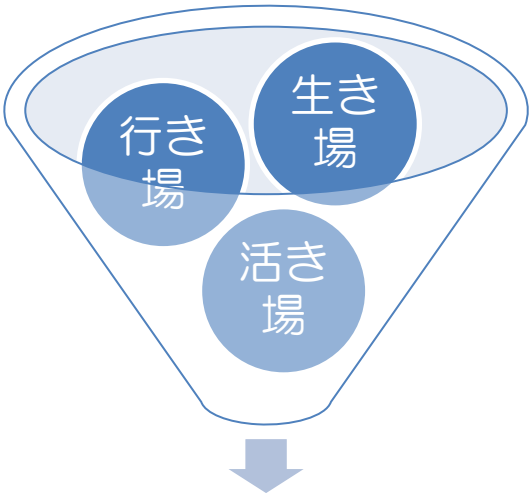
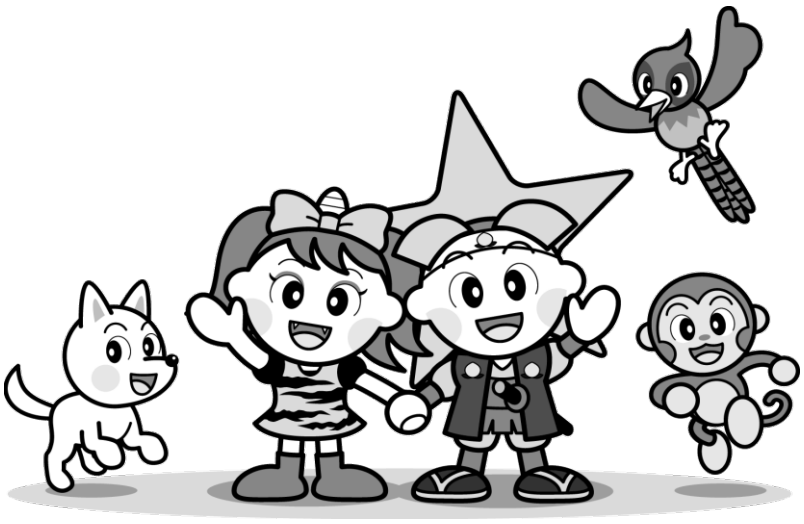
精神障害者地域移行・地域定着支援事業のまとめ

（平成２０～２３年度）



地域に３つのいき場を見つけよう！！



岡山県のマスコット

ももっち・うらっち

岡山県

は じ め に

この度の東日本大震災で犠牲になられました方々に謹んで哀悼の意を表しますとともに、被災された皆様に、心からお見舞いを申し上げます。今、被災地では、「地域の絆」をキーワードに復興に向けた住民の自主的活動が行われており、皆が力を合わせ着実な復興がなされることを祈っております。

さて、わが国の精神科病院には、地域の受け皿が整わないことから地域から孤立し入院生活を余儀なくされている約6万2千人の入院患者（いわゆる「社会的入院者」）の退院・社会復帰が課題となっています。これについては、平成16年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念のもと、施策を進めてきました。「障害者制度改革の推進のための基本的な方向性について」（平成22年6月29日閣議決定）を受け、保健・福祉・医療の個別分野における基本的方針と今後の進め方について検討が進められています。新たな取り組みでは、医療計画において、現行の「4 疾病」に精神疾患を追加することや、総合福祉法の制定に向けた動きなど、地域の精神保健福祉医療体制は大きな変革の時期を迎えようとしています。

岡山県においても平成19年3月に「岡山県障害福祉計画」を策定し、この中で社会的入院患者の解消のため数値目標を掲げ、各種施策を総合的に推進しております。総合的な施策の中で中核に位置する事業である「精神障害者の地域移行・地域定着支援事業」は、地域移行推進員や保健師等が、精神科病院等の関係機関と協働し、一人ひとりの入院患者のニーズに沿って、地域移行と地域での安定した生活にむけて支援してまいりました。長期にわたる入院生活の中で出口の見えず、希望を失いかけていた利用者に対し、根気強く関わる中で、支援者等との間に生まれた新たな地域の絆を大きな力として、地域生活に結びつけることができました。

この度、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業のまとめ（平成20～23年度）」として活動をとりまとめる運びとなりました。本冊子が、精神障害のある人の社会的入院の解消の一助となり、関係者の皆様の地域精神保健福祉活動のお役に立てていただけましたら幸いです。

平成24年3月

岡山県保健福祉部健康推進課
課　長　則安俊昭

目　　次

１．背景　・・・ 1
２．個別支援から地域づくりへ　・・・ 2
３．個別支援の実績　・・・ 3
４．個別事例を通して見えてきたこと　・・・ 5
５．今後の取り組みについて　・・・ 7

（地域移行推進員の成功事例）
地域移行推進員配置図　・・・9
１．ホステルで退院意欲を持続し地域へ移行したケース　・・・10
２．チームとしての長期的な関わりと体験により不安の軽減が効果的な支援となったケース　・・・12
３．退院に拒否的な家族へのアプローチにより退院することができたケース　・・・14
４．本人のニーズに寄り添った支援　・・・16
５．退院後の生活イメージを一緒に考えたことで展開したケース　・・・18
６．法人保証で公営住宅に退院したケース　・・・20
７．支援体制を示し、遠方に住む家族の安心につながり退院したケース　・・・22
８．不安な病状ながら支援ネットワークを構築し家族や地域の理解を得られた事で退院できたケース・　24
９．長期入院後に自宅でひとり暮らしができたケース　・・・26
10．目に見える情報の共有を大切にして、「一人で頑張って生活をしたい」を支援・退院したケース　・・28

（保健所の取り組み）
2 次医療保健圏域別保健所配置図　・・・30
１．備前保健所　・・・31
２．備前保健所東備支所　・・・34
３．備中保健所　・・・36
４．倉敷市保健所　・・・38
５．備中保健所井笠支所　・・・40
６．備北保健所・備北保健所新見支所　・・・44
７．真庭保健所　・・・46
８．美作保健所　・・・48
９．美作保健所勝英支所　・・・50

（精神科病院の変化）
□地域移行推進事業の実施による病院職員の意識の変化　・・・52

（資料）
□入院患者の地域移行困難要因に関する調査結果（平成 20 年 5 月 1 日現在）　・・・55
□井笠版　精神障害者地域移行・地域定着支援事業の流れ　・・・65
□不動産屋さん・大家さんのためのハンドブック～精神障がいのある方を理解するために～　・・・67
□岡山県内の地域自立支援協議会　・・・77
□様式（地域移行推進員用）　・・・107

１．背景

精神障害のある人が地域において安心した生活を送れるような社会にしていくため、地域移行・地域定着の支援に関する施策を講じているところである。しかし、依然としていわゆる社会的入院患者の存在や長期入院患者の多さ、地域生活支援の不十分さ、国民の理解不足等の問題が指摘されている。

平成 16 年 9 月に示された国の精神保健対策本部報告「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神保健福祉施策について「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を深めるため、①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化を図り、今後 10 年間で「受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（約 7 万人）」の解消を図るとされた。

また、平成 18 年 10 月に全面施行された障害者自立支援法（以下、自立支援法）では、障害種別に関わらず、障害のある人の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは、住民に最も身近な市町村が実施主体とされた。都道府県は、それを広域的観点からバックアップするとされ、退院促進支援については、都道府県が行うべき事業として位置づけられた。

岡山県では平成 15 年度に旧内尾センターに退院促進支援事業（国のモデル事業）として自立支援員 2 名を配置し、個別ニーズに応じた退院支援を開始した。平成 17 年度には、東備地域生活支援センターに事業委託し、平成 18 年度からは、岡山県精神保健福祉センターに引き継がれた。平成 18 年度、自立支援法に基づき今後の方向性を検討するため、三障害の利用者（入院・入所）アンケートを実施した。

平成 19 年 3 月に策定した「岡山県障害福祉計画」において、平成 24 年度末までに、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害のある人（約 1,300 人）のすべてが退院することを目指し、平成 23 年度末までには、1,100 人程度の退院を目指すという数値目標を定め、地域移行支援を全県展開することとなった。平成 19 年度、県精神保健福祉審議会から「退院促進について検討するワーキンググループを設置するように」との意見を受け退院促進検討委員会を設置し、退院促進にかかる具体的な取組みについて協議するとともに、「入院患者の地域移行困難要因に関する調査」（資料Ｐ55 参照）を実施した。同審議会では、退院促進検討委員会の報告を受け審議し、平成 20 年 3 月 28 日に「精神障害者の退院促進及び地域生活支援のあり方」として県に提言がなされた。

平成 20 年度からは、退院を目的とするだけでなく地域生活の維持・向上をさらに推し進めるため地域移行特別対策事業（平成 22 年度から地域移行・地域定着支援事業と名称変更された国の補助事業）において、県内全域に地域移行推進員（以下、推進員）11 名と地域体制整備コーディネーター（以下、コーディネーター）を配置し、地域移行・地域定着支援体制を強化した。

これまで、県では、①地域移行・地域定着支援事業による地域移行推進協議会の設置、推進員、地域体制整備コーディネーターの配置と退院支援、個別支援会議の開催、社会資源の開発等、②保健所との連携体制による精神保健福祉センターの多職種チームによる訪問支援（ＡＣＴ―おかやま事業）の実施を始めとし、③基幹型精神障害者地域生活支援センター“ゆう”によるホステル事業、試験外泊事業、24 時間電話相談事業等、④精神科救急情報センターによる夜間休日の医療相談窓口の確保、⑤ＮＰＯ法人おかやま入居支援センターの精神障害者入居支援事業による住宅確保、⑥スピーカーズ・ビューロー岡山による精神障害者ピアサポーター派遣事業やピアサポータースキルアップ事業、⑦精神科病院の実施する地域・病院交流事業による地域住民とのふれあいなど、地域の受け皿づくり

や地域生活支援の充実を図るための様々な取り組みを実施してきた。

２．「個別支援」から「地域づくり」へ

事業利用者の個別支援と地域の受け皿づくりを「病院（入院）から地域へ送り出す力」「地域から病院へ迎えに行く力」「地域生活が安定・定着する力」の 3 つの観点から取り組んだ。

推進員は、事業対象となった入院患者の退院のための条件を整え、退院後は地域の支援者に繋ぎ安心した地域生活が送れるように支援することが主な業務である。個別支援では、①長期入院による退院意欲の減退や、退院後の生活のイメージができていない利用者の意欲を向上させること、②退院に不安を持つ家族や地域住民に理解を求め、住まいを確保すること、③退院後の地域生活を支援するネットワークづくりなど、病院や保健所、地域関係機関と連携して困難な課題に取組んだ。本人に寄り添い、根気強くかかわることで解決の糸口を見つけていった。2 か月に 1 度の推進員連絡会では、日ごろの悩みを話したり、ケースワークに関する情報交換や研修を開催することでスキルアップを図った。また、本庁の担当課職員（健康推進課、障害福祉課）が参加したことで一緒に考える事ができた。

コーディネーターは保健所保健師が役割を担っている。個別支援の過程で見つかった問題から地域課題を見つけ、機関調整や地域の協議の場に投げかけ、その解決を図った。利用者と支援者の顔の見える関係づくりの中で、①精神科病院と地域移行のための協議や協同事業の開催により精神科病院と地域資源を繋ぐ、②ピアサポーターの活用及び活動支援、③住居の確保など受け皿づくりを地域の実情に合わせて実施した。日頃から精神科病院や関係機関と連絡が取りやすい保健所保健師がコーディネーターの役割をとることで、民間事業所の推進員が精神科病院に入りやすくなり、地域移行を意識した事業展開が可能となった。

これまでは、退院者数を増やすことに力を注いでいたが、活動の経過の中で地域体制づくりの重要性を痛感し、地域づくりへとシフトしていった。平成 23 年度は、「精神障害者の地域移行推進のための保健所マニュアル」（平成 22 年 3 月全国保健所長会）と備中保健所井笠支所が作成した「精神障害者地域移行・地域定着支援事業の流れと役割」（資料 P65・66 参照）を基本のルールとして推進方法の共有化を図った。推進員には、県内共通の様式（資料 P107 参照）を定め、コーディネーターと、個別支援の質の向上に努めた。

（保健所別地域移行推進員の配置）

保健所・支所	管轄市町村	地域移行推進員配置事業所
備前保健所	玉野市・瀬戸内市・吉備中央町	ＮＰＯ法人岡山県精神障害者家族会連合会
備前保健所東備支所	赤磐市・備前市・和気町	ＮＰＯ法人東備
備中保健所	総社市	総社市社会福祉協議会
	倉敷市	岡山県精神保健福祉センター
	早島町	
備中保健所井笠支所	笠岡市・井原市・浅口市・里庄町・矢掛町	ＮＰＯ法人すみれ会
備北保健所	高梁市	岡山県精神保健福祉センター
備北保健所新見支所	新見市	H23～医療法人梁風会
真庭保健所	真庭市・新庄村	医療法人井口会

美作保健所	津山市・鏡野町・久米南町・美咲町	NPO 法人ウイズ
美作保健所勝英支所	美作町・勝央町・奈義町・西粟倉村	
岡山市保健所	岡山市	岡山県精神保健福祉センター H22～岡山市こころの健康センター

３．個別支援の実績

１）年度別利用者数　　（平成 23 年 11 月末現在）

年度	事業利用者（実）	再掲（実）	退院者数（延）	利用者 136 名の年度末状況		
				支援中止	支援終了	継続支援
20	71	71	15	2	1	68
21	100	32	31	15	11	74
22	98	24	19	16	18	64
23	73	9	14	5	9	59
		136	79	38	39	59

支援中止は、継続支援が望まれたが、中止となったもの。
支援終了は、退院後の支援者に引継が終了し、個別支援会議にて終了とされたもの。
継続支援は、年度末に支援終了に至らず次年度に支援継続となったもの。

２）利用者 136 名の状況

①性別状況

性別	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
男	23	25	33	81
女	15	14	26	55
合　計	38	39	59	136

②年齢階級別状況（支援開始時）

年代	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
20 歳未満	1	1	0	2
20 歳以上 40 歳未満	27	4	5	36
40 歳以上 65 歳未満	10	30	46	86
65 歳以上 75 歳未満	0	4	6	10
75 歳以上	0	0	2	2
合　計	38	39	59	136

③在院期間別状況（支援開始時）

入院期間	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
1 か月以上 3 カ月未満	0	1	0	1
3 か月以上 6 ヶ月未満	3	1	4	8
6 ヶ月以上 1 年未満	2	4	4	10
1 年以上 5 年未満	12	15	22	49
5 年以上 10 年未満	9	6	9	24
10 年以上 20 年未満	6	7	14	27
20 年以上	4	3	4	11
頻回入院のため不明	2	2	2	6
合　計	38	39	59	136

④支援期間別状況（支援期間は全支援期間の通算）

支援期間	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
6ヶ月未満	2	3	3	8
6ヶ月以上1年未満	6	9	12	27
1年以上1年6ヶ月未満	8	8	10	26
1年6ヶ月以上2年未満	8	5	9	22
2年以上2年6ヶ月未満	4	4	5	13
2年6ヶ月以上3年未満	5	9	7	21
3年以上3年6ヶ月未満	5	1	13	19
合　計	38	39	50	136

3）支援中止 38 名の主な中止理由

・本人の死亡や体調不良、病状悪化、退院意欲の減退や消失、退院後支援の拒否等

・支援者側の都合で退院前に他の機関や支援者に引き継いだ

・再入院後介入できなかった　など

4）退院者 79 名（実 71 名）の状況

①退院支援期間・・・入院中の通算支援期間

支援期間	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
6ヶ月未満	5	11	6	22
6ヶ月以上1年未満	3	16	6	25
1年以上1年6ヶ月未満	1	5	2	8
1年6ヶ月以上2年未満	0	5	3	8
2年以上2年6ヶ月未満	0	1	4	5
2年6ヶ月以上3年未満	1	1	0	2
3年以上3年6ヶ月未満	0	0	1	1
合　計	10	39	22	71

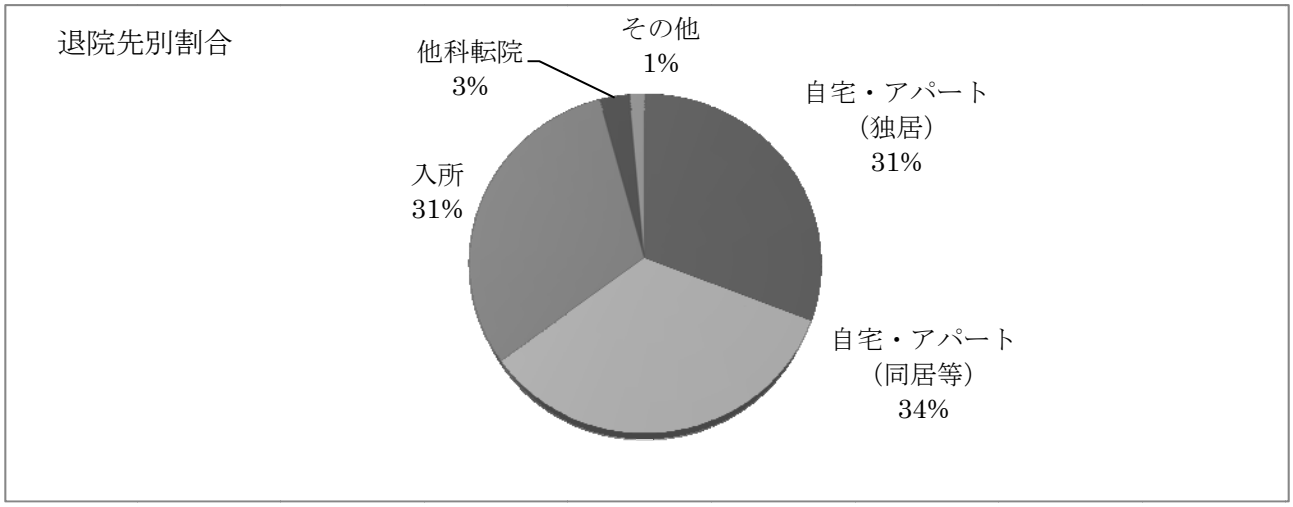
②地域定着支援期間（通算）・・・退院後の支援期間であり、入院中のものを除く。

支援期間	支援中止	支援終了	継続支援中	合計
支援なし	2	2	1	5
6ヶ月未満	5	10	5	20
6ヶ月以上1年未満	1	15	6	22
1年以上1年6ヶ月未満	1	5	5	11
1年6ヶ月以上2年未満	1	5	4	10
2年以上2年6ヶ月未満	0	2	1	3
合　計	10	39	22	71

支援終了で支援なしの 2 名は退院先が遠方であったため入院中に引継を終了させたもの。

③最終退院先

退　院　先		支援中止	支援終了	継続支援中	合計
独居	自宅・アパート	5	11	7	23
同居・支援付	自宅・アパート	2	10	8	20
	支援付アパート	0	3	0	3
入所	グループホーム	0	7	3	10
	ケアホーム	1（本人死亡 1）	2	2	5
	援護寮（ひまわり寮）	0	0	1	1
	福祉ホーム	0	0	1	1
	救護施設	0	1	0	1
	身体療護施設	1（本人死亡 1）	0	0	1
	高齢者福祉施設	1	2	0	3
他科転院		1	0	1	2
合　　計		10	39	22	71



４．個別事例を通して見えてきたこと

推進員が支援した利用者の多くは退院困難事例と言われていた。話を聞くだけでなく、粘り強く丁寧にかかわり、本人が自信を付けて元気になっていく過程を目の当たりにしたことで、今までの取り組みの問題や今後の課題が見えてきた。長期入院を余儀なくされた経過の中には、退院をあきらめた支援者の存在により、入院患者の自尊感情や自己効力感、生きる目的を取り上げてしまったことがうかがわれた。このことは、人権侵害であると真摯に受け止め、その回復に力を注ぐことが重要と考える。

１）退院意欲がない、地域生活のイメージがわかない

長期入院者の中には地域生活を忘れてしまっていたり、退院をあきらめている者が多い。そのため具体的なイメージを持ち、退院の意欲を引き出し、維持することが課題となっている。これを本人だけの問題とせず、家族や支援者もかかわりの中で無意識に意欲を削いではいないか、退院をあきらめるように仕向けていないか、自らに問いかけることが必要である。

地域移行のための同行支援や、院内グループワークや地域の啓発事業に、ピアサポーターや元入院患者に参加・発言してもらう取り組みが行われている。地域生活に対する不安や地域生活の現状、トラブル対処法などの体験を話してもらうことで、入院患者の退院意欲が向上することが認められている。また、退院できないと思っていた患者が元気に地域生活をしている姿を見ることで、病棟スタッフが変化する。今後、当事者力が鍵となると思われる。

２）家族・近所が退院を望まない

家族の支援力不足や拒絶、近隣トラブルなどで退院調整が困難になり、入院が長期化していることがある。本人に一番近い家族は、長期にわたる本人不在の生活に慣れたこともあり、入院前の“しんどさ”を思い出すとともに、退院後の負担感や生活を乱される不安から拒否的になっていることもあるため、まずは家族をどう支援するかを考える。状態が良くなった本人の生活ぶりをまめに伝えることや、家族の負担を軽減する計画を提案することで拒否する気持ちが和らいでくる。また、家族の高齢化等支援力の低下も問題となるため、入院後早い段階から家族や近隣の不安を解消するためのかかわりが必要と思われる。家族の理解が不十分でも、家族支援のネットワークや、本人の様子を伝える

ことで、家族との関係が回復した事例もあり、あきらめないことが大切である。

３）安心で快適な住居の確保

入院が長期化することで自宅の老朽化や、世代交代により自宅退院が困難になった場合には、新たな退院先の確保が必要となる。長年の懸案事項である住居確保の課題は今も解消されていない。公営住宅の入居が困難であることや、グループホームやケアホーム等地域生活の準備をする施設も少ない現実がある。一方で、アパート等の民間住宅では空き室は多く、自分に合った住居の選択肢が多い。このことから、民間の不動産業者に、「不動産屋さん・大家さんのためのハンドブック～精神障がいのある方を理解するために～」（資料Ｐ67 参照）と「もっと知って欲しい精神障害者のこと」を配布し協力を求めた。また、保証人がいなくて契約できない方のため、ＮＰＯ法人おかやま入居支援センターでは、条件さえ整えばＮＰＯ法人が保証人になって入居を支援している。

住居は地域生活の拠点であり、本人が安心で快適と感じる事が重要である。やっと見つけた賃貸アパート、「贅沢は言えない」「住めば都」「通院可能な場所だから」と住環境への配慮は忘れていないだろうか。「日当たりが悪くジメジメしている」「排水の悪い台所」など、生活意欲の減退や孤立状態を招いたり、本人の能力はあっても住環境が整っていないために、不要なヘルパー派遣や通所サービスを提供していないだろうか。足の不自由な方に段差解消や手すりが必要なように精神障害のある人には安心できる居場所が必要である。簡単に転居できないことも含め、住居機能や周囲の環境もケアプランとして検討する必要がある。

４）危機的状況への対応

予測できる危機的状況は入院中に対策を立てておくことが重要である。近隣を含めた関係者の不安である「何かあったら」の「何か」を具体化することとその対処法を検討し、本人と支援者で共有しておくことが再入院の予防となる。地域生活で危機的状況に陥った時、本人からのＳＯＳのサインは人によって違うが、表情や話し方、食欲や生活意欲の減退、被害的な発言など、日ごろから本人に関心を持って接していれば早く見つけることができる。病院スタッフと地域支援者が共有するだけでなく、本人も自覚し、24 時間電話相談事業や精神科救急情報センターを活用し、危機的状況になっても早期に対応できるようにしていくことが望ましい。また、当事者の自発的な活動としてＷＲＡＰ（元気回復訓練）や認知行動療法などで危機的状況への対応を学んでいる当事者会もある。こういった活動への支援も大切である。

５）顔の見える関係づくり

個別支援を成功に導くため「関係者同志の信頼関係」と「顔の見える関係」が大切なことが確認されている。本人との関係だけでなく、支援者同志が安心できる関係は本人にも良い影響を与えている。個別支援会議は定着し課題や目的を共有できるようになってきた。しかし、関係者の地域移行に対する意識の差は今も大きい。同じ機関の中でも職種による違いも感じる。関係者が同じ目標に向かい支援するためには、まだ連携が十分にできているとは言えない。今後は、保健・医療・福祉・行政・サービス提供機関が、官民協同で支援の仕組みをつくっていく必要があり、そのためには法定化された自立支援協議会（資料 P77 参照）を最大限に活用することも重要である。

①個別支援会議のメンバー選定

個別支援会議の参集メンバーの選定は重要である。入院者の約半数が 65 歳以上であることから事業

対象者も 65 歳前後の方が多くなり介護保険関係者の参加が必要になる。知的障害や聴覚障害など他の障害のある人、糖尿病や人工透析を必要とするなどの合併症のある人など他の障害、疾患や生活のしづらさを抱えている人の場合は、いつものメンバーだけでなく、個人特有の課題に合わせたメンバーの選定が必要である。また、住居確保が課題となっている事例には、民間不動産業者に呼びかけることも有効であり、既に住居確保の勉強会ができた地域もある。

②市町村を超えた連携

長期入院者の退院調整で困難を感じる事例として、「住所地」と「入院先の病院」と「退院予定先」の市町村が全て違う事例がある。特に生活保護の受給が必要な場合は、転居先の行政の受入れ準備に手間取ることが多い。行政の都合で退院後の生活のめどが立たず退院ができないようでは本末転倒である。入院中から福祉行政と生活保護担当及び不動産業者・家主等と敷金・礼金等の支払い時期も含めて十分連携し計画てきな支援を行うことが望ましい。

③地域定着を意識したプランと関係づくり

退院後間もなく、病状が悪化し再入院になった事例が見受けられた。悲しいことに、多くは退院先の支援者や家族との対人関係によるものであり、信頼関係のこじれが次の退院の拒否につながっている。限られた時間の中での信頼関係の構築は困難な面があるが、とても重要であることを再認識した。これらの対人関係の課題は、支援者が本人特有の意思表示の方法を保証し、アセスメント力を向上させることや、本人と支援者の顔の見える関係の中で解決したい。

また、「管理された入院生活」（規則正しい生活リズム、栄養バランスとカロリーコントロールされた食事、衛生の保持など）から、「自主管理の地域生活」に移行すると、肥満や糖尿病など生活習慣病の発症も予測されるため、状況の悪化を防ぐためのプランを地域の支援者に引き継ぐことが重要である。

6）本人主体の支援計画のネットワークづくり

ケアマネジメントの結果、本人の希望しない施設等への入所や、退院をあきらめて病院を自分の生活の場所と決めた者・地域生活の煩わしさを嫌う者に対しての退院支援は、本人主体にはなっていないと悩むところである。逆に、ケアプランづくりやケア会議に本人が同席したことで本人主体になっていると錯覚することもあるのではないか。また、本人の希望に対し公的サービスをたくさん入れることで、安心してはいないだろうか。“その人らしい地域生活になっているのだろうか”と、支援者は絶えず本人主体の支援になっているか自問するとともに、本人の気持ちや生活に心を配り、モニタリングする必要がある。

また、「せっかく退院したのに自由な時間が無い。」、「土日祝・夜間は不安。」など、入院中には見られなかった戸惑いや不安を聞くことがある。退院後も地域生活になじむまでは様々な課題が出てくるため、煩わしさも含めたその人らしい地域生活を送ることを目指し継続した支援が求められる。地域の人たちと緩やかな関係（ネットワーク）の中で、役割を持って生活できるようになることを目指したい。

5．今後の取り組みの方向性について

平成 24 年 4 月から本事業の推進員の配置と個別支援会議は自立支援法に基づく個別給付となる。そ

の後も、自立支援法の廃止と総合福祉法の制定、医療計画に精神疾患が追加されるなど、制度の大きな変更が予定されているが、制度がどのように変わっても、精神障害のある人が暮らしやすい地域になるよう、当事者と共に歩んでいきたい。

１）「当事者力」の強化

本事業で、推進員が成功したと感じた事例は、ほぼ共通のプロセスを経ている。①本人にしっかり向き合い、地域で生活することを支援者自身が簡単にあきらめない。②漠然とした地域生活のイメージを、体験（試験外泊等）を通して具体的にする。③本人の「できること」「したいこと」に着目し、希望や目標を見つけ後押しする。④成功や失敗を繰り返しながら徐々に地域生活を体感する。⑤困った時に助けを求めることができる地域ネットワークが構築される。⑥本人なりに地域生活を楽しみ地域になじんでいく。時間はかかるが、長年、病院で管理されていた生活から地域で主体的に生活するようになる力をつけるには必要なプロセスと考える。

また、当事者力を発揮し、サポートする仕組みとして、家族会やピアサポーターの活用がとても有効であり、その重要性を改めて確認した。当事者の声はとても説得力があり、地域の講演会や交流会ではきちんと参加者の心にメッセージを届け、長期入院患者と病棟スタッフに退院の希望を与えた。地域自立支援協議会など、当事者のニーズを支援に反映できる場もできてきている。役割を持って活動することで、人に感謝される喜びを体験し、自己効力感が高まる。また、生活感あふれる表情や話しぶりは、周りの精神障害のある人に勇気と夢を与えている。今後は、各地域で組織的に活動できるようピアサポーターの養成と派遣の拡大を図っていきたい。

２）あたりまえの暮らしを目指した地域づくり

コーディネーターは、今後も病院と地域のつなぎ役として、また、地域の相談機関として地域移行・地域定着の推進を図る。

病院内で地域の窓口となるスタッフは、地域の支援者と成功体験を共有する機会が多いのに対し、入院者の直接処遇をしている病棟スタッフにはその機会が少ない。それどころか、頑張って退院支援しても、成功した人の情報は知らされず、再入院により落胆するという悪循環が生じている。今後は、病棟スタッフと成功体験を共有する機会を作っていく必要があると考える。

また、地域自立支援協議会等の地域課題を供する場に参加し、各機関の果たすべき役割を確認し合い実行に移すと共に、「あたりまえの暮らしができる地域づくり」が地域の共通のテーマとなるよう啓発活動を継続することが望まれる。フォーマルなサービスの確保はもとより、ＮＰＯ法人、権利擁護関係、不動産業者等の機関、商店や公民館活動のように地域の人が日常的に活用している機関も参加してもらい、インフォ―マルなサービスを見つけ、無いものは工夫して作り、「あたりまえの暮らし」を実現したい。

３）支援者の質の向上

今後、3 年間かけて全てのサービス利用者にサービス利用計画（生活全般の計画）を立てることになる。本人の生活目標に沿った支援が提供できるよう、技術的な方法論だけでなく、支援の理念や目的を共通認識できるよう工夫していくことが重要と考える。

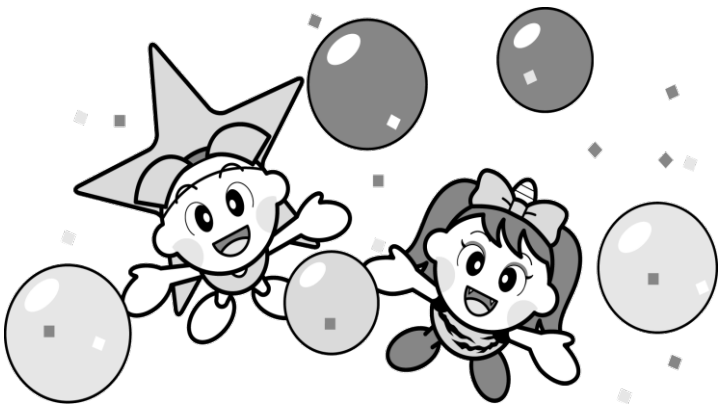
地域移行推進員のかかわった成功事例

地域移行推進員全員（岡山市は１事例）から成功事例を集めました。理由は、阻害要因別の事例を集める案もありましたが、成功体験を関係者と共有したいという意見が多かったからです。なお、「地域移行推進員」は本文では「推進員」と略しています。（地域移行推進員の配置は次頁に紹介しています。）

事例をまとめた結果、共通の過程を経ていることがわかりました。

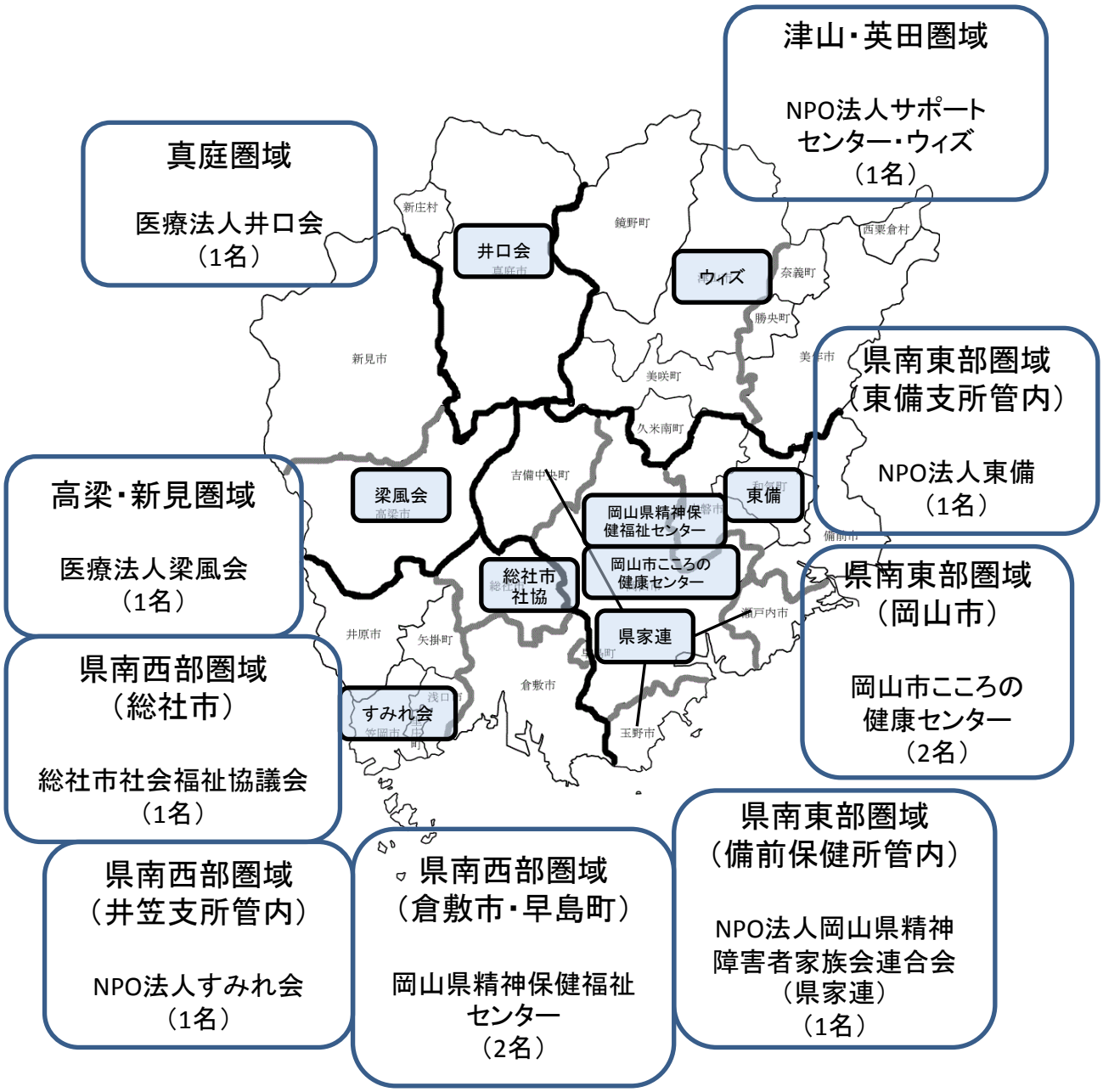
①本人にしっかり向き合い、地域で生活することを推進員自身が簡単にあきらめない。
②体験（試験外泊等）できる機会を作り、漠然とした地域生活のイメージが具体的になるような計画を立てて実行する。
③本人の「できること」「したいこと」に着目し、希望や目標を見つけ、後押しする。
④（本人も推進員も）成功や失敗を繰り返しながら、徐々に地域生活を体感する。
⑤困った時に助けを求めることができる地域ネットワークが構築されている。
⑥本人なりに地域生活を楽しみ、地域になじんでいく。

成功と感じるまでには時間はかかっていますが、長年、病院で管理されていた生活から、地域で主体的に生活するためには、必要な時間ではないでしょうか。今回紹介した人たちの地域生活は再開したばかりです。今後も地域で見守りながら、支えていく必要があると思います。



地域移行推進員配置図

H23．4．1現在



１．ホステルで退院意欲を持続し地域生活へ移行したケース

依　頼　元　病院ケースワーカー
支援の課題　意思疎通の困難さと住居の確保
支　援　者　病院スタッフ、保健所、地域活動支援センター、共同生活介護・就労継続Ｂ型事業所地域移行推進員
支 援 期 間　２年１ヶ月

（概要）

幼少より母子家庭に育つ。中学校卒業後ミシン作業の仕事、餅屋でパートの仕事に従事する。その頃から不眠・作話が始まり、下着姿のまま近所を出歩こうとし精神科病院を受診し初回入院する（診断名は統合失調症、精神発達遅滞）。退院後外来通院を続けていたが、自宅風呂場にて自身の服を並べて販売しようとしたり、隣の家に勝手に上がり込んで話をする等の行為があり親しい大家と母の勧めで再入院し、13 年５ヶ月間入院が続いた。病状も安定しており、本人も退院に対する希望があり、主治医の了解も得たので支援を開始した。

（入院中の支援）

幼少の頃から難聴を抱えており面会時に意思疎通が難しかったため、これからの地域生活を想定して、補聴器を利用するために福祉の補装具支給の手続きをすることになった。県の身体障害者更生相談所に同伴し補装具支給のための判定検査を受け補聴器を支給された。また、ホステルでの試験外泊事業を利用し、退院に至るまでの本人のモチベーションを持続してもらい、簡単な食事作りを行うこと等を通して入院生活で失った生活の勘を取り戻してもらった。ケアホームを探すも、どこにも空室が無く、先の見えない状況に支援者側も本人もあせりを感じ、「もうええわ！」とあきらめムードになりかけた時もあった。あきらめずに担当している圏域外の事業所に電話したところ、改装工事により新たにできた空室が見つかり、早速本人と病院スタッフとで見学に行くことになった。日中の居場所も見学し、本人もとても気に入り退院へといっきに話が進むことになった。

（退院後の支援）

退院後は月１回保健師、圏域の推進員と連携し、訪問支援をすることにした。ケアホームの支援者の本人に対する支援がきめ細かく、訪問をすると本人も笑顔で迎えてくれている。ケアホームでの暮らしぶりを聞くと退院したことを喜んでいる様子がうかがえ、逆に支援者側も励まされた。

（今後の予定）

本人は困ったこと、分からないことが起これば支援者に隠さずに話をして、安定した生活を送れている様子なので、今後は生活の場であるケアホームが中心となり、本人の相談・支援の実施、地域の関係機関との連携を実施していく予定である。

（本人の感想）

「作業所の仕事にも慣れた。」「病院とは違い静かで良い！」「太った！」「お世話になりました。」

（推進員の感想）

関わり当初、病棟で医師、看護師、ケースワーカー、保健師立ち会いのもとで面会した時は、本人も何のことか分からない様子で苦笑いをしていた。入院生活は楽しくないというのは聞き取れた。面会を重ねる中で、本人は難聴の為、コミュニケーションは筆談で行う必要があった。そのため最初はスムーズに話ができなかった。しかし、「入院生活は楽しくない」「退院したい」という本人の思いは伝わってきた。その本人の思いが支援のエネルギー源となった。さっそく、地域で地域移行支援会議を開き、関係機関で今後の支援について検討した。各支援者がそれぞれ知恵を出し合い、推進員一人で支援しているのでは無いことを強く感じ励みになった。今回、最も苦労した点は住居の確保であった。支援者側は、入院期間が長かったので簡単に退院できるとは思っておらず、長期戦を覚悟していたが、本人は「早く退院したい」という思いが強かった。その焦りをとるため、本人に今後の予定表をわかりやすく書いたもの等を提示したが、予定表どおりに進まず困っていた。本人の退院への意欲を持続させるためホステルへの外泊を行った。このことが無ければ、意欲を持続させることは難しかっただろうと感じた。そんな時、何度も支援に同行し、一緒になって本人のことを考えてくれた病院ケースワーカー、保健師がいたおかげで勇気づけられた。あきらめずにねばり強く本人の人生に寄り添うことが大切であると学んだ。今後も本人の生活の場であるケアホームを中心に地域の関係機関が連携し、本人の地域での生活を見守っていく必要があると思う。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
買い物　外食　耳鼻科・歯科受診　作業所見学　ケアホーム探し　補装具支給申請 健康保険諸手続き　住民票変更　サービス受給者証交付手続き　食事作り　補聴器店同行　ケア会議　家族調整　引っ越し	ケアホーム訪問様子伺い　関係機関連絡調整

