

I.開催日時	第 1 回	平成 28 年 9 月 16 日（金）	出席者	12 名	13：30～15：30
	第 2 回	平成 28 年 10 月 29 日（火）	出席者	13 名	13：30～15：30
	第 3 回	平成 28 年 12 月 7 日（水）	出席者	10 名	13：30～15：30
	第 4 回	平成 29 年 1 月 26 日（木）	出席者	10 名	13：30～15：30

II.要 旨

第 1 回けんり・くらし部会（28.9.16）

1. 委員紹介（自己紹介）

2. 部会開催までの経緯振り返り

年度替わりで障害福祉課の人為体制が変わり、担当の決定にも時間を要した。さらに地域移行グループ、地域生活グループの 2 グループの協議課題に重なる点も多く、事務局・両部会長で協議し、方向性の検討を重ねており開催が遅れた。今年度は引き続き、昨年の残った課題をそれぞれ整理していく。この部会は地域で活動されている各方面の方々に参加し、地域移行の重要性を去年も話し合ってきた。ここでの議論が活かされて、安心して生活できる社会を目指して取り組みたいと考える。

3.前年度の振り返り

昨年度の地域移行への取り組みとして、入所・入院・当事者へのアンケート調査を実施。回答をもとに集計した結果、意向を希望する方が少なかった。（当事者・家族ともに意思はあったが、現実的に厳しい方が 2 組。）地域移行のニーズを汲み取れていたのか、なぜ声があがらないのか、について議論してきたが、取り組みには至らなかった。自立支援協議会の部会目的は地域で安心して暮らせるように、をテーマに、これから地域移行を目指す方へ課題をどのように解消できるかを議論する。成果物だけでなく、積極的な意見から日々の取り組みに活かしていくことが重要である。

4、今年度地域移行グループでの協議・進め方について

・地域移行には様々な課題がある中、入院の方と施設入所の方ではそれぞれ課題が異なる。施設入所されている方が抱える課題と移行できない要因を考えていく。

- 【要因】
- ・希望者の減少。（約 10 年前は希望者もあり、実際数名の方が地域移行した。）
 - ・高齢化（平均年齢が 55 歳以上という現実、老々支援）・重度化
 - ・守られた施設での暮らしを捨てて、不安だらけの生活に向かえない。（地域で暮らすことへの不安、心配が勝る）
 - ・施設であれば、親亡き後の生活がある程度想像がつく為、安心。
 - ・身内が行うような、小さなケアは周りに頼めない。その些細なことで生活が成り立つ。
 - ・一人暮らしのイメージがわからない。
 - ・地域移行自体を理解してもらえないのではなく、取り巻く環境が厳しく、地域移行を選択しないことは苦渋の決断である。

- 【課題】
- ・医療的ケアの必要な児童は増加するも、看護師は不足しており、将来的に地域移行をする

際に大きな問題となることが予想される。

- ・家庭の中でも支援者含め、マンパワー不足。
- ・互いに助け合うためにも地域の方、周りの理解が必要。
- ・あまりにもハードルが高い。実現できたら大きな自信になるが、そこに向かうまでが困難。
- ・施設廃止でなく、それぞれの希望に合った対応が必要。

- 【要因】
- ・家族の受け入れがある方、ない方、家族によって、本人の状況が様々である。
 - ・精神の特性や、引きこもりの対応、近所へ助けを求めるにも困難。支援の要請ができない。
 - ・退院後の社会資源、福祉サービスを知らない。
 - ・24時間対応の機関が少ないことに対する不安要素が大きい。
 - ・入院が長期化することで退院が難しくなる。

- 【課題】
- ・支援要請を発信できる方とそうでない方との差がある。
 - ・病院によって情報の説明の仕方や支援に差がある。
 - ・往診の先生の活躍は地域の力になる。(24時間対応の医師、機関) 必要な時に見てくれる支援や医師(専門家の存在)がそばに必要。
 - ・医療保護入院であれば退院環境調整員がつくが、任意入院を長年されている方に支援が行き渡っていない。
 - ・退院後の服薬管理、調整が必要。
 - ・長期化している方への声掛けが必要。(声掛けに重点的な制度はない。) 50歳を過ぎると移行へのハードルは上がる。周りが続けることが必要。

