

地域で暮らすために

～精神障がい者地域生活移行推進研修会～

札幌市自立支援協議会「精神障がい者地域生活移行推進プロジェクト」で話し合われた精神障がい者が地域で暮らすための課題などについて、実際の事例から関係者の皆さんと考えていく研修会です。

1 日時

平成 30 年 2 月 23 日（金） 14 時 30 分～17 時（受付開始 14 時）

2 場所

WEST 19 5 階 講堂（中央区大通西 19 丁目）

3 対象

精神科病院、相談支援事業所、グループホームの職員
定員 100名

4 内容

- ① 行政報告（地域相談支援制度について、実態調査報告）
- ② 精神障がい者の地域移行支援の実践報告
 - ・ 相談支援事業所、精神科病院の連携事例
 - ・ 基幹相談支援センター、ピアサポーターの活用事例
- ③ 参加者によるグループワーク

5 申込

次のページの申込用紙にご記入の上、下記の番号又はアドレスまで F A X かメールでお申込ください。

締切 平成30年2月16日（必着）

【事務局・申込先】

さっぽろ地域づくりネットワーク ワン・オール
札幌市基幹相談支援センター 赤杉、小竹

Tel : 011-213-0171

Fax : 011-213-0172

E-mail : sapporo@one-all.net

札幌市自立支援協議会精神障がい者地域生活移行推進プロジェクト主催

2018年2月23日「精神障がい者地域生活移行推進研修会」グループワークのまとめ

1. 当日の感想

- ・退院間近な人が見学に来ることある。今後もこういうものに参加していきたい。(GH)
- ・2～3日前より移行支援を始めたので興味を持って聞いた。(相談室)
- ・事業始めたばかり、これから勉強していきたい。(相談室)
- ・あまり関わりがなかった(支援として)が、療養担当するようになったのでこれから勉強したい(HP・NS)
- ・GHとしてどう入居者と関わっていくかというところでわかりやすく学べた。(GH)
- ・ピアサポートという言葉や制度についてもはじめて知れてよかった。
- ・本人の映像が印象的だった。
- ・Tさん(報告担当ピアサポーター)も「おなかいっぱいであらってほしい」と同じようなことをいっており、印象的だった。
- ・支援者側もお互いの仕事もしらないし役割もしらない。地域移行をすすめるための開示や声を出す必要性を感じた。
- ・報告2もていねいさを感じた。ピアサポートの利用ができればもっとおもしろかったかも。
- ・地域移行の事務の煩雑さを前向きにさせてくれる報告でした。
- ・病院、相談室、他のGHと比較的連携はできていると思っている。GHの体験利用が地域移行支援制度(体験宿泊加算)でできるのは新発見だった。(GH)
- ・ビデオに感動した。対象者と密に関わられたらよいなと思った。抱える人数が増えてきてなかなか関わりきれっていないので。
- ・(ピアとして)自分も何かできないかなと思った。鼓舞された。
- ・今回の事例の連携がよかったので、もっと詳しくきいてみたい。
- ・委託と指定の相談室でも業務が異なる場合があり、指定でもやってみたいがイメージがわからないので、今回の研修でイメージがわいた。やってみたいと思った。
- ・最後のDVDの映像が、イメージがわいてよかった。
- ・本人の地域生活を考えると、定着に向けてピアサポーターの関わりはGHにとっても本人、HPにとっても有効。よりピアサポーターが導入されるべき。
- ・ピアサポーターを知った機会となった
- ・長期入院者が退院する時の笑顔が印象的だった。支援で衣一食一住に注目しがちだが、基本を振り返るような気持ちになった。
- ・長期入院者の退院にあたり、こういった制度を利用することの大切さを知った。問題意識を持った。
- ・病院側の抵抗もあつたりPSWだけでは限界ある。支援者が増えるメリットがとてもある

(情報共有大変だが)。

- ・相談支援事業所と病院が連携をしていると受ける方 (GH) が安心する。
- ・精神科にいるから精神疾患が表立っているが、地域移行支援の利用によって地域でベースの部分をしっかり見れるメリットなど伝えていくことができる。
- ・2つ目の事例が印象的。GH スタッフは支援者 (通所、相談員) がついて安心だろうなあ
- ・ビデオが良かった。HP ゴールが目標、退院後の生活を実際に見れて良かった。
- ・GH の話をきいたことはあるが、こういうことが移行支援なのかとあらためて思った。

2. 地域移行支援制度を利用するメリット (当日の記録から抽出)

