

聴覚障害者の精神保健福祉を考える研修会2022

精神科病院での退院支援

赤畑 淳

(東京通信大学 人間福祉学部)

自己紹介

- ▶ 精神保健福祉士・社会福祉士
- ▶ 東京都内の精神科病院でソーシャルワーカーとして約15年勤務。デイケア、外来、リハビリテーション病棟、急性期病棟などを担当
- ▶ 手話通訳者等との連携により、精神科を利用する聴覚障害者への支援を経験
- ▶ 2011年より大学教員として精神保健福祉士養成教育に携わっている
- ▶ 主な著書「聴覚障害と精神障害を併せ持つ人への支援とコミュニケーション」（ミネルヴァ書房）

本日の内容

- ◆ 1. はじめに
- ◆ 2. 退院支援の事例
- ◆ 3. 精神科病院における退院支援の仕組み
- ◆ 4. 聴覚障害者の退院支援
- ◆ 5. おわりに

1. はじめに

(1) 聴覚障害者の退院支援

- ・聴覚障害と精神障害を“あわせもつ”ことによる困難さ

- コミュニケーション手段の違い

- 情報収集及び支援関係形成の障壁

- わかりにくさ、みえにくさ

- コミュニケーション困難さ×精神症状

- ニーズに沿ったサービス提供機関の少なさ

- 一領域の単一のサービス利用では難しい

精神科病院における情報保障・コミュニケーション保障

- 手話通訳者等の活用
- 筆談等による支援者の対応
- 情報提供の工夫

入院時

入院中

退院時

通院中

診察

面接

グループ

ケア会議

訪問

(2) 精神科病院における退院支援の動向

社会的長期入院者への地域移行支援

精神保健医療福祉の改革ビジョン：2004年

精神保健医療福祉の改革ビジョン（2004年）

「入院医療中心から地域生活中心へ」
精神保健医療福祉施策の基本的方針の提示

① 国民の理解の深化

「受け入れ条件が整えば退院可能な者」の解消

② 精神医療の改革

③ 地域生活支援の強化

精神科病院での退院支援の取り組み

精神科リハビリテーション病棟の実際

計画策定

- ・ 個別支援計画の策定
- ・ 病棟リハビリテーションプログラムの創設

全体と個別

- ・ リハビリテーションプログラムの実施
- ・ 個別支援の実施
- ・ 外部地域機関の活用と連携

実施

- ・ 個別面接実施
- ・ 現況調査
- ・ ニーズ調査

現状把握

精神科病院における 院内リハビリテーションプログラム（例）

| プログラム名 | 目的 |
|--------------|--------------------|
| コミュニティミーティング | 主体性の獲得 |
| 言語グループ | 自己表現、対人関係の練習 |
| 生活クラブ | 生活スキルの獲得 |
| 服薬教室 | 疾病と服薬に関する知識の習得 |
| 生活習慣病グループ | 食事や栄養管理を含めた生活習慣の習得 |
| 社会資源見学グループ | 社会資源活用のための情報収集 |
| 家族教室 | 家族支援、家族心理教育 |

ピアサポーターの活用

共同住居への体験外泊

(2) 精神科病院における退院支援の動向

新たな長期入院者を作らない取り組み

精神保健福祉法改正：2013年

医療保護入院者の退院促進に関する措置

- 退院後生活環境相談員の選任
- 地域援助事業者の紹介
- 退院支援委員会の設置等

「退院後生活環境相談員」の業務内容

「医療保護入院者の退院促進に関する措置について」平成26年1月24日 障発0124第2号 各都道府県知事・各指定都市市長宛
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長 通知

