

国分寺市委託事業

令和元年度

国分寺市相談支援スキルアップ研修 ネットワーク研修Ⅰ
(令和元年5月21日)

開催報告書

「地域移行支援 in 国分寺
地域包括ケアシステムの構築を目指して～」

国分寺市障害者基幹相談支援センター

目 次

【報告の概要】	1 ページ
【アンケート集計】	4 ページ
【報 告】	
①伊澤 雄一氏	8 ページ
「国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会からの報告」	
*パワーポイント資料…P●～P●	
②毛塚 和英氏	12 ページ
「精神障害者地域移行促進事業について～事業見直し後の実際～」	
*パワーポイント資料…P●～P●	
【全体討議】	
会場の関係機関から、現状報告・実践報告等	16 ページ
【グループワークまとめ】	25 ページ
【全体のまとめ】	
伊澤 雄一氏	27 ページ
【閉会挨拶】	
坂田 晴弘氏	27 ページ

発 行 ： 国分寺市障害者基幹相談支援センター
〒185-0002
国分寺市東戸倉 2-7-26 KOCO・ジャム 2 階
電話 042-320-1300
発行日 ： 令和元年 6 月 30 日

国分寺市委託事業
令和元年度 国分寺市相談支援スキルアップ研修会 ネットワーク研修Ⅰ
「地域移行支援 in 国分寺 ～地域包括ケアシステムの構築を目指して～」
研修実施報告書

日 時	令和元年 5 月 21 日（火）	場 所	cocobunji プラザ リオンホール A・B
	午後 1 時 30 分～4 時 45 分	主 催	国分寺市障害者基幹相談支援センター

参加者：55 名〈参加者内訳〉

精神科病院	16 名	根岸病院・恩方病院・成木長正病院・吉祥寺病院・小金井病院 東京海道病院・井之頭病院・やさか記念病院・高月病院 清瀬富士見病院・多摩済生病院
相談支援事業者	15 名	地域活動支援センター虹・地域活動支援センターつばさ 相談支援事業所のぞみ・ヘルパーステーションびいと 相談支援事業所コトリナ
障害福祉サービス事業者	6 名	国分寺市障害者センター生活介護事業所 太陽 はらからの家福祉会ピア国分寺・合同会社 若竹の会
地域包括支援センター等	6 名	国分寺地域包括支援センター こいがくぼ・ひよし・なみき・ほんだ 至誠ケアセンターもとまち
社会福祉協議会等	3 名	国分寺市社会福祉協議会・民生児童委員協議会
行政	7 名	多摩立川保健所・国分寺市生活福祉課・国分寺市障害福祉課 国分寺市地域共生推進課
その他	2 名	国分寺市障害者地域自立支援協議会
参加者合計	55 名	

（他、講師 2 名、事務局 5 名）

1. 報告① 「国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会からの報告」 （20 分間）

報告：伊澤 雄一氏 社会福祉法人はらからの家福祉会 地域生活支援センタープラッツ施設長
国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会長

国分寺における地域移行支援に対する分野を超えた共通認識を深めるため、国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会で協議・検討・実施されている取組について報告いただいた。報告にあたっては、精神障害者の現況や精神科病院における長期入院者の実情、また、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」や「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」等、国の方針も交えながら、これまでの取組における課題と今後の方向性が整理された。

精神障害のある方が地域で暮らしていく上での支援体制の整備に向けては、ネットワーク研修Ⅰ（地域移行）と併せて、北多摩西部圏域（立川市・武蔵村山市・東大和市・国立市・昭島市・国分寺市）での研修においても、「地域包括ケアシステムの構築」及び「地域移行支援」をテーマに掲げ、引き続き地域の関係機関と連携を図りながら、自立支援協議会や精神保健福祉部会との連動を意識した取組を進めていくことが共有された。

2. 報告②「精神障害者地域移行促進事業について～事業見直し後の実際～」 (35 分間)

報告：毛塚 和英氏 社会福祉法人はらからの家福祉会 地域生活支援センタープラッツ
地域移行コーディネーター

国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会の取組についての報告の後、東京都における精神障害者地域移行支援の現状と、今後の地域の体制作りについて報告いただいた。

国の動向を踏まえながら、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に向けた協議検討の経緯や、平成 30 年度から改正された「東京都精神障害者地域移行体制整備事業」の変更点等を整理されるとともに、東京都から事業委託を受けた 6 つの都事業者に配置された地域移行コーディネーターの役割や具体的な動き、各関係機関と連携した取組等についても報告された。

また、地域移行支援の必要性と意義について、精神障害者が地域の一員として住み慣れた地域で自分らしい生活を継続していくためには、「医療と福祉の連携」が不可欠であり、地域移行支援を進める過程の中で、さまざまな意見や協議を重ねることで、お互いを知り、顔の見える関係を作っていくことが、街づくりや地域包括ケアシステムの構築につながるとの理解を確認・共有した。

3. 全体討議（会場からの現状報告等） (100 分間)

参加者より、地域移行支援における現状報告や、事業及び業務内容についてお話いただいた。

多職種による連携体制や協働できる支援体制の構築に向けて、地域移行支援に関わる各機関の取組や現状を把握し、分野を超えた共通認識を深める機会とし、精神科病院への長期入院者の地域移行と新たな長期入院者をつくらない取組について、実際に国分寺で活かせる具体的な行動や地域移行支援体制について考えることを目的とした。

① 精神科病院からの現状報告

報告者 | 根岸病院：會田氏（精神保健福祉士）、吉祥寺病院：野口氏（精神保健福祉士）
恩方病院：笛木氏（精神保健福祉士）

② 行政からの報告

報告者 | 国分寺市障害福祉課：石丸氏（相談支援係長）
国分寺市生活福祉課：中野氏（健康管理支援員）

③ 相談支援事業所／障害福祉サービス事業所からの報告

報告者 | 地域活動支援センターつばさ：南氏（相談支援専門員）
はらからの家福祉会：作道氏（精神保健福祉士）
地域活動支援センター虹：池田氏（相談支援専門員）

④ 精神科医療地域連携事業について

報告者 | 高月病院：大西氏（精神保健福祉士）

⑤ 地域包括支援センターからの報告

報告者 | 国分寺地域包括支援センターこいがくぼ：榎本氏（社会福祉士）

⑥ 地域福祉コーディネーターについて

報告者 | 国分寺市地域共生推進課

⑦ 国分寺市障害者地域自立支援協議会 相談支援部会について

報告者 | 国分寺市障害者地域自立支援協議会：土井氏（相談支援部会長）

4. グループワーク 6～7 名×10 グループ (15 分間)

グループワークでは、医療・福祉（障害分野・高齢分野）・行政の各分野からの参加を得て、グループごとに自己紹介を踏まえながら、「研修に参加しての感想等」「明日からの実践に活かせること」について出し合い、共有した。15 分間と短い時間での意見交換となったが、国分寺や各地域における地域移行支援の現状や共通の課題等を共有する中で、関係機関それぞれの役割や支援に対する姿勢等を理解し、手を取り合った取組の積み重ねが共通認識やネットワークの醸成につながることを確認することができた。

5. グループ発表及び総評

(20 分間)

幾つかのグループからのグループワークの討議内容発表の後、伊澤氏（精神保健福祉部会長）および坂田氏（自立支援協議会 全体会副会長）より、まとめとして総評をいただいた。

伊澤氏からは、報告の補足として、入院者の高齢化や死亡退院（年間 2 万人）、再入院や二度目の長期入院等の実情を紹介し、病院から生活の場を地域に移す地域移行支援は、スピード感をもって取り組む必要があることに触れた。入院者に対して、地域に迎え入れる事業所側が、ピア・サポーターの力を活用しながら、福祉サービスの利用や使い方、地域での生活情報について情報を発信し、退院時に福祉サービスとつなぐ準備を整え、生活拠点を確保していくことも、長期入院化を防ぎ、退院を促進する大きな要素となる。地域の関係者による連携した地道な営みが重要になること、そして、お互いの存在を認め合い、今後も情報交流を図りながら「顔の見える関係」から「腹の見える関係」へとネットワークを進化（深化）させ、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム構築の具体化につなげていくことへの意気込みを示した。

坂田氏からは、精神科病院の長期入院者のみならず、地域で暮らす障害当事者が抱える課題やそれぞれの障害特性を支援者として知ることが必要であり、各関係機関がお互いの立場や役割を理解することの大切さについて、感想が挙げられた。また、精神障害者の地域移行がなかなか進まない現状はあるが、本研修を通じて、相談・連携し合える関係性（ネットワーク）の重要性を再認識し、今後さらに連携を深めていくことを共有した。

また、社会福祉法人万葉の里が市から受託している「地域生活支援拠点事業」について、市・基幹相談支援センター・相談支援事業所が連携して取り組む「緊急入所保護事業」や「体験の機会・場の提供」等の取組に触れ、障害のある方が地域で安心して暮らすための体制整備に向けて、各関係機関はもちろん、自立支援協議会の場も活用しながら協議を進めていくことを伝え、総評とした。

6. まとめ

地域移行支援をテーマとした研修会は、今年度で 3 度目の開催となる。今回は、平成 30 年度に改正された「東京都精神障害者地域移行体制整備事業」の運用の実際を、改めて地域全体で共有・理解する必要性への認識から、国分寺市障害者地域自立支援協議会で検討されている「まちづくり」や「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築」、また、東京都精神障害者地域移行促進事業地域移行関係職員に対する研修会「北多摩西部圏域研修」との連動を意識した組み立てを行った。国分寺市における地域移行支援に対する分野を超えた共通認識を深め、それぞれの機関や立場の違いを活かした連携・ネットワークの形を具現化できる支援体制の構築を目的としている。

今回は 630 調査（平成 26 年度版）を基に、国分寺市民が入院する医療機関 31 か所に案内周知を行い、併せてアンケート調査への協力可否についても反応を伺った。2 年前は 4 病院の参加だったが、今回は 11 病院から研修への参加があった。今後はこれらのネットワークを活用し、より地域と連携した具体的な行動や取組の積み重ねが重要になってくる。自立支援協議会や精神保健福祉部会との連動のもと、精神障害者に対応する地域包括ケアシステムの構築を目指して、研修成果をフィードバックしながら、具体的に検討し、実践につなげていく動きを図っていく。

