

平成 27 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

**長期入院精神障害者の地域移行に
向けた支援方策に関する研究
報告書**

平成28年3月



公益社団法人
日本精神科病院協会

もくじ

1	事業概要	02
2	研究内容と考察	05
	1.長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケート	
	2.精神科病院における地域移行推進の効果的な実践事例	
	3.研修会プログラム・テキストの企画	
	4.モデル研修「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会」開催	
	5.退院の手引きの企画・作成	
3	検討委員会等実施状況	26
4	検討委員会委員等名簿	28
5	成果物公表計画	29
6	資料	31
	①研修会テキスト	
	②退院に向けてのハンドブック(縮小版・モノクロ)	

事業概要

事業名	長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究
事業の目的	<p>平成26年7月に取りまとめられた「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ)」では、長期入院精神障害者本人に対する支援について、①退院に向けた意欲の喚起②本人の意向に沿った移行支援③地域生活の支援等、地域移行の段階ごとに議論し、具体的方策の方向性について取りまとめた。長期入院精神障害者の地域移行のため、これらの具体的方策の方向性が実現されるよう、必要な検討を行った上で、取組を進めていくことが重要である。</p> <p>特に、本人の意向に沿った移行支援を行うためには、地域移行後の生活準備に向けた支援として精神障害者を精神科病院入院中から支援することが必要であるが、現在この支援については病院等が独自に取り組んでいる状況である。</p> <p>そこで、入院中から地域移行後の生活準備に向けた支援の充実に資するため、当協会会員病院(1,207病院)を中心に、地域移行推進のための精神科病院における効果的な取組に関する事例の収集、病院職員への生活準備に向けた研修内容の検討、標準化された研修テキスト及び退院の手引きを作成し、その評価を行う。</p>
事業内容及び手法	<p>入院中から地域移行後の生活準備に向けた支援の充実に資する以下の事業を行う。</p> <p>(1) 会員病院(1,207病院)から病院独自の地域移行推進のための取り組み(特に入院中の患者本人への取り組み)の事例をアンケート調査で収集し、病床数・地域性・保有施設等で分類し分析を行う。また、病院独自で使用しているツール(パンフレット・ポスター・手引書等)も併せて収集し、必要項目・利便性・視認性等を検証する。特に先進的な事例を有する病院には追跡調査を行い、事例集に収録する。</p> <p>(2) (1)で収集された事例を分析し課題を把握する。当該課題を踏まえて、地域移行業務従事者に必要な知識の幅と深さを明確化し、精神科病院職員への生活準備支援に向けた研修内容の検討及び標準化されたプレテキストの作成を行い、それを用いて受講者100人規模のモデル研修を1回開催する。</p> <p>(3) (1)で収集されたツールの検証を行い、イメージ図やフロー図等を多用して精神科病院職員が説明しやすく、患者本人がイメージしやすい退院の手引き案を作成する。</p>

	<p>(4) (2) 及び(3) で作成したプレテキスト・プレ退院の手引きを研修会時に使用し、受講者からの評価・指摘を踏まえて改良し、成果物を作成する。</p>
<p>事業実施内容</p>	<p>1. 「長期入院患者に向けた退院促進・地域移行支援の取り組み」に関する調査を実施。会員病院(1,207病院)に対し、メールおよびFAXにて質問票を送付。回答率は30.16%(364病院)だった。</p> <p>2. 上記調査回答、日本精神科病院協会雑誌論文掲載および日本精神科医学会学術大会において退院促進・地域移行をテーマに演題発表されたものから効果的な事例、特に先進的な事例を有する病院を11病院選定し、さらなる資料・情報提供依頼にご協力いただいた5病院の取り組みを共有するべく事例集に収録した。</p> <p>3. 上記調査では病院独自で作成しているポスター・チラシ・リーフレット・クリティカルパスのサンプル提供を呼びかけ、ポスター・チラシ・リーフレットは9病院から13種類、クリティカルパスは24病院から41種類をご提供いただいた。</p> <p>4. 地域移行を進めていくにあたり、医療従事者に必要な知識として以下の5点に絞り、研修会のプログラム及びテキストを作成、モデル研修を1回開催し、受講者アンケートの指摘を踏まえて改良を行った。</p> <p>(1) 地域移行推進に関する医療政策の流れ</p> <p>(2) 長期入院精神障害者の実態について</p> <p>(3) 退院後の支援体制・地域の社会資源</p> <p>(4) 入院中の関わり方のポイント</p> <p>(5) 退院支援に関する準備項目と支援チェックシート</p> <p>5. 各種制度や支援・サービスメニューを盛り込んだ退院の手引き(成果物は「退院に向けてのハンドブック」)を作成し、モデル研修にてプレ版を開示、受講者アンケートの指摘を踏まえて改良を行った。患者および家族に対し説明すべき制度・サービスとして以下の項目を盛り込んだ。</p> <p>(1) 居住系支援 共同生活援助(グループホーム)／施設入所支援／宿泊型自立訓練／短期入所(ショートステイ)／公営住宅 ※高齢者向けとして 有料老人ホーム／サービス付き高齢者向け住宅／特別養護老人ホーム／軽費老人ホーム(ケアハウス)</p> <p>(2) 経済的・制度的・財産を守る制度 障害年金／生活保護／自立支援医療(精神通院医療) 日常生活自立支援事業／成年後見制度</p> <p>(3) 日中活動 生活介護／自立訓練／就労移行支援／就労継続支援(A・B型)／ハローワーク／障害者就業・生活支援センター／地域活動支援センター／外来作業療法／精神科デイ・ケア／地域のデイ・ケア</p>

	<p>(4)生活 居宅介護(ホームヘルプ)／精神科訪問看護</p> <p>(5)相談支援 障害福祉サービスの相談支援／65歳以上の方:介護保険サービスの相談支援</p> <p>(6)知っておきたい「こころ」と「からだ」のこと 「こころ」と「からだ」のおくすりについて／すこやかな毎日を過ごすための生活習慣8か条</p> <p>(7)精神障害者保健福祉手帳</p>
<p>考察</p>	<p>「長期入院患者に向けた退院促進・地域移行支援の取り組み」に関するアンケートの調査結果からは、長期入院の患者に対する調査だったためか退院先に単身生活より家族との同居、または施設での生活をイメージした取り組みが多かった。従って、受け入れる家族の支援と、施設職員の精神障害への基本的知識の理解と患者個々の情報の共有が大切になってくる。また、ピアサポーターは地域生活のイメージをしやすくする。一定の講習会を受けたサポーターが重要になってくる。精神障害福祉・障害年金受給・障害支援区分・介護認定の申請は時間がかかる場合が多く、入院当初から進めてゆくことが大切である。地域生活の支援については病院のバックアップ・サポートは勿論であるが、障害福祉サービス・行政や市町村に加え地域の住民に安心感を持ってもらい、緊急時の対応等の役割分担をはっきりさせておくことが重要である。</p> <p>特徴的・先進的な事例は、退院意欲促進の働きかけについて評価尺度を使用している病院や、院長・看護部長が方向性を示すことで阻害因子を払除したり、グループでの退院を志したり、家族を治療チームの一員に巻き込む取り組みなど参考となる5例を紹介した。</p> <p>入院の原因を慎重に分析することや医療スタッフの思い込み、印象だけで選定せず、全ての患者を対象に考えてみる必要があることへの気付きにつなげることができた。</p> <p>モデル研修の受講者から、研修会テキスト・退院ハンドブックについて多くの意見が寄せられたが、特に印象的だったのは、「精神保健福祉士には理解しやすいが、看護師には理解が難しいのではないか」という意見だった。入院中は看護師が中心で退院促進を行っているが、多職種によるアセスメントが重要で、まだまだ不足していることが明らかになった。</p> <p>退院ハンドブックの制作においては、年齢も生活能力も家族環境も病状も異なる方々に対して、全国一律の情報提供することや、解りやすい表現の基準をどこに定めるのかなどの検討は大変難しく、課題も多かった。今回作成した成果物が退院促進や地域生活の支援に役に立つ物になったと確信している。</p>

研究内容と考察

1. 長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケート

1) 目的

本人の意向に沿った移行支援を行うためには、地域移行後の生活準備に向けた支援として精神障害者を精神科病院入院中から支援することが必要であるが、支援については病院等が独自に取り組んでいる状況である。精神科病院における地域移行推進のための取組状況と効果的な事例の収集、および病院職員への生活準備に関する研修内容を検討し、標準化された研修テキスト及び退院の手引きを作成するための参考資料収集を目的に実施した。

2) 方法

日本精神科病院協会の会員に対して、長期入院障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケートを行った。調査票・回答票はメールおよびFAXにて送付、回答票はデータ入力後にメール返信又はFAXで返信いただいた。

3) 期間と対象

調査期間は平成27年8月17日～9月15日。対象は平成27年8月17日時点での会員1,207病院。

4) 調査結果

回答数は364病院(回収率30.16%)。

クリティカルパスを導入している病院は49病院(13.5%)で、導入していない病院は311病院(85.4%)だった。長期入院患者向けに退院パスを作成している病院は16病院(4.4%)、作成していない病院は343病院(94.2%)だった。独自で退院意欲の喚起や退院に関する不安軽減のためのツール(ポスター・パンフレット・手引書等)を作成している病院は20病院(5.5%)、作成していない病院は340病院(93.4%)だった。

入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを実施している病院は285病院(78.3%)、実施していない病院は76病院(20.9%)と実施している病院が多かった。

実施例の3グループごとに内容を検証した。

A: 退院に向けた意欲の喚起

最も多かったのは外泊体験だった。外泊先は自宅が多く、患者本人の意欲の喚起や退院後のイメージを抱かせるためと家族への近況と治療の方向性を説明して不安の軽減するものが多かった。又、外泊先として、グループホームや宿泊型自立訓練施設もあった。アパートを退院先に考えるアンケート結果は少なかった。次に多かったのは、ピアサポーターや退院した元患者との交流会や講演会だった。その他、作業療法・心理教育・SSTを使っでの退院意欲の喚起も見られた。

B: 本人の意欲に沿った移行支援

精神障害者保健福祉手帳申請・障害年金受給に向けた支援や障害支援区分・要介護認定の申請手続きが多かった。グループホームや介護保健施設への見学・体験入所や就労事業所等への見学も見られた。作業療法・SSTを使っでの日常生活技能訓練として買い物・調理・服薬管理などもあった。入院中からデイ・ケア使用や退院前訪問看護を使って退院後の具体的環境をイメージさせるものもあった。

C: 地域生活の支援

病院のサポート・バックアップ(外来部門・デイ・ケア・訪問看護)により継続的な支援を行っていた。外部支援施設(訪問看護ステーション・訪問看護・障害福祉サービス等)や退院先のグループホーム・介護施設や地域生活支援センターの相談支援専門員やケアマネージャー等と連携も多く見られた。又、不動産・大家・地域住民等とも情報交換し、病院が地域参加・地域交流を積極的に行い、安心感を持ってもらうものもあった。また行政や市町村とも連携し、支援するものもあった。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケート

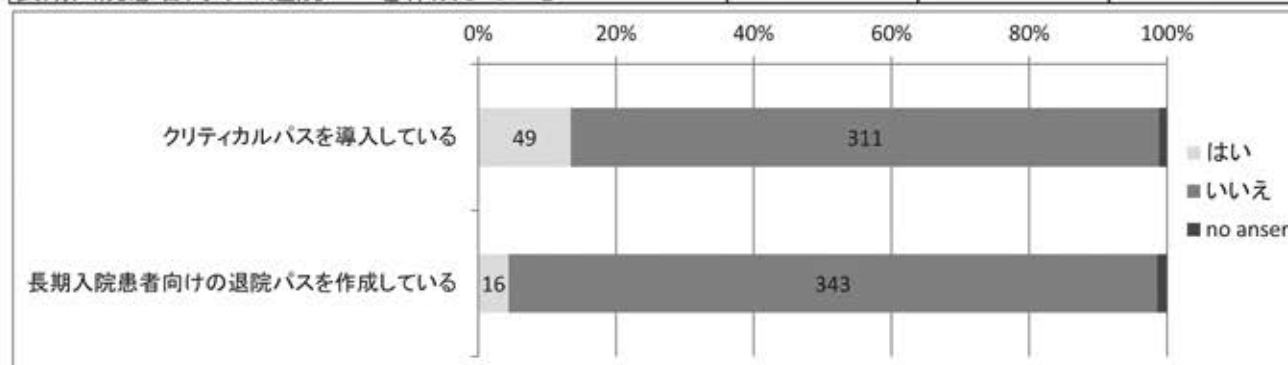
アンケート実施期間：2015年8月17日～9月15日

回収数：364病院(回収率30.16%)

貴院の長期入院患者に向けた退院促進・地域移行支援の取り組みについて教えてください。

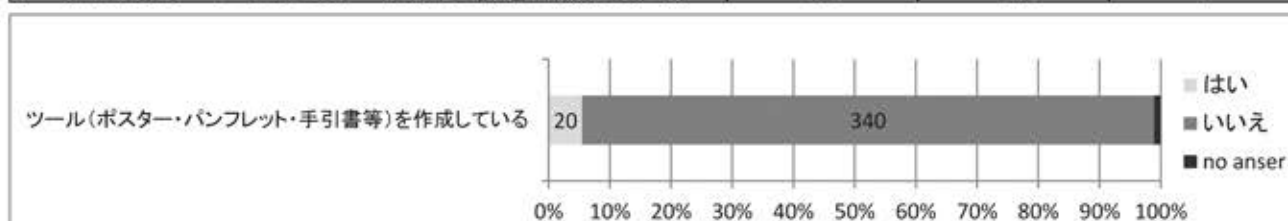
1. クリティカルパスを導入していますか？また、長期入院患者向けの退院パスは作成していますか？

	はい	いいえ	no answer
クリティカルパスを導入している	49	311	4
長期入院患者向けの退院パスを作成している	16	343	5



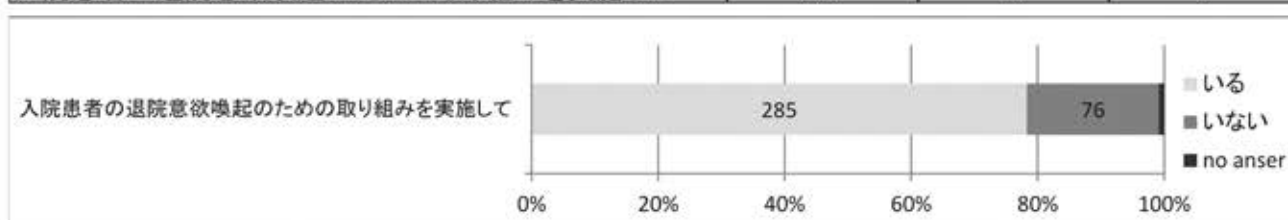
2. 貴院独自で退院意欲喚起や退院に関する不安軽減のためのツール(ポスター・パンフレット・手引書等)を作成していますか？

	はい	いいえ	no answer
ツール(ポスター・パンフレット・手引書等)を作成している	20	340	4



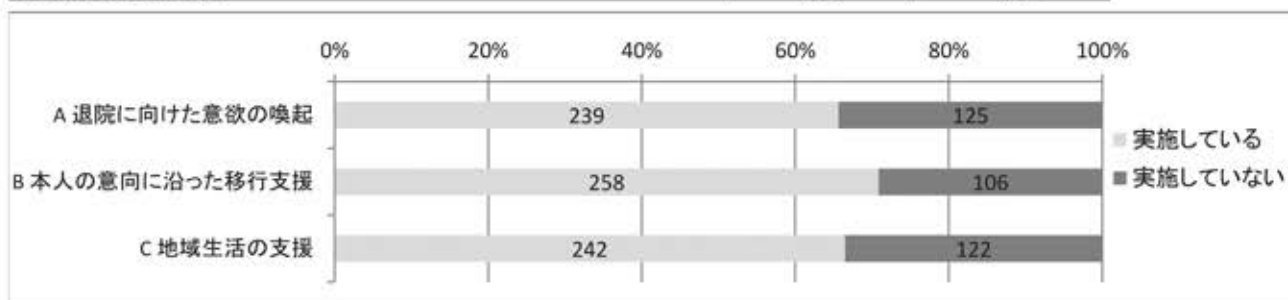
3. 貴院では入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを実施していますか？

	いる	いない	no answer
入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを実施して	285	76	3



実施している場合、例に照らし合わせてA・B・Cのどれに当てはまりますか？

	実施している	実施していない
A 退院に向けた意欲の喚起	239	125
B 本人の意向に沿った移行支援	258	106
C 地域生活の支援	242	122



5) 考察

クリティカルパスを使用している病院は全体的には少なかった。平成25年度障害者総合福祉推進事業「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」の結果ではクリティカルパスを使用した病院は15.1%だった。単純に比較はできないが、クリティカルパスは未だあまり普及していないと考えられる。病院独自で退院意欲の喚起や退院に関する不安軽減のためのツール作成も少なかったが、退院のために多くの取り組みがなされていた。

A:退院に向けた意欲の喚起については、長期入院の患者に対するアンケートだったため、退院先は単身生活より家族と同居か施設での生活をイメージしやすかったのではないだろうか。そのためには、受け入れる家族への支援も大切であるし、施設職員の精神障害への基本的知識の理解と患者個々の情報の共有が大切になってくる。ピアサポーターや入院経験者との交流は地域生活のイメージをしやすくなる。ピアサポーターとしての定義や講習会は未だに決まっておらず、一定の講習会を受けたピアサポーターは今後重要になってくると考えられる。

B:本人の意欲に沿った移行支援については、精神障害者保健福祉手帳申請・障害年金受給に向けた支援や障害支援区分・要介護認定の申請手続きが多かった。平成26年度障害者総合福祉推進事業「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」では精神障害者福祉手帳の非該当もしくは申請をしていない患者は61.5%、障害年金等級の非該当もしくは申請をしていない者は35.0%だった。また、障害程度区分は94.9%、要介護認定は89.7%は申請がされてなかった。退院後の障害福祉サービスや介護サービスの利用にはこれらは欠かせない。時間のかかる場合もあり、できるだけ早い申請が必要と考えられる。退院先の特徴は「A:退院に向けた意欲の喚起」では自宅が多く、「B:本人の意欲に沿った移行支援」ではグループホームだった点である。つまり、今回のアンケートに答えた人は、患者の退院意欲喚起としては自宅を、本人の意欲に沿った移行支援ではグループホームをイメージしていることになる。この乖離の原因は何なのか？

C:地域生活の支援については、色々なサポート・バックアップ体制により家族、施設の職員、地域住民への安心感を持ってもらうことにつながっている。また、緊急時の対応等役割分担を行ってゆくことに重きを置いていた。

平成 27 年 8 月吉日

病院長 殿
事務長 殿

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
(公 印 省 略)
障害者総合福祉推進事業 6 番事業
委 員 長 江 原 良 貴

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究」 調査協力をお願い

謹啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から、当協会の運営につきましては格別のご理解、ご指導賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記研究は平成 27 年度厚生労働省総合福祉推進事業であり、当協会が実施することとなりました。

本事業では入院中から地域移行後の生活準備に向けた支援の充実を図るため、精神科病院における地域移行推進のための効果的な取組に関する事例の収集し、病院職員への生活準備に関する研修内容を検討し、標準化された研修テキスト及び退院の手引きを作成することといたしました。

つきましては、ご多忙の折、誠に恐縮ではありますが、趣旨をご賢察のうえ何卒ご協力方よろしくお願い申し上げます。

本調査に関しましては調査票に入力の上、メール添付または F A X にてご返信ください。また、サンプル提供にご協力いただける場合は同様にメール添付にてお送りください。郵送を希望される場合は、お手数ですが事務局担当者までご連絡をいただけますようお願いいたします。

本調査についてのご質問等がございましたら下記担当者までお問い合わせください。

謹白

記

提出先：公益社団法人 日本精神科病院協会 6 番事業係
担当者：公益社団法人 日本精神科病院協会 事務局 大竹・二戸・神宮司
MAIL：chousah@nisseikyo.or.jp
TEL：03 - 5232 - 3311
FAX：03 - 5232 - 3309
締切：平成 27 年 9 月 15 日（火）

以上

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究」 調査の概要

<調査対象>

公益社団法人 日本精神科病院協会に加盟されている全会員 1,207 病院を対象としています。

<回答について>

●【3. 貴院では入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを実施していますか?】【実施している場合、例に照らし合わせてA・B・Cのどれに当てはまりますか?その取り組みを簡単にご記載ください。(複数回答可)】では以下の例を参考にA・B・Cを選択し、取り組みを簡単にご記載ください。

～取り組みの例～

A：退院に向けた意欲の喚起

- ピアサポーターによるセッションを実施し、退院を意識させる
- 退院後の生活を具体的にイメージできる映像を収録し、患者に視聴させる
- 外泊体験を通して退院後をイメージさせる
- 患者家族へ近況や治療の方向性を定期的に説明し、社会復帰に向けた足がかりを築く

B：本人の意向に沿った移行支援

- 日常生活技能訓練（調理・掃除・洗濯・買い物）を実施し、生活技能を高める
- 生活能力検証用スケールを作成し、退院先の支援体制とそれを利用する能力を計る
- 精神障害者保健福祉手帳等申請、障害年金受給に向けた支援、障害支援区分・要介護認定の申請手続きを進める
- グループホーム体験入所、就労見学、訪問看護スタッフとの面談で意欲減退を予防する

C：地域生活の支援

- 病院のサポート・バックアップ体制により安心感を与え、家族の退院同意に繋げる
- 退院後も継続的な支援を行えるよう外部支援者との連携を強化する
- 住居確保のための対応、工夫により地域参加・交流が期待され、地域での見守りに繋げる

<返信方法について>

○原則は回答票(PDF ファイル)に直接入力とし、日精協宛にご返送ください。
サンプル提供にご協力いただける場合もメール添付にてお送りください。

E-MAIL : chousah@nisseikyo.or.jp

○電子メールの利用が困難な業務環境である場合は、回答書を印字し手書きにて記入いただき FAX にてお送りください。

FAX : 03 - 5232 - 3309

○郵送によるサンプル提供となる場合は日精協 6 番事業係（大竹・二戸・神宮司）までご一報ください。

TEL : 03 - 5323 - 3311

<PDF 直接入力による返信方法について>

A. PDF ファイル【平成 27 年度障害者総合福祉推進事業(6 番) 回答票_distributed】に直接入力し、そのまま送信する。

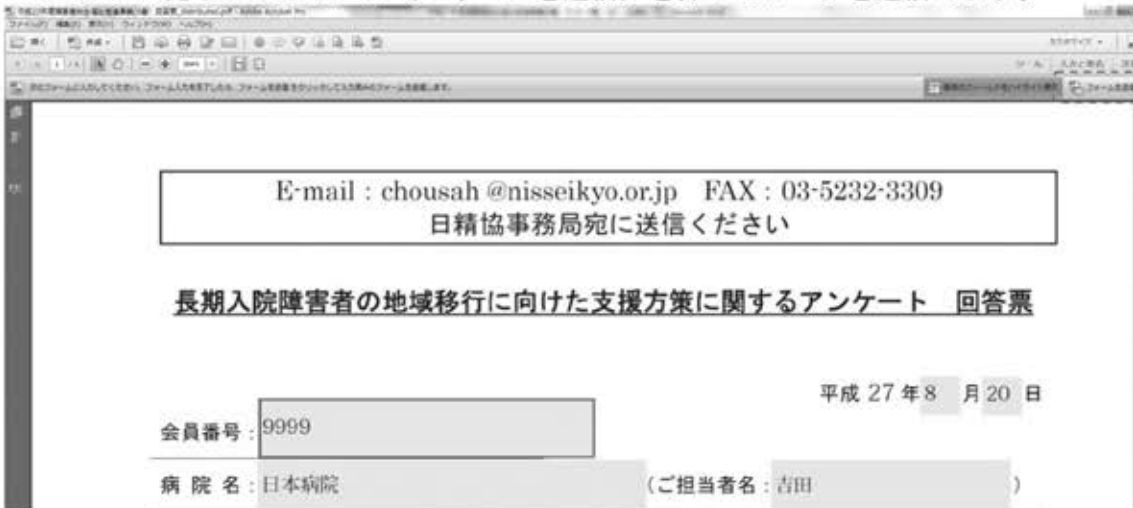
A-1 【平成 27 年度障害者総合福祉推進事業(6 番) 回答票_distributed】を開くと以下のように表示されます。右上の「既存のフィールドをハイライト表示」のボタンをクリックしてください。



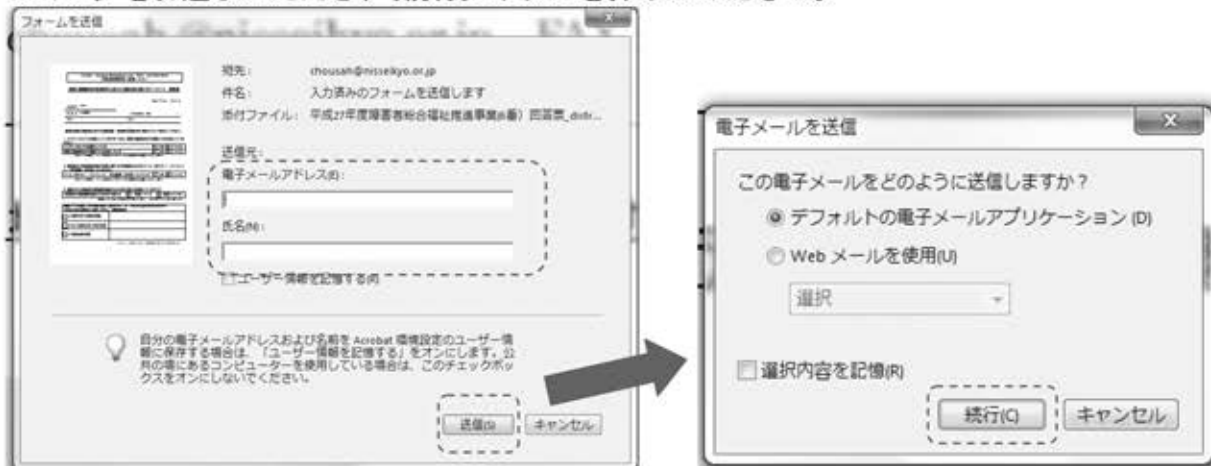
A-2 要入力の項目がハイライト表示されますので直接入力をしてください。



A-3 入力が完了したら右上の「フォームを送信」を押してデータを送信します。



A-4 「フォームを送信」ダイアログボックスが表示されます。電子メールアドレスと氏名（病院名）を入力して「送信」ボタンを押すと「電子メールを送信」ダイアログボックスが表示されます。通常使うメールソフトが設定されている PC であれば「デフォルトの電子メールアプリケーション」をお選びいただき、「続行」ボタンを押してください。



正常にメールが送信され「送信メッセージ通知」ダイアログボックスが表示されたら「OK」をクリックします。以上で終了です。

※上記対応が出来なかった場合、以下 B の方法にてご送付ください。

B. PDF ファイル【平成 27 年度障害者総合福祉推進事業(6 番) 回答票_distributed】に直接入力し、ファイルを添付で送信する。

B-1 【平成 27 年度障害者総合福祉推進事業(6 番) 回答票_distributed】を PC 内に保存します。

B-2 A-1 から A-3 の作業を同様に行います。

B-3 入力が完了したら上書き保存します。

B-4 上書き保存した【平成 27 年度障害者総合福祉推進事業(6 番) 回答票_distributed】を日精協 6 番事業係 chousah@nisseikyo.or.jp にメール添付で送付してください。サンプル提供にご協力いただける場合も同様にメール添付で送付してください。

<本件に関するお問い合わせ先>

提出先：公益社団法人 日本精神科病院協会 6 番事業係
 担当者：公益社団法人 日本精神科病院協会 事務局 大竹・二戸・神宮司
 MAIL：chousah@nisseikyo.or.jp
 TEL：03 - 5232 - 3311
 FAX：03 - 5232 - 3309

E-mail : chousah @nisseikyo.or.jp FAX : 03-5232-3309
日精協事務局宛に送信ください

長期入院障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケート 回答票

平成 年 月 日

会員番号：

病院名：

(ご担当者名：

)

TEL：

FAX：

貴院の長期入院患者に向けた退院促進・地域移行支援の取り組みについて教えてください。

1. クリティカルパスを導入していますか？また、長期入院患者向けの退院パスは作成していますか？

クリティカルパスを導入している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
長期入院患者向けの退院パスを作成している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

〔はい〕の場合、メール添付にてサンプルの提供をお願いいたします。

2. 貴院独自で退院意欲喚起や退院に関する不安軽減のためのツール（ポスター・パンフレット・手引書等）を作成していますか？

ツール（ポスター・パンフレット・手引書等）を作成している	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
------------------------------	-----------------------------	------------------------------

〔はい〕の場合、メール添付にてサンプルの提供をお願いいたします。

3. 貴院では入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを実施していますか？

入院患者の退院意欲喚起のための取り組みを	<input type="checkbox"/> 実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない
----------------------	---------------------------------	----------------------------------

実施していない方は以上で終了です。ありがとうございました。

実施している場合、例に照らし合わせてA・B・Cのどれに当てはまりますか？
その取り組みを簡単にご記載ください。(複数回答可) ※注意点参照のこと

<input type="checkbox"/> A 退院に向けた意欲の喚起	
<input type="checkbox"/> B 本人の意向に沿った移行支援	
<input type="checkbox"/> C 地域生活の支援	

アンケートは以上です。ご協力ありがとうございました。

2. 精神科病院における地域移行推進の効果的な実践事例

1) 目的

患者へのアプローチ方法や退院意欲喚起に効果的な取り組みを共有し、医療従事者の患者に対する視点の広がりや新たな支援の可能性の気づき、退院促進を組織的に実施する推進力の醸成につなげることを目的に実施した。

2) 方法

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関するアンケート」調査回答、日本精神科病院協会雑誌論文掲載および日本精神科医学会学術大会において退院促進・地域移行をテーマに演題発表されたものから効果的な事例、特に先進的な事例を有する病院から選定することとした。

3) 調査結果

検討対象となった回答・論文・演題は以下の通り。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究	回答病院364 病院
日本精神科病院協会雑誌 掲載論文(テーマ:退院促進・地域移行)	3 病院4 論文
日本精神科医学会学術大会 演題発表(テーマ:退院促進・地域移行)	44 病院53 演題

先進的な事例を有する病院として、以下の5事例を収録することとした。

東京 平川病院【精神科慢性期病棟における退院対象患者を抽出するためのスケール作成の試み】

静岡 鷹岡病院【鷹岡病院における地域移行の取り組み】

富山 谷野呉山病院【高齢長期入院者退院支援の取り組みと現状と課題】

千葉 千葉病院【長期入院患者の退院への意欲を高める関わり】

愛知 松蔭病院【新外泊用紙を作成して～家族への関わりって大事だね～】

モデル研修「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会」にて、谷野呉山病院が事例発表を行った。

受講者から以下の意見が寄せられた。

- あきらめているケースでも、粘り強さと工夫で退院できる可能性がある事が分かった。
- 事例紹介の時間として30分は短く厳しいように思う。
- 退院先行政との調整についてもっと具体的な話が聞きたかった。
- 退院の取り組みから流れまでが良く分かった。
- 多職種が絡んだ事例(連携における課題→対策)の方が実践に活かしやすかった。
- とても素晴らしい内容だが、早くてポイントが掴めない。
- 対象者に応じた支援先の不足や、行政への働きかけ等、詳しく説明が有り、理解しやすかった。
- 関わり方によっては、61年という長期入院の方の退院支援もできるんだと思った。
- 高齢の方の退院支援で抱える課題について共感できた。
- 発表の有った事例以外にも、もう少し具体的な講義があると良かった。事例の時間を増やして欲しかった。院内でも具体的に取組もうとする際の参考にしたい。
- 事例の紹介がとても分かりやすく、自分自身のモチベーションや振り返りになった。

4) 考察

地域移行推進の効果的な実践事例として、日本精神科医学会および日本精神科病院協会雑誌において発表された事例の中から5例を紹介した。

① 平川病院「精神科慢性期病棟における退院対象患者を抽出するためのスケール作成の試み」

退院促進を成功に導くには、まず長期入院の原因を慎重に分析することが重要と考える。病院の特性（病床数、関連施設、地域との連携体制等）および患者特性によってアプローチ方法は変わるはずであり、他院で成功した方法が必ずしも自院で奏功するとは限らない。

医療スタッフ側の思い込みや印象だけで対象を選定すると、可能性に気づかなかつたり、準備不足で退院して失敗したりすることがあり得るため、全ての患者を対象とすることが前提である。その中でアプローチの力点や優先順位を検討するために具体的な分析を行った、平川病院の事例を紹介する。

平川病院は313床と比較的規模も大きく、グループホームや周辺の共同住居、介護保険施設等、関連の施設も充実して地域移行に努力されているタイプの病院だが、それでもなお退院が進みにくい多数の長期入院患者がいるのが現状である。

この事例では、精神障害者社会生活評価尺度、精神リハビリテーション行動評価尺度、看護必要度を参考に挙げた109項目において退院した患者、退院出来ていない患者の状態検討を加えている。

異常体験、興奮などが阻害因子となっている急性期病棟と対照的に、慢性期病棟では「症状が不安定」「歩行障害」「保清に介助を要する」といった項目が退院出来ない患者に特徴的である。

病院、病棟の特性ごとに結果は異なってくると思われるが、退院を妨げる要因を明確にすることによって、目指すべき治療の方向や準備すべき退院後の支援内容がスタッフ間で共有できるようになる。

② 千葉病院「自己効力感尺度を用いた退院支援」

千葉病院の事例では退院意欲促進の働きかけについて、SECL(Self-Efficacy for Community Life Scale)を用いた評価を試みている。評価尺度を用いることで結果が数値として患者にフィードバックされると患者自身が現状を客観視出来、なおかつその数値をもとにスタッフとともに目標を立てていくことが出来る。また、スタッフにとっては意欲喚起の方法振り返りや複数の患者の比較、スタッフのモチベーション維持にも役立つ。

自分たちの治療、働きかけがどのような効果をもたらしているのか、患者集団・目的にあった評価尺度を用いていくことが必要と考える。

③ 鷹岡病院「退院意欲喚起への取り組み“体験部屋”」

静岡県の「高齢入院患者地域支援事業」の委託を受けて、3年間にわたり取り組んだ高尾か病院の事例を紹介する。鷹岡病院は184床で関連施設を一切所有しない病院である。

初年度には主に院内における事業の周知と体制作りを行ったが、2年目には退院意欲がなく、支援を受け入れない患者が多いという壁に当たり、3年目に院内の多職種によるプロジェクトチームを発足させて定例会を行うようにした結果、現場と管理職との目標共有が出来ようになっただけでなく、法制度や院外研修の情報共有もできるようになった。そのような動きの中でスタッフも新たなアプローチの可能性に気がついて働きかけをしたり、退院の練習の場としての社会資源が不足している状況に対しては、外泊・外出用の体験部屋を用意する取り組みを行ったりしている。

対象を「退院出来そうな人」に限定せず、外の世界に触れる機会を作ることで、それまで外出すら拒否していた患者の言動に変化が認められた。地域移行支援の対象を（医療者側から見た）「退院出来そうな人」や「退院支援に同意している人」に限らず、退院に向けた支援が日常的な当たり前の支援であるという意識が重要である。

④ 谷野呉山病院「高齢長期入院患者退院支援とグループ退院実践『あすなる会』の取り組み」

地域移行支援には病院全体での目標設定、リーダーシップが必要となる。慢性期病棟における長期入院患者の退院に関してはしばしばスタッフ間の温度差が問題となるが、院長、看護部長といった管理職が方向性を示すことで病棟内の阻害因子が払拭される場合も多い。

