

はじめに

平成 16 年に策定された精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された 10 年プランが、早くも折り返し地点を迎えた。改革ビジョンを受けて、障害者自立支援法（以下、自立支援法）が施行され、それともなって精神保健福祉法も改正された。

それによって、精神医療福祉の現場は、どのように変化しただろうか。三障害の一元化、応益負担の導入といった新しい制度については、障がい者福祉の基本理念を問う声や、自立支援法の施行によって選ばれる事業所づくりが意識されたという意見等が聞かれ、今も賛否両論が続いている。精神科医療の現場では、基準病床の算定方式の見直しによって精神病床数の適正化が全国で進められることになったが、その変化は現実的なものとしてまだ現れていない。

このような 5 年間の評価を行い、今後の 5 年間の重点施策の策定を行うことを目的に、平成 20 年 4 月から「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（以下、あり方検討会）」が開催された。平成 21 年 9 月まで 24 回開催されたあり方検討会は、前半で地域生活支援に関する議論を行い、平成 20 年 11 月に地域生活支援体制の強化に関する事項についての「中間まとめ」をとりまとめた。そして、後半には精神保健医療体系の再構築と精神疾患に関する理解の深化に関する検討を行い、平成 21 年 9 月 24 日に報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」がとりまとめられた。

この 2 年間にわたる議論の中で、改革ビジョンからの 5 年間は新しい制度の導入により地域生活支援事業の再編に取り組んできたものの、サービス利用者の動揺や事業運営の激変に戸惑う事業所の不安も大きく、地域生活支援サービスの提供体制の整備が不十分だったこと、基準病床の見直しによる精神病床の適正化も思うように進まなかったことが指摘され、高い評価はなされなかった。また、あり方検討会の議論の中での地域を拠点とする共生社会の具体像が不明確で、継続した検討の必要性も指摘された。

そこで、後半の 5 年間では、精神保健医療体系の再構築、精神医療の質の向上、地域生活支援体制の強化、普及啓発の重点的实施といった項目で、具体的な対策を講じて精神保健医療福祉の改革を更に加速していくことになった。

これによって、今後の精神医療の現場では標準化された効果的な医療が手厚い人員体制で提供されるようになり、急性期治療が更に推進されることになる。その結果、急性期治療を終えた精神障がい者が短期間で地域生活に戻ることで、在宅でも治療を継続して受けることが可能な体制づくりが求められる。また、重症の精神障がい者が入院せずに地域生活を送ることができるような医療・福祉サービスの提供システムも必要になってくる。そのため、入院から地域生活支援と幅広く必要なサービスを提供できる体制が必要となり、そこでは多職種によるチームの構築が必要不可欠になる。これまでも、医療や福祉の現場では、チーム医療や多職種連携の必要性は認識されていたが、多職種が配置されているだけでは効率的な連携やチームとは言えない現状もあった。この背景には、教育背景の異なる多職種の現任教育が別々に行われてきた実態があると思われる。

そこで、今年度事業では精神障がい者の医療・福祉サービスに携わる多職種が共通に活用できるプログラムを開発し、同じ場で学習するセミナーを開催した。セミナーは座学だけでなく、多職種混合で事例検討を行い、グループワークの中で多職種連携を体験してもらう企画をした。また、地域生活支援サービス事業所での実習も盛り込み、体験型のセミナーを行った。このセミナーを通して、各職種の持ち味を認め活かすことを学ぶことができたという声が多かった。精神保健医療福祉の更なる改革を実現するためにも、このような体験型の人材育成事業の継続が望まれる。

平成 22 年 3 月 31 日
主任研究者 末安 民生

社団法人日本精神科看護技術協会

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）委員一覧

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などに関する調査研究事業

委員一覧

委員長	末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部
委 員	谷野 亮爾	医療法人和敬会谷野呉山病院
	荻原 喜茂	国際医療福祉大学作業療法学科
	門屋 充郎	N P O 法人日本相談支援員協会
	矢田 朱美	社会福祉法人ふあっと
	下原 千夏	医療法人せのがわ瀬野川病院
	宮崎 弘光	医療法人青溪会駒木野病院
	天賀谷 隆	東海大学健康科学部看護学科

担 当 ： 仲野 栄（日本精神科看護技術協会）

早川 幸男（日本精神科看護技術協会）

柿島 有子（日本精神科看護技術協会）

1）精神障害者の地域移行と定着のための部門・委員会等に従事する職員の人材養成事業

委員一覧

委員長	末安 民生	慶應義塾大学看護医療学部
委 員	渡邊 真里子	医療法人恵愛会福岡病院
	木太 直人	社団法人日本精神保健福祉士協会
	香山 明美	宮城県立精神医療センター
	大森 洋亮	財団法人金森和心会針生ヶ丘病院
	宮本 めぐみ	地域活動支援センターM O T A
	下原 美子	医療法人富尾会桜が丘病院
	東本 裕美	千葉大学大学院看護学研究科
	仲野 栄	社団法人日本精神科看護技術協会

担 当 ： 早川 幸男（日本精神科看護技術協会）

2) 地域移行・定着のための部門・委員会等の機能強化のための評価指標の開発

委員一覧

委員長	天賀谷 隆	東海大学健康科学部看護学科
委 員	渡辺 純一	財団法人井之頭病院
	佐藤 さやか	国立精神神経センター精神保健研究所社会復帰相談部
	秋山 紘子	医療法人財団青溪会駒木野病院

担 当 : 柿島 有子 (日本精神科看護技術協会)

調査協力者一覧

調査協力者	古川 清	特定医療法人大阪精神医学研究所新阿武山病院
	大谷 幸児	財団法人創精会松山記念病院
	谷口 ひろ子	医療法人北仁会旭山病院
	石川 桂美	医療法人久盛会秋田緑ヶ丘病院
	広瀬 則子	財団法人復康会沼津中央病院
	福島 義博	医療法人清心会山本病院
	宮本 千恵美	医療法人成精会刈谷病院
	斎藤 雄一	財団法人浅香山病院
	吉田 裕昭	特定医療法人水明会佐潟荘
	藤末 好美	医療法人恵愛会福岡病院
	庄司 貴光	医療法人社団有朋会栗田病院
	早瀬 和彦	財団法人積善会曾我病院
	和気 一弘	医療法人恵生会南浜病院
	辻脇 邦彦	医療法人社団翠会成増厚生病院
	武田 直子	医療法人近森会近森病院第二分院
	高下 蓮美	医療法人せのがわ瀬野川病院

目 次

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

第1章 事業概要

I. 事業概要	2
---------	---

第2章 精神障がい者の地域移行と定着のための部門・

委員会等に従事する職員の人材養成事業

I. 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	
1. 多職種連携を実現するために	6
2. セミナーの進め方	8
3. セミナーに関するアンケート調査	15
II. 人材育成プログラムのためのテキスト	
1. リカバリーと精神科リハビリテーション	21
1) 精神科リハビリテーションの歴史	21
2) リカバリーという理念	23
3) 有効な精神科リハビリテーションの実践と実情	26
4) リカバリー志向の精神科リハビリテーション	27
2. 地域移行と連携・ネットワーク構築に向けて	50
3. 自己のストレングス	62
4. 多職種によるカンファレンス(ケア会議)の進め方	64
5. 多職種連携と地域連携	66
1) 各職種の特性・役割・他職種への期待	66
①精神科医の立場より	
②作業療法士の立場より	
③精神保健福祉士の立場より	
④臨床心理技術者の立場より	
⑤地域の看護師の立場より	
2) 地域連携の実現に向けて(地域連携のコツ)	77
III. 資料	
1. 平成21年度 東京都精神障害者退院促進支援事業	80
2. 東京都における地域サービスの現状	82
3. 多職種連携・地域移行支援で知っておきたいキーワード集	87

第3章 地域移行・定着のための部門・委員会等の

機能強化のための評価指標の開発

I. 地域移行後の精神障がい者の状況の把握	
1. 地域移行後の精神障がい者の状況	92
2. 患者特性と1年後の転帰	116
3. 精神障がい者の地域移行・定着のための部門・委員会等の機能強化にむけて	122
II. 地域移行を促進する部門・委員会等で活用できる評価指標の開発	
1. 入院時スクリーニングシートの作成の経緯	124
2. 入院時スクリーニングシートの活用方法とアセスメントのポイント	126
3. 支援担当者と連携したスクリーニングシートの活用方法	132
4. 入院時スクリーニングシートを活用した具体的な事例	135
III. 資料	
1. 調査協力者マニュアル	140
2. 調査票	146
3. 集計結果	151

●執筆者

末安 民生	第1章、第2章Ⅰ－1
下原 美子	第2章Ⅰ－2
早川 幸男	第2章Ⅰ－2、3
渡邊真里子	第2章Ⅱ－1、5
香山 明美	第2章Ⅱ－2、5
木太 直人	第2章Ⅱ－3、4、5
大森 洋亮	第2章Ⅱ－5
宮本めぐみ	第2章Ⅱ－5、Ⅲ－1、2
東本 裕美	第2章Ⅲ－3
秋山 紘子	第3章Ⅰ－1
佐藤 さやか	第3章Ⅰ－2
天賀谷 隆	第3章Ⅰ－3
渡辺 純一	第3章Ⅱ－1、2、3、4

「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(日精看)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った。しかし、現在は「害」に代わる用語も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」/「障害当事者」「障がい当事者」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

事業概要

I. 事業概要

平成 16 年に策定された精神保健医療福祉の改革ビジョンで示された 10 年プランの折り返し地点を迎えた時期に発足された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（以下、あり方検討会）」は平成 20 年 4 月から議論を開始し、24 回の開催を経て平成 21 年 9 月 24 日に報告書「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」がとりまとめられた。

その冒頭には、10 年プランの前半で障害者自立支援法（以下、自立支援法）の施行や精神保健福祉法の改正等によって、入院処遇から地域生活への移行へと方向転換が図られてきたものの、未だ、医療・福祉サービスの提供体制の整備や精神疾患・精神障がい者への理解の普及等が不十分な状況が続いていることが述べられ、改革ビジョンの成果が結実していないという評価がなされた。このような状況を踏まえて、後期 5 年間の方向性が有識者らによって検討され、精神保健医療体系の再構築、精神医療の質の向上、地域生活支援体制の強化、普及啓発の重点的実施の 4 本柱が立てられた。そして、報告書の中で、改革ビジョンに掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を推進し、精神疾患に罹患した場合にも、症状や患者の希望等に応じた適切な医療・福祉サービスを受け、地域で安心して自立し生活を継続できる社会、即ち、地域を拠点とする共生社会の実現に向けて、精神保健医療福祉の改革を更に加速していくことが示された。

このような議論と並行して、自立支援法を核として、障がい者の就労支援、地域移行、地域生活支援等を推進し、障がい者の自立を支援するために地域における様々な工夫や取り組みを積み上げ、その普及を図る目的で平成 21 年度も障害者自立支援調査研究プロジェクトが実施された。今年度は、①今後の相談支援等のあり方についての調査研究事業、②障害福祉サービスの向上を目指すための調査研究事業、③障がい者の就労支援に関する福祉施策、労働施策、教育施策の連携のあり方等に関する調査研究事業、④就労系事業所への企業等からの大量発注促進に関する調査研究事業、⑤障がい児施設の一元化に向けた職員養成に関する調査研究事業、⑥障がい児者の地域生活への移行を促進するための調査研究事業、⑦精神科医療の機能強化に関する調査研究事業、⑧適切な福祉用具（支援機器）の開発・持続供給及びその活用による費用対効果等に関する調査研究事業、⑨障がい者の芸術文化活動の推進に関する調査研究事業、⑩地域の支援力を活かした地域生活支援事業のあり方に関する調査研究事業といった指定テーマで募集が行われた。

当協会では、平成 19 年度「多職種共同チームによる精神障がい者の地域包括ケアマネジメントモデル事業」、平成 20 年度「精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討」を行い、多職種で連携した地域生活への移行と定着に向けた支援や、多職種チームでケアを展開する精神科デイケア等に関する効果的な方法を提案してきた。これらの成果を踏まえて、今年度は指定テーマ①「今後の相談支援等のあり方についての調査研究事業」に応募した。このテーマは、社会保障審議会障害者部会で重要性が示された地域における相談支援体制の強化等を目的として、相談支援を行う者の育成のあり方等についての調査研究を行うものである。そこで、精神科医療福祉の現場で相談業務や直接ケアにあたる多職種スタッフの連携を促進し、それぞれの専門性を活かした活動ができる人材育成事業として、「医療ニーズの高い精神障がい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」を行うこととした。

事業の概要等は、以下（表 1）の通りである。

表 1

事業名	医療ニーズの高い精神障がい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
事業概要	
1) 精神障がい者の地域移行と定着のための部門・委員会等に従事する職員の人材養成事業 (1) 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 平成 19 年度・20 年度事業の結果を基に、精神科医療と地域福祉の関連職種で構成する企画委員会を開催し、退院調整、地域移行、地域生活支援の有効な方法と実施のために必要な知識・技術の習得と、実務研修による体験学習を目的としたプログラムとテキスト（案）の開発を行う。 (2) 養成プログラムの活用 そのプログラムによる研修会を全国 3 ヶ所で開催し、医療ニーズの高い精神障害者のケアマネジメントを実施する人材を養成する。	
2) 地域移行・定着のための部門・委員会等の機能強化のための評価指標の開発 平成 20 年度に実施した調査の対象患者で、調査期間中に退院した 291 名の患者を対象に、退院後の生活状況、訪問看護など利用している地域サービスなどに関する調査を行う。これらの調査で得られたデータと平成 20 年度調査において得られた退院直前の精神症状、能力障害、退院困難度の状態に関するデータを合わせて分析することにより、どのような状態で退院すれば、地域で安定した生活が営めるのか検討を行う。また退院時に同じような臨床像の患者でも地域サービスの違いによって、安定した地域生活の可否が異なるのかどうかについても検討することができる。平成 20 年度は主として、病棟における患者特性と退院転帰との関係に焦点を当てた医療中心の調査であった。平成 20 年度調査に加えて本調査を実施することにより、地域における環境要因と退院転帰との関係をも明らかにすることが可能となり、急性期病棟に入院する患者に対してより包括的な支援を提供するための基礎的データとなり得る。	
事業の効果及び活用方法	
○地域移行・定着のための部門・委員会等に従事する職員の養成研修会を行うことによって、精神障がい者の地域移行が促進される。 ○平成 20 年度調査の対象患者の追跡調査を行うことによって、地域生活定着のために有効なサービスが明確化され、入院早期からの退院調整に活用できる。	

第 2 章

精神障がい者の地域移行と定着のための部門・
委員会等に従事する職員の人材養成事業

I. 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

1. 多職種連携を実現するために

わが国の近年の精神科医療には、いくつかの明らかな変化が生まれている。それは、これまでの精神科医療の対象領域と比較して、感情障害と認知症の外来受診と入院が著しく増加していることである。

感情障害については、毎年3万人を超える自殺との関連も指摘されており、国と民間が共同した方策と具体的な対策が講じられているところである。認知症の増加の背景には、高齢化と精神科病床でなければ対応できないような状態の患者が増加していることがあると推察される。その精神病床に入院した認知症患者の入院日数は、長期化する傾向にあることが明らかになっており、精神科医療の新たな課題になっている。

翻って、精神科における入院医療の中で中心的な課題である統合失調症の入院患者については、地域移行支援策の拡がりはあるものの、社会的入院者として指摘される歴史的な長期入院患者の減少は図られていない。また、これらの入院患者の高齢化にともない、身体合併症を有する患者も増えており、地域移行を進めるうえで困難な条件のひとつになっている。

社会的入院の解消と精神病床の適正化という大きな目標を掲げた改革ビジョンから5年、その評価と今後の施策を検討するために発足した「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(以下、あり方検討会)」の中では、このような変化も含めた精神保健医療福祉の現状が報告されている。

その冒頭では、精神障がい者が国民の1人として、住み慣れた地域で結婚や子育て、就労など、本人が望む生活を安心して送ることができるような地域社会の構築が必要であり、医療や福祉等の支援も本人の意向に即して、本人が充実した地域生活を送ることを見守り、応援するという理念の下で行われなければならないとしている。この「地域を拠点とする共生社会の実現」のためには、都道府県と市町村による一層の地域生活支援体制の強化とともに、精神科病院による医療サービスの多様化が推進されなければならない。その質の確保のためには多職種のチーム医療によるサービスの多層性、地域と施設の横断性、計画実施評価をシステム化して維持する継続性が必要である。また、症状に応じた効率的かつ適正な医療と、本人の希望に応じた柔軟な福祉サービスの提供が実施されることが、地域生活支援の最低限の必須要件である。

精神科病院の中では年齢や疾病の多様化が起こっており、さまざまな症状の患者に対する効果的な個別ケアを行う必要があり、地域にあっては精神障がい者の多様なニーズに適切に応え、その人らしい生活づくりを支援し実現していかなければならない。精神疾患の治療から、障害とうまく付き合いながらの生活支援まで幅広い支援を行う技術が、これから一層求められることになる。そこで、必要になるのが多職種チームによる支援である。

長期入院患者の退院促進にずっと取り組んできた精神科医療では、それらの患者が抱える心理社会的問題を解決し、退院に導くために医師・看護師以外に、作業療法士・精神保健福祉士・臨床心理技術者といった専門職も配属され、いわゆるチーム医療が行われてきた。しかし、複数の職種が配属されているだけでチーム医療が行われる訳ではなく、「協働とは何か?」「連携とは何か?」が問われ、効果的なチーム医療のあり方がいつも議論されてきた。平成20年度の診療報酬改定では地域移行に関する評価が新設され、その後に行われた調査結果をみると、地域移行を推進する部門を設置している病院は41%であり、入院患者の地域移行に多職種チームで取り組む病院が増えているのがわかる。

また、病院の中でもチーム医療に関する動きが出てきている。厚生労働省は平成21年8月に「チ

ーム医療の推進に関する検討会」を立ち上げ、平成 22 年 3 月に報告書「チーム医療の推進について」をとりまとめている。これは、医師不足を背景に勤務医に過重な負担がかかっていることによって、救急対応等が適切に行えない実態を受けて始まったものである。その報告書の中で、チーム医療とは「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」であるとされている。そして、チームの中での看護師の役割を拡大することが示唆されている。さらに、看護師は診療の補助業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担っていることから「チーム医療のキーパーソン」とであると表現されている。確かに、看護師は医療チームの中では最も人数の多い職種である。また、3 交替制で 24 時間患者の側にいることも、他の職種とは異なる特徴である。そのため、看護師が医療チームの雰囲気や機動力に与える影響は少なくな。そのため、当協会でも昨今の精神科医療の流れに沿って、円滑なチーム医療の実現に向けて多職種連携や多職種協働に関する研究や研修に取り組んできた。

その結果、退院調整にかかるケアへの関心は高まり、院内で多職種と協働しながら支援を実践する看護師は増えてきた。しかし、実際には病棟勤務の看護師の業務は、急性期治療における療養上の世話が中心であり、リスクマネジメントの観点から管理的にならざるを得ないという側面もある。また、病棟運営の都合上、看護師が勤務中に地域にでる時間を確保することが難しいということもある。そのため、依然として看護師に対する保護的・管理的なイメージは払拭されていない。その結果、看護師は連携がとりにくい職種であるという声を耳にすることも、しばしばある。

また、これまでは「看護師が行う多職種連携」という視点でチーム医療を研究してきたが、他職種でも同じテーマの研究や研修に取り組んでおり、それぞれ成果を上げているという実態があった。

そこで、多職種連携に関するそれぞれの研究成果を持ち寄り、1 つの事業の中で多職種連携を考え実践することにした。すると、企画会議の中で用いる言葉が職種によって異なっていたり、情報収集や分析に違うツールを使うことがあるということがわかった。多職種連携においては、情報やプランの共有は必要不可欠なことであるが、実はそれが難しいことであるということがわかった。しかし、本当の意味で連携するためには、お互いの「同じ部分」と「違う部分」を認識することは重要である。それが、各職種の専門性や役割を知ることにつながるのである。日常業務の中で多職種が集まって、このような作業ができれば多職種連携もそれほど難しいものにはならないと思われるが、実際にはそれぞれの業務に追われて意見交換の時間を確保するのが難しいというのが現実である。しかし、短時間でも多職種が集まって、お互いの専門性を活かした意見交換をすることはできる。そのためには、他職種と協働する力やチームを動かす力が必要になる。患者への直接ケアや対人援助のための力ばかりを訓練しては、多職種連携に必要な力はつかない。

今回の事業では、研修での体験を通して多職種連携を学んでもらうことを目的とした。

2. セミナーの進め方

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。各職種がもつ専門的な視点で、対象者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。しかし、多職種でのチームアプローチでは、専門的な役割意識が強ければ強いほど連携がうまく図れないこともある。

そこで、本事業では従来の専門職ごとのプログラムによる人材育成ではなく、多職種が共通に使用できるプログラムとテキストを開発することで、多職種チームで活動する人材の育成に取り組むこととした。また、プログラムの開発にあたり、各専門職で使用している用語の統一や共有に関しては、すべてをプログラムに盛り込むことが困難なこともあり、キーワード集で対応することとした。(P.87 資料参照)

セミナーの参加募集に際して、1つのプログラムのセミナーで同一施設の複数の職種が学ぶ機会がこれまであまりなかったこと、日頃の業務の中でもチームで何かを成す実感が希薄であると思われること、1つの施設から複数名のスタッフが受講することで修了後の効果がやすいことが予想されること等の意見がだされた。医療観察法におけるチーム医療の効果も実証されていることもあり、同一施設より2職種以上(複数名)での参加を条件とした。

精神障がい者の地域移行と定着のための部門・委員会等に従事する職員育成セミナー

開催日程：平成22年〇月△日（土）～□日（月） 3日間

定員：50名 * 1施設から2職種以上（複数名）での参加が条件となっている。

プログラム

	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】 リカバリー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～	15:30～ 16:30～
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	【講義Ⅳ】 地域サービスの現状
	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					実務研修 オリエンテーション
	9:30～					15:00
3日	実務研修(施設見学・多職種連携の実際)					終了

1日目のプログラムの冒頭は、プログラム【講義Ⅰ】で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と、精神障害にかかる施策等の知識の共有を図る目的で、行政担当者(今回は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課)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の提起も含めて依頼した。

1日目の午後は、プログラム【講義Ⅱ】では各職種に共通の知識や概念として、「リカバリー」「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、リカバリーの理念と概念、リカバリーをめざしたリハビリテーション等についての講義を依頼した。

続いて、プログラム【講義Ⅲ】は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、事例の紹介や連携のキーワードに関する講義を依頼した。そして、1日目の最後の時間に、プログラム【講義と演習】として各職種に共通の知識や概念として「ストレングス」についての解説と演習を行った。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グ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報告を行うことで、翌日のプログラムのウォーミングアップとした。

2日目は、プログラム【演習】で多職種でのケア会議を演習として行い、各職種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。取り上げた事例の実際のケアと経過を報告し、グループでディスカッションを行い、参加者からの質問に事例提供者がその場で答える形式で行った。基本情報、退院指導用クリティカルパス、IADL 評価記録表等を用いて、1回目の退院支援の状況や情報をカンファレンスシート等で紹介した。その後、「再入院後のAさんをどう支援するか」をカンファレンスシートとケアプラン表を用いて各グループで検討し発表した。グループワークに入る前に、事例検討では生活障害を視点におき、当事者の能力をどう評価するかをポイントに検討を行うように説明した。

事例：20年を超す長期入院のあとグループホームへ退院し、7ヶ月で再入院したA氏

<対象者の背景>

男性 60歳代 統合失調症 知的障害（軽度）

小柄ですが、筋肉質でがっちりした体型です。声が大きく、挨拶も気持ちよくできます。服は自分で紳士服専門店で購入し、きちんとしています。季節感もあります。頭髮は角刈りで、整髪を定期的にすることができます。

<精神状態>

妄想、幻覚などの精神症状はありません。物覚えが悪いことや予定変更などの融通が利かないこと、こだわりだすと強迫的に1日中繰り返し訴える（例えば排便が無いなど）ことがありました。

<健康状態>

3ヶ月に1度の血液検査では問題はありません。大きな身体疾患也没有ありません。

<退院までの日常生活>

毎月6000円の小遣いを上手に使い、パチンコやウィンドショッピングを楽しんだり、日頃の買い物も安い店に行くことができていました。月に1度は、気分転換にビジネスホテルに外泊することを楽しみにしていました。公共施設の利用もでき、金銭感覚もあったので、残存能力は高いと思っていました。病棟や病院の行事、作業療法等に進んで参加され、他者との関係もよい人でした。退院は本人も希望していましたし、経済的には貯えがあり、適切な支援体制ができればアパートの一人暮らしも可能な状況でした。しかし、調理ができないため（手指の震戦で包丁を使うことが危険。ガスの消し忘れが目立ち、見守りが必要）、スタッフは施設を勧めていました。

候補となった施設と一緒に見学に行きましたが、「自由がきかない。山の麓で町に遠い」と言い、アパートへの退院を強く希望しました。そこで、アパートでの单身生活を目標にして、グループホーム（以後、GH）への退院支援を行うことになりました。

<ソーシャルサポート>

父親は2回結婚し、4人兄弟の第3子です。実の兄弟は全く音信不通で、母親違いの妹が同じ地域に結婚して生活しています。小遣いをもらうために訪ねては来ても、外泊等は受け入れてくれません。しかし、GHへ退院の時は、依頼すると保証人になってくれました。

<A氏の希望>

退院して、アパートで一人暮らししたい。

お金を自由に使いたい。ガスを使って料理を作りたい。

<外泊訓練中のトライアンドエラー>

まずは、GH の自室の掃除だけをして帰院したり、入浴だけをして帰院するなど、GH で過ごす時間を少しずつ長くしたり、一人でできることを増やしていきました。日常生活ができるようになったら、次はただ GH に宿泊するだけの「素泊まり」訓練を繰り返しました。夕食と服薬を病棟で済ませ、朝は病棟に帰ってから朝食・薬を摂るという方法でした。最終的に GH で 2 泊 3 日過ごすことができ、

その外泊中にデイケアへの通所訓練を計画し、GH での生活を拡大していきました。

- ・薬がない → 自分で置いた場所を忘れていました。
- ・エアコン効かない → 本人が温度設定を知らず、暖房状態になっていました。
- ・電子レンジが動かない → コンセントを挿してない状態でした。
- ・缶詰を安く買ったと喜ぶ → キャットフードでした。

など、たくさんの試しと失敗（トライアンドエラー）を安心してできたのは、「病院と GH が徒歩 5 分の距離であったこと」が大きいと考えられます。A 氏の小さな失敗や不安に、スタッフがすぐに対応するができました。A 氏が「自信がある。できる」と言っていたことも、実際には大きな能力の低下がありました。その状況を退院訓練の中で本人と共に確認し、まず自分の生活能力が低下していることに気づいてもらい、そこを入院中に支援し、技術の獲得につなげたので 10 ヶ月という時間がかかりました。

<退院支援で気づいたところ>

○服薬管理について

A さんはこれまで、服薬自己管理をしたことがありませんでした。自己管理訓練を開始すると日付を記載するのが精一杯で、一週間分のカレンダー式ピルケースへのセットができませんでした。カレンダー式ピルケースにスタッフが一緒にセットすれば、取り出して内服することは間違わずにできました。また、(病識は不明ですが) 内服は必ずされる方で、棄薬はありません。退院後にピルケースに一週間分の薬をセットすることは、調剤薬局へ依頼しました。退院後の服薬確認の方法は、本人の希望で空袋をデイケアへ持参することになりました。

○金銭管理について

小遣い帳記入の訓練を開始しましたが、足し算・引き算ができず、続けることができませんでした。電卓を使う練習も行いましたが、うまくできませんでした。1 円玉・5 円玉が使えず、それまでは小銭が貯まると売店で換金していたこともわかりました。そこで、領収書と残金確認はスタッフが行い、小遣い管理を手伝いました。10 円単位の誤差は追求しませんでした。退院後は、医療費・住居費・水道光熱費などについては、事務スタッフがしばらく代行し管理することになりました。毎週月曜日に 7000 円を事務より渡すことにしました。退院後の金銭管理はデイケアと事務のスタッフで支援を行っていくことになりました。

○自炊について

作業療法で調理訓練行を行いました。その結果、ガスの消し忘れや包丁の扱いに危険なところがあるため、自炊を行うのは困難と判断されました。GH ではガスコンロは置かず、A 氏が使える電子レンジを購入しました。退院後は、朝食のご飯は自分で炊いてインスタント味噌汁をつくり、昼食はデイケアで摂り、夕食は宅配食事サービスを利用して、本人の負担にならないよう計画を立てました。電子レンジを使った調理の訓練は、レトルト食品で行いました。

○地域の資源の活用

GH から病院までは、5 分程の距離です。退院後、A 氏が 1 人で余暇を過ごせなかったり、体調が不良な時は、病棟が休息入院を受け入れる計画にしました。病院と GH の間に、調剤薬局があります。1 週間分の処方とそのセットをお願いしました。そして、デイケアには昼食をとることも目的として月曜から金曜まで通い、A 氏が持参した薬の空袋もデイケアで確認しました。お米や惣菜の購入には、スーパーを利用されます。GH から徒歩約 8 分かからない程度です。他にも、10 分ほどで郵便局ともう一つのスーパーがあり、15 分ほどのところにはディスカウントショップもあります。すべて、入院中から利用されていた「なじみのお店」ばかりです。ホームヘルプの利用は GH ではできないとのことで、訪問看護でフォローすることになりました。

<まとめ>

退院支援を開始して、GH の保証人を妹さんに頼んだ際に、A 氏は「俺はいま退院しなければ、いつできるかわからない。頼む。」と涙を浮かべて、力強く説得をしました。それに付き添った受持ち看護師は「A さんにあんな強い思いがあったと思わなかった」と言い、精一杯の取り組みをしました。また、支援の途中では、予想外の生活能力の低さが明らかになるなどいくつかの困難があり、スタッフの方が「やめようか・・・」と何度もため息をつきました。しかし、A 氏は一度も弱音を吐きませんでした。

結局、支援に 10 ヶ月を要しましたが、地域での生活期間は 7 ヶ月間で再入院しました。でも、その時「退院してよかった。自由な時間が過ごせた」と話してくれたのです。

長期入院患者の退院については、本人が生活能力の低下を実感する時間が必要でした。また、その「応用や融通のきかなさ」から退院先で失敗を支援し、技能獲得（自信）に変えることが必要でした。最初は A 氏が「狭いし、病院に近いから嫌だ」と言っていた GH への退院支援は、患者の生活能力をスタッフも共有でき、その能力の取り戻しに入院中から支援ができ、それでもできないことに対しての支援体制を整えることに有用でした。

参考資料：[カンファレンスシート]・ケアプラン表

今、A 氏は休息入院中です。

私はこんな A 氏を「もう一度支援したい。」と思っています。

皆さんなら、どのような退院支援計画を立てますか。

「カンファレンスシート」対象者氏名

性別

M・F

診断名

生年月日

/

/

(歳)

評価年月日

/

/

評価者

年齢

10

15

20

30

40

50

60

#

生育歴

詳細は不明。計算ができない、字が読めないことから、成績が良かったとは考えにくい。

職歴

・中学卒業後、農家の奉公に出る。土建や店員など職に就くが長続きしない。
・20代で発病し、入退院を繰り返し、20数年前に当院へ入院。

治療歴

・精神療法、薬物療法、作業療法
処方内容
毎食後
コントミン12.5mg 3T マグラックス 330mg x3T
メンピット 0.4mg 3T タスモリン 1mg x3T

心身の状態・構造

・幻覚・妄想などに支配された行動は無い。
・気になることがあると、強迫的に同じ訴えを繰り返す。(1日中繰り返すこともある)
・自分の精神症状の変化や危機的状況を言語化して援助者(スタッフ)に伝えることができない。
・病識は不明であるが、服薬は習慣的に体得している。薬物の効果や副作用に関する知識は不明。

評価概要

・自分の精神症状の変化や危機的状況を、言語化してうまく援助者に伝えることができない。現状で困っていることは無いが、身体的に暑むねに引き出すかわりを待つ。
・援助や支援は否定的な感情なしに受け入れられる。
・食事の準備(ガス器具が使えない)ができていない。
・金銭管理(足し算・引き算ができない)に苦手意識がある。
・社会的手続き(ひらがなしか読めない)ができないので、社会資源を活用する時は、一箱に行方。
・自己服薬管理については、セット時の見守りが必要。

個人の希望

・本人の希望
「施設には自由がきかないので行きたくない。アパートで一人暮らしがしたい」
「お金を自由に使いたい」
「ガスを使って料理がしたい」
・焦点化項目
訓練で獲得するのに時間がかかる生活能力を、地域で誰に支えてもらうか、A氏と共有する。
・リハビリテーションゴール
アパートでの一人暮らしができる
長期目標
社会的な資源を活用しながらアパートでのひとり暮らしができる
短期目標
外来通院とDC通所、訪問看護を受けながら、GHでの生活ができる
援助計画
・日常生活能力の把握
・一人でできないことへの援助方法の確認
・地域での生活を一緒に支えてくれる人は誰なのか、A氏と共有する
〈クライシスプラン：退院時の約束事〉
夜、眠れなくなったら、早めに外来を受診する。
その結果、医師が入院を勧めたら、短期間入院をする。

個人因子

・中学を卒業してから(中学も家事手伝いでほとんど行けていない)、農家の下男として頑張ってきた。
・病院の外に友人はいないが、病棟の中では親しまれている患者の一人である。
・退院への不安は強いが、最後のチャンスと、意欲は高い。施設の見学もするが、施設は自由が効かないから嫌だ。アパートに一人暮らしがしたいという。
・退院支援中にいろいろな困難があったが、退院をあきらめなかった。

環境因子

人的環境
母親との妹がいるが、協力は得られない。家族とは通達、金銭管理が2人ともルーズ。最近では妹が「養理の母の年金を使い込んだので、お金を貸して欲しい」と申し入れがある。本人は入金が良く、断れずにスタッフが対応した。
地域資源
退院促進事業はH23年度から実施
保健師、訪問看護師、DC、作業所、地域生活センターはあるが、交通の便が悪い。(バスは使えない、タクシーを使えば利用可能) GH(常駐管理なし。食事なし。)

住居・経済事情

自分の家は無い。
障害年金の蓄えが多く、経済的には問題ないが、妹との関係性に支援が必要。

家族構成

4人兄弟の第3子であるが、両親は亡くなっており、妹以外の兄弟とは連絡が取れない。
父親は再婚し、妹は母親違いであり、疎遠。

本人

妹

参加

・病棟の行事、病院の行事には全て参加できる。
・園芸活動は好き。
・1万円持ってビジネスホテルに泊できる。(月に1回の頻度)
・近隣のスーパーやコンビニは自分で行き、日用品を買うことができる。

ケアプラン表

氏名：参考例 （A氏の事例ではありません）

ニーズ	目標	サービス	担い手（担当）	期間
退院後アパートで一人暮らしがしたい	アパートを借りる	不動産屋でアパートを探す	精神保健福祉士	1ヶ月以内
居住地を拠点とした新たな生活を送りたい	アパートでの一人暮らしの具体的なイメージづくりをする	退院後の生活の仕方について具体的に検討する	精神保健福祉士 地域移行推進員	1ヶ月以内
日中、活動できる場所をつくりたい	日中の活動の場所を確保する	居住地から通える範囲にある社会資源を探す	精神保健福祉士 地域移行推進員	1ヶ月以内
服薬を自己管理できるようになりたい	服薬を自己管理できるようにする	投薬の調整	主治医	1ヶ月以内

【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) 1G=15分×4グループ |
| 14:45～15:15 | 全体討議とまとめ |

ファシリテーターの役割として、能力のアセスメントで意見が分かれた場合など、必要に応じて介入することとした。

2日目の午後のプログラム【講義Ⅳ】では、当事者や医療機関への地域福祉サービスに関する情報発信が十分に行えていない現状があるため、実務研修の意義と併せてセミナー開催地域での医療やサービスの現状をガイダンスした。

3日目の実務研修は多職種連携の実務と実践として位置づけ、多職種でのミーティング場面や当事者を交えたケア会議への参画、多職種でのかかわりの効果が体験できる場面を依頼した。

【 実務研修協力施設一覧 】

< 東京会場 >

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1. かまた生活支援センター | : 東京都大田区 |
| 2. 地域生活支援センター リヒト | : 東京都狛江市 |
| 3. 地域生活支援センターまど | : 東京都新宿区 |
| 4. ストライドクラブ(クラブハウス) | : 東京都渋谷区 |
| 5. 生活支援センタープラザ | : 東京都府中市 |
| 6. 生活支援センタープラッツ | : 東京都国分寺市 |
| 7. 生活支援センター あさやけ | : 東京都小平市 |
| 8. 豊玉障害者地域生活支援センターきらら | : 東京都練馬区 |
| 9. 地域生活支援センターMOTA | : 東京都世田谷区 |
| 10. 船橋医地域活動支援センターオアシス | : 千葉県船橋市 |
| 11. はなしやぼの | : 神奈川県厚木市 |

< 宮城会場 >

- | | |
|-------------------|----------|
| 1. 社会福祉法人あおぞら | |
| 「てれんこ」「もぐもぐ」 | : 宮城県仙台市 |
| 2. 社会福祉法人緑仙会 | |
| 「パル山居沢」「ウインディ広瀬川」 | : 宮城県仙台市 |

< 島根会場 >

- | | |
|----------------|----------|
| 1. 社会福祉法人 ふあっと | : 島根県出雲市 |
|----------------|----------|

3. 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 146 名（東京会場 50 名・宮城会場 46 名・島根会場 50 名）にアンケート用紙を配布して回収した。回収は、131 名（東京会場 49 名・宮城会場 40 名・島根会場 42 名）で回収率は、89.7%であった。

■施設の都道府県

合計	北海道	青森県	岩手県	宮城県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	埼玉県
131	3	2	5	2	12	17	2	2	2
100%	2.3%	1.5%	3.8%	1.5%	9.2%	13.0%	1.5%	1.5%	1.5%

千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	長野県	兵庫県	島根県	岡山県	広島県
9	20	10	2	2	5	18	5	6
6.9%	15.3%	7.6%	1.5%	1.5%	3.8%	13.7%	3.8%	4.6%

山口県	福岡県	佐賀県
2	4	1
1.5%	3.1%	0.8%

■年齢

合計	20 歳代以下	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳以上	無回答
131	33	48	23	17	4	6
100%	25.2%	36.6%	17.6%	13.0%	3.1%	4.6%

■性別

合計	男性	女性	無回答
131	53	77	1
100%	40.5%	58.8%	0.8%

■資格

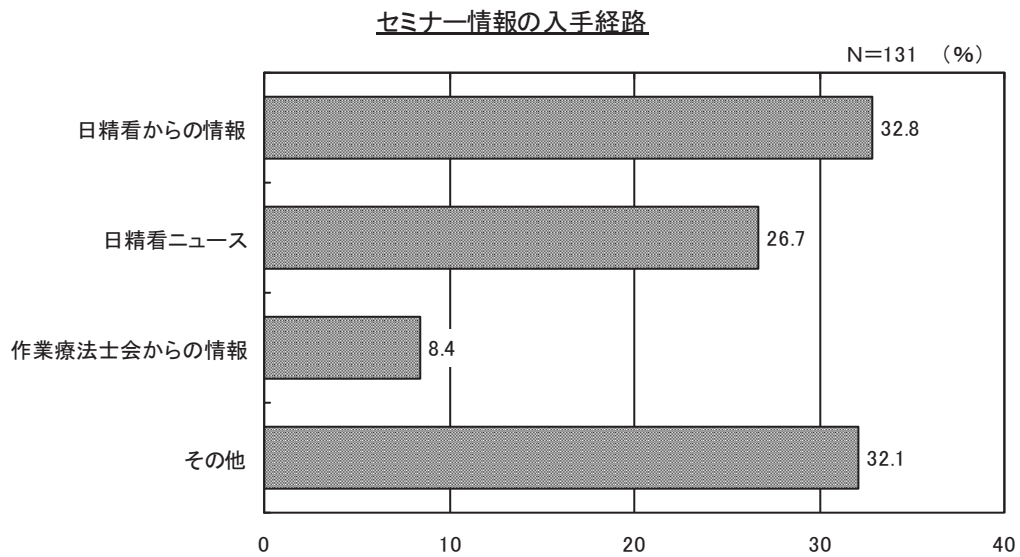
合計	看護師	精神保健福祉士	作業療法士	臨床心理士	その他	無回答
131	56	42	22	4	6	1
100%	42.7%	32.1%	16.8%	3.1%	4.6%	0.8%

■実務研修希望

合計	あり	なし	無回答
131	93	31	7
100%	71.0%	23.7%	5.3%

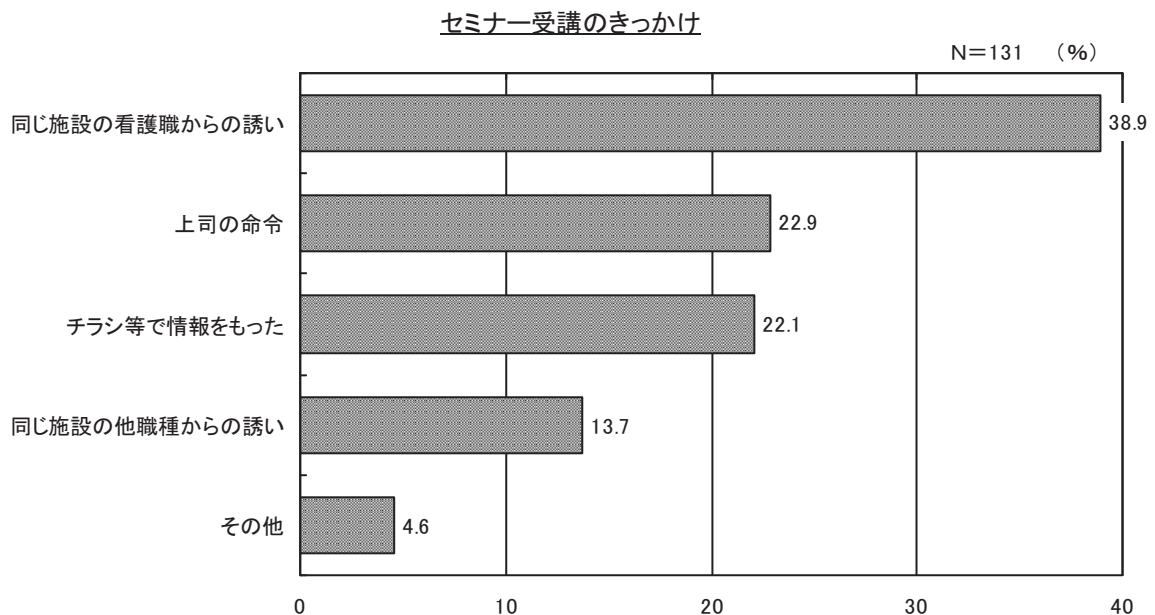
2) セミナー受講について

(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（チラシ、ホームページ等）」の割合が 32.8% で最も高く、「日精看ニュース」が 26.7%、「作業療法士会からの情報（チラシ、ホームページ等）」が 8.4% である。また、「その他」が 32.1% であり、その内容をみると、「院内の他のスタッフ」「上司」等が挙げられている。

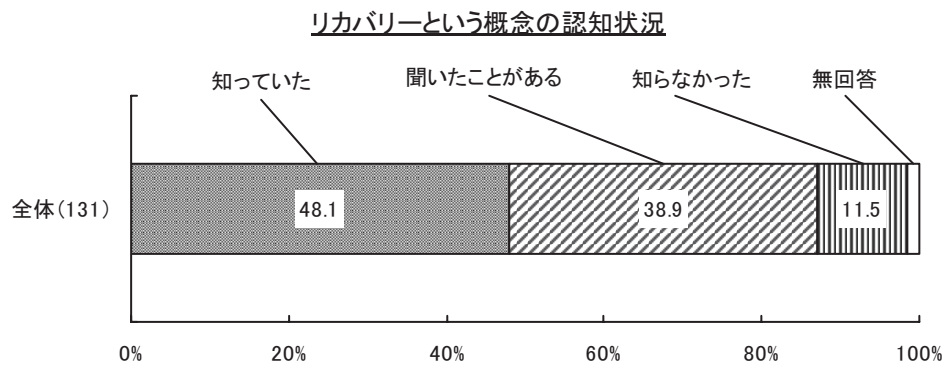
(2) セミナー受講のきっかけ



セミナー受講のきっかけについてみると、「同じ施設の看護職から誘われた」方の割合が 38.9% で最も高く、「上司の命令」が 22.9%、「チラシ等で情報を持ち、興味があったので自分から他職種を誘った」が 22.1%、「同じ施設のお職種から誘われた」が 13.7% で続いている。

また、誘ってくれた他職種（看護師を除く）の内訳をみると、「OT」の割合が 55.6% で最も高く、「CP」が 16.7%、「その他の職種」が 16.7% である。

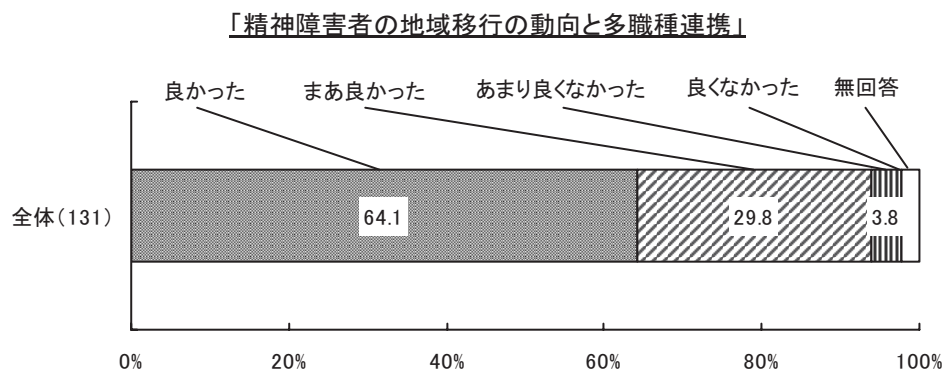
(3) リカバリーという概念の認知状況



受講時におけるリカバリーという概念の認知状況についてみると、「知っていた」方の割合が48.1%で半数近くを占め、「聞いたことがある」方が38.9%である。

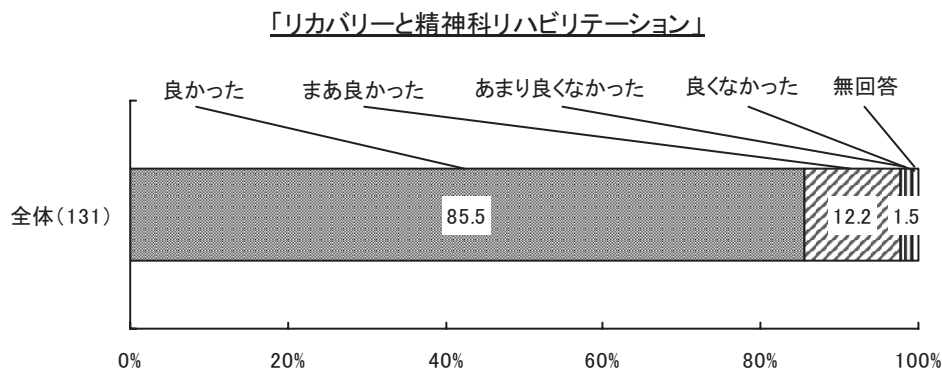
3) プログラムの内容に対する評価

(1) 『精神障がい者の地域移行の動向と多職種連携』に対する評価



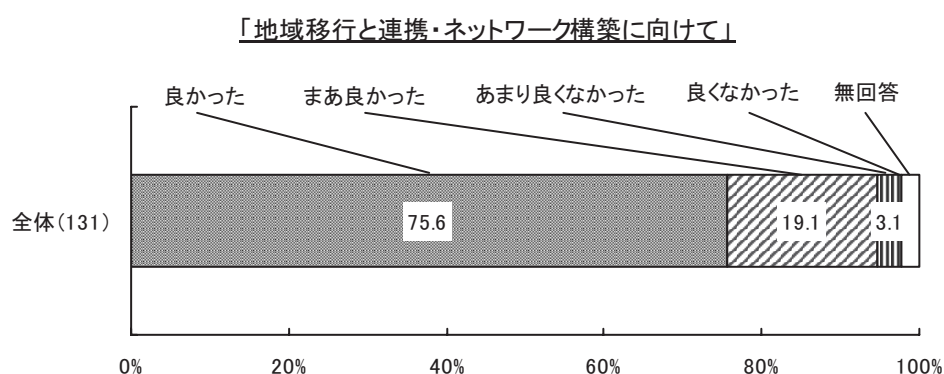
プログラム『精神障がい者の地域移行の動向と多職種連携』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が64.1%、「まあ良かった」方が29.8%であり、9割以上の方が同プログラムを好意的に評価している。

(2) 『リカバリーと精神科リハビリテーション』に対する評価



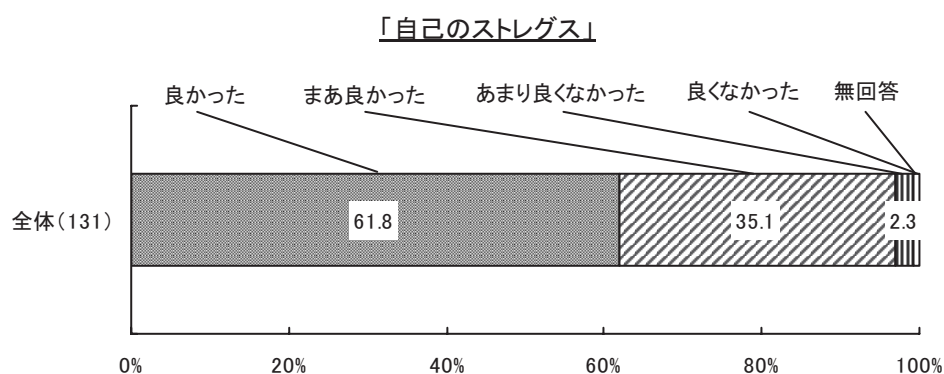
プログラム『リカバリーと精神科リハビリテーション』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が85.5%を占めている。また、「まあ良かった」方が12.2%であり、ほぼ全員が同プログラムを好意的に評価している。

(3) 『地域移行と連携・ネットワーク構築に向けて』に対する評価



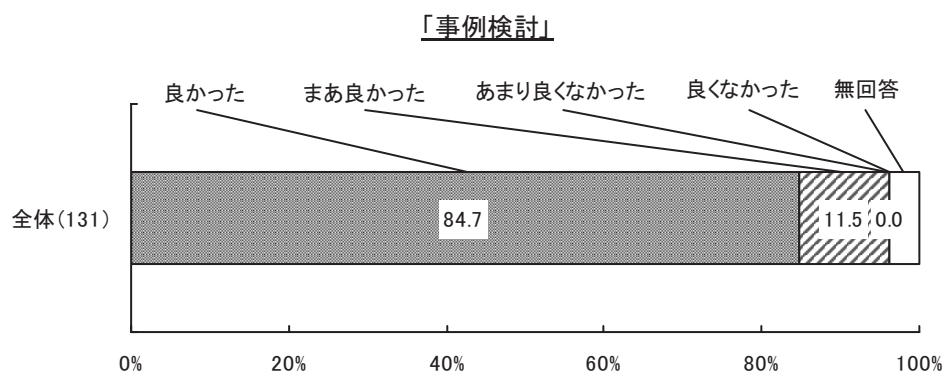
プログラム『地域移行と連携・ネットワーク構築に向けて』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が 75.6%を占めている。また、「まあ良かった」方が 19.1%であり、9 割以上の方が同プログラムを好意的に評価している。

(4) 『自己のストレングス』に対する評価



プログラム『自己のストレングス』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が 61.8%、「まあ良かった」方が 35.1%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。

(5) 『事例検討』に対する評価



プログラム『事例検討』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が 84.7%を占めている。また、「まあ良かった」方が 11.5%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。

『事例検討』に対する評価の主な理由（一部を掲載）

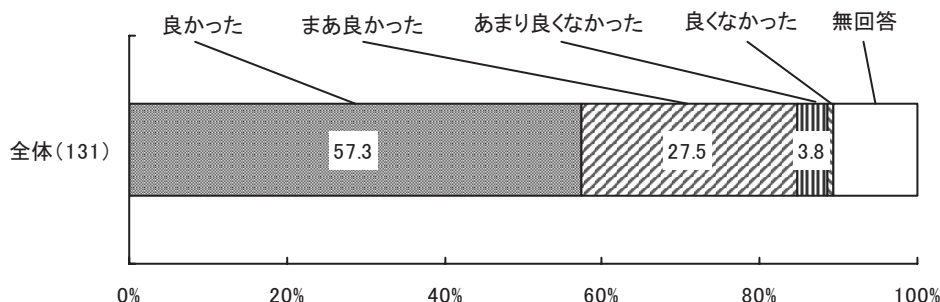
- コメディカルの意見で自分の見方を変えることができた。
- 多職種の視点を活発に出し合えたのでよかった。
- 他病院の多職種の方々といろいろな意見交換ができ、職種による視点の違いや、逆に同じ思いがあることに気づくことができた。
- 職場内の討議ではなく、初対面の多職種の方々とディスカッションすることが、職場でのカンファレンスやディスカッションにたいへん役に立つと思った。自由な発想で発言することができた。
- 講義ではイメージできなかったことについて、事例検討によってイメージすることができた。同職種だけの研修よりも、視野、視点が広がると感じた。
- 他職種と一緒に1つのプランを作っていくことは大変貴重な経験であり、おもしろかった。
- 結果的に達成したい目標が同じであっても過程やとらえ方が職種によって異なり、すり合わせをする作業の大変さやおもしろさをあらためて体験し、その大切さを再確認できた。
- 多職種間で視点が違いながらも、話を進めて行く過程で意見が一致していく経過が見えてよかった。
- 他職種とグループワークができて楽しかった。グループワークだけでかなりエネルギーを使ったので、日常業務の中で同じようにするとなるとかなり大変だろうと思った。
- このような事例検討の体験は今後に活かせると思った。個の支援者が全ての責任を負うのではなく、常にチームで協働できることの大切さ、必要性、有効性について実感できた。
- 多職種それぞれの意見を聞けてよかった。今までは自分ひとりで悩み、抱え込んでいたことを痛感した。早速業務で取り組みたい。
- 皆でいろいろなアイデアを出し合い、一人のケースについてじっくり考えることは、まさに多職種連携であると感じた。

評価の理由をみると「多職種の視点を活発に出し合えたのでよかった。」「他病院の多職種の方々といろいろな意見交換ができ、職種による視点の違いや、逆に同じ思いがあることに気づくことができた。」「結果的に達成したい目標が同じであっても、過程やとらえ方が職種によって異なり、すり合わせをする作業の大変さやおもしろさをあらためて体験し、その大切さを再確認できた。」「皆でいろいろなアイデアを出し合い、一人のケースについてじっくり考えることは、まさに多職種連携であると感じた。」等が挙げられている。

今回のセミナーは、対象者を看護師だけに限定せず、多職種の方々に参加してもらったことを特徴としているが、それにより、多くの参加者に新たな発見や気づきがあったとともに、多職種との連携のあり方や重要性をあらためて感じてもらったようである。本プログラムは予想以上の高い評価が得られており、本方式によるセミナーを今後も積極的に開催していきたいと考える。