1 入院時の業務

2 退院に向けた相談支援業務

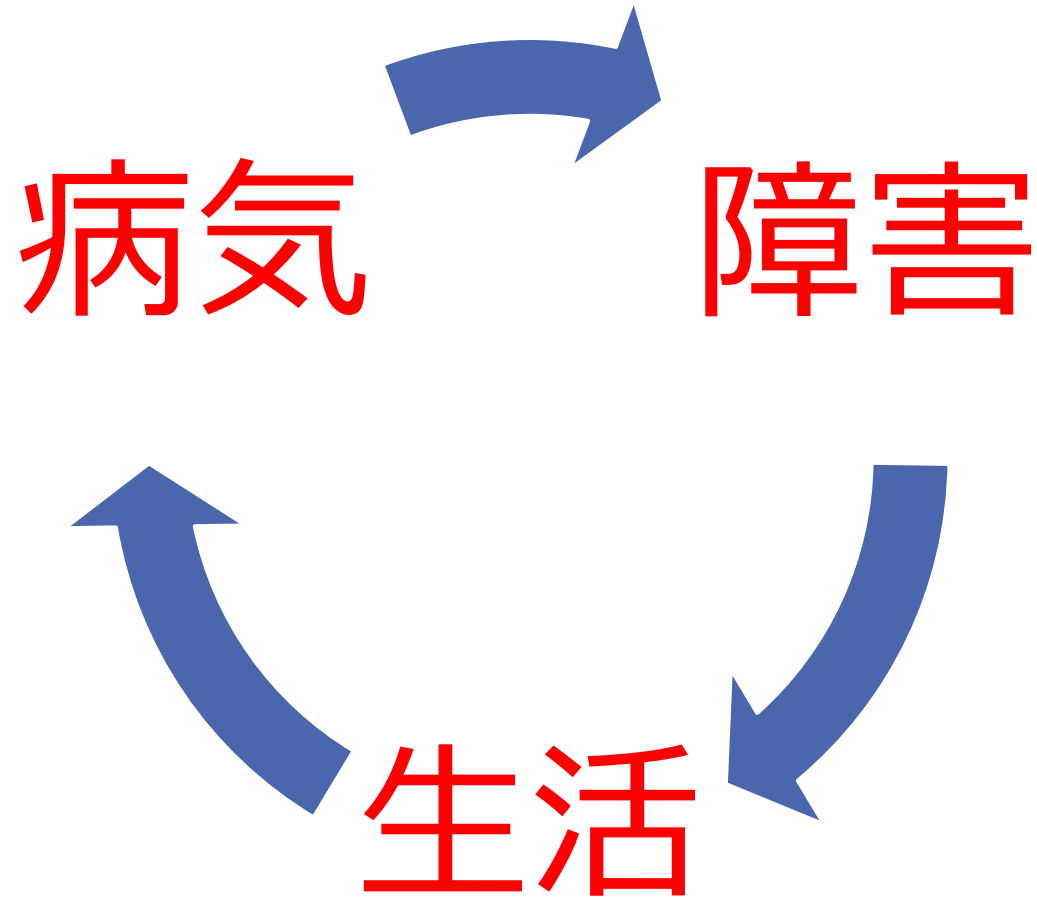
3 地域援助事業者等の紹介に関する業務

4 医療保護入院者退院支援委員会に関する業務

5 退院調整に関する業務など

= 精神保健福祉士の業務

生活と障害との関連



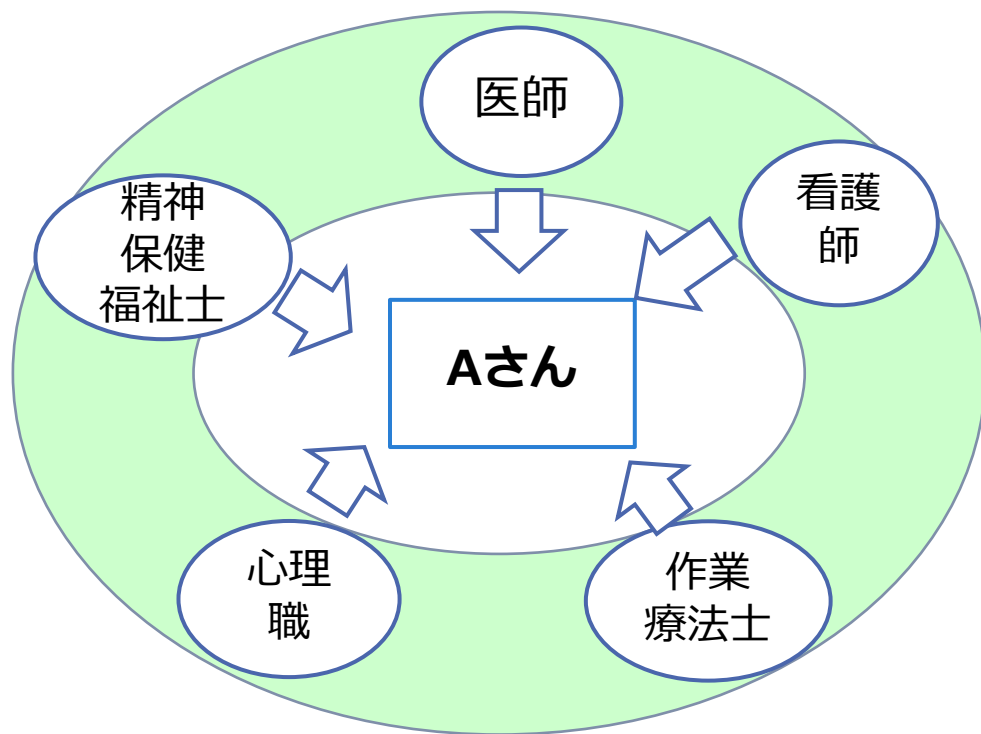
★疾病や障害から派生する生活問題

精神障害者の退院支援 (事例紹介)

3. 精神科病院における退院支援の仕組み

(1) 病棟内の多職種カンファレンス

- ・ 精神科病院におけるチーム医療／チームアプローチ



(2) 退院前訪問指導

- ・退院に向けた生活上のアセスメント／訪問支援の重要性

精神科退院前訪問指導料

入院中の患者の円滑な退院のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、当該入院中3回（入院期間が6月を超えると見込まれる患者にあっては、当該入院中6回）に限り算定する。

