

# 參考資料

## 退院フロー

### (支援初期)

この時期では、患者さんの様子について評価します。患者さんの退院への意識については、千差万別で、すぐにでも退院したい、と考え行動的になる方もいますし、消極的で、退院後の生活は考えたくない、ずっと病院で暮らしたい、と考えている方等様々です。

個別に話をすることから始め、これまでの生活の経緯や生き方を確認し、興味のあることを聞いて、支援を始めます。消極的な方の場合、気晴らしに散歩に出かけたり、買い物に出かけたりするのも有効です。その体験で終わったとしても、社会経験の拡大につながりますので、患者さんには貴重な体験になります。

本プロジェクトでは、患者さん一人での外出経験を増やすことももちろんですが、他の人（地域移行推進員）と会話しながら外出する楽しみを感じてもらいました。院外スタッフ（地域移行推進員）と外出するということが意味があったと考えています。同行して一緒に活動することで、地域移行推進員との信頼関係づくりを行いますが、本人の行ってみたい所から外出してみる等の配慮により、短期間での関係作りが可能になります。

上記の一見地味な活動を繰り返すことにより、「退院なんてしたくない」→「退院してみてもいいかな・・・」という気持ちに変わり始める方が多かったです。

### (退院準備期)

この時期では、外出体験、院外活動への同行支援を行って、院外生活のイメージを膨らませることが大事です。患者さんは、院外での体験が少ない場合があり、細かな支援が必要になってきます。支援の原則は、自立支援ですから支援者が手助けしすぎないように注意をする必要があります。退院生活は入院の延長にならないようにすべきです。

本プロジェクトでも、グループワークの手法が有効でした。一人では行きたくないと発言した方も、友人と一緒にならいってもいい、同室者となら行きたい、ということになり、集団で外出体験、宿泊体験を行ったケースが多くありました。また、ピアサポーターの方の支援も重要で、本プロジェクトでは地域移行懇談会を院内で開催し当事者の生の声を入院患者さんに聞いていただきました。支援者ばかりが力を注いで退院支援を行うのではなく、当事者の力を借りて、地域生活移行を目指すことも重要です。

患者さんの気持ちが「退院したい」に変わったら、プレッシャーをかけ過ぎない程度に、地域で暮らしていくための練習・支援なんだという風に、目的を明確化させる事が大事です。さらに事業所見学や宿泊体験を繰り返し、地域生活のイメージを固めて行き、退院後の生活をどんな生活にしたいか思いのマップを作って、将来像を確認すると患者さんのモチベーションも高まってくるのが本プロジェクトでは、確認できました。

退院が間近になるに連れて家族の不安も高まってくるので、家族支援もこの時期大事です。本プロジェクトでも家族から退院を拒まれたり、戸惑いの声が上がることがありましたが、本人の思いと、具体的な支援策を示す等の家族へのアプローチも行いました。

(ケア会議)

「ケア会議の技術」(中央法規:野中猛、高室成幸、上原久 著)による分類によると、ケア会議はいくつかに分類されます。

目的による分類

- [1] 事例の見立てを課題とする会議では、利用の是非を決めるための受理会議、事例本人とその環境を把握するための査定会議、手だてを決めるための計画会議、支援の進展実態をチェックするためのモニタリング会議、支援結果から過程を振り返るための評価会議及びフォローアップ会議である。
- [2] プログラム活動を対象とした一連のプロジェクト会議、すなわち見立てと手立て、モニタリングと評価、資源開発や環境変革を目的としたもの。
- [3] 協働や連携を決定するための調整会議。
- [4] 研究活動のための情報分析会議。

機能による分類

- [1] 情報を整理しアイデアを集めるための検討会議
- [2] 受理の是非や支援方針、役割分担などを決定するための会議
- [3] 変化の情報を集めて介入を修正するための調整会議
- [4] 自分たちの活動を客観的に見直すための分析会議

本プロジェクトでは、上記の分類をふまえて目的や機能を整理した会議を開催してきました。本プロジェクト開始初期は目的や機能が混在していたこともありましたが、会議の目的を事前に決めておくことで、スムーズな支援にあたれることを実感しました。

