

テーマ：「地域移行の進め方と市町村(圏域)における連携体制の構築」

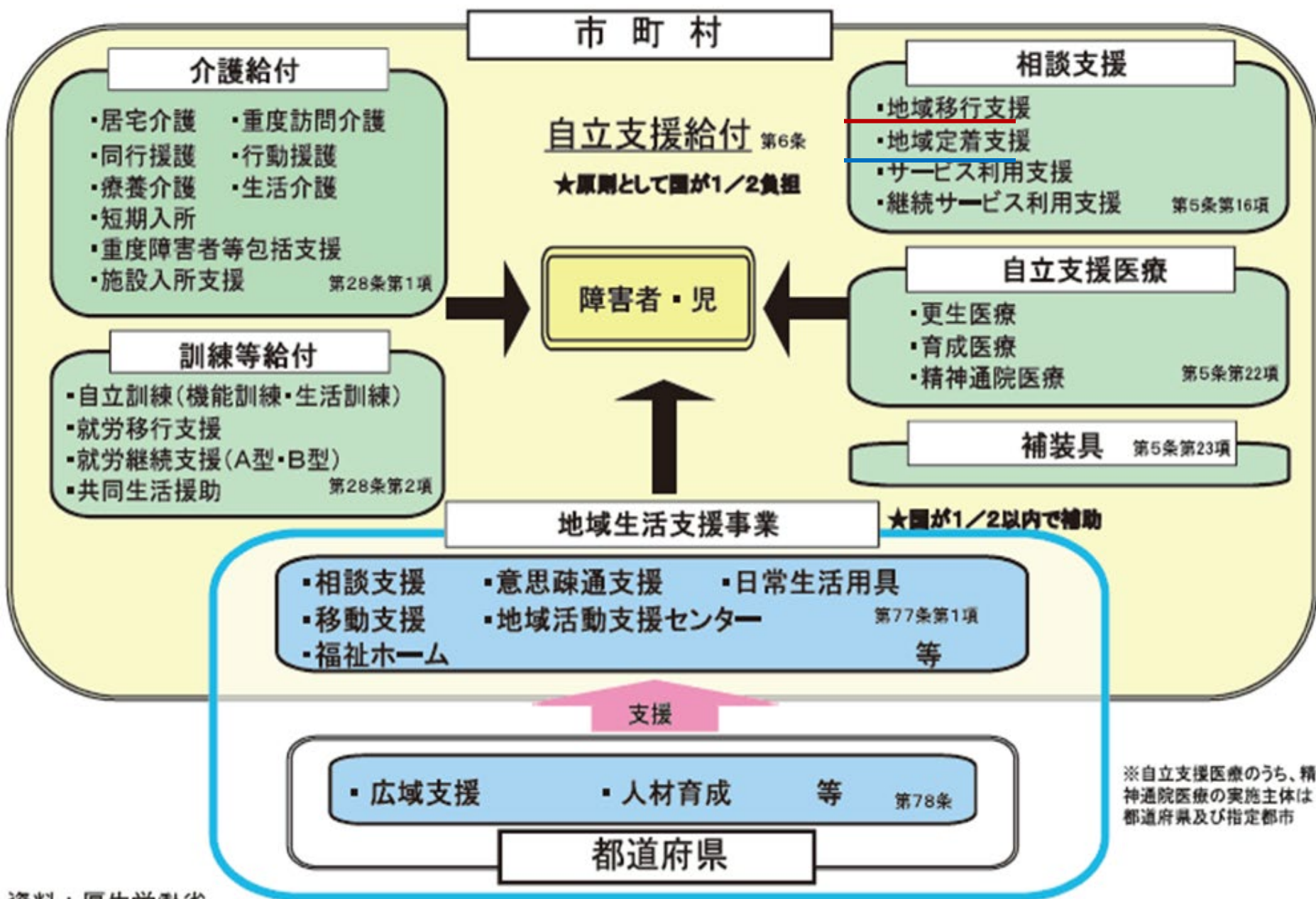
担当：^{ほかま}外間 直樹（新潟医療福祉大学看護学部）

本日の主な講義内容

おさらい.障害者総合支援法、地域生活移行、自立支援協議会

1. 精神障害者が退院できない理由
 2. 患者さんに退院支援のサービスを知ってもらう
 3. 相談支援とは
 4. 相談支援の例
 5. 相談支援援助の3つの種類
 6. 市町村(圏域)における連携体制の構築
 7. 【初期から終期】精神科病院と地域の相談支援の役割
 8. 地域移行推進チームの役割
 9. 地域移行推進チームのメンバー
 10. 地域移行支援チームの手だて
-

