

Effects of Strength-Based Discharge Nursing Support for Long-Stay Patients with Mental Illness

Hiromi KOMIYA¹⁾, Yayoi IWASAKI¹⁾, Hiromi HIGASHIMOTO¹⁾, Kaori ISHIKAWA²⁾

*1) Graduate school of Nursing, Chiba University, Japan
2) Gifu College of Nursing, Japan*

Purpose

- ▶ to clarify the effects of strength-based discharge nursing support for long-stay patients with mental illness.
- ▶ A set of case studies was conducted to identify
 - a) changes in patient psychosocial functioning
 - b) the type of strength-based discharge nursing support.
 - c) the relationship between psychosocial functioning and the type of discharge nursing support.

Methods

- ▶ **Participants:** Nurses who provided strength-based discharge nursing support for long-stay psychiatric inpatients were recruited at eight mental healthcare facilities.
- ▶ **Data Collection:** Nurses were asked to keep a journal of the contents of discharge nursing support they provided to the patient. They were also asked to keep a monthly record of the patient's psychosocial functioning.
- ▶ **Measurement:** Psychosocial functioning was measured by the following three scales: a) Global assessment of functioning (GAF) b) 24-item scale for discharge difficulties (Sato et al, 2008) c) 24-item scale for care needs (Ohshima et al., 2000).
- ▶ **Analysis:** Baseline and monthly data were compared in relation to discharge nursing support. The contents of strength-based discharge nursing support were classified; and the average time required to implement each type of support was calculated.
- ▶ **Ethical Consideration:** Human subject review boards at the researchers' institution and participating hospitals have approved this study. Informed consent from participating nurses and their patients was obtained prior to the study.

Results

- ▶ A total of eight institutions and a total of 70 nurses and 16 patients gave informed consent to participate in this study.

Table 2. Patient summary

Items, Details
Number of patients: 16 (9 men and 7 women)
Age: Mean age of 49 years (SD: 13 years)
Main diagnoses: schizophrenia (n=14), depression (n=1), epilepsy and mental retardation (n=1)
Hospitalization: voluntary (n=11), involuntary (n=5)
Mean number of past hospitalizations: 6.2 (SD: 5.4)
Mean length of hospitalization: 3.7 years (SD: 7.5)
Financial support (multiple responses): family (n=8), disability pension (=9), welfare benefits (n=2)
Discharged to (or to be discharged to): home (n=8), rented apartment (n=2), welfare home/group home (n=4), residential vocational aid facility (n=1), unknown (n=1)

Table 1. Summary of participating institutions

Items: Details
Number of institutions: six in Chiba Prefecture, one in Shimane Prefecture and one in Okinawa Prefecture.
Number of beds : About 170 to about 870
Mean number of patients admitted per month: 10.8
Mean number of patients discharged per month: 10.5
Mean length of hospital stay: 1460days

- ▶ Patients tended to be middle-aged and to have been admitted for a long period of time.

Results: changes in patient status

Factors that improved

- Mean GAF scores: From 47.7 at the start to 54.7 at the end
- Discharge difficulty (Figure 1): non-significant trend
- Care needs (Figure 2): Significant differences in “personal care”, “interpersonal relationships” and “social roles and time usage” (Wilcoxon signed rank test)

Factors that did not improve

- Mean chlorpromazine equivalent dose: from 616.9 at the start to 676.3 at the end
- Discharge difficulty : Of the total of 16 cases including transient cases, “anxiety about discharge” increased in 6 cases.

