

および4（自殺予防経験はあるか？）に関しては、共に29人中25人が（とても良かった、まあまあ良かった）と回答し、4名は未記入であった。

中でも筆者らに印象的だったことは、一般の参加者から「自宅の電話がいのちの電話番号と似ており、たまに電話がかかって来る。すぐに切るわけにもいかず、ただ話を聴くだけになっているが、どう対応すればよいか」と質問があったことである。このように、非専門職であり従来であれば対応をしないようなケースに方策を求める参加者の意識の高さは、今後和歌山県において更なる教育研修が必要であることを示す良い例ではないかと考えた。

筆者は今後の活動について、特に自殺発生率が多く、医療機関へのアクセスが恵まれていることを条件として考え、和歌山市と田辺市において養成講座を開催することが望ましいと考えている。そして精神科医療や保健医療現場を中心に、臨床心理士のこころの相談、一般医療や教育現場、福祉現場での精神疾患の早期発見、そして家庭や地域で必要なこころの知識の普及・啓発、各人のネットワークを構築する必要があると考えている。そのためには、養成講座は和歌山県には非常に意義深い教育研修である。教育研修は定期的、連続性が欠かせないものであり、養成講座は隔月で県内いずれかの場所で開催することを考えている。

## A. はじめに

和歌山県の自殺率は近畿圏内でも非常に高いことが知られており、精神健康保健分野でも非常に重要な問題になっている。具体的には2007年で10万人当たり25・4人の自殺者が発生しており、13年連続で年間300人を超える自殺が起きた。平成13年に最大の317人の自殺が発生した。この数値は近畿2府4県で最も高い状況であり、人口比率でも全国平均を超える状態が続いている現状がある。

和歌山県内では自殺予防のための取り組みとして講演会やリーフレット配布、いのちの電話などが行政機関や医療機関、民間レベルなどによって継続されて行われている。特に平成20年4月に策定した「和歌山県長期総合計画」において、健康わかやまの実現の施策の一つである「こころの健康づくり」の中で自殺について、うつ病など精神疾患との関連性が高く、また、さまざま

な社会的要因も複雑に関連しているため、精神保健福祉分野のみならず、他の関係機関と連携しながらその対策に取り組むことを規定し、平成21年9月に和歌山県精神保健福祉センター内に自殺対策情報センターが設置された。その後、平成22年の和歌山県の自殺者は286人と13年ぶりに300人を下回った。

和歌山県は、南北に長い地形であり山間部が多くを占め、多くの過疎地や限界集落が存在する特徴があり、地域医療格差がどうしても生まれやすい状況にある。そして医療機関や関連相談機関へのアクセスも十分とは言い難い地域が多い特徴がある。これは精神医療でも同じ状況が見られ、患者が一極集中する・早期受診に繋がらず症状等が悪化してから受診を開始することへと繋がり、精神科医療機関の医師への負担は大きいと考えられる。こころの病気を持つ方やその家族が、適切に専門医療機関へアクセス出来るよう支援を行う存在は欠かせない状況である。特に和歌山県でも自殺の

恐れ、もしくは今後自殺を考える可能性がある患者に援助を行うことで適切に早期に精神科医療へのアクセスを可能にし、自殺未然に予防するゲートキーパーの養成は急務であると思われる。

“ゲートキーパー”という資格はまだ国家資格など確立されたものではなく、本研究班において養成講座が開始された経過があるため一般的に活動や意義を耳にすることがまだ少ない状況であるが、和歌山県では平成22年2月に和歌山市で7時間の養成講座を実施した。その結果、受講生の半数近く（47%）に精神科受診援助件数が増加したという報告が見られた。従って継続した養成および意識の向上を目的とし、養成講座を和歌山県に定着することが大事であると筆者は考える。養成講座の継続開催及び広報等の面から、筆者は東陸広氏（日本赤十字社和歌山医療センター精神科部）・藤浪宏典氏（和歌山内観研修所）と協働して自殺予防に関するNPOの設立を目指しており、平成23年1月現在認可申請中（申請名：心のSOSサポートネット）である。

## B. 取り組み

前述したNPOキックオフ企画として、平成23年1月9日（日）に和歌山市において「自殺予防ワークショップ in 和歌山」を開催した。参加対象者は特に職種や立場を限定せず、自殺してしまう人を救いたい人、とした。招待講演は養成講座の企画者である保坂隆氏（本研究主任研究者）が「ゲートキーパーの重要性と意義」という講演を行った。日本の自殺とうつ病との関連、そしてうつ病等精神疾患の治療の現状についての講演のなかで、様々な立場でこころの病を持つ人を

発見し、適切な対処を知ることが大切であることを述べられた。その後、パネルディスカッションでは「和歌山での自殺の現状」を東陸広氏（日本赤十字社和歌山医療センター精神科医師）が、「中国における自殺研究の概況」について王紅欣氏（中国・無錫市精神衛生中心精神科医師）が、「ゲートキーパーとしての臨床心理士の取り組み」について筆者がそれぞれ発表を行い、その後パネルディスカッションを行った。東氏は発表の中で自殺企図を持つ人が「見つけにくい、専門家の目が届きにくいところにいる」ことを指摘した。精神科医や保健師、臨床心理士が目が届きにくいところにいる自殺企図者を見つける役割がゲートキーパーにあるのではないかと、その内容であった。和歌山は以前、精神障害者社会復帰施設が世界リハビリテーション学会でベストプラクティス賞を受賞した歴史があることにも触れ「和歌山での自殺予防は、まだまだたくさんの方略や可能性が残されている。このような時代だからこそ、何か取り組みが必要である」とまとめた。また王氏は中国での自殺率とその要因について講演した。中国では地域によっては男性より女性の自殺率の方が高い場所があること、致死量の農薬が使用されていることなどを挙げ、経済成長国としてもまだまだメンタルヘルスの分野で改善が求められていることを指摘した。この講演からは、自殺の問題は日本だけにとどまらず各国の精神保健が抱える重要な問題であることが示唆され、参加者への大きな刺激となった。最後に、筆者は和歌山における本研究（厚生労働科研）の報告と現状での活動を報告した。特に本科学研究【メディアを使った精神障害の普及・啓発】（別項）での考察「新聞による普及啓発は一定の効果が見られた。

読者は記事を読むことで実際に精神科受診をイメージするが、今度は受診への抵抗が生ずる」の部分引用し、いかに受診の抵抗を減らすかが今後のカギであることを述べた。また筆者が勤務する南和歌山医療センターでの活動を紹介した。南和歌山医療センターは300床少々の総合病院だが、常勤精神科医が不在である。嘱託で月に一度回診を行うのみになっているが、臨床心理士が3名配置されている。我々臨床心理士は、いかに「精神科に近い」存在であり続けるかを意識し、治療が必要な患者さんを精神医療機関へ紹介し、それではない方はカウンセリング外来でフォローしている。筆者は、この活動そのものがゲートキーパーであると強く意識しており、その取り組み等も紹介した。その後、招待講演講師でもある保坂隆氏から「和歌山の皆さんの熱意と真摯な姿勢」に対する励ましとコメントを頂いたが、各演者が総じて述べたことは「こころの問題が発生する際、もしくは発生した際、どうしても精神科医や保健師、PSWや臨床心理士等に任せきりになってしまう。ただ、専門家として活動を行うが、目が行きとどかない部分が必ず出て来る。その際、特定の職種のみを負担がかかることは得策ではない。家族、近所の人、職場の人など、専門家・非専門家を含めたそれぞれの立場の人がこころの病気を知り、出来ることを考え、行動に繋げて行くことが大事である」ことを、それぞれの立場からメッセージを送った。そしてそれぞれの立場の方がこころの病に関する知識を広げてもらうために、こころの安全パトロール隊養成講座を和歌山で根付かせることが大事であり、平成23年より定期的に養成講座を開催することとなった。

