

Ⅱ. 地域体制整備コーディネーターの意義と役割

地域体制整備コーディネーターは、個別支援の実務を担うというよりは、地域づくりに主眼を置き、コミュニティワークを展開することが求められていますが、その端緒となるのは、主に地域移行推進員が担う個別支援を通して見えてくる課題の整理です。

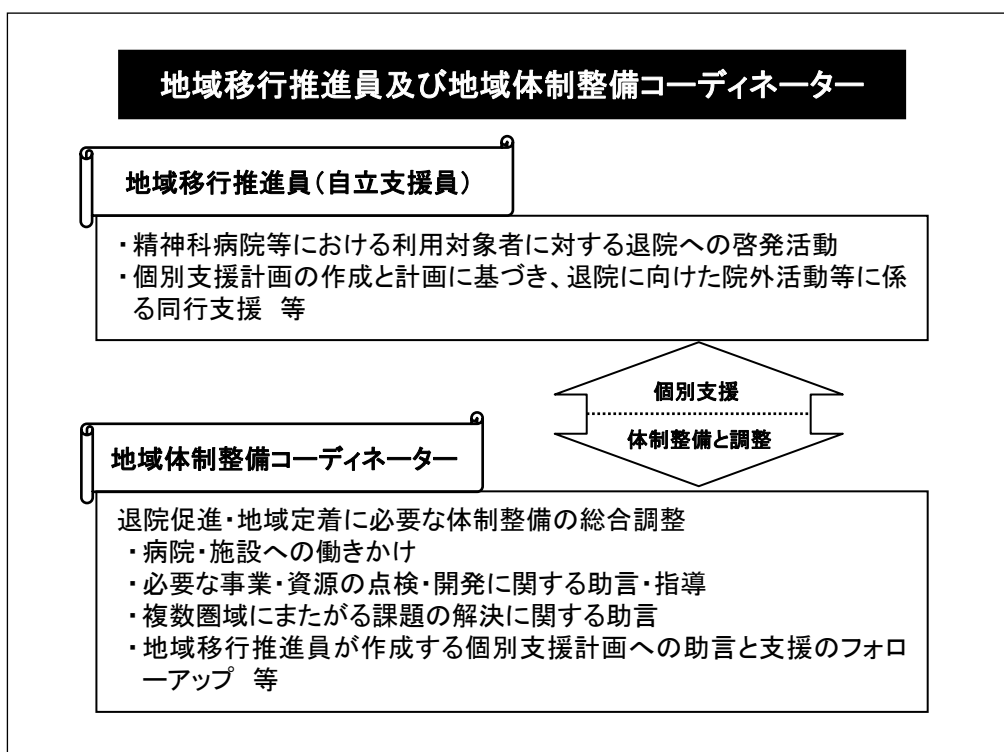


図4 地域移行推進員及び地域体制整備コーディネーター（厚生労働省）

そこで、行き詰まりを感じているケースについて検討することから始めてみましょう。障害者自立支援法により、相談支援事業の充実が図られてきています。今こそ、地域連携の良いチャンスです。精神障害者の支援経験のある人なら「こんな大変なケース、誰にも相談できない」「きっと嫌な顔をされる」「取り合ってもらえない」と、机の片隅に置きながら気になって仕方ないようなケースを担当した経験もあるでしょう。これは、誰にも起こり得る悩みであり、特に事例経験の少ない担当者にはよくあります。地域体制整備コーディネーターは、このようにちょっとした困っている人（それは、地域移行推進員かもしれませんし、近隣の精神科病院や保健所の職員かもしれません）がいないかと、アンテナを高くあげておく必要もあります。周囲の関係機関の機能とともに、そこで働く支援者の実践や抱えている問題に目を向けてみましょう。もしかしたら、その地域が抱える課題として関係者で共有できるものかもしれません。

