

栃木県 精神障害者の地域移行支援 のためのハンドブック



平成 26 年 5 月
栃木県保健福祉部障害福祉課

目 次

1	ハンドブックの作成にあたって	3
2	精神障害者地域移行に関する施策について	4
	(1)経過	
	(2)精神障害者地域移行・地域定着支援事業について	
	(3)精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正について	
	(4)本県における地域移行・地域生活支援事業の取組について	
	(5)精神障害者地域移行支援の流れ	
	(6)地域協働ネットワーク	
	(7)精神障害者地域移行の目標値	
	(8)本県の精神障害者地域移行支援・地域定着支援の取組みの方向性	
3	各機関の役割	13
	(1)医療機関	
	(2)県	
	(3)市町	
	(4)相談支援事業所	
4	相談支援専門員による個別支援の進め方	22
	(1)入院中の支援(退院に向けた支援)	
	①病院訪問	
	②入院患者様との関係づくり	
	③制度への申込み、利用登録	
	④家族との関係づくり	
	⑤アセスメント及び地域移行支援計画の作成	
	⑥住居の確保と入居条件の調整	
	⑦個別支援会議の開催	
	(2)退院後の支援(地域生活の定着に向けた支援)	
5	ピアサポートの活用	29
	(1)利用者に対するピアサポートの活用	
	(2)市町におけるピアサポートの活用	
	(3)関係機関(職員)におけるピアサポートの活用	
	(4)栃木県内のピアサポート関係機関	
	(5)ピアサポーターの活動紹介	

6 地域移行に係るQ & A	34
7 参考資料	
(1) 国の各種実施要綱	36
(2) 栃木県地域移行・地域生活支援事業実施要領	48
(3) 栃木県障害福祉計画(抜粋)	50
(4) 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等の施行事項の詳細について	50
(5) 精神科病院一覧	79
(6) 精神科訪問看護事業所一覧	80
(7) 県関係機関	81
(8) 障害者に係る各種サービス	82
(9) 用語集	83
(10) 参考・引用文献	83
8 ハンドブック作成の協力者	84

1 ハンドブックの作成にあたって

(1) ハンドブック作成の趣旨

精神障害者の地域移行及び地域定着の支援を一層推進していくためには、広域的な調整役である地域体制整備コーディネーターの役割を担う健康福祉センターを始めとして、市町、精神科病院、指定相談支援事業所、精神保健福祉センター等の関係機関が連携して取り組んでいくことが重要であります。そこで、県は、地域移行及び地域定着に関わるすべての支援者の共通理解の下に連携強化が図れるよう、関係機関の役割、地域移行の進め方、地域連携の重要性、地域移行を進める上で参考となる情報等を掲載したハンドブックを作成することとしました。

(2) 取り組み経過

平成25年11月に、精神障害者等の地域移行に関わっている関係機関で構成するワーキンググループを立ち上げ、全4回の検討を重ねてハンドブックを作成しました。

《ワーキンググループ構成機関》

県精神保健福祉士会、相談支援事業所、佐野市、安足健康福祉センター、精神保健福祉センター、県障害福祉課

(3) 利用方法

このハンドブックは、支援に携わる関係者がお互いの役割を理解し、入院患者の「退院したい」という希望を叶えるための支援方法に関する情報を掲載しています。今後、支援に困ったときや、新たな取り組みを進める際の参考にしていただきたいと思います。

特に、入院患者にとって、医療と地域の架け橋となる指定特定相談支援事業所(以下「指定特定事業所」という)及び指定一般相談支援事業所(以下「指定一般事業所」という)の相談支援専門員が活動の参考となるように作成しています。

また、地域協働ネットワークを構成する市町、精神科病院、指定特定事業所、指定一般事業所、健康福祉センター、精神保健福祉センター等に配布して、支援方法や取組について理解を図ってもらうためにも利用していただきたいと思います。

さらに、ハンドブックの内容が、地域移行支援協議会や地域自立支援協議会の専門部会の場で議論され、地域の実情に応じて、さらなる改善が提案・実施されることを期待しています。

2 精神障害者地域移行に関する施策について

(1) 経過

① 国等の取組

精神障害者の地域移行の取組は、大阪府における「社会的入院解消研究事業(平成 12 年度)」及び「精神障害者地域生活移行支援事業(平成 14 年度)」が始まりです。

平成 15 年度には、国(厚生労働省)に事業として、各都道府県がモデル的に退院促進に取り組む「精神障害者退院促進支援事業」を制度化されました。

平成 16 年 9 月に、国の精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を取りまとめ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を示しました。

また、同ビジョンでは、受入条件が整えば退院可能な精神障害者(以下「退院可能精神障害者」という。)について、精神病床の機能分化や地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることによって、10年後の解消を図ることとしています。

平成 18 年度には、障害者自立支援法に基づく障害福祉計画における国の策定指針において、退院可能精神障害者数の減少を都道府県の目標値として定め、地域移行に向けての支援を一層進めることとされました。

平成 20 年度には、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う「地域体制整備コーディネーター」(以下「コーディネーター」という。)や利用対象者の個別支援等に当たる「地域移行推進員」の配置を柱とした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」が制度化されました。

平成 22 年度には、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の名称と事業内容が改正され、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」【5頁参照】となり、入院している医療機関単独では退院させることが難しく、退院のために支援を必要とする入院患者を対象として、地域生活への移行支援に加え、地域生活の継続が可能となるよう地域定着支援が行われることとなりました。

平成 22 年 12 月の障害者自立支援法の改正により、市町村を中心に相談支援を充実し、入院患者が地域で安心して暮らせる体制を整備することとされ、平成 24 年4月から精神障害者地域移行・地域定着支援(地域生活の準備、福祉サービスの見学・体験のための同行支援等)について、障害者自立支援法に基づくサービスとして個別給付化されました。これにより、指定一般事業所に“指定地域移行支援従事者”を配置することになる等、地域移行の取組が強化されることとなりました。

平成 26 年 4 月に、精神障害者地域移行・地域定着支援事業(協議会の設置、ピアサポートの活用等)について、障害者総合支援法に基づく都道府県が実施する地域生活支援事業に位置づけられ、メニューの一つである「精神障害者地域生活支援広域調整等事業」の中の「地域移行・地域生活支援事業」(以下「本事業」という。)として取り組むこととされました。これにより県では、障害福祉計画第 3 期計画(平成 24 年度～平成 26 年度)に基づく退院可能精神障害者の地域移行を進めています。

また、「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」が施行されています。【6頁参照】

② 本県の取組

本県における地域移行の取組は、平成 15 年度に国のモデル事業である「精神障害者退院促進支援事業」を当時の佐野保健所管内で実施したことに始まります。

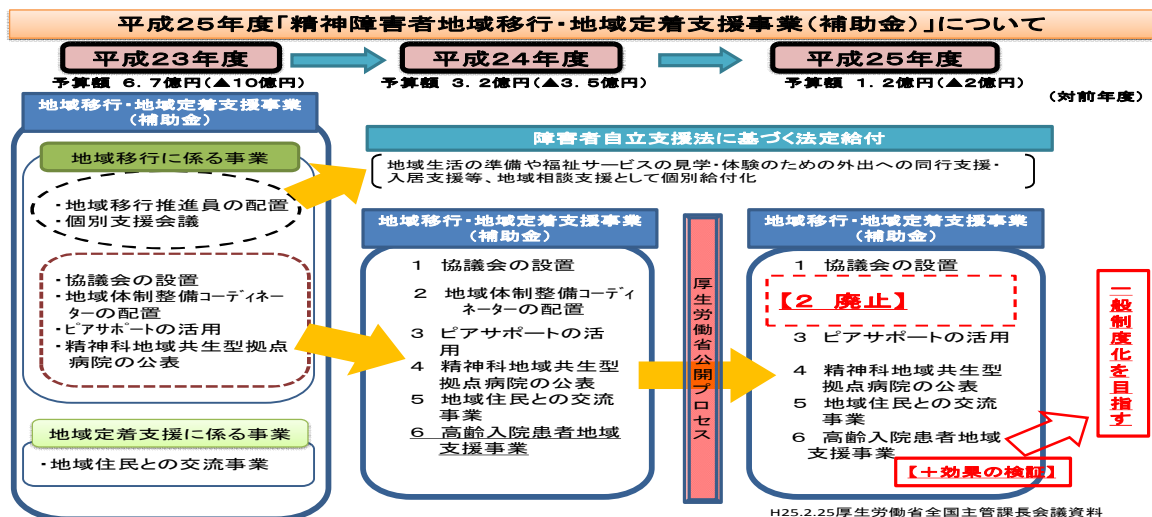
平成 18 年 10 月には、障害者自立支援法に基づく「地域生活支援事業」として実施されることとなりましたが、本県では、平成 19 年度に県南障害保健福祉圏域において事業を開始後、平成 23 年度までに 6 圏域全てで取り組んだ結果、総数 33 名の入院患者を退院に結び付けることができました。

平成 25 年度には、地域移行を一層推進するため、市町、健康福祉センター、精神科病院、相談支援事業所等の従事者を対象とした「精神障害者地域移行・地域定着に関する研修会」を開催し、各圏域における行動計画を策定し実行するという取組を行いました。

平成 26 年 4 月に始まった「地域移行・地域生活支援事業」の取組は、7 頁に記載します。

(2) 精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

平成 22 年度に制度化された事業であり、その目的は「精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう、関係機関の連携の下、統合失調症を始めとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するための支援を推進する。」とされています。



(3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正について

平成26年4月1日に「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」が施行され、精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定、保護者制度の廃止、医療保護入院の見直しにより、精神科病院の管理者に、医療保護入院の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置、地域援助事業者（相談支援事業者等）との連携、退院促進のための体制整備が義務付けられました。

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の概要

（平成25年6月13日成立、同6月19日公布）

精神障害者の地域生活への移行を促進するため、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等の見直し等を行う。

1. 概要

(1) 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

厚生労働大臣が、精神障害者の医療の提供を確保するための指針を定めることとする。

(2) 保護者制度の廃止

主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する。

(3) 医療保護入院の見直し

① 医療保護入院における保護者の同意要件を外し、家族等（*）のうちのいずれかの者の同意を要件とする。

* 配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合等は、市町村長が同意の判断を行う。

② 精神科病院の管理者に、

- ・ 医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う者（精神保健福祉士等）の設置
 - ・ 地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携
 - ・ 退院促進のための体制整備
- を義務付ける。

(4) 精神医療審査会に関する見直し

① 精神医療審査会の委員として、「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定する。

② 精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する。

2. 施行期日

平成26年4月1日（ただし、1.（4）①については平成28年4月1日）

3. 検討規定

政府は、施行後3年を目途として、施行の状況並びに精神保健及び精神障害者の福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院を促進するための措置の在り方、入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明の支援の在り方について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずる。

