

高橋参考人ヒアリング資料

茨木病院における 退院促進委員会について

医療法人清風会 茨木病院

高橋幸彦

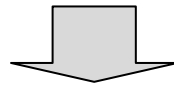
報告の流れ

- はじめに
- 1. 設置にいたる経緯
- 2. 委員会の現状
- 3. 効果と課題
- 4. 退院支援における
作業療法士(OTR)の役割について
- まとめ

はじめに

- 病棟改築構想時(2002年)における
精神科急性期治療病棟の新設計画
⇒ 長期在院患者の院内比率の高さから
急性期治療病棟運営に支障をきたす
おそれ

- 厚労省からの退院促進施策への対応



病院全体での退院支援への取り組みへ

1. 退院促進委員会設置にいたる経緯(1)

- 当院の病棟構成 : 350床

	棟数	病床数
精神科急性期治療病棟 I	1	57
精神科一般病棟	3	173 (内:58+58+57)
精神科療養病棟 I	2	120 (内:60+60)

- 2005年当初における入院患者状況
一年以上の長期入院患者＝約72%

1. 退院促進委員会設置にいたる経緯(2)

・従来の退院支援

キーパーソン(家族・外部支援者など)がない場合

① 本人の退院意欲

② 主治医、担当PSW等からの働きかけ 等

(病棟Nsの働きかけは乏しかった)

} 影響される

キーパーソンがいる場合

入院当時の精神症状によって家族との関係が
こじれている場合 → 入院の長期化

病院全体で退院促進に取り組むために:

「退院促進委員会」の設置(チームによる働きかけ)

2. 退院促進委員会の現状(1)

- 第1回委員会開催(2005年12月5日)
→以降、月に1回開催
- 目的:
退院可能な長期在院者の社会復帰もしくは
転帰の可能性を検討する
- 委員構成:
医師(1)、各病棟Ns(6)、OTR(1)、
病院PSW(2)、地域活動支援センターPSW(2)
(特徴)* 他職種、他部門
* 保健所職員に参加依頼

2. 退院促進委員会の現状(2)

- 各職種の役割:

主治医 <ケア計画の責任者>

薬物処方調整、患者心理教育を中心に処遇方針

担当Ns

日常生活の指導、

病棟内ケースカンファレンス等の調整

担当PSW

ケア計画、処遇に関する対外との調整 等

担当OTR

ケア計画、処遇に必要な個別プログラムの実施 等

2. 退院促進委員会の現状(3)

・方法:

①入院患者(在院1年以上)のリストアップ

②退院促進の対象ケースの選定

リストアップされた各ケース(症状等)の検討

③退院阻害要因の検討

家族・地域関係、社会生活評価等の要因を検討

④処遇検討(目標決定)

利用可能な社会資源を検討し、目標を決定

⑤実行

主治医、担当NS・PSW・OTR等が立てた
ケア計画をもとに処遇をすすめる

⑥委員会への進捗報告・確認

委員会は①～⑤の流れを統括・管理

2. 退院促進委員会の現状(4)

・実施内容

2006年1月：各病棟より対象者をリストアップ(10名)

〔内、7名を支援対象ケースとする〕

3月：支援対象者2名追加

6月：支援対象者5名追加

9月：委員会で長期入院患者の底上げを検討
各病棟Ns、OTR→対象者をリストアップ(計85名)

※高齢者ケース：退院先選択肢の少なさ→支援体制膠着化
各ケースの担当医(常勤医7名)が委員会へ出席
(精神症状、治療・処遇方針について報告)
(2006年12月～2007年6月)

⇒処遇方針の見直し等

2. 退院促進委員会の現状(5)

- 実績(約2年)
＜入院率＞

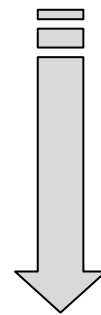
在院期間	2005年	2007年
1年以上	72.5%	54.4%
1年未満	27.5%	45.6%