以下に、図4にある地域体制整備コーディネーターの役割について少し解説します。

① 病院・施設への働きかけ

図のように、地域体制整備コーディネーターの業務の一つに、「病院・施設等への退院促進・地域定着支援のための必要な協力を得るための働きかけ」があります。これを一人で行うことは大変です。都道府県の事業担当者や保健所の精神保健福祉相談員などと連携して、本事業による支援を協力して行いたいという姿勢で病院に理解と協力を求めていきましょう。具体的には次頁以降で詳述します。

② 必要な事業・資源の点検・開発に関する助言・指導

いくつかの支援事例を検討していくと、各利用者の個別の事情等とは別に、その地域が有する課題や不足している社会資源が明らかになることがあります。その中には、狭い意味での精神保健福祉に関する課題のみならず、他障害や高齢・低所得者等の支援にも共通する課題もあるかもしれません。このような課題を協議し、地域住民の生活実態に適した社会資源を開発していくために、地域自立支援協議会などを積極的に活用しましょう。必要に応じて、地域自立支援協議会に地域移行のための部会を設けることについても検討しましょう。

③ 複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言

病院から退院して地域生活を目指す方の中には、出身地域へ帰ることを希望するケースも想定され、それは地域移行推進員の所属する圏域を越えた地域である場合も当然考えられます。こうした時には、入院中の支援と退院後の地域生活支援を分断させないために、支援チームの橋渡し役が必要となります。退院先の地域の相談支援事業所との連携をとりながら、居住先や利用する社会資源、通院先の検討などを行うことは、時として地域事情の相違から困難を抱える場合もあり、地域体制整備コーディネーターは、こうした「圏域」を越えた支援の要となります。縦割り、縄張り意識を越えて、利用者中心の支援をいかに丁寧に構築するかを常に重要視することが必要です。

このような場合も、個別ケースの支援を通じて、連携体制を構築すると効果的です。初めは1ケースから、関係者を増やしていく地道な取り組みが、地域連携につながります。こういうことを私たちは意識せずに日頃実践しているかもしれません。「連携」とは、一朝一夕に構築できるものではありません。個別支援における丁寧な協議や報告・相談を緊密に結ぶ蓄積が、立派な地域連携につながっていきます。そして、各支援者が困った時に、「またあの地域体制整備コーディネーターに相談しよう」と思ってもらうことがとても大事なことです。そして、どんなところにも一緒に仕事のできる仲間を見つけ出す喜びを感じられると仕事がさらに楽しくなります。

④ 地域移行推進員が作成する個別支援計画への助言と支援のフォローアップ

地域体制整備コーディネーターは、利用者に寄り添って個別の支援を行う地域移行推進員の活動を把握し、助言や介入などを行う役割をもちます。そのためには、地域移行推進員の業務を良く理解し、個別の支援経過の折に触れて関係者と協議することや、地域移行推進員が働きやすいように環境調整する役割も求められています。さらに、個別支援の過程で明らかとなる課題を一般化し、地域全体で考える土壌をつくることが求められることを認識しましょう。地域体制整備コーディネーターの役割は、言い換えれば、本事業の効果を波及させるという視点で地域移行推進員から情報収集することと、その中で必要に応じて地域移行推進員への助言をすることとなります。詳しくは、19 頁以降を参照してください。

本章では、地域体制整備コーディネーターの機能を、1. 医療機関等への働きかけ、2. 個別支援に果たす役割、3. 地域づくりにおける役割、に分けて述べることにします。

1. 医療機関等への働きかけ

(1) 実施体制づくり

① 医療機関等への働きかけの端緒づくり


本事業の展開にあたり、医療機関等の理解を得ることは重要ですが、既に各都道府県においては、本事業の前身である「精神障害者退院促進支援事業」等の実施過程において、相応の連携体制はできていると考えられます。ここでは、それを継続的に活用しつつ、新たな展開をも進展させることを目指します。

都道府県の事業担当課では、精神科病床を定点的に調査(通称 630 調査)した結果や、日常的な連携の中で把握している情報をもとに、各医療機関の現状を把握することが可能です。