アンケート集計 集計結果

参加者：55名 回答者：48名（アンケート回収率：87%）



1. 本日の研修はいかがでしたか。
たいへん参考になった：31名（65%） 参考になった：16名（33%）
普通：0名（0%） あまり参考にならなかった：0名（0%） その他：1名（2%）
2. 今後、実際の業務で取り組みそうなことは見つかりましたか？
見つかった：35名（73%） 見つからなかった：1名（2%）
どちらとも言えない：7名（15%） 未回答：5名（10%）
3. 国分寺市障害者地域自立支援協議会（精神保健福祉部会を含む）に期待すること等、ご自由にお書きください。
下記に掲載。
4. その他今後の研修で取り上げて欲しい内容や研修会への要望等、ご自由にお書きください。
下記に掲載。
5. 所属している団体について教えてください。（重複回答あり）
精神科病院：16名 相談支援事業所：10名 障害福祉分野：5名
高齢福祉分野：3名 地域福祉分野：4名 行政職員：6名
その他：3名 未回答：1名

自由記述欄（抜粋・要約）

1. 本日の研修はいかがでしたか。
たいへん参考になった：31名（65%） 参考になった：16名（33%）

▶各関係機関等の情報や意見が聞けて有益だった。

- ・グループワークの時間にも、高齢分野、病院、地域活動支援センターの方の話が聞けて、「知らなかったな」と思うことや、「そんなこともあるのか」と学ぶことがいろいろとあった。退院促進事業のところあまりわからなかった。
- ・病院関係者の地道な取り組みや苦勞を聞くことができ、大変勉強になった。
- ・それぞれの現場での課題、困っていることを知ることができた。
- ・地域移行支援の難しさを実際に体験しているので、いろいろな意見が聞けて参考になった。
- ・いろいろな病院のワーカーから話が聞けて良かった。
- ・病院のワーカーと率直な意見交換ができて良かった。
- ・国分寺市の各関係機関の話が聞けて良かった。
- ・地域移行支援の国分寺市の現状について知れたのが良かった。
- ・各病院、相談支援事業所、グループホーム、地域包括支援センター等の役割や実情を知ることができた。
- ・勤務する病院の所在とは異なる圏域の研修会に参加できて、新たな情報を得ることができて有益だった。
- ・各分野の方が参加しており、意見や視点が様々で、情報交換ができた。
- ・各機関の立場から、様々な取り組みがされていることを理解できた。
- ・いろいろな職種の方と話ができて良かった。
- ・異業種の実情を聞いたことは、とても参考になった。
- ・さまざま分野の方々より話を聞くことができ、とても参考になった。
- ・地域移行体制整備支援事業内容が変わり、地域移行コーディネーターの役割が変化したこと、病院や地域包括支援センター等、各機関の役割などが確認できた。
- ・国分寺市の精神障害者の退院支援を取り巻く現状がよく理解できた。

▶地域包括ケアシステムや連携の重要性への理解が深まった。

- ・各機関の現状や課題を知ることができて良かった。また連携の大切さと、このような顔を合わせる場の大切さを感じた。
- ・東京都、国分寺市の体制について改めて理解できた。地域包括ケアシステムづくりについて、多分野・多職種の方と共有できた。
- ・地域包括支援に対する理解が深まった。
- ・連携の大切さを知った。地域移行を真剣に進めていければと思う。
- ・自分が携わる専門分野以外の所との関わりやご縁が、今後大切になってくると実感した。
- ・現在の部署ですぐに活かせる共有できる内容は少なく感じたが、さまざまな地域資源との連携の部分では、地域包括ケアシステムを目指すために大きな役割として担っていると感じた。
- ・地域包括ケアシステム、都事業のこと、国分寺市の取り組み、各病院の現状や課題などがわかり、ありがたかった。
- ・地域包括支援センターの方の話が、グループワークで事例とともに聞けて、「世帯を見る・看る」ことの深みを一部感じ取れた。

▶今後に向けて考える機会になった。

- ・盛りだくさんの内容でありがたかった。自分なりに消化していこうと思う。
- ・たくさんの方の内容、たくさんの方の視点、たくさんの方の各担当の方たちの頑張りが、とても参考になった。
- ・業務のなかで足りない部分を改めて考える機会となった。自身の職種を活かして、日々できることを探していきたい。
- ・実情と課題を再認識した。
- ・いつも感じるが、パワーをもらっている。
- ・現場の話が聞けて、大変心を動かされた。
- ・たくさんの方があって、頭の整理が追いつかない感じがするが、研修に参加できて良かったと思う。相談支援専門員に期待されていることについてもまた学び直し、何が今できるのか考えられたらと思う。

2. 「地域移行支援」について理解をすることができましたか？

よく理解できた：10名（40%） 理解できた：15名（60%）

▶情報を得る

- ・病院での実情や各所の取り組みから、地域移行について学ぶことができた。まずは知ること、地域づくりもしていけたらと思った。
- ・今後も顔の見える関係がつけられるよう、研修等積極的に参加していきたい。
- ・地域支援事業に対する理解をもっと深め、担当ケースのサポートにつながる支援を行いたい。
- ・まずは関係機関のこと（役割など）をもっと知り、視野を広げたいと思った。
- ・家族支援の大切さを再確認した。
- ・病院側の意向をもう少しみとれる場があると良いと思った。
- ・今後自分自身が地域移行支援に関わることもあるかもしれない。その際に今回得た知識が生きると思った。

▶情報提供・情報発信

- ・具体的にはまだまだ手探りだが、地域にも発信していけたらと思った。
- ・地域で暮らしている精神障害のある方に、プラッツの情報を伝えたいと思う。
- ・地域の取り組みを具体的に伝えることができる。

▶相談する

- ・業務だけでなく、個人的にひきこもりの方々の家族の集まりにも関わっている。また、以前、ホームレス支援もしていたので、ハウジングファーストや、まず相談できる場を複数確保していくことの重要を再認識した。
- ・声をかけられたら出向く。早めに相談をする。
- ・少しでも障害福祉サービスにつなげていく。気軽に相談できる関係づくりをしていく。
- ・気軽に相談する。

- ・気になるケースは相談できる。
- ・相談を受けた際に、連絡・相談ができる関係づくりのきっかけができた。

▶共有する

- ・自身の力だけでは足りない部分が多いので、周りのスタッフと情報共有をして、知ってもらい
事から始めたいと思う。
- ・病院とのこまめな情報共有。本人の退院への動機づけ。
- ・職場に戻って皆で共有したい。職場の中でできることを、皆で考えていきたい。

▶連携する

- ・関係機関と連携し、退院後の対象者に何が必要か、地域にはどんな資源があるのかを考え、安
心した生活ができるよう支援していきたい。
- ・体制整備、地域福祉コーディネーターの活用。
- ・まずは連携と、知ることから始めたい。
- ・顔が見える関係というフレーズは昔から使われているが、今も使われているという現状は、昔
から変わっていないのか？具体的な業務に取り入れることは、これから考えていかないと、と
感じた。
- ・期間に余裕を持って、カンファレンスや退院の設定ができるようにしたい。
- ・作業療法士の立場から日々の訓練をしつつ、病院ワーカーと協力して退院支援に取り組んでい
きたい。
- ・35分に1人が死亡（長期入院者）。スピーディに取り組まなければと思った。病院で抱え込ま
ず、地域の関係者に声をかけたいと思う。
- ・地域の人の声をよく聞いて、関係機関につないでいく。
- ・多職種が連携して、「顔が見える関係」のみならず、「腹が見える関係」を作っていくこと。
- ・各分野でコーディネーターも増えているが、目指すところ、まちの姿は同じだと改めて感じた。
ぜひ連携していきたい。
- ・地域や病院など問い合わせがある場合、どちらにつなげていけば良いか、今後の連携の仕方な
どを検討していきたい。

▶退院支援意欲の向上

- ・地域に戻っていいんだ！ということを実感させてもらった。
- ・今回の資料や書きとった記録を持ち帰り、今後のヒントを見つけてみたい。
- ・退院支援を頑張っていく動機づけになった。
- ・早め早めの退院支援。1〜2 か月前から方向性の共有をしていく。病院内での意識改革。医師
や看護師等地域移行の推進。
- ・再入院を防ぐという意識をより強く持つ。

3、国分寺市障害者地域自立支援協議会（精神保健福祉部会を含む）に期待すること等、ご自由にお書きください。

▶精神保健福祉部会及び地域移行支援

- ・引き続き、精神保健福祉部会が、しっかり根強く根深く活躍することを期待する。
- ・精神保健福祉部会の方の熱い気持ち伝わってきた。精神保健福祉部会以外の部会の活動も気
になった。ぜひ同じような熱い支援をしたいので、情報共有をしたい。
- ・このような機会を今後もつくってほしい。
- ・院内の作業療法士を気軽に利用してほしい。
- ・長期入院患者（市民）の気持ちを把握してほしい。
- ・市独自の地域移行プレ事業や滞在型のグループホームなど、受け皿の量の検討をしてほしい。
- ・またこのような機会に勉強したい。
- ・このような会にどんどん参加したい。
- ・多摩地域のモデルケースとして、他市に影響を与えてほしい。
- ・国分寺の取り組みは、近隣で考えるととても大きな動きのため、発信していったほしい。多摩
地区、都、日本で取り組む必要がある。

▶地域包括ケアシステム及びまちづくり

- ・分野に限ったことではなく、緩やかな見守りを促進していくことで、より良い地域になるのではと思う。広げていけるように活動していく。
- ・地域包括ケアシステムについて、より良い形を作っていきたい。
- ・地域包括ケアシステムの構築のためには、さらに地域住民の理解を進めるための取り組みを進めてほしい。

▶自立支援協議会及び他の部会

- ・国分寺市の取り組みは素晴らしいと思った。
- ・地域課題を今後も吸い上げていくこと。
- ・専門的分野でもない法人や事業に対して、協働できることやすべきことなど、わかりやすく教えてほしい。
- ・情報難民を作らないよう、必要としている人に情報を届ける活動。
- ・後見制度ほどではない制度があれば良い。地域生活自立支援事業も、地域によってはあまり機能していないように感じている（国分寺の話ではない）。もっと気軽に軽度の人で利用できる後見制度のようなものがあれば、親亡き後も安心できると思う。
- ・希望が持てる会にしていきたい。
- ・高齢（介護保険）分野との連携。

4. その他今後の研修で取り上げて欲しい内容や研修会への要望等ご自由にお書きください。

▶グループワーク及び事例検討

- ・国分寺市の取り組みは素晴らしいと思った。
- ・グループワークメインだと参加しにくい心境になるが、今回のグループワークでは、もっとそれぞれの方とゆっくり話したいと思った。
- ・毎度のことだが、時間が押せ押せで、グループでの話がほとんどできず心残りである。相談支援部会に持ち帰って活かしたい。
- ・事例検討等、グループワークができると勉強になると思った。
- ・事例によるグループワーク、成功体験の共有。
- ・今回は大きな研修会であったが、短い時間でも勉強会のような小規模の研修も検討してもらえると来やすくなる。
- ・地域移行について、利用から退院まで、事例を使った研修等があると助かる。
- ・高齢分野との協働方法について。障害・高齢分野で一つのケースを事例検討。

