Komiya, H., Iwasaki, Y., Higashimoto, H.,
& Ishikawa, K.: Effects of strength-based
discharge nursing support for long-stay
patients with mental illness. Shanghai
International Nursing Conference, 362,
2009.

平成 21 年度 分担研究報告書

精神科病院における医療実態の把握に関する研究

分担研究者 松原 三郎

精神科病院における医療実態の把握に関する研究

分担研究者 松原三郎¹⁾

研究協力者 伊藤順一郎²⁾ 原子英樹³⁾ 花井忠雄⁴⁾ 澤 温⁵⁾ 佐久間啓⁶⁾

下原千夏⁷⁾ 岩井智美⁷⁾ 高下蓮美⁷⁾ 宮部真弥子⁸⁾ 木谷昌平⁹⁾

川田和人¹⁾ 宮下和彦¹⁾ 吉川明弘¹⁾ 木下みづ穂¹⁾ 秋月玲子¹⁾

1) 松原病院 2) 国立精神・神経センター 精神保健研究所

3) NPO 法人リハビリサポートセンター ACTIPS 4) ときわ病院 5) ほくとクリニック病院

6) あさかホスピタル 7) 瀬野川病院 8) 谷野呉山病院 9) 七尾松原病院

研究要旨

現在の精神科病院が提供可能な医療的資源の質を明らかにする。

1) 地域移行促進プログラム：急性期から回復期にかけての入院治療において、多職種が密接に連携することで、治療効果を上げ、ひいては、退院の促進に結びつけるために、多職種が書き込めるソフトを開発した。4名について実施したところ、プログラムは有効に働いて、退院が促進した。このソフトを、特に回復期（4～12ヶ月）に利用すれば、1年後の残留率は5%以下にとどめることができるものと予想できる。

2) ACT 研究会

退院を促進するためには、地域に住む精神障害者の医療を確保し、同時に生活支援を適切に実施することが重要である。このためには何が必要なのかを検討するために「ACT 研究会」を開催した。医療と生活支援を確実に実施するためには「ケアマネジメント型支援」「訪問看護ステーションと連携した支援」「ACT 型支援」がある。それぞれについて検討を加えたが、最も有効である ACT 型支援を行なうためには、現在高齢者で実施されている「在宅療養支援診療所」のモデルが精神科病院においても利用可能とする必要がある。

A. 研究目的

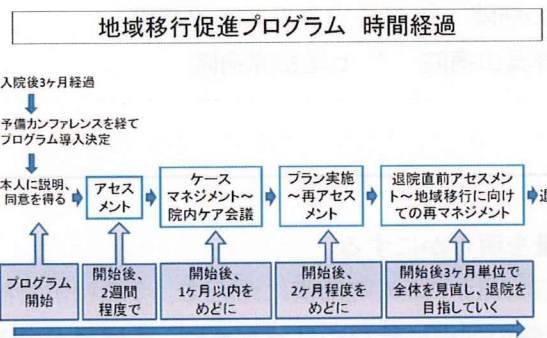
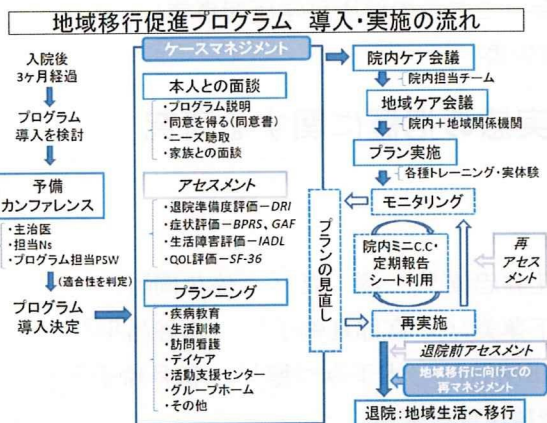
平成 19、20 年度の研究では、アンケート調査を中心に研究を行い、精神科病院の長期入院者の現状を把握した。今年度は長期入院者の退院促進のためには、地域医療には何が必要なのかを検討していく。

