

[研究報告]

精神保健福祉士から見た精神科長期入院患者の退院阻害要因に関する
ケースコントロール研究

徳永 達哉

桑園病院

要旨

本研究は、精神科病院に長期入院していたが退院した群（以下、ケース群）と、長期入院群で症例対照研究を実施して、長期入院患者の退院に対する退院阻害要因とPSWのかかわりの関連を明らかにすることを目的とした。北海道道央圏の精神科病床を有する53医療機関、PSW207名を対象に、無記名自記式質問紙票による配票調査を行い、187名（有効回答率90.8%）から回答を得た。回答からケース群の条件を満たす例は、男性18例、女性20例の計38例であった。先行研究同様に、本人要因、家族要因、病院環境要因、地域要因の4つの退院阻害要因との関連が影響することが認められた。苦勞をしながら地域生活を送ることを見据えたPSWの視点が重要であり、本人のニーズを確認しながら、退院へ向けての不安や苦勞をもつ本人に寄り添って退院支援を進めていくPSWの姿が映し出された結果となった。

キーワード

精神科長期入院 ケースコントロール 精神保健福祉士 退院阻害要因 退院支援

I. はじめに（問題の所在と研究の目的）

1. 問題の所在

わが国の精神保健福祉士法策定に至る背景には、精神障害者の長期入院やいわゆる社会的入院の問題の指摘が大きく作用している。長期入院の状態から社会復帰を促進することが緊急課題となり、精神保健福祉士（以下、PSW）が国家資格化された。PSWは当初、歴史的に偏見と差別の対象であった精神障害者の長期入院を解消する目的で、国家資格化されたものであった。しかし近年は医療機関のみならず、地域の社会復帰施設はもちろん、行政機関、教育現場、企業、司法関係と幅広い分野での活動が期待されている。

これまでの精神障害者の長期入院に関する厚生労働省の政策を振り返ると、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（厚生労働省、2004）では、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。厚生労働省は2003年から精神科病院長期入院患者の退院に向けて退院促進支援事業（モデル事業）を実施し、それ以後も2008年には地域移行支援特別対策事業、2010年には地域移行・地域定着支援事業、アウトリーチ推進モデル事業、2012年には地域移行・地域定着支援事業（障害給付対象事業）が実施され、未治療者や医療中

断者にも視野を広げ、必要な医療に結びつける支援事業が展開されている。また、2014年に公表された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（厚生労働省、2016）では、意欲喚起、地域移行支援、地域生活を支えるサービスの確保が必要であると示された。このように長期入院者への退院支援は、精神保健福祉施策の喫緊の課題として取り組まれている。

精神障害者の近年の入院状況はというと、「精神保健福祉資料」（厚生労働省、2012）によると、精神疾患による入院患者の在院期間は、全体の総数32万人のうち、1年以上が約20万人、5年以上が11万人となっている。精神科長期在院患者の現状では、入院期間が1年以上の患者は減少しているが、65歳以上の高齢者に限るとその数は増加している。また入院期間が1年以上の患者の退院のうち、死亡退院の数は増加している。入院期間が1年以上の入院患者の退院のうち、約2.8万人（約62%）は死亡退院または転科・転院であり、入院期間が1年以上の患者の半数以上が統合失調症圏であると報告されている。さらに、「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究報告書」（安西、2012）では、精神科病院における1年以上の長期入院患者（認知症を除く）の14%が退院可能とされており、86%が退院困難であるが、退院困難である者のうちの33%は居住・支援がないため退院が困難とされている。残りの67%は精神症状が極めて重症、または不安定である、もしくは身体合併症治療のため退院困難となっている。上述したように、政策の方向性は精神障害の長期入院の解消にあるが、実際

<連絡先>

徳永 達哉

桑園病院

kuwannomipsw@yahoo.co.jp

の現状は、退院は容易なことではない状況にあることがわかる。

このように精神科長期入院患者の退院がなぜ促進されないのか、退院を阻害する要因や退院支援に関する先行研究においては、医療職による研究が散見される。田原・藤原・服部・山崎 (2007)^{注1)}は、精神科病棟に勤務する看護師・准看護師のアンケート調査から、精神科長期入院患者の退院阻害要因として、①退院支援の不足、②長期入院によるホスピタリズム、③退院促進意識不足、④看護師の経験不足、⑤地域との連携不足、⑥医療チームの機能不足の6因子を抽出している。さらに、朝野・栄・清水 (2010) は、精神科病院長期入院患者の退院に関する要因の文献的検討で、①本人の要因、②家族の要因、③病院環境の要因、④地域環境要因、⑤その他の要因と5つの阻害要因をまとめており、医師、看護師においては、多くの先行研究 (安西, 2012; 田原他, 2007; 朝野他, 2010; 藤野・脇崎・岡村, 2007; 長浜・小林・杉谷, 2006) で知見が示されているが、それを整理すると、本人要因、家族要因、病院環境要因、地域要因の4つの要因が共通して指摘されている。

