

厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
（総合）研究報告書

**重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究
- チームによる地域ケア体制に関する研究 -**

研究代表者 吉川 隆博 東海大学医学部看護学科

研究要旨

研究目的：本研究の目的は、「重度かつ慢性」患者が、入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援として、チームによる地域ケアの実践を明らかにし『実践ガイド ミニマム・エッセンス』を検討することである。

研究結果：平成 29 年度は、北海道・東北地区、関東地区、中部地区、中国・四国地区、九州・沖縄地区から、計 13 か所の地域・施設を選定し、重度かつ慢性の精神障害者に該当する人の中で、「病状が重い人」、「行動障害が重い人」、「生活障害が重い人」、「身体合併症のある人」の状態特性に応じた、退院支援および地域ケア内容・体制に関するインタビュー調査を実施した。

平成 30 年度は、「重度かつ慢性」患者に関する第 1 次合同アンケート調査『患者票』の、退院後支援・ケアプラン作成における典型例（8 種類）の中から、平成 29 年度インタビュー調査の対象として少なかった、治療中断の可能性が大きいケース、多飲水や衝動行為などが著しいケース、暴言や迷惑行為等への対応を要するケース、自殺や自傷行為等の危険性が高いケース等の地域ケア体制について、計 6 施設を対象としてインタビュー調査を実施した。

インタビュー調査結果について、質的研究手法を用いて分析したところ、「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制として、(1)生活基盤を整える手厚い支援、(2)リスクを意識した手厚い支援、(3)複雑な課題に対応できる、切れ目のない手厚い地域連携体制に分類することができた。

次に、インタビュー調査結果の分析結果（平成 29-30 年度）と文献調査に基づき、「重度かつ慢性」患者を対象として、地域連携体制（8 項目）、地域生活支援の内容（16 項目）、地域生活支援の制度・手法（19 項目）、病状悪化時の支援（8 項目）に関する、計 51 項目の促進要因を抽出した。抽出した促進要因（51 項目）は、第 2 次合同アンケート調査において、好事例病院のケースにおける実施/利用率の調査を行った。

調査結果では、「ほぼ全例に実施/利用している」と「比較的良好に実施/利用している」の回答の合計が 70%以上を占める、実施/利用率の高かった内容が 24 項目認められた。それらの項目を「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制を特徴づける内容として、実践ガイドの項目に採用した。

最終的には、24 項目を中心として体系化を図り、インタビュー調査結果の分析内容から、支援の目的と具体的な内容などを補足するとともに、関係職種・団体の合意形成を経て、「チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド ミニマム・エッセンス」を作成した。

研究分担者

野口正行（岡山県精神保健福祉センター・所長） 荻原喜茂（一般社団法人日本作業療法士協会・副会長） 田村綾子（聖学院大学心理福祉学部・教授） 木戸芳史（三重県立看護大学看護学部・准教授） 三宅美智（岩手医科大学看護学部・講師）

研究協力者

安西信雄（帝京平成大学大学院臨床心理学研究科・教授）、新垣 元（医療法人卯の会新垣病院・理事長）、田崎博一（一般財団法人愛成会弘前愛成会病院・院長）、東 美奈子（株式会社Retice訪問看護ステーションRelisa・所長）、岡部正文（一般社団法人ソラティオ・代表理事）、遠藤真史（地域生活支援センターゆずり葉・施設長）、岡崎尚子（岡山市保健福祉局・審議監）、明田久美子（中原区役所地域みまもり支援センター）、荻野夏子（東海大学医学部看護学科・講師）、北村周美（東海大学医学部看護学科・助教）

A．研究目的

平成 25～27 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「精神障害者の重度判定及び重症者の治療体制に関する研究」（研究代表者：安西信雄）において、精神症状，行動障害，生活障害，身体合併症に着目した，「重度かつ慢性」の暫定基準案が示された。

同研究で行われた調査では，精神科病院の 1 年以上長期入院患者のうち，重度かつ慢性の基準案を満たす患者が 6 割程度であったが，長期入院患者が退院する上で，退院前訪問指導，服薬管理，障害福祉サービスの導入等の個別的手法が有効と考える主治医が少なくなかった。

厚生労働省の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」においても，多職種で効果的かつ効率的に活用できる包括的支援マネジメント手法を開発するとともに，多職種による訪問看護，アウトリーチなど地域ケア実践の実態分析をすることが求められている。

さらに平成 29 年に厚生労働省が示した，「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の基本的考え方では，「精神障害の有無や程度にかかわらず，誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域づくり」をめざしており，病状や生活障害などが重い「重度かつ慢性」の精神障害者を地域で支えることができる支援体制の構築が求められている。

そこで本研究では，重度かつ慢性の暫定基準案に該当するような患者（以下，「重度かつ慢性」患者と称す。）が，入院生活から地域生活に円滑に移行できるための包括的支援として，チームによる地域ケアの実践を明らかにし，多くの精神科病院と地域支援者とで活用することができる，実践ガイド・ミニマム・エッセンスを検討することを目的とする。

B．研究方法

1) 地域ケア体制に関するインタビュー調査

参加職種・部署は各地域・施設により異なるが，多職種・多部署構成となるように依頼した。また可能な範囲で地域の連携機関職員の参加を依頼した。

インタビュー調査は，インタビューガイド（資料 1）を用いて，フォーカスグループインタビュー形式で実施した。所要時間は 1 箇所あたり約 90 分間。参加者全員の同意を得て録音し逐語録を作成した。

平成29年度の対象施設は，研究班の代表者，研究分担者，研究協力者による機縁法にて，地域特性（人口，精神科病院，地域資源数等の状況）等を考慮しながら好事例地域・施設を選定した。インタビュー調査内容は，「病状が重いケース」，「行動障害が重いケース」，「生活障害が重いケース」，「身体合併症のあるケース」を対象とした，チームによるケ

ア内容・ケア体制等とした。

平成30年度の対象施設は，主に統括調整班（安西班）で実施した，第1次合同調査結果にて好事例施設に該当した病院より，『患者票』の退院後支援・ケアプラン作成における典型例（8種類）の回答で，ケース数が多かった病院より選定した。インタビュー調査内容は，「治療中断の可能性が大きいケース」，「多飲水や衝動行為などが著しいケース」，「暴言や迷惑行為等への対応を要するケース」，「自殺や自傷行為等の危険性が高いケース」を対象としたチームによるケア内容・ケア体制等と，「クロザピン治療および持効性注射剤治療を活用したケース」を対象とした，チームによるケア内容・ケア体制等とした。

2) 地域ケア体制に関するアンケート調査

統括調整班（安西班）における第2次合同アンケート調査として実施した。対象施設は同じく統括調整班で平成29年度に実施した，第1次合同アンケート調査結果に回答のあった病院の中で，新規入院患者の1年後までの居宅系退院率，在宅患者中の1年以上入院患者が占める割合，1年以上入院患者の居宅系退院率などから，好事例病院の基準に該当した20病院を対象とした。

地域ケア体制に関するアンケート調査内容は，インタビュー調査結果の分析結果（平成29-30年度）と文献調査に基づき作成した。

（倫理面への配慮）

インタビュー調査については，東海大学健康科学部倫理委員会の承認（第17-07号）および東海大学伊勢原校舎利益相反マネジメント委員会の審査（17-583）を受けて実施した。合同アンケート調査については，統括調整班の研究代表者（安西信雄）の所属施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。

インタビュー調査については，研究の目的，方法，自由意思による参加，個人情報の保護等に関して口頭と文章で説明を行い，同意を得て実施した。またインタビュー調査結果と合同アンケート調査結果は，施設や個人が特定されないよう匿名化を行い，個人情報の保護に留意した。

C．研究結果・考察

1) 地域ケア体制に関するインタビュー調査結果

平成29～30年度にかけて，全国20地域・施設においてインタビュー調査を実施した。各地区の実施数は，北海道・東北地区が6か所，関東地区が2か所，中部地区が4か所，近畿地区が1か所，中・四国地区が2か所，九州・沖縄地区が5か所であった。なお，各地区のインタビュー調査協力施設と参加者の属性は表 1 に示す通りである。

表1 インタビュー調査協力施設と参加者の属性

地区	協力施設	参加者(人数)
北海道 東北 6か所	A 訪問看護ステーション(ACT)	看護師(3名), 作業療法士(3名) 保健師(1名)
	B 精神科病院(公立), 精神科診療所, 相談支援センター, 生活支援センター, ヘルパーステーション, 生活介護事業所, グループホーム, 就労継続支援B型事業所, 訪問看護ステーション	相談支援専門員(5名), 看護師(2名), 生活支援員(2名), ヘルパー(1名), 作業療法士(1名), 精神保健福祉士(1名)
	C 精神科病院(民間), 障害者生活支援センター, 地域生活支援センター	看護師(4名), 相談支援専門員(2名), 精神保健福祉士(1名), 精神科医師(1名)
	D 精神科診療所	精神保健福祉士(2名), 看護師(1名), 精神科医師(1名), 心理職(1名)
	E 精神科病院(民間), 相談支援事業所, 保健所, 市障害支援課, 福祉事業所, 訪問看護ステーション	看護師(3名), ソーシャルワーカー(3名), 作業療法士(1名), 精神科医師(1名), 保健師(1名), ピアスタッフ(1名), 行政(1名)
	F 訪問看護ステーション	看護師(2名)
関東 2か所	G 精神科病院(民間), 障害児・者支援センター, 相談支援センター, 地域活動支援センター, 県健康福祉課	看護師(5名), 相談支援専門員(5名), 作業療法士(2名), 精神科医師(1名), 精神保健福祉士(1名), 保健師(1名)
	H 精神科病院(民間), 精神科診療所, 地域みまもり支援センター, グループホーム, 障害者センター	福祉職(2名), 精神保健福祉士(2名), サービス管理者(1名),
中部 4か所	I 精神科病院(民間), 総合健康センター(同一法人)	精神保健福祉士(4名), 看護師(3名), 作業療法士(2名), 精神科医師(1名)
	J 精神科病院(民間)	精神保健福祉士(3名), 作業療法士(2名), 看護師(2名), ケアワーカー(1名), 精神科医師(1名)
	K 精神科病院(公立)	精神保健福祉士(2名), 精神科医師(1名), 看護師(1名)
	L 精神科病院(民間), メンタルケアセンター(同一法人), 訪問看護ステーション(同一法人)	看護師(3名)
近畿 1か所	M 精神科病院(民間)	看護師(6名), 精神保健福祉士(4名), 作業療法士(2名), 精神科医師(1名)
中国 四国 2か所	N 精神科病院(公立), 精神科診療所(同一法人)	看護師(3名), 精神科医師(1名), 精神保健福祉士(1名) 作業療法士(1名)
	O 精神科病院(公立), 地域活動支援センター, 市福祉課, 保健所	相談支援専門員(3名), 保健師(2名), 看護師(2名), 精神科医師(1名), 精神保健福祉士(1名)
九州 沖縄 5か所	P 精神科病院(民間), 訪問看護ステーション	精神科医師(1名), 精神保健福祉士(1名), 看護師(1名)
	Q 精神科病院(民間)	看護師(2名), 精神科医師(1名), 精神保健福祉士(1名)
	R 精神科病院(民間), 訪問看護ステーション(同一法人)	看護師(5名), 精神保健福祉士(2名)
	S 精神科病院(民間), 基幹相談支援センター	精神科医師(1名), 看護師(2名), 精神保健福祉士(1名), 作業療法士(1名), 心理職(1名), 相談支援専門員(1名)
	T 精神科病院(公立)	看護師(6名), 精神科医師(2名), ソーシャルワーカー(1名)

