

この通信は、部会の様子をお伝えし、関連する機関のみなさまとの情報共有をめざして発行しています。

平成 24 年 12 月 19 日 **地域移行部会**を開催しました！

## 【テーマ】

『病院から見た地域移行』  
情報交換



24 年度第 3 回の地域移行部会を 12 月 19 日に開催しました。区内外から 27 名の方に参加していただきました。ありがとうございました。

この部会は、毎回テーマを設け、障害者が安心して地域で住み続けるための基盤整備について検討しています。今回はグループに分かれ、積極的に意見交換を行いました。

## 『病院から見た地域移行』

障害者自立支援法改正法が施行され、平成 24 年 4 月から地域移行支援・地域定着支援が個別給付化されました。今回の部会では、「病院から見た地域移行」をテーマとし、区内の協力病院から話題提供をしてもらいました。その後グループごとに意見交換を行い、最後に、全体で共有しました。



### 都立松沢病院 山口さん & 杉山さん

山口さんと杉山さんからは、松沢病院の現状についてお話しいただきました。

#### 【松沢病院の現状について】

松沢病院には内科・外科・整形外科などがありますが、すべての病気や疾患に対応できるわけではありません。精神科以外は夜間休日の対応ができません。新棟開設とともに、青年期病棟をつくり、外来は予約制になりました。ご家族の相談は相談室で受けます。入院については、紹介状があると医師に相談することはできます。身体合併症がある方は医療機関から連携係にご連絡ください。

11 月現在は区民の方の入院者数は 93 名です。そのうち 1 年以上の入院は 57 名（最長は 38 年）です。新病棟になり、精神科救急及び急性期の色合いが強くなってきていて、新たな長期入院の受け入れは難しい状況です。平均在院日数が短縮する中で、地域移行や地域定着等の退院支援と回転ドアにならない体制づくりとの折り合いをどうつけていくかが課題です。

ただし、公立病院という性格から、重症の方や、ソーシャルな問題を抱える方も多く、退院・転院が困難な方もいます。また、合併症医療では精神疾患に加え、身体疾患や身体障害を抱える方も多く、より退院支援の困難度は増します。

#### 【地域移行について】

50 数年入院している方がいましたが、退院は難しいという医療者側の思い込みもあると思います。

グループホームについて、また施設に入れられるのかという発想になってしまう方もいます。

退院を急ぎすぎると再発してしまう方もいる一方で、時間をかけすぎタイミングを逸してしまう場合もあります。

#### 【退院した場合の外来のつながりやサポートについて】

退院に向けて、訪問看護、デイケアの利用、P S W・心理との面接を入れるなど院内サポート体制を整えます。また、通院をする中で、ご本人の希望と主治医の判断によっては外来で P S W のサポートなどもあります。



## 昭和大学附属烏山病院 三溝さん

三溝さんからは、烏山病院の概要と地域移行の課題についてお話をいただきました。

### 【烏山病院の状況】

12月18日現在で39名の区民の方が入院しており、そのうち12名が1年以上の入院です。病院全体で1年以上の入院は34名、最長15年の方がいます。

### 【地域移行について】

精神症状が安定しない、ゆれ(ゆるやかな波の人、激しい波の人)のある人がいます。よくなってから準備をしたのでは遅いと思われそうですが、窓口では本人がその気になってからと言われます。

15年入院していた人では、1年かけて退院に気持ちが向いて、関係機関の理解・協力のもと支援ができています。

個々の状況は異なります。既存の制度や地域の資源では、あてはまらない人が多いように思います。

### 【質疑から】

慢性期とスーパー救急のギャップはあります。スーパー救急には、数字が求められることもあります。薬物療法にしても、家族が同居していればよいが単身の場合、どうするか。病院の訪問看護は週1回なので足りません。心理教育や疾病教育も必要だと思われそうですが、課題となっています。



## グループで話されたことの一部をご紹介します

当日は、4つのグループに分かれて、意見交換を行いました。各グループには、病院の担当者の方に入ってもらい、質問も含め活発な話し合いがされました。

### 【グループ1】

退院後の支援やフォローが整わないまま、退院させてしまう場合があるように感じています。

退院が早いと感じるときがあります。ご本人の立場にたった支援が必要です。

統合失調症で病識がない方では、病状の悪化時などに訪問看護やヘルパー等の介入を拒むこともあり、支援体制が整わないこともあります。

ご本人と関係機関等で、振り返りを行うことが大切であると考えます。

入院期間3か月での地域移行について、長いと感じますか、短いと感じますか。

当院では、8~10週で退院するため、5週目のカンファレンスで、退院計画を出します。これは個人に合わせたプログラムですが、さらに服薬調整が必要な方は、転床してもらうこともあります。退院までの期間が短く、入院の際の振り返りができないのが現状です。当院では、3か月で退院できる方が6割ほどです。

地域と医療機関のコミュニケーションが必要だと考えます。

地域と医療機関のそれぞれの期待にギャップがあると感じています。短期間の入院では、医師も介入しきれないところがあり、地域に期待しているところがあるように思います。

ご本人にとっての「3か月」は長いのではないのでしょうか。

クリティカルパスがあることで、十分なのではないのでしょうか。



## グループで話されたことの一部をご紹介します

### 【グループ2】

あゆみ荘はどのような施設なのでしょうか。

全54室で、入院としてカウントされません。退院に向けての準備として、亜急性期の方が利用しています。当院では、退院支援用の部屋や施設がないため、地域のグループホームを活用しています。

