

精神障害にも対応した地域包括ケアシステム 地域アセスメントシート（詳細）

※赤は前回加筆分

理想の姿：障害のある人もない人も、お互いに尊重し合い、市民全てが安心して自立した暮らしができるまち・府中の実現

【地域移行】（入院から地域生活へ）

構成要素	困り・課題/まだ取り組めていないこと	実施していること	実施できる事/今後できそうな事
地域の 助け合い ・教育	◆コミュニティを含めた住環境の支援 ・退院の際、病棟での本人の様子や、地域の困りごとのすり合わせを実施することがとても大事だと感じた。 ◆65歳以上の介護保険対象で精神疾患がある方の地域での支援 ・入院患者は8割が認知症、1～2割は精神疾患。65歳以上で介護保険非該当の高齢者は行き場がない。地域の協力が必要。		◆ゆるやかにつながる ・一つの支援機関だけで支えない ・地域のピアサポーターを育てる。
住まい	◆住まい探しのハードルが高い ・地域に戻る先がなく、長期入院している ・再入院した人が退院するのが困難 グループホームは1回しか使えないのか。 ・グループホーム探しハードル高い・ ・何件も断られると、本人もモチベーション下がる。 ・グループホームでなければ、アパートという選択肢だが、不動産屋に断られてしまうので、住まい探しが一番ネックになっている。 ・不動産屋さんの壁を超えることがとても大変。 ・グループホーム空き状況をリアルタイムで伝えられない。 ・滞在型のグループホームが市内にない。 ・24時間対応グループホーム・電話相談（24時間）がない。 ・お金・服薬の面で支援が必要な方が多く、3年では解決できないことが多いため、滞在型のグループホームが増えるとよい。 ・市内に滞在型グループホームがないため、市内で生活したいというニーズに応えられない。 ・グループホームの入居は高い生活スキルを求められる。 ・物件の選択肢が少ない。選択の幅が広げられたらいい。 ・家主の懸念は近隣トラブル。地域の連携が見えれば受け入れてくれるのではないか。 ◆グループホームへの入居条件に合わない人がいる ・一部屋の空きに複数の応募があった場合、土日対応なしや他者に迷惑をかけない人が選ばれやすい。ある程度自立していないと入居は難しい。 ・日中の活動場所がないからグループホームに入れない ・通過型のグループホームからこぼれてしまう人。 ・知的障害対象のグループホームだと、日中はグループホーム内にいさせてもらえない ・働いていないと入れないグループホーム（知的対象）があり、働けなくなると出ていかなくてはならない ・65歳以上の入院患者の場合、障害のグループホームは年齢要件に該当せず、体が元気だと高齢者施設にも入ることができない。 ◆地域の支援体制を整える ・隣人トラブル、騒音問題があり、貸す側は不安。アパートを借りる前に支援体制が整っていることが必要。	◆実際にやっている住まい探し ・グループホーム探しは「ホーム連」を見ることが多い ・退院時の第1選択はグループホーム ・大家さんに精神障害をオープンにすることで話が円滑に進むこともある。 ◆生活力のチェック ・一人暮らしできるかわからないのでグループホームを選択する ・地域移行のショートステイでグループホームの生活を体験できる（コロナの影響がなければ）	◆サブリースの検討 ・社会福祉団体が借りて、団体から当事者に貸すことを検討している。
社会参加 （就労）	◆ピアサポート活動を活用したい ・ピアサポート活動には、まったく取り組めていない。 ・市外ではピア活動積極的。病院と連携して、地域の社会資源の動画資料を作って患者に見せている。退院の体験談などもしている。今後、グループホームなどもしていきたい。ピアの報酬改定もされてきている。 ・OB訪問 ・入院中の患者へのピア活動はコロナ禍で活動下火になっている。 ・当事者の退院体験を病院で話せるように整えられれば長期入院患者も地域生活をイメージしやすいのでは。	◆ピアサポート活動 ・地域生活支援センター内でピアサポートを実施している。利用者が固定で限られる。	
保健 ・予防	◆地域が求める医療との連携の形 ・家族の退院拒否 ・本人が入院している間に逃げる家族がいる。 ・家族からすると、閉鎖病院に頼るしかないこともある		

