

助言と支援フォローアップ」がある。地域体制整備コーディネーターは、ケアマネジャーの役割を担って、地域移行推進員が、「対象者本人の思いを尊重すること」「ストレングス視点で支援すること」「様々な人と機関と協働すること」「社会資源を幅広くとらえること」を実践できるよう、対象者へのかかわりの助言や介入、個別支援計画作成のサポート、個別支援会議の設定等を行う。

地域移行推進員への支援

- ・ かかわりの助言や介入
- ・ 個別支援計画作成のサポート
- ・ 個別支援会議の設定
- ・ 環境の調整
- ・ 課題の一般化
- ・ 本人の思いを尊重しましょう
- ・ スtrenグスに気づきましょう
- ・ 個別支援計画の有効性を高めましょう
- ・ 限界は出発点です
- ・ みんなで地域移行支援に取り組んでいきましょう

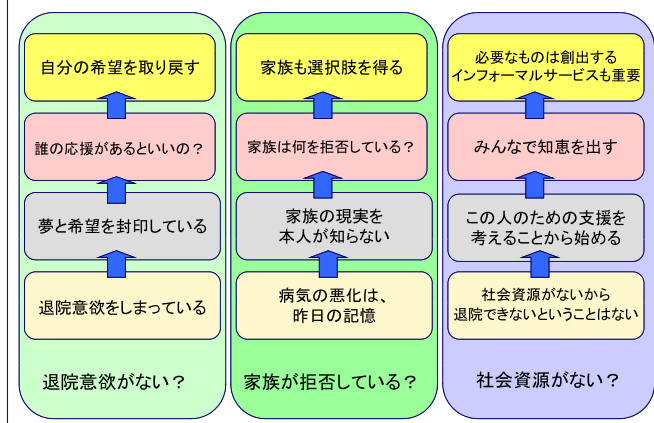
	「かたち」のある資源	「かたち」のない資源
公的でない社会資源	(例) 家族、恋人、友人、お金、テレビ、パソコン、将棋、ゲーム、体育館、電車、コンビニ、スーパー、ファミレスなど	(例) 自分の夢や目標、これまでの経験、恋愛、友人の励まし、プライド、宗教活動、安心できる人間関係など
公的な社会資源	(例) 地域活動支援センター、病院、ホームヘルプサービス、訪問看護、グループホーム、救護施設、包括支援センターなど	(例) ノーマライゼーション理念、サポートネットワーク、社会資源に関する情報の共有化、行政の公的責任など

社会資源の種類(国重)改

地域体制整備コーディネーターは個別支援会議をマネジメントする。個別支援会議は、社会的入院者へ地域移行に向けた総合的な支援のための中核を担うことになる。この個別支援会議では、①必要な関係者が集まる。②本人のニーズに添った支援を検討する。③すぐにできる支援と時間を要する支援を分けて検討する。④すぐにできる支援の役割分担を行う。⑤対象者の現状の課題を共有する。このような個別支援会議を通して、関係者のネットワークをつくり、地域移行支援体制の質を高めることになる。個別支援計画では、退院はゴールではない。退院後、どのような生活をしたいたかが目標となる。退院は、そのためのプロセスとして位置づけることが重要である。

5. 阻害要因を見直す

本当の阻害要因は何ですか？



社会的入院者の退院阻害要因として、「本人の意欲がない」「家族が拒否している」「社会資源の不足」が挙げられている。しかし、本当に阻害要因なのか、もう一度見直す必要があるのではないか。

「本人の意欲がない」と言われている人の中には「まわりを見たら、5年、10年入院している人がいて自分の番はまわってこないと思っていた」「退院したいと言ったら、『待っていてください』と言われて待っていました」「15年目で退院をあきらめて、病院で一生暮らそうと友達と約束しました」という人などがいる。また、「退院したら絵が好きなので個展を開きたい」という人も、入院中には絵を描くことをあきらめていた。退院意欲がない人の多くは、環境に合わせている人、あきらめている人、不安が大きい人であって、夢や希望を封印している人ではないだろうか。

「家族が拒否している」ことについては、家族にとっての本人の病気の悪化は、例えば、それが20年前のことであっても、昨日のここのように記憶に残っている。加えて、家族は、入院を継続するのか、家族が引き取るのか以外には選択肢がないものと思い込んでいる。なかには、医療機関には家族が引き取れない事情を説明しているが、本人にはその実情を伝えていないこともある。

「社会資源の不足」については、確かに絶対数の不足がある。しかし、本当に社会資源がないと退院できないのだろうか。多くの先人は、そのような状況のなか、住むところや働くところを見つ

け、または新たに創出し、サポートしてくれる人も探して育ててきたのではないだろうか。「グループホームに空き室がない」から退院できないという発想は、「措置する」と同様の発想であって、いうなれば「措置退院」（造語）ではないだろうか。