・『時間軸での地域移行する前の段階での課題、地域移行した後の課題について』

～地域移行前で生じている課題は？地域移行希望の声を受け止められている？社会資源は？～

- 地域移行前
- ・移行までにきちんと体制を整えなければその後が定着しない。
 - ・長期入院の方は家族のみ等、交流できる人間が限定される。他の方と関わる機会を持つことで姿勢が変わる。
 - ・長期化することで関わりが減り、自らの意志を発信しにくくなる。
 - ・民生委員名簿は年に1回広報に挟んでいるが、気がつかない。その都度、関係機関が情報を伝えてほしい。情報さえ教えてくれたら、何かあった際に頼ることができる。地域の方を紹介してもらえるのは有意義。

- 地域移行後
- ・移行後に訪問看護が入ることで服薬管理・コントロールができ必要である。
 - ・警察に近隣からの相談もあり、相談機関を紹介するも自ら発信しない。その場合は警察が関係機関に情報提供・連絡することで橋渡しを行う。
 - ・高齢者の名簿はあっても、障害者の名簿はない。民生委員が障害当事者、家族へ声掛けを行うことができない。自治体レベルで差があり、緊急時の名簿があればいざという時の不安が軽減される。
 - ・民生委員や警察の管轄の方が地域に暮らす方のことを認識してほしい。
 - ・以前は民生委員が自宅を訪ねてきていたが、制度の廃止とともにその機会を失った。

5、〇〇委員のご家族が一人暮らしを始めた経緯を詳しくお話し頂く。

・以前は市外のグループホームで暮らす。入院を繰り返し、入院期間の約 20 年、何もできない状態であった。入院が長期化し、今後の見通しに焦っていた。〇病院に入院し、7 年後 PSW が声をかけ、本人・家族の気持ちを聞いてくれ、生活訓練をしながらグループホームへ入居。

・初めは洗濯機に水を入れず回し、干し方を伝えても伝わらない日々もあったが、同世代の方と共同生活するなかで本人も刺激を受け、できることも少しずつ増えた。

・2 年の生活訓練を終える頃、市外のグループホームに両親が通うことが困難となり始めた。今まで病院で暮らすと話していた、本人が宝塚に帰るとの発言をするようになり、現在市内で一人暮らしを始めた。(居宅介護、訪問看護利用)

・一人暮らしをする上で大きな力になったのは 24 時間対応の主治医が見つかったことだった。

第 2 回けんり・くらし部会 (28.10.20)

1. 前回の振り返り～今後の協議について

地域移行への原動力のヒントを得るため事務局より、〇〇委員に長期入院から現在一人暮らしをされている息子さんの経過を再度ヒアリングした。前回の部会で聞くことのできなかつたターニングポイントを踏まえてお話し頂く。

・〇〇病院で長期の入院が必要であると言われていたが、ずっと病院で過ごすことは考えられなかつた。1 回目のターニングポイントは〇〇病院に入院したが、新薬の情報も得て、入院生活を選択しなかつたこと。〇〇病院を退院させたが、精神的に不安定になるような事件が身近で起こったことでパニックを起し、再入院した。

その後、解放病棟のある〇〇病院に転院し、グループホームでの生活に至ったのが 2 回目のターニングポイントである。その後、看護師や周りのからのサポート・声掛けを受けながら、外出し、楽しく過ごす。また就労継続支援 B 型事業所や会社に就職された方や一人暮らしを始めた方を知ることもできた。本人も病院を退院して地域で暮らすことを自然に考えるようになっていった。

本人の希望で宝塚市内にて一人暮らしをされている、同じ障害の方のお宅に見学に行ったことは 3 回目のターニングポイントであり、生活の様子を見た息子は感動していた。本人が一人暮らしを希望した時も、支援があるから大丈夫かなと感じた。現在、一人暮らしを始め、作業所に通所している。

【ターニングポイント】

①入院生活を選択しなかつた。②院内のグループホームへ入った。③地域移行の先輩に会った。

・家族会で地域移行についてよく話していたので、息子も知っていたと思う。支援者からの声掛けもあって、病院が最終拠点でないことを認識し、本人もその後の生活を考えるようになった。

【地域移行の課題・必要な力】

- ・地域移行に関する支援等の情報
- ・生活力
- ・経験者・当事者との出会い
- ・家族からのサポート (誰かに相談する・あきらめない気持ち)
- ・専門家からのサポート (看護師・ヘルパー等)
- ・地域の人とのコミュニケーション、理解、啓発

