



# 地域移行通信



第43号 平成30年6月発行

世田谷区 自立支援協議会 地域移行部会

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30年3月14日（水）世田谷区自立支援協議会地域移行部会を開催しました！**

区内外から**45名**とたくさん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。

参加機関：医療機関、指定相談支援事業所（特定・一般）、あんしんすこやかセンター、訪問看護ステーション、都立中部総合精神保健福祉センター、区職員等

\*地域移行部会では、毎回テーマを設け、精神科病院に入院している方の地域移行に向けた支援の在り方や課題について検討しています。

## 今回のテーマ 世田谷区の地域移行を皆で考えよう！

### ～精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築とは～

今回の部会では、地域移行コーディネーターの金川さん（サポートセンターきぬた）より「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と地域移行について」の説明があり、その後地域移行部会運営メンバーが参加した都の研修でのグループワーク「世田谷区の地域移行をどう進めていくかグループで考えました」を運営メンバーより発表いたしました。

その後、部会の参加者全員で、「自分たちの考えるこれからの世田谷区の地域移行について」グループワークを行いました。



### 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築と地域移行について ～サポートセンターきぬた 金川さんの発表より～

精神障害を持っている方も地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、**医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育**が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を、今後目指していきます。

これまで、1年以上長期に入院している方が退院して地域へ移行する際に、Aさんをどのように支援するか？Bさんの場合は？等と個別の視点にばかり目が行きがちでした。（支援者が職場を異動すると、地域移行の話がなくなったり、研修に参加して熱い気持ちになっても、所属機関に戻ると孤独な闘いに苦しんだり、次々とくる依頼に疲弊してしまったり…という状況もありました）

地域包括ケアシステムを構築するためには、地域移行に携わる支援者が知恵を出し合って、世田谷区全体の地域移行の仕組みを変えていながら長期入院の解消を進めて行くことと、退院された方が地域で自立した暮らしを続けられるように区内の基盤を整えることが必要となります。現在、世田谷区でも、知恵を出し合う場として、**保健・医療・福祉関係者による協議の場の設置**が検討されています。

東京都の地域移行に関する研修では、「協議の場」を作る練習として、市町村ごとに他職種のメンバーでグループワークを行っています。この都の研修へ1月に、世田谷区地域移行部会の運営メンバーが参加しましたので、運営メンバーが協議して考えた「世田谷区地域移行」について発表いたします。後半のグループワークでは、部会に参加した皆さんで、世田谷区地域移行について協議したいと思っています。世田谷区地域移行の強みは何か？不足している社会資源（基盤）は何か？支援者同士が連携を図るためにどんな仕組みがあるとよいか？等と、地域移行について考えるとともに、話し合う中で、お互いの職種や所属の役割や特徴・抱えている課題なども共有できればと思います。



## 研修報告

# 世田谷区の地域移行をどう進めていくかグループで考えてみました！ ～地域移行部会運営メンバーより～

### ④ニーズアセスメント

(地域移行を進めるにあたって困っている事)

- 遠方の病院など交通費がかかる。支援者、患者さんともに。
- 『アパートなかなか貸してくれない。』厳しい状況にある。
- グループホームの年齢制限あったり、区民率あったり・・・
- 長期入院の方の人数はわかったが・・・では、どうしたらいいの？
- 地域支援者の横のつながりが薄い・・・地区担当保健師さんと相談支援・・・とか。
- 『協議の場』・・・地域移行部会はあるが、相談支援事業所の参加が少ないのが課題。

※地域移行に関する情報量等の差が大きい。  
来てほしい人が来てくれない。  
※協議の場・・・いろいろなバージョンあっても良いか？

### ②こうありたいと思う将来像

- 世田谷区において、『精神障害にも対応した地域包括ケアシステム』を構築する。
- 長期入院の解消。
- 長期入院を生まない。

### ③現在の長期入院の状況等

- 東京都より、世田谷区内の長期入院者数の調査結果が発表されました。(平成29年11月30日)
- 長期入院者数(平成29年6月30日時点)・・・565人(65歳以下209人、65歳以上356人)
- また、平成30～32年度の3年間に、長期入院者が退院して地域で生活をするための基盤整備量の目標値も発表されました。
- 平成30～32年度の地域移行に伴う基盤整備量・・・139人(65歳以下59人、65歳以上80人)