またPSWが行った調査では、蓮井 (2003) が社会的入院の要因として、収容主義の精神病院、医療従事者の質、精神科特例・マンパワー不足、機会の剥奪、精神障害の能力低下 (ホスピタリズム・病院依存)、精神障害者の自信喪失、障害者 (社会) 福祉の不備、生活圏内の医療サービスの偏在、制度の利用のしづらさ、家族負担、居住資源の不足、訓練施設の不足、支援ソフトの不備、隣接・関連領域のスタッフの無理解、社会の偏見・差別の15項目を報告している。

医師、看護師の研究で共通してみられる地域環境要因は、PSWの報告では居住資源や訓練施設の不足、支援ソフトの不備について指摘されている。地域環境要因を考えると、北海道の特徴として政令指定都市である札幌に人口が集中し、その他の地域は過疎化が進んでおり、医療機関も同様に札幌に集中している (札幌市保健所, 2017)。そこで本研究は、医療機関が集中している道央圏に注目した。道央圏に位置する札幌は、国内で見ても精神科病院数、精神科病床数ともに多い地域であるため (厚生労働省, 2016)、道央圏での退院支援の阻害要因を明らかにすることは非常に意義のあることと考える。

2. 研究の目的

長期入院患者の退院支援の担い手であるPSWを対象に、先行研究で得られた知見である4つの退院阻害要因が患者の退院状況に影響するかについて、長期入院していたが退院した群 (以下、ケース群) と、長期入院群 (以下、コントロール群) で、症例対照研究の研究手法で量的手法を用いて明らかにすることを研究の目的とする。

II. 研究方法

1. 調査方法、期間

2017年5月から7月に北海道道央圏の精神科病床を有する53医療機関に所属するPSW206名 (回収率90.8%) を対象に、無記名自記式質問紙票による配票調査を行った。原則として、事前に調査票を配布し記入してもらい、後日再訪問して回収を行った。ただし再訪問が困難であった22医療機関については郵送にて返送してもらった。郵送で返送された質問紙票については、外的妥当性を検証し大きな差は見られなかったため同一データとして処理した。

2. 調査医療機関

精神科長期入院患者が多数存在する札幌を中心に、道央圏は精神科の救急医療体制が整備されている。そのため本研究の道央圏のエリアについては、道央ブロック精神科救急医療体制整備事業実施要項 (北海道庁, 2015) が定める道央エリアとした。53医療機関のうち総合病院は8カ所、53医療機関のうち精神科救急医療施設は28カ所、53医療機関のうち合併症受入協力機関は4カ所であった。1医療機関の最小病床数は30床で最大病床数は450床であった。

3. ケース群の選定

187名のPSWの回答から以下の条件を満たした38例 (男性18例、女性20例) をケース群とした。

ケース群は、アンケート調査時に1年以上の精神科長期入院患者^{注2)}であり、2016年4月から2017年3月末の期間に退院した統合失調症の例とした (転院、死亡退院は含まない)。疾病は、前述したように入院期間が1年以上の患者の半数以上が統合失調症圏であるため統合失調症とした。年齢については、長期入院継続となるのか、それとも退院となるのか大きく左右する40代、50代に焦点を当てるため、本研究では退院時の年齢を40歳から59歳とした。The Global Assessment of Functioning (機能の全体的評定尺度、以下GAF)^{注3)} (公益社団法人日本精神病院協会, 2010) については、入院中のGAFスコアが40以下でGAF加算が診療報酬算定されており、病状が重く退院が難しい現状がある。またGAFスコアが71以上については、長期入院とならず退院阻害要因の影響を受けずに退院となることが多いため、本研究ではGAFスコアでの範囲を41から70とした。

4. コントロール群の選定

1年以上入院中の統合失調症で、ケース群と性、GAFがマッチし、10歳階級での年齢が同じものをコントロール群とした。コントロール群が複数いる場合には今回の入院期間に近い例とした。

5. 調査内容

調査はPSWに対して、ケース群となる退院患者の有無を調査し、ケース群に該当する退院患者がいない場合には調査終了とした。ケース群となる退院患者がいる場合には以下の調査項目に回答してもらった。

