

臨床は原理的に存在しないと言えるだろう。そして個人精神療法を施行群と非施行群に分けて比較するコントロール・スタディは原理的に不可能であると言い換えることができる。

施行に際して明記すべき事柄

- 患者と治療者のあいだを往復する感情的な動きが大きな役割を演じる。
- そのためモノログ的ではなくダイアログ的なコミュニケーションを心がける必要がある。
- それには患者の自発的な訴え全てに耳を傾けることを要する。
- 治療者の声や表情、振る舞いも重要な役割を果たし、治療者自身の自己への信頼やこころの温かさが求められる。
- 健康なこころの防衛を強化し、損なわれた能力を回復させるためには温かくて友好的で強い指導力と洞察力が求められる。
- 患者の健康な依存欲求を満足させながら、自己の責任能力を回復させるよう支持する。
- 解釈する、しないに関わらず患者と治療者のあいだで起きる転移(無意識的コミュニケーション)を理解することは良好な治療関係を維持するために重要である。
- スーパーヴィジョンや症例検討会などで治療者としての機能を向上させ維持することが求められる。

2) 認知行動療法

認知行動療法については今回ほとんどが未実施であった。これはわが国では精神

病性障害にも認知行動療法が有効であるという事実があまり知られておらず、適応についてはうつ病に限定される傾向によるものと思われる。しかし、英国を中心とした各国で有効性のエビデンスは数多く報告されている。ターゲットとする症状は薬物療法抵抗性の陽性症状に限定されるようである。

施行に際して明記すべき事項

- 協働的実証主義に基づき症状についての詳細な情報を患者本人から得る。
- 薬物療法抵抗性の陽性症状は「認知と行動の偏りにより維持されている」という仮説に基づき、認知と行動の適応性・柔軟性を向上させ、対処法を学習・強化することを目的とする。
- 詳細なアセスメントと認知行動モデルに基づく個別の定式化を行い、当事者と共有する。
- ノーマライゼーションの視点に立った心理教育を重視する。
- 再発予防を重視する。
- 統合失調症などの精神病性障害は他の精神障害よりも回数をかなり多く設定する必要がある。

3) 行動療法

暴露療法など狭義の行動療法については今回実施が少ないようである。それには、自己の不適応行動を客観視する能力やしっかりした治療動機を要するため自我機能が障害されている統合失調症を始めとする精神病性障害患者は対象となっていないことが推測される。また認知行動療法の適応範囲が拡大し、行動療法はそれに吸

収され自我機能が障害されていない恐怖症性障害や強迫性障害、発達障害の誤学習による不適応行動など適応が限定されるようになったと思われる。慢性統合失調症の長期入院者にはトークン経済などの報酬学習の技法が生活指導などで使用されることがある。

施行に際して明記すべき事柄

- 不適応行動を誤学習や学習の欠落としてとらえる。
- 現在の生活場面に焦点を当てる。
- 行動療法の色々な技法を組み合わせで使用する。
- 治療計画は双方の合意で形成する。

4) 集団精神療法

集団精神療法は 10%程度の未実施であった。これは、わが国での統合失調症などの精神病性障害に対する SST、心理教育、作業療法などのプログラムに集団活動を使い集団療法的アプローチを行うことからきているのではないだろうか。狭義の言語的な集団精神療法の有効性を示したエビデンスは決して多くはないが、ヒトが言語を持つ唯一の社会的動物であるという習性と、現代社会において準拠集団を失いつつあるわが国の現状を考えると退院後に地域社会という集団に属することになる患者にとって集団精神療法は有用な治療法と考えられる。また退院困難な患者の長期入院による様々な喪失体験を乗り越えて人生を統合する作業にも集団精神療法は有用である。

施行に際して明記すべき事柄

- 急性期の幻覚妄想状態を脱する頃から開始して、現実感を取り戻し「二重の見当識」の健康な部分を強化する。
- 慢性期には、主体性を発揮できる治療共同体的な集団運営が効果的である。
- どちらの段階でも安全が保障された安定した治療構造を設定しなければならない。
- オープンダイアログ（開かれた対話）により自由な会話が展開すること自体が目的であり何か結論めいたものを出すことを目的としない。
- 治療者は、進行役に徹して、患者たちが自発的に自分の言葉で自分のことを話せるように促す。

5) 作業療法

本研究では 70%以上の多くの患者に適応されたが、重症患者に特に有効という結果は得られなかった。またアンケート調査では「多くのケースで有効」69.4%、「ケースによっては有効」26.4%との回答であり臨床現場では有効性が実感されていた。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 日常生活の活動（アクティビティ）に注目し、それを用いたアプローチを心がける。
- アクティビティは「目的として用いる場合」と「手段として用いる場合」がある。
- 基本的には個人へのアプローチであるが、集団・場を意識することが望ましい。
- 従来は慢性期へのアプローチとして捉えられることが多かったが、急性期

からの関わりや退院後に備えたプログラムなど各病期でのプログラムを準備することが望ましい。

- 退院後の自宅や施設内での生活を踏まえた具体的なプログラム（買い物、料理、交通機関利用など）を考慮すべきである。

6) 心理教育

本研究での実施は 10%に満たず少なかった。全患者での有効性は示されたが、暫定基準を満たす患者では証明されなかった。アンケートでも多くのケースで有効と回答したのが 21. 8%、「取組みがない」が 30. 4%で、十分に実践されてはいなかった。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 知識や情報の習得だけでなく、主体性を擁護し、疾病や障害に対する対処法の習得をめざす。
- 病気や障害を患者本人から切り離し、患者・家族・専門家が等しい立場で取り組むことが望ましい。
- 系統だったプログラムやテキストを利用することで理解が深まる。
- 個人へのアプローチと同時に集団で取り組むことによって効果が増強する。
- ピアサポートの視点を持つことでエンパワメント効果が得られる。
- 治療初期より心理教育を行うことで疾病理解が深まり、治療に対する認識が進む。

7) SST（退院準備等の特定のプログラム

および一般的プログラム)