インタビュー調査結果は、録音と逐語録が作成できた18地域・施設のデータを対象として、質的データ分析ソフトNVivo 12を用いて、質的帰納的に分析を行った。

1) - 1 重度であると判断されるケースの特徴

精神科病院職員と地域支援者らが、重度(通常ケースよりも手厚い支援を要する)に該当すると語ったケースの主な特徴は、以下の通りであった。

- コミュニケーションをとるのが非常に難しい
- 対人関係の構築が困難
- グループ・集団への適応が難しい
- 知的障害や発達障害の重複がある
- 精神面と身体面の両方の課題がある
- 病状変化・悪化の前兆がつかめない
- 典型的なプログラムにはまらない
- 警察を呼ぶくらいの迷惑行為がある
- 地域で問題化するエピソードがある

考察

幻覚・妄想など精神症状面は、当事者の生活にどの程度影響を及ぼしているのかによって、重度という印象が異なってくると考えられる。それよりも、支援者との関係性を含めた、対人関係や社会面での課題が大きい場合には、重度と判断される傾向にあると思われる。

病状悪化の前兆がつかめない、典型的なプログラムにはまらないという、既存のノウハウで対応が難しいケースは、支援や対応面の難しさなどから、重度と判断されるのではないだろうか。また、グループ・集団への適応が難しいケースは、個別対応が必要になるため、既存支援の枠組みによっては手厚い支援となることが考えられる。

ただし、同様の状態像であっても、インタビュー調査対象地域・施設の職員らによって、重度か否か(または退院可能か否か)という判断は異なる傾向にあった。このことから、精神科病院の職員や地域支援者にとっての重度の判断には、それまでの支援者らの「経験値」や地域の「ケア力(支援力)」などが、大きく影響していることが推察される。

1) - 2 精神科病院の支援体制の特徴

精神科病院を起点としたときに、「重度かつ慢性」患者に対応する支援体制は、各機能と多職種との連携およびチーム形成の特徴から、以下の2種類のタイプに大別された。

これらの支援体制のタイプは、ケースの特徴に応じて選定されたり、ケースの状態に応じて変更されたりすることもある。

「垂直統合型」の支援体制

ケースの特徴とニーズに応じて、精神科病院の各部署・部門と関連法人が所有する部門の機能と職種

を主に活用して、チームを形成する方法(図1)。

精神科病院が所有しない機能については地域資源との連携が認められた。

ケース会議は、院内の多職種カンファレンス形式で開催されることが多かった。

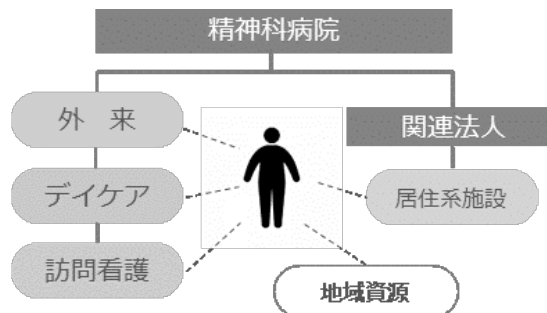


図1 垂直統合型のイメージ

.....【事例紹介】.....

R：精神科病院(民間)

法人内施設

- ・ 訪問看護ステーション、相談支援事業所、就労支援B型事業所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

関連法人施設

- ・ 自立支援アパート

支援体制の特徴

- 退院カンファレンスは、病院職員と関連事業所の職員で開催している。
- 自立支援アパートがあるため、スムーズな退院と、退院後の手厚いケアが可能。
- 自立支援アパートや精神科デイ・ケアの体験利用がしやすく、退院への意欲喚起に結び付いている。
- クロザピン治療ケースは、精神科デイ・ケアや精神科訪問看護の多職種が、体調と副作用の管理をきめ細かく行っている。
- 自立支援アパート利用者を含めて、病院が24時間体制で相談やフォローできる体制がある。何かあっとときには駆けつける。
- 急を要さない情報共有は、電子カルテの閲覧で行っている。
- 必要に応じて、地域連携室主催のカンファレンスを開催し、地域の関係者を含めて検討する。

「水平連携型」の支援体制

ケースの特徴とニーズに応じて、精神科病院の各部署・部門と、ケースを取り巻く地域資源の機能と職種を活用して、チームを形成する方法(図2)。

ケース会議は、精神科病院もしくはキーパーソンとなる支援者が所属する機関に関係者が参集し、開

催されることが多かった。

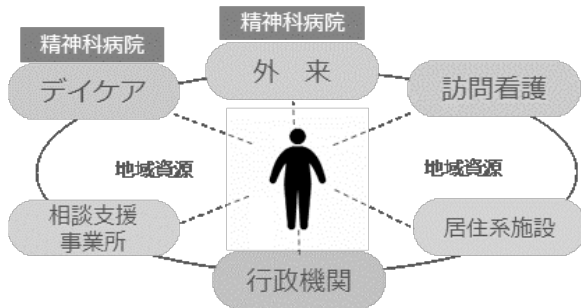


図2 水平連携型のイメージ

.....【事例紹介】.....

E：地域・施設

連携施設

- ・精神科病院(民間), 相談支援事業所, 保健所, 市障害支援課, 福祉事業所(グループホーム, 地域活動支援センター, 就労継続支援A型事業所), 訪問看護ステーションなど

支援体制の特徴

- 国や県・市の事業を通じて, 精神障害者の地域生活支援体制整備に取り組んだ。
- 各機関のつながりを継続する工夫として, 運営会議を整備するとともに, 精神科病院の研修を地域事業者に開放している。
- 自立支援協議会の地域移行ワーキングなどを通じて, 支援体制を維持している。
- 地域の連絡会やワーキングを, 精神科病院の会議室で開催し, 事例検討なども行っている。
- 入院中から, ピアサポーター, 相談支援専門員, 地域援助事業所が病棟に入り, 対象者や病院職員と情報共有を図っている。
- 精神科病院では, 精神保健福祉士が地域との窓口となり, 連絡調整や情報共有を図っている。
- クライシスプランを作成し, 関係者で共有している。
- 地域定着支援や意思決定表明支援事業など, 地域資源を積極的に活用している。

.....

考察

垂直統合型には, 同一法人や関連法人内でチーム編成を行いやすく, 情報共有もリアルタイムに行えるという特徴がある。したがって, 地域機関・職種主体では支えることが難しい, 医療ニーズの高い重症な患者などを支えることができることが強みとして考えられる。

関連法人の住居支援と外来や精神科デイ・ケア等を組み合わせることで支えることから, 退院直後で不安定になりやすい時期(もしくはケース)や, 退院後の変化が予測しづらい時期(もしくはケース)に

は, 病状面の観察を含めた見守りができると思われる。

水平連携型は, 多様なニーズのある患者を, 精神科病院だけで抱え込まず, 地域の関係機関・職種の横のつながりにより支えられるという特徴が強みであると思われる。国や県・市の事業の取り組みを通じて, 関係機関の連携と地域連携体制が築かれるという点も特徴である。

インタビュー調査において, 特に水平連携型の地域・施設からは, 「重度かつ慢性」患者のような手厚い支援を要するケースは, 単一機関だけが頑張るのではなく, 地域全体で支えていくという考え方が共有されていた。そのような理念の共有が地域連携体制を構築する上で重要になってくると思われる。

また水平連携型においては, 地域資源としての医療機関の役割の明確化が図れるという特徴がある。ただし, 地域での連携機関が多くなると, 情報共有やケース会議への参加面で課題が生じる可能性が考えられる。さらに「重度かつ慢性」患者には, 高齢者も少なくないことから, 介護保険事業所・施設との関係づくりも重要になるとと思われる。

いずれのタイプにおいても, 「重度かつ慢性」患者に対応できる体制は, 一朝一夕に成り立っているわけではなかった。精神科病院と地域支援者が「重度かつ慢性」患者に該当するようなケース支援の経験を積み重ねていくことが, 支援体制の構築に欠かせない要素として共通していると思われる。

1) - 3 支援内容・体制の特徴

(1) 生活基盤を整える手厚い支援の概要

「精神科病院の実践例」

- ・24時間の電話による相談対応, 病院・病棟からの訪問による支援, 地域との関係づくり

「精神科訪問看護の実践例」

- ・24時間の電話による相談対応, 生活面の観察とアセスメント

「精神科デイ・ケア等の実践例」

- ・日中の手厚いサポートと外出や栄養面の指導

「相談支援等の実践例」

- ・福祉サービスの積極的な活用, 電話による困りごとへの支援, 地域での見守り

「居住支援の実践例」

- ・ヘルパー活用による生活支援, 病院並みの個別的な訓練や支援

「行政機関の実践例」

- ・身近な支援者となる

.....【事例紹介】.....