各圏域の地域体制整備コーディネーターは、こうした情報をもつ都道府県の事業担当者とともに医療機関等に同行し、医療機関等とのつながりを確立すると良いと考えられます。

精神科病院の経営者に事業の理解を得ることは必須事項ですから、都道府県の事業担当者とともに訪問して本事業の趣旨説明を丁寧に行いましょう。なお、各医療機関等への働きかけの窓口としては精神保健福祉士を活用する他、看護師等に関しても精神科看護技術協会など関係団体にアプローチしておくことも有用です。

- ◆医療機関との従来の連携の延長線上にある。
- ◆実態把握の必要性を認識しよう。
- ◆関係団体の「横のつながり」を活用しよう。



医療機関への働きかけのポイント
～利用者の推薦・その後の連携のために～

- 病院経営者の理解を得ましょう。
→従来から活発な地域移行支援をしている病院には、一つの資源として活用してもらいましょう。
これから地域移行支援に取り組んでもらう病院には、一緒に体制をつくりあげる発想で連携しましょう。
- 精神保健福祉士を窓口として活用しましょう。
→他の専門職や入院患者への説明のきっかけとして、積極的に関与を促します。
- その他の専門職への働きかけ
→看護師は、患者の入院生活の一番身近な存在です。事業を知ってもらい、事業の良き理解者・協力者としての役割を期待できます。

図 5 医療機関への働きかけのポイント

② 医療機関の機能及び現状の把握

昭和 40 年の精神衛生法制定以来、保健所は精神保健福祉の第一線機関として、その管轄地域の精神科医療体制に関する関係者会議等を開催し、地域の精神科医療に関する情報共有や体制整備に取り組んできた経緯があります。平成 14 年度以降、精神保健福祉業務が市町村へ移管されるにあたり、保健所は保有する精神保健福祉に関する情報も市町村に提供し、相談支援事業の展開のための助言等を行っていると考えられます。地域体制整備コーディネーターは、地域移行支援を、地域関係者と協力関係を結びながら実現する役割をもっていますので、保健所の有する管内の精神科医療機関情報などを再確認し、各医療機関の機能を把握しましょう。

例えば、精神科作業療法、院外作業療法、S S T（Social Skills Training＝社会生活技能訓練）などをはじめとする入院患者への取り組みの他、訪問看護、デイケア、外来、作業療法の実施の有無をはじめ、医療機関の関連施設としてのグループホーム等の有無を把握することがこれにあたります。

本事業の実施展開により、社会的入院患者の減少が期待されていますが、実態として減少しているのかどうかを把握することは、今後の事業展開における課題の抽出に役立ちます。また、都道府県内や圏域内における精神科医療の実態を関係者が把握する努力を持続することは、精神障害者の社会的入院問題に精神保健医療福祉関係者全体が恒常的に関心を寄せることであり、本事業の推進において不可欠な事項であるといえます。

圏域内の関係機関等が情報を共有できる仕組みをつくり、地域の課題を共通認識することが重要です。

本事業導入時だけでなく、定期的に病院を訪問し相互に交流する機会をもち信頼関係

が築けると意思疎通も円滑になり、より自然な形で現状把握ができていきます。

③ 医療機関内の関係者への事業周知

本事業の推進にあたっては、その病院に勤務するできるだけ多くの関係職員に本事業の意義や理念を説明し、理解を得ることが望ましいでしょう。そうすることで、様々な職種が連携し、それぞれの立場・役割を通じて、入院患者の地域生活への移行支援が促進されることが期待できます。

各医療機関職員に、本事業に関する情報を定着させることを目的とする事業説明会などを病院内で開催できるよう、病院に勤務する精神保健福祉士等を通じて働きかけを行いましょ。この際、経営者の理解を得るための事前説明等を都道府県の事業担当者と一緒にしておくとう導入されやすいでしょう。

