

平成30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 ～

分担研究報告書

重度かつ慢性の精神障害者に対する心理社会的治療・退院支援に関する  
訪問インタビュー調査

分担研究者

渡邊 治夫（社会医療法人北斗会 さわ病院）

研究協力者（所属）

垣田 泰宏（医療法人成精会 刈谷病院）、須藤 康彦（医療法人須藤会 土佐病院）、  
長楽 鉄乃祐（香川県立丸亀病院）、宮田 量治（地方独立行政法人 山梨県立北病  
院）、杉本 聡（社会医療法人北斗会 さわ病院）、中島 憲行（社会医療法人北斗会  
さわ病院、高 結花（社会医療法人北斗会 さわ病院）杉原 正美（社会医療法人北  
斗会 さわ病院）

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。

**本分担研究は**昨年度の総括研究を受けて行われた。

訪問対象病院は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査  
（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度に訪問できなかった地域の 4 病  
院を選んだ。調査項目は、前年度研究で取り出した「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 13 の分析項目」から大部分を選択し、主に質問形式にて収集し  
た。面接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  
さんだり説明を受けたりという形式で行った。

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、家族との疎遠を回避する試みに力を入れていた。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・問題行動に対して看護師を主体に作業療法士、栄養士らが協力して対応するケースがあった。
10. 長期入院患者の地域移行の際、入院中および退院後に多種多様な心理社会的療法が行われていた。その当該患者における病状悪化の兆候や対応方法、日常生活での援助の種類や必要性、地域での日々の病状経過や生活状況などについて医療福祉関係者が個別にその行動特性を理解および評価し相互の情報交換が行われている。その情報伝達のすべてを迅速かつ正確に共有するための共通フォーマットや効率的な情報伝達手段が必要であった。

以上の項目1から9については、平成29年度の本研究における結果と同じかほぼ同じであった。項目10は平成30年度研究で新たに見出したものであった。

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。これら所見が一般的かどうかは、本研究グループが別に実施するアンケート調査で明らかにされるであろう。

## A. 研究目的

本研究は昨年度の統括研究（課題番号H29 - 精神 - 一般 - 008）を受けて行われたものである。その目的は、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。本年は、訪問調査病院を加え昨年と同様の方法で調査して新たな知見を得ようとした。

## B. 研究方法

### 1. 好事例病院の選定

本年度は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度に訪問できなかった、あるいは訪問が少なかった地域の 4 病院を対象とした（表 1）。

表 1 調査対象病院

平成 29、30 年度訪問調査（18 施設）の概略
<p><b>（平成 29 年度：14 施設）</b></p> <p><b>〔東北〕</b></p> <p>①福島県立矢吹病院、②竹田総合病院こころの医療センター</p> <p><b>〔中部〕</b></p> <p>③田宮病院、④南浜病院、⑤総合心療センターひなが</p> <p>⑥国立病院機構榊原病院</p> <p><b>〔関東〕</b></p> <p>⑦東京武蔵野病院、⑧大泉病院、⑨吉祥寺病院</p> <p><b>〔近畿〕</b></p> <p>⑩宇治おうばく病院</p> <p><b>〔中四国〕</b></p> <p>⑪岡山県立精神科医療センター</p> <p><b>〔九州〕</b></p> <p>⑫牧病院、⑬行橋記念病院、⑭油山病院</p> <p><b>（平成 30 年度：4 施設）</b></p> <p><b>〔関東〕</b></p> <p>①山梨県立北病院</p> <p><b>〔中部〕</b></p> <p>②刈谷病院</p> <p><b>〔中四国〕</b></p> <p>③土佐病院、④香川県立丸亀病院</p>

表2「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 平成29年度 総括研究・分担研究報告書」のより抽出された「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13の分析項目」

