

沖縄県相談支援専門員 人材育成ビジョン

沖縄県障害者自立支援協議会／沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課

内容

- ▶ はじめに～相談支援専門員人材育成ビジョン策定の目的
- ▶ 相談支援の目的
- ▶ 相談支援の基本視点
- ▶ 相談支援専門員に必要な力の循環・成長イメージ図
- ▶ 沖縄県で求められる相談支援専門員像
- ▶ 相談支援従事者育成体制について
 - ・ 個人スキル向上のイメージ
 - ・ 地域における相談支援従事者の育成体制
 - ・ 国・県の養成研修と地域の人材育成の関係
 - ・ アクションプラン

はじめに～相談支援専門員人材育成ビジョン 策定の目的

- ▶ 障害者の重度化・高齢化への対応、意思決定支援への配慮、サービス等利用計画の質の向上など、質の高いケアマネジメントを含む地域を基盤としたソーシャルワークを実践できる相談支援専門員の養成を目的に、令和2年度に国によって相談支援専門員の研修制度の見直しが図られました。
- ▶ 地域共生社会の中で障害者を地域で支える体制づくりを推進するために、相談支援専門員には地域づくり、人材育成、困難事例への対応など地域の中核的な役割を担う専門職としての活躍が期待されています。
- ▶ 沖縄県自立支援協議会では、相談支援の今後の方向性を踏まえ、相談支援専門員人材育成ビジョンを策定し、関係機関等と人材育成について効果的な連携を図り、質の高い人材の育成を目指してまいります。
- ▶ 島にふさわしい地域づくりを目指した、離島県沖縄にふさわしい人材の育成を目指します。

～本ビジョンの活用目的～

- ▶ 相談支援従事者が目指す人材像やキャリアパスのよりどころとなること。
- ▶ 相談支援従事者養成研修（相談支援従事者初任者研修・現任研修、主任相談支援専門員研修等）のあり方・方向性を共有すること。
- ▶ 市町村の障害者相談支援体制強化のため、必要な人材育成・活用の指針となること。

相談支援の目的

相談支援従事者は、地域を基盤とした「ソーシャルワーカー」であることを自覚し、「ソーシャルワーカーの倫理綱領」（社会福祉専門職団体協議会）に基づき、以下の目的達成に向けて、「本人を中心とした支援」を実践するために必要なものを常に意識し、自己研鑽を続けていくことが求められています。

▶ 障害者の地域生活に向けた支援

地域でくらししていきたいとの思いに寄り添い、地域での継続的かつ総合的な支援が求められています。

▶ 障害者の自立と尊厳の確保、社会参加への支援

障害者の権利に関する条約、障害者基本法等の国内法の趣旨をふまえ、障害者が基本的人権を享有するかけがえのない個人として尊重されるにふさわしい生活支援や社会参加への支援が求められています。

