

第2章 改正精神保健福祉法に おける医療と福祉の連携

医療と福祉の連携について

退院後生活環境相談員について

医療保護入院者退院支援委員会について

地域援助事業者について

医療と福祉の連携について

平成25年6月13日成立(同6月19日公布)した精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律については、精神障害者の地域生活への移行を促進するために、精神障害者の医療に関する指針(大臣告示)の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院における入院手続きの見直しがなされたところです。

特に医療保護入院における入院手続きの見直しについては、保護者の廃止、退院後生活環境相談員の選任、推定入院期間の記載、地域援助事業者の紹介、退院支援委員会の開催、定期病状報告の記載事項の変更等をもって、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院できる仕組みを目指したところです。

我が国は平成16年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」で入院医療中心から地域生活中心へという基本的方策を掲げ、10年間で受け入れ条件が整えば退院可能な7万人の解消を図るとし、平成20年度より精神障害者地域移行支援特別対策事業を実施しました。その後、平成21年9月の中間まとめで目標値を統合失調症入院患者数を15万人に減少させることと、入院患者の退院率に関する目標を継続し、精神病床約7万床の減少を促進するとし、特別対策事業も平成24年度からは個別給付化され制度の一般化が図られましたが、目標を十分には達成できたとはいえません。

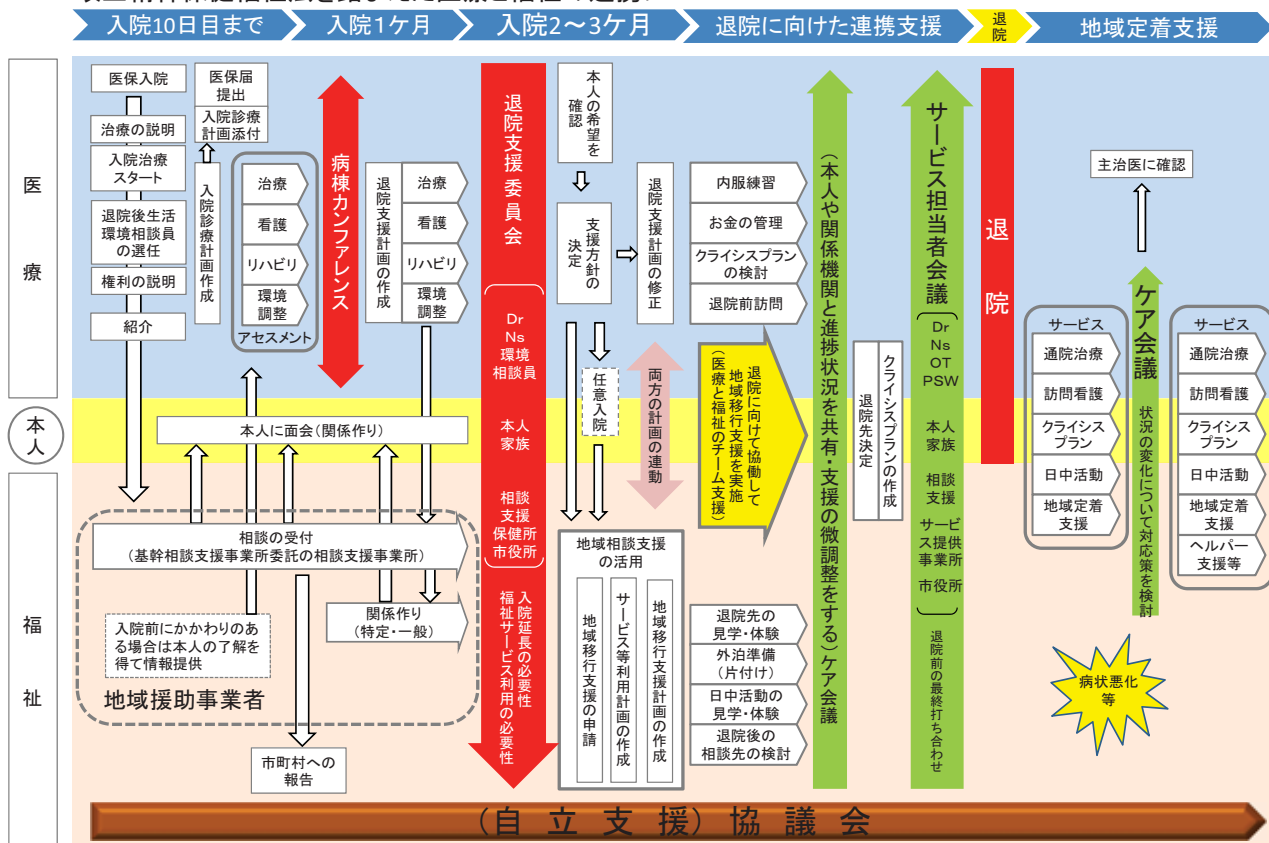
これまでの取り組みは社会的入院者への働きかけにスポットを当てたものでありましたが、精神科医療の現状として新規入院者のうち、約6割は3ヶ月未満で、約9割は1年未満で退院していることから、精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会では平成24年6月28日の今後の方向性に関する意見の整理において、精神科の入院患者は「重度かつ慢性」を除き、1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作るとしたことを受けて今回の改正が行われています。

つまり、これまでの出口に焦点をあてた社会的入院の解消に取り組む政策に加えて、新たな長期入院を生まないための入り口に焦点をあてた取り組みも強化していくことになったわけです。

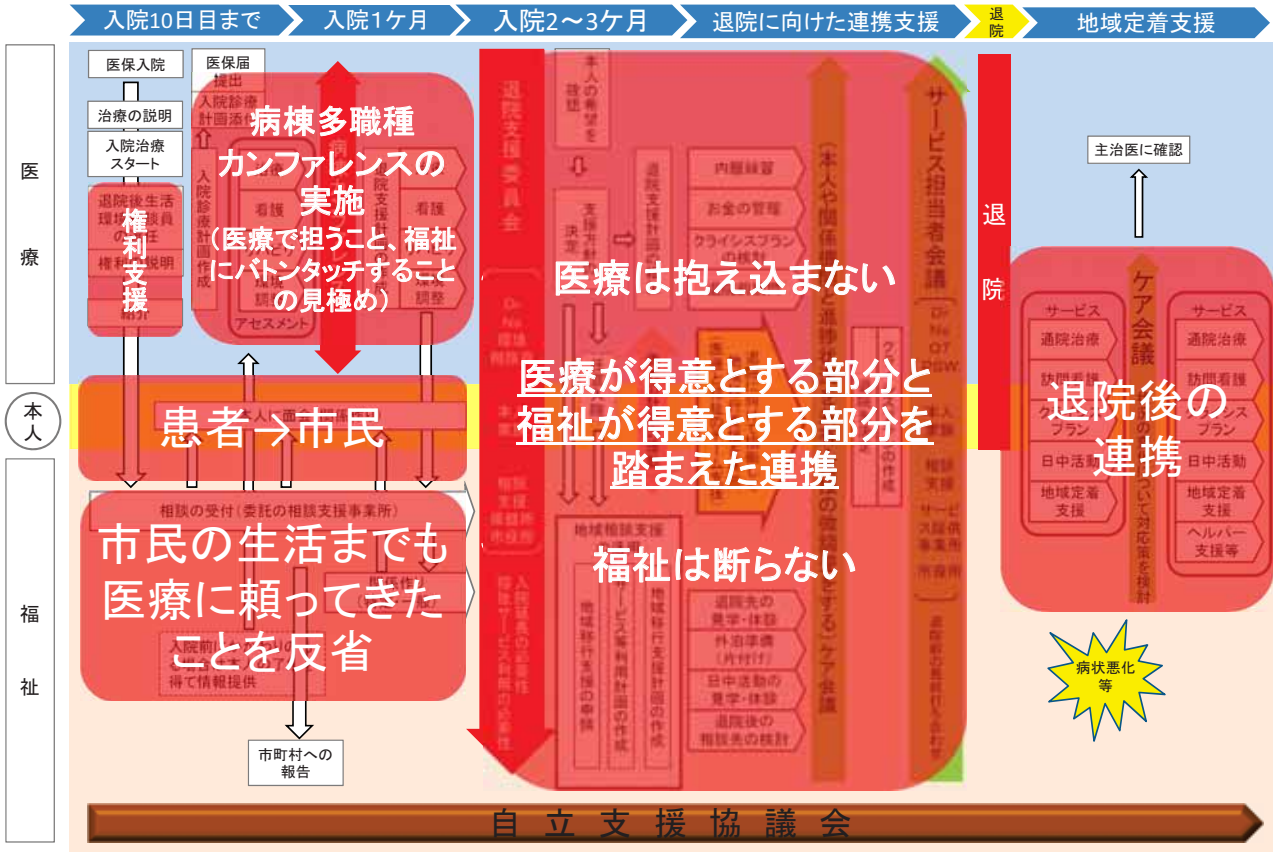
新たな長期入院を生まないための取り組みとして医療保護入院の入院手続きの見直しが細かく行われましたが、中身としては入院早期から医療と福祉が連携して入院の長期化を防ぐ取り組みと捉えることができるでしょう。

ここでは実践現場における医療と福祉の連携のポイントに焦点をあてて解説します。

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー



改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー



改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー



改正精神保健福祉法において精神保健指定医に求められること

—その役割と責務

公益社団法人日本精神科病院協会 政策委員会委員長
櫻木 章司

従来より、精神保健指定医(以下指定医)は精神保健福祉法に規定された業務として、日常診療において、医療保護入院や応急入院に際しての任意入院の状態にないかどうか(同意能力の有無)の判定(33条①、33条4①)、任意入院者の退院制限の判断(22条4③)、開放処遇の制限(37条1)や行動制限の判断(36条3)などを行ってきました。このことは、指定医を精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療を行う中心的な存在として位置づけ、法において負うべき責務や義務を明らかにしたことに他なりません。

今回、改正精神保健福祉法が施行されるにあたって、保護者制度が廃止されるのに伴い、医療保護入院について指定医1名の診断とともに、家族等のうちいずれかの者の同意を必要とすることとなりました。法改正の趣旨は、適正な入院医療へのアクセスを確保しつつ、医療保護入院における精神障害者の家族等に対する十分な説明とその合意の確保、精神障害者の権利擁護等を図るものであると説明されています。

そして、医療保護入院の運用については、従来にも増して厳格な適用が求められています。これは、入院早期よりの退院に向けた取り組みとして、今回の法改正において、①退院後生活環境相談員を配置して、入院早期に選任し医療保護入院者や家族等の相談に当たらせること、②地域援助事業者の紹介を努力義務としたこと、③医療保護入院者退院支援委員会を組織して、地域移行を促進することを管理者の義務として定めたことから明らかです。

日常診療において、指定医は自らの担当患者の病状や治療の継続性、さらに保護の必要性等を考慮して、入院治療を選択することがあります。この場合、可能な限り本人に対して入院治療の必要性等について十分説明して、同意を得て、任意入院となるように努めなければならないことは言うまでもありません。

しかし、本人の病状や同意能力を鑑みて、医療保護入院を選択せざるを得ない場合もあります。このような場合、従来は、保護者や扶養義務者に対して、本人の病状や医療と保護のため入院の必要な状況について説明し、その同意を得て医療保護入院を適用してきました。今回、保護者制度が廃止されたことによって、こうした医療保護入院時の手続きについては、以下の様な大きな変更が余儀なくされるのです。

◎入院時に誰の同意を得るか。

入院に関して本人の同意が得られない時、指定医は、誰が本人を身近で支えているのか、今後の医療の継続や社会復帰に関しての理解や協力をいかに得られるか(まさにこうした家族力動について考察することは、精神科医の真骨頂であるが)等を総合的に判断して、家族等のうち誰に同意を得るべきかを判断しなければなりません。また、後見人や補佐人が選任されていることを把握した場合には、その意見にも十分な配慮をする必要があります。さらに、医療保護入院後に入院に反対する家族等の存在を把握した場合には、入院治療の必要性や手続きの適法性等について説明し、その上で、なお反対の意思を有する時には、都道府県知事に対して退院請求を行えることを教示するとされています。

◎入院期間をどのくらいに設定するか。

従来、入院時には入院診療計画書を呈示し説明することが、診療報酬上入院基本料算定の要件となっていました。今回改正法の施行後は、これを入院届に添付することとなり、精神医療審査会の審査を受けます。また記載された推定される入院期間を経過した者については、医療保護入院者退院支援委員会の審議対象となります。したがって、推定される入院期間を記載する際には、本人の病状や退院後の医療継続および社会復帰に向けての家族等の理解や協力の状況、利用可能な地域の社会資源の状況等を、十分に勘案して記載する必要があるのです。