谷野呉山病院では昭和63年から長期入院患者の退院準備グループ活動「あすなる会」を毎年継続し、現在では院長と理事長がそれぞれ委員長を務める地域移行支援委員会と高齢長期入院者退院支援委員会の2つの組織とACT

チームを立ち上げて病院トップの旗ふりで地域移行に積極的に取り組んできた。

長期入院ゆえに退院後の生活を想像することが出来ず、不安が強い患者に対して、グループでの体験プログラムを組み、一緒に「卒業する」という仕組みを長年続けている効果は単に退院という結果だけでなく、退院後の地域生活でもプラスに働いており、フォローアップ調査でも約6割の患者が3年以上地域生活を継続していることが確認されている。

高齢長期入院患者に対しては委員会において新たな対象患者掘り起こしや介護保険と障害福祉サービスとの調整などが可能になったとのことである。

⑤ 松蔭病院「新しい外泊用紙を用いた外泊指導」

試験外泊は退院へのステップとして非常に重要である。特に長期入院となっている場合は、悪かった状態の時のイメージを家族が強く持っているために、協力が得にくいことも多い。松蔭病院では外泊時の連絡用紙を改善することで、家族を治療チームの一員として取り込もうと試みた。ただの事務連絡だけでなく、外泊の目標設定や対応について伝えたり、外泊中の状態評価をしやすくしたりする工夫で家族との情報共有が出来るようになり、さらに外泊用紙の改善について家族から意見提案があり、家族の関心を高める効果が生じている。

今まで当たり前と考えていた些細な部分でもまずは改善してみることが、大きな一歩につながると思われる。

3. 研修会プログラム・テキストの企画

1) 目的

地域移行を進めていくにあたり精神科病院職員に必要な知識を定義し、医療従事者の全体的なスキルアップに寄与するべく研修会のプログラム及びテキストを企画・作成した。

2) 結果

地域移行を進めていくにあたり、医療従事者に必要な知識として以下の5点に絞り、研修会のプログラム及びテキストを作成した。

第1講	地域移行推進に関する医療政策の流れ
第2講	長期入院精神障害者の実態について 近年の地域移行推進に関する医療施策の流れを踏まえつつ、長期入院精神障害者の地域移行を進めるうえで関係職員に必要な知識や専門的技術の習得を促すことを目的に、長期入院精神障害者の実態の提示に加えて、実態からうかがわれる課題・必要な意識改革、さらに多職種協働の要点などについて概説した。
第3講	退院後の支援体制・地域の社会資源 退院後の支援体制の検討にあたり、把握しておきたい「障害福祉サービスの利用手順や福祉サービス」「相談支援を含めた支援体制」「権利擁護、所得保障の制度」等広く社会資源について紹介を行った。
第4講	入院中の関わり方のポイント 入院前期・入院中期・入院後期に分け、「各職種の役割と視点」「支援の課題」「本人・家族と関わり方」「アセスメントと計画立案」「退院に必要なスキル獲得への支援」「退院意欲を高めるプログラム」等を提示した。
第5講	退院支援に関する準備項目と支援チェックシート 長期入院者の退院促進から退院後支援までを視野に入れた退院準備項目を9項目に分け、それらに関する必要な支援と関わり方を提示した。また、支援者が患者の現状や必要な支援が何であるかを整理・把握し、介入する為の退院支援チェックシートを作成した。

モデル研修の受講者アンケートによると以下のような結果であった。

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

5	4	3	2	1	複数回答	未回答	合計
39	44	15	1	0	1	5	105

受講者から以下の意見が寄せられた。

- ポイントがまとまっていて良いと思う。表・グラフが見つらなかった。
- できない事も入れてほしい。
- 退院支援チェックシートやクライシスプランなどの様式を資料として別添にしていただけるとありがたい。
- テキストの中にハンドブックの活用法(タイミング等)を入れてもらえると、より導入しやすいと思う。
- 退院チェックシートについて、項目に携帯の使い方や連絡手段などを加えたほうが良いのではないかと思う。当院では主に単身者などに退院前から個人にあったトレーニングを行っている。
- 精神保健福祉士の立場ではわかりやすく情報が整理されていたと思うが、他職種が理解しやすいかどうかは、疑問である。
- すぐに実践出来るように尺度の使い方、集計方法なども示して欲しい。
- テキストと資料を分冊すると使いにくい。内容的にも重複している。
- 患者が実際にいる地域の具体的なサービス名(事業所名)が書き込める欄があるといいのではないか。
- 情報量が非常に多いので重要なポケットに下線や色付けを行ってほしい。
- それぞれのサービス利用にあたり、受付をする場所(市町村の役所など)を、みえやすい所に記入・追記してほしい。

3) 考察

モデル研修会プログラム・テキストの企画に関しては、受講者114名中105名から回答が得られた。うち、5段階中4以上の評価の割合は79.0%であり、モデル研修会は概ね理解しやすかったとの評価が得られたと考えられ、長期入院精神障害者の地域移行推進のための知識整理や関係する医療従事者のスキルアップに資するモデル研修会プログラム・プレテキストであったと判断して差し支えないものと思われる。

また、プレテキストの内容の不足点などについては、主に前掲の内容の意見が挙げられた。これらの意見と、報告書の次章、4.「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会」開催の各講義に対するアンケートにおける主要意見を参考に、プレテキストに修正を加えて、本事業の成果物の1つである「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会テキスト」を作成した。

研修会終了後、回収箱へのご提出をお願いいたします

長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会 アンケート用紙

研修会にご参加頂きありがとうございます。アンケートのご記入にご協力お願い致します。

1. 講演内容について 以下の項目それぞれ該当する番号ひとつに○をつけてください。

第1講 「地域移行推進に関する医療政策の流れ」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第2講 「長期入院精神障害者の実態について」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第3講 「退院後の支援体制・地域の社会資源」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第4講 「入院中の関わり方のポイント」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第5講 「退院支援に関する準備項目と支援チェックシート」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第6講 「実践事例の紹介」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

第7講 「退院ハンドブックの説明」

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

2. テキスト・退院の手引について、以下の項目それぞれ該当する番号ひとつに○をつけてください。

①-1 テキストの内容について

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

ご意見 []

①-2 テキストの内容で不足している項目がございましたら記載下さい。

.....

.....

.....

②-1 退院の手引の内容について

(使いやすそうだった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (使いにくそうだった)

②-2 退院の手引の内容で不足している項目がございましたら記載下さい。

.....

.....

.....

3. 其他のご意見が有りましたら、ご記入ください。

.....

.....

.....

ご協力ありがとうございました。

4. モデル研修「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会」開催

1) 目的

精神科病院職員に必要な知識習得を容易にし、地域移行推進に関する医療従事者の全体的なスキルアップに寄与すること、および受講生アンケートの指摘を踏まえて研修会プログラム・テキスト、および退院の手引きの改良を行うこと目的にモデル研修を開催した。

2) 結果

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会 ～地域とつながる支援を目指して～」と題し、平成28年1月15日(金)にTKP東京駅カンファレンスセンターにて開催。受講者は114名。

プログラムは以下の通り。

10:30～10:40	開講式
10:40～11:00	第1講「地域移行推進に関する医療政策の流れ」 講師：厚労省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 課長補佐 臼杵理人
11:00～11:30	第2講「長期入院精神障害者の実態について」 講師：前沢病院 理事長・院長 前沢孝通
11:30～12:20	第3講「退院後の支援体制・地域の社会資源」 講師：上小園域障害者総合支援センター 相談支援専門員 児玉隆江
12:20～13:10	昼 食
13:10～13:50	第4講「入院中の関わり方のポイント」 講師：東海大学 健康科学部看護学科 准教授 吉川隆博
13:50～14:20	第5講「退院支援に関する準備項目と支援チェックシート」 講師：慈圭病院 生活福祉支援課 正岡 徹
14:20～14:30	休 憩
14:30～15:00	第6講「実践事例の紹介」 紹介：大口病院 理事長 永田雅子 事例発表：谷野呉山病院 精神保健福祉士 石倉直美
15:00～15:20	第7講「退院ハンドブックの説明」 講師：岡本病院 医療相談室 牧野祐介
15:20～15:40	Q&A
15:40～15:50	アンケート記入タイム
15:50～16:00	閉講式

受講者アンケートによると、講義ごとの感想は以下のような結果であった。

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

講義内容	5	4	3	2	1	NA	総計
第1講 地域移行推進に関する医療政策の流れ	37	38	26	2	0	2	105
第2講 長期入院精神障害者の実態について	61	41	3	0	0	0	105
第3講 退院後の支援体制・地域の社会資源	35	33	26	8	3	0	105
第4講 入院中の関わり方のポイント	61	33	10	1	0	0	105
第5講 退院支援に関する準備項目と支援チェックシート	60	33	12	0	0	0	105

「第1講 地域移行推進に関する医療政策の流れ」は71.4%、「第2講 長期入院精神障害者の実態について」は97.1%、「第3講 退院後の支援体制・地域の社会資源」は64.8%、「第4講 入院中の関わり方のポイント」は89.5%、「第5講 退院支援に関する準備項目と支援チェックシート」は88.6%の受講者が5段階中4以上の評価をしていた。

受講者から以下の意見が寄せられた。

第1講 地域移行推進に関する医療政策の流れに関して

- 直面している地域移行への政策を含めて、今自分達に何が求められているのかを知った。
- 考えている事、方向性に自信を持つ事が出来た。
- 難しい話になりがちだが、分かりやすく説明して頂き、興味深く学ぶ事が出来た。
- これまでの地域移行での課題を踏まえ、それに焦点をあてた話が少なかった。地域移行を積極的にやればやる程、経営が困難になる状況を改善しないと進まないと思う。
- 今後の精神科病院がどのように変わっていかねばならないかイメージしやすかった。

第2講 長期入院精神障害者の実態について

- 精神科領域の実際と今後やらなければならない事が明確になっていて、とても面白く、ためになる内容だった。
- 総論的ではあったが、支援にあたり基本的な考え方や大切にすべきことを改めて聴くことができて良かった。
- 入院中の患者の現実と理想とのギャップがまだまだあると感じた。
- 地域で生活できるようになってからの退院と思っていた。入院でOKと思ってもすぐ再入院になる方を多くみえた。今日のお話で入院でのゴールを決めて地域で戻り、そこに訪問を行い、現場で支えていくという事が分かった。(入院で行う事がムダと思った)
- 「多職種協働について」を聴き、専門性を生かせるかつぶすか、しっかり意識して取り組んでいく必要を感じた。
- 第1講で分からなかった実態が掘り下げられていて良かった。基礎的ながら重要なポイントが再確認できる事が多かった。
- スタッフ側の知識不足が問題という事を知った。
- 医師にも地域移行の視点を持ってもらいたい。
- 多職種で関わる事で、それぞれの専門性を活かした支援を行っていく必要性について学んだ。
- 気づきとして、医療・福祉までの協働は頭の中に入っているが、介護についても同じく協働者として考えて行きたいと思った。
- 「医療側が退院できそうな患者を選別するのではない」ということを改めて学び、地域移行を進める為には患者さんに寄り添う事が大事だと感じた。

第3講「退院後の支援体制・地域の社会資源」

- 社会資源を短時間内の講義では厳しいと思った。その中で分かり易くポイントを絞って説明して頂いたのが良かった。
- 支援内容が多い。実際携わっていない看護師には難しい。
- 病棟、地連と体験しているからこそ理解できるが、病棟だけでは知り得ない制度があり、スタッフもまだまだ学ぶ事が多いと感じた。
- 情報の整理になった。再度復習が出来て良かった。
- 詰めすぎで普段関わりが無いと難しい内容と思う。時間が長かった。
- 色々な制度やサービスの内容が多くて詰め込まれた印象があった。

- あまり細かくし過ぎず、ポイントだけ説明されていたので、分かりやすかった。
- 改めて社会資源の利用の仕方、対象者の説明が分かりやすかった。
- 社会資源の知識が無い方をイメージした内容だと分かりやすいと思った。
- 病院看護師では知る機会のない内容で良かった。

第4講「入院中の関わり方のポイント」

- 入院時からの支援方法を理解し易い講義であったが、もう少し時間を長く取ってほしい内容だった。
- 連携が大切な事が分かった。退院先を支援する事(電話で様子を問う)に効果がある事を知った。
- 同じような事例でなく、様々な取り組みを知る事ができて良かった。
- 同意できる事が有り、自分の業務を振り返るきっかけになった。
- 患者との関わり方を見直し、今後の支援をする上で参考になった。
- 関わり方の事例がとても分かりやすく、イメージしやすかった。
- 長過ぎる入院患者さんの目標、リスクを今一度、一緒に見直そうと思った。

第5講「退院支援に関する準備項目と支援チェックシート」

- 精神保健福祉士としての関わり方、地域移行に関する具体例が分かりやすかった。色々な体験、経験を重ねる大切さを知った。
- 具体的事例の話も有り、退院支援の意欲がさらに喚起された。チェックシートの書式もテキストに入れて頂き、嬉しい。活用したいと思う。
- どのように流れを進めていけばいいのか分かりやすかった。
- 実践でのお話がとてもイメージできて良かった。

3) 考察

報告書の前章で、長期入院精神障害者の地域移行推進にあたり必要な項目として、第1章(講)から第5章(講)を挙げたが、それらの理解をさらに深め、補完することを目的に、モデル研修会では、第6講として「実践事例」5例を提示し、うち1例について事例発表を行い、本事業のもう一つの成果物である「退院ハンドブック」(モデル研修会の時に配布したものは、プレ退院ハンドブックである)を配布したうえで、第7講として「退院ハンドブックの説明」を行った。さらに、事前に寄せられた質問事項に対する「Q&A」の時間を設け、モデル研修会本編の講義内容の補完を行った。

モデル研修会終了後のアンケートでは、全受講者114名中105名から回答が得られ、第1講から第5講の各講義に対するアンケート結果および主要意見は前掲の通りであった。各講義とも、5段階中4以上の評価が60%以上であり、概ね受講者の知識取得とスキルアップに寄与したものと考えられるが、主に第3講の「退院後の支援体制・地域の社会資源」については、「記載内容が多く、看護師には理解が難しいのではないか」との内容の意見が多く挙げられた。

これら、各講義に対する意見とモデル研修会・プレテキストに対する意見に基づき、アンケート回答内容の精査・検討を行い、プレテキストの内容の一部修正を加えて、成果物である「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会テキスト」を作成した。

5. 退院の手引きの企画・作成

1) 目的

患者本人の退院に対する不安軽減と意欲喚起につなげるべく、各種制度や支援・サービスメニューを盛り込んだ退院の手引きを企画・作成した。

2) 結果

モデル研修にてプレ版を開示、受講生アンケートの指摘を踏まえて改良を行った。

患者および家族に対し説明するべき制度・サービスとして以下の項目を盛り込んだ。

(1) 居住系支援

共同生活援助(グループホーム)／施設入所支援／宿泊型自立訓練／短期入所(ショートステイ)／公営住宅

※高齢者向けとして

有料老人ホーム／サービス付き高齢者向け住宅／特別養護老人ホーム／軽費老人ホーム(ケアハウス)

(2) 経済的・財産を守る制度

障害年金／生活保護／自立支援医療(精神通院医療)／日常生活自立支援事業／成年後見制度

(3) 日中活動

生活介護／自立訓練／就労移行支援／就労継続支援(A・B型)／ハローワーク／障害者就業・

生活支援センター／地域活動支援センター／外来作業療法／精神科デイ・ケア／地域のデイ・ケア

(4) 生活や体調管理を支える制度

居宅介護(ホームヘルプ)／精神科訪問看護

(5) 相談支援

障害福祉サービスの相談支援／介護保険サービスの相談支援

(6) 知っておきたい「こころ」と「からだ」のこと

「こころ」と「からだ」のおくすりについて／すこやかな毎日を過ごすための生活習慣8か条

(7) 精神障害者保健福祉手帳

モデル研修の受講生アンケートによると以下のような結果であった。

(理解しやすかった) 5 — 4 — 3 — 2 — 1 (難しかった)

5	4	3	2	1	未回答	合計
34	39	27	3	1	1	105

受講者から以下の意見が寄せられた。

○「住まい」に“自宅”がないのは意図があつてのことか。

○サービス利用に向けた相談・手続きの窓口の記載が少ない。

○個別(個人)で利用するものなら書き込みができる欄も使ってみてもいいのでは。個人的には、青色のバックで青文字は見にくい。

○漢字はふりがなをつけた方がいい。

○読みにくい患者さんも多いと思うので、B 5→A 4位で文字を大きくしてあげた方がいい。

○文章多すぎる。スタッフに対してはわかりやすい。患者用、家族用と、職員向けがあると良い。

○時系列での退院の手引が有れば分かりやすいと思う。モデルケースを挙げてはどうか。

○ストレスケアの内容を入れた方がよい。

- 情報が多すぎて、字も多く、当事者や家族が手に取って見るのを拒んでしまわないか心配。特に長期入院の高齢者には読みづらいのではないか。
- アセスメントツールが、わかりやすく図式で載っているとうれしい。
- 絵や図式化した方がわかりやすいのではないかと思う。本人が必要な情報を、記入できるスペースがあるとよい。
- 自立支援と介護保険の利用区分について（テキストを患者さんがご覧になられる事を想定して）実施して退院したあと、経済面でどの位かかるか目安となる数字（金額）があればと思う。
- 噛み砕いた表現であればわかりやすいかもしれない。
- 全国共通の制度がサービスになると、当該手引の内容になると思う。当該手引を参考に都道府県毎の手引ができれば、とても活用しやすくなると思う。
- 水色塗りつぶし上の青太字は漢字がくっついて高齢者の方には読みづらい。最後のピンクの塗りつぶし白字は読みづらい。患者さんご本人や家族が利用するには言葉が難しく、解説する人（精神保健福祉士等）がいないと難しい。
- 「基本相談支援」と「計画相談支援」の違いが、文章を読んだだけではイメージできない。
- 退院後、どんな人が具体的に支援してくれるのか。もう少し分かりやすくあれば良い。
- 費用やサービス・施設等の料金も目安としてあってもいいのではないか。
- ピアサポート、ピア活動について記載があると尚良いと思う。「ソーシャルワーカー」の表記を「精神保健福祉士」へ変更できないか。
- 使いやすさは人によると思う。
- ソーシャルワーカーの役割で障害年金の所にしかないが、年金相談だけではないので、そこにしか表記が無いのはどうかと思う。年金機構や市町村窓口、社労士なども入れてみては。どこに相談したらよいか分からなくなる。
- 高齢者施設の説明があるとより分かりやすいと思う。高齢の人にも分かりやすい言葉の表現を使ってもらいたい。
- 長期入院の方で患者様の意欲や能力はあっても、ご家族が反対されている（施設等であっても）ケースが少なくない。巻末に「ご家族の皆さんへ」等不安な気持ちの理解や後押し等の言葉を載せてはどうか。
- スタッフ（精神保健福祉士）はわかるが、看護師にはとっつきにくそうな印象。（日中活動の所）自立訓練の所をもう少し細かくして欲しい。
- 禁忌事項も説明が欲しい。手帳でTEL契約をして、半額請求になることを活用して他人に名義を「貸す」や「（健常者に）騙される」ケースもある為。

3) 考察

患者本人の退院に対する不安軽減と意欲喚起につなげるために、退院後のイメージを持ってもらう情報ツールとなる退院の手引きの検討を行なった。前提として、自宅での生活が家族との関係も含めて困難な方の場合、どのような場所で生活できるのかがわからないと退院意欲もわからないのではと考え、入所サービスの情報を筆頭に掲載することとした。その後生活費に関する項目、日中活動に関する項目、直接生活を支援する項目、相談支援に関する項目、病気や体調に関する項目、精神障害者福祉手帳に関する項目というように、住む場所が決まってから順番に生活を構築していけるようなサービスを考えていった。当初は医療従事者や家族とともに記入できる方式が良いとの意見もあったが、スタッフが退院時期を考えて患者本人に働きかけるのでは、趣旨から外れてしまうと考えられたため、外来や病棟に何冊か置き、誰もが観覧できるような手引きにすることとした。

モデル研修にてプレ版を開示し、受講生からの様々な意見を聞くことができた。「文字が多すぎる」や「文字にフリガナをつけた方が良い」との意見が多く寄せられた。指摘をふまえて内容の改良を行なった。障害福祉サービスにおける入所サービスに関しては、より説明をシンプルにし、高齢者向けの入所サービスについて加筆した。障害年金、生活保護に関しては、要点をわかりやすい言葉に変更した。日常生活自立支援事業、成年後見制度に関しては、要点のみを掲載するにとどめた。日中活動の項目は掲載順を徐々に就労へステップアップする順番に変更し、ホームヘルプサービス、

訪問看護はそれぞれ掲載誌面を増やし見やすいデザインに変更した。相談支援の項目には、介護保険の相談支援を加えた。

1年以上の長期入院患者が対象とされているが、年齢も生活能力も家庭環境も病状も異なる方々に対して、全国一律の情報提供をすることや、わかりやすい表現の基準をどこに定めるのかの検討は大変難しいものであった。また、精神科病院に関連のある障害福祉サービスの情報提供を主体にするのか、何十年も長期に入院され高齢になった方々への介護保険サービスも盛り込むのかなど、検討を深めたかった課題が多くあった。

スタッフと共同で書き込んでいくタイプのものや、時系列に沿った退院後のイメージづくり、準備に何が必要なのかを視覚的に理解できるものも作成し提示できれば、さらなる意欲喚起につながるのではないかと考える。

検討委員会等実施状況

第1回検討委員会

日時 平成27年8月7日（金） 10:30～13:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

- 議題
- 1 厚生労働省 平成27年度 障害者総合福祉推進事業（6番事業）について
・内示条件の確認/事業内容の確認
 - 2 事例収集・調査実施について
 - 3 研修会・テキスト作成について
 - 4 退院の手引き作成について
 - 5 次回開催日について
 - 6 その他

第2回検討委員会

日時 平成27年10月2日（金） 10:30～13:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

- 議題
- 《事例収集チーム》
 - ・収録事例のリストアップ
 - ・ヒアリングの要否
 - ・事例掲載フォーマットの検討
 - 《研修会企画チーム》
 - ・研修会名
 - ・プログラム
 - ・講師・執筆者の選定
 - ・時間配分
 - 《全体》
 - 1 各チーム検討報告 事例収集/調査実施について/研修会・テキスト作成について
 - 2 退院の手引き 骨子・台割・必要項目と利便性の検討
 - 3 次回までの検討項目確認
 - 4 その他

第3回検討委員会

日時 平成27年12月4日（金） 13:00～17:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

議題 1 研修会実施について

- ①研修会実施について（役割分担確認/プログラム確認/講演内容/申込状況報告/Q & A募集状況/事例報告病院）
- ②研修会テキスト(テキスト原稿について（項目・流れ・統一感）/研修会アンケート項目について（テキスト・退院の手引き・事例）)
- 2 退院の手引き
 - ・ゲラの確認（イメージ・項目・流れ）/使用イメージ/タイトルの確認
- 3 事例集
 - ・選定病院報告/進捗報告
- 4 その他

「長期入院精神障害者の地域移行に向けた実践的研修会」 ～地域とつながる支援を目指して～

日時 平成28年1月15日（金） 10:30～16:00

場所 TKP東京駅前カンファレンスセンター

出席者 受講者：114名、検討委員：10名、厚労省：2名、計：126名

第4回検討委員会

日時 平成28年2月5日（金） 10:30～13:00

場所 公益社団法人日本精神科病院協会 日精協会館会議室

議題 1 研修会 受講者アンケートについて

- ①結果分析
- ②研修会プログラムの改良案
- ③研修テキストの改良案
- ④退院の手引きの改良案
- 2 報告書作成について
 - ・構成
 - ・病院アンケート分析
 - ・研修会実施報告
 - ・分担
- 3 その他

検討委員会委員等名簿

検討委員会委員

堀井茂男

(公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事/慈圭病院 院長)

後藤時子

(公益社団法人日本精神科病院協会 理事/秋田緑ヶ丘病院 院長)

○江原良貴

(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員長/積善病院 理事長)

櫻木章司

(公益社団法人日本精神科病院協会 理事/桜木病院 理事長・院長)

前沢孝通

(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員/前沢病院 理事長・院長)

永田雅子

(公益社団法人日本精神科病院協会 地域移行推進委員会委員/大口病院 理事長)

正岡 徹

(慈圭病院 生活福祉支援課 主任 (精神保健福祉士))

児玉隆江

(上小圏域障害者総合支援センター 相談支援専門員 (精神保健福祉士))

牧野祐介

(岡本病院 医療相談室 主任 (精神保健福祉士))

吉川隆博

(一般社団法人日本精神科看護協会 業務執行理事/東海大学健康科学部看護学科 准教授)

○は委員長

検討委員会事務局担当

井上勝見 (公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)

神宮司豊美 (公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)

二戸 徹 (公益社団法人日本精神科病院協会 事務局)

成果物公開計画

公益社団法人日本精神科病院協会のホームページ
(<http://www.nisseikyo.or.jp/>) を通して広く公開する。
また、成果物は製本し、会員病院に配布する。

資料

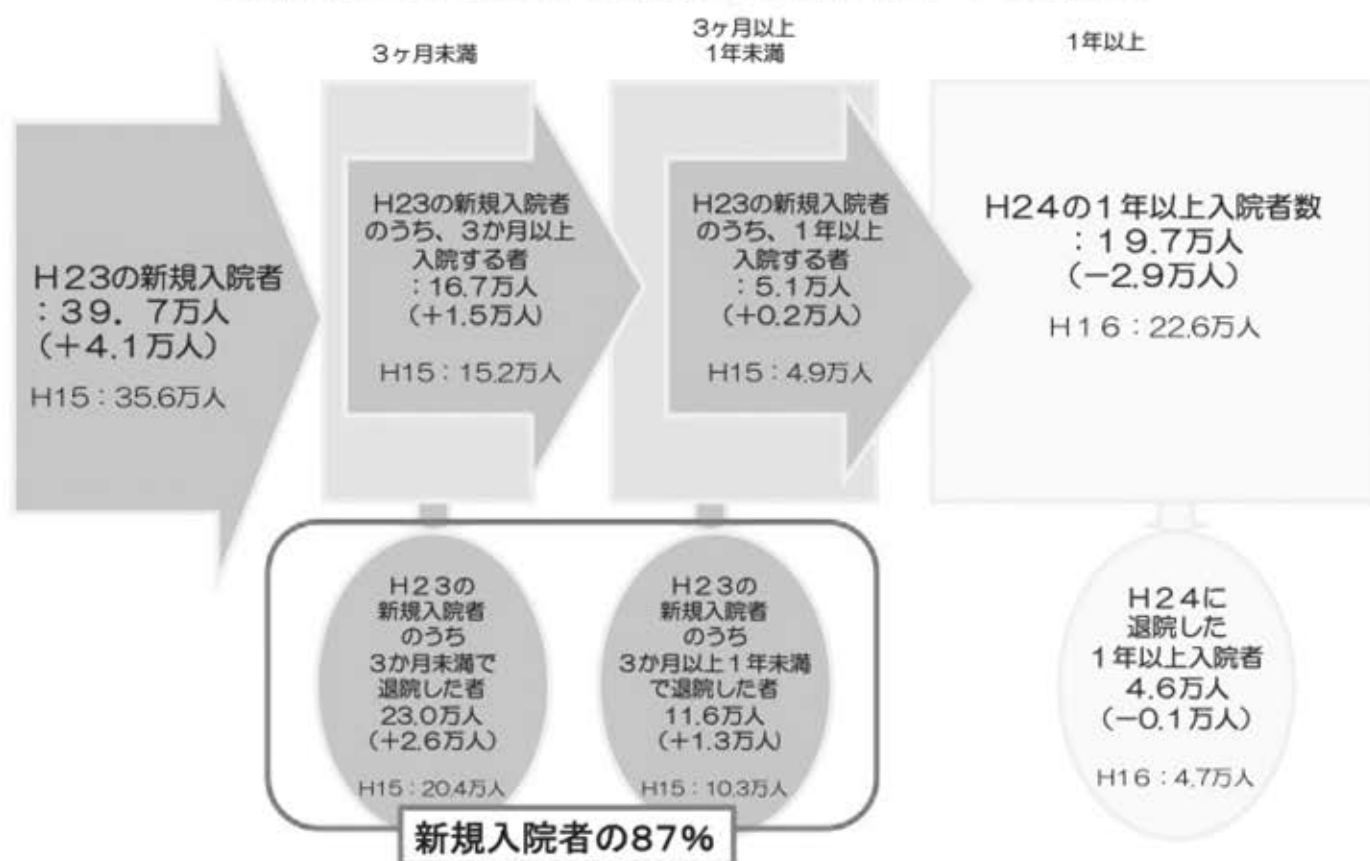
- ① 研修会テキスト
- ② 退院に向けてのハンドブック
(縮小版・モノクロ)

第1章 地域移行推進に関する医療政策の流れ

精神障害者の地域移行については、平成16年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部（本部長：厚生労働大臣）が策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性の下、さまざまな施策を行ってきた。しかしながら、依然として1年以上の長期にわたり入院している精神障害者（以下「長期入院精神障害者」という）数は約20万人と、入院精神障害者全体の約3分の2を占め、65歳以上の高齢者の割合も約半数を超え高齢化も進んでいる。

資料：平成24年精神・障害保健課調より推計

精神病床における患者の動態の年次推移



こうした現状をふまえ、平成25年6月に成立し、平成26年4月に施行された改正精神保健福祉法においては、医療保護入院者を中心に退院促進のための取組（退院後生活環境相談員の選任、地域援助事業者の紹介、医療保護入院者退院支援委員会の開催）が精神科病院で行われるよう求めている。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 概要

(1)精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2)保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3)医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等(*)のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
 - ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者(精神保健福祉士等)の設置
 - ・地域援助事業者(入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等)との連携
 - ・退院促進のための体制整備
 を義務付ける。

(4)精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日(ただし、1.(4)①については平成28年4月1日)

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

また、都道府県・市町村で定める第4期障害福祉計画(平成27年度から平成29年度)に係る国の基本指針においては、入院中の精神障害者の退院に関する目標値として入院後3か月時点・1年時点の退院率や長期在院者数に関する目標値を設定することとし、具体的には平成29年度における入院中の精神障害者の退院に関する目標値として「入院後3か月時点の退院率64%以上」「入院後1年時点の退院率91%以上」「平成29年6月末時点の長期在院者数(入院期間が1年以上の者)を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減」を基本として示した。このほか、基本指針においては地域生活への移行等の課題に対応した障害福祉サービスの提供体制の整備を求めている。

第4期障害福祉計画（目標集計）

○ 都道府県・市町村の障害福祉計画は、3年を一期として定めることとしており、平成27年度から平成29年度を計画期間とした第4期障害福祉計画について、各都道府県が設定した目標値の集計を行った。

○ 障害福祉計画の策定にあたっては、国の定める基本指針（厚生労働大臣告示）を踏まえることとなっており、同指針では、地域移行や就労に関する成果目標を定めている。

- ※【目標値】国の基本指針で定める成果目標
- ※【集計値】都道府県が設定した目標値を集計したもの

入院中の精神障害者の地域生活への移行

■ 平成29年度における入院中の精神障害者の退院に関する目標値

- 【目標値1】 入院後3か月時点の退院率 64%以上
- 【目標値2】 入院後1年時点の退院率 91%以上
- 【目標値3】 平成29年6月末時点の長期在院者数（入院期間が1年以上の者）を平成24年6月末時点の長期在院者数から18%以上削減

入院後3か月時点の退院率			入院後1年時点の退院率			長期在院者数		
【目標値1】	【集計値1】	基本指針を満たす都道府県	【目標値2】	【集計値2】	基本指針を満たす都道府県	平成24年6月末(人) (A)	平成29年6月末(人) (B)	減少率
								【目標値3】
64%以上	58.4%	42	91%以上	86.9%	44	184,690	154,100	18%以上
								【集計値3】 (B-A)/A
								基本指針を満たす都道府県
								33

都道府県	入院後3か月時点の退院率			入院後1年時点の退院率			長期在院者数			都道府県	入院後3か月時点の退院率			入院後1年時点の退院率			長期在院者数		
	直近の実績(%)	【集計値1】平成29年度(%)	直近の実績(%)	【集計値2】平成29年度(%)	平成24年6月末(人)(A)	平成29年6月末(人)(B)	【集計値3】減少率((B-A)/A)(%)	直近の実績(%)	【集計値1】平成29年度(%)		直近の実績(%)	【集計値2】平成29年度(%)	平成24年6月末(人)(A)	平成29年6月末(人)(B)	【集計値3】減少率((B-A)/A)(%)				
1 北海道	59.4	64.0	85.3	91.0	11,834	9,704	18.0%	25 滋賀県	67.8	64.0	85.6	91.0	1,350	1,242	8.0%				
2 青森県	68.0	64.0	89.0	91.0	2,320	1,902	18.0%	26 京都府	59.0	66.1	88.3	92.3	3,584	2,934	18.1%				
3 岩手県	61.3	64.0	89.2	91.0	2,530	2,074	18.0%	27 大阪府	62.0	64.0	90.0	91.0	10,909	8,945	18.0%				
4 宮城県	50.3	64.0	82.8	91.0	3,471	2,846	18.0%	28 兵庫県	53.7	58.6	87.9	91.2	7,059	6,377	9.7%				
5 秋田県	57.8	64.0	90.5	91.0	2,516	2,063	18.0%	29 奈良県	44.0	65.0	76.0	91.0	1,552	1,270	18.2%				
6 山形県	57.8	64.0	90.5	91.0	1,905	1,562	18.0%	30 和歌山県	56.5	64.0	88.8	91.0	1,423	1,167	18.0%				
7 福島県	53.2	64.0	79.6	91.0	3,649	2,992	18.0%	31 鳥取県	55.3	64.0	87.7	91.0	1,063	912	14.2%				
8 茨城県	59.6	64.0	87.8	91.0	4,464	4,014	10.1%	32 島根県	60.6	64.0	88.2	91.0	1,336	1,100	17.7%				
9 栃木県	54.5	64.0	82.8	91.0	3,401	2,874	15.5%	33 岡山県	64.0	64.0	90.0	91.0	2,777	2,277	18.0%				
10 群馬県	53.9	64.0	87.5	91.0	3,310	2,714	18.0%	34 広島県	61.5	64.0	85.2	91.0	5,294	4,341	18.0%				
11 埼玉県	51.0	—	88.6	91.0	8,298	—	—	35 山口県	50.9	56.0	81.9	85.0	3,783	3,405	10.0%				
12 千葉県	56.9	64.0	87.3	91.0	7,857	6,442	18.0%	36 徳島県	56.7	64.0	84.1	91.0	2,622	2,150	18.0%				
13 東京都	61.4	64.0	89.8	91.0	11,760	9,643	18.0%	37 香川県	59.0	64.0	84.0	91.0	2,060	1,689	18.0%				
14 神奈川県	59.0	64.0	89.0	91.0	6,751	6,076	10.0%	38 愛媛県	56.2	64.0	87.4	91.0	2,823	2,312	18.1%				
15 新潟県	56.1	検討中	87.4	検討中	4,215	検討中	検討中	39 高知県	65.8	70.8	91.5	92.6	1,984	1,626	18.0%				
16 富山県	60.8	64.0	85.1	91.0	2,209	1,811	18.0%	40 福岡県	53.7	64.0	85.8	91.0	12,880	10,562	18.0%				
17 石川県	57.1	64.0	85.0	91.0	2,206	1,942	12.0%	41 佐賀県	58.3	64.0	87.5	91.0	2,591	2,218	14.4%				
18 福井県	72.0	72.0	92.1	92.1	1,303	1,068	18.0%	42 長崎県	57.0	64.0	87.0	91.0	4,926	4,039	18.0%				
19 山梨県	59.0	64.0	87.8	91.0	1,389	1,139	18.0%	43 熊本県	60.0	64.0	88.0	91.0	5,475	4,489	18.0%				
20 長野県	62.6	64.0	90.4	91.0	2,683	2,370	11.7%	44 大分県	52.8	64.0	80.5	91.0	3,418	2,802	18.0%				
21 岐阜県	60.4	64.0	87.1	91.0	2,506	2,054	18.0%	45 宮崎県	58.0	64.0	83.1	91.0	3,548	2,909	18.0%				
22 静岡県	55.8	64.0	89.7	91.0	3,956	3,244	18.0%	46 鹿児島県	51.9	58.4	85.1	88.3	6,402	5,250	18.0%				
23 愛知県	61.1	64.0	89.7	91.0	7,655	6,277	18.0%	47 沖縄県	60.2	64.0	87.0	91.0	3,197	2,847	10.9%				
24 三重県	61.0	64.0	88.0	91.0	2,959	2,426	18.0%												
全国平均・合計 (未設定の都道府県を除く)	58.4	64.0	86.9	90.9	184,690	154,100	16.6%												