事業説明会では、病院が従来取り組んでいる社会復帰のための諸活動と連動して本事業を利用してもらうことを念頭に置き、一連の流れを理解していただけるよう説明します。

また、医療機関には医師・看護師をはじめ、作業療法士・(管理) 栄養士・薬剤師など多くの職種が各立場に応じた役割を担っているので、どの職種においても本事業に参画できることを意識してもらえるように心掛けましょ。

事業と医療機関の取り組みをつなぐ

★知り合うことが必要

圏域内の各精神科医療機関の特徴を把握する(調査データだけでなく、保健所の有する情報や日常的な連携の中から得られる情報も活用する)

●例えば、従来以下のような取り組みがあるかどうか？

- ・地域の施設利用者が入院した時に、職員や仲間の面会がある
- ・病院内での取り組み(デイケア・作業療法・訪問看護)などを知っている
- ・地域の情報が、随時病院内(入院患者・家族・職員)に提供されている
- ・機関概要の積極的なアピールや、利用状況の情報提供の機会
- ・交流目的での場の設定や提供
- ・ボランティアの出入りの波及効果

※こういったことが従来からなされていると、敷居が低くなりやすい

●精神保健福祉士を窓口として院内に事業の情報を届ける

- ・事業説明会の開催 ⇒ 病院経営者へ都道府県担当者・保健所職員とともに丁寧説明する
- ・入院患者全体を対象 ⇒ 事業利用希望者のみならず、波及効果にも期待する
- ・病院内の多職種へも周知 ⇒ 多様な職種に参画を求める

※導入時に限らず、恒常的に情報交換の機会を設ける

図6 事業と医療機関の取り組みの連結

(2)入院患者への働きかけ

① 事業の周知

本事業では、実際に地域移行推進員の支援を受けて退院に向かう患者以外にも、多数の患者の意識変化をもたらすことが、副次的効果の一つとして既に報告されています。このことから、入院患者全体に「私の将来について」「私の退院の可能性について」を考えるきっかけを提供する一つの方法として、事業説明の機会を捉える発想も必要です。また、この取り組みを通して、医療機関職員の意識変化を引き起こす可能性のあることも意識すると良いでしょう。

精神障害者退院促進支援事業の開始当初は、院内関係者によって選別された特定の患者のみが、本事業のことを聞かされ、支援につながるという方法が一般的でしたが、今後は、地域生活のイメージづくりに役立つ地域の社会資源情報を提供し、入院しながらも地域社会とつながりをもてるような仕組みを構築することも視野に入れて働きかけを行いたいものです。

② 当事者活動の側面的支援

ピアサポーターなどの当事者が事業説明に同行し、入院患者に働きかけを行うことの意義は、事業実施当初から報告されています。こうしたピアサポーターを育成し、継続的に当事者が病院に訪問して交流する場面をコーディネートすることも、間接的に事業拡大を支えることにつながります。ある地域では、当事者が定期的に病院内の作業療法の時間に訪れ、入院患者と交流しながら自然な形で地域生活に関する情報交換などを行っている例も見られます。これは、地域生活移行後のピアグループの形成にも役立ち、また動機づけの低い入院患者の退院意欲を引き出すことにも効果があります。こうした取り組みを組織的に導入できるような仕組みを構築するのも、地域体制整備コーディネーターの役割の一つといえるでしょう。

このような活動が発展し、地域における当事者組織が形成されることは、新たに地域生活を始める精神障害者にとって、活用できる資源を増やすこと、心強さを提供することにつながります。

入院患者への働きかけ

【事業説明会の企画】

- 入院患者を幅広く対象にする
- 事業利用に至らない患者への副次的効果もある
- 医療機関の職員への情報提供場面になる

院内調整:精神保健福祉士に依頼
説明内容:事業概要のほか「利用者の声」なども有効

※ポスターやチラシ、DVDなど視覚的なツールも活用

【当事者の力の活用】

- 地域で生活する精神障害当事者の体験談を入院患者に届ける仕組みづくり
- ピアサポーターとして、地域移行推進員の活動を担ってもらい、その取り組みを側面から支援



地域の当事者団体の組織化や、退院後のピアサポート体制の充実につながることは、新たな社会資源の開発になる

図7 入院患者への働きかけ

(3) 事業展開過程における働きかけ

地域体制整備コーディネーターは、地域移行推進員のスーパービジョン機能も併せもっており、個別支援に直接かかわるよりは地域移行推進員が動きやすいように側面的に関係機関をコーディネートすることになります。そこで、地域移行推進員の支援展開過程における役割をここにまとめます。

