

第3回 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会

# チーム医療による長期入院患者の 退院支援と地域生活支援

日本精神科病院協会 常務理事  
谷野 亮爾

資料

平成15年12月11日(木)

地域ケア—富山県谷野呉山病院の実践

チーム医療による長期入院患者の退院支援と地域生活支援

宮部真弥子, 門田 晋, 谷野亮爾

# 地域ケア—富山県谷野呉山病院の実践

## チーム医療による長期入院患者の退院支援と地域生活支援

宮部真弥子<sup>2)</sup>, 門田 晋<sup>1)</sup>, 谷野亮爾<sup>1)</sup>

### Key words

collaborative medical practice, long-stay inpatients, support system

### はじめに

精神科病院においては、「社会的入院」, 「長期入院」の問題は、未だ大きな課題であり、最近では、安易に病床を転換しようという議論もおこっている状況である。長期入院者の退院支援については、当事者の意欲の改善と退院後の地域での生活支援システム（地域ケア）の整備が必須であり、そのためにはコ・メディカルスタッフをはじめとする各種の専門職種の協働（チーム医療）が前提となる。

当院は、富山県にある一民間精神科病院であるが、超長期入院者の退院支援のために、チーム医療で取り組んだグループ退院実践を繰り返して行い、一定の成果を得ることができたので報告する。

### 1. 谷野呉山病院の概要と「あすなる会」

当院、富山県の中央部に位置する呉羽山の麓にある開設昭和16年という長い歴史をもった単科の精神科病院である。病床数は310床と県内

では、一番規模が大きく、県内全域から、急性期治療あるいは社会復帰支援を求める入院者が多い病院である。昭和40年代から「生活療法」を盛んに看護活動にとりいれ、開放的な処遇が展開されるようになった。また、昭和44年に初めて精神科ソーシャルワーカー（以下PSWとする）が1名採用されて以来、次々と臨床心理士（以下CP）や作業療法士（以下OTR）が多く配置されてきた。

一方、当院の外来診療所である谷野医院は、病院とは別に、交通の便のよい富山市の中心街にあり、月間約1000名の通院者があり、在宅の精神障害者の健康管理、地域生活支援のキーステーションとなっている。これらの施設が、相互に機能しあい、昭和60年代までに、当院独自のサポートシステムをつくりあげてきた。

具体的には、住む場所の提供としての、中間住居、日中のサポートとしての精神科デイケア、働く場、訓練の場としての共同作業所、仲間作りとしてのソーシャルクラブ、実際の生活場面での支えとしての訪問看護指導などである。

これらのチーム医療による個別的で専門的な

Mamiko Miyabe<sup>2)</sup>, Susumu Kadota<sup>1)</sup>, Ryouji Tanino<sup>1)</sup>: Practice of Community Care Service in Taninogozan Hospital: Collaborative Support of Long-Stay Inpatients Initiating a Community Life