◎早期退院を図るためのチーム医療をマネージメントすること。

退院後生活環境相談員を指導して、医療保護入院者が可能な限り早期に退院できるための取組を講じることや、医療保護入院者退院支援委員会に参加して、入院の必要性や推定される入院期間の明確化について審議し、医療保護入院者の退院促進を推進することが、新たに求められています。

今回の法改正における保護者制度の廃止は、その義務規定が保護者にとって重い負担となっており、その軽減が本旨であったと理解されます。そのうえで、改めて改正法の内容を読んでみると、その負担を医療機関、言い換えれば現場の指定医にその多くは転嫁する内容となっているという気がしてなりません。しかし、好むと好まざるに関わらず、非同意的入院の適用は避けて通ることのできない命題なのです。

今後、改正精神保健福祉法の運用については、公的機関の関与も含め、関係機関と更なる協議を重ねて、合理的で適切なものとするのが、わが国における精神科医療の評価を高めることは明らかで、指定医に課せられた最も重要な責務であると考えます。

退院後生活環境相談員について

■業務を遂行するために大切にしたい視点

退院後生活環境相談員は、早期治療・早期退院を目指すため、本人の希望に寄り添いかかわりをもつことで、少しずつ安心感を育み、信頼関係を構築します。そのためにも入院早期からかかわりをもつ必要があります。

かかわりのうえで大切にしたい視点は、本人の権利を支援すること、地域で生活する一人の生活者として支援すること、ストレングス¹を基盤としたリカバリー²に着目すること、バイオ(生物学的)・サイコ(心理的)・ソーシャル(社会的)を軸に本人を多面的に理解する等の視点が必要になります。

ここでは参考までに、バISTECKの7原則を紹介します。これは、クライアント(援助を必要とする人、何かしらのサービスを利用する人)と良好な援助関係を築くための行動原理、技法、基本的原則です。

(バISTECKの7原則)

- ①個別化(クライアントを個人として捉える)
- ②意図的な感情表出(クライアントの感情表現を大切にする)
- ③統制された情緒的関与(援助者は自分の感情を自覚して吟味する)
- ④受容(受けとめる)
- ⑤非審判的態度(クライアントを一方向的に非難しない)
- ⑥自己決定(クライアントの自己決定を促して尊重する)
- ⑦秘密保持(秘密を保持して信頼感を醸成する)

¹ 個人と環境の相互作用による強さ

² 疾患や障害による制限で、自分の人生の価値を見失った状態から、人生に満足感、希望、人の役に立つといった新しい価値や目的を見出すこと

退院後生活環境相談員による権利支援(1)

退院後生活環境相談員の入院時の業務(障発0124第2号 平成26年1月24日)

新たに医療保護入院者が入院し、退院後生活環境相談員が選任された場合は、当該医療保護入院者及びその家族等に対して以下についての説明を行うこと。

- ・退院後生活環境相談員として選任されたこと及びその役割
- ・本人及び家族等の退院促進の措置への関わり(地域援助事業者の紹介を受けることができること。また、本人においては、医療保護入院者退院支援委員会への出席及び退院後の生活環境に関わる者に委員会への出席の要請を行うことができること等)

Point

本人の権利を擁護する観点から地域援助事業者に関する情報は、①医療保護入院時②退院後生活環境相談員の選任時③委員会開催の2～3週間前の少なくとも3回は医療保護入院者に書面を渡し、口頭での分かりやすい説明を行う配慮が望まれます。(入院直後に地域援助事業者を求めなくても後から求める場合もあるためです。)

本人が地域援助事業者と面会して相性が合わない場合は、変更も可能である旨をお伝えしておくことも必要です。

【相談支援事業所や地域包括支援センターの紹介について】

退院に向けた支援や退院後の生活の相談を受けてくれる機関を紹介します。病棟内の掲示やパンフレットを用意しておく等で情報提供を行います。その際には「あなたの退院やその後の生活について一緒に考えてくれる病院以外のスタッフがいます」と話すのも良いでしょう。家族に対しても大切な説明となります。家族だけがかかえこまずに、家族以外にも支援の選択肢があることを伝えることで退院後の支援の負担感が減少する場合も多くあります。

退院後生活環境相談員による権利支援(2)

退院後生活環境相談員の地域援助事業者等の紹介に関する業務

- ア 医療保護入院者及びその家族等から地域援助事業者の紹介の希望があった場合や、当該医療保護入院者との相談の内容から地域援助事業者を紹介すべき場合等に、必要に応じて地域援助事業者を紹介するよう努めること。
- イ 地域援助事業者等の地域資源の情報を把握し、収集した情報を整理するよう努めること。
- ウ 地域援助事業者に限らず、当該医療保護入院者の退院後の生活環境又は療養環境に関わる者の紹介や、これらの者との連絡調整を行い、退院後の環境調整に努めること。

Point

地域援助事業者の紹介に関する業務において大事なことは、ご本人から希望があった場合に限らず、専門職としてご本人との相談内容から紹介すべきと判断した場合も含まれることに留意する必要があります。また、ご本人が求める権利を行使しやすいように説明を分かりやすく工夫することが必要です。

【社会資源の情報について】

退院に向けて利用できそうな制度や福祉サービス、経済的な支援等を具体的に紹介します。その際は市町村や都道府県が作成しているパンフレットを使用すると、イメージが具体的にわかりやすくなり効果的です。

医療機関で市町村窓口、相談支援事業所、障害福祉サービスの状況をとりまとめて提供できることが望ましいでしょう。また、協議会(地域自立支援協議会)等に情報提供の方法を相談してみることも必要です。

障害福祉サービスを初めて利用する場合には、入院前居住地の市町村窓口か相談支援事業所、地域包括支援センターに相談し、本人か家族、時に退院後生活環境相談員より連絡を入れます。

市町村担当者、相談支援事業所やその他の障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター等に病院に来てもらい、役割の説明や具体的な社会資源の説明等をしてもらうこともできます。その後の申請は必要に応じて、市町村窓口に行き支援をすることも業務になり得ます。

和歌山県 地域移行を促進するポスター (A2版) * 地域相談支援の周知

「地域相談支援を知らせないことは権利侵害」と聞いて、はっとしたんです。これは、行政も含めみんなで本気で取り組まなアカン。圏域レベルでやれることには限界がある。こうなったら和歌山県全体でやるしかないで！！県の地域移行支援連絡会議で提案してみたところ、すぐに実現。個別給付以前、和歌山市圏域の部会で作成したものが原案となり、立派なポスターが出来上がったんです。

すべての入院されている方に届けたい、届けやんとあかんのやというみんなの「本気」の想いが込められてます。ポスターに「和歌山県」と入っていることに大きな意味があるんですよ。官民協働で作りましたっていう、それを県下全域の医療機関に広めるとのこと、まさにみんな本気で！

それから、「退院して生活されている方の声」を載せてます。当事者の方の想いは何よりも胸に響くんですよ。

「日曜日に買い物に行けるのでいいです」

この言葉を見て、ある精神科Dr. が「患者さんってこんな風に思ってるんやなあ。

今まで気づかんかった...」としみじみ。

また、このポスターを見た入院されている方からは、「入院して30年目にこの支援を知りました。もっと早く言ってもらえれば...ってようそんなん載せましたね。自分たちの非を認めることでしょ。でもそこ敢えて載せてることに、何か感動したわ。」って。

ポスターは一つの手段。次は、反応してくれた方の想いをしっかり受け止めていかんと。

地域移行支援をすすめること、まだまだ続けて行かんとかあんなあって思うんです。

このポスターがあったから良かったんですわ〜。



保健所が相談支援事業所や病院PSWと作成


退院についての支援が受けられます ～地域移行支援のご案内～

入院中のあなたへ

退院したいけど、家族がない、住む場所がない、お金が心配などの不安を抱え、退院をあきらめていませんか。

改正障害者自立支援法（平成24年4月～）では、

- ◇ 患者さんが自ら退院を希望したら、入院中から、退院に向けた支援や退院後の生活支援を受けられます
- ◇ 地域の相談支援事業所や行政機関など、さまざまな人が生活をサポートします



18年間入院していたAさん

いつの間に長くなってしまった入院生活。この間に両親は亡くなり、兄弟たちはみな独立しました。戻る家はなく、退院はあきらめていました。

そんな時、地域移行支援を活用し退院することができました。今も不安なことがあれば話しを聞いてもらえる人がたくさんいます。退院して一番嬉しかったのは、お刺身を食べたこと。退院して良かったよ～、と思います。

ご家族の方へ

医療機関、地域の関係者が連携してご本人・ご家族を支援します。長期入院されていた多くの患者さんも退院しています。



Aさんのお母さん・Cさん

ずっと兄の事は気にしていました。しかし、自分の事もありなかなか動けずしていました。退院支援を受けて一喜一憂だったと思うのは、家族以外にも兄のことを考えてくれる人ができたこと。退院した後の生活も支援してくれたので、本当に助かっています。

地域移行支援について

平成24年4月から障害者自立支援法の改正により、退院したい患者さんが、入院前に住んでいた市町村の役所に申請することで、退院に向けた支援や退院後の生活支援が受けられます。

まずは、この支援について知りたい人は、病院の精神保健福祉士（ソーシャルワーカー、相談員など）にご相談ください。

牽手保健所管内 問い合わせ先

＜管内市町の担当 問い合わせ先＞

- 久喜市役所 障がい福祉課 0480-2
- 蓮田市役所 福祉課 048-76
- 牽手市役所 社会福祉課 0480-4
- 白岡市役所 福祉課 0480-9
- 宮代町役場 福祉課 0480-3
- 杉戸町役場 福祉課 0480-3

＜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
- 埼玉北障がい者生活支援センター ベルベール
- 埼玉北障がい者生活支援センター きらら（啓和会）
- 埼玉北障がい者生活支援センター きらら（みめま福祉会） 0480-26-97
- 埼玉北障がい者生活支援センター たいよう 0480-48-7

＜保健所 問い合わせ先＞

- 埼玉県牽手保健所 保健予防推進担当 0480-4-1101



入院している患者さんへ、「地域でみんなが待っているよ」と、手紙風にチラシを作成しました。

1人でも多くの人が地域生活できるように願いがこもっています。



医療関係者のみなさまへ

この支援を受けて、これまで退院えられていた方が退院しています。入院中のみなさまへのご周知をお願いします。

これもいいですわあ

退院後生活環境相談員

■ 入院時の業務

<p>①個別面接と早期面談（カンファレンスやケア会議）</p>	<p>入院後早期に本人及びその家族等と面接を行います。</p> <p>退院後生活環境相談員は、本人、家族の話聞くことを第一としながらも、「入院中や退院後の心配ごとの相談をお受けします」「生活に関する様々な相談にのり、一緒に考える役割です」「生活を支援する制度を紹介できます」「退院後、生活上の様々な相談にのってもらえ、支援してくれる事業所を紹介することができます」といった内容を伝えます。口頭だけでなくパンフレット等を活用しながら説明できるとより分かりやすいでしょう。</p> <p>可能な限り早期に本人や家族等を交え、主治医、看護職員、退院後生活環境相談員が参加した面談を行えると様々なことが分かり方針が立てやすくなります。</p>
<p>②入院前の生活環境や退院後の生活に関する希望の聞き取り</p>	<p>入院当初に本人や家族等から全てを聞くことはできません。入院診察時や入院時の家族への説明、少し病状が安定した際の本人との面接、家族からの聞き取り等の機会を活用して情報収集を行います。</p> <p>ア なぜ入院になったのか、原因となったこと</p> <p>イ 入院前の生活環境について（・居住形態・家族の状況 同居、単身、key personの設定・経済状況 本人の収入、家族の収入、入院で生じる経済的問題・年金状況・就労状況、職場環境・障害者手帳の有無・障害福祉サービスの利用状況・介護保険の利用状況・公的機関の利用状況</p> <p>ウ 本人の退院後の生活への希望、将来的な夢や希望</p> <p>エ 家族の心配事、希望、願い</p>
<p>③生育歴や生活歴、得意なこと、大事にしていること聞く</p>	<p>診療録から情報を把握できる場合は確認します。</p> <p>診療録で聴取できていない場合は、どのような環境で育ってきたか、どんな思いを持ってきたか、仕事は何をしてきたのか、好きなこと、趣味・特技等を時間をかけながら丁寧に聴取することは、ご本人の理解やその人らしさを知るための大事ななかかわりです。</p>
<p>④入院前から関係のある人や機関に連絡をする</p>	<p>本人及び家族等の同意のもと、必要に応じて入院前から関係のある人や機関と連絡をとり、状況等を聴取できれば、支援するうえで大切な「その人とご本人を取り巻く環境」を知る機会となります。</p>

退院後生活環境相談員

■ 退院に向けた相談支援業務(1)

