

200801029A

200801029B

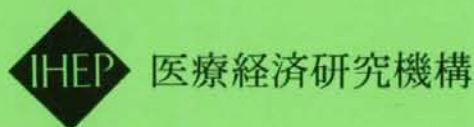
平成19-20年度
厚生労働科学研究費補助金
政策科学推進研究事業
による研究報告書

精神科入院患者の退院支援と 地域生活支援のあり方に関する研究

平成19年度－平成20年度総合研究報告書
平成20年度総括・分担研究報告書

平成21年3月

財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会



研究代表者 沢村 香苗

調査研究体制

【研究代表者】

沢村香苗 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究員

【研究分担者】

安西信雄 国立精神・神経センター病院リハビリテーション部 部長
瀬戸屋雄太郎 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部精神保健相談
研究室 室長
中西三春 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会医療経済研究機構 研究員

【研究協力者】

池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室 教授
伊藤明美 国立精神・神経センター病院医療福祉相談室 精神保健福祉士
佐藤さやか 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部 リサーチレ
ジデント
吉田光爾 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部援助技術研究
室 室長

本研究の実施にあたっては、研究分担者、研究協力者、国立精神・神経センター病院、ヒアリング調査対象の皆様にも多大な協力を頂きました。心から御礼申し上げます。

研究代表者
沢村 香苗

所属は平成 21 年 3 月時点

目 次

調査研究体制.....	I
目 次.....	II
I. 平成 19 年度-平成 20 年度 総合研究報告書.....	1
「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」総合研究報告書.....	2
II. 平成 20 年度 総括・分担研究報告書.....	7
「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」総括研究報告書.....	8
【研究1】「精神科医療機関における退院支援と地域生活支援に関する聞き取り調査」.....	13
【研究2】「精神科医療機関と地域資源の連携に関する調査」.....	23
【研究3】「精神科医療機関における退院支援と地域生活支援に関する調査」.....	41
【研究4】「地域精神保健医療についての海外調査」.....	65
III. 研究成果の刊行に関する一覧表.....	87
巻末資料:使用した調査票.....	88

Ⅱ. 平成 20 年度 総括・分担研究報告書

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」総括研究報告書

研究代表者 沢村 香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究要旨 精神科における長期在院患者の退院支援・地域生活支援のあり方を検討するために、今年度は以下の4つの研究を行った。**研究1** 初年度は1病棟における退院支援活動の記録を収集し、退院支援パスの構成要素についてまとめた。しかし、各活動が行われる期間の長さ、担当の職種など細かい点について確定できなかった。また、1病院における知見であったため、利用可能な資源や方針が異なる病院・地域における退院支援の状況も把握して退院プロセスを一般化する必要があった。さらに、地域生活に移行してからの支援についても把握が必要であった。最終年度となる平成20年度はこれらの課題を解決するために、他の病院における聞き取り調査を行った。**研究2** 退院支援活動に関する連携状況について精神科病床を持つ病院・相談支援事業所・保健所を対象としたアンケート調査により把握した。**研究3** 平成19年度の対象病院における追加調査、聞き取り調査(研究1)およびアンケート調査(研究2)の結果を踏まえ、平成19年度に作成した退院支援パスの案を改訂し提示した。**研究4** すでに脱施設化が終了しており、日本に比較して地域精神医療が定着している国としてイタリアとイギリスを取り上げ、現地調査を行った。

研究分担者

安西信雄 国立精神・神経センター武蔵
病院リハビリテーション部 部長
瀬戸屋雄太郎 国立精神・神経センター社会
復帰相談部精神保健相談研究室 室長
中西三春 財団法人 医療経済研究・社会
保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究協力者

池上直己 慶應義塾大学医学部医療政策・管
理学教室 教授
伊藤明美 国立精神・神経センター武蔵病院
医療福祉相談室 精神保健福祉士
佐藤さやか 国立精神・神経センター精神保健
研究所社会復帰相談部リサーチレジデント
吉田光爾 国立精神・神経センター精神保健
研究所社会復帰相談部援助技術研究室 室長

A. 研究目的

わが国の医療においては「社会的入院」の

解消が重要な政策課題となっている。特に、精神科医療の状況は諸外国から大きく遅れをとっていることが指摘されている。2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示され、入院患者の地域生活への復帰を促進し、退院患者が再入院せず地域生活を継続できるよう支援するための体制の整備が目指されている。

また、平成20年度診療報酬改定では精神科地域移行支援加算(入院期間が1年以上の長期入院患者等に対して、医師・看護師・作業療法士・精神保健福祉士が共同して退院後に必要となる保健医療サービス又は福祉サービス等に関する計画を策定し、当該計画に基づく指導を行った上で当該患者が退院した場合の加算)、及び精神科地域移行実施加算(当該保健医療機関に地域移行を推進する部門を設置し、当該部門に専従の精神保健福祉士を配置・当該医療機関の精神科病棟における入院期間が5年を超える患者の数を直近の1年間

5%以上減少させた実績のある医療機関において1年間当該精神病床の入院患者に係る入院基本料に加算」といった、地域移行を支援する取り組みに関する評価が創設されたところである。

