

宮古諸島における精神科長期入院患者の退院支援*

— A病院の精神保健福祉士の取り組みを中心に —

波名城 翔**、森田 康雅***、古藤由梨佳****

Support for discharge of long-term hospitalized patients with mental disorder in Miyako Islands

— Focusing on PSW's efforts at hospital A —

Sho Hanashiro**, Yasumasa Morita***, Yurika Koto****

1. はじめに

我が国は、約29万人の精神障害者が入院しそのうち約6割にあたる約18万人が1年以上の長期入院患者である。入院患者の退院に向けて2004年の精神保健医療福祉の改革ビジョン¹⁾(以下、改革ビジョン)において、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が出され、約7万人の受け入れ条件が整えば退院可能な者(社会的入院患者)について、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることで解消させると明言した。具体的な方策としては、都道府県障害福祉計画において退院可能精神障害者の減少を目標値として定めるとともに2008年には精神障害者地域移行支援特別対策事業を創設し、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域移行体制整備コーディネーターの配置や長期入院精神障害者(以下、長期入院患者)に対する個別支援等にあたる地域移行推進員の配置を行い長期入院患者の地域移行の促進を図った。当初は精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施主体は都道府県であったが現在は地域移行支援、地域定着支援事業という名称で市町村が実施する障害者総合支援法の一般相談支援に位置づけられた。また、医療機関においても、診療報酬にて精神科地域移行支援実施加算の創設や退院前訪問指導の回数制限の緩和、精神科デイ・ケア等の利用の評価など、医療、福祉の双方から長期入院患者の地域移行への施策が講じられている。

長期入院患者の退院支援に期待されている職種として精神保健福祉士がある。精神保健福祉士は1997年に国家資格化された精神保健福祉領域のソーシャルワーカーであり、精神保健福祉士を配

置した医療機関では、精神保健福祉士配置加算や訪問看護・指導料の算定できること等から雇用が進み、2015年の就労状況調査によると医療機関で勤務する精神保健福祉士は32.4%と最も多い。

人口約55,000人の沖縄県宮古島諸島(以下、宮古島)の精神病床数は沖縄県立A病院(以下、A病院)の45床のみで、人口1万対精神病床数は、全国26.4²⁾、沖縄県38.1³⁾、宮古島8.5³⁾と精神病床数が非常に少ない地域であるが、2011年末時点において入院期間1年以上の長期入院患者が約3割を占めていた現状から長期入院を含めた精神科病棟の入退院支援等を円滑に行うために、2012年から地域連携室に初めて精神保健福祉士を配置した結果、6年間で35名の長期入院患者が退院する運びとなった。本稿では、A病院の長期入院患者の退院支援の取り組みから長期入院患者の退院支援に必要な要素と精神保健福祉士の機能と役割について考察していきたい。

2. 沖縄県の精神科患者の退院支援の取り組みと長期入院患者の状況

沖縄県⁴⁾では、2011年度に精神障害者地域移行支援特別対策事業として、①地域移行推進員の配置、②自立促進支援協議会の設置、運営、③地域体制整備コーディネーターの配置(体制整備、地域移行推進員が実施する支援に対する助言・指導、普及啓発等)を実施した。翌年の2012年度には、精神障害者地域移行・地域定着支援事業に名称変更し、地域体制整備コーディネーターに加えてピアサポーターの活用、2013年度には、①連絡協議会の実施、②地域移行・地域定着支援に関する研修会、③精神障害者地域移行希望調査を行っている。更に2015年度には①自立支援協議会「住

* Received January 16, 2019

** 長崎ウエスレヤン大学 現代社会学部 社会福祉学科、Faculty of Contemporary Social Studies, Nagasaki Wesleyan University, 1212-1 Nishieida, Isahaya, Nagasaki 854-0082, Japan

*** 西南学院大学大学院生(元沖縄県立宮古病院、地域連携室、相談員)

**** 宮古島市役所

まい・地域支援部会」に地域移行ワーキングを設置、②精神障害者の地域移行希望調査結果の追跡、③コーディネーターの配置、④地域定着試行事業、⑤院内委員会支援事業、⑥地域移行人材育成研修事業など精神障害者の地域移行に向けた取り組みを行っている。

精神科病院への入院患者数は、沖縄県第4期障害福祉計画⁵⁾によると2012年6月時点で5,034人が入院し、そのうちの63.5%である3,197人が長期入院患者である。長期入院患者の入院期間別では、1年以上5年未満が1,712人(53.6%)、5年以上10年未満が632人(19.8%)、10年以上20年未満が504人(15.7%)、20年以上が349人(10.9%)である。同計画においては2012年から2017年の4年間で350人(11%)を目標にあげている。

3. 研究対象および方法

(1) 宮古島及び沖縄県立A病院の概要

1) 宮古島

沖縄本島から南西に約300キロメートルに位置する宮古島を中心として、大小8つの島から形成されている。自治体は宮古島市と多良間村の一市一村で構成され、人口は、宮古島市が51,320人(2018年)、多良間村が1,184人(2018年)である。自立支援医療(精神通院)申請者数は、宮古保健所概要によると2017年度は1,040人で年々増加傾向にある(図1)。

