

テーマ：「地域移行推進における関係機関・関係者の役割」

担当：外間 ^{ほかま}直樹（新潟医療福祉大学看護学部）

本日の主な講義内容

1. 地域移行支援には関係者の連携が必要
 2. 行政担当者 市町村 ①～②
 3. 市町村の(自立支援)協議会 ①～③
 4. 基幹相談支援センター ①～③
 5. 相談支援事業所 相談支援専門員 ①～③
 6. 相談支援事業所 ピアサポーター ①～③
-

本日の主な講義内容

7. 居宅介護支援事業所 介護支援専門員 ①
 8. 精神科病院 主治医 ①
 9. 精神科病院 病棟の看護師 ①～②
 10. 精神科病院 作業療法士 ①～②
 11. 精神科病院 薬剤師 ①
 12. 精神科病院 (管理) 栄養士 ①
 13. 精神科病院 精神保健福祉士 ①～④
 14. 今、求められる多職種連携・多機関連携のあり方
-

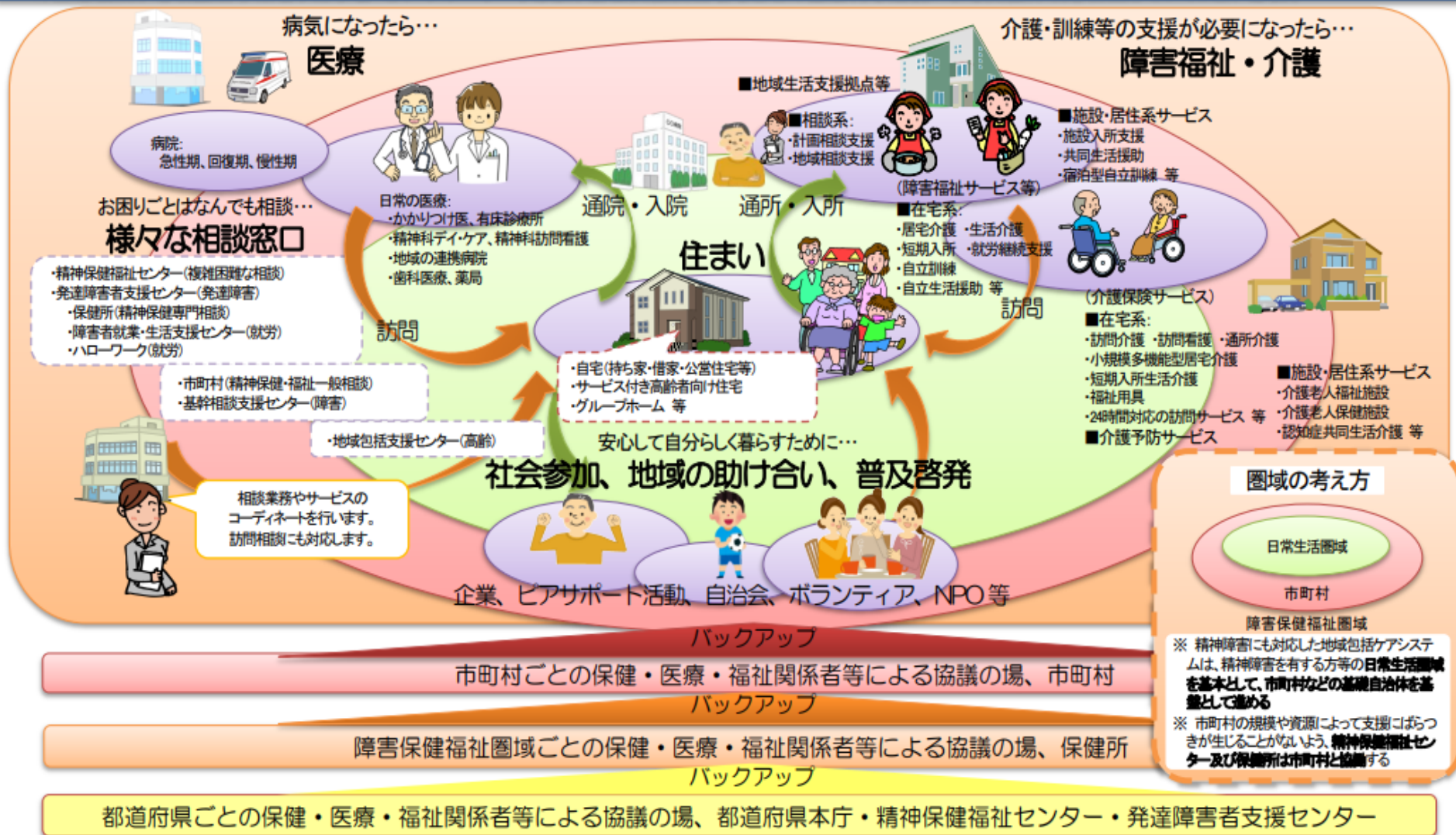
1.地域移行支援には関係者の連携が必要

□ 精神障害者の地域移行

- 医療機関(医師・看護師・保健師など)
 - 相談支援事業所や居宅介護支援事業所などの
域援助事業者(相談支援員・ピアサポーター)
 - 行政
-

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築（イメージ）

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指す必要があり、同システムは地域共生社会の実現に向かっていく上では欠かせないものである。
- このような精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、市町村や障害福祉・介護事業者が、精神障害の有無や程度によらず地域生活に関する相談に対応できるように、市町村ごとの保健・医療・福祉関係者等による協議の場を通じて、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、当事者・ピアサポーター、家族、居住支援関係者などとの重層的な連携による支援体制を構築していくことが必要。



2.行政担当者 市町村①

- 障害福祉サービスや生活に関する相談窓口や地域における生活支援などの基本的なサービスは、住民に最も身近な自治体である**市町村が担っている**。
 - **障害者基本法**では、市町村は障害者の状況等を踏まえ、当該市町村における障害者の施策に関する基本的な計画を策定しなければならない(障害者計画)。
 - **障害者総合支援法**では、市町村は障害福祉サービスの提供体制の確保その他この法律に基づく業務の円滑な実施に関する計画を定める(障害福祉計画)。
