

第 105 回日本精神神経学会総会

教 育 講 演

退院促進に関する精神医療の質的実態把握と最適化

伊 豫 雅 臣, 椎 名 明 大 (千葉大学大学院医学研究院精神医学)

松 原 三 郎, 川 田 和 人, 吉 川 明 弘 (松原病院)

三 邊 義 雄, 畠 稔, 福 島 秀 行 (金沢大学大学院医学系)

岩 崎 弥 生, 小 宮 浩 美 (千葉大学看護学部)

小 宮 山 徳 太 郎, 南 風 原 泰, 篠 田 守 (飯田病院)

佐 々 木 一 (佐々木病院)

羽 間 京 子 (千葉大学社会精神保健教育研究センター)

佐 竹 直 子 (国立国際医療センター国府台病院)

はじめに

我が国の精神病床数は諸外国に比して多く、地域ケア体制が不十分であることから、精神医療が立ち遅れていると指摘されている。厚生労働省では「精神病床等に関する検討会」などでの議論を踏まえ、10年後における達成目標を明示した精神保健医療福祉の改革ビジョン（平成16年9月）を発表された。このビジョンでは、約7万床相当の病床数の減少が促すとともに、受入条件が整えば退院可能な患者約7万人の解消を目指しており、各都道府県の平均残存率（1年末満群）を24%以下とし、各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とすることを目標としている。そのためには、新規に入院する患者については、入院中の処遇の改善や患者のQOL（生活の質）の向上を図りつつ、できる限り1年以内に速やかに退院できるよう、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の整備を促すことが必要であり、また、既に1年以上入院している患者については、本人の病状や意向に応じて、医療（社会復帰リハビリ

テーション等）と地域生活支援体制の協働の下、段階的、計画的に地域生活への移行を促す必要がある。このような目標を達成するには我が国の精神医療の現状の正確な分析と、その改善のための具体的な方略の解明が必要不可欠である。我々は、厚生労働科学研究費こころの健康科学研究事業「精神医療の質的実態把握と最適化に関する総合研究」（平成19年度～平成21年度）により、精神医療及び保健福祉の立場から、精神障害者に対する医療の質の向上と地域生活支援に基づく退院促進を果たすための実効性あるモデルプランを提唱することを目的とした研究を行ってきており、ここではその成果の一部を述べる。

A. 現状に関する調査

1. 入院患者における医療必要度

精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟を有する74病院を対象とした「精神科回復期における医療実態」に関する調査を行った。なお、回復期とは急性期治療をほぼ終えた入院3か月以降をさ

す。その結果、1,423 人が対象となり、入院 3 ヶ月後の残留人数は 300 人（残留率 21.4 %）、1 年後の残留人数は 35 人（残留率 2.5 %）であり、3 ヶ月後に残留した人の 88 % が 1 年以内に退院していた。また、退院に至った主因としては 6 割近くが薬物療法の効果であった。その他は作業療法や生活技能訓練（SST）などのその他の治療法や精神保健福祉士の介入や家族の変化などであり、多面的な治療、介入が重要であることが示唆された。このように残存率（1 年未満群）24 % 以下という改革ビジョンにおける目標は、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟においては既に達成されており、1 年以上群の退院率上昇が特に重要であることが示唆された。

「精神病床の利用状況調査」では 996 病院から回答（64.6 %）を得、入院患者の 10 分の 1 調査として 17,819 人から回答を得た。その結果、入院期間 1 年以上（F0 抜き）では、31.8 % が「受け入れ条件整えば退院可能」とされたが、現状のまま退院可能は 6.8 % に過ぎないこと、25 % の人達は居住施設だけでなく、かなりの生活支援が必要であること、25 % の人達では食事・金銭管理・薬の管理を中心とする IADL の低下が著しく、手厚い生活支援が必要であること、このうち、約 2～3 % については、ADL 低下や身体合併症をもっていること、「受け入れ条件が整えば退院可能」とされた人の多くが実際には現状では退院が困難な状況にあること、「近い将来退院の可能性はない」患者の退院できない理由としては重度の陽性症状とセルフケア能力の著しい問題があることが明らかとなった。

