

# 総括研究報告書

# 平成 29 年度厚生労働科学研究費補助金

## 障害者政策総合研究事業

### 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究

#### ～心理社会的治療／方策研究班～

#### 総括研究報告書

##### 研究代表者

井上 新平（社会医療法人北斗会さわ病院 医員）

##### 研究協力者（アイウエオ順）

###### アドバイザーグループメンバー

伊藤 弘人（独立行政法人労働者健康安全機構 労働安全衛生総合研究所 過労死等調査研究センター長）、井上 英治（社会医療法人北斗会さわ病院 法人事務局長）、菊池 安希子（国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部 専門医療・社会復帰研究室長）、後藤 雅博（柏崎厚生病院 深谷メンタルクリニック）、上 甲 尚之（医療法人精華園 海辺の杜ホスピタル 相談室 副診療部長）、長野 敏宏（公益財団法人正光会 御荘診療所 所長）、吉住 昭（医療法人社団翠会 八幡厚生病院 院長）、吉浜 文洋（佛教大学 保健医療技術学部 看護学科 教授）

##### 調査病院

一甲 則男（医療法人社団翠会 行橋記念病院 院長）、岡 正悟（医療法人栄仁会 宇治おうばく病院 院長）、小藺江 浩一（一般財団法人竹田健康財団 竹田総合病院 こころの医療センター センター長）、来住 由樹（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 院長）、須藤 康彦（医療法人須藤会 土佐病院 院長）、塚本 一（医療法人社団欣助会 吉祥寺病院 理事長・院長）、中島 豊爾（地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター 理事長）、原 尚之（一般財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院 院長）、半田 貴士（医療法人財団厚生協会 大泉病院 院長）、東 和也（医療法人 恵愛会 福間病院 院長）、藤田 泉（社会医療法人居仁会 総合心療センターひながリハビリテーション部 部長）、藤田 康平（社会医療法人居仁会 総合心療センターひなが 理事長・院長）、牧 聡（医療法人牧和会 牧病院 理事長・院長）、三野原 義光（医療法人 浜江堂 油山病院 理事長・院長）、村上 優（独立行政法人 国立病院機構 榊原病院 院長）元木 洋介（社会医療法人あいざと会 藍里病院 院長）、横山 昇（福島県立矢吹病院 院長）、渡部 和成（医療法人崇徳会 田宮病院 院長）

社会医療法人北斗会 さわ病院

杉本 聡 (医療福祉相談室 係長)、中島 憲行 (医療福祉相談室 主任)、渡邊 治夫 (副院長)

#### 研究要旨

本研究の目的は、重度かつ慢性の患者の地域移行、地域定着のための包括的支援アプローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにし指針として提示することである。平成 25 年～27 年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」を受け、長期入院患者の地域移行に取り組んでいる好事例病院を対象に個々の取り組みに加えて治療体制等を調査しようとした。

好事例病院は、1) 先の研究で施行したアンケート調査の対象病院から長期入院患者の退院が多かった 32 病院、2) 本研究施行のために設けたアドバイザーグループメンバーの推薦を受けた 32 病院、それに加えて重度かつ慢性の患者の治療でモデル的な活動をしている岡山県立精神科医療センターを対象とした。以上の中から病院規模・地域性・保有施設を考慮し 16 病院を訪問調査の対象とし、それとは別に 2 病院で治療過程を分析した。

主要な結果は以下の通りである。

1. 退院の発議は様々な段階でなされるが、退院可能な患者の見落としを防ぐために組織的検討・多職種による検討が行われていた。
2. 発議後のプロセスでは計画→実行→評価→改善の PDCA サイクルが見られ、プログラムの内容は随時変更され、病院レベルでの評価も含めて頻回に治療経過がチェックされていた。
3. 治療に関わるスタッフでは看護師主体、看護師に加えて作業療法士あるいは精神保健福祉士など病院の状況で様々であったが、集団プログラムは多職種が専門性を越えて関わっていた。医師にはチーム医療の一員としての役割が求められていた。
4. 利用されるプログラムは作業療法などの常設のプログラムを主体とし、退院を目指した企画的なプログラムが施行されていた。後者では患者のモチベーション喚起を重視し実習的な内容を取り入れたりピアサポーターの応援を求めたりしているものが多かった。
5. ピアサポーターが参画するプログラムは患者のみならずスタッフの意識改革ももたらすようであった。
6. 家族へのアプローチではさまざまな工夫がなされており、個別の病院の取り組み方についての情報の共有が重要と思われた。
7. 退院後の支援方法では、クライシスプランを作成する、支援するスタッフを決める、特別な支援チームで対応するなどの工夫が見られた。
8. 地域との連携では自前の施設をもたない連携型の病院は例外的であった。地域の機

関との関係では、病院のプログラムに地域の機関が参加してくるという形が多かった。

9. 多飲水、嚥下困難、衝動性などの症状・問題行動に対する看護師の対応に工夫が見られるケースがあった。

10. 症例分析からは、多職種カンファレンスと評価尺度を用いることの重要性や個別の工夫の重要性が示唆された。

本研究は好事例病院における治療過程を項目ごとに整理したが、所見は定性的なものである。今後は得られた所見が一般化されるかどうかの調査が必要と思われた。

## A. 研究目的

本研究の目的は、重度かつ慢性の患者の地域移行、地域定着のための包括的支援アプローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにし指針として提示することである。

平成25年～27年に行われた「精神障害者の重度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究（障害者対策総合研究事業、主任研究者：安西信雄、以下重度慢性班研究）」では重度かつ慢性の基準が明らかにされ、同時に種々の治療の効果について検討された。その中で心理社会的治療／方策については個人精神療法、退院前訪問指導、服薬管理、障害福祉サービスの導入が重症入院患者の退院と有意に関連していた。また長期入院患者を対象としたアンケート調査で、家族へのアプローチ、作業療法、服薬管理等が退院患者に多く適応され、精神科退院指導料、精神科退院前訪問指導料、精神科地域移行実施加算等がよく利用されていた。さらに病院独自の取組みも見られた。

しかし以上の調査は要因間の関連の分析や個別の事例にとどまっていた。そこで今回は長期入院患者の地域移行に取り組

む好事例病院を対象とし、個々の治療や手法を含む病院の取り組みを調査することにした。この実践的な調査により、重度かつ慢性の入院患者が地域移行、地域定着をするための包括的支援アプローチの中に組込まれるべき心理社会的治療／方策を明らかにしたい。

## B. 研究方法

### 1. 好事例病院の選定

好事例病院は以下の2つの方法で選定した。

第1に、重度慢性班研究でアンケート調査に回答のあった78病院より、入院期間が1年以上の患者の年間退院率が病床数の5%以上であった32病院を選定した（表1）。

第2に、アドバイザーグループメンバーに、重度かつ慢性の患者に対する優れた取組みを行っている病院の推薦を求めた。優れた取組みの中味として、退院に結びつかないまでも問題行動や生活障害に対して好事例として取り上げて良い例も含めるように依頼した。結果、32病院の推薦を受けた（表2）。

以上の2つの方法で選ばれた病院には

重複した病院が1つあり、結果 63 の病院を選定した。また以上とは別に、重度慢性班研究でモデル的な治療を行っているこ

とを報告した岡山県立精神科医療センターも好事例病院に含めた。

表1 重度慢性班研究の分担研究から同定された調査候補病院\*

布施病院	松原病院	向陽病院
岩手県立南光病院	長野県立こころの医療センター駒ヶ根	ゆうあいホスピタル
若宮病院	飯田病院	藍里病院
竹田総合病院 こころの医療センター	鷹岡病院	土佐病院
会津西病院	あいせい紀年病院	行橋記念病院
総武病院	共和病院	衛藤病院
陽和病院	国立病院機構 榊原病院	向井病院
稲城台病院	宇治おうばく病院	菊池病院
三島病院	やまと精神医療センター	益城病院
柏崎厚生病院	五条山病院	国立病院機構 琉球病院
谷野呉山病院	さわ病院	