①その人を知る、関係づくり	本人の話を傾聴することが関係づくりでは重要です。話をする機会は、本人のベッドサイドや病棟内で行い、自然の流れで話をする「生活場面面接」、クローズな環境の部屋を使用し目的を持った「構造化された面接」等があります。また、入院中の制度利用時、日常的な療養上の援助を行う時、外出同行時等を通して、その人となりを知ることができます。
②入院のきっかけになったような生活上の問題、課題を一緒に考える	借金や生活費の困窮のような経済的なことや、友人、知人、家族との離別、環境変化、職場での対人関係、家庭内の不和など困難な状況に誘発されて入院に至る場合があります。その際は、利用できる制度や社会資源を提案し、本人がどのように解決していきたいかを考えて、自己決定することを支援します。また、本人の生活環境の強み(例えば持ち家がある、家族や友人がいる、活動場所が近いなど)もあわせて聞くことで、現在不安に思っていることを解消する糸口が見つかることがあります。以下は入院中の相談支援に関することです。 ア 傾聴、受容、共感により不安や心配の軽減を図る イ 退院、処遇改善請求の相談や利用援助を行う ウ 療養上の相談、援助を行う エ 家族への働きかけ、調整を行う オ 入院形態の切り替えが必要な場合には立ち合い、説明を行う カ 経済的な問題の調整等、必要な援助を行う キ 退院後の生活に向けた指導、援助を行う ク 社会資源、障害福祉サービスの紹介、検討、調整を行う ケ 入院時、中間、退院時の病棟カンファレンスに参加する コ 退院前から訪問看護の導入を検討する
③家族からの相談、支援	家族が面会に来た時、家族と医師との面接がある時、また、退院後生活環境相談員自らが家族の話を知りたい時などに面接を設定します。家族はどのような希望をもっているのか、本人への期待や退院後の不安なこと等を聞く機会となります。その際には、家族が本人の入院前に苦労したこと、困ったことの話も出てきますが、受容、共感することが大切です。家族から今後の退院に向けて、役割分担の一部を担ってもらうために、家族の苦労を受け止め、共感、労をねぎらうことが非常に大切になります。

退院後生活環境相談員

■ 退院に向けた相談支援業務(2)

④多職種との連携(チームの一員として)	多職種とのカンファレンス、本人や家族を交えたケア会議を積極的に行います。本人が参加できない場合は、どのような社会的背景を持ち、また本人や家族が何を望んでいるのか、どのようなことに不安を感じているか等を多職種に代弁することも重要な役割です。治療のゴールや退院後3ヶ月後、6ヶ月後の生活イメージを本人を含めたチームで共有することが大切です。
⑤地域移行支援・地域定着支援(障害者総合支援法の地域相談)を利用する	地域移行支援を積極的に活用します。 相談支援事業所の相談支援専門員等は退院までの支援と退院後の生活を、本人や病院スタッフと一緒に考え必要な支援を実施してくれます。 地域相談支援(地域移行)の対象者は、精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者です。長期に入院していることから支援の必要性が相対的に高いと見込まれる1年以上の入院者が対象の中心です。 1年未満の入院者は、特に支援が必要な者(措置入院や医療保護入院から退院する者で住居の確保などの支援を必要とするものや地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者など)が対象です。具体的には以下のようなイメージです。 ・病状は安定していて、入院治療を必要としない状態の方 ・退院したいという思いを持っている方 ・スタッフ等が退院して生活できそうと見ているが本人が望んでいない方 ・任意入院者で開放病棟に1年以上入院している方は全員対象 ・閉鎖病棟に入院している方で任意入院者は対象になる ・医療保護入院者でも対象になる場合がある ・短期間に入院を繰り返す方は、病院のサポートを含め地域のサポートが濃厚に必要なので地域移行・地域定着支援を利用する ・この入院により住まいを失った方は濃厚なサポートが必要と考えられるため入院当初より対象になる 申請は入院前住所地の市町村担当窓口になります。

退院後生活環境相談員と精神医療審査会

東京都立中部総合精神保健福祉センター
所長 益子 茂

精神医療審査会(以下審査会)は、精神医療における精神障害者の人権擁護を目的として、精神保健福祉法において各都道府県・政令市に設置が義務付けられている機関です。その事務局は各自治体の精神保健福祉センターに置かれています。

主な業務は①病院から保健所を経由して提出される医療保護入院者の入院届、及び措置入院者と医療保護入院者の定期病状報告等の書類による入院適否等の審査、②知事や政令市長(以下知事等)宛に出された入院患者本人やその家族等からの退院請求や処遇改善請求について、入院や処遇の適否を審査し結果を知事等に進達することの2つです。精神医療委員2人以上、法律委員1人以上、その他の有識委員(平成28年4月からは精神保健福祉に学識経験を有するもの)1人以上、の計5人の委員で構成される合議体で審査を行います。合議体数は審査事務量に応じて各自治体で異なります。

入院後10日以内の提出が義務付けられている医療保護入院者の入院届に今回新たに入院診療計画書を添付することとなり、その様式中に選任された退院後生活環境相談員(以下相談員)の氏名を記載する欄が設けられる予定です。

医療保護入院の定期病状報告は入院後1年毎に提出するもので、今回新たに様式中に退院に向けた取組の状況として、相談員名とともに、①当該患者が相談員との最初の相談を行った時期やその後の相談の頻度等、②地域援助事業者の紹介の有無や紹介した地域援助事業者との相談状況等、③医療保護入院者退院支援委員会での審議状況やそこで決定された推定入院期間等を記載する欄が設けられ、相談員自身が記載することが望ましいとされています。また直近の医療保護入院者退院支援委員会の審議記録を添付することとされています。これらの記載内容は審査会が当該患者の入院継続や処遇の適否を判断するうえで、重要な参考になると考えられます。

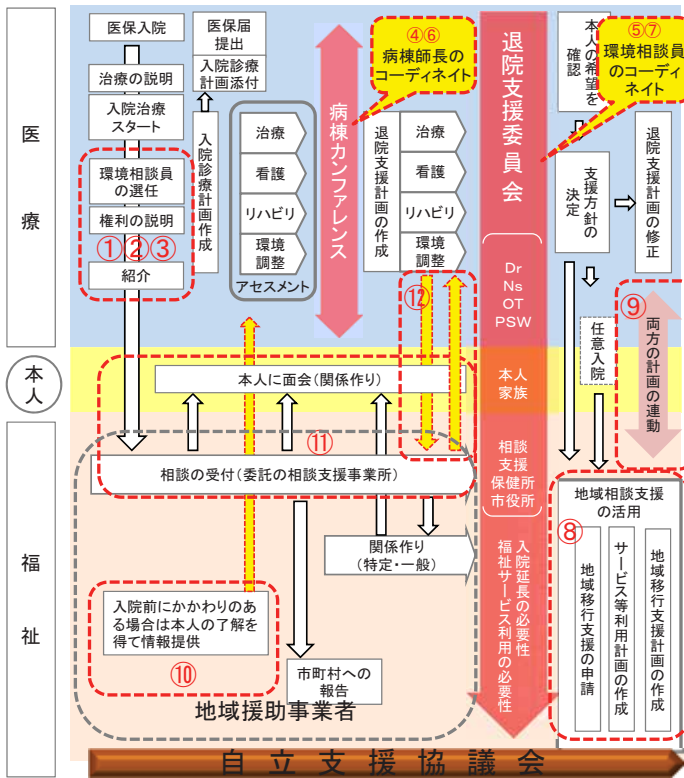
退院請求や処遇改善請求についても、審査に当たって予め当該患者の入院病院側の意見を徴するために審査会から病院管理者宛に送付する書面に相談員の意見の記載を求めると、審査委員が直接出向いて病院管理者の意見聴取を行う際に、主治医と併せて相談員の意見も聞く必要がある場合があると考えられます。それらは合議による最終的な審査において重要な判断材料となり、審査結果通知において参考意見等のなかに相談員の活動に関連した何らかの言及が盛り込まれる可能性があります。

地域援助事業者による権利支援

入院初期の支援	<p>この時期の医療保護入院患者は強いストレスを受けやすい時期であり、医療との緊張関係も強い時期です。そういった状況において地域援助事業者の役割は、ご本人の気持ち(不安、心配、苦痛、孤独等)を先入感なく正確に理解することが求められます。また、ご本人から代弁を求められたら対応する必要があります。しかし、代理行為に関しては退院後生活環境相談員や所属機関とよく相談して判断・対応することが必要です。</p> <p>また、入院前にかかわりのある地域援助事業者はご本人の同意を得て地域生活への移行を促進するための情報を提供する必要がある、あわせて推定入院期間を把握し退院支援委員会の参加調整を準備しておく必要があります。</p> <p>市区町村から委託を受けている相談支援事業所や地域包括支援センターは、退院後のサービス利用を見据えて市区町村へ情報を提供・共有しておく必要があるでしょう。</p>
入院中期の支援	<p>退院後生活環境相談員と連携を図り、退院後のサービス等が円滑に利用できるように相談援助を行うことが必要です。</p> <p>ご本人から医療保護退院支援委員会の参加を求められたら可能な限り出席することが望まれますが、どうしても調整がつかない場合は書面で意見を提出しましょう。</p> <p>地域援助事業者だけでなく、ご本人が求めれば退院後の生活環境又は療養環境に関わる者も参加が可能ですので、ご本人とよく相談して必要なメンバーの参加を求めてもらうよう働きかけることが必要です。</p>
入院後期の支援	<p>必要な方には地域相談支援の利用を紹介するなど、入院中から利用や体験ができるサービス及び退院後に利用できるサービスを紹介するなど、ご本人の退院意欲の維持と不安の軽減等に配慮する必要があります。そのためにもピアサポーター等の活用も重要です。</p> <p>また、地域相談支援の利用には支給決定事務など具体的なサービス利用までに時間がかかることがあります。医療のスピードと福祉のスピードのズレがご本人の意欲減退等につながらないように早めの対応が必要です。</p>
その他の支援	<p>入院前にかかわりのある地域援助事業者はご本人が支援を求めない場合においては、必要に応じてご本人に働きかけ、同意をもとに退院後生活環境相談員と地域生活への移行を促進するために必要な情報交換を行う必要があります。</p>

改正精神保健福祉法を踏まえた医療と福祉の連携フロー

入院10日目まで 入院1ヶ月 入院2~3ヶ月



連携のポイント

情報の連携から支援の連携へ

【医療の支援ポイント】

- ①H26年4月の精神保健福祉法の改正において、入院後7日以内に退院後生活環境相談員の選任が必要です。環境相談員は医療保護入院者の権利として地域援助事業者の支援(早期退院の支援)を求めることができることや、地域相談支援を利用出来ることを丁寧に説明することが大切です。
- ②地域相談支援等の情報提供は口頭の説明に加えて、パンフレット等をお渡ししたり、病棟に掲示するなどの配慮が必要です。
- ③退院後生活環境相談員は患者さんの求めに応じて相談支援事業所を紹介できるように、普段から地域との関係作りに配慮しましょう。
- ④病院は入院後早期に多職種で病棟カンファレンス等を開催し、医療で担うこと、退院に向けて福祉にバトンタッチしていくことを見極めましょう。
- ⑤病棟カンファレンスにおいて福祉にバトンタッチして行くことを見極めて必要に応じて医療保護入院者退院支援委員会に福祉の参加を要請し、連携して支援することの協力を求めます。
- ⑥病棟カンファレンスのコーディネイトは病棟師長(院内連携)が適任です。
- ⑦医療保護入院患者退院支援委員会のコーディネイトは福祉との連携(院外連携)が必要になるので退院後生活環境相談員が適任です。
- ⑧退院後生活環境相談員は地域相談支援の仕組みを理解し、入院患者さんをはじめ院内の多職種に詳しく説明できるようにしておきましょう。

【両者のポイント】

- ⑨退院に向けて医療と福祉の連携が必要と判断した場合は、医療と福祉の計画を本人に分かりやすく一本化するなどの配慮が必要です。

【福祉の支援ポイント】

- ⑩入院前にかかわりのある方が入院した場合は、本人の了解を得て治療の参考となる情報を医療へ提供しましょう。
 - ⑪地域相談支援の情報が患者さんに届くように医療と一緒にパンフレットやポスターを作成したり、掲示を働きかけるなどに取組みましょう。
 - ⑫地域援助事業者はご本人の退院したいという意思をまず受け取め、行動を開始して信頼関係の構築に努めましょう。
 - ⑬地域援助事業者は退院後生活環境相談員と密に連絡を取り合うことが連携の基本です。
- その他
- ・精神保健福祉法改正を契機に福祉は病院任せ、家族任せにしない覚悟を持つ必要があります。
 - ・解決が難しいことは自立支援協議会で地域の課題とすることが必要です。