B：地域・施設

支援施設

・精神科病院（公立）、精神科診療所、相談支援センター、生活支援センター、ヘルパーステーション、生活介護事業所、グループホーム、就労継続支援B型事業所、訪問看護ステーションなど

支援内容・体制

- 24時間、訪問看護のオンコール体制により、夜間でも困りごとの相談に対応できる体制を整備している。
- グループホーム内の緊急連絡網を整備し、世話人不在時は、事務所（グループホームのサービス管理責任者）が対応するなど、利用者が常に相談できる体制を整備している。
- 頻回に相談してくる方には、グループホーム世話人、精神科訪問看護師、精神科デイ・ケアスタッフなどが、いつでも生活の困りごとをていねいに聞き、助言する。
- 外出先でパニックに陥るなど緊急を要するときも、電話で対応している。
- 医療（病院）に相談すべき内容は、病院にできるように本人に伝える。相談支援事業所でサブの相談員を付け、緊急時も医療につなげられるようにしている。
- 昼夜逆転する方には、生活介護事業所や、就労支援事業所の送迎担当者が部屋に入って声をかけたり、事前に電話を入れたりしている。
- 生活上の細かい声かけ、見守り支援を行っている。

C：精神科病院（民間）他

支援内容・体制

- 退院の時期になると病院のPSWや主治医から事業所（個人宛）に連絡できる関係がある。
- 退院を検討する段階で、施設スタッフ等、本人に面会していただき、ある程度の個人情報（差しさわりのない範囲）を提供し、対象者の特性やかかわり方の工夫等を共有する。
- 訪問看護、訪問介護のオフィシャルなリソースだけではなく、患者の生活圏にある個人商店などとコミュニケーションを図る。
- 対象者が利用する個人商店やスーパーに「何かあれば連絡してください」と相談先を示すことで、見守ってもらえるケースがある。
- 地域活動生活支援センターや精神科訪問看護の職員が巡回して、生活の見守り（窓が開いている、ごみが出ている）をしている。

.....

考察

生活基盤を整える手厚い支援では、本人が安心できる生活スタイルを尊重しつつ、関係づくりを行う

支援が大切であると思われる。したがって、「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、地域においてキーパーソンとなる支援者を選定し、その支援者が中心となってチームで支援を行う体制づくりが重要になると思われる。キーパーソンは、対象者との関係性や、対象者の特性とニーズに応じて、医療職、福祉職、行政職などの中から、対象者との信頼関係が築けている者を選択することが望ましいと思われる。

退院直後の時期は、地域生活で不安や困りごとが生じることが少なくない。したがって24時間を通じて相談できる体制の確保が大変重要になる。インタビュー調査では、対象者が利用している医療機関の職員に相談することで安心するケースが多く、そのような対応が地域生活の維持に繋がっていると思われた。

ただし、訪問看護ステーションや相談支援事業所（地域定着支援利用等を含む）では、24時間の電話相談対応が制度上で評価されている場合があるが、精神科病院においては、夜間・休日の担当者の確保と評価の側面から課題がある。

（2）リスクを意識した手厚い支援の概要

「精神科病院の実践例」

・医療継続、服薬援助、クロザピン治療、短期入院（休息入院を含む）の活用

「精神科訪問看護の実践例」

・病状の観察とアセスメント、服薬継続の支援、身体的モニタリング

「精神科デイ・ケア等の実践例」

・SOSのキャッチ、服薬確認と指導、安心できる環境の提供

「相談支援等の実践例」

・通院の付き添い、不調サインの把握、介護への移行

「居住支援の実践例」

・職員による服薬の声かけ、24時間を通じた見守り

「行政機関の実践例」

・医療中断、病状の重い事例への支援、特定検診等の受診支援

.....【事例紹介】.....

H地域・施設

支援施設

・精神科病院（民間）、精神科診療所、地域みまもり支援センター、グループホーム、障害者センター

支援内容・体制

- 休息のための病院の使い方ができるようにする。
- 入院を不利益な経験にしないようにする。

- 任意入院をして、自分の意思による退院を経験することで、休息入院や短期入院が、安心して利用できるようになる。
- 入院中に、地域生活支援者が病院に出向き、本人に直接「待っているから戻ってきて」と伝え、「安心感」と「つながり感」を提供する。
- 市役所からの依頼で緊急性のあるケースは訪問看護につないでいる。支援は多職種で、そのとき役割をそれぞれ担う。

S：精神科病院（民間）他

支援内容・体制

- 長期入院者が退院した場合、病院では、一定期間、ベッドを確保している。
- 精神科訪問看護を、週3回、週5回と手厚く行う。特別訪問看護指示書が出ることもある。
- 精神科デイ・ケアを利用してもらう（入院中から体験利用）。
- 服薬は1日くらい飲み忘れたとしても、ヘルパーや施設で管理できれば良しとしている。
- 利用者には、困ったことがあれば日中に相談するようにやりとりし、日中のケアや観察を手厚くしてきている。そのため、実際には夜間の入院はなく、4年前から医療機関の24時間体制をなくすことができている。
- 未治療の方については保健所につないでいる。それぞれの機関がそれぞれの役割を果たすことを意識している。

M：精神科病院（民間）

<事例>

- ・クロザピン治療中のケース

<支援内容・体制>

- 患者の状況に応じ、ケア付き住居に入居している場合、服薬管理をスタッフがやっているケースもある。その場合、昼食後、夕食後の服薬を精神科デイ・ケアや精神科デイ・ナイト・ケアで行っているケースもある。
- 飲み忘れ防止のために、クロザピンを昼食後のみの処方に工夫している。
- 精神科デイ・ケアや精神科訪問看護のない日曜日には、電話で服薬確認を行う。
- 「クロザピンカード」、「クロザピンノート」を作成し、クロザピン治療における留意点、体調管理の要点を示している。
- 患者自身の体調管理としてクロザピンノートに体調管理表を掲載し、患者が日頃チェックしている内容を外来時に外来看護師が確認後、外来診察に進んでいる。
- 身体科の他科受診の際に情報提供できるツールとして、「クロザピンカード」、「クロザピンノート」を患者が利用している。

考察

地域において、生活と病状面を併せた包括的な支援を提供することが重要であり、地域支援者ネットワークによる「見守り」、「声かけ」の実施や、居住支援施設を含めた地域支援者による病状悪化などの兆候把握が重要になっていると思われる。病状がかなり悪くなったり、不安や混乱が増強したりする前に、適切な支援を提供することが重要になる。

リスクを意識した手厚い支援の中には、再発を視野に入れた支援が多く含まれており、服薬の継続と医療中断を防ぐための支援が、多くの機関の様々な職種を含めて行われていることが明らかになった。特にクロザピン治療を行っている対象者については、退院後の服薬継続に関して、よりきめ細やかな支援が必要になると思われる。

対象者の病状面や不調になる要因と、それへの対応に関する情報共有ができる体制づくりが重要になってくる。そのためには地域支援者を含めて、患者の病状悪化や不調の兆候を観察・アセスメントし、迅速な対応ができる体制をつくることが重要になると思われる。

また「重度かつ慢性」患者の場合、対象者の意思や病態への負荷状況などに応じて、短期入院もしくは休息目的の入院治療を計画的に行う方法を検討することも重要であると考ええる。退院後も必要に応じて入院医療を利用できるということが、対象者、家族、地域支援者などの安心感につながる場合もある。特に病状面が不安定になりやすく、再入院を繰り返す対象者の場合には、再発時の重症化を防ぐことが入院長期化予防につながると思われる。ただし入院治療を要する状態像と通院治療が可能な状態像を、関係者およびチーム内で共有することが必要であると考ええる。

（3）複雑な課題への手厚い支援の概要

「精神科病院の実践例」

- ・クライシスプランの共有、家族に退院後も継続して支援することを伝える、家族が疲弊する前に支援する

「精神科訪問看護の実践例」

- ・ネットワークをつくり支える、家族の困りごとへの支援、近所の人への関わり

「精神科デイ・ケア等の実践例」

- ・精神科訪問看護との連携体制の構築
- 「相談支援等の実践例」

- ・関係機関へのタイムリーな情報提供

「居住支援の実践例」

- ・医療機関と連携した病状面への支援

「行政機関の実践例」

- ・セーフティーネットとしての支援、想定される事態への対応を決めておく、地域で問題化している事例への支援

I：精神科病院（民間）

支援内容・体制

- 退院時に、ストレンクスプランとクライシスプランを本人と作成する。それによって再入院時にも、本人と一緒に確認できたり、早めに相談できたりするようになった。
- 地域定着支援サービスで24時間相談体制を整えているため、本人は早めに電話ができ、「クライシスプランではこのようなときはこの薬を飲むことになっている」というやりとりが行えている。
- 地域支援者は早めに変化を察知して声掛けを増やし、配慮すべきことを共有している。
- 入退院をくり返すと、家族の退院への意欲を保つのが難しくなってしまうので、家族が気持ちを話しやすく相談しやすい関係づくりに心がけている。さまざまな制度を活用することで家族が負担にならない地域支援体制の構築に力を入れている。

J：精神科病院（民間）

支援内容・体制

- クライシスプランは、リハビリプログラム（スキルアップ教室）で検討している。
- リハビリプログラムで、ストレス対処の方法や服薬自己管理を、時間をかけてじっくり行う。
- 電話相談は管理当直がいていねいに話を聞く。翌朝の対応でよい場合は、翌朝師長が30分以内に、看護師、介護福祉士などなじみの担当を決定して、2人チームで訪問。（特に退院1か月は多い）
- 夜間、休日は、緊急時に病院が365日24時間のアウトリーチ（緊急生活支援）にて対応（年間退院数450のうち約15件）

P：地域・施設

事例

- ・行動障害（多動、衝動性、こだわりなど）を認めるケースへの支援体制

支援内容・体制

- 行動範囲を広がってしまう方の場合は、同じ日に、さまざまな事業所に行くことを希望しても、受け入れを断らない対応をしている。（パニックを防ぐため）
- 地域の事業所全体がケア会議で一堂に会し、本人の疾患や特性を理解しながら、みんなで支える体制をつくっている。
- 地域の事業所全体で支えることで、負担の分散となり、余裕のある支援ができている。
- 本人と幼少期からかかわっている障害専門施設との連携を図っている。

A：訪問看護ステーション

支援内容・体制

- 訪問時に家族と本人とで3人で会話をするようにしている。一方的に家族に話してしまうことが多かった患者が、第三者にわかるように「順序立てて話す力」をつけ、家族との関係が円滑になっていった。
- 患者との関係が難しい家族の間を取り持ちながら、お互いが円滑な関係をつくっていくための工夫を伝える機能を担っている。
- 本人への心理教育として、「健康自己管理プログラム」（WSM）を取り入れている。家族も巻き込んで一緒に取り組むことで、本人・家族がお互いの思い（のずれ）に気づくことが多い。

