

精神保健医療福祉版の 地域包括ケアの取り組み

—ケースレビューから事業化までの取り組みと、
連携パス等作成によるその成果—

宮城県北部保健福祉事務所(大崎保健所)母子・障害第二班

技師 篠原真夏美 , 技術主幹 高橋みね, 技師 三浦 詩織

H26年度からの取り組みに至った背景

- 管内人口は20万7,345人(H26.4.1 宮城県推計人口)

市町村名	A市	B町	C町	D町	E町
人口(人)	133,967	7,220	24,478	16,961	24,719

- 精神保健福祉法に基づく申請通報等処理状況

年 度	申請・通報等件数	要措置件数	措置率
H25	42(県全体285)	16(県全体110)	69.6%(68.5%)

※通報対応に追われ、通常地域精神保健活動が実践しづらい状況。

→早期介入による予防的な取り組みを目指した。

【目 的】

大崎圏域の精神障害者とその家族が、地域の中でその人らしい生活を送ることを支援する。

【方 法】

- 1 保健所と市町とのケースレビュー
- 2 地域課題の整理と共有，解決策の検討
- 3 精神障害者地域移行支援事業の企画

H26年度 ケースレビューの実施

	内容	結果
所内 ケースレビュー	H25年度精神保健福祉法の 通報事例42事例について、通 報後の支援状況等を、班員、 総括、保健所長と確認。	事例に共通した解決困難な 課題を整理した。
市町 ケースレビュー	管内各市町を1, 2回巡回。 市町が気になっている事例、 保健所が気になっている事例 について、お互いに情報共有 し、支援策を検討した。	事例に共通した支援上の課 題を整理した。

ケースレビューから把握した様々な意見

精神障害の症状は変化しやすく支援が難しい

そもそも管内に指定一般相談支援事業所がない

本人に病識がなく、受診がむづかしい

サービス利用計画を作る事業所から行政への情報提供が不足している

精神障害者の支援はわかりにくい

障害福祉サービスから介護保険サービスに移行すると、利用できるサービスが減る

病院がどんなことをしているかわからない

家族も治療の必要性を感じていないなどで、通院継続出来ない

グループホームに入居するより入院している方がお金がかからないと患者さんに言われた

精神障害だけでなく発達障害等加わるとどうしたらよいかわからない

精神障害者が入院した後、近隣住民がもう帰ってこないでほしいと訴える

事業所の対象になったとたん、まかせきりになっていないか？

精神疾患が複合している人の支援が難しい

家族が精神障害者を病院に連れて行きたがらない

地域移行はどこに相談したら良いのか？

近隣の人が精神障害者を怖がって行政に何とかしてほしいと連絡をよこす

地域移行支援ってわかりにくい！

病院からの連絡が退院間際でサービスが間に合わなかった

支援者同士が集まる場がない

精神障害者は能力がありそうに見えるが実際の就労はなかなかすすまない

市町との担当者会議で検討した地域課題と対策

サービス量の不足やミスマッチ

解決策：情報や目的の共有

- 例)・事例を中心とした連携
- ・保健所主催の会議
 - ・各市町自立支援協議会の活用

サービス内容の不足やミスマッチ

解決策：人材育成, 支援力向上

- 例)・ケースワークを通じた支援力の向上
- ・研修による人材育成
 - ・ケースレビューによる対応策の検討

住民への啓発

解決策：啓発

- 例)・住民向け啓発広報等

関係機関同士の連携不足

解決策：連携の強化

- 例)・地域移行の周知
- ・関係者が共通して活用できる連携パスの作成

精神保健医療福祉関係機関連携会議により 作成に合意されたもの

連携パスの作成

- 関係機関同士の連携

退院支援ポスターの作成

- 本人や家族, 支援者の啓発

社会資源集の作成

- 本人, 家族, 支援者に対する情報提供

精神障害者地域
移行支援事業を
通して,
関係機関と協同
で作成していくこ
ととなった

そして活動は次年度へ

平成27年度
精神障害者地域移行支援
事業の取り組みへ

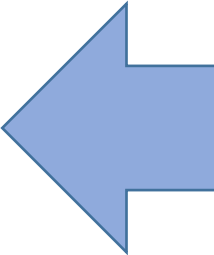


精神障害者地域移行支援事業の実施

	構成	内容
地域支援会議 (2回開催)	管内精神科病院4機関, 管内相談支援事業所15機関, 管内1市4町, 保健所	・年度始めに, ワーキングの実施について了解を得た ・年度末にワーキング結果を報告
ワーキング(3回開催) ※地域支援会議の下部会議として設置	地域支援会議の構成機関から実務者が出席	・連携パス, 退院支援ポスター, 社会資源集について検討

