



官・民の地域資源を駆使して、退院した事例

～ 実践事例 ～

〔事例の概要〕

本事例は、村保健師と委託相談支援事業所とで協働して対応した事例です。村自立支援協議会（相談部会／精神連携会）において**平時**より行政職員、村保健師、医療機関、地域包括支援センター等関係機関が**集まり事例を共有**しています。そのような中、医療機関より「家に帰りたいが家族との折り合いが悪く困っている事例がある」と相談があり、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、**生活困窮者自立支援関係機関、サブリースを行っている訪問看護ステーション**を活用して退院しアパートへ入居することができました。

〔現状・課題〕

- ・躁状態とうつ状態時の本人の状態が異なるため、通院や服薬支援がポイントとなる
- ・うつ状態の本人の退院に向けた意思決定が難しい・高齢両親のもとへ退院できない

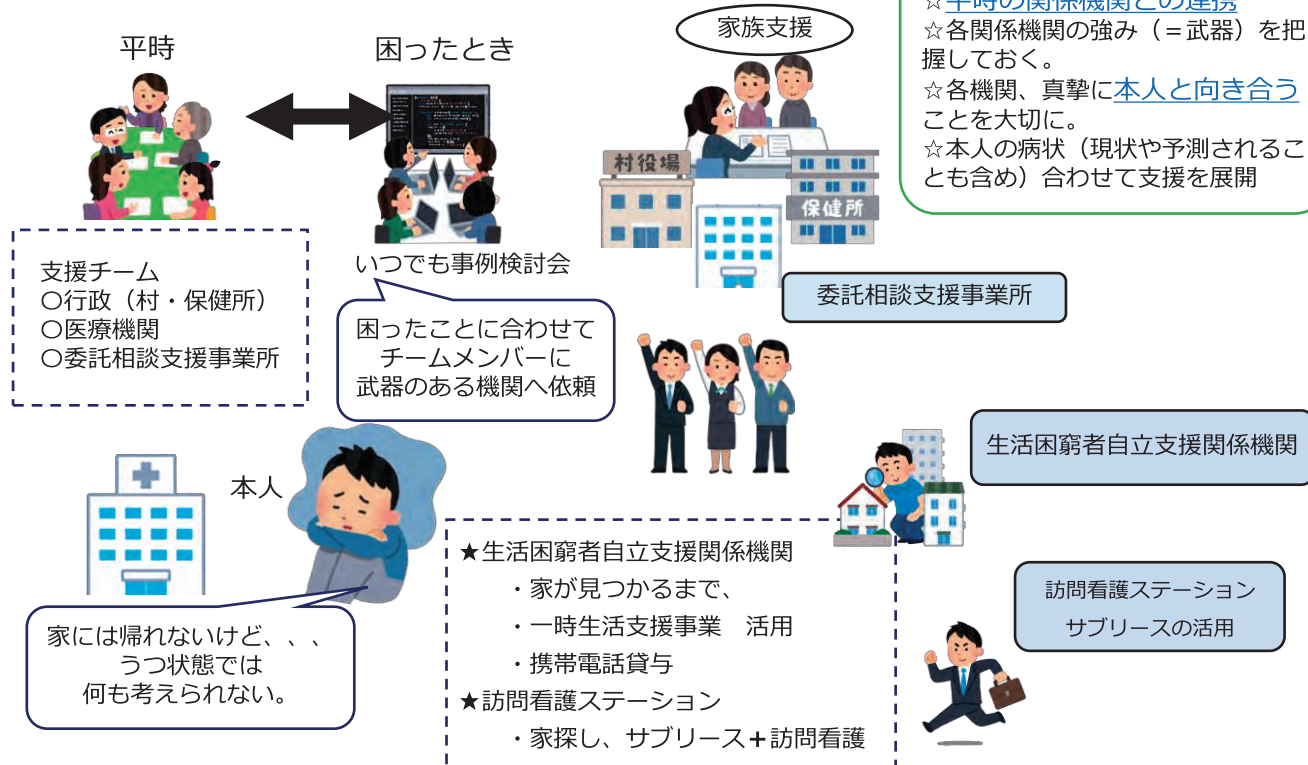


〔担当者のつぶやき〕

- ・病状へ配慮しながら、本人の退院意向を確認するのには時間がかかるなあ。
- ・家を探すことができるかな？
- ・困ったときには…そうだ、**支援者連絡会議（事例検討会）**に相談してみよう

