

精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム 地域アセスメントシート（詳細）

理想の姿：障害のある人もない人も、お互いに尊重し合い、市民全てが安心して自立した暮らしができるまち・府中の実現

【地域移行】（入院から地域生活へ）

構成要素	困り・課題/まだ取り組めていないこと	実施していること	実施できる事/今後できそうな事
地域の 助け合い ・教育 住まい	<p>◆住まい探しのハードルが高い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域に戻る先がなく、長期入院している ・再入院した人が退院するのが困難 グループホームは1回しか使えないのか ・グループホーム探しハードル高い ・何件も断られると、本人もモチベーション下がる。 ・グループホームでなければ、アパートという選択肢だが、不動産屋に断られてしまうので、住まい探しが一番ネックになっている。 ・不動産屋さんの壁を超えることがとても大変 ・グループホーム空き状況をリアルタイムで伝えられない。 ・滞在型のグループホームが市内にない。 ・24時間対応グループホーム・電話相談（24時間）がない ・お金・服薬の面で支援が必要な方が多く、3年では解決できないことが多いため、滞在型のグループホームが増えるとよい。 <p>◆グループホームへの入居条件に合わない人がいる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一部屋の空きに複数の応募があった場合、土日対応なしや他者に迷惑をかけない人が選ばれやすい。ある程度自立していないと入居は難しい。 ・日中の活動場所がないからグループホームに入れない ・通過型のグループホームからこぼれてしまう人。 ・知的障害対象のグループホームだと、日中はグループホーム内にいさせてもらえない ・働いていないと入れないグループホーム（知的対象）があり、働けなくなると出ていかななくてはならない 	<p>◆実際にやっている住まい探し</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループホーム探しは「ホーム連」を見ることが多い ・退院時の第1選択はグループホーム ・大家さんに精神障害をオープンにすることで話が円滑に進むこともある。 <p>◆生活力のチェック</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一人暮らしできるかわからないのでグループホームを選択する ・地域移行のショートステイでグループホームの生活を体験できる（コロナの影響がなければ） 	
社会参加 (就労)	<p>◆ピアサポート活動を活用したい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ピアサポート活動には、まったく取り組めていない。 ・市外ではピア活動積極的。病院と連携して、地域の社会資源の動画資料を作って患者に見せている。退院の体験談などもしている。今後、グループホームなどもしていきたい。ピアの報酬改定もされてきている。 ・OB訪問 		
保健 ・予防	<p>◆地域が求める医療との連携の形</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族の退院拒否 ・本人が入院している間に逃げる家族がいる。 ・家族からすると、閉鎖病院に頼るしかないこともある 		
医療	<p>◆地域が求める医療との連携の形</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院する方の情報がもっと欲しい ・病院がどんな所のサポートを必要としているのかを知りたい ・病院さんが退院を今後考えたい方がどんな層の方かを知って一緒に考える場があれば… ・通院先（主治医）を含めた支援会議を定期的に行えるのが理想だな、と思います。 ・退院に関するかわりは、我々は少ない。病院相談員から「見学いいですか」と言われて初めて知る。 ・地域移行のニーズをもった方の「掘り起こし」ができていない。病院からの連絡待ちになってしまっている。 ・病院への出張講座(退院促進) ・「やりたい」と思ってくれる利用者は支援したくなる。 <p>他とどのくらい連携できるか</p> <ul style="list-style-type: none"> ・すでに地域で生活している人が入院している人の好いモデルになる 		
障害福祉 ・介護	<p>◆協力を得られる事業所が少ない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重複障害(精神+身体、精神+知的など)に対応できる事業所がほとんどない ・知的障害などの重複障害をもっている方への支援の経 		<p>◆障害種別にこだわらない連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害種別にこだわらず話し合うことで知恵を得られる。みんなで相談しあえる環境があるといいな

