

(2) ピアサポートによるエンパワメント

⇒ “NPO こころの森” 活動

【地域移行支援（グループ支援・個別支援）・当事者自治会の運営・ふあっと通信】

(3) アニマルリリース

⇒入院患者の社会資源活用

【ペット同伴一般住民と入院患者のふれあいプログラム参加に合わせての資源活動】

4. 地域ネットワークの中核機能

(1) 自立支援協議会の活用

⇒連携による地域診断と独自の制度開発

【推進会議・専門部会（就労・地域移行・障がい児）・ネットワーク会議（就労・地域移行・障がい児・その他）・サービス調整会議（事例検討会議）・運営会議】

(2) 相談支援体制整備の構築

⇒社会資源の相互協力と相互利用

【3 障害相談支援事業・高次脳機能障害・発達障害・就労支援】

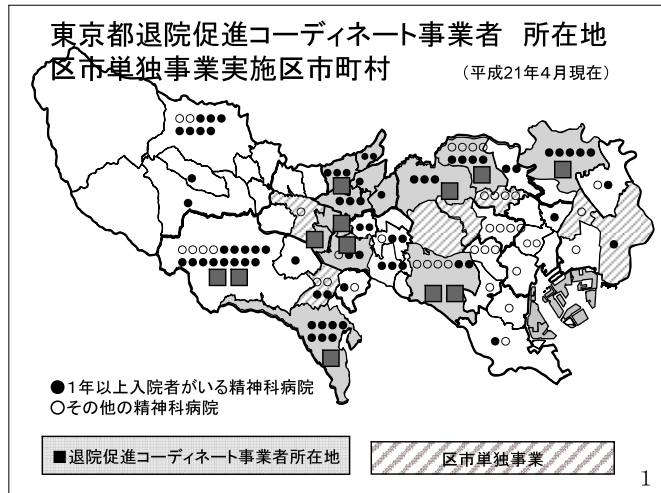
(3) インフォーマルネットワークによる啓発活動

⇒出前講座（公民館単位：無料講座）

【“交流塾”（認知症講座）：3ヶ月シリーズ・“ふあっと塾”（自殺対策（うつ・ストレス））：2ヶ月シリーズ】

Ⅲ 東京都退院促進支援事業コーディネーターの取り組み ～事例を通して～

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」）



平成18年度から21年度の個別支援実績等

	利用者	支援結果			
		退院	援助継続	中断	協力病院
H18、17年度(モデル)	56	23	32	1	11
H18年度	65	30	25	10	19
H19年度	81	26	51	4	29
H20年度	150	51	92	7	51
H21年度 9月末現在	153	29	151	3	61

- 当事者、家族、関係者が変化する。
 - 地域生活サポーター(ピアサポーター等)が役割を見出すなど変化する。
 - 病院関係者が地域との連携(退院支援)に主体的に関わりやすくなる。
 - 地域の支援体制やネットワークの点検、連携が強化される。
- 2

平成18年度から21年度の個別支援実績等
サポートセンターきぬた活動状況

	相談者 (関係 機関 等)	利用者	支援結果		
			退院	協力病院 のうち 担当病院	
H18、17年度(モデル)		15	6	2	*東京都モデル事業
H18年度～ H19年度		21	10	3	*世田谷区 単独事業
H20年度～ H21年度 (H20,4～ H22,1現在)	45	26	11	4	*東京都事業

・窓口病院: 昭和大学附属島山病院、井之頭病院、稲城台病院、手賀沼病院
・主なエリア: 世田谷区、目黒区、渋谷区、大田区、品川区、港区、狛江市、中央区、千代田区(ゆるやかな設定)

3

サポートセンターきぬたの取組概要

- ・体制 → 専従職員の配置(センター業務なし)
常勤1名、非常勤職員1名(週1～2日)
 - ・セーフティネット退促との兼ね合い
退促事業…病院から対象者が推薦される
セーフティネット…福祉事務所からの推薦
 - ・世田谷区自立支援協議会
…退院促進連絡会→自立支援協議会地域移行部会へ
 - ・行政との連携
 - ・病院との連携
- 4

とある方の事例を通して

Zさん:「〇〇(地名)に戻りたい!
施設入所は絶対に嫌です!!!」

- ・ 勢いのある方
 - ・ パニックになると会話ができなくなる
 - ・ 笑顔が魅力的
 - ・ 40代、男性
- 5

退院できないと思われている人?

(急性期病棟時)

- ・ 「知的障害の入所施設はあるだろうか? いずれ相談するかも…」

- ・ 実は住む所を持っている方らしい

(亜急性期病棟時)

- ・ 病棟での方針 PSWと相談

(本人の力を確認しないまま、希望を無視して施設でいいのか?)