平成26年2月12日厚生労働省説明資料より

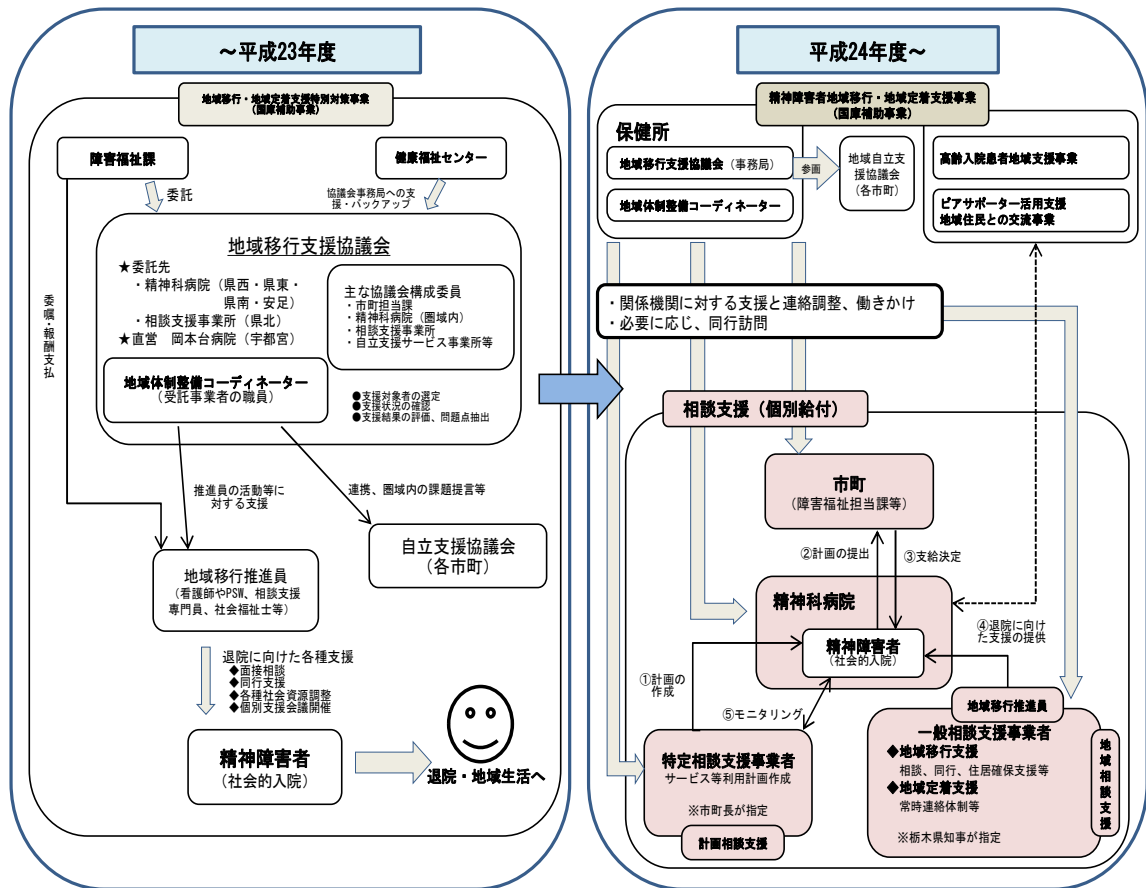
(4) 本県における地域移行・地域生活支援事業の取組について

本事業は、平成26年4月から始まった国の新規事業であり、目的は「精神障害者が住み慣れた地域を拠点とし、本人の意向に即して、本人が充実した生活を送ることができるよう、統合失調症を始めとする入院患者の減少及び地域生活への移行に向けた支援並びに地域生活を継続するための支援を推進する。」こととされています。

本事業の実施に当たっては、市町、精神科病院、指定特定事業所、指定一般事業所、健康福祉センター、精神保健福祉センター、障害福祉サービス事業所等の関係機関が連携する必要があります。そして、精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担うコーディネーターの役割も重要となります。

コーディネーターについては、地域における相談支援の中核的な役割を担う基幹相談支援センター(以下「基幹センター」という。)の役割の一つである「地域移行・地域定着の促進」の取組において配置することになっています。しかし、本県の市町では、基幹センターが未設置(平成26年3月末現在)であることから、「栃木県地域移行・地域生活支援事業実施要領」では、当分の間、コーディネーターの役割を健康福祉センターの精神保健福祉担当保健師が担うこととしています。

本県における平成24年度以降の地域移行・地域定着支援事業スキーム



(5) 精神障害者地域移行支援の流れ

地域移行支援の流れは、大きく分けると2通りあります。

① 一般相談支援事業の利用(地域から精神科病院への連携)

入院患者が、障害福祉サービスである地域移行支援の利用を希望し、市町に申込むことで、指定一般事業所が精神科病院等に働きかけて地域移行の支援を行います。

しかし、入院患者の中には、長期入院や障害特性から、退院後の生活イメージを抱きにくく、退院に向けた意欲の減退等が見られ、地域移行支援の利用を自ら希望する者は少ないと想定されます。

そのため、日頃から、指定特定事業所、指定一般事業所、市町、健康福祉センター等が、精神科病院と顔の見える関係性を築いておくことや、健康福祉センターが開催する地域移行支援協議会等で、コーディネーターを中心に、地域移行支援の利用が有効と思われる入院患者についての情報共有、自ら退院を希望しない者の潜在的なニーズの掘り起こしが重要となります。

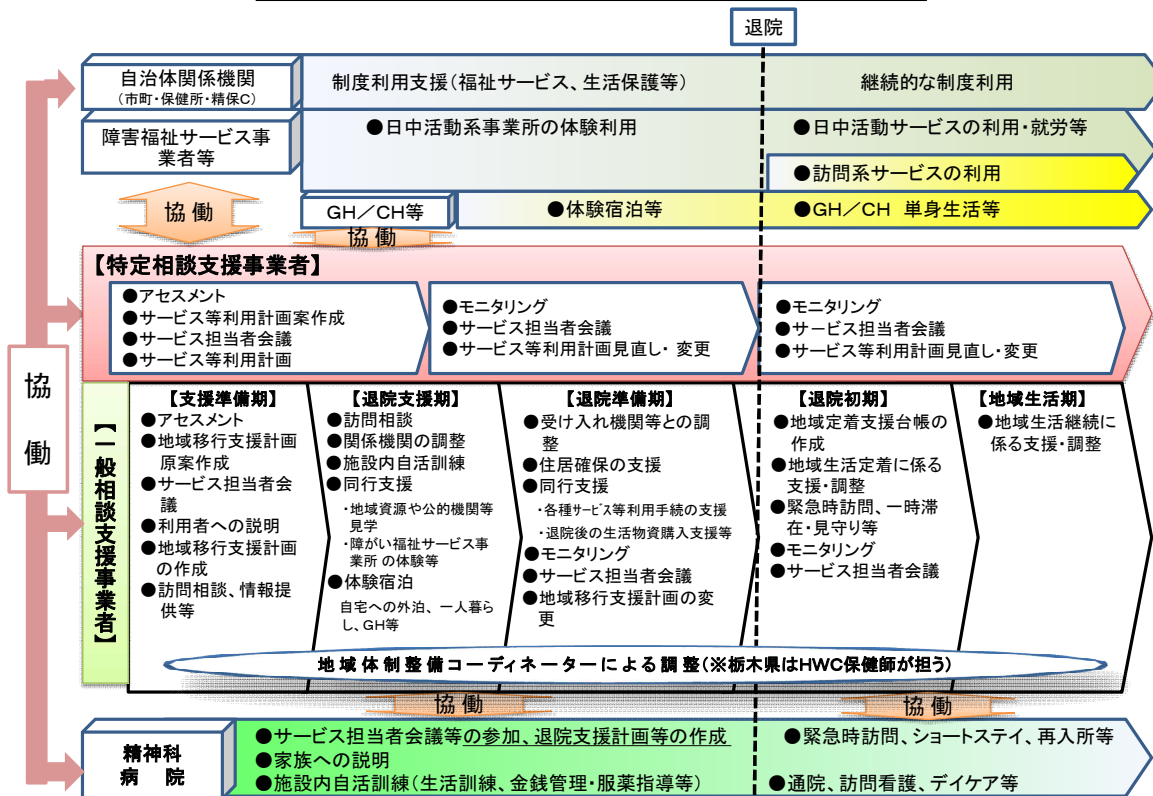
そして、入院患者に対しては、地域移行支援の周知を行うなど、利用に繋げる丁寧な働きかけを行います。

これらの取組の結果、入院患者から地域移行支援の利用希望があった場合は、精神科病院のケースワーカーや退院後生活環境相談員等が本人の同意を得て市町に申請し、その申請を受けて指定特定事業所が精神科病院を訪問し、退院可能精神障害者(以下「対象者」という。)の状態を把握します。

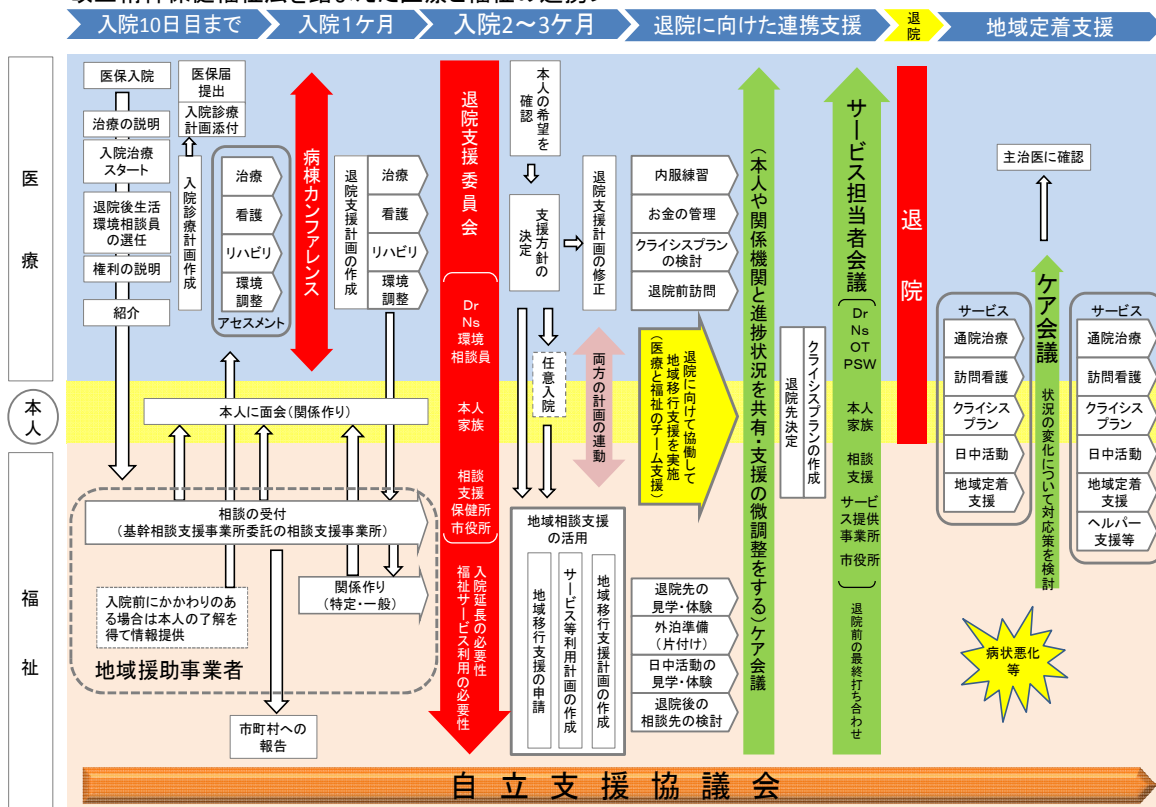
指定特定事業所は、支援対象者のサービス等利用計画(案)を作成します。コーディネーターと特定相談支援事業所は、サービス等利用計画(案)を基に、病院の地域移行担当者、指定一般事業者、地域の障害福祉サービス事業所等の関係機関からなる「サービス担当者会議」を開催し、支援方針等を共有するとともに、各機関の役割分担を協議・決定します。サービス担当者会議の結果や対象者・家族との調整結果等を踏まえ、サービス等利用計画(案)を修正します。