	参集範囲	内容
精神障害者を地域で支える意識を高める研修会(2回開催)	管内精神科医療機関, 管内障害福祉サービス事業所, 管内地域包括支援センター, 管内訪問看護ステーション, 管内市町, 県関係機関	・【精神障害者地域移行支援の先進事例研修会】参加者38名 ・【長期入院から退院した当事者の体験発表研修会】参加者57名



ワーキング



現場の声を十分に反映出来るよう、精神科病院CW, 市町保健師, 基幹型相談支援センター職員の出席を求めた。

精神障害者を地域で支える意識を高める研修会

【精神保健福祉の包括的なシステムづくり研修会】
行政と医療機関が一体となった取り組みの
重要性を再確認



【地域で生活する当事者の体験発表研修会】
地域生活のイメージを関係者で共有した

連携についての考えの違いを認識した

精神科 病院

- ・家族の支援力が低い方を連携の対象にしてほしい
- ・依存症患者と家族を連携の対象にしてほしい(クリティカルパスとして取り入れやすい)
- ・全ての患者にケア会議を開催するのは負担
- ・地域で問題となっている方や病院に連絡する必要のある方であれば地域からも連絡してほしい

市町 (行政)

- ・家族の支援力が低い方を連携の対象にしてほしい
- ・統合失調症と双極性感情障害の初回入院患者全てを連携の対象にしてほしい
- ・事業所で関わってなくとも、地域で問題となり、行政で関わらなければならない方も対象にしてほしい
- ・入院中の方だけではなく、入退院を繰り返す方も連携の対象にしてほしい
- ・入院した時点で退院に向かいにくい、繰り返している方については、病院からも発信してほしい

