

200935008.B

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 19 年度～21 年度 総合研究報告書

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	--- 23
松原 三郎	
2. 精神医療の提供実態に関する国際比較研究	--- 53
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	--- 139
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	--- 151
羽間 京子	
5. 精神科看護の効果の実証に関する研究	--- 195
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	--- 221
小宮山 徳太郎	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	--- 229
IV. 研究成果の刊行物・別刷	--- 237

平成 19－21 年度 総合研究報告

精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究

研究代表者 伊豫 雅臣

総合研究報告書

研究課題 精神医療の質的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、精神科病院や精神医療福祉資源の実態の把握、また諸外国の制度調査を通して、精神保健医療福祉の改革ビジョンを推進するための実効あるモデルプランを提言するものであり、以下の研究結果を得た。

新規入院患者の退院促進では回復期（入院4から12ヶ月）における急性期病棟並みの積極的な医療と退院支援が有効であり、また退院支援のクリニカルパスが有効である。長期入院患者の早期退院には、地域生活における医療から日常生活、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、そのためにはケアマネージメント方式による多職種連携と入院から地域への切れ目のない支援体制を構築することが重要である。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評価尺度や退院準備状況アセスメントなどを用いた退院準備度に関する適切な評価と、総合的にプログラム化した「地域移行促進プログラム」を利用することが効果的と思われる。退院後の支援に関しては初期の1-2週間に多職種による退院後短期集中自立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。また、患者特性や地域特性に応じた支援形態を作ることが指摘された。就労に関する支援も特に若年者では患者自身も期待しており就労支援の拡大が求められる。退院後の居住施設数とその定員数は増加してきているが、未だ不足していると言わざるを得ない。さらに退院促進や病床削減には病棟の機能分化よりも病床ごとの機能分化が有用であることも指摘された。また、精神科病棟からナーシングホームに転換していく中間型ナーシングホームも有用であることが示唆された。

本研究成果をもとに、退院促進プランの推奨ポイントを示すとともに、精神障害者退院促進に関する提言を行った。

A. 研究目的

本研究では、精神科病院や精神医療福祉資源の実態を把握し、また諸外国の制度を調査し、精神保健医療福祉の改革ビジョンを推進するための実効あるモデルプランを提言するものである。

精神医療の最適化による入院日数短縮化に関する研究を行う。さらに、わが国で入院精神医療から地域精神医療への大幅な転換を行った施設の10年の経過の調査とともに、精神医療の提供実態に関する国際比較を行う。以上より退院促進に向けた実効あるモデルプランを作成しその検証を行う。

（倫理面への配慮）

B. 研究方法

精神科病院の医療実態及び退院促進のための看護援助、地域精神保健福祉サービスに関する調査を行うとともに、新規入院患者への

個人の人権に関わる調査研究は各施設の倫理審査委員会にて承認を得たのちに行い、また個人情報管理には十分に配慮しながら調

査研究を行った。

C. 研究結果及び考察

1. 精神科病院における医療実態の把握に関する研究（松原班）

（1）新規入院患者の退院実態と早期退院策
精神科急性期治療病棟ならびに救急入院医療施設（208ヶ所）を対象に調査を行い、さらにその後抽出調査を行った。その結果3ヶ月残留率は21.4%で、1年後の残留率は2.5%であり、3ヶ月後に残留した人の88%が1年以内に退院していた。そして、この極めて低い1年後の残留率は、抗精神病薬の投与内容の再検討と多職種（医師・看護師・作業療法士・薬剤師・精神保健福祉士など）の関りが効果的であることが見出された。すなわち、残留率低下には、急性期治療から連続して病棟内での高い質の治療が行われるように、病棟に精神保健福祉士2名を配置してケースマネジメントを行い多職種の連携が取れるようにすることが重要であることが指摘された。1年後も残留した人の理由では、85%が精神症状の残存であった。これらから、入院患者を急性期（3ヶ月以下）、回復期（4～12ヶ月）、長期（1年以上）とすると、精神科急性期治療から引き続いて回復期においても、「医師・看護師・コメディカル」の人員を増強し、多職種が関与したチーム医療を行うことで、残留率は現在の3分の1程度にまで、著しく改善することが予想された。

これらを踏まえ、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た、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」を作成しその有効性についての一部検証を行った。この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、地域以降を促進させることである。DRIの他、症状評価、生活機能評価、QOL評価等のアセスメントツールを用い、各職種間で情報漏れや意見

交換のタイムロスがないよう各職種ごとに経過を記録できるシートが開発された。

（2）長期入院患者の退院促進

長期入院者についての予備調査として「精神症状が重度と思われる病棟」「高齢化、ADL低下、慢性合併症が著しい病棟」を対象に、日精協2軸評価、GAF（機能全般的評価尺度）、SBS（社会行動評価尺度）などを用いて行った。その結果、精神科入院患者の病態は、極めて多岐に渡っており、精神症状と能力障害の2軸評価やGAFによって、1次分類を行い、その後さらに詳細な状態評価が必要であることが示唆された。また、看護必要度など、一面的な指標だけで分類することは極めて偏ることが示唆された。

