

国分寺市障害者基幹相談支援センター事業（国分寺市委託事業）
令和5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（地域移行）

「地域移行支援 in 国分寺～地域支援機関と精神科病院との連携～」実施報告書

開催日時	令和5年7月14日（金）午後1時30分～午後4時30分
会場	cocobunji プラザリオンホール A・B
主催	国分寺市障害者基幹相談支援センター
協力	社会福祉法人はらからの家福祉会 地域生活支援センタープラッツ 東京都精神障害者地域移行促進事業受託事業者 めぐはうす 国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会

1. 目的

- ・地域移行支援の現状を把握し、支援者の地域移行支援意欲の喚起を促す。
- ・精神科病院における看護師の業務・役割を知ること、地域移行支援における精神科病院と地域支援機関の連携について考える。
- ・精神科病院が地域に求める支援を把握し、今後の精神保健福祉部会の協議（「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を含む）及び地域移行等支援連絡会の取組につなげる。

2. 研修内容および講師

（1）開会挨拶

銀川 紀子（国分寺市障害者基幹相談支援センター センター長）

（2）国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会の取組報告

毛塚 和英 氏（国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会 部長
社会福祉法人はらからの家福祉会 地域生活支援センタープラッツ 所長）

（3）講演

① 「看護師から見る地域移行支援に関する課題と希望」

榎林 康子氏（医療法人社団根岸病院 社会復帰療養病棟 A5 病棟看護師長）

② 「東京都立松沢病院の地域移行・定着支援」

笠原 朋氏（東京都立松沢病院 患者・地域サポートセンター
患者・家族支援グループ 入退院支援担当主任）

（4）グループワーク

（5）東京都精神障害者地域移行促進事業受託事業者によるまとめ

川口 宏一氏（社会福祉法人めぐはうす 地域移行コーディネーター）

（6）閉会挨拶

小林 亜紀氏（国分寺市福祉部 障害福祉課 相談支援係 係長）

3. 参加状況

参加人数：62名（講師，事務局含めて72名）

所属	参加人数	参加事業所
相談支援事業所 地域活動支援センター	15名	地域活動支援センターつばさ, 地域活動支援センター虹, 地域生活支援センタープラッツ, 相談支援コトリナ, ヘルパーステーションびいと, 相談支援事業所チェンジアップ, こどもの発達センターつくしんぼ
精神科病院	10名	根岸病院, 吉祥寺病院, 斎藤病院, 多摩済生病院, 高月病院
訪問看護ステーション	8名	国分寺市医師会訪問看護ステーション, 報恩看護ステーション音 日吉町訪問看護ステーション, 訪問看護ステーションWBEAR, 訪問看護ステーションナーシングウイン
障害福祉サービス事業所	12名	さつき共同作業所, グループホームすみれ, 国分寺戸倉寮, 縁グループホーム, f&b ホーム, ああす国立東, LIIMO 国分寺 成年後見ウィル
社会福祉協議会	5名	自立生活サポートセンター, 権利擁護センター, 地域福祉コーディネーター
地域包括支援センター	4名	地域包括支援センターほんだ, 地域包括支援センターひよし, 地域包括支援センターひかり, 地域包括支援センターもとまち
行政機関	8名	多摩立川保健所, 障害福祉課, 生活福祉課, 秋田県美郷町 教育委員会生涯学習課

他, 講師 2 名, 部会長 1 名, 地域移行コーディネーター 1 名, 基幹 6 名 参加

4. 講演内容

報告「国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会の取組報告」(15分)

講師：毛塚 和英 氏 国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会部会長
社会福祉法人はらからの家福祉会 地域生活支援センタープラッツ 所長

<はじめに>

基幹相談支援センターが主催する本研修は、国分寺市障害者地域自立支援協議会の本会及び専門部会である精神保健福祉部会の取組、また、東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業と連動して開催している。精神保健福祉部会は、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」という）」の構築に向けた協議の場として位置づけられており、これらの連動により、国分寺市における「にも包括」の構築を目指していくという道筋を描いている。

「にも包括」とは、障害の有無に限らず、誰もが自分らしく安心して暮らせる社会を作るための地図づくりである。地域で暮らす市民だけでなく、入院している市民も忘れることなく、地域の特徴を活かしたまちづくりを考えていくことである。

<令和4年度 精神保健福祉部会の活動報告>

配布資料に記載のある6項目について協議・取組を進めてきた。自立支援協議会全体のテーマである「地域生活支援拠点等の機能の更なる充実・強化」を踏まえ話し合いを行い、精神保健福祉部会においては、精神障害のある方の「体験の機会・場」の機能として、ミドルステイの有効性や効果について検討を重ねてきた。また、精神障害当事者からの生活状況や暮らしのニーズのヒアリングを実施するほか、教育分野と連携した普及啓発では、市立小中学校の養護教諭が集まる教育研究会学校保健部会が開催する勉強会に参加し、障害福祉サービスや精神保健福祉に関する社会資源等の情報提供を行った。教育分野とは今後も継続的に関わる機会を持ち、一緒に支援に取り組んでいく必要性を実感した。

さらに、部会に紐づく作業部会として設置した地域移行等支援連絡会においては、退院意欲喚起のための動画作成や近隣市の精神科病院へのアプローチ等、退院支援の体制構築の取組を進めてきた。根岸病院とは令和3年度より本格的なつながりを持ち始め、令和4年度は4回の会合の機会を持った。基幹相談支援セ

