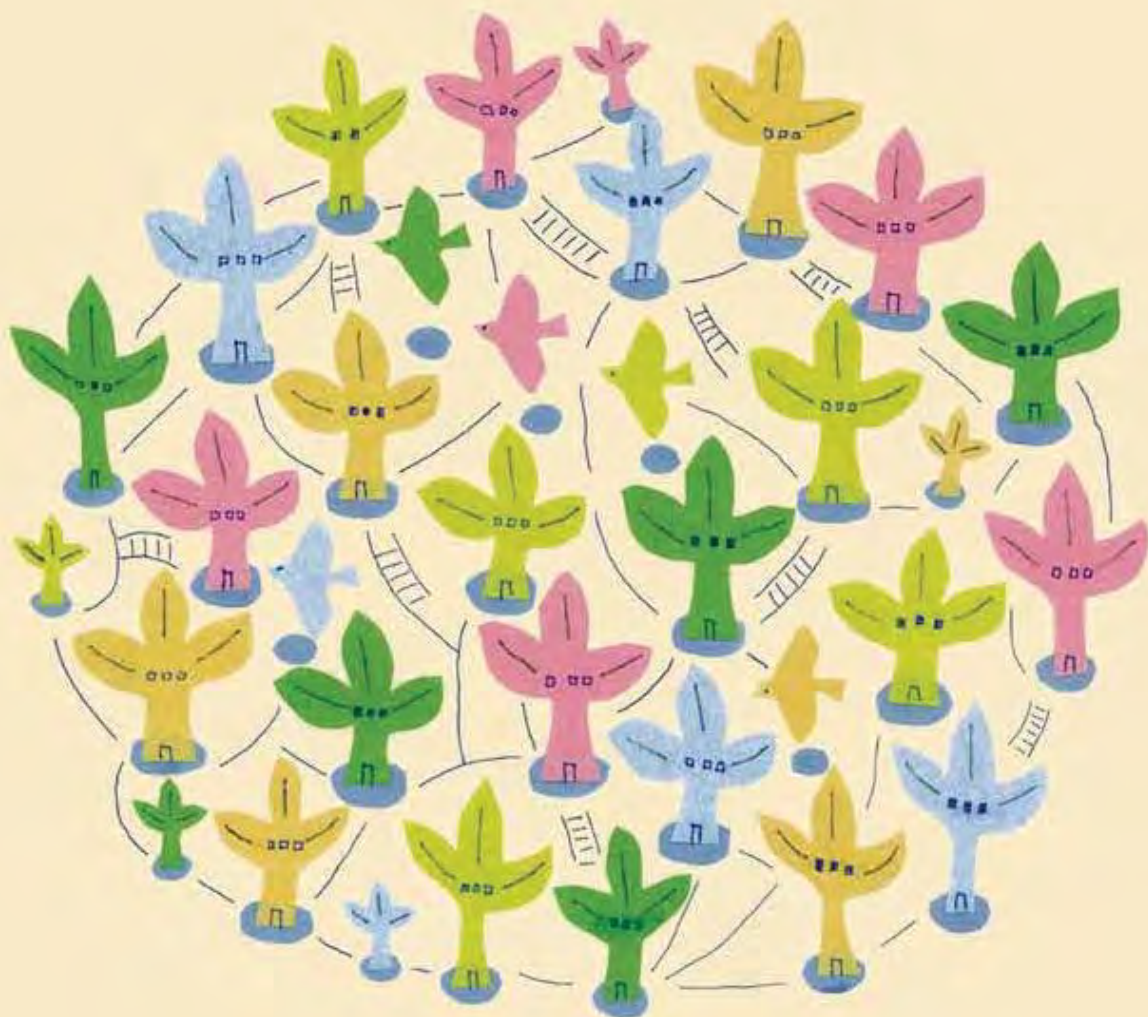


医療と福祉の 連携が見えるBook

—— ニューロングステイを生まないために ——



編集 一般社団法人 支援の三角点設置研究会

発行 社会福祉法人 南高愛隣会

独立行政法人 福祉医療機構社会福祉振興助成事業



目次

contents

1	発刊にあたって	2
2	医療と福祉の連携が見えるBookの見方	3
3	医療と福祉の連携 実践事例① 〈星野一郎さん〉	4
4	医療と福祉の連携 実践事例② 〈中川浩一さん〉	16
5	改正精神保健福祉法について	25
6	支援の三角点設置研究会が提案する ～改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー～	27
7	新規入院の9割は1年以内に退院できますか？	39
8	改正精神保健福祉法を踏まえた 基幹相談支援センターの役割とは？	41
9	改正精神保健福祉法を踏まえた 医療と福祉の連携体制整備に関する取組み	42
10	あとがき	44
	提言	45
	● 用語解説集	46

1 発刊にあたって

一般社団法人支援の三角点設置研究会理事
研修企画委員長 岩上 洋一

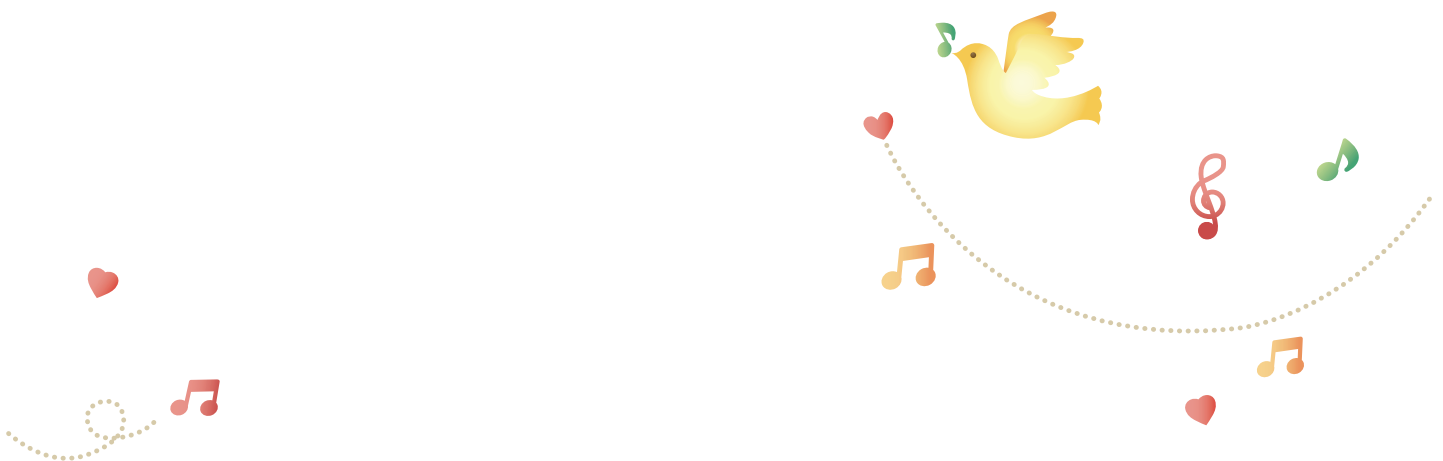
一般社団法人支援の三角点設置研究会(代表理事 星野久志)は、障害者が住みなれた町や、暮らしたい町で一人ひとりの夢や希望がかなう暮らし、豊かな生活を実現することを目的として平成22年に設立しました。この間、病院や施設からの地域生活への移行支援に関する調査研究、都道府県の地域生活支援の仕組みづくり、地域生活支援に関わる人材育成等に取り組んできました。平成22年度は、厚生労働省障害者総合福祉推進事業による「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン」、平成23年度、24年度は、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業による「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦実践ブック」、「障害者地域相談のための実践ガイドライン」を発行しました。実践ガイドラインは増刷を重ねて37,000部を発行し、大きな反響をいただきました。

我が国には、精神病患者監護法以来、精神障害者への支援において、猛省しないですむ人はほとんどいません。ですから、自己批判がないなかで誰かが「悪い」と批判をする構造には終止符をうちたいと思っています。

平成26年3月、私たちは、独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業を受けて「医療と福祉の連携が見えるBook～ニューロングステイを生まないために～」を発刊します。

発刊にあたり、厚労省障害福祉課地域移行・障害支援室及び精神・障害保健課からご助言をいただきました。ご協力いただきました皆様に心から感謝申し上げますとともに、多くの方にご活用いただくことを願ってやみません。

私たちは、ここに、改正精神保健福祉法の施行を機に、今こそ、医療と福祉の連携を強化し、本人中心の支援をスタンダードにしていくことを宣言します。



精神保健医療福祉の実践現場では当たり前のように使われる「連携」という単語。

頭では分かっているけれども実践しようとするとなかなか思うようにいかないことはありませんか？

支援の三角点設置研究会では医療と福祉の連携が上手くいくと社会的入院の地域移行が進み、長期入院の予防にも役立つと考えています。

平成26年4月より施行される精神保健福祉法の一部改正（以下、改正法とする）は、精神障害者の地域における生活への移行を促進するためにより良い医療を推進することが主旨であり、保護者制度の廃止とあわせて、医療保護入院における移送及び入院の手続並びに医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための整備が行われました。

精神障害者の生活支援に携わるものとしては、この法改正をチャンスと捉えて医療と福祉の更なる連携を進め、精神障害者が必要な医療を必要な期間受け、住み慣れた地域で生活し続けることを支えることが責務だと思います。そこで支援の三角点設置研究会は、各地でより良い精神保健医療福祉体制が整備されることを願い、医療と福祉の連携が見えるBook（以下、見えるBookとする）の作成に着手しました。

見えるBookではまず、これまで取り組まれてきた標準的な地域移行支援の2事例を素材にして医療と福祉の連携の現状とそのポイントについて整理を行いました。1事例目はある日突然に医療保護入院をすることになった星野一郎さん（48歳）が、医療と福祉の連携の結果、長期入院にならず半年で退院し、退院後も医療と福祉の連携により地域生活を続けています。2事例目は20年間入退院を繰り返し、直近の入院期間が3年目に入り病院からの退院への働きかけがストップしていた中川浩一さん（54歳）が、病院の精神保健福祉士から声をかけられ様々な体験を通じて不安を解消しグループホームへ退院していった典型的な社会的入院者の地域移行事例です。

2つの事例から見てきたことは、まず最初に入院患者さんが自分が利用できるサービス等を知ること、入院患者さんが退院するために医療で担うことと福祉にバトンタッチすることの見極めを病院（病棟）内で行うこと、福祉にバトンタッチする必要がある場合は医療と福祉の連携が機能するように連携ケア会議を実施すること、本人を中心とした支援を繰り返すことでした。











そのうえで改正法及び平成26年1月24日発出の部長通知に照らし合わせて、現場で活用できる「改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー」を作成し、解説を加えました。

連携は情報の連携に始まって、支援の連携に移行し、最終的には本人中心の連携を通じて医療と福祉の連携が深まっていくようです。そのような医療と福祉のより良い連携体制整備に向けては、支援の三角点設置研究会が提言し続けている官民協働による取組みが欠かせません。よって終盤に改正法を見据えた取組みを既に実践している行政の実践と、今後の相談支援の核となる基幹相談支援センターの必要性や役割について記載しました。

是非、最後までお読みくださりこれからの実践に生かしていただきたいと思います。そして、ニューロングステイを生まないために医療と福祉がそれぞれの強みを生かして連携し、我が国の精神保健医療福祉をより良いものにしていきましょう。

3 医療と福祉の連携実践事例①〈星野一郎さん〉

ニューロングステイを予防した地域移行支援事例

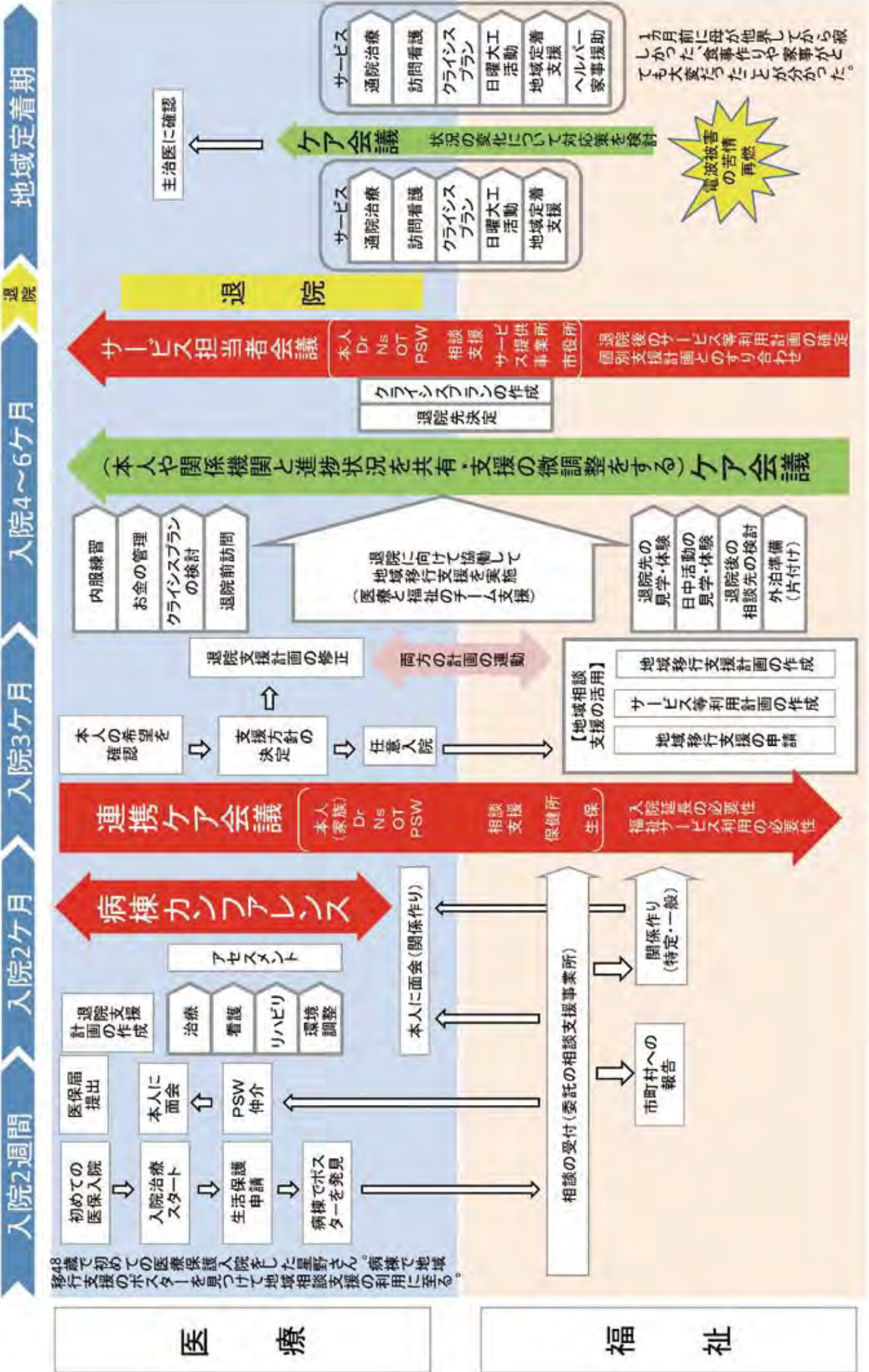
登場人物		
医療	ご本人	福祉
佐藤医師 	星野一郎さん 48歳 男性 統合失調症 	大野保健師 (保健所) 
西看護師 		小山さん (市役所福祉課) 
近藤作業療法士 		川上CW (生活保護担当) 
山田精神保健福祉士 		金山相談支援専門員 (委託相談支援事業者) 
		今井相談支援専門員 (特定・一般相談支援事業者) 

星野一郎さんストーリー

- 私は星野一郎(48歳・男)といます。
- 10年前に父が他界し、その後は遺産と母の年金で2人暮らしをしていました。
- 45歳頃から電波で攻撃されるようになり、辛い日々を送っていました。
あまりにも辛いので警察に助けを求めたり、近所に文句を言っていました。
- 1ヶ月前に母が急死し一人暮らしになりました。
それからというもの、電波の攻撃も以前にもまして強くなり、眠れない日が続き、食欲もなくなりました。
- ある日、私のことを心配した民生委員さんや警察官から、保健所に相談するようにすすめられました。
その結果、保健師さんと一緒に精神科病院を受診することになり、診察を受けたところ医療保護入院となりました。
- いつになったら退院できるのかと思っていたところ、病棟で地域移行支援のポスターを見つけました。
「あなたの退院をお手伝いさせていただきます」と書いてありました。わらをもつかむ思いで電話をしました。
- それから、相談支援専門員さんに退院を手伝ってもらいました。
病院の治療もしっかりと受けて、入院から約半年で自宅に退院することができました。
- これから、私が入院してから退院するまで医療と福祉がどのように連携して退院を応援してくれたかをお話したいと思います。
- でも、退院した後も私の話が少し続くのでどうぞ最後までお付き合いください。

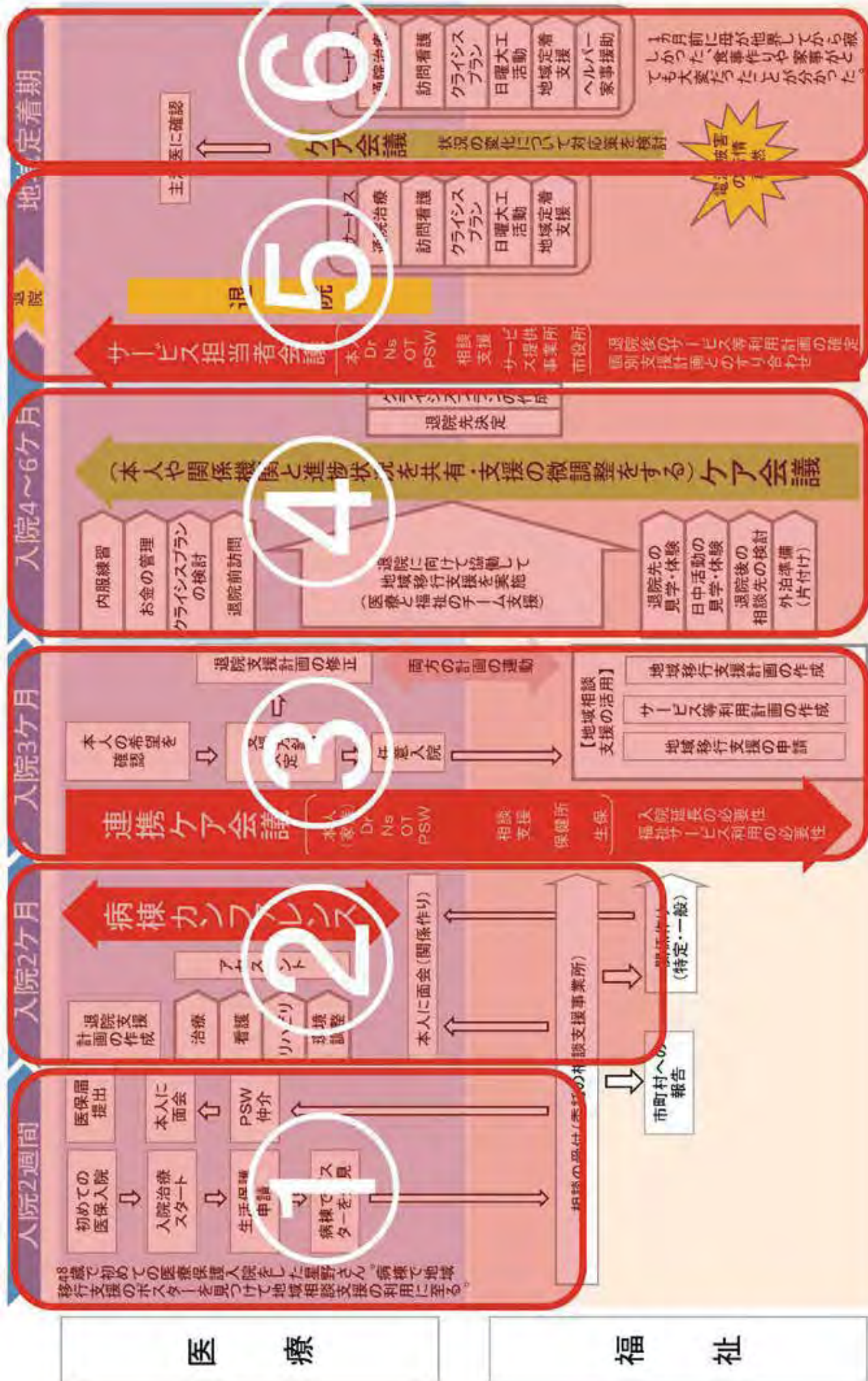


星野一郎さんの退院支援<ロングステイを予防できた事例>



48歳で初めての医療介護入院をした星野さん。病棟で地域移行支援のホスターを見つけて地域相談支援の利用に至る。

星野一郎さんの全体像

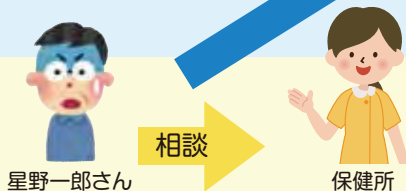


医療

福祉

0 星野一郎さんの退院支援

入院前の状況

医療	 <p>医療につながるまで</p>
福祉	<p>現在48歳・独身 高校卒業 左官屋で23歳まで働く 24歳から自営業 1ヶ月前に母が急死し単身生活となる 以後単身生活 45歳頃から電波被害体験 警察や民生委員に相談していた</p>