▶ 障害者の自己決定の尊重と意思決定に向けた支援

障害者への支援は自己決定を原則とすることを理解すると共に、自ら意思の決定をすることが困難な場合、意思決定ガイドラインに基づく支援が求められています。

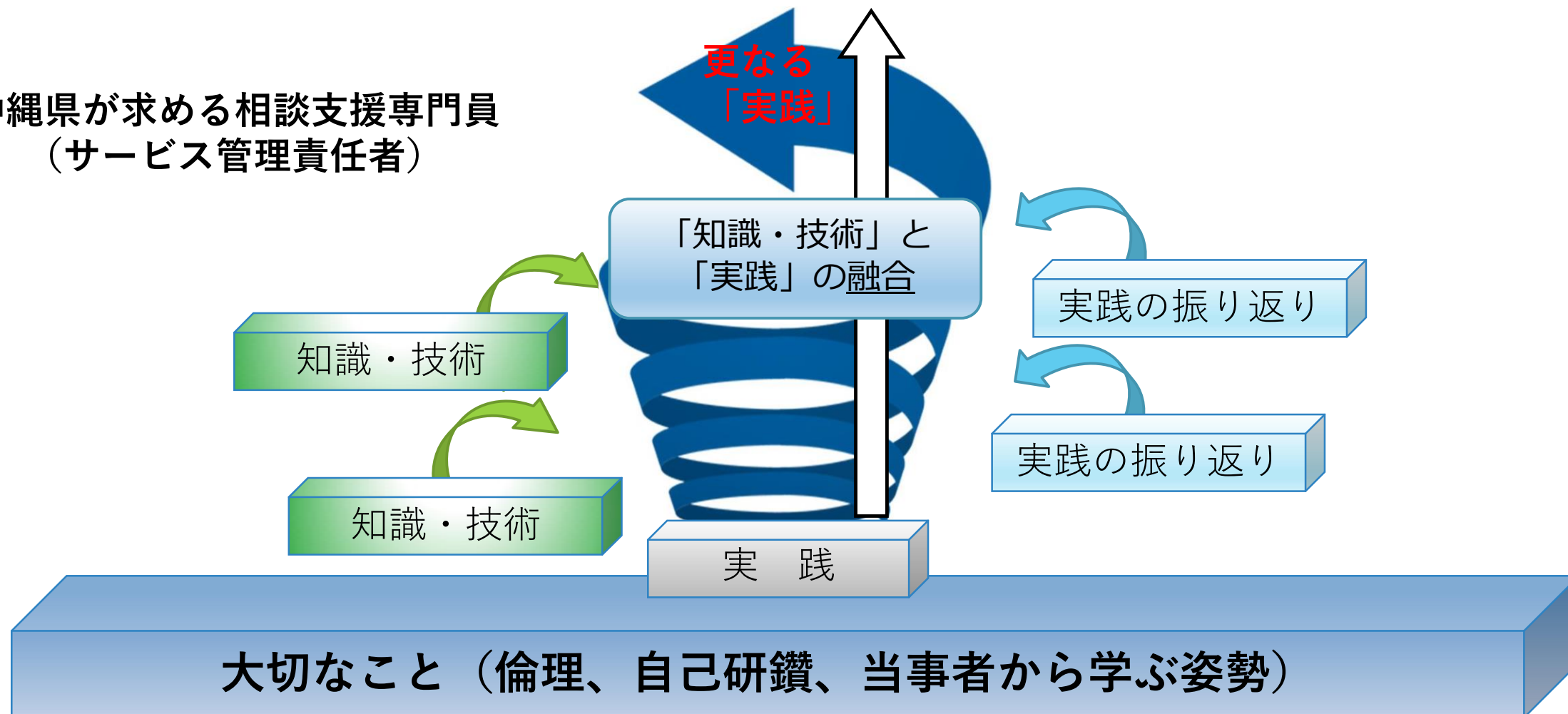
▶ 障害者を含めた誰もが暮らしやすい地域づくり

誰もが自分らしく暮らし続けるためには、地域づくり、資源開発等が期待され、ソーシャルワークに基づいた支援が求められています。

相談支援専門員に必要な力の循環・成長イメージ図

資料10

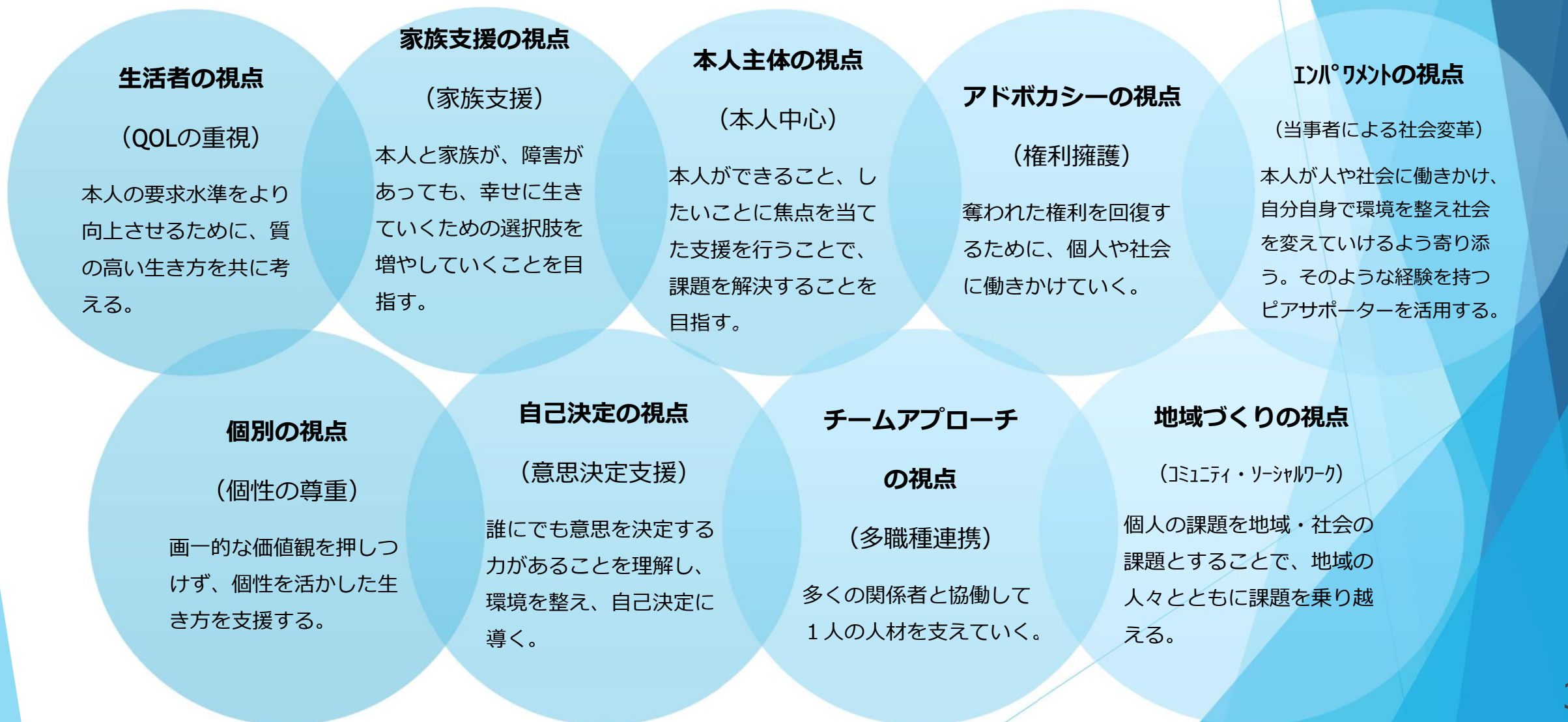
沖縄県が求める相談支援専門員
(サービス管理責任者)