B. 研究方法

(1) 地域移行促進プログラム

松原病院において、入院後 3 ヶ月の急性期治

療を経ても退院に至らなかった患者を対象として、回復期における医療をシステム化して行う「地域移行促進プログラム」を実施した。本プログラムの狙いは、急性期における治療を再度見直し、ケアマネジメントの手法を用いて多職種チームで再アセスメント・再プランニングを行い、地域移行を促進させることである。以下に概略図を示す。



図に示した通り、本プログラムは3ヶ月以内での退院が実現されなかった患者に対し、その時点において退院準備性の観点で再評価を行い、早期の退院が実現するまでにどのような介入が必要か、再度検討を行うところから開始される。プログラムはケースマネジメントの手法を用いて行われ、本人や家族のニーズの聴取、各種アセスメントツールを用いた状態評価を再度丁寧に行い、必要な介入や資源を決定する。プログラム対象者には多職種で構成されたチームが関わり、院内でのケア会議、関係する地域の諸機関を含めた地域ケア会議を経てプランが実行され、カンファレンスを繰り返し定期的に再評価を行いながら早期退院を実現させていくという流れである。アセスメントツールとしては退院準備性評価尺度 (DRI) の他、簡易精神症状評価尺度 (BPRS)、機能の全体的評定尺度 (GAF)、手段的日常生活動作 (IADL)、SF健康調査票 (SF-36) を用いた。また、チームスタッフ間で情報漏れや意見交換のタイムラグが生じないように、各スタッフがそれぞれに介入の経過を時系列に沿って記入できるシー

ト「回復期入力シート」(資料1)を用いて記録や情報交換を行い、チーム医療が円滑に効果的に行えるようにした。

(2) ACT研究会

平成21年4月、6月、9月にACTを実践している医療機関、有識者をメンバーとして、ACT研究会を開催し、各々の実践や地域医療、ACTについて検討し、地域における支援体制の整備を実現するための具体策を検討した。

(倫理面への配慮)

いずれの研究会においても、個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

C. 研究結果

(1) 地域移行促進プログラム

4名の回復期入院治療中の患者に対し、本プログラムを適用した。4名中1名は開始後間がないため、3例についての各症例の概要と経過について以下に報告する。

【事例1】 20代男性 統合失調症

概要: 大学2年の春頃より言動にまとまりがなくなり、幻聴、追跡妄想、思考奪取などの症状がみられた。混乱状態となり精神科を初診、入院となった。入院後約3ヶ月でほぼ状態は落ち着くが、陰性症状の残存が目立ち、復学を果たせる状態までは至らず入院が継続されていた。プログラム開始は入院後4ヶ月経過時点。

担当チームスタッフ: 医師、アドバイザー医、病棟看護師、PSW、作業療法士

経過: 復学という本人のニーズを確認し、復学後の生活スケジュールをイメージしてもらい、それに近づけていけるようプランを立てた。看護師と作業療法士が中心となり、院内で可能なりハビリテーションプログラムと外泊の予定等を組み合わせ、本人の立てた週間スケジュールに従って生活すること、疲労度を考慮して活動レベルをコントロールすることを練習していった。アセスメントの結果から復学可能と

判断し、プログラム開始後約1ヶ月で退院となった。

【事例2】 40代女性 統合失調症

概要: 初診は約10年前。幻覚妄想状態が顕著であった。自己判断で怠薬し再発を繰り返していた。訪問看護を受けながら外来通院を継続していたが、妄想状態著明となり、再入院となった。陽性症状・陰性症状とも残存しており、生活能力の低下も目立つ。プログラム開始は再入院後3ヶ月半経過時点。