48歳にして生まれて初めての医療保護入院

私は10年前(38歳)から母と二人で暮らしていました。地元の高校を卒業した後、左官屋に5年ほど勤務していましたが、20代半ば頃からは自営に切り替えて下請け仕事をしてきました。仕事の依頼が少ないので父の遺産と母の年金で生活してきました。結婚したことはなく独身です。兄弟も親しい親戚もいません。

3年位前より近所から電波で攻撃されるようになり、足に電波をあてられて痺れるようになりました。困った私はちよくちよく警察や民生委員に相談に行くようになりました。警察では取り合ってもらえないので、私は電波発信先のお宅に文句を言いに行くこともありました。

平成25年に入ってから、電波に関する相談を毎週のように警察にするようになりました。自宅前に電波被害に関する立て看板を立てたり、有刺鉄線で家を囲んで対処していました。また、眠れなかったり、急に痩せてきたので警察から保健所に相談するように勧められました。

そんな大変な時に急に母が亡くなりました。それからというもの、電波の攻撃も以前にもまして強くなり、眠れない日が続く、食欲もなくなりました。ある日、私のことを心配した民生委員さんや警察官から、保健所に相談するようにすすめられました。

私は仕方なく保健所に行きました。話を聞いてもらった後、近くの精神科病院の診察を勧められました。受診を迷いましたが保健所の保健師が同伴してくれるというので診察に行きました。

診察の結果、統合失調症の疑いがあり、栄養状態も悪く入院治療が必要であると言われました。私は入院する気など全くなかったので「入院しません」と言いましたが、市長同意による医療保護入院で仕方なく入院することになりました。また、お金も底をついていたので、生活保護を利用して入院費を工面することになりました。

1 星野一郎さんの退院支援

入院2週間

医療	<p>48歳で初めての医療保護入院をした星野さん。病棟で地域移行支援のポスターを見つけて地域相談支援の利用に至る。</p> <p>初めての医療入院 医保届提出 入院治療スタート 本人に面会 生活保護申請 PSW仲介 病棟でポスターを発見</p> <p>星野一郎さん 山田PSW</p>
福祉	<p>相談の受付(委託の相談支援事業所)</p> <p>市町村への報告</p> <p>金山相談員 大野保健師</p> <p>入院したけど様子はどうか...</p>

患者さんの権利や利用できるサービス等の情報を確実に届けていますか?そこから医療と福祉の連携がはじまる

初めて入院した精神科の病棟は出入りに鍵がかけられ、自由には出入りできませんでした。主治医には「薬を飲んで、しっかり休み体力を回復させましょう」と言われましたが、いつになれば退院できるのか不安でいっぱいでした。

入院して3日が経った頃でしょうか、保健所の大野保健師と市役所の小山さんが面会に来ました。「早く体調が戻るといいですね。退院する時はお手伝いさせていただきますね」と声をかけてくれましたが、保健所に勧められて診察を受けた結果入院になったので内心ムッとしました。でも、この時に山田PSWさんは、私の権利や使えるサービス等について教えてくれました。

入院から5日目に主治医から入院診療計画書が渡されました。そこには入院予定期間が3ヶ月となっていました。

入院して1週間もすると病棟の様子や仕組みが少しずつわかるようになりました。病棟の公衆電話の脇に「あなたの退院をお手伝いさせていただきます」というポスターを見つけました。地域相談支援というサービスを提供してくれると書いてありますが、何だかよくわかりません。でも、思い切って電話をかけてみることにしました。金山相談支援専門員さんが対応してくれ、近日中に面会に来てくれると約束してくれました。

電話をしてから4日目のことです。「なかなか来られなくてすみませんでした。」と金山相談支援専門員さんが面会に来てくれました。病棟に馴染めなかった私は金山さんの気さくなキャラクターに少しホッとしました。金山さんに無理矢理入院させられたこと、入院中も電波で攻撃されること、入院前にもっと強い電波で本当に困っていたことなどを話して、退院させてほしいと懇願しました。金山さんは私の気持ちを受け止めてくれ、次の面会日を決めてくれました。

病院の支援ポイント

- ① 地域相談の情報が患者さんに届くようにポスターを掲示するなどの工夫が必要です。
- ② 病院のPSWは患者さんが利用できる権利やサービス情報を確実に届けましょう。理解度に応じて繰り返し情報提供が必要ことがあります。
- ③ 病院のPSWは患者さんの求めに応じて相談支援事業所を紹介できるように、普段から地域との関係作りにも配慮しましょう。

地域の支援ポイント

- ① 地域相談の情報が患者さんに届くようにポスターの掲示を働きかけるなどの取組みが必要です。
- ② 相談支援専門員はご本人の退院したいという意思を受け止め、行動を開始しましょう。電話の段階で「主治医に相談してからにしましょう」と対応せず、まず会う必要があります。
- ③ 地域や行政、福祉の責任として入院したら終わりではなく、退院に向けた支援も行いましょう。相談支援事業所は後々の支給決定がスムーズに運ぶよう早い段階から市町村と情報共有しておくことが望まれます。

精神保健福祉士(改正法における退院後生活環境相談員)の役割

サポートセンターきぬた 金川 洋輔
茨内地域生活支援センター 岡部 正文

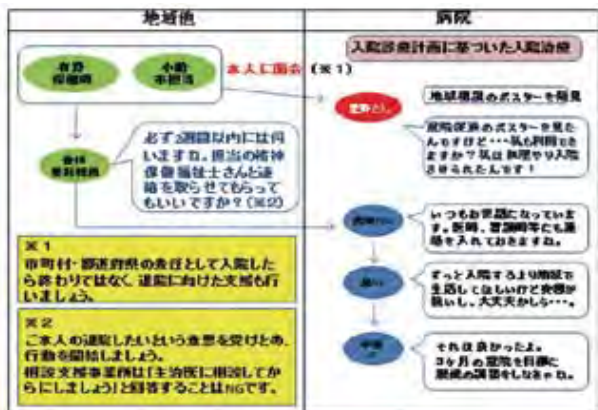
精神保健福祉士(退院後生活環境相談員)は、ご本人の味方になるために存在するという姿勢で関わり、ご本人から「私の想いを託せる人」と思ってもらえることが必要です。

求められる役割としては、通知で(1)退院支援の取組の中で中心的な役割を果たす(2)院内外の多職種・多機関との調整に努める(3)ご本人の意向に十分配慮し個人情報保護に留意する(4)資質向上に努める となっておりますが、実践現場では「日頃から院内の連携がとれていること、地域の関係機関(地域援助事業者等)と連携がとれていること」や、「ご本人、家族に退院の相談や支援の調整を求める権利があることを伝え、その権利をご本人たちが行使できるように配慮した情報提供を行うこと」が重要です。

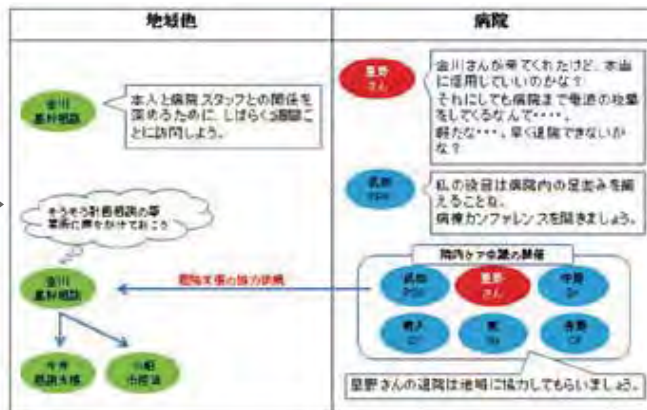
入院当初は病院内の各職種同士をつなげる人であるとともに、医療と福祉をつなぐ核になる人であり、入院が長期化しないように医療保護入院者退院支援委員会を通じて退院への取組を推進して行く人でもあり、退院後は地域の情報を集約し、地域定着における医療機関の役割を担います。



星野一郎さんが入院して2週間が過ぎました



星野一郎さんが入院して2週間～2ヶ月目です



和歌山県 地域移行を促進するポスター 地域相談支援の周知

地域活動支援センター 櫻 中野 千世

A2版 ポスター



「地域相談支援を知らせないことは権利侵害」と聞いて、はっとしたんです。これは、行政も含めみんなで本気で取り組まなアカン。圏域レベルでやることには限界がある。こうなったら和歌山県全体でやるしかないで!! 県の地域移行支援連絡会議で提案してみたところ、すぐに実現。個別給付以前、和歌山市圏域の部会で作成したものが原案となり、立派なポスターが出来上がったんです。

すべての入院されている方に届けたい、届けやんとあかんのやというみんなの「本気」の想いが込められています。ポスターに「和歌山県」と入っていることに大きな意味があるんですよ。官民協働で作りましたっていう、それを県下全域の医療機関に広めるということ、まさにみんな本気で!

それから、「退院して生活されている方の声」を載せてます。

当事者の方の想いは何よりも胸に響くんですよ。 「日曜日に買い物に行けるのでいいです」この言葉を見て、ある精神科Dr.が「患者さんってこんな風に思ってるんやなあ。今まで気づかんかった…」としみじみ。

また、このポスターを見た入院されている方からは、「入院して30年目にこの支援を知りました。もっと早くしてもらえれば…ってようそんなん載せましたね。自分たちの非を認めることでしょ。でもそこ敢えて載せてることに、何か感動したわ。」って。

ポスターは一つの手段。次は、反応してくれた方の想いをしっかり受け止めていかんと。

地域移行支援をすすめること、まだまだ続けていかんとあかんああって思うんです。

このポスターがあったから良かったんですわ～



退院についての支援が受けられます


～地域移行支援のご案内～

入院中のあなたへ

退院したいけど、家族がない、住む場所がない、お金が心配などの不安を抱え、退院をあきらめていませんか。

改正障害者自立支援法（平成24年4月～）では、

- ◇ 患者さんが自ら退院を希望したら、入院中から、退院に向けた支援や退院後の生活支援を受けられます
- ◇ 地域の相談支援事業所や行政機関など、さまざまな人が生活をサポートします




18年間入院していたAさん

「いつの間にか長くなってしまった入院生活、この間に両親は亡くなり、兄弟たちはみな自立しました。戻る事はなく、退院はあきらめていました。そんな時、地域移行支援を活用し退院することができました。とても不安なことがあれば話しを聞いてもらえる人がたくさんいます。退院して一歩幅しかつたのは、お料理を食べたこと、退院して良かったなぁ、と思います。」

ご家族の方へ

医療機関、地域の関係者が連携してご本人・ご家族を支援します。長期入院されていた多くの患者さんも退院しています。



ずっと兄の事は気にしていました。しかし、自分の障害もわりなかなが馴れずにはいました。退院支援を受けて一歩幅かっと思つたのは、家族以外にも兄のことも考えてくれる人ができたこと、退院した後の生活を支援してくれたので、本当に助かっています。

Aさんの母・H子さん

地域移行支援について

平成24年4月から障害者自立支援法の改正により、退院したい患者さんが、入院前に住んでいた市町村の役所に申請することで、退院に向けた支援や退院後の生活支援が受けられます。

まずは、この支援について知りたい人は、病院の精神保健福祉士（ソーシャルワーカー、相談員など）にご相談ください。

幸手保健所管内 問い合わせ先

＜管内市町の担当 問い合わせ先＞

- 久喜市役所 障がいの福祉課 0480-22-1111
- 蓮田市役所 福祉課 048-768-3111
- 幸手市役所 社会福祉課 0480-43-1111
- 白岡市役所 福祉課 0480-92-1111
- 宮代町役場 福祉課 0480-34-1111
- 杉戸町役場 福祉課 0480-33-1111

＜相談支援事業所 問い合わせ先＞

- 埼玉北障がい者生活支援センター ふれんどび 0480-36-2600
- 埼玉北障がい者生活支援センター ベルベール 0480-25-2755
- 埼玉北障がい者生活支援センター きらら（啓和会） 0480-26-4866
- 埼玉北障がい者生活支援センター きらら（みゆま福祉会） 0480-26-9753
- 埼玉北障がい者生活支援センター たいよう 0480-48-7731

＜保健所 問い合わせ先＞

- 埼玉県幸手保健所 保健予防推進担当 0480-42-1101



この支援を受けて、これまで退院が難しいと考えられていた方が退院しています。入院中のみなさまへのご周知をお願いします。

これもいいですね

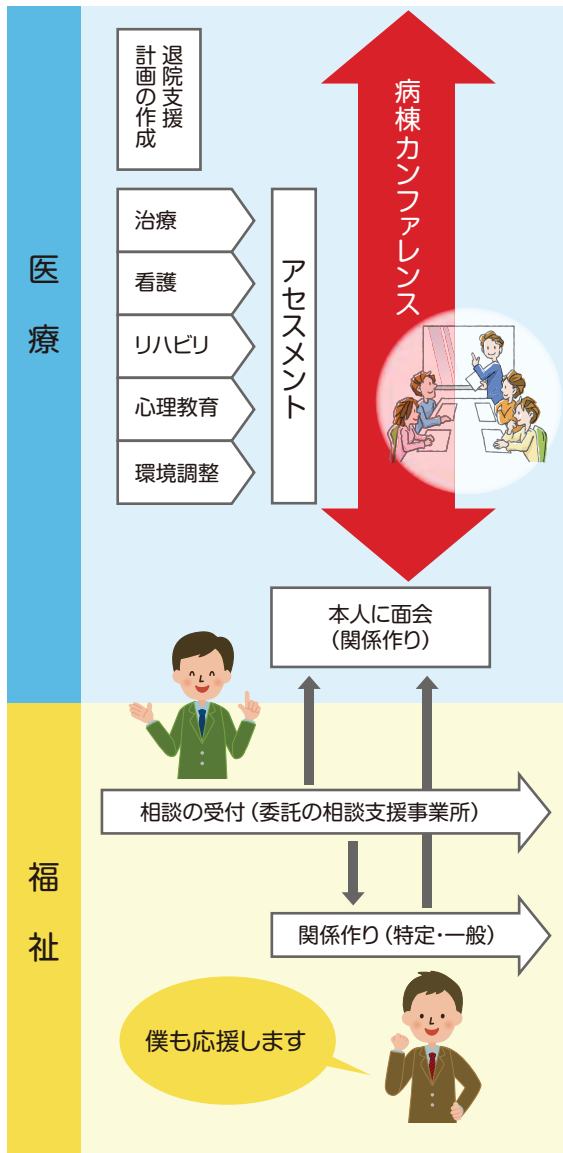


入院している患者さんへ、「地域でみんなが待っているよ」と、手紙風にチラシを作成しました。1人でも多くの方が地域生活できるように願いがこもっています。



② 星野一郎さんの退院支援

入院2ヶ月



連携のスタートは病棟カンファレンスから…

入院が2ヶ月目に入りました。

この間、金山相談支援専門員さんは2週間毎に面会に来てくれました。親しい身寄りのない私にとって金山さんの面会は嬉しい反面、本当に退院を手伝ってくれるのだろうかと半信半疑の気持ちがありました。金山さんは私の退院したい気持ちを病院職員にも伝えておきたいというので承諾しました。

その頃、病棟では各職種のアセスメントが終了し、退院支援計画を作成するため病棟カンファレンスが開かれていたようです。退院に向けて医師は内服調整、看護師は症状の管理と服薬指導、作業療法士は生活リズムの改善、臨床心理士は心理教育、PSWは自宅状況等の把握など役割が計画書に盛り込まれていました。

退院に向けた課題として、住まいや日中の過ごし方、相談先があると言われました。山田PSWさんは福祉の力も必要だから福祉との連携ケア会議を開催させてほしいと言ってきました。私は金山さんにも同席してもらいたいと希望しました。

その後、金山さんが地域相談と計画相談の説明をしてくれ、後輩の今井相談支援専門員さんを紹介してくれました。

病棟の支援ポイント

- ④ 入院後多職種で多角的にアセスメントをすると同時に、必要な治療を行います。
- ⑤ 入院1～2ヶ月頃を目安に病棟カンファレンスを実施します。退院に向けてどのような治療が必要なのか、退院に向けての課題が何かを病院として明らかにします。
- ⑥ 退院支援計画はご本人が十分理解できるように説明します。ご本人の希望があればご家族や地域の支援者にも同席してもらい説明を行います。
- ⑦ 入院直後の告知を十分に把握できていない患者さんもいます。病院のPSWは患者さんが自分の権利や利用できるサービス等を理解しているかを、この時期にもう一度確認しましょう。

地域の支援ポイント

- ④ 相談支援事業者はご本人の立場に立ち信頼関係作りを行います。面接結果等はご本人の了解を得ながら必要に応じて病院に報告します。
- ⑤ 患者さんが自分の権利や使えるサービス等をご存知か確認しましょう。
- ⑥ 計画相談や地域相談はご本人がイメージしやすいように具体的な利用方法等を伝えましょう。

コラム

病棟カンファレンス

相談支援事業所ふあっと 東 美奈子
ACTひふみ 加藤 由香

退院に向けた治療を考えるために、ひとりひとりの患者さんに対して病棟カンファレンスをしましょう。病棟カンファレンスは、多職種が患者さんの情報をそれぞれの専門的な視点でアセスメントしたものを持ち寄り、共有し、ご本人の希望を踏まえた上で、今後の方針を検討しましょう。

方針を踏まえた上で、それぞれの専門職の取り組むべきことを明確化します。

専門性を活かしながら、方針を検討しましょう



- 医師
病状アセスメントと病状管理。



- 看護師
気持ちに寄り添い、生活歴・家族歴や生育歴及び病棟での様子をもとに生活アセスメントをするとともに症状悪化のサインやその時の対処方法を検討。



- 精神保健福祉士
患者さんの権利や利用できるサービスの情報提供地域とのつなぎの検討や家族調整及び本人を取り巻く生活環境全体のアセスメント。



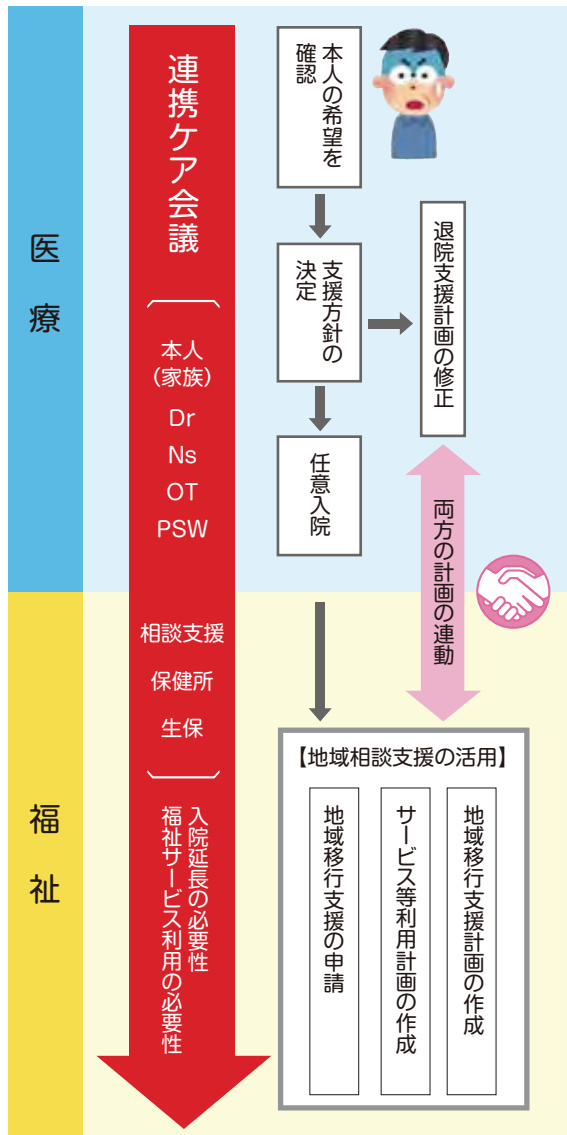
- 作業療法士
ADL・対人・仕事・余暇など生活全般の作業能力の遂行度と満足度をアセスメント。患者さんにとって価値の高い作業の獲得やこれに向けた活動を通し、回復状態をアセスメント。

病棟カンファレンスのコーディネイトは病棟師長が担うことが有効です。

病棟カンファレンスでのそれぞれの職種のアセスメントができていなければ、医療と福祉の連携ケア会議に繋がりません。病棟カンファレンスにおいて、福祉の支援が必要なことが明らかとなった場合は早い段階から福祉と連携を開始する「連携ケア会議」を開催しましょう。