1) 退院促進に取り組んだきっかけ
2) 利用した事業
3) 退院の発議
4) 発議後のプロセス
5) 推進する主要なスタッフ
6) 医師の役割
7) 利用したプログラムと技法
8) ピアサポーターの参加
9) 家族へのアプローチ
10) 退院後支援
11) 地域連携
12) 退院先
13) 看護で困るケースへの対応

## 2. 調査項目

訪問時の調査内容は、昨年と同様に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。

調査者は分担研究者とさわ病院所属の研究協力者4名で行い、職種は医師1名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名、看護師1名であった。面談時間は2時間～2時間半であった。

調査項目は「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 平成29年度 総括研究・分担研究報告書」より抽出された「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分析項目13項目」（表2）とし、適宜、質問をはさみながら説明を受けた。面談内容は、研究分担者、協力者の全員が記録し、主に研究分担者がまとめた。

（倫理面への配慮）

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（分担研究の承認番号2018013）。

表3 平成29、30年度を併せた訪問調査対象病院の概略

地方	東北 (2)、関東 (4)、中部 (5) 近畿 (1)、中四国 (3)、九州 (3)
経営母体	国立病院機構 (1)、県立 (4)、財団法人 (2) 医療法人 (10)、社会医療法人 (1)
病床数	最小 144床 最大 570床 平均 301.5床 中央値 283床

### C. 研究結果と考察

#### 1. 訪問調査の結果

平成29年、30年を併せた訪問調査対象病院の概略を表3に示した。

##### 1) 退院促進に取り組んだきっかけ

平成30年度訪問調査対象病院において具体的には以下のような長期入院患者の「退院促進に取り組んだきっかけ」が契機となった病院もあった。

- **精神科地域移行実施加算の算定基準を最低限の目標に設定**

精神科地域移行実施加算は、精神障害者の地域移行支援に係る取組を計画的に進めることにより、当該保険医療機関における入院期間5年を超える入院患者のうち、退院した患者（退院後3月以内に再入院した患者を除く。）の数が1年間で5%以上減少の実績がある場合に、1年間算定できる診療報酬規程である。これに関して主に当該病院所属の精神保健福祉士が対象患者のリストアップを行い、そのリスト中より病

棟看護師長と該当患者担当医が対象患者を選定し、その進捗状況について2か月一度のペースで確認する取り組みを実施している病院もあった。

- **病棟のダウンサイジング**

病棟の改修や削減や機能強化等をきっかけにダウンサイジングを実施することとなり、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。

- **「精神保健医療福祉の改革ビジョン」**

平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により退院促進に取り組んだ病院もあった。

##### 2) 利用した事業

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行に向けて具体的には以下のような「利用した事業」を実施して

いる病院もあった。

- **精神科地域移行実施加算**

入院病床のダウンサイジングの時期に同加算算定の利用を行った。

- **地域移行支援事業実施主体である事業所の利用**

地域移行支援事業実施主体である事業所の利用を行った病院もあった。尚、同事業を利用した病院の意見として、最寄りに利用可能な事業所が不足しており利用することができない場面が多いとの意見が聞かれた。

- **地方自治体独自の退院支援モデル事業の利用**

地方自治体独自の退院支援モデル事業により外出訓練、ATM 利用訓練、退院後居住探しを実施し退院を実現できた病院もあった。

### 3) 退院の発議

平成 30 年度訪問調査対象病院において具体的には以下のような長期入院患者の地域移行における「退院の発議」が実施している病院もあった。

- **医師から**

入院担当医はもちろん、病院管理者やカンファレンス参加の入院担当医以外の医師からも退院の発議があり得る病院もあった。

- **定期多職種によるカンファレンスや回診から**

救急病棟では、医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師の多職種により

週 1 回のペースで実施されるカンファレンスにより退院について検討がなされ、入院が 1 年を超える患者の場合は全員を対象に月に 1 から 2 回のペースで多職種により退院方針を検討するという病院もあった。会議時間は 3 ～ 4 時間ということであった。