連携初期段階(入院直後から約1ヶ月目までの時期)

医療保護入院がご本人の同意を得ることなく行われる入院であることから、ご本人への権利の説明は入院後早期に行う必要があります。医療保護入院者が自分の権利を理解し行使ができるように、情報提供をすることがきわめて重要です。具体的には入院のパンフレット等を準備して渡したり、病棟の掲示板を活用するなどの方法が考えられます。

医療側としては、地域援助事業者を紹介できることや医療保護入院者退院支援委員会に参加できること、関係者の参加を要請できることを医療保護入院者及びご家族に伝えることが福祉との連携のスタートであり、退院後生活環境相談員の役割は重要です。

福祉側としては入院前にかかわりのあった医療保護入院者については、ご本人の同意を得て地域生活への移行を促進するための情報を医療へ提供することが連携のスタートであり、入院前にかかわりがなかった医療保護入院者から支援を求められた場合は迅速に面会に出掛けることが必要です。

このように連携の初期段階は医療保護入院者の地域生活への移行を促進するために、退院後生活環境相談員が医療と福祉のかけ橋となる活動を中心に行い、連携の基盤を整備する必要があります。福祉側も入院したことをもって精神科病院に医療保護入院者の生活までも頼らない覚悟が必要で。

また、入院診療計画に推定入院期間が記載されることになり、期限を超える場合は医療保護入院者退院支援委員会で入院継続の必要性を審議することになるので、関係する地域援助事業者には入院診療計画書の写し等を渡す、もしくは地域援助事業者が医療保護入院者ご本人等から見せていただき参加調整の準備をしておくことが必要です。

次に重要なポイントが病棟の多職種カンファレンス(名称は様々)です。多職種が病棟に集まり治療方針を決定し専門職毎の役割を明確化する大事な場面です。今回の改正では院外(福祉)との連携を強化して地域生活への移行を推進することですが、院外と効果的に連携するためには「院内で取り組むこと」と、「院外に協力を求めること」を明確にしておくことが必要です。そのような整理がなされないまま連携しようとする、互いの役割が見えなくなり混乱が生じやすくなります。混乱を回避し連携をスムーズにするためにも、まずは院内の連携をしっかりと行っておく必要があるといえます。

よって、病棟における多職種カンファレンスを丁寧に実施する必要があります。そのコーディネイトは病棟師長等が中心となることが望ましいと思われます。院外の連携は退院後生活環境相談員が中心となって連絡・調整することはいうまでもありません。

初回の病棟カンファレンスにおいて治療方針の決定に加えて、院外(福祉)の協力が必要かどうか見極めることが困難な場合もありますが、障害福祉サービスや介護保険サービスの利用に関しては行政の支給決定事務等があり、医療の求めるスピードより遅いので退院後の生活を支えるサービス等の利用が必要と判断したら早めに連携を取り始めましょう。

法第三十三条五の規定にある通り、福祉の協力が必要な課題があると見込まれる場合は、退院後生活環境相談員から地域援助事業者に協力を求める等の連携も必要です。

病棟カンファレンス

退院に向けた治療を考えるために、ひとりひとりの患者さんに対して病棟カンファレンスをしましょう。病棟カンファレンスは、多職種が患者さんの情報をそれぞれの専門的な視点でアセスメントしたものを持ち寄り、共有し、ご本人の希望を踏まえた上で、今後の方針を検討することが重要です。方針を踏まえた上で、それぞれの専門職の取り組むべきことを明確化します。

医師：病状アセスメントと病状管理

専門性を活かしながら、
方針を検討しましょう

看護師：気持ちに寄り添い、生活歴・家族歴や生育歴及び病棟での様子をもとに生活アセスメントをするとともに症状悪化のサインやその時の対処方法を検討

精神保健福祉士：患者さんの権利や利用できるサービスの情報提供地域とのつなぎの検討や家族調整及び本人を取り巻く生活環境全体のアセスメント

作業療法士：ADL・対人・仕事・余暇など生活全般の作業能力の遂行度と満足度をアセスメント。患者さんにとって価値の高い作業の獲得やこれに向けた活動を通し、回復状態をアセスメント

病棟カンファレンスのコーディネイトは病棟師長が担うことが有効です。

病棟カンファレンスでのそれぞれの職種のアセスメントができていなければ、医療と福祉の連携ケア会議に繋がりません。病棟カンファレンスにおいて、福祉の支援が必要なことが明らかとなった場合は早い段階から福祉と連携を開始する「連携ケア会議」を開催しましょう。

出典：平成25年度（独）福祉医療機構社会福祉振興助成事業
医療と福祉の連携が見えるBookより（作成：一般社団法人支援の三角点設置研究会）

連携中期段階（退院支援委員会前後の時期）

入院治療計画、看護計画、リハビリ実施指導計画等にもとづいて入院治療が行われ推定入院期間を迎える時期です。退院後生活環境相談員は医療保護入院者退院支援委員会の開催日等を調整し、医療保護入院者ご本人に書面で通知し開催を準備します。ご本人の求めに応じて地域援助事業者は参加し、参加できない場合は書面で意見を述べる必要があります。

医療保護入院者退院支援委員会は医療保護入院後のもっとも大事な会議であり、ご本人を中心に医療と福祉の支援の連携を本格的に開始・充実させる機会でもあります。

委員会ではご本人の意見を十分に聴いたうえで、地域援助事業者等の意見も参考にしながら入院継続の必要性について審議を行うこととなりますが、大事なことは地域生活への移行に向けてご本人や家族が行うこと、医療で行うこと、福祉で行うこと、医療と福祉が一緒に行うことを整理することです。

連携を確実なものとするためにも、ご本人への配慮の観点からも地域生活への移行に向けた取り組み（退院に向けた医療と福祉の合同計画）を一枚の書式に分かりやすくまとめる配慮が必要であり、退院に向けて地域相談支援を利用する場合は相談支援専門員が作成し、利用しない場合は退院後生活環境相談員が作成し、ご本人やご家族及び関係者全員が共有する必要があります。このような取り組みを通じて福祉の協力が必要な事例については医療と福祉の連携支援チームを結成していくことが重要です。

この過程において解決できない課題もたくさん出てくるでしょう。それらの課題についてはこれまで福祉や地域全体で共有される機会が少なく社会資源の開発や改善につながりにくいこともありました。これまで以上に（自立支援）協議会に課題として報告し、地域全体の問題として解決に向けて取り組む必要があります。

以上のように、医療保護入院者の個別の医療保護入院者退院支援委員会を通じて、解決できない課題は地域課題として地域全体で共有し、医療と福祉が連携して解決に向けて共に知恵を出し合い、精神障害があっても住みやすい地域づくりに取り組むことが必要です。

2)入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象者としない場合は、具体的な理由（例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等）を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。

（障発0124第2号 平成26年1月24日）

Point

精神科医療の機能分化と質向上等に関する検討会（平成24年6月28日）のとりまとめにおいて、精神科の入院患者は「重度かつ慢性」を除き1年で退院させ、入院外治療に移行させる仕組みを作るとされています。上記の通り、入院期間が1年以上であっても原則として委員会での審議を行うことが望ましいとされていることから、「重度かつ慢性」以外の全ての入院者は最低1年に一回は委員会での退院に向けた取り組みを検討することとなっています。

医療保護入院者退院支援委員会について

精神保健福祉法第三十三条の六

精神科病院の管理者は、前二条に規定する措置のほか、厚生労働省令で定めるところにより、必要に応じて地域援助事業者と連携を図りながら、医療保護入院の退院による地域における生活への移行を促進するために必要な体制の整備その他の当該精神科病院における医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置を講じなければならない

通知(障発0124第2号、平成26年1月24日)抜粋

第1 医療保護入院者の退院促進に関する措置の趣旨

医療保護入院者の退院促進に関する措置は、医療保護入院者が本人の同意を得ることなく行われる入院であることを踏まえ、本人の人権擁護の観点から可能な限り早期治療・早期退院ができるよう講じるものであること。

第4 医療保護入院者退院支援委員会の開催

1 医療保護入院者退院支援委員会の趣旨・目的

医療保護入院者退院支援委員会(以下「委員会」という。)は、病院において医療保護入院者の入院の必要性について審議する体制を整備するとともに、入院が必要とされる場合の推定される入院期間を明確化し、退院に向けた取組について審議を行う体制を整備することで、病院関係者の医療保護入院者の退院促進に向けた取組を推進するために設置することとするものであること。

退院支援委員会は上記のように、入院時や定期病状報告の際に「推定される入院期間」を超えて入院している患者がどのような取り組みを行うことで退院できるのか等を審議し、記録、報告するもので、退院後生活環境相談員が中心となってコーディネートします。

地域生活に移行するための重要な役割をもつ退院支援委員会ですが、ケア会議に加えて、権利支援の側面があることを念頭において実施してください。ここでは、推定される入院期間を超過する本人の声に寄り添うとともに、生活環境を整えることが最大の権利支援となります。

基本的には多職種で実施する委員会に本人とその要請に応じて家族等や、地域援助事業者として指定特定相談支援事業者、指定一般相談支援事業者、居宅介護事業者が参加することができます。地域援助事業者には、地域生活の視点から論議に加わっていただくこととなります。

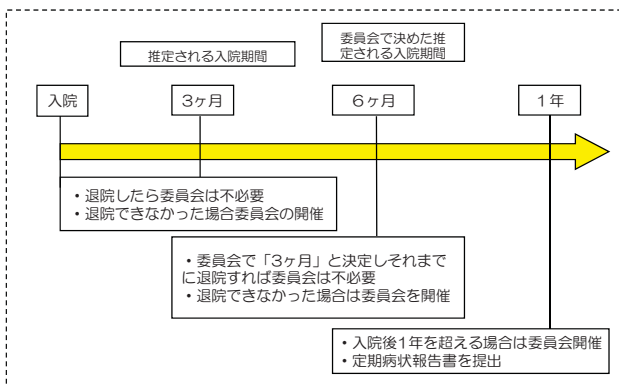
病院にとっては、早期に退院するための情報が得られることになり、本人にとっては安心できる情報が入手でき、退院後の生活の一助となります。皆さんに良い効果が得られる機会です。

医療保護入院者退院支援委員会の対象者

■入院後1年未満の医療保護入院者の場合

- ①入院届に記載された「推定される入院期間」が経過する場合
- ②委員会で定められた「推定される入院期間」が経過する場合

通知(障発0124第2号、平成26年1月24日)を基に図式化したものです。詳細は同通知文を参照してください。



入院時の「入院診療計画書」に「推定される入院期間」が記載されます。それが元になりそこまで退院できなかった場合、この退院支援委員会が開催されます。また、退院支援委員会審議の結果、「推定される入院期間」が決められ、それを超える場合にも退院支援委員会が開催されます。医療保護入院で1年を超える場合には定期病状報告時に直近の審議の結果を添付して提出となります。

■入院期間が1年以上である医療保護入院者について、精神科病院の管理者が委員会での審議が必要と認める場合

通知(障発0124第2号、平成26年1月24日)より抜粋

入院時に入院届に添付する入院診療計画書に記載する推定される入院期間については、既に当該医療保護入院者の病状を把握しており、かつ、1年以上の入院期間が見込まれる場合(例えば措置入院の解除後すぐに医療保護入院する場合等)を除き、原則として1年未満の期間を設定すること。

入院から1年以上の医療保護入院者を委員会での審議の対象者としないう場合は、具体的な理由(例えば精神症状が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等)を定期病状報告に記載すること。具体的な理由がない場合は、原則として委員会での審議を行うことが望ましいこと。

入院期間が1年を超える場合には、退院支援委員会は任意での開催とされています。明らかに精神症状が重度でかつ慢性的な症状を呈し、入院治療が必要な病状の場合には、その旨を定期病状報告に記載し、退院支援委員会を開催しない理由を明らかにすればよいですが、それ以外の理由で入院してから1年を経過してしまう患者には、全員退院支援委員会を開催することが望ましいと考えられます。なお、当然ながら、どのような支援があれば退院できるか等、退院への取り組みは入院形態に関わらず行われなければなりません。

また、医療保護入院から任意入院に変わった方は除外されていますが、任意入院で1年以上となっている患者は、何かしらの社会的入院の可能性が高いと考えられますので、退院支援委員会は義務付けられていませんが、ケア会議的に開催されることが望ましいと考えられます。

医療保護入院者退院支援委員会の出席者

通知(障発0124第2号、平成26年1月24日)から抜粋 詳細は同通知を参照

- ①当該医療保護入院者の主治医(主治医が精神保健指定医でない場合は、当該主治医に加え、主治医以外の精神保健指定医が出席すること)
- ②看護職員(当該医療保護入院者を担当する看護職員が出席することが望ましい)
- ③当該医療保護入院者について選任された退院後生活環境相談員
- ④①～③以外の病院の管理者が出席を求める当該病院職員
- ⑤当該医療保護入院者本人
- ⑥当該医療保護入院者の家族等
- ⑦地域援助事業者その他の当該精神障害者の退院後の生活環境に関わる者

