

る。相談支援事業者はサービス利用計画を作成してサービス利用のあっせんや調整、モニタリングを行うことが想定されている。保健所は広域的な相談支援や管理調整機能をもって市区町村や関係機関の援助を行うことが期待されており、さらに精神障害に関する普及啓発や広域的なネットワーク形成も重要な役割とされている¹⁾。今回の調査では、入院中から地域生活定着に至るまでの支援過程の分担状況に関する質問がメインであったため、支援に必ず関与すると考えられる病院、地域生活における相談支援やサービス利用計画の中心となると期待される相談支援事業所、地域におけるネットワーク状況を把握していることが期待される保健所の3種類の機関を対象とした。

地域特性（在院日数の変化、人口あたりの精神病床数）による連携の分析を可能にするため、以下のような方法で調査対象地域を選定した。

図1に示すとおり、X軸に各都道府県の2002年から2005年にかけての統合失調症およびそれに類する疾患を有する患者の平均在院日数(B-A)を、Y軸に人口あたりの精神病床数(C/D)をとり、都道府県の散布図を作成した。全国の平均値でそれぞれ2分割して4つの群にし、それぞれの群から都道府県を北海道・東北・関東・東海・信越・近畿・北陸・中国・四国・九州・沖縄の地域ごとに抽出した。調査対象地域として、抽出した都道府県の県庁所在地を含む障害保健福祉圏域を選択した(表3)。

A: 2002年9月に病院を退院した統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害を有する患者の平均在院日数(2002年患者調査)

B: 2005年9月に病院を退院した統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

を有する患者の平均在院日数(2005年患者調査)

C: 2006年10月1日の精神病床数(2006年医療施設調査)

D: 2006年10月1日の総人口(2006年人口推計)

なお、4つのグループに分けたのは、在院日数の増減、人口あたりの精神病床の数の多寡それぞれについての比較において十分な数を確保するための便宜的な方法であり、4群で比較するためではない。

対象機関は19都道府県の19障害保健福祉圏域内にある精神病床を有する病院420ヶ所、相談支援事業所274ヶ所および保健所51ヶ所であった。

抽出率は障害保健福祉圏域4.5%(19/419)、精神病床を有する病院27.5%(420/1526)、相談支援事業所12.8%(274/2139)、保健所9.9%(51/517)であった。

表3 抽出した都道府県と障害保健福祉圏域

グループ	都道府県	障害保健福祉圏
① 在院日数増加 ×精神病床多	北海道	札幌
	山形県	村山
	福井県	福井
	香川県	高松
	福岡県	福岡・糸島
	沖縄県	南部
② 在院日数減少 ×精神病床多	鳥取県	東部
	広島県	広島
	大分県	大分
③ 在院日数減少 ×精神病床少	宮城県	仙台
	茨城県	水戸
	長野県	長野
	愛知県	名古屋
④ 在院日数増加 ×精神病床少	和歌山	和歌山市
	栃木県	県南
	千葉県	千葉
	神奈川	横浜
	滋賀県	大津
大阪府	大阪	

(11.8%) から記入済み調査票の返送があった。以下、病院及び相談支援事業所について記述し、保健所に関しては別にまとめる。

グループごとの対象数、回答数、回答率について表 4 と表 5 に示した。いずれの比較においても有意差はみられなかった。

表 4 在院日数の変化、人口あたりの精神病床数と回答率の検討(病院)

	対象数	回答数	回答率
在院日数増加	266	41	15.4%
在院日数減少	154	22	14.3%

精神病床多	212	37	17.5%
精神病床少	208	26	12.5%

表 5 在院日数の変化、人口あたりの精神病床数と回答率の検討(相談支援事業所)

	対象数	回答数	回答率
在院日数増加	172	30	17.4%
在院日数減少	102	21	20.6%

精神病床多	79	15	19.0%
精神病床少	195	36	18.5%

1. 基本属性

1) 病院

設置主体は医療法人(68.3%)の病院が多かった(表 6 左)。平成 20 年 9 月の総病床数は合計 15,098 床、1 病院あたり平均 240.0 床(SD=223.9, 中央値 180, 範囲 40-1,275)であった。そのうち精神病床は合計 7,925 床(52.5%)であり、1 病院あたり平均 125.8 床であった。病床の種別は、精神一般病床が合計 3,874 床(精神病床の 48.9%)、精神科急性期治療病棟病床が合計 558 床(7.0%)、精神科救急病棟病床が合計

33 床(0.4%)、精神療養病棟病床が合計 3,460 床(43.7%)であった。

同一法人で運営しているサービスとしては、回答があった 34 病院において、グループホーム(47.1%)、援護寮(29.4%)、訪問看護ステーション(38.2%)などがあった(表 7)。

病院に勤務している精神保健福祉士は平均 4.0 名であり、うち 97.6%は常勤であった。

平成 20 年 9 月 1 日時点の入院患者の状況は、回答があった 50 病院において、入院患者の総数が合計 7,302 名、1 病院あたり平均 146.0 名であった。在院期間が 1 年以上の患者が合計 3,933 名で 53.9%を占めた。診断別にみると F0(症状性を含む器質性精神障害、主に認知症)が合計 1,282 名で全入院患者の 17.6%、F1(精神作用物質による精神及び行動の障害、主にアルコール依存症)が合計 238 名で 3.3%、F2(統合失調症、統合失調症型病害及び妄想性障害)が合計 3,971 名で 54.4%、F3(気分障害、感情障害)が合計 850 名で 11.6%を占めた。在院期間が 1 年以上の患者のうち 63.3%は診断が F2 の者であった。

長期在院者の退院について対応・検討する専門部署があると回答したのは 32 病院(50.8%)、ないと回答したのは 27 病院(42.9%)であった。専門部署がある 32 病院において活動内容を尋ねたところ、「退院支援に必要な他機関との連絡調整」が 27 ヵ所(84.4%)、「退院後の相談支援」が 24 ヵ所(75.0%)、「退院前後の訪問実施」が 21 ヵ所(65.6%)、「長期在院者の定期的モニタリング」と「退院計画の策定」が 15 ヵ所(46.9%)であった。専門部署がない 27 病院のうち、設置の予定があると回答したのは 6 ヵ所であった。

