

【研究ノート】

## 広域行政圏の2つの精神科病院での地域移行の取組み ——「制度」からみたグループホームとの連携——

村上 満子

### An approach to community transition at two psychiatric hospitals in a large administration area: Cooperation with group homes from the viewpoint of the “institution”

MURAKAMI Mitsuko

#### 要旨

目的：ネットワークづくりを見据えて広域行政圏の2精神科病院での地域連携の取組みと課題を明らかにする。

方法：2精神科病院で地域連携をよく知る看護師，一病院3～4名計7名を対象に，地域移行の取組みと課題について一人60分程度の半構造化面接を実施した。データは「制度精神療法」の「制度」の視点で作成した「連携モデル」に照らして分析した。

結果：C精神科病院の専門性は，これまでの治療の問い直しや，グループホーム（以下，GH）との連携に生かされず，地域移行は推進できていなかった。今後は，エリア限定のアウトリーチ強化へと注力され，E圏域は切り離される可能性がある。D精神科病院は，これまでを問い直し，地元性を生かし社会的入院の解消に向けて，1年未満の患者の地域移行を看護から推進していた。しかし，GHの不足から他圏域のGHへ患者を退院させるという方針を立てるに至っていた。

考察：E圏域ならではのケアネットワークの構築が喫緊の課題である。

キーワード：長期入院精神障害者，地域移行，グループホーム（GH），連携，制度精神療法

#### I はじめに

わが国の精神科病院で1年以上の長期在院患者は約20万人おり，このうち4割は地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって地域生活への移行が可能である（厚生労働省，2016）と言われている。しかしながら，5年以上入院していた精神障害者の退院先は「家庭」がわずか8.3%であり，4割以上が「他の病院・診療所」，3割以上が「死亡・不明」（厚生労働省，2020）である。地域移行の切り札となる「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の中心には「住まい」が配置されている。つまり，長期入院精神障害者にとって「家庭」に代わる住まいとして，グループホーム（以下，GH）が位置づけられている。GHの利用者は11万人を超えて障害の状況や生活が多様化するなか，施設入所者の地域移行は停滞し障害の重い人たちが施設に取り残されている実態がある（日本グループホーム学会調査研究会，2019）。

沖縄県障害福祉計画第6期（沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課，2021）では，令和5年度末までにE圏域では36人の地域移行に対応した精神保健医療福祉体制の基盤整備が必要と見込まれている。このうち17人が65歳未満であり，退院先がGHを含めた在宅になる可能性が高い。倫理的にも問題のある社会的入院者やこれまで地域生活が困難と思われてきた人たちの地域生活を実現させるためには，精神科病院とGHとの連携方法についての解明が急がれる。

さらに，人を尊重するという行為に着目して長期入院精神障害者の看護実践を分析した数少ない先行研究である沖縄県下5施設での長期入院精神障害者の地域移行に関する研究（JSPS科研17H07046）では，次の2点が判明した。すなわち，第一に，長期入院精神障害者の意向にそって展開された個別看護を実践者集団で共有することは，治療過程で一度は預かった患者の主体性を本人に返還する実践であること（村上，2020），第二に，社会

的入院者の多い病棟では、人として当然の権利である地域生活を目指す実践ができず、看護師は患者の立場に立てなくなること（村上，2021a）が明らかになった。

したがって、地域の限られた資源のなかで長期入院精神障害者を一人の人として尊重する実践において、精神科病院とGHが協力し合い、何をどの程度する（できる）のか、互いに何をどこまで期待するのかを解明する必要がある。

## II 研究目的

本研究の目的は、ネットワークづくりを見据えて、広域行政圏を共にする精神科病院での地域連携の取り組みと課題を明らかにすることである。

## III 研究方法

本研究は、2020年9月から2021年4月までに実施した三つの研究の第三段階にあたる。第一段階は、長期入院精神障害者の地域移行を推進させたB精神科病院の医療連携室等の看護師3名を対象にした面接調査である。実践された地域連携を「制度精神療法」の「制度」の視点で分析し、精神科病院とGHの連携モデルを作成した（村上，2021b）。

第二段階では、E圏域にある9法人12箇所のGHの施設長を対象とするアンケート郵送調査と地域連携関係機関でのフィールドワークおよび実践者（10年以上等）5名を対象に面接調査を実施した。第三段階は、E圏域を含む広域行政圏にある2箇所の精神科病院の地域連携を担当する看護師を対象とした面接調査を実施した。本論では、第三段階を報告する。

