

# 精神障害者自立生活支援事業について

～ 地域ネットワーク会議を強化し  
体制整備に取り組んだ岩沼地区の活動 ～

仙台保健福祉事務所  
塩釜総合支所  
母子・障害班 千葉さとみ



# 精神障害者自立生活支援事業とは

「**受入状態が整えば退院可能**」な精神障害者に対し、外出支援や宿泊体験等を通じて自立を促進し、地域生活への移行の促進を図るとともに、地域支援ネットワークの構築及び社会資源の開発等の受け皿作りをしていくこと。



# 宮城県精神障害者自立生活支援事業実施要綱より抜粋 (平成17年4月1日施行)

## (事業実施主体)

宮城県

## (対象者)

精神科病院に入院している精神障害者のうち、  
主治医が退院が適当だと判断し条件が整えば  
退院可能な者で、かつ、本人が退院を希望している者

# 宮城県精神障害者自立生活支援事業実施要綱より抜粋 (平成17年4月1日施行)

## (支援事業の内容)

支援体制検討会議の開催

地域ネットワーク会議の開催

自立生活支援員の育成研修会の開催

支援員の派遣

対象者の宿泊体験の実施

(自立生活体験ホーム事業)





# 地域ネットワーク会議とは

県保健福祉事務所が  
中心となって運営する会議である！

## 全体会

- ・ 事業の実施、進捗状況の確認、事業効果の評価に関すること。
- ・ 支援体制の構築、及び社会資源の整備に関すること。

## ケア会議

- ・ 対象者の決定、支援計画の策定、修正に関すること。
- ・ 支援の経過及び課題・評価に関すること。

# 地域の概要

- 塩釜保健所管内は13市町村  
（4市8町1村）を管轄している。  
平成9年度に3保健所が統合され、  
塩釜が本所、岩沼・黒川が支所となり  
管轄地域人口は約44万人である。



## 地域の概要

- 岩沼支所管轄は2市2町、人口は約16万5千人。精神科病院（**県立精神医療センター**、**名取熊野堂病院**、**小島病院**、**南浜中央病院**、てんかん専門のベテラ病院）が5カ所ある。従来から地域の精神保健福祉活動が活発に展開されている。

# 岩沼地区の取り組みの経過

平成15～16年度

県のモデル地区（**岩沼**・大崎・気仙沼）として事業開始。

平成17年度～

平成21年度までの5カ年計画県単独事業として実施。

**事業の地域発信！！**

平成18年度  
抄録集の作成とシンポジウムを開催（約200名参加）。



# 岩沼地区の取り組みの経過

## 平成19年度

地域ネットワーク全体会議で「**精神障害者自立生活支援事業の進め方に関する計画**」を作成。課題解決のために2つの検討部会を立ち上げて活動を開始した。

## 平成20年度

検討部会活動を継続。

# 個別支援の実施状況

年 度	支援者数 (新規対象者)	支援結果人数		
		退 院	継 続	中 止
平成15年度	5 (5)	1	4	
平成16年度	7 (3)	4	2	1
平成17年度	5 (3)	2	3	
平成18年度	5 (1)	3	1	1
平成19年度	3 (2)		3	
平成20年度	4 (1)	2	2	

## 平成20年度岩沼地区地域ネットワーク会議開催状況

個別支援に関するケア会議の開催（随時）

合同ケア会議の開催（5回）

検討部会の開催（4～5回）

関係者向け研修会の開催（1回）



# 精神障害者自立生活支援事業の進め方に関する計画

(平成20年度版)

## 大目標

精神に障害を持つ方の退院促進と  
住みやすい地域づくり





# 6つの小目標

検討部会

小目標1:社会的入院者の実態把握をする

小目標2:社会的入院者が必要時支援を受け

検討部会

小目標3:適切な時期に支援し長期入院にならないようにする

小目標4:地域住民との交流により社会的入院者に対する  
地域の理解を得ることができる

検討部会

小目標5:支援の中で必要性が明らかになった社会資源の  
確保ができる

小目標6:関係者が、支援目標についての共通認識をもち  
支援の資質を向上することができる

# 検討部会 社会資源グループの目標

## 小目標1

社会的入院者の  
実態把握をする

## 小目標5

支援の中で明らかにな  
った社会資源の確保が  
できる(円滑に利用できる。  
整備の必要性を働きか  
ける。)

