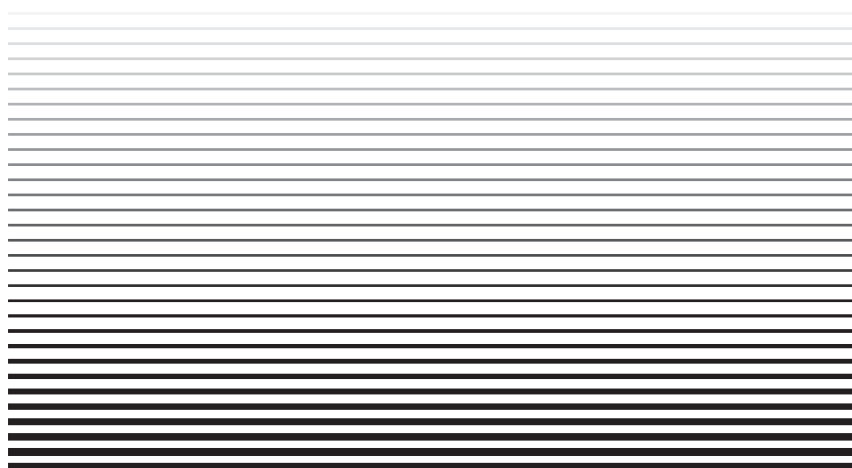


Part I

研究報告



第1章 事業概要

平成14年12月19日に、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」が出された。その中で、①人口あたりの精神病床が諸外国に比べて多いこと、②最近入院した者については短期間の入院医療が定着しつつある一方、長期入院の者が減らず、またいわゆる社会的入院者が減らないこと、③精神病床の機能分化がまだまだ成熟しておらず、効率的で質の高い医療の実施が困難であること、④入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと、⑤精神疾患や精神障がい者に対する国民の正しい理解が十分とはいえないこと等の日本の精神保健医療福祉の現状と問題点が指摘された。

それを受けて発足された精神保健福祉対策本部は、平成15年5月15日に「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を中間報告としてだし、その中で「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策の推進の必要性を強調し、それぞれの課題に対応する検討会の開催を以下の通りに指示した。

- 普及啓発に関しては、普及啓発指針検討会（仮称）において指針策定
- 病床の機能分化及び病床数の見直し等精神医療の改革については、精神病床等検討会（仮称）において検討
- 地域ケアの充実、社会復帰施設の体系的整備、グループホーム等の充実、地域生活支援センターの機能等に関しては、在宅福祉・地域ケア体制等検討会（仮称）において検討

それによって、心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会は平成16年3月に、精神病床等に関する検討会と精神障害者の地域生活支援のあり方に関する検討会は平成16年8月に最終報告書を提出した。

それらを基に、平成16年9月には精神保健福祉対策本部から「精神保健医療福祉の改革ビジョン」がだされ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の推進と社会的入院解消に向けて、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を10年間で進めるという基本方針が示された。

そして、平成16年10月に「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」がだされた。これは、日本の障害保健福祉に関する施策の試案として示されたもので、身体・知的・精神障害に関する地域基盤や体制整備や制度について、これを基に関係審議会での検討や関係機関の調整を行うものである。そして、この案の位置づけを示す部分には、精神障害固有の問題については精神保健医療福祉の改革ビジョンに基づいて改革を進める旨の記載があった。この中には、今後の障害保健医療福祉施策の基本的な視点として、①障害保健福祉施策の総合化、②自立支援型システムへの転換、③制度の持続可能性の確保があげられている。

これが後に、障害者自立支援法（以下、自立支援法）として提案され、平成17年10月に精神保健福祉法改正を含む形で成立し、平成18年4月に施行された。

自立支援法の制定によって、障害種別に関わらずサービスを利用する仕組みが一元化され、サービス提供の責任主体を市町村に一元化することで、遅れていた精神障がい者福祉の基盤整備を進める上での制度的枠組みが整ったといえる。また、精神医療については、診療報酬改定による病床の機能分化の促進や、入院患者の退院促進、地域生活を支えるための医療サービスの充実等が行われている。

しかし、自立支援法については施行前から自己負担増加等の当事者の不安や、福祉サービス再編に伴うサービス事業所の戸惑い等が多く聞かれ、多難な船出となった。そして、自立支援法のメリットが十分に活かされていない現状が続いている。この状況を受けて、障がい者の自立支援充実のための調査研究や先駆的・革新的な試行的取り組みを対象とした障害者自立支援調査研究プロジェクトが、平成18年度から開始された。

これは、障がい者の就労支援、地域移行、地域生活支援等について地域で行われているさまざまな取り組みや工夫を募集し、それを普及させることで自立支援の充実につなげることを目的とした事業である。平成19年度は予算を25億円に増額し、①支援プログラム等研究開発事業、②新体系ビジネスモデル研究事業、③地

域生活支援事業の先駆的・試行的（モデル）推進事業、④地域精神科医療等との連携を通じた地域生活支援モデル事業、⑤障害者自立支援協議会機能強化事業といったテーマを指定して募集が行われた。

そこで、当協会は指定テーマ④-1「多職種共同チームによる精神障害者の地域包括ケアマネジメントモデル事業」に応募した。このテーマで求められる事業内容は、精神障がい者のニーズ・状態像に応じ多職種共同チームを活用した地域包括ケアマネジメントシステム及び精神障がい者の地域での安定した生活を可能にする保健医療福祉の標準的な支援モデル事業を実施し、これに基づくモデル事例集を作成・発行し全国に情報提供するというものである。この事業内容に沿って、「精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討」をテーマに、表1の内容の事業計画を作成した。

この事業は、私たち精神科看護師が入院患者にとって最も身近な存在であり、入院生活の中で患者の退院への意欲を引き出し、不安に寄り添いながら退院の準備を整え、退院直後の不安定な時期にもかわり支えるという継続したケアを展開できるという特性を活かしたものである。モデル事業の中では、対象患者とともに退院計画を作り上げ、ケア会議を調整開催しながら、退院へと導いていくプロセスが展開されている。また、当協会の会員施設を対象とした調査では、全国の精神科病院における退院支援に関する取り組みの実態を明らかにすることができた。

表1 事業実施計画書

事業名	精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方の検討
事業概要	<p>近年、退院促進に積極的に取り組む精神科病院が増えてきたが、病院の役割としては患者が退院するまでを担当し、その後は地域福祉にバトンタッチするという方法が主流であった。しかし、まだまだ地域のサービスが需要に対応できていない地域や、疾患と障害を併せもつという精神障害者の特性に対して十分に即応できていない現状がみられている。精神障害者が退院の意志を持ち、地域生活に移行し定着するためには医療と福祉サービスがミックスしたサービス体制を構築しなくてはならない。</p> <p>本事業では①精神障害者の退院と地域生活定着に向けた医療福祉包括型ケアマネジメントによる支援事業②退院支援から地域生活定着まで継続する生活支援サービスの実践されているモデルに関する調査を行う。</p> <p>この実践の把握によって、今後、地域生活移行期を短縮し、再発時の医療の提供に機動力を確保し、地域生活の再開を早期に促すことが可能となる。</p>
事業内容	<p>1) 医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業</p> <p>退院調整や退院支援の専属部署（専従チームや常置委員会及び担当職員）を有する医療機関を対象として、医療従事者と精神障害者、さらに退院後に生活する地域の福祉従事者の参加によるサービス利用計画の作成と評価を行う。精神障害者のニーズに基づいて、病院の各セクションを横断した協議と多職種チームが当事者と共同した計画の作成を行う。地域生活が軌道にのるまでの期間に、障害福祉サービスの利用に併せて、医療チームによる日常生活及び社会生活のサポートや相談等の直接サービスを多様に展開し、それぞれの実践モデルの効果的な点を明らかにする。医療チームによる直接サービスは、医療機関内における退院支援及び地域生活移行支援の時点から、地域生活定着まで伴走する形で継続的な提供を行い、精神障害者が地域で直面する課題について、生活の場で起こりうる問題に合わせて支援し、地域生活の定着と自立を促進する。</p> <p>(1) 事業は、チーム構成・地域性等を考慮し、下記の5か所で実施する。</p> <p>① J A 長野厚生連安曇総合病院（長野県）②医療法人同仁会海星病院（島根県）③社団法人八幡浜医師会立双岩病院（愛媛県）④南部町国民健康保険西伯病院（鳥取県）⑤医療法人牧和会牧病院（福岡県）</p> <p>2) 地域生活定着に必要とされる医療サービスに関する調査</p> <p>退院及び地域生活移行を促進する支援と、地域生活の定着と自立を促進する支援について以下のような調査を行う。</p> <p>(1) アンケート調査</p> <p>障害福祉サービス事業者を対象にサービス提供の実態と精神障害者の地域生活支援を効果的に提供するために必要な医療との連携等について調査を行う。調査対象；1,000 か所程度</p> <p>(2) ヒアリング調査</p> <p>退院先の異なるケースを選定し、地域生活定着までの経過からサービスの実施状況等を分析し、必要とされる支援モデルを導き出す。</p>
事業の効果及び活用方法	<p>○ 地域生活移行期短縮による早期退院を促進するモデルを提案する。</p> <p>○ 生活する場のニーズに応じた支援を明らかにするとともに、医療サービスを効果的に活用し、地域生活の定着と自立を効率的に促進する。</p>

第2章

医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業

1. 目的

医療福祉包括型ケアマネジメントモデル事業（以下、モデル事業）では患者の退院から地域生活への移行と定着までにおける、医療と福祉のケアミックスによるサービス体制を構築することを目的とした。そのために、①患者の退院までを病院、退院後を地域福祉というバトンタッチの移行方法ではなく、病院から地域生活への移行・定着までの期間を継続してモニタリングし、医療と福祉サービスがともに支えるという方法をとる。②病院内に地域生活移行支援部門（担当者）を設置し、対象者、家族、多職種、他部門、院外関係者など対象者の退院と地域生活を支える人を集めケア会議を開催して、地域生活移行支援計画にそって役割分担を行い対象者の地域への移行・定着を支援する。③地域生活移行支援部門は退院後も地域生活が安定するまで対象者の地域生活支援計画の遂行を管理し、計画の評価・修正を行っていくこととする。

2. モデル事業の構築

モデル事業の実施期間と運用手順については、以下の通りである。

1) 実施期間

平成 19 年 9 月 1 日～平成 19 年 11 月 30 日の 3 か月間

2) モデル事業の実施方法

(1) 対象者の選定

- ① 対象者は、退院後に地域サービスの利用が予想される統合失調症の患者。
- ② 本人・家族から退院の希望があるか、現時点で本人から希望はないが期間内に退院の可能性が見込まれる者で、退院先の異なるケースを 1 施設 5 事例以上選出する。
- ③ 対象者の選出は、地域生活移行支援担当者（以下、支援担当者）への本人・病棟からの申し込み、支援担当者が病棟カンファレンスなどに参加した際に得た情報などを基に受け付ける。

地域生活移行支援担当者

本モデル事業では、患者の地域生活移行に関する取り組みにおいて、病院内で専属部署に所属するか、本来業務と兼務にて病院内を横断的にサポートができる者とした（以後、支援担当者と称す）。

－モデル事業における役割－

- ① 対象者の選定を行う。
- ② 他職種や地域関係者と連携し、ケア会議をコーディネートする。
- ③ 地域生活移行支援計画の内容や遂行状況を管理する。
- ④ 必要に応じて、訪問活動等の直接サービスを提供する。

(2) 申請書の提出

対象者の受持ち看護師は、患者希望及び申請者の意向等を確認して申請書に記載し、支援担当者に提出する（様式 1 資料 p90）。

(3) 患者希望調査（暮らし方調査）

支援担当者は、対象者及び受持ち看護師と面談し、住居・1日の過ごし方・医療の継続や福祉サービ

スの利用など、地域生活の具体的なイメージや希望を引き出し、調査票に記載する（様式2 資料p92）。

(4) ケア会議の招集・準備・開催

ケア会議の招集

- ① 支援担当者は、患者希望調査票（暮らし方調査票）を参考にしてケア会議の参加者を選定し、開催に向けて調整を行う。
- ② ケア会議の参加者はケースごとに異なり、対象者、家族、院内外の対象者を支援する専門職・非専門職など対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加する。支援担当者1名は必ず参加する。
- ③ ケア会議は、計画作成時は関係者全員が集まることが望ましいが、それ以外の調整や準備のための会議に関しては、必要に応じたメンバーで適宜開催してもよい。
- ④ ケア会議の頻度や開催時期は、限定しない。

ケア会議の事前準備

地域生活移行支援計画（様式3 資料p94）の支援が必要なことについては、支移担当者及び受持ち看護師が、対象者に面談して記載する。ただし、ケア会議に対象者が参加する場合には、ケア会議の場でも記載することができる。

ケア会議で行うこと

- ① 対象者が必要とする支援に関して役割分担を行い、それぞれの担当者を明記する（様式3）。
- ② 退院目標時期を設定し、それぞれの支援内容と実施時期を検討し合意を得る。その結果を地域生活移行支援活動記録に記載する（様式4 資料p96）。
- ③ 計画遂行にともなう調整を誰が行うかを決定し、今後のケア会議の予定や評価の時期、情報共有の方法などを確認する。

ケア会議

参加者はケースにより異なるものの、対象者、家族、院内外の対象者を支援する専門職・非専門職など、対象者の地域生活の支援に欠かせないメンバーが必要に応じて参加する会議とし、支援担当者1名は必ず参加することとした。

(5) 地域生活支援計画の実施・評価・プランの修正

- ① 受持ち看護師を中心に、地域生活支援計画を実施する。支援担当者は、受持ち看護師と連絡をとりながら、計画の遂行をモニタリングする。
- ② 退院が近づいてきた時期と、退院直後の時期、退院後3か月をめぐり、計画の評価・修正を行う。

退院が近づいてきた時期

受持ち看護師を通じて、地域生活で困りそうなことを患者にあげてもらい、その対策を考える（様式3に日付を追加して記載）。

退院後1週間の時期

退院後1週間の時期に患者に困っていることを確認し、評価する。この評価は、支援担当者が受持ち看護師に依頼して行う（担当者自身が行ってもよい）。

この段階で、評価者は退院前の予想との違いや退院後に発生した困りごとなどを明確にし、地域生活の移行・定着がスムーズに行えるよう支援担当者と相談して、具体的な対策をたてる。

