

国分寺市障害者基幹相談支援センター事業（国分寺市委託事業）
令和 7 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（地域移行）

「地域移行支援 in 国分寺～好事例から学ぶ多職種連携～」実施報告書

開催日時	令和 7 年 7 月 29 日（火）午後 1 時 30 分～午後 4 時 30 分
会 場	cocobunji プラザリオンホール A・B
主 催	国分寺市障害者基幹相談支援センター
協 力	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プラッツ 国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会

1. 目的

- ・地域移行支援の現状を把握し、支援者の地域移行支援意欲の喚起を促す。
- ・具体的なケースを通じて、それぞれの機関がどのように連携し支援が行われているかを知る。
- ・多職種連携における支援の課題を共有し、今後の精神保健福祉部会の協議（「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を含む）及び地域移行等支援連絡会の取組につなげる。

2. 研修内容および講師

（1）開会挨拶

尾田 史剛（国分寺市障害者基幹相談支援センター センター長）

（2）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報告

毛塚 和英 氏（国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会部会長
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プラッツ 所長）

（3）東京都精神障害者地域移行促進事業受託事業者より

永井 裕氏（社会福祉法人はらからの家福社会 地域移行コーディネーター）

（4）シンポジウム

コーディネーター：毛塚 和英氏

相談支援事業所：大槁 美音氏（医療法人社団薫風会 地域活動支援センターハーモニー）

グループホーム：尹 聖根 氏（社会福祉法人はらからの家福社会 ピア国分寺）

訪問看護ステーション：石堂 紘代氏（株式会社 円グループ 訪問看護ステーション進）

（5）グループワーク

（6）閉会挨拶

宮外 智美氏（国分寺市福祉部 障害福祉課 課長）

3. 参加状況

参加人数：37名（講師、事務局含めて45名）

所属	参加人数	参加事業所
相談支援事業所 地域活動支援センター	12名	地域活動支援センターつばさ、地域活動支援センター虹、 地域生活支援センタープラッツ、相談支援コトリナ、 児童発達支援センターつくしんぼ、 地域活動支援センターハーモニー
精神科病院	7名	根岸病院、長谷川病院、吉祥寺病院、斎藤病院、成木長生病院、 高月病院
訪問看護ステーション	1名	訪問看護ステーション進
障害福祉サービス事業所	5名	自立訓練事業所はばたき、グループホームよつば会、 LIIMO 国分寺
社会福祉協議会	6名	地域福祉コーディネーター 立川市社会福祉協議会基幹相談支援係
行政機関	4名	多摩立川保健所、障害福祉課
その他	2名	市議会議員

他、講師3名、部会長1名、地域移行コーディネーター1名、基幹3名 参加

4. 講演内容

報告「国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会の取組報告」（10分）

講師：毛塚 和英 氏 国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会部会長

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 所長

<はじめに>

国分寺市障害者地域自立支援協議会には親会（全体会）に紐づく専門部会として、精神保健福祉部会が設置されている。部会の構成員は、地域事業所だけでなく、根岸病院や東京都精神科医療地域連携事業を受託するたかつきクリニックにも参加いただいております。医療と福祉の連携を形づくった会議体となっている。

また、精神保健福祉部会では、国分寺市障害福祉計画に基づき、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」という）」の構築に向けた協議も行っている。精神保健福祉部会の取組は、基幹相談支援センターが主催するネットワーク研修及び東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業における研修企画とも連動し、東京都の動きに倣いつつ、地域の課題抽出とその解決方法を検討しながら、国分寺市における「にも包括」の創造という道筋を描いている。

「にも包括」とは、地域で暮らす市民だけでなく、入院している市民も忘れることなく、地域の特徴を活かしたまちづくりを考えていくことである。どのようなまちであれば、精神障害のある方も暮らしやすくなるか、それを考える機会であり、システムであり、場所が「にも包括」だと言える。

<令和6年度 精神保健福祉部会の活動報告>

配布資料に記載のある5つの柱に沿って協議・取組を進めてきた。近隣の病院訪問では、根岸病院と毎年定期的な会合を持ち、入院している国分寺市民の状況を共有し、地域移行支援に向けた具体的なアプローチについて検討している。ピアサポーターの活用では、根岸病院内でのピア研修会を開催した。さらに、病院と地域による合同事例検討会を実施し、医療と福祉それぞれの立場や視点から話を深める機会をもった。

