

Clozapine によって頻回の解離症状・自傷行為 が消失した治療抵抗性統合失調症の1例

宮澤 惇 宏* 榎原 雅 代* 金原 信 久*
藤崎 美 久* 伊 豫 雅 臣*

抄録：Clozapine は治療抵抗性の陽性症状を有する統合失調症患者や、錐体外路症状の出現によって抗精神病薬の忍容性に問題を有する統合失調症患者に対して効果的である。また自殺企図のあるケースにおいて、そのリスクの軽減に有効であることもよく知られている。しかし難治例ではしばしば感情障害や解離症状、自傷行為など多彩な精神症状を伴うこともある。今回我々は若年女性の統合失調症患者で、幻覚妄想の他に解離症状と自傷行為が繰り返される症例に対して、clozapine を使用したところ全ての症状が大幅に改善した症例を経験した。本症例を通じて clozapine が様々なタイプの自傷行為・自殺企図に極めて有効であり、自殺関連症状のある症例に極めてよい適応であることが改めて示唆された。

臨床精神薬理 15 : 1551-1557, 2012

Key words : clozapine, dissociative symptom, schizophrenia, self-harm, suicide

I. はじめに

統合失調症では生涯リスクとして18~55%に自殺企図がみられ¹⁸⁾、9~13%が既遂に至ることが知られている^{9,12)}。しかしながらその予測因子は、重篤な精神病症状、若年発症、男性、病前高機能、抑うつ症状の存在、入院直後など極めて多岐にわたる¹⁸⁾。また臨床的には、患者の希死念慮の変動が激しく、突発的であることはしばしば経験するところである。実際に軽微な自殺念慮がその数週後の強い希死念慮の予測因子に挙げられている²¹⁾。

一方で最近、病前に心的トラウマを有する者の中に、統合失調症の発病が有意に増加するとの報告が増えつつある^{11,13)}。また統合失調症患者の中に解離症状を呈する者が一定の頻度でいることも以前より知られており^{14,16)}、解離性障害の専門家は、とりわけ解離性同一性障害と統合失調症との鑑別の困難、あるいはその病態の共存の可能性を議論している^{2,15)}。さらに自傷行為は統合失調症患者でもしばしば認められる行為であり⁵⁾、解離性障害における解離状態下での自傷行為は、非常に多い。これらの知見は、解離症状にある統合失調症患者では、切迫した自殺企図に繋がる危険性を推測させるものである。

ところで、clozapine (CLZ) は他の抗精神病薬よりも有意に統合失調症患者の自殺率を低下させることが、Meltzer と Okayli によって初めて報告され⁸⁾、近年より大規模コホートでも支持されている²⁰⁾。Meltzer と Okayli の報告では、183人の治療抵抗性統合失調症患者のうち、2年以上服薬が可能であった88人において、CLZ 服薬前に報告された22件の自殺企図が、CLZ 導入後の2年

2012年5月7日受理

Clozapine successfully reduced frequent dissociative symptom and self-harm behavior in a patient with treatment-resistant schizophrenia.

*千葉大学大学院医学研究院精神医学

〔〒260-0856 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1〕

Atsuhiko Miyazawa, Masayo Enohara, Nobuhisa Kanahara, Mihisa Fujisaki, Masaomi Iyo : Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Chiba University. 1-8-1, Inohana, Chuo-ku, Chiba City, 260-0856, Japan.

間でわずか3件に減少したというものであった。この報告では同時に自殺念慮、自殺計画など企図にまで至らない症状の軽減も認められることが報告されている。しかしながら解離症状を伴う自傷行為・自殺企図に対して、CLZが有効であるということを報告したものは見当たらない。

今回、我々は幻聴と共に、頻回な自傷行為と解離症状を呈し、その対策に苦慮した治療抵抗性統合失調症患者にCLZを使用し、劇的な改善を認めた1例を報告する。なお、本症例の発表については、患者本人と保護者に同意を得ている。

II. 症 例

症例 18歳、女性

診断：統合失調症，特定不能の解離性障害

家族歴：特記事項なし

既往歴：特記事項なし

生活歴：同胞2名第1子として出生。発育発達に特記事項なし。小学校2年時、両親の別居に伴い母の実家へ転居した。幼少時に虐待等のエピソードは存在しない。小中学校の成績は中程度であった。中学時代に仲良しのグループから些細なことを引き金に仲間外れにされ、トイレの便器に顔を押し付けられるなどの激しいいじめを受けていた時期がある。一方運動神経は大変良く、ある球技活動の実績が評価されて、高校にはスポーツ推薦で入学している。

現病歴：X-1年1月（高校1年）より保健室登校になった。同年3月より「家に監視カメラが仕掛けられている」「耳鳴りが止まらない」と被注察妄想，幻聴が出現し，リストカットが頻回にみられた。同年5月より不登校となりAクリニックを受診し，統合失調症の診断で薬物療法を開始したが，病状は動揺性に経過した。夏休み以降復学できるまで回復したが，突然の希死念慮の出現と共にリストカットが頻回となった。同年9月首を吊ろうと自殺企図し，入院目的に当科を紹介受診した。

初診時，怯えた様子で泣きながら「カメラで監視される」「耳鳴りがする」など被注察妄想や幻聴を訴えた。母親も非常に動揺しており，同日医

療保護入院となり，隔離処遇のもと blonanserin (BNS) を開始した。入院後しばらくは沈うつかつ怯えた表情で，隔離解除しても「他人が怖い」という気分は持続し自室から出ることなく過ごしていた。それでも18mgで症状安定し，X年1月に退院となった。

退院後外来治療を継続していたが，薬剤増量で眼球上転を来し，減薬すると「耳鳴り」の増悪を認めていた。X年6月には自傷行為（リストカット）も頻繁に出現するようになり，X年7月に医療保護入院となった。

入院後経過：

1) CLZ 導入まで (図1)

Day1よりBNSからaripiprazole (ARP)へ置換し，30mgまで増量した。すると眼球ジストニアが頻回となり，減量すると「他患に嫌われている」との被害関係念慮を訴え，ホールで自傷行為（主にリストカット）と解離症状を呈するようになった。解離症状は，ホールで他患と談笑している最中などに，突然失神し，床に倒れ込んでしまうエピソードで，意識が戻り疎通が取れるようになるまで20分程度要するものであった。またリストカットの際も，「記憶にない」と答え解離状態において自傷行為に及んでいると考えられた。その都度，解離症状や自傷行為の程度に応じて，隔離・拘束を繰り返した。増強療法としてバルプロ酸 (VPA) や lithium (Li), topiramate (TPM) も使用したがいずれも効果は不十分であった。この時期は日により症状の変動が大きく，妄想気分が活発な時に表情は硬く怯えたようになり，「怖い……」「死にたい……」とわずかな発語と共に自室に籠り，他人との接触を極端に避けるような状態であった。

X年11月 (Day100) より口唇ジスキネジアを認め，olanzapine (OLZ)へ変更した。すると17.5mgでジスキネジアは軽快した。「子どもが見える」という幻覚は若干軽減し，ホールで落ち着いて過ごせる時間が増加した。しかし解離症状と自傷行為は完全には消失せず，しばしば表情陰しく，意識消失と共に転倒したり，ペンを持ち出して手首に刺してしまうということがあった。若干回復したこの時期の面接で，本人が中学時代の

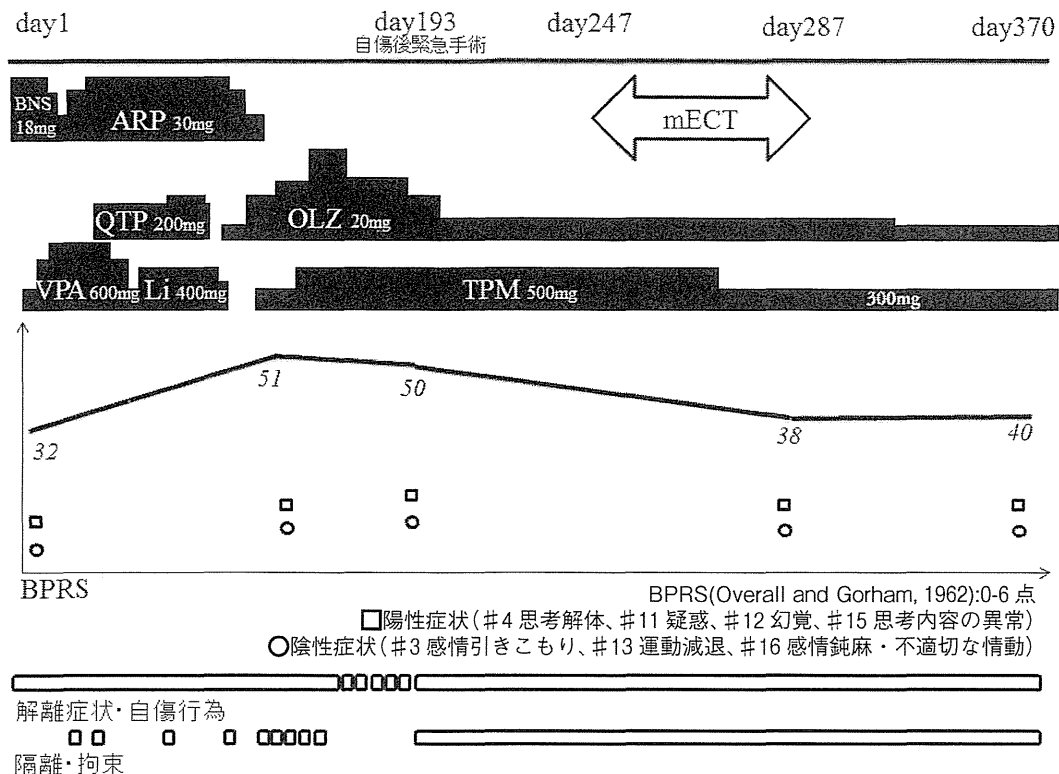


図1 入院後の経過 (CLZ 導入まで)