①～③は出席が必須とされていますが、④～⑦に関しては本人が要請した場合とされています。退院後生活環境相談員が業務上開催の調整を行うことになるので、本人や家族等の希望や要望をかかわりの中から拾い上げ、退院後の生活環境を見据えた有意義な審議を行うためにも④～⑦に記載されている方々の参加を検討してほしいものです。

障害者権利条約の策定でのスローガンの「われわれのことを我々抜きで勝手に決めるな」(Nothing about us without us!)を持ち出さなくとも、退院支援委員会は、本人中心の支援を心掛けることが重要です。

医療保護入院者退院支援委員会の開催時期・方法

医療保護入院者について、「推定される入院期間」を超える前又は超えた後速やかに(=概ね2週間以内)、当該者について委員会で審議を行います。

方法に関しては、通知の記載を参考にして医療保護入院者の実情に合わせた開催方法行えるよう工夫できるようです。

開催までの退院後生活環境相談員の業務としては、対象者の名簿管理、出席者に関する本人の希望の聴取、院内外の日程調整、医療保護入院者への通知の作成(通知した旨を主治医が診療録に記載)、本人の要請がある家族等、地域援助事業者等への連絡が必要になります。



退院支援委員会開催前の準備(例)

主催者が行うべきこと	留意点
本人の生活環境や希望を知っている	・日々の業務のなかで、本人の気持ちに寄り添い、生活歴、生活環境を把握して、今後の希望についても把握していることが望ましい。
治療方針や看護計画等チームで共有され実行されている	・治療状況と今後の主治医の治療方針を確認する。 ・院内の多職種が通常のカンファレンスを開催しており、治療方針、看護計画、その他職種の計画がチーム内で共有され役割分担されている。
会議開催を決める 出席者を決める	・今後の方針を決める時や退院支援委員会では推定される入院期間を経過しようとした時に開催を決め、出席者を決定する。 ・本人の要請に応じて、家族等、地域援助事業者、入院前に関わっていた機関、院内多職種についての出席を検討する。
本人、家族等に出席の了承を得る	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・個人情報の取り扱いについて事前に説明しておく。
院内の関係者、地域の関係者に出席を依頼する	・開催目的や趣旨を伝え、出席を依頼する。 ・その際に関わりの近況の情報交換ができることが望ましい。
日程調整をする	・出席要請した方が全員出席できるか、無理な場合は事前に意見を聞いておく。 ・出席が確実に必要な人の優先順位を決め、その人達に合わせた調整を行う。
会場を確保する	・人数に見合った、会話が漏れ聞こえないような部屋を確保する。予約等しておく。
開催を通知する	・確実な方法で通知する。
配付物を準備する	・事前に資料があれば用意する。

医療保護入院者退院支援委員会の審議内容

退院支援委員会は、以下の3点とその他必要な事項を審議することとなっています。

- ①医療保護入院者の入院継続の必要性の有無とその理由
- ②入院継続が必要な場合の委員会開催時点からの推定される入院期間
- ③②の推定される入院期間における退院に向けた取組

上記のように通知されています。

退院後生活環境相談員の業務としては、進行役を行います。出席している皆さんの全員から意見を聞き、それぞれの立場、役割からの意見を交換することで、退院に向けての取り組みをよりよく検討できるようになります。

当然ながら本人の意見を最も尊重しながらすすめることが大切です。また、本人の思いや気持ちを日頃から聞き取り、記録を残すことや、支援をすることで一緒に歩みながら、退院支援委員会に臨むことが退院後生活環境相談員には求められます。

退院支援委員会の当日の流れ(例)

進行役が行うこと、内容	留意点
会場の準備をする	・話し合いがしやすい距離や配置に配慮する。 ・ホワイトボード等の説明しやすい機材があると良い。
本人、家族等、関係者を迎える	・会議出席者に対する不安を和らげる。 ・座る位置などの工夫をする。特に本人、家族の傍に誰が座るか、見える位置のほうが良いか等の工夫が必要である。
開始のあいさつをする 参加者を紹介する	・退院後環境相談員が司会進行を行う。 ・出席者を紹介する。
会議の目的を確認する	・退院後生活環境相談員が同じ方向をもって会議の趣旨と、会議目標を明確にする。
全体の流れを説明する	・経過の説明、病状等の医療的な説明、本人の希望、家族等の希望等の話のあと、退院に向けてどのような取り組みを行うか検討する内容を説明する。
経過の説明、病状等の医療的な説明を行い、本人、家族等の希望を聞く	・医師や看護職員、その他職種より報告する。 ・本人や家族等の現状や希望、要望を語ってもらう。
退院に向けての取り組み案の検討	・地域援助事業者や他関係機関からの意見や情報提供を受ける。 ・本人に確認しながら意見交換を行う。 ・小さなことと思えることでも褒める、認める。 ・ストレングスの視点で検討できるとなお良い。 ・問題解決志向や条件付けでの検討ではなく、未来志向、課題解決志向で検討できるのが良い。 ・本人の理解できる言葉で、専門用語には解説を入れる。
退院に向けての取り組みの決定	・具体的にどのような取り組みを行うかを共有する。 ・役割分担も行う。 ・目標や期間の設定を行う。
閉会	・会議の成果と労をねぎらい、終了とする。

医療と福祉の連携を推進する退院支援委員会

～立場が違えば視点が違う中での連携～

医療と福祉の連携を推進する医療保護入院者退院支援委員会で精神保健福祉士(退院後生活環境相談員)から相談支援専門員に少しずつマネジメントの中心が移行していく場合があります。

退院支援委員会では、医療と福祉のアセスメントを統合し、課題を抽出し方向性を確認します。両者の視点が入ることで、医療モデルと生活モデルの両方の視点が得られます。

退院支援委員会の開催前に、お互いの役割等について根回しをしておくことも必要です。具体的には、本人の希望を伝えておき、それに対して受け止めてもらえるような環境をつくる(それはできませんというような否定的な退院支援委員会にしないように)ことが大切です。また今後の役割について明確に本人にわかる言葉で説明してもらえるように伝えたり、必要なサービス提供ができるようにあらかじめ時間調整をしておくことなども必要になります。退院支援委員会はご本人のための応援団だということを示すという意味もありますからスタッフ間が意見の食い違いでぎくしゃくしないようにしましょう。立場が違えば、視点が違うものですから、意見は違ってあたりまえです。意見の違いを視点の違いからくるところだと受け止めてあらかじめ、なぜそのように思うのかを話し合いお互いの気持ちを共有しておくことが重要です。

立場が違う人が一緒に考えることで、広い視点でその人の暮らしを具体的に考えることができます。



出典:平成25年度(独)福祉医療機構社会福祉振興助成事業
医療と福祉の連携が見えるBookより(作成:一般社団法人支援の三角点設置研究会)

地域から病院に出向き患者さんの声を聴きながら

社会福祉法人めぐはうす
理事 宮本 めぐみ

筆者は、医療畑で看護師として長く働いた後、現在は地域から病院に出向いて地域移行の支援を行っています。数ヶ所の病院に出入りする中で、地域で働く看護師として感じたことについて述べたいと思います。

初めての入院から、そのまま数十年を病院で過ごさざるを得なかった患者さん…。入退院を繰り返しながら人生を送る間に、家で帰りを待ってくれる人を亡くし退院をあきらめてしまった患者さん…。病院の片隅でひっそりと暮らしてきた患者さんたちの「語り」を聞き、ご本人の気持ちに添いながら、今後の退院に向けた手立てを病院のスタッフと一緒に探っています。

家族に苦労話を聞かため自宅に伺うと、なんでもっと早く話を聞いてくれなかったのか、老いた自分たちには退院させる手立てがないと怒りをぶつけられることもあります。私達関係者は行政も医療スタッフも地域スタッフも、今までのようなことを繰り返してはいけなかつくづく思います。

地域から病院に出向く立場から言うと、地域移行の病院側担当者が明確であると、連絡が取りやすく早めに調整に取り組めます。担当者が患者に関する情報を集約した上で、柔軟に動けるかどうかでも大事なところですが。入院時の状況や回復過程が見えやすいのは病棟看護師をはじめとする病棟スタッフで、特に担当看護師と担当者の情報共有はとても重要だと思います。

今も昔も、多くの患者さんは服薬の中断によって、病状再燃、生活破綻、再入院に至ることが少なくありませんが、服薬中断には個別の理由があります。そして、服薬の必要性や服薬中断の危険について患者さんがどのように考えているのかを本音で聞ける立ち位置にいるのは、患者のもっとも身近にいる看護師です。看護師は交代制ということもあり、病棟マネジメントを担う師長や主任との連携は特に重要です。病棟師長が地域への関心を高めることにより、病棟チーム全体の雰囲気徐徐に変化し、外に目を向け退院後を見据えたケアへの取り組みが活性化します。

地域から病院に入った時、患者さんの声を聴き病棟生活にじかに触れる中で見えてくることがあります。作業療法プログラム等を作業療法士や他のスタッフと一緒に活用させていただき、地域移行に関する情報提供を行いながら個別面接を重ねる中で、患者の気持ちや生活状況、そして人生がみえてきます。患者・家族を交え多職種によるケア会議やカンファレンスを開いて話し合うことによって、家族関係が理解でき退院後の生活を一緒に考え作っていくことができます。

今回、「精神保健及び精神障害者に関する法律」の一部が改正され、医療保護入院者に対しては退院後生活環境相談員の選任が義務化されました。新たな制度を活用し、患者さんの思いに沿いながら、病棟チームと院内・院外の地域支援者が一緒になって、再入院のリスクを最小限に止める地域支援体制を作っていくことが望まれます。

改正精神保健福祉法において期待される保健師の役割について

東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課
春日 里江

保健師は地域において、精神疾患の予防から地域生活支援まで、幅広い活動を行っています。精神疾患は初期症状が様々で、身体的な変調や行動の障害としても現われ、発病や病状の変化に周囲や本人も気づかず、重症化するまで専門の医療機関につながりにくいことがあります。そのため、未治療の期間が長期になったり、受診や服薬を拒み、医療中断となることもあります。保健師は、精神障害者本人や家族、周囲の関係者、近隣住人からの様々な相談に応じています。精神症状が重く入院治療が必要であっても、本人に病識がなく、家族等の協力で入院支援を行うこともあります。そのような場合、本人との信頼関係が築けていることは少なく、入院が関係作りを行うための1つのきっかけとなります。

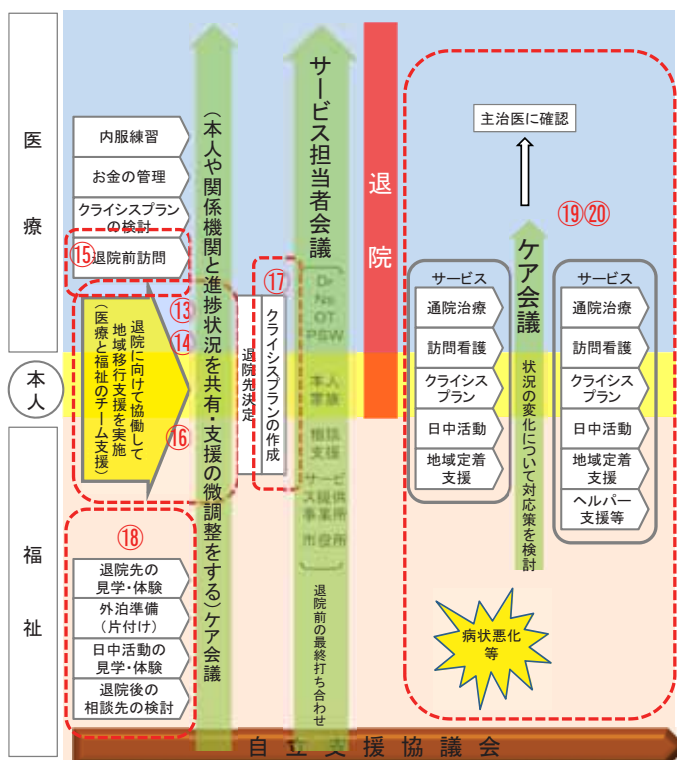
改正精神保健福祉法では、医療保護入院をした7日以内に退院後生活環境相談員が選任され、精神科病院内において退院に向けた取組が進められます。未治療・医療中断で地域生活が困難になる背景には、地域のどこの支援機関にもつながらず、家族だけが本人を支え、孤立している状況があります。入院中からケースカンファレンスを開き、各機関の役割を調整しても、退院後に本人や家族から拒否され、病状の悪化から再度の入院をくり返すケースもあります。精神障害者が地域で安定した生活を継続するために、定期的な面会や、病院で開催するカンファレンスに参加し、地域で本人の退院を待っている支援者がいることを伝えるなど、入院中から本人とつながりを持つことは重要です。

