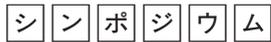


## 第104回日本精神神経学会総会



## ささがわプロジェクト6年間の経過から統合型地域治療システムを考える

佐久間 啓 (あさかホスピタル)

〈索引用語：リハビリテーション，統合型精神科地域治療プログラム (OTP)，精神科地域ケア，退院支援〉

## はじめに

近年，統合失調症治療において，生物学的アプローチとしての非定型抗精神病薬による薬物療法に加え，家族，本人への心理教育による疾病理解や，認知行動療法による症状への対処や社会適応の改善を図るなど，心理社会的リハビリテーションの有効性は精神科医療の現場で広く認識され，作業療法やデイケア等も広く浸透し，リハビリテーションが治療の一環として積極的に行われるようになった<sup>8)</sup>。これらの治療の進歩により，多くの新規入院患者は早期に退院していく一方で，在院患者の長期化，高齢化の傾向があることは否めない<sup>2)</sup>。厚生労働省によれば“受け入れ条件が整えば退院可能な”精神科病院入院患者は現在約7万5千人おり，その中で1年以上入院している約5万人は退院できないいわゆる“社会的入院”であるとの指摘もある。これらの問題は，総論としてはおよそ10年に亘り，繰り返し取り上げられてきたものの，現実的な解決に向けた提案が示されたことはない。

地域での生活の場や生活支援をどう確保するのか？ 病院では退院の可能性をどのように評価すべきか？ 退院前に必要な治療プログラムとは？ 退院後の地域医療として何が必要なのか？ 長期入院予備軍を作らないためには，どのような治療(リハビリテーション)を行えば良いのか？ その際，どの専門職が何をすべきなのか？ 等々実際に長期入院患者を退院に繋げるための具体策についての検討や議論は少ない。

当院では2002年4月に102床の分院を閉鎖して地域移行の展開を行った。その後も独自の退院支援システムを立ち上げ，病院と地域における統合型のチームアプローチによる治療・支援を行ってきたので紹介する。

### 統合型精神科地域治療プログラム (OTP)<sup>1)</sup>の導入

多職種チームに不可欠な要素としては，まず疾患への理解や治療チームの理念や目標を共有することが挙げられる。その上で，チーム内で一貫性のある関わりを可能にするツールが必要となる。Ian R. H. Falloon 教授による医療モデルと生活モデルを併せた統合型精神科地域治療プログラム (Optimal Treatment Project；以下OTP) では患者とその援助者を包含した治療チームを形成し，心理教育，ストレスマネジメント，認知行動療法を行いながら，徐々に本人の主体性に沿って，援助者が治療的役割を果たすことができるように援助していくという考え方が特徴的である。

当院における地域ケアの流れは地域医療システムに移行した「ささがわプロジェクト」<sup>5,7)</sup>に遡る。2000年より計画し，昭和57年に開設されたささがわホスピタルにおいてOTPのプログラムに基づき，2002年3月31日当時入院していた94名の入院患者が退院し，4月からその病院の建物を活用してNPO法人が居住施設として運営し，同時に地域生活支援センターを設置した。NPO法人では当院のデイナイトケアや訪問看護の医療サ

ービスと連携し、統合的に支援するシステムを構築した。

この経験から、当院における回復期長期在院患者の退院支援システムとして、OTPを基本概念とし「E-カレッジ」「フレンドシップ」「退院地域支援室」の3つのステップからなる“D-プロジェクト”を立ち上げた。

### あさかホスピタルにおける D-プロジェクトの展開<sup>3)</sup>

あさかホスピタルにおける退院支援は、「ささがわプロジェクト」の経験を活かし回復期長期在院患者の退院促進を目的とし、2003年9月より開始している。「D-プロジェクト」の「D」は「deinstitutionalization（脱施設化）」の「D」に由来している。当事者の生活の場が入院生活から社会生活にシフトするのに伴い「ささがわプロジェクト」において用いられた認知行動療法のOTPをソフトウェアとして用いたアプローチを実施している。

