

平成22年度障害者総合福祉推進事業

**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**

主任研究員 末安民生  
特例社団法人 日本精神科看護技術協会



## はじめに

今、障がい者の生活のすべてにかかわる新しい法律が検討されている。

障がい者権利条約批准に向けて、わが国の障がい者制度の集中的な改革を行なう目的で、平成 21 年 12 月に「障がい者制度改革推進本部」が設置された。平成 22 年 4 月には、第 1 回「障がい者制度改革推進会議」が開催され、障害者自立支援法（以下、自立支援法）にかわる障がい者総合福祉法（仮称）や障がい者差別禁止法の制定、障害者基本法の改正のための議論が行われている。

精神障がい者の地域生活支援や福祉の現状については、平成 21 年 9 月にだされた「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」の中で、下記のように報告されている。

- 精神障がい者の障害福祉サービスの利用量は、平成 19 年 11 月に比べて平成 21 年 3 月には約 4 割増加している。全利用者延べ数に占める精神障がい者の割合も増加している。
- 居住系サービスについては、自立支援法施行から 2 年間で精神障害の利用者数が 1.5 倍に増加している。グループホーム・ケアホームの利用者数は、平成 19 年 11 月に比べて平成 21 年 3 月には約 2 割増加している。
- 日中活動系サービスおよび在宅サービスについても、自立支援法施行後の 2 年間で 1.8 倍に増加している。

自立支援法施行後、精神障がい者の障害福祉サービスの利用は他障害に比べて大幅に増加した。しかし、元々の利用者数が非常に少ない状況であったため、現場の感覚としてはまだ、障害福祉サービスが十分に利用されているという実感はない。また、時おり医療が必要になることがある精神障がい者は、退院後も医療系サービスを受けることが多いということが予想される。

改革ビジョンの後期重点施策の 1 つに地域生活支援体制の強化があげられており、今後さらに障害福祉サービスの拡充が図られるため、精神障がい者の障害福祉サービスの利用が促進されるようにしなければならない。

そこで本事業では、精神病床をもつ病院を対象に、地域移行支援の際に障害福祉サービスの紹介状況や利用の実態について調査を行なった。調査の結果、調査期間中に退院した対象者については「医療サービスと障害福祉サービスの利用」が 28%、「医療サービスのみの利用」が 25%、「障害福祉サービスのみの利用」が 17%であった。想定よりも障害福祉サービスの利用が多い結果であったものの、実際には利用されているサービスの内訳に大きな偏りがあった。この原因の 1 つに、障害福祉サービスに関する情報不足があると考えられ、入院中の患者が受持ち看護師や地域移行支援担当者と一緒に、「退院後の自分の生活」をリアルに考え、自分に必要な障害福祉サービスを調べていくためのパンフレットを作成した。そして、昨年度に引き続き、効果的な地域移行支援を実施するための多職種連携を学ぶためのセミナーを開催した。これまでも、障害福祉サービスを紹介するパンフレットは数多くつくられているが、今回は「精神科病院を退院した仲間からのメッセージ」として、地域で暮らす精神障がい者の皆さんの実際の生活を通してさまざまなサービスを提供している。1 人でも多くの方に活用していただくと幸いです。

平成 23 年 3 月 31 日

主任研究員 末安 民生

平成 22 年度障害者総合福祉推進事業

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 委員一覧

1) 精神科病院の地域連携部門の職員を対象とした調査

委員一覧

○末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部
東 美奈子	社会福祉法人ふあっと相談支援事業所ふあっと
鷹野 朋実	日本赤十字看護大学
羽田 誠之	医療法人白日会黒川病院
渡辺 純一	財団法人井之頭病院
事務局担当	
東本 裕美	特例社団法人日本精神科看護技術協会

2) 障害福祉サービス利用の普及啓発パンフレットの作成

委員一覧

○末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部
小澤 壽江	東京都立多摩総合精神保健福祉センター
佐々木貴範	医療法人社団永寿会恩方病院
寺沼 古都	特定非営利活動法人ヒューマンケアクラブストライド
宮本めぐみ	社会福祉法人めぐはうす地域生活支援センターMOTA
事務局担当	
柿島 有子	特例社団法人日本精神科看護技術協会

3) 地域連携促進のための多職種研修会の実施

委員一覧

○末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部
加藤 由香	医療法人光愛会光愛病院
香山 明美	社団法人日本作業療法士協会
木太 直人	社団法人日本精神保健福祉士協会
高田 久美	南部町国民健康保険西伯病院
田中 正博	NPO 法人全国地域生活支援ネットワーク
中島 秀夫	NPO 法人日本相談支援専門員協会
事務局担当	
早川 幸男	特例社団法人日本精神科看護技術協会
仲野 栄	特例社団法人日本精神科看護技術協会

# 目 次

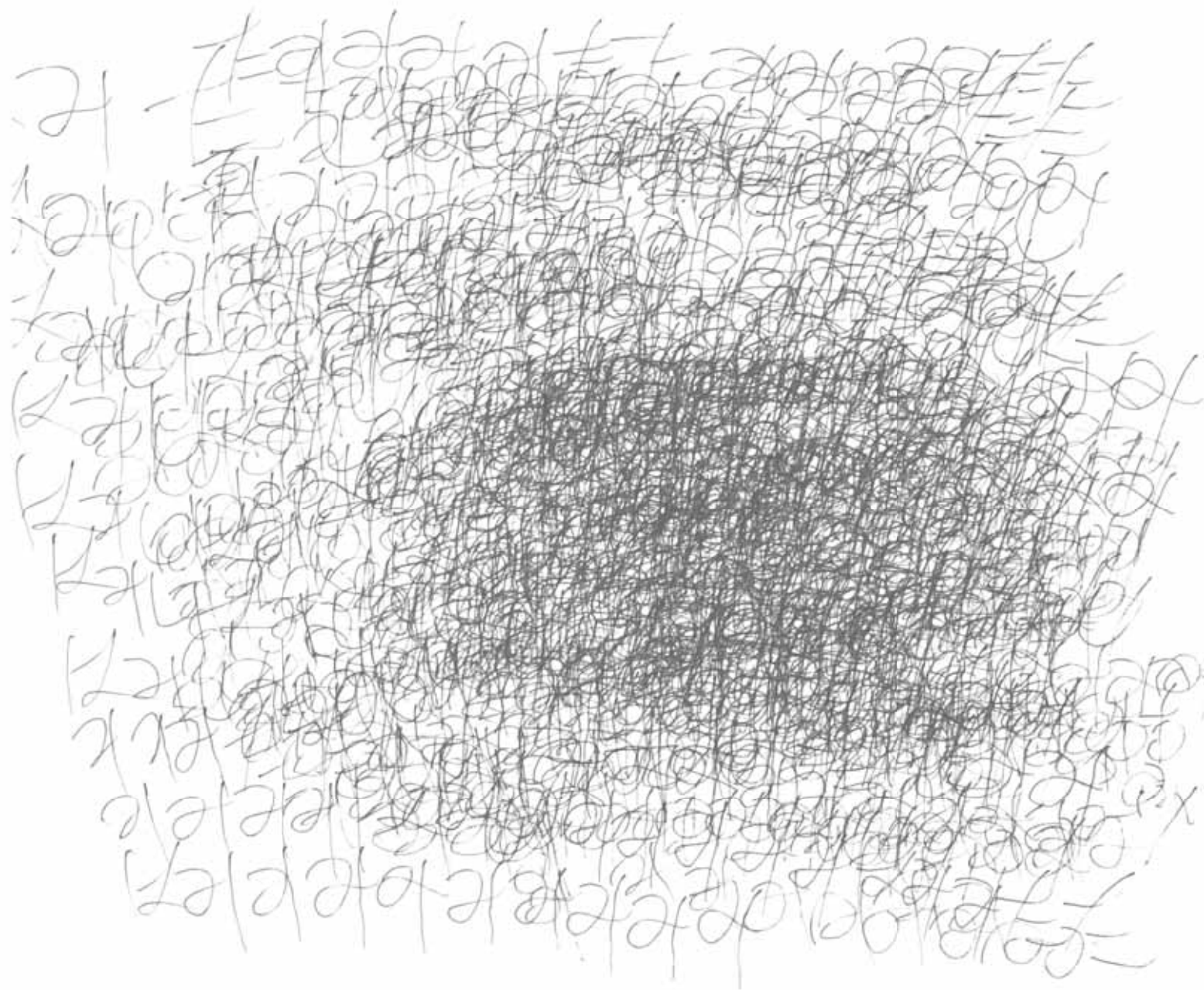
第1章 事業概要	6
第2章 精神科病院の地域連携部門の職員を対象とした調査	
1. 精神科病院からの地域移行における障害福祉サービスの効果的利用についてのアンケート	
I. はじめに	10
II. 目的	10
III. 方法	10
IV. 結果と分析	11
V. 考察	60
2. 資料	
I. 調査票【資料1】	64
II. 集計結果（対象者を統合失調症のみとした再集計）【資料2】	82
第3章 障害福祉サービス利用の普及啓発パンフレットの作成	
I. はじめに	92
II. パンフレットに関する検討	92
III. 資料（パンフレット）	100
第4章 地域連携促進のための多職種研修会の実施	
I. 地域連携促進のための多職種セミナー	122
II. セミナーに関するアンケート調査	124

## 「障がい者」の表記について

「害」の字については、大辞林によると「ものごとのさまたげとなるような悪いこと」「悪い結果や影響を及ぼす物事」と説明されており、「障害者」は「悪いひと」というイメージを連想させる。日本精神科看護技術協会では会員からの意見をもとにして、平成16年度第2回理事会（平成16年6月26日）にてこの問題の検討を行なった。しかし、現在は「害」に代わる用語が見当たらないことから、適切な表現が提唱されるまでは、以下のように表記することとした。

- ①「障害」という言葉を「ひと」に関連して使用する場合は「障がい」と表記する。（例：「障害者」→「障がい者」など）
- ②法律・行政用語、固有名詞、引用文はそのまま表記する。（例：障害者自立支援法 など）





# 第 1 章

---

平成 21 年 9 月に、障害者自立支援法（以下、自立支援法）の廃止の方向性が示され、12 月には障がい者制度改革推進本部が設置された。平成 22 年 1 月 12 日には障がい者制度改革推進会議の第 1 回会合が開催され、自立支援法にかわる新しい法律として「総合福祉法」に関する検討が始まった。障がい者制度の改革については、「障害者基本法」の抜本的改正、「障害者を理由とする差別の禁止法」（仮称）等の制定、「障害者総合福祉法」（仮称）の制定等が基本的方向性として示され、障がい者制度の基本的なあり方や、差別の禁止など障がい者の権利利益の保護、地域社会での自立した生活（障害福祉サービス等）、障がい者施策の実施及びその監視等の体制といった論点が、網羅的に検討されている。

精神障がい者を対象とした障害福祉サービス等の充実については、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」報告書に対応する形で進められている。

このような状況の中、自立支援法廃止後の新たな仕組みである総合的な福祉制度を検討するにあたっての課題について、地域における実践・取り組みを踏まえて実態把握、検討等を行なう目的で、障害者総合福祉推進事業が実施された。今年度は、①難病患者等の日常生活状況や福祉ニーズの調査、②障がい者の定義・手帳制度などに係る海外の実態に関する調査、③地域生活支援事業の実施における地域間の差異に関する調査、④障がい者の情報保障に関する調査、⑤障害者が利用する福祉用具の制度の在り方に関する調査、⑥支給決定プロセス等に係る海外の実態に関する調査、⑦障がい者の相談支援のあり方に関する調査、⑧障がい者の相談支援専門員の現任研修のあり方に関する調査、⑨自立支援協議会の活性化に向けた事例収集とガイドラインの作成、⑩障がい者虐待防止に向けた調査と指針の作成等、32 の指定課題で募集が行われた。

当協会では、平成 19 年度から障害者自立支援調査研究プロジェクトによる事業を行なっており、その成果を踏まえて指定課題 26「精神障がい者地域生活移行支援のための、当事者と障害福祉サービス事業所等への普及啓発及びアドバイザー研修プログラムの開発」に応募した。この課題は、他障害に比べて精神障がい者の障害福祉サービスの利用割合が低く、精神障がい者にサービス提供したことのない事業者が多いことが、地域生活支援の阻害要因となっている可能性があるということで設定された課題である。そのため、精神障がい者自身が主体的に障害福祉サービス等の利用ができる仕組み作りや当事者へのサービス利用の普及啓発を行うことが目的とされている。そこで、「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」が採択され、実施することになった。

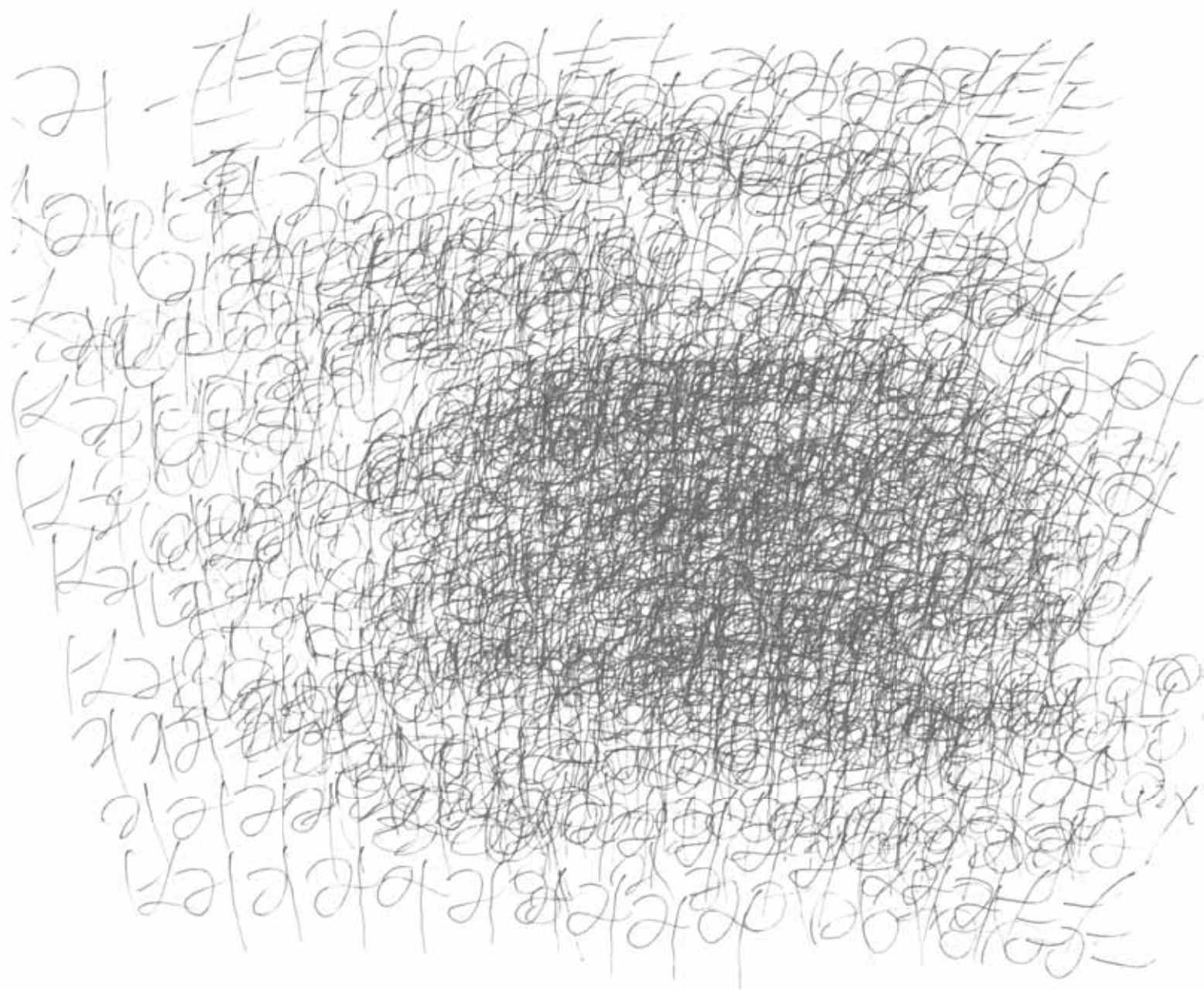
事業の概要は、表 1 の通りである。



表 1

① 事業名	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
④事業の具体的内容	<p>1) 精神科病院の地域連携部門の職員を対象とした調査 精神病床をもつ病院1000ヶ所に、地域移行支援や地域連携を行う署の有無について調査する。「有」と回答した病院には、地域移行支援において障害福祉サービスをどの程度紹介しているか等の実態調査を行う。また、地域移行支援・地域連携を円滑に行うために必要な知識や情報等を調査するとともに当協会の前回調査との比較分析を行って研修プログラムに可能な限り反映することによって研修の有効性を高める。</p> <p>2) 障害福祉サービス利用の普及啓発パンフレットの作成 地域で暮らす精神障がい者だけでなく、精神科病院に入院中の患者が退院準備に活用できるように、精神障がい者が利用できるサービスの紹介や利用方法などを、サービスを利用している障がいの者の生活などを通して、できるだけわかりやすく、かつ簡潔に示したパンフレットを作成する。</p> <p>3) 地域連携促進のための多職種研修会の実施 精神科病院の地域移行支援・地域連携を担当する複数職種の職員と、地域の障害福祉サービス事業者が参加して、精神科病院に入院中の患者が退院に際して利用できる制度やサービスについて学習する。また、精神科病院で行われている地域移行支援の実際や問題点を明らかにして、問題解決する方法についても学習する。研修会の中で、精神科病院職員と地域の事業者がグループワークを行う等して、お互いの役割が理解できる等の工夫を取り入れる研修会は全国3ヶ所で開催する。</p>
⑤事業の効果及び活用方法	<p>1) 精神科病院での地域移行支援の際の精神障害者へのサービス提供に関する実態が明らかになり、サービス利用の促進のための方策に反映できるように検討できる。</p> <p>2) 生活のしづらさを抱えながら地域で暮らしている精神障がい者が、自分に合ったサービスがあることを知り、利用方法等もわかることでサービスの利用が促進され、精神障がい者のQOLが向上する。また、退院後のサポート体制の不十分さに不安を感じて退院につなげていない入院患者には、退院後に利用できるサービスを知ることによって退院に対する意欲が向上し、地域移行が促進されることを通じて支援する職員の意識がより高まることを促す。</p> <p>3) 精神科病院職員と地域の障害福祉サービス事業者が研修会の中で、グループワークに取り組むことでお互いの理解が進み、互いの技術の評価や、専門分野の相互活用を通してより連携が円滑に行えるようになる。</p>





## 第 2 章

---

## I. はじめに

近年、精神科病院では、急性期から退院調整に取り組むところが増えており、入院期間も短期化している。また、複合的な要因によって入院が長期化している患者に対しても、院内に多職種チームを編成して地域移行支援を行う病院や、地域移行推進員など院外から患者に働きかける行政の仕組みも効果を現し、精神障がい者の地域移行は徐々に進みつつある。

しかしながら、精神科病院における地域移行支援においては、市町村の障害福祉サービスの利用や連携機能が十分に活用されていない実態があり、精神科デイケアや訪問看護などの医療系サービスの利用に偏る傾向や、退院しても病状の不安定さや地域生活の不安を抱える精神障がい者を地域で直接支えるサービスが十分でない地域が多数みられる現状もある。

そこで本調査は、精神科病院の地域連携部門等を対象に、退院調整における障害福祉サービスの紹介や利用、連携の実態を明らかにすることを目的に実施した。この調査の成果として、精神科病院での地域移行支援の際の精神障がい者へのサービス提供に関する現状が明らかになり、サービス利用の促進のための方策に反映できると考える。

## II. 目的

本調査の目的は、精神科病院の地域移行支援における障害福祉サービスの利用や支援の実態を明らかにすることである。

具体的には、1) 精神科病院における地域移行の推進に向けた体制を明らかにする、2) 精神科病院からの地域移行支援の際に、対象者にはどのような支援が行われ、どのような障害福祉サービス等の利用があるか明らかにすることである。

## III. 方法

本調査は、以下の方法で実施した。

### 1. 対象と方法

特例社団法人日本精神科看護技術協会の会員施設のうち、施設区分が病院であるもののうち1,000施設を無作為に抽出し、郵送調査法で実施した。

### 2. 内容

調査内容は、以下のような調査用紙を2種類作成し、次のように設定した。

#### 1) 調査用紙A：施設用

調査票Aは、病院の概要、病院としての地域移行支援への取り組みの様子などを調査し、施設ごとに1部、地域移行支援の担当者（責任者）、または看護管理者への記入を依頼した。

#### 2) 調査用紙B：患者用

調査用紙Bは、個別の退院した事例に対する地域移行への支援の特性や実情を調査し、該当患者を入院中に担当した者（職種は問わない）に記入を依頼した。事例は平成21年10月から平成22年9月の1年間に地域移行したものとし、入院期間別に①3カ月未満用、②3カ月から1年未満用、③1年から5年未満用、④5年から10年未満用、⑤10年以上の5期間で、各期間別に1名を回答者が任意に抽出するものとした。

### 3. 期間

平成 22 年 11 月

### 4. 分析

本調査で得られた量的なデータの分析には、SPSS® Statistics 17.0 を用いた。

### 5. 倫理的配慮

本調査は無記名で行い、また、集計や分析、公表にあたっては施設や個人が特定できないように十分な配慮を行った。さらに調査用紙は、厳重に管理したうえで集計や分析のみに使用し、研究終了後は直ちにシュレッダーで復元が不可能な状態にし、破棄した。

## IV. 結果と分析

### 1. 回答数

対象となった 1,000 施設のうち、調査用紙 A または B のいずれか 1 枚でも回答のあったのは、364 施設であった（回答率 36.4%）。

調査用紙別では、調査用紙 A は 358 枚で、調査用紙 B は 1,759 枚であった。また、調査用紙 B はそれぞれ入院期間別に「①3 カ月未満」が 349 枚、「②3 カ月から 1 年未満用」が 349 枚、「③1 年から 5 年未満用」が 348 枚、「④5 年から 10 年未満用」が 359 枚、「⑤10 年以上用」が 354 枚であった。さらに、調査用紙 B では、入院期間内に退院者がいない場合は「該当なし」として回答を求めていたため、本調査の分析対象となるのは、「①3 カ月未満」が 283 枚、「②3 カ月から 1 年未満」が 275 枚、「③1 年から 5 年未満」が 251 枚、「④5 年から 10 年未満」が 172 枚、「⑤10 年以上」が 179 枚であった（表 1）。

表 1 回収した調査用紙 B の内訳

入院期間	回答数 (A)	該当なし (B)	分析対象数 (C) = (A) - (B)
①3 カ月未満	349	66	283
②3 カ月から 1 年未満	349	74	275
③1 年から 5 年未満	348	97	251
④5 年から 10 年未満	359	187	172
⑤10 年以上	354	175	179
合計	1,759	599	1,160

## 2. 調査用紙 A

### 1) 回答者

調査用紙 A の回答者は、「看護師」が 225 人 (71.2%) で最も多く、次いで「精神保健福祉士」が 80 人 (22.3%)、「事務職員」5 人 (1.4%)、「その他・記載なし」が 18 人 (5.0%) であった。また、その役職としては、「看護管理者」が 222 人 (62.0%) で、「地域移行部門の責任者」が 42 人 (11.7%) であったが、「その他」が 66 人 (18.4%)、「記載なし」が 28 人 (7.8%) であった。

### 2) 病院種別

対象となった病院の種別は、「精神科病院 (単科)」が 265 施設 (74.0%) と全体の 3/4 を占め、「精神科を主とする病院」が 45 施設 (12.6%)、「一般病院」が 47 施設 (13.1%)、「記載なし」が 1 施設 (0.3%) であった (図 1)。

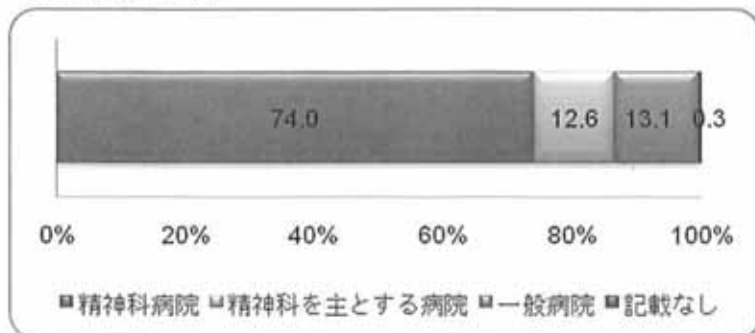


図 1 病院種別

### 3) 設置主体

対象施設の設置主体では、「国」が 1 施設、「独立行政法人」が 18 施設、「国立大学法人」が 6 施設、「公的機関」が 48 施設、「社会保険関係団体」が 2 施設、「公益法人」が 36 施設、「医療法人」が 232 施設、「学校法人」が 5 施設、「その他の法人」が 3 施設、「個人」が 4 施設、「記載なし」が 3 施設であった。これらを、国公立 (国、独立行政法人、国立大学法人、公的機関) と民間 (公益法人、医療法人)、その他 (社会保険関係団体、学校法人、その他の法人、個人) に統合すると、「国公立」が 73 施設 (20.4%)、「民間」が 268 施設 (74.9%)、「その他」が 14 施設 (3.9%) であった (図 2)。



図 2 設置主体

### 4) 病床数と精神病床数

対象施設の病床数は、最小が 50 床の施設から最大で 1,196 床と幅が広く、平均は 320 床 (SD190.16) であった。また、精神病床数は、20 床から 948 床で、平均は 246.3 床 (SD144.06) であった。さらに、精神病床数を病床ごとの区分で見ると、「100~200 床未満」が 110 施設 (30.7%)、「200~300 床未満」

が 106 施設 (29.6%) とこれら 2 区分で全体の 6 割を占めていた。また次いで、「300～400 床未満」が 55 施設、「400 床以上」が 46 施設、「100 床未満」が 39 施設であった (図 3)。

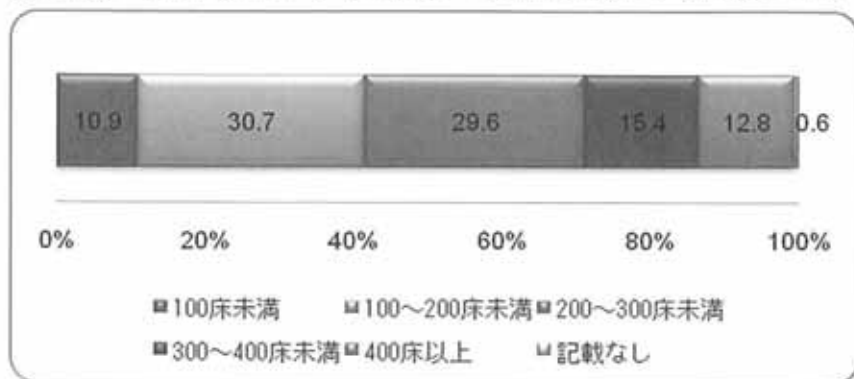


図 3 精神病床数

### 5) 病棟区分と病床数

対象施設が有する精神科病棟の病棟区分をみると、「精神一般病棟」が最も多く 296 施設 (82.7%) が有し、次に「精神療養病棟」が 214 施設 (59.8%)、「精神科急性期治療病棟」が 125 施設 (34.9%)、老人性認知症疾患治療病棟」が 114 施設 (31.8%)、「その他の病棟」が 52 施設 (14.5%)、「精神科救急病棟」が 39 施設 (10.9%) であった。

またその数は、「精神一般病棟」が 694 病棟、「精神療養病棟」が 458 病棟、「精神科急性期治療病棟」と「老人性認知症疾患治療病棟」がともに 124 病棟、「その他の病棟」が 64 病棟、「精神科救急病棟」が 47 病棟であった。

さらに病床数では、「精神一般病床」が 40,007 床、「精神療養病床」が 26,532 床、「老人性認知症疾患治療病床」が 6,897 床、「精神科急性期治療病床」が 6,560 床、「その他の病床」が 2,612 床、「精神科救急病床」が 2,179 床であった。なお、各病棟の平均病床数を表 2 に示す。

表 2 対象施設の平均病床数

病棟区分	平均病床数	SD
精神科急性期病棟	55.87	28.43
精神科急性期治療病棟	53.77	18.37
精神療養病棟	126.95	72.24
老人性認知疾患治療病棟	61.58	24.67
精神一般病棟	138.91	92.32
その他の病棟	51.22	32.99

### 6) 精神科地域移行実施加算の算定

診療報酬において、精神科地域移行実施加算を算定している病棟の有無については、「ある」と回答した施設は、123 施設 (34.4%) と全体の 1/3 にとどまり、「ない」とした施設 228 施設 (63.7%) を大きく下回った (図 4)。「ない」と回答した施設の理由は、「算定要件を満たさなかった」が 148 施設 (64.9%) と最も多く、次いで「該当する病棟がない」が 39 施設 (17.1%)、「算定する必要がない」が 6 施設 (2.6%)、その他が 12 施設 (5.3%) であった (図 5)。

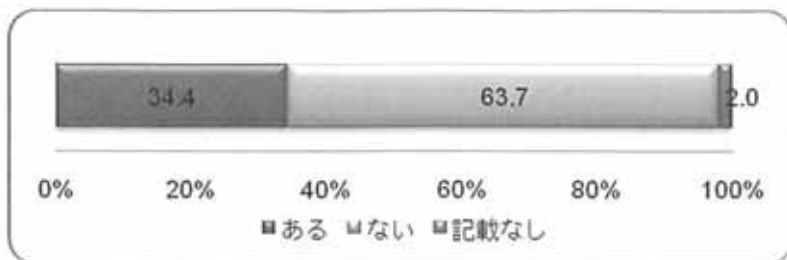


図 4 精神科地域移行実施加算の算定

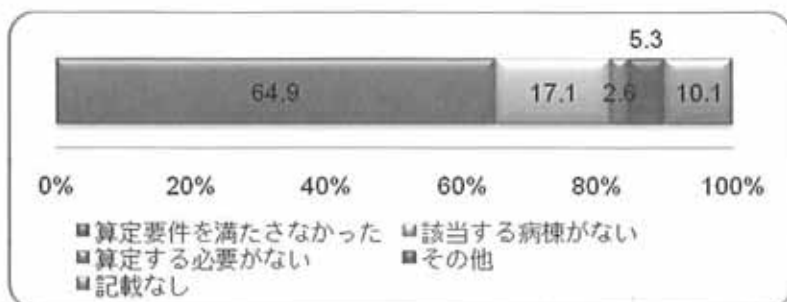


図 5 加算を算定していない理由

(その他の理由)

- 特定機能病院である
- 専属PSWの配置がない
- 要件を満たしているが、微妙なラインにあるため  
初年度はとれたが、2年次は該当なし
- 対象患者が少ない
- 退院前訪問やデイケアへの移行等個別対応している
- 病院の方針で算定しない
- 情報不足

#### (1) 病院種別

病院種別と精神科地域移行実施加算を算定している病棟の有無をみると、「精神科病院」では38.9%が算定している病棟が「ある」と答えているのに比べ、「一般病院」では、14.9%と低い割合となっていた（図6）。さらに、病院種別と加算を算定しない理由では、病院の種別によってその理由が異なっていた。つまり、「精神科病院」では「算定要件を満たさなかった」の割合が高いのに比べ、「一般病院」では、「算定する必要がある」との回答の割合が高かった（図7）。

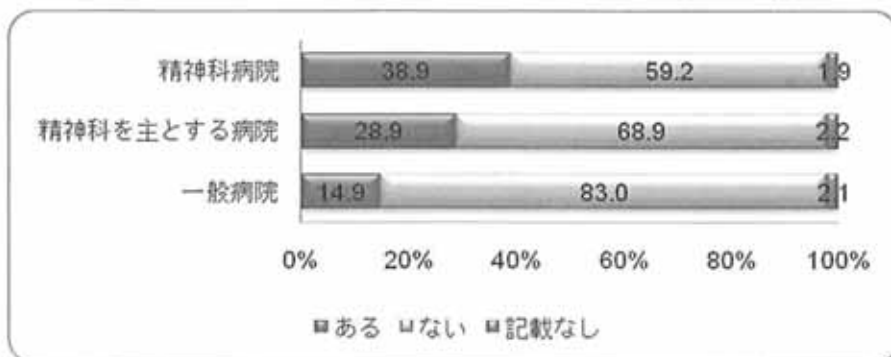


図 6 病院種別と精神科地域移行実施加算



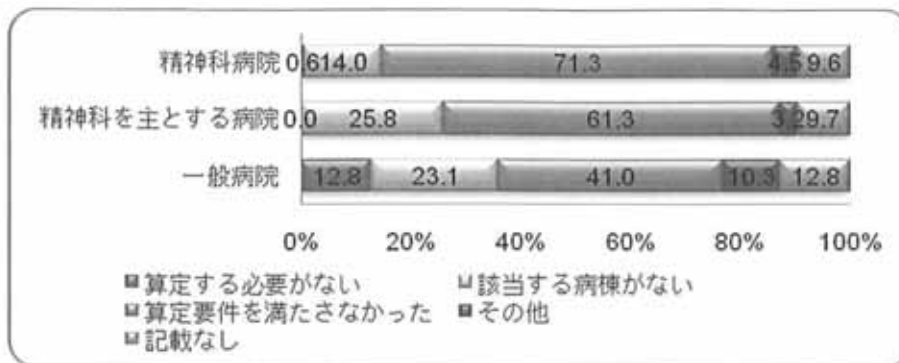


図 7 病院種別と加算を算定していない理由

## (2) 設置主体

設置主体と精神科地域移行実施加算を算定している病棟の有無をみると、「国公立」と「民間」での割合の差はみられなかった（図 8）。また、設置主体と加算を算定しない理由では、「国公立」は「算定する必要がない」という理由が 8.3%の施設にみられたが、「民間」では、1%未満であった（図 9）。

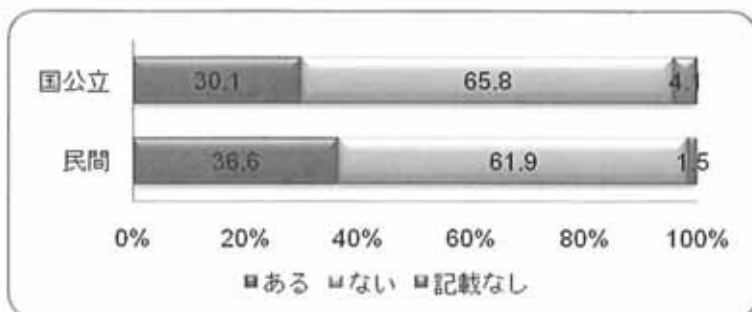


図 8 設置主体と精神科地域移行実施加算

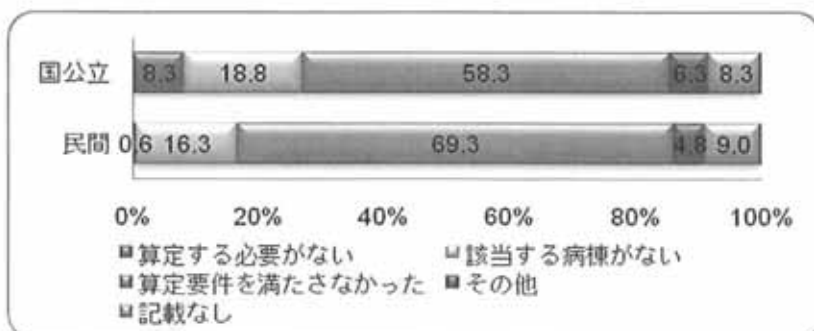


図 9 設置主体と加算を算定していない理由

## 7) 精神障害者地域移行・地域定着支援事業

過去 1 年間に、平成 21 年度「精神障害者地域移行支援特別対策事業」および平成 22 年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」を利用した患者の有無については、「いる」と回答した施設は 183 施設（51.1%）、「いない」と回答した施設は 151 施設（42.2%）であり、「わからない」と回答した施設は 15 施設（4.2%）であった（図 10）。対象となった患者数は全体で 1,093 人であり、1 施設当たりの平均は 6.11 人（SD10.55）、そのうち、退院した患者数は 371 人で、平均は 2.07 人（SD2.60）であった。

また、対象となった患者が「いない」と回答した 151 施設には、あわせてその理由を問うたところ、「対象者がいない」が最も多く 74 施設（49.0%）、次いで「事業に関する働きかけがなかった」が 34 施設（22.5%）、「事業を活用する必要性がない」が 21 施設（13.9%）であった（図 11）。



図 10 支援事業の利用

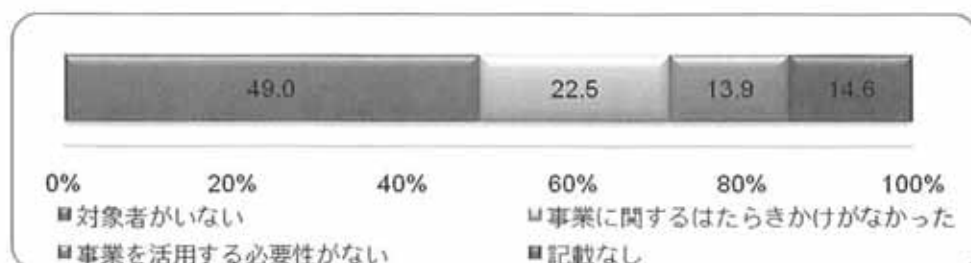


図 11 支援事業を利用しない理由

### (1) 病院種別

病院種別と支援事業を利用している患者の有無では、「精神科病院」と「精神科を主とする病院」では、半数を超える施設が利用している患者が「いる」と回答したが、「一般病院」ではその割合は、3割にとどまった（図 12）。さらに、病院種別と支援事業を利用した患者が「いない」理由では、各種別とも最も高い割合は「対象者がいない」であり、特に「一般病院」では65%を超えていた（図 13）。