医療	◆地域が求める医療との連携の形 ・退院する方の情報がもっと欲しい ・病院がどんな所のサポートを必要としているのかを知りたい ・病院さんが退院を今後考えたい方がどんな層の方かを知って一緒に考える場があれば… ・通院先（主治医）を含めた支援会議を定期的に行えるのが理想だな、と思います。 ・退院に関するかかわりは、我々は少ない。病院相談員から「見学いいですか」と言われて初めて知る。 ・地域移行のニーズをもった方の「掘り起こし」ができていない。病院からの連絡待ちになってしまっている。 ・病院への出張講座(退院促進) ・「やりたい」と思ってくれる利用者は支援したくなる。 他とどのくらい連携できるか ・すでに地域で生活している人が入院している人の好いモデルになる	◆医療機関との情報共有 ・長期入院患者の退院後支援受け入れ(訪問看護ステーション)	
障害福祉 ・介護	◆協力を得られる事業所が少ない ・重複障害(精神＋身体、精神＋知的など) に対応できる事業所がほとんどない ・知的障害などの重複障害をもっている方への支援の経験に乏しく、アセスメントも苦手である。 ・高齢者、介護区分がつかない人。身体疾患のある人、ふだんの健康管理ができない人たちの支援が難しい ・暴力、性的問題があると支援の協力を得にくい。 ◆作業所が合わない人の日中の過ごし方 ・日中の活動場所がない ・日中活動先につながらない利用者さんに、いかに市内の資源をご案内できるかが課題です。 ・通所の送迎がほしい ・仕事しなくても良い通所先がほしい ◆地域移行に従事できるスタッフが少ない ・地域移行支援に従事できるスタッフが事業所内で一部に限定されている。 ◆制度に関すること ・精神のグループホームは支援区分 3 前後が最大の支援体制 ・入退院を繰り返す人に対して、報酬が減る傾向 ・滞在型グループホームが少ない。滞在型は運営が難しい ・報酬の関係で、滞在型は運営が難しい。 ・空室保障ない、経営難しい ・地域に出て一人暮らしをするにあたり、電車やバスに乗れない等の理由で通院が困難になるケースがある。		◆障害種別にこだわらない連携 ・障害種別にこだわらず話し合うことで知恵を得られる。みんなで相談しあえる環境があるといいなと思う。
地域移行 ・退院促進	◆地域生活をしたいと思ってもらうための支援が足りない ・退院支援しようとする「追い出さないでください」という患者がいる ・「施設に入るより病院にいるほうが安い」を理由に入院している人もいる ・若い人はグループホームのイメージがなかなか難しく、見学の促しや説明をしているがなかなかつながらない。 ・長期入院の方に地域での生活のイメージがあるか？ ↓ 地域から病院への情報発信の必要性 ・長い入院生活で 1 人になること自体が不安な方の支援。ヘルパー等支援者も 1 日中いるわけではない。夜間対応。 ・コロナ禍でグループホームにおいて退院後の生活の体験ができない ・地域で安心して暮らせるという保証がないと、病院側も当事者も退院について尻込みしてしまう。 ・長期入院患者から退院したいという相談を聞き取る、病院外の機関があるといい。 ・一人暮らしに向けた生活評価が必要。 ・アパート型の短期入所が利用できると生活力の評価ができる。 ・生活環境が変わると不安が強くなるので支援者によるフォローが必要。 ・退院するにあたって経済的な問題や家族の支援がどの程度得られるかが不安要素になる。 ◆医療チーム内での地域移行の認識に差がある	◆病院は退院に向けてミーティングや施設見学を行っている ・5 年以上の入院患者を退院に移行しようと、月に 1 ～ 2 回ミーティングしている。 ・病棟の看護師も一緒に見学に行く動きもたまにある。 ◆一人暮らしに向けた生活評価 ・医療機関では入院中の作業療法プログラム、服薬管理についての評価がある。 ・都にショートステイ利用で生活体験できる事業がある。 ・生活保護受給者は実際のアパートで試泊をして評価している。 ◆利用できる支援の準備 ・生活保護や障害年金受給の相談を入院中から進める。 ・家族の支援がどこまで可能か家族と相談して進める。	◆それぞれの機関がもっている情報を共有して、地域移行をすすめたい ・見える化、定例会、一本化 ・地域移行事業所と病院に行き、対象者の相談をすることはできないか ・病院の地域移行部署がどんなことをしているかを知りたい。 ・事例検討などを交えた連絡会を実施。市内の病院を含めた。 ・個人情報の問題はあがるが地域移行可能な長期入院患者リストを病院と連携して作成し共有できたらよい。 ◆地域と病院の相互交流 ・なるべく地域の方との交流ができるようにし、「自分も地域に出たい」と思えるようにしたい。 ・地域の方が病院に来て～といったものも、検討していきたい。 ◆病院とグループホームの本人像のギャップを埋める ・研修、勉強会をやってみる。