【委員との意見交換】

○家はどうやって探されたのか。

⇒URに申し込んだら保健福祉手帳が1級であると断られた。入居可能な物件を見つけ、最初は不動産に断られたが、その後面接してもらい、入居できることになった。

○地域で息子さんのことを知っている人はいるか。

⇒まだこれからの予定。

○家族が諦めないところに感動した。支援や知識を得ていることの大切さを感じた。

○病院関係者、グループホーム関係者が連携して“ずっといる場所ではない”と本人にも初期の段階で伝えられたのが良かった。本人と家族の希望が一致するとよい方向に進む。

2. 新たな取り組みについて

- ・本人が地域移行を考え始め、「一人暮らし」の気持ちを持つに至るまで、当事者や家族等が一人暮らしのイメージを持てるよう、ビデオ等の作製を行い、啓発していくことはどうだろうか。

【ビデオ制作について意見交換】

- ・同じ病気でも症状が一人ひとり違うのでポイントを絞り、ビデオを作る必要がある。(障害別)
- ・ビデオ化したら病院で行われる家族会で使える。映像であればイメージしやすい。
- ・当事者・学校・民生委員等地域の啓発ができる。知ってもらおうという意味では非常に有効だ。
- ・自分たちで撮るのかどうかも含め、一定の費用が要る。→大学のメディア関係のサークル等に話を持ちかけるのはどうか。
- ・何のために使いたいのか、誰に見てもらいたいのか等、目的を整理した方が良い。
- ・作製後の運用についてもしっかり考えておく必要がある。
- ・過程が大事であり、もっと協議してから進める必要がある。
- ・部会で学んだことを活かしていくことが大切。ビデオだけでなく、例えば、市の発行しているハンドブックに「地域移行」の欄を作ってもらうのでもいいのではないか。

第3回けんり・くらし部会(28.12.7)

1.前回の振り返り

第1回2回と部会で地域移行への課題・要因の意見交換を行い、第2回では〇〇委員からご自身の体験談をうかがう機会も持った。施設と病院とでは課題も異なり、ビデオ作成については運用方法等の検討課題もある。この部会で優先的に任意入院に焦点を当て、協議を深めていく。

2.この部会での取り組みについての展開

県内精神科病院における市内在院患者数の資料から現状について事務局より説明。

〇〇委員の話から、家族や本人が退院をあきらめてしまうことが多いこと、〇〇委員だからこそ退院まであきらめることなく取り組むことができたとの考えもある。本来家族やご本人が諦めなくていいサポートがあることが大切。そのサポートがあることが地域移行に繋がる。任意入院の多い病院に対し、病院の中に制度を周知していく方法、仕組みを検討する。

(1) 事務局より地域移行・定着制度について現状報告

- ・地域域移行とは、病院や施設に1年以上入院（入所）している方が対象、個別給付。
- ・6か月をめぐりに相談支援事業所が定期面談を行い、退院を目指す。体験外泊や施設の体験利用を行い、支援者も訪問し状況確認等を行う。退院後の生活をフォローしていくものが定着支援となる。
- ・緊急時の対応が主となり、24時間の対応が必要になり、相談支援事業所の負担は大きい。定着は全国的に見ても実施しているところは少ない。
- ・相談支援事業所が過去に地域移行を利用したこともあるが、病院との連携の難しさを感じた。入院中の本人の意向を汲み取ることは困難。家族や病院関係者から連絡があり、制度利用する流れ。また事業所として、月2回以上の訪問が必須だが、市内に入院可能な精神科病院がない、時間の制約が大きい。
- ・支援者や家族、本人が同じ方向で向かうべきものが、病院も多忙で調整が困難。

(2) 病院より現状報告、意見交換

○他市の地域移行の会議等への参加や病院内の業務以外での対応等多忙との現実あり。地域移行の利用に関しては病院の質、考え方が問題になってくるのではないかと感じる。地域移行を使う動機として、自分たち病院職員ではどうすることもできなかった部分を相談支援事業所に関わって頂くことで本人の退院への動機付けや、違う方法でのアプローチを期待できる。地域の協力は病院も変わるきっかけとなり、大きな原動力になる。

⇒病院、家族、患者への制度の周知が必要。家族が頑張るという形ではなく、地域移行の制度を使って対応できればいいと考える。

(3) 保健所より現状報告

- ・医療保護入院の方であれば、定期病状報告書で状況はわかる。任意入院の方に対しては全く情報がわからず、手が回らない実情もある。
- ・昨年のアンケートや〇〇委員の話から、どうやったら退院できるのか、地域移行という制度そのものが患者には届いていないと感じる。病院の玄関に地域移行のことが記載されたものが掲示されているのは見たことはあるが、玄関では入院患者が本当に目にすることができているのかは不明。
- ・資料より、任意入院が飛びぬけて多い病院があるが、外部からの働きかけが難しく、ピアサポーターも何も入ることができていない。ずっと入院になっている理由、意見を頂きたい。