考察

複雑な課題がある患者を地域で支えるためには、退院前から退院後の地域まで必要な支援が途切れることがないようにすることと、患者の家族を含めたサポート体制を構築することが重要になると思われる。退院後も医療機関が継続して対象者に関わることを丁寧に説明することも、家族の安心につながる可能性があると思われる。再入院時には地域支援者が継続的な関りをもちながら、支援が途切れないようにすることが、入院長期化を防ぐためにも重要であると考えられる。

また課題によっては保健所等の行政機関の職員を含めたサポート体制が必要になる。保健所・市町村と協働するケースとして多いのは、医療中断リスクが高い事例、病状が重い事例、地域での問題が顕在化している事例などに加えて、特定検診・保健指導の働きかけが必要なケースなどであった。

複雑な課題がある患者を地域で支えるためには、特定の機関だけではなく、地域全体で支えるという発想と体制が重要になる。そのためには関係者の横のつながりとネットワークを活かした、お互いが安心・信頼できる「顔の見える関係」づくりが重要になると考えられる。

ただし、新たに関係づくりを行うことは必ずしも容易ではない。支援会議、勉強会、事例検討会などを通じて、お互いの役割や考え方などについて理解を深め、横のつながりを深めていくことが重要である。

（4）身体面への支援の概要

「精神科病院の実践例」

- ・身体疾患へのバックアップ、内科も精神科も見られる入院施設の確保

「精神科訪問看護の実践例」

- ・糖尿病予備軍への身体モニタリング、身体的ケアができる患者との関係づくり、個別的で教育的

な身体ケア

- 「精神科デイ・ケア等の実践例」
 - ・身体症状の把握や教育的プログラムの実施
- 「相談支援等の実践例」
 - ・身体的状態に合わせて介護に移行する
- 「居住支援の実践例」
 - ・ヘルパーを利用による糖尿病の食事管理
- 「行政機関の実践例」
 - ・生活習慣病を手掛かりとした個別支援

……………【事例紹介】……………

I：精神科病院（民間）

支援内容・体制

- 重度の障害をもつ方は、身体を見せることに抵抗感があり、身体の不調を訴えるのが難しい。
- そのため身体合併症など身体ケア面が必要な方は、特に関係性がとれているスタッフが訪問する。
- 関係性は、訪問の際に掃除をするなど、その人にとって必要な支援をするなかで構築されていく。
- 受診（他科）する必要がある場合、時間的に余裕がある場合は電子カルテで各部署に発信。緊急性があるときは、口頭ですぐ医師に伝える。
- 糖尿病や高血圧で、一般科の受診で間食が禁食になっている場合でも、制限することが精神症状に影響を及ぼす場合は、訪問看護師が主治医と相談し、制限を緩めてもらうようにする。
- 保清やケアが十分できないことから皮膚疾患が多い。セルフケア能力を高める働きかけをするとともに、精神科デイ・ケアや精神科訪問看護時にケアを行う。
- 単身者で身体疾患があり、一般科を受診する場合、相談支援事業所や地域活動支援センタースタッフ、グループホーム職員が受診同行する（特に初診。今後、高齢化していくため、さらにニーズは高まる）。
- がんに罹患する人が増えている。一般科病院のがん看護外来を活用しているが、看護師同士の連携を深めることが課題。
- 65歳以上の方は、介護保険サービスと医療サービスを併用しているケースが大半。障害福祉サービスでは地域定着支援を併用している。
- 介護事業所の精神障害に対する理解は十分ではないので、医療側から情報提供をすることが多い。そのような中で、少しずつ理解を広げている。

S：精神科病院（民間）

支援内容・体制

- 生活習慣病予防では、精神科デイ・ケアで運動グループを実施し、体を動かしてもらう。

また、合併症や薬の調整を行っている方は、精神科デイ・ケアの看護師が個別に対応している。

- 地域の自治会が主催する生活習慣病予防の教室にも参加している（地域の障がい者への理解も進んでいる）。
- 水中毒の方には、精神科デイ・ケアで体重測定をしてもらっている。また病棟の水中毒対象のグループに入ってもらい、心理教育を行っているケースもある。
- 水中毒の方にはヘルパーやケアマネージャーもかかわることが多く、日々、配慮している。精神科訪問看護とも連携したり、日誌などで情報共有を行ったりしている。

……………

考察

重度かつ慢性の精神障害者の暫定基準案に含まれている身体合併症は、水中毒、腸閉塞（イレウス）、反復性肺炎、その他、退院困難と関連するものが規定されているが、今回のインタビュー調査において、腸閉塞や反復性肺炎が課題となっているケースはなかった。

ところが精神科病院からの退院や地域支援において課題となるものとして、生活習慣病（例：糖尿病）の管理や、高齢化に伴う身体機能の低下などが課題になるケースが多く認められた。

荻野らが行った精神科病院入院患者の調査（2016年）におても、身体合併症を有する患者の中で、循環器系の疾患が32.1%、内分泌および栄養および代謝疾患が22.2%と高く、循環器系では「高血圧」、内分泌および栄養および代謝疾患では「糖尿病」の割合が概ね6割と高かった。

生活習慣病の悪化が退院困難理由となったり、再入院の要因になったりすることも考えられる。今後の高齢化への対応も含め、外来、精神科デイ・ケア、精神科訪問看護における、身体面の観察・ケアの機能を強化するとともに、内科医等との連携・調整を図るなど、「心身両面」を支えることができるような機能が重要になると思われる。

（5）典型例に対する支援体制の概要

治療中断の可能性が高いケースへの支援

……………【事例紹介】……………

N：精神科病院（公立）

支援内容・体制

「服薬管理の支援」

- 服薬中断理由のアセスメント。
- 入院中はチームで支援し、退院後は外来・訪問看護でフォローアップする。

「治療中断予防に向けた支援」

- 病状悪化により服薬中断をするケースは、病状安定のアプローチ。

- 医療不信があるケースは、どういう医療(治療)が役立つのか、本人と一緒に考える。
- 精神科デイ・ケア等につなげて、昼間SOSが出せる支援。
- 外来看護師と中断リスク患者の情報共有。
- 受診しやすい体制づくり(夜間・救急外来、サテライトクリニック等)の活用。
- 受診できない患者への訪問(診療、薬持参)。

「ハイリスク者への支援」

- 外来部門の治療中断支援チームによる対応。
- 精神科在宅患者支援管理料による、アウトリーチ支援。
- 行政(保健師、ワーカー)との協働による支援。
- 地域生活の安定と信頼関係構築に向けた支援。

K：精神科病院(公立)

支援内容・体制

「治療中断予防に向けた支援」

- 服薬中断のリスクのある患者、経口薬のみでは精神症状の安定性が保てない患者には積極的にデポ剤を導入する。
- 短期入院中にデポ剤を投与することもある。
- ケースによっては、外来継続するために通院介助を活用することがある。

考察

治療中断の可能性が高いケースには、退院後の外来・在宅部門による継続支援が重要になると考えられる。特に服薬中断のリスクが高いケースは、再発・再入院を繰り返すリスクも高まることが考えられるため、退院後にフォローアップする担当者もしくはチームによる対応が必要になると思われる。

インタビュー調査より、対象者が服薬に消極的になる場合には、指導を強めることよりも、服薬したくない理由に注目しアセスメントすることが重要であると思われた。対象者にとって服薬や通院が役立つという理解と認識を高めることが重要であり、アドヒアランスを高めることができる支援が重要になってくると思われる。

ケースによっては、患者本人と相談して持効性注射剤(デポ剤)を活用することも効果的だと思われた。また高齢・身体機能面を含め、通院困難な状況をかかえるケースには、通院介助の利用を検討することも必要だと思われる。

「重度かつ慢性」患者の中には、SOSのサインを出すことが苦手な対象者がいる。精神科デイ・ケアの職員は、対象者の変化に気づきやすく、医療的な視点からアセスメントが行えることから、服薬状況や病状変化などの観察を行う役割が重要になると考えられる。

地域での迷惑行為等(リスクを含む)への対

応を要するケースへの支援

.....【事例紹介】.....

N：精神科病院(公立)

支援内容・体制

「本人への対応」

- 身につけられる社会的ルールの練習。
- 本人が責任を取ることができる対応(必要時には警察対応)。

「治療的なアプローチ」

- クロザピン治療、スヌーズレンなど。
- 入院中は個別支援ができる体制の構築。

「地域連携体制」

- 自立支援協議会等を通じて対応方針・方法の情報共有を図る。
- 普段からの病院と地域との関係づくり。

K：精神科病院(公立)

支援内容・体制

「地域連携体制」

- 地域定着支援と計画相談を導入し地域支援者に根気よくつなぎ、保健所もふくめ3-4箇所が支援している。

- 月に1回ペースで支援会議を実施する。

「早期介入・支援」

- 定期的な訪問や地域支援ネットワークによる見守りを行いながら、生活上の困りごとや変化を早めに察知し、情報共有を図りながら早めの支援を検討している。

考察

地域での迷惑行為等への対応を要するケースについては、病状が起因する場合にはクロザピン治療等による治療的アプローチが検討される。

地域支援者間では、対応方針や対応方法の情報共有を図りながら、本人が責任をとることができる対応を含めて支援を検討することが必要である。また、精神科病院と地域住民との関係づくりに向けた支援などが大切な要素になっていると思われた。

自傷行為や自殺等の危険性が高いケースへの支援

.....【事例紹介】.....

N：精神科病院(公立)

支援内容・体制

「治療介入の重要性」

- 若年層の自殺企図、児童虐待ケース。
- 総合病院と連携して、初回(こじれる前)からフォローを開始する。
- 自殺リスク評価の実施。

「治療的アプローチ」

- クロザピン治療

○家族サポートおよび家族を含めた支援。

「支援体制」

○訪問看護では、担当者が一人で抱え込まずチームで支える体制づくり。

○医療を望まない場合には福祉サービス(地域定着支援等)を活用する。

○定期的なケア会議とモニタリングの実施。

.....