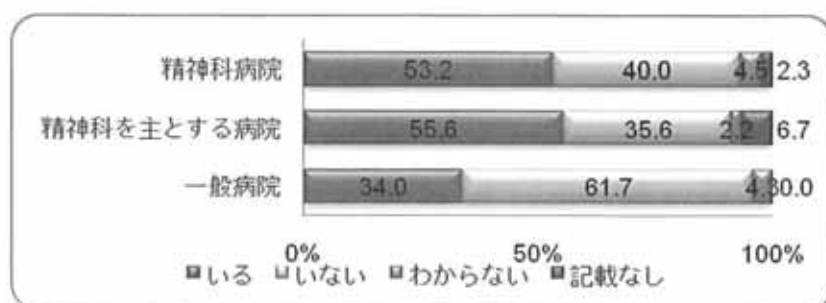


図 12 病院種別と支援事業の利用

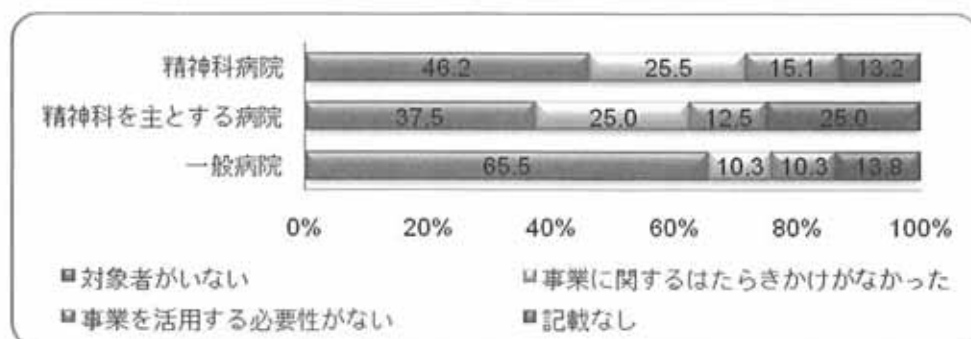


図 13 病院種別と支援事業を利用しない理由

## (2) 設置主体

設置主体と支援事業を利用している患者の有無をみると、「国公立」と「民間」での差はみられなかった（図 14）。また、設置主体と支援事業を利用しない理由では、「国公立」、「民間」とともに「対象者がいない」という理由が最も高い割合を示し、それぞれ 60.0%と 45.7%であった（図 15）。

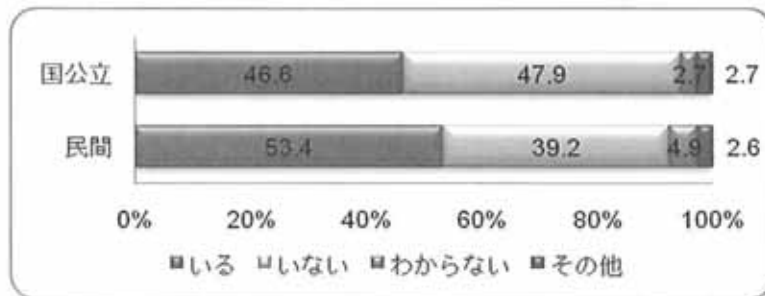


図 14 設置主体と支援事業の利用

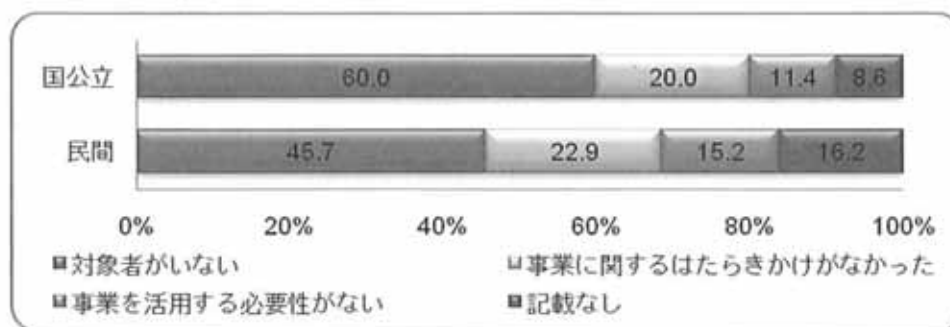


図 15 設置主体と支援事業を利用しない理由

## 8) 併設施設

対象施設のうち併設施設が「ある」施設は 232 施設（64.8%）で、「ない」施設は 93 施設（26.0%）、「記載なし」は 33 施設（9.2%）であった（図 16）。さらに、病院種別では「精神科病院」及び「精神科を主とする病院」で併設の施設の「ある」割合が高く（図 17）、設置主体では「民間」の 78%の併設施設があるのに比べて、「国公立」では 20.5%であった（図 18）。具体的な併設施設は表 3 のとおりである。

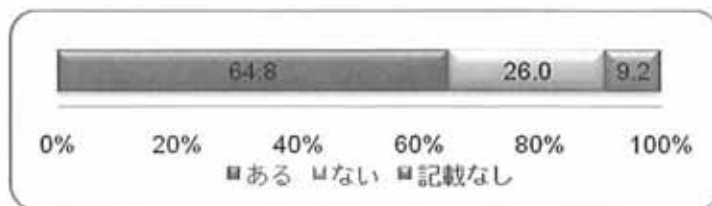


図 16 併設施設の有無

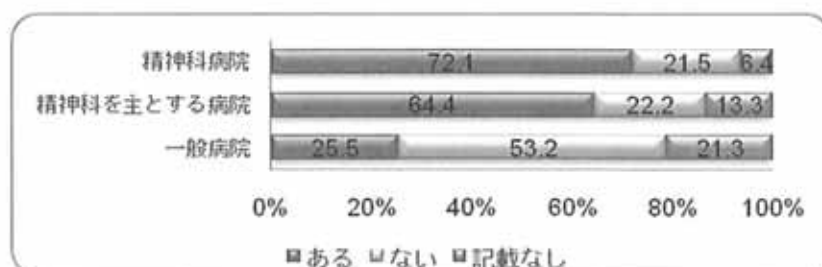


図 17 病院種別と併設施設の有無

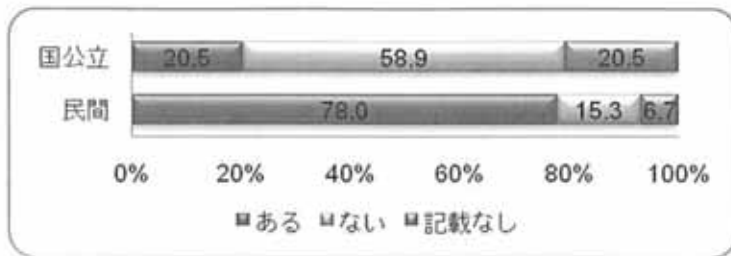


図 18 設置主体と併設施設の有無

表 3 併設施設

	全体		(再掲：n)			(再掲：n)		
	n	%	精神科 病院	精神科を 主とする 病院	一般病院	国公立系	民間系	その他
グループホーム	122	34.1	106	13	3	4	117	1
訪問看護ステーション	72	20.1	54	10	8	8	62	2
老人保健施設	62	17.3	42	16	4	3	59	0
地域活動支援センター（Ⅰ型）	45	12.6	38	6	1	0	45	0
援護寮	44	12.3	35	8	1	0	42	1
福祉ホーム	37	10.3	35	2	0	0	37	0
病院独自の宿泊型施設	37	10.3	34	2	1	1	34	2
相談支援事業所	34	9.5	22	10	2	1	33	0
その他の施設	34	9.5	27	3	4	3	27	3
就労支援事業所	30	8.4	25	3	2	1	29	0
居宅介護事業所	26	7.3	20	3	3	1	25	0
ケアホーム	22	6.1	16	4	2	1	21	0
グループホーム	21	5.9	12	8	1	0	21	0
生活訓練事業所	15	4.2	13	2	0	0	15	0
作業所	6	1.7	6	0	0	1	5	0
宿泊型自立訓練施設	4	1.1	4	0	0	0	4	0
障害者入居施設	4	1.1	4	0	0	0	4	0
地域活動支援センター（Ⅱ型）	2	0.6	2	0	0	0	2	0
地域活動支援センター（Ⅲ型）	1	0.3	1	0	0	0	1	0

## 9) 地域移行支援目的とした専門部署や専門委員会・プロジェクト等

### (1) 専門部署

対象施設のうち、地域移行推進を目的とした専門部署を「設置している」のは、148 施設（41.8%）であり、「設置していない」とした 173 施設（48.3%）を下回った。また、今後「設置を予定・検討している」と回答したのは 32 施設（8.9%）であった（図 19）。



図 19 専門部署の設置

### ①病院種別

専門部署の設置を病院種別でみると、病院種別ではその割合に大きな違いはみられなかった（図 20）。

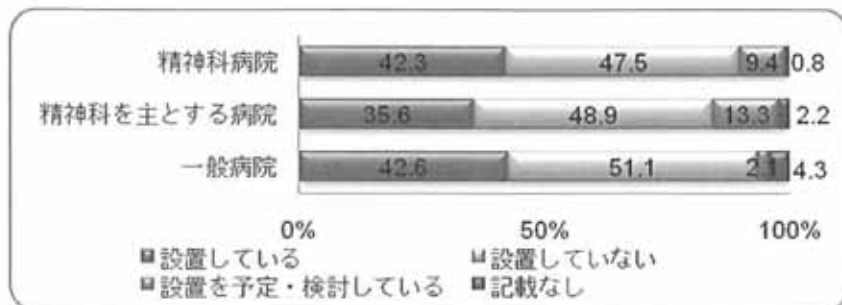


図 20 病院種別と専門部署の設置

### ②設置主体

専門部署の設置を設置主体でみると、設置主体ではその割合に大きな差はみられなかった（図 21）。

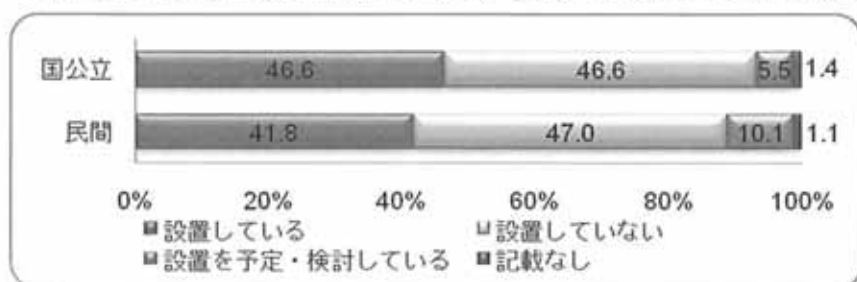


図 21 設置主体と専門部署の設置

### ③設置目的

専門部署を設置した主要な目的では、「病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため」という回答が 40 施設（27.0%）と最も高い割合を示し、次いで、「入院患者の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため」が 26 施設（17.6%）、「精神科地域移行実施加算の基準となっているため」が 16 施設（10.8%）であった（表 4）。

表 4 専門部署の設置目的

	n	%
病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため	40	27.0
入院患者の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため	26	17.6
精神科地域移行実施加算の施設基準となっているため	16	10.8
精神科地域移行実施加算が新設される以前に開設した部署を継続している	14	9.5
退院後の患者をフォローするため	11	7.4
病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため	8	5.4
退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため	8	5.4
外来患者（退院した患者・通院中の患者）の相談窓口とするため	6	4.1
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携窓口とするため	6	4.1
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携を強化するため	4	2.7
医療機関（病院と診療所、病院と病院）との連携窓口とするため	3	2.0
病院の方針を検討（決定）するため	1	0.7
その他	1	0.7
記載なし	4	2.7

#### ④構成員

専門部署の構成員については表5のとおりである。配置職種としては「精神保健福祉士」、「看護師」、「医師」の順に割合が高くなっていた。

表5 専門部署の構成員

職種	設置施設	
	n	%
医師	57	15.9
看護師	86	24.0
准看護師	16	4.5
精神保健福祉士	142	39.7
作業療法士	38	10.6
臨床心理士	29	8.1
薬剤師	10	2.8
栄養士	9	2.5
事務職員	33	9.2
その他	19	5.3

#### (2) 専門委員会・プロジェクト等

対象施設のうち、地域移行推進を目的とした専門委員会やプロジェクトを「設置している」のは、147施設（41.1%）であり、「設置していない」と回答したのは173施設（48.3%）であった。また、今後「設置を予定・検討している」と回答したのは32施設（8.9%）であった（図22）。

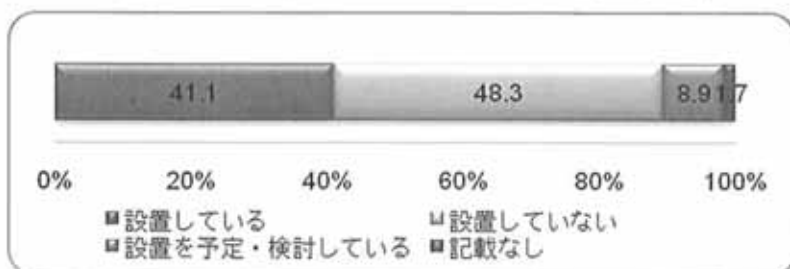


図22 専門委員会プロジェクトの設置

#### ①病院種別

専門委員会やプロジェクトの設置を病院種別でみると、「一般病院」でややその割合が低かった（図23）。

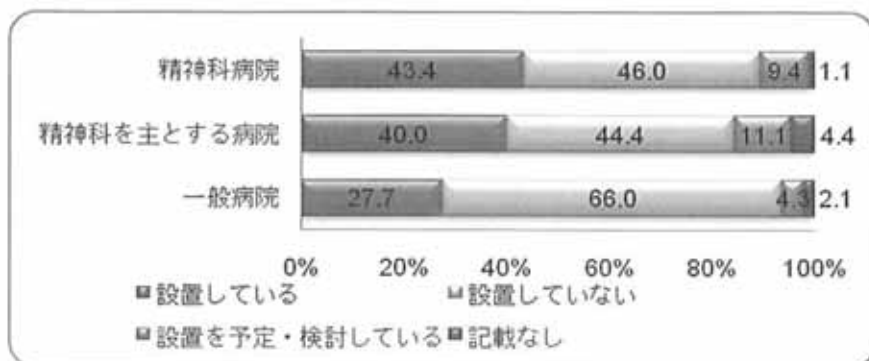


図23 病院種別と委員会プロジェクトの設置

## ②設置主体

専門委員会やプロジェクトの設置を設置主体で見ると、「国公立」でややその割合が低かった（図 24）。

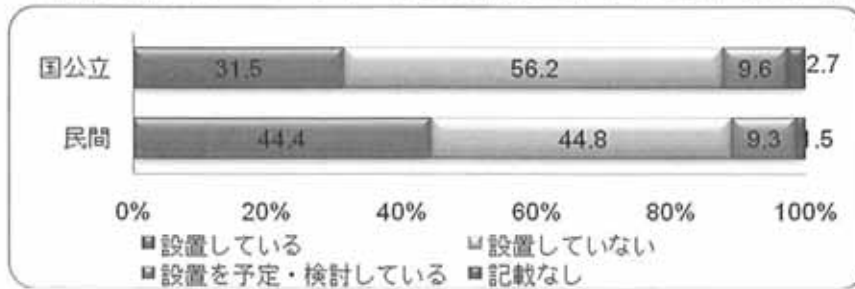


図 24 設置主体と専門部署の設置

## ③設置目的

また、専門委員会やプロジェクトを設置した主要な目的では、「病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点的）な役割を担うため」が 37 施設（25.2%）、次いで「地域移行支援対象者を選出するため」が 35 施設（23.8%）、「病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため」が 17 施設（11.6%）であった（表 6）。

表 6 専門委員会プロジェクトの設置目的

	n	%
病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため	37	25.2
地域移行支援対象者を選出するため	35	23.8
病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため	17	11.6
精神科地域移行実施加算が新設される以前から実施しており現在も継続している	14	9.5
退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため	10	6.8
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携を強化するため	9	6.1
個別ケースの方向性を決定するため	7	4.8
地域移行支援の実施が困難な患者について検討するため	5	3.4
地域移行に関する方針を検討（決定）するため	5	3.4
その他	3	2.0
記載なし	5	3.4

## ④構成員

専門委員会やプロジェクトの構成員については表 7 のとおりである。担当が「専従のみ」と回答したのは 5 施設（3.4%）に過ぎず、「兼任のみ」が 100 施設（68.0%）であった（図 25）。また、役職としては、管理職と一般職の両方で構成されている施設が 8 割を超えていた（図 26）。

表 7 専門委員会プロジェクトの構成員

職種	設置施設	
	n	%
精神保健福祉士	143	97.3
看護師	141	95.9
医師	123	83.7
作業療法士	105	71.4
臨床心理士	45	30.6
事務職員	49	33.3
准看護師	38	25.9
薬剤師	26	17.7
栄養士	25	17.0
その他	7	4.8



図 25 委員会プロジェクトの担当状況



図 26 委員会プロジェクトの構成員の役職

### (3) 専門部署、委員会等の設置状況による比較

対象となった施設のうち専門部署や専門委員会やプロジェクト（以下、委員会等）を一つでも設置している施設は 206 施設で対象施設の 55.9%であり、全く設置していないのは 158 施設（44.1%）であった。上記 206 施設のうち、「専門部署のみ」を設置しているのは 59 施設（28.6%）で、「委員会等のみ」を設置しているのは 58 施設（28.2%）で、専門部署と委員会等の「両方」を設置しているのは 89 施設（43.2%）であった（図 27）。



図 27 専門部署・委員会等の設置

#### ①設置主体

設置主体別で見ると「国公立」では「専門部署のみ」と「両方」を有する割合がともに 40%程度であったが、「民間」では「両方」を設置している割合が 45%で最も高かった（図 28）。

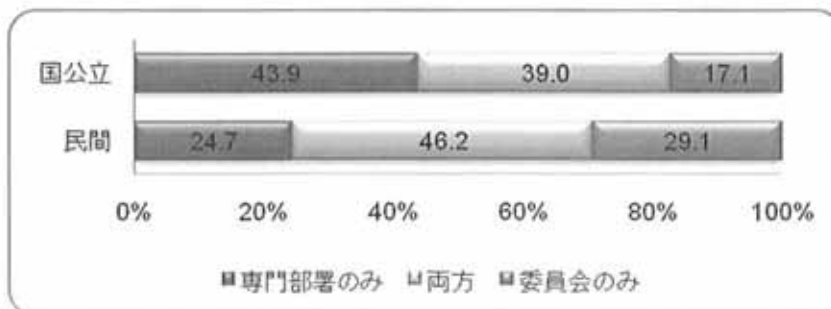


図 28 専門部署・委員会等の設置と設置主体



## ②設置状況別にみた専門部署の設置目的

専門部署の設置目的を、「専門部署のみ」を有する施設と「専門部署と委員会等の両方」を有する施設で比較したところ、どちらも「病院内の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため」、「入院患者の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため」の割合が高かった。また「専門部署のみ」では、「両方」に比べて「退院調整業務（退院支援計画立案）業務を行うため」の割合が高く、「精神科地域移行実施加算の基準となっているため」の割合が低かった（表 8）。

表 8 設置状況別にみた専門部署の設置目的

	専門部署のみ		両方	
	n	%	n	%
病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため	13	22.0	27	30.3
入院患者の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため	13	22.0	13	14.6
精神科地域移行実施加算の施設基準となっているため	3	5.1	13	14.6
精神科地域移行実施加算が新設される以前に開設した部署を継続している	6	10.2	8	9.0
退院後の患者をフォローするため	6	10.2	5	5.6
病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため	2	3.4	6	6.7
退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため	5	8.5	3	3.4
外来患者（退院した患者・通院中の患者）の相談窓口とするため	3	5.1	3	3.4
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携窓口とするため	4	6.8	2	2.2
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携を強化するため	1	1.7	3	3.4
医療機関（病院と診療所、病院と病院）との連携窓口とするため	1	1.7	2	2.2
病院の方針を検討（決定）するため	0	0.0	1	1.1
その他	1	1.7	0	0.0
記載なし	1	1.7	3	3.4

## ③設置状況別にみた委員会等の設置目的

委員会等の設置目的を、「委員会等のみ」を有する施設と「専門部署と委員会等の両方」を有する施設で比較したところ、どちらも高い割合を示したのは「病院内の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため」、「地域移行支援対象者を選出するため」、であった。また「委員会等のみ」では、「両方」の施設に比べて「病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため」の割合が高く、「退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため」という割合が低かった（表 9）。

表 9 設置状況別にみた委員会等の設置目的

	委員会等のみ		両方	
	n	%	n	%
病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため	14	24.1	23	25.8
地域移行支援対象者を選出するため	17	29.3	18	20.2
病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため	10	17.2	7	7.9
精神科地域移行実施加算が新設される以前から実施しており現在も継続している	4	6.9	10	11.2
退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため	1	1.7	9	10.1
地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携を強化するため	5	8.6	4	4.5
個別ケースの方向性を決定するため	3	5.2	4	4.5
地域移行支援の実施が困難な患者について検討するため	2	3.4	3	3.4
地域移行に関する方針を検討（決定）するため	1	1.7	4	4.5
その他	0	0.0	3	3.4
記載なし	1	1.7	4	4.5

#### (4) 機能

専門部署や委員会等の機能については、以下のように項目を設定した。

- 項目 1. 地域移行支援充実のためのシステム【地域移行対象患者のピックアップと検討／病院の方針の決定／個別ケースの方向性の決定／退院支援計画の作成／地域移行推進のためのアドバイス・スーパーバイズ】
- 項目 2. 住居支援【住居探しの支援／住宅改修の支援／掃除など住環境整備の支援／引越しに関する支援】
- 項目 3. 就労支援【職探しの支援／面接のための支援／福祉的就労のための支援】
- 項目 4. 各種制度・社会資源の情報提供【利用可能なサービス・制度の説明／施設・事業所見学の同行／制度利用申請手続き／書類作成の支援／制度利用申請の同行／他機関から本人への説明の依頼】
- 項目 5. 家族との調整【家族教育及び心理教育（相談・面接含む）／家族の支援体制整備／会議への参加依頼／退院後の支援に関する説明】
- 項目 6. 病棟スタッフとの連携調整【カンファレンスの開催（情報共有・支援内容の確認）／支援に関するコンサルテーション／受け持ちNsのバックアップ】
- 項目 7. 病院内職員との連携調整【多職種カンファレンスの開催（情報共有・役割機能の明確化）】
- 項目 8. 行政機関との連携調整【情報提供や共有／会議への参加依頼／カンファレンス（ケア会議）の開催／行政機関への同行／対象者（家族）への面接依頼】
- 項目 9. 福祉サービス事業所等との連携調整【情報提供や共有／会議への参加依頼／カンファレンス（ケア会議）の開催／対象者（家族）への面接依頼】
- 項目 10. 退院前訪問【日程調整／家族関係の調整／退院の準備・環境整備（住居の確認・生活用品の購入など）／退院後、利用する資源の見学・同行／退院後の生活のイメージ作り】
- 項目 11. 退院後訪問【日程調整／本人への相談及び指導／家族支援／病状悪化時の介入／サービス調整・社会資源への動向／地域（行政・福祉）機関との情報交換】

#### ①専門部署の機能

専門部署を設置している 148 施設に、上記の項目を専門部署の機能としているかどうか聞いたところ、「就労支援」の割合が他の項目に比べて低い結果となった（図 29）。

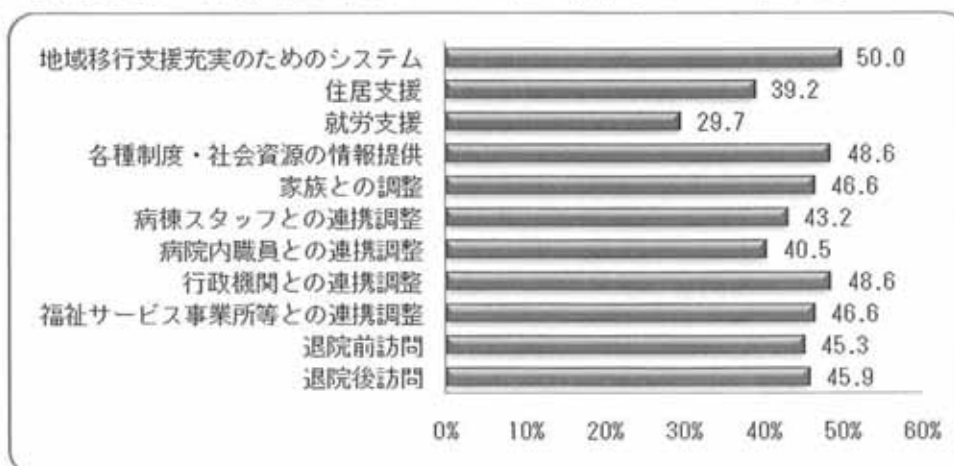


図 29 専門部署の機能

## ②委員会等の機能

委員会等を設置している147施設にその機能としているか聞いたところ、「地域移行支援の充実のためのシステム」の割合が85%を超えた。また「就労支援」を機能としているところは20%に満たず、「行政機関との連絡調整」と回答した施設はなかった（図30）。

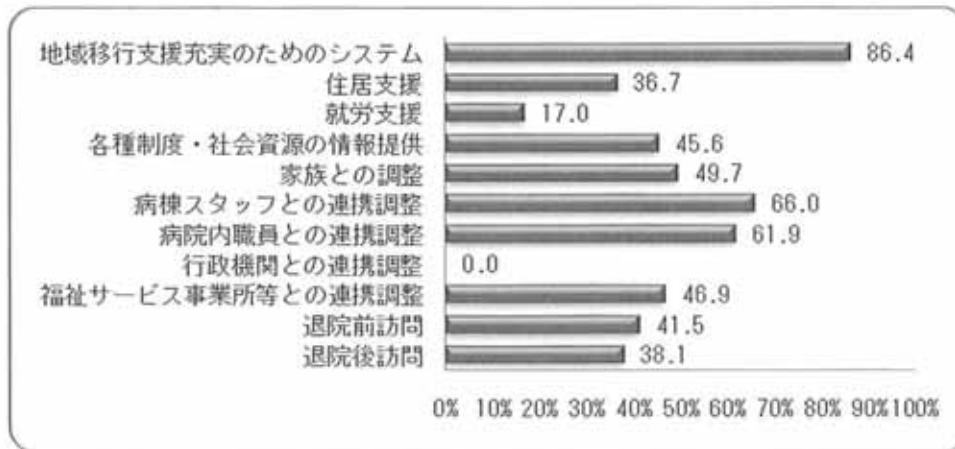


図30 委員会等の機能

## ③多くの人手や時間を費やしている機能

専門部署や委員会等を設置している施設で、多くの人手や時間を費やしている機能と回答した割合(大項目)では、「地域移行支援充実のためのシステム」が36.8%、「病院内職員との連携調整」が34.2%、「病棟スタッフとの連携調整」32.9%、「各種制度・社会資源の情報提供」が30.9%、「家族との調整」が30.3%の順であった（図31）。詳細では、「家族との調整—家族教育及び心理教育」、「病院内職員との連携調整—多職種カンファレンスの開催」、「病棟スタッフとの連絡調整—カンファレンスの開催」、「行政機関との連携調整—カンファレンス（ケア会議）の開催」、「退院前訪問—退院の準備・環境整備」、「地域移行支援充実のためのシステム—個別ケースの方向性の決定」は、4割程度の施設が「多くの人手や時間を費やしている」と回答した（表10）。

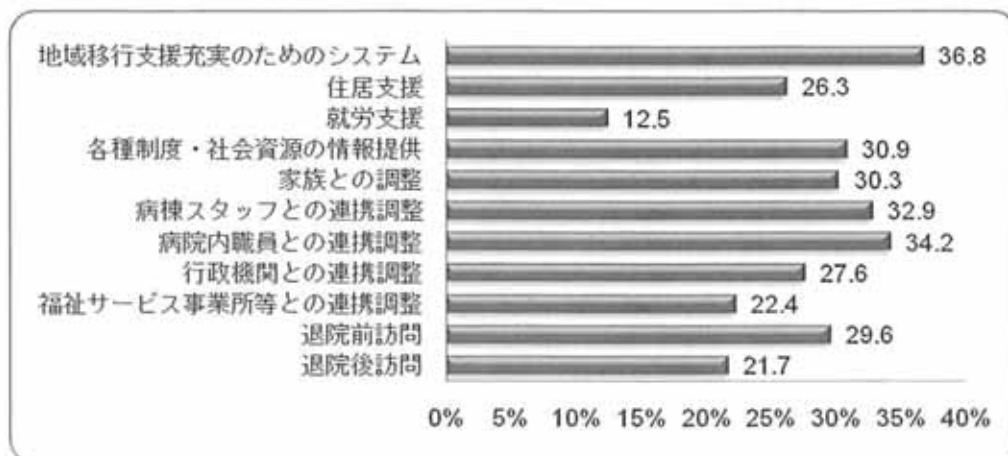


図31 多くの人手や時間を費やしている機能（大項目）

表 10 多くの人手や時間を費やしている機能

		機能として	費やして	
		いる施設	n	%
地域移行支援 充実のための システム	1. 地域移行対象患者のピックアップと検討	114	35	30.7
	2. 病院の方針の決定	66	10	15.2
	3. 個別ケースの方向性の決定	94	35	37.2
	4. 退院支援計画の作成	83	20	24.1
	5. 地域移行推進のためのアドバイス・スーパーバイズ	81	10	12.3
住居支援	1. 住居探しの支援	100	32	32.0
	2. 住宅改修の支援	39	4	10.3
	3. 掃除など住環境整備の支援	61	18	29.5
	4. 引越しに関する支援	69	15	21.7
就労支援	1. 職探しの支援	41	11	26.8
	2. 面接のための支援	40	5	12.5
	3. 福祉的就労のための支援	53	9	17.0
各種制度・社会資源の 情報提供	1. 利用可能なサービス・制度の説明	111	20	18.0
	2. 施設・事業所見学の同行	94	32	34.0
	3. 制度利用申請手続き、書類作成の支援	98	16	16.3
	4. 制度利用申請の同行	80	10	12.5
	5. 他機関から本人への説明の依頼	71	2	2.8
家族との調整	1. 家族教育及び心理教育(相談・面接含む)	82	37	45.1
	2. 家族の支援体制整備	78	20	25.6
	3. 会議への参加依頼	73	1	15.1
	4. 退院後の支援に関する説明	100	13	13.0
病棟スタッフとの 連携調整	1. カンファレンスの開催(情報共有・支援内容の確認)	116	47	40.5
	2. 支援に関するコンサルテーション	79	8	10.1
	3. 受け持ちNsのバックアップ	82	12	14.6
病院内職員との 連携調整	1. 多職種カンファレンスの開催 (情報共有・役割機能の明確化)	124	52	41.9
行政機関との 連携調整	1. 情報提供や共有	109	23	21.1
	2. 会議への参加依頼	73	15	20.5
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催	80	31	38.8
	4. 行政機関への同行	75	11	14.7
	5. 対象者(家族)への面接依頼	77	6	7.8
福祉サービス事業所等との 連携調整	1. 情報提供や共有	105	16	15.2
	2. 会議への参加依頼	81	7	8.6
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催	97	24	24.7
	4. 対象者(家族)への面接依頼	77	2	2.6
退院前訪問	1. 日程調整	83	12	14.5
	2. 家族関係の調整	87	15	17.2
	3. 退院の準備・環境整備(住居の確認・生活用品の購入など)	91	35	38.5
	4. 退院後、利用する資源の見学・同行	93	22	23.7
	5. 退院後の生活のイメージ作り	85	16	18.8
退院後訪問	1. 日程調整	83	8	9.6
	2. 本人への相談及び指導	102	25	24.5
	3. 家族支援	83	10	12.0
	4. 病状悪化時の介入	85	15	17.6
	5. サービス調整・社会資源への動向	81	10	12.3
	6. 地域(行政・福祉)機関との情報交換	92	12	13.0

④専門部署、委員会等の設置状況と多くの人手や時間を費やしている機能

専門部署・委員会等の設置状況と多くの人手や時間を費やしている機能を比較した。これをみると、専門部署と委員会の両方を設置している施設では、「就労支援」を除いて1/2以上の施設が多く人手や時間を費やしていると回答していた（図32）。

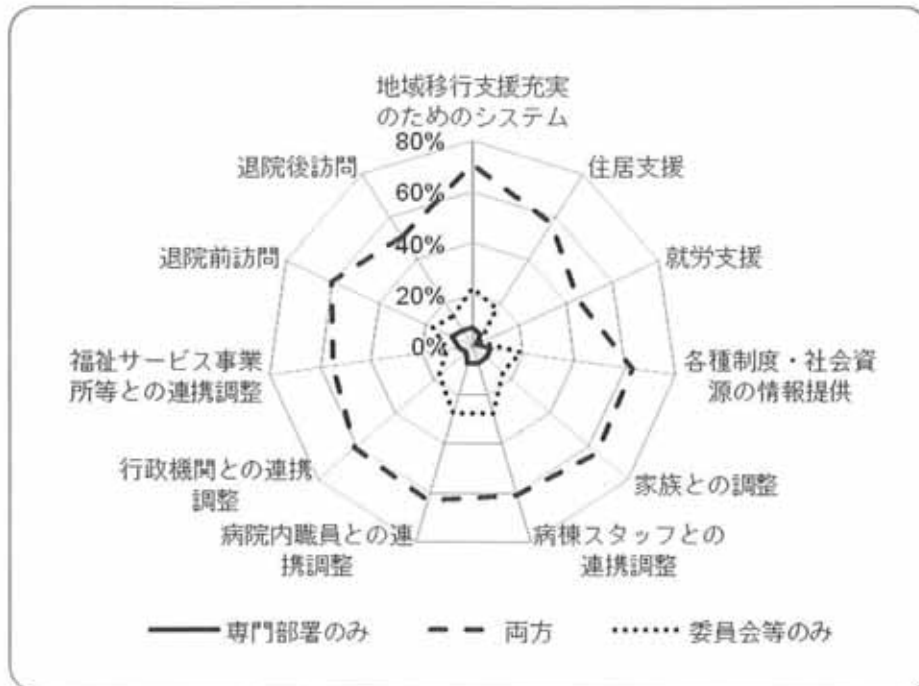


図 32 専門部署、委員会等の設置状況と人手や時間を費やしている機能

(5) 効果

対象となった施設のうち、「地域移行のための専門部署」または「地域移行のための委員会やプロジェクト等」を設置している施設は、206 施設（57.5%）である。これらの施設に、その効果を複数回答で聞いたところ、「院内スタッフに理解が深まった（患者の地域移行に対する意識が高まった）」と「病院内の地域移行の取り組みが補強（サポート）された」がともに 45.1%、「病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割となった（40.3%）」、「地域との連携がスムーズになった（35.9%）」となった。しかしながら「特に効果を感じない」とした割合も 2.4%みられた（図 33）。

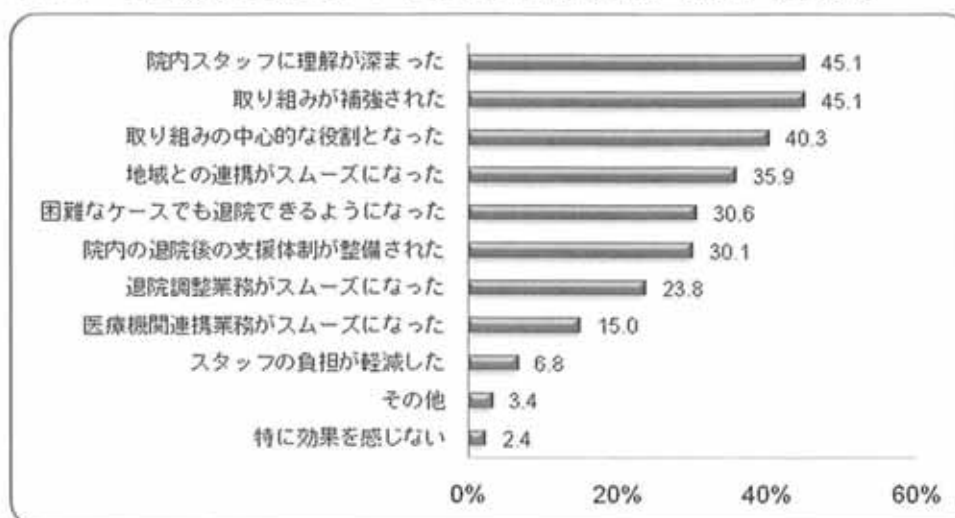


図 33 専門部署や委員会等の効果

(その他の理由)

PRや啓発活動ができる

### ①設置状況と効果

専門部署・委員会等の設置状況と活動の効果を比較したところ、「専門部署のみ」設置している施設ではどの項目でも、「両方」や「委員会等のみ」を設置している施設より効果としてあげられている割合が非常に低い結果となった（図 34）。

