

平成 25 - 27 年度厚生労働科学研究  
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総括報告書  
重症入院患者の心理社会的治療の治療指針に関する研究

分担研究者 井上新平<sup>1)</sup>、戎正司<sup>2)</sup>、須藤康彦<sup>3)</sup>、元木洋介<sup>4)</sup>

- 1) 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座、2) 医療法人おくら会芸西病院、  
3) 医療法人須藤会土佐病院、4) 社会医療法人あいざと会藍里病院

## 研究要旨

### 目的

重症入院患者の心理社会的治療の治療指針を策定する。

### 方法

重症入院患者の心理社会的治療の治療指針を検討するために、1) 平成 25 年度は前年度に行われた「新しい精神科地域医療体制とその評価の在り方に関する研究」(以下追加報告書)の結果の 2 次分析、精神科長期入院患者に心理社会的治療を試みた諸研究報告の分析、2) 平成 26 年度は前向き研究の予備的分析、及び長期入院患者の地域移行の個別取組み例の分析、3) 平成 27 年度は前向き研究の分析、長期入院患者の退院に関するアンケート調査、及び専門的検討を行った。

### 結果

前向き研究において重症入院患者(重度慢性暫定基準を満たした患者)の退院と関連した心理社会的治療/方策は個人精神療法、退院前訪問指導、服薬管理、障害福祉サービスの導入であった。また有意差には至らずとも施行された個々の治療/方策は多くの退院者を生み出していた。以上より今回取り上げた個々の心理社会的治療/方策のすべてについて指針を策定することが妥当であると判断し、専門的検討を経て提示した。

### 結論

重症患者の心理社会的治療/方策には多くの効果的手法があるがそれらを生かす治療環境が求められる。

## A. 研究目的

平成 24 年 6 月の精神科医療の機能分化と質の向上に関する検討会において、精神科の入院患者で「重度かつ慢性」以外のケースは 1 年で退院させ、「重度かつ慢性」は質の高い医療・適切な処遇を目指すと議論された。これを受け本研究班は、1) 平成 24 年度に行われた「新しい精神科地域

医療体制とその評価の在り方に関する研究の調査結果の分析、2) 「重度かつ慢性」患者の多様性と特性の検討、3) 「重度かつ慢性」患者を弁別する指標の検討、4) 「重度かつ慢性」暫定基準案の作成、5) 新規入院患者を対象とした前向き研究を実施するとし、本分担研究は「重度かつ慢性」患者の心理社会的治療の指針を出すこ

とを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 既往の調査の2次分析

追加報告書の中で長期入院と心理社会的治療との関連を考察できそうな項目(入院理由、取り組まれた治療内容、退院後に必要な地域医療/サービス、1年以内に退院できなかった理由、退院可能性、改善阻害要因など)に注目し分析した。

### 2. 文献の検討

医中誌 WEB の文献の中から「精神科」「長期入院」のキーワードで検索し、最近5年以内かつ抄録ありの344文献を対象に分析し長期入院患者の退院に効果的な治療法を探った。

### 3. 事例の調査

研究参加病院の一つA病院における長期入院患者の取り組み事例を調査した。取り組みにおいて中心的な役割を果たしてきた精神保健福祉士に面接し、過去数年間にわたる精神科地域移行実施加算に基づく退院促進事例の資料を得た。

### 4. 前向き研究の分析

亜急性期に登録され追跡可能であった719人を対象に、施行された心理社会的治療/方策および心理社会的治療/方策と重度慢性暫定基準・医師の退院見込み・入院1年後の転帰との関連性を分析した。

### 5. アンケート調査

本研究に参加している249病院を対象に、入院が1年を超えた患者の退院に関するアンケート調査を施行した。調査項目は、①調査期間中の退院数、②退院に役立ったと判断された心理社会的治療/方策(本研究と同じ項目)、③退院に役立った