考察

自傷行為や自殺等の危険性が高いケースについては、関係機関および家族と連携をとりながら、モニタリングと定期的な評価を行うことが必要になると思われる。支援体制としては、担当者個人が抱え込まず、チームで支えることができる体制の構築が重要になる。

2) 地域ケア体制に関するアンケート調査結果

地域ケア体制に関するアンケート調査内容は、インタビュー調査結果の分析結果(平成29-30年度)と文献調査に基づき、「重度かつ慢性」患者を対象とした、地域連携体制(8項目)、地域生活支援の内容(16項目)、地域生活支援の制度・手法(19項目)、病状悪化時の支援(8項目)に関する、計51項目の促進要因により構成し、各病院のケースにおける実施/利用率を調査した(資料2)。

第2次合同アンケート調査の回収率は100%であり、地域ケア体制に関する回答率も100%であった。

「ほぼ全例に実施/利用している」と「比較的よく実施/利用している」の回答の合計が、70%以上となった実施/利用率の高い項目は、以下の通りであった。

2) - 1 地域連携体制

「重度かつ慢性」患者を対象とした地域連携体制に関する質問で、実施/利用率の高かった項目。

「医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築(90%)」

「地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築(85%)」

「対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築(85%)」

「地域においてキーパーソンとなる支援者の設定(85%)」

「対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築(80%)」

「対象者との馴染みの関係性を重視した地域支援者との連携体制の構築(75%)」

考察

好事例病院においても、顔の見える関係の構築が

最も重要視されていた。インタビュー調査においても、特に水平連携型で支援を行っている地域・施設では、支援者間での関係性が重要になると思われる。

「重度かつ慢性」患者の地域ケアにおいては、病状等の変化への対応を含めて、地域の事業所等の職員が医療機関の職員に、気軽に相談できる関係や必要時にケア会議を開催し相談できる体制が重要である。そのような関係・体制があることが地域支援における安心感にも繋がっていると思われる。

2) - 2 地域生活支援の内容

「重度かつ慢性」患者に利用された地域生活支援に関する質問で、利用率の高かった項目。

「服薬や通院など医療継続に向けた支援(100%)」

「当事者の不安や困りごとなどへの、窓口(担当者)を設けた相談対応(95%)」

「居住の場における、日中の日常生活支援(90%)」

「対象者の家族の相談やサポート(90%)」

「居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応(85%)」

「精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス(70%)」

「保健所等の行政機関・職員と協働した支援(70%)」

考察

「重度かつ慢性」患者の地域生活支援において、服薬や通院など医療継続に向けた支援は、好事例施設の全てにおいて利用率が高かった。地域生活を維持する上で、治療継続の重要性が示唆されており、特に「重度かつ慢性」患者に関しては、退院後の生活と継続医療の両面を支えることができる体制づくりが重要であると考えられる。

当事者と家族の相談体制も多く利用されていた。地域生活を支援する上で、相談サポートはかなり重要になっていると思われる。居住の場における支援の利用率も高く、施設等で日常的に関わる職員による支援が重要になると思われる。

また保健所等の行政機関と協働した支援の利用率も75%と高いことを考えると、「重度かつ慢性」患者の地域生活支援において、行政機関は重要な連携機関になっていると思われる。

2) - 3 制度・手法

「重度かつ慢性」患者に利用された、地域生活支援の制度・手法に関する質問で、利用率の高かった項目。

「精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整(95%)」

「精神科訪問看護等による服薬管理・指導(9

5%)」

「精神科病院における電話相談体制(95%)」

「家族関係の調整や家族サポート(90%)」

「居住施設の職員等による服薬の声かけや確認(85%)」

「精神科病院における短期入院の利用(必要時に判断)(80%)」

「精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用(75%)」

「地域支援者ネットワークによる,見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握(70%)」

考察

「重度かつ慢性」患者の地域ケアで活用された制度・手法としては,精神科訪問看護と精神科病院における電話相談体制が,いずれも95%と高かった。

「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制においては,退院後の継続医療・看護の必要性が高いと考えられる。居住施設の職員等による服薬の声かけや確認の利用率が高いことも考えると,服薬継続に向けた支援が手厚く行われていると考えることができる。

また地域支援者ネットワークによる,地域での見守り・声かけと病状悪化時の兆候把握の利用率も70%と高い傾向にあることから,地域全体で支える体制の構築が重要であると思われる。

2) - 4 病状悪化時の支援

「重度かつ慢性」患者に利用された,病状悪化時の支援に関する質問で,利用率の高かった項目。

「精神科病院における,当事者・家族等からの電話による相談対応(95%)」

「精神科病院への早期入院による治療(90%)」

「再入院時における地域支援者の継続的な関わり・支援(90%)」

考察

病状悪化時の支援としては,精神科病院における,当事者・家族等からの電話による相談対応の利用率が95%と高かった。地域生活を送る上で,病状管理は重要である。病状面に不安が生じたときに,医療機関に相談できる体制の確保が求められる。

精神科病院への早期入院による治療の利用率も90%と高かった。地域生活を続けるために,入院医療を効果的に活用することは重要であり,重症化予防や入院長期化の予防の視点からも重要になってくるのではないかと考える。また再入院時には,地域支援者の関りが途切れないようにすることも重要であると思われる。

3) 実践ガイドの検討・作成

平成29~30年度にかけて実施したインタビュー調査結果と,第2次合同アンケート調査結果を踏まえて,研究班内で実践ガイドの検討を行った。

実践ガイドの項目は,地域ケア体制に関するアンケート調査結果で実施/利用率が高かった,24項目を中心として体系化を図った。その際,アンケート結果では70%以下の回答であった,「クライシスプランに基づく支援者の対応(45%)」と「内科医等かかりつけ医師との連携や情報共有(50%)」については,研究班として重要であると判断し,実践ガイドの内容に加えることにした。

実践ガイドの内容には,インタビュー調査結果の分析内容から,支援の目的と具体的な支援内容などを補足するとともに,関係職種・団体の合意形成を経て,「チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド ミニマム・エッセンス」を作成した(資料3)。実践ガイドの内容は以下の通りである。

「チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド ミニマム・エッセンス」

1)「重度かつ慢性」患者に対応できる地域連携とネットワークづくり

医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる,顔の見える関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには,まず地域連携とネットワークづくりが重要になる。医療機関職員と地域支援者の担当者間での「顔の見える関係」づくりについて,利用実施率の高い施設が多かった(90%)。「顔の見える関係」とは,担当者個人の顔と名前がわかり,日ごろから情報交換や気軽な相談ができるとともに,相手の個性や考え方などもわかる信頼・安心できる関係である。

「重度かつ慢性」患者には,高齢者も少なくないことから,介護保険事業所や施設との関係づくりも重要になる。

地域支援者が医療機関の医師,看護師,精神保健福祉士等に,気軽に相談できる関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支える上では,病状などの変化・不調などを把握しながら,対象者の状態に応じた援助を行う必要がある。

そのために地域支援者が,「対象者の病状面などについて,医療機関の主治医,看護師,精神保健福祉士などに気軽に相談できる関係づくり」の実施率の高い施設が多かった(85%)。

医療機関の職員に気軽に相談できることは,対象者および地域支援者にとって安心感につながると考えられる。

2) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるための地域ケア体制

地域においてキーパーソンとなる支援者の設定

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、地域においてキーパーソンとなる支援者を設定し、その支援者が中心となってチームで支援を行う必要がある。

調査では「キーパーソンとなる支援者の設定」の実施率の高い施設が多かった(85%)。キーパーソンは、対象者との関係性や、対象者の特性とニーズに応じて、医療職、福祉職、行政職などの中から、対象者との信頼関係が築けている者を選択することが望ましいと思われる。

対象者との信頼関係を重視した支援者との連携体制の構築

対象者が地域において安心して支援が受けられるように、対象者と「顔なじみ」の関係を重視した支援者との連携体制の構築に関して、実施率の高い施設が多かった(75%)。

対象者の病態特性とそれへの対応に関する情報共有ができる体制の構築

対象者の病状面や不調になる要因と、それへの対応に関する情報共有ができる体制づくりが重要であり、「情報共有ができる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった(80%)。

具体的には、病状変化の兆候、病状等に合わせた対応や対象者が安心できる方法などが該当する調査対象施設での「クライシスプランに基づく支援者の対応」の実施率が45%であり、有効な手段になるのではないかと考えられた。³⁾

また、調査対象施設での「内科等かかりつけ医師との連携や情報共有」の実施率も50%であり、精神面のみならず生活習慣病(糖尿病、高血圧)を含め、身体面の管理と対応ができる体制づくりが重要であると考えられる。

対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築

対象者の状況変化に応じて、随時関係者間のケア会議が開催できる体制の構築が重要であり、「随時ケア会議を開催できる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった(85%)。

保健所等の行政機関・職員と協働した支援

対象者の特性とニーズにより行政機関・職員と協働した支援が必要になる。調査対象施設では、

「保健所等の行政機関と協働した支援」の実施率の高い施設が多かった(70%)。

保健所・市町村と協働する事例として多いのは、医療中断リスクが高い事例、病状が重い事例、地域での問題が顕在化している事例などに加えて、特定検診・保健指導の働きかけなどがある。また、生活保護受給者の場合には、福祉事務所の担当者らと協働し、生活の見立てを行いながら支援する必要がある。

3) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるために必要な支援

(1) 生活面を支えるために必要な支援

居住の場における、日中の日常生活支援

自宅、単身アパート、グループホームなど居住の場における、「日中の日常生活支援」の実施率の高い施設が多かった(90%)。

居住の場における日常生活支援は、対象者が地域生活を送る上で基盤となる支援であり、対象者の生活能力に応じて、食事、金銭管理、買い物、掃除などがある。生活援助(ホームヘルプ)の利用を含めて支援を検討することが必要である。

当事者の不安や困りごとなどへの、窓口(担当者)を設けた相談対応

対象者が地域生活を送る中で、不安や困りごとが生じたときに、いつでも気軽に相談できるように、地域支援者の相談窓口や担当者の連絡先を明らかにする対応について、実施率の高い施設が多かった(95%)。

地域では、障害者総合支援法の「自立生活援助」や、訪問看護ステーションの「24時間対応体制加算」などが利用できる。

医療機関における電話相談体制

対象者が利用している医療機関の職員に相談することで安心する事例が多く、そのような対応が地域生活の維持に繋がっていることがある。

調査対象施設において、「電話による相談体制」の実施率の高い施設が多かった(95%)。外来、地域連携部門、訪問看護の職員が対応することが多いが、相談内容によっては主治医が対応する場合もあった。