取組内容	・村が行う2か月に1回行われる「精神連絡会」で事前に状況を医療機関・保健所・委託相談機関で共有していた。 ・困ったときに委託相談支援機関に相談できる体制＝チームがあった。（いつでも事例検討会） ・状態悪化時に村と医療機関（相談員・訪問看護）が密に情報を交換。 ・家族支援を行政（村・保健所）で協働。 ・今回、事例に合わせて、それぞれの関係機関の強み（＝専門性）を持っている「生活困窮者自立支援関係機関」、「訪問看護ステーション」を協力依頼することができた。
支援チーム・サポート体制	・医療機関、保健所、村、委託相談支援事業所の定例会議（通称「精神連絡会」：正式名称「村精神障害者地域移行支援者連絡会議」） ・事例検討会の実施（困った機関が声をかけ、頻回に実施）
特に伝えたいこと、皆で共有したいこと	・平時から支援チームで話合う場がある。 ・事例に応じて、声をかけると参加してくれる関係機関があった。 ・関係機関が各自の強みを把握して、事例に対して真摯に向き合った。 ⇒生活困窮者自立支援関係機関（一時生活支援事業・携帯電話貸与） ⇒訪問看護ステーション（住宅貸与・訪問看護など） ・本人に対して、丁寧に説明し納得してもらえるように何度も支援者会議を実施した。 ⇒本人の自尊心を大切にする関り ⇒家族の不安を取り除き、本人を支援することで家族との関係修復も視野に入れた関り

官・民の地域資源を駆使して、退院した事例



Point

まずは、**生活困窮者自立支援関係機関**や**サブリース**を行っている事業所等との連携ができたことです。病気はある程度治まり退院できる状態にあるが、「住まいが探せない」、「保証人がいない」等で退院できない方（社会的入院者）がいるということをよく耳にします。

ここ最近ですが、上記の困りごとを解決に導いてくれる事業も出てきております。

例えば

居住支援協議会 ⇒ 住まい探しに困っている方に対して、民間賃貸住宅への支援を行っている

生活困窮者自立支援機関 ⇒ 居住確保支援 緊急的な支援（一時生活支援事業等）

入居支援サービス事業者 ⇒ 住居を新たに見つけることが困難な方をサポート

連帯保証人・連絡先がない方でもOK

保証人代行サービス事業者⇒ 保証人がいなくて困っている方等サポート

新しいサービスを上手に取り入れていきましょう

〔関係者の感想〕

・日ごろから関係者で顔を合わせて「精神連絡会」をしているので、難しい事例だな、難しい要望だな。と思っても「**まずは他の関係機関にも相談しよう**」と1つの関係機関で抱え込まないですむ**安心感**がある。

・支援者の**安心**が支援者自身の**心の余裕**にもつながり、事例により丁寧に支援ができて事例にとっての**安心感**に繋がる。

「参考までに」

居住支援協議会、居住支援法人、
居住支援事業者、困窮者自立支援
機関、保証人代行サービス事業者
などの情報はハンドブック後半の
資料をご参照ください



不安な気持ちも聞かせてください。**一緒**にできることから始めましょう

自立支援協議会を活用（なかったら作ってみよう！！）気持ちに寄り添う支援・・・

市地域移行コーディネーター

〔事例の概要〕

当市では、平成29年度に中部圏域の精神科病院へアンケート調査を実施し、実態把握と課題整理を行った結果、長期入院者の8割の方が**退院を希望**している事が判明。続いて退院を希望された方を対象に、地域移行支援部会にて平成30年度、精神科病院へ出向き個別アンケートを実施。（※1）

（アンケート結果から見えてきたこと）

①退院したいと希望されていた方が、個別アンケート実施時には退院への気持ちが薄れ

「今は退院は考えていない」と個別アンケート事態を拒否。

②指定一般（地域移行支援）では6ヶ月の支給決定の期間で**気持ちの揺れに寄り添う**ことに労力を注ぐ必要があるが、実際には期限内で退院は厳しく、更新申請をせず退院が伸びている状況もあることが分かった。