退院意欲がない人には気持ちに寄り添うこと、家族が拒否している場合は何を拒否しているのかを理解すること、社会資源の不足では、まずは、この人のための支援を考えることから始めることにしている。知恵を出しあい、インフォーマルサポートも活用し、必要なサービスは創出することが必要である。

このように、もう一度、阻害要因について見直してみると、退院に向けた新たな手立てを導くことができるのではないかな。

6. ピア・サポーターへの期待

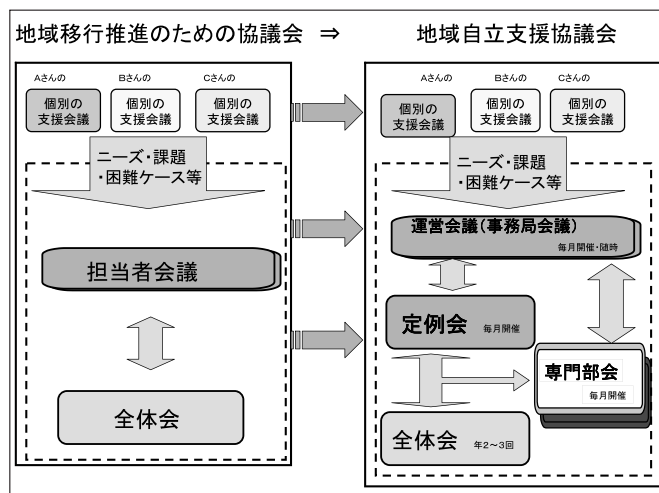
本事業では、ピア・サポーターの活躍がクローズアップされている。ピア・サポーターとのわかりあいは、社会的入院者の退院に向けた勇気となり、地域移行への足がかりとなる。しかし、ピア・サポーターの役割は、都道府県、委託事業所によってさまざまである。

例えば、北海道は、地域体制整備コーディネーター、地域移行推進員に加えて、ピア・サポーターを必置としている。また、地域によって、ピア・サポーターが地域移行推進員を兼ねている場合、地域移行推進員とは別に登録制のピア・サポーターとして多岐にわたって活動している場合、事業所の職員として雇用されたうえで当事者性を生かしている場合などがある。

ピア・サポーターが活躍する時代となったが、その位置づけ、育成方法、役割分担については、早急に整備する必要がある。危惧することは、精神障害者への就労支援が行き届いていれば一般就労できる人を、安易にピア・サポーターとして囲い込んでしまっていないかということである。

地域体制整備コーディネーターには、ピア・サポーターの育成についても、中心的な役割を担うことが期待されている。

7. 地域自立支援協議会の活用（社会資源開発のための手立て）



障害者自立支援法の施行後、障害がある人を支援する仕組みとして、相談支援事業、地域自立支援協議会が中核となっている。相談支援事業を担う相談支援専門員は、個別支援会議を通して、ネットワークで本人のニーズに添った支援を行い、従来は置き去りにされていた「課題」を地域の課題として抽出する。この課題は、地域自立支援協議会で検討される。

精神障害者の地域移行についてもこの仕組みを活用したい。地域自立支援協議会に取り込まれることによって、地域移行を生活支援の課題の1つとして、現実的な課題として取り組むことができる。

地域自立支援協議会の手法は、精神障害者への支援においては、特別に新しいことではない。従来から個別支援から抽出された課題を通して、

従来から、精神障害者を支援してきた人は、個別の課題を地域の課題として、新たなプログラム、新たなサービス、新たな事業、新たな施策を創出してきました。

例えば

医療デイケア 訪問看護

共同住居 グループホーム

小規模作業所 社会復帰施設

精神保健福祉ボランティア講座 → ボランティアグループ

市民サロン イブニングクラブ

家族支援 家族会 家族教室

訪問介護

当事者活動 セルフヘルプ ピアサポート ピアヘルパー

「新たなプログラム」「新たなサービス」「新たな事業」「新たな施策」を生み出してコミュニティをつくってきた。例えば、この人への支援の積み重ねと課題の解決のために、家族会、小規模作業所、共同住居、ボランティアグループ、訪問介護、ピア・サポーターなどをつくってきた。一方、日々の業務に追われて、埋没してしまった課題もある。地域自立支援協議会とは、個別支援から地域課題を抽出して施策化するための手立てであり、そのための仕組みである。