担当チームスタッフ: 医師、アドバイザー医師、病棟看護師、訪問看護師、PSW

経過: プログラムへの導入や退院そのものに対し不安や迷いを訴えていたが、スタッフとの面談により意欲が向上した。薬剤調整により幻聴の出現はやや増減があったものの、徐々に落ち着きそれに支配された行動も減少してきた。各種公的手続きを支援を受けながら自分で行う練習をしたりなど少しずつ行動拡大し、家族とも面談を行い支援体制を確立しながら、アパートへの退院を果たせるようプログラムを継続中である。

【事例3】 60代女性 統合失調症

概要: 初診は約1年前。少なくともその数年前より奇妙な言動や幻聴が出現していたが未治療であった。単身生活であったが近隣住民とのトラブルが生じ医療に繋がる。陽性症状は消退するが陰性症状の残存、生活能力の低下が目立つ。プログラム開始は入院後1年6ヶ月経過時点。

担当チームスタッフ: 医師、アドバイザー医師、病棟看護師、PSW

経過: プログラムへの導入には特に抵抗を示さないが、理解度は不明確であった。本人は自宅への退院を希望しているが、家族の意向とスタッフ側の評価とはズレがあり、一致を図るために自宅への訪問や家族の意見の聴き取りの機会等を設けるが、現実的な見通しがなかなか持てず、方向性の一致を図れない状態であった。経過中身体合併症が生じ、その治療が優先され

たため、状態が落ち着いた後にプログラム再開予定である。

(2) ACT研究会

・平成21年4月18日研究会

現在の地域での直接のアウトリーチサービスは訪問看護ステーションに限られているが、サポートシステムを再確認し、訪問看護ステーションへのPSWの配置やケアマネジメントに診療報酬点数を付けるなど今後の制度の整備を求めることを目的とし、現在の地域医療の現状を把握した。

国立精神神経センターの伊藤順一郎氏より、医療ケアマネジメントチームという援助技法の話の中では、本人のニーズに合わせた地域生活の実現のための他職種チームによる直接サービス、ケアプラン、ケア会議に基づくアウトリーチサービスの提供をし、国府台病院のACT-Jの取り組みについて紹介された。

富山県谷野呉山病院、宮部真弥子氏からはACT-Gの概要と支援体制についての説明があり、訪問看護室、地域移行支援室、地域生活支援センターのスタッフで他職種チームを組み、地域サポート情報共有システムというWebシステムを使つての実践が紹介された。

・平成21年6月27日研究会

広島県瀬野川病院より技法として、ACTを用いた地域移行支援についての説明があった。2つの訪問看護ステーション、クリニック付設訪問看護、病院付設訪問看護で島嶼部や広島市外の広範囲をカバーし、SANS (Senogawa 3A Network System) 入院から退院、その後の地域生活の支援を行うためのネットワークシステムを利用しての実践の紹介があった。

石川県松原病院の訪問看護を主体とした地域生活支援活動の説明があり、スタッフ5名の訪問看護ステーションの状況、病院から離れた地域にある訪問看護ステーションとの連携、入院病棟スタッフとの連携による退院促進の紹介、普及型ACT-Jステーションの提案があった。

・平成21年9月26日開催研究会

NPO 法人リカバリーサポートセンター ACTIPS の原子英樹氏より ACT-J の経営について、報酬対象外の PSW による単独訪問が報酬対象になり、週 3 回までの制限が撤廃されれば収益が上がるという報告があった。

北海道ときわ病院の花井忠雄氏より長期入院者の状態像からみた地域移行可能性の検討について報告があり、障害者自立支援法では長期入院の地域移行は困難であるという考察結果、24 時間ケアについて 20~30 人規模の生活支援施設の提案をふまえ、認知症の長期入院者とそうでない長期入院患者を分けて、病床削減等を考える必要がある、入所者に対して補助金が出るようなシステムが必要なのではないか、精神障害のある高齢者が地域で生活していくためのシステムや体制が必要なのではないかと提案があった。

