



退院 精神科 支援

ビギナーズ ノート

●編集.....末安民生 | 天理医療大学

中山書店

序文(全訂新版)

精神科医療と看護のトピックスとして「退院支援」がテーマに取りあげられ、業務として定着したのはいつごろだっただろうか。本書『精神科退院支援ビギナーズノート』の初版が刊行されたのは2009年6月、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が公表された2004年から数えて5年目であった。このビジョンは精神科病院の代名詞とも思われていた「長期の社会的入院」の解消をめざしたものであったが、10年計画で退院を促進するという目標は、達成の見込みが得られにくい状態であった。そのため、厚生労働省はビジョンの後半5年間でさらに精神保健医療と福祉の改革を加速させるため、2009年9月に中間報告をまとめた。そこでまとめられた改革案は、①退院支援・地域生活支援、②強制入院・保護者制度、③人員体制の3つを進めるべき課題として、具体的な方策については検討会で話し合われていった。詳しい内容は本論に譲るが、精神保健福祉法の改正や訪問看護を重視した診療報酬の改定などによって、「退院支援」にはしっかりと追いついた風が吹いている。

さらに「退院支援」というスキルをより広げてみたとき、退院後、再入院防止の医療や看護の新たな方法として、アウトリーチ（訪問支援）が実施されたことは地域精神科医療を担う人たちを勇気づけたことだろう。また、国の政策として精神障害者アウトリーチ推進事業が全国的に実施され、実績・評価も積み重ねられていった。さまざまな地域で患者への退院支援が展開されたことは、大きな刺激になっていった。自分の医療機関において、自分たちのサービスでどこまでできるのかはともかくとして、精神科医療が担うべき「不足していた、気づいていたのにできなかった役割」に対し、意識の変革を求めることになったのではないだろうか。「知らなくてできない」ではなく「知っているけれどもできない」ということは、患者の生活を支えるうえで認識が大きく異なってくる。事実認識が異なれば優先順位が変わる。私たち看護師ができることには限りがあるが、まだやれることがあると思うのか、あきらめるのかの違いである。

2014年7月「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」のとりまとめで、新たな長期入院患者を生み出さないため、入院期間が1年を超えることを防ぐ内容が盛り込まれるなど、退院支援の質的・方法的な変換も迫られている。

本書がこれらの課題と看護師に求められる役割の期待の全てには答えられないかもしれないが、現在、精神科看護師によって担われている「退院支援」の最前線の実践的な方法は網羅されていると思う。次は本書を読んで実践を積み重ねた人々による新たな改訂版が刊行されることを期待したい。

2015年5月

末安民生

CONTENTS

序文（全訂新版）	末安民生	iii
序文（初版）	末安民生	iv

1 章 これからの精神科医療と退院支援

1 退院支援の目的	吉川隆博	2
2 近年の精神科入院患者の現状	吉川隆博	10
3 精神科入院患者をめぐる施策	吉川隆博	14

2 章 退院支援の目的と方法

1 退院支援のプロセス	高田久美	22
2 急性期入院患者の退院支援のポイント	高田久美	37
3 長期入院患者の退院支援のポイント	渡辺とよみ	42
4 退院支援体制の確立	高田久美	51
5 診療報酬制度と退院支援	高田久美	58
6 介護保険制度と退院支援	高田久美	65

3 章 多職種で取り組む退院支援

1 医療機関内でのチームの作り方	高田久美	70
2 退院支援部署の機能	渡辺とよみ	77

3	医療保護入院の退院支援	渡辺とよみ	82
4	外来看護と退院支援	原田奈津子	86
5	訪問看護と退院支援	加藤由香	91

4 章 地域と取り組む退院支援

1	初めての取り組みで困ること	東 美奈子	96
2	患者・家族の不安が強いとき	東 美奈子	102
3	医療機関内での支援調整が困難なとき	東 美奈子	106
4	地域相談支援と退院支援（地域との連携が困難なとき）	東 美奈子	111
5	地域に資源がないと判断されたとき	東 美奈子	117
6	リカバリーの視点でどう取り組むか	東 美奈子	121