▶その他のテーマ

- ・ひきこもりの方々への対応。
- ・精神科病院の方の話をもっときいてみたい。
- ・教育との連携、貧困の問題、人材の育成確保、心理面の支援・アプローチ方法。
- ・新人も顔を合わせられる場ができると良いと思う。
- ・国分寺の精神科クリニックの実状。事例検討。
- ・ピアサポーターの活動や取り組み。
- ・長期入院者の体験の場。
- ・地域包括ケアシステム、ピアスタッフ、家族支援、家族会、セルフヘルプグループ。

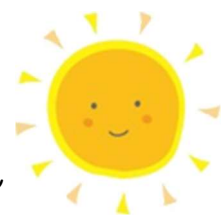
▶企画について

- ・企画調整ありがとうございました。
 - ・いつも様々な企画に感謝している。
 - ・毎回素敵な会になっていると感じる。
-

令和元年度 相談支援スキルアップ研修 ネットワーク研修Ⅰ

地域移行支援 in 国分寺

～地域包括ケアシステムの構築を目指して～



日 時：令和元年5月21日（火） 午後1時30分～4時45分

会 場：cocobunji プラザ リオンホール A・Bホール

1. 報 告「国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会からの報告」

国分寺市障害者地域自立支援協議会

精神保健福祉部会 部会長 伊澤 雄一氏



皆さん、こんにちは。お足元が悪い中、ご参集いただきありがとうございます。国分寺市障害者地域自立支援協議会（以下、自立支援協議会）精神保健福祉部会からの報告について、お話をさせていただきます。

現在、各地域で自立支援協議会が設置され、障害のある方が地域で暮らしていく上での支援体制の整備に向けて、地域の関係機関が連携を図りながら、情報共有やさまざまな協議・取組を行っています。

国分寺市では、年に3回全体会を開催し、また、地域の課題にあわせて、「相談支援部会」「就労支援部会」「精神保健福祉部会」の3つの専門部会が組織されています。「精神保健福祉部会」は、精神障害のある方や精神科病院に長期入院している市民が抱えている課題に特化した形で、医療と福祉（生活支援）の両側面から、地域における支援体制づくりに向けた具体的な取組について協議・検討を行う場です。本日は、この精神保健福祉部会での協議内容や取組について、国の動向等も踏まえ、ご報告させていただきます。

《精神障害者の現況と地域包括ケアシステムについて》

精神保健福祉部会では、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築というミッションを念頭に置き、これまで協議を重ねてきています。国分寺市の人口は、12万1,682人（平成29年12月現在）で、現在も微増しています。国は、モデル的实践を行うにあたり、人口10万人を一つの目安としていることから、国分寺市は、丁度良い規模であると言えます。

次に、精神障害のある方たちの現況について概観します。日本の総人口1億2千万人に対して、約320万人（約39人に1人の割合）に何らかの精神障害があると言われています。国分寺市の人口に当てはめると、約3,000人という推計値になります。精神障害者保健福祉手帳の取得者数は約900人、自立支援医療は約2,000人で、民間支援も含め、実質700～800人ほどの対象者に直接支援を行っています。中には、公的サービスにつながらない方々もいるため、これらの数値を認識しながら地域包括ケアシステムの構築を考えていくことが重要だと考えています。

国分寺市には、駅前ビルに入居する診療所（ビル診）が10カ所ほどあり、交通アクセスが良いため、遠方から通院している方も多くいますが、入院できる精神科の医療機関はありません。

「潜在需要に対して供給不足は明らかな状況」と書きましたが、支援サービスの数はそれほどある

わけではなく、もっと数を増やしていかなければならない量の問題もあります。

近年「8050 問題」が顕在化しています。高齢分野の支援者が、在宅の高齢者を訪問した際に、家の奥の部屋に精神障害の子どもがいるのを発見するケースなど、80 歳代の親のもとに、50 歳代の子どもが同居し、ひっそり息を潜めて暮らしている実情が浮き彫りになってきています。この先、高齢の親に何があってもおかしくない状況のなか、支援者たちは何ができるのか迷い、高齢分野から私たちにも声かけがあって、一緒に支援に入ることが増えています。国分寺に限ったことではなく、各地域でこのようなことが起きつつあり、日本の課題とも言えます。

次に、地域包括ケアシステムについて、既に、高齢分野では先行的に取り組まれています。医療や福祉サービスを織り交ぜながら、高齢者を在宅で包括的に支えていく仕組みで、まさに「地域全体で高齢者を支える」取組です。その背景には、国の主導で始まった「我が事・丸ごと改革」（平成 28（2016）年）があります。これまで、法改正を重ねながら改革が進められてきていますが、そこで言われているのは、「自助・互助・公助・共助」です。自助は、自分で自分を助けること。互助は、住民同士が互いに支え合うこと（近隣住民やボランティア団体の相互の助け合いを含む）。共助は、皆が保険料を負担して、必要な方々に再分配する社会保険制度等を意味し、公助は、自助・互助・共助では対応できないことに対して行政が行う公的な支援のことです。とりわけ「自助・互助」の強化が謳われているところもありますが、「自助・互助・共助・公助」の 4 つを活性化していくことがテーマとなっています。

《精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの必要性和その背景について》

次に、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築について、まず、これまでの議論の経緯をお話します。平成 16（2004）年に、国は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を策定し、「入院医療中心の処遇から地域生活を支えていくための流れをつくる」という理念が示されました。つまり、脱病院・脱施設化を図り、地域生活を拡充していく支援体制を確立するために、国民の理解を喚起していくというものです。そして、それから十数年を経て、各地で改革が推進されていくなか、途中、政権交代もありながら、近年では、先行している高齢分野の例などを引きながら、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」を立ち上げていく必要性が謳われてきています。

では、なぜ、精神障害者にも地域包括ケアシステムが必要なのか。とりわけ、精神障害者に特化した地域包括ケアシステムが必要だと言われる背景には、次のような事情があります。精神疾患による入院患者の在院期間は、1 年以上が約 17 万人、うち、5 年以上が約 9 万人という実態です。1 年以上の入院を長期入院と言うわけですが、この長期入院をどう解消していくのか。生活圏の侵害とも思しき人権問題の要素も含めて大きなテーマとなっています。国は、2020 年度末までの成果目標として、①圏域・市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設定する（国分寺では精神保健福祉部会が協議の場となっている）、②精神科病棟への 1 年以上の入院患者数を 14.6 万人～15.7 万人に減らす（平成 26 年度末の 18.5 万人と比べて 3.9 万人～2.8 万人減）、③退院率を上げる（入院後 3 カ月：69%、入院後 6 カ月：84%、入院後 1 年：90%）を掲げていて、つまりは、退院率をあげていこうとしています。

長期入院者の実情について、毎日新聞の報道記事（2018 年 8 月 21 日付）を資料にあげました。見出しに「精神疾患 50 年入院 1,773 人」とあります。この記事は、精神障害者の処遇や入退院の実態、病院の対応等に関する実態把握を目的として、毎年国が地方自治体に要請し、6 月 30 日を基準日に実施している「630 調査」を基に記されています。この記事によると、50 年以上入院する 1,773 人のうち、長崎県内の病院に大正 12（1923）年に入院し、今年で 96 年目

になる方もいます。詳しい事情はわかりませんが、優に 100 歳を超えて、人生の多くを病院で過ごしている。世界を見渡すと、先進諸国ではありえない話で、日本のダークサイド（闇）の部分であり、解消が急がれる課題です。さらに、国の調査によると、退院者の約 4 割が 1 年以内に再入院していて、地域に長く留まることが難しい実情もあります。これは、地域の支援体制がそれだけ弱いという話にもなります。地域の支援体制を密にし、活性化させていくためには、関係機関が連携を取り合いながら、新しい事業も立ち上げつつ、進めていくことが大事だと言えます。こういった問題を解消していくということで、「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」を活性化させなければならない、という流れになっています。併せて、調査の結果として、退院困難理由が挙げられているのですが、「精神症状が極めて重症、または不安定であるため（61%）」と同時に、「居住・支援がないため（28.1%）」という、生活の本拠地がないが故に退院できない人も多くいます。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築を考えていく上で、その中心に住居の要素（生活の本拠地を地域に確保する）が掲げられているのは、このようなデータに基づくものと考えられます。もう一点、この資料から読み取れる「重度かつ慢性」という新たなカテゴリーに当てはめられた人たちの存在がとても気になります。「入院長期化対象者枠」つまり、退院の見込みのない人としてのレッテル貼りです。そして、この方々は退院支援の対象から外すという傾向が強まってしまふことが危ぶまれています。

社会福祉法人はらからの家福祉会では、十数年前に東京都から委託を受けて、地域移行促進事業に取り組んでいます。これまで、多くの病院に足を運び、出会った入院患者さんの退院支援を個別に行ってきましたが、その支援のなかでも、ここで言う「重度かつ慢性」に該当する方が相当数いると思います。この場では、その基準等詳しいことはお話できませんが、支援対象者を絞ってしまうことになり兼ねず、地域移行の取組自体が成り立たないのではないかと、という点を強く危惧しています。「重度かつ慢性」という言葉によって、「この先の希望や可能性はありません」「退院は一生無理です」という意味のレッテルを貼られてしまうことになる。意欲喪失が一挙に進んでしまいます。在宅の患者さんも、この言葉に敏感になりドキドキしています。再入院や入院長期化対象者枠に入れられてしまった場合、「もう退院できない、この先の人生はない」という予期不安に襲われてしまう方もいます。大変に由々しき事態だと思っています。

《国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会の取組について》

「精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム」の構造の中心に、住まいが据えられているのは、地域生活支援拠点をつくり、地域の資源を結び、馴染みのある土地でいつまでも暮らそうという、最近言われる「エイジング・イン・プレイス（地域居住）」の追求なのだと思います。これは冒頭に申し上げた、自立支援協議会の大きなテーマとなっています。

精神保健福祉部会では、これまで、地域の課題を掘り起こし、支援関係機関・団体間のつながりを深めること、また、長期入院を余儀なくされている市民の地域への迎え入れを促進すること等を議題に掲げ、話し合いを重ねてきました。具体的な取組内容としては、事例検討を通じて、あるいは「居住支援のあり方」を巡って、地域の不動産会社の方をお招きし、不動産業界の実情や地域で長く暮らし続けていくためのコツ・ノウハウについてお話を伺いました。また、「多職種によるアウトリーチ」については、埼玉県所沢市で行政が民間団体に委託して、アウトリーチチームを結成し支援を行う先行的な取組の実践報告を受けました。「学校におけるメンタルヘルス」については、市内中学校の養護教諭をお招きし、思春期の生徒のメンタルヘルス（プライマリケア）の現状と課題を共有しました。本格的に病状が進む前のプライマリケア（初期対応）として、予防の観点を含