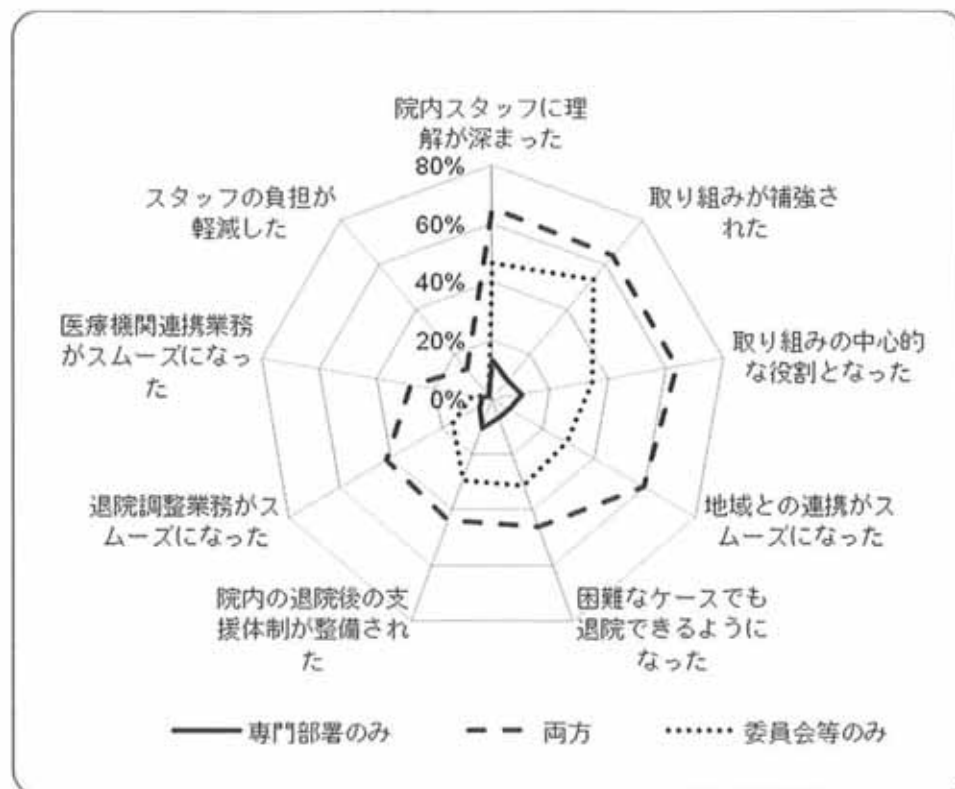


図 34 専門部署・委員会等の設置状況と効果

### 10) 自由記載

調査用紙の最後に、患者の地域移行に関する意見を自由に記載する欄を設けた。得られた意見を意味のある文節で区切りデータとして分析した。得られたデータ数は 171 枚であり、それらを熟読し、「患者」「家族」「地域住民」「病院」「サービス・サポート」「その他」を軸として、「問題点」「取り組みの例」「今後の課題」の 3 項目で分類し表 11 に示した。

表 11 自由記載の分類

問題点（ ）内はデータの数		取り組みの例	今後の課題
<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の不安や気持ちの揺れがあり、退院に拒否があったり、支援の時間がかかる (3)</li> <li>長期入院を強いられた結果、高齢となり地域支援を活用できなくなった(5)</li> <li>高齢や身体合併、認知症等の問題で、介護施設等への入所が必要であるが、先の見通しが立たない (7)</li> <li>残っている人は処遇困難であり、退院先がない (1)</li> </ul>	患者	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟内グループ活動により、退院意識が高まり、退院希望者が増えた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院したいという患者の意思が大切である</li> <li>入院生活に慣れてしまっているの、地域生活をイメージできるような取り組みが必要</li> <li>精神障がい者の高齢化の支援が今後の問題である</li> <li>高齢者施設側の「精神障害を有する要介護者の受け入れについて」知りたい</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>病状は落ち着いていても家族の理解・協力が得られない (9)</li> <li>家族が高齢化しており、支援が得にくい (3)</li> <li>経済的な理由等で、家族が退院させたくない (3)</li> </ul>	家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域移行支援を行うようになり家族が退院に前向きになった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族ばかりに負担をかけることなく、家族の理解・協力を得ることが必要である</li> <li>家族への病気の理解を深める働きかけの一層の努力が必要である</li> <li>普段から、また入院時からのかわりが大切である</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域における偏見や差別が大きく、退院への理解が得にくい (5)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">地域住民</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民と話し合いを重ね、協力が得られ退院することができた</li> <li>・行政より地域住民の方が頼りになる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の人々との交流の場への参加強化</li> <li>・地域住民を中心とした勉強会等を積極的に行い、地域に理解者が増えること</li> <li>・医療者・行政職員・一般との交流が、地域移行事業を活性化させる</li> <li>・啓発のためのマスコミの利用</li> <li>・行政レベル、学校教育からの取り組みが望まれる</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・体制が不十分であり、人員の面等で地域移行支援には対応できない (6)</li> <li>・病院の方針や経営面の関係で、地域移行支援には消極的である (6)</li> <li>・施設(病院)により温度差がある (2)</li> <li>・医師の理解が得られない (2)</li> <li>・病院だけのかかわりでは時間がかかりすぎ十分な対応をとりにくい (1)</li> <li>・スタッフの慣習から消極的である (1)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門部署の働きで、あきらめずに取り組むことができた</li> <li>・多職種間でお互いの理解を深め、協力・連携できた</li> <li>・病院全体で目標を共有することで、成功例が増えた</li> <li>・職員の意識が変わったことで患者とのかかわりが増え、地域移行が進んだ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院全体となって取り組むこと</li> <li>・病院の目標を立て、全体として取り組むためには、専門部署があるとよい</li> <li>・多職種・多機関がそれぞれの専門性を発揮しながら共同していく</li> <li>・スタッフの充実、看護者の質・知識の向上が必要</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用できる社会資源が少ない (4)</li> <li>・地域格差がある (5)</li> <li>・他障害と比べて福祉サービスが不十分 (4)</li> <li>・単身者や病状の不安定な人、自立度が低い人たちが地域生活する支援が不十分 (3)</li> <li>・受け皿としての地域の体制が不十分 (6)</li> <li>・住居が不足していたり確保が困難である (6)</li> <li>・保証人の問題があり住居が確保されない (7)</li> <li>・就労につなぐことが難しい (2)</li> <li>・年金制度だけでは経済的に困難 (3)</li> <li>・スタッフが臆病になっており、新しいサービスを利用したがない (1)</li> <li>・行政の協力が予算や法律の関係で得られない (1)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">サービス・サポート</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アパートの管理会社に協力をしてもらっている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行政は、障がい者の受け皿の拡充のための支援をしてほしい</li> <li>・ケア付き住居や、有料住居の基準など、住居確保のための支援を充実させてほしい</li> <li>・グループホームやケアホームがあると地域移行が進めやすく、居住系サービスの充実が必要である</li> <li>・病棟のグループホームの中間のような施設の充実</li> <li>・一人暮らしや認知症に対応できる施設窓口が広がればよい</li> <li>・アウトリーチの充実</li> <li>・夜間休日に対応できる体制</li> <li>・就労できる場の確保が必要</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援に対する診療報酬が低く人を確保することが難しい (3)</li> <li>・所属する地域の行政によって取り組みの温度差がみられ、臨床の取り組みが左右されてしまう (1)</li> </ul>	<p style="text-align: center;">その他</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・国は、これまでの政策を反省し、積極的な政策を展開してほしい</li> <li>・地域移行に関する診療報酬の見直し</li> <li>・行政の強い指導が必要である</li> <li>・行政が中心となり、病院だけでなく様々な機関を含めた支援体制の組織化が必要である</li> <li>・病院だけでは限界があるので、地域行政も積極的ににかかわってほしい</li> <li>・関係機関の連携が重要である</li> </ul>
<p>【その他の意見】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・児童思春期精神科病棟にも長期・社会的入院をしている患者がいることを知ってほしい</li> <li>・患者を地域移行推進プログラムにのせ退院させたが、無理をしなかった方がよかったのではと考えることもある</li> <li>・最近では、BPSDの入院が多く、支援事業を活用できないケースも増えてくると思われる</li> </ul>			

## 11) まとめ

本研究の対象となった施設は、病院種別で精神科病院が74%、設置主体では民間病院が75%であり、平均病床数は320床(SD190.16)で、精神病床数は246床(SD144.06)であった。調査用紙Aより得られた結果は以下のとおりである。

- 対象施設のうち、精神科地域移行実施加算を算定している施設は34%、算定していない施設は64%で、その理由は「算定要件を満たさなかった」が最も多かった。
- 対象施設のうち、地域移行・地域定着支援事業を利用した患者がいる施設は51%であった。また、支援事業の対象患者の平均人数は1施設あたり6.11人(SD10.55)で、そのうち平均退院患者は2.07人(SD2.60)であった。さらに、事業を利用した患者がいない理由としては、約半数が「対象者がいない」としていたが、「事業に関する働きかけがなかった」と答えた施設も1/4にみられた。
- 対象施設のうち、併設施設があると回答したのは65%で、民間病院の約8割には併設施設があった。
- 地域移行支援を目的とした専門部署を設置している施設は全体の42%で、その目的は「病院内の地域移行の取り組みの中心的(拠点)な役割を担うため」、「入院患者の相談窓口(地域移行に関する相談)とするため」、「精神科地域移行実施加算の基準となっているため」の順に割合が高かった。
- 地域移行支援を目的とした専門委員会やプロジェクト等を設置している施設は全体の41%で、その目的は「病院内の地域移行の取り組みの中心的(拠点的)な役割を担うため」、「地域移行支援対象者を選出するため」、「病院内の地域移行の取り組みを補強(サポート)するため」の順であり、これらで全体のほぼ半数を占めた。
- 専門部署の機能として特徴的なものは明らかにならなかったが、「就労」を機能としている割合は低く、3割程度であった。一方、専門委員会やプロジェクトの機能としては「地域移行支援の充実のためのシステム」を86%の施設があげていた。
- 専門部署や専門委員会等の活動で、多くの人手や時間を費やしている機能は、「家族教育及び心理教育」、「病院内外でのカンファレンス」、「退院の準備・環境整備のための退院前訪問」、「個別ケースの方向性の決定」であった。また、専門部署と委員会・プロジェクト等の両方を設置している施設では、各機能に多くの人手や時間を費やしていたのに対して、専門部署か委員会等のどちらか一方を設置している施設の場合は、その割合が低かった。
- 専門部署や専門委員会等の効果としては、「院内スタッフに理解が深まった(患者の地域移行に対する意識が高まった)」、「病院内の地域移行の取り組みが補強(サポート)された」、「病院内の地域移行の取り組みの中心的(拠点)な役割となった」という内容にそれぞれ4割を超える回答が得られた。
- 自由記載からは、患者、家族、地域住民、病院、サービス・サポート等について、現状の困難点だけでなく、各施設が工夫しながら患者の地域移行支援に取り組んでいることが明らかとなった。また、今後必要なこととしては、患者や家族への情報提供や心理教育的な取り組み、地域住民も含めた病院・地域との連携の強化や、職員の知識・資質の向上などに対する意見があった。要望としては、地域での受け皿となる住居や就労場所の確保や地域移行支援に関する診療報酬の見直し、高齢者に対応できるような社会資源の整備があった。



### 3. 調査用紙 B

#### 1) 回答者

調査用紙 B の回答者は、「看護師」が 783 人 (66.4%)、「精神保健福祉士」が 362 人 (30.7%)、「作業療法士」が 4 人 (0.3%)、「医師」が 2 人 (0.2%)、「その他・記載なし」が 29 人 (2.5%) であった。また、その所属部署としては、「病棟」が 834 人 (70.7%)、「地域移行の専門部署」が 120 人 (10.2%)、「外来」が 29 人 (2.5%)、「その他」(相談室等) が 164 人 (13.9%) であった。

#### 2) 対象者の属性

##### (1) 年齢

対象となった患者の年齢は 5 歳から 97 歳と幅広く、平均年齢は 53.37 歳 (SD16.41) であった。また、年齢区分では、「60 歳以上」の割合が最も多かった (図 35)。

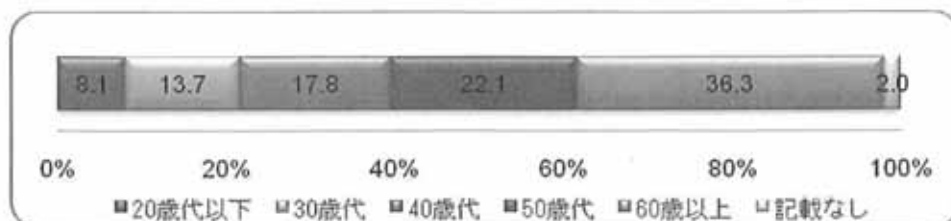


図 35 年齢区分

##### (2) 性別

対象者の性別は、男性が 627 人 (53.1%)、女性が 549 人 (46.5%) であった (図 36)。

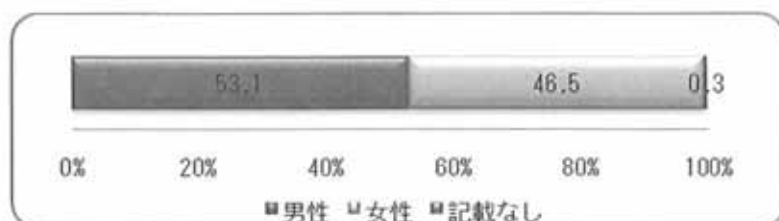


図 36 性別

##### (3) 主病名

対象患者の主病名では、「統合失調症圏」が最も多く 810 人で全体の 68.6% を占め、次いで「気分障害圏」が 143 人 (12.1%)、「器質性精神障害」が 85 人 (7.2%) であった (表 12)。

表 12 主病名

	n	%	詳細 ( ) 内は人数
統合失調症圏	810	68.6	F2 統合失調症、妄想性障害等
気分障害圏	143	12.1	F3 気分障害
その他	220	18.5	F0 器質性精神障害 (85) F1 アルコール使用精神及び行動障害 (37) F4 神経性障害等 (25) F7 精神遅滞 (25) F6 行動の障害 (19) F8 心理的発達障害 (10) F1 アルコールを除く精神及び行動障害 (5) F5 行動症候群 (3) F9 小児期、青年期に発症する情緒障害 (1) その他 (10)
記載なし	7	0.6	記載なし

#### (4) 退院時の病棟

対象患者が退院時に入院していた病棟は、「精神一般病棟」が最も多く 553 人 (46.9%)、次いで「精神療養病棟」の 365 人 (30.9%)、「精神科急性期治療病棟」の 146 人 (12.4%) の順で、これらで全体の 9 割を占めていた (表 13)。

表 13 退院時の病棟

	n	%
精神一般病棟	553	46.9
精神療養病棟	365	30.9
精神科急性期治療病棟	146	12.4
老人性認知症疾患治療病棟	44	3.7
精神科救急病棟	38	3.2
その他の病棟	20	1.7
記載なし	14	1.2

#### (5) 直近入院期間

対象となった患者の今回の入院期間の区分では、「3 カ月未満」が 283 人 (24.0%)、「3 カ月から 1 年未満」が 275 人 (23.3%)、「1 年から 5 年未満」が 251 人 (21.3%)、「5 年から 10 年未満」が 172 人 (14.6%)、「10 年以上」が 179 人 (15.2%) であった (図 37)。



図 37 直近入院期間

#### (6) 通算入院期間

対象者の通算の入院期間を区分は、「3 カ月未満」が 134 人 (11.4%)、「3 カ月から 1 年未満」が 242 人 (20.5%)、「1 年から 5 年未満」が 299 人 (25.3%)、「5 年から 10 年未満」が 181 人 (15.3%)、「10 年以上」が 285 人 (24.2%) であった (図 38)。



図 38 通算入院期間

#### (7) 退院先

退院先では、「自宅で家族と同居」が最も多く 385 人 (32.6%)、次いで「自宅で独居」が 282 人 (23.9%) で、これらは全体の半数以上を占めていた。さらに、「グループホーム」が 140 人 (11.9%)、「介護施設」が 99 人 (8.4%)、「転院」64 人 (5.4%) の順であった (図 39)。



図 39 退院先

### 3) 退院後のサービスの利用

退院後のサービスの利用については、「利用あり」としたものが 851 人 (72.1%) で、「利用なし」としたものの 276 人 (23.4%) を大きく上回った (図 40)。

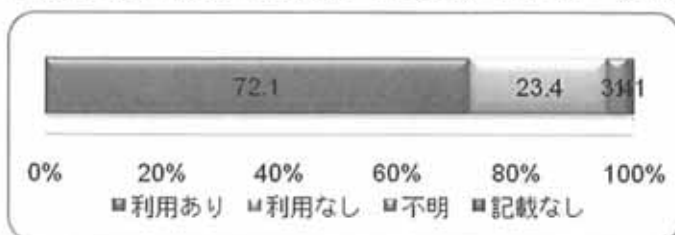


図 40 退院後のサービスの利用

#### (1) 属性

退院後のサービスの利用と対象患者の属性 (年齢、性別、主病名、退院時の病棟、直近の入院期間、通算の入院期間、退院先) を比較した。その結果、サービスの利用の割合が高かったのは、年齢がより高いもの、男性、直近でも通算でも入院期間が長期にわたるものであった。また、自宅へ退院したケースでは、家族と同居よりも独居のほうが利用した割合が高かった。なお、主病名や退院時の病棟では、サービスの利用の割合に大きな差はみられなかった (図 41-図 47)。

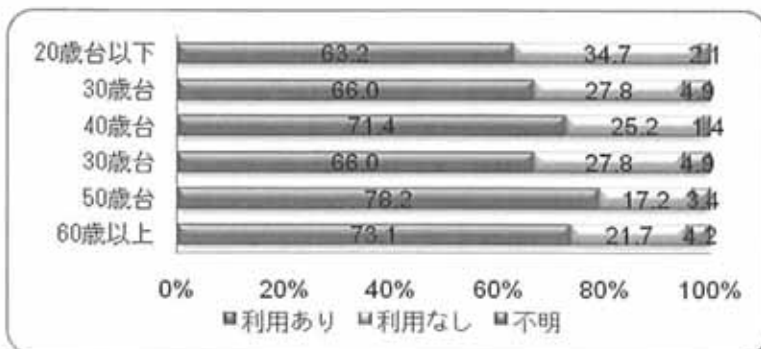


図 41 年齢とサービスの利用

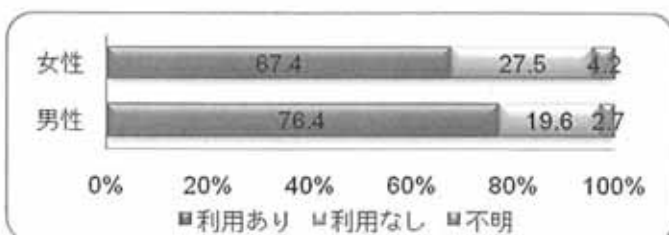


図 42 性別とサービスの利用

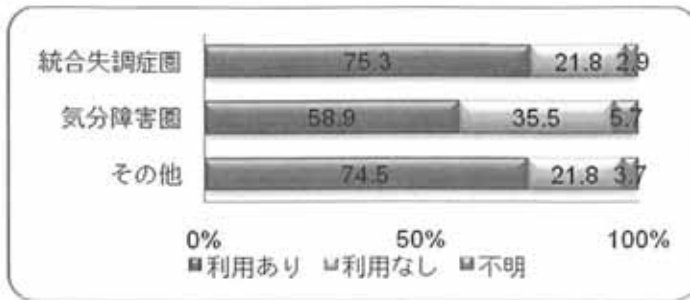


図 43 主病名とサービスの利用

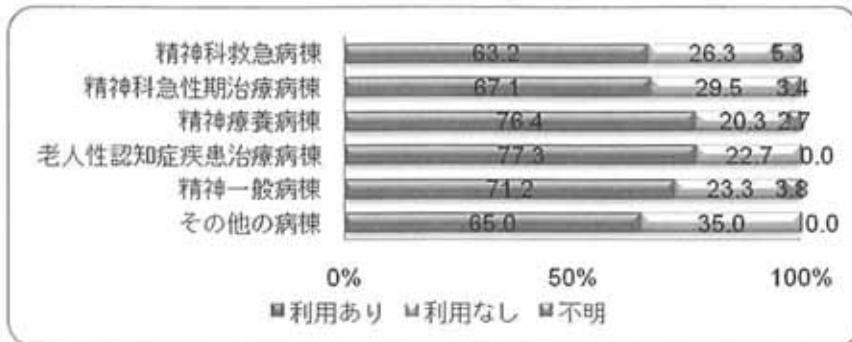


図 44 退院時の病棟とサービスの利用

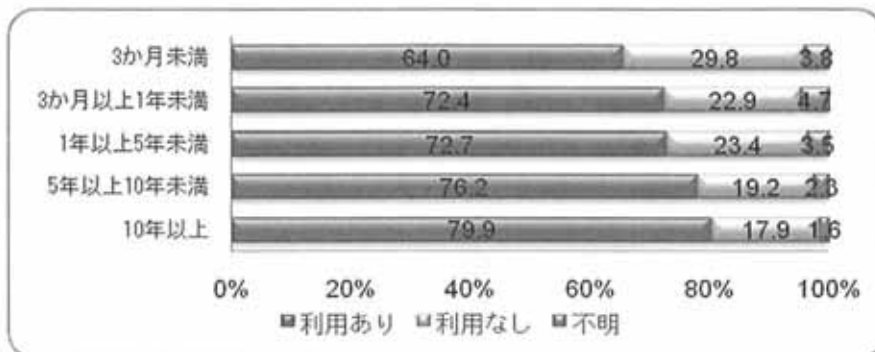


図 45 直近入院期間とサービスの利用

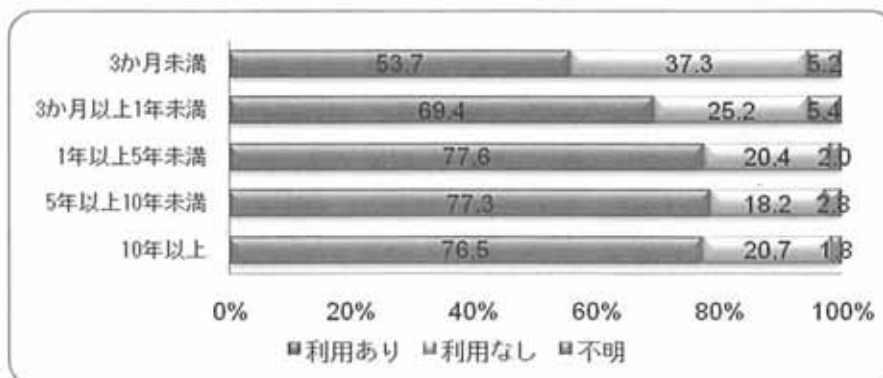


図 46 通算入院期間とサービスの利用

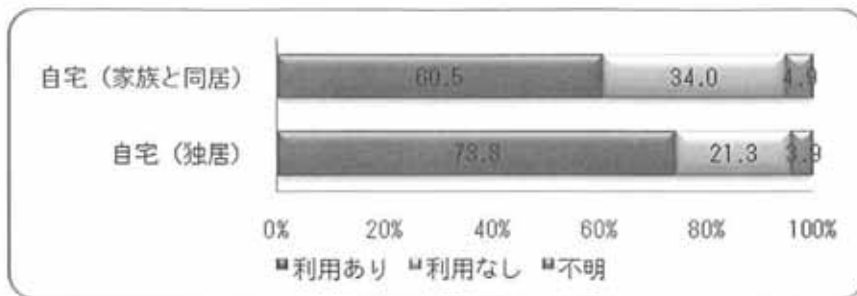


図 47 退院先（自宅）とサービスの利用

## （2）サービス内容と利用状況

対象者が利用していたサービスの内容では、「医療サービスと障害福祉サービスの利用」が 238 人（28.0%）、「医療サービスのみの利用」が 213 人（25.0%）、「障害福祉サービスのみの利用」140 人（16.5%）、「介護サービスのみの利用」が 131 人（15.4%）で、「医療サービス、障害福祉サービス、介護サービスのすべてを利用している」が 60 人（7.1%）であった（図 48）。具体的な内容と利用状況をみると、利用率の高いものから「訪問看護」が 47.0%、「デイケア等」が 39.0%、自立支援法の訓練等給付（居住）の「グループホーム等」が 17.6%、自立支援法外の日中活動の「作業所、地域活動支援センター等」が 13.6%であった（表 14）。



図 48 利用しているサービス

表 14 サービス内容と利用

サービス内容		n	%	詳細 ( ) は件数	
医療サービス	訪問看護	400	47.0		
	デイケア等	332	39.0	デイケア (278)、デイ・ナイトケア (57)、ショートケア (16)、ナイトケア (11)	
障害福祉サービス	自立支援法	訓練等給付 (居住)	150	17.6	グループホーム (117)、ケアホーム (28)、宿泊型自律訓練 (5)
		訓練等給付 (日常生活)	99	11.6	就労継続支援B型 (43)、自立訓練 (生活訓練) (40)、デイサービス (障がい者) (9)、就労移行支援 (8)、就労継続支援A型 (2)
		訪問系サービス	98	11.5	居宅介護 (ホームヘルパー) (98)
		相談	45	5.3	相談支援事業所 (29)、障害者就業・生活支援センター (12)、居住サポート事業 (5)、発達障害者支援センター (1)
		介護給付 訪問系外サービス	24	2.8	生活介護 (12)、移動支援 (12)、行動援護 (3)、療養介護 (1)、重度障害者等包括支援 (1)
	自立支援法外	日中活動	116	13.6	作業所 (56)、地域活動支援センター (I型) (48)、授産施設 (11)、地域活動支援センター (III型) (6)、地域活動支援センター (II型) (2)、福祉工場 (1)
		居住	72	8.5	援護寮 (39)、福祉ホーム (12)、救護施設 (8)、更生施設 (5)、療護施設 (3)、障がい者入居施設 (4)、通勤寮 (1)
		その他	76	8.9	配食サービス (34)、日常生活自立支援事業 (23)、成年後見制度 (17)、介護タクシー (14)
	介護サービス・その他	デイサービス (介護保険)	40	4.7	
		特別養護老人ホーム	34	4.0	
老人保健施設		34	4.0		
養護老人ホーム		24	2.8		
グループホーム (介護保険)		19	2.2		
ケアハウス		11	1.3		
生活支援ハウス		4	0.5		
ハローワーク		10	1.2		
行政		56	6.6		
精神保健福祉センター		13	1.5		
ソーシャルクラブ (当事者会)		8	0.9		
その他のサービス		50	5.9		

(3) サービスの利用状況による比較

①属性

サービスの利用状況と属性を比較した。年齢では「医療サービスのみの利用」、「障害福祉サービスのみの利用」の20歳代以下の割合が最も高かったものが、年齢とともに低い割合に変化していた。一方で、「医療サービスと障害福祉サービスの利用」や「すべてのサービスの利用」は年齢が高くなればなるほど利用率が上っていた。さらに、60歳以上では「介護サービスのみの利用」が際立って高くなっていた(表15)。

表 15 年齢とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
20歳代以下	n	13	28	16	0	1	1	1
	%	21.7	46.7	26.7	0.0	1.7	1.7	1.7
30歳代	n	31	38	23	3	5	5	2
	%	29.0	35.5	21.5	2.8	4.7	4.7	1.9
40歳代	n	58	44	26	2	8	10	2
	%	38.7	29.3	17.3	1.3	5.3	6.7	1.3
50歳代	n	65	63	35	4	24	7	5
	%	32.0	31.0	17.2	2.0	11.8	3.4	2.5
60歳以上	n	66	40	36	119	20	20	12
	%	21.1	12.8	11.5	38.0	6.4	6.4	3.8

性別では、男性は女性に比べて「医療と障害福祉サービスの利用」の割合が高く、「介護のみの利用」の割合が低かった（表 16）。

表 16 性別とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
男性	n	154	118	86	56	36	16	12
	%	32.2	24.7	18.0	11.7	7.5	3.3	2.5
女性	n	85	100	50	75	22	24	14
	%	23.0	27.0	13.5	20.3	5.9	6.5	3.8

主病名では、「医療と障害福祉サービスの利用」、「医療サービスのみの利用」、「障害福祉サービスのみの利用」の合計をみると、統合失調症圏、気分障害圏、その他の順に低くなり、「介護サービスのみの利用」がその順に高くなっていた（表 17）。

表 17 主病名とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
統合失調症圏	n	197	172	92	57	40	31	16
	%	32.6	28.4	15.2	9.4	6.6	5.1	2.6
気分障害圏	n	18	23	12	16	8	3	2
	%	22.0	28.0	14.6	19.5	9.8	3.7	2.4
その他	n	24	23	34	58	10	6	8
	%	14.7	14.1	20.9	35.6	6.1	3.7	4.9

退院時の病棟では、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟の「医療サービスのみの利用」の割合が他に比べて高く、あわせて精神科救急病棟では「障害福祉サービスのみの利用」が全体の 1/3 を占めていた。また、老人性認知症疾患治療病棟では「介護サービスのみの利用」が 70.6% を占めていた（表 18）。

表 18 退院時の病棟とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
精神科救急病棟	n	4	10	8	1	0	1	0
	%	16.7	41.7	33.3	4.2	0.0	4.2	0.0
精神科急性期治療病棟	n	22	37	14	5	10	4	6
	%	22.4	37.8	14.3	5.1	10.2	4.1	6.1
精神療養病棟	n	99	62	43	40	20	9	5
	%	35.6	22.3	15.5	14.4	7.2	3.2	1.8
老人性認知症疾患治療病棟	n	0	0	1	24	1	1	7
	%	0.0	0.0	2.9	70.6	2.9	2.9	20.6
精神一般病棟	n	110	102	70	55	26	24	7
	%	27.9	25.9	17.8	14.0	6.6	6.1	1.8
その他の病棟	n	3	4	0	5	1	0	0
	%	23.1	30.8	0.0	38.5	7.7	0.0	0.0

直近でも通算でも入院期間が長くなればなるほど「医療サービスと障害福祉サービスの利用」の割合が高くなり、「医療のみの利用」の割合は低くなっていた（表 19・20）。

表 19 直近入院期間とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
3か月未満	n	39	59	31	23	17	13	3
	%	21.1	31.9	16.8	12.4	9.2	7.0	1.6
3か月以上 1年未満	n	51	71	33	19	7	11	10
	%	25.2	35.1	16.3	9.4	3.5	5.4	5.0
1年以上 5年未満	n	58	35	30	33	15	6	8
	%	31.4	18.9	16.2	17.8	8.1	3.2	4.3
5年以上 10年未満	n	45	21	25	26	10	2	2
	%	34.4	16.0	19.1	19.8	7.6	1.5	1.5
10年以上	n	46	32	19	30	9	8	3
	%	31.3	21.8	12.9	20.4	6.1	5.4	2.0

表 20 通算入院期間とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
3か月未満	n	13	22	11	16	5	2	3
	%	18.1	30.6	15.3	22.2	6.9	2.8	4.2
3か月以上 1年未満	n	33	54	32	21	9	12	7
	%	19.6	32.1	19.0	12.5	5.4	7.1	4.2
1年以上 5年未満	n	66	62	37	30	16	11	10
	%	28.4	26.7	15.9	12.9	6.9	4.7	4.3
5年以上 10年未満	n	49	29	25	21	12	1	2
	%	35.3	20.9	18.0	15.1	8.6	0.7	1.4
10年以上	n	71	46	28	41	15	13	4
	%	32.6	21.1	12.8	18.8	6.9	6.0	1.8

退院先が自宅の対象者では、家族と同居、独居ともに「医療サービスと障害福祉サービスの利用」、「医療サービスのみの利用」の合計がともに 65%となっていたが、特に家族と同居する場合は「医療サービスのみの利用」が約半数にみられた（表 21）。

表 21 退院先（自宅）とサービスの利用

		医療+障害福祉	医療サービスのみのみ	障害福祉サービスのみのみ	介護サービスのみのみ	すべて利用	医療+介護	障害福祉+介護
家族と同居	n	42	111	27	20	15	13	5
	%	18.0	47.6	11.6	8.6	6.4	5.6	2.1
独居	n	60	77	20	7	22	15	7
	%	28.8	37.0	9.6	3.4	10.6	7.2	3.4

#### （4）障害福祉サービス

##### ①属性

対象者のうち全体の 54.3%（462 人）が、障害福祉サービスを利用していた。その属性を詳しくみると、男性で、入院期間が長く、自宅への退院ならば同居よりも独居のほうが利用率は高かった。ただし、60 歳以上や、10 年以上の長期にわたる入院期間では利用率が下がっており、これらは介護サービス利用の結果と考えられる（図 49-55）。



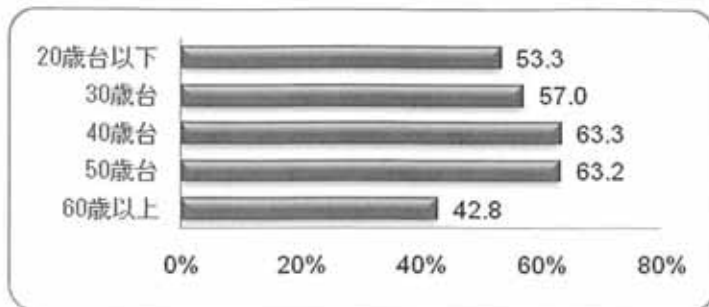


図 49 年齢と障害福祉サービスの利用

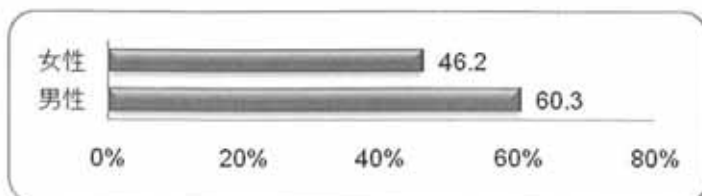


図 50 性別と障害福祉サービスの利用

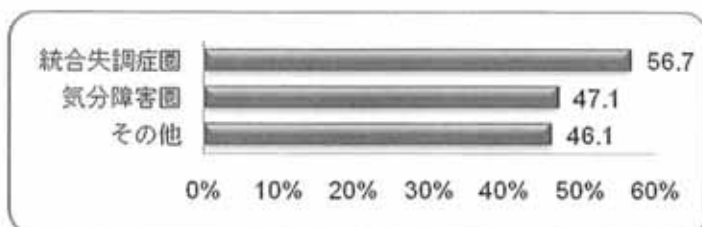


図 51 主病名と障害福祉サービスの利用

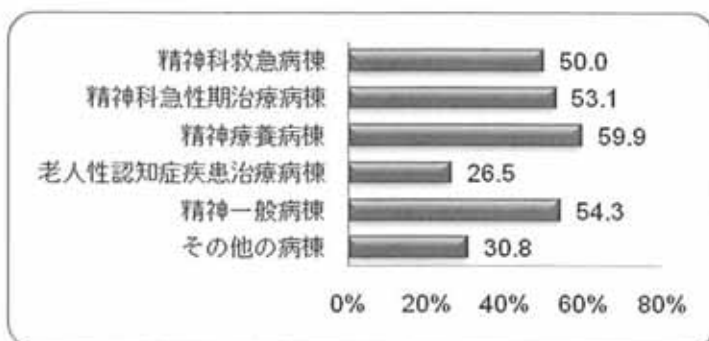


図 52 退院時の病棟と障害福祉サービスの利用

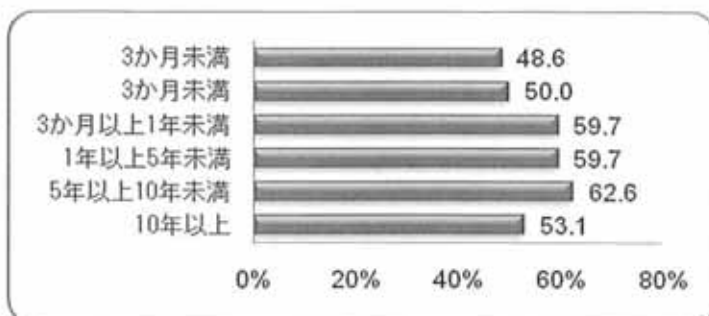


図 53 直近入院期間と障害福祉サービスの利用

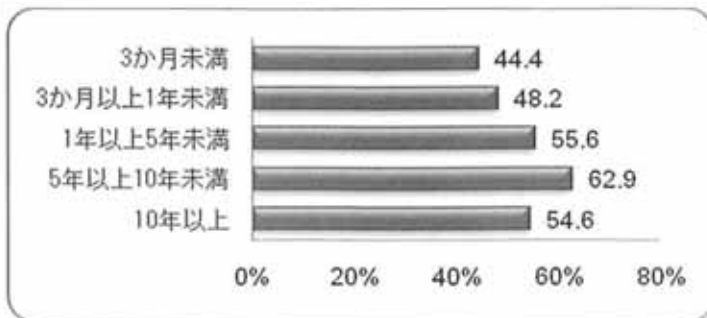


図 54 通算入院期間と障害福祉サービスの利用

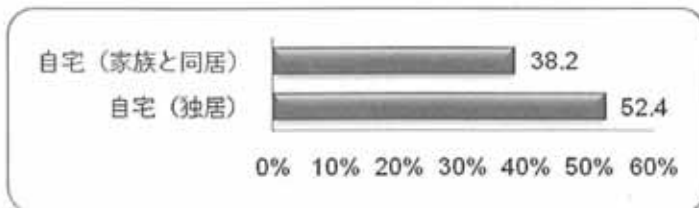


図 55 退院先 (自宅) と障害福祉サービスの利用

### ②利用のきっかけ

障害福祉サービスを利用していた対象者 (462 人) の合計の利用件数は 711 件であった。利用したきっかけでは、「カンファレンスやケース会議の結果」が最も多く、次いで「本人の希望」、「病棟担当 PSW からの紹介 (提案)」、「入院以前も利用していた」の順となっていた (表 22)。