# 検討部会 支援体制グループの目標

## 小目標3

適切な時期に支援し  
長期入院にならない  
ようにする



# 検討部会構成メンバー

市町保健福祉担当課

精神科病院(4つの医療機関)

グループホーム

授産施設(作業所)

相談支援事業所

関係者より選出



# 検討部会

## 社会資源グループの活動報告



# 小目標1

## 「社会的入院者の実態把握をする」

### 退院に関する調査

岩沼管内精神科病院  
に1年以上入院している  
74名(社会的入院者  
56名を含む)を対象  
に調査

### 実際に退院した 当事者に関する調査

長期入院を経て退院し  
岩沼地区で生活して  
いる当事者の体験を  
明らかにするための  
調査

# 退院に関する調査

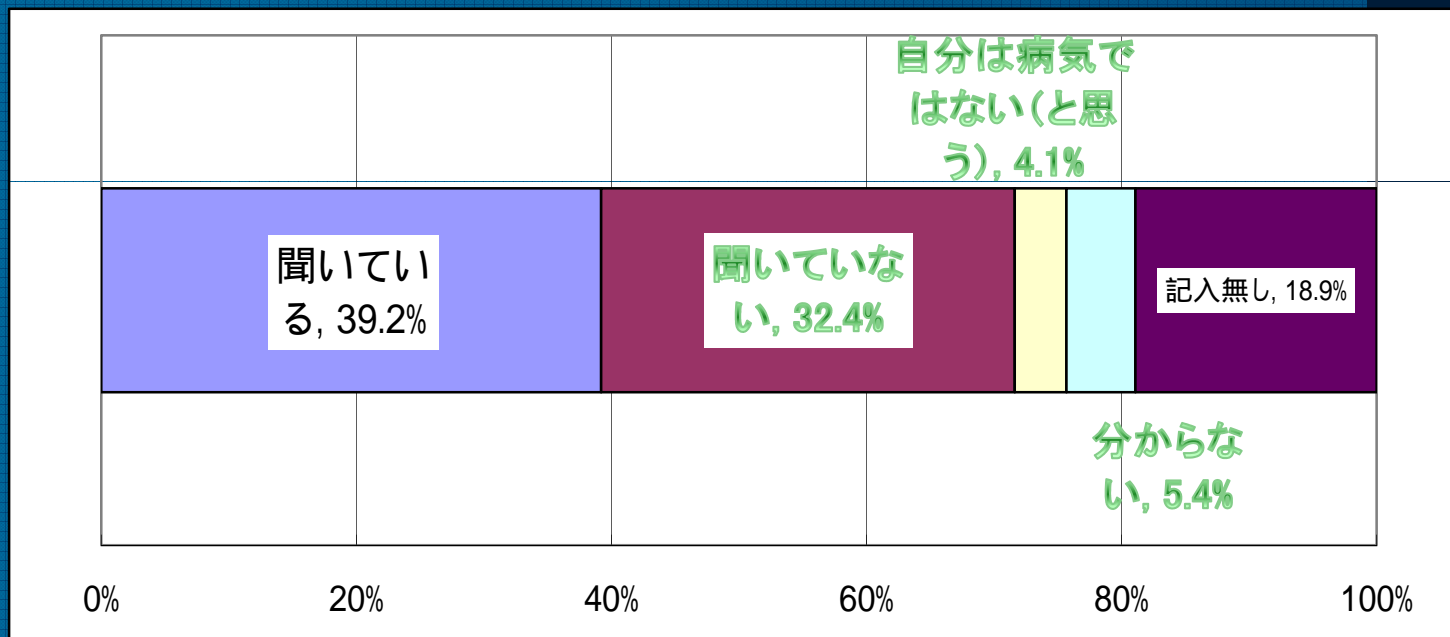
調査項目

本人31項目、支援者10項目

一部を抜粋して紹介



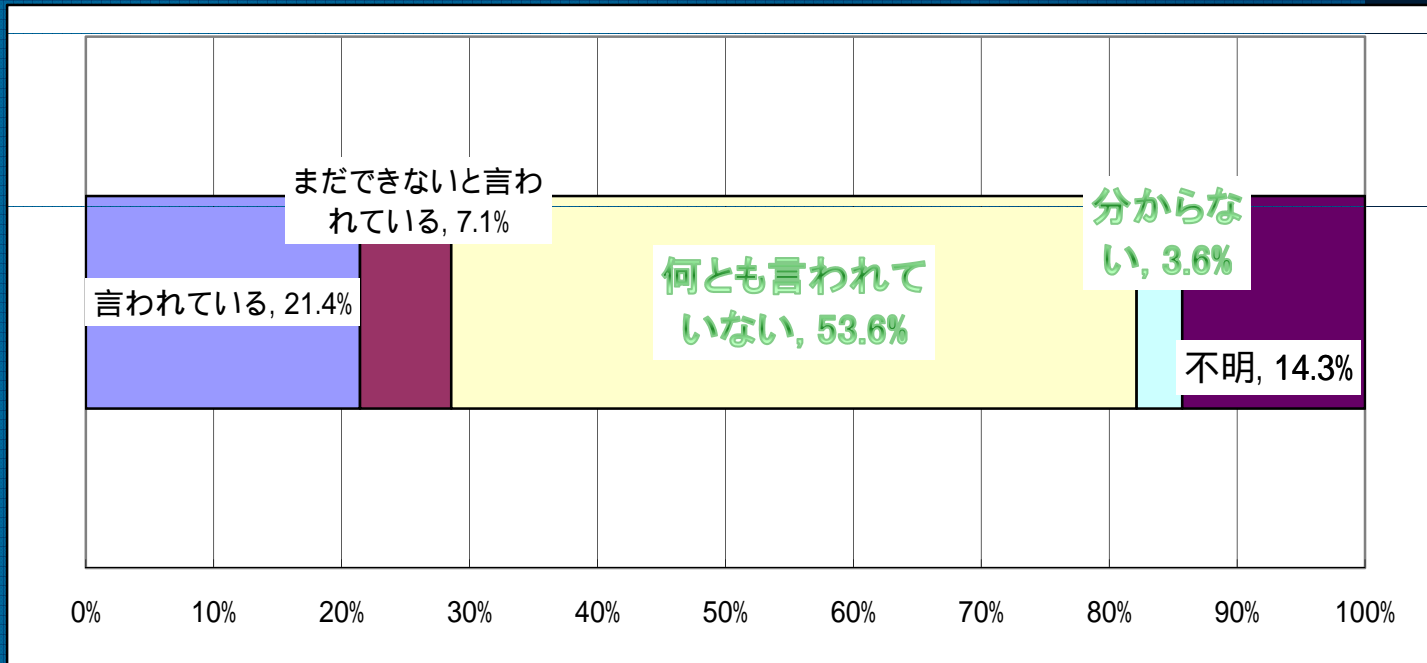
# Q 主治医から病名を聞いていますか



自らの状況について知らない方の多さ  
治療や退院支援の困難さの一因になっている

