

さいたま市 精神障害者退院促進支援指針

はじめに

我が国においては、精神疾患により医療機関を受診している患者数は、近年大幅に増加し平成 23 年には約 320 万人となっています。また、平成 23 年の精神科病床数は、34 万 4 千床となっており、30 万 7 千人の方が入院されています。精神科病院入院患者の中には、1 年を超えて長期に入院している方が多く存在していますが、こうした長期入院患者の中には、退院後の住む場所や地域での支援があれば退院できる方も多く含まれていると言われています。

国では、平成 16 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、今後の精神保健福祉に関する方向性として、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めていくことを示しています。

この方向性に沿って取組を進める中で、平成 26 年 4 月には、精神障害者の医療の提供を確保するための指針（厚生労働大臣告示）の策定、保護者に関する規定の削除、医療保護入院の見直し等を盛り込んだ精神保健福祉法改正法が施行されました。

一方で精神障害者の利用できる福祉サービスは、身体障害者や知的障害者に比べ整備が遅れていましたが、平成 18 年に施行された障害者自立支援法により三障害の福祉サービスが一元化され、平成 24 年 4 月には障害者自立支援法の改正に伴い、地域移行支援・地域定着支援が福祉サービスのメニューに加えられたところです。

こうした国の動きに加え、さいたま市では、平成 23 年 4 月に「さいたま市誰もが共に暮らすための障害者の権利の擁護等に関する条例（ノーマライゼーション条例）」を施行し、障害のあるなしにかかわらず誰もが安心して生活を送ることができる地域社会の実現を目指して、精神障害者の地域移行支援・地域定着支援に取り組んできました。その中で、入院中から退院後の地域生活までをサポートする支援体制が整わなかったり、グループホーム等の居住の場の確保が困難であったり、地域移行支援・地域定着支援を進める上での課題が明らかになってきました。

これらの課題を一つひとつ解決し、精神科病院入院患者の退院を促進するため、精神障害者の地域移行支援に携わる支援者の実務に関するマニュアルとして、精神障害者退院促進支援指針を作成することとしました。各支援者が本指針を活用することで、地域移行支援・地域定着支援に対する理解を深めるだけでなく、支援者自身の資質の向上と各関係機関の連携強化を図り、各関係機関が共通の認識を持って支援にあたっていただければ幸いです。

最後に本指針の作成にあたり、多大なる御尽力をいただきましたさいたま市地域自立支援協議会地域生活支援部会の委員をはじめ、各関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

平成 27 年 10 月

さいたま市保健福祉局福祉部障害福祉課

目 次

第1章 地域移行支援・地域定着支援とは	1
1. 地域移行支援とは	1
2. 地域定着支援とは	3
3. 地域移行の流れ	4
第2章 地域移行支援の現状	6
1. 地域移行支援の現状と課題	6
2. 精神科病院を取り巻く環境	14
第3章 地域移行支援の実例	21
1. 地域移行支援を行う上での支援ポイント	21
2. 地域移行支援の取組実例	24
第4章 関係機関の役割	38
1. 行政機関の役割	38
2. 相談支援事業所の役割	43
3. 精神科医療機関の役割	47
第5章 地域移行・地域定着支援関係機関	48
1. 主な相談窓口	48
2. 主な制度	54
資料編	57

第1章 地域移行支援・地域定着支援とは

1. 地域移行支援とは

(1) サービスの内容

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする方に対し、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行います。

(2) 対象者

以下の方のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる方です。

	対象者	備 考
①	障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者	※児童福祉施設に入所する18歳以上の方、障害者支援施設等に入所する15歳以上の障害者みなしの方も対象となります。
②	精神科病院に入院している精神障害者	※申請者が精神科病院に入院する精神障害者の場合は、直近の入院期間が1年以上で、長期入院していることから地域移行の支援の必要性が相対的に高いと見込まれる方を中心に対象とします。ただし、直近の入院期間が1年未満の方でも、例えば、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする方や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる方についても対象となります。 ※地域移行支援の対象となる精神科病院には、医療観察法第2条第4項の指定医療機関も含まれており、医療観察法の対象となる方への支援に当たっては保護観察所と連携します。
③	救護施設または更生施設に入所している障害者	
④	刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘留所)、少年院に収容されている障害者	※保護観察所、地域生活定着支援センターが行う支援との重複を避け、役割分担を明確にする観点等から、特別調整の対象となった障害者のうち、矯正施設在所中に、障害福祉サービスの体験利用や宿泊体験などの当該施設外で行う支援が提供可能であると見込まれるなど、指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される障害者を対象とします。
⑤	更生保護施設に入所している障害者または自立更生促進センター、就業支援センターもしくは自立準備ホームに宿泊している障害者	

【参考】

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

第5条

18 この法律において「地域移行支援」とは、障害者支援施設、のぞみの園若しくは第一項若しくは第六項の厚生労働省令で定める施設に入所している障害者又は精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。第八十九条第四項において同じ。）に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者であって厚生労働省令で定めるものにつき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

2. 地域定着支援とは

(1) サービスの内容

居宅において単身等で生活する障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行います。

(2) 対象者

以下の方が対象となります。

	対象者	備 考
①	居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある方	障害者支援施設等や精神科病院から退所・退院した方のほか、家族との同居から一人暮らしに移行した方や地域生活が不安定な方等も含まれます。
②	居宅において家族と同居している障害者であっても、当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、当該家族等による緊急時の支援が見込めない状況にある方	※共同生活援助、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制の整備、緊急時の支援等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外です。 ※①または②の方のうち医療観察法の対象となる方への支援に当たっては保護観察所と連携します。

【参考】

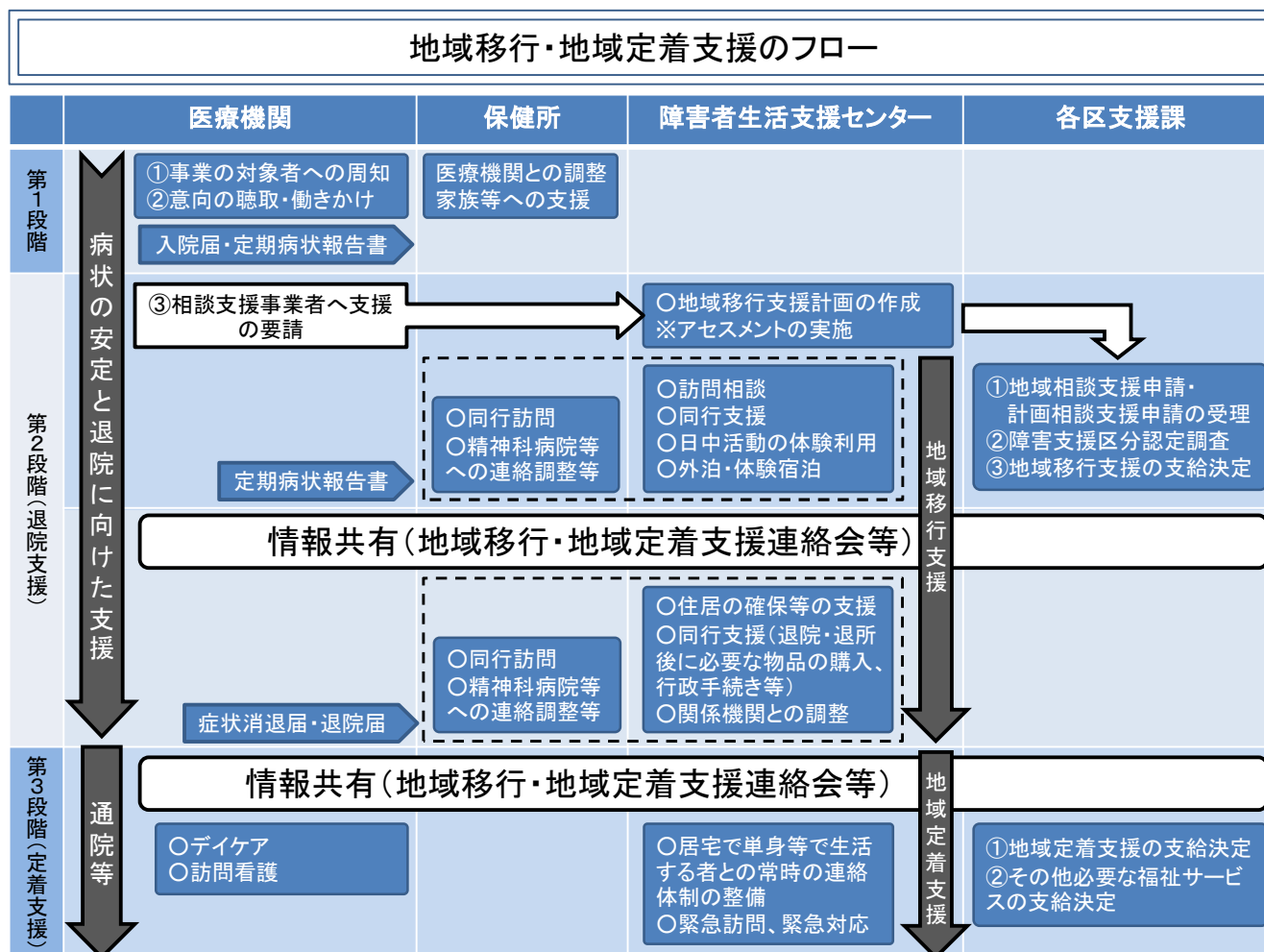
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

第5条

19 この法律において「地域定着支援」とは、居宅において単身その他の厚生労働省令で定める状況において生活する障害者につき、当該障害者との常時の連絡体制を確保し、当該障害者に対し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態その他の厚生労働省令で定める場合に相談その他の便宜を供与することをいう。

3. 地域移行の流れ

(1) 地域移行・地域定着支援のフロー



第2章 地域移行支援の現状

1. 地域移行支援の現状と課題

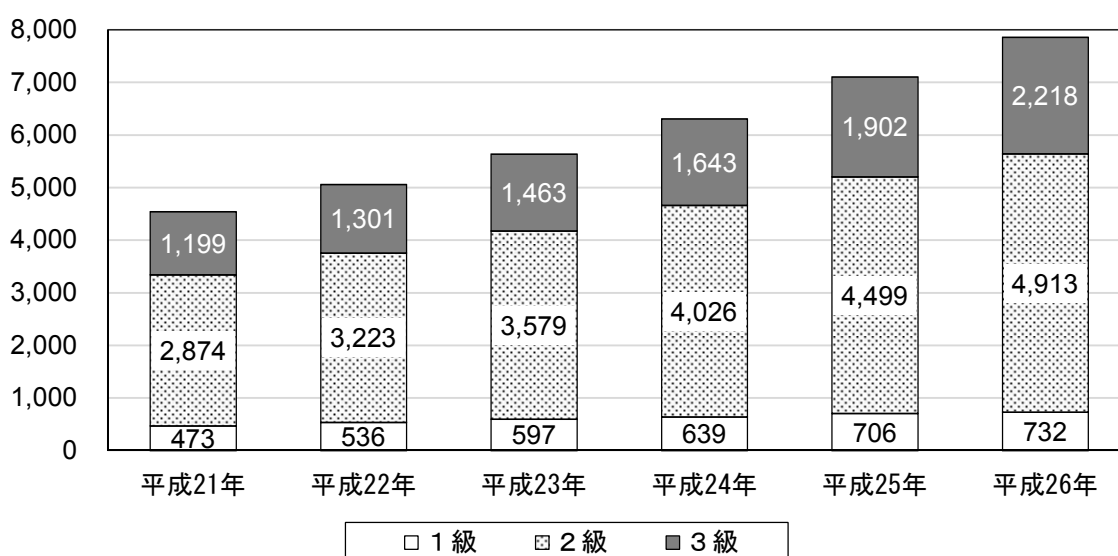
(1) 精神障害者の現状

①手帳所持者数の推移

精神障害者保健福祉手帳所持者数は、近年大幅に増加しています。平成21年には4,546人でしたが、平成26年には7,863人になっており、この5年間で3,317人、73.0%も増加しています。特に、2級は平成21年の2,874人から平成26年は4,913人で70.9%増、3級は平成21年の1,199人から平成26年は2,218人で85.0%増と、中軽度の増加が顕著になっています。

等級別に全体の割合を見ると、各年とも1級は10%前後の割合となっている一方、2級は63%程度、3級は26%前後となっており、2級と3級を合わせると全体の90%を占めています。

(単位：人)



[表] 精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（各年4月1日現在）（単位：人、%）

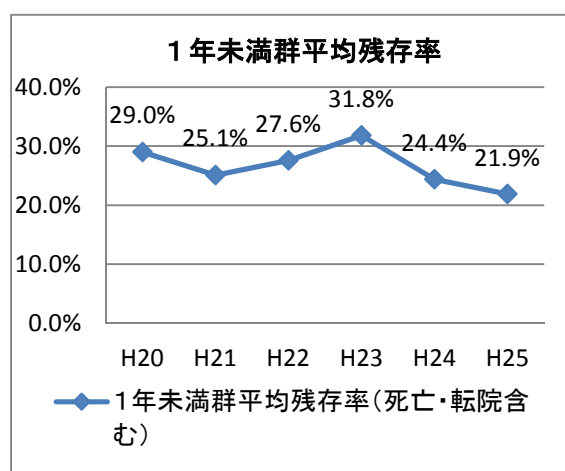
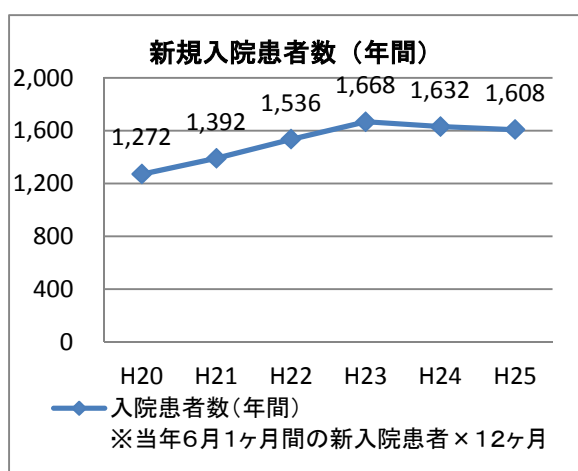
		平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	総人口に占める割合
等級	合計	4,546 100.0%	5,060 100.0%	5,639 100.0%	6,308 100.0%	7,107 100.0%	7,863 100.0%	0.62%
	1級	473 10.4%	536 10.6%	597 10.6%	639 10.1%	706 9.9%	732 9.3%	0.05%
	2級	2,874 63.2%	3,223 63.7%	3,579 63.5%	4,026 63.8%	4,499 63.3%	4,913 62.5%	0.39%
	3級	1,199 26.4%	1,301 25.7%	1,463 25.9%	1,643 26.1%	1,902 26.8%	2,218 28.2%	0.18%

②630調査結果

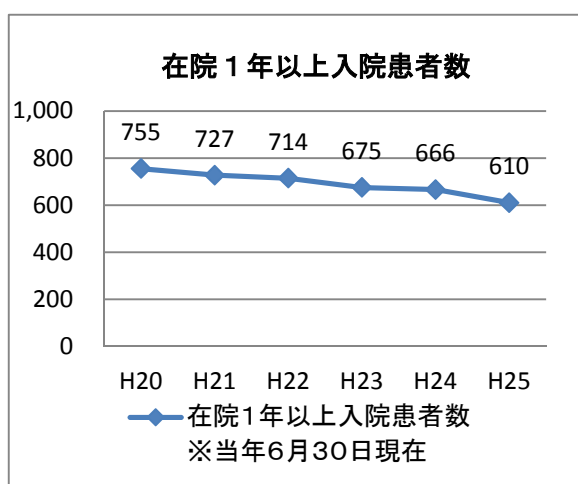
630 調査は、厚生労働省が都道府県及び政令指定都市を対象に実施している調査で、精神科病院及び精神科診療所等を利用する患者の実態等を把握し、精神保健福祉施策推進のための資料とすることを目的としています。正式名称は「精神保健福祉資料」ですが、毎年6月30日付けで実施しているため、「630（ろくさんまる）調査」と呼ばれています。

近年の1年間の新規入院患者数（※1）の推移を見ますと、平成20年から平成23年にかけて増加していますが、平成24年以降はわずかに減少傾向にあります。

1年未満の入院患者の平均残存率（※2）は、平成23年の31.8%をピークに、平成24年以降は減少傾向にあります。



また、1年以上入院している長期入院患者数（※3）は、平成20年の755人から毎年減少し、平成25年には610人になっています。（※3 当年6月30日現在の在院1年以上の入院患者数）