※ホステル・・・本人の意思で利用できる生活に必要な設備を備えた短期入所施設

２．チームとしての長期的な関わりと体験により不安の軽減が効果的な支援となったケース

依　頼　元　医療機関
支援の課題　支援者との信頼関係の構築・長期入院による地域生活への不安の解消
支　援　者　ケアホームスタッフ、就労継続支援事業所スタッフ、
医療機関スタッフ（医師・ケースワーカー・看護師)、保健所、地域移行推進員
支 援 期 間　25ヶ月

（概要）

20代後半、勤め先の寮にて激しい幻覚・妄想状態となり、精神科を初診、統合失調症との診断を受ける。30歳から入院となり、共同住居、ケアホーム、単身生活等、退院への取り組みを行っていたが、地域定着には至らず、入退院を繰り返し、現在は3年近い入院期間となっている。本人は被害的になりやすく、支援者に対して攻撃的になる一方で、特に医療機関に対しては攻撃をしながらも生活全般にわたって支援を受けるなど、強い依存性も見られる。過去の失敗体験から地域生活に対して不安が大きいが、本人の自意識の高さから表立って不安を口にすることは少ない。

（入院中の支援）

退院後の生活への希望を聞き取ることから始まり、本人の希望に沿う住居の選定を進めていく。本人からは「家賃3万円以内」「厳重なセキュリティ」「隣の声が聞こえない」「風呂・トイレ付」「ＢＳ・有線放送完備」等、かなり具体的な条件が聞かれた。全ての条件を満たす物件は考えられず、面接をする中で条件面でのすり合わせを行っていったところ、「家賃3万円以内」「鍵がしっかりかかる」との条件でまとまった。退院先の候補としてケアホームやアパート、入所施設等が考えられたが、推進員同行のもと見学を行い、本人・医療機関とも相談した結果、本人がケアホームへの退院を目指すことを決定した。

（退院先決定～中断）

ケアホームへの退院を目指すにあたり「日中活動への通所」「最低限の入浴・着替え」「確実な服薬」等の条件が上がったため、「生活リズムの安定」「週2回の入浴・着替え」「1週間分の服薬自己管理」を院内で取り組んでいくこととなる。また、並行して体験外泊を設定。ケアホームでの生活のイメージを掴むとともに、本人の地域生活における課題の見極めを行った。

数回の体験外泊を通して、本人の社会性の欠如（穴のあいた服の着用、車道で座っての喫煙、レジを通らず外へ出る）や、ケアホーム管理者や就労継続支援事業所スタッフとの関係性（食事提供の拒否、無断外出、ケアホームのルールを守れない）に課題が見つかった。特に後者については支援そのものについて拒否に繋がり、一時外泊等の支援が中断となる。

（退院への取り組み）

中断期間中は医療機関を中心に院内での取り組みを進め、面談を繰り返し行っていく中で本人の外泊への意欲が高まっていった。本人の支援を受けることへの抵抗が薄れ、退院への意欲が高まっていることが会議の中でも確認できた。

支援を再開するにあたり、本人の意欲の維持のため、退院に至るまでの長期外泊計画を設定し、退院への筋道を分かりやすく示すことや、外泊ごとに課題設定を行い、課題をクリアすることで退院へと近付いているのだと本人に実感してもらうことを支援方針とした。

長期計画に沿った体験外泊を実施していく中で、生活上の様々な課題が発見された。基礎体力や家事全般については、長期入院の中でかなりの能力低下が見られた。また、妄想による医療不信から本人が通院・服薬を拒絶、支援の継続が困難になる場面もあった。

発見された課題は外泊直後に振り返りの会議を行い、本人・支援者で共有して取り組んでいった。生活上の課題に対してはケアホームスタッフと就労継続支援事業所が中心となり、家事援助・買い物同行・体力づくりの支援を行い、外出同行や医療不信に対する対応（他医療機関紹介、見学）は医療機関・保健所・推進員が共同で行った。

課題が整理されたことで本人も積極的に取り組み、体験することで本人の生活能力や地域社会への適応は飛躍的に向上していった。また課題を共有し、支援者が寄り添って取り組みを進めることで支援者との関係づくりも進んでいった。

（今後の見通し）

これまでの取り組みの中で本人、医療機関、ケアホーム、就労継続支援事業所の連携が取れ、生活上の課題はありながらも地域で生活する受入体制は整えることができた。その結果を受け、医療機関とも話し合いを重ね、年度内に退院の見込となった。退院後、本人の生活基盤はケアホームとなるため、支援の中心をケアホームスタッフに移し、支援を継続している。

（まとめ）

本事例は、本人の退院したい思いと退院に対する不安の葛藤から、何度も支援が中断する結果となり、本人の退院に対する不安の軽減が重要なポイントであった。不安の現れ方は、食事への不信であったり、人間関係への不満であったり、支援者に対する不満など多岐にわたり、時に理解しにくい表現でもあった。しかし、その都度、支援者間で情報を共有し、話し合うことで本人の真のニーズを把握し、対応していくことができた。

また、支援者がチームとして長期的に関わっていく中で、体験的に学んだことについては不安が軽減され、理解に時間がかかるため一度は拒否したことでも改めて伝えると受け入れられるといった本人の特性が、支援者間の共通理解として得られたことが支援をスムーズに進める要因となったように思う。本人の不安をゆっくりとしたペースで受け止め、不安なことに対しては見守りのもと体験をしていくことが、今回の支援の柱となっていた。

長期にわたる入院者の中には、院内の生活と地域生活のギャップに戸惑い、不安を感じ、自信を失っていくケースが多いように思う。それを乗り越え、自信を回復し、地域での生活を取り戻していくには、周囲の支援者が本人のペースに合わせ、長い時間をかけて見守っていくことが必要になるのだと感じた。

３．退院に拒否的な家族へのアプローチにより退院することができたケース

依　頼　元　病院ケースワーカー
支援の課題　家族調整、住宅確保
支　援　者　病院スタッフ、保健所、福祉事務所、ホームヘルパー、地域活動支援センター、大家、基幹型生活支援センター、地域移行推進員
支 援 期 間　31 カ月

（概要）

Ａ氏は幼少の頃施設で過ごし、中学を卒業後就職したが、職を転々として自衛隊に入隊したこともあった。S56 頃に、はい徊、独語、幻聴が出現し統合失調症と診断され入退院を繰り返した。今回の入院は 14 年が経過していた。精神症状は安定しており、Ａ氏は、「人生をやり直したい、幸せになりたい」と、退院を強く希望した。しかし、家族が高齢で体調不良ということもあって、退院に反対しており、一時は病院ケースワーカー、推進員に対しても拒否的になったこともあった。そこで、家族に寄り添いながら、ゆっくりと時間をかけて話を聴くことで、徐々に推進員を受け入れ１年近くをかけ退院に向けての関わりの了解を得ることができた。退院後はＡ氏の希望であるアパートで一人暮らしを目指して、アパート探しや金銭管理など日常生活全般の訓練等を、病院・関係機関と連携を取りながら行った。

（入院中の支援）

当初、退院を反対していたキーパーソンの母に電話をすると、用件も話せず途中で切られることがあった。粘り強く訪問し、母の体調を気づかったり、困りごとや不安なことなどの相談を受けながら信頼関係を築いていった。時間はかかったが徐々に心を開いてくれ、母の方からＡ氏を気遣う言葉がきかれるようになり、アパートの保証人は拒否されたが、今後の支援体制やサービス利用内容について説明を受け入れ、退院の了解を得ることができた。家族調整と同時にアパート探しを行った。精神障害のある人に理解のある大家さんの存在を自立支援協議会で情報入手し、アパートを見学し大家さんに相談、保証人も得ることができた。住宅確保ができ、一人暮らしの準備や日常生活全般の練習を行った。基幹型地域生活支援センターでの試験外泊を体験したり、買い物、お金の計算、公共機関の利用、自転車の練習など病院のスタッフや推進員、関係機関で支援を行った。

（退院後の支援）

当初は週４回のホームヘルパー利用により、買い物や食事づくりなどを中心にすえて支援した。1,000 円以上のお金の計算ができないため、買い物の計算や金銭出納帳へ記入するなどヘルパー訪問時に繰り返し練習した。買い物や掃除、食事づくり等、徐々にできる事が増えヘルパー訪問は週２回に減らすことができた。日中は作業所に通い、仲間もできて、一緒にカラオケや食事などに行くなど楽しみが増えた。ゴミ出しの時に近所の人と世間話ができるようになり、地域の人との交流が広がっていった。その一方で誘惑や詐欺まがいの被害にもあい、経済的に厳しくなる

こともあった。対応策として、通帳・カードを病院で管理してもらい、推進員がＡＴＭの引き出しに同行するなどしていたが、Ａ氏と関係機関で協議し、ケア会議を開き、安心して一人暮らしを継続していくために成年後見制度を利用することを提案し、Ａ氏も了解した。

（今後の予定）

①地域での生活に慣れてきており現状を継続する。

②作業所での経験をいかし就労に向けて支援をする。

③金銭管理は成年後見制度を利用し悪質な被害にあわないように支援する。

（本人の感想）

一人暮らしをすることで、好きな時間に好きなことができる自由なところが心地良い。失敗することもあるが次にいかしていると思う。近所の人が、「自分のできることはしているね」と声をかけてくれたり、人間関係が広がっていくのもうれしい。

（推進員の感想）

Ａ氏は、家族に退院を反対され、病院での時間が経過するばかりで、なかなか退院の目途が立たず苛立つこともあったが、最後まで諦めずに努力を重ねてきた。退院に反対の家族に対して、推進員としては、粘り強く働きかけた。家族に寄り添い、思いを理解するなど、家族への支援もＡ氏と同様に大切であると痛感した。また、アパート探しでは理解ある大家さんと出会えたことも大きい。退院するまでに病院のスタッフが金銭管理や自転車の練習、買い物の同行など退院に向けての取り組みを積極的に行い、地域での継続支援がスムースにいくように連携をとりながら支援をしていった。退院後もしっかりと病院もフォローし、Ａ氏を関係機関がそれぞれの役割を担い支えていった。ひとり暮らしをすることは良いことばかりではなく、失敗することや予想できないことも起こり、Ａ氏は何度も落ち込むことがあったが、立ち直り頑張ろうとする力に支援者は逆に勇気づけられた。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
買い物、アパート探し、施設見学、手帳申請、自立支援医療申請、住民票変更、携帯電話契約、ホステル試験外泊、家族調整、交通機関利用練習、ケア会議	買い物、施設通所、食事会、掃除、病院同行、金銭管理指導（ＡＴＭ利用へ同行）作業所見学、緊急時電話対応、警察への相談同行、成年後見人制度利用の支援、ケア会議

４．本人のニーズに寄り添った支援

依　頼　元　Ａ病院ケースワーカー
支援の課題　気持ちの変化に応じた支援、家族調整、住宅確保
支　援　者　病院スタッフ、保健所、ホームヘルパー、地域活動支援センター、
基幹型生活支援センター、地域移行推進員
支 援 期 間　30ヶ月

（概要）

20歳代前半で結婚し、長男をもうける。3年後抑うつ状態になり服薬自殺を図り、精神科を受診その後10年間、不眠・軽度の抑うつ気分を訴えたが加療せずにいた。その後,夫が死去。うつ状態で閉じこもる時期と躁状態で多動・多弁の時期を繰り返し、希死念慮もみられるようになり、入退院を繰り返した。その後Ａ病院へ入院した。

Ａ病院に入院してから 17 年が経過。時に躁・うつ状態を繰り返したが、病状も安定してきたとのことで本事業を利用し、退院に向けての支援・退院後のサポートを行った。

（入院中の支援）

支援開始時、『外出したい、買い物へ行きたい』という希望もあり、面会・外出を中心とした支援を行う中で関係づくりを行い、退院に対する思い・希望の把握を行った。外出時に基幹型地域活動支援センターの見学を実施。外泊してみたいという希望により、1～2ヶ月に一回のペースで試験外泊を利用した。そのような支援の中で本人の退院に対する意欲も高くなり、自立支援協議会で知り合った精神障害のある人に理解のある大家さんの協力のもとアパート見学を実施。その後,退院先候補の施設への外泊の実施等、具体的な支援を本人のペースで行った。本人の支援と並行してキーパーソンである長男のもとへ出向き、母親に対する思いを確認しながら良好な関係を築いていった。

当初、本人の希望としては施設への退院であった。申請まで至ったが、施設から断られ、今後に向けてのケア会議を実施し、『年齢的に最後のチャンスだと思うので、アパートで一人暮らしにチャレンジしたい』という本人の思いを長男・関係機関と共有し、それに向けて支援していくことを確認した。アパート見学・居場所の候補として地元の地域生活支援センターの見学なども実施。疲れたら試験外泊を利用という流れの中、退院に向けて本人と話し合い、計画を立てながら進めた。退院先の住居の確保ができ、具体的に退院後どのような生活が送りたいかをケア会議で話し合い、本人・関係者で情報を共有し、支援の役割を確認した上で退院に至った。

（退院後の支援）

本人の希望である週4日のヘルパー利用を中心に、推進員の定期的な訪問、地域生活支援センター及び保健師の見守り訪問、2週間に1回の受診、週1回の長男の訪問・金銭管理という体制で支援を行っている。当初は日や時間の感覚が乏しかったので薬を飲みすぎて転倒等が続き、その都度ヘルパー・医療機関と連絡を取り合いながら対応し、不安の軽減に努めた。本人も少しずつ現実感

覚を取り戻し、改善が見られるようになった。時間が経つにつれて地域での生活にも慣れてきており、ヘルパーを利用しながら本人のペースで無理なく生活できている。当初は初めての地ということもありアパートでの生活が中心だったが、最近は、デイケアで手芸することやヘルパーと一緒に買い物へ行くことが楽しみとのこと。関係機関と連絡を取り合いながら本人の生活をサポートしている。

（本人の感想）

退院時はどうなることかと思ったが、ヘルパーや推進員がきめ細かくサポートしてくれているので安心して生活ができるようになった。夜、一人になったら寂しいが、ヘルパーと一緒に買い物へ行ったり、デイケアに行って手芸をすることが楽しみになっている。

（推進員の感想）

支援開始時は、遠慮がちで自分が思っていることや言いたいことが表現できない様子だった。しかし、面会や外出を重ねる度に、互いの親しみ感や信頼感が増し、笑顔や会話も増え、少しずつ自己主張ができるようになり、退院したいという思いもより強くなった様子が伺えた。本人の中で施設へ退院か、一人暮らしかで気持ちが揺れていたため、施設に断られた時にはかなり動揺するのではと心配したが、一人暮らしの方向に気持ちを切り替え、その思いをケア会議で発言でき、推進員も共に歩めたことに喜びを感じることができた。退院に向けての流れの中で、不安時や休みたい時に試験外泊を利用できたことが本人の安心にもつながっていた。退院前からのケア会議を通じて、地域の関係機関との顔合わせやニーズの共有ができていたので、本人・長男が戸惑うことなく地域での生活に移行ができたと感じている。退院後、環境も変わり不安なことが多々あったと思うが、関係機関のサポートで、徐々に地域での生活に慣れ、今ではデイケアや買い物などの楽しみを見つけ、少しずつ本人らしい生活ができている。現在も転倒等心配な面もあるが、今後も本人が安心して生活できるサポートが継続するよう、次の支援機関につなげていきたい。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
面会　買い物　アパート探し　ホステル試験外泊　家族調整　自立支援医療申請　交通機関利用練習　施設見学　ケア会議	見守り訪問　転倒時の対応　病院同行　電話対応　食事会　買い物　日中の活動の場探し　ケア会議

５．退院後の生活イメージを一緒に考えたことで展開したケース

依　頼　元　病院
支援の課題　本人が退院後の生活をイメージしやすい方法を考える
支　援　者　病院スタッフ、保健所保健師、親族、基幹型地域生活支援センタースタッフ、
生活訓練施設指導員、作業所指導員、地域移行推進員
支 援 期 間　２年９ヶ月

（概要）

20 代の頃より不眠、リストカットなどの症状が出現、精神科病院を受診し、統合失調症と診断され入院となった。その後入退院を繰り返す。30 代は作業所やヘルパーを利用し、両親の協力のもと子育てをしながら生活した。親の死を機に症状が悪化し、再び入退院を繰り返すようになった（今回の入院は３年３ヶ月）。入院中、自立の意識を持ち始め、本事業を利用、退院を目指した。

（入院中の支援）

本人との面接を繰り返し行いながら、関係づくりをした。退院先や退院後の生活イメージがしにくく漠然としていた為、福祉サービスなどの紹介や見学を行いながら、退院後の生活イメージを具体的に描くことができるように支援した。また基幹型地域生活支援センターへの試験外泊を月１回ペースで繰り返し行いながら、公共交通機関利用の練習、日中の過ごし方、一人暮らしをイメージした活動（調理、趣味活動）を行った。次第に本人自身に、退院後の課題である「金銭管理」、「日中の過ごし方」、「対人関係」、「体調管理」、「緊急時相談先」などが明確になってきた。それらの解決方法を病院ケースワーカー、推進員、保健所保健師と一緒に試行しながら、退院を目標に準備していった。事業開始当初は、病院近辺のアパートでの一人暮らしを希望したが、具体的にアパートを探し間取りを考えたり試験外泊を繰り返し行う中で、退院後すぐに地域での一人暮らしを行うことへの不安や寂しさを自分で認識し、社会復帰施設への退院を決めた。

（退院後の支援）

本人は入院中、施設から通える範囲の作業所を数か所見学し、退院後は希望した作業所へ通所している。また退院前の個別支援会議で、本人が退院後も推進員と保健所保健師の定期的な訪問を希望し、施設での生活や作業所利用の相談、地域生活へ向けた相談にのっている。

（今後の予定）

社会復帰施設での生活に慣れ、平日は施設から作業所へ通っている。作業所は、自分の体調を見ながらうまくコントロールして利用ができている。金銭管理や異性との対人関係については現在も課題であるが、担当の施設指導員、主治医、作業所指導員、推進員、友人、家族へそれぞれ相談し、バランスを保ちながら生活ができている。本事業終了後は、社会復帰施設のプログラムに沿って施設指導員を中心に、施設退所後の地域生活に向け支援していく予定である。

（本人の感想）

病院のデイケアではなく、希望していた作業所へ通うことができている。作業所の近くへは大好きな図書館もあり気分転換に利用している。入院生活ではあまり感じなかったが、退院後、家事、作業所への通所、行事への参加などのために、体力をつけることが必要であると感じている。

（推進員の感想）

前推進員と退院に向け、関係づくりをおこないながら、約１年経過した時点で、推進員や保健所保健師の担当が変わり、初めは本人も複雑な気持ちが見られた。面接や外出を繰り返し行う中で、退院に向けて一緒に考えてくれる存在として信頼してくれるようになった。本人の退院に対する気持ちの揺れや希望を丁寧に聴くことで、主治医、院内各スタッフ、家族、推進員、保健師の連携した支援が行え、本人の退院への意欲を持続させることができたと感じる。

いつも院内で面接をしていたが、退院までに何度か喫茶店で面接を行った。喫茶店では初め緊張した感じが見受けられたが、「時にはこういった所に来ると気分転換になるなぁ」と言っていた。退院後、本人が作業所の帰りなどに、図書館の喫茶でジュースを飲んで帰ることがあるということを教えてくれた時、入院中の喫茶店への外出支援がいかされたと思えた。

今後、本人が安心して地域で一人暮らしを行えるために、本人の気持ちに寄り添いながらサポートが継続するよう、施設指導員等に支援をつないでいきたい。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
面接、ホステル試験外泊、アパート探し、公共交通機関利用練習、作業所見学、自立支援医療申請、ケア会議	面接、散歩、作業所利用支援、ケア会議

６．法人保証で公営住宅に退院したケース

依　頼　元　病院ケースワーカー
支援の課題　現実目標の設定と住宅の確保
支　援　者　病院スタッフ、保健所支所、市役所（保健）、福祉事務所（生活保護、障害）、ホームヘルパー、NPO 法人、訪問看護ステーション、地域移行推進員
支 援 期 間　40 ヶ月

（概要）

高校卒業後、短期間で転々と仕事を変わっていた。母親と二人で生活し、ひきこもっていた。建物に侵入し警察に保護され、市役所、保健所の職員と精神科病院を受診し統合失調症と診断される。以後、通院が続かないので入院となった。入院中に家族が亡くなり、住んでいた家もなくなった。頼れる身内もいないことから、状態は安定したものの開放病棟で長期入院（20 年）を余儀なくされていた。本人は「退院したい」という漠然とした思いは持っていたが、家族がいないことであきらめていた。病院職員の強い勧めで、地域移行・地域定着支援事業を利用した。

（入院中の支援）

対人緊張や他者をなかなか受け入れられないこともあり、週 1 回の面接から開始したが、面接場面でも 1～2 分で席を立ったり、「貧乏生活はしたくない。宝くじが当たったら退院する」と言うなど関係づくりに時間がかかった。また、外出もしなくなっていた本人と、買い物や地域活動支援センターの利用を行い、現実的な退院後の生活をイメージしてもらうように働きかけた。本人が現実的にアパートを借りて退院生活を考えられるようになったところで、保証人確保の方法として、法人保証を受けることを検討していたところ、公営住宅の法人保証を考えている市があるとの情報があり、その市で公営住宅への入居を目指すことにした。公営住宅の保証に向けて地域移行・地域定着支援会議構成員と地域体制整備コーディネーターが市との調整を行い、公営住宅の入居申し込みや抽選、その後の手続きに同行した。公営住宅を本人が見事に引き当て入居が決定した。その後公営住宅に外泊を繰り返し、地域で生活することのイメージも膨らんだ。

（退院後の支援）

20 年ぶりの地域生活で本人は「息をするのも大変」と心境を語っていた。ホームヘルパーを週 3 回利用し、家事の負担を軽減した。また、服薬管理や体調管理にも不安があるため、隔週で訪問看護を利用することにした。推進員は週 1 回の訪問と本人からの相談があれば駆けつける体制をとっている。金銭管理も不安があり、ケースワーカーに生活費を週 1 回ごとに分割して渡してもらうことで、何とかやりくりを行っている。

最近は簡単な料理もするようになっており、生活に余裕が見られる。「ずっと家にいるのも退屈」との言葉も聞かれ、本人にあった日中活動の場を一緒に探していく予定である。

（今後の支援）

なかなか他人に打ち解けられず気持を伝えられないところがあり、推進員と関係をつくるのにも時間がかかった。現在は何かあれば推進員に連絡をくれるが、地域生活を送るうえで他の支援者ともうまく関係づくりができるように、今後は橋渡し的な役割を取っていきたい。

（本人の感想）

「我が家ができた。」「好きな物が好きな時に買えて食べられる。」「こんなに安くて美味しいものは病院になかった。」「夜はすごく寂しいが退院してきて良かった。」

（推進員の感想）

「お前に用はない。帰れ」と言われたこともあったが、3 年も長く支援をしてきて今ではお互い冗談を言い合える仲になった。保証人の問題が大きく、本人は退院を半ばあきらめていて、「宝くじが当たったら退院する」と非現実的な目標を掲げていた為、面接場面ではそこから話が進まずどうしたらよいか悩むことも多かった。非現実的な目標を立てている本人は退院の意志がないのではないかと思うこともあったが、ひとつひとつの課題の解決に取り組み、本人や周囲の人々の不安を減らしていったことが、今の地域生活につながっていると思う。

金銭管理に課題は残っているが、徐々に生活スキルは向上していっている。本人が穏やかに日常を送れている姿を見るとホッとする。多くの支援者が本人にかかわり、ネットワークを構築している。このネットワークが本人の支援の為に有効に機能するような体制を持続していきたいと思う。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
買い物　散歩　保証人確保　施設見学 手帳申請　公営住宅申込　公営住宅抽選 印鑑登録　公営住宅契約　携帯電話契約 電気・水道・ガス契約　風呂釜工事 個別支援会議	買い物　掃除　住民票移動 自立支援サービス利用申請 生活保護申請　個別支援会議
地域体制整備コーディネーターと連携・相談	

７．支援体制を示し、遠方に住む家族の安心につながり退院したケース

依　頼　元　病院の精神保健福祉士
支援の課題　遠方に住む家族から退院への同意を得ること
支　援　者　大家さん、近所に住む本人の友人、市地域包括支援センター保健師、保健所、主治医、担当看護師、作業療法士、精神保健福祉士、地域移行推進員
支 援 期 間　6ヶ月

（概要）

生まれ育った地元から離れて、トンネル掘りの仕事を長年続けてきていた。離婚歴あり。元来まじめで、几帳面、穏やかな性格で人数は少ないが親しい友人には恵まれていた。定年を間近に控えた頃に不眠になり、職場でのミスが目立つようになった。心配した職場の上司・同僚の勧めで内科を受診するも異常なし。しばらくは自宅で休養していたが不眠は改善せず、眠るために酒を飲むようになり次第に量が増えていった。その頃より、生活リズムも不規則になり、食事も十分に取れなくなった。近所の友人が、自宅で倒れている本人を発見し内科を受診。うつ病を疑われ現在入院中の病院に即日医療保護入院となり、3 年が経過した。兄弟は多いが関係性は極めて希薄で、実質的なサポートを依頼できる状況でもなかった。入院半年で本人の状態も落ち着き、病院から兄弟へ連絡を取り、自宅への退院あるいは地元へ戻っての介護保険施設入所を打診するも、退院の了解を得られず長期入院を余儀なくされていた。入院中本人は変わることなく、『本人が契約している借家への退院』を希望。今年に入り、医療保護入院の保護者となっている兄へ病院職員から連絡を取り、本人の退院意向を伝えるも、了解が得られない状況で推進員の支援を開始。

（入院中の支援）

定期的な面接…　本人の退院意欲の維持を目的に定期的に実施。退院への思いの共有や、現状での課題について整理を行う。推進員、保健所保健師との顔合わせも早い段階で行い、本人との関係性を築くよう努めた。また、退院後の介護保険制度利用も視野に入れ、市地域包括支援センター保健師との連携も行った。

外出への同行…　退院目標の時期から逆算し、外出・外泊など退院後の生活基盤を整える。外出時には、大家さんや近所の友人にも電話で連絡を取るなど、退院へ向けての準備をしていることを共有した。また、外出時の様子を病院職員と共有し、病院からも退院へ反対している家族へ情報提供し、理解を求めた。その際に、外出時の様子を写真に撮り、遠方へ住むキーパーソンの兄へも様子を知らせようと努めた。

外出後の振り返り…外出・外泊後は必ず本人との面接で現状の確認・課題の整理を行い、今後取り組むべき方向性を関係者で共有した。本人は自主的に次回外出の日程を調整し、外出時のすることリストの作成も行っていた。

本人の希望を最大限尊重すべく、面接では傾聴から関係性の構築に努めた。また、病院職員との関係づくりも平行して行い、本人に対する支援の方向性の共有に努めた。その中で、関係者の役割分担を決め、本人へも分かりやすく伝えた。支援者のネットワークを構築する上で病院の精神保健福祉士と協力・連携し、コーディネート役を推進員が担当した。大家さん、近所に住む友人とのやりとりなど、本人のできる部分は支援者の見守りのもと、本人の役割とした。

（退院後の支援）

基本的な生活基盤は確立できており、本人の「きままに暮らしたい。」という希望を軸に支援を行っている。週１回の通院、週１回の訪問看護、時々の推進員の訪問、保健所保健師の訪問で見守りをしている。大家さん、近所の友人とは入院前と同じようにつきあいをし、農繁期などは手伝いに行くなどしている。

（今後の予定）

訪問看護の頻度を少しずつ減らし、また、通院間隔も長くするよう本人にも意識してもらう。本人の困りごとの相談窓口（保健所保健師・病院精神保健福祉士）は確保しつつも、大家さん・近所の友人に頼れる本人の力を大切にし、地域のネットワークを中心にした生活支援を行っていきたい。

（本人の感想）

「ボチボチしょーる。入院しとる間にワシの代わりに盆栽が命を取られた…。これから少しずつやり直しじゃぁ。けど、やっぱり家は最高。時には飲めるしな（笑）。みんな知っとるけど、内緒でぇ（笑）。ご飯は自分できるよ。お店に惣菜買いに行ったり、友達と食べたり。この前は畑の手伝いをして焼き芋食べたんじゃ、熱くて美味しかった。寒い中で畑をしたけど、皆で食べて美味しかった～。」

（推進員の感想）

周囲のインフォーマルな人間関係に支えられて退院に結びついた印象を受ける。退院への課題になっていた『遠方に住む兄弟の反対』の解決にも大きな力になってくれた。入院中の本人が外出した際には様子を見に立ち寄ってくれたり、買い物にも同行してくれた。入院前と同じような“普通のおつきあい”をしてくれていた。そういった場面の写真を遠方の兄に届けることで、地域で暮らすことへの安心感を届けることもできたと感じる。また、病院精神保健福祉士が粘り強く兄へ連絡を取り関係性をつくったこと、病院主治医も兄へ状況の説明をして理解を求めたこと、保健所保健師や市地域包括支援センター職員が本人と顔の見える関係性を維持してくれたことも大きく支えになっていたと感じる。入院中に服薬自己管理の支援の中心になった担当看護師、調理実習で関わってくれた作業療法士など、お互いの役割を理解した上での連携が、本人を中心とした力強いチームとなった。とかく、退院支援というとフォーマルな社会資源でサービスをパッケージ化してしまう傾向を感じるが、このケースでは、本人の今までの財産である『地域の人間関係の強さ』を最大限にいかすことができたと感じる。支援者側の安心の為に、本来的には不必要なサービスを提供するのではなく、本人の「きままに暮らしたい。」という思いを全員で共有した結果だと感じる。

８．不安定な病状ながら支援ネットワークを構築し家族や地域の理解を得られたことで退院できたケース

依　頼　元　病院ケースワーカー
支援の課題　病状の不安定さ、関係の持ちにくさ、地域の受け入れ拒否
支　援　者　病院スタッフ、地域生活支援センター、町保健師、保健所保健師、訪問看護ステーション、家族、地域住民、地域移行推進員
支 援 期 間　１年１ヶ月

（概要）

統合失調症にて 10 年 3 ヶ月の入院期間がある。単身生活を送っていたが、幻覚妄想が活発化し近所に対して被害的となり、医療保護入院となった。服薬により幻覚妄想状態はある程度落ち着いたが、病識がなく拒薬することもあった。本人は退院したい気持ちが強く、主治医からは確実に服薬ができることを条件に退院の許可が出たが、地域の受け入れは悪く、家族の支援力も弱い為、地域移行・定着支援事業を利用しネットワークを構築して支援を行っていった。

（入院中の支援）

本人との面接を重ね、退院への気持ちの確認や退院後の生活について話を聞いていき、その気持ちを受け止めることで関係性を築いていくように努めた。病棟看護師を交えて服薬や外来通院などの必要性も話をしていった。またケース会議を開き、本人の思いや家族の思いなどを支援者間でも共有し、再び単身生活に向けて支援していくことや本人が取り組むことを確認した。

家族や地域からは退院反対の声もあり、地域住民と話し合う場を持ち、退院への理解を得ることができた。外出に同行して自宅の片付けをしたり、食事を作ったりして単身生活をする上での生活力を確認することができた。またその後外泊を重ね、その際には本人自らも近所へ挨拶に行くなどでき、家族や地域住民の理解も、より得られるようになり、見守ってくれる支援者が増えていった。

（退院後の支援）

退院後、幻覚妄想は抱えたままであるが、服薬もできており、幻覚妄想による異常体験も隠すことなく支援者に話ができており、自分の中でも折り合いをつけ生活が送れている。訪問看護職員やその他の支援者が訪問した時には、異常体験にもとづく話を否定せず十分に聞き、服薬や生活上でのアドバスを行っている。また一緒に食事のメニューを考えたり、お金の使い方を振り返ったりなどの関わりも続けている。

家族や地域住民は見守るという姿勢で支援のネットワークを築いており、定期的にケース会議を行っている。

（今後の予定）

幻覚妄想を抱えたままでも、それに左右されることなく生活できているが、なお病識は薄く断薬する可能性もある。本人の変化に早めに気付けるように今後も支援を行っていく。

また一人で過ごす時間が多く、その為幻覚妄想が増えていきやすいため、本人が楽しんで日中過ごせる場所を探していく必要がある。

仕事を探したいなど本人には目標があり、その目標に向けて応援するという形でネットワークを築いて支援していくことが必要である。

（本人の感想）

一人の生活が寂しいなと思う事がある。今はいろんな人が来て助けてくれているが、仕事をして自立した普通の人と同じような生活を送りたい。

（推進員の感想）

退院の話が主治医からあった時は、病識はなく断薬しがちであり、表情も険しかった。本人と会っても心を開いて話をしてくれている印象はなく、こちらも緊張しながら話をしていた。

地域の保健師や相談支援専門員へ支援の協力を求めた時も、本人の病状や家族環境から退院することへの不安が強かったが、本人との面会を重ね本人の思いを共有していくにつれ、支援者間でも本人の退院を応援していこうという気持ちに変わっていったように思う。それに伴ってか、どこか疑い深く被害的になり易い本人も心を開いて素直に気持ちを表し、段々と表情も柔らかく豊かになっていったのがよく分かった。

今後も生活面や病状の変化には注意が必要であるが、本人は異常体験を隠さず話してくれ、それをそれぞれの支援者が否定もせず受け入れ、その上で関わりを持とうとしていることに感銘を受けている。支援者が本人の頑張りたいことを応援していくという姿勢を共通して持ち、ネットワークを構築して支援を行っていきたいと思う。

（主な支援）

入　院　中	退　院　後
年金申請　障害者手帳申請　自立支援医療費申請　片付け　外出同行　アパート契約支援　食事作り　ケース会議　家族や地域住民との個別会議	収支の振り返り　食事作り　　就職支援　電話　ケース会議　家族との個別会議　支援者間への連絡調整

９．長期入院後に自宅でひとり暮らしが行えたケース

依　頼　元　病院ケースワーカー
支援の課題　自宅独居での生活の基盤つくり（自宅環境調整・社会性の欠如）
支　援　者　病院スタッフ（PSW、NS、OT、デイケア、訪問看護部）、保健所、親類
市保健師、ヘルパーステーション、メンタルヘルスボランティア、
地域移行推進員
支 援 期 間　８ヶ月

（概要）

15～16 歳頃から幻聴､発作あり｡統合失調症､てんかんにて入退院を繰り返して加療していたが、50 歳代に入り、不眠、はい徊、独語、妄想発言が続き任意入院となる。
兄弟は近辺に居住しておらず、親類が金銭管理を行い、入院時の保護者にもなっている。

病状の安定、入院の長期化（11 年以上）に伴い地域生活を打診したところ、本人より「自宅で暮らしたい」との希望があり地域移行・地域定着支援事業を利用して親類、関係機関とのネットワークにより支援を行った。

（入院中の支援）

親類にケア会議に参加してもらい、住宅環境の改善を行った。
携帯電話、電化製品、生活用品も親類と相談して購入し、自己調理を希望するため献立、食材購入の計画を立て自宅へのテスト外泊を行った。スーパーに同行し、レトルト・インスタント食品の利用等を紹介。ゴミ捨ての方法を近隣者に確認、練習をし、近隣者とのつなぎの役割も考慮した。親類が調理の負担、栄養状態の偏りに不安を持ち、ヘルパーの調理支援、配食サービス利用を調整した。電化製品の取り扱い説明書を作成し、不安の軽減に努めた。
本人から日中活動を希望、訓練としてデイケアに週 2 回の参加をしてもらった。
服装の違和感から衣類購入を希望、同行で購入。

（退院後の支援）

金銭管理、冷蔵庫内の食材、ヘルパー支援状況、デイケア参加状況、服薬状況等の確認、配食業者との連絡、近隣者、町内会長、民生委員等の連絡を分担。単身による寂しさから話し相手としてメンタルヘルスボランティアの訪問を開始した。親類に連絡を取り、相互に現状報告、要望事項を説明し不安の解消を図っている。食事時間、早朝覚醒など生活リズムを調整するよう約束事項を書面化して渡し、又、受診時の同行により主治医との連携を図った。

6 ヶ月経過し、単身生活に関連した幻覚、幻聴が強まったため、臨時受診の仲介、服薬の確実化を図り、病状の安定に努めている。

（今後の予定）

推進員の支援は継続。病状の安定化を図り、生活困難時には短期での入院治療を勧奨。生活困難がなければデイケアを身近な相談先、交友の場として参加継続できる状況に調整していく。

（本人の感想）

「一人暮らしは寂しい。それに付け込んでいろんな物が見えたり、切りつけられたりするがこれも病気がさせている」「いろんな人が自宅に来てくれるけど時間が短く感じられる」
「せっかく退院したのだから自宅での生活は続けたい」

（推進員の感想）

受け皿があり、親類の協力を得られたことが大きく、自宅の改築、生活用品の準備をスムーズに行うことができた。その結果、本人が退院を早急にしなければならないと思い込み、テスト外泊、退院前訓練が十分でないまま退院となってしまった。支援者一同も、本人が退院を待ち望んでいると信じ、本心をくみ取ることができなかった。しかし、退院後も親類と共に支援者間のケア会議を3ヶ月毎に行い情報交換することで、ケースを違った角度から支援できていると思う。

また、行政の協力は支援の支柱となることを深く感じている。推進員の支援終了後は相談支援事業所が中心となり、スムーズなネットワーク形成が継続できると考える。

（主な支援）

	入　院　中	退　院　後
関係機関調整	ケア会議 近隣者、町内会長との調整 地域民生委員、愛育委員への情報提供	ケア会議（3か月毎） 近隣からの情報収集 支援者間の調整
受診、服薬等	服薬自己管理の訓練 デイケア同行見学 入院中から院内デイケア通所の手配	服薬自己管理の調整 受診調整 デイケア通所の調整
住　　居	住居環境の改善	住宅環境の調整
生　　活	携帯電話購入、練習 電化製品の取り扱い訓練 自宅外出時の同行、外泊中の訪問 ゴミ出しに関する練習、近隣者との連絡 生活用品の購入計画	電化製品の取り扱い 自宅、デイケアへの訪問 ゴミ出し状況確認 掃除（見守り） 金銭管理の確認
食事、入浴等	外泊時の食事メニュー、食材の購入計画 配食サービスの利用調整 買い物同行 炊飯指導 入浴準備指導	

1か月の支援の状況

	日	月	火	水	木	金	土
1週	ヘルパー	デイケア		デイケア		デイケア	→
2週	ヘルパー	デイケア		デイケア	訪看	デイケア	→
3週	ヘルパー	デイケア		デイケア		デイケア	→
4週	ヘルパー	デイケア		デイケア	訪看/メンヘル	デイケア	→

※配食サービス：夕食を毎日

※推進員は随時訪問

１０．目にみえる情報の共有を大切にして「一人で頑張って生活したい」を支援・退院したケース

依　頼　元　病院主治医
支援の課題　本人が危機になる前に対応する・住宅の確保・医療の継続・金銭管理
支　援　者　社会福祉協議会、保健所・保健センター、福祉事務所、訪問看護ステーション、介護保険事業所、入居支援団体、大家、病院スタッフ、地域移行推進員
支 援 期 間　10ヶ月

（概要）

病気の後遺症で記憶・識字障害があった。失職し生活保護を受給中、福祉担当者に勧められ精神科を受診、統合失調症と診断されるが治療中断し、人間関係のトラブルから入院となる。