さらに統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因について退院準備度評価尺度（DRI）を用いて特定機能病院にて調査を行った。その結果、長期群（在院日数 91 日以上）では入院時、①潜在的な地域適合性のカットオフポイントを下回る患者が多く、退院に向けた患者の状態の安定や退院後の環境条件の調整に時間を要すること、②心理社会的適合性において自己決定やセルフケアに関わる項目が低く、自己決定やセルフケアの能力向上

に時間を要すること、③好戦性の項目が高く、入院時からの好戦性が問題行動につながり、治療やケアに時間を要することが示唆された。

次に、精神科看護の効果の実証に関する研究結果を述べる。入院期間別の退院困難度に関する調査では、5 年以上の患者では「退院後の生活への不安表出」が多く、new long stay である 1 年以上 5 年未満の患者では 5 年以上の患者よりも少なく、「服薬順守行動の欠如」は入院期間が短い患者ほど課題であることが示された。さらに看護師の退院支援に関する調査の結果、1 か月あたりの退院援助の平均実施時間は看護師一人当たり約 31 時間で、特に生活技能訓練（SST）では 5 時間弱、患者の社会資源の体験への同行および患者の退院に対する不安や困難への対応にはそれぞれ 3 時間以上が費やされていた。また、地域で暮らす精神障害者のケアの経験を持つ看護師のほうが、退院援助を重要視していた。また、精神科看護師としての長い経験を持つ看護師のほうが、地域と患者や家族をつなげる援助を実施しており、地域とつなげる援助は研修経験の有無に影響されており、今後看護教育においてとりわけ重要になると考えられた。

2. 精神医療資源の実態把握

都道府県別の精神病床数及び平均在院期間と社会内資源の量には地域間で大きな差異があったが、それらの因子の間には相関はみられなかった。例えば、現状では対人口当たりで、精神病床数と平均在院日数、精神病床数と入所施設定員数、平均在院日数と入所施設定員数の間に相関はなかった。一方、近年では入所施設定員の積極的な増員対策が行われている。例えば千葉県では、平成 21 年 3 月時点で主に精神障害者を対象とした社会復帰施設等（居住支援）の入居定員は 677 人であり、平成 18 年 7 月に比べ 166 人の増員となっており、特にグループホーム・ケアホームの定員において 121 人の増員がなされていた。しかし推定される自宅以外入居必要定員は 763 人であり、さらに増員を要すると考えられる。また、精神科入院患者

の退院促進や地域生活支援における先駆的な事例においては、それぞれの地域特性に応じた様々な取り組みが展開されているが、その実践を支えている特質として、①一人一人の患者にとってよりよい治療・支援を目指した取り組み、②患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的な支援、③病院と精神福祉施設・団体等の間の有機的ネットワークの存在、が明らかとなった。その一方でこのような先駆的な取り組みにおいても就労支援などへの財政的裏づけの乏しさや、訪問看護ステーションでは多職種チームを形成できないという問題点も指摘された。

長野県の飯田病院では平成10年から3年間で88床削減し、その際に長期入院していた患者79名が退院となった。退院に至った患者の特徴や退院先、退院後の支援体制などの取り組みの実態を分析し、退院後の8～10年の経過を分析することは今後の退院促進プランの参考になると考えられる。分析の結果、79名のうちアパート34.1%、グループホーム20.3%、老人保健施設や特別養護老人ホーム、養護老人ホームが22.8%、知的障害施設3.8%、転院が19.0%で半数以上がアパート・グループホームであった。また幻覚妄想やADL低下、服薬中断の危険があっても退院は可能であるが、症状による混乱が生じないことや自ら症状悪化を訴えるなど「自身の危機管理能力」が備わっていることが退院の大切な要件であり、多職種で地域生活を支援する体制（ACT-I：多職種合同で重度精神障害者の地域での生活を24時間支える体制）を作ることが重要であることが示された。一方でグループホーム、アパートに退院した人の抗精神病薬処方量は退院時に比べて8年から10年後である現在クロールプロマジン換算で約3.5倍となっており、再発再入院を経験する中で症状改善および再発再入院予防のために抗精神病薬処方量が増量していったことが推定された。地域で再発予防も念頭においた長期的な医療・ケア体制の構築が必要であると考えられる。