③ 星野一郎さんの退院支援

入院3ヶ月



課題が見えると福祉との連携が見えてくる ～医療と福祉の「連携ケア会議」のススメ～

入院してから3ヶ月が過ぎました。

週3回の診察を受け、処方された薬を飲んでいましたが、主治医はこれ以上病状は良くならないかもしれないと思っていたようです。体重も53kgから60kg代に戻り顔色も良くなってきました。

入院診療計画で入院期間を3ヶ月と設定されていたことや、福祉の力が必要だと判断した山田PSWさんは連携ケア会議を設定し、退院に向けた手立てを医療と福祉が一緒になって考える場を設定してくれました。

連携ケア会議が病棟で開催されました。もう1カ月間様子を見て症状が変わらなければ、地域移行支援を利用して、住まい・日中活動・緊急対応の調整をしていくという方針が決まりましたので私もしぶしぶ同意しました。

私は「退院したいだけだ、サービスを使って入院が延びるのは嫌だ」と言いましたが、金山さんが「今井さんとできるだけ早く退院できるように応援します。一郎さんも治療頑張ってください。」と言ってくれたので、仕方なく了解しました。その後、今井さんと市役所に行って、地域相談の申請手続きを行いました。

でも、私は「退院したらまた電波に攻撃されるかもしれない…」と思いました。

後で聞いた話ですが、この時今井さんは外出や外泊を進めていこうと思っていたようです。

病院の支援ポイント

- ① 退院に向けて治療以外に住まいや日中活動及び相談先の課題を抱える患者さんの支援には、地域相談支援が有効です。精神保健福祉士は退院のツールとしての地域相談支援を活用できるように制度を理解し、必要に応じて医療と福祉の連携ケア会議を設定することが必要です。
- ② 地域相談支援を活用する場合、病院の退院支援計画と地域移行支援計画が連動するようにし、適宜退院に向かって医療と福祉の足並みが揃っているかを確認するケア会議が重要です。

地域の支援ポイント

- ① 入院患者さんも地域住民の一人です。誰もが地域で暮らせるように行政も相談支援事業所も本人や病院の求めに応じて連携ケア会議に責任をもって参加しましょう。
- ② 医療と福祉の計画が連動するように相談支援専門員は十分に調整を行います。

コラム

医療と福祉の連携ケア会議 ～立場が違えば視点が違う中での連携～

相談支援事業所ふあっと 東 美奈子

医療と福祉の連携ケア会議で精神保健福祉士（退院後生活環境相談員）から相談支援専門員に少しずつマネジメントの中心が移行していく場合が多くあります。

連携ケア会議では、医療と福祉のアセスメントを統合し、課題を抽出し方向性を確認します。両者の視点が入ることで、医療モデルと生活モデルの両方の視点が得られます。

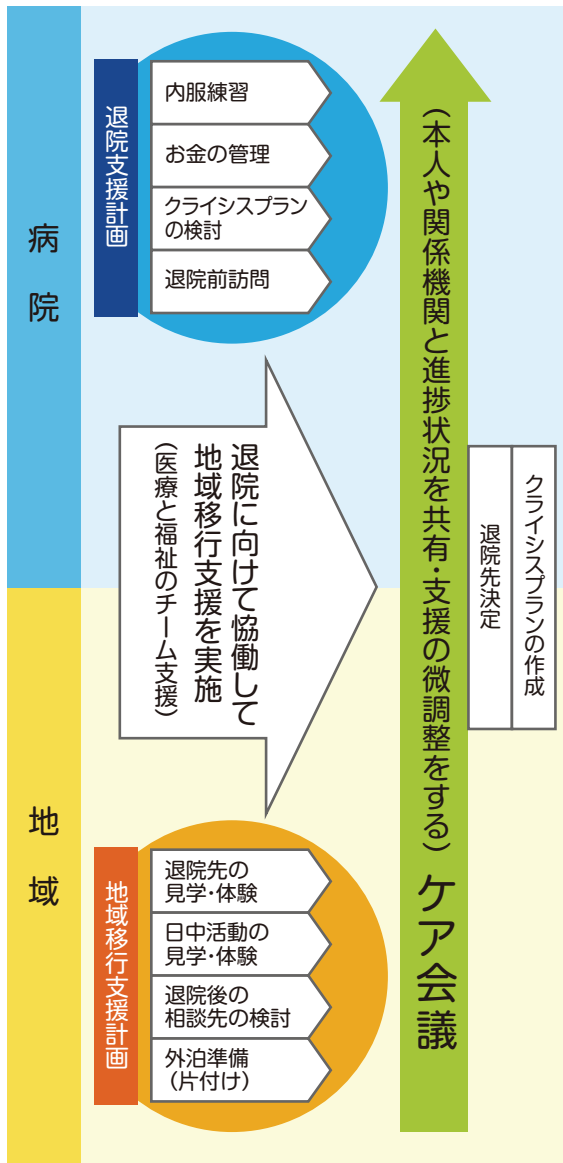
医療と福祉の連携ケア会議の開催前に、お互いの役割等について根回しをしておくことも必要です。具体的には、本人の希望を伝えておき、それに対して受け止めてもらえるような環境をつくること（それはできませんというような否定的な会議にしないように）が大切です。また今後の役割について明確に本人にわかる言葉で説明してもらえるように伝えたり、必要なサービス提供ができるようにあらかじめ時間調整をしておくことなども必要になります。連携ケア会議はご本人のための応援団だということを示すという意味合いもありますからスタッフ間が意見の食い違いでぎくしゃくしないようにしましょう。**立場が違えば、視点が違うものですから、意見は違ってあたりまえです。意見の違いを視点の違いからくることだと受け止めてあらかじめ、なぜそのように思うのかを話し合いお互いの気持ちを共有しておくことが重要です。**

立場が違う人が一緒に考えることで、広い視点でその人の暮らしを具体的に考えることができます。



4 星野一郎さんの退院支援

入院4～6ヶ月目



退院支援計画と地域移行支援計画は車の両輪 ～情報の連携から支援の連携へ～

連携ケア会議を経て、退院支援計画と地域移行支援計画が作成されました。病院では薬とお金の自己管理について様子を見守ってくれ、薬剤師から服薬指導を受けました。作業療法で調理をする機会がありましたが、一人暮らしをしていたので料理には自信がありました。

退院先を検討するために相談支援専門員の今井さんとグループホームや宿泊型自立訓練事業所、アパートなどを見学しました。やはり家が一番落ち着きました。私は自宅に退院することへ気持ちが傾きました。

入院前は足の踏み場もありませんでした。そこで今井さんはボランティアセンターに片づけボラの派遣を交渉してくれました。そして1週間後に私とボランティア、病棟職員と半日がかりで片付けを行いました。片付け中は電波のことは全く気になりませんでした。

自宅への外泊は計5回行いました。2回目の外泊の時に電波にやられて調子が悪くなった気がして早めに病棟に戻りました。外泊を続けるべきかどうか病棟は悩んだようですが、私はケア会議で外泊を続けたいと希望しました。

外泊中に日中活動先の就労継続支援B型事業所や地域活動支援センター、精神科デイケアも見学しましたが、退院したら部屋の片づけや内装の修繕をしたいと思っていたので、しばらくサービスは使わないことにしようと思いました。

退院への支援が始まってから2ヶ月過ぎてある程度退院の見通しがついたので、今井相談支援専門員さんが(本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする)ケア会議を開催してくれました。

ケア会議では自宅に退院すること、当面は日曜大工をして過ごすことが決まりました。また、眠れなくなったら頓服を利用すること。不眠や食欲不振が3日続いた時は訪問看護ステーションへ連絡すること。電波の被害に耐えられない時は市役所へ相談すること、それ以外の緊急の用件は地域定着支援の緊急電話へ連絡する内容のクライシスプランを西看護師さんと今井さんの3人で作成しました。

病院の支援ポイント

- ① 地域移行支援が進んでくると本人が不安な気持ちを訴えてくるが多々あります。環境の変化による心理的な正常反応なのか、病状の悪化なのか見極めて対応することが重要です。ケア会議等で病院と地域の足並みを揃えて対応しましょう。
- ② 退院後の生活がスムーズに送れるように、退院前訪問指導等で最終確認を行います。

地域の支援ポイント

- ③ 相談支援専門員等は退院に向けて無理のないペースで地域生活の体験をサポートし、ご本人の意思で暮らし方を決められるように支援しましょう。体験的な利用は具体的なイメージ獲得に有効です。

コラム クライシスプラン

横浜市港北区生活支援センター 平良 幸司

退院後ご本人が危機に陥りそうになった時、早期対応ができるように医療と福祉が一緒になってクライシスプランを作成しましょう。クライシスプランは、ご本人が自分の言葉で、病状悪化時の自己対処法を語る必要があるもので、安定した状況にある入院中に作成することが有効です。いざという時にどうすればいいかが見えることで、より安心して地域生活へ向かっていけるものです。

看護師は入院までの経過や入院中の病状の変化を把握し、ご本人と十分に信頼関係を結び本人が語れるように支援しましょう。また、相談支援専門員は地域で暮らすうえでの危機状態を予測し、早期介入の手立てを考えます。両者のプランを統合しひとつのクライシスプランにしていきます。

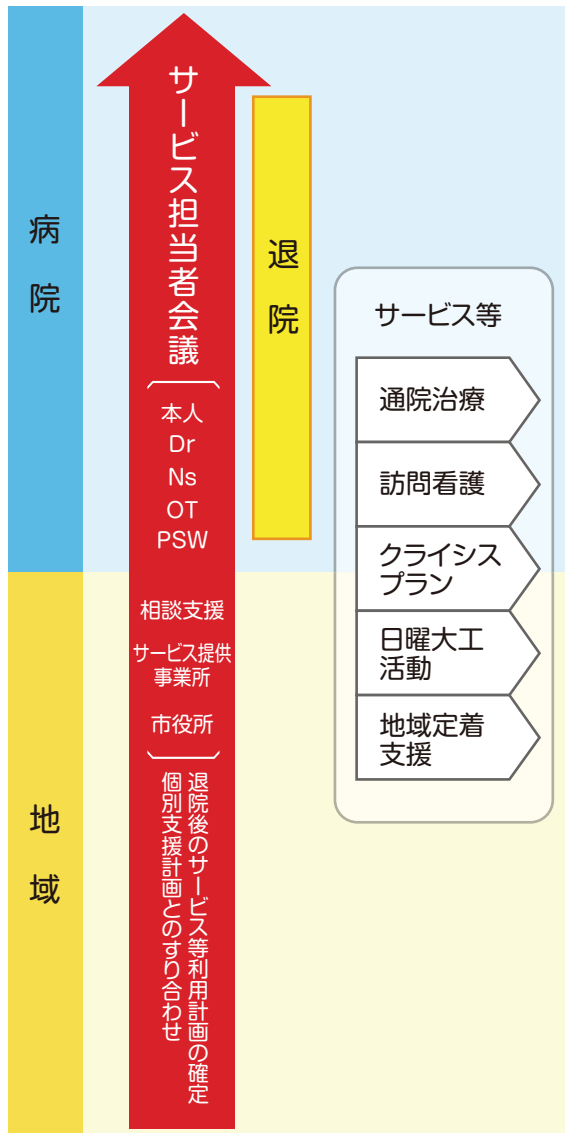
わかっているなら
安心ですわ～



利用者氏名: 星野 一郎 さん		危機かな(ピンチかな)と思った時に 作成年月日: 年 月 日		(クライシスプラン)
私の調子が悪くなるサインは	①眠れなくなる ②不眠と食欲不振が3日続く ③電波被害が耐えられない程ひどくなる	サインかなと思ったら...		
私のすること	①頓服薬を飲む ②連絡する ③相談する	周りの人にして欲しいこと		
周りの人にして欲しいこと	相談にのってもらって、入院しないで済むようにして欲しい	周りの人にして欲しくないこと		
周りの人にして欲しくないこと	勝手に入院させようとして欲しくない	①病院 連絡先: ○○-△△△-□□□□ ②訪問看護ステーション 連絡先: ○○-△△△-□□□□ ③市役所福祉課 連絡先: ●●-▲▲▲-■■■■■ ④地域定着支援 連絡先: ☆☆-×××-◎◎◎◎		
同意日 年 月 日				

5 星野一郎さんの退院支援

退院



常に本人を中心にとすると連携が深まる

入院して6ヶ月が過ぎました。随分長い入院になったと感じていますが、病院職員や今井相談支援専門員さんのお陰で自宅退院への目途ができました。

退院日は今月末に決まりました。退院まであと2週間を切ったので、訪問看護ステーション担当者が病棟に顔を出してくれました。

今井相談支援専門員さんは退院後に私が利用する地域定着支援を盛り込んだサービス等利用計画(案)を作成し、サービス担当者会議を開催してくれました。

そして●月▲日に無事自宅へ退院しました。

自宅に退院してから、訪問看護ステーションと今井相談支援専門員さんは週1回顔を見に来てくれました。皆さんが来てくれるのが嬉しかったので私にとっては楽しいお茶タイムになっています。

相変わらず体に電波をあてられて大変ですが、昼間は日曜大工や部屋の片付け、草取り作業などをして結構忙しく過ごしています。

2ヶ月もすると今井さんも安心したのか様子を見に来てくれるのが2週間に1度になりました。サービス等利用計画のモニタリングは毎月となっていました。

今のところ、緊急事態も起きないので今井さんのところに電話をすることもありません。しかし、1度だけ退院後2週間目に買い物帰りに歩き疲れて転んだことがあります。この時は近くの床屋さんが助けてくれました。

このように退院後の生活は割と順調でした。

病院の支援ポイント

- ⑫退院後の医療系サービス(訪問看護や精神科デイケア等)を利用する必要性の検討及び調整をしましょう。
- ⑬退院後の診察ベースや薬の手配、クライシスプランの最終確認をします。
- ⑭退院後の医療と福祉の緊密な情報連携、支援の連携が必要です。

地域の支援ポイント

- ⑩退院後のサービス等利用計画(案)の作成及び支給決定手続き等を行います。退院直後は想定していないトラブルが発生しやすい時です。必要に応じて通院に付き添ったり、臨機応変に対応できるような体制を整えておきましょう。
- ⑪退院直後のモニタリングでサービスが予定通り提供されているか、環境の変化はないか、新たなニーズ(病状も含め)が発生していないかを見極める必要があります。

コラム

地域定着支援

茨内地域生活支援センター 岡部 正文

地域定着支援はとて素晴らしいサービスができた喜んでいますが、意外に活用されていないことが私は不思議です。都道府県ごとに支給決定者数をもても利用率が高いところと、ほとんど利用していないところと格差があります。

私は旧精神障害者地域生活支援センターで相談業務を中心に仕事をしてきましたが、以前はどこの事業所でも24時間365日対応する携帯電話など持っていましたよね?以前は無償のサービスとして慈善的に実施していたような気がします。

平成24年の相談支援の充実強化において決して単価が高いとは言えませんが、地域定着支援に報酬がつくようになりました。支払いは事業所として緊急時に対応できる体制をとっていることに対してと、実際に緊急対応した時に算定できます。

意外と誤解されていることは、地域定着支援は月々3,000円で24時間電話かけ放題のサービスであると支援者が感じていたり、休日や夜間支援以外は緊急対応加算を算定できないと思っていることですが、地域定着支援はご本人の生活支援のために必要な体制(緊急時に連絡が取れる体制がある)をとるのであって、私たち支援者が夜も眠れず電話対応することではありませんし、緊急時というのは例えば、平日にエアコンが壊れて冷房が効かずどうしたらいいかわからないなど、ご本人にとっての一大事であり、放置しておく取り乱すなど生活に支障が出てくる場合などは、対応しその結果を市区町村に報告したうえで請求をすることは何ら問題がないと思います。

大事なことは、未然に防ぐことが可能なことは早期に対応し問題が大きくならないように生活支援をすることではないでしょうか?様々な生活上のアクシデントに遭遇することを通じてご本人が対処法を身につけていくということも我々はよく体験しています。

また、比較的短期間で退院する方は生活力が低下することが少なく障害福祉サービス等は必要ないが、継続的な見守り体制や関連したかわりなどの生活支援が必要ことがあります。そのような場合は、地域定着支援をサービスとして導入しますから、おのずとサービス等利用計画が必要になります。地域定着支援で緊急時の体制を整え、必要な場合は対応し、継続サービス利用支援(モニタリング)で地域定着状況を把握していくことは効果的な取り組みであると感じます。いずれにしてもどのような方に必要であり、その根拠をサービス等利用計画で示したり、市区町村に必要な性を伝えていくことは相談支援専門員の腕の見せ所であると感じます。

地域定着支援は相談支援事業所が直接提供できる唯一のサービスです。せつかくのサービスをご本人のために活用しない手はありません。

※次ページに参考資料(地域定着支援計画兼台帳)あり

地域定着支援計画(案)兼台帳

利用者氏名	星野 一郎		住所	●●市●●町●●丁目●●番●●号	
障害福祉サービス受給者証番号			障害程度区分	電話番号	
地域相談支援受給者証番号			相談支援事業者名	●●相談支援センター	
				計画作成担当者 今井	

計画案作成日	平成●●年●●月●●日	支給有効期限	平成●●年●●月●●日迄	利用者同意署名欄	星野 一郎
--------	-------------	--------	--------------	----------	-------

心身の状況	入院により体を動かす機会が減ったため下肢筋力の低下を認める。歩行に支障はないが段差等つまづき転倒のリスクがある。入院前は食欲がわかず53kgだった体重は60kgに戻り、栄養状態は回復してきている。高血圧があり確実に薬を服用する必要がある。				
置かれている環境	<input checked="" type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 障害・疾病・高齢等の家族と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 退院・退所直後及び地域生活不安定 <input type="checkbox"/> その他()				

長期で目指す姿	平成●●年●●月頃	早く元気になって自営の仕事を再開し、お金の不安を減らしたい。			
短期で目指す姿	平成●●年●●月頃	自分ができる範囲で自宅をリフォームしたり、自分で買物に行けるようになりたい。			

短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	福祉サービス等		支援担当者	私(本人)の役割	支援者等の役割	その他 支援上の留意事項等	評価時期
	種類・内容・量(頻度・時間)	提供期間					
生活上の困りごとを相談する	地域定着支援 0●●0-1●●●2-●●5●●● 退院直後は毎週モニタリング	1年	当番制	困りごとや人の手助けが必要な時は早めに電話で相談する。	必要時には訪問し状況を把握し、必要な支援や調整を行います。当面は月2回以上は訪問しての様子をうかがいます。	【入口に注意】 正面玄関は閉まっていることが多いので、家の脇から裏に回り、裏口から潜り込むような形で訪問します。	3ヶ月
体調の困りごとを相談する	●●病院 ●●訪問看護ステーション (24時間対応電話)	1年	当番制	薬を飲み忘れない。 体調がすぐれない時は早めに電話で相談する。	服薬状況の把握と血圧計測その他必要な医療行為を行います。必要時には訪問対応いたします。	【処方内容】 ジブレキサ(10) 1錠 眠前 アムロジン(5) 1錠 朝	3ヶ月
その他の困りごとを相談する お寺さんとの関係を維持する	市役所福祉課 ●●-●●●●●●●●●●	適宜	障害相談係	どことも連絡がつかない時に電話関係機関と連携して地域生活を相談する。 お寺に挨拶に出かける	電話関係機関と連携して地域生活を相談する。 必要なサービスの紹介や調整を行います。	【お寺(菩提寺)】 ●●寺	6ヶ月

緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先	その他
かかりつけ病院	●●病院	佐藤Dr	●●-●●●●●●	
医療系サービス	●●訪問看護ステーション	●●看護師	●●-●●●●●●	
障害福祉サービス事業所	●●相談支援支援センター	今井相談支援専門員	●●-●●●●●●	
菩提寺	●●寺	●●住職	●●-●●●●●●	

6 星野一郎さんの退院支援

地域定着期



医療と福祉の深まった連携が地域生活支援に役立つ

(ここからは今井相談支援専門員さんが語っています)

退院して3ヶ月目のことでした。市役所に一郎さんからの電波被害の電話が続くようになりました。訪問看護ステーションも一郎さんの不眠や食欲不振がはじまっていると感じていました。

一郎さんは「これからどうしたらいいかな」と、ぼそっと訪問看護に漏らしてもいたようです。訪問看護師さんが私(今井相談支援専門員)に連絡をくれました。同じころに民生委員さんからも私のところに、「なんとなく元気がなさそうで心配です」と連絡があったので、一郎さんの了解を得て早速一郎さん宅でケア会議を行うことにしました。訪問看護師、生活保護担当者の川上さん、山田PSWが集まってくれました。

一郎さんは元気がなく食欲も低下しているようです。調理がめんどうらしく弁当で簡単にすませることが多くなっているようです。電波に関する辛さは変わらずあり、一旦片付けた立て看板が再び設置されています。病状が悪化した可能性も疑われました。支援者の中では一時的な入院もやむなしと頭をよぎりました。訪問看護師から主治医に連絡をとってもらったところ、もう少し様子を見ていいのではないかという回答です。