本人と関係機関が一同に介し、本人がこれまでの体験等を通して作り上げた思いのマップをもとに、ケア会議を行います。思いのマップの作成まで本人がその後の生活を定められず、マップの制作がうまくいかない方もいます。そういった方については、無理に生活の目標を聴き出すのではなく、まず退院して院外の生活に慣れ親しみ、社会参加の拡大を当面の目標にすると、将来の目標が後から出てくる場合もあります。事業ごとに支援の担当者は誰が行うのか、ニーズごとに支援の目標を確認します。退院後の支援を行うスタッフ(相談支援事業所、サービス管理責任者等)については、早期に本人との顔合わせを済ませ、退院後のスムーズな担当者交換ができるよう配慮があると本人の安心感が増します。支援者だけで行わずに、当事者の生活を当事者に決めてもらうことが基本になります。

また、何を話し合うケア会議なのかを明確にしておく、おのずと参加者も決まってきます。アセスメント目的のケア会議であれば、少数で話し合っただけの方針を決めることとなりますし、関係者の役割分担のケア会議であれば、フォーマルインフォーマル問わず、支援者の全てが集まるのが理想になります。

メンバーについて本プロジェクトでは、適切な時期に、適切な関係者がその段階からケア会議に参加してもらう方法が一番良かったように思います。目的が査定や計画策定の議論、詳細な分析を行おうとする場合は、人数が10人を超えては目的を達成しにくいと感じました。行政については、ケースの実態把握、いま地域で何が必要かなど現状を知ってもらう意味で、早い段階から参加していただいたほうが効果は出てくると感じています。さらに、早期の行政参加で、迅速な支給決定、スムーズな生活保護申請につながったと感じています。

普段であれば、生育歴や生活保護の申請理由を根掘り葉掘り何度も聞かれたり、患者さんにとって嫌な思いをすることもあります。本プロジェクトにおいては回避することが出来ました。

他にも、住まいの場の確保、経済状況の確認、日中活動の場の確保、余暇活動の支援、ヘルパーの確保等の準備もここで確認しておきます。

本プロジェクトにおいては、ケア会議を開催することはできるようになりましたが、今後もきちんと結果のけるケア会議の開催を心がけていく必要があります。

(退院後)

継続的なケア会議を予定しておき、生活がうまくいっているかどうか、確認します。本プロジェクトでは、退院後すぐに担当者の変更は行わず、退院後も地域体制整備コーディネーターが支援を続け、安定してきたときに、相談支援事業所に引き継ぐ形をとりました。当初は、地域移行推進員と次に支援するスタッフと一緒に同行訪問し支援することとし、次に支援するスタッフと本人が十分信頼関係取れてから引き継ぎました。

退院直後は濃密な支援になりますが、徐々に出来ることを増やし、支援スタイルを変えて、自立を目指す必要があります。

# 退院支援・地域移行活動に対する精神科スタッフの意識調査

## 目的

長期の入院を続けている精神疾患患者の退院支援や地域移行を進めていくには、これまでの「患者本人の症状や問題点の改善」に視点を置いた治療や支援から、「患者本人のニーズや強み」に視点を置いた治療や支援への転換が求められる。そのため、支援を行う精神科スタッフには精神科入院患者の退院や地域生活に対する考え方や意識の変化が求められるであろう。「精神疾患患者は適切な援助があれば地域で生活ができる」という考えや意識が低ければ、普段の日常業務において退院に向けた援助行動は起こりにくく、また「退院」という結果がすぐに得られにくい状況もあわせると、援助行動を維持していくことも困難となるであろう。

そこで本研究では、精神科スタッフが退院支援・地域移行活動に実際に取り組む過程において、長期の精神科入院患者の退院や地域移行に対する意識がどのように変化していくのかを調査することで、退院支援・地域移行活動を行っていく上で必要なスタッフへのサポートや教育体制のあり方について検討することを目的とする。