\* 平成 25 年 1 月 1 日～27 年 6 月 30 日の間に長期入院患者の病床あたり退院率が 5%を越えた病院。

表2 アドバイザリーグループメンバーによる推薦をうけた調査候補病院

未来の風せいわ病院	根岸病院	住吉病院
佐藤病院	長谷川病院	田宮病院
上山病院	多摩あおば病院	南浜病院
福島県立矢吹病院	井之頭病院	五日町病院
竹田総合病院 こころの医療センター	山田病院	京ヶ峰岡田病院
榛名病院	多摩中央病院	総合心療センターひなが
国保旭中央病院	東京都立松沢病院	海辺の杜ホスピタル
東京武蔵野病院	国立精神・神経医療研究センター	油山病院
大内病院	大泉病院	牧病院
東京海道病院	平川病院	福間病院
東京足立病院	吉祥寺病院	

表3 調査対象病院

<b>訪問調査（14）</b>
福島県立矢吹病院、竹田総合病院こころの医療センター 東京武蔵野病院、大泉病院、吉祥寺病院 田宮病院、南浜病院 総合心療センターひなが、国立病院機構榊原病院、宇治おうばく病院 岡山県立精神科医療センター 牧病院、行橋記念病院、油山病院
<b>その他（4）</b>
訪問調査予行演習 藍里病院
書面調査 福間病院
長期入院退院者の症例分析 さわ病院
地域移行実施加算による退院例の分析 土佐病院

## 2. 調査対象病院

調査対象病院は病院規模、地域性、保有施設などを考慮し、また時間的制約を考慮し18施設とした（表3、表4）。このうち16病院を訪問調査対象にあて、うち1病院は予行的訪問調査とし、1病院は書面のみの報告であったので、14病院が訪問調査の対象となった。

訪問時の調査内容は、①在院期間が1年を超える患者の退院に向けた組織的取り組み、特に心理社会的治療について、②重度かつ慢性の患者で薬物療法や電気けいれん療法に一定の限界がある場合に有用な心理社会的治療、可能であれば症例提示、③重度かつ慢性の患者で退院に至らなくとも入院生活の質を高める取り組みとし、事前に伝え準備していただいた。

調査者は研究代表者とさわ病院所属の

研究協力者3名で行い、職種は医師2名、精神保健福祉士2名であった。面談時間は2時間～2時間半であった。

面談は構造化されたものではなく、テーマに沿って説明していただき適宜質問をはさむという形式で行った。面談内容は全員が記録し研究代表者がまとめた。

得られた情報は、以下の分析項目で整理した。「退院促進に取り組んだきっかけ」「退院の発議」「発議後のプロセス」「推進する主要なスタッフ」「医師の役割」「利用したプログラムと技法」「ピアサポーターの参加」「家族へのアプローチ」「退院後の支援」「地域連携」「退院先」「看護で困るケースへの対応」である。以上退院計画からはじまり退院後のフォローまでの流れに沿った項目とした。

表4 調査対象病院の概略

地方	東北 2 (2)、関東 3 (3)、中部 2 (2) 近畿 4 (3)、中四国 3 (1)、九州 4 (3)
経営母体	国立病院機構 1 (1)、県立 2 (2)、財団法人 2 (2) 医療法人 10 (8)、社会医療法人 3 (1)
病床数	最小 144床 (同) 最大 573床 (同) 平均 325床 (320床) 中央値 287床 (同)

注) 括弧内は訪問調査を行った病院

症例分析は2つの病院の患者を対象とした。

さわ病院では、平成28年度において1年以上の長期入院から退院した患者で転院と死亡を除く30例の治療過程を分析した。

土佐病院では、平成23年～28年の6年間に地域移行実施加算を算定した患者15例の治療過程を分析した。

(倫理面への配慮)

総括研究および分担研究の研究計画はさわ病院臨床研究審査委員会の承認を受けた(総括研究の承認番号2017010、分担研究の承認番号2017014)。

## C. 研究結果と考察

### 1. 訪問調査の結果

#### 1) 退院促進に取り組んだきっかけ

#### ● 退院促進事業に対応

平成16年の精神保健福祉施策改革ビジョンを受けた退院促進事業に対応したことが契機となり、退院促進の取組みを現在

まで続いているケースである。その流れの中で平成20年に始まった精神科地域移行実施加算に早い段階から取り組んだ病院もあった。

#### ● 病棟のダウンサイジング

病棟の改修等をきっかけに長期入院患者の退院に取り組んだケースである。退院可能な患者を順次退院させる取り組みの中で地域移行のためのノウハウを蓄積していった。

#### ● 急性期治療を円滑に進める必要性

急性期治療を円滑に進めるためには後方病棟の回転が重要との認識から、特定の病棟を退院支援に取り組むための病棟と位置付けたケースである。このような病棟のスタッフは自分たちも病院運営に重要な貢献をしているとのモラルが高まったという。

#### ● 管理職クラスの交代

院長や副院長の交代により治療方針が

一変し退院促進に取り組んだというケースである。この場合、特に多職種協働の取組みが進むようであった。

その他には、急性期治療から得たノウハウを慢性患者に応用したケースや地域在住の患者を支える中から得たノウハウを長期入院患者に応用するケースも見られた。

また以上のきっかけを合わせ持つ病院も見られた。地域移行が大きな流れであることがどの病院でも認識されていた。

## 2) 利用した事業

地域移行に関連するものとして地域移行実施加算、精神保健福祉士配置、地域移行機能強化病棟を実施している（していた）病院は、それぞれ7病院、2病院、2病院であった。しかしこの数字は網羅的な調査の結果ではなく、より多くの病院で取り組まれていた可能性がある。

## 3) 退院の発議

### ● 個別の検討の中からの発議

主治医による発議、主治医とプライマリナーナの協議による発議、看護師チーム会議からの発議、多職種カンファレンスからの発議など病院により異なっているが、個別の検討の中から退院可能性が発信されるケースである。

スタッフによる退院可能の判断では、本人の意志が明確というのがわかりやすく根拠になるようであった。しかし判断根拠は言語化しにくいようで、例えばこの患者は退院できそうという直観が大事というような見解も見られた。

### ● 組織的検討の中からの発議

地域移行実施加算を算定するための取組み例のようなケースである。大まかな流れとしては、①毎年1月1日時点で5年以上の入院患者をリストアップし退院可能性を検討する、②可能性の検討は病棟レベルで行われたり各職種が個別に行ったりする、③最終的に病院会議で候補者が決定されるというものである。

対象患者の絞り込みでは、REHAB、退院困難度尺度、退院環境尺度などが参考にされる場合もある。また退院可能性を「3か月以内に可能」「1年以内に可能」「退院困難」に分類し検討される場合もある。

### ● 当該病棟の全員が退院支援の対象

これには地域移行機能強化病棟、重度かつ慢性の専門病棟があった。また回復期病棟の長期入院患者は全員が検討の対象とする病院もあった。

以上退院の発議は様々なレベルで行われている。個別的検討のレベルでは、日々の臨床の中から「この患者は退院できるかもしれない」との発想から主治医やプライマリナーナによる取組みが始まることもある。病棟看護師の定期的カンファレンスで退院可能性が探られることもある。いずれにしてもすべての患者が網羅的に検討されるということはないようで、個別の検討では退院可能な患者の見落としがあるかもしれない。

長期入院患者全員が系統的に検討される場合や病棟の全員が対象となる場合には以上のような見落としはまずないであろう。



多数の患者の中から退院可能性の高い人を選び出す作業では工夫が求められるようで、病棟レベルでの多職種による検討や病棟横断的な多職種による検討が行われている。後者では病院保有の地域の施設の職員が参加することもある。多職種の目による退院可能性の検討が重要とするのはほぼすべての病院の意見である。個別的意见ではあるが、日々病棟で接しているとともに退院できないと思えるような患者でも、病院外の人からはまったく違った意見がでることもあるということであった。

#### 4) 発議後のプロセス

大まかな流れとしては、①退院支援のための計画を立てる、その際パスを用いる病院もある、②プログラム等を実行する、③退院先が検討され家族との調整を行う、④退院先の目途がついた段階で個別支援に移る、退院前カンファレンスなどを行う、⑤退院後の支え方を具体化するというものである。

#### ● 計画

退院時期の目安、利用するプログラム、家族へのアプローチと退院先等が検討される。この計画は緻密に行われることもあればおおまかな場合もある。

#### ● 実行

実行されるプログラムには、病院の常設的なプログラムを患者ごとに選ぶ場合もあれば、退院支援のための特定のプログラムを用いる場合もある（後述）。またプログラムは治療の中で変わっていくことも多いようである。

