

この通信は、連絡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ます。

## 自立支援協議会地域移行会が開催されました！

平成 21 年 5 月 13 日「地域定着～退院した、その後・・・」をメインテーマに、第 1 回世田谷区自立支援協議会地域移行部会が開催されました。区内外から 53 名の方にご参加いただきました。ありがとうございました。

平成 20 年度は、退院促進等連絡会として開催してきましたが、今年度からは、自立支援協議会の部会の一つとして位置づけられました。

とは言っても、内容に大きな変更はありません。今までどおり、精神障害者の退院促進支援をはじめ、地域生活への移行支援をテーマに検討や情報交換をしていく予定です。また、ここで話された議事や課題は、自立支援協議会へ報

## 5 月 13 日の主な内容

☆自立支援協議会地域移行部会について

☆地域定着

～退院した、その後・・・



☆情報交換

東京都精神障害者退院促進支援事業など

告していくこととなります。

サポートセンターきぬたの金川氏が会場のみなさんの承認を受け、部会長を引き受けてくれることになりました。金川さんよろしくお願いたします。

## 東京都精神障害者退院促進支援事業の進捗状況



サポートセンターきぬたと MOT A が東京都事業を受託して 2 年目に入ります。広域化をキーワードに、受け入れ先の関係機関と連携を図るため継続したはたらきかけを行ってきています。

今年度から、東京都では、各精神保健福祉センターに地域体制整備コーディネーターをおいて、事業所と協働しながら、連携の仕組みづくりや新たな病院の開拓を進めています。

## サポートセンターきぬた

平成 20 年 12 月より、非常勤 1 名を採用し、専従 1 名、非常勤 1 名の体制で担当しています。

個別支援対象者は候補者を含め 36 名となっています。そのうち地域ケア会議承認済みの方は 16 名、退院者は 3 名で、順調に在宅生活を続けています。

広域化したため、保護地と住所地が異なるなどの例が出てきており、調整が必要となってきました。

(金川氏)

## 地域活動支援センター MOT A

個別支援対象者は 13 名で、退院者は 4 名になりました。退院後のフォロー状況を見るとどの事例も関係機関が増え、支援が広がりました。

病院との連携では、平成 21 年度は新たに南晴病院と桜ヶ丘記念病院も担当になりました。

近隣 6 区との非公式な連絡会に今年度から地域体制整備コーディネーターが加わり、年 1 回公式の会議をもてるようになりました。

(宮本氏)

## 地域定着～退院した、その後・・・

5月のメインテーマは、「地域定着～退院した、その後・・・」です。退院することはゴールではなく、地域での生活の始まりです。退院促進支援して退院した方が、その後どのように地域で生活をしているのか、どのような支援が必要なのか、事業所から事例報告をしていただき、意見交換しました。

### HASIC編 【アパートに退院し、地域生活への移行があとで大変だった・・・という事例】

進藤さんより事例報告がありました。

#### 【概要】

Aさんは、統合失調症の診断のもと15年以上入院してきましたが、転院後、発達障害に診断名が変わりました。退院後の希望はアパート生活でしたが、『こだわり』があり物件探しは難航しました。なんとか契約にこぎつけ、『家具はいらぬ』というこだわりはあるものの、定期的な通院と訪問看護を受け入れ、Aさんなりの地域生活がおくれているものと支援者は考えていました。

#### 【事件】

退院後1年半が経過したのち、不動産屋から『近隣からAさんがうるさいと苦情が入っている』と連絡が入りました。夜中の3時ごろからうるさい、夜も電気をつけず気味が悪いなど、どうやら入居当時から始まっていたようです。各支援者に連絡を取り、Aさんにも、夜中に荷物の置き換えを