→IQ50とのこと、今までのトラブルの数々の内容(^_^;))

→退促でやるだけやってみることに

→①金川に本人と関わる能力が足りない

②X区に本人を支える力がない

⇨この場合は事業中断を確認 ⇨自分も不安(関われるか?)

- ・ その日に本人と顔合わせ

「あなたが僕を退院させてくれる人ですか? よろしくお願ひします!」

6

連携方法

- 作業所職員、HH、コーディネーターはしょちゅう会うので、その都度共有している。急ぎの時はお互いの携帯電話で連絡
- 訪問看護は困ったことがあるとコーディネーターに連絡。作業所のこともあり。HPもあり。(窓口PSWに依頼)(現在は作業所へ)
- 叔父にはコーディネーターが基本だが、作業所のこともある
- 役所はコーディネーターが対応

7

危機？

- 夜間にドタバタ動き回っている！？
→管理人「随分と朝が早いようで・・・」
- JROO駅から携帯に電話
→本人証明
- 車と接触？
- 年末マンションに響き渡る大声
→近隣苦情を覚悟

8

退院準備支援内容

- 院内面接(本人希望:週1回は来てください!)
- 外泊時に自宅に訪問同行(PSW、Ns.、コーディネーターで手分けして同行する)
- 外出同行して見立てるもの
- トイレトレーニング(病棟NS.に依頼)
- 外出支援→むせて吐いてしまう(NS.に確認)
- ケア会議設定

9

この方ができていること

- 通院は欠かさず(通院じゃなくても行ってる^^;)
- マンション内での挨拶
→管理人さん「毅然と挨拶される方なのでそれはいいと思います」←どうやら+評価!?
- HH、訪看の受け入れ(基本的に訪問の受入れOK)
- 電話→「朝5時はやめてください」と言うと6時過ぎまでは待ってくれているらしい・・・^^;
- 納得したことは守ってくれる
- 作業所にも通えている(コンポ破壊するも・・・^^;)(「電車でGO」)
- お金を勝手に引き下ろさない

10

コーディネーターの不安^^;

- いつまで自分が持つか?→事業継続、体力
- 誰に引き継ぐの?→同じように動く人はいるか?
- 合鍵はどうしよう・・・?
- いつか手が回らない日も近そうだけど・・・
- 近隣
- でも後悔はないし・・・
- それでも本人が「退院して良かった」と言ってくれるならOK
- 同じようにエネルギー必要な人があと3人出たら厳しいだろう・・・→マンパワー不足

11

本人希望の変化①

<事業導入時>

- 「頑張って家事やります」
- 「退院後って言われても分かりません・・・」

<退院直後>

- 「“電車でGO”をやりたい」→作業所でやれてる
- 「ロマンスカーに乗りたい」→作業所工賃で実現
- 「電車の写真を撮りたい」→作業所工賃で実現
- 「床屋に行きたい」→2ヶ月に1回ぐらい
- 「友達とカラオケに行きたい」→貯金して実現
- 「森高千里のコンサートに行きたい」→保留

12

本人希望の変化②

<現在>

- 「“電車でGO”をやりたい」 →作業所でやれてる
- 「ロマンスカーに乗りたい」 →作業所工賃で実現
- 「電車の写真を撮りたい」 →作業所工賃で実現
- 「床屋に行きたい」 →2ヶ月に1回ぐらい
- 「森高千里のコンサートに行きたい」 →保留
- ピアノを習いたい →「作業所の工賃溜まったらね」と言われている

*「友達とカラオケに行きたい」は日々の生活費から100円貯金して実現しているので“希望”からは外れたのかな？

13

この方がもたらしてくれたこと

- 同時期に他病院からもIQ52の方が退院して一人暮らしをしている
→Dr.の予想外で「また、こんな人出しやがって」って言われちゃうかしら？と言われるが全くそんなことは思わず^^
→こっちでのトラブルをオフレコで伝えたので、役所がきっちり仕事してくれた^^;
- いま他病院でIQ50後半の方が対象候補になったが、ゆとりを持って関わられる
- 大抵のことでは動じなくなってきた
- 区内で知的障害の方の生活支援が不足していることを浮き彫りにできた →自立支援協議会へ

14

*金川氏パワーポイント資料より抜粋

[資料6] 実践報告「地域移行推進員の活動紹介」①

地域移行支援の事例と課題

丸瀬 恵

(帯広生活支援センター／北海道帯広市)

本研修では、北海道・十勝圏域の地域移行支援事業で関わったAさんの事例の報告と感じた課題など発表した。

十勝圏域は北海道の東部に位置し、一次産業が盛んな地域である。中心都市である札幌市からは車で3時間ほどの距離で周囲は山に囲まれている。そのため盆地性気候であり、寒暖の差が激しい。