昨年度は特に、普及啓発と居住支援に力を入れて取り組んできた。まず、居住支援については、国分寺市内で住まいを支える活動をしている団体と意見交換を行った。精神科病院からの地域移行や、家族から自立して単身生活を送る上では、「住まい（居住）の確保」が不可欠であり、市内における居住支援の現状や課題を把握することと併せて、居住支援協議会の必要性を実感する機会となった。

次に、普及啓発について、昨年度は武蔵野市が小中学生向けに実施している精神保健福祉の啓発活動「市民こころの健康支援事業」を参考に、国分寺市でも学生に向けた普及啓発活動を実施できないか検討した。具体的には、精神保健福祉部会において武蔵野市にある NPO 法人 MEW(ミュー)をお迎えし、実践報告を聞く機会をもった。実際のプログラム内容や学校への働きかけ等、実践的な話を聞くことができた。教育部門への発信を行いながら、小中学校から依頼が入った時に使用できる研修パッケージの作成につなげていきたいと考えている。

<令和7年度 精神保健福祉部会の活動計画>

令和7年度は昨年度に引き続き、若年層への普及啓発、当事者の地域における活躍の場の検討、近隣市病院へのアプローチ等に取り組み、地域移行・地域定着支援の推進を図る。若年層への普及啓発では、地域活動支援センターつばさが主催する市民福祉講座の枠を活用し、こころの健康に関する講座を企画・開催する予定であり、教育部門への働きかけも引き続き検討していく。

令和7年度の自立支援協議会の全体テーマは「地域移行の促進」となる。部会の取組を下支えする地域移行等支援連絡会を定期的に開催し、根岸病院以外の精神科病院にもアプローチを広げ、地域移行支援の取組に力を入れていきたいと考えている。

<さいごに>

「にも包括」のイメージ図にあるように、本人が暮らす住まいを中心に、国分寺市で暮らしたいと思っている方が自分のまちでいつまでも暮らせるよう、支援者が連携を図り、必要な取組を進めていければと思っている。

報告「東京都精神障害者地域移行促進事業受託事業者より」(5分)

講師：永井 裕 氏 東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業

精神障害者地域移行促進事業 地域移行コーディネーター

東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業は、精神科病院からのスムーズな地域移行と、精神障害のある方が安定した地域生活を送るための体制づくりを進めることを目的として、社会福祉法人はらからの家福社会が東京都から受託して実施している。精神障害者地域移行促進事業の概要とピアサポーター活用アドバイザー事業について説明する。

地域移行コーディネーターは、ピアサポーターと一緒に精神科病院を訪問し、入院患者との面会や病棟プログラムへの参加等を行っている。西多摩エリアの精神科病院では、コロナ禍以降、病院スタッフの入れ替え等もあり、ピアサポーターとの訪問がなかなか難しい現状があり、病院への働きかけを継続的に行っている。

ピアサポーター活用アドバイザー事業は、担当エリアの精神科病院でピアサポーターを活用した地域移行が促進されるよう、提案・助言・相談・調整等のお手伝いをする事業である。この事業におけるピアサポーターとは、退院に向けた意欲喚起(動機づけ)や情報提供を行う精神障害当事者のことである。ピアサポーターが病院を訪問し、入院患者等と話をしたり、体験を語ったり、一緒に買い物に出かけたり等の活動を重ね、退院につながる結びつきができればと思っている。

北多摩西部圏域には精神科病院がないため、西多摩エリアの病院に向けた活動を広げていきたいと考えている。8月19日(火)圏域別会議がオンラインで開催されるので、ぜひ参加いただきたい。

シンポジウム「好事例から学ぶ多職種連携」(85分)

コーディネーター

毛塚 和英氏(国分寺市障害者地域自立支援協議会 精神保健福祉部会部会長)

<登壇者の自己紹介とNさんに初めて会った時の印象>

◆大橋 美音氏(医療法人社団薫風会 地域活動支援センターハーモニー)

計画相談の担当として、地域移行支援の実働で関わってきた。Nさんに初めて会ったのは入院中で、目を見て話をし、礼儀正しい方との印象を受けた。

◆伊 聖根 氏(社会福祉法人はらからの家福社会 ピア国分寺)

Nさんが入居するグループホームの担当世話人として関わっている。はらからの家福社会は、今から44年前、精神科病院に長期入院している方の戻る場所や居場所を作るために発足した社会福祉法人である。

発足から40年以上が経過した今も、退院支援を大切に、事業活動を行っている。市内に5ヶ所ある精神に特化した通過型グループホーム（利用期限は3年）を5ヶ所運営している。

Nさんとはグループホーム入居前の面接時に初めてお会いしたが、白髪で笑顔が素敵な、紳士的な印象を受けた。同時に、今後の生活にさまざまな不安を感じている様子が見られた。

