

## 地域移行・地域定着支援のポスターとリーフレットの配布について

### 1 経緯

平成30年度から新潟市障がい者自立支援協議会相談支援連絡会に4つの班ができ、その中には地域移行・定着を促進することを目的とした、「地域移行・定着班（※）」の整備がなされた。

班の活動を検討する中で、現在の課題等を議論し、「医療機関に掲示されている地域移行・地域定着支援のポスターが古く、患者も病院職員も分かりづらい」との意見を受け、今年度地域移行・定着支援班でポスターやリーフレットの作成をすることとなった。

### 2 目的

地域移行・定着支援の普及啓発を促進し、事業の周知を図る。

### 3 配布時期

平成31年4月以降に順次配布（予定）

### 4 配布先

#### ○ポスター

・・・市内精神科病院

#### ○リーフレット（支援者向け、本人・家族向けの2種類）

・・・市内精神科病院，基幹相談支援センター，行政機関等

### 5 今後について

今年度作成したポスター・リーフレットを精神科病院へ順次配布を行う。配布については班員が精神科病院へ出向き配布する。その際に、精神科病院の相談員と地域移行・地域定着支援についての意見交換等を行う予定としている。

※精神科病院の看護師，精神保健福祉士，相談支援事業所の相談支援専門員，基幹相談支援センター相談員，行政機関職員が地域移行・定着班の班員となっている。



実家はなくなりました。

退院しても  
住む所がありません。



集団生活なんて  
無理。

ひとりの生活を  
謳歌したいです。



入院して5年。

もう病院生活から  
卒業したいんです。



いまさら  
退院なんて…

でも…やっぱり  
退院したいなあ。



退院させてあげ  
たいけど…

家族としては不安。

# 退院したらどんなふうに 生活したいですか。

～退院の相談、退院後の生活を公的な福祉サービスがサポートします～

兄貴には退院して  
欲しいけど…

俺だけで面倒はみ  
れねえなあ。



## 地域移行支援・地域定着支援

退院後の生活  
について一緒に  
考えます。



ご家族の心配事  
もお話してく  
ださい。



退院について  
の不安もお話し  
してください。



病院とともにあ  
なたの地域での生  
活を応援します。



通う事業所やグ  
ループホームな  
どの見学のお手  
伝いをします。



住む所を探す  
お手伝いをし  
ます。

相談してみませんか。  
連絡先はこちらです。

相談やお問合せは  
入院先の病院の職員、お住まいの  
区の区役所、右記の専門相談機関  
にご連絡ください。

- 新潟市障がい者基幹相談支援センター東 (北区、東区にお住まいの方)  
新潟市東区下木戸1-4-1 東区役所1階 ☎025(250)2315
- 新潟市障がい者基幹相談支援センター中央 (中央区にお住まいの方)  
新潟市中央区八千代1-3-1 新潟市総合福祉会館1階 ☎025(248)7171
- 新潟市障がい者基幹相談支援センター秋葉 (江南区、南区、秋葉区にお住まいの方)  
新潟市秋葉区程島2009 秋葉区役所2階 ☎0250(25)5661
- 新潟市障がい者基幹相談支援センター西 (西区、西蒲区にお住まいの方)  
新潟市西区寺尾東3-14-41 西区役所3階 ☎025(264)7468
- 新潟市こころの健康センター  
新潟市中央区川岸町1-57-1 ☎025(232)5580

## 新潟市障がい者基幹相談支援センター

●北区・東区に住まいの方

### 新潟市障がい者基幹相談支援センター東

新潟市東区下木戸1-4-1 東区役所1階  
TEL:025(250)2315  
FAX:025(250)7706  
MAIL:kikan-higashi@estate.ocn.ne.jp

●西区・西蒲区に住まいの方

### 新潟市障がい者基幹相談支援センター西

新潟市西区寺尾東3-14-41 西区役所3階  
TEL:025(264)7468  
FAX:025(378)3324  
MAIL:kikan-nishi@estate.ocn.ne.jp

●江南区・秋葉区・南区に住まいの方

### 新潟市障がい者基幹相談支援センター秋葉

新潟市秋葉区程島2009 秋葉区役所2階  
TEL:0250(25)5661  
FAX:0250(47)7106  
MAIL:kikan-akiha@estate.ocn.ne.jp

●中央区に住まいの方

### 新潟市障がい者基幹相談支援センター中央

新潟市中央区八千代1-3-1 新潟市総合福祉会館1階  
TEL:025(248)7171  
FAX:025(385)7931  
MAIL:kikan-chuo@estate.ocn.ne.jp



