

図11 退院の可能性×入院期間 (F0を除く)

(保清), 金銭管理, 薬の管理などでは, 「いくらか困難」が75%~80%と高率を示しており, 「非常に困難」はほぼ50%に達している。最も困難な項目のみを抽出した場合には, 90%以上においてIADLは「いくらか困難」であり, 「非常に困難」な状態は70%に達している。このことは, 2軸評価・GAFの分析で示された1年以上の長期入院患者における退院困難性の大部分は, IADLの低下が大きく影響しているためであると言える。

3. 「受け入れ条件が整えば退院可能」な患者の分析

1) 患者数とその割合

表3では, まず, (A) では, 従来の患者調査

と同様に「受け入れ条件が整えば退院可能」とされる患者数とその割合を示した。全体で33.6%, 認知症 (F0) では38.1%, 統合失調症 (F20) では29.9%である。この数値は, 21.6% (7万2千人) とされた平成11年調査に比較して明らかに高い数値を示している。このことでは, 認知症患者の増加が影響していると思われるが, それだけではなく, 回答を行った主治医そのものの意識の変化も影響していることも否定できない。

さらに, (B) では「患者調査の項目」と「居住施設・支援が整ったと仮定した場合の退院の可能性」とのクロス集計を行ったものである。これを見ると「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた患者のうち, 「現在の状態でも, 居住先・支援が整えば退院可能」となっているのはわずかに

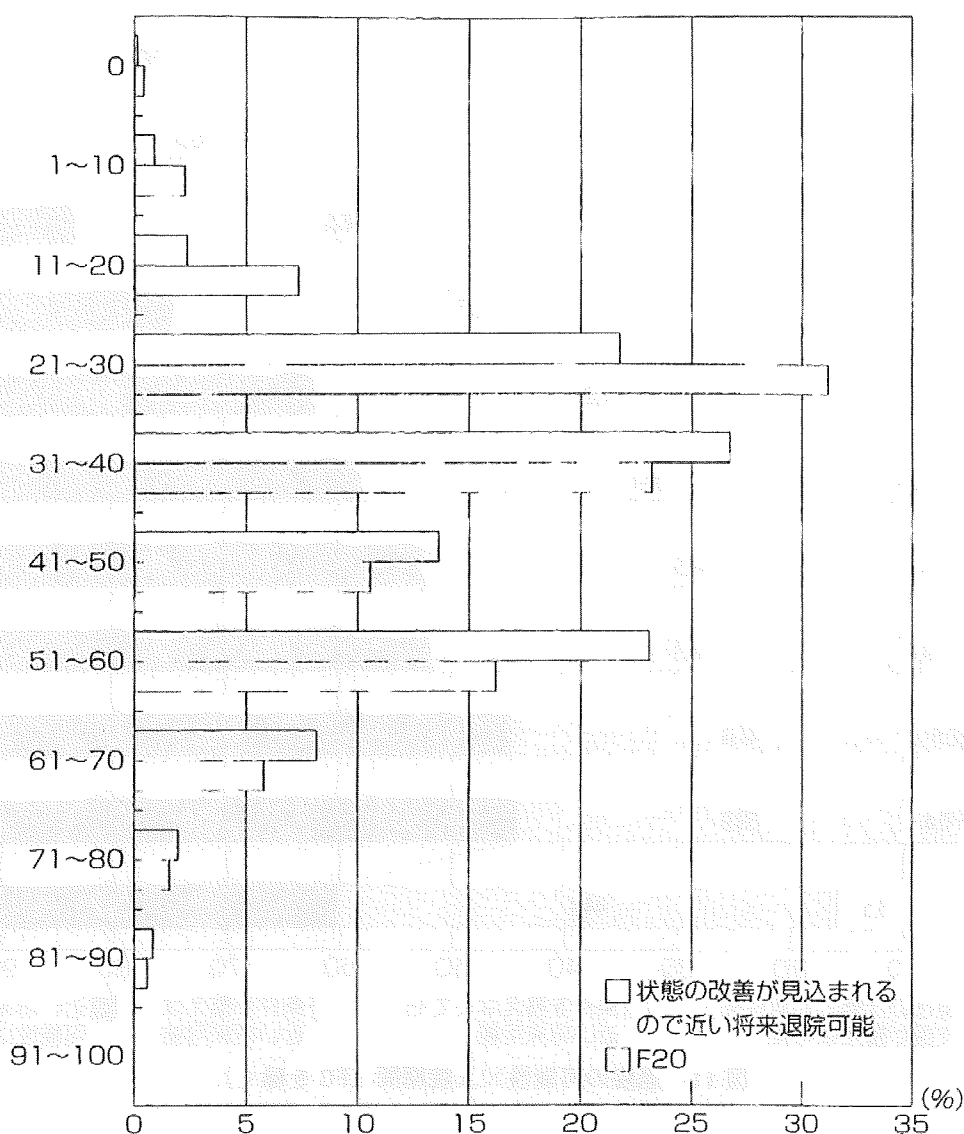


図12 GAFの分布 (F20全体と近い将来退院可能群との比較)

5.2% (受け入れ条件が整えば退院可能とされた患者の15.5%) にすぎない。26.6% (受け入れ条件が整えば退院可能とされた患者の72.0%) については、「状態の改善が見込まれるので」と状態改善を希望的に予測している例が多いことがわかる。換言すれば、「受け入れ条件が整えば退院が可能のようにみえる患者」と言ってもよい群ではないか。

2) 患者数と入院期間

前述のように全体の33.6%が「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた。このうち、1年未満群では36.5%で1年以上では32.5%で、入院期間

表4

	全体	F0を除く全体	退院可能なF20群
1 群	10.3%	12.0%	14.5%
2 群	7.8%	8.9%	19.7%
3 群	13.1%	14.3%	25.0%
4 群	3.5%	2.8%	2.7%
5 群	16.9%	19.2%	20.1%
6 群	48.3%	42.8%	23.1%

が長期になるほど次第に減少する傾向がある。とくに統合失調症 (F20) だけを抽出すると29.9%であるが、1年未満群では32%であり、1年以上では29.3%とわずかに低い。図10では、入院期間ごとに「受け入れ条件が整えば退院可能」の

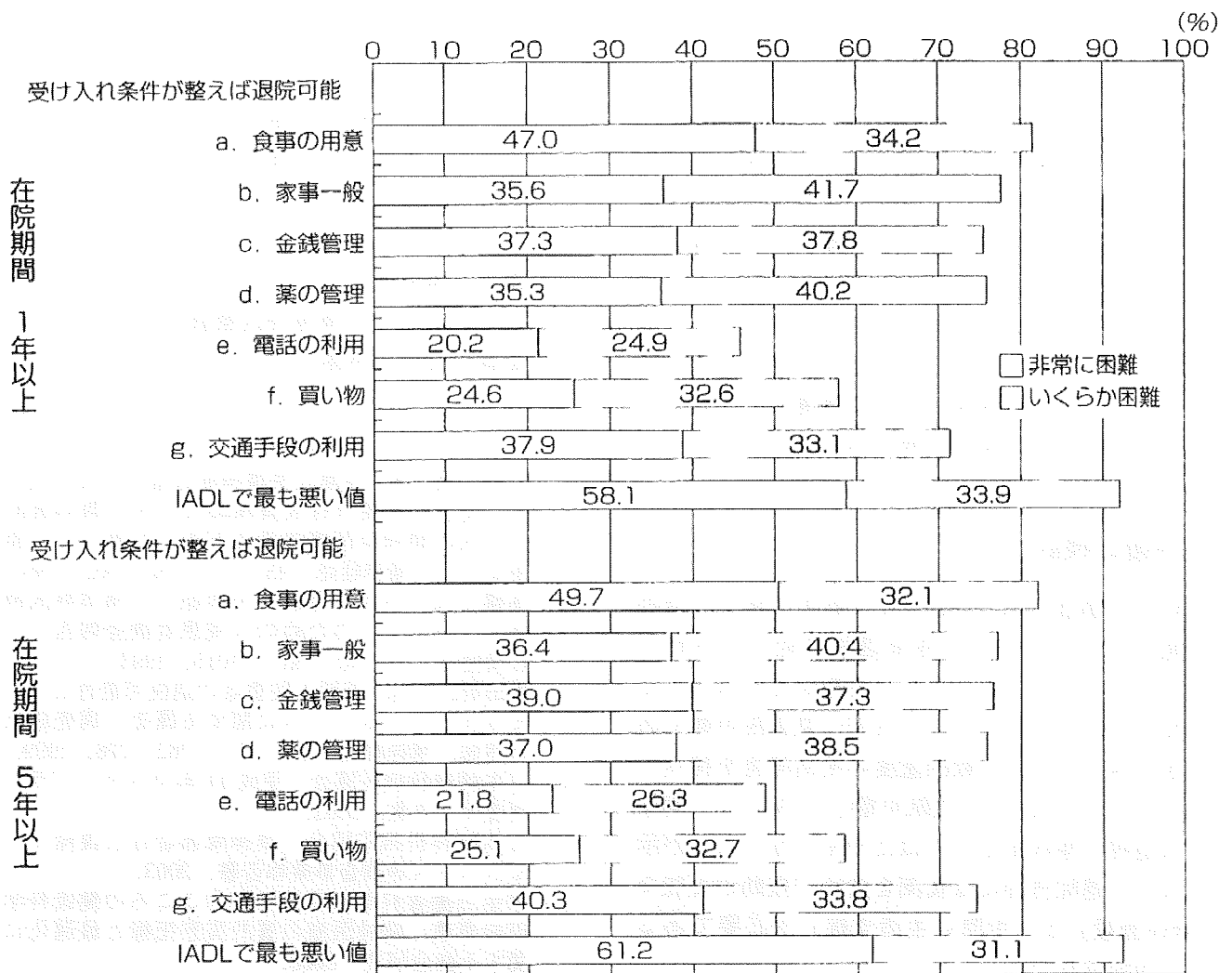


図13 入院期間別 IADL の困難度 (F0 を除く退院可能な者)

