

精神科における 退院支援・地域支援



熊本大学 大学院
生命科学部
精神看護学 教授
精神看護専門看護師
宇佐美しおり
保健学教育部 大学院生
福川麻耶

うさみしおり ●1986年熊本大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程卒業。1998年聖路加看護大学大学院修士課程(看護学修士)。1988～1993年長谷川病院にてCNSとして勤務。1997年看護学博士(第8号)取得。1997～2001年兵庫県立看護大学看護学部勤務。1997～2001年光愛病院看護部CNS非常勤。2001年熊本大学医療技術短期大学看護学科教授。2004年熊本大学医学部保健学科教授。2008年より現職。現在、熊本大学医学部附属病院ならびに桜ヶ丘病院にて精神看護CNS(非常勤)。



第5回

地域生活移行支援のために活用できる 社会資源・制度と看看連携

前回(本誌Vol.5, No.4), 精神障害者の地域生活移行支援のための心理社会的支援技術に焦点を当て、地域生活をベースとした支援の必要性について述べた。今回は、精神障害者の地域生活を支援する上で非常に効果的であると考えられる外来相談、訪問看護、地域包括支援センター、また、地域生活支援の際に用いることのできるサービス、制度について述べる。



外来相談

精神障害者の退院時にその地域生活を支援する際、外来は、患者の身体状態・精神状態悪化の早期発見と予防、患者および家族への危機介入に役立つ。また、精神療法だけでなく、生活管理や症状管理が必要な患者には、看護師による外来相談機能は非常に効果的であることが報告されている¹⁾。

外来では、患者の受診時に、どのような生活を送っているのかを確認し、生活や症状管理の困難さの体験を共有して、患者の孤独感を軽減することが可能である。また、何より、患者の地域生活における孤独や寂しさによって強くなる精神症状を軽減することが可能となる。

外来で支援する際に重要なことは、定期的に患者が相談をすることが可能な時間を設定

することである。往々にして、外来の看護師は大変多忙であるため、患者の状態が気になりながらも十分に時間を取れないことが多い。すべての患者に生活支援が必要なわけではないが、どのような患者に外来での生活支援や症状管理が必要なのかを確認しておくことが大切である。

そのためには、患者が退院する前に、病棟や訪問看護師、主治医と連携を取り、患者の身体・精神状態に関する情報を十分得ておくことが必要となる。また、必要に応じて危機介入をすることもあるが、拒薬が続き明らかに精神状態が悪化している患者で、外来へ連れてくるのが困難な場合には、医師を伴っての往診も必要となる。また、場合によっては、危機時に外来看護師が訪問し、患者・家族と話をし、患者・家族のそれぞれの思いを聞いて訴えを受け止め、症状管理を促すことで、症状が落ち着き、再入院を避けることもできる。

このように、外来での相談機能には、外来で定期的に会って支援する場合と、危機時に訪問する場合がある。このような試みが、患者の再入院を予防し、地域での生活期間を延長させ、患者の生活の満足度を高めることに貢献する。



訪問看護

病状やセルフケアが不安定な場合には、訪問看護が非常に効果的である。訪問看護も外来看護と同様、患者の地域での生活期間を長くできる支援方法である。

精神科病院が持つ精神科訪問看護ステーションの場合は、訪問を拒否されたり、病状やセルフケアが不安定で近隣に迷惑をかけてしまったりするような患者の場合でも、互いにコンサルテーションを実施しながらケア方法を検討していくことが可能である。しかし、精神科に特化しない訪問看護ステーションの場合は、精神障害者への対応が困難になることが多い。

特に、うつ状態が強い患者で意欲や日常生活機能が低下していたり、家族が患者を支援する機能が低下しており、生活自体がかなり乱れてしまっていたり、服薬や外来受診が不規則になっていたりする精神科の患者、老老介護で患者にも家族にも認知症があり、慢性疾患（人工透析やインシュリンの注射など）の管理ができない場合などは、ケアが困難だと感じる訪問看護師も多い。このような場合のコンサルテーションシステムはまだ確立されていないため、訪問看護師は手探りでケアを検討していくこととなる。

