

地域連携クリニカルパスを活用した治療中断予防のための医療機関・地域の連携推進 ～精神障害者の非自発的入院を防ぎ、安定した地域移行のために～

北多摩北部保健医療圏

実施年度	開始 平成20年度 終了（予定） 平成21年度
背景	精神保健福祉活動において、未治療・治療中断は最も重要な課題である。保健所の活動においても警察官通報を繰り返す事例を分析したところ、家族機能の弱さや病気の理解が不十分、病識の欠如、人格障害、薬物依存、発達障害などの問題が複合的に存在していた。治療中断の結果、治療再導入や非自発的な入院などその対応には、困難を極めることが多くなる。 このような背景から、治療中断予防のためには、病院と地域の社会資源が連携していく体制づくりが必要であった。
目標	<計画全体の目標> 1 地域連携クリニカルパス（以下、地域連携パス）を活用した連携を推進する 2 退院促進支援事業との連動により精神障害者の安定した地域移行を目指す <平成21年度の目標> 1 精神科医療機関と地域の連携基盤の構築 2 退院促進支援事業の支援
事業内容	1 地域支援連携会議 開催回数：全3回 内 容：地域連携の現状についての意見交換 2 退院促進支援事業支援 ① 月1回定例会 (検討事項)・退院支援患者の検討（アセスメント）の実施 ・病院・地域向け学習会「退院支援セミナー」企画 ・病院への出前講座参加 ② 退院支援セミナー協力
評価	平成20から平成21年度にかけて、病院への現状調査、研修会、連携会議において医療機関・地域の連携について検討を行い、報告書としてまとめた。 このなかで、「治療中断をおこしやすい」もしくは「関係者が関わりにくい」と感じている精神障害者の特徴として、「単身・家族支援が期待できない」「病識がない」「信頼関係を築けない」等があげられた。病院、地域関係者も日々対応はしているが、相談数の増加や相談内容の複雑化により、単一の機関では支援が困難であり、連携・役割分担しながら対応している現状が確認できた。また、医療機関には治療中断を把握するシステムがないことがわかり、特に主治医の異動や地域との連携が十分でない場合に治療中断が起こる可能性があることが示唆された。 退院促進支援事業において、長期入院患者の地域移行支援では、入院中から医療機関と連携し、医療機関・地域の関係者・精神障害者がいっしょになって、地域生活を考えることで、スムーズな退院や安定した地域生活を継続できることが確認できた。 当初は、クリニカルパスを使用した連携推進を試みたが、検討過程で「まず、地域の役割を知ること」「クリニカルパスを使い、カンファレンスをするための時間や人手がない」「ツールを使わなくても日頃から声をかけあう連携が重要ではないか」と意見があり、具体的な連携方法について、さらに検討が必要であることがわかった。
問い合わせ先	多摩小平保健所 保健対策課 地域保健係 電 話 042-450-3111 ファクシミリ 042-450-3261 E-mail S0200170@section.metro.tokyo.jp

平成 21 年度事業内容

1 地域支援連携会議の開催

I 背景

事業を企画したときには、地域連携パスを作ることが事業の目的だったが、平成 20 年度に実施した調査や研修会で、精神障害者の思いや支援者側の連携の必要性について意見を聞いたところ、精神障害者の特性から地域連携パスが機能するには、まだ検討が必要なこと、現段階では、病院と地域がお互いの役割を理解し、上手に連携していくことが必要であると確認できた。こうした経緯から今年度は、地域で支援が必要な精神障害者の現状、支援のあり方、医療機関と地域の連携状況について具体的に「現状と課題」を整理するために、意見交換の場を設けることとした。

II 目的

- ① 精神障害者の入院から退院の流れをスムーズにし、安定した地域生活に移行できるよう入院時の連携、院内での生活指導、退院時の連携のポイントを整理する。
- ② 治療中断予防のために、地域生活における危機管理体制のあり方について検討する。
- ③ ①②を整理したうえで、病院と地域が相互に利用できるマニュアルを作成する。

III 委員構成

市	所 属	職 種	委員名
小平市	国立精神神経センター	看護師長	富澤明美
	多摩済生病院	ソーシャルワーカー	尾花直子
	リサーチQまちかど保健室	看護師	村上文子
清瀬市	清瀬市役所生活福祉課	退院支援員	青山詩子
西東京市	生活支援センターハーモニー	相談員	木村有友美
東村山市	多摩あおば病院	看護師	鈴木由美子
	東村山市役所障害支援課	保健師	西尾まり子
東久留米市	生活支援センターめるくまーる	相談員	鈴木浩司