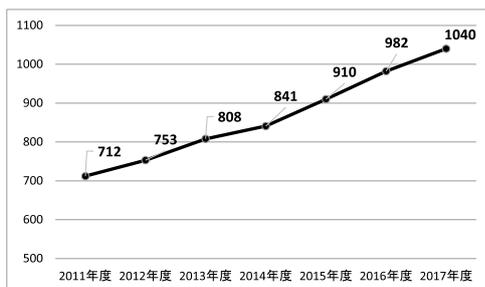


図1 自立支援医療(精神通院)申請者数の推移(宮古保健所概要に基づき作成)

島内の社会資源の状況としては、2013年に沖縄県内で初めて宮古島市に基幹型相談支援センターが設置された。相談支援事業所は(2018年現在12カ所)、精神科クリニック2カ所(2017年1カ所開設)、民間の精神科訪問看護ステーション(2017年現在3カ所)である。

2) 沖縄県立A病院

宮古島市に立地し、診療科24科、病床数276床を有する公立病院である。精神病床を有する宮古諸島唯一の公立精神医療機関として、外来・入院だけではなく、精神科デイナイトケア(小規

模)、訪問診療/看護(離島地域も含めた)などの地域精神医療にも力を入れている。2013年から現在の新病院の移転に伴い、精神病床数は50床から5床削減し45床となった。心神喪失者等医療観察法(指定通院医療機関)から措置入院、任意入院まで対応可能である。

精神科医師は年度によって増減しており2016年度までは4名体制であったが、2017年度は3名体制となった。また、精神保健福祉士は3名配置されているが2名は精神科デイナイトケア専属で地域連携室の精神保健福祉士は1名(2016年度のみ2名)である。

2012年に地域連携室に精神保健福祉士が配置される以前は事務職員が電話の取次ぎのみの対応に留まり実質的な入退院支援は精神科病棟の看護師が担っていた。

本稿では、地域連携室の精神保健福祉士の取り組みについて述べているため、地域連携室精神保健福祉士を「精神保健福祉士」と定義する。

(2) 研究方法

研究対象期間は精神保健福祉士が配置され退院支援が始まった2012年4月1日から2017年3月31日とした。

研究方法は、①文献及び学会等での発表資料および取り組み状況、②対象期間に退院した35名の退院先、③退院した事例から長期入院患者の退院支援に必要な要素と精神保健福祉士の機能と役割について考察を行う。尚、退院した35人の個人情報については、A病院で勤務している研究協力者のみが管理し、A病院に勤務していない主研究者及び共同研究者には統計データが提供されるものとする。倫理的配慮を行った。

4. 結果

(1) 各段階における精神保健福祉士の取り組み

1) 宮古島の精神科医療の概要と精神保健福祉士が配置される以前

沖縄県の精神科医療は、1945年の米軍野戦病院(G-6-54病院、G-6-59病院)に精神科が設置されたのが始まりである。宮古島は沖縄本島より20年以上遅く、1967年に琉球政府立A病院(現:沖縄県立A病院)に設置(精神病床数は50床)されたのが始まりである。当時は、先島(宮古圏域、八重山圏域)に唯一の精神科として、1人の精神科医師が宮古島、石垣島の入院・外来治療を担っていた。開設1年あまりにして精神科病棟は陳旧患

者で占められ、治療施設としての機能が損なわれる可能性があることから、初代専任医師であった中村は入院患者の退院支援に力を入れ、縄ない、農耕、山羊飼育などの作業療法や農業、パン屋、食堂などの院外作業、家族会の結成や訪問指導などに積極的に取り組むことで入院患者の退院を促進し、入院治療施設として機能するように取り組んだ。また、中村の後任の中山も地域でのケアの強化、地域の駐在保健婦との訪問を行い、地域精神医療活動を推進した。中山の後任の真喜屋は、50床では入院治療が必要なニーズに応えられないと考え、精神科病床の増床に奔走した。以上のように、宮古島（八重山病院に開設されるまでは石垣島の島民も含める）の精神障害者の人数に対して入院病床が十分でなかったことから、専任医師たちは入院治療を提供するために、退院を促進させるとともに地域精神医療活動の展開や増床に取り組んでいった。当時は専任のソーシャルワーカーが配置されていなかったため、医師や看護師が退院支援を行っていたが、診療、看護業務の上に退院支援まで行うことは負担が重く、中村⁶⁾は、「専門的なケースワーカー（現：精神保健福祉士）を置き、それを中心としたアフターケアでなければ一貫した継続活動はいろんな点において困難である」と述べ、また、中山、真喜屋らも同様に専門的精神科ソーシャルワーカーの配置を要望しているにも関わらず配置は実現しなかった。

2) 2012年度～2013年度：精神保健福祉士の配置と精神科地域連携システムの構築

2012年に地域連携室に専属の精神保健福祉士が嘱託職員として配置された。2012年4月1日時点のA病院精神科入院患者の状況は、1,000日以上が11名（男性9名、女性2名）、10,000日以上が3名（男性1名、女性2名）と50床のうち1,000日以上の超長期入院患者が精神病床の28%（14床）で占められ、実質的に稼働している病床は36床であった。また、新規患者の受診には3カ月待たなければならず、患者の中には飛行機で沖縄本島の病院を受診する者もいた。