- 世田谷区から遠い病院に入院している方は多い。
- 再入院を繰り返す方も多い・・・。

強みに  
ついて

### ⑤近づくための方法

- 小目標
- (1) 区営の借り上げアパート
  - (2) 訪問看護ステーションの方々に地域移行部会に呼びたい。  
※お誘いを・・・。
  - (3) 『誰でも地域移行』を！  
いろいろな方々に、地域移行に関わってもらえるような試みを。  
※まずは、『誰でも地域移行部会』を行っていきたい。  
ホームヘルパー、民生委員、訪問看護ステーション、
  - (4) 近隣の病院で地域移行部会をする。  
近くの病院のスタッフの方々と、それぞれが考えている課題について考える。  
まずは、身近な医療機関とうまく連携が組めないといけないのでは。
  - (5) ニード調査したいけど・・・調査の方法についても要検討。
  - (6) (世田谷区から) 遠くの病院へ出向いてみよう！ ※地域移行部会として

### ①着目するストレングス

- 地域移行部会においての関係者のネットワークがある。※地域関係者(高齢、障害等)や病院職員等。
- 『退促』(退院促進)時代の個別支援を通じた関係機関のつながりがある。
- 長期入院者が多い。
- 訪問看護ステーションが増え始めている。

## <アクションプラン>

研修の中で、地域移行部会の運営メンバーが、上の表の①～⑤ ①強み、②将来像、③状況、④アセスメント、⑤プランを踏まえて、今後の世田谷区での地域移行でどんな取組みをしたらよいか、アイデアを出し合い、言語化して共有しました。

#### ① 『誰でも地域移行』部会の開催

いろいろな方々に、地域移行に関わってもらえるような試みを。まずは、いろいろな方々にお声をかけ、地域移行部会に参加してもらいたい。⇒(年2回程度)

#### ② 近隣の病院で地域移行部会をする。

近くの病院のスタッフの方々と、それぞれが考えている課題について考える。

まずは、身近な医療機関とうまく連携が組めないといけないのでは。

出来るだけ多くの病院の職員さんが参加できるよう、病院での開催がベスト。⇒(年1回程度)

#### ③ 地域移行部会として、世田谷区から距離のある病院へ出向く。

・遠方で、世田谷区民の方が多く入院されている病院へ、見学や話し合いなどを含め出向いていく。

世田谷区の方の地域移行のきっかけにもなればよいか。⇒(年1回程度)

