

複写転用禁止

国分寺市委託事業

平成 30 年度
国分寺市相談支援スキルアップ研修 ネットワーク研修Ⅰ
(平成 30 年 5 月 16 日)

開催報告書

「地域移行支援 in 国分寺
～私たちにできる具体的行動～」

国分寺市障害者基幹相談支援センター

目 次

【報告の概要】	1 ページ
【アンケート集計】	3 ページ
1. 講 演	
君島 淳子氏	5 ページ
「精神障害者の地域移行支援に係る東京都の取り組みの変遷について」	
*パワーポイント資料…P21~P27	
2. 報 告	
伊澤 雄一氏	12 ページ
国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会からの報告	
「地域移行促進について」	
*パワーポイント資料…P28~P29	
3. 全体討議	
会場の関係機関から、現状報告・実践報告等	15 ページ
4. 報 告	
尹 聖根氏	18 ページ
地域移行ケース：好事例の報告	
*パワーポイント資料…P30~P32	
【全体のまとめ】	
君島 淳子氏	19 ページ

発 行 : 国分寺市障害者基幹相談支援センター
〒185-0002
国分寺市東戸倉 2-7-26 KOCO・ジャム内
電話 042-320-1300
発行日 : 平成 30 年 7 月 31 日

国分寺市委託事業
平成 30 年度 国分寺市相談支援スキルアップ研修会 ネットワーク研修 I
「地域移行支援 in 国分寺 ～私たちにできる具体的行動～」
研修実施報告書

日 時	平成 30 年 5 月 16 日 (水)	場 所	cocobunji プラザ リオンホール A
	13:30～16:30	主 催	国分寺市障害者基幹相談支援センター

参加者：33 名〈参加者内訳〉

精神科病院	4 名	根岸病院・やさか記念病院・高月病院
相談支援事業者	9 名	地域活動支援センター虹・地域活動支援センターつばさ 地域生活支援センターブラッツ
地域移行促進事業者	2 名	はらからの家福祉会・多摩在宅支援センター円
障害福祉サービス事業者	1 名	グループホーム桃
訪問看護ステーション	1 名	そよかぜ訪問看護ステーション
地域包括支援センター	7 名	国分寺地域包括支援センター こいがくぼ・もとまち・ひかり・ひよし・なみき
行政	9 名	多摩立川保健所・国分寺市生活福祉課・国分寺市障害福祉課
参加者合計	33 名	

(他、事務局 5 名)

1. 講演 「精神障害の地域移行支援に係る東京都の取り組みの変遷について」 (45 分間)

講師：君島 淳子氏 東京都立多摩総合精神保健福祉センター
広報援助課 課長代理 地域体制整備担当

東京都の地域移行に係る取り組みの変遷について、平成 16～17 年度の精神障害者退院促進モデル事業に始まり、平成 18～23 年度の精神障害者退院促進支援事業、平成 24 年度～現在に至る精神障害者地域移行体制整備支援事業に関する内容と経緯を、国の動向も交えてご講演いただいた。また、東京都の精神保健医療福祉の状況については、東京都障害者計画及び東京都障害福祉計画や、東京都精神保健医療実態調査に沿ってご講演いただき、これまでの取り組みにおける課題と今後の方向性が整理された。それに伴い平成 30 年度から精神障害者地域移行体制整備支援事業内容が変更となっている点についても、理解し共有する時間となった。

2. 国分寺市地域自立支援協議会精神保健福祉部会からの報告「地域移行促進について」 (25 分間)

報告：伊澤 雄一 部会長

東京都の取り組みについての講演の後、国分寺市における、地域移行支援への取り組みについて共有するため、精神保健福祉部会からの報告を行った。平成 29 年度に事例検討を通して取り組まれた地域移行(精神科病院からの退院)の「促進要因」と「阻害要因」を精査する過程で、関係機関の共同・連携や、理解ある不動産仲介業者等も含めた地域の支援資源の発掘、精神障害者にも対応した「地域包括ケアシステム」構築に向けた協議検討が必要であることが整理され、報告された。

3. 会場からの現状報告 (20 分間)

参加者より、地域移行支援における現状報告や、事業及び業務内容についてお話いただいた。多職種による連携体制や共同できる支援体制の構築のために、地域移行支援に関わる各機関の取り組みを理解し、「顔の見える関係」から「信頼しあえる関係」にネットワークを深化させることを目的とした。

- ① 精神科病院からの現状報告
報告者 | 根岸病院：佐々木氏 (ソーシャルワーカー)

- ② 精神科医療地域連携事業について報告
報告者 | 高月病院：大西氏（ソーシャルワーカー）
- ③ 行政からの報告
報告者 | 国分寺市障害福祉課：石丸氏（相談支援係 係長）
- ④ 地域包括支援センター 認知症地域支援推進員の取り組み
報告者 | 地域包括支援センターもとまち：高頭氏（社会福祉士）
- ⑤ 高齢者見守り相談窓口について
報告者 | 高齢者見守り相談窓口こいがくぼ：上村氏（社会福祉士）

4. 好事例の報告 (25 分間)

報告：伊 聖根氏 社会福祉法人はらからの家福祉会

国分寺市地域自立支援協議会 精神保健福祉部会でも報告・検討された、地域移行支援における好事例の報告を行った。地域移行支援の困難さの克服に目を向けるのではなく、好事例から、支援の強みやポイントを再確認し、今後活かせるヒントや支援のアイデアを得て、前向きな支援の検討につなげることを目的とした。報告から、利用者や家族に寄り添う、あきらめない支援の実践を学び、前向きな気持ちでグループワークに臨むことにつながった。

5. グループワーク 7~8名×5グループ (30 分間)

医療・福祉（障害分野・高齢分野）・行政の各分野からの参加を得て、各グループの構成メンバーをバランスよく多分野多職種に振り分けることができた。意見交換を通して、それぞれの立場からの理解や解釈、支援の視点が違うことが共有でき、各関係機関の役割や強みを活かした多職種連携（縦割りではない横のつながり）の重要性を再確認できた。

グループワークでは、好事例や地域移行促進の報告等から印象に残ったことや学んだことを意見交換した上で、「自分たちで取り組める具体的な行動」「こうしたい、連携の形」「あったら良いと思う支援」「あったら良いと思う資源」について出し合い、共有した。

6. グループ発表及び総評 (20 分間)

各グループからのグループワークの討議内容発表の後、講師からの総評をいただいた。利用者の思いに寄り添い、地域資源を活用して支援を考える上では、インフォーマル資源も含めた、地域のコミュニティ情報を関係者で共有できることが重要になる。ピアサポーターの力も活かした支援や、医療・高齢・障害の分野を超えた包括的なかわりを、行政も含めて、支援者同士が相談し合える関係性のなかで支援できれば、地域移行につながる、と考える意見は多かった。また、病院に出向いていく支援や、長期入院者が利用しやすいショートステイやトライ&エラーができる場の開拓の必要性、町内会を含めた地域とのつながりや理解ある不動産業者との関係性構築などもあげられた。これに対して講師からは、これらの意見一つ一つを実現することが、国分寺市の精神障害者に対応する地域包括ケアシステムの構築につながる、との総評があった。好事例の報告にあった、継続した諦めない支援には、ピアサポーターが果たした役割も大きく影響している。今後、ピアサポーター養成への検討も重要になることも、総評としてあげられた。