＜平均在院期間＞

2004年度	362.2日
2005年度	289.6日
2006年度	198.0日

＜在院期間(5年以上の比率)＞

2005.6.1	47.6%
2006.6.1	44.1%
2007.6.1	38.7%



2. 退院促進委員会の現状(6)

- 実績(2006年、2007年11月末まで)

＜在院1年以上の退院患者(33名※)内訳＞

※内:退院促進支援事業利用者3名

在院期間	人数	自宅		グループホーム	介護保険系施設
		家族同居	単身		
1～5年未満	19	11名	4名	2名	2名
5～10年未満	6	2名	2名	1名	1名
10年以上	8	1名		1名	6名

* 5年未満では自宅への退院率が高い

* 10年以上では退院先の選択肢が限られる

(ほとんど介護保険系施設)

3. 委員会がもたらした効果と課題(1)

・効果

①役割分担の明確化、具体的な取り組み

従来の退院支援では支援目的が絞れず、効果的な退院支援に結びついていなかった。委員会の設置により多職種の見集約を図ることができるようになった

②チーム医療に対する気運の高まり

担当ケースに対する意識の高まり・積極的取り組み。これまで退院支援に関心が薄かった病棟Nsによる積極的な関わり(病棟内カンファレンス開催等)。

③退院支援を視野に入れた処遇方針へ

委員会対象ケース以外への退院支援の取り組み。在院1年未満ケースにおいても退院支援を視野に入れた処遇方針を立てるようになった。

3. 委員会がもたらした効果と課題(2)