#### ● 退院先の決定

退院先が家庭か施設かの決定は治療の進行に影響する重要な要因のようである。多くの患者は家庭への退院を希望する一方で家族は受け入れに否定的なことが多く、そこでの治療方針が問われているとともにさまざまな工夫がなされている（後述）。

#### ● 退院と退院後支援

退院前カンファレンスや退院後の支援の検討では地域との連携がほぼ必須であり、この段階で保健所や相談支援センター等が加わってくる。その際どこまでが病院でどこからが地域かといった役割の分担、受け渡しが検討される。地域連携については地域性やそれまでの地域との関連性などにより、連携が密なケースからほとんど連携がないケースまで見られる。

#### ● チェック体制

##### プライマリーレベルの意見交換

主治医とプライマリーナースによる随時の意見交換により治療経過が検討される。また通常週に1回ナースから主治医に情報が伝えられている。

##### 病棟レベルのカンファレンス

病棟スタッフによる検討で、頻度は毎週～月1回行われる。主治医とナース以外の職種が加わり検討される病院も多い。ここでは評価スケールが用いられることもある。

##### 病院レベルのカンファレンス

治療の進行が滞っている場合などでは管理職クラスの構成員による病院レベルで検討される場合がある。その場で担当ス

スタッフが説明を求められることもある。

#### 法人の全関連施設参加のカンファレンス

病院に加えて関連施設スタッフが参加するカンファレンスを持っている場合もある。地域側のスタッフの意見が有用なこともあるという。

#### 院内ニュースで退院状況を広報

地域移行の進捗状況として、病棟ごとの対象患者数、カンファレンスの状況、退院者数等が記された院内ニュースを定期的に発行している病院もある。

以上発議後のプロセスは、全体としてPDCA サイクル (Plan (計画) → Do (実行) → Check (評価) → Act (改善) の4段階の繰り返し) としてまとめられる。計画段階では退院可能性の評価、利用すべきプログラム、退院時期が検討され、加えて退院先もおおよそ検討される。実行段階ではプログラムの実行と家族へのアプローチが行われ、プログラムは随時変更され、またより地域生活に密着した内容に変えられる。退院先が固まるにつれてプログラムの内容は進化する。このようなサイクルがうまく働くことにより退院が実現するのであろう。

#### 5) 推進する主要なスタッフ

##### ● 看護師主体

看護師が主体となる病院は多く、看護体制ではプライマリーナース制が多かった。患者に日常よく接するのは病棟看護師で、中でもプライマリーナースがもっとも接触する時間が長い。しかし病院によっては病棟配属の作業療法士や介護福祉士が患者の状態を把握し、相談に乗り、支援をし

ているところもある。彼らのほうが業務や夜勤がある看護師よりも日中の時間帯での接触が長いかもしれないということである。

##### ● 看護師と他職種のみ合わせ

作業療法士や精神保健福祉士が病棟配属の場合は、看護師と作業療法士か精神保健福祉士の2者、あるいは3者が協同して進めるケースがある。臨床心理士が加わる場合もある。病棟配属がない場合でも看護師と精神保健福祉士の2者で進めるケースもある。利用するプログラムによっては多職種で専門性を越えた運営が行われていた。

##### ● その他のスタッフの参加

退院の目途が付き個別支援に移ってからは、精神保健福祉士、訪問看護スタッフ、ヘルパーらが参加することが多いようである。

以上、基本的には看護師は疾患理解・コミュニケーション・日常生活支援、作業療法士と臨床心理士はスキル改善・評価、精神保健福祉士は社会経済生活支援・地域連携を活動領域とするが、退院促進に関わる主要なスタッフは病院による違いがある。

共通していると思われたのは、個別には専門性をベースにした治療、支援が行われ、集団プログラムでは多職種が専門性を越えて関わっていることである。作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士の中のどの職種が主要になるのかは、それぞれの病院の歴史、施設基準、管理職の考え方などが影響しているようであった。

また総じてスタッフの専門性の違いに関係なく患者と直接的に関わる時間が長いことが重要と思われた。

#### 6) 医師の役割

長期入院患者を担当する医師の役割は多様であった。本来的な役割としては、診断の再検討や薬物療法の評価ということと共通していた。診断面では統合失調症と思われていたが発達障害を念頭に治療を進めて成功したといったケースなどがよく報告された。薬物療法に関しては、多剤大量使用の是正、抗不安薬や抗うつ薬の使用方法の検討、クロザリルの適応の見きわめ等であった。

医師にとっての一言は重要で、「退院させる」という方針が出て初めてチームが動き出すことが多いようである。退院先も含めてその決断が医師には求められている。またチームが退院支援で動き出しているにもかかわらず医師が積極的に関わらない状況、ときによっては足を引っ張るような言動についても言及されることがあった。そのような時の対応では、上級医が介入する、病院レベルの会議でプッシュする、退職を勧告するといった例が見られた。医学的治療の比重が急性期に比べて相対的に低くなる慢性期の治療においても、医師の役割の重要性は変わらないであろう。

#### 7) 利用したプログラムと技法

##### ● 常設のプログラム

##### 作業療法（センター、個別）

作業療法はすべての病院で行われ、センターで行われる場合と病棟等で個別に行われる場合がある。いずれが施行されるか

は、治療体制や回復段階などで決められている。

##### 心理教育

多くの病院で取り組まれている。ほとんどすべての入院患者に適応している病院もある。疾患教育が中心であるが、患者の状態により情報提供よりも相互交流に重点を置くケースも多い。多飲水プログラムに取り組む病院もいくつか見られる。

##### 社会生活技能訓練（SST）

多くの病院で取り組まれている。心理教育と同様に入院患者の多くを対象にし、相当重度なケースでも取り組むという病院もある。

##### その他のプログラム

小集団で思いを語るグループ、ピアサポーターの参加するプログラム、地域体験などでモチベーションを高めることを目的としたプログラムなどを運営している病院がある。またストレス対処、身だしなみ、セルフケア、運動、買い物外出、外での食事、四季折々のプログラム等々も行われている。多くのプログラムを用意している病院がある一方、患者の希望によりプログラムを随時作っていく病院もある。

##### ● 退院を目指した企画的なプログラム

限られた人数で、クローズドで、シリーズ制のプログラムを提供している病院がある。中身としては心理教育やSSTのような構造的なもの（地域生活準備プログラム、地域移行パスなど）もあれば、入院生活や退院への思いを語ってもらうゆるやかなプログラムを主体にするものもある。共通しているのは地域生活を想定しての実習やグループホームの見学を取り入れている

ることとピアサポーターがプログラムに関与していることである。

以上、常設のプログラムを主体とし、それに加えて退院を目指した企画的なプログラムが年間計画的に企画されている。企画的なプログラムは必ずしもすべての病院で行われているわけではない。多くのプログラムを用意して患者のニーズに合わせて用いるという病院がある一方で、内容は患者のニーズに合わせてときどき決めていくという病院もある。いずれもニーズベースという点で共通している。どのようなプログラムを用いるべきか、ということに対しては一概には言えないようで、患者のニーズはもとより病院の地域性やスタッフの得意不得意なども関係しているようである。共通しているのは患者のモチベーション喚起を重視していることで、そのために実習的な内容を取り入れたりピアサポーターの応援を求めたりしていると言える。

病院外でのプログラムは患者のみならずスタッフの意識変化をもたらす点でも意義が大きいようである。ふだん病棟ではほとんど口をきかない患者が買い物訓練で外出した。店員さんに「この〇〇はいくらですか？」と尋ねた姿を見て感激した看護師が帰院後患者の様子を涙ながらに報告したというエピソードが印象的であった。

参考のために具体的なプログラムをいくつか巻末にあげた。

#### 8) ピアサポーターの参加

ピアサポーターはほとんどすべての病

院で活動している。自治体等の研修を受けて登録されている場合もあれば、病院が独自に研修を行っている場合もある。

主な活動を列挙する。

- 社会に目を向けることを重視するオープンな話し合いの場に参加。
- 地域で暮らすためのイメージを高めるプログラムに参加。
- 退院への思いを語る場に参加。
- 院内講演会に講師として自身の経験を語る。
- 病棟患者との交流会で定期的に病棟を訪問する。