## 指定一般相談事業所(地域移行・地域定着支援を行っている相談事業所)

### ●あたご相談支援センター

新潟市北区木崎1816-5  
TEL:025(384)2811  
FAX:025(384)2801

### ●相談支援センター てらぞーれ

新潟市東区松島2-4-7  
TEL:025(250)6313  
FAX:025(275)3200

### ●地域生活支援センター ふらっと

新潟市中央区関屋入川前1-2-28  
TEL:025(265)5958  
FAX:025(265)5948

### ●地域生活支援センター ゆとろあ

新潟市中央区蒲原町7-1 東地区総合庁舎内  
TEL:025(240)8000  
FAX:025(240)8111

### ●相談支援事業所 豆の木

新潟市西区烏原631-20  
TEL:025(377)1444  
FAX:025(377)1444

### ●特定非営利活動法人 あさひの家

新潟市中央区南笹口2-1-9 コーポ駅南  
TEL:025(255)5345  
FAX:025(255)5346

### ●巻愛宕の園相談支援センター

新潟市西蒲区巻甲2678-1  
TEL:0256(77)5955  
FAX:0256(73)5110

### ●障がい児(者)生活支援センター わあ〜らく

新潟市西蒲区旗屋311  
TEL:0256(88)5066  
FAX:0256(78)7896

### ●恩田調整店

新潟市江南区曾野木2-17-5  
TEL:090(8058)1893  
FAX:050(3588)0544



2019年4月1日現在

このリーフレットは新潟市障がい者地域自立支援協議会 地域移行・定着部が作成しました。



実家はなくなりました。

退院しても  
住む所がありません。



集団生活なんて  
無理。

ひとりの生活を  
謳歌したいです。



入院して5年。

もう病院生活から  
卒業したいんです。



いまだら  
退院なんて…

でも…やっぱり  
退院したいなあ。



退院させてあげ  
たいけど…

家族としては不安。

## サポートがあれば

## 退院できそうな患者さんはいませんか。

～退院後の生活を公的福祉サービスがサポートします。～

兄貴には退院して  
欲しいけど…

俺だけで面倒はみ  
れねえなあ。



以前は親がお金をく  
れたけど…  
お金の管理なんてし  
たこともないし…や  
れる自信もない…。



今の安定を壊すって  
正直こわいです。

でも…



わしも歳をとって、  
一緒に住むことも  
面倒をみることも  
できねえなあ。

## 地域移行支援・地域定着支援

(支援者向け)

退院後の生活  
について一緒  
に考えます。



ご家族の心配事  
もお話ししてく  
ださい。



退院についての  
不安もお話しし  
てください。



病院とともにあな  
たの地域での生  
活を応援します。



通う事業所やグ  
ループホームな  
どのお手  
伝いをします。



住む所を探す  
お手伝いをし  
ます。

地域にもお手  
伝いをしてく  
れる人はいま  
す。



退院後、お家に  
うかがうことも  
できます。



不安な手続き  
は一緒にやりま  
しょう。



# サポートがあれば退院できそうな患者さんはいませんか？

地域移行・地域定着支援 支援者向けリーフレット

## どんな方が対象となるの？

対象者：精神科病院に入院している精神障がい者等  
 →ご本人の退院意欲が低くても、ご家族の不安があっても、  
 主治医の先生の許可があれば利用可能です。



## 実際にはどんなことをしてくれるの？

<p><b>外出同行（見学）・体験</b>                  ご本人と地域の相談支援専門員が一緒に、退院したい地域に外出したり、作業所や住まい探し、見学をしたり、体験のお手伝いをします。</p>	<p><b>支援計画の作成</b>                  地域の相談支援専門員が、ご本人の希望に寄り添いながら退院に向けての準備や支援を考えます。</p>	<p><b>ケア会議</b>                  支援計画の内容を確認したり、計画を実行した後どうだったかを話し合います。                  （ご本人、ご家族、病院職員、相談支援専門員、行政など）</p>
---	---	---

具体的には 訪問相談／同行支援等による支援を少なくとも月2回以上行ないます。

## どこの相談員が担当してくれるの？

地域移行支援事業を担当するのは、指定一般事業所と呼ばれる事業所です。  
 指定特定相談支援事業（計画相談）も併せて実施している事業所です（裏面参照）。



## まずどこへ連絡したらよい？

地域移行支援の対象となる方かどうか、事業についてももう少し詳しく聞きたい場合は、ご本人の居住区を担当する障がい者基幹相談支援センターへご連絡ください（裏面参照）。