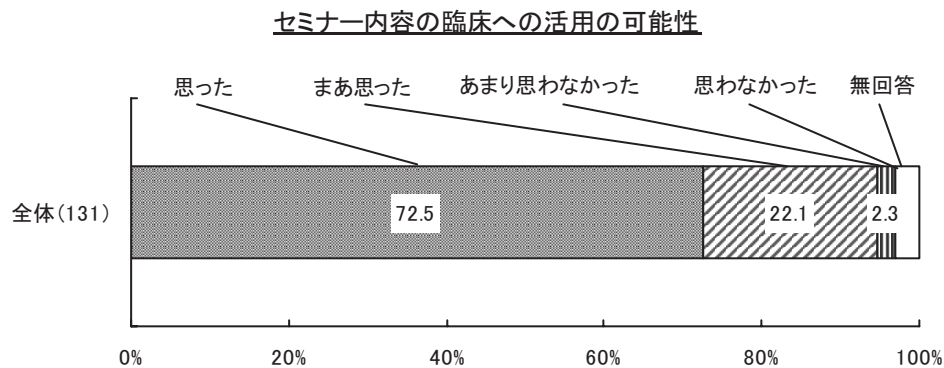
（６）『地域サービスの現状』に対する評価

「地域サービスの現状」



プログラム『地域サービスの現状』に対する評価についてみると、「良かった」方の割合が57.3%、「まあ良かった」方が27.5%であり、8割以上の方が好意的に評価している。

(7) 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どうかについて調査したところ、「思った」方の割合が72.5%を占めている。また、「まあ思った」方が22.1%であり、9割以上の方が臨床に活かせると評価している。

セミナーの内容を臨床へ活用できと思った理由（一部を掲載）

- 利用できる制度、視点、考え方を多く知ることができたので、活用していきたいと思った。
- 多職種でのケース会議を開催し、できるだけ多くの病棟スタッフに参加してもらうよう働きかけていこうと思った。
- 当事者の意向に耳を傾け、1人で抱え込まないで多職種に積極的に相談していこうと思った。
- ストレングスの視点が強化された。カンファレンスの際、医師主導にならないようにしていこうと意欲がわいた。
- 一緒に参加した看護師と同じ情報を共有できたことで、職場で活かしやすくなったと感じた。
- ケア会議の運営方法についてより具体的にイメージできた。
- 情報共有を常に意識して実行することで、変化につながる可能性を見出せた。
- チームの思いを1つにすることから退院促進が始まると感じた。他の職種の考え方を否定的に捉えるのではなく、その背景について耳を傾ける必要があると思った。
- 退所者の可能性を信じるために、アセスメントをしっかり行うことと、対象者の思いをしっかり聞くことを意識した関わりをしていきたいと思った。
- 長期の患者をもう一度アセスメントし直して、その人を知り、ニーズは何かを把握できると思った。
- ケア会議の定例化を提案しようと思った。

セミナーの内容を臨床へ活用できと思った理由をみると、「多職種でのケース会議を開催し、できるだけ多くの病棟スタッフに参加してもらうよう働きかけていこうと思った。」「ケア会議の運営方法についてより具体的にイメージできた。」「チームの思いを1つにすることから退院促進が始まると感じた。他の職種の考え方を否定的にとらえるのではなく、その背景について耳を傾ける必要があると思った。」等が挙げられている。

今回のセミナーを通して、特に多職種との連携の重要性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、ケア会議をはじめとするカンファレンスの開催、アセスメントの見直し、患者ニーズの把握等に活かしていこうとの意向が目についた。特に、患者の地域移行にあきらめの感情を抱いていた方が、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ており、本セミナーは目的を十分達成できる内容であったと考える。

Ⅱ. 人材育成プログラムのためのテキスト

1. リカバリーと精神科リハビリテーション

1) 精神科リハビリテーションの歴史

(1) リハビリテーション全体の歴史 ～戦争リハビリから ICF ～

蜂矢の総説¹⁾によると、リハビリテーションは元来「再び適した状態にすること」という意味のラテン語で、中世ヨーロッパでキリスト教会から破門された人々が許されて権利を回復する意味で用いられたところに語源をもつ。この言葉が今日的意味をもって用いられるようになったのは、第一次世界大戦（1917 年）後、負傷した傷病兵に対する職業リハビリテーションからであった。その結果、1918 年アメリカで戦傷者リハビリテーション法が生まれ、1943 年の改正で精神障がい者も対象に加えられている。医学的リハビリテーションについては、第二次世界大戦中に大きく発展し、アメリカでは 1947 年にリハビリテーション医学の専門医制度が発足しているが、これらは身体障害を中心領域としていた。

日本では、日清・日露戦争後の義肢装具の研究や、昭和初期からの障がい児教育や温泉療法への着目など独自の歴史があったが、1960 年代欧米に留学したグループの帰国後の活動により、1968 年に肢体不自由児や脳卒中患者に対応してきた整形外科と内科領域の医師を中心に、全ての医学領域を網羅しようと日本リハビリテーション医学会が設立され、精神科医もこの学会に参加した。しかし、運動障害を守備範囲の中心とした学会の流れがあり、10 年も経たないうちに、視覚障害・聴覚障害関係者とともに精神障害関係者はこの学会から退いてしまっている。1970 年代から、医学・職業・教育・社会の各分野にわたる専門家によるリハビリテーション交流セミナーが毎年開かれているが、精神障害リハビリテーション領域の参加者は未だ少ない現状がある。

精神科領域でもそうであるが、リハビリテーション全体でもリハビリテーションの 4 分野といわれる医療・教育・職業・社会は、それぞれ医学界・教育界・労働行政・社会福祉と独自の発達を遂げてきた。しかし、全人間的復権のために、これらの各領域が協力・統合していくには、垣根を越えた新たな価値観と共通言語が必要との声があがるようになった。

そこで、障害を把握する指標として、WHO は国際疾病分類（ICD）を補完するものとして 1980 年に国際障害分類（ICIDH）を発表した。しかし、ICIDH は医学モデルによる分類への偏りが大きく、また障害中心でストレングスへの着目が少なかったことなどから、これを改訂して社会モデルによる概念を含んだ両者を統合したモデルである国際生活機能分類（ICF）を 2001 年に作成した（図 1）。上田²⁾の総説によると、ICF では、障害を人が「生きる」こと全体の中に位置づけて「生きることの困難」として理解するという、全人間的復権に立った大きな視点の変更を行っている。ICF は統合モデルであり、人が生きることの全体像をとらえるための共通モデル・共通言語として使用できるよう、当事者へのサービス場面での活用だけでなく、障害統計、調査・研究、教育、啓発等に使われることを意図している。

詳しい活用法は成書^{2) 3)}にゆずるが、本研究班でも ICF 分類に基づいたケアプランを活用している。精神科リハビリテーションが、精神科領域、また医療界、ひいては社会全体で偏見なく当事者・家族はもちろん、専門家・非専門家を含めて検討され、より発展するためには、こういったリハビリテーション全体の流れを取り入れ、相互交流する必要があると考えられる。

ICF(国際生活機能分類)モデル

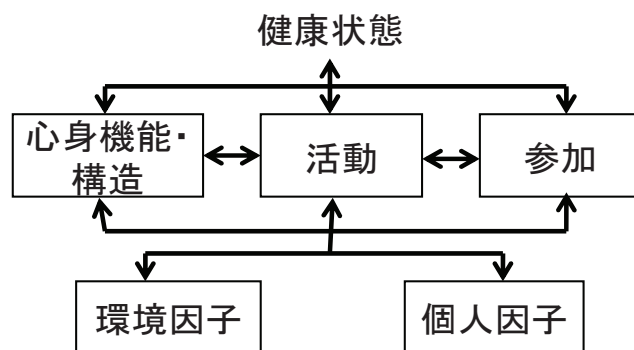


図 1

(2)精神科リハビリテーションの歴史

～戦傷者リハビリテーションから、リハビリの発展、そして統合へ～

精神科リハビリテーションの歴史は、19 世紀ヨーロッパにおいてピネルが精神障がい者を鎖から解放し、道徳療法が行われ始めた時代にさかのぼる。しかし、本格的な精神科リハビリテーションは、前述の第一次世界大戦後に始まった戦傷者リハビリテーションに関係する。このリハビリテーションの中で、精神科リハビリテーションも当初は職業的な機能に重点をおいていたが、次第に当事者自身の日常生活上の機能を重視するようになっていった。

近年の精神科リハビリテーションの隆盛は、脱施設化の流れを基礎としている。例えば、イギリスではビエラが「マールボロ式」と呼ばれるデイケアを創設し、アドラーの個人心理学の流れをくみ、患者が自己評価を回復することを目標とする集団による積極的な治療をめざし、デイケアの基礎を作った。その後、リハビリテーションへの取り組み、E Eなどの家族研究から家族心理教育への発展、そして認知療法や精神分析療法など精神療法の治療技法がそれぞれ進化していった。これと並行して脱施設化の流れは世界的に進み、1990 年に地域ケア法が制定され、地域の行政で働くソーシャルワーカーがケアマネジャーと呼称を変え、これらのサービスを統括し支援できるようケアマネジメントアプローチが多職種で行われるようになった。1999 年には、サービスの標準化を図る目的で Mental Health National Service Framework (NSF) が定められ、地域精神保健チームと積極的アウトリーチチーム（いわゆるアメリカの ACT）が、重層的に地域ケアやケアマネジメントを行うようになった。その結果、人口 10 万人あたりの精神疾患在院患者数は 1954 年の 354 人をピークに減少し続け、2000 年には 100 人となり、100 床以上ある精神科病院は 130（1975 年）が 30（2006 年）まで減少し、現在も減少中である。それ以外の欧米諸国でも、国をあげて脱施設化と地域ケア推進、そしてケアの統合が進められ、その結果入院患者の減少と在院日数の低下が起こっている。

欧米は日本より居住施設が多いため、入院施設と合計すると総計は大きくは変わらないとみなすこともできる。（図 2）⁴⁾ また、別の報告⁵⁾ によると、アメリカでは民間病院が 4～5 千床から 4～5 万床と約 10 倍に増加しており、他の国でも同様の傾向があり、質の高い民間病院が増加傾向にあるとも言われている。このようなことから、脱施設化は所属場所を変えただけではないかという批判も一方ではある。アメリカは皆保険制度ではなく、イギリスでは医療機関の選択肢がないなど、諸外国の医療制度と比較しても、日本の皆保険制度は国民が等しく、また個人の選択権で医療を受けることができる世界でも平等な仕組みで⁶⁾、精神医療も同様である。ただ、日本

の精神医療の場合、医療と入院に偏っているのが現状である。その結果、当事者である一般市民としての自由と責任が制限され、自尊心の低下や医療に対して依存的関係に陥りやすくなる可能性を考慮する必要がある。

日本と同じように収容型医療であった欧米で脱施設化と地域ケアが推進された結果、近年、理念として精神保健活動の中心に据えられ、今や政策にも盛り込まれている概念がリカバリーという理念である。1999年、アメリカではアメリカ合衆国公衆衛生総監報告書において、すべての精神保健プログラムがリカバリー志向であるべきことを推奨し、アメリカ連邦政府 EBP 実施・普及ツールキットの重要なリハビリテーション普及5項目の1つにリカバリーは選ばれている⁷⁾。また、ニュージーランドでは、精神保健サービス計画であるブループリントを1998年に刊行しているが、中心におかれている理念は当事者中心のリカバリー・アプローチであり、当事者を職員として雇用することを推奨し、現在では病院も含めてあらゆる機関にユーザーが正規職員として勤務している。リカバリーという理念については次章で詳しく述べるが、こういった欧米での脱施設化や地域ケア定着の背景には、こういった精神保健理念の大きなパラダイムシフトがある。これは、ICFの全人間的復権につながる考えであり、リハビリテーションには理念が必要なことを実証的に確認できる流れが起こっていると考察できる。

欧米主要国における精神科病床・ 居住施設入所者数とわが国の比較

	アメリカ	カナダ	イギリス	日本
精神科病床 (人口1万対)	公立精神科病院 3.7床 私立精神科病院 1.7床 総合病院精神科 2.1床 その他 3.3床 司法精神科病院 2.2床	総合病院(含む精神科救急) 7.0床 州立精神科病院 7.6床 司法精神科病院 1.8床	National Health Serviceの精神科病 院 4.9床 総合病院等の精神科病床 4.5床 私的的精神科病院 3.4床 司法精神科病院 2.1床	国立精神科病院 0.6床 都道府県立精神科病院 1.2床 公的精神科病院 0.9床 民間精神科病院 25.9床 司法精神科病院 0.03床
	13床	16.4床	14.9床	27.9床
社会復帰施設 類型(居住施設)	スキルド・ナースィングホーム ナースィングホーム ボードアンドケアホーム ハーフウェイハウス 共同アパート	ホステル ボーディングホーム ナースィングホーム コーストファウンデーション アパートメント グループホーム ペンチャー(ショートステイ施設)	ホステル ナースィングホーム 福祉ホーム グループホーム ウオードイン・ハウス	生活訓練施設 福祉ホーム グループホーム 入所療養施設 共同住居
居住施設 (人口1万対)	15床	11床	4.7床	1.5床
合計 (人口1万対)	28床(1997)	27.4床(1997)	19.6床(1993)	29.4床(2007)
備考	急性期の短期治療施設を整備	精神科救急医療の充実 居住施設は不足 コミュニティケアチームが地域 ケアに重要な役割	地域ケアは、プライマリケア、デイ ケア、居住施設が三本柱 コミュニティケアチームが地域ケ アに重要な役割	2005年施行の心神喪失者等医 療観察法により全国に指定病院 及び通院医療機関を設置

新福尚隆・浅井邦彦編「世界の精神保健医療」より

図2

2) リカバリーという理念

(1) リカバリーの定義

1990年代に入って、欧米諸国における精神保健をめぐる考え方は大きく変化している。それを象徴する概念がリカバリーである。この領域のはじめての総合的な成書⁸⁾の冒頭で、ラルフとコリガンは「リカバリーはこの10年に生じた精神保健と精神保健サービスのパラダイム変革を知らせる呼笛である」としている。

リカバリーは今でこそ脱施設化の政策として用いられてもいるが、当事者の声から生まれ、当事者と地域で支える支援者の実践から育まれた理念である。リカバリー概念に普遍的な定義はないが、精神障害をもちながら後に心理学博士となり、リカバリーの普及に努めているパトリシア・ディーガン⁹⁾は、以下のように示している。

「リカバリーは一つの過程、生活の仕方、姿勢、日々の課題への取り組み方である。それは、完

全な直線的経過ではない。時々、われわれの進路は気まぐれで、われわれはたじろぎ、後ずさりし、取り直し、そして再出発する・・・求められることは課題に立ち向かうことであり、新たな価値ある誠実さと能力障害の範囲内かそれを超えた目的を回復させることである。願いは、意味のある貢献ができる地域で生活し、仕事をし、人を愛することである。」

また、精神科リハビリテーションの近年の理念を牽引しているボストン大学のアンソニーは、リカバリーを以下のように定義している。

「疾患によりもたらされた制限が生活の中にあったとしても、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きること。精神疾患のもたらすつらく悲しい影響を乗り越えて成長し、人生に新しい意味や目的を見出す過程。」

リカバリーという言葉は、医学領域では精神症状や社会的機能などの客観的な指標の「病気の徴候がなくなること」を指す。しかし、ここで述べるリカバリーは、単に疾病の回復だけでなく、人生の回復を指す。この言葉の使い分けを知っておく必要がある。

(2) リカバリーの系譜

リカバリーの視点は、先にふれたように精神保健ユーザーの立場から発展した。

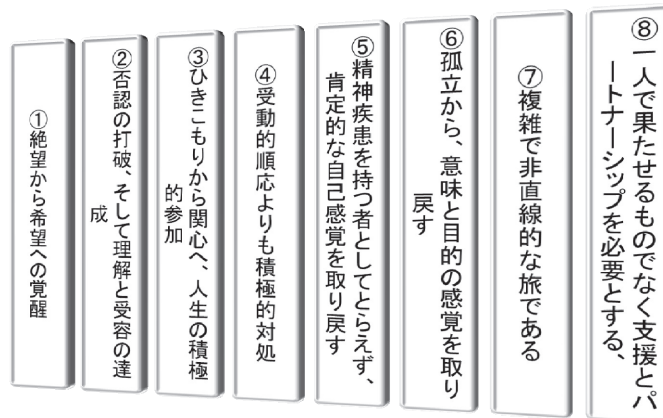
野中の総説⁴⁾によると、1908年にクリスフォード・ビアーズ¹⁰⁾が「わが魂にあうまで」を出版し、1948年にはクラブハウス活動が「自分たちはひとりぼっちじゃない」を合言葉に結成された。その後、公民権運動の隆盛と相まって1970年代にはセルフヘルプ運動が盛んになったという前史がある。また前章で述べたとおり、専門家による精神科での地域生活支援システムの試みが1970年代以降急速に開始され、1980年代にほぼ体系化されるまでに至ったという歴史がもう1つの前提としてある。

この2つの流れを受け、1980年代に精神障害をもつ者自身の発言や手記が相次いで発表され、研究者も次第に主観性や精神性に注目するようになった。前述のディーガン⁹⁾をはじめ、悲惨な精神科病院体験から路上生活を経てリカバリーし、当事者や家族の援助者として活躍したことで、アメリカ精神保健協会で1999年のビアーズ賞を受賞したケン・スティールの手記¹¹⁾、2001年にアメリカ中で最も優秀な「当事者ケースマネジャー」に贈られる賞を受賞したモーリス・ウィークスの手記¹²⁾、日本では、統合失調症の母との生活とリカバリーを漫画で軽妙に語った中村ユキ¹³⁾など、多くの当事者や家族からの手記や報告がなされ、日本でも多くの書店の店頭に並ぶようになっていく。

(3) リカバリーに必要な2つの軸～内面変化と環境～

リッジウェイ¹⁴⁾は、手記に共通の主題があることからナラティブ分析を試み、25編の手記から早期の独創的な4編を選択した。これらの共通項目として①絶望から希望への覚醒 ②否認の打破、そして理解と受容の達成 ③ひきこもりから関心へ、人生の積極的参加 ④受動的順応よりも積極的対処 ⑤精神疾患をもつ者としてとらえず、肯定的な自己感覚を取り戻す ⑥孤立から意味と目的の感覚を取り戻す ⑦複雑で非直線的な旅である ⑧一人で果たせるものでなく支援とパートナーシップを必要とするとし、内的変化とともに支援とパートナーシップの重要性を明確にしている(図3)。当事者でもあり研究者でもあるJacobsonとGreenly¹⁵⁾は、政策的にも実践的にも用いられるようになったリカバリーの考え方が、当事者にどう影響し促進されているかが認識されずに混乱が生じていることを指摘し、あらためてリカバリーの概念モデルを提示した(図4)。リカバリーは当事者の内面の問題だけでなく、促進的環境や政策が両輪となって進行していくものであり、いずれにしても、リカバリーは実際に可能であるという構えがないと成立しないと結んでいる。

精神障害体験の手記からの共通項目



Ridgway, P: Restorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. Psychiatric Rehabilitation J. 24 2001

図 3

リカバリーの概念モデル

内面的要因 (個人の構え・体験・ 変化の過程)	外面的要因 (リカバリー促進の環境・ 出来事・政策)
- 希望 - 癒し(病気を自分の一部として再定義する、自尊心の回復) - エンパワメント(自律性・勇気・責任性の回復) - 社会との結びつき	- 人権(力や資源の公平な配分) - 当事者とスタッフとの協働関係 - リカバリー志向的サービス(消費者によるサービス)

Jacobson, Greenley : What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric Services 52 (2002)

図 4

リカバリーは当事者の声から発展し、今や精神保健の中核理念となったが、この考えの広がりには当事者自身のみならず、医療スタッフや社会全体が一緒に信じる環境がないと促進されないことも、このような様々な実践や研究から明確になってきている。これは、精神障害への偏見の解消とも強く連動している。

日本では 2003 年の内野・前田らの研究¹⁶⁾で、統合失調症は「不治で」「得体のしれない」「危険な」病であるとの質問に、統合失調症でない人で YES と回答した人が 73.5% だったのに対し、統合失調症当事者で YES と回答した人が 72.7% であった。より適切な用語表記と偏見の解消のため、2002 年に精神分裂病から名称変更された統合失調症であるが、まだまだ統合失調症への世間の偏見、当事者自身の偏見、そして医療従事者自身の中にも偏見は存在する。この偏見を知り、見つめ、検討していく必要がある。

(4) リカバリーとエンパワメント

リカバリーと並んで、近年よく用いられる概念としてエンパワメントという言葉がある。エンパワメントは 1960 年代にアメリカの公民権運動の中で生まれた概念で、今やあらゆる支援の

枠組みとして基本的な考え方になりつつある。リカバリーとの用語の比較を図5に示している。どちらも、社会的不利のある人々を支援する概念であるが、リカバリーは当事者自身がめざすあり方であり、エンパワメントは社会的不利や障害によって本来の力を見失っている人々に対して対等な立場で支援するあり方を指すよう用いられることが多い。

アメリカのロサンゼルス郡精神保健協会のビレッジ統合サービス団体で、担当精神科医として精神障害のリカバリーを長年支援してきたレーガンは、医師としての視点を「病気を治療することから「人々を助ける」に移したことが、エンパワメントに向かう最も重要なステップであったとしている¹²⁾。そして本物のエンパワメントに必要なのは、みんなが本当の「社会体験」を実現することであり、当事者に敬意と誠意を示すことが大切であると述べている。

リカバリーとエンパワメント

リカバリー	エンパワメント
• 人生の破局的な状況から、生活の主体者として病気や障害を抱えながらも社会的に再生・再構築していく過程 • 「疾病の回復」というより「人生の回復」 • <u>当事者が信じ、実践していくこと</u>	• 黒人公民権運動から生まれた言葉 • 利用者自身が「自分ならやれる」と思えるように援助者などが考え、関わるあり方 • <u>当事者はこの存在を願望し、専門家が共同して達成にあたる状態</u>

図5

3) 有効な精神科リハビリテーションの実践と実情

1998年アメリカでは、研究者と実践家、管理者、当事者、家族活動家からなる合意形成パネルを開催し、統合失調症治療における推奨20項目を示した。これがPORT勧告である。ここで推奨された20項目のうち15項目は薬物療法で、5項目が心理社会的治療であった(図6)。しかし実際、これらの心理社会的治療はアメリカでも十分には実施されていない(図7)。この結果を受け、アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部(SAMHSA)は、エビデンスのある有効な治療法がより普及するためにEBPツールキット(①ACT②家族心理教育③IPS 援助付雇用④IMR 疾病管理とリカバリー)⁷⁾を制作し、全国での普及に努めている。

統合失調症治療推奨20項目 アメリカPORT勧告(2003年 改定)

治療法と推奨事項	エビデンスの強さ	治療法と推奨事項	エビデンスの強さ
急性期の抗精神病薬治療	1.18	悪性症候群、避急性ジスキネジア、避急性ジストニアに対するクロザピン	1.73
急性期抗精神病薬における用量	1.79	抗精神病薬の血中濃度モニター	2.14
初回患者における急性期抗精神病薬の用量	1.93	抗パーキンソン剤の予防的使用	1.88
抗精神病薬による維持療法	1.06	補助薬としての抗うつ薬の使用	2.00
維持療法での抗精神病薬の用量	1.93	家族介入	1.17
持効性抗精神病薬による維持療法	1.25	援助付雇用	1.33
標的・間歇的抗精神病薬による維持戦略	1.35	包括型地域生活支援プログラム(ACT)	1.11
治療抵抗性へのクロザピン使用	1.12	スキルズ・トレーニング	1.53
攻撃性に対するクロザピン使用	1.94	認知行動志向性の精神療法	1.67
自殺性に対するクロザピン使用	1.73	トークン経済介入	1.35

図6

治療・援助プログラムのガイドライン実施率
アメリカ統合失調症PORT研究 1998 n=719

ガイドライン	入院	通院
急性期向精神薬の使用	89.2%	—
維持的向精神薬の使用	—	92.3%
家族介入・家族心理教育	31.6	9.6
職業リハビリテーション	30.4	22.5
ACT、積極的ケースマネジメント	8.6	10.1

図 7

日本でも、特例社団法人日本精神科看護技術協会で行った精神科デイケアに関する調査で、入所後2年以内の利用者に対して行ったデイケアプログラムをアンケート調査したところ、上記の有効とされたプログラムを実施している割合は、いずれも20%以下の結果であった（図8）¹⁷⁾。この調査はデイケアのみを対象とした調査ではあるが、いずれにしても日本において有効なプログラムが当事者や家族に十分に提供できているとは言い難い現状があると思われる。効果的なリハビリテーションを知り、当事者に提案・提供するためのさらなる努力が求められる。

利用者が実際にデイケアで利用したプログラム
(H18. 7月～9月の入所者168名に対し複数回答)

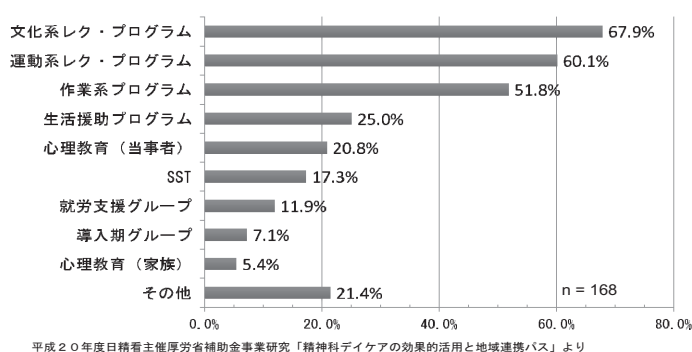


図 8

4) リカバリー志向の精神科リハビリテーション

(1) 精神科治療と精神科リハビリテーションの違いとは？

リハビリテーションを語るならば、まず治療との異同を考える必要がある。

アンソニーは著書¹⁸⁾の中で、精神科治療と精神科リハビリテーションの違いは、理念の違いとして説明されることが多く、精神科治療は症状を抑え症状軽減のために本人の「能力欠落」に焦点をあて、リハビリテーションはその人の力を開発することに向けられ、地域において機能する能力を回復する方法として本人の「残存能力」に焦点をあてることが基本とされてきている（図9）が、実際はリハビリテーションの実践は治療の実践と変わらないことが多いと述べている。

リハビリテーションと治療の 相違に関する従来の見方

	精神科リハビリテーション	精神科治療
目的	特定の環境における機能改善と満足	治癒、症状軽減、あるいは治療的洞察の形成
原因に関する理論	問わない	原因に関して様々な理論を用い、それに応じて介入の種類を決定する
焦点	現在と未来	過去、現在、未来
診断の内容	現在の技能・支援と、時際に必要な技能・支援の評価	症状と原因を評価
主なテクニック	技能教育、技能プログラミング、資源調整、資源修正	心理療法、薬物療法
基礎にあるもの	人材開発、職業リハビリテーション、身体リハビリテーション、当事者中心療法、特殊教育・学習	精神力動理論、身体医学

図9

身体障害では、当事者自身の意向が当初より明確に示されることや、医師の権限が精神医療ほど大きくないなどの理由から、比較的早期に当事者主体のリハビリテーションプログラムの構築がなされる。一方、精神障害においては、治療やリハビリテーションの意義や有効性について、当事者に十分な説明がされず、また当事者が選択する権限をもち得なかった歴史がある。精神科リハビリテーションを実践する前述のアンソニーやレーガンも、産科やがんなど当事者からのニーズで発展している身体科のあり方から学ぶことが多いと述べている。

しかし、精神科領域においても、地域でのアイデアあふれる実践が北海道浦河の「べてるの家」をはじめ国内でも報告されている^{19) 20) 21) 22) 23)}。それらの取り組みは、方法論的には従来言われているような既存のリハビリテーションの手法と大きくは変わらない。しかし、当事者やすぐそばにいる支援者の声やニーズが出発点としてまずあり、そこから徐々に多職種・他分野の専門家や非専門家が真摯に当事者の声に耳を傾けながら広がっており、その発信元と視点が従来の医学モデルとは大きく異なっている。過疎化が進んでいるこれらのいくつかの地区は、社会資源も財政も少ない中での実践であり、限られた資源だからこそ、専門家・非専門家が垣根を越えて手を取り合ってこられたとも言えるが、その道程は決して平坦でなかったことはこれらの報告に現れている。この道程は、ディーガンのいうリカバリーの平坦でない道程と重なるものであり、これらの地域での当事者や専門家の生き生きとした生活ぶりからは、当事者の希望主体で行うことの意義の大きさが感じられる。

精神障害の当事者が最初に出会うのは精神医療であるが、伊藤の模式図（図10）²⁵⁾にもあるように、そのまま医療が当事者の手を握り続け「治癒」をめざして、専門家からの発想のみを提案し続けることは安全重視・再発予防重視となりやすく、結果的にリカバリー志向の当事者自身の希望から始まるリハビリテーションを遠ざける結果になり得ることを、医療従事者は知っておく必要がある。リカバリー志向のリハビリテーションでは、できるだけ早期から多職種の視点や、当事者自身の希望から構成されるリハビリテーションプランを共有し、専門家自身は押しつけず、しかし、必要な時に必要な量の支援や情報を提供することが求められる。

状況の変化と関係性の変化

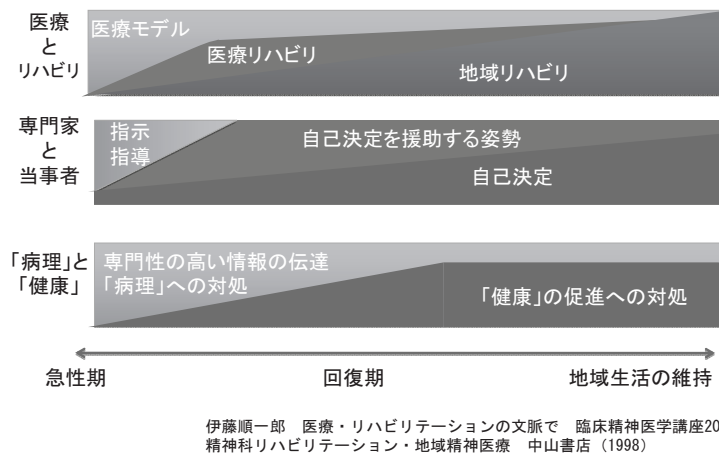


図 10

(2) リカバリー志向の精神医療・リハビリテーション

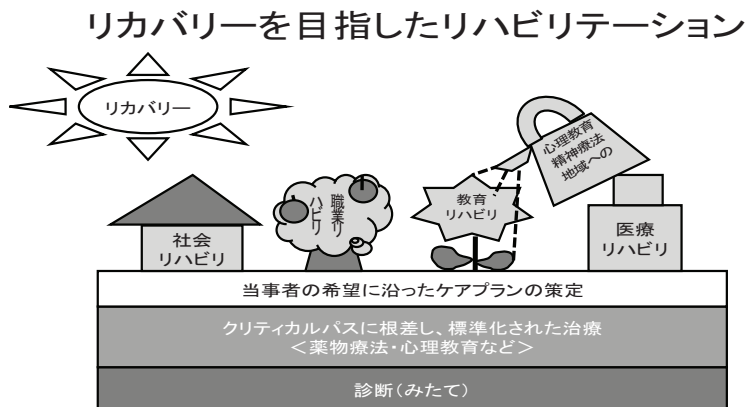


図 11

リカバリーを目指したリハビリテーション

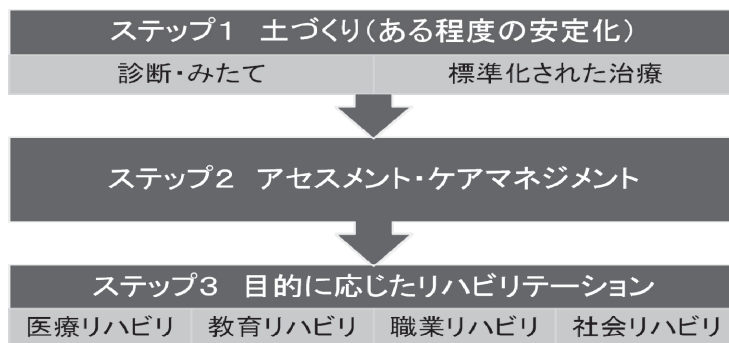


図 12

【ステップ1】 土づくり ～ある程度の安定化～

精神障害は前述の通り医療と福祉にまたがる領域であり、徐々に当事者自身にゆだねていくことになるが、最初の急性期の混乱時はやはり医療の役割が大きい（図 10）。精神障害の場合、最初の出会いの多くは病院やクリニックの診察室から始まる。ここで、今後の治療の方向性を決める診断や見立てが行われ、急性期の治療が開始される。この時期にある程度の安定化を図ることができれば、その後のリハビリがより進みやすくなる。

ここでは、リハビリのいわば土作りとなる、診断、見立て、標準化された治療についてあらためて検討する。

< 1. 診断・見立て >

診断は、現在は操作的診断である ICD10、DSM-IV-TR は欠かせない。障害年金などの診断書も、ICD10 を用いた診断を求められる時代になっている。ただ、この診断はあくまでも疫学上での分類であることを承知しておく必要がある。診断にはこの操作的診断の他、要因と予後予測の要素を含んだ伝統的診断、その人の性格傾向、知的能力、生活歴（社会性、家族歴、既往歴）などを総合的に検討する必要がある（図 13）。

診断（みため）で行うこと

- 診断
 - ①ICD10、DSMIV-TRなどの操作的診断
 - ②伝統的診断
 - ③性格傾向（そもそもどんな人なのか？）
 - ④知的能力
- 生活歴
- 家族や社会資源、経済支援など
- ストレngths（個人・環境）のアセスメント

図 13

さらに、リハビリテーションにおいて忘れてはならない視点が、個人と環境のストレngths（強み）のアセスメントである。ストレngthsについては、（3）自己のストレngthsに詳しい説明をゆだねるが、できないところだけを焦点化するのではなく、できるところを評価し伸ばし、できないところをどう補うかを考えることがリハビリテーションにとって必要で、また効率的な視点である。例えば、左手欠損の人に義手を作るとは必要な手段であるが、右手だけで生活しやすくする方法を検討したり、道具の開発をすることなどはストレngthsモデルに即している。精神障害においても、欠点とみなされがちな特徴はストレngthsとなり得る。ストレngthsモデルでのアセスメントの一例を図 14 に表示する。弱みは裏返せば強みになることも多い。ストレngthsを見つける視点を早い段階からもつ必要が援助者にはある。

本人・家族の問題点とストレングスの例

＜20代女性 統合失調感情障害のケース＞

問題点	本人	家族	生活
	- 情動の変化が激しく悪化時は攻撃的 - 言語的な表出が困難で、病的体験を把握しづらい	- 父母とも心療内科通院中で過敏な傾向 - 距離が本人と近すぎて双方疲労困憊	- 自宅でひきこもり - 病院までの距離が遠い
ストレンクス	本人	家族	生活
	- 素直な性格で治療に協力的 - 安定時は知的理解がよい - 服薬アドヒアランス良好	- 本人に共感的 - 医療への関心が高い - 夫婦仲良好 - 自営業で時間にゆとりあり	- 経済OK - 自宅は駅から近い - 店にも本人の部屋がある

図 14

これらの過去の研究、そして治療者の経験、当事者・環境のストレンクスを参考にして、当面の治療の場所をどこで、どのくらいの期間行うかを「見立て」として、治療チームから当事者・家族に伝えることが求められる。土居²⁶⁾は見立てを「診断・予後・治療について専門家が述べる意見をひっくるめて呼ぶ日常語」と定義している。予定が立たない治療は、当事者・家族には暗に「いつ治るかわからない」というメッセージとなり、それは不安と「不治の病」の印象を植える大きな一因となり得る。目安であったにしても、見立ての中で大まかな予後予測することは、当事者・家族がむしろ安心して、一時的に社会的責任から外れて治療に専念する勇気をもてることにつながることを治療スタッフは知っておく必要がある。退院が困難になりやすい要因を図 15 で呈示している。これらのケースの場合、多くは病状以上に生活上の困難を抱えている。より早期にケアチームを発足し、さらなる工夫をしていく必要がある。

退院困難と判断する要因

年齢が65歳以上	近隣とのトラブルや 寮・保健所介入あり
過去2年で複数回入院	措置・鑑定入院
前回退院から3か月以内の入院	経済的理由で日用品の準備ができない
定期的な服薬ができていない	帰る場所がない
本人が外来受診しない	単身である
合併症がある(知的障害を含む)	本人・家族から入院費の相談がある
対人交流がとれない	家族の理解や援助の意思がない
生活が自立できない	家族支援者が入院時同行した

伊藤(2009)と
20年度日本精神科看護技 協会主催
「ニューロングステイ患者の実態 退院と退院に向けた効 率的ケアの開発」の抜粋より

図 15

＜ 2. 標準化された治療 ＞

○クリティカルパスなど標準化された治療の呈示

リハビリテーション界で各分野の統合化・標準化が図られているように、医療でも医療の標準化・定式化をしようという動きが加速している。クリティカルパスは、厚生労働省が「急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係する医療機関で共有することに

より、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる。」と定義し、大腿骨頸部骨折と脳卒中で診療報酬を算定できるようになったが、これら以外の様々な疾患においても各医療機関で工夫され、取り組まれている。

統合失調症をはじめとした精神疾患は、当初は個別性が高いため標準化は難しいのではという議論があったが、先駆的な取り組みを行う医療機関や団体から様々なクリティカルパスの提案があり、クリティカルパスを実践している施設においては、スタッフ・当事者・家族に好評をもって迎えられている。そこには、まず同じ目標に当事者・家族を含めて取り組める明解さがあり、加えて作成していく過程で生じる多職種間でのコミュニケーションによって、互いの能力を知り合えるよい機会になるというメリットもある。これについては、(5)多職種連携と地域連携において事例として書かれているので参照されたい。クリティカルパスは種々の呈示がすでになされているが、ここでは特例社団法人日本精神科看護技術協会が作成した、統合失調症の救急・急性期医療から地域への移行を念頭にいた地域連携パスを参考に呈示する(図16)。

また、クリティカルパスを導入していなくても、現在は急性期病棟で「入院時診療計画」「退院時療養計画書」が渡されることが規定されているように、当事者・家族が当面の治療方針を知り、今後の治療の地図を描き、大まかにでも生活設計を立てられるよう、専門家は見立てや治療内容をより積極的に伝えていくことが求められている。

○リカバリーをめざした薬物療法

薬物療法はこれまでの精神医療での研究蓄積で、先述のPORT 勧告(図6)にもあるように、急性期の静穏化・再発予防などである程度のコンセンサスが得られている。

リカバリーと薬物療法の関連においては、Resnick²⁵⁾らはPORT研究の一環としてリカバリーに関与する要因の分析を試みた。その結果、精神症状、特にうつ症状および薬の副作用はリカバリー志向性と大いに関与しており、生物学的な視点とリカバリーの視点は互いに相補的であると報告している。また、前述のレーガン¹¹⁾は薬物療法を協働で進める重要性を明確にしている。彼自身、かつては医学モデルで診断し、治療遵守を当事者に要請していたと振り返り、現在は当事者の目標達成に役立つ具体的な工夫を毎回の診療の中に盛り込みつつ、目標達成の一環として薬物療法を提案すると当事者が積極的に参加協力することをケースを交えて示している。

薬物療法で起こる副作用(図17)は、時に精神症状以上に当事者のQOLを低下させ、ひいてはアドヒアランスの低下、再発の悪循環を招くことはよく知られていることである。飛躍的に進歩し続ける薬物療法の学習を専門家が積極的に行うことはもちろんであるが、当事者にとってよりよい処方をめざすためには、医師・薬剤師などの専門家は積極的に当事者に作用副作用の情報を公開し、当事者・家族・非専門家・スタッフが気軽に薬物療法への意見を述べ、薬物療法に全ての人が積極的に関与しあう関係にする必要がある。そして、アンソニー¹⁸⁾が「薬物療法は必要条件ではあるが、十分条件であることはまれである」と明言しているように、薬物療法だけでの治療の限界を知り、当事者の現在おかれた生活、また他の治療との連携を常に意識する必要がある。

	治療導入期	急性期中期 (入院治療期)	急性期後期 (退院準備期)	リハビリ導入期	リハビリ定着期	卒業期
イメージする 治療場所	病院（急性期治療病棟など） 自宅	病院（急性期治療病棟など） 自宅	病院（急性期治療病棟など） 自宅	デイケア 活動支援センター 病院（回復期・療養）	デイケア 活動支援センター 病院（回復期・療養）	就労支援（作業所含む） 活動支援センター デイケア
目標	精神病症状の鎮静 安心できる環境で休養を取る 睡眠・栄養の確保	薬物療法の決定 病棟生活に慣れる 生活リズムの意識化	今後の当面の生活をイメージする そのためのリハビリ計画策定	徐々に生活のリズムを作り 外出機会を増やす リハビリ期の生活へのイメージ する そのためのリハビリ計画策定	毎日の生活リズムを作る 人との交流を意識的に増やす 今後の自分のライフスタイルをイ メージする そのためのリハビリ計画策定	次のステップ・社会資源へ の移行 そのためのリハビリ計画 策定
病状コントロール	薬物療法、ECTなどで精神病 状をコントロール 身体面のチェック（合併症・副作 用） 服薬アドヒアランス把握	今後のメインとなる抗精神薬を 決定 身体面のチェック（合併症・副作 用） 服薬アドヒアランス把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつチェ ック 身体面のチェック（合併症・副作 用） 服薬アドヒアランスの把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつチェ ック 身体面のチェック（合併症・副作 用） 服薬アドヒアランスの把握	薬物療法の継続 精神症状・精神病後抑うつチェ ック 身体面のチェック（合併症・副作 用） 服薬アドヒアランスの把握	薬物療法の継続 精神症状のチェック（合併 身体面のチェック（合併 症・副作用） 服薬アドヒアランスの把 握
作業能力・ 体力向上	睡眠・栄養の十分な確保 昼夜のリズムを維持する程度の、 安心していただけるOTへの参加	睡眠・栄養の十分な確保 病棟生活や病棟OTへの参加 家庭では生活リズムを意識した生 活	睡眠・栄養の質確保 生活リズム維持 作業療法への集中力把握 デイケア体験入所	生活リズム維持 デイケアや活動支援センターへの 低頻度（週2、3回）から高頻度 への参加 作業能力・体力の査定	高頻度（週4、5回程度）の社会 生活リズムの維持 資源参加を維持 家事・趣味活動の励行 作業能力・体力に見合った次の 施設の検討	高頻度（週4、5回程度）の社会 生活リズムの構築 作業能力・体力に見合った 次の施設への移行スケジ ュール検討・作業所・援助 付就労等
対人技能・ コミュニケーション力 上昇	医師、医療スタッフとの信頼関係 構築 ある程度の自閉の保証	医師、医療スタッフとの信頼関係 構築 病棟患者との交流 面会者との交流 家族との対話 ある程度の自閉の尊重	体験入所を通して、リハビリ施設 やスタッフに顔みしりを作る 家族との関係再構築 ある程度の自閉の尊重	顔みしりから徐々にプログラムを 通じてのメンバーとの交流へ 担当Staffに自分の意思を伝えられ る SSTでの訓練 ある程度の自閉の尊重	プログラム内外でのメンバー間交 流やグループでの役割体験 他メンバーやスタッフに自分の意 思を伝えられる クローズドグループ（就労準備、 SST・認知行動療法など） ある程度の自閉の尊重	次の施設での顔みしりを 作る次の機関スタッフと の関係構築 他人に自分の意思を表出 できる 先輩患者との交流 SST・認知行動療法 ある程度の自閉の尊重
自尊心向上	希望を引き出す 今起こっていることが「病気」で 起こっており、治療者は回復する 希望を持っていることを伝える	本人の希望・ニーズを尋ねる 今落ち着きつつあることが、病 気で起こった記憶であり、薬の効 果を実感する	本人の希望・ニーズを尋ねる 現実へのあせりや精神病後抑うつ への対応 1、2年後の好転を事例を通して 保証する	本人の希望・ニーズを尋ねる 現実へのあせりや精神病後抑うつ への対応 個別面談で困り事や今後の目標を 話し合う	本人の希望・ニーズを尋ねる メンバー間での助け合い 集団での自信向上 回復してきているという正の評価 を周囲から返す	本人の希望・ニーズを尋ねる メンバー同士での正の評価 当事者活動の案内 卒業後もDCに相談できる工 去

自分・病気・障害への理解	今後着きつつあることが、病気で起こった話題であり、葉が効いていることを理解する リハビリの必要性の説明 当事者心理教育への導入	半年以内の療養へのイメージを持つ リハビリの必要性の説明 再発のサインを知る 当事者心理教育への導入	当半年程度の療養へのイメージを持つ リハビリの必要性の説明 再発のサインを知る 病気への理解 当事者心理教育	今後の生活へのイメージを持つ リハビリの必要性の説明 障害のオープン可否を検討 病気への正しい理解 自分の特性を知る 当事者心理教育
周囲の理解・サポート	家族へのねぎらい 家族心理教育 職場への診断書発行	家族への病状説明 家族心理教育 職場への診断書発行	家族心理教育 退院受け入れの検討	家族状況の把握 家族心理教育 次の機関とのカンファレンス 家族状況の把握 家族心理教育→家族会へ 卒業後家族も相談できる 連携作り
環境面・バックアップ	入院・自宅療養の選択 家族・経済環境の把握 担当PSWを紹介 自立支援、高額医療申請などの説明	家族、住居、経済環境の把握 自立支援、生活保護などの説明 訪問看護、グループホーム、介護保険などの検討	家族、住居、経済環境の把握 自立支援、生活保護などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、介護保険などの検討	家族、住居、経済環境の把握 自立支援、生活保護などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、介護保険などの検討 障害年金、障害者手帳への準備 訪問看護、グループホーム、介護保険などの検討

図16

抗精神病薬の副作用

ドーパミン系副作用	抗コリン系副作用	その他
・パーキンソニズム ・アカシジア ・高プロラクチン血症 ・悪性症候群 ・遅発性ジスキネジア ・Dysphria(薬剤性抑うつ)	・眠気 ・体重増加 ・高血糖 ・口渇 ・循環器系(不整脈など)	・性機能障害 ・顆粒球減少 ・痙攣発作

図 17

○心理教育

標準化された治療において、薬物療法と並んで大事なことは疾患・障害の理解である。糖尿病の患者に糖尿病教室が、妊婦に妊婦教室が有用なように、慢性の疾患・障害である精神障害は、当事者・家族がこれから長く付き合っていく問題であり、長期にわたる心理教育は当事者・家族がこの障害を主体的に付き合っていくための指針として有用なものである。

心理教育の定義は「精神障害やエイズなど受容しにくい問題をもつ人たちに対して、個別の療養生活に必要な知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処や工夫をともに考えることによって、主体的な療養生活を営める援助」である(図 18)。精神障害への不安と混乱から生じる家族の強い感情的巻き込まれ(高 EE)は、服薬遵守以上に再発に強い影響をもたらすことなどが多くの研究で明らかになっており(図 19)、家族の不安を受容し、正しい情報を提供する心理教育の効果は、国内外での心理教育導入による再入院低下などで実証されており(図 20)、先述の PORT 勧告でも強いエビデンスとして示されたように有効性がきわめて高い援助技法である。

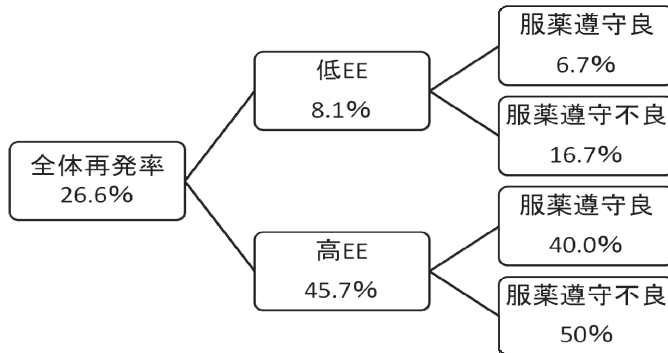
心理教育の定義

- 精神障害やエイズなど、慢性で受容しにくい問題をもつ人たちがその家族に対して【対象】
- 病気や障害に関する正しい知識や情報を、心理面への十分な配慮をしながら伝え 【方法1: 情報提供の場】
- 病気や障害によるさまざまな問題・困難への対処方法を身につけられるように援助することによって
【方法2: 対処について相談できる場】
- 本人や家族が自分らしく生き生きとした生活を営める力を身につけられるよう支援する技法
【目標】

図 18

感情表出と再発率(退院9ヶ月後)

n=72



1995 伊藤・大島

図 19

家族への心理教育的介入と退院後9ヶ月間の再発率

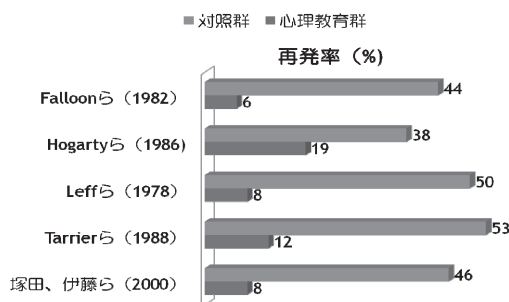


図 20

急性期での心理教育は、家族は精神病状態に突然出会ったことによる混乱と恐怖が未だ収まっていない状況であることが多く、当事者も急性期の混乱がまだ収まりきっていない状態での参加になるため、その時に取り入れられる情報の質と量を見極める必要がある。心理教育の教育セッションでよく取り上げられる項目を図 21 に示すが、最初からこれらをしっかり伝えることを目標とするのではなく、この教育セッションを今後リハビリ期にも続く心理教育につながるきっかけづくりとする程度にとらえ、「おもてなしの心」(伊藤)で当事者・家族を迎える心構えが求められる。

心理教育の情報セッションでよく取り上げられる項目

- 疫学・病態生理・成因
- 症状・経過・予後・遺伝
- 薬物療法
- リハビリテーション
- 利用できる福祉制度・社会資源
- 家族の役割

図 21

【ステップ2】 当事者の希望に沿ったケアプランの策定

標準化された治療である程度の安定化が得られた後は、当事者の今後の希望に沿ったリハビリテーション計画を立てていくこととなる。そこで、アセスメントがあらためて必要となる。ラップらは著書³⁰⁾の中で、問題志向のアセスメントとストレングス志向のアセスメントを比較している（図 22）。彼らの提案するストレングス志向のアセスメントは、当事者の複雑さを診断や問題の羅列に還元するものでなく、むしろ、当事者の観点から理解や意味を求めることに使われると述べている。もちろん、医師をはじめとして各職種のアセスメントも専門家の意見として確かに必要である（図 23）。しかし、それはあくまでも意見であり、当事者の希望を現実的なものに修正することはあってもあきらめさせるものではない。時には、目標達成のための打開策を得るため、当事者・家族、多職種でケア会議を行うことは、みんなの意見を知りあい、目標を共有し、結果的に大きな前進をもたらすことが多い。

アセスメントの視点の比較（抜粋）

問題志向の アセスメント	ストレングス志向の アセスメント
- 問題として診断を下す。 - 機能水準を確認するための診断評価の手順に焦点。 - 当事者は行動に対して洞察に欠き、病識がない。 - サービス決定に当事者は関与しない。 - 専門家によってコントロールされる。	- 人が欲し希望し夢見るもの。 「今ここで」と、その人の歴史と将来に焦点。 - 当事者は、自分の望むものを決定できる「人」とみなす。 - アセスメントは関係性が基盤にあり、現在進行形で決して完全なものではない。 - 利用者の権威と所有意識。

Rappら「ストレングスモデル」より

図 22

各職種でのアセスメント

医師	症状評価：PANSS、BPRS 抑うつ：ハミルトン、Beck、QIDS-J 身体チェック
看護師	生活評価（IADLなど） 対人技能評価
作業療法士	作業評価 身体機能評価
精神保健福祉士	社会資源・経済資源の現状調査
臨床心理士	知能検査：WAIS-R、HDS-R 人格傾向：ロールシャッハ、バウム、HTP 作業能力：クレペリン など

図 23

【ステップ3】 リハビリテーションの選択・発展

ステップ2までに出てきた当事者の希望に即した計画に沿って、その後のリハビリテーションは進められる。そのアプローチは、従来のリハビリテーションの分類に準じると、医療・教育・職業・社会に分類することができる（図 24）。2つ以上の分野にまたがる項目ももちろんあるが、以下はこれにしたがって、それぞれのリハビリテーションの概要を述べていく。

精神科リハビリテーションの4本柱

医療リハビリ	教育リハビリ	職業リハビリ	社会リハビリ
・一般診療・薬物療法の継続 ・デイケア ・危機介入 ・(各種精神療法) ・(ACT・訪問看護)など	・心理教育 ・各種精神療法 ・(ピアサポート) ・地域への啓蒙・偏見の解消など	・就労移行支援事業 ・授産施設 ・共同作業所 ・障害者職業センター ・ハローワークなど	・地域活動支援センター ・(デイケア・作業所) ・ピアサポート ・ACT・訪問看護 ・精神科ホームヘルプサービス ・障害年金 ・精神障害者福祉手帳 ・自立支援法給付 ・生活保護 ・成人後見人制度 ・住宅支援サービスなど

図 24

< 1. 医療リハビリテーション >

精神障害は、障害が固定せず不安定であることから、身体障害以上に医療との結びつきが重要であることは異論がないところであろう。以下に項目別に整理していく。

a) 一般診療・薬物療法の継続

薬物療法の継続が再発予防の重要な要素であることは、PORT 勧告などたくさんのエビデンスからも明白である。リハビリ期・維持期の薬物療法は、当事者の生活を妨げないような様々な工夫が求められる。具体的には服薬に対する疾患教育、副作用への配慮、服薬回数の適正化などがアドヒアランス向上に重要である。精神科ユーザーアンケートによると、820 人中 488 人が 1 日 1 回 1 錠で効果のある薬を希望しており³¹⁾、実際に薬が余る一番の原因は飲み忘れであった（図 25）。

全ての人が薬物療法について気軽に意見を言うことができ、当事者が望む薬物療法に近づけられるような関係づくりがさらに求められる。

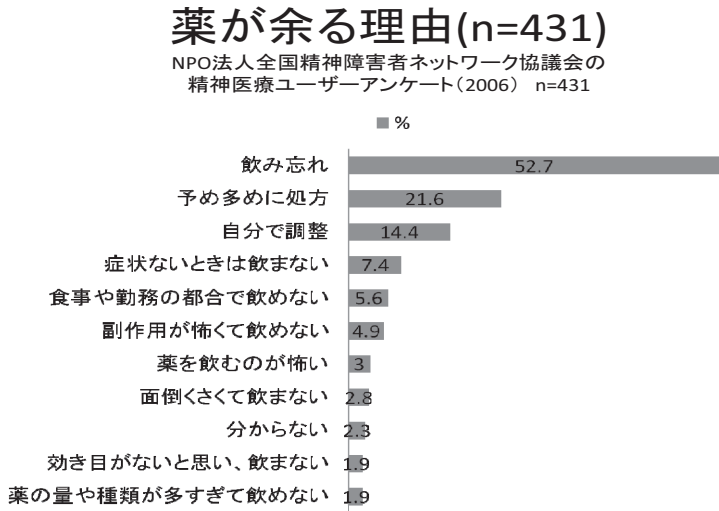


図 25

b) デイケア

デイケアは、精神科リハビリテーションが総合的に受けられる機関として、日本各地で展開されている。デイケアの役割は①急性期デイケア ②リハビリデイケア ③居場所デイケアの3つに分類される(図 26)。本来、医療リハビリとしての中心的な機能は急性期デイケアとリハビリデイケアであり、これがデイケアの本来の出発点でもあった。しかし、前述のデイケア調査(図 8)で示すように、今は十分なプログラムが展開できているとは言い難い状況にある。近年、SST や認知矯正療法、心理教育など有効なリハビリテーションプログラムの提案がなされている中で、エビデンスがより高いリハビリテーションプログラムの提供が求められる。