## 方法

### 1) 対象者

竹田総合病院精神科に所属している職員全てを対象とした。

### 2) 調査

精神科入院患者の退院支援・地域移行活動に対するスタッフの意識を調査するため、原田（2006）の退院支援に関するアンケート内容を参考にして 14 項目の質問で構成された調査用紙を作成した。質問項目を資料 1 に示す。対象者は質問に対して「全く思わない」「あまり思わない」「どちらともいえない」「ときどき思う」「いつも思う」のいずれかで回答する。

退院支援・地域移行活動に取り組むことで精神科スタッフの退院支援に対する意識がどのように変化するかを明らかにするために、調査は 2008 年 5 月、2008 年 10 月、2009 年 3 月の三回実施された。

## 結果

### 1) 対象者内訳

それぞれの調査時における精神科スタッフの内訳を表 1 にまとめる。スタッフの職種で看護師以外は、准看護師、看護助手、介護師、作業療法士、ソーシャルワーカー、心理士、医療事務であった。

表 1 精神科スタッフ内訳

	調査人数	有効回答数(%)	平均年齢(SD)	平均精神科経験年数(SD)	看護師	その他職種
2008 年 5 月	120 名	110 名(92%)	39.2(±11.2)	6.1(±7.1)	60 名	50 名
2008 年 10 月	114 名	106 名(93%)	40.0(±11.5)	6.4(±7.7)	64 名	52 名
2009 年 3 月	106 名	101 名(95%)	40.8(±11.3)	7.3(±7.9)	61 名	50 名

## 2) 意識調査結果

本調査の主な結果を図にまとめる。変化が見られた質問項目としては、「社会的入院されている患者様に、退院していただくための努力をしている」（図1）において、「ときどき」あるいは「いつも」に回答した人の割合が58.2%（1回目）→67.9%（2回目）→75.3%（3回目）と増加している。「患者様の家族との話し合いを積極的に行っている」（図2）、「他職種との連携を積極的に行っている」（図3）は、3回目の調査時において「ときどき」「いつも」の回答をあわせた割合がともに半数を超えた（58.4%、58.4%）。「長期入院されている患者様を退院させるのは無理だと思うことがある」（図4）は、3回目調査時において、「全く」「あまり」をあわせた割合（22.8%）が増加したが、「ときどき」「いつも」をあわせた割合も51.5%と増加した。