退院準備プログラムなど専門職が行う特定のプログラムや一般的なプログラムの実施は 5%程度と非常に少なかったが、取り組まれた患者の大部分は退院に至っていた。アンケートでも効果は認められつつも取り組む施設は少なかった（「取組みなし」が SST 特定で 41.1%、SST 一般で 30.8%）。SST の施行は一部の施設に止まっているが、施行例においては効果を認めている。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 認知行動療法の視点を持ち、患者自身の主体的な行動学習の支援を行う。
- モデリング、ロールプレイ、ポジティブフィードバック等を基本的な技術とする。
- 再学習した行動について実際の生活での使用（般化）を促す。
- 集団療法や家族支援など他のリハビリテーションプログラムと併用することでその効果は強くなる。
- スタッフは専門的研修を受けて行う。

8) 退院前訪問指導

全体で 15%前後の頻度で取り込まれ重症・非重症に関わりなく退院促進効果が認められた。ただし主治医が退院可能と判断した群で有意に多く実施されるというバイアスはあった。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 自宅退院の場合、家族が最も不安に感じているのは何かを注意深く聞く。
- 生活の場で本人とキーパーソンとの

関係性を把握する。

- 生活環境を確認する（買物、通院、通所、交通、余暇活動など）。
- 生活する上での問題を予想し必要な資源を見極める。
- 退院後利用する事業所が想定されている場合は見学し、双方の受け入れ状況を確認する。
- 1回だけの訪問ではなく、また早期からの訪問が望ましい。特に入院直後は効果的である。
- 施設が退院先の場合、本人・家族に退院先を見てもらい生活のイメージを持ってもらう。

9) 服薬管理

全体で 24.6%、暫定基準を満たす患者で 27.8%に適応され、かつ有効性が示された。またアンケートでも「多くのケースで有効」45.1%、「ケースによっては有効」が 50.7%であり、多くの施設で実施され「有効でない」と評価した施設はなかった。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 再発予防に帰する服薬の自己管理は服薬教育と併用することで促進される。
- 服薬遵守に焦点を絞ったプログラムが有効である。
- 服薬についての知識を提供するだけでなく、行動療法的な要素やサポートサービスが伴うことがより良い効果をもたらす。
- 服薬の自己モニタリング、思い出す鍵等を用いて具体的に指示し問題解決を図ることが望ましい。

- 単剤化や持続性注射剤の使用を検討することも同時に必要である。

10) 連絡調整会議

全体で 37.6%と比較的よく取り組まれたが退院促進効果は証明されなかった。この種の会議は事務連絡的になりがちなのかもしれない。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 重症患者の治療に焦点を当てた委員会等を立ち上げる必要がある。
- 多職種で検討を行なうことは必須である。
- 病棟カンファレンスなどで本人の意向、状態、退院先、課題を検討し退院時期の目途を決める。
- 担当者だけで問題を抱えることがないようにバックアップ体制を検討する。そのためには会議だけではなく日常業務でも連絡を密にとる。
- 長期入院患者の場合、決まった時期（例えば年始）に退院を目指す患者のリストアップやタイムスケジュールなどの計画を立てる。

11) ケア会議

全体での取組みは 20.3%で、重症者での退院促進効果が認められた。外部スタッフが入り家族も同席することがある。精神保健福祉士が連絡調整役を果たすことが多い。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 外部の地域スタッフとしては、入院前から患者に関わっており、退院後も継

続した関わりが期待される人物が望ましい。

- 患者・家族についての情報を共有する。
- 自治体職員は緊急対応や困難事例への対応に追われているため、あらかじめ支援計画を立てておく。
- 各事業所の役割分担や緊急対応を明確にしておく。
- 病状悪化時はいつでも対応可能であることを伝え各事業所の信頼を得るようにする。
- 家族の協力が得られる部分を明確にする。

12) 障害福祉サービスの導入

全体で 13.4%のケースで取り組まれ退院促進効果が見られた。実際、利用しないと退院できないケースに適応され必須のサービスである。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 本人・家族の意向を確認し必要なサービスを提案する。その際見学や体験により判断が容易にできるように援助する。
- サービスが拒絶される場合は一旦中止し、問題に直面した時に話し合う。
- 体験のなさからくる拒否の場合はとりあえず進めることもある。
- 利用手続きには2, 3 か月を要することがあるために時間的余裕をもって取り組む。
- 相談支援事業所など本人に関わる事業所は、精神障害者へのサービス提供実績があるところを提案する。
- 事業所には入院中から関わってもら

い、具体的な支援内容、料金など本人が安心と希望が持てるような説明をしてもらう。

- キーになる事業所を決め、退院後は生活状況や家族の様子を見ながら更に必要な支援を調整する。
- 親族不明の場合は成年後見制度の利用も考える。
- 施設入所の場合、施設でできることとできないこと、および家族の役割を明確にする。

13) 介護サービスの導入

全体では 8.6%の取組みであった。障害福祉サービスと同様利用しないと退院できないケースに適応され必須のサービスである。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 介護認定からサービス開始までには1, 2 か月を要するので時間的余裕を持って取り組む。
- すでに介護度が出ている場合は、現在の状態がふさわしいかを見直し、要すれば変更申請をする。
- 本人・家族の状況や意向を確認し、総合的に見て適切な退院先を検討する。
- ケアマネージャーに入院前のエピソードや入院中の状態、家族の状況等の情報を提供し、入院中から協力して退院準備を進める。
- ケアマネージャーが決まっていない場合は、本人の状態、退院後必要と思われるサービスを考慮して提案する。
- 各事業所に具体的な支援内容、料金を説明していただく。

- 施設入所の場合は、スムーズな移行ができるように退院先に情報を提供する。
- 親族不明の場合は成年後見制度の利用も考える。

14) 家族へのアプローチ

この項目は全体研究では取り上げられなかったが、アンケート調査では退院に至った患者の半数以上で有効と見なされ、ケースによっては有効までを含めるとほぼ100%に達するなど、家族へのアプローチは必須と言える。