平成20年2月から3月に「精神病床の利用状況に関する実態調査」（対象施設数1,542、回答施設数997；調査患者数17,825）を実施した。その結果、「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」と判定された患者は33.7%であったが、ただちに退院が可能とされた患者は7.2%のみであった。また、退院困難群は39.7%、12万人以上に及んでいた。退院困難となる理由としては、精神症状・ADLの低下・身体合併症などの要因よりも、手段的日常生活動作（IADL）の低下が大きく影響していることが示された。また、「近い将来退院の可能性がない」と主治医から判断された事例では、重度の精神症状の持続と、重度のIADLの低下があることが示された。これらから長期入院患者の退院促進には「居住施設」とACTに似た「地域生活支援チーム」が必要であることが示唆された。一方、訪問看護ステーションでは精神科訪問看護の経験がなく受け入れ不十分となることが問題点として指摘され、その連携強化の必要性も示唆された。

以上から、入院中心から地域中心の精神医療に転換するためには、「長期入院患者の症状評価」「多職種が活動できる人員基準の高い入院医療」「退院患者のために通過的居住施設」「同時に生活支援を手厚く行える支援チー

ム」などが必要であることが指摘された。

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 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前方視的研究（三邊班）

（1）現在入院中の精神障害者に対する医療資源提供の最適化に関する研究

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（DRI）を用いて評価した。なお、DRI は潜在的地域適応性、心理社会的適合性、好戦性、顕在的精神病理の 4 因子からなる。急性期が長期化している要因として潜在的地域適応性、心理社会的適合性、好戦性、顕在的精神病理の各 4 因子とも含まれていた。また、回復期が長期化している患者では潜在的地域適応性のみがカットオフポイント以下で退院準備期に移行できず長期化していることが明らかになった。

次に長期群を行動制限あり群と行動制限なし群に分けて分析した。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 倍の期間を要していた。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た。実際、行動制限あり群では外泊に向け手厚い治療やケアが行われ、初回外泊時には好戦性、顕在的精神病理が改善し、潜在的地域適応性、心理社会的適合性においても逸脱がなかった。一方、長期群の行動制限なし群では外泊を繰り返しても潜在的地域適応性や心理社会的適合性の逸脱の改善がみられず、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。

以上より、入院時の DRI により入院が長期化する因子の予測が可能であり、特に潜在的地域適応性、心理社会的適合性が逸脱している場合には入院早期からそれらに焦点を当てた支援を開始し退院後も支援を要することが示唆された。

（2）急性期病棟における統合失調症退院支援パスに関する研究

統合失調症の回復期を回復前期、回復後期、退院準備期に分類した退院支援パスを救急・急性期病棟に導入してその効果を調査した。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られた。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に在院日数短縮が可能であることを示すものである。

3. 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（岩崎班）

（1）精神障害者の退院促進を指向した看護

援助の実態

全 16 の縦断的な退院支援事例調査と退院支援を行っている看護師に対する質問紙調査を行った。

一回あたりの援助時間が最も長いのは、「患者の社会資源の体験への同行」や「患者・家族への退院に向けての訪問指導」といった『地域につなげるケア』であった。これは地域生活への不安が高く、退院に積極的になれない患者に対し、社会資源を体験することで自信を再獲得する機会として用いられていた。一回あたりの援助時間が長く援助頻度も高いのは、SST（生活技能訓練）や退院支援グループなどの『患者の地域での生活技能を高めるグループアプローチ（1回あたり約60分）』であった。一回あたりの援助時間は短い、頻回に行われていたものは、『患者の精神状態の観察と介入（1回あたり約15分）』であった。また、『患者との話し合い（退院後の生活について）』、『退院に対する患者の意思確認と動機づけ』といった個別の看護面接も頻回に実施されていた（1回あたりは平均15～18分）。これは患者の退院に対する意向や希望の明確化を目指して実施されていた。また、退院援助により患者のGAF得点が改善すること、看護援助は「身のまわりのこと」「対人関係」「社会的役割・時間の活用」の領域において効果的であること、退院支援により抗精神病薬内服量（CP換算）は増加することが明らかとなった。

また、退院支援を行っている看護師に対する質問紙調査から、地域とつなぐ援助の提供は、地域で暮らす精神障害者へのケアの経験がある看護師や、退院支援の研修会の受講経験がある看護師に任され、実際の「社会資源の体験への同行」や「患者や家族への訪問指導」という病院と地域をつなぐ援助の実施が困難となっていた。さらに患者一人あたり1ヶ月に必要な退院援助時間は、約33.2時間と算出され、現在の臨床状況においては、看護師の労働時間の持ち分を大幅に越えている見込みになり、看護師の時間外の無料奉仕であ

ることが示唆される。

以上から、退院促進を目指した看護支援により、GAF、ケア必要度および退院困難度に改善がみられる一方で、「退院への不安」の増強により精神状態を悪化させる可能性もあることがあり、それに対しては、綿密な観察とアセスメント、地域につなげるケアの実施が必要であることが示唆された。一方で退院支援に関わる看護師の増員と時間の確保、経済的支援が課題であることが明らかとなった。

（2）退院支援における患者状況アセスメント表の開発

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たものである。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）

飯田病院では平成10年から3年間で88床削減したが、長期入院していた患者79名が作爲的に退院させた患者であり、その実態を明らかとすることを目的として調査が行われた。