反対に「現状のサービスでは、退院促進は難しいと思うことがある」（図5）は、どの調査段階においても変化が見られなかった。

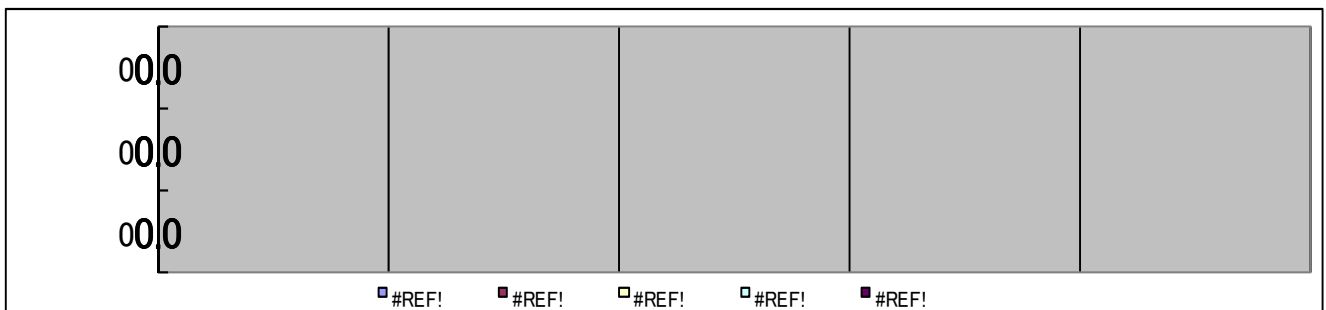


図1 「社会的入院されている患者様に、退院していただくための努力をしている」（単位：％）

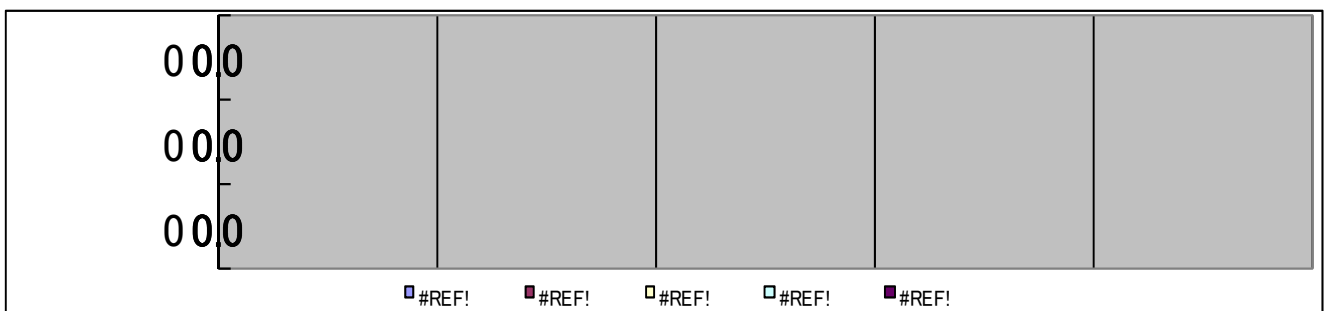


図2 「患者様の家族との話し合いを積極的に行っている」（単位：％）

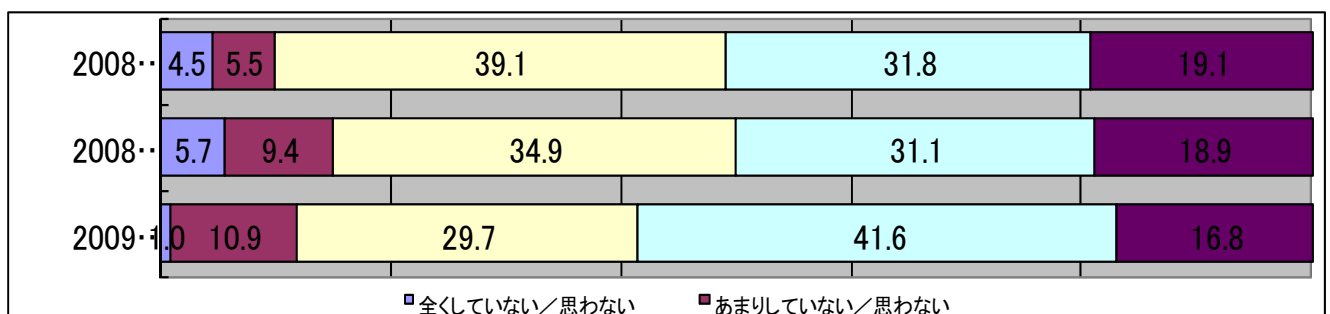


図3 「他職種との話し合いを積極的に行っている」（単位：％）

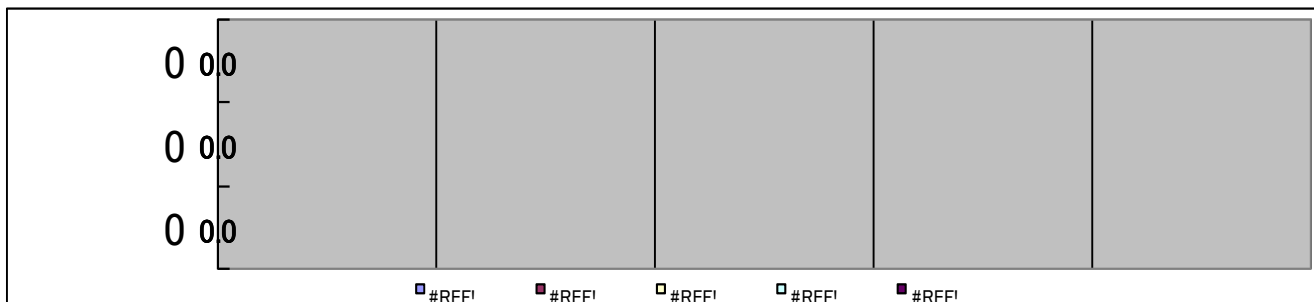


図 4 「長期入院されている患者様を退院させるのは無理だと思ふことがある」（単位：％）

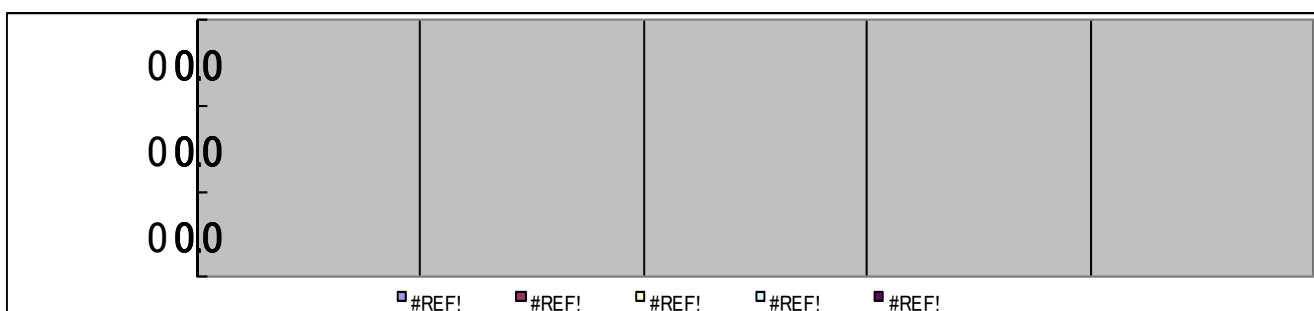


図 5 「現状のサービスでは、退院支援・地域移行は難しいと思ふことがある」（単位：％）

#### 考察

図 1 の結果から、退院支援・地域移行活動を行っていく中で、退院に向けて何かしらの努力をしている精神科スタッフが増加していることが明らかになった。当院精神科には、慢性期病棟や認知症病棟など退院支援活動が導入しにくい病棟もあった。しかし、特定の部署や人物のみが退院支援活動を行うのではなく、精神科全体の課題として退院支援・地域移行活動に取り組むことを確認し、全職員を対象とした研修会や、全病棟で統一されたアセスメントシートの作成、使用などに取り組んできた。そういった科全体を巻き込んだ活動成果があらわれたものと考えられる。