・病院スタッフの中での地域移行への理解に差がある？ 医師、看護師、医療相談室 ・病院の忙しい通常業務の中で、退院について患者さんとゆっくり話す時間の確保が難しい。 ・病院側とグループホーム側のとらえ方の違い。マッチング ・病院としてはグループホームがどこまでケアできるか分からない。 ◆本人と支援者の方向性が異なる ・患者さん→一人暮らしをしたい・支援者→一人暮らしは難しいと思っている対象者は難しい ・病院と本人の方向が定まっている人と、退院できるかから考える人がいる ・患者が、地域でくらすことの大切さを理解していないと慎が難しい。 ・以前グループホームから入院した人は、本人の目的と支援者の目的があっていなかった。 ◆病状とうまくつきあいながら地域生活を送っている人もいる ・病状イコール生活力ではない。グループホームに対してどこをアピールすればよいか ・地域で生活している人の中には、入院中の人と同じ程度の病状・生活力の人がいると思う ◆お金のやりくりのアセスメントは難しい ・お金のやりくり。病院では経験できずアセスメントがむずかしい。 ◆退院の妨げになっているものは何かを考える ・地域での生活が基盤の人は、もう少し入院を、という状況でも退院してくる印象 ・現在長期入院されている方は退院が難しい方か？（既に退院しやすい方はされているのでは） ・退院後の金銭的な見通しが立たない。 ◆入院中からの連携 入院中から地域移行支援を中心に地域の様々な関係機関が連携して体制を作る必要がある。 ◆病院と地域の患者像のギャップ ・退院させたい患者とグループホームが受け入れられる患者のイメージにギャップがある。 ・研修などで共有できる場があるといい。 ◆家族の壁 ・家族は「ようやく入院させた」「退院したらまた同じことが起こる」という意識が強く、地域移行に協力が得られない。		
---	--	--

