

厚生労働科学研究費補助金  
障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

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～

総合研究報告書

<平成 29 年度>

研究代表者 井上 新平（さわ病院）  
分担研究者 澤 温（さわ病院）

<平成 30 年度>

研究代表者 岩田 和彦（大阪精神医療センター）  
分担研究者 渡邊 治夫（さわ病院）  
池淵 恵美（帝京大学医学部）  
研究協力者 井上 新平（さわ病院）

**【研究要旨】**

本研究班は平成 29 年～30 年にかけて、重度かつ慢性患者の退院支援、地域移行に有効な心理社会的治療・方策に焦点をあて、訪問インタビュー調査、好事例病院を対象としたアンケート調査、国内・海外の先行研究文献調査の 3 つ調査研究を実施した。

その結果、①基本的な心理社会的治療の定期的な実施、②治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入、③多職種チームによる多方面からの支援、④医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化、⑤家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減、⑥緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築、⑦病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化、の 7 つのポイントが心理社会的治療の観点から重要であることが示唆された。

これらのポイントは、決して特別な事柄ではなく、普段から現場の多くのスタッフがいつも大切だと感じている内容である。重度かつ慢性患者の退院支援・地域移行を実現させるためには、これら一見当たり前に必要と考えられる事柄を、病院全体で丁寧に取り組めるよう、診療体制を整備していくことが重要であると考えられた。

## A. 研究目的

本研究班は平成 29 年～30 年にかけて、「重度かつ慢性」患者の退院支援、地域移行、地域定着に有効な包括的支援アプローチを明らかにすべく、特に心理社会的治療および支援に焦点をあてた調査を実施した。

なお「重度かつ慢性」の定義（基準）については、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）」により明確化されたものに従った。この重度慢性班研究では、心理社会的治療として個人精神療法、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ことが報告された。

この知見を参考にしつつ、本研究班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た訪問インタビュー調査と詳細なアンケート調査を実施し、さらに海外の先進事例、先行研究の文献調査も施行することにより、わが国の「重度かつ慢性」患者に有効な包括的支援アプローチに組込まれるべき心理社会的治療／方策を検討した。

## B. 研究方法

本研究班は「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（以下、重度慢性包括的支援研究）」を構成する下記の 5 つの研究班、

1. 関連研究班の統括・調整研究班（研究代表者：安西信雄）
2. 薬物療法研究班（研究代表者：宮田量治）

3. クロザピン使用指針研究（研究代表者：木田直也）

4. 心理社会的治療／方策研究班（研究代表者：岩田和彦）

5. チームによる地域ケア体制研究（研究代表者：吉川隆博）

のひとつとしての役割を担い、最終的には 5 研究班合同で、重度かつ慢性患者に対して多領域から有効な包括的支援アプローチを実践するための方略をまとめた。

また、本研究班は平成 29 年度～30 年度の 2 年間で、以下の 3 つの調査・研究を実施した。

- 1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査
- 2) 好事例病院を対象としたアンケート調査
- 3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

### 1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査

インタビュー実施医療機関は、以下の 2 つの基準により選定した。

- ① 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」の際に実施されたアンケート調査で、入院 1 年以上の患者の年間退院率が病床数の 5%以上であった病院であること。
- ② アドバイザリーグループメンバーに、重度かつ慢性患者に対する優れた取り組み

を行っている医療機関として推薦うけた病院であること。

上記①②によって、63 病院が選定され、その中から病院規模、地域性、保有施設などを考慮し、平成 29 年度は 16 施設を調査対象とした。このうち 1 病院は予行的訪問調査、1 病院は書面調査となり、14 病院に訪問インタビューを施行した。

さらに平成 30 年度は、「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」を構成する 5 班共同で行われたアンケート調査により選定された好事例病院の中から、平成 29 年度に訪問できなかった、又は訪問が少なかった地域の 4 病院を対象としたインタビュー調査を実施した。

## 2) 好事例病院を対象としたアンケート調査

まず本研究班を含む重度慢性包括的支援研究の 5 つの研究班の共同により、平成 30 年 2～4 月に第一次アンケート調査を実施した。第一次アンケートは、平成 26～27 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」による調査に協力した 219 病院と、厚生労働省ナショナルデータベース (NDB) から「好事例二次医療圏」として選択された 38 の二次医療圏に属する精神病床を有する 108 病院の合計 327 病院を対象に実施された。

