

事業の実績を把握しやすい事業報告のあり方を提案した。事業対象者 247 名のうち、退院したと思われる者は 89 名 (36.0%) であった。自立支援協議会の活動や訓練内容からは、精神障害者本人等との交流の重要性が示唆された。本事業は、平成 17 年に成立した障害者自立支援法において地域生活支援事業の中に位置づけられ、一層の発展が期待されていることから、実績報告の記載要領と事業実績へのコード分類の導入等を行い、本事業の成果を的確に把握できるようにすることが必要と考えられた。

#### **F 健康危険情報 なし**

#### **G 研究発表**

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

#### **H 知的財産権の出願・登録状況**

(予定を含む)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

表1. 本研究の対象となった都道府県・政令指定都市名

15年度	16年度
岩手	北海道
茨城	秋田
埼玉	栃木
岐阜	千葉
三重	神奈川
大阪	岡山
奈良	香川
山口	長崎

表2. 事業委託先の種別

	度数	%(分母16)
地域生活支援センター	13	81.3
上記以外	3	18.8
合計	16	100.0

表3. 自立支援員の委嘱数

	度数	%(分母16)
1- 5 人	8	50.0
6-10 人	3	18.8
11-15 人	3	18.8
16-20 人	1	6.3
21-25 人	1	6.3
合計	16	100.0

表4. 自立支援員の所属

	度数	%(分母16)
都道府県・指定都市本庁	3	18.8
本庁以外の都道府県・指定都市機関	1	6.3
市町村部局	1	6.3
精神科医療機関	2	12.5
精神障害者社会復帰施設等	10	62.5
精神障害者居宅生活支援事業運営者	1	6.3
地域共同作業所	3	18.8
精神障害者家族の組織	1	6.3
精神障害者本人の組織	1	6.3
精神保健ボランティア	3	18.8
精神保健団体連携組織	2	12.5
その他	5	31.3

表5. 自立支援員の職種

	度数	%(分母16)
精神保健福祉士	9	56.3
医師	0	0.0
看護師・保健師	8	50.0
作業療法士	0	0.0
臨床心理技術者	0	0.0
社会福祉士	3	18.8
介護福祉士等(ホームヘルパーを含む)	4	25.0
その他	12	75.0

表6. 運営委員会の開催回数

回数	度数	%(分母16)
1	6	37.5
2	10	62.5
合計	16	100.0

表7. 運営委員の構成

	度数	%(分母16)
都道府県・指定都市 本庁	15	93.8
本庁以外の都道府 県・指定都市機関	14	87.5
市町村部局	14	87.5
精神科医療機関	12	75.0
精神障害者社会復帰 施設等	14	87.5
精神障害者居宅生活 支援事業運営者	3	18.8
地域共同作業所	6	37.5
精神障害者家族の組 織	9	56.3
精神障害者本人の組 織	5	31.3
精神保健ボランティア	0	0.0
精神保健団体連携組 織	4	25.0
その他	10	62.5

表8. 自立支援協議会の開催回数

回数	度数	% (分母16)
4	1	6.3
5	1	6.3
6	1	6.3
7	1	6.3
9	1	6.3
11	2	12.5
13	1	6.3
14	1	6.3
18	2	12.5
20	1	6.3
21	1	6.3
37	1	6.3
55	1	6.3
135	1	6.3
合計	16	100.0

表9. 自立支援協議会の会員構成

	度数	% (分母16)
都道府県・指定都市 本庁	3	18.8
本庁以外の都道府 県・指定都市機関	13	81.3
市町村部局	15	93.8
精神科医療機関	12	75.0
精神障害者社会復帰 施設等	14	87.5
精神障害者居宅生活 支援事業運営者	3	18.8
地域共同作業所	8	50.0
精神障害者家族の組 織	2	12.5
精神障害者本人の組 織	2	12.5
精神保健ボランティア	1	6.3
精神保健団体連携組 織	1	6.3
その他	6	37.5

