

实践事例



長期入院者 自立支援協議会を活用して退院に至った事例

〔事例の概要〕

この自治体には、自立支援協議会「住まい・暮らし支援部会（地域移行・地域定着支援ワーキング）」があります。個別事例についても検討を重ねています。

あるとき、**精神科病院から困難事例の相談**が**ワーキング**にあり、関係機関で事例検討し、実際に本人、ご家族に会いに行くなどして退院に至った事例です。

〔現状・課題〕

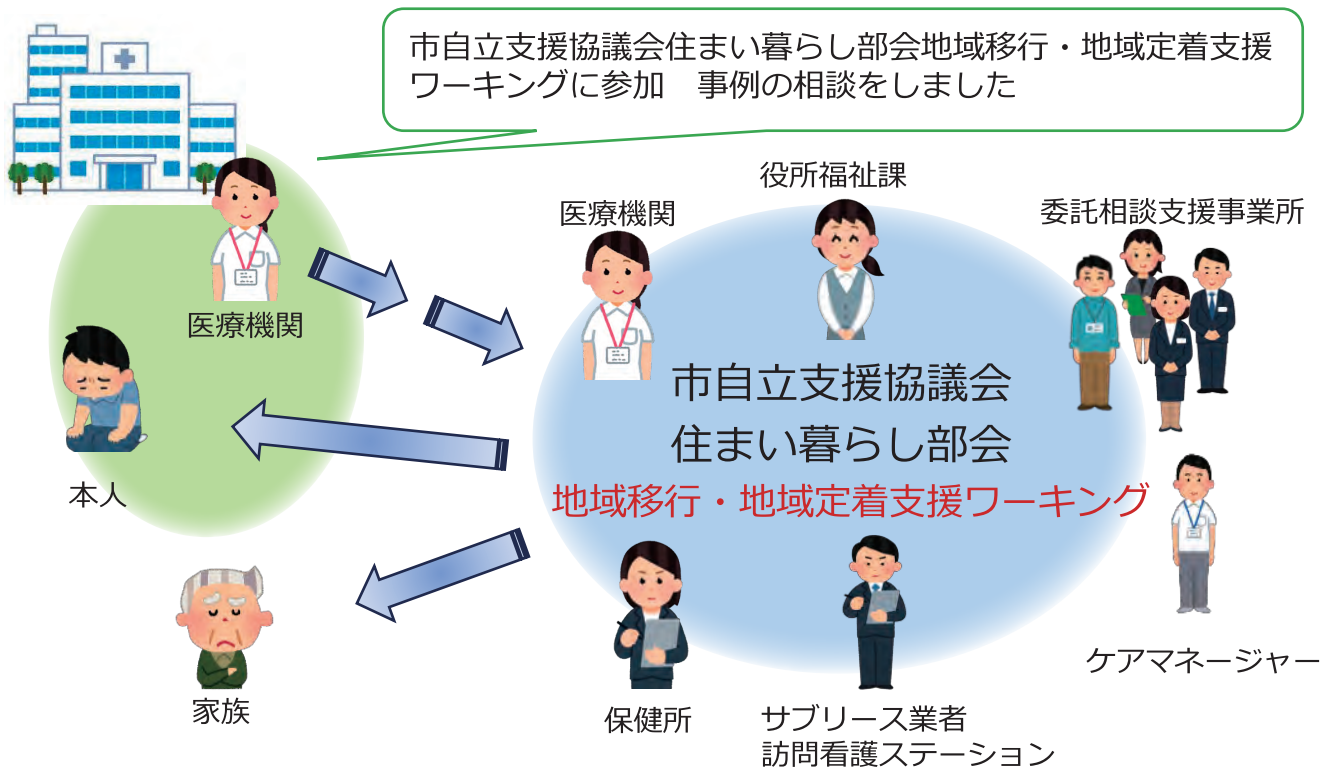
- ・ 50代男性（統合失調症・知的障害）、複数回の入退院を繰り返し長期入院となっていた。
- ・ 自宅や地域で問題行動があり、高齢の両親も同居は限界で、グループホームに退院となる。
- ・ グループホームでの生活も上手くいかず、再入院となっている。