7. まとめ

地域移行支援をテーマとした研修会は、昨年度に引き続き2度目の開催である。今回は、今年度の地域自立支援協議会のテーマである「顔の見える関係から信頼しあえる関係へ」を研修目的の一つに加え、協議会との連動を意識した研修の組み立てを行った。精神保健福祉部会で検討された「地域移行促進について」の活動報告は、部会での取り組みを研修会で周知し、抽出された課題について更に検討することで、地域に組み込みの輪を広げることを目的としている。

分野を超えたネットワークは、研修会を通して以前より構築されつつある。今後はこれらのネットワークを活用し、実際の具体的な行動につなげる取り組みが重要になってくる。精神保健福祉部会との連動のもと、地域移行支援の促進を通して、精神障害者に対応する地域包括ケアシステムの構築を具体的に検討し、実践につなげていく動きを図っていく必要がある。

アンケート集計 集計結果



参加者：33名 回答者：25名（アンケート回収率：77%）

1. 本日の研修はいかがでしたか。

たいへん参考になった：19名（76%） 参考になった：6名（24%）
普通：0名（0%） あまり参考にならなかった：0名（0%） その他：0名（0%）

2. 「地域移行支援」について理解をすることができましたか？

よく理解できた：10名（40%） 理解できた：15名（60%）
普通：0名（0%） あまり理解できなかった：0名（0%） その他：0名（0%）

3. 今後、実際の業務で取り組みそうなことは見つかりましたか？

下記に掲載

4. その他今後の研修で取り上げて欲しい内容や研修会への要望等ご自由にお書きください。

下記に掲載。

5. 所属している団体について教えてください。（重複回答あり）

精神科病院：4名（16%）	相談支援事業者：3名（12%）
障害福祉サービス事業所：2名（8%）	地域包括支援センター：5名（20%）
行政職員：8名（32%）	訪問看護ステーション：1名（4%）
その他：1名（4%）	未回答：0名（0%）

自由記述欄（抜粋・要約）

1. 本日の研修はいかがでしたか。

たいへん参考になった：19名（76%） 参考になった：6名（24%）

▶他機関との情報共有が有益だった。

- ・多機関・多職種の方の取り組みや苦労がわかり、大変勉強になった。
- ・具体例を含め、このように共有する機会があるとネットワークも広がるのではと感じた。
- ・今後、障害の分野について深めていく必要があると痛感した。
- ・ピアサポーターなど初めて聞く言葉だった。
- ・長期入院の方は病院以外の場で過ごす機会が必要だと思った。
- ・国・都のこれまでの経緯とこれから先の動向が分かりやすかった。
- ・本人の気持ちに寄り添うことの大切さを改めて実感した。

▶グループワークの時間が有意義だった。

- ・グループワークで支援者の想いが知れて良かった。時間がもっとほしかった。

2. 「地域移行支援」について理解をすることができましたか？

よく理解できた：10名（40%） 理解できた：15名（60%）

▶地域移行支援について

- ・根拠となる事業体系を学び、十年以上前からの組織的な取り組みであることが分かった。
- ・移行支援の流れが理解できた。はらからの家の粘り強い取り組みに頭が下がった。
- ・好事例では、本当に粘り続けて関わり、諦めないことが重要だということがよく分かった。
- ・諦めない、信じきる、寄り添うなど、高齢での意思決定支援の際にもとても参考になった。
- ・「地域移行」と「地域定着」の違いが分からなかった。
- ・医療審査会、弁護士、強制退院など、知らない言葉がたくさん出てきた。
- ・今後とも多職種の方との連携を深めていきたい。

- ・GHSS(グループホーム活用型ショートステイ事業)、LP(ライフパートナー)というキーワードは高齢者支援でも施設利用や関係者との関わり方を考える参考になると思う。

3. 今後、実際の業務で取り組みそうなことは見つかりましたか？

- ・事務所へ戻り研修し、職員の意識を高め、様々なケースを受け入れていきたい。
- ・センターで共有し具体的なことを話し合いたい。
- ・地域の中でアウトリーチを行い、関わりの中で相談のルートを枝分かれさせ、それぞれの専門分野での支援があるということが強みかなと、とても参考になった。
- ・支援者が諦めないことが大事だと思う。
- ・昨年に引き続き、「顔の見える関係」が深められたことが良かった。
- ・介護だから、障害だからという縦割りの意識をなくしていきたい。
- ・まずは顔の見える、腹の見える関係づくりを心がけていきたい。
- ・相談があればまずは足を運び、丁寧な相談体制をつくること。
- ・本人の自己決定支援のために相談員一人ではなく、LP(ライフパートナー)や他機関と連携しながら丁寧に行っていきたい。
- ・連携するイメージがひとつできた。
- ・様々な事業所とつながりを広げることが本人のメリットや強みになっていくことが分かった。
- ・本人・家族・支援者の意識改革が大切だと感じた。
- ・好事例にあった、諦めないで支援を続けることを参考にしたい。

4. その他今後の研修で取り上げて欲しい内容や研修会への要望等ご自由にお書きください。

- ・ピアサポーター活動について
- ・地域連携（関係機関連携）における好事例を聞きたいです。
- ・本人中心の支援において、家族にどう協力をお願いしていくのか（家族責任の範囲はあるか）
- ・介護と障害共同での情報共有・学びの場があるといいです。
- ・年1回と言わず、開催をお願いしたい。（グループワークの時間が多い方が良い）
- ・地域移行支援の事例検討会・勉強会、事例を通じたディスカッションや意見交換の場。
- ・独居・生活保護・精神障害の方の居所の課題や継続支援の課題と方法について。
- ・障害と高齢分野でお互いに現場実習してみたい。
- ・福祉以外の地域住民に現在の国分寺の福祉状況をお伝えする機会があると良い。
- ・今後も交流できるような研修をお願いしたい。

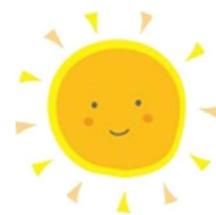


※多機関から多くの支援者にご参加いただきました。

平成 30 年度 相談支援スキルアップ研修 ネットワーク研修 I

地域移行支援 in 国分寺

～私たちにできる具体的行動～



日 時：平成 30 年 5 月 16 日（水） 13：30～16：30

会 場：cocobunji プラザ リオンホール A ホール

1. 講 演 「精神障害者の地域移行支援に係る東京都の取り組みの変遷について」

東京都立多摩総合精神保健福祉センター広報援助課

課長代理 地域体制整備担当 君島 淳子氏



こんにちは、多摩総合精神保健福祉センター地域体制整備担当の君島です。本日は、東京都の地域移行支援に係る取組の変遷についてお話しさせていただきます。地域体制整備担当は、都内 3 つの精神保健福祉センターに 1 名ずつ配置されていて、私は多摩地域を担当しております。

東京都は、平成 16(2004)年度に「精神障害者退院促進支援モデル事業」、平成 18(2006)年度に「精神障害者退院促進支援事業」、そして平成 24(2012)年度から「精神障害者地域移行体制整備支援事業」の 3 事業を実施してきました。

今日の研修では、平成 16(2004)年度から現在までの事業の流れを説明し、東京都が 14 年間、どのような現状や課題に、どのような考え方や方針で施策や事業を展開し現在に至ったのか、その経緯をお話しします。そして、東京都の精神保健医療福祉の状況もお伝えしたいと思います。本日は改めて「地域移行・地域定着支援」について、今日ご参加の各機関や各職種の皆さま方と一緒に考える機会になればと思います。