これは前項で触れたプログラムで活用されているものである。長期入院の経験がある人や現に支援を受けている人の発言は入院患者の共感を得やすく、「どうやって退院できか?」「デイケアに通うには誰に言ったらいいのか?」などの質問がよく出るということであった。入院患者が抱くこの種の疑問には、スタッフは日頃から回答を与えているはずだが、患者は仲間との受け答えをより実感を持って受け止めるのかもしれない。それこそがピアサポーターの存在意義とも言える。また受け答えをする患者をみた病棟ナースは、「この人がちゃんとしゃべっている!」と驚くこともあるという。患者ばかりではなくスタッフの意識改革面でもピアサポーターの役割は重要と言える。

#### 9) 家族へのアプローチ

##### ● 退院の容易さと家族

家族の受け入れがあると退院は容易に進むというのが多くの病院で聞かれたこ

とである。また患者の希望は家庭への退院というのがほとんどであるということでもある。患者が希望し家族が難色を示しているときや拒否的なときは、退院先の決定が難渋することが多い。家庭への退院から施設への退院への転換は、治療者にとっても患者にとっても容易に決断できないようで、ダウンサイジングを試みた病院の中には、最後に残されるのは家族の受け入れがない患者が多いというところもあった。

#### ● 家族心理教育

ほとんどの病院で家族教室などのプログラムを施行している。多職種、シリーズ制で年に数回開催されていることが多い。知識教育などの情報提供を主体とするものとグループワークを取り入れているものがある。病院によっては家族教室修了後も家族との接触を継続しているところがあったり、家族教室の運営を家族会に引き継いだりしているところがある。マナー化への対策が必要と認識されている場合もある。

#### ● 家族との接触

家族との疎遠化をいかに防止するかが多くの病院で意識されている。急性期治療の段階から家族教室を始めるのが大切と強調している病院があり、実際に試みられている。長期入院の場合では、一例として以下のような試みがされている。

- ✓ 病棟ニュースを郵送する。
- ✓ 定期的に連絡する。
- ✓ クリスマスカードなどを患者に書かせて状態を知らせる。
- ✓ グループホームの見学会に誘う。

- ✓ 面会時にはちょっとした行動（缶コーヒーを買う）を一緒にしてもらう。患者の良い状態を見て考えが変わるといふケースがあり、ともかく接触を図ることが重要なようである。

#### ● 家族を説得する試み

家族には、どこまで治ってほしいかを尋ねて妥協点を探すことがまず重要という意見がある。また退院後悪化すればいつでも入院させると保証することで好転した例もあるという。不安の強い家族には、会議前に時間をかけて不安の解消を図るといふ試みも見られる。しかしこれには非常な労力を要し、また必ずしも成功するわけではないということである。

#### ● 退院先を家族から施設に転換する際の試み

ある病院の試みとして以下の例があった。家族が自宅への退院に反対するケースに対して、患者には「地域移行は国の施策で病院はそれに従う。退院に反対しているのは家族でそのために退院できない」と告げる。家族には、「患者を受け入れることができない」と患者に明言してもらうような場を設定し、スタッフがとりまく中でその旨言ってもらう。患者は一時症状が悪化するが、現実検討が改善し施設退院が可能になることがあるという。

以上、家庭に戻りたいという患者の希望をベースに考えた場合、家族へのアプローチは最重要と捉えられ、個別レベル、集団レベルでさまざまな取り組みが行われている。ほぼ常時取り組まれていると言える。

それぞれの病院での工夫が一般化できるかどうか今回の研究からはなんとも言えないが、種々の工夫についての情報が共有されることは重要と思われた。

#### 10) 退院後の支援

退院後早期の再発・再入院防止と地域定着を支援するための特別な試みがほとんどの病院で行われている。

##### ● クライシスプラン

本人用・家族用・施設用・地域支援者用にそれぞれ別個に作成されるケースが多い。不調時のサイン、解決策（本人）、悪化時の症状と対応方法（家族用、施設用、地域支援者用）、緊急時の連絡方法などが明記される。日中の活動の項目を入れているものもある。

##### ● 支援体制

###### 情報の管理

電子カルテに緊急時の対応方法を明示しておく、電子掲示板に状態と対応を刻々記すなどにより情報の一元化、迅速化が図られている。

###### 外来看護師による対応

外来看護師がリスクの高い患者数名を担当し、受診時に看護相談をしたり必要時に訪問したりする。入院中から顔合わせをしておく。外来看護師に限らず、退院後の支援に関わる訪問看護師や地域支援者との顔合わせを入院中に実施している。

###### カンファレンス

本人も交えた多職種カンファレンスを月1回開催して経過を追うという例もある。

###### 緊急連絡時の対応

電話だけでは対応しきれない場合などに多職種編成チーム（下記）や患者がもっとも信頼するスタッフ（多くは病棟ナース）が訪問している。訪問者に連絡が至るまでのルートを決めている病院もある。

###### 多職種編成チーム

主として退院後の支援を担当するチームを編成している病院がある。2つの例を挙げる。

- ① 再入院防止、訪問看護につなぐまでの支援を目的に、臨床心理士1名、精神保健福祉士5名、作業療法士5名で編成。訪問を担当するのは入院中から顔見知りのスタッフとしている。
- ② 救急病棟看護師2名、回復期病棟看護師1名、精神保健福祉士1名、作業療法士1名で編成し、家族の支援がない患者や措置入院からの退院患者などを対象に24時間対応する。

これらのチームの活動は患者が落ち着き訪問看護で対応できるまで続けられる。保険診療では賄いきれないということである。

長期入院患者にとって退院は危機的状況であり、再入院防止や自殺防止は非常に重要な課題である。地域移行実施加算の対象となった場合、退院後3か月の再入院防止は経営上の重要課題でもある。

退院後の支援方法は多様である。第1にクライシスプランを作成し本人、家族、支援者がそれぞれ判断して対応することをめざしている。第2に外来やデイケアに加えて外来看護師や多職種チームによる相談、訪問が行われている。第3に緊急時に

は顔見知りのスタッフが対応するといった工夫がこらされている。経過を把握するための体制（会議、電子掲示版等）も作られている。これらの活動の中には保険診療の枠をこえたものもある。

#### 1 1) 地域連携

##### ● 地域との連携を重視

自前の施設を作らず地域との連携を重視する病院は例外的であったが、ここでは保健福祉センターや相談事業所などとの定例会議に加えてケア会議を頻繁に持つことになるという。

##### ● 保健師との連携

保健師との連携については地域差が大きい。連携が強い地域では、①退院後の相談窓口としてつながる、②退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問に参加する、③遠方で病院からの訪問が困難なケース・再発リスクが高いケース・治療中断のケース・措置患者などの訪問を引き受けるなどが見られる。入院が必要な場合、「役所が説得すると応じる」ケースが多いという見解もある。

逆に保健師との連携はほとんど、あるいはまったくないという病院もある。

##### ● 病院のプログラムに地域をまきこむ活動

地域の連携機関が病院のプログラムに参加するケースとして以下のようなものがある。

- ✓ 保健福祉所・市役所・相談支援所が月 1 回の頻度で地域移行パスのプ

ログラムに参加する。

- ✓ 地域の自立支援協議会議を通じてパスを普及する。就労関連施設・通所施設・居住施設・かかりつけ医・訪問看護がパスを使用するようになる。
- ✓ 外部事業者・ハローワークを招き退院後を支えるサービスの説明会を毎週開催する。
- ✓ 地域相談支援センターの職員が院内グループセッションに参加し、地域移行支援、地域定着支援、地域定着・移行支援につなげる。

以上、自前の社会復帰施設をもたず退院後は地域と連携しながら進める場合から、退院後も自前の施設で自己完結的にケアを続ける場合まで地域連携の形には違いが大きい。現状では長期入院患者の退院のための入居施設はかなり不足している。その意味では、どのような形の地域連携も重要であり、それぞれの地域・病院での工夫が求められるだろう。

しばしば指摘されていることとして、地域で働くスタッフの目と病院のスタッフの目とは異なっており、一例として退院可能性の判断が時に大きく異なっている。その点で、地域の目を病院治療に導入することの重要性は強調されて良いのではないだろうか。