当時の状況について波名城⁷⁾は「精神保健福祉士、社会福祉士が配置されていなかったため入院患者の退院支援は病棟看護師の業務となり、地域連携室の相談員が介入せずに退院となることが多かった。しかし、病棟で患者の看護を主業務とする病棟看護師にとって、社会資源のコーディネートまでを行うのは負担が重く、また、地域の

社会資源を見る機会も少ないため、限られた知識の中で十分な退院支援を行うことが困難であり、その結果として長期入院患者の滞留や退院しても再入院するといった状態を引き起こしていた」と地域連携室の機能不足と病棟看護師の負担の重さを指摘するとともに、現在の運用法では、措置入院や急性期など入院治療の必要性が高く、緊急性の高い患者への対応ができないため、長期入院患者の退院促進と院内、院外を含めた精神科地域連携システムが必要であると述べている。

精神科の長期入院患者の退院支援のためには、精神科地域連携システム構築が必要だと考え5つの取り組みを行った。1点目に地域連携室への情報集約化である。これまで地域支援機関が精神科病棟を訪問する際には、地域連携室を介せず比較的自由であった。しかし、地域支援者が気軽に入り出ることができる環境にある一方で、看護業務が多忙な時間の来院は、看護師が面談に同席できず情報の共有がなされなかったため、結果として退院には効果的ではなかった。そのため、地域支援者の訪問については地域連携室が事前調整を行い、担当看護師と精神保健福祉士が同席できるようにした。2点目に精神保健福祉士1人で入院患者から地域生活を送る患者まで約1,000人を支えるには負担が大きいことから、病棟の医師や看護師及び地域支援者等へ退院支援に関する勉強会を行った。院内、地域全体の支援の質を向上させるとともに、医療機関や地域が抱えている問題を共有できた。3点目には、退院支援における病棟看護師との役割分担を行った。精神保健福祉士が地域連携室に配置以前は、受け持ち看護師が看護業務から家族や関係機関との調整など社会資源のコーディネートまで行っていたことから負担が大きかった。そのため、①家族やキーパーソンとの日程調整は家族やキーパーソンと接点の多い受け持ち看護師が行い、地域支援機関との調整は同じく接点の多い精神保健福祉士が行う、②退院前訪問指導は原則的には受け持ち看護師と精神保健福祉士が共同して行うこととした。役割分担を行うことで、お互いの専門性を発揮するだけでなく、受け持ち看護師が責任を持って意欲的に退院支援に取り組むようになった。4点目に長期入院患者に特化した退院支援チームを結成した。全体の28%を占める超長期入院患者の退院支援を目的に、精神科医師、病棟看護師、男子（女子）チームリーダー看護師、精神科作業療法士で構成された多職種チームを結成し、多職種の視点から長期

入院患者の退院支援に向けた検討会議を定期的に行った。この検討会議では、対象者の退院支援の進捗状況の報告だけでなく、長期入院患者を受け持っている看護師へのスーパーバイズ機能も有していた。また、地域支援機関への連絡や要望は精神保健福祉士がとりまとめ報告した。5点目に地域支援機関との密接な連携体制の構築である。宮古保健所や市役所等の行政機関で開催される会議や地域で問題となっている精神障害者の事例検討会には、医療機関代表として精神保健福祉士や内容によっては地域連携室長、精神科医師、看護師が積極的に地域に出向き意見交換を行った。また、緊急で医療的支援が必要な地域で生活する精神科患者については、精神保健福祉士が中心となって精神科医師や看護師、地域支援機関を招集し、事例検討会議を行った。このように院内だけに留まらず、医療機関も積極的に地域と関わり、密接な連携体制を構築することで宮古島内に生活する精神障害者の地域生活を支援した。

その結果、1,000日以上を超長期入院患者の3人が退院することができ、入院治療の必要性が高い患者への対応も可能になった。また、2012年度4月の平均在院日数は289日であったが12月には139日となり約9カ月で150日以上短縮させた。

3) 2013年度～2015年度：地域との顔の見える連携作りへの取り組み

精神科地域連携システムを基礎に置きながら、精神保健福祉士の業務を確立させた。「顔の見える連携作り」を目的に、①訪問看護、②外出支援（退院前訪問指導を含んだ退院調整に関わる外出）、③関係者との会議や退院前調整会議に力を入れた。在宅から入院、退院までの一連のプロセスにおける精神保健福祉士が地域と連携する業務として、①安定時には、会議への参加、面談、相談、情報提供といった業務、②症状悪化時には、関係機関との連携による情報共有、③入院時には生活能力の評価、退院後生活プランの検討、退院意欲の動機付け、社会制度の手続き（障害者総合支援や介護保険の手続き、年金、生活保護等）、④退院前には、退院前訪問指導、医療・福祉のプランの擦り合わせ、施設体験・同行、施設探し等を行った。特にケースワークに力を入れ、外出支援については、2013年度は59件、2014年度は83件行い、1日で3件以上の外出支援を行うこともあった。また、調整会議は2013年度105件、2015年度183件と1日で8件の会議をこなすことも

