

えられるのは、地域で暮らす精神障害者へのケアの経験の有無であった。これは、看護師が地域で生活している精神障害者の力を知るとともに暮らしぶりについての理解が深まるからだと考えられる。退院援助をさらに進めるためには、看護師の職業経験の交流や地域生活をしている精神障害者による病棟内の退院支援への参画が必要となるろう。

E. 結論

退院促進を指向した看護援助として、「グループアプローチ」に並んで重要となるのは、「社会資源の体験への同行」や「患者や家族への訪問指導」といった『地域とつなげる援助』であるが、看護師によって援助の実施に差が生じていた。また、退院促進を進めるためには、退院支援を実施する時間を確保することが課題であることが示唆された。

そして、効果的な退院援助の実施には、入院期間4カ月から1年未満の患者に対する重点的なシステム作り、病棟看護師が地域に暮らす精神障害者の力と生活について理解が深まるような教育体制が必要である。

F. 健康危険情報

現在のところ、該当するような情報は得られていない。

G. 研究発表

1. 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. 日本精神衛生学会第24回大会抄録集, 26-27, 2008.
2. 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.

H. 知的財産権の出願・登録状況

現在のところ、出願の予定はない。

平成20年度 事例研究 図表

表1 対象施設の概要

項目	内容
施設数	千葉県6施設、島根県1施設、沖縄県1施設の8施設
病床数	約170床から約870床
1ヶ月の入院患者数	平均10.8名
1ヶ月の退院患者数	平均10.5名
平均在院日数	1460日

表2 対象患者の概要

項目	内容
対象患者数	16名(男性:9名、女性7名)
年齢	平均49歳(SD=13)
主な診断名	統合失調症:14名 うつ病:1名 てんかん・精神発達遅滞:1名
入院形態	任意入院:11名 医療保護:5名
初発年齢	平均22.9歳(SD=10.1)
過去の入院回数	平均6.2回(SD=5.4)
入院期間	平均3.7年(SD=7.5)
経済背景(重複有り)	家族の扶養:8、障害年金:9、生活保護:2
退院先・退院予定先	自宅:8名 アパート借用:2名 福祉ホーム・グループホーム:4名 入所授産施設:1名不明:1名

図1 退院困難度の変化 n=16

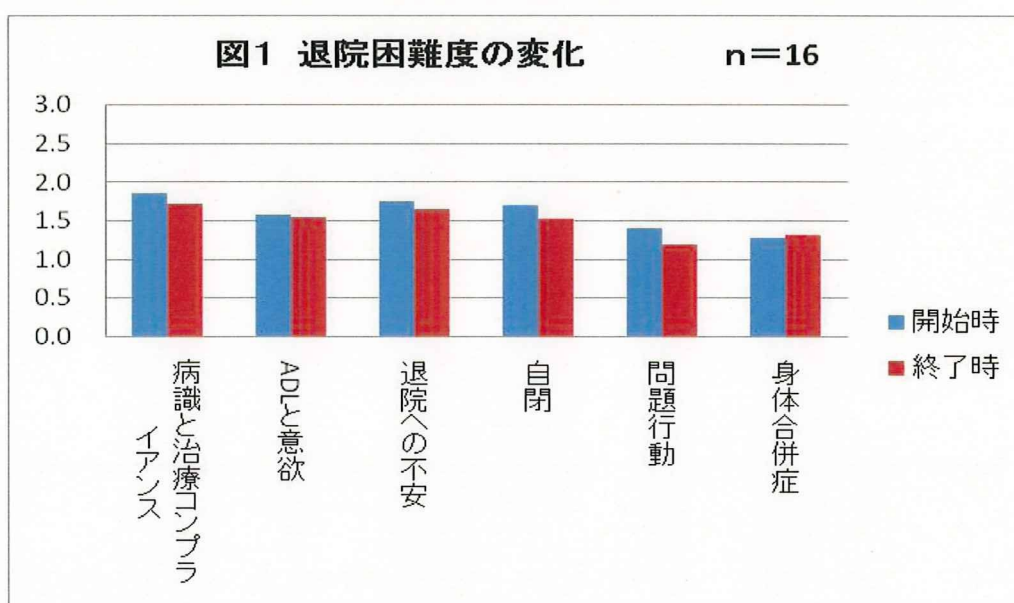
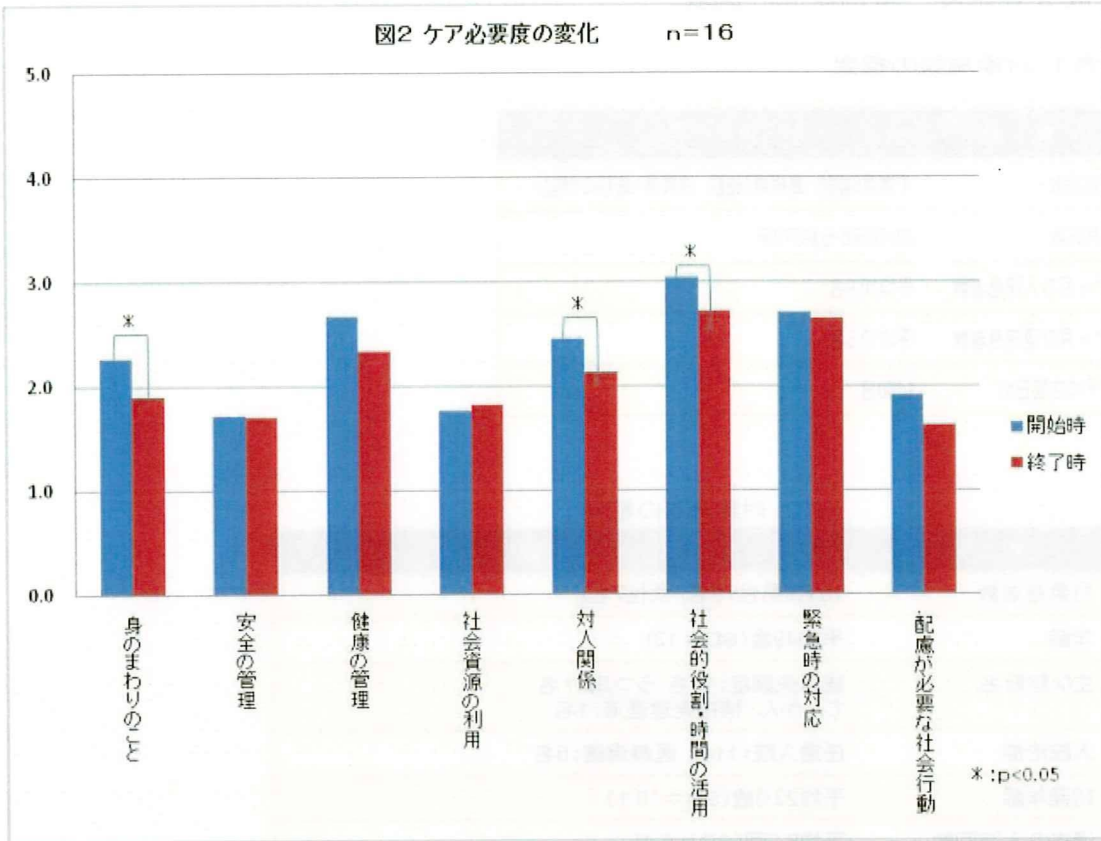