調査内容は、ケース群、コントロール群ともに同じ質問項目とし、コントロール群についてはケース群の退院時期の状況において退院を想定して回答してもらった。質問項目は、①基本状況10項目（性、年齢、今回の入院期間、今までの精神科入院合算期間、今回の入院中の最低GAFスコア、退院時のGAFスコア、退院先の状況、退院先、今回の入院時の入院形態、退院時の入院形態）、②本人要因7項目（本人の退院の意向、生活保護の有無、資産の有無、仕送りの有無、労災の有無、年金の有無、手帳の有無）、③家族要因4項目（家族の有無、家族の意向、家族の住む地域、家族の面会状況）、④病院環境要因12項目（医師の意向、他職種の意向、医師と看護師の連携、医療チーム全体の働きかけ、カンファレンスの開催状況、病状（PSWの見立て）、PSWと本人の面接、PSWと家族の面接、PSWと家族の電話連絡、PSWと医師の連携、PSWと看護師の連携、PSWから医師への働きかけ）、⑤地域要因5項目（退院先の選択肢、退院後のかかりつけ医療機関、退院後の救急体制、退院後の日中の活動の場、地域関連スタッフの連携）とした。退院の意向については、「あり」、「なし」、「不明」で質問した。④病院環境要因、⑤地域要因に関しては、「十分であった」、「やや十分であった」、「やや不十分であった」、「不十分であった」の4件法で質問した。なお、質問項目は先行研究（安西, 2012; 田原他, 2007; 朝野他, 2010; 藤野他, 2007; 長浜他, 2006; 蓮井, 2003）を参考に著者が独自に作成した。

6. 分析方法

統計解析には、表計算ソフトでデータセットを作成後、統計ソフトIBM SPSS23.0を使用した。退院群と非退院群を目的変数として、他の変数との関連について、単変量解析として χ^2 検定、及びt検定、多変量解析として条件付きロジスティックス回帰分析（ステップワイズ法）にて関連を検討した。その後、多変量解析にて独立した関連の見られた項目を用い最終変数選択モデルを構築し関連を検討した。本研究の分析では統計的有意差の基準は $p < 0.05$ とした。

III. 倫理的配慮

本研究は、北海道医療大学看護福祉学研究科倫理委員会の審査・承認を得て実施した（承認番号：17N001002）。調査の実施にあたっては、各病院の相談室・地域連携室等の所属長に直接対面して、研究の趣旨、調査への協力は自由意思であり拒否権が保証されること、個人

が明かされることのないよう厳密に処理・管理されること、研究結果を論文や学会等にて発表することがあること、研究結果を研究以外の目的に使用しないことを口頭および書面にて説明した。対象者に対しても可能な範囲で直接対面して、研究の趣旨、倫理的配慮等に関する説明を口頭および書面にて行ったが、勤務により直接対面できなかった対象者に対しては、所属長から研究の趣旨、倫理的配慮等に関する説明を口頭および書面にて行ってもらった。回収及び返信をもって研究参加の同意が得られたものとした。なお、本研究では連結不可能匿名化された既存資料のみを用いた。

IV. 結果

1. ケース群及びコントロール群の内訳

53医療機関のうち、回答は44医療機関の187名（有効回答率90.8%）となった。187名のPSWの回答からケース群の条件を満たす例は、男性18例、女性20例の計38例であった。

本研究の対象としたケース群およびコントロール群の性、年齢、今回の入院期間、今までの入院合算期間、入院中のGAFの最低スコア、退院時のGAFスコア、退院先の状況、退院先、入院時の入院形態、退院時の入院形態については表1及び表2に示した。ケース群の平均年齢は49.2歳（SD：4.2, Range：40-59歳）、今回の入院期間の平均は4.1年（SD：5.7, Range：1-25年）、入院合算期間は7.3年（SD：6.9, Range：1-25年）であった。入院中のGAFの最低スコアは、11-20が3名、21-30が9名、31-40が9名、41-50が8名、51-60が6名、欠損値が3名であった。退院時のGAFは、41-50が8名、51-60が20名、61-70が10名であった。退院先の状況は、一人暮らしが6名、家族と同居が3名、施設が29名であった。退院先は、持ち家が2名、貸家が6名、グループホーム（精神）が17名、高齢者施設が1名、高齢者住居が2名、その他が10名であった。その他の内訳は、共同住居が5名、宿泊型自立訓練施設が3名、障害者向け住宅が2名となっている。入院時の入院形態は、任意入院が15名、医療保護入院が22名、応急入院が1名であった。退院時の入院形態は、任意入院が29名、医療保護入院が9名であった。

コントロール群の平均年齢は50.9歳（SD：5.3, Range：40-59歳）、今回の入院期間の平均は3.9年（SD：4.4, Range：1-18年）、入院合算期間は9.3年（SD：8.9, Range：1-33年）であった。入院中のGAFの最低スコアは、11-20が3名、21-30が12名、31-40が9名、41-50が2名、51-60が6名、61-70が1名、欠損値が5名であった。退院時のGAFは、41-50が8名、51-60が20名、61-70が10名であった。退院先の状況は、一人暮らしが2名、家族と同居が1名、施設が36名であった。退院先については、コントロール群

表1 ケース群及びコントロール群の分布 (性別, GAFスコア, 退院先の状況等) (n=38)