激しいいじめ体験の想起を述べることもあり、時としてフラッシュバックが生じていると推測された。この時期、不安定ながらも、家族と相談の上、自宅への定期外泊を計画し、院外外出から取り組むことを目標にしていた。

X+1年1月 (Day193) に家族と外出した際にナイフで左手首を複数箇所激しく自傷。動脈性出血もあり、緊急手術を要した。直後より昏迷状態を呈し、隔離・拘束を行い、解除には至らなかった。背景に「殺せ」という強い幻聴の存在を認めた。また頸部ジストニア、口唇ジスキネジアも出現し、やむなく OLZ を減量した。

同年3月 (Day247) より修正型電気けいれん療法 (mECT) を施行した (2クール計8回)。一時的には精神症状安定するも、すぐに悪化するという状態であった。

2) CLZ 導入後 (図2)

治療抵抗性の定義 (反応性不良と耐用性不良とも) を満たしており、同年7月 (Day370) より CLZ 12.5mg を開始した。Day381の50mg 増量時には頸部ジストニアは消失した。8月 (Day

401) 200mg に増量すると、表情も柔らかくなり、落ち着いた会話もできる状態となった。「幻聴が減った」「もう怖くない。死にたくない」と述べるようになり、10月 (Day432) に拘束を解除した。

同月275mg まで増量すると、軽度の流涎が出現してきたため、用量を固定し、徐々に行動拡大を目指すこととした。Day462に隔離を解除し大部屋へ移動した。幻聴は「ラジオのような音が聞こえてくる」と軽度に残存しているが、自傷行為は全く出現しなかった。ホールで長時間にわたり談笑して過ごせるようにもなった。表情も豊かで、会話の量や内容も自然な印象で患者本来の状態に戻ってきていると、家族の評価も大変良好になった。その時期に施行したウェクスラー成人知能検査 (WAIS-III) においては全検査 IQ 67 (言語性 IQ 70, 動作性 IQ 68) と低下を認め、本来の状態から依然大幅な認知機能障害を呈しているものと推測された。その後自宅への外出・外泊を繰り返し、12月 (Day537) に退院となった。現在精神症状は安定し、外来通院中である。また、

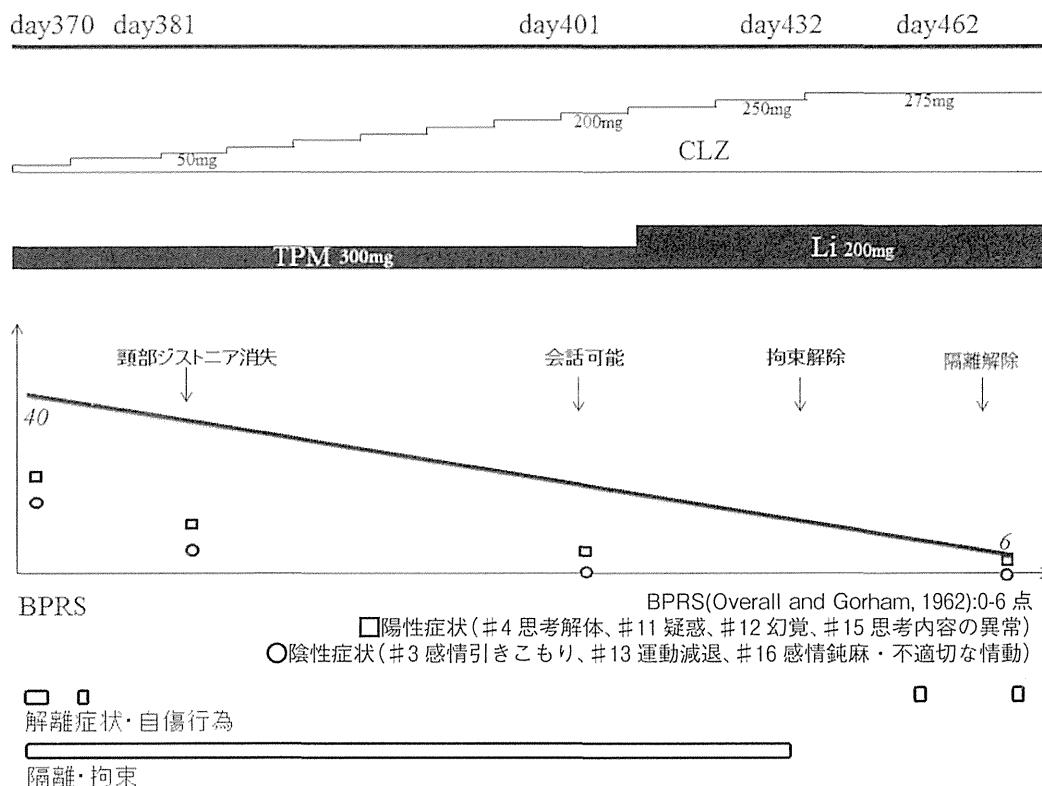


図2 入院後経過 (CLZ 導入後)

自傷行為を頻回に繰り返していた時のことについては「なにか周りが怖い感じがして不安だった」と語っている。現在退院後5ヵ月が経過するが、無理のない慎重な自宅生活を送っている。母親と旅行の計画を立てるなどの意欲もみられ、極めて安定した経過を辿っている。

Ⅲ. 考 察

本症例は発病当初から幻聴が活発で、次第に持続していくと共に、その症状に圧倒される様子が明らかであり、統合失調症の診断は比較的早い時期になされた。初回の入院でBNSが奏効し、一旦退院できたが、すぐに再発した。その後ARP 30mgやOLZ 20mgでは幻聴症状に十分な効果を認めず、しかも眼球ジストニア、頸部ジストニア、口唇ジスキネジアなど錐体外路症状を認めた。陽性症状は幻聴の他、妄想気分が強く、それに引きずられるように引き籠ることが多かった。さらには当初より認めていたリストカットなどの自傷行為は、意識消失の解離症状を伴う形でエス

カレートし、薬剤の調整のみならず、隔離や拘束等の処遇に関しても日々対応を要した。Day193にナイフによる前腕の刺傷というエピソードの直後から昏迷状態に入り、それに対してmECT 2クールを試みるも、効果不十分であり、その後CLZの導入を決断し、275mgで解離症状を含む全ての症状が消失した。しかし原疾患と薬剤の影響と推測される認知機能障害は依然として残存している可能性があり、今後の課題として検討すべき部分もまだ残る症例である。

1. 自傷行為と解離症状について

本症例は発病当初より、ボールペンや剃刀で手首にリストカットするという自傷行為が認められていた。2回目の入院中はそれまでと異なり、より突発的で衝動的な自傷行為が目立つようになり、油断のできない観察を要した。例えば、本人が沈うつな表情で不調を訴えたため、ベッドサイドで診察をしていると、突然診察医の胸ポケットめがけて、手を伸ばしペンを奪い取り、その場で前腕に突き刺そうとするなどの自傷が頻回に見ら

れた。また他患とホールで談笑している最中に突然床に倒れて、失神状態を呈するようなエピソードも認められるようになった。翌日本人に問い正すと「覚えていない」と答えることから、このようなエピソードは健忘を呈しており、DSM-IV-TRによる操作的診断においては特定不能の解離性障害のカテゴリーに入ると判断された。

解離性障害に詳しい柴山は、基礎疾患の治療（本症例では統合失調症）が奏効し、解離症状が自然と消失した場合、基礎疾患を診断名とすべきであると言っている¹⁷⁾。本症例では、幻聴に圧倒され、恐怖心と共に混乱を呈した患者が、その耐性の閾値を超えた時に自傷行為あるいは解離症状を呈すると担当医は当初推測し、柴山の解説にも沿った形で解離性障害の側面をあまり重視せずにいた。しかし次第に本人が、中学時代の壮絶ないじめ体験を語るようになり、面接中いじめた相手を強く非難すると共に、自らその心的トラウマを疾患の原因であると断定するようになった。一方それ以前にいじめや虐待等のエピソードは認めず、本人と母親との関係は大変良好であった。そのため、自傷行為や解離症状の対症に止まらず、心的トラウマそのものの苦痛をどのように軽減させるべきかとの話題を、定期的に母親も同席という形で面接の中で扱うこととなった。

近年、統合失調症患者の中で、発病前に様々な心的トラウマを有する者が、健常者よりも有意に多いとのデータが集積しつつある^{11,13)}。またこれとは別に、統合失調症患者が解離症状を呈する頻度が意外にも高いという報告もいくつかなされている^{14,16)}。我々の知る限り、現在までのところ発病前の心的トラウマ体験を有する者が、発病後も高頻度で解離症状を呈するという報告はない。しかしながら解離性障害の最重症型である解離性同一性障害は、その診断基準に人格交代などの精神病症状を含んでおり、その専門のRossらは両者の病態の関係性を報告している¹⁵⁾。さらに両者の鑑別がしばしば非常に困難であることが指摘されている^{2,17)}。本症例では、発病当初より、典型的な幻聴や妄想気分を呈しており、抗精神病薬（BNS）が奏効した経緯からも統合失調症の診断は確定的であった。一方で解離症状に関しては、

統合失調症の病状の変動に一致する形で推移しており、統合失調症の付随症状として位置付けてよいものと考えられた。しかし次第に患者の自覚的体験として、過去の体験の想起（フラッシュバック）を認め、同体験が苦痛の中心を占めていたことから、併存診断として解離性障害を付けることは妥当性あるものと考えている。