と判断された諸事業(公的事业および診療報酬で規定されている事業)、④病院独自の取り組みとした。

### 6. 重症入院患者の心理社会的治療の治療指針

本研究で得られた所見および長期入院患者の退院に関する文献をもとに分担研究者・研究協力者で討議を繰り返し、指針を策定した。

## C. 研究結果と考察

### 1. 既往の調査の2次分析

結果を要約すると、①生活機能の改善を入院理由とした患者の割合は8.3%であり、全体の1割近くが入院早期から心理社会的治療が主体となりそうなことが伺えた。②精神症状が改善しても環境の影響を受けて悪化する例が4分の1程度存在し心理社会的治療の重要性が伺われた。③心理社会的治療の中で多く取り組まれていたのは精神療法(88.0%)、作業療法(76.4%)といった伝統的な手法で、社会生活技能訓練(24.2%)、退院支援プログラム(3.2%)、疾病教育プログラム(3.0%)といった特定の技法は少なかった。④約半数の患者では家族が退院に支援的ではなく、家族への働きかけが行われていないケースは3分の1に達した。⑤長期入院化すると家庭への復帰が非常に難しくなり9割近い患者は入院前の住居(多くは家庭)に戻れないと見なされていた。困難ではあるが環境調整が非常に重要なことが改めて判明した。

### 2. 文献の検討

得られた所見を要約すると、①看護スタ

ップからの報告が多い、②社会生活技能訓練、家族心理教育、認知行動療法、包括型地域生活支援、援助付き雇用といったエビデンスが確立された手法が試みられており、中でも患者の動機づけに注目した手法が目立つ。③多くは個別的で組織的な取組みに乏しい、④患者を対象とした取組みが多く家族への接近は少ない、⑤地域と連携した活動の報告は少ないと言えた。

確立された治療技法は主として地域生活をしているケースで用いるようなものであり重症入院患者で効果的かどうかはわからない。文献の分析からは、個々のケースを詳細に検討することで重度慢性の心理社会的治療を考案するうえで重要なヒントが得られるかもしれないと思われた。

### 3. 事例の調査

A病院は平成20年度に新設された精神科地域移行実施加算に取組み平成25年までに11人が退院した。

取組みの流れは1)年頭に相談室が入院期間4年以上の患者のリストを作成、全部署に回覧、退院の候補者3名を挙げるように依頼、2)主治医、病棟看護師、精神保健福祉士らが集って検討する場を設置、3)年齢、生活状況、病状、家族関係、経済、トラブル、奇行や暴言の有無などを考慮し候補者を絞るといふ、4)介護保険や相談支援センター等地域とのかかわりも検討する。精神保健福祉士が主導している。

退院先は自宅3、グループホーム6、高齢者住宅1、アパート1であった。ケースに共通することはキーパーソンの存在で、

家族、施設職員、支援センター職員、病院職員等様々であった。

退院促進には決まった方式はなく、多方面からの情報収集のもと創意工夫、既存の考えにとらわれないことが求められる。また利用できるものは何でも利用する。患者・家族とのかけひきや熱意・押しの強さが求められることもある。個別的な働きかけが何より重要と思われた。

### 4. 前向き研究の分析

#### 1) 施行された心理社会的治療／方策

14種類の心理社会的治療／方策の中でもっとも多く行われた治療は作業療法(72.3%)であり、個人精神療法(55.6%)、連絡調整会議(37.6%)、服薬管理(24.6%)がこれに次いだ。一方で認知行動療法(1.3%)、行動療法(5.3%)、退院促進に特化した社会技能訓練(SST)(5.6%)などの特定の治療は非常に少なかった。重症患者と非重症患者で施行された治療の違いがあるかどうかでは、作業療法が非重症患者に、ケア会議が重症患者により多く使われていた。

#### 2) 医師の退院に関する判断と治療選択

全体的に、治療3か月時点で医師が退院可能と判断していた患者の方で、退院困難と判断していた患者よりもより高い頻度で心理社会的治療／方策を用いていた。特に個人精神療法( $p=0.022$ )、作業療法( $p=0.038$ )、退院前訪問指導( $p=0.016$ )、ケア会議( $p=0.005$ )は有意差を持って「退院可能」と見なされた患者の方が多く適用されていた。限られた資源の中で、治療可能性の高い患者から資源を投入したこと

