

平成 21 年度地域移行促進部会の第 2 回までの討議の中間報告

取組み課題と視点

平成 21 年度取組み課題と視点を次の内容に定め、討議してきた。

	視点	議論の方向	成果の方向
1	安心して受診できる医療機関情報を作成する	いかに困っているか？必要性、どのようなものを求めているか、などを論議	自立支援協議会に報告区への提言を行う
2	本人の症状が医療機関によりよく伝えられるために	本人の声、モニタリング、他の自治体がつけているものの取り寄せ、検証	地域移行促進部会で素案を作り、見える形で提案
3	継続した治療、医療的な支援、服薬管理等への支援など人的支援体制の仕組みづくり	<p>【精神障害者に関して】</p> 入退院を繰り返さないために、退院早期の段階でどういう支援をするか。の仕組みをつくる。 <p>【知的・身体障害者に関して】</p> 地域ですっと生活していくために、長期的に支援していく仕組みをつくる。	地域移行促進部会にて、グループ別討議をする。 関係機関に集まってもらい、ネットワークを構築する。

開催状況

部会開催	第一回 8月26日	第二回 11月5日
知的障害者ワーキンググループ	第一回 8月26日、第二回 9月30日、第三回 10月21日	
精神障害者ワーキンググループ	第一回 8月26日、第二回 9月30日、第三回 10月21日	
	第一回 8月26日、	第二回 9月10日 第三回 10月1日

討議の中間のまとめ

1 医療機関情報の作成方法について

<現状と課題>

- ・障害を言うことで、診察を受け付けてもらえない事例も聞かれ、主治医以外の他科はかかりにくい現状がある。
- ・待てない、あるいは待つことが苦手な人が多い。診察の予約がとれたり、待ち合い室などに待てる工夫があるとよりよい。

障害者の診療を受けている地域の医療機関（医科ごとまで）と、予約制などの情報が分かる情報が望まれる。

<取組み方向>

- ・杉並区内での実態問題を把握するために、アンケートを実施する。
- ・医療機関情報作成にあたっては、医師会などと連携して取り組めることが強く望まれる。

アンケートの実施について

- ・杉並区地域自立支援協議会、杉並区として実施する。

- ・別途案を精査し、年内実施開始、年度内に結果を得るスケジュールとする。

2 本人症状を伝える方法の検討

<現状と課題>

- ・自分で症状や見てもらいたいことなどを、医療関係者に伝えられないことが少なくない。
- ・限られた診察時間の中で、服薬や睡眠など生活状態や症状を伝えきれないことがある。

<取組み方向>

継続した治療、医療的な支援、服薬管理等のために、病状悪化のサイン等が記入でき、障害や健康状態を自己管理・セルフケアに活用できるツールとして“ノート”の作成を提言する。

それは、

- ・障害の程度に寄らず、一人ひとりの個別性の中で必要性ある人が使えることを前提とする。
- ・情報の内容項目は、心身にかかる基礎情報、生活にかかる情報、今日受診時見て欲しい項目が考えられる。
- ・利用・記入者は、本人から、家族から、支援者から、できることがいい。
- ・継続した治療などの記録として大事であり、日々には通院の確認の役割が果たせる。
- ・障害者自身のセルフケアや作成・利用の段階で関係づくりに役立つ病状悪化のサイン等が記入できる内容。
- ・知的障害と精神障害との共通な項目部分と、障害別に追加できる形式のものにする。
- ・本人が使いやすく、活用のメリットをもたせたいので、ファイリング形式も考え、その人のノートがつかれるように工夫をする。
 - ・本人と一緒に作り本人との関係作りのきっかけとなるノートとして作成し、使ってよかったと思えるノートとして作成する

3 人的支援体制について

<現状と課題>

- ・病状悪化による緊急入院の対応にとどまらず、入院中からの支援、退院時の対応が不十分である。
- ・精神障害者の場合、入退院を繰り返さないために退院早期の段階での支援が急がれている。
- ・知的障害者の場合、本人からSOSが出ないことが少なくなく、生活支援体制の中にキーマンが必要である。

<取組み方向>

- ・地域での服薬確認が大事である。特に、精神障害者は服薬継続していくことが必要であり、服薬確認の支援をしていくことが重要。
- ・精神障害者の中には、病院からの退院後、支援を拒否したり、退院促進事業の対象にならない短期入院の方は関係機関が関ることが少なく、入退院を繰り返すことがある。退院早期に少ない人材で効果的な支援ができるチームケアが大切。
- ・地域の輪を広げていくことが大切。服薬支援やノート作成、配布に当たり、薬剤師や医療機関と

の連携も必要。

- ・ノートによる関係作りや、既存のサービスで使えるもの、たとえば、メールや電話で定期的に服薬確認が出来るサービスの活用が望まれる。自宅でボランティアでもできる、インフォーマルな支援があればよい。
- ・本人との関係づくり、キーマンの存在が大事で、そのための日中活動の場の職員と連携した働きかけや、在宅の場では家族などとの連携が欠かせない。また、訪問看護の利用の拡大の検討を望みたい。さらに、グループホーム・ケアホームを巡回できる看護師の仕組みが望まれる
- ・相談支援事業所で、ヘルパーとの間を取り持ったり、オープンスペースを活用し、話を聞くボランティアやピア、スタッフの体制をつくることや、当事者の活動を支えることも大切である。

4 まとめ

- ・アンケートは12月の自立支援協議会に報告後、区として実施する。
- ・アンケート集約内容を医師会に伝える方法や場を考える。(医師との意見交換会など)
- ・医師会とのやり取りについては、施策課を窓口、年度内に進める。
(医師の立場からの診療事情についてのアンケートも考える。)
- ・“ノート”は次年度配布を予定し、事務局の指名した7人ほどのプロジェクトチームにより、ノートの作成、配布方法、配布対象等をつめ(22年1~3月頃)、第3回の部会につなげる。