2. Clozapineの自傷行為・自殺企図への有効性

また本症例では、BNS, ARP, OLZでは自傷行為への抑制効果は認められなかったが、CLZが劇的に奏効した結果となった。実際 Meltzer と Okayli による報告⁸⁾の後、いくつかの研究で、CLZによる自殺率低下が示唆されている。しかし研究の性質上倫理的側面を重視した試験デザインが求められる必要から、その多くが後方視的研究や naturalistic 研究に止まる。CLZと対照コントロール群（OLZ）が無作為に割り付けられた International Suicide Prevention Trial (InterSePT) study が、現在のところ最も有名な報告である¹⁰⁾。自殺リスクのある490例を2群に割付け、2年間追跡した同研究では、CLZ群ではOLZ群に比し、自殺企図・自殺回避のための入院・抗うつ薬による増強療法が有意に低かった。しかし自殺による死亡例はOLZ群の3例に対し、CLZ群で5例認めたという（ $P=.73$ ）。一方で非定型抗精神病薬は定型抗精神病薬と比べて、自殺率を低下させるという報告もなされ、特にOLZの効果が知られている^{3,4)}。このような知見の集積を経て、Hennen と Baldessarini のメタ解析⁶⁾では、CLZが他の治療群よりも、risk-ratio (RR) で自殺関連行動と自殺完遂をそれぞれ3.3倍、2.9倍軽減させることが報告された。さらに Tiihonen らによるフィンランドの大規模後方視研究²⁰⁾でも、CLZは有意に自殺率を低下させることが報告され、CLZの自殺抑制効果はほぼ確立された薬効と言える。

本症例では、幻聴症状と並行して自傷行為が改善したことから、自傷行為の消失はCLZによる陽性症状への効果と大きな関連があると考えられた。しかし過去の報告では、双極性障害を含む気分障害での自殺率もCLZは有意に低下させてい

ること^{1,19)}、また統合失調症を対象にした研究においても抑うつ気分との関連が報告されていること⁸⁾から、必ずしも精神病症状の改善が、結果として自殺率低下に直接繋がっている訳ではないことが示唆されている。先の InterSePT study の結果を解析した Lindenmayer らの報告⁷⁾によれば、CLZ による自殺率低下は、抑うつや精神病など他の症状への改善とは独立した効果であることが示されている。本症例では抑うつは明らかでなく、精神病症状の改善と関連した自殺企図の消褪であり、これらを踏まえると、自殺企図への CLZ の効果の出現の仕方はそれぞれの症例間で様々な様相を呈するのかもしれない。

IV. ま と め

CLZ は現在のところ、治療抵抗性統合失調症に対して、明確な効果をもたらす唯一の抗精神病薬であるが、その効果発現の機序は今もって不明である。したがって治療抵抗性症状の中のどのような症状、あるいはどのような病型に効果が期待できるのかについては、臨床的には非常に大きな問題であろう。その中で自殺関連行動に高い抑制効果が立証されており、本症例では衝動的で頻回な自傷行為・自殺企図に CLZ が有効であることが改めて示された。しかも本症例は過去の心的トラウマを有し、解離症状を伴う患者であり、臨床的には解離性障害の診断が併存症として存在する病態であった。このようなタイプの自殺企図症状にも CLZ が有用であることが示されたことになり、様々な背景やきっかけを持つ自殺関連症状に対する効果が期待できることが示唆された。

文 献

- 1) Ciapparelli, A., Dell'Osso, L., Pini, S. et al. : Clozapine for treatment-refractory schizophrenia, schizoaffective disorder, and psychotic bipolar disorder : a 24-month naturalistic study. *J. Clin. Psychiatry*, 61 : 329-334, 2000.
- 2) Foote, B., Park, J. : Dissociative identity disorder and schizophrenia : differential diagnosis and theoretical issues. *Curr. Psychiatry Rep.*, 10 : 217-222, 2008.
- 3) Foster, R.H., Goa, K.L. : Olanzapine : a pharmacoeconomic review of its use in schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 15 : 611-640, 1999.
- 4) Glazer, W.M. : Formulary decisions and health economics. *J. Clin. Psychiatry*, 59 : 23-29, 1998.
- 5) Harvey, S.B., Dean, K., Morgan, D.C. et al. : Self-harm in first episode psychosis. *Br. J. Psychiatry*, 192 : 178-184, 2008.
- 6) Hennen, J., Baldessarini, R.J. : Suicidal risk during treatment with clozapine : a meta-analysis. *Schizophr. Res.*, 73 : 139-145, 2005.
- 7) Lindenmayer, J.P., Czobor, P., Alphas, L. et al. : The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr. Res.*, 63 : 161-170, 2003.
- 8) Meltzer, H.Y., Okayli, G. : Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia : impact on risk-benefit assessment. *Am. J. Psychiatry*, 152 : 183-190, 1995.
- 9) Meltzer, H.Y., Fatemi, H. : Suicide in schizophrenia : the effect of clozapine. *Clin. Neuropharmacology*, 18(suppl) : S18-S24, 1995.
- 10) Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I. et al. : Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. *International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60 : 82-91, 2003.
- 11) Morgan, C., Fisher, H. : Environment and schizophrenia : environmental factors in schizophrenia : childhood trauma—a critical review. *Schizophr. Bull.*, 33 : 3-10, 2007.
- 12) Nyman, A. K., Jonsson, H. : Patterns of self-destructive behaviour in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.*, 73 : 252-262, 1986.
- 13) Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. et al. : Childhood trauma, psychosis and schizophrenia : a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand.*, 112 : 330-350, 2005.
- 14) Ross, C.A., Keyes, B. : Dissociation and schizophrenia. *J. Trauma Dissociation*, 5 : 69-83, 2004.
- 15) Ross, C.A. : *Schizophrenia. The Haworth Maltreatment and Trauma Press*, New York, 2004.
- 16) Schäfer, I., Fisher, H.L., Aderhold, V. et al. : Dissociative symptoms in patients with schizophrenia : relationships with childhood trauma and psychotic symptoms. *Compr. Psychiatry*, 53 : 364-371, 2012.
- 17) 柴山雅俊 : 解離性障害と統合失調症の鑑別診断.

- 精神経誌, 113 : 906-911, 2011.
- 18) Siris, S.G. : Suicide and schizophrenia. *J. Psychopharmacol.*, 15 : 127-135, 2001.
 - 19) Suppes, T., Webb, A., Paul, B. et al. : Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania. *Am. J. Psychiatry*, 156 : 1164-1169, 1999.
 - 20) Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K. et al. : 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia : a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet*, 374 : 620-627, 2009.
 - 21) Young, A.S., Nuechterlein, K.H., Mintz, J. et al. : Suicide ideation and suicide attempts in recent-onset schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 24 : 629-634, 1998.

特別寄稿

多職種チームで取り組む地域精神医療の再構築 — 組織行動学的視点から組織変革をこころみる —

Restructuring of Community Psychiatry with Transdisciplinary Team Approach
— Challenge of Reorganization from a Viewpoint of Organizational Behavior —

渡邊博幸

Hiroyuki Watanabe

キーワード：組織行動学，病床ダウンサイジング，アウトリーチサービス，超職種チーム，包括型地域生活支援プログラム

Key words：organizational behavior, psychiatric beds downsizing, outreach service, transdisciplinary team, Assertive Community Treatment

要 旨

本邦の精神医療の喫緊の課題として、(1) 病床削減と地域移行、(2) 総合病院精神科の危機への解決策が模索されている。筆者らは、2008年10月から、千葉県東部の基幹病院精神科で起きた診療機能の破綻危機に際し、“組織行動学的プロジェクトマネジメント手法”を援用して、『精神科救急機能を維持』しながら、医療現場の『労働環境改善』を図るというミッションに取り組んだ。2009年度は、『肥大した業務量の適正化』を目的に掲げ、病床ダウンサイジングとアウトリーチシフトを同時に進めた。work breakdown structureや包括的情報ネットワークを用いて、訪問看護ステーション、地域精神医療推進部などのアウトリーチ実践の中心となる新しい組織を短時間で開設した。ついで、2010年度は、診療の『品質改善』のために、救急入院時から退院後の地域支援まで一貫して行う、多職種チームを核とする協働診療システム“SACHICO”を導入した。

これらの結果、病床削減による収益減を最小に抑え、2年弱で100床の病床削減（前年比約60%減）と平均在院日数の減少や救急入院率の減少を達成することができた。

しかし、組織行動学的観点から当科の取り組みを再検討すると、長期入院者の退院支援の難しさ、アウトリーチチームの一元化の頓挫、総合病院精神科での組織構造改革の困難さなどの課題が浮き彫りになった。

I. 緒 言

— 今日の我が国の精神医療における2つの課題 —

「入院治療から地域生活中心の医療への転換」というテーマは、現在、我が国の精神医療に求められている大きな課題である。諸外国では、1970年代から医療

政策として『病院から地域医療へのフレームシフト』が始まり、現在ほぼ完成しているのに対して（佐々木ら、2010）、本邦では、ようやく行政、医療者、当事者家族の共通テーマとして方向付けられたばかりである（精神保健福祉対策本部、2004）。

2011年度からの実施が決定した「精神障害者アウト

千葉大学大学院医学研究院精神医学 Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Chiba University

国保旭中央病院神経精神科 Department of Psychiatry, Asahi General Hospital

渡邊博幸 Hiroyuki Watanabe

〒260-8672 千葉市中央区亥鼻1-8-1 千葉大学大学院医学研究院精神医学

Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Chiba University, 1-8-1 Inohana, Chuo-ku, Chiba 260-8670, Japan.