		ケース群	コントロール群
		n (%)	n (%)
性別	男性	18 (47.4)	18 (47.4)
	女性	20 (52.6)	20 (52.6)
入院中のGAF最低スコア	1-10	0 (0.0)	0 (0.0)
	11-20	3 (7.9)	3 (7.9)
	21-30	9 (23.7)	12 (31.6)
	31-40	9 (23.7)	9 (23.7)
	41-50	8 (21.1)	2 (5.3)
	51-60	6 (15.8)	6 (15.8)
	61-70	0 (0.0)	1 (2.6)
	欠損値	3 (7.9)	5 (13.2)
退院時のGAFスコア	41-50	8 (21.1)	8 (21.1)
	51-60	20 (52.6)	20 (52.6)
	61-70	10 (26.3)	10 (26.3)
退院先の状況	一人暮らし	6 (15.8)	2 (5.3)
	家族と同居	3 (7.9)	1 (2.6)
	施設	29 (76.3)	36 (94.7)
ケースの退院先	持ち家	2 (5.3)	0 (0.0)
	貸家	6 (15.8)	4 (10.5)
	グループホーム(精神)	17 (44.7)	30 (78.9)
	グループホーム(知的)	0 (0.0)	3 (7.9)
	グループホーム(身体)	0 (0.0)	0 (0.0)
	グループホーム(介護保険)	0 (0.0)	3 (7.9)
	高齢者施設(特養・老健)	1 (2.6)	2 (5.3)
	高齢者住居(サービス付き高齢者住居)	2 (5.3)	2 (5.3)
	その他	10 (26.3)	2 (5.3)
入院時の入院形態	任意入院	15 (39.5)	13 (34.2)
	医療保護入院	22 (57.9)	25 (65.8)
	応急入院	1 (2.6)	0 (0.0)
	緊急措置入院	0 (0.0)	0 (0.0)
	措置入院	0 (0.0)	0 (0.0)
退院時の入院形態	任意入院	29 (76.3)	17 (44.7)
	医療保護入院	9 (23.7)	21 (55.3)
	応急入院	0 (0.0)	0 (0.0)
	緊急措置入院	0 (0.0)	0 (0.0)
	措置入院	0 (0.0)	0 (0.0)

※コントロール群は、ケース群と性、GAFがマッチし、10歳階級での年齢が同じものとした。

※ケース群については退院時の状況について回答してもらい、コントロール群については比較するケース群が退院した時期に想定される状況で回答してもらった。

表2 ケース群及びコントロール群分布 (平均年齢, 入院期間, 入院合算機関) (n=38)

	ケース群		コントロール群		P
	平均±SD	range	平均±SD	range	
年齢	49.2±4.2	(40 - 59)	50.9±5.3	(40 - 59)	0.49
今回の入院期間	4.1±5.7	(1 - 25)	3.9±4.4	(1 - 18)	0.86
入院合算期間	7.3±6.9	(1 - 25)	9.3±8.9	(1 - 33)	0.28

P: t検定

では考えられる退院先のため複数回答とした。貸家が4名、グループホーム（精神）が30名、グループホーム（知的）が3名、グループホーム（介護保険）が3名、高齢者施設が2名、高齢者住居が2名、その他が2名であった。入院時の入院形態は、任意入院が13名、医療保護入院が25名であった。退院時の入院形態は、任意入院が17名、医療保護入院が21名であった。

年齢、今回の入院期間、入院合算期間に関する関連について、ケース群とコントロール群で差は見られなかった。

2. 退院阻害要因に関する関連（単変量解析）

退院阻害要因に関する関連について表3に示した。

本人要因に関する関連については、コントロール群と比較しケース群で該当率が有意に高かった項目は、「本人の退院意向あり」の1項目であった。

家族要因に関する関連については、コントロール群

と比較しケース群で該当率が有意に高かった項目は、「家族の退院意向あり」の1項目であった。

病院環境要因に関する関連については、コントロール群と比較しケース群で該当率が有意に高かった項目は、「医師の退院意向あり」「多職種の退院意向あり」「医療チーム全体の働きかけがあった」「PSWから医師への働きかけがあった」「PSWと医師の連携がとれていた」「病状が落ち着いていた（PSWの見立て）」「退院に向けて本人とPSWの面接が十分であった」「退院に向けて家族とPSWの電話連絡がある」の8項目であった。

