

精神科医療機関の視点から 地域連携（医療と保健・福祉の連携）を考える

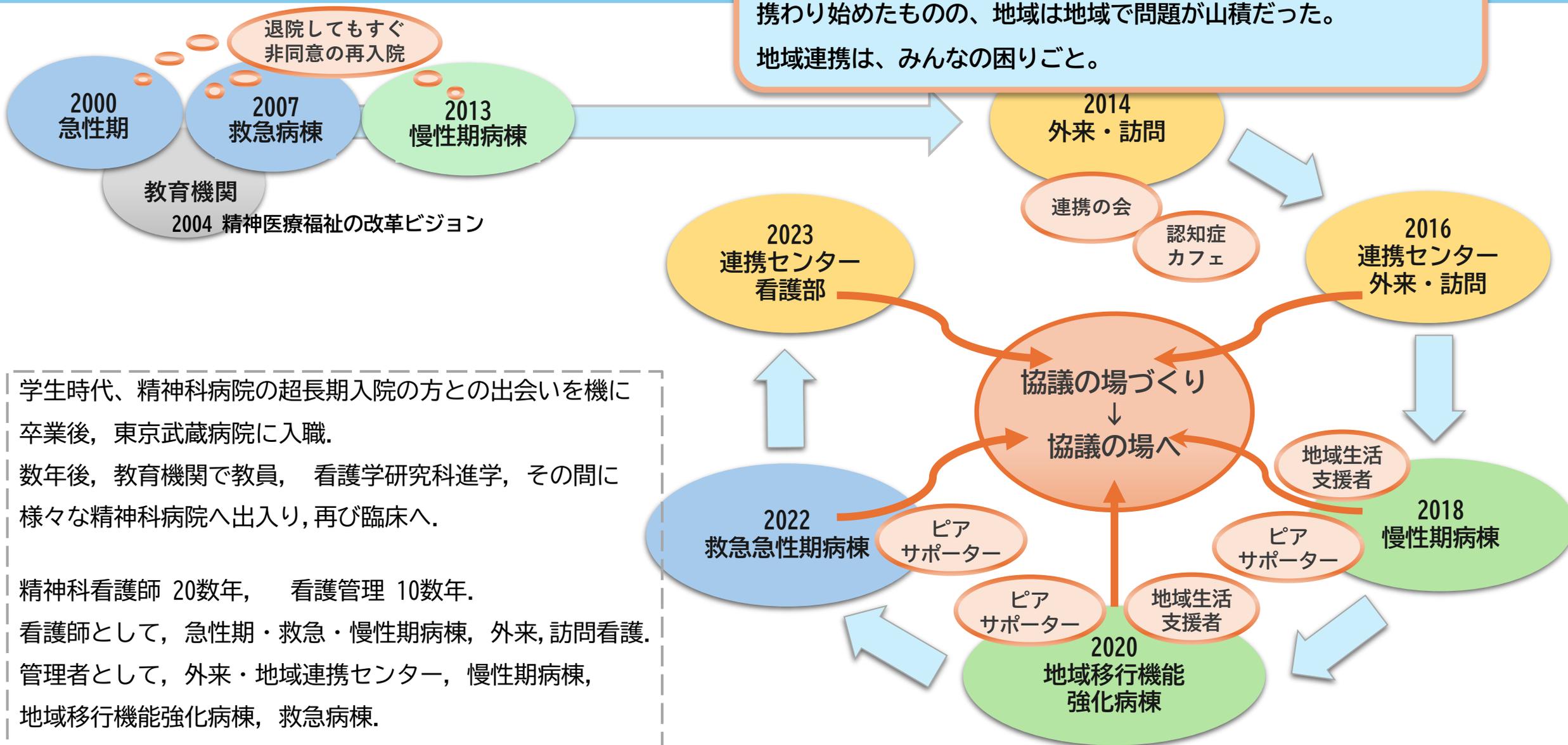
— 長期入院を招かないための早期の多機関連携 —

自己紹介

病院だけの支援は限界。

地域生活の支援者と連携していかなければと思い、地域での会議に携わり始めたものの、地域は地域で問題が山積だった。

地域連携は、みんなの困りごと。



退院してもすぐ
非同意の再入院

学生時代、精神科病院の超長期入院の方との出会いを機に卒業後、東京武蔵病院に入職。

数年後、教育機関で教員、看護学研究科進学、その間に様々な精神科病院へ出入り、再び臨床へ。

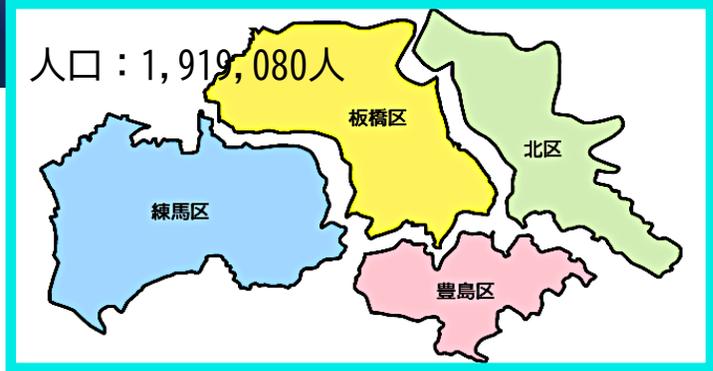
精神科看護師 20数年、看護管理 10数年。

看護師として、急性期・救急・慢性期病棟、外来、訪問看護。

管理者として、外来・地域連携センター、慢性期病棟、地域移行機能強化病棟、救急病棟。

現在は、地域医療連携センターと看護部。

当院が位置する医療圏



<医療資源の状況>
自構想区域完結率：60%
近隣区域を含めると：90%
精神科病床：3,320床

東京都地域医療構想より

This text box provides key data on medical resources. The number of psychiatric hospital beds (精神科病床) is 3,320, which is circled in red. It also states that the self-concept area completion rate is 60%, and including neighboring areas, it reaches 90%. The source is cited as the Tokyo Metropolitan Area Medical Planning.



東京武蔵野病院の概要

設立年 : 昭和18年

所在地 : 東京都 板橋区

病床数 : 552床

病棟数 : 10 病棟

機能 :

- 救急急性期 2病棟
- 急性期治療病棟 2病棟
- 認知症治療病棟 1病棟
- 特殊疾患病棟 1病棟
- 慢性期病棟 4病棟
- 精神科外来 訪問看護 内視鏡
- デイケア 地域医療連携センター

2023年 入院者数 : 1549名 退院者数 : 1543名
(措置入院件数 : 101名)

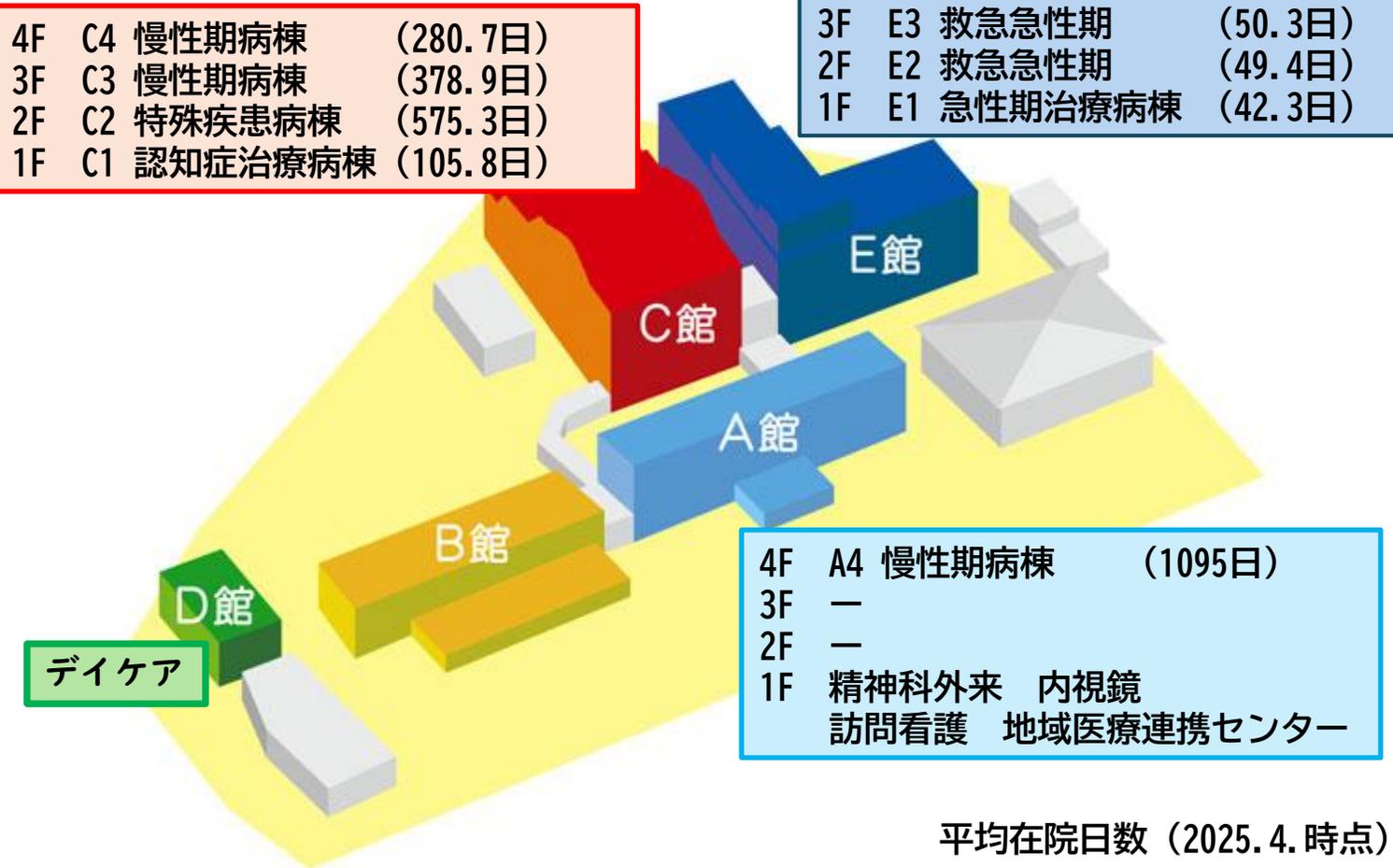
2024年 入院者数 : 1464名 退院者数 : 1454名
(措置入院者数 : 131名)

平均在院日数 (2025年1月~3ヶ月)

救急 : 48.5日
急性期 : 50.6日
慢性期 : 572.1日

4F	C4	慢性期病棟	(280.7日)
3F	C3	慢性期病棟	(378.9日)
2F	C2	特殊疾患病棟	(575.3日)
1F	C1	認知症治療病棟	(105.8日)

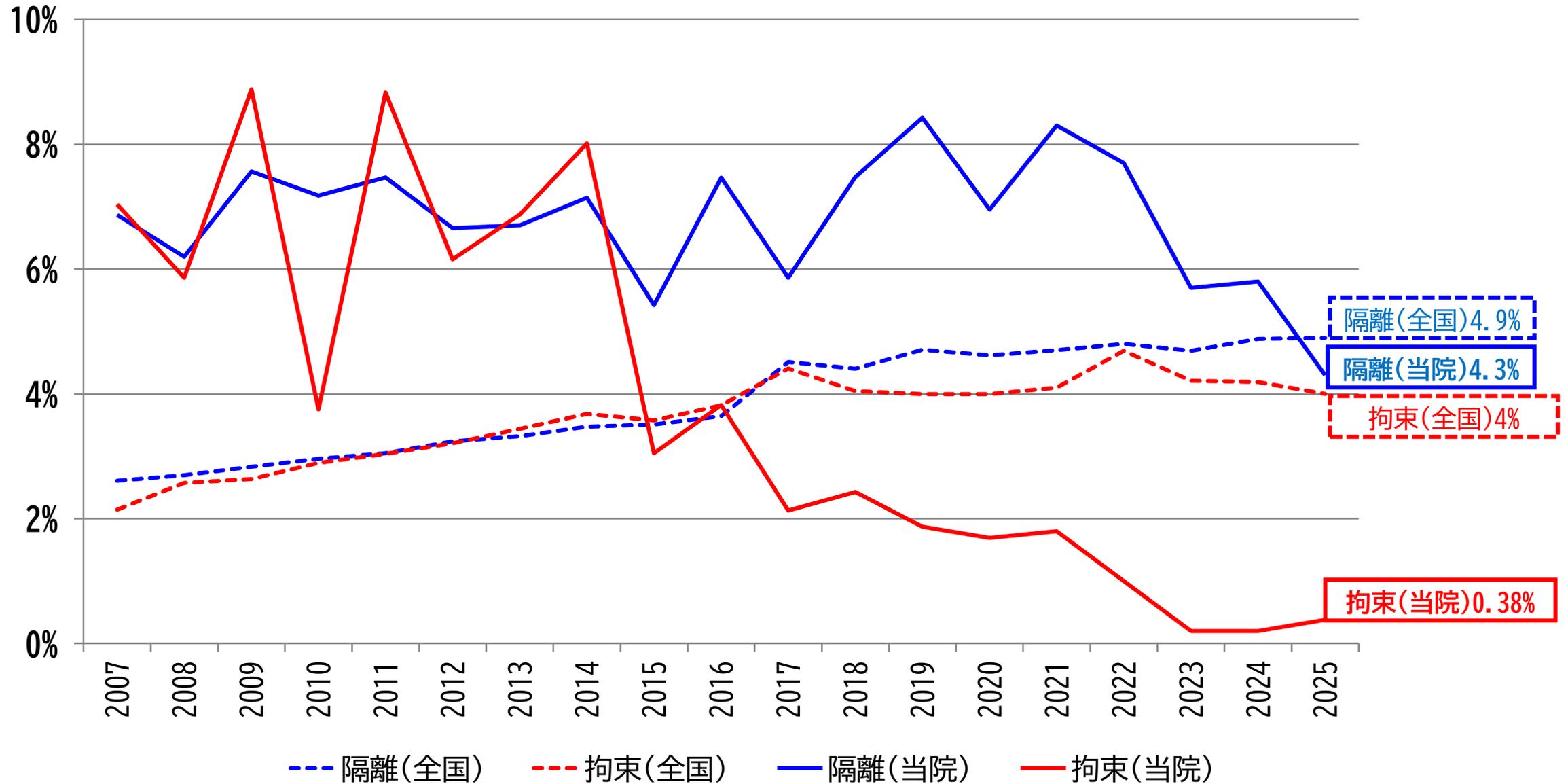
5F	E5	慢性期病棟	(446.0日)
4F	E4	急性期治療病棟	(58.3日)
3F	E3	救急急性期	(50.3日)
2F	E2	救急急性期	(49.4日)
1F	E1	急性期治療病棟	(42.3日)



4F	A4	慢性期病棟	(1095日)
3F	—		
2F	—		
1F	精神科外来 内視鏡		
	訪問看護 地域医療連携センター		

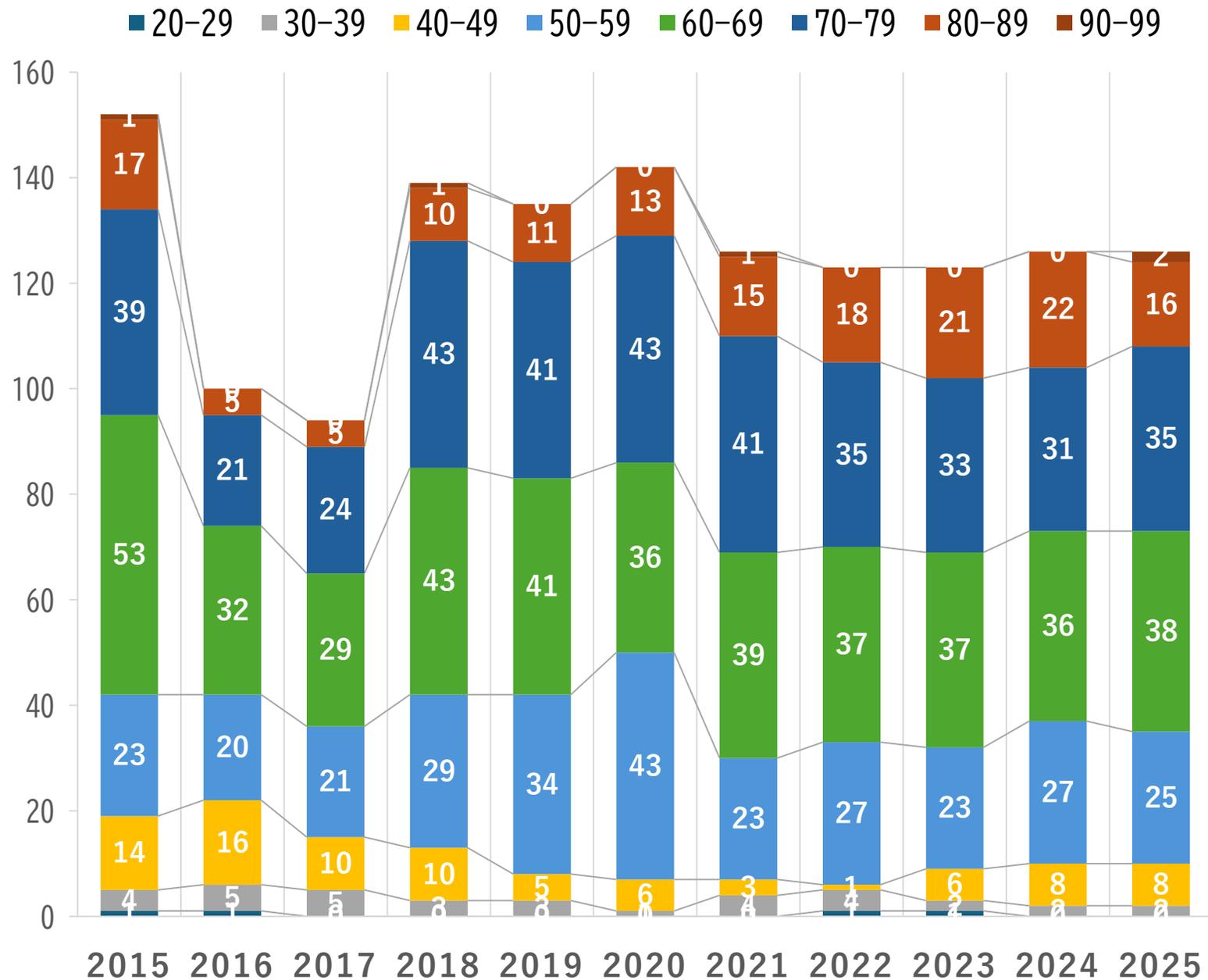
平均在院日数 (2025.4.時点)

入院患者数に占める隔離・拘束の割合 年次推移



年齢層別 入院期間5年を超える患者数の推移

- ◆過去10年の年齢区分割合に大きな変化がない
- ◆毎年、40代～80代の超長期入院患者7, 8名が退院
- ◆死亡退院も5名～8名



本日も参加のさまざまな機関、職種の方々へ

👉 地域性の異なる場所で、精神科医療機関の看護師として実践してきた立場からのお話です。

👉 約四半世紀に亘り、同じ医療機関で患者さんを見てみると、「障害や疾患の重さが同じでも地域で暮らしを得られた方とそうでない方々」がいることに気がつきます。その違いは何だろうと考えます。

👉 救急急性期病棟にいる頃は、

患者さんが入院して症状がよくなって退院しても、またすぐに戻ってくる。

そして、次第に入院頻度が上がり、病棟で「入院生活が始まるだけで安定する人」になっていく人たちがいる。

👉 外来にいる頃は、

悪態をついて退院した方の中にも、退院後に病院に相談の電話をかけてきたり、寂しさや不安を述べたり…。

長期入院を経て退院された方が通院するのに、病棟から連絡が来なかったり…。

👉 慢性期病棟にいる頃は、

超長期入院の方々に「退院したい」と思ってもらえるための労力はとても大きく奮闘つづき。

さらに、退院が現実味を帯び始めた時の不安を越えていくことも大きな課題。

既遂率の高い自殺が発生するのもこの時期。

退院したかったはずなのに、医療と距離ができ始める時の「揺らぎ」を医療だけで支えるのは限界。

その方らしい生活を支える包括的な
支援は、医療だけではできない

多職種・多機関連携が必須の時代

👉 皆さまそれぞれの立場で、利用できそうなものを持ち帰っていただければ幸いです。

本日の内容

超長期入院に至った
方々の経過の共通性

1. 慢性期病棟の地域移行

- A. 入院経過の特徴と社会背景
- B. 連携支援のイメージ
- C. 保健・福祉と病棟づくり

長期入院を防ぐのは、
早期の連携アプローチ

2. 医療と保健・福祉

- A. 急性期の医療支援の流れ
- B. 急性期の医療の現状
- C. 医療と保健・福祉の連携が
できるBookの内容

改めて超長期入院の
方々の現実を見る

3. 誰もが暮らしを

- A. 超長期入院の方の現実
- B. 法改正の意味
- C. 暮らしを得られた方との違い

1. 慢性期病棟の地域移行

超長期入院に至った
方々の経過の共通性

1. 慢性期病棟の地域移行

- A. 入院経過の特徴と社会背景
- B. 連携支援のイメージ
- C. 保健・福祉と病棟づくり

長期入院を防ぐのは、
早期の連携アプローチ

2. 医療と保健・福祉

- A. 急性期の医療支援の流れ
- B. 急性期の医療の現状
- C. 医療と保健・福祉の連携が
できるBookの内容

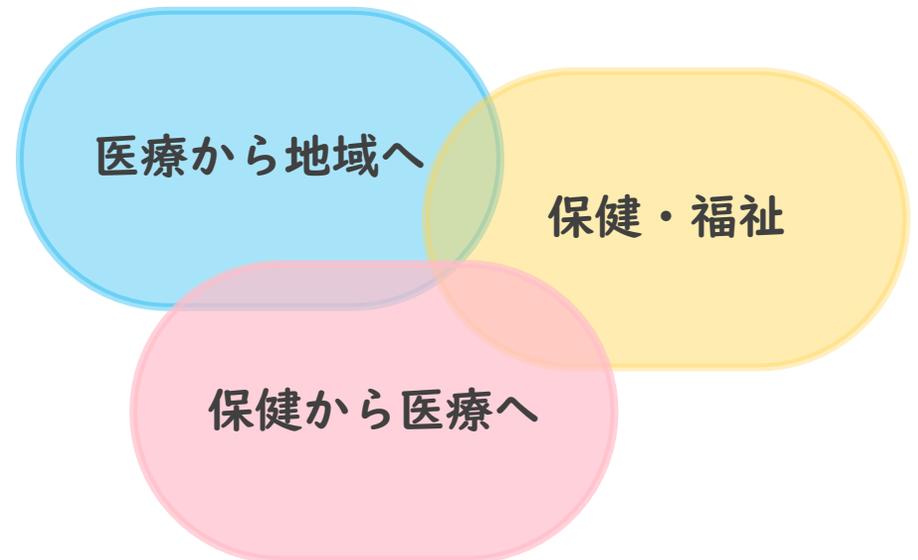
改めて超長期入院の
方々の現実を見る

3. 誰もが暮らしを

- A. 超長期入院の方の現実
- B. 法改正の意味
- C. 暮らしを得られた方との違い

1. 慢性期病棟の地域移行 当院の慢性期病棟での看護に必要なこと

- ➡ 精神医療の変遷と意思表示を諦めた経過を想像する力
- ➡ 代理行為を漫然と続けることによる生活障害への影響の理解
- ➡ 目の前のケア、問題解決思考になりやすい看護の特性を意識する
- ➡ 地域生活支援の変化への関心と地域生活の支援者に精神医療の限界と現実を伝える
- ➡ 医療と保健・福祉、当事者の方々と対象の見方に違いがあることを前提として協働
- ➡ 最前線の支援力が発揮されるには、組織づくり、病棟づくりが基盤