また、家族が孤立することがないように支援します。入院による治療が終了し、精神障害者が地域生活を継続するために、本人に関わる支援者（専門職だけでなく、コンビニの店員さんや不動産屋さん、アパートの隣人等も含め）がチームを組んでアンカーとなる必要があります。これまでは、入院支援のみで退院後は他の機関まかせだったり、いつ退院したかわからなかったり、といったことがあったかもしれません。これからは、医療保護入院者一人ひとりに退院後生活環境相談員が選任され、「いつ退院したかわからない」という状況はなくなります。それまで関わりのなかったケースについても連絡があるかもしれません（あってほしい）。

行政に所属する保健師は直接的な支援だけでなく、地域社会において精神疾患や精神障害者の理解を深めるための取組や、必要なサービスの開発、人材育成など地域におけるケアシステムの構築などにより、精神障害者の地域生活を支えています。精神障害に対する誤解や偏見を払拭する取組は、まだまだ必要であり、一部の支援者だけでなく、地域全体で精神障害者を支える街づくりが望まれます。保健師は長い歴史のなかで、何のサービスもなかった時代から、いろいろなサービス等を作り上げ、精神障害者を支援してきました。これからも頼られる保健師にと期待します。

退院に向けた連携支援 → 退院 → 地域定着支援

支援の連携から本人中心の連携へ



【医療の支援ポイント】

- ⑬ 環境相談員は医療と福祉をつなぐ大事な架け橋。双方に目を配り支援の足並みが揃っているか注意する。
- ⑭ 気持ちの揺れ動きへの対応。
- ⑮ 退院前訪問指導等の活用。
- ⑯ チームで継続的な地域生活支援。

【両者のポイント】

- ⑰ 揺れている時こそ連携。
- ※ 本人より先に退院を諦める権利はない。
- ⑱ クライシスプランの立案。

【福祉の支援ポイント】

- ⑰ 地域相談支援等を活用した地域生活の体験をサポート。
- ⑱ 退院後のサポート体制の整備。
- ⑲ モニタリングと継続的な地域生活支援。

連携後期段階(退院前の時期)

前述の連携中期において医療と福祉の連携支援チームがスタートしますが、ご本人の気持ちの揺れ動きや医療と福祉両者のコミュニケーション不足によっては支援の足並みが乱れやすくなるので注意が必要です。医療と福祉のかけ橋の役割が求められている退院後生活環境相談員は地域援助事業者と密に連絡を取り、必要に応じて「ご本人や関係機関と進捗状況を共有・支援の微調整をする」ためのケア会議を設定する必要があります。

また、両者の連携においては医療と福祉がそれぞれに得意とする部分を理解しておくことがポイントです。とりわけ薬や体調に関すること、生活リズムや日常生活能力に関することは医療が得意とするところであり、住まいの確保や日中活動先の紹介及び余暇や緊急時の相談先の確保等は福祉が得意とするところ。

① 退院を考える際に考えるべきこと

- ア 住まいに関すること
- イ 日中活動及び過ごし方に関すること
- ウ 生活費に関すること
- エ 障害福祉サービスの体験的利用及び利用の調整に関すること
- オ 通院先及び通院手段に関すること(紹介状の必要性、交通手段が利用できるかどうか)
- カ 自立支援医療の説明と利用に関すること(利用する場合には診断書の作成を依頼)
- キ 必要な関係機関への連絡と引き継ぎ
- ク key person(家族等)や支え手に関すること

② 本人の状態や状況の考慮

入院中は病棟の日課に沿って生活ができていても、退院後はそれができない場合があるので、外出や外泊についても本人と相談の上、主治医や看護職員と濃密に相談をする必要があります。

薬の管理にしても退院後の生活を見越した飲み方、管理の方法、本人にとっての飲みやすい管理方法があるので、外出や外泊時に退院前訪問を行うことも必要になります。

最終的に退院前のケア会議(サービス担当者会議を含む)を経て退院後の医療サービスと障害福祉サービス等の提供体制の確認等を行い退院を迎えます。

本人より先に退院をあきらめる権利は我々(支援者)にはない

地域移行支援が具体化し、現実的に進んでくるとご本人が不安を訴えられることが多々あります。そのような時に、一番近くで見守っている看護師はご本人の不安に寄り添い過ぎて、一緒に不安になり、揺れてしまいがちです。

揺れは病状の悪化によるものなのか？正常な心理的反応なのか？この見極めが重要です。それゆえ医療との連携は大事になります。

医療機関だけで支援をしていると、その不安が退院への諦めに繋がることもあります。

病院のスタッフは地域と一緒に地域移行支援をしていると支援の視点が広がり、ご本人の強みが見つかったり、できることが見えてきたりとアセスメントが深まります。

ご本人が不安になって揺れている時こそ、医療と福祉のチームががっちり手を取ってそれぞれの役割を果たすことが重要です。時には看護師は揺れに寄り添い、相談支援専門員が方向性を変えずに退院に向けて進めていく事が大切です。

揺れる事と退院が出来ない事は別です。

本人より先に退院をあきらめる権利は我々(支援者)にはありません。

出典：平成25年度(独)福祉医療機構社会福祉振興助成事業
医療と福祉の連携が見えるBookより(作成：一般社団法人支援の三角点設置研究会)

地域定着期段階(退院後の時期)

退院後に生活支援が必要な事例については、退院後も医療と福祉が連携して支える必要があります。入院中から医療と福祉の連携を重ねることは退院後の連携につながり、再入院の予防や再入院する必要がある場合でも長期入院の予防につながります。

また、このように入院早期から医療と福祉が連携して取り組むシステムが確立してくると入院期間が更に短縮されると想定されます。入院期間が短縮されることで生活能力は維持されヘルパー利用などの障害福祉サービスまでは必要ないが定期的な見守りを必要とする退院者が増えてくることも考えられます。この場合、地域定着支援等の障害福祉サービスや訪問看護ステーション24時間体制など医療系のサービスを活用することで地域生活を支えていくことも可能であり、本人の状況に合わせたサービス等を調整することが支援者に求められます。

退院後生活環境相談員・地域援助事業者に必要なこと

社会資源、制度を熟知する

早期治療・早期退院を目指し、さらに再発、再入院を防ぎ、その人らしい生活を送って頂くためにも、本人の希望に沿った生活を送れるよう、少し手伝ってほしいことや日中活動をして生活リズムをとること、訪問系のサービスを導入すること、様々な制度を利用することなど、生活環境の相談にのるためには知識が必要になります。

近隣の市町村の障害福祉サービスや高齢者福祉サービスの状況を知っておくことや制度を知っておくことが求められます。

【Key word】

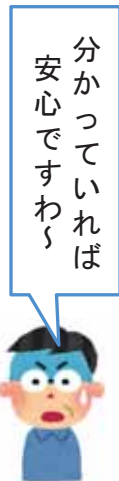
改正精神保健福祉法、障害者総合支援法、生活保護法、介護保険法、成年後見制度、年金制度 など

クライシスプラン

退院後ご本人が危機に陥りそうになった時、早期対応ができるように医療と福祉が一緒になってクライシスプランを作成しましょう。

クライシスプランは、ご本人が自分の言葉で、病状悪化時の自己対処法を語ることが必要なので、安定した状況にある入院中に作成することが有効です。いざという時にどうすればいいかが見えることで、より安心して地域生活へ向かっていけるものです。

看護師は入院までの経過や入院中の病状の変化を把握した上で、本人が語れるように支援しましょう。また、相談支援専門員は地域で暮らすうえでの危機状態を予測し、早期介入の手立てを考えます。両者のプランを統合しひとつのクライシスプランにしていけます。



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: 星野 一郎 さん	作成年月日: 年 月 日
私の調子が悪くなるサインは	①眠れなくなる ②不眠と食欲不振が3日続く ③電波被害が耐えられない程ひどくなる
サインかなと思ったら...	
私のすること	①頓服薬を飲む ②連絡する ③相談する
周りの人にして欲しいこと	相談にのってもらって、入院しないで済むようにして欲しい
周りの人にして欲しくないこと	勝手に入院させようとしないで欲しい
同意日 年 月 日	①病院 連絡先: ○○-△△△-□□□□ ②訪問看護ステーション 連絡先: ○○-△△△-□□□□ ③市役所福祉課 連絡先: ●●-▲▲▲-■□□□ ④地域定着支援 連絡先: ☆☆-×××-◎◎◎◎

出典:平成25年度(独)福祉医療機構社会福祉振興助成事業
医療と福祉の連携が見えるBookより(作成:一般社団法人支援の三角点設置研究会)

地域援助事業者について

【地域援助事業者が位置付けられた主旨・目的】

医療保護入院者が退院後に利用する障害福祉サービス及び介護サービスについて退院前から相談し、医療保護入院者が円滑に地域生活へ移行することができるようにするためです。

【地域援助事業者とは】

一般相談支援事業者及び特定相談支援事業者／居宅介護支援事業者等

【医療保護入院者はどのように地域援助事業者と出会うのか】

<法・第三十三条の五>

医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合その他医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、一般相談支援事業者若しくは特定相談支援事業者を行う者、居宅介護支援事業者を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができると認められる者(以下「地域援助事業者」という。)を紹介するよう努めなければならないものとする。

上記の通り、

①医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合

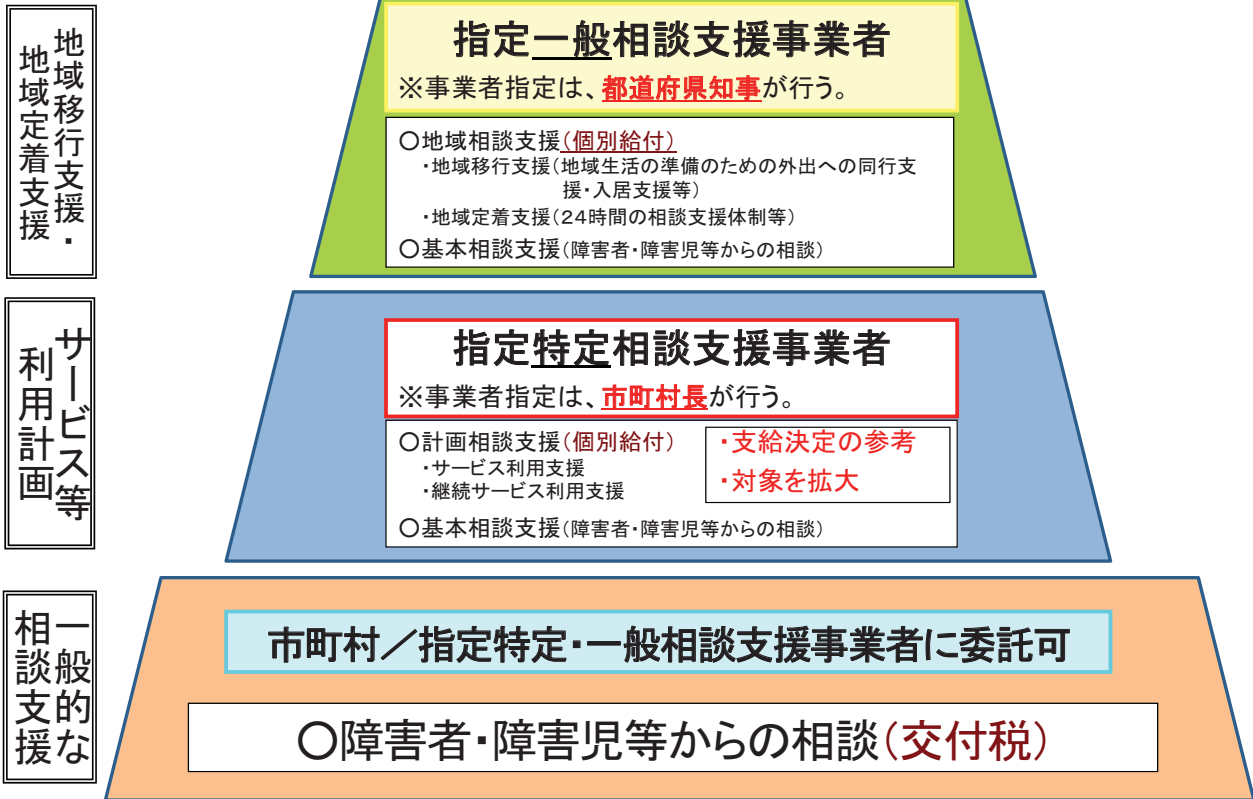
②(本人の求めがなくても)地域生活への移行を促進するために必要があると認められる場合

