

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて】

1	退院後支援を行う中で日頃、課題として感じていることをご記入ください。
	<ul style="list-style-type: none">・グループホームや相談支援事業所の空きがなく、1件1件問い合わせをするため時間がかかる。・病院から地域移行する際の患者相談窓口がない(手帳なし、障害サービス利用予定者、サービス検討中等相談窓口を1本化してほしい)・内服コントロールがついた患者を、介護サービス(ケアマネ)、介護施設(老健、サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等)、リハビリ転院(病院)へ検討依頼するが断られるケースが多い。・継続的に通院できるかどうか。退院しても、自ら受診するか連れてきてもらい受診するかしてもらわないと服薬できず症状再燃するケースがある。・受け皿が少ない。地域の受け皿が整ったら退院と言われているケースなど退院可能であっても受け入れ先が少なく社会的入院になることが多々ある。・地域住民とトラブルがあるケースは、退院調整により時間がかかってしまうことがある。・福祉サービスの申請をしようとしても新規申請の人を受けてくれる相談支援専門員がいない。・患者本人の病識がない、家族との関係が悪いことから支援が進まないことがある。・なかなか退院する患者の全数について「支援ができる状況でない(マンパワーや病状の変化等)が、退院後の支援者にゆだねる作業を綿密に行うようにしている。医療が必要な際は、「〇〇さんに連絡する・とよい」という関係性を作ることが連携の強化につながる。入院患者のみならず外来患者のケースワークも課題と感じている。・患者本人だけでなく、家族にも精神障がいがある場合、だれをキーパーソンにすべきか判断に困る。・主の病名が別の診療科でも精神障害を理由に転院を断られることあり。・入院について病院側から個室対応を依頼され、経済的な負担があることがある。
2	貴院・貴施設において関係機関との連携の上で大切にしていることをご記入ください。
	<ul style="list-style-type: none">・相談する事業所の機能を把握した上で相談し、介入依頼等をしている。・情報共有がスムーズに行えるよう努めていきたいと考えている。状況変化時に適宜、連絡を取り合うようにしている。・本人の気持ちを知り、関係機関のスタッフもその思いを共有でき、入院しても本人が入院前やよりよい暮らしができていた頃を思い描けるように努めること。・支援者主導の支援にならないようにする。・組織として関係機関を知り、関係性を深めることを心がけている。課題も多いが、顔の見える関係づくりが大切だと考える。・本人、家族背景に留意し個別化を図る。・援助機関に対して本人の情報をありのまま伝える。

3	<p>お送りした資料を見ていただき、地域の精神保健福祉についてご意見等をお聞かせください。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・障害サービスから介護保険へ移行する際に介護分野の職員に対し、教育、障害理解を進めていく必要がある。 ・保健所が地域移行支援・地域定着支援を主体的に行い、地域の社会資源と連携し病院からバトンタッチできる体制が必要である。治療の継続も必要なため受診援助にも特化し、切れ目のない治療と援助ができるように本人を中心とした連携が取れる体制を構築する必要がある。 ・精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを進めていくには、各関係機関の連携が必要不可欠だと思う。そのためにも、今はコロナ禍で集まれないが、会議の場は定期的に設けてもらい交流が図れればと思う。 ・地域包括ケアシステムの構築において本人を中心とした視点が大切だが、家族が非協力的、地域住民の心情、支援者連携がうまくいかない等で、本人が望む生活にならないこともある。 ・地域の社会資源が増えても本人が活用できなかつたり、本人を取り巻く環境の人間関係の構築なくしてケアシステムは成立しないと思う。 ・引きこもり、あるいはキーパーソンであった親族の突然の死により、本人がSOSの発信できず生命の危機に及び事もある。その際、シンプルに福祉課等につながるシステムがあると良い。 ・医療機関として、〔精神障害にも対応した地域包括支援システムの構成要素〕の中で医療分野を担う重要な役割があると思う。精神障害者が適切に医療へアクセスできるよう地域との連携を絶え間なく行う必要があると考える。 ・精神科病院の退院支援として、適切な退院先がなかなか見つからない。(理由としては、病識のなさ、社会性の低下等の本人の課題、身寄りがない、生活保護受給中等の受け入れの課題がある) ・本人が地域でトラブルになったら医療という思考の見直しも必要ではないか。 	
施設名	医療機関