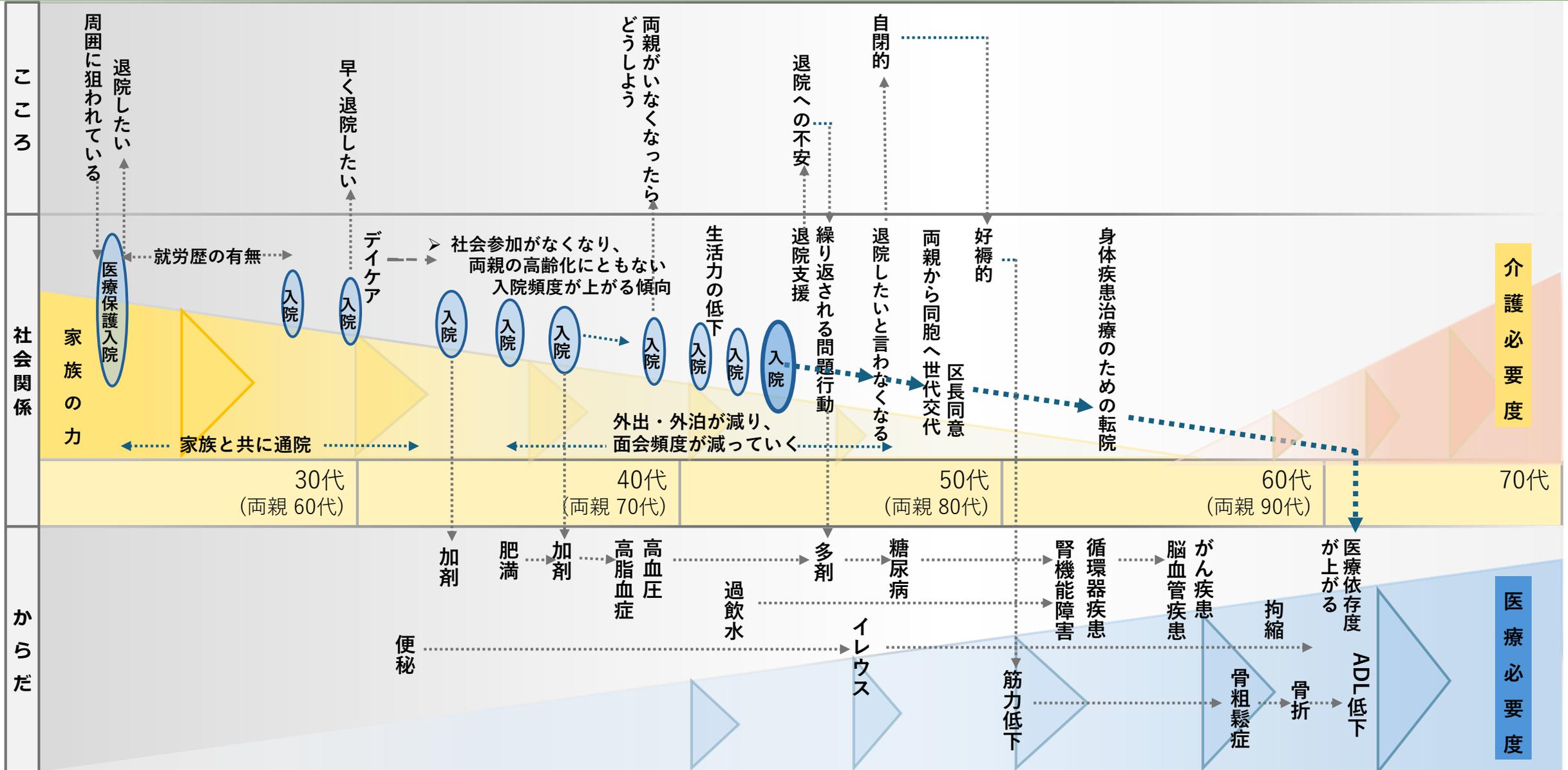
1. 慢性期病棟の地域移行 医療の立場から地域生活の支援者に伝えたいこと

- ➔ 入院期間が長くなるほど家庭への退院割合は低下し、5年以上の入院患者の30%以上が死亡・不明の退院
- ➔ 私達が暮らしを営む同じ地域で、社会から程遠く、病院で亡くなる方々がいることを知ってもらいたい
- ➔ 入院を1年前後にとどめることが、長期入院の分岐
- ➔ 1年未満の入院中に地域生活の支援が存在することは、医療で抱える長期入院の予防につながる
家族や医療以外の健康的な依存対象がある人は、地域でのその方らしい暮らしを得ている

この点は最後にお伝えします



1-A. 5年以上の超長期入院の方々の入院経過の特徴



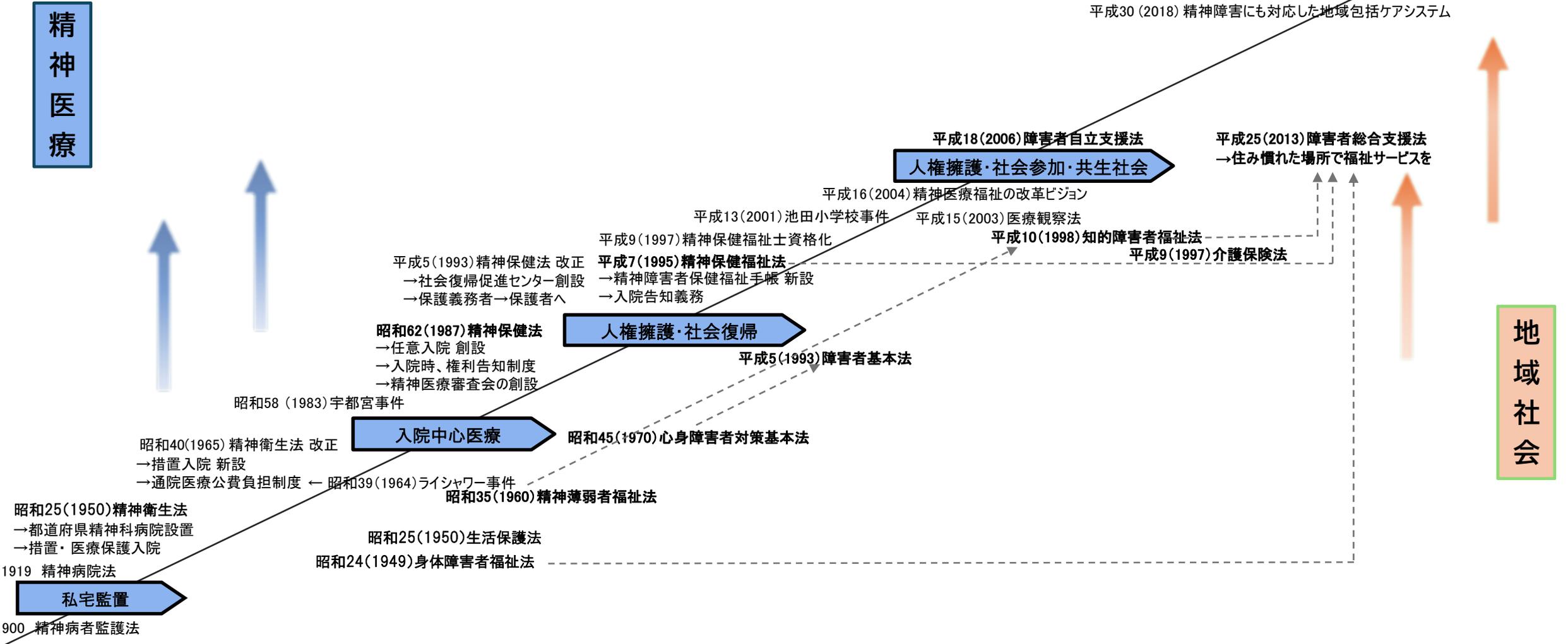
我が国の精神医療の歴史的背景

令和6(2024)精神保健福祉法改定
→医療保護入院期間の法定化
→虐待防止の事項
→入院者訪問支援事業
→精神保健相談支援体制の整備

令和6(2024)診療報酬・介護・福祉トリプル改定
令和3(2021)地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会
平成30(2018)精神障害にも対応した地域包括ケアシステム