	<p>験に乏しく、アセスメントも苦手である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者、介護区分がつかない人。身体疾患のある人、ふだんの健康管理ができない人たちの支援が難しい ・暴力、性的問題があると支援の協力を得にくい。 <p>◆作業所が合わない人の日中の過ごし方</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日中の活動場所がない ・日中活動先につながらない利用者さんに、いかに市内の資源をご案内できるかが課題です。 ・通所の送迎がほしい ・仕事しなくても良い通所先がほしい <p>◆地域移行に従事できるスタッフが少ない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域移行支援に従事できるスタッフが事業所内で一部に限定されている。 <p>◆制度に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神のグループホームは支援区分3前後が最大の支援体制 ・入退院を繰り返す人に対して、報酬が減る傾向 ・滞在型グループホームが少ない。滞在型は運営が難しい ・空室保障ない、経営難しい 		<p>と思う。</p>
<p>地域移行 ・ 退院促進</p>	<p>◆地域生活をしたいと思ってもらうための支援が足りない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院支援しようとする「追い出さないください」という患者がいる ・「施設に入るより病院にいるほうが安い」を理由に入院している人もいる ・若い人はグループホームのイメージがなかなか難しく、見学の促しや説明をしているがなかなかつながらない。 ・長期入院の方に地域での生活のイメージがあるか？ ↓ 地域から病院への情報発信の必要性 ・長い入院生活で1人になること自体が不安な方の支援。ヘルパー等支援者も1日中いるわけではない。夜間対応。 ・コロナ禍でグループホームにおいて退院後の生活の体験ができない <p>◆医療チーム内での地域移行の認識に差がある</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院スタッフの中での地域移行への理解に差がある？ 医師、看護師、医療相談室 ・病院の忙しい通常業務の中で、退院について患者さんとゆっくり話す時間の確保が難しい。 ・病院側とグループホーム側のとらえ方の違い。マッチング ・病院としてはグループホームがどこまでケアできるか分からない <p>◆本人と支援者の方向性が異なる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者さん→一人暮らしをしたい・支援者→一人暮らしは難しいと思っている対象者は難しい ・病院と本人の方向が定まっている人と、退院できるかから考える人がいる ・患者が、地域でくらすことの大切さを理解していないと慎が難しい。 ・以前グループホームから入院した人は、本人の目的と支援者の目的があっていなかった <p>◆病状とうまくつきあいながら地域生活を送っている人もいる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状イコール生活力ではない。グループホームに対してどこをアピールすればよいか ・地域で生活している人の中には、入院中の人と同じ程度の病状・生活力の人がいると思う <p>◆お金のやりくりのアセスメントは難しい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お金のやりくり。病院では経験できずアセスメントがむずかしい。 <p>◆退院の妨げになっているものは何かを考える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域での生活が基盤の人は、もう少し入院を、という状況でも退院してくる印象 ・現在長期入院されている方は退院が難しい方か？（既に退院しやすい方はされているのでは） 	<p>◆病院は退院に向けてミーティングや施設見学を行っている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5年以上の入院患者を退院に移行しようと、月に1～2回ミーティングしている。 ・病棟の看護師も一緒に見学に行く動きもたまにある。 	<p>◆それぞれの機関がもっている情報を共有して、地域移行をすすめたい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・見える化、定例会、一本化 ・地域移行事業所と病院に行き、対象者の相談をすることはできないか ・病院の地域移行部署がどんなことをしているかを知りたい。 ・事例検討などを交えた連絡会を実施。市内の病院を含めた。 <p>◆地域と病院の相互交流</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なるべく地域の方との交流ができるようにし、「自分も地域に出たい」と思えるようにしたい。 ・地域の方が病院に来て～といったものも、検討していきたい。