リーチ推進事業」(独立行政法人福祉医療機構WAM NET, 2011)は、多職種チームの編成や対象疾患の指定など、具体的な方法論に踏み込んでいる点で評価できるが、この事業を大多数の臨床現場に適用するには、クリアしなければならない多くの壁が存在する。

たとえば、簡単な試算として、100床の療養型病棟を閉鎖して地域に退院させた場合、1年間で約3億6千万円の減収となるが、それを補うような方策は提示されていない。また病院外に生活の場を失っている長期入院患者のために、安価で安全な住居を確保することが最優先課題であるが、まだインフラが十分整備されているとはいえ、本来であれば、公的資本によってなされるべき居住確保を、それぞれの病院の努力で行っているが現状である。

今日の我が国の精神医療を巡るもう一つの課題は、いわゆる総合病院精神科^{註1)}に勤務する医師の減少や総合病院精神科自体の閉鎖といった、総合病院精神科の存続危機である。関連学会の調べによれば、2002年-2008年の6年間で、有床総合病院精神科32施設、4,413の病床が減少している(日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会(和田健, 野口正行, 中嶋義文他), 2009)。

この問題の根底にも、我が国の精神科医療に対しての診療報酬制度上の不平等性があることが指摘されている。精神科は基本入院料を他科に比べ、1/2から1/3と低く抑えられており、病院内において『不採算部門』と見なされがちである(日本総合病院精神医学会, 2009)。一方で、受療の敷居の低い総合病院精神科は、救急を含め外来患者が増加し、自殺対策、緩和医療、身体合併症を有する精神疾患患者への対応など、多くの性質の異なる業務をこなさねばならない。業務負担の大きさと経済的保障の格差などの要因で、総合病院精神科の仕事に魅力を見出せず、勤務する精神科医が減少している現実がある(日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会(和田健, 野口正行, 中嶋義文他), 2009)。

このような危機的状況に対して、関連学会では診療報酬の改訂を求めるなど、精力的な活動が行われおり(藤原修一郎, 2007)医療経済的な格差是正が本質的な解決に必要であることにまったく異論はないが、今すぐに実行できる方策を取らなければ、現在進行中の医療崩壊を防ぐことはできない。

すでに総合病院精神科の危機克服について、南風原(2006)、吉本(2008)、野口(2009)らにより優れ

た先行事例が報告されているが、これらの病床ダウンサイジングの試みに共通することは、単に病床をなし崩し的に減らすのではなく、既存の組織の改変や新設、組織間のネットワーク構築を行っていること、すなわち組織行動のマネジメント(Robbins SP(高木晴夫訳), 2009)に積極的に取り組んでいることである。この組織行動学的プロジェクトマネジメントを計画当初から導入し、人員配置や組織構造を改変することで、病床ダウンサイジングとアウトリーチシフト、総合病院精神科の業務負荷の解決という2つの今日的な精神医療の困難な課題に取り組み、地域精神科医療システムの危機を乗り越えた経験を報告する。

II. 千葉県東部の総合病院精神科で起こった危機状況

千葉県東部の大規模総合病院かつ精神科救急基幹病院である、国保旭中央病院精神科(以下当科と略す)においても、2008年7月、医師の退職による診療機能の破綻に直面した。

折悪しく、同時期に、隣市にある銚子市立病院休止が決まり、当科が続いて診療機能を失えば、2008年時点で約180床、外来月約6,000人、時間外・休日救急年間約1,500人の精神科患者の受け皿も消滅し、千葉県東部の精神科医療は、圏域ごと崩壊する危険があった。

県からの解決要請を受けた千葉大学精神医学教室では、この危機状況に際し、旭中央病院と協力して、上記の危機状況を収束させ、『精神科救急機能を維持』しながら、医療現場の『労働環境改善』を図るというミッションに取り組むことになった。この一見相反する課題を2年以内で解決するために、“病床ダウンサイジングとアウトリーチシフト”を目的とする『再生プロジェクト』を始動した。

III. 方法

一 再生プロジェクトの進め方一

再生プロジェクトは図1に示したフローチャートで進めた。以下にそれぞれのプロセスを述べる。

1. 現状分析と問題点の洗い出し

多くのスタッフへのヒアリングや業務時間分析シート^{註2)}をもとに、当科の業務上の問題を①作業環境管理、②作業管理、③健康管理という労働衛生3管理の

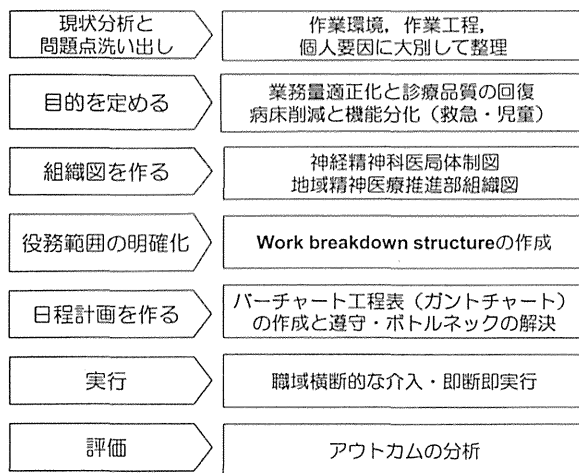


図1 再生プロジェクトの進め方

視点から詳細に分析した。

①作業環境管理からみた問題点

2008年当時、旭中央病院精神科には、救急・急性期閉鎖病棟、合併症慢性期閉鎖病棟、慢性期開放病棟、療養病棟の4つの性格の異なる精神科病棟があった。このうち、外来、外部からの新規の入院を主に受け入れていたのは、救急・急性期病棟のみで、他の3つの病棟は、自院に長期在院となった主として統合失調症慢性期患者が、それぞれADLの違いにより入院していた。このように性格も治療対象も異なる病棟を抱え、業務量の増大と複雑化、その結果としての業務の蝸壺化が、医師、コメディカルを問わず生じており、作業環境管理的観点から見て、診療にかかる物理的な仕事量を減らすことが必須と判断した。

②作業管理からみた問題点

当時の精神科の業務は、担当医制、担当ワーカー制が強く、患者の問題を一人の担当者が抱え込み、そこで生じるリスクの分担や解決が困難になっているケースが見られた。また多種多様な総合病院精神科の業務に対応した作業工程が未整備で、個人的な努力に依拠しすぎる結果となり、また臨床経験の継承が困難な状態になっていた。

さらに、精神科コメディカルスタッフの仕事について分析した結果、類似の業務の重複や特定個人への業務集中、誰も関わらず空白になってしまっている重要な業務分野などが明らかとなった。特に目立ったのは、長期在院患者の退院後の地域生活支援を、入院中に関わっていた精神科スタッフが、通常業務外の時間をやりくりして無報酬で行ない、業務量の増大、他職種との葛藤を生じている現状が浮かび上がった。周囲

に気兼ねしながら個人的献身で支え、情報を共有できず、当事者のSOSを抱え込み、症状悪化とともに救急事例化し、再度の非自発入院となり、本人も家族も、そして支援者も自己効力感を奪われる事例が散見された。

2. 再生プロジェクトの目標設定

上記の解決のために、プロジェクト初年度2009年度は、作業環境管理の観点から、業務量適正化のための『縮小計画』と称して、計画的な病床・病棟数の削減と業務負担軽減をはかることとした。

続いて、2010年度は作業管理を主眼とする『凝集計画』に取り組み、急激な診療規模縮小、看護スタッフ人員削減による診療文化の混乱を速やかに収束し、科全体の診療品質改善のための仕組みを作ることとした。

A) 2009年度計画（縮小計画）

削減する病床数については、以下のような分析の上で決定した（Madden ら、2005）。将来的な医師確保の困難さを見越して、従来よりも少ない医師数（管理職含めて6名の常勤医）でも、十分な診療業務を維持できる業務量を見積もることとした。精神科救急病棟を算定するには、精神保健指定5名以上が必須条件であり、また、総合病院有床精神科における医師一人当たりのベッド数は16床以下と規定されていることから、管理職を除く医師5名として上限の80床をダウンサイジング後の病床規模とした。逆算すると、当時精神科が有していた4病棟180床から2病棟80床に縮小することが必要となった。

ダウンサイジングする上で、最も配慮したのは地域のニーズである。当院の属する海匠地域には、他に3つの精神科病院があったが、救急急性期に対応できるのは、当科のみであった。また、銚子市立総合病院の休止により、当科が圏域唯一の総合病院精神科としての役割を果たさざるを得ない状況があった。反面、慢性期の療養環境については、周囲の精神科病院施設も、関連のグループホームや社会福祉関連施設を有しており、当科で、同様の病棟を継続する利点やニーズは見いだせなかった。

このことから、当科では、ダウンサイジングに当たり、精神科救急や合併症・リエゾンコンサルテーションなど総合病院精神科機能を存続させる、診療機能の選択と集中を行い、地域医療施設との計画的、相補的な連携・協働をはかることとした。

さらに、ダウンサイジングを図りつつ、長期在院患

者の地域移行後の生活と医療を支え、地域事例化・再入院を防ぐためのアウトリーチシステムを、同時に構築する事とした。

3. 診療組織体制の再構築

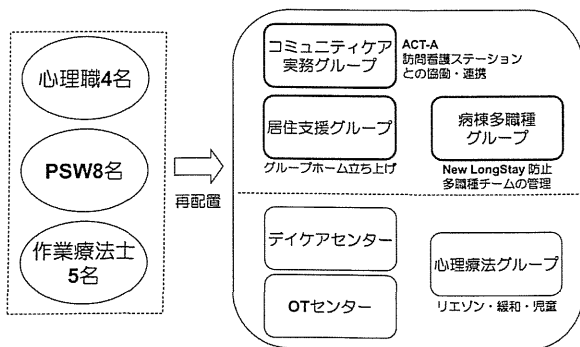
当時、当科医師集団は組織化が不十分で、責任分担が不明瞭であった。その結果、迅速な決断や対応が滞り、問題解決が進まず、現場の混乱を招いた。そこで、新しいプロジェクトを行うために、まず科内の情報連絡経路・権限責任の所在を明確にする必要があった。外来、病棟と新設した地域精神医療推進部を統括する立場に、それぞれチーフドクターを配し、各部門の診療業務の責任者とした。また、診療医師チームを作り、診療意思決定、情報共有と教育研修、リスクマネジメントをスムーズに行えるようにした。

ここでは特に、当科のアウトリーチサービスを担う2本の柱となった、地域精神医療推進部(図2)と精神科特化型訪問看護ステーションの組織構築(図3)を取り上げる。

地域精神医療推進部(Community Mental health Care Promoting Team; 以下コメキャップと略す)は、2009年10月から新設した、精神科に所属する心理・福祉系コメディカルスタッフ中心の多職種チームである。

当時、精神科のコメディカルは、いくつかの部署に分かれて所属したため、情報共有が難しく、一人で多種多様な仕事を抱え負担が過大となる反面、似たような業務の重複が目立つなど非効率な面が目立った。

また、再生プロジェクトの要である、ダウンサイジング、アウトリーチシフトの達成のためには、コメディカルの力が必要不可欠であり、それに関わる多職種スタッフが、「業務時間外のボランティアでなく」この仕事を本務として集中できる仕組みを作る必要があった。