めてどう対応していくかは、地域の大きな課題だと思います。そして、国が示す「地域包括ケアシステム構築のイメージ図」を用いて、国分寺市の資源（クリニックや事業所等）とその状況をリスト化し、資源一つひとつの特色や強み等を捉えていくという作業へと入ってきております。

最近、地域精神保健医療福祉資源分析データベース（ReMHRAD）が開発されました。これにより、長期入院されている国分寺市民が、どの区市町に何人いるのかを知ることができます。国分寺市民の長期入院者の総数は 97 人となっており、そのうち、根岸病院のある府中市の入院患者数は 23 人となっています。そのほか、八王子市、青梅市、小平市、小金井市をはじめ、都外の他市にも入院されていることがわかります。精神保健福祉部会では、このようなデータも分析しながら、長期入院者の実態把握及び退院の阻害要因等を精査する作業を進めようとしています。

東京都における圏域別の精神病床状況について、人口 1 万人に対する精神病床数をみていくと、青梅市は 2,442 床で最も多く、次いで八王子市となっています。東京都は、区部の精神病床数が少なく、多くが三多摩地域に集中しています。国分寺市に精神病床はありませんが、西高東低の冬型気圧配置のような病院の分布状況となっています。都内区部（東部）で発症して入院し、療養が長引くなかで、三多摩地域（西部）の病院に移動・転院してくる方も多く、東部から西部への移動が顕著になっている現状があります。地域移行の課題は、東京西部に入院した方を、いかに東部に戻していくかという課題でもあり、市民を地域に取り戻すために、何をしたら良いかを考えていきたいということです。

《今後の精神保健福祉部会の取組と課題について》

今後の精神保健福祉部会における協議予定項目としては、①精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、先行領域である高齢分野から学びの機会を得ながら、状況を把握し、参考となる情報等を取り入れていく、②地域生活支援拠点の機能の充実・強化について課題整理や検討を深める、③ReMHRAD 等の情報を得ながら、長期入院者の退院を困難にしている阻害要因等の実態把握の調査に向けた検討を行う、④当事者や家族へのヒアリングによる実態と要望を把握する、④夜間の不穏時など、精神障害者の緊急時や災害時の対応について検討する、⑦長期入院者等の個別の事例検討を継続的に行い、支援課題を把握する、⑧東京都の精神科医療地域連携事業の状況把握と連携を進める（高月病院とのコラボ等）、⑨「ゆるやかな居場所づくり」について、障害者総合支援法の施行を受けて、就労支援がクローズアップされているなか、改めて、ゆったり落ち着いて自分らしく居られる居場所づくりも大切である、等の話も出ています。部会として、随時取り組んでいければと思っています。

本日の基幹相談支援センター主催ネットワーク研修Ⅰ（地域移行）の他に、はらからの家福祉会が東京都から受託している「北多摩西部圏域研修」があります。立川市・武蔵村山市・東大和市・国立市・昭島市・国分寺市のエリアを対象に、「地域包括ケアシステムの構築」及び「地域移行支援」をテーマに取り上げながら研修を実施します。今後は、精神保健福祉部会としっかり結びつき、連動しながら自立支援協議会での協議を深めて参りたいと思います。本日の研修で話された内容は、精神保健福祉部会にもフィードバックさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

最後に、昨年も申し上げたのですが、「あの人が知っている」から「何を考えているか解る」というように、「顔の見える」関係から「腹の見える（信頼し合える）」関係へとネットワークを進化（深化）させていくことが、「地域包括ケアシステム」の勘所です。そして「普段使い」と書きましたが、非日常的なネットワークではなく、普段から活用できるネットワーキングになることを強く願っています。

2. 報 告 「精神障害者地域移行促進事業について～事業見直し後の実際～」

社会福祉法人はらからの家福社会 地域生活支援センターブラッツ
地域移行コーディネーター 毛塚 和英氏

皆さんこんにちは。はらからの家福社会の毛塚と申します。簡単に、自己紹介ですが、私は以前、ソーシャルワーカーとして精神科病院に勤め、現在は、はらからの家福社会地域生活支援センターブラッツにて地域移行コーディネーターを担当しています。私からは、東京都精神障害者地域移行支援の現状について、中心にお話したいと思います。



国では、平成 14 年度に「精神障害者地域生活移行支援事業」がスタートし、国の動向を受けて、東京都としても連動した施策を進めてきました。はらからの家福社会としては、東京都が平成 16 年度から始めた「精神障害者退院促進支援モデル事業」より、精神障害者地域移行に関する事業を担うことになりました。3 年ごとに事業の見直しや名称変更が行われながら、現在に至ります。

そして、「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会（平成 26 年～）」での話し合いをもとに、「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会（平成 28 年～）」が行われ、国全体で「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を目指していく流れとなっています。第 5 期障害福祉計画に係る国の基本指針の中でも、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムが明記され、目標値が掲げられています。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」とは、「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念のもと、生活の場は地域であることを改めて共有し、精神障害者が、地域の一員として、安心して自分らしい暮らしをすることが出来るよう、医療・障害福祉・介護・住まい・社会参加・地域の助け合い・教育が包括的に確保されたシステムのことです。また、多様な精神疾患等に対応するための基盤整備を進め、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域を共に作る「地域共生社会」の実現にも寄与していくことが求められています。このような国の流れを受けて、東京都でも精神障害者施策に関する計画を策定しています。東京都保健医療計画（平成 30 年～35 年度）における 4 つの基本目標には、「地域包括ケアシステムにおける治し、支える医療の充実」「安心して暮らせる東京を築く人材の確保・育成」等が掲げられています。私が現在、受任して取り組んでいる「精神障害者地域移行体制整備支援事業」も東京都の精神障害者施策の一つです。

「精神障害者地域移行体制整備支援事業」は、精神科病院へ長期入院のために、地域での生活に不安を持ち、退院が可能な状況であるにもかかわらず、退院に踏み出せない方への働きかけや、退院を後押しする病院スタッフ・地域支援者と連携し、精神障害者の地域移行のための体制作りを支援すると共に、病院と地域をつなぐ橋渡しを行い、相互の理解を深め、広域にわたるネットワークの強化を図ることを目的に実施されてきました。

平成 30 年度からは、事業内容が変更となっています。これまでは、東京都から事業を委託された 6 事業者（以下、「都事業者」という）のコーディネーターが病院に出向き、直接入院患者さんと会って、退院意欲の喚起等を行う「個別動機付け支援」を行っていましたが、平成 30 年度からは、協力病院に対する担当制から、市区町村（自治体）ごとのエリア担当制に変更となりました。各自治体に、地域移行支援や地域移行を進めるための体制作りについて相談できる「地域移行コーディネーター」が配置され、病院から地域に迎え入れるための地域の体制整備を中心に進めていく

ことになっています。都事業者の詳しい担当割は配布資料をご覧ください。また、この事業の肝となる、地域の事業所・行政・病院関係者等を対象とした地域移行関係職員研修については、後段で改めて詳しく説明したいと思います。

昨年度からの変更点として、地域移行に取り組む指定一般相談支援事業所のバックアップもまた、地域移行コーディネーターの大きな役割の一つとなっています。具体的には、計画相談を立てる際の OJT や地域移行支援計画の点検、退院に向けた見立て（アセスメント）への助言、研修企画・事例検討、協議の場の設置に関する情報提供、協議会の活用方法のアドバイス等を行う形で関わっています。各事業所に直接訪問し、事業所内の仕事の整理に関する相談や、地域移行件数を増やしていくための相談、相談支援事業所を盛り上げるための仕組みづくり等、自治体からの相談にも対応しています。また、ネットワークへの参加ということで、さまざまな会議体に参加する中で、情報を収集し、各機関をバックアップするための下地作りにも取り組んでいます。事業内容が変更されてから、地域移行コーディネーターが直接支援を行う動きは取りにくくなってきていますが、地域移行支援を進めるために必要なことであれば、まず相談してくださいと伝えています。地域の事業所から相談を受けながら一緒に考えて動いていくスタンスで関わっていきたいと考えています。

精神障害者地域移行体制整備支援事業の一環として実施している「グループホーム活用型ショートステイ事業」は、5つの担当エリアに分かれ、はらからの家福祉会のピア国分寺でも事業を担っています。詳しくは資料をご覧ください。

平成30年度、都事業者の地域移行コーディネーターで共有している相談支援事業所と関わったネットワークの例としては、地域移行支援を実施している支援者たちの有志の勉強会に参加し、病院との役割分担や調整、家族支援などはどう進めていけばよいか等について勉強した例や、市のネットワーク会議に参加し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けたアドバイスを行った例があります。次に、バックアップの例としては、依頼を受けて、地域移行支援を実施している事業所へ訪問し、支援経過や内容を聴き取り、支援や方針にズレがないか確認した例や、支援を進めていく中で迷いが生じた際にアドバイスを行った例などがあります。また、基幹相談支援センターが実施する地域移行研修会への協力を行うなど、地域の事業所との連携にも取り組んでいます。さらに、行政機関と関わったバックアップの例としては、協議の場の設置に関する行政からの質疑に対する助言や情報提供を行いました。また、精神科病院との連携に関する相談に応じ、入院患者の多い病院への訪問同行や病院の窓口紹介など、行政と一緒に病院に入り込むような取組も行っています。

地域移行支援の必要性について、連携の視点から少し触れたいと思います。地域移行給付の支給決定にあたっては、医療・行政・福祉の関係者で協議の上、合意を得る必要がありますが、関係者同士の話し合いが、小さな協議の場となり、その積み重ねが大きな協議の場につながっていくことが、地域移行支援に取り組む醍醐味ではないかと思います。病院の中に設置される「医療保護入院者退院支援委員会」も同様に、地域移行支援を進めていくこと自体が、関係者同士の協議の場を作っていくことにつながる、という活用イメージを持っていただけたらと思います。

地域移行支援は、一つの機関だけではスタートできません。長期入院者を送り出す側の病院で行われていることと、退院後に迎え入れる側の地域で行われることを、お互いに知り、理解することがとても重要です。「医療と福祉の連携」がより必要で、お互いを知るきっかけの一つが地域移行支援であることを、改めて共有できたらと思います。住まい・医療・介護・生活支援・教育・仕事があり、住み慣れた地域で自分らしい生活を継続していくためには、連携が不可欠です。精神障害

を抱えていても、「この地域で暮らしたい！暮らして良かった！」と思える、誰もが安心して暮らすことのできる地域づくりが、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築そのものである、ということです。医療と福祉が連携し、さまざまな意見や協議を重ねていくことが、地域包括ケアシステムの構築につながっていると理解いただけたらと思います。