平成 20 年 4 月から 9 月にかけて、精神科地域移行支援加算を算定しているのは 15

病院（23.8%）であった。精神科退院前訪問指導料は 34 病院（54.0%）が算定していた。

平成 20 年 4 月から 9 月にかけて、退院前ケア会議を開催した病院は 49 カ所（77.8%）であった。うち 47 病院が必要に応じての開催であった。会議を開催した 49 病院において、参加者は「院内スタッフ」が 49 カ所（100.0%）、「家族」が 41 カ所（83.7%）、「本人」が 40 カ所（81.6%）、「院外スタッフ」が 40 カ所（81.6%）、「行政担当者」が 32 カ所（65.3%）であった。

2) 相談支援事業所

設置主体は社会福祉法人（62.0%）が多かった（表 6）。

同一法人で運営しているサービスとしては、回答があった 47 事業所において、グループホーム（61.7%）、地域活動支援センター（48.9%）、作業所（29.8%）などがあった（表 7）。

平成 19 年度の利用者の状況は、回答があった 27 事業所において、全利用者の総数が合計 6,875 名、1 カ所あたり平均 254.6 名であった。

2. 利用できる地域資源の状況

1) 病院

患者・精神障害をもつ利用者の紹介をよく行う地域資源について、資源の数を表 8 に、各施設と地域資源との関係を表 9 に示す。

病院では、精神科以外の領域の病院が地域資源として多くあげられ（平均 8.5）、相互に紹介し合う形態が主であった（58.5%）。地域サービスに対しては紹介する形態が主であった（居住サービス 69.2%、日中活動サービス 77.5%）。

相談支援事業所では、精神科領域の地域

サービスが地域資源として多くあげられ（平均 3.9）、相互に紹介し合う形態が主であった（65.5%）。

表 9 を概観すると、医療機関同士（病院一病院・診療所）や地域サービス同士（相談支援事業所・保健所一地域サービス）では相互に紹介し合う関係となっており、医療機関と地域サービスの間では、医療機関から地域サービスに紹介する形態が主となっていた。

3. 連携の状況

同一市区町村または同一障害者福祉保健圏域内の、精神科医療に関わるチームやネットワークの状況をに示す。同業種とのネットワークがあるのは、病院では 52 カ所（82.5%）、相談支援事業所では 42 カ所（84.0%）であった。ネットワークの目的は「勉強会や一般的な情報交換」がいずれも多く、相談支援事業所では病院よりも「個別事例の情報共有」や「個別事例の支援分担」、「地域資源やニーズの把握」を目的とするものが多い傾向があった。他業種とのネットワークがあるのは、病院では 42 カ所（66.7%）、相談支援事業所では 38 カ所（76.0%）であった。ネットワークの目的は「勉強会や一般的な情報交換」、「個別事例の情報共有」、「個別事例の支援分担」などであった（表 10）。

表 11 に制度の利用等の状況を示す。障害者自立支援法施行前と比べた他機関との連絡頻度は、病院、相談支援事業所、保健所のいずれにおいても「変わらない」と「増えた」とする回答が半々程度であった。退院促進支援事業・精神障害者地域移行支援特別対策事業に参加しているのは、病院では 22 カ所（34.9%）、相談支援事業所では 21 カ所（42.0%）であった。ピアサポートの活用を行っているのは、病院では 5 カ所（7.9%）、相談支援事業所では 13 カ所

(26.0%)であった。

4. 退院支援・地域生活支援における連携

調査対象の機関が、実際の退院支援・地域生活支援でどのような役割を果たしているか、また他機関とどのように連携しているかを検討するために、想定例に基づいて回答を依頼した。事例はA（高齢で入院期間が長く、生活障害が強い例）とB（入退院を繰り返し、退院後の服薬管理が課題となる例）の2種類を設定した（表12、表13）。

表14に、想定事例Aの想定される退院先等を示す。想定事例Aが退院支援の対象になると回答したのは、病院では55カ所（87.3%）、相談支援事業所では42カ所（84.0%）であった。退院先としてはいずれも援護寮、グループホームといった援助者がある場所が多く選択された。

表15に、想定事例Bの想定される退院先等を示す。想定事例Bが退院支援の対象になると回答したのは、病院では57カ所（90.4%）、相談支援事業所では45箇所（90.0%）であった。退院先としてはいずれもグループホーム、援護寮といった援助者がある場所が多く選択された。また想定例Aに比較するとアパート等賃貸、家族同居での自宅も多く選択された。

今回の調査では、昨年度の退院支援活動の整理に基づき、入院中の支援として1. 退院計画の作成、2. 公的制度の申請、3. 居住先の確保、退院後の支援として4. 服薬管理、5. 疾患（精神）管理、6. 疾患（身体）管理、7. 金銭管理、8. 栄養管理、9. 緊急時対応、10. 生活上の不安・相談対応、11. 家族支援を挙げ、どの機関が関与しているかを尋ねた。表16に想定事例Aの、表17に想定事例Bの退院支援活動に関与する機関の状況を示す。以下、想定例を2種類用意したが、回答の傾向は

ほぼ同一だったためまとめて報告する。

病院の回答

1. 退院計画の作成については、病院が行うとした回答が最も多く、その他の事業所が関与するという回答は少なかった。病院が行わないと回答したケースでは、相談支援事業所及び地域のチームがこの活動を行っていた。2. 公的制度の利用申請については、病院の他に市町村の担当窓口が担当していた。3. 居住先の確保については、病院の他に入所施設の関与が挙げられた。以上入院中の支援については病院の関与が突出していた。