占める割合を示しているが、入院期間が長期になるに従って減少はするものの、その差は大きなものではない。

3) 退院可能性と入院期間

図11は、「条件が整えば近い将来退院可能」とされた人たちの入院期間による変化を示したものである。前述したように「受け入れ条件が整えば退院可能」の73.0%において近い将来退院可能とされたが、この割合は図に示すように、入院6カ月後から急速に増加している。同時に、「近い将来退院の可能性がない」とされた人たちは、入院1年の時点では37.7%であるが、10年未満では48.1%、さらに10年以上で55%を超えている。いずれにせよ、長期入院患者（1年以上）であっ

ても、「受け入れ条件が整えば退院可能」群は著しく増加することはないが、その中身を見ると、「条件が整えば近い将来退院可能」の割合が増加し、「現在の状態でも退院可能」は5%以下にまで減少している。

4) 精神症状と生活障害の程度

図12では、GAFスコアをF20全体の分布と「近い将来退院可能群」との比較をしたものである。グラフでみる限り両者の間には大きな相違は認められない。表4では、2軸評価表から、各群の分布を調査対象ごとに比較したものである。「近い将来退院可能なF20群」では、他の集団と比較して、2群と3群が明らかに増加し、6群が著しく減少していることが示されている。GAF

では、退院可能性の中身は明らかではないが、「退院可能群」では精神症状が比較的安定していることが示唆されているが、能力障害の面では著しい6群のものを除けば、大きな差異がないことがわかる。すなわち、精神症状は一定程度改善はしているが、能力障害（生活障害）の改善はいまだ不十分なままであることが示されている。図13で示されているとおり、IADLを中心とする生活障害は図9に比較して一定の改善は認められるが、いまだ生活障害は高度に残遺しており、手厚い生活援助が必要な状態であることは明らかである。

今後の検討

新たな調査では、「受け入れ条件が整えば退院可能」、さらに、「近い将来退院可能」とされた人たちについて、より詳しい分析が行われた。そのなかでは、これらの人たちが一見退院可能であるかにみえるが、比較的重度の生活障害を持っており、このために、「退院可能」にみえて、実際には退院に移行することはたやすくないことが示された。退院当初には夜間を含めて援助が可能な「居住施設」と「手厚い生活支援」が必要であることが示された。

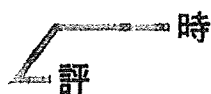
これを実現するために何が必要であるか、あるいは、利用者自身が何を必要としているかなど、さらに、詳細な分析が必要である。紙面の関係から、さらなる分析は他の機会に報告したい。

謝 辞

本調査を実施するのにあたって、多大なご協力をいただいた多くの精神科医療機関、ならびに、企画委員の諸氏に感謝を申し上げます。

文 献

- 1) 大島 巖, 他: 長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から—。精神経誌 93(7):582-602, 1991.
- 2) 高橋正和: 在院患者調査中間報告—精神科医療マスタープランのための入院患者調査報告—。日精協誌 12(10):971-1015, 1993.
- 3) 黒田研二, 他: 長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査: 調査結果の速報。精神経誌 101(9):762-776, 1999.
- 4) 日本精神科病院協会: 平成14年マスタープラン調査データ集。2003.
- 5) 日本精神科病院協会: 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書。2003.
- 6) 厚生労働省科学研究費補助金こころの健康科学研究事業: 精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究。2008.



中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方

理事 松原 三郎

平成20年4月の診療報酬改定では、「精神保健医療の改革ビジョン」の実現に向けた施策が多く反映された。急性期（救急）医療の充実に向けた加算と基準の緩和、長期（5年以上）入院患者退院の促進、PSW等を含めたチーム医療による退院の促進、さらに、合併症・認知症・うつ病等への取り組みも加えられた。今回の診療報酬改定でも改革ビジョンを基本とする医療政策を反映したのものになることは間違いのないだろう。

平成16年から10年間で「受け入れ条件が整えば退院可能な7万人」の退院を促し、「入院中心から地域中心へ」という改革ビジョンは、今年で中間年を迎えており、ますます改革に拍車がかかるかに見える。しかし、改革ビジョンの内容そのものが微妙に変化を示しているように感じている。退院促進の基本方針は変わっていないが、過去5年間に「受け入れ条件が整えば退院可能な人たち」の退院が少しも進んでいないことが明らかになっている。そればかりか、このような退院予備軍はかえって増加の方向にある（最近のデータでは、10万9千人）。本来、退院可能な患者が一人として存在するわけではない。その大半は入退院を行う流動的な一群である。新規抗精神病薬の投与、病院内のリハビリテーション等の療養環境の改善や主治医の意識によっても、その割合は大きく変化する。したがって、何人を退院させるというのではなく、受け入れ可能な施設や支援サービスを何人分用意するかが重要である。このような考え方の変化から、改革ビジョンの目標を実現する手法は、退院可能な患者に直接的に働きかける「退院促進支援事業」も重視するが、むしろ主力は、退院につながると思われる各種の要素をいくつも取り上げていく手法に変わりつつある。病院精神医療では、その基本は、病床機能分化であり、

退院促進の加算である。

今後、施策上で重視されるであろうと思われる要素は以下の4点ではないかと思う。(1)精神科医療をさらに急性期にシフトすること、(2)入院後4～12カ月の治療を充実することで1年後の残留率の低下を図る、(3)長期在院者の症状評価と軽症者の退院促進、さらに、そのための受け皿整備、(4)医療としての認知症病床の整備。

(1)急性期医療の整備では、精神科救急医療システムの整備、とくに精神科救急基幹病院として常時対応型施設（原則スーパー救急病棟）をいかにして整備するのが最大の課題である。しかしながら、これと同時に、輪番制のなかで精神科救急ネットワークに積極的に参加し、また、夜間においても時間外診療を受け入れている病院の存在も重要である。後者の病院が、精神科急性期病棟と同様な急性期・救急加算がケースごとに受けられるように診療報酬上の評価が求められる。

精神科病院が、職員の傾斜配置などを行いながら急性期治療の充実に努めることは、地域の救急医療に貢献するだけでなく、入院治療の質の向上に大きく役立つ。実際に4カ月目以降の退院率も向上する。しかし、現状では、精神科急性期治療病棟の取得は、中小の病院でははなはだ困難である。これを補うために入院基本料全体を上げることは重要ではあるが、この手法は長期入院の基本料の通減化を強化することにつながるおそれがある。むしろ、一定以上の看護師等が配置され、さらに、3カ月以内の退院率が確保されれば、ケースごとに急性期・救急部分の加算が得られるようにすべきである。このことによって積極的な活動をしている中小病院が活性化するのではないかと考えている。

(2) 精神科急性期治療が終わる4カ月目からは、入院収入の落ち込みは著しい。現状で、1年後の残留率は13.0%にも及び、その数は毎年5万人にもものぼる。通常の急性期治療病棟でも入院3カ月間目で残留する患者は21.0%で、このうち74.0%は精神症状が残存しているために退院が困難とされたものであった。ところが、急性期治療病棟あるいは救急入院医療を取得している医療機関では4～12カ月の回復期にこれらの82.0%が退院しており、実に1年後の残留率は入院時から計算すると2.5%にとどまっている。回復期の治療効果の約半数は、薬物療法の効果であり、残りの半数は、作業療法やPSWの援助が効果を示したものであった。すなわち、回復期では薬物療法の工夫とともに多職種が関わったチーム医療が大きな効果を示すことが明らかである。多職種のチーム医療を診療報酬上でぜひ評価すべきである。できれば、急性期・救急のケースへの加算と連動して、多職種のチーム医療が行われれば、回復期でもケースごとに診療報酬上の加算が行われることが理想である。急性期から回復期まで一連の多職種で関わるができる、質の高い病床機能を求める必要がある。

(3) 長期在院者の問題では、長期重症者(chronic active patient)の存在を無視できない。現在、先に行われた「病床利用状況調査」に続いて入院患者に対するタイムスタディが行われようとしている。このなかでは、長期重症者を定義しようと試みられるかもしれない。結果として、長期在院者の症状評価が導入される可能性は否定できない。それが、来年3月の診療報酬改定に間に合うのかどうか、実際にはかなりの困難が予想される。

