

St. Luke's International University Repository

A
クリニックにおける統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコル実装の評価

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2024-05-02 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 榎戸, 文子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/0002000217

A クリニックにおける統合失調症患者の通院再開を支援する プロトコル実装の評価

榎戸 文子

抄 録

【目的】本プロジェクトの目的は、首都圏にある多機能型精神科診療所である A クリニックにおいて統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコルを実装し、その効果を評価することである。

【方法】本プロジェクトは、外来予約日未受診と最終受診から2か月経過している統合失調症患者に対し電話をかけ、最近の様子をうかがい通院再開の選択肢を提供する統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコル（以下、プロトコル）を作成し、質改善アプローチを用いてプロトコルの実装と効果を評価する実装研究の方法論に基づくケースレポートである。研究対象者は、A クリニックの外来予約日未受診と最終受診より2か月経過した統合失調症患者、および A クリニックスタッフであった。実装アウトカムとして通院中断者へ電話をかけた架電率、通院中断者に電話が通じた通話率を分析し、通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントを質的に分析した。効果アウトカムとして通院再開率を分析した。

【結果】研究対象者は、実人数165人の統合失調症患者と78人の A クリニックスタッフであった。通院中断者への架電率は69.2%から91.4%で推移した。プロトコル実装にかかわったスタッフは全スタッフの50%であった。通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントとして、「患者やスタッフそれぞれに共感性をもちながら、患者と医療のあいだの倫理的バランスをとっていく」というカテゴリーが抽出された。全通院中断者の通院再開率は56.5～75.3%で推移したが、電話が通じた通院中断者の通院再開率は88.2～100%であった。

【結論】プロトコルの実装は組織の状況に応じて適切に行われ、通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントを醸成し、統合失調症患者の通院再開に活用できることが示唆された。

キーワード：通院中断、統合失調症、エンゲイジメント、実装研究、質改善アプローチ

I. プロジェクトの背景と目的

わが国の精神科医療は、精神障害者に関する医療保健政策として厚生労働省が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を示した(厚生労働省精神保健福祉対策本部, 2004)。また、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」において、精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしができるよう、医療、障害福祉・介護、社会参加、住まい、地域の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが示された(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課, 2017)。

精神障害のなかでも、統合失調症をはじめとする重度の精神疾患を有する人々は、慢性的な経過をたどり、地

域においても継続的な医療を必要とする。しかし、医療を有用と感じられず不信感を抱いたりすることにより、医療へのエンゲイジメントが難しいことが多く、症状の再発、再入院につながりやすい(Dixon et al., 2016)。統合失調症は治療中断すると2か月で50%、3か月で70%が再発し(Weiden et al., 2017)、1年では約80%が再発する(Gitlin et al., 2001; Chen et al., 2010)。医療へのエンゲイジメントが難しい統合失調症患者は、治療中断しやすく再発のリスクが高まる。

エンゲイジメントとは積極的な関与(Froh et al., 2013)を表す言葉である。地域精神医療におけるエンゲイジメントの概念には、接触、対話、変容、理解の共有があり、接触から徐々に患者と医療者、また医療者同士の対話につながり、困りごとや希望を共有し、お互いの関係性が深まり変容することを意味する(Wright et al. 2011)。

日本精神科看護技術協会(現在の日本精神科看護協会)監修による『精神科看護ガイドライン』(日本精神科看護

技術協会, 2011) には, 精神科外来において患者が安心して医療を継続できるよう信頼関係を構築することが重要であると記されている。その一環として, 患者の受診状況を把握し, 治療中断につながるような場合は電話連絡などを行い, 医療と患者の関係性が途切れないようにすることが明文化されている。また, イギリスの研究では, 精神科外来患者の20%が予約どおりに受診できず, そのうち50%は治療中断に至るため, 患者の再受診を電話で促すことが推奨されている。医療者と患者が直接電話で話すことによって, 患者の状態を把握することができる (Mitchell et al., 2007)。

筆者の勤務する A クリニックは, 統合失調症が初診患者の25%, 通院継続患者の38%を占めている。日本の精神科診療所における初診患者の統合失調症割合が10%以下であるのに比べ高く (窪田, 2016), 通院中断する患者も多い。A クリニックでは, 予約日未受診の統合失調症患者を手作業で確認し, 多職種で話し合い, 患者と関係性のあるスタッフが電話をかけ, 通院再開の選択肢を患者にゆだねる働きかけを行ってきた。しかし, 開院から30年以上経過し, 外来患者数の増加に伴い, 統合失調症患者の通院中断について系統的かつ継続的に支援できていない状況にあった。A クリニックにおいて, 統合失調症患者に対し再発予防を視野に入れた適切な医療を提供していくためには, 通院中断者への支援を継続可能な仕組みとして組織に定着させる必要性がある。