精神医療

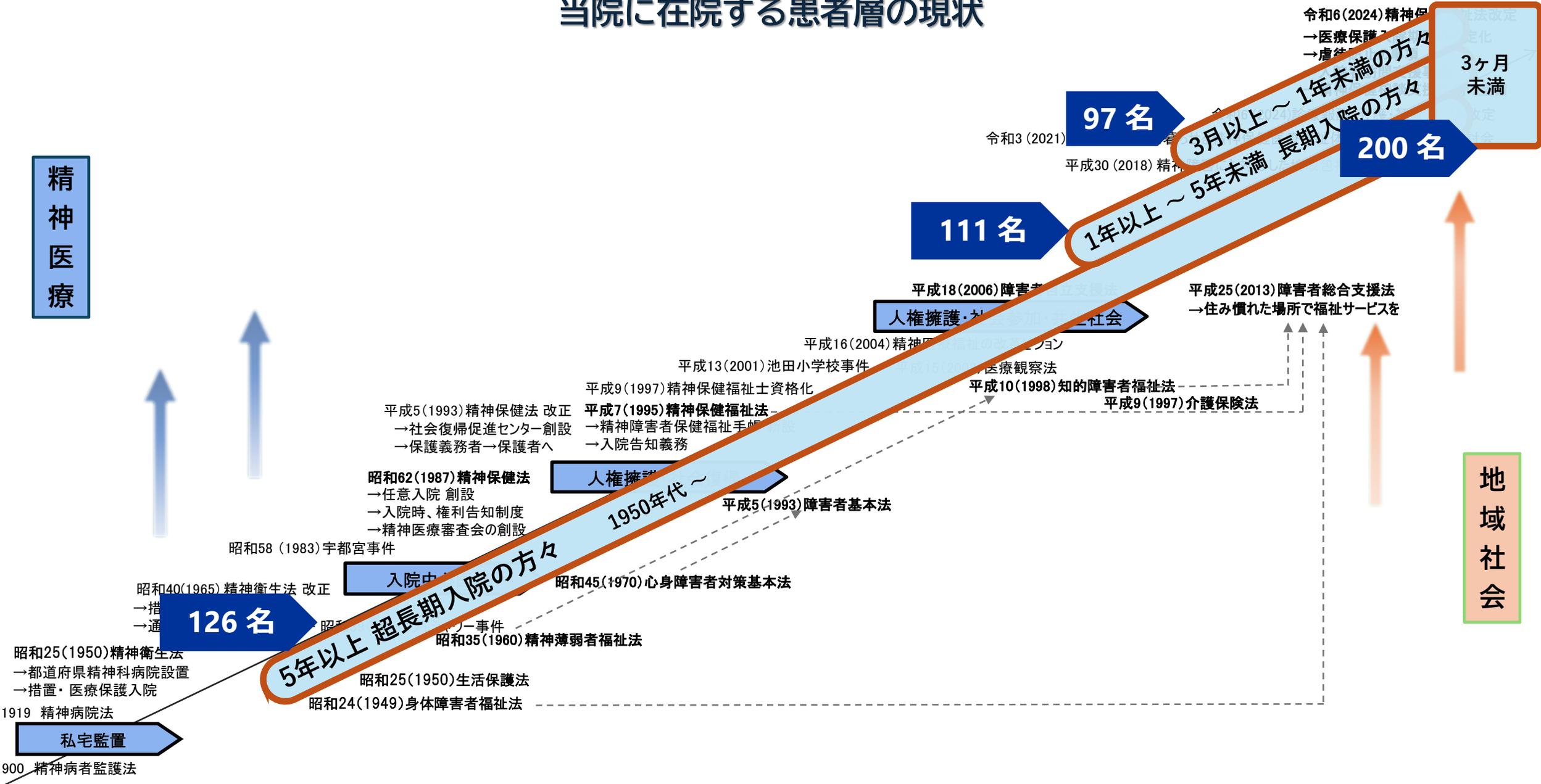
地域社会



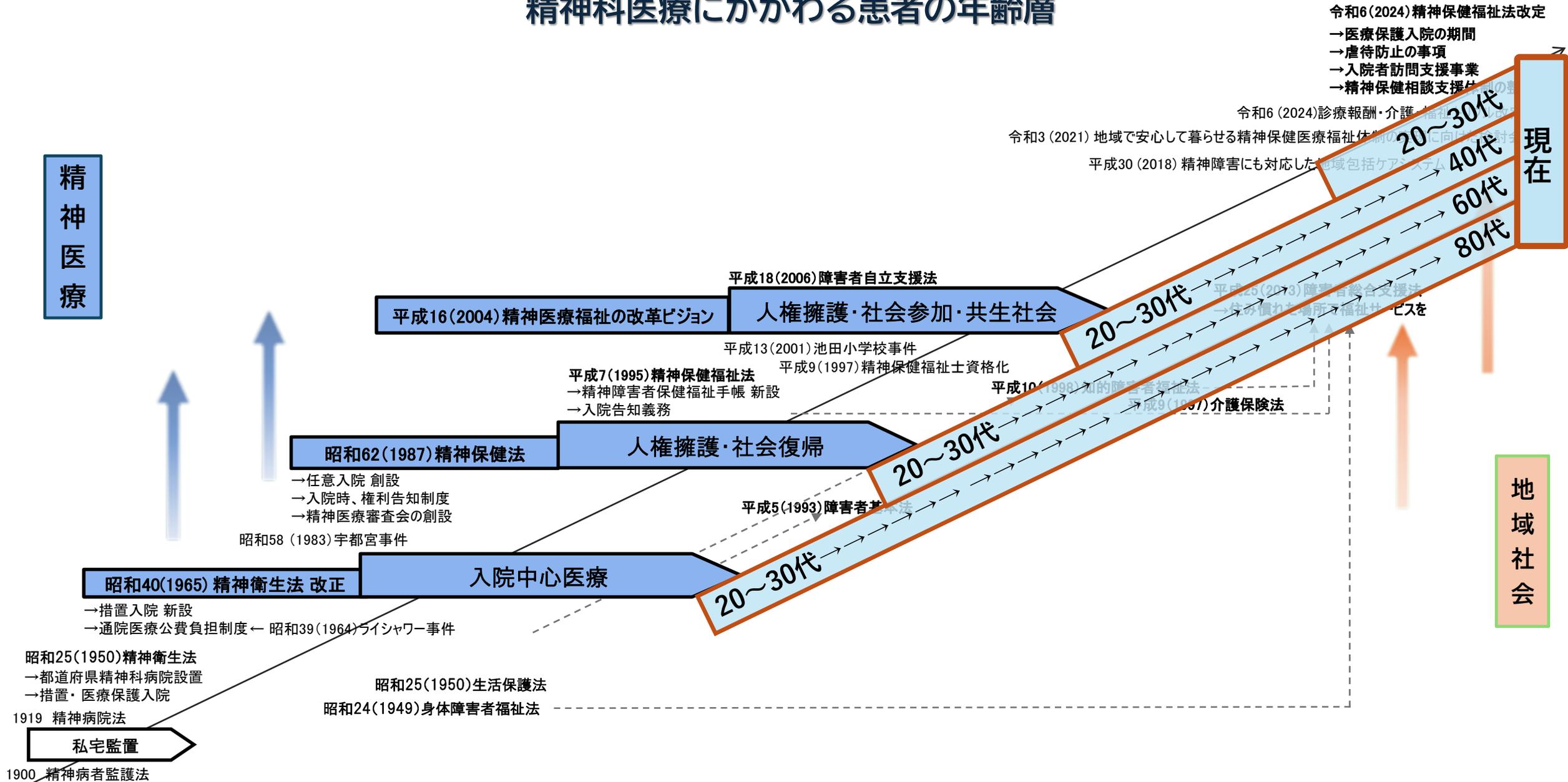
当院に在院する患者層の現状

精神医療

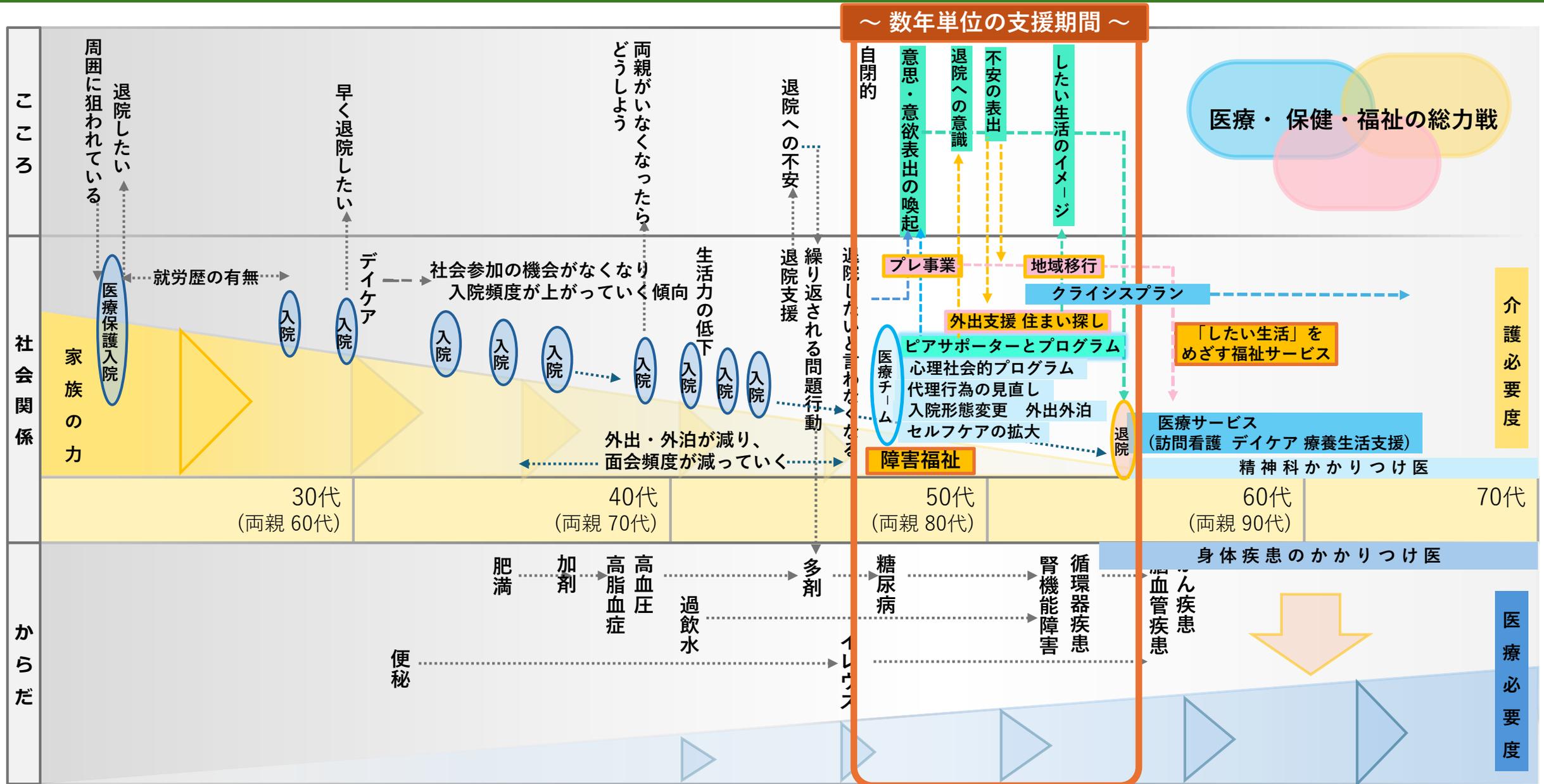
地域社会



精神科医療にかかわる患者の年齢層



1-B. 連携支援のイメージ 5年以上の超長期入院から退院した方の入院経過

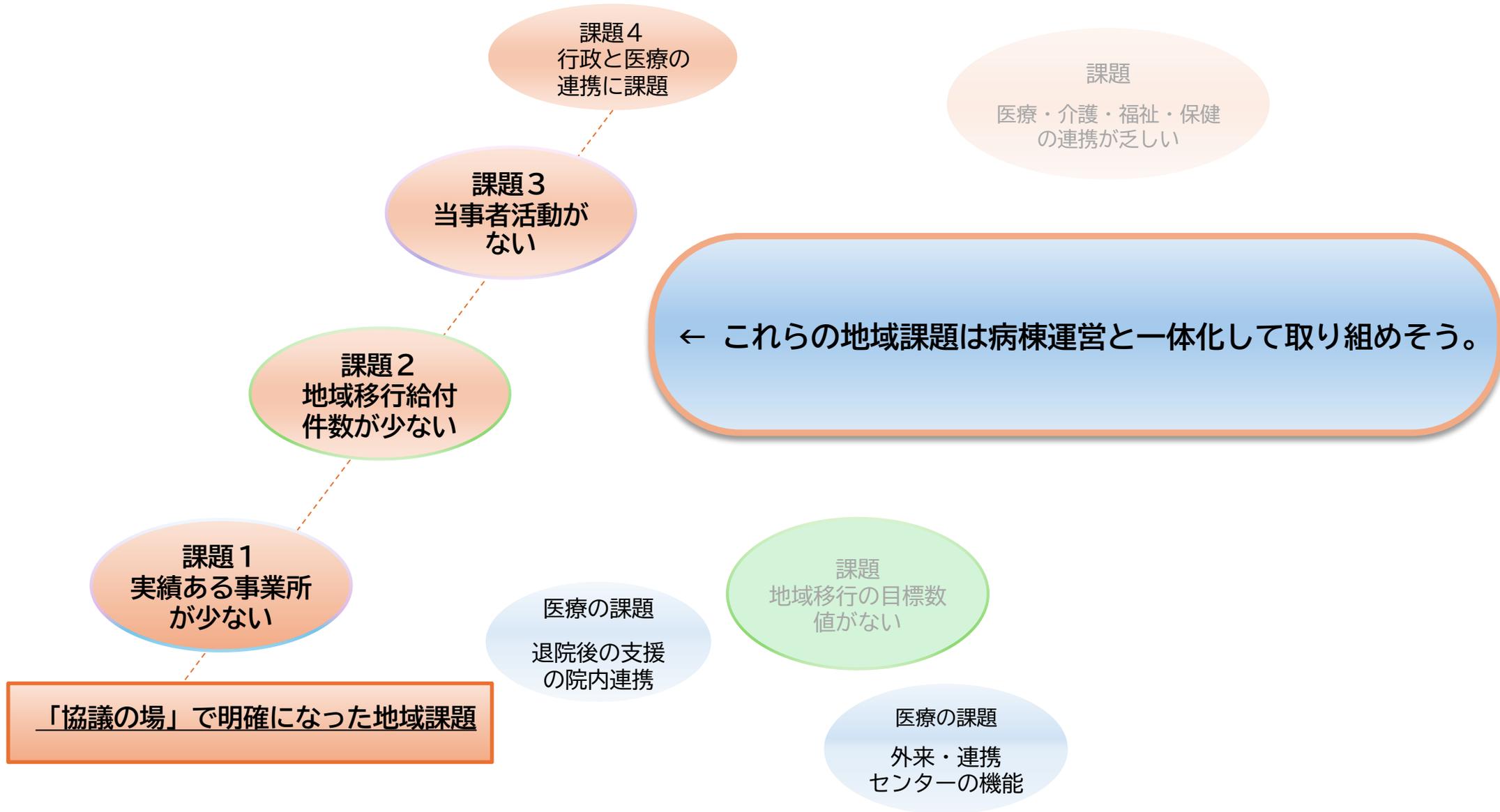


医療・保健・福祉の総力戦で
退院した、やすさん

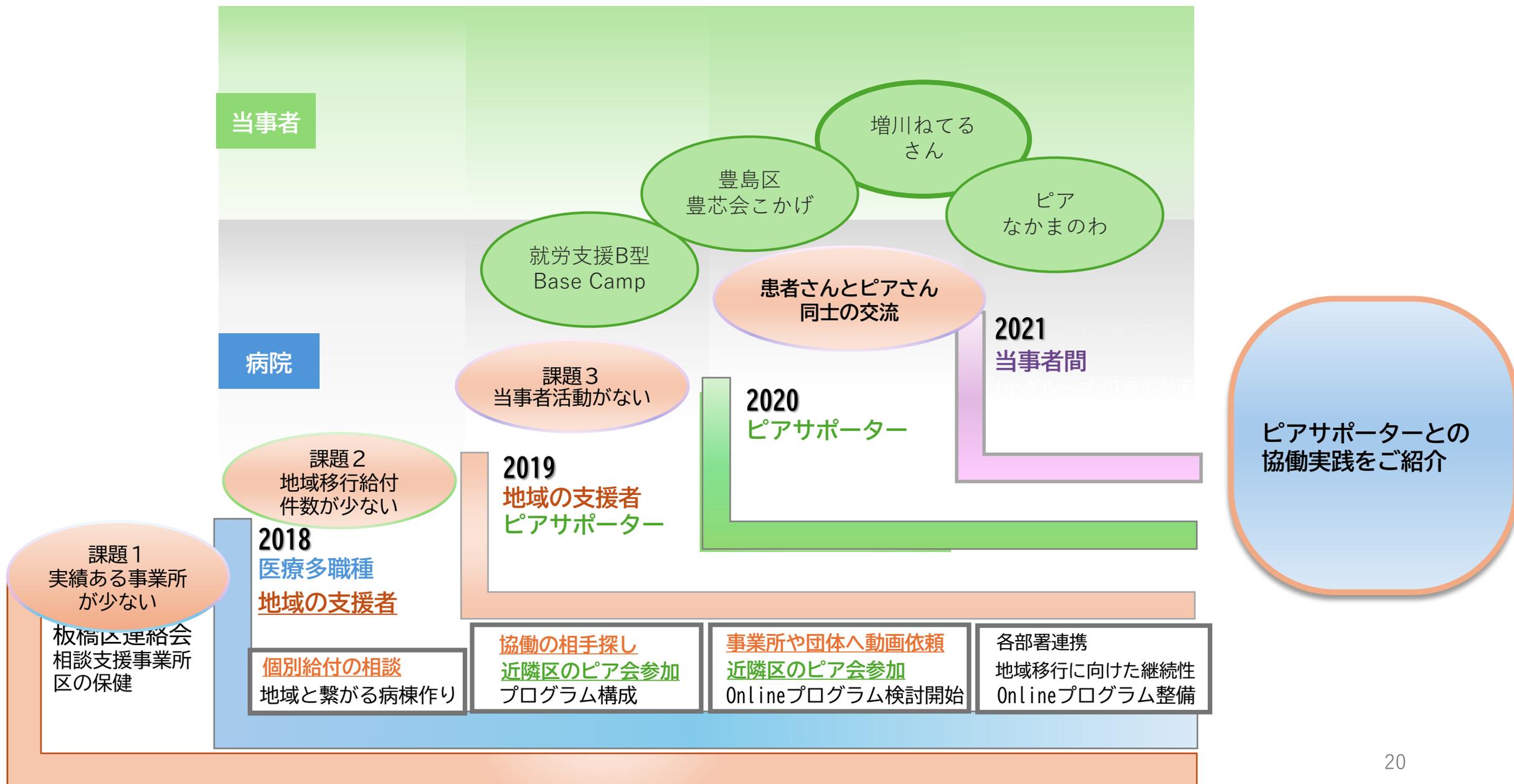
みきへ
やすさん

食事のこま
ないで

1-C. 保健・福祉と病棟づくり

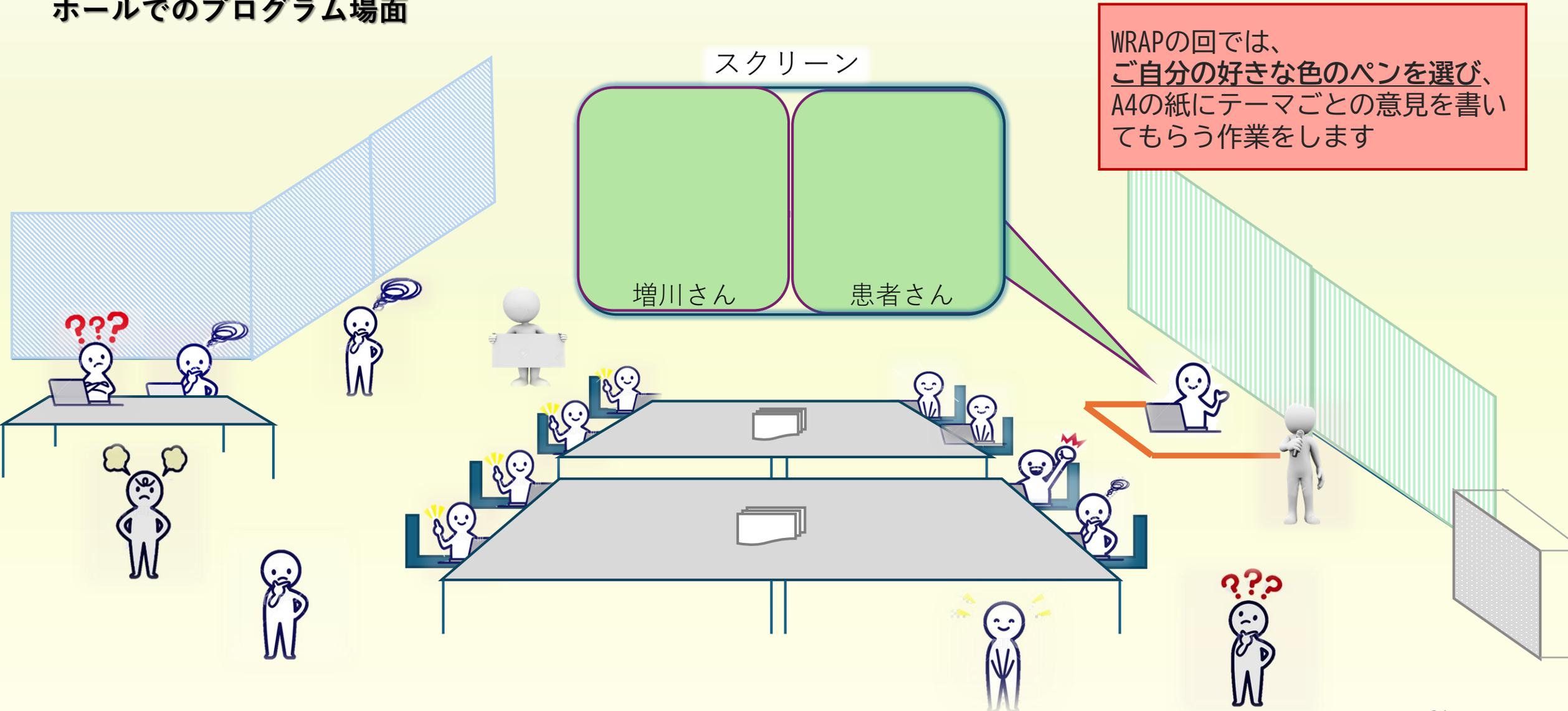


1-C. 保健・福祉と病棟づくり

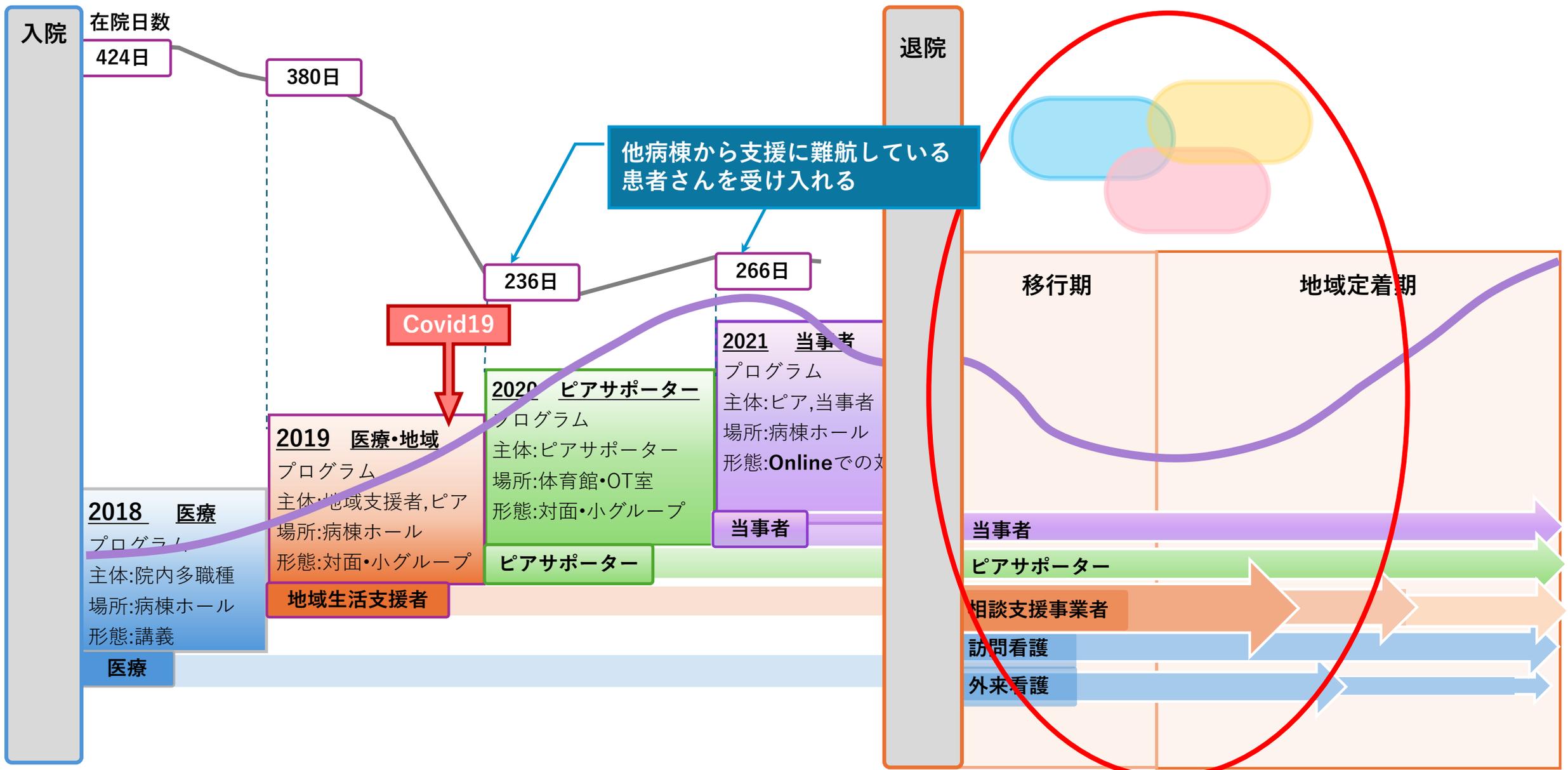


1-C. 保健・福祉と病棟づくり

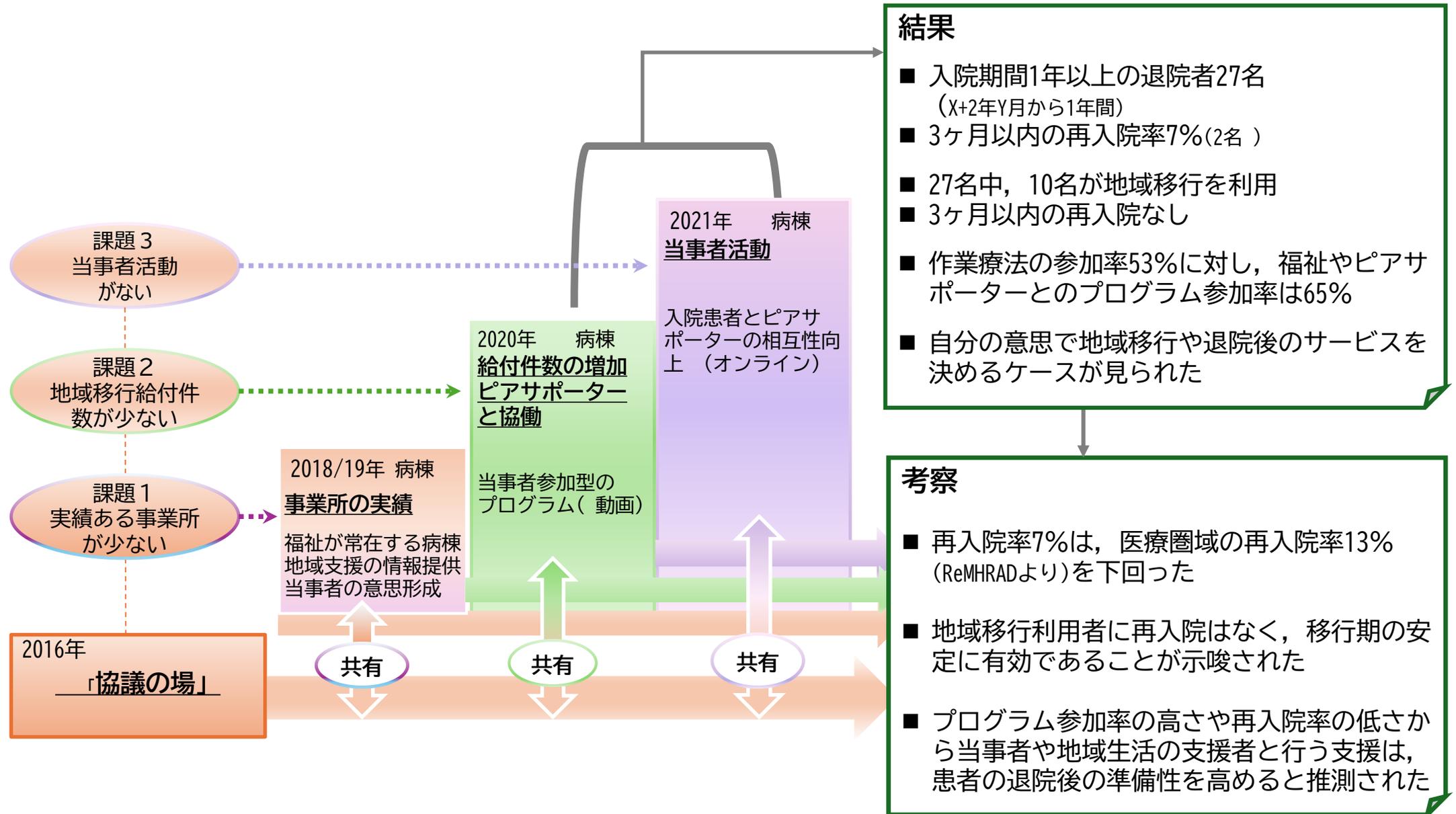
ホールでのプログラム場面



1-C. 保健・福祉と病棟づくり



1-C. 保健・福祉と病棟づくり



患者さんの声

病気のことをうちあける事はないので、ピアサポートの人とじっくり話したい

入院中、私はとても関わる事ができて良かったです

相手のことを考えながら行動するのが大切なんだと思いました。感謝しています

動画は反対です
直接会いにきてください

色々な意見を聞いて、べんきょうになる
うれしい、たのしい

収入が少なく活動するのは大変ですね

患者さんの声

ストレスは人間関係からだが、全く関わらなくては廃人になる
そういう意味でこの機会は素晴らしい

ゆううつで焦っていたのが「退院できる」
と言われて私に変化が出ました
来るときは来るからあわてません

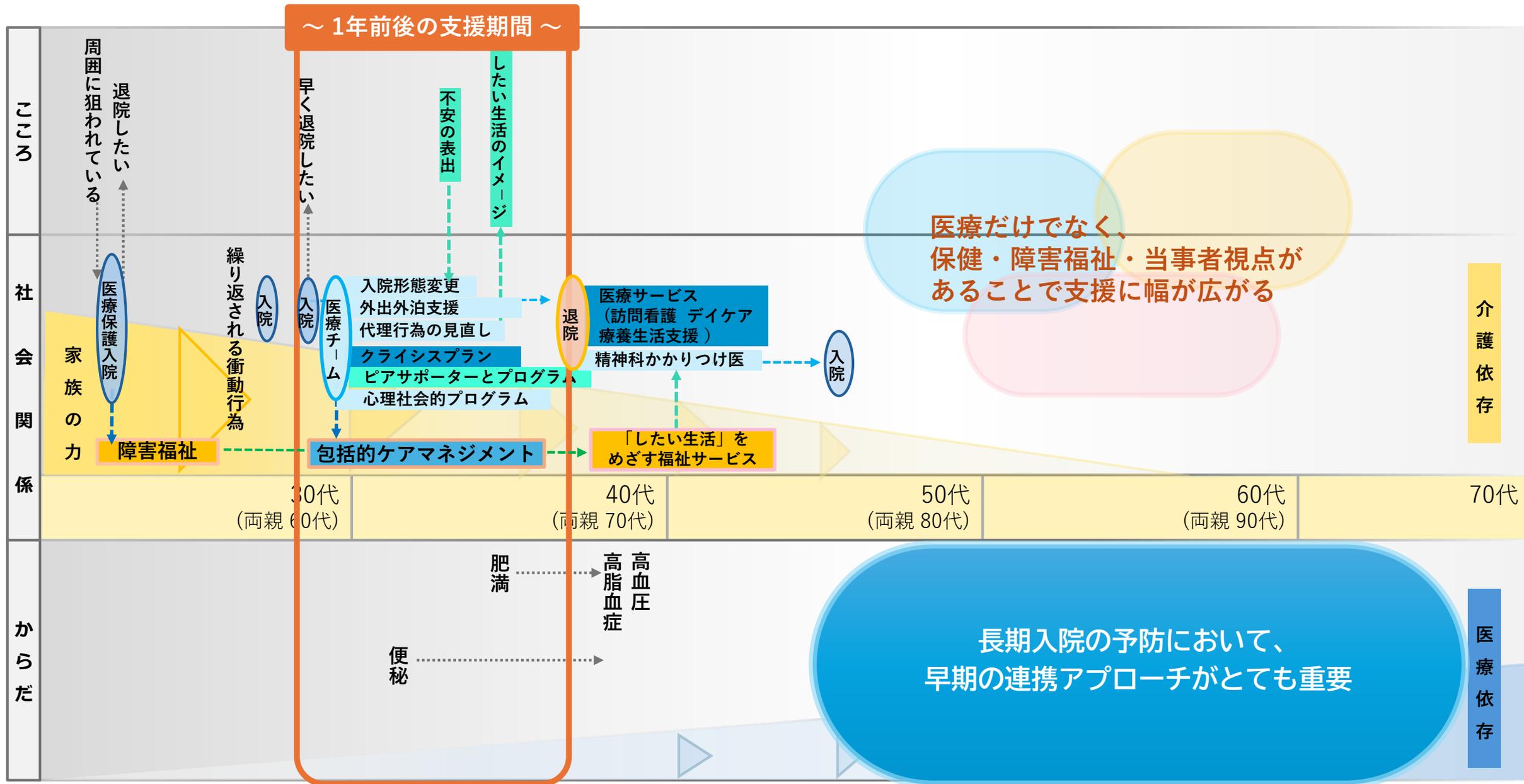
信頼感、安心感を分けてもらった
驚くほど優しくて荒んだ心がいやされた

うれしい
目標になってます

こういう職場を探して就職します

同じ悩みを持った仲間が助けあっていく事が大切
退院後にも役立つ事を聞ける

1-B. 連携支援のイメージ 1年前後で退院した方の入院経過



2. 医療と保健・福祉

超長期入院に至った
方々の経過の共通性

1. 慢性期病棟の地域移行

- A. 入院経過の特徴と社会背景
- B. 連携支援のイメージ
- C. 保健・福祉と病棟づくり

長期入院を防ぐのは、
早期の連携アプローチ

2. 医療と保健・福祉

- A. 急性期の医療支援の流れ
- B. 急性期の医療の現状
- C. 医療と保健・福祉の連携が
できるBookの内容

改めて超長期入院の
方々の現実を見る

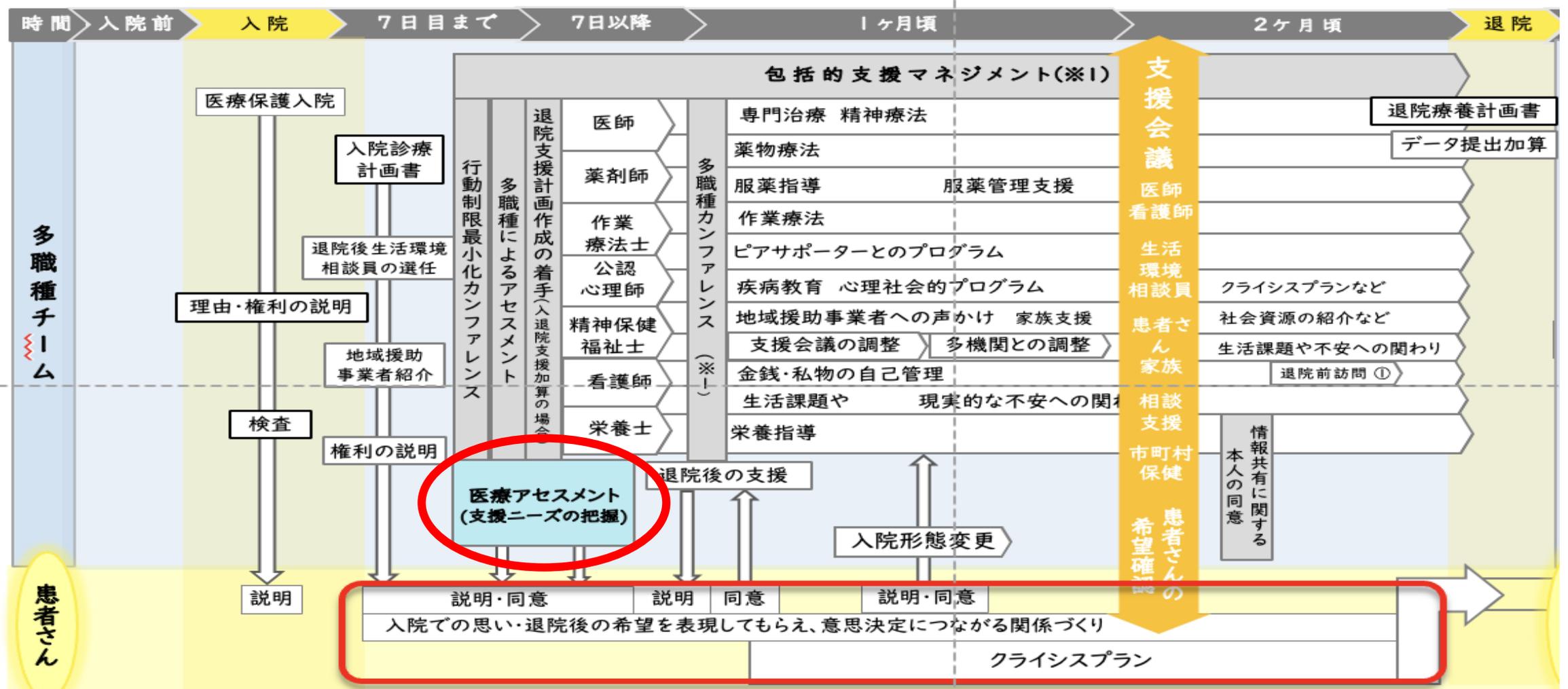
3. 誰もが暮らしを

- A. 超長期入院の方の現実
- B. 法改正の意味
- C. 暮らしを得られた方との違い

長期入院の予防において、
早期の連携アプローチがとても重要

急性期病棟での事例で考えみると・・・

2-A. 医療保護入院の方の医療支援の流れ (1例)



※1 包括的支援マネジメントとは、「さまざまな社会資源の間にとって、複数のサービスを適切に結び付けて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス利用を可能にするための援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入（マネジメント担当者自身による直接サービスの提供）を包括した集中的なケースマネジメントを意味する。

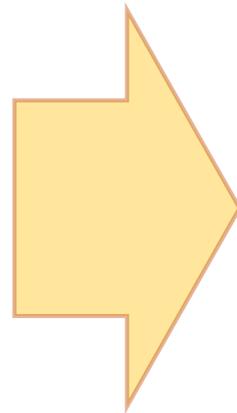
引用：厚生労働行政調査推進補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））。（2016）. 包括的支援マネジメント 実践ガイド. 精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究. 259.

※2 医療機関内の多職種による話し合いや会議

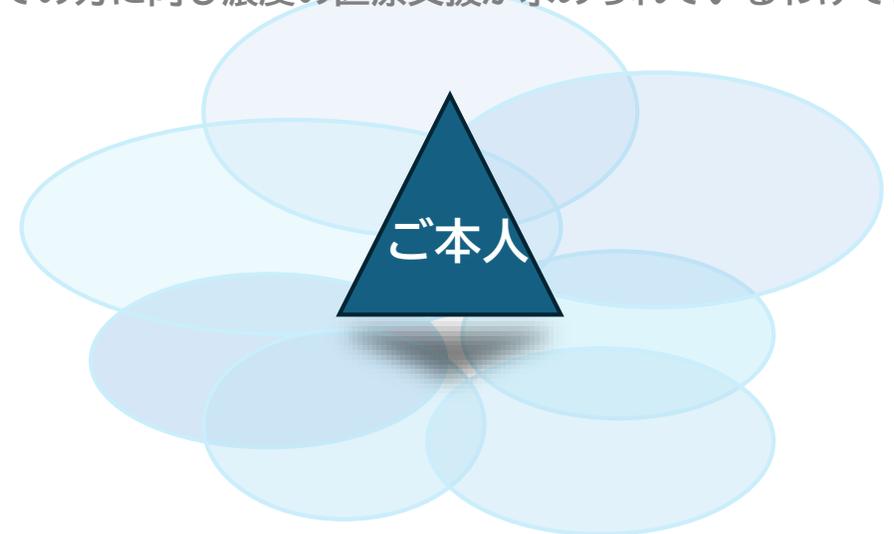
支援者の連携とは・・・



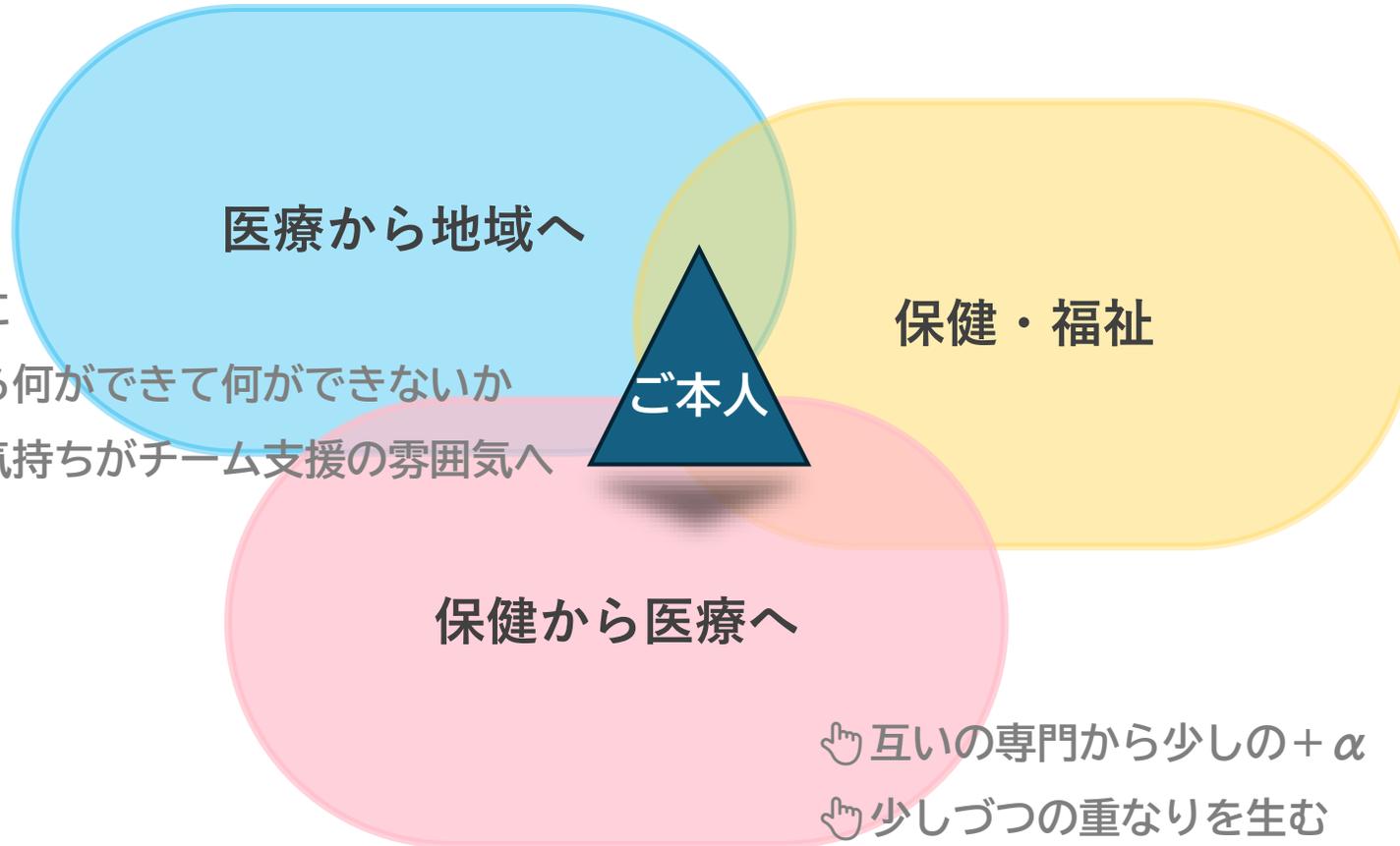
- 👏 互いの専門性を言葉に
- 👁️ それぞれの専門性から何ができて何ができないか
- 🤝 お互いに関心をもつ気持ちがチーム支援の雰囲気へ