スタッフ各々のモチベーションと専門技能、コネクションを分析し配置。一部兼務もあり

図2 地域精神医療推進部(コメキャップ)の構成

チーフドクターである筆者と当科全コメディカルで、ブレインストーミングを計3回行い、現状の分析、集団の強み、集団の目標や希望を共有し、組織構成や目標設定に反映させた。設立以降は、各グループリーダーと、チーフドクター、外来看護師長からなるコメキャップミーティングが運営主体となっている。

コメキャップの集団特性を、地域生活支援を中心としたプロジェクト指向型専門集団と設定し、「収益性は問わずタスク遂行性を重視する」ことを掲げた。その理念に応じて、スタッフそれぞれのモチベーションと専門技能、病院内外のコネクションを分析し、6つのグループに再配置した。

2011年3月現在、プロジェクト指向型業務を担っているのは、①コミュニティケア実務グループ(アウトリーチの実行主体)、②居住支援グループ(グループホーム立ち上げ、運営の主体)、③病棟多職種グループ(病棟入退院のマネジメント主体)である。また、ルーチン型業務であるデイケア、作業療法、心理療法のグループが、業務の効率化をはかりつつ、精神科コメディカル部門全体としての収益の維持に努めることとした。以下にコメキャップ所属の3つのプロジェクト指向型グループについて説明する。

① コミュニティケア実務グループ

コミュニティケア実務グループは、精神保健福祉士2名と作業療法士1名で編成される。その業務は多岐にわたり、精神科のアウトリーチ活動全体のマネジメント(計画立案研修統計解析など)と重大な生活障害をもつ退院患者の地域での生活支援(公共手続き、経済的支援、就労支援など)を「包括型地域生活支援:ACT」(伊藤, 2008)で行っている。単独訪問で支援する場合もあるが、より重症かつ生活基盤の破綻しているユーザーに対応するため、後述の訪問看護ステーションのACT-Aチームとペアを組んで訪問支援を行うことも多い。また、種々のケアプラン、リカバリープランの作成に当たり、さらに地域内精神科関連施設、行政福祉との連携をはかる実行主体である。

② 居住支援グループ

居住支援グループは、精神保健福祉士3名、作業療法士2名、看護師2名で構成される。その業務は、長期入院の間に住む場所を失っている人や、精神症状により家族・近隣との関係が悪化し帰る場所がない人に対して、グループホーム(以下GHと略す)やケアホーム、共同住宅などを探して、手続きを支援する。

しかし、地域のGHはすでに飽和状態で、また重症

な精神症状が残遺している入院患者の受け入れは難しかった。そこで、当科では、居住支援グループが新規GH立ち上げプロジェクトを主導し、中核地域生活支援センター^{注3)} GH支援ワーカーや民間事業所との強力な連携のもとに、民間GHを平成22年2月に、病院立GHを同年11月に開始し、あわせて10名の退院患者の受け皿とした。

③病棟多職種グループ

病棟多職種グループは、精神保健福祉士3名と作業療法士1名で編成されている。このグループは、病床数管理に深く関わり、New Long Stayの防止と、入院患者の入り口と出口のトリアージを担当する。例えば、患者が入院すると、いち早くその背景情報を収集し、心理社会的な支援の軽重をアセスメントし、関係部署に情報を送り、場合によっては入院当日から、多職種入院治療チームを編成する。また、入院症例カンファレンスをマネジメントし、入院長期化のボトルネックを見つけ、タイムキーパーとなり、外部の適切な支援につなげる役割を果たす。さらに、転院退院時の医療連携調整も主導する。

アウトリーチチームや居住支援チームが、当事者に生活の場に出向いて支援するのに対して、病棟多職種グループは継続的な直接支援は多くはないものの、地域の他の医療機関、施設とのアウトリーチ連携に飛び回り、連続性のある精神科医療の提供を可能にしている。病床縮小し、少ないベッド数で救急を維持するためには、欠くことのできない役割であり、精神科診療業務全体のペースメーカー的存在である。

④訪問看護ステーション『旭こころとくらしのケアセンター』(図3)

旭こころとくらしのケアセンター(以下、AKKと略す)は、2009年10月に、病院から約6km離れた病院付属施設として開設した「精神科特化型訪問看護ステーション」で、施設長以下5名の訪問看護師と事務員1名で構成される。AKKでは24時間対応を行っており、旭中央病院精神科と密接に連携して訪問看護を行っている。

AKKは、二つの訪問看護プログラムを持っている。一つは「訪問看護旭」という、通常訪問のスタイルで、半径30kmエリア、1日の移動距離にして130kmという広い訪問キャッチメントエリアを担当している。目的は、外来受療継続、治療中断・再燃再発・再入院防止であり、軽中等症外来患者や初発例、幅広い障害に迅速に対応することとしている。

訪問看護師 5名 (精神科経験者4名, 内科経験者1名)		
訪問看護・旭2名		ACT-Aプログラム3名
目的	治療導入・受療継続支援 受療中断・再発・再入院防止	重い生活障害、退院患者の 地域生活援助
対象	軽・中等症外来患者や初発例 より幅広い障害に迅速に対応 広い訪問キャッチメント範囲	統合失調症・双極性障害 (GAF40前後) 1:10のケースロード 旭市と隣接2市(銚子・匝瑳)
支援 内容	情報提供・症状把握 服薬支援・指導・受療支援	住居・日常生活・諸手続き支援・ 身体的健康に関する支援・経済的 サービス利用・就労支援・家族支 援・社会参加の支援・緊急時往診
報酬外 活動	初発緊急支援・身体科受診援助 身体科入院患者相談・病棟スタッ フへの技術支援・家族相談	ケア会議参加 退院前訪問 病院カンファ、会議への出席

図3 精神科特化型訪問看護ステーション
旭こころとくらしのケアセンターの構成

もう一つのプログラムが『包括型地域生活支援: ACT-A』である。こちらは、重い生活障害を持った当事者の地域生活援助を主体とする。対象はGAF尺度(Global Assessment of Functioning, 機能の全体的評定)で40点以下の統合失調症と双極性障害に限定し、キャッチメントエリアも旭市と銚子市、匝瑳市という隣接2市に限っている。また一人の看護師につき、1:10のケースロードを敷いている。

AKKの特徴として、rural type(田園型)の訪問スタイルがあげられる。すなわち、都市型の訪問看護ステーションと比べて、訪問キャッチメントエリアが広く、移動距離が長いため、一日の訪問件数が4-5件に限られてしまう。また、複数の地域行政区分にわたるため、公的諸機関との連携も複雑になる。これらの問題が準備段階より想定されたため、AKKでは、通常訪問(訪問看護-旭)とACT-Aを組み合わせ、採算性を担保することとしている。

4. ダウンサイジングに関するWork breakdown structureの設定

病床・病棟のダウンサイジング(入院病床の削減)にあたっては、①長期在院患者の転院、②長期在院患者の退院支援、③地域移行後のアウトリーチ支援のための、訪問看護ステーションの開設準備、④退院後の生活拠点をつくるためのグループホームの開設準備の、4つのサブプロジェクトを平行して進めた。それぞれのサブプロジェクトで、病棟看護師長が管理主体となりコメキャップの対応グループが実行主体となった。全体の進捗調整は、2週に1回開かれる新プロジェクト会議で行った。

2009年当時、当科には約100名の長期在院患者がおり、GAF平均値で25.4点と生活機能障害が非常に重篤

で、また家族サポートや居住インフラを失っている患者も多く、さらには高齢化も相まって、短期間のうちに退院先を見つけることは困難となっていた。また患者本人も長年の病院生活で地域に出る事への怖れや不安が強く、近隣地域の療養型病棟を持つ精神科病院への転院を望む方も多かった。その方々に対しては、本人に情報を十分提供し、施設見学を経て、希望を尊重できる様に担当ワーカーがきめ細かな調整を行った。一方自宅がある方、グループホーム入所が可能な方などには、退院を支援し、できるだけ地域で支える仕組み作りに時間を注いだ。

多くのタスクを同時進行でしかも、忙しいルーチンの診療業務の合間に行わなければならない、また、計画進行には、院内外のさまざまなステークホルダーも関与することから、些細な足踏みが、全体の進行に影響を与えてしまい、計画の頓挫に至ることが懸念された。

このようなボトルネックを最小限にするために、プロジェクトの進行に際しては、サブプロジェクト、更にその下流の各レベルのタスクに細分化し、それぞれを誰と誰が担うのか、その進捗の共有の方法などについて明確に定めた Work breakdown structure (勝田祐輔, 2000) を作り、ガントチャート作業工程表 (Sánchez-Algarraら, 2005) を用いて、進捗状況の把握、ボトルネックへの対応策を行った。

例えば、停滞しているタスクがどこで、何が問題なのかを速やかに分析して、要員を増やしたり、よりスキルの高いスタッフに一時的に補佐させたり、より上位の責任を持つメンバーが対応したりして、一つの問題が全体の進行の遅れに波及しないように注意した。

複数のサブプロジェクトが同時進行で走るため、情報共有環境の設置というナリッジマネジメントが必要となった。当院医療情報室の協力により、院内ホームページに設定された共有文書フォルダーによる包括的情報ネットワークを設定し、プロジェクトに関わるあらゆる職種がアクセスできるようにした。例えば、退院候補患者のプロフィールや地域精神科施設の受け入れ可能状況などの進捗は、随時アップロードされ、院内どこでも把握できるようにした。

B) 2010年度プロジェクト (凝集プロジェクト)

2009年度の組織再構築の結果、4病棟から2病棟への急激な病棟閉鎖と精神科病棟の看護人員削減、異なる病棟文化の混在と業務導線の混乱が生じた。この質的・量的な労働環境の変化が、スタッフの労働意欲を

妨げ、リスクを増やし、診療の質を低下させることが懸念された。

また、長期化を防ぎ、救急ニーズに即応できるように、高回転・高効率な入院治療を行えるシステムを導入する必要があった。

そこで、前年度に訪問看護ステーションなどハードウェアを整えたのに対して、2010年度は『作業工程 (診療業務プロセス) のマネジメント』と称して、新たな診療ソフトウェアを開発して、診療品質の維持・向上を目指すこととした。