そこで一郎さんに、「元気が戻るまで週2回程度、ホームヘルパー(居宅介護支援)を利用して見ないか」と提案しました。一郎さんも試してみようというので、申請の手続きと事業所の調整をしました。

それから2ヶ月がすぎた頃です。ホームヘルパーを利用するようになってから一郎さんに元気が戻ってきたようです。一郎さんはホームヘルパーに「実はご飯作りがとて大変だった」とこぼし、「一人で食べるご飯はおいしくない」と寂しさも漏らしていたようです。

一郎さんは同居のお母さんが急に亡くなってから家のことを一人でやりくりし、親しい仲間もない寂しさの中でじっと一人で耐えてきたのかもしれない。

それから電波被害の話は出るものの、市役所に電話することはなくなりました。一郎さんの生活の潤いや寂しさの軽減をどのようにしていこうかと新たな覚悟を決めたところでした。

病院の支援ポイント

- ① 入院中から構築した医療と福祉の連携体制を活用しましょう。新たな課題が生じたら関係者間で情報を共有し早め早めの微調整が有効です。そのためにも支援者同士で緊急連絡先を交換し合っておくなどの対応も必要です。

地域の支援ポイント












- ② 生活や状況の変化を早めにキャッチできる支援体制を整えましょう。相談支援専門員は課題を一人で抱え込まず、チーム全体で考えていく意識が大切です。
- ③ 地域定着支援で緊急体制を整えて関係者間で緊急ネットワークを構築しておくことも課題の早期把握に有効です。

星野一郎さんのまとめにかえて

- 退院して3ヶ月目に体調を崩しかけた一郎さん。
- しかし、訪問看護ステーションが一郎さんの変化をキャッチし支援チームと連携を取り、相談支援専門員のリードでケア会議を迅速に設定できました。入院中から構築した医療と福祉の連携でやむなしと思っていた再入院を防ぐことができました。
- これは一郎さんを中心に、入院中から病院と地域が一緒になって一郎さんを支えてきた連携の成果であると言えます。
- 一郎さんが退院して半年がすぎようとしています。片付けや日曜大工リフォームも終わり、必要な支援も調整もひと通りすみました。
- しかし、相談支援専門員の今井さんは浮かぬ顔をしています。
『退院して安心して暮らしていただくことが全てじゃないんです。生活の潤いとか、自分の自信が持てることとか、社会の役に立っている実感を一郎さんが自然と持てるようになってほしいなと思うのですが、今はまだ見つかりません…。』
- 一郎さんの真のニーズはまだよく見えていないようです。真のニーズはそう簡単には把握できないものかもしれません。今後も一郎さんにかかわり続けていく中で自然に分かる時がくるのだと思います。そのためにも、モニタリングやケア会議を通じて他の支援者と連携していくことが必要です。
- 新たな長期入院患者さんを生まないために、医療と福祉の支援者は連携の練習を続けて、連携することがあたり前の地域を作っていかなければならないと思います。

4 医療と福祉の連携実践事例② 〈中川浩一さん〉

ご本人の揺れる気持ちをチーム支援で支えて退院ができた事例

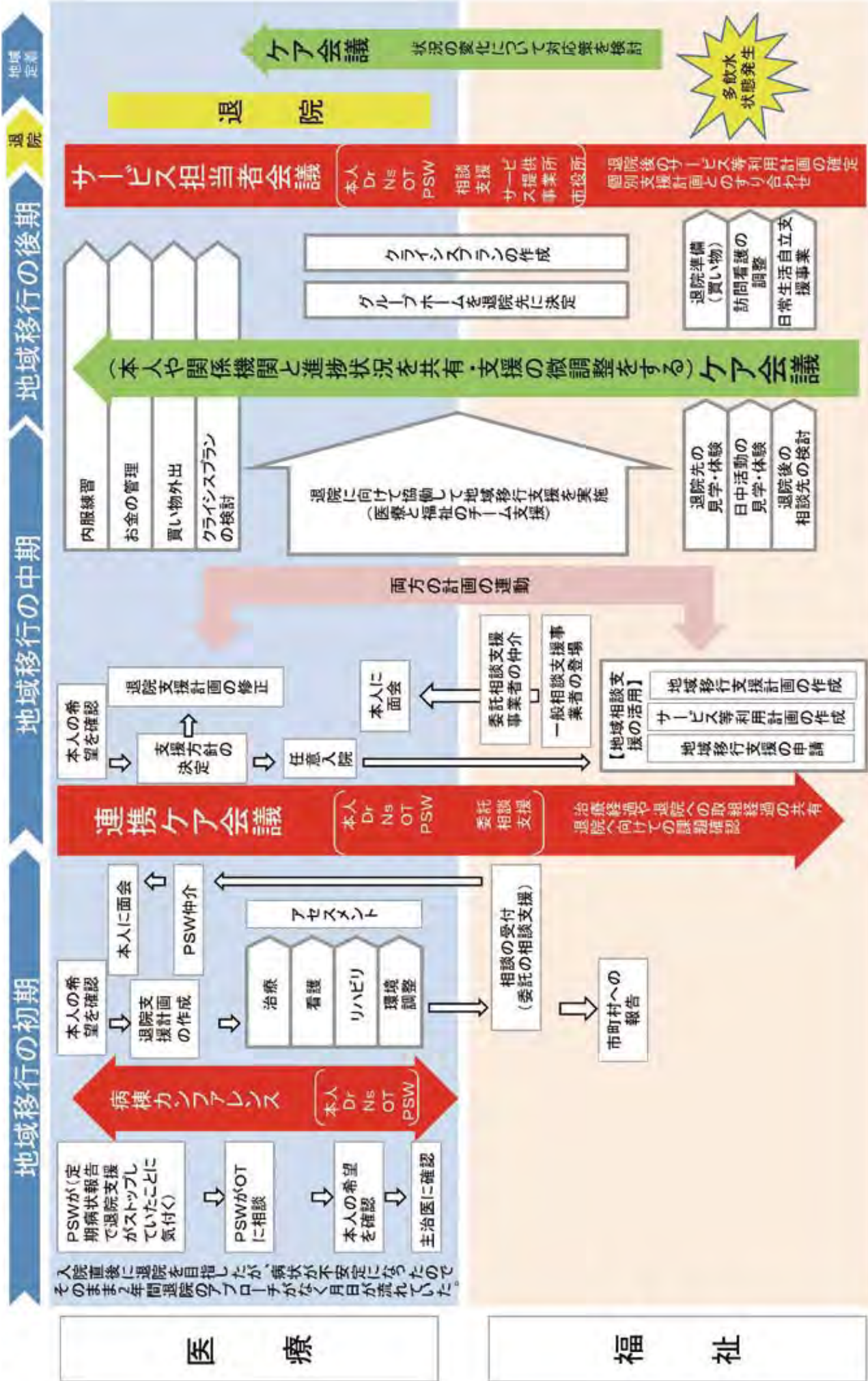
登場人物		
医療	ご本人	福祉
佐藤医師 	中川浩一さん 54歳 男性 統合失調症  母  妹 	金山相談支援専門員 (委託相談支援事業者) 
西看護師 		今井相談支援専門員 (特定・一般相談支援事業者) 
近藤作業療法士 		グループホーム 世話人 
山田精神保健福祉士 		グループホーム の仲間 

中川浩一さんストーリー

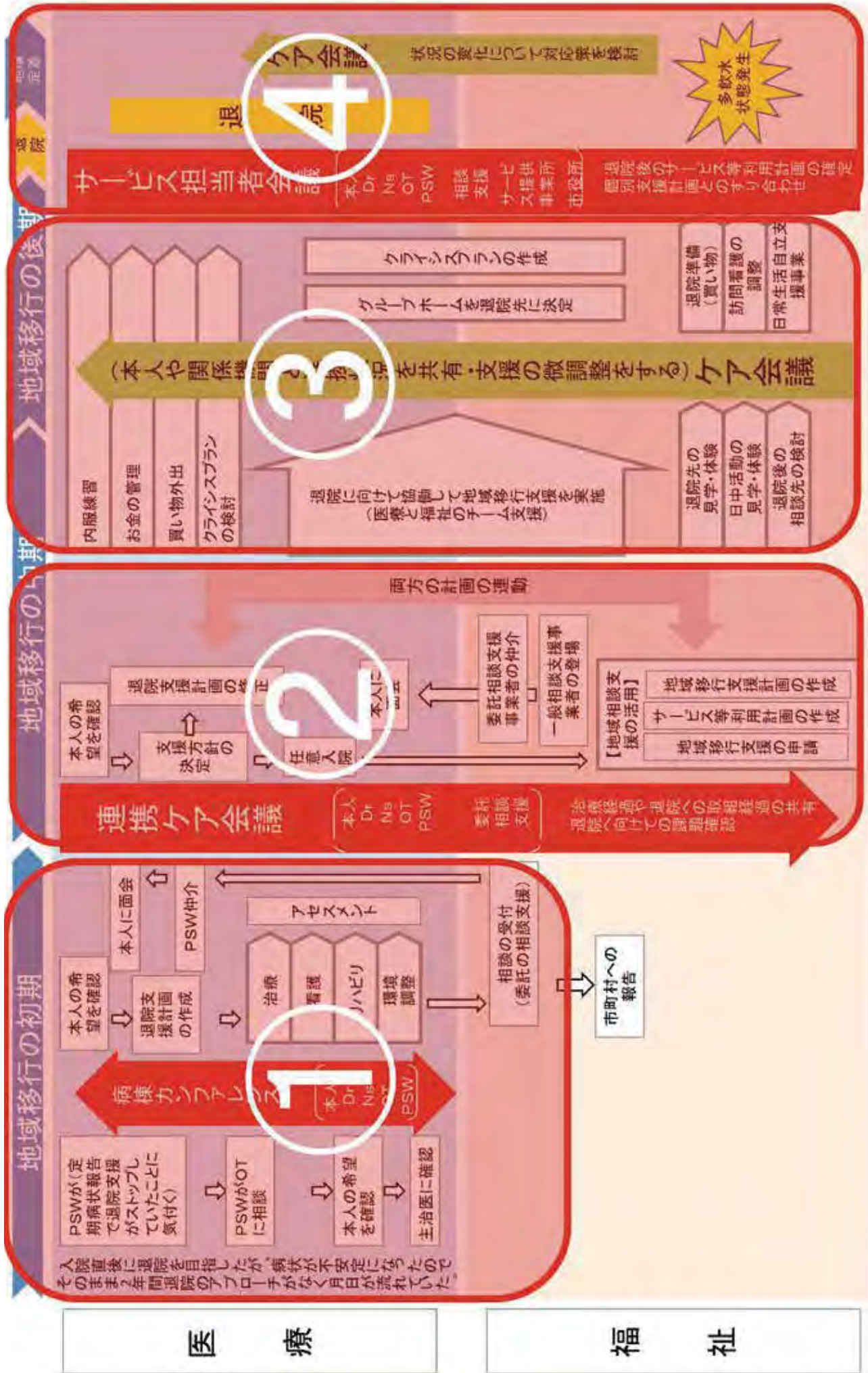
- 私は中川浩一（54歳・男）といます。
- 80歳代になる両親と同居し、食事などの身の回りのことは母が全てしてくれていました。父は認知症が進みはじめています。
- 高校在学中に幻聴が聞こえるようになりましたが病院へは行きませんでした。卒業後は仕事にも就きましたが休みがちで、酒浸りの生活をしていました。
- 30歳の頃、家族の勧めで精神科病院で診察を受け、アルコール依存症と診断されました。それから20年間は様々な病名で入院を繰り返していました。
- 2年前の52歳の時に飲酒と覚薬で興奮し、自宅で物を投げたりと暴れてしまったので医療保護入院になりました。
- 最初の頃は宿泊型自立訓練事業所への退院の話がありましたが、いつの間にかなくなったので、なんとなく入院が続いていました。
- 入院してから2年たったある日、山田PSWが退院についてどう思っているのか質問してきました。
- 退院したい気持ちがないわけではなかったのですが、自宅への退院を拒否されていましたし、一人暮らしの経験もなく自信がないので不安な気持ちがあることを話しました。
- これから私が地域移行支援を受けてグループホームへ退院するまで半年間をお話したいと思います。
- どうか、医療と福祉の連携で一人でも多くの長期入院患者さんが退院し、新たな社会的入院が生まれないようにこの見えるBOOKを手にとった皆さんに頑張ってくださいと思います。



中川浩一さんの退院支援くご本人の揺れる気持ちを支えチーム支援で支えて退院ができた事例



中川浩一さんの全体像




医療

福祉

① 中川浩一さんの退院支援

地域移行の初期

医療	 <p>中川浩一さん ← 質問 → 山田PSW</p>
	<p>現在54歳・独身 統合失調症 高校卒業 30歳で初めて精神科病院を受診 50歳まで入退院を繰り返す 52歳から医療保護入院中</p>
福祉	<p>入院前は 時々地域活動支援センターに 顔を出すことあり</p>

退院のきっかけはPSWからの声掛け

私は高齢の両親と3人暮らしをしていました。食事など身の回りのことは母が面倒を見てくれ、日中は精神科デイケアや地域活動支援センターに通っていました。私には妹が一人おり、同じ市内に嫁いでいます。

幼少期は壁に向かってキャッチボールをするなど、一人遊びが好きなお子でした。中学時代は陸上部に所属し、学校も休むことはなかったのですが、高校時代いじめがきっかけで、後に幻聴が聞こえるようになり学校は休みがちでした。

高校卒業後に仕事に就きましたが休みがちで、酒浸りだったため、30歳の頃、家族に勧められて精神科を受診しアルコール依存症と診断されました。その後、50歳頃までさまざまな病名で入退院を繰り返していました。

2年前の52歳の時に飲酒や怠業で興奮し、自宅で物を投げたりして暴れてしまったので医療保護入院となりました。

入院してしばらくしてから、宿泊型自立訓練事業所への退院の話がありましたが、いつの間になくなり、なんとなく入院が続いていました。その時は病状が悪かったようです。

その後、病気は良くなったのですが、それから退院の話はなくなり、自分からも退院したいと話をすることはありませんでした。

ある日、病院の山田PSWさんが、退院についてどう思っているのかを私に質問してきました。

退院したい気持ちがないわけではなかったのですが、父が認知症となり、高齢の母が2人の面倒をみることが出来ないと言っていたので、直ぐに退院できないだろうけど、ずっと入院しているのは嫌だと思っていたこと。また、一人暮らしは食事やお金、家族のこと、住まいをどうしたらよいかなど、不安があることをお話ししました。

山田PSWさんは「中川さんの気持ちは良くわかりました。主治医の佐藤Drともよく相談してみますね」と言ってくれました。

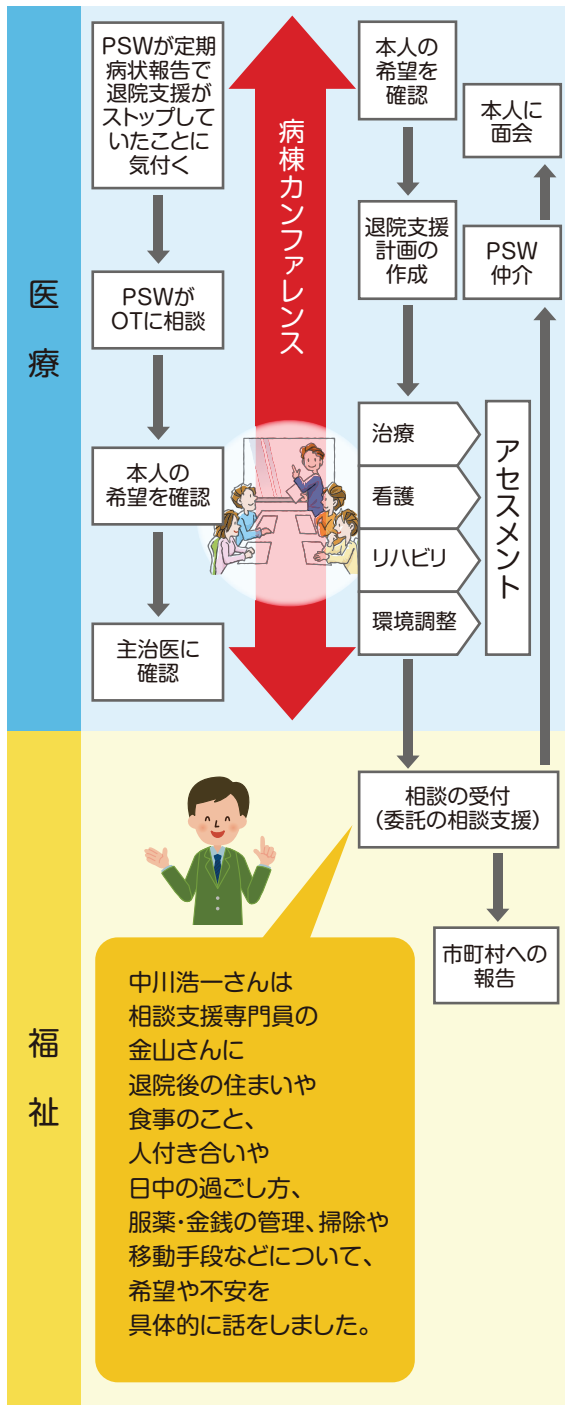
病院の支援ポイント

- ① 退院後生活環境相談員は中川浩一さんのように退院支援の働きかけが漏れていないか定期的にチェックすることが必要です。



1 中川浩一さんの退院支援

地域移行の初期



病棟カンファレンスで院内の足並みを揃え、地域と連携を開始する(まず情報の連携)

山田PSWさんから後で聞いた話ですが、私に退院についてどう思っているか質問してきたきっかけは、定期病状報告なんだそうです。定期病状報告書で私のことを思い出してくれ、病気も良くなっているから退院できるのではないかと考えたようです。山田PSWさんは近藤OTさんにも相談してから私に質問したみたいです。私が話したいことを佐藤Drにも伝えてくれました。

数日後、私の退院について話し合い(病棟カンファレンス)の場を病棟師長さんが準備してくれました。

私は退院したいけど自信がなく不安である気持ちを正直に話しました。

話し合いの数日後、退院支援計画書をもらいました。そこには、退院を目指して自分で薬を管理することや、作業療法へ参加することが書かれていました。

今まではベッドでゴロゴロして過ごすことが多かったので、午前中2時間の作業療法に参加するのは疲れて大変でした。近藤OTさんは活動に集中しやすいように、一人で作業できるものや、離れた場所に指定席を用意してくれるなどの配慮をしてくれました。

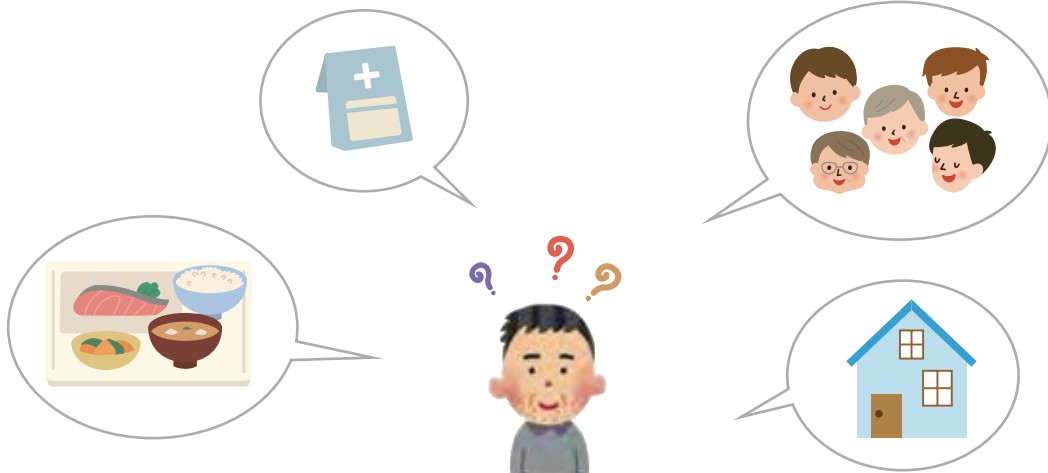
山田PSWさんは地域移行支援というサービスを説明してくれました。このサービスは退院後の住まい探しや、必要なサービスを一緒に考えてくれたり、見学や体験に同伴してくれると聞きましたので利用したいと思いました。その後、山田PSWさんの紹介で金山相談支援専門員さんとお会うことになりました。

病棟の支援ポイント

- ご本人の想いを受け止め病棟内で共有し、足並みを揃えるためにも病棟カンファレンスは有効です。院内の必要な関係者を招集したり、当たり前のシステムにするのは看護師長の腕の見せ所です。
- 揃えた足並みが乱れないように退院支援計画で支援の方針や専門職の役割を見る化し、評価していけるようにしておくことが必要です。
- 病棟カンファレンスでは退院に向けて福祉の力が必要かどうかを見極めることが重要です。必要と判断した場合はすみやかに連携を開始しましょう。