図2 ケア必要度の変化 n=16



n=16

図1 介護困難度の変化



退院援助カテゴリー一覧

カテゴリー	コード数	平均時間	下位カテゴリー	コード数	平均時間
1. 地域とつなげるケア	23	66.9	1.患者に社会資源や福祉サービスについて説明	2	20.0
			2.患者の社会資源の体験に同行	11	79.5
			3.患者や家族に退院に向けた訪問指導	8	175.0
			4.医療・福祉サービス（訪問看護、ヘルパーなど）をコーディネート	1	20.0
			5.地域の関連諸機関と患者や家族の退院後のサポートについての話し合い	1	40.0
2. 外出・外泊援助	38	14.9	6.患者や家族との話し合い（外泊中の過ごし方）	4	13.8
			7.患者や家族との話し合い（外泊に対する評価）	19	16.2
			8.外泊のための準備	5	20.0
			9.患者や家族との話し合い（外出後の評価）	3	15.0
3. 患者の地域での生活技能を高めるグループアプローチ	76	56.9	11.患者の地域での生活技能を高めるよう、グループアプローチを用いる	76	56.9
			12.患者の病棟生活での清潔保持に関する援助	7	45.0
4. 患者の病棟生活での清潔保持に関する援助	7	45.0	13.患者の退院に関する多職種間合同カンファレンスに参加	21	45.2
			14.患者の退院に関する多職種間合同カンファレンスを運営	5	12.5
5. 多職種間合同カンファレンス	26	28.9	15.患者との話し合い（退院後の人付き合い）	1	10.0
			16.患者との話し合い（退院後困ったときの対応方法）	1	20.0
			17.患者との話し合い（症状やストレスへの対処方法）	2	55.0
6. 退院後に生じる緊急時に患者が備えるケア	4	28.3	18.患者の病棟内の楽しみが実現するよう手助けする	4	28.8
			19.他職種と退院先に関する情報共有や相談	7	17.1
7. 患者の病棟内の楽しみが実現するよう手助けする	4	28.8	20.他職種と患者の生活能力・病状に関する情報共有や相談	19	22.1
			21.他職種と患者や家族の退院準備状況に関する情報共有や相談	15	18.0
			22.他職種と制度や医療・福祉サービスに関する情報共有や相談	1	20.0
			23.家族の退院に関する不安や困難を把握し、対応	5	20.0
8. 他職種との情報共有や相談	42	19.3	24.家族の退院に対する意欲や自信、安心感を高める声かけ	1	20.0
			25.家族に患者が持っている力や良さを伝える	2	7.5
			26.家族に社会資源や福祉サービスについて説明	1	20.0
			27.家族に退院後の支援体制について説明	1	40.0
			28.家族と患者の退院について話し合う	21	23.4
9. 家族援助	31	21.8	29.患者と家族の関係を調整する	7	20.7
			30.ケア会議のための事前打ち合わせ	2	20.0
10. 患者と家族の関係を調整する	7	20.7	31.患者との話し合い（退院後の日中の過ごし方）	6	22.7
11. ケア会議のための事前打ち合わせ	2	20.0			
12. 患者との話し合い（退	25	17.7			

院後の生活について)			32.患者との話し合い (退院後の通院方法)	2	20.0
			33.患者との話し合い (退院後の服薬方法)	3	7.7
			34.患者との話し合い (退院後の清潔・衛生)	6	11.8
			35.患者との話し合い (退院後の金銭管理)	6	28.8
			36.患者との話し合い (退院後の食事)	1	15.0
			37.患者との話し合い (退院後の家事)	1	欠損
1 3. 患者と入院中の生活について話し合う	33	18.0	38.患者と入院中の生活について話し合う	33	18.0
1 4. 退院計画に乗せるための患者への促し	12	16.9	39.患者へ退院計画に乗せるための促し	12	16.9
			40.患者の退院に対する思いを確認	11	22.3
			41.患者の退院に対する不安や困難を把握し、対応	30	14.5
1 5. 退院に対する患者の意思確認と動機づけ	88	15.0	42.患者の退院への意欲や自信、安心感を高める声かけ	7	14.0
			43.患者と退院に向けた行動計画を話し合う	35	15.1
			44.患者の退院へ向けた努力をねぎらう	5	9.0
1 6. 患者の精神症状を観察し、介入する	38	14.4	45.患者の精神症状を観察し、介入する	38	14.4
1 7. 患者と他者との関係について話し合う	7	13.3	46.患者と他者との関係について話し合う	7	13.3
1 8. 患者と安全を守ることについて話し合う	3	13.3	47.安全を守るための患者との話し合い	3	13.3
1 9. 患者の身体的症状を観察し、介入する	9	12.2	48.患者の身体的症状を観察し、介入する	9	12.2
2 0. 効果的な治療の調整のための介入 (検査の説明など)	3	11.7	49.効果的な治療のための介入	3	11.7
2 1. 看護師間、他職種との個別の情報共有	3	11.7	50.看護師間、他職種との情報共有	3	11.7
2 2. 患者との服薬自己管理の計画立案と実施	39	8.9	51.患者との服薬自己管理の計画立案と実施	39	8.9
2 3. 退院計画についての患者の参加状況を把握するための観察	11	3.2	52.退院計画についての患者の参加状況を把握するための観察	11	3.2

平成20年度 質問紙研究 図表

表1 対象患者の概要

性別	男：57.6% 女：42.0% 欠損：0.4%
平均年齢	52.3歳 (SD=14.3)
診断名	統合失調症：74.6% 躁うつ病：5.0% その他：16.0%
身体合併症	あり：89.7% なし：26.9% 欠損：3.4%
平均初診年齢	31.4歳 (SD=15.2)
平均入院期間 (月)	88.7ヶ月 (約7年) SD=113.8
家族サポート	あり：83.8% なし：15.3% 欠損：0.8%
経済背景 (複数回答)	障害年金：247名 家族の扶養：152名 生活保護：101名 その他(貯蓄等)：45名 欠損：7名
退院先 (複数回答)	自宅(単身)：64名 援護寮：70名 グループホーム：109名