■ 図表3-3-1 障害者総合支援法における給付・事業



地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)

退院・退所

- ・事業の対象者への周知
- ・意向の聴取等
- ・対象者選定



相談支援事業所へつなげる



【精神科病院・入所施設】
 ・障害者入所施設
 ・救護施設等の保護施設
 ・刑務所等矯正施設

相談支援事業者と連携による
 地域移行に向けた支援の実施

通院、デイケア、訪問看護

日中活動の体験利用
 【障害福祉サービス事業所】

日中活動、居宅サービス利用

外泊・宿泊体験
 【自宅・アパート・グループホーム等】

住まいの場の支援

連携

連携

自立支援協議会が設置する地域移行支援部会

精神病院または障害入所施設からの地域移行(退院・退所)を推進することを目的に、課題に対する手法などを協議する
 ・地域移行の取り組みの推進
 ・多様な居住の場の確保の推進

自立支援協議会によるネットワーク化

市・保健所・精神保健福祉センター・福祉事務所
 障害福祉サービス事業所・障害者就業・生活支援センター 等

自立支援協議会について①

- 障害者等の地域生活を支援するためには、共通の目的に向け、情報を共有して具体的に協働することが必要であり、その中核(ネットワークの中核)をなす地域自立支援協議会が重要となる。

自立支援協議会について②

□ 共通の目的を持つ

「障害のある人が普通に暮らせる地域づくり」について、全員が大きな共通認識を常に持ちながら参加する。

□ 情報の共有

地域の実態や課題等の情報を集約し、全員が共有する。

地域の実態や課題等を把握する。

□ 具体的に協働する

全員が自らの課題(自分のこと)として受け止め、制度や誰かのせいにしな
い、共に解決する、自分の所では何ができるのか、一歩でも前進しようという
スタンス、従来の陳情・要求スタイルからの脱却。