都道府県名	目標値を設定していない理由
埼玉県	埼玉県では、数値目標の設定にあたっては、地域の実情に応じたものとする必要があると考えるが、そのためには入院患者の実態把握が必要であり、今後必要な調査を実施したうえで、検討していくこととしている。
新潟県	地域の実情に合わせて病床機能を分化している現状において、一律の指標を用いることの妥当性等について、これまでの内部協議では結論が出なかったもの。改めて、年2回ほどの各種審議会及び協議会等での協議に向けて準備中であり、年度末には設定予定。

こうしたなかで、改正精神保健福祉法に基づき平成26年3月に新たに策定した「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(以下「指針」という)においては、長期入院精神障害者の高齢化により、その過半数が65歳以上の高齢者となり、死亡による退院者数は年間1万人超となっていることなどを背景に、長期入院精神障害者のさらなる地域移行が引き続きの検討課題とされ、その後の有識者、関係者による検討会により平成26年7月に「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」が取りまとめられ(以下、「取りまとめ」という)、それに基づき施策を進めているところである。

長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性(概要)

1. 長期入院精神障害者の地域移行及び精神医療の将来像

※長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会
(平成26年7月14日取りまとめ公表)

- 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起(退院支援意欲の喚起を含む)」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施。
- 精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革が必要。

2. 長期入院精神障害者本人に対する支援

【ア】退院に向けた支援

【ア-1】退院に向けた意欲の喚起

- ・病院スタッフからの働きかけの促進
- ・外部の支援者等との関わりの確保等

【ア-2】本人の意向に沿った移行支援

- ・地域移行後の生活準備に向けた支援
- ・地域移行に向けたステップとしての支援(退院意欲が喚起されない精神障害者への地域生活に向けた段階的な支援)等

【イ】地域生活の支援

- ・居住の場の確保(公営住宅の活用促進等)
- ・地域生活を支えるサービスの確保(地域生活を支える医療・福祉サービスの充実)等

【ウ】関係行政機関の役割

都道府県等は、医療機関の地域移行に関する取組が効果的なものとなるよう助言・支援に努める。

3. 病院の構造改革

- 病院は医療を提供する場であり、生活の場であるべきではない。
- 入院医療については、精神科救急等地域生活を支えるための医療等に人員・治療機能を集約することが原則であり、これに向けた構造改革が必要。(財政的な方策も併せて必要)
- 2.に掲げる支援を徹底して実施し、これまで以上に地域移行を進めることにより、病床は適正化され、将来的に削減。
- 急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。
- 将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、地域移行した精神障害者が退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実等地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

<病院資源のグループホームとしての活用について>

- 地域移行する際には、地域生活に直接移行することが原則
- 退院に向けた支援を徹底して実施してもなお退院意欲が固まらない人に対しては、本人の権利擁護の観点、精神医療の適正化の観点から、段階的な移行も含めて、入院医療の場から生活の場に居住の場を移すことが必要。
- その選択肢の一つとして、病院資源をグループホームとして活用することを可能とするために、障害者権利条約に基づく権利擁護の観点も踏まえ、一定の条件付け(※)を行った上で、病床削減を行った場合に敷地内への設置を認めることとし、必要な現行制度の見直しを行うべきこと、また、見直し後の事業を試行的に実施し、運用状況を検証するべきことが多くの構成員の一致した考え方(※※)。

※「本人の自由意思に基づく選択の自由を担保する」、「外部との自由な交流等を確保しつつ、病院とは明確に区別された環境とする」、「地域移行に向けたステップとしての支援とし、基本的な利用期間を設ける」等

※※あくまでも居住の場としての活用は否との使い分けがあった。

この取りまとめにおいては、長期入院精神障害者の地域移行および精神医療の将来像として、

- ①地域移行を進めるため、本人に対する支援として、「退院に向けた意欲の喚起」「本人の意向に沿った移行支援」「地域生活の支援」を徹底して実施
- ②精神医療の質を一般医療と同等に良質かつ適切なものとするため、精神病床を適正化し、将来的に不必要となる病床を削減するといった病院の構造改革(地域生活を支えるための医療等への人員・治療機能・財源の集約等)が必要という認識が共有された。

なお、①の長期入院精神障害者本人が地域移行できるようにする支援と、②の病院の構造改革との関係については、①により長期入院から地域移行した精神障害者が、退院後の地域生活を維持・継続するための医療の充実が図られるよう②が必要というように表裏一体の関係にあるとされている。

また、①の具体的な方策例としては、以下の通りである。

退院に向けた意欲の喚起

○病院スタッフからの働きかけを促進するため、病院スタッフの地域移行に関する理解の促進、退院意欲の喚起を行うことができる環境の整備

○外部の支援者等との関わりを確保するため、ピアサポート等のさらなる活用、地域の障害福祉事業者等のさらなる活用(地域体制整備、地域移行支援の柔軟な活用)、精神科病院について社会に開かれた環境の整備の推進等、

本人の意向に沿った移行支援

○地域移行後の生活準備に向けた支援(入院中からの手帳等の申請等に向けた支援、退院後に利用可能な障害福祉サービス等の利用の検討と準備等)を図る等、

地域生活の支援

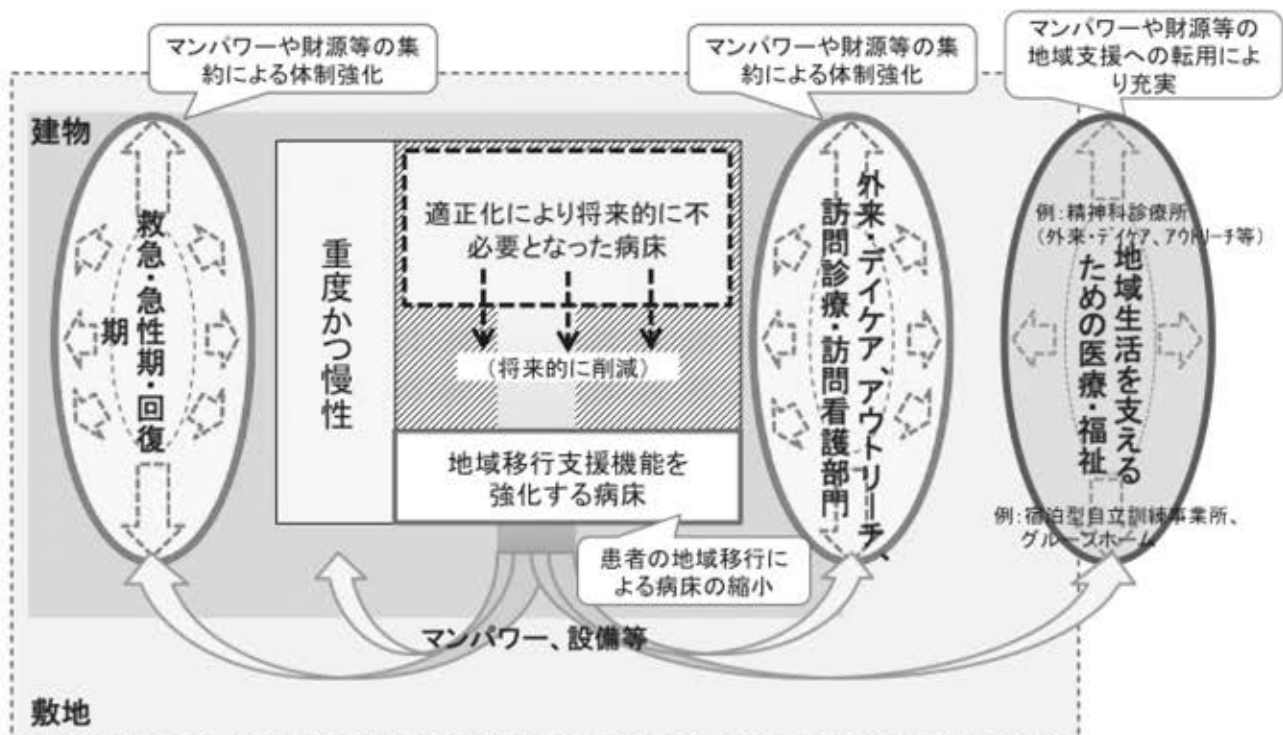
○地域生活を支えるサービス(外来医療やデイケア等の医療サービス、訪問による生活訓練等の障害福祉サービス)の確保を図る等、の実施が求められている。

また、②の病院の構造改革の方向性については、次のような方策が示されている。

○急性期等と比べ入院医療の必要性が低い精神障害者が利用する病床においては、地域移行支援機能を強化する。

○将来的に不必要となった建物設備や医療法人等として保有する敷地等の病院資源は、精神科救急・急性期・回復期、重度かつ慢性の入院機能、外来・デイケア・アウトリーチ等の機能又はその他の地域生活を支えるための医療の充実、地域生活支援や段階的な地域移行のために活用することも可能とする。

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



厚生労働省としては、取りまとめで示された方向性をふまえ長期入院精神障害者の地域移行および病院の構造改革に係る取り組みを総合的に進めてまいりたい。

兵庫県但馬圏域の取組 ～保健所を連携調整支援の要とした地域医療福祉連携体制の構築～

- 但馬圏域(二次医療圏)では、病院長を始めとした関係機関の代表者の参加する精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で年2回開催し、地域移行の具体的達成目標と戦略を共有し、地域医療福祉連携体制を構築。
- 病院、市町、相談支援事業所、保健所の実務担当者の参加する戦略会議を保健所主催で月1回開催し、ピアサポーターの養成や、退院意欲を喚起するための院内説明会等の地域全体の進捗状況を共有しながら、地域移行の取組を着実に実施。

【但馬圏域の基本情報】

人口(平成27年9月)	169,014人
面積	2134km ²
市町村の数	5自治体
精神科病院の数(26年6月)	3病院
精神病床数(27年4月)	588床
入院後3ヶ月時点の退院率(26年6月)	42.9%
入院後1年時点の退院率(26年6月)	90.5%



【地域移行の取組の経緯】

- 25年度 地域移行申請数は、0(ゼロ)
- 26年4月 戦略会議への参加と院内説明会の開催(1回/月)について、圏域内精神科医療機関の理事者と病院長から了解を得る
- 26年5月 北但馬地域でのピアサポーターを養成し、4名が雇用
- 26年8月 戦略会議と院内説明会の定期開催をスタート
- 27年5月 南但馬地域でもピアサポーターを養成し、5名が雇用
- 27年7月 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会を保健所主催で開催し、2病院長、1精神科部長の出席を得て、年度内地域移行目標を70と定める

【地域移行を効果的に進めるための各主体の役割】(都道府県)

- ・地域移行の県方針を決定、県単位の分析や研修を実施

(保健所)

- ・地域分析に基づいた地域移行推進のための戦略を企画立案
- ・精神障害者地域移行・地域定着推進協議会と戦略会議(1回/月)の事務局機能を果たし、地域移行の圏域の目標設定と進捗状況の整理・共有を実施
- ・相談支援事業所と協働しながら、ピアサポーターの養成・活動支援を実施
- ・630調査や病院実地指導等により、入院患者の実態を定期的に把握

(精神保健福祉センター)

- ・県内病院、相談支援事業所、保健所の職員向け研修を実施
- ・ピアサポーター養成研修を実施

(市町村)

- ・精神障害に対応できる相談支援員の確保
- ・住まいや生活支援の体制整備

(精神科病院の医師等の医療関係者)

- ・関連会議への参加・協力、地域移行に向けた対象患者の選定
- ・長期入院患者の退院意欲を喚起するための院内説明会への協力

(相談支援事業所等の障害福祉サービス事業者)

- ・関連会議への参加・協力、ピアサポーターの養成と雇用
- ・ピアサポーターを活かした地域移行地域定着支援の実施

【効果】

(地域移行の利用者数)

- 25年度 0名
- 26年度 8名うち2名退院
- 27年度 13名うち4名退院(9月時点)

(1年以上入院患者割合 630調査より)

- 25年 71.7% 26年 71.3%

(ピアサポーターの活動者数)

- 25年度 0名 26年度 12名

(関係者の意識変容)

- ・関係機関の実務担当者のそれぞれが、長期入院患者の退院を経験することにより、地域移行に対する意識の変化が認められる
- ・病院関係者は、20年以上の入院患者が、自らの意思で退院を希望し、地域移行を申請したことについて、驚きをもって報告している

平成27年度地域保健総合推進事業「改正精神保健福祉法における保健所の役割に関する研究(分担事業者:中原由美)」からの報告

第Ⅱ章

長期入院精神障害者の実態について

2004年9月に公表された「精神保健福祉の改革ビジョン(以下、改革ビジョン)」を起点に、わが国の精神保健医療福祉施策は、「精神科医療の供給体制を入院治療中心型から地域生活支援重視型へ」と方向転換するべくシフトチェンジされた。

しかし、さまざまな要因から、改革ビジョン以降の取り組みの成果は未だ十分とは言い難い状況にある。この章では、

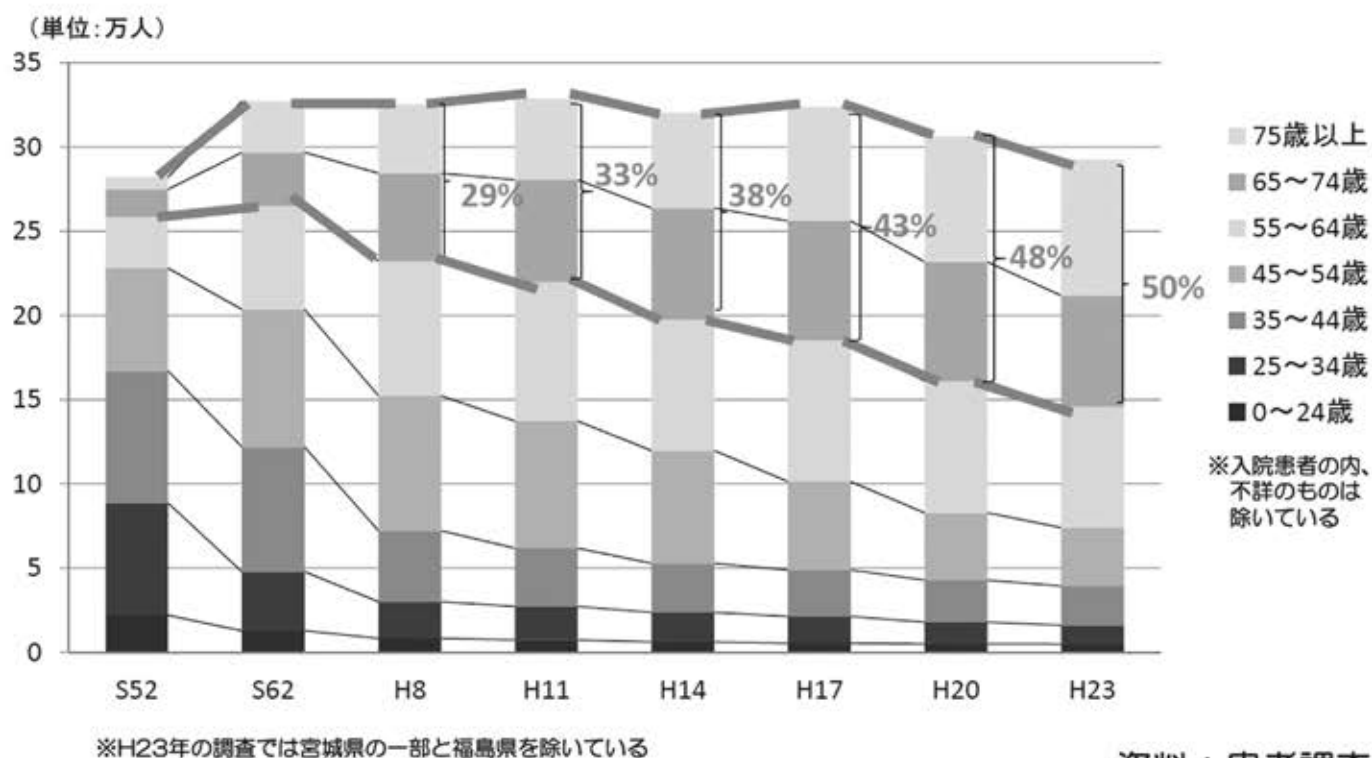
- [1] 長期入院精神障害者の概況
- [2] 概況から見える課題
- [3] 長期入院精神障害者の「生活のしづらさ」を考える
- [4] 「ひとりひとりの生活者」に必要な支援を届けるために

の各項を通して「長期入院精神障害者の実態」について、その概況と課題を確認し、テキストの第Ⅰ章と第Ⅲ章以降の内容理解の橋渡しとなるよう、長期入院精神障害者の退院促進と地域生活支援の今後の在り方について考察してみたい。

[1] 長期入院精神障害者の概況

●精神科病床全体の入院患者の年齢分布については、65歳以上が既に50%を超えている。

精神病床入院患者の年齢分布

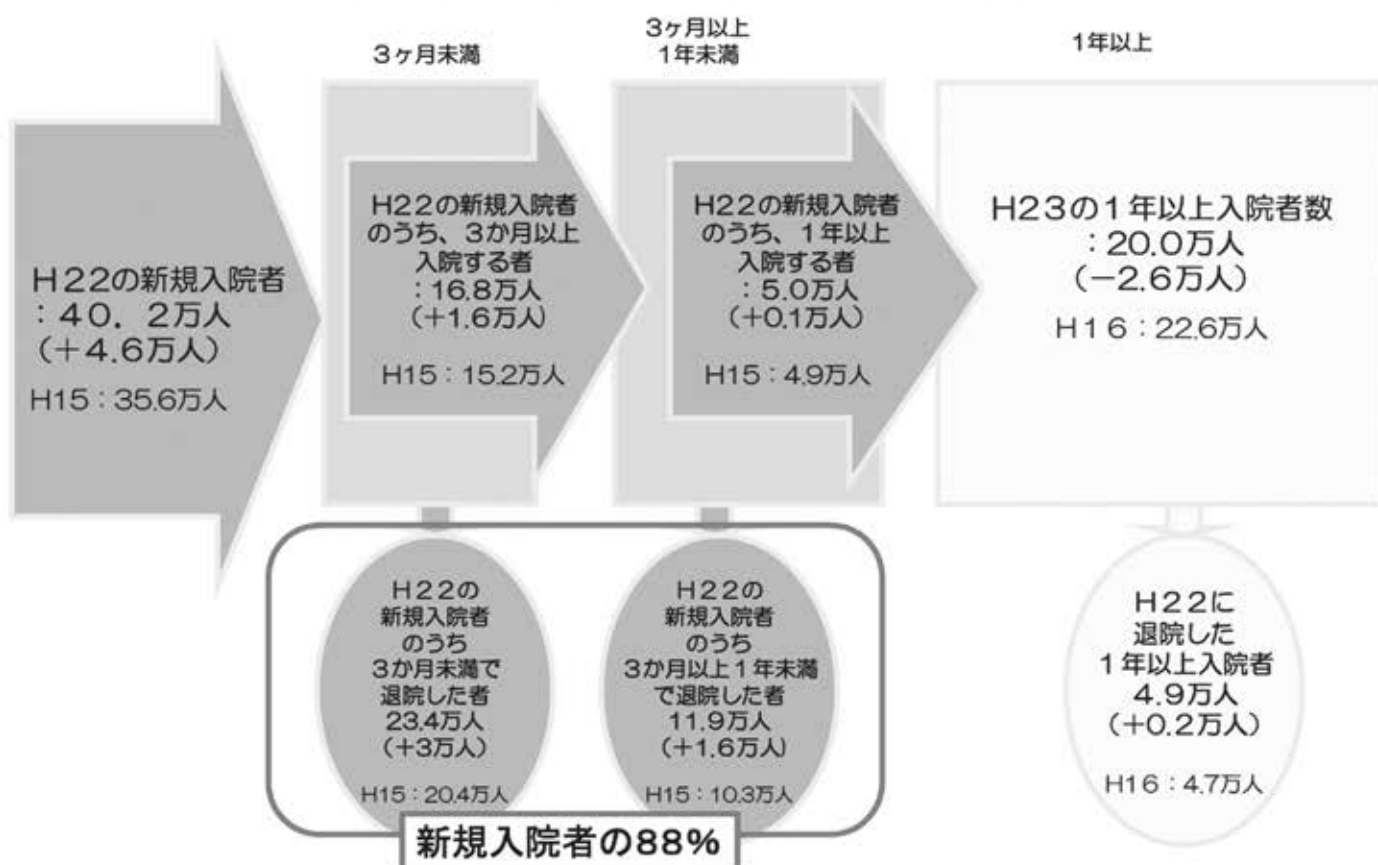


資料：患者調査

●精神科病床における患者の動態については、平成23年度の精神科病院への新規入院患者(再入院も含む)は、約87%が1年未満で退院している一方、平成24年度の全入院患者のうち、入院期間1年以上の長期入院患者は約65%を占め、実数では約20万人の規模であり、うち5年以上の方は約11万人で、入院期間が1年を超える長期入院精神障害者の累計入院回数の中央値は3回である。

資料：平成23年精神・障害保健課調より推計

精神病床における患者の動態の年次推移

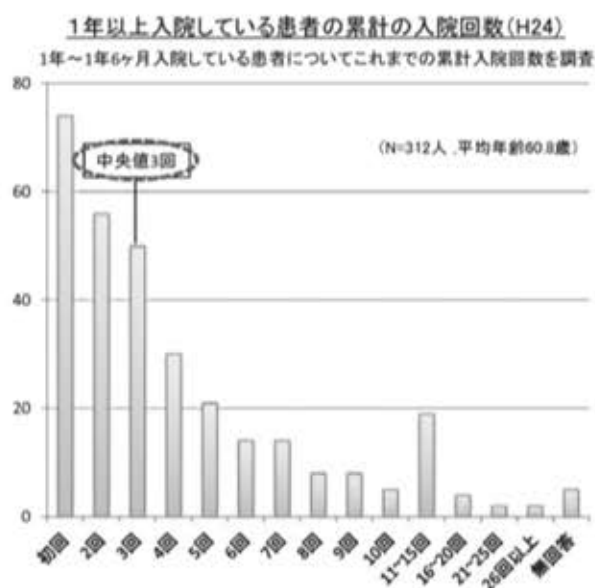


精神科入院患者の現状

○ 精神疾患による入院患者の在院期間は、1年以上が約20万人、うち5年以上が約11万人であり、在院期間が1年を超える長期入院患者の多くは入退院を繰り返している。

	各年6月30日時点での入院 (人)			総数
	1年未満	1年以上5年未満	5年以上	
H12	98,902	87,778	146,323	333,003
H13	98,788	90,026	143,900	332,714
H14	99,249	90,621	140,180	330,050
H15	99,800	91,789	137,507	329,096
H16	100,212	90,728	135,185	326,125
H17	102,262	89,804	132,269	324,335
H18	103,000	89,006	128,302	320,308
H19	101,742	88,822	125,545	316,109
H20	102,717	88,698	121,856	313,271
H21	103,396	88,765	118,577	310,738
H22	104,790	88,492	115,333	308,615
H23	104,581	87,976	111,837	304,394
H24	105,074	88,090	108,992	302,156

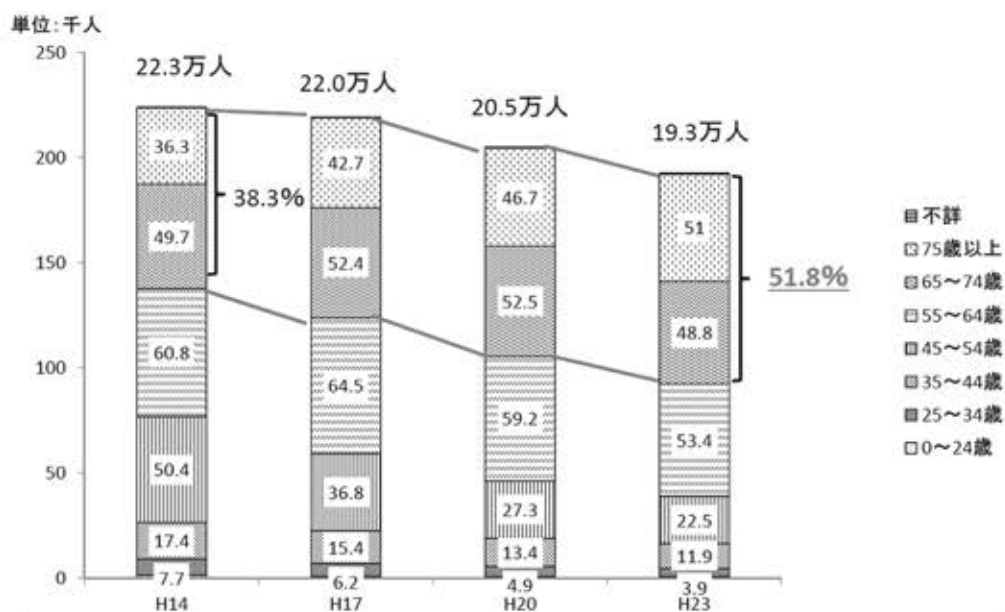
□ 1年未満 □ 1年以上5年未満 □ 5年以上



出典：精神・障害保健課調べ

●精神科病床に1年以上入院している患者の年齢分布についても65歳以上が50%を超えている。

精神科病床に1年以上入院している患者の年齢分布



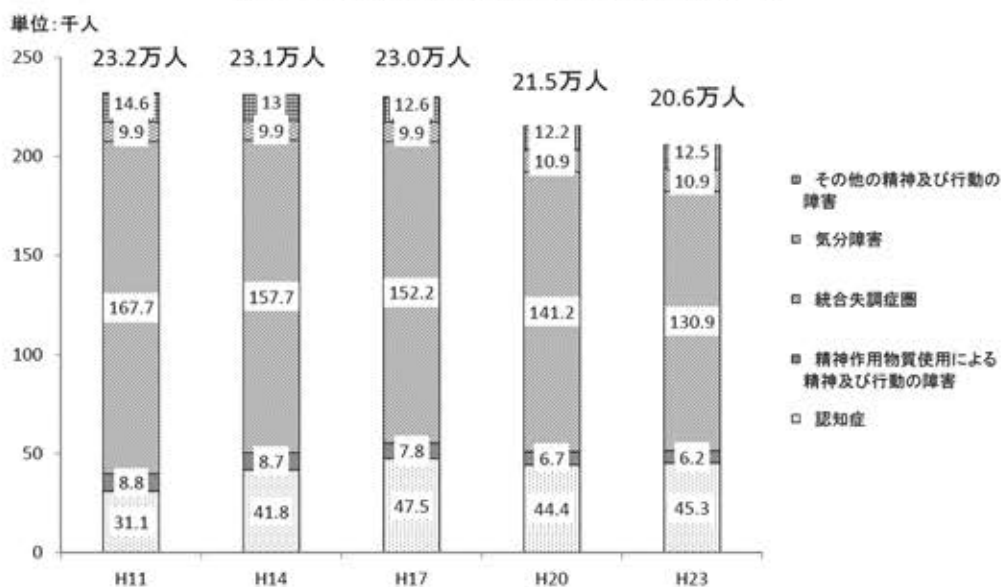
1年以上入院患者数は減っているが、高齢者の割合は増加

※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

●1年以上の入院患者の疾患別分類で最も多い疾患は統合失調症であり、実数では約13万人で全体の約64%にあたり、約20%の認知症系の疾患を除くと統合失調症の占める割合は約81%となる。なお、この部分については、直近の「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査(平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業)」による調査においても同様の傾向が示されている。

1年以上入院している精神障害者の疾患別分類 (精神科病床以外の入院患者も含)

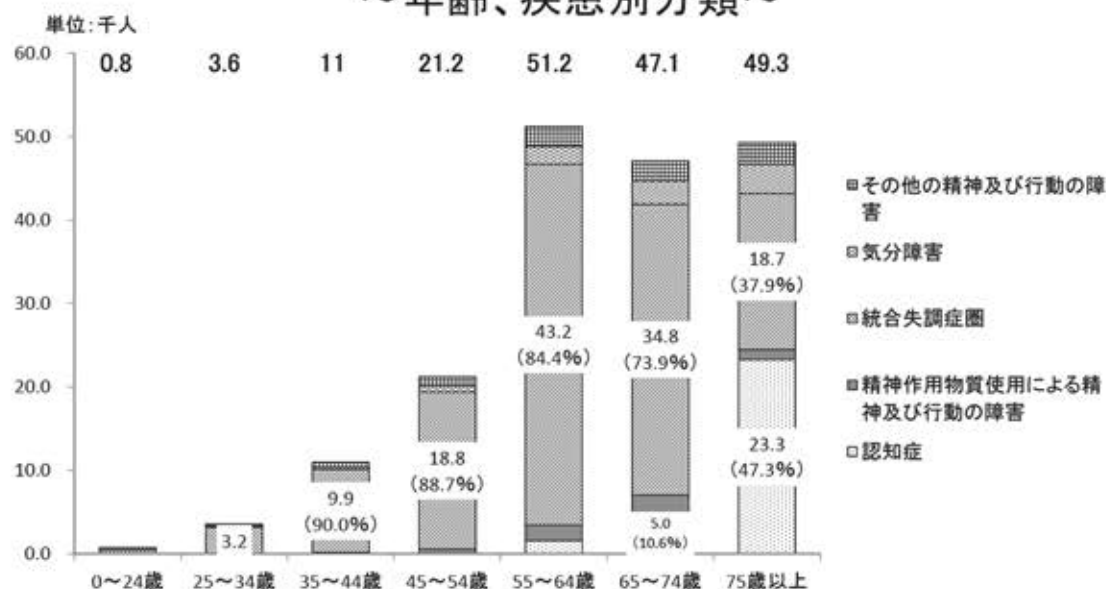


※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている

資料：患者調査

●この1年以上の入院患者の疾患別分類に年齢をクロスした結果は、75歳未満では圧倒的に統合失調症が多く、75歳以上でも統合失調症が約38%を占めている。

1年以上精神病床に入院している精神疾患患者 ～年齢、疾患別分類～



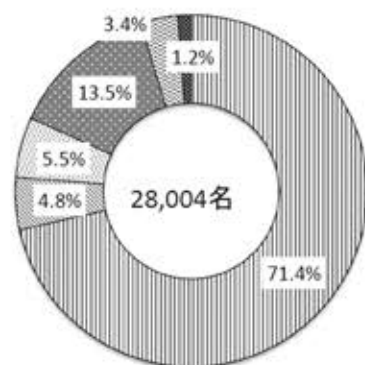
※H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている
 ※上記集計は、不詳は除いている

資料：平成23年患者調査

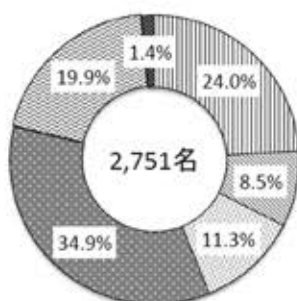
●精神科病院から家庭や住まいの場への退院者の状況については、入院期間が1年未満では約76%なのに対して、入院期間が1～5年では約33%に、入院期間が5年以上では約18%に減少する。

精神科病院からの退院者の状況

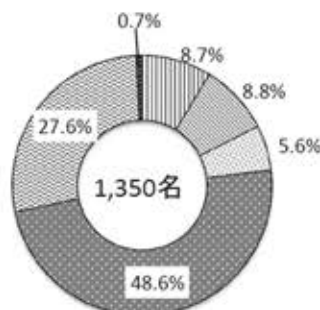
入院期間：1年未満



入院期間：1年～5年



入院期間：5年以上

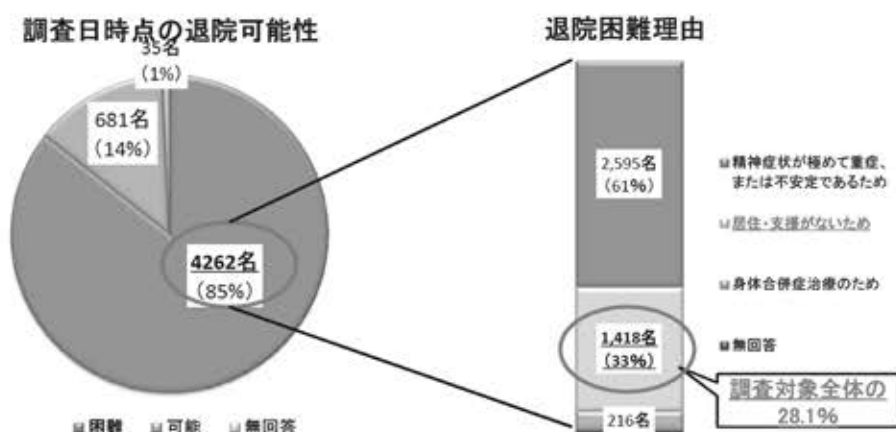


■ 家庭復帰等 ■ GH、CH、社会復帰施設等 ■ 高齢者福祉施設
 ■ 転院・院内転科 ■ 死亡 ■ その他

平成23年度精神・障害保健課調べ

●病棟看護師長らに対する1年以上の長期入院患者に関する実態調査によれば、調査時点での退院可能性として、約14%が可能、約85%が不可能との回答であり、不可能との理由の大半を「精神症状が重症または不安定」と「居住支援がないため」が占めている。

精神科病院における1年以上の長期入院患者 (認知症を除く)に関する調査 ～退院困難症例の内訳～



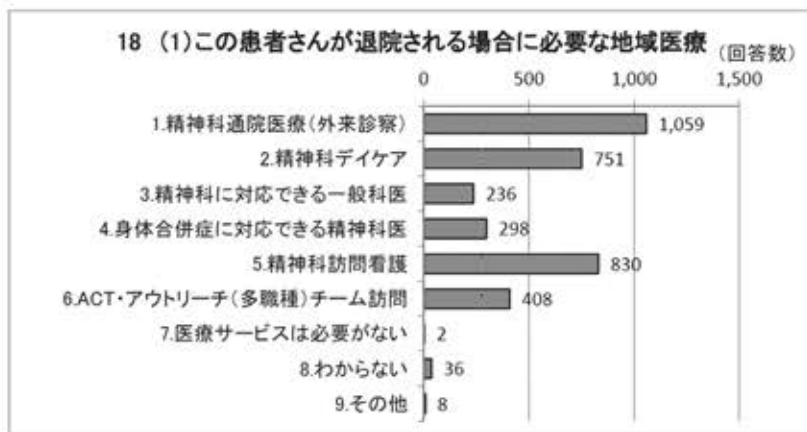
出典：平成24年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業
「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」より

●1年以上の長期入院精神障害者の退院に当たって必要と考える医療サービス・障害福祉サービス・介護保険サービス・その他のサービスについて、病院職員に調査した結果「わからない」との回答率は、医療サービス：3.1%＜障害福祉サービス：12.6%＜介護保険サービス：22.5%＜その他のサービス：33.6%の順であった。

18 この患者さんが退院される場合に必要と考える地域医療/サービスについてお考えをお聞かせください
(1) 医療 (複数回答)