病院による抱え込みの改善	・病院職員では地域移行毎月 10~15 件の対応が大変。
	・病院で各機関と連携しながらの移行支援は実施していない。院内の連携 (主治医、病棟スタッフ、医療相談室、外来スタッフ) に限られることが多い。相談支援事業所が入ってコーディネートしてくれるとありがたい。
	・病棟と PSW の連携で動いていて関連住居があるのでスムーズに動く部分とかかえてしまう部分がある。外部との情報のやりとりの必要性。
生活のフォロー体制の構築	・病院職員は GH や事業所に移った後のフォローが出来ない。フォローしてもらえる。
	・相談室が入ってくれるケースはその後の生活を考えると安心できる。GH 職員だけでは偏った視点になってしまう。
相談し合える関係の構築	・GH 入居前に相談室が入っていることで互いの理解が深まる。
	・(病院、相談室、GH が) 困った時に互いに相談相手になれる。
	・GH の利用者の重度化等を考えると、相談支援事業所の関わりは必要になってくる。
	・病院から直接、入居や支援となると GH で関わる支援する範囲があいまいになっている部分があり、相談支援に入ってもらうことで、支援者の役割が明確になる。退院時の情報のなさは GH としても不安がある。
患者の安心	・ある患者から「病院スタッフに退院したいとあまり頻回に言ったら、病状が悪くなったと思われて退院できなくなるかもしれない。だから病院スタッフには強く言えないことがある。」と聞いたことがある。相談支援事業所が患者と病院の間に入ると、患者にとってもよいのではないか。

3. 精神障害者の地域生活移行における課題（当日の記録から抽出）

制度	使いづらさ	<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行するには1年はかかる、手厚くサポートしたいが場合によっては条件が合わずに制度に合わないことがありなかなかできない。制度がまだ足りない。区の担当者によって同条件でも受け付けられる人とはねられる人がいる事も問題。
		<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法の「地域相談支援」について、札幌市の実績が少ない理由は、使いづらさがあるのだろうか。どのタイミングで使っているのか迷う。
		<ul style="list-style-type: none"> ・制度を利用するとスピードが遅れる事もある。
		<ul style="list-style-type: none"> ・支援者支援のようなものがないと現状からは脱却できない。また書類を含めてかなり煩雑であることも阻害要因。
		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の介護保険にはある程度の流れがある。
相談支援事業所（相談室）	人手不足	<ul style="list-style-type: none"> ・相談依頼をかけても「1～3 か月でお願いしたい」という急ぎのケースは断られる。 →相談室の人手不足もあるが急ぐ理由等を伝えていただけたら、もっと動いていただけるかも。
		<ul style="list-style-type: none"> ・地域移行の実績、計画の経験がない。相談室のマンパワーが足りない。制度上週1回の面談（月2回でも可）が求められており手間がかかる。地域移行までの関わりをする時間もないのが実情。（相談室）
	書類等の負担	<ul style="list-style-type: none"> ・病院からの相談が必ず地域移行支援を利用するわけではない。本人、病院に提出する書類も多く負担が多い。
		<ul style="list-style-type: none"> ・報酬が低いように感じる。 ・普段の計画相談＋地域移行は負担。
実践モデルの不足		<ul style="list-style-type: none"> ・ビジネスモデルを提示してもらいたい。（相談支援事業所）
		<ul style="list-style-type: none"> ・指定相談だけで動くのは制度がわからなくて不安。委託相談と一緒に動いて、地域移行支援の具体的なノウハウを身に着きたい。（相談支援事業所）
精神科病院（HP）	職員の知識不足	<ul style="list-style-type: none"> ・地域支援 NS が利用するケースが少ない。病院ではマンパワー不足もあり、1人の患者に時間を作ることが難しい。病院、職員がこういった制度を知るともっと活用し地域移行できる。
		<ul style="list-style-type: none"> ・病院と相談室に利用者が板挟みになってしまう。自分の意見を言えなかったり。病院でも教育をされてきているスタッフは患者視点に立ち協力的に行えるが、古い考えのスタッフだと病院を終の棲家にしてしまう傾向。

		<ul style="list-style-type: none"> ・利用したい人達がいるはずだが情報がない、患者が利用を始めると病院職員も知識をつけるため勉強するようになる。 ・HP 中の NS はとても身近な存在なので、NS の発信が必要。 ・いかに DR に知ってもらおうか。
	病院の体制の限界	<ul style="list-style-type: none"> ・入院、退院、在宅生活の流れの中では、病棟→訪問看護→外来といったように、各々から「次、よろしく」とバトンを渡すような状態でチームになりにくい。
	機関間での共通言語の不足	<ul style="list-style-type: none"> ・病院から直接 GH に相談する場合や相談支援事業所を介する場合のどちらにしても、受け入れる前に欲しい情報や支援策を考えるにあたっては同じ目線（＝共通言語）が必要だが、現状ではまだまだという印象。 ・地域移行を始めるタイミングが分からない（HP の SW として。病状がどのくらい安定したら良いのか等）。 ・長期入院の人たちの退院支援委員会に地域の人を呼べていない。
グループホーム (GH)	体調悪化時などの対応困難	<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤調整終わったら地域のニーズを聞かず退院、それは問題→病院では何かあった時に何でもすぐ対応出来てしまう。 →退院しても調子をくずしたら“また入院できる”という安心感があれば GH でも受けやすいのでは。 →生活のアセスメント（体験利用）が出来ればそれも本人を知る調整というものになるのでは。
		<ul style="list-style-type: none"> ・体調が悪化し症状が続いた場合 → HP では入院必要ないと判断され対応に困ることがある。
		<ul style="list-style-type: none"> ・夜や土日の体調悪化の対応の大変さがある → 連携とれていればよいが・・・
		<ul style="list-style-type: none"> ・一時的な（ショートステイ的な）HP の利用ができれば → HP としては退院できないのではという懸念もあるのでは・・・DR の判断になるため PSW などとも連携が必要。
		<ul style="list-style-type: none"> ・HP では起きない想定外のことが GH で起こる。
		<ul style="list-style-type: none"> ・GH で保証人なしだと NG な所ある。
	対応可能な GH の不足	<ul style="list-style-type: none"> ・GH 体験利用は空きがなく、実際はほぼしていない。結果すぐに退去する人も多い。 ・主治医から退院可能と判断されても、受け入れ可能な住居がなかなか見つからず、実際の入居まで半年かかるケースもある。