ンターが主催する個別コンサルテーションでは、根岸病院に入院する方のケースで検討を行った。当日は、支援に関わる病院スタッフにも参加いただき、「入院中の様子と地域での暮らしの様子に差があることが分かり、対象者の見え方が変わった」との感想も寄せていただいている。今後も、地域と医療機関が共に学び合う場を設けながら、地域移行支援の好事例を作り、地域移行を促進する動きにつなげていけたらと考えている。

また、地域移行を促進する取組として、令和4年度は、市内にあるグループホームの種類を紹介する動画を作成した。幾つかの精神科病院をはじめ、多方面から多くの反響があり、令和5年度は第二弾として、グループホームの1日の流れを紹介する動画を作成する予定である。

<令和5年度 精神保健福祉部会の活動計画>

令和5年度の取組としては、令和4年度に引き続き、精神障害当事者からの生活状況や暮らしのニーズのヒアリング、退院意欲喚起のためのツール作成、近隣市病院へのアプローチ、高齢福祉分野との連携等を進めていく。これまで検討を重ねてきた精神障害のある方の「体験の機会・場」の機能としてのミドルステイについては、社会福祉法人はらからの家福祉会が運営する通過型 GH の一室を活用し、自立に向けたアセスメント等を実施する場を提供する。長期入院となっている人や親元を離れて自立した生活を検討している人を対象に、1～3カ月の期間の利用を想定している。また、高齢福祉分野との連携では、将来的な8050問題を生み出さないために、若い世代への普及啓発も見据えながら、支援者間での情報共有や連携のあり方等について協議・検討を継続していきたいと考えている。

<さいごに>

本人が暮らす住まいを中心に、支援者が連携を図り、顔の見える関係から一肌脱げる関係、さらには、腹の見える関係づくりを進めていければと思っている。

講演①「看護師から見る地域移行支援に関する課題と希望」(25分)

講師：榎林 康子氏 医療法人社団根岸病院 社会復帰療養病棟 A5 病棟看護師長

<根岸病院の概要>

明治12年(1879年)に創立し、今年で144年目と日本で最も歴史ある民間の精神科病院である。「人のこころをたいせつに」を基本理念とし、東京都指定病院として、措置・後方*1・二次救急の受け入れを行っている。8病棟426床あり、急性期から亜急性期病棟、社会復帰療養病棟、ストレスケア病棟、身体合併症病棟、東京都指定認知症疾患医療センターがある。

社会復帰療養病棟には、58床(個室から6人部屋まで)あり、男性の患者が入院している。患者のうち4名が担送(寝たきり状態で入浴時はストレッチャー移動)、22名が護送(車椅子を使用し、自力又は看護師の全介助で移動)、32名が独歩(自分一人の力で歩行可能)という構成となっている。病棟内には広いスペースのホールがあり、食事やテレビ鑑賞のほか、病棟で行われる作業療法に参加している。朝6時～夕方6時まで、外への出入り口が開放されており、売店への買い物や庭での散歩に行くことができる。

疾患名は、統合失調症が46名と最も多く、その他、認知症・うつ病・パーキンソン病・双極性感情障害・器質性精神障害・不安神経症・精神遅滞症・高次脳機能障害・アルコール依存症とさまざまである。年齢層は、60代が最も多く、次いで70代、80代、50代と高齢の患者数が多くを占める。入院期間を調べると、最も長い人で52年、10年以上入院継続している人は12名おり、1～3カ月の短期間の患者も一定数いる。

*1 東京都の精神科救急医療体制における「後方医療機関」のことをいう。夜間や休日に緊急で行われる措置鑑定の結果、措置入院の要件に該当しなかった場合に必要に応じて後方医療機関が受け入れを行うことがある。後方医療機関には都内の約50病院が登録されており、当番制で役割を担っている。

<精神科病院における看護師の業務・役割>

病棟看護師は、24時間体制で患者の身体管理と病状を把握する。朝の申し送りでは、患者の情報を共有し、状態の変化や指示を再確認している。業務内容に不足があれば、観察して情報共有し、間違いがないように確認していく。日勤では、「リーダー」「薬係」「部屋持ち」に分かれ、業務を分担している。リーダーは責任番として医師への報告や、必要に応じて医師の診察の介助を行う。指示の変更があれば、病棟スタッフに報告・情報共有をする。薬係は、内服薬の責任番として薬の管理・配薬等を行う。部屋持ちは、その日の受け持ち患

者のバイタルサイン（脈拍・呼吸・体温・血圧）の測定や処置を行う。必要に応じて、リーダーに報告し指示を仰ぐ。個々の患者の現状に合わせて、改善点や援助の工夫等についてそれぞれ意見交換をしながら対応に当たっている。また看護師は、バイタルサインの測定だけでなく、排便状況に合わせた腹部の状態観察や、咳嗽（がいそう）の有無、痰の性状や量、吸引の必要性、酸素吸入や内服・医師の診察の必要性等を判断する。さらに、患者の表情や訴えの観察をもとに、精神状態を把握し、患者自身が抱える幻想や妄想、不安や悩みごとに対して、個々の状況に合わせて傾聴や一緒に解決策を考える。集団生活をしていると、調子を崩したり、暴言・怒声をあげる人も出てくるが、その時は患者の安全を確保の上、仲介に入り、医師の診察を受け開放病棟での対応が難しいと判断されると閉鎖病棟へ移動するような場面もある。