社会資源は、入院病棟のある精神科が4ヶ所、外来のみが1ヶ所、クリニックが5ヶ所ある。グループホームや地域活動支援センター、就労移行支援、回復者クラブなどあるが、帯広市に集中しており、郡部との社会資源の差があることが現在の課題である。

十勝では、平成16年より退院促進支援事業のモデル事業として地域移行支援を行っており、当初よりピアサポーターを採用し支援してきたことが特徴である。平成18年より、事業が全国的に開始してからも北海道ではピアサポーターを採用することと要綱に明記されている。

事例報告

Aさんは54歳男性。大学浪人中に対人恐怖となり、昭和58年に初回通院、入院となるが3ヶ月で退院し、再入院することなく過ごしていた。その後は母と二人暮らしで引きこもりがちな生活を送っていたが、平成19年に母が突然亡くなり、3日後に不安が強くなり入院している。家族は札幌に住む兄だけである。平成19年10月に事業としての関わりを開始、看護師同伴のもと、面会を行った。面会時は下を向いたままで会話が担当看護師B氏を介して行う状態であり、退院はもとより報告者に対しても拒否的であった。11月には病院を無断離院し、取り壊される予定の自宅でナイフを見つけている所を発見、事業中断した。

平成20年春に事業再開するが、関わりを開始し

た頃と変わりなく、報告者が何を提案しても聞く耳すら持たない状況が続いていた。退院という言葉を出すだけで顔色が変わり、会話ができなくなっていた。夏頃にB看護師が本人に強く働きかけ、報告者と外出するが、体調悪化し面会も難しくなっており、悪循環に陥っていた。報告者自体もどういう方向性でいけば良いか、分からなかった。B看護師ともその状況について話すことも出来ずに、個々で支援している印象だった。B看護師は男性で若いのだが貫禄があり、気軽に話せる雰囲気ではなく、それまで相談することが出来なかった。しかし、話をしなければ始まらないと感じ、思い切って「今の状況を何とかしたく、私から積極的に行きたい気持ちもあるが、私が強く本人に働きかけ体調が悪くなったらどうしようと不安である。」と話したところ、B看護師は「丸瀬さんは若いから、とまどいもあると思うけど、何かあっても病院でフォローするから心配しなくていい」と言ってくれた。このことがきっかけで、多少の事でも情報交換できるようになり、報告者が積極的にAさんに外出を働きかけた結果、秋頃には近くの喫茶店に行くことができた。この頃はB看護師と「退院」「グループホーム」というキーワードを出さないと決めていたので、何気ない日常会話しかしていなかったが、喫茶店内でAさんから「札幌の兄のところで生活したいと考えている」という気持ちを聞くことができた。本人から初めて退院に向けて前向きな発言が出たことはB看護師もとても驚き、喜んだ。報告者もやっと一歩前に進んだと実感したことを覚えている。

その後、3者で話し合いを進め、本人と一緒に札幌で暮らすこと、病院と環境が変わることのリスクを確認し、有期限である自立訓練宿泊型（帯広）に申し込み、ワンクッション置くことで、実際地域で暮らしてみた上で札幌に行くか帯広で

生活するか考えてもらうことと決めた。しかし、満室のため、空きが出る5月まで待つこととなった。その間、体力作りのため散歩や、地域生活に慣れるための外出をピアサポーターと行った。カレーは好きでよく行っていた。あれほど外出を拒否していたのに、この頃には自ら希望を出し、ニコニコしながら行った。また、6月の退院間近にはAさんから「今は退院後の生活に不安もあるけど期待もある」と話してくれた。

6月末、退院し元気に生活している。人と必要以上に関わりたいと言いたいため、決まった日中活動はしていないがピアサポーターが訪問し、一緒に外出し食事を食べたりしている。Aさんもピアサポーターの訪問を楽しみにしている。ピアサポーターの存在が退院後の生活をよりよい物にしていると感じている。

支援を通して

Aさんの支援を通しての感想・課題は3点ある。まず看護師との関係づくりの重要性を実感した。一番患者さんと関わっているのは看護師であり、看護師と気軽に話せる関係をつくることにより良いアドバイスをくれたり、悩んだときは一緒に考えてくれる。そのことは対象者の支援に必ず良い影響が出ると考える。そのために、担当看護師のいる日に面会を設定し、話が又聞きにならないようにした。又聞きになると聞き間違いが発生し、食い違いが出るためである。しかし、シフト制の看護師の勤務に合わせることで、報告者の職場も不規則勤務なので、休日であっても行く必要があった。