《精神障害者の地域移行に関する取り組みの経緯》

平成 12(2000)年度に大阪府で、退院促進に関する「社会的入院解消研究事業」が開始され、平成 14(2002)年度には、国の社会保障審議会精神障害者部会報告において、全国の精神科病院を対象に実施されたニーズ調査の結果、「受け入れ条件を整えば 6 カ月以内に退院可能な精神障害者は 7 万 2 千人」との数字が出されました。それを受けて、厚生労働省に精神保健福祉対策本部が設置され、東京都も「東京都地方精神保健福祉審議会答申」で「精神障害者の保健福祉対策の新たな展開について」を取りまとめ、この辺りから「地域移行」の取り組みが始まります。

平成 15(2003)年度、都では「約 5 千人に及ぶ精神障害者の退院可能な社会的入院患者の解消に向けた対策を講じること」によって、第 1 期障害福祉計画の目標として 2,500 人の社会的入院者の退院を目指しました。平成 16(2004)年度、国は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示し、これを踏まえて都は、平成 16-17(2004-2005)年度に「精神障害者退院促進支援モデル事業」に取り組みました。そして、障害者自立支援法が施行された平成 18(2006)年度には、国の事業として「精神障害者退院促進支援事業」が位置づけられ、都でも同名称の事業を平成 23(2011)年度まで実施しました。

次の転換期は、平成 24(2012)年度のことです。障害者自立支援法に基づく「地域相談支援事業(地域移行・地域定着支援)」が障害福祉サービスに組み込まれ、個別給付化されました。それに伴い、都では「精神障害者地域移行体制整備支援事業」をスタートさせ、現在に至っています。平成 29(2017)年度までは同様の事業内容で続けてきましたが、平成 30(2018)年度からは内容を一部変更して実施しています。平成 26(2014)年度、病院を対象に開始された「精神障害者早期退院支援事業」「精神保健福祉士配置促進事業」は、今年度 1 年間は引き続き実施します。

今年度からの事業変更にあたっては、東京都保健医療計画や第 5 期東京都障害福祉計画などの策定もあったことから、昨年、東京都精神保健医療実態調査を行いました。ここまでが、経緯の流れとなります。

《精神障害者退院促進支援モデル事業（平成 16(2004)年度～）について》

次に、「精神保健福祉施策の改革ビジョンの枠組み」をご覧ください。改革ビジョンは、平成 16(2004)年に策定され、施策を行う上での基本的な理念としてその理念は現在も続いています。「国民の理解の深化」「精神医療の改革」「地域生活支援の強化」を柱に精神保健福祉施策の基本的方策を進めていくという国の方針です。これを踏まえて、都は平成 16(2004)年度から「精神障害者退院促進支援モデル事業」を開始しています。

事業の実施体制として、サポートセンターきぬたと巣立ち会が、個別の退院支援を行いました。対象者は、当時、精神科病院に 1 年以上入院している精神障害者で、病状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能な方、そして、ご本人が退院を希望し、精神科病院の管理者の推薦がある(退院を認めている)方というのが要件でした。

サポートセンターきぬたは、松沢病院と烏山病院のご協力を得て、医局内にコーディネーター用の机を置き、病院や病棟に出入りできる環境を整えていただき、相談支援事業者から病院に出向いて入院中の対象者の退院を支援する、という今の事業の原型となる活動を行いました。巣立ち会は、対象者の方が法人の作業所に通い、数カ月安定して通える力がついてくると、法人のグループホームなどを活用して退院につなげていく、という流れで実施しました。その結果、当時家族がいない、退院先が確保されていないなどの理由から退院が困難と思われた長期入院者 56 名のうち、23 名が退院できました。この事業を通じて分かったことは、地域の支援者であるコーディネーターが、入院中の対象者の元に出向いて働きかけを行う、いわゆるアウトリーチを行い、ケアマネジメントの手法に基づいた支援をすることが効果的であった、ということです。また、入院中に病院以外の場所で過ごしてみる、泊ってみるといった体験の場の必要性、例えば、グループホームの 1 室を利用した体験宿泊の仕組みや、退院後の円滑な訪問看護の導入、そして、地域に住んでいる方の病状悪化や入院を防止するための休息の機能が必要なことが分かりました。

《東京都精神障害者退院促進支援事業（平成 18(2006)年度～）について》

モデル事業の結果を踏まえて、平成 18(2006)年度から平成 23(2011)年度まで、「東京都精神障害者退院促進支援事業」を 6 年間実施しました。今日の研修に参加しているはらからの家福祉会は、平成 18(2006)年秋頃から、多摩在宅支援センター円は、平成 20(2008)年度からこの事業を受託していただいています。「退院促進コーディネート事業」と「グループホーム活用型ショートステイ事業(GHSS)」の 2 つの委託事業も、平成 18(2006)年度の開始から一斉にスタートしたのではなく、6 年間かけて事業者数を増やして積み上げてきた事業です。「退院促進コーディネート事業」では、委託事業者の退院促進コーディネーターが担当する精神科病院を訪問し、病院から

紹介を受けた個別ケースの動機づけ支援から退院後のアフターフォローまで、一貫した支援を行いました。「グループホーム活用型ショートステイ事業(GHSS)」は、グループホームに専用居室を1室確保し、そこに入院中から通っていただき、日中滞在や宿泊体験を通して退院後の生活のイメージづくりや生活の評価を行いました。「精神科訪問看護推進事業」は、平成20(2008)年度で終了になりました。それ以降は、訪問看護に携わる方々の研修という形式に変更しています。この事業で、地域定着には退院後の円滑な訪問看護の導入がとても重要であるということが分かりました。

《地域移行・地域定着支援事業への移行》

平成24(2012)年4月の障害者自立支援法改正に伴い、「地域移行支援」と「地域定着支援」が障害福祉サービスに組み込まれました。それまでは、補助金で行われていた事業と同様の事業が障害者自立支援法に基づく個別給付の事業になることを受けて、都は事業転換の検討が必要になりました。障害福祉サービスは、本人がサービスの利用を希望し、了解している方を対象に実施されず。退院を希望する方は、入院前の居住地である区市町村に自分の退院を支援して欲しい、と事業を申請することで地域移行支援が開始されます。ところが、これまで都の退院促進支援事業で支援した対象者は、自ら「退院したい」と表明できる方ばかりではありません。退院を希望していてもそのことを表明できない、病状が安定し退院が可能と言われていても退院に前向きになれない人も少なくないため、都事業で対象にしてきた方々への支援について議論が必要でした。

そのため、「退院促進支援事業」を振り返り課題を整理した結果、一点目の課題として、長期入院者にとって退院に向けた動機づけ支援は、今後も事業として必要であるという結論に至りました。また、二点目の課題として、退院に向けた動機づけから住まい探し、退院後のアフターフォローまで、一貫した支援が可能となる体制づくりが必要であることが分かりました。三点目は、長期入院者の支援の継続性です。コーディネーターと共に多くのピアサポーターに病院のプログラムに参加いただき、学習会と称して、病院職員や長期入院者に向けてピアサポーターの体験を話していただきました。実際にピアサポーターの声を聞くことで、入院中の患者さんが退院したいとの思いを強くすることはもちろんのこと、病院職員が実際に退院された方々を目の当たりにして、「退院できるんだな」という職員側の意識改革にもつながりました。これからも長期入院者を支援する方々に向けて、長期入院者の解消に向けた働きかけや活動を継続的に行っていくことが必要になります。四点目は、東京都の医療体制の特性を考慮した支援の必要性です。東京都は精神科病院が偏在しています。特に多摩地域に病床数が多く、入院前の住所地と入院中の病院の住所地が離れていることが少なくありません。事業者は、広域に亘る退院支援に一生懸命取り組んでいますが、都の特性を考慮した広域的な支援体制の整備が必要になります。

