

「労働に関する認識」、の項目で有意に得点が低くかった。退院時においては、「話の明瞭さ」、「良好な適応状態の維持」、の項目で有意に得点が低くかった。

ADE の 16 項目の比較において長期行動制限あり群は、短期群と比較して入院時と退院時の「金銭管理、金銭感覚」の項目で有意に得点が低くかった。また、長期行動制限なし群は、短期群と比較して入院時の「判断の自己決定」、「応答」、「金銭管理、金銭感覚」の項目で有意に得点が低くかった。さらに、初回外泊時においては、「応答」、「指示・指導に関する理解力」の項目で有意に得点が低くかった。退院時においては、「応答」、「金銭管理、金銭感覚」の項目で有意に得点が低くかった。

表 6. <研究 2>DRI4 因子の比較 ** $p < 0.01$

	入院時	初回外泊時	退院時	
CAP	短期群	45.67±11.63	58.25±10.65	65.83±9.06 **63.00±9.38 53.78±12.18
	長期行動制限あり	29.33±9.79	55.17±11.09	
	長期行動制限なし	37.11±9.27	41.11±11.25	
ADE	短期群	64.08±13.88	72.00±6.95	74.92±4.76 **70.67±7.53 64.44±11.99
	長期行動制限あり	41.67±15.54	67.67±8.26	
	長期行動制限なし	56.78±13.19	57.22±13.30	
BEL	短期群	8.33±1.78	8.33±2.87	7.75±2.38 8.50±2.35 9.78±4.24
	長期行動制限あり	18.17±6.85	10.33±4.27	
	長期行動制限なし	12.56±6.25	10.67±5.20	
MAN	短期群	8.42±1.73	6.08±2.87	5.33±2.06 5.83±1.60 6.67±3.71
	長期行動制限あり	12.00±2.19	7.33±2.66	
	長期行動制限なし	9.00±2.78	7.67±3.97	

表 7. <研究 2>DRI41 項目の比較 (CAP) ** $p < 0.01$

	入院時	初回外泊時	退院時	
簡単な会話	短期群	4.00±0.85	4.42±0.67	4.75±0.45 **4.33±0.82 3.78±1.09
	長期行動制限あり	2.50±0.84	4.33±0.82	
	長期行動制限なし	3.00±1.00	3.22±0.83	
状況にあった判断	短期群	3.17±1.27	3.58±0.79	4.08±0.90 **4.00±0.89 3.00±1.00
	長期行動制限あり	1.67±0.52	3.50±0.84	
	長期行動制限なし	2.00±0.50	2.22±0.83	
話の明確さ	短期群	3.67±1.30	4.33±0.78	4.75±0.45 **4.17±0.75 3.11±1.17
	長期行動制限あり	2.00±0.89	**3.67±1.03	
	長期行動制限なし	2.33±1.00	2.89±1.05	
適切な感情反応	短期群	3.00±1.13	3.92±0.90	4.25±0.62 **4.00±0.63 3.22±1.09
	長期行動制限あり	2.00±0.63	3.17±1.33	
	長期行動制限なし	2.11±0.93	2.22±0.97	
労働に関する認識	短期群	2.92±1.38	3.58±1.00	2.83±0.94 **3.67±0.82 2.78±1.20
	長期行動制限あり	1.50±0.84	2.67±0.52	
	長期行動制限なし	2.11±0.60	1.89±0.93	
良好な適応状態の維持	短期群	2.00±0.83	3.33±0.89	4.00±0.89 **4.00±0.89 3.11±0.93
	長期行動制限あり	1.50±0.55	**3.33±0.82	
	長期行動制限なし	1.89±0.60	2.33±0.87	

表 8. <研究 2>DRI41 項目の比較 (ADE) ** $p < 0.01$

	入院時	初回外泊時	退院時	
判断の自己決定	短期群	3.33±1.44	4.00±0.85	4.42±0.67 **3.50±1.05 3.83±1.17
	長期行動制限あり	1.83±1.17	2.78±1.09	
	長期行動制限なし	2.89±1.17	3.33±0.71	
応答	短期群	3.83±1.03	4.42±0.79	4.83±0.39 **4.00±1.10 3.56±0.88
	長期行動制限あり	2.33±1.03	**3.83±1.17	
	長期行動制限なし	3.22±0.97	2.89±1.05	
指示・指導に関する理解力	短期群	4.08±1.00	4.42±0.79	4.58±0.67 **4.50±0.84 3.67±1.22
	長期行動制限あり	2.33±1.51	4.17±0.75	
	長期行動制限なし	3.00±1.12	2.27±1.30	
金銭管理・金銭感覚	短期群	4.33±0.89	4.67±0.49	5.00±0.00 **4.00±1.10 4.11±0.78
	長期行動制限あり	2.33±1.51	**4.33±1.51	
	長期行動制限なし	3.89±1.05	4.00±1.00	

D. 考察

研究1の結果から、DRI4因子において、長期群は短期群と比較して入院時よりBELが特に強く、入院時陽性症状が強く重症度が高い傾向にあると考えられた。そのため、研究2では、行動制限の有無によって長期群を分類し、さらなる比較検討を行ったが、BELに関して治療過程による有意差は認められなかった。このことは、重症度の高い転院した患者を除外したことが関係していると考えられた。しかし、行動制限あり群は、短期群と比較して急性期の期間が長い傾向にあり、症状の改善のための治療に時間を要し、入院の長期化につながっていると考えられた。

平成19年度「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」報告書より、退院困難理由として①患者側の要因（精神症状が重篤、症状が不安定、現実検討能力の低さ、セルフケア不足、活動意欲の低下など）②家族側の要因（家族が退院に消極的、家族の健康問題で受け入れを拒否など）③患者・家族以外の要因（住居の問題、初めての単身生活の問題）が報告されている。この報告書より入院時におけるCAPの「状況にあった判断」とADEの「指示・指導に関する理解力」の低さは、現実検討能力の低さ、セルフケア不足に関係していると考えられた。また、初回外泊後の「労働に関する認識」の低さは、活動意欲の低下に関係していると考えられた。この結果から長期群は短期群に比べて、自己決定能力ならびにセルフケア能力が入院時から低く、外泊を繰り返しながら自我機能の回復とセルフケア能力の向上に長い時間を要するために入院の長期化につながっているのではないかと考えた。一方、長期群の行動制限なし群では、外泊時、退院時のCAPとADEの得点が低いという結果から、回復期が長期化する要因として、陰性症状による自己決定能力やセルフケア能力の不足の回復のための治療やケアに時間を要するためと考えられた。また、外泊が可能となっても、地域社会における周囲との適切な関係を持つことができないため、外泊を繰り返していることも入院の長期化の要因とひとつと考えられた。