また、病棟の看護師に報告者の顔を覚えてもらい、地域の人間が病院行くことに慣れてもらった。実際支援しているところを見てもらうことで安心してもらえたと考えている。

看護師は病状が悪い状態しか知らないため、退院後にAさんに元気な姿を病棟に見せてもらうことで地域で生活している人の姿を見てもらった。

また、地域の社会資源も知らないので支援する中で積極的に社会資源を説明すると、看護師の方から「この人にはこういう支援が良いのでは」などアイデアが出たりもした。関係を築いていくことにより、他の入院している報告者が関係している人の事も一緒に考えてくれたり、次に事業の対象となる人の担当看護師と事前に話ができるなどプラスな点が多かった。

2点目はAさんが入院した経過である。Aさんは地域で生活していたにもかかわらず、母が亡くなったというきっかけにより入院してしまった。それは、病院しか本人と接点がなく、本人が信頼できる唯一の存在である母が突然いなくなったことへの不安からである。他に本人が気軽に話せる人が近くにいたら、もっとスムーズに次の生活に移行できたかもしれない。そして、同じような環境の人、両親と住んでおり行き場が病院のみの人は地域に沢山いると思う。同様の入院を防ぐためにも、両親がいるうちに関係性をつくる必要があると考える。

3点目はAさんの支援期間が3年かかっていることである。この事業で重要なことは本人のペースで、本人のタイミングで支援することだと考える。退院に向けて不安やとまどいは支援者側が思っている以上にあり、必要以上に焦らせることは逆効果である。そのため、支援期間を決めずに時間をかけて行うことで、本人に安心感がうまれると思う。フォローアップ期間も去年は3ヶ月間であったが、本人が地域に慣れ、次のステップ…というところで期間が終わり、良い関係が築けていたピアサポーターが支援から離れ、戸惑うことがあった。6ヶ月間あると、本人も落ち着いたときにスムーズな形で終了できるため、結果、本人の安心した生活に結びついたと思う。

この3点が事業に関わって感じた感想・課題であるが、一番重要なことは「本人が本人らしく生活していけるように」ということを忘れないということだと感じている。

該当プログラム

地域移行推進員・関係スタッフ研修

『実践報告「推進員の活動紹介」』

[資料6] 実践報告「地域移行推進員の活動紹介」②

退院から地域定着へ ～百瀬さんのがんばりを通して～

國重 智宏

(多摩在宅支援センター円／東京都八王子市)

報告者の活動している東京都八王子市は、人口は約55万人。東京都の西側に位置する自然豊かな学園都市。しかし、多くの大学のキャンパスがあるのは土地が安い。同様の理由から、市内には、15病院4000床を超える精神科ベッドが存在している。入院患者は、市民だけでなく、区民や他県民も多い。市内のベッドではなく、都民のベッドとして機能している。また、高齢者や重複障害を抱える入院患者が多く、「棺桶退院」と言われる死亡退院が多い地域でもある。

その八王子において、当法人では、4年前より八王子市生活福祉課から受託した居宅生活安定化自立支援事業の中で、地域移行支援を始めた。2年前からは東京都より退院促進コーディネート事業（地域移行推進員）を受託している。

本研修では、当法人が地域移行支援を開始した時期からかわり、地域移行を果たした百瀬氏と地域移行推進員である報告者（以下、推進員）とのかかわりについて報告を行った。

事例報告

百瀬氏は、19歳の時、過呼吸発作を繰り返して、精神科を受診。その後、入退院を繰り返しながらも、工場勤務や清掃、警備などの仕事に従事してきた。平成7年、当時入院していた神奈川県内の病院から施設入所を目的に八王子市内病院へ転院してくる。その後、援護寮やグループホーム（以下、GH）に退院したこともあったが、平成15年に入院してからは転院を繰り返しながら入院が継続していた。

平成18年秋、百瀬さんの入院していた病院の看護師長より、「この病院に入院してはかわいそうな人」との相談が生活保護の担当ケースワーカー（以下、CW）にあり、担当CWと自立支援を担当する主査が検討して、地域移行支援を担当

していた推進員に依頼が来た。

訪問当初、百瀬氏は、「退院して、アパートに住み、ヘルパーの仕事をしたい」と希望していた。一緒に不動産屋めぐり、GH見学、寿司屋に行くなどの外出を重ねながら、地域生活をイメージしていった。しかし、兄はアパートへの退院には強く反対しており、「2年施設に居れば、その後は保証人になってやる」という兄の言葉を信じ、市外のGHへの入所を目指した。3回の試験外泊を行い、その度にGH側の出した課題をクリアしたが、GHからの回答は「入所不可」であった。その結果を聞いた百瀬氏は「これだけがんばったのにもうがんばりたくない」と言って、泣き崩れた。