《精神障害者地域移行体制整備支援事業（平成24(2012)年度～）について》

地域移行・地域定着支援が障害福祉サービスに組み込まれて、個別給付化されたことで、都事業はどの部分を担っていくのかと言うと、資料「地域生活への移行に向けた支援の流れ(イメージ)」図の左上に記載のある【この流れに乗る前を都事業で支援】のところになります。退院したいという気持ちになるまで都事業を通じて動機づけ支援を行い、対象者を区市町村または地域の相談支援事業者につなげて、地域から病院に迎えに来ていただき地域移行支援の流れに乗せていく、という役割を担うことになりました。平成24(2012)年度に「東京都精神障害者退院促進支援事業」を改め、「精神障害者地域移行体制整備支援事業」として実施しており、6カ所の地域移行促進事業者（以下、「都事業者」）に事業を委託しています。都事業者は、都内63の協力病院を一事業者あた

り 10~12 カ所担当し、病院に定期的または随時訪問して病院からの様々な依頼を受けていただいています。主な活動内容は、「個別の動機づけ支援」「病棟活動や OT プログラムでの退院に向けた動機づけ支援」です。退院に向けた動機づけ支援では、コーディネーターがピアサポーターと一緒に病院プログラムに参加し、退院準備グループや病棟内グループ、社会資源の紹介など様々な活動を行っています。また、「地域のネットワーク体制の構築」では、対象者を指定特定相談支援事業者や指定一般相談支援事業者につなげていくことや、障害福祉や介護保険サービスなど関係機関との連携・調整を行っています。今後は高齢者の支援が課題となっており、高齢分野の関係機関との連携は重要になります。「病院職員への普及啓発」では、ピアサポーターと一緒に事業説明会や学習会を開催しています。「ピアサポーターの育成と活用」も重要な事業であり、法人や事業者でピアサポーターを育成して活用の場を広げています。

《地域移行促進事業者における個別支援の状況とグループホーム活用型ショートステイ事業》

都事業者における個別支援の状況は、平成 29(2017)年度分が未集計のため、5 年間の推移ですが、年間個別相談者数(平均)は 333.4 人です。平成 28(2016)年度の退院者数は 97 人、うち個別給付を使用して退院した方が 31 人です。個別給付を使用しての退院者数は、25 人から 31 人の推移に留まっており、この数を増やしていくためにはどうしたらいいのか、ということです。

平成 29(2017)年度におけるグループホーム活用型ショートステイ事業所は、5 か所となっています。この事業の一番の特徴は、「アセスメント」です。グループホームの専用居室を利用し、病院以外の場で生活を体験することで、対象者の生活力の評価を行い、日常生活を送る上での課題や必要な支援などを明確にします。利用期間は、1 回につき最大 7 日以内で、利用回数と支援期間の制限はありません。対象者の中には数年に亘り、この事業を利用して退院された方もいました。

実績表をみると、平成 24(2012)年度に 12 だった事業者数は、予算の関係などもあり段階的に数を減らし、平成 26(2014)年度からは 5 事業者となっています。入院中の方が病院外の場所で日中滞在や体験宿泊ができるサービスは地域移行支援事業にもありますが、都事業は利用回数の制限がないことや受け入れ会議から利用開始まで比較的短い期間で利用できるなどの理由から、利用の要望もあり、6 年間事業を継続してきたところです。

《東京都の長期入院者数と圏域別の精神病床状況》

では次に、東京都の精神保健福祉の状況についてお話しします。

都は、平成 27(2015)年度、第 4 期東京都障害福祉計画を策定しました。平成 29(2017)年度目標として、入院後 3 カ月時点の退院率 64%以上、入院後 1 年時点の退院率 91%以上、長期在院者数(入院期間 1 年以上)9,643 人を掲げました。東京都の長期在院者数(入院期間 1 年以上)は、右肩下がりで徐々に減っていますが、未だ 1 万人を切ることができず目標達成には至っていません。

平成 28(2016)年度の数字になりますが、青梅市の病床数は、2,442 床、青梅市の人口が 13 万 6 千人、人口 1 万人あたりの病床数が 178.8 床で、恐らく世界一の数字だと言われています。また、東京都は、病院の偏在から多摩地域に病床数が多く、多摩地域の病院に入院している方の約 4 割は入院前の居住地が区部と言われており、退院支援は西から東の地域へと、遠方への支援になります。人口病床数格差(多摩地区対区部)は依然として約 5 倍の状況が続いています。

平成 27(2015)年度の多摩地域における地域相談支援事業個別給付件数(支給決定件数)については、「地域移行支援」の給付件数が 41 件(実人数 34)、「地域定着支援」の給付件数が 32 件(実人数 30)と、低い数字で、ほぼ横ばいの状況が続いています。

《東京都精神保健医療実態調査》

平成 29(2018)年度に東京都が実施した精神保健医療実態調査について、精神科病院、相談支援事業者、訪問看護ステーションのアンケート結果についてお伝えします。地域移行に関する調査結果では、精神科病院における長期入院患者の退院促進に向けた取り組みは、OT 活動 63.1%、動機づけ支援が 50.0%と、地域移行の取り組みが進んでいます。一方で、特に取り組んでいないと回答した病院が 22.6%ありました。また、病院における退院促進に向けた体制整備の状況は、退院促進に係る業務に専従する職員の配置が 37.6%、退院を促進する多職種チームの配置が 36.5%と、体制整備が進んでいます。一方で、特に何もしていないと回答した病院が 28.2%ありました。医療保護入院者本人・家族への地域援助事業者等の紹介（精神保健福祉法で紹介するようにとある）では、「ほぼ全て」「ある程度」の回答を合わせて約 6 割でした。さらに、「地域移行支援」（個別給付）の利用を勧めた人数は 80 施設で 145 人、うち 75 人が給付決定を受けています。

相談支援事業者への調査において、事業者が実施している相談支援事業の割合は、計画相談支援が 94.8%「地域移行支援」（個別給付）が 31.2%、「地域定着支援」（個別給付）が 26.9%でした。平成 27(2015)年度、地域移行支援件数が 0 件と回答したうち、実績がなかった理由としては、「対象者がいなかった」が最も多く 67.5%でした。「対象者がいない」とは、様々な意味があると思いますが、今後検討が必要と考えています。訪問看護ステーションが日頃から連携を図っている関係機関は、かかりつけ医療機関、居宅介護支援事業所で当然と言えばそうですが、相談支援事業者も 36.0%で、安定した地域生活を支援する機関として今後、さらに双方の連携強化が図れるとよいと考えています。

《東京都における精神障害者地域移行体制整備支援事業の課題と今後の方向性》

今年度は、第 5 期障害福祉計画の開始年度になります。「第 5 期障害福祉計画に係る国の基本指針の見直しについて」には、基本指針の見直しの主なポイントとして「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」が挙げられており、成果目標（計画期間が終了する平成 32 年度末の目標）として、「②精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築：保健・医療・福祉関係者による協議の場（各圏域、各市町村）の設置」が示されました。これから各市町村は、保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置に向けて具体的な取り組みを進めていくこととなりますが、今後、地域自立支援協議会などで内容や方法について話し合っていくこととなります。

東京都としても、「第 5 期東京都障害福祉計画 成果目標」の達成に向けた取り組みをより一層進めていく必要があり、昨年度「精神障害者地域移行体制整備支援事業」の課題と今後の方向性について検討しました。精神障害者地域移行促進事業の「(1)個別支援を実施する中での課題」として、病院から都事業者が相談を受ける方々は、長期入院者で本人・家族がなかなか退院をイメージできない、退院を受け入れられない、身体合併症がある、高齢者で介護保険サービスの利用が必要な方々のために、今後支援に向けた検討が必要です。特に、入院者の高齢化に伴い、高齢分野の関係機関や関係者との連携を強めていかななくてはならないと考えています。