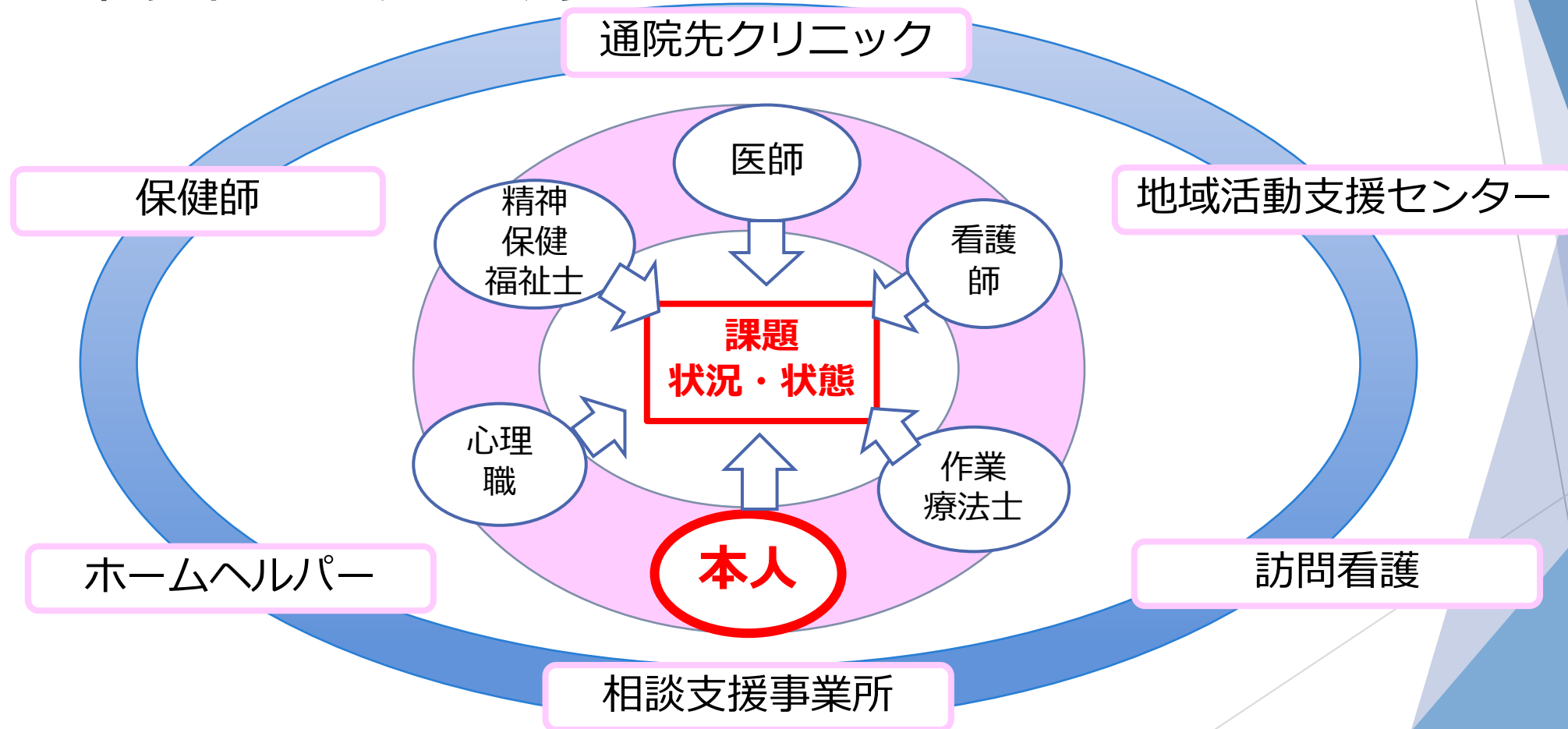
「医科診療報酬点数表（令和2年4月版）」2020年、社会保険研究所 参照。

退院支援としての自宅訪問
「退院に向けた生活上のアセスメント」



(3) 退院に向けたケア会議

- ・ 地域関係者、本人を取り巻く人たちとの情報共有、ネットワークづくり



聴覚障害者の退院支援 (事例紹介)

4. 聴覚障害者の退院支援

(1) 疾病／障害の理解促進

- ・退院にあたり「誰に」「どこまで」「どのような」情報を伝え理解を求めるか

| 誰に | どこまで | どのような |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 近所の人 | <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 生活上の困りごと | <input type="checkbox"/> コミュニケーション上の配慮 <input type="checkbox"/> 困った時の相談窓口 <input type="checkbox"/> コミュニケーション保障 |
| <input type="checkbox"/> 大家さん | | |
| <input type="checkbox"/> 手話通訳者 | | |
| <input type="checkbox"/> 市役所職員 | | |
| <input type="checkbox"/> 聴覚障害者支援施設 | | |

4. 聴覚障害者の退院支援

(2) 病状悪化時の予防策

- ・クライシスプランの作成と共有

- ◆ 入院前の状況を振り返り、こんな時に調子が悪くなり、その時に自分はどうするか、支援者には何をしてほしいかを、明確に本人の言葉で記入し作成する計画書
- ◆ 危機的な状況とはどのような状況なのかを、本人と共に確認し、家族や支援者から見た危機的な状況も共有し、本人が納得できる形のクライシスプランをつくる

クライシスプラン

| レベル | 状態 | 状態・症状 | | 自己対処 | 家族・支援者の対応 |
|-----------|----------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | 自分で気づける状態・症状 | 他の人が気づく状態・症状 | | |
| 安定時 0 | 安定した生活を送れるレベル | よく眠れている 服薬できている | 表情が穏やか 服装が整っている | 安定した生活リズムを心掛ける 通院服薬の継続 | 状態確認 |
| 注意時 1 | 注意したほうがよいレベル | 怒りっぽくなる 服装髪型を気にしない | 疑い深くなる 同じ服装をしていることが多い | 気分転換する しっかりと睡眠をとる | 情報共有 対処法の確認 対応頻度の増加 |
| 要注意時 2 | 入院の検討が必要になるレベル | 2日以上不眠 大声を出してしまう | 誰もいないのにキョロキョロする 声が大きく口調が強い | 追加薬を使う 病院に連絡 | 病院との情報共有 臨時訪問 緊急受診検討 |