しない、朝7時までには静かにしているようにと話しましたが、その後も不動産屋から苦情の電話が入っています。

#### 【意見交換・課題】

- ・Aさんは穏やかで攻撃的になることはない方。近隣苦情がなければ、日常生活は何とかできているが、一度関係を悪くすると修復するのは難しい。
- ・うるさいのは、もしかするとAさんではないかもしれない。中部のホステル等を利用し不在証明をするのも一つの方法では。
- ・もともと近隣苦情から入院していた人で、今秋の更新の時期がターニングポイントになりそうです。
- ・近隣とのインフォーマルな関係をどう構築していくか、地域定着を進めていく上での大きな課題と言えそうです。

### MOTA編

【ケア会議で彼といっしょに作ってきたもの～多職種チームによる関わり～】

玉置さんより事例報告がありました。

#### 【概要】

病気のことはわからず、特に困ったことはなく、すぐに働きたいという希望を持っていたCさん。今まで住所を転々とし何度も入退院を繰り返していました。

MOTAで退院促進支援をし、グループホームへ退院し、1年半が経過しました。現在は安定し作業所へ週5日通所しながら、かねてからの目標だった就労の準備段階に入っています。

#### 【1年半の地域生活を支えた背景】

入院をしないで地域で生活をされている背景には、Cさんの決めたペースで開催しているケア会議があると考えています。

ケア会議では、『みんなで心配しているよ』というメッセージを送ること、病院側やCWがそれぞれ役割をうまく使い分けたことがよかったと思います。ケア会議で決めたことはみんなで守り、それによりお互いの信頼関係が作られてきました。

#### 【質疑応答・意見交換】

○ケア会議がうまくいった理由は？

Cさんにふわふわした感じがあり、支援者みんなが心配になるので、ケア会議が必要だと共通認識を持てたこと。

○振り返ってCさんの地域定着のポイントをまとめてみると、ケアマネジメントが機能していることがあげられると思います。具体的には

- ・タイミングよくグループホームに入居できたこと。居住施設が、質的にも量的にも重要と改めて確認しました。
- ・入院中から支援者が関わり、支援者とその役割がCさんにもスタッフにも明確になっていたこと。
- ・関係機関のネットワークが機能し、危機介入できたこと。
- ・Cさんのニーズに沿ったケア会議が実施できていること。(病院PSW)

#### 【課題】

ケア会議はとても重要だが、継続していくには労力がかかります。生活支援はエンドレス。継続にはどのような体制が必要でしょうか。

### サポートセンターきぬた編

【地域定着がうまくいった方の事例～保健師との連携事例】

金川さんから報告がありました。

#### 【概要】

Bさんは、学生時代から通院していましたが、中断により憎悪、家庭内暴力や騒音などにより入院となりました。家族に対しストレスを感じており、適度な距離が必要な状態です。

病院より依頼を受け、区役所に連絡したところ地区担当保健師が家族の相談を受けていることがわかりました。退院後の再発防止の課題が大きいことを共有し、退院後も視野におき、家族は保健師、Bさんはコーディネーターが支援をすることにしました。外泊をしていく中でグループホーム(以下GH)入居へ希望が変わり、空きを待って退院しました。

退院後、Bさんの支援はGH職員・地区担当保健師(GH所在地)・病院職員・コーディネーター(のちに作業所も)、家族は地区担当保健師(実家住所)・病院職員が担当しました。退院促進支援事業は終了しましたが、現在も支援は継続中です。

#### 【支援者の連携について】

・区の退院促進連絡会で直接顔合わせをして以来連携がスムーズになりました。

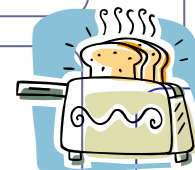
・役割を明確にしたこと、連絡を密に取り合ったことがうまく連携できたポイントだと思います。また、関係機関のやりとりをBさんにも伝え、行き違いがないようにしたこともよかった点です。

#### 【意見交換・課題】

○最初Bさんは通所を嫌がっていましたが、現在は落ち着き、メンバーとしてなじんでいます。時期や課題によって、関わりのキーパーソンが変わりながら支援できたことがよかったと思います。(作業所職員)

