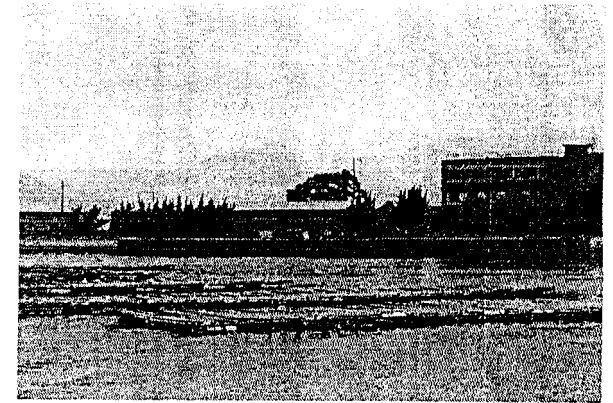


# 長野構成員ヒアリング 参考資料

# 愛南町の精神保健医療福祉住民活動

## 資料

# 社会復帰施設平山寮 発足目的(S49年・渡部嵐)



- 病とともに、帰るべき家庭を、生きるべき場を、あるいは又、続くべき人生を見失った人達がいる。それらの人達が、共同生活の場と通して、自分達の手で自活の道を開き、よりたくましくなり、うまくこの現実社会を乗り越えてゆけるようにとの願いをこめて、この試みは始められた。
- ここが、第二の我が家になるように。そして、もし社会に出て失敗しても、病院ではなく、ここへ帰り再起をはかる場所となるようにと。

## 原点—平山寮の取り組み

病院を退院した寮生が  
地域住民の強力な支援を受け  
養豚・農業・漁業に取り組み  
自主運営・自主管理を実践し  
地域で自立生活の道へ



S49～S50年代にかけて、活発に活動。その後、中核になる寮生の自立などから徐々に低迷した。(制度的支援の無さも大きく影響)  
しかし、愛南町の伝統文化“闘牛”を通じて地域住民とつながり続けたり、H8年からは住民活動の拠点としても、その理念と実践を細々とつないできた。



# 南宇和心の健康を考える会

**目的:**精神保健福祉の向上を図るため、関係機関が連携・協働し、普及啓発、調査研究、こころに関する事業を行う。

**構成:**精神保健福祉に関わる行政機関及び公共的団体の職員、医療関係者、社会復帰施設などの職員、家族会、当事者グループ、ボランティアグループ関係者、心の健康に関与する地域住民など

S60「愛媛県南予地区精神衛生大会」を契機に発足(S62年御荘保健所の強力なリーダーシップで)

年4～6回定例会(研修会)、年1回大会、ニーズ調査等心の健康全般をテーマに取り上げきたフォーマルネットワーク。各団体が「事業」として位置づけ。～安定した組織

# 南宇和(精神)障害者の社会参加を進める会

## • 目的

なんぐんにおける精神障害者の社会参加を促進するため、必要な支援活動を行うことにより、これらの人々の福祉の増進をはかる

## • 事業

- 1 精神障害者への理解向上と偏見除去の為の啓発活動
- 2 地域のボランティア育成の為の活動
- 3 就労援助の活動
- 4 住む場・集い憩う場の確保の為の支援
- 5 地域における「心の健康」の推進活動
- 6 その他必要な事業

- H元年設立。個人会員1303名。会長(町長)、副会長(ライオンズクラブ会長、地元精神科病院長)

- 事務局(御荘保健所→H15年地域生活支援センターいろいろ)