退院後の支援のうち4. 服薬管理については、病院の訪問看護が主に関与していた。また、地域の訪問看護、入所施設も病院と同程度関与していた。5. 疾患（精神）管理については、入院していた病院が最も関与しており、次いで訪問看護や入所施設が関与していた。6. 疾患（身体）管理も同様であった。7. 金銭管理については入所施設が主に関与していた。8. 栄養管理については、入所施設が主に関与し、病院や訪問看護、ホームヘルプも関与していた。9. 緊急時対応については、病院が主に関与していた。10. 生活上の不安・相談対応については、地域活動支援センター、入所施設、訪問看護、病院が対応していた。11. 家族支援については、病院、入所施設、地域活動支援センターが関与していた。以上退院後の支援については、医療的な支援については病院の訪問看護や病院が行い、その他の生活面については地域活動支援センターや入所施設も多く関与していた。

特に中心となる機関について回答を求めたところ、1. 退院計画の作成、2. 公的制度の申請、3. 居住先の確保、5. 疾患（精神）管理、6. 疾患（身体）管理、9. 緊急時対応については病院が中心という回

答が多かった。それ以外の活動では4. 服薬管理については病院の訪問看護、7. 金銭管理、8. 栄養管理、10. 生活上の不安・相談対応、11. 家族支援については入所施設が中心となるという回答が多かった。

自由記述の項目として、1) 自院における退院支援の特徴、2) 今後連携を取る上での課題、を尋ねたところ以下のような回答を得た。

1) 自院またはその地域における退院支援の特徴(課題も多く挙げられたので合わせて記述)

総合して居住先、日中活動の場の確保に苦勞しているという回答が多かった。単科の精神病院では同一法人内で複数サービスを持つことでカバーしている病院が多く存在するが、そのサービスは基本的に自院の退院者に提供され、他の病院から退院した者には使いづらいこともあげられた。

居住先の確保に関しては困難を感じている病院が複数ある一方で、地元の不動産業者との関係が良好であり居住先の確保が容易であるとした病院もあった。しかしひとたび事件等の問題が生じると、利用が難しくなるという回答もあり、居住先の確保が引き続き大きな課題であることがわかった。また、高齢者への対応が増加しており、さらに居住先の確保について困難が増している状況がみてとれた。

また、利用できるサービスの新規開拓、退院支援に関する各種会議等の調整などについて、マンパワー不足から行えないという回答も多くみられた。

2) 今後連携を取る上での課題

一般的な勉強会等も有効だが、個別事例の支援やその成功体験を共有することでより連携が進むのではないかと回答が複数みられた。

関わる機関(病院、支援センター、その

他サービス等)がそれぞれの役割についてきちんと理解できるような指針や場が必要であるという回答も複数あった。

利用できるサービスの情報収集及び情報提供やサービスの調整等については相談支援事業所(支援センター)が行うとスムーズなのではないかという回答が多く、1)での回答にみられた、各病院で各種調整を行う時間的・人的余裕がないことと相まって期待の大きさを感じさせた。

相談支援事業所の回答

1. 退院計画の作成については、病院が行うとした回答が最も多く、次いで地域の専門チームが行うとした回答が多かった。

2. 公的制度の申請については、市町村の担当窓口、病院、地域活動支援センターが担当していた。3. 居住先の確保については、地域活動支援センター、地域の専門チーム、病院、入所施設、市区町村窓口の関与が挙げられた。

退院後の支援のうち4. 服薬管理については、病院の訪問看護が主に関与していた。また、地域の訪問看護、入所施設も同程度関与していた。5. 疾患(精神)管理については、入院していた病院が最も関与しており、次いで訪問看護が関与していた。6. 疾患(身体)管理も同様であった。7. 金銭管理については入所施設と地域の専門チームが関与していた。8. 栄養管理については、入所施設や地域の訪問看護、ホームヘルプが関与していた。9. 緊急時対応については、病院と入所施設が主に関与していた。10. 生活上の不安については、地域活動支援センター、入所施設、市区町村担当窓口、病院が対応していた。11. 家族支援については、地域活動支援センター、市区町村窓口、地域の専門チームが関与していた。

1) 自事業所またはその地域における退院

支援の特徴

病院が積極的に退院支援をしているので、そのサポートをしている、退院前後から支援に関わるという事業所があり、さらに普段から行事への相互参加等によって病院との交流をしている事業所もあった。

2) 今後連携を取る上での課題

(地域活動) 支援センターが情報をまとめ、サービス事業者と利用者の調整を行うことが望ましいと考える事業所が多くある一方で、病院(医師)との関係作りに苦労しているという回答が複数あった。特に病院が積極的・オープンでない場合の支援の方法について苦慮していることが伺われた。また、病院の回答と同様に、支援に関わる各機関の役割を明確にして共有する機会(個別事例の共有や会議等)を求める回答が多かった。

また、今まで身体障害や知的障害を主に扱っていた事業所では、精神障害者の支援を行うにあたり、職員のスキルアップの機会を求めるといった回答が多くみられた。

また、自立支援協議会の機能強化によってネットワークが発展することを期待するという回答も多くあった。

病院と相談支援事業所の回答の比較

病院の回答は病院及び病棟の訪問看護でかなりの部分を支援するとし、地域の専門チームや市区町村窓口、地域活動支援センターは病院に比べて関与度が低いという回答であった。相談支援事業所の回答は、中心的な機関については不明確だったものの、病院の回答と比較すれば地域活動支援センターや市区町村窓口、地域の専門チームの関与が多く回答された。

支援に関与する機関の数

また、各支援活動に関与する機関の数の分布について図2と図3に示した。事例A

と事例Bでパターンの大きな違いはみられない。支援活動別にみると特に退院計画の作成と進捗管理、公的制度の申請、金銭管理については関与する機関が少なく、疾患管理や生活上の不安・相談対応や家族支援については複数の機関が関与している傾向があった。病院と相談支援事業所の回答を比較すると、病院のほうが相談支援事業所よりも関与者を少なく挙げる傾向があった。

表 6 設置主体

設置主体	病院 (N=63)		相談支援事業所 (N=50)	
	N	%	N	%
医療法人	43	68.3	3	6.0
地方公共団体	4	6.3	1	2.0
公的・社会保険関係団体	2	3.2	0	0.0
社会福祉法人	1	1.6	31	62.0
その他	13	20.6	15	30.0