まず、二つの病棟の機能分担を明確にし、それぞれの病棟の運営システムを確立することにした。1つは救急急性期閉鎖病棟、もう1つは児童・退院促進・老年期合併症に対応する多目的開放病棟と位置づけ、それぞれの業務内容を整理した。

特に、救急急性期閉鎖病棟での、New Long Stay 防止と救急機能の維持を目的に、救急患者が入院した時点から導入する、多職種入院治療プログラム「重症急性期症例統合ケアアウトライン Severe Acute Case High Integrated Care Outline (SACHICO と略す)」を作った (図4)。その特徴は、患者ごとに編成される多職種チームが治療の主体となってケアマネジメントを行い早期退院に結びつけること、定期的なカンファレンス (新入院カンファレンスと2ヶ月カンファレンス) を行い、長期化のリスクや退院までのボトルネックを把握し、解決策をすべての職種で検討することである。

救急入院患者は、精神障害自体重症であり、また生活障害も強い。さらに入院時点で家族や地域からの支援体制が破綻しており、住居の不安定、経済的困窮などの長期入院になるリスクを多く抱えている。これらの要因が、入院日数の延長につながる事が指摘され

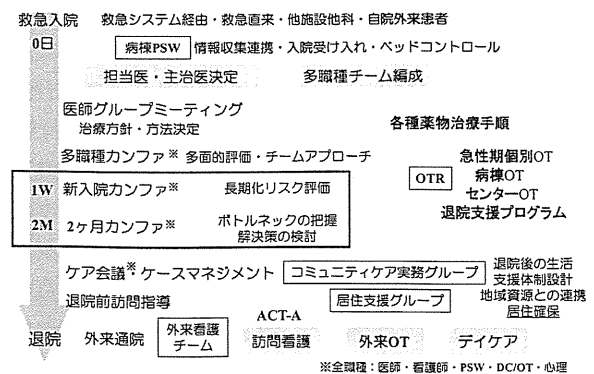


図4 重症急性期症例統合ケアアウトライン：SACHICO Severe Acute Case High Integrated Care Outline

ている (Tullochら, 2008)。

SACHICOは、適切な急性期治療に加え、心理的介入、早期からの生活リハビリ、社会資源の確保や開拓などのbio-psycho-socio-ethicoすべての面に配慮した「統合的」治療パッケージであり、早期退院、地域アウトリーチに連続的に移行することが可能である。場合によっては、入院当日に多職種チームが編成され、保護室内で行動制限している段階から、作業療法士や心理職が介入することもある。

IV. 再生プロジェクトの結果

1. 病床ダウンサイジングによる年間入院患者件数と収益の変化

プロジェクト施行により、1年間で4病棟から2病棟に、180床から80床にダウンサイジングを達成した。施行前後の、08年度と09年度で比較して、年間入院患者数はそれぞれ、184,239名であり、病床削減した09年度の方が30%の入院増となっている。稼働病床は176床から96床と前年比53.6%になったが、入院での報酬は前年比80.2%を維持した。救急病棟の回転率が上がったことや入院精神療法、作業療法などを積極的に行うことになったことが反映されている。

1年以上長期在院患者の退院概要では、2008年12月から2010年3月までの16ヶ月間に101名が退院した。退院先の内訳は、他医療機関(療養型病棟など)への転院が67名、福祉施設に3名であり、自宅やグループホームに退院した患者は25名であった。

2. アウトリーチシステムの運用実績

長期在院者の退院後の地域生活支援を担う、アウトリーチの仕組みは、図5のとおりである。①精神科特化型訪問看護ステーション「旭こころとくらしのケアセンター」と当科地域精神医療推進部内の②「コミュニティケア実務グループ」が、アウトリーチの実行主体となっている。以下、2つの組織の活動実績を示す。

①旭こころとくらしのケアセンター訪問実績(図6)

2009年10月に開設した当初は、登録数53名、1ヶ月訪問件数140件であった。18ヶ月すぎた2011年3月には、それぞれ87名、388件に増加した。月訪問330件で黒字収支となると見積もっており、ようやく黒字転換して、経営安定化の兆しが見えてきたものの、今後は、現在の人員での訪問の限度件数月400件に早晚ぶつかることが予測される。

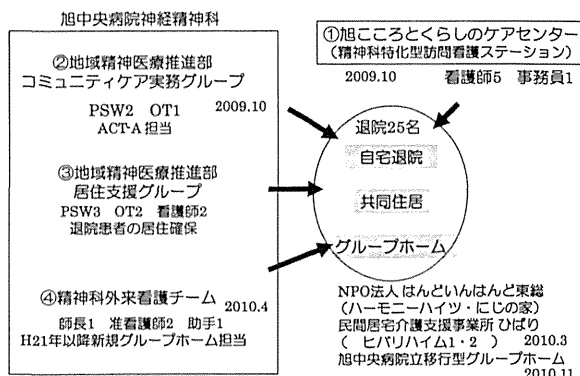


図5 旭中央病院神経精神科のアウトリーチのしくみ

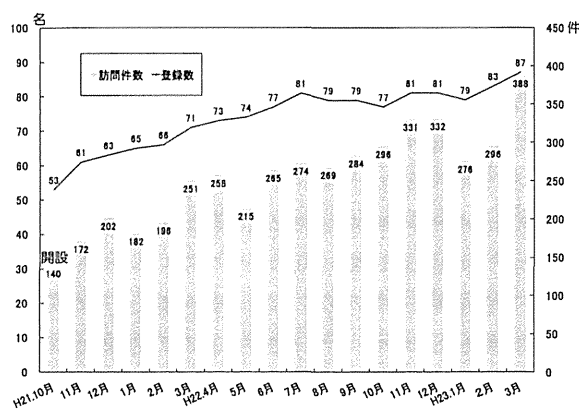


図6 訪問看護ステーション訪問実績 09.10-11.03

また、2010年度で、18.1%のコスト未請求事例があるが、これは経営主体が旭中央病院ということから、中央病院への受診援助やケア会議などへの参加が算定されないためである。しかし、これらの支援は必要不可欠な業務であり、避けて通ることはできない。診療報酬上の光が当てられない部分である。

②コミュニティケア実務グループによる精神科訪問支援の実績(図7)

精神科外来訪問支援は精神保健福祉士や作業療法士などコメディカルによって行われている。2009年10月と、2011年3月を比較すると、登録者は33名から96名に、件数にして月127件から153件に増加している。2010年3月現在ではコミュニティケア実務グループ以外の精神科スタッフが個々に抱えて訪問しているケースが45%もあったが、次第に専門チームへの移行が進み、2011年3月現在では、74%がコミュニティケア実務グループの訪問に集約されている。

また、多い月で46.8%にもなっていたコスト請求できない訪問は次第に減少し、2011年3月では、15.7%となった。個人の努力で勤務外に行っていた訪問支援

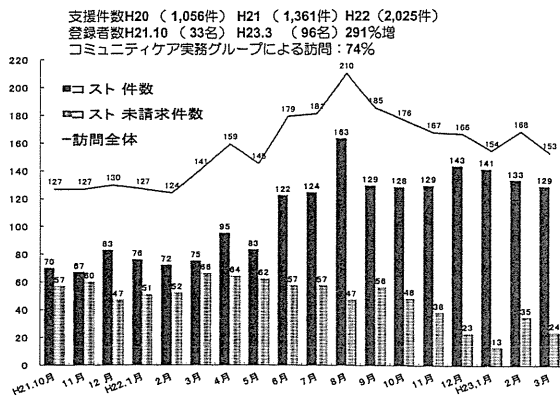


図7 精神科コメディカル訪問（外来訪問）実績

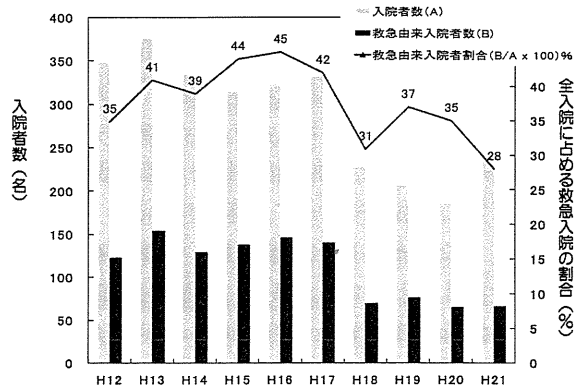


図9 旭中央病院神経精神科・救急入院年度別推移

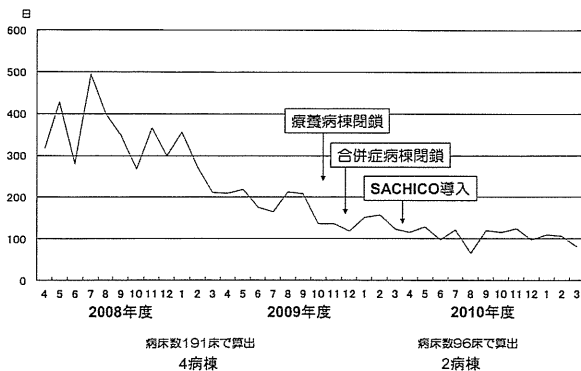


図8 精神科平均在院日数の推移 H21.04－H23.03

を、その業務に特化した専門グループに任せていくことで、効率と収益性が改善したといえる。

3. 平均在院日数の推移（図8）

平均在院日数は、長期患者を転院させ、救急対応できるベッドを確保することで、次第に下がっていたが、急激な慢性期病棟の閉鎖により、長期在院患者を救急病棟に移さざるを得なくなるなど、多少の病棟運営の混乱が生じ、一時的に上昇した。しかし、2010年度からNew Long Stay防止のためにSACHICOを導入し、懸念された平均在院日数の上昇を抑えることができた。その後順調に在院日数は低下しており、2011年3月期で、救急病棟62.1日、開放病棟157.4日、併せて81日となっている。