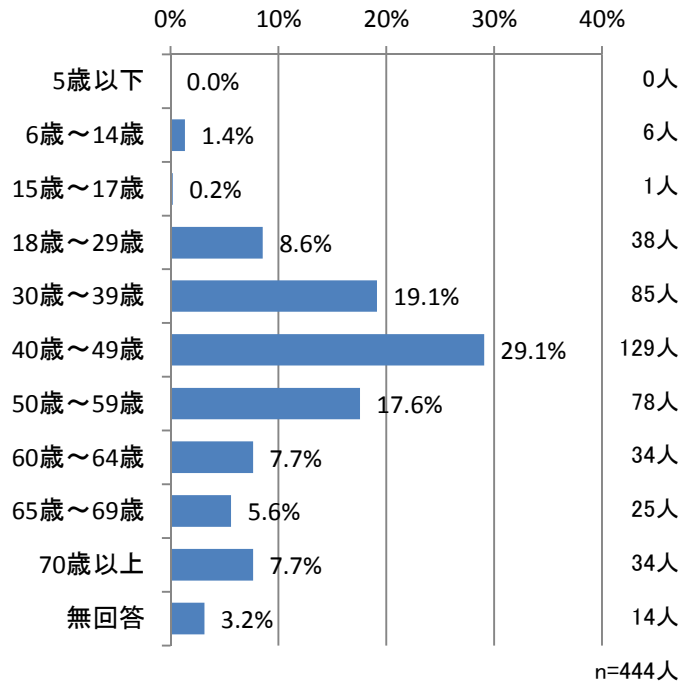


※1 当年6月1ヶ月間の新規入院患者を12倍した人数

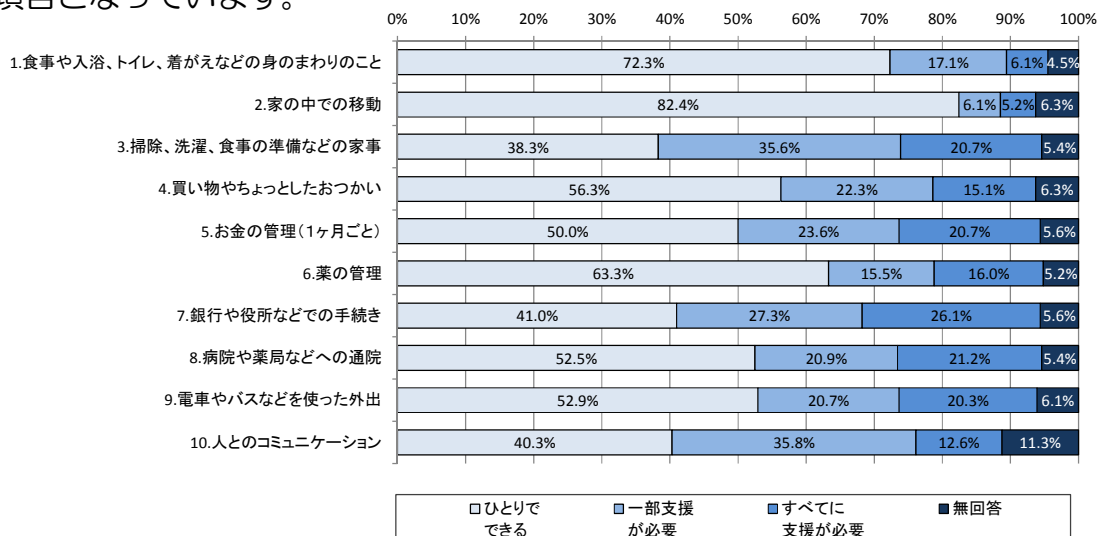
※2 当年6月1ヶ月間の新入院患者の当年6月～翌年5月の毎月末（12ヶ月分）の残存者数（その時点まで入院形態が継続していた者の数）の合計を、当年6月1ヶ月間の新入院患者数の12倍で割った値）

③アンケート調査結果（精神障害者保健福祉手帳所持者）

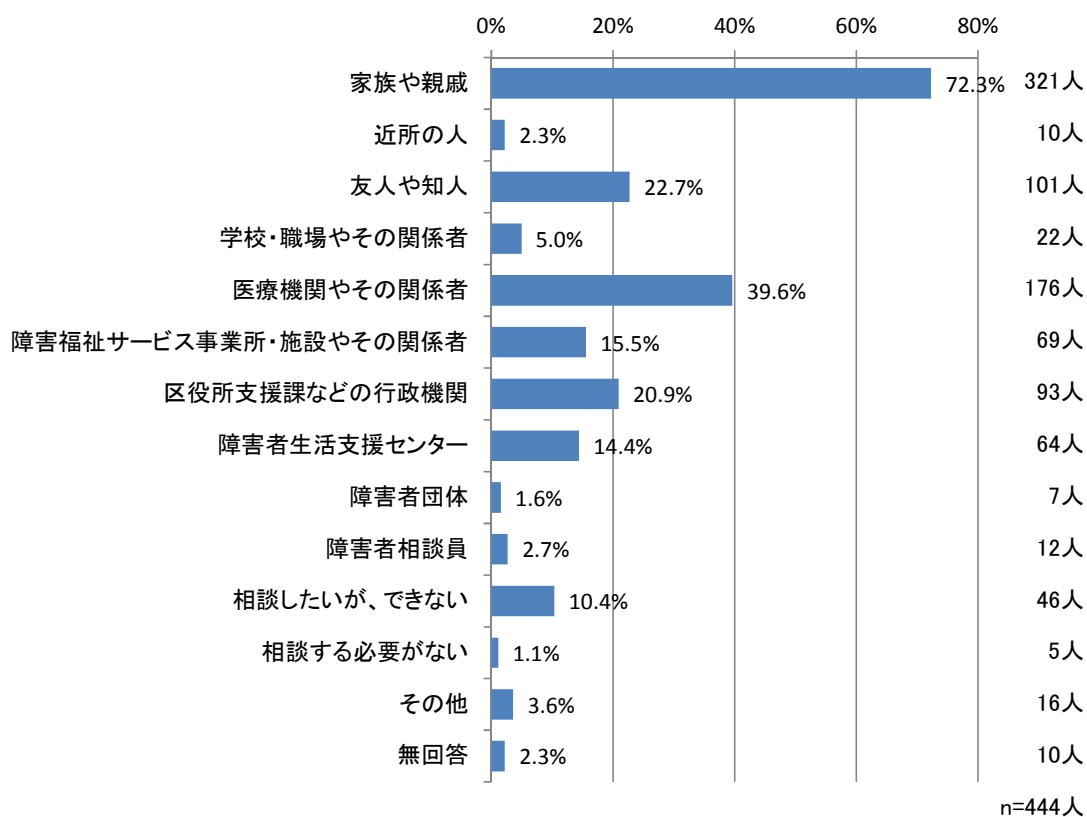
平成25年11月、障害者総合支援計画策定の基礎資料とするため市内在住の障害者を対象に、生活状況などを調査するアンケートを実施しました。このアンケートでは、無作為抽出による精神障害者保健福祉手帳所持者1,000人に調査票を送付し、444人の方から回答を得ています。回答の有効回収率は44.4%でした。回答者の年齢構成は30歳代が19.1%、40歳代が29.1%、50歳代が17.6%、合わせて65.8%であり、30歳代から50歳代までの方が大半を占めています。



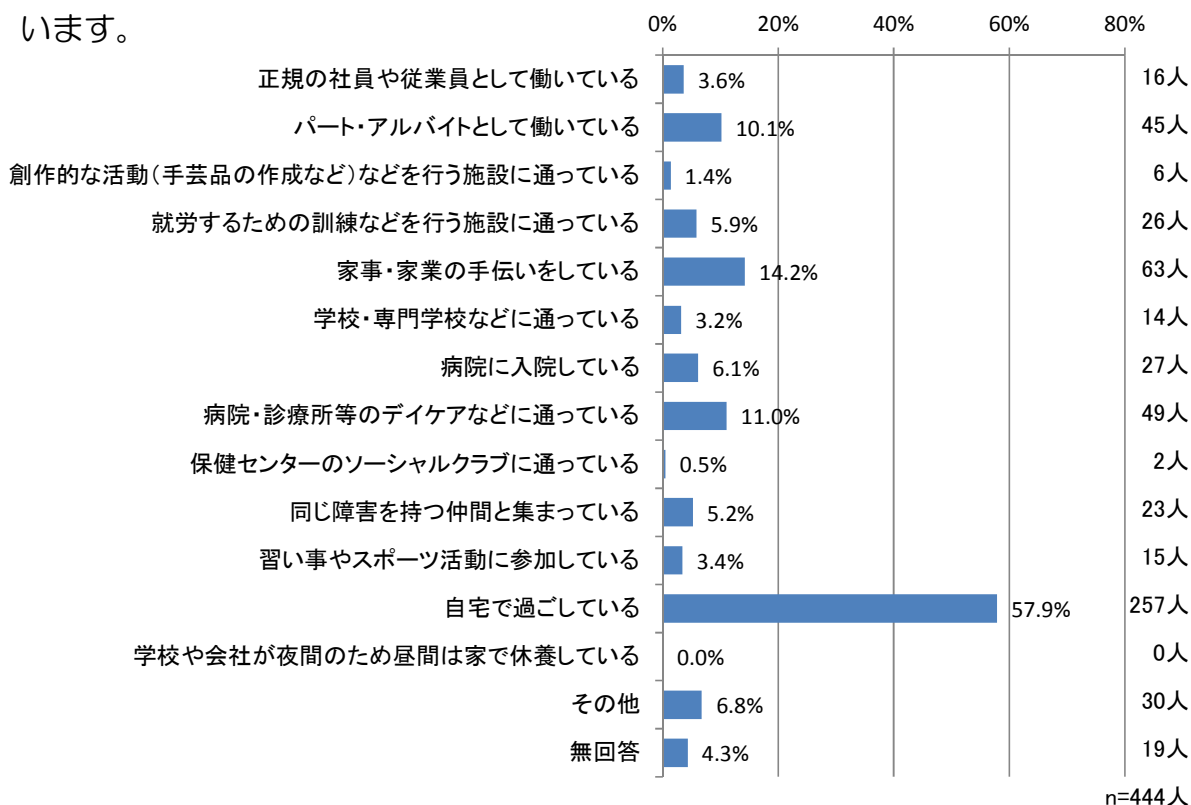
生活の中で支援が必要なことでは、「掃除、洗濯、食事の準備などの家事」は、「ひとりでできる」が38.3%と少なく、「一部支援が必要」と「すべてに支援が必要」を合わせた56.3%の方が何かしらの支援を必要としています。また、「銀行や役所などでの手続き」では、「一部支援が必要」と「すべてに支援が必要」を合わせると53.4%、「人とのコミュニケーション」では、48.4%となっており、何かしらの支援を必要としている方が多い項目となっています。



相談している相手は、「家族や親戚」が、72.3%で最も高く、次いで「医療機関やその関係者」が 39.6%となっています。また、「区役所支援課などの行政機関」は 20.9%、「障害者生活支援センター」は 14.4%、合わせて 35.3%となっています。



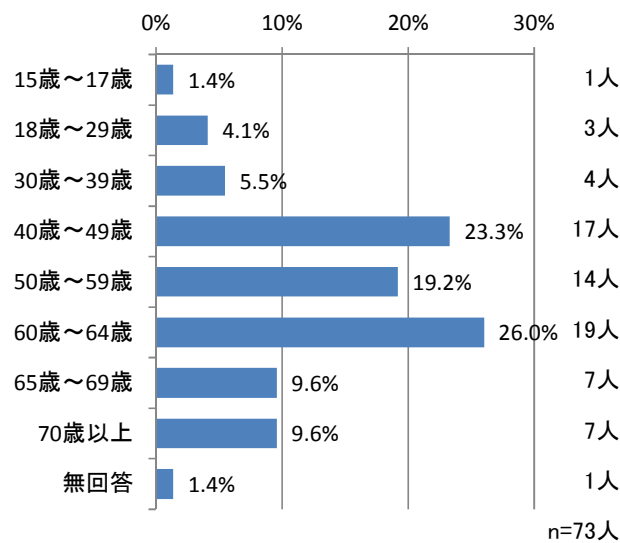
平日昼間の過ごし方では、「自宅で過ごしている」方が 57.9%と突出して多くなっています。



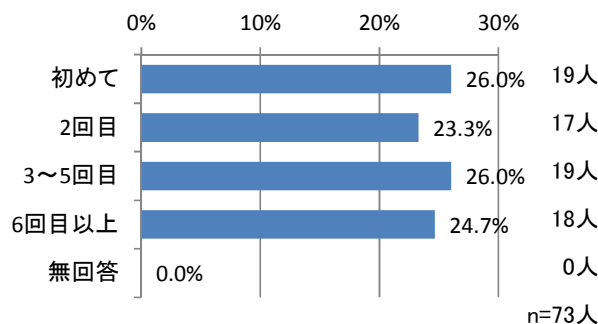
④アンケート調査結果（市内精神科病院入院患者）

平成25年11月、障害者総合支援計画策定の基礎資料とするため市内在住の障害者を対象に、生活状況などを調査するアンケートを実施しました。アンケートでは、市内の精神科病院に協力していただき入院患者150人に調査票を送付し、73人の方から回答を得ています。回答の有効回収率は、48.7%でした。

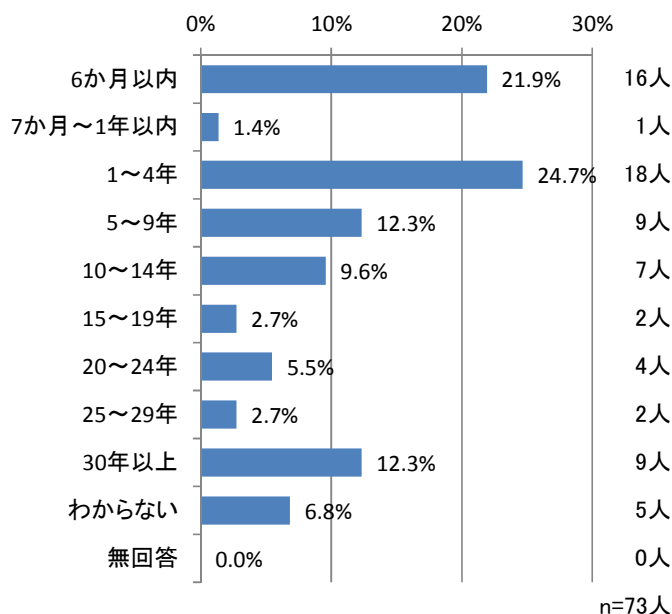
回答者の年齢構成は、40歳代が23.3%、50歳代が19.2%、60歳代が26.0%、合わせて68.5%です。40歳代から60歳代までの方が大半を占めており、前述した精神障害者保健福祉手帳所持者のアンケート結果と比べると、若干、年齢層が高くなっています。



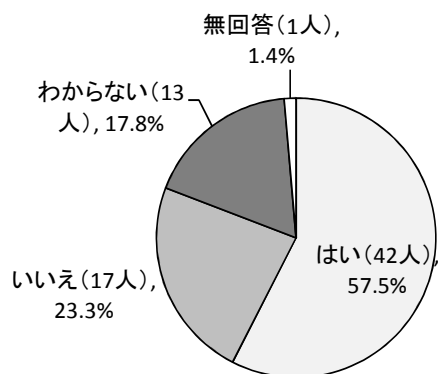
入院の回数では、「初めて」から「6回目以上」まで同じ程度の割合になっています。



通算の入院期間は、「6か月以内」が21.9%、「1～4年」が24.7%と高い割合になっています。その他、「30年以上」も12.3%となっています。また、「7か月～1年以内」が1.4%と低くなっており、入院後6か月までに退院できない方は、1年以上の入院期間になりやすい傾向が見て取れます。



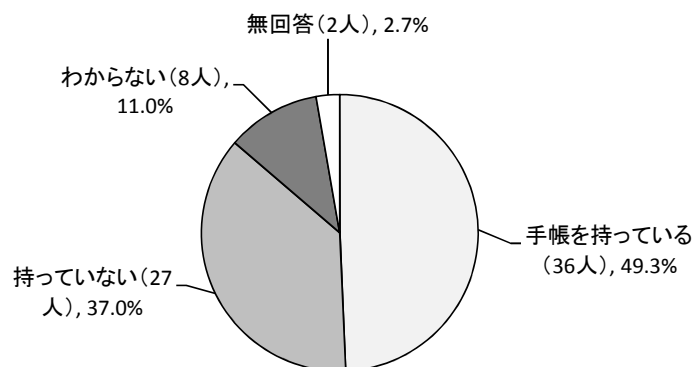
今回の入院は自分で必要だと思ったかどうかについては、「はい」と回答した方が57.5%と半数以上となっています。また、その理由としては、「不眠や不安定な状況が続いたため」が35.7%と最も高くなっています。