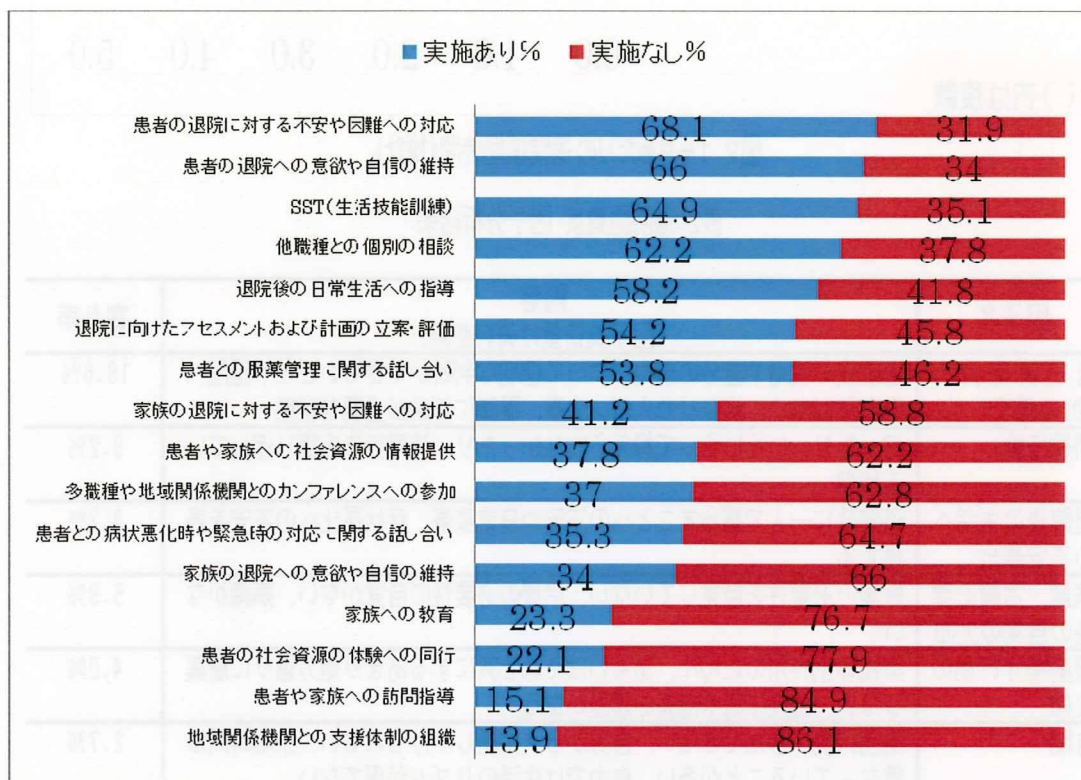


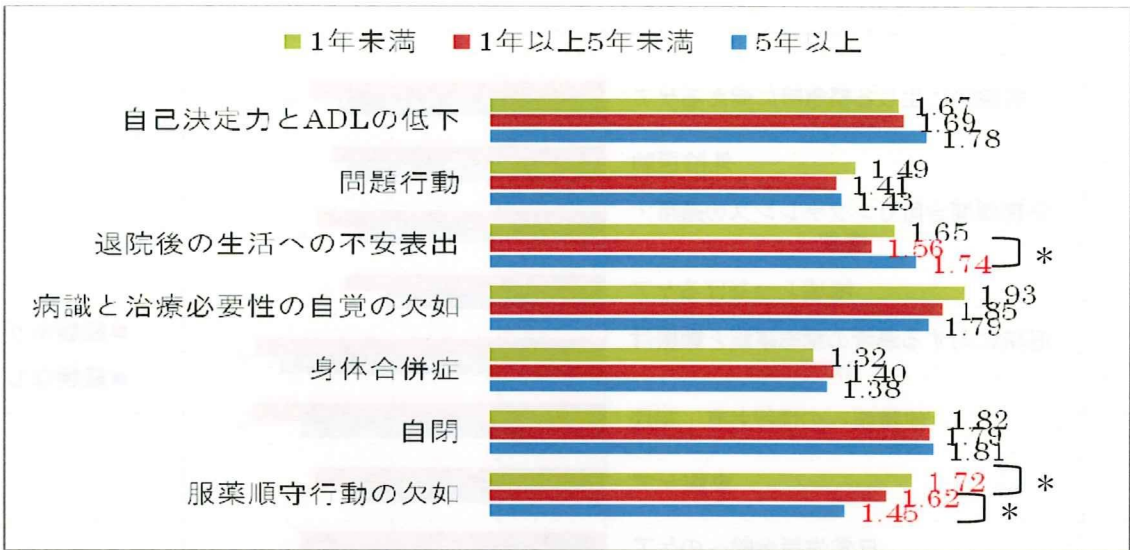
図1 退院援助実施状況



図2 1ヶ月あたりの退院援助時間(推計)