ここでいう「好事例二次医療圏」とは、平成 29 年度厚労科研「精神科医療提供体制の機能強化を推進する政策研究班（研究代表者：山之内芳雄）」が算出した、「精神科病床長期在院患者退院率 (OLS 退院率)」、「精神科新規入院患者が 1 年以上在院となる率 (NLS

発生率)」の全国集計値から、①新規の 1 年以上在院患者 (NLS) の発生が全国集計値の中央値以下、②既に 1 年以上になっている患者 (OLS) の退院率が全国集計値の中央値以上、の両方の条件を満たした地域である。

第一次アンケート調査では 52 病院 (回答率 16.5%) から回答が得られ、その次に実施した第二次アンケート調査は、第一次アンケート調査に回答した 52 病院のうち、さらに下記の基準を好事例病院として定め、条件に合致した 20 病院に対して回答を依頼した。

### 【 好事例病院の基準 】

A：新規入院患者の 1 年後までの退院率が高い (全国中央値 89.3%以上)

B：在院患者中の 1 年を超える患者の占める率が低い (全国中央値 61.4%以下)

C：すでに 1 年を超えて在院している患者の 1 年後までの居宅系退院率が高い (参考値 8.4%以上) (注：居宅系退院には自宅、アパート、グループホーム、福祉系施設、介護系施設への退院を含める)

**A～Cの基準のうち、Aを満たし、かつ B・Cのいずれか、又は両方を満たす医療機関**

第二次アンケート調査の質問項目は、A：病院の運営体制、B：心理社会的治療・方策の状況、C：地域ケア体制、D：長期在院の高齢患者への取り組み、の大きく 4 領域から構成されており、これらの質問項目は、本研究班が平成 29 年度に実施した訪問インタビュー調査から得られた情報をもとに作成された。

(なお、質問項目の詳細は「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30年度 総括研究・分担研究報告書」に資料として掲載している)

### 3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

文献調査では、重度かつ持続性の精神障害を有し、地域への退院支援が必要な人について、国内・海外でどのような先行研究が行われているか、国内外の文献データベースを用いて文献検索を行った。具体的な方法を以下に記す。

#### <日本語で発表された研究論文>

退院支援は医療施策や治療法の発展などに影響されるため、なるべく現在の状況に近い先行研究を検索することを目的として、2013年～2018年の間に発表されたものに絞って検索を行った。

研究データベースとして医学中央雑誌を利用し、「長期入院」「退院困難」「退院支援」などの検索用語を用いて検索を実施し、さらにその論文の内容について要旨を確認して、今回の研究目的と合致すると思われる11論文を選択し、検討を行った。

#### <英文で発表された研究論文>

研究データベースへのアクセスにはPubMedを使用した。各国により、地域ケアへの移行が行われた時期はさまざまであると考えられたため、論文発表時期についての制限は特に設けなかった。

検 索 用 語 と し て ”

deinstitutionalization”を用いて検索し、さらに要旨を確認して、本論文の目的に沿うと思われる27論文を抽出した。また”severe (and persistent) mental illness” or “treatment resistant psychosis”を検索用語として同様の検索を行い、退院支援に関連する8論文を選択し、検討を加えた。

#### (倫理的配慮)

本研究は地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪精神医療センター臨床研究倫理審査委員会の承認、およびさわかび病院臨床研究審査委員会の承認を受けて実施した。

## C. 研究結果

(C-1) 退院実績の高い精神科医療機関を対象とした訪問インタビュー調査

平成29～30年度に訪問した18医療機関の概要は以下の通りであった。

#### <地方>

東北(2)、関東(4)、中部(5)、近畿(1)、中四国(3)、九州(3)

#### <設立母体>

国立病院機構(1)、自治体立病院(4)、財団法人(2)、医療法人(10)、社会医療法人(1)

#### <病床数>

平均：301.5床 ・ 中央値：283床  
(最少：144床 ～ 最多：570床)