- 👉 互いの専門から少しの $+\alpha$
- 👉 少しずつの重なりを生む
- 👉 重なりはご本人の意思や支援ニーズにより変化
全ての方に同じ濃度の医療支援が求められているわけではない



「医療と保健・福祉の連携」も同じ・・・



- 👂 互いの専門性を言葉に
- 👂 それぞれの専門性から何ができて何ができないか
- 👂 お互いに関心をもつ気持ちがチーム支援の雰囲気へ

- 👉 互いの専門から少しの+α
- 👉 少しずつの重なりを生む
- 👉 重なりはご本人の意思や支援ニーズにより変化
全ての方に同じ濃度の医療支援が求められているわけではない

連携は必要と感じながらも相互理解の機会は少ない・・・

精神保健に課題を抱えた方が、住み慣れた
場所で自分らしく暮らしていくためには

医療から地域へ

保健・福祉

ご本人

保健から医療へ

基盤整備

意外と理解する
機会がない

相手のおかれて
いる状況を理解

医療機関の実践事例から
保健・福祉との連携を
考えてみよう

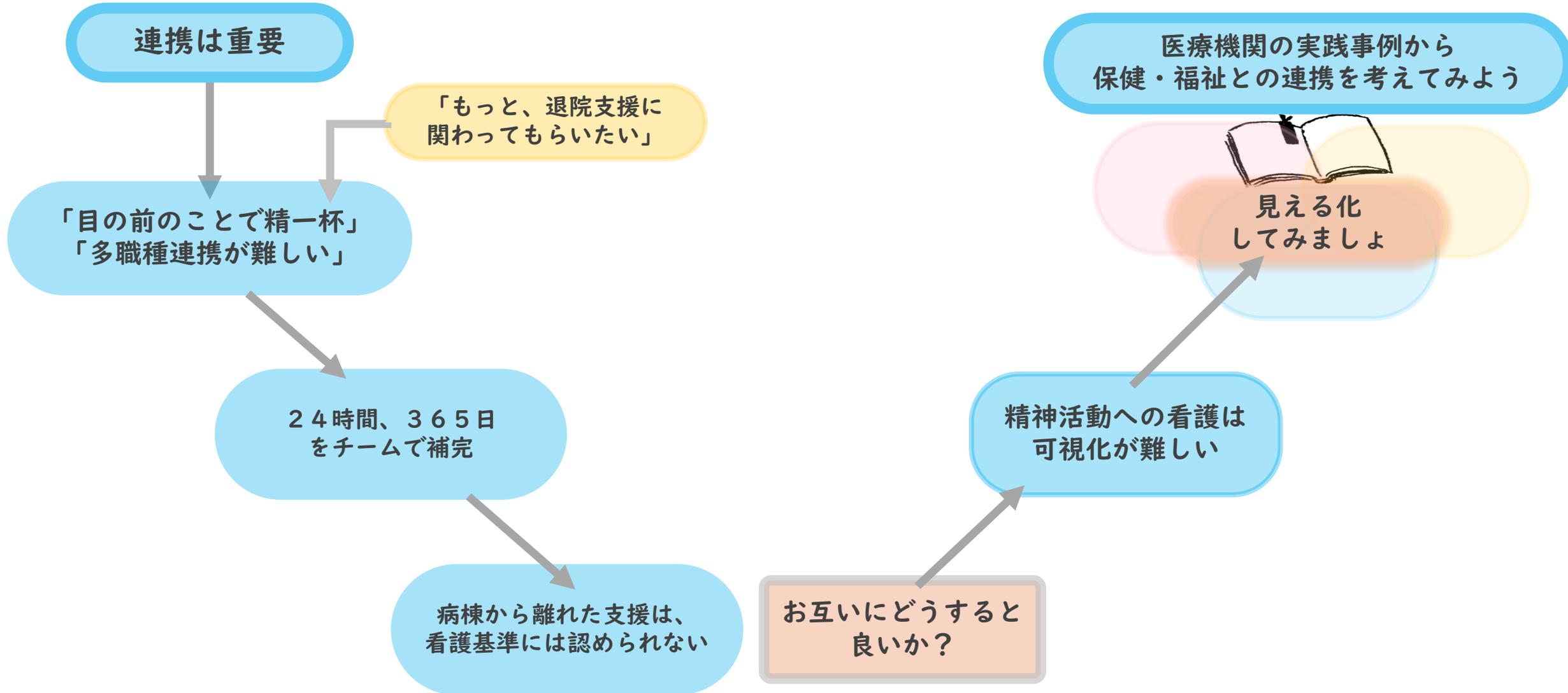
見える化
してみましょ



HIKURA できるBook

医療と保健・福祉の
連携ができるBook

今の精神科医療機関の現場は・・・



2-B. 急性期の医療資源の現状

全ての人に同量の医療資源が必要なわけではない

担当看護師の日勤における直接看護の時間に焦点をあてると・・・

- 入院期間4 5日と仮定
- 夜勤、看護師3名体制
- 週休2日・月夜勤4回の2交代シフトの担当看護師が日勤で担当できる日数は約1 5日
- 日勤での受持患者は6, 7人として、実質勤務時間7時間（勤務時間8時間のうち休憩1時間）
- 7時間の勤務時間、受持患者7名（休日は8, 9名）と仮定すると、均等割なら1患者1時間弱
- 退院までに日中、担当として直接関われる時間は「1 5時間」（15日×1時間弱）を切る
（看護記録、シーツ交換、委員会、カンファレンス、入退院受け、不測の急変や転院搬送などの時間は含まず）

→ つまり、入院4 5日の内、日勤で担当看護師が直接担当する時間は多くとも「1 5時間」が目処

→ この「1 5時間」を目処に、関係者会議や退院前訪問の時間を捻出

担当看護師が関われる
時間は限られている

立場の限界を自認し、職種・医療で抱えず、整ってきたツールを活用して保健・福祉と連携

包括的支援
マネジメント

療養生活継続支援

入退院支援

法改正

措置入院者退院後
支援ガイドライン



医療と保健・福祉の 連携ができるBook

精神科病棟看護師の立場から

内容をご紹介



1

精神科急性期治療病棟での医療支援の流れ (医療保護入院での一例)

多職種チームと看護チーム

は、病棟看護師が多職種と連携して行う支援を示す

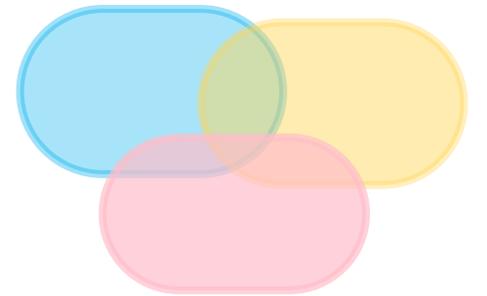


👉 地域生活の支援者の方々にとっては、病棟での医療支援の流れを知る一助となればと思います。1人の患者さんに対して、多くの専門職が関わっています

👉 多職種によるカンファレンス、退院支援計画書作成に着手し、包括的支援マネジメント(*1)の視点をもって医療アセスメントを行います

*1 セルに健康
*2 医療

- 6か月間継続して社会的役割（就労・就学・通所、家事労働を中心的に担う）を遂行することに重大な問題がある
- 自分一人で地域生活に必要な課題（栄養・衛生・金銭・安全・人間関係・書類等の管理・移動等）を遂行することに重大な問題がある（家族が過剰に負担している場合を含む）
- 家族以外への暴力行為、器物破損、迷惑行為、近隣とのトラブル等がある
- 行方不明、住居を失う、立ち退きを迫られる、ホームレスになったことがある
- 自傷や自殺を企てたことがある
- 家族への暴力、暴言、拒絶がある
- 警察・保健所介入歴がある



- 定期的な服薬ができていなかったことが 2 か月以上あった（初発の場合は「無」）
- 外来受診をしないことが 2 か月以上あった（初発の場合は「無」）
- **自分の病気についての知識や理解に乏しい、治療の必要性を理解していない**
- 直近の入院は措置入院である
- 日常必需品の購入、光熱費/医療費等の支払いに関して、経済的な問題がある
- 家賃の支払いに経済的な問題を抱えている
- 支援をする家族がいない（家族が拒否的・非協力的、天涯孤独）
- 同居家族が支援を要する困難な問題を抱えている（介護・貧困・教育・障害等）

入退院支援

療養生活継続支援

措置入院者退院後
支援ガイドライン

1

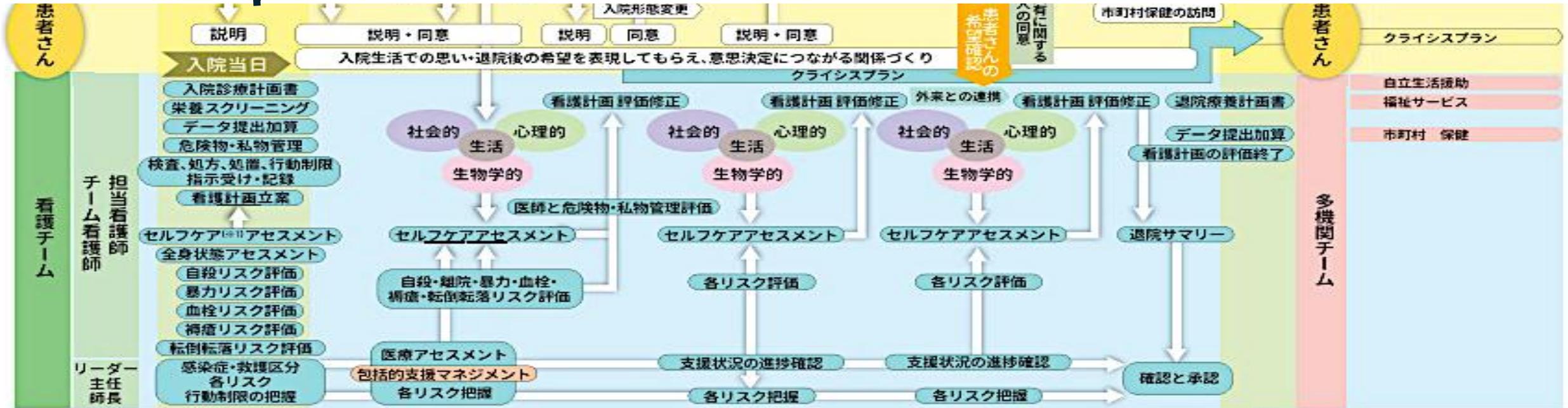
精神科急性期治療病棟での医療支援の流れ (医療保護入院での一例)