自立支援協議会について③

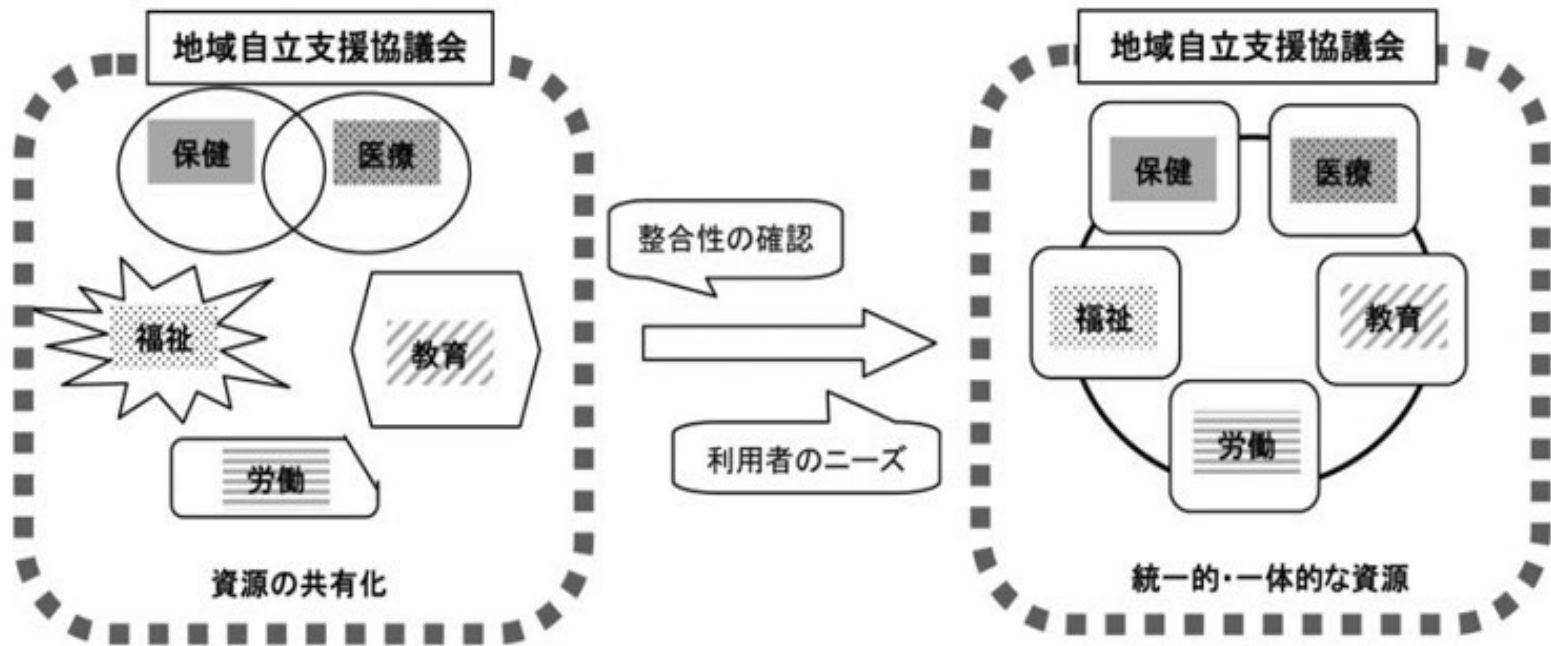


図2-2-1

自立支援協議会について③

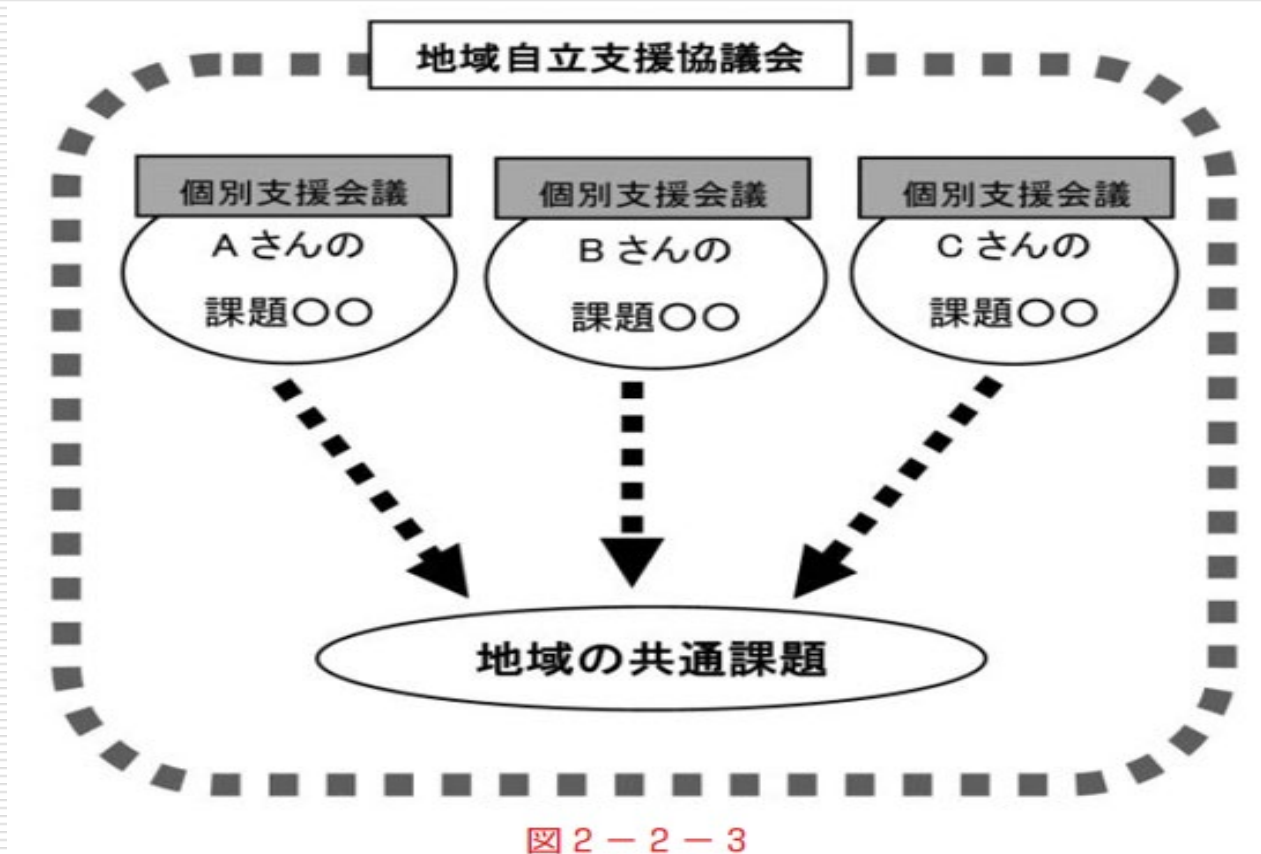


図 2 - 2 - 3

1. 精神障害者が退院できない理由

- 退院に不安がある
 - 退院に向けての意欲
 - 家族が退院を嫌がっている
 - 退院後の支えてくれる社会資源がない
-

2.患者さんに退院支援のサービスを知ってもらう

- 患者さんに退院支援サービス内容を紹介する。
 - 病院スタッフである退院後生活環境相談員による患者さんへの積極的で丁寧なかかわり。
 - 患者さんの退院支援に向けて積極的な病院。