（1）概要調査

79名のうちアパート（以下、AP）34.1%、グループホーム（以下、GH）20.3%、老人保健施設や特別養護老人ホーム、養護老人ホームが22.8%、知的障害施設3.8%、転院が19.0%で半数以上がAP・GHであった。また幻覚妄想があってもADLが十分出なくても服薬中断の危険があっても退院は可能であり、症状による混乱が生じないことや症状悪化を訴えて支援を求める「自身の危機管理能力が備わっていることが退院の大切な要件」であることが示唆された。さらに多職種で地域生活を支援する体制を作ったことがこの退院を可能とし、この経験が現在のACT-I（他職種合同で重度精神障害者の地域での生活を24時間支える体制）に繋がっていた。

（2）退院時の状態評価

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、法定外の住居の運営の経理内容を分析した。初期での退院患者を選択する際の評価項目は、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る。

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から午後5時まで入り、午後5時から翌午前11時乃至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。

（3）退院後経過

カルテ調査から退院後の経過実態を調査した。

退院後の1週間はデイケアスタッフ、OTR、

病棟スタッフ（PSW、薬剤師）、訪問看護師、ボランティア看護師、病棟看護師、地域ケア部門スタッフの多職種が合同で濃密な支援を行い、その後2年間は他職種の地域ケア部門がサポートしていた実態が明らかになった。そして、GHとAPに退院した患者たちでは、操作的退院後に入院していた期間は退院後100月経過したとして標準化すると、GHでは 19.2 ± 26.90 月、APでは 3.4 ± 6.40 月と少なく、支援体制の有効性が実証された。一方、処方薬の投与量（CP換算量）は施設退院した患者に比べて他の3群では有意に多く、また、退院時に比べて約3.5倍に増加していた。

さて、住居不足から飯田病院の医療以外の部門業務を行う目的で設立され外郭法人である有限会社SFが住居に確保し、患者の食事支援を行った。APに20名の入居住居を、また7名のGHを確保した。入院中は家賃を取らず住居が確保されているという安心感を持たせる配慮も必要であった。また、GHは管理人とヘルパーの2人体制で運営していたが、自立支援法施行後は経営上の理由から世話人1人の体制せざるを得なくなるなどの工夫をしても赤字となっていることが明らかとなった。

以上より、退院後の再燃や再入院に繋がる危険度が高い患者であっても多職種合同による地域支援体制、特に、退院後1-2週間の濃厚な支援体制と、その後の危機介入チームによる切れ間ない手厚い地域支援体制により再発・再入院を大幅に予防できることが示唆された。一方、現行法下では退院支援活動やグループホームなどの社会資源への財政が乏しく、関係者の無料奉仕に頼っていることが明らかとなった。

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）

（1）地域社会が提供している社会資源の量的把握と分析

都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量には地域間で大きな差異が

あることが確認されたが、対人口当りの精神病床数と平均在院日数または入所施設定員数、平均在院日数と入所施設定員数の間に相関がなかった。この結果には入所施設定員数が精神病床数に比較して著しく少ないことと各都道府県の取り組みの違いが影響していると考えられる。

また、障害者福祉施設の一部が自立支援法における移行期にあって全国レベルでのデータ比較が困難であるため、長野県と千葉県の子精神保健福祉関連の社会資源（居住支援・日中活動別）の施設数及び定員等の増減等を調査・分析した。長野県内の精神障害者を対象とした社会復帰施設（居住支援）は、平成21年4月1日現在で施設数88、入居定員633人であり、平成18年のデータと比較すると入居定員は99人増加していた。千葉県における社会復帰施設（居住支援）は、平成21年6月1日現在で施設数102、入居定員610人であり、平成18年7月1日現在のデータと比較すると、入居定員は120人増加していた。しかし、千葉県における自宅以外入居必要定員（推定値）（平成18年6月30日現在）は763人であり、さらなる拡充が必要と考えられる。また、自立支援法施行後、収入減による施設（特に居住支援）閉鎖や施設移行の困難さなどの問題点も指摘された。

以上より、社会資源（日中活動等）の新設あるいは新体制への移行等は進んでいたが、社会資源（居住支援）は、長期入院解消のために必要とされる自宅以外の入居必要定員の推定値に比較し、拡充が進んでいないことが明らかとなった。また、今後、居住施設の拡大とともに社会資源の経営基盤の安定への支援が必要であることが指摘された。

（2）退院や地域生活支援の先駆的取り組みについての事例研究

精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な事例においては、それぞれの地域特性に応じた様々な取り組みが展開されていた。そして長期入院患者で自宅外退院

の事例では、退院準備期から退院直後しばらくの間、手厚い支援が必要であることが明らかになった。すなわち、①一人一人の患者にとってよりよい治療・支援を目指した取り組み、②患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援、③病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークの存在、が明らかとなった。その一方でこのような先駆的な取り組みにおいても就労支援の困難さや支援を維持するための財政的裏づけの乏しさ、訪問看護ステーションでは多職種チームを形成できないという問題点も指摘された。

(3) 精神科入院患者の円滑な退院や地域生活に必要な精神保健福祉サービスの質的把握のための調査

わが国では、提供されている地域生活支援等に対する必要度及び満足度について、利用者である患者を対象とした調査研究が乏しかった。そこで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、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県市川市所在のACT-J利用者20名と長野県飯田病院アウトリーチサービス利用者20名を対象に聞き取り調査を行った。その結果、①利用者のニーズを踏まえた支援、②多職種チームによる支援が強い要望であった。