→**自立支援協議会**でアンケートから見えてきた内容を報告

「退院への期待・不安への気持ちに寄り添える支援者の配置があつたらいいな～（とても必要である）」

令和2年度「市地域移行コーディネーター」が誕生！

※1 新たな試みのため個別アンケート開始前に、医療機関へ趣旨説明を行いました

今回、地域移行コーディネーターを活用し指定一般（地域移行）支援に繋いだ事例です。



〔担当者のつぶやき〕

- ・病院と協力し、地域の支援者が**本人の期待や不安に寄り添う支援**ができればいいのになあ～
- ・丁寧につぎの支援につなげられるといいなあ～（指定一般の利用）
- ・地域へ関心をもってもらい、**安心して退院ができるイメージづくり**が丁寧にできるといいなあ～

取組内容	（地域移行コーディネーターの動き） ・月に1回程度の面談を繰り返し、退院の意思確認や不安の聞き取りを行う。 ・担当看護師から病棟での様子など聞き取り、退院準備マップを作成。 ・退院準備マップを活用しながら、次の面談までに病棟でも頑張ること、病棟で評価してほしいことなど共有。 ・グループホームの見学・体験に同伴 ・コロナ禍で外出ができない時は、グループホームの写真を撮り本人に届けるなど、地域に意識を向ける活動を継続。 ・本人と面談後は、地域移行部会にて共有し地域移行コーディネーターだけでなく、チームで支援の方法を検討する体制を整えている。 ・動機付けができ、退院への期待が大きくなったタイミングなどを見計らい、指定一般（地域移行支援）へ引き継いでいく。
支援チーム・サポート体制	「市地域移行支援部会」 委託相談員・基幹相談センター（障がい福祉課） 指定一般相談支援事業所 指定特定相談支援事業所 グループホーム管理者 対象者の医療機関 市地域移行コーディネーター 中部圏域コーディネーター
特に伝えたいこと、皆で共有したいこと	本人支援も大事。支援者支援も忘れずに。退院したい気持ちにはタイミングがきつとある。そのタイミングを逃さないように関わることが大切。チームで支援し諦めない。 ※市地域移行コーディネーターのバックアップ機能 →「市地域移行支援部会」= コーディネーターも孤立させない

地域移行サービスの受給期間内で不安の払拭ができず、諦めさせていた現状！



医療機関

退院したいな
でも不安だな…

やっぱり病院
が安心かな！



本人

退院への不安の払拭
退院へのモチベーションUPに時間を要する



地域移行のサービスを利用
して退院しましょう。

相談支援専門員



外出しアパートや事業所
の見学に行きましょう。

地域移行支援

市地域移行コーディネーターの活用で退院した事例

地域移行支援部会



医療機関

不安な気持ちも聞かせて
ください。一緒にできる
ことから始めましょう

退院しても一人
じゃないんだ

本人

ご本人の気持ちに寄り添い
集中した支援／安心材料up
退院への意欲継続

市地域移行
コーディネーター



支援チーム

- 行政（市・保健所）
- 医療機関
- 委託相談支援事業所
- 特定相談支援事業所
- 指定一般相談支援事業所
- グループホーム管理者

相談支援専門員

Point : 市地域移行コーディネーターの誕生 思いを受け止め、チームで支援をし続ける

※不安な気持ちも聞かせてください。一緒にできることから始めましょう

- ①市地域移行コーディネーターが本人、医療機関と面談を重ねていく。
- ②退院準備マップを利用し、退院に向けて入院中に訓練してほしいことなど医療機関と共有
- ③面談の内容を地域移行支援部会にて共有し福祉サービス（地域移行支援サービス）時期を検討。
（市地域移行コーディネーターと相談支援専門員、地域移行支援員としばらく協働し引き継いでいく）

【関係者の感想】

本人支援も大事。支援者支援も大事！

市地域移行コーディネーターが単独で支援するのではなく、医療機関の協力や地域移行支援部会のみんな（チーム）で退院のタイミングを逃さない丁寧な関わりを持ち続けることで、本人も退院を諦めず地域移行（退院）ができたと感じています。