約3年間の入院治療にて状態安定。本人より退院希望があり、主治医から地域移行推進事業の利用を進められる。

（入院中の支援）

本人の「早く退院したい」という気持ちもあり、施設見学、施設外泊に同行し、関係づくりと生活能力のアセスメントを行った。外出先で一緒に時を過ごすことで、病院内だけではわからなかった本人の生い立ちや生きざまに触れることができた。

「以前住んでいた学区に帰りたい」と強く希望したが、アパートは引き払っており、住居確保が必要であった。複数の不動産業者の情報や、「保証人がいなければ、アパートは借りられない」「希望する学区には保証人がいらないアパートはない」「入居支援センターの支援を受けなければアパートは見つからない」ということを伝え、本人の意志を確認する作業を繰り返し行った。　最終的には、本人も納得し、病院ケースワーカー、推進員と共に入居支援センターに相談し、アパートの契約を行った。

以前から「口頭」や「文書」での説明だけでは、本人にうまく伝わらず「言った、言わない」ということが何度かあったため、伝えたいことを図で説明をしたり、決まったことをメモにして渡し、いつでも情報が確認できるように工夫した。

本人と推進員との外出だけでなく、病院スタッフが同行することで、外出先での困難に協力して対処したり、外出をとおして本人の長所や元々ある生活能力が見えてくることで、ＡＤＬ・ＱＯＬの再評価や生活能力に対する支援を推進員と共有できるようになった。

退院にあたって、支援機関で会議を行い「ＳＯＳを発信しにくい本人が危機になる前に、それぞれの支援者が本人の困ったことをキャッチし、タイムリーに対応していく」ことを確認した。

また、退院後の治療中断の対策として、「危機介入事業」を利用し、入院中からも地域の担当医師が病院を訪問した。退院直前に「金銭は自己管理したいので日常生活支援事業は使わない」と言われた時にも、社会福祉協議会と本人が一緒に管理することで、保証人が本人の生活を安心して応援できることを医師から伝え、「危機」に対応することができた。

（退院後の支援）

ヘルパー利用は「自分でできる」からと利用しなかったが、訪問看護は自ら『体の相談が出来る』からと利用を開始した。往診、訪問看護、推進員が週１回、介護保険ケアマネと社会福祉協議会から月１回、それぞれ訪問している。近くのスーパーで買物をし、自炊も工夫している。手続きで困ると「どうしたらいいか分からない。」と推進員に相談できるようになった。本人と支援者の情報共有のため『申し送りノート』も作成し、今はノートやカレンダーにメモをするのが習慣となった。

（今後の予定）

入院前は未治療であり、支援者も少なかったため困ったことを周囲に伝えることができなかった。退院後は、「自分のことは自分で決めたい」という気持ちを大切にしながらも、本人が望む生活ができるようなサービス等の提供も行っていきたい。また、相談べたな本人が相談しやすい環境を整えるために、本人を交えたチーム会議を定期的に開催し、本人の生活を応援していく。

（本人の感想）

「社会は自由でいい。」「なるべく家で過ごしたい。」「落ち着いたら遠出して買物に行きたい。」「節約して何かあった時のためにお金を貯めたい。」

（推進員の感想）

初対面から、笑顔を交えながらも「これからも一人で頑張らなければならない」「前はお金のやりくりが大変だった」と振り返っていた。記憶の不確かさが金銭管理や人間関係の障害になり、生活のしづらさに繋がっていることが分かってきたため、図式化した説明書類をファイルに綴り、それを本人に管理してもらうことを始めた。「大切なこと」を互いに認知し、いつでも確認できる安心感は、支援の組み立ての土台となった。「本人の生活のしづらさ」はどこから来ているのか、「本人らしい生活」を送るにはどんな準備が必要なのか、「本人の危機」とはどういう状況なのか等、情報を整理しながら本人と支援者で試行錯誤を繰り返すうちに、自然と必要な支援の輪が広がってきたように思う。また、支援者が増えていく中ではそれぞれの考え方の違いを知ることができ、自分の狭い視野も広がっていった。自分の裁量や支援の限界で、本人の可能性をせばめてはならないと改めて感じた。本人の興味あることや人との出会い探しを、気持ちに寄り添いながら共にしていきたいと思う。

（主な支援）

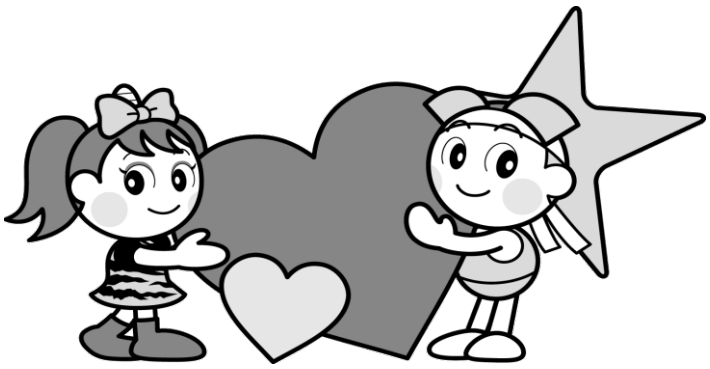
入　院　中	退　院　後
面接、院内活動参加、施設見学、外泊訓練同行、不動産情報提供、アパート探し、買物や下見、ケア会議、入居支援センター及び日常生活支援事業の契約、病院職員との外出、バス・電車利用、提供資料のファイリング	推進員の訪問、往診、自立支援医療申請、介護保険証再交付、住民票変更、住基カード申請、携帯申し込みと変更手続き、光熱費引き落とし手続き、連絡ノート作成、ケア会議、郵便物の確認、新たな支援機関訪問時の同席

保健所の取り組み

県内には、県保健所が５か所支所４か所の計９か所、政令市（岡山市）保健所、中核市（倉敷市）保健所と合わせて１１か所の保健所・支所があります。県の保健所・支所は、従来の保健所機能と県保健師は地域体制整備コーディネーター機能を兼ね、地域移行推進員と個別支援や地域連携を進めてきました。（保健所の配置は次頁に紹介しています。）なお、「地域移行推進員」は本文では「推進員」と略しています。

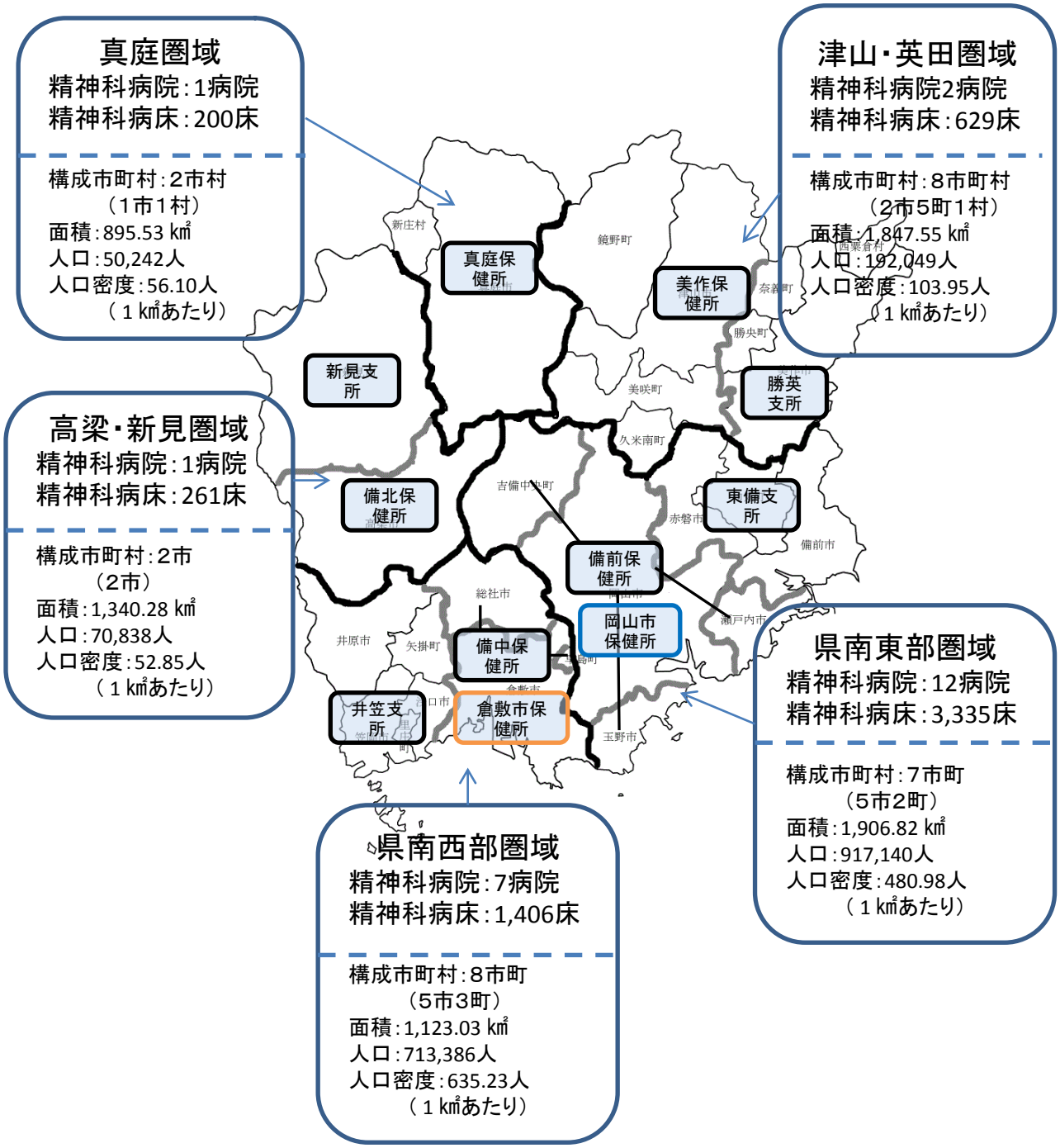
平成２４年４月、地域移行推進員の配置と個別支援会議の開催が県事業から市町村の福祉サービスへと制度化されます。今まで構築した関係が途絶えることがないよう継続性のある活動をしていきたいという願いを込めて取り組みをまとめました。

なお、岡山市保健所は岡山市こころの健康センター（精神保健福祉センター）や保健センターと連携した政令市として独自の取り組みを行っていますので、今回は掲載しておりません。



2次医療保健圏域別保健所配置図

H23．4．1現在



１．備前保健所の取り組み

１．地域移行推進対象者への個別支援

平成 20 年～23 年の支援対象者は 9 名（実）で、各市町の自立支援協議会精神障害者地域移行支援ワーキンググループのケース会議にて決定し支援を開始した。

9 名の入院期間は 1 年以上 5 年未満 2 名、5 年以上 10 年未満 5 名、10 年以上 20 年未満が 2 名であった。

支援結果：

2 名が退院意欲の減退の為中止、1 名が退院するも再入院、4 名が支援終了者（自宅 2 名、施設 2 名)、2 名が現在も支援中である。

個別支援を通しての気づき：

病院から、対象者として選定されても、入院期間が長期になっている人ほど、当然ながら退院意欲は消極的だった。しかし、地域で生活しているピアカウンセラーの活用や買い物の同行支援等により多くの支援者が継続して関わりを持つ事により、徐々に退院してから地域で生活するイメージが持てるようになっていった。

個別支援会議の中で病院・地域の支援関係者が、精神障害者の患者が入院して退院するというごく当たり前の事がなされていなかったことに改めて気がつくと同時に、地域移行・定着支援の必要性を共有し、新たな課題について取り組んでいくことを確認しあった。

２．備前保健所管内全体の取り組み

平成 20 年度から備前保健所管内全体（岡山市・東備支所を含む）として、地域移行推進会議開催等に取り組んだ。その話し合い中で、「長期患者の退院後、日中活動できる場など含めてどのようなシステムがあったら良いのか。(資源の少なさ)」「家族への支援と地域での支援から、家族、地域の力をどう高めるか。」「ホステルなどの資源を有効利用し、本人の意識を地域生活へ向けていく」「病院内の退院への雰囲気、風土づくりが不可欠である」「推進員だけではなく、地域の関係者との連携が必要（顔の見える横の連携)」といった意見が出された。

平成 22 年度からは、岡山市、東備支所、それぞれの地域で、地域移行促進における課題に取り組むこととした。

また、平成 20 年から退院を促進する風土づくりのために、万成病院、慈圭病院で患者と地域との交流事業を開催、平成 21 年には岡南病院、由良病院へ働きかけ、院内での推進・企画に参画した。その後、平成 21 年度は岡南病院が地域・病院交流事業を実施、平成 22 年度は由良病院が実施し、その後院内に地域の方と患者が交流できる喫茶が開かれるなど地域からの風が入りやすくなっていった。

平成 23 年度は、岡南病院が長期入院患者と地域支援者との茶話会を実施している。

（年６回）この茶話会により今まで病院の職員以外ふれあうことのなかった長期入院患者が、地域の支援者（行政保健師等職員、推進員）と顔なじみになり、地域の情報に触れたり、地域活動支援センター（こころの里）の見学に繋がるなど、一人だけでは不安でできない事ができるなど、効果を上げている。その結果、今年度、数名が地域移行への新規対象者として検討中である。

平成 20 年度	○備前県民局地域移行推進協議会の開催 ○備前県民局地域移行推進協議会（実務者会）の開催　（48 名） ○地域病院・交流事業（万成病院・慈圭病院）
平成 21 年度	○備前県民局地域移行推進協議会（実務者会）の開催（48 名） ・地域移行推進員からの事例報告 ・グループ討議　「事例から見える現状と課題」 ○地域病院・交流事業（岡南病院）
平成 22 年度	○岡山市、本所、東備支所にて実施。管内各市町の精神保健福祉連絡会の開催実施 ○地域病院・交流事業（由良病院）
平成 23 年度	○各市町の精神保健福祉連絡会にて実施、地域移行推進について検討 ○地域病院・交流事業：茶話会（岡南病院）

３．各市町精神保健福祉連絡会

当保健所では、各市町の精神保健福祉連絡会を核にして顔の見える関係づくりをねらい、地域移行支援における課題等の検討を実施している。その中で検討してきた内容の一部について紹介する。

市町名	玉野市	瀬戸内市	吉備中央町
名称	精神保健福祉連絡会（玉野市地域移行推進ワーキングチーム）	精神保健福祉連絡会	精神保健福祉連絡会（自立支援協議会精神保健福祉部会）
メンバー	病院関係者（由良、岡南、慈圭、市内クリニック CW）地域活動支援センター3 カ所、社協（ヘルパーステーション）、市保健・福祉担当者、保健所	地域生活支援センター職員及び所長、基幹型地域生活支援センター、市保健･福祉担当者及び課長、保健所	病院関係者（たいようの丘）、相談支援センター、生活支援センター、就労支援事業所、社協、地域活動支援センター、町保健・福祉関係者、保健所
平成 22 年度（開催回数）	○事例検討 ○玉野市の地域移行支援の課題について （4 回）	○精神保健福祉連絡会（準備会） 「地域移行の課題について」検討 （１回）	○事例検討 （4 回）

平成 23 年度 （開催回数）	○地域移行支援ワーキングチームとして退院支援・地域移行の課題検討 ○事業の進捗状況 ○事業の今後について （4 回）	○事業について話し合い ○平成 24 年からの事業と自立支援給付 （4 回）	○事業について話し合い ○事業の今後の動向について （4 回）

（参考）◆Ｔ市連絡会における地域移行支援の課題に関するグループワークの紹介

◎テーマ「地域移行（退院）における住居の提案のコツと問題点」（抜粋）

問題点

1　賃貸情報誌に載っている大手不動産、コーポーの場合、障害者ということで拒否は無い？が無職を理由に拒否する場合がある。

2　問題を起こして退去した物件には、大家が前例を理由に拒否が見られる。

3　個人情報をどれだけ伝えればよいか話し合っておく。

4　岡山市に比べ物件は少ない、2 万円台（風呂なし、築 30 年～）

住居を探すコツ

1　駐車場が必要でない入居者が多いので、古い物件になるが、競争率は低い。

2　すでに入居している当事者の物件など、こまめに物件をチェックしておく。

3　市の生保の家賃扶助　○○円以内を目処にする。

4　病院、保健師、行政窓口が関わりを持ち、本人との面接、受入れへの不安、緊急時への対応等の、バックアップを不動産、大家に説明。

入居後の対応

1　環境の変化、引越し等で体調を崩しやすく時に電話、訪看、デイケアなどでフォローアップする。(24 時間相談にのれる場所があればいいが・・)

2　隣近所への挨拶。できれば一人で。

3　入居後の住居使用注意点・タバコは一箇所で、退去の際、壁、障子、天井の掃除が大変。時に敷金より差し引かれる。特に市営住宅はすべて張替えの場合あり。

4　大家､近隣への過度な刺激は次回入居者への不利な条件になり､生活するに当たり、そういった配慮もせねばならない旨を伝える。

２．備前保健所東備支所の取り組み

地域移行・地域定着支援事業を実施して

多くの機関・職種からなるチームによる活動

本人、主治医、ケースワーカー、看護師、推進員、保健所保健師、市町保健師、場合によっては生活保護係、家族、親戚など多くの職種からなる混成チームであり、それぞれの役割・立場で地域移行支援事業を理解する必要がある。しかし、本制度への理解が十分であるとは言えず、特に主治医や病棟看護師の十分な協力が得られないケースが見られた。

制度への理解が十分でない理由として、病棟スタッフ等への制度周知の機会を設けていなかったことが一因と考える。院内全体に向けた制度周知の書面を送付しても、その中で働く個々の職員には届いていない病院もあった。

推進員やコーディネーターとして、本人への介入当初から、医療機関内の主治医、ケースワーカー、看護師等対象者に関わるすべての職員に対して十分に事業の必要性や具体的支援内容等を伝える機会を設け、本人だけでなく医療スタッフ側にも説明し、チームとしての協力体制を整える必要がある。

さらに、地域支援者の中にも制度のみならず精神保健について十分な知識を持ってはいないものの、本人の支援をする上で重要な役割となる人も出てくると思われる。そのような場合も、具体的な支援内容等を伝える機会を設けることも重要である。

病院との連携

推進員と協働し、病院ケースワーカーを窓口として連携を進めた。

対象者の選定基準は、「病状が安定し、受け入れ条件が整えば退院可能」というだけで、主治医の判断が大きなものとなっている。なかには、器質性精神病で本人との意思疎通ができないケースが病院から上がってくるなど、本事業の対象者として適切であったか疑問が残ることがあった。

病院スタッフが外出支援の同行などで、対象者はどこに住み、どのような生活をするかをイメージすることで、院内での退院へ向けた支援が充実するのではないかと考える。

個別ケースを通じて

対象者は長年にわたり病院で生活してきたことにより、地域で生活をすることに不安がある。三度の食事や入浴、清掃など、身の回りのことを自分自身でしなくても他者が整えてくれる環境から、自由が得られる代わりに多くのことを自分で決定・実施しなければならなくなる地域での生活への移行は、大きな不安を伴うことと思われる。

さらに、障害福祉サービスを利用するにしても、常時身近に相談できる相手がいる院内とは違い、多くのことを自分で考えなければならない。

このような状況の中、医療スタッフ等の働きかけもあり、なんとか事業の利用につながったとしても、本人の退院の意思がぐらついてしまうということがたびたび見受けられた。

本事業を利用して、本人の揺れ動く気持ちに寄り添いながら、小さな不安や問題点を一つずつ解決していくプロセスが退院に向けてのステップであり、本人が地域生活への具体的イメージを持ち自信が生まれてくることにつながり、このことが最も重要な支援であると考える。

さらに、それらの不安や問題点を一つずつ解決していくという支援は、病院スタッフのみではマンパワーの問題や地域生活に必要な情報の入手が十分ではなく、推進員や地域での支援者等による協力が必要である。

知的障害などの他の障害を併せ持つ対象者では、地域生活をイメージすることすら困難な場合があった。この“イメージする力”の不足により、「退院したい」という漠然とした気持ちはありながら、退院への具体的な話につながらない。地域で生活するための必要なスキルのうち、何ができて何ができないかを本人もわからないし、院内でも把握できていない。

そこで、外出や外泊による地域生活の体験を繰り返しながら、地域で生活する上での不安や問題点をその都度確認しながら対応し、解決や克服をしていく必要があった。

また、それらの支援が本人に強い刺激となってしまうことを避けるために、あまり急いで進めることも適切ではないと考え、支援をゆっくりと進めていった事例もある。

まとめ

地域移行・地域定着支援事業は、病院関係者のみでなく地域での支援者と協働し、長期に入院生活を続けたために、地域での生活がどのようなものであったかも忘れた対象者でも、入院前の生活に近い状態を取り戻すことができるように支援することが重要であると思われる。

そのために、推進員やコーディネーター等の支援者は、病院スタッフに対して支援の役割を明確にするためにも、病院スタッフと協働して支援計画を立て、“どのようなことが支援でき、院内でどのような支援をしてもらいたいか”を明確に伝え、病院スタッフが具体的に対象者の退院後の生活をイメージし、本人の地域生活を営むための能力や技術を評価し、スキルアップのための支援となることがキーポイントとなる。

そのために、家族・地域との調整、住居確保、収入確保、生活訓練などそれぞれのカテゴリーについて、各機関がどのように関わり、どのような支援ができるかをあらかじめ検討することが必要であったが、現在までの取組みの中で十分に検討されているとは言い難い。今後の地域移行支援ケースにおいては、支援計画の策定時に関係機関の役割を十分に検討することを徹底したい。

３．備中保健所の取り組み

本事業における備中保健所の管轄は、倉敷市・総社市・早島町である。保健所として、従来より「地域精神保健福祉の推進」は実施してきたが、入院支援のみならず、退院への支援と地域定着も重要な活動と再認識し、様々な活動を行ってきた。その取り組みについてまとめてみたい。

＜病院への働きかけ＞

本事業の目的や協力について理解を得るため、推進員の母体である精神保健福祉センターと協働し、保健所長と担当者で各病院を訪問した。各病院の退院への取り組みの実態について伺うとともに、対象者の選定依頼や地域病院交流事業の提案を行った。

また病院の退院に取り組む体制強化を図るため、実地指導や対象者のケア会議等、様々な場面を活用して働きかけを行った。

＜個別支援＞

個別支援を丁寧に確実に積み重ねることを基本として、推進員のケアマネジメントを元に、個々への支援が地域の仕組みとして継続への一歩と意識づけるよう支援した。推進員と全事例を共有して事例検討を行い、個別支援計画が不備な場合は目標設定や計画案について助言を行うと共に、必要に応じ同伴訪問を行いアセスメントを一緒に実施した。

また、病院での面接時には病院スタッフにも入ってもらい、推進員だけで抱えないよう配慮した。全事例について関係者とケア会議・事例検討を行い、関係者のネットワークをつくり、支援体制の質を高めるよう助言を行った。病院からは、本事業を通じ、病院で孤軍奮闘するだけでなく、地域の情報を得ながら一緒に支援を考える中で、地域と繋がりが持てたことで今までにない展開となったことが大きな収穫であったという意見をいただいた。

さらに退院後の支援については、併走しながら徐々に地域の支援者に支援の重心を移し、繋いでいくため、ケア会議までの動きや出席者の選定に一工夫すること等、助言を行った。

入院前の患者の病状への対応に困った経験や、退院後の生活支援に負担感がある家族に対しては、まずは気持ちを受け止め、その上で退院後生活を地域で支える体制があることの説明、自宅以外の退院の可能性などを提示し、退院の同意と協力を得るため、家族への支援を丁寧に行い、時にはその役割を共に担う等、推進員をサポートした。

地道に丁寧に事例を積み重ねることで、その成果を喜び合い、関係者が勇気づけられるとともに、事例毎の支援ネットワークの構築を図ることで、地域移行促進の基盤整備を進める契機になったと考える。

＜地域・病院交流事業＞

既に本事業等で退院し、地域生活をしている先輩をピアサポーターとして、自分の経験や地域の社会資源の様子を語る場を設けた。入院者から「自分も退院してみたい」「あんなサポートがあると心強い」という感想が寄せられ、意欲の向上に繋がった。又、長期入院者に勇気や安心感を生みだし、地域の情報を提供する機会となった。

さらに、発表者のエンパワメントが図られたり、病院が地域の社会資源を活用する活動を退院のためのプログラムとして取り入れるようになる等、多様な効果を得ることが出来た。

＜地域づくり・システムづくり＞

本事業を通じて市町と話し合いを行い、課題を共有し、自立支援協議会への参画と支援を行った。個別支援していく中で抽出された課題を地域の課題として、解決のための検討を自立支援協議会で重ね、施策化できるようなシステムをつくっていくことが今後の課題である。

また、個々の退院希望者を地域で支えるしくみの基盤づくりとして、地域での理解者を増やし、偏見を除去するための啓発活動、管内事業所や市町職員を対象にした研修会を実施した。

県民局の協議会は、備北・備中・倉敷市保健所の圏域内での事業の進捗状況の把握、事業効果の評価、問題点の分析等を行い圏域内の地域移行の推進を図ることを目的として設置したが、各保健所・支所の置かれている医療・保健・生活圏域等の背景や各所での取り組み状況に非常に大きな差があったことから、実務者レベルの会議で各地域のとり組み情報の交換等により、各支部での支部活動を強化していくための動機付けにとどまった。今後については、県民局圏域ではなく、旧保健所単位での協議会の設置が望ましいと考える。

＜まとめ＞

本事業で何人を退院させるのかではなく、本事業を通じて多くの変化から『退院できる体制づくり』をすすめるものとして、個々の支援体制から地域の体制づくりを強化しうる、従来の地域活動を再構築する事業と捉えて取り組んだ。実際に、個々への支援と保健所が行ってきた地域の困り事（精神保健）相談や普及啓発活動、地域の社会資源の開発、他組織との協働の地域づくり活動を統合・連動させているという感覚を強く感じた。本事業を通して、市町と関係者への意識づけができ、この支援が他の対象者への支援に有効に繋がっていると確信している。

推進員が一貫して丁寧な関わりを持ったことで、「もう一生病院でお世話になる」つもりだった対象者がその気になって地域に定着したり、「退院なんてとんでもない」と退院に絶対反対を表明していた家族に粘り強い働きかけを行ったことで、支援者に変化した等、従来の関係性を打ち破ることも沢山経験した。本人に寄り添った支援とさらに推進員を支える仕組みが重要であったと思う。

また、病院のスタッフの意識も大きく変化し、退院にむけて地域の力を利用しながら押し出す力をつけてきている。今後は、入院時から退院に向けての取り組み（院内での病識獲得と再発防止のための取り組み、本人や家族に対するクリティカルパスの開発、退院・地域支援に向けての院内のシステムづくり）を期待したい。

さらに、自立支援協議会への関わりや地域での対象者を迎える体制づくり等、課題山積であるが、この事業を保健所の本来業務と位置づけ、「システムづくり」を常に意識し、事例や様々な活動を積み重ねながら、関係機関が相互理解を深め、協力体制を構築できるよう、今後も取り組んでいきたい。

４．倉敷市保健所の取り組み

	実施内容	成果
平成２０年度まで	（H18）精神保健、医療、福祉、教育機関のネットワーク強化と地域の課題の共有を図るために「倉敷市精神保健医療福祉世話人会（以下、世話人会という。）」を設置 （H19）精神保健福祉施策充実に向け審議会形式の「倉敷市精神保健福祉協議会」を設置 （H20） ・「倉敷市精神保健福祉協議会」の開催・答申 ・「岡山県地域移行支援特別対策事業」における関係機関との連携	・専門分野の枠を超えた情報交換により、地域の課題解決を協働で行う必要性を共有した。 ・退院促進には、地域に理解者を増やすための人材育成の取組みと、住宅確保から入居後の一貫したサポート体制を整備する必要性が答申された。
平成２１年度	・「精神障がい者の地域移行に向けたサポート体制の構築」研究実施 ・精神障がいに対する偏見除去を一市民の立場から行政と協働で取組む「くらしき心ほっとサポーター事業」を開始 ・精神障がいの理解の促進、既存組織や関係機関とのネットワークの強化のために「心の健康づくり講座」を５地区で開催。 ・地域移行支援事業における現状を共有するために関係行政機関を対象に「倉敷市地域移行支援連絡会議」を開催	・「あらゆる機会を通じた当事者との交流を活用した啓発の必要性」「トラブル対応や本人への効果的なスキルアップ支援等が整えば民間賃貸住宅活用の可能性が高まる」という研究結果を関係機関にフィードバックし、施策化に向けた具体的な検討を協働で行うことができた。 ・地域の組織から推薦を受けた１期生 17 名が養成講座を受講し、精神障がいに対する理解を深められた。 ・精神科医師だけではなく、当事者が講師となり啓発を行ったことで、講座参加者の障がいに対する理解が深まった。 ・①退院の受け入れを家族が拒否②地域移行推進員と地域の支援者のスムーズな移行③地域移行支援が個別支援に留まっている現状を共有。
平成２２年度	・「くらしき心ほっとサポーター」に行政と協働する啓発について業務委託 ・住宅確保から生活支援をトータルに支援する「くらしき暮らし安心サポート事業（住宅コーディネーターの配置）」を開始 ・精神障がいの課題を３障がい全体の課題として検討できる体制をつくるために「世話人会」を「倉敷地域自立支援協議会精神部会（以下、部会と言う）」に位置付ける。	・サポーターが所属する組織等で市民目線での啓発が実施され、無関心層への働きかけが期待できるようになった。 ・住宅コーディネーターの配置により、医療機関と連携した入居支援が行われるようになった。 ・精神部会からの課題を自立支援協議会全体に投げかけることができるようになり、福祉機関との連携が深まった。

平成２２年度（つづき）	・医療機関と地域活動支援センターⅠ型に対して、在宅生活を維持するために必要な当事者への支援と家族支援の取組み状況を調査 ・調査結果から機関相互の役割と課題を共有することを目的に、医療機関と地域活動支援センターのコメディカルスタッフを対象に「精神障がい者の地域移行に向けたあり方検討会議」を開催 ・「あり方検討会議」から得られた結果を関係行政機関が共有し取組みを検討するため「倉敷市地域移行支援連絡会議」を開催	・①医療機関の地域移行を見据えた支援が不十分②家族支援は個別の支援にとどまる現状を把握。 ・①医療機関により、地域支援の取組みに差がある②関係機関相互の情報共有が少なく連携が不十分③地域の社会資源やマンパワー不足を共有。 ・①医療機関の生活支援技術の向上を目的とした研修会の開催②入院早期からのｹｱ会議の開催等による医療機関と地域の支援機関の連携強化③社会資源の不足等については、各行政機関が県・国等に問題提起していく方向性について共有。
平成２３年度	・地域の支援者の技術向上により支援者のマンパワー不足を補う目的で部会企画の「ヘルパー力向上講座」を開催 ・社会資源の有効活用を目的に社会資源マップを部会が作成 ・地域移行推進員の個別給付化を見据え、退院促進の現状を相談支援専門員と共有するため倉敷地域自立支援協議会相談支援部会に参加 ・ケア会議の参加により地域移行支援事業対象者の支援状況を把握	・研修会開催により、受講者が精神障がいの対応に自信を深められた。 ・取材等を通じて医療機関と地域の福祉事業所との関係づくりにつながった。 ・相談支援事業所における相談の 7～9 割が精神障がいの相談。24 時間対応を行う事業所もあり、マンパワー不足から個別給付化への不安があることを把握。 ・個別支援から得られる本市の課題を各施策やネットワーク会議の場で関係者と共有。

【精神障がい者の退院促進に向けた本市の課題】

- 精神障がい者の家族の疾患に対する理解が不十分である。
- 医療機関と地域の支援機関の連携がスムーズに行われない場合がある。
- 各医療機関が行う地域生活支援の質に差がある。
- 地域生活支援な中心的な役割を担う相談支援専門員の配置が不十分である。
- 相談支援専門員が地域移行支援に対しての理解が不十分である。
- 地域移行推進員の配置がなくなることによる、地域移行支援事業対象者に対する適切な支援の継続。

５．備中保健所井笠支所の取り組み

平成 20 年度～平成 23 年度までの 4 年間に実施した事業について、以下の 3 つの視点でまとめた。また、実施内容については別紙一覧表を参照のこと。

１．地域のネットワークづくり

備中県民局精神障害者地域移行推進協議会の支部活動である「井笠圏域精神障害地域移行・地域定着支援会議」を、平成 22 年度より井笠圏域障害者自立支援協議会の地域部会のサブ部会として、障害者自立支援協議会の組織に位置づけたことで、「障害者自立支援協議会」の中で「精神障害者対策」の位置づけを強化できた。代表者会議は平成 22 年度より市町福祉部門の関係者を構成員に含め、従来の保健中心から変更した。会議は個別会議と全体会議で構成される。個別ケア会議においては構成員以外の関係者が柔軟に参加できるようにした。また、代表者会議に障害者自立支援協議会の会長（構成員以外）を毎回出席してもらうことで会長個人はもとより、障害者自立支援協議会自体が精神障害者対策について理解を深められるよう配慮した。このことにより、従来の保健・医療中心の地域移行支援会議から福祉部門を巻き込んだ支援会議となり、ネットワークの拡充が図れた。

２．関係者の意識の変化

特に市町福祉部門においては、身体障害者・知的障害者に比較して、精神障害者に接することが少なかったことにより、その対応方法に不安を感じていたが、「精神障害者対策」について理解を深めることができた。

医療機関においては、病院関係者でない「地域移行推進員」が病院に頻繁に出入りすることで、職員が外の風を感じ、地域（退院）移行に積極的になるとともに、看護・介護を見直す機会ともなっていた。

平成 23 年度に民生委員・愛育委員を中心に、当事者（スピーカーズ・ビューロー井笠）の話を聞き、障害者理解を深めてもらう研修会を展開している。民生委員・愛育委員さん方は今まで直接話すことがなかった精神障害者と話すことで、今まで疑問に思っていたことも聞くことができ、自分たちはどのように接すればよいのかを考える機会となったとともに、精神障害者に対する理解が少しずつ深まってきたと思う。また、一般住民への精神障害者理解への啓発に当事者活動が必要との認識が代表者会議の構成員からもでてきた。

３．新たな社会資源の創設

①住宅問題への取り組み

平成 22 年度には管内各市町の公営住宅部門に地域体制コーディネーターと事務局員等が訪問し、現状調査と「おかやま入居支援センター」の活動、法人保証人についての意向を聞き取った。結果は代表者会議等で報告し、引き続き個別ケースに応じて法人保証人問題に取り組むことを確認した。平成 23 年度には個別ケースから働きかけた笠岡市において、法人保証人が認められた。おかやま入居支援センターの単独保証人を会議としては考えていたが、地元の法人をという市側の意向を鑑

み「おかやま入居支援センター」と「すみれ会」の連帯保証人となった。ＮＰＯ法人の法人保証が認められたことで管内の住宅問題が一歩前進出来た。

②緊急時の対応への取り組み

天涯孤独なケースへの対応への取り組み：すみれ会が市営住宅入居の保証人になるに伴い、24 時間 365 日の医療以外での緊急時の対応を如何にするかが課題となった。法人内での検討結果、このケースに限り、法人職員が夜間休日電話対応する体制が整った。

③「スピーカーズ・ビューロー井笠」の立上げ

平成 23 年度に当事者が体験を語り当事者理解を深めてもらう活動として「スピーカーズ・ビューロー井笠」を立ち上げた。平成 23 年 11 月現在 5 人登録済み。

④管内保健医療福祉サービスの実績（新規）

かかりつけ病院からの訪問看護が望めない（遠距離のため）障害者のために、管内にある訪問看護ステーションに精神障害者への訪問看護を依頼したところ、1 箇所が平成 22 年度に新たに、訪問看護を開始した。

＜今後の課題＞

１．地域移行・地域定着支援事業の終了者に対する支援が、今後も円滑に進むこと。

２．地域移行・地域定着支援会議が精神保健福祉対策全般に関して検討できる場に発展させること。

３．保健福祉医療のさらなる連携強化。

＜活動実績＞　　（平成 23 年 11 月末現在）

				H20 年度	H21 年度	H22 年度	H23 年度
基盤整備	人材育成	保健所職員研修および関係機関研修（井笠支所実施分）		退院支援に関する理解促進のための基礎研修	シンポジウム開催	研修＋事例検討会の開催 1 回	研修＋事例検討会の開催 4 回予定 （実施中）
		地域移行推進員				H22.9 から週 1 回班長との面談	
	体制整備	井笠圏域地域移行・地域定着支援会議	実施要綱の設置	井笠圏域地域移行支援会議設置実施要綱制定(H20.6.17)	一部改正 会議の開催回数の変更月 1 回から年 6 回以上	一部改正 名称変更 業務内容変更、位置づけの明確化	
			会　長	管内精神障害者家族会連合会の会長			
			事務局	井笠圏域障害者自立支援協議会において精神を主に担当する者			
			構成員	市町保健・精神科病院・当事者団体・家族会・すみれ会・保健所（班長・業務担当者） H20 年度 13 人、 H21 年度 12 人		H20 年度～H21 年度構成員＋市町福祉（市町は原則課長補佐以上を依頼）構成員以外で障害者自立支援協議会会長、井笠支所長の参加を求める。必要時備中保健所長。H23.12 から地域部会長 H22 年度 21 人（+2 人） H23 年度 27 人（+2～3 人）	
			会　議	7 回(全体の中で個別会議)	6 回(全体の中で個別会議)	代表者会 4 回 個別会議 8 回	代表者会 個別会議 （実施中）
			内　容	対象者の決定、個別計画の作成、協力施設の決定、進捗状況の把握、事業評価、社会資源の把握、その他必要事項の協議		**代表者会議**：進捗状況の把握、事業効果の評価（24 年度はアンケート実施）、社会資源の把握・開拓、地域病院交流会の協議、その他必要事項の協議、地域病院交流会の協議、その他必要事項の協議 **個別支援会議**：対象者の決定・終了の決定、個別計画の決定・見直し、問題点の分析、全体会への提言	
		井笠地域障害者自立支援協議会との連携		地域部会の中にある精神障害部会において地域移行支援について協議。（幹事会・実務担当者会議で主旨説明し了解を得た。）精神障害者部会=地域移行支援会議		井笠圏域地域移行・地域定着支援会議を井笠地域障害者自立支援協議会「地域部会の中のサブ部会」として位置づける。代表者会議年 4 回、 個別ケア会議は随時開催	
				実務担当者会での活動報告			
					フォーラムの共催（シンポジウム井笠地域で暮らす）		
		医療機関への啓発活動				病棟掲示用地域移行流れ図の提供	
		地域病院交流会		H21.2.26 80 人参加 地域活動支援センター通所者・指導員・家族の発表、市町別グループ交流	H21.11.19 91 人参加 文化祭とあわせて実施 文化祭（保健所・地域活動支援センター紹介パネル展示）、交流会（レクリエーション、ミニコンサート、座談会）	H22.9.29 81 人参加 地域活動支援センター通所者・指導員の発表、ミニコンサート、地域別グループ交流会、発表	H23.10.13 62 人参加 当事者発表（スピーカーズ・ビューロー井笠）スライド上映、発表者と入院者・家族との意見交換会
		備中県民局精神障害者地域移行推進協議会		1 回 （代表者会議）	1 回 （代表者会議）	1 回 （実務者会議）	

	一次予防	地域住民への啓発活動（偏見除去活動）				ふれあい研修会（スピーカーズ・ビューロー井笠設立）民生・愛育委員対象　（実施中）
地域体制整備コーディネート活動		地域移行推進員との面接・助言・指導・情報共有			H22.9から毎週1回コーディネーターと面接の実施	
		個別支援計画関係			計画表の様式を井笠版に改良（目的：各機関の役割の明確化）	（本庁で様式の変更あり）
		事業の流と役割図	作成（目的：関係機関での事業の共有、役割の確認） 随時変更、H22年度手順の見直し実施			
		住宅問題への取組		地域移行支援会議の場で住宅関連の中央研修の復命をする	管内市町 公営住宅調査	笠岡市営住宅の保証人が法人で許可される
		評価（振り返り）				患者・家族、代表者会議構成員および病院関係者へのアンケート（実施中）
被個別支援者		新規者 実施医療機関名	ももの里病院	ももの里病院 まきび病院	ももの里病院	倉敷仁風 ホスピタル
		年度始め者数	0	2	4	3
		新規	2	2	1	1
		終了(在宅生活6ヶ月経過者)	0	0	2	0
		中止	0	0	0	0
		年度末継続者数	2	4	3	4
		新規者市町名・人数	笠岡1 井原1	笠岡1 井原1	里庄町1	浅口市1
		地域ケア 個別会議開催回数	A氏4回 B氏4回	A氏7回 B氏7回 C氏1回 D氏4回	A氏2回 B氏1回 C氏3回 D氏1回 E氏1回	B氏3回 D氏1回 E氏1回 F氏2回
			実2人延8回	実4人延19回	実5人延8回	実4人延7回
		退院先			A氏　GH C氏　自宅	B氏　市住（管内転居） E氏　自宅 F氏シェアハウス