ここでは、本事業における個別の課題を地域自立支援協議会で検討して、プログラム化・事業化・施策化していく例（あくまで試案）を示してみた。

精神障害者地域移行支援特別対策事業における 個別の課題からプログラム化・事業化・施策化の案		
個別の課題	プログラム	事業化 施策化
退院意欲がない	意欲回復プログラム	地域移行リハビリ事業
外泊してみたい	外泊体験	外泊体験事業
家族が拒否している	家族説明会	地域移行型家族教室
支援する人がいない	市民サポート講座	地域世話人制度
新たな社会的入院をつくらない	ひきこもる精神障害者支援	訪問型生活訓練の充実
新たな社会的入院をつくらない	疾病教育 健康教育・余暇活動	保健センター 精神障害者のための 健康教育

例えば、「退院意欲がない」という人がいれば、「食べたい物」「行きたい所」を考える「意欲回復プログラム」を実施する。そして、懐にしまっていた夢と希望を少しずつ呼び起こす。次に、病院の外に出て、実際に食べたい物を食べ、行きたいところに行ってみる「地域移行のためのリハビリ（自分を取り戻す）事業」を実施する。付添い人としての「ピア・サポーター派遣事業」も必要になるかもしれない。

例えば、「退院のイメージがつかれない」という人がいれば、病院の中に「退院準備プログラム」をつくる。しかし、すべての医療機関で「退院準備プログラム」を実施することはできないため、どの医療機関に入院していても受けられる「地域で行う退院準備講座」を事業化する。

例えば、「家族が拒否している」ため退院できないというのであれば、「家族説明会」や「地域

移行型の家族教室」を実施する。

このように「この人」を支援していく上で抽出された課題は、地域の課題としてプログラム化・事業化・施策化していくのである。もちろん、予算の計上も必要となるであろう。

また、すぐには解決できないことについては、地域自立支援協議会において解決に向けた検討を重ねることになる。このように、地域自立支援協議会を活用することが、地域移行支援を進めるうえでの重要な鍵となる。

8. 関係機関の役割

今後、退院促進、地域移行を有効にすすめていくためには、それぞれの機関の役割を明確にするとともに、都道府県ごとに地域移行をすすめる組織をつくる必要がある。

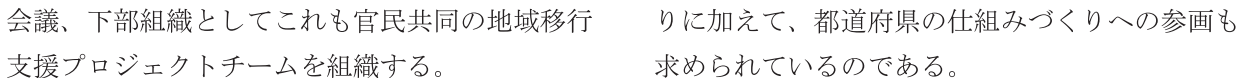
地域体制整備コーディネーターは、都道府県の担当課に地域状況を報告して、都道府県の地域移行推進のための仕組みづくりに協力する。

ここで一般的なモデルを示しておきたい。まず、社会的入院者のいる医療機関には、組織内に退院促進をすすめるための多職種で構成されるプロジェクトチームをつくっていただく。同様に、地域体制整備コーディネーターは、関係者と地域移行チームを組織する。医療機関のチームと地域のチームは、個別支援会議を実施して、退院支援・地域移行の支援体制を整える。この個別支援会議を通して抽出された課題は、市町村の地域自立支援協議会の専門部会等で検討される。

市町村は、相談支援事業所と協力して個別支援、家族調整、環境調整を行う。また、サービス利用計画の作成、福祉サービスの利用と調整、地域啓発や地域づくり、地域移行の目標数値を含めた障害福祉計画の策定を行う。

都道府県の役割として、保健所は、管内状況を把握して、630調査を活用して医療機関への働きかけを行う。精神保健福祉センターは、シンクタンクとして都道府県内の状況を分析して、地域移行推進のための効果的な戦略をたてる。また、人材育成のための研修機能を担うことになる。

都道府県主管課は、都道府県自立支援協議会の部会として、官民共同の精神障害者地域移行推進



これはあくまでひとつのモデルである。繰り返
しになるが、地域体制整備コーディネーターには、
地域移行を推進するための対象地域の仕組みづく

9. 明日からできること

地域体制整備コーディネーターは、「病院・

施設等への働きかけ、必要な事業・資源の点検・開発に関する助言・指導、複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言等といった退院・退所・地域定着に向けた必要な体制整備の総合調整を担当する」等、多岐にわたる役割を期待されている。

地域体制整備コーディネーターには、医療機関や関係機関への働きかけとともに、「退院したいこの人の個別支援会議」を実施することで、関係者のネットワークをつくり、地域の支援体制の質を高めることが求められている。実は、このことが、障害者が地域で暮らすための最も有効な手立てとなるであろう。そのうえで、ここで示したいいくつかの方法論や考え方を、地域状況に合わせて活用していただきたい。

本事業は地域づくりのための事業ではない。この事業の目的は、社会的入院者の地域移行支援である。そのために、「明日からできること」を自分の言葉で書いてみることを勧めたい。明日からできることを紙に書いてみると自分の役割が整理できる。役割がわかれば、目標が立てられる。目