- ・ マナー（言葉遣い）・笑顔 ・ 本人に寄り添う ・ あたたかさ・あたたかく見守れる・肯定的（プラス思考）
- ・ 丁寧さ・ねぎらう・ご本人を大事にできる
- ・ チームワーク（連携 繋がる 縁を大事にする 助け合う 協力しあえる 知恵を出し合う）
- ・ プロ（ご本人）から学ぶ姿勢・謙虚であること

相談支援の基本的視点

相談支援従事者が「本人を中心とした支援」を実践する際に、常に持ち続けるべき「基本的視点」を示します。



沖縄県で求められる相談支援専門員像

▶ 初任研レベル

目指している能力

- 地域を基盤としたソーシャルワークとしての障害者相談支援の価値と知識を理解する。
- 基本相談支援の理論と実践を理解し、障害者ケアマネジメントのスキルを身につける。
- 計画相談支援の実施に関する実務を理解し、一連の業務ができる。
- 地域づくりとその核となる（自立支援）協議会の役割と機能を理解する。

役割

- 基本相談、計画相談支援の一連の業務の実施。
- 相談支援スキルを学ぶための研修受講及びグループスーパービジョンへの参加。
- 個別スーパービジョンへの参加、個別事例の課題整理（あり方を知る）。
- 利用者の個別課題の解決。

沖縄県で求められる相談支援専門員像

▶ 現任研レベル

目指している能力

- 個別相談支援の基本を理解し、それを基盤とした実践を行うことができる。
- チームアプローチ（多職種連携）の理論と方法を理解し、実践することができる。
- コミュニティ・ソーシャルワーク（地域とのつながりやインフォーマルサービスの活用、社会資源の開発等）の理論と方法を理解し、実践できる。
- スーパービジョンの理論と方法を理解するとともに、継続的に研鑽を継続した実践をすることができる。

役割

- 基本相談、計画相談支援の一連の業務の実施。
- 相談支援スキルを学ぶための研修受講及び事例検討会の実施、スーパービジョンの実践
- 市町村自立支援協議会への参画及び運営（地域課題の整理）。
- 利用者を取り巻く地域との関係づくり。

沖縄県で求められる相談支援専門員像

▶ 主任レベル

目指している能力

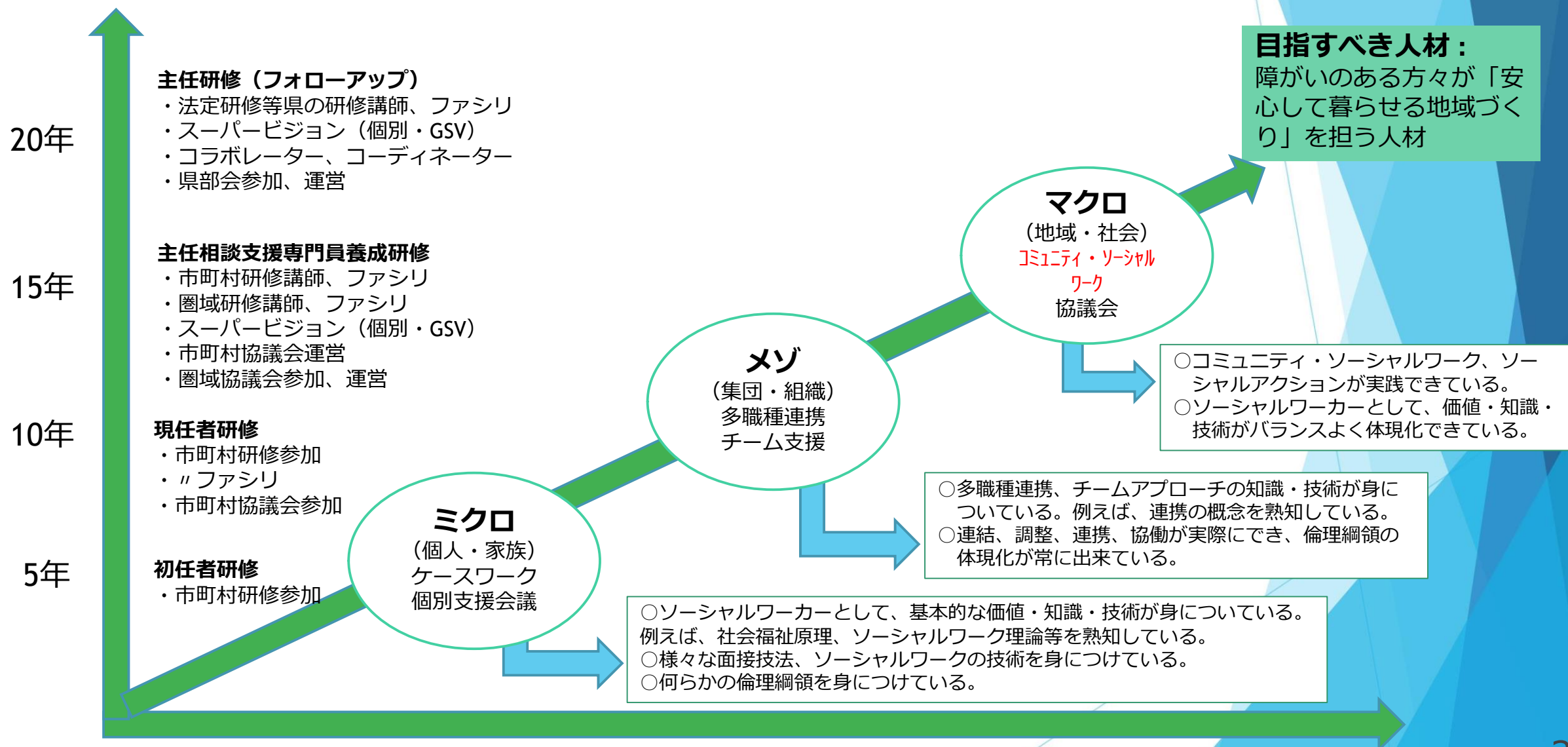
- 障害福祉施策等に関する最新の動向や、関連する制度等を理解し説明できる。
- 相談支援事業所における運営管理⇒事業所の適正な運営等を図るための人事・経営管理に関する知識を習得し事業所に対するコンサルテーションができる。
- 相談支援専門員の人材育成の意義やその実施体系のあり方を理解し、人材育成の方針等を定めることができる。
- 個別課題から地域課題へ転換するグループスーパービジョンが実施出来る。
- 地域援助技術について理解し、協議会等の機能を活用した多職種連携等の実践ができる。