地域移行支援を進めることによって、①長期入院の解消、②再入院の予防、③地域での体制整備につながっていきます。そのためには、「長期入院者の地域移行支援」と「街全体の地域生活支援の体制整備」を両輪として考えていくことが重要です。そして、行政の障害福祉計画と関連付けて考えていけると、行政との連携が取りやすくなると思います。社会資源が充実することで、本人の退院後の地域生活を具体的に考えていくことができますが、社会資源ありきで退院支援を進めるのではなく、本人の希望に沿って利用するサービスや社会資源につなげ、無ければ新たに開拓していくイメージを持ちながら関わっていくことが大切です。そのためにも、地域のサポート体制を作っていくことは必要不可欠です。ネットワークを築いていく上で、大切にしたいことは、病院はもちろん、地域にある機関の場所や仕事内容、働いている職員を知り、顔の見える関係を作っていくことです。地域移行支援に関わる各機関の取組や実態を知ることは、地域にある社会資源のアセスメント力向上にもつながります。さらに、チーム一丸となって支援をするときに大事なことは、①丸投げしない、②暴走しない、ということです。各機関が連携し、一緒になって取り組んでいくことを確認し合うことが大事だと思います。本人や家族が利用できる社会資源は、支援者も活用できる大切な資源です。地域の社会資源を有効に活用していくためにも、お互いに良好な関係性を築くことが大切です。そして、立場・職種を超えた連動ができると、地域で生活しやすくなり、本人を支援チームみんなで支える「まちづくり」にもつながっていきます。

「官民協働」と言われて、ある程度経ちますが、病院は自らの取組を周囲に発信しているか、近隣地域の病院の取組に興味を持っているか、病院を地域の社会資源として積極的に巻き込んでいるか（国分寺市では、自立支援協議会精神保健福祉部会に根岸病院が参加している）、民間事業所は自らの取組を積極的に街へ発信しているか、行政機関は医療と福祉をつなぐ役割を果たしているか、地域の医療機関が地域の社会資源になっているかという視点で考えてみるのもいいのでは、と思います。病院・行政・民間事業者が合わさって「地域」になるからこそ、お互いに興味を持って接し、お互いに発信し合っているかが大事であり、顔の見える関係を構築していくことができる点に地域移行支援に取り組む意義があるのだと思います。

昨年度、北多摩西部・西多摩への行政訪問を実施しました。西多摩の行政や病院の担当者からは、「東から西」の転院の流れが未だに存在し、区内から迎えが来ないという課題が挙げられました。また、支援の導入・定着・バックアップに至るまで、地域移行支援を進めていく上で、どんな方法や進め方があるのか等、困りごとや課題が一つもない自治体はないことを実感しています。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築については、障害福祉サービスの数が増え続けるなか、既存の事業所の機能を整理し、何が不足しているのかを考えている行政もありました。行政には日々、住民からあらゆる相談が持ち込まれ、最も多くの住民ニーズに触れているからこそ、見えている地域の強みや課題があると思います。業務上、医療・福祉の関係機関とのつながりを持っているため、行政が多機関との「いい出会い」をコーディネートし、地域の強みや課題を地域に共有できると良いと思います。また、相談支援専門員の皆さんは既に、協議の場等で地域への情報発信に取り組んでいると思いますが、障害福祉サービス事業所、高齢分野や民生委員等、さまざまな経験や知識を有する地域の方の力や視点を活用しながら、地域の事業所が日々、生活支援を行う中で

見えてくる街の強みや課題を共有・発信することも重要です。同様に、病院だからこそ見えてくる地域のニーズがあると思います。医療側のニーズが地域を作るという点では、地域包括ケアシステムの構築にも影響してくると思いますので、病院も臆せず、ぜひ思いや考えを地域に発信していただけたらと思っています。都事業としても、北多摩西部と西多摩にてそれぞれ年に2日間、地域づくり・体制整備に向けた研修を実施しています。昨年度に引き続き、今年度も企画・実施を予定していますので、研修会の内容に関するご意見があれば共有いただけたらと思います。

最後に伝えたいこととして、やはり一人ひとりがこの世でかけがえのない存在です。病気や障害を持った瞬間から、「精神疾患の患者」「精神障害者」という括りで見られてしまうことは、自分に置き換えて考えても嫌だと思えます。新規相談が入ると、本人と会わずに、事前情報だけで支援を組み立てることも正直ありますが、それも同様です。自分の生き方を勝手に決められるような街で暮らしたくはないですし、そんな街にもしたくありません。私たちが関わっている障害のある方が笑顔で歩ける街か、どんな街にしていきたいか、ということを経験し、つながりを持っていただけたらと思います。そして、望まずに長期入院を余儀なくされている方々が、もう一度この街で暮らしたいという気持ちになるまで、支援者側が諦めずに関わっていくことが大切だと思います。

本人に対する退院意欲の喚起よりも、支援者に対する退院支援意欲の喚起が必要なのではないでしょうか。地域活動支援センターの山本みゆきさん（大阪府）の言葉を借りると、地域移行支援の本質とは、病院や地域社会に向けて退院支援意欲を喚起していくことにあるのではないかと思います。「精神障害者地域移行体制整備支援事業」や「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に向けた取組は、支援者の意欲を喚起するためのものでもある、と考えることができます。支援者側の気持ちを抜きに地域移行支援を進めても、結局は本人を苦しめることにつながり、自分たちが望む街づくりにはならないと思います。まずは、目の前にいる方への「退院してほしい」という気持ちを共有することが、スタートなのではないかと思っています。障害のある方が地域の一員として、安心して自分らしく暮らすことができる街づくりへと、皆さんの支援がつながるよう、今後もこのような場で情報や意見を共有していけたらと思っています。これからもどうぞよろしくお願い致します。



3. 全体討議（会場の関係機関からの現状報告・実践報告等）

全体討議は、多職種による連携体制や協働できる支援体制の構築に向けて、各機関より、地域移行支援における現状報告や取組紹介、事業及び業務内容についてお話いただいた。

地域移行支援に関わる各機関の取組や現状を把握し、分野を超えた共通認識を深める機会とし、精神科病院への長期入院者の地域移行と新たな長期入院者をつくらない取組について、実際に国分寺で活かせる具体的行動や地域移行支援体制について考えることを目的とした。



根岸病院 精神保健福祉士 會田 由比さん

根岸病院は、府中市にある精神科病院（430 床）で、精神疾患により社会的入院をしている方が多い現状があります。多くが統合失調症の方で、十分な貯蓄がないために入所できる施設がない高齢者や、待機者数が多く即入居できずに病院で最後を迎える方がいるのも実情です。実際、昨年亡くなられた方で 50 年以上入院している方がいました。後見人を申立てるケースも増えており、高齢のために施設見学に行けない、家族がいない等の場合は、行政や地域の支援が必要不可欠です。

退院支援にあたっては、退院に対する家族や本人の戸惑い・不安感が先立ち、スムーズな支援につながらないケースや、若くして入院した方の場合は、年齢を重ねるにつれて、退院先の選択肢が狭まっている印象があります。また、長期入院によって、生活者としての生活能力や ADL が低下し、地域での生活自体が断絶されてしまっている方は特に、入院が長期化してしまっているように感じています。以前、5 年以上の入院者で東部の GH へ退院した方の支援をした時には、その土地の社会資源に精通している地域の支援者が必ず必要になることを実感しました。

行政・医療・福祉等の関係者が顔を合わせて本人のニーズを共有し、支援に関わることでスムーズに地域移行を進めていけるのではないかと思います。地域の支援者と会う時の患者さんは、病院の職員には見せない表情で、とても笑顔が多いんです。今度はいつ来るのか、いつ外出できるのか、といった話をする機会が増え、地域の方が会いに来てくれるのは、患者さんにとってとても嬉しいことです。地域の方のサポートなしに、退院支援は成り立たないと感じています。

入退院を繰り返す方へのアプローチについては、地域移行コーディネーターやアウトリーチを活用しながら、入退院を繰り返さぬよう、退院後の定着支援も見据えながら支援を進めていく必要があります。地域の相談員の皆さんにも、本人のニーズや QOL を意識したモニタリングなどご協力いただきながら、病院としても、入院中から本人と会って話をし、支援をしていただけるよう、協力していきたいと考えています。



吉祥寺病院 精神保健福祉士 野口 明子さん

病院は調布市にあり、東八道路を挟んで三鷹市と隣接しています。そのため、三鷹市・調布市に入院前住所を持つ長期入院者が比較的多い状況があります。一方、区部と市部の中間に位置するため、病床がない 23 区・東部からの入院者も多く、移行先となる地域は多岐に亘っています。

東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業がエリア別に変更となり、これまで患者さんが暮らしていた地域の相談支援事業所が、すぐに対応できない体制にある時でも、広域で関わってくれる事業所が増えてきたような印象があります。本人のモチベーションが下がらずに、スムーズに退院支援に向けたチームが作れて、本人に提案できるところはとても助かっています。

家族が本人の帰宅を受け入れられずに長期化する場合、本来は本人にとっての支援であるはずなのに、家族の意向に沿った支援からスタートすることもあります。本人にとって不本意な入院から始まり、帰りたい家に帰れない状況の中、本人が新たな目標を設定し、自分の生活を取り戻していく上では、関係づくりや病気等の現状を地道に受け入れていく作業が重要だと思っています。支援期間が限られる中、支援の導入部分でゆっくり時間をかけられる事業や、数年単位で地域の支援者が本人の健康的な部分に働きかけられる支援が、より拡充していくと良いと考えています。

長期入院に至る要因は多様化しています。中でも、長年かけてようやく退院し、さまざまな支援を得ながら何とか地域生活を取り戻せた方が、年齢の問題も重なり、限界が来て再入院を余儀なくされるケースでは、入院が長期化する傾向があり、課題だと感じています。2期目の入院では、精神疾患だけでなく、高齢化や身体合併症等が重なることが多いため、退院支援にあたっては、高齢分野と障害分野が連携していく支援や工夫の点で難しさを感じています。

最近では、長期入院者が比較的多い病棟と、入院期間に定めのある急性期病棟の両方を兼ね備えた医療機関が増えており、特に急性期病棟の場合は、短期間で支援が求められるため、じっくり時間をかけられないスピード感の差もあります。病院側の事情も地域に腹を割って伝え、どのように支援計画を立てていくかと、いう部分を今後深めていけたらと思っています。



恩方病院 精神保健福祉士 笛木 菜美さん

恩方病院は、高尾駅からバスで20分ほどの場所（八王子市）にあり、南多摩圏域になります。南多摩圏域は、精神科病院が多く、長期入院者の数も決して少なくありません。高齢化やADLの低下、経済困窮、居住地がない等の理由から入院が長期化している状況があります。