IV 内容

開催回数：全 3 回

内 容：地域連携の現状と課題について

2 退院促進支援事業

I 経緯

多摩小平保健所管内では、平成 16 年度に「東京都退院促進モデル事業」に取り組み、病院の情報集、入院患者向けのリーフレットの作成、研修等を行った。また、従前から地域生活支援センター、市障害福祉担当者、保健所が参加し、「圏域相談事業者連絡会」、各市の社会復帰施設等が参加している「精神業務連絡会」を開催しており、ここで退院促進支援事業の話し合いがされた。

その結果、「退院促進支援事業は必要であり、興味もあるが、ひとつの地域生活支援センターだけでは人員も少なく対応できない。5つのセンターが協力してできないか」という意見がまとまり、5つの事業所が連携、分担して行う形がスタートした。保健所はその事業推進母体「退院支援連絡会」を立ち上げるにあたり、各市や管内の病院にともに挨拶に行き、圏域全体が本事業に協力する形でスタートした。

II 体制

「北多摩北部退院支援事業委員会（ごしごしの会）」月 1 回実施。

（検討事項）

- ・ 退院支援患者の検討（アセスメント）の実施
- ・ 病院・地域向け学習会「退院支援セミナー」企画
- ・ 病院への出前講座参加

III 進捗状況

平成 22 年 3 月現在

- ① 管内協力病院：10 病院（全病院）
- ② 対象者：退院者 8 名 支援 11 名 合計 19 名
- ③ 退院支援セミナーの開催

	平成 20 年度	平成 21 年度
テーマ	医療がささえ地域がむすぶ～その人らしく地域で安心して暮らしていくために～	
参加者	73名	79名
内 容	i 国立精神・神経センター病院の退院促進の取り組みから 国立精神・神経センター退院調整看護師長 富澤明美氏 ii 地域の精神障害者を支える社会資源について 地域生活支援センターハーモニー 國井良彦氏 iii 北多摩北部地域における退院支援事業の紹介 地域生活支援センターあさやけ 伊藤善尚氏	i 病院からの卒業～松見病院での退院支援事例を通して～ 松見病院看護副部長 實藤順子氏 松見病院精神保健福祉士 古川玲衣氏 地域生活支援センターあさやけ花形朗子氏 地域生活支援センターふれあいの郷 矢野水基氏 ii 清瀬富士見病院における院内プログラム（座談会）の紹介 清瀬富士見病院 相談室 長谷川志穂氏 地域生活支援センターどんぐり湊 容子氏

2 年間の事業結果から（まとめ）

治療中断がおきやすい人・地域で生活しづらさを持っている人

< 相談者自身の背景 >

病識・病感がない人 相談する力がない人 病気の理解が不十分な人
独自の考え方（人生観、健康法、宗教等）がある人 支援を必要と感じていない人
訴えは多いが、何に困っているか分かりづらい人 最初の入院が納得いかなかった
就職にあせりがある人