5 章 退院支援の実践事例

1	クリティカルパス活用（入院期間が3か月）の事例	渡辺とよみ	128
2	地域生活を続けるために入院を活用した事例	渡辺とよみ	130
3	入退院を20回以上繰り返していた事例	渡辺とよみ	132
4	入院期間1年以上の事例	藤森祥子	134
5	入院時の年齢が30歳以下の事例	藤森祥子	136
6	入院時の年齢が31歳以上の事例	藤森祥子	138
7	精神病で介護保険を利用している事例	高田久美	140
8	認知症で介護保険を利用している事例	高田久美	142

9	65 歳以上で介護保険が利用できない事例	東 美奈子	144
10	身体合併症がある事例	高田久美	146
11	家族の協力が得られない事例	東 美奈子	148
12	住宅支援が必要な事例	東 美奈子	150

付録

1	訪問看護	高田久美	152
2	障害者総合支援法	東 美奈子	154
3	介護保険制度	高田久美	156
4	生活保護制度	高田久美	158

おわりに	末安民生	161
索引		162

1

退院支援のプロセス

退院支援とは、患者やその家族が安心感をもって退院することができ、退院したのちも自分らしい生活を送り続けられるよう入院早期から退院後の生活に向けて必要な準備を整えていくことです。それは、病状が安定するための日々の治療や看護ケアのなかで展開され、かつ連続性のあるものです。いわば、退院支援は、入院から退院までの時間軸のなかで、「今」を整えながら、「これから」を考えていくケアプロセスといえます。

退院支援のプロセス

退院支援のプロセスは、患者の意向に添いながら、ケアプランを多職種で立て、それに従ってケアを実施し、評価していくという一連のプロセスで行われます。退院支援は、看護師にとって、看護過程そのものであり重要な看護業務の一つでもあります。ですから、特定の看護師だけではなく、全ての看護師が行っていかねばなりません。

MEMO

退院支援は、退院時に行う退院指導と違い、支援体制を整え、退院後も継続的な支援の必要性がある患者に対して行う包括的な取り組みであり、多職種協働の支援である。

退院指導は、退院支援のプロセスのなかで行われるケア計画の一つである。

POINT

退院支援は、入院時から退院後の患者の生活がイメージできるよう、医療面だけではなく、生活の視点からも早期にアセスメントする仕組みをつくっておくことが必要である。

退院支援の対象者

退院支援の対象者は全入院患者ですが、退院後の生活に向けた課題とその支援方法は、患者によって違います。患者によっては、退院時に「退院指導」を行い、退院後の生活での注意点などを伝えたり、活用できる制度を紹介したりすることで解決できる場合もあります。しかし、生活全般にわたって複数の課題があるため、段階的に取り組んでいかなければならなかったり、細かな配慮が必要だったりする場合もあります。その場合は、多職種の協力を得ながら、包括的かつ計画的に支援していきます。また多くは、退院後も継続した医療的支援や何らかの生活支援サービスが必要です。「退院支援が必要な患者」とは、退院に向けて、あるいは退院後の生活において何らかの課題があり（表1）、その課題を解決するために時間や工夫が必要な患者をいいます。

退院支援の流れとポイント

本稿では、南部町国民健康保険西伯病院（以下、当院）での取り組みを基本

表1 ●退院に向けて、あるいは退院後のよくみられる生活の課題

- ・退院後、服薬や通院治療の継続が難しい
- ・生活方法を整理して調整することが必要になっている
- ・家族の理解や協力が得られない、または家族がいないなど家族のサポートが不足している
- ・退院後の生活の場について検討が必要である
- ・退院への意欲が低下している
- ・入退院を繰り返している

にして、入院から退院までの退院支援の全体的な流れとそのポイントを説明していきます(図1)。

①入院時スクリーニング(退院支援アセスメント)