当院では全職員向けのOTP研修会（12時間6単位）が開催され現在394名（平成20年4月現在）が修了している。OTPでは統合失調症の再発モデルとして広く受け入れられている脆弱性-ストレスモデルに留意しながらの治療的あるいは医学的リハビリテーションの推進を目的のひとつとしている。統合失調症の生物学的脆弱性を補い、心理環境面のストレスに対処するための適切な認知行動療法的アプローチを、多職種による治療・支援の統合モデルとして展開していく。OTPの諸技法の中で、当事者の主観を把握するために必要な技法としてアクティブリスニング（積極的傾聴）がある。アクティブリスニングには5つの手がかりがあり、話し合いの中で「上手な聞き役」となるために必要な技法であり、当事者の要望や直面している問題点などの表明が推進されるといわれている。D-プロジェクトでは、各個人のニーズの共通部分をテーマに退院に向けた指導を行い、様々な要因により困難であった長期入院者の退院を現実のものにすることを目的としOTPを

用いたグループワーク実践を開始した。

第1期目のプロジェクト（2003年9月～12月）では、当院の慢性期開放病棟に入院中で参加基準に該当する患者様に対し退院を目的とし、OTPを用いたグループワークを約3ヶ月間実施した（心理教育の教材は「精神科リハビリテーションワークブック」<sup>4)</sup>をもとにオリジナルテキストを作成）。プロジェクトの運営を担当した職種は主治医、プロジェクト担当医師、プロジェクト担当看護師、プロジェクト担当作業療法士、精神保健福祉士、心理士、薬剤師、活動支援センター精神保健福祉士、訪問看護師であった。しかしグループワークの実践においては普段の生活の中では長期入院患者に退院の意欲は湧かないということ、長期の入院生活を送ることでホスピタリズムとしての意欲の低下が認められ、「退院を積極的にしたくない」、「退院したいがあきらめてしまっている」、「残遺症状に支配され退院をイメージできない」という課題が残り「退院に向けた動機づけを行うこと」をより多くの患者様に実施する必要性を検討した。

上記のことから具体的手段として、第2期目のプロジェクト（2004年1月～現在）では、公開講座「E-カレッジ」の開講と退院支援室の設置が挙げられ現在のD-プロジェクトシステム：①E-カレッジ、②フレンドシップ、③退院支援室の3つのステップからなるものになった（図1）。

#### 1) E-カレッジ

長期入院患者に疾患や治療・社会資源などについて情報提供し、患者自身でより良い生活を検討することの意識づけをする。E-カレッジのEはEmpowerment, Education, EncouragementのEに由来し、OTPを用いて患者自身が学び、退院への力と勇気を持つことを目的とする。講師は医師、病棟看護師、作業療法士、薬剤師、精神保健福祉士、栄養士が適宜講義を実施する（32回を1クールとしている）。

精神科慢性期開放病棟の2病棟（各々平均患者様68人・67人、平均在院日数3000日、5000日）

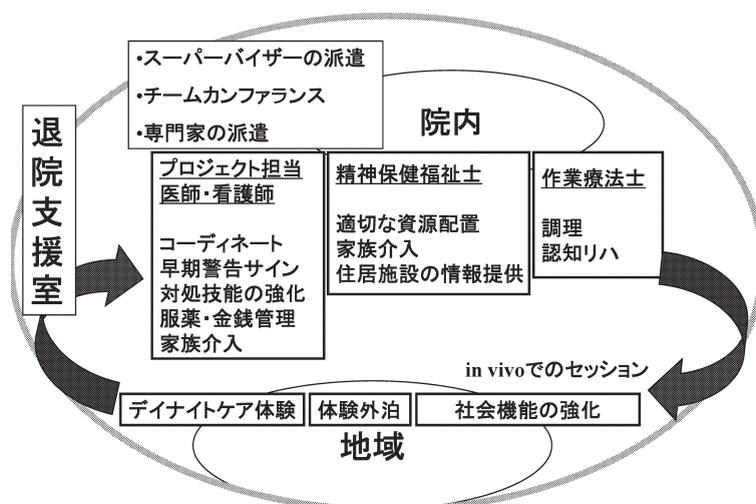


図1 「退院支援室」を含めた退院支援の流れ

のダイナミックな会場に、各病棟週1回、30分間セッションを公開講座形式で実施する。

各病棟とも入院患者数の8割は参加し、講座は回を重ねるに従い参加者からの質問や意見が増えている。公開講座では情報の伝達や、参加者のグループ意識の高まり、課題を明確に提示していくなどの働きかけによってエンパワメントを向上させる働きも認められた。個人的な働きかけからはストレスを受ける患者も、E-カレッジのような勉強会の参加により、患者同士で話す日常の会話にも講座の内容が話題になり、退院への動機づけに良い効果が観察されている。