(4) 各現状報告を得て意見交換

○任意入院が一番多い〇〇病院一つに絞ると、やり取りも含めてやりやすいのではないかと感じる。他院が昨年と比して任意入院の患者数が減っているのに対し、〇〇病院は変わっていない。

○退院を考えていくにあたり、以前ご家族内で意見が割れたことがある。退院させたいと思う家族と、させたくない家族。病院側が退院できると何をもって判断するのかを教えてほしい。

⇒病院には病状をはかるスケールによって退院の可否を判断している。

○在院日数が2極化していると記憶している。これは病院の体制等と関係はあるのか？

⇒スーパー救急は3か月で退院しなければならない。病状が不安定であっても期日がきたら退院。入院期間が長期化するとその期間により報酬はどんどんと減額されていく。前回の診療から6か月以上経過していないと、救急医療病棟に入院の算定もできない。病床数をたくさん抱えるような大きな病院であれば、最低限のマンパワーで回すなど、経費を抑制し、長期入院患者が増えてもおかしくはないと思う。

(5) 具体的なアプローチ方法について意見交換

○一つ〇〇病院に絞るのであれば、自立支援協議会で市としての取り組み移行を院長にアプローチしてはどうか？

⇒各個人へのアプローチより、数か所に対して声掛けを依頼し、興味を持った方等に一つのフロアに集まってもらい話をする、情報発信をする場を持つほうが効果的ではないか。

⇒〇〇病院は正直中に入ることが難しいと感じる。それなら、中に入ることが可能な他院から始め、実績を作ってからでも良いのでは。

○病院に行って地域移行をとの話をするのはいいが、退院した後の地域の支援はどうなっているのか？安心して暮らせるものとなっているのか。今そのような話を持ち出して、支援体制はしっかりと組めるのか。それならば、まずは市内の事業所等、基盤としての横のつながりをしっかりとしたものにしておくことが大切では？

○退院するにあたり、身内だけが大きな負担を抱えてしまうことのないよう注意したい。いつまでもご家族ありきではなく、少しずつご家族からはなしていく環境を整え、他で担えるところは相談支援事業所や福祉サービス事業所等に移していく。これをするには核となる必要がある。その核が相談支援事業所だと考える。ただ、やはり相談支援事業所にもマンパワーの課題はある。

○ある病院だけを呼ぶとおかしいので、近隣の病院何か所かにも病院としての思いをうかがってみてはどうか？

⇒宝塚市民が多く利用している近隣の病院となると、有馬高原病院、有馬病院、仁明会病院、伊丹天神川病院、宝塚三田病院となる。外部との交流をもち地域移行への働きかけを行っている話、任意入院についてなど、それぞれの病院の考えや実情を実際に聞いてみることで、部会としてまた理解を深めることに繋がる。

第4回けんり・くらし部会 (29.1. 26)

1.前回の振り返り

任意入院の方への支援に焦点を当て、今回は病院関係者に支援者側からみた本人支援、関わりについてお話し頂く。病院関係者は以前部会でお話し頂いた〇〇委員のご家族支援関係者であり、退院支援の様子についても合わせて伺う。また当事者の体験談を委員よりお話し頂き、次回の進むべき方向性を検討していく。

2. (1) 医療法人 樹光会 山本氏より (〇〇委員ご家族支援関係者)

・病院について説明

三木市にある〇病院。病院敷地内にはグループホーム、デイケア、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、就労継続支援B型を設けている。退院支援について、平成11年からグループホームひかり、こもれびでグループホーム、短期入所事業を行い、地域の中で生活していくアプローチを行ってきた。また就労継続支援B型では社会的自立を目指し、訓練の場を提供している。

・〇〇委員の息子様のケースを通して

(本人の様子より)

・A病院から地域移行していくにあたって、B病院へ転院。B病院敷地内のこもれび(グループホーム)への移行までは1年3カ月要した。数十分に一度、口に入れるものを欲しがると、病的体験に支配され

た行動が目立つ。入院後、何度かこもれば体験利用を行う中で、メンバーとの気が合い、良い反応が見られた。

・こもれば入所後、地域移行に向けた訓練とは思っていない所があり、時間を決めて行動することがむずかしかった。地域移行支援会議にて本人の様子から、アパート暮らしは無理では、との話が出ていた。市外、周辺施設への見学体験を何か所か行い、自宅周辺の施設見学の話が出たことで、本人の退院意欲が高まり、自覚を持てるように変化した。