あった。その結果、2013年度から2015年度の3年間で1年以上の長期入院患者17名が退院することができ、2015年度の平均在院日数は98.13日と100日を切った。また、行政機関とともに精神科医療機関のない離島を対象に、行政機関、医療機関、福祉機関との多機関連携による訪問支援を行い、精神障害者の地域生活支援に取り組んだ。行政機関と協働して、行政機関、医療機関、福祉機関、警察等が参加するA島の障がい者連絡会を組織し、医療、福祉、行政、地域情報の集約化を行い、早期発見、早期介入を行うことで、入院せずとも地域での生活が可能な限り送れるように支援した。

4) 2016年度～2017年度：院内外の支援体制のコーディネートと長期入院患者の退院支援の強化
古藤⁸⁾は、長期入院患者の退院支援に積極的に取り組んだ結果、入院が長期化する原因について、①地域の受け皿がない、②家族の協力が得られない、③長期入院による生活能力の低下、④入院が長期化することにより地域生活に対する不安が増強し、退院意欲が喪失する、と指摘し、長期入院を解消するためには、社会資源の積極的な活用とコーディネート、社会生活への移行のための外出支援（退院前訪問指導）や外泊練習が必須である、と述べている。

また、長期入院患者の退院支援にあたっての精神保健福祉士の役割について、①「病棟内カンファレンス」では、患者の状況把握と課題の共有、②「本人・家族との面談」では、退院の意思、退院の意欲がない場合は動機付けとして退院前訪問指導及び外出支援、③「関係機関との調整」では、退院に必要な社会資源のコーディネート（障害者総合支援法や介護保険等の手続きや基幹相談支援センター等の行政機関との連携）、④「退院前訪問指導、外出支援」では、自宅の状況確認、施設体験の同行支援であると述べている。長期入院患者の退院支援を通して、①社会資源をコーディネートするには制度や地域の社会資源について専門的知識や技術（ソーシャルワーク）が必要、②退院に至るまでに外出支援や調整会議、またはその調整に多大な時間と労力を要する為、精神保健福祉士と看護師で業務を分担することで看護師は看護業務に集中でき、看護師の負担軽減につながった、③退院支援は患者を取り巻く環境（経済的、社会面）についての整理から始まり社会保障制度の活用、家族との関係性構築等の結果

から未収金の解消につながった、④長期入院患者が退院し、新規患者が入院することで在院期間の短縮につながったと報告している。限られた病床数で精神科患者を支えていくためには、長期入院患者を増やさない取り組みが必要であり、そのためには、精神保健福祉士を中心とした地域との連携体制が必要であると述べている。2016年度から2017年度の2年間で1年以上の長期入院患者12名が退院した。

(2) A病院の平均在院日数の推移

精神科病棟の平均在院日数を図2に示した。2011年度の平均在院日数は171.28日であったが、翌年の2012年度には164.94日と約5日短縮され、2013年度には138日と年々短縮され、2015年度には100日を切っている。2016年度は11日間延びたが、2017年度は103.4日と約6日間短縮している。平均在院日数が全国269.9日¹⁾(2016年)、沖縄県253.5日²⁾(2016年)であることから全国、沖縄県と比較し平均在院日数は短い。

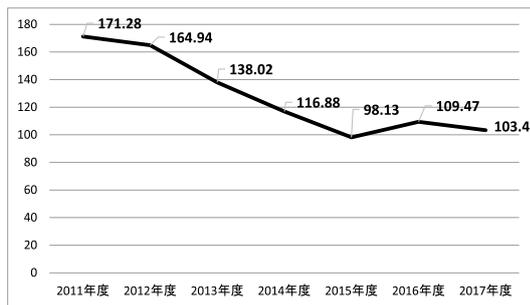


図2 A病院の年間平均在院日数の推移比較 (A病院資料より作成)

(3) 長期入院患者の概要と退院先

2012年4月1日から2017年3月31日までに35人がA病院より退院した。長期入院患者の概要では、まず、男女別では男性が19人、女性が17人であった。年代別では、30代が7人、40代が5人、50代が12人、60代が5人、70代が6人と50代が最も多い。入院期間別では、1年以上5年未満が最も多く25人、5年以上10年未満が4人、10年以上

20年未満が2人、20年以上30年未満が1人、30年以上が3人であった。疾患別(重複含む)では、統合失調症が27人と最も多く、てんかん2人、精神遅滞2人、認知症2人、双極性障害2人、心的外傷障害1人、不安障害1人であった。退院先では、自宅が最も多く13人、次いで有料老人ホームが7人、障害者総合支援法に基づくグループホームが6人、同じく、障害者総合支援法に基づく入所施設が6人、介護保険法に基づく認知症対応グループホームが1人、島内への転院が1人、島外への転院1人で、島外へ転院した1人以外の34人が宮古島内へ退院し、そのうちの半数以上の20人が自宅やグループホームといった地域へ退院している。利用した地域移行支援関連事業では、地域移行支援事業⁹⁾が8人、生活保護退院促進支援事業¹⁰⁾が2人の計10人であった。