〔担当者のつぶやき〕

- ・ 病院でやれるだけ退院支援をやったけど、再入院になってしまった。
- ・ 父は「自宅で見れない」、本人は「自宅以外なら入院し続ける」と話している。
- ・ 困った打つ手がないなあ…そうだと、地域移行・定着ワーキングに相談してみよう

取組内容	最後の入院時、父親が「もう自宅では面倒を見られない」と言い、本人は「グループホームには入らない、自宅に帰れないならずっと病院にいる」と発言。入院中は禁煙するも、喫煙へのこだわりも強かった。（地域で喫煙トラブル有）退院支援担当の病棟担当PSWが、自立支援協議会の地域移行・地域定着ワーキングで本ケースについて相談。コアメンバーで事例検討を行い、本人の望む生活や今後の見立てを整理するとともに、相談担当者が父・本人と面談した。事例検討の結果や本人・父の思いを受け、ワーキングメンバーで再度、意見交換を行った。そこで出た意見を元に、比較的年配の利用者が多く、ルールを守れば喫煙も可能なグループホームを選定。複数回の体験利用を重ねるとともに、「そこでしばらく落ち着いて過ごせたことを確認した上で、自宅に戻ることを検討してもよいのでは」と提案することで、本人・父親の気持ちを和らげることができた。退院支援を通じて、親子の関係性が改善された。グループホーム入所日には本人の妹も来所する等、高齢である父を支える家族の存在も確認できた。
支援チーム・サポート体制	精神科病院(外来通院)、相談支援事業所(委託相談、計画相談)、グループホーム(生活の場、日中活動)、家族(面会、手続き等)
特に伝えたいこと、皆で共有したいこと	自立支援協議会 住まい・暮らし支援部会 （地域移行・地域定着支援ワーキング）を定期的で開催している（年／6回） 構成員：訪問看護ステーション（サブリース業者）介護支援専門員協会北部支部 行政職員 委託相談支援事業所 保健所 医療機関 ※いろいろな立場の方がアイデアを出していった



地域移行・地域定着支援ワーキングで課題をキャッチアップ
ワーキング参加者で事例検討 実際に病院訪問 家族支援を行う

Point : 平時から関係者が集まる場がある

事が起こってからでなく、平時から関係者が繋がっていることが大切です。

一人でできることは限られていますよね、顔の見える関係を意識しネットワーク、チームづくりを日ごろから心がけましょう。

「助け上手は、助られ上手」 自分が困った時に頼れる場を多く作ってください



[本人や関係者の感想]

- ・ 本人
「退院できて良かった。自由にテレビが視れて、買い物にも行けるので楽しいです。」
- ・ 父親
「グループホームに入所できて安心しています。グループホームでの訓練を頑張ってください」
- ・ 関係機関(ワーキング参加者)
「退院で終わりではなく、地域定着の支援を継続したい。グループホーム管理者や計画相談担当とも連携しながら、引き続きワーキングの場を活用した協議を継続したい」

[参考までに]