退院後3か月評価

地域生活へのスムーズな移行及び定着について、退院後3か月で評価を行う。以後は1か月毎に行い、最長でも6か月とする。この評価は、退院後1週間の評価をした人が継続して行うことが望ましい。

3. モデル事業の実際

1) 協力事業所の概要

モデル事業の目的から退院調整や地域生活支援など、退院支援体制に係る専属部署や専従チーム及び担当職員を有する医療機関で、さらに地域生活移行支援の実績を有する施設について、医療機関の特性や地域性等を考慮し全国から5か所の施設を選定し協力を依頼した(表1)。

表1 協力事業所の概要

開設年	A 病院	B 病院
	昭和 25 年	昭和 43 年
主な診療科目	内科、神経外科、呼吸器科、循環器科、精神科、心療内科、小児科、外科、形成外科、呼吸器外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、歯科口腔外科	精神科、神経科、内科
病床数	312 床 (精神 90 床、一般 176 床、療養 46 床)	166 床
精神科病床数	90 床	166 床
看護体制	15 対 1	15 対 1
平均在院日数	76 日	約 280 日
併設施設	診療所、メンタルケアセンター、介護老人保健施設、精神障害者生活訓練施設、デイケア、訪問看護ステーション、老人性認知症センター、居宅介護支援事業所	クリニック、介護老人保健施設、デイケア、訪問看護ステーション
精神科医療の特徴	精神科医療では、認知症、アルコール依存症、思春期精神病等への取り組み、デイケア、訪問看護、生活支援相談室等を一つのスペースに集めたメンタルケアセンターなどがある。	地域のスタッフと当事者が院内を訪問し、入院患者へ退院を働きかける取り組みを行っている。
退院支援の体制	院外のメンタルケアセンターが専門部署として機能している。	専門部署はないが、本人や家族、関係者が参加する会議を適宜開催している。
退院調整看護師の配置	有 (1 名)	有 (3 名)
地域の概要	当該圏域 (人口 66,700 人) は県内の他圏域と比較すると精神科社会資源が少ない地域である。既存のものは障害者総合支援センター 1、グループホーム (知的 7、精神 1)、精神科デイケア 1、小規模授産施設 1、障害者共同作業所 5、となっており、社会復帰資源は乏しいと言える。	保健所管内約 17 万人の人口。精神科単科病院 2 箇所、総合病院の精神科病棟 2 箇所。合計ベッド数 488 床。当県は 40 数年前から、官民一体の精神科医懇話会が盛んに行われていた。同時に行政主体の協議会などの連携もこのころから始まり現在に至っている。
地域との連携	障害者総合支援センターに、プロボナールで出向している者が 2 名 (精神科コーディネーター、生活支援ワーカー) おり、病院との連絡調整は密にできており、他の資源や行政との調整も比較的スムーズに図れている。	保健所・市役所・地域活動支援センター・グループホーム・生活サポーター・社会復帰施設・成年後見センター・不動産屋・ヘルパー・ケアマネジャー・学校・警察・消防署などと連携。

C 病院	D 病院	E 病院
昭和 38 年	昭和 26 年	昭和 38 年
精神科、神経科、内科、歯科	内科、神経科、小児科、外科、産婦人科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、歯科、整形外科、麻酔科、精神科	精神科、神経科、外科
321 床	198 床 (精神 99 床、一般 42 床、療養 57 床)	178 床
321 床	99 床	178 床
精神科急性期病棟 13 対 1 精神科療養病棟 30 対 1	精神一般 15 対 1 精神療養 15 対 1	15 対 1
291 日	225 日	403 日
クリニック、精神障害者福祉ホーム B、精神障害者グループホーム、住居併設型生活支援施設、精神障害者小規模作業所、精神障害者地域活動支援センター I 型、精神科デイケア、訪問看護ステーション	重度認知症デイケア、精神科デイケア、訪問看護ステーション、通所リハビリテーション	精神科デイケア
チーム医療を軸に早期退院と長期在院者の社会復帰に取り組み、地域第一線の精神科病院として活動してきた。個別ケア（リハビリバスの活用）、関連部署の有機的な連携、家族への治療的アプローチ（家族教育）が主軸。	入院中の方を対象に作業療法を実施、院内にリハビリ部門がある。	病院理念「良質、納得、時代に即応した医療の提供を目指す」に沿って、院内各職種が連携をとり、多職種チームでアプローチをしている。患者様やご家族とも「よく話し合うこと」を大切にしている。
病棟のカンファレンスや多部門によるカンファレンス・院内 LAN による掲示板をベースに関連部署が連携している。	退院促進プロジェクトチームを設置している。	退院支援の専門部署を設置し、委員会やプロジェクトも開催している。
無	有（4 名）	有（1 名）
人口 10 万人弱、市街地より電車にて 30 分程度の郊外に位置する。当院のある地域は高齢化率が高く、特に持ち家中心。近所には大型スーパーがある。地域活動支援センター I 型は市から委託を受けており、福祉ホーム B が併設されている。	市街地に近い人口約 12,000 人の農村部にあり、地域の医療の中心を担っている。精神についてはグループホームや生活訓練施設等もっていない。近隣に知的・身体の入所施設、通所施設がある。	人口 4 万 1 千人の港町にあり、近隣に精神障がい者が利用できる地域活動支援センター、作業所、福祉工場、生活訓練施設、福祉ホーム、グループホームなどがまとまった位置に存在している。交通は不便で、バスなどの路線は廃止され、利用できる公共交通機関は JR のみ（1 時間半に 1 本程度）。過疎化も進んでいる。
主に同医療法人内の併設施設	保健師、福祉担当者などの行政機関、居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）、訪問介護事業所（ヘルパー）、作業所、就労移行支援事業、地域活動支援事業所、社協などと連携。	当院の圏内には 3 つの市と 1 つの町がある。各地域に家族会、作業所、地域活動支援センターなど利用できる資源がある。地域支援でのキーパーソンは各市町の保健師等であり、各資源と連携をとるなどしている。グループホームなどの居住資源が少なく、課題となっている。

協力事業所には、地域との連携が円滑に行われていることや、病院併設の地域生活支援部門を効果的に活用しているという特徴があった。さらに退院支援に関する教育を受けた看護師（退院調整看護師）を積極的に活用している施設もあった。

2) モデル事業の経過

モデル事業の開始前にマニュアル（資料 p82）を作成し、協力事業所を対象に説明会を行った。また、研究協力への同意説明文書を作成し、モデル事業対象者に同意を得たうえで実施できるよう配慮した（資料 p85）。

- 平成 19 年 9 月 1 日：モデル事業運用開始
- 平成 19 年 10 月 20 日：中間報告会（モデル事業運用の評価・修正）
- 平成 19 年 11 月 30 日：モデル事業運用終了
- 平成 19 年 12 月 22 日：最終報告会（モデル事業の全体評価）

モデル事業期間内に各施設を 2 回ラウンドし、進行状況の把握や情報収集を行った。また、事業終了後に最終報告会までにケース報告書及び支援担当者活動報告を提出することを依頼した（資料 p99、p100）

3) 支援担当者の特徴

協力事業所には最低 1 名の支援担当者の選出を依頼し、モデル事業の趣旨から支援担当者の職種を看護師で統一した（表 2）。各施設から選出された支援担当者の特徴としては、精神科の臨床経験が豊富なことに加え、病院内で横断的な退院支援活動を展開できる立場である者が多かった。また、そのような退院支援活動を役割とする担当者を病院内に設置することについて、看護部長や本人が要望していたことが特徴として明らかになった。

表2 モデル事業における支援担当者の特徴

施設名称	A 病院	B 病院	C 病院	D 病院	E 病院	
支援担当者の所属	メンタルケアセンターと精神科病棟の「統括師長」	クリニックに所属し、病棟の退院支援を行っている	デイケアや地域活動支援センターなど法人内の在宅部門で勤務	院内の地域医療室に所属	院内の退院調整部門に所属	
支援担当者の人数	1 名	1 名	2 名	1 名	1 名	
支援担当者との役職名	同院の総括師長	併設施設のクリニックの課長	精神科デイケア主任	地域活動支援センター I 型管理者	主任看護師	教育課長
支援担当者が担当した病棟数	2 病棟	3 病棟	3 病棟	1 病棟	2 病棟	3 病棟
支援担当者の看護業務経験年数	28 年	31 年	13 年	15 年	18 年	12 年
退院促進や地域連携の業務経験年数	20 年	10 年	4 年	5 年	5 年	5 年
退院調整関係の研修会の受講歴	有	無	無	有	有	有
資格の有無	障害者相談支援従事者（上級）	無	無	無	精神科認定看護師	無
配置の経緯（発案者）	本人	看護部長	院長・看護ケア部長	看護部長・院長	無	

4) ケア会議の特徴

ケア会議は会議の種類、参加者、開催頻度等、各施設によって特徴がみられた（表3）。

モデル事業においては、ケア会議の招集・調整は支援担当者の役割になる可能性が高くなると想定していたが、実際には受持ち看護師がその役割を担うことが多いことが明らかになった。

ケア会議の位置づけとしては、支援スタッフ中心で開催する会議と、患者が参加する会議とに分かれていて、両者を併用しながら支援を展開していることが明らかになった。また、会議の形態については、定期的開催されるものと支援の経過に応じて開催されるものに分かれていた。

参加者の内訳として、看護師以外では医師やPSWが参加している割合が高かった。看護師では受持ち看護師が参加している施設が多かった。院外の支援者も必要に応じて参加している施設が多く、市町村職員、保健師、地域サービス職員、民生委員などが参加していた。

支援担当者の参加については、病棟を主体として受持ち看護師を中心に退院支援を展開している施設では、支援担当者の直接関与が比較的少ないという特徴があった。

表3 ケア会議の特徴

	A病院	B病院	C病院	D病院	E病院
ケア会議の調整	受持ち看護師が行う	受持ち看護師が行う	主に支援担当者。受持ち看護師が行うこともある	支援担当者が行う	主に支援担当者。受持ち看護師が行うこともある
ケア会議の種類	・中間カンファレンス 病院内の医療スタッフが中心となって開催される ・ケア会議 地域の関係者や本人も参加する	・ケア会議 患者を支援する関係者のみが参加する ・支援会議 患者と地域スタッフも参加して開催される	・在宅カンファレンス 法人関係機関の支援者のみが参加し週1回開催される ・病棟カンファレンス 週1回開催され支援者のみ参加する ・ケア会議 少人数で開催され、本人も参加する	・カンファレンス 院内で多職種が参加する ・ケア会議 院外の関係者も参加して開催する	・ケア会議 本人も参加するが、その前にスタッフのみで、15分程の打ち合わせを行う ・ケア会議 なるべく少人数で行うようにしている
参加者の平均人数	6.8人/回	9.2人/回	3.6人/回	5.7人/回	4.8人/回
ケア会議開催場所	院内	院内・院外ともにあり	院内のみ	入院中は院内のみ	院内・院外ともにあり

4. モデル事業の結果と分析

1) 対象患者の特徴

協力事業所から対象者として選定された患者は32名で、同意が得られたのは28名であった。モデル事業では対象患者の精神疾患を統合失調症としていたが、協力事業所の取り組み状況の特性から、28名中1名のみ人格障害の患者が対象として含まれた。性別は半数程度で分かれており、平均年齢は48.6歳であった。モデル事業運用開始時点での入院期間としては、1年から3年未満の患者が最も多かったが、短い期間では3か月未満が2名、長期間では10年以上が3名含まれていた（図1～4）。

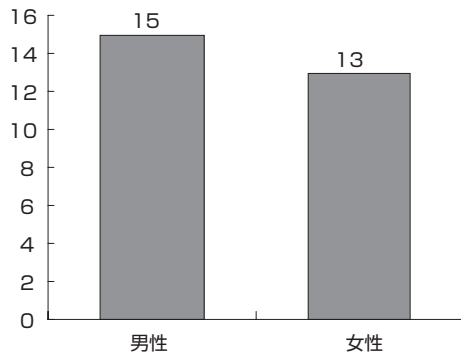


図1 性別 (単位:人)

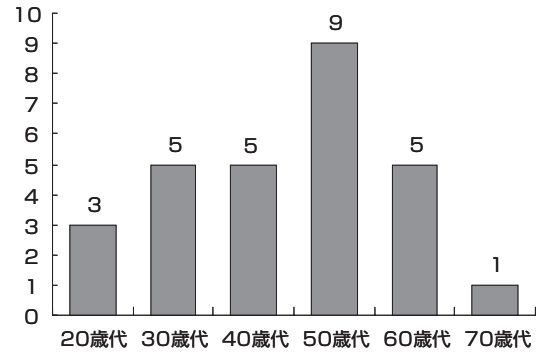


図2 年齢 (単位:人)

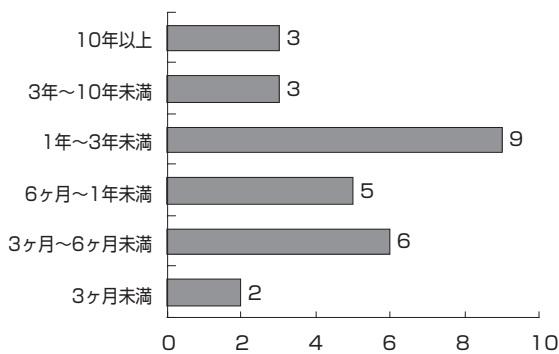


図3 事業開始時点の入院期間 (単位:人)

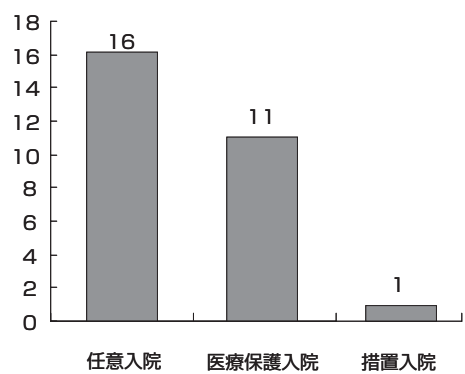


図4 入院形態 (単位:人)