退院支援の取組が始まった当初と比べて、規則的になってきている部分があり、本当に退院を希望している方を地域に戻せていない現状がある点は、病院側の課題の一つだと思っています。医師の入れ替わりがあり、医師によって考え方が異なるため、退院支援をスムーズに進めていく上では、本人や家族の動機づけ以前に、いかに先生を口説いていくか、医師に対する動機づけも重要だと感じています。長期入院者の中には退院を希望する方も沢山いるので、時間はかかると思いますが、病院全体で退院支援に取り組んでいけたらと考えています。



国分寺市 福祉部障害福祉課 相談支援係長 石丸 明子さん

相談支援係では、専門職職員（保健師とソーシャルワーカー）を中心に、障害福祉サービスの調整や受給者証発行前の相談を担当しています。精神保健相談は、常勤の保健師4名のうち、3人で地区を分担し対応しています。

長期入院者に対する市の取組としては、これまで、自立支援協議会の精神保健福祉部会（協議の場の必要性から前進となる連絡会を部会に移行した経緯あり）で協議・検討を進めてきました。現在は、医療機関（精神科病院、訪問看護ステーション）、地域の事業者（相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、地域活動支援センター）、行政（保健所、生活福祉課、健康推進課、障害福祉課）で構成されています。長期入院化の要因について、部会でも、本人の意欲・家族の不安や反対、金銭や居住の問題や、支援者側のアセスメント（本人の生活能力等の把握）の問題があるとの意見が出されています。今後は、630 調査や市民が入院する近隣の精神科病院への聞き取り調査等を通じて、長期入院者の実態把握（退院の阻害要因や支援体制のあり方等）に取り組んでいきたいと考えています。調査方法は、今後の検討課題のため、ぜひ全体討議やグループワークの場でも、ご意見やご提案、ご助言をいただけたらと思います。

市内の相談支援事業所が抱える相談支援件数は限界にきている中、新規の依頼があれば何とか対応し、乗り切っている現状があります。地域移行支援の個別給付については、都事業を利用しスムーズに地域移行ができています、あるいは地域移行支援の活用方法が分からない等の理由からか、相談の依頼自体がない状況です。その辺りの意見も共有いただけると嬉しいです。

1 年以上の長期入院者の実態は、市でも把握できている方とできていない方がいます。よく病院の担当者から訪問依頼の連絡をいただきますが、相談支援事業所の体制や経費（交通費や人件費）の面から考えると、市や基幹相談支援センターが外向いていくのが現実的だと感じています。部会でも検討・協力しながら、長期入院中の市民を把握するため、まずは、市または基幹相談支援センターで日程等を調整し、訪問できたらと思いますので、ご連絡いただければと思います。

地域包括ケアシステムの構築と言っても、具体的にどうすれば良いか、分からない部分もありますが、長期入院している市民が地域に戻って来られる、あるいは、地域の人たちが安心して暮らせる「まちづくり」ができればいいなと考えながら取り組んでいます。今日は、他分野・多職種の方にご参加いただいているので、ぜひ意見を残してくださると有難いです。いつも大変お世話になっており、本当にありがとうございます。



国分寺市 福祉部生活福祉課 ソーシャルワーカー 中野 佳子さん

生活福祉課は、9 名のケースワーカーと 6 名の支援員（健康管理支援員、就労支援員、高齢者担当、母子担当）で構成されています。現在、国分寺市では、961 世帯（1,158 名）が生活保護を受給していますが、うち精神障害保健福祉手帳の取得者が 215 名、自立支援医療の所持者が 307 名で、生活保護受給者全体の約 3 分の 1 が、何らかの精神障害を抱えています。先週金曜日の統計データによると、現在、精神科病院に入院中の方が 31 名、うち 1 年以上の長期入院者が 21 名、中には、30 年以上入院されている方も含まれています。

生活保護ケースの場合、対象者の大半が、家族支援を受けられない状況にあるため、退院支援にあたっては、本人と市（生活福祉課）のケースワーカーと支援員で、退院後の方向性を決めていくことが多いです。入院が 3 ヶ月間など短期間の場合、入院前にアパート暮らしだった方は、解約せずに入院となりますが、その間に生活保護で家賃計上できる期間は 6 ヶ月間と決まっています。退院の見込みのある方に限り、9 ヶ月間まで家賃計上できますが、それ以上の入院となる場合は、一旦、アパートを退去せざるを得ません。また、病状が悪化し、近隣苦情から入院した場合も退去す

ることが多く、帰る場所がないまま入院相談に応じることもあるのが現状です。

退院が近づくと、主治医の意見を参考に、入院中から地域での生活形態等の方向性を検討し、元の居住先へ退院となる場合は、ケースワーカーと支援員が本人と病院の意向を確認し、見守りの形で訪問看護や福祉サービスの導入、介護保険の担当者につなげる等の支援を行っています。

その一方、一人暮らしが難しいと判断した場合は、施設入所（救護施設、更生施設、障害者施設のグループホーム等）を検討していきます。しかし、時間的な制約により、ホームレス等の入所施設である宿泊提供施設に入所する場合や、退院後の居住先調整が間に合わないことも数多くあります。病院の方々には、退院日時が決まった時点で、早めに相談をいただくと、退院後の施設探しに時間をかけることができますので、よろしくお願いします。

退院に向けた長期入院者へのアプローチについて、生活保護受給者であれば年 1 回、必ず定期訪問の形で、ケースワーカーが訪問しなければならず、その際に、退院の意思を確認しています。退院の意思確認ができた、または、病院から退院の促しの話があった場合には、年 1 回の定期訪問以外にも、随時訪問しますので、お声がけください。長期入院者への退院促進という点で、生活福祉課からのアプローチはなかなか出来ていないのが実情です。病院側からも積極的なアプローチをいただければ、馳せ参じますので、どうぞお声がけいただければと思います。

現在、統合失調症で 4 年間入院中の 40 代女性の退院支援に関わっています。障害福祉課とプラッツ、生活福祉課で定期訪問し、外出を共にしながら、社会とのつながりを取り戻そうと活動していますが、本人が退院の意思を示すことはなく、今後どのように地域へ戻っていけるか、進捗を見守っていければと思っています。また、双極性障害でこれまで 13 回措置入院歴のある 50 代男性のケースでは、退院後に受け入れてくれる施設や病院がなく、本人は、一人暮らしの意思が強いいため、基幹相談支援センターと相談支援専門員と一緒に、病院を訪問し、どのように地域の社会資源を活用しながら生活していくことができるか、模索を続けてまいります。本日お越しの病院の方々には、いつも無理ばかり言って、有難いと思っています。今後とも、よろしくお願い申し上げます。



地域活動支援センターつばさ 相談支援専門員 南 千穂さん

地域活動支援センターつばさは、プラッツ・虹と併せて、市内に 3 カ所ある地域活動支援センター（Ⅰ型）のうちのひとつで、生活力向上を目的としたプログラムや居場所として過ごせるフリースペースがあります。設立当初から 3 障害＋難病の方を対象とし、相談支援事業所としては、平成 24 年の指定特定から行っています。市内には 8 カ所の相談支援事業所があり、うち、障害児を中心とした事業所が 1 カ所、指定特定相談支援事業所のみが 3 カ所となっています。つばさでは、精神障害の方だけでなく、精神・知的・身体障害、難病の方、医療的ケアを有する方、重複障害の方など、対象者の障害特性や年齢層、ライフステージは幅広く、相談支援専門員として知識・技術が追いつかない感覚を持ちながら業務にあたっているところです。また、相談支援専門員はみな、相談支援を大切に活動する中、60 件～100 件を超えるケースを抱えており、正直、やりたい支援や必要だと思う支援に対して、手が回らず、やりきれない現状もあるのが正直なところです。

精神障害の方をサポートする際に、相談支援専門員として難しく感じていることについて、①サービス調整や本人との関係づくり、②退院時、③資源の不足、という点からお話したいと思います。

まず、①について、本人の希望と、周囲から見た本人に必要なサポートが一致しないことがあります。サービスの調整ができて、実際に利用まで至らないケース（ヘルパーが家に入ることを受け入れられなくなる）や、何らかの要因で決まった事業所への通所が難しくなるケースなどです。また、本人の希望を大切にしなければ、本人との関係が切れてしまうこともあるため、何を優先しながら調整していくか、とても悩ましく感じています。

②について、既に計画相談として関わっている方の場合、退院の1～2週間前に退院前カンファレンスの日程連絡をいただくことが多く、地域のサービス調整が間に合わないことがあります。本人の状況を事業所と共有し、空き状況や今後の関わり方を確認する必要があるため、1～2ヵ月前に方向性の共有ができるといいなと思っています。また、新規の方の場合は、退院の見込みがあり、地域での暮らしが具体的に見えて、サービスの調整ができる段階で連絡をいただくと有難いです。退院に向けては、本人の気持ちの醸成や周囲との調整等、さまざまなサポートが必要ですが、その部分は、地域活動支援センターや基幹相談支援センターの協力が得られるのではないかと思います。

③については、生活力のアセスメントが取れる場所があるといいなと思っています。入院中にできていることでも、刺激がないから落ち着いている様子もあり、地域に戻ってからの生活力がどの程度あるのかが分かると、チームづくりの上でも皆と共有しやすくなります。精神疾患だけでなく、身体や知的など、重複障害がある場合も、アセスメントを取れる機会や場所は限られてしまいます。知的障害の場合は特に、困難な状況に置かれている要因の把握が難しく、退院時に医療と福祉の両側面から対応可能な事業所があるといいなと思っています。

入院や治療の必要がない状況にあると判断されている場合でも、福祉側からすると、通所先に安定的に通所できるか、集団で過ごせるか等、本人の状態が見えないと、受け入れ困難になってしまう場合があります。その結果、入退院を繰り返す、家族だけが負担を負うことにつながる状況が生じていると思います。家族が担っている部分が多く、家族がいない方の調整や家族機能を担う先をどうするのか、という点も話し合いの中で難儀になっているかなと思います。

「疲れたら戻って来ていいんだよ」と病院から送り出していただけると、利用者の方々もお守りのように考えられ、私たちも安心できます。地域の事業所は、本人の生活に最も身近なところで、さまざまなサポートを請け負ってくださっています。相談支援専門員もチームの一員として考えていきたいと思っています。今後ともよろしくお願いいたします。



はらからの家福祉会ピア国分寺 精神保健福祉士 作道 康介さん

私自身は、グループホームの運営及びグループホーム活用型ショートステイ事業（都事業）を受け持つ居住支援部に所属しています。はらからの家福祉会では、退院促進や地域移行に対して、1981年の設立当初（当時は共同住宅という形態）から変わらないスタンスで、各事業所の職員がさまざまな考えを持ち寄って話し合い、色々な角度から取り組んでいます。