多職種チームと看護チーム

は、病棟看護師が多職種と連携して行う支援を示す



診療報酬や医療水準・看護水準上、必要なものだが、書き物が多い



※1 セルフケアとは、ドロセア・E・オレムが提唱したセルフケア理論の基本概念。精神科看護領域では、セルフケア理論をバトリシア・R・アンダーウッドが修正しオレム・アンダーウッド理論として幅広く適用されている。健康にとって基本的なものであり、その人の年齢、性別、文化、そして健康状態にかかわらず各個人に必要なものとされるもの。生命や健康、安寧を維持するために各個人が自分自身のために積極的に行う活動であるとしている。

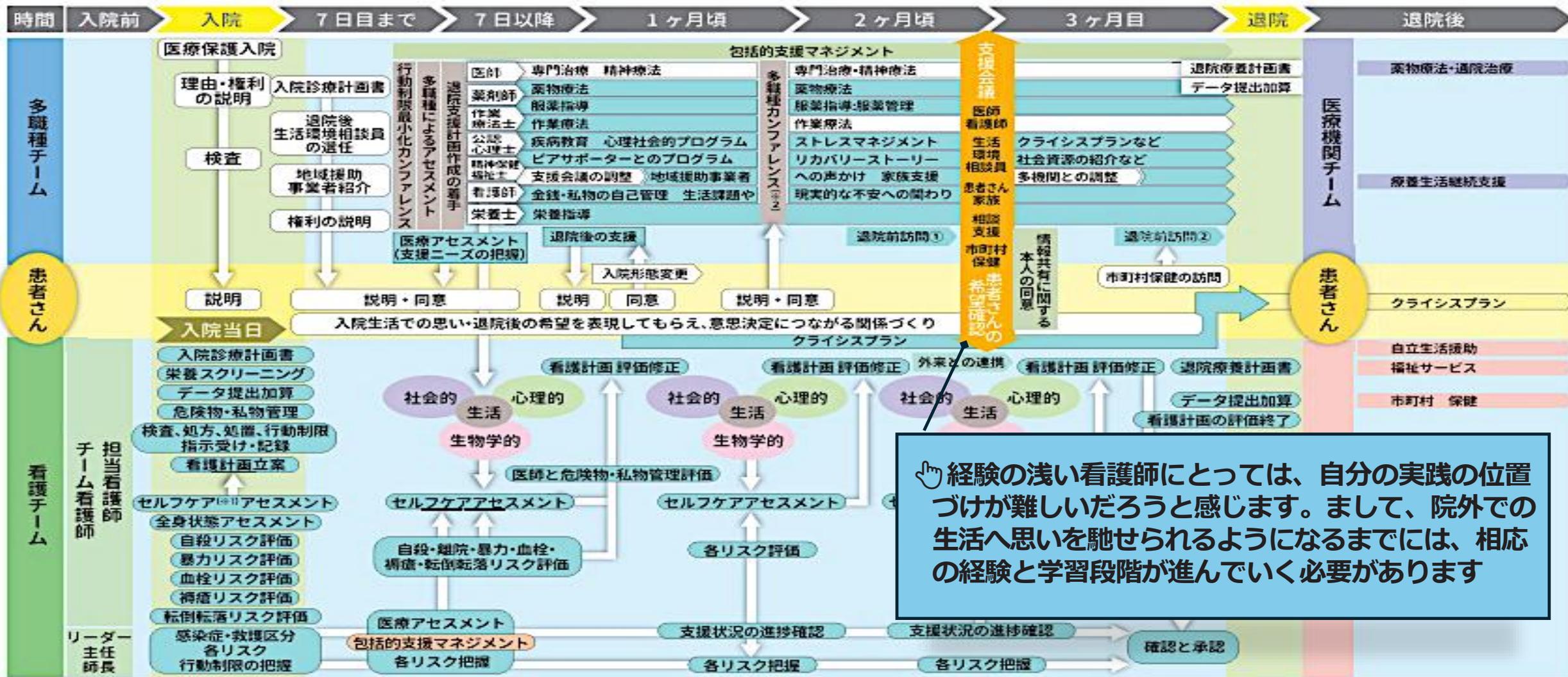
※2 医療機関内の多職種による話し合いや会議

1

精神科急性期治療病棟での医療支援の流れ (医療保護入院での一例)

多職種チームと看護チーム

は、病棟看護師が多職種と連携して行う支援を示す



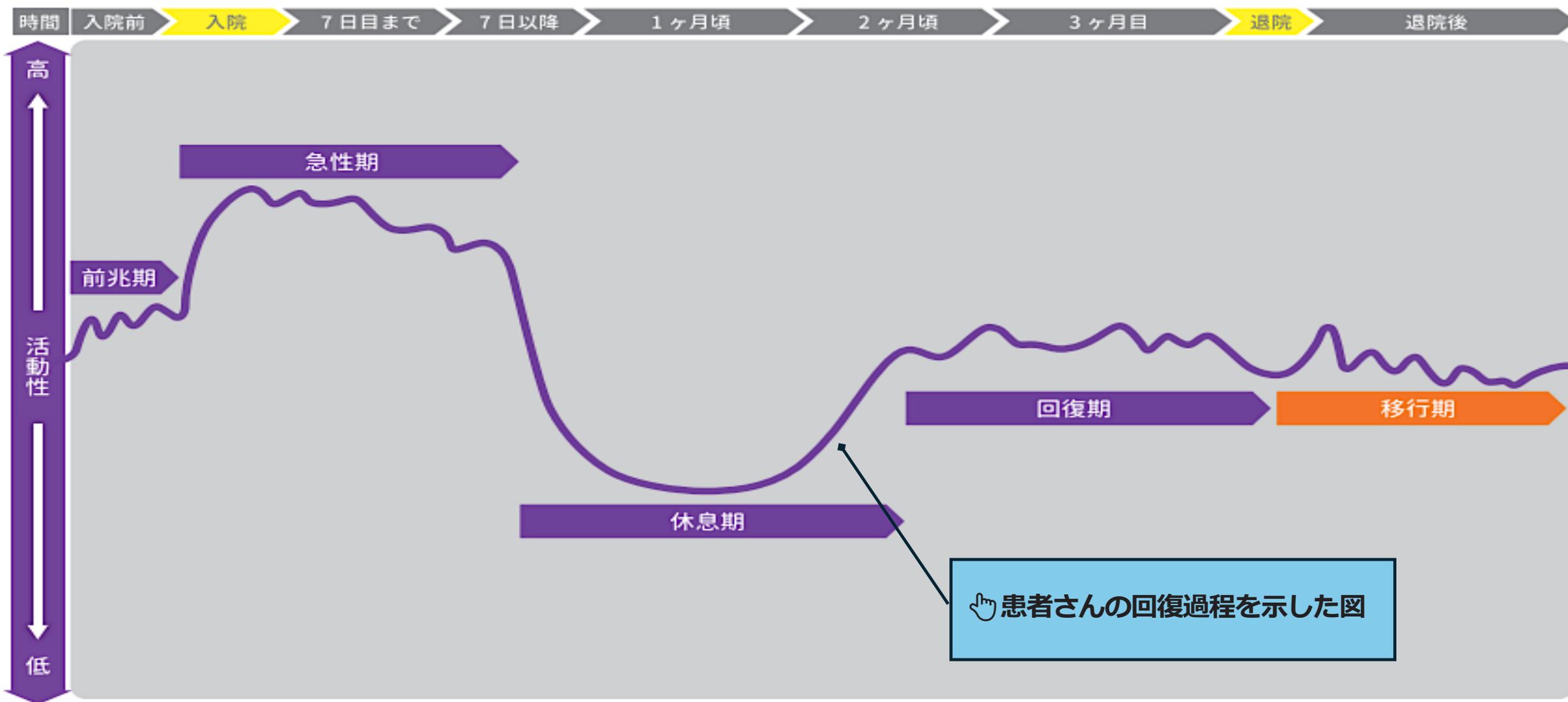
経験の浅い看護師にとっては、自分の実践の位置づけが難しいだろうと感じます。まして、院外での生活へ思いを馳せられるようになるまでには、相応の経験と学習段階が進んでいく必要があります

*1 セルフケアとは、フロセア・モオレムが提唱したセルフケア理論の基本概念。精神科看護領域では、セルフケア理論をバトリシア・R・アンダーウッドが修正しオレム・アンダーウッド理論として幅広く適用されている。健康にとって基本的なものであり、その人の年齢、性別、文化、そして健康状態にかかわらず各個人に必要なもの。生命や健康、安寧を維持するために各個人が自分自身のために積極的に行う活動であるとしている。

*2 医療機関内の多職種による話し合いや会議

2

精神科急性期治療病棟での回復過程 (例)



4 医療と保健・福祉の連携実践事例

登場人物

元がいる のんびりとした性格
患者さんとゆっくり関わりたいと精神科を希望したが、急性期病棟の展開の早さに戸惑いながら1年を過ごした。入院受けや夜勤はやり立ち。標準的な看護が展開できることや優先順位をつけた業務管理を目指す時期。多職種との連携を意識しつつも、忙しくなると目の前のことで精一杯になりがち。1年目の新人が入職して、しっかりしなければと焦る気持ちが生まれている。

小春さん(20代・女性)
新卒後、看護師2年目



看護師(主人公)

温厚で、気配り上手な性格
一般科で3年経験後、精神科へ。慢性期病棟で3年、急性期病棟で2年経験、看護師8年目で主任。入退院が多い時、急変時でも全体を見て業務管理ができる。看護チームの意識が新人にむきがちなので、2年目の小春さんを気にかけている。地域生活の支援に関心があり、常々退院前訪問をしたいと思っているが、忙しい病棟の状況に遠慮して言い出せないでいる。

美咲さん(30代・女性)
看護師8年目



先輩看護師

👉 主人公は2年目の病棟看護師

👉 皆で話し合いながら、イメージしやすいよう人物設定をしました

看護師2年目の小春さん

急性期治療病棟へ医療保護入院となった優斗さんの担当になりました。担当患者さんの疾患や治療などの基礎的学習に加え、退院後の生活や多職種との連携にも意識が向けられることを課題にしています。先輩看護師や退院後生活環境相談員、地域生活の支援者と関わる中で連携の気づきを得て、成長していきます。

👉 先輩看護師の美咲さん

先輩看護師の主任 美咲さん

小春さんの教育支援をしています。2年目となった小春さんの実践を気にかけています。常に患者さんにとっての意味を考えた「看護」を大事にしています。

大和さん(30代・男性)

経験10年目



精神保健福祉士

退院後生活環境相談員

責任感が強い性格

精神科慢性期病棟や外来を経験し急性期病棟へ。病院唯一の福祉職。多職種で意見の相違が生じても、意見が交わせるチームであることを大切にしたいと思っている。他職種には、病状の安定だけでなく、生活の場へ戻ることを意識して、入院中から支援してほしいと発信している。患者さんの思いや強みを中心に、「その人らしい生活」に伴走する専門職チームでありたいと考えている。

優斗さん(20代・男性)

医療保護入院で入院中



患者さん

両親と妹の4人暮らし

温厚で、妹思いの優しい性格

小中高校と、学業成績は優秀

子供の頃から、プログラミングやジオラマづくりが得意。

大学に進学するが卒業論文や就職活動が重なる時期に、気分が沈むことが増え、休学後に中退。中退後は、ひきこもりがちな生活となり、数年間を自宅で過ごす。得意分野を活かした仕事をしたいと思っているが、家族には言えないでいる。

優斗さんの生活歴と入院までの経過

20代 男性 両親と妹の4人暮らし。父親は大手企業に勤めており、多忙な日々を送っている。母親は数年前まで仕事をしていた。優斗さんは、子供の頃、妹の勉強を見てあげるなど優しい性格で、兄妹喧嘩もほとんどなかった。小中学校では、友達とプログラミングやジオラマ作りのクラブ活動をしていた。

学業は優秀で、小中高と学業成績が良く、大学に進学した。大学では単位取得に問題はなかったが、卒業論文の作成と就職活動が重なり、結果が出ず、気分が沈むことが多くなった。不眠も現れたため、精神科病院を受診した。その後、しばらく休学していたが、最終的に中退。初診から数年後、統合失調症と診断された。

大学中退後はひきこもりがちな生活となった。父親は期待から厳しく接しがちだった。自宅にひきこもるようになってからは、苛立ちから物にあ



たる行動が増えた。妹は優斗さんを怖がるようになり、母親はそれぞれの家族の思いを感じながら気を遣って生活していた。通院は継続していたが、次第に家族に対して攻撃的な言動が増えていった。

やがて、夜中に一人で嘔ることや、食事を摂らないことが増えた。身だしなみに無頓着になり、外出して大声を出すことも見られるようになった。行動を止めようとする母親に対して物を投げることもあった。「監視されている」、「周りの人が馬鹿にしている」、「あいつが悪口を言っている」といった被害的な言動が増えていった。

ある日、家の前で騒ぎ、近隣宅へ侵入したため、両親は近所の人々の協力を得て、かかりつけ医に緊急で受診させた。診察の結果、父親の同意のもと、精神科急性期治療病棟へ医療保護入院となった。

7つの場面のポイント

👉 連携を考えた7場面の要点



急性期

場面①
4日目

表現されない心理に関心をむけた関係づくり

場面②
6日目

社会関係への関心と多職種の中での看護

場面③
25日目

潜在する支援ニーズに対する具体的支援への準備

場面④
40日目

優斗さんの思いを知り、家族関係への関心が高まる

場面⑤
45日目

生活の場での実態から、家族の切実さを知る

場面⑥
50日目

保健・福祉の役割を知ること、病棟看護の役割を認識

回復期

場面⑦
60日目

優斗さんの自宅での生活を垣間み、家族を支える保健と連携

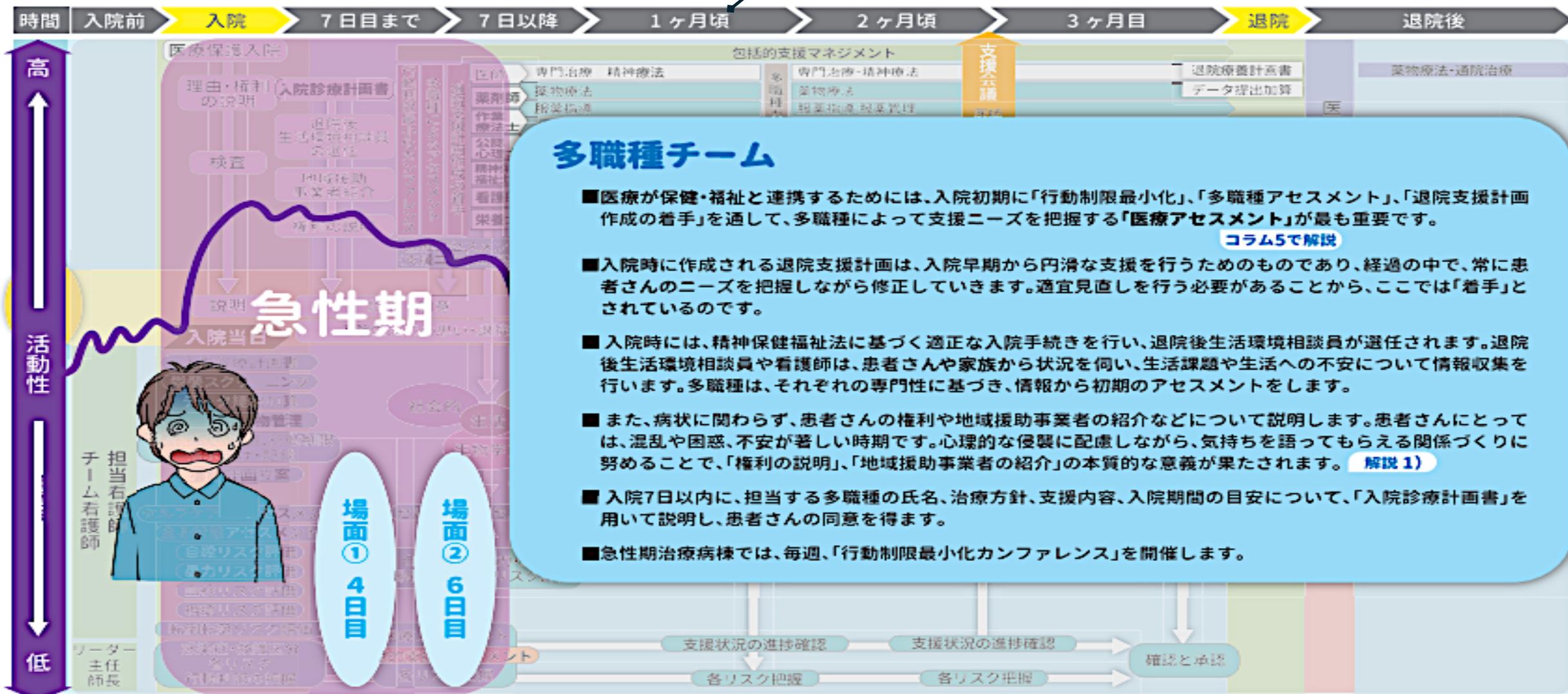
移行期



6 各回復過程の看護と場面

(1) 急性期

- 急性期でのポイント
- 今回の法改正で重要な部分を解説やコラムで説明
- 事例の中で、コラムや解説と紐づけ



多職種チーム

- 医療が保健・福祉と連携するためには、入院初期に「行動制限最小化」、「多職種アセスメント」、「退院支援計画作成の着手」を通して、多職種によって支援ニーズを把握する「医療アセスメント」が最も重要です。
コラム5で解説
- 入院時に作成される退院支援計画は、入院早期から円滑な支援を行うためのものであり、経過の中で、常に患者さんのニーズを把握しながら修正していきます。適宜見直しを行う必要があることから、ここでは「着手」とされているのです。
- 入院時には、精神保健福祉法に基づく適正な入院手続きを行い、退院後生活環境相談員が選任されます。退院後生活環境相談員や看護師は、患者さんや家族から状況を伺い、生活課題や生活への不安について情報収集を行います。多職種は、それぞれの専門性に基づき、情報から初期のアセスメントをします。
- また、病状に関わらず、患者さんの権利や地域援助事業者の紹介などについて説明します。患者さんにとっては、混乱や困惑、不安が著しい時期です。心理的な侵襲に配慮しながら、気持ちを語ってもらえる関係づくりに努めることで、「権利の説明」、「地域援助事業者の紹介」の本質的な意義が果たされます。
解説1)
- 入院7日以内に、担当する多職種の氏名、治療方針、支援内容、入院期間の目安について、「入院診療計画書」を用いて説明し、患者さんの同意を得ます。
- 急性期治療病棟では、毎週、「行動制限最小化カンファレンス」を開催します。

場面② 6日目 社会関係への関心と多職種の中での看護

急性期



入院から6日目、前日は多職種でのカンファレンス



大和さん

大和さんが、家族から話を伺った。優斗さんが、精神科病院に数年間、通院する中、母親は、一度市役所の総合相談窓口 **コラム2** で、優斗さんへの接し方や家族の疲労について相談していた。結局、母親は仕事を辞め、この数年間、家族だけで支えていた。父親や妹、優斗さんの思いを感じながらも、疲労は限界であった。父親は、仕事に就いてほしい思いで優斗さんに接し、口論になることも多かった。

妹は、仲が良かった兄が変わっていく様子に、どうしたらよいかわからず、最近怖さも感じていた。母親と妹は、優斗さんのこれからについて、「イメージできない。それどころか家族の将来すら見通せない」と話す。

これらのことから、退院後を考えると多機関をつなぐ支援が必要と多職種で判断する。「医療アセスメント」に基づき、精神科入退院支援加算に係る、「退院支援計画」の作成にも着手した。 **コラム5**



小春さん

早く自宅に帰れると思っていたけど、難しい…
大和さんから、「退院後生活環境相談員としては、家族の視点とかさまざまな職種で検討してみたい」って言われました。「看護としてはどう？」と聞かれたけど、上手く話せませんでした

昨日のカンファレンスの内容を受けて、小春さんは、看護としてどう考えている？



美咲さん

上手く話せなくなったのは、どうしてかな？

大和さんから、妹さんのことを聞いて複雑です…。私も同世代ですし、私にも仲が良い兄がいますから、妹さんの気持ちもわかります。だから、退院できるか不安に感じている優斗さんの気持ちと、妹さん、お母さんの気持ちの狭間にいる感じがします

7つの場面は、このように会話の場面です

法改正などの抽象的な文章は、現場の実践に落とし込んで理解することに難しさを感じる場合があります。そのため、場面に「解説」や「コラム」を盛り込んでいます



衝動とか体のリスクも落ち着いてきたし、昨日ぐらいから、優斗さんの言葉が増えてきている気はしているんですけど…

小春さんも、お兄さんがいるのね。人それぞれ、生活体験や生育環境が異なるけど、担当の患者さんやご家族の状況に身をおいて、生活を想像してみることが大切。そうすると、社会的なアセスメントを深められる看護につながるね