### 1. 対象者の選定

広域行政圏にある3箇所の精神科病院のうち研究協力について院長の承諾が得られた2精神科病院の看護部長に研究目的・方法を説明し、地域連携をよく知る看護師として推選された、一病院3～4名、計7名を対象とした。

### 2. 調査項目

精神科病院において地域連携をよく知る看護師に①精神障害者をめぐるGHとの連携に関する認識として、GHに期待すること、②取り組んでいる業務内容と、困難や課題と感じていることについては、これまでの地域移行の取り組みと課題についてたずねた。

### 3. データ収集方法と分析方法

面接調査では一人60分程度の半構造化面接を、遠隔もしくは感染予防対策を講じて対面で実施した。インタビューデータについては、逐語録を作成し、繰り返し熟読した後に、第一段階で作成した「B精神科病院の

GHとの連携モデル」に照らして分析した。具体的には、逐語録から、次の4点、すなわち連携モデルの2つのポイントである①「長期入院精神障害者の個別看護を中核に据えること」と②「その上で自分たちの強みを生かすこと」、これに加えて、③GHとの連携方法や期待すること、④課題として捉えていることを取り出した。②については、強みが実践の問い直しのもとで生かされているかどうかを明確にするために、理解されている自分たちの強み（環境や人、自分）と、これまでの実践を問い直し、強みを生かすことの2つに分けた。取り出された内容を〔 〕内に要約もしくはキーワードを入れて対象者の所属部署別に一覧にした。このモデルは、フランスのラ・ボルド病院で実践されている「制度精神療法」（Oury, 1999;2001;2005）の制度分析より作成した。「制度精神療法」は、ジャック・ラカンの精神分析を操作上のロジックとして、すでにそこにある制度を利用しながら主体を守る実践であり、制度が個人を疎外しないための具体的な教授法の訓練である（Oury, 2001/2016, p.3）。「制度精神療法」における制度分析は、「病院や施設の運営やそこでの様々な活動の基盤にあるルールや慣例や施設のあり方を検討し、問題点を明らかにすること、その上で新たな仕組みを試みることを精神療法の一環とする」考え方である。地域の資源やネットワークを最大限に活用するためには、このような「制度を使う」という視点が必要である。具体的には、「他人の世話をするとという機能を、いかにして複数の人間でわかちもつか、その状態をいかに管理するか」（Oury, 2005/2008）であり、精神障害者の地域移行や定着のために機能しているミーティングや交流等、人々が行き交う仕組みと、関わる人々による目的の共有化である。

### 4. 倫理的配慮

研究への参加・協力は個人の自由意思であり、同意しない場合であっても不利益を被らないこと、同意後の撤回はいつでも可能であり、それにより不利益を被らないことを保証した。プライバシー保護のため、面接調査の実施場所は、当該施設内の個室等を借用した。個人や施設が特定される可能性のあるデータは匿名化した。成果を公表する場合は、個人や施設が特定されないよう、個人情報を保全した。本研究は、研究者の所属する大学研究倫理審査委員会での承認（承認番号2020-007-1）と、研究協力施設での院長の承諾（令和3年2月15日、3月29日）を受けた。また、施設や個人が特定されないよう研究目的に支障のない範囲で内容を改変した。

## IV 結果

ここでは精神科病院におけるGHとの連携方法（表1）

について部署別に（ ）内で意味がとおるよう言葉を補いつつ説明する。

### 1. C精神科病院

療養病棟では、[家族の否定]や[「退院したい」と言わない]患者の[看護計画に退院という目標が立てられない]なかで、[退院目標ないのずっと服薬自己管理]や[退院できなくても外出支援]をしていた。[m-ECT (modified electroconvulsive therapy:修正型電気けいれん療法)導入]や[カンファレンスで看護計画を見直し]、[退院調整会議でクライシスプランの活用を提案]して努力していた。[GHに患者への対応の仕方を伝える]ことや[情報交換]が必要と感じていた。GHには[陰性症状・自閉の患者は受けてほしい]と期待していた。[家族の否定と経営がいつもネック]で[(急性期のバックアップ機能が)行き詰まっている]。ADL (activities of daily living:日常生活動作, 以下ADL)を落とさないなど[現状維持と(退院の)タイミング]が大事だし、[夜間対応]や[24時間訪問]が課題と考えていた。

亜急性期病棟は、[統合失調症専門]の病棟であり、[40代の若い患者]で[希望求めて当人を支える家族が多く]、治療[効果]による[患者の理解力の高まり(を)実感]できるため、[再入院(も)少ない]。[本人も家族も希望が言えるのでそれにそって進めることができる]。GHには[自立を目指すように関わって(できることは自分で、一人ひとりを見て、状態の観察をして)ほしい]と考えていた。しかしながら、退院しながら、家族が拒否する[重複障害や長期入院患者が残る]ことを課題としていた。

訪問看護では、長期入院精神障害者は[GHと病棟でやりとり]し[GHに何度も外泊練習して問題ない]との認識だった。訪問エリアは[広範囲を連携してカバー]していた。GHとの連携では、[世話人に病的体験やこだわりへの対応]や[服薬]相談等をしていたが、[精神の特徴がわからない世話人]、[「30分来て何が分かるの」と言う世話人もいた]。GHには[本人の特性を捉えて支援して…この人のこだわりとか、この人の何か好きなものとか、やりたいこととか、個別性を重視できたら]と考えていた。課題は、[病棟でのケア会議参加]、[(病院周辺に)エリアを決めて連携取りやすい関係性をつくる]、[ナースが現場で判断できるアセスメント力をつけタイムリーに対応すること]だった。

外来・医療連携室では、[(長期入院精神障害者の)退院は病棟の受け持ち看護師と主治医、情報は精神保健福祉士、キーパーソンがいないので、困難事例になる]との認識だった。[専門医療を提供する機関]として、主に入院時の[リスクアセスメント]や[マネジメント]を担い、[保健所と連携、往診、現地にて助言]、[早期

介入]に貢献してきた。GHには[(要望を)向こうから出してほしい。(何に困っているのかを)聞いてもらったら助言できる]、[互いの役割を理解する。押しつけにならないよう。病院は医療、地域は生活を担う]、[地域と連携しないと地域に返せない]、[病院でありながら地域でみるために手を組んで手伝いながらそういう存在に]なることを課題としていた。

### 2. D精神科病院

療養病棟では、[5年以上(の長期入院患者の退院)はすすんでない]が、[(管理職から職員に)ここで一生終わらせるわけにはいかない]、[(できる人もいるので)思い込みでやらないで、なぜ退院できないのか/どうすれば退院できるのか考えて]と伝えていた。その上で[まず1年未満を対象に退院促進]に取り組んでいた。[退院を見据えての外出許可や見学を看護からも提案]し、[家族へのアプローチ(今の状況を説明、連絡とりやすくしておく)]と共に、[自立のためなら親元を離れる場合もあり]と捉えていた。GH探しは[圏域こだわらないで全域に広げる]、[転院(して他圏域のGHへ)]も選択肢に入れていた。GHの[職員に関わり方を伝え]、地域連携は[一病院では無理]だから、[離島支援も含めて地域のニーズを情報共有することが理想]で、[未治療者までカバーできれば]と抱負を語った。

亜急性期病棟では、[10年以上前に退院させ過ぎて中途半端のまま地域へ、経営的にも問題になって中断、その後人員減もあって自発性を引き出す看護ではなくこれがあったらこれをする]という看護で、[地域特性もある]と振り返った。[知的障害者や長期入院が多い(地域特性)]ものの[精神科の疾患も分かった上で対応する入所施設]もあり、[GHでの対応やどんな世話人がいるのか知りたい]と語った。[ADLや日常生活について共有する患者情報シートの開発]に向けて[勉強会を企画(連携、情報共有のツールを作成・導入予定)]し、[看護師の力量を一定レベルにする努力]をしていた。

また、別の亜急性期病棟では、[ここは病院であって…良くなれば退院と患者・家族に言った上で、家族に動いてもらう]ようにしていた。その際、[家族会がないので別個に対応(管理職が矢面に立ち援護はケースワーカーの2段構え)]し、[家族との関係性がよくないときにアパート代行サービス導入]や[本人の様子をみてもらう(試験外泊を繰り返す)]こと、GHの世話人が[病気に対して理解があると安心、安心して受けてもらえるように]、[その後の関係性]にも配慮していた。[空き家は増えているので保証人がクリアできれば使える]、[ただ一人で空き家でもやれるように持ち上げて(入院中に看護計画に反映させる)]ことが課題だった。

表1 精神科病院におけるグループホームとの連携方法 (GHはグループホームを指す)

	長期入院精神障害者の個別看護を中核に据えること	理解されている自分たちの強み(環境や人、自分)	これまでの実践を問い直し、強みを生かすこと	GHとの連携方法や期待すること	課題として捉えていること	
C 精神科病院	療養病棟	看護計画に退院という目標が多分なかなかみんなイメージができず立てにくい、退院目標ないのにならずと服薬自己管理している、退院できなくても外出支援してる、「退院したい」とは言わない	m-ECT導入.カンファレンスで看護計画の見直し	退院調整会議でクライシスプランの活用を提案	GHに患者への対応の仕方を伝える、情報交換が大事、陰性症状・自閉の患者は受けてほしい	(急性期のバックアップ機能が)行き詰まっている、家族の否定と経営がいつもネック、現状維持とタイミング、夜間対応,24時間訪問
	亜急性期病棟	重複障害や長期の人が残る(退院しながらない、家族が拒否)、家族の意向も大事だが、まず本人が一番望むことを	統合失調症専門、予約入院、40代の若い患者、自宅退院が多い、パス、心理教育、家族の座談会、患者の理解力の高まり実感(効果実感、悪化しない)、再入院少ない、クライシスプラン、希望求めて当人を支える家族が多い、アパート探し	本人も家族も希望が言えるのでそれにそって進めることができる	自立を目指すように関わって(できることは自分で、一人ひとりを見て、状態の観察をして)ほしい	(療養病棟と同じ状況がある)
	訪問看護	GHに何度も外泊練習して問題ない、GHとは病棟でやりとり	広範囲を連携してカバー、デイケアと訪問の合同ミーティング、外来・デイケアとの申し送り	(病院方針として)アウトリーチ強化、人数増やして地区担当制、何かあればすぐに対応できるように、アウトリーチ強化の通達で皆の意識変化(士気の高まり)	世話人に病的体験への対応を伝える、服薬、こだわり、精神の特徴がわからない世話人もいる、世話人から「30分来て何が分かるの」、本人の特性を捉えて支援して…この人のこだわりとか、この人の何か好きなものとか、やりたいこととか、個別性を重視できたら	病棟でのケア会議参加、(病院周辺に)エリアを決めて連携取りやすい関係性をつくる、ナースが現場で判断できるアセスメント力をつけタイムリーに対応すること
D 精神科病院	外来医療連携	(長期の人は)退院は病棟受け持ち看護師と主治医、情報は精神保健福祉士、キーパーソンいないので、困難事例になる	専門医療を提供する機関	リスクアセスメント、入口のマネジメント、早期介入、保健所と連携、往診、現地にて助言	(要望を)向こうから出してほしい、(何に困っているのかを)聞いてもらったら助言できる、互いの役割を理解する、押しつけにならないよう、話を聞く姿勢をとる、病院は医療、地域は生活を担う	地域と連携しないと地域に返せない、病院でありながら地域でみるために手を組んで手伝いながらそういう存在に
	療養病棟	5年以上(の長期入院患者の退院)はすすんでない、(管理職から職員に)ここで一生終わらせるわけにはいかない、(できる人もいるので)思い込みでやらないで、一回やってみて、なぜ退院できないのか/どうすれば退院できるのか考えて	敷地内に集合住宅がある、(中南部の連携他院に紹介状持参で)転院、上層部での退院促進会議が毎月、(ベテランの)統括者がいる	まず1年未満を対象に退院促進、退院支援カンファレンスを月2回に増やす、退院を見据えての外出許可、見学と看護からも提案、家族へのアプローチ(今の状況を説明、病院なので説得が難しいが、連絡とりやすくしておく、後見人制度を使う)、自立のためなら親元を離れる場合もあり	敷地内の施設(集合住宅)職員に関わり方を伝える北部にこだわらないで全域に広げる、転院(して他圏域のGHへ)、統合失調症でも認知症が合併する、そういう人も受け入れられる施設があれば	一病院では無理、離島支援も含めて地域のニーズを情報共有し連携が理想、未治療者の多い山奥までカバーできれば
D 精神科病院	亜急性期病棟	10年以上前に退院させ過ぎて中途半端のまま退院させたり、経営的にも問題になって中断、その後人員減もあって、自発性を引き出す看護ではなくこれがあったらこれをす、地域特性もある	(地元の強み)精神科の疾患も分かった上での対応する入所施設、知的障害者や長期入院が多い	ADLや日常生活について共有する患者情報シートの開発、勉強会を企画(連携、情報共有のツールを作成・導入予定)	GHでの対応やどんな世話人がいるのか知りたい	看護師の力量を一定レベルにする努力(課長や主任が入って)
	亜急性期病棟	ここは病院であって…良くなれば退院というのは常々患者・家族に言った上で、退院先を探す、家族に動いてもらう	家族会がないので別個に対応(課長が矢面に援護はケアワーカーの2段構え)	家族に対して、家族との関係性がよくないときアパート代行サービス導入、家族に自宅での様子、本人の様子をみてもらう(試験外泊を繰り返す)	病気に対して理解があると安心、要望をできるだけ聴くように、安心して受けてもらえるように、その後の関係性(すぐに連携とれる関係性、顔が見える、歩み寄れる)と、訪問とケアワーカーが連携、デイで顔をみる、訪問看護でフォロー	空き家は増えているので保証人がクリアできれば使える、ただ一人で空き家でもやれるように(入院中)持ち上げて(看護計画に反映させる)

## V 考察

### 1. 精神科病院での強みを生かした地域連携の取り組みと課題

専門医療を提供するC精神科病院は、統合失調症専門医療、広範囲をカバーする訪問看護を強みにして、精神医療の入口にあたる入院時のリスクアセスメントに注力していた。すでに社会的入院となった長期入院精神障害者の個別看護には十分生かされず、B精神科病院のGHとの連携モデル（村上，2021b）に照らせば、GHを決める手順や退院後のフォローアップ体制（24時間電話対応で退院病棟につなぐ、いつでも訪問する等）はGHの世話人と解決策を共に考えることも含めて、当たり前のこととして共有されていなかった。

D精神科病院では、これまでの治療や看護を問い直し、限られたマンパワーであっても地元性を生かし、社会的入院の解消に向けて、まずは在院1年未満の患者の地域移行を看護から推進していた。情報共有ツールの開発や退院を見据えた看護計画、家族へのアプローチ、保証人代行サービスの導入や広域行政圏を超えた地域移行は、はじまったばかりであった。

これらのことから、連携モデル（村上，2021b）のように、長期入院精神障害者への個別看護の実践が、具体的なGHとの連携方法となって結実してはいなかった。病棟の様々なルールについて「この人が地域で暮らすために本当に必要なのか」を問うことは、入院生活を見直し、地域生活とのギャップを明らかにし、GHにどこまでしてほしいのか、どこまでならGHにしてもらえるのかを明確にする。

### 2. E圏域のケアネットワークへの示唆

C精神科病院では、退院後のアウトリーチ強化は病院周辺に限定されており、E圏域のエリアは将来構想からは切り離されていた。D精神科病院では、これでよいのかの問い直しをはじめ、強みを生かした仕組みを検討し実践されていたが、過渡的にせよ他圏域のGHで受け入れ可能なら、自立のためにはそこへ患者を退院もしくは転院させるという方針を立てるに至っていた。E圏域ではGHが不足しているとの理由だが、空き家の活用も検討されていることから、D精神科病院での看護実践がB精神科病院のように患者を託せるGHの世話人や地域になってもらう柔軟な取り組み（村上，2021b）につながることが期待される。

また今後、C精神科病院に入院中や通院しているE圏域の精神障害者の地域移行や地域定着に向けてE圏域ならではのケアネットワークの構築が喫緊の課題となる。精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（厚生労働省，2017）は、全国一律のシステムではなく、実態と

しては地元根ざした「ネットワーク」である（二木，2015）。患者や障害者に限らず、大きなストレスを抱える人が地元住民から気にかけて暮らすことは、地元が「人」を迎え入れ、「人」をケアすることであり、地元創成（日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会，2020）につながる。

GHのなかには、精神科病院から高齢で身体管理も必要となった長期入院精神障害者を迎え入れ、看取りも含めて支援をしているGHもある。支援のポイントは、当人の気持ちを大切に人として尊重すること、さまざまな外部のサービスを、制度を使ってコーディネートする力を発揮することだと言う（日本グループホーム学会調査研究会，2019）。E圏域のケアネットワークは、そのようなGHがひとつでも多く誕生するような人として尊重することを中核に据えた地元創成を目指すべきである。

### 3. 本研究の課題と展望

本研究は広域行政圏に3つある精神科病院のうちの2つを対象にしており、その意味で精神科病院での地域連携の取り組みと課題について網羅できていない。しかしながら、E圏域の地域ケアネットワークづくりを見据えるとき、研究協力の得られなかった精神科病院があるという現実が、スタート地点であると理解し、もう一つの精神科病院を巻き込む方略を今後の課題とする。

## VI 結論

広域行政圏を共にする2つの精神科病院での地域連携の取り組みと課題は、長期入院精神障害者の地域移行を推進させたB精神科病院のGHとの連携モデル（村上，2021b）に照らせば、次の3点であった。

1. C精神科病院の専門性は、これまでの治療や看護の問い直しや、GHとの連携に十分活用されず、長期入院精神障害者の地域移行は推進できていなかった。今後、この専門性は、エリア限定のアウトリーチ強化へと注力され、E圏域は切り離される可能性が出てきた。
2. D精神科病院は、これまでの治療や看護を問い直し、地元性を生かし社会的入院の解消に向けて、まずは1年未満の患者の地域移行を看護から推進していた。しかし、GHの不足から他圏域のGHで受け入れ可能なら、そこへ患者を退院もしくは転院させるという方針を立てるに至っていた。
3. E圏域ならではのケアネットワークの構築が喫緊の課題である。

## 謝辞

ご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。本研究は2020年度・2021年度名桜大学学長裁量経費を受けて実施しました。なお、本研究は、第41回日本看護科学学会学術集会にて発表した内容を一部修正してまとめた。

本研究において開示すべき利益相反はない。

## 引用文献

- 厚生労働省社会・援護局（2016）第7回医療計画の見直し等に関する検討会，精神病床における基準病床数の算定式について <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000143662.pdf>（2021.10.26）
- 厚生労働省（2017）精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会報告書 [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029_00003.html)（2021.10.24）
- 厚生労働省（2020）第1回精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会，精神保健医療福祉の現状 <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000607971.pdf>（2021.10.27）
- 村上満子（2020）長期入院精神障害者が自信をとりもどす主体性返還の実践を共有すること－制度精神療法の視座より－，沖縄県立看護大学紀要第21号，pp.1-9.
- 村上満子（2021a）長期入院精神障害者の地域移行支援が停滞するときに起こっていること－患者の立場になって理解するということ－，名桜大学環太平洋地域文化研究所紀要, 2, pp.149-157.
- 村上満子（2021b）長期入院精神障害者の地域移行を推進させた公立病院の取り組み－制度からみた地域連携方法－，日本精神保健看護学会第31回学術集会
- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会（2020）「地元創成」の実現に向けた看護学と社会との協働の推進 <https://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/kohyo-24-t292-8-abstract.html>（2021.9.13）
- 日本グループホーム学会調査研究会（2019）厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業 指定課題 22 グループホームを利用する障害者の生活実態に関する調査研究
- 二木立（2015）地域包括ケアと地域医療連携，勁草書房.
- 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課（2021）沖縄県障害福祉計画第6期，沖縄県障害児福祉計画第2期（令和3年4月～令和6年3月）.
- Oury,J.（1999/2005）コレクティブーサン・タンヌ病

- 院におけるセミナー。多賀茂，上尾真道，川村文重他訳。月曜社.
- Oury,J.（2001/2016）三脇康生監訳。廣瀬浩司，原和之訳。精神医学と制度精神療法。春秋社.
- Oury,J.（2005/2008）2005年8月京都大学大学院人間・環境学研究科講演会全容。第二部第5章第1節ドキュメント「制度を使った精神療法」とはなにか,多賀茂，三脇康生編。医療環境を変える。京都大学学術出版会，253

## **An approach to community transition at two psychiatric hospitals in a large administration area: Cooperation with group homes from the viewpoint of the “institution”**

**MURAKAMI Mitsuko**

### **Abstract**

**Objective:** To clarify the approach to and issues of community cooperation with respect to future network creation at two psychiatric hospitals in a large administration area.

**Methods:** Semi-structured interviews (approximately 60 minutes each) regarding approaches to and issues of community cooperation were conducted at two psychiatric hospitals with seven nurses (three or four per hospital) who were well versed in community transition. The obtained data were analyzed by considering the “cooperation model” prepared from the viewpoint of the “institution” in “institutional psychotherapy.”

**Results:** C psychiatric hospital did not utilize its expertise for reexamination of past treatments or cooperation with group homes (GH), and thus did not contribute to the promotion of community transition. In the future, this hospital may focus on strengthening area-limited outreach, which may result in alienation of area E. D psychiatric hospital reexamined past experiences and, in an effort to eliminate social hospitalization, promoted community transition of patients with less than one year of hospitalization by using local networks. However, because of a lack of GHs, the hospital had to plan the discharge of the patients to GHs in another area.

**Discussion:** The creation of a care network specific to area E is an urgent issue.

**Keywords:** long-term psychiatric inpatients, community transition, group homes, cooperation, institutional psychotherapy