役割

- 事業所や地域において指導的役割を担う
- 相談支援専門員の支援スキルの向上やサービス等利用計画についての助言
- 地域づくりや人材育成の推進等の相談支援の質的向上を図るリーダーとなる
- 相談支援専門員のスキル向上に係る人材育成の方針決定
- 地域の事業所に対するコンサルテーション
- 協議会の運営、地域ネットワークの構築、社会資源開発⇒組織的関わり、政策反映

相談支援従事者の養成体制について～個人スキル向上のイメージ

資料10



相談支援従事者の養成体制について～地域における相談支援従事者の育成体系

資料10

全体総括：沖縄県障害者自立支援協議会



相談支援従事者の養成体制について～国・県の養成研修と地域の人材育成との関係

資料10

	国	沖縄県	圏域	市町村	基幹相談支援センター
組織・団体	厚生労働省	沖縄県 自立支援協議会 (相談支援・人材育成部会)	各福祉事務所 (圏域自立支援連絡会議)	市町村 自立支援協議会(人材育成部会等)	基幹相談支援センター 障害者相談支援事業等
役割	研修制度全般	- 全県の相談支援体制の強化(障害福祉計画等の作成・進捗管理) - 相談支援従事者の養成 - サービス管理責任者の養成	- 圏域における相談支援体制の構築 - 相談支援従事者の連携強化や資質の向上	- 地域の相談支援体制の強化(障害福祉計画等の作成・進捗管理) - 相談支援事業者に対する専門的助言指導 - 相談支援事業者の人材育成のための支援 - 地域の相談支援機関等との連携強化の取組 - 県主催市町村職員向け研修及び連絡会等への参加	- 地域の相談支援体制の強化 - 相談支援事業者に対する専門的助言指導 - 相談支援事業者の人材育成のための支援 - 地域の相談支援機関等との連携強化の取組
具体的な内容	基本方針策定 指導者養成研修の実施	- 相談支援体制強化に向けた後方支援及び障害福祉計画の推進 - 県自立支援協議会における協議 - 圏域連絡会議、地域自立支援協議会との連携 - 各種養成研修の実施 - 企画運営、体制づくり(地域連携) - 指導者養成研修参加者の推薦 - 研修の評価、考察 - 人材育成ビジョンの作成	- 圏域における障害児者のニーズ及び課題の把握 - 圏域における関係機関とのネットワークづくり - 圏域における社会資源の改善、開発 - 圏域研修の企画、運営	相談支援体制強化に向けた取組(障害福祉計画の推進) - 自立支援協議会による協議 - 県協議会、圏域連絡会議(部会等)との連携 - 基幹相談支援センター、障害者相談支援事業、相談支援事業所の役割整理 - 主任相談支援専門員の活用	相談支援体制強化に向けた取組(障害福祉計画の推進) - 自立支援協議会による協議 - 県協議会、圏域連絡会議(部会等)との連携 - 基幹相談支援センター、障害者相談支援事業、相談支援事業所の役割整理 - 主任相談支援専門員の活用
法定研修で担う役割					
相談支援専門員	相談支援従事者指導者 養成研修	- 相談支援従事者初任者研修 - 相談支援従事者現任者研修 - 主任相談支援専門員養成研修	実地研修の後方支援(情報提供、研修実施の課題把握など)	実地研修の後方支援(実地研修受入先の調整、地域資源情報の提供、協議会)	- 実地研修の実施(スーパービジョン等の実施) - 法定研修後のフォローアップ

目的 ○相談支援専門員・主任相談支援専門員の育成＝「地域の障害者相談支援体制の基盤強化」
⇒ニーズに基づく地域資源の充実(障害福祉計画等、地域生活支援拠点等の推進)＝「安心して暮らし続けることのできる地域づくり」

▶ 短期目標（策定～5年）

- 県内市町村及び相談支援従事者に対し、ビジョンの周知を図り理想の相談支援専門員像の共有に取り組む。
- 市町村職員向けの研修を定例化し、相談支援専門員と市町村職員間における課題共有に取り組む。
- 県内各市町村に主任相談支援専門員を配置できるよう、県全体で約50名の主任相談支援専門員の養成に取り組む。
- 離島を抱える県として、可能な限り法定研修を始め、市町村職員研修や連絡会議、その他研修等のオンライン化に取り組む。
- 離島における専門人材の育成や相談支援体制等の課題を協議する場を設置する。