◆石堂 紘代氏（株式会社 円グループ 訪問看護ステーション進）

Nさんとは退院前カンファレンスの時に、病院の待合室で初めてお会いした。身なりが整い、綺麗な白髪で爽やかな印象を受けた。現在も週1回訪問し、退院後から継続して支援に関わっている。

（1）事例の概要と地域移行支援の流れ

毛塚氏より、Nさんの事例を基に、精神科病院から地域移行支援サービスを利用して退院し、地域生活に至るまでの一連の流れと国分寺市における地域移行支援の取組につなげていきたい考えを共有し、事例の概要及び地域移行支援の流れについて説明した。

60代、男性、統合失調症。病気を発症した20代から40年間、入退院を繰り返しながら、自宅でひきこもり生活を送る。2年前に同居する母が亡くなり、生活や体調に不調が出て再入院となった。入院中にグループホーム活用型ショートステイ事業（都事業）を利用しながら退院を目指す。2年7ヵ月の入院期間を経て、現在は、退院と同時に、はらからの家福社会が運営する通過型グループホームに入居し、入居後2年が経過した。※地域移行支援の流れの説明は、別紙配布資料を参照。

Nさんの場合、退院した病院の前に、別の病院に入院していた期間が1年2ヵ月あるため、正確には3年9ヵ月の入院となる。他の診療科への入院や転院があると入院期間がリセットされるため、数字としては入院期間が短いように見えても、結果として長期にわたり入院となっているケースは多い。

地域移行支援は、本人から退院の意思表示があった場合の他、精神科病院の相談員や看護師から地域の事業所に依頼が入り、病院を訪問して患者本人と会い、契約のもと開始される流れが一般的である。地域移行支援がスタートすると、時間の経過と共に患者本人との関係性が築かれ、本人の気持ちや希望を聞きながら、グループホームの見学や体験宿泊を実施し、地域生活のイメージづくりを進めていく。体験宿泊は、自分でできることや課題を確認する機会となり、同時に支援者にとっても退院後の生活に必要な支援等に関するアセスメントの機会となる。体験を重ね、自信が付き、退院の準備が整うと、退院前カンファレンスを開催する。本人を含めて退院後の支援等について確認し、無事に退院すると、地域での支援が開始される流れとなる。

（2）支援開始の経緯

＜大橋氏より：相談支援事業所の立場から＞

入院から約1年後、本人が入院する精神科病院の相談員から地域移行支援の依頼が入った。当時は、医療保護入院中で、治療はひと段落し、院内 OT にも習慣的に参加していた時期である。依頼元の病院とは、普段から連携を取っており、過去に地域移行支援の依頼を受けたことがあった。地域移行支援は障害福祉サービスの一つであり、支給決定期間が6ヵ月と限られているため、利用申請のタイミングが鍵となる。

支援にあたっては、本人や家族の希望、病院スタッフとの連携、退院先となる住まいや日中活動先、服薬等、さまざまな「調整」が必要であり、多くの時間を要する。地域移行支援に使える6ヵ月を調整の時間に費やしてはもったいない。指定一般相談支援事業所として、どこの調整から協働していけばよいか、事前に確認するようにした。主に、①ご家族の状況や意向、②病院スタッフの協力体制、③地域移行開始時期や退院時期の希望、④入院中の日中の過ごし方、⑤障害主管課に連絡しているか、⑥関わりにあたって気をつけた方がよいことについて聞き取りを行った。地域移行支援に携わる際は特に、病院スタッフとの協力体制が重要だと考えている。地域と病院どちらか一方の頑張りだけでは、長期入院者の地域移行は進まない。困った時にはカンファレンスを開催し、支援の方向性の検討や役割分担の確認等、意識して取り組んでいる。また、患者が統合失調症の場合、妄想恋愛への発展の可能性から同性対応としたり、過去に粗暴行為があった場合は男性スタッフで対応するなど、病院が把握している本人との関わりの留意点を確認し、担当スタッフを選定している。

(3) 入院中に行った支援

<大橋氏より:相談支援事業所の立場から>

(初期:入院後10ヵ月～1年5ヵ月)

本人や病院スタッフとの面会を複数回実施し、関係づくりやアセスメントを行った。本人は退院後の再入院に対して強い不安を感じていた。退院先は当初、グループホームを考えていたが、次の面会では実家を綺麗にすれば住めるのではないかとわれ、気持ちの揺れがみられた。新しく支援チームに加わるタイミングで、家族を交えた1回目のカンファレンスを開催し、支援の方向性の共有と役割分担の確認を行った。面会を重ねる中で、本人には一人暮らしの経験がなく、生活スキルがどの程度あるのか把握する必要があると考え、グループホーム活用型ショートステイ事業の利用を提案した。

