

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6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～居住の場で行われている支援について～」実施報告書

開催日時	令和6年7月25日（木）午後1時30分～午後4時30分
会場	cocobunji プラザリオンホール
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社会 地域生活支援センタープラッツ 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。
- ・地域移行に伴う居住の場（单身・グループホームなど）で、それぞれどのような支援が行われているかを知る。
- ・それぞれの居住の場での支援の課題を共有し、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

尾田 史剛（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 会長
社会福祉法人はらからの家福社会 地域生活支援センタープラッツ 所長）

（3）講演

①「ピア国分寺における支援の実態と課題について」

中野 悟氏（社会福祉法人はらからの家福社会 総合施設長）

②「訪問看護による支援について」

小野 加津子氏（訪問看護ステーション ハートフル・ウィン 所長）

角田 知子氏（訪問看護ステーション ハートフル・ウィン 発達障害専門 作業療法士）

③当事者の方へのインタビュー動画視聴

（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

永井 裕氏（東京都精神障害者地域移行促進事業 地域移行促進事業 地域移行コーディネーター
社会福祉法人はらからの家福社会）

（6）閉会挨拶

宮外 智美氏（国分寺市福祉部 障害福祉課 課長）

3. 参加状況

参加人数：41名（講師、事務局含めて51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	8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、相談支援事業所チェンジアップ すこやか相談支援、こどもの発達センターつくしんぼ
精神科病院	11名	根岸病院、吉祥寺病院、斎藤病院、恩方病院、高月病院
訪問看護ステーション	2名	訪問看護ステーション WBEAR、ファミリアナース訪問看護ステーション
障害福祉サービス事業所	8名	f&b ホーム、ケアサポートウィン、ケアホームこの葉、ケアホームひかり、春口寮、ピア国分寺、ビーパス、よつば会
居宅介護事業所	2名	国分寺健康福祉サービス協会、猫の手居宅介護事業所
社会福祉協議会	2名	事務局長、地域福祉コーディネーター
地域包括支援センター	1名	地域包括支援センターなみき
行政機関	7名	多摩立川保健所、障害福祉課、生活福祉課、市議会議員

他、講師3名、部会長1名、地域移行コーディネーター1名、基幹5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と精神保健福祉部会活動報告

～国分寺市の精神保健福祉の今後について～（20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>

自立支援協議会は全体会と、就労支援部会、相談支援部会、精神保健福祉部会の三つの専門部会がある。専門部会でさまざまな課題を抽出して全体会を通し、障害がある市民の方も含めて国分寺市をより良くしていく活動を行っている。

精神保健福祉部会には、精神医療の関係者にも参加いただき、福祉と医療が横並びになった会議体として協議を行っている。この部会では「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての協議（にも包括）」に取り組んでいる。自立支援協議会と市内のさまざまな関係機関の研修との連動を示した図を資料に載せているが、自立支援協議会等で行われている課題に対して、本日のようなネットワーク研修を通して支援者の質を高めたり、課題を共有して支援者が日々の実践の中で生かせるような取組をしている。国分寺市の会議体や研修ではあるが、精神保健福祉分野に関しては、東京都が行う研修や会議体とも連動した形で行っており、東京都の課題に対して国分寺市としてどう取り組んでいくか、逆に国分寺市の実践を東京都にも報告してより良くしていく流れもある。このような流れが全て「にも包括ケアシステム」創設につながっている。

「にも包括」とは障害の有無に限らず、自分らしく安心して暮らせる社会をつくる。そのためにはその町の特徴を生かしたまちづくりが必要となる。国分寺市の特徴も踏まえて、国分寺らしさがあるまちづくりをするというのが「にも包括」であり、目の前の地域で生活している方だけでなく、入院している市民の方ももれなく含める

ことが「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の根本の考え方となる。

本日のネットワーク研修Ⅰは地域移行支援に関する研修であるが、地域移行に特化しているというよりは、まちづくりも含めてその中には入院している方も忘れない、そういったことを考えるのがこの「にも包括」になる。

「にも包括」は急いでできたものではなく、国が定めている障害福祉計画の第5期ぐらいから「にも包括」という文言がでてきた。日本としては令和になる前からの考えであり、国の計画として始まっていることも押さえておいていただきたい。