1) 医療法人社団和教会谷野呉山病院：〒930-0103 富山市北代5200

2) 医療法人社団和教会脳と心の総合健康センター

表1 あすなる会の活動の流れ

	病院全体	グループでの援助		病棟	個別支援	その他
		グループの活動	スタッフ			
発足前	<ul style="list-style-type: none"> <li>あすなる会発足の方針</li> <li>目標の設定(退院日、退院者の人数)</li> <li>退院者の層の検討とリストアップ</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>大まかなプログラム作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の意思の確認と対象者の決定(主治医)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療歴、家族歴、活用できる社会資源の調査(PSW)</li> </ul>	
発足式		<ul style="list-style-type: none"> <li>○発足式</li> <li>退院日</li> <li>全スタッフが援助していくこと</li> <li>退院後のサポートも行うことを告げる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>←参加スタッフ 院長、医局長、事務局長、看護部長、主治医、病棟長、担当スタッフ(病院全体でバックアップしていく姿勢を表すため、多くのスタッフが参加)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーションプログラムの調整→作業療法、料理教室、集団精神療法などの調整(病棟会議にて)</li> </ul>		
1ヶ月目	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療会議等でグループの進行状況の報告</li> <li>住居、日中のサポートの方向性の確認(グループホーム等をつくるかどうかも含めて)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>食生活に関すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1ヶ月目のプログラム作成</li> <li>グループ終了後にスタッフ会議</li> <li>2ヶ月目のプログラムの作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病棟のカンファレンスで個別状況の報告。症状や方向性の確認を行う。</li> <li>病棟における療養生活のチェックと日常生活指導(Ns)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病状の変化の有無(Dr, Ns)の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族へ文章等であすなる会発足のお知らせ</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>家族説明会(全家族に来院要請し、説明会)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>全体説明会の後、主治医、担当PSWの個別面接</li> </ul>			
2ヶ月目	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療会議等でグループの進行状況の報告</li> <li>グループホーム等の具体的な準備(事務局長、PSW)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会生活に関すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3ヶ月目のプログラムの作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>服薬の自己管理指導開始</li> <li>個別の具体的な方針決定</li> <li>服薬状況のチェック</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活費の調整(PSW)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関(福祉事務所、保健所等)へあすなる会発足の連絡とサポート体制の調整</li> </ul>
3ヶ月目	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療会議等でグループの進行状況の報告</li> <li>退院日の再確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>疾病の自己管理 具体的な退院準備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活場所の近くの下見、試験外泊</li> <li>グループホーム献立作り</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活必需品等の購入、準備(必要な場合Ns、PSWも援助)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関との調整連絡</li> <li>住居探し(PSW)</li> <li>外来診療所への申し送り</li> <li>通院公費の申請</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>関係機関へ退院連絡</li> </ul>
退院式		参加者は発足式の参加者+家族			<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時診療(主治医、外来主治医)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>グループの内容は、実施の会によって変化有り</li> </ul>

治療や関わりと、サポートシステムを個人の状況、能力に応じて利用することで、短期間の入院、また長期入院となった方であっても持っている能力を生かし、退院し、地域生活をめざしていただくことを当院の退院支援の目標にしていた。

しかしながら、様々な事情で長期入院になった方々ひとりひとりに働きかけても、意欲や自信のなさから退院に結びつかず、不安から院内で症状が悪化してしまうケースを多く体験した。そのため、長期入院者で同じような状況にある方々、5人から10人でグループをつくり、短期間で集中的に活動し、同じ日の退院を目指すグループ実践を行った。このグループは、参加メンバーによって「あすなる会」と名付けられたが、昭和63年から平成13年の間、8回の「あすなる会」を行い、58名の、長期入院者が退院することが出来た。

## 2. 「あすなる会」の実践

「あすなる会」は、退院を目指す、いわゆる「社会復帰教室」であるが、活動の流れは表1を参照していただきたい。

メンバーの退院への意欲を高めること、グループの活動に参加することによって、社会生活への自信をつけることを目標にしている。そのための会活動の特徴として、以下のことがあげられる。

### ①「グループ退院」

「メンバー全員が退院を目指す」「自分ひとりではない」という意識を高めるため

表2

あすなる会発足式	
出席者	グループメンバー (5人~10人) 院長, 事務局長, 主治医全員, 看護部長, 担当病棟師長, あすなる担当スタッフ (PSW, 看護師2~3名, 栄養士)
内容	院長よりあいさつ (退院日のお知らせも行う) スタッフより, グループの活動説明 あすなる会代表決意表明 スタッフより, 1回目のグループ日時, 内容についてお知らせ 解散

表3

あすなる会退院式	
出席者	グループメンバー (5人~10人) 家族 (5人~10人) 院長, 事務局長, 主治医全員, 看護部長, 担当病棟師長, あすなる担当スタッフ (PSW, 看護師2~3名, 栄養士)
内容	院長より あいさつ (退院の祝辞, 病院の全スタッフが退院後の生活の応援をする) 退院者代表あいさつ 乾杯 PSWより 退院手続き, 施設入所書類, 外来通院公費などの 説明と記入の指導
解散	各自のアパートやグループホームへスタッフが同行し, 環境 整備と当日の食事などの準備, 施設職員への申し送りなど行う