表 22 障害福祉サービスを利用したきっかけ

	n	%
カンファレンスやケース会議の結果	198	27.8
本人の希望	124	17.4
病棟担当 PSW からの紹介 (提案)	99	13.9
入院前も利用していたため	78	11.0
家族の希望	47	6.6
地域移行を推進する部署の職員からの紹介 (提案)	37	5.2
外部職員からの紹介 (提案)	26	3.7
受け持ち看護師の紹介 (提案)	17	2.4
不明	2	0.3
その他	14	2.0
記載なし	69	9.7

### ③併設

退院時に利用した障害福祉サービスを提供する事業所が、対象者が入院していた施設の併設かどうかについては、併設が 145 件 (22.2%) で、507 件 (77.8%) は併設ではなかった (図 56)。



図 56 サービス提供施設の概要

#### ④体験利用

サービスを利用するにあたっては、404件（64.4%）が退院前見学や体験利用があったと回答し、なかったと回答した223件（35.6%）のを大きく上回った（図57）。

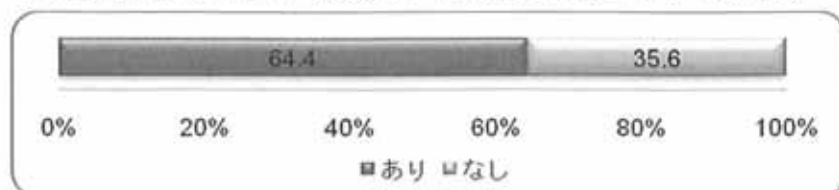


図 57 退院前見学・体験利用

#### ⑤利用しない理由

対象者のうち、退院時に障害福祉サービスを利用していない理由を複数回答で問うたところ、「本人が望まなかった」が297人（44.7%）で最も多く、次いで「家族が望まなかった」の22.7%、「医療サービスで十分である」、「本人に適したサービスがない」はともに13.4%であった（図58）。

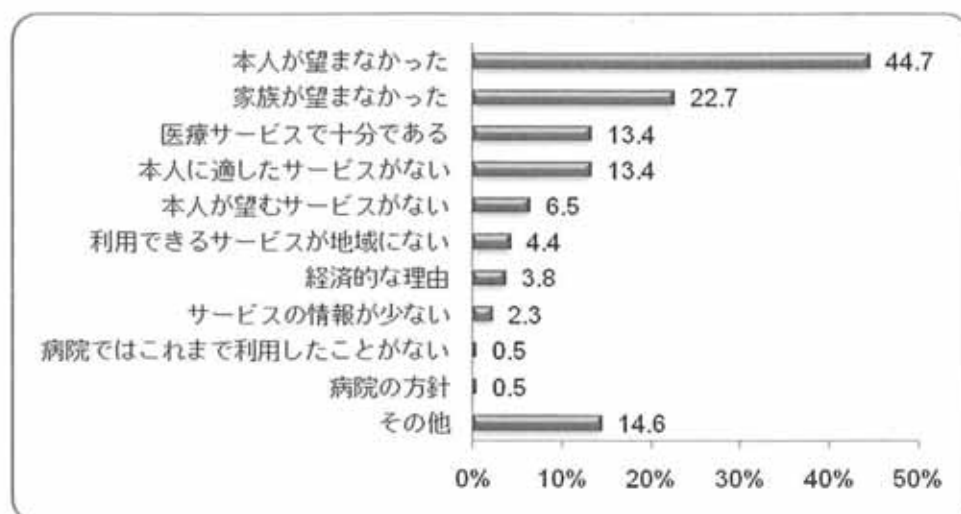


図 58 障害福祉サービスを利用しない理由

（その他の理由）

- 家族の理解がよい／家族が協力してくれるから
- 病気であることを知られたくないから
- そこまで介入しないで退院となった／サービスを検討する間もなく退院した
- 転院／死亡

#### （A）利用しなかった理由と属性

障害福祉サービスを利用しなかった理由を対象者の属性（年齢、性別、主病名、退院時の病棟、直近の入院期間、通算の入院期間、退院先）で、それぞれ比較した。ただし比較は、図65でその割合が10%以上であった「本人が望まなかった」、「家族が望まなかった」「医療サービスで十分である」、「本人に適したサービスがない」のみとした。

#### ア)本人が望まなかった

年齢では50歳代以下で、主病名では「統合失調症」、同居でも独居でも「自宅への退院」、また、直近でも通算でも入院期間が短いほうがその割合が高かった（図59-65）。

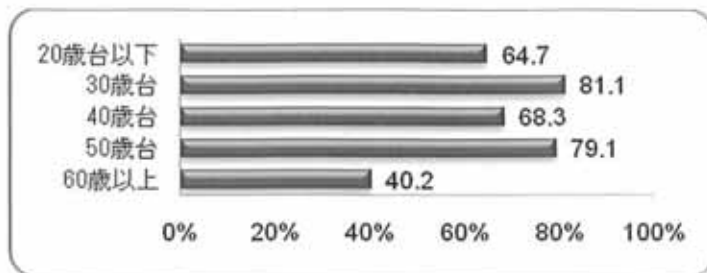


図 59 年齢と理由（本人が望まなかった）

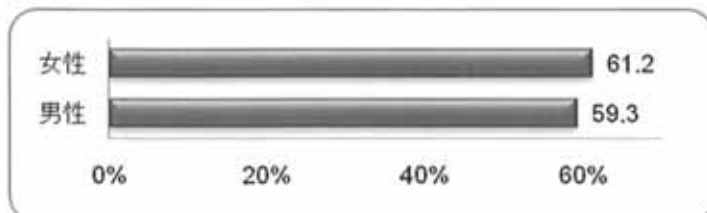


図 60 性別と理由（本人が望まなかった）

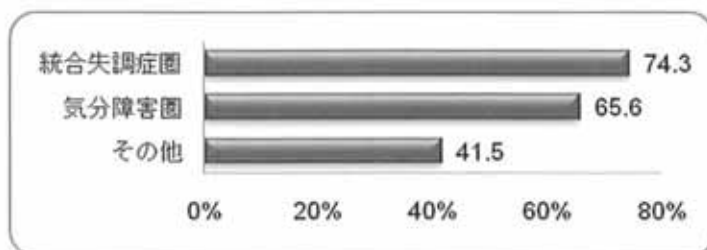


図 61 主病名と理由（本人が望まなかった）

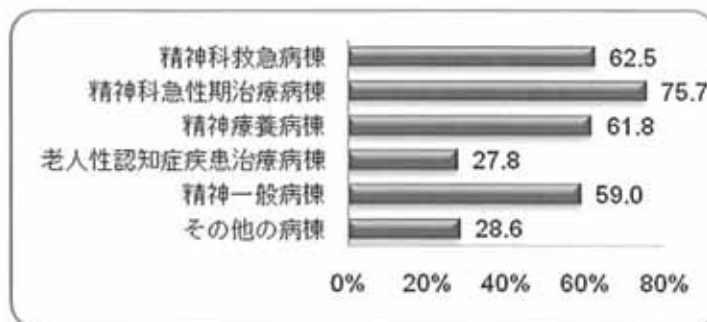


図 62 退院時の病棟と理由（本人が望まなかった）

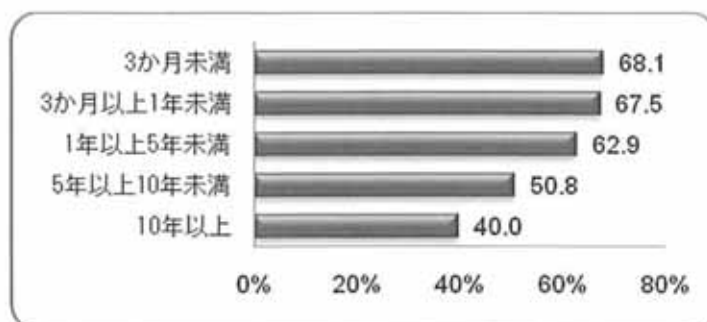


図 63 直近入院期間と理由（本人が望まなかった）

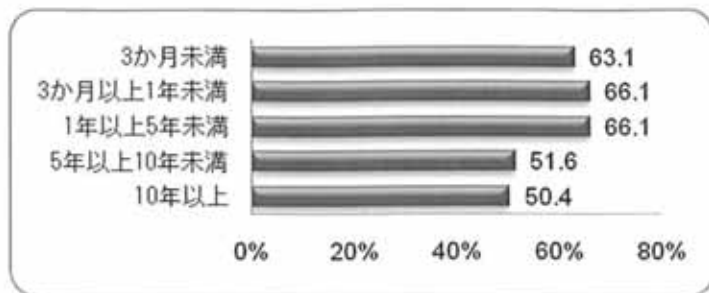


図 64 通算入院期間と理由（本人が望まなかった）

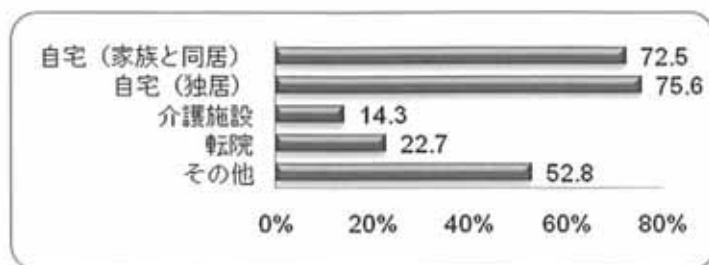


図 65 退院先と理由（本人が望まなかった）

#### イ) 家族が望まなかった

この理由では、30歳代以下と退院先が自宅で家族と同居する者の割合が高く、女性、統合失調症圏、入院期間が5年未満のもの割合がやや高かった。一方、主病名が「その他」であるものはその割合が極めて低かった（図 66-72）。

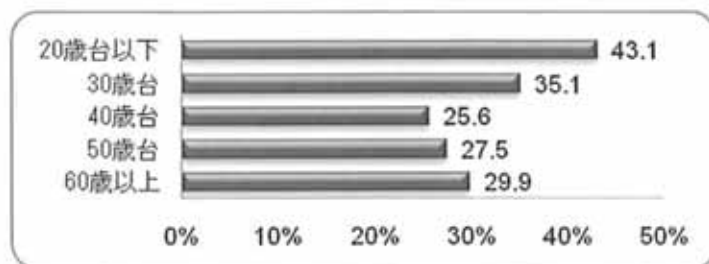


図 66 年齢と理由（家族が望まなかった）

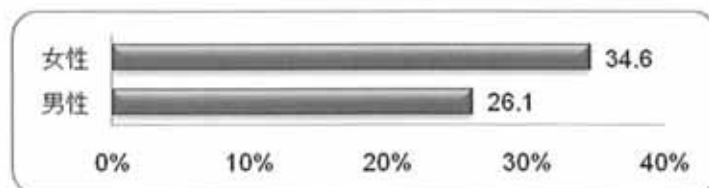


図 67 性別と理由（家族が望まなかった）

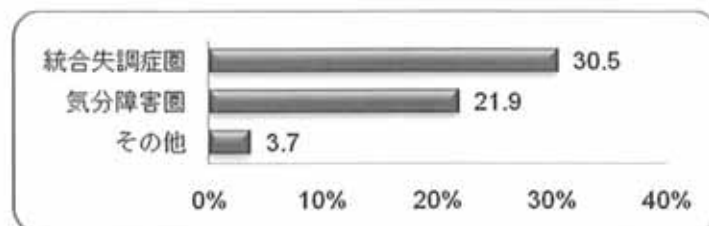


図 68 主病名と理由（家族が望まなかった）

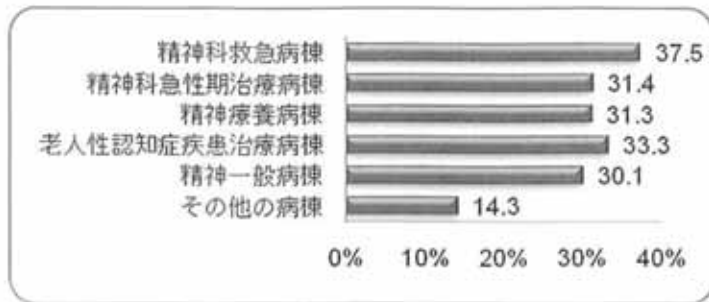


図 69 退院時の病棟と理由（家族が望まなかった）

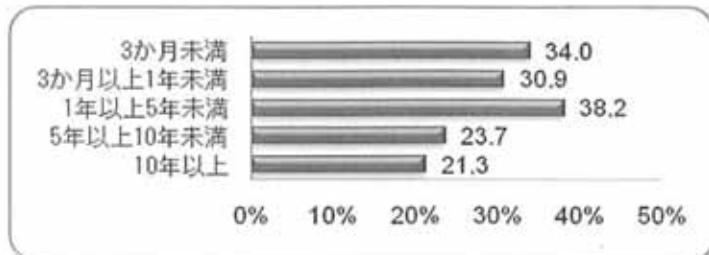


図 70 直近入院期間と理由（家族が望まなかった）

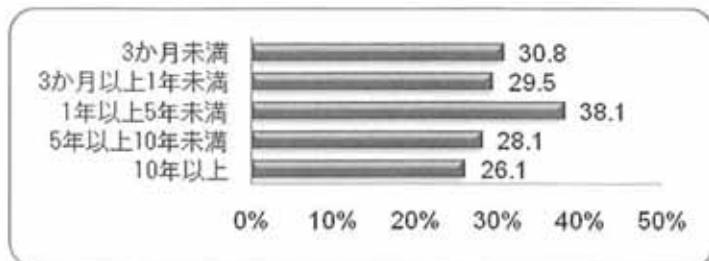


図 71 通算入院期間と理由（家族が望まなかった）

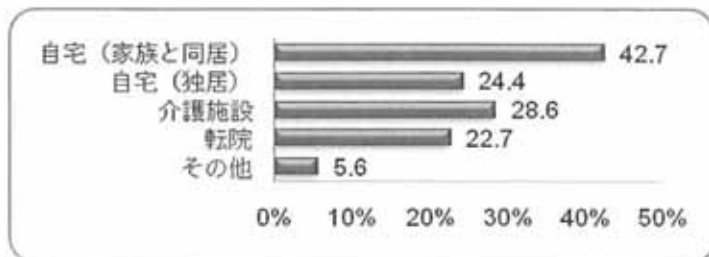


図 72 退院先と理由（家族が望まなかった）

ウ) 医療サービスだけで十分である

この理由を回答したケースでは、年齢では40歳以上、気分障害圏、そして退院時の病棟では精神科救急病棟の割合が高かった（図 73-79）。

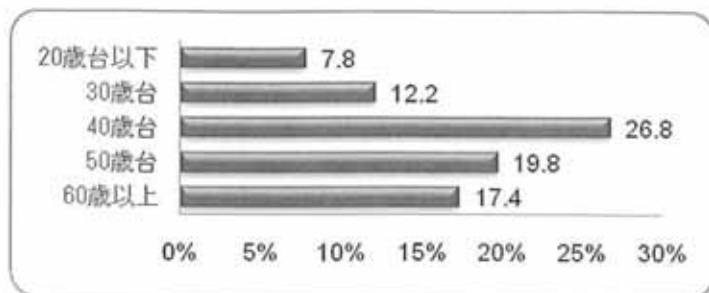


図 73 年齢と理由（医療サービスだけで十分である）

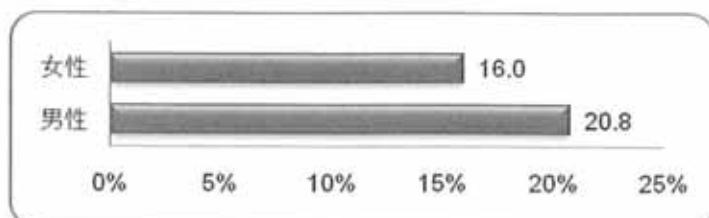


図 74 性別と理由（医療サービスだけで十分である）

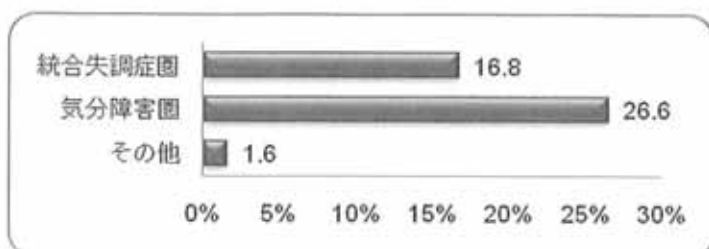


図 75 主病名と理由（医療サービスだけで十分である）

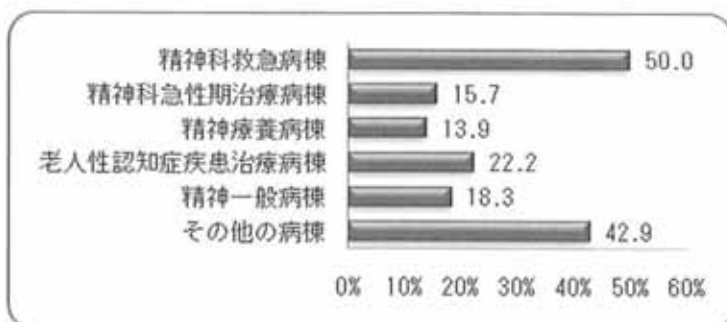


図 76 退院時の病棟と理由（医療サービスだけで十分である）

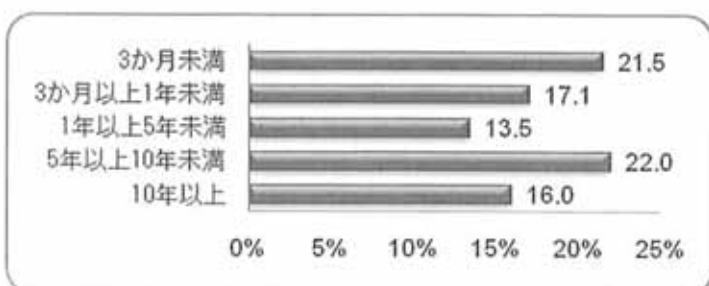


図 77 直近入院期間と理由（医療サービスだけで十分である）

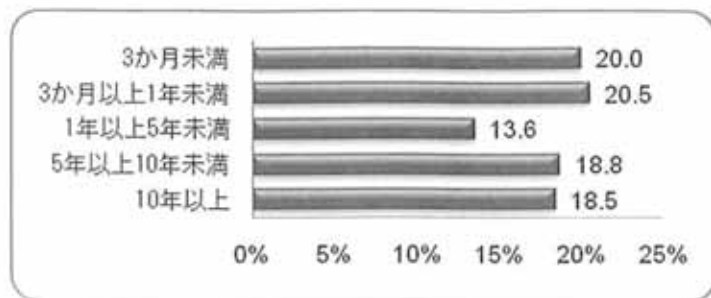


図 78 通算入院期間と理由（医療サービスだけで十分である）

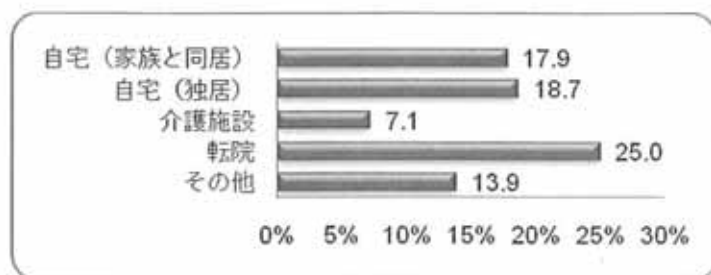


図 79 退院先と理由（医療サービスだけで十分である）

### エ) 本人に適したサービスがない

年齢では、60歳以上の高齢者と、精神科救急病棟、老年性認知症疾患治療病棟からの退院、長期にわたる入院、介護施設への退院の割合が高かった（図 80-86）。

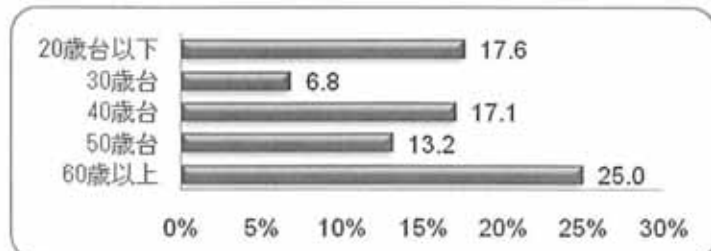


図 80 年齢（本人に適したサービスがない）

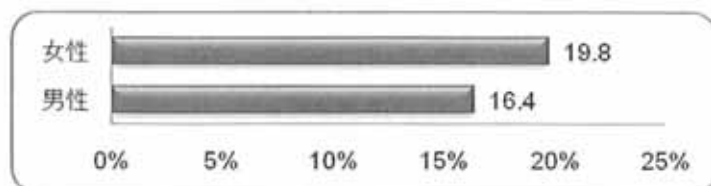


図 81 性別（本人に適したサービスがない）

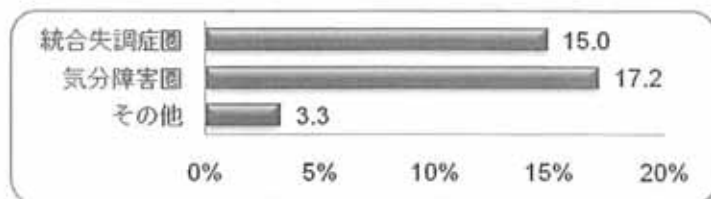


図 82 主病名（本人に適したサービスがない）



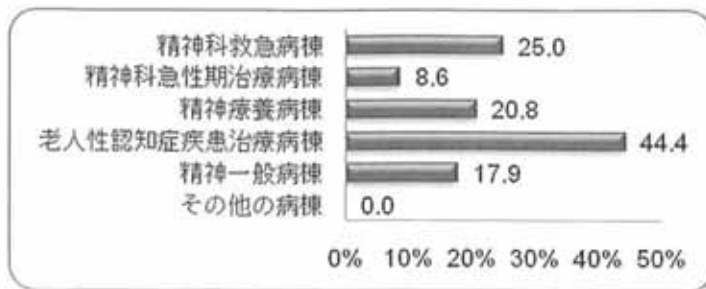


図 83 退院時の病棟（本人に適したサービスがない）

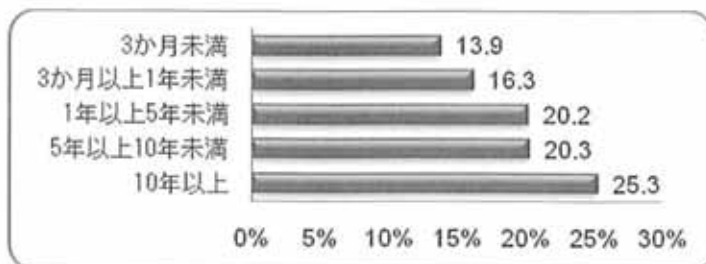


図 84 直近入院期間（本人に適したサービスがない）

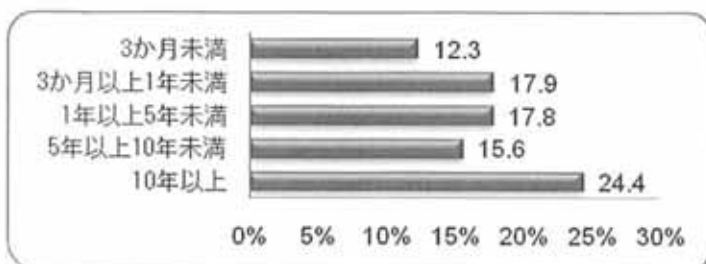


図 85 通算入院期間（本人に適したサービスがない）

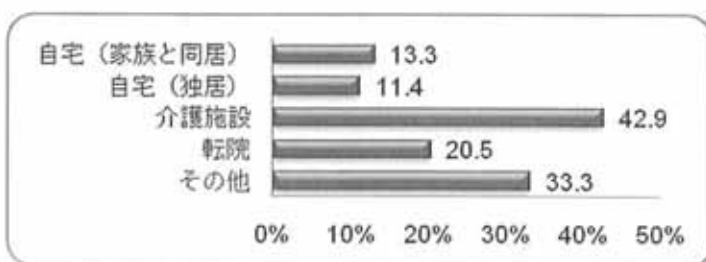


図 86 退院先（本人に適したサービスがない）

#### 4) カンファレンス

対象者の地域移行を推進する際に、多職種を交えたカンファレンス（ケア会議）を「行った」のは 843 人（71.4%）で、「行っていない」のは 303 人（25.7%）であった（図 87）。また、開催回数は 1 回～30 回で、平均の開催回数は 4.32 回（SD5.94）、1 回会議あたりの開催時間は平均で 45.1 分（SD19.93）であった。

さらに、参加者の構成としては、「院内の職員のみ」が 390 人（46.3%）、「院内職員と外部の職員」が 410 人（48.6%）であった（図 88）。あわせて、カンファレンスに 1 回でも参加したことのある参加者の詳細を示した。看護師は 91.7% と最も高い割合で参加しており、次いで医師（82.3%）、精神保健福祉士（80.0%）であった。また、患者の参加は 71.4%、家族の参加は 57.5% であった（図 89）。

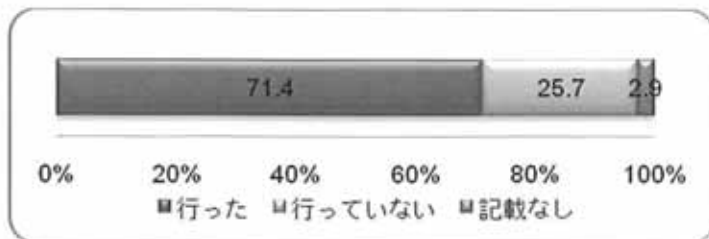


図 87 カンファレンスの開催



図 88 カンファレンスの参加者の構成

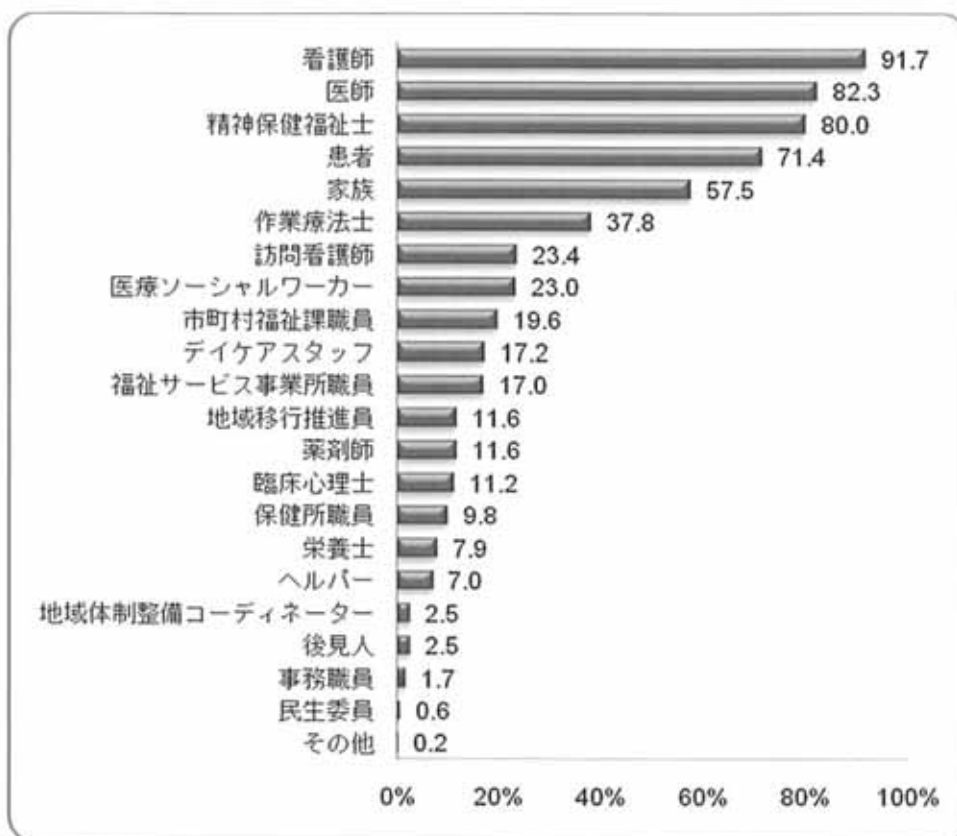


図 89 カンファレンスの参加者

- (その他の参加者)
- ケアマネジャー
  - ピアサポーター
  - 友人
  - 子どもの学校関係者

(1) 属性

カンファレンス開催と対象患者の属性（年齢、性別、主病名、退院時の病棟、直近の入院期間、通算の入院期間、退院先）を、それぞれ比較した。その結果、直近でも通算でも入院期間が長くなればなるほどカンファレンスが開催される割合が高いことがわかった（図 90-96）。

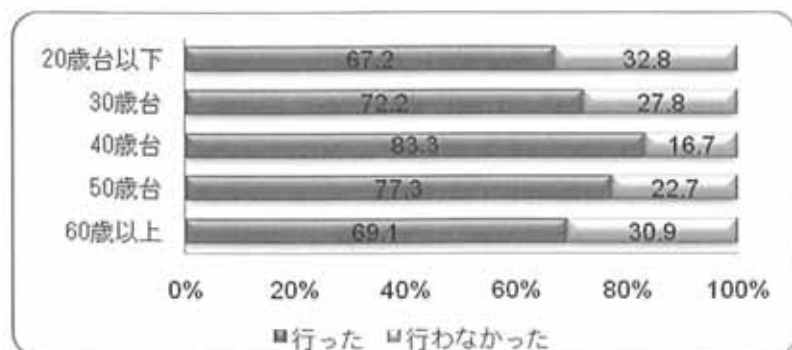


図 90 年齢とカンファレンスの開催

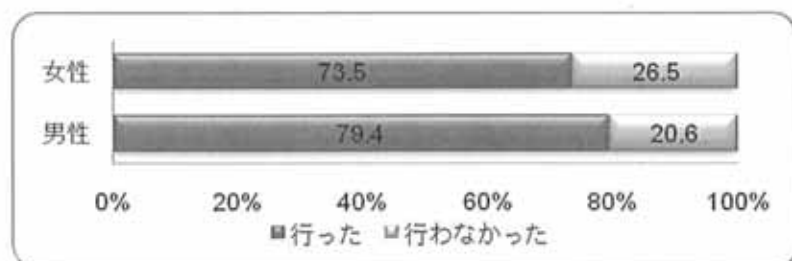


図 91 性別とカンファレンスの開催

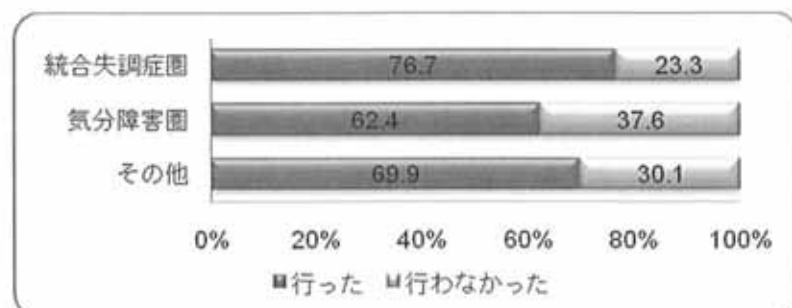


図 92 主病名とカンファレンスの開催

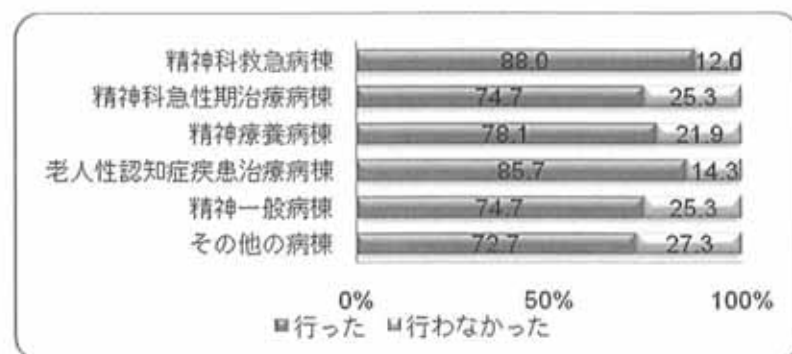


図 93 退院時の病棟とカンファレンスの開催

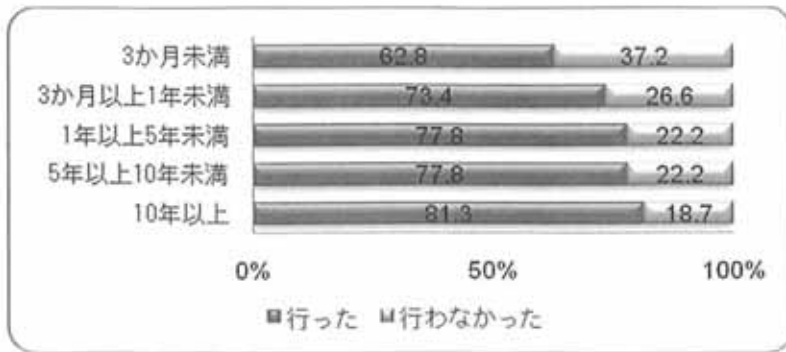


図 94 直近入院期間とカンファレンスの開催

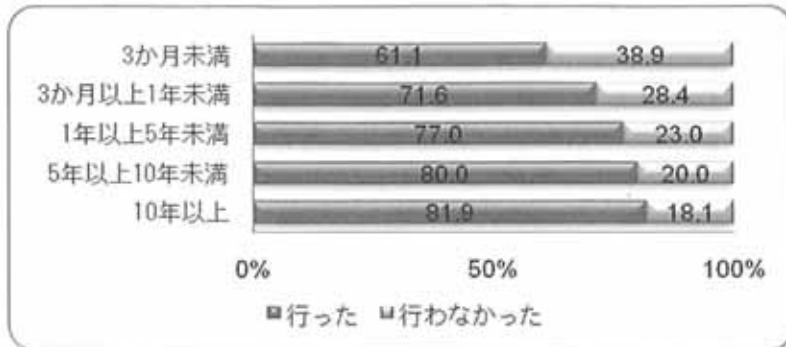


図 95 通算入院期間とカンファレンスの開催

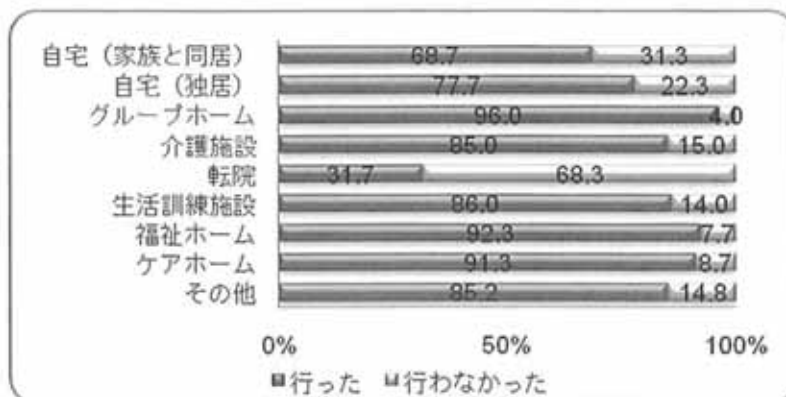


図 96 退院先とカンファレンスの開催

## (2) サービスの利用

カンファレンスの実施と退院後のサービスの利用では、カンファレンスを「行った」668人（82.3%）が退院後にサービスを利用しているのに比べ、「行っていない」ものは利用が半数程度にとどまっていた。さらに、外部職員を含めたカンファレンスではサービスの利用が9割を超えていた（図97・98）。



図 97 カンファレンスの開催とサービスの利用

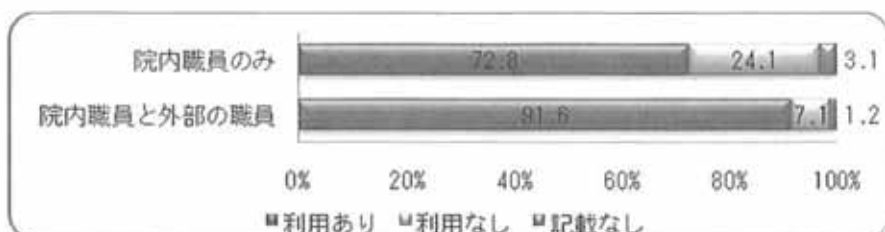


図 98 カンファレンスの参加者とサービスの利用

### 5) サービス調整に中心的な役割を果たした専門職

対象となった患者の地域移行に必要なサービスの調整に、中心的な役割を果たした専門職が「いた」のは 927 人 (78.6%) で、「いなかった」のは 139 人 (11.8%) であった (図 99)。またその職種および所属部署では、精神保健福祉士が 613 人 (66.1%)、看護師が 172 人 (18.6%)、医師が 97 人 (10.5%)、作業療法士が 5 人 (0.5%) であった。さらに、所属部署では病棟の割合が約 4 割であった (図 100・101)。