## C. 結果

本ワークショップへの参加者は38名で、アンケートが回収できたのは29名であった。職種の内訳は 一般：7名 看護師・保健師：4名 相談員：6名 福祉職：6名 心理職：4名 その他：2名（キャリアコンサルタント・ヨガインストラクター）であった。

参加者へは招待講演の感想・WSの感想・自殺予防に携わりたいと思ったか？・自殺予防経験はあるかの4項目のアンケート調査を行った。招待講演の感想に関しては29名中28名が（とても良かった、まあまあ良かった）と回答し、1名は未記入であった。WSの感想は29人中25人が（とても良かった、まあまあ良かった）と回答し、4名は未記入であった。自殺予防に携わりたいと思ったか？は29人中21人が（とても思った・思った）と回答し、2名は未記入であった。自殺予防経験はあるか？は29人中14人が（行っている・以前行っていた）と回答し、11人が（ほとんど経験がない・やっていない）と回答した。2名は未記入であった。

## D. 考察

本ワークショップにおける目的は、ゲートキーパーの役割と意義を明確にし、ゲートキーパーとしての意欲や熱心さを持って頂くことであったため、質問1・2の結果はワークショップが有意義なものであったことを意味すると思われる。経験がなくても「現状を知りたい」「何とか力になりたい」という意欲を持った人たちが参加した結果であると思われる。自由記述の中で目立った言葉が「コミュニティの形成」であ

った。筆者はこれを専門家—非専門家、家族—他人といった、一見別のもの同士が繋がる事が出来るコミュニティを指すと思いい、このコミュニティの構築が養成講座の一番の意義であると感じている。コミュニティというネットワーク内であればこそ、精神科医療が「コミュニティ内」としてより身近に感じる事になり、抵抗や偏見は幾分緩和できる可能性がある。養成講座は、講座受講生の知識やスクリーニング力の向上だけではなく、そういったネットワーク構築にも力を発揮するのではないか。

最後に、中でも演者達の心に強く残ったのは、一般の参加者から「自宅の電話がいのちの電話番号と似ており、たまに電話がかかって来る。すぐに切るわけにもいかず、ただ話を聴くだけになっているが、どう対応すればよいか」と質問が出た。このように、従来であれば対応をしないようなケースに方策を求める参加者の意識の高さは、今後和歌山県において更なる教育研修が必要であることの何よりの証拠ではないかと考えた。

## E. 今後の活動

今後の活動は、特に自殺発生率が多いこと・医療機関へのアクセスが可能なことを条件として考えた場合、和歌山市と田辺市において養成講座を開催することが望まし

いと考えている。そして精神科医療や保健医療現場を中心に、臨床心理士のこころの相談、一般医療や教育現場、福祉現場での精神疾患の早期発見、そして家庭や地域で必要なこころの知識の普及・啓発、各人のネットワークが欠かせない。そのためには、養成講座は和歌山県には非常にうってつけの教育研修である。教育研修は定期性、連続性が欠かせないものであり、養成講座は隔月で県内いずれかの場所で実施することを考えている。