看護師の業務・役割として、日常生活や生活リズムを整える援助も必要不可欠である。食事介助、おむつ交換、トイレ誘導、入浴介助、更衣の促し、環境整備、レクリエーション等がある。日中活動を促すことで昼夜逆転を防止し、生活リズムを整えたり、中には退院支援の一環として、金銭管理や買い物援助が必要になる場合もある。その他、必要に応じて、他院への受診の同伴や転院時の付き添い、再入院時のお迎えも行う。例えば、被毒妄想により食事が摂れず栄養状態が悪化する、ひどい幻聴で夜間眠れず昼夜逆転になってしまう、他患とのトラブルが絶えず他者との交流が持てない等、病状が不安定な患者に対しては、精神症状が日常生活に与えている影響を観察し、アセスメントの上、援助につなげていくが、個々の病状により援助も個性性が問われる。そのため、一人ひとりとコミュニケーションを図り、信頼関係を構築しながら、安全・安心に生活できる環境を整えていくことが求められる。さらに近年では、高齢化が進み、ADL の低下を防止し、QOL の維持・向上を図る関わりも必要になってきている。コロナ禍、家族との面会禁止や外出・行動制限により、臥床時間が長くなり、ADL が徐々に低下することで、活動性や意欲の低下、身体症状にも大きな影響を及ぼした。離床と日中の覚醒を促し、活動性を少しずつ高めることも看護師の重要な援助の一つである。

<事例紹介:退院支援を行った患者の実際>

①60代・統合失調症（入院歴：10年6ヵ月）

・入院当初は家族が本人の退院に拒否的だったが、金銭管理や内服自己管理に取り組み、家族への実績を提示しながら信頼を得ていった。同時に、ケースカンファレンスを行い、グループホームへの退院の方向性を共有し、見学を重ねていった。患者自身が病状を適切に把握することが難しく、不安要素もあったが、主治医の変更もきっかけとなり、病気への理解や適切な服薬、困ったときの相談先、病状悪化時の通院・入院等について、家族とともに考える機会を設けながら、グループホームに退院できたケース。

②70代・統合失調症（入院歴：トータル38年）

・入院前から家族への暴力があり、複数の通院・入院歴がある。入院当初は他患とのトラブルや迷惑行為もあったが、高齢化に伴い、現在は寝たきりで入浴はストレッチャー、食事も介助を必要としている。精神科治療は大きく必要としない状態のため、家族に退院を打診すると、金銭面の不安とともに、「前の主治医から最後まで診てくれると言われたので、できたらここで診てほしい」と言われ、話が先に進まない状況が続いている。長期入院になるほど、家族は安心して病院に預けられると考え、退院につながらない困難なケース。

③50代・統合失調症（入院歴：6年）

・入院前はアパートで一人暮らしをしていたが、金銭管理や生活能力の不十分さに加え、怠業・通院の中断から病状が悪化し、アパートの隣人とのトラブルが目立ち、入退院を繰り返している。入院後は薬物療法等で病状が改善し、外出や外泊を行いながら、退院に向けて家族とも話し合いを重ねてきた。本人は自宅への退院を希望したが、家族としてはグループホームへの退院であれば肯定的だったため、本人も家族の気持ちを受け止め、グループホームへの退院を目指していたが、ケースカンファレンスの場で家族の意向が一転し、退院への同意が得られず、退院支援が中断している。いざ退院となると、家族は過去に経験した不安が蘇り、その不安が解消しきれないことが退院を阻害する要因になっているケース。

<カンファレンスの実際>

月に一度、30分間の予定で、病棟担当 MHSW（精神保健福祉士）と日勤の看護師8～10名、作業療法士1名が参加し、病棟ナースステーション内でカンファレンスを開催している。カンファレンスではまず、長期入院者をピックアップし、退院につながる患者を検討する。退院に向けて、施設探しの状況や家族からの連絡等

について共有し、日中活動の促しや OT 参加の必要性等、主治医につなげながら検討していく。患者の意欲や意向に沿った支援が重要であり、入院中にできる生活の準備や必要な外部支援の選定、住居や社会資源の利用について考えていく。令和4年度は、5年以上にわたる長期入院患者のうち、2名が退院につながった。年間目標を立て、具体的に達成できるよう、スタッフ間で意識を高め合っている。

<MHSW(精神保健福祉士)の実際>

精神保健福祉士は、家族・主治医・看護師・福祉職員・地域スタッフ・ケアマネジャー・保佐人等との関わりを中心となり、話を進めていく役割を担っている。患者にとって適切な生活の場について、看護師だけでは知識や情報が足りず判断が難しいため、精神保健福祉士の助言を得て、多職種で退院の方向性を共有している。看護師は、施設入所に向けた進捗状況を精神保健福祉士に確認し、話が進んでいなければその問題点の解決に向けて検討する。一方、精神保健福祉士は、施設を探す業者に状況を確認し、進まない原因を探る。業務の仕分けは難しいが、施設見学への付き添いや介護認定調査への同席等、看護師が必要な時に協力できる体制を整えている。