次に、「(2)地域移行・地域定着の個別給付に関する課題」です。先ほど個別給付件数を示しましたが、自治体によって支給決定をした件数にばらつきが見られます。数字を上げている自治体と、逆に実績のない自治体もあります。指定一般相談支援事業者は、都が指定をして、その数は微増してはいますが、地域移行支援事業を実際に実施している事業者は少ない状況があります。

次に、「(3)病院での地域移行の取組み推進に関する課題」です。地域移行コーディネーターの活動は、病院に周知されるようになったと言えます。地域移行の取り組みが進んでいる一方で、活動

の実施が困難な病院もあり、今後も継続的な働きかけが必要です。

さらに、「(4)ピアサポーターの育成及び活用の推進活動に関する課題」です。ピアサポーターの活動は、入院中の方だけでなく、病院職員の地域移行に関する理解の促進にもつながっていて、ピアサポーターの活動は今後、より重要になってくると思います。

グループホーム活用型ショートステイ事業(GHSS)は、入院中の利用のため、病院からグループホームまでのアクセスが課題となっています。遠方のグループホームを利用できない場合や、利用が集中しタイムリーな利用が難しい場合もあります。都内5カ所のため、全都をカバーすることはなかなか大変になります。人材育成事業では、全都的に100人規模の職種別・機関別の研修を実施してきましたが、研修後の効果がつかみにくく、地域の課題に対応した地域特性を考慮した研修が必要です。

《平成30(2018)年度からの精神障害者地域移行体制整備支援事業》

平成30(2018)年度から「精神障害者地域移行体制整備支援事業」は、上記の課題と今後の方向性を踏まえた上で、一部内容を変更して実施しています。まず、平成29(2017)年度までの「人材育成事業」の柱が削られました。また「精神障害者地域移行促進事業」は、ア「地域移行・地域定着促進事業」、イ「ピアサポーターの育成及びピアサポートの活用を促進するための体制整備」、ウ「地域移行関係職員に対する研修」の内容に変わりました。

都が事業を委託している6カ所の都事業者は、これまで病院担当ということで、病院の相談に様々な形で応えて個別支援やプログラムを推進してきましたが、一方で、退院者の受け皿となる地域に目を向けると、指定一般相談支援事業者の地域移行支援(個別給付)はなかなか進んでいない状況です。病院が遠方で迎えに行けない、マンパワーがない、経験がないなど理由は様々ありますが、地域援助者が都事業者のようにフットワークよく病院に入っていけない状況があります。都事業者が担当する病院に入って退院支援をするだけでは、とても長期入院患者の退院支援には届きません。相談支援事業者につなげるまで、都事業者が支援しますので、指定一般相談支援事業者の皆さんに力をつけていただき、地域移行支援を使って病院に長期入院者を迎えに行っていたきたい。市も同様です。市民がどこの病院に何人入院しているのかを把握し、市民の長期入院者の退院に責任を持っていただき、市と事業者が連携して退院支援を進めていくという動きを進めるため、都事業者は地域の支援者としての役割を担っていきます。

次に、ピアサポーターの育成及びピアサポートの活用を推進するための体制整備は、重要な取り組みとして柱の一つに掲げています。これまでも都事業者はピアの養成や活用に取り組んでいますし、様々な形で活動の場を広げてきています。一言でピアサポーターの育成と活用といってもこの活動の幅は広く、東京都全体となるとどこで、誰が、どのような活動をしているのか全く見えません。そのため今年度は、ピアサポーターに関する実態調査を行う予定です。年度前半で内容を検討し、後半で調査を行う予定です。地域移行支援関係職員に対する研修は、今年度より、都事業者が研修を主催します。企画・運営に始まり、圏域ごと開催する予定です。

今年度の都事業者は、昨年度のリストにある「地域生活支援センター リヒト」に代わり「相談支援センター あらかわ」が新たに加わりました。

次の図は、都事業者の担当区市町村になります。二次保健医療圏域でいうと、西多摩・北多摩西部圏域の担当は「地域生活支援センター プラッツ(国分寺市)」、南多摩圏域の担当は「多摩在宅支援センター 円」、北多摩北部・北多摩南部圏域の担当は「野の花」となります。区部は、「地域生活支援センター サポートセンターきぬた」、「めぐはうす」、「相談支援センター あらかわ」です。そ

れぞれがエリア担当としてエリア内の相談や調整に当たります。例えば、多摩地域の病院から入院前居住地の区に退院すると想定して、病院は区に直接地域移行支援の連絡を入れます。しかし、遠方であることやマンパワーなど、様々な事情で地域移行支援が進まない場合は、区のエリア担当の都事業者が支援に入り、指定一般相談支援事業者、区市町村、病院と一緒に地域移行に取り組む体制を考えていきます。昨年度までの個別支援に関して支援継続されている方々については、従来担当していた事業者が責任をもって退院や方向性が決まるよう今年度支援することになっています。

次の図は、グループホーム活用型ショートステイ事業(GHSS)の担当事業所になります。地図でみると、都内5カ所にあるグループホーム活用型ショートステイ事業(GHSS)の事業所は、病院の偏在を考慮した配置にはなっていません。そのため、地域移行支援事業(個別給付)の体験宿泊を市内のどこで受けられるのか予め考えておく必要があります。

最後に、病院を対象にした事業ですが「精神障害者早期退院支援事業」をお伝えしておきます。この事業は、医療保護入院者の退院支援のためのケア会議等に地域援助事業者が参加した場合、都がその参加費用を病院に助成するというものです。病院への周知は熱心に取り組んでいますが、地域の方々にはあまり知られていない現状があります。都への申請は病院が行い、現在、68病院がこの事業を活用しています。今年度1年間は継続して実施するので、ぜひ普及させていきたいと思っています。ケア会議に出席される折には、病院がこの事業を活用しているか、ぜひ確認してください。病院対象事業でもう一つ、「精神保健福祉士配置促進事業」に対しても都が補助しています。

《おわりに》

ここまで、精神障害者の地域移行・地域定着支援に係る東京都の取組の変遷についてお話してきました。東京都には1万人を超える長期入院者の方々がいます。この事業だけで長期入院者の退院支援を進めていくことは無理がありますし、退院支援には様々な支援のあり方があります。家族や病院のケースワーカーによる支援で退院する方、個別給付を使って退院する方、都事業者の支援で退院が進む場合もあります。これからは、病院からの連絡を待っているのではなく、市民がどこの病院に、どのくらい入院しているかアンテナを張り、地域援助者が病院に会いに行く、病院と連絡をとって、退院が可能な市民がいるか聞いていただく取り組みが求められます。実際に、いくつかの市がチームを組み、長期入院者の把握のために病院と意見交換を始めていますし、市が長期入院者の割り出しを行い、病院に出向いて本人に会い、退院の意向を確認する取り組みも耳に入ってきています。

そして、一人でも多くの長期入院者の方々に退院していただきたい。今日のように、保健所や病院、市内の多職種の支援者の方々が一つの会議に集まって地域移行を考えるということが国分寺市の大きな強みといえます。このような取り組みを益々発展させていきたいと思えます。これからは介護保険関係機関との連携は必須になると思います。私自身も、介護保険の方々と一緒に事業を進めていきたいですし、地域包括ケアシステムをどのように築いてこられたのか知りたいです。それは精神障害の方々の支援に必ず役に立つと思っています。相互交流というのは、本当に大切なことなので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

