

退院促進支援事業の進め方 ～手引きのポイント整理～

退院しよう！ 街で暮らそう！

社団法人日本精神保健福祉士協会
常任理事 田村綾子



精神障害者退院促進支援事業に関する調査

調査1 一実施状況の調査

対象 : 都道府県及び政令指定都市の障害保健福祉主管部局
62自治体 (47都道府県 + 15政令市)

方法 : 質問紙を郵送し, 自記式で返送

調査期間 : 平成18年12月~平成19年1月

回収率 : 75.8% (62中47回収)

調査2 一先進地の工夫に関する調査

対象者 : ①自治体担当者 ②事務局精神保健福祉士 (以下P SW)
③病院P SW ④利用者の少人数グループ

対象地区 : 岩手県・福島県・埼玉県・三重県・岡山県・香川県・長崎県・大阪市

方法 : 本協会構成員による, 対面式の聞き取り

調査期間 : 平成19年2月

→ これらの結果を元に, 「手引きVer.1」を作成するにあたり,
北海道・東京都・千葉県・大阪府にも聞き取り調査を実施した。



事業利用者の声，声，声・・・

事業のことを知る前・・・

- ❁ 「誰に言ったら良いか，わからなかった」
- ❁ 「まだ，待っていなさい，と言われた」
- ❁ 「住むところや生活費が心配だった」

事業利用をすすめられて・・・

- ❁ 「追い出されるのかと思った」
- ❁ 「〇〇さんを見て，私にもできるかなと思った」

退院した今，

- ❁ 「自由になった」「充実している」
- ❁ 「好きな時に買い物に行かれる」
- ❁ 「これからは普通に暮らしたい」



退院促進支援の基本的視点

- ❁ 退院可能な精神障害者が在院している現実
 - ❁ 退院を望む精神障害者の届かぬ声
 - ❁ 医療機関の地道な取り組みと，限界
 - ❁ 実態把握の困難さと，怠り
- ⇒ 「社会的入院は人権侵害」という認識
- ❁ 遅かった事業展開，でもまだ間に合う
～各地での取り組みから学んだこと～



退院促進支援事業の進め方

～ポイント整理～

1. 事業の実施体制作り
⇒実態把握, 予算確保, 各種根回し
 2. 事業の展開
⇒対象者決定, 支援計画策定,
自立支援員による支援
 3. 事業の効果測定
 4. 地域生活への移行後の支援
- ※ 今後の展開への課題

作る
↓
転がす
↓
見直す
↓
さらに
良くする



1. 事業の実施体制作り I.

①都道府県担当部局で

- ・ 実態調査
（病院・入院患者）
- ・ 障害福祉計画の策定
- ・ 予算確保
- ・ 圏域，事務局体制を検討



都道府県自立支援協議会
の活用

②地域展開に向けて

- ・ 関係機関との連携
（精神保健福祉センター，
保健所，市町村など）
- ・ 事務局機能の設置
（支援センター，保健所）



地域自立支援協議会
の活用



1. 事業実施体制作り II.

～各機関の役割分担～

- ❁ 事業推進のスーパービジョン機能
数値目標設定，協力施設の確保，全体調整
- ❁ 事業全体のプロジェクト・マネジメント機能
圏域単位の事務局実務，社会資源開拓・開発
自立支援員のフォロー，ケアマネジメント
- ❁ 事業展開における支援実務機能
対象者のケアに関する具体的な検討を
医療機関と地域関係者合同で実施する。



1. 事業実施体制作り Ⅲ.

- ❁ 関係団体への協力要請
→精神科病院協会，診療所協会，看護協会など
- ❁ 自立支援員の選任と研修
→専門職以外の場合に研修を実施
- ❁ 事務局体制の確立
→保健所，地域活動支援センター等への委託
- ❁ 生活保護との連携
→保護課の退院促進との連携



2. 事業の展開 I.