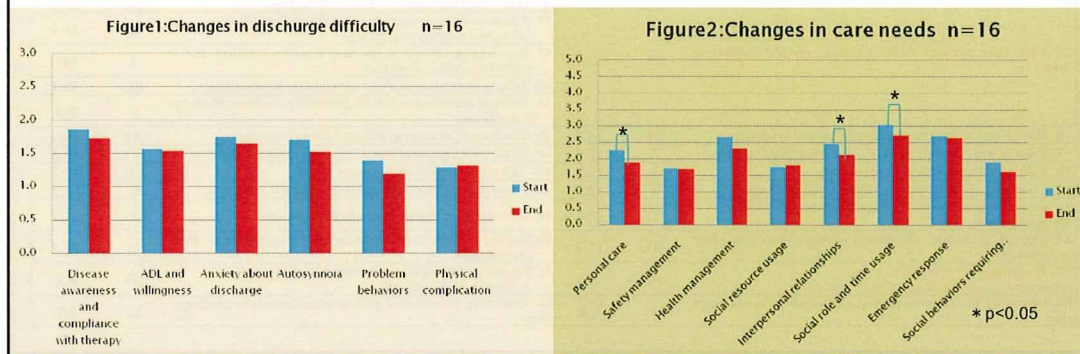


Table 3: Discharge nursing support

Category	Number of codes	Mean duration	Subcategories	Number of codes	Mean duration
1. Care related to the community	23	66.9	1. Explaining social resources and welfare services to patients	2	20.0
			2. Accompanying patients to use social resources	11	79.5
			3. Providing guidance to patients and families to prepare them for discharge	8	175.0
			4. Coordinating medical and welfare services (visiting nurses and homecare workers)	1	20.0
			5. Talking with community organizations about post-discharge support for patients and families	1	40.0
2. Assisting patients with going out or going on overnight leave.	38	14.9	6. Talking with patients and families (about ways to have successful overnight leave)	4	13.8
			7. Talking with patients and families (about the assessment for overnight leave)	19	16.2
			8. Preparing for overnight leave	5	20.0
			9. Talking with patients and families (about assessments after going out)	3	15.0
3. Group approaches for improving the skills of patients to live in the community	76	56.9	10. Preparing for going out	7	9.3
			11. Using a group approach to improve the skills of patients to live in the community	76	56.9
4. Assisting patients to maintain cleanliness while on the hospital ward	7	45.0	12. Assisting patients to maintain cleanliness while on the hospital ward	7	45.0
			13. Participating in multiple professional conferences about patient discharge	21	45.2
5. Multiple professional conferences	26	28.9	14. Hosting multiple professional conferences about patient discharge	5	12.5
			15. Talking with patients (about interpersonal relationships after discharge)	1	10.0
6. Providing care to prepare patients to deal with post-discharge emergencies	4	28.3	16. Talking with patients (about methods of responding to difficulties after discharge)	1	20.0
			17. Talking with patients (about methods of dealing with symptoms and stress)	2	55.0
			18. Helping patients to enjoy their time on the hospital ward	4	28.8
7. Helping patients to enjoy their time on the hospital ward	4	28.8	19. Consulting and sharing information about the destination of discharge with other professionals	7	17.1
			20. Consulting and sharing information about patients' life skills and symptoms with other professionals	19	22.1
			21. Consulting and sharing information about patients' and families' preparedness for discharge with other professionals	15	18.0
8. Consulting and sharing information with other professionals	42	19.3	22. Consulting and sharing information about systems and medical and welfare services with other professionals	1	20.0
			23. Ascertaining and dealing with families' anxiety and difficulties relating to discharge	5	20.0
9. Assisting families	31	21.8			

Category	Number of codes	Mean duration	Subcategories	Number of codes	Mean duration
9. Assisting families	31	21.8	23. Ascertaining and dealing with families' anxiety and difficulties relating to discharge	5	20.0
			24. Encouraging families to feel more positive, confident, and comfortable about discharge	1	20.0
			25. Informing families about patients' strengths and abilities	2	7.5
			26. Explaining social resources and welfare services to families	1	20.0
			27. Explaining support systems after discharge to families	1	40.0
10. Changing patient-family relationships	7	20.7	28. Talking with families about patient discharge	21	23.4
			29. Changing patient-family relationships	7	20.7
11. Meeting in preparation for care conferences	2	20.0	30. Meeting in preparation for care conferences	2	20.0
12. Talking with patients (about life after discharge)	25	17.7	31. Talking with patients (about ways to spend their time after discharge)	6	22.7
			32. Talking with patients (about visiting the hospital after discharge)	2	20.0
			33. Talking with patients (about medication compliance after discharge)	3	7.7
			34. Talking with patients (about cleanliness and hygiene after discharge)	6	11.8
			35. Talking with patients (about money management after discharge)	6	28.8
			36. Talking with patients (about meals after discharge)	1	15.0
			37. Talking with patients (about housework after discharge)	1	-
			38. Talking with patients about life in hospital	33	18.0
13. Talking with patients about life in hospital	33	18.0	38. Talking with patients about life in hospital	33	18.0
14. Encouraging patients to follow a discharge plan	12	16.9	39. Encouraging patients to follow a discharge plan	12	16.9
15. Confirming patients' desire for discharge and motivating them	88	15.0	40. Confirming patients' thoughts on discharge	11	22.3
			41. Ascertaining and responding to patients' anxiety and difficulties relating to discharge	30	14.5
			42. Encouraging patients to feel more positive, confident, and comfortable about discharge	7	14.0
			43. Talking with patients about action plans for discharge	35	15.1
			44. Showing appreciation toward patients for making efforts to be discharged	5	9.0
16. Observing and managing patients' mental symptoms	38	14.4	45. Observe and managing patients' mental symptoms	38	14.4
17. Talking with patients about their relationships to others	7	13.3	46. Talking with patients about their relationships to others	7	13.3
18. Talking with patients to ensure safety	3	13.3	47. Talking with patients to ensure safety	3	13.3
19. Observing and managing patients' physical symptoms	9	12.2	48. Observing and managing patients' physical symptoms'	9	12.2
20. Intervening to improve therapy effectiveness (such as explaining tests)	3	11.7	49. Intervening to improve therapy effectiveness	3	11.7
21. Sharing individual information among nurses and other professionals	3	11.7	50. Sharing individual information among nurses and other professionals	3	11.7
22. Planning and implementing self-management of medication with patients	39	8.9	51. Planning and implementing self-management of medication with patients	39	8.9
23. Observing to ascertain patient participation in discharge plan	11	3.2	52. Observing to ascertain patient participation in discharge plan	11	3.2

Discussion

- ▶ When compared with the start of the study, discharge difficulty and care necessity of patients improved at the end of the study.
- ▶ The results clarified that “personal care”, “interpersonal relationships”, and “social role and time usage” are factors that can be easily modified by discharge support.
- ▶ Moreover, anxiety about discharge increased slightly, suggesting the importance of discharge support involving assistance for anxiety about discharge as well as individual nurse interviews conducted along with group approaches.

Conclusion

Overall improvements in social functioning scales suggest the clinical value of the strength-based discharge nursing support. Importance of frequent individual interviews was also indicated.