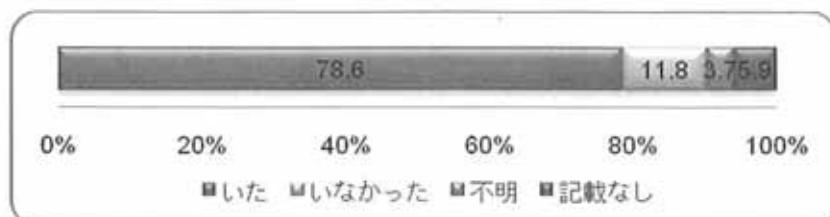


図 99 中心的役割を果たした専門職



図 100 職種



図 101 所属部署

(1) サービスの利用

サービス調整に中心的な役割を果たした者の存在と、退院時のサービスの利用については「いた」ケースでは80.9%がサービスを利用しており、「いなかった」ものの割合(38.8%)を大きく上回った(図101)。つまり、サービスを利用の調整役を担う専門職の存在がある方が、よりサービスの利用につながっていた。



図 102 中心的な役割をとった専門職の存在とサービスの利用

また、サービス調整に中心的な役割を果たした職種とサービスの利用の有無との関係を見ると、作業療法士、精神保健福祉士、看護師の順に「利用あり」が高い割合となった(図103)。

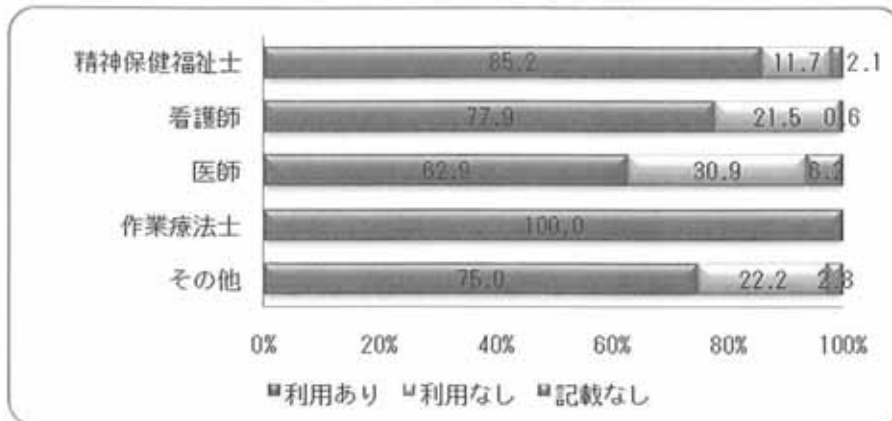


図 103 中心的な役割をとった職種とサービスの利用

中心的な役割をとった職種と利用していたサービスの種類では、看護師や医師は「医療サービスのみ利用」の割合が高いという特徴がみられた(図104)。

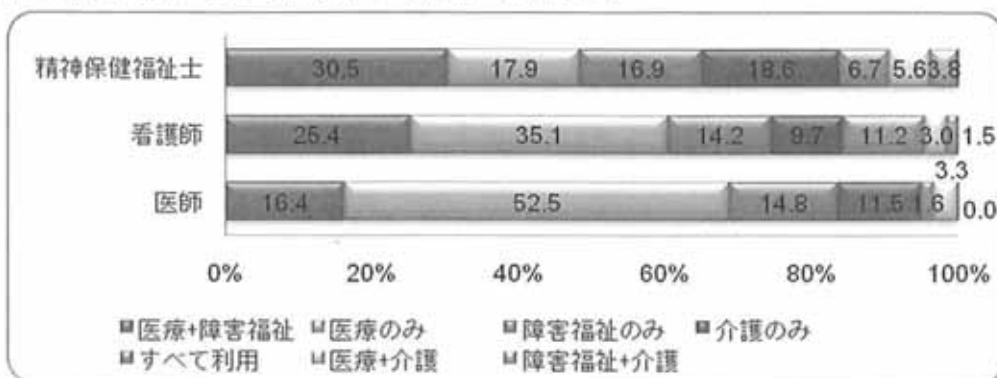


図 104 中心的な役割をとった職種と利用サービスの種類

## 6) 地域移行のための支援

対象者の地域移行のために実施した支援は、調査用紙Aの「専門部署や委員会等の機能」から地域移行支援充実のためのシステム」を除いた項目で設定した。実施した支援では「病棟スタッフとの連携調整」、「家族との調整」、「各種制度・社会資源の情報提供」、「病院内職員との連携調整」の順に高い割合を示し、「就労支援」は特に低い割合であった（図105）。

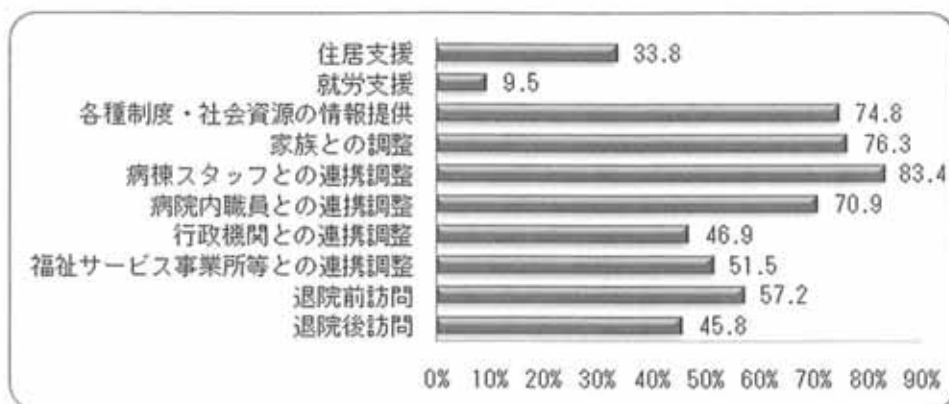


図 105 実施した支援

上記内容を具体的にみると、最も高い割合で実施されていた支援は「病棟スタッフとの連携調整—カンファレンスの開催」で75.7%であった。その他には、「病院内職員との連携調整—多職種カンファレンスの開催」(69.1%)、「各種制度・社会資源の情報提供—利用可能なサービス・制度の説明」(62.7%)、「家族との調整—退院後の支援に関する説明」(58.1%)が、半数を超えていた。また4割台のケースで実施していたのは、「病棟スタッフとの連携調整—受け持ち看護師のバックアップ」、「福祉サービス事業所等との連携調整—情報提供や共有」、「退院前訪問—日程調整」、「各種制度・社会資源の情報提供—制度の利用申請手続き、書類作成の支援」、「行政機関との連携調整—情報提供や共有」であった。

一方、実施した割合が1割に満たなかったものは、「住宅支援—住宅改修の支援」と「就労支援」の3項目（職探しの支援、面接のための支援、福祉的就労のための支援）であった（表23）。

表 23 地域移行支援のために実施された支援（全体）

大項目	小項目	数	%
住居支援	1. 住居探しの支援	206	22.2
	2. 住宅改修の支援	21	2.3
	3. 掃除など住環境整備の支援	124	13.4
	4. 引越しに関する支援	155	16.7
就労支援	1. 職探しの支援	15	1.6
	2. 面接のための支援	11	1.2
	3. 福祉的就労のための支援	70	7.6
各種制度・社会資源の情報提供	1. 利用可能なサービス・制度の説明	581	62.7
	2. 施設・事業所見学の同行	324	35.0
	3. 制度利用申請手続き、書類作成の支援	417	45.0
	4. 制度利用申請の同行	170	18.3
	5. 他機関から本人への説明の依頼	213	23.0
家族との調整	1. 家族教育及び心理教育(相談・面接含む)	343	37.0
	2. 家族の支援体制整備	363	39.2
	3. 会議への参加依頼	308	33.2
	4. 退院後の支援に関する説明	539	58.1
病棟スタッフとの連携調整	1. カンファレンスの開催(情報共有・支援内容の確認)	702	75.7
	2. 支援に関するコンサルテーション	306	33.0
	3. 受け持ち看護師のバックアップ	451	48.7

病院内職員との連携調整	1. 多職種カンファレンスの開催（情報共有・役割機能の明確化）	641	69.1
行政機関との連携調整	1. 情報提供や共有	372	40.1
	2. 会議への参加依頼	172	18.6
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催	214	23.1
	4. 行政機関への同行	104	11.2
	5. 対象者(家族)への面接依頼	169	18.2
福祉サービス事業所等との連携調整	1. 情報提供や共有	432	46.6
	2. 会議への参加依頼	205	22.1
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催	244	26.3
	4. 対象者(家族)への面接依頼	228	24.6
退院前訪問	1. 日程調整	423	45.6
	2. 家族関係の調整	284	30.6
	3. 退院の準備・環境整備(住居の確認・生活用品の購入など)	340	36.7
	4. 退院後、利用する資源の見学・同行	283	30.5
	5. 退院後の生活のイメージ作り	335	36.1
退院後訪問	1. 日程調整	287	31.0
	2. 本人への相談及び指導	332	35.8
	3. 家族支援	156	16.8
	4. 病状悪化時の介入	192	20.7
	5. サービス調整・社会資源への動向	166	17.9
	6. 地域(行政・福祉)機関との情報交換	190	20.5

### (1) 支援内容と中心となった専門職

対象者の退院にあたって支援した内容と、中心的な役割を果たした職種で分析を加えた（なお、作業療法士が中心的な役割を果たしたケースは5件と少なかったため、この分析からは除外した）。その結果、精神保健福祉士が中心的な役割を果たしたケースでは、「各種制度・社会資源の情報提供」、「行政機関との連携調整」、「福祉サービス事業所等との連携調整」が他の職種よりも実施率が高かった。一方、看護師では「病棟スタッフおよび病院内職員との連携調整」の割合がやや高い結果となった。

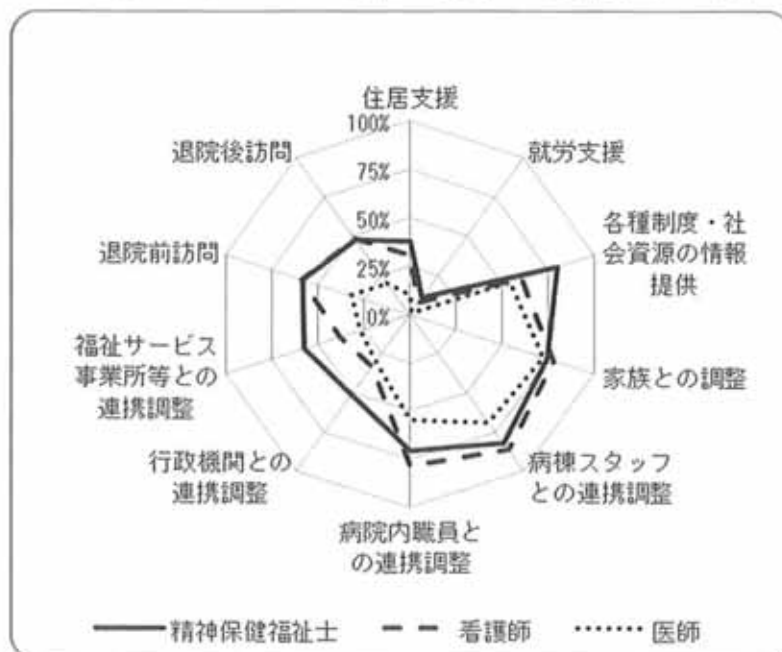


図 106 支援内容と中心的役割を果たした職種

### (2) 支援内容と直近入院期間

対象患者の地域移行支援の内容を今回の入院期間別に分析した。その結果、「就労支援」以外の項目ではおおむね入院期間が長くなればなるほど、支援の割合が高くなることが明らかとなったが、特に「住居



支援」ではその傾向が強かった（図 107-116）。また、「就労支援」は全体的に実施率は低く、入院 5 年以上 10 年未満を除くと 1 割にも満たなかった（図 108）。

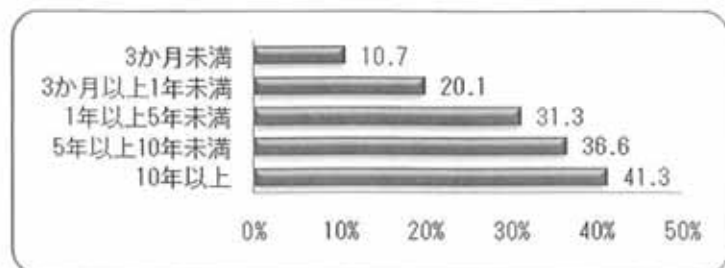


図 107 住居支援と直近入院期間

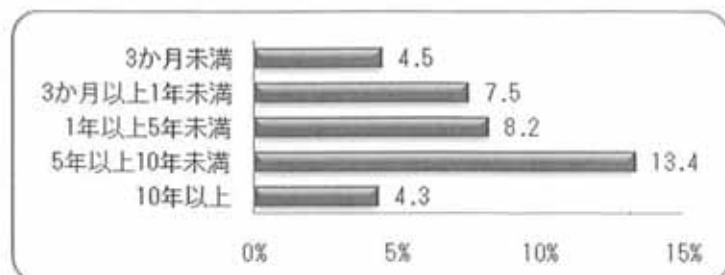


図 108 就労支援と直近入院期間

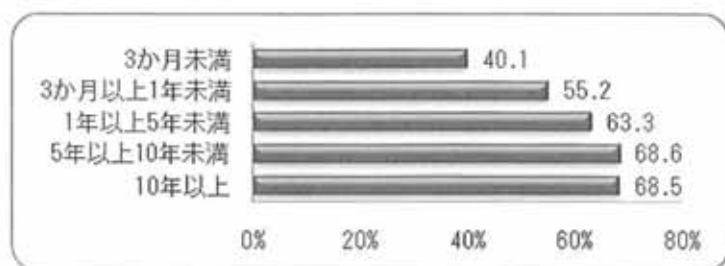


図 109 各種制度・社会資源の情報提供と直近入院期間

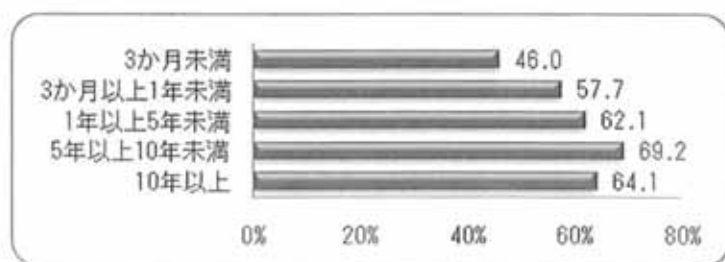


図 110 家族との調整と直近入院期間

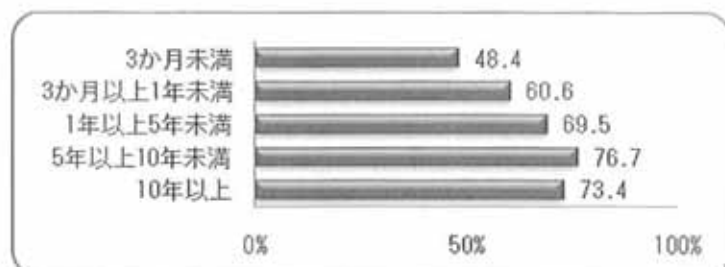


図 111 病棟スタッフとの連携調整と直近入院期間

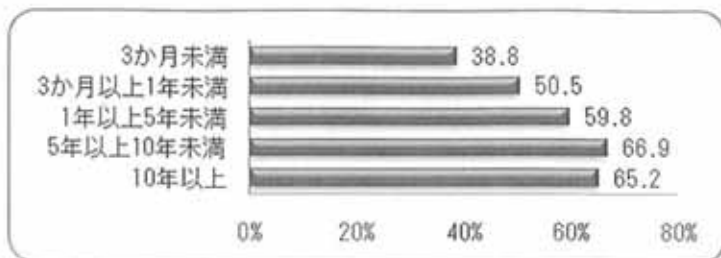


図 112 病院内職員との連携調整と直近入院期間

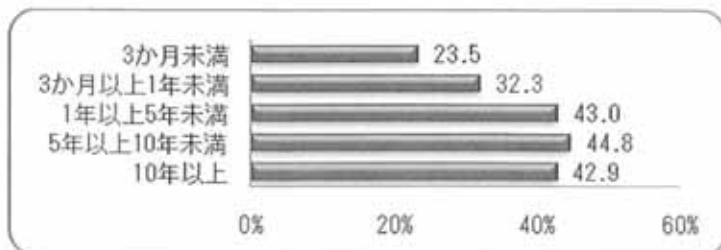


図 113 行政機関との連携調整と直近入院期間

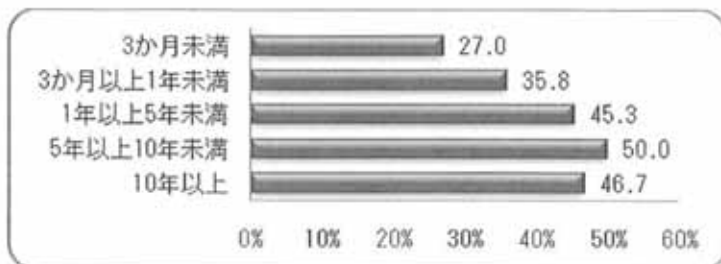


図 114 福祉サービス事業所等との連携調整と直近入院期間

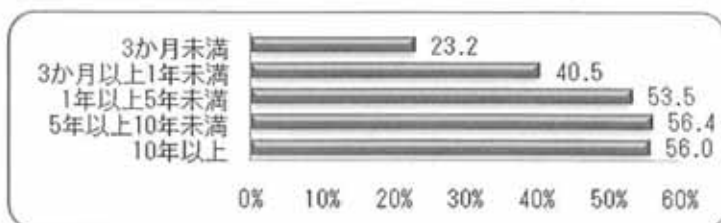


図 115 退院前訪問と直近入院期間

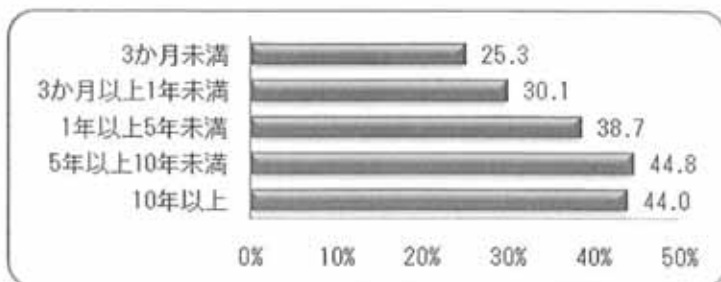


図 116 退院後訪問と直近入院期間

## 7) 退院困難度

本調査では、佐藤らの開発による退院困難度尺度評価を用いた（佐藤ら，2008）。対象患者の退院困難度の各因子及び合計得点の平均値は、表 24 のとおりである。

表 24 対象患者の退院困難度評価

因子	平均値	SD
病識と治療コンプライアンス	4.3	3.19
退院への不安	1.9	1.86
問題行動	1.5	1.94
ADL	2.5	2.50
自閉的行動	1.7	1.74
身体合併	0.8	1.26
自殺企図の可能性	0.5	0.92
家族からのサポート	1.7	1.71
合計得点	14.9	8.38

### (1) 退院時のサービスの利用

サービスの利用を独立変数、退院時の退院困難尺度の評価の得点を従属変数として t 検定を行った。この結果、退院にあたってサービスを利用した患者は、利用しなかった患者と比べて、退院への不安因子 ( $t=3.607, df=1047, P<.001$ ) と ADL 因子 ( $t=2.535, df=1047, P<.01$ )、身体合併因子 ( $t=2.250, df=475, P<.05$ )、家族からのサポート因子 ( $t=3.607, df=1047, P<.001$ ) で有意に得点が高かった（表 25）。この結果と平均値をみると、退院時にサービスを利用したものは、利用しなかったものに比べて、退院への不安が強く、ADL が低く、身体合併症があり、家族からのサポートが得られにくいと解釈できた。

表 25 サービスの利用と退院困難度評価

	利用あり	利用なし	t 値
	n=791	n=258	
病識と治療コンプライアンス	4.29 (3.154)	4.26 (3.200)	0.154
退院への不安	2.04 (1.889)	1.56 (1.705)	3.607***
問題行動	1.44 (1.892)	1.65 (2.114)	-1.420
ADL	2.57 (2.500)	2.12 (2.433)	2.535**
自閉的行動	1.77 (1.731)	1.53 (1.715)	1.878
身体合併	0.85 (1.257)	0.66 (1.161)	2.250*
自殺企図の可能性	0.44 (0.902)	0.53 (0.979)	-1.229
家族からのサポート	1.79 (1.702)	1.36 (1.723)	3.563***

各群の数値は平均値、( ) 内は SD \*\*\* $P<.001$ , \*\* $P<.01$ , \* $P<.05$

### (2) カンファレンスの開催

カンファレンスの開催を独立変数、退院時の退院困難尺度の評価の得点を従属変数として t 検定を行った。この結果、地域移行を進める過程でカンファレンスを行ったケースの患者は、行わなかった患者と比べて、退院への不安因子 ( $t=3.660, df=1062, P<.001$ ) と家族からのサポート因子 ( $t=3.457, df=1062, P<.01$ ) で有意に得点が高かった（表 26）。この結果と平均値をみると、地域移行を進める過程でカンファレンスを行ったものは、行わなかったものに比べて、退院への不安が強く、家族からのサポートが得られにくいと解釈することができた。

表 26 カンファレンスの開催と退院困難度評価

	行った n=784	行っていない n=280	t 値
病識と治療コンプライアンス	4.33 (3.239)	4.44 (3.041)	-.486
退院への不安	2.03 (1.881)	1.55 (1.769)	3.660***
問題行動	1.52 (1.961)	1.40 (1.883)	.883
ADL	2.47 (2.415)	2.51 (2.732)	-.204
自閉的行動	1.76 (1.711)	1.70 (1.837)	.483
身体合併	0.78 (1.228)	0.94 (1.355)	-1.849
自殺企図の可能性	0.44 (0.891)	0.53 (0.998)	-1.322
家族からのサポート	1.79 (1.699)	1.38 (1.672)	3.457**

各群の数値は平均値、( ) 内はSD \*\*\*P<.001, \*\*P<.01, \*P<.05

### (3) サービス調整に中心的な役割を果たした専門職の存在

サービス調整に中心的な役割を果たした専門職の有無を独立変数、退院時の退院困難尺度の評価の得点を従属変数としてt検定を行った。この結果、サービス調整に中心的な役割を果たした専門職がいた患者は、いなかった患者と比べて、退院への不安因子 ( $t=2.855, df=989, P<.01$ ) と ADL 因子 ( $t=2.502, df=989, P<.05$ )、自閉的行動因子 ( $t=1.986, df=989, P<.05$ )、家族からのサポート因子 ( $t=2.649, df=989, P<.01$ ) で有意に得点が高かった (表 27)。この結果と平均値をみると、地域移行を進める過程でサービスの調整に中心的な役割を果たした専門職がいた患者は、いなかったものに比べて、退院への不安が強く、ADL が低く、自閉的行動があり、家族からのサポートが得られにくいものであると解釈できた。

表 27 中心的専門職の存在と退院困難度評価

	いた n=861	いなかった n=130	t 値
病識と治療コンプライアンス	4.36 (3.203)	4.45 (2.965)	-.322
退院への不安	2.00 (1.876)	1.50 (1.758)	2.855**
問題行動	1.48 (1.959)	1.48 (1.801)	.015
ADL	2.54 (2.481)	1.96 (2.406)	2.502*
自閉的行動	1.77 (1.720)	1.45 (1.774)	1.986*
身体合併	0.82 (1.266)	0.72 (1.181)	.811
自殺企図の可能性	0.43 (0.889)	0.57 (0.988)	-1.520
家族からのサポート	1.77 (1.701)	1.35 (1.665)	2.649**

各群の数値は平均値、( ) 内はSD \*\*\*P<.001, \*\*P<.01, \*P<.05

## 8) まとめ

本調査の対象となった患者の平均年齢は、53.4歳で男女比はほぼ同じく、主病名は統合失調症が7割、気分障害が1割であった。また退院時の病棟では精神一般病棟が、退院先では自宅がそれぞれ5割であった。さらに、対象者の7割が退院時に何らかのサービスを利用していた。ただしこれは、本調査の目的が「精神科病院の地域移行支援における障害福祉サービスの利用や支援の実態を明らかにすること」であ

- り、かつ、対象者の選定は回答者の任意であったことを勘案すると実際の利用率よりも高い数値であると考えられる。調査用紙 B より得られた結果は以下のとおりである。
- 対象者のうち退院時に何らかのサービスを利用していたのは、年齢が高く、男性で、入院期間が長いものであった。また、自宅への退院では、家族と同居よりも独居のケースのほうがサービスを利用している割合が高かった。
  - 対象者が利用していたサービスでは「医療サービスと障害福祉サービスの利用」が 28%、「医療サービスのみの利用」が 25%、「障害福祉サービスのみの利用」が 17%、「介護サービスのみの利用」が 15%であった。また、具体的なサービスでみると利用者のうち訪問看護は約 5 割が、デイケアは約 4 割が利用していた。
  - サービスの利用状況と属性では、年齢が低ければ、「医療サービス」や「障害福祉サービス」といった一つのサービス区分を利用する割合が高かったが、年齢が上がれば「医療サービスと障害福祉サービス」や「医療・障害福祉・介護サービス」といった複数のサービス区分を同時に利用する割合が高くなっていった。また、60 歳以上では「介護サービスのみの利用」が高くなっていった。さらに、退院時の病棟では、精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟で「医療サービスのみの利用」の割合が約 40%と他のサービス利用に比べて高く、あわせて精神科救急病棟では「障害福祉サービスのみの利用」が 33%となっていた。そして、直近でも通算でも入院期間が長くなればなるほど「医療サービスと障害福祉サービスの利用」の割合が高くなり、「医療のみの利用」の割合は低くなっていった。
  - 障害福祉サービスを利用している対象者は、男性で、入院期間が長く、自宅への退院ならば同居よりも独居のほうが利用率が高いという特徴がみられた。また、利用のきっかけでは「カンファレンスやケース会議の結果」が 28%、「本人の希望」が 17%、「担当 PSW からの紹介」が 14%であった。
  - 退院に際して障害福祉サービスを利用しないケースの理由は、「本人が望まなかった」、「家族が望まなかった」、「医療サービスで十分である」、「本人に適したサービスがない」の回答が多かった。理由別の特徴として、「本人が望まなかった」では、年齢は 50 歳代以下、統合失調症、同居でも独居でも自宅への退院ケースの割合が高く、直近でも通算でも入院期間が長いほうがその割合が低かった。「家族が望まなかった」では、30 歳代以下と、退院先が自宅で家族と同居する者の割合がやや高く、「医療サービスで十分である」では、年齢は 40 歳以上、主病名では気分障害圏、退院時の病棟では精神科救急病棟の割合が高かった。さらに、「本人に適したサービスがない」では、60 歳以上の高齢者と、精神科救急病棟、老年性認知症疾患治療病棟からの退院、入院期間が長いケースの割合が高かった。
  - 対象患者の地域移行をすすめる上でカンファレンスやケア会議を開催した割合は 7 割で、平均開催回数は 4.3 回、一回の平均時間は 45 分であり、入院が長期にわたる方が開催される割合が高かった。参加メンバーとして患者本人の参加は 7 割、家族の参加は 6 割のケースでみられ、参加者として一度でも院外の職員が参加したことがあると回答したケースは約 5 割に達した。また、カンファレンスを開催したケースのほうが、退院時のサービスの利用の割合が高く、外部職員を含めたケースの利用率は 9 割を超えていた。
  - 対象者のうち約 8 割のケースで、地域移行のためのサービス調整に中心的な役割を果たした専門職がおり、その職種では、精神保健福祉士の割合（66%）が最も高かった。また、職種別のサービスの利用率では、作業療法士（100%）、精神保健福祉士（85%）、看護師（78%）、医師（63%）であった。さらに、看護師や医師がその役割をとったケースでは、「医療サービスのみの利用」を利用している割合が高かった。
  - 地域移行のための支援として高い割合で実施されていたのは、「病棟スタッフとの連携調整」、「家族との調整」、「各種制度・社会資源の情報提供」、「病院内職員との連携調整」であった。特に、「就労」以

外の支援は、入院期間が長くなればなるほど高い割合で実施されており、「住居支援」ではその傾向が強くみられた。さらに、支援した内容と中心的な役割を果たした職種では、精神保健福祉士が中心的な役割を果たしたケースでは、「各種制度・社会資源の情報提供」、「行政機関との連携調整」、「福祉サービス事業所等との連携調整」が他の職種よりも実施率が高く、看護師では「病棟スタッフおよび病院内職員との連携調整」の割合がやや高い結果となった。

- 退院困難尺度評価との検定の結果、1. サービスを利用したのは、退院への不安が強く、ADL が低く、身体合併症があり、家族からのサポートが得られにくいケースであり、2. カンファレンスの開催は、退院への不安が強く、家族からのサポートが得られにくいケース、3. サービスを調整する専門職の存在は、退院への不安が強く、ADL が低く、自閉的行動があり、家族からのサポートが得られにくいケースとの関係が強いと示唆された。

## V. 考察

本調査では、精神科病院の地域移行支援における障害福祉サービスの利用や支援の実態を明らかにすることを目的に、特例社団法人日本精神科看護技術協会の会員施設に調査用紙を送付する郵送調査法で行った（回答率 36.4%）。以下目的に沿って、1. 地域移行の推進に向けた体制の現状と、2. 地域移行支援のための援助の実際について、考察を述べる。

### 1. 地域移行支援の体制の現状

対象となった 358 施設の概要は、病院種別では「精神科病院」が 74% を占め、設置主体では「民間」が 75%、平均の精神病床数は 246 床、精神科地域移行実施加算を算定している病棟がある施設は 34% であった。

対象施設のうち、地域移行支援を目的とした専門部署や専門委員会等を設置している施設は 55.9% であり、その詳細では、専門部署のみを設置しているのは 59 施設（28.6%）、委員会等のみを設置しているのは 58 施設（28.2%）、専門部署と委員会等の両方を設置しているのは 89 施設（43.2%）であった（図 27）。これらの設置状況別に多くの人手や時間を費やしている機能とその効果をあわせてみたところ、専門部署と委員会等の両方を設置している施設では、ほとんどの項目で多くの人手や時間を費やしているが、その結果としてさまざまな効果を実感している割合も高いという結果が得られた。また一方、専門部署のみを設置している施設では、人手や時間を費やしている機能の割合も低く、効果を上げる割合も非常に低い結果となった（図 32 および図 34）。

このことから、専門部署と委員会の両方を設置している施設においては、両者を設置するにあたりそれぞれの役割や機能を明確にし、地域移行支援を実施していると考えられる。一方で、専門部署だけの設置は、精神科地域移行実施加算を算定するための施設基準として設置された場合が多く、役割や機能の検討が十分でなく曖昧な状態にある可能性があると考えられる。そのため、診療報酬上の施設基準である専従の精神保健福祉士 1 名の配置だけでは十分に機能していない可能性があり、今後、専門部署の設置については、施設がどのような理念をもって地域移行を実施しようとしているかを踏まえたうえで、専門部署の位置づけや役割について検討を行い、必要な人員配置を行なう必要があると考えられる。また、委員会やプロジェクトの設置による成果が上がっていると回答した 90% 以上の施設で、精神保健福祉士と共に看護師が配置されており、両者を専門部署にも配置し、両者の専門性を活かすことは専門部署機能の形骸化を防ぐことにつながると言える。そして、専門部署や委員会・プロジェクトの両方のあり方についてもそ

それぞれの役割を整理し、より効果的なシステムを構築することが望まれる。

多くの人手や時間を費やしている機能について、ケースの方向性の決定や、家族教育及び心理教育、退院前訪問と同時に、カンファレンス（病棟スタッフ・病院内職員・行政機関）が高い割合で回答されていた。これは、地域移行支援における多職種連携の必要性を示している。特に、対象患者を多面的に見ることが必要な項目において多職種で協働していることがわかり、その連携を効果的に行うために専門部署や委員会・プロジェクトというシステムが必要であると言える。

自由記載からは、それぞれの地域や施設の特性を活かした独自の取り組みがなされていることが読みとれた。つまり、地域移行支援を積極的に取り組んでいる施設は、地域の中の医療施設の役割を意識しており、施設だけでは困難なことについては地域を巻き込みながら実施することによって、困難を解消しながら進めていることがうかがえた。一方、今後の課題として、患者や家族にわかりやすい情報提供、地域で安定して生活するための危機管理も含めた認知行動療法の実施、心理教育等具体的なプログラムの実施、地域の資源に対する理解や地域との連携、施設の職員の知識や資質の向上等があげられている。積極的な取り組みがなされている施設に対して、その方法と効果についてヒアリング等を実施し、一般化されたシステムを構築することの必要性も感じられる。同時に、長期入院患者の高齢化や保証人の問題、障がい者の就労の場の問題など、これまでも指摘されている課題も残っており、課題に対する地域資源の整備や開発が望まれる。どのような資源が必要なのか、地域移行の実践から見えてくる課題を具体的に検討し、その対処方法について官民共同で考えていく必要があると考えられる。

## 2. 地域移行支援の実際

本調査で対象となった患者の平均年齢は、53.4歳で男女比はほぼ同じく、主病名は統合失調症が7割、気分障害が1割であった。本調査の対象者の7割が退院時に何らかのサービスを利用しており、詳細では「医療サービスと障害福祉サービスの利用」が28%、「医療サービスのみの利用」が25%、「障害福祉サービスのみの利用」が17%、「介護サービスのみの利用」が15%であった。また、具体的なサービスでみると利用者のうち訪問看護は約5割が、デイケアは約4割が利用していた（図48）。対象者が利用していたサービスでは、年齢が低いうちは「医療サービス」や「障害福祉サービス」といったひとつのサービスを利用する割合が高く、高齢になるにつれて「医療サービスと障害福祉サービス」や「医療・障害福祉・介護サービス」といった複数のサービスを同時に利用する割合が高くなっていった（表15）。また、退院時の病棟との関係では精神科救急病棟、精神科急性期治療病棟で「医療サービスのみの利用」の割合が約40%と他のサービス利用に比べて高く、あわせて精神科救急病棟では「障害福祉サービスのみの利用」が33%となっていた。ただしこれらの結果は、本調査の目的と対象者の選定が回答者の任意であったことを勘案すると、実態としてはもう少し低い値であると推測できる。

対象者の地域移行支援において、障害福祉サービスを利用したきっかけとしては「カンファレンスやケース会議の結果」が28%、「本人の希望」が17%、「担当PSWからの紹介」が14%であった（表22）。また、約8割のケースで、地域移行のためのサービス調整に中心的な役割を果たした専門職がおり、その職種では、精神保健福祉士の割合（66%）が最も高かった。また、職種別のサービスの利用率では、作業療法士（100%）、精神保健福祉士（85%）、看護師（78%）、医師（63%）であった。さらに、看護師や医師がその役割をとったケースでは、「医療サービスのみの利用」を利用している割合が高かった（図102・図103・図104）。

これについては、カンファレンスやケース会議において、多職種がかかわった結果いろいろなサービスを利用することになったのか、複数のサービスを導入する必要があったためにカンファレンスやケース会

議が行なわれ、多職種がかかわったのかを特定することはできないが、多職種がかかわることにより、患者を多面的にとらえ、必要なサービスを導入しやすいのではないかと考えられる。また、利用を考えるサービスの種類は、その職種の専門性の影響を受けていることが推察される。患者の側に24時間いてケアをしている看護師は、患者のできることとできないことや必要な支援等についてきちんとアセスメントし、患者にあった支援者やサービスにつなぐ必要がある。そのためには、看護師も医療サービス以外のことをよく知って、援助に活かす必要がある。

退院に際して障害福祉サービスを利用しないケースの理由は、「本人が望まなかった」、「家族が望まなかった」、「医療サービスで十分である」、「本人に適したサービスがない」の回答が多かった（図58）。また、理由別の特徴も本調査の結果として読み取ることができたが、一方で退院困難尺度評価との検定の結果をみると、サービスの利用やカンファレンスの開催、中心となる専門職の存在には一定の関係性がみられた（表25・表26・表27）。障害福祉サービスの利用に関しては、まず、利用のメリットやデメリット、利用のための手続き等について、患者の側にいる看護師や精神保健福祉士がわかりやすく説明できることが必要不可欠である。利用したことのないサービスの利用に対しては、患者はもちろん家族も不安をもつし、不安をもったままでは利用はできない。患者や家族が不安なく障害福祉サービスを利用するためには、関係性のとれたスタッフが丁寧に説明できることが重要であるといえる。また、患者にとって必要なサービスはどのようなものなのかを意識的に検討し、利用しやすい障害福祉サービスを官民共同でつくっていくことも必要になる。