表 7 同一法人で運営しているサービス

サービス	病院 (N=34)		相談支援事業所 (N=47)	
	N	%	N	%
グループホーム	16	47.1	29	61.7
訪問看護ステーション	13	38.2	3	6.4
その他	13	38.2	26	55.3
援護寮	10	29.4	6	12.8
福祉ホーム	4	11.8	1	2.1
作業所	2	5.9	14	29.8
地域活動支援センター			23	48.9
病院・診療所			6	12.8

表 8 患者・精神障害をもつ利用者の紹介をよく行う地域資源の数

地域資源	病院 (N=51)		相談支援事業所 (N=39)	
	合計	平均	合計	平均
病院				
精神科領域	205	4.0	114	2.9
精神科以外の領域	431	8.5	63	1.6
診療所				
精神科領域	272	5.3	84	2.2
精神科以外の領域			28	0.7
地域サービス				
居住	121	2.4		
日中活動	150	2.9		
精神科領域			152	3.9
精神科以外の領域			92	2.4

表 9 患者(精神障害をもつ利用者)の紹介における地域資源との関係

地域資源	病院		相談支援事業所	
	N	%	N	%
病院（精神科領域）	57		36	
相互に紹介し合う	36	63.2	16	44.4
主に紹介される	14	24.6	12	33.3
主に紹介する	7	12.3	8	22.2
病院（精神科以外の領域）	53		16	
相互に紹介し合う	31	58.5	5	31.3
主に紹介される	10	18.9	3	18.8
主に紹介する	12	22.6	8	50.0
診療所（精神科領域）	50		26	
相互に紹介し合う	14	28.0	12	46.2
主に紹介される	34	68.0	10	38.5
主に紹介する	2	4.0	4	15.4
診療所（精神科以外の領域）			10	
相互に紹介し合う			2	20.0
主に紹介される			1	10.0
主に紹介する			7	70.0
地域サービス（居住）	39			
相互に紹介し合う	8	20.5		
主に紹介される	4	10.3		
主に紹介する	27	69.2		
地域サービス（日中活動）	40			
相互に紹介し合う	4	10.0		
主に紹介される	5	12.5		
主に紹介する	31	77.5		
地域サービス（精神科領域）			29	
相互に紹介し合う			19	65.5
主に紹介される			3	10.3
主に紹介する			7	24.1
地域サービス（精神科以外の領域）			25	
相互に紹介し合う			12	48.0
主に紹介される			8	32.0
主に紹介する			5	20.0

表 10 同一市区町村または同一障害者福祉保健圏域内のネットワークやその目的

ネットワーク	病院 (N=63)		相談支援事業所 (N=50)	
	N	%	N	%
同業種のネットワークあり	52		42	
勉強会や一般的な情報交換	43	82.7	32	76.2
個別事例の支援分担	18	34.6	22	52.4
地域資源やニーズの把握	18	34.6	19	45.2
定期的なイベントの開催	15	28.8	8	19.0
個別事例の情報共有	15	28.8	27	64.3
精神科医療に関する体制整備協議	14	26.9	6	14.3
会に出席する頻度 (月)	平均 1.2 (SD=0.9)		平均 2.0 (SD=1.9)	
他業種とのネットワークあり	42		38	
勉強会や一般的な情報交換	34	81.0	21	55.3
個別事例の支援分担	18	42.9	19	50.0
個別事例の情報共有	17	40.5	19	50.0
地域資源やニーズの把握	12	28.6	14	36.8
自立支援協議会	10	23.8	25	65.8
定期的なイベントの開催	9	21.4	10	26.3
精神科医療に関する体制整備協議	6	14.3	2	5.3
会に出席する頻度 (月)	平均 1.0 (SD=0.6)		平均 1.8 (SD=1.8)	

表 11 制度の利用等の状況

	病院		相談支援事業所	
	N	%	N	%
障害者自立支援法施行前と比べた連絡頻度	62		49	
減少	1	1.6	1	2.0
不変	45	72.6	27	55.1
増加	16	25.8	21	42.9
退院促進支援事業・精神障害者移行支援特別対策事業への参加	22	34.9	21	42.0
ピアサポートの活用	5	7.9	13	26.0
自施設の事業	2		4	
地域の自主的事业	0		2	
退院促進支援事業	3		7	

表 12 【想定事例 A】高齢で入院期間が長く、生活障害が強い例

Aさん、男性、65歳。20代後半に幻覚、妄想状態を呈し統合失調症と診断された。複数の病院を転々としながらほとんどの期間を入院して過ごす。

家族は同胞のみで同居不可、退院について積極的な協力は難しいがある程度の金銭的援助は可能とのこと。

入院生活の中では、作業療法に週3回ほど通うことになっているが休みが多く臥床がち。掃除や金銭管理は一人で行うことが難しく、病棟では看護師が関わって一緒に行っている。

医師の精査によって緊急に対応が必要な合併症はなし。しかし本人は「体が心配だから」など不安が大きく退院について消極的。服薬について受け入れており、怠薬・断薬についてはそれほど心配はない。

表 13【想定事例 B】入退院を繰り返し、退院後の服薬管理が課題となる例

Bさん、男性、37歳。18歳時、大学受験の失敗を気に幻聴を呈し、近所の公園で興奮状態となり、C病院に措置入院となった。その後現在までC病院に半年～2年ほどの期間の入院を5回繰り返す。

家族は両親と妹。これまでの入院はすべて怠薬によるもので、度重なる入院に家族は疲弊しており、退院に対して非常に強く反対し、今後は同居不可。

入院生活では週5回の作業療法にきちんと通っており、病棟内のレクなどにも積極的に参加している。

本人は「仕事がしたい」と延べ、退院を希望。服薬について現在は受け入れている様子を見せるが、時々「本当は薬をやめたい」と漏らすこともあり、退院後も継続的に服薬支援が必要と思われる。