そこで本プロジェクトは, 先行研究で得られたエビデンスやガイドラインに基づき, A クリニックでこれまで行っていた通院中断者への支援を改善し, 継続可能な仕組みにするプロトコルを作成し, 実装研究の方法論を活用して評価することを目的とした。

実装研究では, 理想的な条件下で示された効能と現実的な条件下で示された効果が検証されたエビデンスに基づく介入を, 日常の保健医療福祉活動に組み込み, 定着させる実装戦略を開発し検証する (島津, 2022)。本プロジェクトはエビデンスに基づく介入ではないが, 先行研究で得られたエビデンスやガイドラインに基づくプロトコルを組織に組み込み, 定着させるためには, 実装研究の方法論を活用することが必要であった。

Ⅱ. 研究方法

1. プロジェクトデザイン

本プロジェクトは, A クリニックにおいて統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコル (以下, プロトコル) を実装し, 実装のための戦略とプロトコルの効果を評価する実装研究の方法論に基づくケースレポートである。

本プロジェクトでは, 先行研究やガイドラインを基に A クリニックにおいてプロトコルを作成し, 状況に合わせてプロトコルを組織に浸透させるための実装戦略を立

てた。そして, 質改善アプローチを用いて A クリニックで継続的にプロトコルを実装し, その戦略と介入の効果を評価した。

プロトコル実装の概念モデルは図1のとおりであり, 実装戦略を評価する実装アウトカムとプロトコル介入を評価する効果アウトカムを設定した。そして, プロトコルを組織に根づかせ, 定着させるための戦略を用いて実装し, 通院中断者へ電話をかけた架電率, 通院中断者に電話が通じた通話率, 通院再開を支援するスタッフのかかりと通院再開率の変化を検討した。

2. 実装戦略

本プロジェクトを行うにあたり, 通院中断者への支援を中心に行う多職種で構成された実装チームを立ち上げた。実装チームは, 看護師3人 (精神看護専門看護師, 外来部長, 外来スタッフである筆者), 臨床心理士2人 (外来責任者, 外来スタッフ), 医師1人 (院長) の6人で構成された。院長は本プロジェクトの統括責任者であり, 精神看護専門看護師は現場で通院中断者への支援を指揮する担当者であった。筆者は精神看護専門看護師と共に通院中断者への支援に関する全体的なマネジメントを行った。

プロトコルは, 最終受診から2か月になる患者の探索マニュアル (以下, 探索マニュアル), 通院中断している患者の様子をうかがう電話マニュアル (以下, 電話マニュアル) (図2) とトレーニングマニュアル, 通院中断者データベースで構成された。

電話マニュアルは, 以下の3つのエビデンスに基づき, 実装チーム, スタッフからのヒアリングを重ねて作成した。

- ①『精神科看護ガイドライン』(日本精神科看護技術協会, 2011) に基づき, 外来受診状況を把握し, 未受診であることを患者と関係性のあるスタッフが電話で伝える。
- ②病気になる可能性と重大性から危機感を覚え, 健康行動をとるモチベーションが高まる健康信念モデル (Rosenstock, 1988; 松本ら, 2001) に基づき, 通院中断しているため患者の健康を心配しているメッセージを電話で伝える。
- ③患者の自律的選択 (Swindell et al., 2010) に基づき, 共感と尊敬をもって患者の話を傾聴し, 通院再開の選択肢を患者にゆだねる。

プロトコルは通院中断者の把握と通院再開を支援する電話介入の7ステップによるPDSA (PLAN: 計画, DO: 実行, STUDY: データ分析と評価, ACT: 改善) サイクルで構成されており, 全ステップを1か月で行った。以下に7ステップを示す。