急性期デイケアとリハビリデイケアの主な目的が、症状の安定化と疾患理解と体力維持、次のステップへの橋渡しであることから、これら2つは其後の夢をもつ当事者にとっては、通過型機関として機能を果たすことが求められる。コクラン共同研究でも、長期にわたる職業準備訓練を行うよりも早めに就労の場での訓練と支援を加えることが有効であるという結論が示されている。

そして、重症の精神障がい者が孤独の解消や仲間づくりのために使うデイケアの居場所機能については、デイケアの医療上の本来の意味から考えて、地域活動支援センターなど社会リハビリへの橋渡しの検討が必要であろう。

デイケアの3つの機能

野田 2001

①急性期デイケア

本来のデイケアの出発点

医療モデル:消耗期からの離脱や疾患理解が目的

②リハビリテーションデイケア

作業療法や就労リハビリを通して、新しい生きがいを検討する場。次の社会資源への橋渡しをする

③居場所デイケア

従来の精神科デイケアの多くが該当→日本独自

慢性の患者の受け皿

再入院防止の場として機能

図 26

c) 再発・危機介入

○「再発」再考

精神科リハビリテーションにおいて、再発は避けられない問題であり、医療関係者や家族にとっての最大の関心事である。しかし、どの段階をもって再発と呼ぶかということについては、意見が一致しているとは言えない。Falloon³²⁾ は、統合失調症の転帰評価における再発の定義を①入院 ②薬物の増量 ③統合失調症の活発な症状の悪化 ④どんな精神症状でも悪化した場合 ⑤切迫した臨床症状の悪化の5つがあると振り返り、再発の操作的診断基準の必要性を指摘している。

伊勢田ら³³⁾ は生活臨床の視点から、再発予防は精神科治療の主要な戦略目標として取り組まれてきたが、再発予防中心のアプローチの実践的弱点としては、当事者の人生のQOLを軽視しやすくする可能性があることを指摘し、再発は個人の生活特性に基づき時期を失せず介入し、再発・生活破綻を防ぐよう提案している。前述のラップ²⁷⁾ は、ケースマネジャーが意識的に行うことの1つとして、「当事者が失敗する権利」のサポートをあげている。また、レーガンはリカバリーの第三段階の自己責任の章において、援助者はストレスを避けるのではなく、リスクをサポートする態度をとる

ことを提案している。そして、精神保健の専門家はクライアントを本当に守っているのではなく、クライアントの失敗に専門家自身が苦痛を感じることを避けているのではないかと苦言を呈している。

再発は、時に当事者自身以上に専門家がその支援を諦める要因にもなり得る。しかし、アルコール依存で再飲酒を繰り返しながらリカバリーしていくあり方など他の疾患モデルで学んでいることを思い返し、専門家が再発に対して前向きに希望的に取り組む、今回の出来事から学ぼうとする姿勢がリカバリー志向的なあり方であろう。

○危機介入の方法と対策

再発は、小再発も含めると多くの当事者は体験するものであり、そして、時に自殺などの危機的状況を招きかねない危険なものでもある。オーストラリアで報告されたメタ解析による統合失調症の自殺危険率は一般人口の約8倍である³⁴⁾。専門家は希望的に取り組む姿勢を保つ一方で、事前の対処法を当事者・家族と共有しておくことは必要不可欠である。その際、気をつけるべき予兆、その時の応急の対処法、緊急時の連絡先をあらかじめ明記し、お互いにメモとして残しておく工夫などは有効である。心理教育の市販テキスト^{35) 36)}では、再発時の個人に合った工夫を当事者が自由記載できる欄を設けている。心理教育などで、疾患理解を深める場でオープンに話し合えることは再発を汎化し、ノーマライゼーションを高めるメッセージとして伝えられるのでより有効であるが、ツールだけを利用するのも工夫の1つである。最初に連絡を受ける役割を担うスタッフは、危機の程度のトリアージができるようなアセスメント技術をもち、かつ、当事者との関係性ができているスタッフが望ましい。

参考までに、筆者は希望的に危機と取り組むための臨床上の工夫の1つとして「よい入院」という言葉を用いる。必要な時は早期に介入し再入院を時に勧めるが、その際、再入院したことで意気消沈する当事者や家族、スタッフに「今回の危機でどんな配慮が足りなかったか学ぶための入院で、これはよい入院です」と繰り返し伝え、モチベーションを下げないようにしている。そして、再入院で新たにに取り組むことはできるだけ最小限に抑え、当事者の生活が大きくは中断されないよう、できるだけ約束した期日に退院できるよう約束の履行に努めるようにしている（図 27）。このように、危機を最小限で食い止め、しかも予測可能なものととらえていると専門家が示すことは、当事者自身が精神障害をより扱いやすいものと体験できるようになり、リカバリーを促進する要素となり得ると考えている。

早期介入としての「良い入院」

- **みんなでモチベーション維持**
「より良くなるための入院である」ことを当事者・家族・スタッフにことあるごとに伝えます。
- **目標の設定**
入院して調整すべきことをいくつかに絞り、その難易度で入院期間を決めます。
- **入院期間の決定・約束の履行**
入院期間を当事者とチームで決定し、退院日から逆算して計画を立て、できるだけ退院予定日に退院できるようにします。

図 27

< 2. 教育リハビリ >

a) 心理教育・疾病管理 (IMR)

家族心理教育、そして当事者自身による疾病管理 (IMR) は、当事者や家族が生活主体者として不安を抱えながらも歩み始めるリハビリテーション期に意義をもつ。心理教育や疾病理解の技法については、成書⁷⁾ ²⁸⁾ ³⁵⁾ ³⁶⁾ にゆずるが、めざすものは図 28 にあるように、当事者・家族へのエンパワメントのための支援であり、そのためには援助者からの一方向のものでなく、双方向のコミュニケーションを意識することが不可欠であることを認識しなければならない。

心理教育がめざすもの

心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキットより

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. 専門職が持つ確かな知識・情報を、十分な配慮のもとに提供すること | 6. 自己決定・自己選択の力を身につけること |
| 2. 自ら抱えた困難を十分に受け止めること | 7. セルフケア、セルフヘルプの力を身につけて、地域の援助プログラムなどの援助、資源を主体的に利用できるようになること |
| 3. 困難を乗り越える技術を身につけること | 8. 家族間の相互関係をも改善し、家族全体が協力して問題に立ち向かうことができるようにする。 |
| 4. 困難を解決できるという自信と意欲を身につけること | |
| 5. 困難に立ち向かう力量を身につけること(エンパワメント) | |

図 28

心理教育や疾病管理は、グループで行う場合はグループ構造として（セミ）クローズドグループで定期的な開催が推奨されている。そして、エビデンスのある心理教育グループは9カ月以上月、1～2回以上の定期的なセッションをもつグループとされている。他の精神療法と同様に、心理教育の運営者にはエンパワメントを育むアプローチとグループ運営の技術と訓練が求められる。近年、研修の機会も増えているので、関心のある方は知識を深めていただきたい。

b) 各種精神療法

精神療法はそもそも医療の重要な一分野であり、医療リハビリテーションでもあるが、例えば SST や認知矯正療法などではコメディカルや家族などにもエキスパートがいる実態があり、教育的な要素も多く含むため、教育リハビリテーションの一項目とした。現在、これらの精神療法では、医師以外のエキスパートが増えている。図 29 にあげた精神療法のうち、下線を引いたものはそれぞれの学会で認定制度を設け、その分野で技術の向上を図っている。それぞれの分野で、それぞれの技術が精度を上げ深化している。これらの治療法や考え方が、より積極的に当事者に提供されるようになるためにも、これらの技術をもつ人々が職種を超えて活躍していくことで、さらにリハビリテーション全体への波及がもたらされるのではと考える。

「成長を促す水」としての 様々な精神療法

- 支持的精神療法
- 認知行動療法(個人・集団)
- 認知矯正療法
- 精神分析、精神分析的な精神療法
- 集団精神療法
- SST(集団・個人)
- 心理教育(集団・個人) など

図 29

c) 地域への啓発・偏見の解消・内なる偏見

平成 22 年度の厚生労働関連予算では、精神障害に対する国民の正しい理解の促進について、特に若年層への取り組みの予算が計上されている。世界的には、1990 年代後半から早期精神病サービスとプロジェクトが進行し、現在オーストラリア、イギリス、ニュージーランド、スウェーデン、デンマーク、カナダ、ドイツ、フィンランド、アメリカなどで取り組まれ、成果を上げている³⁷⁾。これらのプロジェクトは、若年層の精神疾患への移行や予後を悪化させる要因となる精神病見治療期間(DUP)の短縮につながるとともに、一般市民の精神障害への偏見の軽減について期待される。

さらに、現在の精神障害の当事者への偏見の解消についても、当事者・家族・支援者は引き続きしっかりと取り組んでいく必要がある。近年の退院支援による地域ケア移行で退院していく当事者自身は、地域に対して精神障害が「危険で」「未治の」ものではないことを証明することになる。しかし、大小の偏見の中へ1人で退院していく当事者の不安・孤独は深い。彼らが退院してよかったと思えるような、ゆるやかで自然で孤独や無理がない地域移行を、当事者と専門家は地域の民生委員や大家、近所の人などしっかりと協議し、互いに信頼を積み重ねていく必要がある。そして、一旦できた信頼感は大きくは崩れることはなく、先進的に地域移行に取り組んでいる地域^{19) 20) 21) 22) 23)}では、専門家以上に非専門家がサポーターとしての能力を発揮していることも知っておくべきことであろう。

レーガン¹¹⁾は、専門家自身の内にある差別を見つめる必要性に言及し、援助者がこの障壁を乗り越えない限りは、責任がある人になれるように当事者に伝えることはできないと語っている。これは例えば、精神科病院の閉鎖病棟などで長く重症の当事者と付き合い続けているスタッフなどには、非常に困難な課題である。本事業の研修会の実務研修にて、当事者と意見交換する機会を設け参加者から好評をいただいたが、このようにリカバリーした当事者と専門家が積極的に交流する機会は貴重である。偏見の解消には当事者の活躍が欠かせない。専門家と当事者がより連携し、この問題に取り組んでいく必要があると思われる。

< 3. 職業リハビリテーション >

職業リハビリテーションは自立支援法の制定にともなって従来の枠組みが変わり、就労支援事業、就労継続支援A型B型、授産施設となり、また障害者職業センターでの利用がしやすくなり、ジョブコーチなどを用いてトライアル雇用やステップアップ雇用から常用雇用に移行するといった様々な制度ができ³⁸⁾、以前よりも就労の機会が増えてきている。

しかし実際には、これらの制度はあまり当事者や専門家にも知られていないことが未だ多くある。これらの機関を紹介する職種として精神保健福祉士があり、また行政やハローワークなど問い合わせで広がる可能性は高い。

一例として、障害者職業センターでの就労支援を図30で示している。784名の当事者アンケートで、自立の定義の第一位は「仕事があること」で344名が回答していた³⁹⁾。カリフォルニアのビレッジで働く当事者も、リカバリーを促進したのは何よりも就労であると述べている²⁹⁾。「就労する」という行為自体のリハビリ効果は非常に大きく、就労を希望する当事者にリスクをサポートしながら進めていく支援のあり方を専門家は検討する必要があると思われる。

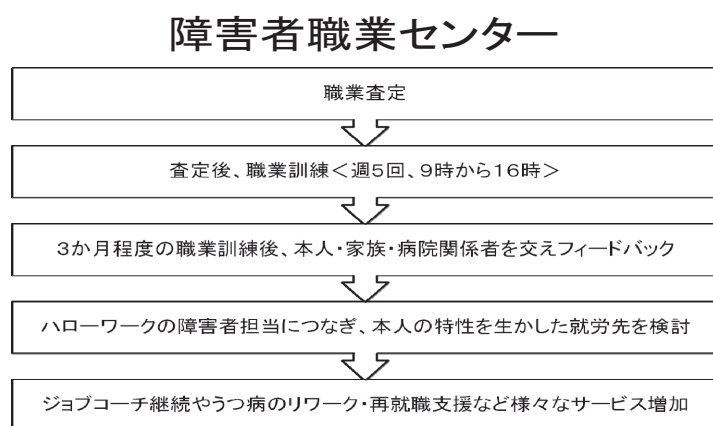


図 30

< 4. 社会リハビリ >

a) 日中活動の場

地域活動支援センターは自立支援法に基づく事業所で、主な活動としては、①相談支援事業 ②日常生活で困ったことの支援 ③障がい者同士の仲間づくりや交流の場 ④憩いの場所や談話室などでのくつろぎの場 ⑤食事サービスや入浴サービス ⑥ピアカウンセリング、ピアサポート ⑦地域交流の場などを目的としている。デイケアの一部や共同作業所も、日中活動の重要な場所として今なお活用されているが、プログラム参加が義務づけられたデイケアよりも、当事者主体に活用できる地域活動支援センターの活動がむしろなじむケースも散見する。活動の場としての社会資源として、より多くの専門家や当事者・家族にその利点を知られていく存在であろう。

b) ピアサポート

社会生活を維持し、より豊かなものにしていくうえで、仲間の存在は欠かせないものである。ピアは「仲間」「対等」を意味し、ピアカウンセリングとは共通の経験と関心に基づいた仲間同士の支援活動という意味である。ピアカウンセリングを行うにあたっては、そのためのトレーニングが推奨されている。セルフヘルプやピアカウンセリングは地域生活支援事業の展開に不可欠であり、アメリカではビレッジで働くスタッフの多くはピアカウンセラーである。地域生活支援事

業の中でのピアカウンセリングは、相談者が必要なサービスにたどりつけるためのコーディネーターが役割の中心となり、セルフヘルプセンターでのピアサポーターは仲間同士の共通の経験を基盤とする傾聴と情報提供による支援技術、癒しによるエンパワメントを目的とした新しいサービスであり、新たな福祉サービスの一翼を担う存在として期待されている。

胸を張って地域で生活するピアサポーターがロールモデルとなり、当事者から自分でもやってみようというエネルギーを引き出す力は、専門家からのアプローチでは得られにくいものである。今後、ピアサポーターのさらなる活躍が期待される。そして、専門家はピアサポーターが新たに活躍できる場を開拓し、働きやすくする支援をする役割が求められる。

また、セルフヘルプの重要性を他の専門家に広める必要がある。そして、ピアサポーターといったいわば専門職でなく、当事者同士の先輩後輩としての交流は専門家からは得られないエンパワメントの活性をもたらす。当事者グループの形成で、また生活の中で、専門家はピアの力を引き出せるよう様々な形で支援していく必要がある。

c) 訪問サービス

訪問サービスには大まかに分けて、訪問看護・包括型地域支援プログラム（以下 ACT）と、自立支援法で制定された精神科ホームヘルプサービス事業がある。

訪問看護と ACT の違いを図 31 に示す。現在、日本で ACT が運用されている地域は少ないが、イギリスやアメリカなどではすでに活発に運用され、成果を得ている。訪問看護は、以前に比べると全国で普及しつつあり、退院前訪問指導の回数制限が緩和されるなど、退院調整に細やかな援助を要するケースへの対応が可能になってきている。ACT、訪問看護のさらなる活用が期待される。

精神科ホームヘルプサービスは、主に日常生活を営むことが困難な当事者に自宅で家事援助、身体介護、相談助言を行うサービスである。精神医療の関係者と長く接してきた当事者にとって、事業所から派遣され一般の感覚をもって接するヘルパーの援助は、当事者の主体性が尊重され、援助を受ける中で自信を回復するケースも少なからずある。今後、訪問看護との棲み分けを検討して、よいケースが増えることが予想される。

**訪問看護と
ACT(包括型地域生活支援プログラム)**

	訪問看護	ACT
ケースロード	制限なし	1:10~12
職種	Ns, PSW, OT, Drなど医療職	チームに所属する多職種の専門家
チームアプローチ	要素は少なく、最終責任は指示箋を出す医師	超職種チームでケアの責任をチームで共有
サービス時間	時間内が原則	24時間週7日
サービス提供の場	生活の場	生活の場や就労の場などニーズによる
接触頻度	医療機関のポリシーによるが原則としてそれほど高くない	高い。利用者のニーズに応じて調節可能
直接援助サービスの内容	服薬支援、日常生活サービスの内容は限定される	医学援助から就労支援まで幅広い対応

図 31

d) 経済支援

日々の生活をしていく上での経済支援として、障害年金、自立支援医療、生活保護、国民健康保険の減免制度などがある。これらの制度を利用することが就労の妨げになるのではと考え、切り詰めた生活をしている当事者や家族は少なくない。こうした行動の背景には、自身の障害への偏見、そして世間との交流の疎遠がある。しかし、就労できない状態にあったり、就労していても賃金の少ない当事者にとって、自由に使える金銭があることはQOLに大きく影響し、自尊心の向上にもつながる。専門家・非専門家は経済支援が当事者の今後に不利益をもたらさないことをきちんと伝え、必要な人には積極的にこれらの制度を勧めることが必要である。

e) 権利擁護

成年後見制度は、2000年に改正された民法によって規定されている制度で、障がい者や高齢者の個人財産を守る制度である。その人の理解力によって、後見人・保佐人・補助人と権限が変わってくる（図32）。現場に配慮し、かつての禁治産制度に比べて鑑定書も簡便になっている。

また、1999年からスタートした地域福祉権利擁護事業は、2007年から日常生活自立支援事業に名称が変わっている。これは、判断力が十分でない人の日常的なお金の管理や、通帳や証書など重要書類の管理を委託するサービスである。成年後見制度との使い分けを図33に記している。

これらの権利擁護事業を必要な人に適正に活用できるようにすることにより、重度の障害をもつ当事者の権利は保持され、より安心した生活を送れるようになる。また、このような制度を知ることによって、専門家がともすれば陥りやすい当事者に対する保護者意識が抑えられ、専門家自身の人権に対する関心のさらなる向上が期待できる。

成年後見制度の鑑定・診断に必要な書類と依頼先、費用

類型	法定後見			任意後見 (任意後見監督人選任)
	後見	保佐	補助	
書類	鑑定書		診断書 (家裁提出用の成年後見人用 診断書)	
依頼先	鑑定人(裁判所より指定)		医師(申立人が依頼できる)	
費用	5万、10万、15万の3ランク程度、それ以上のこともある		鑑定料より安い	
期間	1～2か月		鑑定より短期間	

森谷康行 杉本豊和 ゆうゆう編集部
精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉制度のすべてQ&A 萌文社 2008

図 32

成年後見制度と地域福祉権利擁護事業

生活ニーズ	成年後見制度		地域福祉権利擁護事業
	同意・取消権の範囲	代理権の範囲	
日用品の購入など日常生活に関する金銭管理		対象となりうる	
生活療養にかかわる事務 ホームヘルプサービスの利用契約や病院入院の契約など			
重要な財産行為 土地など不動産の処分や遺産の相続			

森谷康行 杉本豊和 ゆうゆう編集部
精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉制度のすべてQ&A 萌文社 2008

図 33

f) 住居サービス

住居サービスには、自立支援法によってグループホームとケアホームが制定されている。ケアホームは障害程度区分2以上の利用者という規定があり、障害が重い人を対象にしている。まだまだ数は不十分であるが、今後徐々に増えることが予想され、平成22年度からは病院や居宅からの体験入所も可能になった。また、自治体によっては居住サポート事業を実施しているところも増えており、アパート探しも以前よりは取り組みやすくなっている。また、同居する家族の都合や自分の気分転換などの理由で利用できる短期間の居住プログラムであるショートステイ制度も、年々活用できる施設は増えてきている。就労支援でも取り上げた784名の当事者アンケートで、自立の定義の2位は「単身生活」で325人（42%）が回答していた³⁹⁾。新しい情報を取り入れながら積極的に活用し、当事者の自立支援に向けての援助を勧めていくことが援助者には望まれる。

5) おわりに ～あらためて、リカバリー志向の専門家とは？～

精神障害をもつ当事者が「自分是可以する」とリカバリーを信じることなくして、地域で安心して自分らしく生活していくことは困難である。土居²⁰⁾は精神療養家の立場からリハビリテーションを検討する論文で、「障がい者は障害を受容できなくて悩んでいるというよりも、まさに障害ゆえに、身動きできなくて悩んでいるとみる方が妥当であり、彼らを社会復帰させるには、彼らの障害の種類に応じた手段を講じて、失われた全能感を復活させることであると考えなければならない」と述べている。そして、当事者を支援する専門家の態度として「全能感を失い敗北感と将来の恐怖に戦う当事者をまずしっかりと受け止めることが第一で、確かな治療者患者関係を築くことに成功しさえすれば、それぞれの必要性に即したリハビリテーションに導くのは容易になるであろう」と提案している。また、Greenら²¹⁾は、重い精神疾患を有する患者177名に半構造化インタビューと質問紙を用いて、精神疾患からのリカバリーにおいて治療者患者関係がどのように影響しているかを調査した。その結果、よりよいケア関係の継続は当事者の治療スタッフに対する満足感と関連し、それは間接的によりよいQOLに関連していた。そして、リカバリー志向や患者主体のアプローチは薬物療法への満足感と関連し、症状の縮小とよりよいQOLとリカバリーをもたらしていたと報告している。そして、思いやりや気遣いがあり、理解的、支持的で当事者

に「人」としての関心を向ける治療者が信頼関係を築き、症状増悪時にも長期にわたる関係を継続できると述べている。

障害を、人が「生きる」こと全体の中に位置づけて「生きることの困難」として理解することの大切さを WHO が ICF の中で強調したように、私たち専門家はあらためて「障害をもつ人の生き方への支援」を自らに問う必要がある。リカバリー志向で当事者を「人」として尊重できる専門家であり続けることは、最終的には専門家自身が何者であるかを問うことにつながるように筆者は思う。

そしてやはり、対象が「障害」である以上、リハビリテーションの支援は欠かせない。専門家からは適時有効な情報を発信し、当事者が必要性を感じた時に必要な支援を提供することが、リカバリー志向の支援に求められる。私たちは、専門家として技術を求められたときにしっかり対応できるよう自分の専門分野の技術を磨くことは第一であるが、一方で専門外のことにもアンテナを張り、専門外のニーズに対してはその専門家につなげられるよう、多職種でネットワークを構築しておく必要がある。気軽に専門家同士が相談し合える関係があることが、ひいては当事者が気軽に専門家にアクセスできる関係につながっていくのではと筆者は考える。

地域連携がうまく機能しているところでは、障害があっても当事者・家族・専門家それぞれが穏やかで笑顔が絶えない。しかし一方で、このようにうまく機能している地区があるにもかかわらず、全国的には地域連携の格差が大きい実態がある。ある県で、筆者は当事者から「確かにリハビリは大切だと思うし薬も減らしてほしいと思っているけど、私の住んでいる地区で自分の意見を聞いてくれる専門家はいない。かといって他の県に行くことはできないんだ。専門家にこそわかってほしい」と切実に訴えられた。私たちは、当事者の真の声に耳を傾け、それぞれの場所で実践していく必要がある。

<引用参考文献>

- 1) 蜂矢英彦 岡上和雄監修 歴史 精神障害リハビリテーション学 金剛出版 (2000)
- 2) 上田敏 ICF の理解と活用 萌文社 (2005)
- 3) 長崎和則 辻井誠人 金子努 事例でわかる精神障害者支援実践ガイド 日総研 (2006)
- 4) 野中猛 17章 リカバリー概念の意義 精神障害リハビリテーション論
ーリカバリーへの道ー 岩崎学術出版 (2006)
- 5) 新福尚隆 浅井邦彦編集 改定版 世界の精神保健医療ー現状理解と今後の展望ー (2009)
- 6) 八木剛平 現代精神医学定説批判ーネオヒポクラティズムの眺望ー (2005)
- 7) EBP 実施・普及ツールキット: アメリカ連邦保健省薬物依存精神保健サービス部 (SAMHASA) 編 日本精神障害者リハビリテーション学会編 (2009)
- 8) Corrigan, P. W. & Ralph, R. O. Recovery in Mental Health American psychological Association
Washington DC pp3-17 2004
- 9) Deegan, P. E Recovery: The lived experience of rehabilitation ; Psychosocial Rehabilitation (1988)
- 10) クリフォード・W・ビーアズ わが魂にあうまで 星和書店 (1980)
- 11) ケン・スティール 幻聴が消えた日 金剛出版 (2009)
- 12) マーク・レーガン ビレッジから学ぶリカバリーへの道 金剛出版 2005
- 13) 中村ユキ 私の母はビョウキです サンマーク出版

- 14) Ridgway, P: Restorying psychiatric disability: Leaning from first person recovery narratives; *Psychiatric Rehabilitation J.* 24 (2001)
- 15) Jacobson, Greenley : What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52 (2002)
- 16) 内野俊郎 前田正治 「統合失調症とスティグマ」臨床精神医学 6 (2003)
- 17) 末安民生、吉浜文洋、渡邊真里子、西岡由江 厚生労働省補助金事業 社団法人日本精神科看護技術協会主催 障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト) 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討 「精神科デイケアの効果的活用と地域連携パスの開発」(主任研究員 末安民生) 研究報告書 (2009)
- 18) アンソニー 精神科リハビリテーション MEIN (1993)
- 19) 浦河べてるの家 べてるの家の「非」援助論 医学書院 (2002)
- 20) 矢田朱美 出雲における退院支援と地域定着への関わり 精神障害とリハビリテーション vol13, N02 (2009)
- 21) 「ふあっと」20周年記念誌刊行委員会編 「ふあっと」出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会 20年の軌跡 やどかり出版 (2007)
- 22) 松為信雄 IPS:宇和島の取り組み 精神科臨床サービス 8 (2008)
- 23) 長野敏弘 病棟から地域サービスへの転換 精神科臨床サービス 9 (2009)
- 24) 進藤義夫 市町村独自の支援 精神科臨床サービス 8 (2008)
- 25) 伊藤順一郎 医療・リハビリテーションの文脈で 臨床精神医学講座 20 精神科リハビリテーション・地域精神医療 中山書店 (1998)
- 26) Resnick, S. G etc An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Rehabilitation J.* 24 (2001)
- 27) 土居健郎 方法としての面接 医学書院 (1977)
- 28) 浦田重治郎、池淵恵美、大島巖他 心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン(暫定版)(平成15年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費報告書「統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」(主任研究者: 浦田重治郎)
- 29) 伊藤順一郎 監修 心理教育の立ち上げ方・進め方ツールキットⅡ コンボ (2009)
- 29) 宇田川健 監修 リカバリー障害者自立を支える世界的潮流(DVD) コンボ (2007)
- 30) チャールズ・ラップら ストレングスモデル (2008)
- 31) 当事者による当事者の生活の質向上を目指す活動九州ネットワーク調査研究委員会 精神医療ユーザーアンケート報告書 (2005)
- 32) Falloon IRH Relapse: A reappraisal of assessment of outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Bull* 10 (1984)
- 33) 伊勢田堯 長谷川憲一 粥川裕平 統合失調症の再発予測と再発防止 新世紀の精神科治療 10 慢性化防止の治療的働きかけ (2004)
- 34) 野中猛 統合失調症のリハビリテーション・プロセスと自殺 精神障害とリハビリテーション vol13 N02 (2009)
- 35) あせらず・のんびり・ゆっくりと 統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版改定版 コンボ (2008)
- 36) じょうずな対処・今日から明日へ 統合失調症を知る心理教育テキスト家族版改定版 コン

ボ (2008)

- 37) 水野雅文 精神疾患発祥の前駆症状と働きかけ 新世紀の精神科治療 10
慢性化防止の治療的働きかけ (2004)
- 38) 森谷康行 杉本豊和 ゆうゆう編集部 精神障害のある人と家族のための生活・医療・福祉
制度のすべてQ & A 萌文社 2008
- 39) 精神医療ユーザーアンケート・ユーザー1000人の現状・声シリーズ 第4回精神医療ユーザー
調査報告書 誰でもできる精神病の予防とその対策 らくらく統計読本パート2 2009
年度版
- 40) Brown S Excess mortality of schizophrenia :A meta-analysis Br j Psychiatry 171(1997)
- 41) 土居健郎 臨床精神医学の方法 岩崎学術出版 (2009)
- 42) Green CA etc Understanding how clinician-patient relationships and relational
continuity of care affect recovery from serious mental illness :STARS study results ;
Psychiatric Rehabilitation J. 32(1) (2008)

2. 地域移行と連携・ネットワーク構築に向けて

1) 連携とは何か 連携・ネットワークの概念の整理



図-1

「連携」はリハビリテーションを推進する上でなくてはならないものである。

連携という言葉は、チームワークのキーワードとして用いられている。チームワークとは、集団の構成員が共有する目標を達成するために、各々の役割を遂行することである。その際、集団目標達成が最重要課題であり、構成員はそれぞれの役割を認識し、最大限の力を発揮することが必要とされる。医療やリハビリテーションの中での最重要課題は、対象者のニーズに応えることであり、それは対象者のよりよい生活実現につながる作業である。

「連携」に類似する用語としてしばしば用いられるものに「協働」や「ネットワーク」といったものがある。これらは、日常的には概念を理解したうえで使用されているわけではないように感じることが多い。野中はこれらの概念を図-1のように整理している。

連携(linkage)は多くの専門家がそこにいる状態 (multidisciplinary) から、相互に交流する状態 (interdisciplinary)、時には専門を超えた状態(transdisciplinary)までを意味し、それらの状態は静的なものであるという。一方、協働は協同(collaboration)や協力(cooperation)といった多職種が協働して動く形態で、動的なものである。ネットワークは職種がチームを組んだ機能を意味し、短期的なチーム、固定的なチーム、また、機関内チーム、機関外チームなどがある。

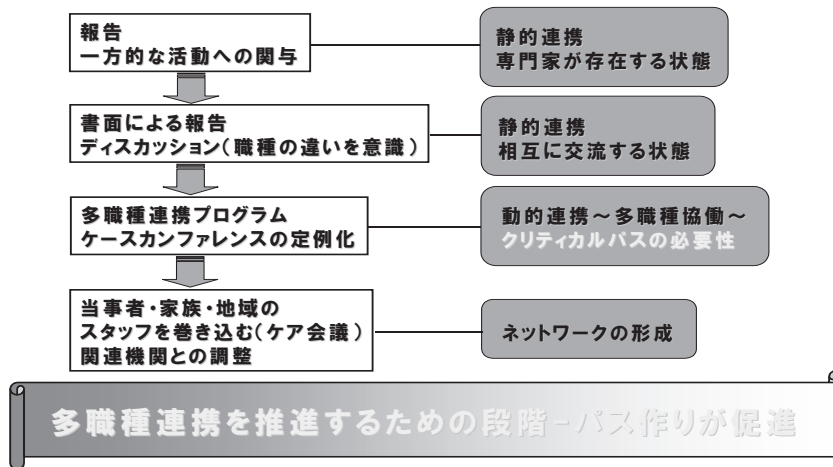
武川は「連絡」「調整」「協力」「統合」という発展過程を示している。

ここでは上記の静的な連携に止まらず、協働やネットワークなど、より積極的な多職種の動きまでを示す。

2) 多職種連携の発展過程

作業療法士等の職種が新たなメンバーとして参画し、その活動が認知され、連携していけるようになるまでには一定の時間を要する。その中でのチーム内の連携のあり方は、野中のいう、静的なものから動的な連携、そして協働、ネットワーク形成といった一連の発展していく過程がある。根気強く各機関や職種に働きかける必要がある。連携のあり方は、その組織の成熟とともに発展していく過程とも言える。(図-2)

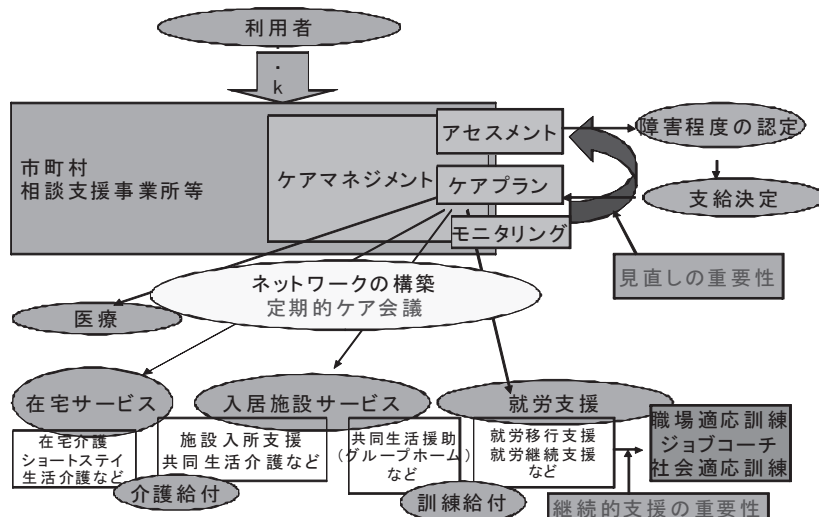
多職種連携の発展過程



図－2

3) 障がい者の地域生活支援における医療の役割

障がい者の地域生活支援イメージ図



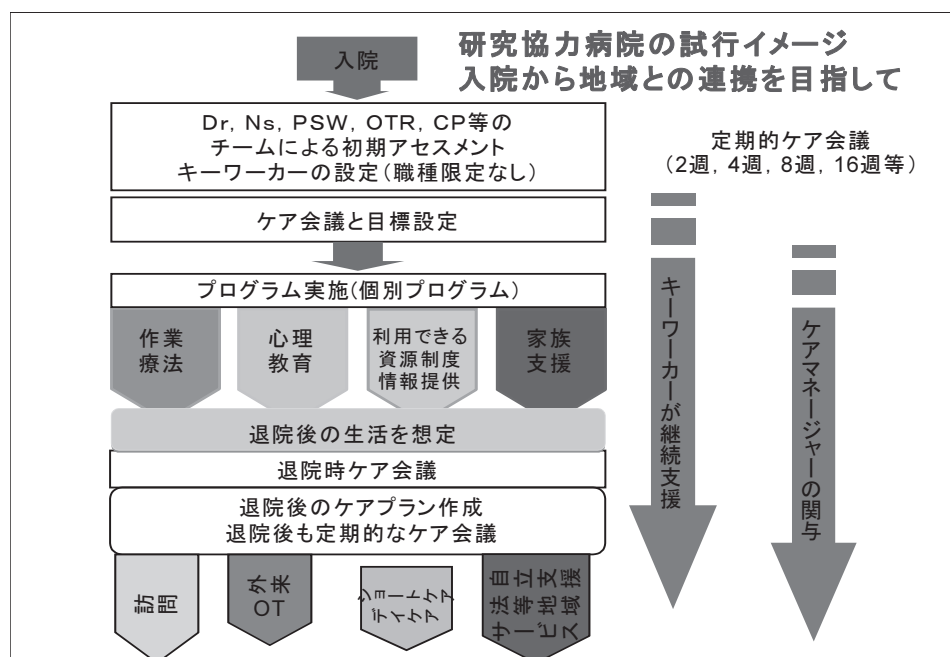
図－3

障がい者の地域生活支援は、相談支援事業所等のケアマネジメントにより、ヘルパーなどの在宅サービスやグループホーム・ケアホームなどの入居施設サービス、就労支援など多くの支援が提供される。その中で、医療は支援の一部を担うことになり、地域におけるサービス提供者との連携が重要となる。また、支援の中心は医療ではなく、地域の支援者であることを意識する必要がある。

4) 入院中から地域との連携をめざして

社団法人日本作業療法士協会では、障害者保健福祉推進事業において平成19年度は「精神科病院入院患者の早期退院促進プログラム開発及び地域生活移行のシステム構築に向けた研究」、平成20年度は「精神障害者の退院促進および円滑な地域移行のための地域支援体制構築に向けた研究」を実施した。この研究は研究協力病院において、多職種チーム（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士等）による退院促進および地域生活移行に向けた介入を行った。入院中に、本人・家族、地域の支援者が参加するケア会議を定期的に開催し、退院後の生活を想定したプログラムを提供した。プログラムの開始時期や、チームによるケア会議の開催をマネジメントするのは

キーワーカーの役割とした。以上のようなモデル的な流れで支援した事例を集積し、地域移行の支援のあり方を示した。研究協力病院の支援の流れを図－4に示す。



図－4

研究結果としては、

- a. 全例で退院促進プログラム（退院後の生活を想定した作業療法、心理教育、家族支援、情報提供等）、入院中から地域の支援者が参加するケア会議が実施され、症状改善、生活能力改善、支援満足度において有効性が報告された。
- b. 入院中から開催されるケア会議には、退院後の生活を想定した地域の支援スタッフが参加することで、退院後の支援をスムーズなものとした。
- c. 退院後に継続して関与していくものとして、キーワーカーの再発防止プログラムと訪問看護、デイケア（外来OT）等があった。
- d. 初発・初回入院患者は地域の支援者のニーズが少なく、保健師等の関与に止まった。
- e. 再発を繰り返してきた事例は、対象者ばかりでなく家族全体の支援を必要としている事例が多く、地域での支援スタッフが不在であったことが明確になった。再発を防止していくうえで、医療としてはデイケアや訪問看護、地域の支援としては、保健師以外に地域包括支援センター、自立支援入通所事業所などのサービスが必要であった。
- f. 長期入院者には、家族と疎遠となり、対象者の生活そのものを支援していく体制が必要とされることが多かった。医療としては訪問看護、地域支援としては、ヘルパーやグループホーム職員等の支援を必要とした。

5) クリティカルパスと多職種連携

クリティカルパスの使用は工業界から始まった。1950年代に、企業が工場管理のために開発した CPM（Critical path method）と、アメリカ海軍が潜水艦建造のために開発した PERT（program evaluation and review technique）が知られており、生産効率を追求する方法として広がった。医療界においては、1980年代に米国で診断別定額支払方式が開発され、医療施設ができるだけ経費を節減するようになり、在院日数を短縮する努力が加速した。このような動きの中で、効率的なサービスを提供するツールとして導入されたのがクリティカルパスである。わが国の精神医療において、クリティカルパスが導入され始めたのは2000年前後と思われる。

クリティカルパスは、臨床における道筋としてクリニカルパスと呼ばれることもあり、これを紹

介した研究者は「ケアマップ」と呼んでいる。伊藤はこれを「医療の過程が類似する特定疾患について、医療内容と時間経過との二次元のクリニカルパス表を用いて行う、医療施設の継続的な質改善運動のひとつ」と定義し、以下のようにパスの特徴をまとめている。①パスは多職種の医療スタッフで行う活動である ②パスは特定の疾患群に対するものである ③パスは時間軸が特定されている ④パスは患者の説明へ応用できる ⑤パスは作成する過程が重要である。

A病院における

パス作成の経過と多職種連携

- ・2002年 救急・急性期治療指針・マニュアル作成委員会
 - ・2003年～ 精神科救急開始
(救急棟の床・在棟期間を1週間と設定)
 - ・2003年 救急・急性期治療指針・マニュアル(第2版)
 - ・2004年 慢性期治療指針・マニュアル作成
 - ・2006年 慢性期治療指針・マニュアル(第2版)作成
 - ・2007年 急性期治療指針・各職種マニュアル(第3版)改訂
 - ・2008年 地域生活支援指針・各職種マニュアル作成
- *役割・機能は明確にし、多職種の連携による効率的な運営
*効率的なケースカンファレンスの運営

パス作成と多職種連携の基本方針

- ・病院としての大きな方針
- ・救急・急性期治療の推進と長期在院者の退院促進は時代の要請
- ・約束事として「指示待ち」を止め、各職種による主体的な活動を推進
- ・ケースカンファレンスを中心とした情報交換(定例化・義務化)・・・永年の課題であった
- ・まず1例の成功体験を得て、その成功体験を共有する事から開始～日常業務化して行く過程
- ・コーディネーターの存在(医師・看護師・OT・PSW等)

パス作りお互いの強みを知る作業・言葉による整理

A病院では、急性期病棟対応のパスや慢性期の患者に対するパスを導入し、各専門職が対象者の回復過程に沿って支援するイメージを共有している。チームはケースカンファレンスを基盤に連携をとっている。ケースカンファレンスは急性期の場合、2週、4週、8週、16週と共通のカンファレンスシートを用い実施している。また、早い時期から本人、家族、市町村保健師など地域のスタッフも入ったケア会議も積極的に開催している。

A病院のクリティカルパス導入の経過を紹介する。

2003年4月より、精神科救急を開始することになった。救急棟は9床で、在棟期間を1週間として期限設定したため、急性期病棟での役割や機能を明確にし、効率的な運営が求められる状況となった。そこで、救急・急性期治療指針・マニュアルを作成する委員会を立ち上げ、2002年の4ヶ月で作り上げた。委員は医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士で構成された。この委員会では、急性期治療を先駆けて行っていた千葉県精神科医療センター、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターなど多くの施設の先生方や資料を参考にさせていただき第1版を完成させた。

このパス作成の基本方針は、「医師の指示待ちをなくし、各職種の主体的な支援を保障する」とことと「カンファレンスを中心に情報交換を行う」とこととした。この基本方針は職員の意識改革を促すことになった。

第1版が完成した後、半年間の急性期病棟における施行をもとに第2版に改訂作業を行った。職員全員に徹底するため、完成した治療指針・マニュアルをもとに研修会や病棟での説明会を数回にわたって行った。

2004年には慢性期治療指針を作成し、2006年にはその見直しを行い第2版に改変した。2007年1月からは、急性期病棟を精神科救急病棟として運営している。そこでの治療・支援は、この治療指針・マニュアルに則り実施している。入院期間を3ヶ月と設定し、急性期の治療と退院支援を行っている。

2008年には、継続的な外来支援を目的に地域生活支援指針・各職種マニュアルを作成した。指針・マニュアルは状況変化にともなって改訂し、現在は第3版となっている。

急性期・維持期のクリティカルパスの例を示す。

「急性期支援の目安」(表1)は職員用パスとして用いるもので、入院後概ね3ヶ月間の支援課題とカンファレンスの開催時期、および各職種の役割を示している。

急性期支援の目安(医療者用) 表1

回復のイメージ	急性期	亜急性期(臨界期)	回復期前期	回復期後期
	2週	カンファレンス	4週	カンファレンス
各時期の支援課題	●安全・安静の確保 ●休息の確保 ●安心感を伝える	●休息の確保 ●現実への移行の準備 ●生活リズムの回復	●休息の確保 ●現実への移行の準備 ●生活リズムの回復	●休息の確保 ●疾病理解の促進 ●現実検討の回復
本人のめやす	★夜ぐっすり眠れる ★個室でゆっくり過ごせる ★食事をおいしく食べられる	★薬を飲んだ感じが話せる ★少しずつ生活範囲が広がっても安心できる ★自分にあったリハビリが開始できる	★他の患者さんと穏やかにすごせる	★さまざまな人と出会ったり、活動しても安定している ★退院後の生活を具体的に考えることができる
家族支援のめやす	★休息の確保 ★見通しを得るための知識提供		★疾病理解の促進 (症状の認識と回復過程の説明)	★病院・地域など使える支援を理解する
医師	・医療への導入 ・心身機能の診断と 当面の治療方針	・初期治療効果の判定 ・行動範囲の拡大(転室の検討)	・見通しを具体的に説明	・回復過程の説明 ・外泊の検討と過ごし方の検討 ・病状や薬の説明 ・地域支援との連携
看護師	・不安・混乱への対応 (安心感を伝える) ・セルフケア能力の評価と 状態に合わせた支援 (水分・栄養摂取、清潔保持など) ・睡眠状態の観察と確保 ・生活リズムの観察と確保	・行動範囲の拡大 (付き添いでの買い物や散歩など) ・入院生活の再オリエンテーション	・生活リズム回復援助 ・セルフケアの自立支援	・活動と休息のバランス調整 ・外泊や外出の調整 ・回復過程の説明 ・症状や薬物の関係の説明 ・今後の生活に関する不安への対応 ・各種活動への参加支援と調整
PSW	家族への導入面接 関係機関の連携	家族相談	・家族教室開催	・退院後の地域資源や制度の紹介・連携
OT	・作業療法導入面接	・個人作業療法開始 (短時間)	・病棟作業療法開始 ・現実感の回復 身体感覚の回復 ・混乱状態から統合していく過程を支援	・ソーシャルセンター作業療法開始 ・楽しむ体験 *基礎体力の回復 ・自己ペースの理解 *自信回復 ・回復の確認と今後の目標設定
臨床心理士	・初回面接	・信頼関係の確立	・心理面接(支持的心理療法)	心理学的査定
支援の心づもり	安心感を伝えるために ・訪室する時は深呼吸 ・入院する経緯を振り返ろう ・話はじっくり聞ける体制	現実感が目覚めてきたときに ・できるようになったことに目を向けよう ・顔を洗う、歯をみがくなど一つ一つの行為を大事にして一緒にやってみよう	活動と休息を保障するために ・やれるからと言ってお互いががんばりすぎはいけない ・休みたいときはいつでも休んでも良いことを伝える	退院後の生活イメージをつかむために ・本人・家族の希望を具体的に聞く ・利用できる社会資源を知り、連絡をとる

急性期支援のめやす

入院生活の予定(急性期利用者用) 表2

入院生活の予定		様		入院日 年 月 日		入院形態											
入院生活で 出会う人々	主治医： 担当の医師です。あなたに合った治療をいたします。	看護師： 担当の看護師です。入院中のお世話をいたします。	作業療法士： 一緒に過ごし、活動を通して退院準備のお手伝いをします。	ケースワーカー： お金、仕事、住まいなどについて相談にのります。	臨床心理士： 困っていることについて一緒に考えていきます。												
入院	1ヶ月	1ヶ月	1ヶ月	1ヶ月	1ヶ月	3ヶ月											
本人のめやす	★夜ぐっすり眠れる ★個室でゆっくり過ごせる ★三食の食事がおいしく食べられる ★薬の飲み心地を相談できる	★少しずつ生活範囲が広がっても気分が安定している ★自分にあったリハビリが開始できる ★他の患者さんと穏やかに過ごせる	★様々な人と出会ったり、活動しても気分が安定している ★薬やお金の管理ができる ★退院後の生活を具体的に考えることができる														
面 接	主治医 看護師 臨床心理士 ケースワーカー 作業療法士	個人OT	病棟Q-T	ソーシャル	センターOT												
リハビリテーション	個室中心 *治療上必要な場合は、行動が制限される場合があります。 その際はその都度説明します。	個室から 徐々に 4人部屋に	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。												
生活行動範囲	個室中心 *治療上必要な場合は、行動が制限される場合があります。 その際はその都度説明します。	個室から 徐々に 4人部屋に	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。												
入院生活	買い物は原則として 代理で行います。 食事は個室で食べて いただきます ホールまで出て食事を していただきます 火、金、日がお風呂です(介助の方は火、金)	個室から 徐々に 4人部屋に	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。	病棟から病院内・ 家族と外出・外泊が出来ます 1人で外に散歩が出来ます 食堂で皆さんと一緒に食事をいたします。												
1日のスケジュール <table border="1"> <tr><td>朝食</td><td>7:30</td></tr> <tr><td>薬</td><td>12:00</td></tr> <tr><td>昼食</td><td>13:00</td></tr> <tr><td>夕食</td><td>18:00</td></tr> <tr><td>消灯</td><td>21:30</td></tr> </table> 退院指導								朝食	7:30	薬	12:00	昼食	13:00	夕食	18:00	消灯	21:30
朝食	7:30																
薬	12:00																
昼食	13:00																
夕食	18:00																
消灯	21:30																

入院生活の予定

「入院生活の予定」(表2)は、対象者用パスとして本人に配布するものである。

「維持期・退院準備支援の目安」(表3)は、この時期の職員用パスであり、3ヶ月以上の入院が必要な人への生活支援、または長期入院者の退院促進支援の目安としている。

慢性期支援の目安(医療者用) 表3

慢性期支援のめあて		宮城県立精神医療センター	
	導入期 (その人を知ろう)	展開期 (あきらめずにじっくりととらえずカンファレンス)	社会復帰準備期 (あせらず地域につなぐ)
各時期の支援課題	- 本人のこれまでの人生を知る - 本人の希望や不安を知る - 自分の病状や治療について思いを知る - 本人の社会生活上のアセスメントを行う - 支援チームを組む	- 自信回復・自己評価を高める機会を提供する - 病状や治療に対する知識・情報を提供する - 利用できる社会資源について情報を提供する - 当事者モデルと接する機会を提供する - 本人にとってのこころの支えをみつめる - 支援チームにおける支援内容の見直しを積み重ねる - 経済面や住居など生活基盤を整えていく - 将来の生活イメージをともに作っていく	- 必要なサービスが利用できるように支援する - 支援を受けながらの社会生活を作り上げる - 生活の場での具体的な体験を積み重ねる - 関係機関や職種との連携調整を行い支援チームをつくる - 生活基盤(収入・住居)を確定する
家族に対する支援	- 家族の歴史を知る。不安や希望を知る - 家族の気持ちを出る機会を作る - 本人と家族との情緒的な関係を確立する	- 本人と家族の交流を増やす(面会・外出・外泊) - 病状に対する知識・情報を提供する - 家族の自己評価を高める - 家族が今後できることを明らかにする(家族のチームへの導入)	- 退院に向けた具体的な協力を得る(経済的、心理的、生活上) - 退院に向けて家族への安心感を提供する
カンファレンス	- 各職種が知り得る情報を持ち寄り、本人・家族に対する支援のイメージを共有する - 各職種が何をするか決める	支援内容の見直しを行い、各職種の役割分担を繰り返す。	必要な地域支援関係者を含めて生活支援の具体化と役割分担を行う
医師	【本人に関して】 - 記録を見直し治療歴や発症・再発状況を把握する。 - 本人・受け持ち看護士を含めた合同面談を行い、本人の不安や今の生活についての思いを共有する。 - 各スタッフが持つ、本人へのイメージを把握し、共有する。 【家族に関して】 - 面談を通して、家族の歴史と現状(不安や希望)を知る。 - 家族の本人を支える力を知る。 - 家族と本人のこれまでの関係を知る。 - 支援策を考える。	【本人に関して】 - 現在の生活の中で、安定を支えている要素を把握する。 - 今後の見通し、病状、治療、退院の条件、支援策など必要な情報を具体的に伝え、将来の生活を共に考える。 - 働きかけの節目ごとに反応を確認し、肯定的な評価を伝え続ける。 - 状態を総合的に評価して、本人への働きかけの程度を調整していく。 【家族に関して】 - 家族面談を通して支援を継続し、必要な情報を伝え、本人の将来の生活のイメージをともに作っていく。 【チームに対して】 - 支援の意義と効果の保証を継続する。	【本人に関して】 - 働きかけの内容・量・速さの調整 - 不安材料の把握と対応 - 退院後の具体的な生活のイメージを本人と関係者が共有できるようにする。 - 社会生活維持に必要な事項を提示し検討・確認する。 - 今後の希望や入院生活についての思いを確かめる。 - 基本的支援の継続 【家族に関して】 - 今後の支援策と家族の役割の確認 - 危機介入対応の説明と確認 - 不安事項の確認と対応 - 基本的支援の継続
看護士	- これまでの生活歴を知る - 希望・不安などを知る - 出来る部分、良い所を探り、引き出す - 病状や病状についての認識の程度を知る - 日常生活の能力を評価する - 家族と本人との関係を把握する	- 病状に対する知識・情報を提供する - 日常生活の能力を徐々に高めるように関わる(金銭管理、生活リズムを促す、健康管理など) - 社会資源についての情報を提供する(交通機関、公共機関、各種制度などの利用) - 支援上のキーパーソンを見つける - 退院後の居住地はどこか確認する - 新たな関心を引き出す	- 退院に向けての不安の内容を把握する - 住居を確保(車庫、施設、家族と同居する) - 退院に向けての生活技能訓練(外泊、生活訓練棟の利用など)を行う - 経済的問題を確認する - 緊急時の対応の仕方(SOS)の出し方を伝え、確認する - 家族の役割確認と連携を図る 外来看護 - 退院後の治療へのスムーズな移行のために、退院カンファレンスに参加する。 - 退院オリエンテーションを行う。
訪問看護			- 退院後、訪問看護を利用する場合、情報収集、顔合わせを行う。 - 退院カンファレンスに参加する
PSW	- 本人・家族の今後の生活に対するイメージを出し出来る場を作る - 必要な支援、利用すべき制度を把握する	- 本人・家族のイメージを具体的にするために社会資源の情報提供や施設見学に同行する - 必要な支援の利用を勧める	- 退院後の現実的な生活をケア会議などを通して本人や家族、関係者と共有し、支援体制を組む - 必要な支援を具体的に提供する
作業療法士	- 本人の希望を面談を通して知る - チームと連携をとり情報収集する - 本人の馴染みの活動や取り組める活動を一覧に提示	- 活動を通して自信回復を促す・成功体験を積み重ねて自己評価を高める。 - 他者との共有体験を通して、良いコミュニケーション体験を積む。 - 院外に向けた活動を展開し、社会資源を知る機会を提供する。 - 活動を通して、病状や薬の知識を提供する。 - 活動を通して当事者モデルとの交流を深める。	- 退院後の生活を考慮した生活能力をアセスメントする。 - 退院後の生活に向けた具体的な準備・訓練・調整を行う。 - 退院後に支援するスタッフとの連絡調整を行う。
臨床心理士	- じっくりと時間をとって面談し、信頼関係を築く - 必要に応じて心理検査を行う - 本人の動機付けの程度・目標・課題を把握	- 主に言語的コミュニケーションを通して、気持ちを表現できるように援助する。 - 自己評価、自己効力感が高まるように、本人の良いところやできることを見つけ、フィードバックする。また、関わりの中で、なるべく本人の自覚性・能動性が発揮できるようにする。	- 退院に向け、不安や期待など、様々な気持ちを整理し、心理的な面での準備ができるようにする。 - 本人に合ったストレス対処法を共に考え、そのバリエーションが増えるようにする - 必要に応じて、他の支援スタッフに本人の心理的特徴や、かわる上でのポイントなどの情報を提供する
薬剤師	- カルテまたはカンファレンスを通して、入院までの経過、家庭環境など本人プロフィールを知る。 - 薬歴、副作用経緯の有無などの情報を収集し、「薬剤管理指導記録」を作成する。 - 面談を行い、服薬状況を知り、信頼関係を築く。	- 薬に対する疑問、不安、不満などを聞き取り、他スタッフに伝える。 - 理解度に応じて、薬に関する説明を口頭で行う。場合により、主治医からの了解のもとに薬剤情報を文書で提供する。	- 服薬の自己管理が可能になった段階で、管理上の基本的な知識、服薬を正しく継続するために必要な情報を伝える。 - 必要に応じて、服薬教室や家族教室に参加する。
管理栄養士	- これまでの食生活・健康歴を知る - 食事への関心・不安の程度を知る - 食生活の自立の程度を知る - 健康への関心の程度を知る ◎面談・訪問を通して	- 食生活に関する情報を提供する。 - 食生活における社会資源情報を提供する。 - 食生活の自己決定の機会を提供する。 ◎面談、栄養指導、選択メニュー、衛生メニュー等を通して	- 退院後の食生活イメージを共有する。 - 必要な社会資源等を調整する。 - 食に関する地域でのサポート体制を調整する。 - 調理指導、栄養指導、個別セレクトを通して、遊ぶ、作る、考える等の体験を積む。 ◎面談、栄養指導、調理指導、退院(個別)セレクト
デイケア			- 退院後、デイケア利用が想定される場合は情報収集、見学、試験通所を行う - 退院時カンファレンスに参加する
利用できるプログラム	個人OT OTサロン	OTサロン 体育館クラブ 音楽の広場 手芸教室 病室・薬・社会資源教室	ゆつり社会復帰G グループホーム入居準備G