## 2) フレンドシップ

E-カレッジに興味を持った参加者には、個別フォローとして「フレンドシップ」というプログラムを立ち上げた。集団の形態として、E-カレッジは40～50人を対象に行うのに対して、フレンドシップは5～10人の小集団で行う。①心理教育による病状の理解、②日常生活の満足度の向上、③ニーズの掘り起こし、④単身生活に必要なスキル向上を目的として、計17回を1クールとし、約4ヶ月間実施する。

## 3) 退院支援室

長期入院からの退院、人権を配慮した社会復帰の促進、再発の予防、地域における生活支援への転換を図ることを目的とする。

退院・地域支援室の役割としては、①情報提供、②コーディネート：適切な人的配置、社会資源の配置、③スタッフへの教育、④スーパーバイザーや治療支援者チームの派遣とケースカンファランスなどが挙げられる。

具体的に本人が退院を目指す意志が確認されると、退院支援室に登録され、個々の具体的な計画に沿って支援が行われる。2004年1月に退院支援室を設置し、多職種によるチームを編成して長期入院患者の地域移行を支援してきた。

例えば、退院予定者がデイナイトケアと訪問看護の利用を希望する場合、訪問看護の担当スタッフとの面接、ヴィレッジのメンバーとの仲間づくりも考えたデイナイトケアへの体験参加、退院先の共同住居への外泊訓練を行い、生活の転換が円滑にいくように支援する(図1)。

このシステムにより、3年間に34件登録し、25人が退院している(表1)。

表1 退院支援室の現状 (2007年2月現在)

・登録件数	34件	・退院先	共同住居	17人
・退院数	25人		自宅	5人
・平均入院回数	2.6回 (1~7)		グループホーム	2人
・平均入院期間	148.96ヶ月 (2~468)		福祉ホーム	1人
・入院期間	0~1年 9名	・活用資源		
	1~5年 5名	—訪問看護		23件
	5~10年 2名	—デイナイトケア		18件
	10年~ 9名	—デイケア		4件
		—福祉事務所		4件
		—市町村障害福祉課		1件
		—作業所		1件
		—知的障害者施設		1件

このように当院ではOTPを各スタッフが基本ソフトとして当事者とのかかわりを持ち、3段階のステップをシステム化している。定例会議やケースごとのカンファランスを実施し、ケアマネジメントを通して支援が決定される。医療機関と地域生活支援センターのスタッフが情報を共有することにより、常に連携の取れる体制がつくられている。また、地域のスタッフがチームに入ることによって、医療機関のスタッフが地域生活に対するイメージをより具体的に持てるようになった。このような取り組みを継続する中で、長期在院者にかかわるスタッフが、退院できない理由や退院の可能性について常に関心を持つようになるなど意識の変化がもたらされている。

今後の新たな試みとして、退院困難なケースに対するスーパーバイズ等の継続と、「ニューロングステイ」の予防を目的として、早期から介入し「退院を諦めさせない」という点を主目的に据え「転棟前情報整理表」を作成した。急性期病棟から回復期病棟への転棟に際して、転棟前より転出する病棟に受け入れ病棟のスタッフが外向いて、評価やケースカンファランスを行い、急性期病棟から退院できなかった理由を事前に把握し、退院支援プログラムへの早期導入を検討している。