2) 患者の退院状況について

モデル事業開始から最終報告会までの間に退院に至った患者は12名(43%)であり、退院先としては家族同居が最も多いという結果であった(図5、6)。

年齢をみると、退院患者が平均44歳(SD13.7)、入院継続患者が52.1歳(SD12.3)であり、入院継続患者の年齢が高いという状況であった。支援開始時点の入院期間では、退院患者については1年以上の患者が約42%に対し、入院継続患者では62.5%という状況であった。

退院困難な要因については、記録の内容から抽出した。退院患者では、退院困難な要因が「患者側」「家族側」「それ以外」に分散しているのに対し、入院継続患者の場合には患者側の要因が多いことが特徴であった。詳しい内容は表4、5の通りである。

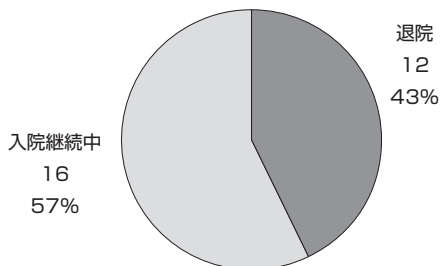


図5 事業終了時点の患者の状況 (単位:人)

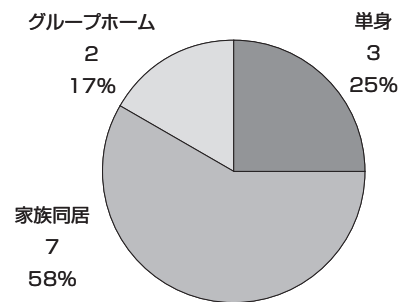


図6 退院先 (単位:人)

表4 退院患者の内訳

No	年齢	入院期間	退院先	退院困難な要因		
				患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
A-1	50	5年8か月	グループホーム			住居
B-1	49	7か月	単身	病状		
B-2	58	1年1か月	単身			単身生活支援
B-3	56	3年11か月	グループホーム		拒否	
B-4	38	1年	家族同居		自宅退院の拒否	
B-6	63	7か月	家族同居		家族の病気	
D-1	26	7週間	家族同居	病状		
D-2	60	14年	単身			単身生活支援
D-4	38	6か月	家族同居	病状		
D-8	24	9か月	家族同居	初発		
E-5	34	3か月	家族同居	病状		
C-4	32	2週間	家族同居	病状		

*退院困難な要因は、最も大きな要因を示した。

表5 入院継続患者の内訳

No	年齢	入院期間	退院先（予定）	退院困難な要因		
				患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
A-2	57	1年2か月	検討中		家族の病気	
A-3	59	5か月	家族同居		息子のギャンブル	
A-4	55	1年11か月	単身	セルフケア		
B-5	47	3年9か月	福祉ホーム	意欲		
D-3	25	1年2か月	家族同居	病状		
D-5	60	36年1か月	自宅か施設	セルフケアケア		
D-6	76	2か月	家族同居	病状・ADL		
D-7	65	1年11か月	単身	ADL・セルフケア		
E-1	40	4か月	家族同居	病状		
E-2	51	1年3か月	家族同居		拒否	
E-3	37	1年4か月	家族同居		消極的	
E-4	53	1年	家族同居		家族の理解不足	
C-1	52	8か月	施設	病状・セルフケア		
C-2	65	5か月	単身	病状・セルフケア		
C-3	46	22年6か月	福祉ホームB型	病状・セルフケア		
C-5	45	6週間	家族同居		セルフケア	

*退院困難な要因は、最も大きな要因を示した。

3) 地域生活移行支援内容の分析

対象患者に行われていたケアを明らかにすることを目的に、記録用紙（様式1～4、ケア会議会議録）およびケース報告書、支援担当者活動報告から「本人の意向」「アセスメントの内容」「ケアプランの内容」「退院支援の活動内容」を抽出し、それぞれ内容の分析を行った。記録の記載はA病院、B病院では受持ち看護師、C病院、D病院、E病院では支援担当者を中心となり行っていた。受持ち看護師が記録を行う場合、患者希望調査から計画の立案、実施を受持ち看護師が中心に展開する体制になっていた。一方、支援担当者が記録を行っている施設では、受持ち看護師と支援担当者が協働して支援を行うという体制になっていた。ここでは、記録された内容から実際に行われた支援内容についてまとめ、後に支援体制について述べる。なお、実際に行われた支援内容については事例の中で紹介する。記載された内容は多職種チームの実践によるものであり、地域生活移行支援内容の全体を把握するため看護師の活動に限らずに内容を抽出した。

(1) 退院困難な理由と支援内容の分類

対象患者の記録用紙およびケース報告書に記載された内容をもとに、退院困難な理由を患者側の要因、家族側の要因、患者・家族以外の要因の3つに分類した。さらに、実際に行われた支援の内容を分析した結果を表6に示す。

表6 退院困難な理由と支援内容

	患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
退院困難な理由	・病状 ・セルフケア	・家族との関係性 ・家族の状況の変化 ・家族側の問題	・住居の確保
支援内容	・病状に関する支援 ・服薬に関する支援 ・地域生活に関する支援	・家族の関係性に関する支援 ・家族の状況の変化に関する支援 ・家族側の問題に関する支援	・住居に関する支援 ・生活・活動に関する支援 ・地域サービスに関する支援

(2) 退院困難な理由について

① 患者側の要因

病状が不安定、精神症状が重篤、現実検討力の低さなどの理由が挙げられているものを「病状」、セルフケアや活動意欲がないなどの理由が挙げられているものを「セルフケア」に関する要因と分類した(表7、8)。

表7 退院困難な理由：病状

No	退院困難な理由
B-1	症状不安定
C-1	現実検討能力の低さ
C-2	抑うつ・活動性が改善しない
C-4	対処行動が不十分(理解力も低い)
D-1	本人の病状(病識がない)
D-3	本人の病状(精神症状が重篤)
D-4	精神症状が重篤
D-6	幻覚妄想が固定化している
D-8	初発のため経過の予測が困難
E-1	本人の病状(躁状態があり不安定)
E-5	本人の病状(幻聴・被害妄想等の悪化)

表8 退院困難な理由：セルフケア

No	退院困難な理由
A-4	セルフケア不足(生活能力・ADL低下)
B-5	活動意欲がない
C-3	セルフケア不足(生活力が低い)
C-5	セルフケア不足
D-5	生活のイメージがつきにくい
D-7	筋力低下がある(腰痛あり)

② 家族側の要因

家族と折り合いが悪く受け入れを拒否している場合を「家族との関係性」、家族の健康問題や家族の生活のリズムの変化などにより受け入れが難しい場合を「家族の状況の変化」、家族から患者への暴力やギャンブルなどの問題がある場合を「家族側の問題」とした(表9～11)。

表9 退院困難な理由：家族との関係性

No	退院困難な理由
E-2	家族が受け入れを拒否
E-4	家族が受け入れを拒否(家族に病気への理解がない)
B-4	家族が退院に消極的
B-3	経済的に厳しい状況にあり、家族が自宅退院を拒否

表10 退院困難な理由：家族の状況の変化

No	退院困難な理由
E-3	家族が退院に消極的
A-2	家族の健康問題のため家族が受け入れを拒否
B-6	家族の健康問題のため家族が受け入れを拒否

表 11 退院困難な理由：家族側の問題

No	退院困難な理由
A-3	家族に暴力・ギャンブル等の問題あり（家族の暴力で本人の症状悪化）

③ 患者・家族以外の要因

患者・家族以外の要因によって退院が困難な場合として「住居の確保」が必要な場合があった（表 12）。

表 12 退院困難な理由：患者・家族以外の要因

No	退院困難な理由
A-1	住居の支援が必要
B-2	単身生活が必要
D-2	初めての独居生活

(3) 支援内容について

① 患者側の要因に対する支援内容

退院困難な理由が「病状」「セルフケア」の患者側の要因にある場合に行われている支援について内容ごとにまとめたところ、「病状に関する支援」「服薬に関する支援」「地域生活に関する支援」が抽出された（表 13）。

表 13 退院困難な理由が患者側にある場合の支援内容

支援内容	地域生活に関する支援内容	
	病状に関する支援内容	服薬に関する支援内容
病状に関する支援内容	(1) 病状を安定させるための支援 病状や治療方針の確認 病状の把握 緊急時の対応についての情報共有	(1) 住むところに対する支援 住むところの検討 施設入所のための調整
	(2) 退院後の通院への支援	(2) 日中の過ごし方に対する支援 本人の意向確認 作業所等見学同行 デイケアの導入や利用についての支援 退院前訪問の実施 支援内容の検討 他職種との連携・情報共有・相談 退院支援計画立案における受持ち看護師への支援
	(3) 訪問看護導入への支援 保健師や訪問看護師へ情報提供 訪問を行う看護師へ病棟訪問を依頼 退院前訪問の実施	(3) 家事に対する支援 食事に関する支援 家族への説明・協力依頼
服薬に関する支援内容	(1) 服薬指導への支援 服薬指導導入の提案 服薬指導への同席	(4) 活動意欲に対する支援 相談活動
	(2) 服薬自己管理への支援 服薬自己管理への支援 飲み忘れ時の対処法の指導	(5) 金銭管理に対する支援 金銭管理指導
	(3) 服薬状況を確認するための支援 医師や薬剤師との情報共有 訪問看護の導入の提案 服薬確認	(6) その他

② 家族側の要因に対する支援内容

退院困難な理由が「家族の関係性」「家族の状況の変化」「家族側の問題」の家族側の要因にある場合に行われている支援について内容ごとにまとめたところ、支援内容が抽出された（表 14）。

表 14 退院困難な理由が家族側にある場合の支援内容

家族の関 係性に関 する支援 内容	(1) 本人と家族の関係への働きかけ 本人と家族の意向を確認 家族との面談 家族への説明・情報提供 家族からの電話相談への対応	家族の状 況の変化 に関する 支援内容	(1) 家族と本人の意向の確認 本人の意向の確認 家族の意向の確認 退院の受け入れについての確認 家族へ面談の依頼・日程調整
	(2) 退院先の検討 退院先の選定について家族との調整		(2) 家族への支援 本人とのかかわり方の指導 家族へ説明・情報提供
	(3) 社会資源の利用への支援内容 施設の見学 作業所の見学・体験		(3) 自宅への外出・外泊支援 本人と自宅へ外出 生活状況の把握 家族へ外出・外泊の依頼
	(4) その他 自宅への外出支援 外泊に合わせた退院前訪問の実施 住居確保のための情報収集 生活に関する情報収集		(4) 社会資源の活用についての支援 施設見学の日程調整 地域の担当者への連絡 デイケアの利用
	家族の側 の問題に 関する支 援内容		(1) 問題を起こす家族への働きかけ (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入についての支援 (4) 金銭管理の支援

③ 患者・家族以外の要因に対する支援内容

退院困難な理由が患者・家族以外にある場合として「住居の確保」が必要な場合に行われている支援内容を抽出したところ、表に示した支援内容が抽出された（表 15）。

表 15 退院困難な理由が患者・家族以外にある場合の支援内容

住居に関 する支援 内容	(1) 退院先の検討	地域サー ビスに関 する支援 内容	(1) 地域サービスの導入・利用に関する支援
	(2) 施設の見学・体験		デイケアの導入についての支援
	(3) 入居の準備		訪問看護導入についての支援
	(4) グループホームへの訪問		権利擁護の利用についての支援 その他のサービスの利用についての支援
退院後の 生活・活 動に関す る支援内 容	(1) 生活・活動に関する支援 交通機関の利用に関する支援 家事に対する支援 金銭管理の支援 その他の活動		(2) サービスの調整 サービスの調整
	(2) その他の支援 服薬への支援 家族への支援		

(4) 地域生活移行支援の展開

本モデル事業の展開である①患者希望調査（本人の意向）②アセスメント③支援計画の検討（ケアプラン）④実際に行った支援活動についての具体的な内容を、退院困難な要因別に整理してまとめた（表 16）。

表 16 地域生活移行支援の展開内容

	患者側の要因	家族側の要因	患者・家族以外の要因
退院困難な理由	・病状 ・セルフケア	・家族との関係性 ・家族の状況の変化 ・家族側の問題	・住居の確保
①本人の意向	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	○住むところ
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
	○住むところ ○日中の過ごし方 ○家事 ○金銭管理		○生活・活動 3. 地域サービスに関する支援が必要な場合 ○地域サービス
②アセスメントの内容	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	○病状 ○生活状況 ○対人関係 ○通院継続の可能性 ○訪問看護の必要性 ○その他	○本人の意向 ○家族の意向 ○疾患への理解 ○社会資源の活用 ○退院後の生活 ○退院後のサポート体制	○住むところ
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
	○病気・内服への意識 ○服薬中断のリスク ○服薬状況	○本人と家族の意向 ○家族の状況の把握 ○社会資源の活用 ○通院継続の可能性	○生活・活動の状況 ○家族の状況
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	3. 地域サービスに関する支援が必要な場合
○日中の過ごし方 ○本人の生活能力 ○本人の対処能力 ○ADL ○対人関係能力 ○援助の有効性 ○施設入所へ向けての不安 ○退院先 ○活動意欲 ○金銭管理	○金銭管理	○活用できる地域サービスの有無	
③ケアプランの内容	1. 病状に関する支援が必要な場合	1. 家族との関係性に支援が必要な場合	1. 住居に関する支援が必要な場合
	(1) 病状を安定させるための支援 (2) 退院後の通院への支援 (3) 訪問看護導入への支援	(1) 本人と家族の関係への働きかけ (2) 本人と家族の生活の支援 (3) 地域サービスへの移行 (4) 自宅への外出・外泊支援 (5) 支援内容の検討	(1) 住居についての情報収集 (2) 施設の見学・体験 (3) 入居の準備
	2. 服薬に関する支援が必要な場合	2. 家族の状況の変化のため支援が必要な場合	2. 退院後の生活・活動に関する支援が必要な場合
(1) 服薬指導 (2) 薬物調整 (3) 服薬自己管理 (4) 服薬確認	(1) 本人の意向の確認 (2) 家族の意向の確認 (3) 家族の状況の把握 (4) 本人と家族の関係への働きかけ (5) 家族への説明・情報提供 (6) 退院先の確認	(1) 退院後の生活のイメージをつかむための支援 (2) 生活や活動に関する支援 (3) その他の支援	