次に、平成29年度の訪問調査から、退院計画から退院後のフォローまでの流れに沿った13の分析項目が抽出された。これに従い結果を記す

## ＜訪問インタビュー調査：13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

### 1) 退院促進に取り組んだきっかけ

訪問した病院において「退院促進に取り組んだきっかけ」としては、精神科地域移行実施加算がインセンティブとなり、退院支援対象患者への退院支援を強化したり、病棟の改修や削減、機能強化等をきっかけに病床のダウンサイジングを実施することがきっかけとなった例があった。また平成16年に厚生労働省が示した「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。さらに院長、副院長など管理職クラスの交代に伴い、病院全体の治療方針が見直され、退院促進に乗り出したという意見もあった。

### 2) 利用した事業

地域移行、退院支援に関連して、精神科地域移行実施加算、精神保健福祉士加算などが利用されていた。また関連機関との連携として地域移行支援事業実施主体である事業所を利用したり、自治体独自の退院支

援モデル事業も利用されていた。

### 3) 退院の発議

「退院の発議」は病院によって様々であり、個別のカンファレンスの中から、医師や担当看護師などから発議されるのはもちろん、定期的な多職種によるカンファレンスから発議されるような、病院組織的な検討から対象者を検討する病院もあった。

地域移行機能病棟や回復期病棟などの入院患者は全て対象患者であるとする病院もあった。

### 4) 発議後のプロセス

発議後の流れは、①退院支援のための計画立案、②退院支援のためのプログラム等を実行、③退院先の決定（家族との調整等）、④退院先の目途がついた段階で個別支援、⑤退院後の支援体制の具体化、というものである。

これらのプロセスのチェック体制として、プライマリーレベルでの意見交換や、病棟レベル～病院レベルでのカンファレンスが行われていた。

### 5) 推進する主要なスタッフ

主要なスタッフは、おおむね医師、病棟看護師、精神保健福祉士、作業療法士などであり、看護師が主体となるという病院が比較的多かった。特徴的な病院では、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たり、精神保健福祉士は1～2週に1回は患者面接を行う。さらに全病棟に配置されている退院支援ナースとの月1回話し合いがもたれているところもあった。

## 6) 医師の役割

「医師の役割」も多様であり、診断・症状の評価、適切な薬物療法の遂行はもちろん、そのほかにも、「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」などの役割も求められていた

## 7) 利用したプログラムと技法

実際に実施されている心理社会的治療プログラムとしては、作業療法、心理教育・疾患教育、社会生活技能訓練（SST）などが常設プログラムとして実施され、それ以外には、「退院準備プログラム」「生活セミナー」「退院応援プログラム」「健康生活」などの呼称で呼ばれている生活支援と心理教育を組み合わせたような多方面からの支援プログラムが実施されていた。

## 8) ピアサポーターの参加

ピアサポーターの協力を得ている病院は多かった。活用の様態は様々で、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、ピアサポーターによる職員向けの講演会実施、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している等々であった。

## 9) 家族へのアプローチ

家族の受け入れが良好であると退院支援がスムーズに進むという意見は多くの病院で聞かれ、家族支援の重要さが示唆された。家族教室などの組織的な取り組みは主に急

性期の患者・家族を対象に行われる傾向が認められた。

慢性期で家族にニーズにそって、病院職員付き添いによる退院先施設の見学、クライシスプランの作成、退院に対し消極的な家族宅への医師等による訪問、入院病棟レクレーションへの患者家族参加の促し等、個別の家族支援が行われていた。

いずれにしても、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が重要であるとの意見が聞かれた。

## 10) 退院後の支援

退院後の再発・再入院の防止に向けて、以下のような支援は行われていた。

- ・クライシスプランの作成およびそれらに沿った支援（緊急時の対応の統一）
- ・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
- ・電子カルテを利用した情報の一元化
- ・多職種による支援チームの編成（ヘルパー利用なども含む）
- ・本人も交えた定期的な多職種カンファレンスの実施

## 11) 地域連携

自前の施設をもたない病院では地域の保健所、保健センター等との連携がなされ、定期的なケア会議を持たれていた。いずれにせよ、よく言われる「顔の見える関係づくり」の重要性は欠かせない点であると考えられた