平成 21 年度 分担研究報告書

入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究

分担研究者 小宮山 徳太郎

「入院精神医療から地域精神医療への転換に関する研究」

分担研究者 小宮山徳太郎 医療法人栗山会飯田病院 副院長
研究協力者 南風原 泰 医療法人栗山会飯田病院 精神科科长
篠田 守 医療法人栗山会飯田病院 看護副部長

研究要旨

当院は平成10年から3年間で88床削減のために操作的に患者を退院させた経験がある。昨年度は、初年度は発見できなかった操作的退院の会議録をもとに多職種合同の詳細を明らかにし、初年度は出来なかったカルテ調査から退院後の経過実態を明らかにした。またまた、グループホーム・Hの運営費の実態も検討した。

本年度は昨年度は見つけることが出来なかった会議録の一部を探し出し、操作的退院を進めるのに重要な役割を果たした患者評価法及び退院支援の実態を明らかにしたり、法定外住居運営の実態を明らかにすることを目的に研究をおこなった。

その結果、操作的退院の対象となった患者の評価の仕方は、操作的退院を開始した初期は評価項目は精神症状や生活態度や経済状況について大項目に自由記載の方法を取っていた。操作的退院の最終時期の評価項目は大項目4つに細目は合計17項目に進化していた。それらの評価項目の記載から患者のプロフィールを明らかにしたところ、初年度のアンケート調査では患者に危機管理能力が備わっていることが重視されていたが、実際は危機管理能力の備わっていない患者も退院をしていた。また、退院した患者は何らかの日常生活機能に困難を伴っていたことから、退院後の支援が不可欠であったことが明確になった。退院後の多職種合同の支援が昨年度の調査では退院後1週間行われたとなっていたが、それはアパートSへ退院した者に対してで、グループホームへ退院した者には2週間に渡って退院後の支援が行われていたことが判明した。昨年度、退院後の多職種合同の支援に続く2年間の危機介入チームの関与とその後のACT-Iと我々が呼んでいる地域精神医療支援体制が切れ目なく機能したことが操作的退院後の入院月密度の改善に繋がっていたと考えられた。そのことは夜間帯患者数の推移からも明らかになった。本年度は法定外のアパートSと住居Sの運営を行っている有限会社SFに経理内容の開示を求め、賄人や世話人を雇い患者の経済状況を考慮した家賃設定や入院中は家賃を免除するなど患者利益を考えた経営は利益を生まない実態が明らかになった。

はじめに

本年度は操作的退院を行うに当たって具体的な患者評価法及び退院支援の実態を明らかにすることや、住居運営の実態を明らかにすることを目的に研究をおこなった。そのため、院内各所を探し、操作的退院を

実施するに当たって隔週で行われていた退院検討会議の会議録で散逸していたものの一部を見出した。それは操作的退院を始めた初期の平成10年1月中のもの一部と最終時期の平成13年1月～8月のもの一部であったが、本研究に有効な情報が得られ

たので報告する。つぎに、住居運営の実態について昨年はグループホームについて報告したが、本年度は法定外の住居の運営実態を把握する目的で経理内容の開示を求め、経営の実態を明らかにすることが出来たので報告する。

1) グループホーム H 退院患者評価表

平成 10 年 1 月中の退院検討会議の会議録には最初に操作的退院を行ったグループホーム H (GH-H) へ退院した女性 5 名に付いての GH-H 入居者評価対応表があった(図-1)。

GH-H へ退院した 5 名の女性は、年齢 53~73 歳、平均 62.4 ± 8.29 歳、操作的退院までの入院月数は 267~483 ヶ月、平均 369 ± 86.9 ヶ月、退院までの入院月密度は 81.7~98.5%、平均 $91.1 \pm 7.40\%$ であった。

GH-H 入居者評価対応表は精神症状や生活態度や経済状況について大項目に自由記載の方法を取っていた。

その GH-H 入居者評価対応表の自由記載の内容から、患者のプロフィールを表-1 にまとめて示した。

評価対応表の項目に従って、1) 精神症状は、幻聴や妄想といった陽性症状の程度を+記号で示し、意欲および対人関係では何らかの問題があるがその程度は深刻でないものを△で示し、記載のないものは空欄とした、2) 生活機能では、炊事、服薬、金銭、洗濯について自立している場合は○、援助があれば出来る場合は△、全く出来ない場合は-あるいは×、記載のないものは空欄とした、3) 経済状況は収入根拠を表記した。

精神症状では+2つで示したように陽性症状が活発な者も居たが行動化しないこと

で集団生活可能と判断されたようである。対人関係では孤立的であったり会話を好まなかったりして集団生活に何らかの困難が全ての患者に伴っていた。服薬についても自己管理して服薬できるものは一人もおらず全ての患者が服薬の支援を必要としていた。炊事は1名のみ自立出来ていたが1名は指示がなくても全く出来ず、残りの3名は支援があれば出来たことから、女性患者でも炊事に支援の必要な者が大半であった。一方、洗濯は自動化していて支援を要する者は居なかった。

2) GH-H 退院後支援体制

GH-H へ操作的退院をした患者に対する退院後の多職種同時支援について昨年は1週間のみと思われた。しかし、今年度見つけた詳細な看護の支援計画書から2週間に渡って行われていた実態が判明した。それは、最初の1週間は日勤看護師が午後1時乃至2時半から午後5時まで入り、午後5時から翌午前11時乃至9時まで当直看護師が入って支援が行われ、次の1週間は午後5時まで日勤看護師が入り午後5時から午後8時まで遅出看護師が入って支援を行うものであった。支援は病棟看護師が時間帯によってヘルパー、PSW、OT、外来看護師など他職種と共同で行った。

支援の内容は表-2, 3 に示した通りで、食事や服薬、戸締り、入浴、トイレ掃除など日常の生活の多岐に渡っていることが分かる。そのほか生活の様子を観察し、OTやデイケアへの出場時の様子や自室での夜間の過ごし方や看護師不在時の過ごし方など観察し問題があるときは早めの対応を取っていたようである。