近年では、心疾患や循環器疾患、生活習慣病を抱えている患者が増えており、また、これらの患者の6割は軽度から中等度のうつ状態を有していると言われている。このような患者に対し、精神科ではない訪問看護ステーションが患者に対する支援を行っていく機会はこれからも増えていくだろう。したがって、訪問看護ステーションの看護師も、患者の通っている精神科病院の外来看護師や主治医

と積極的に連携を取り、情報交換をしながら支援の方向性を検討していく必要があると言えるだろう。



地域包括支援センター

地域包括支援センターが設立されてから、介護予防ケアマネジメント事業、総合相談・支援事業、権利擁護事業、包括的・継続的ケアマネジメント支援事業が実施されるようになった。特に、デイケアや作業所へ通うことのできない患者で生活リズムの確立や人との交流をニーズとして持つ人の場合、これらの事業を活用することもできる。



精神障害者の地域生活支援において活用できる資源と制度

精神障害者が地域で生活できる手立てが整備されてきたのは、1987年に施行された精神保健法以降であるが、精神障害者社会復帰施設が法定化されたことによって、入院医療から地域で支援する流れになった。1993年には障害者基本法に精神障害者が「障害者」として明記され、1995年の精神障害者保健福祉手帳制度の創設、1999年の精神保健福祉法の改正により、2002年から精神障害者の生活に関する地域支援が市町村へ移行し、精神障害者居宅生活支援事業（ホームヘルプサービス、グループホーム、ショートステイ）が始まった。

その後、2005年に障害者自立支援法が成立したことにより、福祉サービスが3障害一元化し、サービス提供主体も市町村に一元化、社会復帰施設は新体系サービスに移行することになった。

●精神障害者保健福祉手帳制度

精神障害者保健福祉手帳制度は、1993年に制定された障害者基本法に精神障害者が「障害者」として明記され、福祉の対象となったことを受けて、1995年に「精神保健法」が、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正されたことにより、新設された制度である。精神障害者保健福祉手帳の対象は、軽度の神経症や心身症、人格障害、知的障害を除き、精神科疾患があり、長期にわたって日常生活や社会生活に制約のある人が対象になる。

病院にかかって6カ月以上たった日から、市町村窓口で申請できる。申請は、手帳用の医師の診断書、または障害年金を受給している場合には、年金証書の写しと年金改定通知書、社会保険庁に問い合わせをすることになるので、本人の「同意書」を添えて行く。

年金証書と年金改定通知書の複写で申請する場合は、障害年金の主病名が知的障害やてんかん性精神障害、高次脳機能障害など、年金の証書の写しでは手続きができない疾患があるので、年金の障害名について確認する。その際、医師の診断書の提出が必要か否かを判断する。手帳の有効期限は2年で、有効期限の3カ月前から更新の手続きができる。

手帳申請を勧める時、今後、自分自身の障害や疾患とどのように向き合い、生活していくのかを含めた計画や方針を立てながら、手帳を持つことのメリットや意味についてよく話をし、制度と自分の障害を理解した上で本人自身が申請できるように支援していく必要がある。

●障害者自立支援法

2005年11月に成立した障害者自立支援法は、これまで知的・身体・精神の障害種別に提供されていた福祉サービスを一元化し、サー

ビス提供主体も市町村に一元化されることになった。これにより、精神保健福祉法に法定化されていた精神障害者社会復帰施設およびグループホーム、ホームヘルプサービス、ショートステイは、2006年4月1日から新体系サービスに移行することになった。

新体系サービスは、大きく「自立支援給付」と「地域生活支援事業」の2つに分かれている。「自立支援給付」は、できないことを支援する介護や介助を目的とした「介護給付」と、できないことをできるように支援していく「訓練等給付」に分かれている。「地域生活支援事業」は、相談支援、コミュニケーション支援、日常生活用具の給付または貸与、移動支援、地域生活支援センター、福祉ホーム、そのほかの日常生活または社会生活支援などの市町村が実施主体になる事業と、都道府県が広域かつ専門的に行う事業に分かれている。

障害者自立支援法下の福祉サービスは、居宅地の市町村に申請する。グループホームやケアホーム、施設入所支援などの居住系のサービスの申請は、住所地特例によりサービス利用前に居住していた市町村に申請する。入退院を繰り返している場合などは判断の必要なケースもあるので、事前に市町村に相談が必要である。

●社会復帰施設

精神障害者社会復帰施設（生活訓練施設、福祉ホーム、授産施設、福祉工場、地域生活支援センター）は、障害者自立支援法の施行により、2006年10月から障害者自立支援法下の新しい福祉サービスを提供する事業所に移行した（5年間の経過措置あり）。福祉ホームA型と地域生活支援センターについては、2006年10月の移行対象となり、新体系に移行した。

生活訓練施設

生活訓練施設は、長期入院により在宅生活に自信がない、または自活をしていくことに不安がある精神障害者に対して、訓練指導を行う施設である。この施設において受けられる訓練指導は、金銭管理の方法、洗濯、掃除、食事の仕方や服薬管理など、地域で生活していくために必要な生活技術、対人関係についての指導である。利用期間は2年間で、1年を超えない範囲で1回に限り利用期間を延長することができる。

福祉ホームB型

福祉ホームB型は、長期にわたり精神科病院に入院していて高齢となった人が、介助や指導を受けながら社会復帰を目指す施設で、利用期間は5年間である。必要な場合には利用延長が可能で、利用期間延長に制限はない。

通所授産施設

通所授産施設は、さまざまな事情により一般企業に就労することが難しい精神障害者を対象に、福祉的就労に必要な訓練を行う施設である。利用期間の定めは特になく、施設の方針により異なる。

作業内容は、レストランや喫茶店の業務、印刷、部品組み立てなどで、作業は施設により多様である。また、旅行やレクリエーション、行事なども行っている。さらに、これらの活動を通じてマナーや生活習慣の確立、地域交流なども行っている。利用者には工賃が支払われる。

福祉工場

福祉工場は、作業能力はあるが、対人関係や健康管理などに不安があるため、一般企業での就労が困難な精神障害者が利用する施設である。通所授産施設との違いは、労働関係法規の適用を受け、雇用保険の加入ができ、

最低賃金が保障されることである。

利用料や利用期限の定めはない。就労の側面が高いので、利用者にもある程度高い作業能力が求められる。

救護施設

救護施設は、生活保護法下の施設である。身体や知的、精神に障害があり、日常生活を自力で送ることが難しい人が入所し、生活支援を受けながら生活する施設である。障害の種別を問わず、生活保護を受給している人は入所することが可能である。利用の申し込みについては、福祉事務所を通じて行う。

●成年後見制度

成年後見制度は、精神障害者、認知症高齢者、知的障害者、精神障害などの障害により十分な判断ができない人について、浪費、社会手続きの困難、騙されることによる不利益などの問題から本人の権利を保護する制度である。

成年後見制度には、法定後見人と任意後見人の2つがある。法定後見人は、家庭裁判所に申し立て、親族や法人（弁護士や司法書士会、社会福祉会）などから専任される。対象者の判断能力の程度に応じて、全面的に代行する「後見人」、かなりの部分を代行する「保佐人」、ある程度は判断能力のある人に対して特定の法手続きの代行、取り消しを行う「補助人」の3種類ある。選任後、法定後見人には、財産の管理（相続、不動産や財産管理、銀行の手続き）、身上監護（施設入所や福祉サービス利用などの法律行為）の代理、同意、取り消し行為を行う権限が与えられる。

任意後見は、本人の判断能力が不十分になった時に、本人があらかじめ結んでおいた任意後見契約に従い、任意後見人が本人を援助する制度である。家庭裁判所が任意後見監

督人を専任した時から契約の効力が生じ、任意後見人の援助を受けることになる。

●地域福祉権利擁護事業

判断能力が十分でない認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などの財産管理（公共料金支払い、日常生活の金銭管理、手続き代行）、財産保全（権利証書、有価証券、預貯金通帳預かり）福祉サービスの利用支援などを行い、安心して生活を送るための支援をする事業である。

対象は、制度利用の意義を理解して契約を結べる人で、在宅、施設入所者、入院中の人にも対象になる。窓口は市町村社会福祉協議会である。利用料は1,000円程度で、生活保護の受給者は無料となっている。

●活用できる経済的資源

生活保護制度

生活保護は、次の資源などを活用しても、最低生活基準未満の収入しかなく、生活の維持ができない時に受給できる制度である。

①資源の活用（預貯金、生命保険、車、有価証券、土地・家屋などの資産を所有している場合は、それらを活用する。土地・家屋は、現在住んでいる家屋は原則として保有が認められる。生命保険は、貯蓄性の高い保険は認められない。掛け捨てのものや解約返戻金が少ないもので、病気や死亡の場合に活用できるような保険は認められる場合がある）。

②能力に応じて働く。

③扶養義務の履行（親などの扶養義務者は、生活に支障のない範囲内で、支援をする義務がある。なお、親族から経済的援助をしてもらった場合には、収入認定がされる）。

④年金、手当てなど他制度で受けられるもの。
また、生活保護制度は、同じ住居に住んで

いて、家計を同一にしている世帯単位で需給できるかできないかが決まる。住居が異なり、家計も同一ではない場合は、別世帯と見なされる。しかし、入院をしていてもいずれは出身世帯に帰来する場合は、同一世帯と見なされる。長期入院により家計を圧迫している場合は、入院者だけを世帯分離して保護の対象とすることができる。

申請の手続きができるのは、本人、扶養義務者、同居している親族である。

年金制度

障害年金は、病気やけがのために障害を負い、仕事や日常生活に支障がある状態の人に対して支払われる年金である。

障害基礎年金の申請の要件は、精神疾患治療の初診日が20歳以前であり、障害認定日（初診から1年半）に障害の状態が生涯等級1級ないし2級に相当する成人である。20歳以後に初診日がある場合、初診日に年金に加入し、20歳から初診日の期間の3分の2以上、または2016年3月31日までに初診日のある人は、初診日の前々月までの1年間保険料を納付または免除されていることが要件となる。また、初診でかかった病院は、精神科でなくても、内科や小児科などの他診療科、学校医でも可能である。

障害年金を申請する際には、次の①～④の資料を用意することで、障害年金が受給できるかどうか分かる。

①初診日を病院に確認し、初診の日に国民年金、厚生年金、共済年金のどの年金にかかっていたのか、初診が20歳前か後かを調べる。

②年金の納付要件は満たしているのかを役場の年金の相談窓口か社会保険事務所で調べる。

③障害認定日の1年半ごろの状態が年金に該当するのか（障害認定日から1年以上たってから請求する時は、遡及請求ができ、5年前までさかのぼり、年金開始の時にまとめて受給できる）を調べる。

④初診から今までの治療歴、職歴を調べる。

受給要件がそろっていれば、相談窓口で年金の請求書類をもらう。請求に当たっては、年金裁定請求書、年金診断書、病歴、就労申立書、初診状況証明、戸籍謄本、住民票をそろえて行く。初診証明や年金診断書は医師に書いてもらうが、就労生活状況申立書は、本人または家族が作成する。

申請から約3～4カ月で決定通知が届く。年金が決定した後は、定期的に障害の状態の変化を見るために、基礎年金受給者は年1回7月に、そのほかは1～3年に1回誕生月に診断書が送られてくる。この診断書を期限までに提出しないと、年金が停止される。また、診断書に記載された状態により、等級が変わったり、停止したりするので、主治医に最近の日常生活の状況をよく伝えた上で診断書に記載してもらうことが大切である。

障害年金は、要件を満たしたクライアントは誰でも申請できる。しかし、年金を申請する時、病気や障害の状態を記載した診断書で自らの病気を確認することになるし、日常生活上の困難なところを、日常生活申し立てとして申請しなければならない。このような状況下では、単に手続きを進めるだけでなく、クライアント自身に病気を理解してもらい、今後の生活をどのように営んでいくのか、というところにも踏み込みながら支援していくことが重要になってくる。

特別障害給付金

国民年金に任意加入しておらず、その期間

中に初診日があり、請求時の障害の状態が生涯基礎年金の1級または2級に該当する①②ケースは、給付金を受けることができる。障害等級1級該当者は月額50,000円、2級該当者は月額40,000円である（2008年度）。

①1991年3月以前に国民年金任意加入対象であった大学生、短大、高校、高等専門学校学生（定時制や夜間、通信制は除く）

②1986年3月以前の国民年金任意加入対象であった厚生年金、共済年金加入者の配偶者手当

①特別障害者手当

20歳以上の、日常生活において常時特別な介護を要する人に支給される（所得制限あり）。

②障害児福祉手当

重度の障害（身体障害者手帳1～2級、療育手帳A1相当、これらと同程度の障害のある児童）のために日常生活において常時介護を要する、在宅の20歳未満の児童に支給される（所得制限あり）。

③特別児童扶養手当

中程度以上の障害のある20歳未満の児童を養育している人に支給される（所得制限あり）。対象は、身体障害者手帳1～4級。療育手帳A1、A2、B1程度、これらと同等の障害のある児童を対象として支払われる。

障害者自立支援医療（精神科通院）

障害者自立支援医療は、障害者自立支援法制定により、2006年4月に精神保健福祉法32条通院医療費公費負担制度から障害者自立支援医療に全面的に移行した。

健康保険で医療機関にかかる3割の自己負担（生活保護受給者は自己負担なし）であるが、精神疾患のために精神科に通院する場合、自立支援医療を利用すると1割負担（生活保護の負担は自己負担なし）となる。

自己負担については、地方自治体により負担軽減策を設けているところがある。また自己負担は、利用者の所属している世帯の収入により、市町村民税の税額を対象として6段階に分けられ、1カ月の支払額に対して、所得の区分6段階により負担上限額が設けられている。自立支援医療上の世帯は、住民票上の同一世帯ではなく、同じ医療保険に加入している家族は同一世帯となる。異なる医療保険に加入している家族は別世帯となる。

対象とされているのは、精神疾患のために継続的に通院医療を必要とする人（重度かつ継続）で、その範囲は、次の条件を満たす人である。

- ①認知症などの器質性精神病
- ②アルコール依存症などの薬物関連
- ③統合失調症、妄想性障害などの統合失調症圏の疾患
- ④うつ病、躁うつ病、神経性うつ病などの気分障害（感情障害）
- ⑤てんかん
- ⑥これ以外の疾患（神経症や人格障害な

ど）の場合、3年以上の経験のある精神科医（精神科でなくてもよい）が、継続的集中的治療が必要と判断した人

重度心身障害者医療費助成制度

精神障害者保健福祉手帳1級の該当者は、各種健康保険による医療を受けた場合、入院、外来医療費の一部負担金が助成される（20歳以上には所得制限がある）。また、自立支援医療の負担上限額も対象になる。地方自治体により、助成額やその範囲については異なるので、確認が必要である。

* * *

患者の退院支援の中心的人物が患者の地域生活支援のために、これらの制度、資源を組み合わせながら患者の生活を支援することで、患者・家族にとっても生活を送りやすくなると言えよう。

引用・参考文献

- 1) 太田喜久子：医師と看護師との役割分担と連携の推進に関する研究，厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業，平成20年度総括研究報告書，P.303～312，2008.
- 2) 宇佐美しおり，岡谷恵子編著：長期入院患者および予備群への退院支援と精神看護，医歯薬出版，2008.