地域のスタッフも様々で保健所の保健師のみならず、市町村レベルのスタッフときめ細かな連携を組んでいる病院もあった。

また、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や、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という意見もあった。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が持たれていた。

地域により精神障害者の支援体制には差があり、どの機関のどのスタッフと連携するかは、ケースバイケースのようであった。

### 1.2) 退院先

退院先も本人・家族の意向や、地域の社会資源により様々であるが、大きく分けると「自宅」「グループホーム」「高齢者施設」が主な退院先であった。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の利用が多かった。病院所有のシェアハウスを利用しているという意見もあった。

### 1.3) 看護で困るケースへの対応

インタビューの中では看護上で困るケースが意見としていくつか聞かれた。

その主なものは、①多飲水のケース、②嚥下障害があるケース、③不穏・衝動性の強いケースなどであった。

嚥下障害ケースに対しては、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）で対応したり、嚥下障害認定看護師の協力を予定している病院があった。

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”を個別に作成したり、CVPPP(包括的暴力防止プログラム)の導入、

クロザピンによる薬物療法などで対応されていた。

その他には転倒リスクに対する対応や、収集癖のあるケースへの対応なども挙げられた

### (C-2) 好事例病院を対象としたアンケート調査

第二次アンケート調査では、調査を依頼した好事例病院 20 病院のうち 20 病院(100%)から回答が得られた。20 病院の設置主体別分類は、民間 11 病院(55.0%)、自治体立 7 病院(35.0%)、国立 2 病院(10.0%)であった。

アンケート項目のうち心理社会的治療に関連する部分(B領域)を中心に、以下にその結果を示す。

#### **(B5)「重度かつ慢性」患者等に対して実施している治療・支援プログラム**

心理社会的治療プログラムの実施状況は、「医師による定期的な精神療法(85%)」が最も高い該当率で、次いで OT センターで行われる作業療法(55.0%)が高率であった。個別作業療法、社会生活技能訓練(SST)、心理教育/疾患教育、生活習慣の改善を目指したグループ療法などは、40%程度の該当率であった。

退院計画を進める上での取り組みについては、「退院前訪問」(該当率 85.0%)が最も高く、次いで「ケアマネジメント」(該当率:60.0%)であった。一方「地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育や SST)」は 40.0%、「ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援」は 25.0%であった。

次に「重度かつ慢性」の患者に対する取り組みでは「対人技能の向上、服薬自己管理などのスキルの獲得」や「精神疾患についての知識」や「社会資源についての知識」が高い割合で「非常に重要」と回答されていた

#### **(B6)「重度かつ慢性」患者の退院支援における各職種の役割**

好事例病院において「重度かつ慢性」の患者の退院支援を推進する主要なスタッフはどの職種と回答されたのは、ある職種に偏ることなく、多職種ともに必要という回答であり、具体的には医師、看護師など「医師」・「精神保健福祉士」が100%、「看護師」95.0%、「作業療法士」85.0%であった。

#### **(B7)「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動**

「重度かつ慢性」患者の診療を行う医師の活動は、「主として薬物療法に携わっている」は100%で、「退院先、退院時期について決断を下している」が90.0%であった。また「チームを先導している」との回答も75.0%と高率であった。

#### **(B8)「重度かつ慢性」患者の入院病棟の看護体制**

「重度かつ慢性」の患者が入院する病棟の看護体制については、「プライマリーナース制」が65.0%と最も多く、「機能別看護方式」が35.0%で、「モジュール型ナーシング制」が30%であった。

#### **(B9)「重度かつ慢性」患者の家族への支**

**援**

退院後、家族と生活を共にするケースも少なくない。そのため家族の負担を軽減するための取り組みは再発・再入院の防止のために重要である。好事例病院では家族教室など、患者家族への介入が55.0%で開催されていた。

#### **(B10)「重度かつ慢性」患者の退院時のクライシスプラン**

好事例病院の多くで退院に際してクライシスプランが作成されていた。クライシスプランは「患者用」として作成されるものが75.0%と最も多く、次いで「家族用」が45.0%、「施設用」「地域支援者用」が35%であった。

クライシスプランに記載する内容は、「緊急時の連絡方法」と「不調時のサインと解決策(本人用)」、「悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)」などが高率であった。