標があれば、「そのためには・・・」を考えることになって、今やるべきことがはっきりする。

明日からできることは何ですか？

自分の言葉で書いてみましょう。（決意・心構え・意志）

（例）

- ・ 私は、社会的入院をしている人が退院して、自分らしく地域生活を送ることを目指しています。
 - ・ 私は、社会的入院を医療機関も含めた地域の課題として捉えて、医療機関と協力して、地域生活への移行を進めます
 - ・ 私は、このような取組みが可能となるために、地域土壌を整えます。
 - ・ 私は、社会的入院を通して抽出された課題を解決していくための手立てを講じ、その解決のための仕組みをつくります。
 - ・ 私は、社会的入院をしている人が、退院後、地域でいきいき生活することができるための地域づくりをすすめます。
- そのために、明日からできることは何ですか？

最後に、18年間の入院生活にピリオドを打って、再び、絵筆をもった人の言葉を紹介して本講義を締めたい。

「退院して大変なこともいっぱいあるけれど生きていると思います」

参考文献

- ・ 岩上洋一：地域をつむぐ社会的入院者の退院支援，精神保健福祉，36(1)：25-28，2005
- ・ 岩上洋一：地域を拓く！ 精神障害者の地域生活支援－旧精神障害者地域生活支援センターふれんだむの取り組みから－，ソーシャルワーク研究，32(4)：73-78，2007
- ・ 自立支援協議会の運営マニュアルの作成・普及事業企画編集委員会編（2008）「自立支援協議会の運営マニュアル」財団法人日本障害者リハビリテーション協会
- ・ 日本精神保健福祉士協会編：精神障害者地域移行支援特別対策事業～地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト～，社団法人日本精神保健福祉士協会，2009
- ・ 岩上洋一：地域移行支援は地域の課題－精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して，精神医療，57：23-27，2010

該当プログラム

地域体制整備コーディネーター・行政担当者全国研修（帯広会場・広島会場）

『講義Ⅳ「地域体制整備コーディネーターの役割と課題」』

地域移行推進員・関係スタッフ研修

『講義Ⅲ「地域移行支援におけるそれぞれの役割」』

〔資料4〕講義

「個別支援の視点」

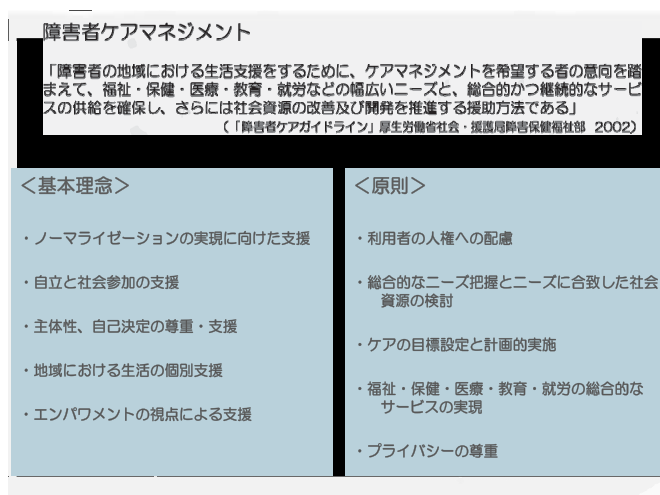
相馬 妙子

(特定非営利活動法人
かながわ障がいケアマネジメント従事者ネットワーク)

地域移行推進員の具体的な活動は、利用者への個別の支援が多くを占めており、且つ、退院支援計画（個別支援計画）を作成するという重要な役割を担っている。ここでは、「個別支援の視点」というテーマで、利用者と向き合う時、関わる時、支援計画を作成する時に必要な、地域移行推進員としての視点（姿勢）を重点に取り上げた。

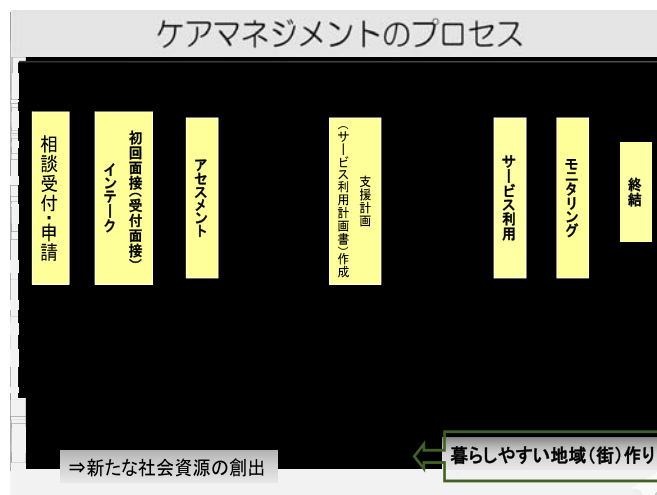
事前アンケート（第二章3. 地域移行推進員・関係スタッフ研修 事前アンケート報告参照）の結果から、各都道府県や受託事業所によって、地域移行推進員に求められている役割や、実際にどんな立場の方が地域移行推進員として活動されているかが若干違いがあるようだった。しかし、どんな立場であっても、多少役割が違っていても、個別に支援する（関わる）ことに変わりはない。ここでの「個別支援の視点」は地域移行推進員が共通して持つべき視点（姿勢）であり、障害を持った方々と関わる際に忘れてはならないポイントである。

