

第103回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科病院から出る力・出す力を強める ——退院促進研究班の経験から——

安西 信雄¹⁾, 佐藤 さやか²⁾, 池淵 恵美³⁾, 井上 新平⁴⁾

1) 国立精神・神経センター病院, 2) 国立精神・神経センター精神保健研究所,

3) 帝京大学医学部精神科学教室, 4) 高知大学

精神科長期在院患者の退院と地域移行を実現するために、地域ケアとの連携のもとで、病院は何をどう実施すればよいかを明らかにするために、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費により平成15年から退院促進研究班が組織されている。これまでに、1) 評価方法として「退院困難度尺度」、2) 退院へのレディネスを高める心理教育と SST を組み合わせた学習プログラムとして「退院準備プログラム」、3) チームによる退院支援方法として「集中的リハビリテーション (退院コーディネート)」などを開発し、平成18年から全国の独立行政法人国立病院機構病院等7病院の参加を得て多施設共同による無作為割付効果研究 (RCT) を実施中である。これまでの研究の結果、長期在院患者の退院困難理由がいくつかの群に分かれること、退院困難要因として「治療関係のとりづらさ」の要因が重要と思われること、退院準備プログラムの実施によりこれらの退院困難要因が変化する可能性が示唆された。

1. はじめに

精神障害者の退院を促進するために、地域ケアを充実させることと平行して、病院はどのように変わればよいのだろうか。精神保健医療福祉の改革ビジョン⁵⁾で「入院医療中心から地域生活支援中心へ」の転換と、精神科在院患者の7万人以上の地域移行の実現が打ち出されたが、それを医療現場で実現するための治療システムや技術は明らかにされていない。そこで長期在院患者の実態を踏まえて、病院が何をどのように行えば退院を促進できるかを解明し、全国各地で実施可能な「退院促進ガイドライン」をまとめることを目的として、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費により「精神科在院患者の地域移行、定着、再入院防止のための技術開発と普及に関する研究」(主任研究者 安西信雄)が取り組まれている。この研究班は、評価と要因の解析、ガイドラインの作成、モデル実践、ソーシャルワーク、薬物療法の改善、

普及に関する分担研究班により構成されている。以下、本研究班のこれまでの研究成果にもとづき報告する。

2. 長期化・退院困難理由に関する国内外の研究

精神科病院などの刺激の少ない過度に保護的な環境で長期生活すると、施設症 (Institutionalism) が生じて自立した地域生活が困難になることが Wing ら¹⁰⁾により明らかにされ、こうした弊害を避けるために欧米では約30年前から脱施設化が取り組まれてきた。一方で、長期化しやすい患者の特性も明らかにされてきている。例えば、橋詰ら²⁾は精神科に入院した統合失調症患者205名を対象に入院後1年までに退院した180名(短期入院群)とそれ以外の長期入院群25名を比較したが、長期入院群に有意に多かったのは、高年齢、相対的な低学歴、無職、配偶者との死別、入院直前の悪い社会適応、精神症状(特に陽性症

状)の改善が認められない、退院後の単身生活、外泊・退院への家族の反応が悪い、退院後のキーパーソンがいない、退院後の職がないなどの要因であった。すなわち、長期在院群は、病前の社会適応の悪さ、薬物療法への反応の悪さ、退院後の支援の乏しさという特徴を持つ群であり、いわば「長期化リスク・ファクターを持つ群が長期化していた」という実態が明らかにされた。

退院促進に関する国際的な経験としては英国のLeffら⁶⁾によるTAPSプロジェクトの報告が重要な示唆を与えている。英国では1975年には130の精神科病院があったが、そのうち100病院が閉鎖され、現在30病院でやっていると報告されている。彼らは閉鎖された2つの精神科病院からの退院患者の追跡調査を行い一連の論文に発表した。2001年の論文⁶⁾では、退院した患者を3つのグループに分けた。第1群は1950年代の第一波の退院患者で、この人たちは生活力があり、地域に出てから自立して生活できた。TAPSプロジェクトが始まった1985年頃にはこれらの患者の多くはすでに退院していた。退院可能な患者を次々と退院させていったところ、次第に重い生活障害を持つ患者が対象になってきて、地域生活のスキルを高めるプログラムが必要になった。たとえば、セルフケアや食事、金銭管理、服薬等の問題がある患者について「カリフォルニアで発展した行動的アプローチ(モジュール)を参考に実施した」と述べられている。これはリバーマンらが開発したSILSプログラム⁷⁾を指している。第3群は反社会的・性的などの問題をもつ“difficult-to-place”と呼ばれる人たちで、人口10万あたり10人前後とされる。こういう人には特別なりハビリテーション施設で時間をかけてリハビリテーションを行う必要があった。