#### ささがわプロジェクトメンバーの6年後の動向<sup>9)</sup>

ささがわプロジェクト開始時の平均年齢55歳、

平均総入院期間約25年というメンバー94人が退院し、6年を経過して、全員の動向が追跡されている。

平成19年4月にプロジェクト5年目を迎えるにあたり、ささがわプロジェクト2nd Stageとして、アイキャン・デイナイトケア・訪問看護ステーション・地域連携室・担当医のチームにおける役割を再確認し、メンバーの新たな生活の実現に向けて更なる地域移行を目指すということを目標として活動した(図2)。この間に17人が精神症状の悪化で一時的に入院していたが、14人は退院しており、現在入院中なのは僅か3人である。13人が自立生活、68人がグループホーム・ケアホームに入所し、高齢化での施設入所2人を合わせると83人、実に88%が地域生活を送っていることになる(表2)。

また、現在まで45人以上が就労支援プログラムに参加し、4人が職業適応訓練を利用、一般就労としては介護、調理、倉庫それぞれ1人の計3人であるが、26人が支援付就労に就いている。内訳としては、調理補助2人、給食センター3人、食器洗浄7人、医師会病院清掃9人、パン工房ブオーノブオーノ5人である。

#### メンバー、家族、地域の連携

ささがわプロジェクトは94人の退院という意味では、大胆な変革ではあったが、当初不安を表

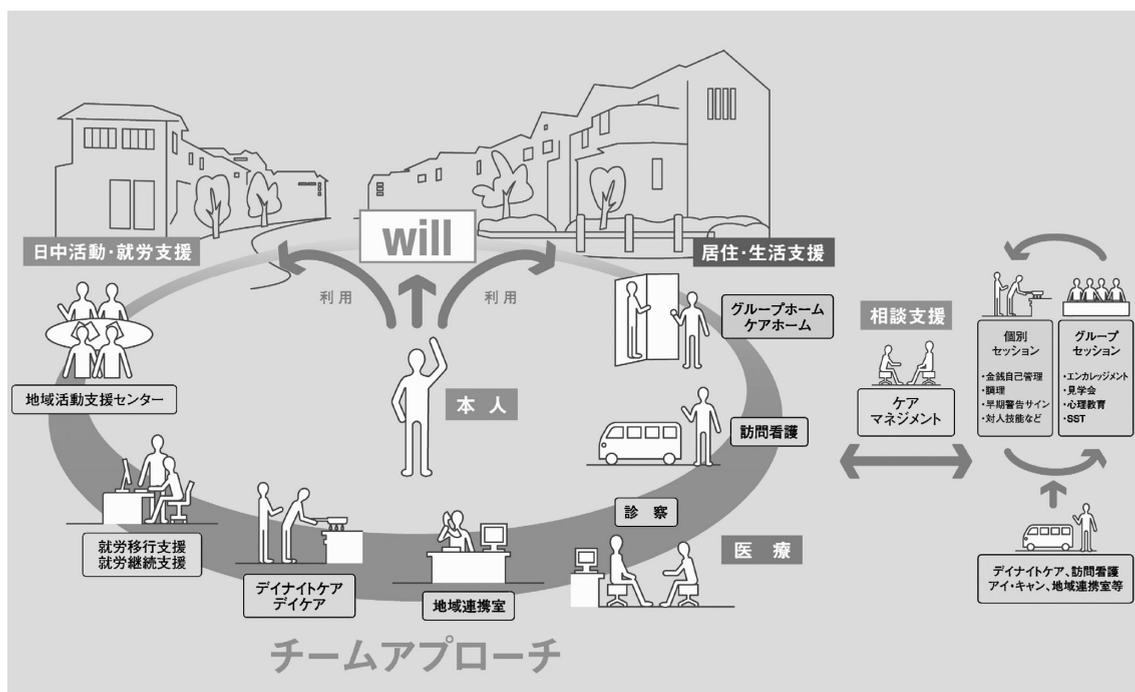


図2 ささがわプロジェクト 2nd Stage

表2 ささがわヴィレッジメンバー転帰  
(平成19年12月10日時点)

スタート時	94名
－アパート単身	6名
－アパート二人暮らし(結婚)	4名
－共同住居(一人暮らしタイプ)	3名
－グループホーム	57名
－ケアホーム	11名
－老人ホーム	1名
－知的障害者更生施設	1名
－入院(身体)	4名
－入院(精神)	3名
－死亡	4名
(自殺2名・事故1名・病気1名)	