- **病棟プライマリーナースから**

入院患者に対し、当該病棟全体で定期的に退院についての意思を確認し、その中より退院へのモチベーションが高い患者を主にプライマリーナースがピックアップして退院支援を実施している病院もあった。

なお退院支援対象患者の選出基準としては、「衝動行為・他害行為がない」「家族が協力的」の 2 点が最低条件で、他の患者への暴力、奇声を発するなど一時隔離するが、継続的に隔離するほどではない患者は退院困難と考えるという病院もあった。

### 4) 発議後のプロセス

平成 30 年度訪問調査対象病院において大まかな流れとして長期入院患者の地域移行における退院の「発議後のプロセス」は、退院候補患者の入院担当医と担当する看護師、作業療法士、精神保健福祉士などを中心にして、①退院支援のための計画を立てる、②退院支援のための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ことである。

以上のプロセスをチェックする体制としては、①前項の長期入院患者全員の治療状況を検討する全体会議、②地域移行実施加

算の対象者を検討する月2回のミーティング、③毎日昼の30分間持たれる病棟ごとのカンファレンス、④医師全員が参加する合同回診(担当医以外の医師が面接)などが特徴的であった。

#### 5) 推進する主要なスタッフ

主要なスタッフはケースにより異なるとする病院もあったが、おおむね医師、病棟看護師、精神保健福祉士、作業療法士などがカンファレンスを重ね、役割を分担して行う多職種チームが主体であった。その中で以下のような病院も見られた。

- 病棟看護師と精神保健福祉士が退院支援チームを構成し月1回のカンファレンスを実施している。精神保健福祉士は1~2週に1回は患者面接を行う。これ以外に全病棟に配置されている退院支援ナースとの話し合いが月1回もたれている。
- 病棟看護師主体に退院に向けて看護目標に沿った形で個別目標を設定する。退院前訪問などを利用する。看護師の力量差には師長・主任がサポートする。精神保健福祉士と作業療法士が週1回サポートする。精神保健福祉士は患者担当制で、外来患者を含めて30~40人に関わっている。

#### 6) 医師の役割

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については該当患者を担当する「医師の役割」は多様であったが、大まかな流れとして本来的な役割としては、以下の内容であった。

- 退院に関わる入院中および退院後治療

プランの承認(報告を受け了承)

- 入院中および退院に向けての多職種スタッフのコーディネート
- 家族への説明
- 持効性(持続性)注射剤などの剤型選択、クロザピン導入を含む向精神薬の選択などの薬物調整

#### 7) 利用したプログラムと技法

作業療法、心理教育・疾患教育、社会生活技能訓練、トークン経済などの行動療法、看護スタッフによるストレングスに焦点を当てた取り組みなどの常設のプログラムに加えて、以外のような長期入院患者の退院促進のためのプログラムや技法を利用している病院があった。

#### ● 退院準備プログラム

急性期に短時間高頻度(週3回)で施行するプログラムを退院の見通しが無い患者を対象に週1回施行している。集団と個別の両方があり、個別では棟内OTとして8セッションのみ実施している。振り返りながら般化させクライシスプランを作成している。

#### ● 「生活セミナー」或いは「退院応援プログラム」

グループホーム退院に向けて疾患教育や社会資源の情報の講義とともに施設訪問、地域実践、デイケア体験参加などの体験的内容を組み合わせている。また全員同じプログラムではなく、その人に合ったものを取り入れている。多職種運営である。

#### ● 「健康生活」など

日常の活動を上げていきたい患者を対象とし、患者と受け持ちナースが話し合っ

内容を決める。日中の過ごし方・金銭管理・自己洗濯・服薬自己管理の項目がある。この病院では、作業療法でのプログラムは自主選択性である。また「プレデイケア」と称して、退院前にデイケアを体験する。期間は長くて2、3か月程度で、この時期にクライシスプランを作成している。