表10. 事業対象者数

	度数	% (分母16)
1-5 人	3	18.8
6-10 人	4	25.0
11-15 人	5	31.3
16-20 人	2	12.5
21-25 人	1	6.3
26-30 人	0	0.0
31-35 人	0	0.0
36-40 人	0	0.0
41-45 人	1	6.3
合計	16	100.0
平均値	13.44	
中央値	11.00	

表11. 事業対象者のうちの退院者数

	度数	%(分母16)
0 人	4	25.0
1-5 人	7	43.8
6-10 人	4	25.0
11-15 人	0	0.0
16-20 人	1	6.3
合計	16	100.0
平均値	4.69	
中央値	3.00	

表12. 事業対象者に占める退院者数の割合

	度数	%(分母16)
0%	4	25.0
0-10 %	0	0.0
10-20 %	2	12.5
20-30 %	2	12.5
30-40 %	4	25.0
40-50 %	3	18.8
50-60 %	0	0.0
60-70 %	0	0.0
70-80 %	1	6.3
合計	16	100.0

障 第 0507001 号  
平成 15 年 5 月 7 日

最終改正 障 発 第 0421005 号  
平成 16 年 4 月 21 日

各 都道府県知事 殿  
指定都市市長

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

精神障害者退院促進支援事業の実施について

精神障害者の保健福祉施策については、かねてより特段の御配慮をいただいているところであるが、今般、精神障害者の社会的自立を促進することを目的として別紙のとおり、「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」を定め、平成 15 年 4 月 1 日から適用することとしたので通知する。

## 精神障害者退院促進支援事業実施要綱

### 1 目的

本事業は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者に対し、活動の場を与え、退院のための訓練（以下「退院訓練」という。）を行うことにより、精神障害者の社会的自立を促進することを目的とする。

### 2 定義

#### (1) 対象者

「対象者」は、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能である者をいう。なお、本事業の対象者数は、10人以上とすること。

#### (2) 協力施設等

「協力施設等」は、精神障害者に対する理解が深く、退院を目指す精神障害者に活動の場を提供し、退院訓練を行うことを通じてその社会的自立を促進することに協力する精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業所、小規模作業所をいう。

#### (3) 自立支援員

「自立支援員」は、精神障害者の福祉に理解を有する者であって、精神保健福祉士又はこれと同等程度の知識を有する者をいう。

### 3 実施主体

(1) 本事業の実施主体は、都道府県及び指定都市（以下「都道府県等」という。）とする。

(2) 実施主体は、本事業の一部を、希望する精神障害者地域生活支援センターの運営主体に委託をして実施するものとする。

### 4 自立支援員の委嘱

都道府県知事及び指定都市市長（以下「知事等」という。）は、対象者の退院訓練を支援するため、自立支援員の委嘱を行うものとする。

### 5 運営委員会の設置等

(1) 知事等は、以下に掲げる業務を行うため、精神障害者退院促進支援事業運営委員会（以下「運営委員会」という。）を設置するものとする。

- ① 対象者数（利用見込者数）、協力施設等の数等に係る数値目標の設定
  - ② 6に規定する自立促進支援協議会からの報告の受領及び自立促進支援協議会への助言
  - ③ 実績報告を受けての事業効果の評価
  - ④ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議
- (2) 運営委員会は、以下に掲げる機関の責任者で構成する。会の長は都道府県等本庁の精神保健福祉部局の責任者とする。
- ① 都道府県等本庁、精神保健福祉センター及び保健所の精神保健福祉部局
  - ② 市町村の精神保健福祉、生活保護及び公営住宅の各部局
  - ③ 精神科病院
  - ④ 精神障害者社会復帰施設
  - ⑤ 精神障害者居宅生活支援事業における運営主体
  - ⑥ 小規模作業所
  - ⑦ 地域の医師会
  - ⑧ 地域の精神科病院協会
  - ⑨ 地域の家族会
  - ⑩ 地域の当事者団体
  - ⑪ その他知事等が適当と認める者
- (3) 運営委員会は年2回以上開催するものとする。
- (4) 本事業を複数の地域生活支援センターで行う場合であっても、運営委員会は都道府県・指定都市ごとに1か所とする。