表 14 想定事例 A の想定される退院先

	病院		相談支援事業所	
	N	%	N	%
退院支援の対象になる	55		42	
援護寮	43	78.2	22	52.4
グループホーム	40	72.7	29	69.0
アパート等賃貸	18	32.7	15	35.7
救護施設	9	16.4	9	21.4
自宅（家族同居）	4	7.3	8	19.0
その他	9	16.4	4	9.5
退院支援の対象外	8		7	
生活支援の受け皿がない	3	37.5	3	42.9
症状が十分改善していない	2	25.0	2	28.6
居住面の受け皿がない	2	25.0	2	28.6
その他	6	75.0	3	42.9

表 15 想定事例 B の想定される退院先

	病院		相談支援事業所	
	N	%	N	%
退院支援の対象になる	57		45	
グループホーム	40	70.2	33	73.3
援護寮	37	64.9	32	71.1
アパート等賃貸	33	57.9	21	46.7
自宅（家族同居）	20	35.1	7	15.6
救護施設	5	8.8	3	6.7
その他	3	5.3	1	2.2
退院支援の対象外	6		4	
症状が十分改善していない	1	16.7	2	50.0
生活支援の受け皿がない	1	16.7	1	25.0
居住面の受け皿がない	0	0.0	1	25.0
その他	5	83.3	1	25.0

表 16 想定事例 A の退院支援活動に関する機関

	病院(N=55)										相談支援事業所(N=42)									
	訪問看護／病院付属	訪問看護／地域の事業所	地域活動支援センター	保健所	地域の専門チーム	病院	支援観察／グループホーム等入所施設	ホームヘルプ	市区町村担当窓口	訪問看護／病院付属	訪問看護／地域の事業所	地域活動支援センター	保健所	地域の専門チーム	病院	支援観察／グループホーム等入所施設	ホームヘルプ	市区町村担当窓口		
退院支援の活動	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
入院	9	3	10	3	10	45	7	1	4	3	2	14	4	15	31	6	3	6		
院中	0	0	4	6	9	42	1	0	30	1	1	17	4	13	17	2	0	25		
	1	1	10	3	11	40	20	0	14	0	1	18	2	18	16	17	0	16		
	35	20	6	4	4	26	25	10	0	24	23	6	4	5	13	13	12	2		
	32	20	6	6	7	40	22	7	2	25	25	6	11	9	24	11	4	3		
	31	24	6	5	6	35	21	9	2	17	23	5	9	8	20	10	6	2		
	11	5	18	0	13	4	30	12	14	3	1	12	2	19	2	20	6	8		
	22	17	5	7	2	22	29	20	1	13	16	4	13	7	4	16	19	2		
	21	11	12	16	6	42	20	2	11	10	6	14	11	12	22	16	2	11		
	23	15	33	8	9	22	29	11	15	5	4	22	10	19	8	19	9	19		
	11	8	20	18	8	26	22	0	14	2	2	21	12	17	11	12	3	18		

太字は「主に担当する」と多く回答された場合。相談支援事業所では「主に担当する」機関への回答が少なかったため太字にしていない。網掛けは病院で20カ所(36%)・相談支援事業所で15カ所(36%)以上担当すると回答された場合。

表 17 想定事例Bの退院支援活動に関与する機関

退院支援の活動	病院(N=57)										相談支援事業所(N=45)									
	訪問看護／病院付属	訪問看護／地域の事業所	地域活動支援センター	保健所	地域の専門チーム	病院	介護療養ノグループホーム等入所施設	ホームヘルプ	市区町村担当窓口	訪問看護／病院付属	訪問看護／地域の事業所	地域活動支援センター	保健所	地域の専門チーム	病院	介護療養ノグループホーム等入所施設	ホームヘルプ	市区町村担当窓口		
入院	9	2	7	4	6	44	7	2	4	4	2	13	6	17	31	8	3	8		
院中	0	0	2	3	8	41	1	1	27	1	1	17	6	11	19	3	0	26		
退院後	居住先の確保	1	0	9	5	9	40	23	0	13	0	17	1	18	17	19	1	16		
	服薬管理援助	39	18	7	6	5	26	23	9	0	23	19	8	5	14	16	14	2		
	疾患管理(精神疾患)援助	36	19	7	5	6	42	19	7	2	25	21	6	11	8	26	12	4		
	疾患管理(身体疾患)援助	31	20	5	4	6	37	17	8	1	15	18	5	7	9	19	9	6		
	金銭管理援助	11	3	17	0	12	6	26	11	12	3	1	13	2	17	2	24	6	9	
	栄養管理援助	24	14	3	6	2	22	24	19	2	12	15	6	12	6	3	19	17	3	
	緊急時対応	19	9	10	16	4	43	20	3	11	12	6	14	11	11	21	20	3	12	
生活上の不安・相談対応	28	15	32	11	8	20	30	12	18	6	4	24	8	18	10	23	8	18		
家族支援	11	7	17	18	9	33	20	0	16	2	1	21	12	16	12	14	3	20		

太字は「主に担当する」と多く回答された場合。相談支援事業所では「主に担当する」機関への回答が少なかつたため太字にしていない。網掛けは病院で21カ所(36%)・相談支援事業所で16カ所(36%)以上担当すると回答された場合。

図 2 関与する機関の数 (事例 A)