CAPのカットオフポイントによる2群間の比較において長期群はどの時期においてもカットオフポイント未達が過半数を占めていた。この結果より長期群は短期群と比較し、患者自身の状態が安定しないまま外泊を行っていることや退院後の環境条件の調整に時間を必要としているために入院の長期化につながっているのではないかと考えた。

更に、長期群は退院準備期に至っても「話の明瞭

さ」、「応答」、「金銭管理、金銭感覚」、「必要な援助を求める」、「適切な感情反応」の項目に点数の低さが認められた。児島らは、入院期間が長期化すると患者は、自主性や自立性が欠如し、インスティテューショナルリズムに陥ったり、閉鎖病棟への入院で医療者に管理されているといったパターンリズムの中で成立している関係が強く、一早く、社会参加につなげていくことが退院促進につながると述べている³⁾。統合失調症患者を早期に社会参加につなげていくためには、評価尺度を利用し、他職種と連携しながら各時期に問題点を明らかにし、退院調整を実践することが退院後の円滑な生活につなげていけるのではないかと考える。

今回、統合失調症入院患者の長期入院に関わる要因をDRIを用いて分析し明らかになったことから、円滑な社会生活を可能とする看護援助として入院時からの強い好戦性に対しては、症状の改善に努めた安全を重視したケアが優先され、陽性症状が改善した早い段階から現実検討能力やセルフケアの自立に向けたケアに移行する必要があると考えられた。また、回復期から病棟内で早期からの金銭管理を支援していくことが必要であると思われた。更に、回復期から退院準備期においては職場や学校、家庭などに戻るための支援や緊急時のサポートシステムの確立の支援が必要と考えられた。

E. 結論

1. DRI4因子において、長期群は短期群と比較して入院時のBELのみ有意差があったが、行動制限の有無によって長期群を分類し検討を行ったが、BELに関して有意差は認められなかった。
2. 長期群の行動制限なし群は、短期群と比較して初回外泊時のCAPとADEに有意差があった。
3. 行動制限あり群は急性期の期間が行動制限なし群の2倍の期間を要しているのに対して回復期では行動制限なし群の方が行動制限あり群の1.4倍の期間を要していた。
4. 長期群と短期群のCAPのカットオフポイントを比較すると長期群は各時期において過半数以上がカットオフポイントを下回り、退院準備度が整っていなかった。
5. 急性期が長期化する要因は、入院時より強い好戦性に対して行動制限を行い、回復に時間を要していることが考えられた。また、回復期が長期化する要因は、CAPやADEが逸脱しており、陰性症状による自己決定能力やセルフケア能力の不足が関与していることが示唆された。

引用文献

- 1) 井上顕・西田淳志, 他: Discharge Readiness Inventory (DRI) 日本語版の作成における信頼性および妥当性の検討, 精神医学, 48 (4), p. 399-404, 2006.
- 2) 西田淳志・井上顕, 他: 退院準備度評価尺度, 臨床精神医学, 増刊号, p. 637-647, 2004.
- 3) 児島雅子・細田英俊: 長期入院患者の退院促進を目指して, 第 33 回日本精神科看護学会大阪大会学会誌, p. 302-303, 2008.

参考文献

- 1) 末安民生: 精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討, 社団法人日本精神科看護技術協会, 2008.
- 2) 宇佐美しおり, 他: 長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護, 医歯薬出版株式会, 2008
- 3) 畠稔, 他: 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, p113-115, 2009.

厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

急性期病棟における統合失調症退院支援パスを導入して

分担研究者 三邊 義雄 金沢大学医薬保健研究域医学系教授
福島 秀行 石川県立高松病院看護部

研究要旨

石川県立高松病院は2003年8月より、病床数44床の精神科救急入院料施設基準の病棟を運営している。できるだけ多くの入院患者に対応をするという救急・急性期病棟の役割を果たすには、急性症状の改善だけでは限界があり、むしろ回復期にこそ地域生活を見据えた社会機能の回復や対処方法の獲得等が必要であると考え、2003年度より回復期において退院支援の取り組みが開始された。しかし、救急・急性期病棟では月平均27名の入院患者を受け入れなければならない為、退院支援活動の途中で後方支援病棟である慢性期閉鎖病棟や慢性期開放病棟への病棟移動するケースが少なくなかった。病棟移動の問題点としては、各病棟の機能やケア方針の違いからケアが中断され、入院期間の延長が認められた。そこで、2005年度に急性期病棟、後方支援病棟、外来、デイケアが共同し、回復期における効果的な退院支援として統合失調症退院支援パスを作成し、2006年度より導入となった。

統合失調症退院支援パスを使用して退院した患者群41名のデータより、各期における平均期間は急性期・臨界期28.9日、回復前期3.6日、回復後期17.4日、退院準備期19.8日。パス日数は平均40.8日。平均在院日数は70.9日。再入院率は19.5%であった。パスの有効性について、パスの対象ではあるが、パスを使用せず退院した患者群28名と比較分析した結果、在院日数においてt検定では、両側検定でp値は0.008という強い有意差をもってパス使用群の方が在院日数は短いという結果になった。ただし、各群の正規性を事前に検討すると、パス使用群の在院日数が正規分布を示すのに対してパス不使用群は正規分布ではなかった。そこでMann-Whitney検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定でp値は0.070で有意差はないが、パス使用群で在院日数は短い傾向にあると言えると思われた。

パスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいのかを検討した結果、回復前期はパス開始時点で目標が達成したと判断したら必要なく、回復後期は14～21日間、退院準備期は14～21日間と設定し、回復後期、退院準備期に家族との関係調整、退院に向けた患者・家族への教育等に十分な時間をかけ、退院支援を行う事が必要と考えられた。

A. 研究目的

入院日数の短縮と再入院率の減少を目的に患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院支援パスを導入し、その有効性についての分析とパスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいかを検討する。

B. 研究方法

1. 対象者

2006年4月1日～2009年12月31日までに入院した統合失調症の患者。ただし、①任意入院で休息目的の患者、②措置・鑑定入院の患者、③急性期症状が改善され早期に家族の受け入れ

あり退院が決まった患者、④急性期症状が改善され早期に家族の希望で他病院への転院が決まった患者、⑤知的障害などの合併症患者、⑥家族との関係が非常に悪く、退院先の目処が立たない患者はパス適応を除外する。

2. パス導入の手順

統合失調症の回復過程を計見らに基づいて、①急性期（7～10日間）、②臨界期（7～10日間）③回復期（20日間前後）の3期に分類。急性期・臨界期を終え、隔離を要しないと判断された時点で多職種が参加するスタッフミーティングにてパスの適応を検討する。パスの適応と判断された場合は、患者及び家族と面談して