対象患者の地域移行をすすめる過程でカンファレンスやケア会議を開催した割合は7割であったが、カンファレンスを開催したケースのほうが、退院時のサービスの利用の割合が高く、外部職員を含めたカンファレンスを実施したケースのサービス利用率は9割を超えていた（図87・図97・図98）。このことから、地域移行をすすめるうえで、福祉サービスを利用する場合は、退院前にカンファレンスやケア会議で福祉サービス事業所のスタッフと患者や施設内のスタッフが出会う場面を設定し、ネットワークを構築していくことが必要であることを意識し、実施していると推察できる。つまり、カンファレンスやケア会議は患者と福祉サービスをつなぐための重要なツールであるといえる。

地域移行支援として高い割合で実施されていたのは、「病棟スタッフとの連携調整」、「家族との調整」、「各種制度・社会資源の情報提供」、「病院内職員との連携調整」であった。また、支援した内容と中心的な役割を果たした職種では、精神保健福祉士が「各種制度・社会資源の情報提供」、「行政機関との連携調整」、「福祉サービス事業所等との連携調整」の実施率が他の職種よりも高く、看護師が「病棟スタッフおよび病院内職員との連携調整」の実施率がやや高い結果となった（図105・表23・図106）。このことから、精神保健福祉士と看護師は地域移行支援において担うべき役割には違いがあるといえる。この違いは、職種による専門性であり、それぞれの強みを活かしながら協働することの重要性を示唆している。つまり、専門部署にも両者を配置し、それぞれの得意な分野での役割を担い、協働しながら機能することができれば、より効果的な地域移行支援が実施できると考えられる。さらには、対象患者を多面的に検討するためのカンファレンスの有効性も向上すると思われる。

### 3. 今後の課題

専門部署が機能するためには、専門部署の人員配置基準を検討する必要がある。地域移行支援に関して、精神保健福祉士と看護師には、専門性や役割に違いがあり、両者が配置され部署内で役割分担をしながら協働できるシステムをつくることが望まれる。また、必要に応じて専門部署と委員会やプロジェクトの両方をおく必要もあるが、その場合は機能や役割について検討し、両方が有効に機能するようにしなければならない。



障害福祉サービスについては、本研究では、サービスの種類による違いが明確ではないが、利用されているサービスにも偏りがあることが予想されるので、細かく検証をしていく必要もある。また、地域移行支援を実施する中で、あがってきた課題について検討し、新しい資源やサービスをつくることや現在のサービスを利用しやすいように転換することも官民共同で考えていかなければならない。

カンファレンスやケア会議については効果的であることは検証されたので、より効果的にするにはどうすればよいかも考えていく必要がある。さらには、地域移行支援の実施について施設間格差や地域格差がすくなくなるようなシステムづくりも必要であるといえる。

## 参考文献

佐藤さやか，池淵恵美，穴見公隆ら（2008）精神障害を持つ人のための退院困難尺度作成の試み，日本社会精神医学会雑誌

看護管理者 殿

特例社団法人日本精神科看護技術協会  
会長 末安 民生

平成22年度障害者総合福祉推進事業「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」  
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についてのアンケート  
への協力について（依頼）

拝啓 時下ますますご精祥のこととお慶び申し上げます。日頃より当協会の活動にご理解を賜り、深く感謝申し上げます。

さて、平成21年度は「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・機関等の構築や人材の育成等に関する調査研究」に関して多大なご協力を賜り、ありがとうございました。調査の結果については、過日お送りした報告書のとおりでございます。

つきましては今年度も、厚生労働省平成22年度障害者保健福祉推進事業において、昨年度に引き続き地域移行に焦点をあてた調査研究事業を実施する予定でございます。具体的には、精神科病院の地域連携部門等を対象に、退院調整における障害福祉サービスの紹介や利用、連携の実態を調査したいと考えております。この調査の成果として、精神科病院での地域移行支援の際の精神障がい者へのサービス提供に関する実態が明らかになり、サービス利用の促進のための方策に反映できると考えております。また結果は、例年通り報告書として取りまとめ、ご協力いただいた施設等にお送りさせていただく予定です。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、精神障がい者の地域移行・定着のための支援の充実のため、ご協力いただけますよう何卒お願いいたします。

敬具

記

1. 調査内容

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についてのアンケート

2. 調査の対象者と回答者

- 1) 調査の対象者は、平成21年10月から平成22年9月の1年間に退院した方
- 2) 調査票Aの回答者は、地域移行支援のご担当の方（責任者）、または看護管理者の方
- 3) 調査票Bの回答者は、退院した患者を入院中に担当された方（職種は問いません） です

### 3. 調査用紙と回答方法

調査用紙は2種類あります。

#### ●調査用紙A 施設用

調査票Aは、貴施設の概要、病院としての地域移行支援への取り組みの状況などを把握するためのもので、施設ごとに1部、地域移行支援のご担当の方（責任者）、または看護管理者の方に、ご記入をお願いいたします。

#### ●調査用紙B 患者用

調査用紙Bは、既に退院した事例に関する地域移行への支援の特性や実情を把握するためのもので、該当患者を入院中に担当された方（職種は問いません）にご記入をお願いします。

調査の対象は、平成21年10月から平成22年9月の1年間に退院した方で、その中から①3カ月未満用、②3カ月以上1年未満用、③1年以上5年未満用、④5年以上10年未満用、⑤10年以上の5つの入院期間で退院した患者を各1名選んでください。ご回答にあたっては、入院期間別に調査用紙が色分けされていますので、該当する調査用紙にご記入ください。

なお、該当する退院患者がない場合は、調査用紙の表紙の「該当なし」に○印を入れ、他の調査用紙と一緒にご返送ください。

### 4. 回収方法

ご記入いただきました調査用紙は、貴施設でまとめていただき、11月25日までに、同封の封筒に入れて切手を貼らずにご返送下さい。

以上

<同封書類> 本用紙、調査用紙A（1部）、調査用紙B（各5部）、返信用封筒

#### 【お問い合わせ先】

特例社団法人 日本精神科看護技術協会 担当：仲野 栄

〒108-0075 東京都港区港南 2-12-33 品川チャンネルビル7F

TEL：03-5796-7033 FAX：03-5796-7034

mail：nakano@jpna.or.jp

厚生労働省平成 22 年度障害者保健福祉推進事業  
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についてのアンケート  
(調査用紙 A)

近年、精神科病院では、急性期から退院調整に取り組むところが増えており、短期間で退院する患者の割合が増えています。また、複合的な要因によって入院が長期化している患者に対しても、院内に多職種チームを編成して地域移行支援を行う病院や、地域移行推進員など院外から患者に働きかける行政の仕組みも効果を現し、精神障がい者の地域移行は徐々に進みつつあると考えられます。

しかし、精神科病院における地域移行支援においては、市町村の障害福祉サービスの利用や連携機能が十分に活用されていない実態があり、精神科デイケアや訪問看護などの医療系サービスの利用に偏る傾向や、退院しても病状の不安定さや地域生活の不安を抱える精神障がい者を地域で直接支えるサービスが十分でない地域が多数みられる現状もあります。

本調査では、精神科病院の地域移行支援における障害福祉サービスの利用や支援の実態を明らかにしたいと考えております。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、精神障がい者の地域移行・定着のための支援の充実のため、ご協力いただけますようお願いいたします。

【ご記入にあたって】

- 1 ご記入は、地域移行支援のご担当の方（責任者）、または看護管理者の方にお願い致します。
- 2 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用いるだけですので、記入者の情報は守られます。
- 3 ご回答は、あてはまる答えの番号を○印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
- 4 調査票の指示に従ってお進みいただき、特に指示がない場合は、そのまま次の設問にお進み下さい。
- 5 ご記入いただいたアンケート票は、「調査用紙 B（5 部）」とともに 11 月 25 日（木）までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

特例社団法人 日本精神科看護技術協会 電話 03-5796-7033

(担当：仲野)

◆ 貴院について伺います。

問1 貴院の病院種別をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

1. 精神科病院(単科)	2. 精神科を主とする病院(複数科)
3. 一般病院(総合・複数科 大学病院を含む)	4. その他( )

問2 貴院の設置主体をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

1. 国(厚生労働省・文部科学省・労働福祉事業団・その他)
2. 独立行政法人(国立大学法人を除く)
3. 国立大学法人
4. 公的機関(都道府県・市町村・日赤・済生会・北海道社会事業協会・厚生連・国民健康保険団体連合会)
5. 社会保険関係団体(全国社会保険協会連合可意・厚生年金事業振興団・船員保険会・健康保険組合及びその他の連合会・共済組合及びその連合会・国民健康保険組合)
6. 公益法人(財団法人・社団法人・社会福祉法人)
7. 医療法人      8. 学校法人      9. 医師会立      10. 会社      11. その他の法人      12. 個人

問3 貴院の病院全体の病床数と精神科病床数(再掲)をご記入下さい。

病院全体の病床数					床
精神科病床数(再掲)					床

問4 貴院にある精神科病棟の該当する番号に○印を付けて下さい。(○印はいくつでも)

また、設置している病棟数と各病棟の合計病床数を記入して下さい。

病 棟 名	病棟数	病床数 <sup>※</sup>
1. 精神科救急病棟		
2. 精神科急性期治療病棟		
3. 精神療養病棟		
4. 老人性認知症疾患治療病棟		
5. 精神一般病棟		
6. その他の病棟		

※稼動していない病床も含まれます。



◆ 貴院における地域移行の推進に向けた体制の状況について伺います。

問8 貴院では、地域移行の推進を目的とした専門部署を設置していますか。(○印はひとつ)

1. 設置している	2. 設置していない	3. 設置を予定・検討している
-----------	------------	-----------------



※未設置または予定・検討中の場合は、問9へお進み下さい。

付問1 設置した主要な目的をお答えください。

(○印はひとつ)

1. 入院患者の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため
2. 外来患者（退院した患者・通院中の患者）の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため
3. 退院後の患者のフォローをするため
4. 病院内職員の相談窓口（地域移行に関する相談）とするため
5. 病院内の地域移行の取り組みの中心的（拠点）な役割を担うため
6. 病院内の地域移行の取り組みを補強（サポート）するため
7. 地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携窓口とするため
8. 地域（行政機関・福祉サービス事業所）との連携を強化するため
9. 医療機関（病院と診療所、病院と病院の連携）との連携窓口とするため
10. 病院の方針を検討（決定）するため
11. 個別ケースの方向性を決定するため
12. 退院調整（退院支援計画立案）業務を行うため
13. 精神科地域移行実施加算の施設基準となっているため
14. 精神科地域移行実施加算が新設される以前に開設した部署を現在も継続している
15. その他（ ）

付問2 上記の部署のスタッフに○を付け、専従と兼任の人数を記入して下さい。

	専従 <sup>※</sup>		兼任	
	人	人	人	人
1. 医師		人		人
2. 看護師		人		人
3. 准看護師		人		人
4. 精神保健福祉士		人		人
5. 作業療法士		人		人
6. 臨床心理士		人		人
7. 薬剤師		人		人
8. 栄養士		人		人
9. 事務職員		人		人
10. その他（ ）		人		人

※専従とは、専らその業務に従事することをいい、他の業務を兼任することは認められません。

問9 貴院では、地域移行の推進を目的とした専門委員会やプロジェクト等を設置していますか。  
(○印はひとつ)

1. 設置している	2. 設置していない	3. 設置を予定・検討している
-----------	------------	-----------------



※未設置または予定・検討中の場合は、問12へお進み下さい。

付問1 設置した主要な目的をお答えください。(○印はひとつ)

1. 地域移行支援対象者を選出するため 2. 個別ケースの方向性を決定するため 3. 地域移行支援の実施が困難な患者について検討するため 4. 退院調整(退院支援計画立案)業務を行うため 5. 地域移行に関する病院の方針を検討(決定)するため 6. 病院内の地域移行の取り組みの中心的(拠点)な役割を担うため 7. 病院内の地域移行の取り組みを補強(サポート)するため 8. 地域(行政機関・福祉サービス事業所)との連携を強化するため 9. 精神科地域移行実施加算が新設される以前から実施しており現在も継続している 10. その他( )
---

付問2 上記の委員会のメンバーについてお聞かせ下さい。

メンバー	職 種	1. 医師    2. 看護師    3. 准看護師 4. 精神保健福祉士    5. 作業療法士 6. 臨床心理士    7. 薬剤師    8. 栄養士 9. 事務職員    10. その他( )
	担当状況	1. 専従のみ    2. 兼任のみ    3. 両方
	役 職	1. 管理職のみ    2. 一般職のみ    3. 両方



◇ 地域移行の推進を目的とした専門部署や委員会、プロジェクト等を設置している施設に伺います◇ 設置していない場合は、問12へお進みください

問10 貴院の地域移行を推進する部署や委員会（プロジェクト等）の機能について該当するものをお選びください。またその中で、多くの人手や時間を費やしている機能をお選びください。

（○印はいくつでも）

大項目	小項目	専門部署	委員会・プロジェクト	多くの人手や時間を費やしている機能
地域移行支援 充実のための システム	1. 地域移行対象患者のピックアップと検討			
	2. 病院の方針の決定			
	3. 個別ケースの方向性の決定			
	4. 退院支援計画の作成			
	5. 地域移行推進のためのアドバイス・スーパーバイズ			
住居支援	1. 住居探しの支援			
	2. 住宅改修の支援			
	3. 掃除など住環境整備の支援			
	4. 引越しに関する支援			
就労支援	1. 職探しの支援			
	2. 面接のための支援			
	3. 福祉的就労のための支援			
各種制度・ 社会資源の 情報提供	1. 利用可能なサービス・制度の説明			
	2. 施設・事業所見学の同行			
	3. 制度利用申請手続き、書類作成の支援			
	4. 制度利用申請の同行			
	5. 他機関から本人への説明の依頼			
家族との 調整	1. 家族教育及び心理教育(相談・面接含む)			
	2. 家族の支援体制整備			
	3. 会議への参加依頼			
	4. 退院後の支援に関する説明			
病棟スタッフ との 連携調整	1. カンファレンスの開催(情報共有・支援内容の確認)			
	2. 支援に関するコンサルテーション			
	3. 受け持ちNsのバックアップ			
病院内職員 との 連携調整	1. 多職種カンファレンスの開催 (情報共有・役割機能の明確化)			
行政機関 との 連携調整	1. 情報提供や共有			
	2. 会議への参加依頼			
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催			
	4. 行政機関への同行			
	5. 対象者(家族)への面接依頼			

福祉サービス事業 所等 との 連携調整	1. 情報提供や共有			
	2. 会議への参加依頼			
	3. カンファレンス(ケア会議)の開催			
	4. 対象者(家族)への面接依頼			
退院前訪問	1. 日程調整			
	2. 家族関係の調整			
	3. 退院の準備・環境整備(住居の確認・生活用品の購入など)			
	4. 退院後、利用する資源の見学・同行			
	5. 退院後の生活のイメージ作り			
退院後訪問	1. 日程調整			
	2. 本人への相談及び指導			
	3. 家族支援			
	4. 病状悪化時の介入			
	5. サービス調整・社会資源への動向			
	6. 地域(行政・福祉)機関との情報交換			

問 11 貴院の地域移行の専門部署や委員会等の活動により、どのような効果がありますか。

(○印はいくつでも)

<p>1. 病院内の地域移行の取り組みの中心的(拠点)な役割となった</p> <p>2. 病院内の地域移行の取り組みが補強(サポート)された</p> <p>3. 地域(行政機関・福祉サービス事業所)との連携がスムーズになった</p> <p>4. 医療機関連携(病院と診療所、病院と病院の連携)業務がスムーズになった</p> <p>5. 院内の退院後の支援体制が整備された</p> <p>6. 困難なケースでも退院できるようになった</p> <p>7. 退院調整(退院支援計画立案)業務がスムーズになった</p> <p>8. 院内スタッフに理解が深まった(患者の地域移行に対する意識が高まった)</p> <p>9. スタッフの負担が軽減した</p> <p>10. その他( )</p> <p>11. 特に効果を感じない</p>
--

最後に、ご回答いただいた方のごことについて伺います。

問 12 貴方の職種をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

- |         |        |           |          |
|---------|--------|-----------|----------|
| 1. 医師   | 2. 看護師 | 3. 精神保健福祉 | 4. 作業療法士 |
| 5. 事務職員 | 6. その他 |           |          |

問 13 役職等をお聞かせください。

- |              |                     |
|--------------|---------------------|
| 1. 地域移行部門責任者 | 2. 看護管理者（看護部長、総婦長等） |
| 3. その他（      | ）                   |

患者さんの地域移行について、あなたのご意見・ご要望（自由意見）をお聞かせ下さい。

\*\*\*以上でアンケートは終わりです。長時間ご協力ありがとうございました\*\*\*

○記入が済みましたら……

- ①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認下さい。
- ②11月25日（木）までに「調査用紙B」とともに添付の返信用封筒にてご投函下さいますようお願い致します。

厚生労働省平成 22 年度障害者保健福祉推進事業  
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についてのアンケート  
(調査用紙B・●●用)

該当する患者がない場合〇を入れて返送ください→ **該当者なし**

近年、精神科病院では、急性期から退院調整に取り組むところが増えており、短期間で退院する患者の割合が増えています。また、複合的な要因によって入院が長期化している患者に対しても、院内に多職種チームを編成して地域移行支援を行う病院や、地域移行推進員など院外から患者に働きかける行政の仕組みも効果を現し、精神障がい者の地域移行は徐々に進みつつあると考えられます。

しかし、精神科病院における地域移行支援においては、市町村の障害福祉サービスの利用や連携機能が十分に活用されていない実態があり、精神科デイケアや訪問看護などの医療系サービスの利用に偏る傾向や、退院しても病状の不安定さや地域生活の不安を抱える精神障がい者を地域で直接支えるサービスが十分でない地域が多数みられる現状もあります。

本調査では、精神科病院の地域移行支援における障害福祉サービスの利用や支援の実態を明らかにしたいと考えております。

お忙しいところ誠に恐縮ですが、精神障がい者の地域移行・定着のための支援の充実のため、ご協力いただけますようお願いいたします。

〔ご記入にあたって〕

1. 調査用紙Bの対象となる患者さんは、平成 21 年 10 月から平成 22 年 9 月の 1 年間に退院した方で、かつ直近の入院期間が「●●」の方用です。
2. 1 人の対象者につき 1 部をご利用ください。
3. ご回答いただく方の職種は問いませんが、入院中に担当された方がご記入下さい。
4. 回収後はコンピューターによる集計・分析作業に用いるだけです。記入者や対象者の情報は守られます。
5. アンケート用紙とその回答は、本研究以外に用いることはありません。
6. ご回答は、あてはまる答えの番号を〇印でかこむ場合がほとんどですが、数字やことばを具体的に記入していただく場合もあります。
7. 設問に（複数回答）との記載がない場合は、〇印を一つだけ付けて下さい。
8. お答えが「その他」の場合は、その番号に〇印をつけて（ ）に具体的内容をお書き下さい。
9. ご記入いただいたアンケート用紙は、「調査用紙A」と他の「調査用紙B」とともに、11 月 25 日(木)までに同封の返信用封筒でご返送下さい。

本アンケートについてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

特例社団法人 日本精神科看護技術協会

電 話 03-5796-7033

担当：仲野

◆特に指示がない場合、回答は退院時の時点でお答えください。

問1 対象者の属性について記入して下さい。

1) 年齢	歳	2) 性別	1. 男性	2. 女性
3) 疾患名				
4) ICD-10 分類による主病名 (○印は一つ)	<p>1. アルツハイマー病型認知症、血管性認知症その他の器質性精神障害 (F0)</p> <p>2. アルコール使用精神及び行動の障害 (F1)</p> <p>3. アルコールを除く覚醒剤等の精神作用物質による精神及び行動の障害 (F1)</p> <p>4. 統合失調症、統合失調症型障害、妄想性障害、急性一過性精神病性障害、統合失調症感情障害等 (F2)</p> <p>5. 気分 [感情] 障害 (F3)</p> <p>6. 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (F4)</p> <p>7. 摂食障害等生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群 (F5)</p> <p>8. 成人のパーソナリティ及び行動の障害 (F6)</p> <p>9. 精神遅滞&lt;知的障害&gt; (F7)</p> <p>10. 発達障害等の心理的発達の障害 (F8)</p> <p>11. 小児期及び青年期に発症する行動及び情緒の障害 (F9)</p> <p>12. その他(てんかん、特定不能の精神障害)</p>			
5) 退院時の病棟	<p>1. 精神科救急病棟</p> <p>2. 精神科急性期治療病棟</p> <p>3. 精神療養病棟</p> <p>4. 老人性認知症疾患治療病棟</p> <p>5. 精神一般病棟</p> <p>6. その他の病棟</p>			
6) 直近の入院期間	年 月			
7) 通算の入院期間	<p>1. 3か月未満</p> <p>2. 3か月以上1年未満</p> <p>3. 1年以上5年未満</p> <p>4. 5年以上10年未満</p> <p>5. 10年以上</p>			
8) 退院先	<p>1. 自宅(独居)</p> <p>2. 自宅(家族と同居)</p> <p>3. 転院</p> <p>4. 生活訓練施設</p> <p>5. 福祉ホーム</p> <p>6. グループホーム</p> <p>7. ケアホーム</p> <p>8. 介護施設</p> <p>9. その他( )</p> <p>10. 不明</p>			

問2 対象者の退院時の状態にあてはまるものを選んでください。

	非常にあてはまる	ややあてはまる	あてはまらない
<b>■病識と治療コンプライアンス</b>			
1) 服薬の必要性を自覚していない	3	2	1
2) 促されないと適切な服薬行動をとることができない	3	2	1
3) 治療の枠組み全体を否定し、その必要性を自覚していない	3	2	1
4) 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	3	2	1
5) 自分の病気についての知識や理解に乏しい	3	2	1
6) これまでに通院中断や退薬の履歴がある	3	2	1
<b>■退院への不安</b>			
7) 退院後に一人で過ごすことへの不安を表現したり、訴えたりする	3	2	1
8) 退院後の日常家事、身繕い等のセルフケアへの不安を表現したり、訴えたりする	3	2	1
9) 退院後の病状悪化への不安を表現したり、訴えたりする	3	2	1
<b>■問題行動</b>			
10) 口論や暴力がある	3	2	1
11) 些細なことで怒ったり、イライラして抑えられなくなる	3	2	1
12) 無断離院以外の逸脱行為（病棟内の生活規則違反など）がある	3	2	1
13) 自傷、他害、触法、非行以外の迷惑行為を繰り返している	3	2	1
<b>■ADL</b>			
14) 身なりを整えることができない	3	2	1
15) 金銭管理ができない	3	2	1
16) すすんで入浴できない	3	2	1
17) 自炊または食物の購入が困難である	3	2	1
<b>■自閉的行動</b>			
18) 自分から人に話しかけられない	3	2	1
19) 集団行動に参加できない	3	2	1
20) 悩み事や分からないことを人に相談できない	3	2	1
<b>■身体合併</b>			
21) 現在身体合併症がおさまっているが、退院すると再発の可能性がある	3	2	1
22) 現在身体合併症があり、自己管理できない	3	2	1
<b>■自殺企図の可能性</b>			
23) 希死念慮がある	3	2	1
24) これまでの自傷行為または自殺企図がある	3	2	1
<b>■家族からのサポート</b>			
25) 家族が本人の同居を拒否している	3	2	1
26) 家族はいるが、本人へのサポートがない	3	2	1
27) 本人が家族のサポートを拒否している	3	2	1

問3 対象者は、退院後に以下のようなサービスを利用しましたか（現在も継続して利用しているか否かは問いません）

1. 利用あり	2. 利用なし	3. 不明
---------	---------	-------

※「利用していた」場合は付問1へ、「利用していない」場合は付問3へ、「不明」の場合は問4へお進み下さい。

付問1 利用のあったサービスの内容をお聞かせ下さい。 (○印はいくつでも)

<b>■医療サービス</b>			
1. 訪問看護	2. デイケア	3. ショートケア	4. ナイトケア
5. デイ・ナイトケア			
<b>■障害福祉サービス</b>			
6. 居宅介護（ホームヘルパー）	7. 行動援護	8. 療養介護	9. 生活介護
10. 重度障害者等包括支援	11. ケアホーム	12. グループホーム	13. 自立訓練（生活訓練）
14. 就労移行支援	15. 就労継続支援A型	16. 就労継続支援B型	17. デイサービス（障害者）
18. 作業所	19. 授産施設	20. 福祉工場	21. 援護寮
22. 福祉ホーム	23. 地域活動支援センター（Ⅰ型）	24. 地域活動支援センター（Ⅱ型）	25. 地域活動支援センター（Ⅲ型）
26. 救護施設	27. 宿泊型自立訓練	28. 相談支援事業所	29. 障害者入居施設
30. 日常生活自立支援事業（地域権利福祉擁護事業）	31. 成年後見制度	32. 居住サポート事業	
33. 障害者就業・生活支援センター	34. 発達障害者支援センター	35. 更生施設（身体・知的）	36. 療護施設（身体・知的）
37. 通勤寮	38. 移動支援	39. 配食サービス	40. 介護タクシー
<b>■介護サービス・その他</b>			
41. 老人保健施設	42. 養護老人ホーム	43. 特別養護老人ホーム	44. 生活支援ハウス
45. グループホーム（介護保険）	46. ケアハウス	47. デイサービス（介護保険）	
48. ハローワーク	49. 行政（都道府県・市町村）	50. 精神保健福祉センター（訪問・デイケア）	
51. ソーシャルクラブ（当事者会）			
52. その他のサービス（ <span style="float: right;">）</span>			

付問2 左記のうち障害福祉サービス(4ページ:6-40番)について、利用したきっかけ、サービス事業所と貴法人との関係、退院前の見学・体験利用の有無をお答えください。

障害福祉サービスの番号 (4ページ:6-40番から選択)	利用したきっかけ (以下からひとつ選択)	サービスを提供する事業所と貴法人との関係	退院前見学・体験利用
		併設 ・ 併設ではない	あり ・ なし
		併設 ・ 併設ではない	あり ・ なし
		併設 ・ 併設ではない	あり ・ なし
		併設 ・ 併設ではない	あり ・ なし
		併設 ・ 併設ではない	あり ・ なし

- 利用したきっかけ
- 1. カンファレンスやケース会議の結果
  - 2. 本人の希望
  - 3. 家族の希望
  - 4. 受け持ち看護師の紹介(提案)
  - 5. 病棟担当PSWからの紹介(提案)
  - 6. 地域移行を推進する部署の職員からの紹介(提案)
  - 7. 外部職員からの紹介(提案)
  - 8. 入院前も利用していたため
  - 9. その他
  - 10. 不明

付問3 障害福祉サービスを利用していない理由をお答えください。(〇印はいくつでも)

- 1. 本人が望まなかった
- 2. 家族が望まなかった
- 3. 経済的な理由
- 4. 本人が望むサービスがない
- 5. 本人に適したサービスがない
- 6. 医療サービスで十分である
- 7. 貴病院の方針
- 8. サービスの情報が少ない
- 9. 貴病院ではこれまで利用したことがない
- 10. 利用できるサービスが地域にない
- 11. その他( )





付問2 下記の項目のうち、対象者の地域移行のために実施したものを小項目より選んでください。さらに、その他に行った支援があれば具体的にお書きください。

(○印はいくつでも)

大項目	小項目	その他の支援（具体的に）
住居支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 住居探しの支援</li> <li>2. 住宅改修の支援</li> <li>3. 掃除など住環境整備の支援</li> <li>4. 引越しに関する支援</li> </ol>	
就労支援	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 職探しの支援</li> <li>2. 面接のための支援</li> <li>3. 福祉的就労のための支援</li> </ol>	
各種制度・社会資源の情報提供	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用可能なサービス・制度の説明</li> <li>2. 施設・事業所見学の同行</li> <li>3. 制度利用申請手続き、書類作成の支援</li> <li>4. 制度利用申請の同行</li> <li>5. 他機関から本人への説明依頼</li> </ol>	
家族との調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 家族教育及び心理教育(相談・面接含む)</li> <li>2. 家族の支援体制整備</li> <li>3. 会議参加依頼</li> <li>4. 退院後の支援の説明</li> </ol>	
病棟スタッフとの連携調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. カンファレンスの開催(情報共有・支援内容の確認)</li> <li>2. 支援についてのコンサルテーション</li> <li>3. 受け持ちNsのバックアップ</li> </ol>	
病院内職員との連携調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 多職種カンファレンスの開催(情報共有・役割機能の明確化)</li> </ol>	
行政機関との連携調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 情報提供や共有</li> <li>2. 会議参加依頼</li> <li>3. カンファレンス(ケア会議)の開催</li> <li>4. 行政機関への同行</li> <li>5. 対象者(家族)への面接依頼</li> </ol>	
福祉サービス事業所等との連携調整	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 情報提供や共有</li> <li>2. 会議参加依頼</li> <li>3. カンファレンス(ケア会議)の開催</li> <li>4. 対象者(家族)への面接依頼</li> </ol>	
退院前訪問	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日程調整</li> <li>2. 家族関係の調整</li> <li>3. 退院の準備・環境整備(住居の確認・生活用品の購入など)</li> <li>4. 退院後、利用する資源の見学・同行</li> <li>5. 退院後の生活のイメージ作り</li> </ol>	
退院後訪問	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 日程調整</li> <li>2. 本人への相談及び指導</li> <li>3. 家族支援</li> <li>4. 病状悪化時の介入</li> <li>5. サービス調整・社会資源への動向</li> <li>6. 地域(行政・福祉)機関との情報交換</li> </ol>	
その他		

最後に、ご回答いただいた方のごことについて伺います。

問6 貴方の職種をお聞かせ下さい。(○印はひとつ)

- |         |        |           |          |
|---------|--------|-----------|----------|
| 1. 医師   | 2. 看護師 | 3. 精神保健福祉 | 4. 作業療法士 |
| 5. 事務職員 | 6. その他 |           |          |

問7 所属部署をお聞かせください。

- |          |        |              |
|----------|--------|--------------|
| 1. 外 来   | 2. 病 棟 | 3. 地域移行の専門部署 |
| 4. その他 ( |        | )            |

最後に、この対象者が地域生活移行支援で、他に追加したほうがよかった支援や、あったらよかったと思う支援など、お考えがありましたら、自由に記入して下さい。

- (例) 10人以内の規模のデイケア  
レスパイトサービス(休息が取りたいときに利用できるように)  
受診時に使える移動支援サービス など

以上でアンケートは終わりです。ご協力ありがとうございました

○記入が済みましたら……

- ①記入もれや記入ミスがないかどうか、お手数でももう一度ご確認ください。
- ②11月25日(金)までに「調査用紙A」、他の「調査用紙B」とともに、添付の返信用封筒にてご投函下さいますようお願い致します。

## 【資料2】

調査用紙Bの回答者から、主病名が「統合失調症」であった810人を再集計した。

### 1) 対象者の属性

#### (1) 年齢

対象となった患者の年齢は18歳から88歳と幅広く、平均年齢は51.0歳であった(図1)。



図1 年齢区分

#### (2) 性別

対象者の性別は、男性が445人(54.9%)、女性が364人(44.9%)であった(図2)。



図2 性別

#### (3) 退院時の病棟

対象患者が退院時に入院していた病棟は、「精神一般病棟」が最も多く48.1%、次いで「精神療養病棟」が32.7%、「精神科急性期治療病棟」の11.9%の順であった(図3)。



図3 退院時の病棟

#### (4) 通算入院期間(図4)



図4 直近入院期間

(6) 通算入院期間 (図 5)



図 5 通算入院期間

(6) 退院先

退院先では、「自宅で家族と同居」が最も多く 255 人 (31.5%)、次いで「自宅で独居」が 200 人 (24.7%) で、これらは全体の半数以上を占めていた。さらに、「グループホーム」が 112 人 (13.8%) と続いていた (表 1)。

表 1 退院先

	自宅 (同居)	自宅 (独居)	グループホーム	転院	生活訓練施設	介護施設	ケアホーム	福祉ホーム	その他	不明・記載なし
人数	255	200	112	50	46	45	24	13	59	6
%	31.5	24.7	13.8	6.2	5.7	5.6	3.0	1.6	7.3	0.7

2) 退院後のサービスの利用

退院後のサービスの利用については、「利用あり」としたものが 605 人 (74.7%) で、「利用なし」としたものの 175 人 (21.6%) を大きく上回った (図 6)。



図 6 退院後のサービスの利用

(1) 年齢 (図 7)

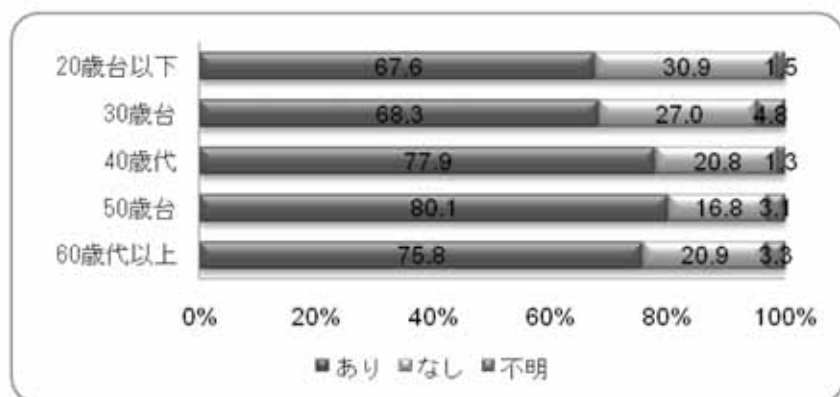


図 7 年齢とサービスの利用

(2) 性別 (図 8)



図 8 性別とサービスの利用

(3) 退院時の病棟 (図 9)

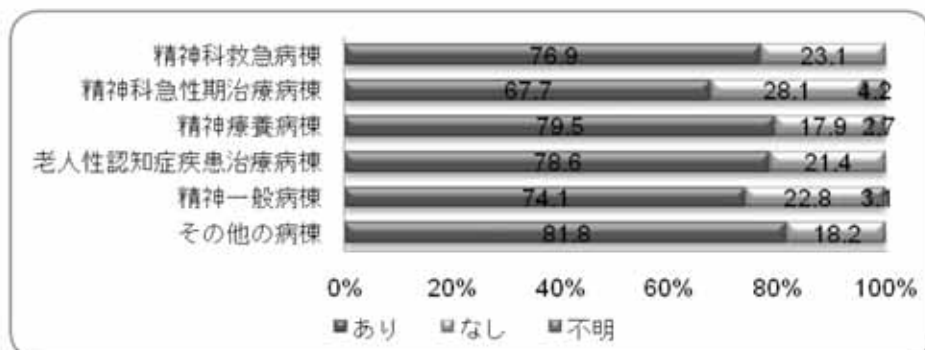


図 9 退院時の病棟とサービスの利用

(4) 直近入院期間 (図 10)

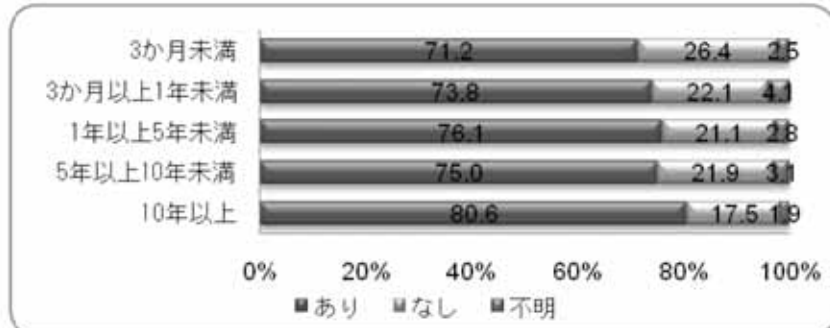


図 10 直近入院期間とサービスの利用

(5) 通算入院期間 (図 11)

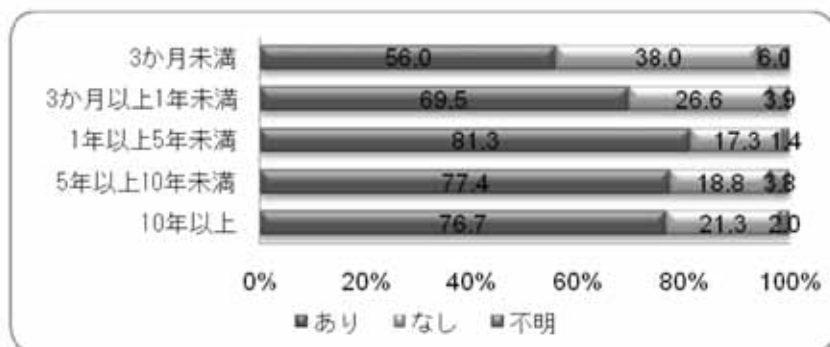


図 11 通算入院期間とサービスの利用

(5) 退院先 (図 12)



図 12 退院先(自宅)とサービスの利用

3) サービスの内容と利用状況

対象者が利用していたサービスの内容では、「医療サービスと障害福祉サービスの利用」が 198 人 (32.7%)、「医療サービスのみの利用」が 172 人 (28.4%)、「障害福祉サービスのみの利用」92 人 (15.2%)、「介護サービスのみの利用」が 57 人 (9.4%) で、「医療サービス、障害福祉サービスのすべてを利用している」が 40 人 (6.6%) であった (図 13)。