地域移行推進員と地域体制整備コーディネーターの役割には重複する部分もあります。これは、主として以下の理由によります。

地域体制整備コーディネーターの役割が、地域移行推進員のバックアップやスーパービジョン機能も有していることから、地域移行推進員の業務を把握したり、場合によっては同行したりすることが必要となるためです。

このように地域移行推進員と密接な連携をもつことによって、具体的な地域の社会資源の状況をより良く把握することができます。

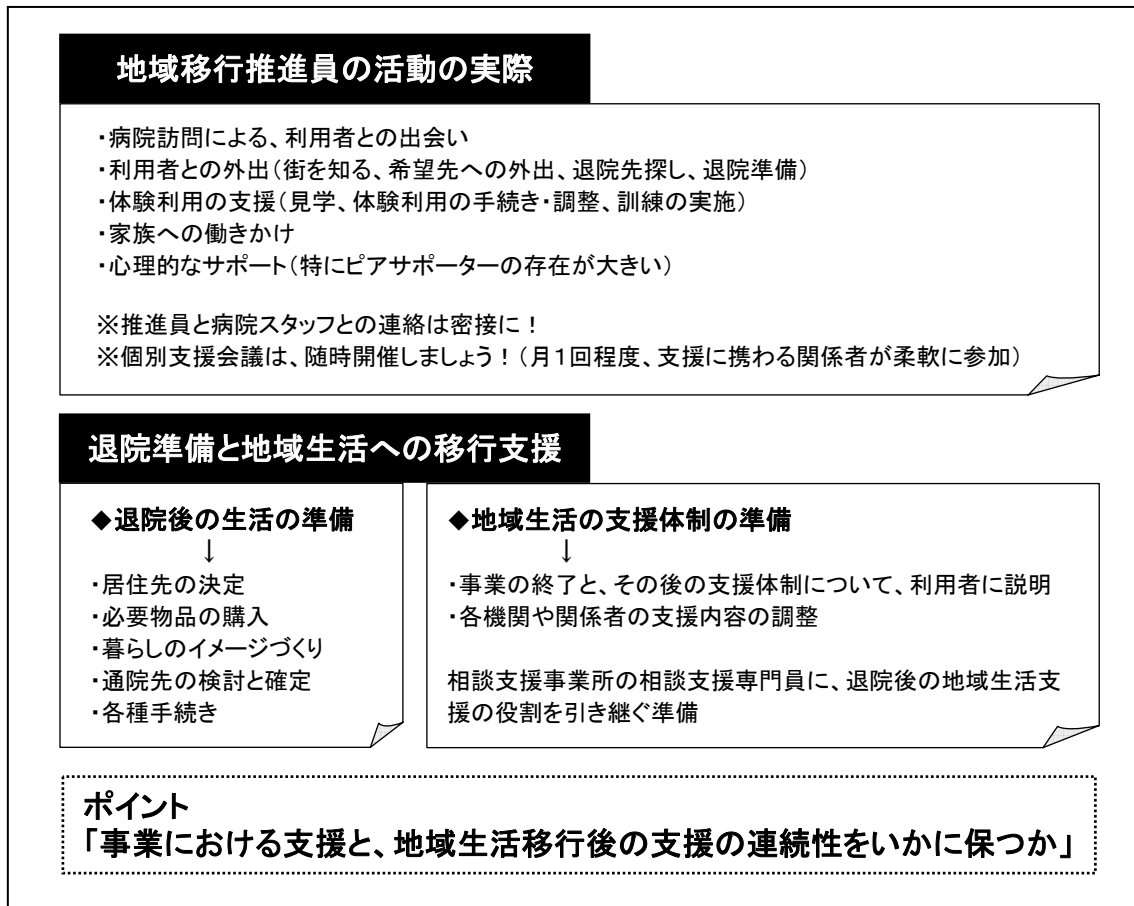


図 8 地域移行推進員の具体的な活動

① 個別支援の導入期

事業利用者と地域移行推進員の相性を考慮し、出会いの場面設定を行います。地域移行推進員は利用者とともに行動し、退院・地域生活移行後の一定期間までのプロセスを共に歩む存在ですから、利用者との信頼関係の構築が不可欠でしょう。このため、利用者の希望を考慮して地域移行推進員を配属することが望ましく、複数の地域移行推進員がいれば、利用者の性別や年齢等も考慮し、利用者の希望を聞きましょう。

支援中には、利用者地域移行推進員が、相互に連絡を取りやすい仕組みをつくりましょう。

病院によっては、外部からの電話への取り次ぎに時間がかかることや、公衆電話の設置数との関係で長時間話すことが難しい場合が考えられます。例えば、病棟に直接電話をかけることを病院と事前に調整するなど工夫しましょう。

また、利用者から地域移行推進員に直接かけることのできる専用電話の設置も検討してみましょう。利用者が依頼・確認したいことなどが出てきた場合に速やかに連絡の取れる体制を確保することも、利用者の不安感の軽減や事業の利用しやすさを考慮すると重要です。

同様に、医療機関の関係者（特に病棟看護師等）が地域移行推進員に連絡する際も、そのアクセスしやすさを確保することは、今後の連携体制強化にもつながると考えられます。

相談支援事業所等では、電話相談も実施しており、回線の混雑する状況が往々にして見受けられます。地域移行推進員がこれらの事業所に所属している場合には、こうしたことにも配慮が必要となります。