地域生活を思い描いていた百瀬氏は、制限のある入院生活に我慢できなくなり、募るストレスから、病棟職員と度々衝突してしまった。推進員は生活保護の主査やCWと相談し、このまま入院継続は難しいだろうと判断し、新設のケアホーム（以下、CH）への入所を本人に提案した。百瀬氏は退院できると、喜んで承諾し、市外にあるCHへ入居した。

しかし、この施設は、障害の重い人も受け入れる施設だったため、管理的な一面があった。特に、電話好きの百瀬氏にとり、電話制限をされることはストレスであり、度々職員と衝突してしまった。職員との衝突は、百瀬氏にとり、大変なストレスであり、発作を繰り返してしまった。それにより、薬も増量され、薬の副作用からか、ろれつが回らなくなり、身体も動かなくなってしまった。

その様子を見ていた支援者の間で、今後についての検討を繰り返していたが、今の状態だとアパートも他の施設も難しいかもしれないという打つ手がない状況であった。そんな状態が続いた平成21年春、推進員の所属する法人がGHを立ち上げることになり、推進員のみならず、CWたちも、

百瀬氏の入所へ向けて応援してくれた。しかし、法人職員たちは、百瀬氏の様子を知っているが故に、心配が先立ち、入居について消極的であった。そのような状況の時、CWたちが入居への後押しをしてくれた。担当CWは嘆願書を書いてくれ、前担当のCWは、定年退職していたにもかかわらず、ボランティアでGHに行くと言ってくれた。こうした支援者たちの思いが届き、GH側も入所を了解してくれ、21年の春に、百瀬氏は八王子へ戻ることができた。

現在は、週1回の清掃の仕事に加え、週3回の作業所活動をがんばっている。また、趣味を活かして、市民カラオケ大会に参加したりもしている。金銭管理や密な対人関係によるトラブルもあるが、支援者を上手に使い、思い描いた生活の実現に向けて、日々がんばって生活している。

実践を通して

このような実践を通じ、地域移行支援を行う上で大切にしなければならない視点等を、最後に以下のように提示した。

まず、利用者本人や支援者の努力では解決できない地域課題については、意図的に地域の関係者に見せるようにするという視点である。

東京都の退院促進コーディネート事業では、個別ケア会議で明らかになった個別支援では解決できない地域課題について、地域生活ケア会議という市区町村の行政職員が出席する定例の会議（コーディネート事業所主催）で、その市区町村の地域課題として関係機関職員に見えるようにしている。そして、市区町村レベルで解決できない課題については、保健所圏域で行われる圏域別地域生活移行支援会議（保健所主催）や都が主催する地域生活移行支援会議で明らかにするという仕組みが事業の中に組み込まれている。

このような仕組みがないと、「あの地域だからできた」「あの人がいるからできた」となってし

まい、「他人事」で済ませてしまう関係者ができてしまう。また、地域課題を特定の支援者が抱え込むことにより、「そんなこと知らなかった」という関係者の言い訳を誘引してしまう。これまでも個別支援として積極的に退院支援に取り組んできた病院もあった。しかし、相変わらず長期入院者は病院の中に「住み」続けている。この事業は、単なる退院支援ではなく、地域作りのための事業であるということについて、地域移行推進員は意識化する必要がある。

次に、「社会資源がないから地域移行支援が進まない」とは絶対に言わない。前述のように個別支援では解決できないことがあることは確かである。しかし、多くの人の場合、「この人の応援しよう」と支援者たちが腹をくくり、できることからやっていけば、地域移行は実現できる。百瀬氏が八王子に戻ってくることができたのは、本人の折れない気持ちがあったことは勿論、周りにいる人たちが、本気で「この人を応援しよう」と思い続けたからである。フォーマルな社会資源だけを見ていると、地域移行支援は進まない。「何とかしたい」と思い続ければ、自然とインフォーマルな社会資源にも目が向き、地域生活への道筋が見えてくるはずである。

最後に、「同じ想いをもっている人は必ずいる」と信じること。百瀬氏の場合も、「この人の希望を応援したい」と思うCWや看護師がいてくれたことにより、地域移行支援が進んでいった。

困った時には、地域移行推進員ひとりで抱え込まず、必ずSOSを発信する。一人の地域移行推進員でできることには限界がある。限界を認識せず、抱え込んでいては、支援を求める本人にとって、不利益以外の何ものでもない。「この人を応援したい」と強く思えば、誰かつながることになり、そうすれば、必ず誰かが助けてくれる。地域移行支援も地域定着支援も、そのような人と人のつながりの結晶である。