6. 地域精神保健福祉サービスの拡充精神医療の提供実態に関する国際比較研究（佐々木班）

(1) 脱施設化を行った先進諸国の調査

先進10カ国について詳細な調査が行われ、それ以外の諸国については文献的考察が行われた。

その結果、先進諸国では医療が必要な重症者は病院に残し、その他多くの慢性患者は地域の社会復帰施設、ナーシングホーム、共同住宅、自宅に移して病床数が減少されており、急性期は総合病院精神科で対応されることが多かった。わが国の精神科入院医療費は群を

抜いて低価格であり、先進諸国のナーシングホームとほぼ同価格であった。

脱施設化を失敗した国では、単に僻地のケアの質の悪い常時施設された収容施設であるグループホームなどへの「施設移動」と「居住施設の病院化」、地域で適切な医療を受けることができずに起きる「回転ドア現象」やホームレス化する「精神医療の消失」、「患者家族への過度な負担」、「医療格差」、進んで医療を求めない患者への「セカンドクラスサービス」などが生じていた。精神医療改革に成功した先進諸国では精神医療のコストは増加し続けており、アメリカ、ハンガリーのようにコストカットした国々では精神医療が質・量ともに大きく後退していた。すなわち、脱施設化にはハード（施設）からソフト（地域医療ネットワーク）への移行が重要でありそのためには莫大な資金と人手が必要であることが明らかとなった。

「非常に遅れた精神医療と極端な収容主義を1993年まで続けた末に、大きな混乱なく急激な改革を実現した」ルクセンブルクでは唯一の公立精神科病院で精神医療の全てをまかなう体制から、新設した総合病院精神科のみで精神科救急を行い、外来・訪問看護・デイホスピタル・ホームで精神医療を行う体制へ急激な転換を行っていた。その結果、精神科病床は人口千人あたり4.2床から0.9床まで非常に速いペースで削減されていた。

ベルギーは、「民間精神医療団体が主体で、病院団体が強大な政治的影響力を持ち、長期社会的入院が多く、精神科病床数が非常に多く、コミュニティー精神医療が未発達、国民皆保険制度でビスマルク型社会保障制度である」という点で日本と共通する。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。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削減され、利用率が下がれば自然と閉鎖になる。さらに、入院治療では日本のような病棟別機能分化ではなく、病床ごとの機能分化であり、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種に分けられていた。一般の精神病床は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。ただし、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が、病床のうちでどちらを何床に設定するかという、A/Tの比率は病院の存在する地域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。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。

以上より、脱施設化は不利益となる障害者が出ないように充分配慮しながら慎重に進めるべきである。そして、外来・アウトリーチプログラム・デイホスピタル・ホームの整備に十分な財源を投入することが必要であり、法外収容施設など生じないように慎重に行う必要がある。また、脱施設化を進めるにあたってベルギーの脱施設化のプロセスはわが国において参考になるものと思われた。

(4)「精神科長期入院経験者の退院後を支える社会資源の調査」として、我が国における、統合失調症の医療にチーム医療を行うことのできる精神科診療所の機能を調査した。再発再入院の予防に服薬の継続は重要で、それには主治医の有無、定期通院が継続の有無、訪問看護による服薬管理の有無、デイケア参加の有無等が関係することを明らかにした。

D. 考察

本研究では、松原班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は回復期（入院4から12ヶ月）が重要で

あることが指摘された。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年未満の患者に最も退院支援が行われており、その成果が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。

また早期退院には、松原班よりケアマネー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た。小宮山班の後方視的研究からも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ことが指摘された。岩崎班からは退院後の精神障害者への看護経験が、退院支援を行う病院看護師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。羽間班の研究から、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。この点については三邊班によって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が示された。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た。そして、特に退院後1-2週間には多職種による濃厚な支援が重要であることと、精神科救急医療が重要であることが指摘された。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。

退院後の居住施設数とその定員数は増加してきているが、未だ不足していると言わざるを得ない(羽間班)。ところで、松原班の行った「精神病床の利用状況調査」で退院できると仮定した場合の「居住の場」に関する調査では、有効回答のみから算出すると、自宅が5067人(29.7%)、自宅外で福祉的住居が6919(40.6%)、将来の退院を想定できないとする者が5066(29.7%)であった。この調査結果から、平成20年2月時点での必要な福祉関連住居定員数は、(10分の1調査であることから)回答した病院のみで6万9千人強、これを回答率を考慮して全入院者数から推定すると10万8千人強であった。将来の退院を想定できない者は、回答した病院のみで5万人強、全入院者数から推定すると7万9千人強であった。また、F2に限定して有効回答のみから算出すると、自宅が2793人(28.4%)、自宅外で福祉的住居が3740(38.0%)、将来の退院を想定できないとする者が3,300(33.6%)であった。上記と同様に必要な福祉関連住居定員数は、回答した病院のみで3万7千人強、全入院者数から推定すると5万8千人強となった。将来の退院を想定できない人は回答した病院のみで3万3千人、全入院者数で約5万2千人であった。平成19年度厚生労働省発表(ホームページ)の精神障害者社会復帰施設定員数は2万人弱であり、定員数の大幅な増員が必要である。