- ①予約日未受診の統合失調症患者を実装チームが毎日探索し, 通院中断者データベースに登録する。
- ②最終受診から2か月になる統合失調症患者を, 探索

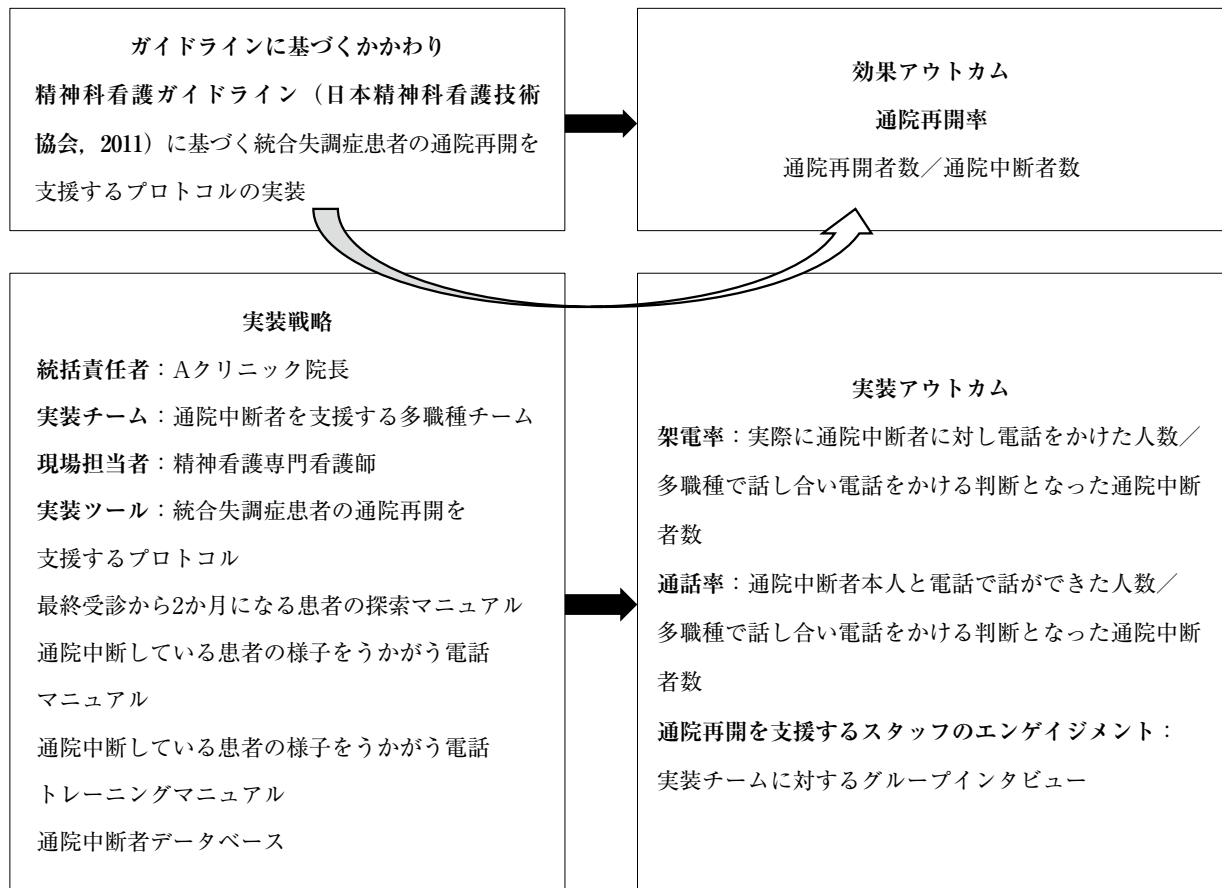


図1 統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコル実装の概念図

1) 電話をする時の定型文シナリオ

「●●さんのお電話でお間違えないでしょうか？」と相手が電話をかけようとしている対象者であるか確認する。確認ができたなら、「Aクリニックの（職種を述べる．看護師の，等）△△です．●●さんがここ2ヶ月ほど，当院にお越しになっていらっしゃるの心配してお電話いたしました．ご体調はいかがですか」
（体調がよくないと患者さんがおっしゃった場合）
「体調がすぐれないとのこと，心配です．医師とご相談いただいた方がいいと思いますが，いかがでしょうか」
（以下略）

2) 患者さんの思いを尊重する対応を心がける

例えば，通院中断している患者さんにご様子うかがいの電話をかけて，患者さんが「薬がなくなりそうだから今日行こうかな」と話されたとき，それは通院を再開しようとする患者さんなりのきっかけづくりの言葉でもある．実は，薬はだいぶ前になくなっていたり，家に薬がたくさん余っていて飲んでいなかったりすることをスタッフが知っていても，「そうですね，ぜひきてください．お待ちしておりますよ」と伝え，あたたかく迎える．このように，患者さんの話されていることがスタッフの認識していることと違う場合でも，患者さんの思いを共感と尊敬をもって傾聴し，通院再開の選択肢を患者さんにゆだね，通院を支えていくことが重要である．

3) 関係性を重視して，患者さんとのつながりのあるスタッフが電話をかける

スタッフが一律にマニュアルに則って，通院中断している患者さんに電話をかけるということではなく，「患者さんやご家族との関わり，つながりのあるスタッフ」がご様子うかがう電話をするところに，このプロトコルの特徴がある．
（以下略）