に、精神科病院の管理者は地域援助事業者を紹介するよう努めなければならないとされています。

以上のように地域援助事業者は待ちの姿勢となりますが、医療保護入院患者の早期の退院に向けて日頃から精神科病院と連携を図り、信頼を得ておき必要な時の声をかけてもらえる関係性を築いておく必要があります。

日頃支援している方が医療保護入院した場合は、地域援助事業者の方から精神科病院に出向くことも必要です。

H24年度の見直し後



本法施行時の特別な事情

本法では地域援助事業者の範囲を上記のように定められていますが、一般相談支援事業者及び特定相談支援事業者については、平成26年度中に障害福祉サービスを利用する者に対してサービス等利用計画を作成することが求められています。よって時限的ではありますが、精神科病院の管理者が紹介を行っても地域援助事業者が応じることが難しいという事態が想定されます。

このような状況を踏まえ法を円滑に施行するために、次ページのように「相談支援事業所等(地域援助事業者)における退院支援体制確保」(地域生活支援事業補助金)として、通常必要となる職員以外の職員の配置に必要な賃金や諸経費等について助成するメニューが準備されています。

また、病院及び市町村、地域援助事業者が見通しをもって法改正に対応できるように保健所単位で過去数年間のデータをもとに、1年間に推定される医療保護入院者数のシュミレーションを行うことも必要でしょう。

この場合、入院前の地域援助事業者のかかわりの有無や、医療保護入院期間についても整理しておく、退院支援委員会の開催ベースを検討することに役立ちます。このような事前準備は保健所が主体となって進めることが適当です。

改正精神保健福祉法の施行事項 《地域援助事業者》

平成25年6月に成立した精神保健福祉法の一部改正法により、医療保護入院者の地域生活への移行を促進する観点から、精神科病院の管理者に対する相談支援事業者等の紹介努力義務規定が設けられ、平成26年4月から施行することとされた

(参考) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(抄)

第33条の5 医療保護入院者を入院させている精神科病院の管理者は、医療保護入院者又はその家族等から求めがあった場合その他医療保護入院者の退院による地域生活への移行を促進するために必要があると認められる場合には、これらの者に対して、厚生労働省令で定めるところにより、一般相談支援事業者若しくは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第16項に規定する特定相談支援事業（第49条第1項において「特定相談支援事業」という。）を行う者、介護保険法第8条第23項に規定する居宅介護支援事業を行う者その他の地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助を行う事業を行うことができる者として厚生労働省令で定めるもの（次条において「地域援助事業者」という。）を紹介するよう努めなければならない。

【地域生活支援事業費補助金】

相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制確保

1. 事業概要

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の5の規定に基づく地域援助事業者が退院支援体制の確保に要する費用の一部について、補助を行い、医療保護入院者の地域生活への移行を促進する。

(参考) 医療保護入院者数	133,096人（平成23年6月30日現在）
1ヶ月の新規医療保護入院者数	12,484人（平成22年6月実績）

(出典：精神保健福祉資料平成23年度6月30日調査)

2. 補助内容

相談支援事業所等（地域援助事業者）における退院支援体制を確保するため、通常必要となる職員以外の職員の配置に必要なとなる賃金や諸経費等について助成

3. 創設年度 平成26年度

4. 実施主体 市町村

5. 補助率（負担割合） 1/2以内（国1/2以内、都道府県1/4以内）

法施行前に医療と福祉で一緒に準備しておきたいこと

①法を円滑に施行するためには、保健所単位（圏域等）で過去数年間のデータをもとに、1年間に推定される医療保護入院者数のシミュレーションを行っておくことが効果的です。この場合、入院前の地域援助事業者のかかわりの有無や、医療保護入院期間についても整理しておくこと、退院支援委員会の開催ペースを検討することに役立つでしょう。このような事前準備は保健所が主体となって進めることが適当であり、病院及び市町村、地域援助事業者と調整（協議会の機能を活用することも有効）を図り、相互に見通しをもって法改正に対応できるよう整備を進めておきたいところです。

②また、医療保護入院者に対して地域援助事業者をどのように紹介するかについても保健所単位毎に設定しておくといいかもかもしれません。一覧表を準備して自由に選んでもらうようにするのか？入院前にどの事業所ともかかわりのなかった医療保護入院患者に関しては輪番制をとるのか？基幹相談支援センターが対応することとするのか？など、地域の実情に応じた設定が必要です。

Point

改正法施行前の事前準備として保健所単位で年間の医療保護入院者数の推測と地域援助事業者の紹介方法及び退院支援委員会の開催方法等について協議・調整し、関係者間で共有しておく必要があります。このような調整は保健所を中心として精神科病院、市町村、地域援助事業者等で実施することが望ましいと思われれます。

事前準備を通じてまずは顔の見える関係を作っておくことが必要です。

地域援助事業者の紹介(例)

	入院前の関わり「あり」	入院前の関わり「なし」
障害福祉サービス利用系	相談支援事業所 (一般・特定)	(委託)一般的な相談支援事業 基幹相談支援センター
介護保険サービス利用系	居宅介護支援事業者	地域包括支援センター

地域福祉関係者と病院職員とケア会議の日常

神奈川県立精神医療センター せりがや病院
院長 川副 泰成

筆者は臨床経験が30年を超えた精神科医師です。以前の勤務先はその地方であらゆる疾患の重症者が集まる病院でしたが、在院期間が長い開放病棟に初めて地域生活支援センター(当時)の職員Aさんが来られたのは、私自身の受け持ち患者さんのケア会議に出席するためでした。

その病院の精神保健福祉士(以下、PSWとする)達は地域移行のためのプログラムを考案し、実施するなど積極的に活動していました。地域生活支援を本務とするAさんの経験は深く、その後も繰り返し病棟に来てPSWと連絡を取り合い、その患者さんと一緒にグループホームなど援助の現場を見学して退院の実現まで、そして退院後も根気よく行動してくれました。患者さんと家族は最初は不安を述べていましたが、皆さんが繰り返し集まり、動いてくれるのを見て、徐々に安心してくれたようでした。

最初にケア会議と一緒に参加してからしばらく経って、病院内でAさんとばったり会いました。その時は別の医師が担当する患者さんのケア会議で来たとのことで、その患者さんもやがて退院になったようでした。さらに時間が経ち、Aさんを病院内で見かけることはすっかり日常的になり、Aさんの同僚もよく見かけるようになりました。その頃には、Aさんに来訪された用件を一々聞くことなどなくなっていました。

たまたまAさんが在籍している地域生活支援センターを開設する社会福祉法人の幹部にお会いした際、これこそ「退院促進支援事業」に当たるんでしょうかと話したのは、当たり前のように退院促進が進み、上に挙げた患者さん方より重症な患者さん達の地域移行に着手し始めた頃のことでした。その後、同法人でも私が勤務していたその病院でもグループホームの開設、支援をより積極的に進めるようになりました。退院後は訪問活動による援助が必要になり、看護師、PSW、作業療法士が次々に加わりました。現在ではその病院は訪問看護ステーションを開設していますが、医療従事者の援助活動の「重心」が、病棟から地域へと移行したように見えます。

改正精神保健福祉法で言えばAさんの在籍する地域生活支援センターが「地域の精神障害者の保健又は福祉に関する各般の問題につき精神障害者又はその家族等からの相談に応じ必要な情報の提供、助言その他の援助」を行なう「地域援助事業者」(改正法第33条の5)に当るようです。患者さんのために開かれたケア会議には、「退院支援委員会」(同第33条の6関係)で想定される構成員は全てそろっていました。さらに保健所の精神保健福祉相談員、市の保健師も加わっていたのでした。

その病院のPSW達は「入院者の退院後の生活環境に関し、医療保護入院者及びその家族等からの相談に応じ……、及びこれらの者を指導」する「退院後生活環境相談員」(同第33条の4)に当るのですが、私にはPSWの本務の1つとしか思えません。それはともかく、医療保護入院に限らずあらゆる入院形態の患者さんに「退院後生活環境相談員」は必要ですし、「医療保護入院者退院支援委員会」には患者さんが拒まない限り、外部の「地域援助事業者」からの参加を原則とすべきではないでしょうか。

計画相談支援と地域相談支援の役割と関係について

【計画相談支援(サービス等利用計画)】

相談支援専門員が総合的な援助方針や解決すべき課題を踏まえ、最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、作成。複数サービスに共通の支援目標、複数サービスの役割分担、利用者の環境調整等、総合的な支援計画を作る。

【地域相談支援(地域移行計画)】

地域移行支援従事者が、サービス等利用計画における総合的な援助方針等を踏まえ、当該事業所が提供するサービスの適切な支援内容等について検討し、作成。サービス等利用計画を受けて、自らの障害福祉サービス事業所の中での取組について具体的に掘り下げて計画を作成するよう努める。


「地域移行支援対象の方には、地域移行支援計画があるので、サービス等利用計画は必要ないのでは？」という疑問の声を耳にします。「退院＝人生のゴール」ではありません。例えば「退院」を「就労」に置き換えて考えれば当然「就労＝人生のゴール」ではなく、“就労移行支援事業所を利用して就労を目指している方には個別支援計画があるのだから、ライフプランであるサービス等利用計画は要らない”とは言えないはずです。地域移行支援の対象となる方にも、ライフプランであるサービス等利用計画は必要です。

上記の役割の違いがあること、計画相談支援は中立公平が求められることから、本来一人の方のサービス等利用計画の作成者と、地域移行支援計画の作成者は別であることが求められます。一方で、精神科病院に長期入院されていた方にとって、次々と外部から別の支援者が現れては混乱させてしまうので、サービス等利用計画と地域移行支援計画の担当者はむしろ同一であった方がいい”という意見もあります。

この議論について、明確な回答はありません。大事なのは誰のためにそれぞれの計画を作成するのか、ということであり、利用される当事者の方にとって、不利益にならないように配慮する必要があることは言うまでもありません。

出典：平成25年度(独)福祉医療機構社会福祉振興助成事業
医療と福祉の連携が見えるBookより(作成：一般社団法人支援の三角点設置研究会)