-

2.行政担当者 市町村②

- 入院中の精神障害者の現状を把握、精神障害者の地域移行に向けた方策を計画し、それぞれの市町村で具体的に進めていく役割がある。
 - ・都道府県・保健所と連携し、入院している精神障害者の実態の把握。
 - ・精神障害者の地域生活支援のための福祉サービス提供体制整備。
 - ・当事者及び保健・医療・福祉に携わる者を含む様々な関係者が情報共有や連携を行う体制構築と協議の場の設置。
 - ・自立支援協議会等を活用し、市町村を単位とした地域移行推進チームの設置。
 - ・介護保険、生活保護担当部局など庁内関係機関との協力体制確立。

3.市町村の(自立支援)協議会①

- 障害者総合支援法に規定され、障害者本人、家族、福祉、医療、教育、雇用等の地域の関係者が相互の連絡を図り、地域の支援体制の課題について情報を共有し、関係機関の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制について協議し、支援体制の地域サービスの基盤整備を図ることを目的に設置される機関。
 - 市町村は、市町村障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合において、あらかじめ、協議会の意見を聴くよう努めなければならないと規定されている。
-

(自立支援)協議会の法定化

○ (自立支援)協議会は、地域の関係者が集まり、地域における課題を共有し、その課題を踏まえて、地域のサービス基盤の整備を進めていく重要な役割を担っているが、(自立支援)協議会の法律上の位置付けが不明確。

○ 障害者自立支援法等の一部改正により、平成24年4月から、自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化を図るため、法定化。

※ 改正により、都道府県及び市町村は、障害福祉計画を定め、又は変更しようとする場合、あらかじめ、自立支援協議会の意見を聴くよう努めなければならないとされている。

○ 障害者総合支援法の施行(25年4月)により、自立支援協議会の名称について地域の実情に応じて定められるよう弾力化するとともに、当事者家族の参画を明確化

【(自立支援)協議会を構成する関係者】



3.市町村の(自立支援)協議会②

□【市町村協議会の主な機能】

地域における・・・

- 障害者等への支援体制に関する課題の共有
 - 相談支援体制の整備状況や課題・ニーズ等の把握
 - 相談支援従事者等の質の向上を図るための取り組み
 - 個別支援事例への支援のあり方に関する協議・調整
 - 専門部会の設置・運営 など
-

