特集　これからの精神科医療を考える――「地域でその人らしく暮らす」を実現するための政策・医療・財源を考察する――

その人らしい地域の暮らしを支える民間病院の取り組み

長尾　喜一郎

「入院医療中心から地域医療中心へ」という政策の基本理念を実現するため，政府においては様々な施策がなされてきている．そこでは精神科長期精神障害者の問題，精神科病床削減が様々な見地から議論されている．精神科医療が地域に出ていく必要性は当然としても，そこにはいくつかの大きな障壁が存在する事実もある．昭和29年の実態調査で精神障害者の推定数は130万人，うち要入院は35万人であるとされ，国の補助もあり，精神科病床は最大35万床となり，昭和62年には地域医療計画において精神科病床は規制されるに至っている．結果，社会的偏見や社会復帰施設の不足などの要因も加わり，精神科への入院は長期化し，社会的な入院ともなった．しかしながら，我々民間精神科病院は昔から様々な精神科医療サービスを行い，地域での暮らしができるように取り組んできた事実もある．平成12年度精神障害者社会的入院解消事業は大阪から始まり，厚生労働省は平成15年にモデル事業として精神障害者退院促進事業を開始し，平成18年度には都道府県地域生活支援事業に位置付け全国展開がなされ，平成20年度からは精神障害者地域移行支援特別対策事業を始めている．「今後の精神医療福祉のあり方検討会」の報告書が平成21年9月にまとめられ，そこでは目標値についても示され「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を推進するための各種施策が行われてきた．その入院医療の多くを担う民間精神科病院が所属する公益法人日本精神科病院協会は，平成24年に「我々の描く精神医療の将来ビジョン」の中で，「入院中心の医療から，地域医療・地域ケアへ」と基本方針を自ら掲げている．

＜**索引用語**：地域移行，入院長期精神障害者，地域医療，精神科病床，退院促進＞

はじめに

大阪府の北部，北河内圏域（人口80万人）の寝屋川市（24万人）には，精神科病院（267床）1施設，身体科病院12施設，大学附属病院1施設と精神科診療所8施設がある．当院は市内唯一の精神科病院であり，精神科救急，認知症医療，精神・身体合併症医療，自殺問題などの地域のニーズに見合った連携の取れる精神科病院をめざしている．

当院は昭和40年に開設し，精神科デイケアを昭和64年から開始した．平成16年から電子カルテを導入し多職種での情報の共有を行っている．本館が昭和59年建設と老朽化してきたことから，平成24年8月には全病棟の改築を行い，平成26年5月から精神科救急入院料1の算定（60床）を開始した．また，本院にあったデイケアを地域に根ざしたデイケアとするべく，病院から移設し診療所として平成24年から運営をしている．厚生労働省は，平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業における施策総合推進実施地区に関する調査を企画，当院は「急性期医療・地域生活支援（地域移行）モデル」として調査を受けた．