<退院までの流れ>

まずは、主治医・精神保健福祉士と協議し、5年以上の長期入院者のうち、病状が安定している患者をピックアップする。そして、その患者を受け持つ看護師が「暮らしのアセスメント」という用紙を使って、医師の治療方針や退院の見通し、今後の生活に対する本人の希望・意思、退院後のニーズや利用できる社会資源情報、身体管理上の問題点、退院後の家族への影響・支障等について、患者本人から聞き取ってまとめる。また、「退院指導表」を活用し、身の回りのことや服薬状況、自立度、安全や健康、社会とのつながり等について聞き取り、現状を把握する。これらをまとめた情報は他の看護師と共有し、精神保健福祉士とともに、退院先や必要経費など退院に向けて必要な援助を検討する。

次に、生活能力を身につけるため、内服・金銭管理、洗濯・買い物、他者との関わり、日中活動・通所先、訪問看護の導入等の視点で指導・助言を行っていく。ケースカンファレンスの開催で現状を把握すると同時に、主治医の理解を図るため、根気よく関わっていくことも求められる。高齢の場合は、認知症等を含めて特別養護老人ホームや介護老人保健施設、有料老人ホームへの施設退院を目指す。ADL 表を作成し、自立・介護状況を把握した上で、ADL の維持・向上を図るが、入所待ちの間に身体症状の変化によって ADL が低下し、徐々に寝たきりになる患者も少なくない。

長期入院の患者は家族も退院に消極的で、家族が入院継続を求めることもあるため、主治医からの十分な説明や金銭面での調整等、家族の不安解消を図ることも重要となる。また、家族会での情報共有・情報提供、施設の選択・見学・面談への立ち合いも看護師の業務である。短期入院の患者の家族の方が比較的協力的な印象がある。そのため、長期入院にならぬよう、早めに援助の方向性を検討し、問題となる症状が解決した際には、早期の退院準備ができるよう、入院当初から家族に説明を行うようにしている。

<苦労したこと・うまくいったこと・地域に期待することなど>

退院支援を開始した当初は、「病状が落ち着き穏やかに入院生活を送っている患者を刺激してまで退院させる必要があるのか」と考える医師も多かったが、現在は病院全体で退院促進を考えているため、協力的な医師が増えている。一方、入院時の状況が良くないほど、家族の本人に対する不安が大きく、変化が大きく見られないと安心して退院を受け入れられない家族の現状が、退院を難しくしている要因の一つとして挙げられる。そのため、家族の理解やサポート体制を整えることは不可欠であり、入院当初から早めに退院の方向性を検討できるシステムづくりが必要だと感じている。

長期入院となると、行政の担当者が代わり、退院支援に取り組む体制が取りづらい現実がある。また、入院生活に安心感を抱き、病状が安定している人ほど、社会に出る不安が大きくなり、そのまま病院で過ごしたいと考える人は少なくない。病院には医師・看護師がいて、食事が用意され、話し相手もいる。多少の不便さ・不都合があっても居心地の良さを感じ、環境の変化に対応することがなかなか難しい。中には、閉鎖病棟から開放病棟への移動ですら拒否的な患者もいる。そのため、少しでも退院後の生活をイメージできるよう、根気よく、長い目で進めていくことが求められる。退院に対して消極的な患者に対しては、地域を含めた多職種の協力が必要となる。

コロナ以前は、作業療法士と国分寺市障害福祉課との共催で、開放病棟の患者を対象とした作業所やグループホームの説明・紹介の機会があった。どのような生活空間で過ごすのか、食事は宅配も可能なのか、地域周辺はどのような環境か、困ったときに誰にサポートしてもらえるのか等、地域での具体的な生活のイメージを映像や写真で伝えられるツールがあると良い。また、退院後は自由に、自分主体の生活を送りたいと考えていると思われがちだが、自立度の高い人でも生活全般に受け身な人は多いため、まずは規則正しい生活ができるよう、本人とともに支援者が準備する必要があるだろう。今後は、実際に退院した成功例を伝えられる場を作っていけたらと考えている。

病状の不安定さがあると、たとえ患者に退院の意思があっても病状的に難しい現実がある。しかし中には、段階を踏み、内服管理のもと、病状の安定を図り、行動範囲を拡大しながら退院する人や、退院先となる受け皿があれば退院できる人もいる。一方、退院に消極的な患者の多くは、社会に出る不安が大きいため、その思いを聴き、不安の軽減・解消を図る必要がある。主治医を含めて、社会に目を向けられるよう、必要な情報を提供する等、やはり根気強く関わり、対応していくことが大切である。課題は多いが、一人ひとりの状況に応じて、どのような援助を求め、どのような援助が必要かを見極め、最善な選択ができるよう、地域との連携を取り、長期的な視点をもって地域移行支援の関わりを継続していきたい。

講演②「東京都立松沢病院の地域移行・定着支援」(40分)

講師：笠原 朋 氏

東京都立松沢病院 患者・地域サポートセンター

患者・家族支援グループ 入退院支援担当主任

<松沢病院の概要>

松沢病院には、医療許可病床898床のうち、精神科病床が808床あり、日本一の病床数を有する。令和4年度の新入院数は3,209名、1日平均の外来数は415名、職員数は約700名となっている。明治12年(1879年)に創立され、今年で創立144年となる。令和4年7月には、地方独立行政法人に移行し、東京都立ではなくなったが、名称はそのまま残っている。最寄り駅は京王線「八幡山駅」である。