■入院が必要だと思った理由

項目	度数	構成比
服薬を中断して病状が悪化したため	5	11.9%
不眠や不安定な状況が続いたため	15	35.7%
お薬の調整のため	5	11.9%
その他	12	28.6%
無回答	5	11.9%
回答者数	42	100.0%
非該当	31	-

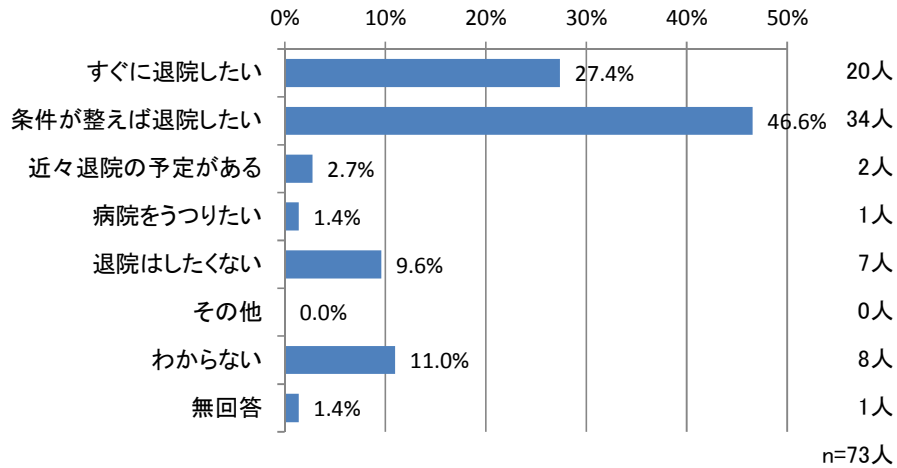
精神障害者保健福祉手帳の所持については、持っている方が49.3%いる一方で、持っていない方は37.0%となっています。



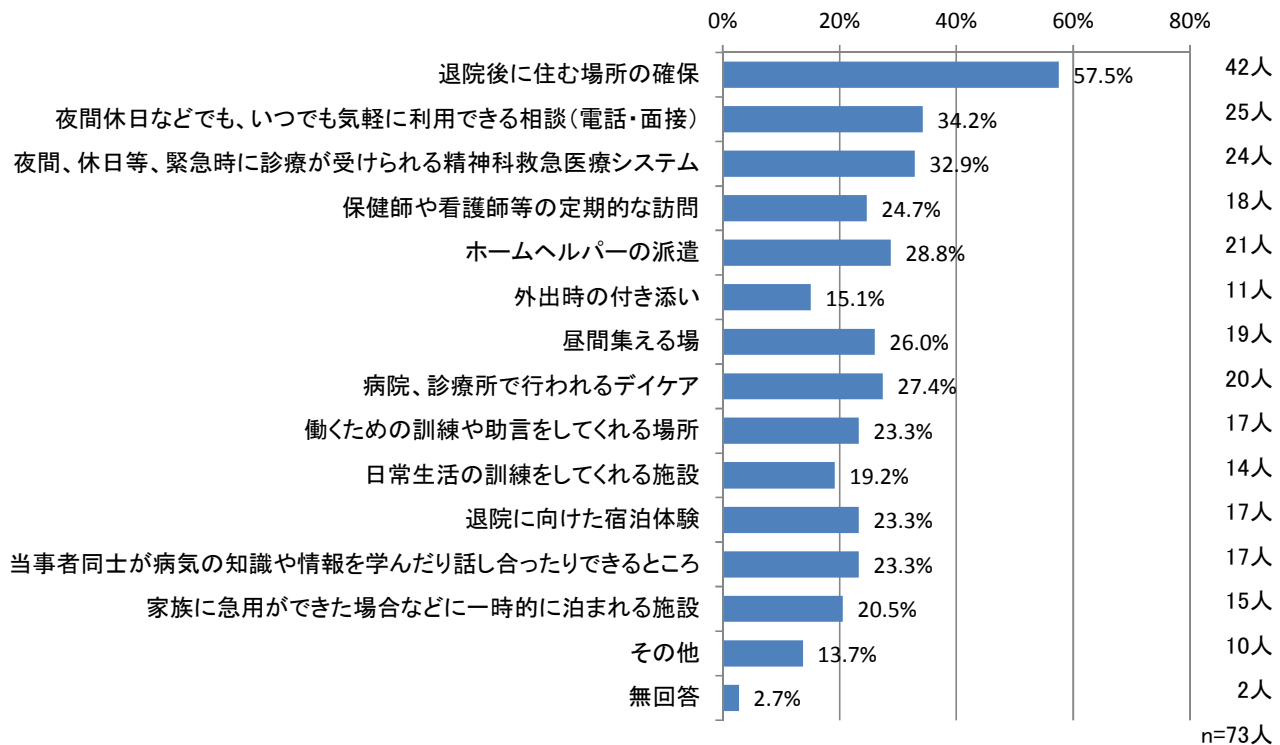
■手帳を持っている方の等級

項目	度数	構成比
1級	2	5.6%
2級	27	75.0%
3級	3	8.3%
無回答	4	11.1%
回答者数	36	100.0%
非該当	37	-

退院については、「すぐに退院したい」が27.4%、「条件を整えば退院したい」が46.6%となっており、大半の方が退院したいと考えているようです。



退院に必要な支援については、「退院後に住む場所の確保」が57.5%と突出して高く、「夜間休日などでも、いつでも気軽に利用できる相談（電話・面接）」が34.2%、「夜間、休日等、緊急時に診療が受けられる精神科救急医療システム」が32.9%と比較的高い割合になっています。



(2) 地域移行支援の現状と課題

以上見てきたように、本市における精神障害者保健福祉手帳所持者数は増加の一途をたどり、また、精神科病院には多くの方が入院されています。

そうした中、本市における地域移行支援・地域定着支援の支給決定者数を見てみると、平成24年度の地域移行支援は5人、地域定着支援は3人、平成25年度の地域移行支援は2人、地域定着支援は8人、平成26年度の地域移行支援は2人、地域定着支援は7人と非常に低い数字となっています。

一方で、アンケート結果からは、地域生活を送る精神障害のある方の多くが何かしらの支援を必要としている現状がうかがえますし、精神科病院に入院している方の半数以上の方が退院を希望しており、退院後の住まいの確保など、退院するための様々な支援が求められています。

精神科病院に入院している方が退院し、安定した地域生活を送れるようにするためには、病院による入院中の医療はもちろんですが、入院中における退院へ向けた支援から退院後の地域生活における支援まで継続した支援が必要です。本市では、支援に携わる医療、保健、福祉の各分野の関係機関の連携を強化し、支援に関する共通認識をもって地域移行支援に取り組むことが課題となっています。

【地域移行支援・地域定着支援実利用者数 単位：人】

区 分	平成24年度	平成25年度	平成26年度
地域移行支援 (実利用者数)	5	2	2
地域定着支援 (実利用者数)	3	8	7

2. 精神科病院を取り巻く環境

精神科領域の医療機関には、精神科病院、精神科診療所、訪問看護ステーション等があります。ここでは、この指針に基づいた支援を行うべき入院患者を抱える精神科病院の現状とそれを取り巻く環境について確認します。

精神障害者の退院を支援する場合において、当然、精神科病院の存在は無視できないものです。当事者である精神障害のある方のみならず、病院外の様々な立場の関係者からは、「精神科病院入院患者が退院出来ないのは、病院が退院させようとしないからだ」という指摘がなされています。本来、精神疾患の治療を旨とすべき精神科病院が、なぜ退院支援を阻害する要因の一つと指摘されるのでしょうか。

（１）精神科病院の現状

「精神科病院自体が、精神障害者の退院を阻害している」ことを前提として、「精神科病院をなくすべきである」という意見があります。精神科病院そのものがなければ、精神科病院への入院自体も発生しないという考えです。この意見は極端なようですが、実は実例があります。イタリアでは、1970年から2000年にかけて大規模な精神保健施策の改革が行われました。その結果、イタリア国内のほとんどの精神科病床を廃止し、精神科病院入院患者数の大幅な削減に成功しています^{*1}。さらにOECD（経済協力開発機構）が定期的に発行している健康関連経済指標をみると、イタリアほど極端ではありませんが、西ヨーロッパを中心とする30余か国のほとんどにおいて、1960～1970年代をピークに、人口あたりの精神科病床数は明らかな減少傾向にあります。病床数を減らし、入院患者数を減少させることは、世界的な潮流であるといえます^{*2}。

これに対し、我が国の精神科病床数は非常に多く、この病床数は1960年には人口千人あたり1床でしたが、1970年には2.5床近くに急増、その後も1990年頃まで漸増を続け、人口千人あたり3床近くにまで増加しました。そして現在に至るまで、ごくわずかに減少しているのみです。その結果、1960年代には他国と同程度か、むしろ少ない方であった日本の精神科病床数は現在、OECD加盟国中第一位となっています。この10年、厚生労働省が繰り返し精神科病床数減少を呼びかけているにも関わらず、一向に病床数が減らないという現状は、我が国の精神医療の方向性が明らかに諸外国と異なっていることを示しています。精神科病床数の減少による入院患者の退院促進については、少なくとも現在の我が国ではあまり期待できそうにありません。

*1 精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本、大熊一夫、岩波書店、2009

*2 Health data、OECD

（２）経営体としての精神科病院

病床数については、欧米諸国と同程度の数値が必ず適正であるという訳ではありません。それぞれの国にはそれぞれの状況があります。我が国において精神科病床数が多い理由は、我が国独特の医療提供体制に依るところが大きいと考えられます。ヨーロッパ諸国の多くでは、基本的に医療提供体制は財源とサービスが一体となって、公的組織から提供されています。反対に米国では、サービスを提供する医療機関も、財源となる医療保険も、ともに民間企業によって運営されています。しかし、我が国はそのどちらとも異なり、財源となる医療保険制度は公的に運営されている一方で、サービス提供者である医療機関の約8割は法人を含む民間企業が担っています。このような医療提供体制は、すべて公的サービスで運用する場合に比べて、サービスの質の低下を招きにくいという点において他国から評価されていますが、一方で、行政主導での体制の変化は起こりにくい側面もあります。したがって、行政が医療提供の場を施設から地域に移そうと考えたとしても、民間企業である各医療機関は経営体として存続の必要性があり、単純にこれまでのサービスを取りやめることは不可能です。

ただし、医療機関の収益は基本的には診療報酬という公定価格によって支えられていますので、入院治療よりも通院の収入額が上回るような価格設定となれば、退院は急速に促進されと考えられます。現に後に述べるような、退院を促す診療報酬上のインセンティブは増えてきており、それに応じた病院側の動きもあります。しかし依然として、入院治療による診療報酬は病院における収益の中心を占めており、減床が大きな収入減につながる状態に変わりはありません。経営体としての病院には、積極的に自院の病床数を減らす理由はありません。

以上は、精神科病床に関する「病院側の事情」です。当然のことですが、退院促進は病院側の事情によってなされるものではありません。しかしながら、精神障害のある方の自立生活をサポートする機関として、病院が大きな役割を担っていることも事実です。病院内で退院支援の活動をするスタッフも、病院外から退院促進を働きかける関係者も、経営体としての病院が抱える「事情」を把握しておくことは必要です。

（３）退院促進に関わる診療報酬項目

1960年代からの精神科病床数の急激な増加は、例えばライシャワー事件^{注1)}などによる社会的要請に依るところが大きかったとも言われています。早急な整備が必要だったため、厚生省（当時）は、民間精神科病院が容易に増床出来るよう、いわゆる精神科特例を設け、精神科病院には一般病院よりもはるかに少ない人員（医師・看護師）配置で運営することを許可しました^{注2)}。この施策は長期入院を前提としており、これまで退院支援が十分に機能

注1)ライシャワー事件：1964年（昭和39年）3月、アメリカ駐日大使エドウィン・O・ライシャワーがアメリカ大使館門前で統合失調症患者にナイフで大腿を刺され重傷を負った。統合失調症患者の治療体制について、国内外から多くの批判がなされた。

注2) 精神科特例：急増を要する精神病床に対応するため、昭和33年事務次官通知により、精神病床の許可基準の定数について医師は一般科の1/3、看護師については2/3での運用が許可された。

しなかった一因になっていることは否定できません。しかし現在、厚生労働省は精神科病床数の削減に向け取り組んでおり、そのための診療報酬上のインセンティブは少しずつ整備されつつあります。

その視点は大きく分けて、新規に入院される方を対象に出来るだけ早く退院することを促進するための項目、長期入院となった方を対象に、環境を整備して地域に帰ることを支えるための項目、重度の障害のある方を対象に、手厚いサポートにより地域生活を支えるための項目の三つに分類されます。各項目を算定するには、それぞれ一定の条件が課せられていますので、病院側の動きはこの条件に左右されるところが少なからずあります。退院支援に関わる人は、対象者がどのような診療報酬の算定対象となるかを把握する必要があります。

①早期退院促進に関わる項目

入院期間が短いほど、それまで生活してきた社会とのつながりが強く、入院前の生活環境に戻る可能性が高くなります。よって、新規に入院された方を、出来るだけ早く退院につなげることを評価する算定項目が以下の項目です。

【早期退院促進に関わる項目】

項 目	内容・解説
精神科救急入院料 精神科急性期治療 病棟入院料及び医師配置加算	<p>特定の病棟について、入院料として月単位で一括請求する項目です。いずれも、これまでの人員配置を見直し、一般病院に近い配置数とすることを算定条件あるいは加算条件としているため、これらの入院料を標榜する病棟はスタッフ数が他に比べて多くなります。</p> <p>また、これらの入院料の算定条件には、早期退院者の割合も規定されています。項目によりますが、入院日から起算して3か月以内に退院した方の割合が、4割ないし6割を超えることが必須条件です。早期退院促進を目的とするため、これらの入院料は通常よりもかなり高額に設定されています。早期退院割合は毎月チェックされ、目標とする割合に到達しない月はその病棟全体の一か月分の請求が不可となるため、病院にとっては大きな損失となります。なお、死亡退院、他医療機関への転院、退院後原則として3か月以内に再入院した場合は、算定対象から除外することとされています。</p>
院内標準診療計画 加算	<p>入院早期に標準的な治療計画を示し、その工程表にしたがって治療を進めることを評価する項目です。いわゆるクリティカルパスと呼ばれる工程管理の手法について言及しているもので、手続きを整理し、無駄な待機時間を省くことで、在院日数短縮に効果があると言われていいます^{*3}。</p>

*3 精神科クリティカルパス、パトリシア.C.ダイクス、医学書院、2000

②長期入院者の退院支援に関わる項目

長期入院者の退院促進については従来から、入院期間が長くなるにつれ、基本となる入院料が減額される仕組みがありました。ただしこの仕組みは最大6か月までで、7か月目以降は低額のまま維持されるため、半年を超える入院患者については影響を及ぼすことはありませんでした。平成20年の改定時に、更なる長期入院者退院促進を目的として、地域移行実施加算が創設されました。

【長期入院者の退院支援に関わる項目】

項 目	内容・解説
精神科地域移行実施加算	入院期間が5年を超える入院者のうち、退院した方の数が1年間で5%以上の実績がある場合、翌1年間加算が得られる項目です。上記の急性期病棟以外に入院している方々が対象となります。病院内に地域移行を推進する部門を設置し、組織的に地域移行を実施する体制が整備されていて、専従の精神保健福祉士が配置されていることが要件となります。死亡退院、他医療機関への転院、退院後3か月以内に再入院した場合は、算定対象から除外されます。

③重度障害者の退院支援に関わる項目

入院期間に関わらず、退院後の生活に困難が予想される方に対する算定項目として、入院中、あるいは退院後に算定できる項目には以下のようなものがあります。

【重度障害者の退院支援に関わる項目】

項 目	内容・解説
精神科退院前訪問指導料 精神科訪問看護・指導料	<p>いずれも病院職員等が、病院外で活動することを評価する項目です。退院前訪問指導料は退院前に、訪問看護・指導料は退院後に利用できます。これらを利用して、退院予定の方と一緒に外出し、自宅がある方の場合には、訪問して退院後の生活に必要な準備を確認したりします。退院先が未定の場合は、住むアパートを探すための不動産屋巡りや、退院前の外泊に向けて寝具や生活用具の買い出しをすることもあります。このような準備を経ることで、退院に不安を感じている方も安心して生活を始めることができます。また、退院後も引き続き同じスタッフが訪問し生活の見守りを続けることで、安定した地域生活を支えていくことができます。</p> <p>訪問看護ステーションは近年充実しており、精神科への対応や精神科専門のステーションも出てきています。病院内に訪問スタッフがいない場合でも、訪問看護ステーションを利用することで、同様のサービスを提供することができます。この場合、病院には訪問指示分が算定され、その他は訪問看護ステーションの収益となります。</p>