退院支援を効率よく、また効果的に行うためには、まずは退院支援が必要な患者かどうかを入院早期に把握しておく必要があります。入院時スクリーニング(選定)はそのための方法です。対象者を特定し、退院に向けた課題を早期に明確化することで、早い段階から準備を進めることができます。入院時スクリーニングによって対象とされた患者の全てに退院支援が必要かという点、そうではありません。たとえば、入院当初は、退院後何らかのサービス利用の必要性が予測されていても、病状が落ち着くに従って、その必要がなくなったり、助言や提案で解決できたりすることもあります。しかし、重要なのは、退院支援の必要性があったにもかかわらず、見すごしてしまい、介入が遅れ退院が長引いてしまったり、準備が整わないまま退院となり、再入院に至ってしまったりする点を防ぐことです。このためにも入院時スクリーニングは必要です。入院時スクリーニングには「退院支援スクリーニングシート」(図2)などを活用して行います。

●入院時スクリーニングの対象者と実施時期

入院時スクリーニングは、全入院患者を対象として行います。実施時期はできるだけ早期がよく、入院初日～3日以内が望まれます(入院予約の段階でも行うこともできます)。

●実施者

病棟看護師(受けもち看護師など)が行うケースが多くあります。その他、外来看護師や退院支援部門の担当者が実施する場合もあります^{▶1}。誰が行うのかは、医療機関内でルールを決めておくようにします。

●アセスメント項目

入院時スクリーニングに用いるアセスメント項目は、患者に関与するスタッフが理解できるようにします。医療機関内で統一したり、病棟ごとで使いやすいようにアレンジしたりすることもあります。また患者だけではなく、記載する看護師の負担も少なくすむよう、できるだけ簡単に記載できる内容にしま

MEMO

アセスメントとは、患者・家族の生活ニーズ(以下、ニーズ)について情報収集し、分析することである¹⁾。アセスメントは2つのプロセスで構成されている。①生活を包括的にとらえる視点として身体面・精神(心理)面・社会面の3つの側面から情報収集する、②収集した情報を分析してニーズを把握する、である。

POINT

退院支援の必要性は患者の状況によっても変化する。よって入院時スクリーニングは、入院時だけでなく、継続して行う必要がある。

^{▶1} 入院前から外来看護師や精神保健福祉士などが継続的にかかわっている患者の場合には、退院支援の必要性が病棟以外から提案されることもある。

ツールだけで対象者を特定したり、判断を個人に任せてしまったりすると、視点が狭まり、かえって見すごすことにもなりかねないので、ルールにとらわれない柔軟さも必要である。また、入院時スクリーニング後のアセスメントは、多職種で行うようにする

4

地域相談支援と退院支援 (地域との連携が困難なとき)

「お互いをよく知らない」という問題

退院支援において医療機関と地域との連携が困難となる大きな理由は「地域（あるいは医療機関）で何をしているのかわからない」という問題です。

退院支援においては、多くの医療機関で独自の取り組みを進めていますが、市町村においても「個別給付による地域相談支援」^{▶1}が進められています。この2つがうまくかみ合うと、より効果的な支援が行えます。しかし、お互いが何をしているのかわからないと連携は困難です。まずは、お互いのことを知るところから始めるべきです。たとえば、どこの誰なのか、どのようなことをするのかかわからない人が医療機関に突然に現れて「地域移行支援の担当者です」と言われたとしたら、どうしてよいかわからないでしょう。また、地域援助事業者（相談支援専門員^{*1}や介護支援専門員〈ケアマネジャー〉）にしても、受け入れてくれるかわからないのに、医療機関を訪問することはたいへん勇気のいることです。その両者の不安を解消するためには、お互いが顔を合わせて情報交換をすることが重要です。

「地域相談支援」について知ってもらう（図1）

● 医療機関が地域移行支援を新規に依頼する場合の流れ（図2）

医療機関が地域移行支援を新規に依頼するときには、市町村に申請する場合と基幹相談支援センター^{▶2}や委託相談支援事業所^{▶3}に依頼する場合があります。市町村に申請した場合、市町村は基幹相談支援センターや委託相談支援事業所を紹介し、その後、基幹相談支援センターや委託相談支援事業所の相談支援専門員が患者と面接し、アセスメントしたうえで、実際に地域移行支援を実施することになったら、指定一般相談支援事業者^{*2}が介入することになります。その際、基幹相談支援センターや委託相談支援事業所は指定一般相談支援事業者のスーパービジョンをしながらかわることになります。

