

保育園での医療的ケア児受け入れと地域連携 ～医療的ケア児支援のコーディネート～

所沢市こども未来部 保育幼稚園課

○長池育美 白倉美友紀 沼尾亜希子

1 概要

在宅の医療的ケア児が増える中、医療的ケア児の保護者から保育園入園の相談が寄せられるようになり、体制整備をする必要性があった。所沢市では平成28年の改正児童福祉法施行を受け、「医療的ケア児の公立保育園における受け入れについての検討会」（以下、「検討会」とする）を立上げ、受け入れ体制を整備し、令和2年度から保育園での受け入れを開始した。

当初、保育園では医療的ケア児の保育に不安を抱いていたが、園全体で医療的ケア児を受け入れる体制を考え、保育士・看護師との協働・経験の積み重ねと児の成長により軌道にのっていった。その後、保育園で医療的ケア児保育を実践・検討をしていく中、「医療的ケア児の保育の今後の見通し」や「医療的ケア児を受け入れる保育園として地域に向けて何かできることはないか」を考えるようになった。

保育園職員は、地域で医療的ケア児を受け入れている児童発達支援事業所を見学し、地域で暮らす医療的ケア児と出会い「地域とつながり、何かできないか、何ができるか」を考えるようになった。そして保育園と児童発達支援事業所、保育幼稚園課で検討を行い、保育園で交流事業を開催することとなった。保育幼稚園課は保育園と児童発達支援事業所をつなぎ交流事業開催の調整を行うコーディネーターの役割を担った。

今回、「医療的ケア児受け入れの体制整備」「保育園での医療的ケア児の受け入れの（保育士と看護師の協働）」「保育園と地域の医療的ケア児の交流」について振り返り、報告する。

2 実施内容

(1) 医療的ケア児受け入れの体制整備

表1 <検討会について>

検討会委員	小児科医師、保育園園長・保育士・医療職の各代表、保健・福祉分野の各代表
開催期間	令和30年5月～令和3年1月 全12回開催
検討内容	医療的ケア児受入の目的、保育園で行う医療的ケアの種類、受け入れ開始時期、受け入れ保育園、職員配置、入園の時期、対象児童の年齢、受け入れ可能人数、保育実施日・保育時間、入園審査会の設置について、申請等手続きに必要な書類等

(2) 保育園での医療的ケア児の受け入れ（保育士と看護師との協働）

初年度（令和2年度） 気管切開、痰吸引が必要な医療的ケア児を受け入れを開始した。

保育士：初めての医療的ケア児保育への不安、安全な保育を行えるか不安が大きかった

⇒ 保育士と看護師で話し合い・コミュニケーションを積み重ねた

⇒ 児の成長もあり、配慮が必要だが、「できないことは少ない」ことがわかってきた

⇒ 経験の積み重ねで園全体が変化。集団の中で医療的ケア児を受入れた

(3) 保育園と地域の医療的ケア児の交流

- 受入開始2年目（令和3年度） 保育園保育士、看護師が地域の児童発達支援事業所を見学。地域で暮らす医療的ケア児に出会う。
- 保育園、児童発達支援事業所、保育幼稚園課それぞれにニーズがあった（表2）『地域とつながり、何かできないか、何ができるか』を3者で検討した。

表2 <各機関のニーズ>

保育園	「医療的ケア児を受け入れる保育園」として、地域に向けて何かできないか。
児童発達支援事業所	子どもたちを広い場所、安全な場所で遊ばせたい。 子どもたちにいろんな遊びを経験させたい。 保育園入園を希望している子どももいるので、保育園を体験させたい。
保育幼稚園課	医療的ケア児の受け入れを持続可能なものとして。 地域の医療的ケア児のニーズを把握したい。