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。そして、わが国の精

神医療保健状況と類似していたベルギーでは、病床ごとの機能分化を行い、それが有効に機能したことが報告された。また、精神科病棟からナーシングホームに転換した例もあり、その場合には、病床の一回限りの使用が認められ、自然と病床削減が進むことが紹介された。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。

E. 評価(研究成果)

1) 達成度について

精神科病院や精神医療福祉資源の実態の把握、また諸外国の制度調査を通して、精神保健医療福祉の改革ビジョンを達成するための「退院促進プランの推奨ポイント」の提示と「精神障害者退院促進に関する提言」を行った。しかし、モデルプランの実証的検証は途上である。以上より、目的はほぼ達成した。

2) 研究成果の学術的意義について

長期入院となる重要な要素が重篤な精神症状とIADLの顕著な低下であることから今後の精神医学研究の重要な標的が明らかとなったことなどから、学術的意義は大きいと考えられる。また退院促進における看護ケア実態に関する調査はほとんど行われておらず今回の研究成果は有意義なものである。

3) 研究成果の行政的意義について

わが国における救急・急性期精神医療の効果が検証できたこと、また多職種による退院促進支援チームや地域生活支援チームとケースマネジメントの重要性が指摘されたこと、依然長期入院患者の退院後の住居が大きく不足していること、さらに先駆的に行われている退院促進・地域支援は医療・福祉従事者の奉仕によることが多く、財政的支援が必須であることが明らかとなったことは、今後の精神医療保健福祉行政において極めて大きな意義ある指摘である。また、ベルギーなどわが国と同様の精神医療状況であっても脱施設化に成功している国もあり、改革ビジョンの達

成に大きな示唆を与えたことが意義深いと考えられる。

4) その他特記すべき事項について

精神科領域における看護ケアなど医療必要度の評価に関しては一般診療科とは異なる指標で行う必要がある。

F. 結論

精神科救急・急性期病院では既に改革ビジョンの一年未満入院患者の残留率を既に達しており、この医療システムを回復期にまで拡大することが新規入院患者の早期退院に有用である。長期入院患者では IADL の低下している者が多く退院支援においても退院後の地域支援においても多職種の支援チームによる個々にあった支援とともにケースマネージャーによる包括的な支援が重要である。早期退院、退院促進には患者個々の退院阻害因子を DRI や退院準備状況アセスメントなどを用いて適切に評価して早期から対処していくことが重要である。さらに長期入院患者の住居施設は依然大幅に不足している。先進諸国の脱施設化の例から適切な地域医療福祉を提供するには入院医療よりも医療福祉費が増大することが一般的である。また、退院促進には病棟ごとよりも病床ごとの機能分化が有用であり、療養病棟とナーシングホームの形態を有する中間型ナーシングホームの設置が有効であることが示唆された。以上から「退院促進プランの推奨ポイント」の提示と「精神障害者退院促進に関する提言」を行った。

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表	9 件
原著論文による発表	21 件
それ以外（レビュー等）の発表	3 件
著書	5 件

そのうち主なもの

原著論文

1. 伊豫雅臣：自立生活を支える統合失調症薬物治療 服薬アドヒアランスに関する「千葉県精神科臨床医による、統合失調症の薬物療法コンセンサス」からの考察. 臨床精神薬理 10 巻 7 号 1327-1339 2007
2. 荒川志保, 伊豫雅臣：【いま remission を考える 統合失調症治療の新たなゴール】Remission の基準 その妥当性と展望. Schizophrenia Frontier. 8(4) :274-277 2008.01
3. 伊豫雅臣, 渡邊衡一郎：服薬アドヒアランスによる統合失調症再発予防臨床精神薬理. (11)8 1607-1615 2008.8
4. 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
5. 松原三郎：障害程度区分の問題点と今後のあり方. 日精協誌 26(4)339-345, 2007
6. 松原三郎：今後の慢性期精神科医療のあり方についてー精神科病院の立場からー. 精神保健政策研究 16 : 64-71 2007
7. 松原三郎：病棟機能分化からみた精神科救急のあり方. 日精協誌, 27 (5) :390-395 2008
8. 松原三郎：医療観察法の地域サポートと ACT. 臨床精神医学, 37 (8) : 1029-1036 2008
9. 松原三郎：精神病床利用状況調査からみたわが国の精神科医療の課題. 日精協誌, 27 (11) : 967-979 2008
10. 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
11. 松原三郎：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. 中山書店 : 622-633 2009
12. 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

13. 佐竹直子：英一也，足立千啓，小川ひかる，河西孝枝，小林園子，佐藤文昭，田中幸子，津田祥子，野々上武司，原子英樹，松島崇明，梁田英麿，山下真有美，佐竹直子，伊藤順一郎．ACTにおける多職種の協働－臨床現場でチームアプローチした事例を中心に－．精神科臨床サービス 7:508-514 2007
14. 佐竹直子，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
15. 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．日本精神衛生学会第 24 回大会抄録集，26-27 2008.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 佐竹直子：デイケア．精神障がいとリハビリテーション 12(2)：18-21 2008.
20. 佐竹直子：諸外国での就労支援 1－イタリヤ トリエステの社会共同体 10(4)：Schizophrenia Frontier, 2009
21. 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) 113-115 2009