該当プログラム

地域移行推進員・関係スタッフ研修

『実践報告「推進員の活動紹介」』

〔資料7〕 演習

「地域体制整備コーディネーターの役割 －具体的展開のアプローチ－

この演習では、以下の4点を演習のねらいとし、架空の事例を通して、地域体制整備コーディネーターの役割について具体的に検討した。

1. 演習のねらい

- ① 本人中心の個別支援チームで連携して行うことの意義を再確認する。
- ② そこから抽出できる課題には、地域が抱える課題もあり本事業内だけの問題ではないことに気づく。
- ③ 地域市民に共通する課題として捉え直すために、地域全体を見渡す目を養う。（自身の所属地域についてどのくらい知っているかを演習内でも確認する）
- ④ それをいかに次の展開につなげるかを再考する。（地域自立支援協議会や、従来からの会議やネットワーク等の活用方法・社会資源の創出など、ソーシャルアクションにつなげる視点の醸成）

2. 演習事例

A市は、人口20万人ほどの工業地帯で、地域移行支援事業を実施している相談支援事業所があります。市内には複数のグループホームがありますが、いずれも市内の精神科病院の敷地内にあります。

西条さんは、A市の生まれで、高校を卒業と同時に地元の工場に就職しましたが転職を繰り返し、家出しては家族の元に帰ってきてお金をせびるようになりました。28歳のとき隣人を殴り、大怪我を負わせたことから措置入院した人です。52歳になる現在は、任意入院でB病院に長期入院を続けており、数年前からは単身扱いで生活保護を受給しています。

高齢の両親は面会に来ることがなく、病院から親族として連絡するのは隣県に嫁いだ妹ですが、面会はありません。西条さんが一番信頼しているのは、長く同じ病棟勤務している年配の看護師と、病院敷地内にいる猫たちのようです。

B病院では、以前から病院の敷地内に作業所やグループホームを作って退院できそうな患者さんたちの社会復帰を進めてきましたが、西条さんは物静かな人で、これまで声がかかることはありませんでした。生活保護の病状調査でも主治医は「本人にその気があれば、退院できなくはない」という意見です。

同室に入院していた患者さんが退院したことをきっかけにして、西条さんは、時々「退院したいなあ。一人で暮らせるかなあ」と看護師にだけは言うようになっていました。看護師は「彼は目立たないけど、患者さんからは慕われていますよ」と言います。

地域移行支援事業を実施している事業所では、これまでB病院には事業実施の協力依頼に院長先生のところへ挨拶に行ったり、精神保健福祉士と話したりするだけでしたが、もう少し積極的に協力依頼をしようと考え始めていました。

＜A市の社会資源＞

精神科病院は、B病院を含め、2箇所。各病院敷地内に作業所とグループホームがある。

相談支援事業所は社会福祉法人で精神障害者地域生活支援センターから移行したところが1箇所。
(A市地域自立支援協議会の事務局も担っている。授産施設も併設。)

空きアパートが多い。

3. 演習の流れ

- ① 事例は架空のものでこれ以上の情報はないため、記載事項以外については、自身の所属地域の社会資源を参考に、グループ内で話し合いを進めやすいように設定する。
※進行は、グループ内で相談支援事業所のコーディネーター役を決めて行う。
- ② 西条さんの地域移行する手順を確認する。選択肢をいかに多く提案できるかも議論の中に盛り込む。(20分以内)
- ③ 参加者の経験等を活用し、使えると思うサービスや社会資源のアイデアを柔軟な発想で自由に挙げる。その際、A市の地域としての課題を意識して考える。(20分以内)
- ④ 検討した課題をA市の政策に結びつけたり、地域づくりを進めたりするには、どうすれば良いか、柔軟な発想でいくつでも出してみる。そして、各自の立場でできそうなことも考えてみる。(60分以内)



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（広島会場）

『演習「地域体制整備コーディネーターの役割―具体的展開のアプローチ」』

〔資料8〕 グループセッション

「地域体制整備コーディネーターの現状と課題 ーそれぞれの現状と今後の展望を話し合おうー」

地域体制整備コーディネーター等及び行政担当者の2つのグループに分かれて、下記の報告のポイントに基づいて、参加者それぞれの地域・事業所の状況や、それぞれの取り組み・実践等を報告するとともに、その共通点や違い等についての意見交換や、課題等についての検討を行った。

〈報告のポイント〉

●地域体制整備コーディネーター等

- 地域の状況（人口、面積、主要産業、社会資源など）
- 担当圏域内精神医療の状況（病院数、病床数、地域活動など）
- 事業所の形態、規模、体制
- 地域体制整備コーディネーターとしての取り組み
 - ・どのように事業を進めているか
 - ・協議会の設置と活用
 - ・地域への働きかけについて
 - ・ケアマネジメントを使っているか
- 課題に感じていること