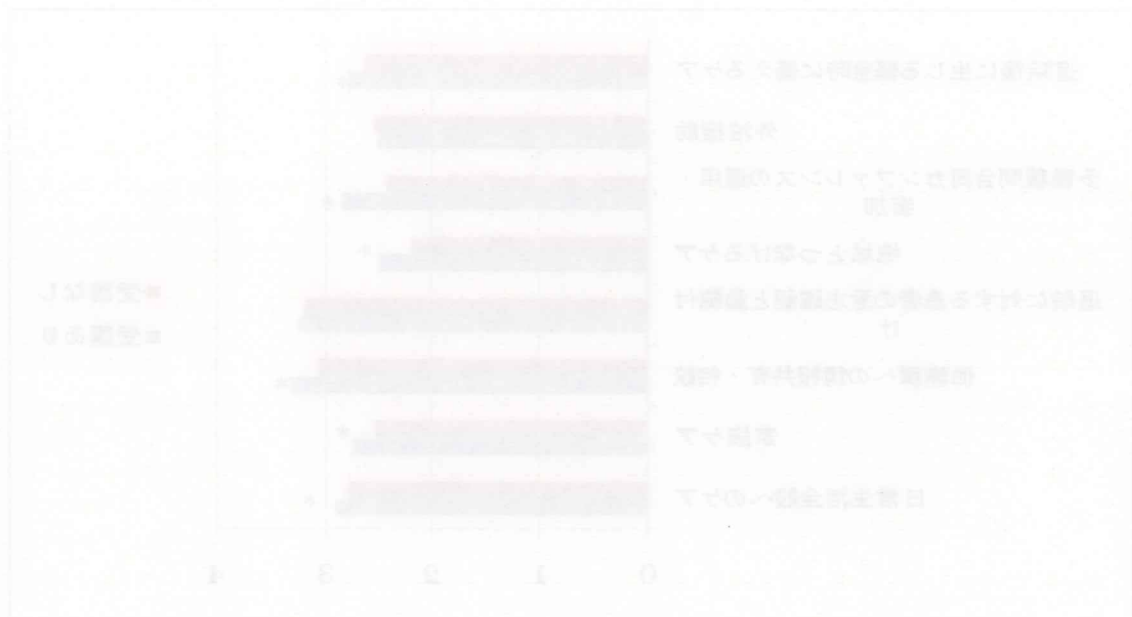
表2 退院困難度 因子分析結果

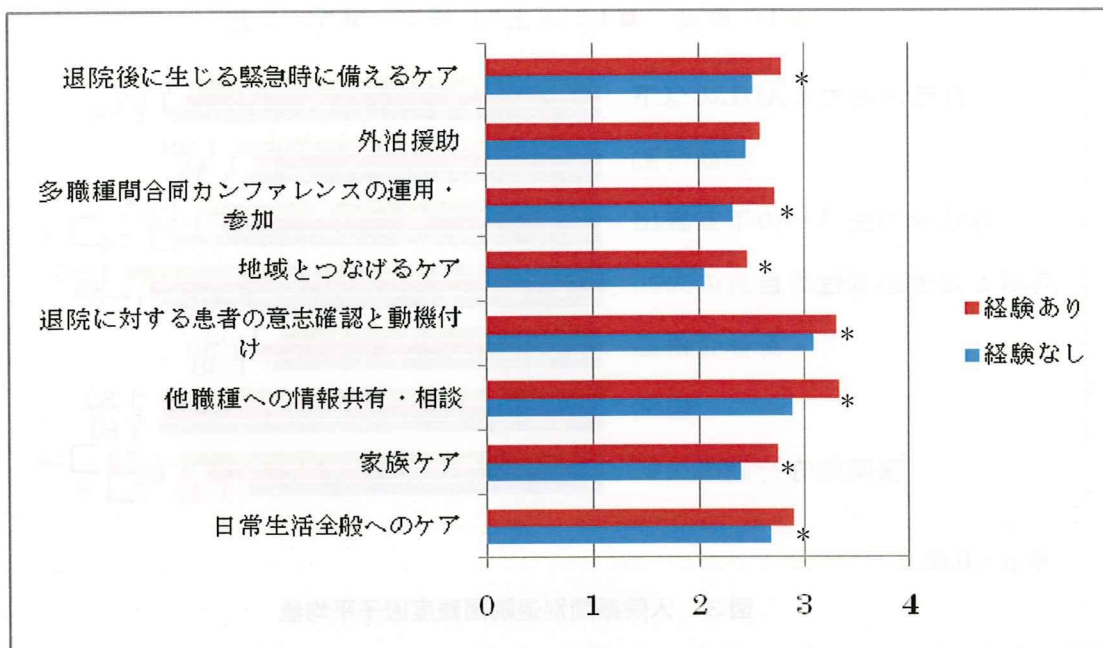
因子名	内容 (因子負荷量は資料参照)	寄与率
自己決定力・ADLの低下	退院後の生活や自分の能力について適切な判断ができないことや退院への意欲がなく、身なりや入浴、食事、服薬に援助が必要な状態	18.6%
問題行動	怒ったり、いらいらして抑えられなかったり、迷惑行為を繰り返している状態	9.2%
退院後の生活への不安表出	退院後に一人で暮らすことへの不安や日常家事、症状悪化への不安を表現する	8.2%
病識・治療必要性の自覚の欠如	服薬の必要性を自覚していない、治療の必要性の自覚がない、病識がない	5.3%
服薬順守行動の欠如	薬物の副作用のために、あるいはそれを気にするあまり処方通りに服薬しない、通院中断や怠薬の履歴がある	4.0%
自閉	集団行動に参加できない、自分から人に話しかけられない、余暇時間は構なっていることが多い、自力では生活のリズムが保てない	2.7%
身体合併症	現在身体合併症があり、自己管理できないもしくは現在はおさまっているが、退院すると再発の可能性がある	2.1%