## 6 自立促進支援協議会の設置等

- (1) 本事業の委託を受けた精神障害者地域生活支援センター（以下単に「地域生活支援センター」という。）は、支援の進捗状況の把握、具体的な支援の方法等について協議し、円滑な支援をより迅速に実施していくため、自立促進支援協議会（以下「協議会」という。）を設置し、当該協議会の事務を担当するものとする。
- (2) 協議会は、対象者の退院訓練及び対象者への支援に直接関わる者（協議会を設置する地域生活支援センター・市町村・保健所・精神保健福祉センターの職員、主治医、協力施設の担当者及び自立支援員等）で構成するものとし、会の長は互選とする。なお、協議の対象者によって構成員を変更できるものとする。
- (3) 協議会の業務は以下のとおりとする。
  - ① 対象者の決定
  - ② 対象者の自立支援計画の決定（退院訓練中及び退院後の生活のためのケアマネジメントを実施するものとする）
  - ③ 対象者ごとの協力施設等の決定
  - ④ 事業の進捗状況の把握、事業効果の評価並びに自立支援計画の見直し
  - ⑤ 地域における社会資源の把握



⑥ その他本事業の実施にあたって必要な事項の協議

- (4) 協議会は、原則として月1回以上開催するものとする。なお、自立支援計画を策定する場合その他の必要と認められる場合においては、当該対象者の同意を得て当該対象者の意見を聞くことができる。

## 7 手続等

### (1) 利用の手続等

- ① 当該精神科病院の管理者は、対象者の承諾を得て、主治医の意見書を添付の上、申込書を協議会に提出するものとする。
- ② 協議会は、対象者の適否を協議の上、その協議の結果を当該精神科病院の管理者及び申込者に通知するものとする。

### (2) 協力施設等への依頼等

- ① 協議会は、本事業の実施につき、地域の精神障害者社会復帰施設等協力施設等として相応しい者に対象者の受入れを文書にて依頼するものとする。
- ② 協議会は、①について、その可否を文書にて受け取るものとする。

## 8 退院訓練の実施

- (1) 対象者は、自立支援計画に基づいて、協力施設等における訓練（精神障害者通所授産施設における授産活動、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）における体験入居、小規模作業所における作業等）、日常生活を営むのに必要な活動等の退院訓練を行う。

- (2) 自立支援員は、当該対象者が退院訓練を実施するにあたり、必要に応じて次に掲げる業務を行うものとする。

- ① 開始時における対象者への訓練内容の説明及び対象者との信頼関係の構築
- ② 当該対象者が入院している病院から当該協力施設等までの同行支援
- ③ 当該対象者の訓練中の状況確認及び必要な支援
- ④ 協議会の構成員に対しての支援方法の協議並びに支援に必要な情報の収集
- ⑤ その他当該対象者が安定的に訓練するために必要な支援

- (3) 退院訓練の期間は原則として6か月以内とし、必要に応じて更新することができる。ただし、対象者の症状の悪化の場合にあっては主治医が、その他の場合にあっては協議会が、本事業の継続が困難になったと判断したときは、退院訓練を中止し、この旨を当該精神科病院の管理者及び当該対象者へ通知するものとする。なお、中止は再開を妨げるものではない。

また、地域生活への移行にあたって引き続き自立支援員による支援が必要と協議会が認める場合には、退院後1か月間に限り、支援を継続することができる。

- (4) 協議会は、協力施設等へ退院訓練の経過等の報告を求めるものとする。

## 9 退院訓練終了時の取扱い

- (1) 退院訓練は、当該対象者が退院若しくは訓練を中止することにより終了するものとする。
- (2) 協議会は、関係機関と連携を密にし、当該対象者が円滑に地域生活を継続できるよう支援に努めるものとする。
- (3) 協議会は、退院訓練を中止した場合にはその要因分析を行うものとする。
- (4) 自立支援員は、退院訓練終了後、協議会に対し、当該対象者に係る退院訓練についての報告書を提出するものとする。
- (5) 協議会は、毎年度末までに運営委員会に事業実績報告を提出するものとする。
- (6) 運営委員会は、毎年度末に知事等に事業実績報告を提出するものとする。