理想の姿：障害のある人もない人も、お互いに尊重し合い、市民全てが安心して自立した暮らしができるまち・府中の実現

【地域生活】（地域生活の定着のために）

構成要素	困り・課題/まだ取り組めていないこと	実施していること	実施できる事/今後できそうな事
地域の助け合い ・教育	◆生活リズムの獲得 ・生活を立て直すことが難しい ・薬の飲み忘れや拒否 ・生活習慣（朝起きる、携帯電話、スマホ使い方） ◆精神疾患を身近に感じてもらう工夫 ・学校教育で心の不調や精神疾患、治療法等を教える（受診スムーズになる） ・教育で精神障害について啓発 ・事件・報道を見て精神障害者に対する漠然とした怖さがある。 ・精神障害に対して理解があれば「怖い」と思わないのではないか。 ・地域の方が、障害当事者について、どういう支援者がいてどう関わっているのか知る機会がない。 ・障害当事者や家族の相談先についても、周知できればよいと思う ・精神障害者に対する周囲の偏見も、いまだ根強いと感じる。そういったものを、取り除いていけるとよい。 ・精神障害は他の障害より理解されていないように感じる。どうしたら理解してもらえるか。 ・小さいころから自然に触れ合う機会（交流）があれば理解が深まるのではないか。 ・小学校、PTA も含めて子どもたちに伝えられたらいい。 ◆精神障害があると当事者・家族がより孤立しやすい ・家族が、子どもが病状を持っていることに気づいても、どこにもつながらない。 ・両親が伏せたがる ・自分たちが我慢すればよいと考える。 ・どうアプローチするか。つながってよいことをどう伝えるか。 ・たすけようがなくて、どん底→暴力→病院 ・高齢者支援課では、家庭内暴力により警察介入で把握するケースも多い ・８０５０問題で、親がなくなり子が残されて訪問するパターンもある。 ・親のところに戻ってきて、ずっと抱えている ・偏見があるため「ここはグループホームです」とは掲げられず、近所付き合いが少ない。 ・家族や当事者が保健師に相談できるようになるといい。 ・どんなことを誰に相談したらいいかが難しい。 ◆地域のコミュニティづくり ・体調が悪くなっている方へ、気軽に声掛けができるコミュニティ等があるとよい ・地域で生活するためには、お互いがお互いのことを知り、尊重する必要がある。 ・民生委員に家族から精神障害に関する相談がない。 ・新しく転入してきた方ともとからいる住民とのコミュニケーションが難しい。 ・自治会に入らない人もいてコミュニティに取り込むことが難しい。 ・精神障害のある人は自治会の役員が回ってくることが不調につながることもある。 ・防災という切り口から支援が広がる可能性があるかもしれない。 ◆ひきこもりへの支援 ・支援者が介入できるのはごく一部。悪化する前に地域が気づき、声かけができるといい。 ・軽症者は医療から遠ざかる。地域での関わりが必要。 ・支援者をつながる力がない。 ・受診しないと制度につながらない。	◆訪問支援している作業所がある ・社協の「わがまち活動」では地域のつながりでき、地域の気づきとして表出してくる。 ・他の機関に訪問をつなげられる状況ではない場合、積極的介入は難しい。安否確認ではないが、自宅前を通る。フリーで近所の人みたいな感じで役に立つことがあれば、と思う。 ◆孤立しないための支援 ・許可を取って積極的に利用者の家に訪問する。 ・親の気持ちをよく聞いて元気になってもらっている。 ・家族への対応については、状況によって定期的に面談をしたりしている ・地域生活支援センター内でピアサポーターを実施している。利用者が固定されていて限られた人しか利用していない。 ・民生員が支援機関につなぐ。 ◆普及啓発 ・福利まつりで啓発。 ・地域のお祭りでつながれる。 ・精神保健福祉協議会による普及啓発	◆ゆるやかにつながる ・一つの支援機関だけで支えない ・地域のピアサポーターを育てる。
住まい	◆アパート探しの壁（精神障害という偏見、保証人問題、トラブル） ・決まった不動産屋さんしか借りられない ・精神障害以外の疾患で借りるなど、精神疾患を隠して賃借契約することがある等周囲への理解が難しい	◆馴染みの不動産屋をつくる ・なじみの不動産がいると話が進むことがある ・緊急事態に対応してくれる人がいることを条件に貸してくれることがある。	◆グループホーム新設について ・物件を貸してもらえれば、グループホームが増えていける土壌はあるのではないか ◆事例の積み重ね