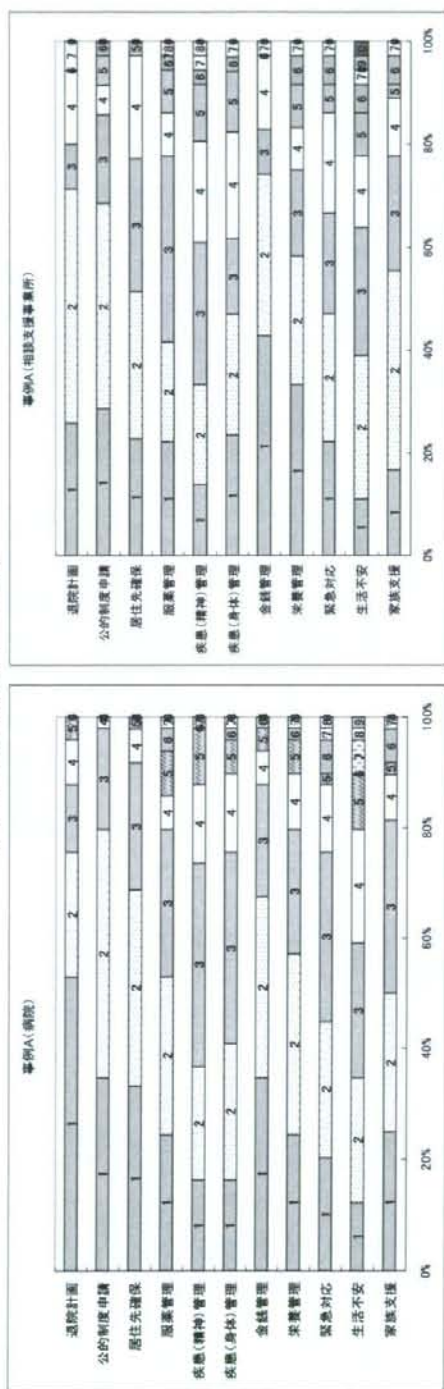
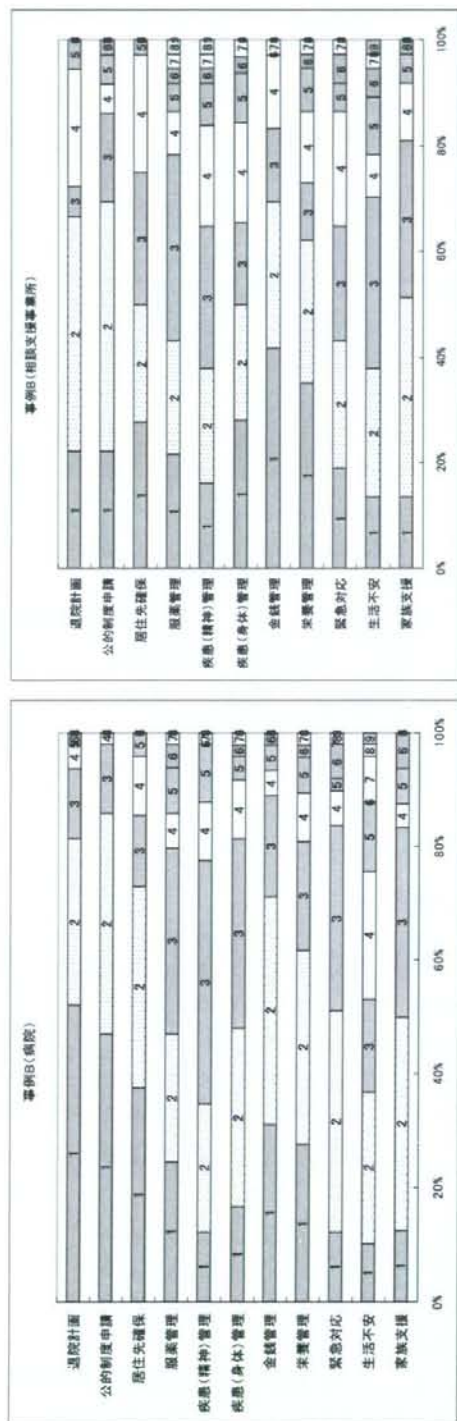


図 3 関与する機関の数 (事例 B)



1) 保健所の回答：

カバーする地域の人口は合計 2,157,631 名で、1 保健所あたり平均 359,605.2 (SD=131,029.1, 中央値 409,408.0) であった。

平成 19 年度の精神保健サービスの利用者は、回答があった 5 保健所の合計で 19,900 名であり、保健所あたり平均 3,980 名 (SD=3,266.9, 中央値 3,023.0) であった。

保健所では、精神科領域の地域サービスが地域資源として多くあげられ (平均 9.8)、相互に紹介し合う形態が主であった。

個別事例の支援において、全ての保健所が担当しているとして挙げた支援は両事例とも 9. 緊急時の対応、10. 生活上の不安・相談対応、11. 家族支援であった。

1) 自院またはその地域における退院支援の特徴また 2) 連携発展の課題については、利用できる資源の少なさや、地域・医療機関による体制の差に課題を感じており、会議の開催や地域移行支援事業への参加によって医療機関をはじめとした支援機関が情報交換を行うことを促進しているとのことであった。また、精神科救急体制の整備が今後の連携のキーとなるという回答が複数あった。

D. 考察

本研究では退院支援・地域生活支援活動の多機関連携状況を把握することを目的として想定例に基づいた調査を行った。

19 地域の精神科病床を有する病院・相談支援事業所・保健所を対象に調査を行った。

同業種とのネットワーク、他業種とのネットワークについて尋ねたところ、病院や相談支援事業所では 8 割以上があると回答した。他業種とのネットワークについては少し割合が下がり、病院で 6 割、相談支援事業所では 7 割程度があると回答した。病院の参加するネットワークの目的としては勉強会や一般的な情報交換が多かった。相談支援事業所は他

業種とのネットワークの目的として自立支援協議会を最も多く挙げた。病院の持つネットワークにおける個別事例の支援分担や情報共有は、勉強会に次いで多く挙げられたものの、その割合は高くなかった。参加の頻度としては病院が月に 1 回程度、相談支援事業所は 2 回程度であった。それほど大きい差ではなく、病院と相談支援事業所の性質の違いもあるが、ネットワークへの参加割合、参加頻度、個別事例の共有という観点から検討すると、退院支援に関するネットワークへの関与について病院の積極性がやや低いと思われた。退院促進支援事業・精神障害者移行支援特別対策事業については、今回の調査に回答した病院や相談支援事業所で当該事業に参加していた割合は半数以下であり、ピアサポートの活用については非常に低い割合となっていた。

想定例に基づき、実際に退院支援・地域生活支援を行う場合どのような分担が行われているか尋ねた。想定例は長期入院の高齢者で生活障害が強い例、入退院を繰り返し服薬管理に課題のある例の 2 例設定したが、分担状況に大きな差はみられず、想定される退院先も介護療養やグループホームといった援助者付きの住宅が最も多く選択された点で同じであった。