初年度の研究で操作的退院を行うことが

出来た要因の一つに病院から徒歩圏内に多くの住居が確保できたことが挙げられた。しかし、GH・Hは病院から3km余の遠隔の場所にあった。日中活動のためにデイケアへの参加を促していたが、それは有限会社サン・フィールド(SF)がマイクロバスで送迎することで可能であった。そのデイケア参加の本人の様子を表一2の⑥と表一3の①の「HP行くことの反応」と示したもので、表一3にあるように負担を感じている様子が見えるときは参加回数を隔日にするとか時間短縮をするなどの工夫を行っていた実態が明らかになった。また、夜間の過ごし方にも対応していた実態が明らかになった。

退院後の入院月密度は0~34.1%、平均 $13.8 \pm 16.94\%$ で、退院前の平均 $91.1 \pm 7.40\%$ から著しく減少していた。

3) アパートS退院予定者情報提供書

平成13年1月から8月の期間の退院検討会議の会議録にはアパートS(AP-S)へ退院した11名、施設へ退院した2名、入院継続になった3名の計16名の退院予定者情報提供書があった(図一2)。

その退院予定者情報提供書は4つの大項目にそれぞれ3~6つ細目を設けて、記入するようになっていた。退院予定患者の情報の収集項目が操作的退院を開始した初期のものに比べると3年経過するなかで修正が加えられ整ってきたことが伺える。

その退院予定者情報提供書は、1)治療に関わる事項、病状安定度、服薬支援の有無、危機管理能力の有無、集団活動への参加の可否、2)生活技能に関わる事項、対人関係に問題の有無、言語交流の障害の有無、公共機関利用の可否、余暇の過ごし方、

3)日常活動に関わる事項、日中行動の問題の有無、食事支援の要否、入浴支援の要否、洗濯支援の要否、清掃支援の要否、他者への配慮の有無、4)経済に関わる事項、経済状況、金銭管理能力の有無、家族の経済支援の可否などの全17項目から対象患者の状況を明らかにするようになっていた。

4) アパートS退院予定者のプロフィール
今年度の調査で情報提供書の見つかった11名は、年齢48~69歳、平均 57 ± 9.04 歳、操作的退院までの入院月数は26~401ヶ月、平均 190.3 ± 140.1 ヶ月、退院までの入院月密度は25.3~98.9%、平均 $67.1 \pm 24.6\%$ であった。

昨年度までの調査で明確になった80名の操作的退院者のうち16名がAP-Sへ退院していた。従ってこの11名はAP-Sへ退院したものの68.8%に当たる。従って、この11名の情報提供書から得られる患者のプロフィールはAP-Sへ退院した者の特徴を概ね反映していると考えることが出来る。そこでAP-Sへ退院した11名の退院予定者情報提供書の記載内容から患者のプロフィールを表一4、5にまとめて示した。

表一4に示すように症状が安定していたものが大半であったが、それは幻覚、妄想がなかったのではなく症状に支配されていないと言うだけで、服薬を不規則にすれば容易に増悪する者が大半であり、病識乃至病感に乏しく服薬支援を要するものが半数以上いたことは退院後の再燃や再入院に繋がる危険度が高い患者が含まれていたことになる。

初年度の看護師長へのアンケート調査では自己の危機管理能力のあることが重視されていたが、今回発見された退院予定者情

報提供書の記録では表一4に示したように危機管理能力が十分でないものが11名中4名、36%含まれていたことが分かった。また、対人関係で問題のないものが10名と多かったが内6名は孤立的であったことから考えると、具体的な人間関係の問題を起さないとと言っても対人関係の作れなさ対人関係の困難さは伴っていたことになる。余暇の過ごし方を見ると6名と半数以上が何もしないで寝て過ごすと言う自発性の低下を示していたことが伺える。

表一5に示す日常行動に関わる事項で日常行動の問題が3名にあったがその内訳はホールの床に座ったり寝たりするのが1名、お金が手に入ると断りなく旅行に出かけてしまうのが1例、外出好きが1例であった。日常行動で支援を要する項目を見ると全員で食事の支援が必要であったことが分かった。また入浴、選択、清掃などはいずれも3割弱で支援を要する状況にあったことが分かった。また、他者への配慮の欠如が2名で認められGHでは困難な人であったことが分かった。金銭管理でも支援を要するものが4割弱いたことも分かった。親や義姉からの経済的支援を得られていたものは各1名で年金や生活保護といった公的支援を受けていたものが大半を占めていた。

AP-Sでは賄人および当院精神科病棟勤務経験のあるボランティア看護師が世話人として雇われていた。加えて図一3に示すように多職種合同の支援が退院後1週間行われ、病棟看護師が午後10時まで夜勤に入って食事、入浴、服薬の支援などをおこなった。