	・保証人がいない。緊急連絡先すらない。（近場で保証人になってくれる場所がない。） ・アパート探し 生活保護 普段何しているのかネックになってしまう ・障害を持った方の実態が、大家さんや不動産会社に周知されていないのが大きな課題だと思う ・リスク（迷惑行為、立ち退き拒否など）を回避するために障害をもった方の受け入れを敬遠する大家さんが多い ・アパートを紹介するにあたって、精神障害を持っている方の生活実態が見えない。 ・精神障害のある方の入居が決まらないのは不動産関係者が福祉のことを知らないからという要因がある。支援体制があることをしっかりオーナーに伝えて安心してもらうことが必要。 ・入居が難しいのは障害が理由ではなく保証会社の審査に通らないから。保証会社の保証人が立てられないと入居できない。 ・保証会社に審査に通るには「家族のちょっとした協力」が必要。家族を巻き込んでどこまで協力できるかを話し合う必要がある。 ・オーナーと不動産屋の間で偏見の温度差がある。 ・不動産屋との信頼関係をどう築くかが課題。 ・貸す側にとっては何かあった時に連絡できる場所があると安心。 ◆住まいの選択肢が限られている ・精神の方の滞在型グループホームがない。 ・入院か地域かの選択肢しかない。 ・グループホームに住み続けたくても、通過型グループホームの場合は出ざるを得ない。 ・縦割りをなくして福祉部門と住宅部門が連携できれば住まいの選択肢が増えるのではないか。 ◆住み慣れたまちに住み続けることが難しい ・住み慣れた府中で暮らしたいが、経済的理由や病気等を理由に府中や在宅にいらなくなる。 ・市外のグループホームやサービス付き高齢者住宅に退院していく人が多い。市内に受け入れ先が少ない。	・精神障害ありますとグループホームで生活できていたと伝えることで不動産もOK ・精神障害に理解がある不動産屋もいる。 ・グループホームが不動産屋を紹介してくれた。障害に理解があり安心。 ◆オーナーの相談先 ・オーナー向けトラブル対応事例集を作成。	・「こういうケースが入居できなかった」、「こういうケースで退去」という事例の積み重ねや事例検討ができたらしい。 ◆手引きの作成 ・「府中市でアパートを借りるには」というパンフレットがあるといい。 ◆オーナーの相談先 ・オーナーのあつまりを作る。 ・民生委員やボランティアから地域の個人オーナーへつなげて、不動産屋につなげる。そこから住宅課や障害者福祉課などの相談先につなげる。 ◆オーナーと不動産屋をつなげる ・住宅課が間に入り、つながることができそう。 ◆地域のオーナーの理解促進 ・公民館や文化センターを利用して貸す側と借りる側の理解が共有できる場を設ける。 ・オーナーはグループホームに興味がある。居住支援協議会の場で障害福祉課がセミナーを実施する。 ◆チェックリストで人物像を可視化する ・貸す側に自分のことを具体的に伝えることができる。 ・共通言語としてのチェックリストの活用。 ◆支援体制からアプローチ ・支援体制があることを不動産屋に伝えて安心してもらう。・グループホームと不動産屋が情報共有する機会があるといい。
社会参加 (就労)	◆社会につながれない人がいる ・パニック発作等で自宅からでられない方の通所先への移動手段（精神の作業所は送迎がない ・現状、地域社会に参加できず、自信をなくしている。 ・障害の内容によるが、家族の理解が得られず関係性を作るのが大変であった。 ・若い人は支援者を入れたがらない傾向がある。 ・外出そのものが億劫だったり、人との関わりを好まない人が増えている。 ・地域にゆっくり出ていける、無理なく参加できる場所があるといい。 ◆仕事が続かない ・お金が欲しくて就労するも仕事が続かない ・仕事が長く続かない方は生活面での問題が多い。生活支援が重要。 ◆高齢化により通所が続かない ・作業所の利用者の高齢化が進み、送迎のない作業所の利用が難しくなっている ・両親の介護を理由に通所をやめる人も出ている。 ◆社会の役に立ちたい ・ボランティア、当事者活動等したいという精神障害当事者とかかわる機会が多い ・地域で生活している障害者の切実な声は非常に大事。当事者が会議体に参加して、自分たちの現状を発信することが重要 ・ピアカウンセラーをどこで育成していくか等考えていきたい。 ◆就労に関する連携 ・就労継続支援 B 型事業所は就労移行連絡会に入っていない。	◆他者とかかわる機会をつくる ・B 型作業所や就労移行支援事業所の紹介を医療機関からダイレクトでつなぐことがある。 ・B 型作業所として安定的な通所をすること自体を目的として利用していただければいいかなと思う。 ・精神障害の人の就労支援を実施している（人員が増えればもっといろいろな支援ができる。 ・見学の際の連絡(一報)は入れたりして、事業所見学への後押しはしている。 ・ひきこもりの方のボランティア活動の場(月1～2回)地域生活支援センターあけぼので行っている。 ・日中活動先として地域生活支援センターがフリースペースを提供している。 ◆高齢者の日中活動 ・高齢になり作業所の利用が難しくなった人で、介護保険の通所系サービスを利用している人がいる。 ◆ピア活動の支援について ・現在ピアサポートについての勉強会を実施している	◆就労に関する連携の強化 ・就労支援センターとB型作業所や就労移行支援事業所との連携を強化する。 ◆若い世代が社会参加できる環境づくり 若い世代が好んで気楽に通えるような場所を作れないか。フリーWi-Fiやパソコンに関連した支援ができる事業所があると通所を通じて社会参加できる人が増えると思う。
保健 ・ 予防	◆家族の負担が大きい ・ひきこもりの支援が、親や兄弟に任されている。本人が外からの支援を拒否するので家族は困っている。 ・家庭内暴力が起きた時、警察しか頼れず、警察が対応し		