クライシスプラン

病状悪化時の計画

- ① 要注意症状が出てきたら早めに入院する
- ② 入院が必要な時は手話通訳者を入れて伝える
- ③ ●●薬はできるだけ使わない（以前、副作用が強く出たため）

緊急連絡先

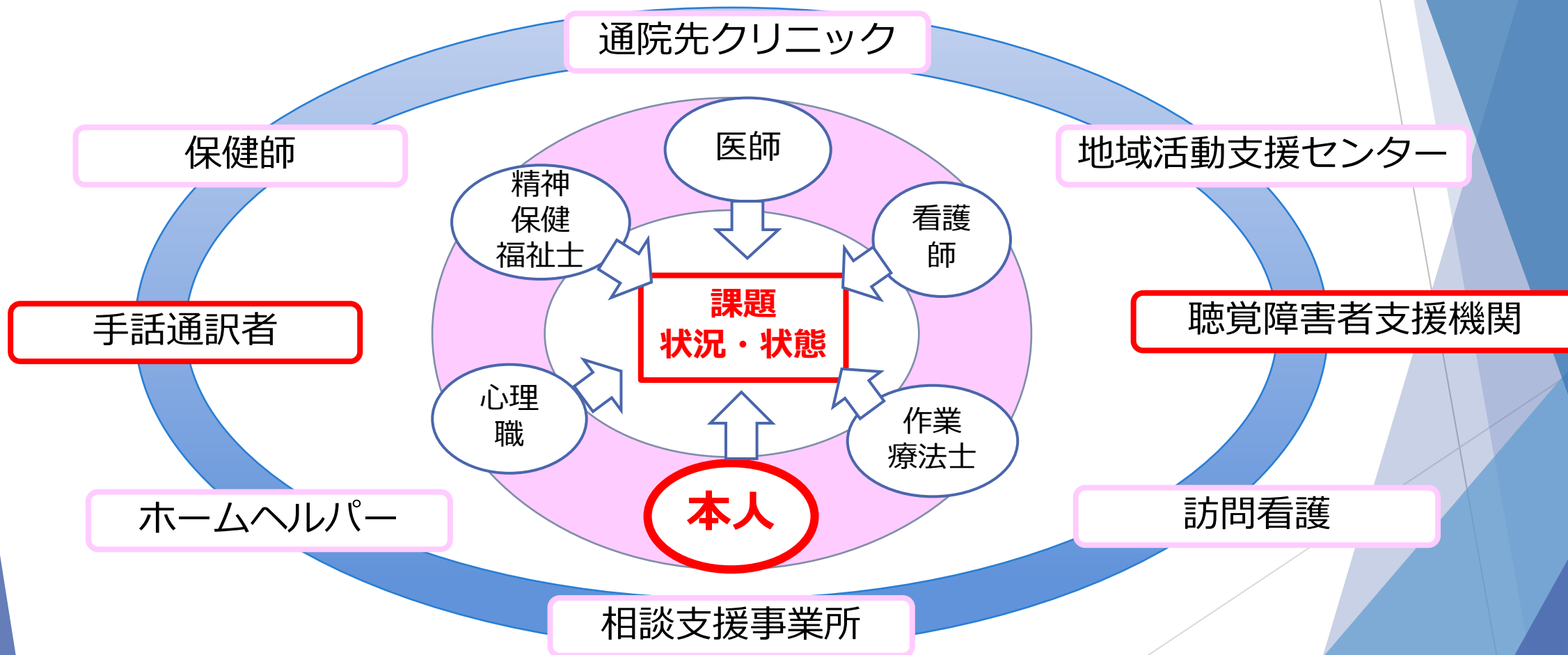
聴覚障害者支援施設

地域活動支援センター

訪問支援スタッフ

◆〇〇病院（日中：〇〇精神保健福祉士、夜間・休日：当直師長）
FAX番号／TEL番号／E-Mail

(3) ネットワークとしての情報保障・コミュニケーション保障
・手話通訳者等を含めた聴覚障害領域の支援者の位置づけ