相談支援 事業所

- ・退院をしても在宅復帰をある程度見込める方を連携の対象にして欲しい
- ・入院と同時に連携がスタートということだろうか、イメージが湧きにくい

①最低限連携が必要な事例を確認した

治療中断が
予測される

頻繁な
入退院

トラブルが
予測される

本人・家族の
協力が得にくい

キーパーソン
不在

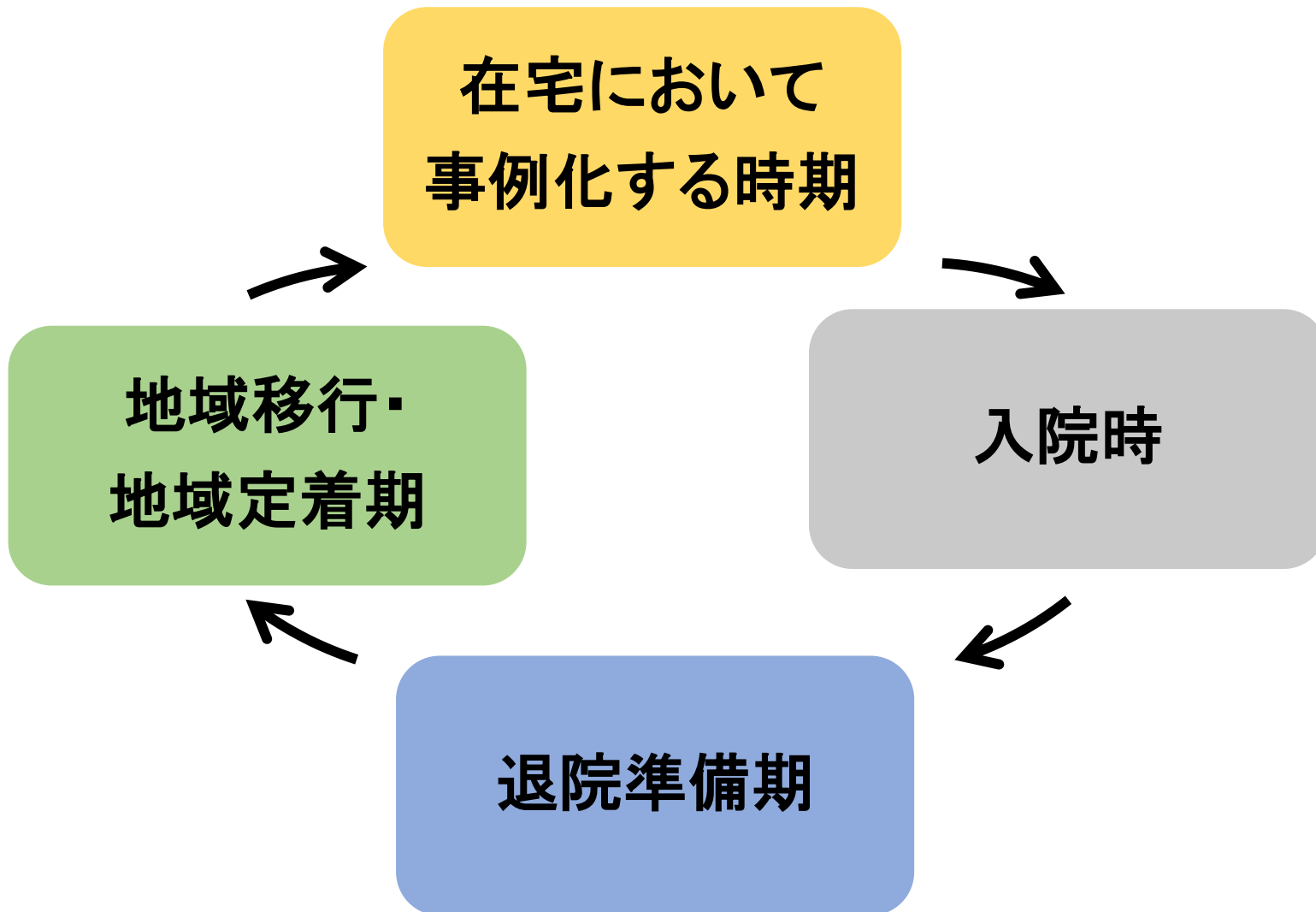
困難な
経済状況

福祉サービスを
検討する必要がある

②支援上の問題を感じた担当者から 発信することを確認した

これらを共通認識とするための
ツールとして、連携パスを検討

大崎こころのサポートネットワーク“ここさぽ”



特徴1

どこの段階からでも、支援上の問題を感じた担当者から連携をスタートする

特徴2

地域移行・地域定着期で連携の終了ではなく、事例によっては、在宅において事例化する時期に戻る

ここさぽの活用状況（H28ワーキング）

実際に活用した例



- 支援者が方針を立てる際の確認で活用した
- 行政とのケア会議で課題の共有のために活用した
- 各担当事例の連携状況を反省する場面で活用した

活用しなかった例



- ここさぽを活用した連携の取り方がまだ手探り状態
- 連携したい事例ほど、本人や家族の理解が得られない

考察① 段階的な課題の見える化が、地域の 特徴を踏まえた対策の明確化につながった

個別事例の支援上の課題を
ケースレビューで整理

地域全体の課題と対策を
担当者会議で検討

更に連携会議で検討し
対策を明確化した

連携パス

社会資源集

退院支援ポスター

考察② ワーキングを通して推進されたこと

連携のイメージを
共有

協同で支援する
意識の向上

現場で活用する
動機づけ

関係者同士の
相互理解

考察③ 体制整備が推進された要因

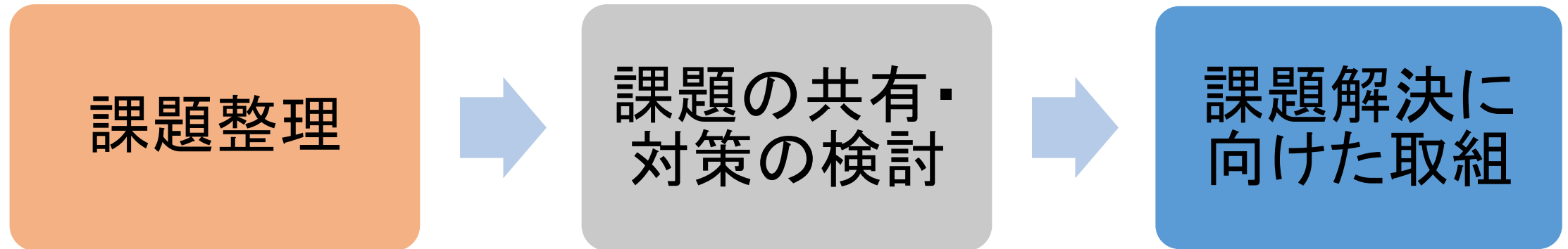
関係機関の長レベルの了解を得て
組織的に取り組んだ

管内の精神科病院が地域移行の
取り組みに理解と関心を示してくれた

精神保健医療福祉版の地域包括ケアに向けて

今後の課題

切れ目ない支援をしていくために、関係機関と連携のための共通認識を更に深めることや、支援に乗らない方へのアプローチ方法を検討していくことが必要



関係機関と協同で取り組んでいくことを
組織として継続的に積み重ねていく

これまでの活動に御助言，御協力いただいた，
関係機関の皆様，上司，先輩保健師，同期・後輩
保健師に感謝致します。

ご静聴
ありがとうございました

大崎こころのサポートネットワーク 【ここさぽ】

症状により、家族や近隣とトラブルになっており、治療につなげたい...

入退院を繰り返しているが保健師につながっておらず、相談したい...

退院に向けて、地域の支援体制を調整したい...

退院したが、病状が安定しない... 関係者で支援方針を見直したい...