図 2、図 3 の結果からは、家族や他職種との話し合いを積極的に行っている精神科スタッフが増加していることがうかがえる。精神障害者の社会復帰促進には、家族や多職種、行政や社会復帰施設などとの連携が不可欠であり、当院の退院支援活動においても積極的なケア会議の実施が行われてきた。当初は支援対象者が少ないこともあり、ケア会議そのものの実施回数が少なかった。そこから支援対象者が増えたことや、ケア会議実施により患者本人に対する新たな視点や気づきを得られる点、スタッフが孤立することなく支援活動を進めていくことができる点がフィードバックされていったことで、ケア会議の回数も増加し、精神科スタッフには連携の意識が定着していったことが考えられる。

「長期入院されている患者様を退院させるのは無理だと思ふことがある」の 3 回目の結果には、2 つの傾向がみられた。ひとつは、半数のスタッフが「退院が無理だと思ふことがある」と回答している結果であった。もうひとつは、「退院は無理だと思ふことがある」という質問に対して、「全く」「あまり」と回答した割合が徐々に増加している結果であった。つまり、退院支援・地域移行活動を進めていくなかで、「退院が無理だ

と思うことがある」と考えるスタッフと、「退院は無理だとは思わない」と考えるスタッフが、それぞれ増加したことになる。退院支援・地域移行活動をすすめていく際に、当初は他病院の優れた退院支援活動について紹介する研修会の実施や、地域の社会復帰施設への見学活動を行ってきた。また、実際に長期入院患者が退院していく経験をする中で、「長期入院患者でも退院できる」とするスタッフが徐々に増えていったことが考えられる。