#### **(B11)「重度かつ慢性」患者の退院後の支援体制・支援活動**

「重度かつ慢性」の患者の退院後の支援体制として「自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる」と答えた好事例病院は90.0%と大部分の病院で救急診療体制が整っていた。また「カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に刻々と記録」、「緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている」など、情報共有の体制も高率で整っていた。

(B12)「重度かつ慢性」患者の退院支援における地域連携

「重度かつ慢性」患者の退院・地域移行の際の地域連携に関して、「病院で開くケア会議に地域機関のスタッフにも参加してもらっている」が90.0%、「地域で開くケア会議に病院スタッフも参加」するも55.0%と、双方向の連携が高い割合で行われていた。

用については「病院部門や保有施設等の職員として雇用している」という病院が10.0%であった。

また、プログラムなどへのピアサポーターの参画は、「正式に参画してもらっている」は25.0%、「正式ではないが時に参画してもらいことがある」は20.0%で、病院の取り組みにピアサポーターに参加してもらい試みが徐々に開始されていることが明らかになった。

(B13)「重度かつ慢性」患者の地域移行に向けたピアサポーターの役割

好事例病院におけるピアサポーターの雇

(第二次アンケート調査結果図表 (B領域))

< B 5-1 >

5-1. 日常的に行われている以下の取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して実施していますか？	該当率(%)	0%	50%	100%
B5-1-① 医師による定期的な精神療法	85.0%			
B5-1-② OTセンターで行われる作業療法	55.0%			
B5-1-③ 病棟等で行われる個別作業療法	40.0%			
B5-1-⑤ 社会生活技能訓練(SST)	40.0%			
B5-1-④ 心理教育/疾患教育	40.0%			
B5-1-⑧ 生活習慣の改善をめざしたグループ療法	35.0%			
B5-1-⑨ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-1-⑦ 小集団で思いを語るグループ療法	15.0%			
B5-1-⑥ 精神病症状をターゲットとした認知行動療法	10.0%			

< B 5-2 >

5-2. 長期入院患者を対象とした退院支援の計画を進める以下のような取り組み(プログラムなど)を、重度かつ慢性に該当する患者のどの程度の割合の人に対して適用していますか？	該当率(%)	0%	50%	100%
B5-2-⑤ 退院前訪問	85.0%			
B5-2-① ケアマネジメント	60.0%			
B5-2-② 地域生活準備プログラム(退院に向けた心理教育やSST)	40.0%			
B5-2-⑥ その他、具体的にお書きください。	30.0%			
B5-2-④ ピアサポーター(元入院患者等)との交流や支援	25.0%			
B5-2-③ 地域移行用バス	15.0%			

< B 8 >

8. 重度かつ慢性の患者が入院する病棟の看護体制について該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B8-① プライマリーナース制	65.0%			
B8-⑥ 機能別看護方式	35.0%			
B8-④ モジュール型ナースング制	30.0%			
B8-③ 固定チームナースング制	20.0%			
B8-② チームナース制	15.0%			
B8-⑦ その他	10.0%			
B8-⑤ パートナーシップ・ナースングシステム制	5.0%			

< B 10-2 >

10-2. クライシスプランに記載している内容で、該当するもの	該当率(%)	0%	50%	100%
B10-2-① 緊急時の連絡方法	75.0%			
B10-2-② 不調時のサインと解決策(本人用)	75.0%			
B10-2-③ 悪化時の症状と対応方法(家族用、施設用、地域支援者用)	60.0%			
B10-2-⑤ 処方内容	30.0%			
B10-2-⑥ その他 具体的にお書きください。	20.0%			

< B 11 >

11. 重度かつ慢性の患者の退院後の支援体制・支援活動について、どの程度の人に該当するかお答えください。	該当率(%)	0%	50%	100%
B11-③ 自院または地域の精神科救急医療システムにより、時間外でも必要な場合には適時に診療を提供できる。	90.0%			
B11-② カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に患者の状態と対応を刻々と記録している。	70.0%			
B11-④ 緊急時に対応するスタッフへの連絡方法が統一されている。	70.0%			
B11-① カルテや諸記録などスタッフが共有する情報源に緊急時の対応方法を明示している。	65.0%			
B11-⑦ 休日や夜間も含め多職種編成チームが対象患者に対して危機対応をしている。	55.0%			
B11-⑥ 定期的にカンファレンスやレビューを開いて患者の状況を把握している。	50.0%			
B11-⑤ 受診時に通常の診療を越えたサービスを提供している。	35.0%			