2. 報 告 「地域移行促進について」

国分寺市障害者地域自立支援協議会

精神保健福祉部会 伊澤 雄 一部会長



皆さんこんにちは。はらからの家福祉会の伊澤と申します。皆さんすでにご存知のとおり、地域自立支援協議会は、地域課題を抽出しながら様々な活動を行っていき、障害者総合支援法に位置づけられた会議形態です。全体会は年に3回程度、部会は年に4回程度、開催しています。本日は、「地域移行促進」に大きく焦点を当てながらお話しをさせていただきます。精神保健福祉部会は、市内外の支援関係機関(医療、福祉、介護)の代表者(官民あわせ10名)による協議を行っています。市内の精神保健福祉医療に関わる関係機関で情報共有を図り、「顔の見えるネットワーク」の構築を進めており、関係構築を図りながら、事例を通じて共同するところまで、織り込んでいきたいと考えています。他にも「就労支援部会」「相談支援部会」の2部会があり、そことの連携・共同も視野に入れながら進めているところです。

《平成29年度の具体的な取り組みについて》

平成29年度は主に、地域課題の掘り起こしと各課題解決のために必要な取り組みについての協議、事例検討を通じた長期入院者の地域移行・退院促進・地域定着の条件づくりや支援方法についての協議、医療機関や地域の支援関係者と連携を進めるための取り組みを行ってきました。

具体的な取り組み内容について、一つ目は、事例検討を通じて、長期入院者の地域移行に必要な要件や活用できる社会資源、各関係機関ができることなどを共有・協議していくことです。具体的には、地域移行(退院)の「促進要因」と「阻害要因」を精査し、それを分析すること。そして、国分寺市民が最も多く入院している根岸病院(府中市)が取り組む「地域移行機能強化病棟」の実態にも注目していくということです。「地域移行機能強化病棟」とは、当該認定を受けた病棟から毎月1名を退院させていく流れをつくと同時に、病棟の5分の1に相当する病床を1年間で削減していくという目標が織り込まれている病棟です。先ほど、根岸病院のソーシャルワーカー佐々木さんとお話しした際に、病床削減の割合が加速度的に増加傾向にあり、病院としてそのスピード感にどの程度追いついていけるのか、という悩ましい問題が出てきているという話がありました。

二つ目は、地域で顔の見える関係づくりを継続し、医療機関や病院のワーカー、民生児童委員、地域の不動産屋などとの情報交換の場を設定していくことです。不動産屋との情報交換は、平成29年度中に実施することができず、今年度に持ち越しとなっています。

三つ目は、高月クリニックの大西さんにも本日までご参加いただいておりますが、「東京都精神科医療地域連携事業」について情報共有の機会を持つことです。「地域医療」と「入院医療」をどのようにつなぎ、地域の福祉関係を含めた社会資源がどのように絡み合いながら連携強化を図っていくのかを総合的・包括的に検討しながら進めています。以上、三点のうち、本日の中心課題は一つ目の内容となります。

《事例検討を通じて共有・協議してきたこと》

長期入院者の地域移行に必要な要件や活用できる社会資源、各関係機関ができることとして、地域移行(退院)の「促進要因」と「阻害要因」の精査を中心に話し合いを進めました。

昨年9月13日に開催した第2回精神保健福祉部会では2事例の検討を行いました。一つ目は、

感情コントロールが不安定で、周囲とのトラブルが続いていたが退院に向けて動きが出てきた40代女性のケース。もう一つは、家族の反対を乗り越えて、長期入院から地域移行(退院)が実現したという60代女性のケースです。60代女性のケースは、後ほど、はらからの家福祉会の尹スタッフより、詳しい報告をお願いしたいと思います。

昨年10月25日に開催した第3回精神保健福祉部会では1事例の検討を行いました。長期入院まではいかないまでも、病院に依存してきた40代女性のケースですが、支援者側(特に院内スタッフ)が、退院可能と考えられる方の退院に向けて、どのように本人の気持ちをつくり、意欲を喚起していくのか(とても大きなテーマですが)について検討しました。

感情コントロールが不安定という40代女性の事例は、(詳しくは触れませんが)、本人が怒りっぽく、家族に暴力をふるう方がいるなど、不穏な空気が満ちている家庭に戻られる中、環境整備を含めて、どのような条件づくりが必要かを中心に検討しました。家族がとても疲弊している実態もあったため、疲れた時に離れられるレスパイトの場所を確保していく必要もありました。また、過去に安定している時期のある方でしたので、その時期のアセスメントを再度見直し、うまくいっていた時期に行っていた支援のエッセンス(要素)を取り出し、それを基に必要な社会資源を割り出して支援策の再構築を図っていく、という流れを考えていきました。

訪問記録も重要な要素の一つです。訪問看護など、医療目線から課題を見ること、あるいは介入しながら家族関係の調和をつくり、解決を図っていく一つの手立てとして訪問系支援の必要性がある、という話も出されていました。

関係機関が多様に必要とされている中では、関係機関が共同(方針の統一、役割分担)して関わりのながらも、一機関に負担が集中しないよう留意する必要もあります。みんなで担い合うと同時に、どの機関がネットワークや支援チームの軸を取るのかということも考えなければなりません。みんなで集まればよいということではなく、どこにコントロールセンター(司令塔)を置くのかを念頭に置きながら支援を進めていかなければならないと思います。

家族の反対を乗り越えて、長期入院から地域移行(退院)が実現したという60代女性の事例は、後ほどの尹スタッフからの報告に委ねますが、家族の不安がとても強く10年ほど入院していた方です。退院を考えてはいるものの、家族の大反対を受けて、なかなか本人の気持ちが整わずにいましたが、そこを乗り越えていくために実践を重ねてきたという報告になります。対策としてはまず、病院以外の場で過ごすことで得られる推進要素、安心の形成、自由の心地よさ、自信の形成と意欲喚起、生活感覚(形成から呼び覚まし)が、本人の要素として大事なことです。そこから課題を見極め、アセスメント内容を周囲にいる関係者や家族にも情報として提供し、乗り越えていく手立てを示しながら進めていくことです。

また、ピアサポーターからの「私はこうして街で暮らしているけど、あなたもどう?」といったお誘いを含めた情報提供、つまりは、退院後の生活の具体的なイメージづくりのための「サンプル提供」も重要だと思います。詳細は後ほど尹スタッフから報告します。

長期入院まではいかないまでも、病院に依存してきた40代女性の事例は、入院の長期化により、入院生活への慣れが生じ、退院に対する本人の不安や退院意欲の低下、また、入院中に住居を失ったため保証人の確保や経済面での問題も同時にある方のケースです。退院のためには住居の確保が不可欠で、障害に理解のある協力的な不動産仲介業者の確保という大きな課題があり、その点はかなり議論が出されていました。資料に「心ある業者」との記載がありますが、今年度は不動産仲介業者の方と部会が出会いを求めて、様々な情報を得てみたいと考えています。

《精神保健福祉部会で検討した三つの事例に共通する課題》

「支援者の不安」というのが大きな要素として捉えられました。つまり、それはある意味では退院の阻害要因になり得るということです。まずは、支援者自身が対象者の退院を推し進めていく気持ちを奮い立たせていかなければならないよね、という観点から議論がありました。

支援者の具体的な不安として、「入院の状況によって本人の生活能力がつかめていない」「どのような支援が必要なのかアセスメントができていない」「病院以外の場でどう過ごせるのかというイメージがつかれていない」「退院を切り出すことが本人の不安を呼び起こしてしまうとの恐れを抱いてアプローチを避けてしまう」といったことが往々にして見受けられます。