が示唆される。

### 3) 心理社会的治療／方策と退院との関連性

全患者で見た場合、実施群の方が非実施群よりも退院率が有意に高かったのは個人精神療法 ( $p=0.001$ )、心理教育 ( $p=0.029$ )、退院前訪問指導 ( $p<0.001$ )、服薬管理 ( $p<0.001$ )、ケア会議 ( $p=0.044$ )、障害福祉サービス導入 ( $p<0.001$ ) であった。これらの治療がどの段階で施行されたのかはわからないが、少なくとも入院後3か月から1年までの期間で施行されている。亜急性期における治療の基盤におくべきものかもしれない。

重症患者のみで個々の心理社会的治療／方策と退院率との関連性を見た場合、実施群が非実施群よりも有意に退院率が高かったのは、個人精神療法 ( $p=0.002$ )、退院前訪問指導 ( $p=0.005$ )、服薬管理 ( $p=0.002$ )、障害福祉サービスの導入 ( $p=0.011$ ) であった。

### 4) 心理社会的治療／方策の実施と病院スタッフとの関連性

心理社会的治療／方策の実施の有無と精神科医、看護師等病院スタッフ1人当たりの病床数との関連性を、上記の重症患者で退院に影響したと思われる治療のみで見たところ、①個人精神療法の実施と常勤精神科医・精神保健福祉士1人当たりの病床数、②退院前訪問指導の実施と常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士1人当たりの病床数、③服薬管理の実施と常勤精神科医・作業療法士1人当たりの病床数、④障害福祉サービスの実施と常勤精神科医・作業療法士・精神保健福祉士1

人当たりの病床数に関連が見られた。いずれも実施群が非実施群に比べて1人当たり病床数が有意に少なかった。精神科医師、作業療法士、精神保健福祉士のスタッフ数がこれらの治療の実施の有無に大きな影響を与えているのかもしれない。しかし実際には、上記の職種のみが重要と言うことではなく多職種が協同で退院促進にあたるのが重要と思われる。

## 5. アンケート調査

249の対象病院の中で回答が得られたのは78、回収率は31.3%であった。

### 1) 長期入院患者の退院数

平成25年1月1日～平成27年6月30日の2年6か月において入院期間が1年以上の患者の退院数は、最少0人、最大122人で、中央値は28人(1年間では約11人)であった。10人刻みの範囲では21～30人が16病院で最も多かった。

### 2) 取り組まれた心理社会的治療／方策

「多くのケースで有効であった」と回答された心理社会的治療／方策は、多い順に作業療法(69.4%)、家族へのアプローチ(57.1%)、連絡調整会議(55.7%)、退院前訪問指導(49.3%)、服薬管理(45.1%)等であった。これに「ケースによっては有効であった」までを含めると、家族へのアプローチ(97.9%)、作業療法(96.0%)、服薬管理(95.8%)、介護福祉サービスの導入(92.9%)、連絡調整会議(91.4%)等が多く、これらの治療／方策はほとんどのケースで取り組まれていた。また総じて、患者個別の治療よりも、地域連携(家族を含む)的な取り組みが効果的と見なされてい

た。

### 3) 利用された事業

「すべての／多くのケースで利用した」と回答された事業は、多い順に精神科退院指導料（69.1%）、精神科退院前訪問指導料（31.4%）、精神科地域移行実施加算（17.6%）、精神療養病棟入院料の退院調整加算（13.6%）、精神保健福祉士配置加算（6.5%）等であった。これに「利用したケースもあった」を含めても上位3位までの順は変わらなかったが、すでに終了している精神障害者地域移行・地域定着支援事業と退院促進事業がケースによっては比較的多く（回答病院の半数程度）利用されていた。

### 4) 退院・地域移行のための病院独自の取り組み

71の病院から回答が得られた。そのうち「独自の取り組みをしている」が46病院、「独自の取り組みをしていたが今はしていない」が7病院、「していない」が18病院であった。