<令和5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5項目について協議・取組を進めてきた。ミドルステイは令和5年度から国分寺市の新しい取組として、自立するための「体験の場」として始まった事業であり、この有用性や効果についての検証・共有を行った。必要な緊急時への支援についての協議や若年層への普及啓発について教育部門との連携の模索を行った。また、ピアサポーターの活用を市内で盛り上げていくために当事者にヒアリングを実施した。普及啓発の取組として、退院意欲喚起のための動画の作成を行った。今回はアパートタイプのグループホームでの生活について、利用者本人の視点で作成した内容となっている。その他、令和5年11月のぶんぶんチャンネルにおいて、国分寺市福祉部障害福祉課が行なっている「こころの健康相談」を紹介する番組を作成した。

<令和6年度 精神保健福祉部会の活動計画>

令和6年度の取組としては、引き続き全体を通じて「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けて協議を行う。今年度は普及啓発についてもう少し重点的に取り組みたいと考えており、精神障害に関する普及啓発について対象や方法等を引き続き協議する。また、当事者の方からのヒアリングを実施し、当事者の活躍の場の拡充と育成を含めた活動を検討する。

令和5年度に養護教諭連絡会に参加し、教育と福祉が情報共有などして一緒に支援に取り組んでいく必要があると感じた。今年度は精神保健福祉に関する研修のパッケージ化を部会として行ったり、積極的な働きかけができたかと考えている。ピアサポーターの活用については、年内に近隣病院内で「ピア活動」を行う予定である。また、近隣病院と相談支援事業所連絡会、地域移行等支援連絡会とのコラボとして地域移行におけた事例検討会を行う予定でいる。今後も情報の共有を続け、市内の地域移行の促進へつなげる動きをつくっていく。その他、市内の居住支援の状況の把握を行い、「誰もが住みやすい街づくり(=にも包括システムの構築)」をしていくことは地域移行支援、地域定着支援にもつながると考えている。

講演①「ピア国分寺での支援について」(30分)

講師：中野 悟氏 社会福祉法人はらからの家福祉会 総合施設長

<ピア国分寺で行う体験の場>

ピア国分寺で行う体験の場としては、通過型グループホーム、ミドルステイ、グループホーム活用型ショートステイがある。グループホームは、法律上「共同生活援助」という。定義の中で「居宅における自立した日常生活への移行を希望する入居者につき…」という表記が令和6年度の改正で追加され、単身生活への移行を希望する方に向けた支援もグループホームの役割としてあるということが法律上規定された。

東京都で主に精神障害の方が入居されるグループホームには滞在型と通過型がある。通過型は東京都独自の制度で、おおむね3年間の利用期限があり、利用後はアパート等での単身生活を目指される方が多い。はらからの家福祉会のグループホームはすべて通過型と呼ばれるグループホームになる。

ミドルステイは国分寺市の地域生活支援拠点における「体験の機会・場」としての機能を持つ。最長3ヶ月の期間で生活体験を通して、単身生活やグループホーム利用など今後の生活についてのイメージづくりを行う。ご家族のもとから自立を検討されている方、入院中の方の退院支援としての利用も想定されており、令和5年度から始まった事業である。

グループホーム活用型ショートステイは、精神科病院に入院している精神障害者が円滑に地域移行を図るための体制および安定した地域生活を送るための体制を整備するとともに、精神科医療機関と地域との相

互理解および連携強化の推進を図るという趣旨で、東京都の地域移行体制整備支援事業の中に含まれているものであり、はらからの家福社会が委託を受けている。入院中の方が退院を目指すに当たり利用するのが基本となり、最長1週間の利用となるが利用回数自体の制限はない。何度も利用を繰り返しながら、退院を目指していく事業である。