何か、気になっている？

はい。身体的な面としては、治療のガイドラインや疾患、薬物療法は少しずつ学んできましたけど、心理的や社会的アセスメントは、見えないから難しいです
大和さんが話している、生活課題とか、退院支援計画、包括的支援マネジメントとか、福祉の言葉もわかりづらい…

そうだね。足りない視点に気がつくのと、考えることも多くなるけど、生物学的だけでなく、「人」は、「社会との関係性をもって、生活を営む」という視点が、看護職としての人の見方よね。先生、作業療法士、大和さんと、話し合う準備をしましょう



はい、明日は夜勤なので、優斗さんから見た社会や生活を考えてみます

優斗さんの気持ち

精神科の病院なんだよな
寝てる感じはするけど、時間感覚が変…
担当の人っていうのがいるんだ
安心できるようにって言われても…



- ・優斗さんと家族の気持ちの理解に努める
- ・看護職としての人の見方に依って立ち、多職種と連携



(3) 回復期

👉 回復期でのポイント
👉 退院後は、それぞれの立場で支援を振り返ります



場面⑥ 50日目 保健・福祉の役割を知ること、病棟看護の役割を認識

回復期



入院から50日目、数日前に地域生活の支援者との支援会議が行われた。



大和さん

参加者は、優斗さん、両親、主治医、小春さん、大和さん、相談支援専門員、外来看護師。

支援会議の前に、優斗さんは大和さんから「相談支援専門員」の役割について説明を受けた。小春さんも一緒に説明を聞いた。会議には、母親に説得されて父親も参加した。

優斗さんはやや緊張した様子だったが、「退院して、仕事をしたい」と気持ちを伝えた。主治医からは、病状が安定していることや退院後の医療として、通院と外来での支援を考えていることが伝えられ、外来看護師とも顔を合わせた。

大和さんからは、退院後のご本人の支援には通院に加えて、福祉サービスの活用も検討したいことや、ご家族の支援として市役所の保健師に関わってもらうのがよいと提案され、次の訪問の際に顔合わせを行うことになった。

コラム2

相談支援専門員からは、優斗さんの望む生活を実現するためのさまざまな福祉サービスについて説明があった。会議で意見を求められた小春さんは、「地域の支援についてよくわからないけれど、優斗さんの『仕事をしたい』思いにつながるサービスがあるなら、優斗さんが選んだらいいと思う。でも、あの部屋じゃ生活できないと思う」と伝えた。父親は、「妻の負担が軽くなるなら」と支援を了承したが、優斗さんとはあまり話さないまま会議を終えた。



小春さん

支援会議はどうだった？退院前訪問後からずっと、考え込んでいたものね

優斗さん、お父さんもいらして緊張していたけど「自宅で生活したい」って、話されていました。あのお部屋を見たら病棟の看護でできることはもうないように感じて。優斗さんと「あの部屋どうするの」って、「生活できなくない？」って、ずっと話し込んでいました。優斗さんも混乱しているようだったし

病棟にいる私たちは、病状が良くなる過程は見えるけど、退院後に患者さんが生活の場に馴染んでいく過程は、知り得ないものね



美咲さん



でも、相談支援専門員の方が、「今月中に優斗さんに会いにうかがいます」って優斗さんにも「また会いに来ていいですか？」って確認されていて、「これからのことを一緒に考えていきたいので、もっと優斗さんのお気持ちをゆっくり聞かせてください」って話しかけていて、優斗さんも安心したようでした

そう言ってもらえると心強いね。優斗さんは退院後にしたい生活について、何か話している？



「何であんな部屋になったんだろう」と思い出していました。入院前後のことを思い出すと不安が強くなるかとも思っていたけど、落ち着いて話していて「入院前はかなりのクライシスだったんだ」って言葉にしていました
そんな会話の中で、「仕事したい」って。「でも、お父さんに求められている仕事と、自分が思う仕事は違うんだ」って話していました。こういうことを相談支援専門員さんたちと話しあって、お家での生活が積み重なっていくんじゃないかなって、優斗さんと大和さんと私とで話しています

医療側ができることには限界があるけど、病状が回復した時に一番近くにいる、優斗さんの希望する生活を話してもらえることに役割があるのかもしれないね

はい。また退院前訪問に行くので、次は優斗さんと計画立てて行ってきます

優斗さんの気持ち

いっぱい人がいて緊張したな
お父さんも来てたけど、あんまり話してなかった
色々話してたけど、よくわかんなかったな
小春さんと大和さんとまた話してみよう
相談支援？の人にもまた会いに来てくれるみたいだし…
家にももう一回行くことにしたし

- ・連携して目指すものを明確に
- ・保健・福祉の役割を知ることで病棟看護の役割を認識
- ・支援者同士でお互いの期待とできることを明確に





前回と違って、一緒に予定を組んでいたことを着々と進められたので、みんなで達成感です。生活できるお部屋になって、優斗さんが得意なジオラマを組み立てるところも見られたりして、素敵な作品でしたよ。本当に上手でした

そうなのね。病棟では見られない一面だね
保健師さんにも会えたの？



お母さんの不安を保健師さんが伺っていて、「ご家族を支えるのが役割ですから」と言ってもらえて、お母さん、「少し退院後の不安が和らいだ」と話されていました **コラム2**
優斗さんもそこで話を聞いていて、言葉にはしなかったけど考え込んでいるご様子でした。お母さんのご不安を感じていたんだと思います

そっか。お疲れ様でしたね。優斗さん、ご家族ともにこれからですね。私も今度、退院前訪問に行きたいわね

- ・優斗さんの生活の場で実生活を垣間み
今後の生活を想像
- ・家族を支える保健と連携



優斗さんの気持ち

疲れたけどジオラマも久しぶりに触った
帰れそうな部屋になった
動くとき身体のだるさが気になるから、先生に薬の相談してみよう
お母さんに大変な思いをさせてきたのかもしれない



【趣旨】

措置入院者及び医療保護入院者の退院促進に関する措置は、措置入院及び医療保護入院が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう講じるものである。

【退院後生活環境相談員の責務・役割】

(1) 退院後生活環境相談員は、入院者が可能な限り早期に退院できるよう、個々の入院者の退院支援のための取組において中心的役割を果たすことが求められること。

(2) 退院に向けた取組に当たっては、医師の指導を受けつつ、多職種連携のための調整を図ることに努めるとともに、行政機関、地域援助事業者（入院者が、退院後に利用する障害福祉サービス等について、入院中から相談することにより、円滑に地域生活に移行することができるよう総合支援法に規定する一般相談支援事業又は特定相談支援事業者等の事業者を総称）、その他地域生活支援にかかわる機関との調整に努めること。

(3) 入院者の支援に当たっては、本人の意向に十分配慮するとともに、個人情報保護について遺漏なきよう十分留意すること。

(4) 以上の責務・役割を果たすため、退院後生活環境相談員は、その業務に必要な技術及び知識を得て、その資質の向上を図ること。

【業務内容】

退院後生活環境相談員は、精神科病院内の多職種による支援チームの一員として、入院者が退院に向けた取組や入院に関することについて最初に相談することができる

口の役割を担っており、以下の業務を行う。

(1) 入院時の業務 (2) 退院に向けた支援業務 (3) 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務 (4) 退院調整に関する業務

【地域援助事業者の紹介の趣旨・目的】

(1) 入院者又は家族等が、地域で利用可能な障害福祉サービス等の内容や申請方法を理解し、入院中から当該障害福祉サービス等を提供する事業者との関係を築くことができるようにすることを目的に、(中略)、障害者総合支援法に規定される一般相談支援事業、特定相談支援事業又は市町村の地域生活支援事業若しくは介護保険法に規定される居宅介護支援事業を行う者が地域援助事業者として定められている。さらに、入院者が個別の障害福祉サービス等を入院前に利用していた場合等については、当該事業者との連絡調整が必要になることが想定されることから、施行規則において、相談支援を行う事業者以外の事業者についても幅広く地域援助事業者に含まれるものとして定められている。

(2) 精神科病院の管理者には、入院者又はその家族等の求めに応じて地域援助事業者を紹介することが義務付けられている。実務においては、退院後生活環境相談員が、入院者又はその家族等に地域援助事業者を紹介することが想定されるが、そのためには、日頃から、市町村や地域援助事業者等と連携することが重要である。

【紹介の方法】

どの地域援助事業者を紹介するかについては、必要に応じて入院者の退院先又はその候補となる市町村への照会を行うこと。居住の場の確保や、退院後の生活環境に係る調整に当たっては、市町村等との協働により、地域相談支援の利用

に努めること。また、精神保健福祉センター及び保健所等の知見も活用すること。

【地域援助事業者による相談援助】

(1) 地域援助事業者は、入院者が障害福祉サービス等を退院後円滑に利用できるように、相談援助を行うこと。

(2) 入院者との相談に当たっては、退院後生活環境相談員との連絡調整等、連携を図ること。

(3) 相談援助を行っている医療保護入院者に係る委員会への出席の要請があった場合には、できる限り出席し、退院に向けた情報共有等に努めること。(引用3)

今回の法改正で、本人の同意を得ることなく行われる医療保護入院に更新の仕組みができました。退院促進措置は早期退院ができるよう講じるものであり、早期退院のための業務を遂行することはもちろん、できる限り医療保護入院の更新を行わないことを目指し、入院早期からの保健・福祉との協働を求めているものです。

この支援の流れは、多職種・多機関連携による退院支援として、診療報酬改定においても精神科入院退院支援加算として評価されています。

退院促進措置は精神科病院だけで完結するものではありません。入院治療が必要な状況になったとしても、市町村や障害福祉サービス事業者等との協働により、本人が希望する生活を送ることができるよう支援するための取組です。

これらの趣旨についての理解を深め、それぞれの立場で精神科病院の退院支援に積極的に関わっていただきたいと思ひます。

入院者訪問支援事業は令和6年4月1日施行の精神保健福祉法で新たに創設された事業です。

令和6年度入院者訪問支援事業運営研修講義資料
「入院者訪問支援事業の運営について」(引用4)

【目的】

「精神科病院で入院治療を受けている者については、医療機関外の者との面会交流が特に途絶えやすくなることを踏まえ、入院者のうち、家族等がいない市町村長同意による医療保護入院者等を中心として、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣するもの」と定められています。医療機関外の第三者(訪問支援員)が、入院中の患者さんと会話を交わし、話を傾聴することにより、様々な思いを受け止め、患者さんが自らの力を発揮できるよう、相手の立場に立って寄り添うものです。

【訪問支援員】

訪問支援員は資格等の制限はなく、国で標準化された研修を受講し、都道府県等が任命した者(当事者や保健医療福祉の従事者、市民等)が担うことができます。その役割は、対象となる方からの求めに応じ入院中の精神科病院を訪問し、話を誠実かつ熱心に聞く(傾聴)ほか、入院中の生活に関する相談や、対象者自身が困りごとを解消できるよう、希望する支援を受けるためにはどうすればよいのかについて共に考え、情報提供することです。訪問支援員が対象者に代わって困りごとを解決することや、医療・介護・障害福祉サービス等の利用調整、自らサービスを提供することはありません。訪問支援員養成研修のカリキュラムは、精神保健医療福祉に関する制度や現状、精神科医療における障害者の

権利擁護等について、具体的な研修内容が省令等で規定されています。厚生労働科学研究「入院中の精神障害者の権利擁護に関する研究」で作成された講義資料や講義動画、演習を円滑に進めるためのツール等が、厚生労働省ホームページに公開されています。

【事業の周知】

入院中の対象者への周知は、市町村職員、退院後生活環境相談員等が担うことが想定されています。

案内を手渡すだけでなく、必要とされている方に情報が届くよう、事業の趣旨を理解して上で継続的に関わることが大切です。

【訪問支援員の派遣】

訪問は、対象者から面会希望があった場合に調整が行われます。医療機関の治療上の予定に配慮することも必要であるため、事務局が希望者の予定を確認した上で、病院職員と訪問日程を調整します。派遣される訪問支援員は、事務局が調整を行い、2名一組で病院を訪問することになります。

【事業に係る会議の設置】

事業を円滑に進めるために、事業の実施内容の検討や見直し等を行い関係者の合意形成を図るための会議体(推進会議)、事業の円滑な推進と更なる充実を図ることを目的として実務者が協議するための会議体(実務者会議)の設置が求められています。実務者会議は、今後、当事者や訪問支援員としての活動経験者が委員に加わることで、事業の更なる推進を図るための重要な会議として機能していくことが期待されています。(引用4)

入院者訪問支援事業は、精神科病院に入院されている方に寄り添い、様々な思いを受け止め、誰にどのように相談すればよいのかなど、入院中には得にくい必要な情報を届けることで、支援員との面会を希望された方が、自らの力を発揮できるよう支援するための取り組みです。

歩み始めたばかりの事業ですが、改正法で明確化された「権利の擁護を図る」ことだけでなく、訪問支援員養成研修の受講により、精神保健医療福祉に関する正しい知識の普及につながり、また、専門職にとっては自らの日々の関わり方を振り返る機会となり、支援の質の向上につながる取り組みとなりうるものであると感じています。

それぞれの立場で、またひとりの「人」として、この事業にどのように関わることができるのかに思いを巡らせ、皆で丁寧に育てていくという気持ちを大切に、事業の発展に寄与していただきたいと思います。

入院者訪問支援事業が全国に拡がり、入院しても自分のために会いに来てくれる人のいることが、当たり前の取り組みとなっていくことを願っています。

令和4年6月には、「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書がとりまとめられたことを踏まえ、同月には、障害者部会でも、「障害者総合支援法改正法施行後3年の見直しに関する報告書」がとりまとめられました。本報告書も踏まえ、令和4年第210回国会において、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等の一部を改正する法律(令和4年法律第104号)が成立し、令和4年12月16日に公布されたところです。これにより、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)についても一部改正されましたが、精神科病院における虐待防止に向けた取組の一層の推進を目的として、以下のとおり、精神科病院の虐待の防止に関する規定が新設(施行は令和6年4月)されました。

- 精神科病院の患者に対する虐待への対応について、従事者への研修や患者への相談体制の整備等の虐待防止等のための措置の実施を、精神科病院の管理者に義務付ける。
- 精神科病院の業務従事者による虐待を受けたと思われる患者を発見した者に、速やかに都道府県等に通報することを義務付ける。あわせて、精神科病院の業務従事者は、都道府県等に伝えたことを理由として解雇等の不利益な取扱いを受けないことを明確化する。
- 都道府県等は、毎年度、精神科病院の業務従事者による虐待状況等を公表するものとする。
- 国は、精神科病院の業務従事者による虐待に係る調査及び研究を行うものとする。

左記の規定により、以下の2点について、取り組みを行うことが明確化されました。

【第1 精神科病院における精神障害者に対する虐待防止措置】

- ①虐待防止等に関するマニュアルや規程の整備
- ②人権や権利擁護等に関する研修
- ③患者等からの意見聴取
- ④患者との接し方について話し合う場の設置等
- ⑤業務従事者の感情コントロールを高めるための取組

【第2 精神科病院における虐待通報の周知及び相談体制の整備】

- ①業務従事者及び患者等への虐待通報の周知
- ②院内の虐待相談窓口の設置
- ③虐待相談があった際の対応

これまでも精神科病院における虐待防止の取り組みは様々されてきているところではありますが、法律によって明確に規定されたことにより、より一層の取り組みにつながることで、精神科医療のさらなる質の向上が期待されているところです。「虐待防止措置」の中では、日頃から、業務従事者がストレスを抱え込みすぎないように、患者さんとの接し方について同じような立場・境遇にある業務従事者同士が、悩みや不安を話しながら解決策を見出せるような悩み相談ができる場を設けること。さらに、定期的に業務従事者を対象としたストレスチェックを受けさせ、その結果のフィードバックを行うことが望ましいことなどについても厚生労働省の通知に記載されているところであり、毎日、患者さんと真摯に向き合っている業務従事者の皆さんにとっても、より良い医療サービスの提供の後押しになる法改正であったのではないのでしょうか。

【精神保健に係る相談支援体制】

令和4年12月に「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等の一部を改正する法律」が成立し、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(昭和25年法律第123号)第46条において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか「精神保健に課題を抱える者」も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化するための規定が新設されました(引用5)。つまり、市町村等の相談支援は、精神障害者だけでなく、「精神保健に課題を抱える者」へも対象が広がったのです。

「精神保健に課題を抱える者」への支援が市町村の業務として位置づけられたことにより、市町村では、メンタルヘルスに関する相談を聞き、適切な部門につなげていくことが求められています。地域の実情に応じた精神障害者等に対する包括的支援の確保には、市町村における精神保健に係る相談支援体制を整備していくことが必要なのです。

一方で、法改正以前より、8割以上の市町村では、精神保健上の課題のある者の対応を行っているという調査結果(引用6)があります。住民の最も身近な相談窓口と言える市町村は、以前より保健師を中心として地域保健活動の中で「メンタルヘルスの問題」に対応しており、その取組が、精神保健の相談体制づくりにつながっているのです。

保健の強みは、精神障害の有無や程度に関わらず、すべての住民に対して、あらゆるライフステージで介入できるという点です。医療や福祉サービスを必要とする者だけでなく、治療や支援を受ける必要性がない者に対しては「予防」の観点で、医療の必要性がある者や既に医療を受診している者に対しては「早期発見」の観点で関わる事ができるのです。

【事例から読み解く保健の役割と重要性】

今回の「医療と保健・福祉の連携 実践事例」では、母から一度、市役所の総合相談窓口へ相談がありました。残念ながら、その段階では行政の積極的な介入に至らなかったようですが、本来ならばこの時点で、本人の抱える問題に加え、家族のメンタルヘルスについて支援が開始されることが望ましいと考えます。その後、母は退職しています。母が抱え込まざるを得なかった状況を予防するためには、最初の窓口である市の総合相談窓口の担当者が、メンタルヘルスの視点を持ち、丁寧に話を聞き、母の思いを整理して、必要な部門につなぐことが重要でした。具体的な個別支援については、本人に明確なニーズがなくとも、保健の立場から「健康相談」という観点で介入を試みる事ができます。また、本人が訪問や面談を拒否している場合でも、家族に対し本人への関わり方についての助言等を実施することで、家族の精神的な負担の軽減へつながり、支援を継続することが、家族自身の健康を保つためにも大切なことです。支援を行う中で、必要に応じて庁内関係部署との連携を行うことが重要です。もし、市町村のみでの支援が難しいと感じる場合は、保健所等の協力を要請することをお勧めします。

退院にむけての支援では、保健師は母の相談を聞き、母の支援を行うように感じられますが、「家族全体を支えるのが私たちの役割」という発言にもあるように、本人や母だけでなく、家族全体を見るという視点が求められています。現段階では、母を中心とした家族のメンタルヘルスへの支援が中心となっていますが、今後、父の疾病理解への支援や本人が再びひきこもってしまった場合の危機的な状況への対応等、その時々によって、主となる支援対象者や関わり方の濃淡は変化していきます。

細く長く途切れずに、あらゆる対象者・場面で関わりを継続できることは、保健ならではの支援の強みなのです。

👉 コラム3では、様々な場で活躍するピア

👉 コラム2では、精神科訪問看護

コラム
3

様々な場で活躍するピア

特定非営利活動法人あすなろ
彼谷 哲志

令和3年の障害福祉サービス報酬改定において、「ピアサポート体制加算」が創設されたことは記憶に新しい方も多くかもしれません。この加算は、相談支援事業所においてピアサポーターおよび管理者等が障害者ピアサポート研修を受講し、ピアサポーターが常勤換算で0.5人以上配置されることを要件としています。

「ピア(peer)」とは、同じような立場や境遇、経験を共有する人々やその関係性を指す言葉で、日本語では「仲間」「対等」と訳されます。もともとは病気や障害のある当事者を意味する言葉ではありませんが、当事者運動において互いを示す語として使われるようになりました。仲間同士が支え合うこの関係性を「ピアサポート」と呼び、専門的知識ではなく当事者の経験知に基づいた相互的な関わり、たとえば「お互いさま」という感覚やつながりの意識が価値が置かれています。単に当事者が当事者を支援することがピアサポートとは言いがたい側面があります。

このような活動に関わる人は、総じて「ピアサポーター」と呼ばれます。長期入院者への意欲喚起を目的に、体験談を語るピアサポーターの活動は以前から行われており、本BOOKでも急性期病棟における実践を紹介しています。

今回の優斗さんの事例を通して、精神科病院におけるピアサポートの意義を考えてみます。入院中、優斗さんが雑談や愚痴を言い合える患者仲間を得ることがあるかもしれません。こうした「励ましたり励まされたりする」関係性は、家族や友人と離れて生活する中で、大きな支えとなる可能性があります。こうした自然発生的なピアサポートは、病院という非日常の空間において貴重な体験です。

一方で、優斗さんが「これから自分はどうなるのだろうか?」と疑問を抱いたとき、専門職からの説明だけでは実感が湧かないこともあります。病棟内の口コミや感想は参考になりますが、他の入院患者の姿を通して退院後の生活を想像することは難しい場合があります。

ます。学校に通っている、働いているといった地域生活を実際に営む当事者と出会い、話を聞くことで将来像がより具体的になるでしょう。長期入院患者も同様、周囲にいるのは主に同様の患者や職員であり、地域生活のイメージを与えてくれる当事者が不在であることは課題です。

こうした出会いの場は、支援者が意図して作り出す必要があります。精神科病院とピアサポーターの連携の歴史は2000年頃、大阪府の退院促進事業に始まります。これは、精神障害のある当事者を自立支援員として雇用し、地域移行を支援する先駆的な取り組みでした。以後、ピアサポーターが病棟に入り、入院患者の支援に関わる機会が徐々に増加しています。(a) 地域生活をイメージするための体験談の提供、(b) 面談・見学・体験・同行などの個別支援が主な活動です。