松原から地域で精神障害者を支える上の問題整理として、ITT (Individual Treatment Team)、居住施設の採算性、ニューヨークにおけるケア付き住宅の報告があり、在宅療養支援診療所についての紹介もあった。また、同時に、現在、ACT-K (京都) などで行なわれている在宅支援モデルについての説明が行われた。ACT-K が利用している在宅支援モデルは、高齢者向けに開発された「在宅療養支援診療所」を利用したもので、この中では、「在宅時医学総合管理料」の算定が可能となり、訪問診療や訪問看護等と併用することで、医療経済的に成り立つ。しかし、200 床以上の病院での算定は強化されておらず、精神科病院が実施する上で問題点が浮き彫りとなった。

D. 考察

(1) 地域移行促進プログラムでは、まだ適用対象者が数例に限られており、今後対象症例を増やしていく中で退院促進にもたらす効果を十分に確かめていく必要がある。現在の実施時点では、プログラムの適用により多職種によるアプローチが充実することでケアの密度が上

がり、適切な時期に幅広くきめ細かな対応が取れることで退院まで時間を要していた患者に対し、より早期の退院促進が図れるという感触を得ている。今後はアセスメントをより活かすという視点を強化しながら、対象症例を増やしてプログラムの精度を高めていく必要があると思われる。

また、このような多職種が関わる治療モデルは、急性期・回復期を通じて利用可能であるが、特に、回復期では、このような治療モデルを実施することで、1 年後の残留率を 5%未満にすることが可能であり、長期入院者の防止に大きく貢献するものと考えられる。実施をするうえでは、当該病棟の看護基準は最低限 15 対 1 以上が必要であり、また、当該病棟に 2 名以上の PSW が配置されていること、さらに、病院には作業療法が実施され、地域移行支援室もあることが、必要となる。

回復期治療加算が可能な病棟

1. 専任の精神保健指定医
2. 専任の PSW (2 名以上)
3. 多職種による計画的な退院促進計画の実施 (地域移行促進プログラムの利用)
4. 病院において精神科作業療法が行なわれている。
5. 地域移行支援室があること。
6. 入院 3 ヶ月を経ても退院できなかった患者のうち 3 分の 2 以上が 12 ヶ月目には退院していること。

(2) 地域における支援の整備のために、まず精神障害者の地域生活に必要な要素は、①ケアマネジメント (相談支援)、②医療との連携の確保、③支援付き居住施設の確保、④生活支援体制の整備、⑤経済的な支援・優遇措置である。また地域における支援体制は、①ケアマネジメント型支援 (病院サービスが主体)、②包括的地域生活支援 (独立型が原則)、③一般の訪問看護ステーションを利用した支援に大別できる。詳細は資料 2 の表のとおりである。

地域における支援体制に整備のために以下

の提言を行う。

提言1 「普及型 ACT」モデル

- ・医師 1名（兼任可）、看護師 3名、PSW 3名。
- ・加算：OT、臨床心理技術者
- ・独立した組織として活動、医療機関内（地域支援室など）にもおくことができる。
- ・対象者数は60名以下（1名当たり10人以下）、ステーション全体の平均訪問回数が週2.5回以上。
- ・休日夜間においても対応する体制。
- ・対象者：以下のいずれかに該当すること。
「GAFが50点以下」、「過去3年間に2回以上の入院」、「対人関係に問題があり、デイケアや生活訓練・就労訓練などへの参加が困難」
- ・報酬は包括的で10万円／4週（健康保険による診療報酬）

提言2 訪問看護ステーションの強化

- ・訪問看護ステーションから精神障害者への訪問について加算を与える。
- ・PSW1名以上が配置されている。
- ・NsやPSWによる複数訪問、および、それぞれの単数訪問が許可される。
- ・精神科医療機関との連携体制がある。
- ・精神科医療機関側にも担当者を明示する等、連携体制が整っていれば、連携加算が与えられる。

提言3. 在宅療養支援診療所モデルを利用したACT：

①病院が実施している訪問看護では、24時間体制が維持されているのであれば、訪問看護ステーションと同様な24時間加算が許されるべきである。②200床以上の病院であっても月に2回以上の訪問診療が実施され、さらに、24時間体制が維持されていれば、「在宅時医学総合管理料」が算定できること。③当該患者については、障害者自立支援サービスの利用が許可されること。このような条件が整えば、地域での精神科医療の確保と生活支援が可能となる