図2 通院中断している患者の様子をうかがう電話マニュアル（一部）

マニュアルを用いて実装チームが毎月探索し，通院中断者データベースに登録する．

- ③多職種で電話支援を行う通院中断者について話し合う．
- ④多職種で通院中断者と関係性のあるスタッフを選択

し，電話マニュアルとトレーニングマニュアルを用いて通院中断者への電話のかけ方をトレーニングする．

- ⑤トレーニングを受けたスタッフは通院中断者に電話をかけ，かかわった内容をカルテと通院中断者デー

データベースに記載する。

- ⑥精神看護専門看護師と筆者が架電率、通話率、通院再開率を毎月分析する。
- ⑦分析結果を基に筆者が毎月実装チームにグループインタビューを行い、プロトコルの修正を図る。

3. 用語の定義

1) 通院中断

本プロジェクトにおける通院中断は、治療中断して58日で50%の統合失調症患者が再発することを示した研究報告(Weiden et al., 2017)に基づき、「予約日に未受診であること、および最終受診から2か月通院していないこと」と定義した。

2) エンゲイジメント

本プロジェクトでは、Frohら(2013)の文献を参考に、エンゲイジメントを「通院中断している統合失調症患者とスタッフ、およびスタッフ同士が、積極的に関心を寄せ、関係性を築き、関与すること」と定義した。

4. 研究対象

Aクリニックへの外来通院の最終受診日が2021年2月1日～8月31日に該当する18歳以上の統合失調症患者を研究対象とした。なお、18歳未満であったり、他院へ転入院していたり、死亡している患者は除外した。

対象スタッフは、Aクリニックの医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、事務職員であった。

5. データ収集と分析方法

1) 実装アウトカムのデータ収集と分析方法

(1) 架電率・通話率

通院中断している統合失調症患者のうち、多職種で話し合い、通院再開を支援する電話をかける対象となった患者(以下、電話支援対象者)のうち架電した人数、電話が通じた人数を、医療記録、通院中断者データベースなどから毎月データ収集した。電話支援対象者数(A)、架電した患者数(B)、電話が通じた患者数(C)について、B/Aで架電率、C/Aで通話率を毎月末に算出し評価した。

なお、通院中断している統合失調症患者のうち、多職種で話し合い、すぐに様子うかがいの電話をしなくてもよいと判断された患者は電話支援待機者となり、翌月以降支援を再検討した。

(2) 通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメント

筆者を除く実装チーム5人に対し、地域精神医療におけるエンゲイジメントの概念である接触、対話、変容、理解の共有(Wright et al., 2011)を基に毎月グループインタビューを実施した。インタビューの録音内容を基に逐語録を作成し、録音の許可が得られなかったときはインタビュー時のメモを基に記録を作成した。これらの逐

語録や記録を精読し、通院再開を支援するスタッフが通院中断者に関心を寄せ、かかわっている内容、スタッフ同士がかかわっている内容を抽出し、カテゴリー化した。分析にはNvivo12を用いた。

2) 効果アウトカムのデータ収集と分析方法

効果アウトカムは通院再開率であり、通院中断者数(D)、通院再開者数(E)を医療記録、通院中断者データベースなどから毎月データ収集した。データ収集初月以降は前月に通院再開に至らなかった患者を含め、E/Dで通院再開率を算出し毎月評価を行った。

6. データ収集期間

データ収集期間は、2021年4～9月であった。

7. 倫理的配慮

本プロジェクトでは、患者とスタッフに対してオプトアウトを行い、研究へのデータ利用を望まない場合は申請できるようにした。実装チームに対して文書による説明と同意を行い、インタビュー等に応じなくても職務上不利を被ることはないことを説明した。本プロジェクトは聖路加国際大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号20-A087)。

Ⅲ. 結 果

1. 研究対象者の概要

1) 対象患者

研究期間に通院中断者と定義された患者数は実人数165人であり、性別は男性90人(54.5%)、女性75人(45.5%)であった。平均年齢は男性47.5(±12.8)歳、女性48.5(±13.2)歳であり、平均罹患年数は男性20.1(±10.0)年、女性22.1(±10.5)年であった。

2) 対象スタッフ

対象スタッフは78人であり、医師17人、看護師21人、臨床心理士18人、作業療法士1人、精神保健福祉士9人、事務職員12人であった。そのうち、プロトコルの実装に参加したスタッフの総計は実人数39人(50.0%)であり、医師17人、看護師6人、臨床心理士8人、精神保健福祉士4人、事務職員4人であった。

2. 実装アウトカム

1) 実装プロセスの質的記述

本プロジェクトは、研究期間中、4回の質改善サイクル(以下、QIサイクル)を実施した。QIサイクルごとの実装プロセスについて、プロトコルの確認と修正に焦点を当てて示す。

(1) QIサイクル1(2021年5月)