ピアサポーターの活動形態には、① 都度謝金が支払われる有償ボランティアと、② 雇用契約に基づく事業所職員としての活動があります。「ピアサポート体制加算」は②を対象としています。b)のような個別支援では一定のスキルや責任が求められるため、多くは②の形態で実施されています。一方、①の形態は活動のハードルが低く、デイケアや就労支援の合間に携わる人もいます。(a)の体験談の提供などは、ピアサポーター活動への導入として有効です。どちらが優れているということではなく、多様な立場の当事者が関わることで、入院患者の選択肢を広げることが重要です。

精神障害当事者は、従来は支援や治療の対象でしたが、現在ではピアサポーターとして専門職と協働するチームの一員となりつつあります。今後、全国の精神科病院にピアサポーターが入ることが当たり前になり、質の高い精神科医療の一翼を担う存在としての役割が期待されます。

コラム
4

精神科訪問看護

医療法人小憩会
ACT・ひふみ
加藤 由香

【精神障害(慢性疾患)と付き合いながら、地域で自分の望む生活を送ることを医療の立場からサポートする在宅支援】
～当事者の暮らしに役に立つ訪問看護のありかたとは～

精神科の訪問看護は、ご本人の生活の場に向き、「健康」を軸に自身の健康を自身で守ることが出来るように働きかけます。生活の場は、その方の土俵で医療の場ではありません。その方の生活で、何が起きているのか。病態にまつわる医療アセスメントのみならず、生活者としてのアセスメントも重視します。地域生活を送る上で生活のしづらさになっていることは何か、病状が及ぼす影響、理解力や判断力、優先順位のつけにくさなど、生活していく上での困りごとを整理し、出来ることを一緒に考え、サポートする役割です。

精神科医療とのつながりかたも、それぞれの思いがあります。在宅で治療継続していくためにもご本人を思いや生活に即した感覚を大事に一緒に検討していきます。慢性疾患なので服薬継続も重視されますが、まずは治療を継続することに対する心情にしっかり寄り添い、病状と付き合いながらの生活維持や自分らしい生活の実現を目指せるように支持することも大切な支援です。

精神科病院からの退院時に訪問看護を勧められる場合、服薬継続や規則正しい生活の維持が目的化される傾向にありますが、生活の場に訪問する場面で、管理、監視的なかわりだけでは、ご本人にとって役に立つ地域資源とは成り得ません。退院後の生活支援を検討するにあたって、訪問看護導入が、ご本人の望む地域生活の実現に必要なという見立てとなれば、退院が具体化する段階での支援会議に、訪問看護師も参加出来ることが有効です。ご本人に地域生活をサポート出来る存在であることを知ってもらい、安心と納得の上で訪問看護を導入出来ること、ご本人の病状や必要度に合わせた訪問頻度や訪問内容が検討されることが、精神科訪問

看護の適正利用につながります。また退院前から病院の医療と地域の医療が顔の見える関係であれば、病状が悪くなった時ご本人の安心につながる医療連携が図れます。

「地域生活を送ること」もう少し大きく捉えて「人が生きていくため」には、多様性、個人差はあれど希望や思い描く理想や夢がそれぞれの根底に潜んでいるものです。その方の主体性を尊重できる支援を展開するために、訪問看護師はリカバリーの視点を大事に、ご本人が本音を語る事が出来るような安心できる存在を目指します。思いこ耳を傾け、場を共有することや季節と一緒に感じることなどの時を重ねて、ご本人との関係性の構築をはかることを大事にして、ひとりひとりの方が望む生活を営めるように伴走者として寄り添います。

症状との付き合いかたが課題になることも多く、ここは精神科の訪問看護だからこそ専門性を発揮します。生活の中で出来る工夫や気分転換のアイデア出し、入付き合いの困りごと対策や活動と休息のバランスを上手に取る方法など、自身で出来ること、自身の強み(ストレッチ)が生かせるような方法を一緒に検討していきます。身体面のアセスメントも抜け落ちることないように、身体に触れることで安心とぬくもりが感じられるケアや、セルフケア不足の面へのサポートなど、心身ともに健康維持が出来る視点で働きかけていきます。また危機的状況時の支援体制を共有することも、地域生活を安心して送る上で重要です。

訪問看護を利用することで、精神障害と付き合うという荷物を少し軽く出来る、自分だけで背負い込まない工夫と一緒に編み出せ、「あたたかにつながり」が感じられる。精神科の訪問看護は、「生活の下の支えをしながら、その人らしい生活が維持出来ることを応援する」そんな専門性の高い対人支援の地域資源です。

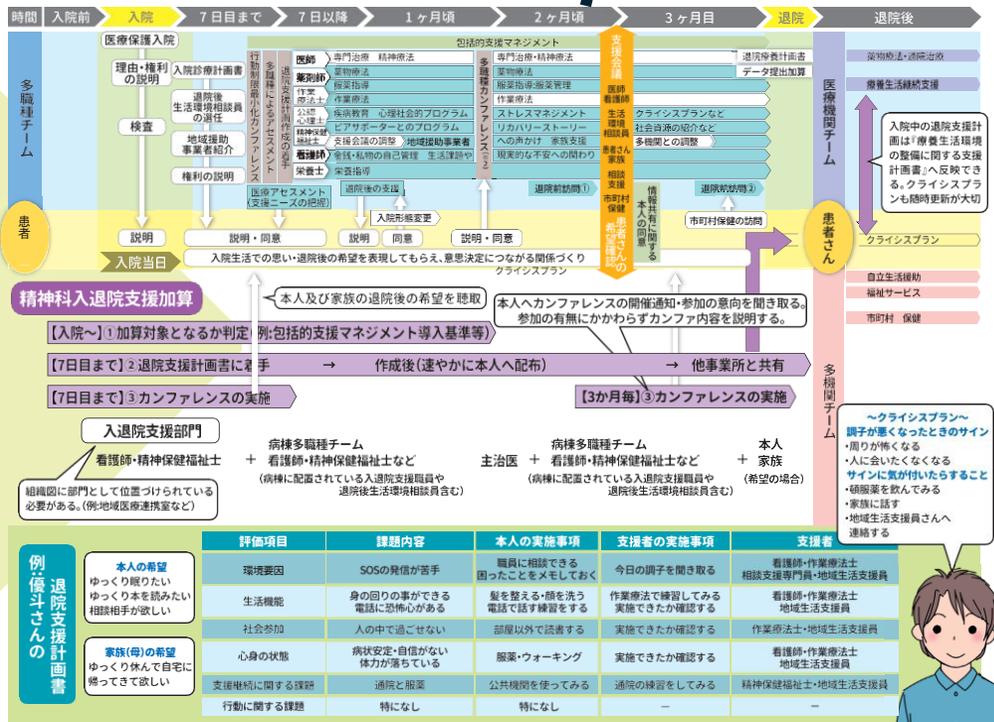
👉 コラム5では、入退院支援加算

👉 監修の根本先生、内野先生のことば、あとがき、多職種、多機関所属の執筆者・協力者一覧となっています

コラム5

精神科入退院支援加算

社会医療法人崇徳会田宮病院 菊入恵一



精神科入退院支援加算は、入院中の患者が、早期に退院するとともに、医療・障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられるように、入院早期から包括的支援マネジメントに基づく入退院支援を実施することを評価するものです。
(退院時1回 1,000点)

監修者のことば

東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座 助教 根本隆洋
東邦大学医学部精神神経医学講座・社会実装精神医学講座 教授 内野敬

精神疾患は、発症後早期に適切な治療や支援を受けることが重要です。統合失調症においては発症後2～5年以内の時期を、治療の成否を分け長期予後を左右する「治療臨界期」と呼びます。ここでは、保健医療福祉の多職種連携による手厚いケアとサポートが欠かせません。それは再燃・再発の予防に加えて、社会参加・復帰の促進やQOLの向上など、良好な長期的予後の獲得につながる事が分かっています。「医療と保健・福祉の連携ができるBook」の活用が最も想定される精神科病棟は、精神医療の柱となる多職種連携による治療を開始し、その後の地域支援につなぐ重要な場です。

理想的な多職種連携を実現するためには、連携を行う者同士がお互いの専門性や立場、さらには文化について、それらの違いを理解し尊重することが欠かせません。これがチームとしての機能を最大限に高めるための土壌になります。しかし、職種ごとに異なる共通言語すら異なることがあり、はじめは戸惑うことも多いかもしれません。本Bookに描かれているような、それぞれの立場の人々の動きや抱えている気持ちを知ることで、職種や領域の垣根を越えた連携につながることを期待しています。

東邦大学では、2023年より日本生命保険相互会社とともに、社会連携講座として「東邦大学医学部 社会実装精神医学講座」を立ち上げました。当講座では、地域精神保健に係る専門人材の育成プログラムの実施をはじめとして、早期相談支援サービスの効果的な実装と普及方法についての検討を行っています。わが国における良質かつ適切な医療の提供、ひいては地域共生社会の実現に貢献できるよう、保健から医療への適切な橋渡しとその連携のあり方についても検討を重ねていきたいと思っております。

このたびは、監修の機会をいただきました、一般社団法人 全国地域で暮らそうネットワークの岩上洋一 代表理事をはじめ関係者の皆様へ、心より感謝申し上げます。



 HIKURA できるBook

医療と保健・福祉の 連携ができるBook

精神科病棟看護師の立場から



3. 誰もが暮らしを

超長期入院に至った
方々の経過の共通性

1. 慢性期病棟の地域移行

- A. 入院経過の特徴と社会背景
- B. 連携支援のイメージ
- C. 保健・福祉と病棟づくり

長期入院を防ぐのは、
早期の連携アプローチ

2. 医療と保健・福祉

- A. 急性期の医療支援の流れ
- B. 急性期の医療の現状
- C. 医療と保健・福祉の連携が
できるBookの内容

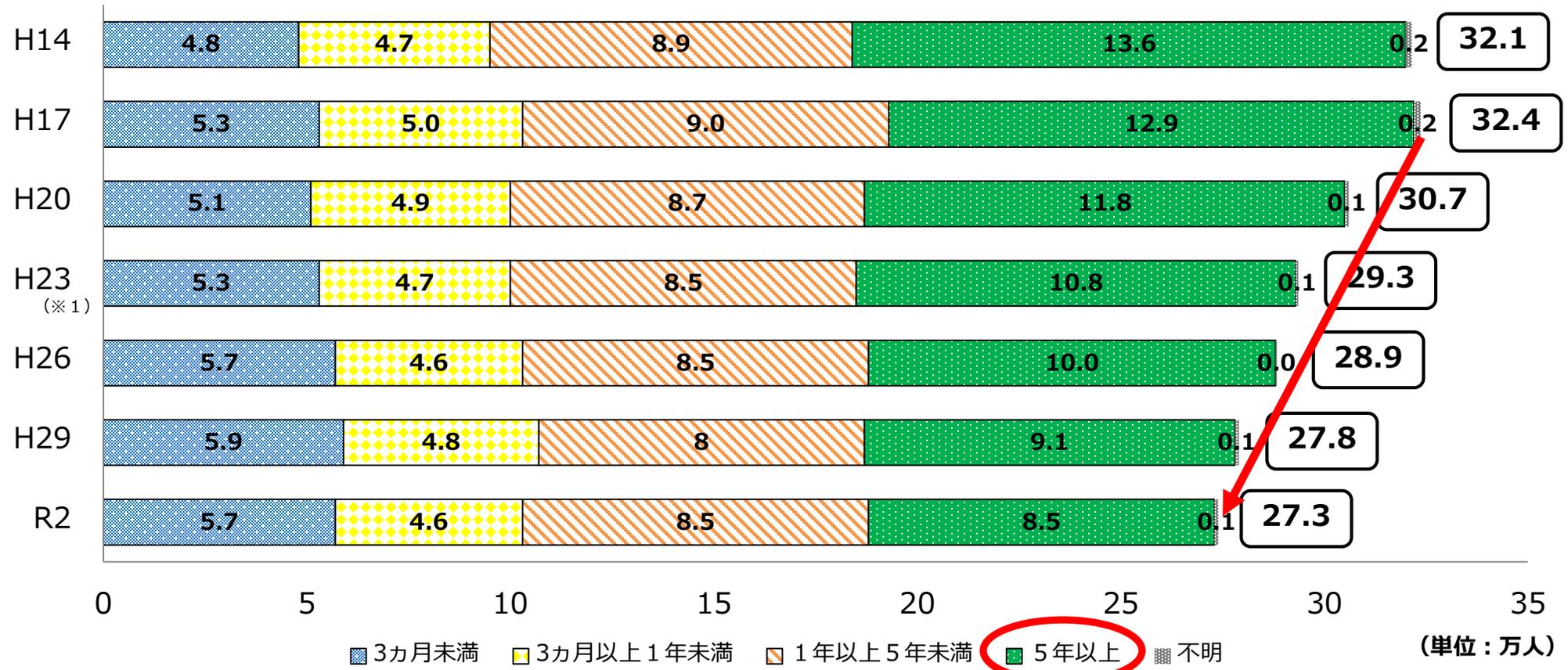
改めて超長期入院の
方々の現実を見る

3. 誰もが暮らしを

- A. 超長期入院の方の現実
- B. 法改正の意味
- C. 暮らしを得られた方との違い

3-A. 超長期入院の方の現実：精神病床における入院患者数の推移（在院期間別内訳）

- 精神病床における入院患者数は、約27.3万人。
- 入院期間別では、1年以上入院している患者の数が約17.0万人（約62%）。
- 5年以上入院している患者の数が、顕著に減少している。

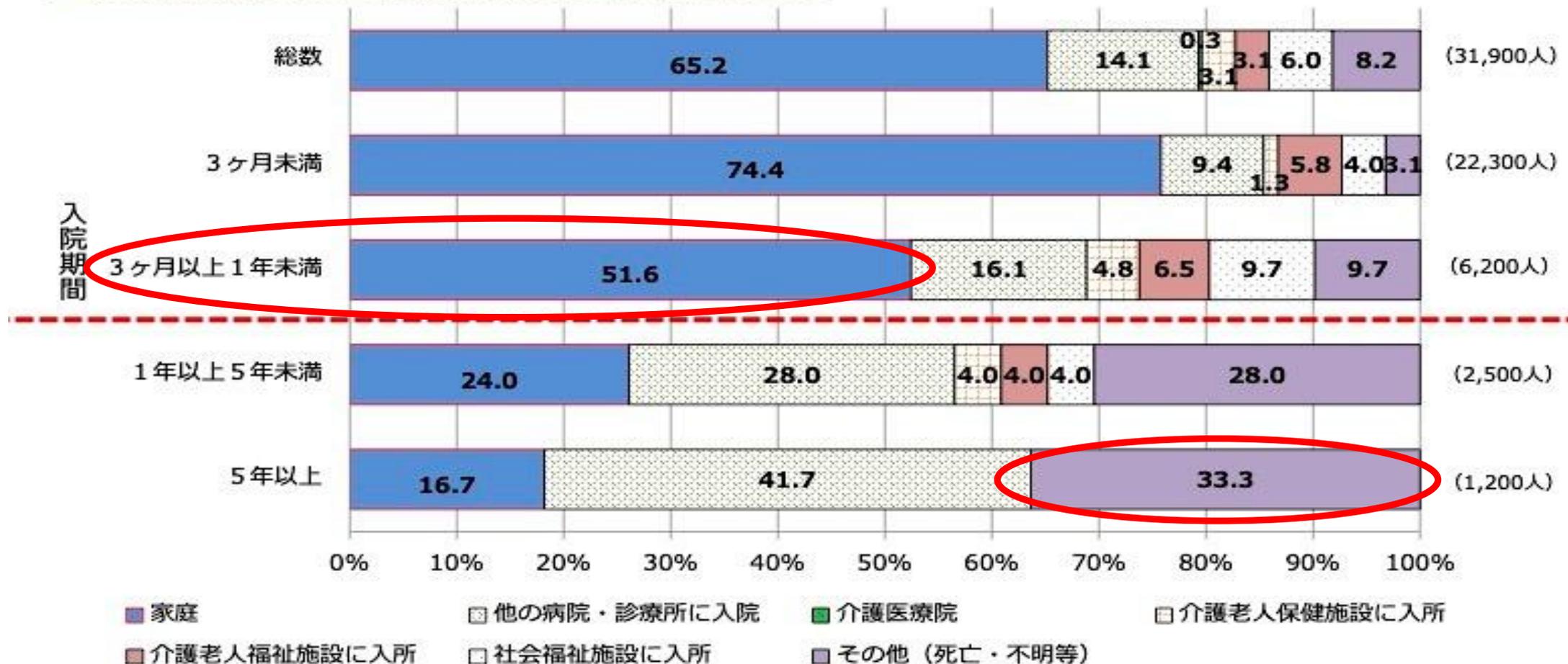


※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

3-A. 超長期入院の方の現実： 精神病床から退院した患者の退院後の行き先

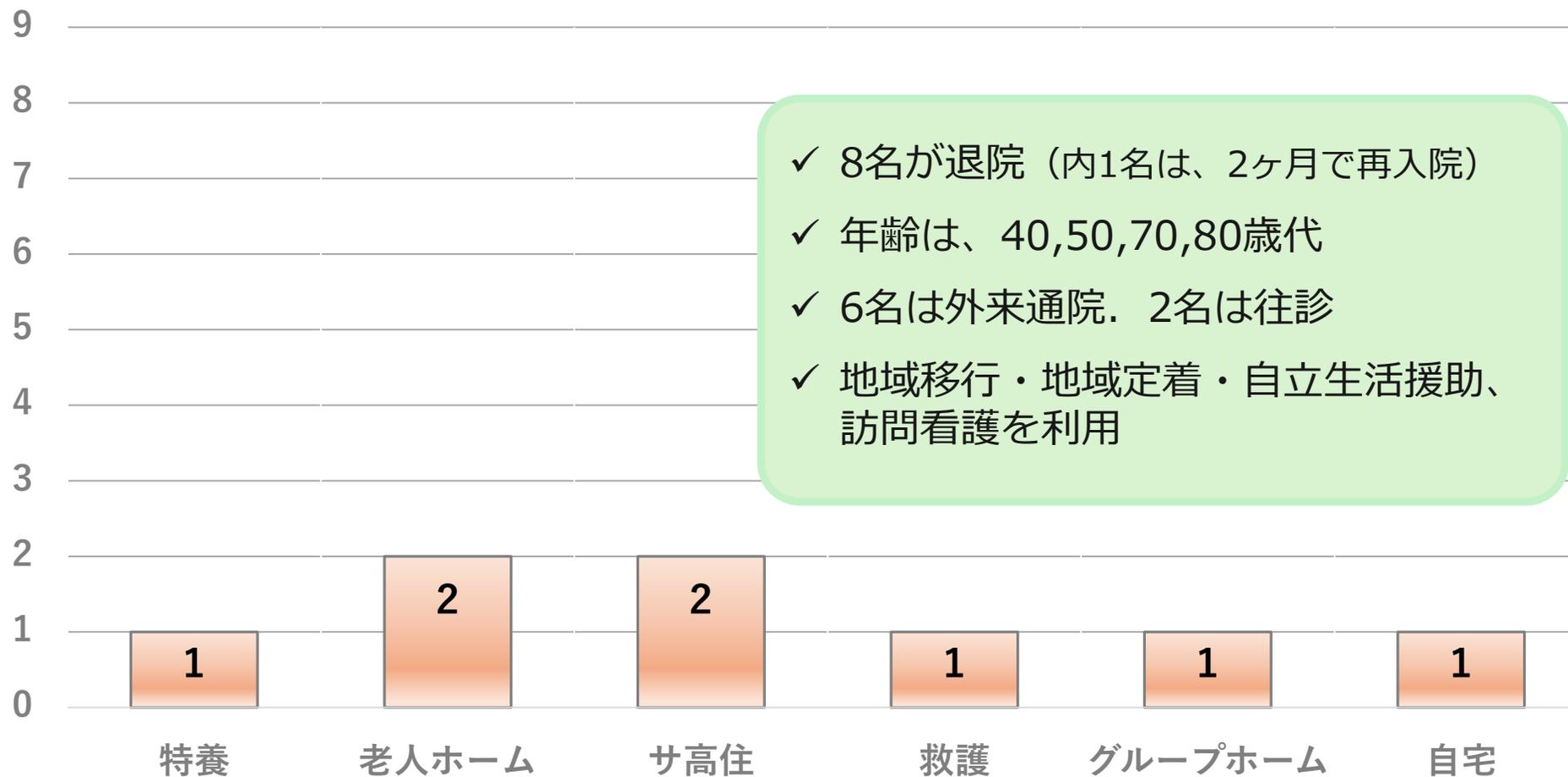
- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所に入院」や「その他（死亡・不明等）」の割合が高い。