理想の姿：障害のある人もない人も、お互いに尊重し合い、市民全てが安心して自立した暮らしができるまち・府中の実現

【地域生活】（地域生活の定着のために）

構成要素	困り・課題/まだ取り組めていないこと	実施していること	実施できる事/今後できそうな事
地域の 助け合い ・ 教育	<p>◆生活リズムの獲得</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活を立て直すことが難しい 薬の飲み忘れや拒否 生活習慣（朝起きる、携帯電話、スマホ使い方） <p>◆精神疾患を身近に感じてもらう工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> 学校教育で心の不調や精神疾患、治療法等を教える（受診スムーズになる） 教育で精神障害について啓発 <p>◆精神障害があると当事者・家族がより孤立しやすい</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族が、子どもが病状を持っていることに気づいても、どこにもつながらない。 両親が伏せたがる 自分たちが我慢すればよいと考える。 どうアプローチするか。つながってよいことをどう伝えるか。 たすけようがなくて、どん底→暴力→病院 高齢者支援課では、家庭内暴力により警察介入で把握するケースも多い 8050問題で、親がなくなり子が残されて訪問するパターンもある。 親のところに戻ってきて、ずっと抱えている 偏見があるため「ここはグループホームです」とは掲げられず、近所付き合いが少ない。 	<p>◆訪問支援している作業所がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 社協の「わがまち活動」では地域のつながりでき、地域の気づきとして表出してくる。 他の機関に訪問をつなげられる状況ではない場合、積極的介入は難しい。安否確認ではないが、自宅前を通る。フリーで近所の人みたいな感じで役に立つことがあれば、と思う。 <p>◆孤立しないための支援</p> <ul style="list-style-type: none"> 許可を取って積極的に利用者の家に訪問 親の気持ちをよく聞いて元気になってもらっている。 家族への対応については、状況によって定期的に面談をしたりしている 	
住まい	<p>◆アパート探しの壁（精神障害と言う偏見、保証人問題、トラブル）</p> <ul style="list-style-type: none"> 決まった不動産屋さんしか借りられない 精神障害以外の疾患で借りるなど、精神疾患を隠して賃借契約することがある等周囲への理解が難しい 保証人がいない。緊急連絡先すらない。（近場で保証人になってくれる場所がない。） アパート探し 生活保護 普段何しているのかネックになってしまう <p>◆住まいの選択肢が限られている</p> <ul style="list-style-type: none"> 精神の方の滞在型グループホームがない。 入院か地域かの選択肢しかない。 	<p>◆馴染みの不動産屋をつくる</p> <ul style="list-style-type: none"> なじみの不動産がいると話が進むことがある 緊急事態に対応してくれる人がいることを条件に貸してくれることがある。 精神障害ありますとグループホームで生活できていたと伝えることで不動産もOK 精神障害に理解がある不動産屋もいる。 	
社会参加 (就労)	<p>◆社会につながれない人がいる</p> <ul style="list-style-type: none"> パニック発作等で自宅からでられない方の通所先への移動手段（精神の作業所は送迎がない） 現状、地域社会に参加できず、自信をなくしている。 障害の内容によるが、家族の理解が得られず関係性を作るのが大変であった。 <p>◆仕事が続かない</p> <ul style="list-style-type: none"> お金が欲しくて就労するも仕事が続かない 	<p>◆他者とかかわる機会をつくる</p> <ul style="list-style-type: none"> B型作業所や就労移行支援事業所の紹介を医療機関からダイレクトでつなぐことがある。 B型作業所として安定的な通所をすること自体を目的として利用していただければいいかなと思う。 精神障害の人の就労支援を実施している（人員が増えればもっといろいろな支援ができる） 見学の際の連絡（一報）は入れたりして、事業所見学への後押しはしている。 ひきこもりの方のボランティア活動の場（月1～2回）地域生活支援センターあけぼので行っている。 	
保健 ・ 予防	<p>◆家族の負担が大きい</p> <ul style="list-style-type: none"> 引きこもりの支援が、親や兄弟に任されている。本人が外からの支援を拒否するので家族は困っている。 家庭内暴力が起きた時、警察しか頼れず、警察が対応してくれない程度のトラブルは、家族は本当に困る。 家族の問題を家族内で抱えてしまっている個別事例がまだある。（家庭内暴力等） 親のところに戻ってきて、ずっと抱えている <p>◆精神科に行きにくい</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般の診療科に受診するように精神科にも受診できるとよい 病状悪化前に外につながれるとよいのだが、つながりたくない、つながる先を知らない、でつながらない。 もしかしたら精神科かも、の人なかなか即座に病院や相談につながらない。難しい 		