 - 患者さんの御家族にも知ってもらうことも大切。
 - 患者さんが自分の意思を主張できるように支援する。
-

3. 相談支援とは

- 生活で困りごとがあるときや福祉サービスを利用するときに相談できる窓口は、市町村の福祉の窓口だけではない。
 - 都道府県や市町村が指定をした「相談支援事業所」でも無料で相談することができる。
-

4. 相談支援の例

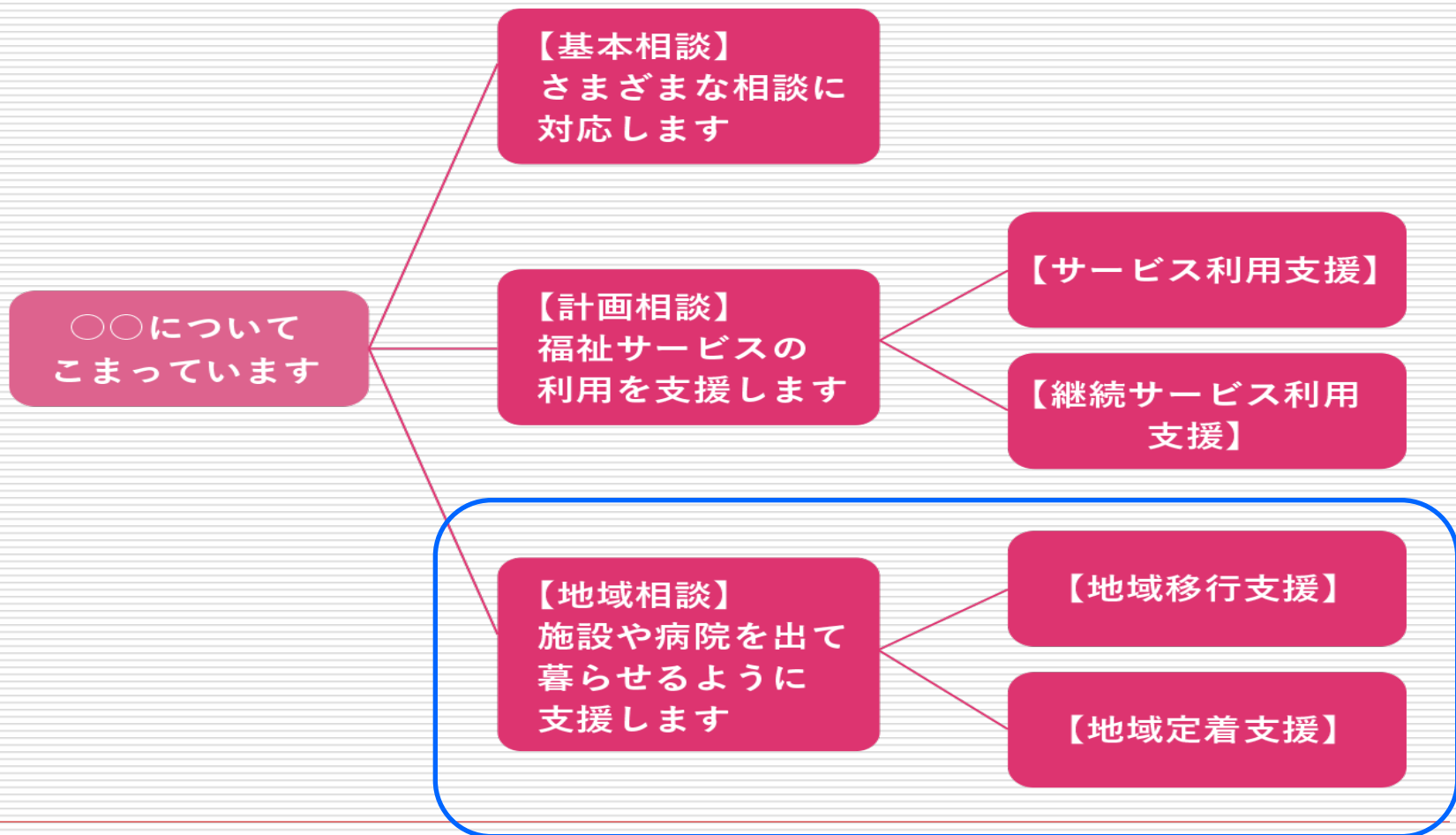
- 生活に困っているけれど、自分ではどうしていいかわからない。
 - 自分や家族の場合にはどんなサービスを利用できるのだろう。
 - 福祉サービスを利用したいけれど、どこに行っても何をすればいいのかわからない。
-