## 10 費用の補助

国は、都道府県等に対し、本事業に要する費用について、別に定める「精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱」により補助するものとする。

## 11 その他

- (1) 協議会の構成員は、その業務を行うにあたっては、対象者の人格を尊重してこれを行うとともに、対象者の身上及び家庭に関して知り得た秘密を守らなければならないものとする。
- (2) 都道府県等は、本事業の実施について、地域住民及び関係機関に対して周知を図るとともに、精神疾患及び精神障害者に対する正しい理解の促進を図るものとする。
- (3) 地域生活支援センターは、本事業に係る経理と他の事業に係る経理とを明確に区分することとする。
- (4) 協議会は、保健所が実施する地域精神保健福祉連絡協議会の場を活用する等により、精神保健福祉センター、保健所、市町村、福祉事務所、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業の事業所、医療機関等関係機関と連携して本事業を実施するものとする。
- (5) 自立支援員は、支援にあたって、定期的に主治医に状況を報告し、指示があった場合にはそれに従うものとする。
- (6) 都道府県等は、本事業に係る実績報告書を、別添様式により翌年度の4月30日までに提出すること。

(別添様式)

## 精神障害者退院促進支援事業 実績報告書 ( 年度)

## 1. 事業開始年月

平成	年	月
----	---	---

## 2. 事業委託先 (精神障害者地域生活支援センター名)

--

## 3. 自立支援員

## (1) 委嘱数

	人
--	---

## (2) 所属及び職種 (自立支援員ごとに記載)

所 属	職 種

## 4. 運営委員会

## (1) 開催回数

	回
--	---

## (2) 委員構成

所属団体・施設名	役 職 名 ・ 氏 名

5. 自立支援協議会

(1) 開催回数

回
---

(2) 協議会員構成

所属団体・施設名	役 職 名 ・ 氏 名

6. 事業対象者数

人 (内退院者数 人)
-------------

7. 事業対象者の退院支援の内容

事業対象者ごとに【別紙】により記載

【別紙】

事業対象者の退院支援内容

(都道府県・指定都市名)

(事例No.)

①事業対象者

年齢	才	性別	男・女	入院期間	年	病名	
----	---	----	-----	------	---	----	--

②退院訓練実施状況

実施期間	開始	月	日	【終了】	月	日	所要日数	日
協力施設種別	訓練内容							

(注1) 協力施設が複数ある場合は、協力施設ごとに行われた訓練内容を記載する。

(注2) 協力施設以外での訓練については、協力施設種別欄は空欄にし、訓練内容欄に具体的な訓練内容を記載する。

### ③退院後の状況

住まい

通院・通所内容

関係機関との連携状況

(注1) 当該事業により退院に至ったものについて記載する。

(注2) 退院後の住まい（生活訓練施設、グループホーム、自宅（家族同居の有無）等）の状況、通院状況、授産施設等への通所状況、関係機関との連携状況を具体的に記載する。

(様式第 7 号)

平成 年 月 日

( )保健所長(自立支援促進会議) 様  
 ( )障害保健福祉圏域自立支援協議会 様

自立支援員名

## 精神障害者退院促進支援事業支援経過報告書

対象者氏名( )