- 受け入れ開始3年目（令和4年度） 保育園に児童発達支援事業所の医療的ケア児や障害児に遊びに来てもらい、交流事業を開始した。
- 月2回開催。主に園庭で遊び交流した。医療的ケア児や車椅子の児の周りに保育園園児が集まり一緒に遊ぶ姿がみられ、自然な形で交流した。
- 児童発達支援事業所の職員や保護者も一緒に来園し、保育園保育士と保護者との交流、職員同士も交流も行った。

3 結果・取組の成果

- (1) 保育園での医療的ケア児の受け入れは、検討会を開催し体制を整備した。
また、受け入れ開始後は保育士・看護師が何度も話し合いを重ねて、他職種協働で医療的ケア児が他児と「共に育ち合う」保育の体制を作り上げた。
- (2) 医療的ケア児受け入れ当初は医療的ケア児の保育に対して不安が大きかった保育士も、経験を重ねる中で「医療的ケア児は医療面での配慮は必要だが、他児と同じように活動ができる」「医療的ケア児の受け入れを行ってよかった」「もし、この子が保育園に入園していなかったら、どこに通っていたのだろうか」という気持ちの変化がみられている。
- (3) さらに、園内の保育だけにとどまらず地域とのつながりを作れたこと、当初想定していなかったことである。子ども同士の育ち合いや職員間の交流は職員のモチベーションの向上につながっている。

4 評価・効果的な事業展開にむけて

所沢市の障害児保育は「共に育ち合う」ことを大切にしている。今回初めて実施した医療的ケア児の受け入れは、他職種が協働し園全体で取り組み、集団の中で医療的ケア児を受け入れることができている。さらには地域に目を向け児童発達支援事業所との交流事業を展開でき、小さいながらも医療的ケア児の新しい社会資源を創ることができた。将来的には広く地域の医療的ケア児が参加できる工夫や、保護者同士の交流を行うなど、地域の関係機関と連携して保育園を軸とし医療的ケア児支援をコーディネートしていきたい。

特性を持つ父母の養育支援と多職種連携の一考察

越谷市保健医療部 健康づくり推進課

○前田百合華 柏木友子 久保田絵美 櫻田尚之

1 はじめに

近年、養育を行う父母が、様々な精神疾患、発達障害等の特性を持っていることが多くなっている。越谷市では、子育て世代包括支援センターにて、妊娠届提出時に全数面接を行い、父母の背景を把握するよう努めている。面接時にアンケートを行い、リスクが高い特定妊婦には、支援会議で支援方針を決定し、出産前から切れ目のない支援を実施している。今回の事例では、父母共に特性があり、その特性に合わせた支援を行うことで、多職種との継続的な支援に繋げることが出来たため報告する。

2 事例概要

母 (30代)	第2子出産後、精神科受診し、軽度発達障害と診断 祖父母とは育児方針の違いから疎遠、妹のみ交流あり 父の育児、家事について不満あり
父 (40代)	第2子誕生後、抑うつ、境界性パーソナリティ障害と診断 各関係機関の職員へ高圧的な態度を取ることが多い 家事、育児に非協力的だが、育児について独特な考えがある 祖父は施設に入所しており疎遠
第1子 (3歳)	年齢相応の発達、発育、多動傾向あり 身体的、心理的虐待を理由に一時保護歴あり
第2子 (2歳)	21トリソミー、心室中隔欠損症、川崎病にて治療中 身体的虐待を理由に一時保護後、乳児院へ入所歴あり