1. 障害者ケアマネジメント



ここでは、障害者ケアガイドラインの中の「障害者ケアマネジメント」の考え方を基本とし、ケ

アマネジメントの手法を確認しながら、支援の視点やポイントを押さえる。それは、地域移行支援事業の利用者に対し退院までの個別支援計画の作成及び計画の実行や途中経過の確認、退院後のフォロー等、一連の支援の流れがケアマネジメントのプロセスそのものであるからである。



ケアマネジメントのプロセスを確認してみると、相談受付（インテーク）から始まり、アセスメント、支援計画作成、ケア会議開催、サービス利用（計画の実行）、モニタリング（途中経過の確認）、再アセスメントや支援計画の見直し、最終という流れとなっている。これは、地域移行支援事業の利用者への個別支援の一連の流れと一致していることが分かる。次にそれぞれの場面で必要な「視点」を確認する。

インテーク及びアセスメント

インテーク（又は相談の受付場面と考えても良い）及びアセスメント（利用者の情報を収集し課題を整理する事）では、利用者がどんな人であるかを知る作業となる。その際に支援者はつい「できないこと」に注目して、そこから支援の展開を考えがちである。しかし、まずは、利用者がどん

な人であるのか？支援者のことも利用者に分かってもらい、お互いの信頼関係を築く姿勢を持つことが大事である。特に初めて会う者同士であり、

1) インテーク

● 初回面接は大事

出会いの瞬間で関係性が決まる
お互いを知り合う意識 → 支援の方向性も決まる

● リフレーミング

それぞれ「顔」はたくさん持っている
一つの枠に囚われず、様々な方向から見る視点を

● ストレングスの視点

「良い面」「得意なこと」「好きなこと」「できること」
「強み（個人&環境）」に注目する
⇒ 変化や挑戦の時に大きなパワーに繋がる

利用者の人生を大きく左右する可能性の高い関係性である（長期入院の方が退院し地域で生活を始めることを目指す事業であるので）ことを忘れずにいたい。そのために、3つのポイントを挙げた。1つは「ストレングス」の視点である。「ストレングス」とはその人の持っている「良い所」「強み」であり、周囲の関係者や環境の中にも「ストレングス」はあるという考え方である。利用者のできていること、得意なこと、興味のあること、あって良かった事（強み）に着目し、まずはその部分を探すための面談（会話や観察での情報収集）をすることが大事である。2つめは、「リフレーミング」の視点である。「リフレーミング」とは、見方を変える（フレームを変える）ことである。この視点で、マイナスな事もプラスになり、ストレングスが増えていく結果となる。3つめとして、支援者の「姿勢」である。利用者も障害の部分を除くと同じ人間であり、これまでのライフスタイル、ライフイベントがあったこと、支援者の知らない「顔」を持っていること等、当たり前のことであるはずのことが、推進員として利用者向き合う時に気づけなくなっていることが多々ある。この姿勢は「リフレーミング」に繋がり、利用者に対してのイメージの幅が広がっていくために必要な姿勢である。

実際の利用開始時のアセスメントでは、退院阻害要因を探し、精神科病院に長期入院をしていた

方を「精神科の患者さん」で「生活能力が低い」方であることを前提に、できないことを明確にしていまいがちである。今までの病気がさせてきた体験も、「繰り返してはならないこと」とし、着目しないように関わりがちであると思われる。しかし、利用者は様々な顔を持った、できる事もたくさんある、生きるパワーを秘めている方であることを前提に関わり始め、病気を抱え、限られた空間で生活しているという長い経過からきている現状であると受け止め、本当の姿を共に表に出していく役割を推進員は担っているのである。だからこそ、ケアマネジメントの視点で関わることが効果的でもあると理解してほしい。