地域移行支援は福祉サービスの一つですから、サービス開始前には指定特定相談支援事業者^{*2}が「サービス等利用計画」を立案することが必須となります。サービス等利用計画は、患者の人生の設計図を書くように、患者の夢に向かって寄り添い、一つひとつの支援を組み立てていきます。また、指定一般相談支援事業者が体験利用や体験宿泊などの計画を立て、実際に地域移行に関する支

▶1 地域相談支援（地域移行支援、地域定着支援）

「地域相談支援」（個別給付）は、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）による「地域相談支援」の一つで、「地域移行支援」と「地域定着支援」がある。実施主体は都道府県、申請窓口は市町村など。実施者は都道府県知事などが指定する指定一般相談支援事業者である。

地域移行支援は、障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設などを退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上などを対象に、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整などを行う。

地域定着支援は、居宅において単身で生活している障害者など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。

^{*1} 4章「1. 初めての取り組みで困ること」(p.96)を参照。

▶2 基幹相談支援センター

地域の相談支援の拠点として、総合的な相談業務（身体障害、知的障害、精神障害）および成年後見制度利用支援事業を実施し、地域の実情に応じて、① 総合相談、専門相談（ワンストップの相談窓口、支援困難事例の対応や相談支援事業者への助言、地域の相談支援専門員の人材育成）、② 地域移行、地域定着（入所施設や精神科病院へのはたらきかけ、地域の体制整備によるコーディネート）、③ 権利擁護、虐待防止（成年後見制度利用支援事業、虐待防止）の業務を行う。専門職の配置と地域の体制整備コーディネーターの配置などが義務づけられている。

▶3 委託相談支援事業所

「障害者総合支援法」に定められている「地域生活支援」(市町村が実施)のなかの「相談支援」を市町村より委託を受けて実施する。

在宅の障害者や家族の地域生活に関する相談に応じて、保健・福祉などのサービスが総合的に受けられるように援助する。また、関係機関などと連絡・調整をして、自立や社会参加の促進を図ることを目的としている。具体的には、相談内容に応じ、次のようなサービスを実施する。① ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなどの利用援助(情報提供、助言、申請代行など)、② 社会資源を活用するための支援(福祉施設や生活、外出や移動などの情報提供)、③ 社会生活力を高める支援(社会訓練プログラムなどを実施)、④ ピア・カウンセリング(障害者自身がカウンセラーになって悩みを語り合い、生活上の問題を仲間どうしてサポートできるように支援)、⑤ 専門機関への紹介(必要な専門機関を紹介、同行して連絡・調整をする)。

◀*2 4章「1.初めての取り組みで困ること」(p.96)を参照。

▶4 たとえばA病院では、看護部主催の研修会で事業説明会を企画し、他職種も参加した。B病院では、精神保健福祉士が主となって企画し、看護部も参加した。C病院では医局が中心で企画し、看護部も参加した。