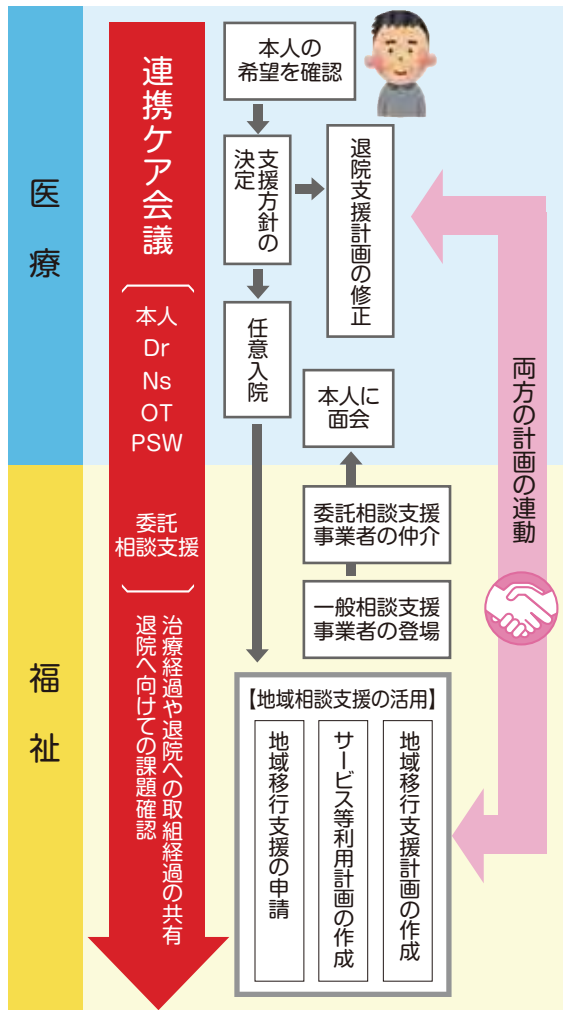
地域の支援ポイント

- 福祉の支援者は医療からの依頼を受け止める覚悟が必要です。他の支援が忙しいという理由で福祉側が断ってしまったら、ご本人の退院は叶えられません。基幹相談支援センターや委託相談支援事業所は総合相談窓口としてしっかりと受け止めましょう。
- 病院から信頼される相談支援事業所として普段から関係作りに配慮しておきましょう。
- 相談支援事業者はご本人の立場に立ち信頼関係作りを行います。面接結果等はご本人の了解を得ながら病院に報告します。



② 中川浩一さんの退院支援

地域移行の中期



情報の連携から支援の連携へシフト

金山相談支援専門員さんは2週に1回のペースで面会に来てくれ、私の話を親身に聴いてくれました。

金山相談支援専門員さんが来てくれるようになって1ヶ月位してからのことですが、山田PSWさんから、連携ケア会議を開催しますと話がありました。退院に向けての検討を行うということです。

家族や金山相談支援専門員さんにも参加して欲しいと頼みました。

みんな都合をつけてくれ連携ケア会議に参加してくれました。

その結果、退院に向けては地域相談支援を利用することになりました。

その後、任意入院の手続きをすませ、地域相談支援の申請を行いました。具体的な支援は金山さんの後輩にあたる今井相談支援専門員さんが協力してくれることになりました。

今井相談支援専門員さんは1週間毎に面会に来てくれ私の希望を踏まえて地域移行支援計画を作成してくれました。私に分かりやすいようにと、病院の退院支援計画の内容も一緒に盛り込んでくれました。

病院の支援ポイント

- ⑤ 情報の連携から支援の連携へシフトするためには、医療と福祉の連携を図るために連携ケア会議を実施する必要があります。ご本人を中心に医療の得意とすることと、福祉の得意とすることを踏まえた連携を図りましょう。
- ⑥ 連携ケア会議は時間の余裕を持って準備しましょう。院外との連携は退院後生活環境相談員の腕の見せ所です。

地域の支援ポイント

- ④ 患者さんが自分の権利や使えるサービス等をご存知か確認しましょう。
- ⑤ 計画相談や地域相談はご本人がイメージしやすいように具体的な利用方法を伝えましょう
- ⑥ 病院の退院支援計画と地域移行支援計画がバラバラに存在することはご本人への配慮に欠けます。ご本人が分かりやすいように両計画を連動させて多岐にわたる支援者の足並みも揃えましょう。



計画相談支援と地域相談支援の役割と関係について

サポートセンターきぬた 金川 洋輔

■ 計画相談支援（サービス等利用計画）

相談支援専門員が総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

■ 地域相談支援（地域移行計画）

地域移行支援従事者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。




「地域移行支援対象の方には、地域移行支援計画があるので、サービス等利用計画は必要ないのでは？」という疑問の声を耳にします…。「退院＝人生のゴール」ではありません。例えば「退院」を「就労」に置き換えて考えれば当然「就労＝人生のゴール」ではなく、「就労移行支援事業所を利用して就労を目指している方には個別支援計画があるのだから、ライフプランであるサービス等利用計画は要らない」とは言えないはず。地域移行支援の対象となる方にも、ライフプランであるサービス等利用計画は必要です。

上記の役割の違いがあること、計画相談支援は中立公平が求められることから、本来一人の方のサービス等利用計画の作成者と、地域移行支援計画の作成者は別であることが求められます。一方で、精神科病院に長期入院されていた方にとって、次々と外部から別の支援者が現れては混乱させてしまうので、サービス等利用計画と地域移行支援計画の担当者はむしろ同一であった方がいいという意見もあります。

この議論について、明確な回答はありません。大事なのは誰のためにそれぞれの計画を作成するのか、ということであり、利用される当事者の方にとって、不利益にならないように配慮する必要があることは言うまでもありません。

地域移行・定着支援は 就労移行支援と対比すると分かりやすい

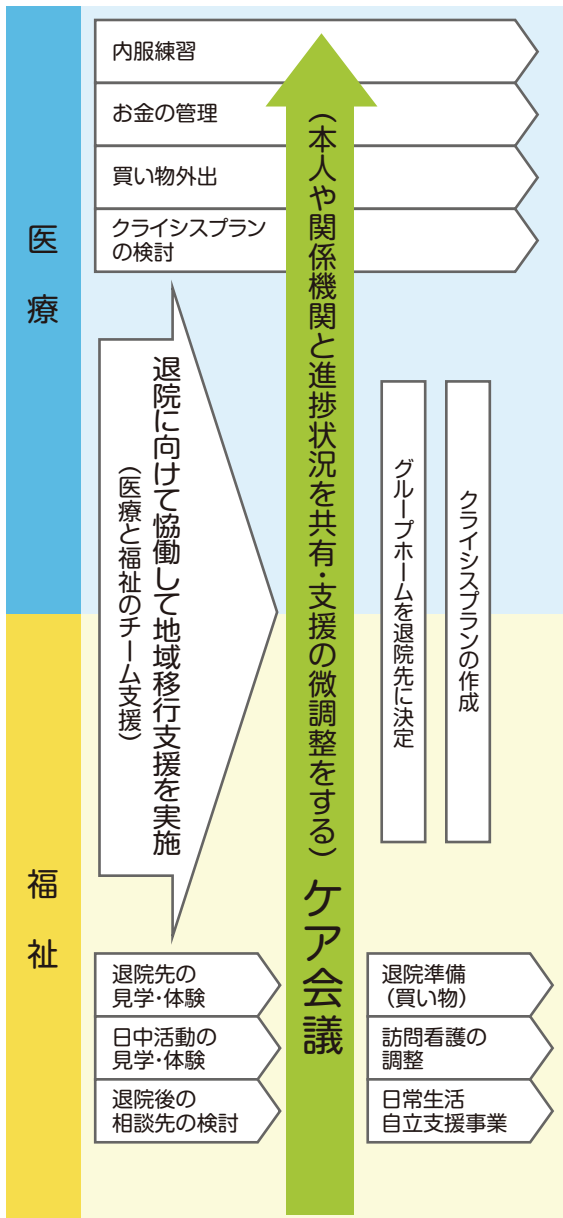
茨内地域生活支援センター 岡部 正文

就労移行支援	:	地域移行・定着支援
就職したい希望がある	:	退院したい希望がある
就労移行支援を申請する	:	地域移行支援を申請する
サービス等利用計画(案)を作成する		
支給決定をうける		
		
個別支援会議	:	(地域移行支援計画)計画作成会議
個別支援計画の確定	:	地域移行支援計画の確定
計画に基づいたサービス提供をうける		
必要に応じたモニタリング	:	6ヶ月ごと
就職決定	:	退院決定
必要な場合はサービス等利用計画変更	:	サービス等利用計画変更
職場定着支援	:	地域定着支援
 終結		

③ 中川浩一さんの退院支援

地域移行の中期

地域移行の後期



揺れる気持ちをチームで支えた本人中心の連携

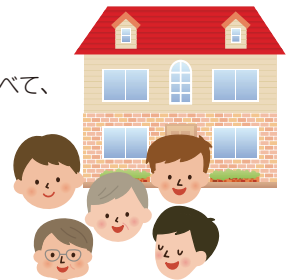
退院後の住まいについては、自宅は難しく、主治医から「アパートはダウンするよ」と言われていました。今井相談支援専門員さんはアパートや宿泊型自立訓練のメリットやデメリットを一覧表にして教えてくれました。それを見て、アパート暮らしは難しいと思って落ち込んだり、家族の賛成も得られないのでそのまま入院していてもいいと思ったりすることもありましたが、山田PSWさんが「今井さんはこう言っていたんだよ」とか、「こういうことだよ」と、自分で理解しきれなかったことや、不安に感じていたことを分かりやすく説明して安心させてくれました。

ケア会議の時にみんなと相談して退院先はグループホームにすることにしました。

服薬管理や作業療法に追加して、近藤OTと病院近くのコンビニに出かけるようになりました。だんだん一人で出かけられるようになり自信が付き、歯科への通院も一人でできるようになりました。

途中、グループホームの空きがなかなかでないので、退院出来ないかもしれないと不安になりましたが、不安な気持ちは西看護師さんが聞いてくれました。

後日、グループホームに空きがあると聞き、早速、今井相談支援専門員さんと山田PSWさんと3人で見学に行きました。入居者と一緒に夕食を食べて、グループホームの生活を聞かせてもらいました。世話人さんや入居している人達はいい人そうで安心しました。



また、日中はのんびりできるところを希望していたので、今井さんは地域活動支援センターと就労継続B型の事業所の見学に連れて行ってくれました。

地域活動支援センターが自分に合っていると思い数回体験を行いました。

退院先がグループホームに決まり、日中活動先も地域活動支援センターに決められました。

体験したとはいえ、退院して生活していけるか不安でしたが、看護師の西さんは「浩一さんはできているから大丈夫ですよ」と背中を押してくれました。主治医の佐藤Drも、「気持ちを溜めずに誰かに相談できれば大丈夫ですよ」と言ってくれたので少し自信が湧きました。

皆さんと退院後のサービスについて相談し、訪問看護と日常生活自立支援事業を利用することに決めました。

退院後の見通しが立ってきた頃に西看護師さんと今井相談支援専門員さんの3人でクライシスプランというものを作りました。これには私が健康に生活するための対処方法が書かれています。

コラム

本人より先に退院をあきらめる権利は我々（支援者）にはない

相談支援事業所ふあっと 東 美奈子
サポートセンターきぬた 金川 洋輔

地域移行支援が具体化し、現実的に進んでくるとご本人が不安を訴えられることが多々あります。そのような時に、一番近くで見守っている看護師はご本人の不安に寄り添い過ぎて、一緒に不安になり、揺れてしまいがちです。

揺れは病状の悪化によるものなのか？正常な心理的反応なのか？この見極めが重要です。それゆえ医療との連携は大事になります。

医療機関だけで支援をしていると、その不安が退院への諦めに繋がることもあります。

病院のスタッフは地域と一緒に地域移行支援をしていると支援の視点が広がり、ご本人の強みが見つかったり、できることが見えたりとアセスメントが深まります。

ご本人が不安になって揺れている時こそ、医療と福祉のチームががっちり手を取ってそれぞれの役割を果たすことが重要です。時には看護師は揺れに寄り添い、相談支援専門員が方向性を変えずに退院に向けて進めていく事が大切です。

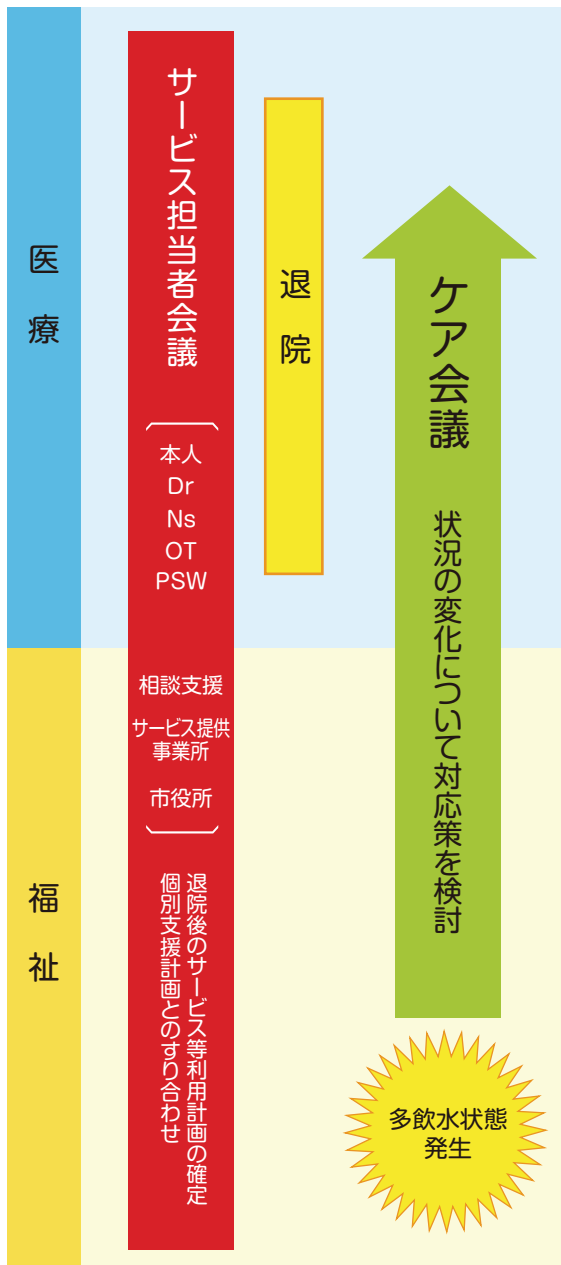
揺れる事と退院が出来ない事は別です。

本人より先に退院をあきらめる権利は我々（支援者）にはありません。

4 中川浩一さんの退院支援

退院

地域定着



退院後の連携を見据えて

今井相談支援専門員さんから応援してもらうようになってからもう少しで半年が経とうとしていました。グループホームへの退院の目途もつき、生活に必要な買い物なども済ませました。

退院前に主治医、看護師、作業療法士、退院後生活環境相談員、市障害福祉担当課、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者、グループホームサービス管理責任者、地域活動支援センター職員と会議を開いてもらい退院後のサービス等の確認をしました。

退院1ヶ月後に困ったことが起きていないか?みんなで確認し合うモニタリング会議というものもするそうです。

振り返ってみると、退院を決心してからの半年間は長いようで実はあっという間でした。グループホームが決まるまでは本当に退院できるのだろうかと不安になりましたが、決まったら自分の中でもエンジンがかかった気がします。

そして、私は●月▲日に無事、グループホームへ退院しました。退院できたのは山田PSWさんが声をかけてくれたおかげです。本当に感謝しています。

退院してから3ヶ月目のことです。世話人さんが私の水の飲みすぎに過敏になっていました。世話人さんは今井相談支援専門員さんと連絡を取っていいかと聞いてきました。私はどうしてだろう?と思いながら同意しました。

今井さんは直ぐにケア会議を開きみんなを集めてくれました。その結果、一日20程度なので様子を見ることになりました。私が部屋で過ごすことが多く世話人さんと話す機会も減っていたので、心配になっていたのかもしれない。私のことを心配してくれる世話人さんの気持ちが少しうれしかったです。

病院の支援ポイント

- ⑦ 退院後に支援にあたる関係者に病院が把握している情報やご本人の特性を分かりやすく提供しましょう。
- ⑧ 機会があれば退院後の生活を拝見させて頂いたり、他の入院患者さんに報告する機会を作ることも必要です。退院経験者の生の声がこれから退院する患者さんには何よりの情報になります。

地域の支援ポイント

- ⑦ 退院後のサービス等利用計画(案)の作成や必要に応じて地域定着支援(この事例は非該当)を活用します。
- ⑧ 退院直後は想定していないトラブルが発生しやすい時です。必要に応じて通院に付き添ったり、臨機応変に対応できるような体制を整えておきましょう。

中川浩一さんのまとめにかえて

- 退院して3ヶ月目に浩一さんの水分量を心配した世話人さん。
- 世話人さんの揺れに相談支援専門員が迅速にケア会議を開催して支援体制を整えました。
このように、退院が現実的になるとご本人が揺れやすいように、退院直後の支援者はご本人との付き合いも浅いので支援者自身が揺れやすくなることがあります。
- その揺れをきっかけに、医療と福祉の支援者が共有し共に対処していくことでご本人理解が深まります。
このような揺れを通じて医療と福祉の連携はご本人を中心に深まっていくのでしょうか。
- 2つの事例を通じて、医療と福祉の連携は
 - ① 情報の連携から始まり
 - ② (ケア会議等を通じて) 支援の連携を経て
 - ③ 本人中心の連携というように深まっていくのではないのでしょうか。
- 浩一さんが退院して半年が過ぎようとしています。グループホームにすっかり慣れました。はじめはゆっくりしてたいと言っていた浩一さんですが、「最近は暇を持って余しています」と今井相談支援専門員さんへこぼしています。
- 今井さんは待ってましたとばかりに、いろんな社会資源を見学に行きませんか?と嬉しそうです。
- これまで10回以上の入院を繰り返してきましたが、もう入院はこりこりだそうです。

5 改正精神保健福祉法について

平成25年4月19日に第183回通常国会に提出された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）の一部改正する法律案」は、同年6月5日に参議院にて修正・可決、同年6月13日に衆議院にて可決・成立し、一部を除いて平成26年4月1日に施行される予定となっています。

精神保健福祉法の改正では、精神障害者の地域生活への移行を促進する精神障害の医療を推進するため、精神障害者に治療を受けさせる等の義務を保護者に課す仕組みの廃止、医療保護入院における入院手続きの整備、医療保護入院により入院した者の退院を促進するための措置の充実、厚生労働大臣による精神障害の医療の提供の確保に関する指針の策定等の所要の措置が講じられます。



厚生労働省資料

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律の概要

(平成25年6月13日成立、同6月19日公布)

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、精神障害者の医療に関する指針（大臣告示）の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続等の見直し等を行う。

1. 改正法の概要

(1) 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2) 保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3) 医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。
 - * 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。
- ②精神科病院の管理者に、
 - ・医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・退院促進のための体制整備を義務付ける。

(4) 精神医療審査会に関する見直し

- ①精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。
- ②精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律

(一部抜粋)

2. 医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置に関する事項

(一) 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者のうちから、退院後生活環境相談員を選任し、その者に医療保護入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じさせ、及びこれらの者を指導させなければならないものとする。

(第三十三条の四関係)

(二) 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合その他医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、一般相談支援事業若しくは特定相談支援事業を行う者、居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができるものと認められる者(以下「地域援助事業者」という。)を紹介するよう努めなければならないものとする。(第三十三条の五関係)

(三) 精神科病院の管理者は、必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならないものとする。

(第三十三条の六関係)

精神科病院の管理者に義務付けられたこと

ア 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う退院後生活環境相談員を設置すること
(法第33条の4関係)

イ 医療保護入院者本人又はその家族等に対して、これらの者からの相談に応じ
必要な情報提供等を行う地域援助事業者を紹介すること(法第33条の5関係)

ウ 医療保護入院者の退院による地域生活への移行を促進するための体制を整備すること(法第33条の6関係)

を義務付ける。(イの措置については努力義務)

なお、これらの措置の具体的な運用については、別途通知する「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日付け障発0124第2号)において示すところによる。



6 支援の三角点設置研究会が提案する 改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

茨内地域生活支援センター 岡部 正文

平成25年6月13日成立(同6月19日公布)した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律については、精神障害者の地域生活への移行を促進するために、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続きの見直しが行なわれたところです。

特に医療保護入院における入院手続きの見直しについては、保護者の廃止、退院後生活環境相談員の選任、推定入院期間の記載、地域援助事業者の紹介、退院支援委員会の開催、定期病状報告の記載事項の変更等をもって、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院できる仕組みを目指しています。

我が国は平成16年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」で入院医療中心から地域生活中心へという基本的方策を掲げ、10年間で受け入れ条件を整えば退院可能な7万人の解消を図るとし、地域移行・定着支援の特別対策事業を実施しました。