【参考までに】

自立支援協議会を使って地域移行コーディネーターを創り出しました。

無いならつくってみよう社会資源！

自立支援協議会を上手に活用しましょう。



今も進化し続ける医療と福祉の二人三脚（連携）

～一緒に取り組む地域応援団～

〔事例の概要〕

本事例は、沖縄県の人材育成研修（演習）で出会った行政・委託相談・医療機関のスタッフが、研修をきっかけに連携チームを作った事例です。その後、フォローアップ研修を経て再び集まり、「行政・相談支援・病院の連携チームを作ろう」という計画が生まれました。まずは市自立支援協議会の相談部会終了後、相談支援専門員と病院の相談員の情報交換から始まり、現在は毎月開催されている相談部会のうち、医療機関を加えた部会「相談部会with B」を3ヶ月に1回開催しています。（with B = with Byoin = 病院と共いの意）

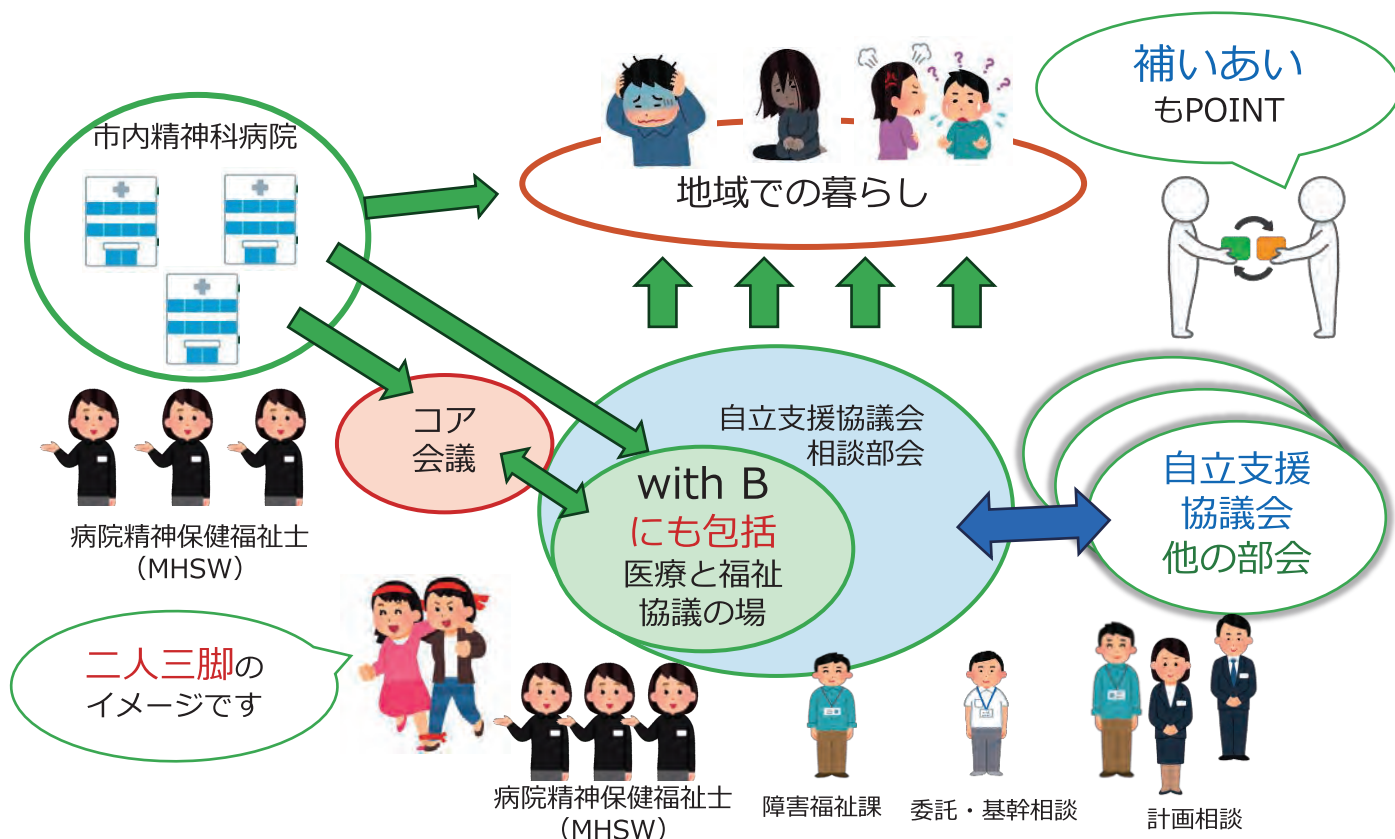
立場が違くと、地域移行・地域定着支援で困っている点や検討したい点も異なります。そのため、主要メンバーで事前にコア会議を開催。コア会議には市内3医療機関の相談員を中心に、行政や委託相談、計画相談と入念な打ち合わせ（部会の進め方、内容について、役割分担）を行います。司会進行は病院の相談員が担当することを基本とし、現在は事例検討会、勉強会、交流会を重ねています。医療機関の積極的な地域づくりへの参画がポイントになっています。