	てくれない程度のトラブルは、家族は本当に困る。 ・家族の問題を家族内で抱えてしまっている個別事例がまだある。（家庭内暴力等） ・親のところに戻ってきて、ずっと抱えている ・精神障害当事者の受診拒否等、家族にとって大きな問題 ・当事者に「精神神障害者だといわれるから福祉サービスは利用しない」等と言われると家族にとっては非常に困る。 ・本人と家族がなかなか離れられない。それぞれの自立を支援していくことも必要。 ・ひきこもりの家族の相談先が分かりにくい、敷居が高い。市役所を案内しても足を運ばない。 ◆情報へのアクセスの壁 ・家族はインターネットで情報を収集しているが、十分な情報を得られていない。 ◆精神科に行きにくい ・一般の診療科に受診するように精神科にも受診できるとよい ・病状悪化前に外につながれるとよいのだが、つながりたくない、つながる先を知らない、でつながらない。 ・もしかしたら精神科かも、の人なかなか即座に病院や相談につながらない。難しい ・強制入院により精神科にマイナスイメージがある ◆本人の了解が得られず、次の支援につながらない ・地域生活支援センタープラザなどの相談などと連携してつなぎたいが本人の認識・了解が得られない。 ◆他の病気に気付きにくい ・内科疾患の管理が出来ない。自ら内科受診に繋がれない。定期的な健康診断。 ・疾患のコントロールが難しい ・自分の健康課題になかなか向き合えず。 ◆精神疾患の予防と早期治療 ・精神保健の予防的活動が弱くなってきていると感じる。 ・一般市民が、人付き合い苦手等、気軽に相談できる先が地域にできたらいいと思う ・統合失調症について、外国で実施している「オープン・ダイアログ」を実践してみたい。		
医療	◆医療の継続の難しさ ・服薬中断、服薬拒否 ・主治医が異動してしまう ・診察を往診で診てくれる医師が少ない ・受診同行してくれる機関が少ない ・受診中断の把握が難しい ・体調が悪くなってもすぐに受診できない。 ・自分の健康課題になかなか向き合えず。 ・訪問看護を開始すると、医療側の意向と本人の希望が乖離しているケースがある。密に連絡を取りながら、なるべく訪問拒否にならないようにすり合わせをしていくべき ◆訪問看護の状況 ・小児の訪問看護利用が増えている。小児ケースは不安定だったりコミュニケーションの問題があり対応が難しい。看護師の責任も重い。 ・精神科訪問看護の幅が広がっている。内服・通院の継続支援に留まらない。より支援のスキルが求められる。 ・訪問看護事業所は人員が足りない。国から予算をつけてもらうことも必要。 ◆医療を含めたチーム作り ・入院中からのチーム作りをしたい（しっかりとできていると退院後支援の導入がスムーズ、情報共有ができる、悪化時の支援体制づくり） ・クリニック主治医と個別事例の共有がしたい ・通院先との医師との対話する時間少ない ・外来同行したいが、ご本人の許可が得られず、症状悪化（変化）に気づけても動けない ・病状について、医療側からはいつものことと捉えられることでも、地域から見れば違うことがある。病状の共通認識を持つことが必要 ◆疾病教育が必要 ・「自分はおかしくない、周りが自分をおかしいと言う」という方が多い ・就労 B 型作業所から A 型作業所、就労移行支援と急激	◆医療機関との情報共有 ・必要時、医師と支援会議ができるような体制 ・積極的に支援会議に参加している。 ・地域から意見・要望があれば対応していきたい ・緊急時の対応がスムーズにできるよう、退院時のインテーク等をしっかり実施していきたい ◆必要時に地域の支援者が通院同行している ・医療的に放っておけないときには、訪問看護が通院同行をしたりすることがある。 ・グループホームも通院があったときには同行している。	◆医療機関との情報共有 ・積極的に、医師に支援会議を呼びかける姿勢 ・生活のアセスメント（個別支援計画）を医療と共有できれば、より対象者のアセスメントも深まる。