(中期:入院後1年6ヵ月～2年1ヵ月)

グループホーム活用型ショートステイ事業の体験利用を複数回実施した。最初は強い不安を示していたが、本人の気持ちに少しずつ変化がみられ、「年内には退院できるかな」と、次第に退院意欲が湧き、支援者に退院したい気持ちを話すようになった。別のグループホームも見学したが、結果としてピア国分寺への入居を希望された。この間、病院では服薬管理の検討を行っており、病棟看護師の協力を得て、内科の薬も含めた服薬の自己管理の練習を行った。当時、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、直接支援がなかなか進められず、入居先を決定する大詰めの時期に地域移行支援の支給決定期間が終了しては本人の不利益になるとの理由から、障害主管課に地域移行支援延長の相談を2回している。西東京市では、延長申請の手続きは終了の3ヵ月前には行う必要があったため、意識して早めに動いていた。

(後期:入院後2年2ヵ月～2年6ヵ月)

退院までの3ヵ月間は主に、グループホームへの入居に必要な生活用品の買い物同行や実家から持ち出す荷物の選定を行った。日中活動先は、入院中から病院主導でデイケアの利用調整を進めていた。本人からは、「退院は不安だがやってみないと分からない」という逞しい発言や、不調時の自分に合った対処方法への気づきが見られた。退院前カンファレンスでは、家族から「カンファレンスを開いてもらったことがなかったが、多くの人に関わってもらえると分かって安心した」という言葉があった。家族だけで本人を支える重責から解放された安堵感など、家族にも変化が見られた。

<尹氏より:グループホームの立場から>

入院中の支援について、グループホーム活用型ショートステイ事業の体験利用を通じて、少しずつ退院への気持ちが高まっていき、病院以外の場所で生活するイメージづくりや自信につながっていった。ショートステイ利用後は、ピア国分寺への入居申込があり、入居に向けた体験宿泊を行うことになった。本人は不安感が強く、見守りの行き届く居室を案内する必要があったが、さまざまな事情が重なり、結果として職員が常駐していないアパートタイプのユニットを案内することになった。支援員が定期訪問しながら見守りを行うユニットであり、どのように支援体制を組めるかが課題となった。体験宿泊中は、バスでの移動や買い物の時など、不安感を表す場面が何度かあった。また、支援者との約束事を覚えていないことや、処方薬が多く、服薬管理の面でサポートがどれだけできるかという点で、支援者として不安に感じることもあった。その一方で、通常であればトラブルに発展しがちな隣室から聞こえてくる生活音は、本人にとって安心して眠れる良い効果となった。次第に、ピア国分寺で生活していくイメージと安心感を獲得し、本人が意思を固め、入居が決まった。

(3) 退院前カンファレンス

<大橋氏より:相談支援事業所の立場から>

退院が近づくにつれて、再び退院に対する不安を吐露する場面が見られた。「一人でやっていかなければならない」という発言もあり、その度に「一人ではないので、周囲に相談しながらやっていこう」と伝えながら、本人の気持ちに寄り添い、伴走支援を行った。退院前カンファレンスでは、外来や訪問看護、デイケアの初回日時等、退院後の生活スケジュールの確認が話の中心だった。退院に向けたさまざまな調整は、カンファレンス前に整え、開催に臨んだため、そこまで大きな準備は必要としなかった。

<尹氏より:グループホームの立場から>

ピア国分寺(通過型 GH)では、まず本人に体験宿泊した感想とその後の気持ちの変化を確認した。病院には、病棟内の様子、これまでの治療計画と経緯、医療的な見立て(方針)と今後の注意事項を確認した。グループホームとしては、入居後のイメージづくり(食事、服薬、家事、日中活動、金銭等の生活上の各種要素、退去時のゴール、グループホーム利用の目的、週間・月間スケジュール)、入居前後のスケジュールと役割分担、家族との関わり、支援チームへの定期的な連携協力等の確認を行っている。グループホームへの入居がゴールではないというメッセージを伝えることも必要なことだと考えている。

