

事業概略書

事業名	退院 3 ヶ月未満で再入院をするもしくは入院 3 ヶ月以上の精神障害者(長期入院予備群)の退院促進ならびに地域生活定着支援事業 -医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントモデルの評価-
事業目的	本事業は退院 3 ヶ月未満で再入院をするもしくは入院 3 ヶ月以上の精神障害者 29 名に対し、精神看護専門看護師を「精神科ケア・マネジャー」とし、また行政の地域移行推進員を「退院促進支援相談員」として活用し、医療と福祉および病院と行政を統合したケア・マネジメントチームを作り、入院 2 ヶ月間の退院支援ならびに退院後 3 ヶ月間の地域生活定着支援事業(集中包括型ケア・マネジメント)を行い、病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL、再入院率の側面から評価することを目的とした。本事業を行うことで、退院後 3 ヶ月未満で再入院するもしくは入院 3 ヶ月以上の長期入院予備軍の精神障害者への自立支援策を提示し、医療と福祉および病院と行政の統合を図るためのケアマネジメント体制を構築することができると考えられた。
事業概要	本事業は、同意の得られた2つの精神病院において、退院 3 ヶ月未満で再入院もしくは入院 3 ヶ月以上の精神障害者(長期入院予備軍)100 名の病状や再入院の理由、支援体制の実態を把握した(比較群)。そして実態及び国内外の文献を元に、同様の条件をもつ精神障害者 29 名に医療・福祉および病院・行政統合型ケア・マネジメントを入院中 2 ヶ月間と退院後 3 ヶ月間実施し(介入群)、介入後、退院 3 ヶ月以上地域でやれた群 17 名とやれなかった群 12 名にわけ、入院時、退院時、退院 3 ヶ月後に、病状、日常生活・社会的機能、家族機能、QOL、再入院率、支援内容について分析を行い、地域生活への定着が困難な精神障害者の自立支援策を提案し、医療と福祉の統合、病院と行政の統合を図るための事業モデルを作成した。
事業実施結果 及び効果	介入群では比較群に比べると年齢、発症年齢とも若干若かった。また比較群、介入群とも家族が主な支援者であり過去に仕事をした経験が少なくまた社会資源を十分活用しているとはいいがたい状況であった。また社会資源は作業所とデイケア、訪問看護に限られていた。さらに介入群の中でも退院して地域で 3 カ月以上生活できている対象者の入院前の入院期間は短く、患者の病状、日常生活機能、QOL は退院 3 カ月未満で再入院することになった患者よりも改善されていた。今回、支援において、退院促進支援相談員を配置し、また治療チーム内では外来看護師と精神看護専門看護師が中心となってCBCM チームを構築したが、患者、家族双方への支援、病状管理だけではなく人格や発達上の課題と今後の生活上の要望、地域において患者の病状だけではなく人格の特徴や成長発達上の課題を理解して関わる専門職の発掘と有無、精神障害者のための社会資源だけではなく地域や他の障害者が用いる社会資源を発掘し活用へとつながることが患者の地域生活への定着を促進することが明らかとなった。
事業主体	〒862-0976 熊本県熊本市九品寺 4-24-1 国立大学法人 熊本大学 学長 谷口 功 TEL: 096-373-5452 E-MAIL: skh-somu@jimu.kumamoto-u.ac.jp