目標とその期間について話し合い、同意を得て統合失調症退院支援パスの使用を決定する。

3. パスの概要

パスは回復期を①Ⅰ期－回復前期(7～14日間)、②Ⅱ期－回復後期(7～14日間)、③Ⅲ期－退院準備期(7～14日間)の3期に分類し達成目標、援助項目を設定し退院支援する。ただし、Ⅰ期～Ⅲ期まで、全ての達成目標、援助項目が必要ではなく、患者・家族のニーズに応じて必要な達成目標、援助項目を選択する。(表1～表3)

表1 Ⅰ期 (回復前期)

達成目標
<input type="checkbox"/> 休息をとれる <input type="checkbox"/> 確実に服薬できる <input type="checkbox"/> 家族も休息できる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> セルフケア不足への援助 <input type="checkbox"/> 休息がとれるよう環境調整 <input type="checkbox"/> 家族への精神的サポート <input type="checkbox"/> 福祉情報の提供および相談

表2 Ⅱ期 (回復後期)

達成目標
<input type="checkbox"/> 生活リズムが回復できる <input type="checkbox"/> 本人と家族が今後の方向性や課題を明確にできる <input type="checkbox"/> 病気の知識を持つ事ができる <input type="checkbox"/> 再発予防の知識を持つ事ができる
主な援助項目
<input type="checkbox"/> 患者と家族の思いを調整 (面談シート聴取) <input type="checkbox"/> 患者心理教育 <input type="checkbox"/> 家族の精神的ケアと心理教育 <input type="checkbox"/> 退院マネジメント (方向性を明確にする)

表3 Ⅲ期 (退院準備期)

達成目標
<input type="checkbox"/> 退院後の生活を考え、社会資源などを活用できる <input type="checkbox"/> 治療・服薬継続の意思が持てる <input type="checkbox"/> 再発予防、症状軽減の行動ができる <input type="checkbox"/> 家族の退院に対する不安を軽減できる <input type="checkbox"/> 退院を阻害する要因がなくなる
主な援助項目

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> 再発予防シートや症状コントロールシートの説明と活用
<input type="checkbox"/> 薬剤指導および服薬自己管理の検討・実施
<input type="checkbox"/> 外来看護師との面接・問題共有
<input type="checkbox"/> 家族へ対処方法や服薬確認について指導
<input type="checkbox"/> 退院前訪問 |
|--|

4. 調査方法

2006年4月1日～2009年12月31日に入院した統合失調症患者の内、パスを使用して退院した患者のデータを入退院簿とカルテより情報収集する。

5. 調査内容

パス使用者数、急性期・臨界期日数、回復前期日数、回復後期日数、退院準備期日数、パス使用日数、在院日数、再入院歴。

6. 倫理的配慮

研究にあたり得た情報は、患者個人が特定できないよう配慮した。

C. 研究結果

1. 2006年度のパス使用者は11名。2007年度は2名。2008年度は29名、2009年度は15名で大幅にパス使用率が増加した。パスの進行が困難(退院が4ヵ月以内では無理)と判断しパスを中止した患者は13名である。

表4 パス使用状況

年度	パス使用者	統合失調症患者数
2006年度	11名	114名
2007年度	2名	83名
2008年度	29名	77名
2009年度	15名	65名 (12月末)
合計	57名	339名

2. パスの各期における平均期間は、急性期・臨界期28.9日、回復前期3.6日、回復後期17.4日、退院準備期19.8日、パス日数の平均期間は40.8日、パス使用者の平均在院日数は70.9日であった(パスを中止した13名と現在パス進行中3名はデータの集計から省く)。

表5 パスを使用して退院した患者41名のデータ

急性期・臨界期	28.9日 (SD14.5)
Ⅰ期 (回復前期)	3.6日 (SD6.1)
Ⅱ期 (回復後期)	17.4日 (SD7.9)

Ⅲ期（退院準備期）	19.8日 (SD17.3)
パス日数	40.8日 (SD23.4)
平均在院日数	70.9日 (SD26.9)

3. パスを使用して退院した患者群 41 名とパスの対象ではあるが、パスを使用せず退院した患者群 28 名と比較分析した結果、在院日数において t 検定では、両側検定で p 値は 0.008 という強い有意差をもってパス使用群の方が在院日数は短いという結果になった。ただし、各群の正規性を事前に検討すると、パス使用群の在院日数が正規分布を示すのに対してパス不使用群は正規分布ではなかった。そこで Mann-Whitney 検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定で p 値は 0.070 で有意差はなかった。

表6 t 検定 在院日数

パス使用	n	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差
不使用群	28	125.1	98.843	18.680
使用群	41	70.9	26.837	4.191

	2つの母平均の差の検定			
	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差
等分散を仮定する	3.338	67	0.001	54.08
等分散を仮定しない	2.825	29.736	0.008	54.08

表7 Mann-Whitney 検定 在院日数

パス使用	n	中央値	平均ランク	順位和
不使用群	28	71.50	40.30	1128.50
使用群	41	67.00	31.38	1286.59
合計	69			

	在院日数
Mann-Whitney の U	425.500
Wilcoxon の W	1286.500
Z	-1.815
漸近有意確率 (両側)	0.070

4. パスが予定通り進行できた患者は 28 名、2 週間以内の超過をした患者は 4 名、2 週間以上の大幅に超過した患者は 9 名であった。

5. パスの進行が困難（退院が 4 ヶ月以内では無理）と判断し、パスを中止した患者は 13 名。内訳は、服薬の必要性を理解できず、心理教育の効果

もないが 2 名、グループホーム入所支援パスに変更が 2 名、家族の不安により退院の見通しが立たないが 6 名、退院先の調整が 2 名、他の疾患が疑われ、総合病院に転院となるが 1 名であった。

6. パスを使用して退院した患者 41 名中 8 名が再入院。再入院率は 19.5% であった。内訳は、3 ヶ月未満が 3 名、3 ヶ月以上 6 ヶ月未満が 2 名、6 ヶ月以上 1 年未満が 2 名、2 年以上 3 年未満が 1 名であった。

表8 再入院患者の入院時期

3 ヶ月未満	3 名 (7.3%)
3 ヶ月以上 6 ヶ月未満	2 名 (4.9%)
6 ヶ月以上 1 年未満	2 名 (4.9%)
2 年以上 3 年未満	1 名 (2.4%)