4. 救急入院患者割合の年度別推移（図9）

救急入院患者割合の年度別推移では、2008年度と2009年度を比べて、入院患者数、救急入院患者数において、それぞれ、184名中65名（35%）、239名中66名（28%）と7ポイント減少している。アウトリーチ導入等により、地域救急事例化を回避し、入院以外の介入で精神科医療を提供できる体制に変わりつつあるこ

とが示唆される。

V. 考 察

組織行動学的マネジメント手法を援用して、有床総合病院精神科の組織構造、運営方法や診療業務手順を改変し、計画的に病床ダウンサイジングとアウトリーチ移行を進めた結果、収益減を最小限に抑え、医師数減に耐える規模の病床削減を達成し、アウトリーチシステムにより、長期入院となっていた退院患者の地域定着を実現することができた。一方で、2年間という限られた時間内で、180床を80床にダウンサイジングするという急激な変化ゆえの課題も生じた。

1. 長期入院者の退院支援の難しさ

Tullochらによれば、暴力のエピソード、症状の重篤度、住居確保の必要性が、入院長期化要因となり（Tullochら、2008）、Shepperdら（2010）のメタ解析でも、身体併存症を有する高齢患者では、退院計画を立てても、自宅退院率は改善しないことが示されている。

当科の長期入院患者背景の分析においても、①高齢化、認知症や身体疾患併存症、②血縁関係の断絶・消滅、住居消失、③激しい暴力行為などの問題を複合的に抱えている患者が退院困難ケースとなっており、今回の退院支援プロジェクトによっても、70%の対象患者は医療施設転院を余儀なくされるなど、先行研究同様な課題が明確となった。

今後、国の医療施策として、診療報酬上のインセンティブによるアウトリーチ移行への誘導が行われる可能性が取りざたされているが、退院困難患者の詳細な分析と方策を講じなければ、諸外国の脱施設化過程で問題になったように、地域救急事例化、再入院化を逃

れることができないであろう。

2. アウトリーチシステムの一元化について

当科のアウトリーチシステムは、精神科に所属する地域精神医療推進部のコミュニティアケア実務グループと、精神科と離れて、独立採算性をとる訪問看護ステーションとの協働によって、構成される。

このような仕組みは、業務導線、情報導線、人事管理上で考えると、ロスが多く、集団凝集性を下げ、ひいては集団の生産性を下げってしまうリスクがある(Mullenら, 1994)。当初は、コメディカルのアウトリーチチームを訪問看護ステーションに転属させる計画であった。しかし、現行の診療報酬制度下においては、重い生活障害を持った当事者を地域で支えるために必要不可欠な精神保健福祉士の活動に対して、ステーション配置の規定がなく、報酬上の裏付けが得られない。そのため、業務導線上のリスクと経営上のリスクとを勘案して、組織立てを2つに分けざるを得なかった。

訪問看護ステーションの第2の運営課題は、地理的条件による制約が大きいということである。人口過疎地域での田園型(rural type)のアウトリーチでは、訪問先が点在しており、移動の時間が長くなり、1日の訪問件数が限られる。また、地域の経済的基盤が脆弱な事が多く、就労の場がそもそも少ない。居住確保も困難である。家族も高齢化しており、地域移行後の家族のサポート、家族の死去という課題に備える必要がある。また、都市部と比べて情報リテラシー格差が大きく、精神疾患へのスティグマも強いことが明らかとなっている(Alberto, 1993)。これらの制約はAKKの場合も当てはまり、健全な運営をしていく上で、留意しなければならない点である。

現在AKKでは、Meyerら(2007)により示された、田園型のACTモデルを参考に、通常訪問プログラムとACT-Aプログラムの2本立てのアウトリーチ支援方法をとって、経営的安定と仕事量の均等化をはかっている。しかし今後、遠方に住むユーザーのニーズにきめ細かに応えるためには、例えば、訪問に要する時間を業務時間に含めて評価するような診療報酬算定の配慮(福田, 2011)を行政当局に求めていく必要がある。

3. 総合病院精神科での診療構造改革はなぜ困難なのか?

総合病院精神科の組織改革プロジェクトを計画・実行するに当たり、一番のボトルネックは、そのプロジェクトの成否を左右する、予算、人事、計画に関し

ての決定権が、実行主体である精神科の現場スタッフにないということであろう。精神科が主体となって運営されている病院組織と異なり、総合病院では、これらの権限は、プロジェクトにとっては、組織外のステークホルダーとなる院長、事務長、看護部長、場合によっては議会、地方行政の担当部課にある。プロジェクトは、彼ら(彼女ら)との交渉や社会的交換のもとに進めて行かざるを得ない。当然、他のあまたの優先すべき課題とのコンペティションになる。ステークホルダーが納得できる、そして協働(Olden, 2003)を促せる計画案を作ることが求められ、そのために費やす情報収集、計画立案、交渉の時間を確保することが、総合病院で働く医療者にとって難しい課題であった。本プロジェクトでは、所属医師の週間スケジュールを定め、指定医当番制や救急当直ローテーションを均等にし、週に1日のデューティフリー日を捻出して、プロジェクトに1日中注力できる時間をつくった。

人材管理に関しては、科内の運用で柔軟に組織化できる『プロジェクトチーム制』で新たな組織を準備し、プロジェクト終了後はそのままのメンバーで、新たな組織(たとえばアウトリーチ実務や、居住支援、病棟多職種チーム)の管理・実行主体に移行した。このような人材管理により、プロジェクトの計画立案・管理・実行・評価を連続的に行う、すなわちプロジェクトサイクルを円滑に回すことが可能となった。

人材管理上の当科特有の強みとして、大規模ダイケアなどのリハビリ部門が従来から充実しており、プロジェクト開始時点で、精神保健福祉士8名、心理職4名、作業療法士5名計17名の常勤コメディカル職員が所属していたことがあげられる。精神保健福祉士数が1施設平均 1.0 ± 1.4 人と少ない(吉本博昭, 2010)総合病院精神科に比して、当科では、改革のために新たな人的資源を投入する負担や業務習熟のための時間ロスなどをほぼ無視できた。

予算、計画決定に関してのステークホルダーとの交渉では、病床ダウンサイジングによる当科の収益減(プロジェクト導入前年に比して、約3億6,000万円の減収と見積もった)を受容してもらうために、病床削減に伴う余剰の病棟看護スタッフを一般科に異動させ、病院全体として7対1看護の実現に貢献することとした。この厳しい提案を多くの精神科看護スタッフが受け入れてくれた。

さらに、病床削減により医師の仕事に余裕ができる

ことを見越して、病院全体の役割や病院からのニーズを伺い、職員のメンタルヘルスへ対応を整備し、院内他科入院患者に対するリエゾンコンサルテーションを充実することとした。

このような双方に利のある、社会的交換 (Meeker, 1971) が成立する工夫をして初めて、外部のステークホルダーとの協働にもとづく組織改編が可能となるといえる。

VI. 結 語

今回の経験から、医療のイノベーションのために、実践家として臨床現場で研鑽を積むことや、研究者として新しい発見や治療法を探索することのほかに、「プロジェクトマネジメント手法で危機状況の解決や改善をはかる」という第3の方法論が見えてきた。すでに他の産業分野で先行しているこの方法をさらに研究し、さまざまな医療問題解決への応用を模索したいと思う。

謝 辞

本プロジェクトは千葉大学精神医学教授伊豫雅臣先生、国保旭中央病院院長吉田象二先生、神経精神科主任部長青木勉先生はじめ、多くの職員の皆様、圏域の精神科医療機関や地域の福祉サービス事業者の皆様、県市の担当部課、保健福祉センターなど行政諸機関、そして患者さんやご家族からのご理解とご協力がなければ成り立ちませんでした。紙面をお借りして、このプロジェクトに関わった多くの方々に感謝申し上げます。

注

注1) 総合病院精神科

総合病院という名称は、1998年5月以降医療法から撤廃されているものの、一般的にはある一定のイメージを持って使われている名称である。

総合病院精神医学会によれば、『総合病院』は『内科・外科を含む複数診療科を有し、主として二次救急を含む急性期医療を提供する病院』と定義している。また『総合病院精神科』とは、総合病院に設置された精神科をさす。

(日本総合病院精神医学会, 2009) による

注2) 業務時間分析シート

各所属部署ごとに1週間の診療・会議・研修など各業務の時間配分、業務での役割などを記入するシート

をマイクロソフトエクセルで作り、解析に用いた。

注3) 中核地域生活支援センター

千葉県の独自事業であり、福祉サービスのコーディネーター、福祉の総合相談、権利擁護等の機能を併せもち、24時間365日体制をとる。県健康福祉センターの所管区域ごとに設置されている。

引用文献

- Alberto, B., Santos, MD., & Paul, A., et al (1993). Providing Assertive Community Treatment for Severely Mentally Ill Patients in a Rural Area. *Hosp Community Psychiatry*, 44(1), 34-39.
- 独立行政法人福祉医療機構 WAM NET (2011). [http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/2c116f8976613f4a4925783f00016cba/\\$FILE/20110222_1shiryu4_1_2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/2c116f8976613f4a4925783f00016cba/$FILE/20110222_1shiryu4_1_2.pdf)
- 藤原修一郎 (2007). 総合病院精神科の現状をいかに打破するか -基礎調査をふまえて-. *精神神経学雑誌*, 109(3), 262-268.
- 福田正人, 菅間真美, 西田淳志他 (2011). こころの健康を守る政策として求められるアウトリーチ. *精神科臨床サービス*, 11(1), 16-23.
- 南風原泰 (2006). 病床削減と病棟移転顛末記飯田病院で起きたことを聞いてくれ. *精神看護*, 9(1), 16-22.
- 伊藤順一郎 (2008). ACTは病床削減に貢献できるのか? (特集 Assertive Community Treatment (ACT) は日本の地域精神医療の柱になれるか?). *精神医学*, 50(12), 1177-1185.
- 勝田祐輔 (2000). WBSの本質と現実的な活用方法. *UNISYS TECHNOLOGY REVIEW*, 67(NOV), 56-68.
- Madden, S., Martin, D.K., & Downey, S., et al. (2005). Hospital priority setting with an appeals process: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy*, 73(1), 10-20.
- Meeker, B.F. (1971). Decision and Exchange. *American Sociological Review*, 36(3), 485-495.
- Meyer, P.S., & Morrissey, J.P. (2007). A Comparison of Assertive Community Treatment and Intensive Case Management for Patients in Rural Areas. *Psychiatric Services*, 58(1), 121-127.
- Mullen, B., & Copper, C. (1994). The relation Between Group Cohesiveness and Performance: an Integration. *Psychological Bulletin*, 115(2), 210-227.
- 日本総合病院精神医学会 (2009). 総合病院精神科の危機とこれからの役割-総合病院精神科のネクストステップ 2009-. 東京: 日本総合病院精神医学会.
- 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会 (和田健, 野口正行, 中嶋義文他) (2009). 総合病院精神科の現状とめざすべき将来-総合病院精神科のネクストステップ 2009-. *総合病院精神医学*, 21(4), ss1-ss30.
- 野口正行 (2009). 佐野市における総合病院精神科と地域社会福祉法人の連携の試み. *日本社会精神医学会雑誌*, 18(2), 266-272.
- Olden, P.C. (2003). hospital and community health: Going from stakeholder management to stakeholder collaboration. *Journal of Health & Human Services Administration*, 26(1), 35-57.
- Robbins, S. P. (高木晴夫訳) (2009). *組織行動のマネジメント*