<精神科病院と入院者の現状>

厚生労働省の調査(令和3年10月1日時点)によると、全国の精神科病院数は1,053病院、精神科病床数は323,502床となっている。また、630調査(令和4年6月30日時点)で、全入院患者数のうち、1年以上の長期入院となっている割合を見ると、全国は62%、東京都は52%を占める。国分寺市民の状況を見ると、国分寺市に住民票のある人のうち68名がどこかの精神科病院に1年以上入院しているが(ReMHRAD, 2021年度より)、松沢病院への長期入院者はいない。松沢病院の長期入院率は23%である(松沢病院のデータは医療観察法の対象者を除く)。

松沢病院の退院患者統計(住所別分布)を見ると、76%が区部に、23%が市部に退院している。市部のうち、国分寺市への退院者は0.8%で、退院総数から割合を出すと、年間20~30名が松沢病院から国分寺市へ退院している。

<松沢病院の使命・特徴>

松沢病院では「断らない医療」を実践している。東京都立ではなくなったが、行政医療(夜間休日救急、司法精神医療、災害時医療等)への対応はもちろん、精神科急性期医療、身体科医療、専門医療(思春期・青年期医療、アルコール等依存症医療、もの忘れ外来等)に加え、外国人や他院での対応困難な患者の受け入れも行っている。また、退院率も高い水準を維持しており、全国・東京都・松沢病院における入院後3ヵ月での退院者の割合を見ると、全国では64%、東京都は70%、松沢病院では84%となっている。また、入院後1年での退院者の割合は、全国では88%、東京都は92%、松沢病院では98%となっており、長期入院化する患者はほとんどいない。

次に、長期入院者の退院者数を見ると、年々減少傾向にあったが、新型コロナウイルスの収束により、令和4年度は少し増えてきている。しかしながら、退院が困難な患者は増えており、最も入院期間が長い患者は60年(22,000日)となっている。誰もが超長期入院になる可能性があると考え、自戒の念を込めて日々業務にあたっている。

<地域移行・地域定着の院内体制について>

(松沢病院の資源)

多様な外来・入院医療を行っている。精神科外来や救急外来のほか、センチュリアン外来や看護外来(ふらっと:精神科の専門・認定看護師が無償で面談を行う)もある。また、精神科・身体リハビリテーション、デイケア、患者・地域サポートセンター、アウトリーチチーム、リソースナースがあり、困ったときの資源としては、虐待対策委員会や法律相談、通訳事業(12カ国語対応)がある。患者・地域サポートセンターには看護師・ソーシャルワーカー・作業療法士・事務など39名の職員が在籍している。主に長期入院者がいるリカバリー病棟での退院支援と、アウトリーチと協働した地域移行・地域定着を担当している。

(退院困難ケースカンファレンスまでの流れ)

1年以上の長期入院者をまとめた一覧表や各病棟からの相談を受けて、退院調整看護師(笠原氏)が調整を行い、最初は少数の関係者で退院困難者のアセスメントや支援体制を検討し、院内支援チームの調整を図る。その後、患者を含めた院内関係者会議を開催し、本人のニーズに沿った退院支援を進めていく。患者一人ひとりに必要なスタッフが関わるため、毎回関わるスタッフは変わる。

(チーム医療と看護師業務)

松沢病院では、多職種によるチーム医療を基本としており、病棟看護師は、①リスクアセスメント、②本人ニーズの探索・意思決定支援、③個別心理教育、④クライシスプランの作成、⑤精神科退院前訪問指導への積極的参加、⑥関係者会議への積極的参加を実施し、積極的に退院支援に関わっている。

③個別心理教育は、内服自己管理の訓練や服薬の必要性の理解の促し等を通じて、地域で療養するための前提となる医療の継続を支援する。④クライシスプランの作成では、患者とともに松沢版クライシスプラン「いつもの自分プラン」を活用し、困ったときの自己対処や他者が援助する際のプランを作成し、関係者と共有する。入院期間が短い患者の場合は完成まで至らないこともあるが、原則すべての患者が作成することになっている。⑤精神科退院前訪問指導は、病棟看護師が患者の退院後の想定される居宅に訪問し、療養環境をアセスメントし、入院中にできることや、退院後に必要なサービスを看護師目線で検討する。⑥関係者会議への参加については、看護師がアセスメントした情報を地域支援者に直接伝える。その他、「療養生活継続支援」がある。これは、令和4年度の診療報酬改定により算定可能となった制度で、所定の計画書式を用いて、入院時から退院後の療養生活を考える活動を開始している。

⑤精神科退院前訪問指導について、実施後の看護師の意識の変化を紹介したい。以前から、受け持ち看護師は患者の一番の理解者として本人を支援するという意識はあったが、訪問後にアンケートを実施したところ、「精神障害のある方が地域で暮らす困難さを改めて実感した」、「入院中から患者が地域で生活するために必要な支援を看護師が理解する大切さを知った」、「地域の支援者と本当に共有する必要がある情報がなかった」、「患者自身の生きる力や暮らす力を支える視点の大切さを学んだ」という感想が得られた。今後も推進していきたい取組の一つであると考えている。

その他、入退院支援リンクナース委員会の活動を実施している。これは、各病棟(救急・急性期・慢性期・認知症・身体合併症)から委員が集まり、退院支援に資する方法等を整備し、それを各病棟に伝え、退院支援を推進していく取組である。具体的には、退院支援カンファレンスの推進、「いつもの自分プラン」の導入・推進、精神科退院前訪問指導の病棟看護師実施の推進、関係者会議への病棟看護師参加の推進等、病棟看護師が退院支援に参加できるように支援している。