* p < 0.05

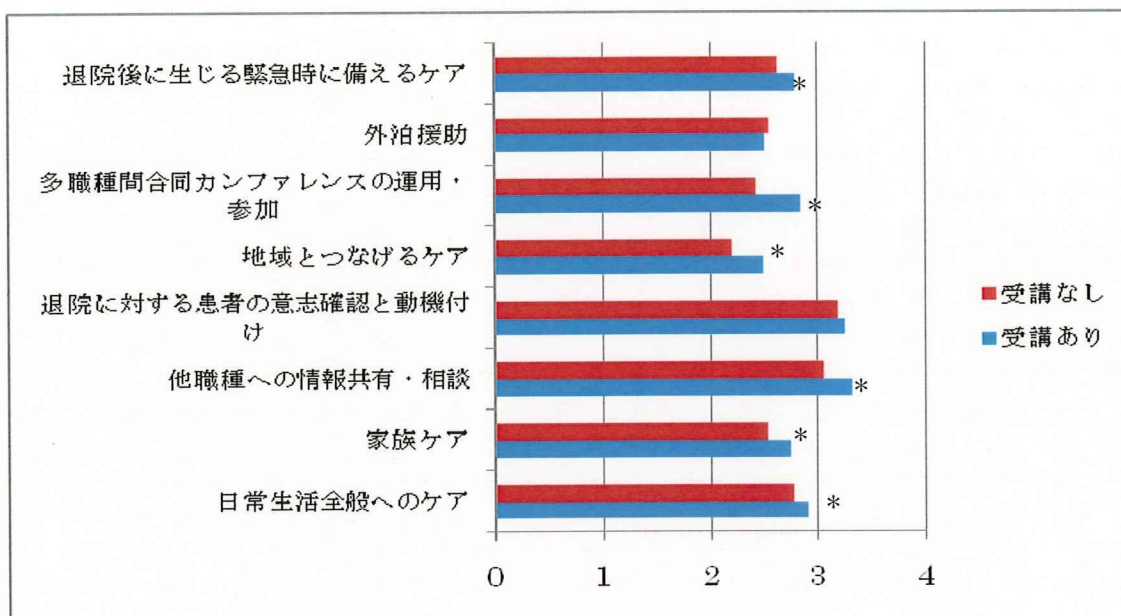
図3 入院期間別退院困難度因子平均値





*p<.05

図4 地域で暮らす精神障害者へのケアの経験による退院援助の平均値の差



*p<.05

図5 退院援助の研修の受講経験による退院援助の平均値の差

図1 退院可能性別退院準備状況得点 平均値の比較

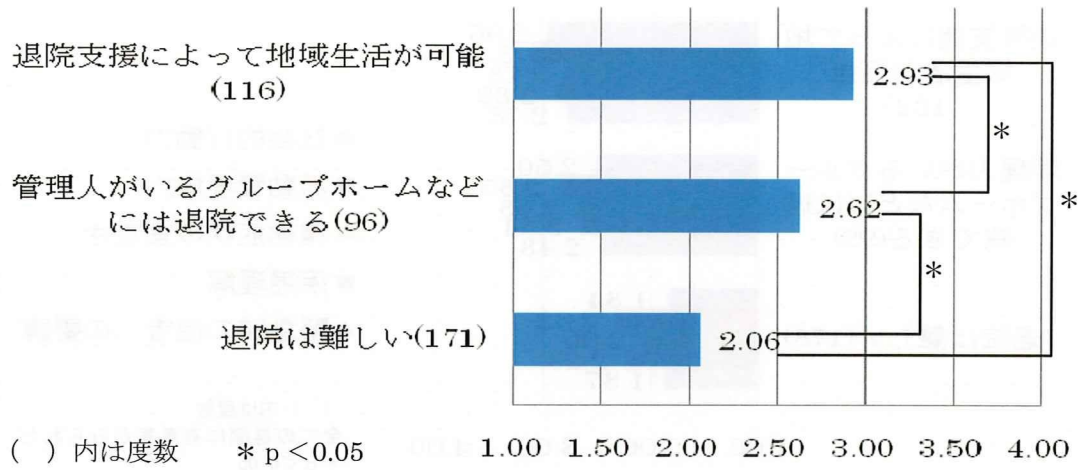


図2 入院期間別 退院準備状況得点の比較

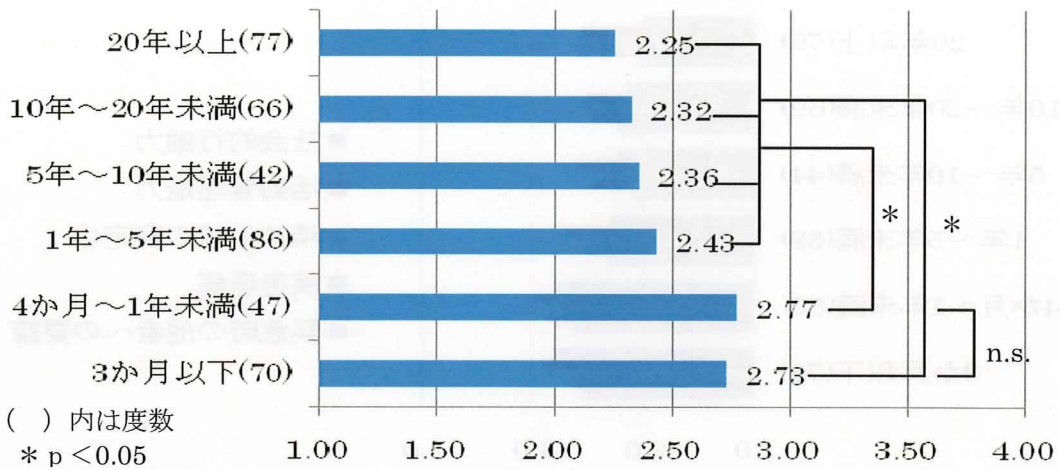


図3 退院可能性別 退院準備状況因子得点の比較

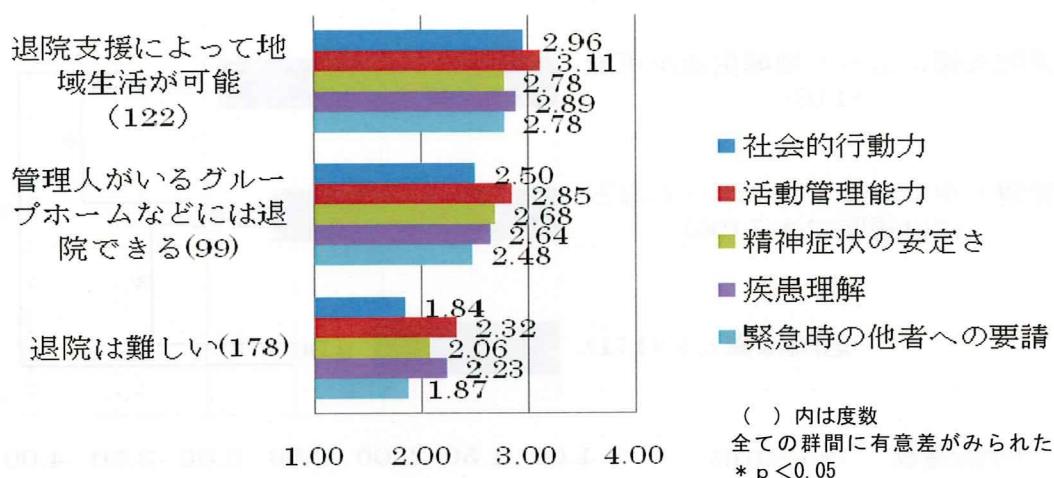


図4 入院期間別 退院準備状況因子得点の比較

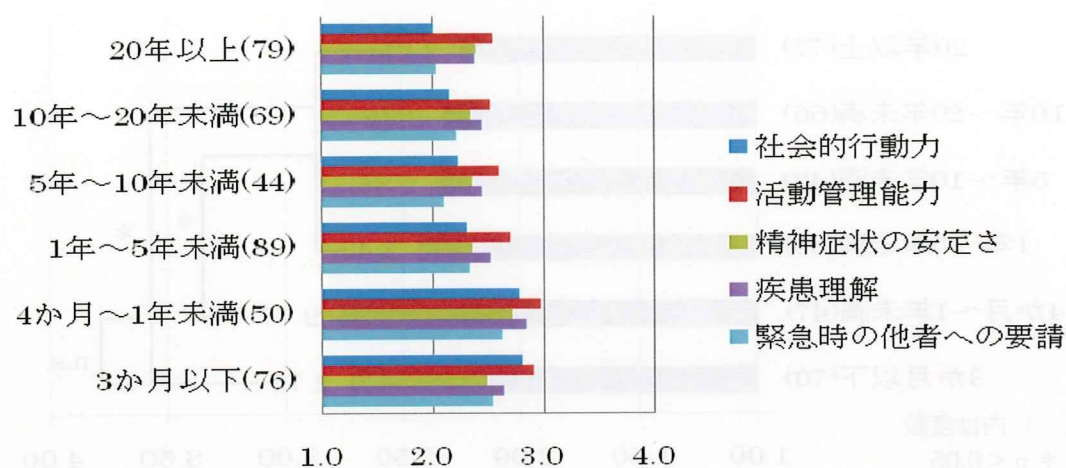


表1 退院準備状況アセスメント表の因子名と内容

因子名	内容（因子負荷量は資料参照）	寄与率
1 社会的行動力	退院意欲、電話、交通、金融機関などの利用ができる、公共の場所での常識的な行動、金銭管理能力	45.7%
2 活動管理能力	生活リズム、休息、火の始末、個人衛生、物の管理、身体的健康問題のなさ	5.4%
3 精神症状の安定さ	症状が安定、症状があっても混乱しない、対人関係、服薬管理、OTやDCなどに参加できる、自殺自傷行為がない	4.2%
4 疾患理解	治療・服薬の自覚、病気理解	2.7%
5 緊急時の他者への要請	症状悪化時の他者への相談、心配事の他者への相談、退院後の症状悪化の不安の表現や他者への相談	2.5%

表2 退院準備状況アセスメント表の下位尺度間相関と平均、SD、 α 係数

	社会的行動力	活動管理能力	精神症状の安定性	疾患理解	緊急時の他者への要請	平均	SD
社会的行動力	-	.772**	.663**	.563**	.714**	2.34	0.79
活動管理能力		-	.714**	.585**	.688**	2.69	0.72
精神症状の安定性			-	.551**	.584**	2.43	0.68
疾患理解				-	.592**	2.53	0.80
緊急時の他者への要請					-	2.28	0.80