・課題

①新たな長期在院者を生み出さないための取り組み

- ・3ヶ月以上の入院者の処遇見直し⇒長期入院の要因分析
- ・「処遇が進んでいない」ケース ⇒個別カンファレンスで処遇を再検討

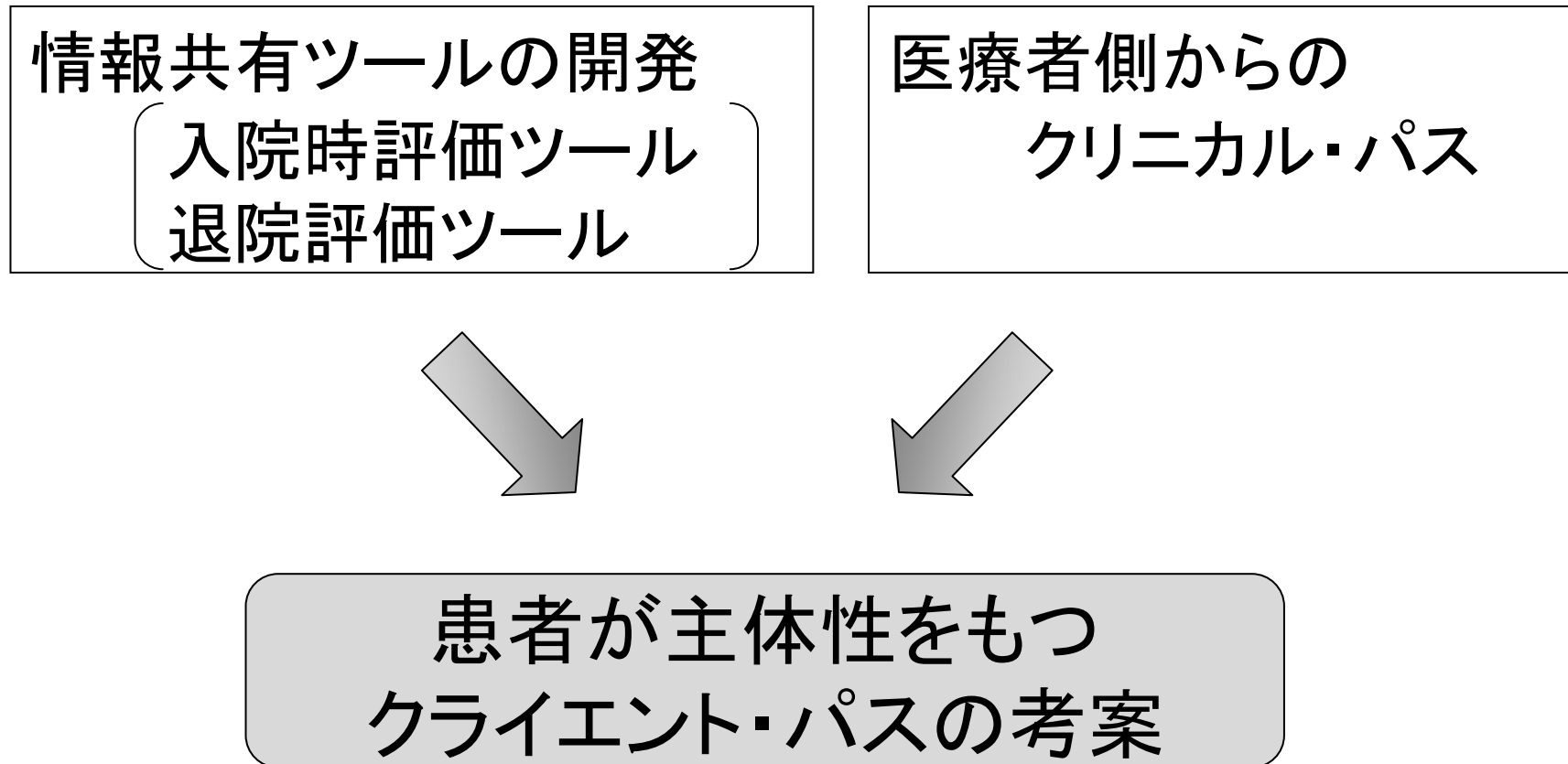
②病棟カンファレンスの見直し

- ・目的の明確化
- ・病棟スタッフ、担当PSW、OTRだけでなく薬剤師も加わりさらに退院支援に向けた働きかけ
- ・各病棟からの報告書を委員会へ毎月提出
- ・委員会による各病棟の動き・病院全体の動きを把握⇒報告ツールの作成

③各ケースの状況についてスタッフ間で共有可能な「統一評価尺度」作成の必要性

3. 委員会がもたらした効果と課題(3)

④新たなカルテ管理方法の構築



入院時評価ツール例《入院時アセスメント票》

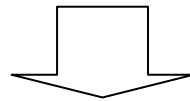
氏名:	居住地:			市
診断名:	入院年月日:	年	月	日(回目)
(ICD-10)	入院形態:	費用区分:		
◇精神・身体疾患に関連したものの評価(Dr)				
・精神状態像:(幻覚妄想状態・精神運動興奮状態・昏迷状態・統合失調症残遺状態・抑うつ状態・躁状態・せん妄状態・もうろう状態・認知症状態・その他())				
・精神症状 : ()				
・精神症状が行動に影響を及ぼす程度:(症状に支配されている・多少影響がある・あまり影響がない)				
・症状悪化の誘因:(喪失体験・怠薬・その他())				
・病識の程度:(認識して異物として感じている・認識しているが同化している・認識していない)				
・問題行動: 自殺企図……………既往(あり・なし), 可能性(高い・低い)				
その他の自傷…既往(あり・なし), 可能性(高い・低い)				
他害……………既往(あり・なし), 可能性(高い・低い)				
離院……………既往(あり・なし), 可能性(高い・低い)				
過去その他の問題行動化(盗癖・性的逸脱・その他())				
・治療意欲:(進んで・しぶしぶ・拒絶的・混乱)				
・治療動機:()				
・身体疾患:(あり・なし)→ある場合の疾患名()				

