

精神障害にも対応した地域包括
ケアシステム構築推進事業

～R4年度 進め隊 活動報告～

千葉市の精神障害者の地域移行推進に関する取り組み

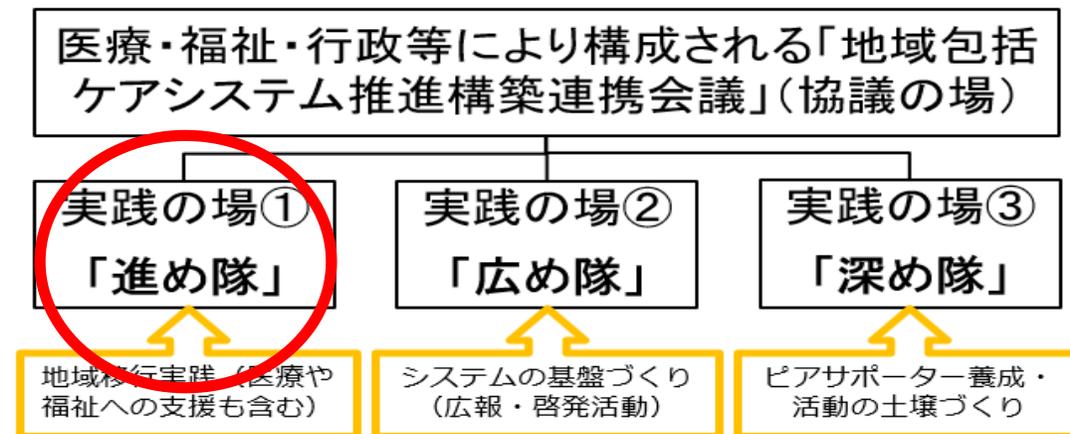
平成27年度 措置入院者の退院に向けた支援の調整を実施

平成28年度 長期入院精神障害者地域移行総合的推進体制検証事業を実施

平成29年度 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業」を実施

千葉市における「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」構築のための組織図及び役割・機能（イメージ）

【組織図】



3つの分科会を組織し、各事業内容に取り組む。

進め隊の目的

- ① 長期入院（社会的入院）の解消
- ② ニューロング
（あらたな長期・社会的入院）の防止
- ③ 不必要な入退院を繰り返さない
地域定着の実現

これら3つの課題を千葉市としてどのように解決していくか
基盤整備を整えていくことが進め隊です

「進め隊」平成29年度～31年度活動内容

- ・ **退院支援チーム**を結成し、対象者（医療機関に人選頂いた長期入院の方）の退院支援の検討
- ・ **入院患者様の事業所体験**（作業所・グループホームの見学・体験）
- ・ 医療従事者向けの**院内研修会** / 医療機関の関係者へ事業説明
- ・ **入院患者向けの退院に関する意向調査（アンケート）**

長期入院者の直接的な退院支援や入院患者、医療従事者向けに退院に向けての動機付けを目的とした活動を実施

「進め隊」令和元年～2年度活動内容

☆地域移行を進めるために・・・

福祉サービスとしての地域移行支援を提供する事業所（一般相談支援事業所）を増やすことで長期入院者の退院は進むのではないかと



- ・ **構築推進サポーター事業**を開始
 - ➡地域移行のノウハウがある事業者がOJTを行い、地域移行の経験が浅い事業所をフォローし、地域移行を進める。ノウハウをレクチャーすることで一般相談支援の提供ができるようになり、事業所が増えるだろう。
- ・ 地域課題の抽出や支援事業所のスキルアップ
 - ➡事例検討を通じたマニュアルパスづくり

コロナ禍で院内に入る活動が困難になり、隊員が集まることも難しくなっていました

「進め隊」令和3年度～活動内容

☆地域移行支援事業所（一般相談支援事業所）がなかなか増えない

➡改めて各支援機関の想いを聴いてみる必要がある

・地域の課題を抽出するため「**地域移行意識調査（アンケート）**」を実施

➡市内精神科病院、相談支援事業所、福祉サービス事業所

アンケートから

人手が足りない、新しいことを始める余裕がない、今の業務で手一杯という結果が得られる・・・

一方で、地域移行支援について興味関心があるという声が多く地域も医療も**連携の必要性**を感じていることがわかる

「連携」という言葉だけ先走りして、一体何が求めている連携なのかという具体的なものは書かれていなかった。ましてや、医療は地域の、地域は医療に対しての不満や至らなさを指摘するようなすれ違いが生じていた。

