

## 1、退院支援員の配置や専門部署の設置

- ・退院支援チームの構成員は7～17名。病院内の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士や、地域関係者の相談支援専門員、介護支援専門員等で構成。
- ・退院支援員の職種は看護師又は精神保健福祉士

## 2、本事業で支援した対象者数と退院者数(年齢別)

平成26年度 本事業の実績		
支援開始時の年齢	平成26年度に支援した対象者数 (平成25年度から継続している場合も含む)	平成26年度の退院者数
60歳～64歳	17	3
65歳～69歳	9	2
70歳～74歳	8	1
75歳～79歳	4	1
80歳～84歳	1	1
85歳～89歳	3	0
90歳以上	0	0
合計	42	8
退院率(%)	19.0	

※男性21人、女性21人

## 3、本事業における支援方法の件数

(単位:件)

	支援方法					
	面接	同行	電話	会議	その他	合計
支援件数	(145)	(31)	(82)	(140)	(88)	486

※「その他」の具体的な支援

- ・代行(書類作成、精算等)、通信(FAX、郵送等)、指導・訓練(退院前訪問指導等)

## 4、本事業における支援内容の件数(退院の有無×支援内容)

(単位:件)

平成26年度末時点での 本事業対象者の退院の有無	支援内容										
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪
退院	29	48	21	34	24	37	24	5	36	0	21
入院継続中	121	159	93	26	125	141	148	0	5	10	65
合計	150	207	114	60	149	178	172	5	41	10	86

※「支援内容」の①～⑪の内容

- ①疾患、症状等に関する相談 : 疾患や障害等の理解を深めるための援助、症状への対処に関する助言、服薬指導等
- ②不安の解消等に関する支援 : 退院や今後の暮らしへの不安等に対する傾聴、その他心理的サポート等
- ③家族等との関係に関する支援 : 家族や地域住民等との関係づくりのための支援、家族への心理的サポート、本人への接し方や病気の理解向。
- ④サービス等の行政手続き支援 : 障害福祉サービス・介護保険サービス等の利用のための行政手続き支援
- ⑤生活技術に関する支援 : 食事、洗濯、掃除、整容、金銭管理、買い物等に関する支援等
- ⑥住居に関する支援 : 住居探し、手続き等(アパート探し、不動産業者への同行、グループホーム見学等)に関する支援等
- ⑦家計・経済に関する支援 : 家計・経済基盤整備(年金、生活保護受給のための手続き等)に関する支援等
- ⑧就労に関する支援 : ハローワークへの同行、就労系の障害福祉サービス事業所等に関する情報提供、見学同行等
- ⑨社会参加等に関する支援 : 地域の趣味活動の場や生活介護事業所・通所介護事業所等のサービス事業所に関する情報提供等
- ⑩権利擁護に関する支援 : 成年後見制度や日常生活自立支援事業等の制度活用のための支援、虐待への対応等
- ⑪その他

5、本事業における退院者数(支援開始時の年齢×退院先) (単位:人)

支援開始時の年齢	退院先														合計
	入院前の住居 (単身)	退院を機に新 たに用意した 住居(単身)	家族と同居	他の医療機関 (精神科)へ転 院	他の医療機関 (精神科以外) へ転院	障害者総合支 援法上の共同 生活介護・共 同生活援助事 業所	福祉ホーム	介護老人福祉 施設(特養)	介護老人保健 施設(老健)	介護療養型医 療施設	認知症グルー プホーム	特定施設 (有料老人 ホーム、サニ ビズ付き高齢 者向け住宅 等)	その他	死亡退院	
60歳～64歳	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
65歳～69歳	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
70歳～74歳	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
75歳～79歳	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
80歳～84歳	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
85歳～89歳	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
90歳以上	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	3	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	1	0	8

## 高齢入院患者地域支援事業 アンケート集計

平成28年3月実施

対 象：高齢入院患者地域支援事業を委託している精神科病院（5病院）

回答数：4病院（回答率80%）

調査項目など：以下の項目について、自由記載

### ①実施してみて良かったこと

#### ●入院患者の意識について

- ・グループでの社会資源の紹介を行ったが、比較的患者の参加率は良く、職員が思っている以上に興味を抱いていることがわかった。
- ・退院する気持ちがなかった患者が、退院しても良いという気持ちになれた。
- ・事業として取り組むことで、遠方のご自宅まで伺い居室の様子を確認することができた。支援を拒む傾向にある方は特に、同行職員の交通費を自分で負担してまで家に来てほしいとは思わないであろう。事業費として取り組めたことで本人の経済的な負担、心の負担を軽減できたのではと考える。

#### ●院内の意識や体制について

- ・講師を招いて勉強会等を実施した際、患者だけでなく、職員にも社会資源を知ってもらうきっかけになった。
- ・高齢者で統合失調症を患っている方は、基本慢性期となり入院生活でも手がかからない患者となっており、支援対象としてクローズアップされにくい。この事業によって退院といった結果に結びつかなかったとしても、病院を上げての退院支援に取り掛かれたことは十分に意義が在ったと言える。解決すべきニーズが明確化され、それにむかい具体的に援助する事が出来て良かったと思う。
- ・年間を通し計画を作成し評価する事で援助の内容を確認する事ができた。
- ・患者様やご家族と関わる機会や病棟の多職種との情報共有、支援方針を検討する機会が意識的に増えた。また記録を定期的に作成する事で援助目標や援助内容を明確にし、自分自身の取り組みや患者の変化について振り返ることができた。
- ・事業を受託していることで、地域支援に関して、支援者のモチベーションが上がった。
- ・実際に退院しGH等で生活されている姿、入院中に見ることのなかった表情、自立した行動、QOLの向上を目の当たりにし、喜びを感じることができた。

●他機関との連携について

・ケアマネージャーや市役所の高齢者支援課との接点が多少持てるようになった。地域の老健や包括支援センターの存在を知り、知識が深められ良かった。

●その他の取組について

・受託金があることで、ピアサポーターの活用など、日本でまだ一般的ではない新たな支援方法にもチャレンジすることができた。

②実施してみて苦慮したこと

●対象者の選定について

・高齢者が対象であるが、認知機能や身体レベルの低下により、本人を対象としたケースワークが難しくなるケースが多い。対象者の選定にも苦慮した。

●支援について

・当該事業をスタートする前から退院支援を行っていた。離婚を含む法律の問題から経済的な問題等、病状だけではない退院阻害要因に対し、病院職員や関係機関だけではなく、対象者の家族も高齢となり「支援の協力機会」を得ることに特に苦慮を感じた。

・患者さんの背景、家族の事やADL等違っていることが多かった。

・病院生活では問題の見られない患者であっても、地域に出た時のイメージができず、本人はもちろんのこと、家族調整など方向性が定まっておらず、調整の難しさを実感した。情報不足を感じた。患者にとって何が必要かなど院内も積極的に関わる必要性を感じた。

・高齢者の独居、孤立、孤独死といった問題がある状況下において、サービスを拒む傾向にある方に対し、どのようにサービス利用を導いていけるかに苦慮した。また、そのような方は支援者との関係構築までに時間を要するため、退院の話が出てきた段階で支援に入るのではなく、入院時から関わって、ある程度関係構築されているPSWが退院まで継続して支援していくことがスムーズではないかと思った。一方、入院時の状況により「入院させられた」と感じている患者様で入院時のPSWに対し陰性感情がある場合、関係構築が難しい状況であれば退院支援として支援者が入る方がスムーズな場合もあると思われる。

・長期的に医療に入院している中で、いかに社会に目を向けていくように関わるか、難しさを感じた。

### ●院内の支援プログラム等について

- ・本人のニーズをもとに計画を作成した SST、OT プログラム参加だったが、難しく、評価基準が曖昧だったのでそのあたりが苦慮した。今後はもう少し具体的な目標を定め援助をしていきたい。
- ・援助目標や援助内容について初期計画を立てていたが、患者の日頃変わる病状に合わせて修正を行い、柔軟に計画を変化させていくことも必要であったと感じた。
- ・長期入院となっていることにより、社会生活に向けてのトレーニングに時間を要することや、人手を要する。
- ・PSW の負担が多く、チームとしての動き、分業が難しい。

### ●事業の実施期間について

- ・1 年契約の事業なので、長期的な支援計画を立てている患者には、利用しにくい。

## ③今後の課題

### ●院内での取組

- ・病院内への周知が出来ていない。もっとアピールする必要がある。
- ・対象者の選定方法・面接方法・時期の見直し。
- ・病院内での多職種との連携を深める

### ●連携について

- ・病院ケースワーカーとして退院支援以外の業務量が増大しており、今回の事業の対象者であった精神疾患を持つ高齢者に対しきめ細やかな継続的な退院支援をしていくことが困難であった。病院のワーカー一人で出来る事に限界があり、退院支援は地域の協力を仰ぎ、病院の抱え込みを防ぐ事が必要と思われる。
- ・検討ケースについて多職種を含め、計画的に進めていけたら良いと思った。今後もこのような場があれば地域との交流もあると思う。
- ・退院後の地域生活をどのように送るか、生活者としての視点で退院支援を考えることは当然であり、地域生活においては地域の事業所、行政等との協力、連携は欠かせないと実感した。
- ・他の受託している医療機関の情報が知りたい。その機会を作ってほしい。また、各機関の相談に応じる担当職員等を付けて頂きたい。

## ●支援について

- ・高齢者の場合、病歴の長い方が多く、家族の受け入れ、協力関係が困難な場合が多い。施設利用を検討するとしても保証人の問題なども生じるため、より困難になる。また、施設やサービスを検討する場合、介護サービスか障害福祉サービスかを考える必要もあり、介護認定、障害支援区分認定にも時間を要する。

- ・退院までの支援について多職種でどう関わるか。退院支援に向けての役割分担、共通認識が課題である

- ・「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念の下で、精神障害の方の病院から地域へ移行する取り組みの難しさを感じた。これが重要な課題。

## ●当該事業について

- ・年齢、病名に縛りがあるため、事業適用患者と不適用患者の支援の格差が生じてしまう。

## ④その他、事業に対する感想や意見など

### ●地域の支援体制について

- ・他の事業所などの意見を聞くことができ、様々な角度から考えることができた。地域とのつながりや患者のサポートに必要な場であったと感じた。

- ・退院させたいと思っても、退院後の生活等支援体制が整っていないと難しいので、地域でのサポートの必要性を感じました。

- ・地域の「受け皿」の増設。

### ●その他

- ・事業として行うことで、病院、事業所が一丸となってあきらめることなく高齢者の退院に向けて取り組むことができた。その経験を次の患者様へ生かせていければと思う。

- ・このような事業があることで気づくことのできたサービスやシステム等があり、学びとなった。

- ・高齢者や長期入院者の退院支援は、患者、支援者共に労力や資金がかかるので、退院促進、地域支援を進めるにあたって、このような事業は非常に有用だと思う。退院促進が推進されるようになってから、どの病院でも退院促進に力を入れ退院に繋がってきているが、未だに長期入院している患者の退院促進に関しては、寧ろ、このような事業がないと、今後難しいのではないだろうか。

- ・「精神科」という疾患に合わせた関わりとニーズ、それに対するコーディネートが難しい。

- ・ピアサポーターの活用が大切と思われる。