早期退院を目指しましょう！

本事例も入院当初、あれほどあった退院の意欲が1年間の入院を経過したころには「病院がいい、退院はしない」と訴えが変わりました。

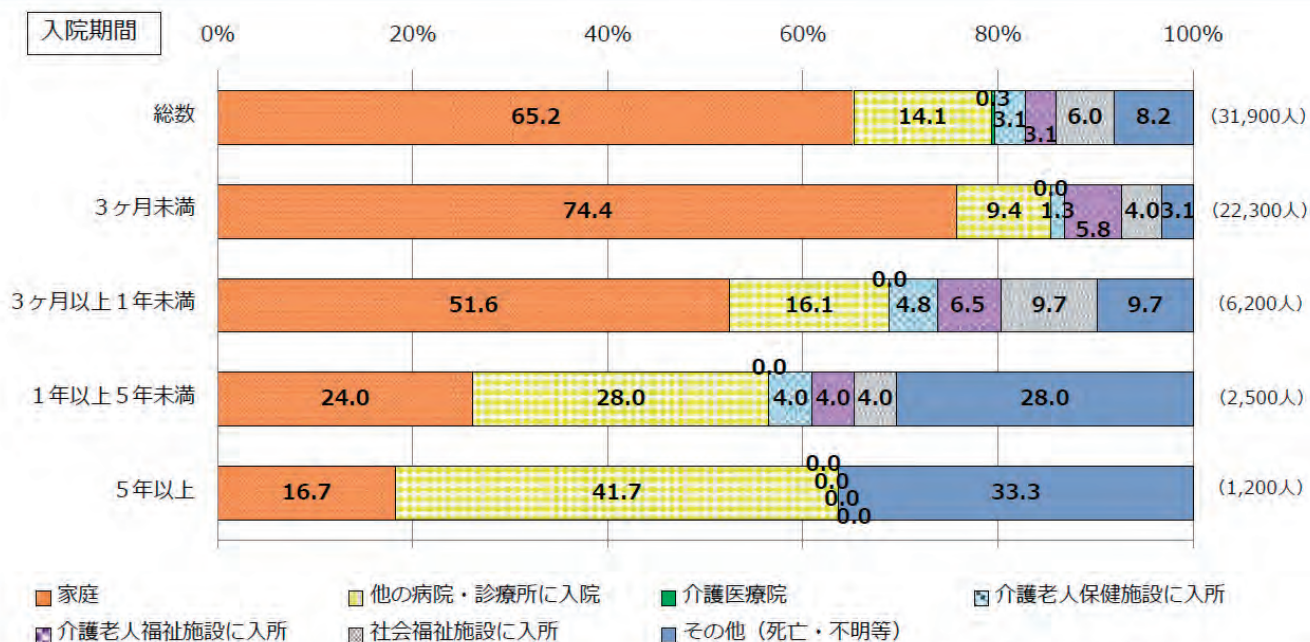
厚労省統計でも長期入院になると家庭への退院確率はかなり低下すると報告されています。

入院と同時に退院支援を始めましょう！

※参考資料巻末「居住関係資料」参照

令和2年 精神病床退院患者の退院後の行き先

- 入院期間が1年未満で退院した患者の退院先は、「家庭」が最多。
- 入院期間が1年以上で退院した患者については、「他の病院・診療所入院」や「その他（死亡・不明等）」の割合が高い。



資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

12

精神科医療機関における**長期入院者**
とは「精神科病院**入院期間が一年以上**
となっている者」を指します

上記グラフを見てもわかるように入院
期間が一年以上になると**家庭退院**の
割合が**極端に減る**ことが分かります。

「病状がある程度安定し必ずしも
入院治療を続ける必要はないが、
**居住の場やその他の生活支援が
得られない**ため、入院を余儀なくさ
れている人」のこと一般的に
社会的入院者といわれています。

**病気が良くなれば「退院」が
当たり前**です。居住の場やその他の
生活支援がないからといって、**入院
を伸ばす**ことは、精神障害者の
地域で生活する権利を侵害するこ
とになります。

入院中の**環境調整、
サポート体制づくり**が
重要となります。



自立支援協議会「相談部会」で学校の先生方と協働した事例 ～ 実践事例 ～

〔事例の概要〕

本事例は、学校の先生方と協働して対応した事例です。

自立支援協議会（相談部会）において平時より行政職員、保健師、教育関係機関（小・中・委）、委託相談支援事業所等関係機関が集まり事例を共有。

当時の学校の担任より生徒家族の支援をどうしたらよいか相談があり、行政職員、保健師、委託相談支援事業所等関係者で事例検討を行い、ご本人支援、ご家族支援を手分けして行ってきました。。