③ ケアプランの内容		(7) 家族への依頼 (8) 退院後利用する社会資源の検討 (9) 地域の担当者への連絡 (10) 退院後の生活の検討 (11) 生活状況の把握	
	3. 地域生活に関する支援が必要な場合	3. 家族側の問題のため支援が必要な場合	3. 地域サービスに関する支援が必要な場合
④ 支援活動	(1) 住むところに対する支援 (2) 日中の過ごし方に対する支援 (3) 家事に対する支援 (4) 活動意欲に対する支援 (5) 金銭管理に対する支援	(1) 自宅への外出支援 (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入への支援	(1) 退院後利用するサービスの体験 (2) サービスの調整
	1. 病状に関する支援	1. 家族の関係性に関する支援	1. 住居に関する支援
	(1) 病状を安定させるための支援 (2) 退院後の通院への支援 (3) 訪問看護導入への支援	(1) 本人と家族の関係への働きかけ (2) 退院先の検討 (3) 社会資源の利用への支援内容 (4) その他	(1) 退院先の検討 (2) 施設の見学・体験 (3) 入居の準備 (4) グループホームへの訪問
	2. 服薬に関する支援	2. 家族の状況の変化に関する支援	2. 生活・活動に関する支援
	(1) 服薬指導への支援 (2) 服薬自己管理への支援 (3) 服薬状況を確認するための支援	(1) 家族と本人の意向の確認 (2) 家族への支援 (3) 自宅への外出・外泊支援 (4) 社会資源の活用についての支援 (5) その他	(1) 生活・活動に関する支援 (2) その他の支援
3. 地域生活に関する支援	3. 家族側の問題に関する支援	3. 地域サービスに関する支援	
(1) 住むところに対する支援 (2) 日中の過ごし方に対する支援 (3) 家事に対する支援 (4) 活動意欲に対する支援 (5) 金銭管理に対する支援 (6) その他	(1) 問題を起こす家族への働きかけ (2) 生活に関する情報収集 (3) 地域サービス導入についての支援 (4) 金銭管理の支援	(1) 地域サービスの導入・利用に関する支援 (2) サービスの調整	

4) 支援担当者の活動体制について

モデル事業の期間内に行ったヒアリングから各施設の支援体制の特徴についてまとめた。いずれの体制も受持ち看護師をサポートする体制で支援が展開されていたことが特徴である。本事業では、支援担当者は対象者の選定や支援計画の遂行状況の管理、ケア会議のコーディネート、必要に応じて直接サービスを提供するという役割とし、病院内を横断的にサポートできる人とした。実際はそれぞれの施設の実情に合わせて支援担当者を受持ち看護師が連携して活動する体制となった。

(1) 支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制（独立型）

D病院、E病院では受持ち看護師と支援担当者が共に患者の希望を確認し、支援計画の立案や実施を行っていた（図7、8）。看護上の問題に対する支援の実施は主に受持ち看護師が行うが、受持ち看護師が夜勤等で不在の場合には支援担当者が支援を代行していた。この場合、支援担当者は病棟ではなく専属の部署に所属しているため受持ち看護師のサポートが行いやすい体制になっていた。

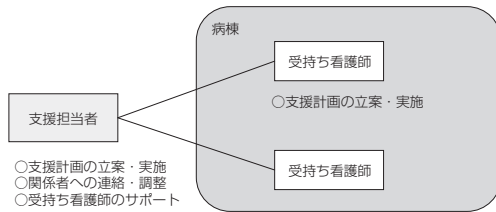


図7 D病院の退院支援の体制と役割分担

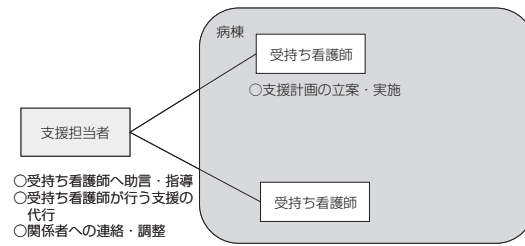


図8 E病院の退院支援の体制と役割分担

(2) 受持ち看護師を中心に支援を展開する体制（統括型）

A病院、B病院では、病棟内に看護チームリーダーや退院調整看護師を配置し、受持ち看護師と連携して患者希望調査から支援計画の実施や多職種への連絡や調整を行っていた(図9、10)。看護チームリーダーや退院調整看護師は受持ち看護師に指導や助言をし、必要に応じて支援を代行し、受持ち看護師のサポートを行うという役割を果たしていた。支援担当者はこれらの機能がうまくいっているか見極め、間接的に受持ち看護師をサポートする体制となっている。支援担当者は専属部署に所属する体制ではなく、兼任であった。

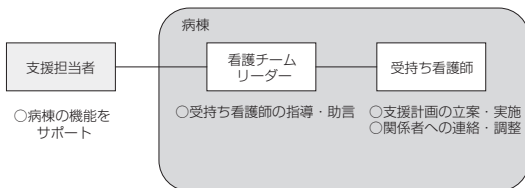


図9 A病院の退院支援の体制と役割分担

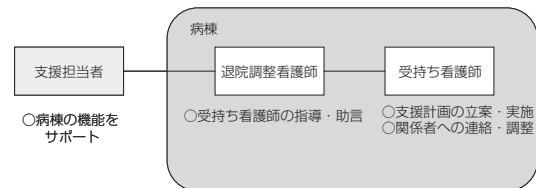


図10 B病院の退院支援の体制と役割分担

(3) ケア会議を中心に支援を展開する体制（チーム型）

C病院では、会議を中心に支援計画の立案が行われていることが特徴であった(図11)。この会議では法人内の在宅部門のスタッフが集まり、支援の方向性を検討している。また、支援担当者は会議の場以外でも受持ち看護師へ支援計画の助言や指導を行う体制であった。

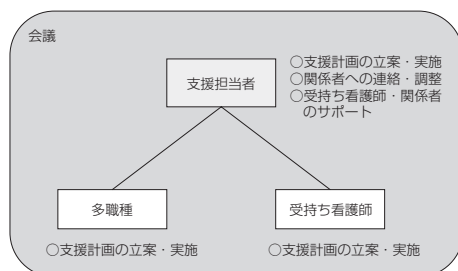


図11 C病院の退院支援の体制と役割分担

5) 支援担当者の機能・役割について

モデル事業で使用した記録用紙(様式1~4)と協力事業所に行ったヒアリングから支援担当者が支援に携わる関係者とどのような活動をしているのかという点に着目し、まとめた内容を表17に示す。

表 17 モデル事業における協力事業所の支援体制と支援担当者の活動

支援体制の特徴	協力事業所名	支援担当者の活動
支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制 (独立型)	D病院	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟内の患者の状況を判断して対象者を選定する ・病棟カンファレンスに参加し、支援の調整を行う ・医師、受持ち看護師、PSW が支援の共有ができるように、支援に必要な情報を提供する ・その場にいる関係者を招集し、検討の場をつくる ・患者情報を支援に携わる関係者に提供する
	E病院	<ul style="list-style-type: none"> ・多職種が持っている情報を集約する ・多職種と受持ち看護師の調整を行う ・PSW と地域の施設への見学、体験入所の調整をする ・施設の入所先のスタッフへ情報を提供する
受持ち看護師を中心に支援を展開する体制 (統括型)	A病院	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の相談にのる ・困ったケースの勉強会を開催する
	B病院	<ul style="list-style-type: none"> ・地域と病院の連携の窓口となる ・地域にいる支援者にケア会議への出席を依頼する ・ケア会議に参加する ・退院前訪問に同行する
ケア会議を中心に支援を展開する体制 (チーム型)	C病院	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者と面接し関連部署へ情報を提供する ・受持ち看護師や病棟スタッフから相談を受け、支援内容のアドバイスをしたり、病棟カンファレンスに参加したり、オブザーバーのようにかかわる ・在宅関連部門と院内のスタッフが参加する会議においてケースの状況報告を受け、問題点を明確化し、計画内容の検討・調整の提案をする ・会議の場以外でも、受持ち看護師や主治医と情報交換を行う ・院内の他部署や関連施設へ情報が伝わるよう調整する

次に、支援担当者と受持ち看護師が実際にどのような役割分担で支援を遂行したのか、各施設の特徴を表 18 にまとめた。

受持ち看護師を中心に支援を展開する体制をとっていた病院ではモデル事業で想定していた支援担当者の役割を受持ち看護師が担う結果となった。それに対して支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制の施設では、対象者への直接サービスは主に受持ち看護師が行い、多職種や地域の関係者との調整を支援担当者が担っていた。さらに、支援担当者が受持ち看護師に支援計画のアドバイスや指導を通して教育的な役割も果たしているということがヒアリングから把握することができた。

表 18 モデル事業における支援担当者と受持ち看護師の役割分担の実際

事業所名	支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制		受持ち看護師を中心に支援を展開する体制		ケア会議を中心に支援を展開する体制
	D病院	E病院	A病院	B病院	C病院
対象者の選定	受持ち看護師、病棟管理者、支援担当者	支援担当者	受持ち看護師	受持ち看護師	支援担当者
支援計画	受持ち看護師と支援担当で立案	受持ち看護師と支援担当で立案	受持ち看護師	受持ち看護師、退院調整看護師	会議の場で立案し、支援担当者が受持ち看護師をサポートして具体的に立案
進行状況の管理	支援担当者	支援担当者	受持ち看護師	受持ち看護師、退院調整看護師	支援担当者
ケア会議の調整	支援担当者	主に支援担当者。受持ち看護師こともある	受持ち看護師	受持ち看護師、PSW	主に支援担当者。受持ち看護師こともある

さらに、院内の多職種との連携について記録用紙（様式3、4）および支援担当者活動報告に記載された中から具体例を表19に示した。A病院、B病院では情報の伝達やケア会議の調整など多職種との連携を受持ち看護師が中心となり行っていたが、C病院、D病院、E病院では支援担当者を中心に行われていた。

表19 院内の多職種との連携の具体例

医師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師に治療方針や病状について確認をする（D病院） ・ 医師に支援の進行状況を伝える（D病院） ・ 訪問の様子を医師に報告し、介護保険の申請の必要性を話す（D病院） ・ 家族の意向確認のため医師との面談に同席する（B病院） ・ 面接した内容を医師に提供する（C病院）
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師に患者の情報提供（D病院） ・ 退院後の服薬状況を薬剤師に伝える（D病院）
PSW	<ul style="list-style-type: none"> ・ アパート探しについて情報提供をPSWに依頼する（B病院） ・ 医師・PSWと連携し、退院先の方向性を確認する（B病院） ・ 保健師への連絡、同行訪問日時の調整をPSWに依頼する（D病院）
作業療法士	<ul style="list-style-type: none"> ・ 主治医より今後のリハビリの検討の依頼を受け、受持ち看護師・受持ちOTRと支援者会議を開催する（C病院）

（1）チーム医療のバックアップ活動

以上で示された活動内容から、退院支援体制に既存する業務に併せて、病院・病棟内における医療機能の活性化や機能強化に向けた支援活動が随所に認められた。支援担当者はケア会議の場面以外にも、病院内外の支援者とコミュニケーションを図る機会が多く、全体的な調整や連携体制の確立を図る役割が大きい。特に、協力事業所における支援担当者の機能・役割の共通点は「院内の多職種や院外の担当者へ情報提供」であった。つまり、それぞれの職種が同じ方向性で必要な支援を提供するためには、同じ情報を共有しておく必要があるといえる。

（2）病院内における看護師による横断的な支援活動

支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっている病院や、ケア会議を中心に支援を展開する体制となっている病院では、支援担当者がかかわる病棟は複数であり、病棟単位と病院全体の視点から支援活動の取り組みを行っていることが多かった。特に、支援担当者が専属部署に所属している場合は、病院内で他部署との調整や病棟の枠を越えた活動がしやすい状況であった。一方、受持ち看護師を中心に支援を展開する体制となっている病院では、受持ち看護師が他部署のスタッフへの連絡やケア会議の調整を行い、さらには外出に同行するなど病棟を越えて支援活動を行っていた。

6）支援体制の遂行状況について

（1）支援計画の遂行管理

受持ち看護師を中心に支援を展開しているA病院・B病院では、支援計画に関する書類やケア会議の議事録などは、対象者が入院している病棟で管理していた。したがって、受持ち看護師が対象者に関する情報を集約し、最終的に書類に記載・整理するという役割を担っていた。

支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっているD病院・E病院や、ケア会議を中心に支援を展開する体制となっているC病院では必要に応じて支援担当者がアドバイスをを行い、受持ち看護師が支援計画を立てていた。これらの病院で行ったヒアリングでは、受持ち看護師自身が退院支援に関するケアの経験年数が少なく、どのように支援を進めていけばいいのかわからないということが述べられた。支援担当者は対象者に対する情報を集約しているため、退院後のニーズを踏まえて受持ち看護師に支援計画のアドバイスをしていた。

このように、どの施設においても計画の遂行管理は、病棟内の看護チームリーダーや、退院調整看護師、さらに支援担当者が協力して一緒に行うことで支援が停滞しないよう工夫をしていた。

(2) 支援活動範囲の拡大

協力事業所の支援計画では、15例に退院前訪問が行われ、訪問看護が積極的に活用されているという特徴がみられた。支援担当者が受持ち看護師をサポートし支援を展開する体制をとっている病院では、支援担当者または受持ち看護師によって退院前や退院後の訪問看護が行われていた。受持ち看護師を中心に支援を展開する体制となっている病院では、退院前や退院後の訪問看護が受持ち看護師または病棟看護師により行われていた。いずれの場合も入院中の支援に限らず、A病院のように退院後もしばらくの期間、入院病棟の受持ち看護師が訪問看護を行っているという状況があった。特に長期入院患者の退院では、患者とかわりが深い看護師が地域まで伴走することで、患者が安心して地域への移行と定着が行えるというメリットがあるとヒアリングで述べられていた。