地域要因に関する関連については、コントロール群と比較しケース群で該当率が有意に高かった項目は、「地域関連領域のスタッフの連携が十分であった」の1項目であった。

表3 ケースコントロール（単変量解析）

		ケース群	コントロール群	n(%)
		38 (100.0)	38 (100.0)	P
本人 要因	本人の退院意向あり	34 (94.4)	20 (57.1)	<0.01
	生活保護受給あり	19 (50.0)	20 (52.6)	0.81
	資産あり	5 (14.7)	4 (10.5)	0.59
	仕送りあり	7 (18.4)	12 (31.6)	0.18
	労災受給あり	0 (0.0)	0 (0.0)	—
	年金受給あり	23 (60.5)	21 (55.3)	0.64
	手帳あり	31 (81.6)	27 (71.1)	0.28
家族 要因	家族の退院意向あり	14 (37.8)	3 (8.3)	<0.01
	家族（キーパーソン）あり	35 (92.1)	34 (89.5)	0.69
	家族の居住地が同一市内・近隣市町村	28 (80.0)	26 (74.3)	0.56
	家族の面会が年に数回以上	23 (65.7)	26 (72.2)	0.55
病院 環境 要因	医師の退院意向あり	28 (80.0)	15 (39.5)	<0.01
	多職種の退院意向あり	30 (88.2)	13 (34.2)	<0.01
	医師と看護師の連携がとれていた	32 (94.1)	27 (87.1)	0.32
	医療チーム全体の働きかけがあった	32 (84.2)	19 (50.0)	<0.01
	退院に向けたカンファレンスがあった	34 (89.5)	32 (84.2)	0.49
	PSWから医師への働きかけがあった	32 (84.2)	21 (55.3)	<0.01
	PSWと医師の連携がとれていた	36 (94.7)	30 (78.9)	0.04
	PSWと看護師の連携がとれていた	36 (97.3)	32 (84.2)	0.05
	病状が落ち着いていた（PSWの見立て）	33 (86.8)	14 (36.8)	<0.01
	退院に向けての本人とPSWの面接が十分であった	35 (92.1)	21 (55.3)	<0.01
	退院に向けて家族とPSWの面接がある	27 (77.1)	22 (61.1)	0.14
退院に向けて家族とPSWの電話連絡がある	33 (94.3)	27 (75.0)	0.02	
地域 要因	地域の退院先の選択肢が十分にあった	21 (55.3)	17 (44.7)	0.35
	通院医療機関がそのままであった	35 (92.1)	29 (87.9)	0.55
	退院後のかかりつけの救急体制の整備が十分であった	34 (91.9)	28 (84.8)	0.35
	退院後の日中の活動の場の選択肢が十分であった	28 (75.7)	24 (72.7)	0.77
	地域関連領域のスタッフの連携が十分であった	34 (89.5)	15 (39.5)	<0.01

χ^2 検定にて分析

3. 本人・家族・医師・多職種の退院意向の関連（ロジスティック回帰分析）

本人・家族・医師・多職種の退院意向の関連について表4に示した。独立性が認められた項目は、「本人の退院意向あり」(OR:13.00, 95%CI:1.70-99.38)の1項目であった。

4. PSWと医師、看護師の連携の関連（ロジスティック回帰分析）

PSWと医師、看護師の連携の関連について表5に示した。独立性が認められた項目は、「PSWから医師への働きかけがあった」(OR:6.5, 95%CI:1.47-28.80)の1項目であった。

5. PSWと家族の電話連絡と本人の面接の関連（ロジスティック回帰分析）

PSWと家族の電話連絡と本人の面接の関連について表6に示した。独立性が認められた項目は、「本人とPSWの面接が十分であった」(OR:15.00, 95%CI:

1.98-113.56)の1項目であった。

6. 病状と地域スタッフとの関連（ロジスティック回帰分析）

病状と地域スタッフとの関連について表7に示した。独立性が認められた項目は、「病状が落ち着いていた(PSWの見立て)」(OR:10.00, 95%CI:1.28-78.12)の1項目であった。

7. 最終変数選択モデル（ロジスティック回帰分析）

退院意向の関連、医師、看護師の連携の関連、家族要因の関連、地域要因の関連で独立性が認められた、病状とPSWから医師への働きかけ、本人の退院意向とPSWの面接の関連について最終変数選択モデルとして表8に示した。独立性が認められた項目は、「病状が落ち着いていた(PSWの見立て)」(OR:13.27, 95%CI:1.64-107.57)「退院に向けて本人とPSWの面接が十分であった」(OR:23.25, 95%CI:1.69-320.35)の2項目であった。

表4 本人・家族・医師・多職種の退院意向の関連（ロジスティック回帰分析）

	OR (95%CI)
本人の退院意向あり	13.00 (1.70-99.38)
家族の退院意向あり	
医師の退院意向あり	
多職種の退院意向あり	

条件付きロジスティックモデル(ステップワイズ法).
 ※コントロール群を1, ケース群を2とした
 P<0.05で有意だった項目のみ数値を記載

表5 PSWと医師、看護師の連携の関連（ロジスティック回帰分析）

	OR (95%CI)
PSWから医師への働きかけがあった	6.50 (1.47-28.80)
PSWと医師の連携がとれていた	
PSWと看護師の連携がとれていた	

条件付きロジスティックモデル(ステップワイズ法).
 ※コントロール群を1, ケース群を2とした
 P<0.05で有意だった項目のみ数値を記載

表6 PSWと家族の電話連絡と本人の面接の関連（ロジスティック回帰分析）

	OR (95%CI)
退院に向けての本人とPSWの面接が十分であった	
本人とPSWの面接が十分であった	15.00 (1.98-113.56)