施行にあたって銘記すべき事柄

- 家族自身精神的健康が相当に損なわれていることに配慮し支援的に接する。
- 家族は患者に対する罪責感と否定的感情との板挟みになっていることを理解する。
- 家族関係の診断には家族感情表出研究（EE 研究）の所見などを参考ににする。
- あらゆる機会を設けて家族と接触する。病院における患者の治療活動を見てもらうことを含める。
- 退院に対する家族の不安に応える。精神症状、生活能力、経済的問題等々、すべての不安に対して、医師、看護師、精神保健福祉士等のチームで対応していく。
- 退院後の家族の役割を明確化する（同居の場合、単身生活の場合、施設入所の場合）。
- 可能な限り家族心理教育などのプロ

グラムを導入する。

- 地域家族会、病院家族会等への参加を勧め社会的ネットワークを強化する。

参考文献

以下の文献はいわゆるエビデンスを示した研究ではなく、総説や指針が主体である。

- 1) アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編（池淵恵美、内野俊郎、平安良雄監訳）：**Evidenced-Based Practice** 日本語版実践・普及ツールキットー第5巻IMR・疾病管理とリカバリーII.ワークブック編ー.日本精神障害者リハビリテーション学会,2009
- 2) アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部（SAMHSA）編（日本精神障害者リハビリテーション学会、日本心理教育・家族教室ネットワーク監訳）：**アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットシリーズ FPE・家族心理教育プログラム I. 本編**
- 3) 後藤雅博：心理教育.臨床精神医学(41),211-216,2012
- 4) 樋口典子：生活に戻るー社会復帰施設を持たない医療機関での退院援助ー.治療の聲, 5:57-64, 2003 (T97)
- 5) 池淵恵美：S S T（生活技能訓練）の作用機序と臨床現場での効果的な実施方法.精神医学 55(3):215-222,2013
- 6) 伊藤純一郎：精神障害リハビリテーション学 236-242, 金剛出版 東京
- 7) 木下彰人：長期入院患者への退院支援ピアサポーターとともに. 日本精神科看護学術集会誌 56(3) 170-174, 2013

- 8) Kuipers L, et al: Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide. pp6-9, Gaskell, London, 1992 (三野善央, 他訳: 分裂病のファミリーワーク. 家族を治療パートナーにする実践ガイド. 星和書店, 1995)
- 9) 桑水流浩章、大橋郷子: 精神科社会復帰病棟で「退院準備プログラム」を活用した取組み 服薬アドヒアランスの向上をめざして. 日本精神科看護学会誌 54(3):38-42, 2011
- 10) Leff J, et al: Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. The Guilford Press, New York, 1985 (J. レフ/C. ヴォーン著, 三野善央/牛島定信訳: 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版, 1996)
- 11) 南塚敬子、阿部宏子: 精神科病院における薬剤師の現状と課題 服薬プログラムを運用して. 日精協誌 24(12):1238-1243
- 12) 丹羽真一編: 新世紀の精神科治療(9) 薬物療法と心理社会的療法の統合. 117-158, 中山書店 東京
- 13) 荻原善茂: 精神障害リハビリテーション学 219-224, 金剛出版 東京
- 14) 大下隆司: 退院のための薬物療法の工夫—単剤化・Clozapine— 精神科治療学 29(1):31-36 2014
- 15) 太田光美ほか: 退院のための作業療法の視点—希望に添った重層的支援を行って— 精神科治療学 29(1):59-63, 2014
- 16) Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD: Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusion from meta-analysis. Schizophr Bull 32:s64-s80, 2006
- 17) Roger Morgan : F.N.Watts 他編 福島裕監訳: 精神科リハビリテーションの実際 1 臨床編 212-232 岩崎学術出版, 東京, 1991
- 18) 皿田洋子: 精神分裂病を対象とした生活技能訓練とその効果. 精神神経誌 94: 171-188, 1992
- 19) 内野俊郎 牧田潔: 急性期病棟における心理教育の実践 最新精神医学 11(6):527-532, 2006
- 20) 山根寛: 場(トポス)を生かす. 鎌倉矩子, 他編 ひとと集団・場, 63-79 三輪書店, 東京, 2000
- 21) 八重樫穂高 藤井康男: 持続性注射製剤の患者受け入れ促進をめざして-GAIN アプローチを用いた患者との共同作業の試み- 精神科治療学 30(7) 905-914 2015
- 22) 山根寛, 他: 回復過程にそった作業療法の役割と連携のあり方に関する研究—2000 年度報告. 平成 12 年度厚生科学研究「精神医療保健福祉に関わる専門職に関する研究」分担研究報告書, 2001
- 23) 吉見明香ほか: 疾病管理とリカバリー (Illness Management and Recovery: IMR) の精神科病院への導入. 精神科治療学 29(1), 53-57(2014)
- D. 結論
前向き研究および重症入院患者のアンケート調査より効果的な心理社会的治療

／方策を明らかにすることができ、その所見をもとに専門的検討を重ねた上で、重症入院患者の心理社会的治療／方策の治療指針を提示した。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- 1) 安西信雄、井上新平：全国の精神科病院への新規入院患者の前向き調査から「重度かつ慢性」の基準と必要な治療を考える．第35回日本社会精神医学会，岡山，2016年1月28日

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<参考>

岡山県精神科医療センター年報より

西2入院（重度慢性期入院棟） 病床数 55 床

[機能及び入院適応]

岡山県内や近隣県の精神科病院の複雑困難例、急性期治療を終えて地域移行の支援の組み立てが必要な患者、クロザピン導入目的の患者、症状が安定しても自尊心の回復など退院に時間が必要な患者などが入院対象です。個別のケアプランを計画実施し地域移行を促進します。

[構成]

隔離室	18 室（うち保護室 11 室、準観察室 4 室、特室 1 室、水治療対応室 2 室）
1 人床	15 室
4 人床	4 室
準観察室	6 室
その他（観察室）	2 室

[スタッフ]

医師	4 名
看護師	30 名
精神保健福祉士	2 名
作業療法士	1 名

[活動報告]