▶ 中期目標（5年～10年）

- 人材育成ビジョンの検証、見直しを行い主任相談支援専門員等のフォローアップ体制の構築に取り組む。
- 県内障害福祉5圏域に圏域アドバイザー及びコラボレーター、コーディネーターを配置し、主任相談支援専門員等のバックアップ体制の強化に取り組む。
- 約半数の市町村において基幹相談支援センターの設置が進むよう取組を推進する。

※沖縄県相談支援専門員人材育成ビジョン～用語集～

用語	説明
ケアマネジメント	障害者の地域における生活支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法。 ※参考：障害者ケアガイドライン（平成14年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部）
ソーシャルワーク	ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学、および地域・民族固有の知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。 ※参考：ソーシャルワーカーの倫理綱領 ソーシャルワーク専門職のグローバル定義（日本ソーシャルワーカー連盟）
基本相談	基本相談支援では、地域の障害のある方の福祉に関する問題について、障害のある方やその保護者などからの相談に応じ、情報の提供および助言を行い、市区町村および指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整などを総合的に提供する。 ※WAM-NET HP 制度解説ハンドブック よくあるご質問（独立行政法人福祉医療機構）
計画相談	サービス等利用計画についての相談及び作成などの支援が必要と認められる場合に、障害者（児）の自立した生活を支え、障害者（児）の抱える課題の解決や適切なサービス利用に向けて、ケアマネジメントによりきめ細かく支援するもの。 ※厚生労働省HP 障害のある人に対する相談支援について
アセスメント	事前評価などと訳される。利用者が直面している問題や状況の本質、原因、経過、予測を理解するために、援助に先だって行われる一連の手続のことをいう。ケアマネジャーがケアプランを作成する前に利用者のニーズ、状況等を詳細に把握するために行われる。 ※WAM-NET HP障害者福祉制度に関する用語集（独立行政法人福祉医療機構）
アドボカシー	自己の権利や援助のニーズを表明することの困難な障害者等に代わって、援助者が代理としてその権利やニーズ獲得を行うことをいう。（権利擁護） ※WAM-NET HP障害者福祉制度に関する用語集（独立行政法人福祉医療機構）

※沖縄県相談支援専門員人材育成ビジョン～用語集～

用語	説明
エンパワメント	社会的に不利な状況に置かれた人々の自己実現を目指しており、その人の有するハンディキャップやマイナス面に着目して援助をするのではなく、長所、力、強さに着目して援助することです。このような援助方法により、サービス利用者が自分の能力や長所に気づき、自分に自信がもてるようになり、ニーズを満たすために主体的に取り組めるようになることを目指します。エンパワメントの理念においては、援助者はサービス利用者と同等の立場に立つパートナーとなる。 ※参考：身体障害者ケアガイドライン（平成14年4月厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課）
スーパービジョン	スーパーバイザー（事例提供者）が利用者（クライアント）にどのようなかかわりをしているのか。そこで、スーパーバイザーが何を考え、何を感じ、何を学ぼうとしているのかを、スーパーバイザー（アドバイスをくれる人）がくみ取り、スーパーバイザーの学びをより深めていく作業。 ※参考：令和元年度相談支援従事者指導者養成研修資料
グループスーパービジョン	通常のスーパービジョンと異なり、スーパーバイザーとスーパーバイザー（その他のメンバー）との意見交換により進めて行く。スーパーバイザーとスーパーバイザーの関係が上下関係（指導関係）ではなく、水平関係になる。 ※参考：令和元年度相談支援従事者指導者養成研修資料
圏域アドバイザー	都道府県相談支援体制整備事業において、沖縄県が各障害福祉圏域（北部・中部・南部・宮古・八重山）に配置している障害者相談支援に関するアドバイザー。地域のネットワーク構築に向けた指導・調整等の広域的支援を担い、地域における相談支援体制の整備を推進する。沖縄県障害者自立支援協議会の牽引役として活動している。
圏域自立支援連絡会議	アドバイザーの活動をより組織化させ、支援の強化を図ることや各圏域における市町村や障害福祉サービス事業者等との連携強化等を目的とし、各圏域の福祉事務所が事務局を担っている会議。圏域単位での課題に応じた協議及び研修実施のほか、地域課題を県自立支援協議会等での協議や施策展開につなげる役割を担う。
コラボレーター	各圏域アドバイザーの活動を補佐し、県自立支援協議会や圏域自立支援連絡会議等において、相談支援体制における中核的な役割を担う。
コーディネーター	医療・保健・福祉が連携し、地域の実情に応じて関係機関の強みを活かした「協働」による支援体制整備を推進し、県内の長期入院精神障害者に対する地域移行・地域定着支援をより一層促進することを目的に、沖縄県が各圏域に配置しているコーディネーター。アドバイザーやコラボレーターと連携を図りながら取組を推進している。