指定一般事業所は、サービス担当者会議の結果を踏まえ、地域移行支援計画を作成します。対象者の希望に沿った地域生活へ移行できるよう、退院後生活環境相談員等の精神科病院職員と連携しながら、院外活動への同行や、対象者・家族への相談援助など、地域移行支援計画に基づく支援を行います。地域移行支援の期間は、原則6か月以内とされていますが、対象者の状況、地域における生活基盤の状況から、期間内に地域移行が困難な場合には、再度給付決定を行うこととなります。コーディネーター、指定特定事業所は、対象者の安定した地域生活の維持、継続を図るため、サービス担当者会議を開催し、定期的に状況を把握するとともに、緊急対応が必要な場合の連絡体制を整備します。地域定着支援が原則1年以内とされていますが、対象者の状況等を踏まえ、引き続き地域定着支援が必要な場合には期間を更新します。

地域生活移行支援・地域定着支援の流れ(イメージ)



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



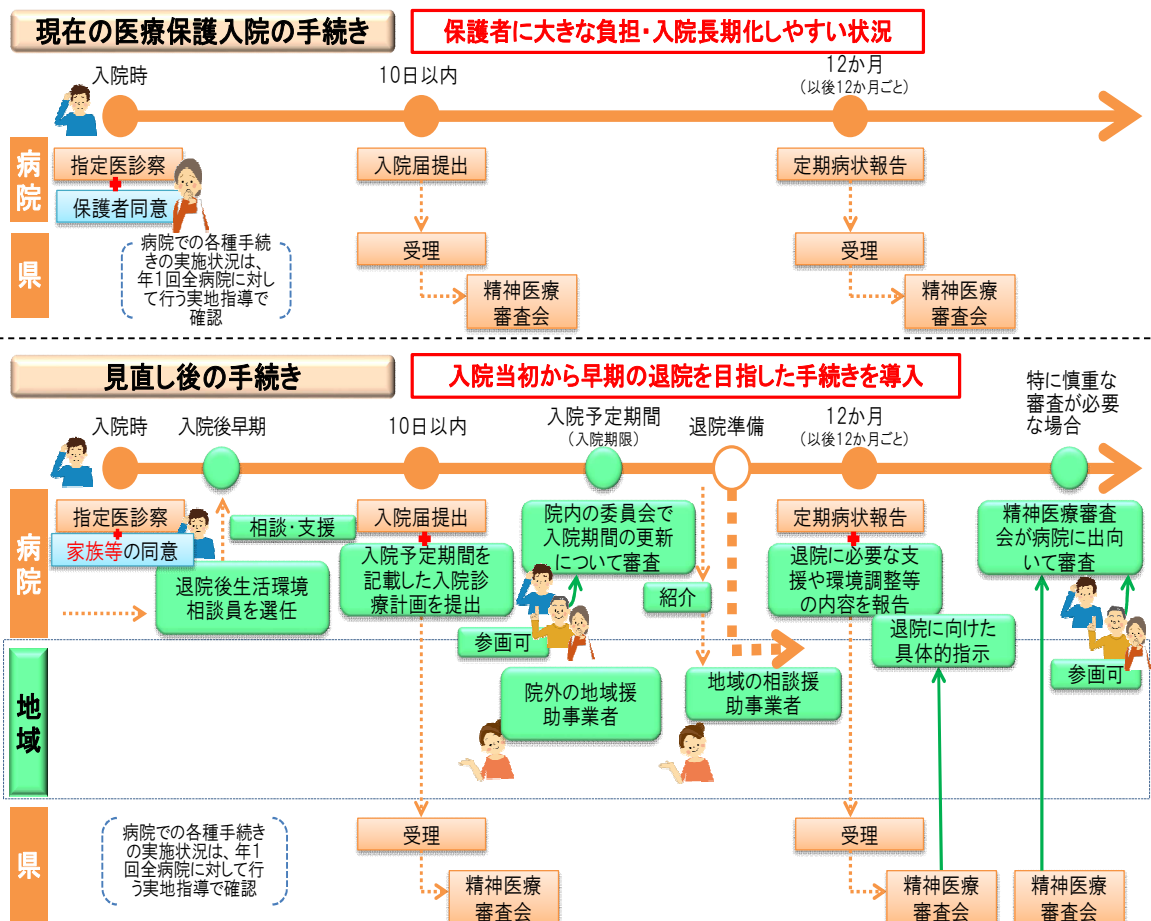
② 医療保護入院の場合(精神科病院から地域への連携)

平成26年4月以降の医療保護入院の場合、精神科病院は、入院後7日以内に入院患者毎に退院後生活環境相談員を選任し、退院に向けた相談や支援を行い、必要に応じて相談支援事業所等の地域援助事業者と連携して支援を行います。また、入院後10日以内に推定される入院期間や退院に向けた取組を記載した入院診療計画を県に提出することになります。

そして、入院後1年を経過するまでの者であって、推定される入院期間を終了する者又は精神科病院の管理者が医療保護入院者退院支援委員会(以下「退院支援委員会」という)での審議が必要と認める者は、退院支援委員会で継続入院の可否や退院に向けた取組が審査されます。この退院支援委員会には、入院患者が希望すれば、地域援助事業者等も参画できます。

この後、入院患者が地域移行支援を希望し、市町に申込むことで、一般相談支援事業の利用(前記①)に繋がります。

医療保護入院手続きの見直し(新旧の模式図) ※イメージ

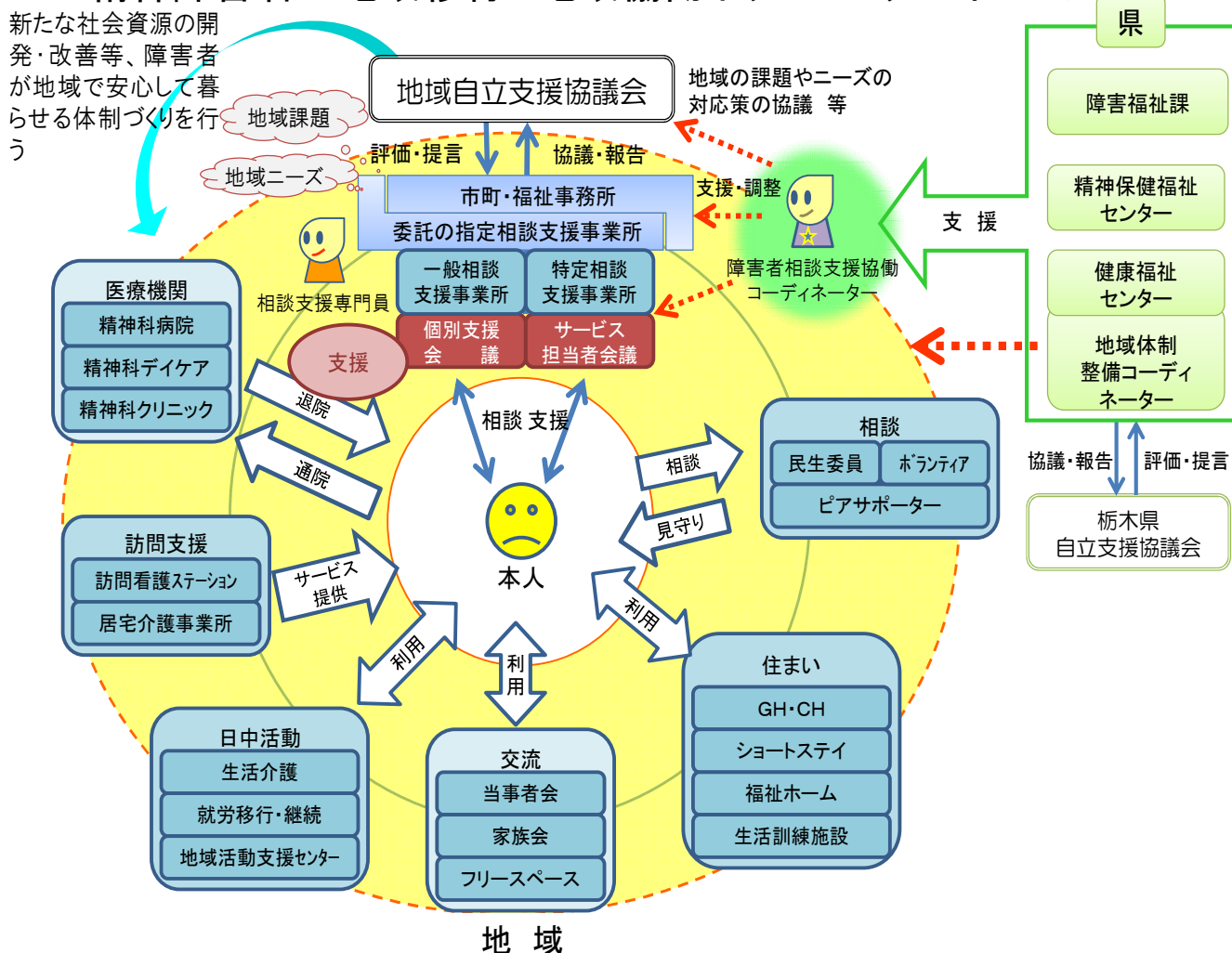


(6) 地域協働ネットワーク

対象者は、精神科病院が退院に向けて取り組んできたにも係わらず、入院期間が少なくとも1年以上、長期の患者で何十年に渡って退院に至っていない患者のうち、本人が退院を希望している患者です。

指定一般事業所又は精神科病院のみが頑張っても、すぐに退院に結びつけることは困難なことがほとんどです。退院促進を図るためには、対象者やその家族が安心して安定した地域生活を営めるよう支援体制を構築しなければなりません。そのためには、地域の支援者全員で支える仕組みである「地域協働ネットワーク」が重要です。地域の支援体制を整備して、関係者同士が常に「顔の見える関係」でいることで、スムーズな協働が可能となります。

精神障害者の地域移行と地域協働ネットワークのイメージ(案)



(7) 精神障害者地域移行の目標値

県障害福祉第3期計画(平成24年度～平成26年度)における精神障害者地域移行に関する目標と実績(抜粋)は次のとおりとなっています。

入院中の精神障害者の
地域生活への移行について

精神障害者へのサービス（地域移行
支援・地域定着支援）支給の実績

	H24		H25	H26
	計画	実績	計画	計画
1年未満入院者の 平均退院率	73.0	—	74.5	76.0
高齢長期退院者数	94	—	97	100

	H24
地域移行支援	4
地域定着支援	1

※高齢長期退院者

65歳以上であって5年以上入院していた者

(8) 本県の精神障害者地域移行支援・地域定着支援の取組の方向性

精神障害者の地域移行、地域定着を進めていくためには、「地域づくり」＝地域で本人・家族が生活していくために必要な地域支援体制の整備(地域協働ネットワークの構築)が重要です。そのためには、あらゆる機関や職種が精神障害者支援に対する地域課題を共有するとともに、協働する体制を構築することが必要です。

もちろん、短期的に見れば個別支援は大切ですし、県障害福祉計画の目標値の達成も重要ですが、必要以上に毎年の退院実績に一喜一憂せず、長期的な視点に立ち、しっかりと地に足をつけて地域づくり(地域協働ネットワークの整備)に取り組むことが、結果として長期入院の解消の近道と考えています。

3 各機関の役割

(1) 医療機関

① 地域移行に向けた院内の体制整備

精神保健福祉法等の一部改正による精神科病院の責務について理解し、責務を実行するための体制整備が必要です。

精神科病院内において、医師を中心に、退院後生活環境相談員や看護師、精神保健福祉士、作業療法士等が、対象者にチームとしての関わりを持てるシステムの構築を目指します。院内における各職種の役割分担を明確にするとともに、チーム内での相談、情報の共有を行いつつ各職種間で協働できる部分についても確認をします。

○ 精神科病院内における各専門職の役割例(対象者の同意に基づくことが条件)