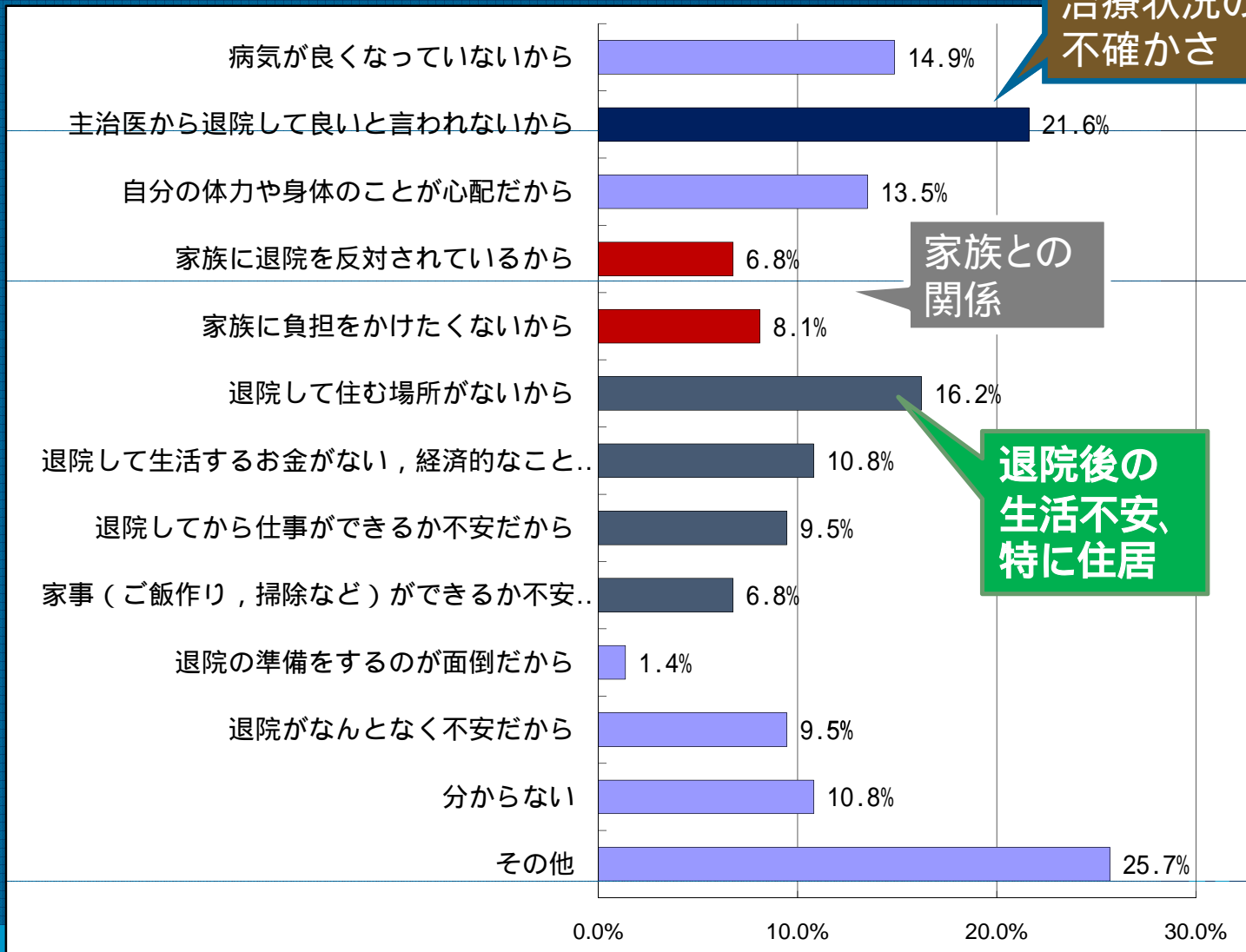


# Q 主治医から「退院してよい」と 言われていますか



入院継続の必要のない方でも5割以上が  
自らの治療状況が不明確な状態

# Q 退院していない理由を教えてください



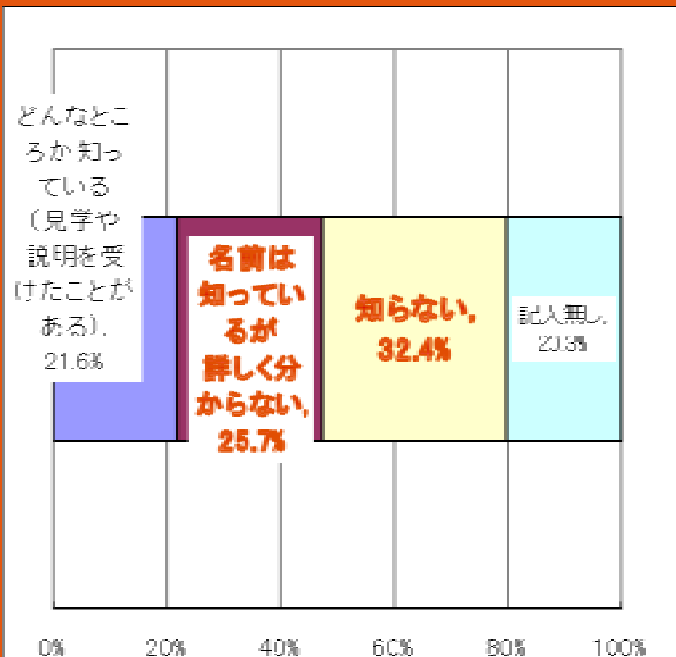
治療状況の不確かさ

家族との関係

退院後の生活不安、特に住居

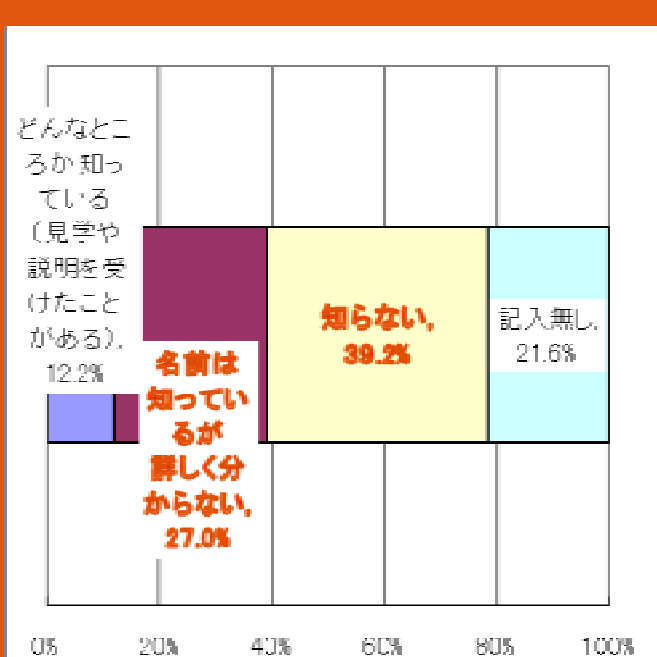
