

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム専門部会 実施状況報告

障がい福祉室 基幹担当

1. 令和4年度の会議開催状況（令和5年3月現在）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
本会議				 7/29							 2/21	
ワーキング会議		 5/18	 6/27				 10/26					
事務局会議	 4/21		 6/8	 7/21		 9/21				 1/6		 3/22

- 本会議  構成委員全員が参加。全体的なワーキング会議の共有、検討を実施する。
必要や要望に応じて、管内外の関係機関による講義も開催する。
- ワーキング会議  事務局以外に必要なに応じて構成委員からメンバーを招聘。
優先される検討課題をはじめ、各種事案についての検討を行う。
- 事務局会議  障がい福祉室、保健所でワーキング会議の実施や集約、本会議の運営について検討する。

2. 令和4年度ワーキング会議実施報告

① 6月実施のワーキング会議のまとめ

精神科病院からの地域移行の推進にかかる課題

①入院中から地域移行に向けて関わる支援

- ・入院中から、地域生活についての具体的なイメージをもってもらう。
気軽な外出に支援者が同行し、地域を知ってもらうこと等。
- ・入院中から、地域の支援者とつながれる仕組み
- ・個人個人の入院開始年齢や入院期間、生活スキルに個別に合わせて
いろはを丁寧に教えてくれる関わり
- ・入院中に関わった人が、地域でも関わってくれる安心感

②退院後に地域生活を続けるための支援

- ・精神障がい者が身体科医療機関に受診しやすくする仕組み
- ・入院中には必要でなかった生活スキルをはじめとする、地域生活の
こまごまとした手順やお作法を身に着ける機会、そのための支援。



地域の支援体制が整っていなかったり、なじむ過程への支援がないと、退院しても地域生活上で問題が生じて、地域生活を続けることができなくなる。

★地域移行をすすめるには、入院中の地域移行支援事業を利用する前の段階からの支援が必要

★地域づくり、整備も同時にすすめていく必要がある

②10月実施のワーキング会議の事例概要

基礎情報

- ・ 60代後半。
- ・ 大卒後、就労。20代半ばに発症。十数回入退院を繰り返す。入院サイクルは短期化傾向。
- ・ 家族は弟のみ。
- ・ 認知機能低下はみられるもののADLは自立。
- ・ 近隣苦情、器物破損、ルールからの逸脱あり。ルールが守れないことでサービス事業所から支援に難色を示されたことがある。
- ・ 障害年金、精神保健福祉手帳
- ・ 障がい支援区分 3
- ・ 介護保険非該当

病状及び 院内の様子

- ・ 落ち着いている時は大人しく気がいい人。
- ・ 地域生活時は、怠薬の結果不調となり支援者に伴われての非自発的入院をすることが多いが、院内で服薬している状況でも、病的な被害妄想、気分変調、脱抑制、ぼーっと立ち尽くす等の病状の変化がみられる。
- ・ すぐばれる小さな嘘をつき、集団のルールを逸脱しようとする（本人の興味のあるところへ行こうとするなど）。
- ・ 小さな悪さ（ガラス割る等）がある。
- ・ 返事はいいが、行動はなかなか伴わず、行動や理解の修正が都度必要。

退院への思い 準備状況

- ◆ 本人
 - ・ 単身生活での退院を希望。
- ◆ 家族
 - ・ 両親、祖母はすでに他界。
 - ・ 母が存命中はキーパーソンとして退院への支援に協力的だったが、近年他界。
 - ・ 弟は本人との関わりを拒否。今後成年後見申請も考えたいとの意向。

病院のこれまでの関わりと課題

- ・ 退院可能になった段階で、単身独居やサービス利用を行っての地域生活への移行に何度もチャレンジした。
- ・ キーパーソンだった母が他界後、グループホーム利用による地域移行を試みたが、単身生活では問題にならない行動が、集団生活では問題となり、受け入れが困難となった。
- ・ 現在、介護保険が非該当だが、今後介護保険の認定がおりる段階になった際の、利用可能なサービスの見通しを知りたい。

③10月実施のワーキング会議で出された課題等

事例から出された、必要な意見・見解

- 高齢になった障がい者のサポートの仕組みが、障がいのサービスにない。
高齢になったことによって生じる住まいやサービスの変化を支える工夫が必要。
- 年齢的には高齢者にカテゴライズされても、デイサービス等の利用者と自分自身に相違があると通所に消極的になり、支援の手からこぼれてしまう。
- 精神科入院加療の対象ではない触法行為や問題行動があったり、既存のサービスの枠にはまらない障がい者への支援の検討が必要。
- サービス提供にいたるまでの信頼関係構築があつてこそ、安定したサービス利用が可能になる。法律に明文化されていない関係構築の段階や個々の事業所で運営上賄っている部分を担保する仕組みが必要。

3. 令和4年度ワーキング会議のまとめ

精神科病院からの地域移行の推進にかかる課題

長期入院により、本人も地域で生活する自信を失っている、退院をあきらめている

本人の記憶に残っている地域の生活(入院当初)と現在の生活様式にギャップがある

入院中には必要でなかった、細かな生活スキル(ドアの施錠、自動改札等)の習得

介護保険への移行時、および移行後のサービスや支援の課題

身体科受診の受入や連携の課題

集団生活の中で問題化しやすい行動への対応(アルコール依存、触法行為等)

病院と地域の支援者の視点や意識の差異

単独の機関の支援ではなく、多機関による支援

制度や法律には明文化されていないが支援の根幹となる、信頼関係を構築する段階の関わりの担保

①入院中から地域移行に向けて関わる支援

- 本人への意欲喚起、地域生活への不安の解消
- 入院中からの支援者との関係づくり
- 気軽な外出支援(家族の協力だけに頼らない仕組み)
- 地域の資源(多様な住居、サービスの選択肢)の情報提供
- 生活スキルを習得するためのきめ細かな個別支援
- 早期からの地域移行の検討、高齢福祉領域との連携
- 病院と地域の支援者の共通理解を促す場の設定

②退院後に地域生活を続けるための支援

- 精神障がい者が身体科受診しやすくなる仕組みづくり
- 再入院を防ぐ地域の体制づくり
- 地域住民への正しい知識の普及と啓発
- 関係機関(事業所等含む)の人材育成

入院者の地域移行の推進は、地域づくりにつながること。
地域の整備が進めば、再入院の抑止力にもなり、
現在地域に暮らす精神障がい者にもより住みやすい地域になる。
どちらも推進していく必要がある。

4. 今後の吹田市にも包括の課題検討の体制について