- ・ 医師 治療計画の説明及び医学的情報の提供
- ・ 退院後生活環境相談員 医療保護入院の退院支援に中心的に関わり、院内外の調整を行う。
- ・ 看護師 対象者や家族のニーズ把握、精神状態の報告、並びに日常生活の評価を行う
- ・ 薬剤師 服薬指導の実施（管理方法・副作用チェック・アドヒアランスの向上）
- ・ 臨床心理士 医師とは異なる側面からの情報提供や提案
- ・ 作業療法士 ADL/IADLの評価、生活能力の向上のための支援
- ・ 管理栄養士 生活習慣病の予防・対策の指導及び食生活への指導
- ・ 精神保健福祉士 相談支援専門員のバックアップ機能としての連携
相談支援専門員、病院スタッフ、対象者間の調整
- ・ 他のスタッフ 適宜、役割の必要性に応じてチームに参加する

※ 家族に対して可能な限り説明し、同意を求める(過度な期待、要求はしない)



POINT 協働できるポイント(例)

地域の社会資源の利用に関しては、精神保健福祉士だけの役割ではなく、担当看護師が同伴(見学)することもあります。
服薬のアドヒアランスに関しては、薬剤師のみではなく、医師、看護師等からの本人への働きかけ、促しも必要となります。

② ①の実現に向けた医療機関の各専門職への説明(コーディネーター、指定一般事業所、退院後生活環境相談員等が実施)

ア 障害者総合支援法における地域移行支援、地域定着支援事業(個別給付化)(以下「地域相談支援」という。)について理解してもらう。

イ 相談支援専門員、又は地域移行支援従事者(以下「相談支援専門員等」という。)の役割を理解してもらうとともに、外部からスタッフが入ることも理解してもらう。

ウ 退院支援委員会等の院内カンファレンスへの地域援助事業者等の参加依頼、相談支援専門員等が開催するサービス担当者会議等の各種会議への参加により、情報共有の必要性を理解してもらう。

エ 入院病棟及び担当看護師の協力が不可欠であることを理解してもらう。

○具体的な説明方法

- ・ 精神保健福祉士を中心とした、院内への説明を行います
- ・ ポスター、パンフレット、ビデオ等を用いて、視覚から得られるPRを行います
- ・ PRは複数回実施します

③ 入院患者への周知

ア ポスターの掲示やパンフレットの配布等、各精神科病院、担当病棟に最も適した、且つ有効と思われる方法で啓発活動を行います。啓発活動を行う病棟においては、その病棟の誰もがこの制度の内容を知ることができるようにしておきます。

イ 病棟内で退院プログラムを実施しているグループへの説明、病院スタッフから紹介された対象者への個別説明は、繰り返し丁寧な説明と対応に心がけます。

④ ピアサポーターの活用

○ ピアサポーターとは…

精神科病院に入院経験のある方で、障害を抱えながら生活を営む地域生活者です。スタッフから対象者への支援は一方通行となりがちですが、ピアサポーターであれば、対象者に対する理解が深く、双方向の関係性を築くことができます。

また、ピアサポーターは学習を積んでおり、自らの生活を支える「仕事」となっています。

○ ピアサポーターを活用するメリット

ア 退院に消極的な患者も、ピアサポーターがより身近な存在となることにより、退院する動機づけとなります。

イ 「仲間意識」が、地域における「癒し」となり、退院の意向を示す際の安心材料となります。

ウ 地域での生活を「あるがまま」に感じられ、人間としての復権に大きな力になります。

⑤ 相談支援専門員等との連携

ア 医療機関のスタッフは、日頃から相談支援専門員等と緊密に連絡を取り合い、必要な時にすぐに連絡が取れるような体制を整えておきます。

イ 医療機関の窓口は精神保健福祉士と考えられますが、相談支援専門員等のバックアップを行う場合、担当病棟の看護師長にその役割を依頼したり、必要時は直接担当の看護師と連絡を取ることもあります。いかに、この制度を円滑に進められるかは、看護師と相談支援専門員との連携が重要と申してください。



精神科病院におけるチームアプローチ方法には違いがあります。病院スタッフの協力を得ることが重要です。自分一人ではなく、管轄の健康福祉センターやその病院に以前から関わりのあるスタッフを見つけ、協力してもらうことも重要となります。

(2) 県

① 県障害福祉課

ア 本事業の実施主体の一つであり、二次保健医療圏域などを踏まえ、適切な圏域を設定します。

イ 次のような地域移行に関する目指すべき方向を示します。

○対象者の円滑な地域移行を図る視点から、健康福祉センター、精神保健福祉センター、相談支援事業所、その他福祉サービス提供者、保健医療サービス事業者等による連携促進

○幅広い視点で本事業を推進していくため、地域移行支援協議会の設置、コーディネーターの配置、ピアサポートの活用等、各種施策の構築

ウ 指定一般支援事業所の指定を行います。

② 健康福祉センター

ア 本事業の実施主体の一つとして、地域移行支援協議会の運営、コーディネーターの配置、ピアサポートの活用、精神障害者等の地域支援や交流事業の実施等を進めます。

イ 退院促進や地域移行・定着相談の利用拡大に向けた取組の検討を行います。

ウ 精神保健福祉センターとともに相談支援事業所等に対して、地域移行のために必要となる地域の社会資源等の情報や医療機関との連携に必要なノウハウ等を提供します。

また、相談支援事業所による医療機関への働きかけや地域定着支援の実施に当たり積極的に協力します。

《具体的な協力内容》

○精神科病院実地指導(法に基づく報告徴収等)の実施や精神科病院から提出される定期病状報告等を通じて、不足している取組や体制等への助言

○圏域調整会議を開催し、保健医療及び福祉の連携に係る総合調整の実施

○母子保健、精神保健等に係る保健と福祉の連携や調整・保健指導等による助言

○発達障害者及び高次脳機能障害者等を含めた障害者に対する相談支援

○医療機関との連携や人材育成等、圏域の相談支援体制整備に向けた取組への協力

○市町等への支援

③ 精神保健福祉センター

健康福祉センター等とともに相談支援専門員に対して、地域移行のために必要となる地域の社会資源等の情報や医療機関との連携に必要なノウハウ等を提供します。また、相談支援事業所による医療機関への働きかけや地域定着支援の実施に当たり積極的に協力します。

④ とちぎリハビリテーションセンター

当センターに設置する高次脳機能障害支援拠点機関、発達障害支援センター「ふおーゆう」により、連携調整委員会の運営、専門相談支援、地域の拠点的な相談支援事業所への専門的支援(指導・助言等)を行います。また、高次脳機能障害者や発達障害者の支援体制の構築を目指し、普及啓発、研修会等を開催します。

(3)市町

① サービス等利用計画の確定と地域相談支援の給付決定


- ア 入院患者が、地域移行支援を利用する場合は、市町の障害福祉サービスの窓口で地域移行支援の支給申請をすることになります。提出する書類は、計画相談支給申請書と計画相談支援依頼届出書です。
- イ 申請を受けた市町は、申請者本人にサービス等利用計画(案)の提出を依頼します。
- ウ 申請者本人は、指定特定相談支援事業者と契約を結びサービス等利用計画(案)の作成を依頼します。
- エ 契約を結んだ指定特定相談支援事業者は、サービス等利用計画(案)を作成し、市町に提出します。
- オ 市町はサービス等利用計画(案)の内容を確認し、地域相談支援の給付決定と計画相談支援の支給決定をします。
- カ 決定を受けた指定特定相談支援事業者は、サービス担当者会議にてサービス等利用計画を確定して市町に提出します。

② 退院後の障害福祉サービスの支給決定

- 地域移行支援の開始後、退院が決定すると、退院後の障害福祉サービスの利用申請をすることになります。
- ア 利用申請を受けた市町は、申請者本人にサービス等利用計画(案)の提出を依頼します。
 - イ 申請者本人は、指定特定相談支援事業者にサービス等利用計画(案)の作成を依頼します。
 - ウ 契約を結んだ指定特定相談支援事業者は、サービス等利用計画(案)を作成し、市町に提出します。
 - エ 市町はサービス等利用計画(案)の内容を確認し、障害福祉サービスの支給決定と計画相談支援の支給決定をします。
 - オ 決定を受けた指定特定相談支援事業者は、サービス担当者会議にてサービス等利用計画を確定して市町に提出します。

地域相談の実例と作成上のポイント

就労移行支援と同じように捉えると分かりやすい

就労移行支援	:	地域移行支援
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		
給付決定をうける		
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		



ポイント

市町の担当者は、サービス等利用計画の決定にあたって、必要に応じて指定特定事業者との同行訪問、サービス担当者会議等への参加など連携を密にすることが大切です。

③ 地域協働ネットワークの整備

○ 市町村(地域)自立支援協議会

市町単独又は複数の市町により設置されている地域自立支援協議会は、地域における様々な課題を検討し、解決していくことを目的としています。地域自立支援協議会には、必要に応じて地域移行支援や相談支援を推進するための専門部会(以下「部会」という。)を設置し、地域課題の把握と検討を行います。部会は、地域自立支援協議会に対し地域課題の検討結果を報告し、当協議会において再度検討します。このように、部会で把握、検討された地域課題が「自動的に地域自立支援協議会へつなげる仕組み」を作ることが望ましいと考えられます。

なお、現在、地域移行支援を推進するための部会を設けている市町は少ない状況です。このため、当分の間は、各健康福祉センターが運営する地域移行支援協議会を中心に推進することになります。

○ 部会

地域移行支援を進めていく上で連携が必要となる「精神科病院、施設、サービス事業所、相談支援事業所、家族会、当事者団体、健康福祉センター、職業安定所、市町など」の地域協働ネットワークを構成する機関の実務担当で構成します。

なお、部会の設置は、市町が直営で実施する場合と事業所に委託する場合があります。

○ 部会の進め方

部会を定期的開催できるようにするため、地域自立支援協議会の設置運営要綱を定めるなど、基盤(仕組み)を作ることが必要です。

○ 部会で話し合われる内容

- ・利用者の地域生活移行に向けた地域課題の把握、課題の解決に向けた検討及び取組
- ・困難事例の解決に向けた調整

困難事例について、関係機関で情報共有を行い、地域協働ネットワークにおいて解決が図られるよう調整を行います。

- ・地域支援体制(地域協働ネットワーク)の整備のための調整

関係機関等で連携が図れるような体制が構築されるよう調整します。

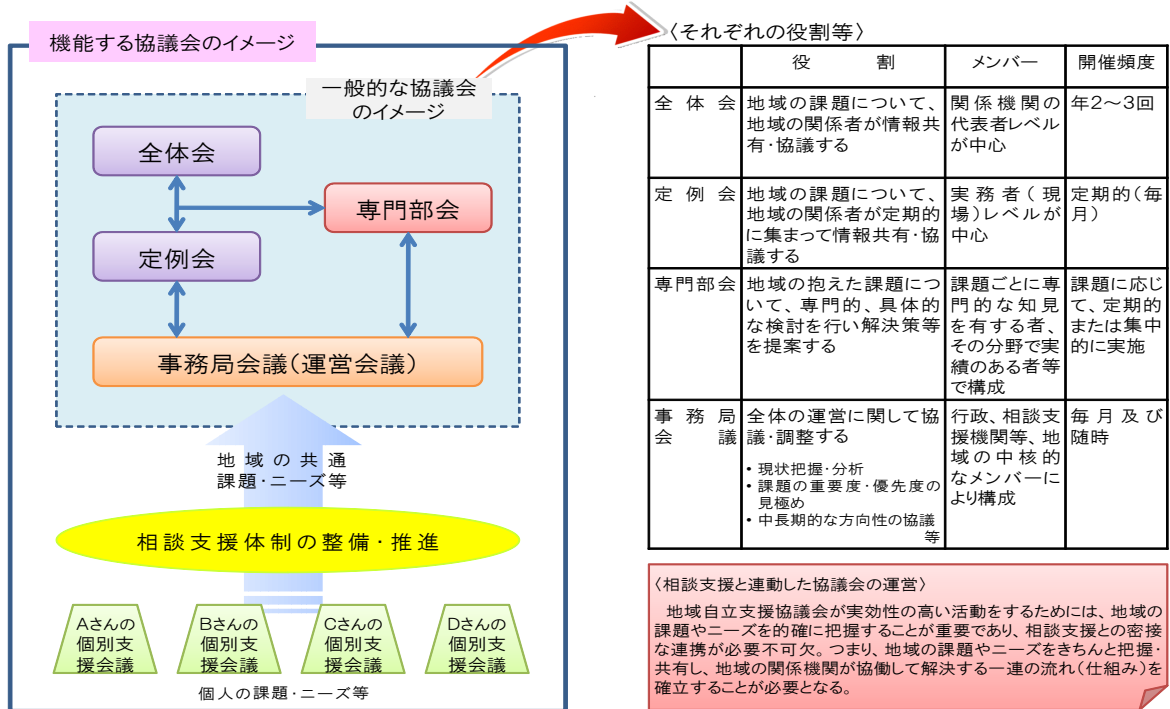
- ・地域協働ネットワークにおける課題の検証及び評価



ポイント

自立支援協議会(部会)が目指すのは地域づくり(地域協働ネットワークの整備)