■ 精神病床退院患者の入院期間別の退院後の行き先



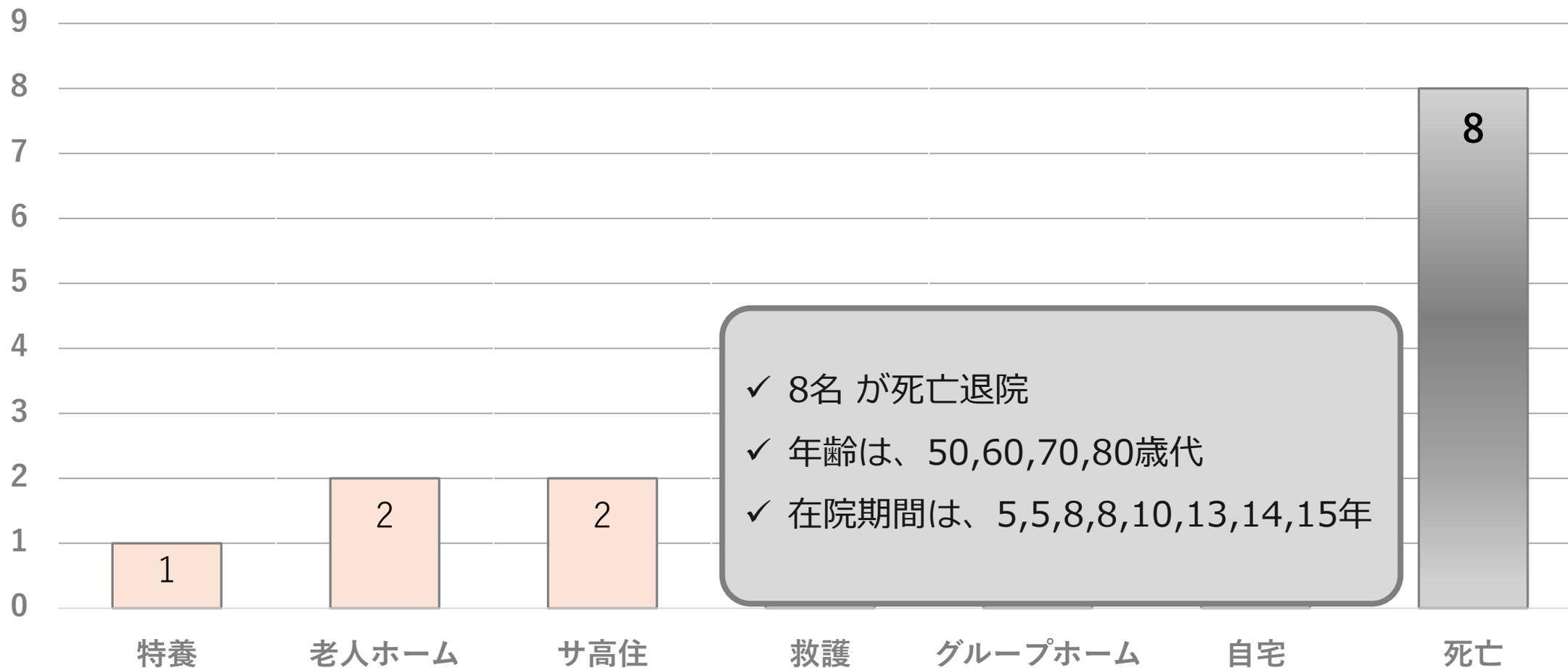
3-A. 当院の超長期入院の方々の現実

2024年 当院から退院した超長期入院患者の退院後の行き先 ①

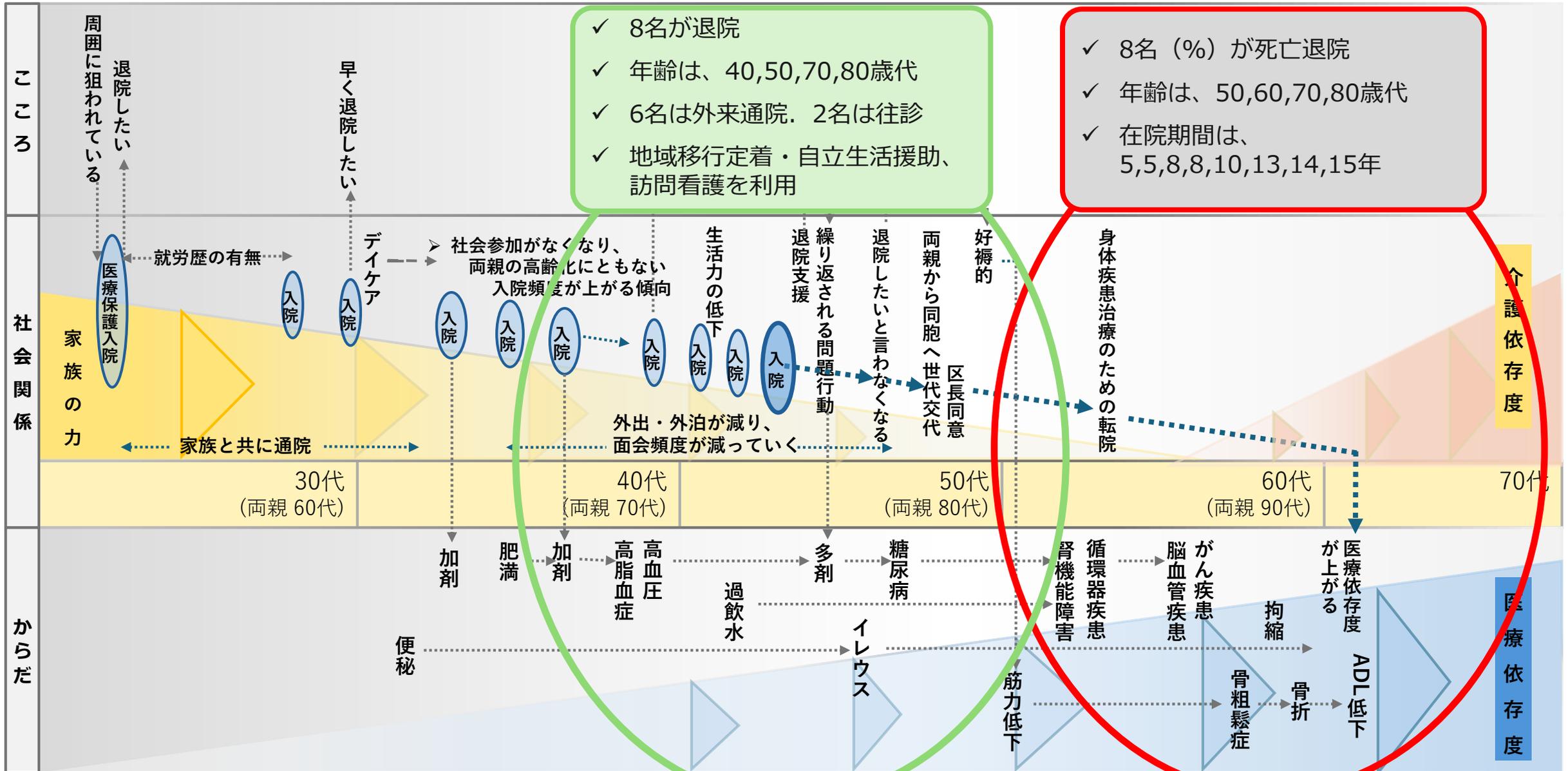


3-A. 当院の超長期入院の方々の現実

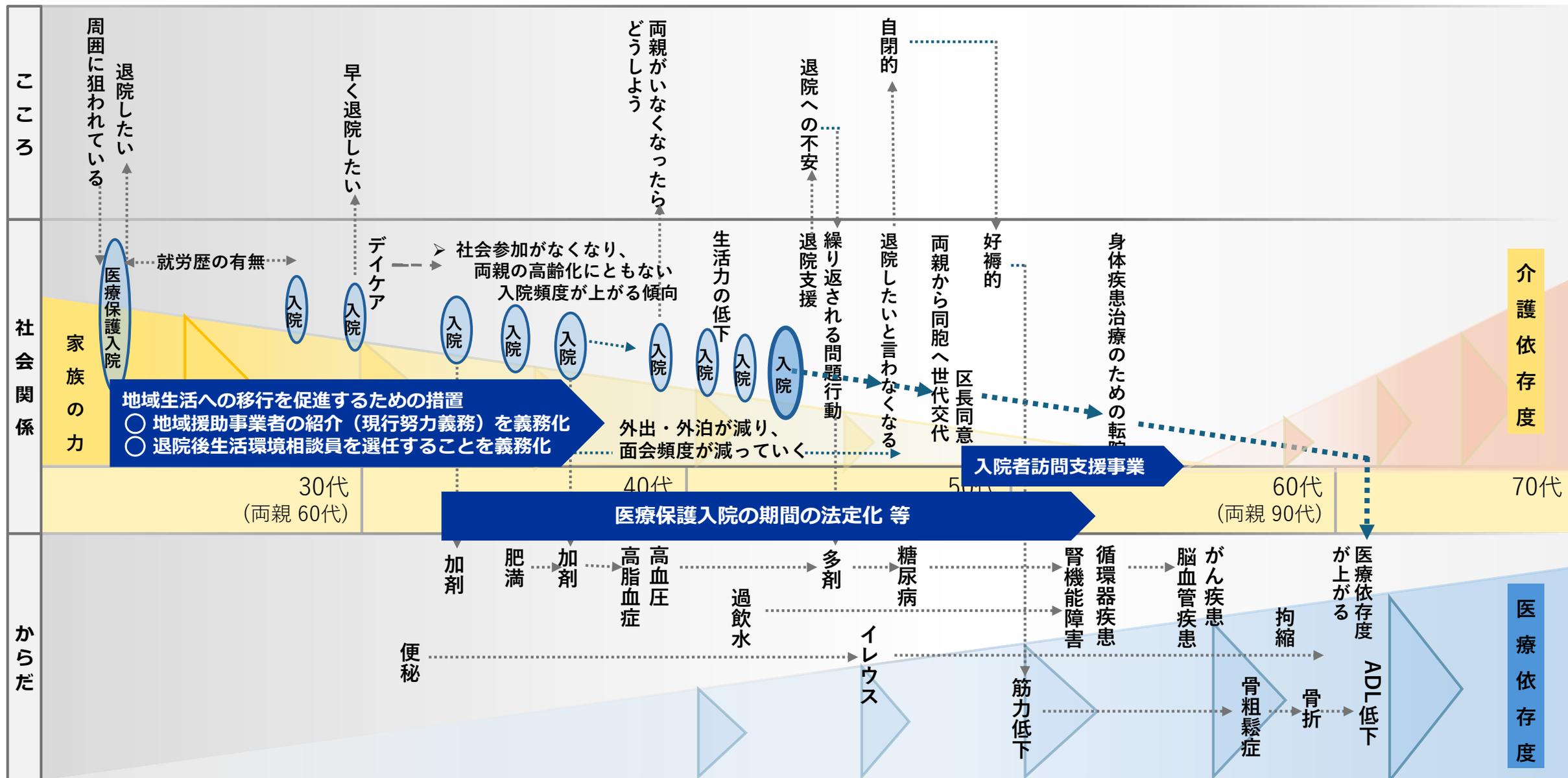
2024年 当院から退院した超長期入院患者の退院後の行き先 ②



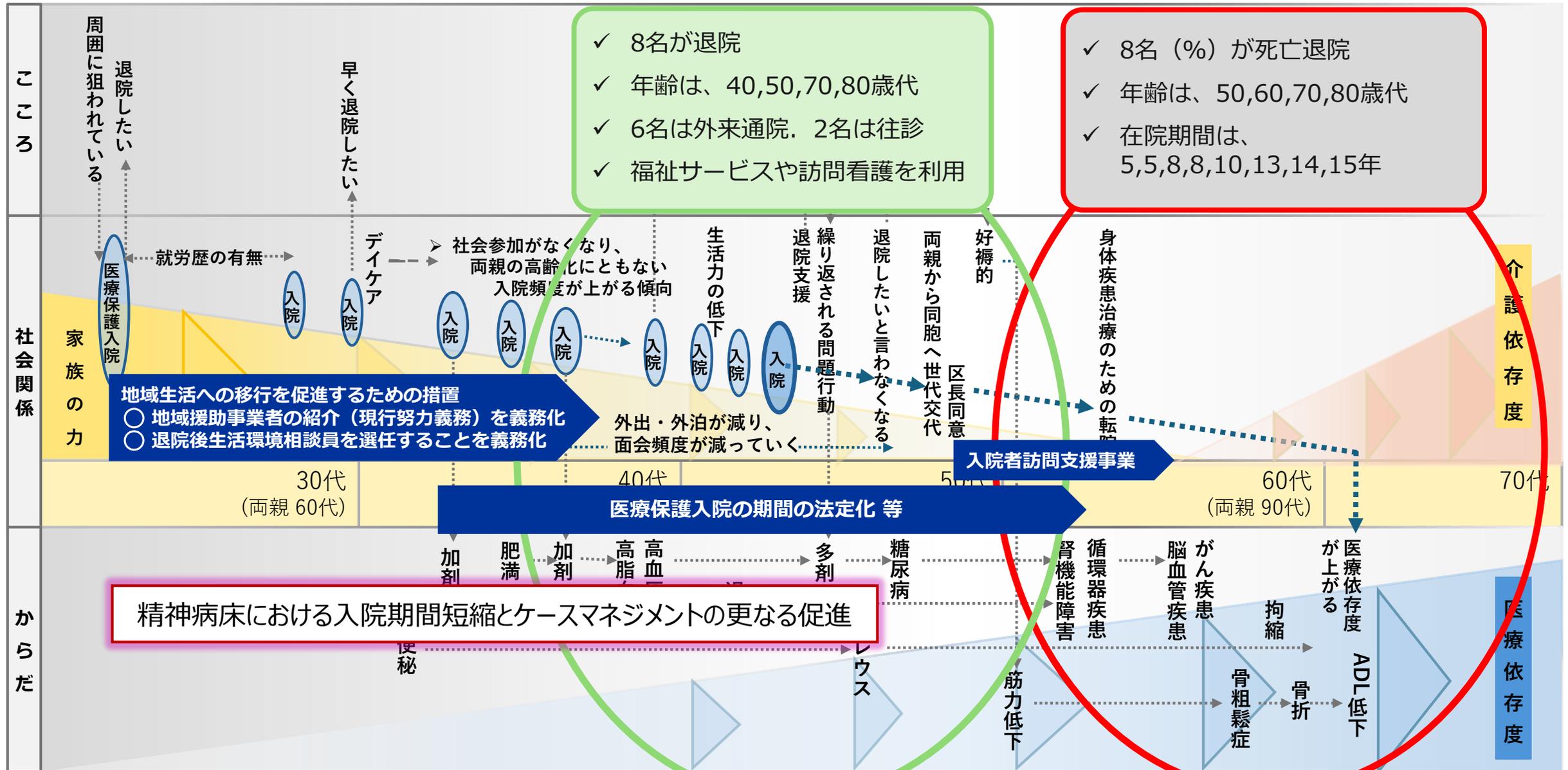
3-A. 当院の超長期入院の方々の現実：入院経過の特徴と退院後の行き先



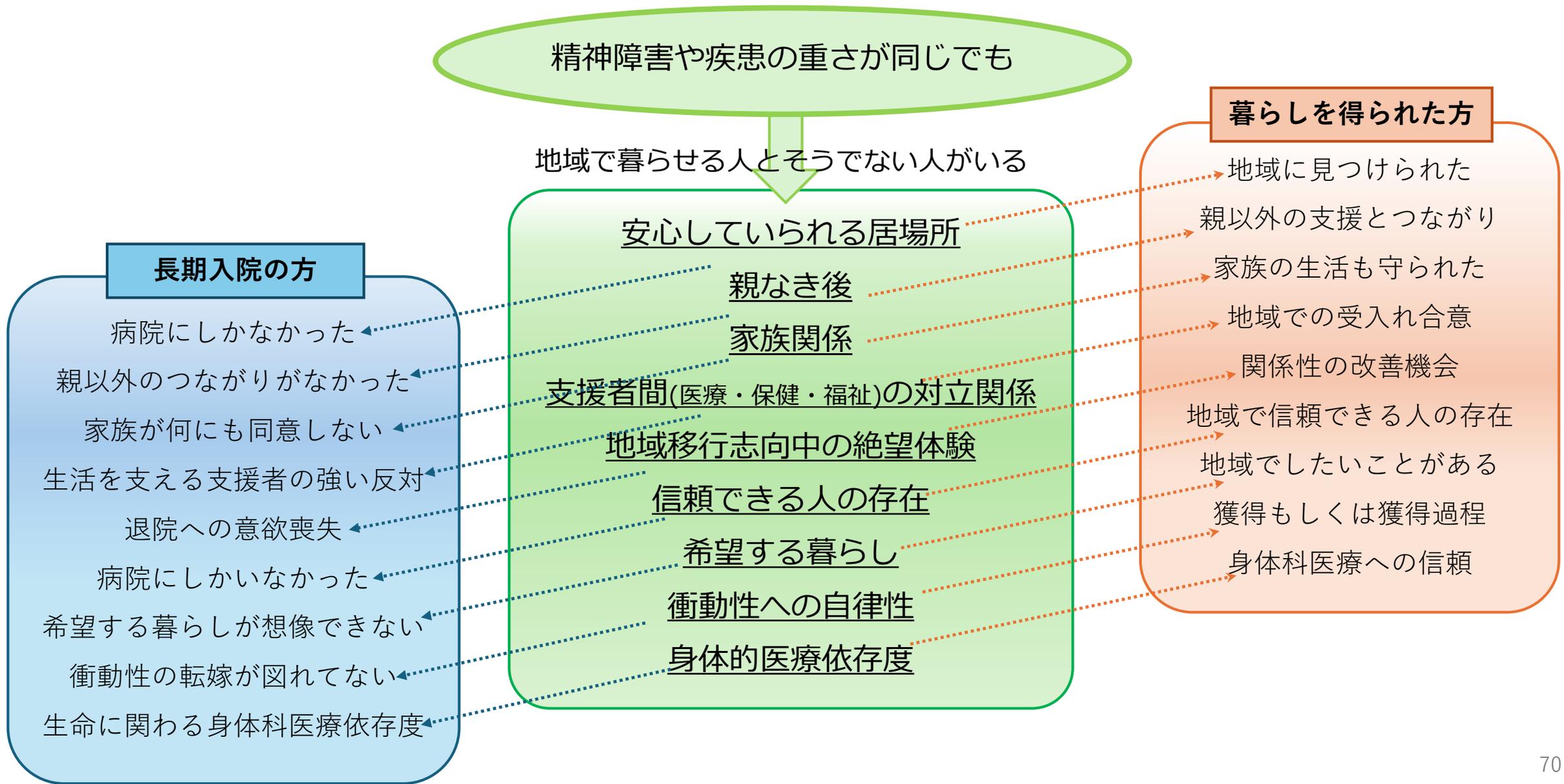
3-B. 超長期入院の方の入院経過と法改正の意味



3-B. 超長期入院の方の入院経過と法改正の意味



3-B. 「地域での暮らしを得られた方」と「長期入院の方」の違い



地域づくり・連携づくりにおいて、精神科病院側ができることはたくさんある

👉 精神科病院も地域の一部。人が生きるには「つながり」が不可欠のように、医療機関も地域とつながらないと生き残れない

👉 医療側から「協議の場」に参加し、当事者の方・行政保健の方・福祉の方々と一緒に悩み、困りごとを共有しながら地域特性を知ってみる

→ 病院から一人が参加するのではなく、組織図の様々なラインで参加することが相互性を高め、直接支援が結実していくことにつながる

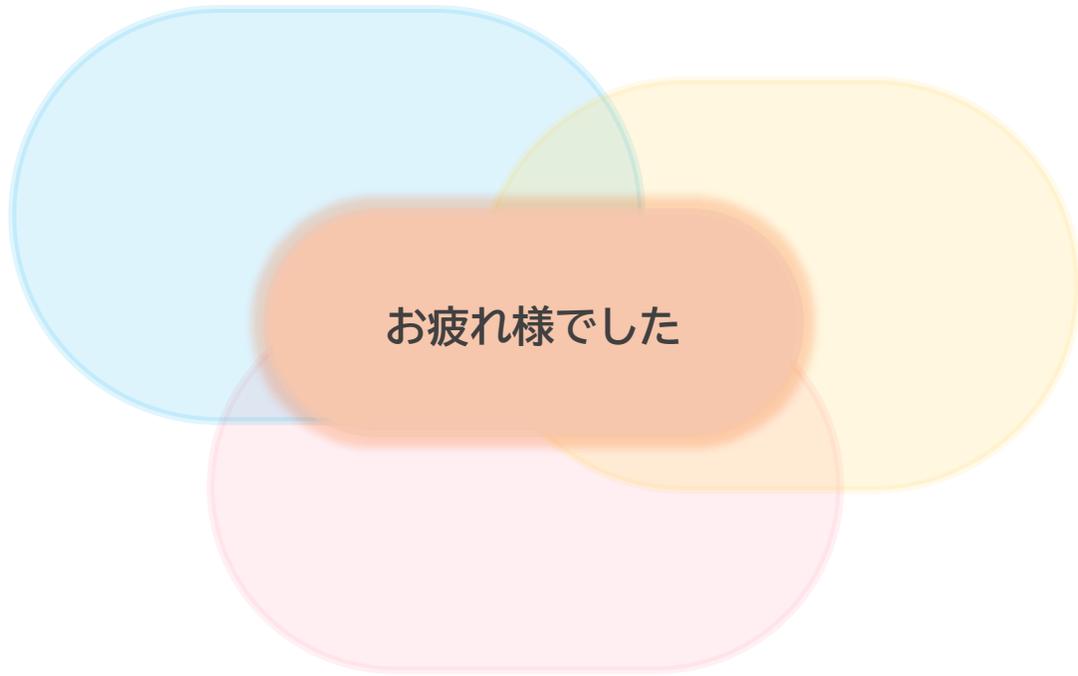
👉 地域生活の支援者の方々の困りごとを聞いてみる

→ 以外と看護が得意とすることで困られたりしていることがある

👉 地域の困りごと医療の課題も「誰かのせい」ではなくて、自分のサイズ感でできることをやってみる

👉 諦めずに続けていると、院内にも院外にも仲間ができて病院の文化、地域づくりにつながっていく

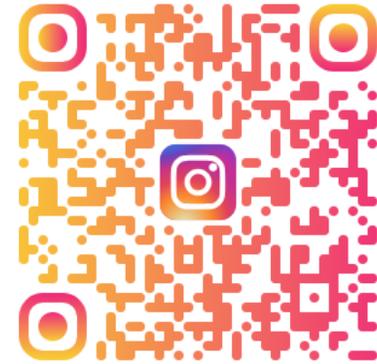
→ 10年前は、院内で一人で奮闘しているような気持ちでしたが、今は違います。



お疲れ様でした

東京武蔵野病院 看護部

Instagram
はじめました



tokyo_musashino_kango

もしよかったら覗いてみてください

HIKURA できるBook

医療と保健・福祉の
連携ができるBook

精神科病棟看護師の立場から