病院と相談支援事業所の回答を比較すると、病院の方が病院を中心とした少数の機関を挙げ、相談支援事業所では地域活動支援センターや地域のチームを含めた多機関を挙げる傾向があった。

退院計画の策定と進捗管理・公的制度の利用申請・居住先の確保といった入院中の活動、退院後も疾患管理や服薬管理といった医療面の援助は病院や訪問看護が中心となり、栄養管理や金銭管理の生活面の援助は入所施設が中心となっていたが、ホームヘルプや訪問看護の関与も挙げられた。生活上の不安、家族支援については複数の機関が関与している傾向があった。

以上のことから、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。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。これらの支援はストレスを軽減し、安定した地域生活を送る上で非常に重要であるが、誰がいつ行うかについての定型化は難しく、対象者の生活状況に応じて自然な形で提供されることが望ましいと考えられた。退院支援を行う上で、特に生活面や家族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。

退院支援や連携発展の課題について尋ねた項目への回答を病院と相談支援事業所で比較すると、病院側としては資源の少なさや情報収集の困難さから、現状では病院が支援主体となってサービスを提供するしか選択肢がない、という認識であり、相談支援事業所等には情報が集中されていないので、現状でどのような支援を期待しているのか分からない、という状況であった。相談支援事業所としては、必ずしも精神障害を専門としてこなかったためにスキルアップの機会を必要としていたり、病院への働きかけの機会や方法について苦慮している様子がみて取れた。双方が共通して希望していることは、個別の事例共有や自立支援協議会等によってネットワークが発達しフランクな関係が築けること、それぞれの役割が明確になること、ケアマネジメントの確立により、各種のコーディネートが効果的に行われるようになることであった。

今回の調査は、地域要因を検討することも大きな目的であったが、回答率が低く十分な数にならなかったため、検討することができなかった。

E. 結論

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。

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、退院後の生活支援・家族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。

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

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1) 精神保健福祉白書 2009 年版

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 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」

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標準的な退院支援パスの作成を行うことを目的として本研究を実施した。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、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。本報告書ではそれらの研究の結果を踏まえ、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精神保健部 流動研究員

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事が考えられる。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。

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

本研究は、精神科病棟における長期在院患者の標準的な退院支援パスの作成を行うことを目的として実施された。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

援バ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、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)。

本報告書では上記の研究の結果を踏まえ、平成 19 年度に作成した退院支援バスの案を改訂し提示することを目的として行った。

B. 研究方法

本研究は、実際に行われた退院支援の活動について情報を収集し、整理することを通して退院支援バスの作成を行うことを目指している。平成 19 年度は①どのような視点から情報収集・整理を行うべきか探るための文献調査、②行われた支援に関する主観的な情報を収集するための聞き取り調査、③行われた支援に関する客観的な情報を収集するための記録調査、の 3 つを行った。平成 20 年度は 3 病院における聞き取り調査及び 19 地域におけるアンケート調査から得られた知見を元に退院支援バスを完成させることを目的とした研究を行った。

以下 1～4 に平成 19 年度研究における退院支援バス案に残されていた課題と平成 20 年度研究の関連を挙げる。

1. 退院支援活動にかかる時間の設定

退院支援活動に含まれるそれぞれの活動が退院前のどの時点でどのくらいの期間をかけて行われていたかについては、ケースによるばらつきが

大きく、特定が困難であったため、退院支援の大きな流れを①状況確認と目標設定の時期、②地域資源等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大きく分類するに留まった。3 病院における聞き取り調査をもとに、退院支援の全体にかかる時間を設定した。

2. 担当する職種の設定

退院支援活動に含まれるそれぞれの活動を担当する職種がケースによって異なっていたため、担当職種を設定することができなかった。3 病院における聞き取り調査をもとに、担当職種を設定した。

3. 退院後の支援内容に関する調査

退院支援を地域生活の支援と切り離して考えることはできない。退院後の地域生活支援が十分に行われないと悪化・再入院につながる恐れがある。平成 19 年度の調査は主に入院記録を元に情報収集を行ったが、それに加えて退院後の支援内容について外来の診療録からの情報収集を行った。また、3 病院における聞き取り調査の結果も支援内容として取り入れた。

4. 退院支援ツールの開発

平成 19 年度は退院支援バスやアセスメントシート案を提示したが、実際に使用するには十分なものに留まった。平成 20 年度はさらに検討を加え、退院支援ツールとして完成させた。

(倫理面への配慮)

平成 19 年に国立精神・神経センター倫理審査委員会に計画を申請し承認を得て研究を実施した。具体的には、①聞き取り調査を実施する際には文書及び口頭にて対象者に研究の主旨や目的を説明し、同意が得られた者のみを対象者とすること、②施設内で ID 照会リストを作成し、集計データには氏名等の個人を特定しうる情報は含めず、データを厳重に保管すること、③研究結果は個人が特定されない形で公表すること等である。

C. 研究結果

附表 1 に、平成 19 年度の対象病院、聞き取り調査の対象となった A～C 病院における状況を整理し、本研究のパスへの取り入れについて示した。

1. 退院支援活動にかかる時間の設定

平成 19 年度の調査では、退院支援に要した期間（退院について本人または家族と病院スタッフが話した記録があった日を起点とし、実際に退院するまでの週数）は 17 名について平均 94.4 週であったが、40 週から 204 週まで広い範囲で分布していた。また、各活動の順序やかけられる時間についてもばらつきが多かった。このばらつきの要因として、対象病棟における退院支援活動が本格化する途上のデータを含んでおり手順が十分に確立されたものではなかったこと、スタッフの交代等で停滞する例があったことが考えられた。そこで、退院支援の経験が豊富な他の 3 病院における聞き取り調査において、それらの病院で標準的である退院支援の期間について尋ねた。

中西分担研究報告のとおり、入院から 3 か月が急性期治療にかけられる期間の目安である（精神科救急入院料・精神科急性期治療病棟入院料といった診療報酬上でも 3 か月が一つの区切りとなっている）。急性期治療が終了してなお入院を継続する場合、社会復帰病棟や慢性期病棟に治療の場所が移り、退院を目指すこととなる。このような患者については、A 病院では入院から半年、C 病院では 1 年を目途に退院することを目標としているとのことであった。