～関係各所への働きかけ方のポイント～

- ❁ 医療機関の協力を得るコツ
- ❁ 事業利用希望者を募るコツ
- ❁ 家族の理解を得る工夫
- ❁ 地域関係者の理解を得る工夫

理解
してね。

協力
してね。



医療機関への働きかけのポイント ～対象者の推薦・その後の連携のために～

❁ 病院経営者の理解を得る

→従来から活発な退院支援をしている病院
これから退院促進に取り組んでもらう病院

❁ P S Wを窓口として活用する

→他の専門職や入院患者への説明のきっかけ

❁ その他の専門職へのはたらきかけ

→看護師は、患者の入院生活の一番身近な存在。
事業を知ってもらい事業の良き理解者・
協力者としての役割を期待。



事業利用希望者を募る方法

～自薦・他薦，公募方式と指名方式～

❁ 主治医やP S Wからの推薦



- ・ あらかじめ病棟などで職員が話し合い，利用に適した患者を挙げる。
- ・ 生保の要否意見書を参考に，対象者をピックアップする。
- ・ 院外活動の参加実績を見てから，利用をすすめる。

❁ 事業を周知し希望を募る



- ・ 先に退院した利用者など（＝ピア・サポーター）の誘いや，推薦による後押し。
- ・ ポスターなどを病棟に掲示して，希望者が手をあげる。

説明は何回も，専門職（病院内外のスタッフ）と，当事者がそれぞれの立場から行う。



家族の理解を得る工夫

～不安の軽減と，協力者の存在のアピール

- ❁ 長期入院者の家族の状況を理解すること
→過去の苦勞，責任の大きさ，家族の高齡化や家族形態の変化 など
- ❁ 地域の資源やサポート体制を知らせること
→例：グループホーム，訪問看護，支援センター など
- ❁ 不安への共感や，苦勞を語ることのできる場の提供
→例：家族教室の開催，既存の家族会の利用 など

「病院以外のスタッフからの
働きかけの意義は大きい」



地域関係者の理解を得る工夫 ～事業展開における協力者の確保～

- ❁ 社会資源として利用者に紹介する
- ❁ 見学や体験利用の受け入れを依頼する
- ❁ ケア会議への参加を依頼する
- ❁ 自立支援員として、事業への協力を依頼する



地域から病院に「退院」の働きかけをする

入院中から退院後まで、
連続性のある支援体制作り



2. 事業の展開 II

～支援活動の実際～

- ❁ 事業利用者の決定
 - ❁ 自立支援計画の策定
 - ❁ 自立支援員との活動開始
 - ❁ 支援活動の実施
- ❁ 退院と、
その後の生活の定着へ

さあ、退院
に向かって、
一緒に歩み
ましょう！



事業利用者の決定と支援計画策定

- ❁ 希望者の申込書，主治医の推薦書，P S Wの情報提供書などを提出してもらう。
- ❁ ケアマネジメント担当者による病院訪問と，面接による希望の確認。



事業の利用決定

⇒ “ケア会議” の開催
(利用者，家族，病院内スタッフ，
ケアマネ担当者，自立支援員候補者など)



支援計画の策定



自立支援員について

自立支援員はP SWなどの専門職の場合と、民間人や当事者を登用する場合がある。

❁ 民間人や当事者の支援員

- ・ケアマネジメント担当者とペアで行動する。
- ・支援実務と、支援計画の策定やマネジメントを分担して担う。

❁ 専門職の支援員

- ・支援計画の策定やケアマネジメントも、支援員がおこなう。
- ・P SWが多い。

利用者と支援員との相性も考慮して！



自立支援員の活動の実際

- ❁ 病院訪問による，利用者との出会い
- ❁ 利用者との外出
(街を知る，希望先への外出，退院先探し，退院準備)
- ❁ 体験利用の支援
(見学，体験利用の手続き・調整，訓練の実施)
- ❁ 家族への働きかけ
- ❁ 心理的なサポート
(特にピア・サポーターの存在が大きい)

※支援員と病院スタッフとの連絡は密接に！

※ケア会議は，随時開催しましょう！

(月1回程度，支援に携わる関係者が柔軟に参加)



退院準備と地域生活への移行支援

❁ 退院後の生活の準備



- ・ 居住先の決定
- ・ 必要物品の購入
- ・ 暮らしのイメージ作り
- ・ 各種手続き

❁ 地域生活の支援体制の準備 ↓

- ・ 事業の終了と、その後の支援体制について、利用者に説明
- ・ 各機関や関係者の支援内容の調整

「事業における支援と、地域生活移行後の支援の連続性をいかに保つか」がポイント！！



事業展開におけるさまざまな工夫 ～各地の取り組みから学ぶ～

- ❁ 事業全体を見渡す，広い視野を持つこと
- ❁ 自立支援の過程における，ホウ・レン・ソウ
- ❁ 都道府県の単独事業との連携
- ❁ 医療機関における従来からの取り組みとの連動
- ❁ 柔軟な発想と，パイオニア精神
- ❁ 無いものは，創り出す
- ❁ 「退院促進」に向けたムーブメント



3. 事業の効果測定

「何人退院したか」では、計れない事業の効果 I.

- ❁ 事業利用期間内に退院するとは限らない
 - ⇒事業利用者の追跡調査も必要（終了後の退院もある）
 - 年度単位で区切ることの是非（予定通りには進まないケース）
- ❁ 事業がもたらす、各自の意識変化・行動の変化
 - 利用者・患者：「わたしにもできるかもしれない」
「諦めなくて良かった」
 - 家族：「自分達だけで支えなくても良いという安心感」
 - 病院関係者：「この人も退院できるかも知れない」
「職員が諦めていただけだった」
「地域ぐるみで取り組める良さを実感」



3. 事業の効果測定

「何人退院したか」では、計れない事業の効果Ⅱ.

- ❁ 地域関係者：「初めて病院の取り組みを知った」
「入院中からかかわれると支援しやすい」
- ❁ 行政関係者：「所管地域の課題を把握できた」



地域の関係機関の連携が強化された。

⇒既存の協議会なども活用しつつ、相互理解を深められた。



「互いに機能を補い合う」協働体制が進んだ。
「地域に足りない社会資源」を開発する取り組みが起きた。

地域の実態に見合った事業展開へつなげよう



4. 地域生活への移行後の支援

❁ 「退院」はゴールではない。



- ・ “暮らし” が、いかに豊かなものになるか。
- ・ 専門職や、領域で縛らない「市民」の暮らしへ。

❁ 「病院」に求められること。



- ・ 緊急時の即応性や、適確な治療の提供。
- ・ 通いやすさと、医療の出前。

ここからが、
本番だニヤ☆



今後の展開のための課題 ～各地の事業総括から学ぶ I.～

- ❁ 利用の中断も「失敗」ではない。
⇒再利用の保障や，追跡調査の実施
- ❁ 家族機能を補完する制度の拡充を。
⇒例：公的保証人制度，ホームヘルパー派遣，訪問看護など
- ❁ 専門職の育成や，研修実施
⇒さまざまな立場から退院促進支援を担える人材作りを。
- ❁ 事故責任の明確化
⇒入院治療中の事故であると同時に，
事業利用中の事故でもある。



今後の展開のための課題 ～各地の事業総括から学ぶ II.～

経済保障について・・・生活保護受給者の支援のあり方

- ❁ 被保護者の退院促進支援
⇒生保CWの積極的関与：利用者選出，ケア会議参加，支援活動にかかる諸費用の捻出
- ❁ 退院を契機とした保護受給
⇒親身な相談支援：多職種による連携体制の一員としての役割
- ❁ 移管ケースの対応
⇒生保CW間の調整機能を強化させ，スムーズな移管を

生保CWの腕しだい。相談に乗ってくださいね。
よろしくお願いします。



まとめ

～「新たな社会的入院」を生まないために～

- ❁ できるところから手を付ける。
- ❁ 突破口を開けば、次につながる。
- ❁ 地域の実情に見合う事業を、柔軟に展開しよう。
- ❁ 社会資源の不足を「できない理由」にしない。

1日でも早い着手を！
あなたの声かけを
待っている利用者がいます。