いわゆる「社会的入院」¹⁾と言えば上記の第1群の患者に相当するが、わが国の精神科病院に在院中の患者のどの程度がこの群に相当するかが問題となる。研究班で討議したところ、共同研究参加病院では第1群の患者はほとんど残っておらず、身体合併症をもつ高齢患者を含めて第2群が退院

促進の対象になるのではないかという意見が出された。さらに、できればACT等の地域ケア体制を整えることにより第3群にも対応できる幅広さを持ちたいという意見も出された。以上のことから、退院と地域移行のために必要なリハビリテーションと支援ニーズが対象者により異なることが考えられるので、患者ごとのニーズを評価する方法の必要性が認識された。

3. 退院困難度尺度の開発

そこで佐藤ら⁹⁾は退院困難度尺度を作成した。社会復帰病棟在棟患者の担当看護師に(それぞれの患者が)「退院できないでいる理由」の記述を求め、得られた退院困難理由をKJ法を用いて45項目に整理して尺度試案を作成した。同意が得られた統合失調症在院患者144人を対象に、必要な場合には個人面接も実施して担当ナースが尺度試案を用いて評価を実施した。主因子法バリマックス回転により6因子24項目が抽出され、それに基づいて項目を整理した。

この尺度による評価の結果、1年以上在院の患者で、その患者の退院困難に非常に影響していると看護師が評価した項目は、チェック率が高いものから順番に、「退院後の生活や能力の判断ができない」56%、「家族が本人の同居を拒否している」54%、「(本人が自分の)病気の知識や理解に乏しい」49%、「家族が本人をサポートする能力がない」45%、「現実的な課題に取り組もうとしない」40%、「退院への意欲がない」36%であった。1年未満の在院群と比較したところ、これらのすべての項目で両群間に危険率1%で有意差を認めた(平均値の差の検定)⁹⁾。

池淵ら³⁾はこの尺度を用いて126人の長期在院患者を評価し、その結果を用いてクラスター分析を行ったところ5つの群に分かれることが見いだされた(図1)。クラスター1(C1と略、以下同じ)は家族の問題が大きいが他の問題はあまりない群であった。C2はうつ病の患者が中心で症状が治まれば退院できそうな群であった。C3は退院への不安が強いと同時に家族の拒否がある群で

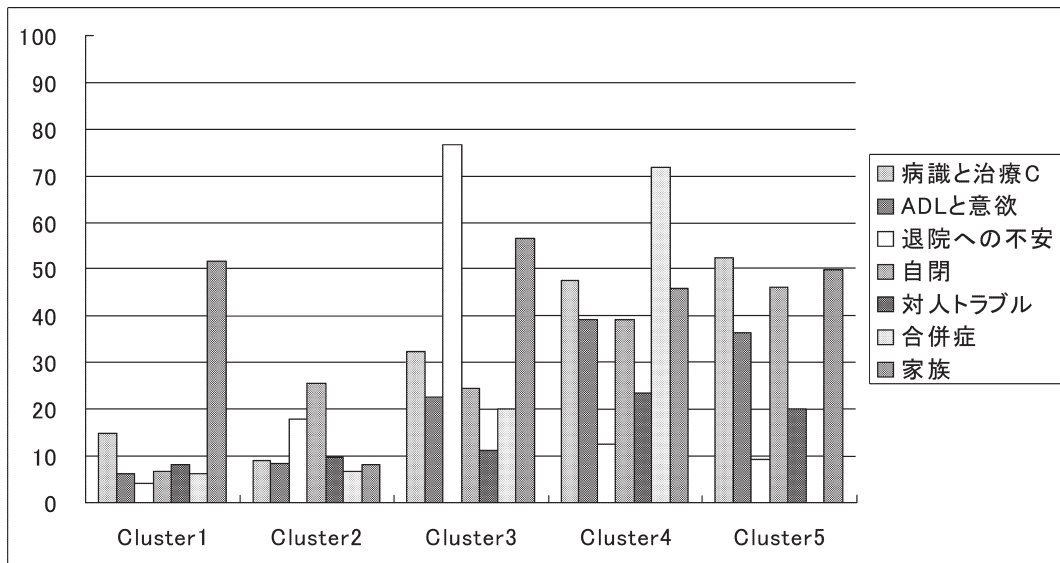


図1 長期在院患者を退院困難度尺度で評価した結果のクラスター分析 (文献3) 池淵らから引用)
 対象患者は N=126 人 (統合失調症 74%, 大うつ病性障害 7.1%, 双極性障害 5.5%, 他 13.4%).
 各群が全体に占める割合は, C1: 家族との問題が中心の群 (16%), C2: 退院困難度が低い群 (30%), C3: 退院への不安と家族問題が中心の群 (16%), C4: 左記+身体合併症の群 (19%), C5: 病識・自閉・家族がいずれも問題の群 (19%) である (“C” はクラスターを表す).