〔現状・課題〕

- ・発達が気になる中学生（３年生）の高校進学に向けた支援が必要
- ・母親は複数の病気あり、父親は育児に協力的ではなく養育力が低い

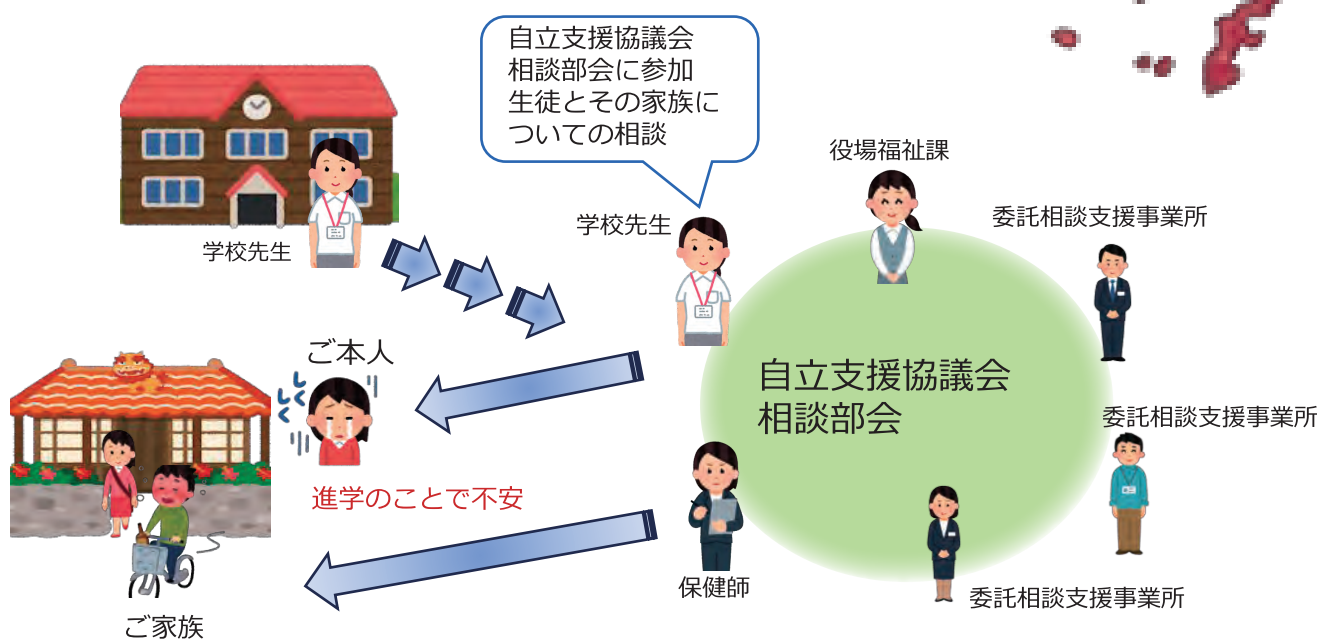


〔担当者のつぶやき〕

- ・学校と定期的に情報交換（相談部会）ができた良かった
- ・行政 委託相談 教育機関との連携の必要性を改めて感じた。

取組内容	中学校の特別支援コーディネーターと役場、保健師と相談支援事業所の相談員とケース会議を３回行った。会議では高校へのつなぎとアパート探し、母親の相談先について検討した。
支援チーム・サポート体制	【活用している協議の場】 自立支援協議会 定例で２か月に１回相談部会を行う。 【支援チームメンバー】 行政、委託事業所、保健センター、 学校関係（小学校・中学校・教育委員会）、主任児童委員
特に伝えたいこと、皆で共有したこと	・平時より顔の見える関係が築かれている（行政、保健師、学校関係機関、事業所等関係機関が集まり、協働して開催している取り組みがある）