※① ② ③は、これまで年4回開催してきた地域移行部会を振り分ける形で、平成30年度に取り組んでみる。

#### ④ ニード調査の実施していきたい。

・病院へ出向いての面談方式やアンケート方式、また協力できる病院から少しずつやっていくか、全量調査かなど、方法などについても今後検討が必要。

#### ⑤ アパートが借りやすくなるためのマニュアル作り。

※本当は区営の借り上げアパートができるといいなあ、思っていたが・・・。

#### ⑥ 地域移行支援の事例集の作成

※人材育成のために、これまでの地域移行支援やその思いなどをまとめておく。



## これからの世田谷区の地域移行について ～グループワークより～

### 医療

退院までの入院期間が短くなっています。期間短縮により地域の関係者同士や病院と地域の間で「連携」が重要になっています。

急性期は3ヵ月以内に自宅への退院が目標のため、症状への対処が優先される。退院前カンファレンスに医師、ケースワーカーが力をそそげるかが課題。

退院後の病院とのつながりが希薄。

誰でも地域移行を病院で行って、病院の職員と交流がしたい。

病院での移行部会を複数回実施して、医師に参加してもらい、地域移行の実態を知ってもらう。

病院との連携しづらい面がある。忙しそう…

お互いが何をやっているかわからないので協働できない。

病院と地域と気軽に行き来して、社会資源などを伝えられるとよい。

入院してしばらくすると地域の人が会いに来なくなる。

病院が生活の場になっている。30～40年ぶりの地域は、世界が変わっていて不安。

スカイプを活用して、地域の支援者と本人の顔つなぎをしてはどうか。

移行支援の前に、他の支援が必要な場合も。介入時期の見極めについて

### 障害福祉・介護

地域生活の体験ができる中間施設や区の借り上げアパートがほしい等、住まいに関する意見が多数みられました。

病院の中では、生活力の見極めが難しい。

地域生活の体験ができる中間施設がほしい。援助者がいる中で生活体験をすると、本人の自信にもつながる。

- ・援護寮やショートスティがあるとよい
- ・グループホームが不足している

空きアパートがあっても、不動産屋に断られる。不動産屋に実情を話してもらってはどうか。区がアパートを借り上げて貸してほしい。

支援者と本人の間にフランクな関係を築く。

問題が生じたときに、計画相談や生活保護のケースワーカーなど1人の支援者への負担が増えることがある。役割分担が重要。

制度ごとに退院後に関わる支援者が異なる。地域の受け皿はどこか？65歳以上はあんしんすこやかセンター、65歳未満は、保健福祉課等)

地域移行する時の報酬が少ないため、事業者が増えない。区で地域移行を担ってほしい。

入院中から使えるサービスがあれば、もっとイメージがしやすくなる。

### 社会参加(就労)

地域に戻った後の生活について、どこにつながればよいか。日中の居場所は？さくら会、あかね会、あい工房等、家族会の存在。イベントへの参加等。

退院後の社会参加については、グループワークで意見があまり出ませんでした。社会参加可能な社会資源の発掘や開発、本人の退院後にやりたいことや、現実的に出来そうなことを支援者側が意識的に本人へ働きかけることも課題になりそうです。

## 住まい地域の助け合い・教育

精神障害の場合、地域でも本人より周りの偏見が大きい。

精神障害についての啓発により偏見を無くすこと、地域で困っている人たちへのサポートが課題です。

地域の人達が障害を分らないと排除しないか。

地域ケア会議を行うことで、町の人に精神障害を勉強してもらう機会をつくっている。（あんすこ）

災害の要援護者リストで町会ごとの対応を考えようとしている。

精神障害の場合、誰が困っている？ 本人が困っているとは限らない。

本人の対応で困った大家さん、理解のある大家さんをサポートすると、アパートを借りやすくなるか？

医療保健福祉の支援者だけでは限界がある。ネットワークに地域の人を巻き込んでいく。地域のエリア部会等で関わりのある人たちから誘ってはどうか？

シルバー人材は、人手不足。民生委員等が得意分野で助けてはどうか？チケット制にして、困り事を手伝ったら、数百円相当のチケットを本人が民生委員へ手渡す等する。

地域のトラブル→結局Uターン→家探しが大変というケースもある。

## アンケートより

長期入院されている方の思い、病院の事情、社会資源の開発など多くの課題があるなか、どの課題から着手していくかを考えていく一つの場として移行部会の活動に期待しています。具体的に、誰が何を担っていくのかを考えていく必要があると感じています。（相談支援事務所職員）

現場の困り事や課題を聞いたことで地域に戻り、何をすべきか具体的なイメージができた。（あんしんすこやかセンター職員）

地域包括ケアシステムの中心となっている「住まい」をどのように考えていくかグループワークで話し合うことができました。大家さん、不動産やの理解を得るために啓発活動していくことや、遠方のHPの患者様とのコミュニケーションを図るためにスカイプを利用したり等様々な案が出ました。困難ケースもこのように一緒に考えてくれる支援者がいれば、色々な可能性が見えてくるのだなと改めて感じる事が出来ました。（医療機関職員）

ここが変だよ地域連携って企画どうですか？連携しましょう！の会議は多くて、だれもが大事なのね。分かっているけど本音が言えない状況があるように感じます。（医療機関職員）

病院内での地域移行部会を開催していただきたい。病院へ入る機会が少ないので地域の支援が入ることで、医療と福祉の距離が近くなり、地域移行がスムーズになると思います。（訪問看護ステーション）

地域移行部会では引き続き、精神科病院に入院している方への退院促進に向けた支援のあり方や課題を検討します。次回の部会も、皆様のご参加をお待ちしております。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。

**事務局** 世田谷保健所健康推進課ころと体の健康担当

電話 03(5432)2947  
Fax 03(5432)3022