薬の副作用がい
や、早く仕事につ
きたいなあ・・・。

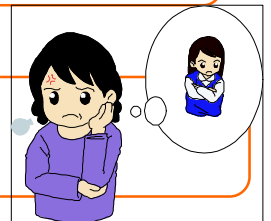
< 生活上の背景 >



単身 経済的要因 大声を出してしまう
生活技術（金銭管理、ごみ出し等）が欠如している人

< 対人関係 >

対人関係が苦手な人 暴力的な人 地域とのつながりが希薄な人
援助関係が築けない人・信頼関係を築けない人 他者との関わりを拒む人



< 家族背景 >

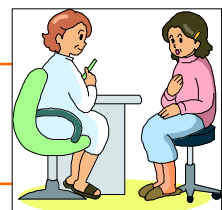


家族の高齢化・死亡 家族の力が弱い人 家族が治療の納得をしない
家族が病氣と認めたくない

誰かが入院させてくれないかしら・・・。

< 支援者の連携やシステムの背景 >

生活状況の把握ができない 相談している職員の異動 主治医の変更
夜間の対応ができない 治療中断を把握する仕組みがない



< 支援者の人員不足や援助技術の背景 >

本人に関わるきっかけがつかめない（近隣苦情ケース等）
治療の必要性に対する説明不足 相談・サービス拒否時の支援継続が困難



忙しくて手が回らない。

病院と地域の連携の現状について

連携の時期：入退院時が多い

方法：主治医連絡、ソーシャルワーカーとの連絡 ケースカンファレンス

内容：入院時は生活状況、家族状況等の情報提供

退院時は安定した地域生活のためのサービス内容や関係者の役割分担

課題

- ① 治療中断が長い場合、家族支援が期待できない場合は入院に至るまで時間がかかる。
- ② 近隣苦情の場合、病気の見極めや関わりのきっかけに苦慮することが多い。
- ③ 措置入院の場合は、生活情報が十分に病院に提供できないまま、病状の安定があると退院が決まり、地域生活の支援体制が整わない場合がある。
- ④ 連携は、病院・地域とも「必要」と思っているが、「お互いの役割が十分にわからない」、「カンファレンスのための時間がとれない」等の現状がある。

安定した地域生活のために必要なこと

安全、安心した環境づくり

○安心した生活空間の確保

○信頼できる医療や相談を受けられる環境

（具体的にできること）

- ・支援者が関わる時には、ある程度「Needs」に沿うことが必要。丁寧な関わりは、治療中断からの病状悪化による危機的状態にはなることは少ない。生活能力を培う支援とともに、ときには楽しいと思える時間を共有し、信頼関係を築くことが必要。
- ・まずは、経験してみることも大事。「その人にあった生活」を経験しながらいっしょに考えていきましょう。

家族への支援

○困っている家族の状況をキャッチすること

○病気の理解や本人の支援方法等、家族の力を引き出すこと

（具体的にできること）

- ・家族自身が安心して相談できるような雰囲気づくりが大切。受診時、病気の説明時、入院時、各種サービスを導入する時に積極的に声をかけてみるとよい。
- ・家族の話を聞くことで、家族や支援者も問題が整理できることもあります。初めに相談を受けたところはできるかぎり話をじっくりと聞いてみるのが大事。
- ・家族自身が交流する場所。

危機管理時（病状悪化時）の安全確保

○病状の変化に早めに気づき、早めに医療介入を行うこと

○それには、普段から本人、家族、支援する人がみなでいっしょに SOS のサインを考えていくことが有効例）訴えが多い、生活パターンが崩れる等

（具体的にできること）

- ・具合が悪くなるときの状況を本人といっしょに確認する。また、信頼関係を築いている医師や地域関係者が交代する時は、治療中断がおこりやすい。日ごろからいろいろな機関が関わり、信頼できる人を増やしておいたり、引継ぎは丁寧に行うことが大事。
- ・入院するときには、本人の病状が悪くても、ある程度「本人なりの決断をする」ことが必要。それには日頃から本人と支援者の「関係性」を築いていく。
- ・本人も自ら「助けて」と言える力を持てるような支援も必要。
- ・危機介入時には、特に関係者の協力、連携は欠かせない。関係する機関は日頃からどのような役割があるかを確認しておくこと。

連携の‘コツ’ってどんなこと？

病院・地域の関係者に聞いてみました。連携の‘コツ’ってどんなこと？



気軽に話せる関係って大事だと思います。顔をあわせることから始まりますよね。



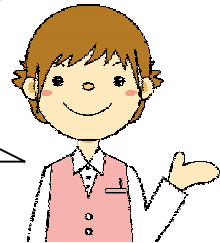
困る前からこまめに連絡をとることかな。



いっしょに関わることからはじまると思います。

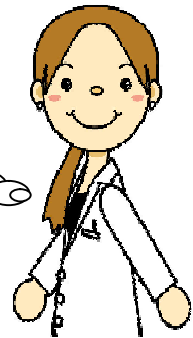


困ったときに「困った」と言えることかもしれませんね。



連携を日常化すること。お互いの敷居を低く、気軽に声をかけたいですね。

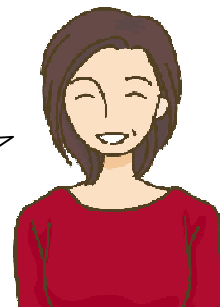
断られても、くじけずにまめに声をかけ続けたいな。ずうずうしさも大事かも。



調子が良いときも情報交換できるといいな。視点を共有化できると良いと思います。



気づきのアンテナを高くしたいですね。あれって思う感覚を大事にして、早めに声をかけたいと思います。



私たちが考える連携キーワード

（病院と地域の連携は入院前から）

（患者との信頼関係が大事）

（退院のときには、本人、関係者も同じ思いをもてるといい）

（横のつながりを増やそう。顔と顔がつながっていることが大事）

（ちょこちょこした声かけ）