

特集 アウトリーチの基本技術Ⅱ

第6章 スタッフを育てる

病棟でアウトリーチを行うには

澤 温

抄録 「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と筆者が以前から述べてきたとおり、病院も地域の一部であるので、入院直後から地域生活者である患者について退院後の地域生活を考えてサポートすることが重要である。診療報酬で規定される病棟でのアウトリーチは精神科退院前訪問看護で、それを用いて患者の地域生活を観察することにより、退院に向けた適切な治療・ケアを考えることができる。退院前の外泊に職員が同行して泊まる「同伴外泊」も、その患者の地域生活の状況とサポートを検討する際に非常に有用である。本稿では、病棟でアウトリーチを行う際に最低限チェックすべき4つの必須要素と、個別の生活を評価する7つの項目についても述べた。このように、病棟においても患者の地域生活をいつも考えることで、質の高い、切れ目のない治療とサポートが可能となる。

精神科臨床サービス 18 : 391-395, 2018

キーワード アウトリーチ, 精神科退院前訪問看護, 地域包括ケア, 同伴外泊

Ⅰ. はじめに

通常はアウトリーチとは地域での支援のことをいうであろう。アウトリーチは「サービスの出前」といわれ、サービスが必要だが利用できない人、しようとしないう人に提供することが考えられる。アウトリーチについては、これまで ACT を中心に、日本では十数年前から論じられており、本誌でも 2011 年に特集が組まれ、筆者も寄稿した⁵⁾。

病棟でのアウトリーチに診療報酬の裏付けがされて「精神科退院前訪問看護」として生まれたのは 1996 年であるので、すでに 20 年以上の歴史がある。今回の特集で改めて「病棟でアウトリーチを行うには」ということを論じる時、退院前に限定されている診療報酬、職種の限定、訪問先の限

定、訪問回数の限定などとともに、病棟から訪問することの意義についても論じたい。

Ⅱ. 地域でのアウトリーチと病棟でのアウトリーチ

地域でのアウトリーチに対峙するのは、病棟内の巡回である。しかし以前から筆者が言っているように「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」²⁾と考えると、地域でのアウトリーチとは、地域という大きな病院を巡回すると思えばよい。つまり入院と地域を連続とみる、あるいは病院や入院機能は地域の一部であると考えればわかりやすい。そう考えると、入院時の状況を知って地域でサポートすればよいし、逆に地域での行動を知って病院でサポートするのがスムーズであるのは当たり前である。現在入院中の対象者でそれまでも入院歴があり、地域では訪問看護を受けていたという人なら、退院後の目標は立てやすいだろう。また特に初めての入院の人には、退院

さわ ゆたか

さわ病院

〒561-0803 大阪府豊中市城山町 1-9-1]

前訪問看護は退院後の生活や行動のイメージを持つのに極めて有用である。

生活者がたまたま疾患や障害で一時入院して治療後は元の生活に戻ることができるように、あるいはこれまで地域のサポートシステムが不足していたために長く入院しており退院の可能性があるかを考える場合、あるいは症状があっても地域での生活が可能かを考える場合、すなわち地域移行・地域包括ケアを推進する際には、その患者の生活の現場をみることがその判断に重要な情報を与えてくれる。病棟スタッフは患者の病棟内での生活をみるが、その患者が地域に戻った時の生活を常に考えて業務を行うことが重要なのである。精神科の地域医療・地域ケアはまさに現場主義であるので、退院前訪問看護というアウトリーチは非常に重要なツールである。

もう一つ筆者の病院で行ってきた重要なツールは「同伴外泊」である。退院して自宅に帰る前に、その患者が地域で生活できるかを確認することが重要であるのは当然であり、必要があれば当院では法人付属の宿泊施設に短期ではあるが外泊してもらって調整している。そこで一人で宿泊させるのが心配な場合、当院の職員が同伴して泊まるのである。24時間365日の生活者である当事者の生活状況を見るには、この同伴外泊から大きな情報を得ることができ、また今後本来の住まいに戻って生活できるかを検討するときに大きな役割を演じてくれる。通常はその患者の担当看護師が担当精神保健福祉士が同伴外泊するが、医療観察法による鑑定入院などのような重度の患者の場合は主治医である筆者などが同伴外泊することもある。

Ⅲ. 精神科退院前訪問看護の 診療報酬上の規定

「精神科退院前訪問指導料」は1回380点請求できる。算定要件は、「1. 入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する」「2. 保健師、看護師、作

業療法士又は精神保健福祉士が共同して訪問指導を行った場合は、320点を所定点数に加算する」「3. 1に要した交通費は、患家の負担とする」となっている。

また、通知としては以下の通りである。

- (1)精神科退院前訪問指導料は、精神科を標榜する保険医療機関に入院している精神疾患を有するものの円滑な退院のため、患家又は精神障害者施設、小規模作業所等を訪問し、患者の病状、生活環境及び家族関係等を考慮しながら、患者又は家族等の退院後患者の看護や相談に当たる者に対して、必要に応じて障害福祉サービス事業所及び相談支援事業所等と連携しつつ、退院後の療養上必要な指導や、在宅療養に向けた調整を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、作業療法士又は精神保健福祉士が訪問し、指導を行った場合にも算定できる。
- (2)精神科退院前訪問指導料は、指導を行ったもの及び指導の対象が患者又はその家族等であるか等の如何を問わず、1回の入院につき3回（当該入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、6回）に限り指導の実施日にかかわらず退院日に算定する。
- (3)「注2」（前述の算定要件2）に係る加算は、患者の社会復帰に向けた調整等を行うに当たり、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。
- (4)精神科退院前訪問指導料は、退院して患家に復帰又は精神障害者施設に入所する患者が算定の対象であり、医師又は看護師、作業療法士若しくは精神保健福祉士が配置されている施設に入所予定の患者は算定の対象としない。
- (5)精神科退院前訪問指導を行った場合は、指導内容の要点を診療録等に記載する。
- (6)精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する。

- (7)保険医療機関は、精神科退院前訪問指導の実施に当たっては、保健所等の実施する訪問指導事業等関連事業との連携に十分配慮する。
- (8)退院前訪問指導料を算定した場合は、精神科退院前訪問指導料は算定できない。

IV. 精神科退院前訪問看護施行の留意点

病棟看護師が訪問看護に出ることでその間は病棟配置基準に満たなくなるのではないかという点について、診療報酬上の規定を見ると、通知に「(5)精神科退院前訪問指導に当たっては、当該保険医療機関における看護業務等に支障を来すことのないよう留意する」とあるだけで明文化された通達等はない。行政は口頭で指摘はするが、現在のところ明文化することは行政にとってもタブーなようである。

また、規定では「入院中3回(入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回)」とある。しかし実際どれだけの期間に3回あるいは6回必要となるかはわからない。以前当院では3週間程度の入院で退院前訪問看護を3回施行して行政から問い合わせを受けたことがあった。現場的に考えるなら、短期で退院させようとするならばなおのこと必要であると十分理解できるはずだが、管轄機関には理解してもらえない。さらに再入院の患者でなんとか6ヵ月を越えずに2ヵ月で退院させようと、緊密・濃密な調整をするためにこの間に6回訪問看護を行って、また問い合わせが来たこともある。

基本的には入院したらできるだけ早く、退院前訪問看護を行うように指導している(筆者の病院でもいまだに病棟によるばらつきはあるが)。入院したらどの職種のスタッフも患者の退院後のイメージを考え、本人や家族と話すことが重要である。また特に隔離処遇のあった患者が隔離室を出たら、すぐに精神科退院前訪問を考えるようにとも指導してきた。これは入院後すぐとはいえ、隔離中は本人と話すこともできない状態であることが多いが、隔離を解除したならばただ病棟に慣れるのを待つのではなく、本来患者本人が慣れなければならない場での適応を考えるようにするため

である⁶⁾。このような努力があって、入院しても早期に退院し、スムーズに地域で適応できるようになる。

2004年から筆者は救急・急性期病棟に看護師を加配し、患者が退院してもしばらくはその患者を担当していた看護師が訪問することがよいと主張してきた。これにより入院時のサポートと退院後のサポートの連続性ができ、さらに病棟スタッフにとっては入院時のサポートがどれほど役立ったか、患者がどれほどよくなったかを知ることができ、仕事に励みが持てると考えるからである。またこの加配により、訪問で病棟スタッフが減ったと言われないことにもつながると考える⁴⁾。

V. 精神科退院前訪問看護以外の病棟でのアウトリーチ

最初に述べたように「地域は病院」と考えると、地域包括ケアが推進されようとする時、他の医療サービス、福祉サービス、介護サービスとの連携も必要となってくるであろう。これは人がバイオ・サイコ・ソーシャルな存在と考えると当たり前のことではある。しかし診療報酬の範囲でとなると精神科退院前訪問看護しかなく、訪問スタッフ、訪問時間などの規定に縛られ、それ以外のことの思いつかなくなってしまう。このような規定を無視するなら楽であるが、これでは経営ができなくなるだろう。試みとして臨床心理士がアウトリーチを行って訪問カウンセリングをしたりしているようだが、現在のところ保険外の実費のようである⁹⁾。

VI. 最低限チェックすべき項目⁵⁾

入院したらすぐに評価する必要があるが、特に病棟でアウトリーチを行う時に最低限評価する必要がある項目は、構造としての4つの必須要素と、個別の生活を評価する「しやかいふつき」である。

1. 精神障害者が地域生活を送るための4つの要素¹⁾

構造としての4つの必須要素は、「住まう場」「活動する場とプログラム」「サポートする人々と

その連携」「地域の人々の理解と受容」である。

「住まう場」は、もともとの住まいがあるかどうかである。入院期間によっては賃貸契約を解約していたり、生活保護の場合は自動的に解約されたりするので重要な事項である。また、入院前に騒動を起こしたりしているといったことなどはアウトリーチによって地域の受け入れ状況が見えてくる。

「活動する場とプログラム」はライフステージにより異なる。学校、職場、家事などがあり、高齢になると多様化するが、その人に合った、できるだけ本人の希望が実現する方向に考えることが重要である。特に睡眠リズム、定期的な食事、それに合わせた服薬は特に大切な点であり、訪問してそれを確認することが重要である。

「サポートする人々とその連携」もライフステージによる。また医療スタッフのみでなく、福祉や介護スタッフとの連携も大事である。生活者は24時間365日の生活者なのだから、サポートも基本的には24時間365日でなければ、重症の人を地域で支える力にはならない。退院前訪問看護では、どの職種のスタッフがどの程度のサポートをすれば地域生活が維持できるかを考えることが必要である。

「地域の人々の理解と受容」とは、「住まう場」でも述べたように、家族との関係はもちろんだが、近隣との関係も評価が必要である。病気の急性期に地域の人々へどのような影響を与えたか、近隣との関係がどれほどの期間あったかなどから対応を考える必要がある。都会的に「隣は何をする人ぞ」というほうがよいという場合も多い。いずれも退院後のサポートに繋いでいくようにする必要がある。

2. 7つの生活障害評価「しやかいふつき」^{3,7,8)}

この評価法の特徴は、7項目と簡略であること、評価レベルに該当すると考えられるサービスとを対応させたこと、「住まう場」「日中の活動」「専門職のサポート」の3つの側面に対応するサービスを設定しており、全項目の評価後にそれぞれの側面で最も濃厚なレベルのサービスを設定すると、その人にふさわしいサービスが決定できて、短時

間で評価できる点である。

「しやかいふつき」とは、項目の頭の文字をとったものである。すなわち「食事」「生活リズム」「保清」「金銭管理」「服薬管理」「対人関係」「社会的適応を妨げる行動」を並べ替えて、『し(社会的適応を妨げる行動)、や(やりくり：金銭管理)、か(活動：生活リズム)、い(飲食：食事)、ふ(服薬管理)、つ(つきあい：対人関係)、き(きれいさ：保清)』である。

この評価法は現在の障害支援区分を決定するための医師の意見書の中の「生活障害評価」にも取り入れられているが、筆者の2006年の発表³⁾ではそれぞれの評価項目について、レベルに応じて「住まう場」「日中の活動」「専門職のサポート」を細かく規定している。詳細は文献を参照されたい。

これらの4つの必須要素と7つの生活障害評価は患者の地域移行や退院を支援するための基本であり、その上で個々の患者に対応した個別の支援を探すことになる。

Ⅶ. おわりに

本来アウトリーチはサービスを利用しに來られない人にサービスを提供することであり、とかく治療が中断しやすい精神科の治療・ケアでは特別のツールではないと考えるべきである。病棟でアウトリーチを行う場合は、サービスが利用できない人を対象とするというより、その人の病棟での生活を支えることを出発点として、退院後の地域生活が順調になるよう、その人の自宅や職場に行き観察し、適切に必要な治療やケアを考えることが求められる。この時に医療のみでなく福祉・介護と連携して、24時間365日の生活者を支えることを常に考えることが重要である。最近の用語でいえば地域包括ケアが謳われているが、もともと多職種が関わっていた精神科のケアから見ると、特別なものではないと言えないとおかしい。病棟でアウトリーチを行って現場で支援していくならば、入院当初からその退院後の生活者に対する治療・ケアを考え、いつどこでどのような地域のサポートにつなぐのかを検討し、そうして治療

が中断せずにその人の質の高い生活が維持されるようにすることをいつも考えられるスタッフに成長していただくろう。

文 献

- 1) 澤温：社会復帰施設と福祉。日精協誌, 14; 1086-1092, 1995.
- 2) 澤温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか。日本外来精神医療学会誌, 3; 7-16, 2003.
- 3) 澤温：相談支援事業について。日精協誌, 25; 269-278, 2006.
- 4) 澤温：病院・地域における精神科看護師への期待と思い：病院の立場から。病院・地域精神医学, 52; 255-257, 2010.
- 5) 澤温：医療機関におけるアウトリーチ：どのような制度を利用し、始め、進めるか。精神科臨床サービス, 11; 37-41, 2011.
- 6) 澤温：民間精神科病院によるアウトリーチ支援。臨床精神医学, 46; 135-143, 2017.
- 7) 澤温, 井上英治, 藤本圭子ほか：精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふっき”について。病院・地域精神医学, 42; 255-258, 1999.
- 8) 澤温, 木下秀夫, 黒田健治ほか：1年以上地域生活を送る精神障害者と1年以上入院を続ける精神障害者についての「生活障害評価」の有用性。日精協誌, 32; 183-189, 2013.
- 9) 寺沢英理子：訪問カウンセリング。外来精神医療, 18; 24-27, 2018.