D. 考察

1. パスの有効性について

パス使用群 41 名とパス不使用群 28 名を比較分析した結果、在院日数において t 検定では、両側検定で p 値は 0.008 という強い有意差がパス使用群にあった。しかし、Mann-Whitney 検定（ノンパラメトリック法）で比較すると、両側検定で p 値は 0.070 で有意差はなかったが、パス使用群で在院日数は短い傾向にあると言えると思われる。ただし、パス不使用群においても全症例ではないが、今後の方向性や課題の明確化、再発兆候や症状コントロール教育を行ったのでそれがデータに影響しているとも考えられる。

2. 2006 年度～2007 年度は、医師・看護師間でパスに対する認識や理解度の違いから、パスを拡充していく為の体制作りが十分でなかった為、パスの使用率が少なかった。2008 年度からは、主治医と看護師間でのパスの適応検討から、多職種が参加するスタッフミーティングでの検討に変更する事やパスの学習会を開催する等、パスを拡充していく為の体制作りができた事で大幅にパス使用率が増えたと考えられる。

3. 回復前期が規定日数（7～14 日間）より大幅（平均 3.6 日）に短縮された要因としては、急性期・臨界期からパス開始までの期間（平均 28.9 日）において、休息がとれるという回復前期の目標がすでに達成されたと判断し、回復後期よりパスを開始した患者が 28 名いたからである。

4. 回復後期、退院準備期においてパスが予定通り進行できず、大幅に超過した要因としては、①達成目標は各期において、他科の疾患パスとは違い、患者・家族側と2つの視点から目標を設定している為、双方の目標が達成しなければ目標達成に至らず、時間のずれが生じる。②病状の不安定さがある、病識・治療の必要性の自覚が乏しい、入院前の精神症状が激しい等の患者群は、家族関係の修復や家族の退院に対する不安の軽減に時間を要し、退院先が入院前とは異なる患者群は、退院先の調整に時間を要する。

5. 入院の長期化や再発予防には、患者への心理教育と共に家族への心理教育が重要であると言われている。当院のデータ結果からも入院が長期化した要因として、家族の退院への不安が挙げられており、家族への心理教育が必要とされている。しかしながら、当院においての家族への心理教育は、家族の都合や治療者側の多忙もあって十分に行えていない状況であった。そこで2008年度より、家族の退院後の不安内容をアンケート調査より明らかにした上で冊子を作成

冊子により、家族に統合失調症の疾病理解を深めてもらい、患者への対応について役立てられるように情報提供している。

E. 結論

1. 患者・家族が治療に参画できる統合失調症退院援パスを導入し、患者・家族のニーズに応じた退院支援を行う事が入院日数の短縮と再入院率の減少に繋がるものと考えられる。

2. パスの各期においてどのくらいの在院期間を設定する事が望ましいのかを検討した結果、回復前期はパス開始時点で目標が達成したと判断したら必要なく、回復後期は14~21日間、退院準備期は14~21日間と設定し、回復後期、退院準備期に家族との関係調整、退院に向けた患者・家族への教育等に十分な時間をかけ、退院支援を行う事が必要である。

[研究協力]

石川県立高松病院看護部 東川貞男、斉藤康宏、長岡香代子、桶谷玲子、西田千恵子

平成 19－21 年度 総合研究報告
分担研究報告書

地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間 京子

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
（総合）分担研究報告書

地域精神保健福祉サービスの拡充に関する研究

分担研究者 羽間京子 千葉大学社会精神保健教育研究センター教授
研究協力者 佐竹直子 国立国際医療センター国府台病院精神科
森ますみ 千葉大学医学部附属病院精神神経科技術職員

研究要旨 精神科入院患者の円滑な退院や地域生活のために必要な精神保健福祉サービスの質を明らかにすることを目的として、(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握と分析、(2)退院や地域生活支援の先駆的取り組みについての事例研究、(3)精神科入院患者の円滑な退院や地域生活に必要な精神保健福祉サービスの質的把握のための調査を実施した。

(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握については、障害者福祉施設の一部が自立支援法における移行期にあって全国レベルでのデータ比較が困難であるため、平成 18 年、平成 19 年、及び平成 21 年における千葉県内精神保健福祉関連の社会資源（居住支援・日中活動別）の施設数及び定員等のデータを収集し、経年比較を行った。その結果、社会資源の新設または新体制への移行等は徐々に進んでいるものの、特に居住支援については、長期入院解消のために必要とされる自宅以外の入居必要定員の推定値（平成 18 年 6 月 30 日現在）には達していないことが明らかとなった。

また、千葉県内で平成 20 年度に閉鎖または別の市町村に移転した精神保健福祉関係施設のうち 5 施設に聞き取り調査を行ったところ、閉鎖または移転の理由として最も多かったものは資金難であった。さらに、同じく平成 20 年度に、ある県の社会資源の状況を調査した結果、自立支援法施行によって、市町村に一元化された事業は市町村との連携が円滑となったなどの利点と同時に、収入減による施設（特に居住支援）閉鎖や施設移行の困難さなどの問題点が指摘された。

加えて、人口万対精神病床数が千葉県と近似している長野県の社会資源（居住支援）の施設数及び定員等の増減を調査した結果、長野県でも平成 18 年に比べ、施設数及び定員が増加していることが確認された。ただし、長野県が平成 23 年度までに退院促進を図ると計画している患者のうち、自宅以外の入居必要数は不明であり、同県における社会資源（居住支援）の整備状況の進捗程度は分析できなかった。精神科入院患者の退院促進を図る上で、特に社会資源（居住支援）の整備が求められるが、この整備のための支援策を具体的に検討していくためには、自宅以外に居住施設を必要とする患者数の把握が不可欠である。

(2) 平成 19 年度と平成 20 年度において、退院や地域生活支援の先駆的取り組みの事例研究を行った。退院や地域生活支援の先駆的取り組みにおいては、それぞれの地域特性に応じた実践が展開されているが、その多くで、①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在、が認められた。さらに、全ての取り組みに共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であった。

また、特に、長期入院患者で、家族のもとに退院できない事情を抱えている事例では、退院準備期から退院直後しばらくの間、手厚い支援が必要であることが明らかになった。

(3) 上記(2)を踏まえて文献調査を行ったところ、わが国では、提供されている地域生活支援等に対する必要度及び満足度について、サービスの受け手である患者を対象とした調査研究が乏しかった。精神科患者の地域生活に必要な精神保健福祉サービスの具体を明らかにするためには、支援利用者を対象とした調査が不可欠である。そこで、退院支援及び地域生活支援の必要度及び満足度を明らかにするために、平成 20 年度に、重症精神障害者に対する地域生活支援プログラムである千葉県市川市所在の ACT-J 利用者 20 名を対象とした聞き取り調査を行った。その結果を踏まえ、質問項目に若干の修正を加えて、平成 21 年度に、ACT-J とは地域性などが異なる長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者 20 名を対象とした聞き取り調査を行った。