「進め隊」 R4年度活動内容

- ・ R3年度のアンケート結果から、医療機関と地域事業所の理解にすれ違いがあることが判明。本来であれば顔を合わせ、話し合える場をつくることが望ましい。が、コロナ禍ということで設定できず。
➡共通の認識が可能となるツール作成を行い、医療機関・地域の事業所へ説明を行うことを検討。

地域移行支援の手順書作成に着手

引き続き構築推進サポーター事業を実施（長期入院者の退院を目指す）

千葉県自立支援協議会、障害者基幹相談支援センターとも連携を図り、相互理解の元地域移行を進めていく土台作り。



精神症状は落ち着いているけれど、退院ができない方
◆長期にわたり入院している
◆入退院を繰り返している

等々



地域移行支援

◆一般相談支援事業所の相談員が担当に就き、退院先や退院後の生活を本人の希望・関係機関の見立てを元に組み立てていく。

医療機関での
方向性の相談



グループホームや作
業所の見学 等



一般相談員と面談し、本人の希望確認、支援の方向性の相談。





入院治療を経て回復。



・元々計画相談員が付いている方
退院後の生活調整

・病院の相談員が退院後の生活環境調整
(住居・グループホーム・ヘルパー・作業所 等)

★医療機関の見立てと地域側の見立てに差が生じていることもあり、退院の調整に早めに地域が関わることで差を埋められるメリットがある。

◆支援に必要な計画作成を相談員へ依頼。
◆相談員が見つからず、**障害者基幹相談支援センター**へ相談。
→福祉サービス導入にあたり計画相談員の調整
→福祉サービス導入にあたりセルフプランの作成手伝い

◆本人の支援拒否等あり、福祉サービスや訪問看護等の導入なし



地域移行支援 手順書（作成中）

地域移行支援手順	期間	回数	本人・家族	相談支援専門員	書式・留意事項・行政	医療機関
						退院調整の検討、地域移行支援利用の検討 本人、家族への説明 相談支援事業所や基幹相談支援センターへ 地域移行支援の相談 フェイスシートの作成
インタビュー	支給決定前	1回～2回	氏名、住所、家族歴、 主な要望などを話す 契約書等を交わす	主訴と基本的な個人情報の聴取・契約	相談受付表 相談支援事業所の契約書 重要事項説明書、個人情報同意書	相談支援専門員や基幹相談支援センターへ フェイスシートを提出 相談支援専門員や基幹相談支援センターとの 面談同席
アセスメント		2回程		病歴、生活歴の聴取（概要） 出生や教育歴、主病名、受診歴（入院、通院機関と期間）、生活 歴 障害の状態等の聴取（概要） 経済状況、服薬等健康面、住環境、 整容行為、睡眠、洗濯等、身体面の自立度、意思伝達、社会生活 技能等	オリエンテーション用紙（病歴、生活歴を記録 する用紙） アセスメント用紙	相談支援専門員や基幹相談支援センターとの 面談同席
プランニング 計画作成面談			希望する生活を話す	本人の要望、希望する暮らし、生活上の目標、どのような生活をし たいか、課題やニーズ、どうなりたいかなどを聞く	サービス等利用計画書 地域移行支援計画書	
（プランニング） （計画案作成）				相談支援専門員が、右記計画書（2種）を事業所で作成する。	サービス等利用計画書 地域移行支援計画書	
プランニング 計画書作成面談		1回～2回	右記計画書の説明を 受ける。	右記計画書の説明と同意を得る	サービス等利用計画書 地域移行支援計画書	相談支援専門員や基幹相談支援センターとの 面談同席
障害福祉サービスの申請		1回	右記申請書類に記入 する	右記申請書類を本人に説明し記入を手伝う	訓練等給付費・介護給付費申請書、計画相談支 援給付費支給申請書・計画相談支援依頼（変 更）届出書	相談支援専門員や基幹相談支援センターとの 面談同席
各区保健福祉センター 高齢障害支援課障害支援 班へ 計画書と申請書提出 認定調査の依頼	目安として、インタ ークから申請まで凡そ2 か月間。その間の面談 は月2回行う			上記計画書（案）（2種）と申請書類を行政の担当課に提出。郵送 か窓口での提出。 申請時に本人の病名や簡単な生活状況などの聴取が行政からあ る。行政が病院に訪問してくれる場合もある。 認定調査の依頼は申請書と計画書（案）の備考に記入する	本来地域移行支援は障害支援区分は不要。 グループホームやヘルパーなどの利用予定が 2,3か月後など見通しが立ってから申請する。	
障害福祉サービス（地域 移行支援）支給決定	地域移行支援の標準支 給決定期間は6か月 （最長2回までの更新 （例外あり））				【高齢障害支援課】 障害福祉サービス受給者証 交付 計画相談支援・地域移行支援の支給決定	
サービス担当者会議 （地域移行支援のキック オフ）	1か月目	1回	希望する生活、目標、 課題、改善法などを話 す	これまでの経過、病状説明、不調時の対応、入院中や退院後の支援 の方向性の検討	参加者 主治医、病棟看護師、相談員、相談支援専門員、家 族他	サービス担当者会議への出席
地域移行支援 ・アセスメントを深める	2か月～ 3か月目	月2回以 上の対面	入院病棟での面談 上記アセスメントを更に深める		留意事項 地域移行支援では早期から障害福祉サービス	相談支援専門員や基幹相談支援センターとの 面談同席