# Q 下記の資源をどの程度知っているか○をつけてください

## グループホーム



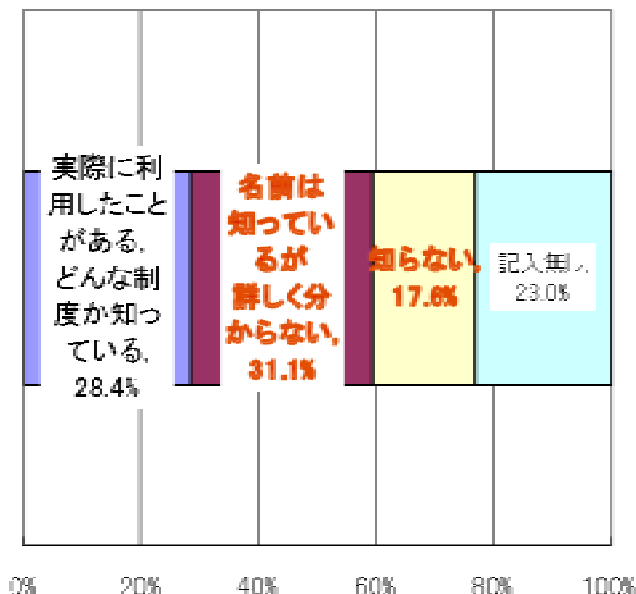
「詳しく分からない」  
「知らない」 **計56.1%**

## 作業所・授産施設



「詳しく分からない」  
「知らない」 **計66.2%**

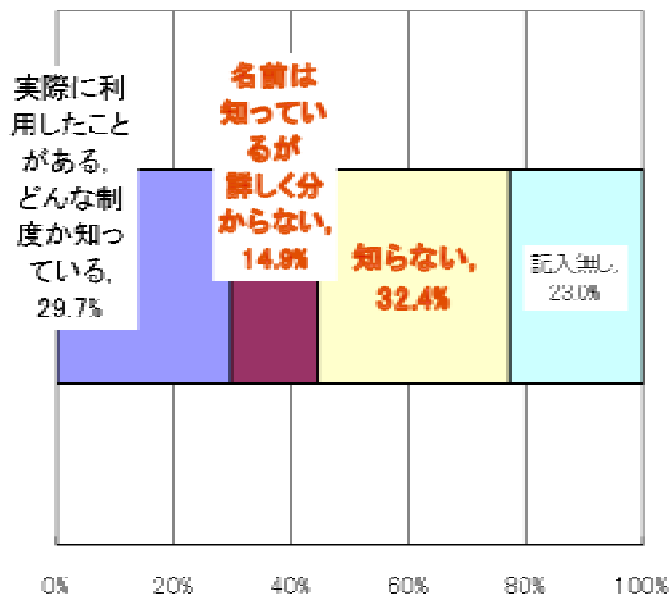
## 障害年金



「詳しく分からない」

「知らない」 48.7%

## 精神保健福祉手帳



「詳しく分からない」

「知らない」 47.3%

長期入院者の多くが地域資源を知らず  
退院後のイメージがもてていない