あった。C4 は身体合併症, 病識とコンプライアンスの問題, 家族の拒否, 自閉もあり, 多くの問題がある群であった。C5 は C4 と似ているが身体合併症がない群であった。以上の 5 つの群のうち, C1 は家族の問題が解決すれば退院できそうで, いわゆる「社会的入院」に相当する。C2 はいずれ退院できそうに思われた。しかし, C3 から C5 の群は特別な対応をしないと退院が困難な群で, これらの 3 群を合わせると 55% になる。そこで, これらの群の患者の退院を促進するプログラムを考える必要があるということで研究に取り組んだ。

4. 長期在院患者の退院要因の前向き研究

池淵ら³⁾は長期在院患者における退院要因の前向き研究追跡を実施した。対象は共同研究 8 病院の在院患者で主診断が統合失調症, REHAB の評点が 70 点以下の患者のうち文書で同意が得られた 210 人である。男性は 127 人で, 平均年齢

50 歳, 平均在院期間 11 年, 女性は 83 人で, 平均年齢 54 歳, 平均在院期間が 11 年であった。調査項目は, 在院月数, 罹病期間, 通算治療月数, BPRS, GAF, 自己効力感, QOL, DAI-10, 退院困難度尺度を用いた。これらを実験したのち 1 年間追跡して, 1 年後に退院したか否かを調査した。これらの要因について因子分析を行ったところ固有値 1 以上の 4 因子が抽出された。それは「治療関係の取りにくさ」「精神症状」「社会的活動性の低下」「退院への意欲のなさ」であった。1 年後の転帰が判明している 42 人を対象に, これらの 4 因子を独立変数, 1 年後の転帰を従属変数とするロジスティック回帰分析を実施したところ, 回帰係数 $R^2=0.304$ で「治療関係の取りにくさ」が有意な寄与を示した。「退院への意欲のなさ」もある程度の関連があったが有意なレベルには達しなかった。ここから「治療関係の取りにくさ」因子が 1 増えると退院可能性が 0.5 倍という計算になる。

5. 退院準備プログラム

「退院準備プログラム」は井上ら⁴⁾により2006年に作成された。これはリバーマンによる米国版⁸⁾をもとに、わが国の長期在院患者の実態に合わせて追加・改変して作成したもので、統合失調症などの再発性の精神病をもつ人が退院して地域で安定して生活できることを目的として、SSTと心理教育、リビングスキルのトレーニングを行う系統的な学習プログラムである。ビデオ教材とトレーナー用マニュアル、ワークブックがある。標準的には院内で17セッションを行い、地域に出向いて実地で練習する実践編と呼ばれる7回の院外セッションがある。院内セッションの「地域生活のオリエンテーション」の中に、退院している先輩の患者さんに病棟に来てもらって、「退院後の生活はどんな具合か」「どういう点が良いか」などを話してもらい、現在入院している患者さんと自由に質疑応答をしていただくセッションがある。これが効果的と言われている。院外セッションではグループホームに行き、「あなたもここに退院できるチャンスがありますよ」ということを実感していただく。地域のお総菜屋さんに行き、買物をして戻ってからお料理を作るということも体験する。そうした退院への動機づけや地域生活のリハーサルのようなことと、服薬や注意サインの学習を組み合わせるプログラムになっている。

6. 集中的リハビリテーション

——多施設共同研究の中間結果——

武蔵病院で集中的リハビリテーションのモデル実践を行った。同意の得られた在院患者18人を参加群9人と対照群9人に無作為に割り付け、プログラムを実施した。その結果、10ヶ月後の転帰では参加群では7名が退院していたが、対照群の退院は3名で、参加群の方が有意に退院患者が多かった (Fisher 直接確率 $p=0.0497$)。しかし、もっと多数で効果を確認する必要があるため、現在、下記のように多施設共同研究を実施している。多施設共同の無作為割付臨床試験 (RCT) 研