条件付きロジスティックモデル(ステップワイズ法).
 ※コントロール群を1, ケース群を2とした
 P<0.05で有意だった項目のみ数値を記載

表7 病状と地域スタッフとの連携の関連（ロジスティック回帰分析）

	OR (95%CI)
病状が落ち着いていた(PSWの見立て)	10.00 (1.28-78.12)
地域関連領域のスタッフの連携が十分であった	

条件付きロジスティックモデル(ステップワイズ法).
 ※コントロール群を1, ケース群を2とした
 P<0.05で有意だった項目のみ数値を記載

表8 最終変数選択モデル（ロジスティック回帰分析）

	OR (95%CI)
病状が落ち着いていた(PSWの見立て)	13.27 (1.64-107.57)
PSWから医師への働きかけがあった	
本人の退院意向あり	
本人とPSWの面接が十分であった	23.25 (1.69-320.35)

条件付きロジスティックモデル(ステップワイズ法).
 ※コントロール群を1, ケース群を2とした
 P<0.05で有意だった項目のみ数値を記載

V. 考察

1. ケース群とコントロール群の特徴について

ケース群とコントロール群は、性別とGAFが一致し、年齢については40代、50代のゾーンでマッチさせた。ケース選定の年代について、20代、30代の長期入院患者は、家族の支援が強く影響する。さらに井上(2013)は、「向精神薬の進歩などにより旧来の精神疾患の軽症化や外来治療化が進んでいる」と報告しており、実際に現場では20代、30代の患者は長期入院せずに外来治療化が進んでいる。60歳以上の長期入院患者については、家族の支援が得られにくく、ADLの低下とともに退院先も高齢者施設となり、長期入院している患者は病院が終の棲家となることも多い。

年齢については平均年齢がケース群で49.2歳、コントロール群で50.9歳であった。今回の平均入院期間は、ケース群で4.1年、コントロール群で3.9年であった。入院合算期間の平均は、ケース群で7.3年、コントロール群で9.3年であった。全ての項目で有意差が見られなかったことから、両群の基本属性は近似していると考えられる。

2. 退院阻害要因との関連

本人要因では、本人の退院の意向が退院に影響を与える可能性が示唆された。佐藤(2005)や長浜他(2006)の報告では、精神科長期入院患者のホスピタリズムの影響が大きいことが指摘されている。杉原(2016)は精神科長期入院患者の退院に至る変化について、「入院の長期化により患者が無力化され、入院による機会剥奪が進行する。しかし、専門職による退院意思の確認と促進などを受け回復のための取り組みにつながっていく」ことを指摘している。このことから、PSWが長期入院患者の退院意欲を引き出すかわりを行うことは、退院支援の大きな役割の1つであると言える。藤野他(2007)は、経済的不安を挙げているが、本研究では資産や資源について有意差は見られなかった。

家族要因では、家族の退院の意向が退院に影響を与える可能性が示唆された。石川・岩崎・清水(2003)が述べるように、以前は家族の支援が退院に大きな影響を与えていたが、昨今は家族の退院の意向が得られれば、退院の調整や支援についてはPSWが中心に様々

なネットワークを調整して行える状況であるため、家族の有無や家族の面会、家族の居住地には影響を受けにくいと考えられる。

病院環境要因では、医師の退院意向、多職種の退院意向、医療チーム全体の働きかけが退院に影響を与える可能性が示唆された。杉原(2016)は主治医による診断が入院の長期化と患者の無力化に影響する可能性を指摘している。また、長久保(2009)は長期入院患者の退院支援の展開として医師、看護師だけではなく、PSW、作業療法士、薬剤師、臨床心理士といった各職種が役割分担して支援を行うことが必要だと述べている。現在の医療ではチーム医療の観点が浸透しており、各専門職の専門性を発揮する場面が多い。しかしその専門性をより強固にするためには、チーム全体の働きかけが重要となり、本研究においてもこれを支持する結果が得られた。

病院環境要因の中でPSWのかかわりを中心に見てみると、「PSWから医師への働きかけがあった」「PSWと医師の連携がとれていた」に有意差が見られ、PSWと医師の関係性が退院に影響を与える可能性が示唆された。秋山(1999)は「アドボカシーはその実践の中核として権利養護を行うが、アドボカシーはそれよりも広い概念があって、ニーズ充足、生活支援、生活擁護も行う」とアドボカシーにおける活動の多様性を指摘している。また、沖倉(2001)もアドボカシーを「単に本人の意思を代弁するだけでなく、自分自身で権利を主張したり、ニーズを表明することに困難を伴う、痴呆性高齢者、障害者、子ども等のクライアントに対し、彼らの自己決定を支援するとともに、本人の決定に基づき、本人に代わってその権利を擁護したり、必要なサービスを獲得するためのさまざまな仕組みや活動の総体である」としているように、クライアントの自己決定が可能となるように働きかける必要性を示唆している。実践現場においてPSWは、医師が退院は難しいと考えている場合でも、本人と面接を重ねて社会資源の活用も一緒に考えながら退院支援を行い、その上で資源の活用に関する医師との議論や、本人の思いの代弁を行っている。