精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの具体的目標

1 ニーズに沿った多様なサービスの創出と連携の強化

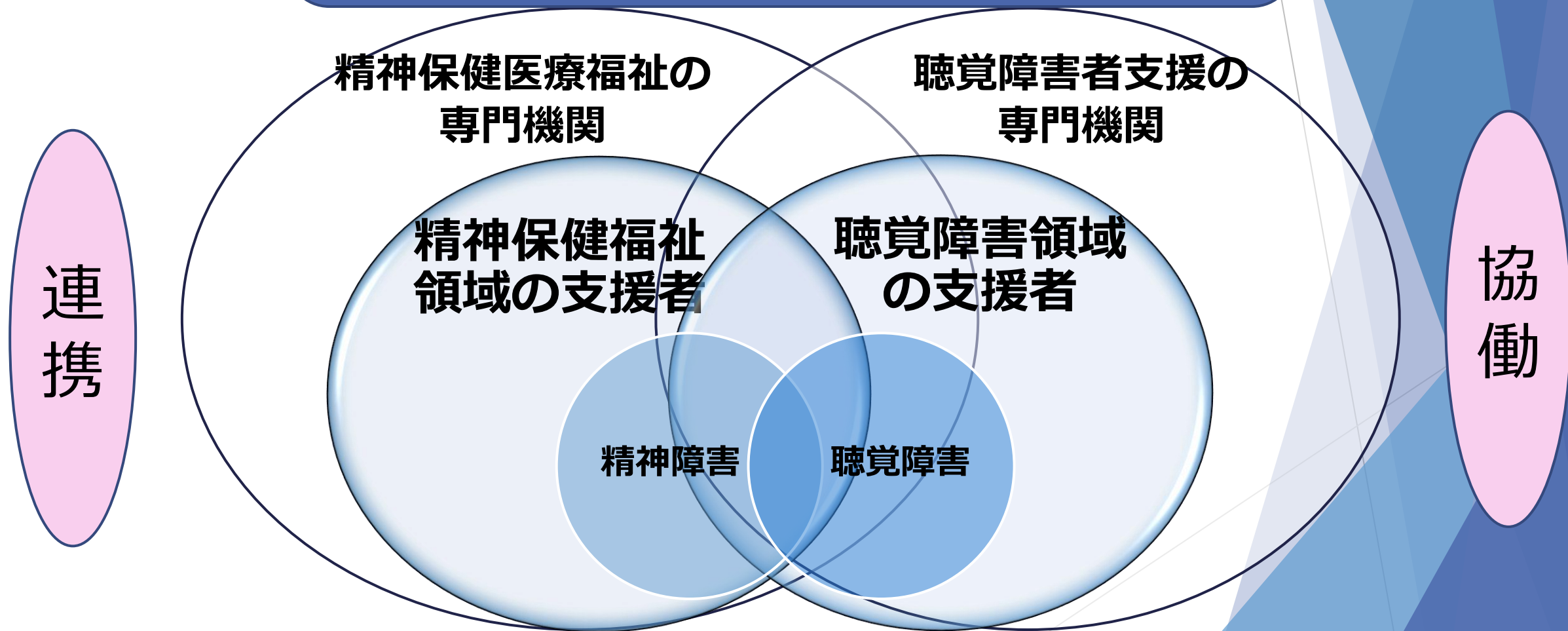
2 精神疾患に起因する問題に対する速やかな対応が可能な体制整備


3 精神障害者の社会参加（就労等）の促進

4 地域住民の精神障害に対する理解の促進

(2) “あわせもつ”ことの困難性を、支援の可能性に

多層にわたる理解とコミュニケーション





ご清聴ありがとうございました