また、外出に同行する場合や訪問看護を行う場合など受持ち看護師が病院外で支援活動を行う時、A病院ではあらかじめ病棟管理者が勤務表の調整を行っているということがヒアリングで述べられていた。B病院の場合は、ケア会議への参加を通常業務より優先させる業務と位置づけ、受持ち看護師がケア会議に出席できるよう病棟内で調整を行っていた。

このように地域生活移行支援では看護師の支援活動の範囲が病院外に拡大しているが、病棟看護師の支援活動範囲を地域へ拡大するにあたっては、現状の病棟看護師配置人数や診療報酬の評価という面で現状では限界がみられる。

7) ケア会議の開催状況について

(1) 医療の視点と福祉の視点の摺り合わせるケアミックス

患者が参加するケア会議を開催する前段階で、医療スタッフと地域支援スタッフが患者の支援方針等について検討する機会をもっている施設が複数あった(表3)。B病院ではケア会議の前に支援計画のたたき台となる「仮の支援計画」を作成しながら、支援方針の検討が行われていた。検討の目的としては、患者の病状や生活上の問題解決という「医療の視点」と、患者が望む退院や地域生活の目標達成を支援する「福祉の視点」を摺り合わせることで、両者が現実的な支援目標を備えることが狙いである。また、ケア会議には地域のスタッフが多数参加するため、ケア会議の場を通して入院中に行っておくべきケアのニーズを把握することができる。病院側のスタッフと地域の側のスタッフがお互いに医療と福祉の視点をすり合せ、ケアミックスによる支援計画を立案することで地域への定着がスムーズに行うことができる。

(2) 患者情報及び支援計画の共有方法

支援担当者が専属部署に所属している施設では、ケア会議で立案された患者の支援計画に関する書類を部署内で管理しながら、支援担当者が中心となって情報の集約や提供を行っていた。

電子カルテや院内LANを経由した電子媒体を活用している施設では、多職種がいつでも情報にアクセスすることが可能であり、支援内容や患者の状況など、計画遂行を把握するうえで有効であると思われる。特に、地域サービスの併設部門を有する施設では、患者の入院中から退院後の経過まで情報共有できることから、退院に向けた準備や再発への早期介入という面で効果を発揮していた。ただし、既存の院内LANシステムに地域移行支援計画を連動させる方法や、各職種が独自に活用している支援計画様式(例:看護計画)との連動については、業務の効率化という観点からも今後の検討課題となっている。

8) 病棟における退院支援体制の課題

今回のモデル事業を通して、病棟内で支援担当者と看護師が連携して活動する体制ができた。また、地域生活移行支援の分析内容からは退院支援の内容が多岐にわたることが明らかになった。そのため看護師が社会資源に関する知識が不足している場合や多職種との連携方法がわからない場合には、地域へ

の移行がスムーズに行われない可能性がある。さらに、患者自身が抱える複雑な問題のため、支援が行き詰ってしまう場合もある。そのような時、客観的な視点から現状を分析し、アドバイザーとしてかかわることができる支援担当者が看護師に助言や指導を行い、支援の方向性を明確にすることができたことは本事業の成果である。

その一方で、本事業の目的としている医療と福祉のケアミックスによるサービス体制の構築において、看護師の専門性を活かして十分な機能を発揮するために、以下のような課題が明らかになった。

(1) 交替勤務のためタイムリーな支援が難しい

看護師は交替勤務であるため、相手の都合に合わせて家族と面接を行うことや、病棟内の業務のため外出に同行することが難しいということがヒアリングで述べられていた。また、退院前訪問を看護師が行う場合はあらかじめ勤務調整をしておく必要もあり、同じ病棟内の他の看護師の勤務に与える影響も少なくない。

(2) 病棟を越えた支援の実践が難しい

多くの場合、看護師は病棟内の業務と並行して受持ち患者のケアを行っている。また、最近では診療報酬の人員配置の基準が厳しくなり、病棟外に看護師がでることができない状況もある。このような理由から病棟を越えた支援の実践が難しい。

9) 効果的な退院支援体制

これまでの事業の結果を踏まえ、効果的な退院支援体制として「独立型」「統括型」「チーム型」という名称で活動の展開についてまとめた。それぞれの施設の医療体制や既存の退院支援体制の特性を考慮し、効果的な退院支援体制として構築されることを期待する。

(1) 独立型 (図12)

支援担当者が病院内の退院支援に関する部署に所属して、各病棟の受持ち看護師をバックアップする体制。

支援担当者は各病棟を横断的に訪問し、受持ち看護師の地域生活移行支援活動に関して相談・支援を行うと共に、必要に応じて患者への援助も行う。支援担当者は、受持ち看護師の支援活動を通じて、地域生活移行支援計画の遂行状況を把握する。

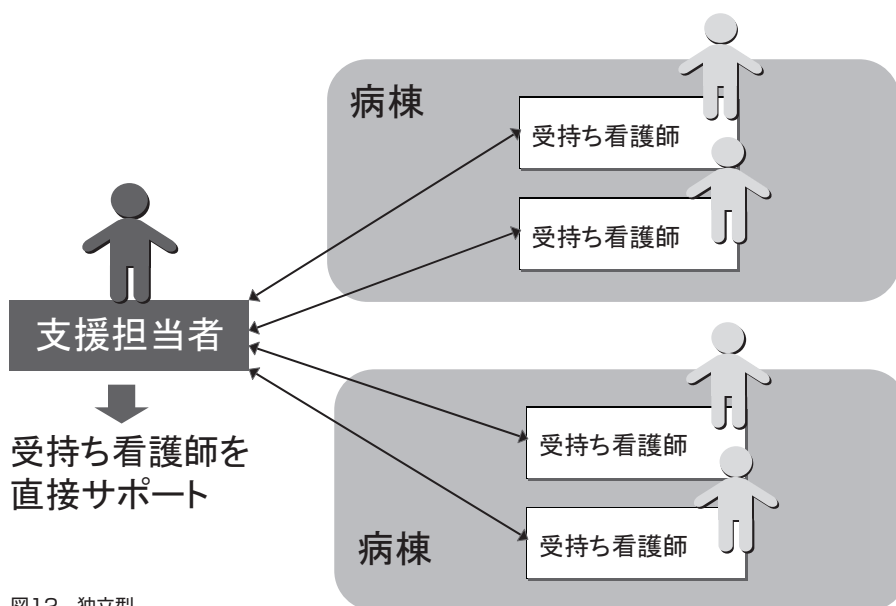


図12 独立型

(2) 統括型 (図13)

支援担当者が通常業務と兼任で複数の病棟をバックアップする体制。この体制では、各病棟内に受持ち看護師の地域生活移行支援活動をサポートする役割として、退院調整看護師や看護チームリーダーを明確に位置づけているのが特徴である。

支援担当者は、主に退院調整看護師や看護チームリーダーに対する相談・支援活動を展開し、間接的に受持ち看護師と患者を支援しながら、病棟内の遂行状況を把握する。

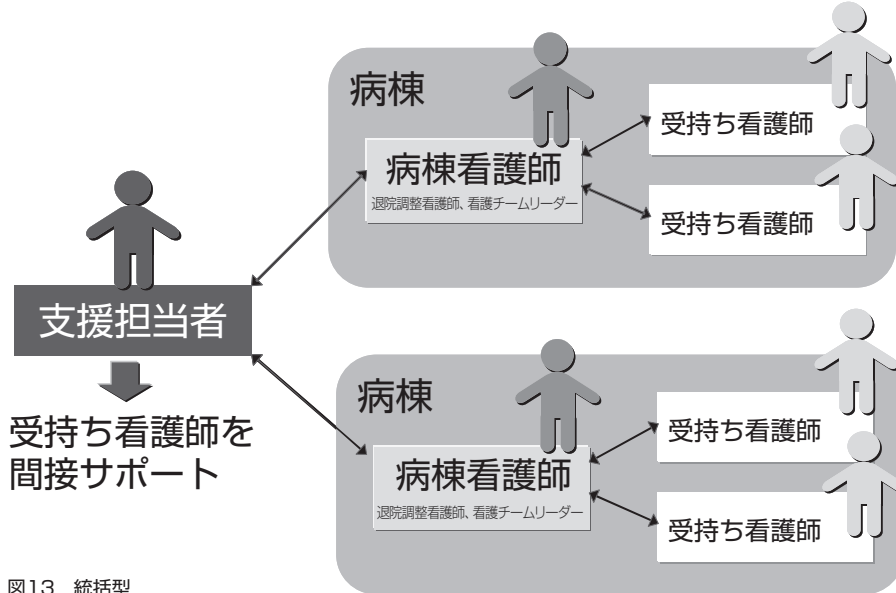


図13 統括型

(3) チーム型 (図14)

支援担当者が病院内に設置された退院支援に関する委員会やプロジェクトチームの一員となり、退院支援体制の推進を図る体制。

支援担当者は、通常業務と兼務で役割を担いながら、会議や受持ち看護師のサポートを通じて地域生活移行支援計画の遂行状況を把握する。

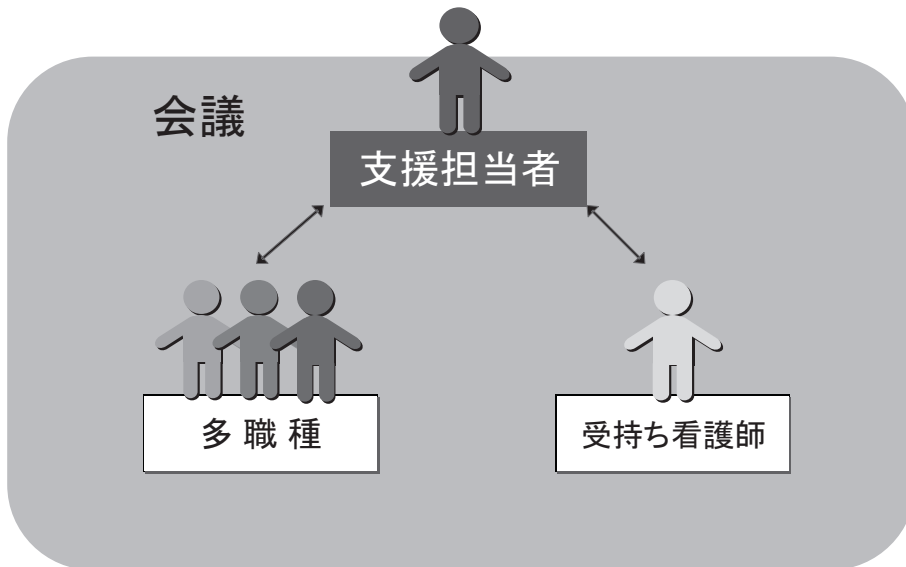


図14 チーム型

第3章 地域定着に必要なとされる医療サービスに関する調査

1. アンケート調査

1) 調査の設計

(1) 目的

精神科病院における精神障がい者の退院支援体制に関する実態を明らかにする。

(2) 対象

社団法人日本精神科看護技術協会の会員施設のうち、無作為に1,000施設を抽出。有効回答数397票、回収率39.7%。

(3) 方法

アンケート調査。

委員会にて検討し作成した調査票を対象施設に郵送し自記式留置法にて回答・返送。

(4) 期間

2007年11月～12月

2) 調査の内容

(1) 退院支援体制の実施状況

(2) 退院支援体制の内容

(3) 退院支援体制の定例会の実施状況

(4) 退院支援体制の機能状況

(5) 精神科病棟への退院支援担当者の配置状況

(6) 退院支援体制の効果の内容

(7) 退院支援体制を効果的なものにするための条件

(8) 精神科病棟の入院患者の退院に向けて実施している活動

(9) 退院支援に関するカンファレンスの開催状況

3) 調査対象の医療機関の概要

(1) 精神科病院が282施設(71.0%)、一般病院63施設(15.9%)、精神科を主とする病院52施設(13.1%)

(2) 設置主体は、医療法人268施設(67.5%)、公的機関57施設(14.4%)

(3) 精神科病床数は、100～200床未満126施設(31.7%)、200～300床未満105施設(26.4%)、300～400床未満61施設(15.4%)

4) 調査結果の概要

(1) 退院支援体制の実施状況 (図1)

『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』『退院支援の担当者の設置』のいずれかの退院支援体制の実施状況について調査したところ、「実施している」と回答した医療機関の割合は52.4%であり、半数以上の医療機関が何らかの形で退院支援体制を実施している状況が伺われた。

病院種別にみると、一般病院の実施率(63.5%)には及ばないものの、精神科病院の実施率も49.3%で、ほぼ半数を占めている。

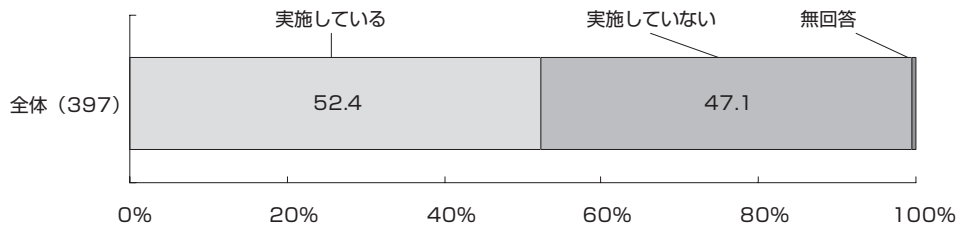


図1 退院支援体制の実施状況

『退院支援の専門部署の設置』の実施状況をみると、「実施している」と回答した医療機関の割合が11.6%（精神科病院は8.2%）、「実施を検討している」が13.4%（精神科病院は13.4%）であり、退院支援の専門部署を設置しているところは1割程度である（図2）。