2) アセスメント

アセスメントが十分であれば支援は完了する！
…というくらい大事なこと

- アセスメントシートを埋める作業ではない
- アセスメントを通して「信頼関係を築く」のである
⇒ 相手を理解する（理解しあう）

- ◆ 会話（雑談からの貴重な情報 言葉使い 他の人との会話の様子等）
- ◆ 視覚的情報（ファッションの傾向 表情等）
- ◆ いつでも追加という意識

※興味を持つこと イメージを描くことが大事

支援計画（ケア計画）

支援計画を作成する際には、利用者のこれからの人生の大きな目標を確認し、「そのために」必要なプロセスを、本人の理解や、やる気を確認しながら設定していくことが大事である。一緒に話し合いながら作っていく作業が大事であると考え。実際の場面では、課題を表面化し、課題の解決のために本人が実行する事を支援者が組み立てて、それを支援計画として利用者へ提示してしまいがちである。誰かが考えた、与えられた計画を実行するには、かなりの覚悟とモチベーションの維持が必要であり、本人のやる気を起こすものにはなかなかないことが多い。今までの経過が長く、調子の波が訪れやすい病気を抱えた中での支援計画なので、本人のやる気（やってみたい、やれるかも）という気持ちが大事である。そのた

めにも本人の希望に近い、本人の言葉を使った支援計画であるべきであり、計画には本人のみが実行する事を掲載するのではなく、関係者の実行することも書き添え、一つの目標に皆で向かっていることが分かるような計画となっていると、利用者也安心して負担感無く実行できるのでないかと思われる。

3) 支援計画（ケア計画）

＜本人主体の支援計画を作成するには＞

- 大目標と小目標
「インパクトゴールを一緒に見つける」
↓
「そのためには～」という呪文が効果的
- ◆ ストレngths&リフレーミングの視点
- ◆ 本人のやる気の出る計画を作るには…
- ◆ 支援者の「心地よい忍耐」です

もらうことを確認することは、本人にとって決して気持ちの良い事ではないはずである。ましてや、

4) ケア会議・計画の実施

- 本人も交えたケア会議の開催
一緒に作成したケア計画を実行するために
関係者に理解してもらい、支援チームを組み立てる場！

＜開催に向けて（本人と作戦を練る）＞

ポイントは・・・

- 参加者の選定
- 開催場所（部屋の形、座る位置）
- 本人主体で進めるためには？
⇒ ケア会議の目的は
「本人の応援団を作ること」
【本人と支援者の腕の見せ所?!】

「できないことの最終確認」となり、今までの経過を責め、本人が反省しなければならないような空気となってしまうのは、支援計画をこれから実行していくための気力も奪われてしまう。ケア会議は推進員の腕の見せ所となるであろう。

モニタリング・終結

5) モニタリング・終結

＜モニタリング＞

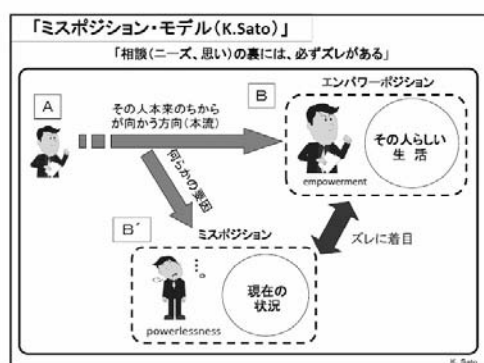
- 見守り・振り返り
- 新たな課題に気付くことが大事
⇒ なんでも、やってみなければ分からない！
- 修正する力（本人にも支援者にも必要）
（エンパワーメントが育っていることがポイントかも）

＜終結＞

- 支援には「終結」も必要
⇒ すっと、いつまでも同じ支援が必要ですか？
「地域で普通に暮らす」を実現していくためには？
- 支援者は一生の付き合いではない
⇒ 支援を繋げていくために
ネットワークと情報が大事となってくる

ミスポジションモデルの考え方

（駒沢大学准教授 佐藤光正）



ケア会議・計画の実施

ケア会議のポイントは、会議そのものが「応援団作り」であることが実感できるものにあることである。開催前に本人と入念な打合せ（作戦会議）が必要であり、本人と一緒に開催の目的や参加者、開催場所の設定を相談し、調整する事が推進員の重要な役割である。

参加した人が「会議に何故呼ばれたのか」把握していること、本人との関係性を考慮して参加者を決めること等も大事な要素である。一同に会した場面で、自分の課題を話し合うこと、支援して

地域移行支援事業での個別の関わりには「退院」もしくは「支援中断・終了」という関わりの「終結」が必ず訪れる。推進員の立場によっては、退院後（もしくは中断・終了後）も何らかのつながりが継続しているケースもあると思われるが、推進員としての終結になった場合は役割の違い等の説明と推進員自身の気持ちの切り替えも必要となってくる。利用者の退院後の地域生活支援の組み立てを、今後支援する事業所等へ引き継いでいくこ