3.市町村の(自立支援)協議会③

【地域移行を進めるために】

- 都道府県・保健所・医療機関等と連携し当該市町村の住民が精神科病院に何人入院しているか等の実態を把握する。
 - 地域移行の目標値を設定
 - 課題解決に向けた協議を行う
 - 地域移行推進に向けた仕組み作り等を協議し、計画立案、実行評価を行うことが求められる。
 - 地域移行を具体的に実行していく、地域移行部会を市町村ごとに設置することが望ましい。
-

4. 基幹相談支援センター①

- 基幹相談支援センターは、地域の実情に応じて障害種別にかかわらず次の機能を担っている。
 - 各種ニーズに対応しながら総合的、専門的な相談支援の実施
 - 権利擁護や虐待防止にかかわる支援
 - 地域の相談支援体制を強化するために、相談支援事業者へのスーパービジョン、人材育成、様々な相談機関とのネットワークづくり
 - 地域移行・地域定着にかかわる支援
-

4. 基幹相談支援センター②

【地域相談支援の推進】

- 精神障害者にかかわる地域移行・地域定着の課題は未だ解決されないままとなっている。関係機関が連携しながらその課題解決に向けて取り組んでいく上で、基幹相談支援センターの役割は非常に大きいものがある。
 - ・委託の相談支援事業者とともに、入院している精神障害者の状況を把握し、地域移行へのニーズを明らかにしていく。
 - ・これらのニーズを地域課題化し、地域移行が十分に推進されていないことの共通認識を持ち、そのことを検討する場を設置することへ働き掛けていくことが重要となる。
(例: 協議会の中に部会として位置づける等)
-

4. 基幹相談支援センター③

【地域相談支援の個別の取り組み】

- 入院している精神障害者へ地域移行に関する情報を届ける
 - ・ニーズが発生した場合には、入院している精神障害者と指定特定・指定一般相談支援事業所をつなげ、地域移行への取り組みを具体的に実施できるよう働きかけていく。
 - ・日頃、精神科病院と連携していない相談支援事業者は、どのように取り組んでいっていいのか具体的なイメージを持たず、大きな不安を抱えてる。
 - ・地域移行にかかわることができる指定特定・指定一般相談支援事業所の拡大を目的として、一緒に地域移行支援に取り組むことも必要となる。
-

5. 相談支援事業所 相談支援専門員①

地域相談支援は、地域移行支援と地域定着支援からなり、それぞれが独立した障害福祉サービスであり、地域移行を推進していくための要のサービスである。

- その利用は、他の障害福祉サービスと同様に指定特定相談支援事業所(計画作成担当)が作成するサービス等利用計画から始まり、市町村によって支給決定された後、指定一般相談支援事業所が地域移行支援を行う。
 - 「計画相談支援」と「地域移行支援」を別の相談員が担当する場合は、連携を図り、「サービス等利用計画」と「地域移行支援計画」双方のすり合せを行うとともに計画に沿って地域移行を進めていくことが重要。
-

5. 相談支援事業所 相談支援専門員②

- ・計画担当と地域移行担当は、随時連絡を取り合いながら、進捗状況の確認、共有に努めていきます。計画担当は、地域移行担当の報告を受け、各種ケア会議への助言、協力し、必要に応じて参加することが望ましい。
 - ・退院が具体化する時期には、障害福祉サービスの利用が想定される。介護給付の場合は支給決定までに時間を要する場合もあるので、計画担当は、サービス等利用計画の作成のタイミングが退院時期から遅くならないよう十分留意する必要がある。
-

5. 相談支援事業所 相談支援専門員③

・地域移行担当は、まず利用者の退院に対する不安やあきらめ等のありのままの気持ちを受け止め、本人の思いに沿いながら地域移行支援計画を作成する。

・その際、精神科病院で作成している退院支援計画や看護計画、リハビリテーション実施計画書等と連動させることが重要となる。

6. 相談支援事業所 ピアサポーター①

【ピアサポーターとは】

- ピアとは「仲間、対等、同等のもの、同僚、同輩」
 - ピアサポートは、「仲間同士の支えあいの営みのすべて」
 - そのために支援を行う人を「ピアサポーター」とします。
-