	に求められる ・症状が出ても本人に病識が無く、急性症状が無く、急性症状が始まって強制入院になる間、家族も本人も大変な生活になる。 ・難しいのは再発頻度の高い人。入院中は安定していても退院するとすぐに体調を崩す人。 ・強制的な入院が減るといい		
障害福祉 ・介護	◆福祉のチーム連携強化 ・サービス提供事業所に入退院の連絡が欲しい ・情報の集約先が明確でないと大変 ・本人を含めた支援チームの中で自立に向けた支援方針が行き届いていない ・一つの事業所しか支援には入れていない個別事例をチームで支えたい ・介護・ケアマネ等と密な連携がしたい ・多問題、支援会議を多くする ・支援負担が偏らないとよい ・グループホームに入居後の生活のアセスメントがもう少し共有できるといいか ・他機関との情報共有 ・「本人の理解を取っていますか」ハードル ・通過型等事業所としてはいかに連携の取れる支援体制をつくるかが課題です。 ◆障害特性の多様化により本人に合った施設が少ない ・精神障害の方（易怒性=高）を受け入れてくれる施設の少なさ ・本人にとってちょうどよい作業所の少なさ（特に発達障害） ・受け皿になってくれる施設が少ない（自立訓練、GH等） ◆福祉分野の人材不足 ・継続的に地域で関わるコーディネーターがいない（行政以外） ・ヘルパー（家事援助）のやり手が少ない（マンパワー、サービス単価の低さ） ・地域移行の担い手が少ない ・人材確保が難しい ・相談支援事業所がもう少し増えたらいいな・・・ ・すぐにサービスに繋がらなくても、長いスパンで関わり続けること ◆制度の限界 ・同居者（配偶者や子ども等）がいる場合、サービス利用の範囲の制限が出てしまうことのヘルパーの入り方の難しさ。 ・ショートステイ、グループホームへの受け入れ。ショートステイは報酬が厳しい？常勤職員の人件費などの兼ね合いで20/30日は難しい(稼働日の課題) ◆人材育成 ・支援者のスキルアップ ・対象者への色々なアプローチを考えている。 ・ストレングスに着目 ◆相談員の専門相談 ・「こんな個別事例を把握した、どうすればよいか」と地域の相談員が相談できる先があるとよい。 ・怒りやすい人等の支援の難しさ(コーディネート) ◆レスパイト先を増やしたい ・精神障害者当事者のレスパイトする場所（受け入れ先）が少ない。短期入所先そのもの ・居場所 ・地域資源を活用しきれていない。 ・ショートステイをもっと利用したい。 ◆支援が必要だけど福祉サービスにつながらない人への見守りの仕組みづくり ・サービスに繋がらない方への受け皿がほしい ・見守り的な訪問支援	◆支援者、支援機関とつながり続けるためのかわり ・「こんなところがあるからまた来てね」とは伝える。 ・密に、毎月モニタリングなどして調子を確認。発見早いのはヘルパーや訪看護 ・グループホームでは何かあれば相談できるよう声かけをしている ・計画相談はサービス使いたい人の支援が主だが、訪問看護や社協から「あの人ずっと家にいるが、何かできないか」と相談来ることがある。しかし、訪問看護や社協から紹介されるケースには「話はしたいがサービスは別に」という人もいる。 ・親が亡くなったタイミングで支援につながる。 ◆地域生活の不安を聞く ・グループホームでは定期的に面談をしている ・毎日の電話、メール対応 ・夜間の電話対応ができると利用者の安心材料になる ・訪問看護は事業所にもよるが24時間対応を行っている。 ◆支援会議への参加 ・支援会議に数多く参加している。他機関と情報交換・共有し、当事者の話を聞くことで支援に活かしている。 ◆支援の窓口につなぐ ・民生委員は依頼があれば相談窓口につなぐ支援ができる。	◆連携する上で出来ることを柔軟に考える ・通院同行をする際、安定して通院ができるまで各包括ケアシステムの中でどこが担っていくかの役割分担。 ・チームで支援になった時、それぞれがその枠組みのみの仕事で考えるのではなく、もう少し関係機関でできることを持ち出しながら役割を分担できるとよい。 ◆障害種別にこだわらない連携 ・地域生活支援センターでも、障害種別による経験の差がある。重複に関しては、みんなでかかわっていければよいと思う。

地域移行 ・ 退院促進 地域定着	◆地域で生活し続けるために必要な支援と繋がりにくい ・自分でサービスを切る ・サービス導入への動機が低い ・相談のニーズがない ・支援そのものを受け入れることに時間がかかる ・引っ越しによる環境変化への不安が非常に強い。精神的なフォローを支援者が行う必要がある。 ・自立したいという気持ちより一人暮らしをすることへの不安が強い。 ・グループホームの体験利用後、自信をなくしてキャンセルする場合がある。人に勧められたのか本人が希望したのかによって本人のモチベーションが違う。見極めが必要。 ◆キーパーソンがいない	◆地域を含めたチームづくり ・患者の退院については、地域の方を含めひとつのチームとして活動していきたい ・服薬中断や訪問拒否に関しては、地域に連絡できる方すべてに連絡し検討の上、対応を検討している	◆どういう人かを地域が知る機会を作る ・本人の同意が前提になるが、地域に自分を理解してもらう機会を作ることによって地域移行、地域生活がうまくいく。
-------------------------------	---	---	--