(2) 生活と病状面を併せて支えるために必要な支援

生活の場における、病状面の観察や必要に応じた対応

地域支援者ネットワークによる、見守り・声か

けと病状悪化等の兆候把握

地域において、生活と病状面を併せた包括的な支援を提供することが重要であり、地域支援者ネットワークによる「見守り」、「声かけ」の実施と、その際の病状悪化などの兆候把握がポイントになる。

調査対象施設において「地域支援者ネットワークによる見守り、声かけ」の実施率の高い施設が多かった(70%)。地域支援者ネットワークには、専門職のみならず民生委員や地域住民なども含まれる。

居住施設の職員による服薬の声かけや確認

自宅や単身アパートなど生活の場に職員が訪問して支援を行うことが多いが、本調査では、グループホームや居住系施設など「居住系施設職員による服薬の声かけや確認」の実施率の高い施設が多かった(85%)。

精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス

精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整

精神科訪問看護による心身の病状等の観察は重要である。「精神科訪問看護の利用」の実施率の高い施設は多く(95%)、特に退院直後で不安が強い期間や、病状が不安定になってきたときには、主治医と相談し訪問頻度を増やしていた。

逆に、人との関りが刺激になる場合には訪問頻度を少なくしていた。なお、急性増悪などにより、週4回以上の集中的な訪問看護が必要な場合には「特別訪問看護指示書」により実施することができる。

精神科訪問看護等による服薬管理・指導

調査対象施設では「精神科訪問看護による服薬管理と服薬指導」実施率の高い施設は多く(95%)、重要な支援であると考えられる。

服薬管理の訓練・指導は入院中から行うことが多いが、対象者の生活環境の中で服薬管理ができるように、精神科訪問看護師による継続支援が必要になる。対象者が服薬に消極的になる場合には、指導を強めることよりも、服薬したくない理由に注目しアセスメントすることが重要である。

(3) 病状悪化・再発を防ぐために必要なケア体制

服薬や通院など医療継続に向けた支援

「重度かつ慢性」患者は、刺激に弱く、混乱しやすかったり、病状が不安定になりやすかったりする対象者が少なくないことから、服薬や通院な

ど医療継続に向けた地域での支援が重要である。

外来部門では定期受診できなかった対象者の把握と、電話連絡、訪問、支援者間での情報共有など、必要に応じた支援を行うことが重要であり、「医療継続に向けた支援」(100%)と「当事者・家族からの電話による相談対応」(95%)の実施率が高い施設が多かった。

対象者にとって服薬や通院が役立つという理解と認識を高めることが重要であり、医療不信がある対象者には、治療の必要性などについて一緒に考えることが必要である。

精神科デイ・ケアおよび治療プログラム等の活用

調査対象施設では「精神科デイ・ケアおよび治療プログラムの活用」の実施率が高い施設が多かった(75%)。精神科デイ・ケアは、患者の状態に応じた利用方法の検討ができるため、地域支援事業所のグループ・集団活動や、定型的な活動が苦手な場合は、精神科デイ・ケアの個別プログラムの活用が望ましく、対象者にとっても負担が少ないことが考えられる。

また、「重度かつ慢性」患者の中には、SOSのサインを出すことが苦手な対象者がいる。精神科デイ・ケアの職員は、対象者の変化に気づきやすく、医療的な視点からアセスメントが行えることから、精神的な側面のみならず、生活習慣病などの身体面の管理を行うこともできると考えられる。

精神科病院への適時・適切な入院利用

調査対象施設では「精神科病院への短期入院、休息入院」の実施率が高い施設が多かった(80%)。

「重度かつ慢性」患者の場合、対象者の意思や病態への負荷状況などに応じて、短期入院もしくは休息目的の入院治療を計画的に行う方法がある。退院後も必要に応じて入院医療を利用できるということが、対象者、家族、地域支援者などの安心感につながる場合もある。地域生活を継続するための効果的な入院治療の利用であると考えられる。

また、調査対象施設では「早期入院による治療」の実施率が高い施設も多かった(90%)。病状面が不安定になりやすく、再入院を繰り返す対象者の場合には、再発時の重症化を防ぐことが入院長期化予防につながると考えられる。そのためには、入院治療を要する状態像と通院治療が可能な状態像を、関係者およびチーム内で共有することが必要である。

再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援

調査対象施設では「再入院時の地域支援者との

継続的な関り」の実施率が高い施設が多かった(90%)。「重度かつ慢性」患者の場合、再発により再入院を要する対象者が少なくない。

地域ケア・支援チームは、再入院時にも継続的な関りをもちながら、支援が途切れないようにすることが、入院長期化を防ぐためにも重要であると考えられる。

4)「重度かつ慢性」患者の家族を含めた支援体制

調査対象施設では「対象者の家族の相談や支援」の実施率が高かった施設が多かった(90%)。「重度かつ慢性」患者が地域生活を送る上で、家族の存在と支えは大変重要である。そこでチーム内で、家族が困ったときに相談を受ける体制を設け、家族が疲弊する前の段階で支援を行うことが必要である。

また、退院後も医療機関が継続して対象者に関わることを丁寧に説明することも、家族の安心につながる可能性がある。

3. チーム地域ケア体制の特徴と強み

調査結果より、「重度かつ慢性」患者を対象とした地域ケア体制の特徴として、医療機関とその法人がもつ機能の活用を重視した「垂直統合型」と、医療機関と地域の社会資源との連携を重視した「水平連携型」が認められた。

前者は同一法人で多職種チームを編成しやすく、情報共有が迅速に行えることから、病状等の医療ニーズの高い事例を支える面に強みが認められた。後者は地域の様々な機能を有する関係機関と、横のつながりにより多面的な支援が提供可能であることから、生活障害の他に多様なニーズに対応できるという面に強みが認められた。

これらの2種類の体制は、事例の特性およびその地域の社会資源の状況に応じて、さらには支援の段階(退院直後の段階～地域定着の段階)に応じて適用される傾向にあった。

とりわけ「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制では、従来の長期入院患者の地域移行支援体制よりも、地域において医療機関および医療職に期待される役割が大きくなると考えられる。¹⁾²⁾

参考文献

- 1)一般社団法人支援の三角点設置研究所:精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン(平成22年度厚労省障害者総合福祉推進事業),2010
- 2)一般社団法人支援の三角点設置研究会:医療と福祉の連携が見えるBook-ニューロングステイを生まないために-(平成26年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業),2014
- 3)厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障

害保健課:退院後生活環境相談員養成研修テキスト(平成26年度厚労省精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修),2015

D. 総合考察

全国20地域・施設のインタビュー調査と、第2次合同アンケート調査により、「重度かつ慢性」患者を対象とした地域ケア体制の構築に向けて、現場の視点から貴重な示唆を得ることができた。

「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるためには、従来の長期入院患者の地域移行支援よりも、地域における医療機関の役割が重要になってくると思われた。地域連携体制としては、患者の状態とニーズ、地域の社会資源の状況、垂直統合型と水平連携型それぞれの強みなどを考慮して、精神科病院と地域支援機関がチームとなって、「重度かつ慢性」患者を地域全体で支える体制をつくることが重要であると思われる。

インタビュー調査などから、「重度かつ慢性」患者を地域で支える要素として、特別な支援方法や支援内容は多くは認められなかった。それよりも、精神科病院の職員や地域支援者などの、個々のケア力(支援力)とチーム全体のケア力(支援力)の高さを感じるが多かった。

今回の調査協力地域・施設では、病状が重いケース、生活障害が重いケース、複雑な課題があるケース、身体面にもケアを要するケースなどの支援を、一つ一つ積み重ねてきていた。

その経験値から得たスキルとノウハウがチーム全体で共有されることと、チーム全体でサポートすることで、「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制が構築されてきたと思われた。

本研究で検討した「チームによる地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド ミニマム・エッセンス」は、「重度かつ慢性」患者の地域ケアに取り組む、精神科病院と地域支援者の実践を反映したものであり、多くの方々の参考となることが期待される。

E. 結論

本研究のインタビュー調査を通じて、「重度かつ慢性」患者を対象とした、チームによる地域ケア体制の構築に向けて、以下の点が明らかになった。

- 「重度かつ慢性」患者の地域ケアを成り立たせる要因には、患者側の課題の大きさよりも、地域ケア力が大きく作用している。
- 「重度かつ慢性」患者の地域ケア力の向上には、社会資源・ツールのみならず、チームサポートと関係者らの経験値が大きく作用している。
- チームによる地域ケア体制の構築には、「重度かつ慢性」患者を、地域全体で支えるという理念の共有が大きく作用している。

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

平成31年2月に開催された，第38回日本社会精神医学会において，一般演題として「重度かつ慢性の精神障害者を対象とした地域ケア・支援に関する調査研究 - 地域生活を支えるためのケア・支援内容の分析結果より」を発表した．

H．知的財産権の出願・登録状況

なし

重度かつ慢性の精神障害者を対象とした チームによる地域ケア体制に関するインタビューガイド ver.6

本インタビュー調査では、重度かつ慢性の基準に該当するような、病状等が重い人や複合的な課題をもつ人を、退院支援し地域ケアで支えるためには、通常の支援に加えてどのような支援が必要（有効）なのか、もしくは通常よりも、どの程度手厚い支援を要するのかをお伺いします。

A「病状が重い人」、B「行動障害が重い人」、C「生活障害が重い人」、D「身体合併症のある人」の中から、具体的なケースを思い浮かべながらお答えください。

地域や地域ケア体制の特性により、想定するケースを A~D から選んでください。
想定するケースの種類（A~D）は、1種類でも複数でも構いません。
対象者個人が特定される情報はインタビュー情報には含まないようにしてください。

想定するケースとして当てはまる状態に 印を付けてください。（複数選択可）

() A「病状が重い人」 () B「行動障害が重い人」、
() C「生活障害が重い人」 () D「身体合併症のある人」

その他ケースの特徴として特記すべき内容があれば（個人情報不可）

1．重度かつ慢性の精神障害者の「退院支援」に向けた取り組みについてお伺いします。

1) 退院支援の内容および体制について

Q：医療機関もしくは地域の立場から見たときに、通常のケースよりも、どのような支援が重要になっていますか？

Q：通常のケースよりも、手厚い支援内容としては、どのようなものがありますか？

活用されているツール・資料などがございましたら一部いただけますと嬉しく思います。

Q：居住先の確保については、通常のケースよりも、どのような点を重視して検討しましたか（していますか）？

2．重度かつ慢性の精神障害者の、地域における「ケア体制」についてお伺いします。

1) 生活面および居住先（住まいの場）支援について

Q：通常のケースよりも、どのようなケアが重要になっていますか？

Q：通常のケースよりも、手厚い支援内容としては、どのようなものがありますか？

2) 生活を支えるために欠かせない医療的なケアについて

Q：通常のケースよりも、どのようなケアが重要になっていますか？

Q：通常のケースよりも、手厚い支援内容としては、どのようなものがありますか？

3) 病状悪化時等の対応について

Q: 通常のケースよりも、どのようなケアが重要になっていますか?