検討委員：沖縄県相談支援・人材育成部会ケアマネワーキング委員（敬称略）

所属先	委員名	所属先	委員名
（福）五和会 地域生活支援事業所 うむさぱる	伊波 剛	与那原町福祉課	知念 淳二
（福）ハイジ福祉会 グリーンホーム 相談支援事業所PONT	玉那覇 奈々	沖縄大学人文学部福祉学科	島村 聡
（福）志紋福祉会 みなみの里 相談支援センター	城間 将吾	ピアサポートセンターほると	上里 一之
（福）若竹福祉会 地域生活支援セン ター Enjoy	松田 建一	八重山福祉事務所	下地 啓太
（医）社団輔仁会 せせらぎの里	比嘉 留美子	北部圏域アドバイザー	安村 勤
（一社）一二三 楽学喜support ACCENDO	豊里 教子	中部圏域アドバイザー ※ワーキング長	津波古 悟
（特非）エイブルサポートつばさ	喜屋武 真司	南部圏域アドバイザー	溝口 哲哉
中部広域市町村圏事務組合	玉城 誠	宮古圏域アドバイザー	下地 晃次

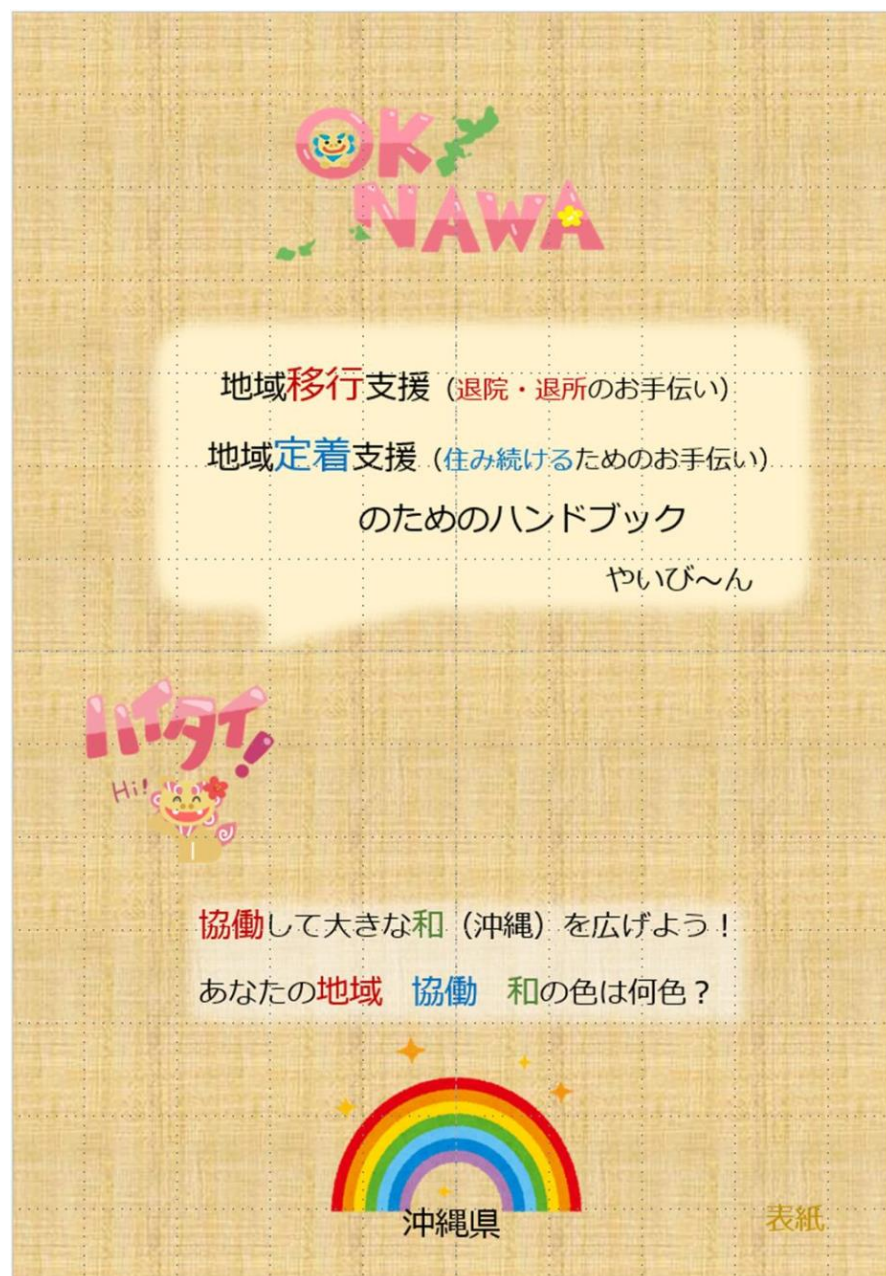
沖縄県相談支援専門員人材育成ビジョン
令和4年3月

作成：沖縄県障害者自立支援協議会 相談支援・人材育成部会
(事務局) 沖縄県子ども生活福祉部障害福祉課地域生活支援班

〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 (県庁3階)
TEL : 098-866-2190 / FAX : 098-866-6916
E-mail : aa029017@pref.okinawa.lg.jp

【参考資料等】

- ▶ 長野県障がい者相談支援従事者人材ビジョン
- ▶ 神奈川県相談支援専門員人材育成ビジョン
- ▶ 令和元年度～令和3年度相談支援従事者指導者養成研修資料
- ▶ 障害者相談支援従事者研修テキスト 初任者研修編 及び 現任者研修編 他



はじめに

沖縄県では、沖縄県自立支援協議会（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）第 89 号の 3 第 1 項）の「住まい・地域支援部会」において、住まい及び地域生活の課題の検討等を行うため、各圏域の現状や課題等の把握、情報共有に取り組んでまいりました。