○一つの家族に支援が必要な人が複数いる場合、保健師も複数で関わるの？

ケースバイケース。事例によっては、健康づくり課と保健福祉課双方の保健師が関わることもあるし、複数体制で関わることもあります。



### Cさんのケア会議の変化

#### 【退院直後のCさん】

どうして入院したのかわからない。どこが悪いのか分からない。困っていることは特にはない。薬を飲む意味がわからない。何でももう大丈夫。すぐに働ける。具合が悪いってどういうこと？お手伝い必要なのかな。福祉ってなんだろう。デイケア行かなきゃ行けないの？

#### 【退院直後の支援者たち】

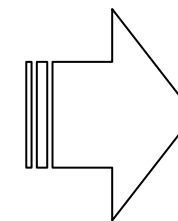
焦っているなあ。大丈夫かな。いろいろと説明しているけれどなかなか伝わらない。入院するときのこと覚えていないんだな。ゆっくり段階があるから準備をしながらやっていきましょう。相談して欲しいな。

#### 【1年半たったCさん】

今無理をして働かなくても、大丈夫だと思えてきた。このままじゃイヤだと思うけど、自分が主人公だと思える。夢かもしれないけど将来、薬は飲まないでいいですよと言われる日がくるまでは飲もうと思う。今は信頼して飲める。後押ししてくれるのがわかったからもどかしさはあるけど、安心して足踏みしていいんだと思える。

#### 【1年半たった支援者たち】

焦っていたり、心配なときもあるけれど、ケア会議で決めたことは頑張って実行しているな。デイケアも毎日通った実績や、本音で語ってくれること応援したい。いろいろな人に相談できているな。



退院促進支援事業協力病院の方から、それぞれ事業の周知を病院内でどのように行っているのか情報交換がありました。

- 社会復帰病棟から依頼することが多くなっています。他の病棟とは少し温度差があります。コーディネーターに講師をお願いし、病棟単位でのOJTを実施しており、看護師に少しずつ浸透してきています。
- 各事業所のコーディネーターの顔写真付（！）パンフレットを作っています。
- セーフティネット支援事業の場合は、生活保護CWの推薦で決まるのでわかりやすいです。
- 毎月院内で会議を持って報告しています。
- PSWの中で共有している段階です。



## 世田谷区セーフティネット支援対策退院促進事業の進捗状況 障害者支援情報センター

昨年度に引き続き生活保護受給者で長期入院者を対象に退院促進支援を行っています。平成19年度からの継続4名、平成20年度からの継続6名、平成21年度新規1名の11名が個別支援の対象となっています。平成20年度中に4名が退院しました。1名は支援終了しましたが、3名はアフターフォロー中です。3月にアパートを契約した人は、4月に入り主治医も変更になり少しトーンダウンしています。（進藤氏）



### 地域生活支援ガイドブックができました！

東京都精神障害者退院促進強化事業として、冊子「地域生活支援ガイドブック あなたの気持ちに寄り添うために 精神科病院から地域生活への移行支援」が作成されました。

支援者を対象に、地域移行支援について知っていただくこと、対象者の気持ちに寄り添い、ニーズに応じた支援を考えることを目的に作られており、精神科病院入院中から地域生活への移行までを時系列に示していてわかりやすい内容になっています。サポートセンターきぬたの金川さんやMOTAの玉置さん、そしてピアサポーターのみなさんも執筆しています。

興味のある方は  
東京都社会福祉協議会 総務部 企画担当  
池田さんまでお問い合わせください。  
電話 03-3268-7171

### 今後の予定

平成21年度の今後の日程は、  
下記のとおり、時間は14時～16時30分  
です。

- ◎ 9月9日（水）
- ◎ 11月11日（水）
- ◎ 1月13日（水）
- ◎ 3月10日（水）

会場は三軒茶屋を予定しています。  
みなさま、ぜひご参加ください。

### 編集・発行

世田谷保健所健康推進課  
精神保健担当  
電話 5432-2442  
Fax 5432-3022