## I 対象者の状況

\* 自立支援促進会議・自立支援協議会の検討を踏まえて記入

1 支援の状況	1 支援終了 : 平成( )年( )月 2 支援継続 ( ①退院 ②入院中 ) 3 支援中止 : 平成( )年( )月
2 支援中止の理由	0 支援を中止していない(支援終了または支援継続) 1 病状悪化 2 その他( ) 具体的に
3 支援の結果	1 退院 : 平成( )年( )月 2 入院中 ( ①支援継続 ②支援中止 )
4 現在の状況 * 年度末の状況について記入	1 地域生活継続 2 入院中 ( ①退院に至らず入院中 ②退院後再入院 ) 3 その他 ( ) 具体的に(支援中止の場合には、退院に向けての動きや関わりも)
5 支援開始時期	平成( )年( )月
6 支援期間	1 総支援期間:( )ヶ月 2 ①退院までの支援期間:( )ヶ月 ②退院に至らず
7 支援で利用した主な活動の場 とその推移 * それぞれの時期について1つだけ 選択	①導入期( )→②支援中( )→③退院前( ) 1 小規模通所授産施設・作業所 2 通所授産施設 3 保健所グループワーク 4 地域生活支援センター(サロン) 5 セルフヘルプグループ 6 デイケア 7 病院内 8 その他( )
8 マネジメントの軸となった人とそ の推移 * それぞれの時期について1つだけ 選択	①導入期( )→②支援中( )→③退院前( )→④退院後( ) 1 病院ケースワーカー 2 病院看護師 3 保健所職員 4 地域生活支援センター職員 5 小規模通所授産施設・作業所職員 6 その他社会復帰施設職員 7 自立支援員 8 その他( )

(様式第7号)

<p>9 本人に事業導入を働きかけた人 *複数回答可</p>	<p>1 主治医 2 病院ケースワーカー 3 病院看護師 4 保健所職員 5 地域生活支援センター職員 6 小規模通所授産施設・作業所職員 7 自立支援員 8 その他( )</p>
<p>10 支援回数と内容 *①は支援日数 ②は、同日に違う支援をした場合、それぞれの回数を計上</p>	<p>①総支援回数 ( )回 ②支援内容 1 院内面接( )回 2 協力施設への通所支援( )回 協力施設名(利用したものすべて) ( ) 3 外出支援(協力施設への通所以外)( )回 4 住まい探し援助( )回 5 退院準備(住まい探し援助以外)( )回 6 情報提供( )回 7 退院後フォロー( )回 8 家族支援( )回 9 関係機関との情報交換( )回</p>
<p>11 自立支援促進会議・自立支援協議会・ケースカンファレンスでの検討</p>	<p>1 総検討回数( )回 2 うち本人を交えたケア会議( )回</p>

## II 退院した対象者の状況

<p>1 退院後の住まい *移動があれば順に記入</p>	<p>( )→( ) 1 家族と同居 2 一人暮らし 3 グループホーム 4 福祉ホーム 5 生活訓練施設 6 その他の福祉施設 7 住所不定 8 その他( )</p>
<p>2 退院後の活動の場 *複数回答可</p>	<p>1 小規模通所授産施設・作業所 2 通所授産施設 3 保健所グループワーク 4 地域生活支援センター(サロン) 5 セルフヘルプグループ 6 デイケア 7 その他( )</p>
<p>3 退院後利用している社会資源 *通院・活動の場・住まい以外 *複数回答可</p>	<p>1 ホームヘルプサービス 2 訪問看護 3 食事サービス 4 地域生活支援センター(相談等) 5 ショートステイ 6 地域福祉権利擁護事業 7 保健所(相談) 8 市町村(相談) 9 その他( )</p>
<p>4 退院後の病状 *退院してから年度末までの状況を記入</p>	<p>① 再入院 ①-1 再入院の有無: 1 あり 2 なし 3 不明 ①-2 再入院の時期: 平成( )年( )月 ①-3 再入院までの期間: ( )ヶ月 ①-4 再入院の理由: ①-5 再入院後の経過: ② 病状悪化 1 あり 2 なし 3 不明 ③ 通院服薬 1 継続 2 中断しがち 3 不明</p>



Ⅲ 事業の効果と課題

\* 自立支援促進会議・自立支援協議会での評価

1 本人への事業の効果	1 退院意欲の促進 ①あり ②なし ③従来からあった 2 退院後のイメージの具体化促進 ①あり ②なし ③従来からあった 3 退院に対する不安の軽減 ①あり ②なし ③従来からあった 4 地域の機関に相談者ができた ①あり ②なし ③従来からあった 5 生活技術の獲得 ①あり ②なし ③従来からあった 6 病気の受け入れ ①あり ②なし ③従来からあった 7 地域の側からのアプローチの効果 ①あり ②なし 8 地域の当事者と出会ったことによる効果 ①あり ②なし 9 その他 具体的に
2 家族への事業の効果	0 家族なし 1 退院に対する理解・賛成 ①あり ②なし ③従来からあった 2 退院に対する協力 ①あり ②なし ③従来からあった 3 退院に対する不安軽減 ①あり ②なし ③従来からあった 4 本人に対する肯定的評価 ①あり ②なし ③従来からあった 5 その他 具体的に
3 退院に向けての課題	
4 退院に向けて必要と考えられた社会資源のうち充足されなかったもの	