シンボルマーク“牛鬼”  
郷土の版画家 兵頭俊朗 画

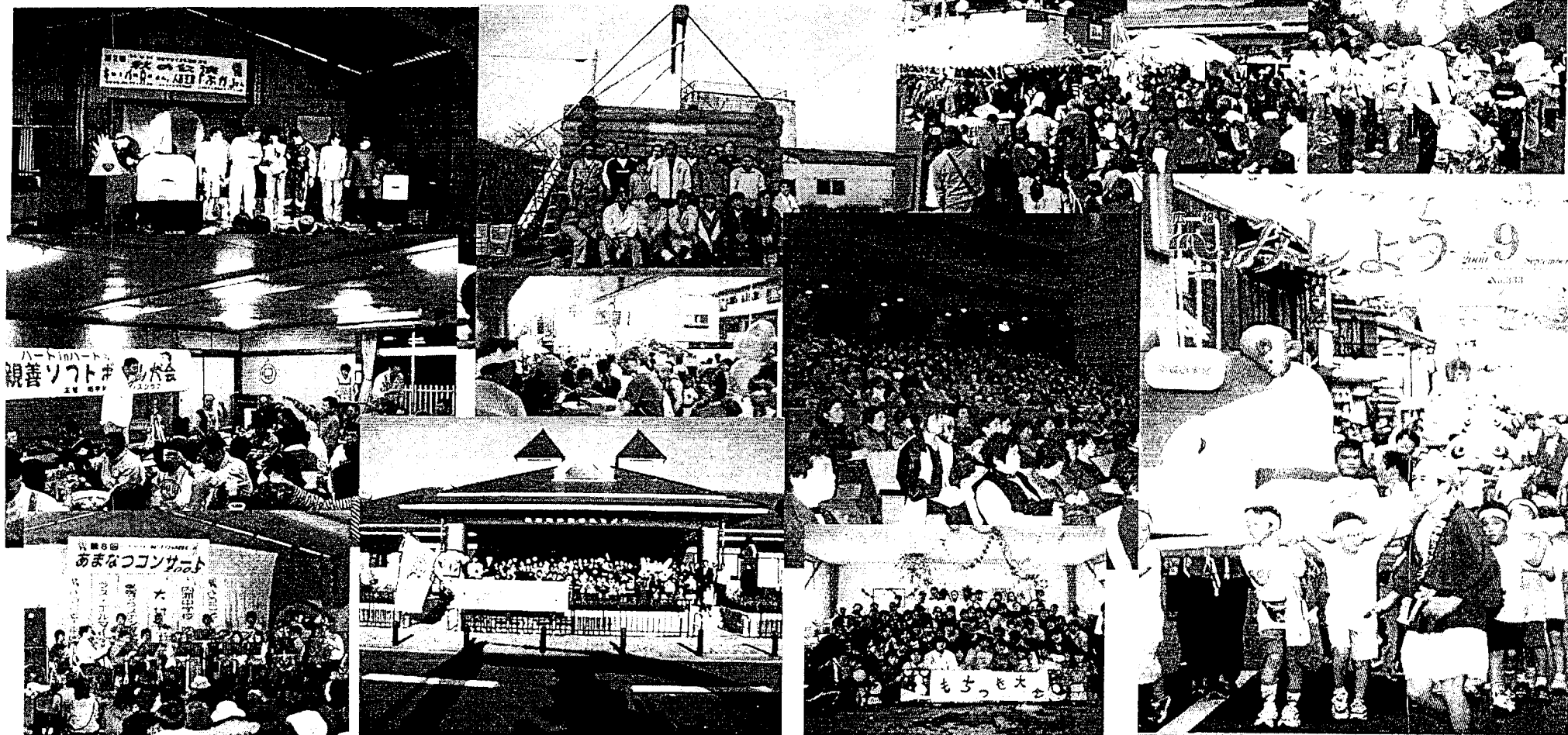
～官民一体から住民・当事者主体へ～  
～精神障害から三障害へ～H18年



# 南宇和障害者の社会参加を進める会

(H元年～、個人会員1,303名)