その後、平成21年9月の中間まとめで目標値を統合失調症入院患者数を15万人に減少させることと、入院患者の退院率に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進するとし、平成20年度より精神障害者地域移行支援特別対策事業として実施され、平成24年度からは個別給付化されました。制度の一般化が図られましたが、目標を十分には達成できていません。

これまでの取り組みは社会的入院者への地域への移行にスポットを当てたものでしたが、精神科医療の現状は新規入院者のうち、約6割は3ヶ月未満で、約9割は1年未満で退院している状況から、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会では平成24年6月28日の今後の方向性に関する意見の整理において、精神科の入院患者は「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作るとしたことを受けて今回の改正が行われています。

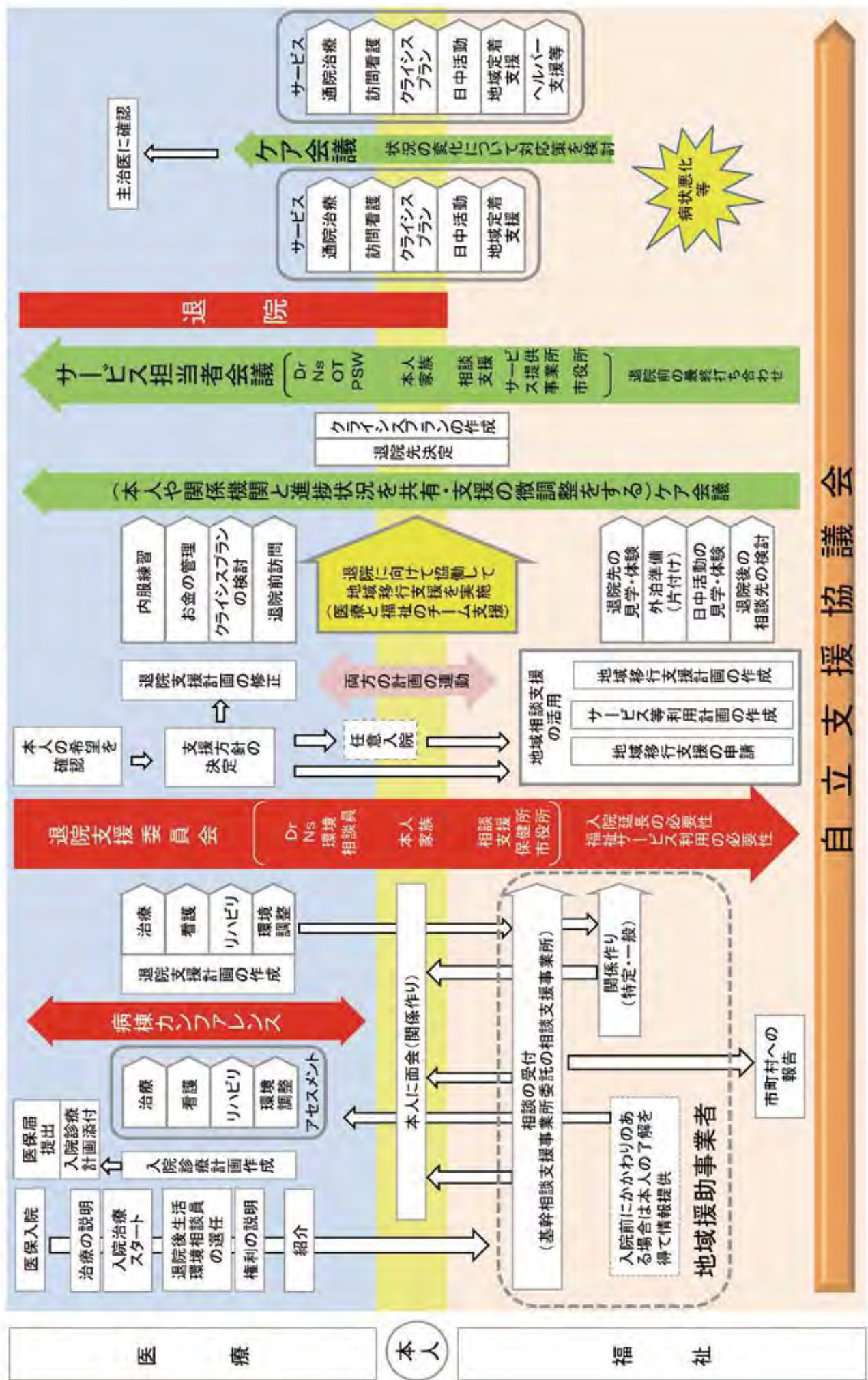
つまり、社会的入院の解消に取り組むとともに、新たな長期入院を生まないための取り組みを強化していくことになりました。

新たな長期入院を生まないための取り組みとして、医療保護入院の入院手続きの見直しが行われましたが、中身としては入院早期から医療と福祉が連携することにより、入院の長期化を防ぐものと捉えることができます。そこで、支援の三角点設置研究会では、これからの医療と福祉の連携のあり方を見える化できないかと考え、現場で取り組まれている連携実践事例を参考に法改正に沿った「改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー」を作成しました。

改正精神保健福祉法は医療保護入院の入院手続きの見直しを規定していますが、これから提案するフロー図は医療保護入院だけでなく、社会的入院者の地域への移行や任意入院者の支援にも有効と考えます。よって、各地で取り組んで頂き、都道府県ごとに良い精神保健福祉医療体制を構築していただきたいと思います。一つひとつの取り組みと実践が確実に精神障害者の地域生活の支えとなることでしょう。そのためにも、精神障害者を支える我々は日々連携を意識し上手に連携できるようになる必要があります。上手くなるには練習あるのみです。私たち支援者の責務として日々練習を重ねることが求められていると思います。

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

入院10日目まで 入院1ヶ月 入院2~3ヶ月 退院に向けた連携支援 退院 地域定着支援



自立支援協議会

退院後生活環境相談員による権利支援

退院後生活環境相談員の入院時の業務 (障発0124第2号 平成26年1月24日)

新たに医療保護入院者が入院し、退院後生活環境相談員が選任された場合は、当該医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。

- 退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
- 本人及び家族等の退院促進の措置への関わり (地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等)

ポイント

本人の権利を擁護する観点から地域援助事業者に関する情報は、

- ①医療保護入院時 ②退院後生活環境相談員の選任時 ③医療保護入院者退院支援委員会の2～3週間前の少なくとも3回は医療保護入院者に書面を渡し、口頭での分かりやすい説明を行う配慮が必要です。(入院直後に地域援助事業者を求めなくても後から求める場合もあるためです。)
- 本人が地域援助事業者と面会して相性が合わない場合は、変更も可能である旨をお伝えしておくことも必要です。

退院後生活環境相談員の地域援助事業者等の紹介に関する業務

- ア. 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
- イ. 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
- ウ. 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。

ポイント

地域援助事業者の紹介に関する業務において大事なことは、ご本人から希望があった場合に限らず、専門職としてご本人との相談内容から紹介すべきと判断した場合も含まれることに留意する必要があります。また、ご本人が求める権利を行使しやすいように説明を分かりやすく工夫することが必要です。

紹介例	入院前の関わり「あり」	入院前の関わり「なし」
障害福祉サービス利用系	相談支援事業所(一般・特定)	(委託) 一般的な相談支援事業 基幹相談支援センター
介護保険サービス利用系	居宅介護支援事業者	地域包括センター



地域援助事業者による権利支援

<p>入院初期の支援</p>	<p>この時期の医療保護入院患者は強いストレスを受けやすい時期であり、医療との緊張関係も強い時期です。そういった状況において地域援助事業者の役割は、ご本人の気持ち（不安、心配、苦痛、孤独等）を先入感なく正確に理解することが求められます。また、ご本人から代弁を求められたら対応する必要もあります。しかし、代理行為に関しては退院後生活環境相談員や所属機関とよく相談して判断・対応することが必要です。</p> <p>また、入院前にかかわりのある地域援助事業者はご本人の同意を得て地域生活への移行を促進するための情報を提供する必要がある、あわせて推定入院期間を把握し退院支援委員会の参加調整を準備しておく必要があります。</p> <p>市区町村から委託を受けている相談支援事業所や地域包括支援センターは、退院後のサービス利用を見据えて市区町村へ情報を提供・共有しておく必要があるでしょう。</p>
<p>入院中期の支援</p>	<p>退院後生活環境相談員と連携を図り、退院後のサービス等が円滑に利用できるように相談援助を行うことが必要です。ご本人から医療保護入院者退院支援委員会への参加を求められたら可能な限り出席することが望まれますが、どうしても調整がつかない場合は書面で意見を提出しましょう。</p> <p>地域援助事業者だけでなく、ご本人が求めれば退院後の生活環境又は療養環境に関わる者も参加が可能なので、ご本人とよく相談して必要なメンバーの参加を求めてもらうよう働きかけることも必要です。</p>
<p>入院後期の支援</p>	<p>必要な方には地域相談支援の利用を紹介するなど、入院中から利用や体験ができるサービス及び退院後に利用できるサービスを紹介するなど、ご本人の退院意欲の維持と不安の軽減等に配慮する必要があります。そのためにもピアサポーター等の活用も重要です。</p> <p>また、地域相談支援の利用には支給決定事務など具体的なサービス利用までに時間がかかることがあります。医療のスピードと福祉のスピードのズレがご本人の意欲減退等につながらないように早めの対応が必要です。</p>
<p>その他の支援</p>	<p>入院前にかかわりのある地域援助事業者はご本人が支援を求めない場合においては、必要に応じてご本人に働きかけ、同意をもとに退院後生活環境相談員と地域生活への移行を促進するために必要な情報交換を行う必要があります。</p>

法施行前に医療と福祉で一緒に準備しておきたいこと

- ①法を円滑に施行するためには、保健所単位（圏域等）で過去数年間のデータをもとに、1年間に推定される医療保護入院者数のシミュレーションを行っておくことが効果的です。この場合、入院前の地域援助事業者のかかわりの有無や、医療保護入院期間についても整理しておくこと、退院支援委員会の開催ペースを検討することに役立つでしょう。
- ②このような事前準備は保健所が主体となって進めることが適当であり、病院及び市町村、地域援助事業者と調整（協議会の機能を活用することも有効）を図り、相互に見通しをもって法改正に対応できるよう整備を進めておきたいところです。
- ③また、医療保護入院者に対して地域援助事業者をどのように紹介するかについても保健所単位毎に設定しておくといいかもかもしれません。
- ④一覧表を準備して自由に選んでもらうようにするのか？入院前にどの事業所ともかかわりのなかった医療保護入院患者に関しては輪番制をとるのか？基幹相談支援センターが対応することとするのか？など、地域の実情に応じた設定が必要です。

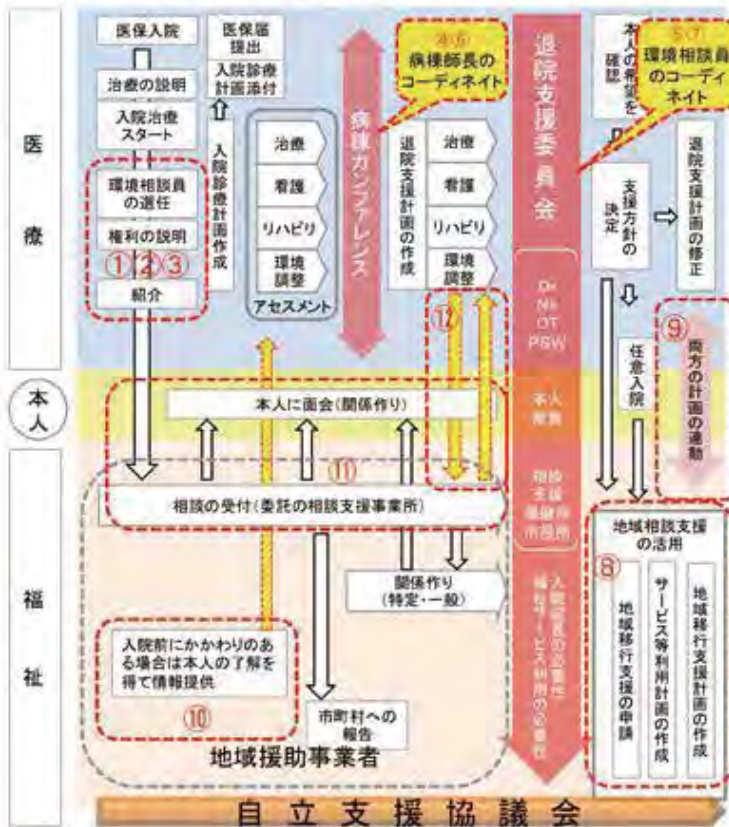
ポイント

改正法施行前の事前準備として保健所単位で年間の医療保護入院者数の推測と地域援助事業者の紹介方法及び退院支援委員会の開催方法等について協議・調整し、関係者間で共有しておく必要があります。このような調整は保健所を中心として精神科病院、市町村、地域援助事業者等で実施することが望ましいと思われます。

事前準備を通じてまずは顔の見える関係を作っておくことが医療と福祉の連携の出発点です。

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

入院10日目まで 入院1ヶ月 入院2~3ヶ月



連携のポイント

情報の連携から支援の連携へ

【医療の支援ポイント】

- ①H26年4月の精神保健福祉法の改正において、入院後7日以内に退院後生活環境相談員の選任が必要です。環境相談員は医療保護入院者の権利として地域援助事業者の支援(早期退院の支援)を求めることができることや、地域相談支援を利用出来ることを丁寧に説明することが大切です。
- ②地域相談支援等の情報提供は口頭の説明に加えて、パンフレット等をお渡ししたり、病棟に掲示するなど配慮が必要です。
- ③退院後生活環境相談員は患者さんの求めに応じて相談支援事業所等を紹介できるように、普段から地域との関係作りで配慮しましょう。
- ④病院は入院後早期に多職種で病棟カンファレンス等を開催し、医療で担うこと、退院に向けて福祉にパトタッチしていくことを見極めましょう。
- ⑤病棟カンファレンスにおいて福祉にパトタッチして行くことを見極めて必要に応じて医療保護入院者退院支援委員会に福祉の参加を要請し、連携して支援することの協力を求めます。
- ⑥病棟カンファレンスのコーディネイトは病棟師長(院内連携)が適任です。
- ⑦医療保護入院患者退院支援委員会のコーディネイトは福祉との連携(院外連携)が必要になるので退院後生活環境相談員が適任です。
- ⑧退院後生活環境相談員は地域相談支援の仕組みを理解し、入院患者さんをはじめ院内の多職種に詳しく説明できるようにしておきましょう。

【両者のポイント】

- ⑨退院に向けて医療と福祉の連携が必要と判断した場合は、医療と福祉の計画を本人に分かりやすく一本化するなどの配慮が必要です。

【福祉の支援ポイント】

- ⑩入院前にかかわりのある方が入院した場合は、本人の了解を得て治療の参考となる情報を医療へ提供しましょう。
 - ⑪地域相談支援の情報が患者さんに届くように医療と一緒にパンフレットやポスターを作成したり、掲示を働きかけるなどに取組みましょう。
 - ⑫地域援助事業者はご本人の退院したいという意思をまず受け止め、行動を開始して信頼関係の構築に努めましょう。
 - ⑬地域援助事業者は退院後生活環境相談員と密に連絡を取り合うことが連携の基本です。
- その他
- ・精神保健福祉法改正を契機に福祉は病院任せ、家族任せにしない覚悟を持つことが必要です。
 - ・解決が難しいことは自立支援協議会で地域の課題とすることが必要です。

連携初期段階(入院直後から約1ヶ月目までの時期)

医療保護入院がご本人の同意を得ることなく行われる入院であることから、ご本人への権利の説明は入院後早期に行う必要があり、医療保護入院者が自分の権利を理解し行使ができるように、情報提供をすることがきわめて重要です。具体的には入院のパンフレット等を準備して渡したり、病棟の掲示板を活用するなどの方法が考えられます。

医療側としては、地域援助事業者を紹介できることや医療保護入院者退院支援委員会に参加できること、関係者の参加を要請できることを医療保護入院者及びご家族に伝えることが福祉との連携のスタートであり、退院後生活環境相談員の役割は重要です。

福祉側としては入院前にかかわりのあった医療保護入院者については、ご本人の同意を得て地域生活への移行を促進するための情報を医療へ提供することが連携のスタートであり、入院前にかかわりがなかった医療保護入院者から支援を求められた場合は迅速に面会に出掛ける必要があります。

このように連携の初期段階は医療保護入院者の地域生活への移行を促進するために、退院後生活環境相談員が医療と福祉のかけ橋となる活動を中心に行い、連携の基盤を整備する必要があります。福祉側も入院したことをもって精神科病院に医療保護入院者の生活までも頼らない覚悟が必要です。

また、入院診療計画に推定入院期間が記載されることになり、期限を超える場合は医療保護入院者退院支援委員会で入院継続の必要性を審議することになるので、関係する地域援助事業者には入院診療計画書の写し等を渡す、もしくは地域援助事業者が医療保護入院者ご本人等から見せていただき参加調整の準備をしておくことが必要です。

次に重要なポイントが病棟の多職種カンファレンス(名称は様々)です。多職種が病棟に集まり治療方針を決定し専門職毎の役割を明確化する大事な場面です。今回の改正では院外(福祉)との連携を強化して地域生活への移行を推進することとしていますが、院外と効果的に連携するためには「院内で取り組むこと」と、「院外に協力を求めること」を明確にしておくことが大切です。そのような整理がなされないまま連携しようとすると、互いの役割が見えなくなり混乱が生じやすくなります。混乱を回避し連携をスムーズにするためにも、まずは院内の連携をしっかりと行っておく必要があるといえます。

よって、病棟における多職種カンファレンスを丁寧に実施する必要があり、そのコーディネイトは病棟師長等が中心となることが望ましいと思われます。院外の連携は退院後生活環境相談員が中心となって連絡・調整することはいうまでもありません。

初回の病棟カンファレンスにおいて治療方針の決定に加えて、院外(福祉)の協力がどうか見極めることが困難な場合もありますが、障害福祉サービスや介護保険サービスの利用に関しては行政の支給決定事務等があり、医療の求めるスピードより遅いので早い段階から退院後の生活を支えるサービス等の利用について見通しをつけておくことが望まれます。

法第三十三条五の規定にある通り、福祉の協力が必要な課題があると見込まれる場合は、退院後生活環境相談員から地域援助事業者に協力を求める等の連携も必要です。

連携中期段階（退院支援委員会前後の時期）

入院治療計画、看護計画、リハビリ実施指導計画等にもとづいて入院治療が行われ推定入院期間を迎える時期です。退院後生活環境相談員は医療保護入院者退院支援委員会の開催日等を調整し、医療保護入院者ご本人に書面で通知し開催を準備します。ご本人の求めに応じて地域援助事業者は参加し、参加できない場合は書面で意見を述べる必要があります。

医療保護入院者退院支援委員会は医療保護入院後のもっとも大事な会議であり、ご本人を中心に医療と福祉の支援の連携を本格的に開始・充実させる機会でもあります。

委員会ではご本人の意見を十分に聴いたうえで、地域援助事業者等の意見も参考にしながら入院継続の必要性について審議を行うこととなりますが、大事なことは地域生活への移行に向けてご本人や家族が行うこと、医療で行うことと、福祉で行うこと、医療と福祉が一緒に行うことを整理することです。

連携を確実なものとするためにも、ご本人への配慮の観点からも地域生活への移行に向けた取り組み（退院に向けた医療と福祉の合同計画）を1枚の書式に分かりやすくまとめる配慮が必要であり、退院に向けて地域相談支援を利用する場合は相談支援専門員が作成し、利用しない場合は退院後生活環境相談員が作成し、ご本人やご家族及び関係者全員が共有する必要があります。このような取り組みを通じて福祉の協力が必要な事例については医療と福祉の連携支援チームを結成していくことが重要です。

この過程において解決できない課題もたくさん出てくるでしょう。それらの課題についてはこれまで福祉や地域全体で共有される機会が少なく社会資源の開発や改善につながりにくいこともありました。これまで以上に（自立支援）協議会に課題として報告し、地域全体の問題として解決に向けて取り組む必要があります。

以上のように、医療保護入院者の個別の医療保護入院者退院支援委員会を通じて、解決できない課題は地域課題として地域全体で共有し、医療と福祉が連携して解決に向けて共に知恵を出し合い、精神障害があっても住みやすい地域づくりに取り組む必要があります。

2) 入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象としない場合は、具体的な理由（例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等）を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。（障発0124第2号 平成26年1月24日）

ポイント

精神科医療の機能分化と質向上等に関する検討会（平成24年6月28日）のとりまとめにおいて、精神科の入院患者は「重度且つ慢性」を除き1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作るとされています。上記の通り、入院期間が1年以上であっても原則として委員会での審議を行うことが望ましいとされていることから、「重度且つ慢性」以外の全ての入院者は最低1年に一回は委員会での退院に向けた取り組みを検討することとなっています。