取り組み内容は、住居の工夫、スタッフの教育研修、地域連携、院内遂行体制、プログラムの工夫に分けられるが、例えば集団療法をベースにグループで同じ住居に退院するというように複合的な取り組みもあった。総じて院内の遂行体制、プログラム、住居の工夫が多かった。長期入院患者を退院させるには相当な資源を投入しており、また既存の治療体制や治療技法を越えた工夫を凝らしているのが特徴的であった。

## 6. 重症入院患者の心理社会的治療の治療指針

文献的には、統合失調症に対する効果的な心理社会的治療には認知行動療法、社会生活技能訓練、家族心理教育、包括型地域生活支援（ACT）、援助付き雇用、トークンエコノミーなどがあり、中でも認知行動療法は難治性の精神病症状に有効とされている。しかし、海外の文献的な考察は参考にはなるものの、本研究の対象である重度かつ慢性の患者とはそのプロフィールが相当に異なるかもしれない、現時点では今回の研究から得られた所見をベースとし、分担研究内での専門的な検討（エキスパートオピニオン）によるのが最善と思われた。

今回の研究で取り出した心理社会的治療／方策のメニューは、現在行われている治療をほぼカバーしている。前向き調査の結果では、効果的なものもあり、それを証明できないものもあった。特に特定の、専門的な治療については期待に反して効果が証明されなかった。しかしこれらの治療の中には症状改善や社会的機能の改善などの有効性が示されているものが多い。従って、ここではすべての治療／方策についての指針を記す。

心理社会的治療／方策の実行には、それを可能にするような十分なスタッフが必要である。さらに個々の治療を統合して効果を上げていくには例えば重度慢性病棟のような体制が必要かもしれないが、この点は本分担研究の範囲を超えるのでその点の指摘だけにとどめたい。

### 1) 個人精神療法

本研究では 30 分以上の個人精神療法（ほとんどは支持的精神療法だと思われるが）は 56%の患者で施行され、重症・非重症に関わりなく退院促進効果が認められている。このことから個人精神療法の内容についての多様性はあっても、その中にある「患者との良好な治療関係の構築と維持を目標とする心理的交流」という精神科の臨床家が共有する臨床概念から考えると、個人精神療法を必要としない精神科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方法の習得をめざす。
- 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%前後の頻度で取り組まれ重症・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、料金等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

てもらふことを含める。

- 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。

参考文献は省略する。

#### D. 結論

3年間の諸研究に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

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

H25・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3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。3年度間の回答を合計して、回答のあった43団体のうち9団体でパスの作成を確認した。作成されたパスの多くは認知症に関するパスであった。研究2では、医療保護入院に至る架空の症例を提示して、医療を実施することを想定してパスに必要な項目について専門職の意見を収集した。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、意見をもとに試作版のパスを作成した。研究3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

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<sup>2)</sup>。

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

医療計画にもとづいて様式を作成し整備することは、地域における「重度かつ慢性」に該当するものの医療の充実に寄与すると考えられる。

そこで、研究 1 として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にパスの整備状況を調査した。(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、研究 2 として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合意 (experts' consensus) 形成を目指した。(研究 2. 「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」)

ここで、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、入院中の医療(図 1 の①の部分)に偏ることなく、地域での生活支援(図 1 の②の部分)についても情報を収集する必要がある。

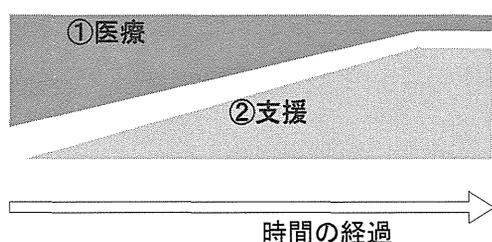


図1: 地域移行の過程(概念図)

相談支援専門員を対象とした実態調査<sup>1)</sup>によると、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、それぞれ平均で新規事例は 63.9 時間、継続事例は 116.2 時間であった。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新規事例では情報収集の 6.3 時間(9.9%)、継続事例では支援会議の 14.7 時間(12.6%)

であった。すなわち利用者の状態によって実施する支援の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についても支援の内容に特徴があると推測された。

そこで、研究 3 として、記録をもとに地域の各専門職が連携して実施した支援(図 2)を検討した。(研究 3. 「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