退院に向けて(慢性期利用者用) 表4

退院に向けて (入院が長い方用)		宮城県立精神医療センター
めやす	1. これからのことを考えよう! ・話ができるスタッフを見つけてみましょう ・今までのことを振り返ってみましょう ・家族と会って話をしてみましょう 2. いまできることから始めよう! ・今できることをみつけましょう ・何ができるか試してみましょう ・病気や薬について学びましょう ・利用できる社会資源を見学してみましょう ・退院した人の体験も聞いてみましょう ・これからどんな生活がしたいか考えてみましょう	3. 退院後のことを考えよう! ・生活にあたって利用できるサービスを利用してみましょう ・退院先で何回か練習してみましょう ・退院するにあたって不安なことは話をしておきましょう ・何かあったときの相談相手を決めておきましょう

ゆっくり、進めていきましょう

あなたの担当医師は _____
 担当看護師は _____
 担当ワーカーは _____
 担当作業療法士は _____

「退院に向けて」(表4)は、長期入院者の退院支援を行う際に本人に渡すものである。

対象者個々に事情が異なるため、すべての対象者にパスに沿った支援が実行できるわけではない。しかし、連携する職種がこれらを支援イメージの共通基盤として利用することで、各職種の役割が明確になり支援を効率的に展開することができる。

6) 地域移行のための多職種連携・ネットワークづくり

a. 社会的入院者の状態像

さまざまな理由で入院を余儀なくされ、入院が長期にわたる対象者は、さまざまな側面で困難な状況を抱えている。いわゆる社会的入院者と言われる対象者の状況をそれぞれの視点から多面的にとらえ直し、退院に向けた具体的な支援をしていく必要がある。

社会的入院者の状態を、以下にまとめて示す。

- 病気や障害のために失った事柄(仕事・人との関係・その他諸々の事項)に対する悔しさ、挫折感、あきらめ、怒りなどの感情が潜在していることが多い。
- 精神疾患になったことで、尊重されない状態や状況(雰囲気、社会文化の偏見と差別、家族や職員を含めた周囲の人々の態度)に接しての自信の喪失、自分を責める気持ちなどがある。
- 社会生活の体験が不足しているために起こる。不安、自信のなさ、楽しい体験の不足などがある。
- 病気とその経過予測、具体的な支援や対処法を知らないための不安や希望のなさなどがある。
- 希望をもち自信につながる体験の少なさ、役割を果たすこと、希望が実現すること、方針決定に参画すること、力があるとの評価を受けること等の不足している。
- 障害をもちながらどのように生きて行けばよいかの道筋が見えない。

以上のような状況であることが予測される。このような状況を考慮した場合、自信の回復、希望を伝える日々の作業療法が重要な意味をもつことになる。

これらは、長い入院生活で相互に関連し合い、容易には退院ができる状況ではなくなっている方が多い。これらの状況を理解したうえで、多職種が連携を組み、対象者とともに希望を見出しながら、時間をかけた退院支援が必要となる。長期入院によりあきらめていた退院を現実のものとして

前向きになってもらうためには、長期的な視点で根気よくかわり、対象者のモチベーションを高めることが何よりも重要となる。また、退院支援を進める場合には家族への支援も欠かせない。家族とのかかわりが対象者の退院へのモチベーションにつながる場合も少なくない。家族への支援も時間をかけた長期的な視点で行う必要がある。

【社会的入院者へのリハビリテーションの原則】

1. 本人が安心感や肯定的な自己評価を得る機会を提供する
2. 将来の展望につながる情報を見、聞き、体験する機会を提供する
3. 当事者モデルとの交流の機会を提供する
4. 病気や障害について、正確な情報、将来の見通しを考える機会を提供する
5. 本人、家族の歴史、思い、希望を知り、本人と家族の交流の機会を提供する

これらは病院内外のスタッフとの連携により可能となる。

b. プログラムを組み立てる基本

退院に向けた作業療法は多様なプログラムを組み立てて実施する。自己表現できる場や他者との交流の場を提供することはプログラムの基盤となる。そこでの活動を通して成功体験や自信の回復を促していくことは、退院へのモチベーションを高めていく基盤となる。そのうえで、生活技能向上プログラムや疾病教育・疾病管理能力を高める心理教育的なプログラムなどから、対象者一人一人の課題や目標に沿ったプログラムを展開していく必要がある。また、退院した当事者の体験を聞く機会や交流は、将来への希望とモデルを提供するうえで大変重要なことである。作業療法プログラムに、入院・外来合同のプログラムがあることもこの点からの意味がある。

また、すぐには退院という目標がもちにくい重度療養の方々に対する生活の質を維持・向上させるプログラムも重要となる。日々の支援の中から希望を見出し、可能性を探る必要がある。

c. 施設内・施設外との連携

これまでに述べてきたように、病院におけるリハビリテーションは多職種が連携して実践していくことが重要である。退院支援においては、退院後の生活を本人、家族、支援するスタッフが具体的に共有できることである。例えば、「家族のもとに退院し、留守中は自分のことを自分で行う」「家族とは距離をおき、アパートで一人暮らしをしていく」「日中は地域活動支援センターに通って仲間を見つける」など、具体的なものにしておく必要がある。その退院後の生活に向けて、どのような準備をしていくか、本人が訓練・練習することは何か、どのような人たちが支援するのか、どのような支援か、どのようなサービスを利用するのかなどを入院中から、地域のスタッフが入ったケア会議をすることが重要となる。

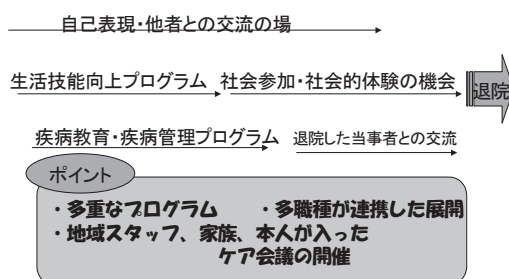
本人と目標を共有するツールとしてケアアセスメントを実施し、具体的な目標設定とケア計画を立て、退院に向けた支援をしていく。

また、入院中からの支援として、退院に向け入院中にかかわっているスタッフが一緒に自宅に訪問しながら具体的な課題を見出し、支援する退院前訪問指導も重要となる。病棟スタッフと作業療法士や精神保健福祉士がチームを組んで訪問指導すると複数の視点でアセスメントが可能となり、現実的な支援が可能となる。

地域移行のための 多職種連携・ネットワーク作り

- ・ 病棟における退院促進プロジェクトチーム
(対象者のリストアップ、退院促進計画・推進、
多職種との調整など)
- ・ 多職種チームの編成(地域スタッフも参加)
- ・ 定期的ケースカンファレンス(ケア会議)
- ・ 多職種の連携による地域移行プログラムの
運営

退院促進のためのリハビリテー ションの流れ



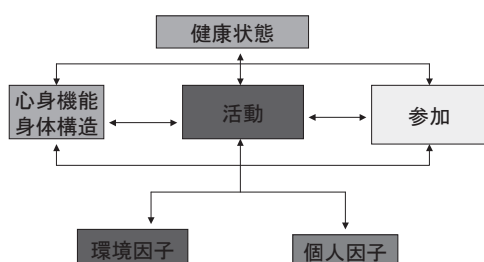
長期在院者の退院支援に 必要なこと

- ・ 家族、地域スタッフを含めた支援チームを作り、
継続的に活動する。
- ・ 本人、家族の歴史、思い、希望を知る。本人と家
族の交流の機会を作る。
- ・ 病気や障害について、正確な情報、将来の見通
しなどを十分に伝える。
- ・ 本人が安心感や肯定的な自己評価を得る機会
を作る。
- ・ 将来の展望につながる情報を見、聞き、体験す
る機会を作る。
- ・ 当事者モデルとの交流の機会を作る。

7) ICF の視点によるアセスメントの必要性

ICU の視点から精神障害の状況を整理すると、それぞれの要素が影響し合っている状況があるこ
とがわかる。

ICF の視点のアセスメント



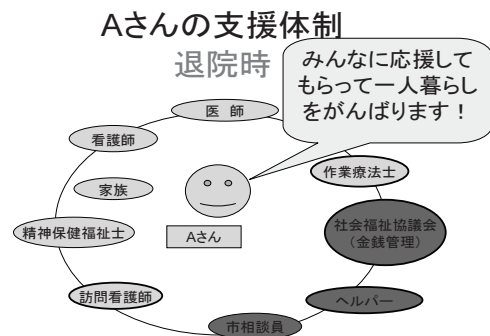
ICF の視点からまとめたカンファレンスシート（山根作成）を紹介する。このシートを利用して
対象者を整理し議論することで、対象者を多面的に理解することが可能となり、支援方法がみえや
すくなる。

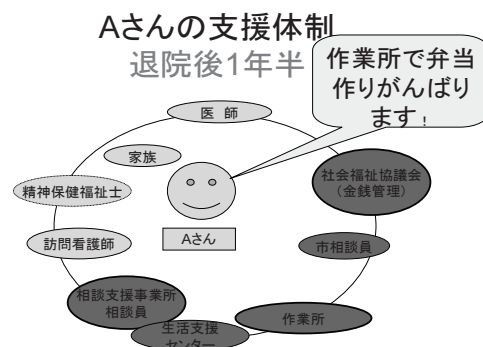
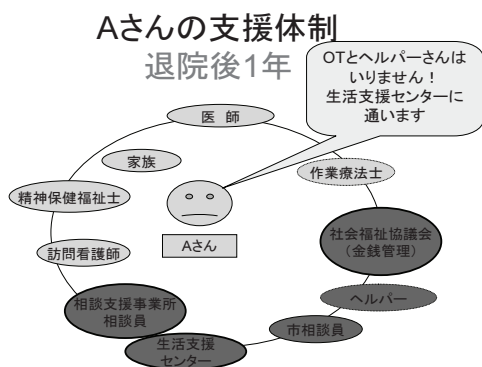
8) 事例

A さんは 40 歳代後半 男性 統合失調症

15 年程の長期入院の後、グループホームに退院した。退院後は訪問看護を受けていたが、その時
思いついたことで行動したり、約束を忘れることもしばしばであった。

Aさんへの支援体制は、Aさんのニーズとともに変化していった。





9) 多職種連携・ネットワーク構築に向けて

ここでは、鍵となるキーワードを箇条書きに示す。

多職種連携・ネットワーク構築の鍵1 <早期からのケア会議の開催>

- ・ 対象者を中心とした地域を含む多職種チームを作る
- ・ 定期的なケア会議を開催し、情報の共有と各職種の役割を確認する
- ・ ケースカンファレンス・ケア会議以外での情報共有も重要である
- ・ ケア会議には本人と家族が入ることを原則とする

多職種連携・ネットワーク構築の鍵2 <エンパワメント体験>

- ・ 多職種がチームを組むことで、対象者のみならず、専門職がエンパワメントされる体験が次のチーム形成へのモチベーションになる
- ・ 楽、楽しい体験が次につながる

多職種連携・ネットワーク構築の鍵3 <チームのマネジメント役的重要性>

- ・ 多職種チームは号令役が必要である
- ・ 誰でもチーム員を収集することができる保障と、チームマネジメント役を決める必要がある（病棟管理者、精神保健福祉士など、状況により決めていく）
- ・ マネジメント役は院内から地域へ移行していく

多職種連携・ネットワーク構築の鍵4 <仕組みづくり>

- ・ 多職種チームの動き方にルールを作る必要がある
- ・ パスや治療指針はその根幹をなすものである
- ・ ケア会議の開催方法やチームのマネジメント役などを明文化し、誰でもわかり、利用できる仕組みにする

多職種連携・ネットワーク構築の鍵5 <地域サービス・支援者との連携>

- ・ 対象者が生活する地域を知る
- ・ その地域の支援者とつながる
- ・ 保健福祉サービスが少ないからといってあきらめない
- ・ 住民が普通に利用しているサービスが利用できないかという視点をもつ
- ・ サービスを創設していく視点をもつ
- ・ 病院から飛び出そう

10) 職場の連携・ネットワーク評価

最後に、それぞれの職場の連携・ネットワークに関する評価表を紹介する。それぞれの職場で定期的に評価し、職場における目標を設定しながら連携・ネットワークを構築することをお勧めする。

職場の連携・ネットワーク評価

5: 出来ている, 4: ほぼ出来ている, 3: いくつかの課題がある,
2: 多くの課題がある, 1: 全く出来ていない

1. ケア会議を定期的実施していますか？
2. ケースを通したコーディネーター役がいますか？
3. それぞれの職種の役割を知っていますか？
4. 職場は意見が言いやすい雰囲気ですか？
5. チームの中に利用できるサービスを知ったり, つながっている人がいますか？
6. 多職種, 地域連携のために時間が保障されていますか？

これからの職場の目標:

3. 自己のストレングス

1) リフレーミングとは

私たちは、職種の違いはあるにせよ、精神疾患のある人の治療・ケア・支援に直接あたる専門職として位置づけられている。いわゆる対人援助専門職であることを考えると、一定程度のコミュニケーションスキルを身につけていることが、最低限の資質として求められる。

リフレーミング (reframing) は、神経言語プログラミング (Neuro-Linguistic Programming: NLP) として知られるコミュニケーション技法の一つである。フレーム (frame) は「枠組み」と訳されることから、リフレーミングとは「ある枠組み (フレーム) でとらえられている物事を、一旦その枠組みをはずして、違う枠組みで見ること」である。このことを物事に対する人のとらえ方にあてはめて考えると、同じ物事でも人によって見方や感じ方が異なり、ある角度で見ると長所になり、また短所にもなる。

ここでリフレーミングをイメージとしてとらえるために、ある名画を例にとって考えてみたい。美術館ではさまざまな絵画の展覧会が各地で開催されており、世界的な名画に直接触れる機会も少なくないのだが、展示されている絵画には必ず額縁 (フレーム) が架けられている。実は、どんな名画も架けられている額縁が変わると、まったく違う印象を私たちに与えるものである。絵自体はまったく同じものでも、フレームが変わると絵を通して私たちに伝わるものも違ってくるわけである。

例えば、ある人が「会社が倒産してしまった。自分はもう駄目だ」と言ったときに、「あなたは前から今の会社に不満をもっていたよね。新しい環境で仕事にチャレンジする絶好の機会が与えられたのだね」と応答した場合は、リフレーミングの技法を用いたことになる。

精神保健福祉の世界に目を転じてみると、リフレーミングを積極的に活用した好例として北海道浦河町の「べてるの家」の活動が上げられる。浦河町はサラブレットの産地として知られているが、過疎化が進む漁業中心の町である。そこでの地域保健福祉活動は、いまや町に人を呼ぶことのできる地域社会にとっても必要とされる活動にまで発展した。「べてるの家」の活動は、精神障がい者のもつ「弱さ」や「困難」を、むしろストレングス (強み) として枠組みを架け替えることで、「弱さ」「困難」を抱えている地域社会との結びつきを強めることとなった。加えて、精神障がい者の「リハビリテーション」を「商売」というフレームで展開したことも注目される。

2) 枠組みを変えて自分を見つめなおすことの意味

近年、精神障害リハビリテーションは、精神障がい者本人の「リカバリー」をコンセプトの中心において展開されつつある。リカバリーモデルのリハビリテーションでは、本人の能力低下ではなく、本人の希望や潜在能力に着目したアプローチが行われるのだが、その際に専門職が行うアセスメントについても、リフレーミングが求められている。特に、能力評価、環境評価の両面において、本人および本人を取り巻く環境 (地域社会) のストレングス (強み) を見極める力が必要とされる。

言い換えると、リハビリテーションにおいては、私たちの支援の対象となる精神障がい者の「できていないこと」「ダメなところ」に着目した「矯正」や「訓練」から、「できていること」「よいところ」に着目した「応援」や「支援」に転換することが求められているのである。

一方、対人援助専門職が専門職たる所以として求められるのは「自己を知る」ことであり、「自分自身の対人特性・傾向を把握している」ことである。その際に、とにかく自分自身の弱い部分、否定的な部分を焦点化しがちであるが、むしろ、そうした側面をリフレーミングして自己のストレングスとしてとらえ直すことが、精神障がい者のリカバリーに寄り添うリハビリテーションにつながるのではないだろうか。

3) 自分自身の否定的な側面をリフレーミングしてみる

自分自身の性格傾向や行動特性を見つめるときに、例えば「私は、大きく物事をとらえることが苦手だ。くよくよ考え込んでしまい優柔不断で独りで決断ができない。」と、どちらかというと否定的な評価をしてしまう場合がある。しかし、このことをリフレーミングしてみると、「私は、細かい部分に誤りがないかチェックすることに力を発揮できる。みんなの意見を聞いたうえで熟考し、慎重な判断をすることができる。」と、むしろ肯定的な側面としてとらえ直すことも可能である。こうした「置き換え」に日頃から慣れておくことが、ひいては私たちの支援対象である精神障がい者のストレングスを発見する「力」につながっていくのではないだろうか。

また、環境評価においても自分の地域には社会資源が何もないと嘆くよりは、精神障がい者を対象とした特別なサービスは少ないが、住民として利用できる資源という枠で考えると、埋もれている資源はそれこそ無尽蔵に見つかるはずである。なお、環境評価という場合は、当然ながら支援者の資質（力量）も評価の対象とされるべきことも忘れてはならない。

4. 多職種によるカンファレンス(ケア会議)の進め方

1) 多職種が同じ地平に立つことを前提に

医療機関におけるケースカンファレンス(ケア会議)を実施するにあたって、まず確認しておきたいのは、何のための会議なのかということである。医療機関で行われるという限定で考えると、「疾患や障害のある人に、より適切な治療及びケアを提供するための医療スタッフ間の情報共有による的確なアセスメントと計画の策定及びモニタリングのため」となるかもしれない。しかし、地域社会における医療機関の役割という視点で枠をもう少し広げたくて、治療やケアを受ける本人の立場で考えるときには「疾患や障害のある人が、自らの希望する生活様式や地域社会での生活を再獲得するための、医療や福祉の枠を超えた支援のうち、医療機関から提供される、より適切で計画的な治療及びケアを受けるため」にあるととらえることができる。

このことを踏まえたうえでカンファレンスを実施するのであれば、当然ながら参加するスタッフはどの職種も同等の立場にあることを確認したうえで進める必要がある。包括的な医療上の責任は医師に帰属するものであるが、個々の職種は提供する治療やケアにはチーム全体で責任をもって臨むべきことを自覚し、なおかつ患者本人が責任ある地域生活を送ることを目標としていかなければならない。しばしば「何か起きたらだれが責任をもつのか」という責任論が地域移行の促進を阻む要因となっていることも併せて意識しておく必要があるだろう。地域移行に参画するすべての専門職が、自律的に自らが提供するケアに責任をもつ心構えが重要である。

2) 多職種によるアセスメントの意味

ケア計画を立てるにあたって、多職種によるアセスメントを行うことは大変重要である。それぞれの職種が固有の得意分野(専門性)をもつことにチームアプローチの醍醐味や意義があることは言うまでもないが、個々の職種が別々にアセスメントを行いながらそれをチームで共有していないとすれば、ちぐはぐなケアの提供となってしまう、結果的に患者本人の不利益になりかねない。まずは、関係する全職種が参加してアセスメントツールを開発することから始めることが「多職種協働」の第一歩となるのではないだろうか。何も、一からツールを開発する必要はない。すでに流布しているアセスメント表などを活用して、使いにくい部分を自分たちが使いやすいようにアレンジしていけばよいだろうし、開発後も必要に応じて見直していけばよい。大切なことは、同じ作業を協働して行う体験を楽しみながら積み重ねていくことにある。

そのうえで、多職種が一同に会してカンファレンスを開き、アセスメントとケア計画の作成を進めていくのだが、アセスメントにおいて注意すべきことは100点満点のアセスメントはあり得ないことを認識しておくことである。特に、IADLなどの能力評価の多くは、病棟や作業療法室という極めて限定的な環境での患者の姿を通したものであり、実際の地域生活ではわれわれの想定を超えた能力を発揮して、たくましく暮らせる場合があることも強く意識しておく必要がある。同じ意味合いにおいて、地域生活におけるリスクの査定は必要だが、リスクマネジメントにばかり拘泥してしまうと本人が本来(あるいは潜在的に)もっている力の発揮を阻害してしまうことになりかねない。このような「副作用」に配慮したアセスメントが求められる。また、ストレングス視点を取り入れたアセスメントが重要であることは言うまでもない。

3) 本人参加を原則としたケア計画の立案とモニタリング

地域移行に焦点をあてたケア計画を立てるにあたっては、本人の希望やニーズを中心としてアセスメントに基づく支援目標を明らかにしておかなければならない。長期入院をしている患者の中には、自らの希望を見いだせずに、あるいは希望をもつことを諦めてしまっている人たちも多く存在

する。このような場合の第一の支援目標は、「将来への希望を取り戻す」ことになる。そして、その目標を達成するための具体的なサービスは「いろいろなことを諦めざるを得なかった本人の思いをていねいに聴き受けとめる」あるいは、「本人や家族から生活史を聴き取る中で、かつて抱いていた希望や本人の強み（ストレングス）を理解する」ということになる。これらのことは「具体的なサービス」ではなく、あくまでもアセスメントのためのアプローチとしてとらえる向きもあるかもしれない。しかしながら、アセスメントは固定的なものではなく、継続的な支援の実行とモニタリングにより常に改変されていくべきものであることを考えれば、「その人の本来の姿を理解しようとする支援者側の姿勢」が、サービスの基本に位置づけられてもおかしくないはずである。

また、多職種チームによって立てられた計画が、本人の意向と相反するものでは意味がない。ケア会議は、計画立案の段階から本人が参加することを原則として行われることが望ましい。言い換えれば、ケア会議はケア計画の立案と実施が、本人と多職種チームの協働作業であることを確認する場として位置づけることである。このことが、患者本人と多職種チームの相互の信頼関係の醸成にもつながるはずである。

4) いつでもどこでもケア会議はできる

以上のようにケア会議を進めるにあたって、課題はいつどのように会議の時間を確保するかということになる。それぞれの職種が固有の業務を抱える中、ましてや地域の関係機関職員にも会議に参加してもらうことを考えると日程調整は至難の業となるため、それなりの工夫が必要となる。例えば、ケア会議を大きな会議（カンファレンス）と小さな会議（ミーティング）に分けて、大きな会議は関係者が一同に会することを原則として3ヶ月毎に行うことにして（会議の場で次回の日程を決めておく）、必要に応じてモニタリングのために3職種程度で短時間のミーティングを行い、その内容を多職種チーム全員にフィードバックする仕組みを取り入れることも一考である。ミーティングは5分でも構わないし、たまたま職員食堂で昼食を共にしたときに行っても構わない。その際に、支援の対象となる人のプライバシー保護への十分な配慮は当然のこととして、要はそこで話された情報がその場限りの閉じられた情報ではなく、多職種チーム全員に開かれた情報としていくことが確認できれば、柔軟な運用が可能となるはずだ。

5. 多職種連携と地域連携

1) 各職種の特性・役割・他職種への期待

【①精神科医の立場より】

1. 精神科医の卒前・卒後教育

精神科医になるには、まず医学部で6年かけて基礎医学、そして臨床医学を学ぶ。基礎医学で生物学的・科学的視点が多くを占め、その後臨床医学を学ぶが、それは内科外科をはじめとする20数科全科に及ぶ。精神医学はその中のごく一部であり、さらに精神科を教育する大学の専門教官が現在の精神科の潮流である生物学的精神医学の専門家が多数を占める影響もあり、精神医学の講義は脳の疾患として生物学的にとらえる視点と診断技術が中心となる。医学部の教育内容は医学の進歩とともに年々膨大になっており、医療者としての心構えやコミュニケーションを学ぶ教育の機会はあるものの、やはり時間の多くは実験と実習、そして試験の繰り返しに割かれる。大学卒業と前後して医師国家試験を受け医師となり、各科ごとの専門教育は卒後から本格的に始まる。

卒後教育は、かつては大学の医局に所属し大学病院を中心に研修する中で精神科医としての素養を身につけていったが、平成16年度より卒後2年間の臨床研修が義務化され、初期研修時代の2年間で精神科研修は研修2年目に1ヶ月以上が必修化された。精神科医を志す者は、その後後期研修医として3年間希望する研修施設で精神科医として本格的な研鑽をスタートさせる。しかし、地域の主管病院である研修指定施設での研修内容は、最前線の医療の担い手でもある指導医が忙しい臨床の合間をぬっての研修医への指導・教育をしており、必ずしも均質のものとはなっていない。日本精神神経学会では専門医資格を設け、専門医取得と取得後の生涯教育のため学会の内容を研修・教育により重きを置くよう工夫しているが、その中でも主流は生物学的精神医学であり、リハビリテーションや精神療法、そしてチームアプローチなどについての領域の取り上げは少ない。精神神経学会の下部組織となるリハビリテーションや精神療法の専門学会においては多職種が参加する学会となっているのがほとんどであるが、それらに参加するのは志向性のある医師のみで、精神科医全体への波及効果は未だ出ていないのが現状である。

2. 医師の特性

そもそも理系が得意な人が医学部に入学し、卒前教育で膨大な生物学的・科学的視点で成り立っている近代医学を徹底的に学ぶことから、一般的には生物学的なアプローチがなじみやすい人が多い。そして、やはり「医者」を志してここまで困難な受験・学生生活を送ってきているだけに、医学において最終決定権や保険診療請求権、説明責任を担っている「医者」であることに対する責任感と自負は強い。それは裏返せば、責任感から他の職種に任せ切れないという側面も持ちやすい。

3. 精神科医の役割

それぞれの精神科医の背景とする学問が、生物学的な視点、精神療法的な視点、リハビリテーション的な視点など様々であるため、得意分野によって多少守備範囲は変わってくるが、どの分野の精神科医も異論のない精神科医の役割は、診断と薬物療法、身体治療と身体疾患との鑑別である。この領域においては常に精神科医は研鑽を求められる。

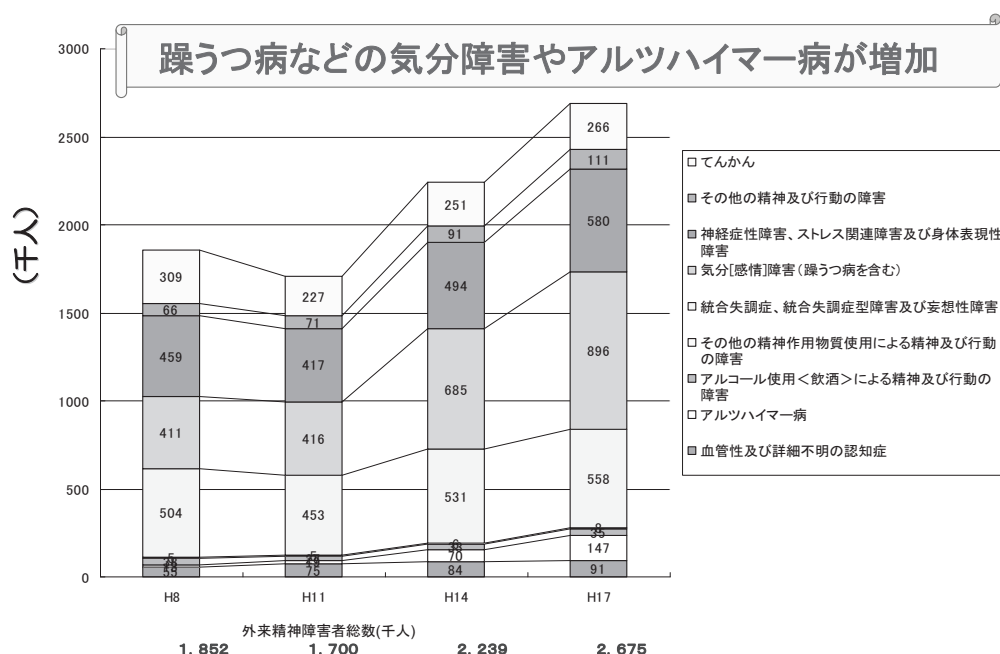
他科や一般市民から期待される精神療法については、精神科医自身の技術とモチベーションにかなり個人差があり、またこの10年で急激に多様化し多忙となった精神科医療の最前線の現場では、精神療法の技の成熟よりも数をこなす医師が求められ、構造化された精神療法は心理士や一部の精神科医の特殊な技法となり、第一線の医療現場ではその提供を望みにくくなっている。

また精神科医は精神医療のみならず精神保健の担い手として地域や多職種から期待されており、彼らからチームリーダーとしての役割を求められているが、先述のとおりリハビリテーションやチ

ームアプローチについて卒前・卒後教育で学ぶ機会を現時点でほとんどもたず、これまでの精神科の病院中心・医師中心医療の伝統の踏襲の中チーム医療を学んでいる人が多いため、リカバリー志向のチームアプローチを学べているとは言い難い現状がある。

今日の精神科医は、高齢化に伴う認知症の増加、「うつ」の隆盛、急性期・救急病棟などでのスピード化などから、より多くの多彩な患者に対し、よりスピードを上げて対応をしていくことが求められているが、外来患者数は平成8年から平成17年で1.4倍近くに増大するなど（図1）その仕事量の増大に精神科医の数の増加は伴っていない。だが、一方で精神保健福祉士の誕生や、精神科認定看護師・精神科専門薬剤師など他職種での専門性は近年高まっており、介護保険や自立支援法など活用できる行政や福祉の力も増えてきている。精神医療全体の質を高め、ますます多忙になる精神科医の責務を軽減するためには、他職種に任せられることは任せていく必要がある。そのためには、他職種は何ができるのか、どんなことが得意なのか、どこまで任せられるのかを精神科医がまず知ることが必要である。

精神疾患外来患者の疾病別内訳



29 図 1

4. イギリスにおける精神科医の役割の変化

国をあげて多職種チームの形成に取り組んでいるイギリスでの精神科医の役割の変化を報告し、多職種チームで機能するための精神科医の役割を再検討していきたい。

Boardman)の総説によると、イギリスは1955年にピークを迎えた精神科病院の在院日数を減少させ地域移行を促進するため1959年新たな精神保健法を制定し、その中で総合病院精神科ユニットが作り、外来とデイホスピタルが開設しコミュニティ精神科看護サービスを始めた。そして1999年に成人精神保健サービスの初めての包括的プランである「精神保健のための国営サービス枠組み」をスタートさせた。

こういったコミュニティ中心へのシフトは、イギリスの上級精神科医の実践方法に相当な変化をもたらした。かつてイギリスの精神科医は医学的管理者として精神病院を運営し、精神科医は伝統的に管理的位置を担ってきたが、1984年に発表されたGriffiths報告での勧告後、保健サービスはゼネラルマネジャーによって運営されるようになった。これらの変化の結果、精神科医のベースはもはや遠方の大規模な病院ではなく、総合病院、外来診療所、コミュニティ精神保健センター、他

のコミュニティ環境となった。現在、ほとんどすべての上級精神科医はなんらかの形の多職種チームの中で働き、チームとチームアプローチは実践の中に遍在しておりその価値に関するコンセンサスが得られているという。

この変化に伴い、精神科研修もコミュニティベースのケアと多施設での研修に向かう動きに変化した。卒後教育の変化として、「明日の医師」（総合医療審議会）の中で勧告が発表され、カリキュラムは精神疾患の診断・治療に関する知識・技術のみでなく、コミュニケーション技術や管理能力、臨床統治に関する知識や経験、職業倫理などを研修年次ごとに設定された目標に沿ってすすめていくようになった。また生涯学習にも力を入れており、個人の演習プログラムとして持続的個人能力開発（CPD）などを設けている。

このイギリスの変化は、政策の変更が多職種チーム形成の最も大きな牽引力となつてはいる。しかし、卒後研修システムなどの仕掛け作りは、日本においてもそれぞれの現場単位でも、学び取り入れられる可能性はあるように思われる。

5. 他職種に期待すること

医師は「医者は話を聞いてくれない」「医者は他職種を理解していない」と当事者・家族、そしてスタッフから批判を受けることがある。筆者も自分自身を含め、確かにそういった実情があると感じている。しかし、現制度での日本の精神科医は病棟業務・外来業務・書類作成・指定医業務と実に多忙であり、多くの責務を担っている。また、日本は皆保険制度のもと、他国以上に平等な医療が行われているとも言われている。多忙に甘んじてはいけないと自らに戒めつつも、やはり他職種には現行の診療報酬の医療制度では、医師が広く浅くせざるを得ない現状があることをまずは知ってほしいと思う。

その現状の上で、当事者や家族がより納得し満足できる質の高い医療を提供できるよう、他職種には医師と並んでチームの重要なメンバーとして機能できるよう、しっかり個々の技術をほしいと願う。

西園²⁾は、精神科チーム医療の目標を以下のようにあげている。

- ①多面的診断アセスメントと治療方針のチーム内での明確化と実施
- ②患者の人権と人間性の尊重
- ③患者中心の治療環境の整備と提供
- ④患者との必要な面接
- ⑤集団活動—可能なら患者参加のコミュニティミーティング
- ⑥各職種のアイデンティティの尊重と協調、各職種によるアセスメントと目標などの情報共有と吟味のためのスタッフミーティング
- ⑦家族からの情報収集と心理教育ならびに地域関連機関との連絡

医師の診断が治療方針に大きな影響をもたらすのは確かだが、それが唯一ではなく、職種別でアセスメントの違いがあることは、むしろ当事者の人となりをつかむヒントとなり、チームにとって有用である。他職種には、自分たちなりのアセスメント技量を身につけ、自信を持って発言してほしい。そして、医師にはそういった他職種の活発な提案を受け入れ聞き入れる度量をもち、自由に話せる空気を現場に作り上げてほしいと願う。また、チームから医師に適切な薬物・身体治療を望むことは当然として、それぞれの職種で「自分にはこの当事者や家族にこんなことができる」と、チームにしっかり提案できるよう専門職としての専門技術を追求してほしい。

他職種には、多忙な医師をあきらめずにケア会議に誘い続け、エンパメントし続けていただきたい。当事者自身を含めたチームで支えているという理解をチームで繰り返し話し合い、時に座礁してもまた新たにそこから学ぼうとする現場の雰囲気作りを一人一人が意識することが、医師や病院や家族が当事者を保護的に抱えこむ状況を変え、リカバリー志向の精神保健に変えていくように思

う。

—参考文献—

- 1) Jed Boardman Dinesh Bhugra イングランドの精神保健改革が精神科医の実践、研修および教育に与えた影響 臨床精神医学 39 2 (2010)
- 2) 西園昌久 求められるチーム医療実現のために 精神神経学雑誌 111 10 (2009)

【②作業療法士の立場より】

1. 連携の基盤

多職種連携は、職種としての専門性を互いに尊重しながら、各専門職それぞれが主体的に対象者にかかわりをもちながら専門性を発揮していく能動的姿勢が前提となる。作業療法は、医師の指示を得てから開始することが原則とされているが、指示待ちではなく基本的には職種参加の可能性を探りながら関与していく姿勢が重要である。この状況を可能にするためには、基本的に早期からのリハビリテーションの重要性が認識され、チームで関与することがどの職種にも共通認識されていることが必要であり、多職種連携の前提として重要なことである。各専門職が職種の違いを認識し、互いの職種を尊重できる基盤があり、各専門職は自分の職種に足りないものを他職種で補うという視点で関わるのがチームの原則となる。

野中¹⁾は、チームワークに必要な原則を次のように述べている。

- 1) 目的・目標の共有：利用者の生活や人生を対象にチームの目標を言語化しておく。
- 2) 相手の能力・こちらの能力：互いの能力と限界を心得ておく。
- 3) 対等平等・直接性：互いの尊厳が守られ、人間的な接触に基づく。
- 4) 不足の感覚・工夫の意識：不断に工夫する作業が大切となる。
- 5) 環境の整備・制度の保障：チームワークを形成しやすい条件を作り上げる。

多職種連携には、目標を共有し、自分ができることを明らかにし、足りないところは他の人に補ってもらふ感覚が重要であり、連携により対象者や支援者がエンパワメントされる体験が重要なことだと言える。急性期病棟は業務が多忙となり、燃え尽き症状を呈する職員も少なくない。ここでは、連携により互いのエンパワメント体験が重要となる。

また、入院時にかかわっている地域のスタッフや家族などを早期から巻き込む視点も重要である。その方々が退院後も支援の重要なスタッフになることが多いので、早期からの連携が重要なのである。

2. 作業療法士にとっての連携の実践

作業療法を意味あるものにするために、作業療法士が他職種と連携をとる実際の方法を示す。

1) 毎日の患者情報を入手する

病棟における朝夕の申し送りやカンファレンスなどに参加し、入退院状況や入院患者の変化をタイムリーに入手する必要がある。入院患者の状態を確認し、医師や看護師等と共有する作業を何らかの形で毎日行っている。作業療法は、この情報なしには実施できないと言っても過言ではない。作業療法を実施する際は、参加者の状態の変化を先に入手し、状況にあった活動を展開していく必要がある。また、情報を得るだけでなく、隔離室使用から個室使用、個室から4人部屋に移るといった患者処遇の話し合いも行われているが、そのような検討にも作業療法士として変化をとらえておいて、意見を言えることが重要なことである。

2) ケースカンファレンスに参加する

病棟におけるカンファレンスは時期によって、入院時カンファレンス、2週カンファレンス、4週カンファレンス、8週カンファレンス、退院カンファレンスなどに分けられる。各カンファレ

ンスには医師、看護師だけでなく各専門職が参加するシステムを作ることも重要である。

作業療法士は、入院時カンファレンスから参加し情報を得ると同時に、作業療法士が関与できる可能性を考え、時期や内容を提示することが重要となる。医師の指示を待つという姿勢ではなく、職種として関与できる可能性を伝える姿勢が作業療法士の早期の関与を可能にし、対象者への早期の作業療法が可能となる。作業療法士の早期の適切な関与がその後の治療・リハビリテーションのスムーズな流れにつながるのである。

3) 作業療法プログラム前後の病棟スタッフと情報交換を共有する

急性期の作業療法は、病棟スタッフと連携しながら実施する。活動前に病棟での情報を得て、活動後には活動参加時の変化を共有する。病棟スタッフには、その日の状態を考慮しながら、参加誘導を病棟スタッフにお願いする場合も多い。その際は、短時間でも病棟での様子を申し送ってもらう時間を設けるとよい。終了後はその逆で、作業療法場面での様子を伝えたり、前回との違いや変化を作業療法士としての視点で伝えることも大切である。例えば、取り組める時間が前は 10 分程度だったが、今回は 15 分程度に延びていることや、他者との自然な会話が見られたことなどを伝えることは重要なことである。

4) 作業療法実施報告書はタイムリーに行う

作業療法を開始した対象者に対しては、できるだけ 1 週間以内に作業療法評価と実施計画書を作成し、本人からの同意を得る必要がある。最近の治療は、入院はできるだけ短期間でという方針となっていることが多いので、医師や看護師は症状軽減にエネルギーが注がれがちである。作業療法は対象者の健康的な側面での評価と可能性を示し、退院後の生活を視野に入れた目標設定を対象者や家族とともにしていく。

【③精神保健福祉士の立場より】

1. 精神保健福祉士の特性・役割

精神保健福祉士は精神保健福祉分野の社会福祉専門職(ソーシャルワーカー)の国家資格であり、そのフィールドは医療機関、行政機関、地域の障害福祉サービス事業所など多岐に渡る。その中でも、一義的には医療サービスの提供を目的とする医療機関に所属する精神保健福祉士の特性・役割を考えてみたい。

精神保健福祉士は「クライアントの自己決定の尊重」を基本として、人との専門的なかわりをもつ。また、いま目の前にいる人を「その人とその人を取り巻く状況(環境)の全体関連性」の中で理解しようとする。精神保健福祉士は、長らく生活モデルの観点から患者を生活者としてとらえることを主張してきた。また、そのような立場から、人が抱える課題解決のために社会資源の活用を図ることに大きな特性がある。医療機関にあっては、クライアントの心理・社会・経済的課題の解決を図るためさまざまな社会資源(制度、サービス、人、場など)につなげていく役割が大きい。その意味で、精神保健福祉士はクライアントの支援を通じて医療機関と地域社会をつなぐコーディネート機能を有している。

また、既に資源として存在する制度やサービスがクライアントにとって利用しにくい利用できないものとなっていれば、具体的に利用可能な資源にしていくこと、あるいはその地域に利用できる資源がないのであれば、新たな資源を開発・創設していく役割も担う。一医療機関の職員という立場を超えて、地域社会にアクションを起こしていくことも求められている。

以上のような特性・役割から、他職種から見ると精神保健福祉士は「いつも電話していたり外出していたりしているが、実際に何をしているかよくわからない職種」と映っているかもしれない。多職種チームの一員として、精神保健福祉士の機能・役割を伝えていくことも欠かせない。

2. 他職種への期待「諦念から楽観へ、そして人は変わることを信念に」

長らく入院医療に携わってきたスタッフの中には、急性期の症状が増悪している患者のケアや、長期入院者の病棟内での姿に日常的に接することを通して、いつの間にか精神疾患のある人に対する諦念的、あるいは悲観的な見方を固定化してしまっている人もいる。このことは、医療機関のスタッフが、退院した患者が生き生きと地域で暮らしている姿を見る機会が極端に少なかったことが大きく影響しているかもしれない。

社会的入院者の地域移行を進めるうえで、最も求められることは多職種チーム総体の意識変革である。リハビリ志向のリハビリテーションでは、患者が希望をもつことを重視するが、それと同様にあるいはそれ以上に、スタッフが希望をもって患者のケアにあたることは、悪循環（社会的入院の再生産）を好循環（地域社会の中で医療の役割を果たす）に転換する大きな転機となる。「人は変化し成長していく存在である」ことや、「環境は変化や成長の促進因子にも阻害因子にもなり得る」ことへの共通認識は、多職種チームの士気を高めることになるはずだ。

社会的入院の解消は、患者の高齢化を考えると残された時間が極めて限られており、時限的国家プロジェクトに位置づけられるべき課題であるとともに、新たな社会的入院者を生み出さない観点からは今後も継続する課題でもある。しかし、最初の一步は全国に点在する精神科医療機関が、それぞれ一つの地域移行成功例をチームとして実現することであろうか。「人の幸せを喜ぶ」ことが、大きなうねりを巻き起こす原動力となる。

【④臨床心理技術者の立場より】

1. はじめに

精神科病院からの退院を促進し、地域の中で安心した生活を送っていく上で、医師をはじめ、看護師や作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者、栄養士、薬剤師等の多職種が連携し、多角的にアプローチを図るチームアプローチが重要なことは言うまでもないことである。

このチームアプローチについては、積極的に取り組み実績を上げているところもあれば、連携の重要性を認識しながらも連携の難しさを感じているところ、またマンパワーや社会資源が乏しいことから、一部の熱意のある人たちの努力と負担で成り立っているところなど、地域間でかなりの格差があるのが実情であろう。利用者にとって不利益となかなかねない格差は、当然解消されていかなければならない。

今回の研修のポイントは、研修で得たことを各病院に持ち帰り、多職種で実践してもらうことを目的としており、またこの報告書を参考に退院促進や地域移行への関心が高まり、少しでも多くの方が取り組んでいくきっかけになることが期待されている。

2. 多職種によるチームアプローチの重要性

1) 利用者の自己決定権を重んじる

地域社会の中で生活していくとなると、より広い視野の下に多角的な観点からのアセスメント、ケアプラン作成、実践及びその評価が重要となり、これを利用者も含めた多職種によるチームで取り組んでいくこととなるが、ここで忘れてならないのは、利用者本人の自己決定権を重んじるという基本姿勢である。医療界においてインフォームドコンセントが叫ばれ、またカルテ開示などが求められる中で、ようやく患者の自己決定権が重んじられつつあるが、実際的には十分に機能しているとは言えないのが実態である。入院が長期化し、社会資源をほとんど知らない利用者ほど、スタッフに依存したままの姿勢を取りかねないだけに、地域社会の中でどのような暮らしを望んでいるのか、生活の主体者としての利用者の気持ちや考えなどに、十分に配慮していくこ

とが望まれる。いわば、地域社会という舞台の上で、「主役は利用者」の観点で、脇役であるスタッフが専門技術を発揮してサポートしていくわけであるが、そのシナリオは利用者も含めたケア会議で作られていくものでなければならない。

2) チームアプローチを推進する上でのポイント（表1）

チームアプローチを推進する上でのポイントとして、①各職種が自らの専門性を高めていくのは当然のことながら、②他職種の業務についても認識を深めた上で、③相互に役割と機能を明確にし、④相互に補完し合える関係を作り、⑤利用者に関する情報を共有していくことの5点があげられる。

そもそも、チーム内の各職種が果たす役割と機能を明確にし、かつ、それをチーム内で共通認識していなければ、単なる専門家の寄せ集め集団でしかない。チームとして真に機能していくためには、お互いに信頼感を形成し、意思疎通を図っていく必要があり、その意味でスタッフミーティングやケースカンファレンスは極めて重要なものとなる。そのミーティングでの発言の機会はスタッフ全員平等であり、相互理解と同時に相互批判が行なえる自由さが欠かせなく、各スタッフの役割とアプローチの方法を明確にし、問題への解決法も具体的に示し、実践した結果の評価も適宜行ない、予測通りでない場合には再検討していく必要があるといえよう。

現場で実践活動を行なっていると、チーム内の各職種の役割の間に明確な一線を画せるものではなく、業務上重なり合うことが少なくないことを経験する。実際、SST や訪問活動にしても、一部の職種だけが行うものではなく、看護師や作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者と幅広い職種が行なっている。同じ業務を行うにしても、学問的背景が違うスタッフの活動から学ぶことは、お互いにより刺激となり、チーム内の凝集性も高まっていくものである。かえって、画一的に一線を引いてしまうと、業務範囲を限定してしまい、結果的にセクショナリズムという現象が起これ、縄張り争いや業務の押しつけになったりしかねない。その意味で、SST や訪問活動が一部の職種にのみ業務独占されるような事態は、危惧すべきことであると考えている。各専門職種が業務の中核的部分と重なり合う周辺部分をお互いに認識し合いながら、なおかつ信頼関係に基づいた協力関係をいかに築いていくかが大切なように思われる。

表1 チームアプローチを推進する上でのポイント

ポイント	内 容	具体的な活動
①専門性を高める	一定水準の知識と技術及び実践的応用	各学会への発表
②各職種の業務の認識	各職種の業務内容についての相互理解	研修会への参加
③役割分担及び連携	各職種の役割と機能の明確化	スーパービジョン
④相補性	スタッフの不備や失敗を他のスタッフが補完	ミーティング
⑤情報の交換と共有	利用者に関する情報の共有	カンファレンスなど

3) チームアプローチの利点と問題点

多職種によるチームアプローチを行なうことでの利点と問題点についてまとめてみた。まず、利点としては、以下の4点があげられる。

- ①利用者の情報がスタッフ全員に伝わることにより、利用者を多方面から理解し、病状や処遇方針、経過を共有化して、状況に応じた重層的な関わりが行える。
- ②利用者自身が自分の抱えている問題をそれぞれの専門家に相談でき、多元的な人間関係を体験できる。
- ③チームに参加している専門職は、自らの専門性を発揮して、責任をもって自主的に援助行為を実践できる。また、業務上で自信をなくすような困難な問題にぶつかったり、不安になったとしても、カンファレンスなどを通してのチームの支えにより、自信を取り戻したり、精神的な安定を保てる。

④スタッフ同士で支えあい、学びあう経験と、不満や葛藤を話し合いの場で解決するなどの機会を得て、チーム構成員の成長を図り、チーム全体の成熟度が高められる。

次に、起こりやすい問題点であるが、これらの問題点を事前把握することにより、未然にトラブルを防ぐことにつながることを期待したい。

⑤各専門職種の教育背景の違いから、異なる価値観をもつための対立や誤解が生じ、セクショナリズムが発生しかねない。結果的にバーンアウトやアイデンティティ喪失から意欲を失いかねない。

⑥社会復帰や地域移行に対する理念や共通の目標が不明確であったりすると、スタッフにフラストレーションが起こりかねない。

⑦ライン関係とスタッフ関係を混同してしまうと、トラブルが起きかねない。ラインという縦の関係とスタッフという横の関係をうまく使い分けていく必要がある。ミーティングやケースカンファレンスは、ライン関係ではなく、あくまでスタッフ関係が大前提でなければならない。

3. 臨床心理技術者の特性と役割

それでは、チームの一員としての臨床心理技術者の中核となる専門業務とは何か、また特性と役割にはどんなものがあるのかについて述べたい。

臨床心理技術者の専門業務に関しては、平成6年度の厚生科学研究の中で以下のように位置づけている。「病院において、医師の指示の下に、身体や精神に障害のある者の心理的機能や要因に関する『心理査定』、その回復を目指した『心理療法（精神療法）』を行なう。その他国民の精神保健、精神健康に関する『相談業務』にも応じ、助言、指導などの援助を行なう」

まさに、人間は身体的・心理的・社会的存在であり、包括的なアプローチが求められている今日、医学モデルや社会学モデルとは位相の違う次元、つまり心理的真実を基盤にした心理学モデルによる介入・援助を特性としており、具体的な活動としては、①心理相談、②心理査定、③心理療法の3本柱である。

利用者の内的心性を心理検査や面接、行動観察などを通して把握し、心理療法という人格的資源を提供して健康の回復や成長を促すことが臨床心理技術者の役割であり、これまでは、それらの活動はいずれも面接室や集団療法室という枠内に留まることが多かった。しかし、地域移行を推し進めていくならば、今後は臨床心理技術者も地域社会へ実際に出向くアウトリーチに積極的に取り組んでいく必要があろう。

4. 他職種に期待すること

チームの中で、唯一国家資格を未だもち得ていないのが、臨床心理技術者である。国家資格化が阻まれている大きな理由の1つに「当事者間の合意形成」があげられている。国家資格化は、何よりもまず当事者が同床異夢である限り困難なことといえるが、この場を借りて精神医療福祉領域で心理業務に携わる心理士に国家資格問題への関心が高まることを期待したい。今後、心理士としての専門技術の向上を図ると共に他職種から信頼される努力を続けることが、名実共にチームの一員として参画していける道につながるものと信じている。

今回の調査研究の委員の先生方を始め、チームの他職種の方々には日頃より大変お世話になっていることに深く感謝すると共に、今後も引き続き国家資格問題についてお力添えをお願いしたい。

【⑤地域の看護師の立場より】

1. はじめに

地域における精神障がい者の支援には、病院と地域機関の連携と多職種による連携が欠かせないことは早くから指摘されてきた。しかし、実態としては、どこの病院や地域機関も限られた施設と

しか連携できていないという状況が、十分に改善されることなく現在に至っている。また、精神科医療にかかわる代表的な専門職である医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士、作業療法士が、そろって個別の事例の地域支援に関与するというのも決して多くはない。それには、精神保健福祉士以外の専門職が地域機関で活動する数がまだまだ少ないという実態も関係していると考えられる。しかし、上記5職種以外の専門職、行政職員、地域の関係者が幅広く支援の輪に加わらない限り、精神障がい者の支援が成果をあげることは難しい。

その意味で、この数年間に地域移行（退院促進）支援の活動がもたらした影響は大きいと考えられる。筆者自身は看護師としての臨床経験を基盤としながら、地域施設に所属する推進員（退院促進コーディネーター）の役割を担ってきた。その中で、地域施設と病院の連携、多職種や関係者の連携について多くの気づきを得たので、その概略を紹介したい。

2. 長期在院者の「退院したい気持ち」を誰がどのように明確化するのか

筆者が精神科病院のデイケア部門に勤務していたときのことである。デイケアへの試し参加を踏み台にして退院していく患者さんを見て、長期に入院していた患者が「退院したい」といつてきた。医師に話したことはあるか聞いてみると一度もないという。何十年もの間、退院するときは病院から伝えてくれるものと思っていたという。病棟スタッフに頼んで分厚いカルテを見せてもらったが、本人が言うとおりの、退院をめぐるやりとりはどこにも書かれていなかった。

最近、地域移行促進事業で連携を進めている精神科病院から、入院して9年目の患者の退院支援を依頼された。その患者が、前述の患者と同じ話をしてくれた。退院したい気持ちはあったが、医師、精神保健福祉士、看護師に「退院したい」と話すまでの勇気はなかったという。医師から今回初めて本制度の利用を勧められ、自信はなかったが、退院したい気持ちがわずかに残っていたので動いてみようと思った。住宅街の中にあるグループホームを見学したら現実感覚が出てきて、退院へのイメージが湧き、もしかしたら退院できるかも知れないと思ったという。長期にわたって入院している間にたくさんのものを失い、時がそのまま過ぎてしまったという。主治医が替わって退院の話が出たので、今の主治医に出会わなければ退院は具体化しなかったと思うと語ってくれた。

まだまだ、このような患者さんが病院の片隅にたくさんいるけれども見逃されている。

3. 病院と地域で情報をすり合わせ、本人も入ってプランを立てること

—ニューロングステイの退院支援のある事例から—

ある病院から本制度を使いたいと依頼され、出向いたときのことである。医師、看護師、精神保健福祉士らと情報交換したところ、患者は病院では安定していて、お金も薬も自己管理できていて、本人が「退院したい」という強い希望なので支援してほしいという。

話し合いから、以下の問題点が明らかになった。

- 病気の受容はしていない
- 単身で関係者はなく病歴、生活歴はつかめていない
- 本人は自分のことを語るのを嫌がる
- 措置入院だが近隣との関係はわからない
- 閉鎖病棟で単独外出はしていない
- 服薬自己管理とは薬は所持するが看護師の前で飲むことだった

本人に会うと、退院したい気持ちだけが先行していて、退院後のことについては全く考えていなかった。病院スタッフは、本人の気持ちに押されて本制度を使うことを考えたようであった。

まずは、上記の問題点についてのアセスメントから始めなくてはならないこと、退院支援には時間がかかることを医師、看護師、精神保健福祉士に伝え、患者を交えて確認しあった。病院側の役割として、可能な限り病気への理解を深めてもらうこと、単独外出による買物練習を促すこと、実

質的な服薬自己管理を行うことの必要性を確認した。さらに、地域生活に向けて外出から外泊に挑戦することなどを、病院と地域移行推進員が一緒に行うことで合意し、本制度活用が始まった。

この患者のように病状が安定し、本人が退院したいと言っているという理由による依頼は多いが、地域から見ると「病気の受容はどの程度か」「人が退院後のことをどれぐらい考えているか」「危機のとき本人がサインを誰に出し、どのような体制で受け止めるのか」等の課題が見えてくる。

そこで、まずは本人が退院後の生活についてイメージ作りをしていくことの支援から始め、その中で必要に応じて病気と生活の関連性や、病状が悪化等のクライシス時の支援の求め方についても話を具体化していく。

4. 病院スタッフへの期待

1) 病棟看護師への役割と期待

患者が病棟でどのような生活をしているかがよくわかるのは病棟看護師である。生活能力がどのくらいあり、どのような生活障害を抱えているかについてのアセスメントを基盤に、退院後には何が問題になりそうかについて患者と確認しあうこともできる。

また、患者に退院したい気持ちがどのくらいあるのかを確かめながら、患者の退院へのモチベーションを高め、それを継続していく。そして、本人に寄り添いながら退院後の生活に必要な条件を整えるための情報提供や具体的な支援を行う。その間に、病気や薬のことをどう理解し、退院後も必要と考えているのか、本音で聞くことができる。また、退院が近づくにつれて生じ、時には強まる不安や動揺に対しての支援も重要である。

なお、家族のいる患者の場合は、面会時に家族が患者に対して、また患者が家族に対しどんな気持ちを抱いているのか知ることができるので、調整すべき問題点に気づき、具体的な援助性を明確にすることができる。

2) 医師に対しての期待

医師にまず期待したいのは入院当初からのインフォームドコンセントであり、特に、初回入院者・未治療者に対しては退院後のことも視野に入れて教育的な治療をしてほしい。家族に対しても同様であるが、患者以上に家族への教育的関与が効果をあげやすいという事実を重く受け止めてほしい。もちろん、的確な薬物調整によって病状の安定を図ることと、薬物療法の意義と服薬継続の必要性に関する患者の理解を促すことへの期待も大きい。