とが最後の大事な役割である。

支援者の役割（地域移行推進員の役割にも繋がる）

利用者に対して…

- 見守り
- 相談
- 調整（一時的な緊急対応も有）
- エンパワメントを高める支援

＜質の高い支援を継続していくためには…＞

- ・抱え込まない（何でも自分が動く事は果たして良い支援か？）
- ・情報の共有（複数で対応する）
- ・相談できる環境（スーパービジョンの必要性）

支援者が一人ぼっちにならないように

⇒専門性を意識し、人と繋がる環境を作ること

用者との関わりが重点であることはもちろんだが、推進員自身の気持ちやその変化を正面から受け止め、周囲の動向にも目を向け、それぞれの関係性

＜ネットワークの大切さ＞

- 障害者にも支援者にもネットワークは大事
- 意外と繋がるのは難しい
（知り合っていることと連携取れていることの違い）



- 繋がることは当たり前のこと
人は、社会で生きる・生きているということ
- 一人では支援できない
（家族ではない 支援者の距離感）
- 世の中も支援者も障害者も常に変化していくもの

2. 地域移行推進員としての活動の視点

このような支援のプロセスの中で、推進員自身のモチベーションの維持や支援の質の向上を考えていくことも、忘れてはならない。推進員が自分のネットワークを持ち、一人で支援しているのではなく、チームで支えているという実感とそのためチーム作りを率先していく事を念頭に入れて活動していくことが望ましい。ネットワークは作ることを意識してもなかなか生まれてはこない。やはり個別の支援を丁寧にこなしていく中で、人脈の広がりから自然にネットワークの形になっていくものである。

推進員として活動していくことは、目の前の利

精神障害の方々が、障害があっても普通に暮らせる地域作りの一環をこの事業が担っており、地域の中での推進員の存在と行動が、地域の方の精神障害の理解への第一歩であり、地域のインフォーマルな支援者を増やしていくきっかけになっていることがこの事業の最大のメリットであると考えます。まずは、推進員が精神障害の支援の歴史（支援の文化）を知り、一人の利用者の退院支援をすることを通じて、その地域の方々への障害理解に繋がり、誰でも関わる可能性があること、誰もが支援者であることに気づいて行く流れを作っていることを意識して活動を展開してほしい。今後の推進員への活動には大きな期待をしている。

該当プログラム

地域移行推進員・関係スタッフ研修

『講義Ⅳ「個別支援の視点」』

〔資料5〕実践報告

「実践的地域移行の展開 ―各地の報告と課題―」

報告者 三上 雅丈氏（帯広生活支援センター／北海道帯広市）
矢田 朱美氏（地域生活支援センターふあっと／島根県出雲市）
金川 洋輔氏（地域生活支援センター「サポートセンターきぬた」／東京都世田谷区）

I 十勝における地域生活移行支援事業の概要

三上 雅丈氏（帯広生活支援センター）

帯広生活支援センター

- ・相談支援事業
- ・地域活動支援センター
- ・十勝圏域精神障がい者
地域生活支援センター
- ・センター長（地域体制整備コーディネーター）
（地域移行推進員（原則専従））
- ・十勝障害者就業・生活支援センターだいち
- * 平成9年から精神障害者
地域生活支援センター

1

ピアサポーター

- ・平成21年度7名を委嘱（女性2名・男性5名）
- ・年齢構成（36歳～48歳）30代2名・40代5名
- 日常の活動
NPO当事者スタッフ、デイケア、当事者活動、福祉サービス事業所
- 今年度の報償費 720円＋旅費

2

対象者の状況

平成16年～21年6月まで
男性12名、女性9名、合計21名
現在継続中 7名
病名：統合失調症19名、てんかん精神病1名、うつ状態1名
入院期間：3ヶ月～13年（支援開始時）
3年～33年（通算）
支援期間：5ヶ月～2年8ヶ月
ピアサポーターを利用した人 14名

3

実際、どんなことしてくれるの？

- ・地域移行推進員が、病棟まで来て、皆さんの退院後の希望を聞きます。
- ・皆さんの希望を聞きながら、病院スタッフ（看護師・保健師・医師・ケースワーカーなど）と一緒に今後のことを考えていきます。

