

【 講義4 】

地域移行推進における 関係機関・関係者の役割

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

はじめに 本講義の目的

- 精神障害者の地域移行には、医療機関、相談支援事業所や居宅介護支援事業所などの地域援助事業者、行政などの多機関がかかわります。
 - また、医療機関では多職種による支援を行い、相談支援事業所では相談支援専門員やピアサポーターがかかわり、それぞれの役割を担うこととなります。
 - そのため、市町村などの圏域で、地域移行を進めていくために関係者が協議する場が必要となります。
- 本講義は、地域移行にかかわる機関や各職種、市町村協議会の役割、機能について解説し、理解を深めることを目的とします。

行政担当者 保健所①



- 保健所は、地域における精神保健福祉業務の中心的な行政機関として、各関係機関と緊密に連携し、精神障害者の早期治療の促進並びに精神障害者の社会復帰及び自立と経済活動への参加の促進を図る等の役割を担っています。
- また、地域で生活する精神障害者をより身近な地域できめ細かく支援していく体制を整備する観点から、地域の精神障害者に対する支援施策を実施することとしており、市町村の精神保健福祉業務が円滑に実施できるように専門性や広域性が必要な事項について支援していくことが必要とされています。

行政担当者 保健所②



【保健所に期待される役割】

- 圏域内市町村の精神障害者の現状の把握と市町村の計画策定等に必要なデータの提供
- 精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が連携する体制を構築できるよう、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置
- 管内精神科病院へ地域移行推進の働きかけが、円滑にできるようにコーディネートする
- 他市町村とのつながりを広域的に働きかけ、広域の仕組みを作る

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ます。都道府県や保健所を中心に行われていた精神保健福祉行政の実施主体は、市町村へ移されてきています。
- 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とされています（障害者計画）。
- また、障害者総合支援法では、市町村は、基本指針に即して、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ものとしています（障害福祉計画）。

行政担当者 市町村②



【障害福祉計画作成に係る国の基本指針】(平成26年告示)

- 入院中の精神障害者の地域生活への移行について、精神障害者を地域で支える環境を整備するため、入院中の精神障害者の退院に関する目標値を設定。

【良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針】(平成26年3月7日告示)

- 市町村は、その実情に応じて、都道府県及び保健所と協力しながら、心の健康づくりや精神保健に関する相談への対応に努める。
- 障害者福祉サービスや介護サービスの必要な提供体制を確保するとともに、地域包括支援センターで高齢者の相談に対応すること等によりこれらのサービスの利用に関する相談に対応する。

行政担当者 市町村③



- 市町村は、入院中の精神障害者の現状を把握するとともに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ります。

そのためには、

- 都道府県・保健所と連携し、当該市町村における精神科病院に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の整備
- 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を構築するための協議の場の設置
- 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の確立などが必要です

※トピックス市町村(圏域)における連携体制の構築参照

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ることにより、地域における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です。
- 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ます。

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 等

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とともに、
- 地域移行の目標値を設定し、
- 課題解決に向けた協議を行い、
- 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ます。
- 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。

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ます。
 - ① 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
 - ② 権利擁護や虐待防止にかかわる支援
 - ③ 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
 - ④ 地域移行・地域定着にかかわる支援
 - これらの活動から顕在化した地域課題を解決するために、(自立支援)協議会を機能させ、地域ネットワークの強化、資源の創出等に取り組んでいくことも期待されています。
 - 地域全体を包括的、俯瞰的に捉え、誰もが安心、安全に暮らし続けることのできる地域づくりを官民協働で取り組んでいくためには、より質の高い専門性が求められます。

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ます。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ります。
 - 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とから始まります。
 - 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ります。
(例：協議会の中に部会として位置づける等)

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います。
- 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ります。

基幹相談支援センター④

- 精神科病院に対しても地域の情報を届け、地域で支える体制があることを共有し、より一層の地域移行への取り組みを展開していくことへとつなげていく。
 - さらに、より質の高い支援を展開できるために人材育成を目的とした研修企画等も重要。
- このように、**基幹相談支援センターは、地域移行が円滑に進めることができる地域の仕組みづくりをコーディネートする役割を担っています。**



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す。
- 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こととなります。
- 「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」双方の摺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肝要です。

※「計画相談支援」を担う「指定特定相談支援事業者」と「地域移行支援」を担う「指定一般相談支援事業者」については、同一事業所の同じ相談支援専門員が「計画相談支援」と「地域移行支援」行うことが可能

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です。
- さらに、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ます。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ります。



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します。
- 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ります。



相談支援事業所 相談支援専門員④

- また、地域移行支援計画は、それにかかわるすべての人たちの役割を明確にし、具体的に何に取り組んでいくのかを見える化し、常に支援の方向性がぶれることのない共通の地図になります。
- そのためには、退院に向かっていくための本人を中心とした支援チームづくりであることを意識し、常にチームで合意形成を図りながら進めていくことが肝要です。また、支給決定期間内で退院できるとは限りません。
- 場合によっては支給の更新が必要となる場合もあります。円滑に更新が行われるためには、支給決定機関である行政とも支援の進捗を共有していくことも重要です。



相談支援事業所 相談支援専門員⑤

- 具体的な進め方は、住居の確保その他の地域生活への移行に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス(生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る)の体験的な利用支援、グループホームや民間アパートへの体験的な宿泊支援その他必要な支援を行います。
- この間、退院への様々な葛藤や不安、それにかかわって病状悪化等が見られることも想定されます。
- しかし、こうした状況となることは今後の地域生活でも起こりうることです。精神科病院と地域が一体となって途切れることのない支援を継続する意識を持つことが大切です。

※具体的な支援の方法は、2-1地域移行の進め方を参照



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。



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、

- 退院したいという思いにフタをしてしまっている
 - 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
 - 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 等々、多くの不安や恐怖や葛藤を抱えています。
- 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ます。
 - 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です。これは、一歩先行く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のです。

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等
 - 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ります。



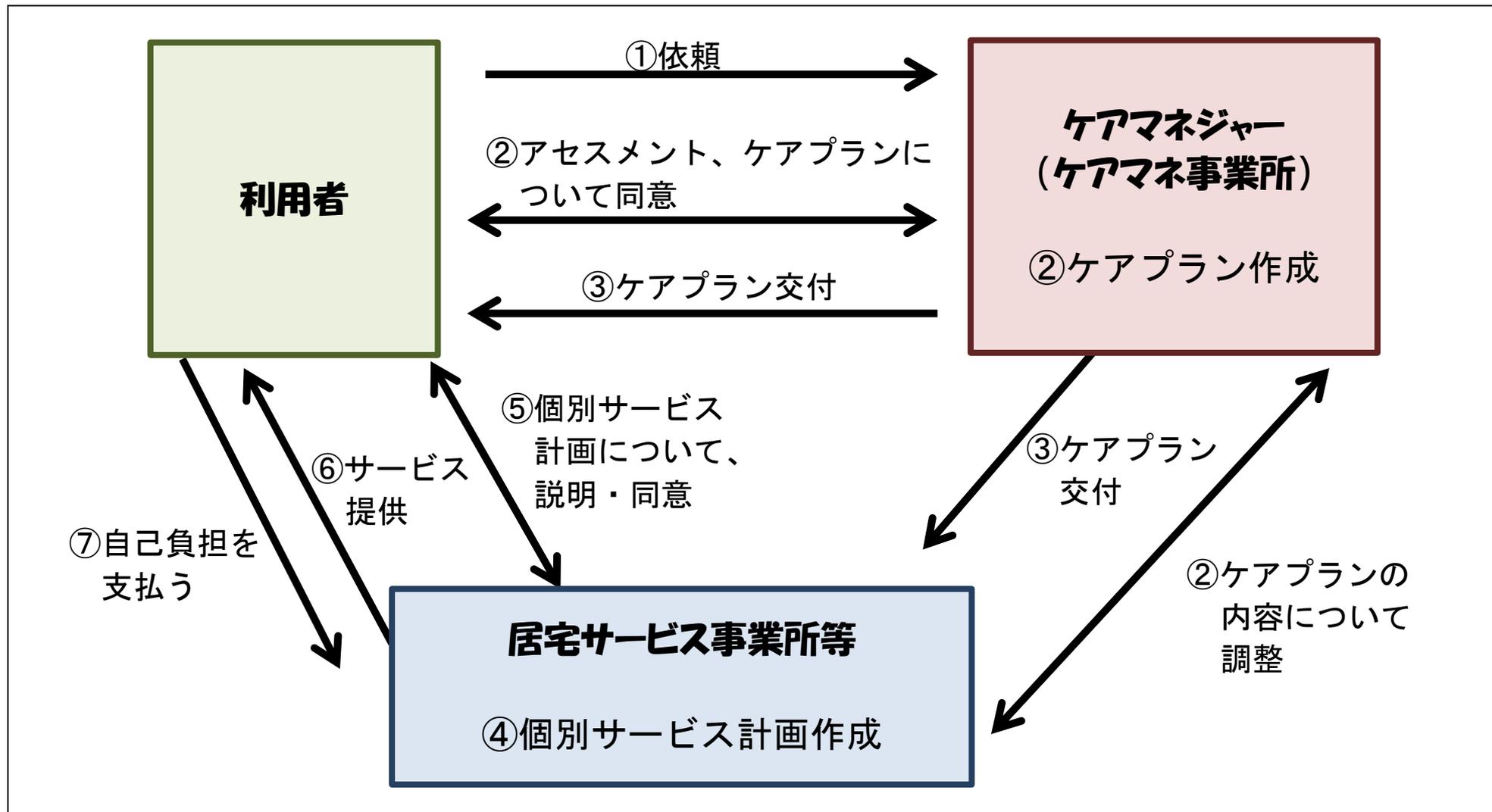
相談支援事業所 ピアサポーター④

- ピアサポーターとしてその役割を担っていくためには、ピアとしての学びが必要となります。
- しかし、全国的にはピアサポーターを養成する研修は少ない状況であり、今後、多くのピアサポーターの方々とともに地域移行を進めていくためには、その体制整備を図り、養成だけにとどまることなく雇用の創出のバランスをとりながら進めていく必要があります。
- その活躍の場として、指定一般相談支援事業所に雇用され、地域移行支援に取り組んでいくことが期待されます。
- これらの課題を、基幹型相談支援センター(委託)が中心となって取り組む、あるいは市町村協議会で地域課題として検討する等の具体的な取り組みが求められます。

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くなります。
- 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」を行います。
 - ①本人の依頼を受けて、本人の心身の状況、置かれている環境、本人や家族の希望等を勘案し、利用する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、福祉サービスの種類及び内容等を定めた居宅サービス計画(ケアプラン)を作成
 - ②作成した居宅サービス計画に基づくサービス等の提供が確保されるように、居宅サービス事業者等との連絡調整等を行う。
 - ③本人が地域密着型介護老人福祉施設や介護保険施設への入所が必要な場合には、それらの施設への紹介等を行う。

居宅における介護支援専門員の業務の流れ(イメージ)



資料:「介護・高齢者福祉 施策情報 介護職員・介護支援専門員 2. 介護支援専門員」をもとに作成
(厚生労働省ウェブサイト 2017年2月23日)

<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000114687.pdf>

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ます。
- 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大きな判断は主治医の許可がないと進めることはできません。
- 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ります。

精神科病院 主治医②

- 地域移行のプログラムを進める中で、入院中の患者に自傷や他害を含む様々な(本人とチームにとって)「好ましからざる行動」が起こることがあります。
- そのことがその後の入院をさらに長引かせることのないよう、チーム内に起こる陰性感情や混乱などを最小限に抑え、治療効果を維持するために主治医の果たす役割は大きいといえます。
- 治療を優先しつつ、本人の希望を聞き、可能な範囲でそれを受け入れるという態度を表明することが医師の対応の基本となります。





精神科病院 病棟の看護師①

- 看護師は24時間365日、常に本人の傍にいて観察し、療養上の世話をチームでしていることが特徴です。
- 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といえます。
- 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します。

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、適切な声掛けを行います。
- 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、支援のスピードを再検討したり、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、まず本人の担当看護師から情報を得ることも有効であるといえます。



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います。
- 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ます。
- 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います。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ります。

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できます。
- 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を行います。
- 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します。



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います。
- 服薬指導は、わかりやすく服薬の意義を説明するとともに副作用に対する本人の不安も傾聴します。また、剤型等の情報を提供し、本人の希望に沿った剤型の選択が出来るように支援します。
- 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ります。
- 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ります。
- 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ます。

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です
- 退院すると、栄養面などを一切考えず、好きなものを好きに食べるという人もいますが、中には「お金がなくなったら困る」と極端に節約し毎食おにぎりだけという人もいます。
- 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ます。
- 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ための指導を栄養士がすることになります。
- 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。
- このように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ちます。

精神科病院 臨床心理技術者①

- 臨床心理技術者は、患者の特性を客観的な尺度から明らかにするための各種心理テストを施行したり、治療標的を絞った上で、医師の診察よりも時間をかけた心理療法による治療介入を行います。
- 例えば、ウェクスラー成人知能検査(WAIS)では、各種作業能力、発達的な認知の質について多くの示唆を与えます。心理検査の結果は、医師の診察中に観察されたことや作業療法中の様子の報告などと擦り合わせることで、職種間で患者の状態理解を深める上で役立てることができます。
- 適応がある場合には、認知行動療法等を行うことにより、認知や行動の変容を通じ、患者が疾患と上手につき合い、心理社会的ストレスを減じる力をつける援助をします。

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と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します。
- 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ります。



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」という人もいます。病院はずっといる場所ではないから病気が良くなったら退院しましょうと言っても納得せず、地域移行のプログラムへの参加を拒否する人もいます。
- 精神保健福祉士は、退院に気持ちに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します。

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。
- また目下の課題としては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います。