本研究で作成する退院支援パスの対象者は、急性期を過ぎて在院している者である。起点を急性期治療終了後とした場合、A 病院の例では 3 か月、C 病院の例では 9 か月が急性期以後の退院支援の期間ということになる。ここでも半年の開きがあるが、間をとって本研究の退院支援パスの期間を 6 か月と設定した。なお、退院促進支援事業の実施状況に関する調査においても退院に向けての支援期間を 6 か月と定めた自治体が最も多かったこ

とから、妥当な長さと考えられた²⁾。ただしこの時間設定については厳密なものではなく、目安に留めることとした。

もちろん急性期治療中から退院を念頭に置いた支援が行われていることが重要であるが、急性期治療を終えて退院できない患者、また現時点で長期在院となっている患者に対しては広汎な範囲での支援が必要な場合が多いと考えられるため、今回は切り離してパスを作成した。

なお、平成 19 年度調査の結果、退院支援全体にかかる時間のばらつきは対象者本人に関する要因というよりは主に環境的な要因であったことから、支援のプロセスについて明確にしたフロー図が必要と考えられた。これについては「4. 退院支援ツールの開発」において記述する。

2. 担当する職種の設定

支援期間の設定と同様、平成 19 年度の調査では各支援活動を担当する職種がケースによりばらついており、退院支援活動を担当する職種が特定できなかった。このばらつきの要因として、1 の支援期間と同様、対象病棟における退院支援活動が本格化する途上のデータを含んでおり病棟のスタッフ体制が徐々に整備されていったこと、患者及び家族とスタッフの関係性や担当医師の関与度合いが異なっていたことが考えられた。そこで、退院支援の経験が豊富な他の 3 病院における聞き取り調査から、それらの病院における担当状況を明らかにし、本研究における退院支援の担当職種を設定した。

本研究における退院支援パスは大きく①退院計画の作成と進捗管理、②行動範囲、③疾病・健康管理、④生活、⑤生活基盤という領域に分けられている（平成 19 年度研究を一部改変）。中でも①退院計画の作成と進捗管理は②以下の領域の活動を統合する最も重要な領域である。また、②は退院支援の進捗を端的に表す領域であり、③以下の領域における支援の成果を反映している。③以下の領域における活動はその内容から自ずと主に担当する職種が明らかなものが多いため職種の設

定は難しくない。しかし①②については含まれる活動が多彩であるため、多職種による関わりが想定される。また、その病院や地域による体制の違いを最も反映する部分であると考えられる。そこで①②について担当職種や部門をどのように設定すべきかを聞き取り調査をもとに検討した。平成19年度の調査結果、聞き取り調査対象病院における状況、本研究バスへの取り入れについて附表1に整理した。

1) 退院計画の作成と進捗管理

聞き取り調査の結果、A病院においては病棟の看護師とケースワーカーが中心となり、さらに同病院の訪問看護師、地域の退院促進コーディネーターも参加して退院計画を作成していた。また、社会復帰支援室が事務局となり、入院が半年を超えている患者について定期的にモニタリングを行う委員会が行われていた。B病院においては病棟ごとに1～2名の担当精神保健福祉士がいるが、病棟ごとの体制は組んでいるわけではなく、また担当職種を定めないことでどの職種からも提案が可能な体制としていた。C病院においては退院支援担当部署を設けて病棟からの依頼を受けたり、病棟に支援の依頼を行ったりしていた。また都道府県の退院促進支援事業により地域活動支援センターからワーカーが派遣され、家族との調整を行っていた。

B病院のみ明確な担当部署や職種がなく一見流動的な体制であるが、同法人内に多彩な地域サービスを有し、管理者のリーダーシップが強く発揮され、入院から退院への流れが既に病院全体で共有され円滑に進む状態であった。そこまでの段階に達していない病院や地域も少なからず存在すると考えられることから、本研究で作成する退院支援バスにおいては担当部署を明確にしておくこととした。

A病院とC病院における病棟外の専門部署（社会復帰支援室・退院支援担当部署）の個別の退院支援への関与は異なっているようであり、また、本研究で行った地域連携調査においても退院支援

の専門部署を設けている医療機関が50.8%で、果たしている役割もそれぞれ異なっていた。退院支援の専門部署のあり方については今後のさらに検討が必要などであるが、平成20年度の診療報酬改定において新設された精神科地域移行実施加算においては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することが算定要件とされている。よって本研究においては退院支援担当部署が病棟の看護師及びケースワーカー、訪問看護師、退院支援促進事業により派遣されるワーカーと連携して退院計画の作成と進捗管理を行う設定とした。

2) 行動範囲

②行動範囲は外出や外泊を通して地域生活のシミュレーションを行い、地域生活に移行するための準備をによって構成される領域である。また、ここで行われることは退院への動機が低い者に対する動機づけとしても有効である。④生活、⑤生活基盤の領域に含まれる活動（金融機関利用訓練や公的制度利用の手続き、住居の手配など）にも必然的に外出が伴うが、②行動範囲は主に行動範囲の拡大を目的とした外出、退院後に利用する地域資源の試験的利用、退院後の生活環境に一時的に生活を移行する試泊を指している。

聞き取り調査の結果、A病院とB病院では担当についての明確な回答はなかったが、C病院では退院支援促進事業によって派遣されるワーカーが支援対象者と外出を行っていた。平成19年度の調査では病院の精神保健福祉士や入居予定のグループホームの職員が同行していた。

また試泊については、診療報酬上、精神科退院前訪問指導料が設定されており、精神科医師あるいは医師の指示を受けた保健師・看護師・作業療法士または精神保健福祉士が訪問指導を行った場合に算定が可能である。また複数の職種が行った場合の加算も設定されている。退院先が既に決定しており試泊を行う場合の担当職種としては以上の職種が想定できる。

なお、家族の援助も全般的に想定できるが、バ