② 支援展開中

地域移行推進員が利用者の支援に専念できるようにするためには、状況に応じて、医療機関等との個別支援会議の日程調整などを地域体制整備コーディネーターが担うこともあり得ます。特に、初回の個別支援会議開催のためには関係者への丁寧な趣旨説明と準備が必要になります。また、地域移行推進員が非常勤で勤務している場合や、複数の利用者を同時並行で支援している場合には、関係者との頻回な連絡調整が煩雑になりやすいためフォローしましょう。なお、時には医療機関に、地域移行推進員への要望等の有無を確認したり、地域移行推進員からは言いづらい要望等を医療機関に伝えたりするなどの仲介者としての役割ももっています。

また、医療機関では、地域関係者と日常的に連携している精神保健福祉士等を除いて、病棟スタッフ等には病院の周辺の施設・機関に関する情報が行き届いていない場合があります。精神障害者がこの地域で生活する場合に、どのような施設や機関があって、いかなる支援が利用可能かを病院職員に知ってもらうことは、意識変化をもたらすことに通じます。

③ 利用者の退院時

本事業を通じて利用者が退院すると、病院としては一旦ゴールを迎えることとなります。本事業は、「入院中から退院後の地域生活の安定まで」連続した支援を展開することを重視しているため、地域生活における医療の提供に関しても連続性を意識しておくことが不可欠です。

・医療機関の変更に際して

退院を契機に、居住地との関係などから医療機関を変更する場合は、入院医療機関から通院先を紹介してもらうことを検討しましょう。これまでの入院生活で培われた、主治医との信頼関係がありますので、利用者の意向を酌み、主治医と十分な相談を重ねることが大前提です。転院先の紹介は、病院の精神保健福祉士が日常的に担っている業務であると考えられますが、居住先の情報等を事前に収集し、病院の精神保健福祉士と情報交換しながら、利用者にとって通いやすいこと、地域の関係機関にとって連携しやすいこと等を考慮して、通院先を選定することが望ましいでしょう。

