

地域移行促進部会 平成23年度の取組報告

平成24年3月16日

平成23年度 第1回 自立支援協議会地域移行促進部会
平成23年7月21日(木)
<p>1 23年度地域移行促進部会の予定を話し合い確認した。</p> <p>2 「地域医療」についての取組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の聞き取りや懇談会を進めていくこととした。 ・健康ノートの取組みは、自分の健康管理と健康情報を医師などに伝達することが目的。前期の取組みで情報伝達と同時に、医療機関とのつながりの支援の必要がある。さらに使用する前にガイダンスをすることが大切など分ってきた。改善を重ねるために。今期は100部配布を予定し取り組むこととした。 <p>3 「精神障害者における退院後の地域定着、見守り支援」についての意見交換</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前期の取組みからマンパワーの不足が共通の課題とされた。 ・オブリガードでは退院促進事業の一つとして、ピアサポーターと一緒に病院に出向いて、スタッフや患者さんに退院後のイメージを作ってもらえるような働きかけを行っている。病院スタッフの理解がキーポイントになっており、退院できる方のイメージがスタッフに理解されると流れが変わってくる。 ・入退院繰り返さないためにも服薬管理が一番大切。訪問看護が毎日自宅に入って管理をし、訪問看護がないときは、電話で飲んでもらうように働きかけた事例もあった。ヘルパーに服薬支援をしてもらったり、地域の近所の人や施設に服薬管理をお願いしたりしたこともあった。支援のネットワーク定着が必要。特に退院直後は手厚い見守りが必要。 ・退院時にケア会議を行い、連携を確認した事例は定着がよい。実際に退院した後、相談をする場が確認できたり、本人のことを知っている支援者がいることは、地域で定着するには有効。ケア会議では、地域での役割分担がうまくできることが重要になる。 ・病院から退院してすだちの里に入所した方で、知的障害者だが、精神症状がある方たちがいる。グループホームの開設促進と重度や重複の障害の個別性に対応できる支援方法の具体化が今必要なことではないか。 ・精神障害者がグループホームから地域に出るとき、金銭管理と服薬管理がきちんとできることが条件となるが、できない人をどう支えるかが重要な視点となる。地域で、ひとり暮らしを安心していくにはどんなサービスが必要なのかを出していくことが大事。

平成23年度 第2回 自立支援協議会地域移行促進部会
平成23年10月6日(木)
<p>1 地域移行支援、地域定着支援についての事例報告</p> <ul style="list-style-type: none"> ①グループホームにおける2事例 ②訪問看護ステーションにおける事例 <p>2 グループに分かれて地域移行、地域定着に必要な支援についての意見交換 (本人視点から) ずっと家にいたのでは病院と同じ。外に出て人と触れ合わないため。自分</p>

の周りのことを誰かに聞いてもらうことも地域で生活する上では大切である。

(アウトリーチに求められることは)

- ・アウトリーチにはその人に必要な頻度と、質（本人と支援者の信頼関係等）も必要。
- ・本人の回復への意識低下や関係作りが難しいケースの場合、できるだけ同じ支援者が1～2ヶ月は集中的継続的に関わることで信頼関係が作れ、地域移行の安定に効果的。

(医療・保健の連携をもっと深める必要がある)

- ・退院後、1人暮らしの難しい人は、病院から保健センターへの退院前連絡が大事

(マネジメントと個別支援)

- ・退院後の生活のイメージとマネジメントをする人の有無が地域移行の成否に影響する。
- ・客観的にケアマネジメントをする必要があり、直接サービスの提供者とケアマネジメントをする人は分かれた方がよいのではないか。
- ・退院時に会議があることもあるが、その後の情報共有も含め、個別支援会議でそれぞれの役割を確認し、支援の方法を統一・共有することが必要。
- ・サービス利用の前にも個別支援会議をしておくことも有効。個別支援会議は、生活支援全般、サービス利用に関わらない部分でも行う。
- ・役割分担について、お互いの役割の線引きが難しい。顔の見えるネットワークでその都度確認が必要。

(支援者間の協力など)

- ・他職種との連携が必要不可欠。
- ・日常的に訪問看護の看護師がヘルパーに助言することはよくある。ヘルパーへの情報提供や支援の仕方のアドバイスは有効、精神障害者への支援については研修が必要。

(23年度 事業者支援として実施)

- ・金銭管理、服薬管理は、サービスの有無とともに、どこに支援を頼みたいか、そして誰がやるのかということも重要。

(地域定着のため既存制度をこえた展開が望まれること)

- ・本人に問題が起きたとき、すぐに動けるようにしたいが、制度的には難しい。制度外のところで、緊急時の対応をしている。金銭管理についても、安心サポート事業を拒否する人については、訪問看護で対応することもある。
- ・精神保健福祉士が通院患者のところへ訪問看護で訪問し、孤立化を防ぐ等の働きかけをしている実例がある。区内の精神科のクリニックに働きかけ、アウトリーチ型の精神保健福祉士による訪問看護を展開できないか。

(地域との協力が大事)

- ・アパートを探したとき、不動産屋に断られ続けたり、銭湯の利用を断られることもあり、地域の理解を得られないことが多かった。

平成23年度 第3回 自立支援協議会地域移行促進部会

平成24年2月16日(木)

1 地域定着に必要な支援

病院の精神保健福祉士や作業所の職員等よく知った人が訪問できると利点が多い

- ・訪問する人は問わないが、来てほしいタイミングで訪問できるシステムが必要。ネットワークを組んで、窓口を作り、近くで動ける人が訪問する連携システムを提案してもよい。
- ・金銭管理に関して、社協で行っている安心サポートのサービスがあるが、そのサービスは知的障害で使っている人も多い。
- ・お金と生活は切ってもきれない。どちらかが崩れると、どちらも崩れる。金銭管理は生活管理でもある。他の方法がないときに訪看で金銭管理を行うこともある。
- ・金銭管理はネットワークで支える必要がある。医療機関も交えた連携が必要。
- ・金銭管理は相談の一つの大切な切り口。その人を全体で支える仕組みをどうつくるかが大切。
- ・地域に何が足りないのか、仕組みづくりに次年度取り組んでいって良いか。事例を出して課題を分析し、支援できていることと支援が進まないことは何なのかを明らかにしていく。

2 今年度の部会の振り返り、課題引き継ぎについて確認

- ・課題を整理し、当事者の人がより安心できるシステムを作っていけたらよい
- ・支援者と当事者の考える必要な支援にはギャップがあり、そのギャップを埋める必要がある
- ・地域移行には、連携の確認をする場であるケア会議がキーポイントになる。
- ・連携を作る中心となる人、ケアマネジメントする人も重要な役割となる
- ・連携やシステム作りは、目に見えないものなので難しいが、具体的な議論を重ねて形にしていきたい。
- ・4月から新たな相談体制がはじまり、地域移行、地域定着のマネジメントを各事業所で行うようになる。部会で取り組んだことを業務に生かし、業務から出た課題を提供していきたい。具体的な議論を通じて、次年度以降システムや連携作りをしていく。

○地域医療従事者との懇談会について

3月13日 開催