退院促進，地域移行・地域定着といった言葉が謳われて久しいが，それらに対する取り組みは地域や病院の実情により大きな差が生じている．

著者所属：医療法人長尾会ねや川サナトリウム

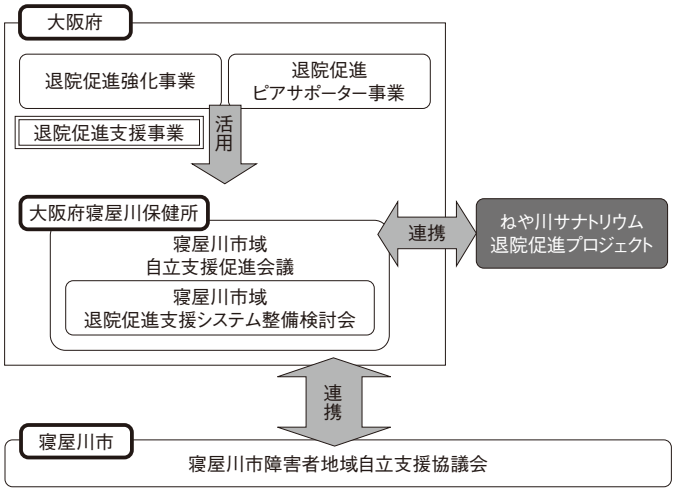


図1　大阪府寝屋川市における民間病院と行政の取り組み
（提供：寝屋川保健所）

本稿では，当院の退院促進の取り組み，行政や関係機関との連携，モデル事業調査を受けた結果，そして今後のあり方などについて報告してみたい．

Ⅰ．退院促進，地域移行・地域定着

1．当院の退院促進，地域移行・地域定着

昭和40年開設当初から病院でありながら外来を充実させ，昭和64年にデイケア，デイナイトケアの運営を開始した．援護寮（現宿泊型自立訓練事業所）やグループホームといった社会復帰施設も開設し，精神症状は安定していても生活能力の低下や家族機能の低下などを理由に入院が長期化していた患者の退院促進を継続．精神保健福祉士が資格化される以前からケースワーカーを多数配属し，退院先探し，小遣い管理，行政手続きなどの福祉関係の内容を中心に援助を行っていた．精神保健福祉士が国家資格化された平成10年からは医療の色彩も強くなり，現在，医療法人長尾会として精神保健福祉士は20名在籍している．

精神科病院からの往診や精神科訪問看護も早くから始め，訪問看護ステーションをも設置し，自宅にいながらも気軽に相談できる環境づくりを行い，在宅療養での安心感を担保してきた．また，職業安定所と連携しての就労支援，地域の作業所との連携，市民啓発活動としてのイベントの企画を行うなど，精神障害者のその人らしい地域の暮らしを支えるための援助を継続していた．

2．大阪府，地域との退院促進，地域移行・地域定着

大阪府では退院促進の行政の取り組みが「社会的入院解消事業」として平成12年から始まった．当初，「社会的入院」「退院促進」という言葉に「何を今さら」と違和感を覚えたが，外部からの刺激に期待しつつ，それら関係行政機関と共に歩みだした（図1）．

大阪府の支援職員（嘱託）が病棟を訪問し，主治医，担当看護師，担当相談員から患者のこれまでの経過，現在の病状や支援時の注意点などを聞き取り，本人との面談を始めた．この導入時期は，利用者の院内の日常活動に支援員が自然と入ることができるよう，病棟職員も協力して信頼関係の構築をめざした．

次に地域にある支援センター，作業所，保健所などの関連機関やケースによっては駅周辺の散歩，飲食店を訪れるなど社会資源を知るための同伴での外出を行い，家族との外泊に進み，病院周

辺での住まい確保のための調査，退院後の居場所となるデイケアや作業所への定期的な外出を行った[2]．

支援員と病院職員は，それぞれで患者に寄り添い，患者，家族の希望を引き出し，不安や心配があれば親身に相談に乗ることで，退院に結び付くといった経験を重ねていった．この取り組みは病棟スタッフにもよい刺激となり，退院促進に対する意識はさらに向上し，開放病棟から閉鎖療養病棟へもその意識は波及した．ともすれば，病院スタッフは長期入院の患者を退院促進の対象ケースと認識しないケースもあり，先入観にとらわれない視点が大事だと考え，保健所などの関係職員が退院支援対象ケースを選んだりもしている．

長期入院者にとって退院を意識し，不安を和らげるいくつかの取り組みとして，ピアサポーターによる訪問や茶話会なども挙げられる．ピアサポーターは長期入院患者にとって病気のことを理解してくれる文字どおり「仲間」であり，障害がありながらも地域で生活している模範でもあるため，患者は病棟スタッフには打ち明けなかった退院への不安や希望を話し，退院へのきっかけとなった．茶話会でも同様の効果を得ることができた．また，病棟以外での宿泊について不安が高じて勇気をもてない患者に対しては，当時の援護寮やグループホームでの宿泊体験事業を利用して，少しずつ退院後の生活を練習することで，その不安を軽減することができた．

これらの取り組みによって，テーラーメイドな支援を行うためには，新しい環境との調整が必須であり，利用者の支援をめぐる関係機関との連携機能を高めることの重要性を再認識することとなった．