(退院へのアプローチについて)

・こもれば入所当初から、地域移行することを本人、家族に伝えていたが、地域支援の流れを実際にもっと見せていくことでモチベーションを高めるべきだった。リスクが多少生じてでもトライしていくことは大切。

(任意入院の方へ当病院のアプローチ)

活動について、医療保護入院の方が地域移行支援が進みやすいのは事実。家族の退院受け入れ体制も消極的という現実。任意入院だから症状がないわけでも、すぐに退院できることに直結されない。

退院が必要、希望があれば、アプローチについて後回しにせず、関係機関と調整している。

新人職員研修を設け、退院後の生活についてどう支援していくか考える機会とピアサポーターの方に今の生活を話してもらい、具体的なイメージ作りの機会を設けている。

月に1度、地域移行推進会議にて地域移行をトライしている人の名簿や状況の共有を図る。

一人ひとり地域移行への障壁は違い、共通理解・認識を持つことが大切。

また就労がニーズになっている場合、意欲を引き出しやすいが、そこにニーズがない方は退院後の支援課題が大きいため、より難しく感じている。

〈質疑応答主な意見〉

○任意入院の方の地域移行のニーズへの確認をどのように行っている？

⇒特に任意入院で長期化している方に、入院の意志を確認。退院に向かわない方に対して、ピアサポーターが行う生活発表会にお誘いし、アプローチを行っている。

○退院へのモチベーションについてどのように工夫されている？

⇒デイケア見学の利用促進イベントを活用している。明確に目標がある方は流れにのると上手くいく方は多い。居住場所への見学によって具体的なイメージを持てるかは大事である。

(2) ○○委員より自身の体験談

(これまでの経緯)

・子ども2人を働きながら育て、明るく元気に生活していた矢先、突然職場で倒れた。

・一度大きな病院に入院し、複数の科から数十種類の服薬あり。原因もわからず、検査をたくさん行う。繊維筋痛症、うつ病と診断されるも、受け入れることができなかった。

・退院後、別の病院を受診したが、診断は変わらなかった。子どもを通じて、知り合った方からある病院を紹介され、任意入院し、今まで飲んでいた薬の量は半分になった。

(ターニングポイント)

- ・任意入院からの退院後に、通院している際にピアサポーターのことを聞いた。
- ・計3回入院した中で、自分の異変に一番に気が付き、支えてくれたのは家族であった。
- ・自身で任意入院したことについても当事者同士の交流、情報交換ができた。

(委員が思うこと)

- ・当事者同士や友人からの情報は与える影響も大きい。全く同じ症状でなくても理解し合えるところは多い。
- ・地域への移行は長くかかる支援ではあるが、諦めないでほしい。社会資源や繋がりをどのように、いかに知ってもらうかは大切。
- ・自身が啓発活動を行うことで症状についての周りの理解が深まると考える。
- ・障害は個性として捉え、本人や周りの方が互いに踏み込む勇気を持てるようになれば、と思う。
- ・自身は家族（子ども）からの理解が大きな支えであったが、反対に家族間で理解し合えず、苦しんでいる方もいるので、一人ではないと感じる機会を作ることができたら、と感じる。

〈主な意見〉

○其々委員の立場等、すべて同じではないが、互いに相容れる部分が多い。家族・周囲に理解をどう深めていくかについては特に同じであり、共に考えていける横の繋がり、仲間づくりは大切。

Ⅲ今後の予定

第5回けんり・くらし部会 平成29年2月23日(木) 13:30~15:30

Ⅳ今後の展開

病院入所、施設入所している方が地域移行する際の課題をそれぞれの視点別、また移行前と移行後の時間軸別に議論の協議に始まり、施設と病院では課題が異なることより、まずは任意入院の方に焦点を当てることとなった。当事者・当事者家族の体験談、支援者側が行った支援を部会の中で共有し、意見交換することで、この部会でどのようなアプローチを行うことができるか考えを深めてきた。

第5回では、今までの協議事項や意見交換の中からヒントを得て、今後他の病院の現状をお話し頂く前に、事前に部会の中での協議事案をまとめていき、次年度の活動に活かしていく。同時に病院側の現状を理解するだけでなく、実際に任意入院している方が地域で生活していく際に迎える側の支援についてもあわせて協議を続け、体制を整えていくものとした。