	回答数	構成割合*
1.精神科通院医療(外来診察)	1,059	90.3%
2.精神科デイケア	751	64.0%
3.精神科に対応できる一般科医	236	20.1%
4.身体合併症に対応できる精神科医	298	25.4%
5.精神科訪問看護	830	70.8%
6.ACT・アウトリーチ(多職種)チーム訪問	408	34.8%
7.医療サービスは必要がない	2	0.2%
8.わからない	36	3.1%
9.その他	8	0.7%
有効回答数	3,628	
回答人数	1,173	

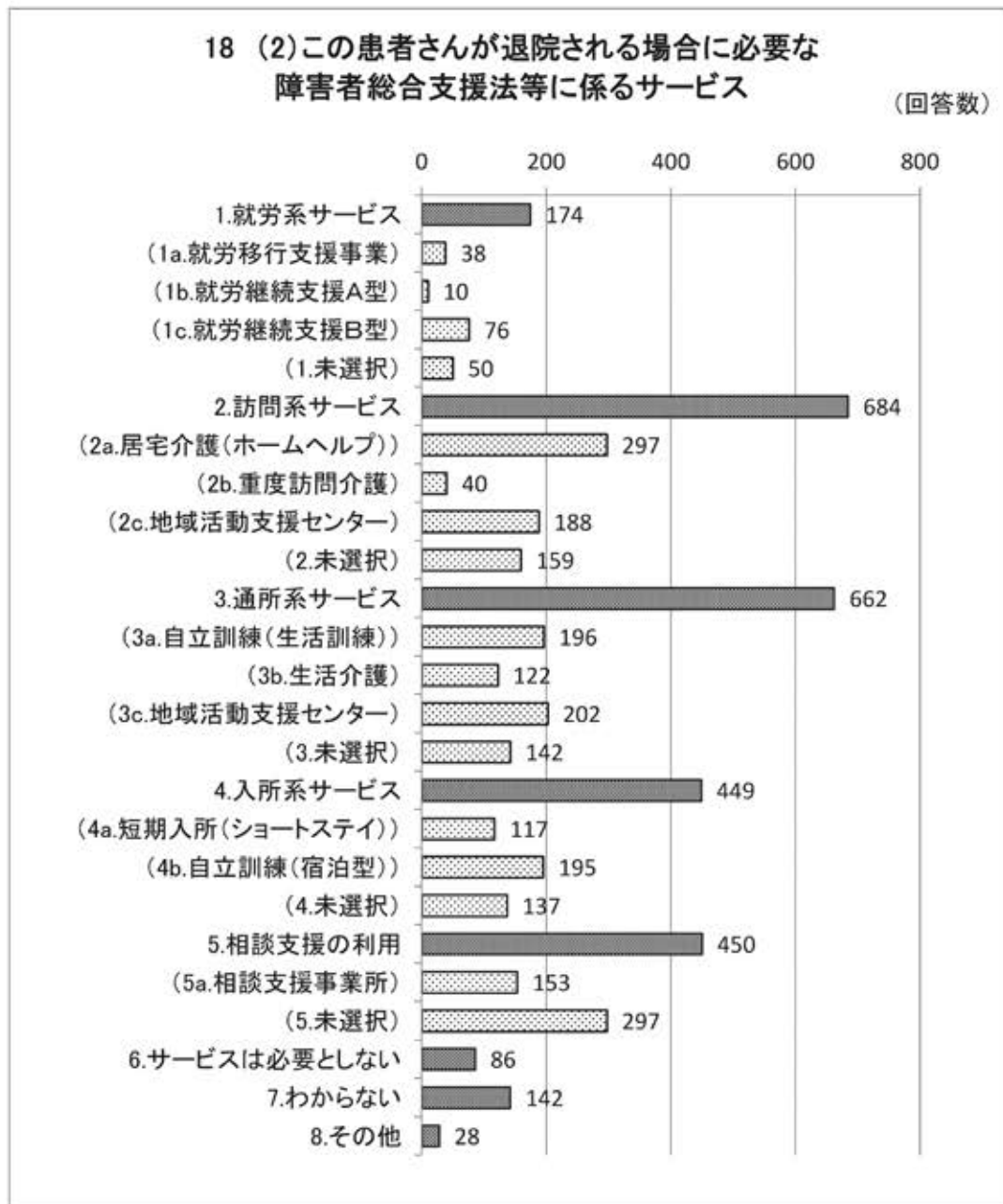
*構成割合は対回答人数比



(2) 障害者総合支援法等に係るサービス（複数回答）

	回答数	構成割合*		回答数	構成割合*
1. 就労系サービス	174	15.4%	4. 入所系サービス	449	39.7%
(a. 就労移行支援事業)	(38)	3.4%	(a. 短期入所（ショートステイ）	(117)	10.3%
(b. 就労継続支援A型)	(10)	0.9%	(b. 自立訓練（宿泊型）	(195)	17.2%
(c. 就労継続支援B型)	(76)	6.7%	(未選択)	(137)	12.1%
(未選択)	(50)	4.4%	5. 相談支援の利用	450	39.8%
2. 訪問系サービス	684	60.5%	(a. 相談支援事業所)	(153)	13.5%
(a. 居宅介護（ホームヘルプ）	(297)	26.3%	(未選択)	(297)	26.3%
(b. 重度訪問介護)	(40)	3.5%	6. サービスは必要としない	86	7.6%
(c. 地域活動支援センター)	(188)	16.6%	7. わからない	142	12.6%
(未選択)	(159)	14.1%	8. その他	28	2.5%
3. 通所系サービス	662	58.5%	有効回答数	2675	
(a. 自立訓練（生活訓練）	(196)	17.3%	回答人数	1131	
(b. 生活介護)	(122)	10.8%			
(c. 地域活動支援センター)	(202)	17.9%			
(未選択)	(142)	12.6%			

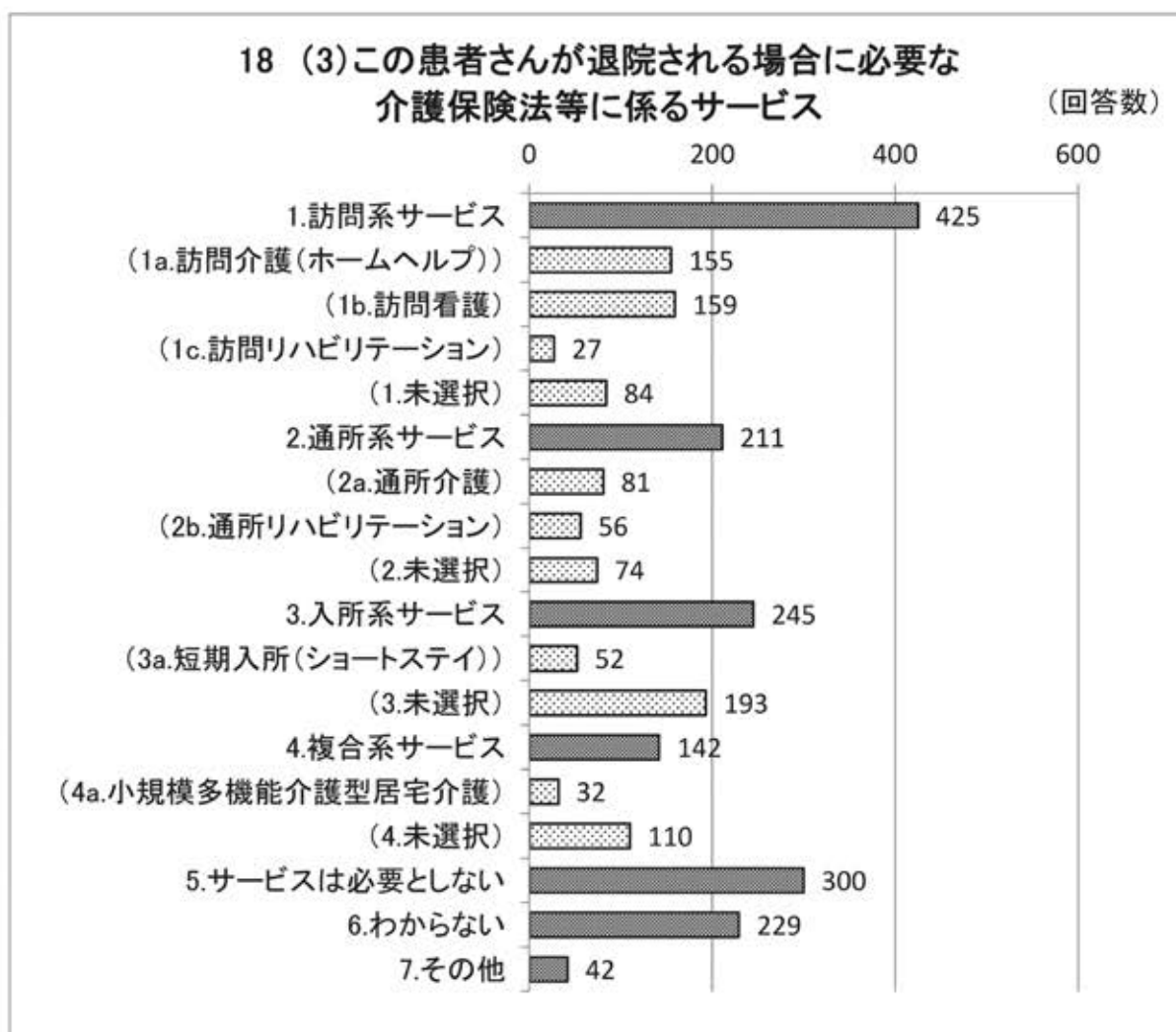
*構成割合は対回答人数比



(3) 介護保険法等に係るサービス（複数回答）

	回答数	構成割合*
1. 訪問系サービス	425	41.7%
(a. 訪問介護（ホームヘルプ））	(155)	15.2%
(b. 訪問看護)	(159)	15.6%
(c. 訪問リハビリテーション)	(27)	2.7%
(未選択)	(84)	8.3%
2. 通所系サービス	211	20.7%
(a. 通所介護)	(81)	8.0%
(b. 通所リハビリテーション)	(56)	5.5%
(未選択)	(74)	7.3%
3. 入所系サービス	245	24.1%
(a. 短期入所（ショートステイ））	(52)	5.1%
(未選択)	(193)	19.0%
4. 複合系サービス	142	13.9%
(a. 小規模多機能介護型居宅介護)	(32)	3.1%
(未選択)	(110)	10.8%
5. サービスは必要としない	300	29.5%
6. わからない	229	22.5%
7. その他	42	4.1%
有効回答数	1594	
回答人数	1018	

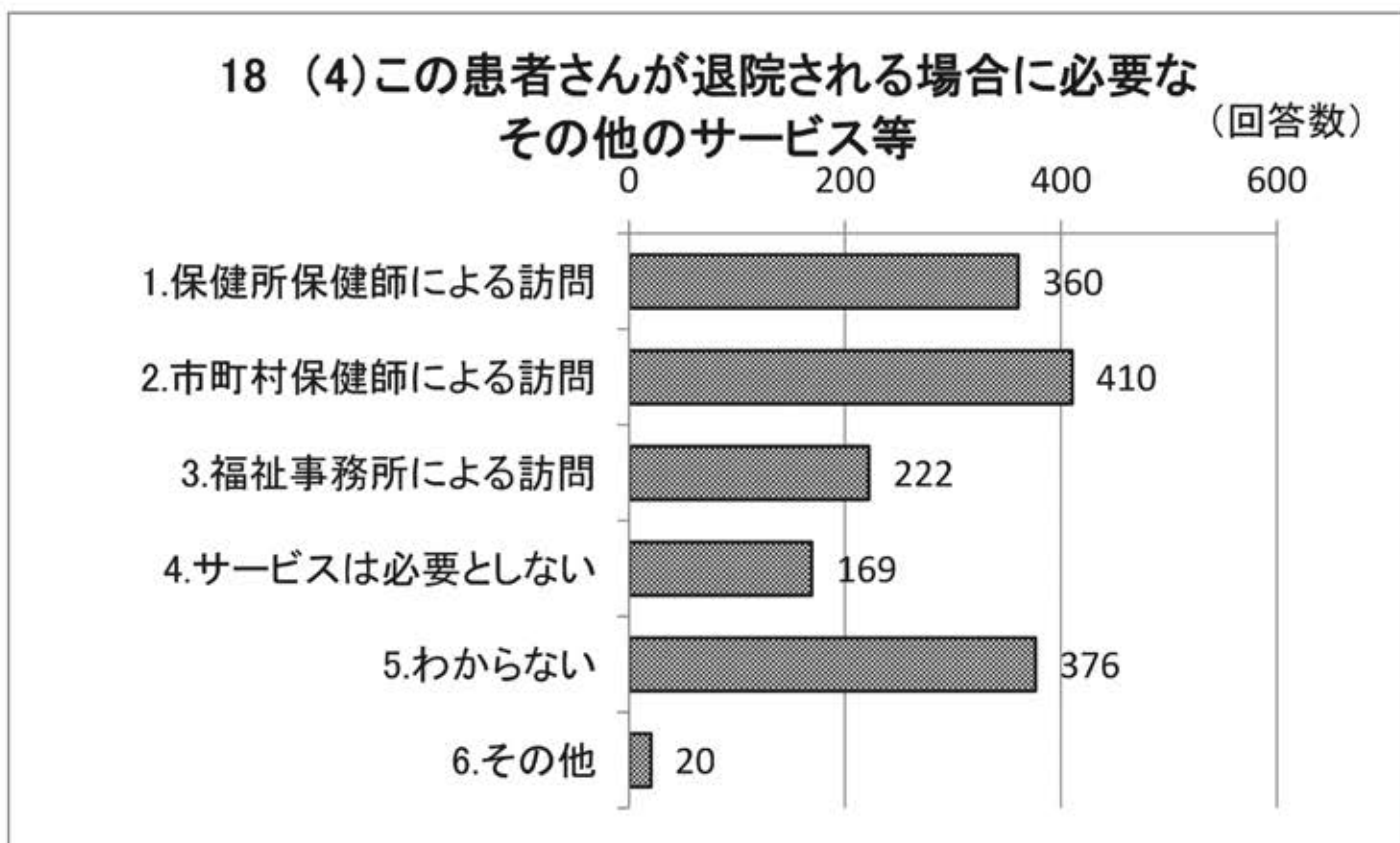
*構成割合は対回答人数比



(4) その他のサービス等（複数回答）

	回答数	構成割合*
1. 保健所保健師による訪問	360	32.1%
2. 市町村保健師による訪問	410	36.6%
3. 福祉事務所による訪問	222	19.8%
4. サービスは必要としない	169	15.1%
5. わからない	376	33.6%
6. その他	20	1.8%
有効回答数	1557	
回答人数	1120	

*構成割合は対回答人数比



出典：平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業

「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書

平成27年3月 公益社団法人 日本精神科病院協会

[2] 概況から見える課題

- 精神科病院では、入院患者の高齢化が加速している。(全般的傾向)
 - 精神科病院では、高齢化に伴う身体合併症など身体面のケアに関する課題が今後さらに深刻になると思われる。(全般的傾向)
 - 高齢化の進行は、長期入院精神障害者の退院促進・地域移行にとっても大きな課題になると思われる。
 - 精神科病院における患者の動態としては近年、入院1年未満の患者の退院率は高い一方で、入院1年以上の長期入院精神障害者はなお多く存在しており、加えて長期入院精神障害者は入退院を繰り返す傾向にある。
- こうしたことから、入院1年以上の長期入院精神障害者の退院・地域移行を促進するとともに、今後できるだけ新たな1年以上の長期入院精神障害者を作らないようにする取り組みが重要と思われる。
- 1年以上の長期入院精神障害者についても、精神科病院全体における傾向と同様に1年以上の入院患者数は減少傾向にあるが、高齢者の割合は増加している。
 - 1年以上の長期入院精神障害者で最も多い疾患は、直近の調査においても統合失調症であり、長期入院精神障害者の退院促進・地域生活支援の対象者として最も重要な疾患と言え、特に75歳未満の年齢層では、さらにその意味合いが強まる。
 - 入院期間が1年以上になると、退院先として家庭や住まいの場が急激に減少し、代わって転院や死亡退院が増加する傾向にあり、入院早期からの退院促進に向けての取り組みが重要であると思われる。
 - 1年以上の長期入院精神障害者に対しては、退院が困難と考えている看護職員が圧倒的に多数であり、理由としては精神症状のコントロールが不十分なことが最多であり、精神症状が安定しないうちは退院促進・地域生活支援に着手できていないのではないかと推察される。
 - また、居住支援が不足している状況への不安も長期入院精神障害者の退院促進・地域生活支援の阻害要因となっていると推察される。
 - 精神科病院の病棟職員は、外来診療・デイケア・訪問看護指導などの地域医療サービスに関する知識に比べて、障害福祉サービス・介護保険サービス・その他行政機関を活用するサービスなどに関する知識が不足していることが推察され、こうした状況も、長期入院精神障害者の退院促進・地域生活支援の阻害要因となるおそれがある。

[3] 長期入院精神障害者の「生活のしづらさ」を考える

統合失調症は、平成23年度の患者調査で精神科入院患者約29.3万人のうち約17.2万人(58.5%)と減少傾向にあるとは言え、今なお入院患者数としては最も多い疾患であり、前項まで述べたように、入院期間1年以上の長期入院精神障害者の退院促進や地域生活支援を考える上でも非常に重要な疾患である。

この項では、長期入院精神障害者において最も代表的な疾患である統合失調症をもとに、長期入院精神障害者の「生活のしづらさ」について考えてみたい。

統合失調症の症状は、自我障害を背景とした被害的な内容の幻覚や妄想を中核とする「陽性症状」と、思考や感情を統合して、まとまりある行動に向かわせることが困難となり、意欲や自発性・集中力・持続力も衰退して、生き生きとした感情を失った無為・無関心な状態へとつながる「陰性症状」が特徴的である。

陽性症状が顕著になる急性期を繰り返しながら慢性の経過をたどることが多く、その経過の中で「疾患(症状)」と生活場面や対人場面、学業・就労活動など、さまざまな日常生活上で困難をきたす「障害」が併存することも大きな特徴である。

陽性症状に対しては抗精神病薬を中心とした薬物療法の継続が、陰性症状に対しては心理社会的療法が有用とされ、この両者の組み合わせにより再発・再燃の防止と生活機能の改善を図ることが重要となる。

すなわち、統合失調症の長期入院患者の退院促進と地域生活支援を考えるに当たっては、再発・再燃防止のための薬物療法の維持とならんで、特に慢性期の統合失調症で問題となる「陰性症状」と「さまざまな障害」に対する「回復に向けたアプローチ」が不可欠であると言える。

では、多くの長期入院統合失調症患者があてはまる慢性統合失調症の「回復に向けたアプローチ」が必要な「生活のしづらさ」とは具体的にはどのようなものであろうか？

ここでの詳しい説明は割愛するが、主に長期入院精神障害者の社会的な機能を評価する目的で用いられる社会機能評価尺度をもとに簡単に説明したい。

慢性統合失調症の「生活のしづらさ」の特徴について知る手がかりとして、臨床の現場ではさまざまな社会機能評価尺度が用いられているが、ここでは、

1)精神科リハビリテーション行動評価尺度(REHAB)

2)精神障害者社会生活評価尺度(LASMI)

を例示する。

精神科リハビリテーション行動評価
尺度(REHAB)の評価項目

逸脱行動
1 失禁
2 暴力
3 自傷
4 性的問題行動
5 無断離院・無断外出
6 怒声・暴言
7 独語・空笑
全般的行動
【社会的活動性】
8 病棟内交流
9 病棟外交流
10 余暇
11 活動性
(以下の2項目は言葉の技能因子も含む)
12 言葉の量
13 自発的言語
【言葉のわかりやすさ】
14 言葉の意味
15 明瞭さ
【セルフケア】
16 食事の仕方
17 身繕い
18 身支度
19 所持品の整理
20 助言・援助
【社会生活の技能】
21 金銭管理
22 施設・期間の利用
23 全般的評価

精神障害者社会生活評価
尺度(LASMI)の評価項目

日常生活
【身辺処理】
1 生活リズムの確立
2 身だしなみへの配慮—整容
3 身だしなみへの配慮—服装
4 居室清掃やかたづけ
5 バランスのよい食生活
【社会資源の利用】
6 交通機関
7 金融機関
8 買い物
【自己管理】
9 大切な物の管理
10 金銭管理
11 服薬管理
12 自由時間の過ごし方
対人関係
【会話】
1 発語の明瞭さ
2 自発性
3 状況判断
4 理解力
5 主張
6 断る
7 応答
【集団生活】
8 協調性
9 マナー
【人づきあい】
10 自主的なつきあい
11 援助者とのつきあい
12 友人とのつきあい
13 異性とのつきあい
仕事・課題
1 役割の自覚
2 課題への挑戦
3 課題達成の見通し
4 手順の理解
5 手順の変更
6 課題遂行の自主性
7 持続性・安定性
8 ペースの変更
9 あいまいさに対する対処
10 ストレス耐性
持続性・安定性
1 現在の社会適応度
2 持続性・安定性の傾向
自己認識
1 障害の理解
2 過大な自己評価・過小な自己評価
3 現実離れ

REHABは、主に長期入院精神障害者の地域生活への移行の可能性について評価する際、あるいは病棟内での行動上の問題を把握する際に用いられる尺度であり、LASMIは、主に退院後の地域生活の状況をフォローアップする際に用いられる尺度である。

言い換えれば、慢性統合失調症患者、すなわち多くの長期入院精神障害者の方は、これらの尺度に挙げられている「評価項目に関する事象」が苦手であることが多く、「そうした事象にかかわる生活場面」でさまざまな問題に直面することが多いということである。

伊藤は、精神障害者のリハビリテーションの要点として以下の4点を挙げている。

- 1) 実際の生活の場をかかわりの中心にする。
- 2) 他職種(多職種)が関与する体制を作る。
- 3) 本人のストレングス(強さ・能力・長所)に注目し活かす。
- 4) リカバリー(回復)と言う概念を構築する。

「精神障害者のリハビリテーション」を
「長期入院精神障害者の生活のしづらさへのアプローチ」
「さまざまな症状や障害に対する回復に向けたアプローチ」
と置き換えてみると分かりやすいのではないだろうか。

長期入院精神障害者であれば、例示した評価尺度の評価項目全てが苦手と言うわけではなく、またその苦手な箇所や程度についても、患者ひとりひとりで当然異なるであろう。

さらに重要なことは、長期入院精神障害者であっても、その人なりの能力や長所は必ず残されていると言うことである。

「医学的に欠けている部分の指摘や改善だけにとらわれることなく、その人なりの能力や長所に着目して、それを伸ばす働きかけを常に意識する」

退院促進や地域生活支援の第一歩として。

まずは皆さんが働く病院に入院している長期入院精神障害者の方、ひとりひとりの「生活のしづらさ」に目を向けてみて欲しい。

[4] 「ひとりひとりの生活者」に必要な支援を届けるために

ここまで長期入院精神障害者の現況と課題及び生活のしづらさについて説明してきた。この先、いよいよ具体的な退院支援と、その先に続く地域生活支援について検討していくことになるわけであるが、支援の詳細についてはⅢ章以降で詳しく説明されるため、ここではこれらの支援にあたって心がけておくべきポイントや支援を実践する上で知っておくべき「多職種協働」に関する留意事項などについて簡単に触れてみたい。

吉川は、患者の地域生活を支えるための退院支援に関して、

- 1) 入院長期化のリスクを早い段階からアセスメントし、必要な支援を提供すること、
- 2) 患者の病状面と生活面の両面を視野に入れて、退院後に必要となる支援を検討すること、
- 3) 入院医療で全ての解決を目指さず、患者の治療は入院医療と外来・在宅医療全体で行う意識を持つこと、
- 4) 退院支援は入院時から視野に入れ、入院医療・看護のゴールを設定して、残された課題については引き続き地域で支援を行うこと、
- 5) 地域のあらゆる社会資源の中から患者の病気と生活を支えるために必要な支援を検討すること、

を意識・実践することにより「入院の長期化」と「再発・再入院」を防止し、「医療機関完結型支援」から「地域完結型支援」への転換を図ることが重要であり、さらにそのような退院支援の実現のためには、

- 1) 医療モデルに基づいた問題解決志向を見直し、人間の回復・改善・生活の質を変えることに支援の視点を移す、
 - 2) 医療側が退院できそうな患者を選別するのではなく、原則的には入院期間1年以上の患者について、現時点のまま地域で生活していくためにはどのような支援が必要かとの発想に切り替えて退院支援を検討し、
 - 3) 長期入院精神障害者が「地域の生活者として人生を取り戻す」ことが大切で、地域完結型支援により「本人が望む地域生活」を目指すことを目標にする、
- と言った、入院治療に携わる関係者の「地域完結型支援」に向けた意識改革の必要性を指摘している。

こうした考えは、[3]項で挙げた精神障害者のリハビリテーションの要点とも合い通じるものである。

また渡辺は、長期入院精神障害者の多様なニーズに対応するためには、多職種が連携して支援にあたるシステムが必要であり、医療機関の中で、そうしたシステムを構築していくこと自体も退院促進・地域生活支援の機能の一つであると指摘している。

長期入院精神障害者の退院とそれに続く地域での生活に係わる課題は、

- 1) 服薬や通院など医療継続に関すること
- 2) 日常生活に関すること
- 3) 経済面や就労に関すること
- 4) 居住に関すること

- 5) 家族関係に関すること
- 6) 家族以外の人間関係に関すること

など多岐にわたる。また、その内容や課題に対する意識・対応能力も患者ひとりひとりで異なるはずである。

高田は、こうした複雑なニーズの調整・検討にあたる「多職種協働」について、その「効果と困難」について次のように指摘している。

【効果】

- 1) 専門的な視点で多面的なアセスメントにより患者理解が深まる。
- 2) 支援の選択肢が増える。
- 3) ケアの質が保障される。
- 4) マンパワーが確保しやすくなる。
- 5) 役割分担により重点的な取り組みが可能になる。
- 6) 支援体験の共有により退院支援のスキルアップにつながる。
- 7) 患者の満足感につながる。

【困難】

- 1) 役割分担により支援の全体像が見えにくくなる。
- 2) 専門性の主張により不協和音が生じる。
- 3) 役割の委譲により非干渉が生じて必要な支援の欠落につながる。

さらに、できるだけこうした困難を回避し、多職種協働の強みを最大限発揮するために心がけるべきポイントとして、

- 1) 入院早期から多職種が患者の情報を共有できるようにする。
- 2) 患者のために自分は何ができるかを各々がまず考える。
- 3) お互いの役割(専門性)を知る。
- 4) カンファレンスを軸に支援を進める。
- 5) 記録による情報の共有化を図る。
- 6) 役割分担しつつ補完し合う意識を持つ。
- 7) 患者の意向を中心にする。(一部加筆)

を挙げている。

多職種協働とは他職種に依存することではない。
多職種協働に関するこれらの指摘を参考にしながら、

- ◇「他職種へのおまかせ」にならないように、
- ◇「長期入院精神障害者の地域生活支援」に興味を持ち、

- ◇「多職種でアイデアを持ち寄り」ながら、
- ◇「長期入院精神障害者の多様な課題」に向き合い、
- ◇「風通し良く」多職種で協力しながら支援に取り組み、
- ◇「医療と福祉と介護の連携」を常に意識して、
- ◇「長期入院精神障害者」をひとりでも多く、
- ◇「我々と一緒に暮らす生活者」にすること、

を目指す気持ちを持つことが何より大切だと思う。

そうは言うものの、長期入院精神障害者の退院に向けた意欲を喚起し、本人の意向に沿った移行支援や地域生活支援を実践することは容易ではなく、多くの困難が伴うことも予想される。

また、我々治療や支援に携わる者の頑張りだけでなく、さまざまな報酬体系を含めた医療・福祉・介護の整合性ある施策や制度設計、居住支援整備に向けた省庁の連携など、関係行政の協力・努力も長期入院精神障害者の退院促進と地域生活支援を実のあるものにするためには不可欠である。

長期入院精神障害者の退院支援・地域生活支援に携わる全ての関係者が、地域の中にひとりでも多くの生活者を増やす努力を続けることが求められている。

参考文献・資料

- ・厚生労働省 各種関係調査資料
- ・平成26年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業 「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書
- ・精神保健福祉白書2015版 改革ビジョンから10年 -これまでの歩みとこれから 中央法規
- ・精神科退院支援ビギナーズノート 中山書店 (吉川隆博、高田久美、渡辺とよみ 他 執筆)
- ・精神看護エキスパート④ 長期入院患者の社会参加とアセスメントツール 中山書店
- ・精神看護エキスパート⑤ 精神科リハビリテーション看護 中山書店 (伊藤順一郎 他 執筆)
- ・長期入院患者および予備軍への退院支援と精神看護 医歯薬出版株式会社
- ・精神障害と作業療法 三輪書店
- ・精神保健福祉法の最新知識 歴史と臨床実務 中央法規
- ・精神科臨床サービス 精神保健・医療・福祉の今がわかるキーワード126 2013.4.Vol.13-2. 星和書店
- ・精神科臨床サービス 統合失調症をもつ高齢者への医療と生活支援 2014.1.Vol.14-1. 星和書店
- ・観察者による精神科領域の症状評価尺度ガイド じほう

第Ⅲ章

退院後の支援体制・地域の社会資源

平成18年「障害者自立支援法」により、サービス提供主体が市町村に一元化され、障害の種類(身体障害、知的障害、精神障害)にかかわらず、障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスを共通の制度により提供されることになった。

また、精神障害者施策のうち、福祉の部分が精神保健福祉法から抽出され、精神保健福祉法は医療を対象とする法律として、その位置づけが明確になった。

さらに、相談支援の充実が図られたのち、平成25年現行の「障害者総合支援法」が施行された。翌年の法改正では障害支援区分の認定が精神障害者の特性に応じて行われるよう配慮等がなされ、障害格差解消の動きが目に見えてきた。

しかし、日本の制度は、基本的に本人が申請しなければ、その制度を利用できない仕組みになっている。(申請主義)

また、福祉や医療等制度により申請窓口が異なっており、中には手続きの複雑なものもある。法的に努力義務となっている制度では、市区町村により対応が異なるものもあり、地域格差も否めない。

その現状をふまえ、長期入院精神障害者の退院に向け、まずは地域の支援体制を知り、その方に有効となる制度利用の検討の一助となるよう、この章では把握しておきたい「社会資源」について以下の各項により紹介を行いたい。

- [1] 生活を支えるための制度
- [2] 医療関連の制度
- [3] 「精神障害者保健福祉手帳」の申請とメリット
- [4] 権利擁護の制度
- [5] 地域移行と自立支援に向けた障害福祉サービス
- [6] ピアサポートの活用と公的支援機関とのかかわり
- [7] 知っておきたい権利擁護の現状

[1] 生活を支えるための制度

1) 暮らしを支える「障害年金」

- 「障害年金」とは、病気やけがなどにより、障害の状態となった際に、その人の障害の状態に応じ、生活を保障するために「年金」として支給されるもの。
- 症状が落ち着き安定していても、日常生活や仕事をする上で支障がある場合に支給される。

【障害年金の受給資格要件】

- ①初診日の時点で年金に加入していること。(被保険者要件)
- ②保険料の納付は、3分の1以上の未納がないこと。
 - * 20歳前に初診がある場合は、障害基礎年金を請求(所得により支給停止あり)
- ③ 障害の状態が、各年金制度に定められた精神障害の状態にあてはまることの証明ができること。

【障害認定日】

- ・障害の程度を評価し、障害年金受給の状態にあるかを認定する日。
- ・初診日から1年6ヶ月を経過した日、もしくは、病気が治って障害が固定した日をいう。

「病気の症状が固定していないとき」 初診日から1年6ヶ月たった日

「病気が落ち着いて障害が固定したとき」 固定したと認められた日

- 「障害年金」の申請にあたっては、医師などに丁寧な相談が必要になる。
- ・「受給要件」「申請方法」「病歴・就労状況等申立書の作成」等はソーシャルワーカー
- ・「障害の原因となった病名」「初診日」「障害認定日」「障害の状態であるかは主治医に

【参 考】

- * 「障害の原因となった病名」精神病質(人格障害)、心因反応、神経症などは原則として認定の対象外。
- * 障害基礎年金は1～2級
- * 障害厚生年金等は1～3級 3級は労働が制限される状態
- * 障害年金受給後、年金受給の状態にあるか否かの審査として「現況届」診断書が求められる。怠ると「障害年金」の一時差し止めがある。
- * 「老齢年金」と「障害年金」は併給できない。該当年齢になった際に選択する。
- * 仕事に就くことについては基本的に制限はない。診断書の審査により、等級変更や支給停止がある場合がある。

2) 暮らしの最低限度を保障する「生活保護」

- 「生活保護」は、病気や高齢、障害などいろいろな事情のため生活に困ったときに、申請に基づき、最低限度の生活を保障し、自分の力で生活できるように手助けするもの。

◇生活に困り、他に収入のあてがない。

◇障害があるため働いた収入だけでは生活できない。

- * 受給額によっては、障害年金等他の制度と併せて利用することができる。

●「生活保護」の相談・申請は、国が定めた法律に従って、地域の所轄する福祉事務所が受付・審査・受給全てを行う。

●生活保護を受ける前には、

1) 自分の名義で所有・使用している車・バイクがあるときは処分するが多い。

2) 口座の残高・財産と認定されるようなものは全て処分。 生命保険など

3) 借金がある場合は、原則借金を整理しなければならない。借金返済は禁止事項。

* 法律事務所等に相談し債務整理なども必要。

4) 親・兄弟・姉妹・家族へ援助状態を確認するための書類が送付される。

* 別居の親・兄弟・姉妹・家族は後ほど役所から生活保護に関するお伺い書類に援助できない理由と署名捺印し返送する必要がある。

これらの4項目の確認がある。

●「保護費」は所在地域別の保護基準により定められている。

* 障害加算は、原則として「障害者手帳」の1～2級を持っている人が対象。

[2] 医療関連の制度

1) 医療保険

社会保険(医療保険、年金保険、労災保険、雇用保険、介護保険)制度の一つで、病気やけがをした場合に医療費の一部を負担してくれる制度。

「健康保険」(以下、健保)

「国民健康保険」(以下、国保)国保には「前期高齢者医療制度」「後期高齢者医療制度」がある。

日本は「国民皆保険制度」といって、すべての国民が医療保険に加入することとなっている。

医療費の自己負担割合は、75歳以上が1割、70歳から74歳が2割、義務教育就学後から69歳までは3割、義務教育就学前は2割となっている。

但し、70歳以上でも、現役並みの所得のある人は3割。

2) 自立支援医療

原則は1割負担(応能負担)

現在は、負担軽減措置が導入され、世帯の市県民税等に応じて月額上限負担額が設定されている。

◇申請窓口は市町村であり、

◇決定は実施主体である都道府県等が行っている。

◇そこで決定を受けた者は、市町村を経由して「自立支援医療受給者証」と「上限額管理票」が交付される。

◇有効期間は1年間。

◇診断書の提出は2年に1回となる。

◇制度利用ができる医療機関や院外処方の際の薬局は、都道府県知事等により指定を受けた自立支援医療機関や薬局で、原則各1カ所の利用となる。

3) 医療保険のサービス

・外来通院

・訪問診療・訪問看護

・精神科ケア … いずれも医療保険診療で、医師の指示により行われる。

・薬剤指導 … 副作用や悩み事をご本人やご家族とともに考え、受診の仕方のアドバイスなど積極的な治療への参加を促す。

[3]「精神障害者保健福祉手帳」の申請とメリット

●精神障害者保健福祉手帳の概要

「精神障害者保健福祉手帳」は、精神障害を持つ方に対して自立と社会参加の促進を図ることを目的に交付される。

手帳を取得すると税制上の優遇措置や各種サービスが受けやすくなる。

また、障害者雇用の対象として、企業等での雇用率の算定対象となる。

その疾患による初診日から6ヶ月以上経過していることが必要になる。

1)精神障害者保健福祉手帳の申請方法

◇市町村が窓口 市町村を経由して都道府県に申請し、

◇精神保健福祉センターで判定・審査、年金事務所への照会、

◇手帳・通知書の作成が行われ、市町村を経由して交付される。

2)障害等級は1～3級

3)有効期間は2年

4)写真の貼付が必要となった。

5)診断書は精神保健指定医、精神障害者の診断や治療に従事する医師が作成。

●精神障害者保健福祉手帳のメリットは、以下の5つと考えられる。

① 自立支援医療申請について診断書の提出が省略されること。

② 所得税、住民税の障害者控除があること。(税制上の優遇措置)