それ以外 (レビュー等)

1. 伊豫雅臣：【統合失調症の認知機能障害】病態と治療 10 巻 7 号 1147-1152 2007
2. 伊豫雅臣 渡邊博幸：、統合失調症患者が見治療や治療中断後、入院してきた場合に、リスペリドンで治療開始するかオランザピンにするか迷いますが、この使い分けを教えてください 統合失調症の薬物療法 100 の Q&A 星和書店 東京 10-13 2008
3. 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. 伊豫雅臣：精神科プライマリ・ケアの必要性と役割 専門医のための精神科臨床リュミエール 7. 精神科プライマリ・ケア中山書店 東京 2-12 2008
2. 松原三郎：わが国の精神科医療とその課題．(編) 松原三郎 専門医のための精神科臨床リュミエール 4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰，中山書店，東京，2-17 2008
3. 松原三郎：精神科医療と国民経済．精神保健福祉白書：中央法規，134 2009
4. 佐々木一：精神科医療の国際動向 専門医のための精神科臨床リュミエール 2 2. 世界における精神医療改革 中山書店 2009 東京 (印刷中)
5. 佐々木一：フィンランドにおける医療改革 専門医のための精神科臨床リュミエール 2 2. 世界における精神医療改革 中山書店 2009 東京 (印刷中)

学会発表

1. 伊豫雅臣他：退院促進に関する精神医療の質的実態把握と最適化．(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. 松原三郎：地域生活支援室を再考する．

第 35 回日精協精神医学会シンポジウム,
長崎, 2007

3. 松原三郎: 精神障害者にとっての障害程度区分の問題点. 日本知的障害者福祉協会 シンポジウム, 東京, 2008
4. 松原三郎: Treatment and Rehabilitation of Dementia in Psychiatric Hospitals in Japan. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, 東京, 2008
5. 松原三郎: 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, 香川, 2009
6. 佐竹直子, 塚田和美. 総合病院の一機能としての ACT (包括的地域支援プログラム) の可能性. 第 20 回日本総合病院精神医学会総会, 札幌, 11 月, 2007.
7. 佐竹直子, 樽谷精一郎, 早川達郎, 塚田和美. 当院における精神科救急病棟と ACT (包括型地域支援プログラム) との連携について. 第 21 回日本総合病院精神医学会総会, 千葉, 11 月, 2008.
8. 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.
9. 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	8	件
それ以外 (レビュー等) の発表	0	件

そのうち主なもの

学会発表

1. なし

原著論文

1. Zhang L, Shirayama Y, Iyo M, Hashimoto K. Minocycline attenuates hyperlocomotion and prepulse inhibition deficits in mice after administration of the NMDA receptor antagonist dizocilpine. *Neuropsychopharmacology*. 32 (9) 2001-2010 2007
2. Shimizu E, Imai M, Fujisaki M, Shinoda N, Handa S, Watanabe H, Nakazato M, Hashimoto K, Iyo M. Maintenance electroconvulsive therapy (ECT) for treatment-resistant disorganized schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 31(2) 571-573 2007
3. Shimizu E, Hashimoto K, Ochi S, Fukami G, Fujisaki M, Koike K, Okamura N, Ohgake S, Koizumi H, Matsuzawa D. Posterior cingulate gyrus metabolic changes in chronic schizophrenia with generalized cognitive deficits. *J Psychiatr Res*. 41(1-2) 49-56. 2007
4. Matsuzawa D, et al. Negative Correlation between Brain Glutathione Level and Negative Symptoms in Schizophrenia: A 3T 1H-MRS Study *PLoS ONE* 3(4) e1944. 2008. 4
5. Iyo M, et al. Fluvoxamine as a sigma-1 receptor agonist improved cognitive impairments in a patient with schizophrenia *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 32(4) 1072-1073 2008. 5
6. 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.

7. 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.
8. Komiya, H., Iwasaki, Y., Higashimoto, H., & Ishikawa, K.: Effects of strength-based discharge nursing support for long-stay patients with mental illness. International Nursing Conference, 362, 2009.

退院促進プランの推奨ポイント

1) 退院阻害因子の探索

退院促進のためには患者の退院を阻害する因子を明確化することが重要である。そのためには、退院準備度評価尺度 (DRI : Discharge Readiness Inventory) などにより、地域での適応能力を予測する「潜在的地域適応性 (CAP : Community Adjustment Potential)」と病棟内における適応状態を示す「心理社会的適合性 (ADE : Psychosocial Adequacy)」、易怒性・興奮性に関する指標である「好戦性 (BEL)」、症状の重症度に関する指標である「顕在的精神病理 (MAN)」の因子について検討することが重要である（三邊班）。また、病棟看護師により退院準備状況アセスメント表（岩崎班）を用いて「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」を評価して退院促進への必要な看護を明確化することが有用である。