<石堂氏:訪問看護の立場から>

相談支援事業所からの依頼を受けて、退院前カンファレンスに出席した。精神科の訪問看護は、自宅に来て何をされるのか、不安になる利用者が多い。そのため、利用者と顔見知りになり、本人に安心してもらうことが退院前カンファレンスに出席する一番の目的だと考えている。退院後の支援において、支援者間の連携は不可欠であるため、支援者同士、顔の見える関係を作る上でも大切な機会だと捉えている。その他、疾患に対する本人の受入れ、治療状況、身体の状態、退院後に必要と思われる支援内容、今後起こりそうな課題、本人の訪問看護利用に対する気持ち等を確認するようにしている。

<まとめ>

退院前カンファレンスは、退院後の支援をどのように進めていくかを確認する場である。相談支援事業所としては開催日の日程調整が大変な業務の一つである。退院前カンファレンスで初めての支援機関と対面することは、本人にとってもプレッシャーを感じるものであるため、明確な目的や考えをもって相談支援事業所は関係機関にカンファレンスへの出席を依頼することが重要となる。関係者が一堂に会し、大勢に囲まれながら自分の話をされることもプレッシャーになるため、それを感じさせない工夫(席の座り方を含む)や環境設定についても確認する必要がある。

(4) 退院後の支援について

<尹氏より:グループホームの立場から>

(適応期:入居~3ヵ月)

入居後3ヵ月間は病状や生活がなかなか安定しなかった。入居初日から緊張感や疲れが見えた。入院中の生活と違い、食事の調達から洗濯、ゴミ出しまで、一人暮らしに近い環境での生活に負担感や疲れが見えた。不安や不調が続き、「死にたい」という訴えもあった。服薬だけでなく本人の気持ちを支えてくれた訪問看護の支援が不調を乗り越えられた一つのきっかけだった。病院に戻り治療の必要性を感じる場面もあったが、本人は再入院を望まず、何とか3ヵ月間を乗り切れたことが、振り返ると生活の土台となったと感じている。

(安定期:4ヵ月~12ヵ月)

各種医療とつながり、通院が定着したことで徐々に健康を取り戻していった。地域の行きつけの店ができた。デイケアにも通所し、調子や生活が安定してきた。とりわけ、本人にとっては、一緒に食事や買い物ができる「仲間」の存在が大きかった。交流プログラムをきっかけに、他のメンバーと挨拶や顔を合わせる機会を重ね、今では月1回の食事会を開催している。

(トライ&アセスメント期:13ヵ月~24ヵ月)

入居後1年から2年の間は、本人の力が伸びていく時期だった。1年目のモニタリングの際に本人から一人暮らしの希望と挑戦の意思が出されたことが大きなきっかけとなった。一人でできることを増やしていく必要性を確認し、本人は「考える前に行動する」という目標を掲げた。自らの意思で週1日だったデイケアの通所も週3日に増やし、定着していった。仲間が広がり、単身生活への自信をつけていった。

<生きがいの支援開始:15ヵ月~>

この時期に、本人は詩と絵を描くようになった。これまで40年にわたり、引きこもりの生活を続けてきたが、それが妄想だったとなれば、今までの自分の人生は何だったのかと感じてしまう。本人にとって生きがいとなる、自分の存在意味や価値を前向きに捉えることのできることはないかと考え、本人と一緒に見つけたのが詩と

絵である。一つずつ作品を創りながら、法人の広報誌への掲載や障害者週間行事での展示会への出展を続けている。家族や病院のスタッフから認められていたことから、次第に自分で自分を認める「自尊感情」が芽生えてきた。不調時には、自分の詩を読むことで、自分を元気づけることができるようになっていく。また、精神科病院を訪問し、長期入院患者に自分の体験談を話し、動機づけ支援を行うピアサポーター活動を開始したことも本人にとって大きな出来事の一つである。

入居後2年が経過し、グループホームからの退去先を検討する時期になり、カンファレンスを開催した。本人は一人暮らしを希望しているが、家族からは施設入所の方が安心との理由で反対の声が上がっている。今後は精神科病院の主治医を交えて、本人の未来について一緒に考えていく予定である。

<石堂氏：訪問看護の立場から>

グループホーム入居から3カ月は不安感や孤独感との戦いで、「生きていても仕方ない」「生きているのに疲れたからもう死にたい」「でも死ぬ勇気もない」と話す場面があった。その一方で、「もう一度入院したら一生病院のような気がする」と話され、入院したくない気持ちとの間で八方塞がりの状況だった。人に話すと安心できるとの話があったため、基本は週1回訪問だが、臨時訪問を実施したり、滞在時間を長めに設定したりしながら、本人の話を聞くことが訪問看護としての関わりの中心だった。