<ピア国分寺で行う支援>

暮らしの中で生じる悩みや課題について一緒に考え、必要に応じて手伝いをする。買い物や掃除、食事等日々の生活の中に密着するようなことについての手伝いや、付随するものとしてお金の管理を一緒に考えることもある。また余暇については、休みの日に何をしたいのか困ってしまう方もいたりするので、過ごし方を一緒に考えたりもする。その他に人間関係やコミュニケーション部分、体調管理、役所や病院での手続き、部屋探しや引越し等を手伝ったりすることもある。通過型であるので、基本的に本人の代わりに行う支援はしないようにしている。はらからの家福社会では、グループホーム、ミドルステイ、ショートステイでの支援内容は変わらず、利用期間に応じて濃淡をつけて支援をしている。

<訓練とアセスメント>

訓練とはあることを教え、継続的に練習させ、体得させること。できるようになることを目指すのが訓練。アセスメントとは、利用者本人とそれを取り巻く状況を理解する作業。

<【体験】に必要なものとは>

「できるようになる」ではなく「やってみる」。できるようになることは素晴らしいことではあるが、できなかったことが評価されないことになってしまうことがある。まずはやってみる、だめならその時考えようという視点が大事である。「できなければならぬこと」と「できた方がいいこと」は明確に分ける必要があると思っている。できなければできないなりに人は生きていくことができる。できなければいけないこととしては、「火の扱い・始末」、「法律を守る」と考えている。「慣れたら大丈夫」に慣れていく。長期入院されている方や若くして病気になった方はさまざまな場面での経験が少ない。そうすると過度の不安・緊張につながってしまい、本来できることもできなかつたり、発揮することにつながらなくなってしまう。「慣れたら大丈夫」に慣れるという作業は大事だと思う。

ここは皆さんと一緒に考えたいところであるが、一人暮らしのハードルは高いのか、一人暮らしのハードルは何なのか、ハードルは誰にとってのものなのか、ハードルは必ず飛び越えなければならないのか。ハードルは必要以上に高くする必要はない。そもそも何がハードルなのか見極めておかないとその対処もできない。自らや周りがハードルを高く設定してしまっていることもあり得る。ハードルの高さ、ハードル自体の中身の見極めも必要である。ハードルは高ければ高いほどぐりやすい。また飛び越えても横を通ってもいい。時に立ち止まることや、裏道や抜け道といったことも含めいろいろな方法があるということ、体験の場を通じて考えていけると良いと思う。不安や心配が先に立って前に進めないこともあるので、そういったことを解消するためにも一定の体験を経て、自信をつけることは必要であり、グループホームやミドルステイ、ショートステイにおいてさまざまな体験ができるのは大切なことであると考えている。

講演②「訪問看護による支援」(30分)

講師：小野 加津子氏 訪問看護ステーション ハートフル・ウィン 所長・訪問看護認定看護師
講師：角田 知子氏 訪問看護ステーション ハートフル・ウィン 発達障害専門作業療法士

<訪問看護認定看護師とは>

認定看護師とは、その特定看護分野における豊富な知識・技術をもつスペシャリストで、地域において高水準な相談・指導・実践を行い、直接の看護処置だけでなく利用者の生活環境改善やQOL向上にむけた地域支援のあり方を実践する。利用者及びその家族への看護実践、地域連携強化と新しいネットワーク構築、訪問看護の質の向上・普及活動の役割を担っている。東京都の訪問看護の認定看護師は127名である。

<データからみる地域支援>

第7期障害福祉計画において、精神障害の入院数の減少と退院する方が増えることによって地域に増大す

る精神障害への支援が増えること、より専門的な視点で地域支援を考えることが言われている。第8次医療計画の見直しでは、地域連携の見直しと専門性があげられ、ストラクチャー・プロセス・アウトカム（体制・内容評価・効果）という改善点等についての評価、効果を具体的に数値化し政策を考える圏域についての指針が書かれている。第8次医療計画および第7次障害福祉計画における成果目標については、退院数368万人、1年以上入院されている方の退院が57万人、令和2年から数えて5年以上入院の方が9万人、入院数は3.3万人減となっており、多くの方が地域に戻られるという状況がここから読み取ることができる。また別の視点で見ると精神疾患を有する方の患者総数は614万人、うち外来患者数は586万人となっている。入院している方は減少しているが、高齢の方の割合が増加している。外来の方では40代から高齢の方の割合が急激に増加していることが見受けられる。