平成 25 年度は都道府県、平成 26 年度からは政令市を加えて合計 67 団体の医療計画担当課を対象とした。

アンケートをメール便または電子メールで送信した。

質問は、【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とした。

研究 2. 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

平成 25 年度は全国の精神科救急入院料認可施設(以下、統一して救急施設と略記) 114 施設、26 年度は全国の国公立大学の精神医学を専攻とする講座・教室等(以下、統一して大学講座と略記) 80 講座を対象とした。

アンケートをメール便または電子メールで送信した。

質問は、Q1.パスの使用の有無、Q2.使用しているパスの種類、Q3.「幻覚妄想状態にあ

り医療保護入院となった架空の事例」<sup>3)</sup>を提示し、どのような項目を設定するべきか、退院に向けてどのような医療ケアの実施を計画するか自由な記載を求めた。

また、Q4.として、平成 25 年度には自由意見を、平成 26 年度には現在使用中のパスを「重度かつ慢性」の入院患者に適用するために必要となる工夫と、退院した後の患者が定期的な通院を実施しているか個別に把握するための工夫について意見を求めた。

パスは、「千葉県共用地域医療連携パス」等を参考に、A 票として診療計画表、B 票として診療経過表を用意した。平成 26 年度の調査では、前年度作成した試作版を添付し、記載内容をもとに加筆修正を依頼した。

回答は無記名で、複数の職種で記入するものとし、職種と人数を記入してもらった。

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より実施の承認を得た（承認番号：A2013-101）。

合意の形成の方法として同一意見の多かった項目を優先して採用する得票形式を採用した。

### 研究 3. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

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候補とし、試行的な調査として個別に協力の依頼を行った。

対象者は精神科病院に 1 年を超えて入院した後、訪問看護ないし地域移行支援事業を活用して退院し地域生活への移行が完了したものとした。

対象者について、年齢などの基本属性につづけて、パス形式の用紙を参考として示し、事業所の記録をもとに医療、看護、その他の支援を記入してもらった。

専門職の行為について数量的なデータに変換した。実施頻度や時間等の数値情報を抜き出し、実施した時間数を求めた。次に、各専門職が実施した前段の時間数に専門職の時間給を掛けて人件費に換算し、その合計金額を求めた。時間給については先行研究<sup>3)4)</sup>の値を用いて一律に計算した。

国立研究開発法人国立精神・神経医療研究センター倫理委員会より実施の承認を得た（承認番号：A2015-073）。

### C. 研究結果

#### 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

平成 25 年度には都道府県 34 団体（回答回収率：72.3%）から、26 年度には 18 都道府県と 6 政令市の合計 24 団体（回収率：35.8%）から、27 年度には都道府県 28 団体と政令市 15 団体の合計 43 団体（回答回収率：64.2%）から、それぞれ回答を得た。

#### 【問 1】パスの作成について

平成 25 年度には退院パスを作成している公立病院を有する団体が 1、今後作成の検討中が 1 団体、検討予定が 2 団体あった。26 年度には試作段階の 1 団体を含め認知症のパスを作成している団体が 4、発達障害のパスの作成を開始する団体が 1 あった。27 年度には「印刷中」という 1 団体を含め認知症のパスを作成している団体が 6、認知症または介護保険サービス利用者を対象としたパスを作成している団体が 1 あった。

3 年度間の回答を合計して、回答のあった 43 団体のうち 9 団体でパスの作成を確認した。

#### 【問 2】今後、作成の予定はあるか

未作成の団体について、平成 25 年度の回

答では 35 団体のうち 33 団体で、26 年度および 27 年度の回答では未作成の団体すべてにおいて「未定」あるいは「予定はない」との回答であった。

## 研究 2. 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

平成 25 年度の調査には 25 施設(回答回収率: 21.9%)、26 年度の調査には 14 講座(回答回収率: 17.5%) から回答を得た。

### Q1.パスの使用の状況

使用の有無について、救急施設のうち 20 施設(80.0%)、講座のうち 7 講座(50.0%) が「はい」であった。

### Q2.使用しているパスの種類

パスを使用している 20 の救急施設のうち 18 施設で 2 種類以上のパスをしていた。疾患別(複数回答)では、統合失調症が 11 施設、うつが 8 施設、気分障害が 4 施設、認知症が 4 施設、その他が 13 施設であった。目的別(複数回答)では、退院促進が 12 施設、m-ECT が 9 施設、治療の管理が 8 施設、地域連携が 7 施設、その他が 19 施設であった。