入院・転入院初期のケース会議を、評価基準を用いて多職種で行い（蓮根カンファレンス）早期退院を目指しました（入院・転棟 3 か月以内に 40%が、6 か月以内に 12%が退院）。また、地域の支援機関との連携を推進し地域移行につなげました（ネットワーク会議 233 件）。

患者の療養意欲を高めるため、岡山市精神障害者ピアサポーター派遣事業の利用や、地域病院交流会で当事者団体との交流の機会を設けました。

帰住地のアセスメントと調整のために退院前訪問（241 件実施）を実施して質の良い地域移行を促進しました。

[プログラム]

地域病院交流会 年 2 回。病棟に地域の当事者や支援者を招き交流する。

西2アクティ活動 週 1 回。1.5 時間アクティ利用。全員利用可能（不許可制）

西 2 体操 週 1 回。病棟ホールでストレッチ。全員参加可能（不許可制）
 つばさ会 週 1 回。統合失調症長期入院者のクローズドグループ活動
 もぐら会 週 2 回。1 年以上隔離継続経験者のクローズドグループ活動

[統計]

病床運営状況 入院患者数 75 人
 転棟による入院 95 人
 退院患者数 131 人
 転棟による退院 43 人
 平均在院日数 193.0 日
 病床利用率 99.0%

入院形態（転棟は含まない）

任意入院 54%
 医療保護入院 33%
 応急入院 5%
 措置入院 3%
 鑑定入院 5%

退院先

自宅（同居） 56%
 自宅（単身） 23%
 施設・里親 1%
 転院（精神科） 14%
 転院（精神科以外） 5%
 その他 1%

疾患別入院患者数（75 人。転棟は含まない）

統合失調症 54 人
 中毒性精神障害 5 人
 気分障害、精神遅滞、心理的発達の障害 各 3 人
 神経症、神経系疾患、精神疾患以外 各 2 人
 小児・青年期発達の障害 1 人

表1 心理社会的治療／方策の施行割合

	重症患者 (N=361)	非重症患者 (N=358)	全体 (N=719)	p値
個人精神療法	56.8%	54.5%	55.6%	0.549
認知行動療法	1.1%	1.4%	1.3%	0.751
行動療法	5.5%	5.0%	5.3%	0.868
作業療法	69.0%	75.7%	72.3%	0.046*
集団精神療法	10.0%	9.8%	9.9%	1.000
心理教育	9.7%	9.2%	9.5%	0.899
SST(特定)	5.5%	5.6%	5.6%	1.000
SST(一般)	5.5%	6.4%	6.0%	0.640
退院前訪問指導	17.2%	15.6%	16.4%	0.615
服薬管理	27.4%	21.8%	24.6%	0.084
連絡調整会議	38.5%	36.6%	37.6%	0.644
ケア会議	23.5%	17.0%	20.3%	0.033*
障害福祉サービス導入	13.6%	13.1%	13.4%	0.913
介護福祉サービス導入	8.6%	8.1%	8.3%	0.893

* p<0.05, ** p<0.01

SST(特定);退院準備プログラムなど構造化されたプログラム, SST(一般);その他の通常のプログラム
作業療法は重症患者で少なくケア会議は重症患者で多く施行されている。服薬管理は重症患者で多く施行される傾向がある。

表2 医師の退院に関する判断と心理社会的治療／方策の施行割合

	医師の判断		p値
	退院可能 (N=640)	退院困難 (N=79)	
個人精神療法	57.2%	43.0%	0.022*
認知行動療法	1.5%	0%	0.612
行動療法	3.1%	5.1%	0.323
作業療法	71.1%	59.5%	0.038*
集団精神療法	8.8%	5.1%	0.386
心理教育	7.7%	7.6%	1.000
SST(特定)	5.6%	3.8%	0.391
SST(一般)	5.2%	3.8%	0.787
退院前訪問指導	10.6%	2.5%	0.016*
服薬管理	20.8%	13.9%	0.18
連絡調整会議	32.0%	27.8%	0.522
ケア会議	15%	3.8%	0.005**
障害福祉サービス導入	8.9%	3.8%	0.136
介護福祉サービス導入	9.1%	2.5%	0.051

* p<0.05, ** p<0.01

ベースラインでの判断とベースラインでの予定した治療

個人精神療法・作業療法・退院前訪問指導・ケア会議において、退院可能と判断されたケースの方が有意に多く計画されている。介護福祉サービスでは同様の傾向がある。

表3 全患者における心理社会的治療／方策と退院率

治療／方策(実施した患者数)	実施された患者の退院率	実施されなかった患者の退院率	p値
個人精神療法(N=400)	79.3%	67.7%	0.001**
認知行動療法(N=9)	88.9%	73.9%	0.459
行動療法(N=38)	4.3%	8.1%	0.057
作業療法(N=520)	72.9%	77.4%	0.253
集団精神療法(N=71)	77.5%	73.8%	0.569
心理教育(N=68)	85.2%	73.0%	0.029*
SST(特定)(N=40)	67.5%	74.5%	0.353
SST(一般)(N=43)	67.4%	74.6%	0.288
退院前訪問指導(N=118)	88.1%	71.4%	0.000**
服薬管理(N=177)	84.2%	70.8%	0.000**
連絡調整会議(N=270)	70%	76.6%	0.053
ケア会議(N=146)	80.8%	72.4%	0.044*
障害福祉サービス導入(N=96)	88.5%	71.9%	0.000**
介護福祉サービス導入(N=60)	81.7%	73.4%	0.217

* p<0.05, ** p<0.01

全患者での退院率=74.1%

退院率が有意に高かった治療は、個人精神療法、心理教育、退院前訪問指導、服薬管理、ケア会議、障害福祉サービス導入であった。同じく高い傾向があったのは連絡調整会議であった。