** $p < 0.001$

図5 入院病棟別 退院援助実施状況の比較

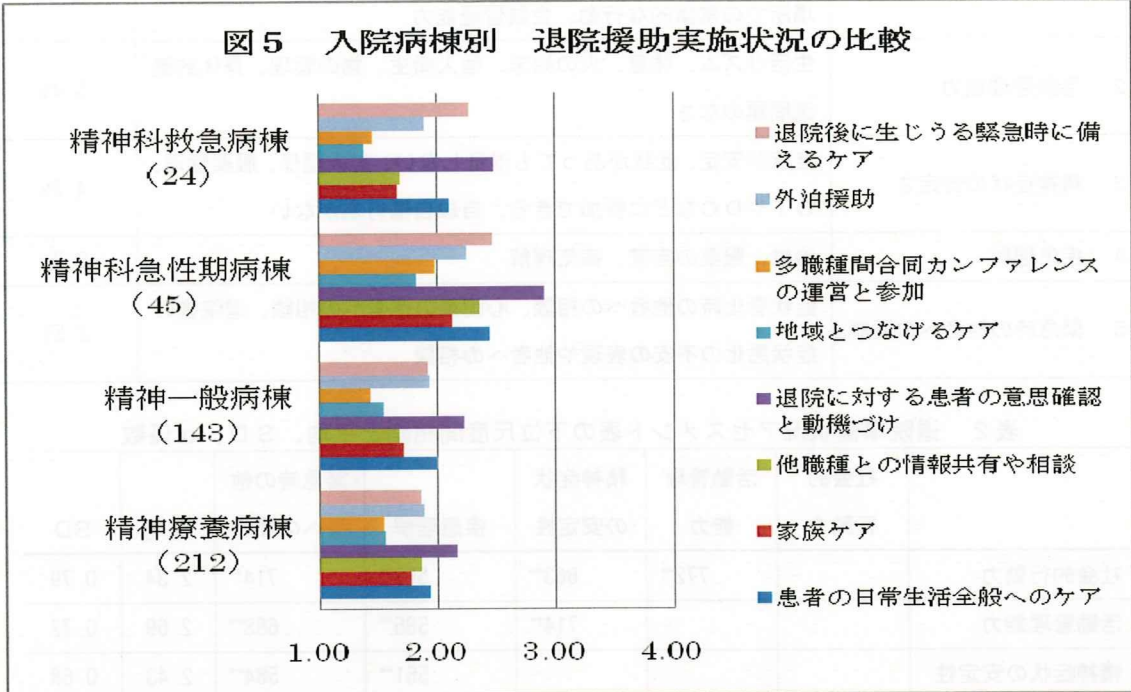


図6 入院期間別 退院援助実施状況の比較

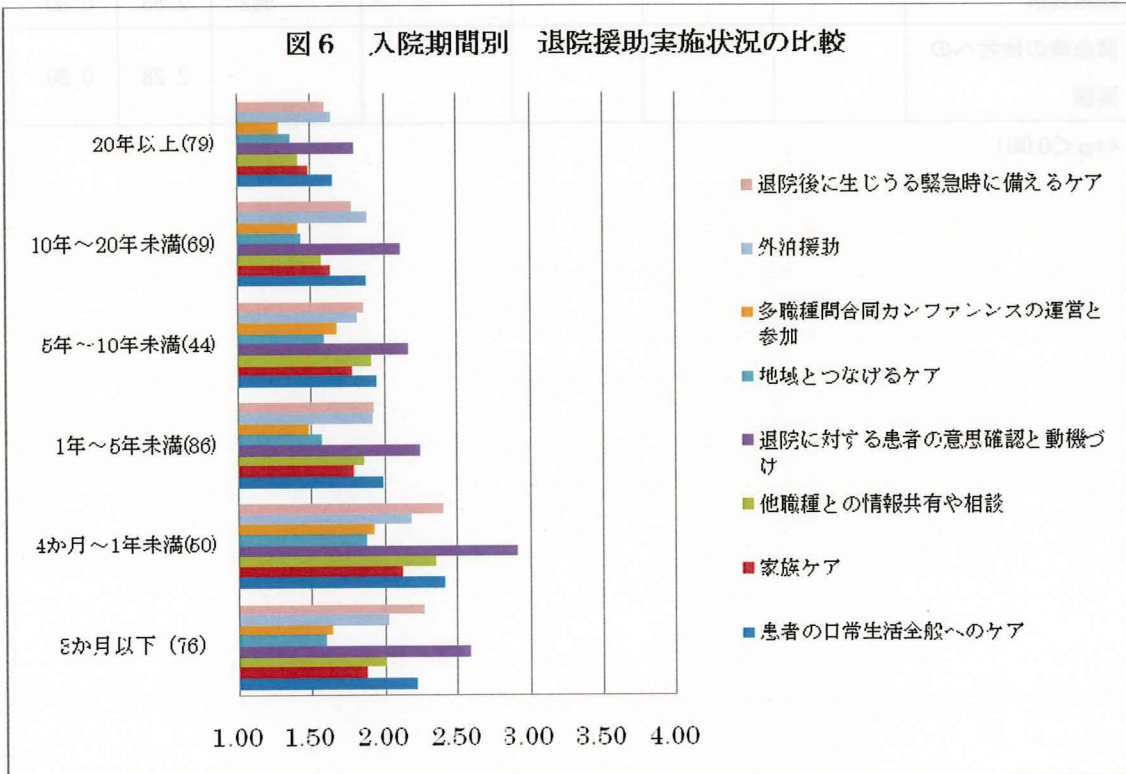
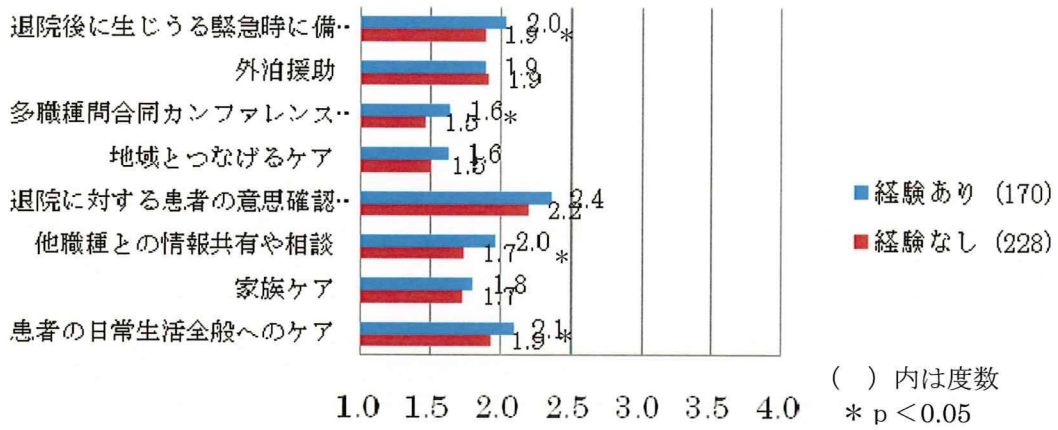


図7 退院後の精神障害者への看護の経験の有無別
退院援助実施状況の比較



平成 19－21 年度 総合研究報告
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

厚生労働科学研究研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

精神医療の質的実態把握と適正化に関する総合研究

研究代表者 伊豫雅臣 千葉大学大学院医学研究院精神医学・教授

「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 精神科科長

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、国が精神科病床7万2千床削減策を打ち出した平成16年より6年早い平成10年から3年間で328床から240床へ88床削減するために長期入院患者を操作的に退院させている。