<大橋氏：相談支援事業所の立場から>

入居後すぐは本人に自信がない様子が見られた。本人は「支援者の支えがあって自分が存在できている」と考えているように感じたが、そうではあっても実際は本人ができていくことをフィードバックすることで、自信につながればとの気持ちで関わっていた。グループホームでは中長期的な視点できめ細やかな支援を行っており、支援者の思いも日頃の連携の中で感じている部分があった、グループホームの支援者と一緒であれば、自分でできることを増やしていけるのではないかという、相談支援専門員としての見積りがあった。

(5) 当事者の作品とメッセージの紹介

<詩や絵に取り組むことになった経緯と作品の紹介>

以前も本人は絵を描いたことがあり、当時の作品を見た時に驚くほどの腕前だった。また、相談支援事業所からピア活動の依頼を受けた際、初めて病院を訪問して自分の体験談を話すことに緊張感があったことから、手紙のような詩と絵を描いたことがきっかけとなった。現在では81の作品があり、自作の本を作成できることを楽しみにしている。

(6) まとめ

<大橋氏>

相談支援事業所だけでは到底できなかったことであり、当事者がつなげてくれた縁でもあると感じている。一人で、どこか一カ所の支援機関だけが頑張るのではうまくいかない。相談支援専門員としては、本人の周りで何が起きているのか、数多くの単科受診に同行するグループホームの支援者の動きを頭に思い浮かべ、いつも相手のことを考えていたことがうまくいく一つの要素だったのかもしれないと感じている。今後については、念願の一人暮らしができるかという過渡期だが、本人の気持ちや希望を大切に考えながら、支援者が一枚岩となって、家族と対立ではなく対話をしながら、本人の思いの実現に向けて邁進していきたい。

<尹氏>

連携にあたって日頃から大切にしていることはフットワークの軽さである。すべては連絡（報連相）から始まり、そこを意識して取り組んでいる。グループホームに入居後、本人の病状が安定しない時期は特に、病院と情報を密に共有し、少しずつ病院から信頼を得られるようになった。医療と福祉では本人を見る視点や見えるものが異なるため、時には腹の見えるコミュニケーションを通じてネットワークを作っていくことが大切だと感じている。役割を超えた役割分担というか、のりしろの部分で医療と福祉がうまくつながり、課題の整理や事前の情報共有等、連携して支援を進められたと感じている。また、カンファレンスやモニタリングを重ねることで、本人中心の支援チームとして足並みが揃えられたことも大きく、支援チームに恵まれた。何よりも、連携がうまくいったのは、本人が支援を求めていることである。自分の思いやニーズを言葉で伝えられ、家族や病院スタッフ

から愛され、支援を受ける力があり、支援チームに対する本人の満足感が高かった点もうまく連携が図れた理由の一つだと思っている。今後については、体調を維持管理しながら、本人が希望する一人暮らしに向けて、支援者一丸となって応援していきたい。

<石堂氏>

本人が助けを求めたり、困っていることを素直に話すことができたため、支援者は本人のニーズに沿って動くことができた。一番近くで生活を見守るグループホームの職員から細やかに連絡が入り、状況の把握ができたことで動きやすくなり、結果として連携のとりやすさにつながっていた。役割分担はできていたが、自分の役割ではないから関係ないということではなく、皆がその時々で本人のニーズを受け入れて、できる対応をしてきたことも良かった。退院後すぐは、うまくいくのか不安を感じていた。不安の強い方で、今でも日々気持ちが揺れ、戦いながら暮らしているが、本人の努力を支えるために皆でやってこれたと感じている。今後については、グループホーム退去が近づいており、自分でできる自信をつけていけるように、牽引する支援から少しずつ見守りの支援に移行していく必要性を感じている。

<毛塚氏>

日常的な細やかな連絡が本人の生活を支えているのだと感じた。医療機関側から見ると、退院後に助けを求める訴えが多くなるのではないかと、ある種の親切心で退院支援の開始が遅れることがある。そこを躊躇せずに地域と医療が手を取り合って入院中から取り組んでいくことが、地域移行支援の第一歩だと感じている。医療機関側が、地域でどのような支援体制が組めるのか、地域のことや相談先が分からない、となってしまうと退院は遅れてしまう。そうさせないためにも、地域の事業所は入院している方への関わりはもとより、精神科病院へもアプローチをする必要がある。