大学講座ではパスを使用している 7 講座のうち 1 講座で、2 種類のパスを作成していた。疾患別(複数回答)では、急性薬物中毒が 2 講座、統合失調症が 1 講座、認知症が 1 講座であった。目的別(複数回答)では、m-ECT が 5 講座、検査、治療の管理、全身状態の管理がそれぞれ 1 講座であった。

### Q3.架空事例についてのパスの試作

救急施設 25 施設のものべ 81 人、大学講座 10 講座のものべ 70 人が記入した。回答を踏まえ試作版パスとした(資料 1, 2)。

### Q4.自由回答

救急施設からは、「時間的な制約のある中で、パス実施徹底のためのスタッフの意識統一が困難である。治療の質向上と診療報酬が伴えば実施しやすい」等の意見があった。

大学講座からは、退院後の患者の定期的な通院を個別に把握するための工夫については 3 件の回答があり、具体的な回答のあった 1 件の内容は、制度的な対応が必要であるとの意見であった。

## 研究 3. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

10 人の記録を得た。男性が 8 人、女性が 2 人で、平均年齢は 48.2(標準偏差 ±8.6) 歳、主診断は統合失調症が 8 人、器質性精神障害が 2 人で、2 人で水中毒の合併症の既往があった。最後の入院期間は平均 4.7(±2.5) 年であった。

地域移行の過程でなされた支援をパスの記載にそって集計した。

専門職の実施した支援の時間数とそれに応じて換算した人件費は、支援の段階ごとに整理して図 2 に示した。

## D. 考察

### 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

パスに関し現状では多くの医療機関が独自に作成している。日本精神科病院協会の会員病院等の中では、平成 26 年の時点で全国 130 施設での導入が確認されている<sup>5)</sup>。精神医療においてもパスを用いて医療やケアの記録を作成することの意義についての認識は十分に共有されてきていると言える。