逆に退院率が有意に低い傾向があったのは行動療法であった。

表4 重症患者における心理社会的治療／方策と退院率

治療／方策(実施した患者数)	実施された患者の退院率	実施されなかった患者の退院率	p値
個人精神療法(N=205)	77.0%	62.2%	0.002**
認知行動療法(N=4)	75%	70.6%	1.000
行動療法(N=20)	40%	72.4%	0.004**
作業療法(N=249)	68.6%	75.9%	0.169
集団精神療法(N=36)	75%	70.2%	0.700
心理教育(N=35)	80%	69.6%	0.244
SST(特定)(N=20)	65%	71.0%	0.615
SST(一般)(N=20)	60%	71.3%	0.314
退院前訪問指導(N=62)	85.5%	67.6%	0.005**
服薬管理(N=99)	82.9%	66.0%	0.002**
連絡調整会議(N=139)	66.9%	73.0%	0.236
ケア会議(N=85)	77.6%	68.5%	0.134
障害福祉サービス導入(N=49)	85.7%	68.2%	0.011*
介護福祉サービス導入(N=31)	83.9%	69.4%	0.102

* p<0.05, ** p<0.01

全重症患者での退院率=70.6%

個人精神療法、行動療法、退院前訪問指導、服薬管理、障害福祉サービス導入で有意差を持って退院と関連。ただし行動療法は逆の関係。また介護福祉サービス導入は障害福祉サービスと同様の傾向がある。

表5 心理社会的治療／方策の実施と病院スタッフ数

		常勤精神科医1人当たり 病床数		看護師1人あたり病床数		作業療法士1人当たり病 床数		精神保健福祉士1人当た り病床数		臨床心理士1人当たり病 床数		全スタッフ1人当たり病床 数	
		平均	p値	平均	p値	平均	p値	平均	p値	平均	p値	平均	p値
個人精神療法	実施	38.5	0.03*	2.9	0.05	41.9	0.21	40.2	0.03*	148.6	0.07	2.2	0.08
	非実施	41.6		3.3		44.1		44.0		192.6		2.2	
認知行動療法	実施	46.1	0.32	2.8	0.76	51.0	0.31	36.2	0.45	121.8	0.67	2.1	0.83
	非実施	39.8		3.1		42.8		42.0		168.1		2.2	
行動療法	実施	35.0	0.11	2.8	0.53	34.8	0.04*	38.7	0.38	128.6	0.44	2.1	0.34
	非実施	40.2		3.1		43.3		42.1		169.8		2.2	
作業療法	実施	41.0	0.01**	3.1	0.22	41.0	0.00**	42.1	0.69	164.4	0.66	2.2	0.46
	非実施	36.9		2.9		48.4		41.3		176.3		2.2	
集団精神療法	実施	36.4	0.10	2.7	0.20	37.3	0.04*	36.6	0.04*	197.6	0.41	2.0	0.01**
	非実施	40.3		3.1		43.5		42.5		164.2		2.2	
心理教育	実施	35.3	0.04*	2.5	0.06	35.8	0.01*	38.9	0.26	142.2	0.48	1.9	0.00**
	非実施	40.4		3.1		43.6		42.2		170.3		2.2	
SST(特定)	実施	39.3	0.85	3.7	0.12	42.4	0.89	39.5	0.49	361.8	0.00**	2.2	0.81
	非実施	39.9		3.0		42.9		42.0		156.0		2.2	
SST(一般)	実施	41.4	0.58	3.0	0.83	45.7	0.43	48.8	0.04*	156.2	0.81	2.3	0.46
	非実施	39.8		3.1		42.7		41.4		168.3		2.2	
退院前訪問指導	実施	32.5	0.00**	2.9	0.56	36.3	0.00**	35.4	0.00**	131.2	0.18	2.0	0.00**
	非実施	41.3		3.1		44.2		43.2		174.8		2.2	
服薬管理	実施	36.4	0.01**	2.9	0.34	39.4	0.03*	39.6	0.12	183.2	0.46	2.1	0.00**
	非実施	41.0		3.1		44.1		42.6		162.3		2.2	
連絡調整会議	実施	37.3	0.01**	3.0	0.82	41.0	0.11	38.7	0.00**	131.4	0.02*	2.1	0.08
	非実施	41.4		3.1		44.0		43.9		188.6		2.2	
ケア会議	実施	35.2	0.00**	2.9	0.40	41.3	0.36	38.4	0.04*	128.3	0.10	2.0	0.00**
	非実施	41.1		3.1		43.3		42.8		177.8		2.2	
障害福祉サービス導入	実施	34.1	0.00**	2.9	0.50	37.1	0.01*	34.9	0.00**	110.4	0.06	1.9	0.00**
	非実施	40.8		3.1		43.8		43.0		176.2		2.2	
介護福祉サービス導入	実施	39.4	0.84	3.1	0.94	44.3	0.63	40.0	0.49	184.2	0.69	2.2	0.81
	非実施	39.9		3.1		42.8		42.1		166.1		2.2	

* p<0.05, ** p<0.01

表6 取り組まれた心理社会的治療／方策

	多くのケースで有効	ケースによっては有効	有効でない	取組みなし
個人精神療法(N=70)	30(42.9%)	30(42.9%)	0(0%)	10(14.3%)
認知行動療法(N=69)	5(7.2%)	11(15.9%)	1(1.4%)	52(75.4%)
行動療法(N=68)	5(7.4%)	14(20.6%)	1(1.5%)	48(70.6%)
作業療法(N=72)	50(69.4%)	19(26.4%)	0(0%)	3(4.2%)
集団精神療法(N=70)	8(11.4%)	20(28.6%)	2(2.9%)	40(57.1%)
心理教育(N=69)	15(21.8%)	32(46.4%)	1(1.4%)	21(30.4%)
SST(退院準備プログラム等)(N=70)	7(10.0%)	33(47.1%)	1(1.4%)	29(41.4%)
SST(上記以外のもの)(N=71)	7(9.9%)	35(49.3%)	2(2.8%)	27(30.8%)
退院前訪問指導(N=71)	35(49.3%)	28(39.4%)	0(0%)	8(11.3%)
服薬管理(N=71)	32(45.1%)	36(50.7%)	0(0%)	3(4.2%)
連絡調整会議(院内スタッフ)(N=70)	39(55.7%)	25(35.7%)	1(1.4%)	5(7.1%)
ケア会議(外部の地域スタッフを含む)(N=71)	31(43.7%)	32(45.1%)	1(1.4%)	7(9.9%)
障害福祉サービスの導入(N=72)	31(43.1%)	36(50.0%)	3(4.2%)	2(2.8%)
介護福祉サービスの導入(N=71)	27(38.0%)	39(54.9%)	1(1.4%)	4(5.6%)
家族へのアプローチ(N=70)	40(57.1%)	28(40.0%)	1(1.4%)	1(1.4%)