精神科重症患者早期集中支援管理料及びその関連項目	退院後、病状が不安定な方を対象に、多職種によるチームを構成し、定期的な訪問診療及び訪問看護等を行っていることを評価する項目です。1年以上精神病床に入院して退院した方又は入退院を繰り返している方が対象となります。平成26年の改定で新設されました。重度の障害のある方を、多職種により地域で支える活動の例としてACT ^{注3)} がありますが、この項目はこのような活動を想定したものであると考えられます。
--------------------------	--

退院前訪問指導料は退院促進にとって極めて有用な項目ではありますが、残念ながらその算定回数は、入院中3回（入院期間が6月を超える場合は6回）まで、と制限されています。前述したような活動をしていくためには、この回数では十分とは言えません。また、精神科重症患者早期集中支援管理料は新機軸ではありますが、その算定要件は、医療機関への通院が困難であることや障害福祉サービスを利用していないことなど極めて厳しく、また算定を退院後6か月に限っているなどの制限もあり、実際に算定することは難しいのが現状です。退院促進にさらに力点を置いた、算定要件の見直しが期待されます。

（4）ケースカンファレンスの重要性

前述のような退院支援に関わる診療報酬上の仕組みは、病院内の業務に従事している人にとっては概ね周知の事柄であり、これらを前提に業務を組み立ててゆくことについてもコンセンサスが得られています。しかし、本指針を手にする他の多くの関係者にとっては、これらはほとんど目にする内容なのではないでしょうか。その結果例えば、地域での準備が十分整っていないのに、病院側が3か月以内の退院に強くこだわり、無理な形での退院、そして再入院という事例が起きてしまったりするのです。

同じことが病院関係者にも言えます。退院に関わる様々な領域に、それぞれの事情があることを、病院関係者が知らずにいることが、退院を進める上で大きな障害となっていることが多々あります。この障害を乗り越えるために、本指針が必要となりますし、さらに重要なことは、それぞれの事情を共有するサポートチームの存在です。これまでの経験から、長期入院から退院し、地域での生活を継続されている事例のほとんどについては、入院中から医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の多職種による院内カンファレンスを行っています。そして適切な時期をみて、院外の各関係機関と連携し、合同カンファレンスを繰り返し行っています。関係機関は、ケースに応じて、障害者生活支援センター、精神科クリニック、訪問看護ステーション、支援課、福祉課、保健所、保健センター、介護支援事業者と多岐にわたります。さらに状態が不安定な事例については、退院後も定期的にカンファレンスを続けている事例もあります。

カンファレンスの重要性は、退院される方にどのような関係者がどのように関わっている

注3) ACT：Assertive Community Treatment の略。重い精神障害を抱えた人が、住み慣れた場所で安心して暮らしていけるように、多職種の専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラム

のかという情報を、関わっている人全員が共有することです。この情報共有により、何か対処しなければならぬ事態が起きた際に、「これはうちで対応しよう」「これはあそこに頼もう」という業務分担が可能になります。実際、退院に向けて支援を進めていくうちには必ず困難な課題が出現するものですが、この対応を各関係者が押しつけあうことなく分担して行うチームをつくることが、退院を成功させる鍵であると言えます。

（５）医療保護入院制度の改正について

精神科病院は閉鎖病棟を有し、入院する方の行動を制限することから、一般病院とは異なる入院形態として、任意入院、医療保護入院、措置入院、その他（応急入院、緊急措置入院等）が精神保健福祉法に定められています。

これらの入院形態のうち、ご本人に入院する意思があるのは任意入院のみであり、その他はいずれもご本人には入院意思はないが、精神保健指定医が入院治療の必要性があると判断し、強制的な入院を実施するものです。精神科病院への入院は多くの場合、ご本人の意思に反して行われるものであり、入院治療はその端緒から大きな挫折感を伴うものであると言えます。

入院時には治療の意思がなかったとしても、入院治療の過程で治療継続への同意が得られるようになった場合は、速やかに任意入院へと入院形態を切り替えることが推奨されています。しかし実際には、長期入院されている方の中には、意思の確認が明確に行われないまま、漫然と医療保護入院等の形態のまま入院を継続している事例もあるのではないかと、という指摘があります。このようなことを踏まえ、退院促進の観点から、平成26年4月に精神保健福祉法が改正され、医療保護入院に関わる手続きが新しくなりました。最も大きな変更点の一つは、入院時に推定された医療保護入院期間を超過した場合、多職種による退院支援委員会の開催が、病院管理者に義務付けられたことです。病院管理者は、推定入院期間超過後2週間以内に、入院者本人、担当となる退院後生活環境相談員、主治医、精神保健指定医（主治医が精神保健指定医でない場合）、看護職員、その他参加が必要と考えられる家族や関連施設職員等を招集して退院支援委員会を開き、入院継続の是非、継続が必要な場合の入院形態の検討、医療保護入院が継続される場合にはその延長期間等を定め、本人に伝えなければなりません。これを実施することで、漫然と医療保護入院が継続されることを防ぎ、早期の退院を促進することが狙いです。

他にもこの改正では、精神科病院は、医療保護入院者又は家族等から求めがあった場合や、退院し地域生活へ移行するために必要があると認められる場合には、医療保護入院者又は家族等に対し、相談支援事業者などの地域援助事業者を紹介するよう努めなければならないとされました。

こうした改正は、前述したケースカンファレンスの重要性が認識されたものと理解できます。退院支援委員会という名のケースカンファレンスを行うことによって、入院の必要性をチームが再検討し、その結果を共有するプロセスが実現します。

退院支援委員会の実施義務は入院後1年以内の方のみに限定されていますが、長期入院者

の退院促進について、今後一年以上の医療保護入院者への対応が必要になると考えられます。

1960 年からの 30 年間、精神科病床の増加にあわせて入院患者数が増加しましたが、それは当時、行き場がなかった方や私宅に閉じこもっていた方々を救うための方法でもありました。しかし、それだけの規模の病床が用意されてしまった一方で、諸外国において発展した病院に代わる地域生活のためのサービスを、我が国は整備することが出来ずにきてしまいました。

長期入院をされている方々は、例外なく病院内で歳をとっていきます。そして、高齢になればなるほど、地域生活を送る意欲も体力も低下していきます。地域生活を送るための支援の充実が、早急に求められています。

第3章 地域移行支援の実例

1. 地域移行支援を行う上での支援ポイント

(1) 地域移行支援が必要な事例と出会った時に

精神科病院には、長期入院している方や入院して病状が安定したものの退院には困難が予想される方、「病院にずっといたい」と言っている方等、いろいろな方が入院されています。入院されている方の地域移行支援に携わると様々な困難に直面し、支援者として迷うことや困ること、そもそもどうしたらよいのか分からずに「お先真っ暗」という経験もあるのではないのでしょうか。

支援者が諦めたり、堂々巡りの状態に陥ったりしては、進むはずの支援も止まってしまう。少しでも視点の転換をしてみましょう。

まずは、ご本人や家族、病院スタッフ、地域の支援機関等が、「入院している人は全て退院できるのでは？」と想像してみましょう。

地域移行支援は、患者さんご本人が主役です。患者さんご本人が、必要な入院治療を受け、地域生活の場に戻り、その人らしく暮らしていくことは決して特別なことではありません。長期入院であることにかかわらず、「必要なことは何か」を見失わずに進めていきましょう。

以下の地域移行支援を行う上でのポイントを参考に支援を進めてください。

①病院スタッフの「あれ？」が大切

ケースワーカーや看護師、その他本人に関わるスタッフ全員の「あれ？なんでこの患者さんは入院しているんだろう」という疑問がスタートです。その疑問を飲み込んでしまわずに、周りや外部の支援者の誰かに初めのひと声を掛けてください。

②本人の退院意思の兆しを見逃さないで！

長期入院になればなるほど、本人は「退院する」気持ちが表現できなかったり、不安ばかりが募り「退院したくない」と思ったり、退院できることを知らなかったりする状況に陥ることはよく知られています。本人が少しでも院外の生活に興味を示したり、入院前の生活を話題にしたりした時がチャンスです。そのタイミングを捉えるのは、そばにいる病院スタッフにしかできません。

③やってみないとわからない

「退院しても、すぐ再入院してしまう」と思うケースもあるかもしれませんが、しかし、実は地域で生活する力があるのに、入院中には発揮できる場面がないのかもしれませんが。退院した方の多くは、病状が揺れても、支援チームが早期にサポートできる体制と本人自身が SOS を出せるカードを持っています。入院しないで済む対応をいろいろ試みる

ことができます。また、再入院することがあっても、同じような方法や工程により短期に再退院ができる可能性があります。失敗を恐れずに、チャレンジしてみることは必要です。

④家族の支援も丁寧に

家族に対しては、入院時・入院中・退院時・退院後の不安や疑問を受け止め、十分な説明を行い、機会があるごとに支援者の存在を伝えていくことが重要です。これは、病院内だけではなく、地域の関係機関や家族会等、色々な場面でも必要なことです。

また、家族の状況に応じて、本や講演会など情報を得られる媒体や場を提供できると良いでしょう。

⑤大きな見守りと小さな支援

入院中は、ご本人と病院スタッフの関係が密に取れることで、お互いに甘えてしまったり、過保護にしまったりすることがよくあります。必要最小限のお手伝いと充実した見守りで、褒めて認めて支援しましょう。

⑥「〇〇ができない」と「退院できない」はイコールではない

「〇〇ができないと退院できない」「一人で生活するには△△が完璧じゃないと」と心配になることはたくさんあります。それは、病院スタッフも地域の支援者も同じです。確かに、何の準備もない退院は、本人・家族を含めて皆が不安になってしまいます。患者さんに応じてここだけは外せない支援ポイントを皆で考え、患者さんひとりではできなくても、サポートすることでできるように支援を組み立てていきましょう。

⑦「地域支援が足りない」はひらめきとアイデアで

「こんなサービスや制度があったら」という想いは、本人・家族・病院スタッフ・地域支援機関等、どの立場も同じです。無い物ねだりをするのでは前には進めません。今あるものを最大限に活用し、工夫・アレンジして対応することは可能です。

また、地域移行までの取組もワンパターンではありません。地域移行の練習も、通過すべきメニューが決まっているわけではありませんので、チームで考えていきましょう。

その積み重ねが、他の事例の参考になるだけではなく、次の施策等の土台になります。ぜひ、地域移行・地域定着支援連絡会で報告してください。

⑧諦めないことが1番

ご本人自身はもちろん、「もう退院は出来ない」と周りが諦めないようにしましょう。

⑨困ったときのチーム

支援を始める時、支援がうまくいっている時、うまく進まない時、新たな支援者をチームに迎える時等、節目節目でのケースカンファレンスを活用しましょう。毎回全員が

集まることは困難ですが、顔を合わせることで状況に良い変化をもたらすことが多々あります。

⑩その人らしい better な退院

地域移行支援には、支援機関と本人がつながっただけでその後の生活が安定する事例もあれば、具体的な生活の困りごとが生じてから一緒に対処する方がうまくいく事例や、再入院となってもそこに至るまでがスムーズかつ短期の休息入院で済む事例等、色々な事例があります。事例によっては、best な状態での地域移行が出来ないこともあります。が、何の準備も無しに退院するわけではないことに大きな意味があります。

今できる better を見つけて地域移行し、状況に合わせて best な地域定着ができるよう支援を組み立てていきましょう。

次ページからの、支援者が陥りやすいポイントも踏まえた表や事例も参考にご覧ください。

2. 地域移行支援の取組実例

ここでは、実際に長期入院から地域移行した事例をもとに、ご本人のいろいろなステージに応じて、本人・家族・精神科医療機関スタッフ・地域の支援機関・ピアサポーター等がどのように取り組んだのかが記載されています。「支援がなかなか進まない」と困った時の、ちょっとしたアイデア・エッセンスも盛り込んでいます。

事例①は「入院中の医療機関での取組と家族の不安への対応」、事例②は「ピアサポーターによる支援」、事例③は「多くの関係機関での支援環境づくり」を中心に整理しています。また、次の表は、地域移行支援を3つの時期に分け、事例から見えてきた支援ポイントをまとめたものです。地域移行を進める際に、本人や家族、支援者が陥りやすいポイントと支援するポイントを整理しています。地域移行支援には決まった支援の形はありませんので、一人ひとりの状況に合わせ、オーダーメイドの支援をしていくことが大切です。

支援の壁を打破する参考になればと思います。

【退院支援のポイント】

時期区分	本人・家族・支援者が陥りやすいポイント	支援のポイント
第1段階 「退院したい」と思えるまでの支援	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の不安、揺れ ・家族の不安、揺れ ・地域生活のイメージがない ・退院の諦め ・家族の協力が得にくい 	<ul style="list-style-type: none"> ・生活の実際を知る機会をつくる 入院者との交流会、見学 医療関係者の研修実施、見学 作業療法などへの参加 ・地域移行支援のポスター掲示 ・地域移行支援のチラシの配布 ・退院の働きかけ ・家族向けの研修
第2段階 退院に向けた支援	<ul style="list-style-type: none"> ・退院の不安、イメージのなさ ・病状の不安定さ ・退院後の住まいの設定が難しい ・病状の揺れや不安に対する支援者の諦め 	<ul style="list-style-type: none"> ・支援者、ピアサポーターと知り合う時間、機会をつくる ・面会の継続性、タイミング ・生活のイメージづくり、体験の積み重ね ・ケア会議での支援方針の共有 ・オーダーメイドの支援 ・1人1人に合わせた支援環境づくり
第3段階 退院後の地域生活支援	<ul style="list-style-type: none"> ・生活体験の積み重ね 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域資源の活用 ・多様なつながりづくり ・当事者を含めた支援体制づくり

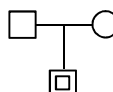
事例①

ケア会議を有効活用し、家族・本人の不安にアプローチし続けることで退院につながったケース

【支援のカテゴリ】

本人意欲	本人の病状	本人の生活能力	家族の協力	家族の不安	関係機関連携
退院後のサービス	金銭面	住まい	その他（ ）		

【事例概要】

年齢	40 歳	家族構成 	
性別	男性		
診断名	統合失調症		
入院期間	直近の入院期間 6 年 6か月 (総入院期間 9 年 6か月)		
経済状況	障害基礎年金 2 級・家族の扶養	健康保険	国保（家族）
入院形態	事業申請時：医療保護入院 退院時：任意入院		
家族状況 (退院への協力等)	過去5回の入退院では自宅退院を繰り返してきており、退院させたい気持ちはあるが、自宅での介護には限界があり退院には消極的。父親はほとんど関与せず、父親に気を使いながら母親が関わっている。自営業をしているため、高齢ながらも収入があり本人の支援も可能。		
生活歴 (職歴等含む)	高卒後、単身生活しながら警備会社や運送会社などで勤務するが、いずれも長続きせず、アルバイトを転々としながらの生活を送り、住み込みで働くこともあった。収入が安定しないため、家族の経済的支援が続き、次第に友人付き合いも少なくなりアパートでひきこもる生活となる。不眠・イライラなどがあり、心療内科を受診するが、服薬が不規則となり入院に至る。1年で自宅退院となるが仕事にはつかず、家族が支援しながらの生活となる。家族への暴言・暴力のたびに入院し、5回目の入院は6年以上の入院期間となっている。		
その他特記事項 (事例の特徴)	・ 対人関係を築くことが難しく、常に被害感があり、支援に対する抵抗感もあるため、関わりづらい。 ・ 入院が長期になったことから退院意欲低下している。環境を変えることへの強い抵抗があり、本人の不安が家族の不安となり退院に消極的。		

【入院中の状況】

生活課題

- ・閉鎖病棟の中では比較的安定して過ごすことができるが、開放病棟では不安定となり、昏迷状態になることも見られた。
- ・多飲水のため尿失禁することもあり、失敗体験から意欲減退が見られるようになり、「退院したくない、入院を継続したい」という発言がきかれるようになってきた。自分から支援を求めたり相談したりすることができず、看護師から声をかけられるのを待っている状態。失禁した布団をそのままにすることもあった。
- ・院内では本人のスペースだけ置がかびており、本人はなぜかわからないという反応。特にかびていることを気にすることもなく過ごしている。