地域自立支援協議会のイメージ



④ 医療機関、入院患者への啓発活動

○ 医療機関スタッフへの周知

医療機関スタッフに地域移行の知識・理解を深めてもらうために、病院での勉強会や、ミーティングにおいて地域移行の啓発活動を行います。

○ 入院患者への周知

病棟内でのポスターの掲示、パンフレットを配置するなど、常に入院患者誰もが支援内容を知ることができるようにします。

* 実際に活用しているポスターの一例

地域相談支援【地域移行支援・地域定着支援】チラシ

【地域相談支援】について

○ 地域相談支援とは.....
相談支援事業所のスタッフが、あなたの希望を聞いて退院に向けて利用できそうなサービスの見字や施設の体験利用に付き添って来たり、退院後の住むところを探したり、不安や困りごとがあったらいつでも相談に応じる福祉サービスです。

○ 対象とびる方
①療養病院内に長期に入院している精神障がい者
②障害者支援施設、児童福祉施設または療養介護を行う病院内に入院している障害者

○ 申し込みの流れ (実用でもたもたの付口にも記入しましょう)

□ ①退院について、まずは病院の先生・看護師さん・ワーカーさんに相談してみましょう。

□ ②病院から退院の了解が得られたら、市役所へ地域相談支援の申請を出します。

□ ③サービス利用のための認定調査が行われます。

□ ④相談支援事業所のスタッフが退院に向けての具体的な計画を作ってくれます。

□ ⑤退院に向けた日常生活の準備、事業所の見学、グループホームなどの泊泊体験をします。

□ ⑥相談支援事業所のスタッフが、新しい生活を始めるための必要な手続きや買い物を手伝ってくれます。

□ ⑦退院した後も、あなたが安心して生活が送れるようにみんなで支援してきます。

詳しくは、病院スタッフにご相談ください!

【佐野市役所 障がい福祉課】

地域相談支援【地域移行支援・地域定着支援】ポスター

退院後の 安心した暮らしのお手伝いします

どんなお手伝いをしてくれますか?

あなたの希望を聞いて退院に向けてのお手伝いや、退院した後の不安や困りごとがあった時に、相談に応じます。相談は無料です。

具体的には.....
- 住まいのこと - 家事のこと
- お金のこと - 仕事のことなど.....です

新しい生活を始めてみませんか? あなたの暮らしを応援します!

詳しくは医師・看護師・ワーカー等にご相談ください!

作成者：県南地区地域移行・定着支援事業検討グループ

(4) 相談支援事業所

障害や病気のある方の福祉に関するさまざまな問題について、本人や家族、関係者からの相談に応じ、必要な情報の提供や助言、その他の必要な支援を行うとともに、虐待の防止及び早期発見のための関係機関との連絡調整など、障害がある方の権利擁護のために必要な援助を行います。

このような『相談支援事業』は、障害者総合支援法と児童福祉法上に位置付けられ、概ね以下の5つの類型に分けられます。

- ① 市区町村による相談支援事業（⑥基幹相談支援センター）
- ② 都道府県による相談支援事業
- ③ 計画相談事業（指定特定事業所） H24年4月～
- ④ 障害児相談支援（指定障害児相談支援事業所） H24年4月～
- ⑤ 地域相談支援（指定一般事業所） H24年4月～

この5つの類型について、それぞれ説明していきます。

① 市区町村による相談支援事業

障害者総合支援法に基づく「地域生活支援事業（相談支援事業）」の必須事業です。

さまざまな相談（以下「基本相談」という。）を受け、必要な情報提供やサービスの利用支援を行います。主に、市町村から委託された指定一般事業所が行います。

相談は原則無料です。ただし、交通費等、実費は利用者の負担となります。

② 都道府県による相談支援事業

障害者総合支援法に基づく「地域生活支援事業（専門性の高い相談支援事業）」の必須事業です。

市区町村を超えた広域・専門性の高い相談支援を行います。特に発達障害、高次脳機能障害など専門的な支援が必要な障害に対し、実情に応じて支援します。

本県の場合は、県自立支援協議会と障害者相談支援体制推進事業、障害者就業・生活支援センター事業、発達障害者支援センター運営事業、高次脳機能障害支援普及事業、精神障害者地域移行支援事業等を行っています。

③ 計画相談支援（指定特定事業所）

障害者総合支援法に基づく「計画相談支援給付費（個別給付）」に位置付けられます。障害福祉サービス又は地域相談支援を利用するすべての障害者、障害福祉サービス（居宅）を利用するすべての障害児に対して、基本相談の他、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成、見直し、「継続サービス利用支援」作成を行います。

相談は原則無料です。ただし、交通費等の実費は利用者の負担となる場合があります。

また、計画作成等には法律に基づく給付費が事業所に支払われます。これに対する利用者の負担はありません。

○サービスの単位数:「単位数」に10円を乗じた額がサービス給付の「単価」になります。

- ・サービス利用支援費 1600単位／月
- ・継続サービス利用支援費 1300単位／月
- ・利用者負担上限額管理加算 150単位／月

④ 障害児相談支援(指定障害児相談支援事業所)

児童福祉法に基づく「障害児相談支援給付費」に位置づけられます。

障害児通所支援を利用するすべての障害児に対して、基本相談の他、給付決定時等の障害児支援利用計画の作成「障害児支援利用援助」や給付決定後等の見直し「継続障害児支援利用援助」を行います。

相談は原則無料です。ただし、交通費等の実費は利用者の負担となる場合があります。

また、計画作成等には法律に基づく給付費が事業所に支払われます。これに対する利用者の負担はありません。

○サービスの単位数:「単位数」に10円を乗じた額がサービス給付の「単価」になります。

- ・障害児支援利用支援費 1600単位／月
- ・継続障害児支援利用支援費 1300単位／月
- ・利用者負担上限額管理加算 150単位／月

⑤ 地域相談支援(指定一般事業所)

障害者総合支援法上の“地域相談支援給付費(個別給付)”に位置付けられます。地域移行支援、地域定着支援を行います。地域移行支援とは、障害者支援施設や障害児支援施設に入所している方、または精神科病院に入院している方を対象に、個別支援計画「地域移行支援計画」を作成し、住まい探しやサービス利用のための見学、体験利用等調整、必要な手続きなどを対象者と一緒に行います。地域移行支援は原則6か月以内ですが、再度の給付決定ができます。地域定着支援とは、居宅において単身、または同居している家族等からの緊急時の支援が見込めない方等で、地域生活を継続していくために緊急時等の支援が必要と認められる対象者に、「地域定着支援計画兼台帳」を作成し、常時の連絡体制を確保し、緊急事態等に相談、訪問、対応等を行います。地域定着支援は原則1年以内ですが、必要な期間を更新できます。

相談は原則無料です。ただし、交通費等の実費は利用者の負担となる場合があります。

また、計画作成等には法律に基づく給付費が事業所に支払われます。これに対する利用者の負担はありません。

○サービスの単位数:「単位数」に10円を乗じた額がサービス給付の「単価」になります。

- ・地域移行支援サービス費 2300単位／月
- ・退院・退所月加算 2700単位／月
- ・集中支援加算 500単位／月
- ・地域定着支援サービス費(体制確保分) 300単位／月
- ・地域定着支援サービス費(緊急時支援分) 700単位／日

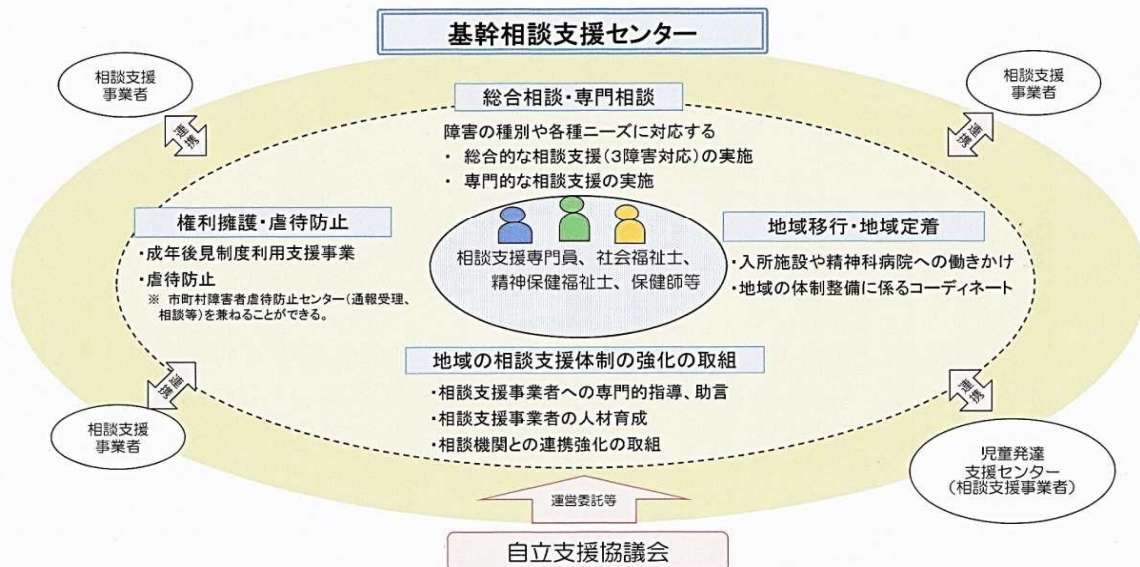
⑥ 基幹相談支援センター

障害者総合支援法に、地域の相談支援の拠点として基幹相談支援センター（以下「基幹センター」という。）が位置づけられています。基幹センターは、地域関係機関のネットワーク化、総合的・専門相談（身体障害、知的障害、精神障害、発達障害、難病等に対応）、権利擁護・虐待防止、地域移行・地域定着、相談支援事業所への助言や人材育成等の業務を行います。平成25年4月からは、基幹センターの設置者は、福祉サービス事業者、医療機関、民生委員、身体障害者相談員、知的障害者相談員等との連携に努めなければならないとの規定が加えられています。

なお、本県には基幹センターが設置されていません（平成26年4月現在）が、他県では、①の委託相談支援事業所が基幹センター業務を担っているところもあります。

基幹相談支援センターの役割のイメージ

基幹相談支援センターは、地域の相談支援の拠点として総合的な相談業務（身体障害・知的障害・精神障害）及び成年後見制度利用支援事業を実施し、地域の実情に応じて以下の業務を行う。