図 13 利用しているサービス

具体的な内容と利用状況をみると、利用率の高いものから「医療サービスの訪問看護」が 324 人 (40.0%)、「デイケア等」が 226 人 (27.9%)、「自立支援法訓練等給付 (居住) (=グループホーム等)」が 117 人 (14.4%)、「自立支援法外の日中活動 (=作業所、地域活動支援センター等)」が 99 人 (12.2%) であった (図 14)。

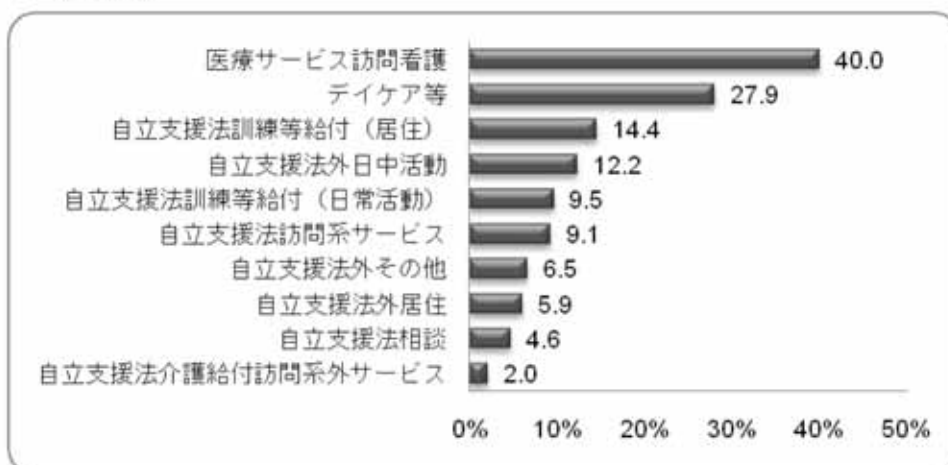


図 14 具体的なサービス

#### 4) 障害福祉サービスの利用

対象者のうち障害福祉サービスを利用していたのは346人(42.7%)で、利用件数は494件であった。利用したきっかけでは、「カンファレンスやケース会議の結果」が33.0%、「本人の希望」が20.2%、「病棟担当PSWからの紹介」が16.8%、「入院前も利用していたため」が10.5%であった(図15)。



図15 障害福祉サービスを利用したきっかけ

#### 5) 障害福祉サービスを利用しない理由

対象者のうち、退院時に障害福祉サービスを利用していない理由を複数回答で問うたところ、「本人が望まなかった」が216人で最も多く、次いで「家族が望まなかった」が106人、さらに「医療サービスで十分である」、「本人に適したサービスがない」と続いた(図16)。

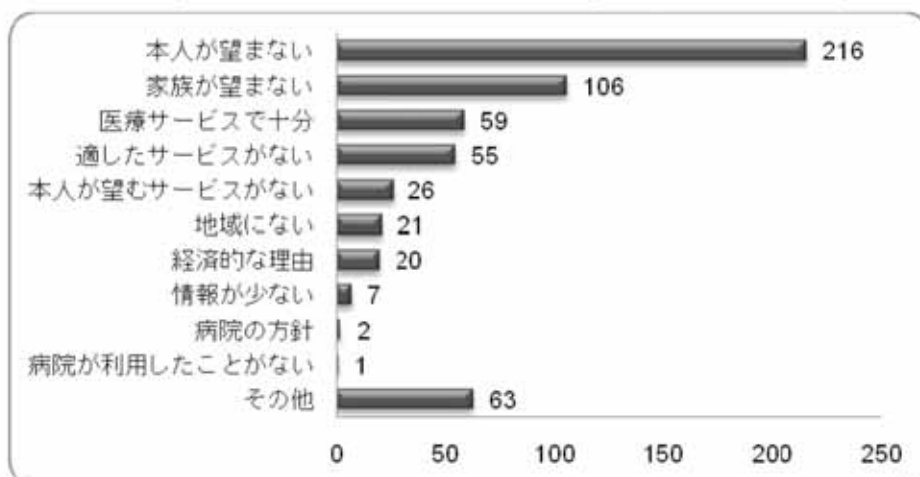


図16 障害福祉サービスを利用しない理由

#### 6) カンファレンス

対象者の地域移行に際して、カンファレンスやケア会議を開催したのは74.4%で、回数は1回~30回(平均4.09回)であった(図17)。また、参加者の構成は図18のとおりである。

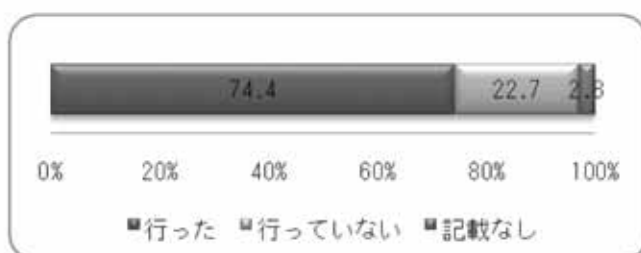


図17 カンファレンスの開催





図 18 カンファレンスの参加者

(1) カンファレンスの開催とサービスの利用

カンファレンスやケースやケース会議の開催と退院時のサービスの利用については、開催したケースは開催しなかったケースに比べて、サービスの利用の割合が高かった (図 19)。

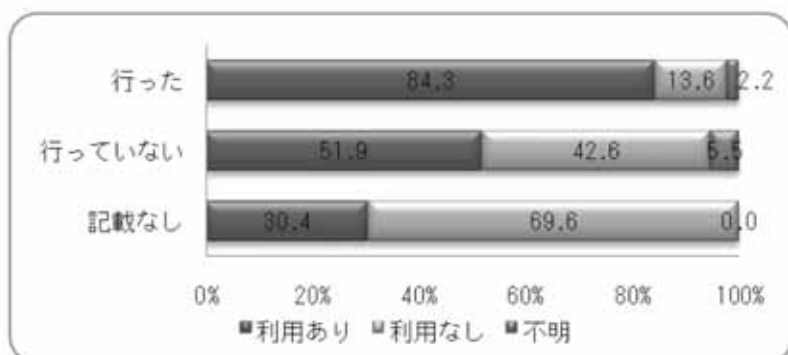


図 19 カンファレンスの開催とサービスの利用

(2) カンファレンスの参加者とサービスの利用

カンファレンスの参加者とサービスの利用については図 20 のとおりである。



図 20 カンファレンスの参加者とサービスの利用

7) サービス調整に中心的な役割を果たした専門職 (図 21・図 22)

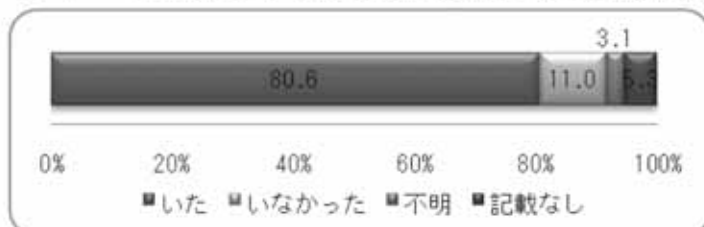


図 21 中心的役割を果たした専門職



図 22 中心的専門職の職種

(1) 中心的役割を果たした専門職と利用サービスの種類 (図 23)

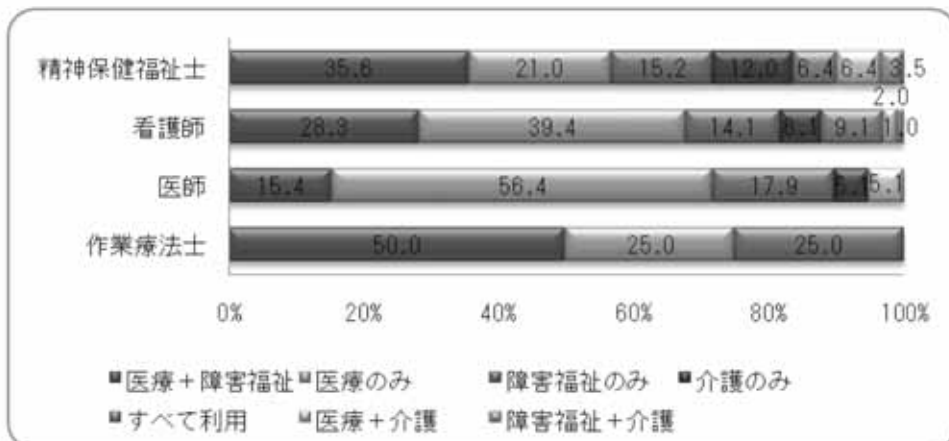


図 23 中心的役割を果たした専門職と利用サービスの種類

## 8) 地域移行のための支援

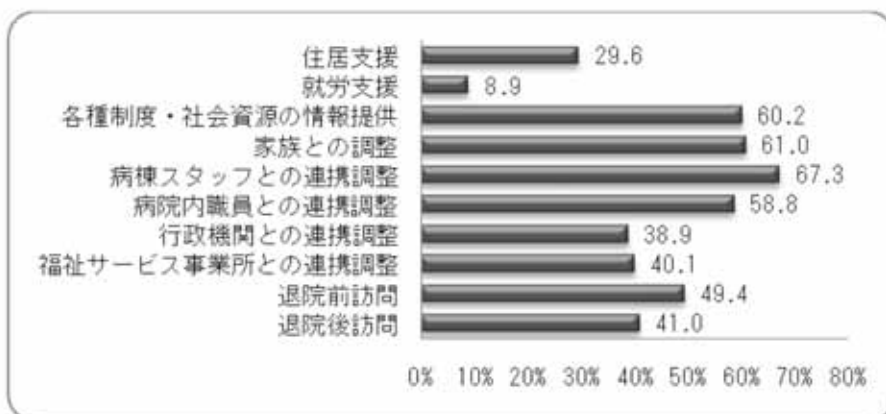


図 24 地域移行のために実施した支援

(1) 支援内容と中心となった専門職 (図 25)

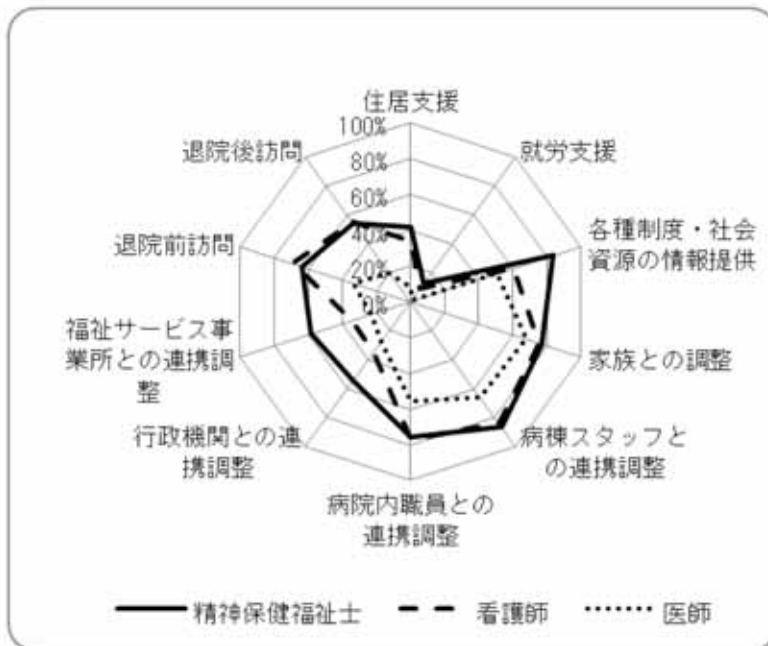
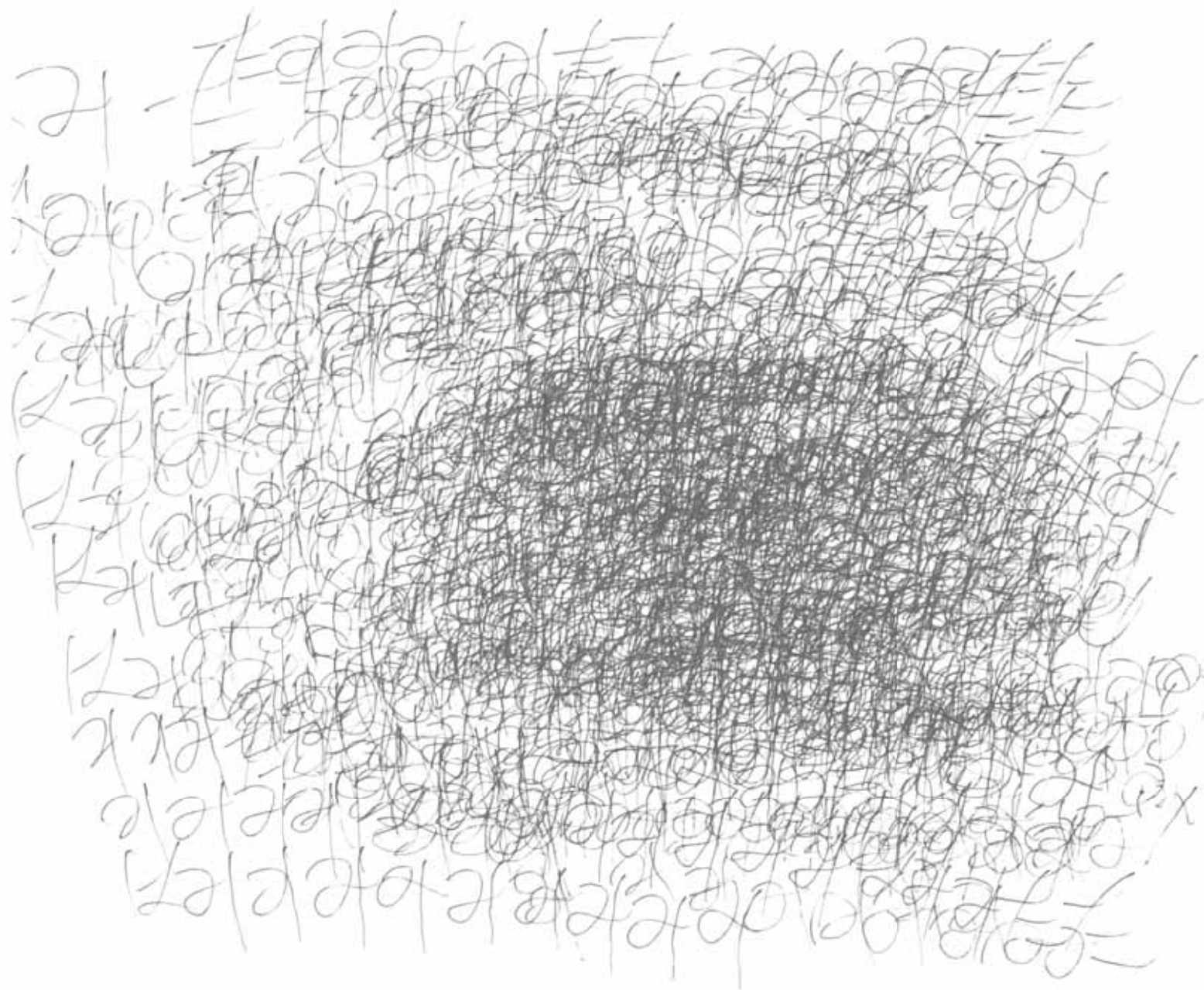


図 25 支援内容と中心的役割を果たした職種





## 第 3 章

---

## I. はじめに

この事業は、地域で暮らす精神障がい者だけでなく、精神科病院に入院中の患者が退院準備に活用できるように、精神障がい者が利用できるサービスの紹介や利用方法などを、サービスを利用している障がい者の生活などを通して、できるだけわかりやすく、かつ簡潔に示したパンフレットを作成することとした。

生活のしづらさを抱えながら地域で暮らしている精神障がい者が、自分に合ったサービスがあることを知り、利用方法等がわかることでサービスの利用が促進され、精神障がい者のQOLが向上することが期待される。また、退院後のサポート体制の不十分さに不安を感じて退院につながない入院患者は、退院後に利用できるサービスを知ることで退院に対する意欲が向上することも期待できる。

## II. パンフレットに関する検討

### 1) パンフレットのイメージ

検討委員会で、精神障がい者を対象としたパンフレットについて以下のような意見がだされた。

- 既存のパンフレットは、精神疾患等に関する知識を得るためのパンフレットが多く、地域生活に関するパンフレットは少ない。実際の生活や経済的なことなど、日常生活に即した内容がよい。
- 患者の多様性が大きい。住んでいる地域や疾患、年齢も違うので、同じパンフレットを使うということが難しい。個別性があるので、1つのパンフレットでは使いにくい側面がある。
- 興味の有無にかかわらず、患者の手元にパンフレットが届いていない状況がある。どのように届けるかについて工夫が必要である。
- 専門用語が含まれているので、伝わっていないこともあると思われる。
- パンフレットには、退院してどうだったか？を入れてもいいのではないか。地域での生活をイメージするところをパンフレットにしてはどうか。パンフレットを見て、今後の自分のことを考えるきっかけになるとよいのではないか。

「退院後、地域でどういう生活をしたいか」という視点で、日常生活や経済的な情報を盛り込み、自分の生活をリアルにイメージできる内容とし、イラストや写真を使用したり、漢字にフリガナを用いるなど読みやすいパンフレットとすることにした。

### 2) 当事者を対象としたヒアリング

入院中の患者が退院準備に活用できるパンフレットを作成するため、退院前に知りたいことや障害福祉サービスの利用等について、当事者を対象にグループインタビューによるヒアリングを実施した。

表1. ヒアリング対象者

協力施設	協力者数
地域活動支援センターMOTA	5名
医療法人 永寿会 恩方病院（デイケア・病棟）	9名
ストライドクラブ	5名

表2. ヒアリング内容

<ul style="list-style-type: none"><li>・退院前に知りたいこと、知りたかったこと、助かったこと、誰が助けになったか</li><li>・誰が退院の話をしてくれたか？</li><li>・入院中に知りたいこと</li><li>・入院中パンフレットを見る機会があったか？</li><li>・どんなパンフレットを見たいと思うか？</li><li>・パンフレットのサイズ、文字の大きさ、量</li></ul>
--

**(1) 社会福祉法人めぐはうす 地域生活支援センターMOTA**

入院中にパンフレットを見る機会は、ほとんどなかった。退院についても看護師から話してもらったことは、あまりなかったという声が多く聞かれた。

ヒアリングは、予定の時間を大幅に超えたが、話の内容が多岐にわたり、パンフレットのニーズは高いと考えられた。

**(2) 医療法人社団永寿会恩方病院**

入院中の患者からは、病院のスタッフとのコミュニケーションツールになるようなものがあつたらいいと思うという意見があつた。病院にパンフレットを置いているものの、患者はあまり見ていない実態があつた。

**(3) 特定非営利活動法人ヒューマンケアクラブストライド ストライドクラブ**

人とコミュニケーションをとることが大切、引きこもらないこと、仲間がいることが大切という話があつた。声をかけるのが専門家の仕事で、自分が助けてもらえるようになることや自分のことを説明できるようになることが必要と話すメンバーもいた。地域に、友達がいる場があることを伝えたほうがいい。パンフレットのデザインは、希望がもてるような雰囲気でもカジュアルな表現がよいのではないかと提案があつた。

ヒアリングの具体的な意見は、以下の通り。

○院内に社会資源の情報を置いてあるところはあるが、病棟にはなかったため、見に行かなかった。

○パンフレットの仕様について

- ・漢字にフリガナをふってほしい。
- ・社会資源という専門的な言葉、インフォームドコンセントのようなカタカナ語は使わない方がよい。
- ・パンフレットのサイズはA4くらいがよい。
- ・文章は簡潔で、文字の拾い読みができる工夫があるとよい。
- ・写真はイメージがしやすい。
- ・マンガみたいなものが、読みやすい。
- ・当事者のイラストを使ってほしい。
- ・読みたくなるようなタイトルをつけた方がよい。

- 「生きてりゃいいことある！」のようなカジュアルな表現や、「元気になって、外に出て・・・」  
「半分だけがんばればいい」といったフレーズがよいのではないか。
- 指先の感覚が鈍くなっているので、ページが開きやすい紙質のものがよい。
- グラフや表は理解するのが難しい。
- パンフレットを看護師から勧められると、とてもいいと思う。
- パンフレットを通して伝えたいメッセージ  
「今の生活は仮の宿」「外にはばたく」「自分の好きなことを選べる」「行きたい時に買い物に行ける」「入院を無駄にすごしちゃマズイよ」「退院して元気にやっています」「病気に負けないで」「地域で待ってるよ」「あきらめないで」「可能性があるよ」

#### (4) ヒアリングを通して見えてきた当事者のニーズ

- 看護師からもっと説明をしてほしいというニーズは強い。パンフレットが患者と看護師のコミュニケーションツールになることが求められている。
- パンフレットの仕様は、できるだけヒアリングの内容を反映させた方がよいと考えられる。
- 退院して嬉しかったことや伝えたいメッセージをパンフレットに盛り込むことで、情報を身近なものであることを伝えることができると考えられる。
- 入院中でも利用できるサービスについての情報を提供してほしいという意見があった。
- 退院後も専門職の関わりがあるということを知っていれば、安心につながると思われる。





- 看護師と患者のコミュニケーションツールになるものがよい。
- 看護師と一緒に使えるパンフレットがよいと思う。
- パンフレットをワークブックのように使用して、受持ち看護師が患者と一緒に書きこむことができると、主治医に見せる機会になるのでよいと思われる。
- 関係者の連絡先など記入できるといいと思う。
- 質問形式で、絵を入れてあるもの。看護が書き込むところと本人が書き込むところがあるとよい。
- 一緒に考えたり調べたりしながら、答えを見つけていくプロセスが大切である。パンフレットに掲載できる情報量は少なくても、退院後の地域生活について考えるきっかけづくりとして活用したり、読み直して元気が出るようなものがよい。
- 表紙等に退院した人のメッセージを載せたい。

#### 4) 活用方法

##### (1) 受持ち看護師・看護管理者

本事業にて検討・作成したパンフレットのコンセプトは、『精神科病院に入院中の患者が、地域移行・社会復帰への意識および自己実現への可能性を高めるプロセスを、関係する全ての人と共に検討することに寄与する』ことである。そのため、アウトカムの設定は、「患者家族および病院職員が、退院のイメージを具現化することができる身近で有効なツールとして活用されること」とした。それにともない既存の障害福祉サービスの紹介のみならず、長期入院を経て地域移行を果たした当事者や、現在入院中の患者の声やありのままの姿を可能な限り反映させている。

これまで、障害保健医療福祉分野における普及啓発に関しては、さまざまな関係団体および制度等に関連した有効なツール(パンフレット等)が存在している。しかし、その多くはインフォメーション・紹介のみ、あるいは施設等に取り置き用資料として置かれているにとどまり、アンメットニーズとなっていることが課題となっている。

本パンフレットでは、地域移行へと導くヒントとなる内容を写真やインタビューなどを通して具体的な紹介をした。パンフレットを活用し、患者と病院職員が共に考えることで、退院への意欲の向上や生活のイメージの具体化などの効果が期待できると考えられる。しかし、課題となるのはプロモーションである。どんなに有効な薬であっても服用されなければ効果は全く期待できないように、このパンフレットを活用し、必要な人の手元に届けるための工夫が必要になる。病院管理および看護管理に携わる方には、医療機関としての社会的使命として、ぜひこの課題を共有し、必要な人へ届く・届ける仕組みや活用方法を検討していただきたいと思う。それを、パンフレットの制作にご協力いただいた当事者や入院患者も期待している。その方法の1つの例として、入院生活技能訓練の場やクリニカルパスの中でのパンフレットの活用や、職員教育や家族支援への利用などがある(表3~5)。

本パンフレットは、「患者と一緒に考えて使う」というコンセプトで制作をした。この特性を理解し、有効活用へ向けた仕組み作りを行うことによって、本パンフレットの効果が最大限に発揮されることを委員一同期待している。また、併せて、精神科に入院中の患者の地域移行に主として携わる職員にも、パンフレットを利用して担当患者と一緒に考えるプロセスを経て、その夢や希望の実現を手助けしていただけることも期待している。

(佐々木 貴範：医療法人社団永寿会恩方病院)

表3 配布方法の例

- 入院時に患者本人や家族に配布する。
- ナースステーションやデイルーム、面会室など、人が集まる場所に置いておく。
- 長期入院などのため退院後の生活のイメージ作りを始める時に配布する。
- クリニカルパスにパンフレットの活用を位置付ける。

表4 受け持ち患者を中心としたパンフレットの活用例

- ①「あなたを応援する病院のスタッフ」のページに担当者の名前を記入する。
- ②「インタビュー」のページ（P2～P4）を見ながら、地域での生活のイメージ作りをする。
- ③「どんなサービスや制度があるの？」のページ（P6～P13）で、自分の気持ちにチェックをつける。  
チェックがついた場合は、利用できるサービスや制度があるので、その内容を紹介する。
- ④「自分のことを考えよう」のページ（P15～P17）で、さらに具体化する。  
患者や家族の希望を聞きながら、一緒に記入し、社会資源の活用を一緒に考える。
- ⑤具体的な施設名や担当者の名前等をP17に記入する。

\*文中のページは、パンフレットのページ

表5 その他の活用例

- 入院生活技能訓練など、グループ活動の場での使用
- 家族支援への利用
- 社会資源への理解を深める職員教育への活用など

## （2）医師、コメディカル

「ひとりでできないことはみんなでする」－患者を中心にした支援体制づくり－

精神科医療の現場では今は、「なんでも1人でできるようになってから」退院するわけではない。病状がそれなりに安定していても何らかの症状が残っていたり、生活する上での困難を抱えていたりする人が、さまざまな支援を受けながら地域で生活している。つまり、地域で生活を営むことそのものが、リハビリテーションのプロセスになっている。

就労支援や地域活動支援などの日中の活動場所や、生活上の相談ができる場所、ホームヘルプや訪問看護といった訪問サービス、グループホームなど、精神障がい者が地域生活を営むことを支援するための社会資源は、まだとても充分とは言えないが、整備されつつある。

生活上の困難が多いほど、より多くの支援が必要になる。いろいろな関係機関がそれぞれの「できること」を最大限に活かして、適切なサービスを提供するためには、①関係機関が支援を必要としている当事者の状況を理解し、そのニーズをしっかりと把握すること、②当事者、家族、支援者が「目標達成」のための「ケアプラン」を共有した上で役割分担をすること、の2点が重要になる。

長期入院を余儀なくされていた患者は、具体的な生活の「希望」がなかなか出てこない場合が少なくない。

- ①退院した時に、どこでどんな生活をしたいのか。
- ②そのときに自分が「楽しい」「やってみたい」ことは何か。

③誰とどのような対人関係をもちたいのか。

④その生活のために必要なものは何か。など

一緒にこれらの「生活」のイメージを膨らませながら話していくことで、徐々に目標が現実になり、どのような支援が必要であるかが明確になってくる。

患者自身の課題設定としては、「地域で生活が続けることができる」ことを当面のゴール設定にすることが望ましいと思われる。

一人暮らしを「続ける」ために必要な条件は、以下のとおりである。

<病状健康管理面>

- 通院と病状の自己管理
- 服薬の自己管理
- 身体健康の自己管理

<生活活動面>

- 金銭と貴重品の自己管理
- 食生活の自己管理
- 住まいの自己管理
- 生活時間の自己管理
- 相談する力

患者が、その人らしく地域で生活できることをめざして、多職種が生活支援を行なう。このパンフレットが、精神障がい者の地域生活移行・地域生活定着に向けた支援の参考になれば幸いである。

(小澤 壽江：東京都立多摩総合精神保健福祉センター)

### (3) 家族

家族にとって、患者の体調がよくなり退院可能な状態となることは喜ばしいことである。それと同時に、患者が地域での生活に戻ることにについては慎重にならざるを得ない。なぜなら、精神症状が悪化し、家族だけではどうにも手に負えなくなってやっと入院したという方々は少なくないからである。その場合、家族は入院する前の病状が悪い時のことを忘れることが、なかなかできない。多くの家族が、「家に戻ってきたら、また具合が悪くなるのではないか。あんな大変な体験は、もう二度としたくない」「あんな状態になるのなら、家族だけでは支えきれない」という思いを抱えている。

このパンフレットは、患者だけではなく家族が利用することで、患者が地域に戻って生活することを具体的に想像するための機会になると思う。家族会などに積極的に参加している家族以外は、地域における精神保健福祉に関する情報をあまり持っていない。そのため、家族がすべてを引き受けなくてはならないと思っていることがある。しかし、本当はその必要はない。現在、地域にはさまざまな公的な支援制度があり、利用できるサービスがある。それを知ること、退院を受け入れるにあたっての精神的負担を減らすことになり、患者が退院しやすくなる状況を作ることができると考えられる。

退院した後は、地域活動支援センター、就労継続支援B型や作業所など、日中に通うことができる場や作業や相談をすることができる施設があるので、家族が自宅ですべてを引き受ける必要はない。患者は、通所先で専門の職員の支援を受けることができるし、また、複数の支援施設を併用することもできる。もし、自宅に退院することが難しい場合は、グループホームに入所することによって自立した生活に向けた

訓練を受けることもできる。経済面についても、障害者手帳の取得によってさまざまなメリットがあり、また、生活保護を受給することなども考えることができる。このように、家族にとって気にかかる暮らしの全般について、このパンフレットには掲載されている。

このパンフレットには、「自分のことを考えよう」という患者が自分で記入する部分がある。自分がしたいこと、困っていることなど、普段は家族に話していないようなことを、パンフレットに書くことで家族に知らせることもできる。それによって、患者の気持ちを的確に把握することができ、患者と家族とのコミュニケーションにも、とても有効である。

(寺沼 古都：特定非営利活動法人ヒューマンケアクラブストライド ストライドクラブ)

#### (4) 地域移行推進員・地域の社会資源のスタッフ

私は現在、地域移行推進員としていくつかの病院に出向いている。そこには、入院期間が30年を過ぎている患者もいる。社会生活の体験が少ない方は、「退院」という言葉を聞かされるだけでも不快感を示すこともあるが、心のどこかで今の入院生活から抜け出したい気持ちはあると思う。

「働かないと退院できない」と思いこんでいたAさんには、いろいろな社会資源を使いながら地域で暮らせることを伝えたが、長年そう思い込んできた考えを修正するには長い時間がかかった。長年にわたって入院を続けてきた方にとっては、「地域で暮らす」というイメージがわからないのは当たり前なのである。

私たち地域移行推進員や地域の社会資源で働くスタッフにとっても、病院で出会った患者がどのような力をどれくらいもっているかが見えにくいいため、その人が地域で暮らすイメージをもつことはなかなかできない。

そのような患者の家族は高齢の方が多く、これまで何とか外泊だけは受け入れてきたものの、退院となると引き受けられないままに、何十年も経過してしまったという声を聞くことも少なくない。そのため、「退院」の話がでたときには「息子を放り出すのか」と怒りをぶつけられる方もいた。家族としては、「親の責任で見えていかななくてはならない」と思う反面、急に退院という現実を突きつけられることによって当惑するのも無理はない。

このパンフレットは、長期にわたって入院を続けてきた後に退院し、今は地域で生き生きと暮らしている当事者の方から、今も長期入院中の仲間とその家族、そして病院、地域のスタッフへのメッセージである。

地域移行推進員や地域のスタッフは、このパンフレットを持って病院に入り、パンフレットの中の写真を一緒に見ながら、入院中の患者や病院スタッフのみなさんとイメージを分かち合いながら、何から始めればよいのか一緒に考えてほしい。

地域での生活のイメージがわいてきたら、「何ができそうか」について患者と話し合ったうえで、まず見学と一緒にいくことから始めるとよいだろう。

地域移行推進員や地域スタッフは、パンフレットの17ページの「教えてもらった施設や制度」の欄に自分の名前を書いて、支援対象の患者に渡してほしい。そして、このパンフレットを使って、患者が退院するまでにたくさんの支援者がかかわり、さまざまな支援を行なっていただくことをことを期待する。

(宮本 めぐみ：社会福祉法人めぐはうす 地域生活支援センターMOTA)

### Ⅲ. 資料

#### パンフレットデザイン


##### 1) 表紙

みんなで考える  
これからの生活ナビ!

# 知しっていますか？

困こった時ときに役やく立たつ  
福ふ祉しサさーさビびスすや制せい度ど

精神科病院を退院した人からのメッセージ




- インタビュー………P.2
- お金………P.12
- 日々の活動………P.6
- いろいろな支援………P.13
- 食事・家事………P.9
- 自分のことを考えよう………P.15
- 住まい………P.10
- お役立ち情報………P.17

## 2)

### あなたを応援する病院のスタッフ

病院のスタッフは、チームになってあなたを応援します。このパンフレットを見ながら一緒にこれからの生活を考えましょう。それぞれの得意な分野を紹介します。

 \*担当者のお名前やメッセージのご記入をお願いします。

医師：病気や治療のこと

-----

看護師：病気との付き合い方、生活のこと

-----

ケースワーカー：サービスや制度のこと

-----

作業療法士：リハビリテーションのこと

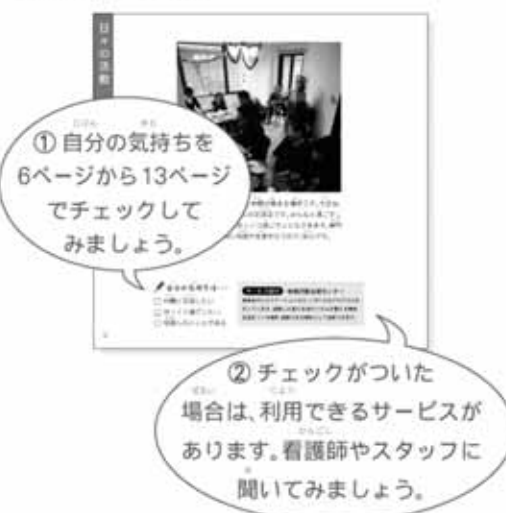
-----

心理士：心理カウンセリングのこと

-----

### 使い方

このパンフレットには、チェックをしたり、書きこみをしたりできるページがあります。看護師や医師、ケースワーカーなどの病院のスタッフと一緒にチェックや書きこみをしてみましょう。みんなで力を合わせて、これからの生活のヒントを探しましょう。



さらに、自分のことを考えるページ(15ページ)で、看護師やスタッフと一緒に具体的に考えてみましょう。

3)

ご入院されている方へ

あなたは入院する前、どんな気持ちで毎日すごしていましたか。

不安や孤独を感じることはありませんでしたか？

一人で頑張りが過ぎていませんか？

退院した後は、何でも一人でやらないといけないと思っていませんか？

実は、あなたの生活を応援するサービスや制度は、たくさんあります。

一人で頑張らなくていいのです。自分のできる分だけ、頑張ればいいのです。

これから、あなたより先に退院された方が、どんな工夫をして自分らしい生活をしているのか、いくつかご紹介します。仕事や家事をすることが難しくても、生活をすすめるコツがあります。支援を受けることは、安定した生活を続ける方法の一つです。

このパンフレットを見ながら、一緒に、これからの生活をイメージしましょう。

一人で決めようとせず、看護師や医師、ケースワーカーなどの病院のスタッフに聞いてみましょう。自分らしい生活をするための「手助け」が見つかるかもしれません。みんな、あなたを応援しています。

ちょっとだけ先に退院した あなたを応援している仲間より



## インタビュー① 自分のペースで暮らせることがいいよ



### くらさん

(60歳代・統合失調症)

20歳前後に病気になり、30年以上も入院をしていました。入院中から退院に向けて、準備をしました。

退院した後は、作業所の喫茶店で、パンを焼いたり、コーヒーを作ったりしていました。もう、年だから、作業所は退職しました。今は、地域活動支援センターに行って仲間と話したり、ギターを弾いたり。みんなと一緒にだと、楽しいね。退院してからは、大好きなギターを習うことができました。近所の100円ショップでの買い物も楽しいよ。

### 📖 利用しているサービスや制度

- 活動：地域活動支援センターでゆっくり過ごします。
- 住まい：一人暮らしをしています。
- 家事：配食サービスを利用しています。
- お金：障害年金を受けています。



### 🕒 くらさんのある1日

- 6:00 起床・朝食。
- 9:00 病院で診察。健康管理は大切だね。
- 12:00 喫茶店で昼食。
- 13:00 地域活動支援センターでみんなと一緒に過ごしています。
- 15:00 買い物に行ったり、お風呂の掃除をしたり、自由に過ごしています。
- 16:00 夕食は配食サービスを利用しています。
- 22:00 テレビを見て、寝ます。



退院した後も毎月1回の診察を受けています。心身ともに元気であることが大切だね。



### くらのさんの家計簿

～毎月14万円でやりくり～

収入:年金 80,000円  
 保険や家族からの仕送り 60,000円  
 支出:食費 45,000円  
 家賃 45,000円  
 光熱費 20,000円  
 サービス利用料と医療費は公的な制度により無料  
 お小遣い 30,000円



今日は、前に働いていた喫茶店で、昼食。  
 自分の好きなお店で好きなメニューを選ぶことが  
 とってもいいよ。

## インタビュー② 自分に合った働き方を



よしこさん

(50歳代・統合失調症)



Sさん

(30歳代・通院中)

作業所で、手作りの手芸品や革細工などを販売する仕事をしています。少しずつ慣れて、自分に合った働き方を探してみるといいですよ。

Q 仕事は、どれくらいのペースですか?