課題への対応

- ・夜間の失禁対策として看護師の声かけ、目覚まし時計を利用して定時にトイレに行く習慣をつけるように関わる。
- ・多飲水しないようにする支援ではなく、水を飲んでもいいという看護体制をつくり、ペットボトルで水の管理をできるようにする。
- ・失禁してしまった場合、隠すことなく、片づけることを目標にした失禁への対処方法を学べるように関わる。

生活体験 評価表

氏名: 年齢: 入院期間:

利用日数: ~

利用目的:

食事	日付	1	2	3	4	5	6	7	8
食べる	①適切な時間に食べることができた								
	②声掛けがあれば食べることができた								
	③食べなかった(理由:)								
調理方法	①材料を揃えて自分で調理した								
	②レトルト・インスタント食品を買って調理した								
	③惣菜や弁当を買ってきた								
	④その他								
薬									
	①服薬できた								
	②飲み忘れあり→どうしたらいいか聞いた								
	③飲み忘れた								
睡眠									
	①よく眠れた								
	②追加眠剤を飲んで眠れた								
	③眠れなかった(理由:)								
金銭管理									
	①自己管理できた								
	②できなかった(理由:)								
整理整頓									
	①きれいにしている								
	②声掛けるとできた								
	③散らかっている								

その他(身だしなみ・対人関係・買い物など)気づいたこと、困ったことあれば記入してください。
何でもいいです！

支援期間：1年10か月	障害者生活支援センターによる訪問：11回
ケア会議：6回	ピアサポーターによる支援：10回

1 支援の経過

(1) 支援初期 退院の方針を本人・家族・関係者で話し合う

最終入院から3年が経過し、院内において退院に向けた会議が開かれた。家族とも相談し、単身生活では症状の再発が心配されることや、家族同居では家族との関係悪化から再入院せざるを得ないおそれがあることなどから、中間施設での訓練を経過していくことを確認する。宿泊型自立訓練施設への退院を目指し、体験利用を進めることとした。

(2) 支援中期 院内でできる退院に向けた取組にチャレンジする

一度は納得したはずの体験利用だったが、1回体験したところで失禁したこともあり、退院への抵抗につながる要因となった。退院への不安が強くなってしまったため、まず院内でできる自立訓練として、他の患者から離れた場所での生活体験を実施。失禁への対応、スケジュールの管理、身の回りの家事など、チェックシートを活用しながら、本人と関わりのある病院職員の支援のもと、自信をつける生活体験を積み重ねた。

事業導入

(3) 支援後期 定期的に退院に向けて関係者が話し合うことで動きを止めない

再度、宿泊型自立訓練施設の体験利用を進める。しかし、本人の意欲が低く、疲れやすかったり情緒が不安定になることが多く、体験利用がなかなか継続しない。不安が強くなると家族に連絡し、不安になった家族が退院させない方がいいのではないかと発言するようになった。家族・医療機関だけでの支援には限界があると感じ、地域移行支援事業を活用することで、障害者生活支援センターや支援課が支援に介入できるような支援体制を整えた。計画に沿った定期的な話し合いの機会を積み重ね、本人や家族の不安によって退院の動きが止まらないようにした。また、退院への意欲を低下させないよう、障害者生活支援センター訪問と併せてピアサポーターが定期的に訪問して本人の不安を期待に変えていくような働きかけを行った。

2 支援のポイント・視点

(1) 家族の不安を取り除く機会を積極的につくる

退院させたいという思いと、退院後の支援はできないという思いがあり、家族は退院について非常に気持ちの揺れが生じる。また、本人の不安が家族の不安にもつながり、結果退院支援が進まないことにもなるため、常に支援の進め方とともに家族への説明や家族の不安の受け止めを病院関係者は丁寧に行っている。また、大きな方針を決定するときには主治医にも話し合いに参加してもらうなどして、家族が安心して退院を進められるような対応を行った。

（２）課題を克服するのではなく支援体制を整えることで退院を目指す

被害感が強く、ちょっとした一言に反応し支援が進まなくなることがある。その点に配慮しながら意欲を引き出せるように関わることを心がけた。目標設定しても行動が伴わないことも多いため、見方によっては課題ばかりが目立つが、課題に対して対処する能力がつくことを目標にせず、支援体制をどのように整えれば退院後の生活が可能になるかを医療機関、地域の支援機関と一緒に考えていく体制をつくった。

（３）定期的なケア会議の開催で支援を進めていく

家族の不安、本人の不安がまったくなくなるということはない。退院支援も順調に進んだかと思えば、足踏みして進まなくなることもある。しかし、大切なことはこうしたことは退院を進める上で起き得ることであると考え、定期的なケア会議を開催し、失敗や課題と思われることも前向きに評価し、本人・家族が退院に前向きに取り組めるような働きかけをし続けることが退院につなげていくためには重要なことである。

【退院をサポートした人たち】



入院中にできることは、退院したいと思える働きかけをし続けることですね。ケア会議があることで安心して退院を勧められました。

医療機関



退院までの支援は、マニュアル通りに進めるものではないですね。



本人

退院したい、でも不安だらけ。時間がかかっても諦めないで良かった。退院までも退院後も支援員のサポートがあるので安心です。

家族



主治医の先生や看護師さんから丁寧に説明を受けたことで安心できました。



障害者生活支援センター

できないことをできるようにするのではなく、1人1人にあわせた支援環境を整えれば退院できますよ。

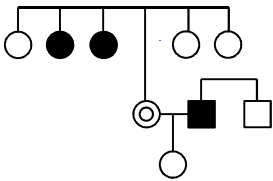
事例②

ピアサポーターの支援を中心に不安を受け止めながら支援したケース

【支援のカテゴリ】

本人意欲	本人の病状	本人の生活能力	家族の協力	家族の不安	関係機関連携
退院後のサービス	金銭面	住まい	その他	(本人の不安)	

【事例概要】

年齢	64歳	家族構成 
性別	女性	
診断名	統合失調症	
入院期間	直近の入院期間 33年 9か月 (総入院期間 33年 9か月)	
経済状況	夫の遺族年金	健康保険 国保
入院形態	入院時：任意入院 退院時：任意入院	
家族状況 (退院への協力等)	姉は精神科病院への長期入院中。娘は県外在住で精神科受診歴あり。連絡は取り合っていない。夫の兄は、退院後も必要なことがあれば協力を得られる関係。	
生活歴 (職歴等含む)	6人姉妹の第4子。母は本人が2歳の時に病気で死亡。中学校卒業後就職し寮生活を送る。結婚し、娘を出産するも精神的に不安定になり、精神科を受診後、入院に至る。織物工場や電機会社などでの就労経験がある。	
その他特記事項 (事例の特徴)	<ul style="list-style-type: none"> ・33年間の長期入院であり、不安が非常に強い。 ・血縁者にキーパーソンがいない。 	

【入院中の状況】

服薬や金銭は病院管理。金銭管理以外の洗濯等の身の回りのことは自身で行うことができ、単独での外出も行っていた。他の患者や職員との対人面におけるトラブルはないが、時に言葉の意味をネガティブに捉えて不安が大きくなることがあった。

支援期間：1年8か月	障害者生活支援センターによる訪問：18回
ケア会議：16回	ピアサポーターによる支援：31回

1 支援の経過

(1) 事業利用前～支援初期

① 院内での取組

- ・服薬管理の指導
- ・作業療法への参加
- ・キーパーソンとの調整

② 医療機関と連携して地域資源の情報を届ける

- ・作業療法プログラムを通したピアサポーターとの交流

医療機関と連携し、ピアサポーターが作業療法プログラムと一緒に参加しながら入院患者との交流を深め、自身の体験や地域の社会資源の情報を届ける取組を進めた。

- ・入院患者との情報交換

本人が事業利用している他の患者から体験を聞く中で、事業利用についての具体的なイメージを膨らませることができた。事業利用の意欲が高まり申し込みに至る。交流の中でピアサポーターとの相性も見極め、担当するピアサポーターを決定した。

(2) 支援初期～中期 本人の不安に寄り添いながら、地域生活のイメージづくり

①ピアサポーターの支援による地域生活のイメージづくり

- ・ピアサポーターによる同行支援

宿泊型自立訓練施設の体験利用を開始(月1～2回)する。公共交通機関の利用や初めての環境に入る際にピアサポーターが同行することで、様々な体験を安心して重ねていけるようサポートした。不安感の強さから退院を諦める気持ちになった際にも、ピアサポーターとの買い物や喫茶店でのおしゃべりなどの外出を楽しむことを通して、院外の環境や情報に触れる機会が途切れないよう支援を継続した。

- ・ピアサポーターによる院内での面会

月に1回程度の面会を継続した。「何を食べたらよいのか」といったことから経済的な不安まで、さまざまな不安や疑問に、ピアサポーターが当事者としての自身の体験を踏まえてアドバイスし、不安の解消を図った。

②不安軽減と退院意欲を保つ支援

- ・チャレンジハウス※やグループホームなどのさまざまな社会資源の見学

宿泊型自立訓練施設の体験利用中、他の利用者からの一言に傷つき宿泊型自立訓練施設への退院に拒否的となり退院へのモチベーションも下がった。本人の揺れ動く気持ちに付き合いながら宿泊型自立訓練施設以外の社会資源の見学を進めた。

- ・ケア会議や面会、院内作業療法の継続

不安が強まり退院への取組全てに拒否的になったこともあったが、ケア会議は可能な限り開催し、医療機関と情報共有しながら状況把握を継続した。退院への気持ちが完全に失われてしまわないようピアサポーターと障害者生活支援センター職員の面会、

作業療法も継続した。

こうした取り組みから、些細なことで傷つきやすく不安を感じやすいこと、身の回りのことはできるが体力がないこと、自身で決定し行動することの負担感が大きいことが見えてきた。そこで、グループホームへの退院を目指し支援することを確認した。

※チャレンジハウス…アパートの一室を利用して宿泊し、一人暮らしの体験ができる住居

（３）支援後期 グループホームの体験利用を経て退院へ

- ・ピアサポーターと共にグループホーム周辺の環境めぐり

グループホーム周辺の環境を知ることによって安心感につなげ、体験利用を重ねた。

- ・ピアサポーターの面会や院内の作業療法の取組の継続

他利用者とのトラブルから退院意欲が減退し体験宿泊を休止したが、ピアサポーターの面会などの取組は継続。本人の退院意欲が戻った時点で、準備期間をおかずに退院した。

２ 支援のポイント・視点

（１）事業開始前から医療機関との連携を図り、退院に向けた意欲を高めていく

院内の作業療法にピアサポーターが参加し、他の患者も含めて交流することで、安心感や地域生活のイメージを膨らませることにつながった。その交流の中でピアサポーターとのマッチングを行い、退院に向けた具体的な支援にスムーズにつながることができた。個別の支援だけではなく、グループでの支援も活用しながら退院にむけた働きかけをしていくことや、地域で暮らす当事者の姿や情報を伝え、互いの状況を共有しあえる風通しのよさが大切である。

（２）不安を安心に変えるピアサポーターの直接支援

本人にとって、気持ちを分かり合える「当事者」であるピアサポーターは憧れとなり、大きな信頼を寄せていた。途切れそうな退院への取組も、ピアサポーターとの関係が支えとなり継続することができた。ピアサポーターは、同じ体験を持つ「当事者」である強みを生かして、本人の不安に寄り添い、安心に変えていく重要な役割を担っており、このケースにおいては支援の中心となった。

（３）地域資源の情報や関係から遠ざからない環境整備

退院への不安の大きさから気持ちが揺れ動いてしまう本人のモチベーションを維持していくことが課題となったため、ケア会議や面会、外出同行等は継続し、地域資源の情報から遠ざからないよう工夫した。本人の不安に振り回されず、医療機関と日常的な情報共有を図りながら本人の状況を掴み、タイミングを逃さない支援が大切である。

【退院をサポートした人たち】



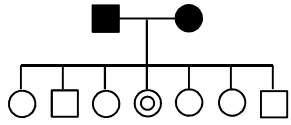
事例③

ケア会議を重ねながら支援者が増えていったケース

【支援のカテゴリ】

本人意欲	本人の病状	本人の生活能力	家族の協力	家族の不安	関係機関連携
退院後のサービス	金銭面	住まい	その他（ ）		

【事例概要】

年齢	46歳	家族構成 
性別	女性	
診断名	①知的障害 ②統合失調症	
入院期間	直近の入院期間： 17年 6か月 (総入院期間 17年 6か月)	
経済状況	障害基礎年金・生活保護	健康保険
入院形態	事業申込時：医療保護入院 退院時：任意入院	
福祉制度	療育手帳B	
家族状況 (退院への協力等)	平成15年、主治医が退院の相談のため本人と自宅を訪れたが、家族が接触を拒否。その後は連絡とれず。	
生活歴 (職歴等含む)	中学卒業後、洋裁関係の職場に就職するが、仕事をよく休み、数年後に退職。その後はアルバイト程度。もともとしゃべることが苦手で友人も少なかった。	
その他特記事項 (事例の特徴)	長期入院により、退院には消極的。新しいことへの拒否感が強い。失敗したことに対して「怒られるのでは」という思いから、パニックを起こしやすい。	

【入院中の状況】

- ・入院が長期化しており、1人で外出することはなく身だしなみも整えない。病室の隅で独り言をつぶやいていることも多く、他の患者との交流もなかった。
- ・医療関係者は、知的障害があり家族の支えもなかったため、退院することは不可能と考えていた。
- ・さいたま市退院支援事業が開始されていたこともあり、地域でのサポート体制があれば地域生活の実現の可能性もあると考え、事業申請に至った。本人は退院には消極的だった。

支援期間：2年8か月	障害者生活支援センターによる訪問：30回
ケア会議：19回	

1 支援の経過

(1) 支援初期 資源のマッチングと本人にふさわしい生活環境を検討する

家族との連絡が途絶え、入院が長期化している。関係機関で退院後の地域生活を検討するため、退院支援事業の利用を開始した。一人暮らしに必要な生活スキルは、経験の積み重ねから獲得できる可能性があるため、段階的に退院への準備を進めていくこととする。グループホーム、就労継続支援（B型）事業の体験利用を開始する。

まず、入院中の外出が少なかったため、交通ルート（徒歩）を覚えることから開始し、就労継続支援（B型）事業の利用当初は病院スタッフが同行した。また、金銭管理については、手元にあるお金をすべて使ってしまうため、段階的に少額の自己管理から始める。服薬管理は1日分から開始する。

グループホームの空室がなくなり利用を中断する。生活体験の積み重ねと生活能力のアセスメントを進めるため、宿泊型自立訓練施設の利用を開始したが、自由な時間があると過ごしにくさが見られるようになる。

(2) 支援中期 本人に適したツールを活用し生活体験を重ねてアセスメントを深める

ケア会議の話し合いから、日々の暮らしを支えるツールを活用する。①メモリーノート（スケジュール、約束事）の活用、②服薬カレンダーの活用、③一日毎の金銭管理の3点を軸に支援を進める。特に、メモリーノートの活用により、スケジュールの見通しが持てるようになり、予測を立てて行動できるようになった。

宿泊型自立訓練施設では、簡単な調理、買い出し、片づけ、洗濯、掃除、入浴、洗面、歯磨き、身支度、余暇の過ごし方といった一人暮らしに必要な生活体験を重ねる。次第に退院後の生活をイメージできるようになる。

退院後の生活設計は、就労継続支援（B型）事業所での就労を軸に、住まいはチャレンジハウス（一人暮らし体験型住居）→宿泊型自立訓練施設→单身生活もしくはグループホームという見通しを立てる。

(3) 支援後期 退院後の地域生活の支援体制づくりの検討

ケア会議の話し合いで支援方針を変更する。住まいを段階的に移すことは本人の混乱を招き、ストレスになりかねないことを共有する。退院後は单身生活を想定し、支援環境を整える方針とする。

退院後の地域生活に向けて、療育手帳の取得、成年後見制度の利用手続き、アパートの見学などを進め、宿泊型自立訓練施設、就労継続支援（B型）事業の利用も継続する。働くことは自分が活躍できる機会と感じるようになり、自信にもつながっていった。ケア会議において、退院後は家事援助、就労継続支援（B型）事業、ショートステイ、訪問看護を利用しながら地域生活の安定を図っていく方針を決定する。