4

第1段階

- ・ 主治医の推薦
- ・ 本人の希望

第2段階

- ・ 提出書類をもとに協議会で検討

第3段階

- ・ 事業の開始
地域移行推進員が派遣される

＊地域移行推進員とは・・・

皆さんの希望を聞いて、退院後の生活を一緒に考えてくれる人です。

5

第4段階

- ・ 退院に向けての計画が立つと、活動する場・住む場所などを見学をします。必要となれば、ピアサポーターと一緒にいくことも可能です。

ピアサポーターとは・・・

精神疾患を患った自らの経験を生かして、皆さんと一緒に、見学したり、買い物などを手伝ってくれる人です。

第5段階

- ・ めでたく退院・・・

**退院後、安定した生活が送れるように
お手伝いしていきます。**

6

退院促進を利用して退院した方の感想

Q：推進員の印象は？

- ・ 病院まで来てくれて悪いな～と思ったがありがたかった。
- ・ 見た目、まじめそうで話やすかった。

Q：ピアサポーターの印象は？

- ・ ピアサポーターは、同じ病気だから、友達感覚で話しやすかった。
- ・ バスの乗り方など不安なことを一緒に手伝ってくれて、助かった。

Q：利用しての感想

- ・ 便利で利用しやすかった。
- ・ 手帳の手続きなども、推進員・ピアサポーターと一緒に手伝ってくれて助かった。
- ・ 自分にとって病院から、離れて生活できて、よかった。

7

Q：その他の感想は？

- ・ 退院後もいろんな人に関わってもらって助かっている。
- ・ たいへん、よかった。

Q：これから、利用しようと考えているひとに一言

- ・ ピアサポーターと仲良く付き合っていて下さい。
- ・ お互い助けあって行動することが大切です。
- ・ 体調が良くなってがんばって下さい。

8

ピアサポーターからメッセージ

- ・ 当事者同士ですが、みなさんより少しだけ知っている事があるかもしれません。
- ・ みなさん一人ではありません、充実した生活が出来るようにお手伝いします。
- ・ 入院生活はつらいと思いますが、同じ「いたみ」があるので、少しは役にたつと思います。

9

成果

- ・ 本人、家族の安心感
- ・ 入院中に地域に応援団
- ・ ピアサポーターの力の確認
- ・ 新たな社会資源の開発
- ・ 地域のネットワーク(関係性強化)
- ・ 本人にとっての生活の満足と広がり

課題

- ・ 対象者の選定
- ・ 実施期間
- ・ ケアマネジメント
- ・ 社会資源
- ・ 市町村との連携
- ・ 事業終了後の支援
- ・ 医療機関で行っている退院支援

10

(＊三上氏パワーポイント資料 一部修正 抜粋)

Ⅱ 出雲における退院支援と地域定着への関わり

矢田朱美氏（地域生活支援センターふあっと）

1. はじめに

近年、精神疾患患者数の急増が言われ対策が急がれる現状であるが、決定的な取り組みにつながっていない。特に精神障害者地域生活支援センターは、障害者自立支援法により身近な市町村に降りたことは喜ぶべきことであるが、現実には市町村格差が拡大しただけではなく、予算上の理由で資源や予算の削減が進んでいるところが出てきている。そのためにマンパワーの不足が重要課題となっている。

2004（平成16）年9月に受け入れ条件が整えば退院可能な7万2,000人（後のデータでは7万6,000人）に対して、10年間で社会的入院の解消を図るという厚生労働省精神保健福祉対策「精神保健福祉の改革ビジョン」が掲げられたが、5年が経過しても地域の支援体制は遅れていると思われる。すなわち、相談支援機能・制度の充実・危機介入など社会資源の在り方（量と質）についての問題は山積している。

そのような状況下にあって個々の組織での関わりには限界があり、障害者及び家族・医療・保健・福祉・行政・住民によるそれぞれの役割が発揮できような地域全体での取り組みが重要になっていく。「精神障害を患っても“普通に暮らせる社会づくり”」を共通理念として一人ひとりに応じた支援体制の整備を、多機関・多職種協働（専門性の協働）により個別支援システムを展開していくことが重要でありその実践について述べる。

2. 相談支援機能

(1) アウトリーチ型による相談機能

⇒4地域への出張相談支援（地域密着型）

【出雲市人口約15万人弱：指定相談支援事業所14か所（委託相談支援事業所7か所含む）】

(2) 総合的支援としての役割

⇒一般相談と個別相談支援（支援チームでの関わり）

【年間約8,000件／相談件数・サービス利用計画作成13名／21年11月現在】

(3) 地域移行支援と地域定着支援

⇒専門性の連携（当事者性・専門性・住民性）

（多職種で関わる地域移行支援）（多機関で関わる地域定着支援）

【地域移行体制整備コーディネーター1名・地域移行推進員3名（内2名専従）】

(4) 居住サポート事業

⇒委託相談支援事業とセット

【保証人不在者支援（チーム支援体制による入居支援：平成22年度スタート）】

(5) 成年後見制度事業

⇒委託相談支援事業とセット

【出雲成年後見センター（任意）・法人後見センター（社会福祉協議会）】

3. サロンの機能

(1) “自由空間” 的利用

⇒憩いの場・暇な時間の活用（ポジティブルームの活用）

【憩いの場の利用・昼食利用・入院患者の体験利用】