専従の職員を配置しての退院支援の取り組みは、まだ少ない状況にある。しかし、今後の実施を検討している病院も1割強あることがわかる。

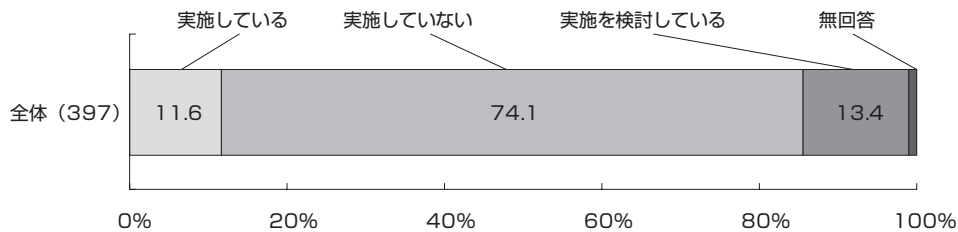


図2 退院支援の専門部署の設置

専門部署までは設置していないが、退院支援のプロジェクトや委員会を設置している医療機関は27.0%を占め、実施率が3割近くを占めている。当体制については、精神科病院での実施率が28.7%（一般病院は20.6%）で最も高く、実施を検討しているところも12.1%（一般病院は3.2%）に及んでいる（図3）。

現状では、専門部署の設置よりもプロジェクトや委員会の設置の方が取り組みやすいという結果であると考えられる。

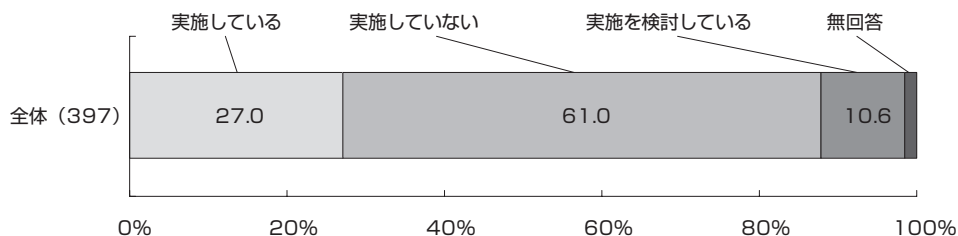


図3 退院支援のプロジェクトや委員会の設置

一方、『退院支援の担当者の配置』については、「実施している」医療機関の割合が13.9%、「実施を検討している」が13.1%であり、退院支援の担当者を配置している医療機関は少ないとみられる（図4）。

ここでいう退院支援の担当者とは、専門部署やプロジェクト・委員会は設置していないものの、単数

または複数の病棟を対象に退院支援に直接的あるいは間接的にかかわる者を指している。つまり、病院全体の退院支援にかかわる担当者に関する配置状況である。

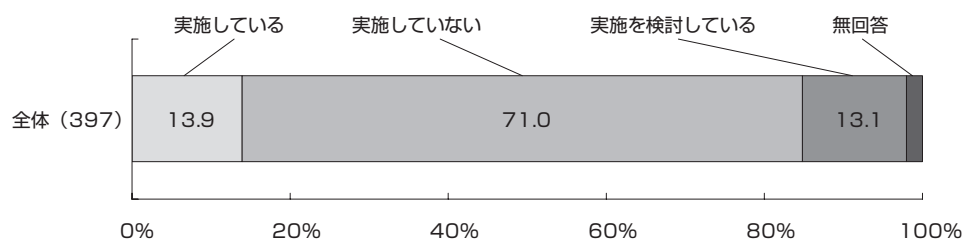


図4 退院支援の担当者の配置

続いて、各種退院支援体制の退院促進に向けた効果について確認すべく、調査対象施設の平均在院日数を退院支援体制別にみたところ、退院支援体制を実施しているところは、いずれも平均在院日数が「300日未満」の割合が50%を超えている（図5）。

中でも専門部署を設置している医療機関及び退院支援のプロジェクトや委員会を設置している医療機関は、同割合がどちらも60%近くを占めており、退院促進に向けて効果をあげているところが多いとみられる。

退院支援体制の内容をみると、いずれも2005年以降に設置した医療機関が多く、『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』の責任者は医師、『退院支援の担当者の設置』の責任者はソーシャルワーカー（以下、SW）の割合が高い。『退院支援の専門部署の設置』『退院支援のプロジェクトや委員会の設置』については定例会の実施率が高く、月に1回程度のペースで行っているところが多い。

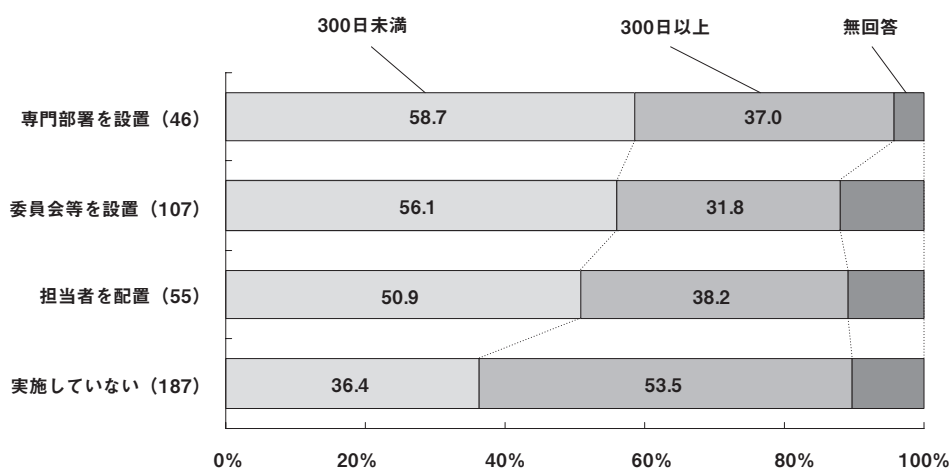


図5 平均在院日数（退院支援体制別）

(2) 精神科病棟への退院支援担当者の配置

『精神科病棟への退院支援担当者の配置状況』について調査したところ、「配置している」と回答した医療機関の割合は39.4%である（図6）。ここでいう退院支援担当者は病棟単位で配置されている者で、その病棟の入院患者に対して退院支援を直接的・間接的に行う者を指している。つまり、病棟毎の担当者のことである。

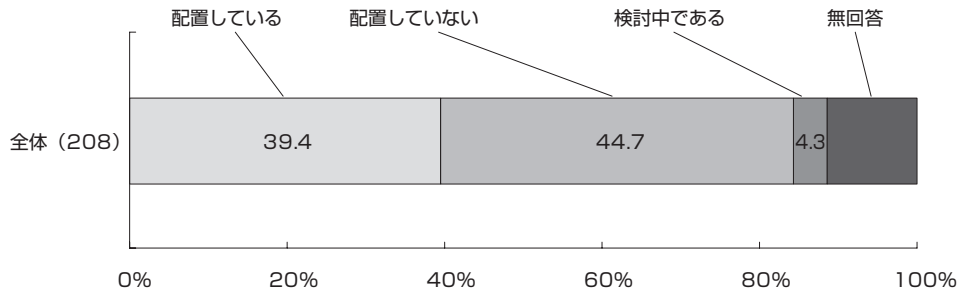


図6 「退院支援担当者」の病棟への配置状況

退院支援体制別にみると、「専門部署を配置している」ところが41.3%、「委員会を設置している」ところが46.7%と高く、専門部署や委員会を設置しているところで病棟での退院支援担当者を配置することで、退院支援を強化していることが伺われる。精神科病棟への退院支援担当者については、2005年以降に配置した医療機関の割合が50%以上を占めている。

担当者の職種をみると、「看護師」の割合が58.5%、「SW」が54.9%であり、「作業療法士」は9.8%で1割に満たない。大半が他の業務と兼任で担当しており、役職は「一般職のみ」が半数を超えている。また、通常のカンファレンスとは別の退院支援を目的とした定例会を行っている医療機関の割合は63.4%を占め、半数以上が「月1回程度」のペースで開催している。

(3) 退院支援実施による効果

退院支援体制実施による効果の内容について調査したところ、「院内の他職種との連携が良くなった」「院内のスタッフに理解が深まった（退院に対する意識が高まった）」がともに60%近くを占め、多くの病院が退院支援体制の実施によって院内スタッフの意識改革につながったと考えているようである。また、「院外の他機関との連携が良くなった」「困難なケースでも退院できるようになった」がともに50%強で続いている（図7）。

退院支援体制の実施は、チーム機能の向上と地域連携の円滑化につながり、社会的入院の解消にも効果があると考えられる。

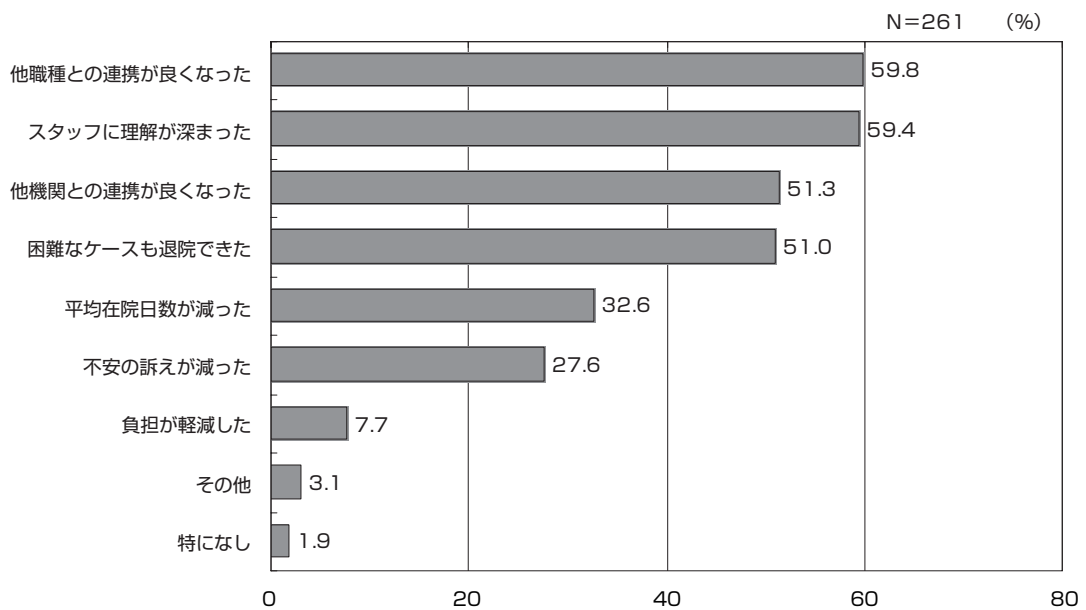


図7 退院支援体制実施による効果の内容

(4) 退院支援実施の条件

退院支援体制を効果的なものにするための条件について調査したところ、「病院と地域との交流・連携が円滑である」が64.0%で最も高く、これに「病院全体で情報を共有できるシステムが整備されている」が59.8%で続き、「退院支援の定例会が開催されている」「退院支援のスタッフが複数いる」「退院支援に関するリーダー的存在の人物がいる」「経営者・管理者に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）」がいずれも50%前後である（図8）。

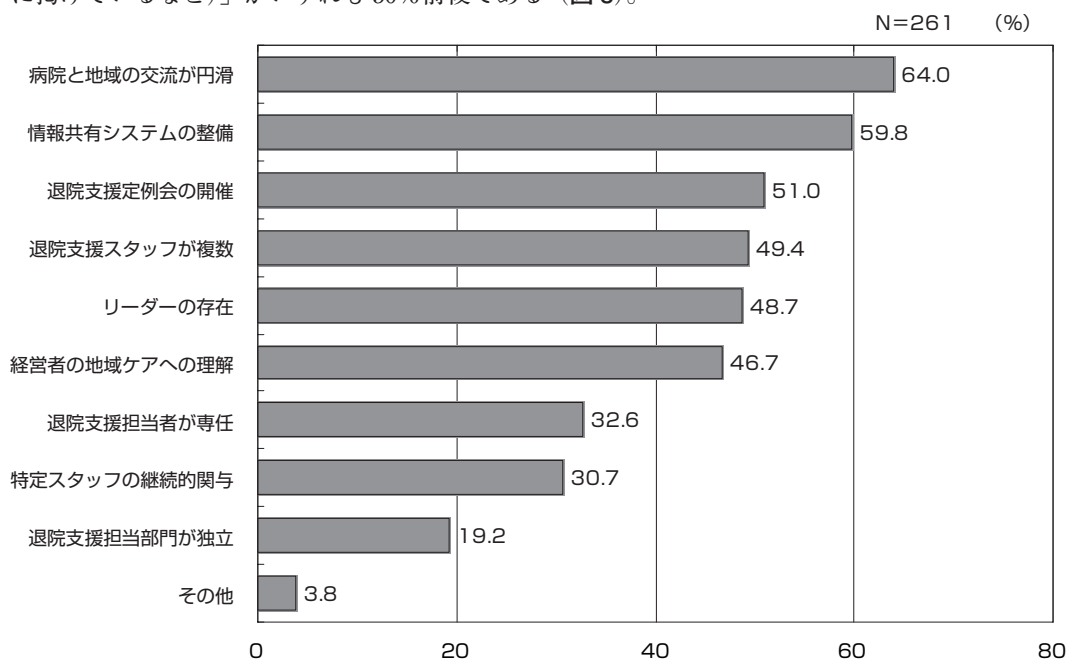


図8 退院支援体制を効果的なものにするための条件

地域との交流・連携を円滑にするためには、精神障害に対する地域の理解を深めることが必要であり、精神障がい者に対する偏見を払拭するための啓発活動の展開が求められる。

さらに、医療機関と自治体とが協力し合いながらグループホームやデイ・ナイトケアなどの社会資源の整備を進め、医療機関が地域における精神保健福祉相談の役割を担い、退院後の患者を対象とした訪問看護や介護に積極的に取り組む等、地域ぐるみで医療と保健・福祉サービスがミックスしたサービス体制を構築していくことで、精神障がい者が退院の意志をもって地域生活にスムーズに移行できるようになると思われる。

また、半数程度の医療機関が「経営者・管理者に地域ケアへの理解がある（病院理念に掲げているなど）」を挙げている。医療機関の経営者・管理者に地域ケアへの理解を促進することが求められるが、多くの精神科病院では経営が厳しい状況が続いており、退院促進による入院患者の減少が病院経営を圧迫するとの見方もある。

この他に精神科病院の場合、電子カルテの導入がまだ十分に進んでいない現状があり、複数の職種が同時にかかわる退院支援では情報の共有が大きな課題となっていることがわかる。また、病院全体での退院支援の取り組みには、経営者や管理者等の考え方が大きな影響を及ぼすことが予想される。