2 支援のポイント・視点

(1) ゆっくり時間をかけ、支援者との関係づくり

退院支援を進める上では、支援者のペースではなく、本人のペースを尊重して支援を進める必要がある。この事例の場合、本人の理解が十分に得られるよう、一つのことを何度も繰り返し体験し、ゆっくり一つひとつの課題をクリアできるよう、段階的に支援するよう工夫した。また、退院支援事業には期限が設けられているが、この事例の場合、退院まで2年8か月を要した。この期間の中で、本人は地域の支援者と安心できる関係を築いていくことができ、地域生活へ移行する際の安心感にもつながった。

(2) 定期的なケア会議を開催し、柔軟に支援を進める

関係機関で情報共有しながらアセスメントを深めていく場合、ケア会議は有効である。この事例では、ケア会議を定期的で開催し、本人ができることを見つけ、支援中期では本人に合ったツールの活用を導入している。本人の不得手なことはツールの活用で補完し、退院に向けて前向きに取り組めるようにしている。本人も困ったことがある場合はケア会議で話し合うということが定着し、ケア会議の開催が退院へのモチベーションにもつながった。また、この事例の場合、住まいを段階的に進めることは本人の混乱を招くことになるため、支援経過の途中で方針を切り替えている。ケア会議での議論を通して柔軟に支援方針を見直し、本人にとっての最善の支援策を見出していくことも重要である。

(3) 医療と福祉が連携し地域生活の安定を図る

退院を進めるにあたっては、医療機関と支援機関との見立てに相違が起こることも度々ある。しかし、退院後の地域生活の安定をゴールとすれば、医療と福祉の見立てをすり合わせ、総合的な視点で支援方針を立てることが必要となる。この事例の場合、できないことを克服する支援ではなく、本人のこれまでの生活経験や就労経験から獲得してきた生活能力などに着目し、持っている力を発揮できるよう、医療と福祉それぞれの視点で前向きに評価を重ね合わせていった。総合的な視点で支援体制をつくっていくことが重要である。

【退院をサポートした人たち】



第4章 関係機関の役割

1. 行政機関の役割

(1) 支援課の役割

支援課は、さいたま市に10ある区役所の健康福祉部に位置付けられている課です。さいたま市では、各区役所健康福祉部に社会福祉法に基づく福祉事務所が設置されており、福祉事務所は「生活保護法」、「老人福祉法」、「身体障害者福祉法」、「知的障害者福祉法」、「児童福祉法」、「母子及び寡婦福祉法」のいわゆる福祉六法に定められた援護、育成又は更生の措置に関する事務を実施する福祉の総合窓口となっています。

支援課では、社会福祉法に規定されている身体障害者福祉法、知的障害者福祉法に関するもの以外にも、精神障害者保健福祉手帳の交付や障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの介護給付費等の支給決定、自立支援医療受給者証（更生医療及び精神通院医療）の交付なども実施しています。

そのため、支援課には、様々な悩みや課題を抱えた方が相談に訪れます。支援課では、相談内容をじっくり聞き、必要な生活状況や家庭状況などを把握し、課題を整理しながら支援内容の具体化を進めていきます。しかしながら、相談内容は一人ひとり異なり多岐にわたるため、中には支援課のみでは解決できない場合もあります。相談の内容によっては、福祉サービスの情報提供のみで終了する場合もあれば、複数の福祉サービスを組み合わせたり、複数の関係機関と連携、調整して支援する場合もあります。緊急性の高い相談内容については、医療機関の受診を勧めたり、施設利用の調整、警察や児童相談所につなぐ必要のある場合もありますので、支援課では日頃から、様々な関係機関とのネットワークを構築して業務にあたっています。

障害のある方が抱える困り事や課題は、関係機関が連携して対応しなければ解決できない場合が多くありますので、支援にあたる時は支援課に相談してみてください。支援課における障害福祉サービスや各種手当の支給、精神障害者保健福祉手帳の取得、自立支援医療（更生医療及び精神通院医療）の給付といった必要な制度利用の手立てをはじめ、関係機関とのネットワークを生かした総合的な支援を進めます。

（２）保健所の役割

さいたま市には保健所が 1 か所あり、精神保健に関する相談を受けています。相談内容は、こころの健康づくりに関することから、精神科受診、治療の継続、社会復帰、福祉制度等の利用、ご家族への支援、地域移行・地域定着支援など、多岐にわたります。

地域移行・地域定着に関しては、平成 18 年度から平成 23 年度まで、保健所が事務局となり、「さいたま市精神障害者退院支援事業」を実施し、市の退院促進の基盤づくりを進めていました。

平成 26 年 4 月に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が改正され、新たに規定された退院後生活環境相談員と地域との連絡調整ならびに、必要時の「医療保護入院者退院支援委員会」に参加する機関の 1 つとして保健所が位置付けられています。地域移行・地域定着に関与する機関は多数ありますが、保健所も、入院先の精神科病院からの市の相談窓口の 1 つとなっています。

また、精神科医療の課題である長期入院（社会的入院）の患者さんや退院するための調整が困難な患者さんの地域移行に関しても、保健所として協力していく役割を担っています。

具体的な取組としては、退院困難となっている個々の事例について、退院に向けた介入の糸口や道筋を、関係機関と連携・検討し、必要に応じて直接アプローチもしながら、地域移行・地域定着を目指します。

その他、地域移行・地域定着に関して保健所に相談するとよい主な内容として、以下のものがあります。

○保健所への相談内容

- ・ 地域にどのような機関があるか知りたい
- ・ どの機関の協力を得て進めていけばよいかわからない
- ・ 円滑な支援につなげられる方法を、一緒に考えてほしい
- ・ 不安を感じている家族と一緒に説明してほしい
- ・ 地域移行の進め方を一緒に検討してほしい（ケース会議への参加） 等

このような例に加え、保健所が個々の事例について、直接、相談を受ける機関であることは言うまでもありません。居住先（となる予定）の区毎に、地区担当制になっていますので、担当までご連絡ください。

保健所は、「さいたま市精神障害者退院支援事業」に取り組んだ経験を踏まえ、引き続き、各精神科病院と地域の関係機関との架け橋になれるよう市内の情報を収集分析し、本市の精神保健福祉の各施策に参画しながら

地域移行・地域定着に取り組んでいます。

(3) こころの健康センターの役割

こころの健康センターは、平成15年に開設したさいたま市の精神保健福祉センターです。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づき、精神保健福祉に関する普及啓発・調査研究・相談・さいたま市精神医療審査会事務局・精神障害者保健福祉手帳交付の判定・自立支援医療費の公費負担の判定等を行っています。

今回はその中で、さいたま市精神医療審査会と、その業務の1つである、「退院請求または処遇改善請求」についてご紹介します。

①さいたま市精神医療審査会

審査会は、精神障害者の人権に配慮しつつその適性な医療及び保護を確保するために、精神科病院に入院している精神障害者の処遇等について専門的かつ独立的な機関として審査を行うために設置されています。審査会委員には、医療・法律等の専門家に加え、さいたま市では法律の改正に合わせて精神保健福祉士を委員としています。

審査会事務局には、さいたま市内の精神科病院と、さいたま市長の命令による措置入院者を受け入れている病院から、医療保護入院届出と措置入院者及び医療保護入院者の定期病状報告が届きます。審査会では、その入院及び退院に向けた取組が適切であるかどうか審査をしています。また、入院中の方やその家族等から「退院請求または処遇改善請求」が出された場合には、その入院や処遇が適切であるかどうか審査しています。

②退院請求または処遇改善請求

入院している方やその家族、及び代理人である弁護士は、さいたま市長に対して退院や処遇の改善を請求することができます。審査の対象となる方は、さいたま市内の精神科病院に医療保護入院している方と、さいたま市長の命令で措置入院している方です。さいたま市民でも、さいたま市外の精神科病院に医療保護入院している場合には、埼玉県知事に退院等の審査請求をすることになります。

こころの健康センターでは、審査会の事務局として、退院等の請求を受け付けています。精神科病院には、退院等請求の窓口として、審査会事務局の「退院等請求の電話番号」が必ず掲示されています。事務局では、退院等の審査を希望される方から電話をいただいてお話を伺い、希望される方には手続きをご案内しています。必要事項が記入された審査等請求書が提出され受理した後、審査会委員が病院まで出向いて意見聴取し、請求者や主治医、家族等の意見を伺います。その後審査会にて、入院や処遇が適切かどうか審査し、審査結果については、審査会で話し合われた判断理由と併せて書面で通知します。

退院等の請求がなされてから審査結果が出るまで約1ヶ月かかります。また、請求者の希望通りの結果とならないこともあるため、請求するだけでなく、主治医や家族等とよく話し合い、治療方針に納得した上で、退院に向けて治療に取り組むことをお勧めしています。

（４）保健センターの役割

保健センターは、各区役所にあり（浦和区と中央区は、区役所とは少し離れた場所にありますが）、健康の維持増進、疾病予防、早期発見、療養等に携わる機関であり、「まちの保健室」のような存在です。市民を対象に、各種相談・教室を実施したり、予防接種や健診の窓口になるところです。保健センターには、保健師・管理栄養士・歯科衛生士が配置されています。

市民の身近な機関として、精神保健に関する相談も受けており、保健所やこころの健康センター、障害者生活支援センター等の関係機関とも連携しています。

精神科病院を退院した方は、入院中には全て主治医や看護師に伝えていたことを、退院後の生活の中では自己管理しなくてははいけません。対処方法のノウハウが少ないことから、退院後に困ってしまうことはたくさんあるでしょう。特に、長期入院されていた方は、他の人が当たり前のように生活経験から学んだり、情報を得たりしているはずのことを体得できていない場合が多く見受けられます。

また、精神疾患と同時に身体科の疾患がある方は、どこに相談し、どう対応したらよいか困った際には、保健センターにご相談ください。

○保健センターへの相談内容

- 「健康と気分転換のためのおすすめウォーキングコースは？」
- 「健診の通知が届いたが、どうやって受ければよいのか？」
- 「糖尿病だが、食事の量とバランスについて知りたい」
- 「体調が悪いが何科に行ったらよいか」
- 「医療機関はどこが近いのか」
- 「風邪をひいてしまったが、どのように過ごせばよいのか」 等

地域生活を送る際は、居住区の保健センターが、健康全般に関する相談先の 1 つとなります。上記のようなことを例に保健センターにご相談ください。

また、主に統合失調症の方の社会参加の一歩として「ソーシャルクラブ」を実施しています。会場は、浦和区・大宮区・岩槻区で、お住まいの区によって会場が異なります。主治医の了解が得られ、月に数回程度のグループ活動に参加してみたいというご本人の意向があれば、居住区の保健センターにお問い合わせください。

（５）障害福祉課の役割

ひとことで障害福祉課といっても、担当している業務が多く、また、直接的に支援に携わるわけではないので、何をしているのか、なかなか理解しづらいかもしれません。

障害福祉課における精神障害に関する業務としては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付決定を始め、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの介護給付費の支払い、自立支援医療の支給認定及び診療報酬の支払い、心身障害者福祉手当等の給付からグループホームや障害者施設の整備まで幅広い業務を行っています。

そのほか、地域自立支援協議会等の審議会における協議を踏まえ、障害者総合支援計画を策定することや、障害者に対する差別や虐待に対応するための施策、障害者生活支援センターに関する業務など障害者福祉に関する施策の立案を行っています。

特に、地域自立支援協議会に関しては、障害者及びその家族からの声や、支援の第一線を担っている各機関からの意見などを協議会の中で伺いながら、課題を分析し、さいたま市全体として適切な支援が行えるような仕組みの考案や、保健、福祉、医療、就労など障害者支援に関する機関が円滑に連携するための調整を行っています。

例えば、障害者虐待に関して、事案の発生に際し、各区役所支援課と障害者生活支援センターが効果的に対応できるようにするために、各機関の役割を整理した障害者相談支援指針の作成や、突然事案が発生した場合に備えて緊急一時保護が行える施設を確保するなどの施策を企画して実施しています。

精神障害者の退院支援に関しても、各機関共通の悩みや、これはというアイデアが生まれたら、障害福祉課の担当者へお知らせください。

2. 相談支援事業所の役割

(1) 相談支援専門員の役割

①相談支援専門員とは

障害者及びその家族、支援機関を対象に相談支援を行い、地域での自立と社会参加を促進するために、各種情報の提供、一人ひとりに応じた福祉サービス等の利用に関する支援、関係機関との連絡調整等を行います。

支援を行う上では、以下の3点を基本にすえ、障害のある人・家族が必要な支援につながり、安心して暮らせる地域をつくるための相談支援・生活支援を行います。

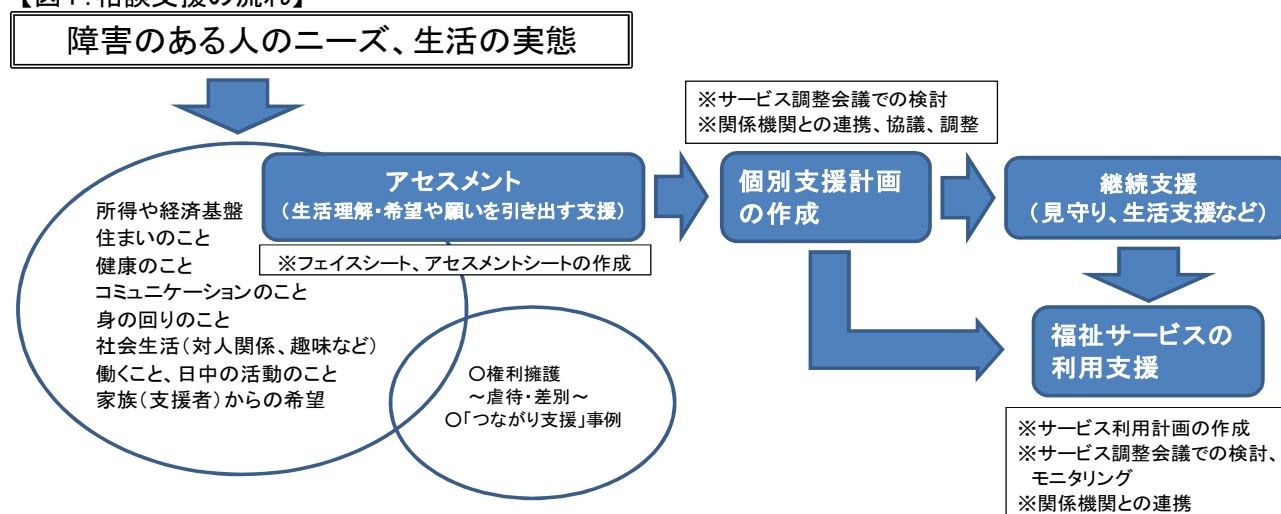
【支援を行う上での三つの基本】

	項 目	内 容
1	アセスメント・支援計画の策定	相談者がどのような支援を求めているか、何に困っているかをつかみ、支援課題を整理し適切な支援環境を整える
2	コーディネート	地域の関係機関とのつながりを作り、生活支援の協力体制をつくりだす
3	課題発見・提起	相談を通して不足している社会資源や福祉サービスなどを明らかにし、必要な施策を提案していく

障害者生活支援センターに寄せられる相談は、ニーズが明確で福祉サービスの利用につながる相談ばかりではありません。社会資源の利用など必要な支援につながるまでのアセスメントと調整も必要な役割の一つです（図1参照）。特に障害のある人の抱えている困難の背景をつかむために、生活アセスメント（生活理解）の視点を重視し進めていきます。

（※平成25年度版相談支援指針 共通書式P183～197 フェイスシート・アセスメントシートを使用します）。

【図1：相談支援の流れ】



②地域移行支援・地域定着支援を行う上での相談支援専門員の役割

平成26年11月時点において、市内精神科病院に入院している方で、「入院期間が6カ月以上」かつ「退院に向けて地域の支援機関などによる支援が必要」な方として、約100名の方が抽出されています。

退院を阻害する要因は様々であるため、相談支援専門員、ピアサポーターなどの地域の支援者による訪問などを通して、安心できる関係をつくることが重要です。

退院を阻害する主な要因
<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人や家族が退院に不安をもっている ・ 長期入院の中で、社会生活に関する意欲やスキルが低下している ・ 病状の安定に課題を抱えている ・ 地域で受け止める社会資源等が不足している

併せて、長期の入院生活では社会参加や自ら生活を組み立てる機会に制限があるため、利用者は日常生活や対人関係などさまざまことに不安を抱えていることがあります。また、家事や金銭管理等の経験がないことも想定されます。しかし、「調理や掃除ができないと退院は難しい」ということではありません。相談支援専門員の役割は、利用者が不安や一人では解決できないことに対して必要な支援を提供できるよう、安心した暮らしを実現するための支援体制をつくりだすことです。