治療の括弧内は回答病院数
病院数(%)

表7 利用した事業

	多くの/すべてのケースで利用	ケースによって利用	まったく利用せず
退院促進支援事業(N=63)	1(1.6%)	26(41.3%)	36(57.1%)
精神障害者地域移行・地域定着支援事業(N=64)	0(0%)	36(56.3%)	28(43.8%)
精神障害者アウトリーチ推進事業(N=65)	0(0%)	8(12.3%)	57(87.7%)
精神療養病棟入院料の退院調整加算(N=66)	9(13.6%)	19(28.8%)	38(57.6%)
精神科退院指導料(N=68)	47(69.1%)	17(25.0%)	4(5.9%)
精神科退院前訪問指導料(N=70)	22(31.4%)	41(58.6%)	7(10.0%)
精神科地域移行実施加算(N=68)	12(17.6%)	27(39.7%)	29(42.6%)
精神保健福祉士配置加算(N=62)	4(6.5%)	5(8.1%)	53(85.5%)

事業の括弧内は回答病院数
病院数(%)

表 8 病院独自の取り組み

<p>住居</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・グループホームのユニットを段階的に増設（定員 26 人ユニット数 6）し長期在院の高齢患者が退院。併設する訪問看護 ST のスタッフ増員、退院前から関係性構築。 ・地域移行型施設グループホーム（2 年間入居）を経過し退院後に生活援助事業を行う。 ・関連施設管理のアパートに体験入所。 ・院外に宿泊訓練用の居室を設けスタッフ同伴外泊。 ・グループホームや生活訓練施設への集団見学と実施。 ・法人所有のグループホームに退院希望の患者を同じ居室で過ごす等のグループとして支援。年齢の近い数名の入院者でグループワークを施行 ・住宅型有料老人ホームの設立。自宅への退院が困難で介護保険の要介護認定では介護認定が降りず施設へ入居できないため、受入先となる施設が存在せず、退院が困難な状況にある患者が対象。 ・集団退院プログラムによるグループ退院。住居開拓のために不動産業者と協力。慢性期退院支援パスを試行中。 ・法人所有のグループホームに退院希望の患者を同じ居室で過ごす等のグループとして支援。年齢の近い数名の入院者でグループワークを施行。
<p>教育・研修</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・年 1 回、院内・院外の医療関係者を対象にした研修を施行。 ・外部講師を招いての地域移行への勉強会やケースを使つての意見交換を実施。院内での福祉サービスの勉強会
<p>地域連携／行政との関わり</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援プログラムや体験利用などを通して地域事業者と連携。 ・県内の保健所や近隣の事業所を招いて病院の退院支援への取組みを説明。 ・県事業の「精神障害者地域療養支援事業」に参加 ・周辺住民への迷惑行為などのあったケースは住民への説明を行う。 ・市独自の事業である地域移行推進事業の取組を利用。 ・県の退院促進のための特別対策事業。市の自立支援協議会内に地域移行ワーキンググループ設立され参画。圏域の精神保健福祉に関するワーキンググループの設立と参加。 ・デイケアの見学、生活訓練事業所の見学。 ・県の高齢者患者退院促進事業委託、長期入院患者地域移行支援事業を受託。
<p>計画・遂行体制</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・退院促進会議、地域移行推進会議の設置。集団での施設見学ツアー、退院をめざす患者の病室編成、多職種カンファレンス。 ・「退院阻害要因検討」。Dr、NS、PSW、OT が各々独自に長期入院患者の退院可否や問題点の洗い出しを行い、退院可能性が高いグループに注力。 ・地域移行推進委員会の設置。退院前訪問指導の実施。退院後の連携機関の開拓。退院後の訪問継続による在宅支援。関係機関との連携。 ・地域医療連携室にベテラン看護師 2 名を異動、地域医療機関との連携強化に繋げる。 ・看護師（病棟・外来・訪問看護）作業療法士、精神保健福祉士、事務員による退院促進チームを組織。必要に応じて相談支援事業所と協働し活動。 ・地域移行支援委員会設置。中長期化あるいは退院困難となっている患者に対し、多職種によるチームを作り、問題解決→退院への支援を行っている。更に退院困難なケースは全体の症例検討会にかけ意見を求めている。月に 1 回、社会復帰関連施設合同カンファレンスを行い、退院後も訪問看護や関係機関との連携を行い、地域に定着するよう努めている。 ・退院調整ワーキンググループを地域生活支援連携室委員会の下部組織として設置。医局、退院調整師長、PSW、心理科、OT、各病棟の各代表で構成。 ・地域移行支援委員会、地域生活支援室、ピアサポーターの雇用。 ・10：1 レベルの看護体制。モジュール型変則固定ナーシングの採用。専従の当該病棟に PSW と OT を配置。