平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金(障害保健福祉総合研究事業)

精神障害者の正しい理解に基づく、

ライフステージに応じた生活支援と退院促進に関する研究

分担研究

精神障害者のライフステージの正しい理解と、

社会復帰を支援できる地域の育成に関する研究

### 研究協力報告書

医療、介護、福祉の間の連携と情報共有についてのアンケート調査報告

研究協力者 羽藤 邦利 (特定非営利活動法人メンタルケア協議会)

分担研究者 竹島 正 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

はじめに

「ライフステージに応じた生活支援と退院促進」を推し進めて行くには、地域の医療、介護、福祉の領域での連携が欠かせない。平成 18 年 4 月より障害者自立支援法及び介護保険法の改正が施行されれば、その連携のあり方に大きな変化が求められるのではないかと。今後、連携の新しいあり方を考えなくてはならないが、そのために現状の連携はどのようなものであるかを把握しておく必要がある。

そこで、東京の中部地域の精神科医、内科医、介護支援専門員、精神障害者福祉施設長対象にしたアンケート調査 (『精神障害者・要介護高齢者ケアに関わる連携と情報共有に関する調査』) を平成 18 年 2 月に行った。その結果の一部を報告したい。

#### I. 調査の対象、回答の回収率

調査の対象は表 1 に示す。精神科医、内科医、介護支援専門員、精神障害者福祉施設長それぞれに、ほぼ同じ内容のアンケート調査票を送った。

3 月 10 日時点での回収率は対象職種によってバラツキが大きかった。精神障害者福祉施設長からの回収率は高く、精神科医、内科医からの回収率は低かった。回収率の違いを考慮に入れて、分析結果を読む必要がある。

#### II. 調査結果

調査結果から特に重要と思われるものを選んで概要を報告する。

##### 1) 連携の必要性をどの程度に感じているか

図 1 に示すように、どの職種も連携の必要を感じている。特にケアマネジャーと精神障害者福祉施設は強く感じている。

## 2) 連携対象別の連携の必要度

連携の対象別に必要度をみてみると、**家族との連携**の必要については、どの職種も強く感じている。**他科の医師との連携**については、精神科医や、ケアマネジャーと精神障害者福祉施設は必要性を強く感じている。**ケアマネジャーとの連携**については、内科医は強く必要を感じているが、精神科医はそれほどでもない。**ヘルパーや訪問看護との連携**については、ケアマネジャーは強く必要性を感じている。内科医も必要性を感じているが、精神科医はそれほどでもない。**精神障害者福祉施設との連携**については、精神障害者福祉施設長が最も(他の精神障害者福祉施設との連携の)必要性を感じており、精神科医やケアマネジャーも必要性を感じている。しかし内科医はあまり必要性を感じていない。

**保健師との連携**の必要性は、精神科医が最も強く感じており、次いで、精神障害者福祉施設、ケアマネジャーが強く感じている。**福祉事務所や介護保険福祉課など自治体の福祉部門との連携**について、ケアマネジャーと精神障害者福祉施設が強く必要性を感じており、次いで精神科医であるが、内科医はあまり感じていない。

その他の対象では、**民生委員や近隣住民との連携**の必要をケアマネジャー感じている。**精神病院のケースワーカーとの連携**の必要性を精神障害者福祉施設は感じている。**児童相談所や学校との連携**の必要性を精神科医は感じている。