〔担当者のつぶやき〕

- ・「医療と福祉の連携チーム」を作る気運は高まり取り組みましたが、初めての試みで、どのように作っていったらいいかと迷いました。
- ・「まずは集まり続けてみよう」と試行錯誤を繰り返し続けていきました。そして今の形が作られホッとしています。今後も進化していくのかなと思います。
- ・医療機関が積極的に運営にかかわってもらえるのでとても心強いです。

取組内容	・コア会議の実施（with Bで取り扱う内容の確認、年度計画、振り返り、役割分担） ・相談支援事業所や各医療機関の情報共有 ・精神疾患（統合失調症・発達障害・アルコール依存症・気分障害）勉強会と事例検討会 ・市の防災取り組みについて情報交換会 ・自分再発見とエンパワメント演習 ・精神保健福祉法改正に係る勉強会&演習（改正に伴いお互い何ができるか） ・ぶっちゃけトークCafé with B（相談員間の交流を深める演習） ・事例検討会（医療機関・相談支援事業所）
支援チーム・サポート体制	・自立支援協議会相談部会 ・基幹相談 ・委託相談 ・障害福祉課 ・精神科病院（市内3病院）・圏域アドバイザー ・圏域コーディネーター
特に伝えたいこと、皆で共有したいこと	・人材育成研修（演習）で奇跡的につながったグループが「地元の障害者支援体制をよくしたい」という気持ちを持ちその目的をあきらめず、チーム作りに取り組みました。 ・平時に医療機関や相談支援事業所が集まり続けることで、お互いの立場や強み、困っていることを理解することに繋がりました。 ・その積み重ねが、お互いの強みを生かし、「それぞれ手の届かない部分を補いあえる」のだと思います。 ・医療機関も地域づくりに貢献できることが分かった事例です。



Point : 病院の主体的（積極的）なかかわり

支援者も人事異動などで変わっていきます。常に出会い、共に汗をかき、かかわりを持つ**努力**は必要です。その努力は**病院の力**（治療の機能、地域を支える機能）を育てていきます。繋がることで**病院**も地域から**応援される立場**になることができます。**応援団**が増えることで、創意工夫が必要な「地域移行・定着支援」が継続できるのだと思います。

★相談支援専門員の声

- ・ちょっとしたことで電話がしやすくなった。
- ・病院からアドバイスがもらえた。
- ・病院側が歩み寄ってくれたので心強いし距離が縮まるきっかけとなった
- ・事例検討等を通して、病院側・相談員の考えや役割等を具体的に聞け視野が広がった。
- ・事業所側も歩み寄っていくという「思い・意見・発言・行動」をしていかなければいけないと思った。

★病院相談員の声

- ・福祉や行政の支援者の顔が見えることは、支援のやりやすさにつながり、1人じゃないと安心感にもつながった
- ・少しずつ時間をかけて「自分たちの連携の形」になってきた(研修だけで終わらなかった)
- ・病院同士も情報交換しやすい場になっている。
- ・1つの機関で抱え込まず、全体でケースを支えるということができそうな雰囲気がある。
- ・お互いの役割や立場を理解しながら考えることが新しい刺激になっている。



研修への参加が、新しい繋がりを作りました。**繋がり**は**補いあい**、医療機関・地域それぞれに**応援団が増える**ことになります。

このような研修は毎年開催されます。受講されることをお勧めします。

参考までに

毎年、「沖縄県精神障害者の地域移行関係職員に対する研修（多職種合同研修会）」が実施されます。多職種・多機関の方が「出会い」「連携する方法を学ぶ」ことができます。

お問合せ先：

（一社）沖縄県精神保健福祉士協会
E-mail : okipsw@gmail.com



地域で取り組む啓発活動 「継続は力なり」

～ 「ふれあう心やんばるの集い」 (北部圏域) の実践事例 ～

〔事例の概要〕

ふれあう心やんばるの集いは平成元年に北部保健所が主でスタートした事業です。当初は保健所が事務局となり、市町村や医療機関と実行委員会を立ち上げ企画・運営されておりました。平成13年度からは当事者が主体的に関わることをねらい、事務局が「地域生活支援センターウェブ」へ引き継がれております。