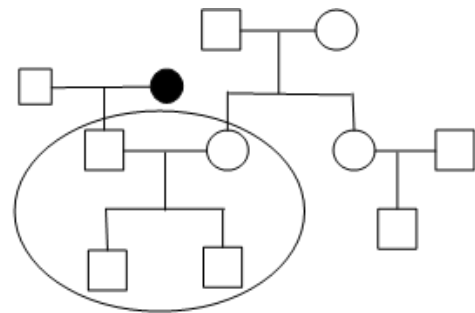


図1 家族構成

3 支援経過

出来事の経過	支援内容	関係機関と役割
第2子妊娠から出生まで	第1子の育児に関する子ども福祉課へ連絡し、家庭児童相談員と母で面談を行い、家庭訪問も数回実施。その後、第2子妊娠中も養育環境の確認のため、子ども福祉課と健康づくり推進課の職員が継続的な家庭訪問を実施。A病院で第2子出産後、B病院で心室中隔欠損症の手術施行。その後はC病院への転院を経て、退院したが母より授乳が上手くいかず、健康づくり推進課、訪問看護ステーションへ授乳させなくていいかといった確認の電話が入り、その都度電話対応や家庭訪問を行った。退院までに計3回のカンファレンス実施。	健康づくり推進課(家庭全体) 子ども福祉課(家庭全体) 児童相談所(家庭全体) A病院産婦人科(母) B病院小児科(第2子) C病院小児科(第2子) 訪問看護ステーション(母・第2子) 所属施設(第1子)
1回目の体重増加不良	電話相談、家庭訪問を行っていたが、第2子の体重減少、体重増加不良は継続し、C病院へ入院となった。母は病棟で付き添いを行い、C病院で授乳の指導を実施。また、退院前にカンファレンスを実施。入院期間中に、訪問看護ステーションへ第2子の体重増加不良に関して、指導が厳しいと父から連絡があった。	健康づくり推進課(家庭全体) 子ども福祉課(家庭全体) 児童相談所(家庭全体) C病院 小児科(第2子) 訪問看護ステーション(母・第2子) 所属施設(第1子)
第2子への身体的虐待に対する一時保護及び第2子の自宅引き取りまで	母は、第1子の育児に対するイライラを第2子にぶつけてしまうこともあり、自ら189へ連絡し、児童相談所、子ども福祉課との家庭訪問は継続。その後、母からの不眠の訴えもあり、D病院へ同行受診し、診断を受け内服治療開始。 母は、第1子、2子の所属先が決定したため復職。復職後に、育児、家事について父と口論となり、第2子へ身体的虐待が発生したため、第1子、2子は一時保護。自宅引き取りまでの間に、計6回のカンファレンスを実施。 家庭引き取りまでの間に、父より各関係機関へ苦情の連絡があり、その対応を統一するため、児童相談所、子ども福祉課が父の相談担当となる。	健康づくり推進課(家庭全体) 子ども福祉課(家庭全体) 児童相談所(家庭全体) 警察(母・父) C病院小児科(第2子) D病院精神科(母) 訪問看護ステーション(母・第2子) 所属施設(第1子・第2子) 乳児院(第2子) 障害福祉課(母・父) 相談支援事業所(母)
第2子引き取り後の2回目の体重増加不良	自宅引き取り後も、第2子の食事形態、味付けは離乳食初期を継続。第2子のC病院受診時に毎回同行。母へ自宅での様子を聞き取り、事前に医師とミニカンファレンスを行い情報共有。父母に1回摂取量の増量、味付けについて変更するよう説明するが、母は口癖のように「まだ赤ちゃんだから」や「大丈夫です」と返答していた。頻回の受診同行でも、母の行動は変わらず、第2子の受診回数を増やすこと、体重が増加しない場合には、入院することを繰り返し説明。医師と相談の上、所属施設へ昼食の増量を依頼し、1か月間摂取状況を確認。各関係機関と情報を共有し、入院となった場合は第1子を一時保護にすること、父母にも入院期間中の仕事の調整について依頼。父は入院	健康づくり推進課(家庭全体) 子ども福祉課(家庭全体) 児童相談所(家庭全体) C病院(第2子)小児科 訪問看護ステーション(母・第2子) 所属施設(第1子・第2子) 障害福祉課(母・父) 相談支援事業所(母・第2子)

	について否定的であったが、体重増加不良の原因検索について説明し、短期間を条件に同意される。事前に所属施設から、昼食を増量し、摂取出来ていることを確認。医師へ書面にて1回の食事量、ミルク1日量の数値を記載し、説明内容を記録に残すよう依頼。書面で残すようにしてから、食事量の増加、味付けの変更を行えるようになり、第2子の体重も増加し始める。	
主治医の変更 川崎病の判明	主治医が変更するため、カンファレンスを実施。主治医変更時にも、母へ受診曜日の変更、育児に対することを確認すると「今のままの曜日がいい」、「第1子がやんちゃで大変」、「父は洗い物をしてくれない」等の相談をするようになった。その後、第2子が川崎病の疑いで、緊急入院と父母より連絡あり。医療機関に情報を確認し、経過を把握する。各関係機関へ連絡し、情報共有。訪問看護ステーションにも連絡し、児の退院前に医療機関からの情報について確認。経過順調で退院となったことを、母も関係機関へ連絡。所属施設にも、母から注意点を伝えていた。受診同行を行い、母の育児負担感が強くなっていることを把握。関係機関へその状況について説明し、利用出来るサービスの確認及び家庭訪問の実施を調整した。	健康づくり推進課 (母・第1子・第2子) 子ども福祉課(父・母・第2子) B病院小児科(第2子) C病院小児科(第2子) 訪問看護ステーション(母・第2子) 児童相談所(父) 所属施設(第1子・第2子) 療育施設(第2子) 障害福祉課(母・父) 相談支援事業所(母・第2子)

4 考察

子育て世代包括支援センターは、妊娠期から医療機関、保健、福祉サービスとの連携を図り、切れ目のない支援を行う役割を担っている。このケースの場合、支援を行う中で、父には抑うつ、境界性パーソナリティ障害、母には発達障害があることが判明した。境界性パーソナリティ障害は、心理的虐待が生じやすく、発達障害はネグレクトが生じやすいと言われている。母は2児の変化に対して、繰り返し説明をしても、受容するまでに時間がかかり、行動変容が行えなかった。また、父は医療機関、各関係機関へ高圧的な態度を取ったり、育児を父独自の考えで行ったりと、特性による影響があった。母については、聞くだけの支援ではなく、第2子受診時に説明した内容を医師が記載し、記録として手渡しすること、指導の振り返りを行う時間を設けて支援を行った。父については、統一した対応を取る目的として、子ども福祉課、児童相談所が中心となって対応することをカンファレンス時に明確化した。父が家事、育児に非協力的であること、母の養育能力の低さもあり、母の育児負担感が常に存在していた。育児負担感が増大すると、第2子の食事摂取に時間をかけることが出来ず、授乳量、食事量が低下する傾向があった。第2子の2回目の体重増加不良時には、母から「まだ赤ちゃんだから」や「大丈夫」という発言が多かったが、面談時に食事のこと、所属施設への通園状況、二児の自宅での状況、父の家事、育児の支援について具体的に確認するようにした。母から「第1子がやんちゃで大変」、「父は家事をしてくれない」、「いつまでペースト食なのか」といった育児負担の内容を聞き取りすることが出来た。育児負担の理由を、各関係機関へ保健師が連絡し、家事支援サービスの利用時間の変更、所属施設、訪問看護ステーションへ二児の発達、発育面を確認し、母の育児負担感が軽減するよう調整した。相談内容が解決した場合、母は感謝の言葉を述べることもあった。また、第2子の川崎病判明時には、父母から連絡があり、情報共有、相談行動をとるように変化してきた。この事例のように、父母に特性がある場合には、その特性をまずはアセスメントすることが重要である。アセスメントを行い、多職種カンファレンスで対応方法、支援を検討し、役割を明確にすること、情報共有をしていくことは各関係機関だけでなく、父母との関係性を構築していく上でも必要なことである。

5 今後の展開

関わりの中で特性によって生じていること、こだわり、様子を情報共有し、個々の特性に合わせた支援を継続していくことが重要である。継続的な支援を行うことで、父母との信頼関係が構築され、相談しやすい環境を作り、相談してもいいと思うこと、自ら相談したいと思う意識を作ることにも繋がっていくと考える。

若年者早期相談・支援事業 「こころサポートステーションSODAかわぐち」の開設について

所属名 川口市保健所 疾病対策課

氏名 ○佐野美貴 岡本秀行 増本栄二 二飯田真由美 内田幸紀 西尾悦子 岡本浩二

1 目的

当市では、平成30年度の中核市移行に伴い川口市保健所が開設され、疾病対策課の下に精神保健係が創設された。保健所業務を通して、医療中断や未治療による精神症状の悪化に伴い、トラブルに巻き込まれる本人の姿や、疲労困憊状態の家族を目の当たりにした。重症化や緊急事例と向き合う中で、多くの事例において、若年期から何かしらのメンタルヘルスの課題を抱えているということが分かった。保健所開設以降、若年者の相談件数は、電話相談、訪問相談ともに増加している。相談支援を行う中で、メンタルヘルス不調をきたす背景に、教育、生活、家族関係等の様々な課題が複雑化かつ複合化していることが分かった。そのため、支援期間の長期化かつ濃厚な支援を要し、通常の支援や資源では対応が困難なことが多いと感じた。

若年者の自殺の現状は、文部科学省「令和2年度児童生徒の問題行動・不登校等生徒指導上の諸課題に関する調査」によると、小中高等学校から報告のあった自殺した児童生徒数は415人で、調査開始以降最多となった。川口市においても、厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」によると若年者の自殺者数が増加しており、特に20代の増加が顕著である状況から、若年者に対する支援の必要性を認識した。

一方で、若年者に対する早期支援・医療を提供できる受け皿が少なく、実際に思春期の精神科医療は専門性が高いため対応できる医療機関が少ない。川口市においても、児童・思春期の診療を行っている精神科医療機関は2か所と限られており、予約がとりづらく症状に気づいてから受診に至るまでに時間を要するという現状が分かった。

これらのことから、重症化した後に支援を開始するのではなく、軽症のうちに支援を開始することで重症化を防ぎ、社会生活を維持することを目的に、予防的介入の視点を持ち若年者が気軽に相談できるような支援体制として、令和4年6月より若年者早期相談・支援事業を一般社団法人SODAに委託し「こころサポートステーションSODAかわぐち」を開設した。

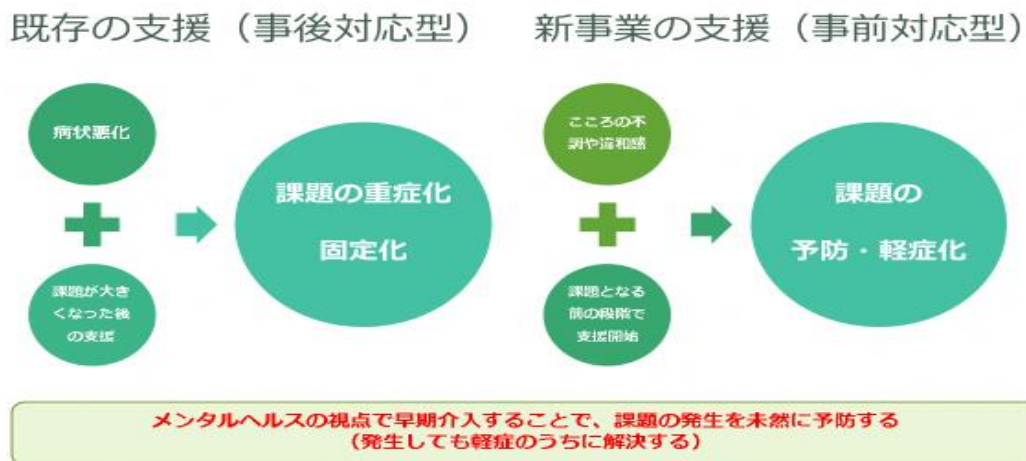


図1 <既存支援モデルと新事業支援モデルの違い>

2 実施内容について

若年者にとって「保健所」への相談は敷居が高いことから、若年者向けの新たな相談窓口が必要なのではないかと考え、対象年齢をおおむね15歳から35歳と設定した相談窓口を開設した。内閣府「子供・若者の意識に関する調査」によると、若年者が求める支援の形態について、メールやSNSで相談するという割合が多いため、メール・SNS支援は相談の「きっかけ」として有効と考えられる。相談のハードルを下げするため、1つ目としてSNSでの予約を可能とした。また、「気軽さ」という点においては、2つ目として相談窓口の場所や開所時間にも配慮した。場所はアクセスしやすいショッピングモール内とし、月、火、木、土曜日の10時から19時までの開所時間とすることで、学校や仕事等の社会活動により相談に行けないということのないようにした。さらに3つ目として若年者の抱える様々な課題に対して多職種によるチームアプローチが提供できるよう、精神科医師、公認心理師、保健師を配置し、来所相談だけでなくオンラインでの面接も可能とした。開設までの準備として、医師会や精神科医療機関、学校や行政の関係機関に周知活動を行った。開設後は、相談窓口の委託事業者と保健所職員で月に1回モニタリング会議を実施し、事例の方向性等について共有している。

3 実施結果について

事前の周知活動の成果もあり、開所当日から予約が入り、その後も継続的に相談を受けている。開所から6か月で100名を超える利用があり、全体の約1/3が10代である。相談内容はメンタルヘルスに限らず、日常生活や家族関係、学業や就労など多岐にわたり、これらに対して心理的支援や環境調整など個々にあった方法でサポートを行っている。来所相談ごとにアンケートを実施し、その回答内容から相談の効果を測定している。また、相談者の属性や相談の動機等を分析し、それらを元に関係機関との連携や周知について検討や工夫を行っている。早期の相談支援を目的としているが、中には既に医療機関につながっていたり支援体制が整っているような場合もあり、相談者の状況に応じて保健所を含め関係機関に繋いでいる。また、保健所（保健センター含む）、教育機関等に入った相談を「こころサポートステーションSODAかわぐち」に繋ぐ等必要に応じて密な連携を図ることができている。開設後も関係機関へのさらなる周知活動を継続して行い、顔の見える関係性を構築し連携を深めているところである。

4 評価・事業展開について

開設以降の予約状況から、保健所には相談に来られていなかったが「こころサポートステーションSODAかわぐち」へ相談することが出来ているという点は、相談者のハードルを下げ気軽に相談できる場として機能していると推察される。開設後の医療機関へのヒアリングでは、相談の枠組みの中で対応すべき課題も医療機関に求められてきた状況だったため、このような相談窓口が開設されたことは心強く、連携を深めていきたいとの声をいただいた。行政と委託の相談事業者、ショッピングモール等官民協働で事業を展開した点も、「にも包括」の理念に繋がるものと言える。窓口を開設してから実際に相談を受ける中でみえてきた課題として、中学生の相談ニーズが想定よりも高いことが分かり、このことから、対象年齢の見直しや教育機関との連携が必要であると感じている。今後は、相談したことで相談者が抱える課題がどのように解決できたのか、適切に必要な機関への繋ぎができていたのか、事業を実施したことでの「にも包括」への寄与について検証しながら事業の拡大に努めていきたい。

措置入院者退院後支援の実践と課題 ～医療機関アンケート調査より～

埼玉県加須保健所

○岸達也 竹内信恵 田村のぞみ
齋藤英雄 鈴木勝幸

1 はじめに

加須保健所は、行田市（人口約8万）、加須市（人口約11万）、羽生市（人口約6万）の3市を管内としている。地域の医療体制および社会資源には限りがあり、遠方の利用も少なくない。

措置入院患者のフォローアップにおいても、管外の医療機関と連携する機会が多いため、県措置入院者退院後支援事業（図1：以下、退院後支援事業）については公平で効率的な取組みを続

けてきた。令和2年度および令和3年度の2年間における措置解除者は延べ42名あり、うち退院後支援事業の対象を39名*とし、すべての対象者に同意を得て、調整会議および計画書に基づく支援を行った。

今回、退院後支援事業における医療機関への調査を実施し、取り組みの課題を共有したいと考えた。

*非対象3名理由は、障害特性等で同意困難と医師に判断されたため

埼玉県における措置入院者の退院後支援について

➢ 措置入院者が退院後に継続的な医療等の支援を確実に受けられ、社会復帰につながるよう、退院後支援を行う仕組みを整備する。
➢ 法改正に先行して、全保健所で試行を開始し、課題等を共有しながら法改正による事務実施に備える。

① 精神障害者支援地域協議会(代表者会議)

○ 地域(県保健所圏域)における支援体制を整備するため、医療機関、関係機関の役割分担や地域における課題について検討する。
○ 県の各保健所主催で、年1回開催開催する。

協議内容

- ・ 地域の精神科医療機関の役割分担や連携
- ・ 関係機関間の情報共有方法
- ・ 措置入院の適切な運用のあり方
(※ 個人情報等の共有は不可)

参加者

- ・ 保健所長
- ・ 精神科医療機関(病院長)
- ・ 管内相談支援事業所(管理者)
- ・ 当事者団体等
- ・ 家族会等
- ・ 管内市町村障害福祉主管課・保健センター
- ・ 警察署等

地域における精神障害者の支援体制の構築が目的

② 精神障害者支援地域協議会(調整会議)

○ 措置解除に際して、入院先の病院に保健所職員や地域での支援者が出席し、本人や医療関係者等とともに退院後の支援計画を作成する。
○ 県の各保健所が、本人の同意を得られた措置入院患者ごとに実施する。

協議内容

参加者

- ・ 保健所
- ・ 入院先医療機関
- ・ 居住先の管轄保健所(中核市含む)
- ・ 居住先の市町村職員
- ・ 退院後の通院先医療機関
- ・ 本人・家族等
- ・ その他支援機関(団体、障害福祉サービス事業者等)

退院後支援計画の作成及び支援の実施に係る連絡調整が目的
(個別ケース検討会議)

図1 県疾病対策課資料より

2 実施方法

対象：7ヶ所の医療機関（表1のA～G）

選定条件

- a 退院支援事業対象者の約8割の受入れ実績である（39名中31名）
- b 退院時も通院先として継続的にフォローをしている（39名中19名）

方法：アンケートによる調査

主な内容

- (ア) 退院後支援の計画書交付までの手順について、下記5項目の設定問とする（対象範囲31名）

表1 医療機関別内訳

(令和2年4月1日～令和4年3月31日迄)

	措置入院 医療機関	退院支援 対象者数	退院時も通院先 としてフォロー	調査 対象
1	A	4	3	○
2	B	8	5	○
3	C	9	5	○
4	D	4	2	○
5	E	2	1	○
6	F	1	1	○
7	G	3	2	○
8	H	2	0	
9	I	1	0	
10	J	1	0	
11	K	2	0	
12	L	1	0	
13	M	1	0	
	計	39	19	

- ①対象者の範囲 : 全ての措置入院者を対象（認知症等の弁識能力欠如は除く）
- ②アプローチの方法 : 対象者の意思確認を3回（①入院時②解除前③調整会議）行った
- ③調整会議の日程 : 措置症状消退が認められた際に、措置入院中の会議日を調整した
- ④計画書の即日交付 : 対象者と計画書を作成し、調整会議の場で交付した
- ⑤フォロー期間 : 措置解除から6ヶ月間を基本とし、モニタリングした

(イ) フォローの効果について、その有無および理由を設問とする（対象範囲 19名）

3 実施結果

7ヶ所の医療機関より回答あり（回収率 100%）

(ア) 加須保健所における手順等については、図2のとおり、5項目中4項目についてすべて「良い」との評価が得られた。残り1項目も「どちらでもない」1つ以外「良い」で占められている。

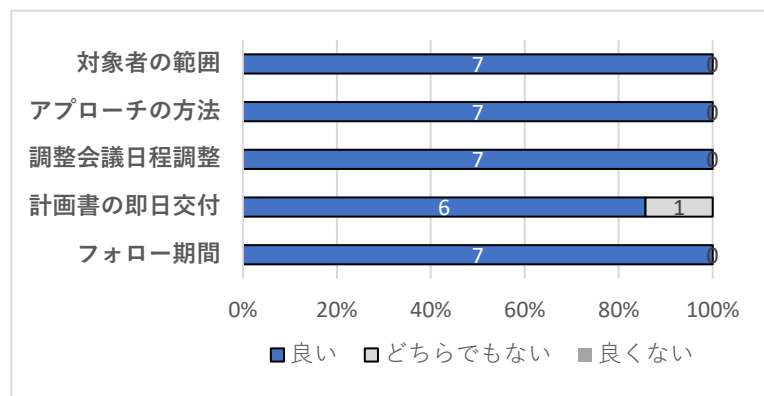


図2 退院後支援計画の手順

(イ) フォローの効果は、図3のとおりである。特に、退院調整に効果を感じていると分かる。

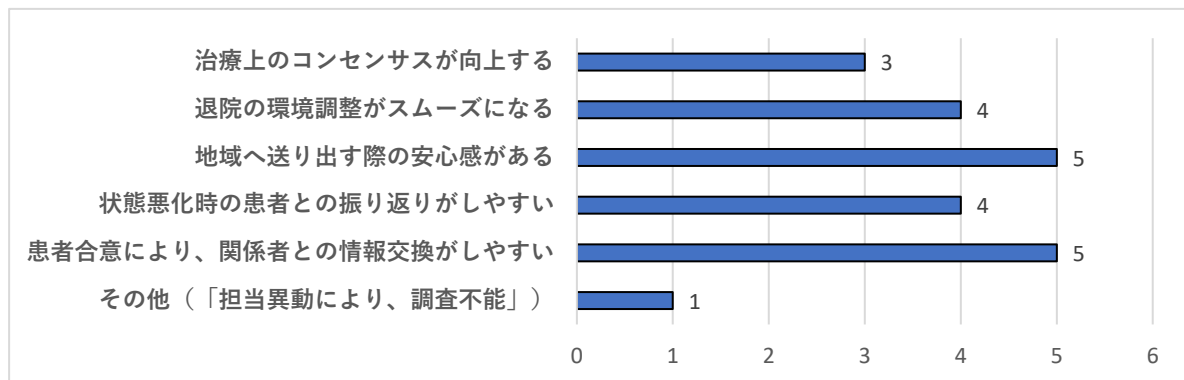


図3 フォローの効果（複数回答可）

4 まとめと課題

今回、医療機関へのアンケート調査を実施し、当所で取り組みを進めてきた「計画書交付の手順」「退院後の連携」等について客観的な評価を得ることができた。特に取り上げるべきは、退院調整に効果的であったとの結果であろう。具体的には、退院後支援事業における保健所の速やかな関与（調整会議・計画書交付）が退院の促進につながったと思われる。一方、アンケート内では「対象者や家族が地域サポートに消極的な場合に保健所（退院後支援事業）の効果を感じた」「福祉サービス利用がないと通常の相談支援にはつながりづらい」等の意見が寄せられた。措置フォローを通じて、地域の包括的なケア体制を充実させる必要性も強く感じた。

当所の分析として、措置フォロー対象 39名（表1）では、措置解除と同時に退院した 20名を含めて治療中断に至る者はなかった。そして、フォロー期間で2名の再措置入院があったものの、計画書に基づく個別支援と所内モニタリングが対象者全体の予後に一定の成果を発揮したと考えている。今回の調査内容を関係者会議等で共有しながら、さらなる事業展開につなげたい。