#### 1 2) 退院先

今回の調査では退院先を網羅的に把握しなかったので数値的な報告はできない。この点は 5 つの研究班の共同で取り組んだアンケート調査（重度かつ慢性の精神障

害者に対する包括的支援に関する好事例(病院・地域の調査)で詳しく把握される予定である。

全体的傾向としては、自宅、グループホーム、高齢者施設の3つが主要な退院先であった。また退院者が多い病院では、この3つの退院先がいずれも多く、患者を大勢退院させるには退院先のバラエティーが重要なようであった。

都市部と非都市部で退院先の傾向に違いはなかった。ただし東京都では高齢者は他県の施設に斡旋する、また救護施設は区部にはないということで自宅外の退院先はグループホームが中心のようである。

### 1.3) 看護で困るケースへの対応

この項目も系統的に聴取したわけではないので、以下参考程度に記載する。

#### ● 多飲水に対して

クロザピンを使用している病院では一様に効果的ということであるが、効果に限界があるケースもあるということである。

体重測定を定期的に行うところがほとんどであるが、意味が分からない患者には測定しないという病院もある。

山梨県立北病院で実施されてきた心理教育はいくつかの病院で行われている。

飲水行動の制限はADHの日内変動から見て日中はしていない病院もある。

多飲水は精神症状のコントロールで対応するという考え方も見られた。

#### ● 嚥下障害に対して

嚥下障害のために退院が困難なケースに栄養士、内科・歯科がチームで取り組み、年余にわたる嚥下訓練で退院できたケー

スがある。

#### ● 不穏・衝動性に対して

クロザピンによりある程度の症状コントロールは可能という見解が多かった。

不穏に到る前に早期発見し対応することで減らすという取組みが見られた。不穏の前に特徴的に生じる行動などをうまく見つけるにはベテランナースの観察眼が重要ということである。

隔離をなるべく少なくすることが重要で、日中なるべく人手をかけて開放観察する、隔離室前のスペースを生かすなどが試みられている。

ストレングスマッピングシートの利用により対応しているケースもある。なおストレングスマッピングシートはいくつかの病院で重症患者に試みられている。

#### ● 環境の改善

元看護師が立ち上げた旅行会社によるツアーに、長期入院中の患者を参加させるという試みがあった。



## 2. 症例分析

### 1) さわ病院の取り組み

#### ①診療体制

社会医療法人北斗会 さわ病院は大阪府豊中市の住宅街に囲まれている 455 床の単科精神科病院であり、そのうち、精神科病床として精神科救急入院料病棟を 2 病棟合計 114 床、急性期治療病棟 1 病棟 49 床を運営している。精神科救急を診療の軸とし、1 ヶ月のうち 20 日以上、夜間休日の精神科救急センターの当番および緊急措置入院の当番にあたっている。その他、亜急性期、慢性期、認知症専門病棟などの精神科病床 5 病棟を有している。

豊能二次医療圏を管轄しているが、阪急宝塚線沿線にあるため大阪市や、尼崎市・伊丹市・川西市などの兵庫県東部からも通院している患者は多い。疾患としては統合失調症が多いが、急性期から慢性期まで多くの精神科症例が外来・入院診療を中心とし、精神科デイケア、重度認知症デイケア、グループホーム、ケア付きアパート、地域包括支援センター、在宅給食サービス事業、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業、指定居宅サービス提供事業（訪問介護・介護予防）、居宅介護事業、就労継続支援 B 型、就労移行支援事業など多種多様な承認施設、関連施設と連携することで社会復帰に積極的に取り組んでいる。また、認知症疾患医療センターを併設しており、豊能二次医療圏を管轄している。精神保健福祉法に定める入院形態をすべて受け入れているが、医療観察法の鑑定入院や指定通院患者も受け入れている。

修正型電気痙攣療法（年度によるが最近では 300～600 件/年）や、治療抵抗性統合

失調症患者に対するクロザピン治療（平成 30 年 3 月時点で 80 名以上のクロザピン導入実績あり）も積極的におこなっている。

平成 29 年 6 月時点の職員構成および病床統計は表 1、2 のような構成となっている。

〔表 1〕

さわ病院の職員構成

医師数 (常勤)	20 人 (指定医：14 名)
医師数 (非常勤)	15 人 (指定医：2 名)
看護師 男性/女性	73 人/149 人
准看護師 男性/女性	4 人/15 人
精神保健 福祉士	41 人
作業療法士	22 人
臨床心理士	6 人
薬剤師	9 人
臨床検査技師/ 放射線技師	5 人/2 人
従業員数	459 人

〔表2〕

## さわ病院の臨床統計

外来患者 延数	175.3 人/日
入院 患者数	114 人/月
平均在院 日数	105.1 日 (2016 年度)
デイケア 参加数	112 人/日
デイナイトケア 参加数	18.7 人/日
ショートケア 参加数	39.4 人/日
老人デイケア 参加数	7.1 人/日
OT 参加数	106.9 人/日
訪問看護	1390 件/月

## ②長期入院患者の社会復帰状況

近年における当院へ 1 年以上の入院を要した認知症症例を除く長期在院患者の治療状況は以下の通りである。

## ●平成 29 年 4 月 1 日時点の入院患者数 (N=343)

入院 3 ヶ月未満の入院患者数：

173 名 (50.4%)

入院 3 ヶ月以上 1 年未満の患者数：

61 名 (17.8%)

入院 1 年以上の患者数：

109 名 (31.8%)