以上、どのような対象(職種・関係者)と連携したいと感じているかは、これからの地域ネットワークのあるべき方向性を示唆しているだろう。

## 3) どのような場合に連携の必要を感じるのか

どのような場合に連携の必要性を感じるのか自由記載してもらったところ、**精神科医**は、単身者のケースについて、「服薬状況がわからない、生活状況がわからない、自殺の危険がある、入院の必要がある、訪問の必要がある」といった記載が多かった。家族がいるケースでは「家族の理解協力の必要性」が挙げられていた。**内科医**は、「日常的な状況がわからない、患者の見守りが必要な時、容態の変化がある時、介護サービスの強化や変更が必要な時、施設入所が必要な時、ケアの中身について疑問がある時」といったことを挙げた。**ケアマネジャー**は、「独居で認知症や精神症状があるケース」を挙げたものが圧倒的に多かった。さらに、「高齢者で心身の状態に変化があった時、入退院前後、家族内で意見の統一がとれない時」などが列挙されていた。**精神障害者福祉施設長**は、本人の状態に変化を挙げ、「症状が悪化した時」という記載が圧倒的に多かった。その他、「服薬状況や服薬量や副作用のことで疑問がある時、金銭管理の乱れ、身だしなみや日常生活がうまく行えていない場合」などが列挙されていた。これらの記載から、切迫した事情があつて連携が必要とされていることが分かる。

## 4) 実際に、連携の必要性を感じた相手と連携がとれたか

結果を図2に示すが、「十分にとれた」とする回答は、精神科医では4割、内科医3割、ケ

アマネジャーは2割、精神障害者福祉施設長は5割であった。「十分には連携がとれていない、連携がとれていない」という回答の方が多い。特にケアマネジャーでは連携がうまくとれていないと感じている。ケアマネジャーは、図1のように連携の必要を強く感じているが、実際には連携が十分にはとれていないと感じている。他方、精神障害者福祉施設長は連携の必要を強く感じているが、十分に取れていると感じている割合が高い。2者の違いは、求めている連携の質や量の違いが関係しているかもしれない。求める「連携の質や量」が高いほど、「連携がとれた」という評価が得られにくくなるからである。

5) 医師のケア会議・サービス担当者会議への参加、ケアマネジャーを知っているか、ケアプランを知っているか

精神障害者福祉施設でのケア会議の参加について、精神科医の8割が「(ほとんど・一度も)参加したことがない」と答えている。また、介護関連施設でのサービス担当者会議への参加については、やはり精神科医の8割、内科医の7割が「(ほとんど・一度も)参加したことがない」と答えている。

ケアマネジャーとの関係では、ケアマネジャーと「時々連絡をとっている」のは精神科医、内科医の2割弱であった。精神科医の6割弱、内科医の5割がケアマネジャーのことを「知らない」。

さらに、ケアプランについては、精神科医、内科医の5割弱がケアプランのことを「(あまり・全く)知らない」。ケアプランのことで話し合ったことが「時々ある」のは精神科医、内科医の2割に過ぎない。話し合いを「行いたいが出来ない・行いたいと思ったことがない」が精神科医の6割、内科医の4割に達する。

これらの数字から、現状で、医療と介護、福祉との連携は極めて希薄であることが分かる。

6) 情報提供を拒否した経験と拒否した理由

情報提供を求められて拒否した経験についての回答結果を図3に示したが、精神科医は、「時々あり」が3割、「稀にあり」が3割となっている。ケアマネジャーや精神障害者福祉施設長も4割が「(日常的・時々・稀に)あり」と答えている。**家族に対して拒否した経験**が、精神科医では4割、ケアマネジャーや精神障害者福祉施設長で2割であった。**ケアマネジャーに対して拒否した経験**が精神科医では1割あった。**民生委員に対して拒否した経験**が、精神科医、ケアマネジャー、精神障害者福祉施設長で1割あった。(註. このことは9割が拒否しなかったということではない)。また**地域住民に対して拒否した経験**が精神科医で2割弱、ケアマネジャーで3割弱、精神障害者福祉施設長で2割弱あった。(註. このことは7~8割が拒否しなかったということではない)。

情報提供を拒否した理由をしてみると、「本人の同意がない」、「相手の身分が確認できない」が最も多かった。

これらの数字は、連携の必要があっても、実際の連携には難しさが伴うことを示している。