ピア国分寺について、利用者統計によると、入院からグループホームに入居する方は全体の7割以上を占め、うち、長期入院者が9割以上となっています。また、グループホーム活用型ショートステイ事業は、地域の方の利用も可能ですが、基本は入院患者に対象を限定した事業です。入院中からグループホームでの生活体験を重ね、練習・評価・動機づけ・再入院を防止することを目的に活用する場となっています。10～20年の長期入院者が何度も利用を重ねる中で、一步步退院に

向けて進んでいく例も少なくありません。通所訓練部のさつき共同作業所では、就労継続支援 B 型事業と生活訓練事業を実施していますが、退院後の日中活動先を検討している段階から体験を受け入れており、日中活動場所の立場でも地域移行支援を実践しています。

退院に向けては、「ハウジング・ファースト」だと思いますが、退院後の生活環境を考え、再入院を防ぐという点では、日中活動場所の重要性は高いと思います。サービスの支給決定前の入院中の体験利用となるため、利用料はいただくず無償で実施していますが、費用等に縛られず、体験してもらうことが、本人と運営側の双方にとってメリットがある取組だと考えています。

伊澤施設長がよく「体験なくして退院なし」という言葉を使いますが、とりわけ長期入院者の地域移行を進める上で「体験する作業」は不可欠であり、大きな意味を持っていると感じています。新たな地域生活と向き合う体験の場を通じて、悩みや戸惑い、不安も含めて、個別のペースや段階に合わせながら、サポートしていけるといいなと思っています。

今日の研修には、知っている方がたくさん参加されていて、今まで自分たちが取り組んできた中に連携のきっかけになる出会いが結構あったということを実感しています。これまで作り上げてきた関係性や出会い、つながりを意識していけたらと思います。また、一事業所では限界があるため、違う立場の方から地域移行支援の実情を把握していく必要性を感じ、色々な視点や考え方をもって一つの目標に向かっていきたいと、とても勉強になりました。今後ともよろしく願いいたします。



地域活動支援センター虹 相談支援専門員 池田 みゆきさん

市内 3 カ所にある地域活動支援センター（I 型）の一つで、私自身は、地域活動支援センターの支援員と相談支援専門員を兼任しています。当センターの運営母体は社会福祉法人けやきの杜で、知的障害者の通所事業所からスタートしていますが、知的・身体・精神など、さまざまな障害のある方が利用しています。長期入院経験のある方の利用は現在ありません。活動内容は、作業機会の提供（室内での軽作業や茶話会、軽食づくり、外出、絵画等の創作活動）を中心として、仕事・居場所・余暇活動など、利用者によって利用目的や通所ペースはさまざまです。

1 年半前、高校卒業以来ずっと自宅で過ごし、社会との関わりや接点がなかった方の将来を不安視した家族からの相談がありました。家族の来所相談から始まり、本人との直接相談を経て、今では週 4 日通所し、グループホームで生活することができています。相談支援を通じて、今まで社会と接点がなかった方が地域と関わりを持ちながら生活していく一つのきっかけになり、良かったと思っています。本人の希望に沿った場であることが大前提ですが、居場所やフリースペースなど、きっかけとして利用できる地域活動支援センターという場所があるということを知っていただき、ぜひ活用いただければと思っています。



高月病院 精神保健福祉士 大西 保正さん

精神科医療地域連携事業は、東京都福祉保健局の精神保健医療課の委託事業で、精神障害者が地域で必要な時に適切な医療が受けられる仕組みを構築するため、圏域（二次保健医療圏）ごとに地域連携会議を設置し、連携ツールの検討・活用等を行い、精神疾患に関する地域連携体制の整備を図ることを目的としています。高月クリニックのある昭島市を含めて、立川市・国分寺市・国立市・東村山市、東大和市の6市で構成される北多摩西部圏域には、民間の精神科病院がないため、高月クリニックが事業を受託している形です。北多摩西部圏域では、地域包括ケアシステムの考え方を踏まえ、圏域ごとに合った方法で進めていければと取り組んでいます。

東京都としては、一般診療科を受診している方で、精神科医療の必要性があると考えられる方を精神科につないでいくことを想定しています。民間の精神科病院がない北多摩西部圏域では、まず、どのように精神科医療に関する勉強を進めていけば良いか、各市で会議を実施しています。日常業務や会議での意見等を通じて、特に未受診の方や、一般診療科からの紹介後すぐに精神科の受診に至らない方を、どう精神科医療につなげていくかが課題であり、模索しています。また、治療中断にならないための仕組みの必要性からも、包括的なシステムが必要だと思っています。

本人に病識がないケースや受診拒否の場合は、家族等の周囲の人が本人の病状に気づくという点も大事になってきます。現在、初めて精神科を受診する方や市民を対象に、精神科医療につながる上でのポイント（受診した方が良い困りごと、精神科の医療機関、制度や相談窓口情報等）を紹介するガイドブックを作成中です。必要な方が必要な時に必要な場所へつながり、本人と相談を受けた支援者が共通認識を持てるようなツールになれば良いなと思っています。

退院支援については、長期入院者を作らない予防的な考え方で取り組むことが重要だと思っています。一生懸命取り組んでも、いちごっこのように長期入院者が増えては意味がありません。退院後も安心して地域で生活できるよう、関係者だけでなく、市民にも同様に地域移行や退院支援の取組を知ってもらうことが大事だと感じています。長期入院の要因や地域への退院を考える上で、地域住民への情報周知と理解普及は一つ大きな鍵になるとと思っています。

高月クリニックでは、認知症疾患医療センターの指定も受けています。地域包括ケアシステムは高齢分野が先行して取り組んでいます。どうすれば認知症に罹患しないか、予防的な観点から、最近では地域のボランティアによる認知症カフェや居場所づくりなどの取組にも関心が集まっています。精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、市民の関心や活動はまだまだ少ないのが現状です。高齢分野と異なり、精神疾患の場合、例えば統合失調症であれば30代が多い等、対象の幅が限られる点をどう考えていくか課題もありますが、市民への理解を促し、精神障害者の退院支援や医療とのつながり、地域生活での過ごしやすさにつながる取組ができればと思っています。本人だけでなく、家族など周囲の方も早期に気付くきっかけがあることを知ってもらい、早期発見・早期受診につながる仕組みができるよう、地道に取り組んでいるところです。



国分寺地域包括支援センターこいがくぼ 社会福祉士 榎本 寛子さん

地域包括ケアシステムについて、高齢分野が先行して取り組んでいると言われていますが、一朝一夕とはいかない現状があります。さまざまな取組が行われていますが、腹の見える（考えが見える）関係の構築が非常に重要だと思っています。

2年前より、地域包括支援センターに高齢者見守り相談窓口が併設されました。以前から地域の多様な団体との関係づくりを進めてきましたが、なかなか時間を割くことが難しい現状がある中、高齢者見守り相談窓口が率先して地域での見守りや支え合いの大切さについて各団体へ働きかけを行うなど、地域包括支援センターの職員と連携して地域との関係づくりに取り組んでいます。老人会や自治会、防災会、地域住民の集まり等、さまざまな地域の団体から集めた情報をもとに、地域に出向いて、地域包括支援センターの紹介や見守り活動の重要性等について、お互いに話をする機会を作っています。老人会連合会から、地域の見守り活動に関する研修会を開催したいとの声が寄せられるなど、少しずつ取組の成果が出てきているところです。

市内には6つの地域包括支援センターがあります。東西各3カ所のセンターに分かれて、小地域ケア会議を運営しています。小地域ケア会議は、民生委員、ケアマネジャー、サービス事業所、老人会、医師会、歯科医師等、地域のさまざまな団体が参加し、これまで積み上げてきた地域課題の解決方法や地域資源の活用方法等について、グループワークで話し合い、集まった意見を市や地域と共有していく取組も行っています。また、65歳以上の高齢者における精神科病院からの退院支援については、病院から基幹相談支援センターへの連絡・相談を経由して、地域包括支援センターに情報が共有され、基幹相談支援センターと連携しながら支援を進めています。



地域共生推進課 近藤課長、井岡係長、増井さん、地域福祉コーディネーター川合さん、川端さん

今年4月より、国分寺市から国分寺市社会福祉協議会に委託し、新たに地域福祉コーディネーターを配置しました。地域福祉コーディネーターは、東西各地区に1名ずつ配置しています（東地区：ほんだ・もとまち・こいがくぼ、西地区：なみき・ひかり・ひよし）。

国分寺市地域福祉計画の重点課題として、地域の総合相談窓口の設置を掲げており、本日の研修テーマのように、なかなか解決策が見出せない困難ケースや、複数の課題を抱えているケースなどに対応するため、設備的な相談窓口ではなく、実際に地域に出向いて相談に対応するための人員を配置したという経過があります。また、地域福祉コーディネーターの役割として、地域の結びつきや課題解決の力を強めていく働きにも期待しているところです。今年4月の報告によると、精神障害の方の相談も受けているとのことですので、今後ともよろしくお願いいたします。



国分寺市障害者地域自立支援協議会 相談支援部会長 土井 満春さん

昨年度、精神保健福祉部会では、生活の場を築くために重要な住居の確保について、地域の不動産会社を講師に招き、障害のある方に住居を貸す際に、大家との仲介に入っている不動産会社が考えていることや課題、貸す上でのポイント等を聞く機会がありました。万が一、借主に緊急事態やトラブルがあった際は、後ろ盾として連絡・相談のできる支援者が付いているという情報があれば、安心して貸すことができる、との話がありました。第5期国分寺市障害福祉計画（平成30年～5カ年）の策定にあたり実施した市民へのアンケート調査によると、「今最も不安に思うことは何か」という設問の回答として最も多く挙げられていたのは、「緊急時の対応」でした。緊急時の受入先や相談先はあるのか、どんな支援体制が取られているのか、という点では、不動産会社が抱える不安と同じではないかと思います。

相談支援部会では昨年度、協議事項の一つとして緊急時の対応を挙げ、どう取り組んでいけば良いか検討してきました。地域生活支援拠点においては、緊急時に、本当に必要とする人が利用できる受け皿として、緊急入所保護事業がありますが、対象者の状況把握のため、市・基幹相談支援センター・相談支援専門員と一緒に家庭訪問を実施し、情報把握に努めているところです。どんな障害があっても地域で暮らし続けていくためには、ネットワークの芽を少しずつ細かくしていくことが重要です。

長期入院者の退院支援にあたり、重度化・高齢化している方が置き去りにされていくのではないかと、という話がありましたが、障害者支援施設に入所している利用者にも同様のことが言えるのではないかと思います。現在、東京都では、3,000人を超える方が14の都外施設に入所している実態があります。うち、約40名の国分寺市民が、未だ都外施設に入所している状況です。地域に帰していく支援の必要性が声高に謳われていますが、入所者の多くが高齢化しており、長期入院者と同じ状況にあります。また、近年グループホームが増え、地域移行支援も進んできている中でも、施設入所者数は10年前と大きく変わらないのが現状です。重度化・長期化している利用者が目の前にいないがために、忘れ去られているのもまた現状ではないか、ということを今日の研修で改めて気づかされました。