準備段階である2021年4月を振り返るグループインタビューにおいて、通院中断者に電話をかけ、通院再開後にコミュニケーションをとることにより、患者が希望す

表1 架電率・通話率・通院再開率

		2021年5月	2021年6月	2021年7月	2021年8月
実装アウトカム	A 電話支援対象者数 (人)	13	32	30	35
	B 架電した患者数 (人)	9	27	23	32
	架電率 (B/A) (%)	69.2	84.4	79.2	91.4
	C 通話した患者数 (人)	6	19	15	18
	通話率 (C/A) (%)	46.2	59.4	50	51.4
効果アウトカム	D 通院中断者数 (人)	43	77	69	73
	E 通院再開者数 (人)	27	58	39	45
	通院再開率 (E/D) (%)	62.8	75.3	56.5	61.6

る支援を語るようになったという意見があった。

(2) QI サイクル2 (2021年6月)

QI サイクル1を振り返るグループインタビューにおいて、予約日未受診が常態化していた患者が通院中断者データベースに登録されずに見逃され、重篤な自殺行為に至ったという意見がでた。プロトコルに則り、予約日未受診患者を通院中断者データベースに登録し、多職種で支援を話し合うことの重要性を実装チームで再確認した。

(3) QI サイクル3 (2021年7月)

QI サイクル2を振り返るグループインタビューにおいて、通院再開に結びついているのは生活保護利用者に多いのかもしれないという意見があった。これは、健康保険に加入する通院中断者に電話が通じず、家族に電話したが患者の通院再開に消極的だった事例が続いたためであった。そこで、通院中断者の保険種別、家族構成もデータ収集し、通話率、通院再開率を合わせて分析していくようにプロトコルを修正した。

筆者の所属する聖路加国際大学大学院精神看護学ゼミで本プロジェクトについてスーパービジョンを受け、様子うかがいの電話の質を担保するためにスタッフが電話マニュアルを適宜見直す工夫について指摘があった。その内容を実装チームへフィードバックし、様子うかがいの電話チェックリストを作成した。このチェックリストは、電話マニュアルの基盤となる『精神科看護ガイドライン』（日本精神科看護技術協会、2011）、健康信念モデル (Rosenstock, 1988; 松本ら, 2001)、患者の自律的選択 (Swindell et al., 2010) に則して A5 サイズで作成し、例文をつけ加えてラミネート加工を施した。チェック項目は、電話番号を確認する、電話にでた相手を確認する、自分の所属と名前を伝える、患者の様子をうかがい心配しているメッセージを伝える、患者の思いを尊重し話を傾聴する、通院再開を促し患者に選択肢をゆだねる、の6つで構成された。チェックリストは施設内の電話付近に設置され、2021年8月より使用することとした。

(4) QI サイクル4 (2021年8月)

QI サイクル3を振り返るグループインタビューにおいて、2021年6月に上昇した通院再開率が7月に低下したことについて話し合った。新型コロナウイルス感染症

の拡大により、いったん解除された緊急事態宣言が7月12日に再度発令されたこと、あわせて感染者数の急激な増加が通院再開率の低下に関連しているという意見があった。

また、感染症拡大の状況下において、通院中断者に通院再開の選択肢を提供することがはばかれるとスタッフより意見があった。そこで、いずれは通院再開した方がいいと思うが今は無理をせず、体調に十分気をつけてほしいというメッセージを伝えることに電話の内容を修正した。

2) 架電率、通話率

2021年5～8月における電話支援対象者への架電率は69.2～91.4%、通話率は46.2～59.4%で推移した(表1)。電話が通じなかった理由は、電話にでない、電話が使われていない、止められている、番号が変わっていた等であった。

3) 通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメント

研究期間中、筆者を除く実装チーム5人へのグループインタビューは計6回行われ、参加人数は2～5人であった。QI サイクル全体を振り返るインタビューを中心に内容を分析した結果、「患者やスタッフそれぞれに共感性をもちながら、患者と医療のあいだの倫理的バランスをとっていく」ことが通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントとして抽出された。これは、3つのカテゴリーと6つのサブカテゴリーから構成されており、以下、《 》はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、[] はサブカテゴリーを構成している具体的ケアを表す(表2)。

(1) 積極的に患者、家族を理解しようとする

《積極的に患者、家族を理解しようとする》というカテゴリーは、〈患者、家族の思いを推測する〉〈患者、家族の声に耳を傾ける〉というサブカテゴリーからなっていた。

〈患者、家族の思いを推測する〉は、[通院中断をわが身におきかえて考える][家族の思いを想像する]という具体的ケアからなっていた。[通院中断をわが身におきかえて考える]では、実装チームメンバー(以下、メンバー)も自身の外来通院を継続することは大変であると実感しており、患者が通院中断することはいたしかたな