<p>・生活目標から具体的な生活上の計画を立てる</p> <p>・クライシスプランを作成し共有する</p> <p>(認定調査)</p>		<p>での支援を要す</p>	<p>・問題・課題の振り返りと今後の対処方法の検討。 例えば病状の再燃時の振り返り。 どのような生活をしてきたのか。なぜ再燃したと思うか。再発しないためにはどうすれば良いか。拒薬、怠業か、なぜ怠業等をしたのか。怠業等をしないためにはどうすれば良いか。 ストレス過多だったか、何がストレスとなるか、どの程度の負荷なら安定した生活を継続できると思うか。 ・生活目標や、その実現方法の検討。 どのような環境(単身生活か、グループホームか、馴染みの土地か、通院や利便性重視かなど)で、どのような生活をしたいか(短期目標、長期目標)どのような支援が必要か。 ・IADLのアセスメント 実際の生活上、何ができて何ができないのか、退院後どんなサポートが必要か、具体的な生活場面を想定して生活のイメージを作る。障害福祉サービスの何が必要なのか、何をしたい、どこに住み、日中は何をしたいのか共に考え、決める。 ・クライシスプランの作成(病棟看護師・相談員・相談支援専門員) 状態のリスク程度(低・中・高)に応じて ・状況/注意サイン・職員の対応・本人の対応を本人と話し合いながら作成する</p>	<p>に当てはめることを急がないこと。どんな生活をしてきたのか、何に困難感があったのか、何に価値を置いてきたのか。困難や課題を改善する方法は何か。改善策としての支援体制、かつ希望する生活を実現するための支援体制をどう整備するか。を考えること。その手段が医療、福祉、行政などのフォーマル資源、あるいは家族他インフォーマル資源と考える。</p> <p>※書式例(下記項目を表にする)</p> <p>状況/注意サイン・職員対応・本人対応</p> <p>低 中 高</p>	<p>クライシスプランの作成</p>
<p>・地域移行後の生活の場の見学、体験</p>	<p>2～3 か月日</p>		<p>認定調査は、本人、病棟看護師、相談支援専門員の出席が望ましい。相談支援専門員としてのアセスメントが終わり認定調査員に的確に説明できること。認定調査→審査会→障害支援区分決定に1～2か月要す。グループホームの体験入所時に、(この時点ではまだ不要ではあるが)入所後の目安として示せると良い (入所中は服薬等安定し3食他規則正しく看護も手厚く、安定し区分が低く出る。区分が高い方が入居を受け入れるインセンティブとなる。不調時を想定して回答することが制度上規定されている。</p>	<p>行政直轄や委託事業者による障害支援区分認定調査</p>	<p>障害支援区分認定調査の出席</p>
	<p>4～5 か月日</p>	<p>複数回 2泊3日など</p>	<p>・グループホームやアパートの情報収集、見学、体験宿泊をする。 アパート探しのための不動産業者での相談など。 ・障害福祉サービス等の日中活動の場の情報収集、見学、体験利用と、その都度の振り返り→実際に体験宿泊や体験利用を通して見えてきた利用者の特徴やできること、できないことを共有し、退院後の生活に必要な援助を具体化させる。</p> <p>右欄説明 ○地域移行支援の体験宿泊加算、体験利用加算の場合 地域移行支援の上記2種の加算は、地域移行支援を担う一般相談支援事業所に支給される。この加算を原資にグループホームや就労継続支援B型事業所等に委託料を支払うことができる。これにより、利用者の体験宿泊料や体験利用料を免除することができる。一般相談支援事業所とグループホーム等との間で(委託料を支払う目的)委託契約書を交わす必要がある。 体験宿泊加算(Ⅰ)(Ⅱ)：(Ⅰ：単身生活への体験)(Ⅱ：夜間帯の見守り等の支援)：共に15日間限度 障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)(Ⅱ)：(Ⅰ：5日以内)(Ⅱ：6日以上15日以内)</p>	<p>受入事業所と、下記選択肢のいずれとするか決める ○地域移行支援の体験宿泊加算(グループホーム等)、 体験利用加算(就労継続支援B型等)の場合 地域移行支援の上記2種の加算により、利用者の(居室利用料など)体験利用料の免除の原資にできる(以下左欄に記載) ○障害福祉サービス利用の場合 共同生活援助(体験) 各書類(申請書・計画書(案)・家賃証明書)を窓口提出のうえ、受給者証の発行をする。 ○「にも包括」事業利用の場合</p>	<p>GH、アパート見学同行 日常生活に向けての本人支援(服薬の自己管理、身だしなみ等のトレーニング)</p>