地域相談支援を進めていくために、相談支援事業の担う役割はたくさんあります。その中で大切な視点も多くありますが、まず以下の点を念頭にすることが大切です。

- ・周知しよう！ ⇒ 地域相談支援の流れを理解し、説明できる。
- ・地域自立支援協議会に課題をあげよう！ ⇒ 地域課題を感じる力をつける。
- ・スキルアップしよう！ ⇒ 各職種の役割を理解し、支援のアイデアを学ぶ。



ワンポイントアドバイス

よりよい地域相談支援とするには、相談支援事業所の相談支援専門員等がキーパーソンです！！

4 相談支援専門員による個別支援の進め方

(1) 入院中の支援(退院に向けた支援)

① 病院訪問

病院の窓口となるスタッフを確認します。多くは病院の精神保健福祉士が窓口になると想定されますが、不明時は各健康福祉センター(保健所)保健師等の協力を得ることも必要となります。

病院長の理解を得るとともに、他の職種の理解も得る必要があります。窓口となるスタッフにこの制度の内容を改めて強く働きかけましょう。

② 入院患者との関係づくり

素敵な笑顔を作り対応しましょう。初めからこの制度の話をしていくことはせず、入院中の様子や想いを聴くようにしましょう。ここでは、相談支援専門員自身の氏名・役割・立場の説明も簡単に行います。その内容をペーパーに記載し、準備しておくことも有効な手段だと思われます。説明時間は30分以内で2～3回実施しましょう。その中でこの制度についての具体的な説明も入れます。また、病棟のスタッフにも説明ができるよう協力依頼をしておくといいでしょう。入院患者によっては、すぐにでもこの制度のことを聞きたい・利用したいと焦ってしまったり、入院患者が自身の過去の話を一方的にすることもありますので、一度では聴かずに意見や質問を取り入れ、丁寧に入院患者のニーズや人柄を確認していきましょう。

入院患者が慣れてきたところで、積極的な関係づくりを目指していきましょう。その中で重要なことは、退院したいという「意欲」です。「意欲」の向上により、エンパワメントの発見やストレンクス視点の確認が有効に行われるでしょう。また、その入院患者だけではなく、他の入院患者の「意欲(刺激)」の向上につながる可能性もあります。入院患者だけではなく、病棟全体の意識に変化をもたらし、事業の利用登録につなげていくことに期待が持てるようになります。



ワンポイントアドバイス

相談支援専門員等と対象者の関係について、初めて会う時の印象が大きくその後の関係に影響を及ぼすことがあります。どのようなスタイルで臨むのか、特に会う時の相談支援専門員自身の導入方法について考えておきましょう。病院のスタッフの協力を得ることも忘れないでください。

③ 制度への申し込み、利用登録

この制度の対象者と認められた場合、入院患者の自己決定のもと、以下の書類を提出していただき、制度への利用登録を行います。

- ・利用申込書
- ・基本情報
- ・主治医の同意書

④ 家族との関係づくり

退院に向けての取組は、家族の関与・協力が重要であり、制度の登録時には、家族の了解を得ることが必要となります。

家族の関与・協力が得られることで、退院後の生活の支援や、住居を確保する際の保証人の依頼など、スムーズに行うことができます。

対象者の退院について家族から理解が得られないこともあります。この場合にも焦りは禁物で、家族の不安等を継続的に受け止めていくことによって、家族の安心感につながることもあります。結果として、対象者及び家族がともに地域で安心した生活を送ることが可能となります。

* 家族がいない場合

対象者の「自己決定」のみで進めることができます。保証人等に関しては、連携実績のある不動産会社や保証人協会等の利用を検討します。また、本人を支えるためのフォーマルサービスの利用も検討しましょう。



ワンポイントアドバイス

家族に説明する際は、対象者に説明するときと同じ感覚を持つようにしましょう。自分が分かっているからと、自分のペースで進めないよう注意が必要です。理解を得る協力を得るために、相手の力量・ペースに合わせた説明を行うようにします。

⑤ アセスメント及び地域移行支援計画の作成

・ アセスメントには時間をかけましょう。対象者との関係がある程度作られていることが重要となります。関係が取れていない状況では、その後のプランに多大な影響が出てしまう可能性があります。ここでも慌てず、あらゆる角度から対象者を見ていく力が必要となります。

・ 地域移行支援計画については、アセスメントを基に作成していきます。ここでもプラン作成は慌てず、対象者の新たな一面を発見することも可能です。対象者に関するアセスメントも継続して行っているという気持ちを持つことが重要となります。

また、院内で実施されている、社会復帰(退院)プログラムや退院支援計画があれば、地域移行支援計画との連動やその整合性を確認しておくことも重要です。

したがって、各種会議の開催だけでなく、日頃から対象者、看護師、精神保健福祉士、家族等と話す機会を設け作成していきます。

* 個別支援計画作成のポイント

・退院先

対象者を「生活者」として捉え、対象者の生活能力や必要とする支援に応じた退院先を対象者が選択できるように配慮しましょう。初めから「施設入所しかない」等と決めつけることのないようにしましょう。



ワンポイントアドバイス

先ほどから、慌てない・時間をかける、といった表現を用いております。

対象者の質の高い「自己決定」を得られるよう、「自己決定」を行うまでに、時間をかけて促します。生活モデルにおける主体性とは「対象者」にあり、その「対象者」が時間をかけずに「自己決定」を行った場合、その「自己決定」の質が問われてしまいます。

・グループホームの利用

グループホームは終の住処と考えがちになります。地域での生活を考えた場合、自宅やアパートが最終目的地になります。地域で生活する前の練習として、グループホームで「体験」利用することも有効であると考えてください。



ワンポイントアドバイス

退院の準備段階から複数の体験メニュー（施設見学・体験利用等）が利用できることを対象者へ伝え、退院後の具体的な生活のイメージが持てるようしましょう。

* 記入時のポイント

- 普段使用している言葉だからと言って、全ての人に通用するとは限りません。「金銭管理」「服薬管理」「栄養指導」等、普段当たり前前に使用している言葉は、スタッフには通じて、対象者に必ずしも通用するとは限りません。例えば「外出の練習」と記すより、「スーパーへ一緒に外出」といったように、文言は長くなっても分かり易くすることが重要となります。
- また、地域生活を長期間にわたり無理なく継続できる内容とします。楽しみを取り入れた内容としていくことも考える必要があります。

* 退院に向けた具体的な支援(1)

対象者の地域移行支援計画に基づき、設定した目標が達成できるよう支援を行います。安定した地域生活を実現するため、全ての支援者が一貫した支援を行えるように、十分な連携を図ります。

退院の準備を進める中で、対象者の地域生活に対する不安が大きくなる場合があります。退院への希望を持ち続けられるよう、対象者に退院への準備が順調であることの実感や自信をもってもらえるような働きかけを行います。



ワンポイントアドバイス

プランどおりに進まないこと、逆にプラン以上に進んでしまうこと、また、進捗の程度には個人差もできます。進まない時期（停滞時期）があっても悪いことではありません。進まないからと言って慌てないことが重要です。相談支援専門員等が慌てると対象者も慌ててしまいます。

* 退院に向けた具体的な支援(2)

地域の社会資源の見学、体験利用の同行支援等の外出支援を行う際には、リスクマネジメントの視点からも、傷害保険に加入して、万一の事故等に備えておく必要があります。

施設見学や体験利用等の外出支援を行う場合、外出先の地理的条件や対象者のスキル等を考慮し、公共交通機関を利用するのか、車を利用するのか等、移動支援も含めて支援内容を決定します。



ワンポイントアドバイス

傷害保険の加入については、個別支援会議等で対象者・家族・支援者等で予め決めておく必要があります。傷害保険は精神障害者でも加入ができます。勿論、加入しないという選択肢もあります。



ワンポイントアドバイス

対象者の外出は、スキル獲得の一つのツールであり、プランにも反映されている可能性があります。移動に関しては簡単に考えず、再度アセスメントを行う気持ちも大切です。

* 入院中における障害支援区分

入院中から施設の利用体験を行う際、障害支援区分が必要になります。日頃から市町職員と連携を図りながら進めていきましょう。

調査を行う場合、対象者の不安も考慮し同行することも必要となります。また担当者会議にも市町のスタッフに参加を促してください。



ワンポイントアドバイス

地域移行支援を行っている対象者にも、障害支援区分の決定は可能となります。この制度を利用する前に各市町と相談してください。

⑥ 住居の確保と入居条件の調整

自宅での生活を希望する方については、最大限自宅への退院を検討しましょう。自宅以外への退院を希望する場合、複数の物件を用意し見学や体験利用を行うことも必要となります。



ワンポイントアドバイス

不動産業者との調整の際、入居希望者が精神障害者と言うと嫌がれると思いませんか。

幾つかの不動産業者を当たってみても良いと思います。また精神科病院によっては、不動産業者と関係が作られているところもありますので、病院の精神保健福祉士等に確認してみることも考えてください。保証人についても、保証人の条件がありますので、前もって確認しておくといでしょう。

⑦ 個別支援会議の開催

会議の俗称は多々あります。ここでは、支給決定後に必要となる会議を「サービス担当者会議」(厚生労働省令第28号基準第15-10)、対象者が入らない会議を「担当者会議」とし、迷う場合には、総称として「個別支援会議」として実施してください。

上記会議においては、司会及び書記を事前に決めておくことが望ましいです。多くの場合、相談支援専門員等が司会を担うこととなります。会議終了後早目に、会議内容を文書で参加者に送付します。各関係機関の役割を明確にした上で連携を図るようにしていきます。



ワンポイントアドバイス

会議と名がつけば、重苦しい雰囲気になりがちです。今までの関わりや今後の方向性についての会議ですから、安心して参加できる雰囲気づくりを参加者で考えていきましょう。

* 開催のタイミング(1)

- ・アセスメントの評価が可能な時期
- ・地域移行支援計画を作成する前(スタッフとの顔合わせ)
- ・地域移行支援計画の実施日から1ヶ月以内
- ・地域移行支援計画を見直すとき(本人の状態像や意欲について変化のあるとき)



ワンポイントアドバイス

毎月何らかの会議を予定することは必要ありません。対象者と会う回数が多ければスタッフと会う回数も多くなります。その際に簡単な情報交換は可能であり、担当者会議よりも有益な時があります。ただし、内容については記録を残しましょう。

* 開催のタイミング(2)

個別支援会議では、個別課題以外の地域における課題が明らかになることが多く見られます。相談支援専門員として地域の課題(ニーズ)を見つけ集約し、必要な社会資源を地域自立支援協議会と共に開拓・開発していけるよう試みましょう。



ワンポイントアドバイス

地域自立支援協議会と相談支援専門員は表裏一体の関係にあります。相談支援専門員として悩んだ場合、地域自立支援協議会に働きかけてみましょう。

(2)退院後の支援(地域生活の定着に向けた支援)

○ 退院後支援の意義

地域相談支援を利用する目的は何でしょうか。目的の一つに、「退院し、地域で安定した生活を継続できるようにすること」が考えられます。しかし、注意しなければいけないことは、退院は第一の目標ではありませんが、最終目標ではないということです。退院後、地域で無理が無く、その人らしい生活を維持していけるかが重要なポイントになります。

○ 退院へのチャレンジ

地域で順調な生活が確実に見込まれるまで退院できないということであれば、どれだけ退院の希望が強くても、その実現に向けた道のりは長く険しいものになってしまいます。せっかく芽生えた退院後の生活への意識の芽を、早々に摘み取ってしまうことにもなりかねません。

場合によっては「退院にチャレンジしてみる」という意識を伝えていくことも有効になります。地域移行支援計画の作成の段階で「支援者と共に、まず退院にチャレンジする。もし、調子が悪くなったらすぐにチャレンジを休み、計画の見直しをすることもできる」ということを確認しておき、対象者が納得した上で行います。この場合には、あらかじめ「チャレンジを一旦休むということになっても順調である」ということも確認しておきます。