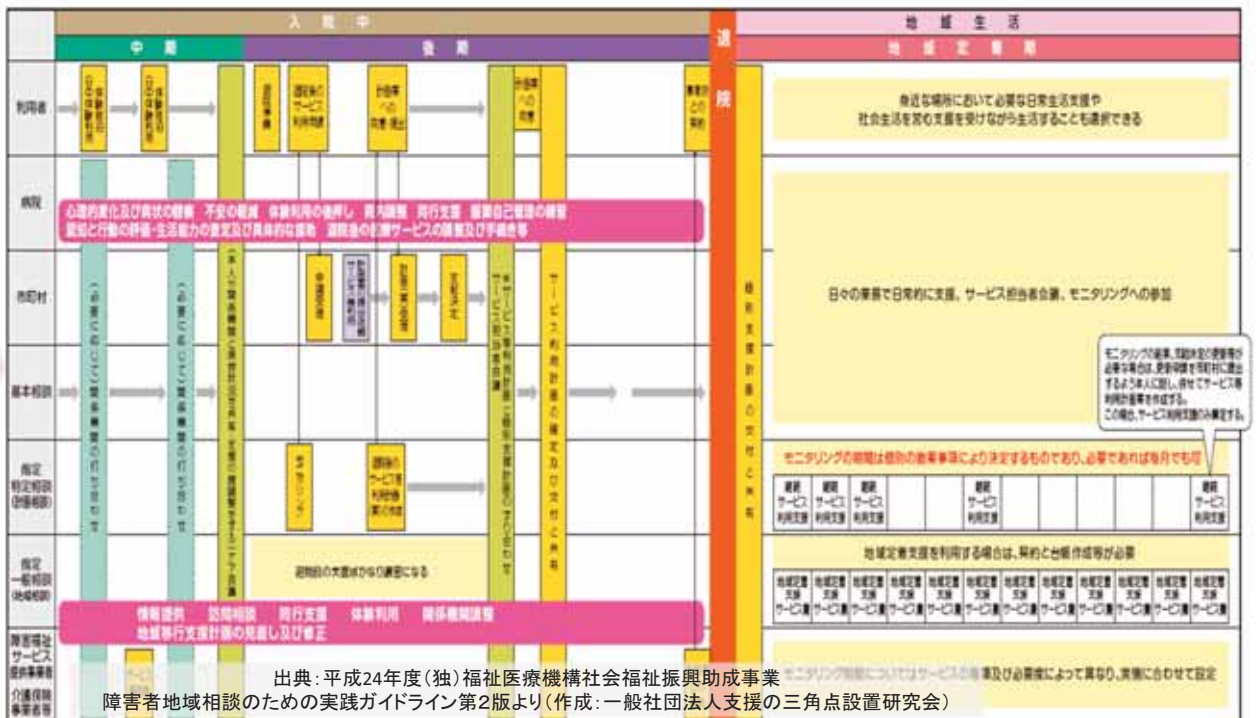
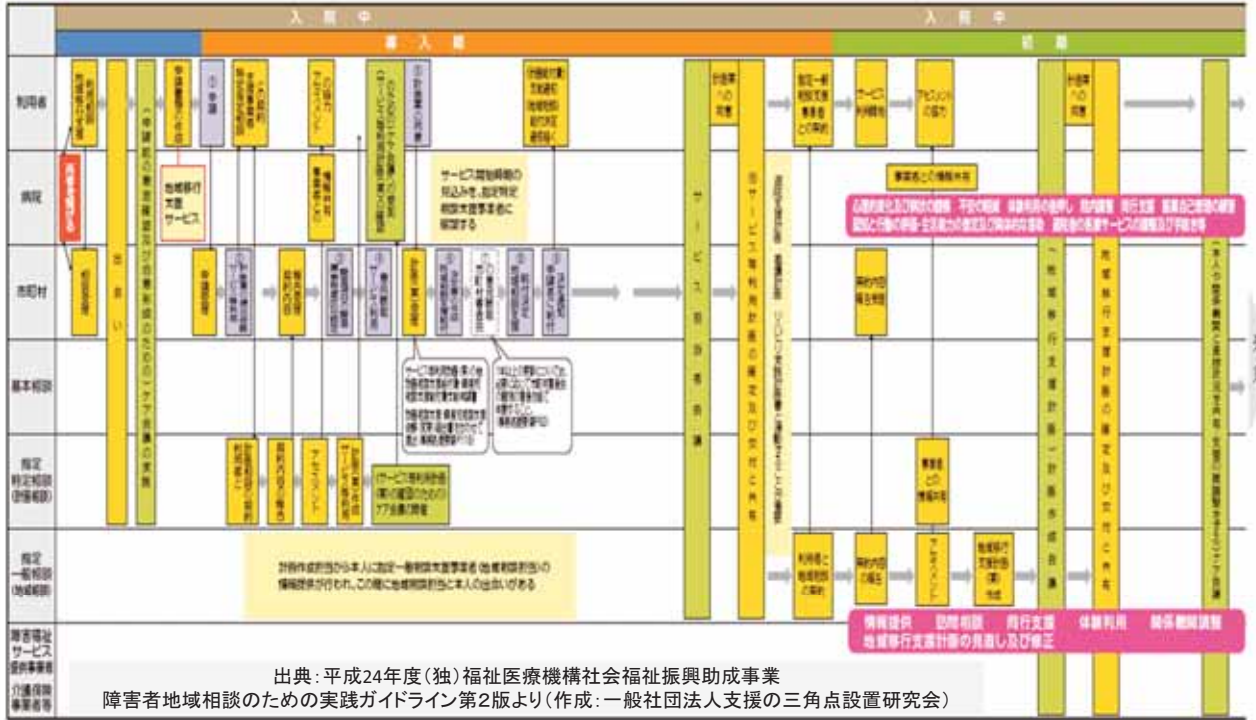
地域移行・定着支援は就労移行支援と対比すると分かりやすい

就労移行支援	:	地域移行・定着支援
就職したい希望がある	:	退院したい希望がある
就労移行支援を申請する	:	地域移行支援を申請する
サービス等利用計画(案)を作成する		
支給決定をうける		
サービス担当者会議を開催する		
個別支援会議	:	(地域移行支援計画)計画作成会議
個別支援計画 の確定	:	地域移行支援計画 の確定
計画に基づいたサービス提供をうける		
必要に応じたモニタリング	:	6ヶ月ごと
就職決定	:	退院決定
必要な場合はサービス等利用計画変更	:	サービス等利用計画変更
職場定着支援	:	地域定着支援
 終結		

2 地域移行支援の流れ

【各種会議の文章整理について】

地域移行支援の過程では様々な形の会議が行われ、様々な文章が作成されています。支援の計画や実施の進捗を把握し、必要な会議を実施し、必要な文章を作成する必要があります。
 ※サービス担当者会議…定期的に実施される会議です。
 ※計画作成会議…地域移行支援計画の作成に関する会議です。
 ※1000円以上のサービス利用…本人が利用しているサービスが1000円以上の利用額に達した場合、自動的に自動的に請求書が作成されます。
 ※関係機関の打ち合わせ…本人が参加しない場合は会議という形は取り、すべて5部5部で実施しています。



地域定着支援

地域定着支援はとて素晴らしいサービスができたと言っていますが、意外に活用されていません。都道府県ごとに支給決定者数をもて利用率が高いところと、ほとんど利用していないところと格差があります。

旧精神障害者地域生活支援センターが相談支援の役割を担っていた自立支援法の施行前は、どの事業所でも24時間365日対応する携帯電話など持っていないでしてでしょうか？以前は無償のサービスとして慈善的に実施していたような気がします。

平成24年の相談支援の充実強化において決して単価が高いとは言えませんが、地域定着支援に報酬がつくようになりました。支払いは事業所として緊急時に対応できる体制をとっていることに対してと、実際に緊急対応した時に算定できます。

意外と誤解されていることは、地域定着支援は月々3,000円で24時間電話かけ放題のサービスであると支援者が感じていたり、休日や夜間支援以外は緊急対応加算を算定できないと思っていることですが、地域定着支援はご本人の生活支援のために必要な体制（緊急時に連絡が取れる体制がある）をとるのであって、私たち支援者が夜も眠れず電話対応することではありませんし、緊急時というのは例えば、平日にエアコンが壊れて冷房が効かずどうしたらいいかわからないなど、ご本人にとっての一大事であり、放置しておく取り乱すなど生活に支障が出てくる場合などは、対応しその結果を市区町村に報告しうてで請求をすることは何ら問題がないと思います。

大事なことは、未然に防ぐことが可能なことは早期に対応し問題が大きくならないように生活支援をすることではないでしょうか？様々な生活上のアクシデントに遭遇することを通じてご本人が対処法を身につけていくということも我々はよく体験しています。

また、比較的短期間で退院する方の場合は生活力が低下することが少なく障害福祉サービス等は必要ないが、継続的な見守りやかかわり等が必要になります。そのような場合は、地域定着支援をサービスとして導入しますから、おのずとサービス等利用計画が必要になります。地域定着支援で緊急時の体制を整え、必要な場合は対応し、継続サービス利用支援（モニタリング）で地域定着状況を把握していくことは効果的な取り組みであると感じます。いずれにしてもどのような方に必要であり、その根拠をサービス等利用計画で示したり、市区町村に必要な性を伝えていくことは相談支援専門員の腕の見せ所であると感じます。

地域定着支援は相談支援事業所が直接提供できる唯一のサービスです。せつかくのサービスをご本人のために活用しない手はありません。

※次ページに参考資料(地域定着支援計画兼台帳)あり

地域定着支援計画(案)兼台帳

利用者氏名	星野 一郎	住所	●●市●●町●丁目●番●号				
障害福祉サービス受給者証番号		障害程度区分		電話番号			
地域相談支援受給者証番号		相談支援事業者名	●●相談支援センター	計画作成担当者	今井		
計画作成日	平成●●年●月●日	支給有効期限	平成●●年●月●日迄	利用者同意署名欄	星野 一郎		
心身の状況	入院により体を動かす機会が減ったため下肢筋力の低下を認める。歩行に支障はないが段差等つまづき転倒のリスクがある。入院前は食欲がわず53kgだった体重は60kgに戻り、栄養状態は回復してきている。高血圧があり確実に薬を服用する必要がある。						
置かれている環境	<input checked="" type="checkbox"/> 単身生活 <input type="checkbox"/> 障害・疾病・高齢等の家族と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 退院・退所直後及び地域生活不安定 <input type="checkbox"/> その他()						
長期で目指す姿	平成●●年●月頃	早く元気になって自営の仕事を再開し、お金の不安を減らしたい。					
短期で目指す姿	平成●●年●月頃	自分ができる範囲で自宅をリフォームしたり、自分で買物に行けるようになる。					
短期で目指す姿の実現のために当面取り組むこと	福祉サービス等	提供期間	支援担当者	私(本人)の役割	支援者等の役割	その他支援上の留意事項等	評価時期
	種類・内容・量(頻度・時間)						
生活上の困りごとを相談する	地域定着支援 ●●●●-●●●●-●●●●-●●●● 退院後は毎週モニタリング	1年	当番制	困りごとや人の手助けが必要な時は早めに電話で相談する。	必要時には訪問し状況を把握し、必要な支援や調整を行います。当面は月2回以上は訪問してご様子をつかがいます。	【入口に注意】正面玄関は閉まっていることが多いので、家の脇から裏に回り、裏口から潜り込むような形で訪問します。	3ヶ月
体調の困りごとを相談する	●●病院 ●●訪問看護ステーション(24時間対応電話)	1年	当番制	薬を飲み忘れない。体調がすぐれない時は早めに電話で相談する。	服薬状況の把握と血圧計測その他必要な医療行為を行います。必要時には訪問対応いたします。	【処方内容】ジプレキサ(10) 1錠 眠前 アムロジン(5) 1錠 朝	3ヶ月
その他の困りごとを相談する お寺さんとの関係を維持する	市役所福祉課 ●●●●●●●●	適宜	障害相談係	どこでも連絡がつかない時に電話で相談する。 お寺に挨拶しに出かける	関係機関と連携して地域生活を応援します。必要なサービスの紹介や調整を行います。	【お寺(菩提寺)】 ●●寺	6ヶ月
緊急時に必要となる連絡先	所属	担当者	連絡先		その他		
かかりつけ病院	●●病院	中野Dr	●●-●●●●●●				
医療系サービス	●●訪問看護ステーション	●●看護師	●●-●●●●●●				
障害福祉サービス事業所	●●相談支援センター	今井相談支援専門員	●●-●●●●●●				
菩提寺	●●寺	●●住職	●●-●●●●●●				

精神医療が地域生活支援につながるための5つの覚悟

一般社団法人日本作業療法士協会
理事 荻山 和生

精神病院内での医療の成果を地域生活支援につなげるために必要と考えることを、精神科病院に勤務してきた作業療法士の立場から5つの覚悟として述べさせていただきます。

1. 医療保護入院者の退院を促進するためには、入院直後からカンファレンスを行い、関連する多職種全てが意見を出し合い、エビデンスに基づいたパスを作成することから始まります。目標は早期退院ですが、心身機能を回復するというリハビリテーションの観点から、可能な限り認知機能や判断能力などの回復を目指し、早期に任意入院への移行も視野に入れたプログラムの立案と実践を行います。
2. 退院後生活環境相談員については、精神科に従事した経験を有する作業療法士もその任を努めることができるとされています。早期に医療保護入院者が地域生活支援につながるために、チーム医療の観点と作業療法士の専門性から、生活機能に焦点を当てたりリハビリテーションの実施と、社会生活適応の判断材料となる退院後環境の評価・情報収集を怠ることなく努めて参ります。
3. 医療保護入院者の退院支援の担当者として、医療保護入院者1人につき1人退院後生活環境相談員が決められることとなりましたが、退院支援は相談員だけで担えるものではありません。医療保護入院者を精神科作業療法で担当する全ての作業療法士は、場合に応じて当該相談員と同等の情報と能力を有し、濃密な連携と役割分担を担うことができ、1人でも多くの入院者に十分な支援が届くように研鑽を重ねます。
4. 今回の法改正にかかる業務のうち、医療保護入院者本人や家族等への説明内容や会議等の固定化と、その書式の多さ、さらにはそれに関わる時間が気がかりです。非同意による入院で混乱している本人に対して最も重要なのは、心のこもった相談時間であり、明るい未来が想像できるような具体的目標と一緒に探す時間です。その大切な時間を、書面上の手続きや退院支援委員会等によって大きく失い、本末転倒することだけは避けたいと願っています。そのためには、本人や家族等へのわかりやすい言葉や書式の整理、会議に関する頻度や時間の柔軟な運用への工夫を重ね提案します。
5. 地域援助事業者等のマンパワーが不足すれば、いずれ退院促進も飽和状態となります。私たち作業療法士の中にも、一般相談支援事業者及び特定相談支援事業者や、居宅介護支援事業者等で精神障害者の地域生活支援を実践している者がおります。現在は、圧倒的に身体障害領域における病院内勤務者が多い状況ではありますが、医療から押し出す側よりも地域で受け入れる側の作業療法士を増員すべく、これまで以上に尽力して参ります。

以上、作業療法士の立場から述べましたが、精神医療と地域生活支援に関わるどの医療職種にも共通するものであり、医療と福祉の連携に重要な鍵になると考えています。