一方、精神科病院における在院期間1年以上、5年以上、10年以上の患者数は減少傾向にあるもののその減少幅は必ずしも大きくない。特に1997年から2004年のデータをみると、在院期間1年以上5年未満の患者の割合はやや増加している¹⁾。地域における受け皿としての入所施設や通所施設の数はいくつも増加しているが、長期在院者の退院は依然として困難な課題であることと、新しい長期在院者(New long-stay)が生まれつつあることが推測される。

非退院リスクを高める要因の研究は国内外で行われており、要因としては患者の症状や技能だけではなく、家族側の要因や病院側の要因も挙げられている^{2)~4)}。よって退院に伴う困難を克服するためには、患者への直接的な関わりだけでは不十分であり、環境への働きかけや周辺的な問題解決が必要となると考えられる。それぞれの活動が円滑に、また連携して進められることが退院支援には重要であり、それには退院計画の策定が不可欠である。一方それぞれのケースの持っている強みや抱える課題には個別性が高く、単一の役割分担やプロセスで標準的な退院計画を規定することは困難とされている。本研究では個別のケースに対応しながら、最適な退院計画の策定を支援するためのツールとして退院支援パスを開発することを目指した。

また、現在日本でも包括型ケアマネジメント(Assertive Community Treatment, ACT)等、地域において手厚い支援を行う先進的な事業がいくつかの地域で行われている。しかし公的な制度としては確立されておらず、どこの地域においても受けられるサービスとはなっていない。地域生活支援は退院支援と密接に

関連していることから、地域で生活する精神障害者の生活の質を高め、入院を防ぐためにどのようなサービス体系が必要なのかについても検討することとした。

B. 研究方法

初年度である平成19年度は1病棟における退院支援活動の記録を収集し、退院支援パスの構成要素についてまとめた。しかし、各活動にかかる時間の長さ、担当の職種など細かい点について確定できなかった。また、1病院における知見であったため、利用可能な資源や方針が異なる病院・地域における退院支援の状況も把握して退院プロセスを一般化する必要があった。さらに、地域生活に移行してからの支援についても把握が必要であった。最終年度となる平成20年度はこれらの課題を解決するために、平成19年度の対象病院における追加調査とともに他の病院における聞き取り調査を行った(研究1)。またアンケート調査によって、20の地域における退院支援活動の実際を把握した(研究2)。聞き取り調査およびアンケート調査の結果を踏まえ、平成19年度に作成した退院支援パスの案を改訂し提示した(研究3)。

また、すでに脱施設化が終了しており、日本に比較して地域精神医療が定着している国としてイタリアとイギリスを取り上げ、現地調査を行った(研究4)。

C. 研究結果

1. 研究1：精神科医療機関における退院支援と地域生活支援に関する聞き取り調査

各病院の退院支援担当部署に所属する職員へ聞き取り調査を行った結果、退院支援パスを標準化するにあたって次のような課題が示唆された。家族が患者の退院に対して抱く不安をフォローすることは、患者の退院支援・地域生活支援において重要であり、退院支援

パスに追加するべき内容と考えられた。また、退院した患者が地域生活に定着できるためのフォローアップとして、訪問看護や外来作業療法等による患者の状態の把握があげられた。そこで退院支援パスは、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源を探索し地域に接近する時期、③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に加えて、④退院後の地域生活を支援する時期が加わると考えられた。それぞれの活動を担当する職種は、病院の退院支援体制などによって異なった。

いずれの対象病院も、医師・看護師に限らない多職種のチームで支援に関わる必要性を指摘する一方で、地域機関の協力がまだ十分に得られていないと感じられていた。

2. 研究2：精神科医療機関と地域資源の連携に関する調査

退院支援活動において、現状では病院が中心となっており、退院後もその関わりが広範囲にわたって継続していることが明らかになった。地域資源の量的な整備に加え、地域におけるサービス情報を集約して計画を作成し、各種機関を調整する役割を果たす機関を病院側も地域側も求めていることが示された。

3. 研究3：精神科医療機関における退院支援と地域生活支援に関する調査

1病院における知見を元に作成したパスの原型について不十分であった点（退院支援にかかる期間の時間設定、担当する職種、退院後の地域生活支援）を、同病院における追加調査と3病院における聞き取り調査およびアンケート調査を元にして改訂し、退院支援ツールとして提示した。

4. 研究4：地域精神保健医療についての海外調査

イギリスとイタリアに関する調査から、日本における課題として次のような点が明らかになった。

1. 精神科病床数の削減

改革ビジョン等でも述べられているように、我が国にとって精神科病床数の削減は重要な問題である。この視点より両国を見てみると、日本の人口1000人あたり2.8床と比較し、イギリスが0.7、イタリアが0.13でと、改めてその精神科病床の少なさが明確になる。つまり、日本と比較して精神科の病床が1/4あるいは1/20でも、地域で精神障害者を支えることができる国がある、という事実である。入院期間についても、日本より短く、精神障害者の入院期間は診断にもよるがおおむね10-40日程度である。

2. ケアマネジメントの普及

両国においてはケアマネジメントの手法が普及していることも特徴であった。我が国でも障害者自立支援法において、相談支援事業者やサービス管理責任者がケアマネジメントを行い、サービス利用計画を作成することが期待されているが、実際にはあまり実施されていない。今後、入院中を含む医療、福祉、就労などを含めた包括的なケアマネジメントを必要な人には全員提供できるようなシステムの確立が望まれる。