世代を越えて、障害の有無に関わらず、共に





# 「進める会」南宇和福祉リサイクル活動

- 「進める会」の交流活動の中で出会った主体的な多職種の地域住民が主導でH8年開始。年間延べ1000人を越える参加者、今年で13年目。
  - うどん屋(代表)、大工、漁師、御荘かき養殖、整形外科医、平山寮生などで立ち上げ
- 当初はリサイクル品をイベントなどで販売、常設店づくりを目指した。
- 呼びかけの言葉は「勝手にボランティア、みんなついなんやけん(みんな同じなのだから)」
  - 『当事者と共にふつうの住民の参加・参画を目指し、義務感より「楽しさ」で惹きつけたいという思いがありました。ボランティア活動の参加に関しては、継続参加の難しい人たちもおられます。久しぶりの参加に敷居が高くなならないような配慮が必要でした。得てしてありがちな「やってあげている」という思い上がりに陥らないような注意も必要でした。そのようなことから自戒を込めながら「ハートinハート勝手にボランティア」というネーミングができあがりました』(立ち上げメンバーの一人:渡部三郎氏)
- 障害を持つものも、持たないものも同じ地域住民として街づくりを行う市民活動。
- あまなつコンサート、人形芝居ふかなど子供からお年寄りまで楽しめるイベントを「平山寮」を拠点に開催し続けている。
- H12年夢の常設リサイクルショップ「ハートinハートなんぐん市場」開設。
- あまなつプロジェクト(放置竹林の整備とその竹の炭化を核とした地域資源循環型プロジェクト)、森林ボランティアなど環境問題に取り組み。
- NPO法人ハートinハートなんぐん市場の基盤。(NPO法人立ち上げ後もボランティア活動は継続)

# なんぐん地域ケア研究会

南宇和郡医師会主催 H8～



## 目 的

この会は、南宇和の住民が「共に生きる街なんぐん」を目指し、話し合い・考え・活動・発信することにより、自助、公助、共助が協力し、より良い街づくりに貢献することを目的とする。

## テーマ

認知症ケア  
介護全般  
家族支援  
医療  
子供の見守り  
障害者福祉  
まちづくり  
など

定例会・大会

95回

# なんぐんのネットワークの特徴

- 一地域、一保健所、一精神科病院という密な連携と、それを強力に支援して下さる地域住民で立ち上がった精神障害者を支援するネットワークを基盤として、障害の有無にかかわらず、障害種別を問わず共に街づくりを行うネットワークへ。
- 子供から高齢者まで、男性も女性も、ふつうの住民の参画。
- 専門職も一地域住民としての参画を心がけている。
- 多様な組織形態(官～官民一体～民)、多様な切り口の組織同士が「共に生きる街なんぐんへ」という共通の目標に向かって緩やかなネットワークを形成している。
- 既存の団体との協働(ライオンズ、婦人会など)
- 強い顔の見えるつながり～2代3代に。幅広い年齢層。
- 他地域とのつながりを大切にしてきた。

ふつうの住民: それぞれの分野には本来関わりを持たない地域住民の方々。障害者福祉をはじめそれぞれの分野が地域に根付くために不可欠な存在だと考えている。

# 高橋参考人ヒアリング資料

# 茨木病院における 退院促進委員会について

医療法人清風会 茨木病院

高橋幸彦

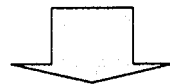
# 報告の流れ

- はじめに
- 1. 設置にいたる経緯
- 2. 委員会の現状
- 3. 効果と課題
- 4. 退院支援における  
作業療法士(OTR)の役割について
- まとめ

# はじめに

- ・病棟改築構想時(2002年)における  
精神科急性期治療病棟の新設計画  
⇒長期在院患者の院内比率の高さから  
急性期治療病棟運営に支障をきたす  
おそれ

- ・厚労省からの退院促進施策への対応



病院全体での退院支援への取り組みへ

# 1. 退院促進委員会設置にいたる経緯(1)

・当院の病棟構成 : 350床

	棟数	病床数
精神科急性期治療病棟 I	1	57
精神科一般病棟	3	173 (内:58+58+57)
精神科療養病棟 I	2	120 (内:60+60)

・2005年当初における入院患者状況  
一年以上の長期入院患者＝約72%



# 1. 退院促進委員会設置にいたる経緯(2)

## ・従来の退院支援

キーパーソン(家族・外部支援者など)がない場合

① 本人の退院意欲

② 主治医、担当PSW等からの働きかけ 等

(病棟Nsの働きかけは乏しかった)