であろう。

E. 結論

(1) 精神障害者の退院促進においては、特に回復期（4～12ヶ月）では、「地域移行促進プログラム」が有効である。

(2) 回復期に多職種がかかわり、さらに、地域移行促進プログラムを実施することで、1年後の残留率を5%以下にまで減少させることができる。

(3) 地域に住む精神障害者の医療を確保し、さらに生活を支援する方法として、「ケアマネジメント型支援」「訪問看護ステーションを利用した支援」「ACT型支援」が想定される。いずれも、今後の地域精神科医療には重要な要素である。

(4) ACT型支援のためには、200床以上の精神科病院であっても、在宅療養支援診療所と同様な機能をもたせることが必要である。これによって在宅時医学総合管理料の算定が可能となる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方. 日精協誌 28(4) : 253-254, 2009
- 2) 精神保健福祉法一法に基づいた入院手続きと処遇. 精神科専門医のためのプラクティカル精神医学 : 622-633, 中山書店, 2009
- 3) 精神科救急病棟が持つべき機能について. 医療福祉建築 165 : 6-7, 2009
- 4) 精神科医療と国民経済. 精神保健福祉白書 : 134, 中央法規, 2009

2. 学会発表

- 1) 急性期・回復期リハ病床のあり方. 第37回日精協精神医学会シンポジウム 2009. 香川

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

職種別定期報告シート

<地域移行促進プログラム:職種別定期報告シート>

	開始時		1ヶ月目		2ヶ月目	
	2009/**	(前半2週間) 2009/** ~ 2009/**	2009/**	(後半2週間) 2009/** ~ 2009/**	2009/**	(後半2週間) 2009/** ~ 2009/**
医師 (主治医)	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
医師 (アドバイザー医)	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
病棟Ns	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
PSW	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
OTR	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
CP	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
訪問看護ステーション	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
DC	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
GH	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
就労支援	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						
(その他)	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:	記入日:
担当者:						

→

地域における支援体制

ケアマネジメント型支援	包括的地域生活支援	一般の訪問看護ステーションによる支援
<p>＜対象となる人達＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループホームやアパートの利用が可能。 ・デイケアや障害者自立支援事業への参加。 ・自ら通院でき、服薬がほぼ可能。 ・一定程度自立した生活が保たれているが、援助を要する。 ・必要な援助の内容は様々。 <p>＜利用するサービス＞</p> <p>訪問看護 (Ns、PSW)、訪問介護 (居宅支援)、デイケア、グループホーム、ケアホーム、配食サービス、就労支援や自立生活訓練など各種の障害者自立支援サービス</p> <p>＜特長＞</p> <p>医療機関側の多職種がかかわることで、きめ細かく、一層効果的となる。</p>	<p>＜対象となる人達＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集団生活に馴染めないためにデイケアや自立支援サービスに参加できない。 ・服薬・通院などが不規則で再燃を繰り返している。 ・家族との衝突などの問題行動を繰り返す。 ・日常生活の維持のために頻回な訪問が必要 (服薬、通院、食事、金銭管理、保清) ・アルコールや薬物問題の併存。 <p>＜特長＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種による頻回な訪問支援が必要 (重症という概念とは異なる)。 ・休日・夜間も含めた対応と頻回な訪問による援助。 	<p>＜対象となる人達＞</p> <p>遠隔地のために、精神科病院から直接訪問することができない。本人が一定程度理解しており、なおかつ、家族、保健センターなどの協力が得られる。</p> <p>＜必要な体制＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院との連携体制が確保されている。 ・精神症状の変化などをフォローできる体制 (精神科病院と連携が必要)。 ・本人自身の理解のもとで、通院・服薬が確保されている。 ・PSW などによる援助があることが好ましい。