③ 1・2級について生活保護の障害者加算がつくこと。

④ 公共施設の利用料減免等各種サービスが受けやすくなること。

⑤ 障害者雇用の対象として、企業等での雇用率の算定対象となること。

●精神障害者保健福祉手帳の課題

① 2年で更新が必要。

② 身体障害者や知的障害者と異なり、JR旅客運賃割引や有料道路の割引が適用されない。

[4] 権利擁護の制度

1) 日常生活自立支援事業

定期的な訪問により、福祉サービスを利用するお手伝いや、日常的な金銭管理をお手伝いすることで、高齢者や障害者の方々が住み慣れた地域で生活できるよう支援する事業である。

- 契約は、最寄りの市区町村社会福祉協議会（以下、基幹的社協）と都道府県社会福祉協議会の3者で行う。
- 「基幹的社協の専門員」の作成した支援計画にそって「生活支援員」が、預貯金の出し入れなどを代行する。

【利用料】

○契約後、生活支援員がお手伝いするときに、利用料と交通費がかかる。

【対象者】

- 認知症や知的・精神の障害等のために判断能力が十分でないために、日常生活上の判断に不安がある方。
- 必要に応じて成年後見制度との併用が可能。

2) 成年後見制度

以下に述べる「法定後見制度」と、「任意後見制度」に分かれる。

【法定後見制度】

- 相談や申し立ては、本人の住所地を管轄する家庭裁判所へ
- 判断能力の程度に応じて3種類のうち、家庭裁判所が「成年後見人」「保佐人」「補助人」のいずれかを選任する。

* 成年後見人等は、親族のほか、弁護士、司法書士、社会福祉士などから選任される。

【成年後見人に与えられる法的な権限】

■同意権・取消権

後見人等の同意なしに行った、本人の法律行為（不動産の売買等）を取り消す（無効にする）権限

* 日用品の購入など、日常生活に関することは取り消すことはできない。

■代理権

後見人等が本人に代わって（代理して）法律行為を行う権限

例) 本人の代理人として、成年後見人が特別養護老人ホームの入所契約を行う。

【後見人ではできないこと】

- ①結婚、養子縁組、遺言など（他人には譲渡できないもの）
- ②施設入所や入院に係る保証人・身元引受人
- ③医療行為に対する同意
- ④被後見人の死亡後の法律行為

【任意後見制度】

将来判断能力が低下した時に備えて、財産の管理などの身上に関する事柄を本人に代わって行う人を事前に選任し、その内容（代理権）と方法を決めておく制度。

【5】地域移行と自立支援に向けた障害福祉サービス

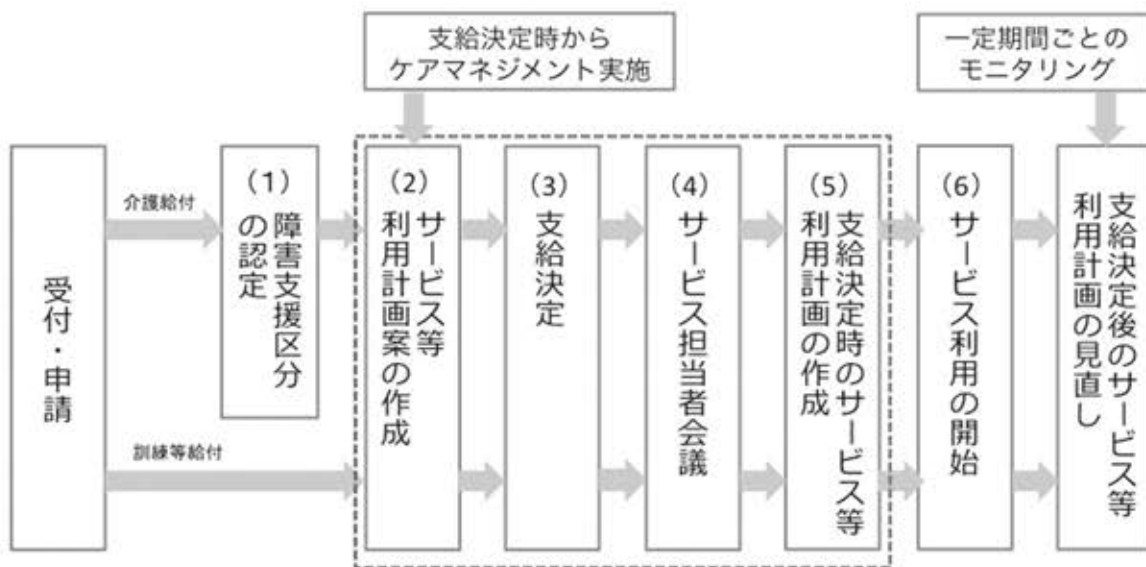
障害者がその地域で安心してその人らしい生き方をするためには、①ニーズに即した利用しやすい自立支援サービスであること、②障害特性のみならず、障害者の居住する地域特性にも配慮した支援体制の検討等が大切である。

そのために平成24年4月から、相談支援の充実が図られ、障害福祉サービスを利用する者はすべてサービス利用計画を作成することとなった。

「相談支援専門員」の配置による、個別給付により支える仕組みが出来上がった。

【障害福祉サービスの支給決定の流れ】

- (1) サービスの利用を希望する方は、市町村の窓口申請し障害支援区分の認定を受ける。
- (2) 市町村は、申請をした方に、「指定特定相談支援事業者の相談支援専門員」が作成する「サービス等利用計画案」の提出を求める。利用者は、「サービス等利用計画案」を市町村に提出する。
- (3) 市町村は、提出された計画案や勘案すべき事項を踏まえ、支給決定する。
- (4) 「特定相談支援事業者」は、支給決定された後にサービス担当者会議（ケア会議）を開催。
- (5) サービス事業者等との連絡調整を行い、実際に利用する「サービス等利用計画」を作成する。
- (6) サービス利用が開始される。
- (7) 相談支援で一定期間ごとのモニタリング（計画の見直し）を行う。



【障害支援区分の認定】

●障害支援区分とは、障害の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを表す6段階の区分。必要とされる支援の度合いに応じて適切なサービスが利用できるように導入されている。

<調査項目>

- ①移動や動作等に関連する項目(12項目)
- ②身の回りの世話や日常生活等に関連する項目(16項目)
- ③意思疎通等に関連する項目(6項目)
- ④行動障害に関連する項目(34項目)

⑤特別な医療に関連する項目(12項目) 計80項目

各市町村に設置される審査会において、この調査結果や医師の意見書の内容を総合的に勘案した審査判定が行われ、その結果を踏まえて市町村が認定する。

1) 障害福祉サービス利用のための相談支援事業

○相談支援が目指すもの

◇地域に暮らす障害福祉サービス等を利用するすべてのひとに対して、時には近くで深く寄り添い、時には遠くから見守ることのできる「相談支援専門員」という専門職が身近にいる体制を整えること。

◇誰もが住み慣れた地域で生活できるまちづくりを目指すこと。

●基本相談支援

・障害福祉に関する様々な内容について、障害のある方や家族からの相談に応じ情報提供や助言を行うとともに、市区町村及び障害福祉サービス事業所等の関係機関との連絡調整などを行う。「計画相談支援」や「地域相談支援」等の具体的支援の出発点となる相談である。

●計画相談支援

①サービス利用支援

・サービス申請に係る支給決定前にサービス等利用計画案を作成する。
・支給決定後、事業者等と連絡調整等を行い、サービス等利用計画を作成する。

②継続利用支援

・サービス等の利用状況等の検証(モニタリング)を行う。
・事業者等との連絡調整、必要に応じて新たな支給決定等に係る申請の推奨。

●地域相談支援

①地域移行支援(地域移行後の生活準備に向けた支援)

・精神科病院、障害者支援施設等を退所する者を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安の解消、外出への同行支援、住居の確保、関係機関との調整等を行う。

②地域定着支援

・居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行う。

【障害者の相談支援体系】

- (1) 指定特定相談支援事業所 計画相談支援:サービス等利用計画の作成とモニタリングを行う。
- (2) 指定一般相談支援事業 地域相談支援:地域移行支援事業・地域定着支援事業を行う。

2) 「暮らす」を支援する制度

●地域生活を支える居宅介護(ホームヘルプ)

・居宅介護事業は、障害支援区分1以上の障害者に対し、自宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯および掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言等を行う。

◇精神障害者は、能力があっても経験がなくて行えないことがある。

◇調理、掃除等を共に行い、自立を支援していくサービス。

◇できることを増やしていくことやその方の強みを大切にしながら行われている。

◇糖尿病・高血圧などの合併症持つ方も少なくないが、身近な支援者として体調の変化に早く気付くことができる立場でもある。

* サービスは、「身体介護」「家事支援」「通院介助」「通院等乗降介助」に分類。

* 介護保険では、訪問介護 … 高齢や病気等でできなくなった部分(家事等)の補完的なサービスを行う。

(注)介護保険のサービスを利用するためには、要介護認定調査を受けなければならない。

●居住支援の柱である共同生活援助(グループホーム)

・グループホームとは、障害のある方が地域の中で家庭的な雰囲気の下、共同生活を行う住まいの場。

・一つの住居の利用者数の平均は5名程度

・障害のある方に対し、共同生活住居において、相談、入浴、排せつ又は食事の介護、家事等の日常生活上の支援を併せて提供。

【具体的な利用者像】

○単身での生活は不安があるため、一定の支援を受けながら地域の中で暮らしたい方

○一定の介護が必要であるが、施設ではなく、地域の中で暮らしたい方

○施設を退所して、地域生活へ移行したいがいきなりの単身生活には不安がある方など

平成26年4月、グループホーム、ケアホーム一体型の事業所が半数以上等の現状をふまえ、ケアホームのグループホームへの一元化が計られた。

介護サービスの提供方法は、以下の2つの形態から選択できる仕組みとなる。

①介護サービス包括型

グループホーム事業者が自ら行う形態。(利用者の状態に応じ生活支援員を配置)

②外部サービス利用型

グループホーム事業者はアレンジメント(手配)のみを行い、外部の居宅介護事業所に委託する形態。

但し、介護スタッフ(生活支援員)については配置不要。

併せてユニットなど一定の設備基準を緩和した一人暮らしに近い形態の「サテライト型住居」が創設された。

●日中活動のサービス

○生活介護

・常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供する。

・障害支援区分3以上の方が対象。

●入所系のサービス

①介護を中心とした施設入所支援

- ・施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行う。
- ・障害支援区分4以上の方が対象(但し、50歳以上の方は区分3)

②自立訓練を目的とした宿泊型自立訓練

- ・期間は2年間が目安
- ・生活能力の維持、向上のために、夜間や休日、自立訓練を行う。
- ・日中は、就労や精神科デイケア、日中活動(福祉サービス)等に参加。

③在宅生活を支える短期入所(ショートステイ)

- ・自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設で入浴、排せつ、食事の介護等を行う。

3)「自立支援」を目指す自立訓練(生活訓練)

- ・自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、生活能力の維持、向上のために必要な支援、訓練を行う。

- ・自立訓練には他に訪問型や②の宿泊型がある

○訪問による自立訓練

- ・平成27年度より見直しが行われ①自立訓練の通所者という枠が取り払われ、通所による自立訓練を利用していない利用者であっても訪問による自立訓練が可能となった。上限枠も増え180日ごとに50回。

【自立訓練の具体例】

ア.食事、入浴、健康管理等、居宅における生活に関する訓練及び相談援助

イ.地域生活のルール、マナーに関する相談援助

ウ.交通機関、金融機関、役所等の公共機関活用に関する訓練及び相談援助など

4)「働く」を支援する制度

○就労移行支援

- ・一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。

○就労継続支援(A型=雇用型) … 一般就労への移行を意識した事業

- ・一般企業等で就労が困難な人に、雇用関係を結び、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う。

- ・最低賃金が保証されている。収入面で大きな相違がある。

○就労継続支援(B型) … 雇用契約に基づかない福祉的な就労

- ・一般企業等で就労が困難な人に、就労する機会を提供するとともに、能力等の向上のために必要な訓練を行う。

注) 就労経験のない方は、B型アセスメントを行う。

【B型アセスメントの実施】

- ・就労経験のない方(50歳以上の者や障害基礎年金1級受給者を除く)が、B型事業の利用を希望する場合には、就労移行支援事業所等が、就労面の情報の把握と利用者の「働く力」の向上のため「B型アセスメント」を行うこととなっている。

【進め方】

- ①就労継続支援B型事業利用希望者が市町村窓口へ相談
- ②相談支援事業所にて就労アセスメントのためのサービス等利用計画案を作成
- ③市区町村がアセスメントに係る暫定支給決定を行う
- ④就労移行支援事業所にて就労アセスメント 評価をまとめる
- ⑤相談支援事業所にてB型利用に向けたサービス等利用計画案の作成

【就業相談窓口】

- ・ハローワーク(専門援助部門) ・障害者就業・生活支援センター 等

5)地域生活支援事業(市町村事業のため地域差が大きい)

- ・成年後見制度利用支援
- ・移動支援
- ・地域活動支援センター(居場所の提供を行っているものもある)
- ・相談支援

6)高齢の障害者への支援

●障害者総合支援法における「介護保険優先原則」について

社会保障制度の原則である保険優先の考え方のもと、サービス内容や機能から、障害福祉サービスに相当する介護保険サービスがある場合は、原則介護保険サービスに係る保険給付を優先して受けることになる。

◇市町村が適当と認める支給量が介護保険サービスのみによって確保することができないと認められる場合等には、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

◇障害福祉サービス固有のサービスと認められるものを利用する場合については、障害者総合支援法に基づくサービスを受けることが可能

「障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適応関係等について」(平成19年通知)

【6】ピアサポートの活用と公的支援機関等とのかかわり

●ピアサポートの活用

- ・地域移行の体験談の発表などによる退院に向けた意欲の喚起
- ・意思表示のアドボケーター

*市町村や相談支援事業所、保健所等で精神障害者の雇用促進と生活支援の担い手づくり(個別支援を担えるピアサポーターを養成)の体制づくりが始まっている。

●地域援助事業者(地域の障害福祉事業者等)等外部の支援者との関わりの確保

- ・基幹相談支援センター(3障害の方を対象とした相談対応)
- ・地域包括支援センター(65歳以上の高齢者)
- ・自立支援協議会
- ・相談支援事業所
- ・介護支援事業所(介護保険対象者の支援)

●その他の関係機関

- ・市町村
- ・保健福祉事務所
- ・精神保健福祉センターなど

[7] 知っておきたい権利擁護の現状

「障害者虐待防止法」

●「障害者虐待」とは、以下の3つをいう。

- ①養護者による障害者虐待
- ②障害者福祉施設従事者等による障害者虐待
- ③使用者による障害者虐待

●障害者虐待の類型は、①身体的虐待、②性的虐待、③心理的虐待、④放棄・放置、⑤経済的虐待の5つ。

* 障害年金等の管理支援等による「経済的虐待」に注意が必要。

●虐待防止施策

- ①何人も障害者を虐待してはならない旨の規定。
- ②「障害者虐待」を受けたと思われる障害者を発見した者に速やかな通報を義務づける。
- ③医療機関を利用する障害者に対する虐待への対応について、その防止のための措置の実施を学校の長、保育所等の長及び医療機関の管理者に義務づけている。

◇通報窓口は、市町村等

障害を理由とする差別の解消の推進「障害者差別解消法」

- 障害者の権利利益を侵害しないこと
- 障害者の意思表示に応じた合理的配慮を行わなければならないことを規定

参考文献・資料

- ・厚生労働省 各種関係資料
- ・「障害福祉サービスの利用について」平成27年4月版 全国社会福祉協議会
- ・精神保健福祉白書2014年版 歩み始めた地域総合支援 中央法規
- ・精神障害者と家族のための 生活・医療・福祉制度のすべて Q&A 萌文社
- ・東京都 「生活支援ガイドブック あなたの思いに寄り添うために」
- ・よくわかる生活保護制度 法テラス
- ・障害者本人中心の相談支援とサービス等利用計画ハンドブック ミネルヴァ書房
- ・改正精神保健福祉法に取り組むための保健所ガイドライン平成27年3月 一般財団法人 日本公衆衛生協会
- ・精神保健福祉ハンドブック 長野県精神保健福祉協議会

第IV章 入院中の関わり方のポイント

[1]支援前期の関わり方のポイント(主に入院前期)

1)各職種役割と視点

入院前期における支援の課題	
<ul style="list-style-type: none"> ・本人のこれまでの人生を知る ・本人の希望や不安を知る ・本人の自分の病気や治療についての思いを知る ・本人の社会生活上のアセスメントを行う 	
職種	役割
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・治療歴や発症・再発状況を把握し、治療方針を検討する ・各スタッフがもつ、本人へのイメージを把握し共有する ・家族が支える力と家族と本人との関係を知る
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の希望や不安などを把握する ・できる部分、よりよいところを探り、引き出す ・病気や病状についての認識の程度を知る
精神保健福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・本人や家族の今後の生活に対するイメージを表出できる場をつくる ・必要な支援、利用すべき制度を把握する
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・本人のなじみの活動や取り組める活動を一緒に探し出す
臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・本人の動機づけの程度
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・薬歴、副作用経験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
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活、健康歴、食への関心、不安の程度を知る ・食生活の自立の程度を知る
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・食事、更衣、排泄など身の回りのことがどれだけできるか把握する ・看護師らと連携し、患者が希望や不安を気軽に表出できるようにする

香山明美他編著:生活を支援する、精神障害作業療法、第2版、急性期から地域実践まで、
医歯薬出版株式会社、P.136-137、2014を参考に一部改変するとともに介護種を追加した。

2) 本人・家族との信頼関係づくりと退院への動機付け

○患者本人との信頼関係づくり

患者が入院に至るまでの経過と、今回の入院治療をどのように意味づけたり受け止めていたりするかなど、患者の気持ちや思いに注目するナラティブなコミュニケーションを心がけることが重要である。また患者が不安を表出できるように支援しながら、患者の不安をチームで受け止める関わりを重視する。

特に再発・再入院を繰り返している患者の場合には、本人も退院後の生活に不安を抱いたり、地域生活を送ることに諦めの気持ちが生じたりすることも少なくない。再入院のエピソードは本人にとっても辛い体験であるため、患者の気持ちを受け止め寄り添いながら、一緒に考えていくという姿勢を大切にすることが必要である。

○患者本人の退院への動機付け

何よりも患者本人が、今後の人生や生活に対して希望や自信を持てるようにすることが大切である。そして患者の病状回復に応じて、ゆっくと時間をかけて患者が退院に向き合うことができるような関わり続けることが必要である。

また支援者は、患者のできないところばかりに注目するのではなく、むしろできるところに注目し、患者と一緒に退院に向けた達成可能な目標を立てて、小さな成功を積み重ねるという体験が重要になる。患者本人が自信をつけて、退院してまた何かやってみたいという気持ちが高まるように支援していくことが重要である。

○家族との信頼関係づくりと家族支援

患者が入院に至るまでの経過で、それまで支えてきた家族は疲弊状態にあることが少なくない。特に医療保護入院など、患者本人が望まない入院の場合には、入院に同意した家族との関係が悪くなる場合も少なくない。入院治療の必要性と家族が病気の回復を願っていることなどを、患者と一緒に考える機会をもつことが重要である。

家族との信頼関係づくりにおいては、そのような家族の状況と複雑な気持ちを理解するとともに、家族の対処能力を見極めながら、家族が安心できるような支援を検討することが重要である。

「家族支援のポイント」

- ・家族共倒れにならないよう、家族単位で支える方法を検討する。
- ・家族の苦悩を理解しながら、家族と良い意味で協力関係になる。
- ・家族の不安を把握し、退院後の具体的な対処方法について一緒に考える。

3) 環境や生活歴のアセスメントと計画立案

○退院支援を視野に入れたアセスメント

精神科病院に入院する患者の場合には、退院に向けて何らかの生活支援を要する人が少なくない。そこで入院時から患者の生活環境や生活歴に注目したアセスメントが重要になる。アセスメントの視点は入院前の生活のみならず、退院後に生活する場(本人が希望する場所等)を視野に入れて、退院に向けて調整が必要となりそうな内容を早い段階から明らかにすることがポイントである。

そうすることで、各種手続きや利用調整等に要する期間を短縮することに繋がり、入院長期化を防ぐことができる。アセスメントの具体的な項目は、第Ⅴ章(P.58～P.61)の「退院支援チェックシート」を参照していただきたい。

○入院長期化のリスクアセスメント

入院の長期化を防ぐためには、入院初期(入院初日～3日以内)から入院長期化のリスクアセスメントを行うことが重要である。そのためには入院前の生活歴や退院後の環境に関して、早期から情報収集を行い退院支援計画に反映することがポイントとなる。

その際の「スクリーニング項目」としては、独居(家族支援が期待できない)、退院後の居住先が未定、高齢(65歳以上)、ADL・IADLの低下、経済的不安、通院等の交通手段の不安などが挙げられる。また医療保護入院など非自発的入院の場合には、患者と家族との関係や家族の意向なども重要な項目となる。

4) クリニカルパスの導入

クリニカルパスとは、「医療の過程が類似する特定の疾患について、医療内容と時間経過との2次元のクリティカルパスシートを用いて行う、医療施設の継続的な質改善活動のひとつ」(伊藤弘人、2002)である。

近年、精神科病院においては精神科急性期治療病棟の設置が進み、施設基準を満たす上でも3カ月以内の早期退院が目標となってきている。平成26年度診療報酬改定では「院内標準診療計画加算」を新設し、臨床へのクリニカルパス導入をめざすとともに、早期退院と地域定着の促進が期待されるようになった。クリニカルパスの導入より、各職種とチームの役割やカンファレンスで評価・検討する内容などがある程度標準化され、入院医療で行うことが明確になるのではないだろうか。

クリニカルパス基本要素としては、i 疾患(群)ごとに作成、ii 治療・ケア等の内容(面接、検査、診断手順、処置・投薬、栄養、看護アセスメント・介入、退院支援活動、心理的・精神的ケア、患者・家族教育、ソーシャルワーク)、iii 時間的枠組みの設定、iv バリエーションの明示、v アウトカムの測定などである。

認知症クリニカルパス

患者氏名		様 (男・女)		(M・T・S)		年 月 日生 (歳)		診断名 身体疾患 既往歴	
目標		・認知症の病状が安定し、早期に(□在宅・□施設)復帰を目指す ・合併症を予防し、日常生活機能回復及び維持を図る		退院基準 転院基準		・精査完了・BPSDの改善・環境調整完了・その他 ・身体疾患の専門的治療を必要とする場合は、転院していただき治療を継続します。			
経過	入院時 年 月 日	入院2週間 年 月 日	入院1か月 年 月 日	入院2か月 年 月 日	入院3ヶ月(退院) 年 月 日				
達成目標	・どのような状態になったら退院となるか確認(説明・了解)	・今後の方向性を見出し、退院後の行き先を見当づける	・退院後の行き先を見当づける	・方向修正のある場合、再度面談し退院後の行き先を見当づける					
医師	<input type="checkbox"/> 診察・診断 <input type="checkbox"/> 入院時の説明 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書作成 <input type="checkbox"/> 指示書(薬・検査・食事等)	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> BPSD(有・無) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 身体合併症検査・治療 <input type="checkbox"/> 家族との面談	<input type="checkbox"/> 精神症状の評価 <input type="checkbox"/> 薬物療法の評価 <input type="checkbox"/> 身体合併症治療評価 <input type="checkbox"/> 退院療養計画書 <input type="checkbox"/> 退院処方				
精神保健 福祉士	<input type="checkbox"/> 入院手続き <input type="checkbox"/> 関係機関との連携	<input type="checkbox"/> カンファレンス日程調整	<input type="checkbox"/> 退院先の調整	<input type="checkbox"/> 退院先の調整	<input type="checkbox"/> 関係機関との連絡調整				
看護 介護	<input type="checkbox"/> アナムネズ集取 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション <input type="checkbox"/> 内服薬確認(処方薬・持参薬)と準備 <input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 看護計画立案 <input type="checkbox"/> 指示内容確認	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 精神症状・身体状況把握 <input type="checkbox"/> 服薬管理・服薬による現状再評価 <input type="checkbox"/> 家族指導	<input type="checkbox"/> 退院サマリー <input type="checkbox"/> 退院時処方箋の確認と準備 <input type="checkbox"/> 退院時指導				
心理検査 作業療法士 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 情報収集・観察 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法評価 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・摂食訓練	<input type="checkbox"/> 心理検査 <input type="checkbox"/> 作業療法最終評価				
管理栄養士 薬剤師	<input type="checkbox"/> 栄養状態チェック <input type="checkbox"/> 薬物アレルギー・副作用の確認 <input type="checkbox"/> 持参薬確認 □薬剤管理	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 現状把握 <input type="checkbox"/> 薬剤管理	<input type="checkbox"/> 栄養計画評価 <input type="checkbox"/> 退院時・持ち込み薬返却 <input type="checkbox"/> 服薬指導・担当医報告				
アウカム	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】	【検査】				
バリアンス	<input type="checkbox"/> 変動(バス継続) □脱着(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してバス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(バス継続) □脱着(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してバス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(バス継続) □脱着(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してバス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(バス継続) □脱着(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してバス継続)	<input type="checkbox"/> 変動(バス継続) □脱着(中断) <input type="checkbox"/> 逸脱(治療を追加してバス継続)				
医師署名	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)				
薬剤師署名	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)	(続柄:)				
院外の多職種 との連携支援									

5) 退院支援に関わる多職種役割と連携

○退院支援(退院調整)とは

退院支援(退院調整)とは、「退院後も様々な生活ニーズや課題を持つ患者、家族に対してそのニーズや課題に応じて、適切な退院先を確保したり、安定した療養生活を送るための教育指導を行ったり、諸サービスの適切な活用を支援するために、病院内外においてシステム化された活動、プログラムである」(篠田、2007)といわれている。そのような活動を展開するには、病院全体で部門を超えた多職種との連携がなければ、患者、家族に必要な支援を提供することができない。

○多職種の役割と連携

医療機関内の機能分化や専門職の専門分化が進むにつれ、合理的な側面から「役割分担」が強調される傾向がある。確かに臨床では、それぞれの職種がその専門性を発揮することが求められているが、疾患、患者・家族のニーズなどの多様化により、各職種や部門が単独で支援を検討することが容易ではない状況が少なくない。また、精神疾患をもつ患者の場合には、医療的な課題のみならず生活面に課題を抱えるケースが少なくないことから、多職種の視点による包括的なアセスメントや支援の検討が重要になってくる。

例えば、PSW(精神保健福祉士)が退院後の生活の場や社会資源の利用を検討・調整する役割が大きいと思われるが、どのような退院先や施設の利用が適しているかを考える場合に、患者の病状面、心理面、生活能力面(何ができるか、できないか等)などの情報とアセスメントが、その選択枝や検討する時間に大きな影響を与える。もちろん、各職種のアセスメントには、それぞれの価値観があり、場合によっては意見が異なる場合もある。退院支援における多職種連携では、それぞれの意見を折り合わせながら、患者・家族にとって最適な方向を導き出す過程が最も重要になるのではないだろうか。

○病院と地域との連携

また、退院後に必要な支援や資源を検討し調整するためには、病院と地域(病院外の機関)の職員との連携が欠かせない。病院と地域との連携の必要性はお互いにすでに周知されているが、実際には連携の必要性が「理念的」なものから踏み出せない状況も少なくない。その背景としては、病院と地域のスタッフが実際に一緒に活動する機会に恵まれないことが大きいのではないかとと思われる。特に入院部門に従事するスタッフにその傾向は強い。お互いの役割・機能を目にしたり体験したりする機会がなければ、連携の必要性は高まらない。

そのような状況を少しでも改善し、病院と地域との連携を深めるには、何よりも一緒に活動する機会をつくることが重要である。例えば、「医療保護入院者退院支援委員会」に地域の援助事業者が積極的に関わるようにしたり、精神療養病棟の施設基準に設けられた「退院支援委員会」に地域の援助事業者が関わるようにしたりなど、現在ある仕組みを効果的に活用する方法を検討することが重要である。また、障害者総合支援法の「地域相談支援(地域移行支援・地域定着支援)」の利用を積極的に行うことも重要である。

6)入院時から展開される広義の地域移行支援

○医療機関の役割の明確化

近年、精神障害者の支援については地域志向が高まり、地域生活を支えるという視点を重視した支援が展開されるようになってきている。医療機関においては、医療モデル中心の支援から、生活モデルや社会モデルを重視した支援への転換が期待されているが、それは決して医療(医療職)に福祉化(福祉職化)を求めているわけではない。医療機関は医療の役割・機能を発揮して早期退院をめざしたり、長期入院患者の地域移行支援を進めたりすることが求められている。

そのためには、入院時から病気の治療・管理を外来・在宅医療の利用を含めて考えることが必要になる。入院治療で解決する(解決できる)範囲とゴールを明確にして、残された課題は引き続き地域で支える体制を確保することが重要なポイントとなる。したがって、医療機関における地域移行支援の広義の目的は、単に患者が退院(地域へ移行)することではなく、入院から地域までを含めて、患者に対し最良の精神医療が提供できるように支援することである。

○地域移行支援の必要性

精神科病院において入院治療を要する人は、本人の希望による、いわゆる休息目的の入院を除き、疾患に起因または付随した日常生活の困難さや、家族等との関係悪化など地域生活を送る上で課題を抱えている場合がある。そのため精神科病院に一旦入院することで、退院後に元の生活にスムーズに戻ることができない人が少なくない。また、入院期間が長くなればなるほど、退院しづらい状況になってくる。したがって、入院時から地域移行の支援に向けた取り組みを検討することが欠かせない。患者にとって入院とは、それまでの地域生活や社会生活を中断することでもある。入院期間が長くなれば長くなるほど、地域生活等が中断する期間が長くなり、患者にとって広い意味で損失も大きくなる。

[2]支援中期の関わり方のポイント(主に入院中期)

1)各職種の役割と視点

入院中期における支援の課題	
<ul style="list-style-type: none"> ・自信回復、自己評価を高める機会を提供する ・本人にとって心の支えを見つける ・病気や治療に対する知識、情報を提供する ・支援チームにおける支援内容の見直しを積み重ねる ・利用できる社会資源について情報を提供する ・経済状況や住居など生活基盤を整えていく ・当事者モデルと接触できる機会を提供する ・将来の生活イメージをもとにつくっていく 	
職種	役割
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・現在の生活のなかで、安定を支えている要素を把握する ・今後の見通し、病気、治療、退院の条件、支援策など必要な情報を具体的に伝え、将来の生活をともに考える ・家族面接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つくっていく
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・病気に対する知識・情報を提供する ・日常生活の能力を徐々に高めるようにかかわる ・支援上のキーパーソンを見つける
精神保健福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・地域支援者(保健・福祉その他)との連携をはかる
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・活動を通して自信回復を促す ・成功体験を積むことで自己評価を高める ・他者との共有体験を通して、よいコミュニケーション体験を積む
臨床心理士	<ul style="list-style-type: none"> ・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援助する ・自己評価、自己効力感が高まるように、本人のよいところやできるところをみつけ、フィードバックする
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・主治医らの了解のもとに薬剤情報を文書で提供する
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> ・食生活に対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
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活や活動参加の能力が高まるように、よいところやできていることを、その都度本人にフィードバックする ・他職種と連携しながら、日常生活の支援や、活動参加の同行やサポートを行う

香山明美他編著:生活を支援する、精神障害作業療法、第2版、急性期から地域実践まで、医歯薬出版株式会社、P.136-137、2014を参考に一部改変するとともに介護種を追加した。

2)能力のアセスメント

患者の病状が安定してきた段階で、患者の生活能力等をアセスメントし、入院中と退院後に必要な支援を検討することが必要になる。生活能力等は患者に応じて適切なアセスメントを行うことが求められるが、そのためには退院後に患者がどのような生活を送りたいと考えているのか、具体的なイメージをもつことが大切なポイントとなる。そして患者のライフスタイルと、何をどこまでしたいかという気持ちを尊重し、スタッフ側の価値観で判断したり押しつけないように留意する必要がある。

また生活能力等を退院の要素や条件として考え、生活能力等の向上や獲得にばかり目を向けるのではなく、不足している生活能力等を地域でどのように補い支援できるのかという発想で検討することが重要である。

さらに服薬中断による再発・再入院を繰り返している患者の場合には、服薬の自己管理能力が重要視される。退院に向けて「病気」と「服薬の必要性」に関する理解を深める働きかけを行うとともに、服薬自己管理に向けた練習・指導を行うことが必要になる。ただし、患者が入院中に獲得できる服薬自己管理能力には限界がある。入院治療環境では問題なくできたとしても、退院後の生活環境ではうまくいかない場合が少なくない。そのため、退院後に外来や在宅(訪問看護)において継続的な働きかけを行うことが重要である。

能力のアセスメント項目例(高田、2015)

○身の回りのこと

食事、生活リズム、個人衛生(洗面、整髪、髭剃り、入浴など)、掃除、片付け、金銭管理

○安全に関して

火の始末(タバコ、コタツ、ストーブなど)、大切な物の管理

○健康に関して

服薬、睡眠、身体健康

○社会資源に関して

交通機関の利用(バス、電車など)、公共機関や金融機関の利用、電話の利用

○対人関係に関して

近隣との付き合い(あいさつなど)、協調性(トラブルを起こさないなど)、自発性(必要に応じて自分から話す)、友人との付き合い

○社会的役割、時間の活用

自分なりの社会的役割をもつ(就労、就労支援事業など)、自由時間の過ごし方(趣味など)

○緊急時の連絡先

心配事(相談、電話など)、悪化時の相談(誰かに相談、受診など)

○配慮が必要な社会行動

会話の仕方、マナー(食堂、交通機関、公共場所)

3)退院に必要なスキル獲得への支援(例)

退院に必要なスキル獲得への支援は、入院病棟内の療養生活の中で身の回りのことを自分で行うことから始めるが、その他に精神科作業療法やSST,そして精神科退院前訪問看護を活用することが大変有効である。

○精神科作業療法

病状の回復期前期には、身体感覚の回復、基礎体力の回復、身辺処理機能の回復をめざしたプログラムによる活動を行い、回復期後期には、生活技能・対人機能・役割の回復、自信や自己有能感の回復などを目的としたプログラムによる活動を行う。(作業療法ガイドライン2012を参照)

○SST (Social Skills Training「社会生活技能訓練」)

コミュニケーションや対人関係などの社会生活技能をはじめ、服薬の自己管理や病状の自己管理など、自己管理技能に関するトレーニングを行う。

○精神科退院前訪問看護の活用

退院後の生活環境を把握し、退院後に必要な生活スキルの獲得に向けた支援に活かす。

4)退院意欲を高めるプログラム(例)

○当該病棟から退院した患者の体験談等を聞くプログラム

入院患者にとって、療養生活を共に送っていた人たちから、退院後の生活の様子や感想などを直接聞くという体験は、退院と地域生活に対する関心や安心感が高まったり、自分にとっても退院が身近に感じられたりすることが期待できる。