## ●平成 27 年度 1 年間の入院患者数および退院実績

平成 27 年度 1 年間に入院した患者数：

1226 名

そのうち 1 年以内に退院した患者数：

1184 名

## ●平成 28 年度当初 (平成 28 年 4 月 1 日) の時点で入院期間が 1 年を超過していた患者数およびそれらの患者で平成 28 年度末 (平成 29 年 3 月 31 日) までに退院した数

平成 28 年度当初の入院 1 年間以上の

患者数：135 名

そのうち、平成 28 年度中に退院した

患者数：48 名

上記 48 名より転院・死亡を除く

退院症例：30 名

図1 地域への退院を見た患者の性別割合

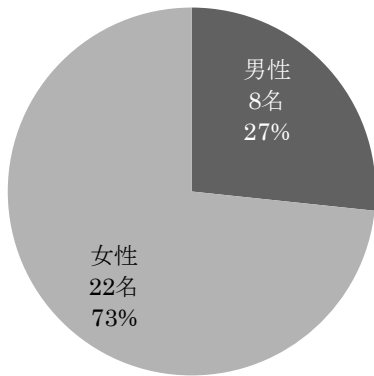


図4 同、入院期間別の割合

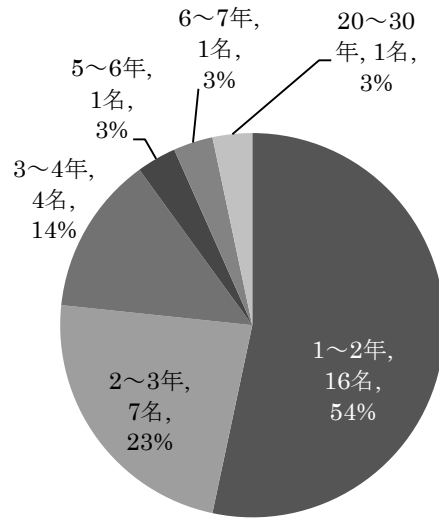


図2 同、年齢構成別割合

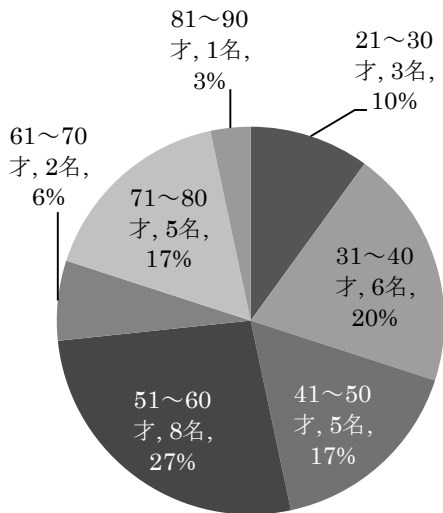


図5 同、退院先

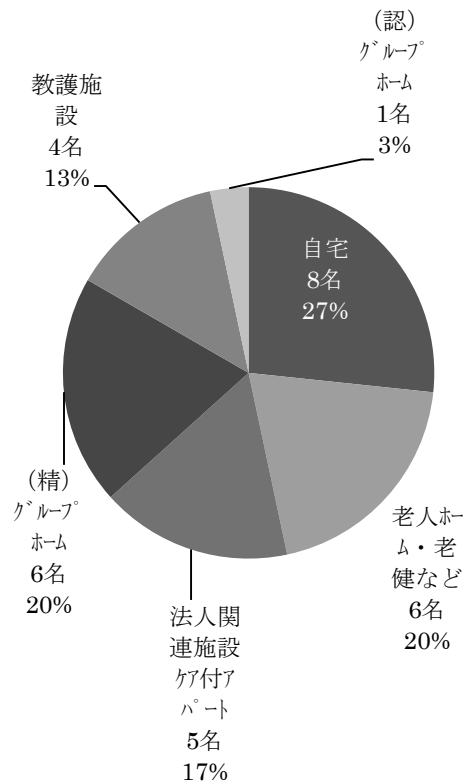
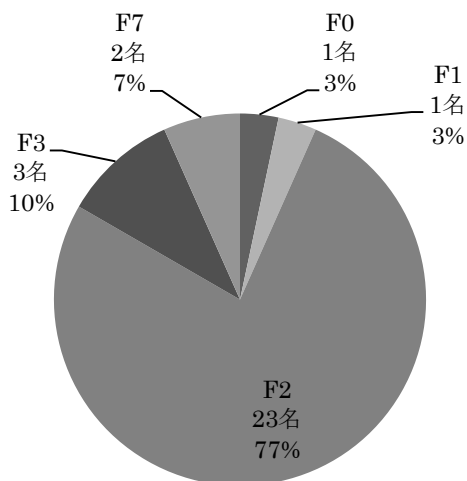


図3 同、疾患分類別割合



以上、平成 28 年度当初に 1 年以上の長期入院患者患者（認知症を除く）135 名のうち、その後 1 年間に退院した患者は 48 名（35.6%）で、うち転院と死亡を除く患者は 30 名（22.2%）であった。

この 30 名の性別、年齢、疾患分類、入院期間、退院先を図 1～5 に示した。性別では女性が 73% を占め、年齢では特に目立った傾向はないが 30 歳代、40 歳代、50 歳代の壮年期・中年期が 3 分の 2 を占めていた。疾患分類では統合失調症が 85% を占め、入院期間では 1 年以上 2 年未満が 54%、ついで 2 年以上 3 年未満が 23% を占め比較的短い入院期間の患者が多かった。退院先では自宅、高齢者施設、グループホーム、ケア付きアパートが多かった。

### ③症例紹介

上記の退院患者 30 名の中から 2 症例を提示する。

#### 【症例 1】

60 才代 女性 統合失調症

【生活歴】 高校卒業後、事務職に就く。結婚歴はなし

【既往歴】 特記すべきことなし

【家族歴】 実母が統合失調症

【現病歴】

X-34 年：神経衰弱様状態となり事務職を退職

X-32 年：A 研究所へ通院するようになるが詳細は不明

X-26 年：B 病院へ通院し、その後、C クリニックへ転院となるが本人は無為自閉的な生活で兄が代理受診し投薬を受けていた。

X 年 12 月：兄が入院となり内服が中断となった後より、徐々に精神変調を来し、布団を 1 日中被子食事や水分を摂ろうとしなくなったため、家族が心配し当院を受診となった。

#### 【当院初診時】

表情は非常に硬く、問いかけには無反応であったが、入院の話題になると、突然、「入院しません！帰る！」と大声で叫び、時々、「死んでやるから」とつぶやいていた。幻覚妄想、情動不安定を呈し入院治療を要するとの判断により医療保護入院となった。

#### 【入院後経過】

X 年 12 月：入院後、非定型抗精神病薬（アリピプラゾール、リスペリドン、オランザピン、ブロナンセリン、クエチアピン）を主剤に薬物療法を行うが効果は限定的で、安定時は作業療法に参加でき手工芸、体操などに参加できるまでに改善したが、突然に病的体験に影響され、興奮し大声で叫ぶことが続いていた。

X+1 年 8 月：任意入院へ変更はできたが、依然として、暴走族、警察、両親、宗教団体に関連した幻聴（兄が危ない目に遭っているなど）や体感幻覚（子宮を触られる）および、それらに反応しての興奮が遷延していた。

X+2 年 8 月：治療抵抗性統合失調症における反応不良例として、クロザピンを開始し 225mg/日まで漸増したところ、徐々に改善がみられ幻聴や体感幻覚が軽減し距離をとることができるようになり、情動も安定し疎通や理解も良好となり、不安時には、その悩みを看護師に相談し言語化できるようになった。しかし、ク

ロザピンの副作用である白血球減少症発症時における自己管理能力の不十分さなどの問題より退院後の単身生活が困難であったため入院が長期化した。

X+7年9月：本人、家族と入院担当医で今後について話し合いをもち、病院近くのケア付きアパートへの退院を目指すこととなり、入院病棟よりデイケアへ通所し、デイケア職員の面前にて定期薬を服用する練習を開始した。

X+7年10月：本人、本人の兄、担当医、担当看護師、担当ソーシャルワーカー、デイケア担当職員、ケア付きアパート職員による多職種カンファレンスを開催し、「幻覚妄想は残存しているが落ち着いている」との評価にて、本人は自宅への退院を希望したが、その前段階としてケア付きアパートへの退院方向となった。本人が不安を訴えたためケア付きアパート内の外泊訓練室を利用し、外泊訓練および病院内食堂利用訓練をすることとなった。

X+8年1月：入院中からの退院へ向けた前述の訓練にて、本人も退院生活に対し自信を持つことができ、問題なく過ごすことができるようになったためケア付きアパートへ退院となった。以後、現在もケア付きアパートへ居住し外来通院治療を安定して継続している。医療福祉関係者らによる本人の単身生活が可能になったとの判断により、近日中に単身アパート生活への移行を予定している。

#### 【退院時プラン】

外来診察2週に1回、デイケア週5日、訪問看護、ヘルパーを利用、服薬クロザピン 200mg/日が主剤、服薬管理はケア

付きアパートとデイケア職員、金銭管理は定期的に兄が渡し、本人が管理

#### 【退院後の課題】

自宅と当院間をバスで移動することとなるためバスの乗り方などの外出訓練を実施予定。

本例は精神状態はある程度落ち着き本人の希望する単身生活をめざしたが、生活障害が強く最終的に病院近くの関連施設であるケア付きアパートに退院した。生活の全般にわたってサービスを導入してようやく退院にこぎつけたケースであった。退院先の決定が難しいケースであったが、将来の自立をめざすことでモチベーションが上がり現段階で経過は順調である。

#### 【症例2】

50才代 女性 統合失調症

【生活歴】高校卒後、電子機器会社に就く結婚歴はなし

【既往歴】特記すべきことなし

【家族歴】特記すべきことなし

#### 【現病歴】

X-10年：「見られている」「写真を撮られている」などと被害妄想を訴えるようになり会社を休むようになったためA病院精神科を受診し通院するようになった。

X-8年：B病院へ「芸能界が電波でスカウトしてくる」などの幻覚妄想状態にて入院となった。

X-6年：C病院へ自宅で暴れるなどの幻覚妄想状態にて入院となった。

X年7月：C病院より、被害妄想に影響された病棟内での暴力行為のため環境調

整目的にて当院へ転院となった。

#### 【当院初診時】

表情は険しく、「芸能界が電波でスカウトしてくる」「警察がいろいろと言ってくる」と被害的内容の幻聴や妄想に強く支配され思路障害も著明で情動も不安定であった。

#### 【入院後経過】

X年7月：当院入院後、ハロペリドール、リスペリドンなどを主剤に薬物調整を行うが芸能界に関する幻覚妄想は遷延し看護師への暴力行為や入院男性患者を夫と思い込み色情行為に及ぶなどの逸脱問題行動などを頻回に認め行動制限を要し、診察も検査も拒否する状況であった。

X+12年：薬物調整も継続するも治療抵抗性で幻覚妄想、情動の不安定さは遷延し看護師への暴力行為により長期間の隔離処遇を強いられた。

X+19年：ブロナンセリンを主剤とした頃より情動の不安定さが改善傾向となり、血統、結婚、妊娠などに関する妄想には依然として強く影響されていたが逸脱問題行動が消失し、診察、検査、整容にも協力的となった。