5) 退院後支援体制と夜間時間帯患者数の推移

GH-Hへ退院した女性5名の入居者評価対応表をまとめた表一1およびAP-Sへ退院した男性11名の退院予定者情報提供書をまとめた表一4から分かるように、操作的退院をした患者の中には症状が目立たず落ち着いているように見えても幻覚、妄想が服薬不規則になれば容易に再燃し、加えて危機状況を自身で対処する能力に欠けた者がいたことが分かる。すなわち再燃や再入院に至る危険の高い患者が操作的退院の対象に含まれていたことになる。また、表一1および表一5にまとめた結果から、食事を始め様々な生活支援が滞ると症状再燃、増悪に繋がる危険をはらんだ患者が大半であったことも分かる。しかし、退院後の入院月密度を見るとGH-Hに退院した女性5名では0~34.14%、平均 $13.8 \pm 16.94\%$ で、退院前の平均 $91.1 \pm 7.40\%$ から著しい減少を示していた。同様にAP-Sへ退院した男性11名も退院後の入院月密度は0~17.02%、平均 $3.2 \pm 5.71\%$ で、退院前の平均 $67.1 \pm 24.6\%$ から著しい減少を示していた。この操作的退院後の顕著な入院月密度の改善から、多職種合同による地域支援体制の一層の有効性が実証されたと言える。それは、GH-Hでは退院後2週間、AP-Sでは退院後1週間の多職種合同の支援体制、その後の危機介入チームからACT-Iと呼ばれる地域支援体制(表一6)が切れ間なく展開された成果といえる。

そのことは、図一4に示した夜間時間帯の患者数の推移からも推定できる。年間夜間患者数は平成18、19年は763名、654名と1000名を切っていた。ところが操作的退院がはじまった平成10年には1410名に急増している。その後も増加が続きAP-S

へ操作的退院を完了した翌年の平成 14 年には 2974 名の最大数に至っている。その後 2500 名以上のプラトーンが平成 18 年までの 5 年間続き以後減少に転じている。

夜間時間帯の対応は、一般科の当直看護師と一緒に夜間当直に入っている精神科の主任補佐以上の看護師が窓口になっていて、事例によって危機介入チームへ連携されたり主治医が駆けつけたりの対応があつて再入院回避に成果を発揮したものと推定される。

6) 有限会社サンフィールドの住居管理、運営の実態

アパート S (AP-S) 定員 21 名と法定外住居 S (Home-S) 定員 9 名との合計 29 名の住居を確保し、患者の食事支援を行っている有限会社サンフィールド (SF) に AP-S と Home-S の経理内容の開示を求め、経営の実態を明らかにすることが出来た。

SF は平成 12 年に当院の医療以外の部門業務を行う目的で設立され外郭法人で、車両のレンタル・管理運行、売店、食堂、ヘルパーセンター、高齢者ケア付き住居などの運営を行っている。そこで、操作的退院に住居確保を社会福祉法人の設立で援護寮を開設して患者の住居確保を計画したが収容し切れない事態が生じたことから SF が病院から 100m 足らずにある鉄筋コンクリート 4 階建ての元看護療を平成 13 年 6 月 AP-S に改修して 21 名の住居を確保している。そこに隣接した 2 階建て元所帯持ち看護療は平成 10 年から Home-S として操作的退院患者が 7 名入っていたが SF が取得し平成 14 年 2 月に改修して 8 名の住居を確保している。その AP-S および Home-S の概要を表一 7 に示した。

AP-S および Home-S の両方の住居を取得し管理運営している SF にその経営の実態の開示を求めた。表一 8 には、AP-S および Home-S の取得経費、両施設の改修経費および銀行からの借り入れ金額を示した。看護寮は単身者用と所帯持ち用が連なった建物であったので両者をまとめて取得して AP-S と Home-S とにしている。借入金総額は 9 千万円になっていた。表一 9 には家賃および人件費を示した。入院中は家賃を取らず住居が確保されているという安心感を持てる配慮をしているがそのため入院者が居るとそれだけ収入は減じることになる。また、人件費を抑えるため AP-S と Home-S と両方の賄を行うことや賄の交代性や元看護婦の 2 人制など工夫をしているが表一 10 に示すように赤字が続いている。銀行借入金や原価償却が生じないと仮定すると平成 14 年度では 2, 284, 083 円の増収になっていたが退職金が生じた平成 17 年度では 2, 205, 395 円の赤字であり平成 20 年度では 14, 508 円の赤字になっていた。退職者が出ると経費がかさむことから住み込みの賄を止めている。

障害者自立支援法の定めるグループホームの認定を受けることで収益の改善が考えられる。しかし、Home-S は元家族持ち看護師住宅を改装したもので、障害者自立支援法に従ったものではないのでグループホーム設置基準を満足できないことから認定は得られない。次に、経営改善に最も容易な方法は家賃を上げることが考えられる。しかし、患者の年金収入などから小遣いなど可処分を保留すると支払い可能な家賃額は 5 万円前後が妥当な金額であり増額は現実的でないように思える。また、入院中も

家賃の支払いを求めることも考えられる。しかし、入院中の家賃をもとめないのは、当院の伝統である「仁のころ」の具現であり今後も崩すことはしないと考えている。現在、SF は先に述べたように多角経営で会社全体の収支はバランスするところになっているという。

まとめ

操作的退院が円滑に行えたのは、住居の確保といったハードの部分に、退院後の支援といったソフトの整っていることが重要である。その、退院後の支援の実態を明確に出来た。それは、患者の状態を精神症状のみでなく生活技能も含めた総括的な患者評価を行い、その評価に沿った支援を多職種合同で行うことであった。特に退院直後から1乃至2週間は病棟看護師が当直や夜勤を行った詳細が明らかになった。それは食事や入浴や服薬などの支援に加え、日中や夜間の過ごし方にも関わって、新しい環境での生活が成り立つように支援をしていた。退院初期の支援のあと2年間の危機介入チームや地域精神医療支援体制がシームレスに機能していたことは夜間帯患者数の急増がその傍証となった。それは操作的退院を開始した平成10年から急増し、操作的退院を完了した平成13年から5年間は増加数のプラトーが続いていた。そのように支援体制が有効に機能して昨年度も指摘したように入院月密度の減少につながっていたが、一方で投与薬物のCP換算量の増加が見られていたことは操作的退院が病棟生活にはない症状増悪の要因になることを念頭に置くことが必要に思われる。