６．備北保健所・備北保健所新見支所の取り組み

平成 20 年度から、こころの医療たいようの丘ホスピタル（H23.9.1 高梁病院から改名）に入院している保健所管内の患者の地域移行を目指す取組を開始した。

１．地域移行推進員の設置

平成 20 年度～22 年度の間、管内では推進員の確保が困難であったため、岡山県精神保健福祉センターの職員が担当し実施していた。平成 23 年度からは、管内のこころの医療たいようの丘ホスピタルを運営する医療法人に推進員を配置し支援を引き継いだ。

２．地域移行支援事業における支援の流れ

①対象者の選定。医師より対象者へ、事業の説明 ｝病院内での調整
②対象者への事業利用の意思確認 ｝
③推進員及び保健所保健師（地域体制整備コーディネーター）へ連絡
④推進員及び保健所保健師による対象者への面接をスタート
⑤具体的な支援の実施（院内面接・外出支援等）
⑥各市で実施される自立支援協議会での対象者の支援の検討

＊自立支援協議会を活用し、個別支援会議を必要に応じて随時開催。
＊年数回、関係者による「地域移行支援連絡会議」を開催。

３．支援対象者

平成 20 年度から対象となったケースの内、家族の理解が得られない、本人自身に退院の意欲がない、病状が不安定である等の理由により、当事業の活用が難しいケースもあったことから、平成 23 年度の推進員変更に伴い、対象者についても改めて選定し直すことを病院に依頼した。

こころの医療たいようの丘ホスピタルの新病棟改築に伴う病床数の減少等の効果もあり、平成 23 年度から対象者は大幅に増えている。

平成 23 年度については、対象者 8 名の内、3 名の方が退院しており（高梁地域 1 名、新見地域 2 名）、介護保険や障害福祉サービス等を活用しながら生活している。

４．地域移行支援の評価・課題

当初の対象者 4 名は、長期の入院により本人自身に退院の意欲が低く、病状の不安定さやコミュニケーションが取りにくい面があった。また、家族の理解や協力が得られにくいケースであったため、推進員が病院を定期的に訪問し、本人の気持ちを引き出すことに努めた。また、推進員は、病院と連携し家族との調整や地域への外出支援を地域活動支援センター（新見地域）や市、保健所等の職員等と試みており、地域で暮らすことの実際を体感してもらうことも実施してきた。このような活動をしていく中で、病院と地域の支援関係者との連携が図りやすくなったとともに、地域自立支援協議会等において、精神障害のある人が地域で生活するための課題や支援の必要性

について、改めて検討していく基盤ができてきたと思う。対象者の見直し後、実際に退院まで進んだケースが３名あり、地域活動支援センターや市、保健所等地域の支援者と連携し、地域定着に向けて支援を継続しているところである。

今後の課題としては、地域移行対象者の支援の際に、個別ケア会議で具体的な支援について検討するとともに、個別支援から地域課題を抽出して施策化していく流れが自立支援協議会でできることや、家族と同居できない場合の退院先の確保、交通の不便さや病状の不安定さ等により、福祉サービスを活用しにくいケースへの支援体制の充実等が求められる。

５．各地域での活動について

１）高梁地域

高梁地域の支援体制は、高梁市（たかはし障害者相談支援センターも含）、ＮＰＯ法人ハピネスたかはし会（市内 2 ヶ所の共同作業所運営）、保健所等が連携を図りながら活動している。また、地域住民に対する普及啓発については、精神障害に特化せず３障害を対象とした支援体制の充実を目指し、毎年自立支援協議会が中心となり実施している。当事業については、自立支援協議会精神保健部会を活用した個別ケースへの検討が進みつつあるが、個別事例の検討を更に積み上げていく中で、地域課題の抽出・施策化に向けた取り組みがより必要と思われる。

また、地域での高齢化がすすみ、認知症患者の相談や対応も今後ますます増加してくると思われるため、より一層、介護保険担当部署、地域包括支援センター、医療、福祉等との連携を図れるよう保健所としての役割を担っていきたい。

２）新見地域

新見地域の支援体制は、新見市、新見市障害者地域活動支援センターⅠ型を中心に医療機関やつつじ憩いの家共同作業所、保健所等が相互に連携し、活発な支援活動を展開している。また、障害者自立支援協議会の事務局も、障害者地域活動支援センター内にあり、障害者の自立した地域生活を支援するために、関係者によるネットワークの構築、相談支援専門員の資質向上など相談支援事業の整備充実に努めている。協議会には、地域生活支援部会（生活部会・就労部会）、児童支援部会があり、当事業については、生活部会で協議することを位置づけており、地域課題について意見交換や情報共有を行っている。また、地域住民へ精神保健の理解促進のための普及啓発活動や、当事者と地域住民との交流事業、障害者の就労に向けての活動等を実施しているところである。

６．その他

高梁・新見地域における「地域・病院交流事業」は、こころの医療たいようの丘ホスピタルを会場に、地域の作業所や民生委員等との交流を図ってきた。参加された民生委員からは「当事者を理解できる有意義な機会である」との意見があった。心の病を身近なものと感じ、理解がより深まったようである。今後は、民生委員をはじめ、愛育委員、栄養委員、近隣町内会等、地域住民の生活を支える役割を担うであろう他の組織の方々とも交流の輪を拡げていきたい。

７．真庭保健所の取り組み

１　精神障害者地域移行・地域定着支援事業について

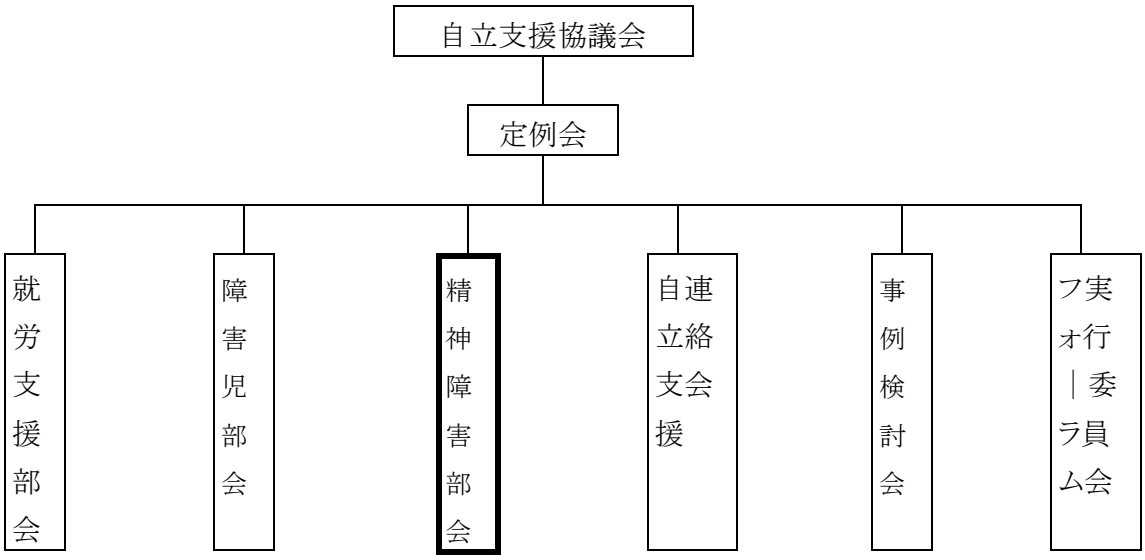
真庭地域における本事業は、管内の精神科病院を運営する医療法人に推進員を配置し、平成 20 年から実施している。対象者は同法人の精神科病院で決定している。推進員は、対象者に面接を重ねながらケアマネジメントし、病院内の調整、地域との連携を地域生活支援センターを介しながら、頻回のケース会議を開催し、積極的に地域に働きかけ地域移行を推進している。また、推進員はケースに寄り添い一緒に考える事を重視し、表情の変化や気持ちを受け止めて、本人のエンパワメントに驚きと感動を覚え、取り組んだことに対する評価も伝えながら支援し、この事業において重要な役割を果たしている。働きかけの結果、対象者 9 名の内 7 名を退院に結びつけることができた。

２　真庭地域自立支援協議会について

地域支援ケースの状況を自立支援協議会の精神障害部会で、推進員が定期的に報告している。

精神障害部会は、安心して過ごせる地域社会の構築を目指し、当事者同志また地域の人たちが楽しみながら交流し、当事者の思いを伝え、理解し合う場として「真庭生き活きハート交流会」を毎年開催している。この交流会は、退院し地域で暮らす当事者も実行委員のメンバーになっているため、当事者自身の思いを重視し、役割を持つことで自己実現する場にもなっている。

また、精神障害部会では精神障害に対する理解を深めたり、精神障害のある人の社会的入院の問題を地域の人たちと一緒に考えるための研修会を継続し実施している。



３　地域・病院交流事業について

管内の精神科病院では、院内の季節行事としていた活動を、平成 21 年度から行政関係者、地区組織関係者等も参加し、地域・病院交流事業として、理解と交流を進めている。

４　美作県民局精神障害者地域移行推進協議会について

2 保健所 1 支所が一緒になり年 3 回実施している。参加している機関は、精神科病院、地域活動支援センター、市町村、精神保健福祉センター、保健所であり、各々の地域での地域移行・地域定着の状況を報告するとともに、地域移行支援の研修を実施している。

５　地域体制整備コーデイネーターとして

地域体制整備コーデイネーターとしての保健所保健師は、この事業を組み立てる為、精神科病院、市村、自立支援協議会等に働きかけ理解と協力を求めてきた。また、保健所精神保健福祉担当者は自立支援協議会のメンバーとして、交流会、研修会等の企画、実施、運営にも参加している。

６　今後の地域移行・地域定着支援について

管内の拠点病院の精神科医師から、「退院可能な全員を退院させることを目指しているが、当事者に退院に向かう意欲をもたせることが難しい。また、真庭は農山間地域であり、コンビニ等も限られており、地域で生活しようとするとき、ある程度の料理ができるようになるとともに、収入の範囲内で生活できる経済観念をもつことが必要。加えて地域の理解と協力そして仲間がいることが重要である。更に交通機関が限られており、通院また日中過ごす場所の利用にも、足の確保が難しい。住まいの確保は課題であり、近隣にはグループホームが極めて少ないため、まず必要なのは、安い家賃で入れる住居。空き屋をシェアーし借りられるシステムが考えれないか。」という話があった。

このように色々な課題はあるが、このうち特に住宅確保については、柔軟な発想で実施可能な方法を自立支援協議会の中で協議し、地域住民や不動産関係者に投げかけ理解と協力が得られるよう働きかけていきたいと考えている。

また、この地域は推進員を管内の医療法人のケースワーカーに依頼しているため、今までは対象者の決定等について精神科病院との調整は必要なかったが、今後は対象者の選定が大きな課題となってくる。「社会的入院」を解消し、地域移行を促進するためには、次年度から実施される障害者自立支援法の一部改正に伴い、支援の拠点を新たに定め、更に地域のシステムを構築しなくてはならない。

８．美作保健所の取り組み

１　はじめに

美作地域では、従来から精神障害のある人が住み慣れた地域で孤立することなく暮らせるよう、関係者が顔の見えるネットワークを作り支援を行っていた。

平成 18 年度に美作ＡＣＴが美作地域において発足し、地域の困難事例に対してチームアプローチを行った。

美作ＡＣＴの活動を中心に、精神障害のある人を地域全体で支えるための方策について、「美作圏域包括的地域支援ネットワーク会議」で関係機関が協議することにより、美作圏域におけるネットワークの強化が図られた。

このネットワークの活用により、様々な理由で退院ができなかった長期入院者に対して、退院後の地域支援体制を整え、地域でその人らしく生活できるように支援をすることができた。

地域移行・地域定着支援を推進した、美作地域における精神障害のある人を支える顔の見えるネットワークの経過について、下記のとおりまとめた。

２　美作ＡＣＴの発足と美作ＡＣＴを中心とした活動の開始

ＡＣＴは、多職種による専門職チームが、地域における危機介入、精神科病院入院患者に対する退院促進、住居確保、就労支援等の多岐にわたる支援を一体的に行うチームアプローチである。　ＡＣＴおかやま事業は、平成 17 年度から開始し活動を広げており、美作ＡＣＴはその 1 年後に希望ヶ丘ホスピタルが、「ＡＣＴおかやま事業」の民間委託を受け、美作地域において活動を開始した。

美作ＡＣＴでは、未治療者、治療中断者、地域の困難事例等、医療や社会から孤立した重度の精神障害のある人が、地域で孤立することなく住み慣れた場所で安心した生活を維持・継続できることを目的としている。

当初希望ヶ丘ホスピタル院内の関係者が集まり、個別ケースのアセスメント、計画、実施、評価を繰り返しアプローチを続けていたが、個別ケースを取り巻く保健所、市町、精神保健福祉センター等の関係機関も入り、支援の方向性を検討していった。

様々な職種の専門家で構成するチームが、ケアマネジメントの手法を活用しながら、当事者の多岐にわたるニーズに対応するため、「リカバリ」、「ストレングス」、「アウトリーチ」の視点を大切にして、包括的支援を提供することにより地域支援体制の充実を図った。

〇美作ＡＣＴの活動内容

- 精神科病院との連携により退院促進を行う。
- 未治療者、治療中断者、地域の困難事例に対して、訪問を中心とした支援により、地域生活を維持できるよう支援体制を構築する。
- 危機に介入することにより、入院回避を行う。

３　美作ＡＣＴを中心とした美作圏域におけるネットワークの強化

美作ＡＣＴの活動を核にしながら、美作圏域の関係機関が集まり地域全体で精神障害のある人を支えるネットワークづくりを推進するため、平成 18 年度より「美作圏域ＡＣＴネットワーク会議」を希望ヶ丘ホスピタルが事務局として実施することになり、美作地域の 3 保健所ではその立ち上げの支援を行った。

当初は、「美作圏域ＡＣＴネットワーク会議」を通して支援のあり方、考え方などを共有することで、支援者のスキルアップ、レベルアップを意識しながら取り組んだ。

社会資源の少ないこの地域での地域生活支援を、どのように行っていくか話し合いを繰り返した。支援者の「やってみよう」という気持ちを尊重し、個別支援の関わりを通じて、顔の見える連携を大切にしながら、更に各関係機関のつながりを強化していった。関係機関がつながることで、対象者の安定したその人らしい地域生活への支援に取り組めた。

また、平成 19 年度には、個別支援のみでなく精神障害のある人を地域全体で支える仕組みを更に強化するため、会議の名称を「美作圏域包括的地域支援ネットワーク会議」（以下ネットワーク会議）と改称した。これらの取り組みを継続することで、精神障害のある人を地域全体で支えるための課題を検討

し、積み重ねることができ、地域のネットワークが強化していった。

○美作圏域包括的地域支援ネットワーク会議
・参加者：美作圏域の保健所、市町村、地域生活支援センター、地域活動支援センター、精神科医療機関、精神保健福祉センター
・内　容：退院促進、地域支援についての事例検討
精神障害のある人を地域全体で支える体制づくりについて

４　顔の見えるネットワークによる地域移行・地域定着支援について

平成 20 年度より、地域移行・地域定着支援について推進するため、県民局単位に「地域移行推進協議会」を設置するよう位置づけられたが、美作地域では、前記のとおり、顔の見える関係づくりを大切にしながらネットワークを構築していたため、「ネットワーク会議」を「地域移行推進協議会」と位置づけることができた。

「地域移行推進協議会」では、美作県民局管内の保健所、支所が中心となり、精神科医療機関、関係機関で、地域移行・地域定着支援について協議した。ここでは、地域移行に向けた精神科医療機関における取組と精神障害のある人の生活を支援するための関係機関の取組について相互に共有し、協働し合うことで、連携の強化が図られてきた。

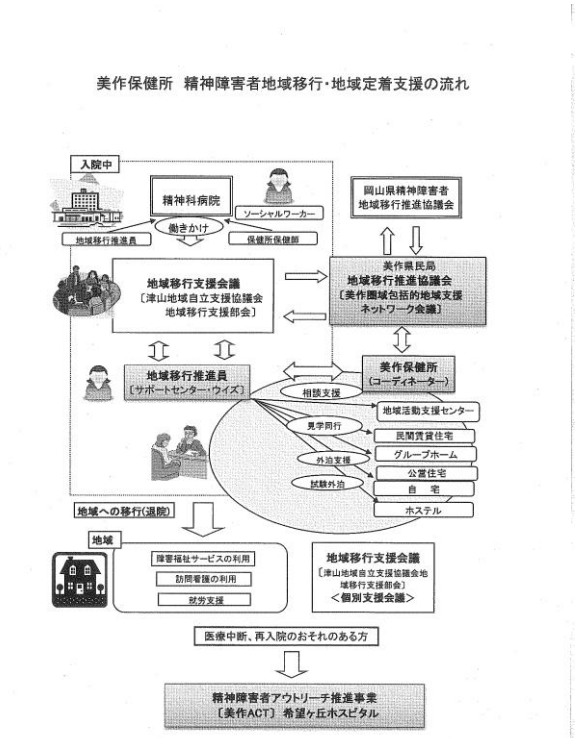
また「ネットワーク会議」については、希望ヶ丘ホスピタルが事務局を持ち活動をしており、精神障害のある人を地域で支えるための重要な場となっている。

従来のネットワークを十分に活用しながら、コーディネート機能を強化した形として「地域移行推進協議会」と「ネットワーク会議」を一体的に推進することで、より有機的な連携や協働を行うネットワークへと発展させることができた。またネットワークの活性化によって、地域の支援の力の向上に寄与している。

このネットワークを活用しながら、様々な理由で退院ができなかった長期入院者に対して、本人を中心とする家族、市町村、相談支援事業所等の関係機関が協力し、サポートセンターウイズの推進員がケアマネジメントの手法を用いて、退院後の地域支援体制を整え、地域でその人らしく生活できるように支援を行っている。

保健所保健師もコーディネーターとして、推進員の支援を行いながら、美作地域のネットワークを活用することで、地域全体で地域移行・地域定着支援を推進することができている。

地域移行・地域定着支援事業が、平成 24 年度から「地域相談支援」として位置づけられる予定であるが、当事者を中心とした関係機関の「顔の見えるネットワーク」を継続しながら、今後とも美作地域で精神障害のある人がその人らしく生活ができるよう、関係機関で支援を行っていく。



９．美作保健所勝英支所の取り組み

【勝英支所管内の概要】

○人口 49,132 人、高齢化率 32.9%（H22.10.1）

○精神科医療機関が無く、精神保健福祉資源が少ない（精神保健福祉関係資源マップ H23.4.1 より）

地域活動支援センター(相談支援)2、グループホーム 1、共同作業所 1、患者会 5(内休止中 1)、家族会 6(内休止中 2)、居宅介護 8、行動援護 3、(就労継続支援 B 型の従たる事業所 2)

○精神保健福祉手帳保持者 132 名、自立支援医療受給者 457 名(H23.3 末)

【事例紹介】

60 代、男性、統合失調症、入院期間 18 年 5 ヶ月、障害基礎年金１級受給

＊経過；親が入所後、一人暮らしとなり、悲観的になり自殺企図により入院。病状安定後、外勤で 17 年間、食肉関係の仕事をした。

(H20 年度) 事業対象者として支援開始していたが、退院後の経済面、健康面、食生活の不安があり退院支援は進まず、一旦支援を中止した。

(H22 年度) 65 歳になり老齢基礎年金受給に伴い経済的不安が軽減され、再度、事業対象者として支援開始し、H22.6 月に退院した。

＊支援者；病院スタッフ、地域移行推進員、地域生活支援センター、市町村、保健所

＊入院中の取り組み

・金銭・服薬管理、外泊を行い自信をつけた。不安にはスタッフが細かく対応した。

・通所予定先の地域生活支援センターを見学、スタッフと面接し顔つなぎをした。

・自宅は住めない状態で、兄宅の離れに退院する方向で、兄の意向を尋ね理解をしていただいた。

・本人の意向を踏まえた退院後の生活支援計画の検討。（特に、不調時の支援体制）

＊退院後の支援等

・地域生活支援センター通所週 2 回（送迎有）　・近隣市の病院にバスを利用し通院月 1 回

・地域移行推進員訪問、電話相談随時　・訪問看護月 2 回　・民間業者による配食サービス

＊現状

・兄の理解、援助があり**安心できる生活の場**が確保され、自立した生活ができている。

・通所先スタッフ、他の通所者との関係良好で**良い交流**が図れている。

・通所先スタッフに**生活相談**が気軽にでき、苦手な冬を越すことができ自信につながった。

・**本人の持つ力が発揮**され、通所施設においてリーダー的な存在として活躍している。

・必要時は、**関係者が連携して支援**できる体制が構築されている。

＊事業終了後

このまま**住み慣れた地域で仲間とともに楽しく安心した生活ができるよう**、加齢に伴う変化にも注意しながら、本人が生活力を維持するとともに、本人の変化や不調を早期発見できるよう生活支援センターが中心となり支援を継続する。

【支援体制づくり】

1『美作県民局精神障害者地域移行推進協議会』(美作圏域包括的地域支援ネットワーク会議に併せて)

事務局の美作保健所と連携しH20年度より年3回開催。

内容；事業報告や課題及び対策の検討、困難事例の検討、成功事例の紹介、研修等

2『勝英地域自立支援協議会』との連携

H20年度；事業開始にあたり、協議会の部会に地域移行支援を進める部会を新規に設置。
「地域移行支援部会」とし、対象者の情報共有と支援内容の検討を行った。

H21～22年度；年2回、事例の検討等を実施。地域の課題の抽出及び対策の検討には至らず。

H23年度；部会名を「おかえりサポート部会」と名称変更。地域に安心して帰り暮らしていただけるような体制を整備したい思いから部会員全員で考えた。
しかし、5月時点で対象者は0になり、何故、退院可能者が少ないのか話合った。

〈課題〉

・長期入院により、本人の意欲が低下したり、自宅が住めない状態になっている。
・高齢化が進み、迎える家族が要介護状態であったり不在であるために不安がある。
・管内には精神科病院がないため通院に長時間を要し、治療中断も危惧される。
・日中活動の場が少なく、通所手段も限られている。

〈課題解決のために必要なこと〉

・入院中からの本人、家族との関係づくり　・家族の思いの把握と理解促進
・入院中から日中活動に参加し体験できる場　・入院患者とピアサポーターの交流
・安心して生活できるためのグループホーム等住環境や福祉サービスの充実
・生活リズムの獲得や他者との交流のための日中活動の場、就労に向けて訓練等ができる場の充実と送迎など通所しやすい体制づくり
・通院のための交通手段の確保（利便性のある公共交通機関、移動支援等）
・訪問看護やアウトリーチの充実による病状悪化の早期発見と早期対応

〈H23年度の活動〉

①事例検討、地域のニーズ把握、支援体制づくりの検討
②社会資源を詳細に把握し資源マップの作成
③理解啓発のための研修企画（次年度開催に向けて）
④入院患者とピアサポーターの交流（地域で生活している当事者が病院に出向き、入院中の患者さんに地域生活の様子を伝えるなど交流を図った。）

※社会資源の少ない当管内では、人的資源が重要な役割を担っています。
当管内で地域移行を推進しているのは、関係者の『顔の見えるネットワーク』！

精神科病院の変化

県内ほとんどの精神科病院が本事業を活用し、地域と連携して退院を進めました。倉敷神経科病院の職員アンケートと保健所の聞き取り調査結果を紹介します。



精神科病院の変化

１．職員の声

平成 23 年 11 月 10～30 日の間に、詰所にアンケート用紙を置いて職員に協力を呼びかけましたので、紹介します。

〇地域移行推進事業が実施されて良かった点、改善された点は？
〇地域移行推進事業が倉敷神経科病院で実施されたことによってどのような変化があったでしょうか？

＊支援により退院していかれる方を見て、自分も帰りたいと思った方、いずれ自分も退院しなければならないだろうか、できるだろうかと思った方が増え、意識の高まりが患者様にもスタッフにも見られるようになり外へ向けての活動も活発になっています。
＊支援により無事に退院できているケースもあれば、家族の協力が得られず前に進めない方、声をかけられて不安をかかえる方もいます。家族とのつながりの大切さを感じました。退院に向けての働きかけが出来るようになり良かったと思います。
＊長期入院者が社会に帰るという事が、とても難しい事だと思いました。御家族の協力が得られたら、もっと多くの方が社会に帰る事が出来るのではないでしょうか。支援の方と看護師と御家族が密に協力していく事が必要になってくると感じました。
＊長期入院者が退院できて生活できている姿を見ると、嬉しく思います。又、なかなか前に進まず拒否的な方に対して、支援の方が根気強くかかわって頂いて感謝しています。私たちも病院の中だけでなく外に目を向けていくように変わってきています。
＊長期入院者にとって退院は、かなりの勇気が必要と思われます。細やかな配慮が必要で、特に家族とのつながりが希薄では大変だと思いました。しかし退院後、作業所に行ったり支援センターに行ったりと変化があり、視野が広がって生活でき、表情がよくなっているのをみると嬉しく思います。
＊長期入院者に退院を勧めると『何を今さら』と言った言葉が、強く残っていますが、前に進めて良かったです。長期入院から社会に出ることに、本当に不安が大きかったと思いますが、本来の患者様の持っている力を引き出すことや患者様の気持ちに寄り添うなど、看護の基本に戻れたように思います。
＊思わぬ方が退院になって、外での生活ができることを実感できました。
＊本人の思いを大事にし、色々な所を見学し納得できる所へ退院でき良かった。
＊他の患者様の中には、外へ出る事に不安が強くある事が分かった。
＊少しでも外へ出ることに抵抗がないよう、職員付き添いで外出する事が増えた。
＊家族の面会時等に家族背景や家族の思い、現在の患者様の状態、外出や外泊等について、以前よりも会話するようになった。
＊退院はしたが、すぐに再入院するであろうと予想していた方が、通院し作業所に通っているの

を見ると、やってみるべきと実感した。

＊この事業にかかわったことで、より深く対象者の背景を知ることが出来た。

＊退院支援に看護師がかかわることで、看護師自身の仕事への意識が変わってきたように感じます。

＊当院だけでなく他機関が関わって下さった事により、刺激になり退院に向けてスタッフのモチベーションが向上しました。また多職種、多機関、地域とのつながり等、いろいろな方の協力があってこその退院である事、長期入院の方なので退院後のフォローも大変で、病院スタッフだけでは、とうてい無理な事を 24 時間体制で地域での生活を支えて下さっているのを見て、勉強になると同時に、当院としては、どこまで介入すべきなのか悩むこともあります。ほんの小規模ですが、訪問看護も始まり、在宅看護にも目がむくようになりました。

＊入院者にむけて、退院者からの現状等の体験談を話す機会をもうけるようになり、一緒に入院生活を送った仲間が、社会にでてどう感じているのか、一番近い存在として勇気づけられたのではないかと思います。体験談を話して下さった方も、皆の前で話すことで自信につながったのではないかと思います。

＊退院後の施設（グループホーム・ケアホーム・援護寮・作業所、支援センター等）の見学に積極的に行くようになり、場所、雰囲気等が把握できるようになりました。

＊事業を利用するにあたり、家族のつながりを今一度たどり、退院された方はよかったと思いますが、なかなか前に進まず症状悪化になると、如何に寄り添うかが難しいです。まず退院可能な対象者の選択が下手なのではと思います。また、退院後のサポートも気になります

＊退院可能な方を、どう選択していくかが非常に難しいと感じています。御本人の退院にむけての意欲、御家族の協力体制、御本人の病状を検討して決定しているものの、病状が不安定な方でも、多大な支援体制のおかげで、なんとか社会生活を維持できる例もある一方で、病状が安定していて社会性のある方でも、御家族の不安が強くて、前に進めない例もあります。当院の場合は御家族の不安については、支援の方の粘り強い交渉のおかげで、前に進めたケースが多いです。また、若い頃から病院でしか生活したことのない方の社会生活上の困難は、半年、一年たってからが正念場だったりもします（訪問販売などの詐欺の被害にあっても、御本人は理解できないなど）。当院にとって最大の収穫は、《精神科の患者様も社会の中で生活していくのが基本である》 という意識を病院職員全体で身をもって体験させていただけたことだと思います。

２．保健所と行った事業の振り返り

平成 24 年 1 月 12 日、病院と備中保健所、倉敷市保健所、精神保健福祉センターの関係者で利用者 7 人の個別支援の振り返り、支援について感じたことや地域課題など自由に話し合いました。事業全体を通して次のような意見が出ました。

＊院内では、病棟を超えた会議をするようになり、病棟カンファレンスも増えた。長期入院者について話し合ったり、治療計画や看護計画も考え直したりすることが増え、今まであまり注目

していなかった人に目が向くようになった。

＊社会資源や制度の知識、地域支援の人たちとのかかわりについても不十分だったと感じている。徐々に、精神保健福祉士らしい仕事ができ始めた。

＊小さい病院なので、みんなで患者さんの事にかかわっていく気風がある。事業を通じ、職員が皆、患者さんと地域へ出る事が増え、地域での活動が増えた。少人数でも気軽に外出できるよう、軽自動車を購入し活用している。

＊院外の人が入ってくれるのは、問題はない。プロの人たちなので秘守義務もあるから。

＊地域・病院交流会は、入院者は興味を示してくれたがその先に行かない。今後は、その先に行けるような企画をしていきたい。

＊今までバス旅行を年 1 回していたが、最近は、個々の希望に応じるよう変化している。例えば、一人当たり予算 2,000 円でそれぞれ外出計画を立てて、レストランで外食したり、映画鑑賞などに行くようになった。患者さんにも好評。

＊頑張って退院しても再入院するのは残念なことである。長期入院者の地域生活の練習のためのグループホームや発達障害等のケアホーム等の資源を地域にもっと増やして欲しい。

病院で外出用に車を買いました。小回りのきく軽四です。



バス旅行の季節ですが、今年は少し嗜好を変えて皆さんが元気になる計画を立てたいのですが、何か希望はありますか？ (..)φメモメモ

たまにはレストランで外食したいなあ。(*^_^*)

イオンで映画を見たい。(^ v ^)

行きましょう！！(*^^)v



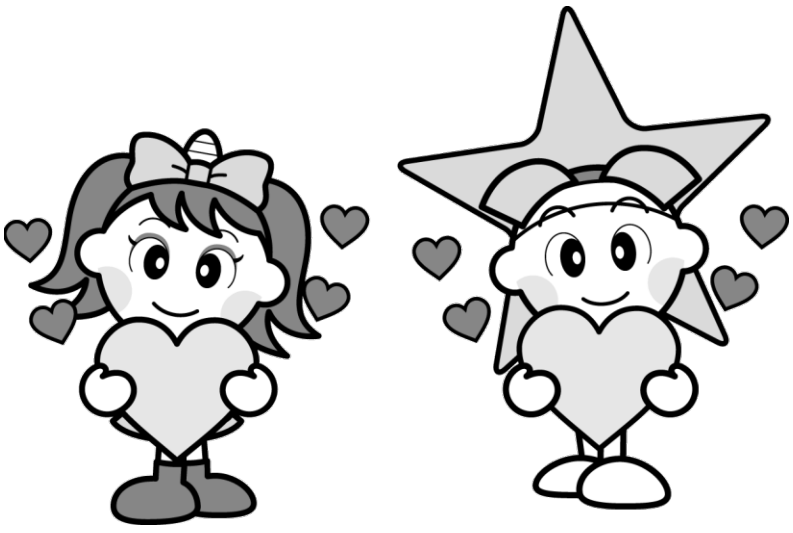
お寿司じゃろう。マグロがええわぁ。
)^o^(

アリオだったよね。今日は、何食べる？
(^ u ^)

私は、回転せんお寿司がええなあ・・・
(-□-)

資　　料

本事業の実施に関する資料の中で、特に参考になりそうなものを抜粋して掲載しました。試行錯誤しながらの取り組みなので、完成品ではありません。これらの資料をたたき台にしていただけたらありがたいです。



入院患者の地域移行困難要因に関する調査について

○平成 19 年 2 月 23 日に開催した平成 18 年度岡山県精神保健福祉審議会において、退院促進にどのように取組むか検討するためにワーキンググループを設置するよう意見が出た。
○これをうけ「退院促進」検討委員会を設置し、入院患者の地域移行困難要因に関する調査を実施し、精神保健福祉審議会に報告した。

○入院患者の地域移行困難要因に関する調査概要

・目　的

精神科病院の協力を得て、県内精神科病院に 1 年以上入院中の患者について、地域移行が困難になっている要因を把握し、その解決のために必要な障害者自立支援法に基づく各種サービス等について市町村等に提示し実施に向けて働きかけるとともに、経年的に調査を実施することで、対応・整備状況等について検証し、地域支援の更なる充実に資することを目的とする。

・調査対象年月日

平成 20 年 5 月 1 日現在

・調査対象

・　平成 20 年 5 月 1 日現在で、入院期間が連続して 1 年以上の者で、次のいずれかに該当する者

①条件が整えば退院可能と主治医が認めた者

②本人が退院を希望している者

（病院における 1 年以上入院患者数の約 10％以上を目安とする）

・調査対象病院数

岡山県内の全精神科病院 24 病院の内、1 年以上在院者がいない 2 病院を除く 22 病院を対象に実施した。

・調査票送付数　588

・調査票回収数　303（51.5％）

・調査の実施及び分析

岡山県精神保健福祉センター

入院患者の地域移行困難要因に関する調査結果（平成 20 年 5 月 1 日現在）

表１　所管保健所別回答数

保健所	入院時の居住地	高齢者		総計
		該当	非該当	
岡山	吉備中央町	1	1	2
	玉野市	7	6	13
	瀬戸内市	9	3	12
岡山 集計		17	10	27
岡山市	岡山市	38	45	83
岡山市 集計		38	45	83
東備	赤磐市		1	1
	備前市	4	5	9
	和気町		1	1
東備 集計		4	7	11
倉敷	早島町	1	1	2
	総社市		4	4
倉敷 集計		1	5	6
倉敷市	倉敷市	32	46	78
倉敷市 集計		32	46	78
井笠	井原市	3	11	14
	笠岡市	4	8	12
	浅口市	2	2	4
	矢掛町	2	4	6
井笠 集計		11	25	36
高梁	高梁市	1	3	4
高梁 集計		1	3	4
新見	新見市	2	3	5
新見 集計		2	3	5
真庭	新庄村	1		1
	真庭市	3	3	6
真庭 集計		4	3	7
津山	久米南町		2	2
	鏡野町		2	2
	津山市	5	9	14
	美咲町		5	5
津山 集計		5	18	23
勝英	勝央町	1	1	2
	奈義町		2	2
	美作市	1	2	3
勝英 集計		2	5	7
岡山県内総計		117	170	287
県外	兵庫県		4	4
	広島県	1	3	4
	山口県	1	1	2
	香川県	1	2	3
	愛媛県		1	1
	滋賀県	1		1
	東京都	1		1
県外総計		5	11	16
総　　計		122	181	303

表２　保健所別×年齢

保健所／年令	岡山	岡山市	東備	倉敷	倉敷市	井笠	高梁	新見	真庭	津山	勝英	県外	総計	
10歳代	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
20歳代	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	4	10%
30歳代	2	5	0	2	10	1	1	0	0	1	0	3	25	
40歳代	2	9	1	0	9	10	0	0	0	3	1	2	37	
50歳代	5	17	2	2	16	8	2	1	3	10	3	5	74	50%
60歳～65歳未満	1	13	4	0	10	5	0	1	0	4	1	1	40	
65歳～70歳未満	4	7	1	1	7	3	0	2	0	3	1	1	30	
70歳代	6	20	1	0	21	4	1	0	3	2	1	3	62	40%
80歳代	4	9	2	0	4	4	0	0	1	0	0	1	25	
90歳以上	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	
総計	27	83	11	6	78	36	4	5	7	23	7	16	303	

表３　入院形態×入院期間

入院期間2	医療保護	任意	総計	%	
2年未満	17	35	52	17%	
2年以上3年未満	13	27	40	13%	
3年以上4年未満	11	18	29	10%	32%
4年以上5年未満	9	18	27	9%	
5年以上6年未満	4	12	16	5%	
6年以上7年未満	4	10	14	5%	
7年以上8年未満	3	10	13	4%	21%
8年以上9年未満	6	6	12	4%	
9年以上10年未満	4	5	9	3%	
10年以上20年未満	4	43	47	16%	
20年以上30年未満	10	16	26	9%	
30年以上40年未満	1	12	13	4%	30%
40年以上	1	4	5	2%	
総計	87	216	303	100%	
	29%	71%			

図１　　医学的要因

地域移行を困難としている要因について３つまで選択。

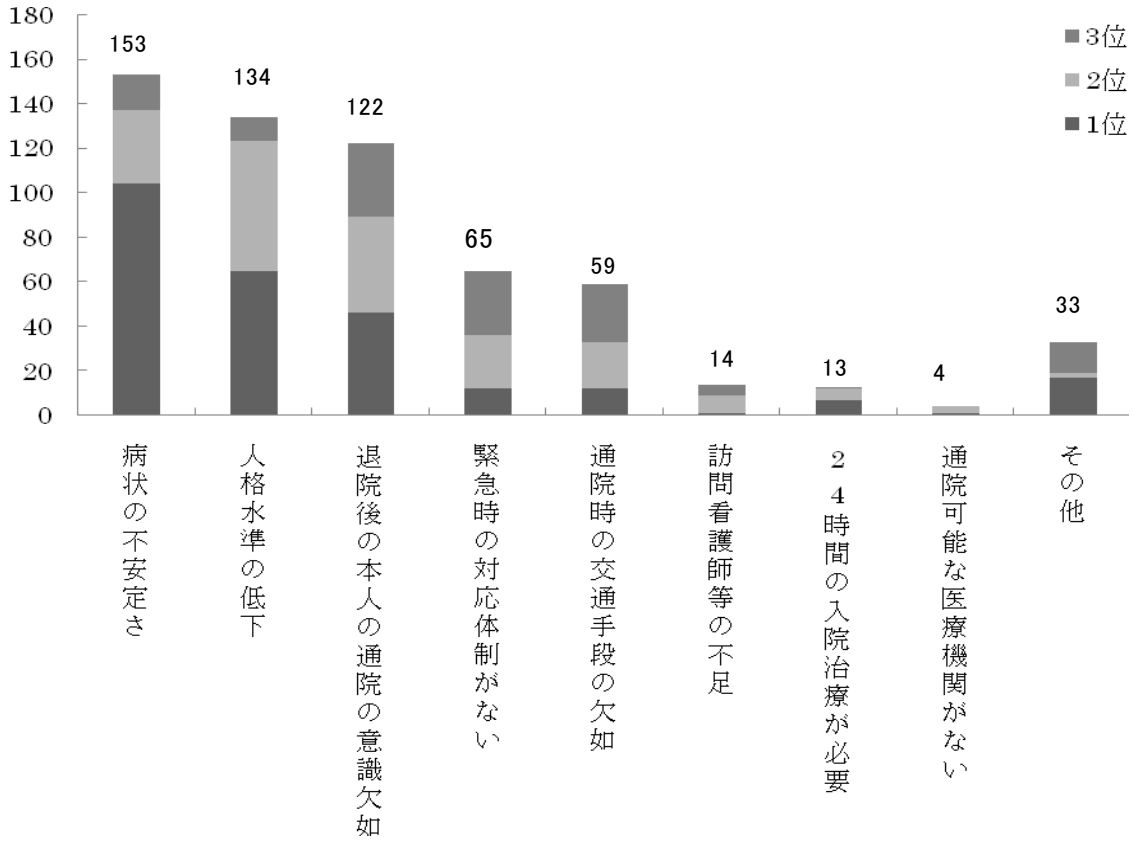
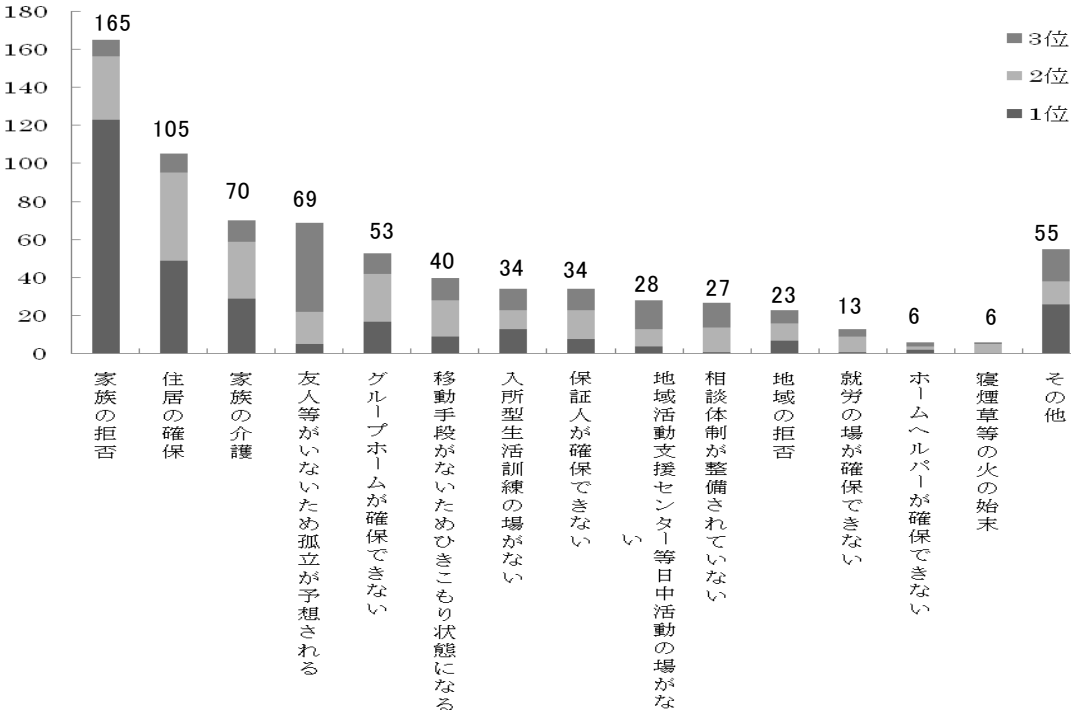