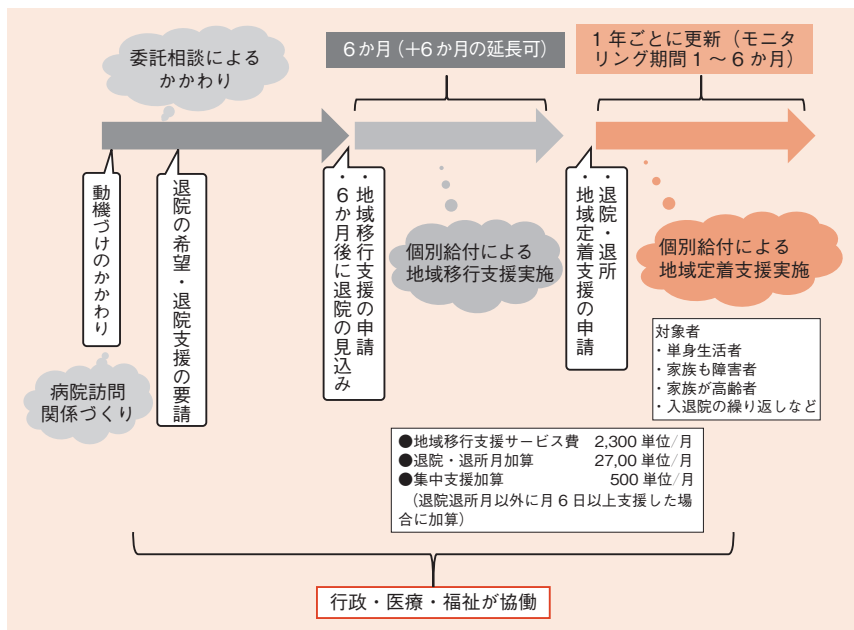


図1 ● 地域移行支援の流れ

援を組み立てる「地域移行計画」を立案します。

● 事業説明会の開催

筆者の地域(島根県出雲市)では、保健所の保健師と地域援助事業者(筆者)と一緒に医療機関に行き、各医療機関の研修会で事業説明をする機会をもらいました。事業説明会も医療機関の特長によって開催方法は違いましたが▶4、いずれの病院でも事業説明後は、情報交換ができるようになり、協働して地域移行支援が行われるようになりました。

事業説明会でよくあるパターンは、都道府県または圏域にある健康福祉センター(または保健所)が開催する会議で、事業説明を院長と精神保健福祉士のみが聞き、ほかの職種には事業のことが全く知らされていないという場合です。そのような状態では、実際に地域移行支援を利用して退院支援をしようとは考えつきません。医療機関の全スタッフ対象の研修を行うようにすることが必要で、なるべく多くのスタッフが事業説明会に参加できる機会をつくることが重要です。

連携する際のポイント

● 窓口を決める

連携時に課題となることは、医療機関側の窓口を誰にするかということです*2。できれば、地域移行を進めるためのチームのようなものをつくり、代

おわりに

精神科医療の患者構成は、時代の要請や社会・文化的な背景とともに変化している。近年は、外来患者では感情障害の増加が著しく、入院患者では認知症が急増している。

私は、10年ほど前に厚生労働省の社会保障審議会障害者部会の委員として、精神科病院の社会的入院患者の退院をいかに進めるか、地域で暮らす精神障害者の生活支援サービスが決定的に不足しているために、優先順位をつけてどこでどのように展開すれば効率的で、精神障害者と家族が困らないですむのか、ということ話を話合っていた。議論は、長期入院の統合失調症患者を前提にしていた。その入院患者の高齢化と、入院したまま死亡する患者数の増加をどのように考えるのが議論の中心であったと記憶している。

しかし、そのとき認知症患者の増加や精神科病院への入院に関して語られることはなかった。今にして思えば将来予測を怠ったことが悔やまれる。患者調査などを振り返ればわかるが、すでにそのころから現在の問題は、十分に予見することができたはずだ。

入院治療が円滑に進んで退院を迎えても、精神科以外と比較すると、退院までの期間が長期化するのはどうしてだろう。つまり退院を困難とする理由が精神科病院のほうが多いということは、どのような原因によるのだろうか。入院前の支援体制、もともと本人が生活していた環境の影響が大きいようなのである。がんばって支えていたのだが、それ以外の方法・支援をもっと早くに行っていたら、ここまでこじれた入院をしなくてよかったのではないかと推測されるのである。だが、これらは全ての入院患者にあてはまるのではないか、ということが明らかになった。

精神科病院への入院を要する患者の退院支援はこれからの大きな課題だ。だからこそ精神疾患の患者の退院支援と同様に、入院までの経過をより詳細に把握し、支援者も不安をもたないですむような退院支援計画をつくっていかなくてはならないだろう。本書において記載されているように、退院に向けた調整が難航し、退院が危ぶまれるときこそ患者と一緒に考えることを基本にしていきたいものである。精神科の看護師が退院支援を行うときに、確かな方法と自信をもってもらえるテキストとして、本書が活用されることを望む。

末安民生