○ 地域定着支援

必要に応じ、退院後は地域定着支援の事業を活用します。地域定着支援計画に基づき、一定期間、定期的に面接・家庭訪問等を行うなど、地域生活の定着に向けた支援を行います。また、緊急に支援が必要な事態が生じた場合に、速やかに対象者の居宅訪問や電話等による状況把握を行います。さらに、利用者の状況に応じて必要な措置を適切に講じる為に、(地域定着支援)台帳を整備しておく必要があります。

1) クライシスプランの活用

退院後の地域生活において必要な場合には「クライシスプラン」を個別に作成することが望ましいです。地域で生活する中で、自分ひとりでは対応しきれない状況に陥ることがあるかもしれません。そのような事態をクライシス(危機)と呼びます。このような状況への対応の仕方を、あらかじめ支援者と共に話し合い、プランを作っておくことで安心して生活を送ることができます。

2) 面接・訪問

家庭での生活場面以外、必要に応じて通院先の病院やクリニック、日中活動の場などで面接をして、日常生活全体の様子を把握することも大切です。また、病院職員、市町、健康福祉センターなどの機関と同行訪問を行うようにします。複数の機関が関わることで、対象者は多くの支援者がいることを実感でき、支援者は利用者の様々な状況に応じて、臨機応変に相談体制の確保ができるようになります。

3) 個別支援会議

随時、個別支援会議を開催して、退院後の生活状況について振り返りを行うことで、当事者自身も現在の状況を客観的に把握することができます。また、振り返りの際に、対象者の持っている強みに意識的に焦点を当てることは、対象者の意欲の向上につながり、生活に対して主体的に取り組めるようになります。

4) 家族支援の必要性

地域定着支援では、対象者だけでなく家族への支援も継続します。対象者と家族がお互いの生活を理解することで、良好な家族関係の構築や安心感につながります。特に、対象者が家族と別に生活していたり、家族関係が良好でない場合、相談支援専門員等(地域定着支援担当)は対象者と家族の「潤滑油」の役割を果たします。

○ 再入院へのフォローアップ

症状悪化時や不調時に、速やかに対応できる体制が整えられていることが必要です。

そのためにも、入院中と同様、退院後も相談支援専門員等と医療機関のスタッフが、必要時に速やかに連絡を取り合える体制を整えておくことが大切です。

再入院を避けるのではなく、体調を崩したときには早めに受診につなげ、必要に応じて入院の支援を行うことで、再退院後の生活が安定し、結果的に地域生活の継続(定着)につながります。クライシスプランを当事者と支援者が共有し活用することで、早めの対応が可能になると考えられます。

対象者にとって、再入院がマイナスの経験とならないよう、相談支援専門員等をはじめとする支援関係者は、その経験を肯定的に捉え、支援を行う必要があります。

○ 地域生活定着後のステップダウン

対象者の生活状況に応じて、相談支援専門員等の支援の量を減らし、自らの力で地域生活を継続できるよう、ステップダウンを試みます。モニタリングの中で、対象者自身の生活能力に着目し、自ら地域での生活が送れるという自信につなげていくことが必要です。ただし、この場合でも、必要に応じていつでも連絡を取れるようにして、迅速な対応が可能となる関係を維持します。

一定期間の地域定着支援を行った後、例えば、日常の相談は委託の相談支援事業所に引き継ぐこと、いつでもSOSのサインを出すことが可能であることなどを対象者と確認し、合意の上で地域定着支援を終了します。

最終的に目指す地域定着後の一つの姿として、「対象者が自らの力で地域生活を営み、そして、委託の相談支援事業所には対象者がいつでも気軽に相談できる体制と見守り支援を行える体制ができていること」が挙げられます。

5 ピアサポートの活用

ピアサポーターは、「同様な経験をしている当事者（以下「当事者」という。）」として自ら精神疾患を経験した体験を専門性として支援に替えていくことができる。当事者の希望する生活やその他の要望などに対して、当事者の視点に立った具体的な提案やトラブルの回避・対処法を助言することができるのがピアサポーターの強みであります。

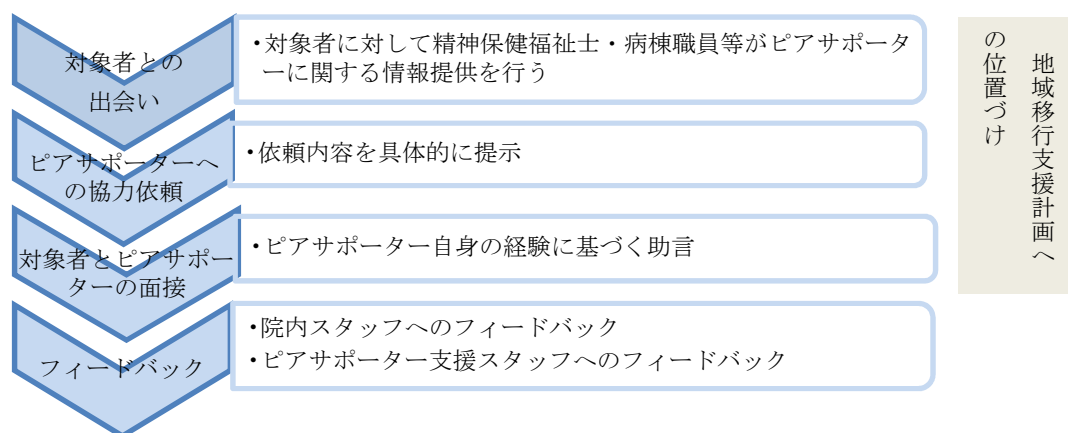
ピアサポートの活用については、精神障害者地域移行・地域定着支援事業実施要綱の中で、次のとおり規定されており、積極的な活用が求められています。

「都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、相談支援専門員等による対象者の退院に向けた相談・助言、地域移行支援計画に基づく院外活動に係る同行支援等について、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする。なお、ピアサポートの活用に当たっては、ピアサポート従事者に対して、活動内容、報酬、活動時間等の条件を明確にし、契約書等を取り交わすとともに、コーディネーターが助言・指導を行い、支援関係者と連携を図り実施するものとする。」とされ、積極的な活用が求められています。

(1) 対象者に対するピアサポートの効用

対象者にとって、ピアサポーターは病気からの回復のモデルであり、回復への意欲の促進につながります。特に長期入院者の場合には、生活の具体的なイメージを描くことができず、退院が具体化するにつれて病状が不安定となり退院延期せざるを得ないという場合もあります。このような場合にも、地域生活を続けるピアサポーターが自身の具体的な言葉で経験を語ることによって、不安の軽減を図ることができます。また、医療・福祉等のサービスを利用しながら地域で生活を続けている経験を伝えることは、入院患者の退院後の生活に対する不安の軽減にも寄与することができます。

〈流れ〉



(2) 市町におけるピアサポートの活用

地域における関係者による連携及び支援の体制に関する協議を行うための会議として、市町が地域自立支援協議会を設置しています。

《佐野市の例》

自立支援協議会に地域移行・地域定着支援部会を設置し、ピアサポーター4名を部会委員として委嘱し、参加長期入院及び入所者がスムーズに地域生活に移行できるよう、本人支援と環境整備を図るための検討を行っています。

ピアサポーターは、地域移行・地域定着支援部会において、当事者の視点に立った地域生活支援へのきめ細やかな意見を述べています。部会委員にとっても、ピアサポーターの発言や体験談は新たな気付きを得る機会となっています。

また、自立支援協議会事務局(佐野市障害福祉主管課)としてもピアサポーターの活動への支援に取り組んでおり、医療機関での退院プログラムに組み込まれることを目指しています。

(3) 関係機関(職員)におけるピアサポートの活用

ピアサポーターは自らの経験を強みとして活動をしています。当事者の視点から見た退院に向けての解決すべき課題の発見、当事者の持つ力への気づきを得る機会ともなっています。

支援者は、課題等を整理する中で、解決に向けて「できないこと」に視点が向かいがちですが、ピアサポーターから、課題等にどのように向き合ってきたかの体験談を聞くことによって、より具体的かつ的確な課題解決策の検討を行うことができます。

また、関係職員もピアサポーターの活動に接することにより、利用者の病気からの回復を考えていくきっかけとすることができます。

(4) 栃木県内のピアサポート関係機関

栃木県内では、健康福祉センター等がピアサポーター養成研修を実施しています。

ピアサポーターが活動している機関は次のとおりです。

(平成25年12月1日現在)

機関名	所在地	連絡先等		圏域
Peer Step 栃木 (http://peersteptochigijimdo.com/)	栃木市神田町6-15 (NPO法人海がめ内)	電話	0282-51-2291	県南
		FAX	0282-51-2921	
		メール	peersteptochigi@gmail.com	
ブローニュの森 ゆっ蔵	栃木市柳橋町3-20	電話	0282-25-3523	県南
		FAX	0282-25-3523	
NPO法人 小山そよかぜ	小山市本郷町2-8-21	電話	0285-30-5510	県南
		FAX	0285-37-7113	
小山メンタルクリニック	小山市駅東通り2-23-9	電話	0285-20-5610	県南
		FAX	0285-20-5613	

NPO法人 来夏	小山市駅東通り1-34-20	電話	0285-37-9175	県南
		FAX	0285-37-9176	
小山富士見台病院	下野市柴1123	電話	0285-44-0200	県南
		FAX	0285-44-8163	
NPO法人 みらい	野木町丸林371-12	電話	0280-57-2673	県南
		FAX	0280-57-2673	
ピアリンク那須	那須塩原市宮町2-14	電話	0287-63-7777	県北
		FAX	0287-73-7022	
地域活動支援センターあしかが	足利市本城1-1547	電話	0284-41-2643	安足
		FAX	0284-43-0463	
ピアサポートセンターピアクラブSANO (http://boulogne.me/index.php?id=36)	佐野市堀米町3923-15	電話	0283-22-7741	安足
		FAX	0283-22-7741	
		メール	peeru.club.sano@gmail.com	

(5) ピアサポーターの活動紹介

ピアサポートセンターピアクラブSANOに所属するピアサポーター2名が、安足地区精神障害者地域生活支援ネットワーク事業・平成25年度こころの健康講座「統合失調症学習会」に回答者として参加しました。学習会の中の発言を一部抜粋して紹介します。

再発の経験・再発への不安について

(田村さん)

15歳の時発病しました。留年して高校を卒業したら安心して服薬を中断してしまいました。その結果、会社を首になってしまいました。

薬を飲んで「治った」と思いがちですが、治ったのではなく安定したと考えて欲しいと思います。安定を維持するためにどうするかと考えていって欲しいと思います。

いろいろな相談機関とのつながりを強くすることも大切だと思います。



(渡辺さん)

ピアクラブ SANO の事務局長の廣田が日ごろから、「睡眠・服薬・仲間・居場所・役割が揃っていれば再発の危険は少ない」と話しています。自分がどういう症状でどんな薬を飲んでいるのか、どんな症状に効くのかかわかっていないと副作用ばかりに目が向いてしまいます。