また本研究では、「PSWと看護師の連携がとれていた」については有意差が見られなかったがケース群で該当率が高い傾向にあり、今後も退院支援が積極的に

進められていくと看護師との連携の機会が増すと考えられる。「病状が落ち着いていた」についてはPSWから見た症状であり、医師が評価するGAFは患者の病状を確認する上で重要な指標となるが、退院支援を行う上では、PSWの病状の見立ても大きな要素であることが示唆された。

「退院に向けて家族とPSWの面接がある」について有意差は見られず、「退院に向けて家族とPSWの電話連絡がある」に対して有意差が見られた。このことは、家族の高齢化や世代交代の影響が考えられ、面接ではなく電話連絡で退院の調整を行うことが推測される。家族要因でも述べたように、現在PSWが行う精神科長期入院患者の退院支援においては、家族の有無や家族の居住地には影響を受けにくいと言える。

地域要因では、地域関連領域のスタッフの連携が十分であることが重要であることが示唆された。栄(2010)は単一機関によるサービス提供では限界があり、複数機関による有機的なサービス提供が必要になってきたこと、利用者のニーズに応じるためには、それらのサービスを提供する機関間連携が不可欠になってきたことを報告している。退院先を見てもグループホームや共同同居等の見守りがある場所への退院が多く、実際にカンファレンスでも本人と病院とグループホームの担当者だけではなく、生活保護の担当者、ヘルパー、訪問看護スタッフなど地域関連のスタッフが集まることも珍しくない。その場において地域スタッフ間での情報共有や連携が行われている。多くの病院では退院に向けての地域関連領域のスタッフとの窓口はPSWが担っており、PSWが個別援助を通じて地域の支援者を増やしていくことは重要であり、また地域と患者とのパイプ役になっていくことで、患者と地域関係機関との信頼関係が強化されることとなる。

本研究では、その他の項目の有意差は認められなかったが、このことは本研究が道央圏の調査であり、退院先の選択肢や退院後のかかりつけ医療機関、日中の選択肢については北海道の医療機関が集中していることや、グループホームや福祉関連施設が他の地域に比べて比較的充実していることが考えられる。また、かかりつけの救急体制については、本研究が精神科救急情報センターのエリア範囲であったため各医療機関の救急整備がなされていることが推測される。地域要因については今後、北海道内の調査に範囲を広げて比較すると、本研究の対象地域とは異なる結果となることが考えられる。

多変量解析の結果では、退院の意向、本人要因、家族要因、病院環境要因、地域要因でロジスティックス回帰分析を行い、独立性が認められた4つの項目でさらに分析を行った結果、「病状が落ち着いていた (PSWの見立て)」と「退院に向けての本人とPSWの面接が十分であった」の2項目で独立性が認められた。高

木(2016)は、クライアントの退院への意思決定を支えることとは、クライアントが自ら決定していくことを支えることであり、それはクライアントの傍に寄り添うソーシャルワーカーの姿であることと報告している。金川(2012)はPSWによるアウトリーチの重要性に触れながら、利用者に対する訪問支援および同行支援の効果や意義について指摘した。そこでは信頼される関係、本音を聞く、入院患者の不安の把握、地域での生活体験が必要であることを示した。本研究ではGAFにより病状のマッチングを行ったが、医師の医学的な判断と看護師が病棟内で見ると本人の様子、退院後の地域生活を送ることを見据えたPSWの視点の違いが考えられる。その視点の違い、専門性の違いの中でも、退院して苦勞をしながら地域生活を送ることを見据えたPSWの視点、病状の把握は大きな要因であると言える。

また、「退院に向けての本人とPSWの面接が十分であった」で独立性が認められたことは、本人との面接を十分に行い、本人のニーズを確認しながら、退院に向けての不安や苦勞をもつ本人に寄り添って退院支援を進めていくPSWの姿が考えられる。長期入院患者の退院支援は、多職種が連携し支える様々な人がいて成しえる事である。長期入院患者の退院支援に向けた多職種連携を行なう上で、PSWはクライアントに寄り添いながら、クライアント自身の自己実現に向けた支援を行うという立場で臨むことが重要だと言える。

本研究は、道央圏という限られた地域ではあるが、有効回答率90.8%はこの地域の現場にいるPSWの声を十分に反映できたものと考えられる。また、今までPSWの調査において量的な研究が十分されていない点では貴重な研究であると考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界と今後の課題は、先述した通り、道央圏という限られた地域であることである。北海道全体を見るなら道北、道南、道東で地域性も病院の数も大きく違うため、退院支援の阻害要因が異なることが考えられる。次に病院の相談室に勤務しているPSWへの調査である点が挙げられる。病院といういわば送り手側の調査であったが、受け手側の地域関連施設のPSWの退院支援を阻害する要因については、病院に勤務する筆者としては今後は是非知りたい内容である。