< B 12 >

12. 重度かつ慢性の患者さんに対する地域連携について、どの程度の人に該当するかお答えください。	該当率(%)	0%	50%	100%
B12-⑤ 病院で開くケア会議に、地域機関のスタッフにも参加してもらっている。	90.0%			
B12-① 病院保有の地域関連施設を持たず、或いはほとんど持たず地域の諸機関との連携により地域移行・地域定着を図っている。	65.0%			
B12-⑦ 地域の保健師と連携している(退院後の相談窓口、退院前カンファレンス・外泊時訪問・退院後の定期訪問など)。	60.0%			
B12-② 主として病院保有の地域関連施設を利用することで地域移行・地域定着を図っている。	55.0%			
B12-⑥ 地域で開くケア会議に、病院スタッフにも参加してもらっている。	55.0%			
B12-③ 病院保有の地域関連施設と地域の諸機関の両方を利用することで地域移行・地域定着	50.0%			
B12-④ 病院の取り組み(プログラムなど)に地域の機関のスタッフに参加してもらっている	25.0%			

(C-3) 国内・海外の先進事例、および先行研究に関する文献調査

### (1) 国内で報告された先行研究

国内研究では、介入研究 2 本、調査研究 7 本、事例研究 2 本を対象に検討された。

11 論文はいずれも地域移行が困難な原因について検討が行われており、家族の協力が得られにくいことが退院困難の要因として挙げられていた。重い精神障害を持つ人のかなりが家族と同居しているわが国の実態を反映していると考えられ、地域で独立して居住できる体制の確立や家族支援の重要性を示している。

身体合併症の併存を退院困難要因として挙げている研究も複数見られた。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの必要性が唱えられる中、総合病院との一層の連携を図る体制の構築が課題となる。

### (2) 英文論文における先行研究

#### 2-1) "deinstitutionalization"をキーワードとする論文から

英米と欧州各国における、脱施設化の経緯を振り返るレビュー論文が多くを占めた。

各国の医療制度、脱施設化が進められた年代などを予備知識としてもちながら読むことによって、我が国においても参考になると思われる。

重い精神障害の人たちがサービスから切り離されて、貧しい地域生活を送っている人が多いという問題点を指摘する文献もある。地域ケアへの展開に当たり、包括的地域生活支援(assertive community treatment, ACT) が有用であるとする論文が複数みら

れた。また精神科病院の長期入院病棟から退院した患者に宿泊、臨床ケア、リハビリを提供するために開発された Community Care Unit (CCU) についての研究が複数見られた。入院治療と比較して、地域ケア移行後の方が低コストであることが、病院閉鎖後の退院患者の追跡調査で検証されている。

福島県郡山市で精神科病院から居住施設への移行を試みたササガプロジェクトの追跡調査では 5 年間追跡調査され、認知機能や精神症状の改善など、地域移行が良い影響を与えることが実証された。

#### 2-2) "severe (and persistent) mental illness (SMI) " or "treatment resistant psychosis"-をキーワードとする、退院支援に関連する論文から

SMI 患者の地域ケア移行後の危機介入サービスの在り方についての報告が見られた。老人ホームに居住する SMI 患者のために、スタッフの教育が必要であることを指摘刷る論文も見られた。

コクランデータベースで行われた文献レビューで SMI 患者に対する強制的な地域治療と標準治療とを比較し多結果は、強制的な地域ケアでは、サービスの利用、社会的機能または生活の質の点で明らかな差異がみられなかったが、暴力的もしくは非暴力的な犯罪による被害者になる可能性は低くなることが示された。非自発的な外来患者約束(involuntary out-patient commitment: OPC) が暴力的危険性を軽減する可能性が示した論文が見られた。