表2 通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメント

カテゴリー	サブカテゴリー	具体的ケア
《積極的に患者、家族を理解しようとする》	〈患者、家族の思いを推測する〉	〔通院中断をわが身におきかえて考える〕 〔家族の思いを想像する〕
	〈患者、家族の声に耳を傾ける〉	〔通院中断、通院再開の理由をうかがう〕 〔電話と通院再開の関係性をうかがう〕
《スタッフがお互いの思いを理解しようとする》	〈スタッフの患者への思いに耳を傾ける〉	
	〈スタッフ自身の不安な思いに耳を傾ける〉	
《患者と医療のあいだの倫理的なバランスを配慮する》	〈患者の好みや病状に合わせた倫理的なバランスを考える〉	〔患者の医療を選択する権利を尊重する〕 〔患者の命を守る医療の必要性和患者の断る権利を尊重する倫理的バランスを考える〕
	〈通院の継続と医療に対する依存の倫理的なバランスについて考える〉	

いとわが身におきかえて語っていた。〔家族の思いを想像する〕では、「家族だからこそ患者さんの病気をなかなか理解できなかったり、ご本人への対応が今のところ大きく問題にならないければ、（通院再開を促さず）そのままとすることもあるだろう」と話し合った。〈患者、家族の声に耳を傾ける〉では、メンバーは患者や家族から「通院中断、通院再開の理由をうかがう」こと、「電話と通院再開の関係性をうかがう」ことを希望していた。

(2) スタッフがお互いの思いを理解しようとする

《スタッフがお互いの思いを理解しようとする》というカテゴリーは、〈スタッフの患者への思いに耳を傾ける〉〈スタッフ自身の不安な思いに耳を傾ける〉というサブカテゴリーからなっていた。

〈スタッフの患者への思いに耳を傾ける〉では、通院中断者を心配するメンバーの語りをさえぎることなく聞き、患者の背景などについて質問し、メンバーの患者への思いを理解しようとしていた。〈スタッフ自身の不安な思いに耳を傾ける〉では、通院中断者に電話をかけ、通院再開後に患者が転院を希望したため、電話がよくなかったのかと不安になっているメンバーの思いをさえぎることなく聞いていた。そして、転院の希望は様子うかがいの電話に反応しているというよりは、患者の病状の不安定さによるものではないかと話し合った。

(3) 患者と医療のあいだの倫理的なバランスを配慮する

《患者と医療のあいだの倫理的なバランスを配慮する》というカテゴリーは、〈患者の好みや病状に合わせた倫理的なバランスを考える〉〈通院の継続と医療に対する依存の倫理的なバランスについて考える〉からなっていた。

〈患者の好みや病状に合わせた倫理的なバランスを考える〉は、〔患者の医療を選択する権利を尊重する〕〔患者の命を守る医療の必要性和患者の断る権利を尊重する倫理的バランスを考える〕という具体的ケアからなっていた。〔患者の医療を選択する権利を尊重する〕では、患

者には医療を選択し電話にでない権利があることを理解し、患者にとって押しつけにならない倫理的バランスを図ることについて語られた。〔患者の命を守る医療の必要性和患者の断る権利を尊重する倫理的バランスを考える〕では、患者の生命が危険に晒されていると支援者らによって判断されるときに、患者の医療を断る権利を尊重することは難しいという意見があった。そして「なにが正解かわからないが、こうやって話し合うプロセスが大事」と語られていた。

〈通院の継続と医療に対する依存の倫理的なバランスについて考える〉では、「病院から退院して、地域のクリニックに依存していたとなったら、それは患者の地域生活を支えているといっているのか」という意見が語られた。患者に通院再開の選択肢をゆだねつつも、医療に依存しすぎないバランスを保つかかわりが大切であるという意見が語られた。

3. 効果アウトカム

1) 通院再開率

通院中断者数（D）は43～77人の間で推移した。そのうち、通院再開者数（E）は27～58人であり、通院再開率は56.5～75.3%であった（表1）。

2) 通話率と通院再開率の関係性

研究期間中に電話支援対象者となった患者80人を健康保険加入者45人と生活保護利用者35人に分け、単身生活者割合、通話率、通院再開率について検討した。単身生活者割合は生活保護利用者では77.9%、健康保険加入者では29.6%であった。また、通話率は生活保護利用者48.6%、健康保険加入者55.6%であったが、電話が通じた生活保護利用者の88.2%、健康保険加入者の全員が通院再開していた。