主な分析結果は以下の通りである。

①入院時に、退院後の地域生活で家族以外の他者の支援が必要だと考えられていることは、地域特性にかかわらず、特に「病状が悪化したときの対処」と「就労のこと」であり、加えて、「家族との関係」が比較的多く家族以外の他者の支援が求められていることだと考えられた。また、単身で家族の支援がなく生活している人が多い飯田病院アウトリーチサービス利用者群では、ACT-J 利用者群に比べ、「住居のこと」や「身の回りのこと」など生活レベルでの支援が必要とされていた。

②入院中には、両群ともに 50%以上の方が、「服薬についての助言」、「院内リハビリ」、「福祉手続きについての助言」、「家族への説明や家族関係の調整」を病院スタッフから受けていた。なかでも、「福祉手続きについての助言」は、「退院後の地域生活において必要だった」と評価されていた。

③退院後に ACT-J または飯田病院アウトリーチサービス以外で利用している地域精神保健福祉サービスとしては、両群ともに、「自立支援医療（精神）」、「精神保健福祉手帳」、「障害年金」が多く利用されていた。地域の違いでは、飯田病院アウトリーチサービス利用者群で「デイケア」の利用者が多かった。

④入院時の生活と退院後の地域での生活の比較では、85%以上の方が「退院後の地域での生活」の方に満足していた。

⑤ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスのうち、必要なものとして、特に「様々な職種のチームによる支援」、「(本人の) ニーズを踏まえた支援」が挙げられた。一方、「必要である」の回答比率が 50%に満たない質問項目は両群で「金銭管理についてのアドバイス」のみで、ACT-J ならびに飯田病院アウトリーチサービス支援は、利用者にとってニーズの高いものから構成されていると指摘された。

⑥属性の違いによる比較検討の結果、年齢の低群は高群に比べ、就労に関する支援を必要としており、実際にも利用している比率が多いことが明らかとなったが、就労している人の数は少なく、特に年齢の低い患者への就労支援の拡大が求められると考えられた。また、直近の入院期間の低群は高群に比べ、薬の説明や服薬についてのアドバイスを必要としている比率が高いことが明らかとなった。

⑦ACT-J または飯田病院アウトリーチサービスの満足度の回答比率において、「居宅に訪問しての支援」、「住居探しなどの手伝い」、「24 時間、土日を含めて電話で相談できること」の 3 つの項目で差が見られたが、これはまさに地域特性による差であると考えられた。

⑧CSQ-8J の合計得点は、ACT-J 利用者群・飯田病院 OS 利用者群ともに、「満足している」以上の得点であり、両群ともに、サービスへの満足度はおおむね高い結果が得られた。

上記 (2) で述べたように、平成 19 年度と平成 20 年度に実施した、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における複数の先駆的な取り組みの分析から、多くの事例で①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在が認められ、さらに、全ての取り組みに共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であったが、これらの先駆的取り組みにおける共通項や目標は、ACT-J 利用者群及び飯田病院 OS 利用者群を対象とした聞き取り調査の結果からも、患者が必要としているものであることが明らかとなったと言える。

A. 研究目的

精神科に入院している患者の退院支援や地域生活のために必要な精神保健福祉的支援の質を明らかにするには、現在、地域社会が提供している社会資源を量的に把握・分析するとともに、当事者のニーズ、現に展開されている支援の具体を把握・分析することが必要である。

そこで、本分担研究では、(1)現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析、(2) 精神科入院患者の退院促

進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究、(3) 地域生活支援プログラム利用者を対象に、退院及び地域生活において必要なサービスと提供されているサービスへの満足度の調査を実施した。

B. 研究方法

1. 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

現在、地域社会が提供している社会資源の量的把握については、障害者福祉施設の一部が自立支援法における移行期にあって全国レベルでのデータ比較が困難であるため、平成 18 年、平成 19 年、及び平成 21 年における千葉県内精神保健福祉関連の社会資源（居住支援・日中活動別）の施設数及び定員等のデータを収集し、経年分析を行った。

平成 20 年度には、千葉県内で平成 20 年度に閉鎖または別の市町村に移転した精神保健福祉関連施設のうち 5 施設を対象に、閉鎖または移転の理由について聞き取り調査を行った。また、同じく平成 20 年度にある県の社会資源の状況を調査した。

さらに、平成 21 年度には、人口万対精神病床数が千葉県と近似している長野県の精神保健福祉関連社会資源の状況を調査した。

2. 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究

精神科入院患者の退院促進や地域生活支援の取り組みを論じた文献を詳細に検討した上で、わが国において、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援の先駆的取り組みを行い、かつ地域特性の異なる複数の病院ないし精神保健福祉関連施設・団体等を訪問し、当該病院・施設等のスタッフとの意見交換を行った。加えて、地域生活支援の具体的な必要性や満足度に関する先行研究を詳細に検討した。

3. 必要な退院支援及び地域生活支援、ならびに提供されているサービスに対する満足度の調査

平成 20 年度は、重症精神障害者に対する地域生活支援プログラムである千葉県市川市所在の ACT-J 利用者 20 名を対象として、対面法による聞き取り調査を行った。その結果を踏まえ、質問項目に若干の修正を加えて、平成 21 年度に、精神科退院患者に対する地域生活プログラムで ACT-J とは地域特性の異なる長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者 20 名を対象として、同じく対面法による聞き取り調査を行った。

調査の説明書には、調査結果は統計的に処理され個人が特定されることはないこと、調査結果を目的外に使用しないこと、調査に協力しなくても不利になることがないこと、調査に同意してもいつでも同意を撤回できることなどを明記し、これらを遵守した。なお、本調査の実施に当たっては、千葉大学大学院医学研究院倫理審査委員会の承認を受けた。加えて、飯田病院調査の実施に当たっては、飯田病院倫理審査委員会の承認を受けた。

C. 研究結果

1. 現在、地域社会が提供している社会資源の量的な把握と分析

(1) まず、千葉県内精神保健福祉関連社会資源の施設数及び定員等について、平成 18 年及び平成 19 年のデータは千葉県精神保健福祉センターの資料に基づき、平成 21 年のデータは千葉県障害福祉課の資料に基づき基礎的データを収集した。必要に応じて、施設等に直接電話照会をして現状を確認した。その上で、社会資源（居住支援、日中活動等別）の施設数等の増減を平成 18 年 7 月 1 日現在と、居住支援は平成 21 年 6 月 1 日現在、日中活動は平成 21 年 4 月 1 日現在で比較した。