●行政担当者

- 地域の状況（人口、面積、主要産業、社会資源など）
- 事業実施要綱について（入院患者意向調査などを含む）
- 事業予算
- 委託事業所との関係、報告様式など
- 事業展開をどのように考えているか

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）

『グループセッション「地域体制整備コーディネーターの現状と課題ーそれぞれの現状と今後の展望を話し合おうー」』

[資料9] 演習

「地域移行推進員の役割」

1. 演習のねらいと構成

事業の理念と意義、展開方法を理解した上で、受講者自身の所属地域の精神保健福祉事情に照らし、果たすべき役割を再考して実践に結びつけるためのイメージ作りをすることをねらいの中心とした。

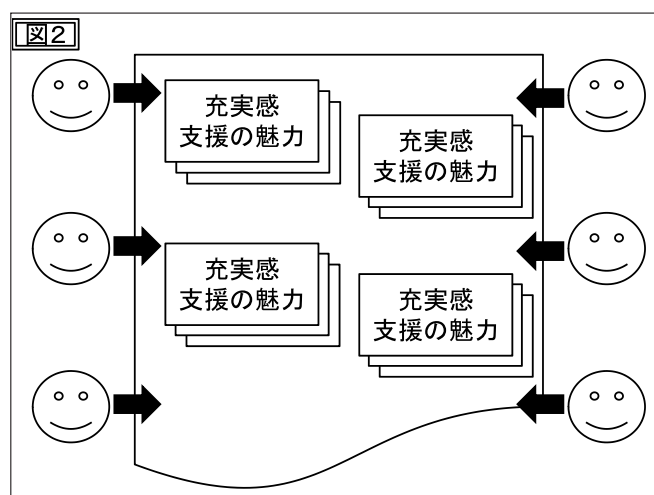
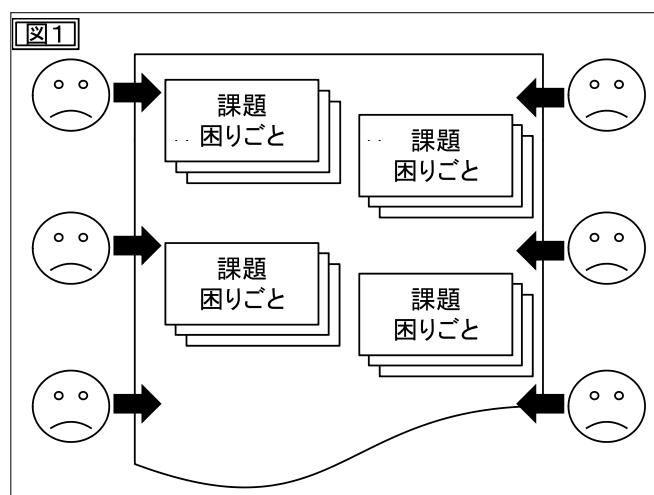
演習は二部構成とし、演習1「推進員の役割とは？」では、前段の講義と自身の実践を踏まえて推進員の課題と役割を考え、演習2「推進の役割を考える～明日からの推進員」では、課題を整理して明日からの実践方策を具体的に考えることとした。

また、行政担当者は実務担当とは異なるため演習2ではグループを分け、事業推進の工夫など出し合いながら、研修終了後に各都道府県で人材養成に係る体制を構築していくための具体的方策を考えることとした。

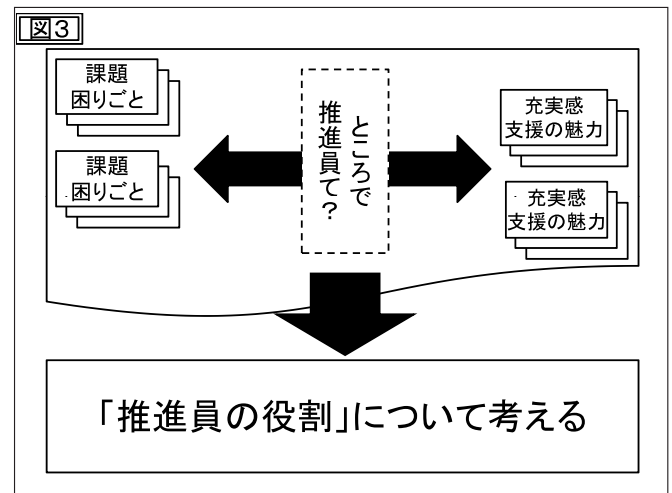
2. 演習の進め方

演習1「地域移行推進員の役割とは？」【90分】

- 自己紹介 ①自己紹介と講義についての感想を一言ずつ発表
- グループ演習 ②ふせん紙に以下のことを書き出す
- (1)業務上の課題や困っていること【図1】
 - (2)業務で感じる充実感や支援の魅力【図2】
 - ③模造紙にふせん紙を貼り発表しながら、整理・分類