Q: 通常のケースよりも、手厚い支援内容としては、どのようなものがありますか?

Q: 夜間・休日の支援体制を確保していますか(その内容)?

4) 家族等のサポートについて

Q: 通常のケースよりも、どのようなケアが重要になっていますか?

Q: 通常のケースよりも、手厚い支援内容としては、どのようなものがありますか?

想定するケースに限らず

Q: 医療機関と地域との連携を深めるために必要な要素とは?

(これから連携づくりをする医療機関・地域に参考となる点をご紹介下さい)

インタビュー項目は以上になります。ご協力ありがとうございました。

地域ケア体制に関するアンケート調査項目

1. 「重度かつ慢性」患者を対象とした、 <u>地域連携体制</u> についてお伺いします。	1. まったく実施/利用していない	2. あまり実施/利用していない	3. 比較的よく実施/利用している	4. ほぼ全例に実施/利用している
医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築				
地域支援者が医療機関の医師、看護師等に、気軽に相談できる関係の構築				
対象者との馴染みの関係性を重視した支援者の選定				
対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築				
対象者の病態特性や対応面に関する情報共有ができる体制の構築				
地域においてキーパーソンとなる支援者の設定				
地域の自立支援協議会や部会などを活用したネットワークの構築				
行政機関を含めた地域支援者ネットワークの構築				
その他、地域連携体制の特徴や工夫をされている点があればご記入ください。				

2. 「重度かつ慢性」患者の、 <u>地域生活支援の内容</u> についてお伺いします。	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
居住の場における、日中の日常生活支援				
居住の場における、24 時間を通じた日常生活支援				
居住の場における、病状面の観察や必要に応じた対応				
当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応				
福祉サービスの基準等に縛られない、個別性に対応するためのフレキシブルな利用				
医療サービスの基準等に縛られない、個別性に対応するためのフレキシブルな利用				
服薬や通院など医療継続の支援				
精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス				
生活習慣病の悪化防止や身体合併症などに対する身体管理・ケア				
内科等のかかりつけ医との連携や情報共有				
インフォーマル資源を含めた支援者ネットワークによる、地域生活の見守り・声かけ				
近隣住民や関係者（非専門職）に対する、対象者の理解を得るための支援				
保健所等の行政機関・職員と協働した支援				
ピアサポーターによる対象者の支援				

対象者の家族の相談やサポート				
地域生活安定後の、就労に向けた支援				
その他に、利用されている支援内容があればご記入ください。				

3. 「重度かつ慢性」患者に利用された、 <u>地域生活支援の制度、手法等</u> についてお伺いします。	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
居宅介護（ホームヘルプ）の支援を通じた、病状悪化等の兆候把握				
障害者総合支援法による「地域定着支援」の利用				
障害者総合支援法による「自立生活援助」の利用				
地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握				
精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整				
精神科デイ・ケアによる治療プログラムの活用				
居住施設の職員等による服薬の声かけや確認				
精神科訪問看護等による服薬管理・指導				
通院等介助等（ヘルパー）による通院支援				
クライシスプラン等による病状等の自己管理				
クライシスプラン等に基づく支援者の早期対応				
24時間・夜間休日の精神科訪問看護提供体制				
精神科医師による往診体制				
精神科病院における電話相談体制				
障害者総合支援法の「短期入所施設」の活用				
精神科病院における短期入院の利用（必要時の判断）				
精神科病院における短期入院の利用（計画的な入院）				
保健所等の行政機関の職員による訪問指導				
家族関係の調整や家族サポート				
その他に、利用されている支援内容があればご記入ください。				

4. 「重度かつ慢性」患者に利用された、 <u>病状悪化時の支援</u> についてお伺いします。	1. まったく利用していない	2. あまり利用していない	3. 比較的よく利用している	4. ほぼ全例に利用している
24時間・夜間休日の精神科訪問看護				
特別訪問看護指示書による手厚い精神科訪問看護				
精神科医師による往診				
精神科病院における、当事者・家族等からの電話による相談対応				

保健所等の職員による危機介入支援				
クライシスプラン等に基づく支援者の対応				
精神科病院への早期入院による治療				
再入院時における地域支援者の継続的な関り・支援				
その他に、利用されている支援内容があればご記入ください。				

チームによる地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド ～ ミニマム・エッセンス～

1. はじめに

「重度かつ慢性」患者の地域ケア体制は、インタビュー調査、第2次アンケート調査、文献調査などから総合的に検討したところ、個々の特性を考慮した生活基盤を整えるため支援、心身の病状管理と病状変化への迅速な対応、リスク管理(備え)を視野に入れた支援が重要になると考えられました。また、地域の様々な機関・職種とチームを組み、「地域全体で重度かつ慢性患者を支える」という理念の共有を図ることが大切になることがわかりました。

2. チームによる地域ケア体制の構築に向けた実践ガイド

チーム地域ケア体制の構築に向けた実践ガイドは、全国14地域・施設を対象としたインタビュー調査結果を質的研究手法により分析し、「重度かつ慢性」患者を対象とした、地域連携体制、地域生活支援の内容、地域生活支援の制度・手法、病状悪化時の支援の視点から、地域ケア・支援の促進要因となる計51項目を抽出した。

抽出した促進要因(51項目)は、第2次アンケート調査において実施率の調査項目として用いた。調査結果「ほぼ全例に実施(利用)している」と「比較的良好に実施(利用)している」の合計が70%を超えた回答を実施率(利用率)の高い項目として、本実践ガイド-ミニマム・エッセンスを構成した。なお、各項目の内容は、「重度かつ慢性」患者の典型例に関する6施設のインタビュー調査も含め、合計20地域・施設のインタビュー調査結果の分析から得られた内容を踏まえて、全国の精神科病院と地域支援者として活用できるよう研究者間で整理した。

1) 「重度かつ慢性」患者に対応できる地域連携とネットワークづくり

医療機関職員と地域支援者の担当者間で連絡・相談ができる、顔の見える関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、まず地域連携とネットワークづくりが重要になる。医療機関職員と地域支援者の担当者間での「顔の見える関係」づくりについて、利用実施率の高い施設が多かった(90%)。「顔の見える関係」とは、担当者個人の顔と名前がわかり、日ごろから情報交換や気軽な相談ができるとともに、相手の個性や考え方などもわかる信頼・安心できる関係である。

「重度かつ慢性」患者には、高齢者も少なくないことから、介護保険事業所や施設との関係づくりも重要になる。

地域支援者が医療機関の医師、看護師、精神保健福祉士等に、気軽に相談できる関係の構築

「重度かつ慢性」患者を地域で支える上では、病状などの変化・不調などを把握しながら、対象者の状態に応じた援助を行う必要がある。そのために地域支援者が、「対象者の病状面などについて、医療機関の主治医、看護師、精神保健福祉士などに気軽に相談できる関係づくり」の実施率の高い施設が多かった(85%)。医療機関の職員に気軽に相談できることは、対象者および地域支援者にとって安心感につながると考えられる。

2) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるための地域ケア体制

地域においてキーパーソンとなる支援者の設定

「重度かつ慢性」患者を地域で支えるためには、地域においてキーパーソンとなる支援者を設定し、その支援者が中心となってチームで支援を行う必要がある。調査では「キーパーソンとなる支援者の設定」の実施率の高い施設が多かった(85%)。キーパーソンは、対象者との関係性や、対象者の特性とニーズに応じて、医療職、福祉職、行政職などの中から、対象者との信頼関係が築けている者を選択することが望ましいと思われる。

対象者との信頼関係を重視した支援者との連携体制の構築

対象者が地域において安心して支援が受けられるように、対象者と「顔なじみ」の関係を重視した支援者との連携体制の構築に関して、実施率の高い施設が多かった(75%)。

対象者の病態特性とそれへの対応に関する情報共有ができる体制の構築

対象者の病状面や不調になる要因と、それへの対応に関する情報共有ができる体制づくりが重要であり、「情報共有ができる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった（80%）。具体的には、病状変化の兆候、病状等に合わせた対応や対象者が安心できる方法などが該当する。調査対象施設での「クライシスプランに基づく支援者の対応」の実施率が45%であり、有効な手段になるのではないかと考えられた。³⁾

また、調査対象施設での「内科等かかりつけ医師との連携や情報共有」の実施率も50%であり、精神面のみならず生活習慣病（糖尿病、高血圧）を含め、身体面の管理と対応ができる体制づくりが重要であると考えられる。

対象者の状況変化に応じて、随時関係者とのケア会議が開催できる体制の構築

対象者の状況変化に応じて、随時関係者間のケア会議が開催できる体制の構築が重要であり、「随時ケア会議を開催できる体制づくり」の実施率の高い施設が多かった（85%）。

保健所等の行政機関・職員と協働した支援

対象者の特性とニーズにより行政機関・職員と協働した支援が必要になる。調査対象施設では、「保健所等の行政機関と協働した支援」の実施率の高い施設が多かった（70%）。

保健所・市町村と協働する事例として多いのは、医療中断リスクが高い事例、病状が重い事例、地域での問題が顕在化している事例などに加えて、特定検診・保健指導の働きかけなどがある。また、生活保護受給者の場合には、福祉事務所の担当者らと協働し、生活の見立てを行いながら支援する必要がある。

3) 「重度かつ慢性」患者の地域生活を支えるために必要な支援

(1) 生活面を支えるために必要な支援

居住の場における、日中の日常生活支援

自宅、単身アパート、グループホームなど居住の場における、「日中の日常生活支援」の実施率の高い施設が多かった（90%）。居住の場における日常生活支援は、対象者が地域生活を送る上で基盤となる支援であり、対象者の生活能力に応じて、食事、金銭管理、買い物、掃除などがある。生活援助（ホームヘルプ）の利用を含めて支援を検討することが必要である。