令和 2 年度には「地域移行・定着ワーキング」において、各市町村における地域移行・地域定着支援に関する好事例及び課題を整理し、令和 3 年度では「市町村における地域移行・地域定着支援に係る事例・取組の報告」（以下、「1 市町村 1 事例報告」という。）として取りまとめをし、市町村が抱える課題の整理や市町村間での情報共有を図ってきたところであります。

また、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」を構築するため、障害福祉分野だけでなく、精神保健医療分野と連携した重層的な支援体制の整備が求められていることから、「住まい・地域支援部会」において構築に向けた取組も進めてきました。

令和 3 年度に取りまとめた「1 市町村 1 事例報告」の共有方法や活用方法を検討する中で、これまで報告のあった事例・取組の中から、地域移行支援や地域定着支援に関わる多くの支援者が抱える悩みや様々な課題、課題解決に向けた取組方法などをまとめた「地域移行・地域定着支援ハンドブック」を策定することとなりました。

「地域移行・地域定着支援ハンドブック」を作成するにあたり、ハンドブック作成委員会を立ち上げ、事例の考察や精査を行いながら構成編集など議論を重ねてきました。実際に支援にあたる方々にとって、地域移行・地域定着支援の「あったらいいな〜」というポイントを見て・真似て・各市町村の取組に活かしていただくことを、本ハンドブックの大きな目的の一つとして策定しております。

本ハンドブックの事例・取組が広く支援に関わる方に活用され、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる地域共生社会の実現に向けて、「協働」した支援が行われることを期待しております。

令和 6 年〇月

沖縄県生活福祉部障害福祉課

沖縄県自立支援協議会住まい・地域支援部会



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】

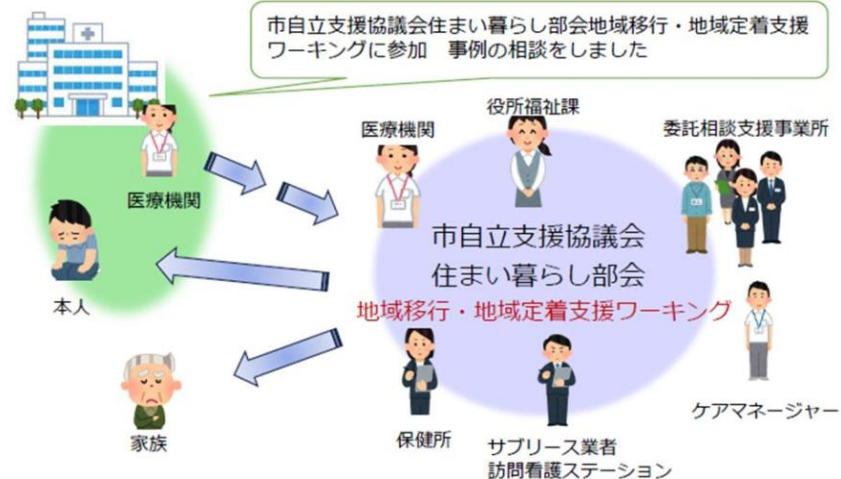
- ・50代男性（統合失調症・知的障害）、複数回の入退院を繰り返し長期入院となっていた。
- ・自宅や地域で問題行動があり、高齢の両親も同居は限界で、グループホームに退院となる。
- ・グループホームでの生活も上手くいかず、再入院となっている。

【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。
- ・困った打つ手が無いなあ…そうだ、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）を定期的に開催している（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〇〇支部 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。自由にテレビが観れて、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 P

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・診療所へ入院」や「その他（死亡・不明等）」の割合が高い。



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。

一方で、明確な定義はありませんが**社会的入院**という言葉もあります。「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」のことを指します。

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、**入院を伴**はすことは、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]

- 発達に気になる中学生（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

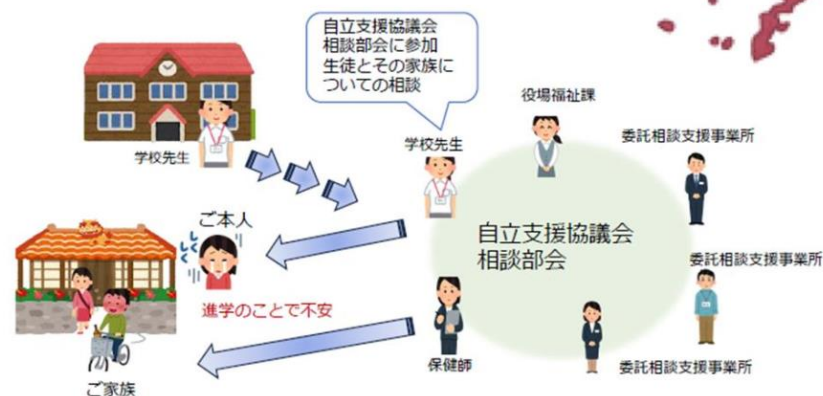


[担当者のつぶやき]

- 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です。
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っています。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、地元に戻りたい」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）で繰り返し共有して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