図２　福祉的・社会的要因

地域移行を困難としている要因について３つまで選択。



※住居に関する項目（住居の確保、グループホームが確保できない、入所型生活訓練の場がない、保証人が確保できない）が課題と回答は全回答数の 56%（169 件）であった。

図３　その他の要因

地域移行を困難としている要因について２つまで選択。

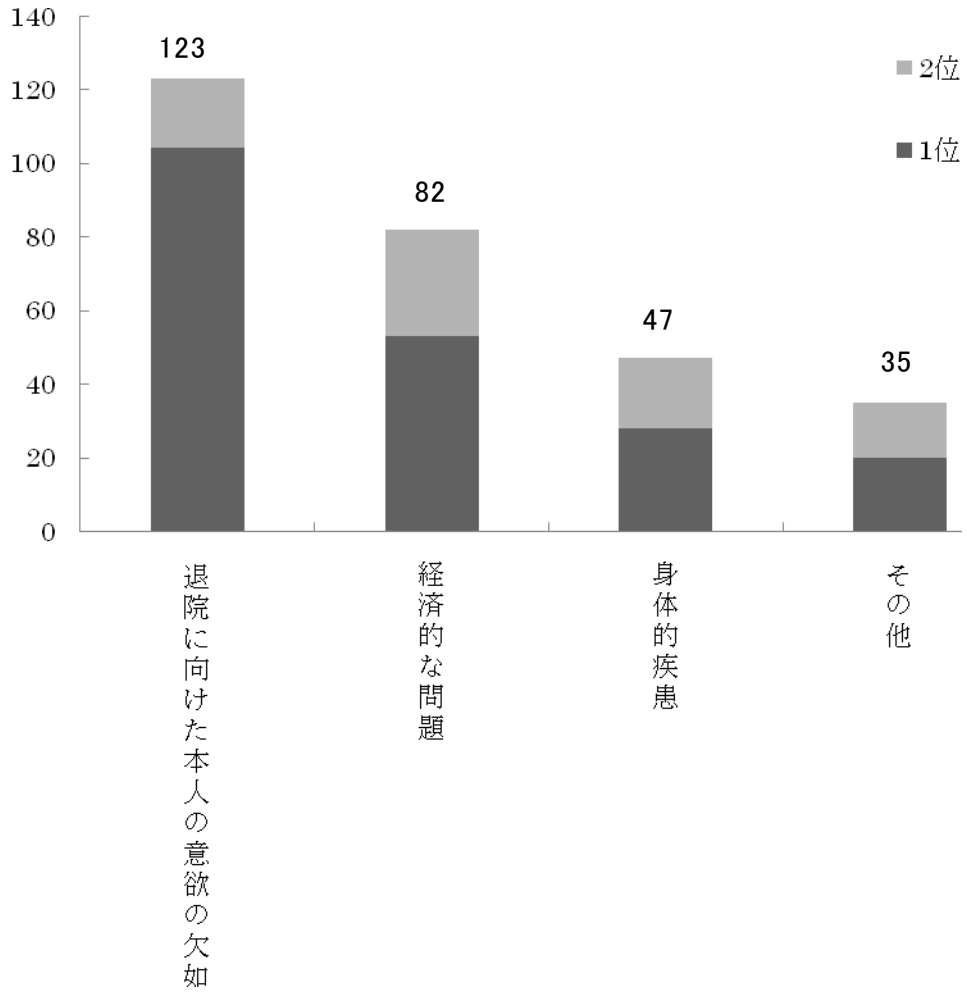


表４－１　入院期間×家族の拒否

入院期間(年)	家族の拒否		総計
	有		
2年未満	21	40%	52
2年以上3年未満	18	45%	40
3年以上4年未満	19	66%	29
4年以上5年未満	18	67%	27
5年以上10年未満	37	58%	64
10年以上15年未満	19	59%	32
15年以上20年未満	8	53%	15
20年以上30年未満	17	65%	26
30年以上	8	44%	18
総計	165	54%	303

表４－２　年齢×家族の拒否

年齢	家族の拒否		総計
	有		
30歳未満	4	80%	5
30歳以上40歳未満	14	56%	25
40歳以上50歳未満	23	62%	37
50歳以上60歳未満	45	61%	74
60歳以上65歳未満	21	53%	40
65歳以上75歳未満	33	53%	62
75歳以上	25	42%	60
総計	165	54%	303

表５－１　入院期間×病状の不安定さ

入院期間(年)	病状の不安定さ		総計
	有		
2年未満	26	50%	52
2年以上3年未満	27	68%	40
3年以上4年未満	16	55%	29
4年以上5年未満	15	56%	27
5年以上10年未満	35	55%	64
10年以上15年未満	14	44%	32
15年以上20年未満	6	40%	15
20年以上30年未満	9	35%	26
30年以上	5	28%	18
総計	153	50%	303

表５－２　年齢×病状の不安定さ

年齢	病状の不安定さ		総計
	有		
30歳未満	3	60%	5
30歳以上40歳未満	16	64%	25
40歳以上50歳未満	24	65%	37
50歳以上60歳未満	40	54%	74
60歳以上65歳未満	18	45%	40
65歳以上75歳未満	26	42%	62
75歳以上	26	43%	60
総計	153	50%	303

表６－１　入院期間×人格水準の低下

入院期間(年)	人格水準の低下		総計
	有		
2年未満	21	40%	52
2年以上3年未満	19	48%	40
3年以上4年未満	11	38%	29
4年以上5年未満	13	48%	27
5年以上10年未満	22	34%	64
10年以上15年未満	15	47%	32
15年以上20年未満	10	67%	15
20年以上30年未満	14	54%	26
30年以上	9	50%	18
総計	134	44%	303

表６－２　人格水準の低下

年齢	人格水準の低下		総計
	有		
30歳未満	2	40%	5
30歳以上40歳未満	9	36%	25
40歳以上50歳未満	23	62%	37
50歳以上60歳未満	37	50%	74
60歳以上65歳未満	14	35%	40
65歳以上75歳未満	27	44%	62
75歳以上	22	37%	60
総計	134	44%	303

表７－１　入院期間×退院に向けた本人の意欲の欠如

入院期間(年)	退院に向けた本人の意欲の欠如		総計
	有		
2年未満	13	25%	52
2年以上3年未満	13	33%	40
3年以上4年未満	10	34%	29
4年以上5年未満	12	44%	27
5年以上10年未満	27	42%	64
10年以上15年未満	18	56%	32
15年以上20年未満	5	33%	15
20年以上30年未満	16	62%	26
30年以上	9	50%	18
総計	123	41%	303

表７－２　入院期間×退院に向けた本人の意欲の欠如

年齢	退院に向けた本人の意欲の欠如		総計
	有		
30歳未満	5	100%	5
30歳以上40歳未満	9	36%	25
40歳以上50歳未満	15	41%	37
50歳以上60歳未満	31	42%	74
60歳以上65歳未満	14	35%	40
65歳以上75歳未満	25	40%	62
75歳以上	24	40%	60
総計	123	41%	303

表８－１　入院期間×住居の確保

入院期間(年)	住居の確保 有		総計
2年未満	18	35%	52
2年以上3年未満	8	20%	40
3年以上4年未満	9	31%	29
4年以上5年未満	11	41%	27
5年以上10年未満	20	31%	64
10年以上15年未満	13	41%	32
15年以上20年未満	7	47%	15
20年以上30年未満	10	38%	26
30年以上	9	50%	18
総計	105	35%	303

表８－２　年齢×住居の確保

年齢	住居の確保 有		総計
30歳未満	0	0%	5
30歳以上40歳未満	3	12%	25
40歳以上50歳未満	9	24%	37
50歳以上60歳未満	33	45%	74
60歳以上65歳未満	24	60%	40
65歳以上75歳未満	27	44%	62
75歳以上	9	15%	60
総計	105	35%	303

表９－１　入院期間×退院後の本人の通院意識欠如

入院期間(年)	退院後の本人の通院の意識欠如 有		総計
2年未満	15	29%	52
2年以上3年未満	13	33%	40
3年以上4年未満	12	41%	29
4年以上5年未満	11	41%	27
5年以上10年未満	32	50%	64
10年以上15年未満	14	44%	32
15年以上20年未満	4	27%	15
20年以上30年未満	12	46%	26
30年以上	9	50%	18
総計	122	40%	303

表９－２　年齢×退院後の本人の通院意識欠如

年齢	退院後の本人の通院の意識欠如 有		総計
30歳未満	2	40%	5
30歳以上40歳未満	10	40%	25
40歳以上50歳未満	16	43%	37
50歳以上60歳未満	30	41%	74
60歳以上65歳未満	16	40%	40
65歳以上75歳未満	31	50%	62
75歳以上	17	28%	60
総計	122	40%	303

表１０－１　入院期間×保証人が確保できない

入院期間(年)	保証人が確保できない 有		総計
2年未満	5	10%	52
2年以上3年未満	4	10%	40
3年以上4年未満	3	10%	29
4年以上5年未満	3	11%	27
5年以上10年未満	10	16%	64
10年以上15年未満	3	9%	32
15年以上20年未満	1	7%	15
20年以上30年未満	3	12%	26
30年以上	2	11%	18
総計	34	11%	303

表１０－２　年齢×保証人が確保できない

年齢	保証人が確保できない 有		総計
30歳未満	0	0%	5
30歳以上40歳未満	1	4%	25
40歳以上50歳未満	2	5%	37
50歳以上60歳未満	11	15%	74
60歳以上65歳未満	6	15%	40
65歳以上75歳未満	10	16%	62
75歳以上	4	7%	60
総計	34	11%	303

図１から図３に示した各要因地域移行困難要因調査結果において課題として、多数の回答のあった事項（「病状の不安定さ」、「家族の拒否」、「人格水準の低下」、「退院後の本人の通院の意識欠如」、「住居の確保」）及び「保証人の確保」の関係を図４に示す。これらの項目は、高い確率で相互に関係していた。

このことから、課題を解決するには、相互に関係する項目について総合的な対策が必要である。

「病状の不安定さ」「退院後の本人の通院意識の欠如」に対応するための地域移行後の適切な医療の確保策、「人格水準の低下」をサポートするためのパーソナルケアの充実、「家族の拒否」を減ずるために家族が安心できる支援体制の整備、連携を基にした住居の確保、「退院に向けた本人の意欲の欠如」に対応するために当該入院者のエンパワーメント等の支援が必要である。

「住居の確保」と関連が深いと一般的に判断される「保証人の確保」が課題としてあげられなかった点については、「家族の拒否」、「住居の確保」と関連が高いためこれらの課題が解決することが優先的と判断されたからと思われる。

図４　地域移行の課題として多くの回答の合った事項の関係図

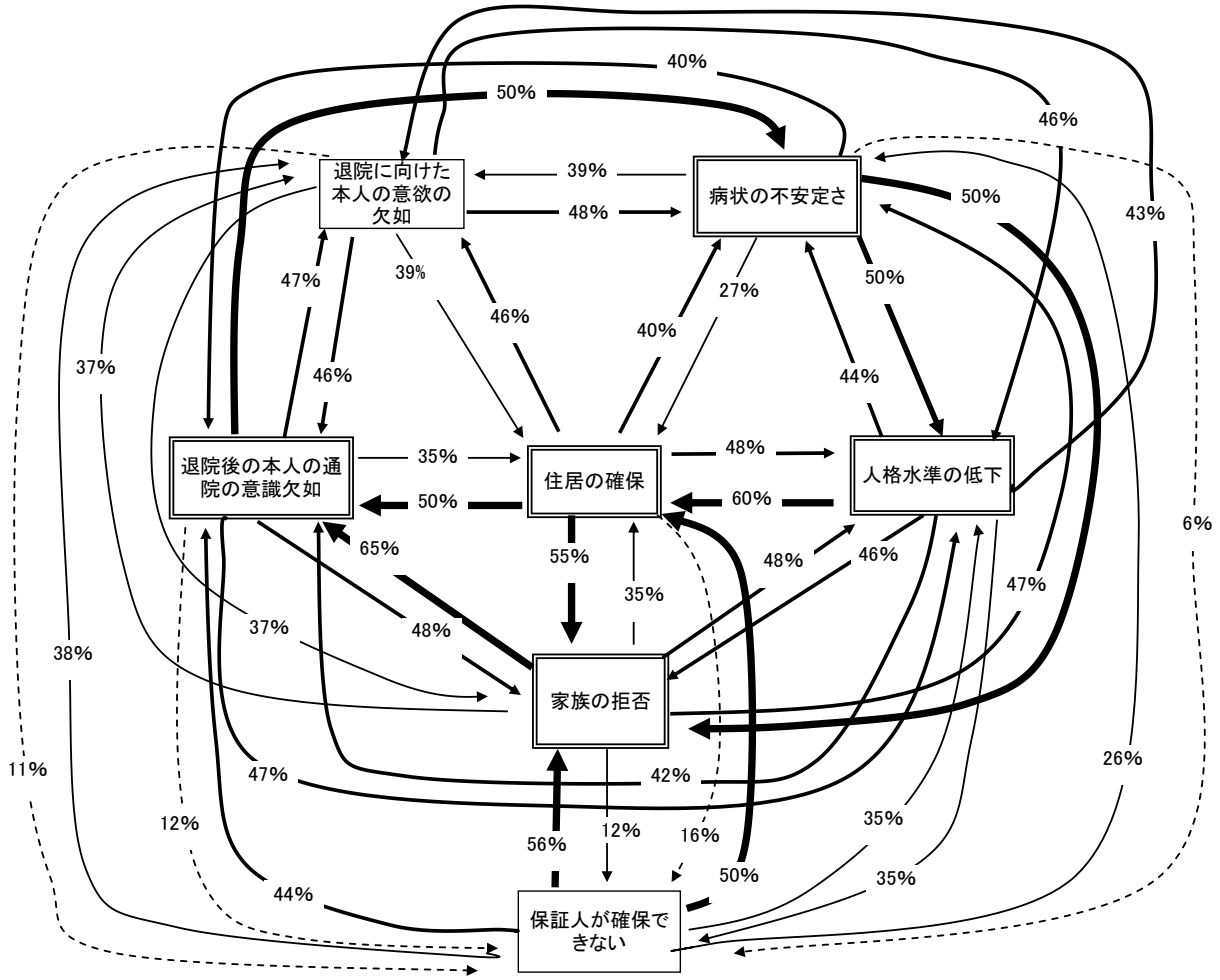


表 1.「家族の拒否」の「退院後の本人の通院意識の欠如」に対するオッズ比

	調整 OR※1(95%CI)※2
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	1.75(1.08-2.82)

表 2.「家族の拒否」の「家族の介護」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.31(0.17-0.55)

表 3.「家族の拒否」の「入所型生活訓練の場がない」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.47(0.22-0.98)

表 4.「家族の拒否」の「グループホームが確保できない」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.34(0.17-0.65)

表 5.「家族の拒否」の「移動手段がないためひきこもり状態になる」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.43(0.21-0.86)

表 6.「家族の拒否」の「その他」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.43(0.23-0.81)

表 7.「家族の拒否」の「退院に向けた本人の意欲の欠如」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
家族の拒否がない	1.00
家族の拒否がある	0.61(0.38-0.98)

表 8.「保証人が確保できない」の「病状の不安定さ」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	0.32(0.14-0.71)

表 9.「保証人が確保できない」の「緊急時の対応体制がない」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	2.56(1.19-5.50)

表 10.「保証人が確保できない」の「家族の介護」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	0.22(0.05-0.95)

表 11.「保証人が確保できない」の「グループホームが確保できない」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	0.11(0.01-0.86)

表 12.「保証人が確保できない」の「退院に向けた本人の意欲の欠如」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	2.75(1.31-5.73)

表 13.「地域の拒否」の「その他」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	0.32(0.14-0.71)

表 14.「地域の拒否」の「ホームヘルパーが確保できない」に対するオッズ比

	調整 OR(95%CI)
保証人が確保できる	1.00
保証人が確保できない	7.24(1.21-43.50)

※1　OR（オッズ比、Odds ratio）とは、ある事象の起こりやすさを 2 つの群で比較して示した数値である。

例）

OR=2.00 とはある事象の起こりやすさを 1.00 とした時のもう一方の事象の起こりやすさは 2 倍であるということを示している。

OR=0.50 とはある事象の起こりやすさを 1.00 とした時のもう一方の事象の起こりやすさは 0.5 倍であるということを示している。

※2　95％CI（95％信頼区間）とは、その統計結果の信頼区間、つまり偶然の結果かどうかを示しており、この区間が 1 を含むと統計的に意味はなく偶然の結果となる。

例）

95％CI＝（1.52-2.03）とは統計的に有意であるということを示している。

95％CI＝（0.31-1.32）とは統計的に有意でない（1 を含んでいる）ということを示している。

井笠地域版

精神障害者地域移行・地域定着支援事業の流れと役割



※対象者の適否決定と個別支援計画の策定のための個別支援会議は同日開催の場合がある。

モニタリング・フィードバック

個別支援会議は必要に応じ随時開催し、地域の関係機関とスムーズな支援役割を明確にする。

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、主治医の推薦のある者

対象者の選定 → 対象者に説明 → 対象者の意向確認

病院スタッフ会議

病　院

保健所支所へ連絡 → 対象者の状況把握 → 地域移行 地域定着支援会議（※個別支援会議）

地域移行推進員と保健所支所職員（事業担当＋地区担当）が本人と面接、および医療機関への聞き取り(主治医・ケースワーカー・看護師)

〔地域移行推進員の役割〕
状況把握（様式2-1，様式2-2）

対象者の適否を決定
1ヶ月以内

主治医等
保健所支所職

〔地域移行推進員の役割〕
同意書、申込書（様式4，様式5）を本人から提出してもらう。

面接、同意書・事業申し込書の提出

個別支援計画案の作成

〔支所コーディネーターの役割〕
推進員への助言

（※個別支援会議）
個別支援計画の策定
初回は1ヶ月後。
その後おおよそ4ヶ月後

〔地域移行推進員の役割〕
アセスメントの実施、保健所支所職員との協議、計画案の作成。（様式3）

・本人：退院訓練
・家族：相談調整
・関係機関：連絡

退院前支援計画 → 個別支援会議 → 退 院 → 退院後支援計画 → 個別支援会議（退院1ヶ月後・4ヶ月後・6ヶ月後）：報告、協議

※地域移行支度経費支援事業（条件あり）

個別支援会議：事業終了の決定（事業は原則退院後6ヶ月まで）

〔地域移行推進員の役割〕
・主治医への定期的報告
・本人に対して：面接、地域生活移行に必要な見学同行、外出・外泊支援
・本人、家族に対して：相談・助言、調整（患者家族の不安の解消をし自信をつける）
・関係機関との連絡・調整　・ﾋﾟｱｻﾎﾟｰﾀｰを活用した移行支援
・事例検討会の開催

〔医療機関の役割〕院内調整・連携（各計画との整合性）、家族調整、退院に向けての訓練

〔市町の役割〕個別支援計画に基づく援助の開始

〔支所コーディネーターの役割〕推進員への助言、関係機関との調整

全体会議の業務業務・事業の進捗状況の把握・事業効果の評価

〔医療機関の役割〕
医師：治療計画、治療上の説明、判断
看護師：看護計画、金銭管理、服薬管理、セルフケア等
作業療法士：作業療法計画
理学療法士：リハビリテーション計画
薬剤師：服薬指導、薬の管理や説明
栄養士：治療食等の管理や説明
ケースワーカー：本人・家族の福祉相談、連絡調整、施設内連絡調整



社会資源の把握・開拓・・・・・地域移行・地域定着支援会議（全体会議）の業務

社会資源
・井笠圏域障害者支援センター
・地域活動支援センター
　笠岡市精神障害者支援センター　Ⅰ型（すみれ会）
　笠岡市精神障害者支援センター　Ⅲ型（ﾁｰﾑｸﾛﾊﾞｰ）
　太陽の会作業所　Ⅱ型　（井原市）
　鴨方希望の家共同作業所　Ⅲ型　（浅口市鴨方町）
　ワーク菩提樹　Ⅲ型　（浅口市金光町）
　地域活動支援センター　四つ葉の家　基礎　（里庄町）
　矢掛町地域活動支援センター　ほたるの会
・就労継続支援A型：ハンズ（笠岡市）
・就労継続支援B型：すみれ事業所（笠岡市）
・グループホーム：コーポ桃の里　（笠岡市）　・グループホーム：かがやき
・基幹型地域活動支援センターゆう　（岡山市）
・岡山県精神保健福祉センター　（岡山市）
・患者会：笠岡市えびす会、井原市太陽の会、鴨方希望の家共同作業所本人会（元気な会）、クローバーの会（里庄町）、ほたるの会（矢掛町）
・家族会：笠岡市すみれ会、ももの里病院家族会、、井原市さくらの会、菩提樹家族会（浅口市金光町）、鴨方希望の会、クローバーの会（里庄町）、ほたるの会（矢掛町）

岡山県地域・病院交流事業

精神科病院に入院中の精神障害者の地域移行を促進するために実施する。
・院内に入院患者と地域住民、ボランティア等との交流を図るために、定期的に交流する場を提供する
・院内又は院外において、入院患者と地域住民、ボランティア等との交流を図るためのイベント等を開催する。
・その他、県民局長が精神障害者の地域移行促進に資すると認めたもの

・協議・・・（全体会議）の業務



〔地域体制整備コーディネーター（保健所保健師）の役割〕
・管轄市町村、病院及び福祉サービス事業所等の関係機関に対する周知等、本事業の円滑な実施のための体制整備
・地域移行推進員と連携した各管内市町における必要な事業、資源（インフォーマルなものを含む。）の点検・開発に関する助言・指導
・個別支援計画に基づき地域移行推進員が実施する支援に対する必要な助言・指導
・関係者と協働した研修会、シンポジウム等の企画、調整など地域移行に向けた普及啓発の推進

参考・引用文献：
・広島県精神障害者退院促進支援事業の手引書
「これならできる！！退院へのてびき　2006年」
広島県精神障害者退院促進支援事業自立促進支援協議会
・岡山県精神障害者地域移行・地域定着支援事業実施要綱

2010/6/25 改編　2010/11改編　2011/1改編　2011/6改編　2011/7改編　2011/8改編　2011/12改編

不動産屋さん・大家さんのための

ハンドブック

～精神障がいのある方を理解するために～



平成２３年９月

岡　　山　　県

はじめに

精神障がいのある方への福祉施策の基本方針は、入院医療から地域生活へと転換されました。しかし、依然として、多くの方が社会的入院を余儀なくされています。その原因として、地域生活支援の未整備に加え、精神障がいに対する理解不足が指摘されています。

本県は、平成１９年３月に策定した「岡山県障害福祉計画」の中で、平成２４年度末までに、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障がい者（約１，３００人）のすべてが退院することを目指しています。

本県は、退院促進・地域移行支援事業等に取り組み、地域の受け皿づくりや地域生活支援の充実を図っていますが、精神の障がいのために地域の住民や親族からも誤解を受け、地域で生活するために不可欠の住宅の確保ができず、このことが最大の課題となっています。これを解決するために、宅地建物取引業協会や不動産協会等住宅関係者へ御理解をいただきながら、保健・医療・福祉従事者とともに顔の見えるネットワークづくりを進めているところです。

障がいのある方もない方も、かけがえのない人であることに変わりはありません。このハンドブックは、住宅関係の皆様に、精神障がいのある方を正しく理解した上で、安心して賃貸住宅の仲介等をしていただくことを目的に作成したものです。

平成２３年９月

岡山県保健福祉部健康推進課
課長　則安俊昭

目　　次

1. 住まいのお手伝いをしてくださる皆さんへ　・・・1

2. 精神障がいのある方を理解するために　・・・1

3. 精神障がいのある方の住宅確保の現状　・・・2

4. 岡山県の施策　・・・4

5. 活用できる制度　・・・7

6. 関係機関の紹介　・・・9

7. 精神障がいのある方、不動産屋・大家さんからの
メッセージ　・・・13

8. 不動産屋・大家さんへのお願い　・・・15



1. 住まいのお手伝いをしてくださる皆さんへ

精神障がいのある方への住宅の仲介で心配しておられるのは、次のようなことではないでしょうか。

・貸し主自身の精神障がいのある方に対する「怖い」「危ない」等の先入観と貸すことへの不安
・病状悪化への不安
・ 家賃の滞納や近隣とのトラブル発生時の対応等への不安

このハンドブックは、このような心配を解消していただく内容を盛り込んでいます。

2. 精神障がいのある方を理解するために

精神障がいのある方は、「病気の症状や薬の副作用などの辛さ」、更に周囲の誤解や偏見も含めた「生活のしづらさ」をもちながら生きています。
精神障がいは、適切な治療や温かな関心により、症状が安定したり治ることもある病気です。

「病気の症状や薬の副作用などの辛さ」とは？

＜例えば・・・＞

・独り言を言う。
・表情や動作に違和感がある。
・注意力、集中力が低下する。
・多くの課題や問題を処理するのが苦手である。
・意欲が低下する。
・心身が疲れやすい。
・人づきあいが苦手である。

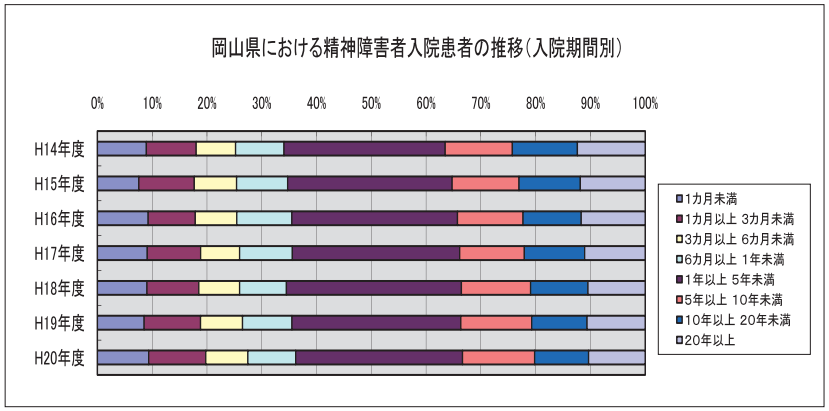


精神障がいがある方は、病気やこれらの「辛さ」をもったかけがえのない人です。特別な人として接するのではなく、身近なところでの「普段着の人付き合い」を心がけましょう。このようなことが当事者の安心につながり、ひいては病状の安定にもつながります。

3. 精神障がいのある方の住宅確保の現状

①関連統計

入院患者の推移については、１年以上５年未満の方が、約 30%と最も多くみられます。岡山県では、これまでも退院促進事業や地域移行支援事業により退院を進めてきましたが、まだ十分ではありません。



（H20 年度厚生労働省 630 調査より）

県事業として実施した退院促進、地域移行事業の実績（平成 15～21 年度）から退院先を見てみると、「ひとり暮らし・自宅」が最も多く、「家族と同居」や「ひとり暮らし・アパート」が次に多く見られています。

（人）

退院＼年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	計
ひとり暮らし・自宅	1	3	4	5	5	2	5	25
ひとり暮らし・アパート				3	3	1	10	17
家族と同居	2	2	1			4	9	18
グループホーム等の共同住宅	1	1	3		1	4	2	12
援護寮（生活訓練施設等）	6	4					4	14
その他（高齢者専用住宅等）	1			1	1	4	1	8
合計	11	10	8	9	10	15	31	94

②住宅確保における現状

(1) 家族や親族と疎遠になった方は、住宅入居の際の保証人の確保が難しい状況です。

(2) 精神障がいのある方の利用可能な物件情報の入手が難しい状況です。

(3) 公営住宅は、すでに、高齢者や障がい者等の入居に際して各種の優遇措置が設けられ、一定の成果を挙げていますが、精神障がいのある方のみを対象とした更なる優遇措置の創設は困難な状況です。

(4) 民間賃貸住宅に空家、空室も見受けられますが、貸し主や不動産関係者の誤解に基づく不安が賃貸契約成立への障がいになっています。



《コラム》

（平成２１年犯罪白書より）

～精神障がいと犯罪～

次の数字から考えましょう。

精神障がいのある方は人口の約４％

一般刑法検挙者数・・・・・・339,752 人

そのうち精神障がいのある方・・・・・2,859 人

一般刑法検挙者数のうち精神障がいのある方は 0.8%

以上から考えると

・精神障がいのない方の一般刑法検挙者は精神障がいのない方の人口の 0.3%

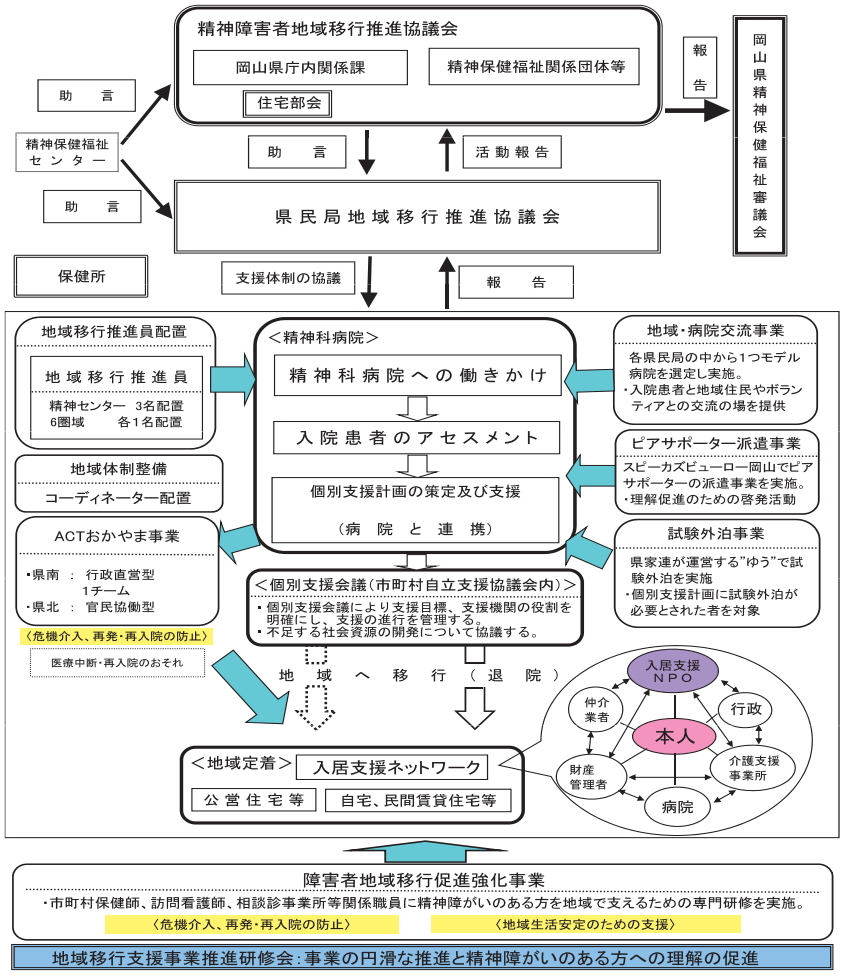
・精神障がいのある方の一般刑法検挙者は精神障がいのある方の人口の 0.05%

精神障がいのある方が、ない方にくらべ特別危険な人とはいえません。

4. 岡山県の施策

岡山県では、精神障がいのある方が安心して、地域で生活できるよう、次のような事業を連動させながら実施しています。

精神障がい者地域移行支援にかかる事業　　イメージ図



地域移行推進員とは・・・？

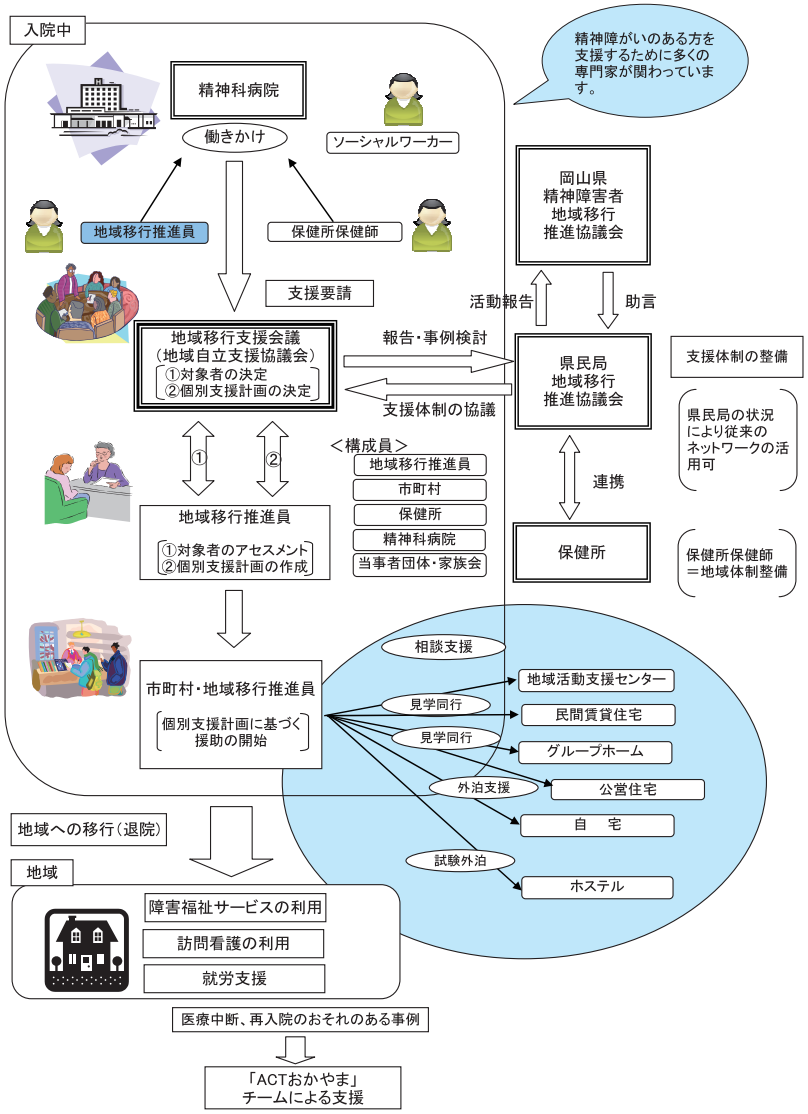
岡山県では、平成２０年度から精神科病院から退院して地域で生活したいと考えている方を支援するために**「地域移行推進員」**をおいています。入院されている患者さんのもとに伺い退院への気持ちや、退院するための方法、退院後の生活を一緒に考え、お手伝いしています。

各地域の地域移行推進員の連絡先は次のとおりです。

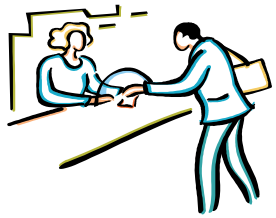
所属	担当エリア	住所	電話	FAX
基幹型地域生活支援センター ゆう	備前保健所圏域	岡山市南区内尾７３９－１	086－298－1160	086－298－1168
地域生活支援ｾﾝﾀｰ パレット	東備地域	備前市西片上１９３－１	0869－63－7200	0869－63－7500
総社市社会福祉協議会	備中保健所圏域	総社市中央１丁目１番３号	0866－92－8555	0866－94－0089
NPO法人 すみれ会 笠岡市 精神障害者 支援ｾﾝﾀｰ	井笠圏域	笠岡市笠岡２６２７	0865－63－4060	0865－63－4060
こころの医療 たいようの丘 ホスピタル	新見・高梁地域	高梁市落合町阿部２２００	0866－22－2217	0866－22－7881
向陽台病院	真庭地域	真庭市上市瀬３６８	0867－52－0131	0867－52－1838
NPO法人 ｻﾎﾟｰﾄｾﾝﾀｰ ｳｨｽﾞ	勝英・津山地域	津山市田町１１５－６	0868－22－3192	0868－22－3192
岡山県 精神保健福祉 センター	倉敷市	岡山市中区古京町 １－１－１０－１０１	086－272－8839	086－272－8881
岡山市 こころの健康 センター	岡山市	岡山市北区鹿田町 １－１－１ 保健福祉会館４階	086-803-1273	086-803-1772

（平成２３年９月現在）

地域移行支援の流れ



5. 活用できる制度



①家賃保証料の補助制度

岡山県では、平成 18 年度から入院患者社会復帰促進事業として、保証人が得られないために住居の確保が困難な方が民間保証会社に保証人を依頼する場合、保証料の一部として１万円を限度に支給する事業を行っています。

対象者は１年以上の入院歴があり、退院後も少なくとも１年以上社会生活を送ることが可能と思われる方です。

窓口は岡山県精神科病院協会が事務局ですが、ご相談してみたい方は、入院されている病院のケースワーカーさんにお尋ねください。

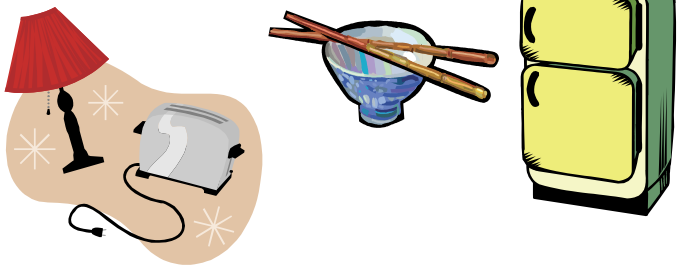
②住居入居等支援事業（居住サポート事業）

賃貸契約により、公営住宅や民間の賃貸住宅への入居を希望しているが、保証人がいない等の理由により入居が困難な障がいのある方、入居に必要な調整にかかる支援を行うとともに、家主等への相談・助言を通じて障がいのある方の地域生活を支援する事業です。窓口は市町村で、平成 22年度は岡山市、玉野市、備前市、倉敷市、和気町において実績があります。詳しくはお住まいの市町村でお尋ねください。