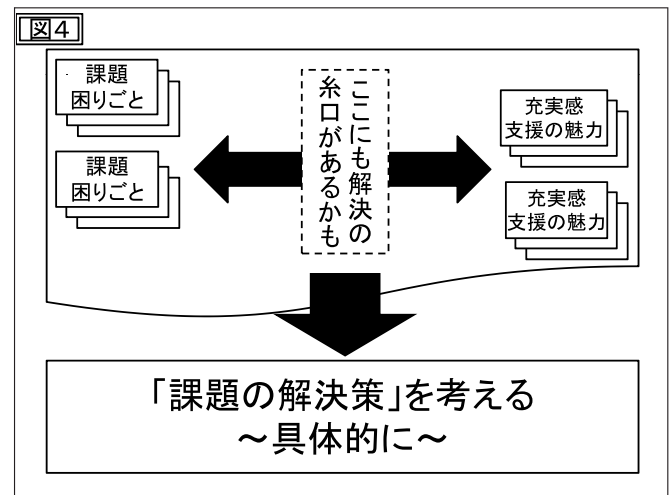


- グループ討議 ④整理・分類されたものを見ながら、推進員の役割について考える【図3】
- 全体会 ⑤グループ発表と講師からのコメント

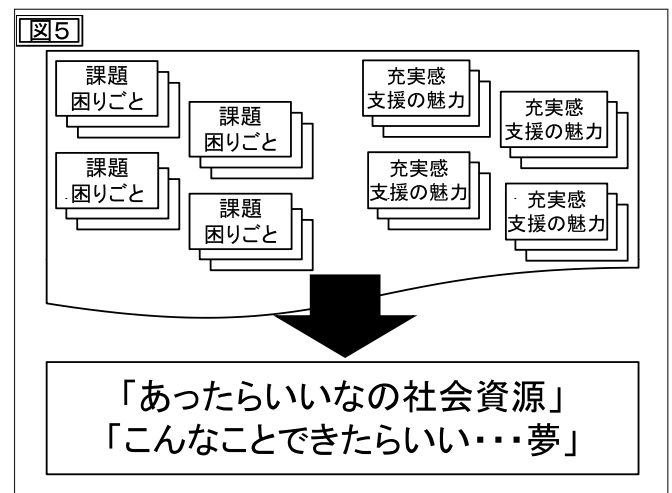


演習2「推進の役割を考える～明日からの推進員」
【80分】

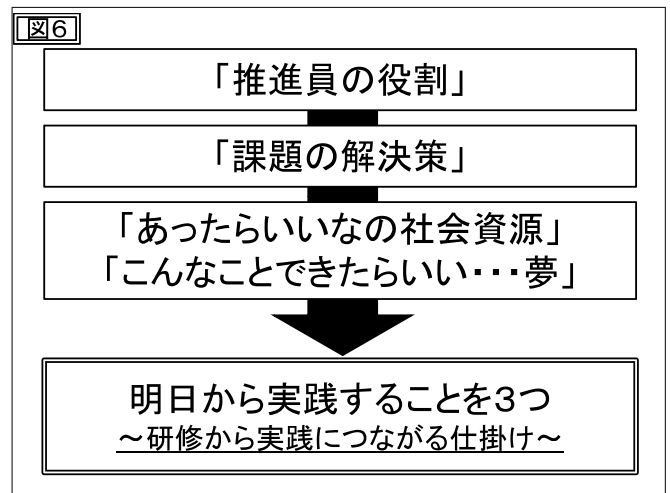
- グループ討議 ①演習1で整理した課題・役割をもとに
(1)課題に対する解決策を考える（具体的に）【図4】



- (2)課題解決のための「あったらいいなの社会資源」「こんなことできたらいい…夢」について話し合う【図5】



②明日から実践することを3つ
あげる【図6】
全体会 ③発表と講師からのコメント
研修全体のまとめ 【15分】



3. 進行上の留意点

- ① 1 グループは6～7名で、受講者の属性や経験年数を考慮してグループ分けを行った。ファシリテーターは1名につき2グループを担当した。(各グループに配置されたほうが望ましい。)
- ② 演習1のグループ討議では、ブレインストーミングの実施上のルールを意識し、意見を自由に出してもらうこととした。ただし、話し合いが他機関への批判や事業所内の人間関係等に集中するような場合は、ファシリテーターが介入し、話の方向性を整理することとした。
- ③ 演習2では、あるべき姿といった方向性ではなく、自身が「明日から具体的に何に取り組むのか」を話し合うことを意識した。

該当プログラム

地域移行推進員・関係スタッフ研修

『演習1「推進員の役割とは？」 演習2「推進員の役割を考える～明日からの推進員」』