その他にも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) を利用する。

2) 連携とマネージメント

退院阻害因子への対応には、病院の医師や看護師、作業療法士、精神保健福祉士による支援に加え、退院先地域での住居や医療、デイ（ショート）ケア、福祉ケア、就労支援などの調整が必要となるため、多職種の連携が必要となる（松原班、小宮山班、羽間班）。そのためには、退院促進に向けての病院・地域における支援概要の設計や進行管理、ケア会議開催などを含む多職種・院内外連携管理を行う退院コーディネーター兼ケースマネージャーの設置が必要であるとともに、地域においても総合的な管理を担当する地域ケースマネージャーを設置することが合理的と考えられる。ただし、退院コーディネーターと病院でのケースマネージャー、地域ケースマネージャーを兼任した方が有効な場合にはそれも可能とする。また、退院に向けて患者は不安になることが多いため、社会資源等の体験は段階的に行うことが重要である。例えば、初期の社会資源等の体験では患者がよく知っている病院スタッフが患者に同伴する方が、よく知らない人が同伴するよりも不安を軽減する。

なお、必ずしも精神病症状が消失していなくても支援方法によっては退院可能であることを考慮して対象者を選定していくことが重要である（小宮山班）。そして現在、精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟では急性期に退院できなかったものの多くが、回復期（入院3ヶ月から12ヶ月）に退院しており、回復期での精神科救急病棟や精神科急性期病棟並みの退院支援が新規入院患者の退院促進には有効である（松原班）。

さらに入院中から退院後の生活・医療福祉を支えるために、必要に応じて障害者年金や精神障害者保健福祉手帳、自立支援給付の受給、生活保護などの手続きを開始しておくべきであろう。

3) マネージメント・ツール

多職種による、しかも多岐に亘る治療・支援を行っていくには、モデルとなるクリニカルパスや退院促進プログラム、共有ワークシートなどが有用である。クリニカルパスとしては「統合失調症退院支援パス」の有用性が三邊班によって示されており、退院促進プログラムと共有ワークシートとしてのソフトウェアは松原班によって「地域移行促進プログラム」として提案されている。

入院長期化している患者では精神病症状の持続だけでなく日常生活技能 (IADL) の著しい低下が

退院阻害因子となっていることも多いため、IADL 向上への支援や退院後の日常生活への支援体制を入院中に確立しておくことが重要である。退院支援において患者と日々接する病棟看護師は重要な役割を担っていることから、退院促進の支援概要を策定するには看護師の行う支援内容と時間、必要となる看護技術を知る必要がある。岩崎班では現在行われている SST や社会資源体験の支援、不安対処、ケア会議等の看護支援内容とそれらに要する時間、さらに退院促進に必要な看護技術を報告しており、それらが参考となる。

また、統合失調症圏の患者では抗精神病薬の服薬が再発・再燃予防に最も重要な因子であることが知られている。そのためには、入院中からの服薬教育とともに、退院後も服薬アドヒアランスを保つための工夫が重要である。一方で抗精神病薬の多剤療法または大量療法は認知機能や運動機能の低下を招き、折角の IADL 向上支援をも阻害する可能性が高いため、治療薬剤選択においても十分に考慮すべきである。

4) 地域支援体制

長期入院患者が退院すると住居、病院、福祉資源などに対応していく必要があるが、患者や家族だけで多岐に亘ることに対応していくことは極めて困難であり、総合的な支援が必要である。ましてや長期入院患者では家族の支援を受けることが困難なことが多い。地域ケースマネージャーは住居選定に加え、入院中に開催されるケア会議や、入院中に評価された DRI や退院準備アセスメント表などを参考に地域ケアの支援概要設計とともに、医療・福祉に関わる各機関、そしてピアグループの連携を調整する必要がある。

患者特性や地域特性から地域での支援体制のタイプとして、①ケアマネジメント型支援（病院サービスが主体：ほぼ自立した生活を送れるが援助を要する）、②包括的地域生活支援（孤立型：集団生活に馴染めない、または服薬や家族、飲酒などの問題を有する）、③一般の訪問看護ステーションを利用した支援（遠隔地のため精神科病院から直接訪問することができないが、本人の一定の理解および、家族、保健センターなどの協力が得られる）が提案されている（松原班）。地域ケアの支援概要設計にあたって参考となると考えられる。

1. 日常生活支援

長期入院患者では特に日常生活技能（IADL）の低下からの生活困難さや不安がみられるため、退院後 1-2 週間の 12-24 時間体制での短期集中的自立支援が必要であり、またその支援は日常生活から医療、福祉に亘るため多職種による支援ができる体制とし、個々のニーズに応じた支援ができるようにする必要がある（小宮山班、羽間班）。その後も日常生活を支援するための訪問ヘルプサービスや IADL 向上のためのデイ（ショート）ケア、訪問作業療法等が必要となる。

さらに、経済的な側面として、生活・医療福祉を支えるための障害者年金や精神障害者保健福祉手帳、自立支援給付の受給、生活保護などの手続きへの支援が重要である。また、長期入院患者では金銭管理能力が低下していることも多く（小宮山班）、金銭管理についての対策を練る必要がある。

2. 医療システム

地域生活では病院と比較して多くのストレスがあり、また服薬管理も不十分となる可能性とともに生活リズムも乱れる可能性が高いことから再発・再燃の可能性が高く、精神科への時間外受診数が増加する（小宮山班）。そこで、通院医療機関とともに精神科救急システムや 24 時間相談などの患者の緊急時アクセスに関する整備と具体的な情報提供が必要である。