6. 相談支援事業所 ピアサポーター②

多くの地域移行の対象となる人たちは、

- 自らが退院して暮らすことの具体的なイメージをもてず、退院することへ一歩踏み出す勇気を持つことができないケースがある。
 - 退院したい気持ちはあるが職員に伝えてもいいのかと不安を抱いているなど、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えている。
 - ピアサポーターは、同じような精神疾患を経験しているからこそ、退院に向かっていく中で生じる様々な不安や葛藤をリアリティーをもって共感することができる。
 - さらに、専門職では気づけない視点や助言をすることも可能。自ら経験してきた先輩として具体的な地域で暮らしていくことのロールモデルとして、多くの安心感を届けることができる。
-

相談支援事業所 ピアサポーター③

【具体的な支援として】

- ・精神科病院に相談支援専門員などと一緒に出向き、院内茶話会などの機会を作り、入院している精神障害者との交流を通して、退院後の生活イメージの具体化
 - ・居住先や日中活動の場の見学等への同行など
 - ・ピアの活動は、退院後の生活の不安を解消する手立てとなり、精神科病院での生活が長期化し本来の暮らす場所から長く遠ざかっている人にとって、大きな力となり希望を見出すことにつながる。
-

7.居宅介護支援事業所 介護支援専門員①

・精神科病院に入院している65歳以上の精神障害者の中には、介護保険のサービスを必要とする人も多いため、その方々の地域移行を進めていく上では、相談支援専門員は介護支援専門員との連携が欠かせない。

・介護支援専門員は、介護保険に規定する居宅サービス等や日常生活を営むために必要な保健医療サービス、福祉サービスの適切な利用等を行うことができるよう以下の「居宅介護支援」を行う。

8. 精神科病院 主治医①

- ・主治医は病院内のチーム（以下、チーム）の中で中心の役割を果たす。治療方針をはじめ、担当する患者本人（以下、本人）に関わる多くのことは主治医の指示によって行われている。
 - ・入院時における入院形態の決定や入院後の治療に関わること、退院までの進め方や、退院の決定など治療を行う中での大きな判断は主治医の許可がないと進めることはできない。
 - ・急性期の時期を過ぎ、少し入院が長くなってきてしまった本人に対して、どのように地域移行を進めていくのかは主治医をはじめとしたチーム全体で話し合う必要がある。
-

9.精神科病院 病棟の看護師①

- ・看護師としての医療的視点だけでなく生活者としての視点でもアセスメントすることができるのが看護師の強み。
 - ・日常の様子を把握しているからこそ、地域移行を進めるにあたっての看護師のかかわりは大きく、日頃病棟内で見える患者の様子から退院の可能性を探り、できるかできないかのアセスメントをし、できない部分は患者とともに一緒にやってみながら自立を支援する。
-

9. 精神科病院 病棟の看護師②

- ・入院が長くなったことによって退院意欲とともにADL(日常生活動作)も落ちてしまわないように日々の病棟生活の中でも患者の状態を観察し、適切な声かけを行う。
 - ・地域移行に向けての患者の不安な気持ちに寄り添い、チームに本人の様子や気持ちを伝え、支援のあり方を再検討したり、時には延期したりという患者本人に負担のない形を検討することもあります。
 - ・地域支援者等も本人とのかかわりを始めるにあたって、本人の担当看護師から情報を得ることも有効である。
-

10.精神科病院 作業療法士①

- ・作業療法士は様々な“作業”を手段として用い、本人の退院後の生活に向けた支援を行う。
 - ・地域移行に関わる作業療法の範囲としては日常生活活動に関するADL訓練、家事、外出等のIADL訓練、福祉用具の使用等に関する訓練、退院後の住環境への適応訓練、などがありその人に応じたプログラムを考える。
 - ・病院近隣への外出、買い物や外食等を行いながら活動範囲を広げ、交通機関を使った外出や社会資源の見学などを行う。その人のペースで個別に行うこともありますが、何人かのグループで活動することもある。
-