また調査票については、さらに詳細に検討が行えるように改善することが課題である。今後は更なる調査を重ねて、より偏りのないデータを集積していく必要があるとともに、PSWの退院支援について、様々な角度からの検討を重ねる必要がある。

謝辞

本研究の実施に当たり、ご多忙の中調査にご協力頂きました道央圏のPSWの皆様方には、この場をお借りして深く御礼申し上げます。また本研究にあたり直接のご指導を頂いた北海道医療大学看護福祉学部教授、鈴木幸雄先生、志渡晃一先生、北海道医療大学看護福祉学研究科博士後期課程、米田政葉氏に深謝申し上げます。

注

- 1) A病院精神科病棟に勤務する看護師、准看護師171名(回収率62%)に無記名質問選択方法によるアンケート調査を行い、主因子法、バリマックス法、 x^2 検定を行った。
- 2) 精神病院に入院する患者が、退院の見込みがなく入院が長期化する状態を指す。社会的入院者についても対象とする(精神保健福祉用語辞典, 2004)。本研究では、地域移行機能強化病院料など昨今の診療報酬改定の規定に基づき1年以上の入院を指す。
- 3) 成人の社会的・職業的・心理的機能を評価するのに用いられる1から100の数値スケールである。点数が低いほど症状が重いことを示す。

文献

- 秋山智久(1999). 権利擁護とソーシャルワーカーの果たす役割. 社会福祉研究, 75, 23-33.
- 安西信雄(2012). 新しい精神科地域療体制とその評価のあり方に関する研究報告書. 厚生労働省科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野), 国立精神・神経医療センター.
- 朝野英子, 栄セツコ, 清水由香(2010). 精神科病院長期入院者の退院に関する要因の文献的検討. 生活科学研究誌, 9, 95-116.
- 蓮井亜矢(2003). 精神医療委員会の検討から浮かび上がったこと. 精神保健福祉, 34(1).
- 北海道庁(2015). 道央ブロック精神科救急医療体制整備事業実施要項.
<<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/shf/seishin/1-61sanko.pdf>> [2016, December1].
- 藤野成美・脇崎裕子・岡村 仁(2007). 精神科における長期入院患者の苦悩. 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 87-95.
- 井上幸紀(2013). 基礎的研究におもうこと一時の流れとともに. 精神医学, 55(5), 414-415.
- 石川かおり, 岩崎弥生, 清水邦子(2003). 家族ケア提供上の困難と対処の実態. 精神科看護, 30(5), 53-57.
- 金川洋輔(2012). 地域移行・地域定着支援におけるアウトリーチ. 精神保健福祉, 43(2), 107-109.
- 公益社団法人日本精神病院協会(2010). 平成22年度

診療報酬改定関連資料.

- <www.nisseikyo.or.jp/news/gyousei/883.php> [2017, October2].
- 厚生労働省(2004). 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.
<<https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>> [2017, October20].
- 厚生労働省(2012). 精神保健福祉資料. 国立精神・神経医療研究センター.
<<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/data/>> [2017, October2].
- 厚生労働省(2016). 長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会.
<<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>> [2017, October20].
- 厚生労働省(2016). 平成27年度医療施設調査.
<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/>> [2017, October2].
- 長浜利幸, 小林大祐, 杉谷美佳(2006). 統合失調症による長期入院患者の退院阻害要因について. 日本精神科看護学会誌, 49(2), 279-283.
- 長久保益英(2009). 多職種と連携した退院へのアプローチ. 福島県立病院医学研究誌, 24, 17-19.
- 沖倉知美(2001). ソーシャルワーカーと権利擁護. ソーシャル研究, 27(1), 5-6.
- 栄セツコ(2010). 「連携」の関連要因に関する一考察. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3), 53-74.
- 札幌市保健所(2017). 札幌市の医療に関するデータブック. 札幌市保健福祉局保健所医療政策課.
- 佐藤耕一郎(2005). 慢性期病棟の退院支援を考える. 日本精神科看護学会誌, 48(1), 104-105.
- 杉原努(2016). 精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究. 臨床心理学部研究報告, 9, 3-16.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会・日本精神保健福祉学会(2004). 精神保健福祉用語辞典. 中央法規出版.
- 田原耕治, 藤原健一, 服部朝代, 山崎登志子(2007). 長期入院患者の退院を阻害する要因, 精神科に勤務する看護師への意識調査. 日本精神看護学会誌, 50(2), 362-364.
- 高木健志(2016). 長期入院精神障害者の「退院の意思決定」を支えるソーシャルワーク実践に関する研究. 高知県立大学大学院人間生活学科学研究科平成27年度博士論文.

受付: 2018年11月30日
受理: 2019年2月26日