ア有限会社 SF のアパートや法定外住居

の経営が、賄や世話人を配して患者の経済状況を考えた家賃設定や入院中は家賃を求めず居室を空けたまま患者退院を待つといった患者中心の利益を生まない経営実態が明らかになった。この事実は、法定外の住居経営が利益を追求すれば患者の生活環境は劣悪なものになってしまうことが明白になった。

退院後の支援体制がシームレスに機能していたことは夜間帯患者数の急増がその傍証となった。それは操作的退院を開始した平成10年から急増し、操作的退院を完了した平成13年から5年間は増加数のプラトーが続いていた。そのように支援体制が有効に機能して昨年度も指摘したように入院月密度の減少につながっていたが、一方で投与薬物のCP換算量の増加が見られていたことは操作的退院が病棟生活にはない症状増悪の要因になることを念頭に置くことが必要に思われる。

氏名	入院生活上の課題	対応方法	入居後の課題	収入	予測ポイント
大下組	入院生活上の課題 ① 服薬の管理 ② 食事の管理 ③ 入浴の管理 ④ 洗濯の管理 ⑤ 清掃の管理 ⑥ 他者への配慮	対応方法 ① 覚悟を持って取り組む ② 服薬は手帳に記入して ③ 少くとも手帳に記入 ④ 見届用紙で済ませ ⑤ 手帳に記入	入居後の課題 ① 服薬の管理 ② 食事の管理 ③ 入浴の管理 ④ 洗濯の管理 ⑤ 清掃の管理 ⑥ 他者への配慮	収入 ① 障害年金 ② 家族からの援助 ③ 収入 ④ 収入 ⑤ 収入 ⑥ 収入	予測ポイント ① 毎日服薬に必ず継続して ② 服薬の管理は重要 ③ 収入の管理は重要 ④ 収入の管理は重要 ⑤ 収入の管理は重要 ⑥ 収入の管理は重要
高橋清子	入院生活上の課題 ① 服薬の管理 ② 食事の管理 ③ 入浴の管理 ④ 洗濯の管理 ⑤ 清掃の管理 ⑥ 他者への配慮	対応方法 ① 覚悟を持って取り組む ② 服薬は手帳に記入して ③ 少くとも手帳に記入 ④ 見届用紙で済ませ ⑤ 手帳に記入	入居後の課題 ① 服薬の管理 ② 食事の管理 ③ 入浴の管理 ④ 洗濯の管理 ⑤ 清掃の管理 ⑥ 他者への配慮	収入 ① 障害年金 ② 家族からの援助 ③ 収入 ④ 収入 ⑤ 収入 ⑥ 収入	予測ポイント ① 毎日服薬に必ず継続して ② 服薬の管理は重要 ③ 収入の管理は重要 ④ 収入の管理は重要 ⑤ 収入の管理は重要 ⑥ 収入の管理は重要