3．退院促進の実際

長期入院患者の家族にとって，入院前の本人の悪化した病状，地域に対する問題行動などを考えると不安から退院についての了解を得ることが困難なケースが多い．病院は患者の現在の病状，退院後の医療面のサポートについて丁寧な説明を行い，入院環境から「押し出す力」を働かせ，支援員や地域の関係職員，時に地域の一般市民（大家など）が病院職員と協力して退院後の環境調整を行うことで，患者，家族にも安心感を与える「引っ張り出す力」を同時に働かせることで退院への動機が強まると実感した．退院したら病院との関係が切れてしまうと思っている方も多くあったため，「治療の場が入院から地域に移るだけですよ」と丁寧に説明した．家族に全て負わされると思いがちであるが，その不安を十分に受け止め，病院を含めた地域全体で支え続けるメッセージを送ることが大事である．地域に出るステップとして，生活訓練施設やグループホーム入所を促すと家人の安心を得られるが，アパート退院でも同じ安心感が得られるよう，日常生活のサポート体制を構築しなければならない．高齢者については，介護施設への入所から介護サービスを利用した自宅への退院も積極的に促し，統合失調症を中心とした中高年層については，生活訓練，外出プログラム，住居確保援助を行うなど，退院して地域で生活するには，その人にあった援助が必要であった．

Ⅱ．公益法人日本精神科病院協会 将来ビジョン戦略会議報告書

日本全国に精神科病床を有する病院は約 1,600 施設，342,194 床ある．公益社団法人日本精神科病院協会（以下，日精協）の会員数は現在 1,206 施設（精神科病院を有する病院の約 75%）であり，290,841 床（約 85%）の病床を有している．日精協は平成 24 年に将来ビジョン戦略会議報告書[3]をまとめ，その中で，「入院中心の医療から，地域医療・地域ケアへ」という基本方針を掲げ，地域社会で精神障害者が安心・安定して暮らせるための地域医療と福祉の環境を整備しなければならないとし，現在，国の政策として進められていることを自ら率先して進めようとしている．

精神科救急入院料病棟や急性期治療病棟のように，治療密度を高めたシステムによって，集中的に治療を行うことで 70%を 3 ヵ月以内に，90%を 12 ヵ月以内に退院させることを日精協は図 2 のよ

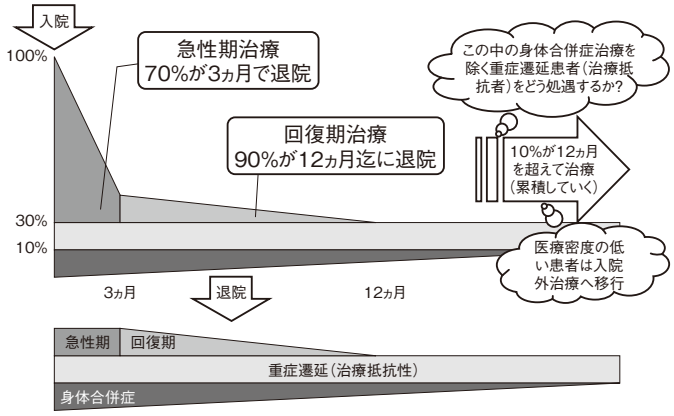
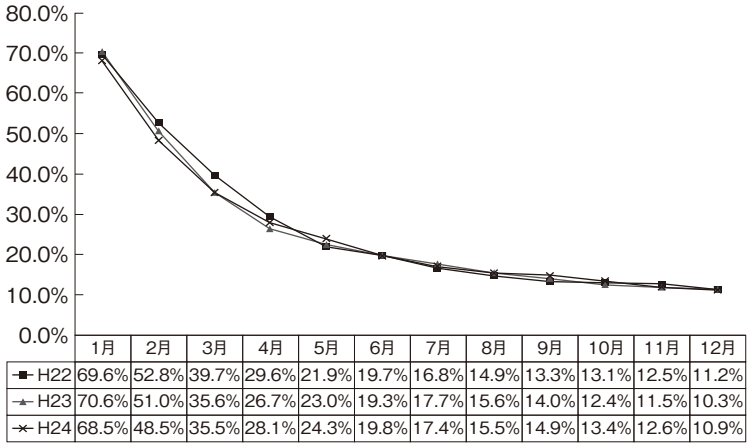