# 実際に退院した 当事者に関する調査

調査項目

(本人2項目、支援者3項目  
一部抜粋して紹介)





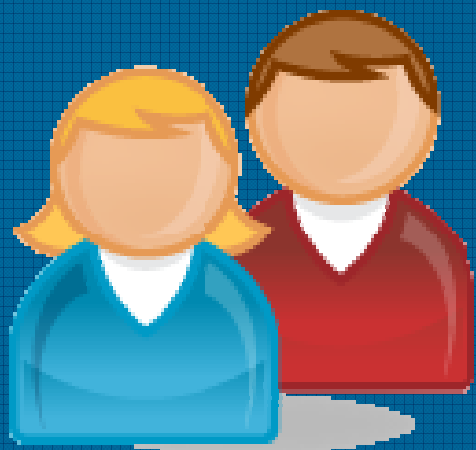
# Q 入院中と退院後を比べて、生活する上で最も変化したことは何ですか

好きなものを食べたり買物に出かけたりできる

少し自信がついた

自分でしなくちゃいけなくなった

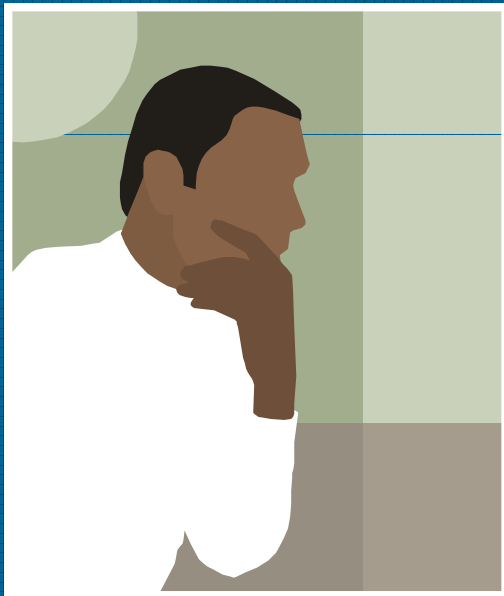
少ない金額で野菜を多く取り入れた調理をしてもらえるので助かる(ホームヘルプ利用)