表4 あすなる会プログラム

・食事にすること
ガス器具の使用について学ぶ。お湯を沸かす。 買い物。調理 (ご飯, 味噌汁, ハムエッグ) 買い物。調理 (ご飯, 味噌汁, 野菜炒め) 買い物。調理 (チャーハン, 味噌汁,)
・社会生活にすること
病院周辺の施設を地図にて説明。 社会見学 (スーパー, 銀行, 弁当屋) 銭湯にて入浴 夜間外来見学。むつみ会との交流会。バスの利用 今後の心配事について話し合い。連帯オリエンテーション
・具体的な退院準備, 心構えについて
連帯についての話し合い 服薬について (講師 Dr) 退院後の生活について (講師 PSW) 退院式

に、退院日を皆同じ日に設定し、グループの発足時に、退院日をメンバーに告げる。

②「発足式」・「退院式」

表2、表3のように、きわめて儀式的に「発足式」・「退院式」を行う。式には、院長はじめ、事務局長、看護部長、看護師長、担当コ・メディカルスタッフが全員参加し、病院総体として支援していくという姿勢を示し、メンバー・家族の不安軽減のための工夫を行った。

③短期間・実践的プログラム

何らかの事情で、メンバーの参加の中断があると、グループ全体の志気の低下につながるので、期間は3ヶ月から6ヶ月の短期間に設定し、週1回から2回のグループの活動を集中的に行った。また、活動の内容は、表4のように実際の生活を意識して、食生活・社会生活・具体的な退院準備など実践的な内容にした。しかも、内容はできるだけ簡単にし、「なんとかやれる」という自信をつけることのできる内容にした。また、スタッフとしては、技術の習得を目標にするのではなく、それぞれのメンバーの能力を把握することで、退院後のサポートのポイントを明らかにすることを目標にした。たとえば、食事づくりの不得手なメンバーであれば、調理の練習をするのではなく、お惣菜、弁当、外食の利用をすすめたり、退院後、訪問看護指導の導入を考慮するというような例が挙げられる。

④チーム医療スタッフによる関わりと個別の支援

グループには、医師・看護師・精神保健福祉士・栄養士が、チームを組んで関わる。また、メンバーの状況を病棟のスタッフ会議で報告し、主治医・看護部・作業療法士や臨床心理士などのコ・メディカルスタッフと連携をとりながら、退院支援をすすめる。具体的には、看護師は、病状の変化の有無、日々の不安の受容、服薬自

表5

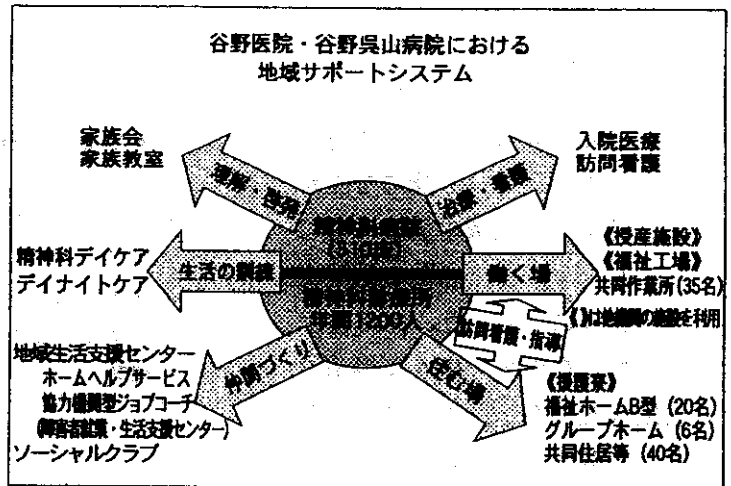
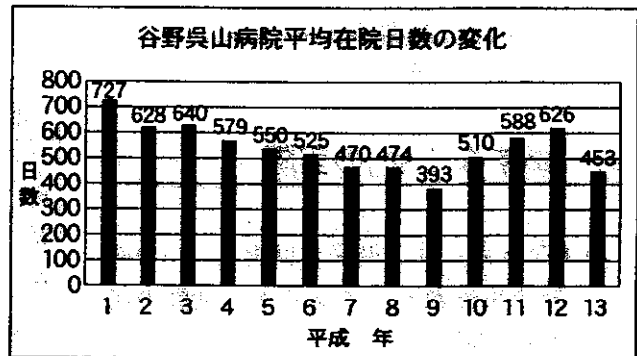