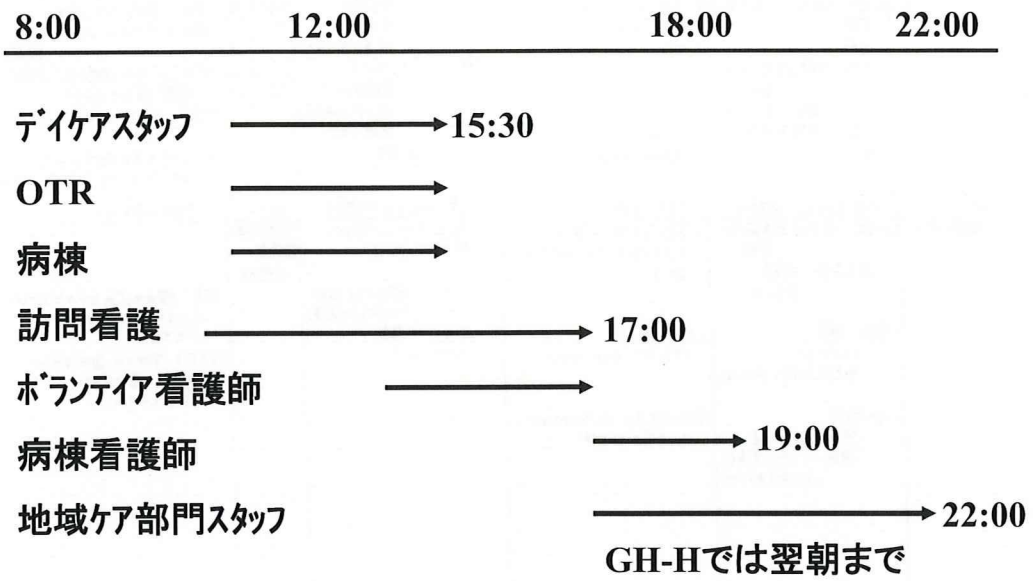
図-1 GH-H入居予定者評価対応等

退院予定者情報提供書

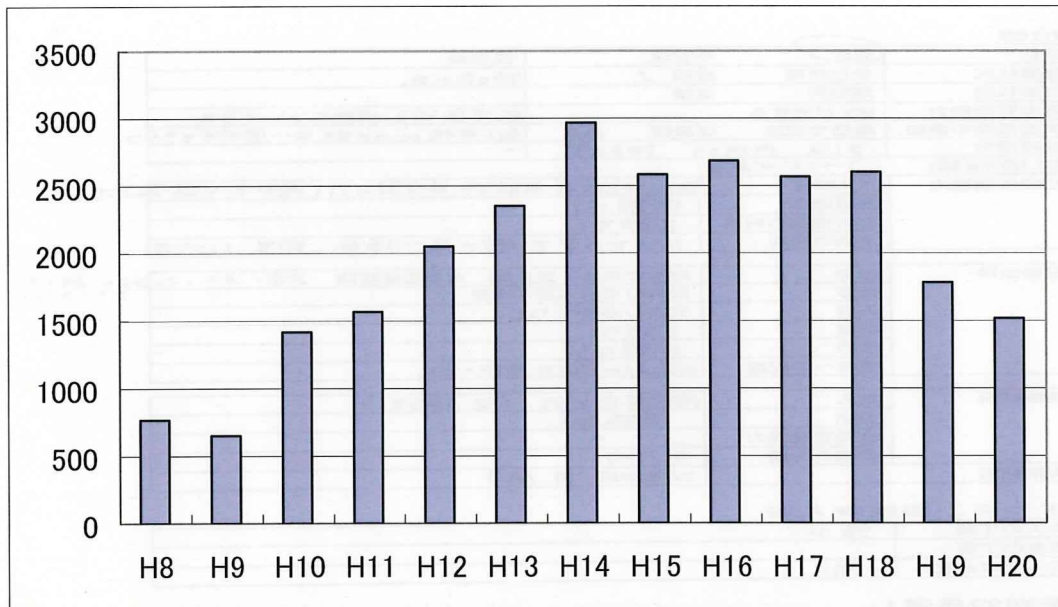
氏名: N4 病棟
生年月日: S26年11月27 現住所 (住民票上の所在地)

治療	安定	不安定	注意点
病状	安定	不安定	躁々になる
服薬状況	自己管理	支援	
受診状況	定期的	支援	
危機管理能力	叫ぶが出せる	孤立	自立生活支援センター等
集団活動の参加	集団で安定	孤立	対人関係に配慮が必要
性格傾向	まじめ 内向的	内向的	
生活リズム	リズムがある		
社会生活能力	対人関係 言語能力 公共機関の利用 余暇の利用	対人関係 言語能力 公共機関の利用 余暇の利用	
日常生活	行動 食事 入浴 洗濯 清掃 他者への配慮	階段の昇降、買い物、主な生活時間 服薬の支援 (要/不要) 支援の必要性なし 困難なし 困難なし 他者への配慮	
経済状況	収入 支出 金銭管理能力 家族の支援	障害年金支給 (元/整理) 困難なし 可/不可 32条申請済 (未)	
保険種別			
きつき、擬議寮入居			
本人の了解	了解		
家族の了解			
仮入所の必要性	有り		
長期的見通し			
擬議寮入居者	施設、自宅、アパート	その他	
個別支援の必要性	訪問	来居	

図-2 退院予定者情報提供書



図一3 AP-S退院後1週間の支援体制



図一4 夜間帯患者数の推移

表一1 GH-H(女性)入居者プロフィールH10.1

	HS	KR	SH	IF	TK
精神症状					
幻聴、妄想	+	+		++	+
意欲	△		△		△
対人関係	△	△	△	△	△
生活機能					
炊事	△	△	△	○	-
服薬	△	△	△	△	△
金銭		×	△		△
洗濯	○	○	○	○	○
経済状況	障年金	障年金	障年金	障年金	生保

表一2 第1週目看護の支援

勤務体制

日勤看護師 午後1～5時、午後2:30～5時 ヘルパー/PSW/OTと
 当直看護師 午後5時～午前11時、午後5時～午前9時
 午後7～9時 PSW/OT/外来看護師と

ケア内容

- ①:朝食準備、片付け、薬確認 ②:昼食、Pt観察
- ③:夕食準備、片付け、薬確認
- ④:眠剤服確、就寝までの過し方、精神状態、睡眠状態、戸締り、
- ⑤:トイレ掃除指導
- ⑥:洗濯他生活の様子観察、人間関係、HPへ行くことの反応、精神状態などの観察、必要時支援
- ⑦:Ns不在時の状況把握

ヘルパー ; イ:荷物整理、 ロ:アパート全体(廊下、台所、玄関)掃除、
 ハ:入浴準備、掃除 ニ:買物(希望により)

表一3 第2週目看護の支援

勤務体制

日勤看護師 午前8:30～11時,午後3:30～5時 ヘルパー/PSW/OTRと
 遅出看護師 午後5～8時 管理人と

ケア内容

- ①: 夜間、朝食の様子、朝食薬確認、精神状態、HPに行く事の反応
- ②: 昼食準備が自立できるか、終日アパートに居ることの反応
- ③: 入浴が自立できるか
- ④: 夕食用意、朝食指導、夕・眠剤確認、戸締、献立の希望、就寝までPtだけで過ごせるか、買物希望、生活の問題、支援、病状観察
- ⑤: OT室の空間で安心して過ごせるか ⑥: 買物希望により買物

HPに行くのに負担感あれ回数、時間検討／朝・昼食に問題あれば訪問時間検討／夜間の生活に問題あれば訪問時間延長／

ヘルパー ; イ: 火の始末の仕方 ロ: Ptと話し合い

表一4 アパート-Sへ退院する患者情報一1

1) 治療に関わる事項

病状安定度	安定	9	不安定	2
服薬	自己管理	5	要支援	6
危機管理能力	あり	7	なし	4 (身体表現化する 3)
集団活動参加	可能	2	小集団のみ可	6
			不可	3