次に訪問看護の実態調査であるが、令和3年度に初めて行われた。独立型が多く、24時間365日稼働している事業所が多い。利用されている方については、40代以降の高齢の方が多く、統合失調症の方が群を抜いて多いことが見受けられる。身体疾患のケアをしている事業所はあまりない。地域との連携については、研修会の参加や地域のケアカンファレンスへの出席、保健所とのつながり等、困難ケースであればあるほどつながりを強く持っていることが見受けられる。

訪問看護では、利用者に毎月GAF評価をつけている。GAF尺度とは一人ひとりの利用者に対し社会的・心理的・職業的機能の評価をし、1～100で数値化されたスケールのことである。身体的および環境的要素は含まれない。21～30のスコアの方を訪問看護が担っている。0に近いほど、妄想や幻聴等具合の悪い方になる。

これらのデータから見る今後の地域課題については、長期入院を含め、利用者の年齢が高くなっている。また半数の方が何らかの身体疾患を持っている。統合失調症の方が多いが、地域の診療所・クリニックからは主病名は多岐となっており、若年者も増加している。繰り返される入院歴の高い方は精神科訪問看護の導入ケースが多い。1年以上の長期入院は減少傾向にある。訪問看護では、生活リズムの確立や薬の管理、対人関係の改善についてのケアが多い。

<訪問看護の役割>

精神科訪問看護の役割は、健康状態の観察、病状悪化の予防・回復、服薬管理や受診継続への支援、社会復帰への支援等がある。実際にはバイタル測定・症状変化への観察・受診・服薬状況の確認・通所先への促し、外出支援等を行っており、再入院への予防をはかっている。病院生活と地域支援のズレや、すき間を埋める役割をしている。

入院治療から地域移行は入院患者9割が1年以内に退院しているが、再入院が実は多い。訪問看護も入っているのになぜ再入院してしまうかが課題となっている。病気との付き合い方もあるが生活における工夫が不足しており、より良い生活習慣が維持できていないとすぐに崩れてしまう状況にあると考えられる。また患者の不安の明確化が不足のまま地域に出ていることも要因として考えられる。精神科を退院する患者の不安内容は病気に関しては低いが、生活面、サービスや住まいの困りごとが多い。もう1点、長期入院の苦悩となると孤独感や対人関係がある。孤独感や精神症状による幻聴や妄想、社会適応できるのか、将来の見通しが立たない、生きる意味を考えられない等の悩みが長期入院になると増えてくる。

病院内寛解とは、限られた空間の中で守られていることでの安心感が強まり、症状軽減に時間を要し、治療が長期化して起こる。長期間、「患者」として医療に守られた枠組みで退院支援が始まった後に支援者の新たな数々の支援アプローチに強く不安を抱えている状態を言う。落ち着いている患者や、周りのサポートで自らの問題解決の糸口が見だせていると良い意味で捉えていても、その患者さんの中を見てみると、変化への不安や不安定さ、そもそも何を相談していいのかわからない、成功体験が少ないゆえに次の行動に対して不安で影響が出るほどになっているという状況が実は見受けられている。

<ニーズとは>

ニーズとは、アセスメントによって抽出される「生活全般の解決すべき課題」をいう。例として患者ニード・援助ニード・看護ニードといった言葉があるが、これを訳すと個人行動への動機づけと言い、手助けを必要としていることを自覚する状態である。資料の表にあるレベル別ニーズをとらえる力では、入院中はレベル1くらいとなる。これが入退院を繰り返し、経験を重ねてレベル5まで上がっていけば良いのだが、実はレベル1、2で止まっ

たまま退院されている方や、入退院を繰り返していてもレベルが止まったままの方が増えている。それに対しては、ニーズの困りごとを具体化する必要がある。本人が新しいことに向かうことの困難さを感じていて、不安を解消してもらいたい、安心に変えてもらいたいと思っている時、支援者側がニーズの共有や自己効力感へのアプローチ、支援会議を何度も開催して凝り固まっている頭を柔らかくするアプローチをし、不安を安心に変える保証をすることが必要となる。