(5) 退院に向けて実施している援助内容別の主な実施者

退院に向けて実施している主な援助内容ごとに主な実施者について尋ねたところ、以下の表1のように多くの援助内容を「病棟看護師」が主な実施者として行っている。社会資源や家族に関する援助は、「SW」が主に担当している割合が高く、病棟を中心とした医療チームで専門性を発揮しながら

役割分担を行っていると考えられる。また、退院後の支援に関しては、病棟看護師が担う割合は極端に低くなり、「外来看護師」「SW」に主な担当者が移行しているといえよう。

表1 退院に向けて実施している主な援助内容ごとの主な実施者

主な援助内容	病棟 Ns	外来 Ns	医師	SW
退院支援対象者の選出	62.6	1.7	45.4	28.1
退院や地域生活に向けた包括的アセスメント	43.5	4.3	28.1	70.2
病状の見直し・治療方針の患者への説明	23.3	0.6	95.8	9.3
患者の退院への意思の強化	74.8	0.6	45.9	31.8
家族の退院意向の確認	46.5	0.0	55.4	50.8
患者教育	88.0	4.9	33.1	25.2
家族調整・支援・教育	49.0	4.5	31.5	74.1
退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催	65.8	7.1	28.9	55.8
退院に向けた計画の立案	77.0	1.5	35.0	30.3
退院に向けた計画の管理	72.7	0.6	22.5	29.6
受持ち看護師の行う退院支援のサポート	72.9	5.6	19.6	39.5
社会資源・サービスの探索・交渉	13.9	2.2	8.2	95.7
社会資源・サービスの患者・家族への情報提供	23.5	4.4	14.8	92.1
退院前訪問指導	69.3	14.6	5.8	49.5
社会資源の体験や外出への同行	55.5	2.3	4.6	65.9
退院後の訪問看護	28.6	43.1	2.6	41.5
退院後の相談活動	8.2	35.8	18.2	78.4
スタッフに対する退院支援についての教育	45.7	3.3	26.1	32.2

5) 調査結果のまとめと考察

(1) 半数以上の医療機関が何らかの形で退院支援体制を実施している。

(2) 「退院支援の専門部署の設置」は11.6%、「退院支援の担当者の配置」は13.9%とまだ少ないが、「退院支援のプロジェクトや委員会の設置」は27.0%で、精神科病院において比較的实施しやすい体制といえよう。これは、精神科のマンパワーが十分ではない状態で専門部署や専任の職員を置くことが困難な状況にあることと、これまでも精神科では行動制限最小化や安全管理などに関しても委員会の設置により課題に取り組んできたプロセスがあり、多職種連携モデルとしてもプロジェクトや委員会の設置が取り組みやすく効果をあげやすい体制と認識されていると思われる。

(3) 「専門部署の設置」「プロジェクトや委員会の設置」では、責任者は医師で管理職以上、それ以外の構成職員は看護師、SWの占める割合が高い。そして、定例会を行っているところも多い。また、退院支援担当患者数についてみると「専門部署の設置」は「退院支援の担当者の配置」よりは多いものの、担当する患者数にばらつきがある。しかし、機能状況に関する評価は比較的高い。

「退院支援の担当者の配置」は責任者がSW、一般職が多く、それ以外の構成員もSWが多い。定例会を行っている割合は5割程度で、対象患者数は少ない。そして、機能状況に関する評価が比較的低いという結果がでている。

機能状況の評価や対象患者数をみると、「退院支援の担当者の配置」だけよりも、「専門部署の設置」や「プロジェクト・委員会の設置」のような組織的かつ多職種連携型が、退院支援体制としてより効果的で理想的といえよう。

(4) 「精神科病棟への退院支援担当者の配置状況」は39.4%で、専門部署や委員会などを設置している病院で配置している割合が高い。このことから、専門部署や委員会の設置に病棟の担当者の配置を重ねることでさらに退院支援が強化されることが推察される。病棟の担当者を窓口にして、病棟で実際に困っているケースを検討できる体制を確立したり、専門部署や委員会を得た情報を病棟の担当者が病棟に提供することで専門部署や委員会が活用しやすくなるものと思われる。

(5) 退院支援体制の実施による効果として、院内の他職種との連携の強化や院内のスタッフに退院に

対する意識が高まったという意見が6割近くを占めており、院内スタッフの意識改革につながったと考えられる。さらに、院外の手機関との連携の強化や、困難ケースの退院という効果を感じているという意見も5割強を占めている。

困難ケースの退院に関しては、病棟の力だけでは困難な状況を退院支援体制を強化することで、多職種手機関との連携・協働を円滑にして、退院に向けた支援を推進する力を集結していくことが可能になる。その結果、困難ケースの退院という効果が生じたと考えられる。

(6) 退院支援体制を効果的に構築するためには、病院と地域の交流の円滑化、情報共有システムの整備、定例会の開催などの条件が必要であるという意見が半数以上ある。また、半数が医療機関の経営者・管理者に地域ケア・退院促進への理解があることを条件としてあげている。

退院支援体制の要は、多職種や他機関、地域とのつながりであり、いかに情報を共有し、検討する場を確保するかが重要になる。また、退院促進は在院患者の減少、収益の低下につながりかねないため、民間の精神科病院が多数を占める日本においては特に、経営的な視点から経営者や管理者が退院促進に対して積極的になりにくい状況があり退院促進が進まないという葛藤が反映されているといえる。

(7) 退院に向けて現在実施している内容と主な担当者をみると、多くの援助内容を病棟看護師が担当している。社会資源に関する援助内容はSWが担当する割合が圧倒的に高く、互いのもつ専門性により病棟を中心としたチームで効果的な役割分担ができていていると思われる。また、退院後の支援に関しては、病棟看護師から、外来看護師・SWに主な担当者が移行している。

現状の体制では、このように病棟が中心となって退院支援を行い、退院後は主な支援担当者が退院後の外来看護師や訪問看護師、SWに移行することが多く、地域生活移行支援としてのケアの継続性に課題が残るといえる。特に精神障がい者は対人関係に苦手意識をもつ人が多く、支援者に慣れるまでにある程度の時間を要する。退院から地域への移行自体が不安で心細い時期だからこそ、地域生活が定着するまでの移行期間は、入院中と同じ担当者が伴走するというスタイルが理想的であると考えられる。

2. ヒアリング調査

モデル事業では5つの施設に協力を依頼し取り組んできたが、他にも退院支援・地域生活移行支援に熱心に取り組む、効果をあげている施設が多数ある。それらの施設にヒアリングを行い、3施設の独自の取り組みについて報告する。

1) 医療法人和泉会いずみ病院

(1) 施設の概要

沖縄県うるま市にある220床(精神科急性期・精神療養・精神一般・認知症)の単科の精神科病院。

(2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。長期入院患者の退院に関しては、「社会復帰検討委員会」で検討している。この委員会では精神保健福祉士(以下、PSW)、師長、副師長が中心になり、ケース検討し、運営の中心はPSWが担っている。患者の退院支援に関しては、受持ち看護師が実施している。病棟では評価カンファレンスを毎週行い、検討している。

(3) 退院支援・地域移行支援に関する取り組み

①在院期間を意識したケアのシステム化

・在院期間別の患者のグループ分けと評価カンファレンス

急性期治療病棟では、入院から退院にいたる過程をシステム化するために、入院日順にカーデックスを並べ替え、全患者を「入院2週間未満をA」「入院2週間以上3か月未満をB」「入院3か月以上をC」と3つのグループに分け、在院期間の意識づけを行っている。

また、1人の患者に対して2週間ごとに多職種が参加した「評価カンファレンス」を行っており、治療方針・看護計画の確認、評価を行い、早期から退院計画の導入を図っている。入院が長期化しているB・Cグループの場合は特に、病状改善を阻んでいる要因や計画の見直し、患者・家族の意向をふまえて検討し、退院に向けたかかわりが停滞することのないようにシステムを工夫している。さらに、入院期間によってグループを区切り、Aグループはオリエンテーショングループへの導入、B・Cグループはサイコエデュケーショングループを活用し、入院早期より退院を目標にして退院につなげるために活動を活用している。

・退院計画表

退院に向けた計画の共有とマネジメントのために、「退院計画表」が活用されている。横軸に1日単位の時間軸をとり、縦軸に退院に至るまでの活動項目をあげた計画表で、計画が実施されると退院計画表に患者のサインを入れていくことになっている。多職種との調整やクライアントパスとして患者・家族との治療計画の共有にも役立っており、患者を含めた医療チーム全体が関与する退院のマネジメントとして活用されている。

②外來の強化

外來を「急性期治療の最前線」と位置づけ、急性期治療病棟での勤務経験のある看護師を外來に配置するようにしている。

退院後のかかわりは主に外來看護師が担い、訪問看護も外來看護師が行っている。担当制はとっていないが、外來看護師全員が必要に応じて対応できるようにしている。

外來看護師は、受診時のかかわり、訪問看護、電話相談などあらゆる場面で得た情報を集約し、積極的に医師に報告・提案を行い、退院後の患者の地域生活のフォローを強力に行っている。例えば、訪問看護を行っていない患者の場合でも、必要であれば外來看護師から担当医に働きかけて訪問看護の指示をもらったり、訪問看護で服薬中断につながる生活パターンが把握できれば、それに合わせた服薬方法の調整を依頼したりしている。また、入院の判断に関しても、外來看護師の意見を医師に積極的に伝えている。

外來では毎朝15分程度のミーティングを行い、何かあれば不定期にカンファレンスを行っている。

2) 石川県立高松病院

(1) 施設の概要

石川県にある400床（精神科救急・精神療養・精神一般・認知症）の県立の単科精神科病院であり、県の救急基幹病院である。

(2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。複数の病棟、外來、デイケアのスタッフで構成された「退院支援システム検討会」で、患者が病棟移動しても一貫した継続性のあるケアが提供でき、地域での生活支援ができるよう各病棟のツールの統一、ケアの標準化、役割分担や責任の明確化を行い、病棟間での連携を円滑にしている。病棟では多職種で「スタッフミーティング」を週1回行い、主治医も交えて退院予定者の方向性を検討している。看護方式は固定チームナーシングで、受持ち看護師が立案した退院計画をユニットで支援して進めていく。

(3) 退院支援・地域生活移行支援に関する取り組み

①ユニットパスの導入

統合失調症患者については「統合失調症の退院支援パス」を活用し、他の患者には「患者状態適応型パス」を参考に、病院全体で入院から退院までの一連のプロセスをユニットパスとして作成し、フローチャート化している。クリニカルパスやユニットパスによって、患者の状態の変化に応じた多様な治療やケアの方針を、医療チーム、患者、家族が共有でき、患者の病棟移動があってもケアの一貫

性・継続性を確保することが可能になっている。また、ユニットパスを用いることでユニットごとに行うべきケアが明確になっている。

このようなシステムは、2005年に発足した「退院支援システム検討会」で、各病棟のマニュアルやツールを統一化し、看護ケアの標準化をはかり、病棟・外来・多職種間での役割や責任を明確にし、連携を円滑にするために検討・開発された。

②固定チームナーシング（ユニット）の支援

退院支援のコーディネータは、チームで行っている。看護体制は固定チームナーシングをとっており、それぞれのチームがユニットを担当している。例えば、精神科救急病棟ではAチームは退院支援チームという位置づけで、休息入院の「休息ユニット」、服薬を含めた「自己管理ユニット」、「退院調整ユニット」の3つのユニットを担当している。そして、Bチームは日常生活支援チームの位置づけで、社会生活能力別によって2つのユニットを担当している。患者層によって異なる援助をユニット化し、各チームで担当することで業務の効率化とチームの団結力の強化を図ることができる。また、病棟師長、主任は固定チームナーシングが円滑に行えるようにスタッフを支援し、チームの動きを重視して病棟を運営を行っている。退院計画は「スタッフミーティング」で方向性を決めた後、受持ち看護師が立案するが、それをチームで支え、チームで評価し、その日の援助もチームで行えるようワークシートやミニカンファレンスを活用して、チームでの取り組みを徹底している。

3) 帯広・十勝地域（国立病院機構帯広病院・医療法人博仁会大江病院）

(1) 地域の概要

北海道の帯広・十勝地域では、この10年あまりで精神病床を970床から540床に削減したと報告されている。退院を望む患者のために、複数の精神科病院等が帯広市の住宅街に賄いつきの共同住居を建て、医療や福祉の関係者らがチームを組んで、24時間365日体制で患者を見守った。この試みが、やがて北海道の委託事業となり、地元住民の中にもマンションを建てたり、安く貸してくれる人が現れた。そして、今では15棟以上の共同住宅やグループホームが地域全体に増え、患者は野菜や花を育てたり、地元のスーパーなどで働く場も得ている。

①施設の概要

このような画期的な取り組みが行われている地域にある病院にヒアリングを行った。ヒアリングに協力いただいた施設は、帯広病院と大江病院である。

帯広病院は、独立行政法人国立病院機構の370床（一般100床・重心120床・結核50床・精神100床）の病院で、圏域における「循環器疾患」、「精神疾患」、「呼吸器疾患」、「重症心身障害」に関する専門医療を担っている。精神病棟は開放病棟50床・閉鎖病棟50床（うち6床結核）である。

大江病院は、154床（開放60・閉鎖40・認知症54）の単科の精神科病院である。

(2) 退院支援・地域生活移行支援に関するシステム

退院支援に関する専門の部署はない。外来、訪問看護、デイケアは「地域看護課」に属している。

多職種でケースを検討する「病棟会議」が週1回あり、ここで退院に関する方針も検討されており、この会議を軸に退院支援が展開されている。退院支援に関する計画は受持ち看護師が立案・調整し、それを固定チームナーシングのチームが強力にサポートしている。入院2週間以内に受持ち看護師が患者の家を訪問する「アセスメント訪問」があり、情報収集や家族との顔合わせ、家族の意向確認を行っている。

1人ひとりの事例に対して、地域支援の職員や患者を交えて行う個別の会議である「社会復帰支援会議」が月1回開催される。また、帯広生活支援センターが主導している「精神ケアマネジメント会議」が院外で月1回開催される。