居住先の情報は、地域移行推進員がある程度把握できると考えられますが、圏域を越える場合などは、地域体制整備コーディネーターが介入します。居住先における相談支援事業所（相談支援専門員等）に利用者の同意のもとに情報提供し、地域生活支援体制の構築とあわせて医療機関への橋渡しを行うと良いでしょう。そのために、可能であれば利用者の退院前に、通院先となる医療機関に利用者とともに訪れたり、利用者の同意のもとに情報提供したりすると、初回通院がスムーズになります。

・退院後の外来サービスの利用

退院者の中には、地域生活への移行後も、医療とのつながりを維持することが欠かせない場合があります。地域体制整備コーディネーターは、各医療機関のサービス内容を把握し、利用者の必要性に応じて、外来診療のみならず訪問看護やデイケア、外来作業療法などの活用について地域移行推進員が主治医等の医療職種と相談しながら検討しているかどうか、確認や助言することも時として必要となります。

・緊急時の対応可能性の確認

精神障害者とその家族が安心して地域社会で暮らすためには、病状の悪化時に即応性のある医療を確保することが重要な課題となっています。

医療機関によって、夜間・休日等の対応の仕方は様々です。地域体制整備コーディネーターは各機関の特徴を知っておくことと、精神障害者の地域移行の進展につれて需要が高まっている救急体制の整備拡充について、地域移行推進員による利用者への個別支援を通して課題を収集し、行政等に情報提供しましょう。医療的側面におけるより良い地域づくりの発想をもつことが重要です。

④ 地域生活移行後の医療機関への情報提供

個別支援会議を開催する場合は、医療機関の多くの関係職種を含めましょう。症状が安定していれば、医療を利用する割合は縮小されていくと考えられますが、利用者が地域で安定した生活を送っていることを適宜医療機関、特に病棟スタッフ等に届けることで、その機関の職員のやりがいの向上につながり、次の利用者を送り出す原動力にもなるといえます。本事業では、「関係者の意識変化」も大きな事業効果であるといわれています。特に医療機関から「自分たちが、患者の退院を無理だと思い込んでいた」「他の患者にも退院に向けたアプローチをしようと思うようになった」という声があります。こうした実感をもってもらうことで、その医療機関の取り組みが活性化することも期待できます。

利用者が外来診療の他に、訪問看護やデイケアなども利用していれば、各関係者に情報提供を行いましょう。

医療機関への働きかけ～利用者の退院時の支援～

【医療機関の変更】

- ・退院先の地域の情報を活用し、利用者の生活実態に合う病院を選ぶ
 - ・入院医療機関からの紹介を求める
 - ・退院前に個別支援会議をもつことも有効
- ⇒圏域を越える場合は、調整に介入

【外来での支援体制の準備】

- ・診療のみならず、訪問看護やDC、各種外来サービスの情報を得ておき、地域移行推進員へ助言
- ・個別支援会議には、支援に携る多職種を交えて調整する
- ・緊急時(夜間・休日など急な症状悪化時)の対応方法の確認

地域生活を安心して送るために「精神科医療」に求められることは何か？を複数の支援を通じて知り得る地域体制整備コーディネーターが、その情報を医療機関へフィードバックすることも地域づくりにおいて重要です。

あわせて、退院した患者のいきいきした姿を医療関係者が見る機会は、退院に向けた支援の動機づけを高めます。

図 9 医療機関への働きかけ

(4) 地域の課題の共有

地域体制整備コーディネーターは、利用者及び利用者の支援にかかわる様々な機関・職種からの声を、地域の課題として捉え直し、保健所や市町村、医療機関等と共有できる仕組みを考えましょう。その際、地域自立支援協議会等で、精神障害者の地域生活を重層的に支援するためには精神科医療の充実が不可欠であることを伝えたり、保健所の精神科病院との連絡協議会等で、管内の精神科医療に関する課題を話し合ったりします。その中から、例えば精神科救急医療体制整備などに関する課題が明確になることもあります。