特に、居住支援については、自立支援法施行により三障害対象となった障害者福祉施設のうち、実際に精神障害者を受け入れ対象としている施設を抽出し、その施設数と定員の増減を比較・分析した。日中活動等については、新設と新体系移行の状況を含めて施設数等の現状を調査した。

a) Table 1 は、千葉県第三次障害者計画に関連した「長期入院解消に向けた研究会」(平成 17 年 11 月 9 日設置) 報告書の退院可能者を、飯田病院で報告されている退院先の比率で振り分けた入居必要定員の推定値(平成 18 年 6 月 30 日現在)である。Table 1 で示されているように、自宅以外入居必要定員は、763 人であり、そのうち、636 人がグループホーム等または精神障害者生活訓練施設への入居を必要とすると推定されている。

Table 2 は、社会資源(居住支援)の状況を示したものである。

まず、平成 21 年 6 月 1 日現在において、精神障害者を受入れ対象とする施設の数は 102 施設であり、定員は 610 人である。これを平成 18 年 7 月 1 日現在と比較すると、施設数は 38 施設、定員は 120 人増加している。このうち、精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームは、施設数が 88 施設、定員数が 390 人であり、施設は 48 施設の増加、定員は 164 人の増加となっている。ちなみに、平成 19 年 6 月 30 日現在の精神障害者を主たる対象としているグループホーム・ケアホームの定員数は 257 人であり、平成 19 年 6 月 30 日現在と比較すると、133 人の定員増となる。なお、Table 3 で、千葉県の社会資源(居住支援)のうち、精神障害者を対象とするグループホーム・ケ

アホームの平成 19 年度以降新規指定状況を示した。

在所人員数について入手可能な最新データは、厚生労働省の平成 19 年社会福祉施設等調査である。それによると、平成 19 年 10 月 1 日現在における千葉県及び千葉市の共同生活援助・共同生活介護事業所(グループホーム・ケアホーム)の精神障害者在所人員は 257 人である。平成 19 年 6 月 30 日現在の定員 257 人に基づく新規受入れ可能人員は計算上 0 となるが、平成 21 年 6 月 1 日現在の定員 390 人に基づきデータの時期の差を無視して単純計算すると、新規受入れ可能人員は 133 人増加したことになる。ただし、これは、前述のように、千葉県の入居必要定員の推定値(平成 18 年 6 月 30 日現在)でグループホーム等または精神障害者生活訓練施設への入居を必要とすると推定されている 636 人には達していない。

以上から、長期入院解消のためには、社会資源(居住支援)の増設をさらに強力に図る必要がある。

b) 社会資源(日中活動等)の状況を Table 4 にて示した。新設施設としては、就労継続支援 B 型と地域活動支援センターⅢ型が多い。また、作業所から地域活動支援センターⅢ型や就労継続支援 B 型への移行が多く認められるが、これは、自立支援法下では作業所の経営が難しくなっているためと考えられる。

(2) 千葉県内で平成 20 年度に閉鎖または別の市町村に移転した精神保健福祉関連施設のうち、調査の同意が得られた 5 施設を対象に、閉鎖または移転の理由について聞き取り調査を行った。対象となった 5 施設の内訳は、地域活動支援センター 2 施設、グループホーム等 2 施設、小

Table 1: 千葉県第三次障害者計画に関連した「長期入院解消に向けた研究会」(平成17年11月9日設置)からの推定値

区分	退院に伴う推定必要数	
	自立+ほぼ自立	左記+要見守り
自宅	152	290
アパート	67	<u>127</u>
グループホーム等	203	<u>387</u>
精神障害者生活訓練施設	131	<u>249</u>
高齢者用施設等その他施設	52	103
回答なし	23	44
合計	628	1200



自宅以外入居必要定員
: 763

Table 2: 千葉県の社会資源(居住支援)の状況 (注1)

(平成21年6月1日現在, 対平成18年7月1日)

	自立支援法			精神保健福祉法等		千葉県独自の事業	千葉市独自の事業
	指定障害者支援施設(注2)	地域移行型ホーム(注3)	グループホーム, ケアホーム<精神障害者を対象とするもの>(注4)	生活訓練施設	福祉ホーム(B型含む)	ふれあいホーム	生活ホーム
施設数	1	1	88	6	3	2	1
(対平成18年7月1日増減数)	(△1)	(△1)	(△48)	(▼1)	(▼3)	(▼6)	(▼2)
定員	30	10	390	120	50	6	4
(対平成18年7月1日増減数)	(△30)	(△10)	(△164)	(▼20)	(▼40)	(▼19)	(▼5)

(注1) 平成18年7月1日のデータは千葉県精神保健福祉センター資料, 平成21年6月1日のデータは千葉県障害福祉課資料による。△は増, ▼は減を表す。

入居定員: 610
(120人増加)

(注2) 生活訓練施設から移行。

(注3) 福祉ホームAから移行。

(注4) グループホーム, ケアホームの施設数増減数には, 純増・純減の他に, たとえば, 建物は1つで変わらないが, 1階と2階を区分けして2施設に変更した例が増加1と計上されている。また, 「精神障害者を対象とするもの」とは, 対象を「精神障害者の方」と明示している施設と, 電話による調査で「精神障害者を受け入れる」と回答した施設を計上した。

Table 3: 千葉県の社会資源(居住支援のうち, グループホーム, ケアホーム, 一体型)(精神障害者を対象とする)
・平成19年度以降新規指定状況

(平成21年3月31日現在)

	施設数	定員
平成19年度	5	13
平成20年度	9	47
計	14	60

(注) 千葉県障害福祉課資料による。

Table 4: 千葉県の社会資源(日中活動等, 主たるもの)の状況

(平成21年4月1日現在, 対平成18年7月1日)

	自立支援法									精神保健福祉法			千葉県 内独自 事業
	就労 移行 支援	就労 継続 支援 (A型)	就労 継続 支援 (B型)	多機能 型(就労 移行支援 と就労継 続支援(B 型)を含 む)	地域活動支援センター					通所 授産 施設	小規 模通 所授 産施 設	精神 障害 者共 同作 業所	中核 地域 支援 セン ター
					I型	II型	III型	基礎 のみ	その 他				
施設数	5	3	34	14	17	10	58	1	2	2	2	14	14
(うち, 新規)	(5)	(3)	(25)	(10)	(5)	(7)	(27)	(1)	(1)			(3)	
(うち, 地域生活支援 センターからの移行)					(12)								
(うち, 通所授産施設 (含・小規模)からの 移行)			(3)	(4)		(1)							
(うち, 作業所からの 移行)			(6)			(2)	(31)		(1)				
(うち, 移行なし)										(2)	(2)	(11)	
対平成18年7月1日 増減数	△5	△3	△34	△14	△17	△10	△58	△1	△2	▼4	▼6	▼37	0