} 影響される

キーパーソンがいる場合

入院当時の精神症状によって家族との関係が  
こじれている場合 → 入院の長期化

病院全体で退院促進に取り組むために:

**「退院促進委員会」の設置**(チームによる働きかけ)

## 2. 退院促進委員会の現状(1)

- 第1回委員会開催(2005年12月5日)  
→以降、月に1回開催
- 目的:  
退院可能な長期在院者の社会復帰もしくは  
転帰の可能性を検討する
- 委員構成:  
医師(1)、各病棟Ns(6)、OTR(1)、  
病院PSW(2)、地域活動支援センターPSW(2)  
(特徴)\* 他職種、他部門  
\* 保健所職員の参加依頼

## 2. 退院促進委員会の現状(2)

- ・各職種の役割:

主治医 <ケア計画の責任者>

薬物処方調整、患者心理教育を中心に処遇方針

担当Ns

日常生活の指導、

病棟内ケースカンファレンス等の調整

担当PSW

ケア計画、処遇に関する対外との調整 等

担当OTR

ケア計画、処遇に必要な個別プログラムの実施 等

## 2. 退院促進委員会の現状(3)

### ・方法:

①入院患者(在院1年以上)のリストアップ

②退院促進の対象ケースの選定

リストアップされた各ケース(症状等)の検討

③退院阻害要因の検討

家族・地域関係、社会生活評価等の要因を検討

④処遇検討(目標決定)

利用可能な社会資源を検討し、目標を決定

⑤実行

主治医、担当NS・PSW・OTR等が立てた  
ケア計画をもとに処遇をすすめる

⑥委員会への進捗報告・確認

委員会は①～⑤の流れを統括・管理

## 2. 退院促進委員会の現状(4)

### ・実施内容

2006年1月:各病棟より対象者をリストアップ(10名)

[内、7名を支援対象ケースとする]

3月:支援対象者2名追加

6月:支援対象者5名追加

9月:委員会で長期入院患者の底上げを検討

各病棟Ns、OTR→対象者をリストアップ(計85名)

※高齢者ケース:退院先選択肢の少なさ→支援体制膠着化

各ケースの担当医(常勤医7名)が委員会へ出席

(精神症状、治療・処遇方針について報告)

(2006年12月～2007年6月)

⇒処遇方針の見直し等

## 2. 退院促進委員会の現状(5)

- ・実績(約2年)  
　　<入院率>

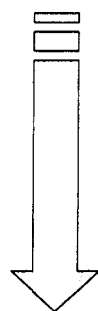
在院期間	2005年	2007年
1年以上	72.5%	54.4%
1年未満	27.5%	45.6%

<平均在院期間>

2004年度	362.2日
2005年度	289.6日
2006年度	198.0日

<在院期間(5年以上の比率)>

2005.6.1	47.6%
2006.6.1	44.1%
2007.6.1	38.7%



## 2. 退院促進委員会の現状(6)

・実績(2006年、2007年11月末まで)

＜在院1年以上の退院患者(33名※)内訳＞

※内:退院促進支援事業利用者3名

在院期間	人数	自宅		グループホーム	介護保険系施設
		家族同居	単身		
1～5年未満	19	11名	4名	2名	2名
5～10年未満	6	2名	2名	1名	1名
10年以上	8	1名		1名	6名

\* 5年未満では自宅への退院率が高い

\* 10年以上では退院先の選択肢が限られる

(ほとんど介護保険系施設)