操作的退院から退院後の支援に多職種が同時に関わる退院初期の支援体制から、患者が地域で暮らすのに生じる様々な問題に常時対応可能な体制に精神科訪問看護と危機介入チームを組織した。その経験が現在24時間、365日対応の我々がACT-Iと呼ぶ多職種合同の地域精神医療支援体制が出来上がった。この我々の経験は長期入院患者を退院させ、地域で暮らすように支援する地域精神医療モデルになりうると考え、我々の操作的退院の実態を明らかにする研究をおこなった。

操作的退院を行った患者は、グループホーム（GH）7箇所（含む法定外住居）へ27名、アパートS（AP-S）へ16名、他病院2箇所へ16名、施設8箇所へ21名で計80名であった。GHやAP-Sへ退院した者に比して他病院や施設へ退院した者では退院時平均年齢と退院までの総在院月数が大きかったことから入院が施設化していたことが示唆された。

GHやAP-Sへ退院した患者は、幻覚妄想があったりしたが症状による混乱が少ないことや、服薬中断の危険があったり、症状悪化を訴え注射などを求める自身の危機管理能力が十分でなかったり、ADLが十分でなかったりしたことが分かった。即ち、再発や再入院の危険を伴った患者でも操作的退院が可能であったのは、退院前の患者評価と評価に沿った退院後の多様な支援が行われたことにあった。

GHへ退院した患者には、病棟看護師が退院後最初の1週間は宿直し、次の1週間は午後10時まで夜勤を行い、PSW、OTR、ヘルパー、世話人などの他職種と一緒に炊事や服薬や入浴や戸締りや金銭管理など生活全般に支援を行い、新たな生活環境に慣れるよう支援していた。有限会社SFが管理運営するAP-Sでは、賄人や定年退職した元精神科看護師を世話人として配していた。AP-Sへ退院した患者には退院後1週間は外来看護師やPSWが午後10時まで夜勤に入って食事や服薬の支援を行っていた。

退院後1週間ないし2週間の多職種合同の支援のあと、多職種による危機介入チームや地域精神医療支援体制が切れ目なく機能し地域生活を支援していた。その退院後の支援の一端

が、夜間帯患者数の推移からも明らかになった。操作的退院を始めた最初年度から夜間帯患者数が急増し操作的退院を完了した翌年最大値を示し、その後4年間高い数値で留まり続けたことから、退院後5年間程度は夜間の対応を含め多職種合同の地域支援が高水準が必要であったことが示唆された。なお、ケースマネージャーは入院中に担当したPSWが退院後も継続して担当していた。

操作的退院後の多職種合同による地域生活支援の有効性を確かめる目的で入院月密度{(入院月数÷経過月数)×100%}や投与薬物のCP換算量およびDZP換算量の退院後の経過を調べた。その結果、GHとAP-Sへ退院した患者の入院月密度は退院後顕著な減少が明らかになり多職種合同の支援体制の有効性が実証された。しかし投与薬物のCP換算量の平均値は退院3年後および調査時(退院後7-10年後)のいずれでも退院時より大きくなっていった。GHよりAP-Sで増加傾向が顕著なことから、患者にとってグループホームやアパートは病棟に比べると対人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られ症状の増悪を少なからず招いていることを示唆した結果と考えられた。なお、DZP換算量はGHやAP-SではCP換算量の増加に呼応するように減少していた。

操作的退院患者が入居したGH-HやAP-Sや法定外住居Sの経営実態を調査したところ、いずれも家賃は5万円に設定され、GH-Hでは患者の自立支援法の障害区分や入居者数の日々の変動で収支が変動する実態が明らかになり、AP-Sや法定外住居Sでは銀行借入金や原価償却が生じないと仮定しても赤字傾向が続いていた。AP-Sや法定外住居Sを経営する当院外郭の有限会社SFは入院中の家賃は求めないとしているが、入院中の患者には安心に繋がると思われるが経営上は赤字要因になっていた。

A. 研究目的

当院は、国が精神科入院患者の退院促進を掲げた平成16年より6年早い平成10年から3年間で328床から240床へ88床削減するために長期入院患者を操作的に退院させている。その操作的退院から退院後の支援に多職種が同時に関わるうちに、我々がACT-Iと呼ぶ多職種合同の地域精神医療支援体制が自然に出来上がっていた。この我々の経験は長期入院患者を退院させ、かつ退院後地域で暮らせるように支援する地域精神医療モデルになりうると考え、我々の操作的退院の実態を明らかにする研究をおこなった。

B. 研究方法

初年度は、操作的退院に関わった現職の看護師長6名に自由記載のアンケート調査で操作的退院患者の実態を調査した。2年次及び3年次は操作的退院の対象となった患者80名のカルテ及び操作的退院の会議録を元に患者の実態、多職種合同の退院後の支援、退院後の経過等を客観的に評価検討した。また、グループホームおよび法定外のアパートや共同住居の経営実態も明らかにした。

(倫理面の配慮) 研究の資料は個別の氏名が明確に分かるものであったが、個別の氏名が知られない形で資料を整理検討しまとめてあるので倫理面に特段の配慮を要しな

いと判断できた。

C. 研究結果

初年度は病床削減に関わった現職の看護師長 6 名に自由記載のアンケート調査で操作的退院患者の実態を調査した。その結果、幻覚妄想があっても ADL が十分出なくても服薬中断の危険があっても退院は可能であった。症状による混乱が生じないことや症状悪化を訴え注射などを求める自身の危機管理能力が備わっていることが退院の大切な要件であった。

また、退院後の危機に常時対応可能な体制として精神科訪問看護と危機介入チームを組織したことや、その経験が現在の 24 時間 365 日対応、多職種合同で重度精神障害患者を地域で暮らすのを支える地域精神医療支援体制に繋がっていることが分かった。

操作的退院を受入れる住居確保の実態を調査した。下宿屋や篤志家や患者家族の住居提供や医師住宅、看護師寮の転用などがあって、操作的退院を開始した平成 10 年から退院を完了した平成 13 年までにグループホーム (GH) 1 箇所、共同住居 2 箇所 (後に GH)、法定外住居 4 箇所 (2 ヶ所は後に GH、1 箇所は平成 12 年に解消)、法定外アパート 1 箇所 (AP-S) を確保し、退院完了時には、GH4 箇所 17 名、法定外住居 2 箇所 9 名、AP-S 21 名の合計 47 名分の住居を確保していたことが分かった。

2 年度は、操作的退院をした患者のカルテを調査した。GH7 箇所 (含む法定外住居) へ退院した 27 名の退院時年齢は 52.8 ± 11.3 歳、退院までの総在院月数は 189.4 ± 154.57 ヶ月、AP-S へ退院した 16 名はそれぞれ 52.6 ± 12.6 歳、 195.2 ± 162.15 ヶ月、

他病院 2 箇所へ退院した 16 名はそれぞれ 58.0 ± 9.65 歳、 224.2 ± 157.63 ヶ月、施設 8 箇所へ退院した 21 名はそれぞれ 73.9 ± 5.46 歳、 295.0 ± 177.24 ヶ月であった。