3. 諸外国の制度との比較

脱施設化を行った先進諸国の調査を行った。フィンランド、ドイツ、カナダ、オーストラリア、スウェーデン、イギリス、フランスについては詳細な調査が行われ、それ以外の諸国については文献的考察を行った。その結果、多くの慢性患者は医療が必要な重症者は病院に残し、その他は地域の社会復帰施設、ナーシングホーム、共同住宅、自宅に移して病床数が減少されており、急性期は総合病院精神科で対応されることが多かった。さらにWHOの見解では、わが国のGDPレベルでは、専門外来クリニック、地域精神医療チーム、急性期精神科入院施設、長期入所可能な地域居住ケア施設、就労訓練施設を整備することが望まれていることが指摘できる。ところで「脱施設化」を行うにあたり、地域で適切な医療を受けることができずに起きる「回転ドア現象」や単に僻地でケアの質の悪化した常時施設された収容施設と考えられるグループホームなどへの「transinstitutionalism」と「居住施設の病院化」、退院患者が適切な精神医療を受けられなくなったりホームレス化する「精神医療の消失」、患者家族への過度な負担、「医療格差」、進んで医療を求めない患者への「セカンドクラスサービス」などが生じている先進国があり、これらは避けなければならない。そしてハード（施設）からソフト（地域医療ネットワーク）への移行のためには莫大な資金と人手が必要である。実際、精神医療改革に成功した先進諸国では精神医療のコストは増加し続けている。アメリカ、ハンガリーのように医療経済的にはコストカットに対する要求により精神医療が質・量ともに大きく後退した例もある。なお、先進諸国に比べわが国の精神科入院医療費は群を抜いて低価格であり、またこの価格は先進諸国のナーシングホームとほぼ同価格である。

上記から、既存の社会資源である民間精神科病院を新しいサービスに組み込むには何が必要かを考えることが日本の精神医療改革を進める上では重要なポイントであることが示唆され、さらに、脱施設化は諸外国においても10～20年かかった