別添様式 1

医療保護入院者退院支援委員会の開催のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

1. あなたの入院時に入院診療計画書で説明をした推定される入院期間が、平成 年 月 日に経過するため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第15条の6に基づき、医療保護入院者退院支援委員会（以下「委員会」という。）を平成 年 月 日に で開催いたします。
2. 委員会では、①入院継続の必要性、②入院継続が必要な場合、更に入院が必要と推定される入院期間、③今後の退院に向けた取組、について審議を行います。
3. 委員会には、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員その他のあなたの診療に関わる方が出席するほか、あなた自身も出席することができます。出席を希望する場合は、あなたを担当する退院後生活環境相談員に伝えて下さい。なお、あなたが出席をしない場合も、委員会の審議の結果はお知らせいたします。
4. また、①あなたのご家族 ②後見人又は保佐人がいる場合は、後見人又は保佐人の方、③あなたが退院後の生活について相談している地域援助事業者の方や入院前に通っていた診療所の方等のあなたの地域での暮らしにかかわる方に、委員会への出席の要請をすることができますので、委員会への出席の要請を希望する場合は、退院後生活環境相談員に伝えて下さい。ただし、要請を行った場合でも、都合がつかない等の事情により出席できない場合もあります。その場合、出席できなかった方には、審議後にその結果をお知らせします。
5. 御不明な点などありましたら、あなたを担当する退院後生活環境相談員にお尋ね下さい。

病院名

管理者の氏名

退院後生活環境相談員の氏名

別添様式3

医療保護入院者退院支援委員会の結果のお知らせ

○ ○ ○ ○ 殿

平成 年 月 日

医療保護入院者退院支援委員会での審議の結果について下記のとおりお知らせいたします。

記

1. 開催日時 平成 年 月 日 () : ~ :
2. 出席者 主治医 ()、主治医以外の医師 ()
看護職員 ()
担当退院後生活環境相談員 ()
本人(出席・欠席)、家族 (続柄) ()
その他 ()

3. 入院継続の必要性 (有・無)

【有りの場合のその理由】

[]

4. 今後の推定される入院期間 ()

5. 今後の退院に向けた取組

[]

病院名

管理者の氏名

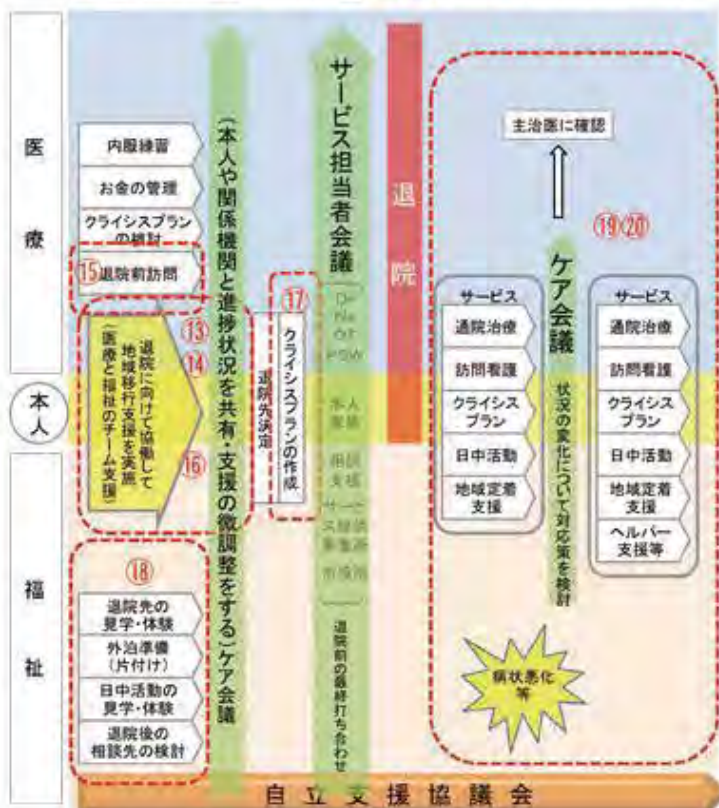
退院後生活環境相談員の氏名

退院に向けた連携支援

退院

地域定着支援

支援の連携から本人中心の連携へ



【医療の支援ポイント】
 ⑬環境相談員は医療と福祉をつなぐ大事な架け橋。双方に目を配り支援の足並みが揃っているか注意する。
 ⑭気持ちの揺れ動きへの対応。
 ⑮退院前訪問指導等の活用。
 ⑯チームで継続的な地域生活支援。

【両者のポイント】
 ⑯揺れている時こそ連携。
 ※本人より先に退院を諦める権利はない。
 ⑰クライシスプランの立案。

【福祉の支援ポイント】
 ⑱地域相談支援等を活用した地域生活の体験をサポート。
 ⑲退院後のサポート体制の整備。
 ⑳モニタリングと継続的な地域生活支援。



連携後期段階（退院前の時期）

前述の連携中期において医療と福祉の連携支援チームがスタートしますが、ご本人の気持ちの揺れ動きや医療と福祉両者のコミュニケーション不足によっては支援の足並みが乱れやすくなるので注意が必要です。医療と福祉のかけ橋の役割が求められている退院後生活環境相談員は地域援助事業者と密に連絡を取り、必要に応じて「ご本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をするための」ケア会議を設定する必要があります。

また、両者の連携においては医療と福祉がそれぞれに得意とする部分を理解しておくことがポイントです。とりわけ薬や体調に関すること、生活リズムや日常生活能力に関することは医療が得意とするところであり、住まいの確保や日中活動先の紹介及び余暇や緊急時の相談先の確保等は福祉が得意とするところです。

最終的に退院前のケア会議（サービス担当者会議を含む）を経て退院後の医療サービスと障害福祉サービス等の提供体制の確認等を行い退院を迎えます。

地域定着期段階（退院後の時期）

退院後に生活支援が必要な事例については、退院後も医療と福祉が連携して支える必要があります。入院中から医療と福祉の連携を重ねることは退院後の連携につながり、再入院の予防や再入院する必要がある場合でも長期入院の予防につながります。

また、このように入院早期から医療と福祉が連携して取り組むシステムが確立してくると入院期間が更に短縮されると想定されます。入院期間が短縮されることで生活能力は維持されヘルパー利用などの障害福祉サービスまでは必要ないが定期的な見守りを必要とする退院者が増えてくることも考えられます。この場合、地域定着支援等の障害福祉サービスや訪問看護ステーション24時間体制など医療系のサービスを活用することで地域生活を支えていくことも可能であり、本人の状況に合わせたサービス等を調整することが支援者に求められます。



7 新規入院の9割は1年以内に退院できますか？

田宮病院 作業療法士 菊入 恵一

① 病院の紹介

田宮病院は新潟県長岡市の西方に位置し、現在484床を有する民間の精神科専門病院です。病院の方針として「先進的な精神病院を目指し質の高い医療の提供、そして福祉と医療、切れ間のないサービスを提供し、家族や友人が安心して利用できる病院づくり」が掲げられています。

2012年より、急性期治療病棟におけるリハビリプログラムの充実を図っており、心理教育やSST、集団認知療法、WRAP、アンガーマネジメント、作業療法を回復段階に合わせて実施し、治療継続の必要性や地域移行・定着を図るためのシステムを展開しています。



② ニューロングステイはどれだけ生まれているのだろうか？

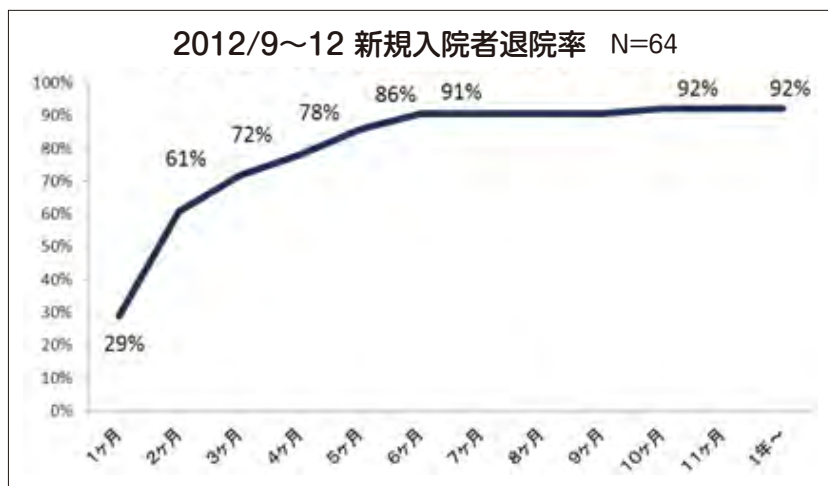
入院者の内3ヶ月で6割、1年で9割以上が退院をしているというデータが厚生労働省より出されています。当院は、実際どのようにニューロングステイが作り出されているのか、実際に9割の人が退院できているのかを調べてみました。

右下のグラフは、急性期治療病棟の新規入院患者（n=64）について調査したものです。急性期治療病棟に入院した者は原則3ヶ月で退院することになっていますが、症状が改善しない場合や退院への環境調整が付かない場合などを理由に他の病棟に移り入院が継続することがあります。

当院の場合、3ヶ月で72%、6ヶ月では91%、1年では92%が退院し、全国的なデータ通りの結果が出ていることが分かりました。一方、8%の方が入院を継続していることが分かりました。

つまり、殆どの入院患者は病院の取り組みで退院しているということが分かりました。

しかし、この1年以上の入院者（以下、ロングステイと呼ぶ）から学ぶものは大きいと感じ、そこに私たちの医療の関わりの限界が見えてくるように思います。



③ 6ヶ月以上入院すると1年経過しても8割の人がそのまま入院を継続している

入院6ヶ月を経過した人の83%がロングステイになっていました。

ロングステイになった理由として以下の通りです。

- 症状が落ち着いているが行き場所が定まらない。
- 家族は家に帰ってきては困る。
- 本人はいつまでも自宅以外は考えられず双方の意見が合わない。
- 入院が長期となり自宅で生活する自信が持てなくなっている。
- 宿泊型自立訓練事業所の空き待ち。
- スタッフが退院を持ちかけることもなく、本人からも希望がないため入院を継続している。

といったケースでした。

④ 退院は入院後6ヶ月がターニングポイント

退院率は、入院後6ヶ月の91%までは順調に退院率が伸びていますが、6ヶ月を過ぎると退院率がほぼ横這いの緩やかな上昇になっています。実はこの頃から病院の取り組み、地域移行への難しさが生まれてきていて、医療者も困っていたり、退院へのモチベーションが低下してきているのではないかと考えます。地域移行支援の利用は遅くとも6ヶ月までに検討することが一つのポイントになってくるのではないのでしょうか。

ロングステイを生まないためにも、医療者にはない地域から見た視点が必要になってくると思います。地域との連携を大きな材料として取り組む必要があると感じます。

⑤ 地域移行支援を利用した例

当院での利用は3件でした。自宅が遠方の方（退院後のフォローが難しい）、繰り返して入院している方、近隣住民とのトラブルがある方（措置入院者）、ご家族を通して地域支援者へ相談があった方でした。

⑥ 病院からロングステイを生まないために出来ること

当院の病院の取り組みを通じて実感していることは、多職種カンファレンスの定期的な開催（本人の希望、アセスメント、退院計画を見直す機会）がロングステイを防ぐ上で、最も有効であると感じています。障害福祉サービス等を含めた地域移行を推進する動きとしては、行政主導にて病院と地域機関の連絡会が開催されることとなりました。

その他、まだ実施できていませんが、病院と地域支援者の連携会議が望まれ、その場では、医療の支援の限界として示した6ヶ月を経過した人からリストアップ、検討するようになるのと良いと考えます。患者への関わりとしては、地域移行へのモチベーションアップ、自己効力感アップを目指した関わり（作業療法 心理教育 退院準備グループ クライシスプランなど）回復期に合わせた活動提供が行えるリハビリシステムの整備を行うことが必要と考えます。

⑦ おわりに

医療ー福祉。病院ー地域。医療モデルー生活モデル等々。これらの間には何かしらのギャップがあり、お互いに繋がっている感覚が持てていないのが本音です。どれだけの医療スタッフが地域で暮らす当事者の姿を見たことがあるのでしょうか。医療スタッフは悪い状態を目にすることが多く、地域で元気に暮らしていた姿を知りにくい立場にあります。正に私がそうなのですが、そのためにどうしても偏った見方になりがちです。だからこそ、地域スタッフの目と手を入れ、違った切り口から関わる必要があると感じます。

今回の法改正では、地域移行・定着を進めていくことが明確化されました。医療者が病院から外へ出るようなアウトリーチの充実もこれからです。今後は退院完結ではなく、地域支援・定着へと視点を置いていくことがきわめて重要になっていくと考えます。そこには、地域の支援者と医療の支援を繋ぐことに連携の必要性が生まれていくと考えています。この先、一人でも多くロングステイが生まれないことを願い、当院でも地域移行・定着、そして福祉との連携を強化していきたいと考えます。



改正精神保健福祉法を踏まえた 基幹相談支援センターの役割とは？

旭市基幹相談支援センター・海匠ネットワーク 吉野 智

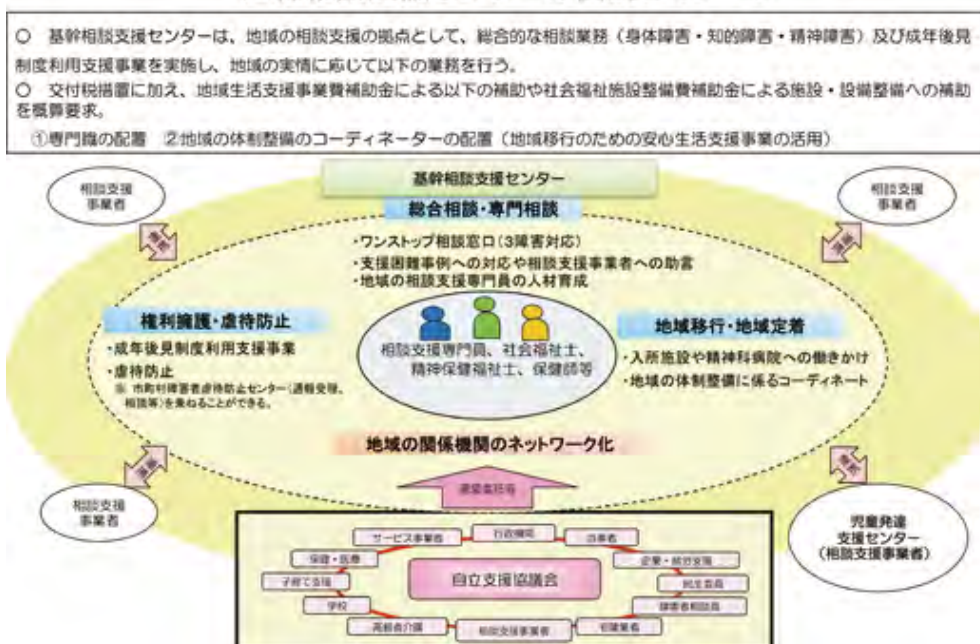
市町村における相談支援体制については、地域間格差があるとともに、多様化・複雑化する生活課題などに適切に対応するための人員体制が不足していると言えます。このため、身近な地域において、より重層的な相談支援体制を作るために、市町村は基幹相談支援センターを設置することが出来ます。

業務としては、障害の種別に係らず、指定相談支援事業所等に対応が困難な事例や権利擁護（虐待防止等）、地域移行に係る支援など、地域のセーフティネットとして総合的な相談支援を行います。また、地域の満たされないニーズを把握し、地域ネットワークの強化を図ることや社会資源を創設していくことで問題を解決していく、地域づくりの機能も重要な役割となります。これを実現していくために、協議会（地域自立支援協議会）との連携が必要となり、その運営に直接的に係わることも期待されています。官民協働をコーディネートし、より効果的に協議会（地域自立支援協議会）を機能させることが使命と言えます。現状として実施要綱は市区町村様ですので、配置基準や機能も相当な格差がある状況ですが、地域のニーズに合わせてその機能をカスタマイズしていくことが重要です。

改正精神保健福祉法の施行に伴い、医療保護入院者の退院支援に向けた取組を推進するために設置しなければならない「医療保護入院者退院支援委員会」だけでは地域移行支援がスムーズにいかない場合、医療と福祉の連携の「場」を誰がどこに設置していくのか。地域の中で前述した協議会（地域自立支援協議会）に地域移行支援部会を設置して医療と福祉の連携の場を作ってみる、これを基幹相談支援センターがコーディネートすることもひとつのやり方ではないでしょうか。「地域相談など個別給付サービスにつながらない」「そもそもグループホームなど社会資源が乏しい」など現状では満たされないニーズを明確に抽出し、「個別支援」につなげるまでの支援は基幹相談が担ったり、並行して「地域づくり」を担うことができます。改正精神保健福祉法では原則、医療保護入院の方を1年以内に退院させることとなりますが、地域の支援体制を充実させていくことが自ずと必要となってくるのです。

基幹相談支援センターは、地域の相談支援体制の要として、相談支援事業者への支援も行います。精神保健福祉士や社会福祉士などの国家資格を持つ相談支援専門員を配置し、専門的な指導や助言を行うとともに、会議や研修会の機会を主催し、情報の共有を図ったり、人材育成への取り組みをしたりします。これにより、改正精神保健福祉法に対応できる地域の相談支援体制の整備を図り、より効果的で適正な地域生活支援ネットワークが確立されるのです。医療と福祉の制度が変遷していても、継続してその連携や支援体制の強化をコーディネートしていく機能を地域に作ることで、制度に振り回されずに、実践値、経験値を積み上げていくことができ、結果地域の力は向上していくと考えます。このためにも、地域にとって必要な専門性と機能を持った基幹相談支援センターを作っていく必要があります。

基幹相談支援センターの役割のイメージ



9

改正精神保健福祉法を踏まえた 医療と福祉の連携体制整備に関する取り組み

新潟県福祉保健部障害福祉課 島田 知子

① はじめに

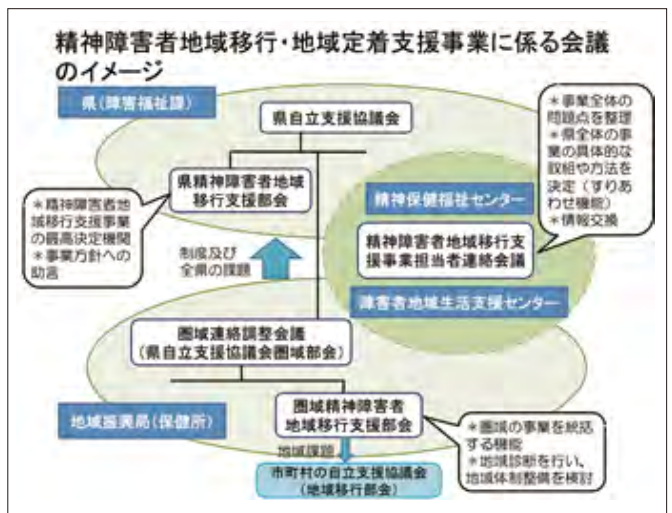
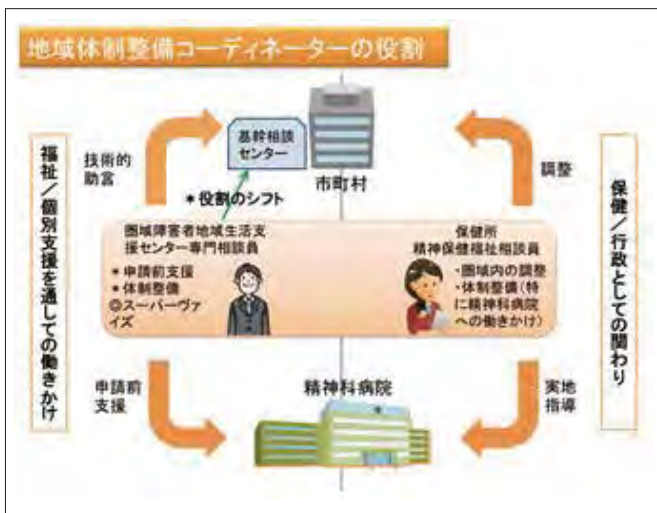
平成26年4月1日から、改正精神保健福祉法が施行となります。今回の改正で、退院後生活環境相談員の配置や医療保護入院者退院支援委員会の開催等、精神科病院管理者に退院促進のための体制整備が義務づけられることになりました。

新潟県では、改正精神保健福祉法の追い風を受けながら、一足先に医療と福祉の連携体制の構築に向けて取り組んでおり、その取組を報告します。

② 新潟県における精神障害者地域移行・地域定着支援事業の取り組み

新潟県では、平成19年度から「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」について、圏域の中核的な相談支援事業所（圏域障害者地域生活支援センター）に委託し、専門相談員（地域体制整備コーディネーター）を配置しています。委託先の専門相談員が、個別支援を通しての体制整備を中心的に担い、併せて保健所の精神保健福祉相談員が精神科病院への働きかけを中心とした圏域内の関係機関との調整を担っています。このように、委託先事業所と保健所が車の両輪となって、事業を推進しています。