表6 あすなろ会実施期間と退院者数

	実施期間	退院者数
第1回	昭和63年7月～9月	男性10名
第2回	平成2年6月～8月	男性7名・女性2名
第3回	平成2年8月～9月	男性5名
第4回	平成4年6月～9月	男性3名・女性5名
第5回	平成6年1月～4月	男性8名
第6回	平成7年12月～平成8年5月	男性4名・女性3名
第7回	平成8年12月～平成9年2月	男性5名
第8回	平成13年2月～平成13年4月	男性3名・女性3名
		計58名(重複2名)

(グラフ1)



己管理の指導、手持ち品の整理や生活用品購入などの補助を行う。また、精神保健福祉士は、アパート探し、グループホームなどや共同作業所の利用手続きや助言、家族の調査・連絡調整、経済基盤の確立のための福祉事務所との交渉、保健所との連絡調整、訪問看護等のケアシステ

ムの利用の説明を行った。一方、栄養士は、実際の生活を想定しての調理実習、地域のスーパーへ同行しての買物指導、献立の助言などを行った。これらの特に、個々の状況に応じた、チーム医療スタッフによる、きめ細やかな個別の支援が必要である。

### ⑤サポートシステムの整備

「あすなる会」のメンバーが退院して地域での生活を送るためには、新たなサポートシステムが必要となった。そのために、訪問看護指導体制の再編、デイケア実施日の増設、ダイナイトケアの実施、共同作業所の定員増のための支援など、システムの拡充を病院全体で検討し、おこなっている。さらに、グループホーム、小規模社会復帰施設（富山県単独事業）などを設立し、平成13年には、福祉ホームB、大規模デイケア・ダイナイトケアセンター、地域生活支援センターからなる複合施設を立ち上げ、表5に示すような、サポートシステムに整備していった。

## 3. あすなる会の成果

昭和63年から平成13年までの期間に8回の「あすなる会」を実施し、計58名（2名重複）の長期入院者が退院することができた。（表6）当院の平均在院日数が、グラフ1のように「あすなる会」の実施によって、減少している。

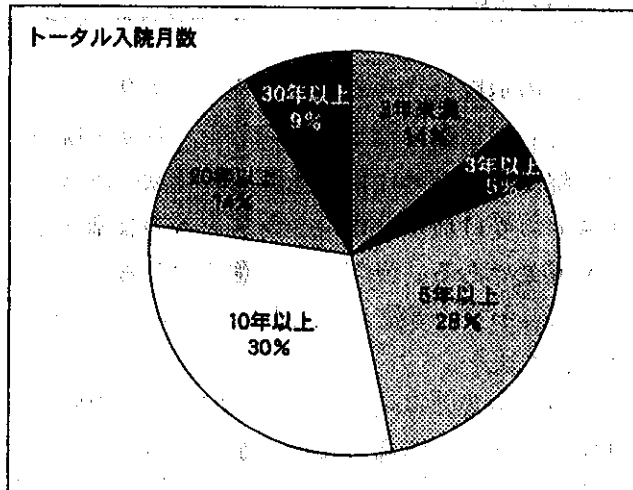
退院者の87.5%は、統合失調症であり、平均で165.8ヶ月（約13年8ヶ月）の合計入院期間を有している。5年以上の入院者が47名で81.0%を占めている。（グラフ2）

退院時の年齢は、平均47.7歳で40歳代と50歳代で72%となる。（グラフ3）

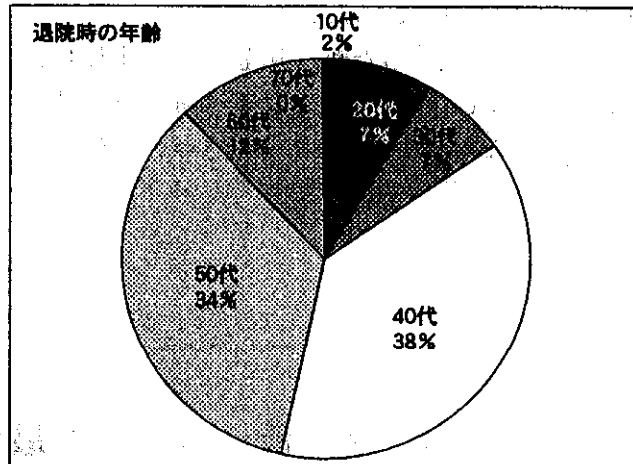
56名の退院者のうち、平成14年現在での転帰は、52% 29名が通院中、再入院（他科含む）が16名、死亡8名、不明3名となっている。（グラフ4）

生活の場所は、アパートでの単身生活が21名と一番多く（グラフ5）、日中の活動は、デイケ

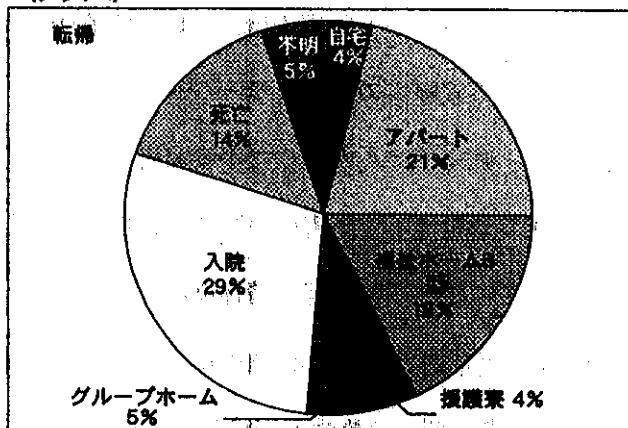
(グラフ2)



(グラフ3)



(グラフ4)



ア・ダイナイトケアへの通所が16名と多くなっている。

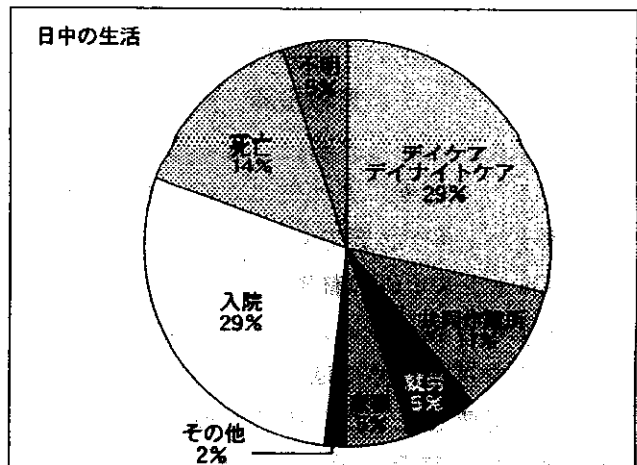
おわりに

当院の退院促進のためのグループ実践「あすなる会」の活動を簡単に報告した。長期入院者の退院促進のためには、当事者の意欲の改善と地域での受け皿＝サポートシステムの整備が必要不可欠である。当院では、意欲の改善のために、あらかじめ退院日を決めた「グループ退院」という方法をとってみた。

長期入院者の退院支援、特に同じ日の退院は退院に向けての準備、調整にかなりのマンパワーとエネルギーが必要である。そのためには、病院総体として取り組むという、姿勢とチーム医療での関わりが必須となる。

「みんな一緒だったから退院できた」「あすなる会があって心強かった」という退院者の声、「次のあすなる会には入れてください」とう入院

(グラフ5)



者の意識の変化も聞くことができ、病院を上げて取り組んだ「あすなる会」の活動は、長期入院者の退院促進に一定の成果があったのではないかと思われる。

44・号・予・告

最新精神医学 Vol.8 No.6 2003.11.25 発行

【特集】「全般性不安障害」

1. 全般性不安障害の概念は成立するか——防衛医科大学校 野村 総一郎
2. 不安障害の神経科学——佐賀医科大学 山田 茂人
3. 動物モデルからみた不安障害——金沢大学 亀井 浩行
4. 全般性不安障害の薬物療法、抗うつ薬と抗不安薬——大分医科大学 穂吉 條太郎
5. 全般性不安障害の精神療法——福岡大学 西村 良二
6. 更年期と全般性不安障害——自治医科大学 油井 邦雄
7. 老年期の全般性不安障害——東京慈恵会医大柏病院 笠原 洋勇
8. 小児の全般性不安障害——近畿大学 花田 一志

(編集ページの都合により若干変更になることがあります。編集室)