(3) 退院支援・地域生活移行支援に関する取り組み

①受持ち看護師を動かし、支えるシステム

・病棟会議

毎週1回開催されており、1週間の入院・退院の患者の情報共有やチームで今問題になっている患者の検討を多職種で行っている。退院に関する検討も、この会議が軸になっている。PSW や訪問看護師も参加しているので、地域の情報を得やすくなっている。最近では、入院後1か月経過した時点でのアセスメントを事例として会議に出して今後の方向性を確認しあったり、退院が近い患者の退院前訪問の報告などを行っている。特に5年以上入院している患者を長期入院患者ととらえて、今までの経過のふり返りと今後のケアの方向性についても病棟会議で検討することになっている。

・固定チームによるサポート

退院計画は受持ち看護師が立案し、調整も行っている。固定チームナーシングをとっており、日勤帯に病棟からの訪問などで看護師が不在になっても固定チームで業務をサポートしている。スケジュールは綿密に立て、カードックスに記載され、チーム全体が把握できるようにして、受持ち看護師がいなくてもチームが動けるようにしている。チームを調整したり、受持ち看護師を支えるチームリーダーの役割は大きい。

・退院支援のあり方を方向づけるリーダーシップ

入院患者は、退院したくても自信がないケースが多い。退院したいという思いを口にさせることが、開放病棟の看護だと考えている。患者の好きなことや将来どうなりたいかとか、それを患者が言葉に出して言えるようになり、それを聞ける相手になろうとすることが看護の仕事だと強力なリーダーシップをもつ医師に教えられてきた。それを今は引き継いで、次の世代に教えている。

②地域との連携・協働

・地域活動支援センター（以下、支援センター）の協力体制

支援センターが力をつけてきてチームワークが非常に密になり、情報交換が活発になった。毎月発行されている機関紙が病棟に届けられるので、そこから共同住居の空き情報を得たり、退院して地域で生活している患者が支援センターの援助を受けているという報告が病棟会議で訪問看護師やPSWから報告されると、サービスの使い方がわかり活用しやすくなった。

・アセスメント訪問

病棟からは入院した時点で2週間以内の「アセスメント訪問」を行い、生活環境を見たり、家族に入院前の生活について話を聞いたりしている。退院に対して家族の反対が強く、家族の合意を得ることが難しい場合が多いため、アセスメント訪問を通して家族と顔あわせをすることの意義は大きい。

・共同住居や作業所への見学ツアー

長期入院患者は、退院後の生活をイメージすることが重要であるため、病院が年に一度くらいのペースで企画し、共同住居や作業所へ患者とバスで見学に行くようにしている。行けなかった患者には、病棟でスライドを用いて紹介している。

4) まとめ

退院支援・地域生活移行支援に独自に取り組み、効果をあげている施設に共通していることとして、①病院内では受持ち看護師が中心となって退院計画をたて、調整を行い、それをチームがサポートする体制ができていて、②患者・家族の意思が退院計画に生かされ、目標が共有されていること、③多職種でアセスメントし方向性を検討するカンファレンスが定期的開催され有効に活用されていることが確認できた。さらに、地域への移行については、地域との連携・協働が活発に行われていることもあげられた。今回紹介した施設には、退院支援の専門部署の設置や担当者の配置を行っていなかったが、これらの施設には、すでに確立した風土やシステムと、教育されたスタッフによって、退院支援・地域生活移行支援に向けた基盤が構築されていた。

第4章 今後の医療福祉包括型ケアマネジメントのあり方について

1. 退院支援体制の現状

本事業において、協力事業所におけるモデル事業と退院支援の取り組みに関する全国の実態調査を行った。その結果を通して、今後の精神科における退院支援体制の推進のためにどのような退院調整を行うことが望ましいのかという方向性と方法が明らかになった。

ここ数年の傾向として、精神科看護師の退院促進への関心は国の退院促進支援事業への参加の広がりなどを受けて、研究発表などの動向を見ても次第に高まっている状況であると考えられていた。

しかし、今回の実態調査の結果を見ると、病院全体として退院支援の取り組みを行っているのは、回答が得られた病院のうち半数であった。この数字を多いと見ることもできるが、回収率が39.1%と低く、退院支援に取り組んでいない病院からの回答が十分に返されていないことが予想されるため、実際の取り組み状況は調査結果の数字よりも低いことが推察される。

そのことは、調査結果の「退院支援に関するケア」の項目でもわかるように、退院支援対象者の選出や患者の退院への意思の強化、退院に向けたカンファレンスや会議の連絡・調整・開催、退院前訪問等々、退院支援には多くのマンパワーと時間を要することが原因の1つであると考えられる。

精神科救急病棟や精神科急性期治療病棟の開設が急速に増えつつある現在、精神科医療の現場でもマンパワーの充足は徐々に進められているものの、急性期治療にスタッフが重点配置され、全国的に見ると適正な配置が行き届いているとは言えず、高齢化した入院患者の合併症治療や療養環境の確保に追われて退院支援にまで手が回っていない状況であると思われる。しかし、取り組んでいる病院の結果を見ると、専門部署の設置こそまだ少ないものの、プロジェクトや委員会という体制で退院支援を地道に行っている精神科病院が多いことがわかる。しかも、専門部署や委員会の設置と併行して、病棟毎に退院支援担当者を配置することで退院支援体制の強化を図る等、それぞれの病院でかなりの工夫と挑戦がなされていることがわかった。

2. モデル事業の試みと成果

本事業で行った個別患者支援研究については実施期間が3か月ということもあり、事業の目的であった地域生活への移行後、地域での生活が定着するまでの支援について十分な検証を行うには限界があった。しかし、協力事業所からはモデル事業の中で患者の意思を確認し契約することで、患者が主体となった地域生活に移行するための取り組みの有効性を高めることにつながったという声が聞かれた。モデル事業では地域生活に移行するための一連のケアを、対象者の選定、ケア会議のコーディネート、地域生活移行支援計画の管理、必要に応じた直接サービスの提供を盛り込んだマニュアルとして提示し、支援担当者が中心となって実施した。その結果、マニュアルを基に自院の特徴を加味した地域生活移行支援体制が構築された。これらの体制の構築については、協力事業所の治療システムを活かしながらケアを展開する中で形成されたものであり、第2章で述べた「独立型」「統括型」「チーム型」の3類型として整理された。これは、モデル事業実施前からそれぞれの病院で行っていた地域生活移行支援のスタイルを、調査研究チームが把握・分析して整理したものである。支援体制や病院の地域における役割の違いはあるものの、そこで機能する支援担当者の役割として、医療チームのバックアップと病院内における横断的な支援活動が行われていた。

3. 病院内での支援担当者の配置

今回のモデル事業のポイントの1つは、地域生活移行支援の担当者を明確にしたことである。全国的な傾向として、入院患者を担当する受持ち看護師が、治療計画に基づいて退院までの計画を立てて遂行するという方法をとっているところが多い。しかし、今回は受持ち看護師以外の看護師を支援担当者に位置づけた。このことが、医療チームのバックアップと横断的な支援活動につながったと考えられる。退院調整とは、「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化された活動・プログラム」¹⁾であり、対象患者に対してのみ行われるものではなく、院内の他職種や院外のサービス提供者との連携も必要となる。また、退院調整看護師に求められる機能としては、スクリーニング機能（対象者の早期発見と特定）、コミュニケーション機能（相談・面接、信頼関係の構築と家族関係の調整）、アセスメント・退院支援計画作成機能（包括的アセスメント、退院支援計画作成）、教育機能（患者・家族への教育プログラムの作成と実施）、調整機能（院内のネットワーク形成とチーム医療の推進、看看連携と継続看護、地域社会とのネットワーク形成とサービスの調整）、エンパワメント機能（エンパワメントの促進）があげられている²⁾。病棟に勤務する受持ち看護師はほとんどの場合が交替勤務についており、このような幅広い機能をもつことは非常に難しい状況である。モデル事業においても、受持ち看護師が病棟を越えた活動を行うことには限界があったが、院内の他部署や地域との連携など横断的に支援を展開できる人を配置することで効果的な支援ができた。

しかし、退院することに不安を感じている患者や、地域生活をイメージすることが難しくなっている長期入院患者の希望や退院への意志を形成するなどの潜在化しているニーズを明確化し、発病や病状の悪化によって自信を喪失している患者をエンパワメントする役割を担っているのは受持ち看護師である。また、受持ち看護師が入院当初から看護計画を立てていることもあって、看護計画が退院をめざす計画に移行してからも、受持ち看護師がその計画の実施や評価を単独で行っていることが多い。退院に向けた計画を立案し遂行するには、患者自身の病状や生活能力等のアセスメントだけでなく、家族の意向を把握することも大切になる。また、退院後に何らかのサービス利用が必要な場合には、そのコーディネートも必要になる。このような場合に、受持ち看護師が家族支援の経験が浅く技術が未熟であったり、地域の社会資源の情報が不足していると、適切な支援計画を立案することは難しくなる。また、計画を策定することはできたとしても、交替勤務の都合や通常業務の繁忙さの影響で計画が延期され滞るという状況も発生する。加えて、今回のモデル事業の対象者の概要を参照していただくとわかるように、退院が困難になる要因も多様であり、複数の困難要因を抱えている患者も少なくない。また、退院困難な理由が患者以外にある場合には、調整のための家族面談や、社会資源の見学、交通機関の利用への支援、外泊に合わせた退院前訪問等、院外の関係者への連絡や訪問といった病棟での業務と大きく異なる活動を行う機会が多くなる（表 14、15 p14）。すると、受持ち看護師の勤務の調整ができない場合も発生し、そのために計画の遂行が遅れてしまうこともあり得る。

このようにいろいろな人を対象とした幅広い活動が求められる地域生活移行支援については、受持ち看護師1人で行うのは限界がある。そこで、受持ち看護師を支援するシステムが必要となる。今回のモデル事業では、病院全体の退院支援担当者という位置づけで支援担当者を明確にした。それによって、受持ち看護師の支援計画立案に助言をしたり、勤務の都合がつかない場合には受持ち看護師の役割を支援担当者が代行することで、支援計画の進捗の遅れを防ぐことができた。患者や家族、その他の関係者のスケジュールとタイミングに合わせた活動を遂行するシステムが必要である。

モデル事業で構築された3つの支援体制についてみると、「独立型」は支援担当者として専従の看護師を配置した体制である。病院全体の入院患者に対して退院支援を行うことになる。支援の方法は、必要に

応じて入院患者に対して面接等の直接的なケアを提供することもあれば、病棟の受持ち看護師に対して計画立案時の助言や実施の代行等の直接サポートを行うこともある。

「統括型」は、専従の看護師を配置することは難しい場合、病棟管理者等が兼任で支援担当者となる体制である。ただし、この場合は兼任業務との兼ね合いで対象患者への直接ケアや受持ち看護師の直接サポートを行うことはできにくい場合が多い。そこで、病棟毎に退院調整看護師といった受持ち看護師を直接サポートする役割の看護師を配置する。この退院調整看護師をサポートを通して、受持ち看護師を間接的にサポートする体制である。

「チーム型」は病院内に退院支援に関する委員会やプロジェクトが設置されており、定期的な会議が開催されている。多職種が参加する会議の中で、退院調整のための検討が行われる。支援担当者はこの会議のメンバーで、会議で検討される患者の受持ち看護師の会議への参加をサポートしたり、その後の支援計画の修正や実施についてもサポートする仕組みになっている。実態調査の中で、委員会やプロジェクトによって退院支援を行っている病院が多いという結果がでていたが、多職種の代表者による検討がなされても、それが病棟に持ち帰られて計画に反映されないようでは意味がない。また、受持ち看護師の行ったアセスメントや抱える困難感を会議に出して、それも踏まえて検討されることも必要である。そこで、チーム型における支援担当者の役割は、院内の医療チームの中に受持ち看護師をしっかり位置づけるのに有効である。このようにそれぞれの体制の特徴を見てみると、病院毎に適した体制を選択することが望ましいことがわかる。以上のように、受持ち看護師の退院調整能力のレベル、指導的役割がとれる中堅看護師の有無等、病院の実情に合わせた支援体制を構築する必要がある。

4. 退院支援の推進力

退院支援の取り組みに関しては、その推進に大きな影響を及ぼす要因がある。それは、病院内に「推進の原動力」があるか否かである。それは、実態調査の結果にも一部出ていたが、「病院の明確な理念・方針」「病院管理者の関与」「パイオニアの存在」であると考えられる。

実態調査の自由意見に、退院支援に取り組むことのジレンマが多くあがっていた。多くの意見が、家族の受け入れ拒否、退院患者の受け皿となる住居や社会資源の不足、地域の精神障がい者に対する偏見等の困難感に関するものであった。しかし、「病院によって方針や考え方がまちまちであり、看護師の思いだけでは進められない」「単科の精神科病院においては、退院促進は経営上のことも考慮しなければならない。患者の望む居場所へ、幸福や生きていく実感などあるべき姿を経営者とともに考えていく必要がある」といった退院支援の取り組みを強化することによる病院経営への影響を懸念する意見もあった。

精神科医療においても診療報酬改定等によって急性期医療への移行が図られており、全国の精神科病院で機能の見直しが行われ、今後は病院の機能に応じた退院支援の取り組みが展開されるものと思われる。また、このような病院理念・方針と同様に、病院の管理者が退院支援の取り組みにどのような関わりをしているのかも、推進に影響を及ぼす。病院内で横断的な活動を展開する支援担当者を選任して配置し、受持ち看護師が病棟業務を離れて院外での活動を展開することを承認し支持する管理者の存在は、退院支援の体制が有効に機能するか否かの鍵を握る。また、退院支援に精力的に取り組むキーパーソン存在も重要である。複雑な背景や複数の困難要因を抱える患者や拒否の強い家族に対して粘り強く働きかけ、病棟や医療チーム全体の諦めや沈滞ムードを払拭してシステム全体を牽引するパイオニアの存在が退院支援を大きく推進すると考えられる。このような退院支援の推進力となる人材の育成を行っていく必要がある。

Part I 研究報告

引用・参考文献

- 1) 2) 篠田道子：「在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究」分担研究「退院調整看護師養成プログラム作成に関する研究」，平成16年度厚生労働科学研究費補助金，社団法人全国訪問看護事業協会.