また、この事業に関する大事な会議が3つあります。①県全体の事業方針を決める「県自立支援協議会精神障害者地域移行支援部会（県部会）」、②圏域の事業を統括する機能を持つ「圏域連絡調整会議精神障害者地域移行支援部会（圏域部会）」、③県の事業方針に基づく具体的な取り組みや方法のすり合わせ機能を持つ「精神障害者地域移行支援事業担当者連絡会議（担当者連絡会議）」です。



③ 「精神科病院と地域機関の連絡会」

(1) 「精神科病院と地域機関の連絡会」の開催に向けて

平成24年度の県部会で、平成25年度事業目標を「新たな長期入院者を生まない取り組みの強化」と決定しました。担当者連絡会議で、この目標を達成するための具体的な取り組みの検討を行い、地域機関の関係者が精神科病院に出かけて情報共有を行う「精神科病院と地域機関の連絡会（連絡会）」を作る方針が決められました。この結果を受けて、障害福祉課と精神保健福祉センターで取組内容やイメージを具体化する作業を行い、連絡会の趣旨を「相互の情報を共有し、協働して精神障害者の支援を行う土壌作り」に置くことにしました。

これまで圏域部会には、精神科病院や地域の関係機関が構成員となっていました。病院外で会議を行うため病院から参加する職種がPSWのみと偏ってしまい、病院内の多職種への働きかけが不十分な状況でした。そこで、地域機関の関係者が病院に伺い、地域にある障害保健福祉関係情報の提供や精神障害者の支援に関する相談を通して、院内の多職種と協働しやすくなる取組にしました。

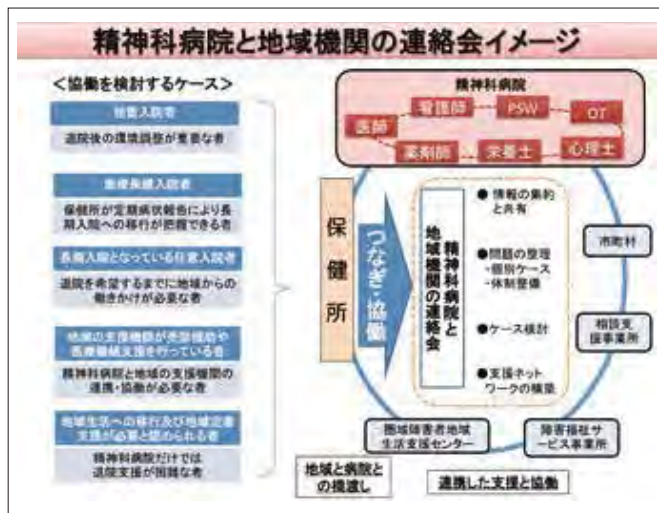


障害福祉課が県精神科病院協会に取組の趣旨説明や協力依頼を行った後、連絡会の実施方針を定め、県全体で取り組む意思表示として精神科病院と保健所に通知しました。要綱や要領ではなく、実施方針という形式にしたのは、保健所や圏域障害者地域生活支援センターが地域の実情に合わせて取り組みやすくするための工夫で、併せて保健所に対し参考となるように「連絡会開催要領」や「開催計画」、精神科病院宛の依頼文書を情報提供しました。また、精神保健福祉センターが連絡会の情報収集や情報提供による技術支援、及び取組の評価項目の検討を行いました。

(2) 取組結果 (H25年12月末現在)

政令市内の病院を除く県内20病院中19病院でH25年度中に連絡会が開催されることとなっています。また、政令市に隣接し、管内に精神科病院がない保健所では、個別に政令市にある2病院に働きかけ、連絡会を開催しました。

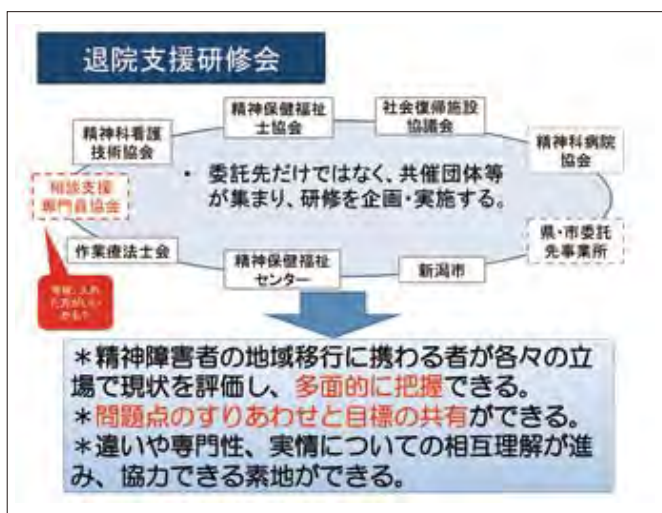
既に連絡会を開催した保健所の報告を見ると、病院内の2～9職種の方に連絡会に参加してもらうことができ、病院内の多職種に地域の情報を届け、協働するという当初の目的を果たすことができました。連絡会に御協力いただいた病院からは、お互いの業務内容や生の声を聞けるよい機会となった、医療・福祉の多機関が事例を見ることで様々な視点に気づけたという評価の声がある一方で、何のために行うのかという病院側の戸惑いの声もありました。今年度は取組初年度ということもあり、連絡会の内容が情報共有にとどまっているところが多い状況ですが、今後は事例検討を通じて協働した支援につながる取組になると期待しています。



H25.12末現在

	村上	新発田	新津	三条	長岡	柏崎	魚沼	南魚沼	十日町	上越	糸魚川	佐渡	累計
管内病院数	1	3	0	1	4	2	2	1	1	4	0	1	20
実施病院数	1	3	2	1	4	2	1	1	1	4	※上越と 合同実施	1	21
実施率	100%	100%	200%	100%	100%	100%	50%	100%	100%	100%		100%	
回数	1	3	2	2	1	2	5	6	1	7		2	32
院内参加職種	—	—	2~4	9	5	—	2	3	—	2~3		4	

④ 精神障害者地域移行・地域定着支援研修会 (退院支援研修会)



本県においての多職種・多機関連携の始まりが、平成21年度から実施している研修会です。

初年度は精神保健福祉士協会に委託し、精神科看護技術協会、精神保健福祉センターが共催団体として始めました。

現在は県作業療法士会に委託し、8つの共催団体が集まり、研修の企画・実施をしています。研修会のテーマも、長期入院者の地域移行、病院内の多職種連携から、今年度は改正精神保健福祉法を視野に入れた病院内の多職種連携と地域の多機関連携のコラボへと発展しています。この研修会の企画・実施を通して、様々な立場の違いや専門性を理解した上で、現状を多面的に評価・把握し、問題点のすりあわせと目標の共有ができるようになりました。いずれ事業としては終了しても、各団体が協働して、精神障害者の地域移行にとどまらず、新潟県の精神医療・保健・福祉の方向性を導いてくれる一つの場になると感じています。

⑤ 終わりに

精神科病院、保健所、圏域センター、市町村等全てが地域の資源です。連絡会イメージ図にあるように多職種・多機関が横のつながりを意識し、新たな長期入院者を生まない社会の実現に向けて、協働していきたいと考えています。

10 あとがき

茨内地域生活支援センター 岡部 正文

医療と福祉の連携が見えるBookはいかがでしたでしょうか？

連携のポイントがタイトル通り見えてきましたでしょうか？

精神障害者の地域生活への移行を促進するために見直された医療保護入院の入院手続きですが、大事なことは治療が終わったら地域に帰って頂くという当たり前のことを医療だけに任せるのではなく、福祉が病院に出向いて本人の想いを中心として医療と一緒に考え、考えた結果を皆で共有し、そして適宜見直して地域生活への移行を推進しようというケアマネジメントそのものの考えがあてはまると思います。

ケアマネジメントはソーシャルワークの一つの手法として1950年代にアメリカで生まれ、わが国では遅れること50年後の2000年の介護保険から位置付けられ、その後、急速に広まってきました。

平成26年4月1日からスタートする精神保健福祉法の一部改正は、新たな社会的入院を生まないための取り組みとして医療保護入院の入口部分に焦点があてられています。医療と福祉の連携が進みご本人を中心とした支援の輪ができることで、これまで社会的入院と言われた方たちの地域移行支援も更に進むと考えられます。つまり、医療と福祉の連携は出口の支援にも有効ということなのです。

この改正がご本人の幸せにつながるよう我々支援者の責任として、あらためて連携を考え実践を積み重ね、そして検証して行くことが必要ではないでしょうか。

医療と福祉の連携が見えるBook作成にあたりましては、職種を問わず様々な立場の方からご協力を頂きました。お忙しい皆さんにご無理を言って休日を返上し、2回にわたる合宿を経て完成に至りましたこと心より感謝申し上げます。

製本につきましては昨年度の地域相談のための実践ガイドラインを手掛けて下さった、深野プロの遠藤さんに多大なるご協力を頂きました。この場を借りてお礼申し上げます。

我が国の精神保健医療福祉がご本人、ご家族のために、より良いものとなることを願ってやみません。



精神障害者の地域移行・地域定着支援を推進するための提言

平成25年3月28日

一般社団法人 支援の三角点設置研究会(委員長 :高橋清久)

- ① 「地域移行支援は、国民の課題」という共通の理念を掲げて取り組むこと。
- ② 国、都道府県、精神科病院管理者は、入院しているすべての人に、平成24年4月から障害者自立支援法で 地域相談支援（地域移行・地域定着）が位置づけられて、退院のための支援が受けられることを説明すること。
- ③ 都道府県は、精神科病院の管理者、実務者向けの研修を行い、平成24年4月施行の改正障害者自立支援法 及び平成25年4月施行の障害者総合支援法について説明すること。
- ④ 都道府県は、特に、精神科病院に対する指導監督等（実地指導）においては、「精神保健福祉資料」630調査 を分析したうえで、地域相談支援の推進について協議を行い、必要な場合は指導をすること。
- ⑤ 市町村は、自立支援協議会を活用して、地域相談支援を推進するために、相談支援体制を早急に整備すること。
- ⑥ 都道府県、市町村は、相談支援事業者に対して、長期入院者の権利擁護に加えて、改正精神保健 福祉法を 見据えて、地域相談支援支援に着手するよう働きかけること。
- ⑦ 都道府県、市町村は、地域相談支援を推進するための人材育成を行うこと。
- ⑧ 都道府県、市町村は、地域相談支援を推進するためのピアサポート専門員の育成を図ること。
- ⑨ 都道府県は、1～8及び医療計画、生活保護の退院支援、障害者計画と連動するための官民 協働の組織体制をつくり、政策に反映させること。
- ⑩ 国は、今後の精神保健医療福祉の指針を定めるとともに、都道府県が横断的な仕組みをつくり地域相談を推進するための具体的な方向性を提示すること。

この提言は、平成24年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業において行った「精神障害者の地域移行・地域定着支援を推進するための提言」です。この提言は極めて常識的な内容ですが、地域間格差が生じています。

地域相談支援を受けて退院できるということを入院している人たちのお知らせすることは、重要な権利支援です。さて、我が国では、平成16年に精神保健福祉施策の改革ビジョンを策定して、基準病床の計算式を変えて退院率等の目標を掲げて、地域移行支援事業も行って、生活保護の退院支援を行ってきました。また、医療計画と障害福祉計画を連動させて総合支援法による福祉政策の充実も図ってきました。

平成26年は、この改革ビジョンから10年となります。国は、この10年の進捗状況とその結果をとりまとめて、今般の「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を具体的に推進する上でも、新たな精神保健医療福祉の具体的なビジョンを策定することが望まれます。

用語解説集



■ 医療に関すること

退院後生活環境相談員	H26年4月の法改正で新設された呼称。医療保護入院者1人に対し、退院後生活環境相談員1人が必ず担当になる。退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談を受け、早期治療・早期退院できるよう支援する役割が求められる。また、多職種連携のための調整を図り、行政機関を含む院外の機関との調整にも努めなければならない。 この退院後生活環境相談員は、精神保健福祉士その他厚生労働省令で定める資格を有する者が担う。
精神医療審査会	病院管理者から提出された「医療保護入院届け」「措置入院及び医療保護入院の定期病状報告」や、入院中の本人や家族から、退院請求または処遇改善請求があったときに、入院の処遇の必要性・妥当性について審査を行う第三者機関。
保護者制度	従来は、医療保護入院の同意に関してなどの責務が保護者制度にはあった。 H26年4月の法改正でこの制度は廃止になり、医療保護入院については、指定医1名の判定とともに、「家族等の同意」に改められた。
社会的入院	入院治療の継続は必要ない状態であるにも関わらず、退院後の住居、支援体制等が整わないという周囲の理由から入院の継続を余儀なくされている状況。
訪問看護ステーション	要支援・要介護状態にある方や、病気、けがなどにより家庭において治療の必要な方に、住み慣れた家庭で安心して生活が送れるよう、かかりつけの医師の指示を受けた訪問看護師・理学療法士・作業療法士等が定期的に訪問し、看護・リハビリを提供する。
退院支援計画 【退院療養計画書】	このBookでは、退院支援計画は退院療養計画書と同義で使用している。 退院後の治療計画（外来やデイケアの予定等）、留意事項、保健医療福祉サービス、緊急時の対応方法などが記載された計画書。
病棟カンファレンス	処遇方針、治療方針、運営などを病棟内の医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士などで検討すること。
精神科デイケア	精神障害で通院中の方に対するリハビリテーションで精神障害者の社会機能の回復を目的として個々の患者に応じたプログラムに従ってグループごとに治療するものである。6時間が標準のものをデイケア、16時以降の4時間が標準のものをナイトケア（1986年より）、デイケアとナイトケアを組み合わせた10時間が標準のデイナイトケア（1994年より）、日中の3時間が標準のショートケア（2006年より）がある。
任意入院	入院形態のひとつで患者と病院の管理者との契約による入院。 この方法によって入院した場合、ご本人が退院の請求をされれば、基本的にいつでも退院が可能。

■ 相談支援に関すること

委託相談支援事業所	市町村の責務である地域生活支援事業としての相談支援の委託を受けている事業所。
指定特定相談支援事業所	計画相談支援（サービス利用支援と継続サービス利用支援）を行う事業所。
指定一般相談支援事業所	地域相談支援（地域移行支援と地域定着支援）を行う事業所。
地域移行支援	平成24年4月の法改正によって新設された障害福祉サービスの一つ。 入所施設や精神科病院にいる者が地域での生活に移行するために、住居の確保や新生活の準備等について具体的な支援すること。月2回以上の対面支援が請求の条件となる。
サービス担当者会議	省令で定められている、支給決定後に必須となる会議。本人、関係者が出席し、サービス等利用計画の確定を行う。
モニタリング	サービス等利用計画の見直しのこと。サービス等の利用状況の検証と計画の見直しのために一定期間を定めて実施。
基幹相談支援センター	地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、総合的な相談業務の実施や地域の相談支援体制の強化の取り組み等を行う。

■ 障害福祉サービスに関すること

宿泊型自立訓練事業所	一定期間、居住の場を提供し、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。
就労継続支援B型事業所	通所により、就労や生産活動の機会を提供（雇用契約を結ばずに）するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者に対しては一般就労等への移行に向けて支援を実施する。
居宅介護	障害者総合支援法に基づき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、選洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言、その他の生活全般にわたる援助を行う障害福祉サービス。

みなさんそれぞれ職種等によって
知りたい用語はあるかと思います。
自身で調べてみても分からない時に
聞くことができる、ネットワークはありますか？
分からないことをお互いに知りえる
仲間を見つけておきましょう。



■ その他

居宅介護支援	介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるよう、介護支援専門員が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整などを行うこと。
協働	地域が抱えるさまざまな課題に対して、事業所や地方公共団体、市民等が協議し、役割を分担しながら解決していく取り組み。
成年後見制度	障害（精神障害、知的障害、認知症など）があり判断能力が不十分なために、財産管理や契約などの手続きが困難な者に対し、本人の行為の代理または行為を補助する者を選任する制度。 対象者の状況により後見、保佐、補助の段階がある。
後見	判断能力が欠けているのが通常の状態にある方を保護・支援するための制度。 家庭裁判所が選任した成年後見人が、本人の利益を考えながら、本人を代理して契約などの法律行為を行ったり、本人がした不利益な法律行為を後から取り消すことができる。
保佐	判断能力が著しく不十分な方を保護・支援するための制度。 お金を借りたり、保証人となったり、不動産を売買するなど法律で定められた一定の行為について、家庭裁判所が選任した保佐人の同意を得ることが必要となる。保佐人の同意を得ないで行った行為については、後から取り消すことができる。
補助	判断能力の不十分な方を保護・支援するための制度。 家庭裁判所の審判によって、特定の法律行為について、家庭裁判所が選任した補助人に同意権・取消権や代理権を与えることができる。
自己効力感	行動を起こすときに自らを主体とし、課題に取り組むこと。 自己の生活状態の改善に必要な課題の実行能力を高めるもの。
SST	社会生活技能訓練 (social skill training) の略。 困難を抱える状況をコミュニケーション技術の側面から捉え、その技術を向上させることによって困難さを解決しようとする技法。
集団認知療法	認知療法では、誤解や思い込み、拡大解釈など、自らの不都合な「認知」をすることにより、結果として様々な「嫌な気分」（怒り、悲しみ、混乱、抑うつ）が生じてくると考えられている。治療目的は、不都合な認知のクセに気付いたり、別の考え方を積極的に取り入れることで、嫌な気分を軽減する方法を学習することである。形態は、個別でも行われることがある。
心理教育	病気についての理解や服薬継続の必要性、ストレス対処など、治療継続と再発予防に働きかけるプログラム。治療共同体としての意識付けと主体的な治療参加を目指すプログラム。 形態は、当事者のグループで行われる場合や、個別で実施することもある。また家族を対象とした心理教育は、再発予防に効果をあげている。
元気回復行動プラン (WRAP)	アメリカでMary Ellen Copeland氏を中心に当事者の方々が開発したプログラム。 より良い状態を維持するために自分が「してきた事」や、「しない方が良い事」などこれまでの経験を振り返りまとめる。中にはクライシスプランを作る部分があり、病状悪化時の対処や工夫などを整理できるプログラムである。
アンガーマネージメント	1970年代アメリカで開発され、「怒り」「イライラ」などの感情をコントロールするための技術をつけるための心理教育プログラムである。 怒りに任せて衝動を爆発させるのではなく、適切な問題解決とコミュニケーションに結びつける方法を学ぶものである。



「医療と福祉の連携が見えるBook」

● 研修企画委員長 ● 編集委員長 (敬称略・五十音順)

執筆者

東 美奈子	相談支援事業所 ふあつと
有野 哲章	埼玉県幸手保健所
● 岩上 洋一	特定非営利活動法人 じりつ
● 岡部 正文	茨内地域生活支援センター
加藤 由香	医療法人 小憩会 ACTひふみ
金川 洋輔	地域生活支援センター サポートセンターきぬた
菊入 恵一	医療法人 崇徳会 田宮病院作業療法センター
平良 幸司	公益財団法人 横浜市総合保健医療財団 港北区生活支援センター
中野 千世	医療法人 宮本病院 地域活動支援センター 櫻
松本 純一	ハートケアセンターひたちなか
吉野 智	社会福祉法人 ロザリオの聖母会 旭市基幹相談支援センター 海匠ネットワーク

作成協力者

伊藤 未知代	公益財団法人 横浜市総合保健医療財団 横浜市総合保健医療センター
遠藤 真史	NPO法人那須フロンティア
吉川 隆博	日本精神科看護技術協会
後藤 盛聡	埼玉県立精神医療センター 療養援助部
小船 伊純	埼玉県白岡市健康福祉部 高齢介護
齋藤 研一	社会福祉法人 会津療育会 会津若松市障がい者相談窓口
平 信二	きよた相談サポートセンター
田村 綾子	聖学院大学 人間福祉学部 人間福祉学科
鶴田 安弘	総合地域サポートセンター ひまわり
東海林 崇	株式会社 浜銀総合研究所
中越 章乃	神奈川県立保健福祉大学
羽田 誠之	黒川病院
羽室 剛	地域活動支援センター もくれん
藤森 祥子	医療法人社団 恵宣会 竹原病院
望月 明広	公益財団法人 横浜市総合保健医療財団 神奈川区生活支援センター
山本 俊爾	NPO法人ゆるら 地域相談室ぼらりす
吉澤 浩一	相談支援センター くらふと
吉田 光爾	国立精神・神経医療研究センター

事務局

武田 牧子	社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所
齊藤 亮	社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所
堀江 ゆきの	社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所
小貫 菜々	社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所



医療と福祉の連携が見えるBook

—— ニューロングステイを生まないために ——

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

- 発行日 2014年3月
- 編集 一般社団法人 支援の三角点設置研究会
- 発行 社会福祉法人 南高愛隣会 東京事務所
〒116-0014 東京都荒川区東日暮里5-10-2
Tel.03-3806-6912 Fax.03-3806-6913



医療と福祉の連携が見えるBook

—— ニューロングステイを生まないために ——

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー