

【 講義6 】

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

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

退院できない理由は何か・・・



問い合わせ先

幸手保健所管内は、久喜市・蓮田市・幸手市・白岡市・宮代町・杉戸町です。

これ以外にお住いの方は、入院した時に住んでいた市町村にお問い合わせください。

《 相談支援事業所 問い合わせ先 》

- 埼玉北障がい者生活支援センターふれんだむ 0480-36-2600
- 埼玉北障害者生活支援センターベルベル 0480-25-2755
- 埼玉北障害者生活支援センターきらら（啓和会） 0480-26-4866
- 埼玉北障害者生活支援センターきらら（みぬま福祉） 0480-26-9753
- 埼玉北障害者生活支援センターたいよう 0480-48-7731

《 管内市町の担当 問い合わせ先 》

- 久喜市役所 障がい者福祉課 0480-22-1111
- 蓮田市役所 福祉課 048-768-3111
- 幸手市役所 社会福祉課 0480-43-1111
- 白岡市役所 福祉課 0480-92-1111
- 宮代町役場 福祉課 0480-34-1111
- 杉戸町役場 福祉課 0480-33-1111

《 保健所 問い合わせ先 》

- 埼玉県幸手保健所 保健予防推進担当 0480-42-1101



まずは、病院の退院後生活
環境相談員にご相談ください。
ご連絡お待ちしております。

1 情報を届ける②

入院された方へ

地域援助事業者等をご存知ですか？



埼玉北地区自立支援協議会

埼玉北自立支援協議会(埼玉県)より引用

地域援助事業者は、どんな支援をしてくれますか？

～退院後の「どうすればいいの？」を一緒に考えます。～

早く退院するためには、

病気が回復しても生活で「どうすればいいの？」は
でできます。安心した暮らしをしていくために、
病院の方と連携しながら、あなたと一緒に考えて、
生活環境を調整していきます。

どうすれば
いいの？



生活環境って、なんですか？

生活環境は、住む場所、家事サービス、日中の活動場所などです。障がい者サービスや介護サービスについて、サービスの最新情報を学べて、利用ができるようになります。

相談できる人が身近に欲しい人は、

入院中から支援者と顔見知りになることで、安心した相談ができるようになります。



相談は、無料です。
興味があるかたは、ぜひ一度
お問い合わせください。
※問い合わせの電話番号は、
裏面に記載しています。

知っておきたい、
大切な情報！！

大切な情報①
退院後生活環境相談員

医療保護入院された方には、必ず退院後生活環境相談員が選任されています。
可能な限り早期に退院できるように、中心的な役割を果たしてくれます。
『あなたの担当の退院後生活環境相談員は誰か？』確認してみてください。



大切な情報② 医療保護入院者退院支援委員会

退院支援委員会は、退院に向けた大切な話し合いです。
入院診療計画書に記載された入院期間が経過する頃に行われます。
話し合う内容は、主に次の3点です。

- ①入院継続の必要性の有無
- ②入院継続が必要な場合の推定される入院期間
- ③退院に向けた取り組み

入院されているあなたも希望すれば参加できます。
また、担当の先生や看護師さん、あなたの希望に応じて、ご家族や地域援助事業者なども参加できます。

退院支援意欲を取り戻すために

- DVDの作成
- 院内茶話会⇒保健所で実施
- 社会資源の見学
- ピアとの出会い

病院 ⇒ 地域を受け入れる準備

地域 ⇒ 委託相談・基幹相談の充実

退院意欲の喚起より

退院支援意欲の喚起が必要ではないか？

「退院意欲の喚起」という言葉は、入院されている方に失礼ではないかと思えます。それは入院している立場である私だったかもしれない方、それをAさんとしてみると、Aさんは「お願いですから家に帰らせてください」と何度訴えられたことでしょうか。何度扉を叩かれたことでしょうか。その上で、何度戒められたことでしょうか。その度に薬や注射が増えるということを経験し身に付けていかれたことでしょうか。そういう時間の経過の中で、訴えなくなることを医療従事者の方々は「沈静」と評価されてきたのではないのでしょうか。刺激を避けることを良しとし、情報を遮断し続ける環境が提供されてきたのではないのでしょうか。

私は、こうした退院を懇願した経験のある方が、検討会の委員の中で半数を占めていない状況があることに少し違和感を持っています。

大きな問題の解決を、患者さんの「退院意欲の喚起」に帰結していいとは思いません。国、あるいは病院、地域社会に向けた「退院支援意欲の喚起」が、本質的な焦点ではなかろうかと思えます。

[長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会（厚生労働省）
,山本深雪（大阪精神医療人権センター）,H26.5.12]

導入期の役割

精神科病院	地域
<p>地域の支援者をつなげる</p> <p>地域の支援者が病棟に入れる環境づくり</p> <p>本人へ情報を届ける方法があるか</p> <p>相談できる地域の関係機関はあるか</p>	<p>丁寧なあいさつ「私は味方です」</p> <p>意欲を取り戻す支援に誰が協力できるか。 (基幹？ 委託？ 市町村？)</p> <p>家族への福祉サービスの説明</p> <p>一緒に支援できるピアの養成</p> <p>茶話会や社会資源の見学に協力できるか</p>

2 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です。

【あくまで簡易版】

本人が市町村に申請をし、市町村は認定調査を行います。指定特定相談事業所と契約をまずし、そこから必要な障害福祉サービスを考えて、指定一般事業所と契約になります。厳密に言えば、入院中から利用できるサービスは地域移行支援のみなので、その利用が想定されての認定調査になりますから、認定調査から計画作成(案)までは同時並行の場合もあります。

申請について

病院側が大事ななのは、本人の「退院したい気持ち」です。

本人が可能な限り、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です。



～病院の看護師さんへの説明～ 退院までの想定パターン

注)退院希望地がはっきりしていなくても、
計画の中に盛り込まれていれば支給可能。

既にやっている

ルート A

本人の退院先の希望が
はっきりしている

yes

今まで通りの病棟支援で
十分に退院可能

yes

今まで通りの
病棟支援で退院へ

no

本人に退院希望はあるものの、
退院先を決めかねている。
or
病棟チームは退院可能だと思
っているが、本人の意欲が
なかなか上がらない。
等々

no

退院希望先は決まっているけど、
退院までの支援や
退院後のフォローを見越して、
退院先の相談支援事業所等との
繋がりが入院中から必要。

ルート B

実践あるのみ！

yes

地域移行支援を
利用して
退院支援へ

yes

病院担当の
地域移行推進チームへ相談

yes

病棟チーム＋地域移行コーディネーターで面接、調整、
グループホーム活用型ショートステイ事業利用等の
支援を実施。
⇒本人の退院意欲が上がる
⇒退院希望先が定まってくる等

yes

仕組みを
考えてください

ルート C

資料:サポートセンターきぬた 金川洋輔氏作成

地域移行支援計画

資料:「障害者地域相談のための実践ガイドライン」,一般社団法人支援の三角点設置研究会,2014年より(<http://sankakuten.sakura.ne.jp/blog/> ダウンロードできます)

地域移行支援計画										
これから先、6か月の計画です。自分のペースで取り組みます。毎月相談をして、必要な時は見直しをしましょう。										
利用者氏名:			さん				作成年月日			
サービス等利用計画の到達目標										
(1)長期目標(内容及び期間等)		…(平成 年 月頃)								
(2)短期目標(内容及び期間等)		…(平成 年 月頃)								
✎										
さん自身がすることを矢印の下に書き込みます										
さんの 期待や不安	その為に 協力する人	協力する 内容	支援上の留意 事項等	協力(支援)の目安						
				月	月	月	月	月	月	
						→				
					→					
						→				
						→				
						→				
同意日										
H 年 月 日		利用者名			指定一般相談支援事業所					
			印		相談支援専門員(地域移行推進員)			印		

リハビリ計画・看護計画などと連動させましょう。

初期の役割

精神科病院	地域
<p>申請から支給決定まで、1か月程かかるので、見越して申請しましょう。</p> <p>本人が市役所に申請できるように。 申請手続きに心配な本人に寄り添いましょう。</p>	<p>スムーズに支給決定ができるよう、準備をしておきましょう (市町村)</p> <p>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)</p> <p>地域移行支援計画の作成 (指定一般相談事業所)</p>

3 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です。

⇒毎月2回会いに行く

⇒実際の体験を通して、具体的な生活をイメージしていく。

クライシスプラン ～本人のお守り～

危機かな(ピンチかな)と思った時に

(クライシスプラン)

利用者氏名

さん

作成年月日

私の調子が悪くなる前は(サインは)

サインかなと思ったら・・・

私のすること

周りの人にしてほしいこと

周りの人にしてほしくないこと

同意日

____年 ____月 ____日

主担当:

主治医:

行政:

その他:

連絡先:

連絡先:

連絡先:

連絡先:

中期・後期の役割

精神科病院	地域
<p>地域生活を念頭においたプログラムの実施</p> <ul style="list-style-type: none">・不安の軽減、・服薬の自己管理・生活能力の評価・退院後の通院先の調整 <p>クライシスプランの作成</p>	<ul style="list-style-type: none">・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 <p>ケア会議の実施(適宜) 退院後の生活を念頭においたサービスの申請</p>

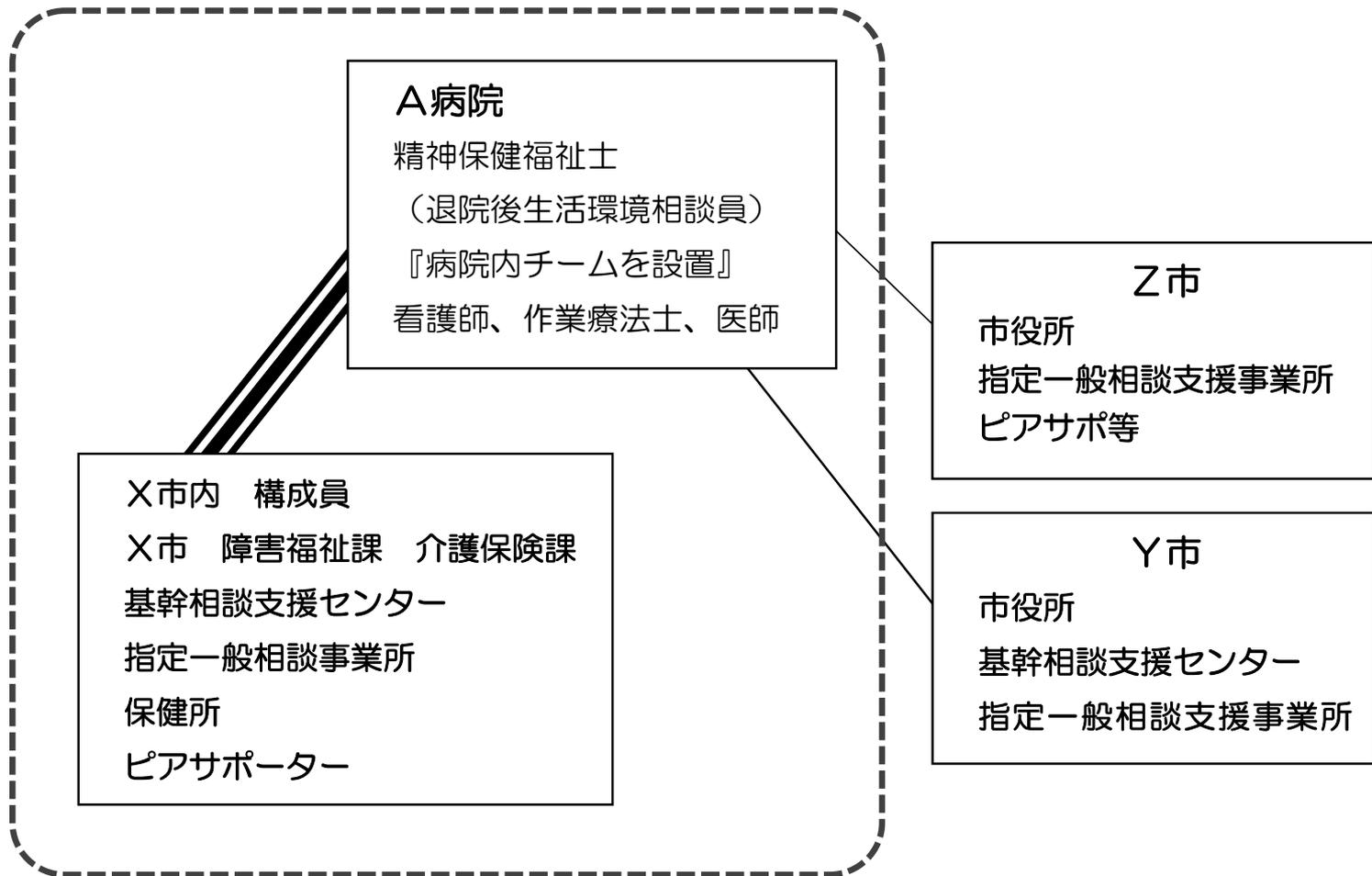
精神科病院から地域へ
マネジメントの主導権を移していきます。

4 退院後の地域生活

退院はゴールではありません。

退院後、落ち着いて生活できるよう支援していくことがスタートになります。

5. 市町村(圏域)における連携体制の構築



地域移行推進チームの役割

- ①精神科病院への働きかけ
- ②地域への働きかけ
- ③ネットワークへの働きかけ

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、生保担当、介護保険担当等)

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、市町村へのつながり
- ピアサポーター
身近な生活者としてのモデル

地域移行支援チームの手だて

- 個別のケースから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
- 茶話会の企画・運営への協力