相談支援部会では、今年度より、障害児通所支援事業所連絡会が発足し、相談支援事業所連絡会と併せて地域でのネットワークが少しずつ深まってきています。顔の見える関係、腹の見える関係はもちろん、さまざまな場面でネットワークの輪を広げ、取っ掛かりを作っていくことが最も重要なことではないかと思います。本日寄せられた課題は、相談支援部会にも持ち帰り、よりよい地域づくり、誰もが地域で暮らせるために私たちにできることは何か、皆さんの力を借りながら考え、取り組んでいきたいと思います。今日は本当にありがとうございました。

グループワークまとめ(グループ①～⑤)

NO.	研修に参加しての感想等	明日からの実践活かせること等
①	・国分寺市内で課題の共有や研修できて良い。 ・連絡会や研修で人とのつながりができ、支援するケースにも反映できていると思う。	・入院を繰り返したくないと思う人の支援につなげたい。 ・決め事をするための連携ではなく、普段使いの連携が大切。気軽に相談できると良い。
②	・手をつなぐことが普段のネットワークにつながる。 ・事例をあげて実態を共有し、手をつなぐ取り組みの積み重ねが大切だと感じた。 ・精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの興味を持った。 ・国分寺市の動きが見えた。	・地域と病院の連携（地域を知る）。 ・ライフパートナーに体験談から地域のことを知ってもらう事。 ・専門職域外の自分たちの分野でも、地域移行について考えることに取り組む。 ・インフォーマルな関わりも含めたネットワークの重要性を学んだ。
③	・地域移行支援の難しさを知った。 ・高齢分野でのノウハウを障害分野でも役立てたい。 ・自分が知らなかった部分の役割を知れて良かった。 ・連携として、まずはつながること、顔を知ることが大事だと確認できた。	・情報共有（職員間）する。 ・関係機関を詳しく知る。 ・医療・行政・福祉・教育の連携。 ・地域移行への支援意欲があがった。
④	・地域が主体となった具体的な内容で驚いた。熱量がすごかった。 ・病院の実情が聞いて勉強になった。 ・65 歳以上の退院支援について勉強になった。 ・事業所を超えて市全体で手を取り合い、受け入れができると良い。 ・分野を超えて目指すべき方向は同じだとわかった。	・モチベーションが高まった。 ・退院支援において、計画相談も含め、早めに互いに情報をやり取りすること。 ・地域に出て、課題を共有していく。 ・インフォーマル資源の活用も含め、地域で不足している部分への種まきを考える。 ・腹のみえる（信頼し合える）関係づくりのネットワーク構築。
⑤	・ゆるやかな居場所を考える機会になった。 ・自治体にもよるが、行政や PSW の姿勢が変わったと感じる。 ・病院から地域に退院していくことが進んでいく昨今、このような会議が増えたと感じる。 ・入院者の高齢化が進み、退院先が見つからないケースが増えている。要介護認定が退院につながる。 ・精神科疾患があるからといって、一生涯死ぬまで病院で良いということではない。	・就労支援の存在を知ることができた。 ・退院前 2～3 週間の連絡だと調整が難しいことに納得した。今後の連携に活かしたい。 ・国分寺市の障害福祉に役立てたい。 ・国分寺で聞いた話を自分の地域にも当てはめて考えたい。 ・国分寺市民の入院者は、少ないがいると思うので連絡したい。

グループワークまとめ(グループ⑥～⑩)

NO.	研修に参加しての感想等	明日からの実践に活かせること等
⑥	・家族は大変だが、本人の支援にうしろに家族支援が回ってしまう実際がある。	・家族支援が大事だと改めて実感した。
	・地域包括支援センターとしても、精神障害のある方への支援を大切に考えている。	・世帯として捉えて支援すること。
	・精神科病院では、遠方から家族に来てもらうことはハードルが高いと感じている。	・地域で「看る」ことが良いと言われるが、その実際を知り、考える。
⑦	・それぞれの場での支援や苦労があることが改めてわかった。	・関係機関だけではなく、いかに市民に知ってもらうかを考える。
	・地域の中に関心を持ってくれる人はいる。まずは知ってもらうことが大切だと思う。	・知ってもらうことが包括ケアの第一歩。
	・支援者が多い時の弊害を感じることもある。	・タイミングよく集まれる工夫を考える。
	・地域の現状が病院からは見えにくく、退院支援に関わっていないと病院の話がつかみにくい、互いが見えにくい状況がある。	・支援に空白が生まれないうつなぎを意識する。
⑧	・医療分野の話が聞けて良かった。医療と生活双方のアセスメントが必要なので、医療と福祉の連携は大切。	・長期入院者の高齢化により死亡退院も多いため、高齢分野の方たちと関わっていききたい。
	・住む場所のマッチングアセスメントには悩むところがある。	・国分寺市民の長期入院者を迎えるプレ事業などを考えていききたい。
	・都事業の事業内容変更について理解できた。	・病院から発信していききたい。
	・研修会が顔の見える関係につながっている。他の職員や職種にも参加してほしい。	・計画相談や地域活動支援センターと共有し、役割分担をしていく。
	・地域でアセスメントしていけるよう、グループホームを増やしていけると良い。	・今回の研修内容を、グループホームの中で報告して話し合いをしたい。
⑨	・病院の実情について、相談員として知らなければならぬことが多いと感じた。	・家族の動機付けも重要。情報を集めて家族への支援に活かす。
	・病院との連携が重要だと感じた。	・地域で把握した情報を、病院に伝えていく。
	・地域活動支援センター含め、市単位でのデータや情報が得られて参考になった。	・地域移行への医師や看護師の動機づけや意識づくり等、院内の環境づくりに取り組む。
	・事前に時間があれば調整可能なこともある。早めに相談共有し、環境調整していききたい。	・退院調整をする際は、PSW がメインで院内の協力体制をとり、地域目線でアプローチする。
⑩	・各機関の取り組みを知り、参考になった。PSW と協力し、前向きに退院支援に取り組んでいきたい。	・病院の見立てや本人の意向が明確ではなくても相談してほしい。
	・長期・新規の入院者は二極化している。社会的入院の受け入れも行っている現状がある。	・前向きに頑張れる要素をもらった。
	・本人のニーズや希望の把握への重要性を実感した。	・LP(ライフパートナー)の訪問を、本人の希望の把握や意識付けに活かしていく。

4. 全体のまとめ

伊澤 雄一氏（国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会長）

本日、これだけ多くの方が集まったことに感動しました。お互いの存在を認め合い、今後も情報交流をしながら、「腹の見える関係・信頼し合える関係」を築いていくことができたと思います。

全体のまとめとして、最後に本日の配布資料 4～5 頁の内容に触れたいと思います。多くの精神科病院では、高齢の入院患者が次々と命を落としています。「死亡退院」という言葉がありますが、退院とは本来、生活の場を病院から地域に移すことです。院内での死亡患者数は年間 2 万人（35 分に一人）となり、スピード感を持って地域移行支援に取り組んでいく必要があると言えます。

また、再入院（二度目の長期入院）は、避けなければならない問題の一つです。再入院した方のうち、福祉サービスを利用する人の割合は 33%で、約 7 割がサービスにつながっていないという調査データもあります。退院時に、ピアサポーターの力を得ながら、事業所側からも情報を提供・発信し、福祉サービスとつなげる準備を整えることは、再入院を防ぐための大きな要素です。長期入院者にとって、ピアサポーターが発信するリアルな地域の生活情報は、退院後の具体的な生活イメージや退院に対する前向きな気持ちを得るための、大きなきっかけとなります。ピアサポーターの派遣も行っていますので、ぜひお声かけいただき、さまざまな場面でピアサポーターの力を活用いただきたいと思います。

また、退院の阻害要因として、住居（生活拠点の確保）の問題が挙げられますが、引き続き、不動産情報等を手繰り寄せながら、住居提供に力を入れていきたいと思っています。そして、ハンセン病者、知的障害者の都外施設、精神障害者の社会的長期入院に共通して蔓延している「隔離する・排除する・忘れる」という三段思考を克服するためにも、このような地域での地道な営みがとても大事だと思っています。皆さん、これからもぜひ一緒によろしくをお願いします。

5. 閉会挨拶

坂田 晴弘氏（国分寺市障害者地域自立支援協議会 副会長）

本日は、長時間のご参加ありがとうございます。国分寺市障害者地域自立支援協議会の副会長を仰せつかっております、国分寺市障害者センターの坂田です。まずは、精神科病院の社会的長期入院者のみならず、知的障害や高次脳機能障害、その他さまざまな病気で入院・入所を余儀なくされている当事者の実情や苦勞を知ること、支援者として理解することが大事だということです。本日まで参加の皆さんが、同じように感じられていることだと思います。そして、今年度、新たに配置された地域福祉コーディネーターをはじめ、お互いの立場や役割の正確な理解もとても重要です。

国分寺市障害者地域自立支援協議会の全体会は、地域の関係者から、さまざまな地域課題をいただき、地域の中でどのように解決していくかを協議する場でなくてはならないと、日頃から考えています。精神障害者の地域移行がなかなか進まない現状を知り、今後、国分寺市ではどう取り組んでいけば良いか、皆さんと討議するなかで、本日は「連携」という宝物を得ることができました。この機会を活かし、「顔の見える関係」「腹の見える関係」「気軽に相談できる関係」をたぐり寄せ、今、困っている当事者と向き合っていけるよう、引き続き、連携を深めていければと思っています。

社会福祉法人万葉の里では、国分寺市から地域生活支援拠点事業を受託しています。事業の柱の一つである「緊急時の受入れ・対応の機能強化」については、緊急時でも地域で安心して暮らせる

よう、市・基幹相談支援センター・各相談支援事業所（相談支援専門員）が連携し、緊急入所保護事業を実施しており、緊急度の高い世帯の事前把握や緊急時の受入先の確保等を進めています。当事業についてもご理解・ご活用いただけたらと思います。

また、地域生活支援拠点事業の一つである「体験の機会・場の機能強化」についても、現在取り組んでいるところですが、体験型グループホームだけでなく、長期入院者が地域生活を体験し、チャレンジできる場を模索していきたいと考えています。そして、安心して相談できる場、安定した生活の場をつくるために、「相談機能の強化」にも力を入れていきます。基幹相談支援センターをはじめ、自立支援協議会の各専門部会、各事業所、病院等の関係機関、当事者等の総意で、国分寺市のまちが、障害者にとって暮らしやすいまちになっていくように、本日いただいた宿題を持ち帰り、自立支援協議会の場でも協議を進めていきたいと思っています。

以上