### 3. 委員会がもたらした効果と課題(1)

#### ・効果

#### ①役割分担の明確化、具体的な取り組み

従来の退院支援では支援目的が絞れず、効果的な退院支援に結びついていなかった。委員会の設置により多職種の見集約を図ることができるようになった

#### ②チーム医療に対する気運の高まり

担当ケースに対する意識の高まり・積極的取り組み。これまで退院支援に関心が薄かった病棟Nsによる積極的な関わり(病棟内カンファレンス開催等)。

#### ③退院支援を視野に入れた処遇方針へ

委員会対象ケース以外への退院支援の取り組み。在院1年未満ケースにおいても退院支援を視野に入れた処遇方針を立てるようになった。



### 3. 委員会がもたらした効果と課題(2)

#### ・課題

#### ①新たな長期在院者を生み出さないための取り組み

- ・3ヶ月以上の入院者の処遇見直し⇒長期入院の要因分析
- ・「処遇が進んでいない」ケース ⇒個別カンファレンスで処遇を再検討

#### ②病棟カンファレンスの見直し

- ・目的の明確化
- ・病棟スタッフ、担当PSW、OTRだけでなく薬剤師も加わりさらに退院支援に向けた働きかけ
- ・各病棟からの報告書を委員会へ毎月提出
- ・委員会による各病棟の動き・病院全体の動きを把握⇒報告ツールの作成

#### ③各ケースの状況についてスタッフ間で共有可能な「統一評価尺度」作成の必要性

### 3. 委員会がもたらした効果と課題(3)

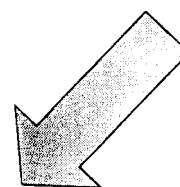
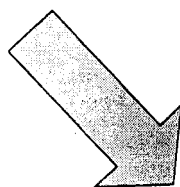
#### ④新たなカルテ管理方法の構築

情報共有ツールの開発

〔 入院時評価ツール  
退院評価ツール 〕

医療者側からの

クリニカル・パス



患者が主体性をもつ  
クライアント・パスの考案

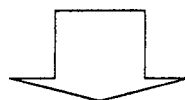


# 入院時評価ツール例《入院時アセスメント票》

<p>◇日常生活行為に関連したものの評価(Ns)</p> <p>・日常生活行為: 介助(全面的に必要・部分的に必要・不要)</p> <p>障害している主な原因(精神症状( ), 身体合併症( ))</p> <p>食事:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>排泄:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>入浴:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>更衣:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>移動:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>服薬:(自立・介助要) 介助の必要な部分( )</p> <p>・その他、病棟生活で留意する点:</p> <p>( )</p>	
<p>◇家庭や環境に関連したものの評価(PSW)</p> <p>・キーパーソン:( )</p> <p>治療の理解度:(良・不良)</p> <p>協力度:(良・不良)</p> <p>・経済状況: 問題なし・問題あり( )</p> <p>・社会資源利用に関して</p> <p>年金:( ) 手帳:( 級・なし)</p> <p>関係機関:( )</p> <p>・その他:( )</p>	<p>家族構成など</p>

## 4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(1)

- ・ 当院入院患者の男女比  
男性:女性 = 3:5 《女性が多い》
- ・ 女性患者の社会復帰に関する躊躇要因の一つ  
《家事(とくに料理)に対する自信のなさ》



退院支援に向けてOTRの  
支援活動が不可欠

## 4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(2)

【事例】 女性(29歳、入院8年目、統合失調症)

年月	働きかけ/目標	対象者のようす
2000年 9月	作業療法処方	病棟外へ外出なし モチベーション低く、継続参加に至らず
2006年 2月	カンファレンス開催(Dr、Ns、PSW、OTR) 目標:病棟から出る機会をつくる	1回/週 OTセンターに一人で来ることが できるようになる
5月	大阪府)退院促進事業の対象者となる	
7月	「料理教室初めて編」の対象メンバーとなる 目標:自宅に戻った際の昼食を 自分で作ることができるようになる	料理教室(全7回)に全て参加 プログラム内での行動拡大 (スタッフ同行の上スーパーまで外出) 自立支援員と公共交通機関利用による 自宅への外出には消極的 退院への意志がはっきりせず