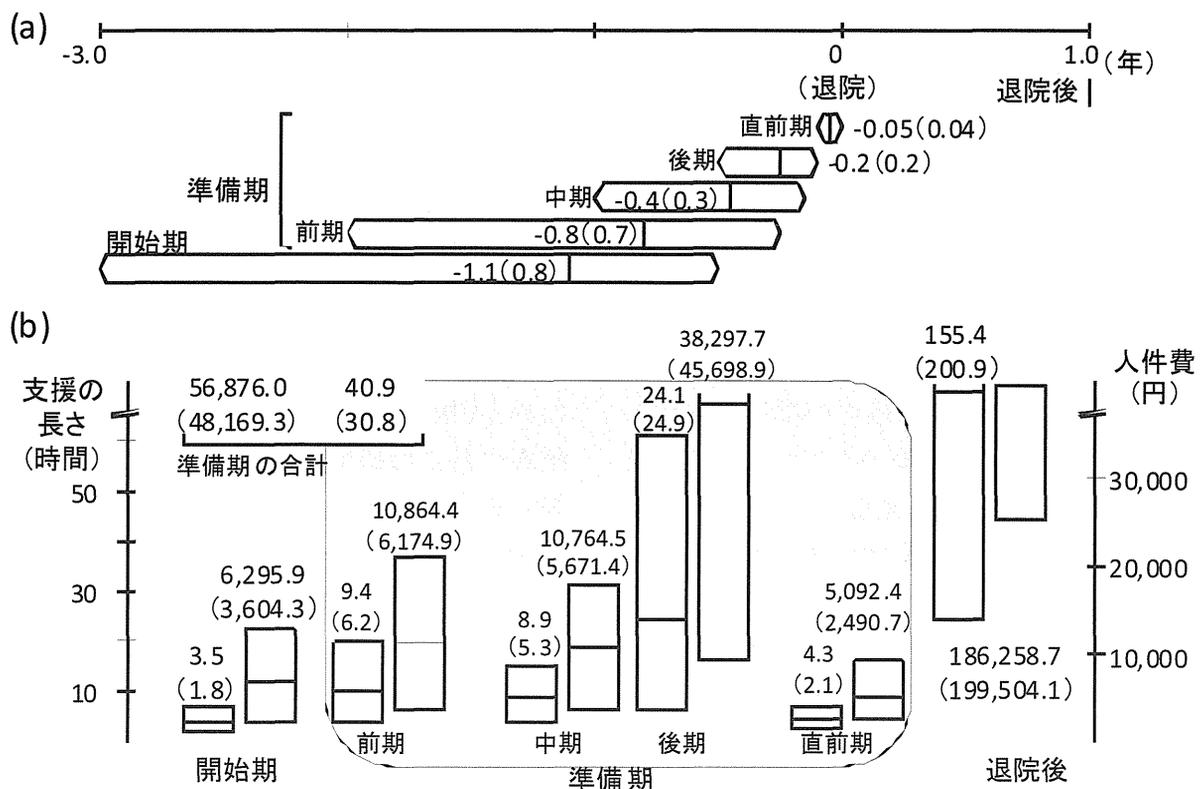


図2: 地域移行の過程の時期と支援

図2の説明

上段(a): 対象者10人の記録から得た支援の各段階の時期  
各段階の呼称と分類は10人の回答によるもの。各棒グラフは10人のデータの範囲を示し、退院時を0としてグラフの中の実線は平均値、カッコの中の数値は標準偏差を示す。

下段(b): 各段階で実施された医療および支援について、関与した専門職の活動した時間の長さ(時間:各段階の左側の棒グラフ)と人的コスト(人件費:各段階の右側の棒グラフ)を表す。  
各棒グラフは10人のデータの範囲を示し、グラフの中の実線は平均値、カッコの中の数値は標準偏差を示す。  
(b)の数値に含まれるもの: 医師の説明、訪問看護、支援計画の作成、支援会議等。  
入院中に実施された医療や看護については、数値が明記されていないため、ほとんど含んでいない。  
対象者個人の記録から実施回数と時間数について数値が明記されていたものについて集計して得たものであって、対象者に実施された医療と支援のすべてを表すものではない。グラフ作成時点での数値を使用しており、補正や訂正によって変更となる可能性がある。  
また、専門職の人件費については、表1の数値を用いて一律に計算したものである。本研究では実際に関与した専門職個人の報酬等について情報は得てはいない。

3回の調査を通して、全国地方公共団体67団体のうち10団体(14.9%)において、地方公共団体が主体となり一定の様式でパスが作成、導入されていることを確認した。

しかし、「作成していない」という回答の団体や無回答であった団体の中には、認知症や発達障害の地域連携パスを作成している団体があった。実際にパスを作成している団体の数は調査で得られた数よりも多いと考えられる。パスを利用することでの利得(メ

リット)が明確になることは、普及を進める上で大きな力となる。その意味において、研究3の取り組みは、地域連携の実施状況を評価する指標の一つとして有用であることを示すものとする。

「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療について、今後全国で一定の水準を保障するために、地方公共団体には地域医療計画を活用してパスを作成、導入していくことが望ましい。これから作成を検討する地域に

は専門職の合意にもとづき当研究分担班において試作したパスをひな型の一つとして提案したい。

## 研究 2. 退院を目標に設定した精神疾患の地域連携クリカルパスに対する意見の調査

架空事例を提示して意見を求めたところ、二つの対象群の回答は多くの項目で重複していた。実施すべき医療やケアについて意見の一致が得られたと言える。

本研究によって試作したパスについて複数の層の集団を通じて見直しを繰り返すことが、普及するパスの作成にとって有効である。

## 研究 3. 精神科患者の地域移行の過程についての調査

本研究には次のような限界がある。結果を地域移行の過程を代表するものとして取り扱うことはできない。

- ・ 入院期間等背景の異なる対象を含んでいた
- ・ 具体的な数値が記載されたもののみ集計に用いた
- ・ したがって、実施された医療、看護、地域支援の一部を収集したものである
- ・ 人件費については診療報酬等は考慮していない
- ・ 一律の値を用いたため担当者の経験年数や地域および施設による差が反映されていない