その役割を果たすために、関係機関と一緒に様々な具体的な支援に取り組み、退院後についても生活の安定を図るための支援体制を整え、継続的な見守りを行います。

相談支援専門員の主な具体的支援
<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院等で面接を行い、本人との関係をつくり、不安などを受け止める ・ 退院に向けて、課題や必要な支援などを把握するアセスメントを行い、個別支援計画を作成する。 ・ 障害福祉サービスを利用する際にサービス等利用計画を作成する ・ 個別支援計画に基づき、ピアサポーター、病院、福祉事業所等と連携し、福祉サービスやアパートの見学等の同行、生活支援（交通機関の利用方法を覚える、買物等）を行う ・ ケア会議（サービス調整会議）を行い、定期的に個別支援計画の支援方針の見直しを行う

(2) ピアサポーターの役割

さいたま市では、地域移行支援・地域定着支援の取組の中で、精神科病院に入院中の精神障害者の退院支援を担うピアサポーターの養成を行い、平成26年度より9名のピアサポーターが退院に向けた支援、ならびに退院後の生活支援を行っています。

①ピアサポーターとは

精神障害当事者で、自らの病気の体験や入院経験を生かしながら、同じ病気や障害を抱える人の支援にあたる支援者を「ピアサポーター」と言います。単に同じ精神障害当事者であるということではなく、一定の専門研修を経て、障害者生活支援センターや医療機関をはじめとした関係機関との連携の中で、支援チームの一員としての責任と自覚を持って支援にあたっています。

さいたま市では精神科病院からの退院支援を進めるにあたって、ピアサポーターは、精神障害者の地域移行を進める大きな役割を果たしています。

②ピアサポーター養成講座の実施

ピアサポーター養成にあたっては、障害者生活支援センターや就労支援事業所を中心に募集を行い、就労できる状況にある人で、ピアサポーターとしての業務にあたる動機が明確な人を対象としました。

平成26年度は10名が養成講座を受講し、2か月にわたって専門知識を習得しました。講座は、グループワークを中心にピアサポーターとしての役割を理解し、具体的な支援内容や関わりの視点について学び合う内容となっています。また、具体的な市内の社会資源の見学も実施しています。

ピアサポーター養成講座の内容	
1	さいたま市内における精神科病院に入院している人たちの現状と課題を理解する
2	地域移行支援・地域定着支援の仕組みとさいたま市の取組を知る
3	退院後の生活を支える制度・活用できる社会資源を理解する
4	ピアサポーターの役割を理解する

養成講座を終え、支援に従事するようになった後も、月1回定期研修を開催し、関わりの点検を相互に行えるよう、ピアサポーターとしての専門性を高める環境を整えています。

③ピアサポーターの役割

ピアサポーターは、精神障害当事者としての当事者性と、専門的な知識を備えた専門性を持ち合わせた支援者であり、退院するために必要な支援は何かを本人と一緒に考え、退院を実現するための身近なパートナーでもあります。

精神科病院に入院している人たちの中には、入院が長期間に及んだことから退院意欲が

乏しくなり、退院を進めることに強く抵抗する人もいます。また、退院後の生活イメージがないために、新たな環境に飛び出すことへの不安が大きい人もいます。単に退院しようとして積極的に働きかけるだけでは、「退院させられる」という不安を招き、退院に消極的になってしまいます。対象者一人ひとりの思いにじっくりゆっくり寄り添いながら、相手の立場で考える姿勢を大切にしながら関わることもピアサポーターの重要な役割です。

退院支援におけるピアサポーターの役割は大きく以下の3点に整理されます。

ピアサポーターの役割	
1	退院したいと思えるまでの支援
2	退院できるまでの具体的な支援
3	退院後の地域生活を安心して送るための支援

④ピアサポーターの支援内容

項 目	支援内容
①退院意欲を高める支援	地域移行支援の対象者への病院訪問を行い、入院中の方がピアサポーターとの面会を通して、退院に対しての不安を取り除き、少しずつ退院意欲を高める支援
②生活体験を積み重ねる支援	病院から外出し、公共交通機関を使う体験や生活訓練プログラムへの参加、宿泊型自立訓練事業所での体験宿泊など、退院に向けたさまざまな生活体験に安心して参加できるよう、外出や見学の同行、訓練事業への同伴参加といった支援
③退院後の生活を安心して送るための支援	障害者生活支援センターをはじめとした支援機関と連携して、退院後の生活に対するさまざまな不安を一緒に考え、一つ一つの不安を安心に変えていくために、退院後の住まい周辺の生活に必要なお店などの地域資源を把握したり、使い方に慣れたりといった、生活基盤が整うまでの間の支援
④ケア会議への参加と支援方針の共有	病院や障害者生活支援センターを中心としたケア会議に参加し、退院に向けた支援方針を検討、共有した支援計画に基づく支援

ピアサポーターは、地域移行支援の対象者にとって一番身近な支援パートナーであり、外出同行支援など長い時間を共にします。ピアサポーターは、対象者との関係づくりの中で退院への思いや不安を受け止めるほか、具体的な生活体験への支援を通して生活課題を把握しやすい立場にあります。そのため、退院に向けて定期的に行われるケア会議では、ピアサポーターの視点から見てきたことを十分に検討し支援計画が立てられることも多くあります。また、退院後の生活イメージを具体的に作る上でも、上手な買い物の仕方やお金のやりくりの方法、余暇の楽しみ方へのアドバイスなど、地域生活を経験しているピアサポーターの活躍する場面は多くあります。

3. 精神科医療機関の役割

(1) 精神科診療所の役割

現在さいたま市内に45か所の精神科診療所（クリニック）があり、それぞれいろいろな特徴をもっています。

例えば、アルコール依存など嗜癖問題の治療に力を入れている診療所、児童・思春期の治療を行っている診療所、高齢者や認知症の方々の治療を行っている診療所のほか、デイケア・ナイトケアやリワーク（就労支援・職場復帰）プログラムを展開している診療所、女性の患者さんの治療を中心に行っている診療所など、それぞれ様々な特徴があります。

また、訪問看護ステーションやカウンセリングセンター（自費）、さらにグループホームを併設している診療所もあり、治療だけではなく患者さんの地域での生活を支える様々な体制をつくりだしています。

患者さんが病院を退院し地域生活をはじめるとき、地域にある精神科診療所は身近にあり利用しやすい社会資源のひとつです。

デイケア・ナイトケアは対人関係のスキルアップや日常生活の質の向上、再発予防に効果があると言われています。退院準備の段階からデイケアを見学してもらったり、実際に体験に参加してもらうことで、退院後の生活イメージを持ちやすくなったり、生活リズムを支える手段の一つとしてプログラムへの参加を活用することができます。

また退院後、主治医を変更しなくても近くにある診療所のデイケア・ナイトケアを利用することもできます。

病院と診療所とが連絡を細かく取り合い、また障害者生活支援センターなどとも協力しながら、病院から地域への移行がスムーズになるように、また出来るだけ患者さんが地域生活の中で孤立することがないようにすることが重要です。

第5章 地域移行・地域定着支援関係機関

1. 主な相談窓口

(1) 日常生活や福祉サービス等に関する相談窓口

①支援課

区役所支援課では、障害のある方に必要な援護や身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の受付、各種福祉サービスなどの様々な相談を受けています。また、差別や虐待などの権利侵害の通報や相談も受け付けています。

〈窓口〉各区役所支援課（51～52 ページ参照）

②障害者生活支援センター

障害のある方とその家族などに対する住まいや日常生活など暮らしに関する相談支援のほか、教育や就労に関する相談や情報の提供、福祉サービスの利用援助などを行っています。また、差別や虐待など権利侵害の通報や相談も受け付けています。

〈窓口〉各区障害者生活支援センター（51～52 ページ参照）

③福祉サービス苦情相談窓口（さいたま市社会福祉協議会）

福祉サービスの適切な利用支援を図るため、福祉サービスに関する苦情や不満に対する相談を受け付けています。相談内容やその他詳細につきましては、お問い合わせください。

専用 TEL048-834-3132 FAX048-835-5282

相談時間 月・火・木・金曜日の午前 10 時～午後 4 時（昼休みを除く）

場 所 浦和ふれあい館「福祉サービス苦情相談窓口」

対 象 過去1年以内におきた福祉サービスの利用に関する苦情相談

④民生委員・児童委員

暮らしに困っている方、心身に障害のある方、高齢者、援助を必要としている児童のいる家庭、ひとり親家庭などが自立した日常生活を営むための生活に関する相談相手となり、助言や援助活動を行うとともに、関係機関との協力のもとに社会福祉の増進に努めています。

〈窓口〉各区役所福祉課（51～52 ページ参照）

⑤埼玉県社会福祉協議会権利擁護センター

障害のある方の生活上のさまざまな相談を行っています。

精神障害者とそのご家族、関係者の方は

TEL048-822-1240 FAX048-822-1406

相談内容	曜日（祝日・年末年始を除く）	時 間
生活相談	月曜日～金曜日	午前9時～午後4時
法律相談（要予約）	水曜日・金曜日	午後1時～午後2時30分

（２）精神保健に関する相談窓口

①保健センター

健康に関する相談や健康教育、訪問指導、精神保健相談、予防接種の相談などが受けられます。

〈窓口〉各区役所保健センター（51～52 ページ参照）

②保健所精神保健課

保健センター、支援課、こころの健康センターなどと連携をとりながら、精神保健に関する相談をお受けします。※面接・訪問相談については、事前にお電話ください。

TEL048-840-2223、048-840-2234 FAX048-840-2230

③こころの健康センター

精神保健福祉の向上を図るため、こころの病気や悩みに関するさまざまな相談をお受けしています。また、精神科病院入院者の退院及び処遇改善を求める請求の受け付けを行うほか、精神障害者保健福祉手帳や自立支援医療費（精神通院）支給認定の申請に関する判定を行っています。

（手帳などの申請やお問い合わせは、各区役所支援課が窓口となります）

TEL048-851-5665 FAX048-851-5672（月～金 午前9時から午後5時）

④こころの電話

市民が気軽に心の健康についての不安や悩みを相談できる「こころの電話」を開設しています。あなたのこころの悩みを専門相談員がお聴きします。匿名でも構いません。

受付時間 午前9時00分から午後4時00分まで 土日・祝日及び12月29日～1月3日を除く。また、その他不定期に月1回休止日があります。

電話番号 048-851-5771

相談内容 心の病気に関する不安、苦しみ、課程での悩み、職場での悩み、学校での悩み、情報がほしい、など

(3) 就労に関する相談窓口

①障害者総合支援センター（就労支援係）

障害のある方の就労の促進を図るため、ジョブコーチの派遣や雇用創出コーディネーターの事業所訪問による実習の場、就労の場の拡大を行うとともに、職場定着のための離職予防事業を行います。

TEL048-859-7266 FAX048-852-3273

②ハローワーク

障害のある方の就職については、公共職業安定所に専門の係員がおり、障害状況、希望などを伺った上で適性を判断し、職業の斡旋から就職後のアフターケアまで一貫して行っています。

（窓口）※居住地によって異なります。

◆浦和公共職業安定所〈ハローワーク〉（担当区：中央区・桜区・浦和区・南区・緑区）

TEL048-832-2461 FAX048-829-2984

◆大宮公共職業安定所〈ハローワーク〉（担当区：西区・北区・大宮区・見沼区・岩槻区）

TEL048-667-8609 FAX048-651-0331

③埼玉障害者職業センター

障害のある方の疾病や障害を踏まえた職務内容の検討や仕事探しの方法など、就職活動全般について相談を行っている他、既に働いている方の継続雇用を目的とした相談を行っています。なお、相談にあたっては、県内の公共職業安定所（ハローワーク）の他、各就労支援機関、福祉機関、医療機関等と連携し相談に応じています。

TEL048-854-3222 FAX048-854-3260

④埼玉県立職業能力開発センター

障害のある方が就職に必要な知識・技能や実践的な作業能力を身につけ、雇用の促進が図られるよう、地域の企業や社会福祉法人、民間教育訓練機関等に委託して行う委託訓練と施設内において知的障害者を対象とした1年間の職業訓練（サービス実務科）を実施しています。

TEL048-651-3122 FAX048-651-3114

（４）その他の相談窓口

①埼玉県精神科救急情報センター

夜間・休日において、精神疾患を有する方や、そのご家族などからの緊急的な精神医療相談を電話にて受け付けています。相談内容から、適切な助言を行い、必要に応じて医療機関の紹介を行います。対象者は、埼玉県在住で精神科救急医療を必要とされている精神疾患を有する方やそのご家族などです。

TEL 048-723-8699（ハローキューキュー）

受付時間 ・平日（月曜日から金曜日）（注意）17時から翌日8時30分

・休日（土曜日・日曜日・祝日） 8時30分から翌日8時30分

（注意）

平日（月曜日から金曜日）日中の時間帯（8時30分から17時）の精神科救急医療に関する相談については、さいたま市保健所（電話番号048-840-2223）にご相談ください。

- ・医療機関等の状況により、ご要望にお応えできないことがあります。
- ・かかりつけの医療機関がある方は、まずそちらにご相談ください。
- ・緊急性の高い相談に対応することを業務としておりますので、時間をかけた継続的な相談はご遠慮ください。
- ・精神科救急医療以外の精神保健福祉に関する相談については、平日に各区役所保健センター、さいたま市保健所、こころの健康センターへご相談ください。

○各区支援課・保健センター・障害者生活支援センター連絡先一覧

※北区・大宮区・見沼区・浦和区の障害者生活支援センターは主に精神障害対応

※西区・中央区・桜区・緑区・南区・岩槻区の障害者生活支援センターは全ての
障害種別に対応

※市外局番は、048 です。

西 区	北 区
西区役所支援課 TEL620-2662 FAX620-2766 西区役所保健センター TEL620-2700 FAX620-2769 西区役所福祉課 TEL620-2653 FAX620-2762 西区障害者生活支援センター（ゆめの園） TEL623-1768 FAX622-8807	北区役所支援課 TEL669-6062 FAX669-6166 北区役所保健センター TEL669-6100 FAX669-6169 北区役所福祉課 TEL669-6053 FAX669-6167 北区障害者生活支援センター（ベルベッキオ） TEL661-7092 FAX661-7093
大宮区	見沼区
大宮区役所支援課 TEL646-3062 FAX646-3166 大宮区役所保健センター TEL646-3100 FAX646-3169 大宮区役所福祉課 TEL646-3053 FAX646-3165 大宮区障害者生活支援センター（やどかり） TEL795-4720 FAX795-4721	見沼区役所支援課 TEL681-6062 FAX681-6166 見沼区役所保健センター TEL681-6100 FAX681-6169 見沼区役所福祉課 TEL681-6053 FAX681-6162 見沼区障害者生活支援センター（やどかり） TEL682-1101 FAX682-0670
中央区	桜 区
中央区役所支援課 TEL840-6062 FAX840-6166 中央区役所保健センター TEL853-5251 FAX857-8529 中央区役所福祉課 TEL840-6053 FAX840-6165 中央区障害者生活支援センター（来夢） TEL859-7231 FAX852-3276	桜区役所支援課 TEL856-6172 FAX856-6276 桜区役所保健センター TEL856-6200 FAX856-6279 桜区役所福祉課 TEL856-6163 FAX856-6272 桜区障害者生活支援センター（さくらとぴあ） TEL783-7800 FAX783-7799

※北区・大宮区・見沼区・浦和区の障害者生活支援センターは主に精神障害対応

※西区・中央区・桜区・緑区・南区・岩槻区の障害者生活支援センターは全ての障害種別に対応

※市外局番は、048 です。

浦和区	南 区
浦和区役所支援課 TEL829-6143 FAX829-6239 浦和区役所保健センター TEL824-3971 FAX825-7405 浦和区役所福祉課 TEL829-6121 FAX829-6238 浦和区障害者生活支援センター（やどかり） TEL793-6373 FAX793-6376	南区役所支援課 TEL844-7172 FAX844-7276 南区役所保健センター TEL844-7200 FAX844-7279 南区役所福祉課 TEL844-7163 FAX844-7277 南区障害者生活支援センター（あみ〜ご） TEL866-5098 FAX866-5128 南区障害者生活支援センター（社協ひまわり） TEL710-8105 FAX864-0570
緑 区	岩槻区
緑区役所支援課 TEL712-1172 FAX712-1276 緑区役所保健センター TEL712-1200 FAX712-1279 緑区役所福祉課 TEL712-1163 FAX712-1270 緑区障害者生活支援センター（むつみ） TEL607-1467 FAX607-1467	岩槻区役所支援課 TEL790-0163 FAX790-0266 岩槻区役所保健センター TEL790-0222 FAX790-0259 岩槻区役所福祉課 TEL790-0155 FAX790-0265 岩槻区障害者生活支援センター（ささぼし） TEL793-4701 FAX793-4702