古藤¹¹⁾は、2012年度から2016年度の長期入院患者の退院先を調査した上で、長期入院患者が自宅及び社会福祉施設、高齢者施設へ退院した割合を比較している(図3)。その結果、1年以上5年未満群は全国が37.6%に対し、宮古島は91%、5年以上群では全国が28.5%に対して宮古島は100%であり、全国と比較して自宅や社会福祉施設、高齢者施設へ戻る割合が高いことを報告している。また、宮古島において長期入院患者の退院が可能になった要因について、「宮古諸島は、精神病床数が限られており、又、入所施設やグループホーム等、地域生活を支援する社会資源も少ない地域」と前置きした上で、精神保健福祉士が多職種連携と地域支援機関との連携を行いつつ、本来、受け皿となるべき施設やグループホームの消極的な受け入れ姿勢を外泊、外泊、面談等による実績を重ねる事で精神障害に対する理解促進を行い、退院後のフォロー体制を組んだ結果であると述べている。

(4) 事例

倫理的配慮として退院時に本人、家族に研究報

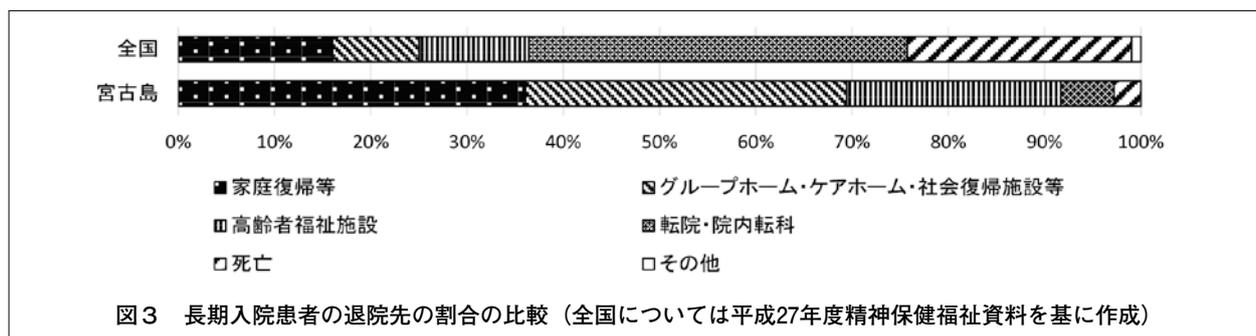


図3 長期入院患者の退院先の割合の比較 (全国については平成27年度精神保健福祉資料を基に作成)

告の同意について説明を行うとともに本人と特定できないこと、いつでも辞退できることについて説明し同意を得ている。

1) A氏

年齢：70歳 性別：男性

診断名：統合失調症、老年性認知症

入院期間：約2,100日

ADL：転倒防止のため拘束が必要

家族：島内に兄がおり、消耗品の差し入れや見舞いに来る

その他：沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律に基づく公費負担制度対象者¹²⁾

支援開始から退院までの期間：約3カ月

導入期：X年7月、精神保健福祉士が主治医に退院の可能性について社会資源が整えば退院可能との許可を得て、主治医、担当看護師と本人、家族と面談を行った。当初、家族は高齢であることや入院費（沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律に基づく公費負担制度対象者のため入院費は数千円程度）等の理由から退院について反対をしていたが、入院を継続する必要がなく地域のグループホーム等での生活が可能であること、費用について本人の年金収入で可能な施設を探すこと、病院も訪問診療、看護で支援を行うことを伝えることで、家族は退院に同意した。本人も老年性認知症のため意思の確認については難しい状況にもあったが家族や病院側から複数回確認を行い同意を得ることができた。

地域移行期：X年8月から9月、介護保険にて介護3の結果を受けて認知症対応のグループホーム探しを行った。グループホームをいくつかあつたところ精神科患者であることから断られたが、病院のバックアップ、精神障害への対応を指導することで試行的な受け入れについて同意を得た。グループホームの介護職員が来院し、本人との面談や対応について担当の看護師が複数回指導を行った。また、退院後は医療的支援として、訪問診療、訪問看護を行うことでグループホーム側は受け入れることに正式に了承した。

退院調整会議及び退院：主治医、担当看護師、精神保健福祉士、本人、家族、グループホーム職員と退院前調整会議を行った。主治医から病状の説明、担当看護師からも看護状況の説明、精神保健福祉士からは退院後のフォロー体制について説明を行った。また、グループホーム職員からも施設や対応について説明があった。家族も事前にグループホームを見学しており同意の上で退院と

なった。

退院後：X年10月グループホームにて生活。ときどき急に車いすから立ち上がったたりすることもあるが、その都度グループホーム職員の対応で本人も落ち着くようになった。病院も訪問診療、訪問看護にて精神症状について情報提供や対応についての指導等の支援を行うことで、職員も対応を学んでいった。また、これまで、転倒防止のため拘束していたこともあったがグループホームで生活するようになってからは拘束することはなくなった。更に、発語について入院中は少なかったが、退院後は発語も見られ会話もできるようになった。

2) B氏

年齢：50代 性別：男性

診断名：統合失調症

入院期間：約30年

ADL等：排泄困難、嚥下障害の為窒息のリスクあり、収集癖があり他患とトラブルあり。ホスピタリズムにより自発性、活動性、社会性が低下。人格水準の低下が著明で自閉的な生活を送る。