一方で、退院支援活動をすすめていくと、徐々に退院が困難と思われる患者が残っていくことになり、改めて精神障害者が社会復帰することの難しさを経験するスタッフが増えたことが考えられる。また、このことに関連して「現状のサービスでは、退院促進は難しいと思うことがある」の質問に対して、いずれの調査段階においても、半数以上のスタッフが「ときどき」「いつも」を回答しており、現状のサービスが退院支援・地域移行活動を進めていくうえで不十分であると捉えていることがわかった。富田ら（2002）が看護職員を対象にした精神障害者の社会復帰に障壁となる要因について調査した結果においても、回答者の9割が「障害者が地域で生活していくための整備が不十分である」と回答しているなど、精神科スタッフには、地域の受け入れ態勢は十分とはいえないと捉える傾向があると思われる。そういった捉え方も「退院促進は難しい」とするスタッフが増加した要因となっていると考えられる。

退院支援活動を行う精神科スタッフのモチベーションを維持していく上でも、また入院患者の受け皿として家族を考慮することに困難な状況がある（大島、1995）ことから、社会資源のサービスの充実が優先される必要があるだろう。しかし、サービスの充実を待っているだけでは精神障害者のニーズに応えることは出来ない。現状の中でいかに支援を行っていくかを模索していく必要があり、その手段としてはケア会議によるさらなる連携の強化や、ケア会議の実施の仕方についてスタッフ一人ひとりが習熟するような研修などが考えられるであろう。

## 文献

原田かおり：退院促進に対する精神科スタッフの思い 精神科看護師へのアンケート調査より、日本精神科看護学会誌、49(2)、284-288、2006.

富田美加、篠崎勇介、島正之：精神障害者の社会復帰に関する精神科病院看護職員の意識、日本健康医学会雑誌、11(1)、19-25、2002.

大島 巖：家族からみた入院精神障害者の退院可能性とその条件 ー第2次全国家族福祉ニーズ調査からー、人文学報、社会福祉学、11、193-217 1995



## 退院調整アセスメントシート

2009/9/24

ID:
氏名:
性別:
生年月日:
年齢:
入院日数:

入院日:
記入日:
記入者:
受け持ち看護師:

	1 診断名(主治医記載)		
	2 身体疾患の有無		
	3 入院目的		
	4 治療方針		
I 在宅管理 上 の問題	5 入院形態		
	6 入院時状況		
	7 服薬状況		
II 意思決定 の問題	8 本人退院意思		
	9 家族退院意思		
	10 医療依存度		
	11 キーパーソン		
III セルフケア 能力 の問題	12 身体上の変化		
	13 生活自立度		
	14 認知障害		
IV 社 会 資 源 障 害 活 用 制 度	15 居住形態		
	16 利用中の 社会保障制度		
	17 利用中の社会資源		
	18 退院時予測される 医療処置		
	19 今後に対する 本人の希望		
	20 今後に対する 家族の希望		

平成		年	月	日	作成
<p>♪ 私の思いマップ ♪</p>				<p>支援計画</p>	
<p>退院時</p>		<p>半年後</p>		<p>1年後</p>	
<p>★これからの自分の目標★</p>					
<p>わたし達が窓口になって支援致します。</p>					

## 終りに

社会福祉法人会津療育会  
会津若松市障がい者総合相談窓口  
所長 武藤 達雄

今日、全国各地で精神障がい者に対するノーマライゼーションの一環として「病院（入院）から地域社会へ！！」の実現に向け各種取り組みが進められています。

この取り組みを進めていくにあたっては、大きな課題、問題が立ち塞がっていることを強く感じています。長年にわたり、社会的要因により長期間病院に入院（収容？）をさせるといった対応を取り続けてきてしまったのではないかと考えています。

その結果、私たち国民は精神障がい者を「迷惑で厄介な人、怖い人、恐ろしい人、どうしようもない人・・・」などといった容易には振り払うことが困難な偏見に取り憑かれてしまっているのではないのでしょうか。

私たちは、障がいのある程度理解しているつもりでも、いざ、隣に障がい者の方が越してこられた時に心から迎え入れることが出来ますか、「何故、うちの隣りなの！？」という気持ちがどこか心の片隅に残ってはいませんか・・・？