(注1) 平成18年7月1日のデータは千葉県精神保健福祉センター資料, 平成21年4月1日のデータは千葉県障害福祉課資料による。△は増, ▼は減を表す。

(注2) 知的障害者, 身体障害者を主たる対象としている事業所は除いた。

規模通所授産施設 1 施設であり、そのうち、施設閉鎖が 2 施設、他の市町村への移転が 3 施設であった。調査時期は、平成 20 年 12 月である。

調査の結果をまとめると、閉鎖・移転の理由（複数回答有）として、最も多かったのは①資金難であり（回答：8）、そのうち、市町村の財政難（回答：3）、施設賃貸料などコストの高さ（回答：3）を複数の施設が具体的な理由として挙げられた。次いで、②物理的問題（回答：3）であり、具体的には、施設の狭さ（自立支援法規定の利用者数を受け入れる広さがない）が複数の施設（回答：2）から挙げられた。さらに、③スタッフ（代替スタッフを含む）の安定した確保の困難さ（回答：2）、④利用者が定員に満たない・利用希望者の増加といった利用者の問題（回答：2）、⑤特定の医療機関との連携がなく、緊急対応が困難（回答：1）となっていた。

(3) 千葉県以外の他県の平成 20 年の社会資源の状況を調査した（以下、「A 県」と記す）。調査時期は、平成 20 年 10 月である。調査の結果、相談支援事業については、自立支援法施行により、三障害対応事業所が増え利用者の利便性が高まったこと、市町村との連携がとりやすくなったことなどの利点が挙げられた一方、委託料が下がり、運営は厳しくなったとの指摘がなされた。また、居宅介護事業所では精神障害に対応しない事業所が少なくないこと、グループホーム・ケアホームに関しては、すでに A 県下で精神障害者関係の 7 か所が閉鎖されたことが明らかとなった。グループホーム・ケアホームの閉鎖の最も大きな理由は財政難であり、具体的には、単価の低下、日額払い

制の導入の影響が挙げられた。さらに、グループホーム・ケアホームにおける知的障害者と精神障害者の併用が期待されたが、これはあまり進んでいないとのことであった。加えて、平成 23 年までに新体系に移行しなければならない施設の移行が困難であることなどが指摘された。

(4) 厚生労働省の平成 20 年医療施設（動態・静態）調査・病院報告によると平成 20 年 10 月 1 日現在の人口万対精神病床数は、千葉県が 213.7 で全国第 10 番目に少なく、長野県が 241.5 で全国第 13 番目と近似している。そこで、他県の精神保健福祉関連社会資源（居住支援）の量的把握のために、長野県の状況を調査した。データは長野県飯田市所在の飯田病院から提供を受けた。なお、同じく厚生労働省の平成 20 年医療施設（動態・静態）調査・病院報告によると平成 20 年（年間）の精神病床平均在院日数は千葉県が 351.6 日で全国 18 番目に長く、長野県は 241.8 日と全国 4 番目に短い。

Table 5 は、長野県内社会資源（居住支援）の施設数及び定員の増減を平成 18 年 4 月 1 日現在と平成 21 年 4 月 1 日現在と比較したものである。Table 5 に示されているように、施設数は 86 施設、定員は 589 人であり、平成 18 年 4 月 1 日現在に比較して、施設数は 27 施設、定員は 148 人増加している。

長野県では、平成 17 年度に県内の精神科病院の入院患者（4,821 人）の病状区分調査を行ったが、そのうち寛解者は 232 人とされている。長野県障害者プラン後期計画では、平成 23 年度までに退院可能な精神障害者の地域生活への移行の目標値を 230 人としている（『第 5 次長野県保健医療計画』, 2008）。しかし、この 230

Table 5: 長野県の社会資源(居住支援)の状況

(平成21年4月1日現在)

23年度までに230人の
退院促進を図る
(ただし、自宅以外必
要者数不明)

	自立支援法	精神保健福祉法等		
	グループホーム, ケアホーム<精神 障害者を対象と するもの>	精神障害者 生活訓練施 設	精神障害者 授産施設(入 所)	精神障害者 福祉ホーム B型
施設数	78	8	1	1
(対平成18年4月1日増減数)	△28	▼1	—	—
定員	429	160	24	20
(対平成18年4月1日増減数)	△168	▼20	—	—

(注)飯田病院提供のデータによる。

人のうち、自宅以外の居住施設を必要とする患者の人数は不明であり、長野県の社会資源（居住支援）の充足・不足の状況について明らかにすることができない。

今後、精神科入院患者の退院促進を図る上で、特に社会資源（居住支援）の整備が求められるが、この整備のための支援策を具体的に検討していくためには、自宅以外の居住施設を必要とする患者数の把握が不可欠である。

2. 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究

精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的取り組みのうち、平成20年度において、千葉県市川市所在の国府台病院の病床削減とACT-Jの実践について詳しく報告した。加えて、長野県飯田市所在の飯田病院の実践、島根県浜田市所在の西川病院の実践、宮城県仙台市所在の東北福祉大学せんだんホスピタルの実践、岡山県岡山市所在の岡山県精神保健福祉センターの実践、北海道浦川郡浦川町所在のべてるの家の実践を取り上げ、これらの実践に共通する特質を抽出した。

以下、国府台病院の病床削減とACT-Jの実践、ならびに、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的取り組みのうち主に飯田病院の実践について述べ、本研究で調査した複数の先駆的実践に共通する特質を抽出する。

(1) 国府台病院の病床削減とACT-Jの実践：

国府台病院では、平成17年から、病床削減が開始された。具体的には、当時有していた成人6病棟を1年ごとに1病棟

閉鎖し、350床から、成人2病棟（90床）を含む130床に削減し、急性期治療中心の病棟機能への転換を図った。同時に、精神科機能を見直し、急性期治療と地域連携を目指すために、急性期病棟へのケアマネジメント導入の検討、医療型デイケアや個別作業療法プログラムなどリハビリ機能の強化を行った。平成20年9月からは、3か月以上の長期在院を減らすことを目的として、国府台病院地域移行プロジェクトが開始された。同プロジェクトでは、まず平成21年3月の最後の1病棟閉鎖に向けて退院調整会議が設定され、また、頻回入院の抑止のための病棟ケアマネジメント導入についての準備が開始された。