在宅において事例化する時期

治療が最優先の時期 (入院時)

病状安定し生活プランを計画する時期 (退院準備期)

安定した在宅生活を送れる時期 (地域移行・定着期)

医療

- 定期受診なし
- 病状不安定

- 円滑な受診に向けて医療との情報共有
- 家族から医療への事前相談
- ケア会議による支援方針確認等

入院時アセスメント

- 【関係機関との連携の必要性】
- 頻繁な入退院
- 治療中断が予測される
- トラブルが予測される
- 本人・家族の理解が得にくい
- キーパーソン不在
- 困難な経済状況

退院に向けたアセスメント

- 【関係機関との連携の必要性】
- 頻繁な入退院
- 治療中断が予測される
- トラブルが予測される
- 本人・家族の理解が得にくい
- キーパーソン不在
- 困難な経済状況
- 本人・家族が服薬管理できない
- サービス利用なければ生活困難
- 帰住先を検討する必要がある

退院

退院後のアセスメント

- 在宅生活に向けた生活指導
- 本人の症状コントロール、治療内容に関する心理教育等
- 家族の病気の理解や対応に関する心理教育等

(市町保健所)

相談・情報共有

アセスメント

- 緊急性
- 医療の必要度
- 身体状況
- 周囲との関係性

受診支援による

環境調整による

- できれば本人、家族の了解を得て
- 情報を共有する
- 今後の支援策について役割分担する
- 支援のタイミングを関係機関と共有する
- 本人への面会(状況によって)

連携

連携

- できれば本人、家族の了解を得て
- 情報を共有する
- 今後の支援策について役割分担する
- 支援のタイミングを関係機関と共有する
- 本人への面会(状況によって)

必要のある機関と連携

関係機関との情報共有・役割分担に制度の活用

- 在宅生活に向けた生活指導
- 本人の症状コントロール、治療内容に関する心理教育等
- 家族の病気の理解や対応に関する心理教育等

その他関係機関

- 家族、近隣住民
- 民生委員、区長、保健推進員
- 警察
- 消防
- 地域包括支援センター
- 相談支援事業所
- サービス事業所
- 介護保険
- 児童相談所

関係機関との情報共有・役割分担による支援や見守り

未治療でも地域で生活する方については、見守りをしながら、受診やサービス導入等に向けた介入のチャンスを持つ

関係機関との情報共有・役割分担による制度の活用

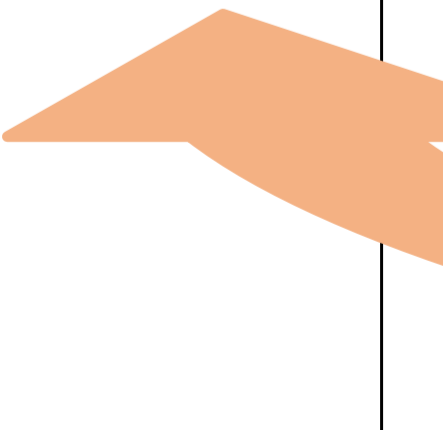
関係機関との情報共有・役割分担による制度の活用

- できれば本人、家族の了解を得て
- 退院後関わる支援者との顔合わせを行う(ケア会議など)
- 本人、家族の情報を共有する今後の支援策について役割分担する
- 支援のタイミングを関係機関と共有する
- 福祉制度利用に向けた申請手続き、認定調査、契約を具体的に定める

特徴2
安定した在宅生活を送れる時期で連携の終了ではなく、在宅において事例化する時期に戻る

特徴1

どこの段階からでも、支援上の問題を感じた担当者から連携をスタートする



入院されているみなさまへ

SUPPORT

あなたの\退院/を応援します。

退院のお手伝いについてのご案内

退院に向けた準備を、病院のスタッフと地域の支援スタッフが一緒にお手伝いします！

「退院できるかな？」「くわしく聞きたい」など興味をもたれた方は、医師，看護師，ケースワーカーなど、病院スタッフまでご相談ください。

TALK
WITH
US

〔ご相談のながれ〕

1. まずはお気軽にご相談ください。
2. 退院までの計画を一緒に立てます。
3. 計画したことをお手伝いします。
4. 退院後の地域生活もサポートします。

退院されて生活 されている方の声

- 「入院中はあまり本当の事も退院が長引くと思って言えなかったしね。自分の家が一番だっちゃん。自由だし、釣りとか好きなごともできっからね。(60代男性)」
- 「退院して一番いいのは、買い物が出来て楽しい！自分で買い物をして生野菜サラダをつくりました。(40代女性)」
- 「就労移行支援を利用中で、社会の一部になれている感じがいい。買い物したり、自由に好きなところに出かけられる！自由！(20代女性)」
- 「毎日デイケアに通っています。規則正しくメリハリがついた生活ができるようになりました。(50代男性)」
- 「1日も早く自分自身に合った“幸せ！”と思えるホームへ入ろう。」

