

非自発的入院患者の退院後支援 ～地域包括ケアシステム構築に向けて～

南多摩保健所 渡部弘枝 井上英子 村井やす子 糸川須美 松下哲也 中村三琴 藤本究
阿部幸枝 佐藤眞弓 金子陽子 三浦千裕 川上美佳 芋川有希 荒川泰雄

1 はじめに

南多摩保健所では、平成 19 年度から、精神保健福祉法第 23 条に基づく警察官からの通報により入院となった事例に対して、入院早期から介入を行い退院後も支援を続けることで再入院を予防する取り組みを行ってきた。

平成 30 年 3 月に厚生労働省から示された「地方自治体による退院支援に関するガイドライン」に基づき、精神障害者の退院後支援のあり方について分析し検証を行ったのでここに報告する。

2 方法と対象

平成 20 年度から 29 年度の 10 年間で、措置入院となった南多摩保健所管内の事例を対象とする。当該期間中に当保健所で対応した精神保健福祉法第 23 条による警察官通報は 519 件あり、そのうち措置入院となった 267 件の平均年齢は 41.5 歳。診断名 (ICD-10) は、F2 (統合失調症等) が 150 件 (56.2%)、F3 (気分障害等) 27 件 (10.1%)、F6 (成人の人格及び行動の障害) 19 件 (7.1%) であった。入院先は管内が 28 件 (10.5%)、隣接する八王子・町田市は 103 件 (38.6%) であった。

次に詳細な振り返りが可能な措置入院事例 99 名について、退院後 6 か月時点の通院継続と再入院の状況を分析し、退院前カンファレンス、医療福祉サービス、キーパーソンの有無などが、退院後の通院継続や再入院へ及ぼす影響について調査検証した。

3 結果

(1) 退院前カンファレンス

通院継続率は退院前カンファレンスを実施した群は 82.1% となり、未実施の群の 57.9% に比べ高かった。(図 1)

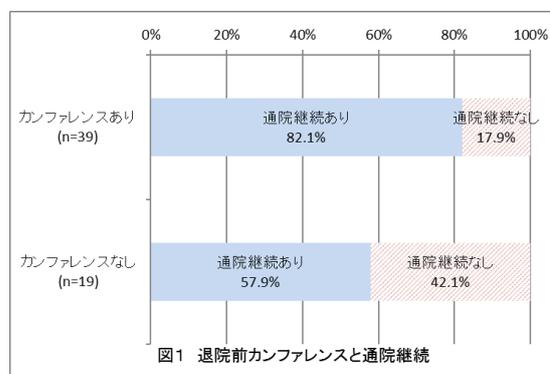


図1 退院前カンファレンスと通院継続

再入院率は退院前カンファレンスを実施した群は 24.4% となり、未実施の群の 33.3% に比べて低かった。

(2) 訪問看護

通院継続率は、訪問看護を利用している群は 100% となり、利用していない群の 57.1% に比べ有意に高かった。(P<0.05) (図 2)

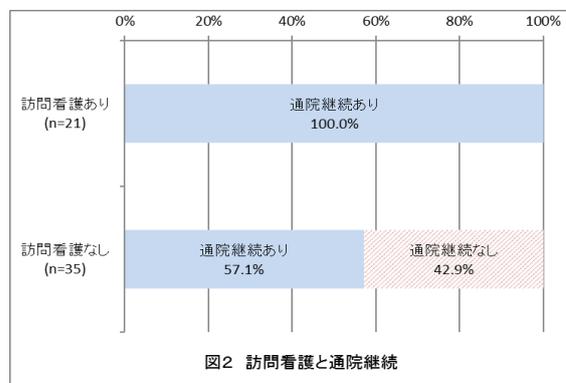


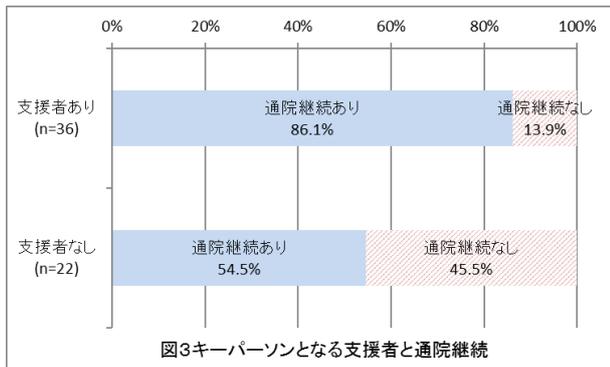
図2 訪問看護と通院継続

再入院率は訪問看護を利用している群は 9.5%、利用していない群は 29.6% だった。

(3) キーパーソン

キーパーソンとなる家族がいる群の通院継続率は 80.6%、再入院率は 29.8% であった。いない群の通院継続率は 61.9%、再入院率は 18.2% だった。家族以外のキーパーソンとなる支援者がいる群の通院継続率をみると 86.1% となり、いない群の 54.5% に比べ有意に高かった。

(P<0.05) (図 3)



再入院率は、家族以外のキーパーソンがいる群が 20.0%、いない群は 32.1% だった

4 考察

(1) 安定した医療継続

退院前カンファレンス・訪問看護・キーパーソンとなる家族以外の支援者の存在は、措置入院事例の退院後の通院継続率の向上や再入院率の低下に効果があると考えられた。入院中から本人との関係性を構築して退院後の支援体制を整備し、キーパーソンとなる支援者を中心に定期的かつ継続的な支援をしていくことは、安定した医療継続に効果があると考えられた。

(2) 家族への支援

キーパーソンとなる家族の有無については、通院継続率に大きな差がなく、再入院率はキーパーソンとなる家族がいる方が高かった。

藤井によると³⁾感情表出が一定レベル以上の家族と同居している患者の再発率が高く、家族も患者の存在がストレスとなって感情表出しやすくなる傾向がある。そのため、本人だけでなく家族に対する支援も必要と考えられる。

(3) 福祉サービスの利用と社会参加

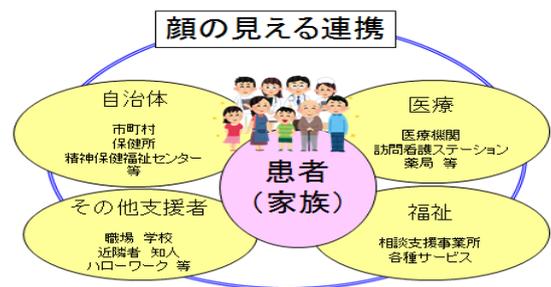
今回の分析では、福祉関係部署の相談やヘルパー利用の件数が少なく、検証ができなかった。しかし、「家族と分離し不安定だったが、訪問看護を開始して、市の障害福祉課や計画相談等の支援で安定した。」、「何度も措置入院を繰り返していたが、友人との付き合いができて安定した。」という事例もあり、福祉サービス支援や相談、さらに社会とのつながりも必要であると考えられる。

5 まとめ

今回、退院前からカンファレンスを行って多機関で支援体制を整えて継続して関わることが、非自発的入院患者及び家族への安定した退院後生活に有効であることが明らかになった。そのためには、通院や訪問看護などの医療だけでなく、生活を支える福祉の支援や近隣者・知人などの社会との関わりが不可欠である。

しかし、万人に適合する制度を作ることは不可能である。そのため、地域の支援者それぞれが単にサービスを提供するだけでなく、既存の制度の隙間を埋めるため相互に補完し合い、チームとして機能できる「顔の見える連携」を強化していくことが重要である。

保健所では、今後も地域のソーシャルキャピタルを醸成して生活の質の向上を促し、本人や家族が社会の一員として活躍できるよう、精神障害にも対応した顔の見える地域包括ケアシステムの構築のつなぎ手として尽力していきたい。



6 参考文献

- 1) 厚生労働省:「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」
- 2) 伊藤順一郎:統合失調症患者の家族支援、精神保健研究(28), 13-21, 2015
- 3) 藤井千代:精神病床への入院者の退院率と再入院率、ガイドラインの自治体向け研修会資料 2018.6
- 4) 厚生労働省:「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築 社会保障審議会障害者部会資料 2018.6.27