家族：兄がおり不定期に金銭を届けるが病院から兄へは連絡が取れない。退院に向けての協力依頼には耳を貸さない。

その他：10年以上前より入院費滞納。約500万円の未収金あり。

支援開始から退院までの期間：約2年間

導入期：X年3月、精神保健福祉士が主治医に退院の可能性について社会資源が整えば退院可能との許可を得て、担当看護師と本人の同意を得て地域移行支援事業を申請し障害者総合支援法の適用となった。X年4月から9月にかけて、病院、市役所と退院の方向性の検討会議を実施した。病院、相談支援事業所は本人との関係づくりと動機付けを行った。外出支援等の声掛けを行うが本人は病院のプログラム（食事の時間や作業療法）を優先にするため、外出には拒否的で外出はなかなか実現しなかった。

X年9月、病院、相談支援事業所、行政機関と本人の支援方法について検討を行った。その結果、本人は提示されたプログラム通りに行動する傾向があること、本人は買い物が好きなこと、物事に動じないことがあげられた。以上から外出のプログラムは大型スーパーでの買い物として、1週間前に本人に可視化できる形で伝えることとした。翌週からそのプログラムを実行すると本人は声掛けに応じ、外出プログラムに参加するように

なった。回数を重ねるにつれ、本人は外出に慣れ、地域活動支援センターや就労訓練施設等への外出も参加するようになった。

また、退院に非協力的な家族については、市役所からアプローチすることとなった。市役所と家族との面談の結果、病院と家族との間に誤解が生じていることが明らかになり、市役所の協力の下、家族と精神保健福祉士が面談を行い、その結果、誤解は解消し、家族も協力的となった。入院費については、少しずつ家族が返済することで合意した。

地域移行期：X+2年1月、本人は外出にも慣れ退院へと気持ちが向くようになった。また、受け持ち看護師の指導により排泄も自立して出来るようになった。本人の状態や家族も退院に協力的になったことで、家族、行政、相談支援事業所、精神保健福祉士と退院後の受け入れ施設の検討を行った。退院後の受け入れ施設としてグループホームに空きがあったことから、グループホームへの退院を目標とした。入院中からグループホームにて本人が慣れるまで宿泊体験を繰り返し退院となった。退院後には病院の訪問診療、訪問看護が定期的にフォローすることとなった。

退院後：本人は最初の数日間は緊張し眠れない日が続いたが、頓服薬の服用や訪問診療、訪問看護で本人と面談したことで、落ち着き眠れるようになった。グループホームでの生活が落ち着いた後は、障害者支援施設にも通所しながら生活を送っている。また、休みの日には、近所を散歩するなどの効果も見られている。

5. 考察—長期入院患者の退院支援に必要な要素と精神保健福祉士の機能と役割

沖縄県が示す宮古圏域の長期入院患者の退院目標値は年間3人であることに対し、宮古島では目標値の倍以上の長期入院患者を地域へと移行できている。考察では、A病院の取り組みから長期入院患者の退院支援に必要な要素と精神保健福祉士の機能と役割について述べていきたい。

(1) 医療機関

1) 所属機関に対して長期入院患者の退院へのコンセンサスを得ること

長期入院患者の退院が進まない要因の1つとして、医療機関職員に長期入院患者の退院への諦めがあると考えられる。A病院への入院が長期化した患者の多くは病状や家族、住居等に関して問題を抱えており、一般的に困難事例と呼ばれる患者

ばかりであった。そして、また、主治医や看護師から長期入院患者全員に対して退院への支援計画及び本人、家族等へのアプローチも行われていながらも、その結果として入院が長期化していた現状もあった。また、作業療法についても長期入院患者については、退院支援を目的というよりも病棟生活の一環としての意味合いが強く、精神保健福祉士が長期入院患者の退院支援を提案しても非協力的であった。しかし、退院支援を行うには、精神科医師や看護師、作業療法士等の各専門職のチームアプローチが必要不可欠であるため、退院の可能性について各専門職に働きかけ同意を得ていく必要がある。

同意を得る方法としては、1つ目に経営的側面からの提案である。退院促進に関する文献研究を行った井上ら¹³⁾は、医療機関が退院促進に取り組み始めた大きな要因として医療機関の経営的戦略があると述べている。診療報酬の改定により、短期入院の報酬が高くなる一方で長期入院の入院費は抑制されつつある。そのため、長期入院患者が退院することで空床ができ、そのベッドを短期入院で回転させることで報酬を上げることができる。2つ目には、制度を活用した退院のイメージの提案である。長期入院患者の退院については、短期入院患者よりも時間を要するため否定的であることが多いが、前述したように地域移行支援事業や生活保護退院促進制度を活用することができれば、外出支援や外泊体験なども地域支援機関に対応を依頼することができる。また、医療機関側としても退院前訪問指導や作業療法の一環としてプログラムに位置づけることで診療報酬に算定することができる。これらの制度を活用しながら、退院支援へのイメージを提案することで同意を得ることが可能であると考えられる。

2) 多職種共同による長期入院患者の評価と役割分担

長期入院患者には、精神科医師、看護師、作業療法士など多職種が関わっており、各専門職でそれぞれの治療計画等が作成されている。例えば、精神科医師であれば治療計画、看護師の看護サマリー、作業療法士による作業療法評価など、職種によって情報が異なるため、それらの計画を基にして長期入院患者の評価を行う必要がある。事例のB氏のように、一見、拒否的で外出しない状態は退院は困難だと思われるが、看護サマリーを基にした本人の性格の傾向や作業療法士による「本