		<p>・病院からの打診で自傷行為がある方については、グループホーム側としては受け入れができないこともある。24 時間見守りはできず、特にマンションタイプの場合は見えにくい部分が多く、万が一、自殺で亡くなってしまうリスクを考えると、経営への影響も考える。退院後の生活の場としてグループホームを選択する関係機関が多いが、グループホームへの期待が大きいように感じる。その方の病状とグループホームの特徴（例：一戸建てタイプ、マンションタイプ、世話人の体制等）をマッチングさせて、充分検討してもらえるとありがたい。</p> <p>・夜間対応などの手厚い支援体制のあるグループホームが限られていることも地域移行が進まない要因。</p> <p>・GH を空けて待っている間の家賃保証を札幌市にしてほしい。</p>
	病院と地域との違い	<p>・GH の体験入居をした時は大丈夫なのに実際入居したら全然だめになってしまう事がある。</p> <p>・GH が求める情報 — 生活や他入居者との関係性（本人の能力を知りたい）。</p> <p>・入院中の情報も含めた本人の生育・病歴等も情報が欲しい。生育歴等が病院から情報をもらっても足りない部分がある。</p> <p>・病院からのワンクッションが GH でいいのか？病院の入院中から退院に向けた生活訓練を経てから退院した方が生活能力が身に付くのでは、本人が対応して生活しやすいのでは。</p>
	GH からの卒業ケースの少なさ	<p>・GH 入居から 1 人暮らしという経験がない。そこに繋がられていければ。</p>
ピアサポーター	ピアサポーターの位置づけの課題	<p>・ピアサポーターを活用し、外出した際の事故など責任の所在は気になる。</p> <p>・お金をつけていくため、ピアの実践活動が広がって行政に必要性を認めてもらう必要がある。</p>
	連携等の難しさ	<p>・ピアサポーターとの連携体制の確保には時間を要す（医療機関）。</p> <p>・ピアサポーターの難しさ。メリットもデメリットも。ピア自身がダウンしてしまうリスク等。段取りや調整の重要性。</p>
本人	退院意欲の低下	<p>病院に入院している長期入院者の中には退院可能な人はたくさんいるが、本人や家族が望んでいない、病院も積極的に退院を勧めていない、能力的にも退院できる人はいる。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・長期に入院している方がいるが HP がホームに。昔あった退院意欲をうながすことのむずかしさを感じている。HP での生活が安心になってしまうのでは。HP として外出の機会を増やしたり工夫しているが HP スタッフ以外の関わりが必要ではと思った。 ・退院したいというよりは「静かにすごしたい」など HP ではない別の暮らし方があれば強みになる。 ・長期入院の方は、退院が可能であっても入院生活に慣れてしまい、地域での生活に不安を抱き、退院を希望しない場合が多い。グループホームの調整までついても、土壇場になって断る例もある。 ・本人に退院意思がない場合はどうしたらいいか。
家族の意向	<ul style="list-style-type: none"> ・長期入院の退院に関しては、家族の意向も強い。HP 内で役割分担をして対応したケースがあった。(PSW は家族、NS は本人・など) 結果的に家族も喜んでくれ退院の必要性を実感した。
本人の意向とのミスマッチ	<ul style="list-style-type: none"> ・事例は本人の意向とサービス（事業所の雰囲気等）とがマッチしたが、病院であれ GH であれ自分がなぜここにいるのか理解できない方もいっぱいいる。 ・グループホームにマイナスイメージもっている入院患者の方も少なくない。(PSW)
制度の理解の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者には制度の言葉や内容が理解しづらい、その部分から地域移行やサービス利用を難しくしているのではないか。
高齢化	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟も高齢化。
生活能力の低下	<ul style="list-style-type: none"> ・入院生活の習慣（守られてる環境）から地域生活での環境になれることに難しさがある。 長期入院の方は、生活能力の基本的な部分も難しい場合が多い。地域移行につながるまでにその能力を訓練するための時間も必要。