その他特徴的なものとして若年者を対象に衝動発散を目的に体育館を利用したプログラムなども見られた。

#### 8) ピアサポーターの参加

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「ピアサポーターの参加」を実施している病院もあった。

- 県委嘱のピアサポーターが集団療法に参加し退院後の生活について話す。テーマは患者アンケートに基づく。
- 自治体による事業としてのピアサポーターによる職員向けの講演会実施
- プログラムの中で退院患者が話すことがあった（テーマ：看護師にどんな声をかけてもらったら退院したい気持ちになるかなど）。アンケートで「地域生活の理解が深まった」の声があった。
- 入院患者を対象としたデイケア患者による退院体験談話会の実施
- 保健所が養成しキャラバン隊を構成。希望する病院の訪問をしている（年3病院）。要望はしているが来てもらえないこともある。当事者の話を聞き施設に興味を持った患者もいた。

#### 9) 家族へのアプローチ

家族教室などの組織的な取り組みが行わ

れているのは主に急性期の患者・家族が対象であり、慢性期では以下のような個別の家族支援が行われていた。

- 病院職員付き添いによる退院先施設の見学
- クライシスプランを作成し、家族へ説明
- 退院に対し消極的な家族宅への医師等による訪問
- 患者より家族へ宛てた退院内容に関する手紙作成に対する職員の援助
- 入院費支払等で来院した患者家族との患者退院に関する面談実施
- 患者家族の高齢化による退院に関するキーパーソンの変更（例：両親から同胞への変更）
- 入院病棟レクレーションへの患者家族参加の促し
- 手紙や電話などによるプライマリナーズからの患者家族への定期的な入院経過説明の実施。および担当者交代時の連絡
- 退院直後の洗濯代行

注意点としては、家族にはねぎらいの態度で接する、過度な期待はしない、接触するあらゆるタイミングを利用するといったことであった。

#### 10) 退院後の支援

通常体制として以下のような支援をしている病院があった。

- クライシスプランの作成およびそれらに沿った支援
- 精神科デイケア、通院作業療法による病状観察および精神科リハビリテーション（職員による密接な関わりを要する患



者は通院作業療法を利用することが多い)

- 精神科訪問看護による病状および生活状況、服薬状況などの把握し、担当医との情報交換の実施
- ヘルパー利用

その他特別の体制として以下のようなものが見られた。

- 再入院防止を目標とした「重症通院患者支援促進会議」を組織している。メンバーは担当医、デイケア職員、訪問看護担当者、担当精神保健福祉士等で、対象は1年以上入院の退院患者、登録患者数は20人までである。クライシスプランは電子カルテで共有している。ケースの中には定期入院により病状悪化の予防を図っている者もあり、退院時に次回入院日を決める、入院期間を徐々に短くする、地域在住期間を徐々に長くするなど取り組んでいる。

#### 1 1) 地域連携

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、以下のような地域連携を実施していた(病院別に記載)。

- 保健師との連携は保健所よりも市町村の方がきめ細かく動いてくれるのでとりやすい。障害福祉サービスは基幹相談支援センターにほぼつないでいる。市運営の地域生活支援センターのデイケアも利用している。
- 相談支援事業所や社会福祉協議会と退院後定期的にカンファレンスをするケースがある。元院長が開業したクリニッ

クと連携、定期往診してもらっている。入院前に問題行動があったケースでは後見人、保健所、訪問看護らとカンファレンスを持ったり、地域住民説明会を行ったりした。

- 長期入院者の自宅退院では保健所、市町村障害福祉に連絡することが多い。福祉サービスは地域活動支援センター(相談支援事業所併設が多い)を勧めることが多い。各部署が連携し、いずれかの機関が最低月1回、いずれかの事業者が週1回は訪問するようにしている。
- 保健所は職員が3人で頻回訪問は難しい。入院対応時に協力してもらえるように、不調時の兆候などの情報提供をしている。社会福祉連絡協議会に精神保健福祉士より依頼するケースもある。