このように、目に見えない大きなバリアを抱え込んでしまっているのが、私たち多くの国民ではないのでしょうか。この「厄介な心の偏見」は、これほど根の深いものであり、「地域生活移行」を進めていく活動・運動は、並大抵のものではないと思っています。

これからの活動・運動の核心は、私たち自身の容易ならざる「心の偏見」との闘いになってくると思っています。この「心の偏見」との闘いに克ちぬき明るい展望を切り拓いていくためには、医療機関をはじめ多くの方々が協力、連携し地域社会へ働きかけ、へこたれずに粘り強く活動していく以外に方法はないと思っています。

この度、厚生労働省の助成を受け平成19年度、20年度の2カ年事業として財団法人竹田総合病院と社会福祉法人会津療育会の共同で「会津若松市における退院促進・地域支援のための地域精神保健福祉ネットワークの構築と精神科病院機能強化の実践研究」に取り組んでまいりました。

本事業においては、財団法人竹田総合病院の退院支援組織の再編・機能強化を図り関係機関、他団体との連携のもとに会津地区退院促進及び地域移行支援推進委員会を立ち上げ、地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員、会津療育会総合相談窓口職員が中心となり26名の患者さんと関わり、地域移行を展開し18名の退院を果たすことができました。

これもひとえに厚生労働省地域移行支援専門官武田牧子氏はじめ、西尾先生、岩上先生、地域移行推進委員会、事業実施内容検討委員会の皆様、株式会社サードステージカンパニー様、そして体験通所事業所の社会福祉法人心愛会様、障害福祉サービス事業所コパン様、生活訓練事業所有限会社ピーターパンデイサービスセンター様、宿泊体験受け入れ事業所の社団法人会津社会事業協会様、NPO法人ふれあいづスマイル様、そのほか多くの皆様方の暖かいご支援ご協力の賜と心より感謝申し上げます。

なお、今回取り纏めいたしました事業の成果、課題等について多くの皆様方に少しでも参考になり、お役に立つことが出来ればこの上ない幸せに存じます。

最後に、この取り組みの輪がさらに大きく拡がり、障がい者の方々がより生活しやすい地域社会になっていくことを願い、御礼の言葉とさせていただきます。

平成20年度障害者保健福祉推進事業（自立支援調査研究プロジェクト）  
関係者一覧

プロジェクト統括

星野 修三 （財）竹田総合病院副院長

会津地区退院促進及び地域移行支援推進委員会（委員名簿）

星野 修三 （財）竹田総合病院副院長、プロジェクト統括  
上島 雅彦 （財）竹田総合病院 精神科医師  
武藤 達雄 社会福祉法人 会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口所長  
塚原 秀一 地域（体制整備）コーディネーター  
渡部 昭次 地域移行推進員  
西川しのぶ NPO法人 ほっとハウスやすらぎ 所長  
渡部 淳 社団法人 会津社会事業協会  
菊地 伸 会津就業・生活支援センターふろんていあ  
齋藤 研一 社会福祉法人 会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口  
齋藤 綾子 会津若松市  
齋藤 哲雄 会津若松市  
遠藤 智子 福島県会津保健福祉事務所

検討委員会（委員名簿）

星野 修三 （財）竹田総合病院副院長、プロジェクト統括  
武藤 達雄 社会福祉法人会津療育会 会津若松市障がい者総合相談窓口所長  
西尾 雅明 東北福祉大学 せんだんホスピタル 精神科医師  
岩上 洋一 埼玉県 ふれんだむ所長  
長岡 寛宣 地域福祉経験者  
齋藤 綾子 会津若松市  
遠藤 智子 福島県会津保健福祉事務所

事務局 社会福祉法人会津療育会

武藤 浩、平泉 順子、齋藤 妙子、浅沼 宏泰、山口 淳実

---

平成19、20年度 障害者保健福祉推進事業

障害者自立支援調査研究プロジェクト報告書

---

発行日 平成21年9月

発行者 社会福祉法人 会津療育会

会津若松市神指町榎木檀 73 番地

電話 0242-39-2271