## F. 健康危険情報

特記すべきことなし

## G. 研究発表

特記すべきことなし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

特記すべきことなし

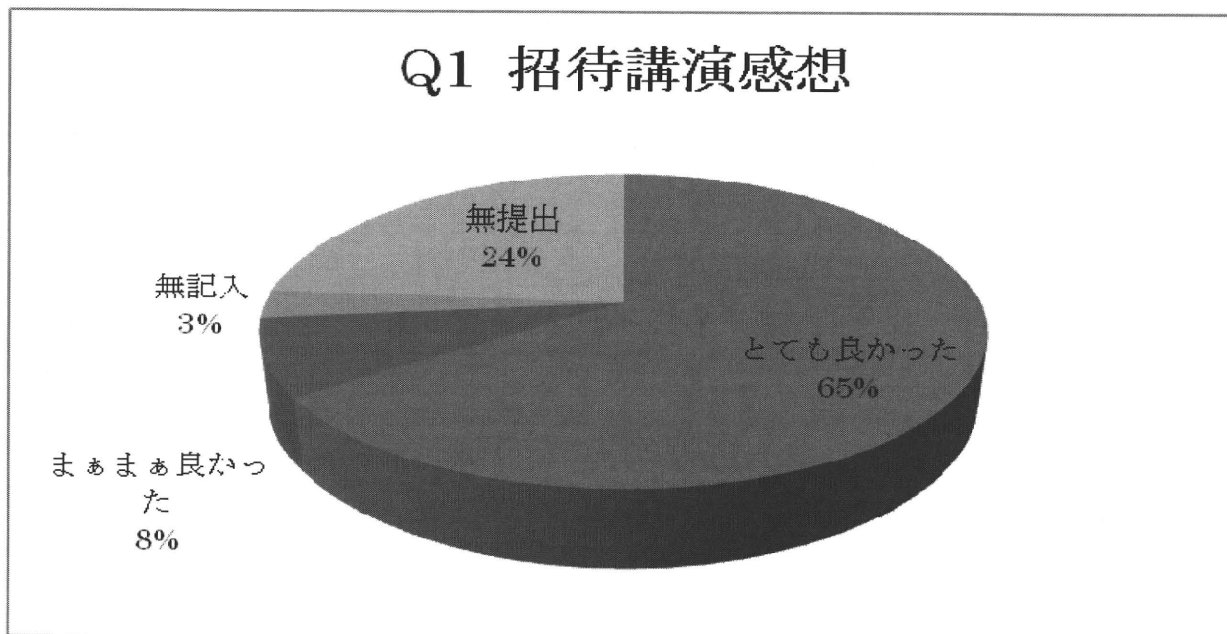
### 2. 実用新案登録

特記すべきことなし

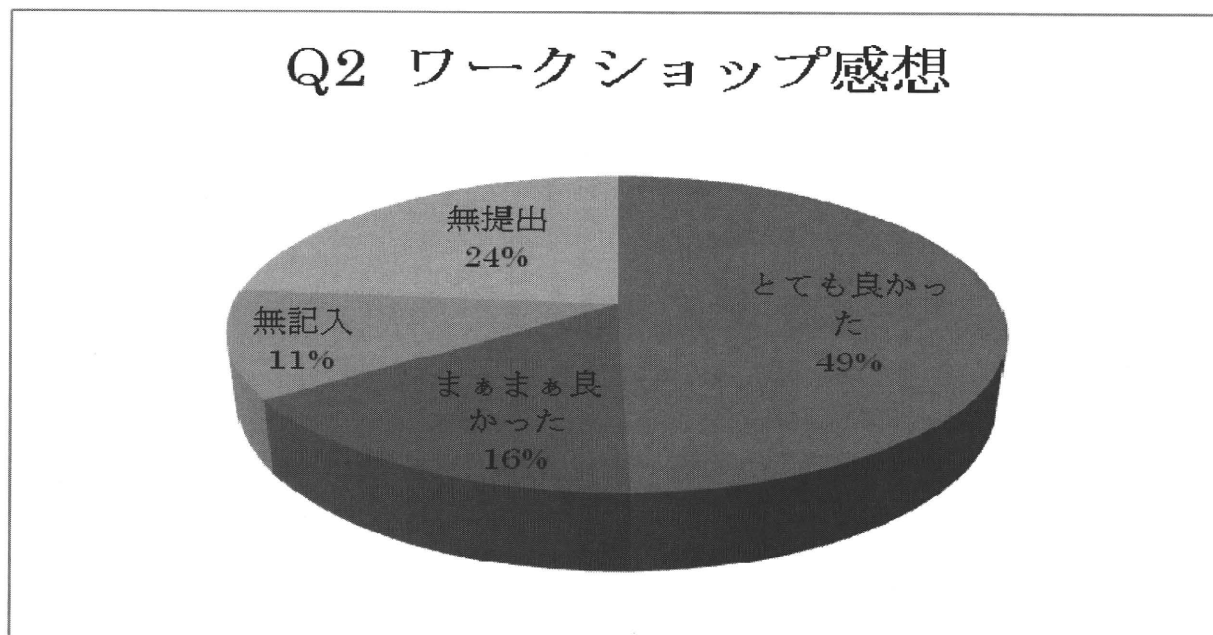
### 3. その他

特記すべきことなし

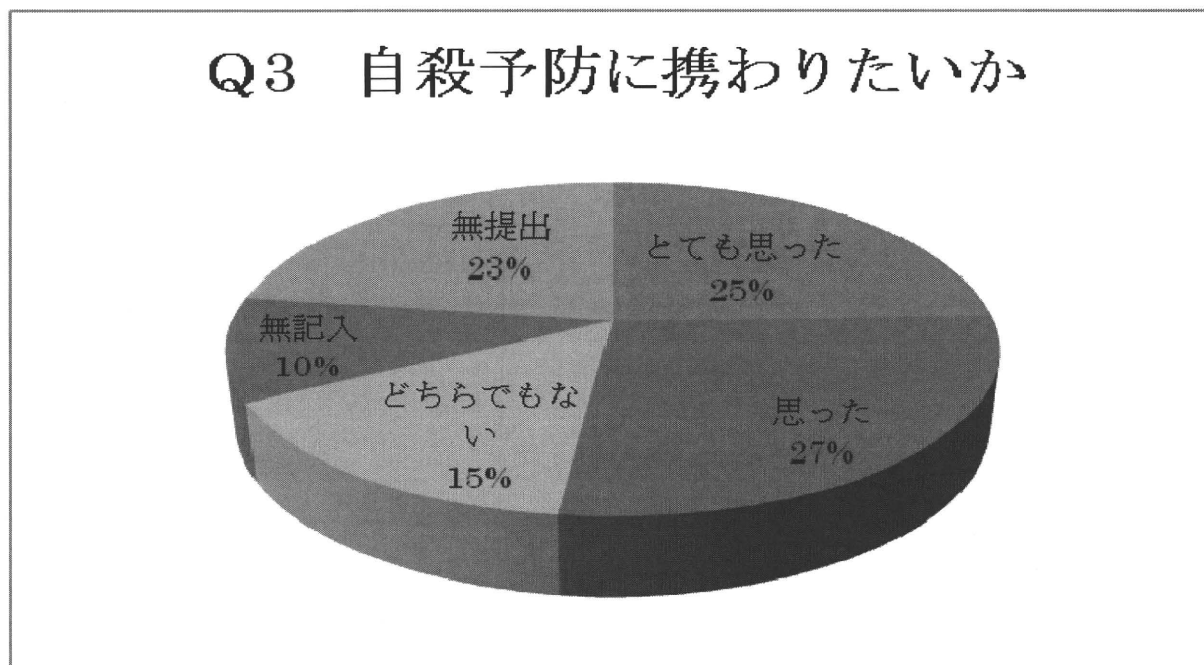
【図-1】アンケート結果（今日の招待講演はいかがでしたか？）



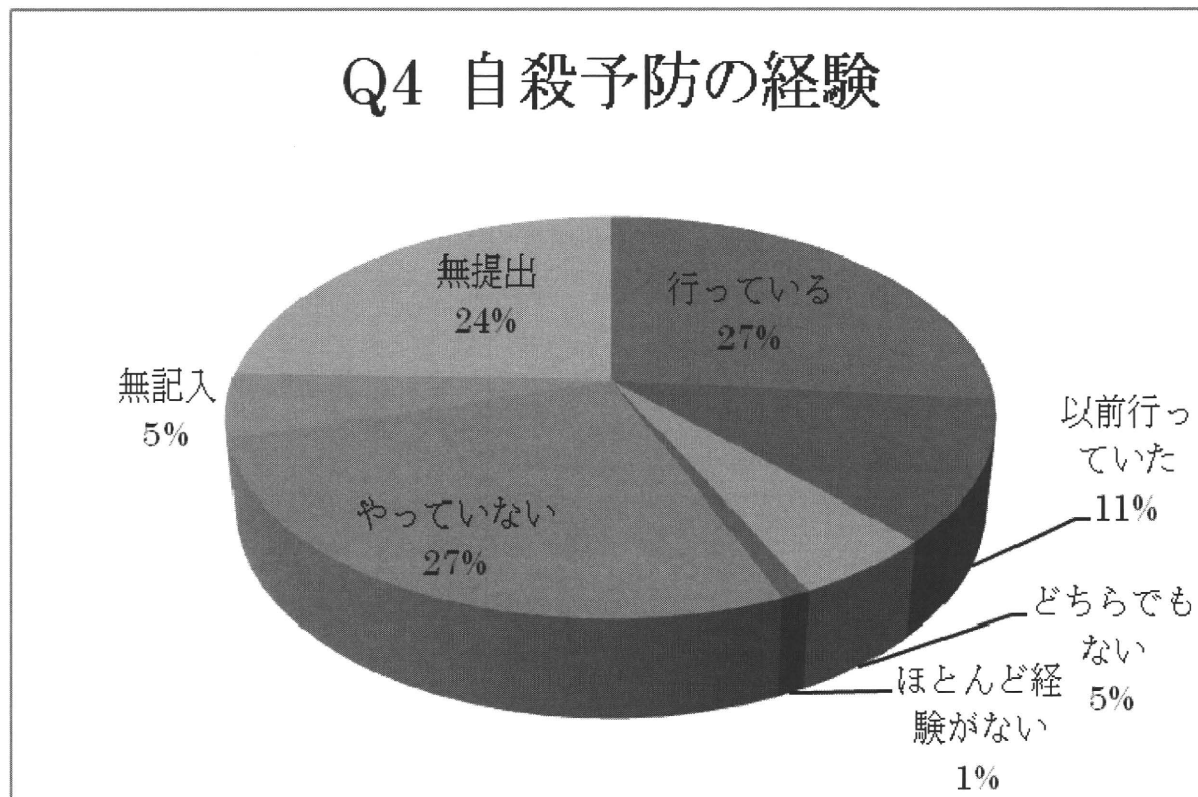
【図-2】アンケート結果（今日のワークショップはいかがでしたか？）



【図-3】アンケート結果（実際に自殺予防に携わってみたいと思いましたが?）



【図-4】アンケート結果（自殺予防に携わったご経験はおありですか?）



## 精神科長期入院患者の退院及び社会復帰に関する普及啓発の 問題点とその改善法の検討に関する研究

分担研究者：天保英明（医療法人社団 ハートフル川崎病院 病院長）

### 【研究要旨】

平成 20 年度の調査では、精神科病院内の問題と主として経営者としての立場もある病院長のアンケートであったために、偏った結果が得られたのではないかとこの危惧のもと、平成 21 年の研究では、川崎市内にある 5 つのすべての単科精神科病院において、医療相談室あるいは地域連携室で患者の退院に直接かかわっている職員や、同じく川崎市内にある 8 つのグループホーム、4 つの地域活動支援センター、4 つの作業所のいわば退院した患者と向き合っている職員に精神科病院長期入院患者の地域移行に対する考え方の違いについてアンケートを通して調べ、様々な問題があることを報告した。