IV. 考 察

1. 実装プロセスと実装アウトカムの評価

プロトコルの実装は、2021年4月の準備期間を経て5～8月にかけて行われ、QIサイクルを重ねるごとに架電率は上昇し、91.4%まで到達した。そして、通院中断者を電話で支援したことから患者とスタッフの関係性が徐々に築かれ、通院中断者が重篤な自殺行為に至った出来事を契機に、プロジェクトに取り組むことの重要性をスタッフ間で再認識し、プロトコルはAクリニックに根づいていったと考えられた。さらに、様子うかがいの電話の質を担保するために、電話マニュアルのチェックリストを作成する改善を行った。また、新型コロナウイルス感染症拡大のなかで、様子うかがいの電話の内容が、通院再開の選択肢を患者にゆだねるものから体調を案ずるメッセージを伝えるものに変化していった。これらのプロセスから、プロトコルの実装が質改善アプローチを用いて状況に応じて行われ、スタッフが積極的に通院中断者にかかわっていったことがわかり、実装戦略と実際の支援方法が組織に適していたことが示唆された。

実装戦略の設計にあたっては、現場の意見を取り入れた受容性の高いものが求められている（島津, 2022）。本プロジェクトでは、プロトコル作成からQIサイクルを用いた実装に至るまで、実装チームやスタッフの意見を積極的に取り入れ、状況に応じてプロトコルの修正や改善を行った。現場の意見を実装戦略に随時反映させることにより、現場におけるプロトコルの受容性が高まり、スタッフは積極的に通院中断者にかかわっていったと推察された。

また、本プロジェクトでは「患者やスタッフそれぞれに共感性をもちながら、患者と医療のあいだの倫理的バランスをとっていく」ことが通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントとして抽出された。なかでも《積極的に患者、家族を理解しようとする》というカテゴリーには「通院中断をわが身におきかえて考える」という具体的ケアがあった。通院中断者にかかわるなかで、わが身の出来事のように患者の状況を共感的に理解する（長谷川ら, 1993）具体的ケアが抽出されたことから、プロトコルの実装がスタッフから通院中断者へのエンゲイジメントの醸成につながったことが示唆された。

2. 通話率と通院再開率の評価と戦略の変更

2021年5～8月の通話率は46.2%から59.4%で推移し、架電率が高まっても、電話にでない、電話が使われていない、止められている等の理由で、通院中断者に電話が通じるには障壁があった。また、通院再開率は56.5～75.3%であったが、研究期間に電話が通じた患者のうち、生活保護利用者の88.2%、健康保険加入者の全員が通院再開していた。患者に電話が通じると通院再開率が上昇するという本プロジェクトの結果から、通院中断者への

支援に電話は一定の効果があるものの、一部の対象者には電話以外のかかわりも必要であることが示唆された。

本プロジェクトでは、健康保険加入者に比べ、生活保護利用者の方が通話率、電話が通じた患者の通院再開率は共に低かった。この結果には、生活保護利用者が健康保険加入者に比べ、単身生活者割合が高いことが関連している可能性が考えられた。

谷山（2021）は生活保護利用を中心とした生活困窮者の健康上の課題として、支援を求めること、他者とコミュニケーションをとることが難しい「社会的適応の困難さ」を挙げている。生活保護を利用する単身生活者の状況を考えた場合、経済的理由等により電話が使えなくなる可能性が推測されるだけでなく、電話が通じても通院再開にあたり周囲に支援を求め、コミュニケーションを図ることが難しい可能性が推測された。

加えて、統合失調症患者は幻覚妄想などの症状により、周りに援助を求める行動が乏しくなるため、患者との間に信頼関係を構築し、患者が自分の気持ちを安心して話せるように支援する必要がある（有元, 2022）。生活保護を利用している単身生活の統合失調症患者の場合、周囲に援助を求め、コミュニケーションをとることが難しいと推測されるため、日常の外来診療の時点から多職種で患者と関係性を構築し、患者が思いを安心して話せるように支援し、希望するサービス等を共有できるかわかりが必要であると考えられた。

3. プロジェクトの限界

本プロジェクトは、単施設における研究であり、患者や家族の支援に関する満足度、通院再開後の患者の症状などについて評価していない。今後、通院再開した患者や家族の意見をうかがい、症状の評価を行いながら通院中断者へのかかわりを発展させることが求められる。

V. 結 論

本プロジェクトでは、実装戦略を用いて統合失調症患者の通院再開を支援するプロトコルを実装することにより、架電率が上昇し、「患者やスタッフそれぞれに共感性をもちながら、患者と医療のあいだの倫理的バランスをとっていく」ことが通院再開を支援するスタッフのエンゲイジメントとして明らかになった。また、電話が通じた通院中断者の通院再開率は88.2～100%であった。

実装戦略の評価として、生活保護利用者を中心に、日々の外来診療において多職種で患者と関係性を築きながら、患者の希望するサービス等を共有できるかわかりの必要性が考察された。

謝辞

本プロジェクトにご協力いただきましたAクリニックのみなさまに深謝いたします。また、ご指導いただきました萱間

真美先生，窪田彰先生，本稿の作成にあたりご助言いただきました瀬戸屋希先生に心より御礼申し上げます。本論文は2021年度聖路加国際大学大学院博士論文の一部を加筆修正したものであり，第26回東アジア看護学研究者フォーラムにおいて一部を発表した。

利益相反

著者のCOI (conflict of interest) 申告開示：榎戸文子：講演料 (大塚製薬30,556円)

引用文献

有元蘭奈 (2022)：援助希求行動の乏しい統合失調症患者の関係構築による変化. *日本精神科看護学術集会誌*, 65 (1) : 202-203.