人は買い物が好きであること」や「物事に動じないという」評価によってプログラムの再設定を行い外出へとつなげることができた。また、排泄については看護師が指導することで自立となった。以上のように、多職種が共同し評価と役割分担を行うことで最小限の負担で最大限の効果を出ることができると考えられる。そのため、精神保健福祉士が中心となって各職種と連携する必要がある。

(2) 本人・家族

1) 長期入院患者の退院意欲への動機づけ

精神障害者の長期入院患者の退院支援を行う上で重要となるのは本人の退院意欲である。障害者総合支援法の地域移行支援事業を利用する際においても本人の意欲がなければ利用することができない。また、風間¹⁴⁾らの研究によれば、「退院支援を行うにあたって大切だと感じた事柄」について、精神科病院、社会復帰施設とも「患者の意思」と回答したとの報告がなされ、退院への意欲が重要視されている。退院への意欲について、波名城¹⁵⁾は長期入院を経験した精神科患者にインタビュー調査を実施しており、入院期間が短い場合は退院意欲を有しているが、入院が長期化することで退院意欲が減少し消失することを報告している。また、杉原¹⁶⁾も同様に長期入院患者を対象にインタビュー調査を実施しており、「入院が長期化することにより入院者は無力化し機会の剥奪が進行する。そのような中で退院や将来を諦め、自主性が奪われていく」と述べている。つまり、退院への意欲を支援者は重要視している一方で、患者は入院の長期化によって退院意欲は減少または消失するため、長期化するほど退院は困難となるのである。

また、波名城¹⁵⁾の研究によれば、退院意欲を有し退院する際には、退院後も社会資源を活用しながら生活を組み立て生活していく一方で、退院意欲を有しない退院は、地域で生活することの不安から酒類や医療へと依存する可能性が高いことを指摘し、また、退院意欲を引き出すためには作業、宿泊体験が効果をあげることを報告している。

医療機関は治療が必要な者が入院する場所であり、入院患者は地域で生活する権利がある。そのため、医療的治療が不必要であれば、退院意欲がない患者についても入院を継続させるのではなく、また強引に退院させるのではなく、体験等を通じて退院への動機付けを行い肯定的な感情と共に地域生活へと移行させる取り組みが必要である。

2) 家族の協力

長期入院患者の退院支援において家族は最大の協力者である。事例のように入院が長期化することで家族は長期入院患者を除外した家族を形成し、別で生活する家族として位置づけられる。また、退院後に迷惑をかけられるという思いから入院中の協力は行っても、退院の受け入れに関しては拒否的となることが多い。家族の最も重要な役割として心の絆といったつながりがある事は言うまでもないが、こと日本においては、医療保護入院の際に必要な同意者や、住居で生活する際の保証人など家族の役割は非常に大きいと考えられる。

そのため、家族へのアプローチとしては、疾病教育や家族に負担のない生活スタイルの提案（グループホームや1人暮らしなど）やこまめな病状や退院支援の状況を伝え家族との関係性の構築を行う。また、家族の不安も患者同様に強いため、患者の通院する予定の事業所や体験中の様子などを一緒に見学することや医療機関側のアフターケア等について説明を行うことで家族の負担を軽減し、保証人等の最低限の部分に関しての協力を得ながら進めていく必要がある。

3) 地域支援機関との顔の見える連携体制

地域支援機関は外出や外泊、各種手続きなどの医療機関だけでは困難な支援を担う役割を担えることから地域支援機関との顔の見える連携は必要不可欠である。しかし地域支援機関が必ずしも精神障害に対する知識や理解があるわけではない。

例えば、障害者総合支援法の対象となり地域移行支援事業が利用できる場合には、精神障害への対応が可能な事業所も多いが、65歳以上で介護保険の適用となる場合には、精神障害に関する理解が乏しい場合もある。そのため受け入れについて難色を示す場合には、精神保健福祉士が中心となり疾病教育や情報提供等、来院してもらい実際に関わってもらえるなどの取り組みをする必要がある。

また、試行的な受け入れ時には、施設やグループホームの職員に対して疾病教育や関わり方、理解を深めるための外出や外泊での実績を重ねることが必要である。長期入院患者の退院意欲も高まることもあるが、体験することで受け入れ側の肯定的な評価にもつながる。

そして、退院後には医療機関側が訪問診療や訪問看護によるフォロー、状態悪化時の受け入れ態勢を整えておく事を提案することで、受け入れる地域支援機関も安心できる体制を作り、地域支援

機関にも可能な限り、負担がかからないようにすることが必要である。退院後のフォローが適切であれば、受け入れ当初に消極的であった事業所でも、精神障害に関する理解が深まり、他の入院患者への受け入れを表明する場合もある。

4) 地域住民への啓発活動

長期入院患者の受け入れ先を家族や施設、グループホーム等と言った縁故者、或いは専門機関に頼るだけでは根本的な解決には至らないと考えられる。例えば、宮古島では約1,000人の精神科患者がいるが、家族が高齢な場合や本人と折り合いが悪い場合など対応に限界がある。また、障害者や高齢者対応の施設やグループホームを考えても限界がある。そのため、一般的なアパートや団地等においても受け入れてもらうために地域への啓発活動が必要であると考えられる。そのためには、地域での出前講座や精神保健福祉士が市町村の運営する自立支援協議会等の会議へ参加、行政と連携し市民講座を開くなど取り組みを行うなど、地域住民に対しての啓発活動に取り組むことも必要である。