<地域との連携に向けて>

地域との連携を深め、「にも包括」を推進していくためには、「人」と「情報」が特に大切だと考えている。組織心理学の研究者であるエドガー・H.シャインによると、「人間関係」とは、一連の相互期待のことであり、「信頼」とは安心感であり、「関係」とは相互作用であり、関係が成立するためには、お互いに期待することが同じ程度でなければならないと定義している。よく「顔の見える関係」という言葉を耳にするが、シャインによると、信頼と率直さにはレベルがあり、ネガティブな関係(レベルマイナス1)、お役所的なほどほどの距離を保った関係(レベル1)、個人的な関係(レベル2)、親密な関係(レベル3)に分けられる。最も重要なのはレベル2(固有の存在として認知している関係)であり、これが「顔の見える関係」ではないか。地域との関係づくりの

ためには、お互いの顔を知り、お互いの役割が理解できるように話し、個別のケースを通じてお互いの強みを理解することが必要で、病院としてできることは関係者会議を実施し、そこで地域の支援者との相互理解を目指していくことだと考えている。そして、関係性を維持していくために、病院側は担当者を明確にし、日頃から連絡をとって情報を共有することや、後任者への引継ぎを確実にすることが大切である。また、地域側にとっては、関係者会議への参加が病院とつながる有効な手段の一つだと思っている。精神保健福祉法の改正により、令和6年度から「入院者訪問支援事業による病院訪問」が開始され、病院に来る機会も増えていくものと考えられる。病院では、退院後に必要な支援を明確化し、関係者会議により地域とお互いの役割を明確化し、ギャップを解消していく。地域へ支援のバトンを渡した後も伴走型支援と問題解決型支援を併用し、協力しながら「地域完結型医療」を目指していきたいと考えている。関係者会議は、病棟看護師と地域をつなぐハブの役割を担っている。お互いに一肌脱げる関係を作り、地域と病院の連携により、“時々入院、ほぼ地域”を実現していきたい。



過去最大となる72名の参加者が一堂に会した



毛塚部会長



松沢病院 笠原氏



根岸病院 榎林氏



12グループに分かれ、活発な意見交流が図られた

5. まとめ

平成29年度から研修を開始し、今回で7回目の開催となった。過去最大となる72名の参加者が参集し、これまでの研修の積み重ねにより、「顔の見える関係」が構築できていることを実感する研修となった。相談支援事業所はもちろん、今年度はグループホームをはじめ、精神障害のある方の退院後の地域生活を支える市内の障害福祉サービス事業所からの参加が多く、地域と病院との連携に向けた関係づくりをより一層深める機会となった。昨年度は、精神科病院の相談職を迎え、ワーカーの立場から精神科病院の現状や課題、退院支援の取組等について報告いただいた。今年度は、入院患者とより身近に接している看護職を講師に、病棟看護師の業務・役割を知ることで、今後の連携のあり方等について考える機会とした。病院での支援の現状や課題の共有だけでなく、具体的に地域支援機関と一緒に取り組めることへの提案等をいただき、精神保健福祉部会での活動をはじめ、国分寺市における地域移行支援の取組を進めていく上で役立つ多くの学びを得ることができた。この2年にわたる研修内容を踏まえ、今後は、病院と地域が実際に連携して取り組んだ退院支援・地域移行の事例を取り上げ、好事例を積み上げながら、地域移行を促進していく動きを作っていきたい。

令和5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～地域支援機関と精神科病院との連携～

アンケート集計結果 参加者：66名 アンケート回収：46名（回収率70%）

1. 根岸病院の取組報告について、いかがでしたか。

たいへん参考になった : 33名 (72%)
参考になった : 12名 (26%)
他にもっと知りたいことがあった : 1名 (2%)

- ・ 事例を挙げての講義が良かった。
- ・ 病院側の考え方や支援方法が分かった。
- ・ 看護師の仕事内容を細かく知る機会になった。
- ・ 退院になかなか結び付かない現状について理解できた。
- ・ 病院での現状や取り組んでいる話が聞けて勉強になった。
- ・ 現場で関わる看護の皆さんの考えや行動がよく理解できた。
- ・ 女性の退院支援病棟もあるのかなど、もっと知りたかった。
- ・ アセスメントの大切さが良く分かった。看護師の業務の大変さが理解できた。
- ・ 日頃お世話になっている根岸病院の看護師さんの生の声を聞いて良かった。
- ・ 病棟看護師の実際や退院が困難になる事案についての話が具体的に聞いて参考になった。
- ・ 退院時の対応・対策について学ぶことができた。地域で受け入れられるよう、病院と連携をとっていきたい。
- ・ 予防的な地域の方があれば良いと、話から発展して感じた。身近なエリアにある病院の様子を聞いて良かった。
- ・ 長期入院の対応について細かな話が聞けて、問題点も明らかになり、地域移行の取組（考え方）も分かった。
- ・ 退院支援について本人の気持ち（不安）に沿って実施していることが多くあり、頑張っていることが理解できた。
- ・ 長期入院されている方の多くが高齢期もしくはその近くであるということで、関わる機会があると思った。何か力になればと思った。
- ・ 認知症というより精神症状が悪化した高齢者の相談をしたことがあり、地域の病院としてとても頼もしい存在。最近では8050の50の方の相談も増えており、今後も連携することが多くあると思った。
- ・ 病棟内の様子が写真で見ることができて良かった。安定した状況が果たしてよいのかという疑問を持つことの大切さを確認した。
- ・ 長期入院の方がこれほど多いことに驚いた。長ければ長いほど、退院に家族が消極的ということを知り、難しい問題だと思った。
- ・ 病院での関係者会議で入院している方への対応など、参考にさせてもらっている。地域での取組にあたり、関わり続けていただきたい。
- ・ 普段は聞くことのできない病院内での話を実際に聞くことができて良かった。退院には本人だけでなく、家族や周りの支援も大切と感じた。
- ・ 慢性期の病棟での退院支援で困っていることは同じだと感じた。高齢となり、自立度の低下により、本人の意思とともに家族の意思が大切になると、丁寧な説明や医療者への信頼が必要だと改めて感じた。
- ・ 閉鎖病棟から開放病棟への移行は、患者さんが喜んで移動するものと思っていた。拒否する患者さんもいるというのは意外で、思い込みは禁物だと思った。
- ・ 事例もあり参考になった。長期入院の方の地域移行の難しさも感じたが、地域サービスを利用し、さまざまな方法を考えていくことも必要だと思った。