2. 主な制度

(1) 精神障害者保健福祉手帳の交付

〈窓口〉各区役所支援課（51～52 ページ参照）

精神障害者保健福祉手帳は、精神疾患のある方の中で、精神障害のために、長期にわたって、日常生活または社会生活への制約があると認められる場合に交付されます。手帳を取得すると、各種福祉サービスが受けられます。

また、精神障害者保健福祉手帳の新規申請、更新申請または再申請の時に必要となる診断書料を助成しています（生活保護制度利用者は除く）。ただし、等級変更申請時に所得制限があります。（申請に必要なもの：領収書、印鑑、助成額：実費（限度額 4,000 円））

(2) 精神障害者保健福祉手帳等級別の主な制度・サービス

〈窓口〉各区役所支援課（51～52 ページ参照）

制 度 等級等		医 療		手 当 等					税金・公共料金								
		心身障害者医療費の給付	自立支援医療 （更生医療・精神医療）の給付	心身障害者福祉手当	特別障害者手当	障害児福祉手当	特別児童扶養手当	心身障害者扶養共済	生活サポート	福祉タクシー利用料金の助成	自動車燃料費の助成	所得税・市県民税の控除	自動車関係税の減免	バス運賃の割引	ZET放送受信料		市立施設使用料等の免除
															免除	半額	
精神障害者	1級	△	○	○	△	△	△	△	○	○	○	○	△	△	△	△	○
	2級	△	○	○				△	○			○		△	△		○
	3級		○						○			○		△	△		○
所得に応じての負担の有無			○						○								
所得制限の有無			○	○	○	○	○	○		○	○				○		
備 考		△は65歳以上の一部該当者		施設入所や他の手当等の併給制限有り	その他同程度の状態にある方	その他同程度の状態にある方	その他同程度の状態にある方	その他同程度の状態にある方	所得に応じての負担の有無は18歳未満のみ				排気量により負担有り	顔写真が貼付されている手帳に限る			

※△は一部該当

(3) 障害者総合支援法に基づくサービス

〈窓口〉 各区役所支援課（51～52 ページ参照）

介護給付	訪問系サービス	居宅介護 (ホームヘルプ)	自宅で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います
		重度訪問介護	重度の肢体不自由のある方 又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい障害がある方 で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排せつ、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的にを行います
		同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人に、移動に必要な情報の提供(代筆・代読を含む)、移動の援護等の外出支援を行います
		行動援護	自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います
		重度障害者等包括支援	介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的にを行います
		短期入所 (ショートステイ)	自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め施設等で、入浴、排せつ、食事の介護等を行います
	日中活動系サービス	生活介護	常に介護を必要とする人に、昼間、入浴、排せつ、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します
		療養介護	医療と常に介護を必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話をを行います
	居住系サービス	施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排せつ、食事の介護等を行います
訓練等給付	日中活動系サービス	自立訓練 (機能訓練・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います
		就労移行支援	一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います
		就労継続支援 (A型・B型)	一般企業等での就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います
	居住系サービス	共同生活援助 (グループホーム)	夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談 や、入浴、排せつ、食事の介護その他の 日常生活上の援助を行います
地域相談支援給付	地域移行支援		障害者施設等に入所している障害のある方又は精神科病院に入院している精神障害のある方、 その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする方 に、住居の確保や地域における生活に移行するための活動に関する相談その他必要な支援を行います
	地域定着支援		居宅において単身等で生活する障害のある方に対して、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談、緊急訪問やその他の必要な支援を行います
計画相談支援給付	計画相談支援		障害福祉サービス等の利用を希望する障害者の解決すべき課題を踏まえ、総合的な援助の方針や最も適切なサービスの組み合わせ等について検討し、サービス等利用計画の作成を行います 計画作成後には一定期間ごとに計画の見直しを行い、計画の変更や支給決定の申請の勧奨などを行います
地域生活支援事業	移動支援		余暇活動などの社会参加のための外出が安全かつ円滑にできるよう、移動についての支援を行います
	日中一時支援		障害のある方の家族の就労支援及び介護者の一時的な休息を目的とし、日中の活動の場を提供します
	地域活動支援センター		創作的活動及び生産活動の機会を提供し、社会との交流などを行います
	訪問入浴サービス		訪問による居宅での入浴サービスを行います
	日常生活用具給付		自立生活支援用具などの日常生活用具を給付、貸与します
	コミュニケーション支援		手話通訳者、要約筆記奉仕員などの派遣を行います

（４）あんしんサポートさいたま

〈窓口〉さいたま市社会福祉協議会 各区事務所

さいたま市社会福祉協議会では、判断能力が不十分な知的障害・精神障害のある方、認知症高齢者などが、必要な福祉サービスを安心して利用できるよう、「福祉サービス利用援助事業（あんしんサポートさいたま）」を行っています。

この事業では、福祉サービス利用の援助を基本に、日常生活上の手続きや福祉サービスの利用料、税金、公共料金などの支払いをお手伝いします。また、年金証書や預金通帳などの大切な書類のお預かりなど、日常生活を安心して送るための援助を行っています。

（５）成年後見制度

〈窓口〉各区役所支援課（51～52 ページ参照）

障害福祉サービスなどの利用において、判断能力が不十分な精神及び知的障害のある方のうち、身寄りがないなどの理由により契約ができないときは、「成年後見制度」の利用ができます。市では成年後見制度の利用支援を行っています。各区役所支援課にご相談ください。

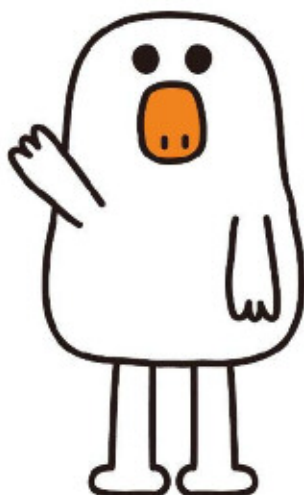
※成年後見制度は、判断能力が不十分な認知症高齢者、精神又は知的障害のある方の保護を図るため、財産管理や契約等の法律行為を行い、人権、財産権を保障しようとするものです。

資料編

さいたま市・地域移行支援事業ご利用の説明書

地域移行支援事業の利用を希望される方及びご家族の方へ

この説明書は、地域移行支援事業を利用して退院をしたいと考えている方に対し、事業の内容や申し込み方法、具体的な流れなどについて説明するものです。



ノーマくん
ノーマライゼーション条例
PRキャラクター

平成26年7月

【地域移行支援事業とは何ですか】

この事業は、あなたの希望にそって退院に向けての準備をお手伝いし、退院後も地域での生活を安定して続けることができるように、あなたを支援する事業です。

【どこがこの事業を進めるのですか】

この事業の実施主体は、さいたま市です。

障害者生活支援センターと各区役所支援課が中心となって、精神科病院、保健所、各区保健センター、作業所などの地域にある機関や施設と協力して、退院に向けたお手伝いをします。

【この事業では具体的に何をしてもらえるのですか】

- (1) あなたの希望や状況を教えていただきます。病院の主治医や職員の方からもお聞きしますが、あなた自身からも、これまでのこと、不安やこれからの希望などをお聞かせください。
- (2) 退院にむけての計画(地域移行支援計画)を立てます。その計画をもとに、あなたとよく相談した上で、退院への準備を進めていきます。
- (3) 退院したらどのような生活になるかを実際に試してみることができます。地域の社会復帰施設を見学したり、作業所等に通所したり、宿泊施設に体験的に宿泊したりすることもできます。
- (4) 退院が具体的にになれば、住むところと一緒に探したり、家具や電化製品を購入したりするお手伝いができます。
- (5) 地域移行支援計画は必要があれば変更します。

【退院までの期間は決められているのですか】

原則6か月以内です。ただし、必要と認められた場合は延長できます。地域で生活するために、引き続きお手伝いが必要である場合は、退院後も続けてお手伝いします。個々の状況に応じて、退院後最長6か月(※地域定着支援事業を利用した場合)までの期間となります。

この事業の利用が終了した後も、あなたが不安なく生活が送れるように、引き続きお手伝いします。

【この事業の利用は途中でやめられるのですか】

この事業を利用している途中で、あなたの意に沿わないことがありましたら、いつでも遠慮なく言ってください。また、この事業の利用を中止したいと思ったときには、主治医と相談して中止することができます。

【誰がお手伝いしてくれるのですか】

あなたの退院の準備を担当するのは、支援課、障害者生活支援センターの職員です。

【どんな支援をしてくれるのですか】

あなたと一緒に、次のようなことをします。

- (1) 作業所などの施設に行くときに付き添います。
- (2) 退院の準備のためのアパート探し、買い物や手続きなどのお手伝いをします。
- (3) その他、退院するためにあなたに必要なことを一緒に考え、可能な限りそのお手伝いをします。

【どのくらいお金がかかりますか】

あなたが外出や宿泊した時にかかった実費は自己負担になります。(例えば、飲食代や交通費、利用料など) なお、生活保護を受給されている場合には、事業とは別に補助される場合がありますので、事前に生活保護担当者にお尋ねください。

【事業利用時の事故について知っておいてください】

あなたを支援する職員は、あなたが事業を利用している最中に、事故に遭うことがないように細心の注意を払います。

【約束してほしいことがあります】

これから外出する機会が多くなると思います。また体験的に病院外の場所にて宿泊を行うこともあります。その際は障害者生活支援センターまたは協力施設のスタッフが共に過ごしますが、病院ではありませんので、自由な外出が可能となります。

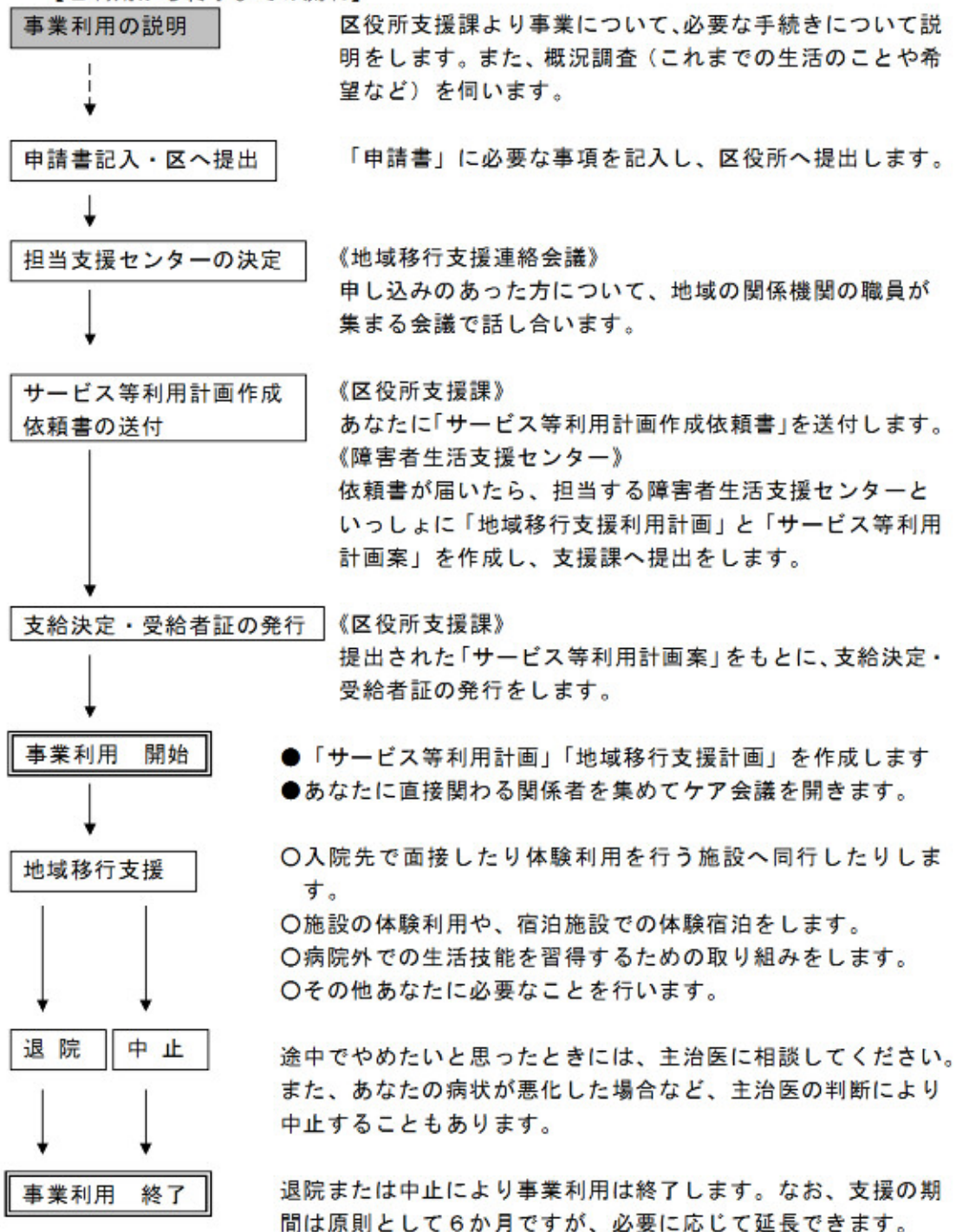
- (1) スタッフに告げることなく、外出をしないことを約束してください。
- (2) 万が一、行方不明と判断した場合には、入院先の病院やご家族と相談のうえ、警察に「保護願」「捜索願」を提出させていただきます。

【保証人などの必要性が発生した場合にはご協力ください】

退院への支援を進める中で、アパートの契約時など、保護者の同意や保証人の必要性が発生した場合には、ご家族に相談させていただきます。

そのときには、ご家族で話し合ってくださいようご協力をお願いします。

【ご利用から終了までの流れ】



【守秘義務について知っておいてください】

障害者生活支援センターが中心となって、精神科病院、保健所、各区役所支援課・保健センター、作業所などの地域にある機関や施設など、多くの人たちがあなたの退院に向けたお手伝いをします。この間あなたの個人に関する秘密については、厳重に守るように皆で努めていきます。

この事業の利用が終了した後も同じように秘密を守る義務が課せられています。

【申し込み先】各区役所支援課 市外局番（０４８）をつけてください

- ・西区支援課・・・TEL ６２０－２６６２
- ・北区支援課・・・TEL ６６９－６０６２
- ・大宮区支援課・・・TEL ６４６－３０６２
- ・見沼区支援課・・・TEL ６８１－６０６２
- ・中央区支援課・・・TEL ８４０－６０６２
- ・桜区支援課・・・TEL ８５６－６１７２
- ・浦和区支援課・・・TEL ８２９－６１４３
- ・南区支援課・・・TEL ８４４－７１７２
- ・緑区支援課・・・TEL ７１２－１１７２
- ・岩槻区支援課・・・TEL ７９０－０１６３

【申し込み後の相談先】※

あなたを担当する障害者生活支援センターが決まりましたら、お問合せください。

- ・西区障害者生活支援センター ゆめの園・・・TEL ６２３－１７６８
- ・北区障害者生活支援センター ベルベッキオ・・・TEL ６６１－７０９２
- ・大宮区障害者生活支援センター やどかり・・・TEL ７９５－４７２０
- ・見沼区障害者生活支援センター やどかり・・・TEL ６８２－１１０１
- ・中央区障害者生活支援センター 来夢（らいむ）・・・TEL ８５９－７２３１
- ・桜区障害者生活支援センター さくらとびあ・・・TEL ７８３－７８００
- ・浦和区障害者生活支援センター やどかり・・・TEL ７９３－６３７３
- ・南区障害者生活支援センター 社協ひまわり・・・TEL ７１０－８１０５
- ・緑区障害者生活支援センター むつみ・・・TEL ８７８－７８１１
- ・岩槻区障害者生活支援センター ささぼし・・・TEL ７９３－４７０１

※平成２７年４月１日より追加

- ・南区障害者生活支援センター あみ〜ご・・・TEL ８６６－５０９８

【その他の相談先】

さいたま市障害福祉課 TEL 829-1306

さいたま市保健所精神保健課 TEL 840-2223

さいたま市精神障害者退院促進支援指針

発行 平成 27 年 10 月

編集 さいたま市

〒330-9588 さいたま市浦和区常盤 6 丁目 4 番 4 号

担当 保健福祉局 福祉部 障害福祉課

TEL 048-829-1306 FAX 048-829-1981