今回の話は、本人に退院したい気持ちがあったことはもちろん、関係機関の密な連携により本人の思いを体現できたからこそ好事例だったと言える。入院患者によって置かれている状況は異なり、地域移行に決まったタイミングはないが、毎年、国分寺市民が入院する精神科病院に広く参加を呼びかけ、ネットワーク研修を開催しているのは、地域移行のタイミングをチームで構築するためでもある。いつ声をかけたらよいかと思った時こそ、ぜひ地域に連絡してほしい。障害福祉課、基幹相談支援センター、相談支援事業所、地域活動支援センターでまずは相談を受け止め、事業所単体で対応が難しければ、チームで検討して病院訪問等の取組について考えていく。「考える前に行動する」というNさんの姿勢を見習い、これからも取り組んでいきたい。



個別の事例を取り上げ、シンポジウム形式で開催した



地域移行コーディネーター
永井氏



進行：毛塚部会長



登壇者それぞれの立場からお話いただき、その後グループワークを行った



5. まとめ

平成29年度から研修を開始し、今回で9回目の開催となった。今年度は初めて、個別の事例を取り上げ、シンポジウム形式で開催した。はじめに、精神保健福祉部会及び地域移行等支援連絡会の取組、東京都精神障害者地域移行体制整備支援事業の説明とともに、ネットワーク研修Ⅰ（地域移行）の位置づけを共有した。

シンポジウムでは、障害福祉サービスとしての地域移行支援を活用し、国分寺市内のグループホームに退院したNさんの事例をもとに、支援の経緯や入院中に行われた支援、退院前カンファレンス、退院後の支援等について時系列に支援のポイントを共有し、地域移行支援の流れについて学ぶ機会とした。相談支援事業所・グループホーム・訪問看護それぞれの立場から、役割や具体的な支援内容、本人との関わり等について話をいただき、国分寺市における地域移行支援の取組を進めていく上で役立つ多くの学びを得ることができた。

病院と地域が実際に連携して取り組んだ退院支援・地域移行の事例を取り上げ、個別の事例を積み上げていくことが「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築につながり、障害の有無に関わらず誰もが住みやすいまちづくりにつながる、という考えのもと、基幹相談支援センターとして果たすべき役割についても改めて確認し、引き続き、国分寺市における地域移行を促進していく動きや仕組みを作っていきたい。

アンケート集計結果

参加者：37名 アンケート回収：29名（回収率78%）

1. 精神保健福祉部会の取組報告について、いかがでしたか。

とても参考になった : 15名 (52%)

参考になった : 13名 (45%)

他にもっと知りたいことがあった : 0名 ※チェック無1件あり

- ・他市から参加しているため、とても参考になった。市が違くと課題も変わるが、共通する部分も多く、今後自分たちの市へも反映できればと思った。
- ・ピアサポートの活動や市民、子どもたちへの啓発活動が広がっていると学んだ。
- ・各市の「にも包括」への思いや方法があると感じられ、国分寺市が目指すものや取組に共感できた。
- ・グループホームの取組が具体的に見えて勉強になった。
- ・具体的な内容かつ時系列で分かりやすく、とても参考になった。それぞれの立場で、どのような取組を行ったのか、連携についても知れて勉強になった。
- ・「にも包括」について、よく耳にするが、範囲が広くあまり理解が及ばない部分があった。
- ・とても分かりやすかった。都事業についても少し具体的なお話を聞きたかった。
- ・初めて参加させていただいた。とても勉強になった。
- ・地域移行の際には、入院時から支援に入っていけるという発想がなかった。退院が決まって話をするというのが前提で、丁寧な支援が厳しい現状だと思っていたが、制度的に使っていくことは、病院側も含め、こちらの認識の変えていく必要があると感じた。
- ・病院訪問をされたり、居住支援団体や小中学校への働きかけも行っていて、地域にどのように関わっているのかを知ることができ、勉強になった。
- ・近隣病院の訪問や居住支援、普及啓発などそれぞれのプロジェクトを地域のさまざまな社会資源を巻き込みながらよく考えて取り組まれていることが、にも包括の全体像を確認しながら聞けて大変参考になった。

2. シンポジウムについて、いかがでしたか。

とても参考になった : 21名 (72%)

参考になった : 8名 (28%)