Sさん 週に2回のペースです。

よしこさん 私も週に2回のペースです。

Q 仕事のやりがいは、どんなところ?

よしこさん 自分たちで、どんな商品を仕入れるか考えます。商品が売れると嬉しいですわ。

Sさん 常連になるお客様もいます。お客様のことを考えながら接客することもやりがいです。



## インタビュー③ サービスや制度の活用で、一人で孤独にならない



たにさん

(40歳代・統合失調症)

過去に何度も入院と退院を繰り返していました。退院して間もなく2年になります。支援を受けながらの一人暮らしです。

退院してからは、食事のことが一番大変だったよ。1日3回もあるからね。僕は配食サービスを利用しているから助かっています。それに、サービスや制度を利用するといろんな人と知り合うことができるんだよ。だから一人で孤独にならないよ。最近は、作業所で仕事を始めました。頑張って、仕事を続けていきたいと思っています。



訪問看護は、看護師が自宅に伺います。体のことや薬のことなどアドバイスを受けることができます。

### 📖 利用しているサービスや制度

- 活動：最近、作業所に通って仕事を始めました。仕事がない日は、テレビを見えています。
- 住まい：アパートで一人暮らし。
- 家事：配食サービスを利用しています。
- お金：生活保護を受けています。
- 医療：糖尿病があるので、訪問看護を利用しています。

### 🕒 たにさんのある1日

6:00 起床	12:00 帰宅
7:40 入浴	12:30 昼食・テレビを楽しむ
8:10 朝食	17:00 お弁当 配食サービス
9:30 作業所	21:00 就寝



配食サービスでは、食事を家に配達してくれます。


7)

どんなサービスや制度があるの？





地域活動支援センターは、仲間が集まる場所です。今日は、みんなで食事をしながらの交流会です。みんなと過ごすことが苦手でも、一人でゆっくり過ごすこともできます。専門のスタッフが、困った時に相談や支援を行うので、安心です。

 自分の気持ちは…


- 仲間と交流したい
- ゆっくり過ごしたい
- 相談したいことがある

**サービス紹介** 地域活動支援センター

食事会やレクリエーションなど、いろいろなプログラムを行っています。退院した後に生活のリズムを整える場所、友達をつくる場所、相談できる場所として活用できます。



支援を受けながら仕事ができる場所がありますよ。作業所や授産施設にはスタッフがいるので、仕事をするのが初めての人も安心。今日は、喫茶店でおいしい紅茶を入れる練習をしています。

 自分の気持ちは…

- 無理をしないで働きたい
- 支援を受けながら仕事をしたい
- 就職にむけて練習をしたい

**サービス紹介** 作業所、授産施設


作業所や授産施設は、スタッフの支援を受けながら働くことができる施設です。仕事の内容も様々で、ゆっくり仕事ができる場所もあれば、たくさんの仕事を行うところもあります。

## 日々の活動

## いろいろな働き方



仕事に少しずつ慣れてきたら、ステップアップ。週に2～3回という働き方や、3～6時間だけ働くという方法もあります。自分に合った働き方を探してみるといいですね。


 自分の気持ちは…

- 就職活動の支援を受けたい
- 自分にあった仕事を知りたい
- 本格的に働きたい

**サービス紹介** 障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業、ハローワーク

障害者就業・生活支援センターは、仕事やそれを支える生活についての相談を受け付けています。本格的な仕事をすることを目指している人は、就労移行支援事業を活用するといでしょう。また、ハローワークでは、企業の求人情報を見ることができます。



今日は、ラーメンに入れる野菜を買いに来ました。スーパーやコンビニを利用して、自分の好きなものを買うのは、楽しいよ。でも、食事は、1日3回、これが意外と大変。そんな時は一人で頑張らない。食事や家事を手伝ってもらおう。

### ★アドバイス

- 先輩に美味しいお店を教えてください
- 昼食が出る施設を利用する
- お弁当を買いに行ったり、外食をする
- 夕食会を行っている施設を探す

### サービス紹介

#### ・ホームヘルプサービス

調理・洗濯・片付け・買い物などを一緒に手伝ってくれるサービスがあります。また、入浴や通院の付き添いなども行っています。


#### ・配食サービス

食事を配達するサービスです。食事会を行っているところもあります。





・共同生活を行うグループホーム  
一人暮らしをしたいけど、ちょっと心配。そんな人には、身の回りのことをお手伝いしてくれる世話人がいるグループホームがピッタリです。見学やお試し利用をして自分にあった暮らし方を考えてみましょう。(→13ページ)

 自分の気持ちは・・・

- 一人で生活することが心配
- 家事が全然できない
- 住まいの確保が難しい

**サービス紹介** グループホーム、ケアホーム、援護寮  
食堂、お風呂場、洗面所をみんなで使う共同生活のような施設もあれば、一人暮らしに近い施設もあります。気になる費用(家賃や利用料)は1万円～5万円のところが多いです。




・アパートでの一人暮らし  
一人暮らしは、なんでも自分でやらないといけないと思  
ていませんか？家事ができなくても、一人で頑張らないで。  
ホームヘルプサービスがあります（→9ページ）。病気や薬  
のことなど健康管理をお手伝いする訪問看護もあります。

#### ★ アドバイス 『一人暮らし』

- 賃貸アパート、公団の賃貸住宅、市営住宅などがあるよ
- 家事や食事の支援を活用しよう
- 相談できる人を見つけよう

#### ★ アドバイス 『家族と一緒に暮らす』

- 自分と家族のペースをうまく合わせよう
- 自分の希望を家族に伝えて話し合おう
- 看護師や病院のスタッフに相談しよう

 自分の気持ちは…

- お金が心配  
 毎月のやりくりが苦手

毎月の生活費を考える上で、お金は、欠かせないですね。経済的な支援には、年金や医療費の助成、生活保護などの制度があります。

★ アドバイス

- 入院している間も手続きができます。
- 看護師やケースワーカーに聞いてみよう。

障害年金

病気やケガが原因で障害が残ってしまった時に受給できます。

自立支援医療

外来・薬局・デイケア・訪問看護などの医療費を補助する制度です。

生活保護

病気やケガで働けなくなったり、働いても収入が少なかったりなど、生活に困っている人に対して、生活の保障をする制度です。

障害者手帳


一定の障害があることを証明するものです。様々な支援が受けられるので、自立した生活や社会に参加するための手助けとなります。

日常生活自立支援事業（地域福祉権利擁護）

福祉サービスの利用の手続き、公共料金や家賃の支払いなどのお金の管理、通帳や大事な書類の預かりなどのお手伝いをしてくれます。相談や、支援計画の作成などは無料です。

地域移行支度経費支援事業

精神科病院を退院して、一人暮らしを始める人、グループホーム、ケアホーム、福祉ホームに入所する人に生活用品を買うための費用（3万円以内）を支給する制度です。

 自分の気持ちは…

- もっと知りたい  
 ほかに何があるの

ここでは、そのほかに役立つサービスや制度を紹介します。

**訪問看護**

心身の健康や薬のこと、病気との付き合い方など、看護師が訪問してアドバイスをします。

**デイケア**

病院やクリニックで行っています。病状が不安定な時やこれからの生活を安定させたい時に活用できます。

**外来OT**

リハビリテーションの1つで、病気の回復をうながします。病院やクリニックに通院して行います。作業療法士が支援します。

**精神障害者地域移行・地域定着支援事業**

退院のお手伝いを専門に行う地域移行推進員が病院に来て、いろいろな相談にのってくれます。

**グループホーム・ケアホームの体験入居**

グループホームやケアホームの利用を考えている人は、入院中に体験的に入居することができます。50日以内(連続30日まで)の体験入所ができます。

**相談支援事業**

福祉サービスを利用したいときや日常生活の困り事などを相談することができます。市町村に窓口があります。

**ショートステイ**

ご家族が介護を行うことができない場合に、原則として7日間利用することができます。


16)


じぶん かんが  
自分のことを考えよう




### あなたのことを教えてください

これからの生活のことは、あなたを担当している看護師やケースワーカーと一緒に考えてみましょう。あなたがやりたいこと、困っていることを言葉で書いてみましょう。

 やりたいことは？

 困っていることは？

 ご家族の思いや考えは？

### みんなで考えよう！

ご家族や看護師と一緒にこれからの生活で心配なことをチェックしてみましょう。  
あなたの手助けになるサービスや制度があるかもしれません。

出かける場所がない

みんなときは…

- デイケア
- 外来OT
- 地域活動支援センター
- 就労移行支援事業所
- 就労継続支援事業所(A型・B型)
- 授産施設
- 作業所
- その他( )

暮らしやすい場所がない

みんなときは…

- グループホーム
- ケアホーム
- 支援寮
- その他( )

手伝ってくれる人がいない

みんなときは…

- ホームヘルプサービス
- 家族や友人など身近な人
- その他( )

お金がない

みんなときは…

- 障害年金
- 自立支援医療
- 生活保護
- 障害者手帳
- 日常生活自立支援事業
- その他( )

相談できる人がいない

みんなときは…

- 施設の職員( )
- 家族や友人など身近な人
- その他( )

他に心配なことがある

## 自分にあったサービスや制度を探そう

### ◎まずは、聞いてみよう！

病院では、医療相談室や地域連携室などの相談窓口があります。この相談窓口で、福祉サービスや制度の情報を教えてもらうことができます。病院の相談窓口が分からない人は、看護師に聞いて下さいね。

### ✎ 教えてもらった施設や制度

施設名	担当者の名前	電話番号

### ◎利用してみたいサービスや施設がみつかりました

サービスや施設の利用には、多くの場合、申し込みや登録が必要になります。入院中から利用できるサービスや制度もあります。利用してみたいと思ったら、病院のスタッフに伝えてみましょう。

### ◎退院した後の住まいが病院から離れたところにある場合は？

お住まいの地域によって、利用できるサービスや制度に、違いがあります。退院した後にお住まいになる地域の情報を知りたいときは、看護師やケースワーカーに相談して下さい。一緒に、いろいろな情報を調べましょう。また、退院した後にお住まいの市役所や役場の福祉課に聞くのも1つの方法です。

### お役立ち情報

◎相談窓口 サービスや制度は、他にもたくさんあります。知りたいと思ったら、聞いて下さいね。

#### 病院で相談する場合：

病棟の看護師・精神保健福祉士・医師などのスタッフ  
医療相談室・地域連携室などの相談窓口

#### 病院以外で相談できる場所：

市役所や役場の福祉課  
地域活動支援センターなど

### ◎最新情報 サービスや制度は、変更されることがあります。

最新の情報は、お住まいの市役所や役場の福祉課などに聞いてみましょう。



## 20) ウラ表紙



あなたを応援するために精神科病院を退院した人と一緒に考えて作成しました。

取材協力(順不同)

社会福祉法人めぐはうす 地域生活支援センターMOTA

特定非営利活動法人ヒューマンケアクラブストライド ストライドクラブ

撮影協力 社団法人やどかりの里

撮影 大西輔夫 デザイン 高石巧

制作 特例社団法人日本精神科看護技術協会

＊文中のサービスの名称は、一部通称を使用しています。また、2011年1月時点のサービスを掲載しています。

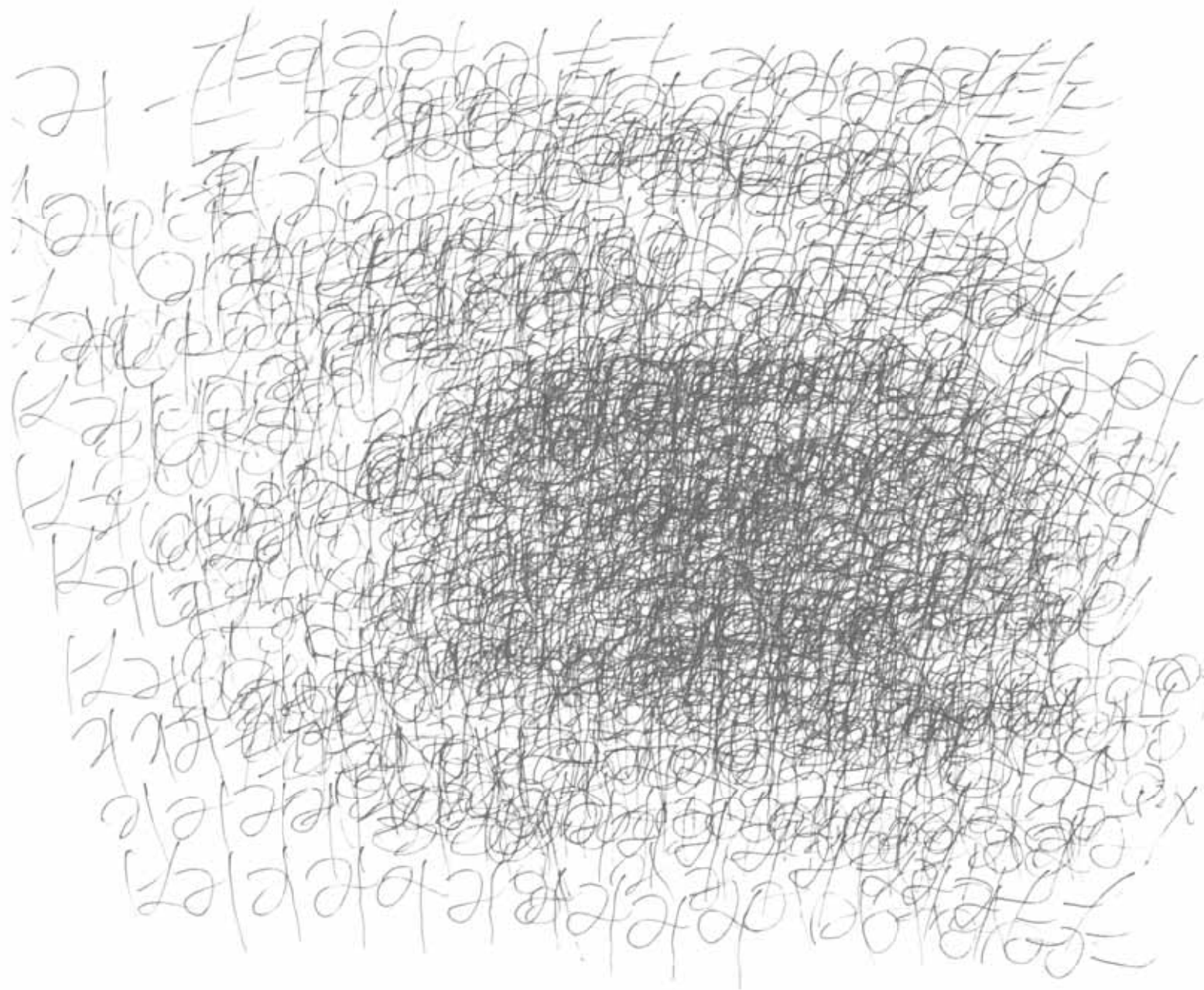
＊写真は、ご本人の同意を得て掲載しています。

厚生労働省平成22年度障害者総合福祉推進事業

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

2011年3月発行





## 第4章

---

## I. 地域連携促進のための多職種セミナー — 知って得する！！地域移行のための安心生活支援 —

精神障がい者の退院調整や地域生活支援において、さまざまな課題を個々に解決するためには、専門的な知識と技術をもった多職種による包括的なチームアプローチが必要である。各専門職がもつ専門的な視点で、対象を多面的にとらえることが有効であり、さまざまな決定が共有され個々の役割が明確になり、多職種での協働が実現する。

地域連携を担当している精神科病院の多くの職員や地域の障害福祉サービス事業者は、地域移行支援や生活支援に多くの課題をかかえながら取り組んでいる。精神科病院の職員と地域の障害福祉サービス事業者の職員がお互いの役割や専門性を学び共通理解を図ることで、当事者に適切な支援が提供され、安心して地域で生活できることを目指すために、本セミナーを企画した。

多職種や地域の障害福祉サービス事業者が共通に使用できるプログラムと教材については、平成 21 年度障害者保健福祉推進事業の障害者自立支援調査研究プロジェクト「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・機関等の構築や人材の育成等に関する調査研究事業」より、「地域移行・定着支援のための部門・委員会等に従事する職員等の人材育成プログラムの開発」のプログラムを参考に検討をした。

表 1. 平成 21 年度プログラム 定員 1 会場 50 名 \* 1 施設から 2 職種以上の複数名の参加条件

	10:00	10:15	10:45~12:00	12:45~	14:30~	15:40~16:40
1日	オリエン	事業目的	【講義Ⅰ】 —行政— 精神障がい者の地域移行における多職種連携	【講義Ⅱ】 リハビリと精神科リハビリテーション	【講義Ⅲ】 地域移行と連携・ネットワーク構築に向けて	【講義と演習】 自己のストレングス
	9:30~				14:00~	
2日	【演習】—病院から多職種協力での地域移行— 事例検討（グループワーク）				発表 まとめ	
	事例提供者：1名 ファシリテーター統括：1名 ファシリテーター：7名				【講義Ⅳ】 地域サービスの現状	
	9:30~				15:30~	
					16:30~	
3日	実務研修(施設見学・多職種連携の実際)					終了

セミナーの参加募集に際しては、表 1. の平成 21 年度開催のプログラムと同様に精神科病院からは、同一施設の複数の職種を参加要件とした。地域の障害福祉サービス事業者からの参加を積極的に図り、演習（グループワーク）において、施設と地域での模擬ケア会議ができるように配慮した。1つの施設から複数名のスタッフが受講することで、学習したことが、多職種で共有でき、修了後の効果がでやすいことが予想されることより、同一施設より 2 職種以上(複数名)での参加を条件として以下のように実施した。

- 岡山県会場 平成 22 年 12 月 25 日(土)~26 日(日) 会場：岡山国際交流センター 参加者：57 名
- 愛知県会場 平成 23 年 1 月 9 日(日)~10 日(月) 会場：名古屋国際会議場 参加者：55 名
- 新潟県会場 平成 23 年 1 月 22 日(土)~23 日(日) 会場：新潟ユニゾンプラザ 参加者：45 名

表2. 平成22年度プログラム

定員1会場50名 \*精神科病院からの参加者は、1施設から2職種以上の複数名の参加条件

第1日	9:15~	9:50 10:35	10:45 12:15	13:15 14:15	14:25 15:25	15:35 16:45
	9:15~ 受付  9:35~ オリエン 挨拶	【講義】 (45分) 地域連携促 進のための 多職種連携	【講義】(90分) リハビリと精神科 リハビリテーション	【講義】(60分) 地域移行と連 携・ネットワー クの構築に向けて	【講義】(60分) 地域生活支援 サービスの仕組 み	【講義】 【演習】(60分) 自己のストレ ングスを見つめ る
第2日	9:30				15:30	16:30
	【演習】事例検討 —地域連携のためのケア会議—(グループワーク)				ま と め	【講義】 地域サービスの実践

<p><b>平成22年度障害者総合福祉推進事業</b> 「地域連携促進のための多職種セミナー —知って得する!! 地域移行のための安心生活支援—」 ＜プログラム＞</p>	
<p><b>第1日目</b> 9:35 <b>オリエンテーション</b> 9:50 <b>【講義】地域連携促進のための多職種連携</b> ~10:35 10:45 <b>【講義】リハビリと精神科リハビリテーション</b> ~12:15 13:15 <b>【講義】地域移行と連携・ネットワークの構築に向けて</b> ~14:15 14:25 <b>【講義】地域生活支援サービスの仕組み</b> ~15:25 15:35 <b>【演習】自己のストレングスを見つめる</b> ~16:45</p>	<p><b>第2日目</b> 9:30~ <b>【演習】事例検討(グループワーク) 発表 まとめ</b> 15:30 <b>【講義】地域サービスの実践</b> ~16:30</p>

初日のプログラムは、まず、精神障害にかかる施策等の知識の共有を図る目的で、「地域連携促進のための多職種連携」とのテーマで行政担当者に講師を依頼した。また、精神保健医療福祉の動向だけでなく、多職種連携に関する課題や問題等も含めての講義とした。

次に、医療モデルから利用者中心モデルへと視点の転換を促す内容が必要であることから、「リハビリと精神科リハビリテーション」とのテーマで、各職種に共通の知識や概念として、「リハビリ」「リハビリテーション」「エンパワーメント」「ストレングス」を重要なキーワードとして、①リハビリの理念と概念 ②リハビリをめざしたリハビリテーション ③薬物療法等についての内容を盛り込んだ講義とした。

続いて、多職種チームの機能、役割、活動の実践を通して、病院から地域に向けて、地域移行から定着までをイメージできることを目的として、「地域移行と連携・ネットワークの構築に向けて」をテーマに事例の紹介や連携のキーワードに関する講義とした。

平成 21 年度のセミナーの評価より、病院にとってどの時期から地域にかかわってもらうかは、重要な要素であるが、早い時期に地域に介入して退院をすすめていくモデルを示すことが有効なことより、実践の事例も含めて「地域生活支援サービスの仕組み」をテーマにした講義とした。

初日の最後の時間では、「自己のストレンクスをみつめる」のテーマで、各職種に共通の知識や概念として「ストレンクス」についての講義と演習を行った。演習では、自分の「弱点」や「嫌なことを」リフレーミングして自分のストレンクスとしてとらえ直し、その結果を翌日の演習(グループワーク)のメンバーに自己紹介を兼ねて行うことで、翌日の演習のウォーミングアップと位置づけて行った。

2 日目は、【演習】として事例をもとに、地域の障害福祉サービス事業者も含め、多職種での模擬ケア会議を行い、各職種や地域からの視点をケアプラン表の作成を通して体験できる機会とした。地域を含めた多職種でのディスカッションを通して、他職種の視点や専門性等、学ぶことが多いと非常に好評であった。

#### 【グループワークのタイムスケジュール】

9:30~10:00	事例の紹介及び質疑応答
10:00~11:30	役割決定後グループで課題検討
11:30~13:45	休憩—60分—カンファレンスシートとケアプランの発表に向けたまとめ
13:45~14:45	発表(OHC) 発表 7~8分(質疑応答 7~8分) 7グループ
14:45~15:15	全体討議とまとめ

2 日目の最終の講義として、「地域サービスの現状」とのテーマで開催地の障害福祉サービス事業者に講師を依頼し、地域でのサービスの実際についての講義を行い終了とした。

## II. セミナーに関するアンケート調査

### 1. アンケート調査の概要

今回のアンケート調査の対象は、セミナーに参加した受講生 157 名(岡山会場 57 名・愛知会場 55 名・新潟会場 45 名)に、アンケート用紙を配布して回収した。回収は、120 名(岡山会場 39 名・愛知会場 45 名・新潟会場 36 名)で回収率は、76.4%であった。

#### ■施設の都道府県

合計	山形県	新潟県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	京都府	兵庫県	福井県
120	3	31	9	1	22	5	1	5	2
100%	2.5%	25.8%	7.5%	0.8%	18.3%	4.2%	0.8%	4.2%	1.7%

岡山県	広島県	香川県	愛媛県	高知県	福岡県	佐賀県	沖縄県	無回答
24	4	1	2	1	1	1	3	4
20%	3.3%	0.8%	1.7%	0.8%	0.8%	0.8%	2.5%	3.3%

■年齢

合計	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳以上	無回答
120	28	41	26	16	2	7
100%	23.3%	34.2%	21.7%	13.3%	1.7%	5.8%

■性別

合計	男性	女性	無回答
120	41	76	3
100%	34.2%	63.3%	2.5%

■資格

合計	医師	看護師 准看護師	精神保健 福祉士	作業療法士	臨床心理士	薬剤師	その他	無回答
120	1	56	37	16	2	1	3	4
100%	0.8%	46.7%	30.8%	13.3%	1.7%	0.8%	2.5%	3.3%

2. セミナーの受講について

1) セミナー情報の入手経路

N = 121 (%)

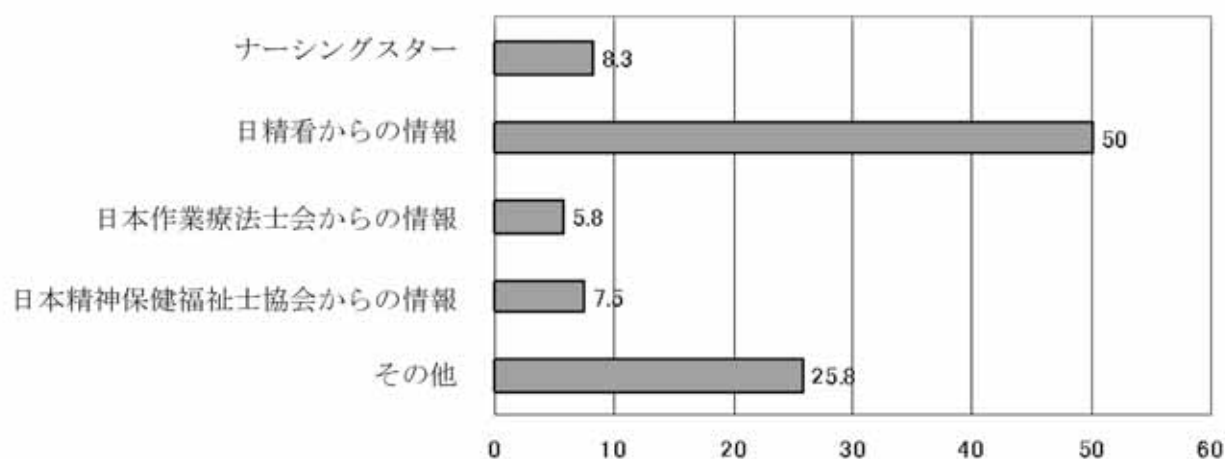


図1 セミナー情報の入手経路

セミナー情報の入手経路についてみると、「日精看からの情報」の割合が50%で最も高く、「日本精神保健福祉士協会からの情報」が7.5%、「日本作業療法士協会からの情報」が5.8%である。また、「その他」が25.8%であり、その内容をみると、「上司から」「友人に誘われて」等があげられている。

2) セミナー受講のきっかけ

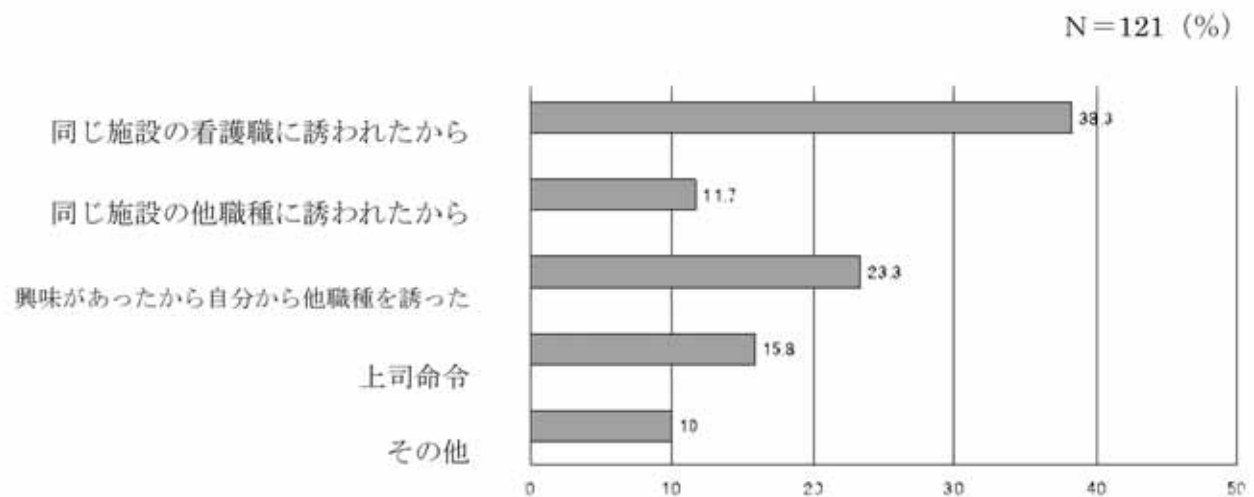


図2 セミナー受講のきっかけ

セミナー受講のきっかけについてみると、「同じ施設の看護職に誘われたから」方の割合が38.3%で最も高く、「興味があったから自分から他職種を誘った」が23.3%、「上司命令」が15.8%、「同じ施設のお他職種に誘われたから」が11.7%で続いている。

また、誘われた他職種（看護師を除く）の内訳をみると、「精神保健福祉士」の割合が50%で最も高く、「作業療法士」が21.4%、「その他の職種」が7%である。

3) 「事例検討」に対する評価

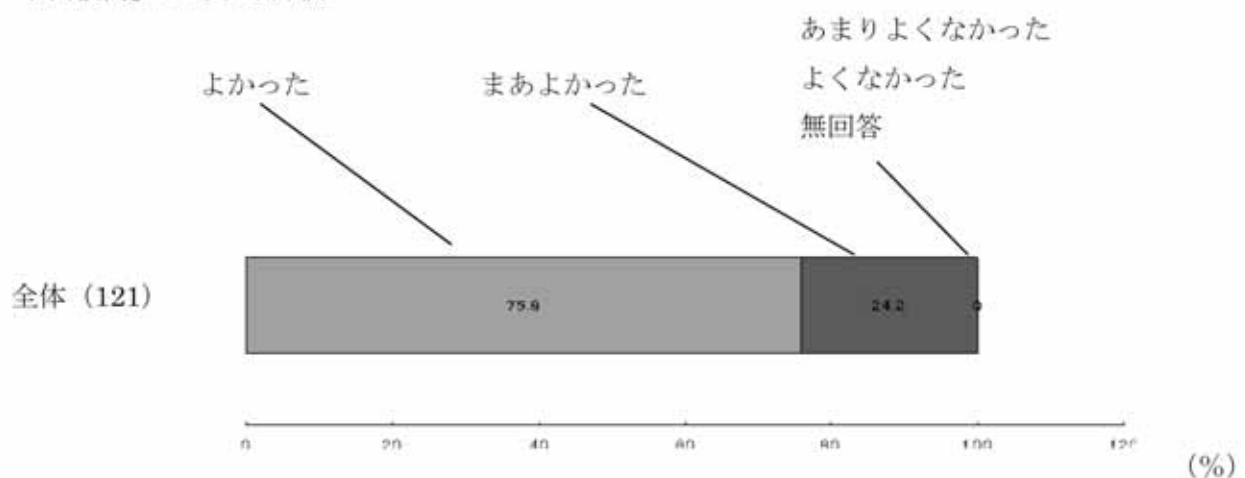


図3 事例検討

プログラム「事例検討」に対する評価についてみると、「よかった」方の割合が75.2%を占めている。また、「まあよかった」方が24.2%であり、ほぼ全員が同プログラムを好意的に評価している。



表「事例検討」に対する評価の主な理由（一部を掲載）

- 自分の病院の中だけだと支援がパターン化しやすかったが、他病院の方の話を聞くことでそのことにあらためて気づくことができた。
- 多職種の多角的な意見がきくことができたのでよかった。
- 地域で仕事している人との視点のおき方が違うので、発見がありよかった。
- 病院関係者の福祉的視点を感じ心強く思った。
- 他グループの発表を聞くと自分の考えの狭さや支援者がプランを立て過ぎていることに気づかされた。また、多職種で障害像を共有することにも予想以上に時間を要するものだとわかりました。
- 支援計画は立てているが、違ったアプローチを考えることができてよかった。
- 病院だけでケースを抱え込まず、地域スタッフが安心して継続ケアができるように地域に開かれたケア会議を運営していきたいと感じた。
- 他県、他職種の方々と話ができてよかった。
- 地域特性のあるサービス内容や施設の方針が聞けたり、同職種でもプラン立案や意見交換でき参考になった。多職種で事例検討することの効果が当事者へのサポートに活かせ、連携しやすい。その際、ホウ・レン・ソウを合言葉にすると効果がでると感じた。

評価の理由をみると、「多職種の多角的な意見がきくことができたのでよかった」「他病院の方の話を聞くことであらためて気づくことができた」「病院だけでケースを抱え込まず、地域スタッフが安心して継続ケアができるように地域に開かれたケア会議を運営していきたい」「多職種で事例検討することの効果が当事者へのサポートに活かせ、連携しやすい」等が挙げられている。

今回のセミナーは、医療施設内で地域移行に携わっている多職種だけではなく、地域の社会資源からも参加してもらったことを特徴としているが、それにより、多くの参加者に地域での生活を意識した支援の重要性と、地域移行支援の取り組みの時期(タイミング)や個々の職種の役割等について新たな発見や気づきがあったとともに、患者中心の支援であることの重要性をあらためて感じてもらったようである。

#### 4) セミナー内容の臨床への活用の可能性

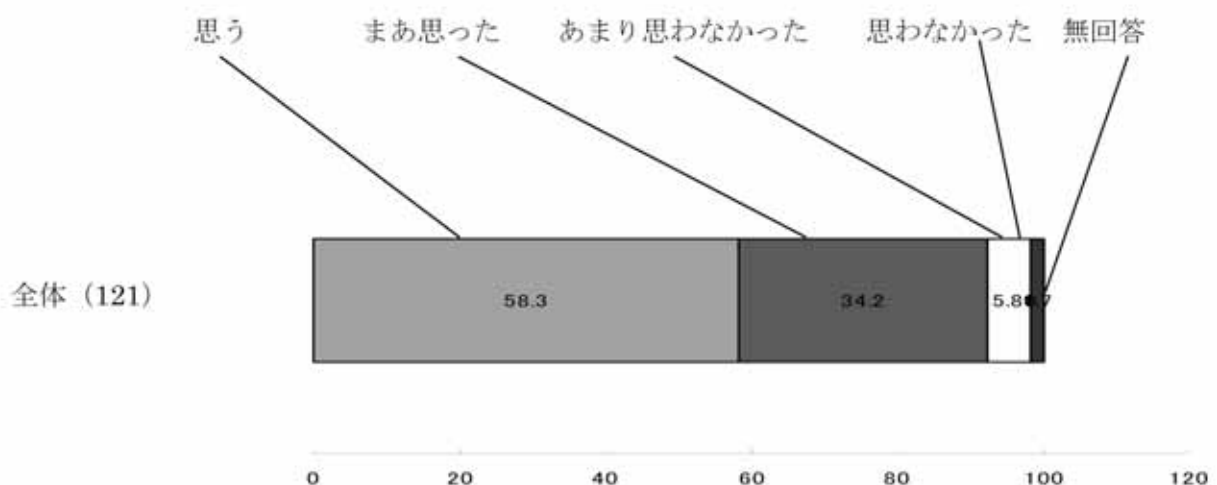


図4 セミナー内容の臨床への活用の可能性

セミナーの内容を臨床に活かすことができると思ったかについて調査したところ、「思った」方の割合は58.3%であった。また、「まあ思った」方が34.2%であり、9割以上の方が臨床に活かせると評価している。

表 セミナーの内容を臨床へ活用できると思った理由（一部を掲載）

- 定期的なケア会議の実施と、ケア会議に本人を同席させること。
- 入院中から地域活動支援センター、相談支援事業所等に声かけを行うことが必要だと思った。
- 地域スタッフを巻き込んだ会議の実施し、地域の方々の視点をもっと取り入れて地域生活をサポートできたらと思った。
- カンファレンスシートや、ケアプラン表は活用できると思った。
- 医師を含めた多職種の話し合いをもっと行い、リハビリを意識した支援を行っていきたい。
- ストレンクスをしっかりと意識して、多職種と連携していけると思った。
- 受け皿がないから退院を考えないのではなく、本人のニーズにあわせて退院を考えていく姿勢が大切であると学んだ。
- 今後は、積極的に医療機関に関わりをもとうと思う。
- まだ気づいていない自分の働きかけ方や関わり方があった。陥りやすい落とし穴があると実感もできた。職場に持ち帰り、今後の支援につなげたい。

セミナーの内容を臨床へ活用できると思った理由をみると、「入院中から地域活動支援センター、相談支援事業所等に声かけを行うことが必要だと思った」「医師を含めた多職種の話し合いをもっと行い、リハビリを意識した支援を行っていきたい」「受け皿がないから退院を考えないのではなく、本人のニーズにあわせて退院を考えていく姿勢が大切であると学んだ」等があげられている。

また、多職種との協同で開催されるセミナーの印象を聞いてみると、「お互いを理解できるネットワークづくりや連携の必要性を感じた」「違う視点から考える人と議論ができることに意味があると思った」「多職種の講義を聞く機会はあまりなかったのでよかった」「チームで地域移行支援が行われることが主流となってきているので、このような研修は必要であると思う」「お互いの専門性を尊重し、意見を取り入れることが重要。自由に発言できる雰囲気作りが大切だと感じた」「他職種への偏見を持っていたことにも気づけた」があげられている。

今回のセミナーを通して、特に多職種連携とアセスメントの重要を強く感じた参加者が多かったようであり、セミナーで得たことを今後の臨床に活かしていこうとの思いが感じられた。特に、患者の地域移行に限界やあきらめを感じていた方が、今回の研修を通して自分自身が気づかなかった支援方法や陥りやすい落とし穴等に気づくことができ、多職種との連携があれば地域移行は可能であるとの考えに至ったことは、本セミナーの目的を十分に達成できる内容であったと考える。

---

平成 22 年度障害者総合福祉推進事業

**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**

発行日：2011 年 3 月

発行者：主任研究員 末安 民生

発行所：特例社団法人日本精神科看護技術協会

〒108-0075 東京都港区港南 2-12-33 品川キャナルビル 7 階

TEL 03-5796-7033 fax 03-5796-7034 <http://www.jpna.jp>

---