○地域のピアサポーターやピアスタッフを招いてのプログラム

地域の事業所等を利用する精神障害者の中には、精神科病院に入院中の患者(個人またはグループ単位)を訪れて、地域移行を支援する活動を行う「ピアサポーター」と呼ばれる人たちがいる。ピアサポーターは、仲間同士という立場から自分の体験を通じて、入院患者の退院意欲を高める関わりを行う。回復期の患者にとっては、大変心強い存在になる。

近年では自分の人生経験を生かして事業所等で職員として働き、利用者(入院患者)のリハビリに寄与する「ピアスタッフ」の養成と活動が広がりを見せている。

5)支援の方向性の確認(Ⅵで定めた計画のモニタリング)

○退院後の医療系サービス(訪問看護や精神科デイケア等)を利用する必要性の検討を行い、必要に応じて利用調整と担当者との顔つなぎを行う。

○退院後の外来診療ペースや、クライシスプランの最終確認を行う。

○退院後の医療と福祉との綿密な情報提供、支援の連携について確認を行う。

[3]支援準備期の関わり方のポイント(主に入院後期)

1)各職種の視点

入院後期(退院準備期)における支援の課題	
<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
職種	役割
医師	<ul style="list-style-type: none"> ・不安材料の把握と対応を行う ・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 ・家族に対して、不安事項や今後の支援策と家族の役割を確認するとともに、危機介入対応の説明と確認を行う
看護師	<ul style="list-style-type: none"> ・退院に向けての不安の内容を把握する ・緊急時の対応の仕方(SOSの出し方)を伝え、確認する ・外来看護師は、退院後の継続医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
精神保健福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・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、関係者で共有し、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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・退院に向け、不安や期待など、さまざまな気持ちを整理し、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ともに考え、そのバリエーションが増えるようにする
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の食生活のイメージを共有する ・食に関する地域でのサポート体制を調整する ・調理指導などを通して、選ぶ、つくる、考えるなどの体験を積む
介護福祉士	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の日常生活で具体的に困りそうな場面を把握し、他職種と情報を共有する ・退院後の生活における困りごとの相談相手を確認する

香山明美他編著:生活を支援する、精神障害作業療法、第2版、急性期から地域実践まで、医歯薬出版株式会社、P.136-137、2014を参考に一部改変するとともに介護種を追加した。

2) 地域資源の上手な活用

○社会資源の体験利用を行う

退院準備期には、退院後に利用(利用予定)する公共サービス、福祉サービス、精神科デイ・ケアなどを体験しながら、患者自身が地域資源のイメージを高めるとともに、自分にあった資源を選択できるように支援することが必要である。

具体的な支援の手順については、第V章(P.50～P.51)の「6)社会資源の利用に関する情報提供」、「7)具体的な手続き・見学」、「8)住まいの場の確保」、「9)体験利用」を参照していただきたい。

3) 退院前の揺れ動く気持ちに寄り添う支援

○地域移行支援が進み、退院が具体的になってきた段階で、患者本人が不安な気持ちになることも少なくない。そのような患者に寄り添いながら、不安を表出したり、職員に相談したりすることができるよう支援を行うことが必要である。患者の不安はカンファレンス等を通じてチーム内で共有するとともに、必要に応じて地域援助事業者と共有することが必要である。

また病院側は、患者の不安や病状の変化が、退院という環境の変化を見据えての正常な反応の範囲か、病状が不安定になるなど悪化の兆候なのか見極めながら対応することが重要になってくる。

○患者が退院後に医療・福祉サービスを利用する場合には、退院カンファレンスに外来・在宅医療のスタッフや地域援助事業に参加を依頼し、担当者との顔つなぎを行うことが重要である。退院後に関わるスタッフや支援者の顔が見えるということは、患者にとっても安心できる材料になる。

第V章

退院支援に関する準備項目と支援チェックシート

【1】退院支援に関する準備項目(それらに関する必要な支援と関わり)

【退院支援をする際に心に留めておかなければならない事】

●退院を目的としないこと(ストレングスの視点)

本人が支援者の提案を退院条件ととらえてしまうと、退院意欲が低下してしまう。その人が持つ強みを伸ばし、膨らませる関わりを続けると意欲は向上する。

●退院がゴールではない(リカバリーの視点)

退院後の状況が変われば、本人のニーズも変化していく。その人らしい生活に「継続性」を持たせることを考え、地域の支援者に繋いで(紡いで)いくことが大切である。

1)主治医との相談

●主治医はチーム医療の中でリーダーシップを発揮する役割を担うことが多い。

長期入院患者の退院支援においては、病状の安定だけでなく、疾患以外の経済的問題や家族関係、地域の社会資源、生活の困難さ等の社会的な面においても配慮しながら、退院の方針を出していかなければならない。そのためにも、日頃から多職種で入院患者の些細な変化を観察し、患者情報の共有をはかっているか、そうすることで必要な支援をタイミングを逃さずに行うことが可能となる。また、患者の退院に対する不安から、病状の揺れにつながることは多い。多職種は主治医に適宜報告、確認しながら退院支援に取り組まなければならない。

2)アセスメントと能力評価

●保護的な病棟という環境においては患者の能力が全て発揮されているわけではない。また、病院スタッフによって日常生活行動が代行されていることも多いため、実際の患者の持つ能力を見極めるには限界もある。患者が退院の場を選択・決定していく過程では病棟内での適応だけをアセスメントするのではなく、地域社会に出たことをイメージしたものでなくてはならない。個別・集団プログラムを院内だけでなく、院外でも行う機会を持つことで本人の持つスキルを知ることが可能となる。

また、患者像を把握していくために、本人、家族、本人をよく知る関係者等から、患者がどのような人生を歩んできたのか、病状の変遷と予後、及び生活環境とその変化といった時間経過に沿った情報を得ることも重要である。

3)退院への意思確認

●本人への関わり

退院支援をしていく中で常に患者が中心であることを意識して確認していくことが望ましい。患者の意に沿わない介入は支援にはつながらず、押し付けになってしまうこともある。しかし、長期入院患者の中には退院することへの諦めや、環境が変化することへの抵抗や不安が強い患者が多い。また、地域生活のイメージが持ちにくいいため、退院を目指す動機づけの段階で課題に直面し、退院に対して尻込みしてしまう。

だからこそ本人のペースでしっかりと信頼関係を構築させながら、本人の思いを引き出す必要がある。その第一歩として、本人の得意なこと、興味のあることなどから退院(地域生活)への興味を導き出すことが有効である。

「いつやめてもいい、しかしいつから始めてもいい(私たちがサポートするよ)」「不安になって当たり前、失敗したっていい(私たちがサポートするよ)」「しんどくなったら、休んでいい(私たちがサポートするよ)」といったことを保障することも大切である。

●家族への関わり

長期入院患者の家族の中には、病状が悪化していた時の体験が忘れられず、退院に対して否定的な思いを抱かれることも多い。家族自身が高齢になったり、病気を患っていたり、世代交代していたりと家族自身の環境も変化していく。家族に対して役割を担ってもらうためにも、家族の傷つきや負担を受け止め、共感し、苦労をねぎらうことが非常に大切である。その上で同居は可能か、単身生活や入所施設を家族は希望するのか等、退院先の選択においての話し合いがなされなければならない。また、福祉サービス利用時の連絡先やアパート等の保証人になることが可能かなど、家族の担える役割を確認していくプロセスが必要となる。

4)日常生活への頭ならし・身体ならし

●入院生活ではなかなか体験できない公共交通機関の利用体験やスーパーマーケット等での買物や外食、インスタント食品の調理やゴミの分別などの日常活動に慣れることが必要である。私達が日常生活で容易に行っていることであっても、長期入院患者にとっては不安・緊張感が強く、失敗体験につながりやすいため、何度も繰り返し経験することが必要となる。退院の場が決定していれば、実際の生活を想定した活動を行うことにより、退院後の生活はスムーズに開始される。また、地域で生活している当事者から実際の生活について情報を聞く機会があると、より退院後の生活のイメージがしやすく、退院への意欲向上につながる。

5)服薬や金銭管理の練習

●服薬管理は再発・再燃を防ぐために最も必要である。自分が何の薬を服用し、どんな症状に効果があるのか、飲み忘れない工夫、飲み忘れた場合の対処法、悪化時の注意サインなどを心理教育や服薬管理モジュールなどを通して学ぶことが大切である。また、医師からだけでなく薬剤師からの薬剤指導を受けることも有益である。実際に入院中に自己管理をする場合は、1日分の練習から3日分、1週間分と段階づけて始め、薬を服用させられるのではなく、自分からすすんで服用するという意識づけが大切である。

●金銭管理については、本人が自分の経済状態を知ることから始める必要がある。障害年金を受給している患者の多くが、自分の年金額がいくらなのかを知らないまま入院生活をおくっているのが現状である。家族や後見人、場合によっては病院が通帳等を管理し、入院費を支払っていることもその要因と思われる。また、生活保護を受給中で、単身生活を経験したことがない患者も、退院後の実際の保護費の受給額を知らないことがほとんどである。「入院中に支給される日用品費より退院後の方が自由に使える額が少ない」との声もよく聞かれる。

退院後の収支については入院中にシュミレーションをすることは可能であるが、実際に地域生活をしていく中で工夫が必要となるため、少しでも困った時にはどこの誰に相談するかを決めておく方が良い。また、

退院後の金銭管理を考える際には、現金の他に通帳やキャッシュカードの管理もしていかなければならない。入院中から銀行窓口の利用やATMの利用を練習する機会を作ることが必要である。本人に金銭管理の不安があれば、日常生活自立支援事業などの社会資源の利用も視野に入れ、検討しなければならない。

6)社会資源の利用に関する情報提供

●「本人がどのような生活を望み」「地域生活の何に不安を感じているのか」そして、「本人にどのような強みがあるのか」、ここに支援者は耳を傾け、動いていかねばならない。

その上で丁寧に情報提供し、見学や体験を通して、患者が自己決定できるように関わることが必要である。支援者が必要と考えていても実際の生活のイメージがわからないことから、ニーズが漠然としていて、選択や決定に時間を要することもある。一度決まりかけても、「やっぱり自分で何とかできる」「よくわからないからやめておく」など、断りの申し出があるのも珍しいことではない。少しでも不安が軽減するように関係者との顔合わせや、利用者からの声を聴く機会を作ることにも必要である。

●平成24年4月から障害者総合支援法による相談支援体制の強化と障害福祉サービスの支給決定プロセスが見直されている。「地域相談支援」を利用すれば、入院中から外出の同伴や住居探し等を支援する障害福祉サービスができています。また、退院後にホームヘルパーや就労支援などを利用する場合は相談支援専門員に関わってもらい、サービス等利用計画を作成してもらう必要がある。患者やその家族には、退院後、病院だけでなく、地域に生活の相談にのってくれる存在がいることを伝えていくことも重要な情報提供である。

7)具体的な手続き・見学

●施設(入居・通所)の見学をする際は、「行く」「行かない」の選択だけを求めるのではなく、「どのようなところなのかを見てみましょう」というスタンスで見学を勧めることも必要である。見学施設のスタッフに事前に患者本人のモチベーションを伝えておくと、本人の思いに配慮した説明が受けられることが多い。また、見学先のスタッフだけでなく、施設利用者の経験談や利用しての感想などを聞く時間を設けてもらうことは、場の雰囲気を知ることが出来、患者本人の選択の判断材料にもなり、意欲の向上にも効果的である。見学の際は実際に通所することを想定し、自転車や公共交通機関を利用することも大切である。このことによって、患者本人の体力や社会性の評価にもつながる。

8)住まいの場の確保

●単身アパート生活を希望される場合

不動産会社に行く前に、条件の整理を行う必要がある。予算(家賃・管理費・初期費用の有無)立地(公共交通機関の利便性・商業施設の有無・通院先の距離等)住居の特徴(広さ・間取り・設備等)保証人の有無(保証人がいない場合は保証会社に費用を支払い申し込む方法や自治体やNPO法人が保障人を引き受けてくれる地域もある)がそれにあたる。また、入院中であること、今後も継続した治療が必要であることを家主や不動産会社に伝えるかどうか、本人と支援者が話し合う必要がある。

他に、不動産会社や社会資源につなぐ前に、頭と身体慣らしも含め、コンビニエンスストアや書店等に住宅情報誌を取りに行くことを提案することも良い。それは、退院後の生活を考えた時、患者自らが考え、主体的に動くことが必要だからである。そして、その過程に支援者が寄り添う中で信頼関係が構築され、退院後の治療や支援に継続性がもたらされる。

●入所施設を希望される場合

入院先とは異なる医療機関への転院(外来通院)が必要となることもある。施設の見学だけでなく、通院医療機関の見学も行い、患者の不安軽減に配慮した支援が必要となる。

9)体験利用

●現在は多くの福祉サービスで体験外泊や体験実習を行いやすくなったものの、ホームヘルプサービス利用に関しては、サービスの支給決定がおりず体験利用はできない現状がある。また、利用する本人や家族にとっては、生活の場に入り支援を行うホームヘルプサービスの利用は、「見ず知らずの人が来て、何をするのか、してくれるのかわからない」との理由から消極的になりやすい。このような場合は体験外泊を利用して、馴染の病院スタッフが疑似的にヘルパーの役割をすることで具体的なイメージ作りをしていくことが可能である。外泊終了後には患者と共に外泊振り返りシート(書式例1)等を活用し、次回の外泊計画や退院後の地域生活に活かすことが大切である。

[2]退院までの支援チェックシート

1)経済状況・各種手続きの状況について

●住居探しや退院後の福祉サービス等を利用するために、経済状況などを本人だけでなく、支援者も現状について整理し、把握する。

生活保護受給者の退院後の生活費は、居住地や手帳の有無、等級によっても異なるため、福祉事務所との連携・協力が必要になる。

2)服薬自己管理について

●退院支援に関する準備項目 5)で述べた通りである。

3)生活環境・社会資源の調整について

●住居を確保するためには、誰が保証人となり、入居時初期費用を負担するのか決定する。生活保護受給者の場合、入居時初期費用や引っ越し代、生活用品の購入費用の見積りが必ず必要であり、福祉事務所と連携し準備を行う。

●住居が決定後、家賃、光熱水費などの引き落としのため、銀行口座を開設する。アパートの契約時には、本人の連絡先が必須という不動産会社もあり、また、緊急時の通信手段の確保のため、携帯電話の契約と使い方の練習もしておく。生活圏内のどこにスーパーマーケットや銀行、病院等があるのかを本人と確認することも大切な支援の一つとなる。

●自宅に退院する場合、すぐに生活ができる状態にするため、退院前に住居の掃除などの環境整備をすることがある。その際に電気・ガス・水道の開栓の確認も必要である。

退院準備に向けて、多くの人手を必要とするため、地域の支援者(地域の保健師、福祉事務所、相談支援事業所等)や院内の多職種と連携し、支援体制を整える。

●本人に必要な社会資源について見当する時は、本人のニーズ主体とし、社会資源の調整は主に精神保健福祉士が役割を担うことが多いのですが、本人のニーズを主体とし、多職種で多面的視点から考えることが大切である。

実施日： 年 月 日

退院支援チェックシート

患者氏名： 年 月 日生（男・女）	今回の入院日 年 月 日	回目入院
【入院前の生活の場】 住所： 単身・同居・施設（ ）	【家族背景】 キーパーソン： 続柄： 他の協力者：	
【診断名】		

【退院後、希望する生活の場】 <input type="checkbox"/> 自宅（単・同） <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 老人施設 <input type="checkbox"/> その他（ ）	【各種手続き状況】 年金 <input type="checkbox"/> 有（精・知・身） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 手帳 <input type="checkbox"/> 有（精神 1・2・3） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 （療養 A・B） （身体 級）
【地域移行・地域定着支援の必要性】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中（事業所： 担当： ）	生活保護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 退院時申請 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 退院時申請 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 区分（1・2・3・4・5・6）
【経済状況（収入源）】 本人の収入 <input type="checkbox"/> 障害年金（ /2M） <input type="checkbox"/> 他の年金（ /2M） <input type="checkbox"/> 生活保護（ 福祉事務所 担当 ） 退院後、予想される支給額（ 円 家賃別） <input type="checkbox"/> 家族からの経済的支援（有・無） <input type="checkbox"/> その他 預貯金等（ ）	介護保険 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 区分（非該当・要支 1・2・要介 1・2・3・4・5）

【服薬自己管理】 薬剤指導の必要性 <input type="checkbox"/> 有（ / / ） <input type="checkbox"/> 無 自己管理の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	開始日＞ 月 日から 日分 月 日から 日分
---	------------------------------

【生活環境・社会資源の調整】 <input type="checkbox"/> 住居探し・施設見学 <input type="checkbox"/> 単独 <input type="checkbox"/> 支援（担当： ） <input type="checkbox"/> 保証人 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 福祉事務所への連絡 <input type="checkbox"/> 引越し見積り <input type="checkbox"/> 家具什器見積り <input type="checkbox"/> 通帳口座 <input type="checkbox"/> 有（銀行名 ） <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 携帯電話／固定電話契約 <input type="checkbox"/> 電気・ガス・水道 開栓確認 <input type="checkbox"/> 相談支援事業所（ ） <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援（ ） <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 訪問看護（ ） <input type="checkbox"/> ホームヘルパー（ ） <input type="checkbox"/> 介護ヘルパー（ ） <input type="checkbox"/> 宅食サービス（ ） <input type="checkbox"/> 就労支援（ ） <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ナイトケア <input type="checkbox"/> 体験外泊（場所： ） （期間： / ~ / ） （期間： / ~ / ） <input type="checkbox"/> 退院前訪問（ / / / ） <input type="checkbox"/> その他	【退院に向けて必要な支援】 医療＞ 有 無 クライシスプラン作成 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 再発サインの把握 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 悪化時の対処法 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> コンプライアンス <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ストレス対処法・解消法 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 相談できる人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 活動の場＞ 有 無 趣味・楽しみ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日中活動の場 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 余暇を楽しむ場 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生活＞ できない できる 火の始末 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 買い物・調理 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ごみ出し・分別 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 公共交通機関利用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ATM利用 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 公共施設の把握 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	--

援助・介入項目（ピックアップ）	開始日	支援者	チェック

4)退院に向けて必要な支援について

●クライシスプラン(書式例2)は本人と支援者が¹一緒に作成することで、危機的状況に対応する手段となる。退院後は本人の目につく場所に掲示しておき、地域生活に関わる全ての支援者が把握しておく。

●チェックシートでは「有」「無」「できる」「できない」と簡略化しているが、本来は退院後の生活を見据えた視点でアセスメントする必要がある。本人が「できる」「できない」だけではなく、「どのようにできているのか」「どのようにできていないのか」また、「本人の生活に必ず必要なのか」「補完するために必要な社会資源は何か」を考え、援助・介入項目にピックアップし、支援を開始する。

書式例1

外泊振り返りシート

氏名: _____

外泊期間 年 月 日～ 年 月 日

	状 況	出来たこと・困ったこと
食 事	良かった・バランスが悪い・食べてない	
家 事	出来た・出来なかった(入浴・掃除・洗濯)・必要なかった	
睡 眠	良かった・途中で起きた・不眠・寝過ぎた	
服 薬	飲んだ・飲み忘れた・飲まなかった(理由: _____)	
心身の不調	なし・対応できた・対応できなかった	
金銭管理	良かった・使い過ぎた・使えなかった	
近くの店	利用した(店: _____)・利用できなかった	
手続き	出来た(銀行・役所・他 _____)・しなかった	
寂しさ	寂しくなかった・対処できた・寂しかった	

外泊して良かったこと・次回してみたいこと

その他(気づいた事)

担当者コメント

危機かなと思った時に(クライシスプラン)

作成日 年 月 日

私の調子が悪くなる前は (サインは)	
-----------------------	--

サインかな?と思ったら

私のすること	
周りの人にして欲しいこと	
周りの人にして欲しくないこと	

ピンチかなと思ったら

さんに相談 TEL _____

通院医療機関 _____ TEL _____

他の連絡先 _____

自分達の地域の社会資源を確認してみよう（その1）

※近隣の施設やサービス等の状況を記入するページ

※退院支援の対象の患者をイメージしながら、実際に必要となる機関や施設を記入する。

行政

医療

福祉

介護

その他

(例：市役所、保健所等)

(例：精神科デイケア、訪問看護等)

(例：グループホーム、地活センター、就労支援事業所等)


(例：居宅介護事業所、地域包括支援センター等)

(例：インフォーマルサービス、セルフヘルプ、ピアサポート等)

自分達の地域の社会資源を確認してみよう（その2）

※近隣の施設やサービス等の状況を記入するページ

※退院支援の対象の患者をイメージしながら、実際に必要となる機関や施設を記入する。

<p>暮らす 「住居」</p> <p>・</p> <p>・</p>	<p>暮らす 「日中活動」</p> <p>・</p> <p>・</p>	<p>暮らす 「移動」</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>暮らす 「生活」</p> <p>・</p> <p>・</p>	 <p>受診先医療機関</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>暮らす 「相談」</p> <p>・</p> <p>・</p>
<p>働く 「就労・相談」</p> <p>・</p> <p>・</p>	<p>インフォーマルなサービス</p> <p>・</p> <p>・</p>	<p>介護</p> <p>・</p> <p>・</p>

実践事例の紹介

- 千葉 ● 千葉病院……………60
- 東京 ● 平川病院……………64
- 富山 ● 谷野呉山病院……………70
- 静岡 ● 鷹岡病院……………74
- 愛知 ● 松蔭病院……………80

自己効力感尺度を用いた退院支援

医療法人同和会

千葉病院

①所在地▶千葉県船橋市飯山満町2-508

②精神科許可病床数▶331床

③病棟内訳

精神科救急入院料病棟▶40床

精神療養病棟▶291床

④総合支援法関連居住施設▶所有なし

⑤介護保険法居住施設▶所有なし

厚生労働省は2012年6月に精神科への入院を原則1年以内とし、医療の質の向上と早期退院へ向けることが重要であるという方針を示し現在全国的に退院促進が進められている。同時に地域生活に対する自信の欠如が精神障害者の社会復帰を妨げ、退院へ向けて自信の程度を表す自己効力感を把握することも重要であると言われている。

当院では退院への自信や意欲が低下した長期入院患者に対し自己効力感尺度を用いて援助計画・目標設定を共に作成した。

用語の定義

自己効力感 (self-Efficacy): ある行動について自分が実施出来るかという個人の確信。

SECL (Self-Efficacy for Community Life Scale): 地域生活に対する自己効力感尺度。主体性をアセスメントする主観的な指標で心理教育のひとつ。

長期入院患者: 1年以上

実践事例

1.期間

201X年Y月+8ヶ月

2.事例紹介

A氏40歳代後半 男性 統合失調症病歴: 幻暈, 緊張感訴え30歳で会社退職。201X-5年父、201X-3年母死亡。兄と同居を始めたが眩暈や緊張感が原因で201X-2年Y月当院初診後に救急病棟任意入院。病状安定したが退院への不安も強いいため、男子開放病棟へ転入。転入後は臥床傾向。201X-1年生保受給。

退院後の金銭面での問題が軽減したため退院促進を主治医と確認し退院支援を開始とした。主治医は病状回復や緊張感緩和、意欲向上の目安として以前から好きだった麻雀参加の実施をあげたがスタッフ声かけにも拒否が続く。OT運動やOT退院促進グループのプログラム参加後も他患との関わり少なく臥床がちであった。退院に対してA氏は「何の意欲もない、退院も考えられない楽しい事も見つけられない状態」と話した。兄は現在他県にて勤務中。看護師はA氏が好きな漫画を読み、会話を増やすよう関わった。

3.データ収集方法

- 1) SECL実施、測定。その変化をみる。
- 2) SECLの結果から各領域を把握、患者本人の目標設定を共に行う。
- 3) 設定目標に対して定期的に面談し達成出来るようサポートする。
- 4) SECLの結果と患者の言動を看護記録から摘出し変化を考察。

《倫理的配慮…対象患者に研究の目的を口頭で説明、匿名性と個人情報保護に十分配慮することを約束した上で、研究参加及び記録類の使用、発表について承諾を得た》

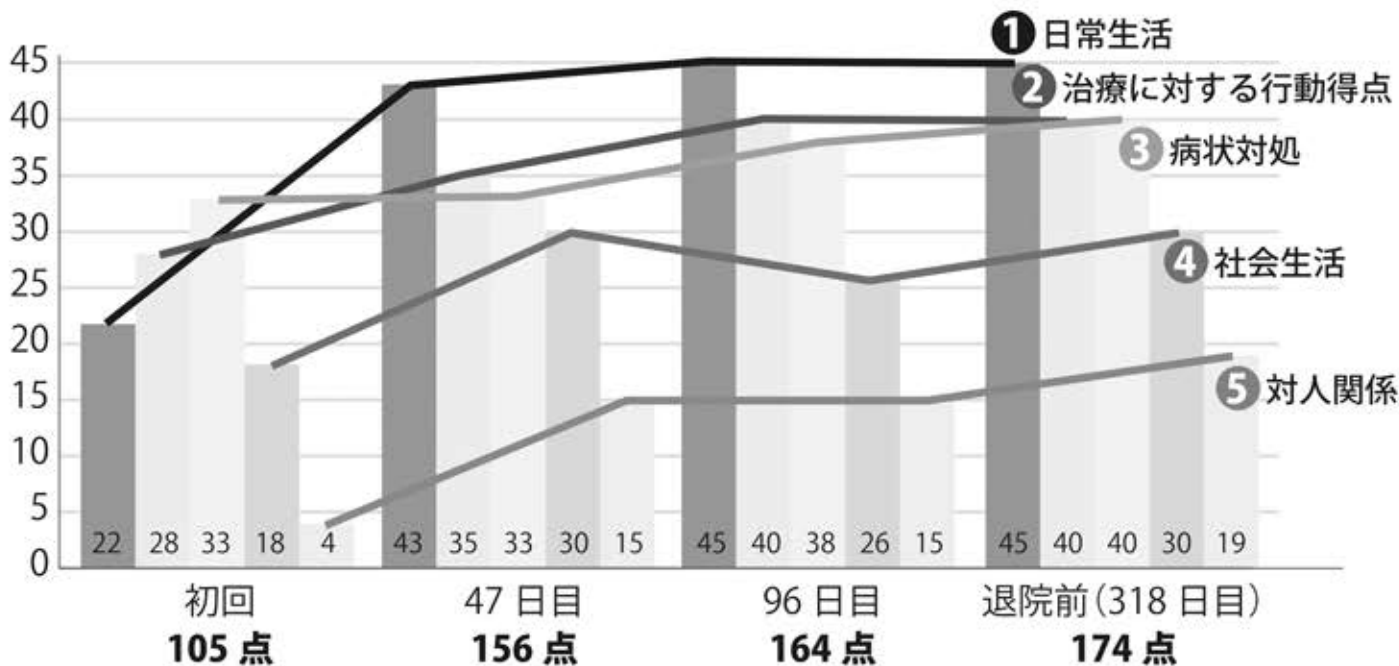
自己効力感尺度 — SECL : Self-efficacy For Community Life scale —

下位尺度	項目	自信がない	どちらとも いえない	自信がある								
1 日常生活得点 (5項目)	1 規則的な生活をおくる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	2 食事をきちんととる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	3 十分な睡眠をとる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	4 家族とうまく付き合う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	5 音楽・読書・ビデオ・スポーツなど、自分の好きなことを楽しむ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2 治療に関する 行動得点 (4項目)	6 約束どおり病院へ通う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	7 処方された薬をきちんと飲む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	8 病気や治療、くすり、症状などについて知りたい情報を得る	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3 症状対処行動点 (4項目)	9 くすりの副作用があらわれたとき、自分で気付く	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	10 病気の状態が悪くなりかけたら、病院へ行く	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11 疲れたと感じたら、自分で適当に休む	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	12 自分に合った方法（おしゃべり、睡眠、好きなことをするなどして）ストレスを解消する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4 社会生活得点 (3項目)	13 再発の注意サイン（不安、イライラ、眠れないなど）に自分で気付き、適切に対応する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	14 銀行・郵便局・デパート・商店などを必要に応じて利用する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	15 日中、職場・デイケア・作業所・仲間との集まりなどの場所に出かける	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5 対人関係得点 (2項目)	16 必要なときに公的な援助サービス（役所・保健所など）を利用する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	17 自分から人と付き合ったり、友人を作る	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	18 悩み事や心配事を、家族や友人に相談する	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

質問文 以下のことがらについて、あなたはどれだけ自信がありますか？

「0」自信がないから、「10」自信があるの間で今のあなたの気持ちにもっとも当てはまる数字に○をつけてください。

SECL 点数結果



	面談	Ns 査定	目標
初回	<ul style="list-style-type: none"> ●「自分から話も出来ないし緊張するけど、どうにかしたいと思う」 ●「病気のことや薬、副作用も知りたいが機会が無かった」 ●「入院中は寝てばかりだから普通に生活できるようになりたい」 	<p>A氏の「どうにかしたい」という気持ちを受け止めて点数の結果から活動性を向上させることを提示、また薬の知識が少ないことをあげたため服薬指導を提示し患者と共に目標設定することとする。</p>	<p>(A) 起きている時間を増やす</p> <p>(B) OT参加や日中の散歩を心がける</p> <p>(C) 診察時に気になる症状や服薬指導を受け理解する</p>
2日目	<ul style="list-style-type: none"> ●「退院後の金銭的な説明を受けたい」と退院に結びつく意欲的な発言。また以前行っていた麻雀参加を勧めるが●「まだ出来ないです」と拒否。 	<p>自身の気になる事を話せることを評価。患者にあった入院時、退院後の金銭を想定した資料を作成する。</p>	
10日目	<p>「今度服薬指導を受けたい」と発言あり。不安に対しては「金銭的なところ」と話される。</p>	<p>「薬のことを知りたい」と発言あり。服薬指導をすることとする。</p>	
21日目	<p>薬についての主作用、副作用について薬剤師より説明を受けた。本人からも質問もあり、疑問があればいつでも相談をするように勧めた。また麻雀参加を女性 OTR からルールを教えて欲しいと促すと参加。</p>	<p>麻雀参加は拒否していたが、不慣れで自信のない職員が関わったことで本人の自信のなさが軽減し、A氏本来の持っている自信を取り戻せたと考えられる。1週間後には他患と問題なく麻雀に参加されている。</p>	
47日目	<p>「ドキドキはしなくなった」と返答。●「先日の面会で兄の思いも聞いたので家族との関わりに自信が持てたし、前回の面談から麻雀を始めたので趣味として1日を楽しむことが出来た」と答えた。また本人から「退院先をイメージしたい」と発言あり。</p>	<p>麻雀を初めてからは、他患との関わりもスタッフとの会話も多くなった。目標(A)麻雀をしてからは時間を有効に使えていると判断。目標(B)継続。目標(C)は終了とした。新たに外出時にアパート情報探しをすると目標(D)を追加。</p>	
68日目	<p>病棟内での活動時間も定期的な外出も増えていることを評価。活動量が増えている事について●「やっぱり体力面が落ちているから」と積極的な発言。退院について●「今は考えられない。ドキドキ感もあり、疲れも出やすい。」と、消極的な発言。その後●「入院中は食事にも困らず、寝る場の確保も冷暖房あって、Dr や Ns もいるから生活できる」と言った。看護師は今抱えている不安に対してどう対処していくかを共に考えていけば良いと伝えた。</p>	<p>退院後のイメージをつける目的で PSW 同伴にて外出。街の様子や不動産の物件など見る。予想される退院日を聞くが「わからない」退院のキーワードが出るのと口数少くなる印象。他に物件を見たい、この駅近くを見たいなど希望を聞かれるようになり評価できる。本人の話から退院後にデイケア通所を考えているため目標追加する。</p>	<p>達成</p> <p>(D) 定期的な外出で具体的な今後の生活を考える</p>
96日目	<p>●「始めたころよりは自信がないことは少なくなった。説明を受け、調べてもらって役に立った」●今後の不安、退院については「病気のドキドキや動機は変わらず心配で、あとは体力をつけたい」SECL 評価として●「病状と体力の不安からまだやれないこともあるから大きく上がった気はしないけど、多少自信がついたから前よりは上がった」。</p>	<p>以前に比べて評価が下がった項目は「漠然とイメージしていた退院が、今の自分に置き換えて考えると、イメージがつかなかった」と話したため退院の不安要素が明確にわかったことを評価。目標 (A)(B) 日常生活得点満点にて継続。目標 (D)(E)PSW と共に外出し、本人の希望を話せたことを評価。「なんとか出来るのではないかと」自信の高さを示したと考える。</p>	

考察

このケースは活動性が低く、自信が無い、退院は考えていないと話していたA氏に対してSECLをひとつのコミュニケーションツールとして活用したケースである。

初回の面談からA氏本人は「他患とも話が出来ない」など自分の弱い点を述べ、ツールにもそれが反映されている。看護師は「どうにか生活ができるようになりたい」と言う患者の気持ちを受け止めて本人の希望に重点をおいて面談を行った。更に金銭的なことやアパートのことなど患者の不安に思っている所を聞き出し、患者が必要としている資料を作成したり薬剤師から直接説明を受ける場を提供した。

そして47日目には本人から「ドキドキしなくなった」と言う発言があり、更に初回拒否していた麻雀も楽しんでる。ツール上からも対人関係が9点UP。この事を看護師は患者の自信が向上したと捉え、退院先をイメージするため外出実施の目標を共に立てた。このことは退院可能と判断する看護師の思いを先行させるのではなく、本人の望みを受け止め、そこを重点的に目標設定を行うことで病棟での活動性も増えてきたといえる。また今後の退院を視野に入れた不安や本人の心の動きを47日目の面談で感じ取る事ができた。

ところが68日目の面談では退院の話しを促されると「退院は考えられない」「ドキドキ感もある、疲れも出やすい」と消極的な発言となった。看護師は今の不安に対する対処の仕方や体力作りを優先させることを提案し目標立てとした。看護師は漠然としていた退院のイメージが具体化された反応と捉え、目標は追加せず継続させる事で自信に繋げることにした。

すると96日目で多少自信がついたと発言し、ツール上でも高い点数を付けまた不動産見学希望が聞かれた。つまり目標を変えなかった事が患者の揺れる気持ちをそのまま受け止め、焦る気持ちを抑えることに繋がった。

その後計7回の不動産を巡って本人の希望する物件が見つかり退院先が決まった。退院日決定し318日目に実施したSECL結果はほとんどの項目で満点を付けた。他に生活スタイルと対人関係得点での点数は患者本人で対策が来ているので不安要素としてはあげなかった。退院までの不安や心配事があるならば話して欲しいと伝え今回のSECLは終了とした。

結論

長期入院患者が退院を考えた時、患者自身は様々な不安を感じる事は多い。しかも看護師から退院を前提にした関わりを求められればその不安は増強された状況にあると考えられる。

今回その不安が大きい患者に自己効力感尺度を用いることで、先ず患者の不安や自信のなさに焦点を当て、その事をデータとして客観視させることで自分の状況を理解させながら、患者の気持ちに添いつつ共に目標立てしていったことが患者の自信を取り戻し退院に結びついていったと考える。

つまり看護師は患者の特性を知り、自己効力感尺度など、その患者にあった様々な関わりを工夫し患者自身が現在の問題点や不安に気づき、学び、自分の力で成長していくことが退院促進で重要であることがわかった。

精神科慢性期病棟における 退院対象患者を抽出するための スケール作成の試み

医療法人社団光生会

平川病院

- ①所在地▶東京都八王子市美山町1076
- ②精神科許可病床数▶313床
- ③病棟内訳
 - 精神一般病棟▶90床
 - 精神科急性期治療病棟▶44床
 - 精神療養病棟▶134床
 - 認知症治療病棟▶45床
- ④総合支援法関連居住施設▶共同生活援助包括
- ⑤介護保険法居住施設▶介護老人福祉施設、介護老人保健施設