究に参加しているのは、国立病院機構の5病院で、下総精神医療センター、東尾張病院、鳥取医療センター、菊池病院、賀茂精神医療センターである。無作為割付を行い、プログラム前後でGAF、BPRS等の評価を実施する。実施する治療プログラムは、退院準備プログラムで、プログラム参加群はこれに参加し、対照群は参加しないが、それ以外のソーシャルワーク等は同等に提供されるという条件である。

多施設 RCT 研究の中間結果を述べる。対象は共同研究に参加している4病院の在院患者で、主診断が統合失調症、REHABが70点以下で、研究参加に文書で同意が得られた患者である。参加群は男性13人、女性8人で計21人、対照群は男性12人、女性7人で計19人。平均年齢は52~57歳、平均在院年数は10~20年の長期在院の患者である。群別を独立変数、BPRS、REHAB、退院困難度尺度等の臨床評価を従属変数とする2元配置の分散分析で、参加群において対照群と比べてGAF、DAI-10、知識度テスト、退院困難度尺度「合計得点」「病識とコンプライアンス」など有意な改善が得られた。今回は追跡期間が不足しているため退院に関するデータはないが、今後対象者を増やすとともに、退院率や退院後の地域生活、再入院率などを追跡する予定である。

なお、退院要因の前向き研究で述べた「治療関係の取りにくさ」の要因については、プログラム参加群ではプログラム前と比べてプログラム後でこの因子が有意に改善していた。対照群では有意な変化はなく、終了時点では対照群と比べて参加群は有意な差を認めた。この因子は退院要因の前向き研究で退院転帰と有意に関連していたので、本プログラムに参加することによって退院率が上がるのではないかと期待される。

7. まとめ

- 1) 退院困難度尺度の評価により精神科在院患者が5群に分けられた。うち3群(約55%)は受入れ条件以外に不安・病識・身

体合併症等の本人側の退院困難理由があり、退院を実現するためにはこれらの問題の改善が必要と考えられた。

- 2) 退院要因の前向き調査で「治療関係の取りにくさ」因子が1年後までの退院の有無に有意に関連していた。
- 3) 退院準備プログラムの多施設共同効果研究のプログラム前後の諸評価の検討で、群別・時期別の交互作用がGAF得点、BPRS「情動平板化」、知識度テスト、DAI-10合計得点等で有意で、プログラムによる改善が示された。「治療関係の取りにくさ」因子はプログラム参加群で有意に改善していた。
- 4) 今後、効果研究の退院転帰の追跡調査を行い、得られたエビデンスにもとづいて退院促進ガイドラインを作成する。

以上のように長期在院患者の退院困難要因を評価すると「社会的入院」とは言えない退院困難要因を有する患者群が存在することが示されたが、これらの群の患者も退院準備プログラムに参加することにより退院可能性が広がることが示唆された。1年後の退院転帰に影響することが示された「治療関係の取りにくさ」は治療者と患者との信頼関係にも関わる要因であり、その改善のためには治療者集団の力量の向上が求められる。今後は地域ケアと連携して長期在院患者を退院させ、新たな長期在院患者を生まない精神科入院治療のあり方や地域ケア体制、それらを可能にする診療報

酬についても検討していきたい。

文 献

- 1) 安西信雄：社会的入院。臨床精神医学, 36 (2); 221-222, 2007
- 2) 橋詰 宏, 井上新平, 岡野寿恵ほか：精神病院における長期入院化しやすい分裂病患者の特徴について。社会精神医学, 14 (1); 54-62, 1991
- 3) 池淵恵美, 佐藤さやか, 大島 巖ほか：退院を阻む要因の解析。平成15~17年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費15指一1「精神科在院患者の地域移行, 定着, 再入院防止のための技術開発と普及に関する研究」総括研究報告書。p.13-24, 2007
- 4) 井上新平, 池淵恵美, 安西信雄編：精神障害を持つ人の退院準備プログラム (DVD教材, マニュアル, ワークブック)。丸善, 東京, 2006
- 5) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン。2004年9月
- 6) Leff, J.: Can we manage without the mental hospital? Aust NZ J Psychiatry, 35; 421-427, 2001
- 7) リバーマン, R.P. 編 (安西信雄, 池淵恵美総監修)：自立生活技能 (SILS) プログラム。丸善ニューメディア部, 東京, 1994
- 8) リバーマン, R.P. 編 (井上新平監訳)：地域生活への再参加プログラム。丸善ニューメディア部, 東京, 1998
- 9) 佐藤さやか, 池淵恵美, 穴見公隆ほか：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み。日本社会精神医学会雑誌, 16 (3); 229-240, 2008
- 10) Wing, J.K.: Institutionalism in mental hospitals. British Journal of Social and Clinical Psychology, 1; 38-51, 1962