4. 相談支援の例

- 長いこと障害者支援施設（入所施設）で暮らしているが施設を出るにはどうしたらいいのかわからない。
- ひとり暮らしで何か困ったことがあった時、助けてもらうにはどうしたらいいのかわからない。

→ 患者(利用者)さんの話を丁寧に聴く。

5. 相談支援援助の3つの種類



6.市町村(圏域)における連携体制の構築

【K市】

- ・市役所
- ・指定一般相談支援事業所
- ・ピアサポート

【O市】

- ・市役所
- ・基幹相談支援センター
- ・ピアサポート

群馬ホスピタル
精神保健福祉士
(退院後生活環境相談員)

【病院内チームの設置】
看護師・作業療法士・医師
・心理士・栄養士・事務



【T市内の構成員】

- ・X市 障害福祉課・介護保険課
- ・基幹相談支援センター
- ・指定一般相談事業所
- ・保健所
- ・ピアサポート

地域移行支援

地域定着支援

【初期】

- 計画作成
- 訪問相談、
情報提供

【中期】

- 訪問相談
- 同行支援
- 日中活動の
体験利用
- 外泊・体験宿泊

【終期】

- 住居の確保等
- 同行支援
- 関係機関調整

- 居宅で単身等で生活する者との
常時の連絡体制
- 緊急訪問、緊急対応

【初期】

- 本人が地域移行支援の申請をし、支給決定される
までが初期
 - 本人の「退院したいという気持ち」を確認
 - 可能な限り本人が、市役所へ申請をする
 - 65歳以上の方は、介護保険の区分認定を済ませる
働きかけも必要
-

【初期】精神科病院と地域の役割

□ 精神科病院

- ・ 申請から支給決定まで、1か月程度かかる
- ・ 本人が市役所に申請できるように配慮する
- ・ 申請手続きに心配な本人に寄り添う

□ 地域の役割

- ・ スムーズに支給決定ができるよう、準備しておく。
(市町村)
- ・ サービス担当者会議の開催
「誰を呼ぶか？いつするか？」(指定特定相談事業所)
- ・ 地域移行支援計画の作成 (指定一般相談事業所)