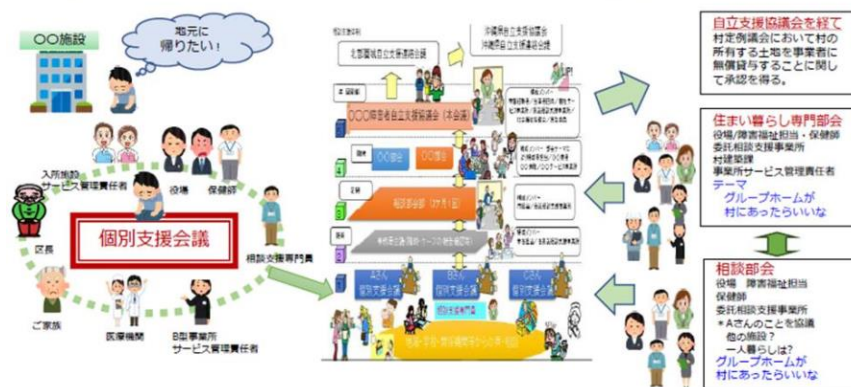
【担当者のつぶやき】

- ・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。 ・自宅が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



※本図は、あくまで事例のイメージであり、実際の状況とは異なる場合があります。



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「地元に戻ってくる事ができた。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良かった」

【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。



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

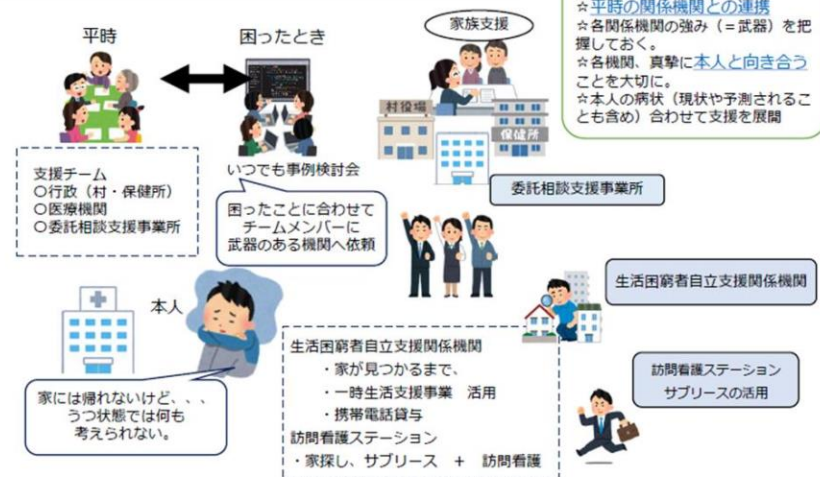


【担当者のつぶやき】

- ・ 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こと ⇒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わり

図〇● 官・民の地域資源を駆使して、退院した事例



POINT
 ☆平時の関係機関との連携
 ☆各関係機関の強み(=武器)を把握しておく。
 ☆各機関、真摯に本人と向き合うことを大切に。
 ☆本人の病状(現状や予測されることも含め)合わせて支援を展開

Point

まずは、生活困窮者自立支援関係機関やサプ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)がいると言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済む安心感がある。

・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●●ページをご参照ください



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」や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ったらいいな～(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。



【担当者のつばき】

- ・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！



市地域移行コーディネーターの活用で退院した事例



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！うるま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 = 病院と共に の意）

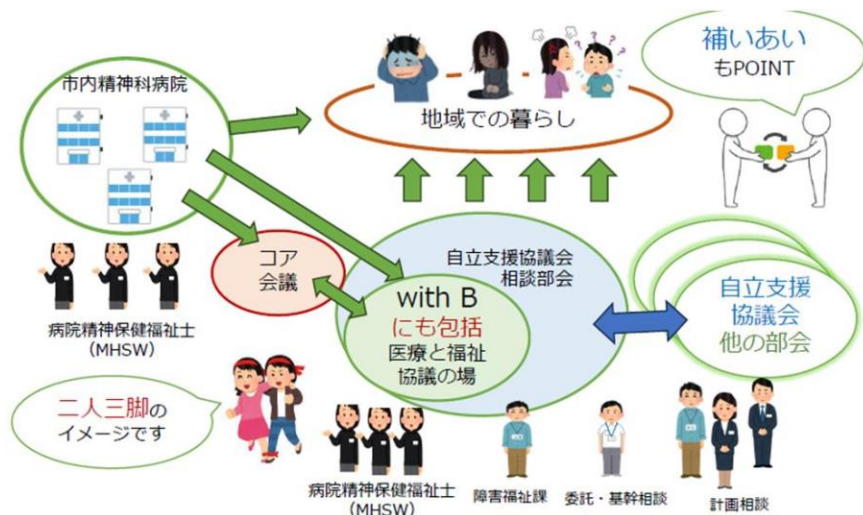
立場が違っても、地域移行・地域定着支援で困っている点や検討したい点も異なります。そのため、主要メンバーで事前にコア会議を開催。コア会議には市内3医療機関の相談員を中心に、行政や委託相談、計画相談と入念な打ち合わせ（部会の進め方、内容について、役割分担）を行います。司会進行は病院の相談員が担当することを基本とし、現在は事例検討会、勉強会、交流会を重ねています。医療機関の積極的な地域づくりへの参画がポイントになっています。



【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とても迷いました。
- ・「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**が必要です。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」をしていかないといけないと思った。

★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ケアメンバー、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】

当初は手探りでの企画だったので、**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ケ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（海がきれいで、人がよい）」「将来の夢（園芸をしたい、偏見がなくなっていきたい）」を画用紙に書き一人づつ紹介。
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。