10.精神科病院 作業療法士②

- ・入院生活の中ではあまり体験できない自由な時間を持つことで退院について消極的だった本人もだんだんと外に目が向いていくことが実感していく。
 - ・具体的に退院の話が進んでいくと、住居探しや家財道具の購入、家電製品の使い方の練習、買い物や調理など生活にまつわる様々な準備を患者と共に行う。
 - ・準備には様々な活動があるため時には看護師、精神保健福祉士も同行したり分担したりすることがあり、チーム全体で本人の地域移行を支援を行う。
-

11.精神科病院 薬剤師①

- ・薬剤師は、薬剤の専門家として服薬の必要性を患者にわかりやすく説明し、本人自身が自主的に服薬を継続できるようになることを目標として服薬指導を行う。
- 飲み忘れを防ぐための工夫(一包化する、おくすりカレンダーを使う、おくすりボックスを使う、日付を入れる等)について本人やチームと検討することもある。
- 患者の中には「医者の前では質問しにくい」という意識を持つ人もいるので、薬剤師と話すことで本人の本音や副作用が出ていることが明らかになる場合もある。
- 薬剤師は聞き取った患者の声を医師にフィードバックすることにより、薬物治療の効果や安全性を高める役割を果たしている。

12.精神科病院（管理）栄養士①

- 栄養士は給食関係の業務だけでなく、医師の指示により栄養指導を行うことも大きな業務の一つ。
 - 極端な食事が健康に良くない事を伝えながら、具体的にどのような食事をとればいいのかを本人と一緒に栄養士も考える。
 - 一部の精神疾患では生活習慣病になりやすいといわれており、内服による治療と併せて食事療法の指導を栄養士が行う。
 - 個人で制限された食事を続けるのは大変なので、最近では治療食の宅配弁当などを利用できます。
 - 栄養士は主治医を始めとした医療チームの一員として、患者の健康を守るために退院後の患者にも関わりを持つ。
-

13.精神科病院 精神保健福祉士①

- ・精神保健福祉士は入院当初から本人の気持ちを聴き、早期にアセスメントを行い、入院前にかかわっていた機関や人のつながりを持ちながら、退院を阻害しうる社会的な課題の解決をすることで早期退院、社会的入院の解消を目指す。
 - ・必要性の乏しい長期入院している本人に対しても定期的な面接を継続して行うことで退院に向けて本人の意欲が湧いたり、地域相談支援につながったりしていくこともある。
-

13. 精神科病院 精神保健福祉士②

- ・入院が長期になった本人の中には退院することを望まない人、退院する先がない、家族が退院を反対している、「ずっと病院にいたい」という人もいる。地域移行のプログラムへの参加を拒否する人への対応もある。
 - ・精神保健福祉士は、退院に気持ちが向かない本人のために、地域の相談支援事業所やピアサポーターを招いて交流の機会をつくったり、一緒に外出をしたりして、退院したいという患者が出てくるよう工夫をこらして支援をする。
-

13.精神科病院 精神保健福祉士③

- ・精神保健福祉士は病院と地域をつなぐ窓口として多職種や本人と家族等の隙間を埋め、更に制度や障害福祉サービスと本人をつなげる共通の目的・役割があります。
- ・必要性の乏しい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り組みを推進していくことと、退院後の生活も含め医療と福祉をつなげる役割を担う。

14. 今、求められる多職種連携・多機関連携のあり方

1) 施策とニーズの乖離にどう向き合うか

2) 協働体制の促進のポイント

- ・目標が明確であり、共有し続けられること
 - ・クライアントが中心であること
 - ・他の職種や機関の専門性を理解し、尊重すること
 - ・守秘義務の徹底と情報の管理
-

引用・参考文献

- 1.厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課:精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る事業について(令和3年度), <https://www.mhlw-houkatsucare-ikou.jp/archive/data/sysm030319doc2guide.pdf>
 - 2.厚生労働省:2「地域共生社会」の実現に向けた包括的な支援体制の整備等について.<https://www.mhlw.go.jp/topics/2018/01/dl/tp0115-s01-01-04.pdf>
 - 3.厚生労働省:https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Syakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/sankou3_1.pdf
 - 4.厚生労働省:<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000100547.pdf>
 - 5.一般社団法人日本ソーシャルワーク教育学校連盟:ソーシャルワークの理論と方法[精神専門], 中央法規, 2021
-