また、医師に責任や権限が集中し過ぎる傾向が払拭されないまま現在に至っているが、必要に応じて看護師、コメディカルに判断や権限をゆだね、多職種チームによる合意形成を心がけてほしい。

退院支援においては、退院前後のケア会議が極めて重要な場となるため、もっとも忙しい職種ではあるが、参加できるように調整し、医師でなければならない役割を担ってほしい。

3) 精神保健福祉士への期待

精神保健福祉士に期待する基本的な役割としては、入院時に、それまで地域の関係者の支援はあったのか調べ、接触を図っておくことである。退院に関しては、患者が地域での生活がイメージできるように資源に関する情報提供を行うことや、経済的問題への取り組みの支援である。家族調整は、看護師と協働で入院当初から行っていく必要がある。

さらには、入院中から地域移行支援者を導入して院内のコーディネートを行うこと、退院後も地域機関とのケア会議実施に向けた院内調整を行うことも重要な役割である。また、退院後に病状が悪化した時の受け入れ病床確保の窓口となることも、精神保健福祉士の重要な役割であり、入院時から話し合っって院内の合意を取り付けておく必要がある。

4) 作業療法士への期待

作業療法場面での観察やかかわりから、その患者はどんな場面で生き生きしているかについて

他職種に教えてほしい。さらには、患者の社会的生活の能力についてきめ細かい評価を行い、評価内容に基づいて、退院に向けてどのような具体的な生活訓練が必要かについて、他職種に問題提起をしてほしい。

5) 臨床心理技術者への期待

現状では、退院のための教育講座にかかわっているが、退院支援に臨床心理士が直接関わることは少ないかもしれない。しかし、患者の精神症状、心理状態、生活歴と発達課題の関連性等についての臨床心理士のアセスメントを多職種チームは活用していくべきであろう。臨床心理士も退院支援の活動との接点を持ち、専門的な視点からの問題提起をしてほしい。

6) 薬剤師への期待

入院患者の多くはしかたなく内服しているだけで、本当は納得していないために、退院すると服薬中断に至る場合が極めて多い。したがって、自分の飲んでいる薬にはどんな効き目があるかを理解していることで退院後の服薬中断を防げることも少なくない。そこで、薬剤師には、退院後の生活状況に見合った薬の飲み方を本人と一緒に検討し、医師、看護師をはじめ他職種に提案してほしい。

5. 終わりに

退院支援は、以前から熱意のある病院スタッフが日常業務の中で地域関係者と連携しながら行っていた活動である。勤務時間外の家訪問や夜間の電話相談によって、精神障がい者の地域での暮らしを支えていた医療スタッフ、地域スタッフもいる。

しかし、これまでそのような活動には制度的な保障がほとんどなかったため、できることには自ずと限界があった。本制度の施行によって地域施設のスタッフが退院コーディネーターとして公式に病院へ出向き、長期入院者の自立を支援できることになった。入院患者の気持ちに寄り添い本音に迫りながら、ていねいに向き合えるようになったことは本制度の効果といえる。

また、地域と病院のスタッフが患者の入院中からなじみになり、情報提供し合いながら、退院後の地域定着に向けた支援を続けていくことは、患者が地域で安心して暮らすための基盤づくりと併せて再発防止にも役立つ。実際に、本制度を活用した患者の再入院は少なく、入院しても早期に退院することが可能である。

しかし、社会的入院の蓄積という精神医療のつけを払うためには、時間もお金も熱意も必要であり、本制度の恩恵を受けるのは一握りの患者であるという現状を忘れてはならない。入院・退院を繰り返す患者は常に存在しており、この人たちが安心して入院できる良質な医療と、地域で安心して暮らせる支援の場はいつになったら整うのだろう。

退院促進事業は数年で終了するといわれているが、病院と地域をつなぎ、地域基盤の整備を担うコーディネーターは常に必要とされる。長期的な展望に立った制度とシステムの確立が望まれる。

2) 地域連携の実現に向けて(地域連携のコツ)

1. 病院との連携

1) 多職種と協働で

(かかわりの初期段階)

- (1) 行政や体制整備コーディネーターと一緒に病院の上層部に挨拶に行く。
- (2) まず病院関係者との関係づくりから始める。病院の窓口（精神保健福祉士のことが多い）に依頼して、初回の会議には対象者の関係者、精神保健福祉士、医師・看護師・作業療法士・臨床心理士に参加してもらって本事業の説明を行い、対象者の情報提供をいろいろな視点から話してもらう場づくりをお願いする。可能であれば、対象者も後半に参加できるような配慮が必要。
- (3) 可能な限り、次回の病院訪問の目的と日程を明確にする。
- (4) 具体的な連絡方法の確認を行い、病院の窓口で連絡すれば病院関係者に伝わる方法を確認しておく。なかなか連絡がつかなくても、粘り強く続ける。
- (5) 連絡がとりやすいように可能な限り携帯電話を持つ。
- (6) 病棟に入ったときには必ずナースステーションに挨拶をし、帰るときには必要なことは報告、メモ等（連絡ノートも活用）で連絡をして次回の予定等を伝える。
- (7) 対象者の入浴日・レク日等はできるだけ避け、また病棟が忙しい時間帯は避けて訪問日を設定する。日程は対象者・病院スタッフにできるだけ合わせる。

(中期)

- (8) ケア会議は行き詰ったとき、また新たな方向性を出すときに、対象者にかかわっているスタッフに可能な限り参加を呼びかける。ケア会議に参加する中で、対象者が帰る地域の関係者が対象者とのかかわりがもて、関係機関とのつながりができて一緒に退院後の支援をしていく方向性が見えてくる。
- (9) 対象者がケア会議で言いたいことが本音で語れる支援をする。必要時事前に対象者と一緒に準備を行う。対象者が本音でケア会議に自分のことを語ることで、関係機関も退院後の支援に関心をもてる。
- (10) 外出時は対象者のもっている力が見えやすく、また病院内では見られない顔が見えるので病院スタッフにフィードバックはしていねいに行う。

(後期)

- (11) 具体的な退院後のイメージをもちながら支援を進めるため、病院スタッフに協力してもらい、退院後に困った時のサインの出し方、薬の飲み方等、退院後を想定して生活してもらう。また、退院後に日中通う場の見学に同行した際には、パンフレット等を使って病棟でも関心をもてるように工夫をして、対象者が話題にできるようにする。外泊支援も、退院後の生活を想定しながら退院後の生活に近い形の支援を行う。

2) 地域の日中通う場探しを通しての連携づくり

- (1) 支援者が対象者の帰る地域の事情に詳しくれば、対象者と相性のよい通所施設を選び、見学に同行する。
- (2) 支援者が対象者の地域を知らない場合は、その地域の保健所・地域活動支援センターに問い合わせ、地域の資源の特徴や使い方の情報をまず知っておく。その地域に帰るのであれば一緒にかかわってもらい、関係づくりのよいチャンスにする。そのためには、普段から様々な連絡会等に参加して、顔見知りになっておくことが大事である。

2. 居住スタッフとの連携

- 1) グループホームへの退院の方向性が決まった場合は、居室の空き情報は常に知っておくことはもちろんだが、対象者がどんなグループホームを望んでいるのかを把握して、その希望に合ったものを提案し、見学の計画を立てる。一戸建てで風呂・台所が共同であるか、独立型か、世話人の個性や運営方針等がどのようになっているのかを知ることは、退院して入所した後の生活調整に大切である。このようなことは、対象者が退院前に体験宿泊時を試みているときに、相互の関係づくりをしながら調整していく。

2) アパート探し

普段から理解のある不動産やと懇意にしておくことは大事である。はじめからアパート探しをする場合は、対象者・関係者で綿密な相談をして不動産屋を回る。その際、同行者の立場を明確にした方がよいのは、生活保護受給者の場合が多い。対象者が普通に探したいと希望するのであれば、大きな不動産屋で探すのがよい。応対はあっさりしており、保証人協会を利用することもできる。

3) 自宅に帰る場合は、地域の身近な人や官民のサポートが必要

家族は、対象者の病状悪化時のイメージをそのまま持ち続けていることも多い。医師からの病気への説明やケア会議に参加してもらい、退院後の具体的支援者の役割を話す中で、家族はほっとして退院を受けていく決心することも多い。

また、退院前に家庭訪問が可能であれば、たっぷり時間をとって訪問し、家族の苦労話に耳を傾けることで、退院支援のポイントも見えてくる。できるだけ、退院する地域の保健師・地域活動支援センターと出向けるとよい。地域で問題を起こした対象者に対しては、時間をかけて行政スタッフに理解してもらい、力を貸してもらうのがよいが、困難なことも多い。病院に来てもらい、対象者に会うことで壁が取り除かれることもある。また、理解のある医師や精神保健福祉士が地域に出向いてくれることで、地域の受け入れがよくなることもある。民生委員は地域に根ざしている人が多いので支援者として力を得たい一人である。

3. 医療機関との連携

- 1) 入院していた病院にそのまま通院できる場合は、医師・精神保健福祉士・当事者同士等と顔なじみなので、外来時に精神保健福祉士のところに立ち寄ってもらう。また、外来看護師に相談できる関係ができていて、必要時に地域から連絡が入る体制があれば、多くの場合、医療中断は防げる。
- 2) 退院後に近くの医療機関に変更する場合は、退院前にその病院に連絡して入院中から医師や精神保健福祉士に会っておくと、対象者の不安も少なく外来に通いやすい。特に、病気の受容が難しい対象者に関しては必要である。

4. まとめ

以上、連携のしかたを述べてきたが、大事なのは普段から病院・地域事情・行政の動きや制度を知り、資源を紹介して終わるのではなく、その中で働く人とつながなければ連携ではない。ていねいに事例をつないでいく中で、そのやり方や考え方を知り、対象者がそのスタッフを知り、資源が使えるようにしていくのが退院促進支援の仕事である。対象者にとって必要なことで足りないことは工夫し、開拓しながら調整していくことである。

Ⅲ. 資料

1. 平成 21 年度 東京都精神障害者退院促進支援事業
2. 東京都における地域サービスの現状
3. 多職種連携・地域移行支援で知っておきたい

キーワード集

1. 平成21年度 東京都精神障害者退院促進支援事業

1 事業目的及び対象者

精神科病院に原則1年以上入院している精神障害者のうち、病状が安定し、地域の受け入れ条件が整えば退院可能で、本人が退院を希望する者を対象に、地域生活への円滑な移行を支援するとともに、精神障害者の地域生活に必要な体制の整備、精神科医療機関と地域との相互理解及び連携強化の推進を図る。

2 主な事業内容

(1) 退院促進コーディネーター事業 (12か所)

相談支援事業所等に配置した退院促進コーディネーター(注1)が病院を訪問し、精神科医療機関や地域の関係機関との連携を図りながら、精神障害者ケアマネジメントに基づき、対象者に対し一定期間(退院後の支援期間は原則6か月を上限とする)退院に向けた支援を行う。

また、退院促進支援コーディネーターの支援計画に基づき、地域生活サポーターが生活技術や制度利用等の助言を対象者に行う。さらに、地域生活サポーターは、必要に応じ、退院促進支援コーディネーターとともに病院へ出向き、地域の暮らしについての情報提供等を対象者に行う。

(2) グループホーム活用型ショートステイ事業 (12か所)

精神障害者グループホームに併設した専用居室等を使用して、地域生活のイメージ作りや退院後の病状悪化防止のためのショートステイを実施する。

(3) 地域生活移行支援会議

本事業に関わる関係者が、それぞれの活動の報告や評価を行い、対象者が地域生活に移行するための効果的な支援体制構築に向けた協議を行うため、地域生活移行支援会議を設置する。

全都的な会議及び退院促進支援事業のための圏域別会議を実施する。

(4) 地域体制整備担当係長の配置

精神障害者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合的な調整を行う地域体制整備担当係長(注2)を(総合)精神保健福祉センターに配置し、広域の退院支援の調整や地域定着支援体制の整備、精神科病院と地域の連携づくり、人材育成等を行う。また、地域生活移行支援会議圏域別会議を開催する。

3 その他

地域生活支援のための人材育成を行うために、精神科訪問看護師、相談支援事業所の職員、病院職員等を対象とした専門研修や基礎研修を予定している。

*国要綱：(注1)は、地域移行支援員のこと。(注2)は地域体制整備コーディネーターのこと。

平成21年度 東京都精神障害者退院促進支援事業（委託事業者・協力病院）

【実施地域】

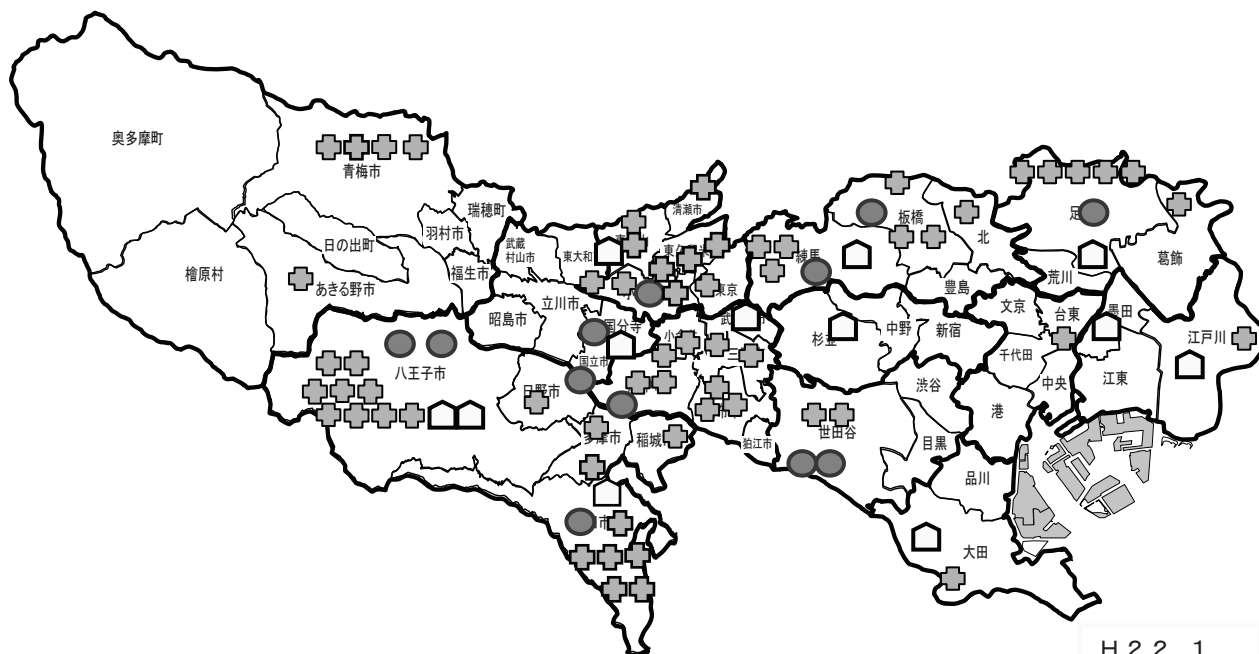
● 退院促進コーディネーター事業 12か所

□ グループホーム活用型ショートステイ事業 12か所

✚ 協力病院 61病院

＜二次保健医療圏域＞ ＜病院名＞

西多摩	秋川病院、青梅成木台病院、鈴木慈光病院、東京青梅病院、東京海道病院
南多摩	恩方病院、北野台病院、協和病院、駒木野病院、高月病院、多摩病院、 東京高尾病院、西八王子病院、平川病院、 稲城台病院、七生病院、桜ヶ丘記念病院、多摩中央病院
北多摩北部	飛鳥病院、上妻病院、鶴が丘病院、鶴川さくら病院、常盤病院、よしの病院 清瀬富士見病院、久留米ヶ丘病院、薫風会山田病院、 国立精神・神経センター病院、三恵病院、多摩あおば病院、 多摩済生病院、逸見病院、松見病院、山崎病院
北多摩南部	青木病院、井之頭病院、吉祥寺病院、研精会山田病院、小金井病院、 斎藤病院、根岸病院、長谷川病院、武蔵野中央病院
区北東部	綾瀬病院、大石記念病院、大内病院、葛飾橋病院、成仁病院、東京足立病院、
区東部	村上病院
区中央部	土田病院
区西北部	愛誠病院、飯沼病院、大泉病院、慈雲堂内科病院、成増厚生病院、 富士病院、陽和病院、
区西南部	昭和大学附属烏山病院、松沢病院
区南部	南晴病院



2. 東京都における地域サービスの現状

精神障害者の地域移行と定着のため部門・委員会等に従事する職員育成
セミナー H22. 1. 24

東京都における地域サービスの現状 ～退院促進事業への取り組みを中心に～

社会福祉法人めぐはうす
地域生活支援センターMOTA
宮本 めぐみ

なぜ退院促進か？

- 精神障害者のニーズに寄り添い
長期入院者の地域移行から定着へ
地域で暮らす精神障害者の医療と生活の充実
- サービス提供の現状と課題
福祉資源の多様化
資源の量・質には問題が多い
医療と福祉の連携不足
- 現状打開の切り口としての退院促進
地域移行・定着の支援を通じて実状が見えてきた
新たな地域システム作りの糸口となっている



- 人口 1258万人(平成17年国勢調査)
- 昼間人口 1467万人
- 年少人口 11.3% 全国 47位
- 生産年齢人口 69.1% 全国 3位
- 老年人口 18.3% 全国 41位
- 23区、26市、5町、8村



精神保健医療福祉関係資料

- 自立支援医療利用者 約12万人
- 精神保健福祉手帳保持者 約4万3千人
- 精神科病院 114所 病床数 約24,600床
- 精神科診療所 約1000 所
- 指定訪問看護ステーション約270所
- 訪問看護ステーション 約600所
- 相談支援事業所(精神) 61所
- 精神障害者通所授産施設 20、小規模 39、共同作業165(同上)
- 精神障害者グループホーム 989室

障害福祉サービス等の見込み量と確保の方策

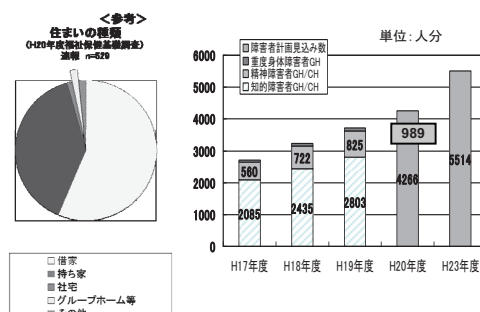
第2期東京都障害福祉計画

単位:人分

	17年度	19年度	21年度	22年度	23年度
グループホーム ケアホーム (実績)	2,645	3,637			
グループホーム(見込量)		3,697	4,454	4,984	5,514
日中活動系サービス(実績)	22,014	24,714			
日中活動系サービス(見込量)		26,525	29,741	31,048	32,534
短期入所(実績)	12,734	15,620			
短期入所(見込量)		15,522	17,573	19,098	20,623

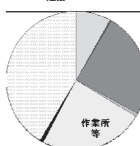
引き続き、「障害福祉の就労支援・安心生活基盤整備3か
年プラン」による特別助成を実施

グループホームの定員の推移(暫定値)

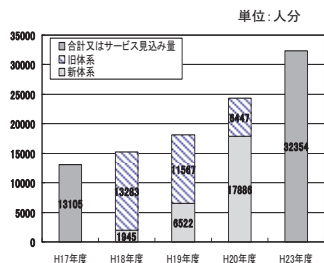


日中活動の場の推移

就労状況・仕事の種類
(1000年度以降の調査結果)
単位：人分



就労・自営
パート
作業所等
家事手配
内職
その他



東京都退院促進支援事業とは

＜事業目的及び対象者＞

精神病院に1年以上入院している精神障害者のうち、病状が安定し、地域の受け入れ条件が整えば退院可能で、本人が退院を希望する対象者に、地域生活への移行を支援し、精神障害者の地域生活に必要な体制の整備、精神医療機関と地域との相互理解連携強化推進を図る。

(その他退院促進事業)

東京都被保護者退院促進支援事業 広域支援員は都庁生活福祉部保護課

事業内容

- ・退院コーディネート事業(都内で12箇所)
退院促進コーディネーター(国要綱地域移行支援員)が病院を訪問して、精神科医療機関や地域の関係機関と連絡を図りながら精神障害者ケアマネジメントに基づき、対象者に対して一定期間(退院後の支援は6ヶ月を上限)退院に向けた支援を行う。
- ・グループホーム活用型ショートステイ事業(都内で12箇所) 地域生活イメージ作り

事業内容

- ・地域生活移行支援会議
本事業に関わる関係者が、活動報告や評価を行い対象者が地域生活に移行するための支援体制構築に向けた協議を行う。
- ・地域体制整備担当係長(国要綱地域体制整備コーディネーター)
(総合)精神保健福祉センターに配置
広域の退院支援の調整や地域定着支援体制の整備、精神病院との地域作り、人材育成をする。地域移行支援会議圏域別会議開催

退院促進事業の進め方

東京都の場合

- 本事業の推進にあたっては、市区町村や精神科病院・民間団体等の協力を得ながら中核拠点を設け、東京都全域での展開を目指す。
- 地域生活を希望する障害者が、主治医からの推薦を受け、コーディネーターに申し込む。関係者が連携をとりながら、地域ケア会議で決定。コーディネーター、サポーターとともに通所支援、グループホーム体験宿泊など支援。
- 退院後本人が自信がいたら支援終了となり、居住地の支援を受けながら生活をする。

退院促進支援事業所・協力病院

資料1

- ・コーディネート事業所12箇所(主に地域生活支援センター1型に東京都から委託)
- ・グループホーム活用型ショートステイ事業12箇所に委託
- ・協力病院60箇所
- ・12事業所が病院及び近隣地域の退院促進窓口となる。必要時地域体制基盤コーディネーターが地域調整に入り広域に展開していく。

M病院入院中O区に退院予定のBさん

事例1①コーディネーターの広域的な関わり

- ・5年間入院中のBさんへの支援依頼がM病院から。
- ・O区の地活センターと一緒に支援するという。
- ・O区の保健所は入院前母親の相談を受けていた。
- ・M病院にO区の地活センター職員と一緒に出向いて病院関係者(医師、看護師、PSW、OT)に話を聞きケア会議を開いた。
- ・Bさんからは、言葉少なに退院したいとの意志表示あり
- ・Bさんと病棟でWBCの中継をテレビで一緒に見た。
- ・退院後のイメージ作りのためにO区の作業所に同行
- ・退院後は母親と暮らす予定なので家庭訪問を行った。

退院後の地域支援の必要性

～入院中から丁寧な地域生活準備～

- ・Bさんの了解を得て母親に会いに行った
- ・いままでの苦労話が涙と一緒に湧き出した
- ・行政との相談では、強制入院の方法を教えられた程度であった。
- ・母親からBさんのこれまでの経過を聞く中でここで地域サポートできたらというポイントがいくつかあった。入院が長期化した理由のひとつとして、「息子の病状悪化時に暴力を受けたことによる外傷体験から解放されず、退院させる決心がつかなかった」という
- ・近隣との関係もこじれていたが修復に努力していた。
- ・地域での相談が丁寧に行われていることや、病院がBさんの地域生活の様子や母親の気持ちを理解することで、回復はより早くなったのではないか。
- ・退院後地域での生活の安定を図るためには、入院中から地域と病院で本人と家族を中心にケア会議を持ち、退院後の生活、危機介入等を考えていく必要がある。

スタッフ間の役割分担

～コーディネーターは協力病院と地域をつなぐ～

- ・コーディネーターはM病院とは馴染みだが、O区の地域資源についての細かい事情は分からなかった。
- ・O区の保健師、地活センターとの協働を通じて地域の詳しい情報を得た。ケア会議では具体的なプランを立てた(本人と相性の良さそうな作業所を探した)。
- ・プランに沿い、Bさんと一緒に長時間電車に乗りO区のタッフと合流し、作業所見学を行う。昼食を一緒に食べた時、Bさんは病院と違う顔で本音が少しみえた。
- ・退院後転院のため入院中から次の医師・訪問看護にあい準備中
- ・強制入院時に立ち会った弟と退院前ケア会議で久しぶりに会った。(Bさんに出会い1年が経過して退院が見えてきた)

事例2 15年間の入院からグループホームに

①本人の力・地域・病院との協働で・・・退院

- ・「もう最後のチャンスと思う」と病院から依頼があったYさん・・・入院歴数回の触法患者
- ・「何度か会ってから本制度を使うかどうか決めたい」と無愛想に答えた。
- ・インテリのYさんは、面接時、宮本が言葉の使い方を間違えるとそのつど指摘された。
- ・面接時の緊張が心地よい程度になった頃、Yさんは本制度を使うことを了承した。
- ・数回のカンファレンス後に開催したケア会議には、本人、姉、医師、看護師、PSWが参加した。

②住宅街の小さなグループホームで Yさんのような難しい方できますか

- ・Yさんは長く閉鎖病棟で生活していたが、自由に外出する時間があった。
- ・フットワークの良いYさんは、趣味が広く、身体を鍛えていて、自分の世界をもっていた。
- ・MOTAのショップ活動やプログラムにも参加し、グループホームも見学し気に入った
- ・Yさんの経過をGHのスタッフに伝えたと、考え込んでしまった。GHの上層部からも待ったがかかる。
- ・病院のPSWと相談し、GHのスタッフが医師、看護師に自由に質問できる場を急遽設定した。

③世話人さん～受けていきますと決心 外泊時のYさんの姿を見て

- ・GHに本人が繰り返し外泊し退院の具体的準備
- ・夏にはアルコールからの誘惑をチェックするためMOTAが参加している商店街のお祭りに参加(PSW、世話人も休暇中に出てきた)
- ・薬を自ら内服できるかどうかのチェックも行った。
- ・切ない思いを持ち続けている姉との面接は、医師が主につなぎ、姉も今は退院の方向で動いている。

④「今、Yさんは過去のことをどう思っていますか？」
—ゆっくりと慎重にリアルに語ってくれたYさん—

- 本人が過去の事件のことをどう思っているのかわからないと、GHに依頼はできないことを病院スタッフに伝え、了解を得て面接した。
- 病院PSWとも事前に話し合い、慎重に面接した。Yさんはその時のことを1つ1つ丁寧に冷静かつリアルに、そして今の気持ちを語った。語ったあとは疲れたのかしばらくは無口だった。
- その後の面接は人が変わったようにソフトな話し方になった。今もソフトな語り口調は変わらない。

Yさんの退院

関わってから8ヶ月が過ぎていた

- 退院前にケア会議が開かれた。本人・姉・医師2人・看護師・PSW・OT・GH世話人2人・訪問看護師
- 外泊時の薬の飲み忘れが話題になった。コメディカルは一回ぐらい仕方ないとの意見だったが、医師は慎重を期し、退院は少し延びた。
- 引越しは病院とMOTAでサポートした。片付けは苦手なYさんであった。
- Yさんは、退院後の感想について、「束縛からの解放、病院への懐かしさ」と考えながら語ってくれた。
- 先日訪問したらGHスタッフと片付けをしていた。Yさんはこれから、

Yさんの支援を振り返って

- 触法精神障害者であることから、早期に病院側がGHスタッフにYさんの説明を行い不安を除いた。
- Yさんは還暦ではあるが体力もあり、自分の時間を有効に使うことができていた。何よりも「いつか退院できるために」と前向きに入院生活を送っていた。
- 病院の医師、看護師、OT、訪問看護師が熱心で、GH世話人さんとのつながりができやすかった。
- コーディネーターの役割は、本人に寄り添いながら丁寧に病院と地域をつなぐことであった。

退院促進支援事業は地域基盤作り

～個別支援を通して点が面になっていくために～

- H18・19年と世田谷区では退院促進支援事業連絡会を2か所の事業所と、被保護者退院促進支援事業と一緒に、地域全体に本制度を知ってもらい連携をとるために行ってきた。
- 本事業が都の事業となっても、3障害の関係者で連携を取りながら、連絡会を新たな形で継続できるよう準備している。
- このように本制度では地域全体で顔の見える連携をしていくことが重要である。

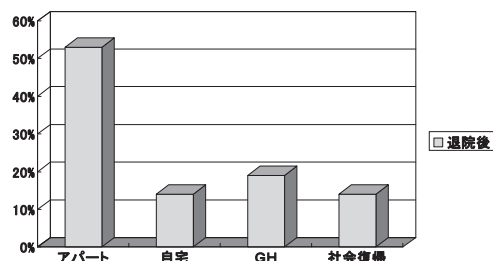
病院スタッフにお願いしたいこと

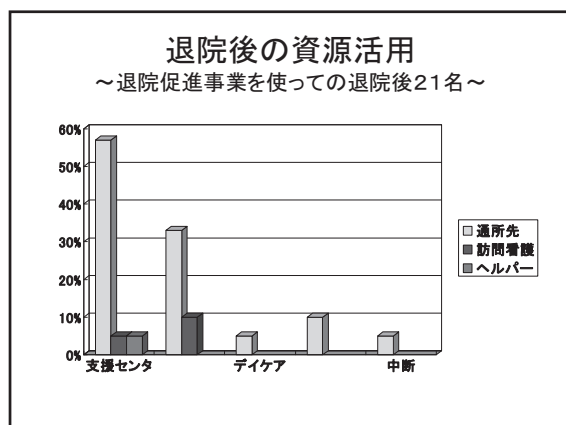
～退院を想定してのケア～

- 患者は何が得意で、どんな時楽しいのか。
- 患者はSOSを出せるのか、誰に出せるのか。
- 患者はお金を自分で管理できるのか。
- 患者は薬についてどう理解しているのか。
- 退院後も服薬できるのか。服薬中断で入院しているが、その時のことをどう思っているのか。
- 患者は本当のところ病気をどう思っているのか。
- 無理をすると再発する危険が高いことを知っているのか。

退院促進事業後の退院先

～3年6ヶ月・21名の内訳～（当事業所）





おわりに

○私の精神医療との出会いは社会復帰施設だったので、退院促進そのものが仕事だった。あれから何十年もの時が流れ、病院中心主義から地域移行が当たり前に語られるようになった。それでも病院には長期入院者と頻回入院者が多数存在している。

○退院促進事業に行政が取り組み、地域から病院に向くシステムができたことは評価できる。しかし長期入院者の退院支援という精神科医療の歴史が生み出した重い課題への取り組みには、本人・家族・病院・地域関係者のより緊密な「協働」が不可欠である。そして沢山の労力・時間・お金も必要である。何よりも大事なのは意欲と志であるように思える。

○都内の精神科ベットはあまり減少してない。本制度はH23年までという。この間の退院者は一握りである、この制度に関わって見えてきた問題・課題をこれからの精神科医療と地域にどう繋げていくかが問われている。

3. 多職種連携・地域移行支援で知っておきたいキーワード集



多職種連携・地域移行支援で知っておきたいキーワードを集めてみました。チェックしてみて、わからないものは調べてみましょう

☐医師 ☐精神保健指定医 ☐看護師 ☐作業療法士 ☐精神保健福祉士
☐社会福祉士 ☐臨床心理士（臨床心理技術者） ☐薬剤師 ☐栄養士
☐理学療法士 ☐介護福祉士 ☐介護支援専門員 ☐ヘルパー ☐保健師
☐民生委員 ☐成年後見人 ☐相談支援専門員 ☐地域体制整備コーディネーター
☐地域移行推進員（自立支援員） ☐職場適応援助者（ジョブコーチ）

☐意識 ☐意識混濁 ☐せん妄 ☐もうろう ☐けいれん ☐知能
☐記憶 ☐記銘障害 ☐見当識障害 ☐健忘
☐知覚 ☐幻覚 ☐幻視 ☐体感幻覚 ☐幻臭 ☐幻味
☐思考 ☐妄想 ☐思考途絶 ☐連合弛緩 ☐滅裂思考 ☐思考奔逸
☐思考制止 ☐強迫観念
☐感情・情動 ☐感情平板化 ☐抑うつ気分 ☐高揚気分 ☐感情失禁
☐焦燥・激越 ☐易怒性・被刺激性亢進
☐意欲 ☐衝動行為 ☐行為心迫 ☐興奮 ☐昏迷 ☐精神運動制止
☐無為・無関心 ☐自我意識 ☐離人感 ☐させられ体験 ☐解離
☐拒食 ☐過食 ☐異食 ☐てんかん発作 ☐過換気症候群
☐パニック発作 ☐自殺念慮
☐物質依存（シンナー、アルコール、覚せい剤、大麻、咳止め、鎮痛剤）

☐幻覚妄想状態 ☐精神運動興奮状態 ☐精神病後抑うつ ☐昏迷状態
☐統合失調症等残遺状態 ☐抑うつ状態 ☐躁状態 ☐せん妄状態
☐もうろう状態 ☐認知症状態 ☐水中毒 ☐離脱症状

☐ICD-10 ☐DSM-IV-TR ☐国際生活機能分類（ICF） ☐GAF
☐HDS-R ☐MMS ☐知能検査 ☐人格検査 ☐作業検査
☐記銘力検査

☐アルツハイマー型認知症 ☐前頭側頭型認知症 ☐血管性認知症
☐レビー小体型認知症 ☐器質性精神障害 ☐高次脳機能障害 ☐中毒性精神障害
☐統合失調症 ☐気分障害 ☐新型うつ病 ☐双極性障害 ☐双極性障害Ⅱ型
☐ディスチミア親和型うつ ☐神経症性障害 ☐摂食障害 ☐人格障害
☐精神遅滞（知的障害） ☐発達障害 ☐アスペルガー障害 ☐広汎性発達障害
☐高機能自閉症 ☐多動性障害 ☐学習障害 ☐行為障害 ☐てんかん
☐高次脳機能障害

☐薬物療法 ☐精神科電気痙攣療法（有痙攣、無痙攣） ☐支持的精神療法
☐精神分析（精神分析的精神療法） ☐内観療法 ☐森田療法
☐心理教育（当事者・家族） ☐芸術療法 ☐絵画療法 ☐音楽療法
☐箱庭療法 ☐行動療法 ☐認知行動療法 ☐認知矯正療法
☐集団精神療法 ☐精神科リハビリテーション ☐精神科作業療法
☐園芸療法 ☐生活技能訓練法（SST） ☐家族療法 ☐訪問看護
☐精神科ショート・ケア ☐精神科デイ・ケア ☐精神科ナイト・ケア
☐精神科デイ・ナイト・ケア

☐向精神薬 ☐睡眠導入薬（ベンゾジアゼピン系、バルビツール系）
☐抗不安薬 ☐抗精神病薬（第一世代、第二世代、SDA、MARTA）
☐抗うつ薬（SSRI、SNRI、三環系、四環系） ☐抗躁薬
☐気分安定薬 ☐抗てんかん薬 ☐抗パーキンソン病薬 ☐抗酒薬
☐認知症治療薬 ☐定型精神病薬 ☐非定型（第二世代）精神病薬
☐持続性抗精神病薬 ☐錠剤 ☐散剤 ☐細粒 ☐液剤
☐ザイデス錠・OD錠 ☐注射薬 ☐単剤化 ☐多剤併用 ☐至適用量
☐血中濃度 ☐腎不全 ☐致死量 ☐ドーパミン仮説 ☐CP換算
☐アドヒアランス



退院調整や地域生活移行支援には
必須ワード！！

☐ストレングス ☐リカバリー ☐エンパワメント

☐アカシジア ☐アキネジア ☐悪性症候群 ☐急性ジストニア
☐遅発性ジスキネジア ☐パーキンソニズム ☐振戦 ☐黄紋筋融解症
☐血糖値上昇 ☐糖尿病 ☐口渇 ☐水中毒 ☐不整脈
☐突然死 ☐起立性低血圧 ☐性ホルモン異常 ☐高プロラクチン血症
☐体重増加 ☐食欲増加 ☐嘔気 ☐便秘 ☐イレウス ☐下痢
☐排尿障害 ☐眠気 ☐めまい ☐過鎮静 ☐ペットボトル症候群
☐肺塞栓症（エコノミークラス症候群） ☐廃用症候群 ☐認知機能低下
☐過鎮静 ☐離脱症状 ☐筋弛緩 ☐呼吸抑制 ☐もちこし効果
☐反跳性不眠 ☐健忘 ☐入眠時幻覚 ☐アクチベーションシンドローム
☐リチウム中毒

☐精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（☐24条、☐25条 ☐26条）
☐隔離・拘束 ☐通信・面会 ☐障害者自立支援法 ☐障害程度区分
☐心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）
☐障害者の雇用の促進等に関する法律 ☐障害者基本法 ☐発達障害者支援法
☐社会福祉法 ☐自殺対策基本法 ☐医療法 ☐医師法 ☐薬剤師法
☐保健師助産師看護師法 ☐精神保健福祉士法 ☐理学療法士及び作業療法士法

☐任意入院 ☐措置入院 ☐医療保護入院 ☐応急入院 ☐緊急措置入院
☐移送制度

☐精神科救急入院料 ☐精神科急性期治療病棟入院料
☐精神科救急・合併症入院料 ☐児童・思春期精神科入院医療管理加算
☐精神病棟入院基本料 ☐精神療養病棟入院料 ☐認知症病棟入院料
☐精神科継続外来支援・指導料 ☐精神科退院前訪問指導料
☐精神科訪問看護・指導料 ☐精神科退院指導料（精神科地域移行支援加算）
☐精神科地域移行実施加算 ☐薬剤管理指導料

☐障害基礎年金・障害厚生年金 ☐特別障害給付金 ☐生活保護制度
☐介護保険制度 ☐精神障害者保健福祉手帳 ☐自立支援医療（精神通院医療）
☐重度心身障害者医療費助成制度 ☐成年後見制度 ☐高額療養費制度
☐生活福祉資金貸付制度 ☐地域生活自立支援事業（地域福祉権利擁護事業）

●介護給付（精神障害関係）

☐居宅介護（ホームヘルプ） ☐行動援護 ☐生活介護
☐短期入所（ショートステイ） ☐共同生活介護（ケアホーム）
☐施設入所支援

●訓練等給付

☐自立訓練（機能訓練・生活訓練） ☐共同生活援助（グループホーム）
☐就労移行支援 ☐就労継続支援（A型、B型）

●地域生活支援事業

☐相談支援事業 ☐コミュニケーション支援事業 ☐日常生活用具給付等事業
☐移動支援事業 ☐地域活動支援センター ☐居住サポート事業

☐精神障害者生活訓練施設 ☐精神障害者通所授産施設
☐精神障害者福祉ホームB型 ☐精神障害者福祉工場 ☐小規模作業所
☐精神障害者社会適応訓練事業（通所患者リハビリテーション事業）

☐相談支援事業所 ☐保健所 ☐市町村保健センター、障害福祉担当
☐精神保健福祉センター ☐訪問看護ステーション ☐福祉事務所
☐救護施設、更生施設 ☐公共職業安定所（ハローワーク） ☐社会福祉協議会
☐障害者試行雇用（トライアル雇用、ステップアップ雇用）
☐委託訓練事業 ☐精神障害者ジョブガイダンス事業
☐地域障害者職業センター ☐障害者就業・生活支援センター
☐障害者就労移行支援事業所 ☐障害者就労継続支援事業所（A型・B型）
☐セルフヘルプグループ ☐ピアサポート ☐家族会 ☐ACT
☐クラブハウス ☐A A ☐断酒会 ☐ダルク
☐あんしん賃貸支援事業 ☐家賃債務保証制度 ☐公営住宅

第 3 章

地域移行・定着のための部門・委員会等の
機能強化のための評価指標の開発

I. 地域移行後の精神障がい者の状況の把握

現在、精神科においても機能分化が進み、急性期治療の環境が整備されつつあり、在院日数の短縮等の効果が全国的にみられている。しかし、依然として3ヵ月を超えて入院継続する患者が残存し、それが長期入院に移行していると推測される。新たな入院患者が長期化しないための方策が必要である。そこで、平成20年度に「精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に入院した患者の追跡調査」（以下、平成20年度追跡調査）として、これらの患者の実態を調査して退院を困難にしている要因を明らかにし、早期に地域移行するための効果的介入方法を検討した。その結果、統合失調症圏では、看護師による退院困難度評価においてADL因子得点と自閉的行動得点が相対的に高いことが入院から3ヶ月以内の退院困難を予想する要因であることが示唆され¹⁾、入院時に患者のもつ退院困難な要因を明らかにするためのスクリーニングシートを作成した。

さらに今年度は、平成20年度の調査対象者のうち3ヵ月以内に退院した患者を中心に追跡し、退院後の生活状況、訪問看護など利用している地域サービスなどに関する調査を行った。これらの調査で得られたデータと平成20年度調査において得られた退院直前の精神症状、能力障害、退院困難度の状態に関するデータを合わせて分析した。また、精神科急性期において効率的に退院支援を行うためのツールとしてスクリーニングシートの活用方法について検討した。

1. 地域移行後の精神障がい者の状況

1) 調査の対象者および方法

(1) 対象施設の概要

平成20年度追跡調査に協力した精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟22施設のうち、16施設19病棟から協力が得られた。対象施設の概要を表1～12に示した。

表1 病院の種別

施設数	精神科病院	精神科主病院	一般病院
16	16	2	1

表2 病院全体の病床数

施設数	300床未満	300～500床未満	500床以上
16	7	4	5

表3 病棟の種類

病棟数	精神科救急	精神科急性期治療
19	7	12

表4 病棟の病床数

病棟数	30床未満	30～50床未満	50床以上
19	1	7	11

表5 病棟の在院日数

病棟数	50日未満	50～70日未満	70日以上	平均在院日数
19	5	8	6	61.4日

表 6 病床利用率

病棟数	90%未満	90～95% 未満	95%以上	無回答	平均
19	10	6	3	0	87.3%

表 7 病棟の 1 ヶ月間の入院患者数

病棟数	20 人未満	20～30 人未満	30 人以上
19	6	8	5

表 8 病棟の 1 ヶ月間の退院患者数

病棟数	20 人未満	20～30 人未満	30 人以上	無回答
19	10	6	3	0

表 9 看護師以外の職種の病棟担当者の配置状況

	専任で配置	兼任で配置	配置していない
薬剤師	0	6	1
精神保健福祉士	11	8	0
作業療法士	2	10	7
その他	3	1	15

表 10 病棟におけるクリティカルパスの使用状況

病棟数	使用している	使用していない
19	6	13

表 11 病棟内の多職種を含めたカンファレンスの開催頻度

病棟数	週 5 回以上	週 3～4 回程度	週 1～2 回程度	月 2～3 回程度	月 1 回以下
19	6	5	5	1	2

表 12 入院時に退院困難になりそうなことをチェックするリストや体制の有無

病棟数	ある	ない
19	10	9

(2) 対象者

平成 20 年度追跡調査に協力した 317 名を調査対象者とした。これらの調査対象者は平成 20 年 9 月 16 日から平成 20 年 10 月 15 日までの間に調査対象施設に入院した患者である。これらの患者のうち、3 カ月以内に退院した患者は 233 名、3 カ月をこえて入院した患者は 84 名であった(表 13)。なお、本調査において「入院時」とは平成 20 年度追跡調査の際の入院のことであり、「退院時」とは同入院の際の退院のことをさす。

表 13 調査対象者数の内訳

	3カ月以内に 退院した患者	3カ月をこえて 入院した患者	合計
調査対象者数	233	84	317

(3) 調査方法

調査に際して、調査協力病院において調査協力者を選定し、調査票の記載者の選定を依頼した。調査協力者は、退院後の患者の状況を把握している人を選定し、下記の調査票の配布および回収等を行い、必要に応じて調査票の記入を行った。調査協力者の職種は問わないこととした。

(4) 調査内容

①入院後3カ月以内に退院した患者に関する調査

調査票の記載は平成20年度調査の時の退院日から1年後の時点とした。主な調査項目は、退院後の「住居の状況」「日中の活動状況」「医療福祉サービスの利用状況」「入院時のケア会議の開催の有無」「退院後の再入院の有無」等についてである。

②3カ月を超えて入院した患者に関する調査票

平成20年度調査時の退院日と転帰について調査した。

(5) 調査期間

平成21年12月1日～平成22年1月31日

2) 倫理的配慮

本調査は、疫学研究のための倫理指針に基づき、昨年度の調査への同意をもって実施し、データは個人が特定されないように配慮し、分析を行った。

3) 結果

今回の調査は、317名の調査対象のうち、256名から調査票が返送された。集計が可能な255名について分析を行った(表14)。はじめに、今回の調査で行った3カ月以内に退院した患者の1年後の状況を報告し、次に平成20年度の調査と合わせた結果を報告する。

表14 分析対象者の内訳

	3カ月以内に 退院した患者	3カ月を超えて 入院した患者	無回答	合計
分析対象者	187	68	1	256

(1) 3カ月以内に退院した患者の1年後の状況

3カ月以内に退院した患者の1年後の状況について調査をした結果、集計が可能な186名について分析を行った。

①調査票の記入者について

調査票の90.9%は、平成20年度の調査時に患者が入院していた病院の職員が記入していた(表15)。記入者の所属は、外来が39.2%で最も多く、次いで病棟が35.5%であった(表16)。記入者の職種は、看護師が72.6%で最も多く、次いで精神保健福祉士が21.0%であった(表17)。

表15 記入者の所属施設

カテゴリー名	n	%
前回の調査時に患者が入院していた病院の職員である	169	90.9
前回の調査時に患者が入院していた病院とは異なる施設の職員である	6	3.2
不明	11	5.9
全体	186	100.0

表 16 記入者の所属部署

カテゴリー名	n	%
外来	73	39.2
訪問看護室	1	0.5
地域連携室	8	4.3
デイケア	4	2.2
病棟	66	35.5
その他	14	7.5
不明	20	10.8
全体	186	100.0

表 17 記入者の職種

カテゴリー名	n	%
看護師	135	72.6
精神保健福祉士	39	21.0
作業療法士	1	0.5
心理士	0	0.0
その他	0	0.0
不明	11	5.9
全体	186	100.0

②住居の状況について

退院後の時期別にみると、「家族と同居」は退院時で 114 名（61.3%）、退院 1 カ月後で 103 名（55.4%）、退院 1 年後で 92 名（49.5%）と、いずれの時期においても最も多かった。次いで、「単身生活」は退院時で 35 名（18.8%）、退院 1 カ月で 31 名（16.7%）、退院 1 年後 30 名（16.1%）であった（図 1）。

n=186

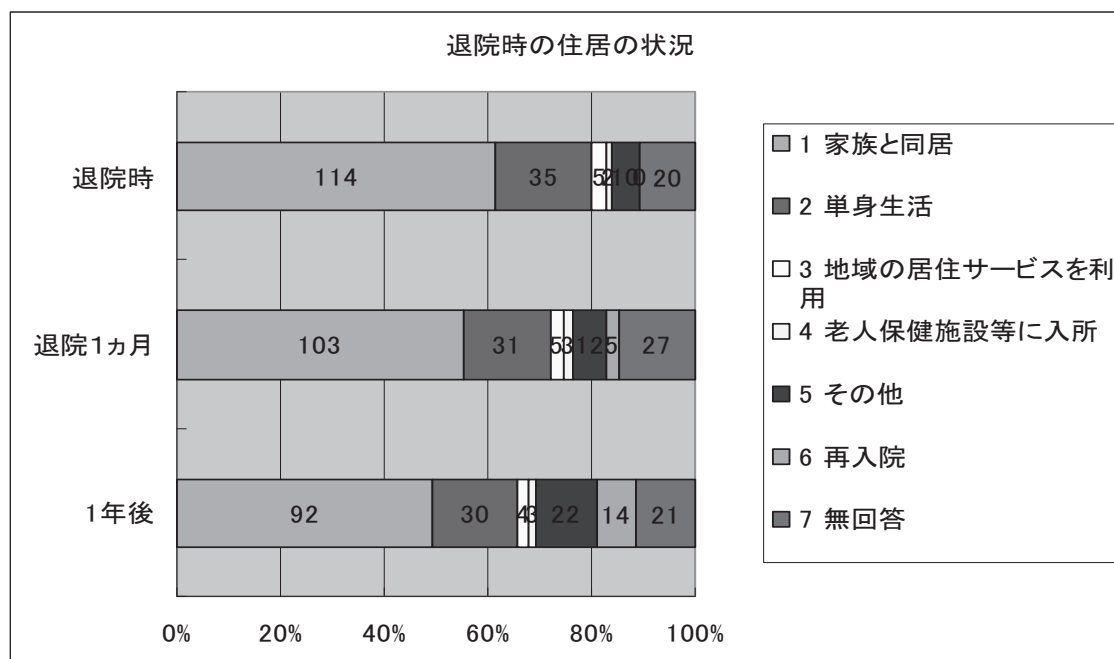


図 1

③日中の活動状況

外来 OT については、「あり」が退院時で 4 名、退院 1 カ月後で 2 名、退院 1 年後で 2 名であった。「なし」は退院時で 132 名 (71.0%)、退院 1 カ月で 121 名 (65.1%)、退院 1 年後で 117 名 (62.9%) と、いずれの退院時期においても「あり」をはるかに上回っていた (図 2)。

n=186

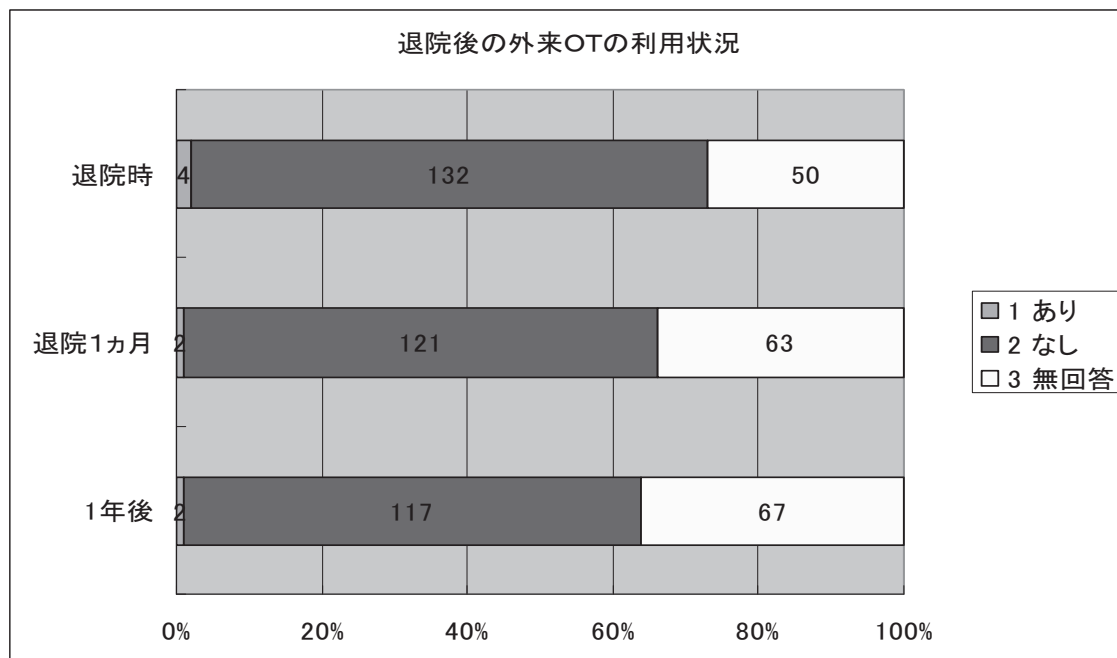


図 2

デイケアについては、「あり」が、退院時で 27 名、退院 1 カ月後で 28 名、退院後 1 年では 23 名であった。「なし」が退院時で 127 名 (68.3%)、退院 1 カ月で 113 名 (60.8%)、退院 1 年後で 113 名 (60.8%) と、いずれの退院時期においても「あり」をはるかに上回っていた (図 3)。

n=186

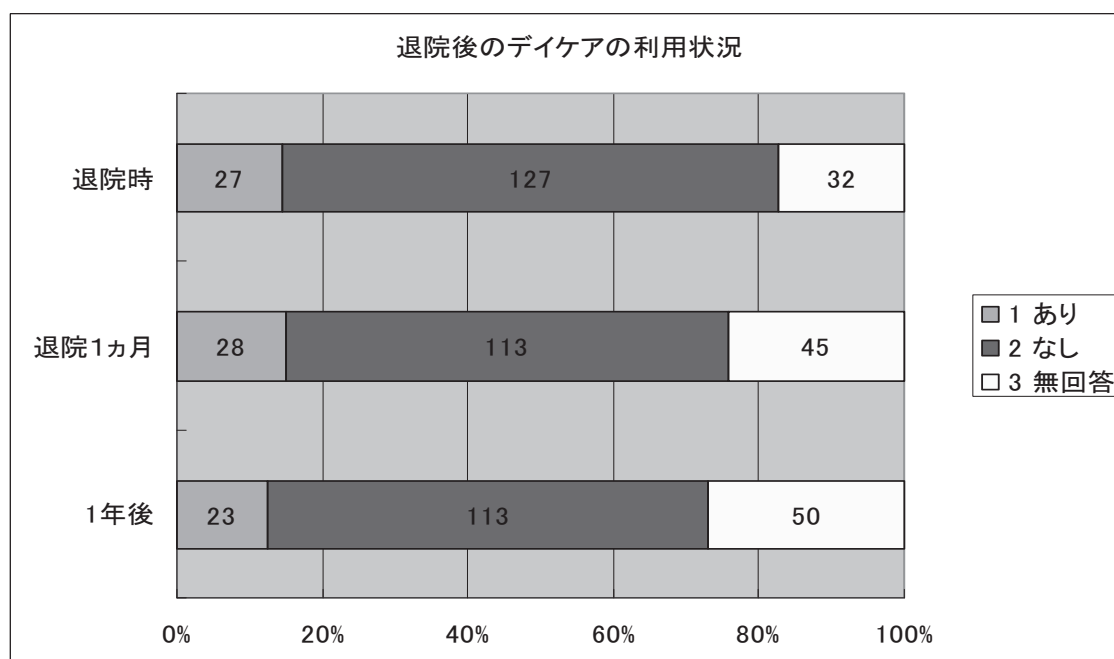


図 3

地域活動支援センターの利用状況では、退院時、退院1カ月後、退院1年後の時点において「あり」が11名であった。「なし」は、どの時期においても「あり」を上回っていた（図4）。

n=186

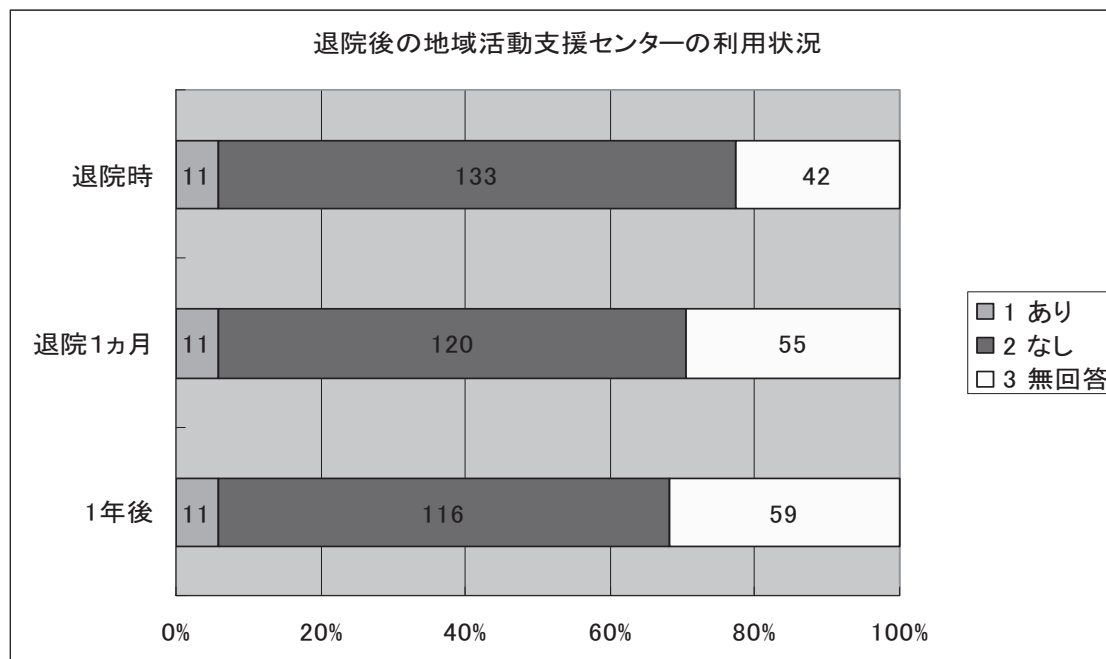


図4

作業所の利用状況では、「あり」が退院時および退院1カ月後は2名、退院1年後は3名であった。「なし」については、退院時で135名（72.6%）、退院1カ月で122名（65.6%）、退院1年後で118名（63.4%）であった（図5）。

n=186

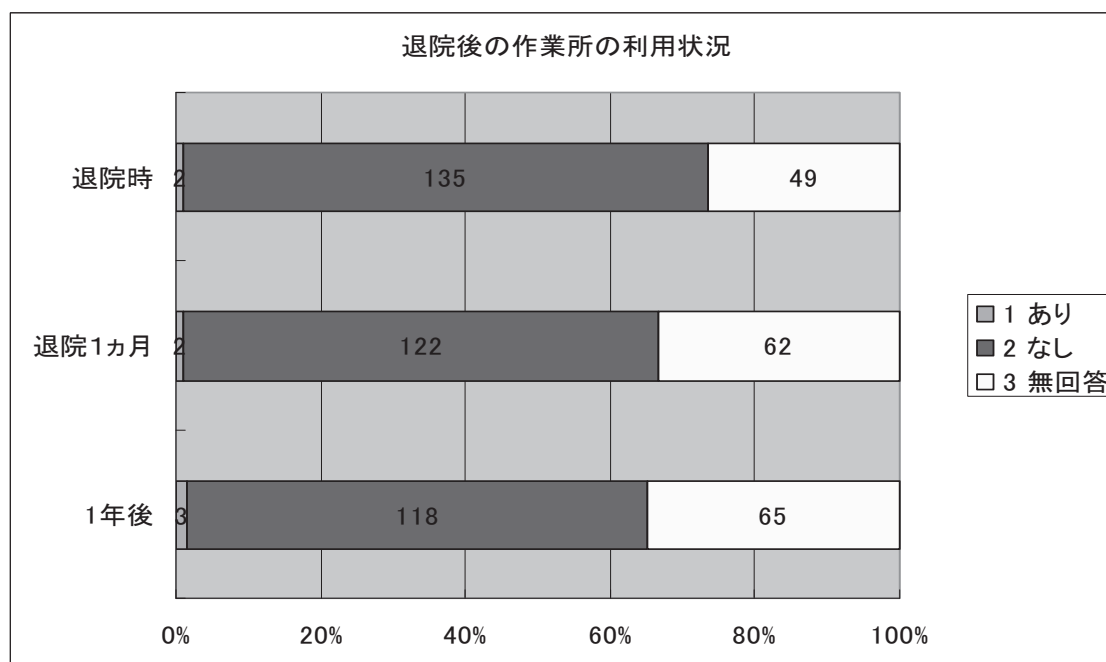


図5

職場・学校への復職・復学の状況については、「あり」が退院時 10 名、退院 1 カ月後 13 名、退院 1 年後 14 名であり、「なし」が退院時で 123 名（66.1%）、退院 1 カ月で 108 名（58.1%）、退院 1 年後 104 名（63.5%）であった（図 6）。

n=186

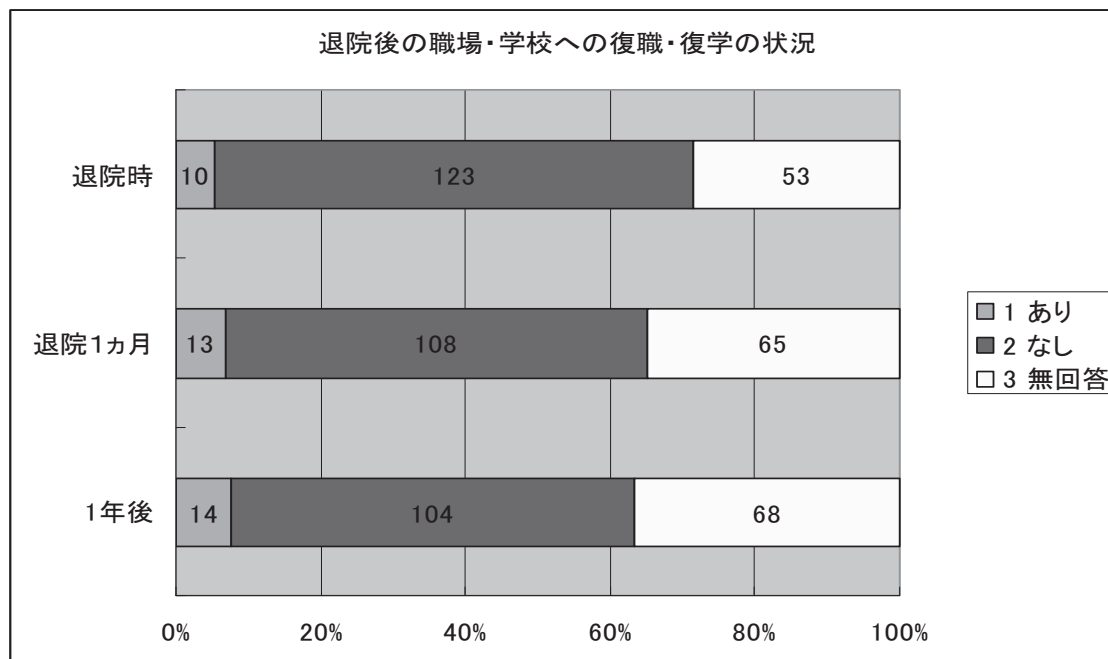


図 6

その他の日中の活動状況について、「あり」は退院時 9 名、退院 1 カ月後 8 名、退院 1 年後では 7 名であった。「あり」の具体的な内容については、「家事」「施設の利用」等があった。

「なし」は、退院時で 78 名（41.9%）、退院 1 カ月で 71 名（38.2%）、退院 1 年後で 72 名（38.7%）であった（図 7）。

n=186

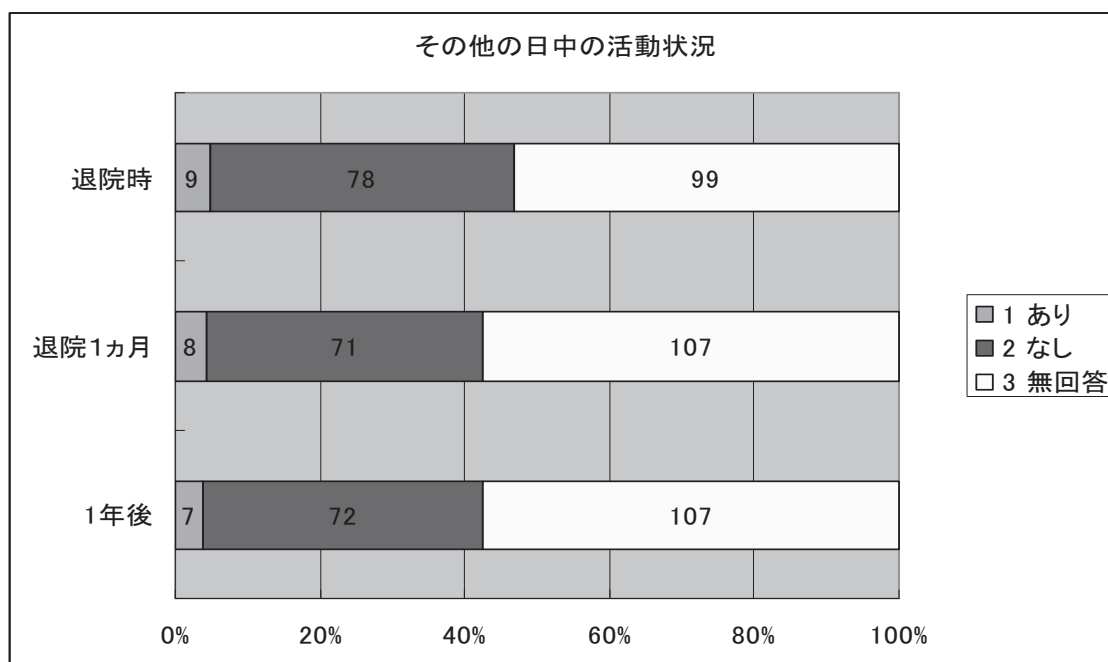


図 7

④外来通院について

退院後の外来通院の利用状況では、「入院と同じ病院」が最も多く、退院時で 142 名（76.3%）、退院 1 カ月で 134 名（72.0%）、退院 1 年後で 110 名（59.1%）であった。また、「利用せず」が退院 1 年後には 25 名（13.4%）と増えている（図 8）。

n=186

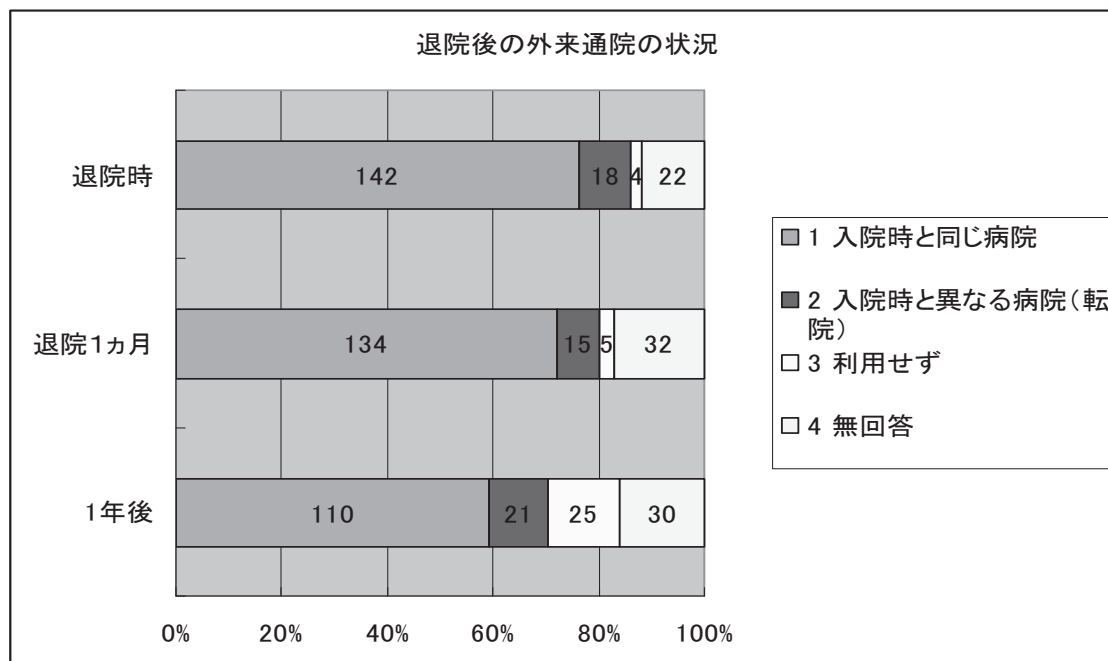


図 8

⑤訪問看護について

退院後の訪問看護の利用状況は、「利用せず」が最も多く、退院時で 119 名（64.0%）、退院 1 カ月で 112 名（60.2%）、退院 1 年後で 118 名（63.4%）であった（図 9）。

n=186

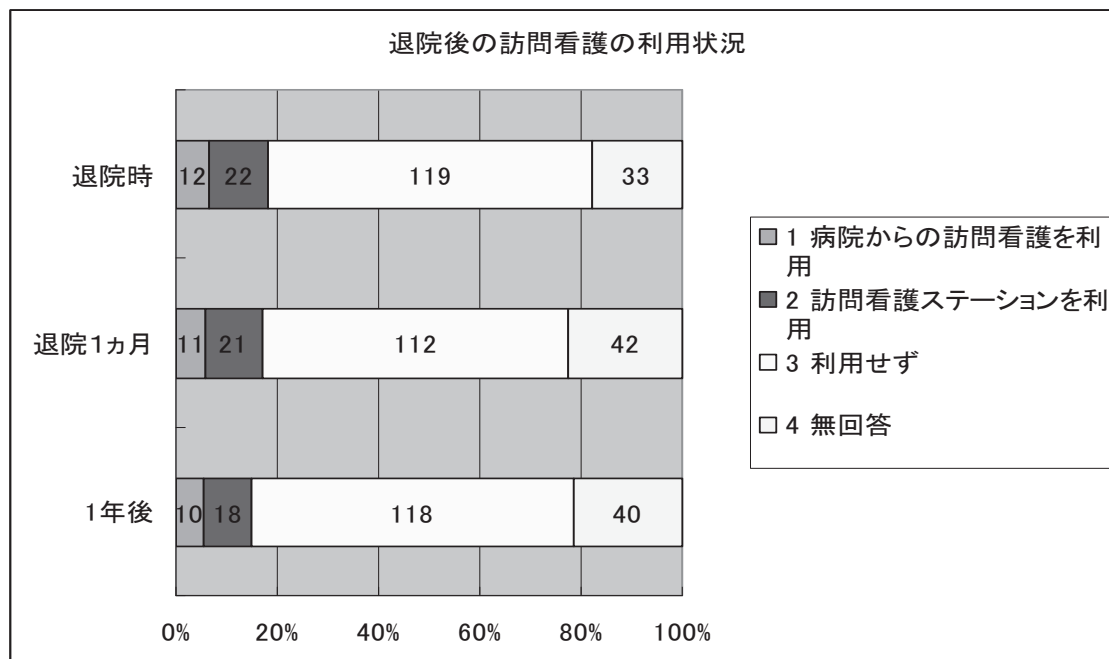


図 9

⑥配食サービスについて

退院後の時期別にみると、「なし」は退院時で 153 名（82.3%）、退院 1 カ月で 140 名（75.3%）、退院 1 年後で 140 名（75.3%）と、いずれの時期においても「あり」をはるかに上回っていた（図 10）。

n=186

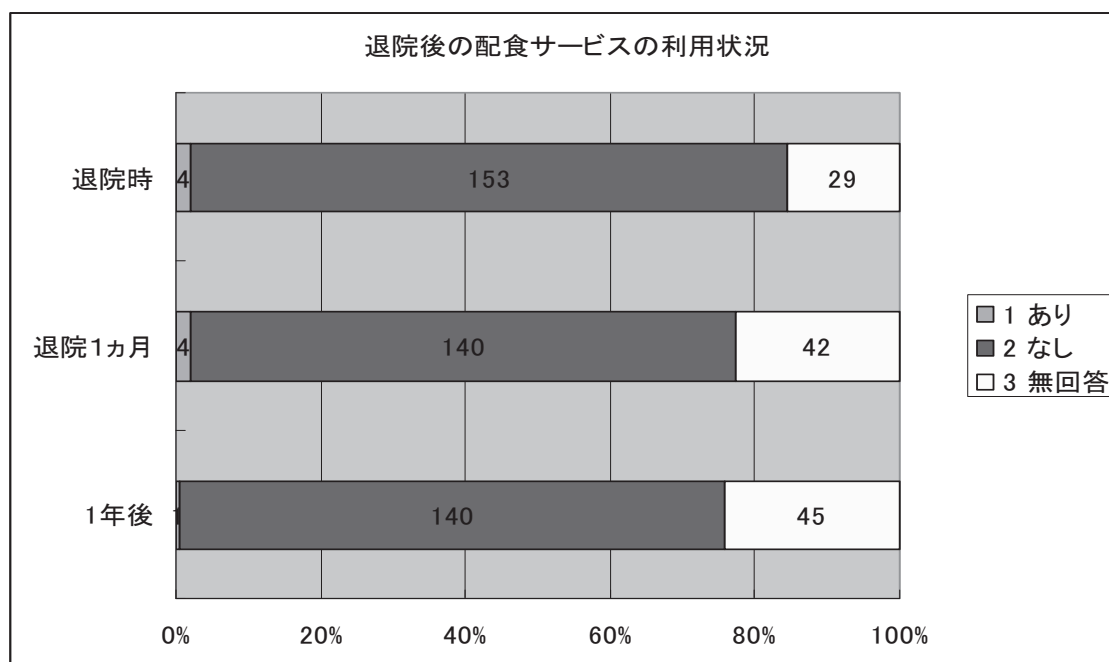


図 10

⑦ホームヘルプについて

退院後の時期別にみると、「なし」は退院時で 152 名（81.7%）、退院 1 カ月で 138 名（74.2%）、退院 1 年後で 136 名（73.1%）と、いずれの時期においても「あり」をはるかに上回っていた（図 11）。

n=186

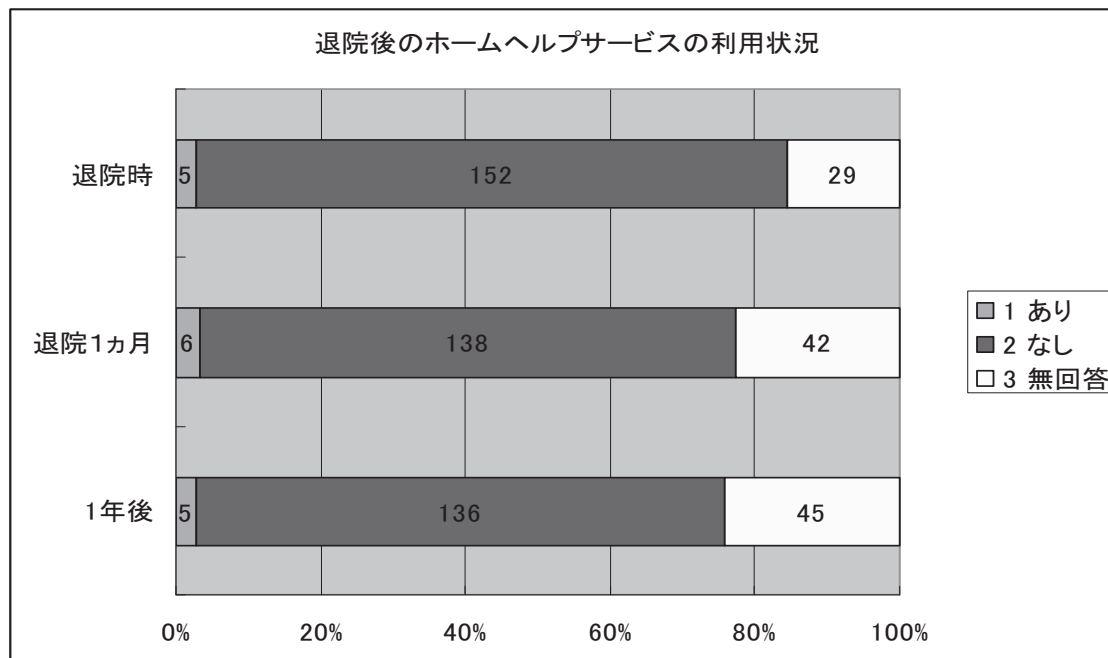


図 11

⑧その他の医療サービスについて

退院後のそれぞれの時期において、その他の医療サービスの利用はなかった。

⑨ケア会議について

入院中に本人と多職種による退院後の生活調整を目的としたケア会議の開催では、「開催した」は 29 名（15.6%）、「開催していない」は 117 名（62.9%）であった（図 12）。

入院中にケア会議について開催した場合、ケア会議の連絡・調整をする人が「決まっていた」は 27 名（93.1%）で、「決まっていない」の 2 名（6.9%）を上回っていた。また、その職種は「精神保健福祉士」が 18 名（66.7%）で、「看護師・准看護師」は 12 名（44.4%）であった。その他の職種が連絡・調整を行っているケースはなかった。

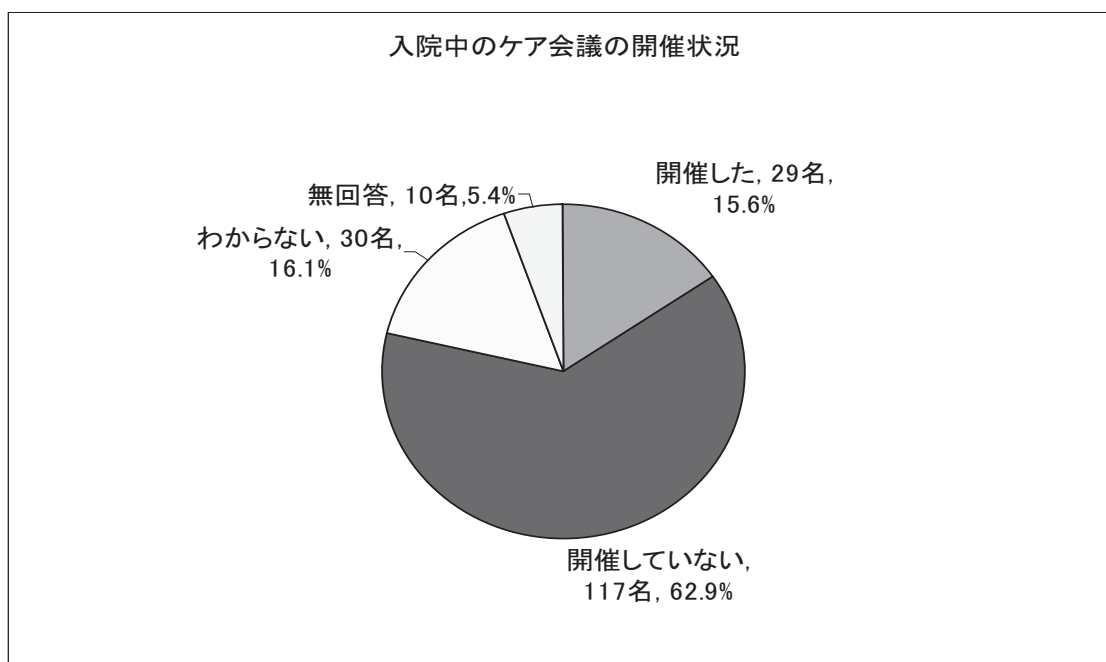


図 12

⑩ケアプランの継続について

「前回の調査での退院時に決めたケアプラン（日中の活動状況や医療福祉サービスの利用等に関する計画）をそのまま継続していますか」の質問に対し、「利用していない」が89名（47.8%）で、「変更せずに利用している」の51名（27.4%）を上回っていた。「変更して利用している」については10名（5.4%）であった。

⑪予定外のケアプランの見直しについて

「なかった」が138名（74.2%）で、「あった」と回答したのは16名（8.6%）であった（図13）。「あった」の回答のうち、ケアプランを見直した時期は「その他」が最も多く9名（56.3%）であり、次いで「退院1カ月後」、「退院直後」であった（表18）。また、ケアプランを見直すことが必要になった理由については「再入院」、癌などの「身体疾患の発症」等があった（表19）。

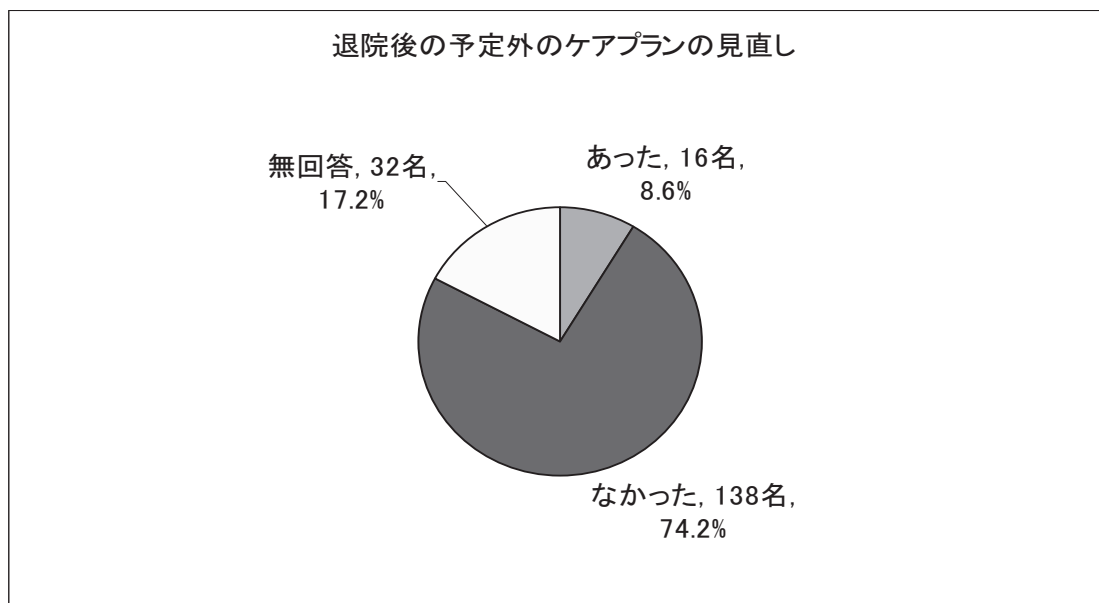


図 13

表 18 予定外のケアプランの見直しを行った時期

時期	n	%
退院直後	2	12.5
退院 1 か月後	5	31.3
その他	9	56.3
具体的な時期		
退院 2 ヶ月後	1	
退院後 3 か月	2	
4 ヶ月後	2	
7 ヶ月後	1	
退院 1 年	1	

表 19 予定外のケアプランの見直しを行った理由

再入院の理由	n
再入院	5
身体疾患の発症	2
転院	1
その他	6
具体的な内容 ・ 退院後、一度も通院しなかったから ・ デイケアへの通所が不定期だったから ・ 医療観察法となったため ・ 次のステップが必要と考えられた ・ 本人より精神科デイケアから老人デイケアへ移行の希望 ・ 家族の介護	

⑫退院後の再入院の経験について

退院1年後までの期間の再入院については、「ない」が110名(59.1%)で、「ある」の49名(26.3%)であった(図14)。再入院の回数については、「1回」が53.1%と最も多く、次いで「2回」が36.7%であった(表20)。再入院の理由については、1回目、2回目では「服薬中断以外の理由による症状の悪化」が最も多かった(表21)。3回目では「服薬中断以外の理由による症状の悪化」と「休息入院」、4回目では「休息入院」、5回目では「不明」であった。

n=186

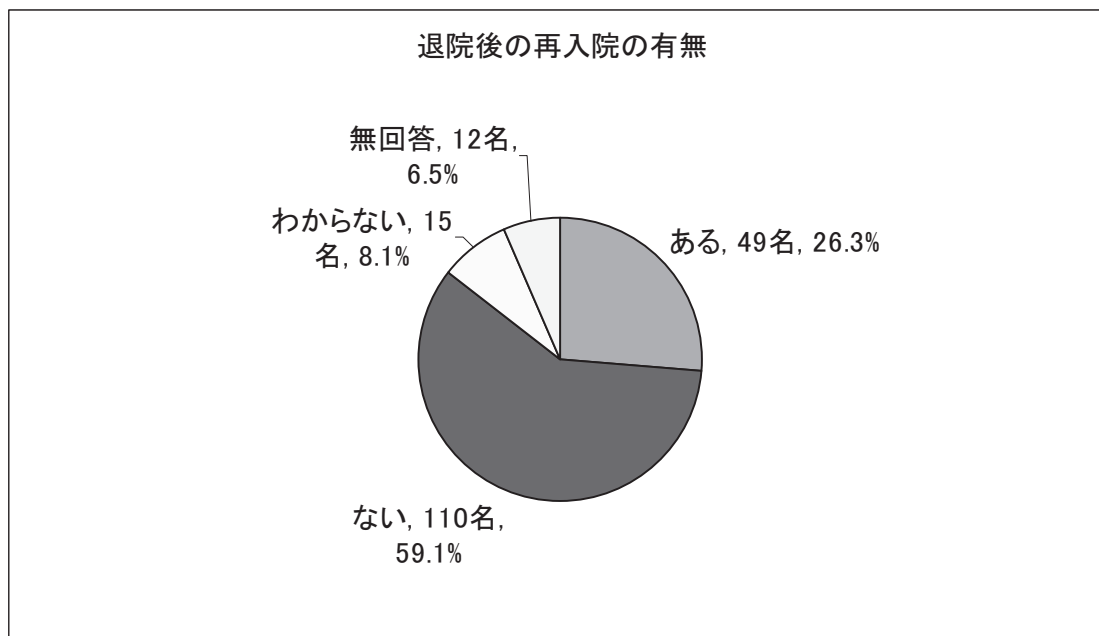


図 14

表 20 再入院の回数

再入院の回数	n	%
1 回	26	53.1
2 回	18	36.7
3 回	3	6.1
4 回	1	2.0
5 回	1	2.0
無回答	0	0.0

表 21 再入院の理由

再入院の理由	再入院 1 回目	再入院 2 回目	再入院 3 回目	再入院 4 回目	再入院 5 回目
服薬中断による症状の悪化	1	2	0	0	0
服薬中断以外の理由による症状の悪化	11	9	1	0	0
休息入院	4	4	1	1	0
その他	6	1	0	0	0
不明	4	2	1	0	1
合計	26	18	3	1	1

⑬ケアマネジャーについて

継続して病状や生活状況を把握し、その人に必要なサービスを一元的に調整する役割を果たす専門職をケアマネジャーとし、その役割を果たす専門職（主治医は除く）の有無については、「いない」が 117 名（62.9%）で、「いる」の 54 名（29.0%）を上回っていた（図 15）。ケアマネジャーの職種については、「看護師・准看護師」が 36 名で、次いで「精神保健福祉士」が 27 名であった（表 22）。関わりの時期については、「入院前から」が 13 名、「入院中から」が 23 名、「退院後から」が 10 名であった。

n=186

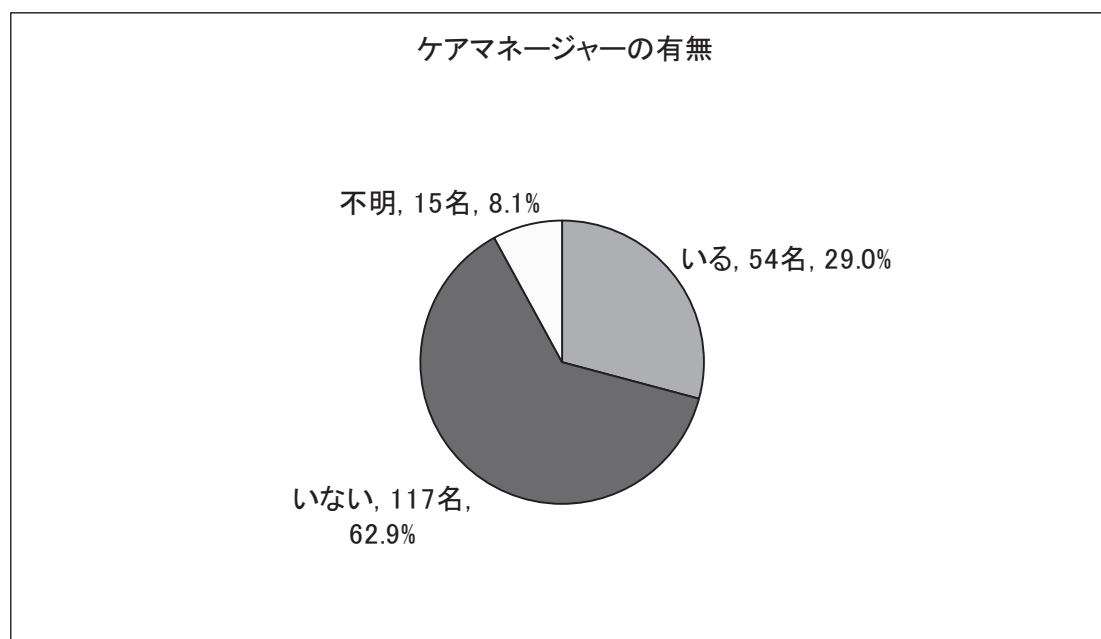


図 15

表 22 ケアマネジャーの職種（複数回答あり）

カテゴリー名	n
看護師・准看護師	36
精神保健福祉士	27
作業療法士	1
心理士	0
その他	3

（２）対象者の入院時の状況

平成 20 年度追跡調査から今回の調査の回答が得られた対象者の属性と入院時の状況について再集計を行った。３カ月以内に退院した患者と３カ月をこえて入院した患者の性別、年齢、診断名、入院時の入院理由、入院時の能力障害および精神症状の程度は以下のとおりであった。

①性別

３カ月以内に退院した患者は男性が 82 名（43.9%）、女性が 99 名（52.9%）であり、３カ月をこえて入院した患者は男性が 38 名（55.9%）、女性が 28 名（41.2%）であった（図 16）。

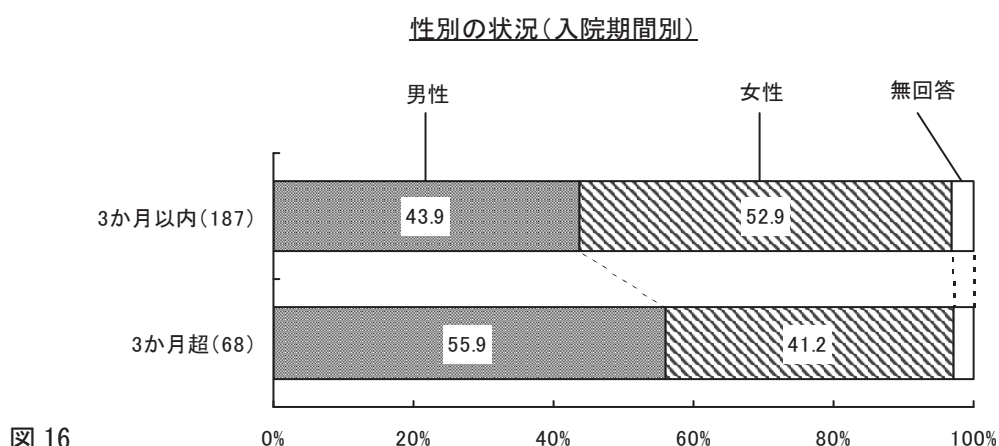


図 16

②年齢

３カ月以内に退院した患者の年齢については、30 歳代が最も多く 46 名（24.6%）であり、続いて 40 歳代が 34 名（18.2%）、20 歳代以下が 28 名（15.0%）であった。３カ月をこえて入院した患者では 40 歳代が最も多く 17 名（25.0%）であり、続いて 60 歳代が 16.2%、20 歳代以下、30 歳代、50 歳代ではそれぞれ 10 名（14.7%）であった（図 17）。

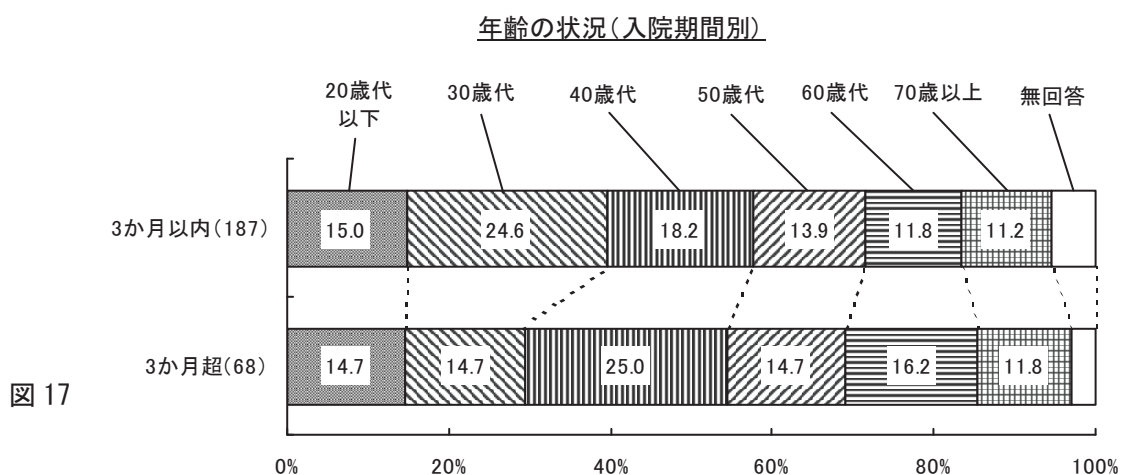


図 17

③診断名

3カ月以内に退院した患者の診断名は、統合失調症 85 名（45.5%）、気分障害 42 名（22.5%）、その他 62 名（33.2%）であった。3カ月をこえて入院した患者では、統合失調症 44 名（64.7%）、気分障害 11 名（16.2%）、その他 14 名（20.6%）であった（図 18）。

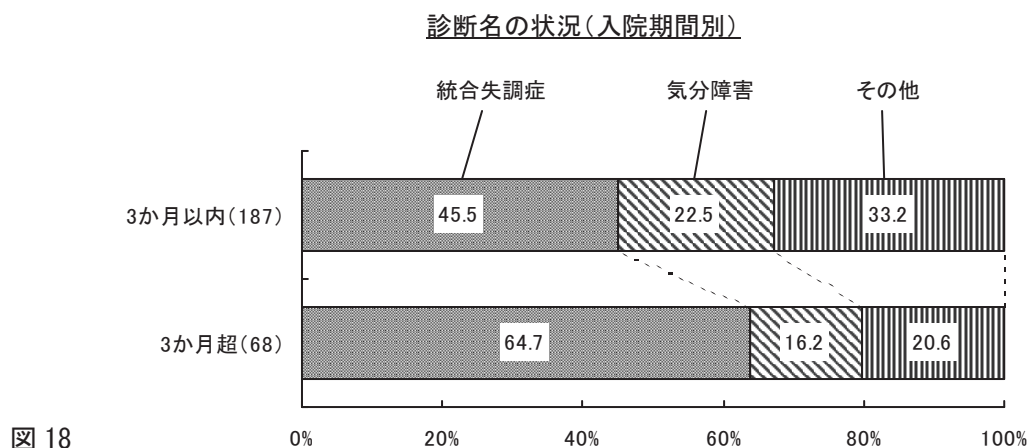


図 18

表 23 その他の診断名の内訳

診断名	n
症状性を含む器質性精神障害	14
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	23
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	15
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	2
成人の人格及び行動の障害	14
知的障害〈精神遅滞〉、心理的発達障害	5
その他	2
無回答	1
合計	76

④入院理由

服薬中断による入院理由は3カ月をこえて入院した患者の割合が 22.1%（15 名）であり、3カ月以内に退院した患者の割合 18.7%（35 名）にくらべて多かった。服薬中断以外の入院理由においても3カ月をこえて入院した患者の割合が多く 48.5%（33 名）であった。休息入院においては、3カ月以内に退院した患者の割合が 15.0%（28 名）であり、3カ月をこえて入院した患者の割合 7.4%（5 名）を大きく上回っていた（図 19）。

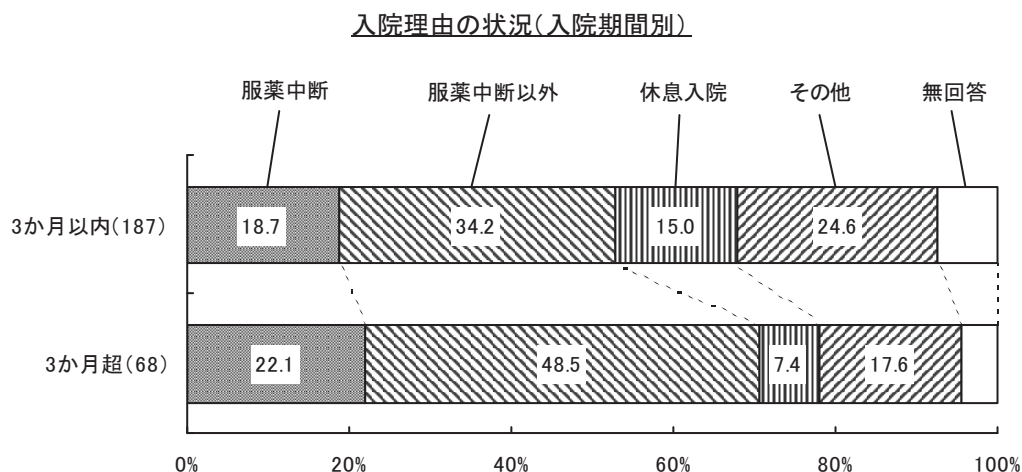


図 19

⑤入院形態

3 カ月以内に退院した患者では、任意入院が 82 名 (43.9%)、医療保護入院が 91 名 (48.7%)、措置入院が 7 名 (3.7%) であった。3 カ月をこえて入院した患者では、任意入院が 26 名 (38.2%)、医療保護入院が 37 名 (54.4%)、措置入院が (5.9%) であった (表 24)。

表 24 入院形態

	任意入院	医療保護入院	措置入院	無回答
3カ月以内に退院した患者	82	91	7	7
3 カ月をこえて入院した患者	26	37	4	1

⑥能力障害

能力障害の評価は、下記の能力障害評価²⁾を使用した。

表 25 能力障害の程度

程度 1	精神障害と認めるが、日常生活および社会生活は普通にできる。
程度 2	精神障害を認め、日常生活および社会生活に一定の制限を受ける。
程度 3	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。
程度 4	精神障害を認め、日常生活および社会生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。
程度 5	精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

3 カ月以内に退院した患者では、程度 3 の割合 29.9% (56 名) が最も多く、ついで程度 2 の割合が 27.3% (51 名)、程度 4 の割合が 25.7 (48 名) であった。3 カ月をこえて入院した患者では、8 割以上の患者が日常生活および社会生活に著しい制限をうける程度 3 以上であった (図 20)。

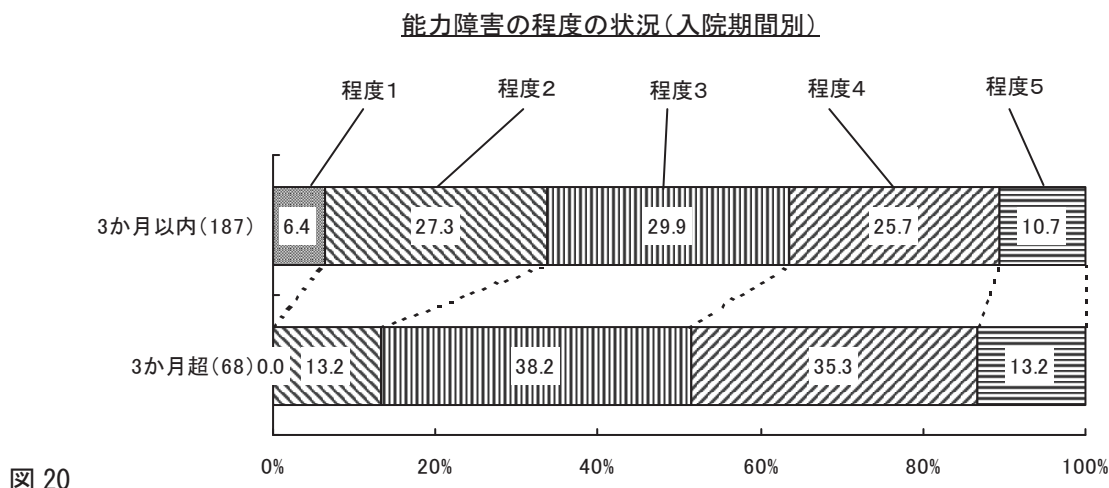


図 20

⑦精神症状

精神症状は、下記の精神症状評価²⁾に基づき調査した。

表 26 精神症状の程度

程度 1	症状がまったくないか、あるいはいくつかの軽い症状が認められるが、日常生活の中ではほとんど目立たない程度である。
程度 2	精神症状は認められるが、安定化している。意思の伝達や現実検討も可能であり、院内の保護的環境ではリハビリ活動等に参加し、身辺も自立している。通常の対人関係は保っている。
程度 3	精神症状、人格水準の低下、痴呆等により意思の伝達や現実検討にいくらか欠陥がみられるが、概ね安定しつつあるか、または固定化されている。逸脱行動は認められない。軽度から中程度の残遺症状がある。対人関係で困難を感じることもある。
程度 4	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達が判断に欠陥がある。行動は幻覚や妄想に相当影響されているが逸脱行動は認められない。あるいは中程度から重度の残遺症状（欠陥状態、無関心、無為、自閉）、慢性の幻覚妄想などの精神症状が遷延している。または、中程度のうつ状態、躁状態も含む。
程度 5	精神症状、人格水準の低下、痴呆などにより意思の伝達に粗大な欠陥（ひどい滅裂や無言症）がある。時に逸脱行動が見られるときがある。または最低限の身辺の生活維持が時に不可能であり、常に注意や見守りを必要とする。重度のうつ状態、躁状態も含む。
程度 6	活発な精神症状、人格水準の著しい低下、重度の痴呆などにより著しい逸脱行動（自殺企図、暴力行為など）が認められ、または最低限の身辺の清潔維持が持続的に不可能であり、常時厳重な注意や見守りを要する。重大な自傷他害行為が予測され、厳重かつ持続的な注意を要する。しばしば隔離なども必要となる。

3 カ月以内に退院した患者の精神症状では、程度 4、程度 5、程度 3 の順に割合が高く、その人数は 46 名、39 名、34 名であった。3 カ月をこえて入院した患者では、程度 4 が最も多く、ついで程度 5、程度 6 であり、その人数は 19 名、16 名、15 名であった（図 21）。

精神症状の程度の状況(入院期間別)

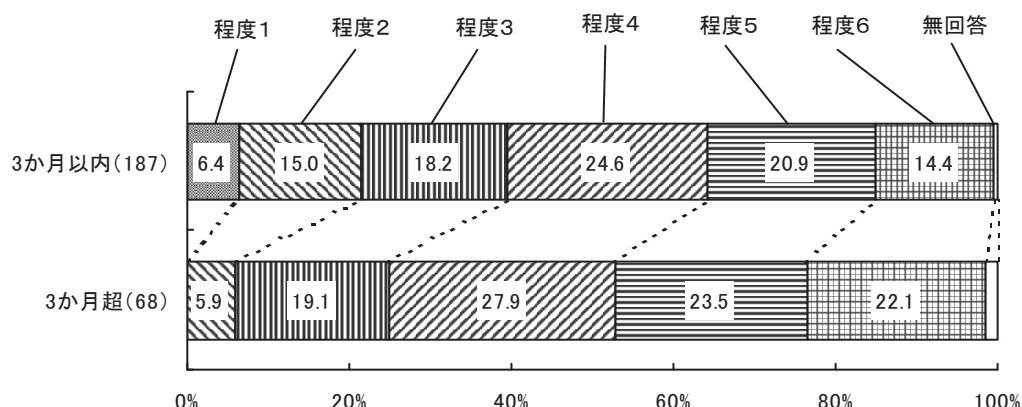


図 21

(3) 3カ月以内に退院した患者の疾患別の入院時の状況と1年後の状況

3カ月以内に退院した患者186名のうち、統合失調症は85名、気分障害は41名、その他は62名であった。なお、疾患別の対象者の入院時の状況、1年後の状況の詳細については資料に示した。

①入院時の状況

疾患別の入院時の状況において、性別では統合失調症、気分障害では女性の割合が高く、その他では男性の割合が高い。

年齢では、統合失調症では、40歳代の割合が最も多く23.5% (20名)、次いで30歳代が21.2% (18名)、20歳代以下が20.0% (17名)であった。気分障害では、30歳代の割合が最も多く31.7% (13名)、50歳代と60歳代が同じ割合で19.5% (8名)であった。その他では、30歳代24.2% (15名)、40歳代17.7% (11名)、70歳代16.1% (10名)

の順で割合が多かった。

入院形態では、統合失調症は医療保護入院の割合が最も多く57.6% (49名)であった。気分障害では任意入院の割合が48.8% (20名)で最も多く、その他においても任意入院の割合が最も多く53.2% (33名)であった。

入院理由では、統合失調症は、服薬中断以外の理由による入院の割合が最も多く31.8% (27名)、次いで服薬中断による入院が29.4% (25名)であった。気分障害では、服薬中断以外の理由による入院の割合が最も多く39.0% (23名)、次いで休息入院が24.4% (10名)であった。その他では、その他の理由による入院の割合が最も多く38.7% (24名)、次いで服薬中断以外の理由による入院が37.1% (23名)であった。

入院期間では、統合失調症および気分障害では3カ月以内の割合が最も多く、統合失調症では37.6% (32名)、気分障害では43.9% (18名)であった。その他では1カ月以内が最も多く、58.1% (36名)であった。平均在院日数は、統合失調症は51.5日、気分障害では53.6日、その他では32.5日であった。

能力障害の程度では、統合失調症では程度3および程度4の割合が最も多くそれぞれ31.8% (27名)であった。気分障害とその他では程度2の割合が多く、気分障害では36.6% (15名)、その他では33.9% (21名)であった。能力障害の程度の平均は統合失調症では3.3、気分障害では3.0、その他では2.8であった。

精神症状の程度では、統合失調症では程度4の割合が最も多く32.9% (28名)、気分障害では程度2の割合が最も多く26.8% (11名)、その他では程度5の割合が最も多く21.0% (13名)であった。精神症状の程度の平均は統合失調症では4.2、気分障害では3.6、その他では3.5であった。

② 1年後の状況

疾患別の退院1年後の状況において、住居の状況はすべての疾患において家族と同居の割合が最も高かった。気分障害では家族と同居している割合が80.5% (33名)であり、統合失調症では57.6% (49名)、その他では53.2% (33名)であった。単身生活の割合は統合失調症では22.4% (19名)、気分障害では2.4% (1名)、その他では25.8% (16名)であった。退院後の各時点での住居の状況の推移は、ほぼ横ばいであった。

日中の活動状況については、外来OT、デイケア、地域活動支援センター、作業所の利用状況について「あり」の回答が少なく、疾患別の特徴はみられなかった。職場・学校への復状況については、気分障害では14.6% (6名)であり、その他の4.8% (3名)、統合失調症の1.2% (1名)を上回っていた。

外来通院、配食サービス、ホームヘルプサービスの医療福祉サービスの利用状況についても、「あり」の回答が少なく、疾患別の特徴はみられなかった。訪問看護の利用状況については、統合失調症では退院時の病院からの訪問看護を利用、訪問看護ステーションの利用の割合を合わせると24.7% (22名)高かった。一方、気分障害では4.9% (2名)であり、訪問看護の利用割合が著しく低かった。

ケア会議の開催、ケアプランの継続、予定外のケアプランの見直し、再入院の経験については、疾患ごとの特徴はみられなかった。

ケアマネジャーの有無については、「いる」の割合が統合失調症では40.0% (24名)、気分障害では12.2% (5名)、その他では25.8% (16名)であった。

(4) 3か月以内に退院した患者の退院後1年以内の再入院の状況

3か月以内に退院した患者のうち、退院後1年以内に再入院をしたのは49名であった。再入院の有無による入院時の状況を図に示した。

①性別

再入院ありでは、女性の割合が高く57.1% (28名)であった (図22)。

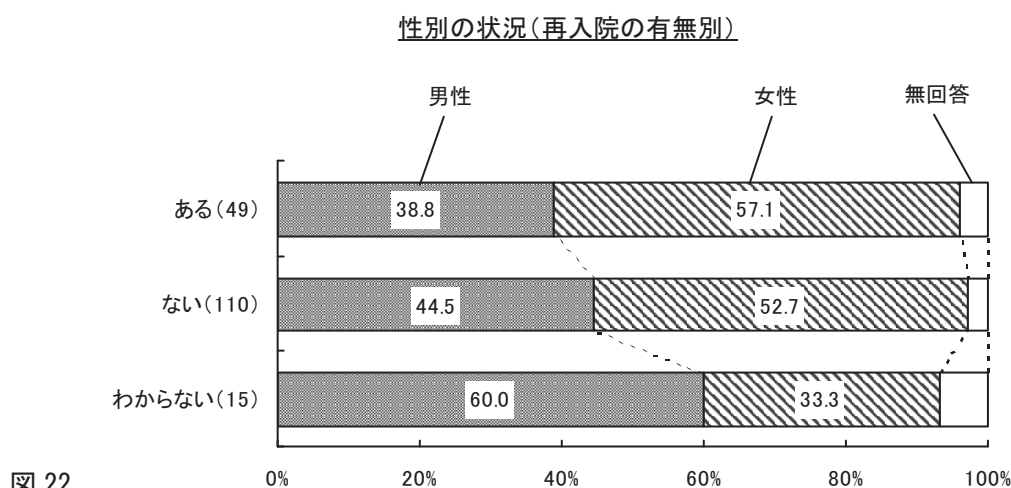
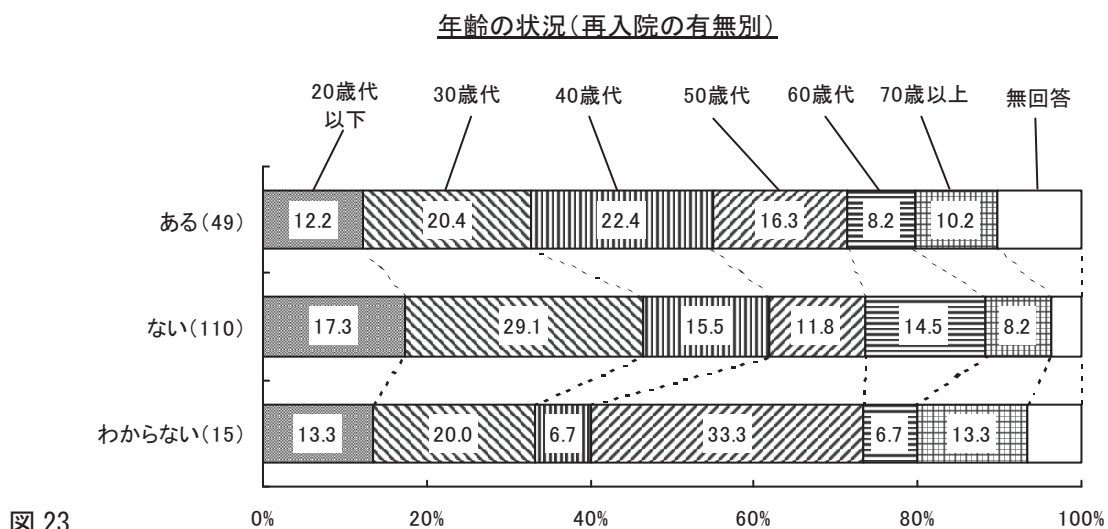


図 22

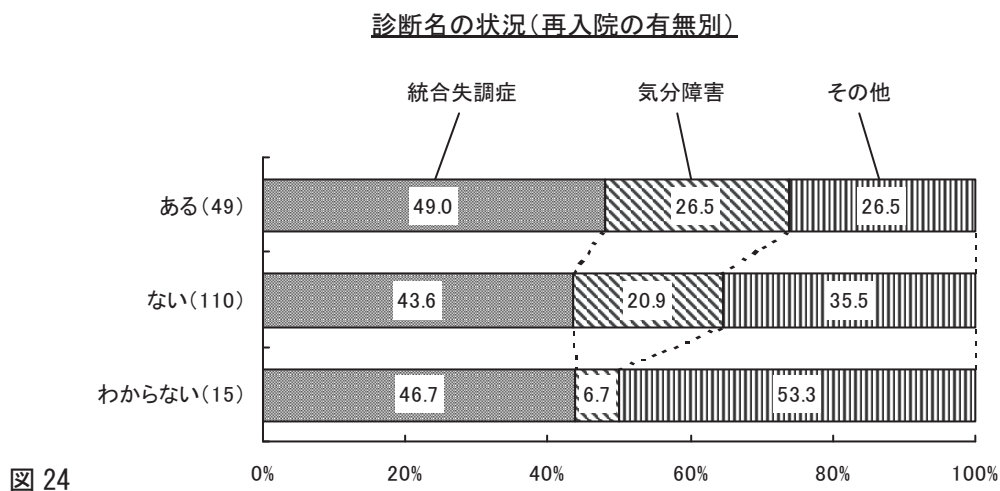
②年齢

再入院ありでは、40 歳代の割合が最も高く 22.4%（11 名）、次いで 30 歳代が 20.4%（10 名）、50 歳代が 16.3%（8 名）であった（図 23）。



③診断名

再入院ありでは、統合失調症の割合が最も多く 49.0%（24 名）と、ほぼ半数を占めていた（図 24）。



④入院理由

再入院ありでは、入院時の理由が服薬中断以外である割合が最も高く 32.7%（16 名）、次いで休息入院が 28.6%（14 名）であった。一方、再入院なしでは、入院時の理由が休息入院の割合は 11.8%（13 名）と少なかった（図 25）。

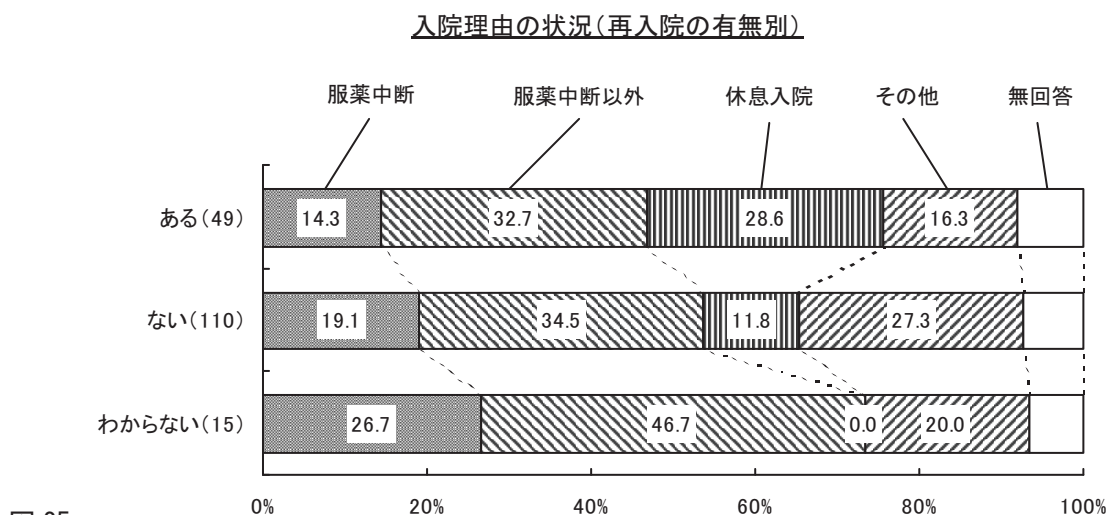


図 25

⑤能力障害

再入院ありでは、入院時の能力障害の程度は、程度 3 が最も多く 34.7%（17 名）、次いで程度 2 が 26.5%（13 名）であった（図 26）。

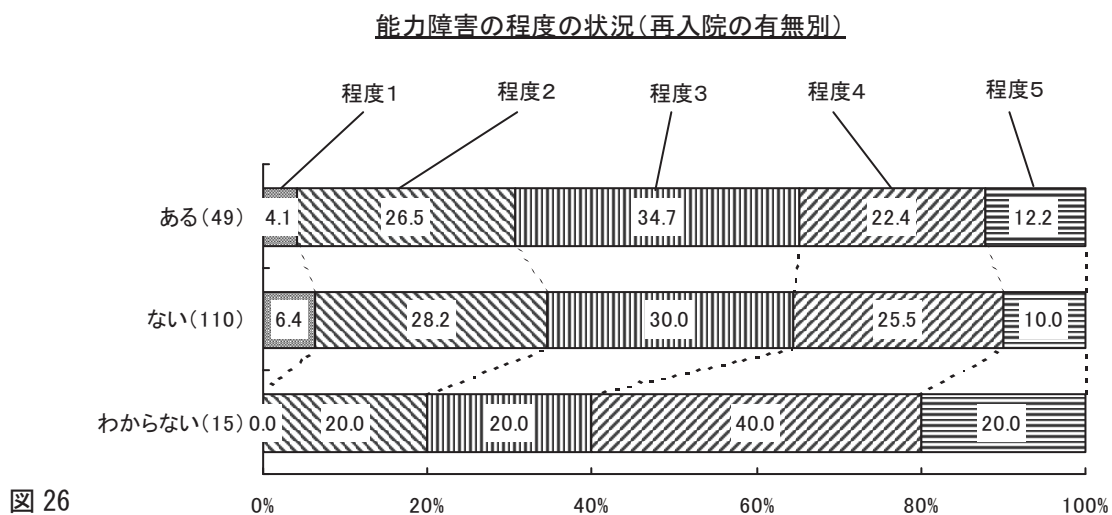


図 26

⑥精神症状の程度

再入院ありでは、精神症状の程度の割合が程度5において最も多く 24.5%（12 名）、次いで程度3と程度4が同じ割合で 22.4%（11 名）であった。再入院なしでは、程度4が最も多く 26.4%（29 名）、次いで程度5が 21.8%（24 名）であった（図 27）。

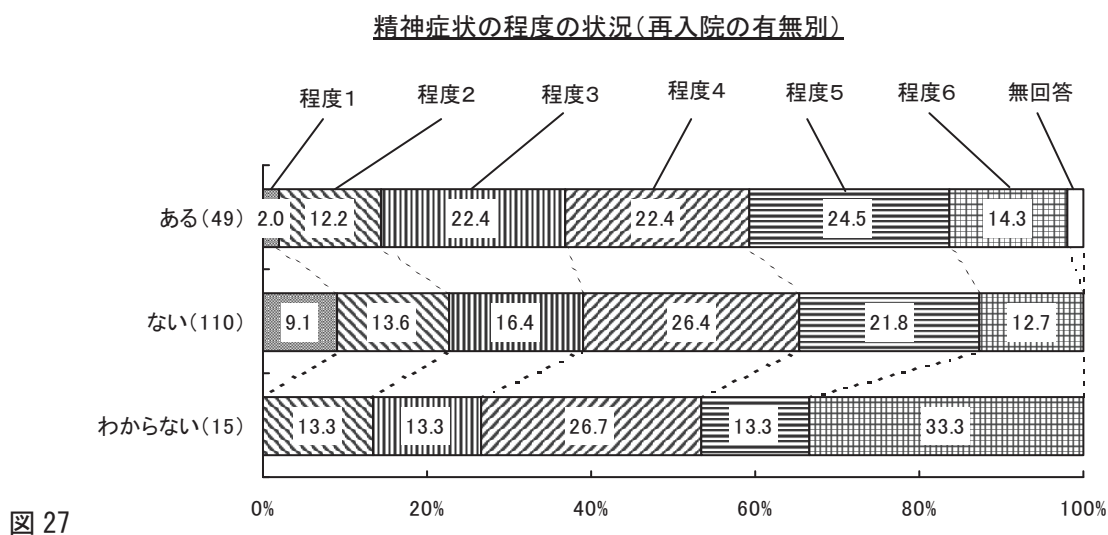


図 27

(5) 3カ月をこえて入院した患者の転帰

3カ月をこえて入院した患者の転帰を表に示した。今回の調査対象者 256 名のうち、3カ月をこえて入院した患者は 68 名（26.6%）であり、この患者のうち1年後も入院を継続している患者は 9 名（3.5%）であった。この9名のうち、退院困難尺度による入院継続の理由では「家族が本人の同居を拒否している」、「家族はいるが、本人へのサポートがない」、「本人が家族のサポートを拒否している」の、家族との関係因子が3名で最も多かった。

表 27 3カ月をこえて入院した患者の転帰

退院	55
転院	4
入院継続	9
合計	68

表 28 入院を継続している人の入院継続の理由

病識と治療コンプライアンス	1
退院への不安	1
問題行動	2
ADL	1
自閉的行動	0
身体合併症	0
自殺企図の可能性	0
家族との関係	3
無回答	1
合計	9

5) 考察

(1) 急性期治療病棟および精神科救急病棟に入院した患者の退院後の生活状況の実態について

平成 20 年度に実施した調査の対象患者で、調査期間中に退院した患者を対象に、退院後の生活状況、訪問看護など利用している地域サービスなどに関する調査を行った。その結果、16 施設から協力が得られ、3 カ月以内に退院した患者 186 名、3 カ月をこえて入院した患者 68 名について分析を行った。調査対象施設の特徴や退院後の生活の実態については以下のようなことが考えられる。

①調査対象施設

今回の調査対象施設の平均在院日数は 61.4 日、病床利用率は 87.3% であった。急性期治療病棟および精神科救急病棟は、精神科において看護体制が手厚い病棟である。半数の病院において入院時に退院困難を把握するためのチェックリストあるいはチェック体制があり、入院が長引くことを防ぐ工夫をしている。多職種を含めたカンファレンスについては、週 3～4 回以上開催している病棟も半数以上あった。しかし、本人と多職種による退院後の生活調整を目的としたケア会議の開催では、「開催した」は 15.6% にとどまっていた。「開催した」という回答のうち、ケア会議の連絡・調整をする役割の人が決まっていたは、93.1% であった。退院にむけ本人を含めたケア会議は、急性期医療においては開催することが困難な状況があると推察されたが、ケア会議の連絡・調整をする人を決めることで開催することが可能であると示唆された。

②退院後の生活状況の実態

本調査から精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟に入院し、3 カ月以内に退院した患者の退院後の生活状況の実態について次のように考えることができる。退院後の住居は、およそ 6 割の患者が家族と同居であり、日中の活動状況について外来 OT、デイケア、地域活動支援センター、作業所を利用している患者は少なく、職場・学校へ復職・復学している患者もわずかであった。医療福祉サービスの利用状況について、外来通院では、退院時にはおよそ 8 割が利用している。一方、退院 1 年後では 1 割が利用をしなくなっている。訪問看護を利用しているのはおよそ 1.5 割程度であり、多くの場合は利用していない。配食サービスやホームヘルプサービスは、ほとんど利用されていなかった。本調査からは、精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟を 3 カ月以内に退院した患者は地域サービスの利用状況が少ないことが明らかになった。

しかし、退院 1 年後に再入院をした患者では、入院理由が休息入院の割合が高く、このことから推察すると、地域の社会資源の整備不足あるいは活用の不足により休息入院という方法で病院が利用されていると考えることができる。

一方で、退院 1 年後では外来通院を利用しなくなる患者もわずかであるが存在する。地域サービスの利用ニーズを把握した上で、必要な支援を提供していくことが望ましいといえる。

(2) 精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟における地域移行・定着にむけた支援について

これまでの結果から、急性期医療においても、地域サービスの利用を促進し地域生活を安定化させる退院調整が必要であるといえる。

近年、長期入院患者に対する退院調整の必要性については定着してきた。しかし、精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟の短期間の入院では、退院調整を行ってから退院するというより、不眠などの入院理由である症状が落ち着いた時点でできるだけ早く退院しようと患者に働きかける傾向がある。つまり、入院期間を長期化させないため早い時期に退院を促していると考えられる。この背景には、急性期医療においては在院日数が短いことが評価の指標として定着しているが、どのような状態で退院させるかということについては、指標がないのが現状である。

また、退院調整においては、患者自身の意志を尊重し、患者自身がサービスを選ぶことが地域生活を定着する上で重要であるといわれている。しかし、急性期医療の場合は、入院期間が短期間であり、患者がサービスを選ぶところまで状態が改善していない場合もある。加えて、患者の

予後に対して見通しが難しく、専門職が介入してサービスを提供していくことが必要である。このように看護師が必要なサービスを選んで提供する必要性を認識していても、実際には入院患者への援助が優先される急性期医療ではそこまで行うことが難しいことも推察される。このことから、退院調整が必要な患者をスクリーニングし、地域サービスの利用ニーズにある患者を選別し、効率的に退院後の生活を安定させる工夫が必要と考えられる。

一方で、退院調整の必要性を理解していても、診療報酬に反映されないと組織的に取り組むことが難しいという現実もある。在院日数が短いという指標に代表されるように、急性期医療においては患者を退院させることがゴールになっているのではないだろうか。しかし、本来は、地域に定着させることが重要である。看護師・准看護師をはじめ、精神科医療従事者が急性期においても、患者に必要なサービスを選択してもらえよう働きかけをしていくことが必要なのは言うまでもない。患者の意志を確認するケアは、側にいる、待つ、無理強いをしないなど、1対1での関わりが必要となる。このように急性期医療においても退院調整には時間や人員が必要となる。さらに、地域定着を指標とした評価を明確にして診療報酬に反映されることなどが今後、求められている。

引用文献

- 1) 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討，平成 20 年度障害者保健福祉推進事業 障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書，P 36
- 2) 山角駿：平成 14 年マスタープラン基礎調査結果報告，日本精神科病院協会雑誌，22，P7-22，2003.

2. 患者特性と 1 年後の転帰

1) 昨年度入院時の状態と再入院の関係

(1) 目的

昨年度にベースライン調査を行い、今年度転帰についてデータを収集することができたもの 159 名を対象に、昨年度入院の際のベースライン調査時に収集した退院困難度尺度データと再入院の関係について検討を行う。

(2) 方法

上記の 159 名の疾患内訳について度数分布を明らかにした上、疾患と再入院の有無について χ^2 検定を行った。また、対象者全体のデータを用いて群（再入院あり群と再入院なし群）を独立変数、ベースライン調査時の退院困難度尺度（佐藤他，2004）下位因子別合計得点および項目別得点を従属変数とした t 検定を行った。さらに、疾患別に群を独立変数、ベースライン調査時の退院困難度尺度下位因子別合計得点を従属変数として t 検定もしくは Mann-Whitney の U 検定を行った。なお、すべての分析において欠損値のあったケースは分析から除外した。

(3) 結果

対象者となった 159 名のうち、もっとも多い疾患は統合失調症であり、71 名（44.65%）であった。ついで多かったのは、気分障害で 36 名（22.64%）、そのほか物質関連障害 16 名（10.06%）、神経症性障害 12 名（7.55%）などの結果であった（表 1）。

表 1 疾患別の対象者数とパーセンタイル値

疾患名	度数	%
統合失調症	71	44.65
気分障害	36	22.64
症状性を含む器質性精神障害	7	4.40
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	16	10.06
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	12	7.55
成人の人格及び行動の障害	11	6.92
その他(精神遅滞等)	6	3.77
合計	159	100

上記の疾患内訳をもとに、疾患と再入院の有無について χ^2 検定を実施した。その結果、有意差はなかった(表 2)。

表 2 疾患別の対象者数と再入院の有無

	再入院有無		χ^2
	あり	なし	
統合失調症	24	47	0.415
調整済み残差	0.732257	-0.732	
気分障害	13	23	0.782065
調整済み残差	0.782065	-0.782	
症状性を含む器質性精神障害	2	5	-0.13164
調整済み残差	-0.13164	0.1316	
精神作用物質使用による精神及び行動の障害	1	15	-2.24417
調整済み残差	-2.24417	2.2442	
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	4	8	0.196289
調整済み残差	0.196289	-0.196	
成人の人格及び行動の障害	4	7	0.412904
調整済み残差	0.412904	-0.413	
その他(精神遅滞等)	1	5	-0.76527
調整済み残差	-0.76527	0.7653	

対象者全体のデータを元に群を独立変数、ベースライン調査時の退院困難度尺度（佐藤他，2004）下位因子別合計得点を従属変数とした t 検定を行った。その結果、いずれの因子にも有意差はなかった（表 3）。

表 3 群別にみるベースライン調査時の退院困難度尺度下位因子別合計得点の平均値、標準偏差、および t 値

	全ケース				<i>t</i> 値
	再入院あり n=46		再入院なし n=106		
病識と治療コンプライアンス	5.04	(3.27)	4.77	(3.28)	0.462
退院への不安	1.98	(2.20)	1.82	(2.09)	0.421
問題行動	2.04	(2.37)	1.67	(2.27)	0.916
ADL	2.70	(2.88)	2.19	(2.64)	1.047
自閉的行動	2.15	(2.07)	2.33	(2.40)	-0.454
身体合併症	1.17	(1.65)	1.16	(1.54)	0.049
自殺企図の可能性	1.20	(1.33)	0.79	(1.11)	1.826
家族からのサポート	0.93	(1.56)	1.10	(1.67)	-0.563

次に、疾患別にベースライン調査時の退院困難度尺度（佐藤他，2004）下位因子別合計得点を従属変数とした t 検定および Mann-Whitney の U 検定を行った。表 4 に統合失調症と気分障害の対象者の結果、表 5 に神経症性障害と人格障害の対象者の結果を示す。なお、神経症性障害と人格障害の対象者について Mann-Whitney の U 検定を行ったのは、各群の対象者数が少なくノンパラメトリック検定が適当と考えられたためである。

表 4 統合失調症および気分障害の対象者の群別にみるベースライン調査時の退院困難度尺度下位因子別合計得点の平均値、標準偏差、および t 値

	統合失調症圏					気分障害圏				
	再入院あり n=22		再入院なし n=46		t 値	再入院あり n=13		再入院なし n=22		t 値
病識と治療コンプライアンス	5.36	(3.50)	4.93	(3.26)	0.495	4.38	(3.28)	4.91	(3.85)	-0.410
退院への不安	1.73	(2.12)	1.67	(2.16)	0.096	1.69	(2.25)	2.27	(2.10)	-0.770
問題行動	2.14	(2.59)	1.73	(2.16)	0.672	0.77	(1.36)	1.29	(2.08)	-0.875
ADL	3.68	(2.90)	2.96	(2.96)	0.949	2.23	(2.65)	1.50	(2.18)	0.885
自閉的行動	2.32	(2.08)	2.85	(2.33)	-0.907	1.77	(2.09)	2.43	(2.54)	-0.785
身体合併症	1.23	(1.80)	1.17	(1.58)	0.124	0.62	(1.26)	1.00	(1.45)	-0.795
自殺企図の可能性	0.68	(1.29)	0.65	(1.04)	0.102	1.46	(1.27)	0.95	(1.16)	1.201
家族からのサポート	1.35	(1.76)	1.05	(1.43)	0.735	0.31	(1.11)	0.36	(0.79)	-0.174

表 5 神経症性障害および人格障害の対象者の群別にみるベースライン調査時の退院困難度尺度下位因子別合計得点についての平均ランク、順位和、および U 値

	神経症性障害					人格障害				
	再入院あり n=3		再入院なし n=8		U 値	再入院あり n=4		再入院なし n=7		U 値
	平均 ランク	順位和	平均 ランク	順位和		平均 ランク	順位和	平均 ランク	順位和	
病識と治療コンプライアンス	5.83	17.50	6.06	48.50	11.500	5.25	21.00	6.43	45.00	11.000
退院への不安	5.17	15.50	6.31	50.50	9.500	8.50	34.00	4.57	32.00	4.000 †
問題行動	8.83	26.50	4.94	39.50	3.500 †	4.25	17.00	7.00	49.00	7.000
ADL	4.50	13.50	6.56	52.50	7.500	4.50	18.00	6.86	48.00	8.000
自閉的行動	6.67	20.00	5.75	46.00	10.000	5.13	20.50	6.50	45.50	10.500
身体合併症	5.00	15.00	6.38	51.00	9.000	8.00	32.00	4.86	34.00	6.000
自殺企図の可能性	7.17	21.50	5.56	44.50	8.500	8.25	33.00	4.71	33.00	5.000
家族からのサポート	4.50	13.50	6.56	52.50	7.500	4.63	18.50	6.79	47.50	8.500

上記の結果、統合失調症および気分障害の対象者の分析では、いずれの因子にも有意差がなかった。また、神経症性障害の対象者の分析では「問題行動」因子において再入院したもののほうがしなかったものに比べて平均ランクが高く、有意傾向であった。加えて、人格障害の対象者の分析では「退院への不安」因子において再入院したもののほうがしなかったものに比べて平均ランクが高く、有意傾向であった。その他の因子においては有意差はなかった。

(4) 考察

以上の検討から、退院から 1 年間の転帰において特定の再入院しやすい疾患はなく、概ね入院を経験したものの 1/3 が再入院していることが明らかとなった。また、入院時の退院困難度と退院から 1 年後の転帰の関連について、対象者全体の分析では再入院したものとしなかったもので入院時に差があった因子はなかった。疾患別の分析では、神経症性障害の対象者の分析で「問題行動」因子に、人格障害の対象者の分析では「退院への不安」因子において、再入院したもののほうが退院困難度が高い傾向がみられた。しかし、これらの分析では対象者数が少なく、安定した結果かどうかについてはさらに検討が必要と考えられ、全体的には入院時の状態と再入院の有無とはほぼ関連がないことが示唆された。これは、入院治療の過程で両群ともに一定の水準まで回復（つまり退院困難度の低下）してから退院している可能性が理由の一つと考えられ、入院時の状態からその後の再入院を予測することが難しいと考えられた。退院時の状態と再入院の有無について、さらに検討が必要と考えられた。

2) 昨年度退院時の状態と再入院の関係

(1) 目的

昨年度にベースライン調査を行い、今年度転帰についてデータを収集することができ、さらに最後の退院困難度調査が退院時から 2 週間以内だったもの 51 名を対象に、月ごとに実施していた退院困難度尺度データの最後のデータと再入院の関係について検討を行う。

(2) 方法

本研究では、退院時に退院困難度尺度の評価を実施しなかった。そこで得られたデータのうち、退院時の状態をもっともよく反映しているデータとして、退院前 2 週間以内に収集された退院困難度尺度データを用いることとした。分析は、群を独立変数、退院前 2 週間以内に収集された退院困難度尺度の下位因子合計得点を従属変数として t 検定を行った。なお、対象者数が少なかったこと、1) の分析で疾患と再入院の有無に特定の傾向が見られなかったことなどから、分析は全疾患のデータをマージして行った。また、すべての分析において、欠損値のあったケースは分析から除外した。

(3) 結果

1) の分析で対象となった 159 名のうち、最後の退院困難度尺度の評価が 2 週間以内だったもの 51

名を対象とした。群を独立変数、退院前 2 週間以内に収集された退院困難度尺度の下位因子合計得点を従属変数として、t 検定を行った結果を表 6 に示す。

この結果、「自閉的行動」因子において再入院したものの方がしなかったものと比べて得点が低く、有意傾向であった。また、「自殺企図の可能性」因子において再入院したものの方がしなかったものと比べて得点が高く、有意傾向であった。

表 6 群別にみる退院前 2 週間以内の退院困難度尺度下位因子別合計得点の平均値、標準偏差、および t 値

	全ケース				
	再入院あり		再入院なし		t値
	n=21		n=30		
病識と治療コンプライアンス	3.30	(3.71)	3.37	(3.41)	-0.065
退院への不安	2.24	(2.36)	2.83	(2.41)	-0.875
問題行動	1.15	(2.18)	0.70	(1.60)	0.791
ADL	1.19	(1.97)	0.93	(1.80)	0.484
自閉的行動	0.60	(1.14)	1.57	(2.43)	-1.888 †
身体合併症	0.57	(1.16)	0.60	(1.30)	-0.080
自殺企図の可能性	0.95	(1.16)	0.37	(0.96)	1.899 †
家族からのサポート	1.05	(1.88)	0.34	(0.94)	1.552

(4) 考察

以上の検討の結果、退院時に自閉的傾向が低いもの、また自殺企図の可能性が高いものが再入院しやすいことが示唆された。「退院時に自閉的傾向が低いもの、つまり活動性が高いもののほうが再入院しやすい」というのは一見矛盾しているようにも思えるが、本分析には認知症等の器質性疾患の対象者のデータも含まれており、活動性の低くても安定しているものが再入院せず上記のような結果になった可能性が考えられた。本来であれば、疾患別に検討を行うべきところではあるが、退院前 2 週間以内の退院困難度データが得られた対象者数が少なかったため、こうした分析が難しかった。今後は、対象者を増やした検討を行うことが課題である。また、自殺企図の可能性が高いものが再入院しやすいという点については、臨床的な実感とも合致する結果であり、あらためて自殺につながらないような心理教育や退院前の環境調整が重要であることが示唆された。

3) 昨年度入院時と退院時の状態の変化と再入院の関係

(1) 目的

最後の退院困難度調査が、退院時から 2 週間以内だったもの 51 名を対象に再入院したものとしなかったものでは、入院治療の過程で退院困難度の変化に違いがあるかどうか検討を行う。

(2) 方法

対象者は 2) の分析と同様であった。分析は群を独立変数、ベースライン調査時および退院前 2 週間以内の退院困難度データを従属変数とし、二元配置分散分析を行った。すべての分析において、欠損値のあったケースは分析から除外した。

(3) 結果

分析の結果、「自殺企図の可能性」因子において交互作用に有意傾向がみられた。同因子では、時期および群の主効果にも有意差がみられた。「自殺企図の可能性」因子以外の因子には、交互作用に

有意差はみられなかった。また、「家族との関係」因子を除く 7 つの因子で、時期の主効果に有意差もしくは有意傾向がみられた。

表 7 群別にみる入院時および退院前 2 週間以内の退院困難度尺度下位因子別合計得点の平均値、標準偏差、および F 値

因子		再入院あり (n=20)		再入院なし (n=29)		F 値		
						時期	群	交互作用
病識と服薬コンプライアンス	プレテスト	4.53	(3.20)	4.89	(3.46)	5.353 *	0.017	0.017
	ポストテスト	3.37	(3.80)	3.59	(3.47)			
退院への不安	プレテスト	1.90	(2.22)	1.83	(2.25)	3.047 †	0.414	1.212
	ポストテスト	2.15	(2.39)	2.93	(2.39)			
ADL	プレテスト	1.85	(2.21)	1.64	(2.02)	4.428 *	0.202	0.005
	ポストテスト	1.25	(2.00)	1.00	(1.85)			
問題行動	プレテスト	1.47	(2.25)	1.66	(2.21)	3.700 †	0.085	1.157
	ポストテスト	1.21	(2.23)	0.72	(1.62)			
自閉的行動	プレテスト	2.05	(2.07)	1.93	(2.43)	5.310 *	0.739	2.608
	ポストテスト	0.63	(1.16)	1.68	(2.48)			
身体合併症	プレテスト	1.00	(1.49)	1.38	(1.70)	5.706 *	0.247	0.692
	ポストテスト	0.60	(1.19)	0.55	(1.30)			
自殺企図の可能性	プレテスト	1.55	(1.28)	0.46	(0.96)	6.019 *	7.992 *	3.871 †
	ポストテスト	0.90	(1.17)	0.39	(0.99)			
家族との関係	プレテスト	1.00	(1.57)	0.81	(1.13)	0.704	1.396	0.415
	ポストテスト	0.94	(1.95)	0.38	(0.98)			

() 内は標準偏差

* $p < .05$, † $p < .10$

(4) 考察

「自殺企図の可能性」因子で交互作用が有意であり、時期および群の主効果にも有意差がみられたことから、再入院したものはしなかったものと比べて入院時の段階で自殺企図の可能性について病棟看護師から高リスクと評価されており、入院治療において改善はしているものの再入院しなかったものと同じレベルまでには至らず、結果的に再入院につながっている可能性が示唆された。また、「家族との関係」因子以外のすべての因子で時期の主効果が有意もしくは有意傾向であったことは、すべての患者（つまり退院後に再入院したものもしなかったものも）において、これらの因子が反映しているさまざまな困難について、救急・急性期病棟における入院治療が奏功していることを示していると思われる。家族との関係については、これらの病棟での入院期間が短期間であることから、介入が難しいことを反映しているのではないかと考えられた。

4) まとめ

本分析の結果から、再入院したものとしなかったものとの間では入院時および退院時の退院困難度の状態に大きな差はなく、入院治療の過程についても再入院したものとしなかったもの間で改善の程度にほとんど差はみられなかった。これらのことから、「退院困難度」という指標の状態や変化から退院後 1 年間の再入院を予測することは難しいと言える。昨年度の報告書においては「退院困難度」と退院の関係について検討し、特に統合失調症圏のものについては「ADL」因子得点と「自閉的行動」得点が入院から 3 か月以内の退院困難を予測する要因であることを報告した。このように、「退院困難度」は入院期間の短縮について役立つ指標であることが考えられた。

上記のように、患者側の要因が再入院に直接影響を及ぼしている可能性が低いことを踏まえると、再入院に関係する大きな要因は環境側にあるのではないかと推察される。本研究の対象病棟である救急・急性期病棟においては、地域での生活を安定させるためのケアマネジメントを十分に行う事が難しい状況がある。しかし、従来の入院治療に加えてこうした支援にも取り組むことで、入院

治療によって得られた治療効果を長らえさせることができ、ひいては再入院の予防につながる可能性があると考えられる。精神障がい者に対するケアマネジメント等の心理社会的サポートは、これまで主として慢性期の患者に対して提供されてきたことから、慢性期病棟に比べて業務が多忙な救急・急性期病棟でそのまま実施することには限界もある。こうした救急・急性期対応の病棟で実施可能な心理社会的サポートのためのシステムや技法の開発が望まれる。

3. 精神障がい者の地域移行・定着のための部門・委員会等の機能強化にむけて

1) 急性期医療で地域移行支援を有効に行うために

精神科医療では現在、病床の機能分化が進められている。診療報酬における特定入院料が、機能別に分けられた病棟にあたる。これらの病棟は、配置する職種や看護職員の配置基準、在院日数の制限等が算定基準として決められており、入院の対象となる患者についても基準が設けられている。

全国的にみると、精神科では15対1の病棟が最も多く、次に多いのが精神療養病棟である。今回の調査対象となった精神科救急病棟と精神科急性期治療病棟は、ともに3ヶ月を目安とした在院日数の制限があり、看護職員配置も10対1、13対1となっている。看護職員の配置だけでも、精神科救急病棟で患者2人に対して看護職員が1人、精神科急性期治療病棟で患者2.5人に看護職員が1人となっており、患者6人に看護職員が1人の精神療養病棟とはかなりの違いがあるうえに、精神保健指定医や精神保健福祉士についても、それぞれの基準で配置が決まっている。

このような日本の精神科医療の中では高い水準の病棟に協力を得て行った調査結果で、最も気になったのが、3ヶ月以内に退院した患者の社会資源等の利用が非常に少ないことであった。それと関連して、入院中のケア会議の開催も、15.6%にとどまっていた。開催している場合は、そのうちの93.1%でケア会議の連絡・調整をする役割の人が決まっていたとの結果がでている。このことは、入院中に行う地域移行支援の困難さを表している。コメディカルも配置した手厚い人員配置でも、入退院の激しい日常業務の中で、入院患者1人1人について退院に向けた調整や退院後の療養計画に関する検討を行うことは、実際には難しいのである。また、担当者を決めていなければ、ケア会議を招集することもできにくい現状があるということである。

急性期状態の患者を受け入れる病棟では、入院直後の不安定な患者に対するケアが中心となる。毎月20人前後の入退院があるということは、入退院が毎日あるということになる。そうすると、ケアの優先順位が新しい患者に移っていき、退院に向けた個別のケアが行われにくくなることが予想される。このような状況に陥ることを防ぐために、退院に向けたケアに常に目を配る退院調整担当者を決めることが有効と思われるが、手厚い体制の精神科救急病棟・精神科急性期治療病棟でも行われていない現状がある。これについては、病院毎の努力に任せるのではなく、診療報酬の算定基準に「退院調整をする者」の配置を明記することが有効だと思われる。

2) 看護師による退院を促進するためのしくみ

退院調整は病棟で勤務する看護師がリーダーの役割をとるのが望ましいと思われる。なぜなら、入院当初から個別の看護計画を立案して、患者の回復を促していくのが看護師の役割であり、その延長線上で退院調整も行っていくことは、むしろ効率的だと言える。しかし、看護師は3交替勤務のために、患者の回復状態をタイムリーに評価したり、それに合わせて計画を修正するということが難しくなることも少なくない。また、関係者を招集してケア会議の開催を調整するということは、さらに難しいことになる。

そこで、入院中の地域移行支援については、ケア会議等を積極的に開催して、チーム全体で患者の状態の評価や、退院後の生活の検討等が行われることが望ましい。その際に、入院患者のチェックシートを基に作成した患者が退院に必要な情報を分析し、可視化した患者情報を定期的提供するといった工夫が

できると、ケア会議はより有効なものになる。しかし、これらを退院調整を行なう者の業務とした場合には、現行の病棟の人員基準の枠内で行うことは難しくなる。

3) 経営者による退院促進の方針を宣言することが必要である

患者のより安全で効果的な退院調整をするためには、退院を一層促進させる観点から、医師および病棟の看護管理者の意思統一を図ることである。具体的には、入院患者のチェックシートを基に作成した患者が退院に必要な情報を分析し、可視化した患者情報を定期的に会議等コミュニケーションの場に提供することを周知徹底することが重要である。経営者は、チェックシートのデータを定期的に会議の場で提供し共有する際に、その件数の推移に一喜一憂し、責めたり、脅したりしないことである。責めることで実態が見えなくなることは、本末転倒である。チェックシートの提出に比重をおいたほうが、スタッフが患者を十分に観察をしケアすることになるため、患者側にもメリットが発生することになる。

経営者が、実態を忠実に表したデータを病棟の看護管理者と共有することが、患者の退院を推進していく病棟の看護管理者のモデルになるのではないかと考える。

今回作成したチェックシートを活用すると将来的な展望が見えやすくなり、事前評価(アセスメント)することが可能となり、改善策や代替案を円滑に提案することができるようになる。しかし、それを実行するシステムが病院の中になければ、効果的な退院調整はできない。また、今後必要と思われるシステムティックな取り組みは、将来を見通すことができるようなデータに基づき、戦略的に退院支援をすることができる情報システムをつくることである。

Ⅱ. 地域移行を促進する部門・委員会等で活用できる評価指標の開発

1. 入院時スクリーニングシートの作成の経緯

本研究班では昨年度に実施した平成 20 年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト「精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討」において、「退院困難患者のスクリーニングシート（案）」を作成した¹⁾。このスクリーニングシートは精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟に入院した患者の追跡調査とヒアリングの結果に基づき作成した。

追跡調査は調査に協力の得られた全国 22 病棟で実施され、同意の得られた患者 384 名を対象にデータの分析を行った。調査の方法としては以下の通りである。まずは、入院時に基本的な患者の背景や属性、入院理由、環境評価を行い、また、看護師と医師による日精協版精神症状評価および能力障害評価²⁾を実施し、看護師にはさらに退院困難尺度³⁾の評価を実施してもらった。その後、退院がなければ入院 1 ヶ月後、2 ヶ月後、3 ヶ月後と看護師により精神症状評価および能力障害評価と退院困難尺度の測定を実施してもらった。退院時には退院日と退院先と退院後の予定を記述してもらい、調査を終了とした。この調査により 3 ヶ月を越えて入院を継続している患者が入院時にどのような状態だったのか、または同様に 3 ヶ月以内に退院する患者が入院時にどのような状態だったのかを把握することができた。その結果、統合失調症の患者においては、「年齢が高い」「男性」「入院 1 週間以内に隔離を行っている」「入院時の精神症状評価得点、能力障害評価得点が相対的に高いこと」「退院困難尺度において ADL 因子得点と自閉的行動得点が相対的に高いこと」が退院困難を予測する要因であることが示唆された¹⁾。退院困難尺度にはその他にも「病識と治療コンプライアンス」「退院への不安」「問題行動」「身体合併症」「自殺企図の可能性」「家族からのサポート」といった項目があったが、調査では、これらの項目は 3 ヶ月以内の退院転帰に影響を与えていなかった。

この追跡調査と併せて、精神科救急病棟および精神科急性期治療病棟における退院困難に関する入院時のチェック体制についてのヒアリング調査を行った。この調査は実際に退院困難になりそうな患者を早期にチェックする体制やツールを持っている施設において、どのような体制やツールでチェックを行っているのか、どのような点が退院困難に繋がるのか等を半構成的面接により明らかにしたものである。

上記の二つの調査結果から本研究班では、入院時の状態から、退院困難患者を予測するスクリーニングシートとして「退院困難患者のスクリーニングシート（案）」を提案した¹⁾。このスクリーニングシートは「3 カ月を越えて入院をする」と予測される患者を入院時に選別するためのスクリーニングシートである。このスクリーニングシートを活用することで、入院時に退院困難患者の退院困難となる要因を早期に把握し、早期に介入を行うことで入院の長期化を防ぐことができると考えた。

今年度は、本研究班において、昨年度に作成したスクリーニングシートを効果的に活用する方法について検討した。また、チェック項目が多く入院時に現場で活用することが難しいという課題があった。そこで、内容の見直しも行い、ブラッシュアップをし、「統合失調症患者の 3 カ月以内の退院に向けた入院時スクリーニングシート（急性期治療病棟）」（以下、入院時スクリーニングシート）を作成した。

統合失調症患者の3カ月以内の退院にむけた入院時スクリーニングシート
(急性期治療病棟・精神科救急病棟)

氏名:		年齢:	歳	入院年月日:	年	月	日
診断名							
看護上アセスメントが必要な項目					入院時 チェック欄 評価日 (/)	1 か月後 チェック欄 評価日 (/)	
* 治療歴	治療歴がない				☐	☐	
* ADL	身なりを整えることができない				☐	☐	
	金銭管理ができない				☐	☐	
	すすんで入浴しない				☐	☐	
	自炊または食物の購入が困難				☐	☐	
* 自閉的行動	自分から人に話しかけられない				☐	☐	
	集団行動に参加できない				☐	☐	
	悩み事や分らないことを人に相談できない				☐	☐	
* 服薬	服薬中断がある				☐	☐	
多職種チームでコーディネートする項目					入院時 チェック欄	1 か月後 チェック欄	
* 年齢	高齢(65歳以上)				☐	☐	
* 認知症	認知症がある				☐	☐	
* 合併症	合併症がある 病名:()				☐	☐	
* 家族	家族の協力なし				☐	☐	
* 入院形態	措置入院である				☐	☐	
* 入院回数	入退院を繰り返している 当院()回, 他院()回				☐	☐	
* 退院先	退院先が未定				☐	☐	
* 社会資源	公的サービスを受けていない				☐	☐	

2. 入院時スクリーニングシートの活用方法とアセスメントのポイント

入院時スクリーニングシートは精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟に入院した患者の入院時の状況をチェックすることによって、3カ月以内に退院できるかどうかをある程度推測することができるツールである。つまり、入院時スクリーニングシートにチェックがついた項目は、退院時に看護問題となり得る項目である。したがって、このシートを用いて、3カ月以内の退院が困難であると推測された場合、その要因に対して、早期に介入することで、退院が長引くことを防ぐことができると考えられる。

昨年度の追跡調査では、退院が3カ月以内に退院した患者では退院困難となる要因が早期に改善しているのに対し、退院が3カ月をこえた患者では退院困難となる要因がなかなか改善されないという実態が明らかになった。しかし、入院時に退院困難尺度が高い得点であっても1カ月後に大幅に改善された場合は、3カ月以内に退院することが可能であった。つまり、退院困難の要因の数で退院困難が決まるのではなく、1カ月後の改善の状況と合わせて評価する必要がある。そこで、この入院時スクリーニングシートは、チェックがついた項目の数で評価するのではなく、チェックがついた項目が1カ月後に改善される見込みについてアセスメントし、ケアに役立てるという方法を考案した。入院時と入院1カ月後に評価を行い、その項目が改善されていないのであれば、その後の改善に時間がかかる可能性が高いといえる。早期に退院を促すため入院時に退院困難になりそうな要因と改善の見込みを多職種で情報共有し、各職種が専門的な視点から援助ができるよう役割分担を入院時のカンファレンスで行うことで効率的に援助を行うことができると考えた。退院困難になりそうな患者を早期に把握し、多職種で情報を共有するツールとして活用されることが、この入院時スクリーニングシートのねらいである。

1) スクリーニングシートの構成

スクリーニングシートのチェック項目は看護上アセスメントが必要な項目と多職種チームでコーディネートする項目から構成した。看護上アセスメントが必要な項目には、「ADL」「自閉的行動」「服薬」などがあり、看護チームにおいて重点的にケアが必要な項目とした。多職種チームでコーディネートする項目には、「年齢」「認知症」「合併症」「家族」「社会資源」など多職種で協働しケアを展開することが必要な項目とした。

2) 活用方法

具体的な活用方法とアセスメントのポイントを表1と図1に示した。

(1) 入院から1週間以内にスクリーニングシートを記入する

患者の入院に携わった担当者もしくは受け持ち看護師がスクリーニングシートを記入する。記入の時期は、入院時の状態を把握するために入院1週間以内が望ましい。

(2) 入院時のカンファレンスにおいてチェックがついた項目をアセスメントする

退院が困難になる要因は多岐にわたり、複数の要因によって構成されることがある。そこで、多職種を交えた入院時のカンファレンスにおいて、それぞれの職種の持つ情報や専門的視点で、シートの結果を検討する。

具体的には、入院時スクリーニングシートにおいてチェックがついた項目について改善の見込みの有無についてアセスメントを行う。チェックがついた項目が多くても、1カ月後に改善が見込まれる項目が多数あれば、入院が長引くとは限らないであろう。

(3) 各職種で支援の方向性や役割分担を決める

前述のアセスメントの結果に基づいて、各職種で役割分担をし、行動計画を立て、それぞれの専

門性を活かした介入を行っていく。

それと同時にこの進捗状況をチェックする担当者を決めることが必要である。担当者を決めることで支援の流れが滞らないようにし、その結果、入院の長期化を防ぐことができる。

(4) 1 カ月後に再評価を行う

入院から 1 カ月後に入院時にチェックがついた項目の改善の程度について評価を行い、急性期の症状により生じた問題か慢性期の症状による問題かを鑑別する。引き続き状態の改善が必要な項目については、各職種で支援の方向性や役割分担を決める。

表 1 統合失調症患者の 3 カ月以内の退院にむけた入院時スクリーニングシートの活用のポイント

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">・入院から 1 週間以内にスクリーニングシートを記入する・入院時のカンファレンスにおいてチェックがついた項目をアセスメントする・各職種で支援の方向性や役割分担を決める・1 カ月後に再評価を行う |
|---|

入院時スクリーニング活用法

入院（入院から一週間以内にスクリーニングシートの記入）

入院時カンファレンス

- ・ 入院前の生活についての情報共有
- ・ 今回の入院の治療目標についての共有（退院先についての情報共有）
- ・ ADL、自閉的行動と病状との関連をアセスメント
- ・ ADL、自閉的行動により、何が起きているのか、何が問題になっているのかを把握
- ・ 上記を踏まえて必要な支援の内容を検討（入院中から退院後も含めて）
- ・ それぞれの役割分担の決定（誰が何をいつまでにやるのか）

ADL

- ☐ ADL の観察
- ☐ ADL 改善の為に直接介入
- ☐ 現在の ADL の状態で退院時に必要なソーシャルサポートの検討と導入の準備

自閉的行動

- ☐ 自閉的行動の観察
- ☐ 自閉的行動改善の為に直接介入
- ☐ 現在の状態で退院時に必要なソーシャルサポートの検討と導入の準備

服薬

- ☐ 服薬の状態観察
- ☐ 服薬に対する思いの聞き取り
- ☐ 心理教育など服薬への意識を高めるための介入
- ☐ 服薬中断を防ぐための対策・ソーシャルサポートの検討と導入の準備

その他（多職種チームで協働）

- ☐ 入院治療の目標設定の確認
- ☐ 退院先の明確化
- ☐ 退院に際し、必要な環境調整
- ☐ 退院後の生活に必要なソーシャルサポートの検討と導入の準備

上記の支援の進捗状況をチェックする担当者を決める
（退院調整看護師・病棟主任・師長・退院促進支援会議等）

一ヵ月後に再評価

- ・ 一ヶ月経過しての情報の整理
- ・ ADL、自閉的行動の変化の再評価（急性期症状と慢性的障害の鑑別）
- ・ 具体的介入の再評価と目標の再設定
- ・ それぞれの役割分担の決定（誰が何をいつまでにやるのか）

図 1 入院時スクリーニング活用法の模式図

2) 各項目のアセスメントのポイント

看護計画を立案する時や多職種でのカンファレンスの際のアセスメントのポイントをまとめた。精神科急性期治療病棟および精神科救急病棟では、入院時と入院1ヵ月後では状態が大きく異なることが多い。そのため患者の現在の状態が急性期の症状によるものなのか、慢性期の症状によるものなのかをアセスメントし、鑑別する必要がある。そして、多職種でのカンファレンスを通して情報を共有し、支援の方向性を確認して役割分担を行うことで効率的に支援を提供することができる。

(1) ADL

入院時スクリーニングシートに記載されている「身なりを整えることができない」「金銭管理ができない」「すすんで入浴しない」「自炊または食物の購入が困難」といった項目は、退院困難度尺度の項目で、その患者が退院に向けて必要とされる ADL を象徴する因子である。その合計得点が高いほど、退院が困難であると予測される。調査により、入院時にこの得点の高い患者は、3 ヶ月を越えて入院継続となっている例が多い。

一方で、入院時にこの得点が高くても、1ヵ月後に大幅な改善が見られる患者の場合は、3 ヶ月以内に退院している。入院時の急性期精神症状により ADL に困難をきたしてはいたものの、治療の効果とともに精神症状が安定し、ADL の改善が見られる例であると考えられる。そこで、入院時に ADL の得点の高い場合、それが急性期の混乱によるもので、治療効果とともに改善が期待できるものなのか、それとも統合失調症の陰性症状などによる慢性的な ADL の障害で、大幅な改善が期待できないかを鑑別する必要がある。初回入院なのか、再入院なのか、発症前あるいは再発前の生活はどうであったのか等の情報交換を行い、ADL の障害のレベルと改善の期待値を検討し、その結果によって、ADL の自立に向けた関わりや退院後の生活を見越したソーシャルサポートの導入などの対応を早期に検討していく必要がある。その際、改善が見込められる例であったとしても、実際に改善が見込めなかったり、予想よりも改善の度合いが低かったりした場合を考え、PSW に連絡を取っておいたり、地域のソーシャルサポートにあたりをつけたりと、ある程度の準備をしていくことが退院を長引かせないためには重要である。

カンファレンスのポイント

- ☐ 現在起こっている ADL の障害は、治療とともに改善が期待できるものか、改善は見込めないか
- ☐ ADL のどの部分が障害されているのか、どういった援助が必要か、本人・家族のニーズはどうか
- ☐ 保健福祉サービス導入の必要性はあるか、あるとしたら、どんなサービスをどこから受けるか
- ☐ それぞれの役割分担をどうするか

2) 自閉的行動

自閉的行動も ADL と同様に、その合計得点が高いほど、退院が困難であると予測される。調査により、入院時にこの得点の高い患者は、3 ヶ月を越えて入院継続となっている例が多いため、早期の介入が必要となってくる。また、こちらも ADL と同様に、入院時にこの得点が高くても、1ヵ月後に大幅な改善が見られる患者の場合は、3 ヶ月以内に退院している。そのため、急性期の症状として、自閉的行動が出現しているのか、あるいは陰性症状等による慢性的な自閉的傾向なのかを早期に鑑別し、入院初期から活動性を高めるような看護や作業療法の導入を行ったり、また、退

院後の日中の過ごし方を早期から検討し、地域におけるケアのキーパーソンを入院中から巻き込んで退院支援を行ったりなどの介入を検討する必要がある。その際に、「自閉的行動により何が問題なのか」（例えば調子が悪くても救援行動を取ることができない、自閉的であるため症状の悪化を他者が早期に気付くことができない…等）をアセスメントし、そこを主眼においたアプローチを検討する必要がある。また、ADLと同様に、予想よりも症状の改善が見込めなかった場合を考え、早期に準備を進めていくことも大切である。

カンファレンスのポイント

- ☐ 現在起こっている自閉的行動は、治療とともに改善が期待できるものか、改善は見込めないか
- ☐ 自閉的行動により、どのような問題が起こっているのか、本人や家族の思いはどうか
- ☐ その問題に対して、どのような対応が必要か
- ☐ それぞれの役割分担をどうするか

3) 服薬

入院理由が服薬中断であった患者は、休息入院やそれ以外の理由による入院患者よりも3ヶ月で退院できない例が有意に多かった項目である。服薬中断の理由によって入院した患者に対しては、入院が長期になる傾向があるため、早期から服薬に関する関わりを持つ必要がある。入院時に服薬中断の理由が明確になっている場合、その問題を解決するために、多職種で役割分担を行い、目標を設定し、介入を開始していくことが必要である。理由が不明確な場合も、本人や家族・キーパーソンから話を聞いたり、多職種での情報交換を行ったりして状況をアセスメントし、早期の介入につなげていく。

一方で、服薬拒否を隠す患者の場合、入院時にははっきりせず、ある一定期間、病棟で過ごすことにより見えてくることも多く、患者の持つ服薬の意識を早期に把握するのは難しいという状況もある。入院時にチェックができなくても、常に意識して観察していく必要がある。

カンファレンスのポイント

- ☐ 服薬中断の原因は何か、服薬中断に対する本人や家族の思いはどうか
- ☐ 服薬中断を防ぐにあたり、どのような対策が考えられるか、本人の希望はどうか
- ☐ それぞれの役割分担をどうするか

4) 年齢・認知症・合併症

これらは患者自身の身体的な要因に関する項目で、それぞれが複合し合い、さらに退院調整が難しくなるケースが多い。特に認知症や合併症を持っている場合、症状や状態によっては自宅や元の施設に戻ることが難しくなり、退院先が定まらず、入院が長期化することがよくある。まず入院時の治療目標、どこをゴールにするかを明確に設定することで、医療者・家族ともに見えやすく、また、どうしたらよいのかがはっきりしてくる。転院や老人施設への入所を検討する場合でも、早期から役割分担を決めて、行動していくことで、入院の長期化を防ぐことができる。

カンファレンスのポイント

- ☐ 認知症・合併症の今後の見通しはどうか
- ☐ 今回の入院治療の目標をどこに設定するのか、本人・家族のニーズは何か
- ☐ 上記から退院先はどこになるのか、自宅か、施設入所か、転院か
- ☐ 自宅である場合、どのようなサービスが必要になると予測されるか、また受けられるサービスは何か
- ☐ 施設入所・転院の場合、施設や病院の検討
- ☐ それぞれの役割分担をどうするか

5) 家族・退院先・社会資源

多職種との連携や病棟・病院を越えた枠組みで連携が必要となる項目で、いずれも退院先を含めた退院後の生活の見通しに対して問題があるケースである。特に退院先が未定の場合、退院のための支援の方向性も定まらないため、入院が長引きやすい傾向にあると言える。

そのため、入院時に治療目標とともに退院先を明確に設定することが第一である。退院先が不明な場合でも、「自宅には戻らない」「アパートでの単身生活は難しい」などの方向性だけでも早期に決定する必要がある。また、退院後、家族の協力が得られにくかったり、単身生活になる場合は、患者の生活を支えるための公的サービスの調整が重要になってくる。患者の退院後の生活をイメージし、患者のニーズや必要な社会資源をアセスメントし、入院時から導入の準備を進めていく。また、病院内での調整では限界もあり、早い時期から、地域でのケアマネージャーやキーパーソンを巻き込んでの退院調整を図っていくことで、地域への移行がスムーズに展開していくだろう。

カンファレンスのポイント

- ☐ 退院先をどうするか、患者や家族の希望はどうか、適当と思われる退院先はどこか
- ☐ 家族と同居する場合、社会資源は必要か、必要であれば何か
- ☐ 単身生活になる場合、必要と思われる社会資源は何か、それはどこから提供されるか
- ☐ 地域生活でキーとなる人物の存在はいるか、いないとしたら誰がキーになるか
- ☐ それぞれの役割分担をどうするか

3. 支援担当者と連携したスクリーニングシートの活用方法

本研究班では、急性期治療病棟や精神科救急病棟に入院し、3カ月以内に退院した患者の1年後の状況について実態調査を行った。その結果、退院後に外来通院を利用している患者はおよそ8割であったが、外来 OT、デイケア、地域活動支援センター、作業所などのサービスを利用している患者はわずかであった。今回の調査からは、利用のニーズまでは把握することができなかったが、地域生活を安定させるため積極的な活用が必要なケースもあると考えられる。

そこで、急性期治療病棟や精神科救急病棟に入院した患者の地域移行を促進するための包括的な支援体制を整備と入院時スクリーニングシートの活用について考察した。

1) 地域移行を効果的に行う体制の整備

平成 19 年度に行われた「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」において、退院支援の効果的な支援体制についての提案がなされた⁴⁾。この研究では、退院から地域生活への移行と定着を医療と福祉のケアミックスによるサービス体制を構築することを目的に、退院後に地域サービスの必要な患者を対象として地域移行支援をモデル事業として展開した。

モデル事業では、看護師による支援担当者を配置し、多職種によるケア会議のコーディネート、地域生活移行支援計画の内容や遂行状況の管理、必要に応じて直接サービスを提供するという役割を担った。その結果、支援担当者による効果的な支援体制として「独立型」「統括型」「チーム型」の3つの体制が提案された(表2)。これらの体制において支援担当者はチーム医療をバックアップする活動や病院内における横断的な活動を行う機能がある。病棟に勤務する受け持ち看護師は、交代勤務についているため継続的に支援の進捗状況を把握することが難しい。そこで、支援担当者を配置することで、支援の進捗状況を途切れることなく把握することができるのである。

急性期治療病棟や精神科救急病棟において、このような支援体制を整備する方法として、病棟の師長、主任などの管理者が支援担当者の役割を担うことや地域連携室などの部門に配置されている看護師を活用することなどが考えられる。

表2 支援担当者による効果的な支援体制

体制	主な特徴
独立型	支援担当者が病棟外、病院内の退院支援に関する部署に所属し、直接各病棟の受け持ち看護師をバックアップし、時には患者への直接介入も行う支援体制である。
統括型	各病棟の退院調整看護師やチームリーダーなどをバックアップすることで、間接的に受け持ち看護師をサポートする体制である。
チーム型	支援担当者は退院支援に関する委員会やプロジェクトチームに所属し、主にはその会議の場で多職種との調整を行ったり、受け持ち看護師のサポートを行ったりする体制である。

2) 支援担当者と連携した入院時スクリーニングシートの活用

急性期治療病棟および精神科救急病棟における包括的な支援として、支援担当者による効果的な3

つの支援体制と入院時スクリーニングシートの活用方法を検討したので、紹介する。

①独立型

患者が入院してきたときに、入院に携わった担当者もしくは受け持ち看護師がスクリーニングシートを記入する。その結果、退院困難な要因となる項目にチェックが入った場合、支援担当者に連絡を入れる。支援担当者は、その情報を基に病棟を訪問し、受け持ち看護師や場合により、患者との面接などを行い、退院困難の要因についてアセスメントし、受け持ち看護師とともに支援計画を立案したり、指導・助言をしたりする。支援担当者はその後も継続して、受け持ち看護師をサポートし、状況によっては直接ケアや支援の代行を行う。

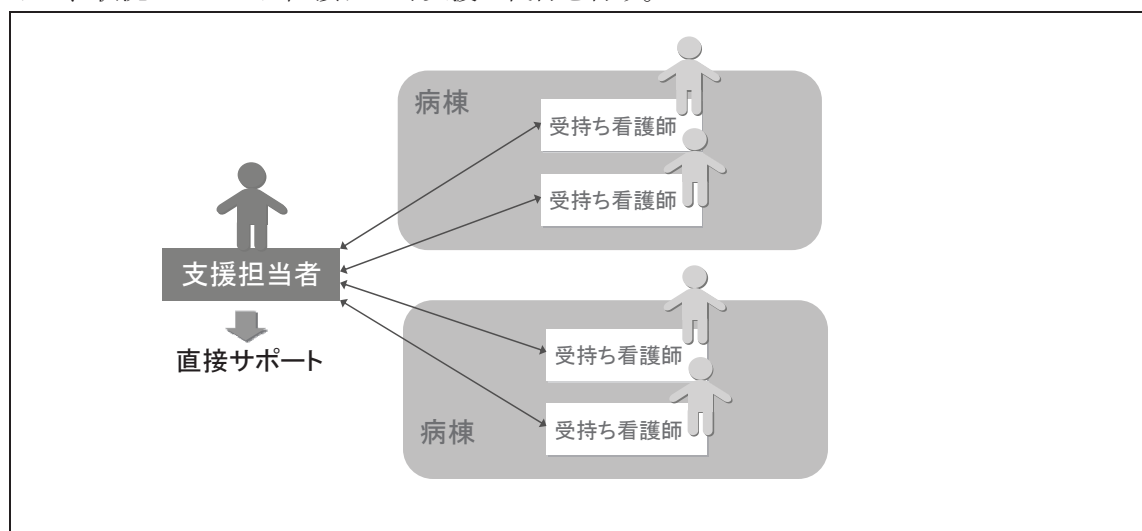


図2 独立型（精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討より引用）

②統括型

患者が入院してきたときに、入院に携わった担当者もしくは受け持ち看護師がスクリーニングシートを記入する。その結果、退院困難な要因となる項目にチェックが入った場合、支援担当者に連絡を入れる。受け持ち看護師は、病棟のチームリーダーもしくは退院調整看護師と連携をはかり、指導・助言を受けながら退院困難の要因についてアセスメントを行い、支援計画を立案、実施する。チームリーダーもしくは退院調整看護師は必要に応じて、受け持ち看護師の支援を代行し、サポートを行う。支援担当者は支援の進捗状況を見極め、チームリーダー・退院調整看護師のスーパーバイズを行う。

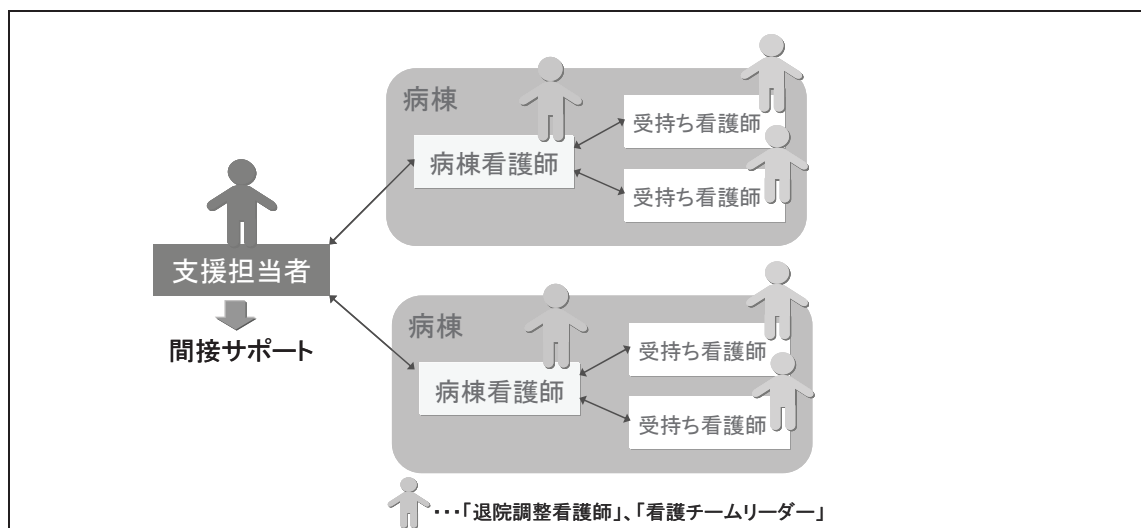


図3 統括型（精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討より引用）

③チーム型

患者が入院してきたときに、入院に携わった担当者もしくは受け持ち看護師がスクリーニングシートを記入する。その結果、退院困難な要因となる項目にチェックが入った場合、退院支援担当者に連絡を入れる。受け持ち患者は、その退院困難の要因について、情報を収集し、アセスメントを行い、支援計画を立案し実施する。また、必要に応じて退院支援会議に患者の情報や支援の進行状況等の情報提供をする。会議の場において、支援担当者を含めた多職種で該当患者について検討し、スーパーバイズを受け、受け持ち看護師を含めた多職種でケアを展開していく。

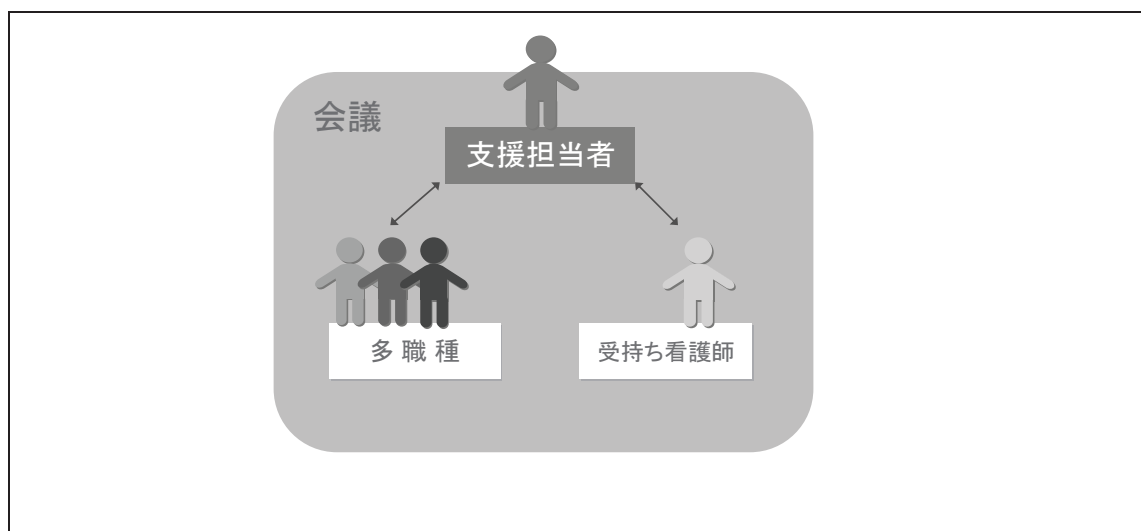


図4 チーム型（精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討より引用）

4. 入院時スクリーニングシートを活用した具体的な事例

1) 看護チームで支援した事例

(1) 事例紹介

性別：男性 年齢：30 代後半 疾患名：統合失調症

入院の経緯：発病は 20 代前半で他院での入院、治療歴あり。家族と同居をしながら、定期的に通院し、デイケアに通ったり、時折アルバイトをしたりして、それなりに安定した生活を送っていた。

1 ヶ月前にアルバイト先の友人から「薬は飲まないほうがよい」と言われたことをきっかけに服薬中断。徐々に行動・言動にまとまりがなくなり、生活が成り立たなくなり、家族に連れられて A 病院を受診、入院となった。入院時、頭髪、服装ともに汚染が目立ち、清潔が保たれていない状況であった。入浴を促すも、まとまりなく会話が成立せず、拒否的であった。家族は両親ともに入院に付き添い、協力的であった。治療後はまた自宅に戻る予定である。

(2) 入院時スクリーニングシートの活用

この事例は、ADL の「身なりを整えることができない」「すすんで入浴しない」の項目、「服薬中断がある」の項目に該当した。入院時カンファレンスでは、「ADL については、入院前には自立しており、治療により改善の見込みがある」と判断された。また、服薬中断については、「友人に言われた一言がきっかけで中断したということは、薬についての何らかのネガティブな思いを持っているのではないか」という意見が出た。そこで、ADL に関しては、看護師が継続して介入をするとともに ADL の状況を観察していくこと、服薬についても看護師がどんな思いを持っているのかを聞きながら、状態の安定を待って、薬剤師による服薬指導や心理教育プログラムの導入を検討していく方針となった。また、ADL の改善が見込めない場合も予測し、看護師と PSW とで、家族のニーズや必要な社会資源について検討しておくこととなった。

一ヵ月後、内服治療の効果により、入院前とほぼ同じ水準まで回復し、ADL の問題は解決された。服薬に関しては「副作用もあるし、面倒だからできれば飲みたくないと思っていた。薬の話は聞いてみたい。」という本人の話から、薬剤師による服薬指導と心理教育プログラムを実施することとなった。

統合失調症患者の3カ月以内の退院にむけた入院時スクリーニングシート
(急性期治療病棟・精神科救急病棟)

記入例

氏名: S氏		年齢: 30 歳代後半	入院年月日: 200●年	● 月	● 日
診断名 統合失調症					
看護上アセスメントが必要な項目			入院時 チェック欄 評価日 (2/●)	1 か月後 チェック欄 評価日 (3/●)	
* 治療歴	治療歴がない		☐	☐	
* ADL	身なりを整えることができない		☒	☐	
	金銭管理ができない		☐	☐	
	すすんで入浴しない		☒	☐	
	自炊または食物の購入が困難		☐	☐	
* 自閉的行動	自分から人に話しかけられない		☐	☐	
	集団行動に参加できない		☐	☐	
	悩み事や分らないことを人に相談できない		☐	☐	
* 服薬	服薬中断がある		☒	☐	
多職種チームでコーディネートする項目			入院時 チェック欄	1 か月後 チェック欄	
* 年齢	高齢(65歳以上)		☐	☐	
* 認知症	認知症がある		☐	☐	
* 合併症	合併症がある 病名:()		☐	☐	
* 家族	家族の協力なし		☐	☐	
* 入院形態	措置入院である		☐	☐	
* 入院回数	入退院を繰り返している 当院()回, 他院()回		☐	☐	
* 退院先	退院先が未定		☐	☐	
* 社会資源	公的サービスを受けていない		☐	☐	

2) 多職種でコーディネートをした事例

(1) 事例紹介

性別：女性 年齢：70代後半 疾患名：統合失調症

入院の経緯：発症・治療開始時期は不明だが、B病院に複数回の入院歴あり。生活保護を受け、病院近辺のアパートで単身生活をしている。弟がいるが、遠方に住んでおり入院等の手続きには来てくれるが、前回の入院時も面会は少なく、あまり協力は得られない。前回退院後はデイケアを勧められたが、場に馴染めず、すぐに中断。訪問看護も受け入れを拒否していたため、他者の介入する窓口は生活保護の担当者くらいであった。今回の入院についてもきっかけは不明だが、服薬が不安定になり、生活が乱れ始めて、見かねた生活保護の担当者の介入によりB病院に入院となった。

(2) 入院時スクリーニングシートの活用

この事例では、「ADL」の全項目、「自閉的行動」の全項目、「服薬中断」、「高齢」、「家族の協力なし」、「入退院を繰り返している」、「公的サービスを受けていない」と多くの項目にチェックがついた。そのため、退院調整室の退院調整看護師に連絡を入れ、介入を依頼した。入院時カンファレンスでは、「内服治療によりADLの改善は見込めるものの、年齢的な問題もあり、完全な自立は難しいのではないか」、「自閉的行動は以前からのものであり、内服治療による改善は見込めない」、「服薬中断も以前の再入院のパターンと同様である」、「弟は遠方であり、これ以上の支援は見込めない」、「訪問看護やヘルパーなどサービスを入れる必要があるが本人が拒否をしている」、「現在は退院先のアパートが確保されているが、入院が長引くとアパートを解約しないとならない。そうすると一から退院先を探さないといいけない」、「そもそも退院先は現在のアパートでいいのか」等厳しい意見が相次いだ。しかし、本人はアパートへの退院を希望していることから、「退院先の第一候補は自宅アパートで。しかし、何らかのサービスを入れる必要がある。」という結論に達した。そこで、各職種の役割分担として、まず看護師は現在のADLに対しての介入と、どの程度改善するかを観察しつつ、必要なサービスのアセスメントを行うこととなった。PSWはAさんがどのようなサービスを受けることができるかの洗い出しをすることとなった。また、自閉的行動に対して、生活保護担当者以外に本人に介入できる人が必要であると考え、どのようにしていくかを検討していくこととなった。退院調整看護師はその進捗状況をチェックする役割とともに、Aさんと直接的に関わりを持っていくこととなった。

一ヵ月後、再度カンファレンスが持たれた。一ヵ月後のチェックでは、内服治療の効果である程度のADLの回復は見込めるようになったものの、自閉的行動は変わらず、「やはり完全に自立しての生活は厳しい」「介護保険が使えるのでヘルパーの導入ができる」「薬に関してはやはり確認してくれる人が必要」という意見が出された。しかし、自閉的行動の面では、集団には馴染めないものの、病棟の担当看護師や退院調整看護師とはある程度の関係性を持てるようになっていた。そのため、「デイケアやデイサービスなどの集団に入るのは無理でも、訪問看護やヘルパーの導入は可能ではないか」という流れとなり、本人の意向を確認することとなった。本人は、やはり拒否的ではあったものの「女の人で信頼できる人なら」「男の人は嫌」と受け入れに譲歩を見せた。そこで、退院調整看護師は、訪問看護も実施していることから、退院調整看護師が退院前訪問・退院後の訪問看護を行いながら、他の訪問看護師やヘルパーの導入を支援していくという方向になった。PSWは、このような条件でも受け入れてくれるヘルパー事業所を探すこととなった。一方、服薬中断に対しては、「飲んだのか飲まなかったのかわからなくなってしまい、いつの間にか飲まなくなっちゃった。飲みたい訳ではない。」というAさんの意見から、薬の管理方法の検討と自己管理の練習を病棟内で実施していくこととなった。

統合失調症患者の3カ月以内の退院にむけた入院時スクリーニングシート
(急性期治療病棟・精神科救急病棟)

記入例

氏名: M氏		年齢: 70歳代後半	入院年月日: 200●年	● 月	● 日
診断名 統合失調症					
看護上アセスメントが必要な項目			入院時 チェック欄 評価日 (10/●)	1か月後 チェック欄 評価日 (11/●)	
* 治療歴	治療歴がない		☐	☐	
* ADL	身なりを整えることができない		☒	☐	
	金銭管理ができない		☒	☒	
	すすんで入浴しない		☒	☒	
	自炊または食物の購入が困難		☒	☒	
* 自閉的行動	自分から人に話しかけられない		☒	☐	
	集団行動に参加できない		☒	☒	
	悩み事や分らないことを人に相談できない		☒	☐	
* 服薬	服薬中断がある		☒	☐	
多職種チームでコーディネートする項目			入院時 チェック欄	1か月後 チェック欄	
* 年齢	高齢(65歳以上)		☒	☒	
* 認知症	認知症がある		☐	☐	
* 合併症	合併症がある 病名:()		☐	☐	
* 家族	家族の協力なし		☒	☒	
* 入院形態	措置入院である		☐	☐	
* 入院回数	入退院を繰り返している 当院()回, 他院()回		☒	☒	
* 退院先	退院先が未定		☐	☐	
* 社会資源	公的サービスを受けていない		☒	☒	

<引用文献>

- 1) 末安民生：精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討，平成 20 年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書，P 6 -47，社団法人日本精神科看護技術協会．
- 2) 山角駿：平成 14 年マスタープラン基礎調査結果報告，日本精神科病院協会雑誌，22，P7・P22，2003．
- 3) 佐藤さやか，池淵恵美，穴見公隆，保苅啓子，石郷岡隆彦，森田慎一，大島真弓，大島健一，瀬川隆之，安西信雄：精神障害をもつ人のための退院困難度尺度作成の試み．日本社会精神医学会雑誌，16，P229-P240，2008．
- 4) 精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討，平成 19 年度障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書，P 2 -36，社団法人日本精神科看護技術協会．

Ⅲ．資料

1．調査協力者マニュアル

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（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などに関する調査研究事業

地域移行・定着のための部門・委員会等の

機能強化のための評価指標の開発

調査協力者マニュアル

○調査協力者マニュアル目次

1. 調査の概要
2. 調査の対象者および方法
3. 調査期間
4. 倫理的配慮
5. 調査協力者について
6. 調査票の記入手順
7. 調査票の返信について
8. 事務局の連絡先

1. 調査の概要

平成 20 年度に実施した調査では、精神科救急病棟または精神科急性期治療病棟に入院した患者を対象に 3 ヶ月間の追跡調査を実施、さらに調査協力病院を対象にヒアリングを行い、入院時のスクリーニングシートを作成しました。

その結果を基に、今年度は地域生活定着に有効な支援を検証し、地域移行を促進する部門・委員会等で活用できる評価指標の開発を目的に再度調査を行います。今年度は、昨年度の調査で協力が得られた患者を対象に追跡調査を行い、退院後の 1 年の生活や福祉サービス利用等の状況を把握します。それを昨年度に実施した追跡調査の結果と合わせて分析することで、患者の特性と退院転帰との関係を明らかにし、急性期病棟に入院する患者に対して包括的な支援を提供するための基礎的なデータとなることが期待されます。

2. 調査の対象者および方法

1) 対象者

昨年度の調査で協力が得られた下記の患者を対象とします。

- (1) 入院 3 ヶ月以内に退院した患者
- (2) 3 ヶ月を超えて入院した患者

2) 調査方法

下記の調査票に、それぞれ記入していただく。調査に際して、調査協力病院に調査協力者を選定していただき、調査票の管理等を依頼します。

(1) 入院後 3 カ月以内に退院した患者に関する調査票

対象患者の退院 1 年後の状況について、退院後の患者の状況を把握している人に調査票に記入していただく。退院後の患者の状況を把握している人については、調査協力者に選定していただきます。

(2) 3 カ月を超えて入院した患者に関する調査票

対象患者の退院の有無と、退院している場合は退院日を確認、入院を継続している場合はその理由を確認して、調査協力者がご記入下さい。

3. 調査期間

平成 21 年 12 月 1 日～平成 22 年 1 月 31 日

4. 倫理的配慮

本調査は、疫学研究のための倫理指針に基づき、昨年度の調査への同意をもって実施します。データは個人が特定されないように配慮し、分析を行います。

○疫学研究のための倫理指針ホームページ

<http://www.niph.go.jp/wadai/ekigakurinri/index.htm>

5. 調査協力者について

1) 役割

調査協力者は、退院後の患者の状況を把握している人を選定し、下記の調査票の配布および回収等をしていただきます。調査協力者の職種は問わないこととします。

(1) 入院後3カ月以内に退院した患者に関する調査票

(2) 3カ月を超えて入院した患者に関する調査票

6. 調査票の記入手順

(1) 入院後3カ月以内に退院した患者に関する調査票の記入について

①調査対象者を確認

対象者リストに記載してある患者コードで患者氏名を確認してください。

患者の名前ではなく家族の名前が記載されている場合は、入院日から患者を特定してください。

②調査票の記入

退院後の患者の状況を把握している人を選定して、調査票を配布してください。調査票に記入していただく人の職種は問いません。

○退院後の患者の状況を把握している人の例

外来看護師、訪問看護師、精神保健福祉士、デイケアのスタッフ、現在利用している施設の職員 など

○記入方法は、下記のどちらでも差し支えありません。

- ・ 退院後の患者の状況を把握している人が記入する。
- ・ 退院後の患者の状況を把握している人に電話等で状況を確認し、調査協力者が記入する。

③締め切りに間に合うように、調査票を回収してください。

(2) 3カ月を超えて入院した患者に関する調査票

調査協力者が患者の退院の有無、退院日または退院できない理由等を記入し、事務局へ返信下さい。

(3) その他

昨年度の調査で不明だった項目について、追加でお伺いさせて頂くことがあります。

7. 調査票の返信について

記入が終わった調査票は、返信用封筒（エクスパック）で事務局に送付してください。

平成 22 年 1 月 31 日まで全ての調査票をご返信下さい。

入院後 3 カ月以内に退院した 患者に関する調査票	3 カ月を超えて入院した 患者に関する調査票
・ 患者コードの確認 ・ 調査票の記入 ・ 調査票の回収 ・ 返信	・ 退院の有無、退院日または入院 継続の理由を記入 ・ 返信

図 調査手順の全体像

8. 事務局の連絡先

調査に関する不明な点等は、下記へお問い合わせ下さい。

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（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などに関する調査研究事業

○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会長）

○事務局

特例社団法人日本精神科看護技術協会 担当者 仲野 栄 柿島 有子

〒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

2. 調査票

退院患者の地域移行・定着に向けた 背景・要因についてのお伺い

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。平素は当協会の活動に格別のご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

このたび、標題のアンケート調査を実施することになりました。このアンケートは、入院期間が短期化が求められている中、短期間で退院した患者さんの背景や要因等を調査・分析することで、地域移行・定着に向けた部門・委員会などの機能強化を目的とした評価指標の開発を目的に実施するものです。

今年度の調査は、昨年度の調査でご協力いただいた患者さんを対象としており、本調査票についてはデータ分析にあたりましてはコンピューターで統計的に処理し、患者さんの御名前を特定できないような方法を用います。今回は疫学調査のため、昨年度の同意をもって実施させていただきます。

ご記入いただきました調査票は、**平成 22 年 1 月 31 日（日）**までに同封の返送用封筒にお入れの上ご投函下さい。

お忙しいところ誠に恐縮ではございますが、当調査の趣旨をお汲みとりいただき、ご協力下さいますようお願い申し上げます。

社団法人 日本精神科看護技術協会

〔ご記入にあたって〕

1. ご記入は、退院後の患者さんの状況を把握されている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. 特に指示がない場合は、該当する番号に一つだけ○印を付けて下さい。
6. お答えが「その他」の場合は、その番号に○印をつけて指定の欄に具体的内容をお書き下さい。
7. ご記入いただいたアンケート票は、1 月 31 日（日）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

FAX 03—5796—7034

（担当：柿島）

患者コード		-		
昨年度調査時の入院日	平成	年	月	日
昨年度調査時の退院日	平成	年	月	日

本調査票の中の「入院」「退院」は、上記の退院を指します。

「現在」は、上記の退院日から1年後の時点を指します。

特に指示がない場合は、該当する番号に一つだけ○印を付けて下さい。

■調査票記入日： 月 日

問1. 記入者について、該当する項目の番号に○を付けて下さい。

記入者について	1. 前回の調査時に患者が入院していた病院の職員である 2. 前回の調査時に患者が入院していた病院とは異なる施設の職員である
記入者の所属	1. 外来 2. 訪問看護室 3. 地域連携室 4. デイケア 5. その他 ()
記入者の職種	1. 看護師 2. 精神保健福祉士 3. 作業療法士 4. 心理士 5. その他 ()

問2. 患者さんの生活状況について、該当する番号に○を付けてください。

■住居の状況

退院時	退院1ヵ月後	現 在
1. 家族と同居	1. 家族と同居	1. 家族と同居
2. 単身生活	2. 単身生活	2. 単身生活
3. 地域の居住サービスを利用	3. 地域の居住サービスを利用	3. 地域の居住サービスを利用
4. 老人保健施設等に入所	4. 老人保健施設等に入所	4. 老人保健施設等に入所
5. その他 ()	5. その他 ()	5. その他 ()
	6. 再入院	6. 再入院

■日中の活動状況

	退院時	退院1ヵ月後	現 在
外来OT	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
デイケア	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
地域活動支援センター	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
作業所	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
職場・学校	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
その他 ()	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

■医療福祉サービス 1

	退院時	退院 1 ヶ月後	現 在
外来通院	1. 入院時と同じ病院 2. 入院時と異なる病院 (転院) 3. 利用せず	1. 入院時と同じ病院 2. 入院時と異なる病院 (転院) 3. 利用せず	1. 入院時と同じ病院 2. 入院時と異なる病院 (転院) 3. 利用せず
訪問看護	1. 病院からの訪問看護 を利用 2. 訪問看護ステーショ ンを利用 3. 利用せず	1. 病院からの訪問看護 を利用 2. 訪問看護ステーショ ンを利用 3. 利用せず	1. 病院からの訪問看護 を利用 2. 訪問看護ステーショ ンを利用 3. 利用せず

■医療福祉サービス 2

	退院時	退院 1 ヶ月後	現 在
配食サービス	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
ホームヘルプサービス	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし
その他 ()	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし	1. あり 2. なし

問 3. 前回の調査で入院中に退院した後の生活の調整を目的としたケア会議（本人と多職種による会議）を開催しましたか。

1. 開催した	2. 開催していない 3. わからない
---------	--------------------------

付問 1 ケア会議の連絡・調整をする人が決まっていましたか。

1. 決まっていた 2. 決まっていなかった 3. わからない

付問 2 その方の職種の番号に○を付けてください。

1. 看護師・准看護師 2. 精神保健福祉士 3. 作業療法士
4. 心理士 5. その他 ()

問 4. 前回の調査での退院時に決めたケアプラン（日中の活動状況や医療福祉サービスの利用等に関する計画）をそのまま継続していますか。

1. 変更せずに利用している 2. 変更して利用している 3. 利用していない

問5. 予定外のケアプランの見直しが必要な状況がありましたか。

1. あった

2. なかった



付問1 その時期をお聞かせ下さい。

1. 退院直後 2. 退院1か月後 3. その他 ()

付問2 その理由をお聞かせ下さい。

問6. 退院後に再入院した経験はありますか。また、再入院した経験がある場合は、入院日と退院日を記入して下さい。

1. あ る

2. な い 3. わからない



付問 再入院の入院日、退院日を記入し、それぞれの入院理由の番号に○を付けて下さい。

	入院日	退院日	入院理由
1回目の再入院	月 日	月 日	1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()
2回目の再入院	月 日	月 日	1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()
3回目の再入院	月 日	月 日	1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()
4回目の再入院	月 日	月 日	1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()
5回目の再入院	月 日	月 日	1. 服薬中断による症状の悪化 2. 服薬中断以外の理由による症状の悪化 3. 休息入院 4. その他 ()

問 7. 継続して病状や生活状況を把握し、その人に必要なサービスを一元的に調整する役割を果たす専門職のことをここではケアマネージャーとします（資格や職種は問いません）。現在、主治医以外にこの患者さんにケアマネージャーの役割を果たしている人はいますか。

1. いる

2. いない

付問 1 該当する職種の番号に○を付けてください。

1. 看護師・准看護師

2. 精神保健福祉士

3. 作業療法士

4. 心理士

5. その他（

）

付問 2 いつから関わっていますか。

1. 入院前から

2. 入院中から

3. 退院後から

入院から地域生活に向けた患者さんへの支援状況等につきまして、どのようなことでも結構ですので、ご意見があればご記入下さい。

*** 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 ***

3. 集計結果

1. 3カ月以内に退院した患者の1年後の状況

調査名 [退院患者の地域移行・定着に向けた背景・要因]

1) 全体集計

問1 記入者について

No.	カテゴリー名	n	%
1	前回の調査時に患者が入院していた病院の職員である	169	90.9
2	前回の調査時に患者が入院していた病院とは異なる施設の職員である	6	3.2
3	無回答	11	5.9
	全体	186	100.0

問1 記入者の所属

No.	カテゴリー名	n	%
1	外来	73	39.2
2	訪問看護室	1	0.5
3	地域連携室	8	4.3
4	デイケア	4	2.2
5	病棟	66	35.5
6	その他	14	7.5
7	無回答	20	10.8
	全体	186	100.0

問1 記入者の職種

No.	カテゴリー名	n	%
1	看護師	135	72.6
2	精神保健福祉士	39	21.0
3	作業療法士	1	0.5
4	心理士	0	0.0
5	その他	0	0.0
6	無回答	11	5.9
	全体	186	100.0

問2 住居の状況（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	家族と同居	114	61.3
2	単身生活	35	18.8
3	地域の居住サービスを利用	5	2.7
4	老人保健施設等に入所	2	1.1
5	その他	10	5.4
6	無回答	20	10.8
	全体	186	100.0

問2 住居の状況（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	家族と同居	103	55.4
2	単身生活	31	16.7
3	地域の居住サービスを利用	5	2.7
4	老人保健施設等に入所	3	1.6
5	その他	12	6.5
6	再入院	5	2.7
7	無回答	27	14.5
	全体	186	100.0

問2 住居の状況（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	家族と同居	92	49.5
2	単身生活	30	16.1
3	地域の居住サービスを利用	4	2.2
4	老人保健施設等に入所	3	1.6
5	その他	22	11.8
6	再入院	14	7.5
7	無回答	21	11.3
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 外来OT（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	4	2.2
2	なし	132	71.0
3	無回答	50	26.9
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 外来OT（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	2	1.1
2	なし	121	65.1
3	無回答	63	33.9
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 外来OT（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	2	1.1
2	なし	117	62.9
3	無回答	67	36.0
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 デイケア（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	27	14.5
2	なし	127	68.3
3	無回答	32	17.2
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 デイケア（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	28	15.1
2	なし	113	60.8
3	無回答	45	24.2
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 デイケア（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	23	12.4
2	なし	113	60.8
3	無回答	50	26.9
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 地域活動支援センター（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	11	5.9
2	なし	133	71.5
3	無回答	42	22.6
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 地域活動支援センター（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	11	5.9
2	なし	120	64.5
3	無回答	55	29.6
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 地域活動支援センター（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	11	5.9
2	なし	116	62.4
3	無回答	59	31.7
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 作業所（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	2	1.1
2	なし	135	72.6
3	無回答	49	26.3
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 作業所（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	2	1.1
2	なし	122	65.6
3	無回答	62	33.3
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 作業所（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	3	1.6
2	なし	118	63.4
3	無回答	65	34.9
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 職場・学校（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	10	5.4
2	なし	123	66.1
3	無回答	53	28.5
	全体	186	100.0

問2 日中の活動 職場・学校（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	13	7.0
2	なし	108	58.1
3	無回答	65	34.9
	全体	186	100.0

問2 日中の活動 職場・学校（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	14	7.5
2	なし	104	55.9
3	無回答	68	36.6
	全体	186	100.0

問2 日中の活動 その他（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	9	4.8
2	なし	78	41.9
3	無回答	99	53.2
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 その他（退院1ヵ月後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	8	4.3
2	なし	71	38.2
3	無回答	107	57.5
	全体	186	100.0

問2 日中の活動状況 その他（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	7	3.8
2	なし	72	38.7
3	無回答	107	57.5
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 外来通院（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	入院時と同じ病院	142	76.3
2	入院時と異なる病院（転院）	18	9.7
3	利用せず	4	2.2
4	無回答	22	11.8
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 外来通院（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	入院時と同じ病院	134	72.0
2	入院時と異なる病院（転院）	15	8.1
3	利用せず	5	2.7
4	無回答	32	17.2
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 外来通院（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	入院時と同じ病院	110	59.1
2	入院時と異なる病院（転院）	21	11.3
3	利用せず	25	13.4
4	無回答	30	16.1
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 訪問看護（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	病院からの訪問看護を利用	12	6.5
2	訪問看護ステーションを利用	22	11.8
3	利用せず	119	64.0
4	無回答	33	17.7
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 訪問看護（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	病院からの訪問看護を利用	11	5.9
2	訪問看護ステーションを利用	21	11.3
3	利用せず	112	60.2
4	無回答	42	22.6
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス1 訪問看護（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	病院からの訪問看護を利用	10	5.4
2	訪問看護ステーションを利用	18	9.7
3	利用せず	118	63.4
4	無回答	40	21.5
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 配食サービス（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	4	2.2
2	なし	153	82.3
3	無回答	29	15.6
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 配食サービス（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	4	2.2
2	なし	140	75.3
3	無回答	42	22.6
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 配食サービス（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	1	0.5
2	なし	140	75.3
3	無回答	45	24.2
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 ホームヘルプ（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	5	2.7
2	なし	152	81.7
3	無回答	29	15.6
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 ホームヘルプ（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	6	3.2
2	なし	138	74.2
3	無回答	42	22.6
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 ホームヘルプ（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	5	2.7
2	なし	136	73.1
3	無回答	45	24.2
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 その他（退院時）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	0	0.0
2	なし	96	51.6
3	無回答	90	48.4
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 その他（退院1ヵ月）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	0	0.0
2	なし	89	47.8
3	無回答	97	52.2
	全体	186	100.0

問2 医療福祉サービス2 その他（1年後）

No.	カテゴリー名	n	%
1	あり	0	0.0
2	なし	87	46.8
3	無回答	99	53.2
	全体	186	100.0

問3 ケア会議の開催

No.	カテゴリー名	n	%
1	開催した	29	15.6
2	開催していない	117	62.9
3	わからない	30	16.1
4	無回答	10	5.4
	全体	186	100.0

問3 付問1 ケア会議を連絡・調整する人が決まっていたか

No.	カテゴリー名	n	%
1	決まっていた	27	93.1
2	決まっていなかった	2	6.9
3	わからない	0	0.0
4	無回答	0	0.0
5	非該当	157	
	全体	29	100.0

問3 付問2 ケア会議を連絡・調整する人の職種

No.	カテゴリー名	n	%
1	看護師・准看護師	12	44.4
2	精神保健福祉士	18	66.7
3	作業療法士	0	0.0
4	心理士	0	0.0
5	その他	0	0.0
6	無回答	0	0.0
7	非該当	159	
	全体	27	100.0

問4 退院時ケアプランの変更

No.	カテゴリー名	n	%
1	変更せずに利用している	51	27.4
2	変更して利用している	10	5.4
3	利用していない	89	47.8
4	無回答	36	19.4
	全体	186	100.0

問5 予定外のケアプランの見直しの必要性

No.	カテゴリー名	n	%
1	あった	16	8.6
2	なかった	138	74.2
3	無回答	32	17.2
	全体	186	100.0

問5 付問1 見直しの時期

No.	カテゴリー名	n	%
1	退院直後	2	12.5
2	退院1か月後	5	31.3
3	その他	9	56.3
4	無回答	0	0.0
5	非該当	170	
	全体	16	100.0

問6 退院後の再入院経験

No.	カテゴリー名	n	%
1	ある	49	26.3
2	ない	110	59.1
3	わからない	15	8.1
4	無回答	12	6.5
	全体	186	100.0

問6 再入院の回数

No.	カテゴリー名	n	%
1	1回	26	53.1
2	2回	18	36.7
3	3回	3	6.1
4	4回	1	2.0
5	5回	1	2.0
6	無回答	0	0.0
7	非該当	137	
	全体	49	100.0

問6 1回目入院日数

合計	1934.00
平均	74.38
分散(n-1)	8466.73
標準偏差	92.01
最大値	321.00
最小値	1.00
不明	0
非該当	160
全体	26

問6 1回目入院理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	服薬中断による症状の悪化	1	3.8
2	服薬中断以外の理由による症状の悪化	11	42.3
3	休息入院	4	15.4
4	その他	6	23.1
	不明	4	15.4
	非該当	160	
	全体	26	100.0

問6 2回目入院日数

合計	1545.00
平均	85.83
分散(n-1)	9991.09
標準偏差	99.96
最大値	384.00
最小値	10.00
不明	0
非該当	168
全体	18

問6 2回目入院理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	服薬中断による症状の悪化	2	11.1
2	服薬中断以外の理由による症状の悪化	9	50.0
3	休息入院	4	22.2
4	その他	1	5.6
	不明	2	11.1
	非該当	168	
	全体	18	100.0

問6 3回目入院日数

合計	104.00
平均	34.67
分散(n-1)	89.33
標準偏差	9.45
最大値	42.00
最小値	24.00
不明	0
非該当	183
全体	3

問6 3回目入院理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	服薬中断による症状の悪化	0	0.0
2	服薬中断以外の理由による症状の悪化	1	33.3
3	休息入院	1	33.3
4	その他	0	0.0
	不明	1	33.3
	非該当	183	
	全体	3	100.0

問6 4回目入院日数

合計	32.00
平均	32.00
分散(n-1)	
標準偏差	
最大値	32.00
最小値	32.00
不明	0
非該当	185
全体	1

問6 4回目入院理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	服薬中断による症状の悪化	0	0.0
2	服薬中断以外の理由による症状の悪化	0	0.0
3	休息入院	1	100.0
4	その他	0	0.0
	不明	0	0.0
	非該当	185	
	全体	1	100.0

問6 5回目入院日数

合計	137.00
平均	137.00
分散(n-1)	
標準偏差	
最大値	137.00
最小値	137.00
不明	0
非該当	185
全体	1

問6 5回目入院理由

No.	カテゴリー名	n	%
1	服薬中断による症状の悪化	0	0.0
2	服薬中断以外の理由による症状の悪化	0	0.0
3	休息入院	0	0.0
4	その他	0	0.0
	不明	1	100.0
	非該当	185	
	全体	1	100.0

問7 ケアマネの有無

No.	カテゴリー名	n	%
1	いる	54	29.0
2	いない	117	62.9
	不明	15	8.1
	全体	186	100.0

問7 付問1 ケアマネージャーに該当するものの職種<複数回答>

No.	カテゴリー名	n	%
1	看護師・准看護師	36	66.7
2	精神保健福祉士	27	50.0
3	作業療法士	1	1.9
4	心理士	0	0.0
5	その他	3	5.6
	不明	0	0.0
	非該当	132	
	全体	54	100.0

問 7 付問 2 ケアマネージャーの関わり時期

No.	カテゴリー名	n	%
1	入院前から	13	7.0
2	入院中から	23	12.4
3	退院後から	10	5.4
	不明	140	75.3
	非該当	0	
	全体	186	100.0

2) 疾患別集計

問2 住居の状況		合計	退院時						退院1か月後						現在								
			家族と同居	単身生活	地域の居住サービスを利用	老人保健施設等に入所	その他	無回答	家族と同居	単身生活	地域の居住サービスを利用	老人保健施設等に入所	その他	再入院	無回答	家族と同居	単身生活	地域の居住サービスを利用	老人保健施設等に入所	その他	再入院	無回答	
疾患名	全体	186 100.0	114 61.3	35 18.8	5 2.7	2 1.1	2 1.1	10 5.4	20 10.8	103 55.4	31 16.7	5 2.7	3 1.6	12 6.5	5 2.7	27 14.5	92 49.5	30 16.1	4 2.2	3 1.6	22 11.8	14 7.5	21 11.3
	統合失調症	85 100.0	49 57.6	19 22.4	3 3.5	1 1.2	1 1.2	5 5.9	8 9.4	42 49.4	16 18.8	3 3.5	2 2.4	7 8.2	3 3.5	12 14.1	39 45.9	15 17.6	2 2.4	2 2.4	8 9.4	11 12.9	8 9.4
	気分障害	41 100.0	33 80.5	1 2.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	2 4.9	5 12.2	32 78.0	1 2.4	0 0.0	0 0.0	1 2.4	2 4.9	5 12.2	29 70.7	2 4.9	0 0.0	0 0.0	3 7.3	3 7.3	4 9.8
	その他	62 100.0	33 53.2	16 25.8	2 3.2	1 1.6	1 1.6	3 4.8	7 11.3	29 46.8	15 24.2	2 3.2	1 1.6	5 8.1	0 0.0	10 16.1	24 38.7	14 22.6	2 3.2	1 1.6	12 19.4	0 0.0	9 14.5

問2 外来OT		退院時			退院1か月後			現在			
	合計	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	
疾患名	全体	186 100.0	4 2.2	132 71.0	50 26.9	2 1.1	121 65.1	63 33.9	2 1.1	117 62.9	67 36.0
	統合失調症	85 100.0	3 3.5	62 72.9	20 23.5	2 2.4	55 64.7	28 32.9	1 1.2	56 65.9	28 32.9
	気分障害	41 100.0	0 0.0	31 75.6	10 24.4	0 0.0	31 75.6	10 24.4	0 0.0	31 75.6	10 24.4
	その他	62 100.0	1 1.6	40 64.5	21 33.9	0 0.0	35 56.5	27 43.5	1 1.6	30 48.4	31 50.0

問2 デイケア		退院時			退院1か月後			現在		
疾患名	合計	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答	あり	なし	無回答
	全体	186 100.0	27 14.5	127 68.3	32 17.2	28 15.1	113 60.8	45 24.2	23 12.4	113 60.8
	統合失調症	85 100.0	15 17.6	59 69.4	11 12.9	16 18.8	50 58.8	19 22.4	12 14.1	53 62.4
	気分障害	41 100.0	4 9.8	30 73.2	7 17.1	4 9.8	30 73.2	7 17.1	5 12.2	29 70.7
	その他	62 100.0	9 14.5	39 62.9	14 22.6	9 14.5	33 53.2	20 32.3	7 11.3	31 50.0

問2 その他日中活動		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名	合計	あり	無回答	あり	なし	あり	なし
		無回答	なし	無回答	なし	無回答	なし
全体	186 100.0	9 4.8	78 41.9	99 53.2	8 4.3	71 38.2	107 57.5
統合失調症	85 100.0	2 2.4	44 51.8	39 45.9	1 1.2	40 47.1	42 49.4
気分障害	41 100.0	4 9.8	16 39.0	21 51.2	4 9.8	16 39.0	21 51.2
その他	62 100.0	3 4.8	19 30.6	40 64.5	3 4.8	15 24.2	45 72.6

問2 外来通院		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名	合計	入院時 病院	入院時 と異なる 病院 (転)	退院時 利用せ ず	無回答	入院時 と異なる 病院 (転)	入院時 利用せ ず
		無回答	なし	無回答	なし	無回答	なし
全体	186 100.0	142 76.3	18 9.7	4 2.2	22 11.8	134 72.0	15 8.1
統合失調症	85 100.0	63 74.1	8 9.4	3 3.5	11 12.9	60 70.6	6 7.1
気分障害	41 100.0	34 82.9	3 7.3	0 0.0	4 9.8	33 80.5	2 4.9
その他	62 100.0	47 75.8	7 11.3	1 1.6	7 11.3	42 67.7	8 12.9

問2 訪問看護		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名	合計	病院か らの訪 問看護 を利用	訪問看 護ス テー ション	退院時 利用せ ず	無回答	病院か らの訪 問看護 を利用	訪問看 護ス テー ション
		無回答	なし	無回答	なし	無回答	なし
全体	186 100.0	12 6.5	22 11.8	119 64.0	33 17.7	11 5.9	21 11.3
統合失調症	85 100.0	10 11.8	11 12.9	52 61.2	12 14.1	10 11.8	10 11.8
気分障害	41 100.0	0 0.0	2 4.9	31 75.6	8 19.5	0 0.0	2 4.9
その他	62 100.0	2 3.2	10 16.1	37 59.7	13 21.0	1 1.6	10 16.1

問2 配食サービス		合計		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
全体		186	100.0	4	153	29	4	140	42
		100.0		2.2	82.3	15.6	2.2	75.3	22.6
統合失調症		85	100.0	2	70	13	2	60	23
		100.0		2.4	82.4	15.3	2.4	70.6	27.1
気分障害		41	100.0	1	33	7	1	33	7
		100.0		2.4	80.5	17.1	2.4	80.5	17.1
その他		62	100.0	1	51	10	1	47	14
		100.0		1.6	82.3	16.1	1.6	75.8	22.6

問2 ホームヘルプ		合計		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
全体		186	100.0	5	152	29	6	138	42
		100.0		2.7	81.7	15.6	3.2	74.2	22.6
統合失調症		85	100.0	3	69	13	3	59	23
		100.0		3.5	81.2	15.3	3.5	69.4	27.1
気分障害		41	100.0	0	34	7	0	34	7
		100.0		0.0	82.9	17.1	0.0	82.9	17.1
その他		62	100.0	2	50	10	3	45	14
		100.0		3.2	80.6	16.1	4.8	72.6	22.6

問2 その他医療福祉サービス		合計		退院時		退院1か月後		現在	
疾患名				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
				無回答	無回答	あり	なし	あり	なし
				あり	なし	あり	なし	あり	なし
全体		186	100.0	0	96	90	0	89	97
		100.0		0.0	51.6	48.4	0.0	47.8	52.2
統合失調症		85	100.0	0	50	35	0	45	40
		100.0		0.0	58.8	41.2	0.0	52.9	47.1
気分障害		41	100.0	0	20	21	0	20	21
		100.0		0.0	48.8	51.2	0.0	48.8	51.2
その他		62	100.0	0	27	35	0	24	38
		100.0		0.0	43.5	56.5	0.0	38.7	61.3

問3 ケア会議		合計	開催した	開催していない	わからな	無回答
疾患名	全体	186 100.0	29 15.6	117 62.9	30 16.1	10 5.4
	統合失調症	85 100.0	14 16.5	52 61.2	14 16.5	5 5.9
	気分障害	41 100.0	5 12.2	29 70.7	4 9.8	3 7.3
	その他	62 100.0	11 17.7	37 59.7	12 19.4	2 3.2

問4 ケアプランの継続		合計	変更せずに利用している	変更して利用している	利用していない	無回答
疾患名	全体	186 100.0	51 27.4	10 5.4	89 47.8	36 19.4
	統合失調症	85 100.0	23 27.1	3 3.5	42 49.4	17 20.0
	気分障害	41 100.0	13 31.7	3 7.3	18 43.9	7 17.1
	その他	62 100.0	16 25.8	4 6.5	30 48.4	12 19.4

問5 予定外のケアプランの見直し		合計	あった	なかった	無回答
疾患名	全体	186 100.0	16 8.6	138 74.2	32 17.2
	統合失調症	85 100.0	7 8.2	64 75.3	14 16.5
	気分障害	41 100.0	4 9.8	31 75.6	6 14.6
	その他	62 100.0	5 8.1	45 72.6	12 19.4

問 6 退院後の再入院経験		合計		ある		ない		わから ない		無回答	
疾患名	全体	186	100.0	49	26.3	110	59.1	15	8.1	12	6.5
	統合失調症	85	100.0	24	28.2	48	56.5	7	8.2	6	7.1
	気分障害	41	100.0	13	31.7	23	56.1	1	2.4	4	9.8
	その他	62	100.0	13	21.0	39	62.9	8	12.9	2	3.2

問 7 ケアマネの有無		合計		いる		いない		無回答	
疾患名	全体	186	100.0	54	29.0	117	62.9	15	8.1
	統合失調症	85	100.0	34	40.0	44	51.8	7	8.2
	気分障害	41	100.0	5	12.2	32	78.0	4	9.8
	その他	62	100.0	16	25.8	42	67.7	4	6.5

2. 調査対象者の入院時の状況

1) 入院期間別患者数

■全体

		3か月以内	3か月超	無回答
全体	256	187	68	1
%		73.0	26.6	0.4
平均在院日数	(日)	46.2	155.1	

■性別

		3か月以内	3か月超	無回答
男性	121	82	38	1
%		67.8	31.4	0.8
女性	127	99	28	0
%		78.0	22.0	0.0
無回答	8	6	2	0
%		75.0	25.0	0.0

■年齢

		3か月以内	3か月超	無回答
20歳代以下	38	28	10	0
%		73.7	26.3	0.0
30歳代	56	46	10	0
%		82.1	17.9	0.0
40歳代	51	34	17	0
%		66.7	33.3	0.0
50歳代	36	26	10	0
%		72.2	27.8	0.0
60歳代	33	22	11	0
%		66.7	33.3	0.0
70歳以上	30	21	8	1
%		70.0	26.7	3.3
無回答	12	10	2	0
%		83.3	16.7	0.0
平均年齢	(歳)	46.2	48.5	71.0

■診断名

		3か月以内	3か月超	無回答
統合失調症	130	85	44	1
%		65.4	33.8	0.8
気分障害	53	42	11	0
%		79.2	20.8	0.0
その他	76	62	14	0
%		81.6	18.4	0.0

■その他の診断名

		3か月以内	3か月超	無回答
F0	14	10	4	0
%		71.4	28.6	0.0
F1	23	20	3	0
%		87.0	13.0	0.0
F4	15	12	3	0
%		80.0	20.0	0.0
F5	2	2	0	0
%		100.0	0.0	0.0
F6	14	13	1	0
%		92.9	7.1	0.0
F7、F8	5	3	2	0
%		60.0	40.0	0.0
その他	2	2	0	0
%		100.0	0.0	0.0
無回答	1	0	1	0
%		0.0	100.0	0.0

■入院形態

		3か月以内	3か月超	無回答
任意入院	108	82	26	0
%		75.9	24.1	0.0
医療保護入院	129	91	37	1
%		70.5	28.7	0.8
措置入院	11	7	4	0
%		63.6	36.4	0.0
無回答	8	7	1	0
%		87.5	12.5	0.0

■入院理由

		3か月以内	3か月超	無回答
服薬中断	51	35	15	1
%		68.6	29.4	2.0
服薬中断以外	97	64	33	0
%		66.0	34.0	0.0
休息入院	33	28	5	0
%		84.8	15.2	0.0
その他	58	46	12	0
%		79.3	20.7	0.0
無回答	17	14	3	0
%		82.4	17.6	0.0

■能力障害の程度

		3か月以内	3か月超	無回答
程度1	12	12	0	0
%		100.0	0.0	0.0
程度2	60	51	9	0
%		85.0	15.0	0.0
程度3	82	56	26	0
%		68.3	31.7	0.0
程度4	73	48	24	1
%		65.8	32.9	1.4
程度5	29	20	9	0
%		69.0	31.0	0.0

■精神症状の程度

		3か月以内	3か月超	無回答
程度1	12	12	0	0
%		100.0	0.0	0.0
程度2	32	28	4	0
%		87.5	12.5	0.0
程度3	47	34	13	0
%		72.3	27.7	0.0
程度4	66	46	19	1
%		69.7	28.8	1.5
程度5	55	39	16	0
%		70.9	29.1	0.0
程度6	42	27	15	0
%		64.3	35.7	0.0
無回答	2	1	1	0
%		50.0	50.0	0.0

2)3か月以内に退院した患者の疾患別患者数

■全体(MA)

		統合失調症	気分障害	その他
全体	186	85	41	62
%		45.7	22.0	33.3

■性別

		男性	女性	無回答
統合失調症	85	33	49	3
%		38.8	57.6	3.5
気分障害	41	16	24	1
%		39.0	58.5	2.4
その他	62	34	26	2
%		54.8	41.9	3.2

■年齢

		20歳代以下	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	無回答
統合失調症	85	17	18	20	14	6	7	3
%		20.0	21.2	23.5	16.5	7.1	8.2	3.5
気分障害	41	3	13	4	8	8	3	2
%		7.3	31.7	9.8	19.5	19.5	7.3	4.9
その他	62	9	15	11	4	8	10	5
%		14.5	24.2	17.7	6.5	12.9	16.1	8.1

■入院形態

		任意	医療保護	措置	無回答
統合失調症	85	29	49	3	4
%		34.1	57.6	3.5	4.7
気分障害	41	20	19	1	1
%		48.8	46.3	2.4	2.4
その他	62	33	24	3	2
%		53.2	38.7	4.8	3.2

■入院理由

		服薬中断	服薬中断 以外	休息入院	その他	無回答
統合失調症	85	25	27	11	15	7
%		29.4	31.8	12.9	17.6	8.2
気分障害	41	7	16	10	6	2
%		17.1	39.0	24.4	14.6	4.9
その他	62	3	23	7	24	5
%		4.8	37.1	11.3	38.7	8.1

■入院期間

		1か月以内	2か月以内	3か月以内	平均在院日 数(日)
全体	186	70	58	58	46.0
%		37.6	31.2	31.2	
統合失調症	85	27	26	32	51.5
%		31.8	30.6	37.6	
気分障害	41	9	14	18	53.6
%		22.0	34.1	43.9	
その他	62	36	18	8	32.5
%		58.1	29.0	12.9	

■能力障害の程度

		程度1	程度2	程度3	程度4	程度5	平均程度
統合失調症	85	5	15	27	27	11	3.3
%		5.9	17.6	31.8	31.8	12.9	
気分障害	41	1	15	12	8	5	3.0
%		2.4	36.6	29.3	19.5	12.2	
その他	62	6	21	17	14	4	2.8
%		9.7	33.9	27.4	22.6	6.5	

■精神症状の程度

		程度1	程度2	程度3	程度4	程度5	程度6	無回答
統合失調症	85	3	5	13	28	20	15	1
%		3.5	5.9	15.3	32.9	23.5	17.6	1.2
気分障害	41	1	11	9	8	7	5	0
%		2.4	26.8	22.0	19.5	17.1	12.2	0.0
その他	62	8	12	12	10	13	7	0
%		12.9	19.4	19.4	16.1	21.0	11.3	0.0

3)3か月以内に退院した患者の再入院の有無別患者数

■全体

		ある	ない	わからない	無回答
全体	186	49	110	15	12
%		26.3	59.1	8.1	6.5

■性別

		ある	ない	わからない	無回答
男性	82	19	49	9	5
%		23.2	59.8	11.0	6.1
女性	98	28	58	5	7
%		28.6	59.2	5.1	7.1
無回答	6	2	3	1	0
%		33.3	50.0	16.7	0.0

■年齢

		ある	ない	わからない	無回答
20歳代以下	28	6	19	2	1
%		21.4	67.9	7.1	3.6
30歳代	46	10	32	3	1
%		21.7	69.6	6.5	2.2
40歳代	34	11	17	1	5
%		32.4	50.0	2.9	14.7
50歳代	26	8	13	5	0
%		30.8	50.0	19.2	0.0
60歳代	22	4	16	1	1
%		18.2	72.7	4.5	4.5
70歳以上	20	5	9	2	4
%		25.0	45.0	10.0	20.0
無回答	10	5	4	1	0
%		50.0	40.0	10.0	0.0
平均年齢(歳)	186	46.2	44.9	48.6	52.1

■診断名

		ある	ない	わからない	無回答
統合失調症	85	24	48	7	6
%		28.2	56.5	8.2	7.1
気分障害	41	13	23	1	4
%		31.7	56.1	2.4	9.8
その他	62	13	39	8	2
%		21.0	62.9	12.9	3.2

■入院形態

		ある	ない	わからない	無回答
任意入院	81	30	46	2	3
%		37.0	56.8	2.5	3.7
医療保護入院	91	17	54	12	8
%		18.7	59.3	13.2	8.8
措置入院	7	0	6	0	1
%		0.0	85.7	0.0	14.3
無回答	7	2	4	1	0
%		28.6	57.1	14.3	0.0

■入院理由

		ある	ない	わからない	無回答
服薬中断	35	7	21	4	3
%		20.0	60.0	11.4	8.6
服薬中断以外	64	16	38	7	3
%		25.0	59.4	10.9	4.7
休息入院	28	14	13	0	1
%		50.0	46.4	0.0	3.6
その他	45	8	30	3	4
%		17.8	66.7	6.7	8.9
無回答	14	4	8	1	1
%		28.6	57.1	7.1	7.1

■能力障害の程度

		ある	ない	わからない	無回答
程度1	12	2	7	0	3
%		16.7	58.3	0.0	25.0
程度2	50	13	31	3	3
%		26.0	62.0	6.0	6.0
程度3	56	17	33	3	3
%		30.4	58.9	5.4	5.4
程度4	48	11	28	6	3
%		22.9	58.3	12.5	6.3
程度5	20	6	11	3	0
%		30.0	55.0	15.0	0.0

■精神症状の程度

		ある	ない	わからない	無回答
程度1	12	1	10	0	1
%		8.3	83.3	0.0	8.3
程度2	27	6	15	2	4
%		22.2	55.6	7.4	14.8
程度3	34	11	18	2	3
%		32.4	52.9	5.9	8.8
程度4	46	11	29	4	2
%		23.9	63.0	8.7	4.3
程度5	39	12	24	2	1
%		30.8	61.5	5.1	2.6
程度6	27	7	14	5	1
%		25.9	51.9	18.5	3.7
無回答	1	1	0	0	0
%		100.0	0.0	0.0	0.0

平成 21 年度 障害者保健福祉推進事業 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育成などに関する調査研究事業

発行日：2010 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

T E L : 03-5796-7033 F A X : 03-5796-7034 <http://www.jpna.jp/>

制 作：株式会社精神看護出版

〒140-0001 東京都品川区北品川 1-13-10 ストークビル北品川 5 階

T E L : 03-5715-3545 F A X : 03-5715-3546 <http://www.seishinkango.co.jp/>