自立支援協議会 相談部会で学校の先生方と協働



自立支援協議会（相談部会）で課題をキャッチアップ事例検討
ご本人支援 家族支援等 先生をバックアップ
・・・その世帯の生活困窮に関する問題が浮かび上がる

Point：教育関係者との連携！！

家庭の課題が子の不適応（不登校、情緒不安、etc…）行動等に現れることがよくあると言われています。

子どもの不適応が家庭課題として表出されていると考えられます。

「子どものSOSがその家庭のSOS」と言っても過言ではないでしょう。

また、そこには親等のメンタルヘルスの課題も隠れている可能性が大了。

見逃さないようにしましょう。

〔本人や関係者の感想〕

・今回の実践事例について、「先生方から困っているから相談したい」という発信から連携がスタートしたのではなく、先生方と支援チームとして展開できたのは、地道な準備（相談部会を定期的に開催）を続けていた事だと思います。やはり「相談がきてから、チーム支援で頑張ろう」という考えではなく、「いつ相談がきてもよい」という準備を進めていく事が重要と実感した。

Point「子どものSOSが
その家庭のSOS」
家族支援も大切！！





自立支援協議会を活用した居場所づくり・継続的な手厚いサポート体制をつくった事例

〔事例の概要〕

本事例は、『台風で家が倒壊』住まいを失ってしまい、他村の施設へ仕方なく入所した方の事例です。しかし、ご本人の**想い**は「**家**に帰りたい、**地元**に帰りたい」でした。

その想いを「あきらめさせない」ために自立支援協議会（相談部会）で繰り返し共有しご本人の想いを実現して行くことができました。

〔現状・課題〕

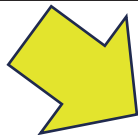
- ・ 50代男性一人暮らしの実家が台風で倒壊
- ・ 村外のグループホームに入居
- ・ 本人は地元に戻って生活したいという希望があるが、地元で暮らす場所がなかった



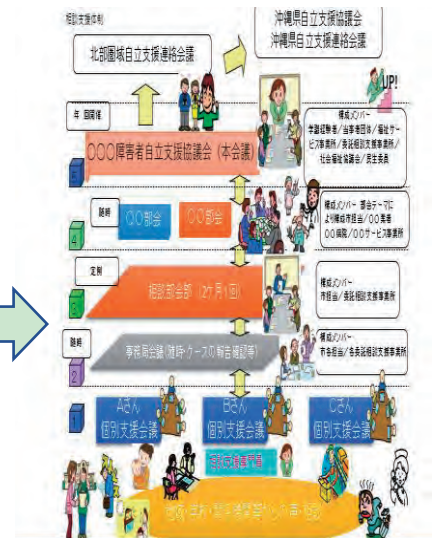
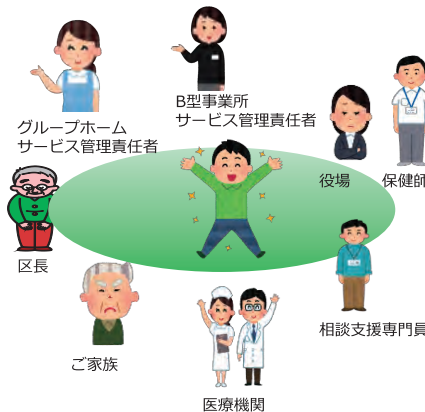
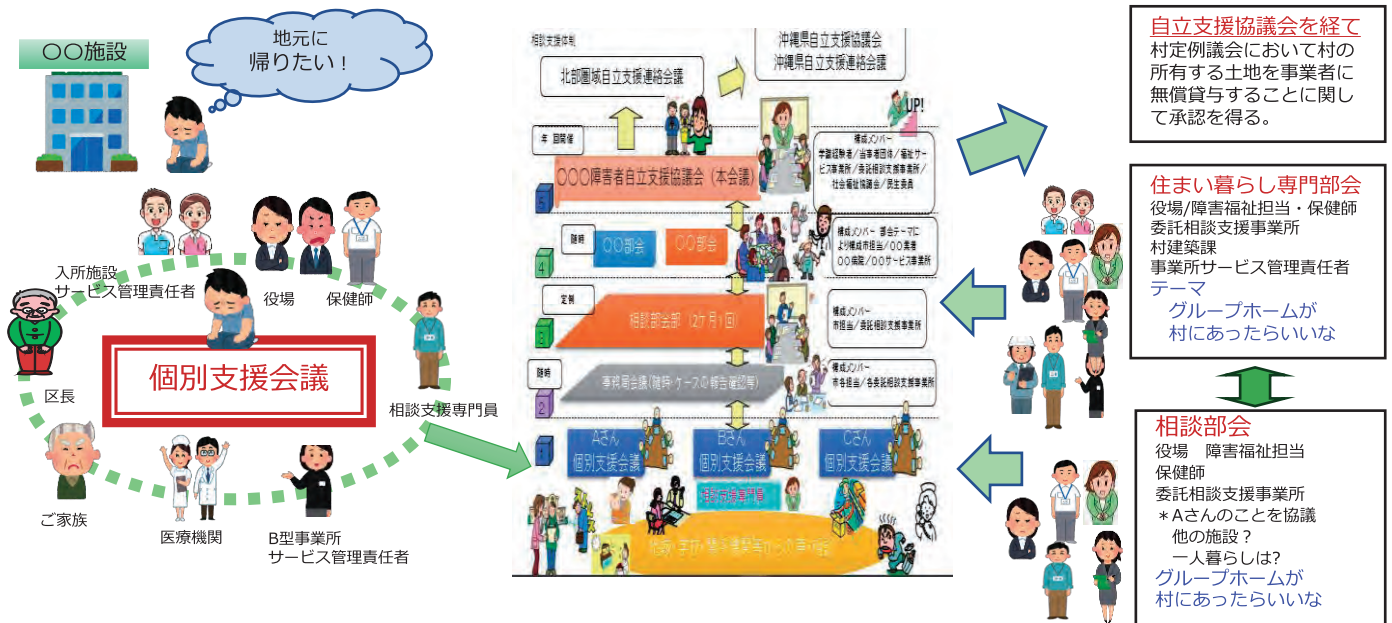
〔担当者のつぶやき〕

- ・ 地元で暮らしたいという希望を叶えてあげたいが、村内に住む場所がない
- ・ 地元で暮らす場所（居住施設）があったらいいな。
- ・ 退所後のサポート体制も考えないと、トラブルで暮らせなくなるかも。

取組内容	・ ニーズ調査により障害者の居住支援体制の整備を強く求められていることが分かり、グループホーム設置に向け自立支援協議会で協議を開始していた。 ・ 自宅で暮らせなくなったことを機に支援チームが立ち上がる。 ・ 自立支援協議会を通してグループホームの設置が決まったことと並行し、個別支援会議で支援チームの手厚いサポート体制を構築していった。
支援チーム・サポート体制	・ 自立支援協議会/相談部会（2か月に1回）→ 居住施設の設置に向けた協議 ・ 個別支援会議（毎月開催）→ 本人のサポート体制の構築・支援者支援の協議
特に伝えたいこと、皆で共有したいこと	本人・家族の思いを大切にすること。 いざとなった時のためにも日頃から地域の関係者・事業所と話ができる関係性づくりをし、お互いに困った時は支え合うこと。



個別課題を地域の課題へ 自立支援協議会を活用した資源開発



Point : わが街の自立支援協議会を活用しましょう

自立支援協議会を機能させましょう 自立支援協議会の大切な役割の一つに**個別課題の普遍化**があります、個別の課題を地域の課題にして行きましょう！

個々の課題は地域の課題です、あきらめないで関係者と力を合わせ課題解決に取り組んで下さい。
本人を「あきらめさせない」、支援者も「あきらめない」が大事なpointです。

〔本人や関係者の感想〕

本人「**地域に帰ってこることができた。事業所にも通えて毎日が楽しいです**」

ご家族「当初は新しい居場所がなく不安だった」「受け入れてくれた施設、支援者に感謝しています」「本人の希望がかなって本当によかった」

〔参考までに〕

自立支援協議会が機能している指標（例）

- ・ 個別事例が普段から共有されている。
- ・ 困難事例を共有する場がある。
- ・ 支援者支援、人材育成、意見交換の場として、協議できる場が展開されているなど。