<地域課題に作業療法士が介入する必要性>

社会的要素のある精神科長期入院の課題として、時代変化に伴う患者の社会性、生活能力の低下、高齢化、身体合併症の併発、家族の世代交代があるが、最近になって発達障害の増加があるのではないかということが明らかになっている。以前は発達障害という言葉自体がなかったが、実際はベースに発達障害の既往があり、近年になって発覚してきたという要素も退院促進の阻害要因ともなっていると考えられる。しかしながら発達障害を要因としたニーズの不明瞭さと支援の方向性のズレが、その後本人のストレスや悪化につながっている。精神障害者が614万人8000人に対し発達障害者は1164万6000人いることが事実上わかっている。

作業療法士としては本人の生活の分析をしている。生活の中での行動や、環境・行動・特性などを専門的な視点で分析を行ない、個人に対しては、繰り返しのつまずきや方向転換へサポート等アドバイザー的な役割をしている。地域に対しては地域における傾向やパターンについて、どうしてそうなるのかという分析をしている。これらについては地域や病院の作業療法士と協働してきたいと考えている。協働することで、地域側の支援体制と退院後の生活を見立てて調整していくことができると考えている。

訪問看護では、看護師が身体的・疾患・服薬に対して支援を行い、作業療法士は本人の生活の環境調整を行っている。作業療法士の視点において、訪問看護が行うことは、それぞれの職種や支援者が得意とする分野（専門性）において、精神疾患の患者の生活における不安が何であるのか、生活の困難さや生きづらさ等の本人特性を見つける分析を細かく行っている。本人にとってよりやりやすい・生きやすい具体的な生活方法を教えるため、繰り返し一緒に考え立て直していくことで、地域で退院しても生活できるのだという自信の回復につながると考えている。

<今後の圏域課題ともなる新しい情報共有>

20歳未満の精神疾患総患者数は59.9万人。この中には小学生も含む。外来通院している方もいるし、長期で1年、3年と入院しそのままグループホームに入られるケースも多々ある。精神疾患、発達障害があるという視点でみると、やはりこの地域、圏域でどのような支援をしていくかということは考えていかなければいけない状況になっている。

<まとめ>

疾患を経験した人が疾患を超えて、もとの態度・価値・感情・目標・スキル等、役割を変化させて人生の新しい意味や目的を發展させる主体性のある回復を目指すことを「パーソナルリカバリー」という。ただ退院すれば良いというのではなく、退院した後何をするのか、何を楽しみとするかというところまでサポートしていかなければならない。訪問看護が医療と地域をつなぐ役割として早期から退院支援に参入し、病院スタッフとともに退院患者へのアセスメント・評価を作業療法士も含めて積極的に行う。また、病状等が重くても、疾患の重複があってもこの圏域・この地域の連携で支える仕組みを訪問看護が直接的な力を持てるよう専門スタッフの育成・活用する方法を考えていかなければいけない。政策的視点において、定期的に今後の圏域・地域課題をリサーチする必要がある。ただ訪問看護をやっていれば良いというのではなく、時代の流れに沿って課題を先取りして積んでいく必要があるため、地域支援の仕組みづくりを具体化してきたいと考えている。



51名の参加者が一堂に会した



毛塚部会長



はらからの家 中野氏



ハートフル・ウィン 小野氏



ハートフル・ウィン 角田氏



グループワーク後、講師から講評をいただいた

5. まとめ

平成29年度から研修を開始し、今回で8回目の開催となった。今年度も相談支援事業所をはじめ、精神科病院や訪問看護ステーション、グループホーム、居宅介護事業所、社会福祉協議会、行政機関からの参加があり、講演またグループワークを通してさまざまな職種間での関係づくりを深める機会となった。昨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、今後の連携のあり方等について考える機会とした。今年度は、地域移行された方を受け入れる側の地域の支援者の取組ということで、退院後の地域での居住の場や、そこで行われる支援、生活や医療についての具体的なサポートについて、居住の場を支援している社会福祉法人と訪問看護ステーションの方を講師に、それぞれの役割や取組について考える機会とした。また実際に地域移行した当事者の方へインタビューを行い、動画の上映を行った。当事者の実際の声を聴くことで、地域で生活することについてより具体的に知ることができる機会となった。

これまでの研修内容を踏まえ、今後も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ながら好事例を積み上げ、地域移行を促進していく動きをつくっていききたい。