その後も北部管内市町村デイクアメンバー、精神療養者の相互の交流を深めることと、関係機関連携強化、更には地域移行支援・地域定着支援を推進する啓発の場となっております。

令和3～4年はコロナの影響を受けWebでの開催となりましたが、それが幸いし精神科病院（病棟）に入院中の方々へも映像が届けられ、画面越しではありますが交流ができました。

令和5年度においては伊江島での開催となり、当事者、ご家族、関係者含め約300名の方々がフェリーで渡り離島伊江島を満喫することができました。



〔担当者のつぶやき〕

当初は手探りで企画だったので、**悩みながら皆で励ましあい**実施に至りました。あっという間に35年、今年度も感染症の影響で実施には工夫が必要です。毎月開催される会議を活用して、どのような工夫が必要か相談する予定です。

「ふれあう心やんばるの集い」の目的	北部管内市町村のデイクアメンバーまたは精神療養者の親睦と交流を深め、関係機関連携強化と共に、併せて地域移行支援・地域定着支援を推進する啓発の場となることを目的としています。
取り組み内容	・ウェブ・北部保健所・開催市町村を事務局に実行委員会形式で開催されているが、令和3～4年度はオンライン開催のみとなった。令和3年度は、精神科病院病棟に向けて、「帰ってきたい・住みたい」と思われる映像を作成し、アトラクションで紹介。 【アトラクションの内容】 ・「地元のテーマソング」をBGMとして故郷の島の海を背景に映像が始まる。村の観光スポット、通所している事業所、生活の場を当事者が紹介し、最後に当事者9人が家族や支援者たちに「村のよいところ（海がきれい、人がよい）」「将来の夢（園芸をしたい、偏見がなくなしてほしい）」を画用紙に書き一人ずつ紹介。
既存組織の活用	・村精神障害者地域移行支援者連絡会議（通称：精神連絡会）奇数月開催 ・村自立支援協議会相談部会 偶数月開催 （委託相談機関や保健所、地域包括支援センター、相談支援事業所、精神科病院が参加し、平時から「顔の見える関係づくり」を実施）
取り組みの効果	【普及啓発】 ・アトラクション作成にあたり当事者・当事者家族・当事者を取り巻く関係機関（就労事業所や居宅介護事業所など）へ趣旨を説明し、映像への協力を得る作業が普及啓発につながった。 【多職種連携】 ・地域包括支援センターが関わっている当事者（65歳以上）は、精神科病院の訪問看護師、居宅介護支援事業所のケアマネージャー、ホームヘルパーと撮影を共有。

ふれあう心やんばるの集い 実行委員会



地域で取り組む啓発活動 「継続は力なり」

※北部圏域で行われている「ふれあう心やんばるの集い」は、精神療養者 保健所 福祉事務所 市町村 家族会 医療機関 相談支援事業所 地域活動支援センター、サービス提供事業所、地域住民等が集い運営されております。



Point : 『継続は力なり…』

ふれあう心やんばるの集いは平成元年より現在（令和5年）まで **35** 年間継続されて来ました（コロナの影響で令和2年は中止となっています）。そのような取り組みは全国的にみても稀かと思えます。今日まで継続してきた関係者の皆様には敬意を表します。

関係者で集まり協議し、目的を同じにして取り組む、そのような事柄を積み重ねて行くことにより、関係機関のより強固なネットワークの構築が育まれます。（世代が変わっても受け継がれる伝統の継承）

また、この集いで「生き活き」と競技に参加されている当事者との触れ合いを通し、障害者のイメージがよい方向に変化したと話されている関係者も多く存在することも申し添えておきます。

[本人やご家族、支援者の感想から]

- ・自分の字で自分の言葉で表現できたので「自信につながった」。
- ・これまで精神障害者に関わる機会の少ない村の職員から「（映像を見て）感動した」とあり、身近な支援者に精神保健の理解が深まった。
- ・各市町村の取り組みを知り、わが村で活用できるヒントをつかんだ