生活している実感(楽しみ・自由・責任)  
支えがあって実感できている充実感



## Q 退院してみて困ったことは何ですか



時々寂しいような感情的  
になることがある

自由に使えるお金が  
足りない

物忘れがひどく、薬を  
飲むことに神経を使う

どこに行っても時間を過ごせば  
いいかわからない

医療管理下での安心感と地域との違い  
環境の変化から精神的な圧迫感もある

# Q 当事者が退院してみて、 担当者として感じた当事者の変化



以前より自らの意思を  
はっきり述べるようになった

計画を立てて生活する  
ようになった

時間をどのように過ごしたら  
いいかわからなくなり、その結果、  
ギャンブル癖を誘発したように思う

生活を主体的に過ごすことでの内面的変化  
環境の変化による負担の増加  
退院後の継続したケアマネジメントの重要性

# 2つの調査結果から導かれた3つの方向性

当事者が自分の状態、  
状況を理解できる

部会 「パス表」  
での取組に反映

退院後の生活イメージを持ち、  
使えるサービス等が  
分かり、選ぶことができる

岩沼地区  
社会資源集の  
作成

生活の基盤である  
住まいが確保できる

岩沼地区不動産  
業者を対象とした  
調査



# 岩沼地区 不動産業者を対象とした調査

「精神障害者の賃貸住宅確保に関する調査」

生活の基盤である  
住まいが確保できる

調査期間

平成20年11月10日から21日

対象機関

岩沼管内不動産業者

(対象数: 62箇所 有効回収数: 24箇所)





Q 精神障害を持つ方に賃貸住宅を紹介・  
契約したことがありますか？  
また、契約期間中、困ったことはありましたか？

ある  
5件

ない  
19件

困ったことがあった 3件

- ・ 夜中に大声を出す
- ・ 突然行方がわからなくなったことがある
- ・ 夜間に徘徊し、警察から身元引受人になって欲しいと言われた



Q 精神障害を持つ方と賃貸契約を結ぶにあたり、  
気がかりなことは何ですか？

近隣とのトラブル  
8件

紹介した場合、大家さん  
の心証を害する、家  
主の理解が得られるか  
4件

火災 3件



契約履行がきちん  
と行えるかどうか  
(契約能力の問題)  
3件

# 調査結果を受けての部会メンバーの意見

岩沼地区の家賃相場は4万円と高い  
不動産業者は精神障害者に対する不安を抱えている  
「今後、協力したい」と回答した業者が多いので、地域のネットワークの輪にはいってもらえると良い  
管内不動産業者を対象にした研修会を開催してはどうか？

次年度の検討事項へ . . . . .

# 岩沼地区 社会資源集の作成

退院後の生活イメージを持ち、  
使えるサービス等が  
分かり、選ぶことができる

## 対象機関

医療資源、住まいの資源、居場所としての資源、  
日常生活支援の資源、各種制度の説明など

## 配布先

管内関係機関 可能な範囲で当事者の手元に届くように

今年度中の完成を目指して作成中

# 検討部会

## 支援体制グループの活動報告





# 岩沼地区の現状と課題

ケアマネジメントについて

- ・支援機関により実施にばらつきがある
- ・誰がどの時期に実施するのか不明確である

地域と医療機関の情報共有について

- ・入院、退院時の連絡が十分にされていない
- ・どのタイミングで実施するのか明確にされていない

地域と医療機関が共働して支援できるような  
ガイドライン的なものはなくケースバイケースで  
対応している



## 検討部会 の目的

岩沼地区の精神障害者が適切な時期に適切な内容の支援を受けられることができるよう、医療と地域の連携による支援体制をパス表の作成を通じ確認する。



# 医療・地域連携パス作成の試み

## 構成

退院に向けた医療・地域連携パス

地域生活移行段階の医療・地域連携パス

## 目標

「適切な時期に支援し、長期入院にならないようにする」（統合失調症モデル）



# 連携パス表の説明

A3サイズ・横・カラー刷り2枚

退院に向けた医療・地域連携パス (1枚)  
(入院時から退院までの期間)

地域生活移行段階の医療・地域連携パス (1枚)  
(退院後の地域生活の期間)

患者1人毎に氏名等を記載して活用できる



# 連携パス表の説明

## 横軸(ステージ・期間)

### 退院に向けた医療・地域連携パス

急性期(目安:入院から3ヶ月以内)