2) 生活技能に関わる事項

対人関係に問題	なし	10 (孤立傾向 6)	あり	1
言語交流の障害	なし	9	あり	2 (MR、小声)
公共機関の利用の問題	なし	8	あり	3
余暇の過ごし方	寝ていて何もしない	6	読書	2
	ラジオテレビ	2	散歩	2

表一5 アパート-Sへ退院する患者情報一2

3) 日常活動に関わる事項

日常行動の問題	なし	5	あり	3	無回答	3
食事支援の要否	必要	11	不要	0		
入浴支援の要否	必要	3	不要	6	無回答	2
洗濯支援の要否	必要	3	不要	8		
清掃支援の要否	必要	3	不要	7	無回答	1
他者への配慮の問題	なし	8	あり	2	無回答	1

4) 経済に関わる事項

経済状況	障害年金	7	生活保護	2	両親	1	義姉	1
金銭管理能力の有無	あり	7	支援必要	4				
家族からの支援の可否	可能	4	不可	7				

表一6 地域精神医療支援体制と危機介入チーム

地域精神医療支援体制

ケースマネージャー

カンファレンス→多職種支援

精神科訪問看護→危機介入

看護当直→危機介入

危機介入チーム

外来看護師 訪問看護師 デイケアスタッフ PSW

緊急体制 (各群から1名)

A PSW Nurse CW

B OTR Pharm.

C Dr.

表一7 AP-SとGH-Sの概要

AP-Sの概要

鉄筋コンクリート造り5階建

1階 食堂、厨房、洗濯室、賄人の居室

2～4階 各階7室 計21室

各階風呂、トイレ、洗面所

GH-Sの概要

鉄筋コンクリート造り2階建

各階2ブロック 1ブロック2室 計8室

1ブロックに風呂、トイレ、ミニキッチン

表一8 AP-SおよびHome-S取得経費及び改修経費

元看護寮(築35年)取得額	7,500,000円
不動産取得税	530,800円
取得権保存登記料	926,800円
AP-S 改修工事費	69,300,000円
Home-S 改修工事費	18,900,000円
設備投資(冷蔵庫、テーブル、TV等)	1,611,000円
初期投資額合計	98,768,600円
借入金	90,000,000円 (15年、3.075%)

表一9 AP-SおよびGH-Sの家賃及び職員経費

AP-S 21室 家賃 52,000円(朝夕賄付き・水道光熱費込み)
入居一時金 50,000円

GH-S 8室 家賃 45,000円～50,000円(朝夕賄付き・
水道光熱費込み)

入居一時金 50,000円

入院中の家賃は全額免除(帰る場所を保障し安心感を持たせる)

職員

平成13年7月～ 住込み賄職員 1名 (月 200,000円)
元看護師 3名 PM 2～6時、月～土交代制
(月 50,000円×3)

平成18年3月～ 住込み体制解除 朝食セルフ

平成18年7月～ 賄交代2名制 (月 200,000円+75,000円)

平成19年4月～ 元看護師2名体制 (月 75,000円×2)

平成20年6月～ 朝食セルフ廃止 賄職員対応

表一10 AP-S およびHome-Sの収支の経緯

年度	H14	H17	H20
月平均入居者数(入院数)	24. 6(0. 91)	20. 0(2. 66)	26. 5(4. 16)
家賃収入	15,598,780	10,757,012	14,398,472
人件費	5,594,000	5,641,824	6,247,700
水道光熱費	3,708,405	3,398,542	4,244,452
食費	3,749,560	2,938,858	3,413,372
通信費	107,803	269,499	230,477
その他	154,929	533,684	276,979
原価償却	7,560,000	7,000,000	5,594,640
返済利息	2,571,432	1,968,962	1,648,007
収支	-7,847,349	-10,994,357	-7,257,225
		人件費に退職金474,950含む	

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松原三郎	精神保健福祉法一法に基づいた入院手続きと処遇	山内俊雄	精神科専門医のためのプラクティカル精神医学	中山書店	東京	2009	622-633
松原三郎	精神科医療と国民経済	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書	中央法規	東京	2009	134

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
松原三郎	中期的な見地からみた精神科医療と診療報酬のあり方	日精協誌	28(4)	253-254	2009
松原三郎	精神科救急病棟が持つべき機能について	医療福祉建築	165	6-7	2009
畠 稔	急性期統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因—退院準備度評価尺度(DRI)を用いた評価—	第40回日本看護学会論文集(精神看護)		113-115	2009
小宮浩美, 岩崎弥生, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり	精神障害者の退院支援における看護援助(その1)—事例調査を用いた援助の効果の検討.	第29回日本看護科学学会学術集会講演集		503	2009
岩崎弥生, 小宮浩美, 東本裕美, 山田洋, 石川かおり	精神障害者の退院支援における看護援助(その2)—質問紙調査による退院援助の実施状況の把握	第29回日本看護科学学会学術集会講演集		503	2009
岩崎弥生, 小宮浩美, 石川かおり, 東本裕美, 野崎章子, 山田洋	精神科入院患者の退院促進を指向した看護援助に関する調査	日本精神衛生学会誌こころの健康	24(1)	76-77	2009
Iwasaki, Y., Komiya, H., Higashimoto, H., & Ishikawa, K.	Strength-based discharge nursing for people with mental illness: A questionnaire survey.	Shanghai International Nursing Conference		184	2009
Komiya, H., Iwasaki, Y., Higashimoto, H., & Ishikawa, K.	Effects of strength-based discharge nursing support for long-stay patients with mental illness.	International Nursing Conference		362	2009