操作的退院の会議録から、退院後の 1 週間はデイケアスタッフ、フ、OTR、病棟スタッフ (PSW、薬剤師)、訪問看護師、ボランティア看護師、病棟看護師、地域ケア部門スタッフの多職種合同で支援を行い、その後は多職種の地域ケア部門がサポートしていたことが明らかになった。患者のカルテ調査から、入院月密度 { (入院月数 ÷ 経過月数) × 100% } や投与薬物の CP 換算量および DZP 換算量から退院後の経過を調べた。その結果、グループホーム (GH) とアパート S (AP-S) へ退院した患者の入院月密度は退院後顕著な減少が明らかになり多職種合同の支援体制の有効性が実証された。

操作的退院前までの入院月密度を、初回入院から操作的退院までの経過月数に占める入院月数の百分率でもとめ、操作的退院後の入院月密度を退院から調査時 (平成 20 年 11 月 31 日) あるいは死亡時までの経過月数に占める入院月数の百分率で求めた。その結果、グループホームへ退院した者の入院月密度は退院前 $74.5 \pm 30.28\%$ であったのが退院後は $19.2 \pm 26.90\%$ へ減少、AP-S アパートへ退院した者の入院月密度は退院前 $78.9 \pm 43.47\%$ から退院後 $3.4 \pm 6.40\%$ へ減少していたことから退院後の支援体制の有効性が実証された。

投与薬物の退院時の CP 換算量は、施設へ退院した患者が他の 3 者 (GH, AP-S 及び他病院) に比して有意に少ないことから、施設へ退院した患者では精神症状が軽かっ

たとえられた。

GH や AP-S へ退院した者の投与薬物の CP 換算量を退院 3 年後および調査時(退院後 7-10 年後)を退院時と比較すると各時点で GH では 1.6 ± 0.86 倍、 3.5 ± 3.86 倍、AP-S では 2.7 ± 5.16 倍、 3.7 ± 6.64 倍といずれも退院時より処方量が増して GH より AP-S で増加傾向が顕著なことが明らかになった。この結果は、患者にとってグループホームやアパートは病棟に比べると対人的にも空間的にも「ゆとり」や「緩衝」が限られ症状の増悪を少なからず招いていることを示唆した結果と考えられた。なお、DZP 換算量は GH や AP-S では CP 換算量の増加に呼応するように減少していた。

GH-H の運営は平成 12 年には管理人とヘルパーの 2 人体制であったが、自立支援法施行後は世話人 1 人の体制で収支がバランスしていた。しかし、障害区分や入居者数の日々の変動で収支が変動する実態が明らかになった。

3 年度は 2 年度に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詳細の調査が出来た。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の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 つに細目が合計 17 項目になっていた。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

い患者も操作的退院をしていた。また、退院した患者は何らかの日常生活機能に障害を伴っていたことから、退院後に多様な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 2 年度の調査では退院後 1 週間行われたことになっていたが、それは AP-S へ退院した者に限られ、GH 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。その退院後の支援の一端が、夜間帯患者数の推移からも明らかになった。操作的退院を始めた最初の平成 10 年は、その前 2 年間の年平均の 2 倍、操作的退院を完了した翌年の平成 14 年では 4 倍で最大値を示し、その後 4 年間は 3.5 倍でプラトーを示し、その後減少に転じていた。この夜間帯患者数が急増し高い数値で留まり続けたことは、退院後 5 年間程度は夜間の対応を含め多職種合同の地域支援が高水準で必要なことを示唆した結果といえた。

AP-S および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たところ、賄人や世話人を雇ってしながら、患者の経済状況(障害者年金 2 級を想定)を考慮した家賃設定(光熱費と朝夕賄費を含み 5 万円)や入院中は患者に不安を与えないための配慮から家賃を請求しないなどの経営方針を採っている。建物購入借入金の返済や原価償却分を外しても、赤字体質の経営になっていることが分かった。

D. 考察

当院が平成 10 年から 3 年間で 88 床削減の為に操作的退院を行った。操作的退院と呼ぶのは本人の意図した退院でないからである。操作的退院した 80 名のうちグループ

ホーム（GH、含む法定外住居）とアパート S（AP-S）へ退院したものは43名で、半数弱の37名は他病院と施設へ退院していた。退院時年齢も退院までの総入院月数も他病院および施設へ退院した者はGHやAP-Sへ退院した者に比して大きかった。従って他病院や施設へ退院した患者の入院は施設化していたことを示唆していた。長期入院患者で施設化している患者の退院には療養病床、知的障害施設、救護施設、老人保健施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホームといった施設の受け入れ枠が整えば退院可能になる。入院が施設化した患者の退院促進策は受け入れ体制の整備と考えられる。

一方、施設化していない患者の退院促進には我々の操作的退院の経験が患者を退院させ地域生活を支援する地域精神医療のモデルの1つになると考えられる。

操作的退院を可能にしたのは多職種合同の支援体制が挙げられる。それは退院後の1~2週間は患者の特徴をよく理解している病棟看護師を中心としてデイケアスタッフ、OTR、病棟スタッフ（PSW、薬剤師）、訪問看護師、ボランティア看護師等の多職種が日中から切れ目なく同時に支援を行い、病棟看護師が当直や夜勤を行った。支援の内容は、日中の過ごし方、炊事や食事、服薬、入浴、その他多岐にわたっていた。あたかも病棟が病院から地域に移ったようであった。そのことが生活環境の変化に伴う不安や混乱を少なくし、新たな環境への適応を円滑にしたと考えられる。

退院直後の集中的支援以後は、精神科訪問看護や危機介入チームや地域精神医療支援体制が切れ目なく対応して、地域生活を支えていた。特に、多職種合同の地域精神

医療支援体制は当地域のACTに当たる機能を果たすものに発展していた。このわれわれの操作的退院は、「退院」が目的のように見えたが、実態は地域精神医療を創造することであったといえる。地域精神医療の創造は、操作的退院前は420日超であった平均在院日数が平成20年には170.7日に短縮したことに現れている。また、入院の中間や退院前に行う病棟カンファレンスを医師、病棟看護師、外来看護師、訪問看護師、病棟PSW、地域支援センターPSW、デイケアスタッフ、OTR、病棟薬剤師、病棟栄養士、保健所保健師、地域保健師、民生委員他が参加して行うことに繋がっている。

国が長期入院患者の退院促進をするのは我々が行った患者の意図によらない操作的退院を国家的規模で行うことを意味する。そうであれば我々の行った多職種合同の切れ目のない地域支援が一つのモデルになり得る。

我々の行った操作的退院のケースマネージャーは入院中の担当PSWが退院後も引き続き担当していた。現在国が進めている退院促進モデルでは、ケースマネージャーが病院外から介入する方法が取られている。患者の入院生活の機微を知らないままケースマネージャーが退院促進の役割を果たすとしたら患者の不安や混乱に対する心配りや手当てが十分に行なえるのか危惧される。

操作的退院後7~10年間の入院月密度（経過月数に占める総入院月数）が初回入院から操作的退院前までの入院月密度に比して顕著な短縮を示したことから、退院後の地域生活支援に多職種合同の支援が有効に機能したことが実証された。