長期在院でなおかつ軽症と認められた人たちの地域移行を円滑に行うためには、グループホームだけでなく、一般のアパートへの退院も求められる。この人たちを支えるために、医療と福祉的サービスが合体した(看護師とPSWなど)支援チ

ームが必要となる。このような包括的に医療と福祉が提供できる枠組みがないことが、わが国の地域精神医療が育たない主因でもある。将来的には、このようなチームを育てることができるよう診療報酬の設定が求められる。

しかしながら、地域移行を進めるためには、その前提として居住場所の確保、十分な生活支援サービスの確保、さらには、利用者の経済的な保障(所得保障)などが必要である。ところが、現状ではこれらについてはほとんど整備されていない。現在の障害者自立支援法についても、障害程度区分を始めとして精神障害者にとっては他障害に比較してきわめて不利な状況にある。今後、入院から地域移行を進めるためには、これら地域での受け皿状況をチェックし、バランスを保ちながら(Check and Balance)行う原則を重視すべきである。

(4) 精神科医療が関わらなければならない認知症高齢者の数は、今後激増するものと予想される。そのための病床はこれまでとは異なって、精神・行動障害の治療に特化されていく可能性が高い。短期入院を目標として認知症病棟が運営されることが望ましい。しかし、他方では認知症病棟からの退院者を受け入れる施設がないことが影響して、結果として認知症病棟は長期在院患者で占められてしまっている。これを解決するために、軽度の精神・行動障害であっても受け入れが可能な医療型(あるいは介護保険型)の施設が必要となるであろう。

以上、今後の精神医療の進む方向を個人的な見解の範囲で示した。理想的な診療報酬を求めることと、現実の報酬引き上げの活動とは大きな開きがある。病院経営者団体としての実現可能な要望をしていくことが原則であるが、それと同時に、これからのわが国の精神医療があるべき姿を求めていくことも忘れてはならない。

精神科救急病棟が持つべき機能について

松原 三郎

FUNCTIONS OF ACUTE PSYCHIATRIC WARDS

Saburo MATSUBARA

Psychiatric wards in acute care hospitals are required to receive patients of any kind. They must provide high-level treatment for hospitalized patients and at the same time encourage early discharge. Care-management is needed to plan the process while functions such as rehabilitation facilities and group livings prepare patients for resocialization.

□ はじめに

精神科救急病棟は、「主として急性期の集中的な治療を要する精神疾患患者の入院治療を行う病棟」と定義できるが、365日24時間にわたって精神科救急医療に対応できるように体制を整備する必要がある。具体的には(表1)、常時全ての入院形態への対応が可能となるように、5名以上の指定医が当該医療機関に常勤し、さらに、救急病棟では、医師配置が16対1以上でなければならない。また、安全で高度化された医療が提供できるように、さまざまな工夫を凝らすことが必要になる。

精神科救急入院算定病棟(以下、精神科救急病棟とよぶ)は、平成20年8月時点で、全国に42病棟(1,481床)あるが、全精神科病床の0.4%にすぎず、全国でも38都道府県にしかない。精神科救急整備事業では、精神科救急医療圏と連動して精神科救急基幹病院を整備することになっているが、この中心となるのは、精神科救急病棟である。

□ 松原病院精神科救急病棟の実態

松原病院は病床数463床(うち30床は内科病床)からなるが、平成15年12月から、48床を精神科急性期治療病棟として運営してきた。建設当初から救急入院料の算定を目標にして、個室率を50%以上にした。平成19年12月から救急入院料の算定が可能となったが、平均在院日数は50日を割っており、図1に示すように、次第に他の病棟(亜急性期病棟や長期慢性病棟)でも、在院日数の減少という波及効果を認めるようになった。平成20年9月からは石川県精神科救急システムの基幹病院の指定を受けると、その変化はますます顕著となり、病院全体の平均在院日数は208日にまで減少している。また、年間の入院患者数も平成20年度では、794人にまで達している。

病院全体では、内科も含めて月平均70名を超える入院患者があり、精神科救急病棟には、40名前後の入院患者がある。この人たちを円滑に3ヶ月以内に退院させ、精神科救急病棟の3ヶ月以内の退院率を60%以上に保つためには、円滑な治療システムと退院促進機能が備わっている必要がある。

□ 精神科救急病棟の基本的な治療構造

1. 保護室の配置(図2)

当院では、48床のうち、15床が保護室仕様となっている。その他に11室が個室となっており、個室率は54%である。保護室15床はA・B・Cの3区画に分けられている。

A区画の3室には、酸素・吸引配管と、衝撃吸収材を

床・壁面に用いてあり、「意識障害、夜間せん妄等」身体合併症への対応が可能な個室(Psychiatric Intensive Care Unit: PICU)としている。

B区画の7室は、通常の保護室仕様となっているが、この区画専用のデイコーナーが付設しており、精神症状が比較的落ち着いてきた患者については、食事や喫煙、TV観賞、さらには、シャワー等も段階的に許可される。

C区画の3室は、一般デイコーナーに隣接しており、保護室から一般病棟へ移る前段階の準保護室として経過を観察できるようにしている。

2. 身体的検索を重視した治療体制

救急での入院では、外傷、せん妄状態、急性薬物中毒、発熱、脱水、循環器疾患など、身体疾患のチェックが必要になる。内科医を当該病棟に専属としておき、全ての入院患者について内科的なチェックを行なっている。これに伴って、モニターの設置、緊急検査として、MRI、各種レントゲン撮影、血液検査などが行なえるように整備している。身体拘束を行なった場合には、モニターと血栓防止用のストッキングを行なっている。

3. カンファレンスを中心とする医療の提供

精神科救急病棟では、看護師(准看護師、補助者を含まない)は10対1以上、さらに、精神保健福祉士2名以上の配置が義務付けられている。当院では、救急病棟には16対1の医師が配置されているだけでなく、慢性期病棟を主に受け持っている医師であっても、当該医師が継続して主治医となることを外来医長が判断した場合には、引き続いて担当するようにしている。しかし、この手法では、入院患者ごとの治療方針に個人差が生ずるために、入院直後に診断・治療方針などを交えてカンファレンスを実施し、問題点を明確にし、治療目標を共通にしながら多職種が当たるようにしている。具体的には、毎朝、医師・看護師・精神保健福祉士、作業療法士、薬剤師等の多職種が一同に介して短時間のカンファレンスを行なっている。

□ 急性期リハビリテーション機能

1. 退院促進ケアマネジメント

救急病棟だけでも、毎月40名の患者が入院し、3ヶ月以内にその80%が退院する。このためにいくつかの方策がとられている。①入院後1週間前後で、3ヶ月間以内の退院をめざして、当該救急病棟での治療を行なうか否かの判断。もし、3ヶ月以内での治療が困難であると判定されれば、亜急性もしくは長期型病棟への移動が行なわれる。

②3ヶ月以内の退院が可能と判断された場合には、当初から本人、家族、精神保健福祉士などを交えてケアマネジメントを行なって治療目標を明確にする。

2. 多職種チームが関わった退院促進

退院促進では、①薬物療法の内容自体に検討を要する場合には、救急病棟医長を中心として、医師間での討議が行なわれる。②薬物療法以外が問題となる場合には、多職種チームによる連携が大きな効果を示す。生活障害の程度に合わせて作業療法を行ない、その中には、各種の家事訓練も含まれる。双方いずれのグループにも心理教育が大きな効果を示す。心理教育は集団精神療法によるものと、個人単位で行われるものがあるが、前者は保険診療上では医師の参加が必要であり、現実的ではない。むしろ、看護師を中心として、個人単位で行い、SSTの点数で行なう方がより効果的である。

□ 退院促進の受け皿の整備が必要

1. 居住施設の整備

現在、障害者自立支援法による居住施設としては、グループホームとケアホームが挙げられるが、いずれも、居住施設単体としての採算性が悪く、新設は困難な状況であり、精神障害者の退院促進は停滞した状況にあると言える。それでも、救急病棟の運営面から、近隣のアパート等を借りながらグループホームの整備に努めている。現在、46人分が整備されている(図3)。

2. 訪問看護ステーションの整備

訪問看護は、病院から行なう訪問看護と、訪問看護ステーションが行なうものとに分けられる。前者では、精神保健福祉士による訪問看護が可能であるが、後者では看護師のみが許可されている。今後、地域生活支援では訪問看護が大きな役割を果たしていくものと思われるが、訪問看護ス