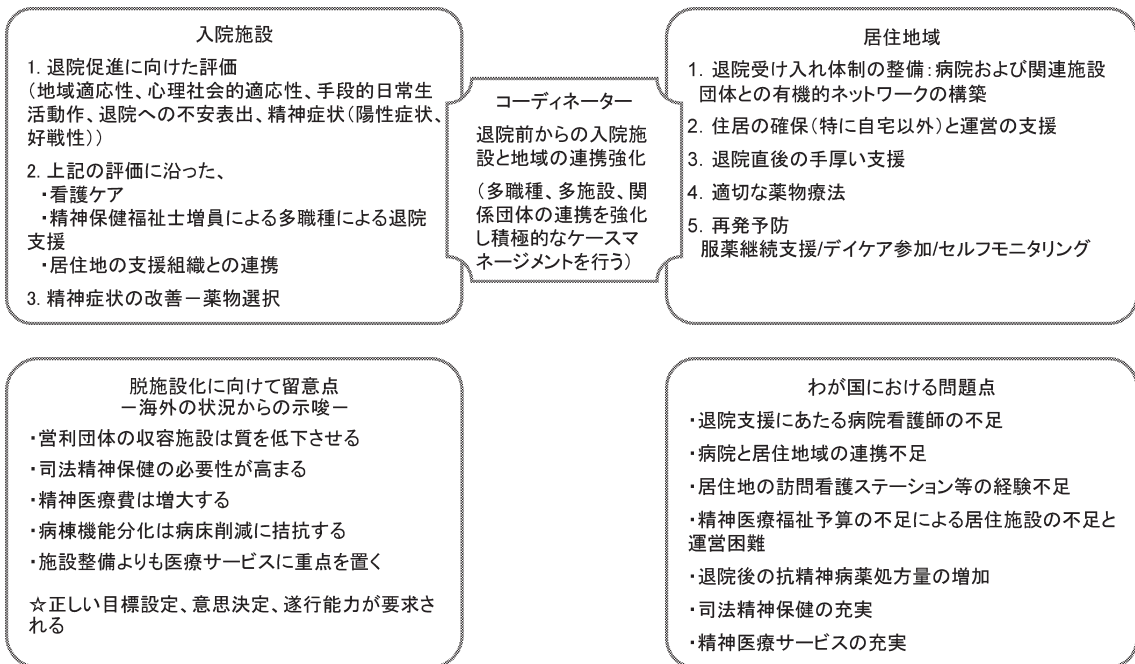


図1 精神障害者の退院促進のための因子

プロセスであり、情報収集などアウトカムを評価できる体制を整えつつ、不利益となる障害者がいないよう充分配慮しながら慎重に進めるプロセスであることが示唆される。

B. 精神障害者の退院促進プラン作成に向けて

1. 入院期間短縮のための治療戦略の構築

救急・急性期病棟における統合失調症退院支援パスを作成し、入院期間短縮のための治療戦略を探った。計見らは、統合失調症の回復過程を①急性期(7~10日間)、②臨界期(7~10日間)、③回復期(20日間前後)と定義した上で、①I期一回復前期(7~14日間)、②II期一回復後期(7~14日間)、③III期一退院準備期(7~14日間)とした「急性期病棟における退院支援パス(規定日数 42日間)」を作成し、統合失調症患者62名に導入した。49名がパスに従って退院し、13名の使用中断があった。平均在院日数は71.8日であり、非使用群(28名:125.1日)と比較して平均値は低下していたが有意な差は認めなかった。

また、規定日数を超過した理由として患者の病状の不安定さ、家族の不安、退院先調整があげられた。さらに、使用中断の主な理由としては受け入れ先と患者の病状であった。病状のコントロールに加え、早期からの家族の不安への対策や退院先の調整が必要であることが示唆された。

2. 精神障害者の退院促進プラン作成のための因子

ここまでの報告から精神障害者の退院促進プランを作成のための因子として下記があげられる(図1)。

①入院施設では、1. 退院促進に向けた評価〔地域適応性、心理社会的適応性、手段的日常生活動作、退院への不安表出、精神症状(陽性症状、好戦性)〕を行い、2. 評価に沿った、看護ケア、精神保健福祉士増員による多職種による退院支援、居住地の支援組織との連携、また3. 精神症状の改善を目指した薬物選択が重要な因子である。