退院促進

当院では、長期入院患者の退院促進について積極的に取り組んでいる。もう28年になるが、昭和63年7月、精神衛生法が精神保健法になり、福祉ホーム制度が施行されたその日に、使わなくなった旧開放病棟を転換し、病院敷地内福祉ホームを開設した。当初から敷地内に居住施設をつくったと外部からの非難が集中したが、長期入院患者にとっては、敷地内にいるということで大きな安心と勇気を自覚できたのではないと思う。そして、スタッフも利用者も成熟、納得したところで、平成11年に病院から5kmの地に移転し、通過型2ユニット10名、滞在型1ユニット7名のグループホーム「美山ヒルズ」として運営している。ここを起点とし、約90名の退院患者が住んでいる。困ったことがあると、皆、「ヒルズ」に相談に来る。毎週水曜日には夕食会を聞き、集会場所はこった返す。食事や薬についての勉強会も定期的に行われる。地域の誰かの病状悪化も、その日のうちに地域の他の誰かから情報が入り、スタッフが介入できる。このグループホームを含む地域生活支援体制は慢性期病棟が中心となり、外来、デイケアなどが連携して支えており、単に退院促進にとどまらない、そして患者一人ひとりの意向や希望に沿った、本当に安心できる地域生活支援体制を目指している。抱え込みを嫌い、グループホームには他病院からの利用者も多く、当院では花形の組織である。誰かが亡くなれば、みんなで葬式をあげることが習慣になっており、共同墓地ではあるがお参りにもいく。大家族のような組織である。

前述に加え、病院内にも患者を押し出す仕組みをつくっている。慢性期の療養病棟は、かつて保護室だった部屋を改造し、「シャンティー」と命名した訓練部屋が1つの象徴である。ここはワンルームマンションを想定し、トイレ、キッチン、液晶テレビ、エアコン、炊飯器、IHヒーター、洗濯機などが配備され、日中ではあるが、退院後の生活を体感できる構造になっている。ここを利用しながら患者の意見を聞き、退院に向かって何が心配か、どのような支援が必要か、本人、家族、病棟スタッフ、ヒルズを含む地域関係者がくり返し協議するが、3年も協議が続いている患者もいる。

I.はじめに

2011年、「看護必要度」に精神科慢性期患者の社会復帰において本人の能力を評価する上で必要な6項目を加えてスケールを作成した。

当院慢性期患者の退院可能性を評価した所、3割の患者はケアを殆ど必要とせず退院の可能性があるという結果となった。

しかし、患者の日常を観察していると、評価結果と実際の患者の状態は相違していた。

表1 本人の意思、家族との関係退院先との関係の項目

退院出来ない患者のみに該当する項目	全体	男性	女性	急性期病棟	女子慢性期病棟	男子慢性期病棟	社会復帰病棟
一人では決断出来ない、自信がない為、本人が退院を拒否している	●	●	●		●		●
自分で色々するのがめんどくさい			●	●	●		
家族だけではADL上介助出来ない為、家族が退院を拒否している				●			
本人に対し恐怖心があり、家族が退院を拒否している							●
本人の居場所がなく、家族が退院を拒否している	●	●	●	●	●	●	●
家族が退院を拒否(その他)					●		
家族がいない為、独居は不可能	●	●	●	●	●	●	
精神症状の為、施設側から受け入れが拒否されている	●	●	●		●	●	
サービス会社から精神症状や本人のパーソナリティの問題から拒否されている	●	●				●	
退院出来ない患者と退院した患者の両者に該当する項目							
家族だけではADL上介助出来ない為、家族が退院を拒否している						●	
家族がいない為、独居は不可能							●
退院した患者のみに該当する項目							
家族だけではADL上介助出来ない為、家族が退院を拒否している						●	

II.研究目的

退院可能性のある患者を抽出するスケール作成の為、本研究は「退院に影響を与えている要因」を項目化し、「退院出来ない患者」と「退院した患者」の状態を調査・比較して、妥当な項目を検討する事を目的とした。

III.研究方法

1.退院できない理由を知るための調査表の作成

精神障害者社会生活評価尺度、精神リハビリテーション行動評価尺度、看護必要度などを参考にし、「退院出来ない要因」と考えられるものをKJ法でまとめ、症状、退院に関する本人と家族の意思、福祉サービスの状況、ADL、IADLの退院を妨げていると考えられる要因全109項目を挙げ、調査票を作成した。

2.調査対象

1)退院出来ない患者は、合計122名

X+1年1月15日時点で、入院から6ヶ月経過後も退院出来ない患者

2)退院した患者は、合計115名

退院出来ていない患者のみに該当する病状についての項目

退院出来ていない患者全体では、

①周囲への無関心 ②コミュニケーションの障害 ③まとまらない会話や行動

男性では、

①周囲への無関心 ②まとまらない会話や行動 ③興奮 ④他者への威嚇や攻撃

女性では、

①周囲への無関心 ②コミュニケーションの障害 ③妄想 ④物への攻撃

が、該当した。

つまり、これらの症状に該当した本研究の調査対象患者に限っては退院していない。

他患者への威嚇や攻撃の項目では病棟別で見た、本研究対象患者では上記が該当した患者は急性期病棟では退院していない。

しかし、女子慢性期・男子慢性期・社会復帰病棟では退院している。

表1 退院出来ていない患者のみに該当する項目

	全体	男性	女性	急性期病棟	女子慢性期病棟	男子慢性期病棟	社会復帰病棟
気力・意欲の低下						●	
周囲への無関心	●	●	●			●	
理解力の不足				●			
コミュニケーションの障害	●		●				●
ストレス耐性の低下				●			
妄想			●	●			
まとまらない会話や行動		●			●	●	
興奮		●		●			
易怒性				●			
他者への威嚇や攻撃		●		●			
物への攻撃			●		●		
希死念慮・自殺企図							●
症状が不安定		●			●	●	
認知機能の低下							●
強迫観念・行為							●
学習障害(学習することの障害)	●	●			●		
歩行障害	●	●	●		●	●	●
多飲水・水中毒				●			

表2 退院出来ていない患者のみに該当する項目

		全体	男性	女性	急性期病棟	女子慢性期病棟	男子慢性期病棟	社会復帰病棟
ADL	洗面動作に介助が必要	●						●
	洗面動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要	●				●		
	歯磨き動作に介助が必要	●	●				●	●
	歯磨き動作に声かけが必要				●			●
	歯磨き動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要					●		
	入浴動作に介助が必要		●				●	
	入浴動作に声かけが必要							●
	洗髪動作に介助が必要		●				●	●
	洗髪動作に声かけが必要				●			
	着衣動作に介助が必要						●	
	着衣動作に声かけが必要							●
	整髪動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要		●				●	
	化粧・髭剃り動作に介助が必要						●	
IADL	電話をかけるのに介助が必要		●				●	
	掃除をするのに声かけが必要				●			
	整理整頓するのに声かけが必要				●			
	洗濯その他(リース使用)				●			
	処方通り服薬するのに介助が必要		●					

表3 全体と性別別の退院出来ていない患者のみに該当する項目

	全体	男性	女性
周囲への無関心	●	●	●
コミュニケーションの障害	●		●
妄想			●
まとまらない会話や行動	●	●	
興奮		●	
他者への威嚇や攻撃		●	
物への攻撃			●
症状が不安定		●	
学習障害(学習することの障害)	●	●	
歩行障害	●	●	●
一人では決断出来ない、自信がない為、本人が退院を拒否している	●	●	●
自分で色々するのがめんどくさい			●
家族が退院を拒否し、自宅に本人の居場所がない	●	●	●
家族がおらず、独居は不可能	●	●	●
精神症状の為、施設側から受け入れが拒否されている	●	●	●
サービス社から精神症状や本人のパーソナリティの問題から拒否されている	●	●	
洗面動作に介助が必要	●		
洗面動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要	●		
歯磨き動作に介助が必要	●	●	
入浴動作に介助が必要		●	
洗髪動作に介助が必要		●	
整髪動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要		●	
電話をかけるのに介助が必要		●	
処方通り服薬するのに介助が必要		●	

退院できていない患者と退院した患者の両者に該当した項目

易怒性・興奮・逸脱行為、洗髪行為に介助が必要、入浴動作に介助が必要、買い物をするのに援助が必要、金銭の取り扱いに介助が必要、公共の乗り物を利用するのに介助が必要、などの問題が該当した。

これらの症状や動作能力の問題は、女子慢性期病棟、男子慢性期病棟、社会復帰病棟において、退院した患者と退院出来ていない患者のどちらにも共通して見られた問題であった。

表4 退院出来ていない患者と退院した患者の両者に該当した項目

	全体	男性	女性	急性期病棟	女子慢性期病棟	男子慢性期病棟	社会復帰病棟
陰性症状	気力・意欲の低下	●	●	●	●		●
	周囲への無関心				●		●
	問題解決能力の低下	●	●	●	●		●
	理解力の不足	●	●	●		●	●
	思考過程の障害	●	●	●		●	●
	コミュニケーションの障害	●	●			●	
	ストレス耐性の低下	●	●	●		●	●
陽性症状	幻覚	●		●	●		●
	妄想	●	●		●	●	●
その他の症状	症状が不安定			●			
	陰性症状(その他)						●
	まとまらない会話や行動		●	●			●
	不適切な行動、逸脱行為	●	●	●	●	●	●
	興奮	●		●		●	●
	易怒性	●	●	●		●	●
	他者への威嚇や攻撃	●		●		●	●
	物への攻撃						●
	症状が不安定	●		●			●
	認知機能の低下	●	●	●	●	●	●
	学習障害(学習することの障害)						●
病状に関して(その他)						●	
合併症	服用症候群、脳卒中後遺症などによるADLの障害				●		
	糖尿病などによる内科的疾患の自己コントロール不可			●			●

表5. 全体と性別別の退院出来ていない患者と退院した患者の両者に該当する項目

	全体	男性	女性
気力・意欲の低下	●	●	●
問題解決能力の低下	●	●	●
理解力の不足	●	●	●
思考過程の障害	●	●	●
コミュニケーションの障害	●	●	
ストレス耐性の低下	●	●	●
幻覚	●		●
妄想	●	●	
まとまらない会話や行動			●
不適切な行動、逸脱行為	●	●	●
興奮	●		●
易怒性	●	●	●
他者への威嚇や攻撃	●		●
症状が不安定	●		●
認知機能の低下	●	●	●
洗面動作に介助が必要			●
洗面動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要		●	
歯磨き動作に自立した能力があるが、意欲の問題で声かけが必要		●	
入浴動作に介助が必要	●		●
洗髪動作に介助が必要	●		●
排尿動作に介助が必要	●	●	
排便動作に介助が必要		●	
電話をかけるのに介助が必要	●		●
買い物をするのに援助が必要	●		●
食事を準備するのに介助が必要	●	●	●
食事を作るのに介助が必要	●	●	●
掃除をするのに介助が必要	●	●	●
掃除をするのに声かけが必要		●	
整理整頓するのに介助が必要	●	●	●
整理整頓するのに声かけが必要		●	
洗濯するのに介助が必要	●	●	●
公共の乗り物を利用するのに介助が必要	●	●	●
処方通りに服薬するのに介助が必要	●		●
金銭の取り扱いに介助が必要	●	●	●

Ⅶ. 考察及び結論

退院の可能性の指標

1. 退院出来ていない患者においては、本人の意思、家族との関係、退院先との関係、の項目が該当するか否かによって、長期入院または早期退院となるかの要因となっている。
2. 他患への威嚇や攻撃、逸脱行為、興奮、易怒性などの他人に危害を加える可能性のある問題に該当したとしても、その社会的影響を与える問題の程度の差が退院出来るかどうかの要因になっている。

Ⅷ. 今後の課題

- ・標本数において、退院した患者数を増やし、退院出来ていない患者との数のバランスをとる。
- ・慢性期病棟間の比較を行う。
- ・入院期間別の比較を行う。
- ・項目の概念整理や妥当性を因子分析等で明確にしていき、退院可能性を測定できるスケールを作成していく。

高齢長期入院患者退院支援と グループ退院実践 「あすなる会」の取り組み

医療法人社団和敬会

谷野呉山病院

- ①所在地▶富山県富山市北代5200
- ②精神科許可病床数▶310床
- ③病棟内訳
 - 精神一般病棟▶130床
 - 精神科急性期治療病棟▶60床
 - 精神療養病棟▶120床
- ④総合支援法関連居住施設▶所有なし
- ⑤介護保険法居住施設▶所有なし

当院における高齢長期入院者への退院支援の取り組み

現在、高齢長期入院者の地域移行は精神科病院の大きな課題の1つであり、富山県、また当院においても同様の現状がある。当院の過去5年の65歳以上の高齢入院者の中で5年以上の入院期になっている患者の占める割合は、毎年70%前後であった。この状況から当院では平成25年に「高齢長期入院者退院支援委員会」(以下、委員会という)を立ち上げ、当院が抱える高齢長期入院者の個々の現状と課題を明らかにして、病院全体で退院支援を進めている。

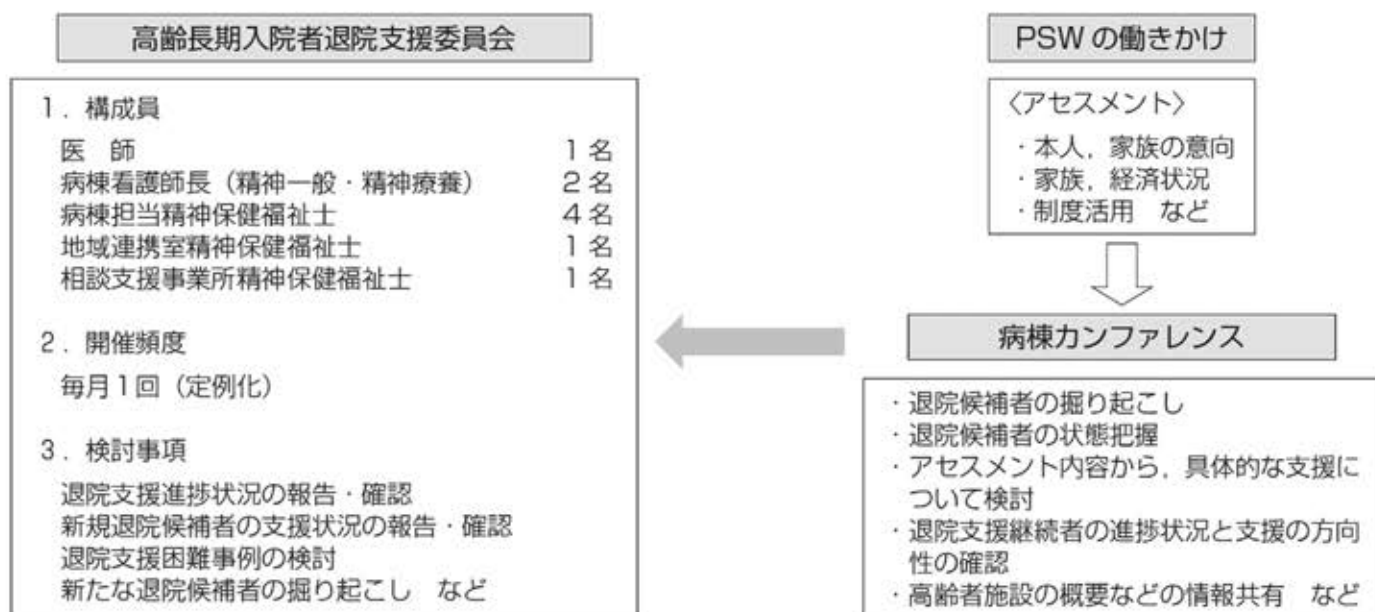


図1 高齢長期入院者の退院支援の流れ

委員会は、医師、精神療養および精神一般病棟看護師長、病棟担当精神保健福祉士、地域移行支援担当精神保健福祉士、法人内の相談支援事業所精神保健福祉士の9名で構成されている。委員会は毎月1回、定期に開催され、退院候補者の支援進捗状況の報告や個別の課題などを明らかにして具体的な支援方法を検討している。また、新たな退院候補者の掘り起こしも、個別支援の方向性が具体的に検討されるよう、各病棟担当精神保健福祉士が病棟多職種ミーティングにおいて、本人・家族の意向や家族状況、経済状況などの基本的な情報を常に把握し情報提供を行い、退院支援を継続している(図1)。

退院支援活動の現状と課題

上記の活動の継続により、当院の高齢長期入院患者の状況としては、平成25年7月末には65歳以上の入院者の中で5年以上の入院継続者の割合は69.9%であったのに対して、平成26年7月末にはその割合が53.1%に減少した。退院先は有料老人ホーム、特別養護老人ホーム、認知症対応型グループホームのほか、割合は少ないが障害者グループホームとなっている。

しかし、退院候補者の掘り起こしを継続するなかで、退院後の移行先の目処が立たない対象者の現状も明らかになった。移行困難な理由としては、病状を除くと、経済面や適切な受け入れ施設が乏しいことが共通の理由として挙げられた(図2)。

当院の高齢長期入院者の多くの収入は障害基礎年金であり、身体面ではほとんど自立していて介護度が高く付かない対象者は、高齢者施設の利用料を支払うことが到底困難である(図3)。また、介護が必要な状態となっても、家族が「このまま入院していたほうが経済的にも家族の気持ちの面でも安心」「入居できる施設が見当たらない」などの先の見通しの不透明さから申請を拒むこともしばしば見られ、当院の高齢長期入院者の介護保険申請の割合は低いのが現状である。くわえて、精神症状は安定しているが生活障害が著しく、既存の高齢者施設への移行は施設職員の障害への理解が不十分で、受け入れに不安が強いことなどが挙げられる。これらのケースでは家族・親族の働きかけや調整、生活保護、介護保険などの公的制度のあらゆる支援を使っても高齢者施設への移行が難しく、委員会の中でも大きな課題として挙げられている。そのようななかで、身体面や日常生活動作は見守り程度に自立しており、金銭面においても障害基礎年金程度の対象者には、前述のように障害者グループホームを利用した退院を支援している(図4)。

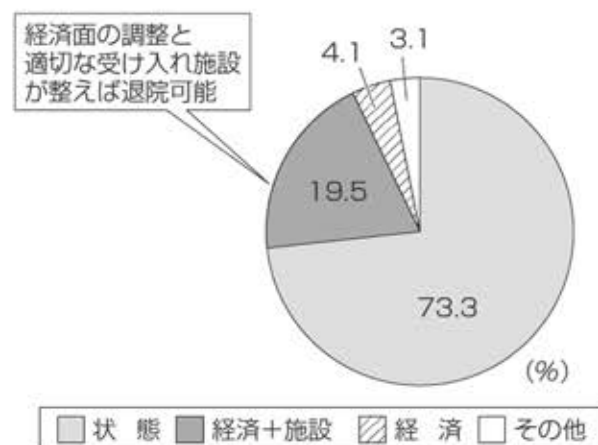


図2 移行の目処が立っていないケースの主な理由

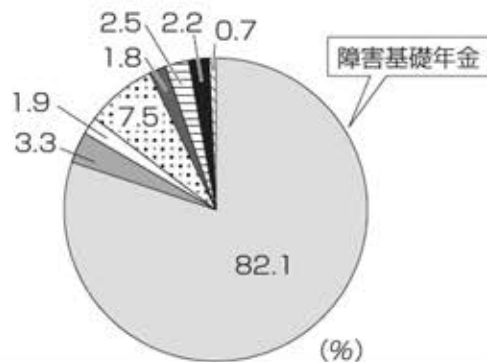


図3 当院の高齢長期入院者の経済基盤

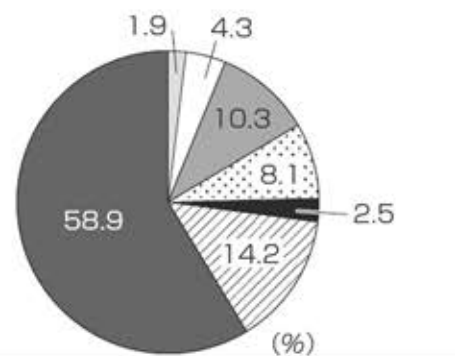


図4 高齢長期入院者の介護申請状況

課題の解決に向けて

高齢長期入院者退院支援委員会を立ち上げたことにより、その退院支援が病院全体の強い取り組み意識となり、新たな退院候補者の掘り起こしが継続している。対象者のもっている力を見極めて、障害者グループホームへの退院支援などといった制度をまたいだ退院支援の実践など、適切な制度を利用できるよう調整を行うことができた。これらの取り組みを通して、わずかではあるが病院全体の高齢長期入院者の占める割合を減少させていると言える。しかし一方では、介護保険申請が円滑に進んでいない状況や、既存の高齢者施設は介護度、費用面で利用困難な制度と制度の狭間にいる高齢長期入院者も多くあり、対象者の状況に応じた制度やサービスを十分に活用できていない現状は明らかである。また、介護保険分野のスタッフの精神障害の特性理解を進める働きかけも十分とは言えず、個々の事例を通して継続していく必要がある。そして、経済面や生活障害、加齢に伴う生活支援等が必要な高齢精神障害者の退院後の受け皿となる制度、施設の実現に向けての提案を行っていくことも重要であると考えられる。

表1 あすなる会 プログラム (第12回より)

内容	内容
1 発足式	10 体調管理① (チェックシートを使って)
2 あすなる会の予定	11 体調管理② (医師から体調や服薬の話)
3 自分の生活を振り返ろう (自己チェックシートを使って)	12 食事について① (生活支援センターサービスの紹介)
4 住まいを見学しよう① (グループホームの見学)	13 朝食サービスを利用してみよう
5 住まいを見学しよう② (見学の振り返り)	14 食事について② (栄養士さんとコンビニ利用)
6 デイケアを見学しよう①	15 食事について③ (振り返り)
7 デイケアを見学しよう② (見学の振り返り)	16 困った時の相談・対応について
8 退院後の1日の生活をイメージしてみよう	17 先輩との交流会 あすなる会の振り返り
9 退院後の生活費について	18 退院式

開催頻度：週1～2回 3～6カ月間

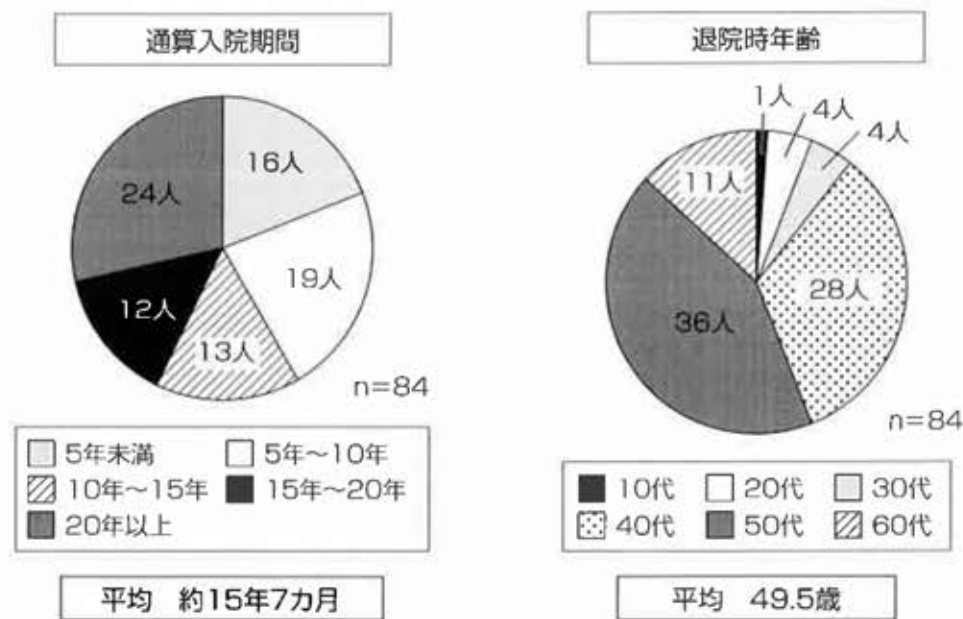


図5 あすなろ会 退院者の状況

グループ退院実践「あすなろ会」

「あすなろ会」は、長期入院患者を対象に5人～10人のグループでプログラム(表1)に沿って退院準備を行い、同時期の退院を目指すグループ活動である。昭和63年に第1回のあすなろ会を行い10名の長期入院患者が退院して以降、平成24年までに12回実施した。グループ退院実践は退院意欲の喚起と継続に効果があり、これまでに84名の長期入院患者が退院している(図5)。その後のフォローアップ調査では、「あすなろ会」退院者の約6割が3年以上地域生活を継続できていた。

また、院長が委員長を務める地域移行支援委員会と、理事長が委員長を務める高齢長期入院者退院支援委員会なるものを開催し、長期入院者の中から新たな退院者の掘り起こしに努めている。

また最近では、当院に6つある病棟のうち唯一の開放病棟であるストレスケア病棟を中心に、長期入院患者に対して退院支援パスを作成し、試用を開始したところである。

平成19年度障害者保健福祉推進事業補助金をうけ、その年に実施した第11回「あすなろ会」の対象者が、これまでの対象者に比して生活障害もより重く、また自ら支援を求めることが少なく、体調管理や日常生活上において継続的に支援が必要で、あろうと考えられる者が多かったため、彼らを対象に、民間精神科病院でも可能と思われるACT (Assertive Community Treatment :包括型地域生活支援プログラム)の枠組みを取り入れて立ち上げたのが「ACT-G プロジェクト」(平成19年7月～平成20年3月31日)である。これまでの当医療法人の地域生活サポートシステムの上に、医療と福祉のサービスをケアマネジメントにより提供できる体制づくりと、24時間365日の相談支援体制・危機介入を整備することで、このプロジェクトの取り組みが重度精神障害者の地域生活の継続と支援に一定の効果があると考えられたため、モデル事業終了後も現在まで継続している。

退院意欲喚起への取り組み “体験部屋”

公益財団法人復康会

鷹岡病院

- ①所在地▶静岡県富士市天間1585
- ②精神科許可病床数▶184床
- ③病棟内訳
 - 精神科救急入院料病棟▶34床
 - 精神療養病棟▶100床
 - 認知症治療病棟▶50床
- ④総合支援法関連居住施設▶所有なし
- ⑤介護保険法居住施設▶所有なし

はじめに

鷹岡病院(以下、当院という)では平成24年度から高齢入院患者地域支援事業の委託を受け、長期入院・社会的入院の解消に向けた様々な取り組みを行ってきた。当院での取り組みについて報告する。

高齢入院患者地域支援事業について

高齢入院患者地域支援事業(以下、事業という)は、長期高齢の入院患者の地域移行を目指すため、平成24年度に新設された事業である。

この事業では、都道府県または指定都市が実施主体となり、おおむね60歳以上の高齢入院患者(主診断名が統合失調症の者)を対象に、病院内の多職種と地域の関係者(相談支援専門員、介護支援専門員など)がチームとなり、退院に向けた包括的な支援プログラムを実施し、地域移行を目指すこととしている。事業の期間を平成24年度から平成26年度の3年としており、平成28年度には一般制度化を目指す、とされている。

当院における事業の取り組みの経過

当院では平成24年に静岡県より委託を受け、この事業に取り組んでいる。初年度となった平成24年度は、院内における事業の周知と体制づくりが主な取り組みとなった。

2年目の平成25年度は、実際に高齢入院患者への支援を進めていった。長期にわたる入院生活の中で意欲が失われている患者が多く存在し、職員からの働きかけに患者自らが「行き先がない」等の理由で「このまま入院させてほしい」と希望することもあった。

このため、事業の利用に同意して退院支援を希望する患者が少なく、思うように働きかけや支援を行うことができなかつた。当初静岡県が想定した支援の対象者の条件は「事業での支援に同意している患者」となっていたが、事業の評価会議の中で、退院への意欲が少ない患者に対する意欲喚起の必要性について話し合われた。その結果、事業の利用に「患者の同意が得られていること」を必ずしも求めず、退院意欲のない患者に対する意欲喚起を含めて柔軟に事業を運用していくこととなった。

1) 地域移行プロジェクトチームの発足

院内に多職種によるプロジェクトチームを発足、会議を定例化し、地域移行について定期的に検討する場をつくった。会議には病棟看護師や精神保健福祉士、作業療法士など多職種が参加、高齢入院患者地域支援事業の対象者の経過報告と情報共有を行い、それぞれの立場から意見を出して検討している。これまでも病棟カンファレンス等で患者の支援について多職種で話し合うことはあったが、退院が近い患者や療養上問題を抱えている患者の支援について検討する、ということが多かった。しかしプロジェクトチームの会議においては、“問題なく病棟生活を送っている患者”に焦点を当てて話し合う機会をもつことができるようになった。

また、看護部長、社会復帰部長、医療相談課長等も会議に参加しているため、これまでなかなか言葉にできなかった「退院させたい」という現場の思いを直接管理・監督職に伝えることができるようになり、退院させたい気持ちを支持してもらえることで、患者の支援に取り組みやすくなった。

さらに、会議の中で圏域の自立支援協議会の動きや法制度の動き、県内の研修等の情報共有も図られるようになり、現場の職員が外に目を向け、広い視野をもつきっかけにもなった。

2) 病棟職員に対する事業周知

療養病棟職員等、長期入院患者の支援に当たる職員に対して、高齢入院患者地域支援事業や体験部屋（「4」体験部屋の開設と利用参照）についての説明会を実施した。支援に当たる職員に事業周知を行うことで、患者への働きかけにつながっていった。「とにかく外に出てみよう!」といったように、職員が「何かできるかもしれない」「とにかく何かやってみよう」と、新たなアプローチの可能性に気がつくことができた。

3) 個別支援

高齢入院患者地域支援事業の対象者となる高齢の統合失調症患者を中心に、個別の働きかけの機会を増やしていった。事業費を利用することで経済的な負担が減り、これまで以上に外出の機会をもち、退院に向けた支援を手厚く行うことができた。また、外出支援に同行した職員が、病棟では聞くことがなかった患者の話を聞き、今まで見せなかった表情を見る機会をもつことができた。これにより、患者に対してのアプローチの視点が広がり、新たな支援の可能性に気がつくことができた。

さらに、働きかけの対象を「退院できそうな人」に限定せず、退院を希望していない人や退院が難しいと言われている人にも、職員から積極的にアプローチすることで意欲喚起を図った。「買い物は院内の売店で十分」と言っていた患者に対しては、外出しての買い物を職員側が提案、病院外の世界に触れる機会をつくった。また、「病院を追い出されたら行くところがないから、ここにさせてほしい」と話していた患者に対しては、介護保険施設の見学を職員が提案、入院以外の選択肢を実際に目にする機会をもった。

いずれのケースも患者本人は“退院支援を受けること”はもとより、外出すること自体についても拒否感を示していた。このため、「本人の同意を得ること」とした当初の利用条件では事業の利用を進めることが

外泊・外出部屋を 借りました!!

例えばこんな事ができます

「ゆっくりコーヒーを飲みたい」
「静かな場所でゆっくりしたい」
「好きなドラマを観たい」
「好きなDVDを観たい」
「料理をやってみたい」...などなど



イメージ画像

いろんなことができます!!
あきらめていたこと
やってみたかった夢
一緒にチャレンジしてみませんか?