6. 終わりに

本稿では、宮古島のA病院の長期入院患者の退院支援から長期入院患者の退院支援に必要な要素と精神保健福祉士の機能と役割について考察を行った。

離島における精神障害者の地域生活支援や長期入院患者の退院支援について、報告を行って行く中では、都市部の研究者や現場の支援者から、「離島だからできる」との意見を頂くことが多い。しかし、限られた精神病床や社会資源、人的資源、地域住民からの理解も乏しいという状況の中で約1,000人の精神障害者を支えなければならないことを考えると都市部より不利な環境にあるのではないだろうか。

本稿の長期入院患者の退院支援は、宮古島という特殊な環境が起因して可能となったのではなく、むしろ、困難な環境の中で、精神保健福祉士の介入によって長期入院患者の退院を可能とした。社会資源の乏しい離島でも、これほどの成果が可能となったのであれば、都市部や他地域においても同様の実践が可能である（地域によって支援体制は変える必要がある）と考えられる。長期入院患者の問題は我が国が抱える最大の課題である。長期入院を余儀なくされている患者のた

めにも精神保健福祉士の実践に今後も注目していきたい。

〈注・引用文献〉

- 1) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html>
- 2) 厚生労働省：厚生労働省：平成28年（2016）医療施設（動態）調査・病院報告の概況
www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/gaikyo.pdf
- 3) 沖縄県保健医療部健康長寿課：平成27年沖縄県における精神保健福祉の現状
http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/chiikihoken/seishin/documents/01gennjyou_h27_zennhann327.pdf
- 4) 沖縄県：地域移行の取り組みについて
www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou.../0000119281.pdf
- 5) 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課：第4期沖縄県障害福祉計画
<http://www.pref.okinawa.lg.jp/site/kodomo/shogai/fukushi/keikaku/documents/zenntai.pdf>
- 6) 仲村肇、宮古群島における精神医療—宮古病院精神科棟開設5周年を顧みて—、宮古病院、15-17、1972。
- 7) 波名城翔、精神科地域連携システムの構築と地域連携室の役割、地域連携入退院支援6（4）、64-69、2013。
- 8) 古藤由梨佳、小川あみ：精神科長期入院患者の退院支援と地域連携、第7回沖縄県立病院運営研究発表会、2016。
- 9) 障害者総合支援法に基づく地域生活へ移行するための支援事業である。障害者相談支援事業所が支援の主体となり、相談や外出支援や障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援事業）の体験や、体験宿泊が法的に利用できるため退院支援に効果的である。しかし、精神病院からの退院に関しては、直近の入院期間が原則1年以上、主治医の許可、本人の意向（申請主義のため）等の理由から活用が難しい。
- 10) セーフティネット支援対策等事業に基づく退院支援事業であり、福祉事務所の担当職員または委託された事業所等が支援の中心となり

面談や同行支援、住居探し等が利用できる。
対象者は生活保護受給者であること、主治医の許可があること入院期間は各福祉事務所において内容は異なるが、宮古島市においては6カ月以上であることが条件である。A病院の入院者は生活保護受給者が少ないため利用できる者は少ない。

- 11) 古藤由梨佳：宮古諸島における総合病院精神科の役割～精神科長期入院患者の取り組みから～.第56回全国自治体病院学会,2017.
- 12) 沖縄の復帰に伴う特別措置に関する法律（昭和46年法律第129号）の施行の際、沖縄の精神衛生法（1960年立法第102号）により琉球政府の負担において医療が行われていた精神障害者については、他の法令の規定により当該医療に関する給付によりまかなわれない額が公費で負担される制度。
- 13) 井上牧子,風間眞理,西澤利郎、精神科医療における退院促進を再考する～文献研究を通して、退院促進の展開背景を探る、1、59-67、目白大学健康科学研究、2008.
- 14) 風間眞理,井上牧子,西澤利郎、長期在院患者の退院促進の支援の実態—精神科病院と社会復帰施設の比較—、3、45-52、目白大学健康科学研究、2010.
- 15) 波名城翔、長期入院患者の地域移行に関する研究～入院を経験した当事者の退院意欲に焦点をあてて、日本精神障害者リハビリテーション学会誌第21回大会プログラム抄録集、197、2015.
- 16) 杉原努、精神科病院長期入院者の退院に至る変化に関する研究—精神科病院長期入院者が退院支援者からの働きかけによって退院していくプロセス—、京都文教大学臨床心理学部研究報告、9、3-16、2017.

〈参考文献〉

- 中山勲、宮古島の精神医療、沖縄精神医療、3、52-62、1978.
- 波名城翔、森田康雅、多機関連携による訪問支援の在り方—離島地域における精神障害者地域精神保健福祉の実践から、日本社会精神医学会雑誌25(3)、213-220、2017.
- 真喜屋浩、初一念一筋に、新星出版、2011.
- 山本和義、真喜屋浩、宮古の精神医療小史—これまでのあゆみと現状、これからの課題—、宮古病院精神科開設20周年記念誌、45-65、1987.