Chen EY, Hui CL, Lam MM, et al.(2010) : Maintenance treatment with quetiapine versus discontinuation after one year of treatment in patients with remitted first episode psychosis : Randomised controlled trial. *BMJ*, 341 : c4024, 10.1136/bmj.c4024.

Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I (2016) : Treatment engagement of individuals experiencing mental illness : Review and update. *World Psychiatry*, 15 (1) : 13-20.

Froh JJ, Parks AC (2013)/島井哲志, 福田早苗, 亀島信也 (2017) : ポジティブ心理学を味わう ; エンゲイジメントを高める25のアクティビティ. 北大路書房, 京都.

Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, et al.(2001) : Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (11) : 1835-1842.

長谷川浩, 石垣靖子, 川野雅資, 他 (1993) : 共感的看護 ; いま, ここでの出会いと気づき. 医学書院, 東京.

厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004) : 精神保健医療福祉の改革ビジョン. <https://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html> (2023/11/3).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

(2017) : これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html> (2023/11/3).

窪田 彰 (2016) : 多機能型精神科診療所による地域づくり ; チームアプローチによる包括的ケアシステム. 金剛出版, 東京.

松本千明, 山本和利 (2001) : 【EBMの観点からみた糖尿病】2型糖尿病患者の教育. *Diabetes Frontier*, 12 (2) : 239-243.

Mitchell AJ, Selmes T (2007) : Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13 : 423-434.

日本精神科看護技術協会 (2011) : 詳説・精神科看護ガイドライン. 精神看護出版, 東京.

Rosenstock IM (1988) : Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15 : 173-183.

島津太一 (2022) : 地域包括ケア時代の臨床研究 ; 普及と実装研究の観点から. *薬学雑誌*, 142 (3) : 207-210.

Swindell JS, McGuire AL, Halpern SD (2010) : Beneficent persuasion : Techniques and ethical guidelines to improve patients' decisions. *Annals of Family Medicine*, 8 (3) : 260-264.

谷山 牧 (2021) : 生活保護を利用している方たちに直接話を聞いて見えてきたもの. *精神看護*, 24 (1) : 6-11.

Weiden PJ, Kim E, Bermak J, et al.(2017) : Does Half-Life Matter After Antipsychotic Discontinuation? A Relapse Comparison in Schizophrenia With 3 Different Formulations of Paliperidone. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78 (7) : e813-e820.

Wright N, Callaghan P, Bartlett P (2011) : Mental health service users' and practitioners' experiences of engagement in assertive outreach : A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18 (9) : 822-832.

Evaluating Protocol Implementation for Resuming Care for Individuals with Schizophrenia at Clinic A

Fumiko Enokido

Kinshicho-Kubota Clinic

Purpose : This study aimed to evaluate the implementation of a protocol to support the resumption of visits for individuals with schizophrenia whose visits to Clinic A had been interrupted.

Methods : This case report is based on an implementation research methodology using a quality improvement approach. Study participants included individuals with schizophrenia who had not attended daily outpatient appointments at Clinic A, those who had not been seen for two months since their last visit, and the Clinic A staff. As implementation outcomes, we analysed the call rate and call completion rates for individuals with schizophrenia whose clinic visits had been interrupted, and staff engagement in supporting the resumption of clinic visits. For effectiveness outcomes, we analysed the rate of resumption of outpatient visits.

Results : The participants included 165 individuals with schizophrenia and 78 Clinic A staff members. The call rate ranged from 69.2% to 91.4%. Staff involved in protocol implementation accounted for 50% of the total staff. Concerning staff engagement in supporting the resumption of clinic visits, the category of ‘maintaining an ethical balance between patients and medical care while showing empathy for each patient and staff’ was identified. The rate of clinic visit resumption for individuals who could be contacted by telephone ranged from 88.2% to 100%.

Conclusion : It was suggested that protocol implementation could be suitable for the organizational context, promote staff engagement in supporting the resumption of clinic visits, and be used to facilitate the resumption of clinic visits for individuals with schizophrenia whose attendance at Clinic A had been interrupted.

Key words : interrupted clinic visits, schizophrenia, engagement, implementation research methodology, quality improvement approach