	<ul style="list-style-type: none"> ・精神科地域移行推進カンファレンスで5年以上入院中の患者全員を検討。構成メンバーは医師・看護師・作業療法士・医事課・PSWである。毎年、年間の目標退院数を設定。対象患者全員の現状と退院にむけた取組みが一覧で把握できるような資料を用いてカンファレンスを開催。 ・長期入院患者者の退院促進チームの設置。ピアサポーターとの交流活動。 ・ソーシャルワーカー所属部署がグループホーム2か所運営管理。病院OBがグループホーム世話人を担当、看護師の配置が可能。 ・入院早期から退院前訪問指導を行い退院について必要となる社会資源を検討。必要に応じて施設見学や障害福祉サービス・介護福祉サービスの利用の準備を行っている。地域での生活を支える目的で訪問看護を導入し、訪問看護ミーティングを1回/月担当の医師・PSW・看護師が集まり問題点を話し合っている。 ・多職種による退院支援チーム。 ・退院促進会議、地域移行推進会議の設置。集団での施設見学ツアー、退院をめざす患者の病室編成、多職種カンファレンス。 ・退院促進委員会設置。中心はリハビリテーション部（作業療法士が中心）が担っている。クロザピン治療を他院より受入れ退院に結び付けている。難治性精神疾患地域連携事業を動かし、通院のみ可能な連携医療機関とタイアップ。 ・相談支援事業所に配置された専任相談員が病棟に入り病院職員とともに退院支援や退院意欲の向上を目指す取組み
プログラム	<ul style="list-style-type: none"> ・ACTを施行。 ・療養病棟内にデイケアメンバーに来棟してもらうプログラム。 ・一人暮らし教室の開催。退院患者・入院患者の懇話会の開催。入院患者全員について月に1回の電話による病状報告。 ・陽性症状をとまなう症状が不安定な重症統合失調症患者に対する独自の方法論によるSSTを施行。 ・退院支援プログラムの実施（統合型精神科地域治療プログラムに基づく。多職種共同、地域とのネットワーク構築と共同）。県の退院促進のための特別対策事業。 ・ピアサポーターとの交流会実施。地域生活に関する説明会（配食サービス、ホームヘルプサービス、住まい）。地域資源の見学と体験。 ・退院患者を招き入院患者と退院後の生活について話し合う場を設ける。担当NS以外に退院支援担当NSを選任し家族への介入を強化。 ・地域生活をしている当事者を定期的に交え体験を語ってもらう。多種チームを構成、病歴を取り直し治療の最適化。多剤大量療法の整理。 ・長期入院患者者の退院促進チームの設置。ピアサポーターとの交流活動。 ・法人所有のグループホームに退院希望の患者を同じ居室で過ごす等のグループとして支援。年齢の近い数名の入院者でグループワークを施行。 ・集団退院プログラムによるグループ退院。住居開拓のために不動産業者と協力。慢性期退院支援パスを試行中。 ・患者像に合わせた自助グループ（退院をめざす患者・慢性化した隔離・困難者）。 ・地域での生活に目を向けてもらえるような取組みとして「ホットタイム会」を開催している。グループホームで生活を送っている方を招いて、地域での暮らしについての体験発表を企画したり、ピアサポーター、就労継続支援B型事業所、保健福祉事務所を招いてグループワークを行った。 ・今後は相談支援事業所にも協力していただきながら、福祉事業所の見学ツアーを計画中である。

できる限り原文通りに記載した。

分類が困難であったために同じ項目が出てくることがある。

分担研究報告

分担研究者 堀口寿広

国立研究開発法人

国立精神・神経医療研究センター

H27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究

分担研究報告書

退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリニカルパスに対する意見の調査

研究分担者 堀口寿広 国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 室長

研究要旨:「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療に資することを目標として、クリニカルパス（パス）と地域連携の視点から2つの研究を実施した。研究1では、地方公共団体によるパスの整備の状況について最新の情報を収集する目的で、都道府県および政令市を対象にアンケート調査を実施した。回答があった43団体のうち9団体が精神疾患に関するパスを作成しており、そのうち8団体は認知症に関するパスであった。研究2では、精神科病院を退院した後に地域生活へ移行していく過程で地域の各専門職が連携して実施する支援を検討する目的で、地域生活への移行が完了した例について試行的に記録を収集し、実施した支援を数量的に評価した。10人の記録をパス形式で得て、個人差の中で多職種が連携して地域への移行が実現していることを明らかにした。パスを活用して「重度かつ慢性」の基準に該当するものに実施した関わりを記録していくことは、地域連携を評価する指標として活用できるだけでなく、さらには地方公共団体によるパスの普及につながることを期待される。

研究協力者

伊藤弘人 国立研究開発法人国立精神・
神経医療研究センター 精神
保健研究所 部長

は自身の利用した支援を把握することが可能となり、権利擁護の観点からもきわめて有用と考えられる⁵⁾。

パスの様式については各施設が一定のものを共有することで施設外からも支援の内容を把握することができ、さらには施設間の比較による効果検証（ベンチマーク）が可能となる⁶⁾。がんのパスにならい、精神疾患のパスについても道府県および政令市が地域医療計画にもとづいて様式を作成し整備することは、地域の精神医療の充実に寄与すると考えられる。また、今後いわゆる「重度かつ慢性」に該当するものの医療について検討する際には、多くの施設が共同して研究を行うことが想定されるため、実施した医療と支援の内容を記録する様式を定めておく必要がある。

A. 研究目的

精神科病院に入院している患者が退院し地域での「その人らしい生活」を送る姿を目標としたとき、地域連携クリニカルパス（クリティカルパス）（以下、パスと略記）は医療と支援について計画（プラン）の立案、過程（プロセス）の記録、目標に向けた管理（マネジメント）で活用できる重要なツールになると考えられる。さらに、パスを患者と共有することは、支援の実施者にとっては説明責任を明確にでき、支援を利用する者にとって

そこで、当分担研究班では、地域医療計画を策定する立場にある都道府県および政令を対象としてパスの整備状況を調査してきた。昨年度までに得た情報を最新のものとすべく、今年度も引き続き調査を実施した。

(研究 1. 「医療計画に関連した都道府県によるパスの整備状況に関する調査」)

また、当分担研究班では医療保護入院に至る架空の症例を提示して、退院を目標としたパスに必要な項目について専門職の意見を収集し、パスを試作してきた。平成 25 年度には精神科救急入院料を算定することができる全国の 114 施設を、平成 26 年度には全国の大学病院精神科講座をそれぞれ対象にして意見の収集を行い、一定の合意 (experts' consensus) を得た。

しかし、これら二回の調査は医療機関を対象としたものであったことから医療 (図 1 の①の部分) に関する情報が主となり、退院後を含む地域生活の支援 (図 1 の②の部分) については十分な情報を得たとは言えなかった。患者を中心として入院から退院後の地域生活まで切れ目ない関わりの過程をまとめるためには、退院に向けた準備の段階から患者に関わっている地域の関係者から意見を収集する必要があると考えた。