図2　日精協の考えるこれからの精神科治療の構想と課題
重症遷延（治療抵抗）者の入院外処遇システムが必要である
（文献3より引用）



	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
H22	69.6%	52.8%	39.7%	29.6%	21.9%	19.7%	16.8%	14.9%	13.3%	13.1%	12.5%	11.2%
H23	70.6%	51.0%	35.6%	26.7%	23.0%	19.3%	17.7%	15.6%	14.0%	12.4%	11.5%	10.3%
H24	68.5%	48.5%	35.5%	28.1%	24.3%	19.8%	17.4%	15.5%	14.9%	13.4%	12.6%	10.9%

図3　ねや川サナトリウム残存率（1年未満群）
入院1ヵ月後30%が退院，3ヵ月後65%が退院，1年後90%が退院

うに示している．精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会，今後の方向性に関する意見の整理（平成24年6月28日）（概要）において国が示しているものと同等以上の水準である．図3は当院の平成22〜24年の残存率を示している．当院も日精協の提示した報告書と同様の数値を示した．

また，日精協は平成26年3月には「統合失調症患者への入院早期から多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」[4]において9,363人の統合失調症患者を調査した．その退院先の8割は自宅であり，退院後半分以上の患者は2年以上再入院をしていないことを報告し，これまでに民間精神科病院が進めている地域移行が徐々に浸透しているものと考えている．

Ⅲ．平成24年度施策総合推進実施地区に関する調査報告書

精神保健医療福祉政策についての平成16年9月の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」，平成24年6月の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」報告書をもとに，平成24年度精神

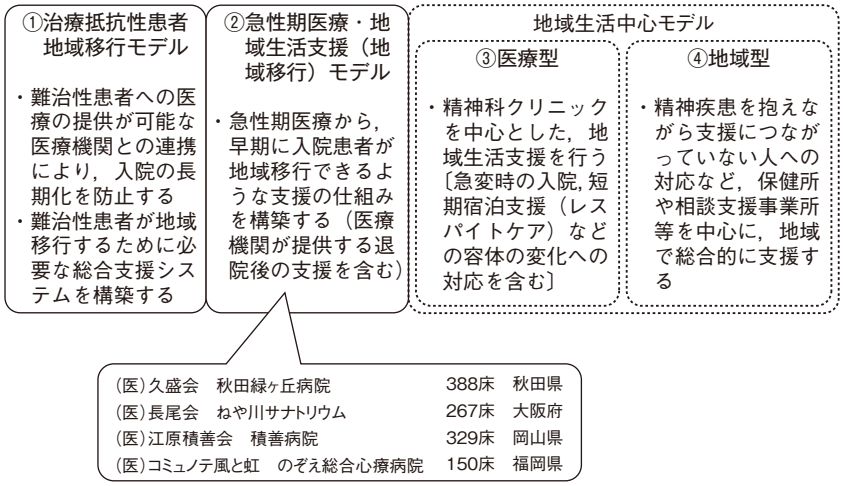


図4　平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業（文献1より引用）

障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業[1]が立ち上げられた．今後の方向性を具体化した施策総合推進実施地区モデルフレーム（図1）を検討することを目的に調査が行われ，4つのモデルフレームとして　①治療抵抗性患者地域移行モデル，②急性期医療-地域生活支援（地域移行）モデル（当院），③地域生活中心モデル（医療型），④地域生活中心モデル（地域型）と区分されている．調査内容は，病院概要から，地域移行の活動状況，取り組みにおける医療機関の変化，収支状況の変化などであり，平成25年3月にその報告書[1]が提出された．

地域移行，地域生活支援を推進している医療機関などに対して現地調査を実施し，検討の基礎資料を得るとともに，有識者会議として施策総合推進地区に関するアドバイザー会議を開催し，関係者から意見聴取を行った．そこでは表1のような共通点がみられた．

表1　平成24年度精神障害者保健福祉等サービス提供体制整備促進事業（文献1より引用）

早期介入・早期支援
・悪化時には早期に対応し，地域に復帰する，救急対応の充実
地域移行
・入院する時点で退院と退院後の生活を構想してケア．入院中にも保健所などの外部機関係関との連携が入院患者にもスタッフにも大きな刺激となる
・退院患者のアドバイスは入院している患者にとって，非常に貴重
・退院前訪問指導を行うことで，退院準備としての環境調整が可能
・家族への心理教育により，家族の病気の理解を深める
地域定着
・退院後の生活における経済的基盤と，退院後の生活を支援する
・退院後，地域で仲間をもつこと
・医療としての訪問看護
・家族以外の援助者が必要

おわりに

その人らしい生活を実現するために，きめ細かいテーラーメイドな医療，福祉サービスが必要であるといわれているが，長期入院者の地域移行については，本人の不安や家族の退院へのためらいについても適切なアセスメントを行い，内の支援（精神科病院）と外からの支援（関係機関，当事者など）による多職種・多機関での総合的な取り組みが有効である．患者や家族が安心して退院を受け入れるために，悪化時には適切な医療提供を行う必要から救急医療も不可欠である．往診や訪問看護，入院といったあらゆるサービスが提供できなければならない．

ともすれば長期入院精神障害者が社会復帰はで

きないのではないかとの心配が大きく，退院について足踏みしてしまうこともあるが，本人のみならず家族を含む支援を関係機関で継続して行うことで，患者のもつ自立能力はさらに高まり，患者と家族が地域で共生できるのではないかと考える．

退院支援の中で，何十年前なら入院していたであろう患者が地域で生活しているのは感動を覚える．その人らしい地域の暮らしを支えるために，精神科病院の役割はこれまで以上に幅広いものになっており，その責任を果たしたい．

様々なところで「地域移行とは退院なのか？」という言葉が出ているが，「精神科病院」と「地域」は分けて考えるものではないのではないだろうか．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

文　献

1）三菱総合研究所：平成24年度施策総合推進実施地区に関する調査．2013

2）奥村由美：大阪府における退院促進事業について事例を中心に．日本精神科病院協会誌，22；42-47，2003

3）山崎　學：将来ビジョン戦略会議報告書，我々の描く精神医療の将来ビジョン．日本精神科病院協会雑誌別冊，31；19-26，2012

4）山崎　學：「統合失調症患者への入院早期からの多職種による地域移行支援の標準化に関する調査」報告書．日本精神科病院協会，2014

Approach of Private Hospitals to Support Individuality-respected Community Living

Kiichiro Nagao

President and Hospital Director, Neyagawa Sanatorium, Medical Corporation Nagao-kai

The government has taken a variety of measures to actualize the basic philosophy of the policy for“shifting medical treatment under hospitalization to regional medical treatment”. The problems associated with mental disorders requiring long-term psychiatric treatment and reducing psychiatric beds have been discussed from various viewpoints. Although the transfer of psychiatric medical treatment to regional medical treatment is taking place, it is true that some large barriers exist. According to research on the actual situation in 1954, 1,300,000 psychiatric disorders were estimated, including 350,000 disabilities requiring hospitalization, and mental beds available increased up to a maximum of 350,000 with government subsidies. In 1987, mental bed availability was controlled according to the local healthcare program. As a result, periods of psychiatric hospitalization became prolonged due to factors including social prejudice and the inadequacy of rehabilitation centers；it was called “social hospitalization”. Nevertheless, it is true that private psychiatric hospitals have successfully provided various psychiatric medical services in order for people with disabilities to be able to live in the com-

munity.

The Program for Dissolution of Social Hospitalization of Psychiatric Disabilities in 2000 started in Osaka. The Ministry of Health, Labour and Welfare started the Program for Hospital Discharge Promotion of Psychiatric Disabilities as a model program in 2003. This program was included in the Regional Life Support Program in Prefectural and City Governments, and expanded throughout Japan in 2006. The Regional Shift Support Special Action Program of Psychiatric Disabilities was started in 2008.

The report of the“Symposium for Ideal Future Psychiatric Medical Welfare”was compiled in September 2009, and the target value was indicated there. Various measures were implemented in order to promote the basic philosophy for “shifting medical treatment under hospitalization to living in the community”. In 2012, the Japan Psychiatric Hospitals Association, joined by the private psychiatric hospitals responsible for medical treatment under hospitalization, set forth their basic polity for “shifting medical treatment under hospitalization to regional medical treatment and medical care” as part of “Future Vision of Psychiatric Medical Treatment”.

＜Author’s abstract＞

＜**Keywords**：transfer to local medical services, persons with mental retardation under long-term hospitalization, Regional medical care, mental beds, promotion of hospital discharge＞