#### 1 2) 退院先

平成30年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「退院先」を選択している病院もあった。

- 高齢者以外は、精神科グループホーム、高齢者は、比較的入居しやすい老人保健施設が多い。
- 以前は、自宅やアパートが多かったが、最近は宿泊型自立訓練施設への退院が多く処遇困難ケースの受け皿となっている。
- 病院所有のシェアハウスを利用している。
- その他、知的障害者施設、老人ホーム、社会復帰施設なども利用している。

#### 1 3) 看護で困るケースへの対応

平成 30 年度訪問調査対象病院において長期入院患者の地域移行については、具体的には以下のような「看護で困るケース」への対応を挙げる病院があった。

- 病的多飲水ケースに対して、「多飲水教室」を実施。
- 統合失調症、認知症などの精神疾患により自身に関する意思決定ができないケースについては、臨床倫理委員会を活用。
- 入院病床が禁煙環境へ変更、または退院候補先が禁煙環境である場合の喫煙ケースへの対応として、禁煙により抗精神病薬効果が増すことを説明し禁煙に同意できたケースもあった。また、禁煙指導トレーナー資格を有する看護師の協力も得ている。
- 嚥下障害ケースに対して、看護師、作業療法士、栄養士による栄養サポートチーム（栄養支援委員会）で対応し、今後は他院より嚥下障害認定看護師の協力を予定。
- 不穏衝動行為に対して、病状悪化の兆候や対応方法などが記載された“行動制限最小化チェックリスト”を個別に作成し対応し、CVPPP（包括的暴力防止プログラム）、クロザピン、運動による衝動性軽減にて対応。
- 転倒リスクに対して、離床センサーにて可能な限り対応し身体拘束は最小限とするようにしているが車椅子使用時はキーパーを使用せざるをえない場合が多い。
- 収集癖ケースに対して、トークンエコーミー法にて対応し改善がみられた。

## 2. 訪問調査に対する考察

平成 29 年度の本研究における主要な結果項目であるが、平成 30 年度の本研究についても、調査対照病院の地域性や経営母体等によると思われる微細な差違は認められたが概ね同様であった。

平成 30 年度の本研究の結果において以下を附記する。

長期入院患者の地域移行の際、入院中および退院後に多種多様な心理社会的療法が行われていた。その当該患者における病状悪化の兆候や対応方法、日常生活での援助の種類や必要性、地域での日々の病状経過や生活状況などについて医療福祉関係者が個別にその行動特性を理解および評価し相互の情報交換が行われている。その情報伝達のすべてを迅速かつ正確に共有するための共通フォーマットや効率的な情報伝達手段が必要とされている印象をもった。

## D. 結論

本年度（平成 30 年度）は、平成 29 年度に統合・調整班以下 5 班共同で行われたアンケート調査（第 1 次調査）で選定された好事例病院の中から、昨年度（平成 29 年度）に訪問できなかった地域の 4 病院を対象とした。本年度研究についても、調査対照病院の地域性や経営母体等によると思われる微細な差違は認められたが概ね以下のように同様であった。

退院の発議については当該患者の特性や治療環境等により、医師からであったり医師以外の看護師などの多職種からであったりと多様であり、当該患者の退院までのプロセスについても退院を想定した際の個別課題を多職種により一つずつ繰り返し解決し退院まで導くチーム医療が各医療機関

において実践されていた。

平成 29、30 年度と行われた本研究では、好事例病院を実際に訪問調査し、重度かつ慢性の精神障害者を地域移行へ導くそのプロセスについて現場の医療スタッフから直接に個々の治療や手法を含む病院の取り組みを調査した。

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み込まれるべき心理社会的治療／方策に関する 11 項目の主要な結果が得られた。

今後、上記の主要な結果が一般化されるかどうかを本研究グループが行うアンケート調査で確認し、医療現場に対して指針として提示することが予定されている。

#### **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