克服の手立てとしては、精神障害者の地域生活支援の実際を観ること、具体的には、支援者自身の各種社会資源の見学・体験を通じた街の暮らしのイメージづくりや、院内研修での地域生活の実態把握などを推し進める必要があるのではないかと思います。支援者自身の情報不足、つまり、街に出ればこんな支援が確保できるというイメージが読めないことが大きな要因ではないか、克服のためには情報収集と実際にその場を見てみるということが必要ではないかと思えます。

中には、入院中に利用できるアセスメントの場面が不足していることも要因の一つではないか、という意見もありました。君島さんのお話の中にもあった「都事業 GHSS(グループホーム活用型ショートステイ)」の活用を通じて、病院以外に過ごせる場を提供していくこと、また、その状況を見ながら何ができて何ができないのか、本人の課題を捉えて支援のイメージをつけていくことが大事ではないか、ということです。宿泊も非常に重要ですが、同時に会場場所というか、体験的に利用できる場所も確保できたらいいなという話も出されていました。

地元国分寺のさつき共同作業所では、入院中から退院を予定している方の利用を一部受け入れています。そういう場所をさらに確保し、そこでの状況をフィードバックしていただきながら支援のイメージを作っていくことが必要だろうと思えます。

さらに、「ピアサポーターによる退院への意思形成支援や外出動向による生活体験等」については、ピアサポーターによる直接的な支援とともに、その支援のあり様を見ながら支援者が得られる支援のイメージをつくっていくことも大事です。当事者であるピアサポーターは、どういう経過を辿って今、街にいられているのかを支援者として捉えながら、ピアサポーター自身と彼らが担っている活動に対するイメージも併せて広げていく必要があるとも思えます。それを見ることで支援者も前を向いていけると思えますし、支援者の「退院支援意欲の喚起・形成」が先決だということを感じた次第です。

《今後の展開として》

部会としては、引き続き、地域課題の掘り起こしと対応を進め、支援関係機関・団体の顔の見える関係づくりと共同・連携を目指していきます。平成 29 年度検討事例の 1 と 3 に関しては、部会員がチームを構成し支援していくことも視野に入れながら、部会としても継続的に経過を見ながら継続検討を進めていきたいと思っています。

また、支援資源の発掘のため、不動産業に関わる方とお話しする機会を設け、「居住支援」の拡大・拡充について議論を深めていきたいと考えています。さらに、精神障害者にも対応した「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、国分寺市としてどう展開していくのか、今年度はこのテーマをシリーズ化して様々な要素で議論を深めていくことを予定しています。

最後になりますが、「あの人が知っている」から「何を考えているか解る」「どういう方向で進めるか読める」というように、ネットワークを進めていく際の大事なテーマとして、先日、はらからの

家福社会が主催した講演会で杉並区の保健所長が仰っていたのですが、「顔の見える」関係から「腹の見える」関係へと進化(深化)させなくてはならないということで(流用させていただきました)、腹の見える関係に進化(深化)させていくことを進めていけたらと思っています。

3. 全体討議（会場の関係機関からの現状報告・実践報告等）

全体討議は、「顔の見える関係」から「信頼し合える関係」という話があったとおり、お互いに現状の動きやそれぞれの機関が持っている機能を理解し、手を伸ばし合って連携していくということを検討する機会として、「地域移行」をテーマに開催した昨年の研修会から1年経過しての現状報告や取り組み紹介、各機関の機能説明等の情報共有の場としました。



根岸病院 認知症疾患医療センター ソーシャルワーカー 佐々木純也さん

根岸病院では、昨年4月から「地域移行機能強化病棟」に取り組んでおり、簡単に言いますと、1カ月に1人のペースで入院期間が1年以上の方の退院を支援し、それに伴い病床の削減もしていきましょう、という取り組みです。

当院では昨年4月から取り組みを開始し、来年3月までの退院者の調整が終わっている状況です。地域移行機能強化病棟に関しては、(まだ確定はしていませんが)来年3月で終了になるかもしれず、今まさに事務方と相談中という状況です。地域移行機能強化病棟の退院者へは入りませんが、他にも退院に向けて活動をされている方がいて、今後さらに何人かは退院をされる予定です。

事業の開始当初は、ワーカーの働きかけで動き出すことが多かったものの、開始から約1年が経過し、最近では、病棟の看護師から「この方は退院できると思うけれど、どうだろう？」といった話が出てくるようになりました。病院全体で長期入院の方の退院を考えられるようになってきたかな、病院全体の空気が変わってきたかな、と感じているところです。来年3月でこの取り組みが終了することになっても、今の空気をそのまま活かしながら来年度以降も取り組んでいければと思っています。



高月病院 地域連携室 室長 大西 保正さん

「精神科医療地域連携事業」という資料を配布させていただきました。この事業の目的は、精神障害者が地域で必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、圏域ごとに体制整備を図っていきましょう、というもので、体制のイメージ図は資料の右側に記載されています。

私たちの病院は八王子ですが、系列の高月クリニックは昭島にあり、担当圏域は国分寺のほか、

立川・国立・武蔵村山・東大和・昭島の6市で構成される「北多摩西部圏域」です。精神科病院が点在する多摩地区と異なり、北多摩西部の6市には精神科病院が一つもなく、特殊な圏域となっています。そのため、病院ではなく高月クリニックの方にこの事業の委託がありました。

「地域の関係機関との連携強化」について、昨年と若干、事業内容が変わりました。昨年度までは、一般科の診療医師を対象にした研修会を開催するという内容でしたが、今年度からは、地域関係の皆さんとも連携して症例検討会や研修会などを開催することになり、今後ご相談をさせていただけたらと思っています。

この間、2年ほどかけて6市の会議をさせていただきました。どの市も(区の現状はまだ報告会がなく、聞いていないのですが)、特に今日も話題に出ている介護関係の方との連携がテーマに挙がっています。高齢の親に介護で入り、引きこもりの子どもを発見した場合など、その後どのように精神科につないでいくかが難しく、「ケアマネジャーがボランティアで動かざるを得ない」「市や精神の関係機関が把握してもなかなか訪問できない」「どのようにアプローチしたらよいか分からない」などという状況が挙げられていますので、今、そのあたりの対応策を考えているところです。精神科に行くべき方が一般科に行っている場合に、精神科を紹介していくことがこの事業の大きな柱ですが、特に精神科病院がないという北多摩西部圏域の特徴に応じて、地域の特性を把握しながら進めていきたいと思っています。

また、退院促進に関して、私が病院に入職した14年ほど前は、「退院促進支援事業」から始まり、平成20年の時でしたか、措置入院で東京の反対側から来た方を退院させる際に、唯一、公立病院と関わってくれる保健師さんと連携を取ることが、その当時はなかなか難しい状況にあり、その経験から保健所や他機関との連携などを考える機会になりました。

今入院している方をどうするのか、という問題もありますが、今後は(理想的な話ですが)、地域包括ケアシステムのこと考えると、入院前からどれだけ地域の方に関わっていただけるか、できれば入院せず、仮に入院しても地域の皆さんと連携を取り、病院とも退院について話し合っていけるといいなと思っています。



国分寺市 福祉部 障害福祉課 相談支援係 石丸明子さん

退院について、地域移行・地域定着支援というサービスはありますが、現実的にはあまり支給決定されていない現状があります。

それは、使い方がよく分からないという場合や、地域移行支援の受け皿として指定されている相談支援事業者が日々頑張ってもらっていて、とても忙しく、手一杯の中では、なかなか対応が厳しいという点も一つの要因ではないかと思っています。