回復期(目安:入院から6ヶ月以内)

### 地域生活移行段階の医療・地域連携パス

移行期(目安:退院から3ヶ月以内)

安定期(病状が安定している期間)

不安定期(病状が不安定な時期)





# 連携パス表の説明

## 縦軸

達成目標

支援の流れ

- ・ 医療
- ・ 地域(保健・福祉)

連携の必要な支援機関(者)

- ： **連携の中心者**
- ： 基本的に必要
- ： 状況に応じて必要

医療・地域連携によるケア会議の内容

ケアプラン作成月日及び担当者



# 退院に向けた医療・地域連携パス(案)急性期

ステージ		急性期(目安:入院から3ヶ月以内)	
		入院時 (入院 年 月 日)	急性期
達成目標		情報の共有ができる 連携の必要な支援機関(者)を 明確にできる 退院に向けての方向性を共有 することができる	入院から3ヶ月以内に退院の 見通しについて情報の共有が できる。
支援の流れ	医療	ケアプラン 作成	支援機関(者) への情報提供
	地域 (保健・福祉)	入院時ケア会議	

開催しない場合は  
電話連絡

# 退院に向けた医療・地域連携パス(案)急性期

ステージ			急性期(目安:入院から3ヶ月以内)			
			入院時(入院年月日)		急性期	
連携の必要な支援機関(者)	医療	担当者名	基本モデル	実際の連携	基本モデル	実際の連携
		医師				
		病棟看護師				
		外来看護師				
		ソーシャルワーカー				
		作業療法士				
		臨床心理士				
		デイケア				
	訪問看護					
	地域(保健・福祉)	市町(保健)				
		保健所				
		精神保健福祉センター				
		市町(福祉)				
		相談支援事業所				
		生活保護担当者				
障害福祉サービス事業所						
社会福祉協議会						
その他						



# 退院に向けた医療・地域連携パス(案)急性期

ステージ	急性期(目安:入院から3ヶ月以内)	
	入院時 (入院 年 月 日)	急性期
達成目標	情報の共有ができる 連携の必要な支援機関(者)を 明確にできる 退院に向けての方向性を共有 することができる	入院から3ヶ月以内に退院の 見通しについて情報の共有がで きる
医療・地域連携 によるケア会議	<p><b>入院時ケア会議( 月 日)</b></p> <p>* 入院後1ヶ月以内に開催(開催しない場合は電話連絡等で共有)</p> <p>現病歴,入院に係る経過などを確認                      入院機関の目安を確認                      関わっていた支援機関(者)を確認                      利用していた社会資源サービスを確認                      退院に向けた連携に必要な支援機関(者)を確認                      連携の中心者,ケアプラン作成者の確認</p>	
ケアプラン作成	作成( 月 日)	
作成担当	病棟看護師	



# パス表の作成を通じ明らかにできたこと

連携の中心者

連携に必要な関係機関(担当者)

情報共有(ケア会議・電話等での連絡)の時期

ケア会議で確認する項目

ケアプラン作成の時期と作成者





# 長期入院にならないようにするためのポイント

入院当初から「連携」を意識した関わりをすること  
(ケースの情報を共有し、連携の中心者・担当者を明確にする)

入院後3ヶ月以内に退院の見通しについて情報を共有すること

適切な時期にケア会議の開催、ケアプランの作成を行い支援の方針を共有すること

退院後も医療・地域の連携により継続した支援を行うこと



## 今後の計画

パス表を岩沼地区で活用していけるよう各関係機関に周知をする

パス表の内容が現状に即しているか評価・見直しを行う

パス表による連携支援をより有効にするために、効果的なケア会議の開催やケアプラン作成の手法について学ぶ



## おわりに

地域ネットワーク会議において「事業の進め方に関する計画」を作成し目標設定。

地域全体で取り組むという意識の醸成  
(目標共有)

関係機関の役割分担の明確化

取り組むべき課題の具体化と実践へ

地域支援ネットワークの構築(体制整備)

ご清聴ありがとうございました。