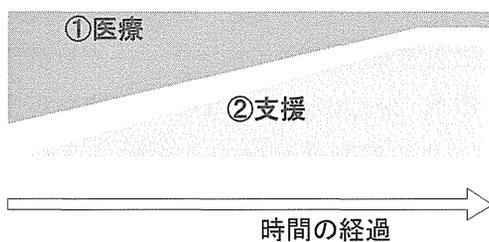


図1: 地域移行の過程 (概念図)

退院した患者が地域生活へ移行する過程で専門職が関わる公的支援の枠組みとして、訪問看護と個別給付として平成 22 年度から

開始された精神障害者地域移行・地域定着支援事業があげられる。

現状は、訪問看護については機能強化型以外で主に精神科の訪問看護事業所では 1 事業所あたり平均 50.2 件 (平成 26 年 9 月分) と他の事業所に比べて最も多かったことが報告¹⁾されている。また、実態調査⁴⁾によると、相談支援専門員が地域移行支援を実施した事例のうち、障害種別を見ると最も多かったのは精神障害であった (回答した事業所の 78.8% があげていた)。地域移行支援について、全国の事業所において一定の経験が積まれていることが確認できた。

さらに、同調査⁴⁾から相談支援専門員の業務内容をみると、地域移行支援事業の利用者に対する業務への従事時間は全体で平均 85.6 時間であり、新規事例は 63.9 時間、継続事例は 116.2 時間と差があった。業務の内訳は両群で「地域移行支援計画に基づく具体的な支援」が最も多くの時間を占めていた。回答者は「病院や施設への訪問を通しての相談支援業務」をもっとも時間がかかった業務としていたが、二番目に多かったのはそれぞれ新規事例では情報収集 (アセスメント) の 6.3 時間 (9.9%)、継続事例では地域移行支援会議の 14.7 時間 (12.6%) であった。

すなわち利用者の状態によって担当者が実施する支援の業務内容は異なることが示唆され、「重度かつ慢性」の基準に該当するものの支援にも実施する内容に特徴があると推測された。パスの考え方をを用いて図 1 の②の部分に相当する情報を記録して評価することで、支援の内容と実施時期を評価できると考えられる。しかし、研究開始時において「重度かつ慢性」の基準については研究班にて案を策定中であったため、前向きな研究を実施して対象者個人の記録を収集することは容易ではないと考えた。

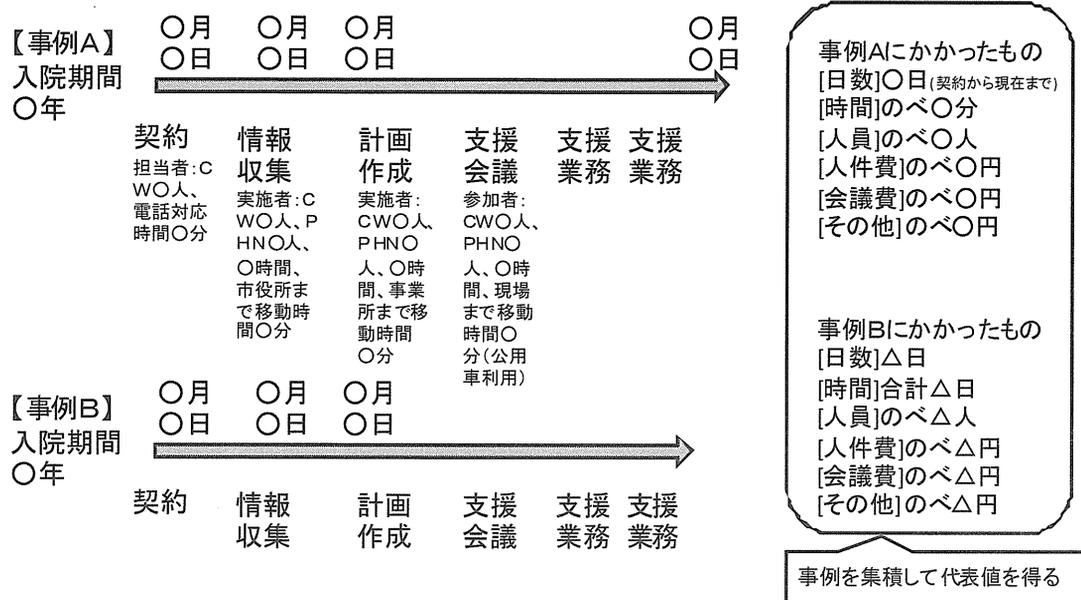


図2: 地域移行の過程を測定する(概念図)

そこで、当分担研究班では、研究2として、地域の各専門職が連携して実施する支援を検討する目的で、試行的に既存の例を対象として記録から支援の情報(図2)を抽出し支援の量を測定した。(研究2.「精神科患者の地域移行の過程についての調査」)

B. 方法

1. 対象と方法

研究1. 地方公共団体による地域連携パスの整備状況に関する調査

全都道府県ならびに政令市67団体の医療計画担当課を対象として、次の2点を質問するアンケート調査を実施した。

【問1】独自のものとして、精神科疾患について、もしくは、精神疾患にも使用し得る疾患共通型のパスを作成しているか

【問2】未作成の場合、今後、作成の予定は

あるか

調査の主旨を説明し回答を依頼する文書と回答用紙、返信用封筒を、各都道府県ならびに政令市の担当課へメール便で送信した。

依頼文では、調査への協力は任意であり、集計結果のみを扱うこととし、団体ごとの回答の有無ならびに団体が特定される情報を用いないことを確約した。

アンケートは平成27年8月に送信し、回答の〆切は平成27年9月30日とした。回答を返送することで調査への協力に同意したものとみなした。

研究2. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

対象者の記録を収集する施設については、利用者を中心として地域の各機関と連携し支援の全体像を把握することができる立場として、精神科訪問看護事業所、基幹相談支援センター、一般相談支援事業所を当初の候