地域生活を送りながら医療を受けるには訪問看護や包括的地域生活支援(ACT)が有用となる。一方で、病院では医師と看護師、作業療法士などの間で患者の精神状態や生活状況などに関する情報を共有することが総合的に治療や退院支援を行っていく上で重要となっている。同様に、診療や訪問看護、ACTで得られた患者情報を共有して総合的に対応していくシステムが必要であり、この点においても地域ケースマネージャーが重要な役割を担うことになる。ところで、訪問看護ステーションでは精神科看護の経験のないことも多いため、精神科病院との連携が重要である(松原班)。

地域での再発・再燃予防には服薬遵守の適切な評価や患者の服薬アドヒアランスを高める必要が極めて重要である。そのためにはデイケアへの参加や訪問看護などが重要であり、また患者やケアギヴァーによるセルフマネジメント方式として統合失調症再発早期介入地域精神医療プログラム(CIPERS)が提案されている(伊豫)。

一方、身体疾患に関する医療機関の確保も重要である。地域生活を送っている患者は、必ずしも精神科病棟に入院して身体疾患の治療を受ける必要はない。精神障害者の身体疾患を治療するためには新たに精神科身体合併症病床の整備も一案ではあろう。しかし、病床の多機能化と身体疾患治療の専門性、さらに高齢者入院患者におけるせん妄の治療などを考慮すると、精神科身体合併症病床を新たに設けるよりも、精神症状のために積極的な精神科的治療を要する患者であっても身体疾患の専門的な治療が優先される場合には一般病床において身体疾患の専門的治療と精神科的治療を受ける方が合理的であろう。その際には一般科への精神科看護経験のある看護師の配置(リエゾンナースでも可)や当該病院の精神科医や精神科看護師のリエゾンコンサルテーション、さらに身体疾患で入院した病院への他病院・他診療所の精神科主治医の往診、訪問看護師、地域ケースマネージャーの訪問等による外部専門家のリエゾンコンサルテーション活動により患者を支えていくことが重要である。また、一般身体科に精神障害者を受け入れるための診療報酬上の加算を設ける必要がある。

3. 就労支援

特に若年者では就労意欲を有する患者が多く(羽間班)、作業所などの福祉的就労施設だけではなく、対象者の能力や意欲によって一般就労の場を探すとともに現場に精神障害者の就労における特性を説明し理解を求めるなどの就労支援が重要である。

精神障害者退院促進に関する提言

1. 全体的方向性

本研究から、先進諸国では退院促進によって精神医療福祉費は大幅に増加したことが明らかとなった。また、財政難や政策欠如により退院促進が停滞したり（ハンガリーやルクセンブルグ）、家族の負担が増える（イタリア）とともに、施設から施設への移行に終わったり（ドイツ、イタリア）、再施設化（イギリス、オーストラリア、オランダ）や居住施設の病院化（フランス）という結果や、地域での精神医療が消失し（スイス、オーストラリア、イタリア）、格差医療（オーストラリア、イギリス）やセカンドクラスサービス（一部のスカンジナビア諸国、ドイツ）の誕生が見られている。従って、計画的で良質なコミュニティの基盤整備とともに、適切な精神科医療が維持される体制の構築が重要である。

このような視点でわが国における問題点として以下があげられ、対策が必要である。

- ・精神医療福祉予算の不足
- ・居住施設の不足と運営困難
- ・退院支援にあたる病院看護師の不足
- ・病院と居住地域の連携不足
- ・居住地の訪問看護ステーション等の経験不足
- ・退院後の抗精神病薬処方量の増加
- ・司法精神保健体制の不足
- ・身体疾患合併症治療サービスの不足

2. 病院の環境整備

1) 病床削減について

ベルギーの精神科医療状況は民間精神科病院が多く、そこに多くの長期入院患者がいたことから、わが国の現在の状況に類似していた。ベルギーの精神医療保健改革を参考にすることがわが国において極めて有用であることが示唆された。ところで、民間で運営される精神科病院は地域においては多くの人の雇用を支える産業であることから、病床削減は多くの雇用機会を失うこととなる。また長期入院患者の安易な退院は患者の生活や生命を脅かす可能性がある。ベルギーではこれらも考慮された、以下の3つの基本施策によりスムーズに病床削減が行われた。

- ① 機能的に慢性期病棟とナーシングホームの中間的な新しいタイプのナーシングホームの設置を認め、病床はその患者一代限りとすることになっており、長期入院患者の退院（死亡退院も含む）とともに徐々に病床数は削減されるというもの。
- ② 機能分化は病棟ごとではなく、病床ごとの機能分化を行い、各病床について急性期病床か慢性期病床かを病院に選択・申請させて、その成果に沿って診療報酬が支払われること。
- ③ 病床削減を条件に、病院スタッフのアウトリーチ活動を可能とし、コミュニティで勤務しても病院定数にカウントすることができる。

この施策での基本的な考え方は、類似性はあるが異なる機能のものを一つの単位に持たせて、徐々に地域に収束するような条件を付けるというものであろう。その視点でみると、ナーシングホームに医療と看護・介護、病棟に急性期と慢性期、病院スタッフに病院業務と地域業務をそれぞれ持たせて徐々に地域に特化させていくというものである。この方法をわが国で有効に機能させるには、