③地域移行支度経費支援事業

岡山県では、平成 21 年度から精神科病院の入院患者や施設の入所者の地域生活への移行を促進するため、地域での生活において必要となる物品の購入について支援を行っています。対象施設に、２ 年以上入院・入所していた方であって、居宅（賃貸住宅を含み、家族等との同居の場合を除く）、ケアホーム、グループまたは福祉ホームに移行する方を対象とします。布団・枕・シーツ等の寝具、タオル、照明器具、食器類等の地域生活を開始するにあたり必要となる物品を１人あたり３万円以内で補助します。
申請窓口は岡山県庁健康推進課です。



④成年後見制度利用支援事業

障害福祉サービスを利用し、又は利用しようとする重度の精神・知的の障がいがある方で、助成を受けなければ成年後見制度の利用が困難である方に対して、成年後見制度の申し立てに要する経費（登記手数料、鑑定費用等）及び後見人等の報酬の全部又は一部を助成しています。

窓口は市町村で、平成 ２２年度は岡山市、倉敷市、津山市、高梁市、新見市、赤磐市、美作市において実績があります。詳しくはお住まいの市町村でお尋ねください。



6. 関係機関の紹介

①保健所・精神保健福祉センター一覧

相談窓口	住所	電話番号	管轄市町村等	受付時間
備前保健所	岡山市中区古京町1-1-17	086-272-3934	玉野市、瀬戸内市、吉備中央町	8：30~17：15 月~金 （土・日・祝日・年末年始を除く）
備前保健所東備支所	和気郡和気町和気487-2	0869-92-5180	備前市、赤磐市、和気町	
備中保健所	倉敷市羽島1083	086-434-7057	総社市、早島町	
備中保健所井笠支所	笠岡市六番町2-5	0865-69-1675	笠岡市、井原市、浅口市、里庄町、矢掛町	
備北保健所	高梁市落合町近似286-1	0866-21-2836	高梁市	
備北保健所新見支所	新見市高尾2400	0867-72-5691	新見市	
真庭保健所	真庭市勝山591	0867-44-2990	真庭市、新庄村	
美作保健所	津山市椿高下114	0868-23-0145	津山市、鏡野町、久米南町、美咲町	
美作保健所勝英支所	美作市入田291-2	0868-73-4054	美作市、勝央町、奈義町、西粟倉村	
岡山市保健所	岡山市北区鹿田町1丁目1-1	086-803-1267	岡山市	
倉敷市保健所	倉敷市笹沖170番地	086-434-9823	倉敷市	

岡山県精神保健福祉センター	岡山市中区古京町1-1-1-101	086-272-8839	岡山市を除く全市町村	8：30~17：15 月~金 （土・日・祝日・年末年始を除く）
岡山市こころの健康センター	岡山市北区鹿田町1丁目1-1	086-803-1273	岡山市	8：30~17：15 月~金 （土・日・祝日・年末年始を除く）

②NPO 法人おかやま入居支援センター

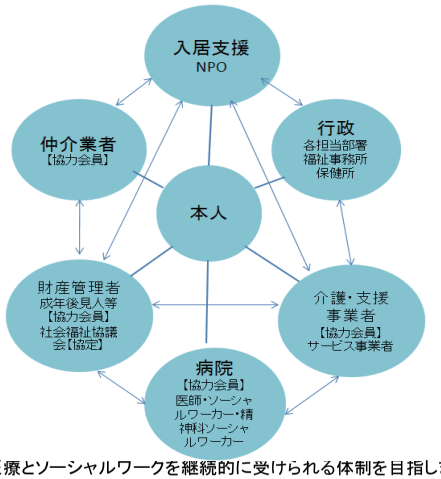
●住所：岡山市北区大元駅前１－１１
　　井上雅雄法律事務所内
●電話：（０８６）２２１－０５３０
●FAX：（０５０）３４８８－４７３９
●時間：月～金曜日　９：００～１８：００
●メール：nyukyo1_jim1@yahoo.co.jp
●ブログ：http://nyukyoshien.blogspot.com/

関係機関とのネットワークを形成して、住宅確保が困難な高齢者・障がい者の入居を支援します。条件が整えば当ＮＰＯが賃貸保証人になります。申込の場合、必ず関係機関（行政機関・医療機関・介護関係者・成年後見人等・不動産仲介者など）と一緒にお越しください。（事前に電話にて予約をお願いします）　★支援決定には審査があります。

【入居支援ネットワーク概念図】

NPO の役割：①入居支援ネットワーク形成・維持支援 ②物件探し ③入居保証 ④退去時対応

仲介業者を紹介して物件探しのお手伝いをします。仲介業者には、契約後も賃貸人の窓口の役割を担っていただきます。可能なら業者保証を利用していただきます。



行政機関の各関係部署（各福祉担当課・住宅課・支援センター等）と協力関係を作るための活動をします。

必要に応じて、成年後見制度・日常生活自立支援事業・財産管理契約を利用していただきます。

ホームヘルプ・デイサービス・24時間連絡体制・介護福祉施設などネットワークの一員として、入居時から生活のために必要なサービスを利用していただきます。

必要な医療とソーシャルワークを継続的に受けられる体制を目指します。

●地域の不動産屋さんのネットワーク

地域支援のネットワークはできているが、おかやま入居支援センターまで出向けない方で、住宅をお探しの方は、特定の地域にはなりますが、ご相談に応じます。

相談窓口	住所	電話 FAX	地域
阪井土地開発（株）	〒700-0973 岡山市北区下中野 325-105	086-241-5757 086-241-6555	岡山市北区、南区、中区、倉敷市(旧倉敷市、児島)　玉野市
（有）ミノル不動産	〒709-0861 岡山市東区瀬戸町 瀬戸 421-6	086-952-1011 086-952-1012	岡山市中区、東区、備前市
（株）ありき	〒708-0004 津山市山北 770-16	0868-24-2133 0868-23-7351	津山市、美作市

（平成２３年３月現在）

③ピアサポーター派遣事業

「ピア」とは仲間のことをいいます。スピーカーズビューロー岡山では、ピアサポーターを派遣し、地域の方に対し精神障害の理解を進める啓発活動や家族や専門家に相談できない相談を受けています。

●事務局：岡山市北区岩田町 5-20
　　こらーる岡山・パステル作業所
●電話／FAX：086-225-0873
●開所日：木
●開所時間１０：００～１３：００



④基幹型地域生活支援センター「ゆう」

NPO 法人岡山県精神障害者家族会連合会（岡山けんかれん）が運営しており、24 時間電話相談、ホステル事業、地域移行支援事業（試験外泊）等を行っています。

●住所：岡山市南区内尾 739-1
●電話：086-298-1160
●開館日：月・水・木・金・日曜（火・土・祝日は休館）
●開館時間：AM10：00～PM 8：00



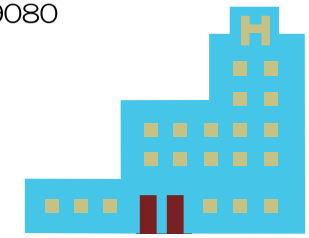


⑤精神科救急情報センター

精神科の休日・夜間における診療体制の整備の一環として、緊急の医療を必要とする精神障がいのある方等に対し、迅速かつ適切な医療を受けられる体制を整備するために、岡山県精神科医療センター内に設置しています。

●運営時間：休日 10 時～24 時，平日 18 時～24 時
●電話： 086-225-9080







7. 精神障がいのある方、不動産屋・大家さんからのメッセージ

①精神科病院に長年入院していて、退院した方から

●大勢の人と関わる中で、退院したくなりました。

最初は、ずっと病院にいようと思ったけど、病院のケースワーカーさんや地域移行推進員さんと話したり、試験外泊をしていくうちに、だんだん早く退院したくなりました。

●自分のお城だと思えます。

病院では味わえない自由な感覚で生活ができます。アパートをいくつか選ぶ中で、自分の素晴らしい拠点を選ぶことができます。

●大家さんが声をかけてくれてうれしいです。

時々、大家さんが「調子はどう？」と気楽に声をかけてくれます。安心して病気のことも話せます。うれしいです。



●外にいつでも出られます。

喫茶店、ファミレスに行けます。
しかも時間の制限がありません。

●病院では味わえない自由があります。

病院では、決まった時間に決まった所で決まったことをします。その繰り返しです。毎日がおなじことの繰り返しです。アパートで暮らすと違った所で違ったことをすることができます。自分の予定で行動を決定することができます。

●働くことができるようになりました。

病院では与えられた作業をしていましたが、退院できると自分で選んで自分に合った仕事を選択する事ができるようになります。

経済的にも豊かになります。作業所とかハローワークへ行って自分で仕事を選ぶことができます。

●経済的に自由です。

病院（閉鎖病棟）では自由に使えるお金が週６００円でしたが、アパートで暮らすと自分の収入に応じて、決まったお金でなくて自由に使えます。どこかへ行くとか、何かにお金を使うとか、病院では体験できない経験をすることができます。自分自身の生活を送っているのだと実感できます。

●飲み屋に行けて良かった。

アパートに出て、したい事、好きな事ができるのが良かったです。

②精神障がいのある方へ支援中の不動産屋・大家さんから

● 正直に自分の病気を話して欲しい。

病状のことがわかり、住まいのお手伝いがしやすくなります。

● 多くの支援者がいるほど、大家としては安心します。

アパートへ入居後安定している方は、ホームヘルパーさんや保健師さんが定期訪問している場合が多いです。



●理解の輪が広がることを願っています。

最初は近隣とのトラブルや家賃のことを心配しましたが、周囲の人の温かい見守りと理解により落ち着いて生活できています。

8. 不動産屋･大家さんへのお願い

●精神障がいのある方への理解

精神障がいのある方を理解して、積極的な受入を進めてくださるようお願いします。また、条件が整えば、保証人制度の柔軟な運用などをお願いします。

●契約の支援

借主に対して積極的な情報提供を行い、契約に際してはわかりやすい説明や支援者の同席等を工夫してくださると助かります。

●住宅設備の配慮

エアコンや電磁調理器などの火災予防のための設備や、防音対策などの住宅設備の整備に努めてくださるとありがたいです。

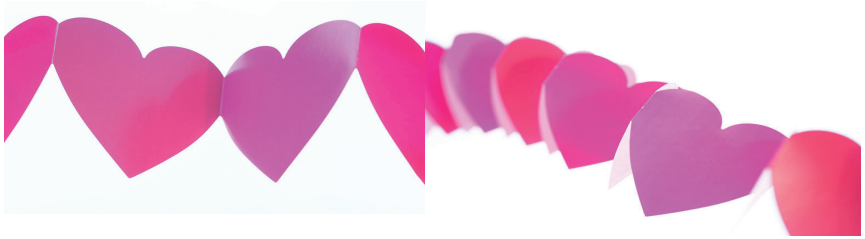
●顔の見えるネットワークづくり

地域移行推進員や保健所・市町村の保健師、病院の主治医やケースワーカー、入居支援センター職員等本人を支援する専門職との連絡・連携をとりながら顔の見えるつながりをつくることで、精神障がいのある方の住宅確保が円滑に進むようにしていただきたいです。



【精神障がいのある方へ支援経験のある不動産屋・大家さんから一言】

精神障がいのある方への偏見、
「怖い」「危ない」等の先入観に
とらわれることなく、入居したいと思われている
ご本人の気持ちや様子をしっかりと聞いて支援していきましょう。



＜参考・引用文献＞

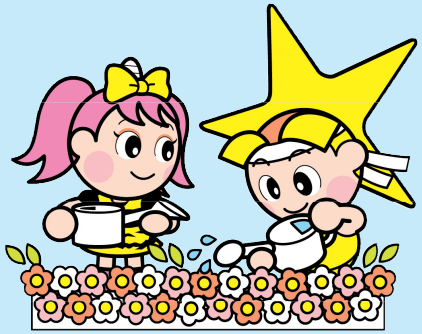
1）精神障害者の住宅確保・住宅支援の手引き
平成 21 年 8 月,国立精神・神経センター精神保健研究所

2）もっと知って欲しい精神障がいのある方のこと
平成 17 年度,岡山県精神保健福祉センター

3）精神障害者の住宅確保について
平成 20 年度,岡山県精神障害者地域移行推進協議会「住宅部会」報告書

＜発行者＞

〒700-8570
岡山市北区内山下 2-4-6
TEL 086-226-7330
FAX086-225-7283
岡山県保健福祉部健康推進課精神保健福祉班



岡山県マスコット　ももっち・うらっち

岡山県内の地域自立支援協議会

●岡山県内には、各地域に15の自立支援協議会が設置されています。この15地域の自立支援協議会の概要について、紹介します。

自立支援協議会とは？

→ 自立支援協議会とは、平成24年4月1日から施行される、改正障害者自立支援法において、次のとおり規定されています。

【法律上の位置づけ】

89条の2　地方公共団体は、単独で又は共同して、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体及び障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務従事する者その他の関係者（次項において「関係機関等」という。）により構成される自立支援協議会を置くことができる。

2　前項の自立支援協議会は、関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

法律上の位置づけは難しい。一般的にわかりやすく伝えるため、「自立支援協議会とは何？」というテーマで、平成23年度相談支援従事者現任研修（平成23年12月9日）でｸﾞﾙｰﾌﾟﾜｰｸを行いました。その結果は次のとおりです。
11グループに分かれて考えました。

一人一人が暮らしたい場所で望む生活をかなえるために、本人並びに本人を取りかこむ人たちと連携した上で出てきた課題を協議し、全ての人が住みやすい地域の仕組み作りの場である。

障害者支援を通じて、障害のある人もない人も、共に支え合って生きてゆけるように、関係団体の力を借りて地域の人を巻き込みながら皆で解決したり、新しい資源の開発をしていく地域づくりのネットワークの総称である。

・住んでいる人が、その地域でより住みやすくするために・・・。
・不足しているものを見つけだし、補えるようにみんなで考えていく場
・晴れの顔！自立支援協議会

全ての人が「本当に」安心して生活するために、障害を持つ人の困りごとを皆の課題として共有し、解決するために社会資源を作る・見出す・つなぐ仕組み

生きづらさを抱えた障がいを持った人々が、地域で使えるものや人とのつながりを生み出したり、活用しながらその人らしく暮らせる地域にしていくためのネット-ワーク

障がいのある人もない人も、住みたい場所で住みたい人と暮らせるように、足りないサービスを地域の関係機関が集まって話し合い、解決を図るところ

市民一人一人の福祉向上、地域の福祉向上の為、官民一体となり、ネットワークを構成し、問題の解決を図る場

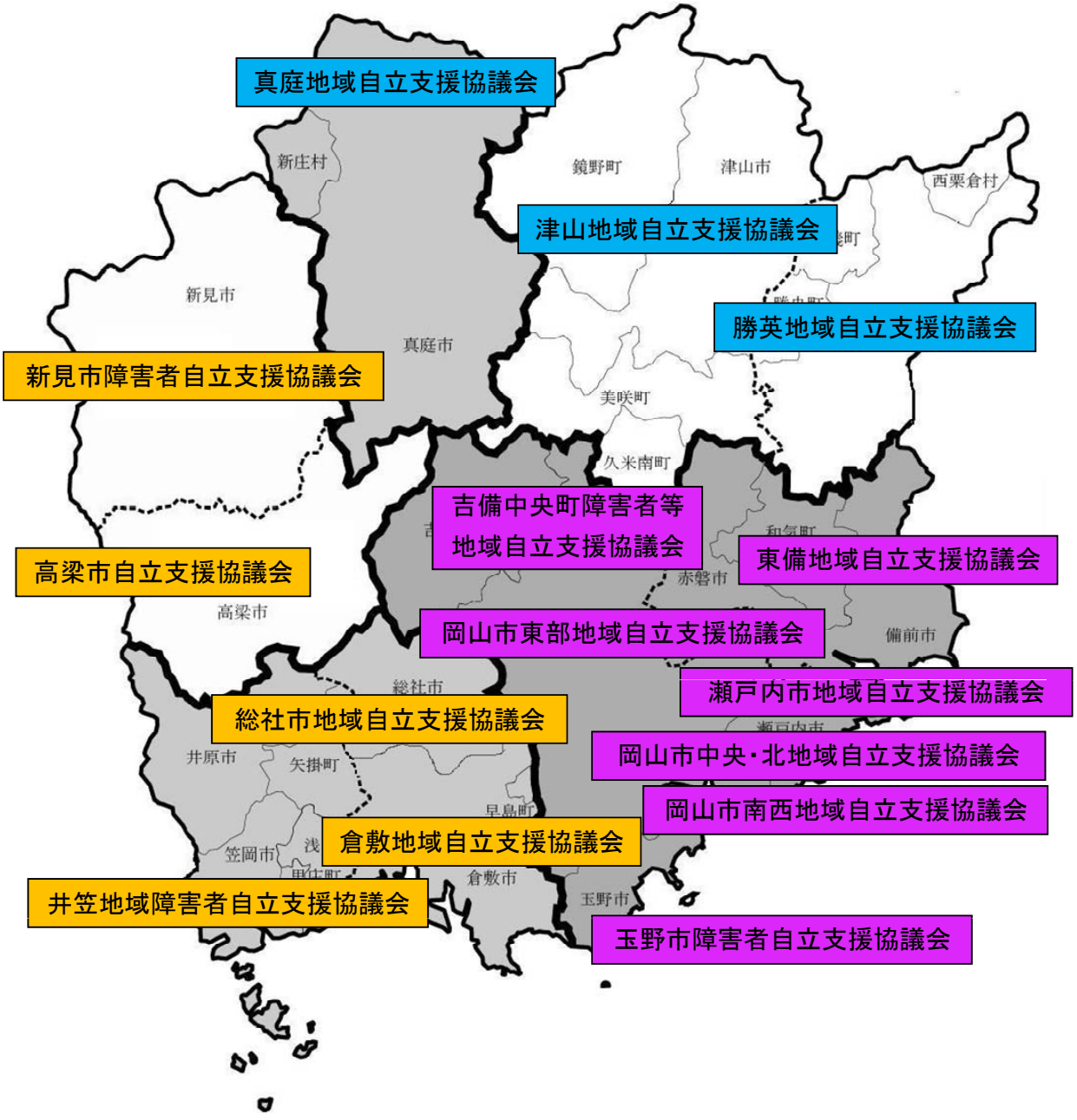
年齢や障がいの有無に限らず、自分の暮らす地域で生活していく中で困っていることを、あらゆる立場の人が集まって、問題を共有し、話し合う場

障がいのある方もない方も、一人一人が地域の中で安心・安全に働き、暮らすことができるよう各支援機関、団体が集まって、地域生活上の課題を共有、検討し、相互に協働していく場

地域の人や関係機関が連携して、障がいのある方もない方も住み慣れた場所で安心して暮らすことができるお手伝いをする集まり

ご本人の望む地域の中で丁寧な個別支援会議のくり返しの中で課題を共有して、地域の機関を巻き込みながら解決に結びつける仕組みを考えるあつまり

岡山県内15自立支援協議会



自立支援協議会は何をするところ？

●地域自立支援協議会の機能

自立支援協議会には、次の6つの機能があると考えられています。

①評価機能	・中立・公平性を確保する観点から、委託相談支援事業者の運営評価 ・サービス利用計画作成費対象者、重度包括支援事業等の評価 ・市町村相談支援機能強化事業及び都道府県相談支援体制整備事業の活用
②情報機能	・困難事例や地域の現状・課題等の情報共有と情報発信
③調整機能	・地域の関係機関によるネットワーク構築 ・困難事例への対応のあり方に対する協議、調整
④開発機能	・地域診断 ・地域の社会資源の開発、改善
⑤教育機能	・構成員の資質向上の場として活用
⑥機能権利擁護	・権利擁護に関する取り組みを展開する

→この6つの機能をベースとして、各地域において様々な取り組みがなされています。
（各地域の自立支援協議会の概要は次ページ以降に掲載）
紹介に当たっての基本的な構成は次のとおりです。

自立支援協議会には決まった形はありません。
各地域毎に、創意・工夫しながら、運用されています。

(1)概要　～
　自立支援協議会発足の経緯、特徴、特色などを記載しています。
(2)組織図及び構成員　～
　各協議会の組織図（イメージ）及び構成員について記載しています。
(3)部会活動　～
　各協議会で、様々な部会が設置されていますが、 その部会活動について記載しています。
(4)これまでの具体的な活動成果　～
　部会の活動内容での記載事項を除いた、活動成果です。
(5)運営評価　～
　平成22年度に「北海道地域ケアマネジメントネットワーク」が作成した運営評価指標をもとに各自立支援協議会事務局が行った自己評価です。

※運営評価指標については、こちらを参照（ **第2章　運営評価指標とその活用**）
http://cmnet.nomaki.jp/

①岡山市東部地域自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月
対象地域：岡山市中区・東区福祉事務所管内



事務局

・地域活動支援センター旭川荘
岡山市北区祇園866
TEL:086-275-4518,FAX:086-275-9323
Mail:phn@jidouin.jp

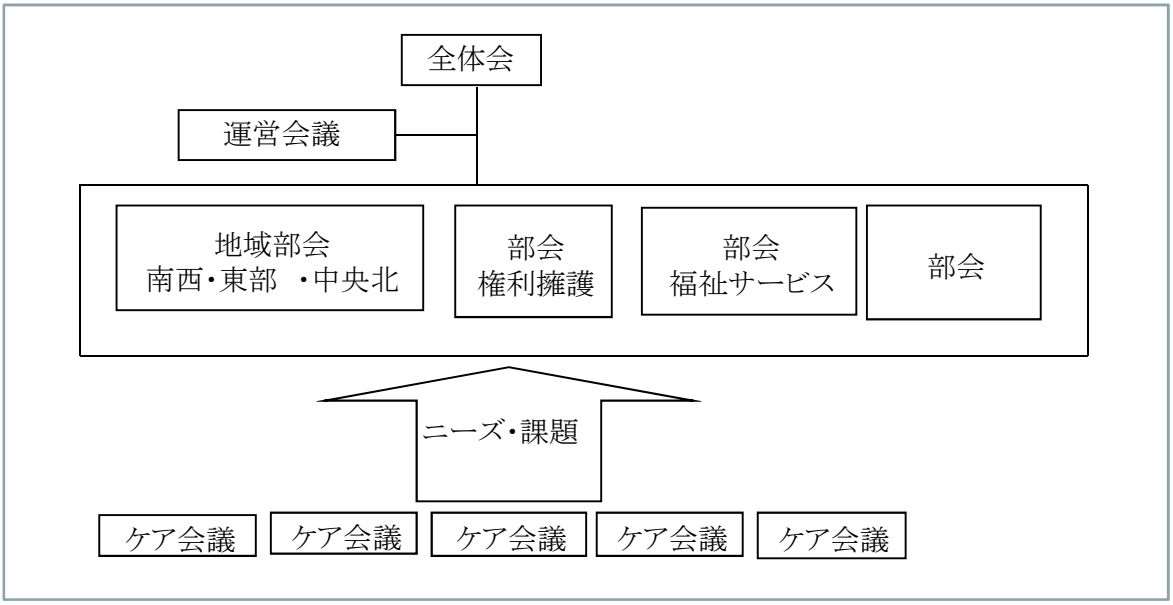
岡山市内には、東部、北部、南西地域の3つの地域で自立支援協議会が設置されています。

（1）概略

平成18年10月に発足。岡山市東部地域自立支援協議会は、中区・東区福祉事務所を担当エリアとしています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



●平成23年度岡山市東部地域自立支援協議会　参加団体

岡山市障害福祉課・保健管理課・こども総合相談所・更生相談所・社会福祉協議会・西大寺保健センター・中区保健センター・こころの健康センター・東支援学校・岡山支援学校・東備支援学校・盲学校・職安（岡山・和気・西大寺）せとメンタル・林病院・山陽病院・就業・生活支援センター・わくわく・ぱる・旭川荘など

（3）部会活動

岡山市東部地域自立支援協議会では、次の3つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
当事者部会（身体）	身体障害者の方の集まり。在宅での生活のしづらさ、サービスの不足などの話し合い。岡山市への要望書作成。
当事者部会（精神）	つどい、振り返り、ラップ療法、クローバー（ピア）など、生活のしづらさやサービスの調整について検討している。また、地域移行への取り組みを病院と共同で行っている。
当事者部会（重症児）	重症児の家族から、支援学校卒業に向けての相談と話し合い。支援学校コーディネーターとの話し合い。

（4）これまでの具体的な活動成果

●重症児のアンケート調査実施。
●生活介護事業と地域活動支援センターⅠ型の併用を可能にした。
●西大寺地域の相談事業をサテライト方式で実施。
●触法障害者研修会の実施。
●就業・生活支援センターとの連携により、研修会の実施。　等

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	サービス担当者会議や、ケア会議により、課題を抽出し整理している。課題について自立支援協議会全体会で共有している。
社会資源の開発改良度	第3段階	地域の課題の解決に向けて社会資源の改良を行った。（重症児の日中活動について・一般高校へのヘルパー派遣など）
行政の関与度	第4段階	障害福祉計画策定に向けて全体会や運営会議（2ヶ月に1回開催）を開き地域の課題の実状を話し合っている。
構成員の参加度	第3段階	構成員の全体会への参加は80％くらいであり、地域の課題について把握している。また、各構成員は、問題提起も積極的に行っている。

■その他

岡山市は3つの地域自立支援協議会がある。岡山市東部地域自立支援協議会の課題は、岡山市全体の課題でもあり、岡山市としての自立支援協議会設置に向けて検討中です。

②岡山市南西地域自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月
対象地域：岡山市南区、北区の一部



事務局

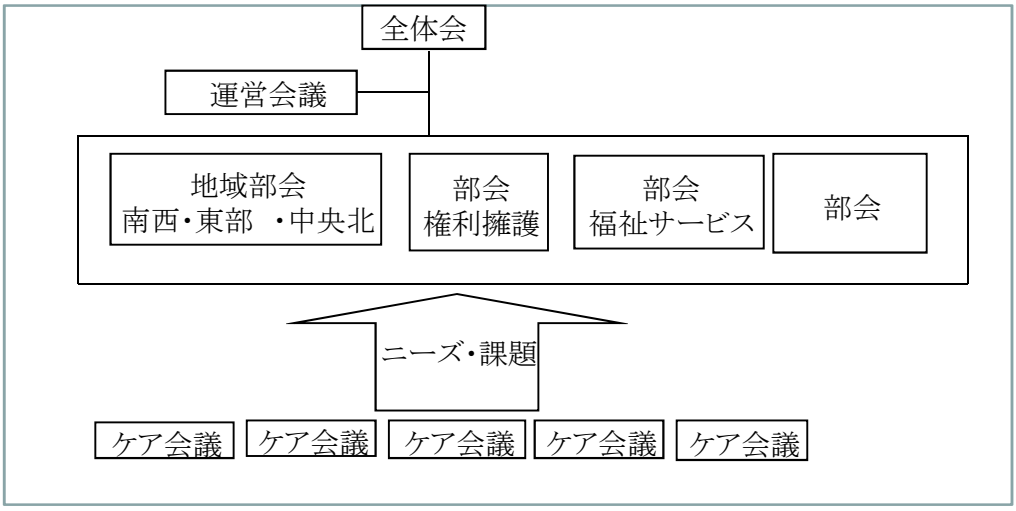
・ひらた旭川荘地域活動支援センター
岡山市北区平田407
TEL:086-245-7361,FAX:086-245-7385

（1）概略

①相談支援事業者相互によるケア会議情報の共有と学び合い（教え合い）。 ②岡山市内の他の協議会とともに、ケア会議を通して把握された地域の課題を市行政に伝える機能、③ひきこもり連絡協議会など、ほかの協議会との連携交流を図っています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



（3）部会活動

岡山市南西地域自立支援協議会で部会は設置していないが、次のとおり運営しています。
①南西地域の相談支援事業者の定例会を「ひみこ（ひらた・みなみ・コンドル）の会」として実施
②現在、岡山市東部、中央・北、南西地域の各地域協議会は、ケア会議を通して課題を収集する機能に特化させ、課題解決のための専門部会は岡山市全体として設置する形を岡山市行政に提案中（市内、Ｉ型事業者の共同提案）。

（4）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第4段階	ケア会議の資料に基づく分野別課題の整理は進めている。岡山市として、解決に向けた議論は本格化していない。
社会資源の開発改良度	第2段階	社会資源マップ作成中。機関名・事業名などの形式的なものではなく、職員が訪問調査してサービス内容を把握したマップを作成中。
行政の関与度	第2段階	Ｉ型会議として、行政及びＩ型事業者の会議には、障害福祉課、保健管理課等が参加。
構成員の参加度	第3段階	ただし、これは相談支援事業者の参加度であり、課題解決のために多様な分野から参加者を募り部会を構成するのは今後の課題。

③岡山市中央・北地域自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月1日
対象地域：岡山市北区



事務局

・地域サポートセンター仲よし
岡山市北区広瀬町10－9
TEL:086-223-1181、FAX:086-223-1182
Mail:support-c.nakayoshi@drive.ocn.ne.jp

（1）概略

岡山市の障害者（児）の生活ニーズを的確に把握し、地域生活の支援および調整を行うと共に、障害者自立支援法の円滑な推進を図ることを目的としています。

この協議会の活動地域は岡山市内です。（ただし主な活動地域は岡山市北区中央福祉事務所および岡山市北区北福祉事務所管内とし、必要に応じ他の地域自立支援協議会と連携して活動します）

（2）構成員

行政機関、教育機関、労働関係機関、保健・医療機関、社会福祉協議会、当事者団体、相談支援事業所等

（3）部会活動

岡山市中央・北地域自立支援協議会では、次の2つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
生活支援部会	相談支援事業所・訪問サービス事業所を中心に、情報交換・課題の抽出・検討会を必要時に開催
就労支援部会	就労支援事業所間の、情報交換・課題の抽出・検討を必要時に開催

（4）これまでの具体的な活動成果

●岡山市と地域活動支援センターⅠ型（6カ所）による定期的な情報交換や課題検討等を行う連絡会議の開催
●福祉制度等に関する勉強会の開催（障害児の親の会や特別支援学校、民生委員、包括支援センター、保健センター等）

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	相談支援事業により岡山市を取り巻く状況や課題の共通認識ができており、行政機関等との情報共有、定期的な情報交換、課題の検討を行っている。
社会資源の開発改良度	第2段階	相談支援事業により地域の障害福祉サービス事業所等の社会資源調査を行っている。
行政の関与度	第3段階	協議会等を通じ、岡山市独自のルール（移動支援の支給量、短期入所支給における柔軟な考え方等）が展開されている。
構成員の参加度	第2段階	地域が抱える課題等について共通の認識がなされている。

④玉野市障害者自立支援協議会

設置年月日：平成19年7月27日
対象地域：玉野市
ホームページ：*http://www.tamano-j.jp/*



事務局

・相談支援事業所のぞみ
玉野市木目1461番地
TEL:0863-71-0110,FAX:0863-71-3516
Mail:do-nozomi@mx61.tiki.ne.jp

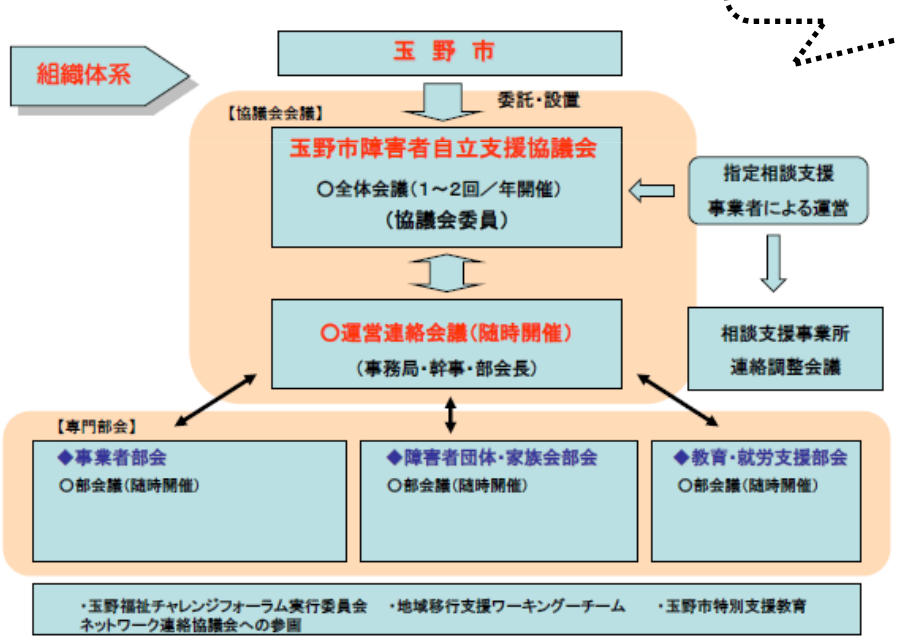
（1）概略

平成16年度、玉野福祉フォーラムの実施を行う。平成17年度には有志により玉野地域生活支援ネットワークを立ち上げ月1回の勉強会を開催する。平成18年度には、各相談支援機関、行政機関を交え、玉野市の相談支援体制について協議を行い、平成19年度に自立支援協議会を立ち上げました。

■事務局コメント
地域の実情にあった協議会のあり方について、 見直しも含めて検討中

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



構成員は次ページに掲載

（3）部会活動

玉野市障害者自立支援協議会では、次の3つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
事業者部会	地域生活支援事業の見直し等
教育・就労支援部会	教育・就労に関わる、関係機関との情報交換。テーマを決めた協議等。
障害者団体・家族会部会	障害児者における余暇活動のあり方についての検討。障害種別をこえた交流会

●平成23年度玉野市障害者自立支援協議会　参加団体

	事業所名等	専門部会		事業者名等	専門部会
1	アールケア　ホームヘルプステーション・アスト中央	事業者	24	岡山労働局　玉野公共職業安定所	教育・就労支援
2	デイサービスセンターフェニックス	事業者	25	就労継続支援事業所B型ワークのぞみ	教育・就労支援
3	ホームヘルプサービスいこい荘	事業者	26	岡山県立早島支援学校	教育・就労支援
4	まごころサービス倉敷	事業者	27	岡山県立岡山南支援学校	教育・就労支援
5	きらめきホームヘルプステーション	事業者	28	岡山県立倉敷琴浦高等支援学校	教育・就労支援
6	ヘルパーステーション朝日　玉野	事業者	29	玉野総合医療専門学校	－
7	サンキ・ウエルビィ介護センター岡山荘内	事業者	30	玉野市教育委員会　学校教育課	教育・就労支援
8	じゃんぷえいど／すてっぷ	事業者	31	玉野商工会議所	教育・就労支援
9	のぞみ園	事業者	32	地域活動支援センターこだま	教育・就労支援
10	社会就労センターポピー	事業者	33	発達支援センター青い空	教育・就労支援
11	地域活動支援センターしらさ工房	事業者	34	(社)岡山県身体障害者福祉連合会玉野支部	障害者団体・家族会
12	地域活動支援センターほほえみ作業所	事業者	35	玉野市手をつなぐ育成会	障害者団体・家族会
13	地域活動支援センター　手毬の里　虹	事業者	36	備前県民局　健康福祉部　福祉振興課	障害者団体・家族会
14	地域活動支援センター　オアシス作業所	事業者	37	岡山県身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所	障害者団体・家族会
15	同舟の園	事業者	38	中央児童相談所	障害者団体・家族会
16	(NPO)やまびこ	事業者	39	玉野市長寿介護課	障害者団体・家族会
17	(NPO)かもめ	事業者	40	玉野市民生委員・児童委員協議会	障害者団体・家族会
18	(社)玉野市医師会	事業者	41	玉野市コミュニティ協議会	障害者団体・家族会
19	わかえの園	事業者	42	ボランティア連絡協議会	障害者団体・家族会
20	備前県民局　健康福祉部　保健課　備前保健所	障害者団体・家族会	43	相談支援事業所　のぞみ	教育・就労支援
21	保健福祉部　健康増進課	障害者団体・家族会	44	地域活動支援センター　こころの里	事業者
22	岡山障害者就業・生活支援センター	教育・就労支援	45	(福)玉野市社会福祉協議会	障害者団体・家族会
23	岡山障害者職業センター	教育・就労支援	46	玉野市福祉政策課障害者福祉係	事業者

(4)これまでの具体的な活動成果

●障害福祉サービスマップの作成、福祉フォーラムの開催、就労支援セミナーの開催、障害者就労支援事業の受託実施、精神障害者の地域移行に向けたワーキングチームの設置、障害者支援事業の一環として定期的なメールマガジンの発行(ハートフル通信)、乗馬体験教室開催、障害児体験教室開催。

(5)運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第1～2段階	サービス利用計画作成が低調。ケア会議は行うものの、件数が少なく、把握していないケースも埋もれている。また、協議会内部でも十分な情報共有が不十分。
社会資源の開発改良度	第1.5段階	社会資源については、サービスマップを作成し概ね理解がなされているが、開発改良については、各事業所の努力によるものが大きく、協議会での共通認識とまでは至っていない。
行政の関与度	第4段階	把握された課題についての対応協議の場は充分に機能していない。
構成員の参加度	第2段階	共通課題が見いだせず、情報交換の場になっている。

⑤東備地域自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月1日
対象地域：備前市、赤磐市、和気町
ホームページ：*http://tobi-j.sakura.ne.jp/*



事務局

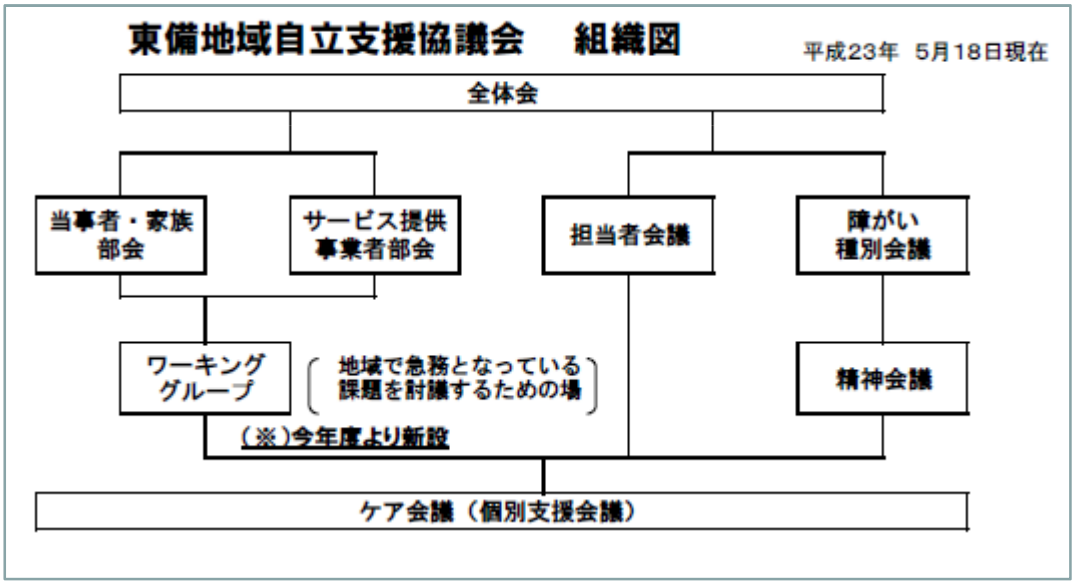
・地域生活支援センター　パレット
備前市西片上193－1
TEL:0869-63-7200,FAX:0869-63-7500
Mail:　palette@mx35.tiki.ne.jp

（1）概略

自立支援法施行と同時に発足、社会福祉協議会事務局長が正副会長に就任した。2市1町の人口が約10万人でほとんどの障害福祉サービスがあります。障がい者の地域生活を支援するため、また障害者自立支援法の円滑な推進を図ることを目的として設置しています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



構成員は次ページに掲載

（3）部会活動

東備地域自立支援協議会では、次の2つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
事業所部会	サービス提供事業所や就労関係機関で構成、各種情報交換、協議、勉強会などを行っている。
当事者・家族部会	当事者会など障害のある方や、家族会で構成、各種情報交換、協議、勉強会などを行っている。