みなさんの気持ちや想いでいろいろな使い方ができます。
興味を持たれた方は是非声をかけてください。

図1 体験部屋利用の呼びかけポスター

できなかったが、柔軟な運用をすることで患者の意欲喚起を図る機会をもつことができた。

こうした働きかけを行うことで、病院以外の社会や選択肢を見る機会をもつことができ、言動に変化が現れる患者も出てきた。介護保険施設を初めて見学した患者は、「ずっと入院していたい」というこれまでの言葉から、「私はここ(介護保険施設)に来るのかな」という言葉に変化した。高齢となった長期入院・社会的入院者の地域移行を進めていくうえで「患者本人の意欲喚起」が大きな壁となること、意欲喚起のためには患者本人の体験を通して働きかけていくことが大切であることを確認することができた。

4)体験部屋の開設と利用

患者の高齢化に伴い、家族の高齢化や世代交代も進んでおり、退院先として家族との同居を考えることは現実的に困難なケースが多くなっている。また、グループホーム等の入所型の社会資源には空きがなく、介護保険施設は経済的な問題やADLの高さで対象とならないことが多い。

こうした現状から、高齢入院者の地域移行を進めていくうえで、“地域での単身生活”が選択肢の1つとなってくる。ただ、前述のように高齢となった長期入院・社会的入院者への働きかけにおいて「患者本人の意欲喚起」が必要であり、そのために「患者本人の体験を通して働きかけていくこと」が必要となってくる。しかし、現在の制度の中で単身生活を入院中に体験することは困難で、「単身生活の可能性について試してみる」ことができずにいた。

このように、「試す場がない」ことが退院に消極的な患者に対して働きかけを行ううえで大きな壁となってきた現状から、入院中の患者が日中体験や外泊体験をする場をつくることを検討した。体験を通して退院への意欲喚起を図り、退院支援の可能性・選択肢を広げることができるのではないかと考え、事業の一環として一人暮らしの「体験部屋」を準備することとした。

いくつか候補となった物件の中から家具家電付きの部屋を体験部屋として契約、平成26年度より運用を開始した。まず職員、患者に対して体験部屋についての説明会をくり返し実施し、利用についての呼びかけを行った。さらに、部屋の利用を呼びかけるためポスターを作成し(図1)、病棟内に掲示することで患者・職員が常に目にすることができるようにした。

しかし、利用の呼びかけに対して積極的に興味を示す患者は少なく、まずは病棟職員企画による日中の見学ツアーを実施した。数人の患者とスタッフが体験部屋を訪れ時間を過ごすことで「外の世界」のイメージをつくり、実際の体験を通して外の世界へ関心を向けていくことを目指した。

ツアーの働きかけを行うなかで、当日になって不調を訴えて参加をとりやめる患者がいたり、ツアーに行く患者の様子を見て「自分も行ってみたい」と関心をもつ患者もいたり、さまざまな反応が見られた。ツアーに同行した職員からは「病棟内では見られない患者の姿を見ることができた」「入院前の生活について初めて語ってくれた」などの前向きな反応が聞かれ、患者だけでなく職員の意識が変化し、相互の関係性にも影響が出ることがわかった。

5) 事業を利用したケースの報告

体験部屋を利用して支援を行ったケースについて報告する。

60代の男性、30歳頃発症したケース。数年間閉じこもりの生活を送っていたが幻覚妄想等病的体験増悪、家族に連れられて受診、初回入院となった。1年ほどで退院するが、退院後再び閉じこもりの生活となり、40歳過ぎより再入院、以後20年間入院を継続している。

これまでも退院可能な患者として職員側からさまざまな働きかけを行ってきたが、本人の退院に対する拒否が強かった。本人に変化することへの恐れ・反応が強く、開放病棟(当時)への転棟に際してもかなりの拒否反応が見られ、病状悪化するなどの経過をくり返してきた。

平成25年に入ってから、日常的な関わりのなかで「観られなかった映画がある」「観たかったのに」という本人の言葉から始まり、職員から「体験部屋でDVDを観てみよう」と促し、不安ながらも「やってみるよ」の言葉が引き出された。

まずは職員同行で外出し、体験部屋の見学を行った。部屋だけでなく、食事を買うことができる店や公衆電話の場所など近隣の環境についても確認し、体験部屋での過ごし方、周りの環境についてイメージを膨らませていった。

体験部屋の利用に向けて本人との面接、多職種カンファレンスを重ねていくなかで本人の言動にも変化が見られるようになり、これまでは頑なに拒否していた退院に関して、「退院したい」という希望を口にするようになっていった。

数カ月の準備期間を経て本人単独の外泊を行い、病院以外の場所で一晩を過ごすことができた。冷房やテレビの使い方に苦労したようだが、「楽しかった」との感想が聞かれた。その後も否定的な言葉を口にすることはなく、「また行きたい」と笑顔で語り、最近では「もっと外出したい」「もっと外泊したい」「自由になりたい」「早く退院したい」という言葉を聞かれるようになった。

退院を見据えた今後については、経済的な問題や支援体制の構築など、課題が山積みの状態となっている。そんな状況のなかでも「退院したい」という本人の希望が変わることはない。本人の退院したい気持ちに応えることができるよう、職員も日々検討を重ねている。

体験部屋等の新たな試みについては、職員・患者に対する周知がまだまだ不十分であり、十分に活かされてきているとは言えない状況にある。長期入院・社会的入院解消のため、今後も継続的な取り組みが必要と考える。

これまで私たち支援者が長期入院者への退院支援を考えるなかで、「ここにいさせてほしい」「退院したくない」という患者本人の言葉が大きな壁となってきた。しかし、その言葉は病院の外で生活する自分をイメージすることができずにいたことで生まれていたのかもしれない。私たち職員も同様に、外で生活する患者の姿を想像することができず、「退院したくない」という患者の言葉や患者の抱える不安に対して踏み込んでいくことができなかつたように感じる。

事業を利用した働きかけに対し、はじめは外に出ることにも不安を口にする患者が多かった。しかし、“なじみの関係”の職員が、迷いながら本人の不安に寄り添い、少しだけ背中を押すことで“一步を踏み出す勇気”をもつことができた。そして一步を踏み出したことで患者の違う一面が引き出され、また次の一步への可能性が見え、さらに支援が広がっていったものと考ええる。

これまでは長期入院者に対して「退院に向けた支援をしたい」という思いがあってもなかなか形にできずにいた。しかし、今回の事業での取り組みをきっかけに、職員が「何かできるかもしれない」「とにかく何かやってみよう」と新たなアプローチの可能性に気がつくことができた。そして、日々の関わりで構築される信頼関係が支援の基礎となることを実感し、退院に向けた支援は決して特別なものではなく、日常的な支援の延長線上にある“当たり前の支援”であると気がつくことができた。

今回、事業での取り組みを通して長期入院の問題、地域移行について考える機会をもつことができたが、本事業は平成25年度で終了した。しかし、今回のことを事業対象者のための、一時の取り組みとして終わらせてしまうことなく、今後も病院全体で長期入院・社会的入院者の地域移行に取り組んでいけるよう、「私たちに何ができるのか？」を問い続け、考えていきたい。「高齢入院患者の退院」という目に見える結果を残していくことには非常に困難があるが、今回得られた気づきや、患者・職員の小さな変化を今後につなげていけるよう、粘り強く取り組みを続けていきたい。

新しい外泊用紙を用いた外泊指導

医療法人生生会

松蔭病院

- ①所在地▶愛知県名古屋市中川区打出2-70
- ②精神科許可病床数▶619床
- ③病棟内訳
 - 精神一般病棟▶238床
 - 精神科救急入院料病棟▶59床
 - 精神療養病棟▶322床
- ④総合支援法関連居住施設▶共同生活援助包括
- ⑤介護保険法居住施設▶小規模多機能型居宅介護

I はじめに

当病棟(精神一般病棟)は、日常生活の自立を高め、社会への関心に向けながら社会復帰を目指している療養型治療病棟である。外泊を定期的に行っている患者も少なくないが、外泊中の過ごし方については各患者・家族に任せている部分があった。後藤らが「慢性疾患や障害をもつ人々にとっても、家族は身近で重要な援助者であり、かつ家族は治療チームの重要な一員である。だからこそ最新で最高の知識や技術を家族に提供する必要がある」と述べているが、従来の外泊指導では、統一性もなく問題点もいくつかあがっていた。そこで指標となるような当病棟独自の外泊用紙を作成し、新たな外泊指導を試みた。その経過を振り返り、ここに報告する。

II 外泊指導の問題点と、新たな外泊指導

<問題点>

1. 外泊中の患者への家族の関心が薄い
2. 看護師の家族への積極的な関わりが不十分
3. 対応する看護師によって指導や情報収集に差が出る

<新たな外泊指導>

- ①患者・家族・看護師の3者で目標設定を行う
- ②評価項目を細分化し、患者・家族に個別評価をしてもらう

外泊用紙(新)

氏名	様	外泊期間	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	
目標				
頓服薬	①不穏時 包	②不眠時 包	③疼痛時 包	④他 () 包
外泊の様子		本人評価	家族評価	備考
睡眠	睡眠時間	時間	時間	
	就寝時間・起床時間	時・時	時・時	
食事	食欲			
	水分摂取量			
	間食	(有・無)	(有・無)	
便・尿	便・尿の回数	便回/尿回	便回/尿回	
	夜間トイレに起きた			
清潔	入浴			
	更衣			
	洗面・歯磨き			
コミュニケーション	表情・口調			
	あいさつ・会話			
	関わり方			
家での様子	家事・手伝い			
	外出・趣味			
	部屋に籠っていないかった			
薬	頓服薬の使用	(有・無)	(有・無)	
	頓服薬をどんな時使用したか			
	定期薬はすすんで飲めた			
	定期薬の飲み忘れはない			
金銭	お金を使用したか	(有・無)	(有・無)	
	無駄遣いはなかった	(有・無)	(有・無)	
その他	困った点	(有・無)	(有・無)	
	良かった点	(有・無)	(有・無)	
<スタッフへの要望・気になった点・今後の外泊の予定など、ご意見ください>				
記載者氏名(本人との続柄) : ()				

※記入は○×で ○ ← 問題なし・出来ている・ある・良 医師 :
 × ← 問題あり・出来ていない・ない・不良 担当看護師 :

項目に×がついた場合の理由については備考に詳細の記入をお願いします。

Ⅲ 研究目的

アンケートを実施し、患者・家族・看護師の意識調査から、外泊指導の問題点が改善できたかを検証する。

Ⅳ 研究方法

1. 研究対象: 外泊を行う患者13名とその家族11名、病棟看護師13名
2. 研究期間: 2011年3月15日～9月15日
3. 研究方法: 期間中に当病棟で外泊用紙を実際に使用した患者、またその家族や外泊時に関わる看護師に対しアンケート調査を行う。
(アンケートの実施期間は2011年8月12日～9月15日)

Ⅴ 結果

1. 外泊用紙を変更しての評価

- <患者> 良くなった…42% 変わらない…50% 悪くなった…8%
<家族> 良くなった…9% 変わらない…55% 悪くなった…18% 無記載…18%
<看護師> 良くなった…100%

◆患者のコメント

(良くなった) お手伝いがしっかりできた。

◆家族のコメント

- (良くなった) 本人用、家族用と別々に記入できる箇所
(悪くなった) めんどいです。2回～3回書くのが大変。
(変わらない) 1人で話をするのが少ない。自転車で出かける。食器洗いをしてくれた。

◆看護師のコメント

- (良くなった) 外泊中の様子が詳細にわかるようになった。家族へのアプローチがしやすくなった。
(良くなった) 目標設定する事で評価しやすくなった。
(良くなった) 家族が関わってくれるようになった。
(良くなった) 項目が細分化され、内容がわかりやすくなった。
(良くなった) 項目がはっきりし、意見・意志がみえてくる。
(良くなった) 家族の評価を知る事ができる。家族と外泊の評価をするときに用紙を元に話せる。
(良くなった) 目標を立てたり、自己評価も出来る。
(良くなった) 患者が外泊を重要なポイントだと意識して行うようになった気がする。
(良くなった) 項目が細かいので、どういう外泊だったのかよりわかりやすくなった。
(良くなった) 外泊中の様子がより詳しく分かる様になった。
(良くなった) 目標がすごく良い!!!と思った。外泊が意味あるものになってると思う。

2.外泊の目標を立てるようになって、外泊中の生活に変化はあったか

<患者> 変化があった…23% 少しあった…23% 変化はない…54%

<家族> 変化があった…27% 少しあった…46% 変化はない…27%

<看護師> 変化があった…92% 少しあった…8%

◆患者のコメント

(変化があった) しっかり買い物が出来た。

(少しあった) 食べすぎがなくなった。

(少しあった) 目標がプレッシャーになる事がある。

◆家族のコメント

(少しあった) 最初から目標達成するつもりがない事を目標にしている点

(少しあった) 家事はしてくれた。

(少しあった) 買い物はしっかり出来た。店員さんとの対応、支払いもごく自然に出来た。

◆看護師のコメント

(変化があった) 視点が共有でき、具体的でわかりやすい。

(変化があった) 目標に向って取り組もうとする患者が増えたと思う。良い傾向が多くある。

(変化があった) 個々に合った目標をあげて行く事で、患者の何かしらの変化が見える(本人の意識の変化)など。

(変化があった) 充実した外泊をおくっている感じが帰棟後の様子を伺う際に伝わってくる。

(変化があった) ○○さんの姉は、自宅でも水分チェックをするようになったり、患者に支払いをさせたり、生活が具体的になった。

(変化があった) 目標を立てることによって、外泊に行く前から、外泊に行ったら目標を達成するために行動しようとするすきっかけになる。

(変化があった) 家族も目標を一緒に考えるようになった。治療に参加できていると思う。

(変化があった) 患者自身、外泊の意義を考えるようになったし、家族と相談するようになった。

(変化があった) 患者、家族と共通の話題がもて、コミュニケーションの機会が増加した。

(変化があった) 家族と話し合うきっかけができていると思う。

(変化があった) 注意してほしいところを自宅でもしっかりみて対応してくれている。家族が困った事、対応などでわかるようになったので看護師と家族の会話も増えた。

(変化があった) 目標に沿って生活を送るような意識の変化があるように感じる。

(少しあった) 目標をもって外泊し活動できる。

3.新しい外泊用紙になって、外泊中の患者(家族)との関わりに変化はあったか

＜患者＞ 話す時間が長くなった…8% 少し長くなった…23% 変化はない…69%

＜家族＞ 変化があった…27% 変わらない…73%

＜看護師＞ 変化があった…92% 変わらない…8%

◆患者のコメント

(変わらない)無口だから

(変わらない)相手にされない(旦那)

(変わらない)疲れていて良く寝た。

◆家族のコメント

(変化があった)目標を口にし、行動につなげる事ができた。

(変わらない)疲れているようで、家に帰ってからは寝てしまい、たまにしゃべっても言葉がはっきりしない。外泊用紙については、話しが出来なかった。本人は言葉が出にくいと云っていた。

◆看護師のコメント

(変化があった)患者自身と家族の認識の違いについて話題にしたり、目標について話をもち、達成できなかった時は次回の目標を考えたり、なぜできなかったかを一緒に話したりと関わりが深まると思う。

(変化があった)話す話題に困らなくなった。

(変化があった)一緒に外泊用紙を考える(目的評価等)

(変化があった)目標設定を行う際、家族の方から要望が出る事が増えた。

(変化があった)帰棟後に声をかけあったりしている。今まではなかった。

(変化があった)外泊中の生活に一步ふみ込む(ふみ込みやすく)ようになった。

(変化があった)焦点をしぼって話ができるようになった。

(変化があった)目標が達成できなかったとしても、次回の延長にできる為家族も積極的に関わる事ができるのではないかと思う。

(変化があった)患者だけでなく、家族とのコミュニケーションも増え、家族の思いが聞きやすくなった。聞けるきっかけができた。

(変化があった)接点が見つかり、話しやすい。

(変化があった)関わる時間が増えた。

(変化があった)外泊時目標設定や評価を行うことで、患者との関わりが増えた。外泊時、帰棟時に評価を聞くことで家族へのアプローチする時間が増えた。

4.患者と家族の評価を分けたことで、考え方に違いはあったか

＜患者＞ 考え方の違いに気付けた…15% 少し気付けた…23% 変わらない…62%

＜家族＞ 考え方の違いに気付けた…18% 少し気付けた…36% 変わらない…46%

＜看護師＞ 本人と家族の認識の違いに気付けた…62% 認識の違いに気付けた…38%

◆家族の意見

(本人との考えの違いに気付けた)しゃべりたくないのかと思っていたが、本人が言うには言葉が出づらいと云っていた。

(本人との考えの違いに気付けた)コミュニケーションのところで表情や口調は本人は気付いていない

◆看護師のコメント

(本人と家族の認識の違いに気付けた)本人と家族の評価の違い→病識の有無などの情報も得られるし、評価の違いを修正するきっかけが作れたと思う。

(本人と家族の認識の違いに気付けた)患者側は自己評価が低すぎたりしてる。家族の患者本人にもとめているもののハードルが高すぎる。

(本人と家族の認識の違いに気付けた)自分だけの意見を書けるので気をつかわなくて良い。

(本人と家族の認識の違いに気付けた)本人の気付いていない事を家族が気付いていたり、本人の考え方、家族の考え方のズレ等話し合う事ができた。

(本人と家族の認識の違いに気付けた)実際にしっかりと記入せず患者さんに合わせ記入しているような家族が多いが、しっかり評価している家族も1~2割位はいると思う。そこでは違いが出て、次につなげているのではと思う。

(本人と家族の認識の違いに気付けた)家でやってもらいたいことなどが明確に。それが患者にとって負担だったり…。

(認識の違いに少し気付けた)対応した患者の用紙ではあまり相違がなかったためあまり気付けなかった。

(認識の違いに少し気付けた)家族が思っている以上に、本人の自己評価が低すぎたりする。

(認識の違いに少し気付けた)本人は×をつけていても家族は○をつけているなど、どちらかの評価が低いと認識しているということに気付けた。

(認識の違いに少し気付けた)自己評価が低いというのに気付いた。

5.家族の評価を受けることで外泊に対する意識に変化があったか

<患者> 外泊に意欲が持てた…23% 少し持てるようになった…38.5% 変わらない…38.5%

◆患者のコメント

(外泊に意欲が持てた)外泊は楽しい。

(少し持てるようになった)目標をやらなければならないのがやっぱり疲れる。

(変わらない)努力が必要なのがあった。

6. 家族と問題の共有(目標などの情報共有)を行い、それについて話をする事ができたか

<看護師> できた…100%

◆看護師のコメント

(できた) 目標について情報を聞く時に他の事についても情報を得ることができた。

(できた) 家族の要望も目標に取り入れるなど今まで表現しにくかったことなども聞けるようになった。

(できた) 外泊に対する意味づけができた。プライマリ以外でもどんな目的で外泊をしたのかがわかる。

(できた) 目標は患者さんと一緒に立てることが多いが、帰棟時振り返る時に家族の方とも一緒に話をする事ができ、目標の振り返りや情報の共有をすることができると思う。

(できた) 小さな目標でも、同じ目標であっても家族と振り返りながら話し合うことができた。

(できた) 看護師や患者の思いを具体的に伝えやすく話しをすることができた。

(できた) 帰棟時まず目標の評価をきくということを行っているので必然的に話ができている。

(できた) 本人の情報について共有する事ができる。家族の本音を聞く事ができる。患者さんの治療に参加させるいいきっかけ作りになっている様に思う。

(できた) 家族からも聞くと話してくれ、次の課題が見つけやすくなった。

(できた) 具体的に焦点をしぼって話せる。

(できた) 看護師と家族が関わる時間が増えて、以前よりも家族も治療に協力的になってきていると思う。

(できた) 目標設定を行い、その情報を家族と共有することで、家族との情報交換や、家族指導を行うこともできるようになったと思う。

VI 考察

1. 外泊用紙変更に対する考察

結果1より、外泊用紙変更に対する否定的な意見は全体の10%で、用紙の変更に対する強い反発はなかったと考える。外泊用紙の変更前は、対応した看護師の経験や技術の違いにより、外泊指導や得られる情報にも差が出ていた。しかし、新しい外泊用紙を使用することで、視点を定めて評価や情報収集ができるようになり、外泊指導の共有化が進んだと言える。

2. 外泊指導に対する考察

1) 家族への積極的な関わりの向上

以前は外泊中の過ごし方を各患者・家族に任せている部分があり、外泊前後の家族への十分な関わりができていなかった。しかし、家族を交えて目標設定や評価を行うようになり、結果6では看護師全員が「家族と問題の共有を行い、それについて話をする事ができた」と評価している。このことから、新しい外泊指導に関わったすべての看護師が、家族への積極的な関わりの向上を実感していることがわかる。家族とのコミュニケーションが増えたことから外泊中の具体的な情報が得られ、患者の抱えていた問題が具体化し、より個別的な指導を展開できるようになったと考える。

2) 主体性の向上

看護師からの一方的な指導ではなく、家族が患者と一緒に外泊の目標設定及び評価を行うことが両者の主体性を引き出すきっかけになるのではないかと考え、今回新たな外泊指導を試みた。結果3<看護師>

のコメントに「目標設定を行う際、家族の方から要望がでるようになった」とあることから、新たな外泊指導後に家族の自主性が見られるようになったことがわかる。また、結果5〈患者〉より、約6割の患者が外泊に対する意欲の向上に繋がったことがわかり、新たな外泊指導が患者、家族両者の主体性を引き出すきっかけになったと考える。

3. 家族の意識に対する考察

慢性期の長い経過をたどっている患者の家族は、ディスエンパワメント(支える力や環境の力が落ちる)により患者への治療に対する関心が薄れ、患者の些細な変化に気付きにくくなっている。しかし、今回新たな外泊指導を開始して、結果2〈家族〉より、7割の家族が「目標設定を行うことで患者の生活が変化した」と気付いていることがわかる。また、結果3〈家族〉より、約3割の家族が患者との関わりに変化を感じていることがわかり、結果4〈家族〉より、患者と家族で外泊の評価項目を分けたことから、約半数の家族に相互の思いの違いを気付かせることができたと考える。この結果から、家族が以前より外泊中の患者の変化に関心を持てるようになり、援助者としての意識変化が見られたと考える。

4. 今後の課題

1) 目標設定について

患者からは「目標設定がプレッシャーになる・目標をやらなければならないのが疲れる」という意見があり、そのことから、患者の許容以上の高い目標が設定されている可能性が考えられる。看護師からは「目標設定の際にプライマリーの意向やカンファレンスを活用し考慮していったほうがより現実的な目標になると思う」という意見も出ており、目標設定の具体的な方法についての検討は今後の課題となると考える。また、患者の家族からは「外泊用紙の目標箇所を結果も記入できるようにしてはどうか」と外泊用紙に対する意見があがり、今後外泊用紙の様式についても検討する必要がある。

2) 必要項目の細分化と個別評価について

患者・家族からは「枠が小さい」「面倒」「以前の用紙にあった項目(感情、態度、話し方など)の内訳を備考欄に入れてはどうか」など、用紙の評価項目に対する意見があがった。看護師からも、「再度項目を見直して変化がない部分は項目から外し、より情報を得たい部分については具体的に記載できるようにしてはどうか」という意見も出ており、新たな外泊指導を進める中で、今後修正していくべき新たな問題点が明確にできた。

VII まとめ

新たな外泊指導を試みた結果、以前よりも援助者としての視点を持てる家族が増えてきた。また、看護師が家族に積極的に関わる機会が増え、視点を定めて評価や情報収集ができるようになり、以前の外泊指導における問題点が改善できた。しかし、今回のアンケートから更なる問題点が浮上してきたため、今後は外泊用紙の修正と外泊指導の改善についてさらに検討を重ねていきたい。

参考文献・資料

・家族教室のすすめ方 金剛出版(後藤雅博編)

平成27年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業
長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究

検討委員会 委員名簿

委員	所属
堀井茂男	慈圭病院 院長 公益社団法人日本精神科病院協会 常務理事
後藤時子	秋田緑ヶ丘病院 院長 公益社団法人日本精神科病院協会 理事
江原良貴	積善病院 理事長
櫻木章司	桜木病院 理事長・院長 公益社団法人日本精神科病院協会 理事
前沢孝通	前沢病院 理事長・院長
永田雅子	大口病院 理事長
正岡 徹	慈圭病院 生活福祉支援課主任（精神保健福祉士）
児玉隆江	上小圏域障害者総合支援センター 相談支援専門員 （精神保健福祉士）
牧野祐介	岡本病院 医療相談室 主任（精神保健福祉士）
吉川隆博	東海大学 健康科学部看護学科 准教授 一般社団法人日本精神科看護協会 業務執行理事

平成27年度 厚生労働省 障害者総合福祉推進事業



公益社団法人
日本精神科病院協会



あなたの 今日のために、明日のために…

退院に向けての ハンドブック

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309



公益社団法人
日本精神科病院協会

退院に向けての ハンドブック

はじめに

あなたへ、
そしてご家族のみなさまへ。

さあ、退院に向けて、
しっかりと踏み出してみませんか。

いろいろな不安なこと、
悩んでいることもあるでしょう。

大丈夫！安心してください。
あなたへの応援（支援）は、たくさんあります。

もし不安や悩み事があるときは、
ぜひこのハンドブックを



思い出してください。

あなたの背中を

やさしく押してあげること、

きっとできると思います。



あつみんごー
これからはあつみんごーです。

退院に向けてのハンドブック



もくじ

▶ 退院後のイメージを描こう!! p02

退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

▶ その1：「住まい」 p04

▶ その2：「お金」 p07

▶ その3：「日中活動」 p11

▶ その4：「生活」 p14

▶ その5：「相談支援」 p16

資料編

▶ 退院後のすこやかな毎日のために知っておきたい
「ここ」と「からだ」のこと p18

▶ 精神障害者保健福祉手帳 p20

退院後のイメージを描こう!!

あなたはこれから、どんな暮らしをしていきたいですか？
それそのふき出しに「思ったこと」を描いてみましょう。
病院のスタッフやご家族の方などと相談しながらでもOK！
悩んだり、わからないことなどがあつたら、それぞれの参照ページを見て
みてくださいね。

「どんなところに住みたいですか？
一緒に住みたい人はいますか？」

▶参照ページ P.04～06 「住まい」

「退院後にしてみたいこと
はありますか？」

▶参照ページ P.11～13 「日中活動」



「退院することによって不安はありますか？
退院後の生活について不安なことはありますか？」

▶参照ページ P.07～10 「お金」
▶参照ページ P.14～15 「生活」
▶参照ページ P.20～21 「精神障害者保健福祉手帳」

「困ったとき、
あなたはどうしますか？
相談相手はいますか？」

▶参照ページ P.16～17 「相談支援」
▶参照ページ P.18～19 「こころ」と「からだ」のこと



退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その1：「住まい」

“どこに帰ればいいのかわからないから退院できない”

“いきなり一人暮らしは不安”

そんな方をサポートする「住まい」もあります。

障害福祉サービスにおける住まい、支援サービス

■共同生活援助（グループホーム）

家庭的な雰囲気の中で、共同生活を行う住まいの場です。

世話人や事業所によっては生活支援員が、相談、入浴・排せつ又は食事や家事などの生活上の支援を行います。

【こんな方が使っています】

- ひとり暮らしに不安があるので、支援を受けながら地域で暮らしたい方。
- 一定の介護が必要であるが、地域で暮らしたい方。
- 退院後の住まいがない方や自宅に帰る前に生活の練習をしたい方。

■施設入所支援

介護が必要で事業所への通所が難しい方で、自立訓練または介護サービスを利用していらっしゃる方に対して居住の場を提供し、夜間における日常生活の支援を行います。

■宿泊型自立訓練

利用期間は2年が目安です。

生活能力の維持、向上のために、夜間や休日、自立訓練を行います。日中は、就労や精神科デイ・ケア、日中活動（福祉サービス）などに参加します。

■短期入所（ショートステイ）

日常的に介護を行っている家族が病气などの場合に、短期間、夜間も含め、施設で入浴、排せつ、食事の介護などを行います。



高齢者の方には、こうした住まいもあります

■有料老人ホーム

家事（食事、洗濯、掃除など）や介護、健康管理など、生活に必要なサービスが付いた住まいです。

■サービス付き高齢者向け住宅

高齢の方が安心して生活できる質の高い住まいです。

■特別養護老人ホーム

常に介護が必要で、食事、入浴など生活の介護・健康管理を受けられる施設です。

■軽費老人ホーム（ケアハウス）

生活の基本的なサービス（食事や入浴）を提供し、家に近い状態で自立した生活の援助を行う施設です。

公営住宅など一般住宅の活用

■公営住宅

お住まいの地域により、単身の精神障害者の優先入居などを行っている場合があります。

* 支援関係者に地域にある独自の資源を聞いてみましょう。

退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

退院に向けてのハンドブック

その2：「お金」

自立を目指しているあなたを支援するしくみはこんなにあります。

生活を支える制度

■障害年金

病気やけがなどによるその人の障害の状態によって、生活を保障するために「年金」として支給されます。

症状が落ち着き安定していても、日常生活や仕事をするうえで支障がある場合に支給されます。

【障害年金を受給するための受給資格要件とは】

- 初診日の時点で年金に加入している（被保険者要件）
- 保険料の納付ができている（3分の1以上の未納がないこと）
- 障害の状態が、各年金制度に定められた精神障害の状態にあてはまる

* 障害年金受給後は、1～5年に一度、年金受給の状態にあるか否かの審査として診断書の提出が求められます。

退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その2：「お金」

■生活保護

病気や高齢、障害などいろいろな事情で生活に困った時に、申請に基づき、最低限度の生活を保障し、自分の力で生活できるように手助けするしくみです。

【こうした場合はあてはまるかも知れません】

- 生活に困り、他に収入のあてがない。
- 障害があるため働いた収入だけでは生活できない。

*支給額によっては、障害年金などの他の制度と併せて利用することがあります。

「生活保護」の相談・申請は、国が定めた法律に従って、地域の所轄する福祉事務所で受付・審査・支給を行っています。



医療費負担軽減の制度

■自立支援医療（精神通院医療）

通院医療費（外来通院、精神科デイケア、精神科訪問看護、訪問診療）の負担額が原則1割になります。
また、所得によって月に支払う限度額が決まり、それ以上の負担は生じません。

やりくりや財産を守る制度

■日常生活自立支援事業

定期的な訪問により、日常的な金銭管理をお手伝いする事業です。

- 窓口は、最寄りの市町村の社会福祉協議会と都道府県の社会福祉協議会です。
- 個別の支援計画にそって「生活支援員」が、貯金の出し入れなどを代行します。



退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その3：「日中活動」

日中利用できるサービスには、目的にあわせてさまざまなものがあります。利用にあたり、「サービス等利用計画」が必要となるものもあります。

「介護」を必要とする方へのサービス

■生活介護

常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護などを行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。

「自立」を目指す方へのサービス

■自立訓練（宿泊型と訪問型があります）

自立した生活ができるよう、一定期間、服薬やお金のやりくりなど生活能力の維持、向上のために必要な支援や訓練を行います。

■成年後見制度

障害などにより判断能力が十分でない方が困らないように、家庭裁判所に申し立てをして、援助してくれる人を付けてもらう制度です。

- 相談や申し立ては、本人の住所地を管轄する家庭裁判所へ。
- 援助してくれる人は、判断能力の程度によって「成年後見人」「保佐人」「補助人」の3種類に分かれ、家庭裁判所でそのいずれかが選任されます。

*「成年後見人」「保佐人」「補助人」は、親族の他、弁護士、司法書士、社会福祉士などから選任されます。



退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その3：「日中活動」

「働く」を目指す方へのサービス

■就労移行支援

一般企業などへの就職を希望する人に、就労に必要な知識や能力の向上のための訓練を行います。

■就労継続支援 A 型（雇用契約をむすびます）

一般企業などでの就労が困難な人に、働く場所を提供するとともに、知識や能力の向上のために必要な訓練を行います。賃金は各地域の最低賃金が目安となります。

■就労継続支援 B 型 （雇用契約をむすばない福祉的な就労です）

一般企業などでの就労が困難な人に、福祉的な就労からステップアップに向けた支援を行います。

【就業相談窓口】

障害福祉サービス以外にも、ハローワークや障害者就業・生活支援センターなど、働くための相談窓口があります。

「仲間との交流」や「居場所」を探している方へのサービス

■地域活動支援センター

障害のある人が自由に通える場で、社会や仲間との交流の促進などを目的としています。ピアサポートの活動拠点となっているところもあります。

医療機関などのサービス

■外来作業療法

精神科の通院医療のひとつで、医師の指示が必要となります。病気の再発予防と地域生活に必要な知識や技術を身につけるための具体的な指導や援助を行うことを目的としています。1日2時間程度のプログラムです。

■精神科デイ・ケア

社会生活を豊かにするための訓練（リハビリテーション）などを行います。定期的に参加することで生活リズムの安定を目指し、病気の再発を予防します。

■地域のデイ・ケア

都道府県・市区町村の精神保健福祉センターや保健所でも行っています。

退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その4：「生活」

生活や体調の管理は思いのほかむずかしいものです。退院してからの「生活」に不安がある方のために居宅介護（ホームヘルプ）や精神科訪問看護があります。

退院後の生活（家事など）に自信のない方へ

■居宅介護（ホームヘルプ）

ヘルパーと呼ばれる人があなたの自宅まで来て、食事（調理）、洗濯、掃除、入浴、排せつなど、身の回りのことをお手伝いしたり、相談のつてくれるサービスです。

- どんな場合に考えてみましょう】
- 毎日の食事の準備が大変そう。
- 買い物がか心配。
- 部屋の片付けや掃除、洗濯がむずかしい。
- 足が悪いので、お風呂に入ることがむずかしい。



退院後に体調やお薬の管理に自信のない方へ

■精神科訪問看護

看護師などの訪問スタッフがあなたの自宅まで来て、お薬の管理や服用のお手伝いをしたり、病状や不安なことの相談のつてくれるサービスです。

- どんな場合に考えてみましょう】
- お薬を飲み忘れないか心配。
- おん服の飲み方がわからない。
- また症状が悪くなった時が心配。
- ひとり暮らしで生活のリズムがくずれそう。
- 自宅で家族と上手に生活していけるか心配。



退院後の暮らし・テーマ別支援のいろいろ

その5：「相談支援」

精神障害者の相談支援として、主に医療機関の相談室での医療相談の他に、「障害福祉サービス」「介護保険サービス」によるものがあります。年齢により受けられるサービスが異なります。利用者本人・家族の方など誰もが利用でき、相談は無料です。

65歳未満の方：障害福祉サービスの相談支援

■障害福祉サービスの相談支援

○基本相談支援
相談の入り口となる一般的な相談支援です。

○地域相談支援
長期入院・入所者の地域移行と地域定着に向けた相談支援です。

○計画相談支援
障害福祉サービス利用に必要な「サービス等利用計画」の作成に向けた相談支援です。

【障害福祉サービスを利用するためには】

- ①市区町村の障害福祉担当の窓口や相談支援事業所などに相談をしましょう。
- ②利用したいサービスを決めましょう。
- ③市区町村による認定調査を受けていただきます。
- ④相談支援専門員がサービス利用の連絡調整を行います。

65歳以上の方：介護保険サービスの相談支援

■介護保険サービスの相談支援

○地域包括支援センターでの相談支援
市区町村が行う高齢者の総合相談窓口です。

【相談支援の一例】

- ・生活や介護についての総合相談を行います。
- ・介護予防サービス計画の作成（要支援1・2の方）を行います。
- ・成年後見制度の手続きや活用支援を行います。
- ・介護予防教室や地域住民への啓発活動などの地域活動を行います。

○居宅介護支援事業者での相談支援
介護保険制度やサービス全般についての利用相談窓口です。

【相談支援の一例】

- ・要支援・要介護認定申請の代行をします。
- ・介護サービス計画の作成（要介護1～5の方）とサービス利用の連絡調整を行います。

【介護保険サービスを利用するためには】

- ①市区町村の介護保険担当の窓口へ相談に行きましょう。
- ②市区町村による聴き取り調査を受けていただきます。
- ③事前に利用するサービスを決める必要はありません。
- ④介護支援専門員（ケアマネジャー）がサービス利用の連絡調整を行います。

退院後のすこやかな毎日のために知っておきたい 「ごころ」と「からだ」のこと

これから退院して地域で生活を送るあなたに、おくすりと上手に付き合いな
から「ごころ」と「からだ」の健康を保つためのコツをお伝えします。

「ごころ」と「からだ」のおくすりについて

この手引きをご覧になっている方の多くは、
入院中に処方されている「ごころのおくすり」
を引き続き服用されることと思います。また、
これから年をとるにつれて、さまざまなから
だの病気もあらわれ「からだのおくすり」を
服用する機会も増えるかもしれません。
すこやかな毎日を過ごしていただくために、
おくすりを服用されるにあたっては、以下の
点に注意してください。



- 「ごころ」と「からだ」のおくすりは、
ともに主治医の診察を受けて、
指示に従い正しく服用してください
- 「ごころ」と「からだ」のおくすりの
副作用を知っておください
- 「ごころ」と「からだ」のおくすりの
飲みあわせにも注意してください



服用している、あるいは処方されたおくすりについて分からないことや、
服用して体調に異常を感じる時は、看護師や薬剤師、主治医の先生に相談して
ください。

すこやかな毎日過ごすための 生活習慣 8 か条

1. 食事に気をくばり、適度な運動をこころがけ、
太り過ぎに注意しよう！
2. 服用しているおくすりの副作用をチェックしよう！
3. タバコはこれ以上増やさず、徐々に減らしていこう！
4. 定期的に健康診断を受けよう！
5. しつかり睡眠をとって「ごころ」と「からだ」を休めよう！
6. 病気になるっても、早期に発見して正しく服薬すれば大丈夫！
7. よい習慣はストレスに強い「ごころ」と「からだ」を作る！
8. 分からないことや「あれ？」と思うことは、
何でもスタッフに相談しよう！

これからあなたは退院して、病院の外での生活がはじまります。「ごころ」と「からだ」
の健康を維持する主役はあなた自身です。これからも私たちスタッフと一緒に、あ
なたの退院後の生活について考えていきましょう。

参考文献

知って安心！メンタルヘルスマネジメントのための健康生活ガイドブック
「からだも元気+プラス」
監修：長瀬敬彦 伊藤順一郎
制作：NPO法人 地域精神医療福祉機構

精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳とは

「精神障害者保健福祉手帳」(以下、手帳という。)とは、精神障害のため日常生活や社会生活への制約があると認められた方に、その証明として、お住いの都道府県知事から交付されるものです。手帳の交付を受けることによって、国や都道府県、市区町村からのいろいろな福祉サービスを受けることができます。

手帳には、住所・氏名・生年月日・障害等級・手帳番号・交付日・有効期限が記載されます。

対象となる方

精神科の疾患があり、長期にわたり日常生活や社会生活への制約がある方が対象です。
入院・在宅による区分や年齢制限はありません。
疾患により病院に初めてかかった日(初診日)から6ヶ月以上経過した日から申請できます。

※軽度の神経症や心身症など
一部の疾患や人格障害・知的障害は
対象なりません。



手帳の等級内容

支障がより必要な(程度が重い)方から1級、2級、3級となります。精神疾患と生活のしづらさの状態の両面から総合的に判定されます。

1級	日常生活(食事や掃除など)を援助なしに1人では送ることができない状態の人。 入浴が必要な程度の人。
2級	日常生活において、必ずしも常に他人の援助を必要としないが、ときに訪して援助が必要な人。 精神デイ・ケアなどの日中活動に参加できる程度の人。
3級	日常生活がほぼ1人で送ることができ、日常生活や社会生活上に一定の制約を受ける程度の人。 保護的配慮のある場所で就労している人も含まれる。

受けられるサービス

- 【全国のだれもが受けられるサービス】
- ・公共料金、NHK受信料、携帯電話の基本使用料の減免・割引
 - ・税金(所得税、住民税、相続税、自動車税、自動車取得税など)の減免・免除
 - ・障害者職場適応訓練事業での雇用 など
- 【都道府県や市区町村の独自のサービス】
- ・公営バス・タクシー運賃などの助成
 - ・公共施設利用料の割引
 - ・通院：通所にかかる交通費の助成
 - ・公営住宅入居に関する優遇措置 など
- ※お住まいの地域や等級によって受けられるサービスが異なります。

詳しいことについては、主治医・ソーシャルワーカーやお住まいの市区町村の担当窓口・保健所に相談しましょう。



公益社団法人
日本精神科病院協会

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14
TEL 03-5232-3311 FAX 03-5232-3309