## D. 考察

本研究班では、①訪問インタビュー調査、②好事例病院を対象としたアンケート調査、③国内・海外の先行研究文献調査の3つのベクトルから、わが国の様々な臨床現場で実施可能であり、かつ重度かつ慢性患者の退院促進・地域移行に有効性の高いと考えられる心理社会的治療／方策を模索した。

18 病院の訪問インタビュー調査からは、退院の発議や促進には組織的検討や多職種による検討が重視される傾向が見出された。担当医、担当医看護師が中心的な役割を担うことは多いと考えられるが、それをしっかりと支える多職種の存在や、病院内の組織体制が不可欠ということであろう。

また地域移行に成果を上げている医療機関では、退院の発議から退院後の支援、地域定着に至る一連のプロセスが、計画→実行→評価→改善のPDCA サイクルの原則に基づき、戦略的に実行されているという特徴がある。これにより関与する各職種スタッフの自分の役割が整理され、効果的に関わることが可能になると思われる。また退院に至るプロセスは常にスムーズに進むものではなく、様々な障壁にぶつかり、時には後退することも少なくないが、その際にも進捗が適切に管理出来ていれば、解決すべき課題が明確になり、素早い問題解決に役立と考えられる。

具体的な心理社会的治療プログラムの実施においては、近年海外で報告されている様々な心理社会的治療プログラムが日本でも試みられるようになり、その報告も多くなっている。もちろんそのような新しい治療法に期待するところも大きいですが、今回の

インタビュー調査から明らかになったのは、作業療法や心理教育、SSTなど、古くから行われている心理社会的治療がきちんと行っているという実態であり、それらを行う際にも多職種で実施することが意識されているという点であった。

また、多くのスタッフに関われば関わるほど、相互の情報交換は密に行われるべきであり、情報伝達の迅速さや正確さの重要度が増していること、情報共有に有用な共通のフォーマットや効率的な情報伝達手段が必要など新たな課題として浮かび上がってきた。

これらインタビュー調査から見出された事柄は、アンケート調査の結果からも概ね裏付けられるものであった。

例えば、好事例病院で実施されている心理社会的治療の頻度に関しては、医師による定期的な精神療法や、OTセンターで行われる作業療法など、決して特別ではない基本となる心理社会的治療プログラムが高率であり、さらに実際にプログラムを遂行していく上で重要と考えられる事柄も「対人技能の向上」や「服薬自己管理などのスキルの獲得」といった地域生活を行う上で、欠かせないコアスキルが高率で選択された。

さらに退院支援を推進する主要なスタッフに関しても多職種の重要性が明らかになり、その中で特に中心となる職種は、医師・精神保健福祉士・看護師・作業療法士の4職種であった。特に医師はチーム全体のマネジメントの役割が期待されており、この点は精神科の専門医教育の中で、チームマネジメント力を学習し獲得するための研修機会を増やしていくことが課題となるだろう。

退院への動機づけの観点から、ピアサポーターの役割は大きいと推測されるが、アンケート調査からはピアサポーターの導入はまだ部分的であり、今後その活用方法が標準化され、普及していくことが期待される。また、家族への負担軽減もわが国においては大きなテーマである。海外に比べ、日本はまだ退院先として自宅(家族との同居)が選ばれることも多く、家族が長期間にわたって本人の療養のサポートを担っており、家族の高齢化なども問題になることが少なくない。家族心理教育により疾病の再発率、再入院率が低下するエビデンスは明らかであり、実際多くの好事例病院では実施されていたが、重度かつ慢性患者の地域移行を考える際には、それ以上の家族へのサポート、家族の負担軽減の取り組みが必要であろう。クライシスプランの作成はそのひとつと考えられ、患者本人用のプランのみならず、家族用のプランも、概ね半数で作成されているが、このような取り組みは今後原則的に実施されるようになることが期待される。

退院後の支援体制や地域連携については、大部分の病院が休日夜間でも救急時の診療が可能であることが明らかになり、わが国でも精神科救急医療体制の充実と、それが退院促進に役立っていることが示唆された。

また、現場では良く言われる「顔の見える関係づくり」の重要性が今回のアンケート調査でも明らかになった。ケア会議の際に、地域の関係機関のスタッフが病院に出向いたり、逆に病院のスタッフが地域で開かれるケア会議に参加するなど、双方向のスタッフの交流が図られており、このような普段の取り組みが徐々にお互いの信頼関係を