●平成23年度東備地域自立支援協議会　参加団体

	事業所名等		事業所名等		事業所名等
1	備前市・赤磐市・和気町保健福祉担当者	24	和気町手をつなぐ親の会	47	ゆずりは作業所
2	岡山県備前県民局　福祉振興課	25	太陽の家　ひまわり母の会	48	いんべ通園センター
3	和気公共職業安定所	26	岡山県自閉症児を育てる会	49	ユートピア
4	和気公共職業安定所　備前出張所	27	びぜんメンタルクリニック	50	つつじ作業所
5	岡山県立東備支援学校	28	わかくさ訪問看護ステーション	51	太陽の家作業所
6	瀬戸高等支援学校	29	ニチイケアセンター　備前	52	ももっこ作業所
7	中央児童相談所	30	備前市社会福祉協議会障害者訪問介護事業所	53	わかたけ作業所
8	知的障害者更生相談所	31	日生町社協居宅介護事業所	54	閑谷ワークセンターあかいわ
9	身体障害者更生相談所	32	よしながホームヘルパーステーション	55	ライフサポート　やがみ
10	備前保健所　東備支所	33	サポートセンター　ひだすき	56	閑谷ワークセンター・わけ
11	備前市社会福祉協議会	34	サンキウェルビィ介護センター　備前	57	藤工房
12	赤磐市社会福祉協議会	35	サンキウェルビィ介護センター　山陽	58	和気町デイサービスセンター
13	和気町社会福祉協議会	36	陽だまり訪問介護事業所	59	障害者支援施設　しずたに
14	備前市身体障害者福祉協会	37	山陽ホームヘルプステーション	60	障害者支援施設ぼれぼれ
15	吉永町身体障害者福祉協会	38	春の家ホームヘルプステーション	61	ホーム浜っ子
16	日生町身体障害者福祉協会	39	ほほえみホームヘルプステーション	62	音と光の家
17	赤磐市身体障害者福祉連合会	40	吉井ホームヘルプステーション	63	グループホームのぞみが丘
18	和気町身体障害者福祉協会	41	ホームヘルプサービス もみじの里	63	閑谷福祉会　地域ホーム
19	翔びたとう会	42	幸生ヘルパーステーション	65	ケアホーム藤
20	もみじの会	43	サポートセンター　藤	66	あかいわ発達障害支援センター
21	わかたけ会	44	児童デイサービスセンター　赤磐ぐんぐん	67	東備地域生活支援センター
22	備前市手をつなぐ親の会	45	浜っ子作業所	68	地域生活支援センター　パレット（事務局）
23	赤磐市手をつなぐ親の会	46	ひだすき作業所		

（4）これまでの具体的な活動成果

基本的な会議であるケア会議は、昨年度334件開催した。電話一本で関係者が集まり協議できる体制は一応整っている。2市1町の制度上の連携等がとれるようになった。

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	個別の支援課題は把握されているが、担当者会で協議されるのにとどまっている。
社会資源の開発改良度	第3段階	アンケート等で必要な資源の把握はおこなっている。
行政の関与度	第4段階	障害福祉計画に自立支援協議会の意見が反映できるようになっている
構成員の参加度	第2段階	参加者の共通認識はある程度図られているが、参加人数が増えない。

⑥瀬戸内市地域自立支援協議会

設置年月日：平成19年3月
対象地域：瀬戸内市



事務局

・瀬戸内市地域生活支援センタースマイル
瀬戸内市邑久町山田庄880－1
TEL:0869-22-9600,FAX:0869-22-9603
Mail:smile@city.setouchi.lg.jp

（1）概略

●準備、立ち上げ期（H19～H21）

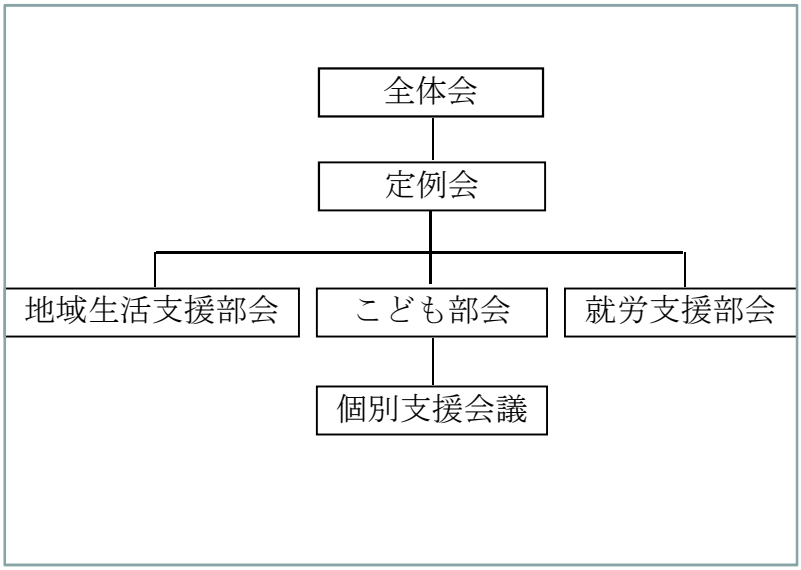
瀬戸内市には、支援学校が運営する特別支援ネットワークがあった。
設立はしたものの、何から協議すればよいのか分からず、他市の状況をみる状態が続いた。
県アドバイザーの協力のもと、運営を本格化させるための準備会を開催し、勉強会を行った。

●組織体制づくり（H22～現在）

・地域の課題に精通したスタッフがいなかった。
・ケア会議の重要性を認識。（ケア会議は個別の課題を話し合う場であり、地域の課題として認識するための場として位置づける）
・まずは、精神障がい者のグループホーム問題を取り上げることにして、地域生活支援部会を設立。講演会を開催し、グループホームの必要性を市民に向けて訴えた。
・しかし、必要性は理解できても、すぐに入りたい希望者が何人いるのか具体的な数字がつかめないという問題により議論が止まってしまった。
・そのほかの潜在化している課題の掘り起こしが十分に行えず、また、部会が扱う範囲が広すぎてどこまで手を広げてよいのか…などの問題により、混迷状態に陥ってしまう。
・趣旨、あり方の検討に1年かけて活動計画を作成し、全体会を通じて協議会メンバーの共通理解をつくる。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



●平成23年度瀬戸内市地域自立支援協議会　参加団体

①備前県民局健康福祉部保健課、②岡山県福祉相談センター、③東備支援学校、④おかやま発達障害者支援センター、⑤瀬戸内市社会福祉協議会、⑥瀬戸内市身体障害者福祉協会、⑦瀬戸内市民生委員児童委員協議会、⑧岡山県重症心身障害児（者）を守る会、⑨瀬戸内市手をつなぐ育成会、⑩瀬戸内市知的障害者相談員、⑪瀬戸内市手をつなぐ親の会、⑫おく夢路家族会、⑬スマイル家族会、⑭スマイル利用者、⑮せとうち旭川荘、⑯ヘルパーステーションあゆみ、⑰ニチイケアセンター邑久、⑱岡山障害者職業センター、⑲岡山障害者就業・生活支援センター、⑳西大寺公共職業安定所、㉑瀬戸内市商工会、㉒トモニー・きずな　吉井川、㉓いこいファーム、㉔就労支援センターゆうわ、㉕ほほえみの家、㉖瀬戸内市教育委員会、㉗瀬戸内市立青少年育成センター、㉘瀬戸内市立邑久中学校、㉙健康づくり推進課、㉚子育て支援課、㉛福祉課、㉜地域生活支援センタースマイル

（3）部会活動

瀬戸内市地域自立支援協議会では、次の3つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
地域生活支援部会	①瀬戸内市第3期障害福祉計画に向けて、自立支援協議会アンケート作成し、計画へ反映させる。 ②自立支援協議会ホームページについて、他の部会と瀬戸内市とともに協議していく。 ③瀬戸内市福祉フェアについての検討 ④親亡き後の生活支援についての検討 ⑤地域に対する啓蒙啓発活動と人権意識の高揚についての取り組み ⑥その他加盟団体から提出されている未解決問題への対応
こども部会	①発達障害相談についての検討 ②地域資源一覧についての検討 ③相談支援ファイル「はぐくみ」についての検討 ④発達障害以外の当事者の部会への参加についての検討 ⑤ニーズの拾い上げについての検討 ⑥各保護者の会の活動や研修会の内容を、ひだまりカフェ通信などに載せて発信する
就労支援部会	①相談から支援につなげる取り組み ②わーく相談会の周知・定着に向けた取り組み ③特別支援学校卒業生への職場定着・就業支援についての検討 ④就労支援に関するアンケート調査の実施について ⑤働くための「チャレンジ講座」の実施について

（4）これまでの具体的な活動成果

●視察研修 ～
部会メンバーの障がいの理解を深めることを目的として、支援学校と就労継続支援B型事業所の視察を行った。

●グループホームの暮らしを考える講演会～
瀬戸内市初のグループホーム開設の紹介、精神障がいのグループホームの必要性など、当事者、家族、市民に向けて啓発を行った。

●発達障害専門相談の周知～
部会への相談状況報告と並行し、幼保小中学校への宣伝も行ったことで、新規相談の増加へつなげることができた。

●わーく相談会～「相談から支援へ」を目標として、当事者と企業の両方からの相談を受ける窓口を設置　など

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	現在、地域課題を抽出・整理している段階である。
社会資源の開発改良度	第2段階	社会資源マップの活用はしているが、社会資源の調査・診断はこれから行う段階である。
行政の関与度	第4段階	障害福祉計画の策定にかかるアンケート調査を、市と自立支援協議会が協働して取り組んでおり、市の側に自立支援協議会が認識されつつある。
構成員の参加度	第2段階	協議会の目的と役割について、構成員の共通認識が図られている段階である。

⑦吉備中央町障害者等地域自立支援協議会

設置年月日：平成19年1月18日
対象地域：吉備中央町



事務局

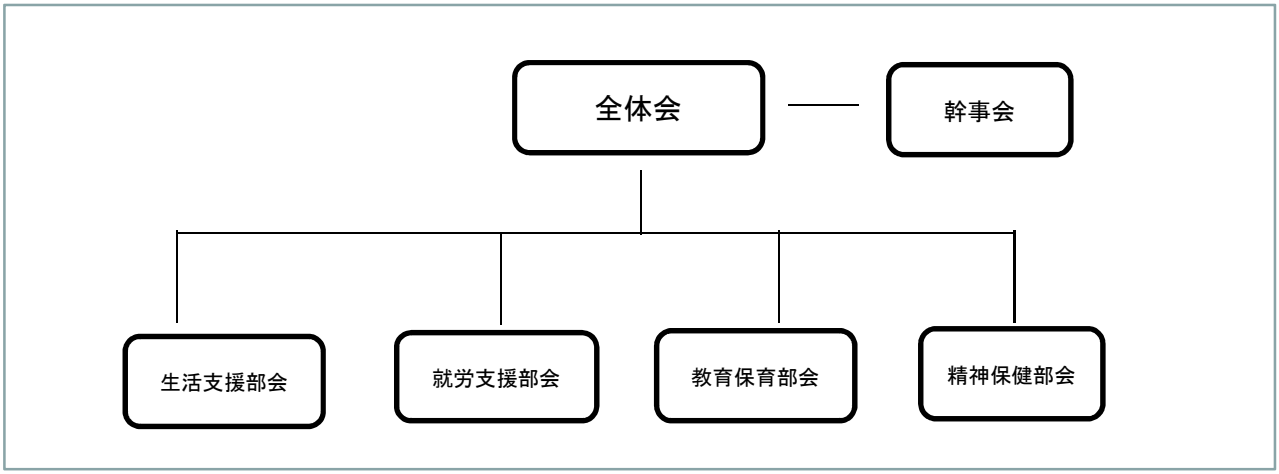
・吉備の里相談支援センター
加賀郡吉備中央町上野2320－10
TEL:0866-56-8216,FAX:0866-86-8218
Mail:kibisato@kibinosato.or.jp

（1）概略

障害者及び障害児の自立した地域生活を支援するために、関係者のネットワークを形成し、相談支援専門員の資質の向上を図るなど障害者自立支援法の円滑な推進を図ることを目標に設置しました。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



●平成23年度吉備中央町障害者等地域自立支援協議会　参加団体

①障害者生活支援センター、②岡山公共職業安定所、③高梁公共職業安定所、④岡山県立誕生寺支援学校、⑤岡山県健康の森学園支援学校、⑥医療法人梁風会　高梁病院、⑦医療法人梁風会　たいようの丘、⑧社会福祉法人旭川荘　旭川児童院、⑨岡山県中央児童相談所、⑩岡山保健所、⑪備前県民局福祉振興課、⑫ﾊﾟﾅｿﾆｯｸ吉備株式会社、⑬社会福祉法人吉備の里、⑭社会福祉法人千寿福祉会　吉備高原清和荘、⑮社会福祉法人ももたろう会　さくら苑、⑯社会福祉法人吉備中央町社会福祉協議会、⑰社会福祉法人吉備健生会　賀陽荘居宅介護支援ｾﾝﾀｰ、⑱養護教諭部会、⑲身体障害者福祉協会、⑳精神障害者患者家族会、㉑知的障害者相談員代表、㉒民生委員、㉓児童委員協議会代表、㉔教育委員会事務局、㉕保健福祉担当職員、㉖その他必要と認める者

（3）部会活動

吉備中央町障害者等地域自立支援協議会では、次の4つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
生活支援部会	・地域在住の障害者・支援者意見交換会（年1回）
就労支援部会	・職場訪問（年1回） ・企業訪問（年4回）
教育保育部会	・療育相談会・親子ふれあい教室（月1回） ・子育て講演会（年3回）
精神保健部会	・講演会（年1回）

（4）これまでの具体的な活動成果

●町広報紙での情報提供
●フォーラム等の開催
●社会福祉協議会と連携し移動支援の拡大を図った。

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	個別の課題は、共有できているが、解決に向けた議論まで至っていない。
社会資源の開発改良度	第3段階	地域的な問題もあり社会資源に乏しいが、事業所との個別の対応で利用枠等の拡大を図る段階である。
行政の関与度	第4段階	地域の課題を把握しながら徐々に予算化を図っている。
構成員の参加度	第2段階	活発な質問等には、至っていない。

⑧倉敷地域自立支援協議会

設置年月日：平成19年3月
対象地域：倉敷市、早島町
ホームページ：*http://www.kurashiki-j.com/*



事務局

・倉敷地域生活支援センター
倉敷市生坂836－1
TEL:086-464-4310,FAX:086-464-3980
Mail:kurashikishien@cumre.or.jp

（1）概略

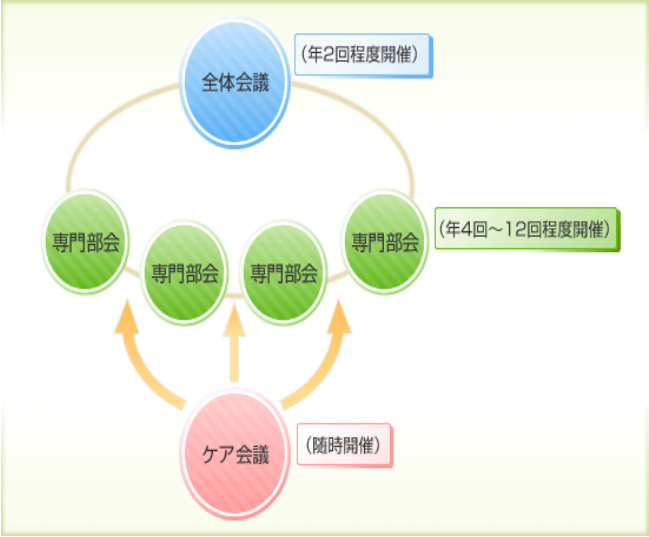
倉敷市を含む備中県民局管内で支援費制度が始まった平成15年から当時の倉敷地方振興局（現・備中県民局）を中心に障がい当事者を取り巻く障がい福祉関係機関が集まり、ネットワーク構築や地域の課題を共有する目的で「倉敷障害者（児）地域生活支援ネットワーク会議」が定期的に開催されていました。

これを土台に「倉敷地域自立支援協議会」に移行した。倉敷市と早島町を圏域とする人口50万人規模の大きな自立支援協議会が平成19年3月に誕生。現在に至るまで、柔軟に動けるよう、形に拘らずあえて枠にはめないで、組織化せずに活動を続けています。

大切なことは一人の障がい当事者の困りごとに丁寧に寄り添うこと。障がい当事者の相談に対し関係機関が電話一本で集まって「この人をどう支えるか。」という共通テーマで話し合える体制（ケア会議）を目指しています。社会資源の開発にも日々努めています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は右図のとおりです。
構成員は下記のとおりです。



●平成23年度倉敷地域自立支援協議会　参加団体

①倉敷市役所障がい福祉課、②早島町福祉課、③岡山県備中県民局健康福祉部福祉振興課障害福祉班、④倉敷市保健所保健課、⑤倉敷市総合療育相談センターゆめぱる、⑥水島保健福祉センター福祉課、⑦児島保健福祉センター福祉課、⑧玉島保健福祉センター福祉課、⑨倉敷市社会福祉協議会地域福祉課、⑩倉敷市水島障がい者支援センター、⑪倉敷市児島障がい者支援センター、⑫倉敷市玉島障がい者支援センター、⑬相談支援センターひまわり、⑭倉敷障がい者就業・生活支援センター、⑮倉敷中央公共職業安定所専門相談部門、⑯王慈療護園、⑰エンゼル、⑱倉敷市心身障がい施設連絡協議会、⑲倉敷学園、⑳倉敷市発達障がい者支援センター、㉑倉敷市手をつなぐ育成会、㉒倉敷市精神障がい者家族会連合会、㉓倉敷市精神障がい者事業所等連絡協議会、㉔まきび病院相談室、㉕倉敷市心身障がい児者父母の会、㉖倉敷身体障がい者福祉協会、㉗倉敷市立倉敷支援学校、㉘岡山県立早島支援学校、㉙岡山県立倉敷琴浦高等支援学校、㉚岡山県倉敷児童相談所、㉛倉敷仁風ホスピタル、㉜倉敷地域生活支援センター

（3）部会活動

倉敷地域自立支援協議会では、次の5つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
就労部会	倉敷障がい者就業・生活支援センターを中心に、特別支援学校、行政、ハローワーク、障がい福祉サービス事業所、企業などが参加し年4回程度開催されます。雇用側の制度や、障がい福祉サービスの制度をしっかり理解するところからスタートし、関係者のお互いの信頼関係を築きながら、障がい者の「働く」という共通テーマで話し合います。昨年、企業ガイドブック作成、改訂版（個人向け、支援者向け）検討中。職場訪問実施。
精神部会	倉敷市精神保健医療福祉連絡会(世話人会を含む)という名称で、倉敷市内の保健・医療・福祉・教育関係者が集まり、地域のネットワークづくりを目的とした情報交換会や研修会など，精神障がいがあっても住みやすいまちづくりを目指した話し合いを実施しています。また、H20.3月に精神保健福祉施策（行政施策）を総合的かつ効果的に推進するという目的を持った倉敷市精神保健福祉協議会が発足し、具体的な協議が進められています。現在、社会資源マップ作成中。
テーブルまび	真備町の中で「障がい」当事者・家族を中心に据えて、身近な顔の見えるつながりを基に、みんなが地域の中で安心して暮らしていくために、一緒に「何をどうすればいいか」を隠さず本音で語り合う場が「テーブルまび」です。障がい当事者から近所の住人まで様々な立場の面々が参加し、苦労を笑い飛ばしながら、お互いに学びあっています。平成19年～20年度、2年連続で倉敷市市民企画提案事業に採択されました。この積み重ねを基に、平成21年度からは正式に「テーブルまび（地域自立支援協議会・真備版）」として活動を開始しました。真備のオリジナルを目指して、自分たちの手で！毎月、ミーティングを実施。イベントにも参加している。
こども部会	児童期には様々な機関が関わることになるため、一貫した支援を実現するためにはお互いの立場を尊重しながら連携を取り合うことが必要不可欠です。「こども部会」では、障がい児支援に携わる関係機関が集まり、それぞれの立場から「子どもにとってより良い支援とは何か」について意見を出し合います。イベントを随時開催。（子育て応援シリーズ講座、倉敷発達障がいフォーラム）
相談支援部会	倉敷市内にある相談支援機関を中心としながら2ヵ月に1回のペースで開催しています。内容としては情報交換や困難ケースの検討、またケアマネジメントの手法を学ぶ場として活用しております。日々多様化、困難化するニーズにどのように対応するか、そしてどのように実現させていくか。皆で共有することで倉敷市内の相談支援機関の質の向上に努めております。事例によるグループワーク等の実施。

（4）これまでの具体的な活動成果

●くらしきフォーラムの開催1回／年
●ガイドヘルパー（移動支援従事者）研修会の開催（ヘルパー不足解消の為、独自で作り上げたシステム）1回／年
●ヘルパー力向上講座（現任者のスキルアップの為）

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	当初から倉敷地域自立支援協議会はケア会議を丁寧に積み重ねることを目標にしてきました。会議を積み重ねることで地域の課題を抽出することはできてきています。しかし、その課題に対して協議会としてどうするか、まだまだ議論が足りてないように感じています。
社会資源の開発改良度	第5段階	地域の弱点に対して具体的に「地域生活支援事業の移動支援事業」の要項を緩和し、独自の研修制度の構築など実際に社会資源の創設に至った。
行政の関与度	第4段階	「全体会」だけではなく「代表幹事会」にも積極的に行政は関与している。
構成員の参加度	第2段階	全体会参加者についてはまだまだお客さん意識があるのように感じる。しかし、協議会の規模も大きくなかなか協議しにくいという運営サイドにも問題があると感じています。

⑨総社市地域自立支援協議会

設置年月日：平成19年3月
対象地域：総社市、 ホームページ：
http://www.sojasyakyo.or.jp/activity/yuyu.html



事務局

・地域活動支援センターゆうゆう
総社市中央一丁目1番3号
TEL:0866-92-8578,FAX:0866-94-0089
Mail：info@sojasyakyo.or.jp

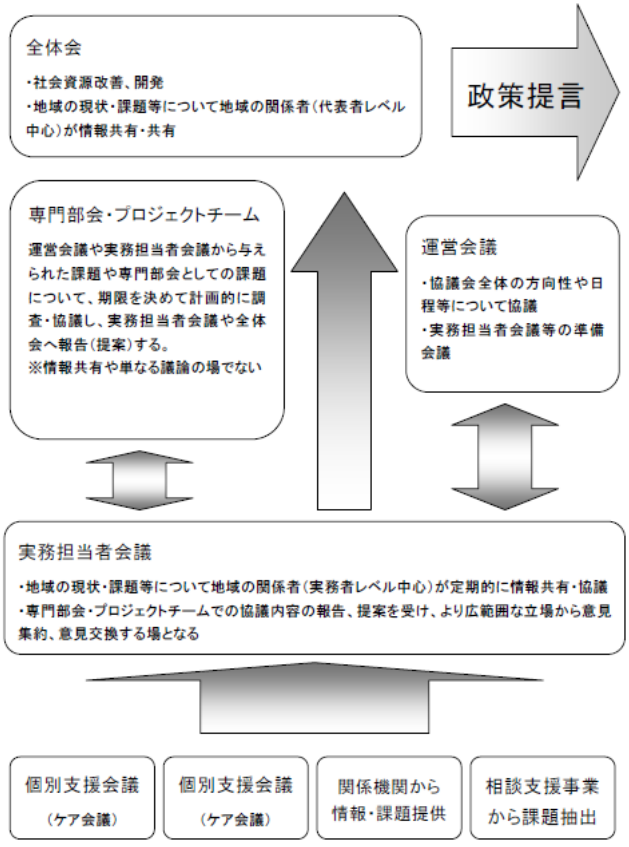
（1）概略

総社市地域自立支援協議会は、総社市から地域活動支援センターⅠ型を受託している総社市社会福祉協議会が事務局を担い、平成19年3月に障がいのある当事者とその家族、支援団体、関連機関・団体、社会福祉協議会、行政等が一体となり障がい者福祉機関の情報共有及び連携を図るとともに、障がい者福祉に関する支援システムの構築、生活に必要な社会資源の創出・改善などを行うことを目的として発足しました。

平成21年度までは、概ね年1回（計5回）の全体会を行い、委託相談支援事業所の運営評価や全体の情報共有等を行ってきました。また、協議会の中心的機関である5つの専門部会（「個別相談部会」、「こどもに寄り添う部会」、「就労を考える部会」、「くらしを支える部会」、「地域移行支援部会」）が、隔月から毎月開催され、各専門部会では、障がい者（児）への支援を分野別に検討するため、それぞれ独自に課題抽出から解決までを一貫して協議、検討するために設置されました。

4年目を迎えた昨年度、各専門部会間の連携が不十分であり、各々の専門部会で同じような課題を検討する等、効率的でなかったことや協議会全体としての活動が十分でなかったこと等の反省があり、これまでの体制を基にステップアップすることを目指して、協議会全体の構成を大幅に改正しました。全体会に加え、新たに運営会議、実務担当者会議を加え、専門部会の形態を変化させるとともに、柔軟にプロジェクトチームを結成し、問題解決を図っていくことのできる体制へと改正しました。また、従来位置付けが曖昧であった個別支援会議（ケア会議）を明確に位置付け、地域の具体的な個別の課題が重層的な仕組みの中で議論され、政策提言まで行える協議会を目指すこととなりました。

（2）組織図及び構成員



●平成23年度総社市地域自立支援協議会　参加団体

①総社市身体障がい者福祉協会、②おたまじゃくしの会、③あゆみ家族の会、④総社市手をつなぐ親の会、⑤特別支援学級親の会、⑥総社はばたき園保護者会、⑦山手セロリ青葉会、⑧吉備路学園、⑨総社はばたき園、⑩わくわくハンドベル、⑪アイデイ、⑫総社市社会福祉協議会指定訪問介護事業所、⑬保育サポート　あいあい、⑭ほっとスペースひだまり、⑮ワークセンターそうじゃ、⑯ペパーミントネットワーク砂川遊園、⑰サポートセンターはるかぜ、⑱総社市地域活動支援センターゆうゆう、⑲あゆみの会、⑳吉備自立支援センター、㉑総社福祉作業所、㉒民生委員児童委員協議会、㉓福祉委員協議会、㉔総社市ボランティア連絡協議会、㉕要約筆記吉備うさぎ会、㉖総社点訳の会、㉗てのひら、㉘吉備路友だちの会、㉙アンダンテ、㉚岡山県立大学保健福祉学部、㉛川崎医療福祉大学、㉜吉備国際大学、㉝岡山県立早島支援学校、㉞岡山県立岡山南支援学校、㉟倉敷中央公共職業安定所総社出張所（ハローワーク）、㊱岡山県福祉相談センター、㊲備中県民局健康福祉部福祉振興課、㊳備中保健所保健課、㊴倉敷児童相談所子ども発達支援課、㊵総社市保健福祉部福祉課、㊶総社市保健福祉部健康づくり課、㊷総社市保健福祉部こども課、㊸総社市保健福祉部介護保険課、㊹地域包括支援センター、㊺総社市教育委員会、㊻総社市社会福祉協議会、㊼吉備医師会（三宅内科小児科医院）、㊽倉敷障がい者就業・生活支援センター、㊾総社市インクルージョン推進事業協議会、㊿一般社団法人岡山県社会福祉士会権利擁護センターぱあとなあ岡山（正木山福祉会）、知的障がい者相談員

（3）部会活動

総社市地域自立支援協議会では、次の7つの部会等を設置しています。

部会名	主な活動内容
こどもに寄り添う部会	既存の相談機関や親の会ではない、健診後の親等がもっと気軽に集い話ができるような場（名称「なでしこ」）を企画、検討していく。移動支援のあり方についての勉強会を受けて、移動支援についての共通理解と地域での課題に基づき検討していく。
就労を考える部会	企業へ障がい者雇用への意識調査を実施する
くらしを支える部会	成年後見制度に関する調査研究 ・前年度実施の「成年後見制度等に関するアンケート」の分析・成年後見制度・日常生活自立支援事業等の関係整理・総社市の権利擁護のしくみ構築のための基本的な方向整理・モデルケースの選定・検証
住まいを考える部会	入居支援（保証人の問題）に関する調査研究（ニーズ、利用状況、利用支援施策、他市町村の取り組み状況等）
精神障がい者地域移行支援会議	症状が安定しており、受入条件が整えば退院可能な精神科病院入院者の退院及び社会復帰を目指し支援する「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」の対象者について、対象者の決定、個別支援計画（案）の協議、決定、個別支援会議等から抽出された課題の検討、事業の評価を行う。
障がい者理解啓発パンフレット作成プロジェクトチーム会議	障がい者理解啓発パンフレットの作成
プロジェクトA	市内に就労継続支援（A型）の事業をつくるためのプロジェクトチーム

（4）これまでの具体的な活動成果

● 情報機能 《困難事例や地域の現状・課題等情報共有と情報発信》
○個別支援部会で、「発達障がい者支援研修会」や「相談支援研修会」を実施した。
○平成22年度から、実務担当者会議を定期的（年10回）に開催し、グループワークで情報共有を行った。

● 調整機能 《地域の関係機関によるネットワーク構築》、《困難事例への対応のあり方に関する協議、調整》
○平成22年度から地域自立支援協議会を組織改革し、個別支援会議（ケア会議）から実務担当者会議、運営会議、専門部会（プロジェクトチーム）、全体会のそれぞれの会議が役割分担し連携するとともに、それぞれの会議毎にネットワークを構築しつつある。
○こどもに寄り添う部会で「安心して暮らせるまちづくり構想図」を作成した。
○こどもに寄り添う部会で「当事者団体ネットワーク（障がい児支援のための連絡会）」を結成した。
○関連機関・団体のネットワークで “ハートフルそうじゃ”を開催した。

● 開発機能《地域の社会資源の開発、改善》
○こどもに寄り添う部会で支援アイテム「サポートブック「よろしくね」」を作成した。
○こどもに寄り添う部会での議論からワンストップ（相談窓口）「相談支援センターゆうゆう」が設置された。
○就労を考える部会から、「都市公園（3公園）の管理」や「職員官舎の除草作業」を受託へつながった。
○くらしを支える部会から、当事者が気軽に集えるサロン「吉備路友だちの会」が開催された。

● 教育機能《構成員の資質向上の場として活用》
○住民を対象にした精神障がい者理解のための福祉フォーラムを開催した。
○“ハートフルそうじゃ”で、映画「ぼくはうみがみたくなりました」の上映や市内の福祉施設・事業所等の紹介を行った。

● 権利擁護機能《権利擁護に関する取り組みを展開する》
○くらしを支える部会で「成年後見制度（権利擁護）」についてニーズ、利用状況、利用支援施策、他市町村の取り組み状況等について調査、検討している。
○くらしを支える部会で「成年後見制度等に関すアンケート調査」を実施した。

● 評価機能《中立・公平性を確保する視点から、委託相談支援事業者の運営評価》、《サービス利用計画作成費対象者、重度包括支援事業等の評価》
○実務担当者会議、全体会で相談支援センターゆうゆう（委託相談支援事業者）の相談支援状況等について報告し、評価をしてもらっている。

⑩井笠地域障害者自立支援協議会



設置年月日：平成19年2月27日
対象地域：笠岡市、井原市、浅口市、里庄町、矢掛町
ホームページ：*http://ikasa - soudan.com/*

事務局

・井笠圏域障害者相談支援センターふぁみりあ
笠岡市六番町2－5
TEL:0865-63-7295,FAX:0865-63-7296
Mail:ikasa-soudan@mx3.et.tiki.ne.jp

（1）概略

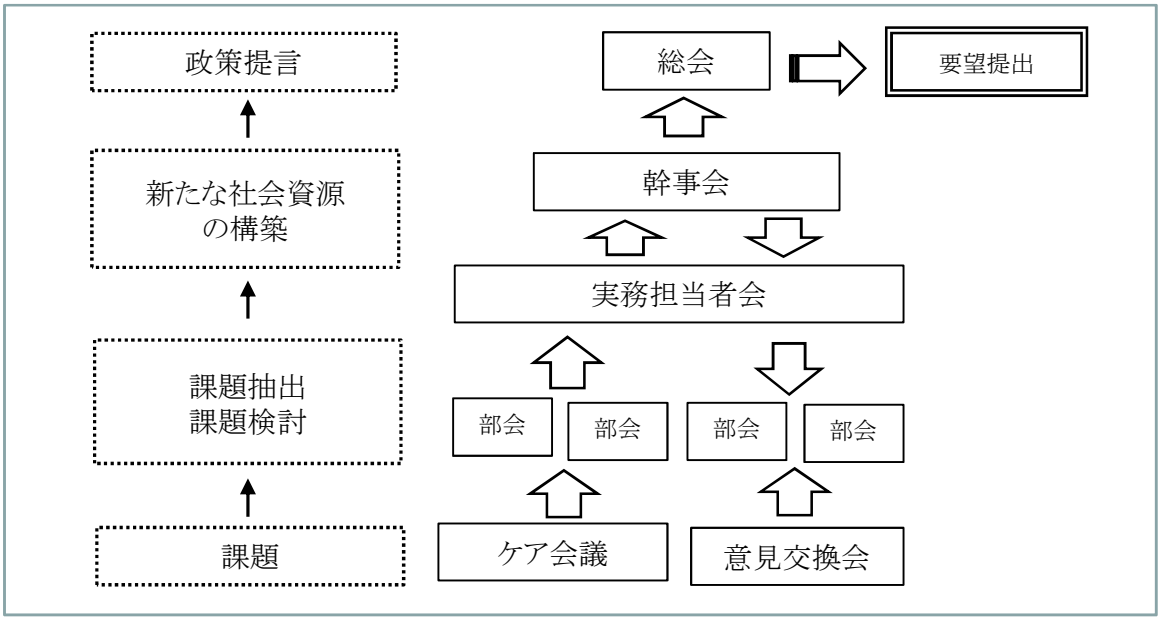
●自立支援協議会発足の経緯
平成15年、井笠地域障害者（児）地域生活ネットワーク会議を設置。関係機関と連携し、地域の課題は地域で考える体制を作り、その後この基礎をもって井笠地域障害者自立支援協議会が発足しました。

●特徴
3市2町の広域で実施、当事者家族団体の参加が活発であり、行政も協力的です。

●特色
相談支援事業所からの課題のみならず広く意見を求めるため意見交換会を2ヶ月に1回3市で実施しています。
3市2町の広域で実施していることで各市町のサービスの違いが見え、相乗効果なっています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



●平成23年度井笠地域障害者自立支援協議会　参加団体

当事者家族団体等（30件）、訪問介護事業所（23件）、作業所・施設関係（29件）、病院関係（8件）、学校関係（1件）、ボランティア・その他の団体（7件）、市町・県・国の機（8件）、教育委員会（5件）、民生委員（1件）、相談支援事業所（3件）の計115の参加団体に加えて、オブザーバー参加として商工会議所(4件）で構成されています。

（3）部会活動

井笠地域障害者自立支援協議会では、次の4つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
研修部会	●相談員研修交流会（第2回目） 平成23年9月28日開催　75名参加 井笠管内相談員及び医療ケースワーカー、民生委員、サビ管、サビ提など ●施設見学～随時 ●フォーラム「今、障害者の高齢化を考える」 平成23年11月18日開催
就労部会	●就労部会は年4回開催予定 ●「企業との座談会」 平成23年10月14日開催40名参加　参加企業5社 ●今後の予定～職場見学や職場実習等の検討
地域部会	サブ部会設置 ●医療ﾏｯﾌﾟ作成 ●重症心身障害児者のｻｰﾋﾞｽを考える ●地域移行・定着支援会議
子ども部会	●日中一時支援事業プロジェクト会議～利用者、事業所へのアンケート調査・集計 ●重症心身障害児者のサービスを考える～地域と共同でサブ部会 ●発達障害の理解の啓発活動・・講演会を予定　平成24年1月31日

（4）これまでの具体的な活動成果

●協議会設置後フォーラム毎年開催
●ヘルパースキルアップ研修
●事例検討会　など

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第4段階	相談支援事業による課題抽出のみならず、2ヶ月に1回実施している意見交換会からの課題など協議会で共有し専門部会等で検討をしている。
社会資源の開発改良度	第3段階	課題解決に向けて部会やプロジェクト会議更に、懇談会や訪問等行い積極的な動きをしているがまだ具体的に成果に結びつけられていないが感触はよいと考える。
行政の関与度	第4段階	各行政の障害福祉計画の策定に関して協議会として意見を求められ、反映できるような位置づけになっている。 自立支援協議会と連携してという意思が示されている。
構成員の参加度	第3段階	要望陳情と捉えている方もいるがこれは協議会の認知度の低さからと理解している。協議会の理解を得るための啓蒙活動が努力目標として挙げられる。その反面、各部会活動は活発に動き出して、実現可能な提案もみえてきたところである。

【事務局コメント】
・井笠地域で起こった課題はみんなで解決できるようこの協議会が井笠地域で定着できるように参加団体みんなで頑張っていきます。
・ホームページが出来ましたのでご覧下さい。また、ご意見をお聞かせ下さい。

⑪高梁市自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月1日
対象地域：高梁市



事務局

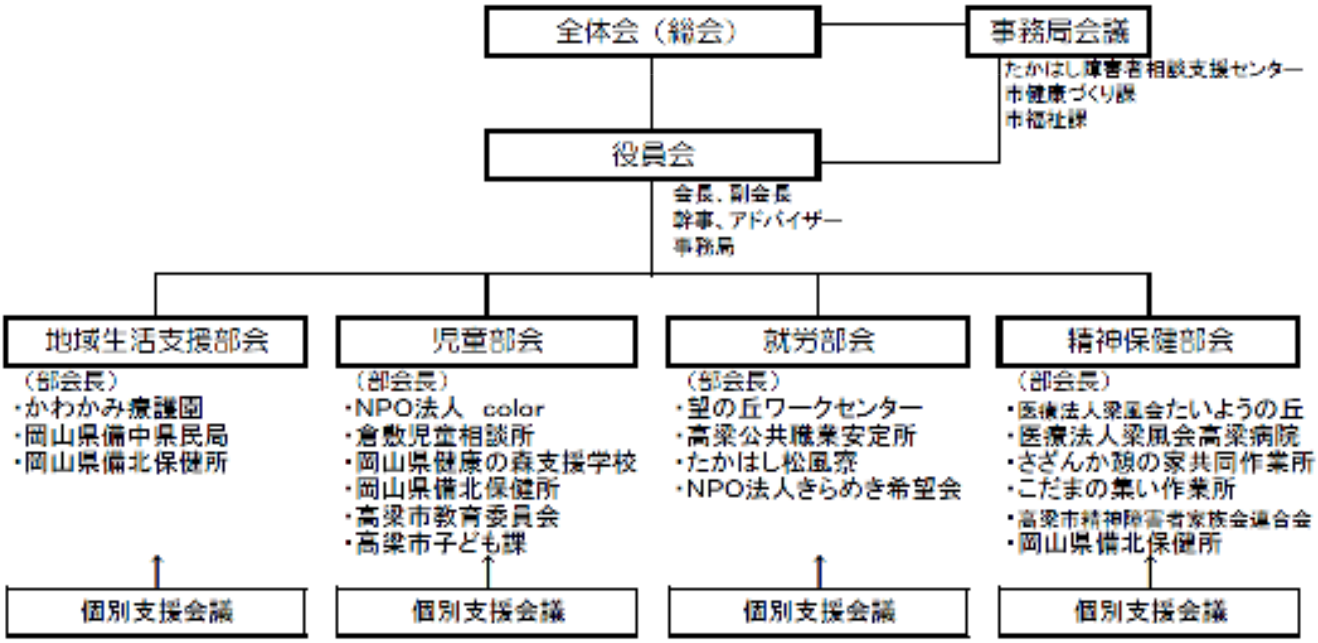
・たかはし松風寮指定相談支援事業所
高梁市落合町阿部2528－1
TEL:0866-22-7102,FAX:0866-22-0515
Mail:tj-syofu@asahigawasou.or.jp