退院準備のために、病院がグループホームを作っている場合もあります。

松沢病院、烏山病院ともに病棟は急性期化しており、慢性期の方や長期の入院が必要な方は、入院は難しいのが現状です。

松沢病院の休息入院はどのようなものなのでしょうか。

休息といっても実際には症状が重くなってからしか来られないのが現状です。新病棟となり、入院への抵抗も少なくなればと考えています。

疾病教育は、入院中から行っているものなのでしょうか。

プログラムとしては複数ありますが、病棟ではなかなか進んでいないのが現状です。外部講師等呼び、連続講座を実施していますが、参加者は少ないです。

入院経路はどうなっているのでしょうか。

救急で入院する方は、支援者等が連れてくることが多く、本人の安全のためにも、事前の調整が必要です。実際に、3か月で退院となるのか。

3か月での退院では、再発・再入院となる場合もありますが、やらざるを得ない状況があります。

松沢病院と後方病院との役割分担はあるのか。

松沢病院の新棟開設に伴い、吉祥寺病院等が後方病院として受入れました。退院後は、受入れてくれた後方病院の近くに住む方も多いですが、急薬を防ぐため、通院しやすい区内の病院がよいと話さ方もいます。方向性として、さらに入院期間を短縮し、海外のように2週間での退院という話もあるようです。

海外ではACTが充実していますが、日本の場合、精神科の訪問診療がまだ少なく体制が整っていません。

また、その前提としてもっと患者本人の早い受診が重要です。

地域で生活していく際、サポート体制をしっかりと整えることで、病状が少し悪化しても、そのまま地域で暮らすことはできると考えます。

骨折や何らかの疾患に罹患した方が入院すると、退院が難しく、時間がかかってしまいます。

あんすこの相談の中には精神に関することもあります。サービスに携わる機関や人をつなげていきたいと考えます。あんすこにはネットワークを作っていく役割があります。

急薬とは、どういうことでしょうか。

「『薬は必要ない』と本人が判断し、薬を捨ててしまう」「病識がない(ので薬をのまない)」等があります。

「内科の薬に混ぜてもらおう」等のアイデアはありますが、訪問看護だけでは、対応しきれないケースが多いです。

デイケアに通所している方が高齢化してきています。介護保険への移行等はどうなっているのでしょうか。

当院には、そこまで高齢の入院患者はいない状況です。

作業所に通所中に、倒れてしまった方がいたことはあります。

ヘルパー等の訪問時に、薬をお菓子の箱に入れたところ、服薬できた方もいました。





## グループで話されたことの一部をご紹介します Part2

### 【グループ3】

高齢で精神科への入院歴がある方は、高齢者住宅での生活が上手くいかないことが多いように感じます。身体疾患と精神疾患を合併している方が多いが、周囲が焦ると上手くいかないように感じています。精神疾患や精神障害に対して、サービス利用に関して規制が厳しいように感じます。ヘルパー等の導入についても、身体障害者の方は、永続的に利用できるが、精神障害者の方は、一時的な利用が前提となっているように思います。

地域での生活において、サービスを導入する際、マネジメントするが、精神障害の方が利用できるサービス量も種類も少ないと感じています。

声なき声をどのように制度につなげていくかが課題であると考えます。

### 【グループ4】

合併症で入院している方を含めると、長期の入院患者が増加すると考えられます。

当院では、看護師・医師とPSWの退院へのモチベーションに違いがあるように感じます。

長期入院患者の保護者は、世代交代が始まっており、まずは、家族等の支援から始める場合もあります。

入院に至るまでに、家族等も苦労されており、家族への支援も難しいケースがあるように思います。

主治医が変わると、治療の方針等が変更となる場合があり、二次障害が現れることがあります。

服薬していれば、地域に戻ってよいと医師が話すが、大丈夫なのでしょう。

地域に戻るにあたり、細かい打合せが必要であると考えます。多機関（チーム）で関わるとよいのではないかと思います。また、病状が崩れたときにバックアップをお願いできる病院があると安心できます。

退院後も、地域生活継続のために、カンファレンスに病院も地域も参加することが必要ではないかと思えます。多機関（チーム）が連携するために、それぞれの方針をあわせていくことが重要です。

退院後に、病院と地域で連携が取れるシステムがあるとよいのではないかと思います。再入院を問題ととらずに、退院させるためのケア会議等で、病院と地域の役割を整理しておく必要があると考えます。

一人ひとり、病状の波に違いがあることを理解していくことが重要です。

入院から退院まで、こういった流れを取るべきかのマニュアルがあるとよいのではないのでしょうか。

4月からの制度変更については、どうなのでしょう。

サービスを導入前段階で時間がかかってしまっていて、支給決定までに、3か月かかっています。

即対応が必要な方は、地域移行の制度を活用せずに、退院に向けた準備を進めることもあります。

## 第2部～情報交換～

「東京都精神障害者退院促進支援事業」の報告

「世田谷区セーフティネット支援対策退院促進事業」の報告

その他、自立支援協議会報告会について情報提供がありました。

来年度も、ぜひ皆様のご参加をお待ちしております。

部会で取り上げたいテーマや事例などありましたら、下記までご連絡ください。