ACT-Jは、平成15年4月に、わが国において初めて、重症精神障害者に対するACT臨床チームが国府台病院に研究事業として設置され、平成20年4月からは、新たに設立されたNPO法人リカバリーサポートセンターACTIPSの訪問看護ステーションを利用して活動を続けている（ACTは「Assertive Community Treatment」の略。西尾雅明著『ACT入門－精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム』、(2004, 金剛出版)を参照）。ACT-Jは、精神科医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士からなる多職種チームを形成し、「リカバリー」「ストレングス」など「当事者中心」の支援の実現を共通認識・目標として、千葉県市川市と松戸市南部に在住する患者に、訪問を中心とした24時間体制での地域生活支援を行っている。

国府台病院の病床削減へのACT-Jの関与は平成19年10月から開始された。具体的には、当時研究事業であったACT-J

が行っていた介入研究以外に、頻回入院・長期入院患者へのサービス提供がなされた。同サービスを受けた患者は、研究事業時エントリーが42名、NPO法人化後エントリーが25名（平成21年1月現在。うち、1年以上の長期在院者が8名、頻回入院者が17名）の計67名であった。

国府台病院地域移行プロジェクトならびに、入院中にACT-Jのサービス提供を受けた頻回入院・長期入院患者の転帰は以下の通りである。

①国府台病院地域移行プロジェクトにおいて、平成20年9月以降6カ月以上の入院が長期化している患者は43名であった。平成21年1月21日現在の転帰は、単科精神病院への転院が23名、老人施設への転院が4名、ACT利用が4名、知的障害者施設への転院が1名、グループホーム入所が1名、自宅退院（サービス利用なし）が6名であった。

以上から、平成20年9月以降の長期在院者の退院では、転院症例が多いことが分かる。その原因として、43名中60歳以上が17例と高齢者が多いこと、これまでの3病床閉鎖時に退院困難だった事例が多いこと、キャッチメントエリア内の地域資源（ACTを含む）の偏在、精神障害と知的障害など重複障害をもつ患者の処遇困難などが挙げられる。

②入院中にACT-Jのサービス提供を受けた長期入院患者8名の転帰（平成21年1月24日現在）は、退院7名（単身生活6名、家族のもと1名）、転院1名であった。頻回入院患者17名の転帰は退院12名（単身生活4名、家族のもと8名）、転院3名、入院中2名であった。以上の退院患者で単身生活に移行した10名のうち、新居の準備の支援が必要だった事例は9

名（長期入院患者5名、長期入院患者の62.5%）であり、また、同9名のうち、入所生活訓練が必要であった事例は6名（長期入院患者5名、長期入院患者の62.5%）、退院後ヘルパー等利用は4名（長期入院患者2名）であった。なお、再入院者は1名であった（平成21年1月24日現在）。

以上から、特に長期入院患者で、かつ、家族のもとに退院できない事情を抱えている場合、新居の確保の支援、入所生活訓練の準備等、入院中から手厚い支援が必要であると指摘できる。また、新居に退院した場合、たとえば、生活に必要な物品を揃えるための支援が必要であり、具体的には、退院後しばらくは週4回以上の頻繁な訪問による支援が求められる事例も少なくなかった。

(2) 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組み：

1) 飯田病院（長野県飯田市）の実践：

飯田病院では、平成13年の病院の建て替えと同時に精神科病床の削減が予定され、平成8年から入院患者を地域医療で支えるための緻密な準備がなされ、平成13年の新病棟への移転時に88人の退院を実現した。この経緯については、『精神看護、第9巻第1号』（2006、医学書院）に詳しく記述されている。同病院の周辺には、グループホーム、ケア付アパート、地域活動支援センターなどが点在しており、病院と社会復帰施設のスタッフは緊密な連携をとりながら、多職種チームによる患者の地域生活支援を行っている。現在、特に、退院患者の就労支援の更なる積極化を図っている。地域に密着した病院の退院促進・地域生活支援の先駆例である。

2) 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における複数の先駆的な取り組みの調査から：

本研究では、平成19年度ならびに平成20年度において、西川病院（島根県浜田市）、東北福祉大学せんだんホスピタル（宮城県仙台市）、岡山県精神保健福祉センター（岡山県岡山市）、べてるの家（北海道浦川郡浦川町）を訪問し、調査を行った。以上の実践では、地域特性や支援の主体者が異なるが、その多くで、①患者の地域生活支援についての共通認識を有する多職種チームによる包括的支援、②病院と精神福祉施設・団体などの間の有機的ネットワークの存在が認められた。また、全ての取り組みにおいて共通する目標は、一人ひとりの患者にとってよりよい支援の提供であった。

3. 必要な退院支援及び地域生活支援、ならびに提供されているサービスに対する満足度の調査

(1)問題と目的：

精神科入院患者の退院支援や地域生活に必要な精神保健福祉サービスの具体を明らかにするためには、サービスの利用者である患者を対象とした支援の必要度や満足度の調査が不可欠である。しかし、わが国では、前田恵子ら著「東京武蔵野病院精神科リハビリテーション・サービス(MPRS)：10年目の予後調査(第2報)－受療者への満足度調査」(2005, 精神医学, 47, 623-630)においてサービスの満足度調査が行われている他には、利用者を対象とした地域生活移行等の支援の必要度や満足度に関しての調査研究は、ほとんどなされていない。

そこで、本研究では、精神科入院患者の退院促進や地域生活支援の先駆的実践を展開しており、かつ、地域特性などが異なる、千葉県市川市所在のACT-J及び長野県飯田市所在の飯田病院アウトリーチサービス利用者を対象として、退院支援及び地域生活支援の必要度及び満足度に関する調査を行い、結果を地域や属性の違いによって比較検討し、必要とされる支援の具体を明らかにすることとした。**(2)ACT-Jならびに飯田病院アウトリーチサービスの特徴：**

ACT-Jならびに飯田病院アウトリーチサービスの特徴は「2. 精神科入院患者の退院促進や地域生活支援における先駆的な取り組みについての事例研究」において記述した通りである。

(3)研究方法：

方法は、あらかじめ用意した質問項目に基づいた、対面式による聞き取り調査である。

質問項目は、まず、プログラム全体の満足度については、患者満足度測定の尺度として世界的に標準化され使用されているCSQ(Client Satisfaction Questionnaire)を立森・伊藤が日本語に翻訳し信頼性及び妥当性を検討したCSQ-8J(Japanese Version of -8)(立森久照・伊藤弘人著、「日本語版Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討」, 1999, 精神医学, 41, 711-717)を、国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部・伊藤弘人部長から了承を得て使用した。他の質問項目は、先述の前田恵子ら著「東京武蔵野病院精神科リハビリテーション・サービス(MPRS)：10年目の予後調査(第2報)－受療者への満足度調査」(2005, 精神医学, 47, 623-630)な