この時期より、看護師を中心とした本人に対する退院へ向けての治療的関わり可能となったため、看護師、精神保健福祉士付き添いにて外食や衣類購入などの院外外出を繰り返した。また、多職種カンファレンスの結果、退院してすぐの単身生活は困難と判断されたため、訪問看護、ヘルパー、デイケアを利用しながらケア付きアパートへの退院が当初は必要との方向性となった。そのため入

院中より退院先ケア付きアパート内の外泊訓練室への病棟担当看護師や担当精神保健福祉士が付き添っての外泊訓練やデイケア参加訓練を繰り返し、本人の退院後の生活訓練や問題点の確認について長期間をかけ実施した。

X+23年、前述の退院訓練および退院後の問題点について多職種カンファレンスにて退院後生活に関して検討およびその問題点への対応を繰り返し、退院が可能と判断しケア付きアパートへ退院となった。

#### 【退院時プラン】

外来診察1週に1回(未受診時は往診)、デイケア週5日、訪問看護、ヘルパーを利用、服薬管理はケア付きアパートとデイケア職員、金銭は当院担当精神保健福祉士が管理

#### 【退院後の課題】

通院とデイケア参加が不規則で不定期となっている。

本例は先のケース以上に重症で、退院の方針が出てからも長期を要した。最終的には病院保有のケア付きアパートに退院したが経過は不安定である。しかし医療面から福祉面まで全般にわたりインテンシブに関われば相当に重症でも退院可能であることも示唆している。

#### ④おわりに

さわ病院の”重度かつ慢性”相当症例退院へ向けてのアプローチについては、以下の北斗会における退院時チェックリスト”しゃかいふつき”を活用している。

## 【“しゃかいふっき”の構成】

〔し〕：しゃかい的行動

周囲に強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動が無いこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないことでスクリーニング

「障害ある人が地域で生活するための6要素」

〔や〕：やりくりを意味する経済管理

〔か〕：かつどうを意味する生活リズム管理

〔い〕：いんしょくを意味する栄養管理

〔ふ〕：ふくやくを意味する治療管理

〔つ〕：つきあいを意味する対人関係

〔き〕：きれいさを意味する保清（掃除、洗濯、入浴）

当院では、多職種カンファレンスで上記の項目を各々について確認し、退院生活上、援助を要すると判断された部分について、例えば社会福祉協議会、デイケア、デイナイトケア、ショートケア、就労移行支援事業所、就労継続支援B型事業所、配食サービス、病院食堂、訪問看護、ケア付きアパート、ヘルパー等を組み合わせることにより補い、治療抵抗性症例についてはクロザピン、m-ECT、持効性注射剤による治療を併用することにより精神科長期在院患者の退院を支援・促進している。

（この項は研究協力者の渡邊治夫が執筆）

## 2) 地域移行加算利用による取り組み

### ①概略

土佐病院で平成23年～28年の6年間に地域移行実施加算を算定した患者15人の退院先は、グループホーム7、自宅4、高

齢者施設2、アパート1、その他1であった。退院の意志は、「あり」が8人、「なし」が2人、「不明」が3人であった。再入院は5人であった。

### ②取組体制

取り組みの方法は最近変わってきたので、最初に以前のやりかたを「平成26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」分担研究報告書（井上新平）から引用する。

取り組みは、まず年頭に相談室が、入院期間が4年以上の患者のリストを作成し、全部署に回して退院の候補者を3名挙げるように依頼する。個別の検討を経て主治医、病棟看護師、精神保健福祉士らが集って検討する場を設ける。主導するのは精神保健福祉士である。検討に際し考慮されることは、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である。身体合併症はあまり問題になったことがないという。また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される。候補者の絞り込みには相当に時間をかける。

以上のやり方では治療のスピードが遅くなりがちで、年末が近づきようやく退院者がでることがあったということである。そこで以下のように変更された。

取り組みは長期入院患者がいる3つの病棟の師長と相談室メンバーからなる会議で進める。1月の第2水曜日開催の会議で、1月1日時点で入院期間が4年以上に達

する患者のリストをもとに候補者を挙げる。前年末にも会議を持ち、その場でメンバーの選定が行われることもある。1月の会議で最終的に候補メンバーが選定される。

以後は2か月に1回の会議で進捗状況を把握し、必要であれば月1回開催する。会議では候補メンバーの入れ替えも行われる。検討される患者は、その年に退院できなくても翌年の候補になり通年的に治療経過が検討される。

推進する主な治療者は病棟の受持ち看護師と精神保健福祉士で、医師には退院という方針を出すことが求められるということである。

### ③個々の例

以下、いくつかのケースの退院までの経過を示す。

- 女性。被害妄想、粗暴行為があり、口調が粗い。無断喫煙もあったがだいたいいおさまった。同胞の受け入れが悪く病院保有のグループホームへの退院を目指した。1年がかりで洗濯と服薬自己管理が可能になった。後見人は入院よりも金銭が嵩むことで若干の抵抗があった。本人は退院を希望した。
- 男性。ニワトリが好きで養鶏場から盗む、強迫的で確認が多い、他患者に攻撃的、喫煙がひどく外出1時間でひと箱吸い帰院時はボーとしている。家族は退院に反対したが病院保有のグループホームを勧めた。最後は泣いて反対する家族に対して大丈夫と説得した。退院後タバコの問題で3回再入院する。本人は退院を希望した。

- 男性。幻覚妄想が持続し生活障害が強いケース。本人の意志に反してグループホームに連れていき現場で説得した。本人の退院の意志は明確でなかった。グループホーム入所後の経過は安定している。
- 女性。知的障害があり、大声、物を投げるといった問題行動で他患とトラブルを起こすケース。OTは積極的、人と話すことを求める。精神のグループホームでは人との関わりが少なく適応できなかった。本人が希望する活動を支援する方針に転換した。知的障害の支援センターと連携し特性に合った施設がみつかりプッシュする形で退院に至った。本人の退院への意志は明確であった。
- 女性。夫がいる自宅への退院を目指し電車で病院に通う練習をしたが、人の目が気になりうまくいかない。外泊中包丁で頭を突き刺す、3階から飛び降りるなどの行動があった。グループホームへの退院に切りかえ夫を何回も説得した。グループホームからは病院にタクシーで通う、週末は夫が迎えに来て家で外泊するといった生活を続けている。ちょうどいい距離感という。退院の意志は明確であった。
- 女性。家族は40代の独身の息子のみ。要介護2。失禁があるとともに失禁しているような体感幻覚もある。優しい息子を何度も説得した。退院後は毎日ヘルパー、週3日のデイサービス、夜間訪問看護で支えたが、半年後再発、息子の介護疲れもあり再入院。以後3か月毎に入退院を繰り返している。身



体機能は回復傾向という。本人は退院を希望した。

- 女性。強度の幻聴で不食のためにチューブ栄養の時期もあった。身边は自立したが退院の意志は全くない。地域移行実施加算の対象になったので病院保有のグループホームへの退院を目指したところ意外とうまくいった。しかしホームでは自室で高級ファッション誌を見るだけで幻聴が強クノックしても返事がない。月1回の外来通院はするがその他の活動はまったくできていない。退院の意志は明確ではなかった。
- 女性。陰性症状・被害妄想・こだわりが強い。身なり気をにせず破れたものを着る、洗濯はするが生乾きのものを着るといった状態であった。姉が定年退職後本人に関わりだしアパートを見つけてきた。相談室や病棟看護師ではなく主治医主導で退院が実現した。退院の意志は明確であった。このケースもひとつ前のケースも、病棟看護師はとても退院できるとは思っていなかったという。

以上の例も含めて退院が可能となったポイントを列挙する。

- ✓ 障害が強くても受け入れる施設があった。
- ✓ 自宅のすぐそばに支援施設が新設された。
- ✓ あらたな家族の関わりが得られた。
- ✓ 看護師や精神保健福祉士は退院が無理と判断したが主治医が主導で進め

た。

- ✓ 病棟で自立への支援を年余にわたり続けた。
- ✓ 外部の訪問看護ステーションが入りスムーズに進んだ。
- ✓ 家族の心配を押し切った。
- ✓ 本人を現場で説得した。
- ✓ 退院を勧めるときほどの抵抗なく進んだ。
- ✓ 対象となったので進めたら意外とうまくいった。
- ✓ 特にこれといった支援はしていなかった。