当事者の不安や困りごとなどへの、窓口（担当者）を設けた相談対応

対象者が地域生活を送る中で、不安や困りごとが生じたときに、いつでも気軽に相談できるように、地域支援者の相談窓口や担当者の連絡先を明らかにする対応について、実施率の高い施設が多かった（95%）。地域では、障害者総合支援法の「自立生活援助」や、訪問看護ステーションの「24時間対応体制加算」などが利用できる。

医療機関における電話相談体制

対象者が利用している医療機関の職員に相談することで安心する事例が多く、そのような対応が地域生活の維持に繋がっていることがある。調査対象施設において、「電話による相談体制」の実施率の高い施設が多かった（95%）。外来、地域連携部門、訪問看護の職員が対応することが多いが、相談内容によっては主治医が対応する場合もあった。

(2) 生活と病状面を併せて支えるために必要な支援

生活の場における、病状面の観察や必要に応じた対応

地域支援者ネットワークによる、見守り・声かけと病状悪化等の兆候把握

地域において、生活と病状面を併せた包括的な支援を提供することが重要であり、地域支援者ネットワークによる「見守り」「声かけ」の実施と、その際の病状悪化などの兆候把握がポイントになる。調査対象施設において「地域支援者ネットワークによる見守り、声かけ」の実施率の高い施設が多かった（70%）。地域支援者ネットワークには、専門職のみならず民生委員や地域住民なども含まれる。

居住施設の職員による服薬の声かけや確認

自宅や単身アパートなど生活の場に職員が訪問して支援を行うことが多いが、本調査では、グループホームや居住系施設など「居住系施設職員による服薬の声かけや確認」の実施率の高い施設が

多かった（85％）。

精神疾患の病状面への、通常ケースよりも手厚い医療・看護サービス

精神科訪問看護による病状等の観察と訪問頻度の調整

精神科訪問看護による心身の病状等の観察は重要である。「精神科訪問看護の利用」の実施率の高い施設は多く（95％）特に退院直後で不安が強い期間や、病状が不安定になってきたときには、主治医と相談し訪問頻度を増やしていた。逆に、人との関りが刺激になる場合には訪問頻度を少なくしていた。なお、急性増悪などにより、週4回以上の集中的な訪問看護が必要な場合には「特別訪問看護指示書」により実施することができる。

精神科訪問看護等による服薬管理・指導

調査対象施設では「精神科訪問看護による服薬管理と服薬指導」実施率の高い施設は多く（95％）重要な支援であると考えられる。服薬管理の訓練・指導は入院中から行うことが多いが、対象者の生活環境の中で服薬管理ができるように、精神科訪問看護師による継続支援が必要になる。対象者が服薬に消極的になる場合には、指導を強めることよりも、服薬したくない理由に注目しアセスメントすることが重要である。

（3）病状悪化・再発を防ぐために必要なケア体制

服薬や通院など医療継続に向けた支援

「重度かつ慢性」患者は、刺激に弱く、混乱しやすかったり、病状が不安定になりやすかったりする対象者が少なくないことから、服薬や通院など医療継続に向けた地域での支援が重要である。外来部門では定期受診できなかった対象者の把握と、電話連絡、訪問、支援者間での情報共有など、必要に応じた支援を行うことが重要であり、「医療継続に向けた支援」（100％）と「当事者・家族からの電話による相談対応」（95％）の実施率が高い施設が多かった。

対象者にとって服薬や通院が役立つという理解と認識を高めることが重要であり、医療不信がある対象者には、治療の必要性などについて一緒に考えることが必要である。

精神科デイ・ケアおよび治療プログラム等の活用

調査対象施設では「精神科デイ・ケアおよび治療プログラムの活用」の実施率が高い施設が多かった（75％）。精神科デイ・ケアは、患者の状態に応じた利用方法の検討ができるため、地域支援事業所のグループ・集団活動や、定型的な活動が苦手な場合は、精神科デイ・ケアの個別プログラムの活用が望ましく、対象者にとっても負担が少ないことが考えられる。

また、「重度かつ慢性」患者の中には、SOSのサインを出すことが苦手な対象者がいる。精神科デイ・ケアの職員は、対象者の変化に気づきやすく、医療的な視点からアセスメントが行えることから、精神的な側面のみならず、生活習慣病などの身体面の管理を行うこともできると考えられる。

精神科病院への適時・適切な入院利用

調査対象施設では「精神科病院への短期入院、休息入院」の実施率が高い施設が多かった（80％）。「重度かつ慢性」患者の場合、対象者の意思や病態への負荷状況などに応じて、短期入院もしくは休息目的の入院治療を計画的に行う方法がある。退院後も必要に応じて入院医療を利用できるということが、対象者、家族、地域支援者などの安心感につながる場合もある。地域生活を継続するための効果的な入院治療の利用であると考えられる。

また、調査対象施設では「早期入院による治療」の実施率が高い施設も多かった（90％）。病状面が不安定になりやすく、再入院を繰り返す対象者の場合には、再発時の重症化を防ぐことが入院長期化予防につながると考えられる。そのためには、入院治療を要する状態像と通院治療が可能な状態像を、関係者およびチーム内で共有することが必要である。

文献検討リスト

	著者名・実施主体	タイトル名	発行年度
1	社団法人日本精神科看護協会	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(平成19年度厚労省障害者保健福祉推進事業)	2008(平成19)年度
2	社団法人日本作業療法士協会	精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究(平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業)	2008(平成20)年度
3	社団法人日本作業療法士協会	精神科デイケア、外来作業療法、訪問看護等医療におけるリハビリテーションのあり方に関する研究(平成21年度厚労省障害者保健福祉推進事業)	2009(平成21)年度
4	特例社団法人日本精神科看護技術協会	医療ニーズの高い精神障害者等のケアマネジメントにおける福祉・医療の連携を推進する部署・機関等の構築や人事あの育成等に関する調査研究事業(平成21年度障害者保健福祉推進事業)	2010(平成21)年度
5	伊藤純一郎(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)	精神障害者の退院促進と地域生活支援のための多職種によるサービス提供のあり方とその効果に関する研究(平成21年度厚労省障害者保健福祉推進事業)	2009(平成21)年度
6	社団法人支援の三角点設置研究所	精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン(平成22年度厚労省障害者総合福祉推進事業)	2010(平成22)年度
7	特例社団法人日本精神科看護協会	精神科病院からの地域移行における障害福祉サービスの効果的利用を促進するための普及・研修事業(平成22年度障害者総合福祉推進事業)	2011(平成22)年度
8	財団法人日本公衆衛生協会	精神障害者の地域移行・地域定着及びアウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究(平成23年度厚労省地域保健総合推進事業)	2011(平成23)年度
9	特例社団法人日本精神科看護技術協会	精神障害者を対象とした相談支援事業所におけるアウトリーチ支援に関する実態調査と分析 事例集(平成23年度障害者総合福祉推進事業)	2012(平成23)年度
10	萱間 真美(聖路加看護大学)	アウトリーチ支援(訪問支援)に関する研究(平成23~25年度厚生労働科学研究費補助金)	2011~2013(平成23~25)年度
11	一般社団法人支援の三角点設置研究会	医療と福祉の連携が見えるBook -ニューロングステイを生まないために- (平成26年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業)	2014(平成26)年度
12	萱間真美(聖路加国際大学)、澤野文彦(沼津中央病院)、木戸芳史(聖路加国際大学)	平成26年度 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策研究事業)「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」分担研究「精神科救急病棟における「重度かつ慢性」患者に対する心理社会的ケアに関する調査」(分担研究者:萱間真美)	2014(平成26)年度
13	公益社団法人日本精神科病院協会	長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究(平成27年度厚労省障害者総合福祉推進事業)	2015(平成27)年度
14	竹島 正(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所/川崎市精神保健福祉センター)	ストレングス、地域精神保健医療、地域包括ケアシステム、身体救急患者、自立支援医療、人権確保	2016(平成28)年度
15	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課	退院後生活環境相談員養成研修テキスト(平成26年度厚労省精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業に関する研修)	2015(平成26)年度
16	みずほ情報総研株式会社(安西信雄、岩上洋一、河崎建人、田村綾子他)	精神科病院長期入院患者の状態像及び支援方策等に関する実態調査(平成27年度障害者支援状況等調査研究事業報告書)	2015(平成27)年度
17	萱間真美(聖路加国際大学)他	平成27年度 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策研究事業)「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」分担研究「精神保健医療福祉に関する地域サービス事業所数と「重度かつ慢性」暫定基準該当患者の転帰に関する研究」(分担研究者:萱間真美)	2015(平成27)年度
18	川副泰成(総合病院国保旭中央病院)	精神障害者の地域移行における多職種連携によるケアマネジメントに関する研究(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政	2016(平成28)年度

		策研究、研究代表者：藤井千代)	
19	野口正行(岡山県精神保健福祉センター)	自治体による効果的な地域精神保健医療福祉体制構築に関する研究(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：藤井千代)	2016(平成28)年度
20	吉田光爾(昭和女子大学人間社会学部)	市区町村による精神保健医療福祉システム整備進捗のWebの作成に関する研究(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：藤井千代)	2016(平成28)年度
21	萱間真美(聖路加国際大学)他	訪問看護における多職種アウトリーチに関する研究(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：藤井千代)	2016(平成28)年度
22	原敬造(医療法人社団 原クリニック)	地域生活を支えるための精神科診療所の役割に関する検討(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：伊藤順一郎)	2016(平成28)年度
23	萱間真美(聖路加国際大学)他	全国の多職種アウトリーチ支援チームのモニタリング研究(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：伊藤順一郎)	2016(平成28)年度
24	佐藤さやか(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)	ACT・多職種アウトリーチチームの治療的機能についての評価(平成28年度厚生労働行政推進調査事業費補助金、精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究、研究代表者：伊藤順一郎)	2016(平成28)年度
25	公益財団法人日本精神保健福祉士協会	指定一般相談支援事業所(地域相談支援)と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための研修カリキュラムおよびガイドライン等の開発(厚生労働省平成28年度障害者総合福祉推進事業報告書)	2016(平成28)年度
26	木戸芳史(三重県立看護大学)、川上憲人(東京大学大学院)、萱間真美(聖路加国際大学)	精神科多職種アウトリーチチームにコンシューマー・プロバイダーが参加することによる入院リスクへの影響	2011(平成23)2013(平成)25年度