- ・「暮らしのアセスメント」を地域の事業所も共有できると、地域移行時に役に立つと思った。どんな書式か見てみたい。
- ・日々当事者に寄り添われている立場から、「病状が安定している方で退院に消極的な方が多い」「家族の支援も重要」など、大切なお話を聞くことができた。
- ・まだ退院の方針が決まっていない患者さんに看護師の方々がどのような関わりや対応をしているのか、知ることができた。
- ・他の精神科病院の地域移行の取組を聞くことができて参考になった。家族支援など苦勞している点も同じで当院だけではないと感じた。
- ・5年以上の入院患者への取組に力を入れていること、また社会（地域）生活から断絶していたために仕組み作りの重要性和困難さを感じつつ、必要性を感じた。
- ・退院支援に看護師が関わる場面が多く、当院でも参考にさせていただきたい内容だった。「退院指導表」等、どのようなものか参考資料として見せていただきたかった。
- ・入院病棟内や地域移行への具体的な支援の内容、苦勞が分かった。家族が拒否的になってしまうことで、同居はできなくても支援者として関わるできないのかと感じる。入院の経緯を考えると無理なのかもしれないが、障害への理解を深めることはできるかもしれないと思った。
- ・退院に向けたさまざまな取組をされていることが分かり、苦勞が伺えた。比較的状态が良い方ほど、退院しながら、病院の中のほうが安心、もめ事もない、というのは、正直そうだろうなと思ってしまう。そのようなことを踏まえながらも、地域で何をどう支援していけばよいのか、退院前後のシームレスな動きを考えつつ、病院とより良い連携を考えていければと思う。また、家族についても考えていただけていることが嬉しく、有難く思った（以前、家族会が作った事業所で働いたことがあり、家族のさまざまな話を聞く機会があった）。色々な家族がいるので、一切の関わりを絶ちたい方も含めて、家族をどのように支えていくか、大切な視点だと思った。

2. 松沢病院の取組報告について、いかがでしたか。

たいへん参考になった	： 37名（86%）
参考になった	： 6名（14%）
他にもっと知りたいことがあった	： 0名（0%）

- ・「ふらっと」の取組が良いと思った。
- ・精神障害者の現状が分かった。
- ・ケースカンファレンスの大切さがよく分かった。
- ・地域移行のやり方やシステム、レジュメが役に立った。
- ・松沢病院の熱心な支援と一緒にできればと、励まされた。
- ・関係者会議の重要度合いについて改めて勉強になった。
- ・病院内での退院促進について詳しく理解することができた。
- ・「いつもの自分プラン」を地域でも活用できたらと思った。
- ・関係者会議の大切さを学んだ。今後活用していきたい。
- ・多様な考えや連携をもって取組をしていることが理解できた。
- ・精神科医療の先頭を進む病院での取組を聞いたことが良かった。
- ・実践のみならず、人間関係の定義や書式フォームも大変参考になった。
- ・看護師が地域へ出ること、とても良いと思った。一緒に頑張っていけたらと思う。
- ・組織として取り組む、マネジメントの視点、顔の見える関係の定義整理が面白かった。
- ・実際に本人が暮らす場を看護師が見に行くのは、とても良い取組だと知れて良かった。
- ・看護師が地域に出てくることは、本人の一番状況を分かる人なので良い取組だと思った。