一方、はらからの家福社会では、都事業として受け入れている事業を通じて、地域に帰ってくる方がたくさんいて、その中で地域移行・地域定着の支援サービスを必ずしも使わなくても移行はできるということを実感として感じているところです。市としては、630 調査を通じて、対象者の数はおおよそ分かるのですが、リアルタイムにどういう方が長期入院で、何が原因で帰って来られないのかということは、実はよく分かっていないというのが恥ずかしながらの現状です。

今日は病院の方にも参加いただいています。顔の見える関係から、さらに信頼し合える関係であれば、病院をはじめ、地域の方が(個人情報になってしまいますが)退院に向けて考えたいと思っ

ている方の情報を共有し、少しは話ができるのかなと、今日はその一つ良い機会になればいいなと思っています。

先ほど伊澤さんからもご報告いただいた、地域自立支援協議会にぶら下がる部会の一つである精神保健福祉部会の中でも、地域移行や地域包括ケアシステムについて話し合っていこうと考えて、進めているところです。もちろん、国や都の動きを見ながら進めることにはなりますが、具体的には、住まい、治療への円滑なつなぎ、入院予防、入院後の早期退院・地域移行を図れるような仕組みがつかれるように、考えていけたらと思っています。

部会では、例えば、グループホームなど、退院後に通う場所を見学してみたいという要望があれば、見学会を実施するのもよいのではないかという意見が出されています。具体的な形にまでは至っていませんが、こういう場で具体的な意見を出していただき、アンケートにも書いていただくと、それを参考にまた部会の方で話し合っていけると思います。

部会は市だけではなく、様々な事業所や関係機関の方と一緒に進めているものです。そこを動かしながら地域全体で進めていきたいと思っています。



国分寺地域包括支援センターもとまち 認知症地域支援推進員 高頭美千恵さん

認知症地域支援推進員(以下、推進員)の役割について説明します。

少子高齢化を受けて、マスコミでもよく報道されていますが、国は認知症支援に力を入れています。平成27年に厚生労働省が新オレンジプランを策定し、国分寺市でもそのプランに倣って推進員を配置し、様々な活動を展開しています。

推進員は、現在市内6ヶ所にある地域包括支援センター(以下、センター)に一人ずつ配置されており、看護師もしくは社会福祉士または精神保健福祉士が推進員として業務に就くことになっています。センターには、他にも専門職が配置されています。各々専門性を生かしながら、チームで支援することは今までと変わりません。認知症に特化した職員の配置が1名増えた、という認識でよいかと思います。推進員の業務は主に3つあります。

一つ目は、「ネットワークづくり」です。認知症の方に関わる医療機関や医師との連携、にんじんの会やサンライトにある認知症カフェの側面支援、家族会との情報交換を行っています。

二つ目は、「普及・啓発」です。認知症になっても暮らし続けられる地域づくりを目指して、市民や団体の方を対象とした認知症サポーター養成講座を開催しています。推進員配置以前から実施していますが、開催回数が増えてきたことを受けて、推進員を中心に開催しています。現在は、金融機関、民間企業、大学、小学校などでも開催しています。また、市と地域包括支援センターでは、毎年11月を認知症月間と定め、イベントなどを企画・運営しています。

三つ目は、「個別支援」です。推進員を中心にセンターで受けた認知症の方やご家族の支援をしています。初期集中支援チームや認知症疾患医療センターである国分寺病院と連携しながら、訪問事業等の対応をより深めていきたいと考えています。





高齢者見守り相談窓口こいがくぼ 相談員 上村タ可里さん

高齢者見守り相談窓口は、地域包括支援センターの中に窓口があるというご紹介をいただきましたが、厳密には市内 6 か所の地域包括支援センター内に国分寺市の新しい委託事業である窓口が併設された形です。平成 28 年 4 月からモデル事業として始まりました。開設当初は、包括ほんだに 1 か所、昨年度から「なみき」と「こいがくぼ」の 2 か所に増え、今年の 4 月に市内すべての地域包括支援センターの地域に社会福祉士が 1 名ずつ配置され 6 か所になりました。

高齢者見守り相談窓口は、地域の中で特に孤立しがちだと思われる一人暮らしの方、高齢ご夫婦、日中独居、障害の子どもを持ち地域とつながりを持つ時間のなかった高齢者などが、地域の中で安心して暮らし続けていけるように、その方々に異変が起きたときには一早く気づき、多くの地域の関係者が連携を取っていけるような見守りネットワークを構築していくことを大きな目的としています。

具体的には、地域包括支援センターと同じく、高齢者本人やその家族、地域住民、地域包括支援センター等から相談を受け、高齢者の実態把握を行っています。緊急性をみながら、状況に応じて、生活支援サービスの提供や地域の見守り・専門的な見守りにいち早くつなげる支援を行うなど、個別の対応も行っています。それと同時に、老人クラブ、民生児童委員、サロンなどの地域活動や商店などに出向き、情報収集を行うことによって、高齢者がつながることのできる社会資源の把握を行い、高齢者の事例をもとに地域課題の抽出や解決のための取り組みを進めていきたいと思っています。見守り相談窓口の職員が一人でやる業務もありますが、国分寺市の特徴としては、同一地域の地域包括支援センターと同じ法人に事業が委託されています。同じ事務所内に席を設け、同じ電話番号で対応をしております、地域包括支援センターと密に連携を取りながら、切れ目のない支援を行ってこう、ということになっています。これまでも地域包括支援センターと連携を取ってくださっているとは思いますが、そこに見守りに特化した相談員が加わったとイメージしていただければ分かりやすいかと思います。

4. 報 告 「地域移行ケース：好事例の報告」

社会福祉法人 はらからの家福祉会 尹 聖根氏

* 尹氏による好事例の報告内容は、付録 p30～p32 に記載されている配布資料をご参照ください。



* グループワーク後の各グループ発表の部分は、割愛する。

「本日の全体のまとめ」

君島 淳子氏

東京都立多摩総合精神保健福祉センター広報援助課 課長代理 地域体制整備担当

本日は、長時間ありがとうございました。私の説明も時間が足りず、駆け足になってしまいましたが、グループワークでの協議と発表の中で出された様々な意見一つひとつを実現していけば、国分寺市の精神障害に対応する地域包括ケアシステムが出来上がっていくと思います。

今回ご報告いただいたケースは、約5年に亘って(途中中断もありましたが)、ご本人が退院への希望を諦めずに持ち続けたこと、支援者も諦めない支援を続けたことで退院につながった、ということが一つ言えると思います。都では、ピアサポーターの活用を重要な事業の一つとして位置づけていきますが、今日の研修でも皆さんから当事者(ピア)というキーワードが何回も出てきましたし、地域移行におけるピアサポーターの役割の大きさが分かりました。プラッツではLP(ライフパートナー)の養成を行っていますが、他の事業所や基幹相談支援センターなど、国分寺市でぜひ、ピアの養成について皆さんで考えていただきたいと思います。

今年から都事業が一部変更になることをお伝えしましたが、今年度は、事業について皆さんから様々な意見をいただきたいと思います。国分寺市についても自立支援協議会での議論などを通じて、場合によっては、国分寺スタイルあるいは国分寺モデルができてくるかもしれません。都に情報を上げていただき、国分寺での好事例を他の自治体にも広げ、東京都全体で取り組む体制を目指すところですので、多摩総合精神保健福祉センターやコーディネーターにご意見を寄せていただけたらと思います。今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

以上