入院時評価ツール例《入院時アセスメント票》

<p>◇日常生活行為に関連したものの評価 (Ns)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日常生活行為: 介助(全面的に必要・部分的に必要・不要) 障害している主な原因(精神症状(), 身体合併症()) 食事:(自立・介助要) 介助の必要な部分() 排泄:(自立・介助要) 介助の必要な部分() 入浴:(自立・介助要) 介助の必要な部分() 更衣:(自立・介助要) 介助の必要な部分() 移動:(自立・介助要) 介助の必要な部分() 服薬:(自立・介助要) 介助の必要な部分() ・その他、病棟生活で留意する点: () 	
<p>◇家庭や環境に関連したものの評価 (PSW)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソン:() 治療の理解度:(良・不良) 協力度:(良・不良) ・経済状況:問題なし・問題あり() ・社会資源利用に関して 年金:() 手帳:(級・なし) 関係機関:() ・その他:() 	<p>家族構成など</p>

4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(1)

- 当院入院患者の男女比
男性:女性 = 3:5 《女性が多い》
- 女性患者の社会復帰に関する躊躇要因の一つ
《家事(とくに料理)に対する自信のなさ》



退院支援に向けてOTRの
支援活動が不可欠

4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(2)

【事例】 女性(29歳、入院8年目、統合失調症)

年月	働きかけ/目標	対象者のようす
2000年 9月	作業療法処方	病棟外へ外出なし モチベーション低く、継続参加に至らず
2006年 2月	カンファレンス開催(Dr、Ns、PSW、OTR) 目標:病棟から出る機会をつくる	1回/週 OTセンターに一人で来ることが できるようになる
5月	大阪府)退院促進事業の対象者となる	
7月	「料理教室初めて編」の対象メンバーとなる 目標:自宅に戻った際の昼食を 自分で作ることができるようになる	料理教室(全7回)に全て参加 プログラム内での行動拡大 (スタッフ同行の上スーパーまで外出) 自立支援員と公共交通機関利用による 自宅への外出には消極的 退院への意志がはっきりせず

4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(3)

年月	働きかけ／目標	対象者のようす
2006年 12月	退院への意志など本人の気持ちを確認 目標:自立支援員と共に電車に乗り マイカルまで外出	外出、体力不足への不安をあらわす 不安への対応・退院意志・退院後の生活に 関する希望をあらわす OTセンターでの体力づくり、パソコン練習
2007年 3月		自立支援員との外出がなんとか できるようになる OTセンターの利用定着、活動範囲の広まり
5月	グループホームの体験外泊実施 服薬の自己管理を始める	院内)行動範囲の拡大、自主的な活動 外出への消極性 家族との会話がうまくいかない 家族の希望)グループホームを経て自宅へ退院 本人の希望)直接自宅へ退院
11月	希死念慮もみられたため、処遇方針の見直し中	

4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(4)

・本事例におけるOTRの役割

＜本人との話し合い・他職種連携による支援＞

退院促進委員会への経過報告を行いながら、
ケア会議などを通して他の職種や本人との話し合いを
重ねつつ支援を続けている

＜本人のやりたいことを実現できる場・活動の提供＞

⇒ { 退院へのモチベーションを高める
出てきた問題に対して、本人と共に考え
目標設定しながら解決していく

4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(5)

・OTRの役割

- ①退院促進委員会に対して
対象者の状態・能力評価、情報提供
- ②対象者本人に対して
入院生活による生活感喪失への不安・自信喪失を
具体的な活動(プログラム)を用いて支援する

【例】「料理教室」

「社会資源講座」(退院後に利用できる資源を見学・体験)

「ティータイム」(制度・社会資源の紹介) 等

・OTRとしての今後の課題

- ①退院支援につながるプログラム整備
 - ②新しい長期在院者を作らないための支援
- } 体制づくりへ

おわりに

▪ 現代の精神医療

医師を含めた他職種による協働(チーム医療)が必須
チーム医療による患者の社会参加支援へ

▪ 退院促進委員会設置の効果(まとめ)

① チーム医療に対する気運の高まり

これまで退院支援に関心が薄かった病棟Nsによる
積極的な関わり(病棟内カンファレンス開催等)

② 退院支援を視野に入れた処遇方針へ

退院支援の取り組みの必要性が病棟全体へ浸透

③ OTRの働きかけの重要性

長期在院者ほどOTRによる支援役割が大きくなる