表1 精神科救急入院料

項目	精神科救急入院料 1
点	3,431点
入院後31日以上	3,031点
病院常勤	精神保健指定医5名以上 精神保健指定医1名以上
病棟常勤	医師16.1以上、精神保健福祉士2名以上
看護員数(常時)	看護員 常時 10:1以上
夜・常の職員	看護員 常時 2人以上
併存する精神科病床	精神科病床入院基本料1~4又は特定入院料
1看護単位	60床以下
病棟(病室)	隔離室含む半分以上が個室(精神科救急・合併症入院料は、合併症ユニットを有し、個室として算入可)
検査体制	必要な検査 CT撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制(CT撮影は連携体制可)
精神科救急医療システム	●全入院形式受け入れ可能 ●時間外・休日・深夜受診件数(電話再診を除く)が年間 200件以上、又は以下の地域における人口万対25件以上 イ 所在地の都道府県(政令市の区域を含む) ロ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院、政令市以外の地区は県立病院が基幹病院となる)は、当該圏域
患者構成	年間の新規患者の6割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院及び医療観察法入院
対象患者	入院前3ヶ月間に保険医療機関の精神科病棟に入院していない患者 ※精神科救急合併症入院料「身体疾患の治療のため、救命救急センターなどの一般病棟に入院後当該病棟に入院した患者」も対象 新規入院した患者で入院期間が3ヶ月以内の患者 以下の圏域における措置入院、緊急措置入院及び応急入院の患者(都道府県等地域の年間新規発生患者の4分の1以上、又は30件以上の患者を受け入れ) イ 所在地の都道府県(政令市の区域を含む) ロ 1精神科救急医療圏と1基幹病院が対となって明確に区分された圏域がある場合(例えば政令市は市立病院、政令市以外の地区は県立病院が基幹病院となる)は、当該圏域
算定要件	1ヶ月間の当該病棟新規患者入院延べ日数/1ヶ月間の当該病棟の全患者入院延べ日数以上4割 措置入院、鑑定入院患者、医師17人以上を除いた新規患者のうち6割以上が入院日から3ヶ月以内に退院し在宅(原宅、精神障害者施設)へ移行すること 入院日から起算して3ヶ月を限度として算定

テーションにおいても、精神保健福祉士単独での診療報酬化が、ぜひ必要である。訪問看護の力は大きく、生活支援による生活の安定化は、再燃防止に大きな効果を示す。この訪問看護の力によって、当院の周辺のアパート、あるいは、自宅(家族同居)で過ごす人たちが70人余りおり、これらが訪問看護によって支えられている(図3)。

3. 精神科デイケアの整備

退院後の医療・生活支援として、デイケアは大きな効果を示す。デイケアの中では、SSTや就労の紹介など幅広い活動が行なわれている。

4. 障害者自立支援法に基づく生活訓練と就労支援

現在、当院では、「地域活動支援センター」があり、さらに、多機能型で「自立生活訓練事業」「就労継続B」「就労移行支援事業」が行なわれている。

□ おわりに

精神科救急病棟の導入は、当院の姿を一変させた。それは、急性期において質の高い医療を提供すること、多職種が加わったチーム医療で退院促進を行なうこと、そして、退院後の医療と生活支援を、デイケア、訪問看護、自立支援サービスで支え続けること、それぞれの意味が際立って明確になり、各職種の重要性を認識するようになった。

(医療法人財団松原愛育会松原病院理事長 Chief director, Matsubara Hospital)

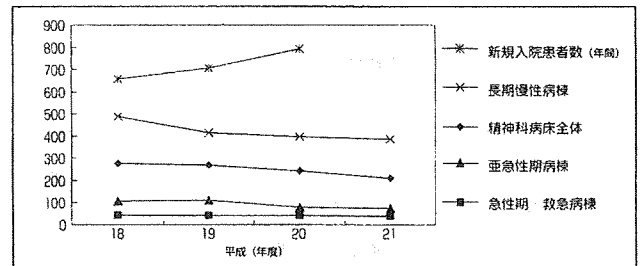


図1 平均在院日数、入院患者数

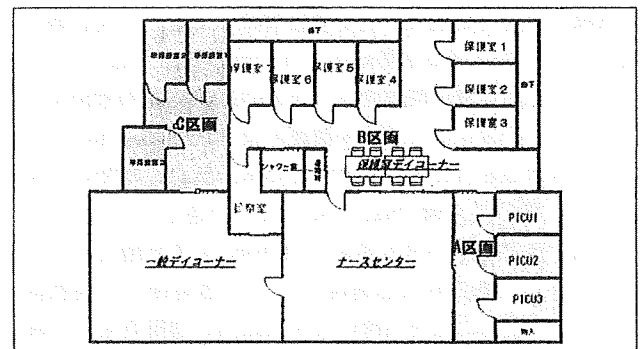


図2 保護室平面

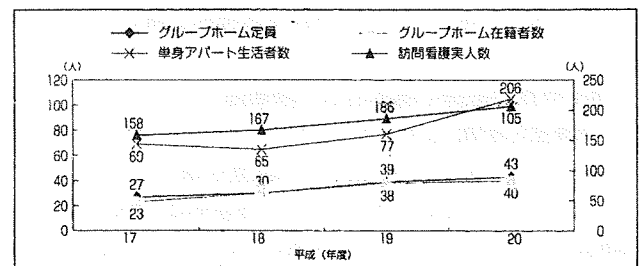


図3 グループホーム利用者・訪問看護数推移

ACTによる措置入院患者への支援

佐竹 直子* 伊藤 順一郎**

抄録：重症の精神障がい者の地域生活支援を行う ACT (assertive community treatment : 包括型地域生活支援サービス) において触法精神障がい者に対する支援のニーズは高く、諸外国では触法精神医療に ACT が導入されその効果を見せている。日本でも ACT の活動が徐々に広まりつつある中で、触法精神障がい者に対する支援のニーズは高く、例えば ACT-J (千葉県市川市) では、全ケース60名のうち14名 (23%) が措置入院経験者である。退院後、地域支援につながりにくく容易に症状の増悪をきたす場合が多い措置入院患者に対する ACT の支援を、ACT-J の症例を通して具体的に提示し、そのプロセスや予後について述べた。また、触法精神障がい者に対する ACT の介入についての利点と問題点について考察を行った。

精神科治療学 24(9) : 1117-1122, 2009

Key words : assertive community treatment (ACT), crisis plan, forensic psychiatry, engagement, recovery

I. はじめに

ACT (assertive community treatment : 包括型地域生活支援サービス) は1980年代にアメリカ・ウィスコンシン州マディソンで始まった当初、地域サービスをうまく利用できず頻回入院となったいわゆる「回転ドア現象」の対策としてのサービスだった¹⁾。その後 ACT は地域精神医療の先進地域を中心に徐々に普及し、その対象を頻回

入院者から長期入院者の退院促進や触法精神障がい者へと拡大し、その効果を見せている。現在英国やニュージーランドなどでは触法精神障がい者への ACT 導入が行われている²⁾。

今回日本で ACT の実践を行っている ACT-J において、どのように触法精神障がい者に対しての地域支援を行っているのかを、具体的な症例を呈示して紹介し、その利点と問題点について述べてみた。

千葉県市川市・松戸市で ACT の臨床サービスを提供している ACT-J は、「訪問看護ステーション ACT-J」に所属する看護師3名、作業療法士3名、精神保健福祉士2名が、国立国際医療センター国府台病院との連携のもと、重症の精神障がいを持つ方の地域生活の支援を行っている。ACT-J の利用者のクライテリアは、①統合失調症、双極性障害、重症うつ病のいずれか、②年2回以上または100日以上入院、③措置症状などの激しい精神症状により社会生活が困難、④長期の引きこもり・未治療、⑤自力で日常生活または

Intervention for forensic psychiatric patients by ACT team in Japan.

*国立国際医療センター国府台病院精神科
〔〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1〕

Naoko Satake, M.D.: Department of Psychiatry, Kohnodai Hospital, International Medical Center of Japan, 1-7-1, Kohnodai, Ichikawa-shi, Chiba, 272-8516 Japan.

**国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部
Junichiro Ito, M.D., Ph.D.: Department of Psychiatric Rehabilitation, The Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry.

社会生活が遂行できない状態が6ヵ月以上持続、となっており、これをもって「重症」と定義づけている。

現在 ACT-J では医療観察法通院処遇患者へのサービス提供は行っていないが、措置入院患者に対してのサービスの導入は行っている。平成21年7月現在全ケース60名のうち、ACT 導入以前に措置入院歴があるケースと措置入院を契機にACT 導入に至ったケースあわせて14名23%あり、措置入院を経験した患者の割合はかなり高い。ほとんどのケースが退院後地域サービスをうまく使えず再燃・入院を繰り返す「頻回入院」ケースである。今回これらのケースのうち2例についてその支援のプロセスや予後について述べ、ACT の介入の利点や問題点について説明したいと思う。なお、症例の紹介に関しては事前に本人の同意は得ており、内容については個人情報保護に配慮して一部変更を加えている。

II. 措置入院ケースへのアプローチ

措置入院を契機に ACT-J の介入が開始になった症例2例について述べる。

1. ACT 介入により生活が安定したケース

〔症例①〕 A, 60代女性

診断：統合失調症

生活歴：B 県で出生。幼少時に両親が離婚し父親に引き取られる。中学卒業後働きながら定時制高校を卒業しその後事務職員として働く。X 年父親死去後兄弟と生活していたが、その後単身生活を開始した。

現病歴：30歳頃失恋が契機で被害関係妄想が出現し発症。妄想に基づく奇異な行動が続き、家族の促しで発症数年後に C 精神科病院へ受診し入院。その後数ヵ所の病院へ入院するも退院後は継続的な治療につながらず。

X-15年転居を機に症状増悪し D 病院へ受診し入院。退院後怠業や通院中断による再燃・増悪を繰り返す、計7回の入院歴あり。いずれも被害関係妄想が増悪し問題行動があったり、「死にたくなかった」と突然道路の真ん中に寝転がり周囲に救

急要請をされたりしての入院だった。この間自宅近くで単身生活を始め生活保護受給開始となった。病院のケースワーカーの勧めで地域生活支援センターや作業所の通所を試みるが、集団への適応が難しくいずれも数ヵ月で中断した。

X 年2月退院後定期的に通院し、デポ剤による投薬を続けていたが、同年8月「隣の人が自分のうちのものを盗っていく」「うちのトイレを勝手に使って汚していく」と隣人の頭部を石で殴り警察に保護され D 病院にて緊急措置入院、本鑑定後、措置入院となった。

入院後 ACT 導入まで：入院後薬物調整を試みるも近隣に対する被害関係妄想は持続し、病棟内でも他患に対して「物を盗られた」と殴りかかるような入院前と同様の問題行動がみられた。錐体外路症状が出現しやすいため薬物の増量も難しく、本人も薬物療法に不安や抵抗がみられた。事件のためアパートは退去せざるを得ず、退院先も未定の状況であった。

ACT の導入・入院中の支援：3名の担当ケースマネージャー（以下 CM）が中心となり病棟への訪問開始となった。

第1段階—ニーズの確認：定期的（週1～2回）に本人のところへ訪問し、会話の中から本人の希望や不安を確認した。本人の希望は「新しい家で安心して長く暮らしていきたい」と新しいアパートでの生活の立て直しを希望。今までの生活については「近所の人やしよっちゅう家に入ってきて嫌だった」「電波が入ってくるとつらくて死にたくなかった。道路に寝転がってしまった」「つらい気持ちを話せる相手がいればよかった」など生活上の困難さや不安、その中での孤立感を話してもらえるようになった。

第2段階—ニーズに基づいた直接支援：本人のニーズに従い、アパート物件を本人とともに探した。本人の希望に添うような物件を求め不動産屋回りに8回、引っ越しのための片付けに28回、計36回の外出をともに行った。一緒に行動することで本人との連帯感が生じ、本人が納得いく支援が展開されることにより信頼感も少しずつ得られた。また本人のアパートの様子から今まで物が捨てられず家が居心地悪かったこと、また行動のパ

表1 リカバリープラン&クライシスプラン
X年〇月〇日 利用者名：Aさん ケースマネージャー：〇〇

これからの目標	今の家で、安心して長く暮らしていきたい。 身体の勉強がしたい。結婚したい。友達がほしい。	
目標を達成するために	私がすること	ACTチームがすること
嫌な思いをすることがあった時、 暴力で対応しない	行動に移す前に、まずACTに 相談する	対策を一緒に考える
調子が悪い時に、対処法を思い出す	辛い時には早めの相談！ ①頓服薬を飲む ②ACTに電話で相談 ③救急外来の受診	対策を一緒に考える
電波の言ってくることと上手に付き 合う	①相手と顔を合わせて話した ことを優先 ②迷う時はACTに相談	①電波への対応について、話題にする ②対策を一緒に考える
病気の症状や副作用（手の震え）を コントロール	お薬カレンダーを使って服薬 を続ける	①お薬のセットを一緒に確認 ②日頃の様子を一緒に振り返る
住みやすい環境を整える	①1週間5,000円生活でお金を 貯めて、必要な物（携帯、 掃除機、カーペット、ガス レンジなど）を揃えていく ②自宅前の草刈り ③ご近所づきあい→まずは 挨拶から！	①必要に応じて、買物に同行 ②草刈りの手伝いや除草対策を一緒 に考える ③ご近所さんと挨拶を交わす。必要 に応じてお話
福祉の本を購入し勉強	本の購入	書店に同行
出会いを見つける	出かける機会をつくる	集う場について情報提供

表2 クライシスプラン（一部抜粋）

- ◆私が“調子を崩すとき”，“人に腹が立つとき”の早期サイン（症状）や状況は… サインの把握
 - ・自分が食べられる感覚が強まり，死にたくなる
 - ・相手の目つき・しぐさが，自分へ悪意があるように感じる
 - ・物がなくなる（盗られる）前に，「それは私の物よ」と盗る相手の声が聞こえる
 - ・物がなくなった時には，盗った人の声で「それは私の物よ」と言ってくる
- ◆上記のサインのどれかに気づいたら，私は… 対処法や工夫『行動の前にまず相談！』
 - ・服薬の再確認と主治医・ACTへの相談
 - ・腹を立て，暴力などで対応するのではなく，信頼できる相手に相談
 - ・盗られないように対策を練る（セロテープでの固定などは効果あり）

ターンとして願望がそのまま都合のよい幻聴になることも確認できた。

第3段階—リカバリー&クライシスプランの作成；関係作りと並行して，自分が目指す地域生活を遂行するために具体的なプランを12回のケア会議を経て本人と作成した。特に入院時のようなトラブルを防ぐ必要があることを本人と共有し振り

返りを行った。服薬と不調が関連していることに気づき，服薬の確実性を高めるための試みや不調時のSOSの出し方など具体的な対策を立てた。実際のプランを表1で示す（表1）。

特にクライシスプランについてはサインの把握と対処行動について具体的に書き出して（表2に一部を抜粋）コピーを本人とACTで共有し，支

援開始から5ヵ月後に退院となった。

退院後の支援とその後：退院後週3回の訪問を開始。退院2ヵ月後クライシスプランがうまく活用できず幻聴の内容に不安になり、道路に寝転がってしまうことがあり救急受診となる。ケアプランの確認をもう一度行い、訪問回数を連日に変更、デボ剤の間隔を短くし幻聴の軽減を図り、その後は同様の状況は見られなくなった。

隣人とのやりとりで奇異な目で見られたり、草刈りのことで注意を受けたりなど近隣とのトラブルもいくつかあったが、本人が徐々にSOSを出し対処できるようになったことで生活の中での安心感が増し、病的体験も軽減され妄想に対して行動化することがなくなっていった。薬物もほぼ半量へ減量できたが錐体外路症状は残存しており、薬剤の変更を本人と検討中である。友人もでき、お互いの家を行き来するなど、信頼できる相手との継続的な交流により、生活の充実度や満足度が増している。自分の生活マネジメントの力が確実に増しており、定期的にプランを見直す際に、訪問回数を週2回に減らしている。

2. ACT介入後も再入院となったケース

〔症例②〕F, 60代男性

診断名：統合失調症，頸椎症

生育歴：G県にて出生。同胞3人の第2子。中学卒業後工場に勤務しながら定時制高校を卒業。20代前半まで同工場に勤務し、その後人間関係がうまくいかず、工場を転々とする。30代前半で結婚、2児をもうける。仕事は発症後しばらくは続けていたが現在は無職、障害年金と兄弟からの援助で生計を立てている。妻、2人の子どもと同居している。

現病歴：結婚と同時期に相続の問題が浮上、本人を批難するような被害的な内容の幻聴が出現し発症。H病院へ受診し1年間入院。退院後3ヵ月程度で服薬を中断し再燃、別の病院へ3ヵ月間入院となる。再び治療中断しX-21年D病院へ受診。「薬を飲むと仕事ができなくなる」と服薬・通院の中断を繰り返し、計5回の入院歴あり。再燃時には被害的な幻聴と興奮状態が出現し、妻に対して激しい暴力がみられた。受診、服薬を家族

が勧めても本人は応じず、妻のみが受診していた時期もあった。家族は保健所への相談にも行っていたが、症状が増悪し本人の興奮がひどくなると、「刺激になるので来ないでほしい」と支援を拒否し、保健所はそれ以上介入できなかった。暴力などのトラブルが発生し警察が介入する形での入院が度々あった。数年前より兄弟のリタイアに伴う経済的な不安や子どもの病気などストレスが重なっていた。

X-1年、近隣に対して被害関係妄想が出現し、隣人に対する監視や暴言が続き、止める家族に対しても暴言・暴力がみられるようになった。保健所に家族より相談があり、介入が始まるも途中で家族に介入を拒まれ、X-1年8月暴力事件で警察介入となり措置入院となる。3ヵ月後退院するも退院後全く服薬せず通院も1回で中断。間もなく幻聴や被害妄想が再燃し、X年1月妄想対象であった隣人の車をのこぎりで傷つけ、警察に保護されD病院で緊急措置入院となり、後日措置入院となった。

入院後ACT導入まで：入院後薬物療法開始となるが興奮状態はなかなか鎮静されず、電気けいれん療法を施行。興奮状態は収まり幻聴体験も消退するが、措置入院となった事件に関しての内省は深まらず家族は退院を拒否。本人は退院にならないことへの不満が強く、退院の要求を続けていた。

ACTの導入と入院中の支援：担当CM3名にて介入が開始となる。

①入院中の対応：本人の希望は「花をいじりながらのんびり暮らしたい」と話す一方、経済的な不安もあり「できれば働きたい」と言うこともあった。対応は丁寧なものの、話す内容は表面的でなかなか関係性の構築が困難だった。近隣とのトラブルについても「悪かった」「幻聴が聞こえてやったけど、今は薬を飲んで幻聴もないから楽になりました」と話が広がらず。入院費を気にして退院の要求ばかりが話題となり、退院後のACTの訪問も半ば浸々了解という形での退院となった。

退院後の支援：退院後週2回の訪問を開始。「来てもらっても何も話すことがないし」と自宅

への訪問でも関係性が構築しにくい状態が続いた。その後、息苦しさや心気的な訴えが続き、訪問のたびに、大変さを受け止めつつ対処法についての相談や助言を行った。こういった関わりから、困りごとに対応してくれる頼もしい存在としてACTを認め始めている手ごたえも得られた。そのため、身体不調時にACTがすぐに自宅に駆けつけて訪問で対応することを求める本人に、依存の助長を懸念し自分なりの対処法での対応を試みることを、ACTは段階的に提案してきていた。その最中、内服薬の自己調節から怠薬、急激な症状悪化、訪問拒否、保健所・警察の促しによる医療保護入院という展開に至った。入院後本人より再び支援の希望があり、関係性の再構築を行っている。

Ⅲ. ACTの支援のポイント

前述の2ケースを通して、ACTが措置入院ケースの支援に対して有効と思われる点をまとめた。

1. ニーズに基づいた支援

措置ケースの場合、一般的にその支援として「措置症状の再燃の防止」を中心に考えがちだが、ACT-Jの場合、措置ケースもそれ以外のケースも支援のスタイルは変わらない。ACT-Jの支援で一番重要視されるのは、「リカバリーを目指した支援」「本人のニーズに基づいた支援」であり、「措置症状への対策」は本人が求めている地域生活の実現の中で必要条件として初めて取り上げられる。

2. 関係性の構築

本人のニーズの確認や地域生活で常に傍にいて「伴走」するサポーターとなり得るための関係作りがまず第1の目標となる。関係作りはまず本人がどんな人か、どんな生活をしてきて何が好きかなどを詳しく聞き、本人の好みや生活のパターン、地域生活で生かせるような本人のストレングス（長所）を見出すようにする。関係性は第1段階で終了するわけではなく、支援がニーズに沿っ

て展開されていくことを本人が実感することによりさらに深まり、「危機的な状態」を一緒に乗り越えることで連帯感が増すと思われる。

3. アウトリーチ

アウトリーチの支援は、本人の生活状況の把握が容易であるだけでなく、生活上の困難さをうまく伝えられない、対処ができないままに本人や家族が孤立してしまう、といったような状況を防ぐために重要なサービス形態であると思われる。先に述べた2ケースとも、介入前には増悪時にうまくサポートを受けることができずに孤立してしまうことが多かったが、定期的な訪問により本人の変化にも気付きやすく、問題が起こっている場面で本人から確認できることで情報も得られやすいというメリットがある。また、症例①のように集団活動に馴染みにくく被害妄想などが生じやすいケースには、治療の継続のために通所サービスにつないでも通所継続が難しくドロップアウトの体験を重ねることになるため、アウトリーチが力を発揮しやすいと思われる。

4. リカバリー&クライシスプランの設定

希望する生活の実現のために本人・ACTのアクションプランを作成しそれを共有することはとても重要である。特にクライシスプランは、再燃から問題行動に至るプロセスについての情報をまとめ、具体的な対策を作成し、実践した結果を支援者と評価することにより、具体的に症状の増悪やトラブルが減らせるだけでなく、対処能力を高めたり、本人の自信回復や症状自体の軽減、症状からくる苦痛や不安の軽減につながり、薬物量の減少も可能となる。

5. 医療との連携

生活上の問題が生じたとき、その対処行動がうまく取れずに症状の増悪に至ることがあるが、措置ケースの場合、症状の増悪のスピードが速いケースが多く見られる。対処がうまくいかないときにはクライシスプランの確認の他に、症状に対する早めの介入が重要になる。ACTの場合、生活支援と医療支援が密接な連携を取れるため、緊急

受診での症状の評価や処方調整などの対応により、症状の増悪を最小限にとどめることができる。また副作用に対する不満などから治療の中断につながることも多いが、治療への不満や要望を生活支援との連携によって治療に反映させることも再燃を防ぐ大きな力となりうると思われる。

ACTの支援は、前述の通り「措置症状の再燃防止」が第1目標ではない。地域生活を続ける上で再燃防止が重要であることは十分理解しており、またそのためのクライシスプランは十分に検討するが、もっと大事なことは本人が満足する地域生活を手に入れることにより再燃を防ぐこと、またしっかりとした関係性を構築し再燃時にも早く対処できること、また万一再燃しても本人が社会で孤立せず、ともにやり直すことで地域生活に戻りやすくすることである。この点からも措置入院患者に対する支援としてACTの手法は適しているのではないかとと思われる。

しかしACTの手法を使っても、症例②のように関係性の構築がなかなか難しく、介入の拒絶や再燃・入院に至るケースもある。繰り返しの不安や身体症状に対する関与の要求などで関わりを求めようとする依存が強く見られる場合、CMのなかでその要求に対して抵抗感が生じ、依存を抑える介入を行うことがある。このケースの場合にも自立を促すような提案をするCMに対して、不安をCMに受け止めてもらえないという不全感が本人の中で徐々に大きくなり、関係性が大きく破綻をきたした。入院前本人とCMの間では問題の

対処についてのやりとりだけになってしまい、本人の不安の背景にある問題や本人のリカバリーについて語る状態に到達していなかった。本人の希望や目標が共有されたときに本当の意味での「関係性の構築」ができると考えられ、そのためには本人の訴えのスタイルを理解し、「関係性ができた」という手応えを感じるまで本人の訴えに「つきあう」姿勢が重要である。関係性が築けた上で「依存」や「自立」について改めて一緒に考えていくことができるのではないかと考える。なかなか関係性が作りづらく、安定した地域生活を続けることが難しい利用者に対しては、入院やクライシスなど「仕切り直し」のチャンスを待ち、タイミングよくアプローチすることが重要である。それまでの支援の問題点を振り返り、本人との関係性の構築を再度試み、あきらめずに何度も挑戦する姿勢が大切である。粘り強くassertiveな介入がそもそものACTの持ち味であり、本人のリカバリーを信じて一緒に歩み続けることが大切である。

文 献

- 1) Allness, D.J. and Knoedler, W.H.: The PACT Model of Community-based Treatment for Persons with Severe and Persistent Mental Illness: A Manual for PACT start-up. NAMI, USA, 1998.
- 2) 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: 1029-1036, 2008.

第105回日本精神神経学会総会

教育講演

退院促進に関する精神医療の質の実態把握と最適化

伊豫 雅臣, 椎名 明大 (千葉大学大学院医学研究院精神医学)

松原 三郎, 川田 和人, 吉川 明弘 (松原病院)

三邊 義雄, 畠 稔, 福島 秀行 (金沢大学大学院医学系)

岩崎 弥生, 小宮 浩美 (千葉大学看護学部)

小宮山 徳太郎, 南風原 泰, 篠田 守 (飯田病院)

佐々木 一 (佐々木病院)

羽間 京子 (千葉大学社会精神保健教育研究センター)

佐竹 直子 (国立国際医療センター国府台病院)

はじめに

我が国の精神病床数は諸外国に比して多く、地域ケア体制が不十分であることから、精神医療が立ち遅れていると指摘されている。厚生労働省では「精神病床等に関する検討会」などでの議論を踏まえ、10年後における達成目標を明示した精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年9月）を発表された。このビジョンでは、約7万床相当の病床数の減少が促すとともに、受入条件が整えば退院可能な患者約7万人の解消を目指しており、各都道府県の平均残存率（1年未満群）を24%以下とし、各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とすることを目標としている。そのためには、新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが必要であり、また、既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリ

テーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す必要がある。このような目標を達成するには我が国の精神医療の現状の正確な分析と、その改善のための具体的な方略の解明が必要不可欠である。我々は、厚生労働科学研究費こころの健康科学研究事業「精神医療の質の実態把握と最適化に関する総合研究」（平成19年度～平成21年度）により、精神医療及び保健福祉の立場から、精神障害者に対する医療の質の向上と地域生活支援に基づく退院促進を果たすための実効性あるモデルプランを提唱することを目的とした研究を行ってきており、ここではその成果の一部を述べる。

A. 現状に関する調査

1. 入院患者における医療必要度

精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する74病院を対象とした「精神科回復期における医療実態」に関する調査を行った。なお、回復期とは急性期治療をほぼ終えた入院3か月以降をさ

す。その結果、1,423人が対象となり、入院3ヵ月後の残留人数は300人(残留率21.4%)、1年後の残留人数は35人(残留率2.5%)であり、3ヵ月後に残留した人の88%が1年以内に退院していた。また、退院に至った主因としては6割近くが薬物療法の効果であった。その他は作業療法や生活技能訓練(SST)などのその他の治療法や精神保健福祉士の介入や家族の変化などであり、多面的な治療、介入が重要であることが示唆された。このように残存率(1年未満群)24%以下という改革ビジョンにおける目標は、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟においては既に達成されており、1年以上群の退院率上昇が特に重要であることが示唆された。

「精神病床の利用状況調査」では996病院から回答(64.6%)を得、入院患者の10分の1調査として17,819人から回答を得た。その結果、入院期間1年以上(F0抜き)では、31.8%が「受け入れ条件を整えば退院可能」とされたが、現状のまま退院可能は6.8%に過ぎないこと、25%の人達は居住施設だけでなく、かなりの生活支援が必要であること、25%の人達では食事・金銭管理・薬の管理を中心とするIADLの低下が著しく、手厚い生活支援が必要であること、このうち、約2~3%については、ADL低下や身体合併症をもっていること、「受け入れ条件を整えば退院可能」とされた人の多くが実際には現状では退院が困難な状況にあること、「近い将来退院の可能性はない」患者の退院できない理由としては重度の陽性症状とセルフケア能力の著しい問題があることが明らかとなった。

さらに統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因について退院準備度評価尺度(DRI)を用いて特定機能病院にて調査を行った。その結果、長期群(在院日数91日以上)では入院時、①潜在的な地域適合性のカットオフポイントを下回る患者が多く、退院に向けた患者の状態の安定や退院後の環境条件の調整に時間を要すること、②心理社会的適合性において自己決定やセルフケアに関わる項目が低く、自己決定やセルフケアの能力向上

に時間を要すること、③好戦性の項目が高く、入院時からの好戦性が問題行動につながり、治療やケアに時間を要することが示唆された。

次に、精神科看護の効果の実証に関する研究結果を述べる。入院期間別の退院困難度に関する調査では、5年以上の患者では「退院後の生活への不安表出」が多く、new long stayである1年以上5年未満の患者では5年以上の患者よりも少なく、「服薬順守行動の欠如」は入院期間が短い患者ほど課題であることが示された。さらに看護師の退院支援に関する調査の結果、1ヵ月あたりの退院援助の平均実施時間は看護師一人当たり約31時間で、特に生活技能訓練(SST)では5時間弱、患者の社会資源の体験への同行および患者の退院に対する不安や困難への対応にはそれぞれ3時間以上が費やされていた。また、地域で暮らす精神障害者のケアの経験を持つ看護師のほうが退院援助を重要視していた。また、精神科看護師としての長い経験を持つ看護師のほうが、地域と患者や家族をつなげる援助を実施しており、地域とつなげる援助は研修経験の有無に影響されており、今後看護教育においてとりわけ重要になると考えられた。

2. 精神医療資源の実態把握

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ったがそれらの因子の間には相関はみられなかった。例えば、現状では対人口当たりで、精神病床数と平均在院日数、精神病床数と入所施設定員数、平均在院日数と入所施設定員数の間に相関はなかった一方、近年では入所施設定員の積極的な増員対策が行われている。例えば千葉県では、平成21年3月時点で主に精神障害者を対象とした社会復帰施設等(居住支援)の入居定員は677人であり、平成18年7月に比べ166人の増員となっており、特にグループホーム・ケアホームの定員において121人の増員がなされていた。しかし推定される自宅以外入居必要定員は763人であり、さらに増員を要すると考えられる。また、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るが、その実践を支えている特質として、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などへの財政的裏づけの乏しさや、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。

長野県の飯田病院では平成10年から3年間で88床削減し、その際に長期入院していた患者79名が退院となった。退院に至った患者の特徴や退院先、退院後の支援体制などの取り組みの実態を分析し、退院後の8～10年の経過を分析することは今後の退院促進プランの参考になると考えられる。分析の結果、79名のうちアパート34.1%、グループホーム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%で半数以上がアパート・グループホームであった。また幻覚妄想やADL低下、服薬中断の危険があっても退院は可能であるが、症状による混乱が生じないことや自ら症状悪化を訴えるなど「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り、多職種で地域生活を支援する体制（ACT-I：多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）を作ることが重要であることが示された。一方でグループホーム、アパートに退院した人の抗精神病薬処方量は退院時に比べて8年から10年後である現在クロールプロマジン換算で約3.5倍となっており、再発再入院を経験する中で症状改善および再発再入院予防のために抗精神病薬処方量が増量していったことが推定された。地域で再発予防も念頭においた長期的な医療・ケア体制の構築が必要であると考えられる。

3. 諸外国の制度との比較

脱施設化を行った先進諸国の調査を行った。フィンランド、ドイツ、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、イギリス、フランスについては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を行った。その結果、多くの慢性患者は医療が必要な重症者は病院に残し、その他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。さらにWHOの見解では、わが国のGDPレベルでは、専門外来クリニック、地域精神医療チーム、急性期精神科入院施設、長期入所可能な地域居住ケア施設、就労訓練施設を整備することが望まれていることが指摘できる。ところで「脱施設化」を行うにあたり、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」や単に僻地でケアの質の悪化した常時施設された収容施設と考えられるグループホームなどへの「transinstitutionalism」と「居住施設の病院化」、退院患者が適切な精神医療を受けられなくなったりホームレス化する「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」などが生じている先進国があり、これらは避けなければならない。そしてハード（施設）からソフト（地域医療ネットワーク）への移行のためには莫大な資金と人手が必要である。実際、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いる。アメリカ、ハンガリーのように医療経済的にはコストカットに対する要求により精神医療が質・量ともに大きく後退した例もある。なお、先進諸国に比べわが国の精神科入院医療費は群を抜いて低価格であり、またこの価格は先進諸国のナーシングホームとほぼ同価格である。

上記から、既存の社会資源である民間精神科病院を新しいサービスに組み込むには何が必要かを考えることが日本の精神医療改革を進める上では重要なポイントであることが示唆され、さらに、脱施設化は諸外国においても10～20年かかった

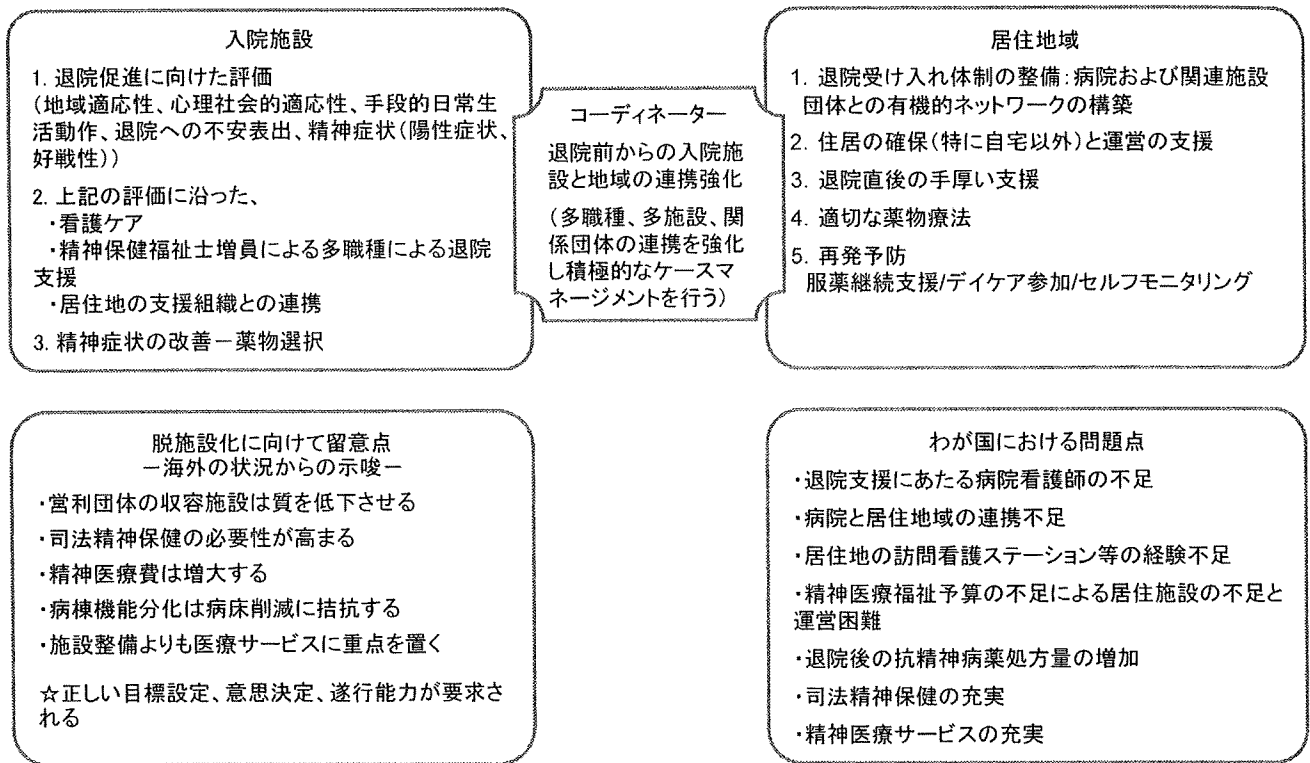


図1 精神障害者の退院促進のための因子

プロセスであり、情報収集などアウトカムを評価できる体制を整えつつ、不利益となる障害者がいないよう充分配慮しながら慎重に進めるプロセスであることが示唆される。

B. 精神障害者の退院促進プラン作成に向けて

1. 入院期間短縮のための治療戦略の構築

救急・急性期病棟における統合失調症退院支援パスを作成し、入院期間短縮のための治療戦略を探った。計見らは、統合失調症の回復過程を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)と定義した上で、①I期—回復前期(7~14日間)、②II期—回復後期(7~14日間)、③III期—退院準備期(7~14日間)とした「急性期病棟における退院支援パス(規定日数42日間)」を作成し、統合失調症患者62名に導入した。49名がパスに従って退院し、13名の使用中断があった。平均在院日数は71.8日であり、非使用群(28名:125.1日)と比較して平均値は低下していたが有意な差は認めなかった。

また、規定日数を超過した理由として患者の病状の不安定さ、家族の不安、退院先調整があげられた。さらに、使用中断の主な理由としては受け入れ先と患者の病状であった。病状のコントロールに加え、早期からの家族の不安への対策や退院先の調整が必要であることが示唆された。

2. 精神障害者の退院促進プラン作成のための因子

ここまでの報告から精神障害者の退院促進プランを作成のための因子として下記があげられる(図1)。

①入院施設では、1. 退院促進に向けた評価〔地域適応性、心理社会的適応性、手段的日常生活動作、退院への不安表出、精神症状(陽性症状、好戦性)〕を行い、2. 評価に沿った、看護ケア、精神保健福祉士増員による多職種による退院支援、居住地の支援組織との連携、また3. 精神症状の改善を目指した薬物選択が重要な因子である。

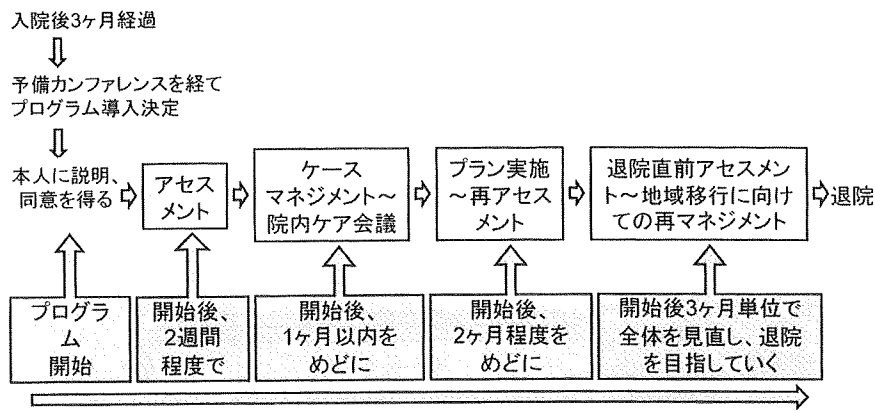


図2 地域移行促進プログラム 時間経過 (松原)

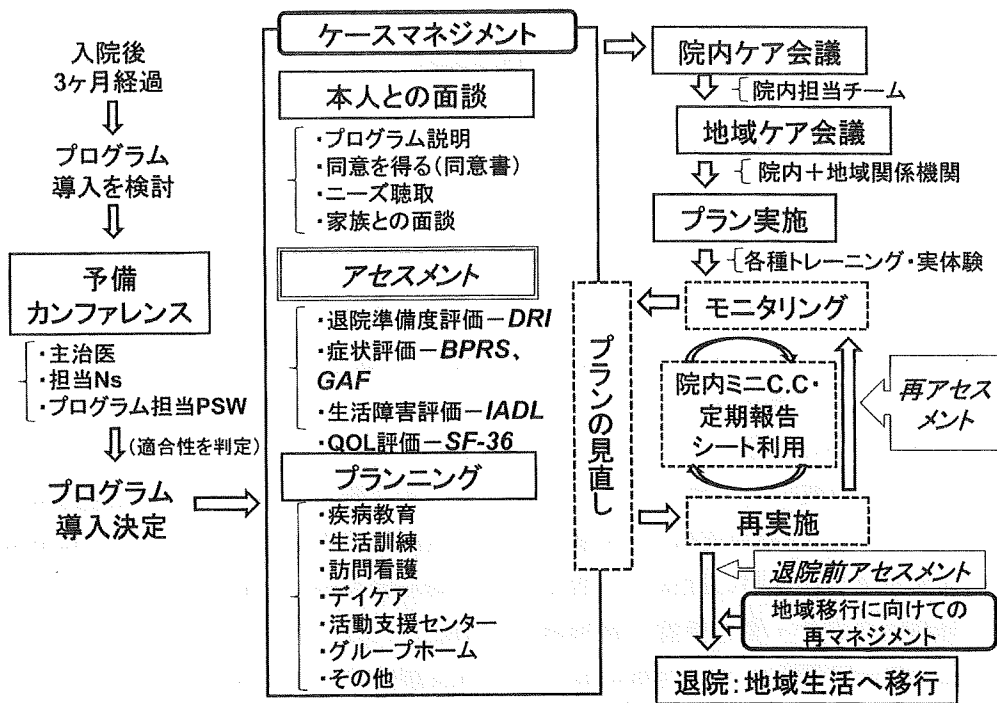


図3 地域移行促進プログラム 導入・実施の流れ

- ②居住地では、1. 退院受け入れ体制の整備：病院および関連施設団体との有機的ネットワークの構築，2. 住居の確保（特に自宅以外）と運営の支援，3. 退院直後の手厚い支援，4. 適切な薬物療法，5. 再発予防（服薬継続支援/デイケア参加/セルフモニタリング）が重要である。
- ③入院施設と地域の連携を強化するためのコーディネーターが必要であり，多職種，多施設，関

係団体の連携を強化し積極的なケースマネジメントを行うことが重要である。

4. 退院促進プラン (案)

これまでの成果をもとに，回復期医療のシステム化と地域での支援チームの具体化が提案されている。回復期医療のシステム化では，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に，回復期の医療をシステム化して行う

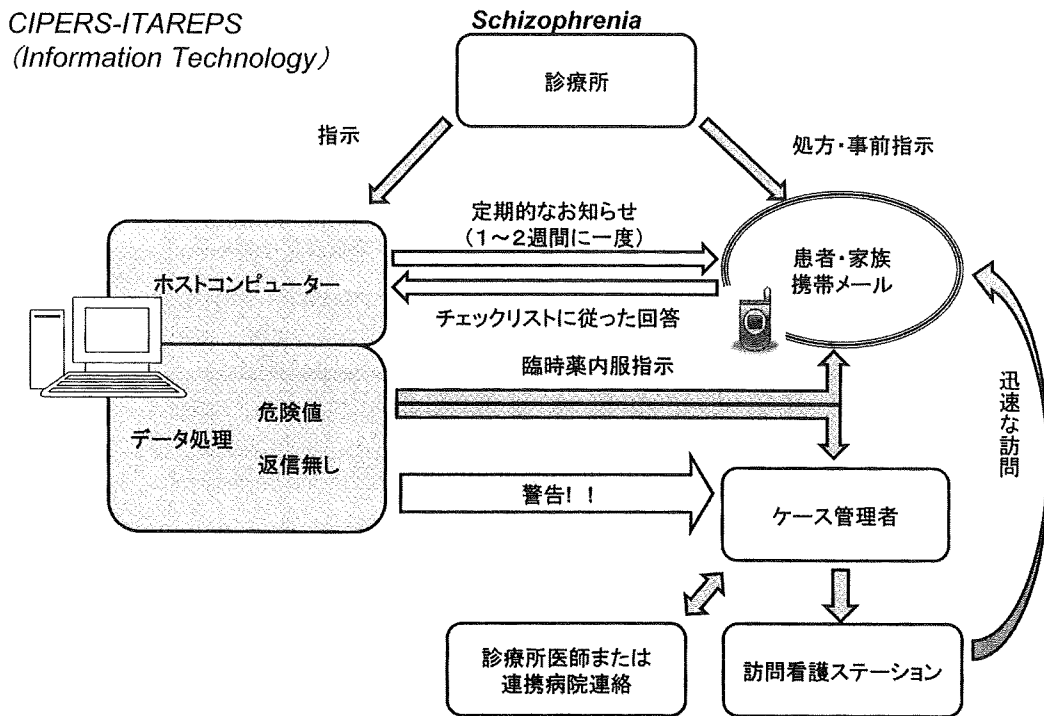


図4 統合失調症再発早期介入地域精神医療プログラム (三邊・関根・伊豫)
 CIPERS: Community based intervention Program for Early stage in Relapse of Schizophrenia

「地域移行促進プログラム」を導入し、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のが狙いとしたものである(図2, 3)。また、地域での支援チームの具体化ではケアマネジメント(相談支援)、医療との連携の確保、支援付き居住施設の確保、生活支援体制の整備、経済的な支援・優遇措置を精神障害者の地域生活に必要な要素として、地域における支援体制をケアマネジメント型支援(病院サー

ビスが主体)、包括的地域生活支援(独立型が原則)、一般の訪問看護ステーションを利用した支援という3つに大別して推進していくことを提案されている。さらに服薬アドヒアランスが高くセルフケア能力が高い人、また通院施設から遠隔地に居住する人などを対象として携帯電話メールと訪問看護を組み合わせたセルフヘルプ型の統合失調症の再発早期介入プログラム(CIPERS)も地域支援方法として提案している(図4)。