				「日中活動体験プログラム」「生活訓練体験プログラム」 に関する申請書の提出。(規定金あり)	
退院前カンファレンス	6か月目	1回	医療、福祉、行政、家族で支援会議を開く 目的は、疾患や障害の説明と理解。サービス等利用計画書やクライシスプランの共有。支援チーム作り。	参加者 主治医、病棟看護師、訪問看護師、精神保健福祉士等相談員、居住系、就労系、ヘルパー、高齢障害支援課、健康課、保體所など	退院前カンファレンスの出席
生活用品購入援助		1～2回	日用品、家具什器、テレビ、布団など(生活保護の一時扶助申請の場合は見積もり→購入→領収証添付申請)	生活保護の家具什器費等の申請援助	本人、関係者と連絡調整
サービス等利用計画書作成 申請書提出			退院後用のサービス等利用計画書(作成は退院前カンファレンスの前でも後でも良い)	高齢障害支援課に更新申請書と共に提出	
退院、入居等援助			退院・入居用荷物搬送、入居契約、入居立ち合い		
各種手続き援助		退院後 1～2回	【変更手続き関係】 住民票異動/国民健康保険証住所変更/生活保護変更申請/障害福祉サービス受給者証の住所変更 /障害者手帳住所変更など 【新規申請】※対象要件あり。 自立支援医療受給者証/グループホーム等家賃助成/通所施設通所交通費助成/千葉市福祉手当など	病院から入退院証明書発行 【障害福祉サービス課】 地域移行支援に係る加算の申請等 (例：グループホームの精神障害者支援特別加算・就労継続B型等の社会生活支援特別加算) 地域移行後用のサービス等利用計画書に記入し、加算の支給申請を明示する。	

フェイスシート (作成中)

フェイスシート

医療機関名

作成者

作成日 年 月 日

氏名 (フリガナ)		性 自 認	
生年月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒		
電話番号	— —		
疾患名			
経済状況			
家族歴 (ジェノグラム)	家族状況 (家族ごとの関係性・エピソード)		
生活歴・成育歴			
病歴			

今回入院日	年 月 日 (歳)	入院形態	
入院中の様子			
1. 病状			
①治療経過			
②定期薬、頓服薬の使用状況			
③精神科以外の疾患や病状			
④身体状況 (ADL の程度など)			
2. 本人の思考、行動特性・傾向			
3. 不調のサイン、不調への対処法、関わる際の留意事項など			
今後のこと			
本人の希望 (生活のことなど)			
制度利用状況 (保有にはチェック (✓))			
<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険			

千葉県精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築推進事業 進め隊

「進め隊」 R5年度の課題・方針

- ・手順書の完成 ➡ 普及活動

課題 市内の医療機関、相談支援事業所等へ説明をする場の設定が必要であるが、特に医療機関への説明の場の設定は容易でないことが想定される

※5月に市内病院にて出前研修を実施予定。研修を通じて他病院との交流機会も増やしていく

- ・障害者基幹相談支援センターとも連携強化し、相談員が足りていない現状の中で地域移行・定着を進めるためのシステム作りを検討する。

課題 地域定着のシステム作りの着手

ご清聴ありがとうございました