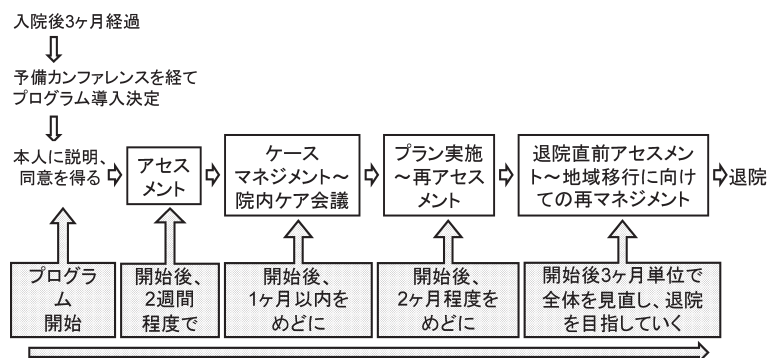


図2 地域移行促進プログラム 時間経過（松原）

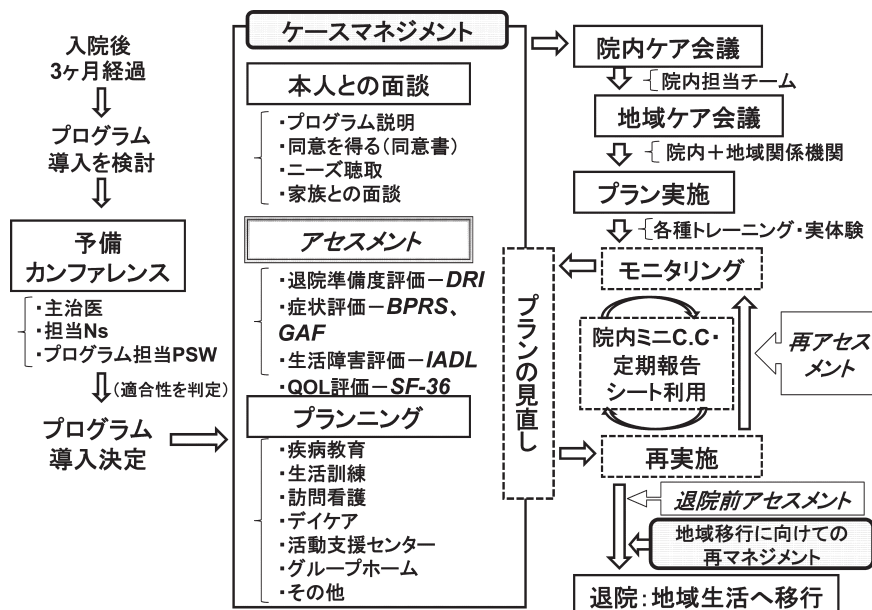


図3 地域移行促進プログラム 導入・実施の流れ

- ②居住地域では、1. 退院受け入れ体制の整備：病院および関連施設団体との有機的ネットワークの構築、2. 住居の確保（特に自宅以外）と運営の支援、3. 退院直後の手厚い支援、4. 適切な薬物療法、5. 再発予防（服薬継続支援/デイケア参加/セルフモニタリング）が重要である。
- ③入院施設と地域の連携を強化するためのコーディネーターが必要であり、多職種、多施設、関

係団体の連携を強化し積極的なケースマネジメントを行うことが重要である。

4. 退院促進プラン（案）

これまでの成果をもとに、回復期医療のシステム化と地域での支援チームの具体化が提案されている。回復期医療のシステム化では、入院後3ヶ月の急性期治療を経ても退院に至らなかった患者を対象に、回復期の医療をシステム化して行う

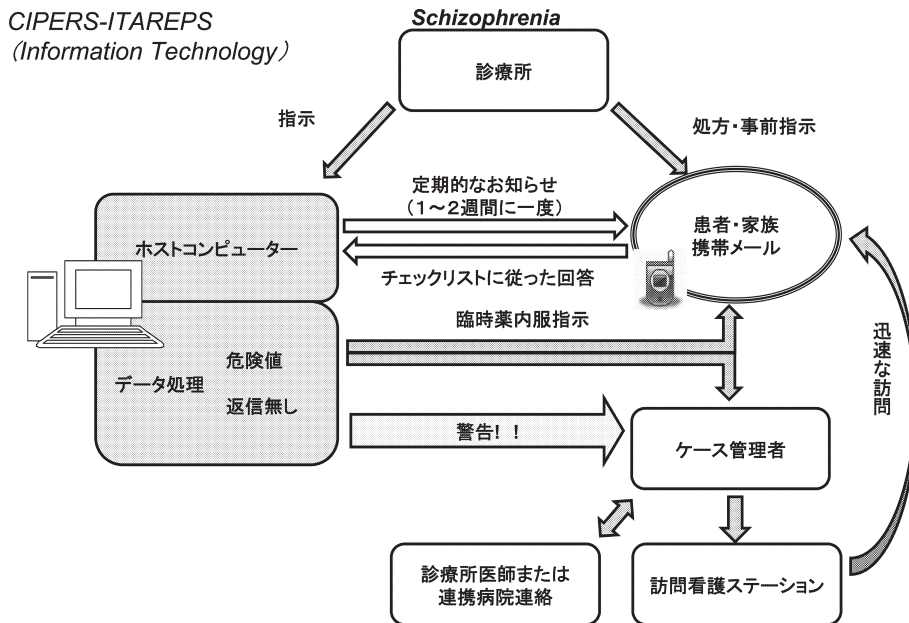


図4 統合失調症再発早期介入地域精神医療プログラム (三邊・関根・伊豫)
CIPERS: Community based intervention Program for Early stage in Relapse of Schizophrenia

「地域移行促進プログラム」を導入し、急性期における治療を再度見直し、ケアマネジメントの手法を用いて再アセスメント・再プランニングを行い、地域移行を促進させるのが狙いとしたものである (図2, 3)。また、地域での支援チームの具体化ではケアマネジメント (相談支援)、医療との連携の確保、支援付き居住施設の確保、生活支援体制の整備、経済的な支援・優遇措置を精神障害者の地域生活に必要な要素として、地域における支援体制をケアマネジメント型支援 (病院サー

ビスが主体)、包括的地域生活支援 (独立型が原則)、一般の訪問看護ステーションを利用した支援という3つに大別して推進していくことを提案されている。さらに服薬アドヒアランスが高くセルフケア能力が高い人、また通院施設から遠隔地に居住する人などを対象として携帯電話メールと訪問看護を組み合わせたセルフヘルプ型の統合失調症の再発早期介入プログラム (CIPERS) も地域支援方法として提案している (図4)。