しかし、図 2 からは、地域生活へ向けた支援は退院 2 カ月前の時期に集中して行われている現状がうかがえた。この時期の支援について、退院に促進的に働く要因の構造を解明していくことが次の課題である。

また、実際の退院のかなり前から担当者による病棟訪問や顔見せ等の関わりが行われており、時間をかけて信頼関係を構築していった様子がうかがえた。この時期の関係者の支援が適正に評価されなければならない。

記録の作成の方法については、パスを用いた記録では用意された項目に基づき実施の有無をチェックしていくような形となるため、支援に関わった専門職の動きを詳細に把握するには情報を補足するための工夫を要すると考えた。

情報をどこまで詳細に記録するか、今後の課題として引き続き研究を要するものの、本研究の方法をこれから退院をする患者にも適用し経験を蓄積することで、パスを活用して「重度かつ慢性」に該当するものの地域連携の取り組みを評価することが可能となると考えた。

## E. 結論

地方公共団体が地域医療計画を活用し精神疾患について地域で共通して使用できるパスを作成し普及に取り組むことは、「重度かつ慢性」の基準に該当するものの医療を検討する際にも役に立つことが期待される。

精神科病院を退院したものが地域へ移行していく過程について、パスを活用して地域の専門職の関わりを記録することは、対象者のための地域連携を評価する指標となることが期待される。

## 参考文献

- 1) 平成 25 年度障害者総合福祉推進事業「相談支援に係る業務実態調査」(日本相談支援専門員協会) 報告書, 2014.
- 2) 堀口寿広: スクールカウンセラー, 発達障害者支援センターとつなげる. 小児内科 48(5), 2016 (印刷中).

- 3) 泉田信行, 野田寿恵, 杉山直也, 伊藤弘人. 精神科急性期治療作成時の資源投入量に関する調査・検討. 精神医学 52(8); 773-782, 2010.
- 4) 厚生労働科学研究 (障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (身体・知的等障害分野)) 「障害者への虐待と差別を解決する社会体制の構築に関する研究」 (研究代表者: 堀口寿広) 平成 26 年度研究報告書, 2015.
- 5) 堀口寿広: 長期在院患者へのクリニカルパス. 精神看護 18(3); 292-296, 2015.

F. 健康危険情報  
なし

G. 研究発表

1. 論文発表
  - 1) Horiguchi T, Akiyama C: Medical costs of evaluating intellectual and developmental disabilities in a unit established in a Japanese outpatient office. Journal of Intellectual Disability Diagnosis and Treatment 3(4); 213-217, 2016.
  - 2) 堀口寿広: 長期在院患者へのクリニカルパス. 精神看護 18(3); 292-296, 2015.
2. 学会発表
  - 1) Horiguchi T, Ito H, Anzai N: Case vignette study on inpatient care pathway in emergency psychiatric units WPA Section on Epidemiology and Public Health -2014 Meeting, Nara, 2014.10.15-18.

3. 書籍  
なし
4. その他  
なし

H. 知的所有権の出願・登録状況 (予定を含む)

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

謝辞

調査にご協力を下さった多くの団体ならびに個人の皆様方に深謝申し上げます。

協力者 (五十音順)

東 美奈子	訪問看護ステーションレリー サ 管理者
木村 潔	特定非営利活動法人スペース ぴあ サービス管理責任者
児玉隆江	特定非営利活動法人上小地域 障害者自立生活支援センタ ー 相談支援専門員
橋詰 正	特定非営利活動法人上小地域 障害者自立生活支援センタ ー 相談支援専門員 所長
八田智美	地方独立行政法人岡山県精神 科医療センター 精神保健福 祉士・社会福祉士
矢田勇慈	地方独立行政法人岡山県精神 科医療センター 医長