他にもっと知りたいことがあった : 0名

- ・ご本人も合わせて、力を合わせて取り組んだ結果、好事例に至ったということが分かった。まだ、先進的と捉える人が多いかもしれないが、普通に皆ができることとなるよう、取り組めるとよいと思った。
- ・地域移行の必要性や使い方の理解ができた。地域移行できる事業所が足りているのかなと心配になった。
- ・各職種からの現場の声が聞け、実際の動き方などとても勉強になった。素敵な支援者さんばかりだった。
- ・本人のストレングス+支援者の連携が相乗的に機能した事例であると思う。
- ・できればご本人が退院を意識したきっかけや医師・看護師・ワーカーの働きかけも聞けたら良かった。
- ・1人の人にこんなにたくさんの支援者が関わっているんだと学んだ。支援者間での細かな情報共有のもと、信頼関係を築くことが大切だと学んだ。
- ・尹さんと大橋さんが電話でやり取りされる際に、お互いに何度もすれ違いになりながらも連絡を取り続けていたことを思い出した。そのような誠実なお二人とNさん（インタビューをお聞きした印象から）のマッチングもとても良かったのかなと感じた。
- ・色々な立場からの話を聞くことができたことが良かった。多角的に見ることができた。
- ・本人の力を引き出す支援の大切さを知ることができた。
- ・ご本人の強みを大切にしながら、チームで対応している点が参考になった。
- ・失敗例を聞いてみたい。
- ・尹さんの話は、特に実体験に基づいていて、色々な点で参考になった。
- ・事例だけでなく、思いを聞くことができて参考になった。私も悩みつつ頑張っていきたい。
- ・Nさんの人柄、支援する皆様の関係性の良さが見て取れた。皆さんの熱い想いがステキだった。
- ・内容の濃い研修だったと思う。視点の持ち方やポイントがあったと思った。
- ・連携の大切さが理解できた。関わり方が大変参考になった。
- ・「本人が頑張った」と登壇者の方々が仰っていましたが、本人の意向に寄り添い、連携を図ってきたことが、一番大切で大変だったことだと思った。大変だったこともぜひ聞いてみたい。
- ・対象の方と顔合せを重ねることや対話を重ねることで信頼関係が築けていける、大切さを改めて学んだ。
- ・実際にご本人の葛藤、それに対応している支援者側の様子が分かった。
- ・時間が少々長いように感じた。
- ・Nさんの事例は支援された皆様の献身の賜物だと感じた。私が以前、本人の意思通りにならなかった例があり、登壇者の方と出会っていたら違ったのではないかと考えながら、拝見していた。Nさんが適応期は死にたいとも言っていたのに、安定してきて、絵や詩をかかれる程、自分の力が満ちていて感動的だった。実際の声も拝聴し「ただ、うちわで仰いでくれる。それだけでいい」という言葉が深く沁みわたった。
- ・皆さんが本人の不安感にどのように寄り添って支援されてきたか具体的なエピソードを交えて聞くことができたので、本人像がはっきりと伝わってきてとても楽しく聞くことができた。本人のストレングスに着目した皆さんの寄り添いが支援の根底にあるということが、本人にとって大きな支えとなっていて、一歩ずつ地域移行することができたのだと感じた。

3. 国分寺市における精神障害のある方への取組や退院支援について、求めることや期待すること等、ご自由にお書きください。

- ・本人の意向を大切にしながら、地域で暮らせる人が増えていく仕組みを構築していけることを期待したい。
- ・入院してホッとしてしまうことも多いと思うが、入院した時から退院に向けてのことが検討され、放っておかれない支援があると良い。
- ・地域定着支援の活用
- ・引き続き研修に参加できたらと思う。
- ・1人でも多くの退院を進めていきたい。

- ・ 地域で暮らしていくには、地域の方々の理解が必要なので、そのような取組を期待する。
- ・ 受け入れにあたり、役割を分担するも、聞いたところで判断を求められるものだと感じる。決してたらい回しのないようにお互いが我ごとのように考える姿勢を求めていると思う。
- ・ 障害者本人の意思を尊重して、福祉サービスで決まっている範囲があるのかもしれないが、柔軟に対応していただけるように、関係機関に働きかけたりなど、個別の事例に寄り添っていただけるとありがたい。
- ・ 先駆的な国分寺市の精神障害者福祉分野の取組を今後も参考にさせていただきながら、立川市も基幹相談支援センターが開設予定のため、立川バージョンとしてさらに推進していくことができるよう働きかけていきたいと思った。

4. 今後、地域移行とテーマとした研修で取り上げてほしい内容について教えてください。

精神科病院の現状や課題：11名	国の施策や動向：5名	当事者や家族の声：10名
ピアサポート活動：10名	居住支援：11名	地域の資源やサービス：13名
事例検討：13名	その他：0名	

5. 所属している団体について教えてください。

精神科病院：5名	訪問看護ステーション：1名	相談支援事業所：3名
地域活動支援センター：6名	サービス提供事業所：5名	社会福祉協議会：5名
行政機関：4名	その他：0名	

以上