病棟で見えていても退院できないと思われていたケースが数例あるということであった。系統的な取り組みが有意義と思われる。

#### D. 結論

好事例病院を対象に長期入院患者の退院に資した治療の特徴を取りだそうとした。結果、退院の発議には組織的検討や多職種による検討が重視されている、発議後のプロセスでは、計画→実行→評価→改善のPDCAサイクルが見られる、治療には多職種が関わり医師にはチーム医療の一員としての役割が求められている、プログラムで常設プログラムのほかに退院を目指した企画的なプログラムが用いられていることもある、ピアサポーターの応援を求めている、退院後はクライシスプランを用い支援スタッフや支援チームでフォローしている、地域の機関を病院のプログラムに参加させているなどの知見が得られた。

本研究は好事例病院における治療過程

を項目ごとに整理したが、所見は定性的なものである。今後は得られた所見が一般化できるかどうかの調査が必要と思われた。

また症例分析からは上記の所見が確認できたが、具体的に退院するとなると症例ごとに知恵を出すことが必要と思われた。

#### 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

なし

#### G. 知的財産権の出願・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

## <参考>

多くの病院でプログラムの工夫が見られた。参考のためにいくつかの例を挙げる。本文でも触れたように内容が刻々と変わるプログラムもあり、以下は必ずしも現時点で行われているものではないものもある。

またここに示されたプログラムは調査病院の中のプログラムの一部であること、これ以外の病院でもこの種のプログラムの運営がなされていないわけではないことをお断りする。

### **ニコの会（福島県立矢吹病院）**

病院では多職種スタッフから構成される心理社会療法部が心理社会的治療を運営している。認知症を除く入院患者に可能な限り心理教育を行っている。平成27年度より開始されたニコの会は集団心理教育の一つで、全病棟の入院患者、デイケアメンバー、外来通院患者がオープンに参加する集まりである。社会生活を送っているメンバーやピアサポーターとの交流により重度かつ慢性に相当する患者のモチベーション喚起をはかり地域移行をめざしている。幻聴・薬・注意サイン・人づきあい・退院後の生活等のテーマをもとに双方向的に自由に話せるように運営している。週2回の頻度で開催し毎回の参加者は20人程度である。

### **あなたの治療パス（田宮病院）**

地域移行用パスとして「あなたの治療パス」を施行している。あゆみの会・雪割草チーム・個別支援の段階がある。あゆみの会では、地域社会と触れ合う機会をもちながら退院意欲喚起をめざす。身近で自分がやりたいと思うことの実現をサポートし、院内外の資源の体験、ピアサポーターとの交流、グループホームの見学等を行う。雪割草チームでは、地域で暮らすイメージを高めることを目的とし、グループホーム等の見学、公共交通機関の利用練習、ピアサポーターとの交流等を行う。個別支援では再入院防止・社会復帰プログラム、個別OT、体験外泊などを行う。

### **チャレンジグループ（吉祥寺病院）**

統合失調症治療に特化した病院。SST委員会では4種のプログラムを進めており、チャレンジグループは長期入院のために作られた通年制のプログラムである。メンバーは病棟から推薦され4～5人でグループを構成する。重度かつ慢性に相当する患者で退院への不安が強い患者が多いという。毎週水曜日に実施し合計8回実施される。基本は心理教育で、本人の希望と生活能力評価をもとに個別の課題を設定する。地域生活のイメージづくりのためにグループホーム見学、入居者との交流などを取り入れている。

### フォントナ（大泉病院）

病院が行っている心理教育プログラム／認知機能リハビリプログラムの一つ。平成 25 年から開始された。「再発予防」、「暮しの工夫」、「働くこと」の 3 つのテーマで学びあい考えていく。1クール 12 セッションを 3 か月行い、年 3 クール施行。現在第 13 期という。メンバーは 7 人くらい。もともと社会資源につながらない外来ニートが対象であったが入院患者にも拡大された。多職種が関わる。モチベーション喚起を重視し、退院への思いを話してもらい、外とつながる（地域機関のスタッフやピアサポーターとの接触）ことを重視している。修了後 OB 会につなげる。参加者の退院率は 40% くらいという。

### 社会復帰講座（榊原病院）

病院では心理社会的リハビリプログラムとしてシリーズ的に疾患教育、料理教室、服薬自己管理教室などを行っている。その中で「退院を考えていく人」が「病気を抱えながら社会生活をしていくための知識・コツ」を勉強する社会復帰講座を開講している。全 13 回。1 回 1 時間半で、テーマはグループホーム見学、作業所見学、デイケア見学、金銭管理、生活リズム、退院後使える制度などである。参加者は 10 人程度で臨床心理士を中心に多職種協働で運営している。

### つばさ会 もぐら会（岡山県精神科医療センター）

いずれも重度かつ慢性病棟の入院患者を対象としたプログラムである。この病棟についての情報は別に記す。

つばさ会はエントリー枠が 6 人程度、クローズドで毎週 1 時間開催している。1クール 3 か月程度で、内容はミーティングと外出を主とし、メンバーがやりたい活動に寄り添っている。べてるがモデルという。

もぐら会は 1 年以上保護室隔離で退院の見通しが立たない患者を対象としている。エントリー枠は 6 人程度、クローズドで月 2 回、1 回 1 時間程度で開催している。1クール 3 か月。内容はメンバーがやりたい活動に寄り添う。

具体的な活動内容は、バーベキュー、動物園、カラオケ、マクドナルド、ロッテリア、映画、買い物、花見、作業所見学と利用者との交流、ボウリング、温泉、紅葉見学、料理、初もうで、合宿、多床室へもぐら合宿、べてるの DVD 鑑賞などである。

### チャレンジグループ（油山病院）

「患者自身の退院意欲喚起に着目した作業療法の活動プログラム」で平成 27 年に始まった。全 23 回半年間のプログラムでメンバーは 10 人程度、スタッフでは作業療法士、精神保健福祉士、看護師、及び地域相談支援センターの職員が固定メンバーで精神保健福祉センターなど地域機関から随時加わることもある。プログラムは金銭や薬の管理、調理実習、

グループホーム等の施設見学、当事者やピアサポーターとの交流等々で、内容は少しずつ変えている。2年間で4人が退院し相談センタースタッフが関わるケースもあった。

### 岡山県精神科医療センター西2入院棟（重度慢性期入院棟）（2016年度年報より）

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を対象とする病棟。個別のケアプランを計画実施し地域移行を促進している。

病床は55床で隔離室18室（保護室11、準観察室4、特室1、水治療対応室2）、1人床15室、4人床4室、準観察室6、その他（観察室）2となっている。

スタッフはいずれも専任で医師3名、看護師32名、精神保健福祉士2名、作業療法士2名で、看護基準は13対1で届けているが実質は10対1で救急病棟並みの配置という。

病床運営状況と退院先、活動報告、プログラムをそれぞれ表5～表7に示す。

重度かつ慢性の治療に特化した病棟活動を見ると、身体治療としてクロザピンを使用し多彩な心理社会的治療と合わせて治療している。平均在院日数は約5か月であるが、年余にわたり隔離を続けている患者もいる。救急病棟並みの人員配置をすれば治療効果をかなりあげられることを示唆している。

表5 岡山県精神科医療センター西2入院棟の運営状況および退院先

病床運営状況	入院患者数 103人、転棟による入院 81人 退院患者数 148人、転棟による退院 34人 平均在院日数 157.9日、病床利用率 98.7%
退院先	自宅 73%、施設・里親 9%、転院（精神科）11%、 転院（精神科以外）3%、死亡 1%、その他 3%

表6 同活動状況

<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院・転入院初期のケース会議を評価基準を用いて拡大多職種集団で行い（蓮根カンファレンス）早期退院を目指す。多職種チームにより患者のエビデンスをもとにカスタマイズされたプランの実施により地域移行を促進（退院者のうち3か月以内58.2%、6か月以内83.8%）。</li> <li>● 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た。</li> <li>● 地域の支援機関との連携を積極的に行った（地域ネットワーク会議211件）。</li> <li>● 帰住地のアセスメントと調査委のために退院前訪問287件。</li> </ul>
--

表7 同プログラム

- 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。
- 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
- ピアサポーター交流会 月1回。退院した患者を招き交流することで、退院への意欲をもってもらう会（うち2回／年は家族も含めた交流会）