- ト. 東京：ダイヤモンド社.
- Sánchez-Algarra, P., & Anguera-Argilaga, M. (2005). Time Management in the Cost Evaluation of Limited Resource Programs. *Quality & Quantity*, 39(4), 391-411.
- 佐々木一 (2010). 精神医療の提供実態に関する国際比較研究. 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, 53-138.
- 精神保健福祉対策本部 (2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>.
- Shepherd, S., McClaran, J., & Phillips, C.O., et al. (2010). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*, 20(1): CD000313.
- Tulloch, A.D., Fearon, P., & David, A.S. (2008). The determinants and outcomes of long-stay psychiatric admissions: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43(7), 569-74.
- 吉本博昭 (2008). 危機に瀕する総合病院精神科 再生は可能か 総合病院精神科は病床削減により、生き残れるか 富山市民病院による各種の取り組みと苦悩. *精神神経学雑誌*, 110(11), 1072-1076.
- 吉本博昭 (2010). 有床総合病院精神科の危機と課題. *総合病院精神医学会雑誌*, 52(3), 221-228.

■第 30 回日本社会精神医学会 (奈良) : シンポジウム 5 「総合病院精神科とコミュニティ精神医療」

『抱える』医療から『つなぐ』医療へ

—総合病院精神科のダウンサイジングと地域精神医療の取組み—

渡邊博幸

1. はじめに

本邦のいわゆる総合病院精神科の危機は年々深刻化し、2002年～2008年の6年間で、有床総合病院精神科は、272から239と33施設に、病床は21,732床から17,319床に減少した⁵⁾。6年間の間で、4,413病床がなくなったことになる。

総合病院精神科の病床削減は、①医療経済的評価の低さによる病院経営上の理由と、②労働環境悪化による精神科勤務医師数減少などの要因により、負のスパイラルが形成され進行する¹⁾。しかし、いくつかの総合病院精神科では、少ない人的資源や乏しいインフラ環境の中でも、単なる病床削減・規模の縮小に留まらない、ダウンサイジングと地域移行を試み成功させている^{2,6,10)}。

これらの試みに共通するのは、縮小危機を、「入院医療から地域医療へ」という精神科医療のフレームシフトを先導するチャンスと捉え、科全体のスタッフを巻き込んで改革を進めたこと、自科の診療機能を選択・明確化し、本来、地域で担え

る、あるいは担うべき分野を院外の地域医療福祉ネットワークに移すという方略をとったこと、患者家族への説明会・勉強会・グループ活動などを通して、丁寧な情報提供を行っていることなどである。

これらの試みは、「地域医療の担い手」という総合病院精神科が本来持っていた基本機能³⁾を再認識させるとともに、現在の医療状況の中で、どのように地域医療を担っていくのかという問いに、一つの解法を与えていると言えよう。

総合病院精神科が地域精神医療の中心となりうる理由について、高橋は、①身体科治療と同じような治療を受けることができること、②精神科的問題のトリアージの役割をすること、そして③他の社会的資源と協働することを挙げている⁷⁾。藤原も、総合病院精神科の危機を解決する方法の中で、「地域社会資源との連携」を挙げている¹⁾。

この『連携』『協働』に立ち戻ることが、医師の離職と低収益性の負のスパイラルに陥った総合病院精神科の危機を打開するきっかけとなるのではなかろうか。上記の推論をもとに、ある総合病院精神科で計画的に行われた病床ダウンサイジングとアウトリーチシフトの概要を示し、地域社会資源とどのような協働がなされているのか、紹介する。

2. 旭中央病院精神科のダウンサイジングとアウトリーチシフト 「抱える」医療から「つなぐ」医療へ

筆者が所属していた国保旭中央病院は、100万人の対象人口を持ち、千葉県東部に位置する基幹

英文タイトル: Psychiatric Beds Downsizing in General Hospitals and Outreach Shift in Community Psychiatry
著者連絡先: 渡邊博幸 (千葉大学 大学院医学研究院 精神医学)
〒260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1
TEL: 043-226-2149 FAX: 046-226-2150
E-mail: hwata@faculty.chiba-u.jp
Corresponding author: Hiroyuki Watanabe, M.D., Ph.D.
Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine,
Chiba University
1-8-1, Inohana, Chuou-ku, Chiba-shi, Chiba 260-8670, Japan

千葉大学 大学院医学研究院 精神医学
Hiroyuki Watanabe: Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Chiba University

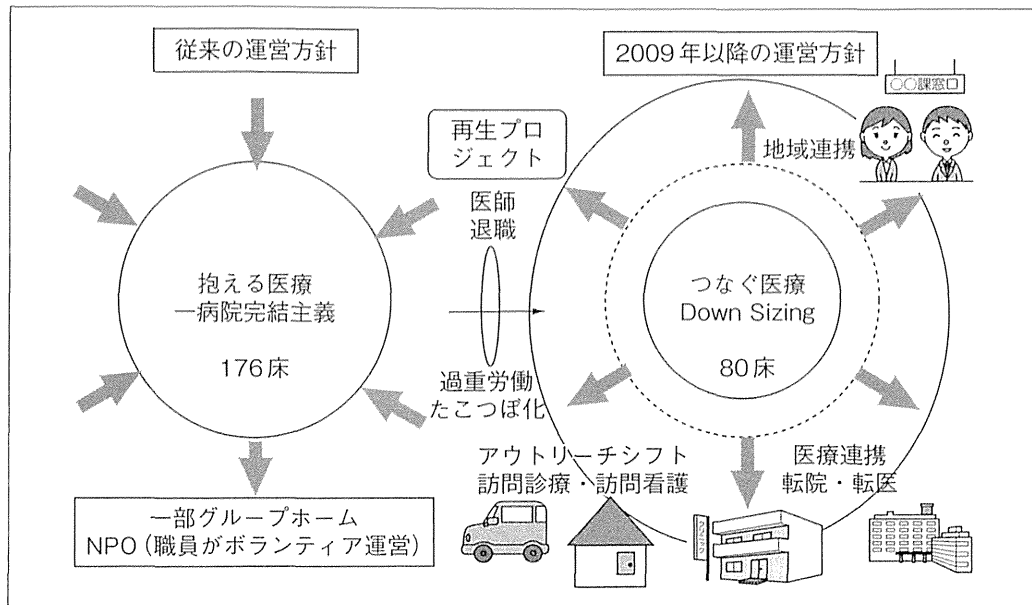


図1 当科における地域連携のパラダイム転換

総合病院である。1次から3次まですべての救急を24時間体制で行っており、神経精神科（以下当科と略す）もまた、県の救急システム経由、近隣医療機関からの紹介、地域の行政・保健・警察経由の依頼、患者家族の自発的受診など、あらゆる救急ケースに対応している。

当科は、2005年当時で精神科病床数237床を有し、2007年からは、公立総合病院精神科ではほぼ当科のみといってよい救急入院料算定病棟を1つと、3つの慢性期病棟で構成されており、いわば、救急機能、総合病院精神科機能、中規模の精神科単科病院機能を併せ持つという複雑な診療業務構造を呈していた。また、救急から地域移行まですべてを自院でまかなう『一病院完結主義』を特徴としていた。

この肥大化したシステムは、総合病院精神科としてさまざまなひずみを生じ、2008年秋には、当科の複数医師の退職が相次いで予定されることとなり、精神科救急を維持できなくなるおそれが生じた。同時期に隣市にある銚子市立病院の休止決定も重なり、千葉県東部の公立総合病院の精神科診療機能、地域の精神科救急機能が消滅してしまうおそれが生じた。

そこで、当科では、2008年度下半期から、2年

間の再生プロジェクトを始動した。地域・自院が求めるニーズの把握、診療機能の選択と集中、地域連携をキーワードに、医師数減少に対応した診療業務量への適正化を図るため、病床ダウンサイジングを行い、4病棟から2病棟に、176床から80床に削減した（図1）。当時、長期在院患者群101名はGAF平均値 30.6 ± 14.4 点と、精神症状・生活障害も重く、また、身体合併症や認知症併存例、さらに、家族サポートや住居インフラも消滅している患者も多かった。ほぼ全例が2003年の院内調査で、『継続入院が必要』と判定されていた。

このような退院困難な患者の地域移行、自立生活維持を支えるために、5人の訪問看護師を擁する精神科特化型訪問看護ステーション“旭こころとくらしのケアセンター”を2009年10月に開設した。

また、当科所属のコメディカルを再編し、2名の精神保健福祉士と1名の作業療法士からなるアウトリーチ専門チームである“コミュニティケア実務グループ”を同時期に立ち上げ、双方の組織が協働して、包括型地域生活支援プログラム（ACT）などを導入し、重症患者を在宅訪問で支えることにした。

さらに、退院後の生活の場を確保するため、地