地域移行支援

地域定着支援

【初期】

- 計画作成
- 訪問相談、
情報提供

【中期】

- 訪問相談
- 同行支援
- 日中活動の
体験利用
- 外泊・体験宿泊

【終期】

- 住居の確保等
- 同行支援
- 関係機関調整

- 居宅で単身等で生活する者との
常時の連絡体制
- 緊急訪問、緊急対応

【中期・後期】

- 地域移行支援計画に沿って、居住の場、日中の活動先、通院先なども決めていく時期。
 - ・ 毎月2回会いに行く。
 - ・ 実際の体験や同行を通して、患者さんが具体的な生活をイメージできる。
-

【中期～後期】精神科病院と地域の役割

□ 精神科病院

- ・生活リズム整える・生活能力の評価・服薬の自己管理
- ・不安の軽減 ・無理せず疲れすぎない・孤立しない
- ・クライシスプランの作成(次項) ・退院後の通院先の調整
- ・地域生活を想定したプログラムを実行してみる

□ 地域の役割

- ・体験外出泊 ・体験利用 ・日中活動先の同行支援
- ・関係機関の調整 ・居住の場の確保
- ・適宜なケア会議の実施

→退院後の生活を念頭においた、サービスの申請。

わたしのクライシスプラン

～地域生活を継続するために～

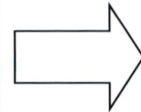
<ストレスだなどと感じること。心配ごと・・・>



<あまり気にならなくなるような工夫・気分転換♪>



悪化のサイン



<自分でできる対処方法>

<周りの人へ相談が必要な場合の対処方法>

<入院することになったきっかけ・・・>

地域移行支援

【初期】

- 計画作成
- 訪問相談、
情報提供

【中期】

- 訪問相談
- 同行支援
- 日中活動の
体験利用
- 外泊・体験宿泊

【終期】

- 住居の確保等
- 同行支援
- 関係機関調整

地域定着支援

- 居宅で単身等で生活する者との
常時の連絡体制
- 緊急訪問、緊急対応

【退院後の地域生活】

- ・安定した生活リズム
 - ・定期的な外来通院
 - ・服薬（スタッフに飲み心地を相談できる力）
 - ・クライシスプランの共有と確認
 - ・連絡体制（特に単身者）
 - ・緊急時の訪問と対応
 - ・病院、事業所、関連機関の連携
 - ・不眠、不安、疲労、孤立感の確認
-

8. 地域移行推進チームの役割

① 精神科病院への積極的な働きかけ

② 地域への働きかけ

③ ネットワークへの働きかけ

9. 地域移行推進チームのメンバー

- 精神科病院
 - 市区町村（障害福祉担当、生保担当、介護保険担当等）
 - 委託相談事業所及び機関相談支援センター
 - 指定特定相談支援事業所
 - 指定一般相談支援事業所
 - 保健所
 - ピアサポーター
-

地域移行推進チームのメンバーの役割①

□ 精神科病院入院患者の把握病院内チームの設置

□ 市区町村

(障害福祉担当、生活保護担当、介護保険担当など)

必要な担当課の連携障害福祉計画の策定、
自立支援協議会の設置

地域移行推進チームのメンバーの役割②

- 委託相談事業所及び基幹相談支援センター
 - ・ 退院意欲を取り戻す支援
 - ・ 地域移行推進チームのエンジン
 - 指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所
 - ・ 地域相談支援ができる体制づくり
 - 保健所
 - 精神科病院への働きかけ、市町村へのつなぎ
 - ピアサポーター
 - ・ 身近な生活者としてのモデル
-

10.地域移行支援チームの手だて

- 個別のケースからの支援方法を共有する
 - 我が町の住人が何人入院しているか把握
 - 自立支援協議会に働きかけを行う
-

引用・参考文献

1. 指定一般相談支援事業所(地域相談支援)と精神科病院の職員が協働して地域移行に向けた支援を行うための 研修カリキュラム及びガイドライン等の開発報告書、日本精神保健福祉士協会,2019.
 2. ドコモ・プラスハートの障害者情報サイト <https://plusheartly-salon.com/situation/service-contents-01/>
 3. 静岡市障害者協会:https://shizu-shokyo.org/consult_top/commsupp/
 4. 厚生労働省障害者福祉:https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/index.html
 5. 地域自立支援協議会:<https://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu-report-DB/db/19/165/report/report02.html>
-