3. アウトリーチサービスの拡充

サービスの提供の仕方は、機能分化されているイギリスと、包括的にケアを提供するイタリアとで異なっていたが、両国ともに訪問サービスが提供されていた。

4. トリアージ・危機対応システムの拡充

イタリア・イギリスともにトリアージシステムが整備されていて、問題があったときに例えば地域精神保健センターに連絡すれば、直接サービスを提供してしてくれるか、適切なサービスを紹介してくれる。また危機の場合には、アウトリーチをしてアセスメントをしてくれる。イギリスの場合も危機介入チーム

が迅速なアウトリーチと初期治療を提供している。

D. 考察

研究1から研究3において、現在行われている退院支援について把握し、それをバスの形にまとめた。本研究ではクリティカルパスという言葉から連想される、均質な工程と迅速な退院という側面は強調しておらず、バスは対象者の個性に対応して支援期間や支援内容を変化させられるように幅のある設定となっている。しかし、これらの幅はアセスメントに基づいて設定される必要があり、周辺の状況（担当者の異動など）によって変化することは避けなければならない。今回作成したバスは、退院支援と地域生活支援において行うべき活動を明示し情報共有や進捗管理をしやすくすることで、時間を浪費せず確実な支援が行われることを期待したものである。また、バスは現在行われている支援を元にまとめたものであり病院の担当部分が多くなっているが、地域サービスの増加や医療機関と地域との連携の発展によって担当が変わったり、途中の段階で退院することが可能になると考えられる。

研究4では、精神科病床の少ない地域における精神障害者支援の状況についてまとめ、その上で我が国における課題を明確にした。そこで明らかになった課題のうち、地域におけるケアマネジメント体制の確立は研究2の国内調査において、現在退院支援に関わっている各種機関の要望としても強調された。

今後は地域サービスと入院サービスにおける人的資源の配分、各サービスが経営的に成り立つような報酬体系等について検討した上で、現在の形から変化していくためのインセンティブが設計されることが効果的であると考えられる。

E. 結論

本研究では、実際に行われた退院支援の例を収集して退院支援・地域生活支援バスを作成した。また、諸外国の知見を収集して現地視察を行い、我が国における課題について明らかにした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中西三春、沢村香苗、佐藤さやか、瀬戸屋雄太郎、安西信雄：統合失調症を有する患者における退院困難の要因別にみた退院支援のプロセス。日本精神神経学会、2008

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考資料

- 1) 国立精神・神経センター精神保健研究所精神保健計画部：全国および各都道府県の精神保健福祉医療に関する資料
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/data.html#a1>（精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ）
- 2) 藤田利治、佐藤俊哉：精神病院での長期在院に関連する要因 患者調査及び病院報告に基づく検討、厚生指針 51、p12-19、2004
- 3) Oshima I, Mino Y, Inomata Y. : Institutionalisation and schizophrenia in Japan: social environments and negative symptoms: Nationwide survey of in-patients. Br J Psychiatry 183:50-6, 2003

4) 安西信雄、井上新平、池淵恵美、穴見公隆、荒田寛、宮田量次：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 平成 15 年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費報告書

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」分担研究報告書
【研究 1】「精神科医療機関における退院支援と地域生活支援に関する聞き取り調査」

研究分担者 中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究要旨

精神科病棟における長期在院患者の退院支援バスの標準化を目的として、異なった体制や地域資源をもつ病院で行われている退院支援と地域生活支援の活動を把握し、平成 19 年度に研究班が開発したバスとの比較を行った。精神障害者の退院支援に積極的に取り組んでいる都道府県立 A 病院、医療法人 B 病院および国立 C 病院を対象に聞き取り調査を行った。対象病院における退院支援の方針と体制、患者が退院してからの病院と地域の役割分担、現在の課題などを把握した。

各病院の退院支援担当部署に所属する職員へ聞き取り調査を行った結果、退院支援バスを標準化するにあたって次のような課題が示唆された。家族が患者の退院に対して抱く不安をフォローすることは、患者の退院支援・地域生活支援において重要であり、退院支援バスに追加すべき内容と考えられた。また、退院した患者が地域生活に定着できるためのフォローアップとして、訪問看護や外来作業療法等による患者の状態の把握があげられた。そこで退院支援バスは、①状況確認と目標設定の時期、②地域資源を探索し地域に接近する時期、③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に加えて、④退院後の地域生活を支援する時期が加わると考えられた。それぞれの活動を担当する職種は、病院の退院支援体制などによって異なった。

いずれの対象病院も、医師・看護師に限らない多職種のチームで支援に関わる必要性を指摘する一方で、地域機関の協力がまだ十分に得られていないと感じられていた。円滑な退院および地域生活を実現するには、地域における福祉サービスが、病院の長期在院患者の把握や退院支援を検討する段階から関わるのが望ましく、そのために退院支援の段階からそれぞれの段階における活動指針を規定し確認事項とすることは有用と考えられた。

研究協力者

- 伊藤 明美 国立精神・神経センター病院
医療福祉相談室 精神保健福祉士
- 佐藤 さやか 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部協力研究員
- 沢村 香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員
- 吉田 光爾 国立精神・神経センター精神保健研究所社会復帰相談部援助技術研究室 室長

A. 研究目的

わが国の医療においては「社会的入院」の解消が重要な政策課題となっている。特に、精神科医療の状況は諸外国から大きく遅れをとっていることが指摘されている。2004 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が提示され、入院患者の地域生活への復帰を促進し、退院患者が再入院せず地域生活を継続できるよう支援するための体制の整備が目指されている。

2002年の患者調査を用いた藤田ら(2004)の研究¹⁾では、退院患者の86%は入院後1年未満の患者であった。入院後1年未満での退院率は314.8/100人年であったが、1年以上では19.9/100人年ときわめて低率であった。よって特に1年以上在院している患者の退院促進についての対策が必要と考えられる。退院促進に関する治療プログラムや地域生活を継続するための支援プログラム等、個別の介入の効果も検討されつつある。しかし、退院促進は、各患者が退院するために解決すべき問題を明らかにするアセスメント、その問題を解決するための訓練、環境の調整という活動が総合的に行われてはじめて実現するものであり、これらが十分に行われぬまま退院すれば病状の悪化や再入院につながることを考えられる。このため、実際の臨床現場において退院促進を行うためには、誰に対して、誰が、いつ、どのような方法で、何を行うべきかという具体的な流れを構造化して示す必要がある。その手順書が「退院支援パス」であるが、現在まで標準的なものは提示されていない。

そこで平成19年度の研究では1精神科病院における記録レビューをもとに、個別のケースに対応しながら、最適な退院計画の策定を支援するためのツールとして退院支援パスの開発を行った。しかし、1病院で得られた退院支援のプロセスは当該病院における退院支援体制や地域資源の状況と関連していると考えられた。そこで今年度は研究班が開発した退院支援パスを他病院で実施されている退院支援の内容と比較検証し、標準化を試みることを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

精神障害者の退院支援に積極的に取り組んでいる都道府県立A病院、医療法人B病院およ

び国立C病院を対象とした。

各病院の退院支援を担当する部署に配置されている職員に調査協力を依頼し、同意を得たうえで聞き取り調査を行った。長期在院患者に対する退院支援と地域生活支援の活動について把握すると共に、研究班が開発した退院支援パスを、その病院で在院1年以上の患者に適用できるか尋ねた。インタビューに用いた様式は巻末資料に掲載する。

2. 調査内容

質問項目は以下の(1)~(8)のとおりであった。

1) 病院の基本属性

病床数、職員配置、併設サービスや同一法人内の事業所

2) 退院支援の方針と体制

病院としての退院支援に関する方針や、患者が入院から退院に至るまでの支援の流れ、病棟および部署ごとの役割と機能

3) 患者の在院期間の状況

病院全体や、病院内で最も慢性期の患者が多く入院している1病棟において、入院患者の在院期間の分布

4) 病棟ごとの退院支援の特徴

急性期、亜急性期、慢性期の病棟でそれぞれ実施されている退院支援

5) 患者が退院してからの病院と地域の役割分担

退院患者のうち外来通院を継続する者の割合、病院と地域の公的機関や事業所との役割分担

6) 病院併設のデイ・ナイトケア、外来作業療法、訪問看護の利用状況

退院患者のうち病院併設のサービスを利用する者の割合

7) 地域サービスの利用状況

8) 現在の課題

3. 調査手続き

調査員が対象病院を訪問し、2 時間程度のインタビューを行った。

4. 調査時期

2008 年 9 月から 2008 年 11 月にかけて実施した。

C. 研究結果

表 1 対象病院の基本属性

	A 病院	B 病院	C 病院
設置主体	都道府県	医療法人	国
病床数	総病床 877 床 ○精神病床 665 床 ・精神科救急 34 床 ・精神科急性期治療 32 床	総病床 455 床 (全て精神病床) ・精神科救急 114 床	総病床 234 床 (全て精神病床) ・精神科急性期治療 50 床
併設サービス	デイケア 訪問看護 援護寮	デイケア ナイトケア デイ・ナイトケア 訪問看護ステーション	デイケア 訪問看護
職員数	600 名	444 名	182 名

表 2 長期在院患者が退院した後の退院支援の状況

	A 病院	B 病院	C 病院
病院サービス	外来 デイケア 作業療法 訪問看護	職員の訪問 デイケア 訪問看護	外来 デイケア 作業療法 訪問看護
地域サービス	保健所のデイケア 作業所 グループホーム 地域活動支援センター(退院 促進事業)	同一法人内のサービスを利用	地域活動支援センター(退院 促進事業)

1. A 病院

A 病院は都道府県立の病院であり、総病床 877 床のうち精神病床が 665 床ある。職員は 600 人おり、うち医師 47 人、看護師 409 人、薬剤師 12 人、臨床心理士 6 人、作業療法士

14 人、福祉(福祉指導)14 人となっている。

従来は長期在院の患者が多く、平成 13 年度末時点において在院期間が 1 年以上の患者は約 650 人であった。翌年より病院で退院支援の取組みが始まり、100 人近くが退院・転院した。平成 19 年度の平均在院日数は 128.2 日

となっている。

1) 退院後の方針と体制

病棟間で機能分化しているため、各病棟で退院支援を行う。多職種チームで、(全ケースが必ずしもそうではないが) 病棟の看護師とケースワーカーが中心になり、退院を検討する段階で地域の退院促進コーディネーターを病院に呼び、退院計画をたてる。

まず患者は精神科救急病棟に入院し、措置入院の場合はスーパー救急・それ以外の方は翌日には急性期病棟に移動する。入院から3-6ヶ月くらい経過した、退院につながらなかった事例は慢性期病棟に移動する。症状の治療は3ヶ月をひとつの期間とみなし、半年以上退院できなかった患者が社会復帰病棟に移る。ここに入る患者層になると自宅退院は難しく、転院かそこに残るか施設入所という選択肢になってくる。

通常は入院して1ヶ月前後で退院を検討し始めるが病棟にもより、急性期だと1ヶ月でも遅い。概ね①ソーシャルワーカーが主に調整、②ソーシャルワーカー含めて訪問看護師・デイケア部門が調整、③再入院を繰り返すため訪問看護が担当、の3つに分かれる。結果的にはどれも多職種でやっている。

遅くとも半年で退院させることが病院全体の目標である。病棟ごとに、入院が半年以上の患者をリストアップして確認・検討する委員会を2-3ヶ月に1回行う。社会復帰支援室が事務局を担当し、看護師長、医師、コメディカル職員が必ず参加する。

2) 病棟ごとの退院支援の特徴

慢性期病棟では、1)で示した急性期病棟での支援に加え、精神症状が重症(病識がない)、家族の協力が得られない、入院患者のADLの低下や知的障害(MR)の合併などが増えてくる。ADLが低下している患者は高齢者の病棟、MRを合併している患者は長期入

院者の病棟が中心になる。このところいくつか病棟が閉鎖された関係で、病棟の使われ方も流動的になっている。精神科救急から直接、社会復帰病棟に来る患者もいる。入院が1年以上の患者がようやく全病床の4割、従来の半分にまで減少した。

3) 患者が退院してからの病院と地域の役割分担

あまり病院で抱えてしまうとバンクするため、入院患者の3割を占める自治体の住民は退院後も病院でみていくが、それ以外の遠方の人は地域(の診療所外来と訪問看護事業所)へ移行する方針である。短期で退院した患者は1年かけて当院外来でリハビリを行った後に地域(機関や事業所)へつなげている。

4) 病院併設のデイ・ナイトケア、外来作業療法、訪問看護の利用状況

基本的には退院後も当院が関与する方向で、退院後の生活設計を考える。外来が2週間に1回+院内デイケア+院内作業療法+病院からの訪問看護という組み合わせで、1週間で少なくとも3-4日は関係者がその人の顔を見するという状況をつくり、情報を共有する。

デイケアは、患者さんが外来診療以外で病院へ来る場所として機能している。

5) 地域サービスの利用状況

居住地が病院から遠方になる場合は地域のサービスと病院からの訪問看護という組み合わせになることが多い。高齢者ではホームヘルパーを利用している。利用できる地域サービスとしては保健所のデイケア、作業所(週に3-4回)、グループホームなどがある。生活保護を利用する者は福祉のケースワーカーが担当になる。

当院のある自治体や近隣の自治体では、地

域生活支援センター(地域活動支援センター)が最初の窓口になる。当院がある自治体では退院促進事業で精神保健の相談支援員の派遣をやっており、当院でも利用している。しかし、こうしたサービスの実施状況には地域差があると思われる。

現在より3年前、訪問看護長が都道府県内の訪問看護事業所全てを対象にアンケート調査をしたところでは、都道府県内550ヶ所のうち精神障害者に対応しているのは77ヶ所であった。

当院からの訪問看護は、自転車や電車を使って移動している。同一都道府県内に居住する患者であれば対応することにしているが、遠方は移動の面で厳しい。近隣地域の事業所に任せたいと思っても、その地域の訪問看護事業所が精神障害の方を受け入れられないことも少なくない。

6) 現在の課題

当院は新しい体制に向けて、入院を短期間で退院後を地域で支える体制への移行期の段階にある。社会復帰病棟が閉鎖されたときに退院できず、慢性期病棟に残っている患者もまだいる。やがて、統合失調症をもつ患者で長期在院である一群は退院してある程度減る時代が来ると思うが、ではそれからはどういう人を入院の対象とするのかという疑問がある。

他の病院でも退院支援に取り組むには、行政の後押しが必要と思われる。医師も、家族会なども、利用できる制度があることを知らないことがあり、紹介する機会が必要である。それにはそもそも紹介できる制度があることが必要となってくる。

当退院支援部署は退院前1ヶ月くらいからの関わりになり、実際には信頼関係を十分結んで支援してから退院、とはならない。退院してから関係を築き、1年くらいで当院を「卒

業」していただく(地域の訪問看護ステーションからの訪問看護へ移行している)。だが、患者本人にも地域のサービスを受け入れてもらえなければ、地域サービスがその患者に関わっていくことができない。

2. B 病院

B病院は医療法人が設置主体の、総病床455床の精神科病院である。精神科救急が114床ある。

同一法人内に精神科診療所、地域活動支援センター、就労移行支援事業、通所授産施設、共同生活援助、共同生活介護(ケアホーム)がある。職員数は444人であり、そのうち医師20人、看護師144人、薬剤師7人となっている。

病院全体の入院患者のうち、平成20年1月時点の在院期間が1年以上の者は169人であった(36%)。在院期間が3年以上の者は90人(19%)であった。救急入院料病棟入院患者の1-2割が3ヶ月以内に退院できず、他の病棟へ転棟する。

1) 退院後の方針と体制

病棟ごとに1-2名の精神保健福祉士が担当となっている。患者が入院した時点で退院のイメージを考えるよう職員に指導している。在院が長期化している患者に対しては何でもやってみる柔軟さが必要である。

患者が生活能力を獲得してから退院させるのではなく、慢性期病棟にいて現状では退院が困難な患者を対象に、退院した場合に必要なサービスを考えサポート体制を組み立てる。

長期在院の患者に退院先のイメージをもってもらうため、看護者の同伴を含む試験外泊や生活場面の体験をしてもらうことで動機づけを行っている。

退院支援に関する担当職種といったものは定めていない。病院内のどの職種からでも提

案が可能であり、また医師はカンファレンスの依頼を断ってはいけないうことになっている。

2) 病棟ごとの退院支援の特徴

病院全体での取組みとして考えているため、病棟ごとに体制を組んではいない。

3) 患者が退院してからの病院と地域の役割分担

退院患者のうち、職員の訪問を受けながら地域の一般住居で生活している者が120名、母体となっている医療法人が直轄する住居で生活している者が120名ほどである。

食事サービスを院内で提供しており、退院した患者はそこを利用し通いながら生活している場合も多い。

服薬指導・管理は訪問看護、デイケア等の職員が行っている。

4) 病院併設のデイ・ナイトケア、外来作業療法、訪問看護の利用状況

デイケアは退院の2週間前から体験通所が可能となっている。

5) 地域サービスの利用状況

母体の医療法人が有する地域活動支援センターでは、アウトリーチ型の相談支援事業を行っている。この相談支援に来る人はほとんどが公的機関からの紹介になる。直ちに当院入院患者の退院支援を担当するわけではないが、退院後の実際の利用や制度の活用が想定される場合はカンファレンス等に参加する。

6) 現在の課題

利用者に対する支援の構成は、本法人で提供をするものが中心となっているため、支援が自己完結している側面があることは当院で

も課題と考えているが、他のサービスが24時間体制ではないので仕方がないとも言える。なお、ケアマネジメントは以前から看護計画や治療計画の中に含まれ実施されてきたと考える。現在の制度枠ではケアマネジメントだけが従来の治療に後付けされる形になり、かえって動きづらいのではないかと。

3. C病院

C病院は国立で、総病床234床の精神科病院である。精神科急性期治療病床が50床ある。もともと在院日数の長い患者が多い病棟(50床)では、平成20年11月時点で平均在院日数が3,209日となっている。在院期間が1年未満は7人、1-3年未満6人、3-5年未満6人、5-10年未満11人、10年以上13人である。

1) 退院後の方針と体制

社会的入院を解消するため、今年度から都道府県が開始した社会復帰促進事業への協力施設として当院が登録している。また訪問看護に専属スタッフを配置し、地域支援の充実をはかっている。

新規入院は3ヶ月以内で急性期病棟への入院を基本とする。概ね入院患者の8割はその間に退院する。それ以降の患者は転棟し、病状により慢性期病棟(病状の安定が目的)か社会復帰病棟(退院先の確保)に分けられる。病棟は急性期、社会復帰、慢性期、身体合併が各1病棟である。

覚せい剤やアルコール依存の場合は個室利用で2-3週間の在院となる。

今年4月から専属の退院調整看護師ができた。

2) 病棟ごとの退院支援の特徴

急性期病棟では、クリニカルパスを使用している。

慢性期病棟では、長期入院パスに則り、カ

ンファレンスの充実と長期入院者への退院準備プログラムを展開（SST の研究班に参加）している。この退院準備プログラムのチームメンバーのモチベーションを維持するため、多職種連携による活動が大きい。

概ね 1 年くらいのスパンで動いている。

退院支援の依頼は、病棟から退院支援担当部署に依頼が入るときもあれば、担当部署から病棟に情報提供するときもある。

3) 患者が退院してからの病院と地域の役割分担

退院した患者さんの 9 割以上が当院への外来通院を継続する。

ご家族への保証として、退院後も具合が悪くなったら診るということを病院側が示す必要がある。患者本人にとっても担当者が変わることは負担になる。ただ本当は 1 人のケースワーカーがずっと患者についていくのが理想的だと思う。

退院先はほとんどが単身アパートである。グループホーム等の施設が地域に少ないためそうになっている。

4) 病院併設のデイ・ナイトケア、外来作業療法、訪問看護の利用状況

退院した患者の 5-10%がデイケアを利用する。規則正しい生活を送り、より豊かな生活の幅を広げる場とすることが目的である。対人関係が円滑にできるようにする。自分の病気を正しく理解し、社会人として必要な生活習慣を身につけ社会性を向上させる。今後の生活を積極的に作り上げることができるようになる。デイケア棟は外来リハビリを兼ねている。昔はナイトケアもあったが、利用者が減り、3 年前になくなった。その分デイケアの利用が増えている。

外来作業療法は日中活動場所の提供、作業所等への移行の援助を目的としている。

訪問看護は 1999 年 8 月から、地域住民の方で当院にて外来治療中の患者を対象に行っている。退院前の事前訪問もある。訪問は看護師が行う。ほとんどの人は退院後に訪問看護を週 1 回で実施、様子を見て 2 週間に 1 回などにしていく。1 日に 7-8 件の訪問を実施している。対象者は実質 1 人暮らしの人（危機時の電話のかけ方など確認）、家族と同居の人（家族看護、高 EE の解消と再入院の予防）とに分かれる。

5) 地域サービスの利用状況

今年より都道府県の退院促進事業（社会復帰促進事業）が始まり、病院近くの地域活動支援センターからワーカーが病院に派遣されている。病棟がリストアップした退院の可能性のある患者さんの外出同行や、家族調整などを実施している。この事業以外で地域機関や行政の職員が病院に入ってくることはめったにない。また、同じ機関であっても、病院に入ってくるどうかはその担当者個人の性格によるところがある。

2 ヶ月に 1 回、地域の連絡会があり、保健所や区の介護福祉士が参加する。当院からは精神保健福祉士が参加している。本当は自治体の生活保護の担当者にも参加してほしいと思うがメンバーには入っていない。

地域の訪問看護ステーションに患者さんをつなぐことも考えているが、実際には精神科の方を引き受けてくれるところは少ない。また病院同士の連携はあまりないかもしれない。

精神障害者の生活保護の受給が大変困難である。20 才以降の発症で、とくに働き始めてからという中途のケースは、障害により働けなくなっているということを理解してもらいにくい。退院後の生活をステップアップしていこうと思っても入口がない状態である。

退院する患者さんが病院外のサービス利用を希望すれば、職員とワーカーで当該事業所

と連絡をとってからつなぐ。そこに関しては大きな支障ではない。作業所や地域活動支援センターのワーカーとは、従来の業務の中で連携はとれていると思っている。

高齢者向けの施設でも精神科の方は拒否されてしまう傾向にある。昔は保健所が間に入ってヘルパーを探す等してもらえたが、今は障害者自立支援法の施行により契約となったため、患者さん本人が病院を探す。最初の1人目をなかなか引き受けてもらえない。

6) 現在の課題

訪問看護の対象者が増加し、溜まっている現状である。それぞれの病院がそれぞれの患者さんを抱えているのかもしれない。

個別のケースで生活保護を受給している人が入院して、退院のときに生活保護のワーカーが病院に来ることはあるが、生保ワーカーがそのように接触してくることは稀である。

デイケアは退院患者さんの約5-10%が利用。利用期間の長い人が多い。人間関係が形成されて新規の人が入りにくくなっている。そのような場合は外来OTに回している。

経済的基盤と退院地の確保に苦労している。出口をどう確保するかの方法論がほしい。うまくいかない要因として、地域社会の側の精神障害に対する偏見が多いように感じる。とくにC病院のある地域では、行政や地域の機関の精神障害者に対する理解が足りないために退院できない患者さんが2-3割にのぼると考えられる。精神障害者に対する対応について、市区町村の単位ではばつきがあるように感じられる。現在もっとも退院支援に際して困難を感じるの、行政からの経済援助が円滑にいかないことと、利用できる退院先が少ないことである。退院先に関してはこの地域には入居施設が少なく、単身アパート生活を成り立たせるには相当の根気がいる。行政には、精神障害者が公営住宅に優先的に入れる

ようにする、生活保護の基準をもう少し上げるなどの配慮を要望したい。

これから退院困難な層として残っていくと考えられるのは精神症状が活発で妄想を自分の中に収められず行動化してしまう人、既に高齢者になっていてADLが低下している人である。水中毒は制限をかける環境がないと生命に関わる。統合失調症で無為自閉傾向が強く声かけしないと何もしないで終わってしまう方は、本当は高齢者系の施設に入所できれば、地域生活が可能と思われる。

退院促進を掲げながら、現状では経済的なインセンティブは患者が入院している方が有利に働いており、現場で対応する者としては混乱する部分がある。

入院中は家族の心理教育ができる場があるが、外来にもサロンがほしい。

(本研究で開発した退院支援パスについて)行政の役割が見えない。C病院の場合には行政が担当するメニューが見当たらない。

D. 考察

本研究は、それぞれ条件の異なる病院で行われた退院支援活動に関する情報を収集し、整理することを通して、今後の退院支援活動が円滑になされるための退院支援パスを標準化することを目的として行った。

病院の退院支援担当部署に所属する職員への聞き取り調査を行った結果、平成19年度に研究班が開発した退院支援パスを標準化するにあたり、以下の課題が示唆された。

○患者が退院後に家族と同居している場合、病院によっては、訪問看護の実施時に家族への支援を行うという回答があった。また退院後の同居・別居に関わらず、患者の家族への心理教育は入院中から退院後も継続して行う必要性が指摘された。家族が患者の退院に対して抱く不安をフォローす