構築し、重度かつ慢性患者の退院可能性を高めていると言えるだろう。

国内・海外の先行研究の調査からは、本研究で対象としている重度かつ慢性のケースに該当すると思われる先進諸国の取り組みが通覧された。実施された時代や背景はそれぞれの国によって異なるものの、脱施設化の世界的な流れに沿って、比較的生活能力が保たれ問題行動の少ない患者から退院支援は進み、その後に地域ケアシステムの整備に伴って重度の患者の地域移行が可能となってきたようであった。

わが国ではマンパワーの確保や診療報酬との兼ね合いなどの関係でまだ十分普及していないが ACT はエビデンスの高い地域介入プログラムとして研究報告数も多い。また地域ケアシステムや、わが国では重度かつ慢性の患者へのサービスがまだ展開されていない居住サポートシステム、非自発的な地域での治療継続の仕組みなどが、地域生活の継続に与える効果と問題点について、先行研究から得られた情報は、今後の日本における地域ケアにも活かされるものであると考えられる。

わが国の研究では、退院困難要因の調査結果をもとに、個別にその対策を工夫した内容が多いが、そうした工夫や優れた取り組みは、同じ医療事情である国内の精神科病院のお手本となる。そのような国内の優れた取り組みと海外の脱施設化の歩みの融合を図りつつ、精神障がいをもつ人のこれからの地域ケアの制度設計を進めていくことが課題と言えるだろう。わが国では家族と同居を希望する文化は根強く存在するが、そうした当事者の志向を尊重すると同

時に、家族の献身に過剰な期待をしなくてもよい地域ケアシステムの構築はこれからのひとつの課題であると考えられる。

最後に、本研究班の2年間の調査研究結果を概観し、あらためて心理社会的治療・方策のポイントを総括すると、以下の7点が重要であると考えられる。

- ① 基本的な心理社会的治療の定期的な実施
- ② 治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入
- ③ 多職種チームによる多方面からの支援
- ④ 医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化
- ⑤ 家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減
- ⑥ 緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築
- ⑦ 病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化

これらはどれも欠かすことができないポイントである。同時に、これらのポイントは決して最先端の知識や高度な治療支援技術がなければ実施できないことでもないことも明白である。

これらのポイントは普段から現場の多くのスタッフが大切だと感じている事柄その

ものであり、「頭では分かっているが、マンパワー不足や日々の業務に忙殺される現実の元で、なかなか理想通りにはできないこと」と言えるのではないか。

大切なことは、今一度立ち止まって現在の診療支援体制を振り返り、これらのポイントのどれが不十分か、もし何かひとつでも取り組める項目があるとすれば、それは何か…を病院組織全体で検討し、取り組み始めてみることだろう。

## E. 結論

平成29～30年度にかけて、訪問インタビュー調査、好事例病院を対象としたアンケート調査、国内・海外の先行研究文献調査の3つ調査研究を実施し、その結果をもとに、わが国の様々な臨床現場で実施可能であり、かつ重度かつ慢性患者の退院促進・地域移行に有効性の高いと考えられる心理社会的治療／方策を模索した。

その結果、①基本的な心理社会的治療の定期的な実施、②治療アドヒアランスの改善と支援者との対人関係の維持に向けた介入、③多職種チームによる多方面からの支援、④医師のリーダーシップと担当スタッフの役割の明確化、⑤家族との関係保持と家族の不安・負担の軽減、⑥緊急時の即時の対応と救急診療体制の構築、⑦病院と地域関係機関との双方向の交流と診療支援情報の共有化、の7つのポイントが心理社会的治療の観点から重要であることが示唆された。

これらはどれも欠かすことができないポイントであると同時に、普段から現場の多くのスタッフが大切だと感じている事柄そ

のものであり、重度かつ慢性患者の退院支援・地域移行を実現させるために、病院全体でこれらの中からまず取り組めることを検討し、始めることが重要であると考えられた。

#### **F. 健康危険情報**

特になし

#### **G. 論文発表**

1. 論文発表： なし
2. 学会発表： なし

#### **H. 知的財産権の出願・登録状況**

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし