

# 精神科病院からの退院支援

病院ケースワーカーと相談支援員の視点から

## 【事例】

退院を反対している姉に支援者の存在や退院後のサービスについて伝え、理解を得て退院に結び付いたケース

### 《プロフィール》

氏名：川崎 太郎 様

性別：男性

年齢：50代後半

病名：統合失調症、糖尿病

経済状況：生活保護、障害年金2級

入院歴：8年

概要：

大学を卒業後、海外に渡り、現地の法学部を卒業。昭和61年、日本で司法試験を受験することが出来なかった頃より、被害妄想が出現し、同年12月に自宅のトイレに放火し、入院した。（期間は不詳）退院後、独居にて通院を継続していたが、通院を自己中断し、幻覚妄想状態となり、平成5年二回目の入院。その後は比較的長く安定した生活を送ることができていたが、平成16年に再び、幻覚妄想状態となり、器物破損や暴力行為により、措置入院となった。それ以降は退院のたびに医療を自己中断し、入院となっている。今回の入院も医療中断による幻覚妄想状態で食事も睡眠も取れなくなっていたため、平成25年3月より医療保護入院となった。

両親はすでに他界。キーパーソンの姉は3歳年上で既婚。川崎市内在住。姉は退院について消極的であった。



## 《地域移行支援初期①》

主治医の病状的には退院が可能との見立てと看護師やCWの後押し

退院に向けて、問題点が多かったり、本人に退院後まで寄り添うサポートが必要。

ご本人に地域移行支援事業について説明し、了解をもらう。

支援者=助けてくれる人、味方

いつ、どこで、何人で会えば良いか。主治医や看護師と本人の性格や考え方を考慮して相談→相談支援員とも打ち合わせ

ご本人が安心できる環境で実施  
(担当の看護師等に同席してもらうなど)

### 《流れ》

退院の方向で進めることとなる。

病院のケースワーカーから区役所（高齢・障害担当）や地域相談支援センターに相談

病院CWと相談支援員の情報共有

ご本人との初顔合わせ

支援者間での情報の共有

- 依頼の理由
  - ご本人の経過（入院するきっかけ、家族関係、生育歴、病歴、医療に対する気持ち等...）
  - 退院後のイメージの確認
  - 必要な支援の内容
  - 入院中の様子
- ※区役所の担当や生活保護の担当とも情報共有をする。

支援者間のイメージのズレが少ない方が今後の支援がしやすい。

## 《地域移行支援初期②》

「はじめまして」のご本人の様子から、支援のスピードや本人のペースを支援者間で共有する。

ご本人、ご家族、医師、看護師、CWと相談支援員、障害担当や生保担当等で集まり、方向性の確認を行う。

具体的な退院後のイメージを共有する。

担当者会議やカンファレンスの開催を検討

※カンファレンスの開催は絶対ではなく、開催のタイミングやメンバーも臨機応変に！

事前に支援方法等を考え整理し、示せる準備をする。（出すか否かは状況次第）

事務手続き  
個人情報についての同意書作成  
（個別給付）地域移行のタイミング  
同給付事業に使用する書類（契約、サービス等計画書、地域移行計画書）  
実績記録表の押印  
※個別給付をいれるタイミングの検討

地域移行利用申請  
地域移行計画書案の提出

## 《地域移行支援中期》

すすめていく中で、ご本人の変化に注目！  
CWだけでなく、看護師やOT、その他のスタッフの意見も大切。



ご本人の気持ちやペースを理解して進められているか。

退院に向けて、具体的に始動

「どんな暮らしが  
したいのか」が  
テーマ

体験の共有が互いの関係性を深める。  
(例) 買物、食事、お茶、立ち話、役所で手続き(手帳の申請や更新)  
目に見える準備だけでなく、これからの支援のために関係性を作ることが必要！信頼がないと支援の継続が難しい。

面談を繰り返しながら、「どんな暮らしがしたいのか」を聞きき、そこから社会資源を考える。  
住まい(自宅・GH・アパート)  
生活(デイケア・ヘルパー・訪問看護・作業所・就労移行)  
経済面(手帳・年金・生活保護・あんしんセンター)  
※ある資源は何でも使う！

## 《地域移行支援後期》

退院の見通しが立ったら行う。  
ご本人の様子の確認やご家族  
との情報共有。



カンファレンスで退院を実感  
する方もいるため、ご本人の  
様子を注意してみている。  
(急に不安になったり、テンション  
が上がったり...)

退院日までのご本人の様子を  
支援者に伝える。

退院前カンファレンス

退院

退院後の支援者の不安を共有

退院後しかできない手続きやサービ  
スの調整について確認



具体的に一つ一つ確認することでご本  
人やご家族にも安心感が生まれる。

新計画書案 提出

退院日はできるだけ行動を共にして、  
手続等を行う。

## 《地域定着支援》

入院中に関わったスタッフがご本人に会う機会を作る。(例)通院時に何気なく、病棟の看護師やスタッフに声をかけてもらう。



ご本人の本音が聞けるチャンスになることもある！

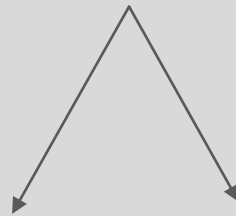
受け入れる体制を整える。退院して期間が短ければ、同じ病棟での受け入れが良いのか、逆に違う方が良いのか...等。

また元の地域生活に戻れるように支援する。

退院前に予定していた生活を送ってみる。



調子を崩すことも...



退院調整



退院

実際に生活してみて、本当に必要な支援は何か。



今後のために、無理せず本音で話してもらえることが大切！

病状が悪化するサインを見逃さない。不調は誰にでもあることという認識を持ってもらう。

入院前の生活から支援体制の見直しをして、退院できるように支援する。

最後に・・・

病院ケースワーカーとして...

相談支援員として...



## 最後に・・・

### ▶ 病院ソーシャルワーカーとして・・・

長期入院をされている患者様の退院・地域移行支援は一筋縄ではいかないことが、ほとんどです。課題が山積していることもありますし、一つのハードルが退院の妨げになっていることもあります。その中で一人のソーシャルワーカーができることには限界があると強く感じています。病院内では地域移行支援委員会の中で、多職種で退院に関わることを意識してもらえるように取り組んでいます。また、地域の支援者の方々と情報共有をしたり、連携を図って、地域移行を進めていきたいと考えています。精神障害者の支援は難しいと思われるかもしれませんが、病院側も積極的に協力・連携を図り、多くの相談支援員の方々と取り組んでいきたいと考えています。病院のソーシャルワーカーは忙しそうに話がかしにくいと思われるようなので、この機会に考えを知っていただき、より多くの支援関係が築いていければと思います。本日はこのような機会をいただき、ありがとうございました。

ご清聴ありがとうございました。