ちゃんと先生に聞いて自分が納得することが大事だと思います。

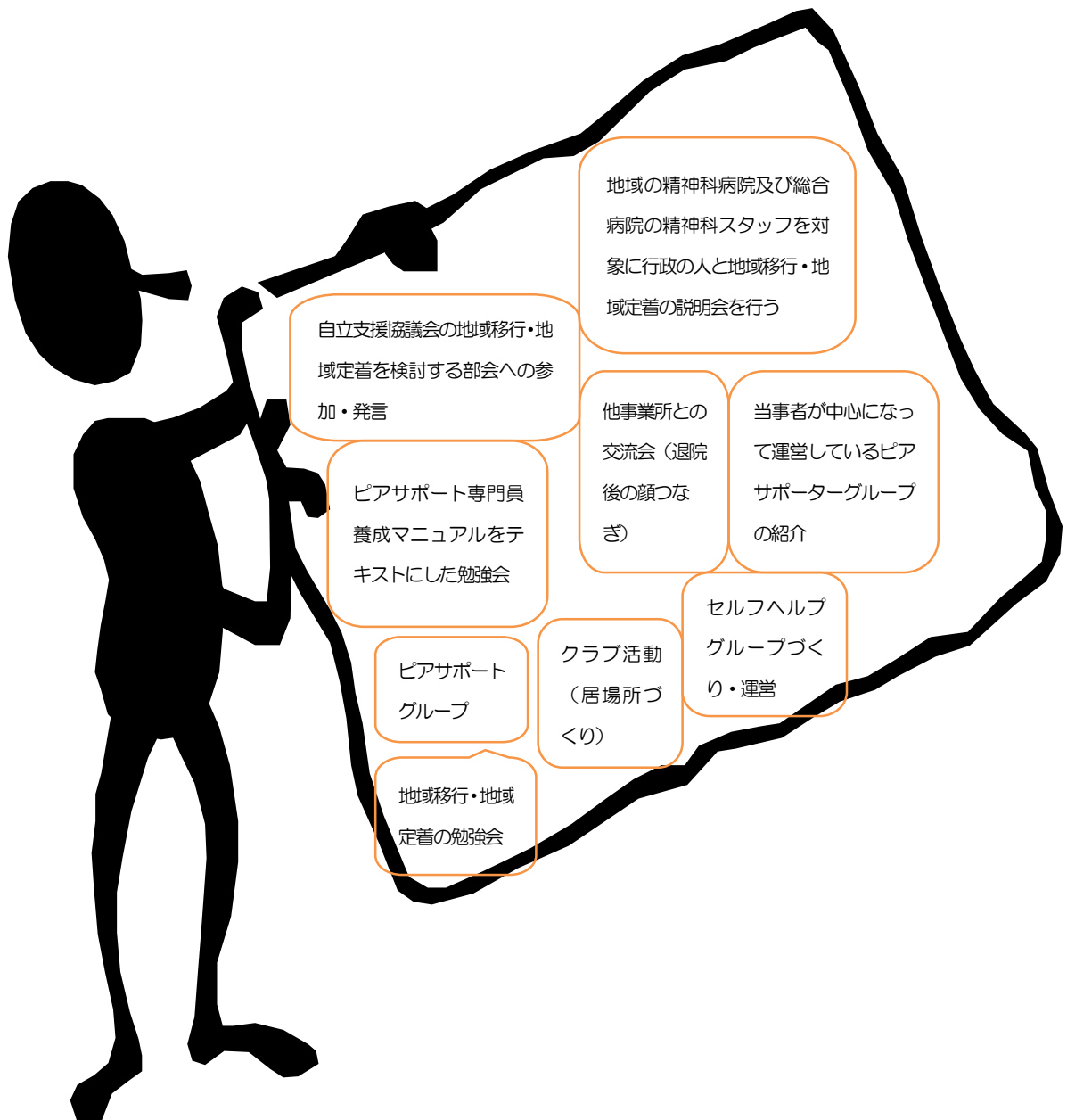
病気とどうつきあう？

(渡辺さん)

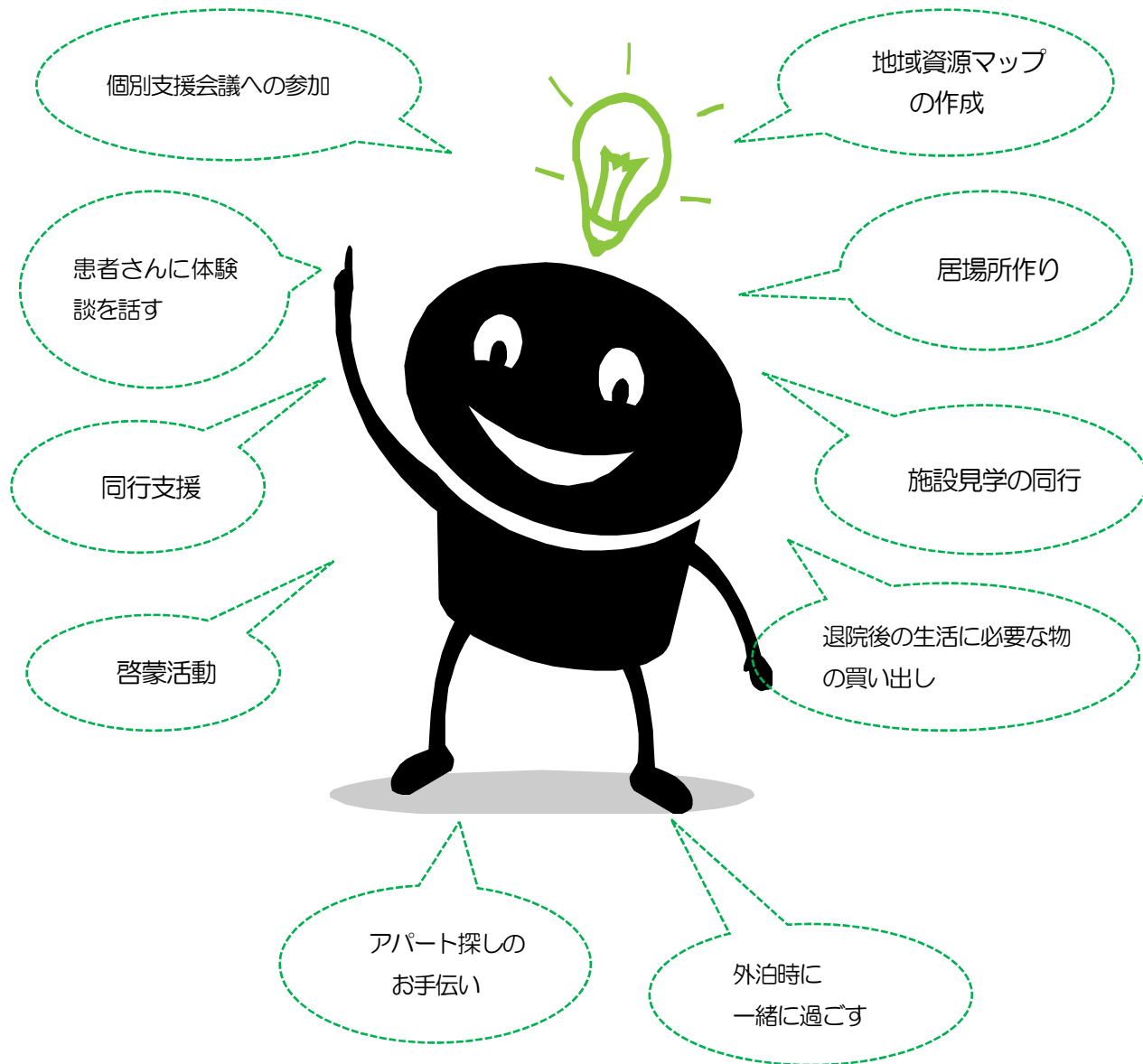
個人個人で違うと思いますが、ある程度安定していても波があるのは当然のことだと思います。私は、一年でトータルして安定していたらマルと考えています。

同じ病気を抱えている仲間を作ることも大切だと思います。内なる偏見を持っていて、病気は悪いものと考えている人もいますが、仲間と会うと「昨日こんな幻聴があった」「こんな妄想があった・・・」などと普通に話をします。みんなにも私と同じような体験があるんだ、自分だけではないんだと感ずることが出来、安心感につながっています。

～ピアサポーターは、こんな活動をしします～



～このような活動も今後行います～



6 地域相談支援に係るQ&A

(1) 地域移行支援

問1 体験的な宿泊中に地域相談支援の利用者が居宅介護を利用することは可能か？

(答)

体験宿泊先は「居宅」ではないため、体験宿泊中に居宅介護など訪問系のサービスを利用することはできない。ただし、体験宿泊加算(Ⅱ)を算定する場合において、指定相談支援事業者が提供すべき夜間及び深夜の時間帯を通じた見守り等の支援を指定居宅介護事業者等に委託することは差し支えない。

問2 宿泊型自立訓練事業所の空室を活用して体験的な宿泊支援を行った場合であっても、体験宿泊加算の算定対象となるか？

(答)

地域移行支援で提供する体験的な宿泊は、単身での地域生活に向けたものであり、地域生活と同様の環境で実施する必要がある。このため、精神科病院に入院している障害者が同一敷地内に立地している宿泊型自立訓練事業所を体験宿泊先として活用する場合や、その体験宿泊の目的が単に宿泊型自立訓練の体験的な利用である場合には、地域移行支援の体験宿泊加算は算定できない。

一方、地域生活の体験の場として、利用者が入院する精神科病院の敷地外に立地している宿泊型自立訓練事業所を利用する場合であって、その環境が地域生活と同様であると認められる場合には、地域移行支援の体験宿泊加算の算定対象として差し支えない。

なお、当該取扱は障害者支援施設等に入所している障害者の体験宿泊加算の場合も同様である。

問3 例えば、地域移行支援の利用者が他市への転居を希望する場合に、住居確保など地域移行支援の業務の一部を転居希望先の相談支援事業所に委託することは可能か？

(答)

地域移行支援は、障害福祉サービスの体験的な利用支援及び体験的な宿泊支援を除き、他の相談支援事業所への業務委託は認められないものである。

問4 地域相談支援給付決定障害者が、退院又は退所後に他の社会福祉施設等に入所する場合は、「退院・退所月加算」の算定対象外となっているが、ここでいう「他の社会福祉施設等」は、具体的には何を指すか？

(答)

社会福祉法第62条第1項に規定する「社会福祉施設」のほか、介護保険施設、病院、診療所、宿泊型自立訓練事業所を想定している。

(2) 地域定着支援

問5 地域相談支援給付決定障害者が支給決定期間中に1ヶ月間入院していた場合、その月も地域定着支援サービス費を算定することはできるか？

(答)

利用者の心身の状況及び障害の特性等に応じ、当該利用者又はその家族との常時の連絡体制を確保していれば、利用者が入院している間も、地域定着支援サービス費の算定は可能である。ただし、入院期間の長期化が見込まれる場合にはその支給の必要性について改めて判断する必要がある。なお、入院中であっても、指定一般相談支援事業者は、適宜利用者の入院先への訪問等を行い、利用者の状況を把握すること。

問6 例えば、短期入所サービスの支給決定を受けている利用者からの要請により、指定一般相談支援事業者が利用者の居宅を訪問し、状況を確認した上で、その後の支援を短期入所事業所につないだ場合であっても、緊急時支援費を算定できるか？

(答)

算定できる。ただし、一時的な滞在による支援は行わないため、緊急時支援費を算定できるのは利用者の居宅を訪問した日に限る。

問7 緊急時支援費はどのような場合に算定できるか？

(答)

利用者の障害の特性に起因して生じた緊急の事態が発生した際、訪問により支援を行った場合、又は一時的な滞在による支援を行った場合に算定できる。一時的な滞在による支援を行った場合には、宿泊日及び退所日のいずれかの日も算定が可能である。(一泊二日の場合は700単位×2日)

なお、緊急時支援を行った場合には、できる限り速やかにその状況を市町に連絡することが望ましい。

(3) 地域移行支援・地域定着支援

問8 地域移行支援サービス費と地域定着支援サービス費を同月に算定することはできるか？

(答)

地域移行支援サービス費及び地域定着支援サービス費それぞれの算定要件を満たせば、同月に算定することは可能である。