- ・ 病院独自の退院支援のやり方や地域への支援を分かりやすく説明していただき、勉強になった。
- ・ 入院時からの退院を見据えた支援ということが、他の分野でも参考になる考え方だと思った。
- ・ 規模の大きな病院がどのような職員と役割を持った看護師で患者と向き合っているかを知ることができた。
- ・ 退院後も継続的に支援したり相談に乗ってくれることが、本人や支援者にとって安心材料になり、有難い。
- ・ 退院支援がシステム化されており、誰もが退院支援をする中で、どこでつまづいているかが分かり、共有できるところが素晴らしいと思った。
- ・ 長期入院にならないように早期に退院できるような意識付けの大切さと取組を感じた。
- ・ 「ふらっと外来」は、本当にフラッと通りががかっても気軽に相談でき、こちらを気にかけてくださる看護師さんも素晴らしいと感じた。
- ・ 「顔の見える関係」の必要性についてとても参考になった。「いつもの自分プラン」の取組は良いと思った。退院前訪問をされていることが素晴らしいと思った。
- ・ 退院困難ケースカンファレンスのチームビルディングの時点で、入院者の自治体の事業所を呼んでほしいと思った。
- ・ 長期入院の方の地域移行を経験し、地域での経験も入院期間の長さと同じくらいかかると思っている。ゆっくり移行していけると良い。
- ・ システム化された退院支援の仕組みや、入院中と退院後の地域生活のためのアセスメントのすり合わせなど、なるほどと感じた。断られることがよくあるため、「断らない方針」の内情についても知りたい。
- ・ 院内研修で当院に来ていただきたいと思う内容だった。SW が思う看護師に関わってもらいたい内容ばかりだった。「いつもの自分プラン」や退院支援時に患者や地域に渡している用紙は参考にさせていただきたい。
- ・ 事例での具体的な支援内容がとても参考になった。特に、具体的な連絡先を書いて本人と関係者に渡すことはすぐに取り入れたい。このようなことは PSW がやることなのかと遠慮していたが、病棟の看護師にも積極的に提案していこうと思う。
- ・ ワーカー的な関わりをされていることがよく分かった。入院時から退院支援を考えていくとのことだが、幼児期から成人期までの関わりで支援できることがあればと感じた。
- ・ 退院支援にあたり、医師・看護師・病院ソーシャルワーカー、地域ソーシャルワーカーの視点の違いを丁寧に説明していただいた。病院ソーシャルワーカーの方が患者さんと一緒に「いつもの自分プラン」を作成される際、どのような促しや声かけをされているのか、学んでいきたいと思った。

3. 国分寺市における精神障害のある方への取組や退院支援について、求めることや期待すること等、ご自由にお書きください。

- ・ 「顔の見える関係」の取組はとても良いと思った。
- ・ 本人や家族が孤立しないようなサポート体制があると良いと思った。
- ・ 在宅生活に適した退院移行支援を共有していけると良い。
- ・ 児童の入所支援についても仕組みづくりがほしい。
- ・ 地域移行が進むよう、グループホームが増えると良い。
- ・ 精神障害と診断がなくても、精神障害らしき方への支援に力を入れてほしい。
- ・ 障害福祉サービスを利用できるまでの手続きをスムーズに使えるようになってほしい。
- ・ 調布市から参加したが、国分寺市の取組について勉強させてもらうことができた。
- ・ 「退院」ではなく「持続的な地域生活」を目標として、医福連携ができると良い。
- ・ このような研修を通じて、地域の方とのつながりを増やせたらと思った。
- ・ 普及啓発を進めて、精神障害について正しい知識を持つ人の裾野が広がると良いと思う。

- ・ 協議会の中で各部会との連携を図りつつ、地域での生活支援に取り組んでいることを理解できた。
- ・ 退院が難しい理由がその方の病状でしかないという形になるよう、地域はもっと強くなる必要があると思った。
- ・ 動画で精神障害のある方への取組や退院支援が分かるが良い。グループ討論は、他職種の方の話が聞けて良かった。
- ・ 病院で患者さんの実際を見てもらったり、患者さんが退院後の生活をイメージできたり、退院に前向きになるような話をしてもらいたい。
- ・ 地域版「ふらっと」があれば良いと思った。病院とグループホームの中間のような場（医療スタッフがいるグループホームか入所施設など）があると良いのか、など思いついた。
- ・ 地域の人々の理解が大切だと思うので、市民が気軽に参加できる講演（身近にいる障害のある人を理解するような講座）の機会があると良い。
- ・ 地域生活支援拠点の整備やミドルステイ等の取組など、地域で活発に活動されていると感じた。特にミドルステイに期待している。
- ・ ミドルステイが利用できることになるとのこと、今後利用させていただけたらと思う。
- ・ グループワークの中で、「精神疾患についての普及啓発の機会が増えるといいと思った」という意見があり、その通りだと思った。精神疾患は特別なことではなく、誰にでもあり得ることと捉え、市民の生涯学習として学童期からの普及啓発の機会を増やしていける仕組みを協議会で整えていってほしい。
- ・ 国分寺だけかどうか分からないが、精神障害の方の状態が悪化した際、自立支援でヘルパー支援が受けられないと聞いた。それは、8050世帯の50代の方で、地域包括支援センターは80代の両親側を支援したが、50代の方は身の回りのこともできなくなり、失禁状態で着替えも入浴もできないのが気の毒だった。退院支援ではないが、在宅支援も一緒に考えられたらと思った。
- ・ 総括でも話があったが、地域と病院の考える「入院の必要性」や「退院の判断基準」の擦り合わせ及び一定の指標があると共通理解できると感じる。当然、個別性は大事であり尊重するが、皆が経験則で取り組んでいるように感じる現状では、関係者及び地域住民の認識を働きかけるにも難しさを感じている。「入院ありき」ではない世の中をつくるためにも、相互理解のために必要と感じる。

4. 今後、地域移行とテーマとした研修で取り上げてほしい内容について教えてください。

精神科病院の現状や課題：9名 国の施策や動向：12名 当事者や家族の声：20名
 ピアサポート活動：12名 居住支援：20名 地域の資源やサービス：21名
 事例検討：17名
 その他：3名（うまくいかなかった事例、交流会、市の地域移行支援の取組）

5. 所属している団体について教えてください。

精神科病院：7名 相談支援機関：13名 サービス提供事業所：8名
 地域包括支援センター：3名 行政機関：6名 その他：8名