本年、平成 22 年の研究では、昨年度の研究結果に示された結果をもとに、当院の退院促進・地域移行にかかわる働きかけによって、特別養護老人ホームに移行できた 3 例を提示し、移行に成功した要因について考察をすることを研究 1 とし、3 症例を受け入れた特別養護老人ホームの職員に対してアンケートを行い、そのアンケートから地域の施設と精神科病院との連携のあり方について考察をすることを研究 2 とした。

その結果、80 歳を超える高齢者で、精神科病院に 5 年以上の長期にわたって入院し、家族がいなか家族が協力を拒否している患者でも必ずしも地域移行、すなわち施設への入所はきわめて困難であるが必ずしも不可能ではない。しかし、困難を乗り越えるためには、施設の職員が抱く精神科患者への不安や恐怖について十分に汲みながら、患者本人、家族、施設の職員、福祉事務所や行政と継続的で適切な連携をとる高度なコミュニケーション能力が要求されることが改めて示された。

### A. 研究目的

われわれが行った平成 20 年度の班研究では、精神科病院に 5 年以上長期入院している患者の退院促進及び地域移行を支援するにあたって、どのような問題点が存在するかについて実態を調査し、精神科長期入

院患者の退院促進・地域移行支援を着実に実行するためにはどのような方策が必要であり、また患者の社会復帰に関して、地域社会においてどのような普及啓発活動が必要かを探るために、

(1) 当院の長期入院患者（5 年以上）の退院及び地域移行についての実態を調査し、問題点を明らかにした。

(2) 川崎市にある5つの単科精神科病院のすべての病院長に「新設 精神科地域移行実施加算5点(1日につき)」の制度についてその実施状況と問題点、この制度の長期入院患者の地域移行への病院側にインセンティブになりえるかどうかなどについてアンケート調査を行った。

#### その結果

(1)の研究では、長期入院患者の退院阻害因子については、

##### 1) 本人の要因

- \* 精神症状の要因
- \* 特に認知症症状の進行によるADLの低下
- \* 服薬・グループホームへの拒否感
- \* 服薬の習慣が確立しない

##### 2) 家族の要因

- \* 介護・看病で疲弊
- \* 家族の不在
- \* 家族が退院に対して拒否

##### 3) 社会的要因

- \* 経済的要因
- \* 住居確保困難
- \* 入院による安心感

などが示された。

(2)の研究では、現在の精神科地域移行実施加算では、長期入院患者の退院促進に対しては十分なインセンティブになっていないことが推察された。

(1)の調査では、精神科病院の精神保健福祉士、看護師などのいわば退院させる側からみた長期入院患者の退院促進上の問題点に絞られており、(2)の調査では、病院のいわば経営者である病院長の考えのみを問うたアンケートであり、やや一方的な側面

があるものと考えられる。

そこで昨年、平成21年度の研究で、川崎市内にある5つのすべての単科精神科病院において、もっぱら入院および特に退院や退院促進に直接的にかかわっている医療相談室あるいは地域連携室の精神保健福祉士や看護師、作業療法士といった病院で実際に患者の退院の調整に直接かかわっている職員と、川崎市内にある8箇所のグループホーム、4箇所の地域活動支援センター、4箇所の作業所で仕事をしているいわば退院してきた患者と直接向き合い世話をする職員の双方に同一のアンケート調査を実施し、主として入院患者を退院させる側の職員と、退院した患者の世話をする職員とでどのような意識の違いがあり、それぞれ長期入院患者の地域移行への問題をどのように捉えているのかについて調査を行った。

その結果、

(1)「長期入院患者、とりわけ入院5年以上の長期入院患者の退院を阻害する要因には具体的にどんなものがあるか？」については、

##### 1) 患者本人の要因

- ・ 退院意欲がない、ホスピタリズム
- ・ 環境の変化に対しての不安退院後の地域生活のイメージがない
- ・ 高齢化 など

##### 2) 患者の家族の要因

- ・ 家族の高齢化、現役世代が患者の甥・姪に代替わり
- ・ 退院前の暴力などの症状に対しての不安・受け入れられない
- ・ 身内が精神科病院に入院・通院していることを他人に知られたくない
- ・ 世間体が悪い など



3) 患者や家族をとりまく社会的な要因

- ・一般市民の精神障害者に対する偏見
- ・社会資源の不足 など

4) 精神科病院の要因

- ・入院も退院もさせるためマンパワー不足、スタッフが多忙
- ・患者を退院させようとするチームでの取り組みが少ない
- ・退院支援の不足
- ・地域との連携不足 など

5) グループホームなど受け入れ機関側の要因

- ・施設の数が足りない、定員が少ない
- ・病院との連携がうまくいっていない
- ・入居の募集から入居までの期間が短い
- ・マンパワーの不足 など

6) 医療制度上（保険点数上）の要因

- ・精神科訪問看護の点数の低さ
- ・病院から出向くサービスへの点数の配慮
- ・看護基準の問題
- ・入院費が何年入院していても変わらない
- ・療養病棟ではまだそれなりの点数が得られている（だから長期入院が減らない）

などが示された。

(2)「長期入院患者の退院を促進するためには、どのような工夫や改善がなされると効果的と思うか？」については

1) 患者本人の要因

- ・患者の退院へのモチベーションを高める

2) 患者の家族の要因

- ・家族の協力を得られる工夫をする

3) 患者や家族をとりまく社会的な要因

- ・精神科病院、グループホーム、作業所、地域支援センターのさらなる連携・交

流が必要

4) 精神科病院の要因

- ・精神科病院はさらに変わっていかなくてはならない

5) グループホームなど受け入れ機関側の要因 及び

6) 医療制度上（保険点数上）の要因

- ・行政の支援が不可欠である
- が示された。

以上の調査では、退院促進・地域移行促進の直接関わっている職員から様々な退院を阻害する要因が提示され、様々な工夫の必要性が示唆された。

そこで、本年の研究では、2つのテーマについて調査した。

昨年度の研究結果に示された結果をもとに、当院の退院促進・地域移行にかかわる働きかけによって、特別養護老人ホームに移行できた3例を提示し、移行に成功した要因について考察をすることを研究1とした。

3症例に共通する特徴として、患者本人がかなり高齢で、ADLの低下が著しかったこと、家族の関わりがほとんどなくなっていたことなどが挙げられる。通常これらの条件が重なると施設などへの移行は困難である。また、昨年度のアンケートからも施設と病院との連携をどのようにスムーズに行っていくのかということは大きな課題である。そこで、3症例を受け入れた特別養護老人ホームの職員に対してアンケートを行い、そのアンケートから地域の施設と精神科病院との連携のあり方について考察をすることを研究2とした。

## B. 研究方法

### 研究 1（症例報告）

対象：平成 21 年度に、当院の退院促進・地域移行促進の働きかけによって特別養護老人ホームに移行出来た 3 症例

方法：3 症例の地域移行が可能になった経緯を中心に症例の検討を行い、地域移行が成功した要因について考察をする。

### 研究 2（アンケート）

対象：研究 1 で対象となった 3 症例の受け入れ先となった特別養護老人ホーム 2 か所の職員 50 名

方法：以上の 50 名の対象者にアンケート用紙を配布し、記入のうえ無記名で回答を得た。

#### アンケートの内容

アンケートの内容は性別、年齢、職種および所持する資格、勤続年数、精神科病院での勤務経験といった基本的な事項に加え、特別養護老人ホームで働く職員が精神科病院に長期間入院している患者についてどのようなイメージを持っていたか、また精神科病院の入院患者を施設に受け入れることについて実際に受け入れる前にはどのように感じていたかについて自由記載の形式で回答を得た。

次に、精神科病院に長期入院していた患者を施設に受け入れるにあたっての条件は何かについて問うた後に、精神科病院からの患者を受け入れてみて、良かった点と悪

かった点について質問し、さらに、精神科病院と関係機関がさらなる連携を深めるために何が必要か、また特別養護老人ホーム側からみて精神科病院に期待することは何かについて自由記載で回答を得た。

調査対象へのアンケート及び依頼文を資料 1 に示した。

（倫理面への配慮）

患者や職員の特定や病院名、施設名、その職員の特定につながらないように情報の収集・整理・発表のあり方に十分な配慮を行った。

## C. 研究結果

### 研究 1（症例報告）について

以下に退院促進・地域移行の活動によって特別養護老人ホームに移行出来た成功例 3 例の報告をする。なお個人の特定が出来ないように症例の趣旨に反しない程度の改変を加えてある。

#### 症例 A

退院時年齢 81 歳 性別 男性  
診断 統合失調症 認知症  
家族歴 3 人兄弟の第 3 子 三男  
精神科治療の家族歴は無し  
本人の入院が長期であり、本人の親族は一人もいない状況であった  
既往歴 幼少期に髄膜炎  
生活歴 高等小学校を卒業後、工場勤務。  
性格傾向 おとなしい、内気  
現病歴  
昭和 X 年（30 歳）頃、幻聴、無為、自閉が出現。精神症状が出現した後も何と

か仕事を続けていた。

X+3年(33歳)、行動がおかしいと気付いた家族が、患者AをD大学病院精神科に初診させている。この時の診断は統合失調症である。

X+4年(34歳)、当院を紹介されて受診。即日入院となった。

入院当時の病状としては、幻聴(「アメリカから声が聞こえた」など)、減裂思考が目立つ状態であった。理解力の低下と病状が不安定であったため、以降長期入院(任意入院)となっていた。

X+48年(78歳)、物忘れが顕著になった。この時の認知症スクリーニング検査、長谷川式5点と、元々の理解力の低下も加えて、重度の認知症レベルと判断された。認知症と判定した後は、に居入院の継続は困難であると判断し、また血縁者が全くいないために市長同意にて医療保護入院に切り替えた。介護認定を受け、要介護3と認定された。

X+51年6月(81歳)、特別養護老人ホームEと老人保健施設Fを患者本人と当院ケースワーカーとで見学した。本人の施設への拒否は無かった。

どちらの施設も身元引受人は不要であった。また、障害年金の貯金があり、施設入所については経済的な問題は無かった。

X+51年8月、特別養護老人ホームGから当院ケースワーカーに連絡が入る。この時点で入所者を募集しているが、以前当院から紹介された入所者がいたことから、当院の患者さまを比較的優先して入所を検討する旨であった。即日、特別養護老人ホームGに入所申請書を提出した。特別養護老人ホームGは身元引受人が必要であったため、市長申立てによる成年後見制度を申請。

手続きは順調に進んでいた。成年後見人申請中の段階でも施設は入所可能であることを特別養護老人ホームGから説明があり、8月後半には施設職員と本人が面接を行い、入所が確定した。入所後も必要な手続きなどについては当院ケースワーカーが中心となって協力することを話し合った。

X+51年9月、特別養護老人ホームGに入所。当院は退院になった。

## 症例B

退院時年齢 80歳 性別 女性

診断 統合失調症

家族歴 兄弟なし、未婚であり、親族は不在であった。

生活保護受給

既往歴 当院長期入院中に肺炎のため3回内科病院に転院している  
その他、甲状腺機能低下症、貧血、逆流性食道炎を認めたと、軽症であった

性格傾向 おとなしい

現病歴

発病のころは20歳代であると思われるが、詳細な時期と病状については不明である。また、初診の時期は不明だが、精神科病院Hにて外来治療を受けていた。X年(46歳)、母親と二人暮らしであったが、母親が急病で倒れた。患者Bは一人暮らしは無理であると判断された。そのため、精神科病院Hから入院依頼があり、当院を紹介されて受診した。当院初診時の病状は無為、自閉、不眠など陰性症状が主体であった。病棟内で放歌することはあったが、他の患者とのトラブルは無く慢性期病棟に長期入院していた。

X+24年(70歳)頃から、寝たきり状態であった。精神症状への介入よりも

介護的な対応が主であった。

X+32年(78歳)、病院から生活保護係に連絡し、老人施設への入所の依頼を行った。この時、介護申請を行い要介護5と判定された。また、福祉では親族で連絡の取れる方を探していただいた。しかし、連絡がとれたものはおらず、身寄りなしであった。身寄りがないために入所を断られる施設が数か所あった。

X+33年(79歳)、身寄りがないことのハンデを克服するために、後見人の申請を当院から福祉に提案した。しかし、患者は明らかな認知症症状(記名力障害、見当識障害など)を呈しておらず、成年後見制度の申請を行っても却下される可能性が高いと判断し、後見制度の申請は行わなかった。また、生活保護係からの意見では、身寄りがないからと言って施設は入所を断ることはできないということであった。そのため、後見人は申請せずに施設入所を待つことを方針とした。

X+33年12月、入所申請を行っていた特別養護老人ホームIへ連絡を行った。内容は「身元引受人は福祉が行う」「病状は落ち着いており、本人のためには病院で寝たきりにされるよりも施設での対応が適している」ことを説明した。

X+34年5月(80歳)、特別養護老人ホームIから、本人と面接依頼が入り、入所が決定した。同月、施設に入所し、当院は退院となった。

## 症例C

退院時年齢 81歳 性別 女性

診断 統合失調症

家族歴 結婚歴あり、夫とは協議離婚している。子どもは4人いるが、親権は夫にあったため、子ども

たちとのかかわりはほとんどなかった。長男がかろうじて、入院の手続きを行っているのみ。

既往歴 特になし

性格傾向 穏やか

現病歴

X年(33歳)頃、幻聴・被害関係妄想にて発病。このころ、興奮状態が激しく精神科病院Jに初診し、即日入院となった。以降、精神科病院Jに長期入院となっていた。入院中に夫とは協議離婚が成立し、子供の親権は夫が持つことになった。子どもは患者Cに育てられた記憶がない。4人目の子供は児童養護施設で生育した。

受け入れてくれる家族がないまま、長期入院となっていた。内科的な問題として高度貧血があった。精神科病院Jでは、内科的な治療が困難であり、内科的な対応が出来る精神科病院の転院先を探していた。

X+41年(74歳)、当院に紹介され受診。この時に医療保護入院となるため、家族の同意が必要となり、長男に連絡し医療保護入院の同意を得て保護者となっていた。しかし、それ以後、長男の患者Cへの面会はなし。また、患者Cに身体的な治療の必要が発生した場合の対応について確認したところ、転院を含めて積極的な治療の必要はないと断言した。さらに、これ以上の関わりを持ちたくない、以後の関わりを拒否した。

当院では、当初このまま患者Cが死ぬまで入院を続けることになることを想定していたが、入院後の病状は幻覚妄想などの症状がコントロールされており、老人施設での生活は問題ないと考えられた。

X+48年5月(81歳)、家族の関わり

拒否が続いたため、なかなか施設入所への働きかけが出来なかったが、前出の症例 B が入所することになった施設 I の職員が症例 B の面接に来院した時に、ケースワーカーから依頼し、施設職員に患者 C の面接を実施していただいた。この時に、病棟では落ち着いて過ごすことが出来ており、患者本人にとって施設での生活が適切であることを説明し、また患者の状況を理解していただいた。

特別養護老人ホーム I では、患者 C について、施設入所の方向で前向きに検討していただき、以下のことについて解決を図るよう当院に依頼があった。家族との関わりを施設側では特に求めることはしないが、長男さんがどのように患者 C と関わるのか、あるいは全く関わらないのかを明確にしてほしいという要望であった。ケースワーカーが長男と連絡をとった結果、長男は関わりを拒否するとのこと。さらに施設に行くことを長男は強固に反対していた。それは長男がこれまで以上に患者 C と関わりを持たされるのではないかという不安と、母親として育ててもらった記憶は無いが母親であるという変わらない事実の狭間で動揺していたと思われる。施設からは長男に対して「施設側から一切かかわりを要求しない。今後の関わり方は長男に任せる」ことを説明していただいた。当院ケースワーカーからは長男への説明としては「退院することで患者 C が安心して介護を受けられること。本人のための入所である」ことを十分に説明した。最終的に、長男も安心をして施設入所に了解した。特別養護老人ホーム I への施設入所申請を行った。

X+48年8月、特別養護老人ホーム I へ

の入所が決定し、当院を退院となった。長男は、施設の見学と患者 C への面会を希望し、当院へ連絡を入れ、患者 C との面会も実現した。

## 研究 2 (アンケート) について

研究 1 の症例報告で、3 人の患者が入所した特別養護老人ホーム 2 か所の職員 50 名の対象者にアンケートを行い、33 名から回答を得た (回答率 66.0%)。

アンケートは 10 の質問項目からなっているが、自由記載となっている質問 (6) (7) および質問 (9) (10) 以外の回答は資料 2 に、自由項目の回答は資料 3 に示した。

以下、質問順に結果を述べる。

(1) あなたの性別を教えてください。

男性 20 人 (61%)、女性 13 人 (39%) であった。

(2) あなたの年齢を教えてください。

全体の平均年齢は 33.1 歳であった。最も多いのが

26 歳～30 歳の 9 人 (27%)

続いて

31 歳～35 歳の 8 人 (24%)

36 歳～40 歳の 6 人 (18%)

41 歳～45 歳の 5 人 (15%)

21 歳～25 歳の 4 人 (13%)

であり、職員の年齢は当初われわれが予想したよりもかなり若いと考えられた。

(3) あなたの職種 (資格) について教えてください。

職種として最も多いのは

ケアワーカー 26人(79%)  
生活相談員 4人(12%)  
その他、看護師、栄養士、支援センター  
職員がそれぞれ1人

資格として多いのは

介護福祉士 14人(40%)  
ヘルパー2級 10人(28%)  
社会福祉士 4人(11%)  
ケアマネジャー 3人(9%)  
その他、社会福祉主事、看護師、栄養士、  
なしがそれぞれ1人

昨年度アンケート調査を行った対象である  
精神科病院やグループホーム、作業所など  
とは異なり看護師や精神保健福祉士などが  
少数であったことが特記される。

(4) あなたは現在の勤務先に何年勤務さ  
れていますか？

もっとも多いのが 1年～5年で30人  
(91%)であった。

施設が開設されてからそれほど年数が経過  
していないことが伺われるが、勤務年数は  
比較的短いことがわかった。

(5) 精神科病院での勤務経験はあります  
か？

ある場合は職種と勤務年数を教えて  
ください。

精神科病院に勤務経験があるのは33人中  
2人で、1人は看護師、1人は看護助手で、  
1人は1年未満、1人は6年～10年であ  
った。

少なくとも本研究のアンケート調査の対  
象となった2つの特別養護老人ホームのほ

とんどの職員には精神科病院での勤務経験  
がないということである。

(6) 精神科に長期間入院している患者に  
ついて、どのようなイメージを持っ  
ていましたか？自由にお書きくださ  
い。

自由記載の詳細については資料3にまと  
められているが、怖い、何かされるのでは  
と思ってしまう、恐怖を感じるといった不  
安や恐怖が多く記された。それには精神的  
に不安定、精神状態に波があり浮き沈みが  
激しい、時に暴力を振るう、暴力・暴言な  
どの問題行動がある、暴れる、突発的な行  
動といった予測不可能な暴力的な問題が突  
然生じるのではないかというイメージが大  
きく影響しているものと思われる。

また、薬でおとなしくさせられている、  
薬をたくさん服用している、薬のせいでぐ  
ったりしている、薬で安定しているため(薬  
の)効果がなくなると変化が激しいのでは  
といった薬による鎮静、むしろ過鎮静のイ  
メージを強く抱いているようである。

あるいは、拘束されているイメージ、隔  
離されたイメージ、窓に鉄格子がついた部  
屋に閉じ込められている、社会との閉鎖・  
隔離を長年されてきたというイメージなど  
隔離や拘束に関するイメージについても記  
載があった。

その一方で、社会生活への対応がうまく  
できない、退院先が見つからないため長期  
入院になってしまった、退院したとしても  
行き場のない社会的入院の方が多いと思っ  
たなど昨今言われているいわゆる「社会的  
入院」に関連するイメージを述べているも  
のもみられた。

また、様々な方を見てきた結果怖い印象  
は薄くなった、若い方は施設での対応は難  
しく、高齢の方は症状が落ち着いているな

どといった冷静な見方をしている人も少数ながら存在したことは注目に値する。

(7) 精神科病院の入院患者を施設に受け入れることについて、実際に受け入れる前には、どのように感じていましたか？自由にお書きください。

全体に不安や恐怖を感じる人が多いようで、不安、少し怖い、どう対応したらいいのか心配、普段付き合うことのない相手なので少し緊張している、受け入れる前には大変そうだったといった記載があった。

また、暴力行為や徘徊があるのではないかと、急に暴れたりする人がいるかも、ほかの入居者に及ぼす影響を懸念、ほかの入居者とトラブルの可能性などほかの入居者への悪影響を心配する声も少なくなかった。

その一方で、精神疾患が安定していれば特になし、実際精神科病院に長期入院していた人がいるので受け入れは大丈夫だと思うといった意見も少数ながら存在した。また精神科病院とうまく連携が取れるか不安という声もあった。

(8) 精神科病院に長期入院していた患者を施設に受け入れるにあたっての条件は何ですか？

もっとも回答が多かった選択肢は、

「精神症状が安定している」で33件、54件の回答中61%を占めた。

次に

「身元引取りをしてくれる家族がいる」で12件、22%の回答率であった。

17%にその他の自由記載があり、

\*施設に入居されることを本人が納得している

\*施設に入居しても外来で継続して診察が

受けられる

\*共同生活をすることが可能

\*他者に対し、危険と思われることがない

\*身体拘束の必要性のない方

\*症状が現れたとき（施設での生活が困難になった場合）、入院などの対応が速やかに出来ればよい

\*他者に危害を加えたことのない方

\*食事の摂取に問題のない方

などが挙げられた。

なんと言っても精神症状が落ち着いている人というのが受け入れの大きな条件になっているようである。

(9) 精神科病院に入院中であった患者を施設に受け入れてみて、良い点と悪い点について教えていただけますか？自由にお書きください。

1) 良い点

当初心配していたが問題なかった、精神的な病気について多くを学べた、感情の起伏などの接し方など勉強になる、様々な性格の方がおり介護を行ううえで視野が広がった、精神科病院と連携して対応し、職員のスキルアップになった、コミュニケーションがとれたなどの意見があった。これらはどちらかということ施設の職員自身が勉強になったり、安心したというスタンスである。

その一方、その人らしい生活が可能、次第に症状の改善が見られた終の棲家として生活を送っていただけるといった患者の立場に立ってよかったという意見も少なくなかった。

2) 悪い点

周りの人が怖がっていた、夜間帯が不安、

人員が少ないときの対応が不安、ほかの入居者とのトラブル、状態によってはその方にかかわる時間が長くなってほかの入居者に対応する時間が取りにくいことがある、症状が悪化した際に再入院が必要になったときに入院するまでに時間がかかるといった問題を挙げる人が多かった。

また、生活環境が病院とギャップがある、こちらの生活に慣れるのに時間が必要かもしれないといった意見もあり、その一方では、現在入居されている方に関しては特になし、特に浮かびませんなどの意見もあった。

(10) 患者を病院から退院させて地域へ移動するためには、関係機関との連携が欠かせません。そこで、スムーズな連携を築くために施設から精神科単科病院への要望について教えていただけますか？ 自由にお書きください。

様々な要望が出された。まず精神科病院と施設の情報のやり取りに関する事では、日常の様子などを詳しく教えてもらいたい、患者の情報を具体的に教えてほしい、正確な情報がほしい、患者のわかっている情報を細かくすべて教えてほしい、疾病や精神状態や本人の生活歴について出来るだけ細かい情報がほしい、入院時に使用した薬について使用前との変化について教えてほしいなどが挙げられた。

次に患者への対応法についてであり、問題行動への対応の仕方について教えてほしい、患者が高ぶったときに起こす可能性のある行動を教えてほしい、対応のマニュアルがあるといいといった意見があった。

病院としての対応での要望は、再入院が必要な患者に対して早急な対応をしてほしい、情報提供などのやり取りでスムーズな

対応がほしい、何かあったら病院側がいつでも受け入れてくれる保証がほしい、精神科病院の現状は気になる見学したい、症状が落ち着いている入居希望者がいれば積極的に情報提供をしてほしいなどの意見があった。

そのほかには、事件・事故があったときの責任の所在をはっきりしてほしい、施設のかかりつけ医が内科なので精神科薬の年単位の評価をしてほしい、いきなり入所ではなく一度訪問したりショートステイを利用してみてどのような場所なのか本名わかるような工夫が必要といった意見があった。

## D. 考察

### 研究1 (症例報告) について

今回提示した3症例とも80歳を超える高齢者であることや家族がいないかあるいはかわりを拒否していること、少なくとも5年以上の長期にわたって当院へ入院していたことでは共通している。

近年、入院の長期化に伴い、患者自身の高齢化、家族の高齢化や死亡に伴い、身寄りがなくなってしまうことや家族が患者とのかかわりを拒否するなどが大きな問題となっており、社会的入院を継続せざるを得ない状況に追い込まれる大きな要因ともなっている。

ここで提示している3症例は、精神科病院に長期入院している、80歳を超える高齢、家族の不在といった不利な要因を克服して特別養護老人ホームに入所できたきわめて恵まれた症例といえる。特別養護老人ホーム入所への要因として3症例について短くコメントしたい。

1) 症例Aについて



認知症の判定をした後から、特別養護老人ホームへの入所を当院内に設置した退院促進委員会で検討していた。特別養護老人ホームGから入所者の募集があり、以前当院から紹介し入所していた方がいたことから、当院からの入所希望者を優先してもらうことが出来た。また、本人には障害年金の貯金があったため、施設入所について経済的な懸念が無かったことは入所へ向けた大きな助けとなった。

## 2) 症例Bについて

福祉事務所との連絡と協議を重ねて施設入所に至ったケースである。後見人について検討していた時に、福祉事務所から「身寄りがいないからと言って施設は入所を断ることはできない」とアドバイスを受け、施設側と交渉を続け、患者の実態を理解してもらえ努力をしたことが特別養護老人ホームに入所できる要因となった。

## 3) 症例Cについて

家族が関わりを拒否し続けたために、精神科病院に長期入院となっていた。精神症状は施設で生活するのには問題はない状態であった。むしろ施設入所にあたって障害になったのは長男の施設入所への拒否であった。しかし、家族への関わりを求めないということが施設入所の条件になり、長男にとっても入所を許可する要因となった。

施設の職員に当院に長期入院しているが安定している患者の情報をうまく説明できたこと、患者の家族との関わりを病院と施設とで連携を取りながら対応できたことが、地域移行成功へのカギとなった。

症例Cの入所後に、特別養護老人ホームIの職員から「病院に長期入院している高齢者を優先的に入所について検討していきたい」とのコメントをもらっている。

特別養護老人ホームへの移行に成功した

3症例の過程をみるとキーワードとなるのは、「コミュニケーション」であり、これが非常に重要であることがわかる。3症例とも精神科病院側が長期入院患者ないし社会的入院患者の解消について強い問題意識を持ち続け、患者本人、患者の家族、老人施設、福祉事務所とのコミュニケーションを積極的にとる過程の中で特別養護老人ホームへの移行への機会に恵まれている。

受け入れ側の施設は、精神科病院に長期入院している入居希望者に対しては、恐怖や不安、対応への自信のなさなどが強く、過去に受け入れ者がいることや適切な情報を伝えつつ、施設側とコミュニケーションをとり続けることが非常に重要であった。

経済的な問題や家族の不安などをひとつひとつ解決していくためには、福祉事務所をはじめとした様々な役所や家族との密接なコミュニケーションが必要であることがわかる。

## 研究2 (アンケート) について

アンケートから見えてくることは、施設に従事している職員が比較的若いこと、職種も精神科病院や、グループホームや作業所などと異なり、特別養護老人ホームの職員には会議福祉士やヘルパー、社会福祉士などが多く、看護師や精神保健福祉士が少ないことがわかった。特別養護老人ホームでは、病院などの医療機関ではなく、精神科を専門としているわけでもないのが当然といえば当然の事実ではあるが、その施設勤務する職員の持つ資格の傾向が違うことには留意が必要である。コミュニケーションをとるにあたって病院側にとって当たり前な知識や前提が共有されていない可能性が高いからである。お互いの背景を事前に知っておくことが連携の第一歩であると思われる。

精神科を専門とせず、精神科病院での勤務経験がある職員はほとんどいない中で、特別養護老人ホームの職員にとって精神科のことや精神科病院のこと、ましてや精神科病院への長期入院患者のことなどは知識がないのは当然であろう。そこから精神科の患者へ対する様々な思いや、なかには誤解といえるような印象を抱いている場合があることに注意が必要である。

精神科に長期間入院している患者について、どのようなイメージを持っていましたか？ という質問に対してはおもに3つのイメージを持っているようである。一つは、暴力、怖い、不安といった心配な印象である。二つ目には、薬で鎮静されている、拘束されているといった過鎮静のイメージである。三つ目には社会適応できていな、退院しても行き場のないいわば「社会的入院」の患者というイメージである。

精神科の患者とのつながりがなかった職員から見ればそのようなイメージを抱くことは無理もないことでいかに適切で正しいイメージ・知識を持ってもらえばいいのかは非常に大事な点である。今後、精神科病院に入院している高齢患者を老人施設にスムーズに移行するためにはこの点で共通認識を持つことが出来るようにすることが重要である。

精神科の患者と接する機会があまりないままに作られた患者に対するイメージがあるために、精神科病院の入院患者を施設に受け入れることについて、実際に受け入れる前には、どのように感じていましたか？ という設問に対しても、主として、怖い、緊張する、不安、暴れたりしないか、ほかの入居所とトラブルにならないかなどを懸念することが多かったことは想像に難くないことである。これらの不安に対して一番

説得力があるのは、実際に長期精神科病院へ入院していた人を受け入れたことがあってその人が問題なかったという「経験・実体験」のようであった。

また、精神科病院との連携がうまくいくのかと懸念している声もあり、精神科病院の側の姿勢も問われているといえる。

精神科病院に長期入院していた患者を施設に受け入れるにあたっての条件は何ですか？ という問いに対して圧倒的に多かったのは、「精神症状が安定している」ということで精神症状への不安からこういった回答になったと思われる。

精神科病院に入院中であった患者を施設に受け入れてみて、良い点と悪い点について教えていただけますか？ という問いに対して、良い点としては、精神的な病気について多くを学べた、感情の起伏などの接し方など勉強となる、介護を行う上で視野が広がった、精神科病院と連携して対応し、職員のスキルアップになったという大変前向きな意見があったことは今後への期待につながるものと思われる。また患者の立場に立って、その人らしい生活が出来る、次第に症状が改善したという患者本人に対しても良かったという意見があることは将来につながる希望として大変良かったと思われる。

精神科が専門ではない施設でもそこに働く職員の中には精神科患者へ向き合おうと思っている人々が少なくないことに多少の驚きを感じたと共にこれらの人々といかにコミュニケーションして繋がって行くかという課題も突きつけられたように思う。

悪い点としては、やはりこれまでもあがってきたように、恐怖・不安、ほかの入居者とのトラブル、病院と施設での生活環境にギャップがあること、症状が悪化し、入

院が必要になったときに入院するまでに時間がかかることなどが指摘されている。恐怖・不安はともかくとして病状悪化時の入院を含む速やかな対応というのは、グループホームなどでも強く言われてきたことで、精神科が良くわからない施設ではさらに切実な問題ではないかと思われる。その一方で精神科病院は、様々な制約から必ずしもそのような期待に応えられていない事実があり、今後の改善への努力が必要であろうし、行政の援助も場合によっては必要となるであろう。

患者を病院から退院させて地域へ移動するためには、関係機関との連携が欠かせません。そこで、スムーズな連携を築くために施設から精神科単科病院への要望について教えていただけますか？という問いかけに対しては、大きく3つの要望が出ていた。一つは、精神科病院と施設の間で行われる患者の情報のやり取りである。施設側は、精神科の患者に対して恐れや不安を強く持っている。また精神科の知識も必ずしも精神科病院と共有しているわけではない。この点を踏まえて施設側に正しい患者の情報を理解してもらうためには様々な注意と工夫が必要である。相手の不安や希望にうまく沿った情報を提供するためにはなんといってもコミュニケーション能力がもっとも重要であろう。施設の職員にも積極的な人が少なくないのだから、日頃からいかにスムーズなコミュニケーションをとり、相手の信頼を勝ち得るかが大事である。

二つ目には、患者の対応法であり、これも施設側の職員が精神科の患者と接した経験が少ないために起きる問題であり、これはお願いする精神科病院の側が積極的に指導や教育に当たる必要があると思われる。何例か患者さんが入所して職員がなれてくれば大きな問題が起きる可能性は少なくな

るものと思われる。施設の職員の不安や恐怖を減らすための努力を病院側が怠っては、患者の地域移行はなかなか前には進まないと思われる。

三つ目には、病院の対応そのものである。特に患者の病状が悪化したときの速やかな精神科病院の適切な対応は必須に近い条件と思われるが、いわば精神科救急という問題に、個々の精神科単科病院は十分に対応できていない側面がある。また例えば川崎市内の精神科救急の体制は脆弱であるといわざるを得ない。しかしこのことは、こと川崎市に限ったことではなく全国的な問題であると思われる。スーパー救急や精神科急性期治療病棟、認知症治療病棟など診療報酬制度上優遇されているのは、周知のとおりである。しかし現状では、精神科単科病院と老人保健施設などとの精神科の救急時対応などは、まだまだ未整備・未熟な状態であるといわざるを得ない。これは、単に一精神科病院の問題ではなく社会全体で取り組まなければならない問題ではないかと思われる。

## E. 結論

今回の2つの研究を通して以下のようなことが結論としていい得るとと思われる。

### (1) 研究1から

- 1) 高齢でかつ家族がいないか家族の協力得られない精神科病院への長期入院患者の特別養護老人ホームへの移行は必ずしも不可能ではない。
- 2) そのためには精神科病院側が患者の地域社会への移行に対して強い意志を持つことが必要である。
- 3) その上で、患者、患者の家族、特別養

護老人ホームなどの受け入れ予定施設、福祉関係者及び行政とのたゆまぬコミュニケーションの継続が非常に重要である。

## (2) 研究2から

- 1) 特別養護老人ホームの職員の構成は精神科病院の職員の構成とは大きく異なる当たり前の事実をもう一度確認する必要がある。
- 2) 特別養護老人ホームの職員は精神障害を抱える患者と接する機会が少なく、精神科の患者に対して、恐怖や不安・緊張を感じている。
- 3) 職員の不安を十分に理解・汲みながら、患者の適切な情報の開示と、対応法の指導、精神症状増悪時の精神科病院側の速やかで適切な対応が求められている。

\*いずれにせよコミュニケーション能力の向上が必須である。

【謝辞】本研究を実施するに当たって、症例の選択やその検討・考察に助言をいただいた、ハートフル川崎病院精神科診療部長の板井貴宏先生、アンケートの実施及びその解析に助力いただいた、ハートフル川崎病院の地域連携室の大橋英二室長、そしてアンケートのご協力いただいた職員の皆様にこころよりお礼申し上げます。

## F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表
  - ・天保英明：うつ病の1次予防・2次予防からメンタルヘルス不調の予防を考える シンポジウム6 第51回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 仙台 2010年6月27日
  - ・天保英明・板井貴宏：アンケートから見た精神科単科病院における長期入院患者の退院を阻害する要因 第23回日本総合病院精神医学会総会 東京 2010年11月26日

## H 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得  
特になし
2. 実用新案登録  
特になし
3. その他  
特になし