	<ul style="list-style-type: none"> ・強制入院により精神科にマイナスイメージがある ◆本人の理解が得られず、次の支援につながらない ・地域生活支援センタープラザなどの相談などと連携してつなぎたいが本人の認識・理解が得られない。 ◆他の病気に気付きにくい ・内科疾患の管理が出来ない。自ら内科受診に繋がれない。定期的な健康診断。 ・疾患のコントロールが難しい ・自分の健康課題になかなか向き合えず。 		
医療	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療の継続の難しさ ・服薬中断、服薬拒否 ・主治医が異動してしまう ・診察を往診で診てくれる医師が少ない ・受診同行してくれる機関が少ない ・受診中断の把握が難しい ・体調が悪くなってもすぐに受診できない。 ・自分の健康課題になかなか向き合えず。 ◆医療を含めたチーム作り ・入院中からのチーム作りをしたい(しっかりできていると退院後支援の導入がスムーズ、情報共有ができる、悪化時の支援体制づくり) ・クリニック主治医と個別事例の共有がしたい ・通院先との医師との対話する時間少ない ・外来同行したいが、ご本人の許可が得られず、症状悪化(変化)に気づけても動けない ◆疾病教育が必要 ・「自分はおかしくない、周りが自分をおかしいと言う」という方が多い ・就労 B 型作業所から A 型作業所、就労移行支援と急激に求められる ・症状が出ても本人に病識が無く、急性症状が無く、急性症状が始まって強制入院になる間、家族も本人も大変な生活になる。 ・難しいのは再発頻度の高い人。入院中は安定していても退院するとすぐに体調を崩す人。 ・強制的な入院が減るといい 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関との情報共有 ・必要時、医師と支援会議ができるような体制 ・積極的に支援会議に参加している。 ◆必要時に地域の支援者が通院同行している ・医療的に放っておけないときには、訪問看護が通院同行をしたりすることがある。 ・グループホームも通院があったときには同行している。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆医療機関との情報共有 ・積極的に、医師に支援会議を呼びかける姿勢 ・生活のアセスメント(個別支援計画)を医療と共有できれば、より対象者のアセスメントも深まる。
障害福祉・介護	<ul style="list-style-type: none"> ◆福祉のチーム連携強化 ・サービス提供事業所に入退院の連絡が欲しい ・情報の集約先が明確でないと大変 ・本人を含めた支援チームの中で自立に向けた支援方針が行き届いていない ・一つの事業所しか支援には入れていない個別事例をチームで支えたい ・介護・ケアマネ等と密な連携がしたい ・多問題、支援会議を多くする ・支援負担が偏らないとよい ・グループホームに入居後の生活のアセスメントがもう少し共有できるといいか ・他機関との情報共有 ・「本人の理解を取っていますか」ハードル ・通過型等事業所としてはいかに連携の取れる支援体制をつくるかが課題です。 ◆障害特性の多様化により本人に合った施設が少ない ・精神障害の方(易怒性=高)を受け入れてくれる施設の少なさ ・本人にとってちょうどよい作業所の少なさ(特に発達障害) ・受け皿になってくれる施設が少ない(自立訓練、GH等) ◆福祉分野の人材不足 ・継続的に地域で関わるコーディネーターがいない(行政以外) ・ヘルパー(家事援助)のやり手が少ない(マンパワー、サービス単価の低さ) ・地域移行の担い手が少ない ・人材確保が難しい ・相談支援事業所がもう少し増えたらいいな・・・ ・すぐにサービスに繋がらなくても、長いスパンで関わり続けること ◆制度の限界 ・同居者(配偶者や子ども等)がいる場合、サービス利用 	<ul style="list-style-type: none"> ◆支援者、支援機関とつながり続けるためのかわり ・「こんなところがあるからまた来てね」とは伝える。 ・密に、毎月モニタリングなどして調子を確認。発見早いのはヘルパーや訪看護 ・グループホームでは何かあれば相談できるよう声かけをしている ・計画相談はサービス使いたい人の支援が主だが、訪問看護や社協から「あの人ずっと家にいるが、何かできないか」と相談来ることがある。しかし、訪問看護や社協から紹介されるケースには「話はしたいがサービスは別に」という人もいる。 ・親が亡くなったタイミングで支援につながる。 ◆地域生活の不安を聞く ・グループホームでは定期的に面談をしている ・毎日の電話、メール対応 ・夜間の電話対応ができると利用者の安心材料になる ・訪問看護は事業所にもよるが24時間対応を行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ◆連携する上で出来ることを柔軟に考える ・通院同行をする際、安定して通院ができるまで各包括ケアシステムの中でどこが担っていくかの役割分担。 ・チームで支援になった時、それぞれがその枠組みのみの仕事で考えるのではなく、もう少し関係機関でできることを持ち出しながら役割を分担できるとよい。 ◆障害種別にこだわらない連携 ・地域生活支援センターでも、障害種別による経験の差がある。重複に関しては、みんなでかかわっていただければよいと思う。

	<p>の範囲の制限が出てしまうことのヘルパーの入り方の難しさ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ショートステイ、グループホームへの受け入れ。ショートステイは報酬が厳しい？常勤職員の人件費などの兼ね合いで20/30日は難しい(稼働日の課題) <p>◆人材育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援者のスキルアップ ・対象者への色々なアプローチを考えている。 ・ストレングスに着目 <p>◆相談員の専門相談</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「こんな個別事例を把握した、どうすればよいか」と地域の相談員が相談できる先があるとよい。 ・怒りやすい人等の支援の難しさ(コーディネート) <p>◆レスパイト先を増やしたい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者当事者のレスパイトする場所(受け入れ先)が少ない。短期入所先そのもの ・居場所 ・地域資源を活用しきれていない。 ・ショートステイをもっと利用したい。 <p>◆支援が必要だけど福祉サービスにつながらない人への見守りの仕組みづくり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービスに繋がらない方への受け皿がほしい ・見守り的な訪問支援 		
<p>地域移行 ・ 退院促進</p>	<p>◆地域で生活し続けるために必要な支援と繋がりにくい</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分でサービスを切る ・サービス導入への動機が低い ・相談のニーズがない ・支援そのものを受け入れることに時間がかかる <p>◆キーパーソンがいない</p>		