ることは、患者の退院支援・地域生活支援において重要であり、退院支援パスに追加すべき内容と考えられた。

- いずれの病院も、退院した患者が地域生活に定着できるためのフォローアップとして訪問看護や外来作業療法等により患者の状態の把握に努めていた。そこで退院支援パスの期間として①状況確認と目標設定の時期、②地域資源を探索し地域に接近する時期、および③試泊等により実際に地域に生活を移行する時期に加えて、④退院後の地域生活を支援する時期が必要と考えられた。
- 患者の精神症状が安定した後も退院が困難である場合、主に退院の障壁となっているものは退院先（住居）と経済的基盤の確保であり、これらの課題をクリアするのに必要十分な期間は一概には定めがたい。調査対象病院では統合失調症など慢性の精神疾患の場合、最初の治療期間の区切りは概ね入院から3ヶ月、3ヶ月以内に退院できなかった患者に対してはおよそ1年ごとで期間が区切られていた。したがって、長期在院患者を対象とした退院支援パスにおいて明確な期限を設けることは難しく、大きな段階に分けて活動指針を規定する現行の形式の方が実践に適用可能であると考えられた。
- 調査対象病院はそれぞれに異なる退院支援体制をとっており、また地域機関の職員との連携状況にも差がみられた。仮に他科のクリニカルパスのように退院支援パスで各職種に実施内容を割り当てたとしても、実施内容を各職種に割振ることは、必ずしも退院支援の実行可能性を高めることにはつながらないと考えられる。ただし、いずれの対象病院においても、医師・看護師に限らない多職種のチームで支援に関わる必要性は指摘されている。その一方で、退院支援担当職員には地域機関の協力が

まだ十分に得られていないと感じられていた。円滑な退院および地域生活を実現するには、地域における福祉サービスが、病院の長期在院患者の把握や退院支援を検討する段階から関わるのが望ましく、そのために退院支援の段階からそれぞれの段階における活動指針を規定し確認事項とすることは有用と考えられた。

E. 結論

本研究は、異なる退院支援体制や地域資源をもつ病院で行われた退院支援活動に関する情報を収集し、退院とその後の地域生活に必要な活動は何か、それはいつ行われるのかについて明らかにし、それらの情報を再構成して平成 19 年度に開発した退院支援パスの標準化を検討した。

退院支援活動には、患者の家族への心理教育や、退院後の地域生活を支援するための退院後のフォローアップが含まれていた。それぞれの活動を担当する職種は、病院の退院支援体制によって異なると考えられた。退院支援にあたっては医師・看護師に限らない多職種のチームで関わる必要があり、医療機関の職員らは地域機関の協力を求めていた。円滑な退院および地域生活を実現するには、地域における福祉サービスが、病院の長期在院患者の把握や退院支援を検討する段階から関わるのが望ましく、そのために退院支援の段階からそれぞれの段階における活動指針を規定し確認事項とすることは有用と考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

中西三春、沢村香苗、安西信雄：統合失調症
を有する患者における退院困難の要因別に
みた退院支援のプロセス。第104回日本精
神神経学会学術総会、2008年5月30日

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金政策科学推進研究事業
 「精神科入院患者の退院支援と地域生活支援のあり方に関する研究」分担研究報告書
 【研究 2】「精神科医療機関と地域資源の連携に関する調査」

研究分担者 沢村香苗 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

研究要旨

精神障害者の退院支援・地域生活支援における地域特性に応じた医療機関と地域資源の連携のあり方を把握すると共に、今後連携を進めていく際にどのような制度的枠組みが必要なのかを明らかにすることを目的として本研究を実施した。本研究によって、主に精神科病床をもつ病院、相談支援事業所が長期在院患者の退院支援に関して持っているネットワークや支援の分担状況を把握した。退院支援活動において、現状では病院が中心となっており、退院後もその関わりが広範囲にわたって継続していることが明らかになった。地域資源の量的な整備に加え、地域におけるサービス情報を集約して計画を作成し、各種機関を調整する役割を果たす機関を病院側も地域側も求めていることが示された。

また、医療面は専門的な知識を要するために病院や訪問看護が主に関与しているが、生活面や家族支援に関しては専門性に関わらず、接触機会のある機関（人）が全て関わるという状況であることがわかった。退院後の生活支援・家族支援については、専門性に関わらず、接触機会に応じてそれぞれの機関が担っている状況がみられた。退院支援を行う上で、退院後の支援をどのような接触機会に誰が行うかについて十分想定しておく必要があると考えられた。

研究協力者

伊藤 明美 国立精神・神経センター病院医療
 福祉相談室 精神保健福祉士
 佐藤 さやか 国立精神・神経センター精神保健
 研究所社会復帰相談部 リサーチレジデント
 中西 三春 財団法人 医療経済研究・社会保
 険福祉協会 医療経済研究機構 研究員

A. 研究目的

精神科長期入院患者の退院支援には、医療的支援・生活支援の両面が必要であり、入院していた医療機関と地域の医療機関／住まいの場／日中活動の場／行政機関窓口／保健所／などとの連携が円滑であることが望ましい。本研究では、現在退院支援がどのような分担で行われているかを把握し、その結果を研究 3 の退院支援・地域生活支援パスに反映することを目的とした調査を

行った。さらに、連携の状況が地域の特性と関連しているかどうかについても検討することも目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

精神病床数や退院数を基準として全国のいくつかの地域を選定し、その地域に存在する精神病床を持つ病院（以下、病院とする）・相談支援事業所・保健所を対象とした。

病院は、入院患者の退院支援、退院後の地域生活支援に大きな役割を果たしている。相談支援事業とは自立支援法によって地域生活支援事業の中に位置づけられ、利用者が必要に応じて支援を受けられるよう、相談・情報提供・助言、申請支援、連絡調整を行うものである。市区町村事業であるが、相談支援事業所に委託することが可能であ