## 4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(3)

年月	働きかけ／目標	対象者のようす
2006年 12月	退院への意志など本人の気持ちを確認 目標: 自立支援員と共に電車に乗り マイカルまで外出	外出、体力不足への不安をあらわす 不安への対応・退院意志・退院後の生活に 関する希望をあらわす OTセンターでの体力づくり、パソコン練習
2007年 3月		自立支援員との外出がなんとか できるようになる OTセンターの利用定着、活動範囲の広まり
5月	グループホームの体験外泊実施 服薬の自己管理を始める	院内) 行動範囲の拡大、自主的な活動 外出への消極性 家族との会話がうまくいかない 家族の希望) グループホームを経て自宅へ退院 本人の希望) 直接自宅へ退院
11月	希死念慮もみられたため、処遇方針の見直し中	

# 4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(4)

## ・本事例におけるOTRの役割

＜本人との話し合い・他職種連携による支援＞

退院促進委員会への経過報告を行いながら、  
ケア会議などを通して他の職種や本人との話し合いを  
重ねつつ支援を続けている

＜本人のやりたいことを実現できる場・活動の提供＞

⇒ { 退院へのモチベーションを高める  
出てきた問題に対して、本人と共に考え  
目標設定しながら解決していく



## 4. 退院支援における作業療法士 (OTR)の役割について(5)

### ・OTRの役割

- ①退院促進委員会に対して  
対象者の状態・能力評価、情報提供
- ②対象者本人に対して  
入院生活による生活感喪失への不安・自信喪失を  
具体的な活動(プログラム)を用いて支援する

【例】「料理教室」

「社会資源講座」(退院後に利用できる資源を見学・体験)

「ティータイム」(制度・社会資源の紹介) 等

### ・OTRとしての今後の課題

- ①退院支援につながるプログラム整備
  - ②新しい長期在院者を作らないための支援
- } 体制づくりへ

# おわりに

## ・現代の精神医療

医師を含めた他職種による協働(チーム医療)が必須  
チーム医療による患者の社会参加支援へ

## ・退院促進委員会設置の効果(まとめ)

### ①チーム医療に対する気運の高まり

これまで退院支援に関心が薄かった病棟Nsによる  
積極的な関わり(病棟内カンファレンス開催等)

### ②退院支援を視野に入れた処遇方針へ

退院支援の取り組みの必要性が病棟全体へ浸透

### ③OTRの働きかけの重要性

長期在院者ほどOTRによる支援役割が大きくなる

# 山岡参考人ヒアリング資料

「改革ビジョン」  
この時代の清風会のあり方

医療法人 清風会  
法人事業部長 山岡 恭博

# 茨木病院としての危機感

1. 改革ビジョンの中で、茨木病院の医療は生き残っていけるか？
2. 医療法人 清風会の方向性は？
3. 何から手をつければ良いか？
4. 本館改築後の戦略は？

# 機構改革その1

## 平成17年5月 法人部の設立

- ① 障害者自立支援法への対応
- ② 福祉事業について議論を積み重ねる
- ③ 医療事業と福祉事業の連携について  
議論を積み重ねる

# 方向性の検討

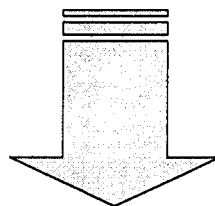
1. 福祉事業(地域生活支援センター、グループホーム、障害者自立支援法への対応)を撤退、医療事業(茨木病院)だけで生き残る
2. 福祉事業に取り組み、医療事業も短期入院・退院促進の地域連携型医療法人を目指す

**どちらを選ぶか？**

# 法人として2を選択

ならば

地域(診療所や総合病院、作業所、保健所、市役所等の保健福祉関係機関と当院のある三島地域の市民・関係団体)との連携をいかに図るか？

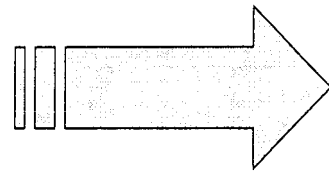


地域連携型のシステム作りを模索



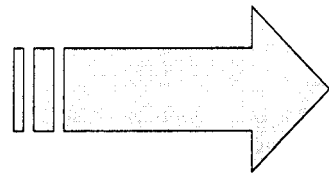
# 地域に信頼され、地域と連携する 医療法人を目指して

## 1. 福祉事業のシステム作り



法人事業部の設置

## 2. 医療のシステム作り



急性期治療病棟の開設  
地域医療連携室を設置

# 福祉事業のシステム作り

法人事業部を設置し福祉事業を統括

- ① 障害者自立支援法の分析
- ② 福祉事業の方針検討
- ③ 人員配置
- ④ コ・メディカルの育成方針
- ⑤ 行政との交渉
- ⑥ 地域交流活動に関すること



議論の積み重ねと法人へのボトムアップ

# 障害者自立支援法への対応

平成18年 10月

地域生活支援センター  
菜の花

移行

グループホーム 秋桜

新規事業

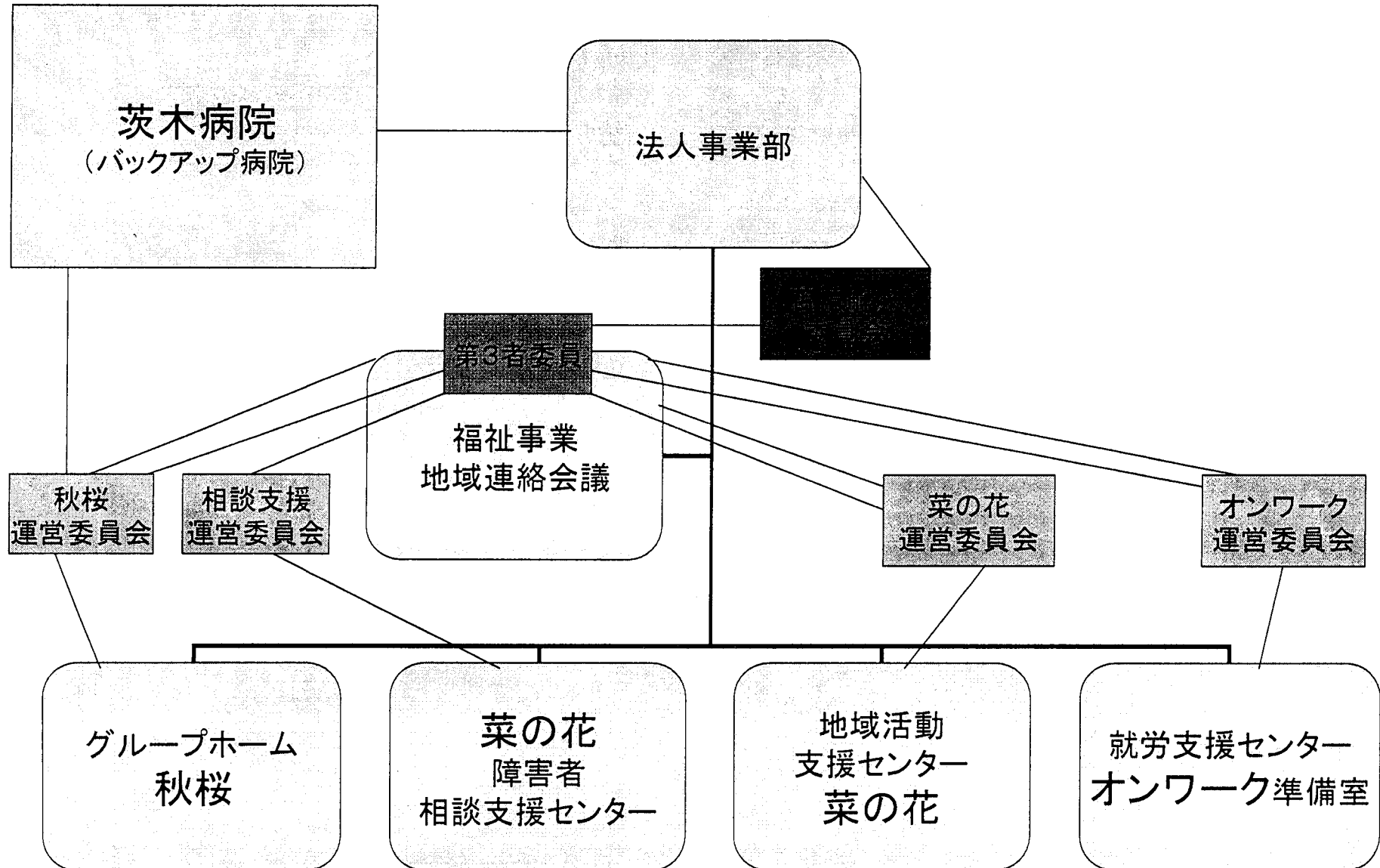
- ・地域活動支援センター I 型 菜の花
- ・菜の花障害者相談支援センター

(茨木市委託)

共同生活援助/共同生活介護  
秋桜

就労支援センター  
オンワーク 準備室

# 法人事業の運営組織図



# 福祉事業地域連絡会議

- 茨木市内地域との連携を図る
- 茨木市内の福祉施設との連携を図る
- 三島地域と当法人（医療事業を含めて）のコミュニケーションを図る

# 機構改革 その2

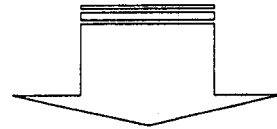
## 茨木病院のシステム作り 当院の特徴

長期入院者の占める割合が高い

- ① 長期入院者
  - ・1年以上 約70 %
  - ・5年以上 44 %
- ② 高齢者が多い
  - ・ 50歳以上が72 %
  - ・ 60歳以上が47 %

# 急性期治療病棟の開設準備

- ・退院を促進しないと受け入れが出来ない



- ・入院・退院を促進するシステムが必要

# 入退院のシステム作り

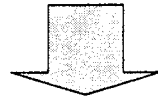
1. 地域医療連携室の創設

2. 退院への働きかけ

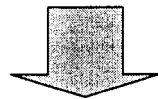


# 地域医療連携室の創設

当院の「体質改善」が必要



院内の入院システム作り



地域に向けて、当法人のスタンスを明確に

# 地域医療連携室の創設

## 1. 地域の中で信頼される

医療システムを作る

病・診連携、病・病連携の確立

## 2. 院内の意識改革

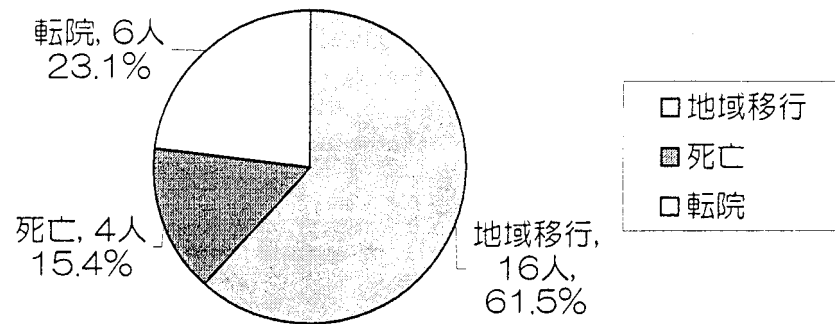
# 退院への働きかけ

1. 退院促進委員会の設立
  - ・法人全体で退院に取り組む
2. 大阪府・大阪市の退院促進支援事業の利用
  - ・院内茶話会の実施

## 茨木病院の地域移行率 平成19年1月～12月

	入院者数	退院者数	比率	地域移行	比率	死亡	比率	転院	比率
1年～5年未満	49	26	53.1%	16	61.5%	4	15.4%	6	23.1%
5年以上	134	21	15.7%	8	38.1%	5	23.8%	8	38.1%
合計	183	47	25.7%	24	51.1%	9	19.1%	14	29.8%

地域移行率（1年以上5年未満）



地域移行率（5年以上）