明する患者にとっては、それまで良く知っている仲間と共同生活を送り、様々な医療サービスや支援が手厚く受けられることは、安心の材料であったと考えられる。

また退院に大きな不安と反対を示した家族においては、家族の負担を大きく増やすことなく、全

面的に医療と生活面での支援をすることを繰り返して説明した。その後多くの家族から感謝やプラスの評価を頂いた。退院困難な事例で「家族の協力が得られない」という理由を耳にするが、家族が安心して協力できる状況を作りつつ、時間をかけて理解を深めて貰う工夫が必要であろう。平成19年春に、地域に点在して生活する2nd Stageの計画について説明会を行った際にも、2, 3人の不安や反対の意見も聞かれたが、多くのご家族からは賛同が得られた。結果として、入院中よりも家族からの協力や支援を受けやすく、全面的に依存しないことから良い関係が築かれていると考える。

メンバーからは、地域での生活に移行し、「自分の部屋があるのでプライバシーがあってとても嬉しい」という声が多く聞かれる。勿論生活上の問題や近隣住民からの苦情もあるが、根気強い対応や説明により、多くは解決可能である。本人、家族、近隣住民にたいしても、常に誰が担当であ

るか顔が見え、24時間対応しているということが信頼関係構築の基本であることは言うまでも無い。

### 終わりに

長期入院から退院して実際に地域生活を継続するためには、本人の生活の場、社会参加や就労の場が極めて重要である。退院しても、本人の意思や目的に向かった地域生活への支援体制や必要な医療体制なくしては、患者は孤独と不安から、地域生活も苦しいものになってしまう。

平成18年施行された障害者自立支援法において、3障害共通の名目の下に生活訓練、就業移行支援、就業継続支援などが画一的ではあるが、自立支援サービスとして位置付けられている。現実的には、精神疾患の症状は慢性期となっても動揺するため、精神障害者の地域支援においては他の2障害と異なり、精神科医師を含む専門職種を中心とする地域ケアチームを形成し、治療モデルと生活モデルを併せた統合的なケアを継続的に行うことが必要である。医療と自立支援のサービスが協力して、地域で生活する障害者それぞれの生活の質を高めるために何ができるかを十分に検討していく体制が求められる。

そのような意味でも、OTPは精神科の地域ケアを行っていく理念、意義に始まり、具体的なチームとしてのケアの在り方と具体的方法、再発予防や早期介入の戦略などが系統的にまとめられたプログラムである。院内や関連のNPO法人のス

タッフ教育をはじめ、地域の保健所職員や医療スタッフへの専門職むけワークショップの開催を通して、地域での統合型の精神科地域ケアを広く展開していきたい。

### 文 献

- 1) ファルーン, I.R.H., ファッデン, G.: インテグレイテッドメンタルヘルスケアー病院と地域の統合をめざして—(水野雅文, 丸山 晋, 村上雅昭, 野中 猛監訳). 中央法規出版, 東京, 1997
- 2) 平成14年マスタープラン調査データ集: 社団法人日本精神科病院協会, 東京, 2003
- 3) 今泉初子, 渡邊 理, 佐久間啓: 退院促進と地域移行支援のこれまでとこれから. 日精協誌, 27 (9); 770-776, 2008
- 4) 慶應義塾大学精神神経科総合社会復帰研究班: 精神科リハビリテーション・ワークブック (水野雅文, 村上雅昭編, ファルーン, I.R.H., 鹿島晴雄監修). 中央法規出版, 東京, 2000
- 5) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編: 精神科地域ケアの新展開—OTPの理論と実際. 星和書店, 東京, 2004
- 6) Ryu, Y., Mizuno, M., Sakuma, K., et al.: Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. *Aust NZ J Psychiatry*, 40; 462-470, 2006
- 7) 佐久間啓: ささがわプロジェクト—あさかホスピタルにおける脱施設化の試み—。 *Schizophrenia Frontier*, 5 (2); 94-98, 2004
- 8) 佐久間啓: 精神科リハビリテーションの現状と課題. *日精協誌*, 25 (4); 344-351, 2006