（1）概略

障害者自立支援法に基づき、高梁市内における相談支援事業をはじめとする地域の障害福祉に関するシステム作りに関して、中核的な役割を果たす協議の場として高梁市自立支援協議会を設置し、高梁市における障害者等の自立生活を支援する事を目的としています。高梁市地域生活支援事業の相談支援事業を平成20年4月、社会福祉法人旭川荘に相談支援業務を委託し、併せて自立支援協議会運営事務局としても運営を委託しています。部会活動においては地域生活支援部会、精神保健部会、児童部会、就労部会の4部会で構成し活動を行っています。その他としては年間2回の全体会、随時開催の役員会、事務局会議、平成20年度より毎年たかはし福祉フォーラムを企画実行し高梁市民の皆さんに情報発信を行っています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。（平成23年4月1日現在）



●平成23年度高梁市自立支援協議会　参加団体

①高梁市手をつなぐ親の会、②高梁市身体障害者福祉協会、③吉備国際大学社会福祉学部、④吉備国際大学社会学部、⑤岡山県備中県民局健康福祉部福祉振興課、⑥高梁市社会福祉協議会、⑦たかはし松風寮・松山ワークセンター、⑧岡山県備北保健所、⑨かわかみ療護園、⑩特定非営利活動法人　color、⑪望の丘ワークセンター、⑫医療法人梁風会たいようの丘、⑬デイサービスすずらん、⑭有限会社　備北介護センター、⑮在宅ケアサービスステーションなりわ、⑯医療法人梁風会高梁病院　地域生活支援部門、⑰特定非営利活動法人きらめき希望会、⑱さざんか憩の家共同作業所、⑲こだまの集い作業所、⑳高梁市精神障害者家族会連合会、㉑岡山県健康の森学園支援学校中学部、㉒高梁公共職業安定所、㉓岡山県身体障害者更生相談所、㉔岡山県知的障害者更生相談所、㉕倉敷児童相談所、㉖高梁市教育委員会学校教育課
事務局：たかはし障害者相談支援センター、高梁市市民生活部健康づくり課、高梁市市民生活部福祉課

（3）部会活動

高梁市自立支援協議会では、次の4つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
地域生活支援部会	①地域活動支援センターⅠ型の研究 ②高梁市地域生活支援事業の見直し ③ネットワーク強化 ④ケア会議の実施
精神保健部会	①退院促進に向けた地域との連携 ②ミニフォーラムの開催 ③ネットワーク強化 ④ケア会議の開催
児童部会	①お父さん・お母さん・こども交流会の開催 ②ミニフォーラムの開催 ③ネットワーク強化 ④ケア会議の開催 ⑤高梁地域発達障害児支援体制整備連絡会議との連携
就労部会	①公共職業安定所との連携による職場実習先の開拓 ②障害福祉サービス事業所（就労系）間の連携 ③高梁市内企業への障害者雇用調査実施 ④高梁市内企業との連携 ⑤倉敷障がい者就業・生活支援センターとの連携 ⑥ネットワーク強化

（4）これまでの具体的な活動成果

平成20年度から毎年たかはし福祉フォーラムを開催

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第2段階	個別支援会議を通して個々の課題は抽出しつつあるものの自立支援協議会全体で共有されるまでには至っていない。また地域課題として整理されつつある段階。
社会資源の開発改良度	第2段階	社会資源について調査診断されるまでに至っていない。社会資源の改良事項も把握できている状態ではない。
行政の関与度	第4段階	自立支援協議会の活動全てに担当課職員が参加し、運営状況を把握している。また他部局との連携も取っている。障害福祉計画策定にも協議事項が反映されつつある。
構成員の参加度	第3段階	構成員全体が招集される全体会が年間2回しかなく、全構成員が積極的な問題意識を持てている状況ではないが、目的、役割は共通認識が図られている。

⑫新見市障害者自立支援協議会

設置年月日：平成18年10月1日
対象地域：新見市



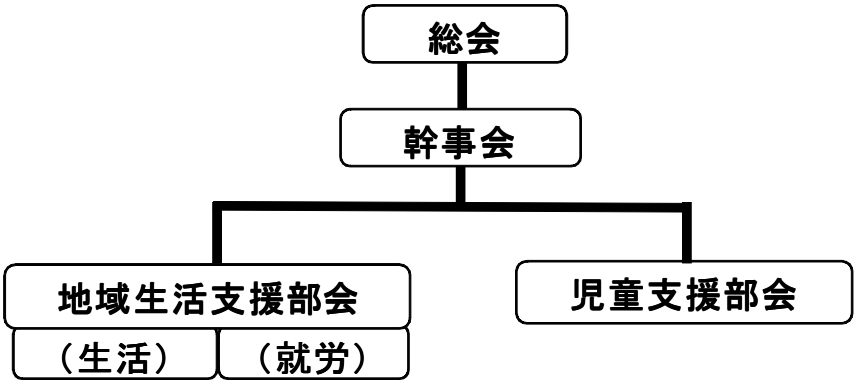
事務局

・新見市障害者地域活動支援センター
ほほえみ広場にいみ（新見市高尾2488－13）
TEL:0867-71-2166,FAX:0867-71-1-22
Mail:hohoemihiroba02@yahoo.co.jp

（1）概略

平成17年に設置された「新見障害者(児）地域生活支援ネットワーク会議」を前身に、平成18年10月より新見市障害者自立支援協議会はスタートしました。顔の見える・ざっくばらんな話ができる人間関係のある協議会です。個別ケースに対しても、関係者が電話一本で集まり、地域に根ざした支援を行っています。

（2）組織図及び構成員



平成23年度参加団体（30団体）

岡山県健康の森学園支援学校	新見商工会議所
社会福祉法人　新見市社会福祉協議会	阿哲商工会
社会福祉法人　阿新社会福祉事業会　　福祉ワークセンター阿新	医療法人梁風会　こころの医療たいようの丘ホスピタル
社会福祉法人　健康の森学園	にいみ子育てカレッジ運営協議会
社会福祉法人　神郷の園	高梁公共職業安定所　新見出張所
社会福祉法人　恵愛会　　大佐荘	倉敷児童相談所・知的障害者更生相談所
新見市身体障害者福祉協会	倉敷障がい者就業・生活支援センター
新見障害児者と共に歩む会	岡山県備中県民局　健康福祉部　福祉振興課
新見市知的障害者手をつなぐ親の会	岡山県備北保健所　新見支所
精神障害者家族会　わかば会	新見市民生委員児童委員協議会
なんくるないさ～	新見市教育委員会　学校教育課
特定非営利活動法人　ＮＰＯ風の音	新見市　福祉部　健康づくり課
特定非営利活動法人　１００万回のサアーたいへん	新見市　福祉部　こども課
特定非営利活動法人　ハートフル・あしん	新見市　福祉部　福祉課
特定非営利活動法人　きらりファーム	新見市障害者地域活動支援センター ほほえみ広場にいみ

（3）部会活動

新見市障害者自立支援協議会では、次の2つの部会を設置しています。

部会名		主な活動内容
児童支援部会		◎情報交換会の開催 ◎当事者・家族の意見交換会「語ろ～会」の開催 ◎事業所見学会（支援者向け） ◎研修会の開催（当事者、家族、支援者向け） ◎ぎゅ～っとノート（療育支援ノート）の作成支援　など
地域生活支援部会	生活	◎情報交換会の開催 ◎成年後見制度研修会の開催 ◎地域生活に関するアンケートの実施（当事者対象）　など
	就労	◎情報交換会の開催 ◎就労支援教室・職場見学会の開催 ◎企業啓発の訪問アンケートの実施　など

（4）これまでの具体的な活動成果

●新見福祉フォーラムの実施
●地域交流会（夢・ふれあい交流会）の実施
●障害者週間普及啓発活動の実施
●ぎゅ～っとノート（療育支援ノート）の創設
●新見市障害者福祉計画策定委員会への出席　など

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第2段階	相談支援事業等により、個別支援課題や地域課題が浮かび上がっている。課題の整理や協議会全体での共通認識を進めている。
社会資源の開発改良度	第3段階	県の協力を受けての企業向け就労アンケートや福祉計画策定に伴う協議会構成団体向けのアンケート等を通じ、地域内の社会資源についての調査・診断を行っている。
行政の関与度	第4段階	福祉計画策定には協議会の会長が策定委員として参加し、意見提言の機会をいただいている。また、事務局が新見市直営の地域活動支援センターⅠ型に置かれており、行政との中継ぎを行っている。
構成員の参加度	第2段階	協議会の目的と役割について、おおむね共通認識が図られている。特に普及啓発活動には積極的な参加をいただいている。

⑬津山地域自立支援協議会



設置年月日：平成18年10月1日
対象地域：津山市、鏡野町、美咲町、久米南町

事務局

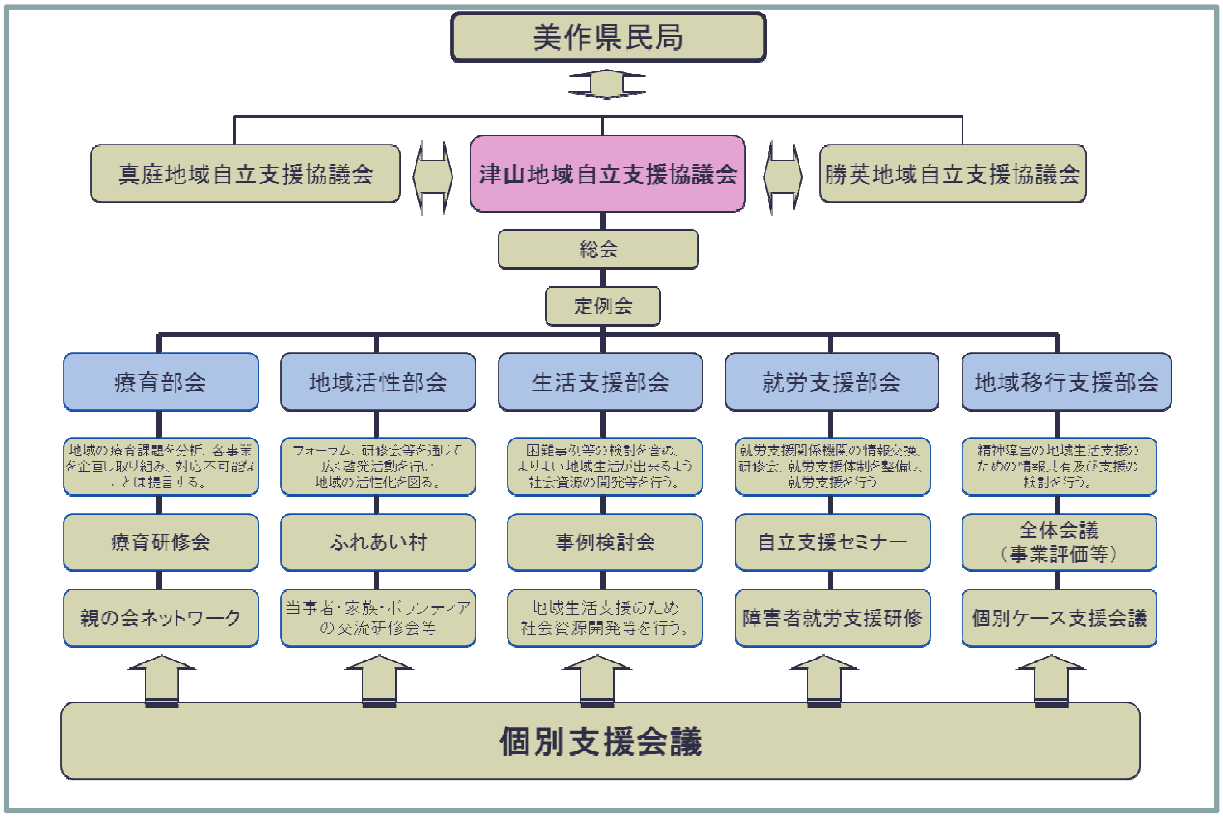
・津山地域生活支援センター　つばさ
津山市安岡町42
TEL:0868-23-5220,FAX:050-3308-0086
Mail:tsubasa-minori@forest.ocn.ne.jp

（1）概略

・平成18年10月25日県下で、最初に自立支援協議会を設置しました。
・指定相談支援事業所　つやま地域生活支援センターつばさへ自立支援協議会の事務局を委託し、ネクスト津山（精神）美作地域生活支援センターの計3相談支援事業者が中心に市町村と協働して協議会を運営しています。
＜特色＞
・真庭・勝英地域自立支援協議会と連携し、各事業を実施しています。
・各部会で積極的に研修会等を実施しています。
・社会資源が少ない中で活動しています。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は次のとおりです。



●平成23年度津山地域自立支援協議会　参加団体

（1）各市町村保健福祉担当者（津山市、鏡野町、美咲町、久米南町）（2）つやま地域生活支援センターつばさ（3）美作地域生活支援センター（4）地域生活支援センターネクスト津山（5）津山障害者就業・生活支援センター（6）津山すこやか・こどもセンター（7）サポートセンターウイズ（8）岡山県立誕生寺支援学校（9）希望ヶ丘ホスピタル（10）積善病院（11）津山公共職業安定所（12）津山児童相談所（知的障害者更生相談所津山支所）（13）神南備園　（14）津山ひかり学園（15）津山みのり学園（16）開成の園（17）NPO法人ふれあいの丘ゆうあい（18）みすず荘（19）あすなろ園（20）さやかなる苑（21）共栄会（セルプ弥生・さくらワークヒルズ）（22）デイケアセンタービィーハウス（23）津山地域活動・就労支援事業所連絡会（24）津山市社会福祉協議会（25）鏡野町社会福祉協議会（26）美咲町社会福祉協議会（27）久米南町社会福祉協議会（28）身体障害者福祉連合会津山支部代表（29）知的障害者相談員代表（30）精神障害者家族の会代表（31）津山市手をつなぐ育成会（32）津山地域連絡協議会（33）どんぐり工房（34）おかやま発達障害者支援センター（35）津山教育事務所（36）美作県民局健康福祉部（37）その他必要と認める者

（3）部会活動

津山地域自立支援協議会では、次の5つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
療育部会	・定例会年6回程度 ・自立支援セミナーの開催（就労支援部会と合同） ・ライフサイクルに添った支援について協議
地域活性部会	・定例会年6回程度 ・重症心身障害児者を対象にした当事者・家族、ボランティアの交流会の開催 （親の会が主体になって県北に医療型ショートステイ事業を求める運動のきっかけとなる。） ・ふれあい村の参画、美作圏域障害児（者）ホームヘルプスキルアップ研修会の開催
生活支援部会	・年6回の事例検討会 ・研修会（セミナー）の開催（関係機関の役割や手帳の取得方法等） ・毎回20人程度の参加
就労支援部会	・定例会年6回程度、・ジョブガイダンスの開催（ハローワーク共催） ・企業セミナーの開催予定、自立支援セミナーの開催（療育部会と合同） ・障害者就労支援スキルアップ研修の開催
地域移行支援部会	・定例会年4回程度 ・長期入院患者の方を対象にした地域移行に関する研修開催。

（4）これまでの具体的な活動成果

●平成19年度、地域に障害のある方が入浴できる事業所が無かったが、ケア会議を通じて、介護保険の施設を貸してもらい入浴ができるようになる（美咲町）
●平成21年度、ケア会議を通じて、地域生活支援事業のｻｰﾋﾞｽの一つとして訪問入浴ｻｰﾋﾞｽ提供開始（美咲町）
●平成22年度より、津山地域生活支援センター連絡会を開催し、ケア会議を通じて、1市3町と広域であるが、地域の課題は共通であるという認識のもとに課題の整理や改良について提案をしている。
●平成22年度　ケア会議を通じて主に過疎地でひとり暮らしをされている障害者の方の緊急対応に関して、市町村の取り組みである、要援護者台帳の利用を支援ﾁｰﾑの資源として前向きに検討することとなる。（津山市）
●平成23年度、ケア会議を通じて地域で生活されている障害者の方の虐待対応について仕組みの原型を構築する。（津山市）
●平成23年度　ケア会議を通じて地域で就労されている障害者に対して、第三者からの金銭搾取の疑いから、警察署の連携を受け、支援を受けるネットワークを構築した（津山市）。

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第3段階	相談支援事業者同士の連絡会にて、ケア会議を通じて、地域の課題を分析し、2か月に1回開催されている定例会に、3つの支援センターのケア会議の報告及び地域の課題を提出している。地域の課題については、集積や共有化を図っている。地域の課題を提出し、定例会メンバーで検討している状態である。
社会資源の開発改良度	第3段階	地域のエリア内の社会資源マップはすでに作成されている。また、各支援センターのケア会議報告によって、社会資源の改良について、情報の共有化や改良すべき事項が把握されつつある。しかし、社会資源の改良の取り組みまでには、至っていない。
行政の関与度	第2段階	地域自立支援協議会の定例会などには参加をされている。また、各専門部会の参加については、各市町村によって温度差がみられる。
構成員の参加度	第4段階	専門部会に参加されている構成員、参加していない構成員と温度差がある。また、各専門部会には、多様な分野から、参加をされてる。また、地域の課題に基づいた啓発活動や行事をおこなっている。しかし、今後の課題として既存の行事だけではなく、当事者及び当事者団体等の「参加をしやすい」、「発言がしやすい」体質つくりが求められている。

⑮勝英地域自立支援協議会

設置年月日：平成19年11月1日
対象地域：美作市、勝央町、奈義町、西粟倉村



事務局

・勝田郡地域生活支援センター虹（勝央町岡1338）
TEL:0868-38-0161,FAX:0868-38-0162
Mail:sienniji@tvt.ne.jp
・美作市障害者地域活動支援センターなごみ
（美作市江見945）TEL:0868-72-1158,FAX:0868-75-1118
Mail:nagomi@city.mimasaka.lg.jp

（1）概略

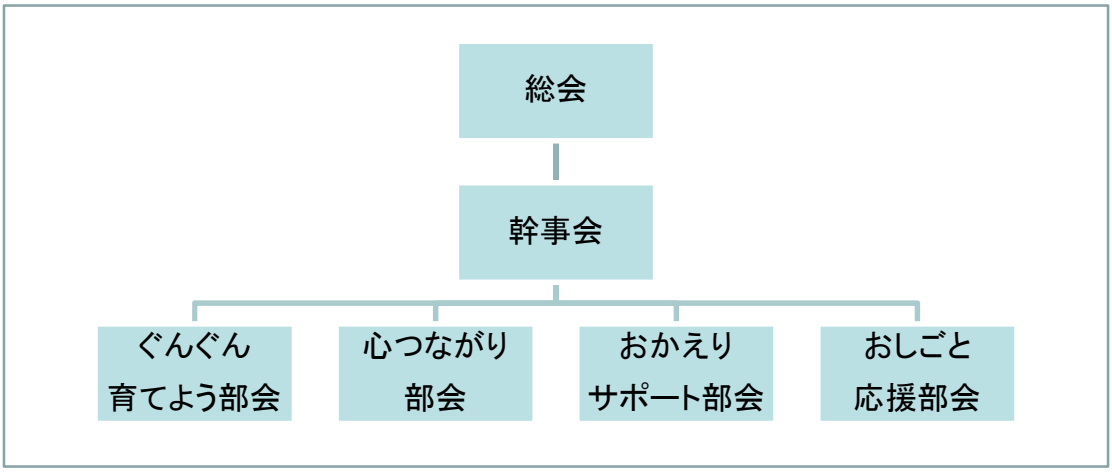
平成18年10月に設置された、勝英地域障害者（児）地域生活ネットワーク会議を前身とし、平成19年11月に発足しました。組織の形を整え、全て一からのスタートでした。

紆余曲折、進めていく中で、活動を活性化させるためには、さらに組織のあり方を考えようということになり、平成23年度から部会を再編成し、部会目的や部会長をはっきりさせて、活動をすすめています。

人口も社会資源も少ない地域だが、よく顔の見えるネットワーク作りができつつあり、フットワークが軽いのが特徴です。

（2）組織図及び構成員

協議会の組織（イメージ）は右図のとおりです。



●平成23年度勝英地域自立支援協議会　参加団体

①美作市保健福祉部、②奈義町保健福祉課、③勝央町健康福祉部、④西粟倉村保健福祉課、⑤美作県民局健康福祉部、⑥美作保健所勝英支所、⑦ハローワーク津山、⑧津山児童相談所、⑨誕生寺支援学校、⑩北部高等技術専門校美作校、⑪おかやま発達障害者支援センター県北支所、⑫津山障害者就業・生活支援センター、⑬勝英身体障害者相談員協議会、⑭手をつなぐ育成会、⑮きずな、⑯スタート・ワーキング・サポート、⑰むぎの会、⑱トラストワークス、⑲さくらの木、⑳積善病院、㉑希望ヶ丘ホスピタル、㉒サポートセンターウィズ、㉓どんぐりの会、㉔愛夢皆の会、㉕スマイル、㉖たんぽぽ、㉗さくら、㉘美作心身障害児者親の会、㉙知的障害者相談員協議会、㉚稲の穂、㉛やまなみ会、㉜あすなろ園、㉝勝央町社会福祉協議会、㉞奈義町社会福祉協議会、㉟西粟倉村社会福祉協議会、㊱なごみ、㊲虹、その他必要と認める者

（3）部会活動

勝英地域自立支援協議会では、次の4つの部会を設置しています。

部会名	主な活動内容
ぐんぐん育てよう部会	目的『地域のみんながつながり、子供の成長を応援でき、障がいがある子供や家族が笑顔になる』 ○2ヶ月に1度の部会の開催 ○障害児の親を対象とした研修会、交流会 ○ペアレントトレーニング（発達の気になる子供の家庭療育支援講座）
心つながり部会	目的『人として尊敬され、障がいがあっても無くても、いきいきと生活できる地域づくり』 ○交流会（グラウンドゴルフや囲碁ボールなどを通じて地域と交流） ○元気になろうや実行委員会への参加 ○障害者週間の理解啓発活動（作業物品やパンフを配布）
おかえりサポート部会	目的『障害を持つ方の地域移行を円滑に進めるため、関係機関がケース検討や情報共有等を行う事で地域の課題を明確にし、勝英地域における支援体制作りを目指す』 ○地域移行支援事業の活動報告、ケース検討 ○精神科病院のケースワーカーとの意見交換会（地域の課題の抽出） ○社会資源マップ作成
おしごと応援部会	目的『障害者の仕事について話し合い、その環境を充実・向上させ、障害者の可能性が最大限に発揮できる地域をつくる』 ○見学会や講演会 ○支援学校の生徒の進路連絡会 ○実態調査

（4）これまでの具体的な活動成果

●上記以外にも重心フォーラムや研修会を開くなど、各部会が地域に必要と思われる事業を計画し、様々な立場の構成員が協働しながら取り組みを進めていくというプロセスを踏む事で、徐々にではあるが地域のネットワークができつつある。

（5）運営評価

評価の項目	段階	評価の理由
課題の抽出度	第2段階	個別支援会議は、それぞれで実施され、関係者間ではケースの課題は確認されているが、地域全体としての積み上げや、集約する取り組みができていないのが現状である。
社会資源の開発改良度	第1.5段階	地域の資源（フォーマル・インフォーマル）について、資源マップという形で整理する作業に取り組んでいる。構成員に周知していく機会ができつつある段階である。
行政の関与度	第4段階	障害福祉計画策定、見直しの際に、協議会の構成メンバーの意見聴集を行っている。
構成員の参加度	第2段階	構成員には研修の機会を作り、自支協の目的役割などを理解してもらっている。部会での活発な質疑や課題提起が行われているという段階にはまだ少し届いていない。

改様式１

対象者フェイスシート

受付年月日　平成　　年　　月　　日

ふりがな 氏　名		性別	退院希望先住所
生年月日	・　・　（　　歳）		（現住所：　　）

1　家族歴・生活歴

家族歴（家族構成）	生活歴
保護者：	

2　経済状況

収入源	□家族の援助　□本人の年金収入　□本人の貯金・資産 □生活保護　□その他（　　）
精神障害者保健福祉手帳：□あり（□１級　□２級　□３級）　□なし	
障害年金：□あり（□１級　□２級　□３級）　□なし	

3　医療

今回入院年月日：　　年　　月　　日	医療機関名：
今回までの入院回数：　　回	病名：
過去の入院通算期間：　　年　　ヶ月	入院形態：　任意・医保・その他

4　地域移行困難要因

医療的要因：
福祉的・社会的要因：
その他の要因：

5　病棟での状況・留意事項

6　退院後の本人の希望（退院後の住まい、サービス、生活等）

7　地域移行支援事業の適否

事業利用の適否　適　・　否（理由：　　）
地域移行支援開始日：　年　月　日【地域移行支援会議　年　月　日】

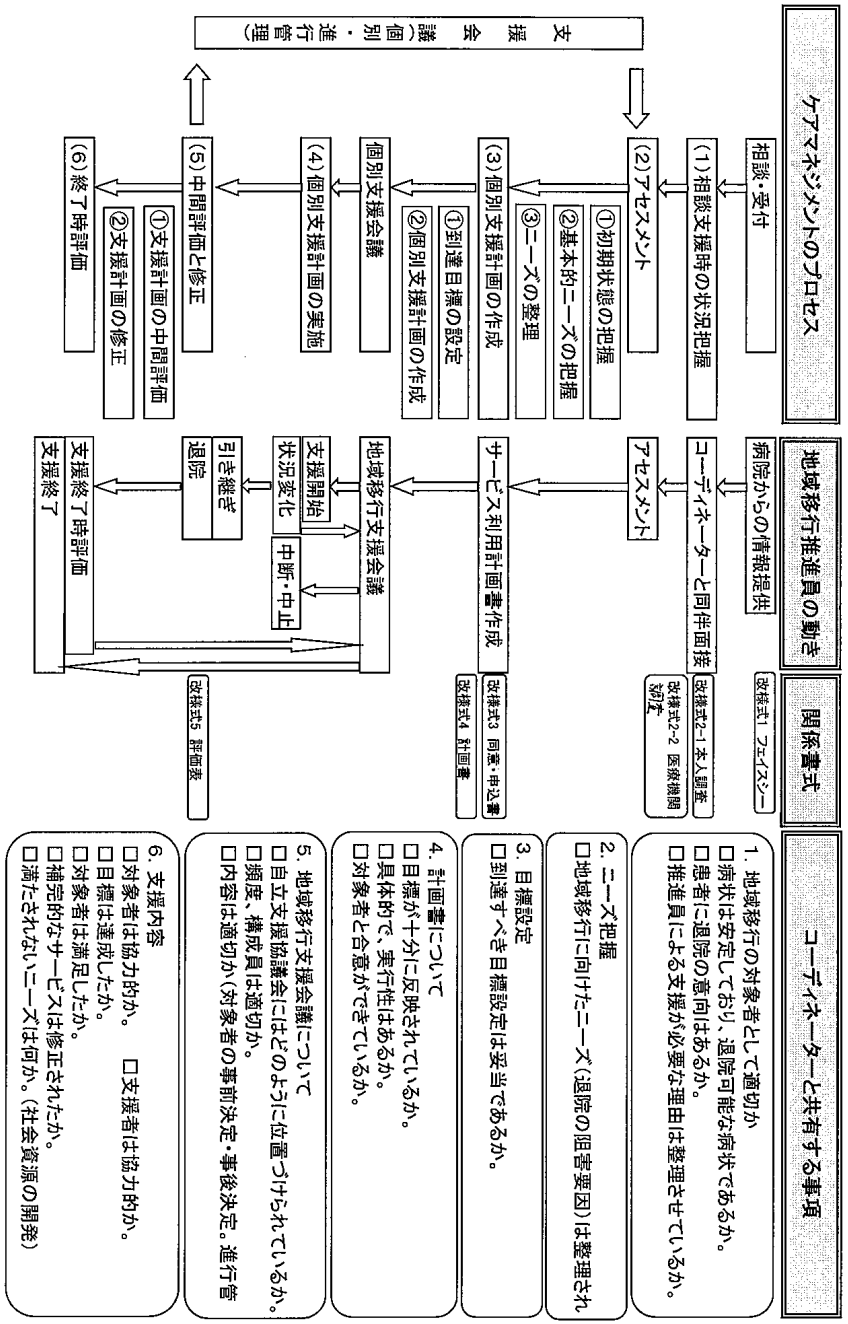
8　地域移行支援事業の中断・終了

地域移行支援の　中断・終了日（理由：　　）
地域移行支援中断・終了日：　年　月　日
【地域移行支援会議　年　月　日】（利用者ID　　）
移行先：住環境　元の自宅　・　新たな住まい　・　施設等
施設等（施設種別　　施設名　　所在地　　）
支援環境　家族支援（同居）・家族支援（別居）・在宅支援・入所支援
その他：

所属　　地域移行推進員　　（H23.4.1Ver.）

支援の流れとケース管理

（2011/4/1 改訂版）



改様式２－１

入院患者地域移行支援調査票（本人聞き取り用個票）

NO.

※　該当する箇所に記入、☑、○印してください。
※　当該入院者の負担を考慮し、一度に全項目調査する事が困難な場合には、何回かに分けて調査してください。

◎　入院者氏名：　　性別：男性　・　女性
生年月日：T.S.H　　年　　月　　日　　年齢　　才
住　　所：
保険の種類：国保　　健保　　生保　　その他（　　）
入院形態：　□　医療保護入院　・　□　任意入院

○　保護者氏名：　　性別：男性　・　女性
生年月日：T.S.H　　年　　月　　日　　年齢　　才
入院者との続柄：
保護者住所：
昼間の連絡先：TEL
職業

※　市町村長同意による入院の場合は、担当課名（　　）
連絡先TEL（　　）

	調査年月日 面接時間	調査者氏名 所　属	調査者氏名 所属
１回目	月　　日 ：　～　：		
２回目	月　　日 ：　～　：		
３回目	月　　日		
４回目	月　　日 ：　～　：		

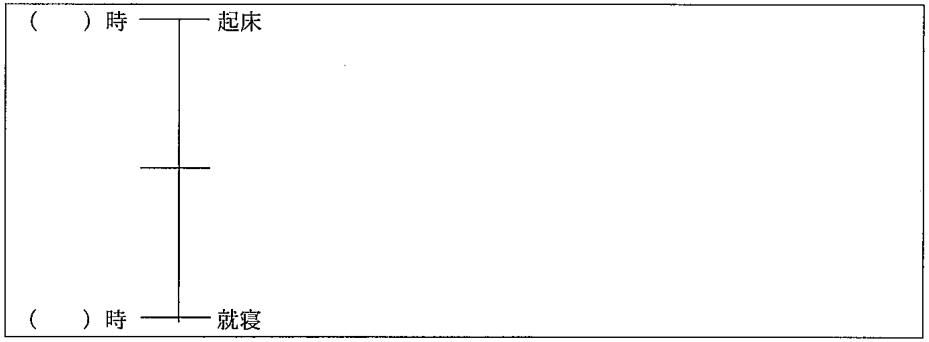
【調査項目】
１．いつから入院していますか？

年から　　年くらい

２．あなたの病気の状態はどうですか？（入院者の現在の病状）
□　安定　　□　ほぼ安定　　□　不安定

身体面を含めて具体的に記入してください。

３．どのように過ごしていますか？（現在の生活状況とADLについて）
１）日中の主な過ごし方
※　日常生活のパターンを起床から就寝まで記入してください。



２）趣味

３）楽しみ

4）その他

①金銭管理	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
②食事の準備	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
③食事の後片付け	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
④入浴準備	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑤入　浴	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑥洗　濯	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑦着替え	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑧薬の管理	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑨近所づきあい	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑩買い物	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手
⑪掃　除	□ できる	□ 手助けがあればできる	□ 苦手

5）　生活していて困ることなどがあれば教えてください。

4．生活費について教えてください。（入院者の経済的背景）

1）現在の収入

月額
円ぐらい

〈内訳〉
□ 家族からの仕送り
□ 年金・・・・・ 老齢年金　障害年金　（障害等級　級）
遺族年金
□ 生活保護
□ その他（　）

2）貯金

円ぐらい

3）誰が貯金を管理していますか？
□ 自分
□ 病院
□ 後見人　□ 保佐人　□ 補助人
□ 家族、親族・・・・続柄（　）
□ その他　（　）

5．現在、あなたが安心して相談したり話ができる人がいますか？
□ いる　・・・・その人の名前　（　）
続柄（　）　連絡先℡（　）
□ いない

6．あなたは、これからどんな風に生活したいですか？

□ 退院したい。
・・・□ 家に帰りたい（家族と暮らしたい）。
（　）
□ 一人でアパートで暮らしたい。
（　）
□ 知り合いと暮らしたい。
（　）

□ 援助してくれる人と暮らしたい。
（　　）
□ 福祉施設へ入所を希望したい。
（　　）
□ このまま入院を継続したい。
（　　）
□ その他

7．どんな援助があれば、地域で生活できると思いますか？
□ 住居
□ 相談相手
□ 家事の援助
□ 経済的援助
□ 仕事
□ 昼間過ごせる（活動する）場所
□ 友人
□ 話し相手
□ 外出・通院の援助
□ その他

8．住居の保証人になってくれる人はいますか？
□ いる　・・・その人の名前　（　　）
続柄（　　）　連絡先℡（　　）

□ 保証人になってくれそうな人はいる。
・・・その人の名前　（　　）
続柄（　　）　連絡先℡（　　）

□ 心当たりがまったく無い。

9．持っている資格等
□ 運転免許証
□ その他

10．今後のことについて希望や不安について教えてください。

【調査者の判断】
● 今後の見通しや印象について（必ず記入してください）。
□ 現在の入院形態での入院が必要と思われる。
判断理由等：

□ 生活訓練施設（援護寮）の利用が適当と思われる。
判断理由等：

□　老人福祉施設の利用が適当と思われる。

判断理由等：

□　グループホーム・ケアホームが適当と思われる。

判断理由等：

□　民間住宅・アパート・公営住宅への退院が適切と思われる。

判断理由等：

□　自宅への退院が適当と思われる。

判断理由等：

□　その他

以上です。

調査年月日		調査協力者	

調査者

（H23.4.1 改）

改様式２－２

入院患者地域移行支援調査票（医療関係者聞き取り用）

（ふりがな） １．　対象者氏名		
２．生年月日　（　　歳）		T・S・H　　年　　月　　日　（　　歳）
３．性　別		１　男　　２　女
４．障害者保健福祉手帳		１　あり（□1 級　□2 級　□3 級）　２　なし
５．生活状況	①　収入源 ※　複数回答可	１　障害年金（□1 級　□2 級　□3 級） ２　生活保護（市町村名　　） ３　家族の援助（続柄・氏名　　） ４　本人の貯金・資産 ５　その他（　　）
	②　保険区分	１　生保（市町村名　　） ２　国保（□本人　□家族）（市町村名　　） ３　社保（□本人　□家族）
	③　家族構成	□　　○
	④　生活歴	
	⑤　家族との交流 （最近１年間）	１　面接あり （頻度・内容等　　） ２　連絡あり （頻度・内容等　　） ３　医療費などの支援あり （　　） ４　外泊・外出あり （頻度等　　） ５　なし （ない理由　　）

	① 診断名	
	② 合併症	1 あり（診断名等 ） 2 なし
	③ 現在の病状 ※病状悪化時の状態	
6 入院形態		1 任意入院 2 医療保護入院（保護者の続柄・氏名 ）
7 治療・入院歴	①今回入院年月日	S・H 年 月 日
	②今回入院までの入院回数	（ ）回
	③今回入院までの総入院期間	（ ）年（ ）ヶ月
	④治療歴	
	④地域移行に対する主治医の意見	
8 入院前の住所		
9 これまでの地域移行に向けた病院内でのアプローチ		1 医師等から本人への働きかけ 2 家族調整 3 院内プログラムへの参加 （ ） 4 施設見学 （ ） 5 その他 （ ）
		アプローチに対する対象者の様子

10 対象者が地域移行後に必要と思われる援助	①住まい	対象者にとって有効と思われる住まいについて 1 自宅での生活（家族と同居・単身生活） 2 民間住宅・アパート・公営住宅の利用 3 グループホーム・ケアホームの利用 4 援護寮等中間施設の利用 5 老人福祉施設の利用 6 その他（ ）
	②日中の過ごし方	1 一般就職 2 就労移行支援の利用 3 就労継続支援の利用 4 社会適応訓練事業の利用 5 地域活動支援事業の利用 6 老人福祉サービスの利用 7 その他（ ）
	③医療の確保	1 外来通院時の同行支援等 2 訪問看護の利用 3 緊急時の対応体制 4 精神科デイケア・ナイトケアの利用 5 一般科との連携 6 その他（ ）
	④ＱＯＬの維持・向上のため	1 ホームヘルプサービスの利用 2 移動支援サービスの利用 3 日常的な相談支援 4 ピアサポートの利用 5 権利擁護事業の利用 6 成年後見制度の利用 7 その他（ ）

11　その他の病院職員の意見 有効と思われるアプローチ、支援に期待すること、支援上の留意点等	1　対象者との関係作り 2　社会見学 3　日中活動の場の体験利用 4　試験外泊の利用 5　家族等への面接 6　関係機関等への働きかけ（ケア会議の実施） 7　グループホーム等の空室状況の把握 8　住居探し 9　その他（ ）	
12　対象者への病院における支援体制	主治医	（　　）
	病棟看護師長	（　　）
	担当官看護師	（　　）
	担当精神保健福祉士	（　　）
	その他	（　　）
	本人が利用可能な（利用が望ましい）院内プログラム	
	※連絡窓口となる人 氏　　名： 電話番号：	

調査年月日		調査協力者	

調査者

（H23.4.1 改）

改様式３

岡山県精神障害者地域移行・地域定着支援事業同意・申込書

＿＿＿＿地域移行支援会議　様

わたしは、担当の＿＿＿＿＿から岡山県精神障害者地域移行・地域定着支援事業の説明を受け、利用を希望しますので、以下の内容に同意した上で申し込みます。

平成　　年　　月　　月

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自筆）

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

・ケア会議、地域移行支援会議（以下、会議という）で、あなたの支援計画や支援状況について話し合われます。この会議に参加する人は、会議で知った内容を支援に関係のない人に話してはいけない義務があります。

・あなたの支援について、あなたの退院に向けたお手伝いをする者で話し合うことがあります。その際、あなたが希望すれば、その話し合いに参加することができます。

・地域移行推進員は、効果的な支援を行なうために活動の記録を作成します。

・この事業は、岡山県が、市町村と協力して実施するものですので、あなたの事業の申込書、支援の経過報告書等が会議を通じて岡山県に提出されます。

・会議では、事業利用終了後も必要に応じて経過報告が行われることがあります。

新様式５

地域移行支援個別支援評価表

利用者 ID　　利用者氏名　　評価日：　年　月　日

評価期間	年　月　日　～　年　月　日				
優先順位	利用者のニーズ	具体的な目標（内容・留意点等）	達成状況の評価	達成状況要因の分析	今後の対応（支援内容・方法の変更等）
			・達成 ・ほぼ達成 ・未達成		
			・達成 ・ほぼ達成 ・未達成		
			・達成 ・ほぼ達成 ・未達成		
			・達成 ・ほぼ達成 ・未達成		
総合的な支援方針（変更等の有無等）					
地域移行支援の継続		・支援継続 ・支援中止 ・支援終了	次回評価計画		

地域移行推進員　　地域体制整備コーディネーター

（H23.4.1Ver.）

16

改様式４

地域移行支援個別支援計画表

利用者ID　　利用者氏名　　地域移行支援会議：　年　月　日

長期目標（内容及び期間等）				
短期目標（内容及び期間等）				
利用者のニーズ	具体的な目標（内容・留意点等）	支援内容（頻度・時間・期間等）	支援者（支援機関・担当者	優先順位
総合的な支援方針				
次回会議の計画				

地域移行推進員　　地域体制整備コーディネーター

（H23.4.1Ver.）

15

「地域移行」とは、住まいを施設や病院から、単に家庭に戻すことではなく、障害者個々人が市民として、自ら選んだ住まいで安心して、自分らしい暮らしを実現することを意味する。

（障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言　平成２３年８月３０日より抜粋）

＜お問合せ先＞
〒700-8570
岡山市北区内山下 2-4-6
TEL　086-226-7330
岡山県保健福祉部健康推進課精神保健福祉班