すでに指定一般相談支援事業所と関わりがある場合は、直接ご相談いただいても構いません。

おまけ

**地域移行支援と地域定着支援ってどう違うの？**

<p>地域移行支援は退院、退所するまでの支援を行います。</p>	<p>地域移行定着支援は退院後に地域生活を継続していくための支援です。必ずしも地域移行支援を利用しなかった方も対象となります。</p>
----------------------------------	---

基幹センター田中さんとの話の結果…  
 蟹蔵さんは【地域移行支援】のサービスが利用できるとのこと。地域の【地域移行支援】をしている事業所と計画相談をしている事業所の方が病院に来てくれることになりました。

蟹蔵さんの退院の件で、近々、基幹相談支援センター田中さんが病院にこられるそうです。病棟でも何かすることができてるのかしら…

蟹蔵さんの了承を得て、ワーカーの小笠原さんに話をしました。

市川蟹蔵さん  
 小笠原さん  
 市川蟹蔵さん  
 看護師・私

掲示板に貼ってあるポスターを見ていた市川蟹蔵さんが「退院したいかも…」と病棟の看護師である私に相談されました。ポスターの相談先の基幹相談支援センターに電話をしたとのことでした。

市川蟹蔵さん

退院が具体化してきました。再度、蟹蔵さん、地域の支援者、病院のスタッフで会議を開催しました。今回の会議では退院後実際に利用するところの支援者も参加し、具体的な話し合いとなりました。蟹蔵さん自信ができてきたようです。

蟹蔵さんは【地域移行】の北さんと外出を繰り返しています。病棟でも退院にむけて具体的に動きだしました。薬の自己管理の練習、単身生活を想定した練習を行います。

Fight!  
 Fight!

蟹蔵さんの退院にむけて本人を交えて地域の支援者と病院のスタッフとで会議を行いました。今後は実際に【地域移行】を行う地域の支援者が病院にきて蟹蔵さんと退院後の住居やサービスの見学等を行うとのこと。病院側の動きと地域の動きが上手く連携するようにがんばらねば！と思う今日この頃です。

市川蟹蔵さん  
 地域移行・北

この蟹蔵さんの話ですが、他の入院患者さんの退院を目指す気持ちの後押しをしてあげればいいな…と思っています。

市川蟹蔵さん

蟹蔵さんは退院後、ヘルパーさんの家事支援などを受けながらアパートで一人暮らしをエンジョイしているそうです。たまに病棟にも顔を出して来ています。入院中に仲良くなった人たちや私たち看護師に今の生活のことを楽しそうに報告してくれます。



実家はなくなりました。  
退院しても  
住む所がありません。



集団生活なんて  
無理。  
ひとりの生活を  
謳歌したいです。



入院して5年。  
もう病院生活から  
卒業したいんです。



いままら  
退院なんて…  
でも…やっぱり  
退院したいなあ。



退院させてあげ  
たいけど…  
家族としては不安。

## 退院したらどんなふうに 生活したいですか。

～退院の相談、退院後の生活を公的福祉サービスがサポートします。～

兄貴には退院して  
欲しいけど…  
俺だけで面倒はみ  
れねえなあ。



以前は親がお金をく  
れたけど…  
お金の管理なんてし  
たこともないし…や  
れる自信もない…



今の安定を壊すって  
正直こわいです。  
でも…



わしも親をどっか  
一緒に住むことも  
面倒をみることも  
できねえなあ。

## 地域移行支援・地域定着支援

(用者さま、ご家族むけ)

退院後の生活  
について一緒に  
考えます。



ご家族の心配事  
もお話ししてく  
ださい。



退院についての  
不安もお話しし  
てください。



お友だちとあ  
なたの地域での生  
活を応援します。



住む所を探す  
お手伝いをし  
ます。

地域にもお手  
伝いをしてく  
れる人はいま  
す。



退院後の生活  
について一緒に  
考えます。



不安な手続き  
は一緒にやりま  
しょう。



### 【地域定着支援】とは…

一人暮らし等で生活する障がいのある方に対して、常に連絡がとれる体制を確保して、緊急事態に対する相談や緊急時の訪問等の支援を行うものです。退院(退所)後の地域での生活が不安な方に「見守り」として支援を行い地域での生活の継続をめざします。

ご家族の皆様へ

「地域移行支援」、「地域定着支援」はご家族の退院についての心配ごと等の相談も受けております。これらの制度を利用されない方のご家族のご相談も受けております。退院等について不安や心配ごとなどありましたら、お気軽に下記にご連絡ください。



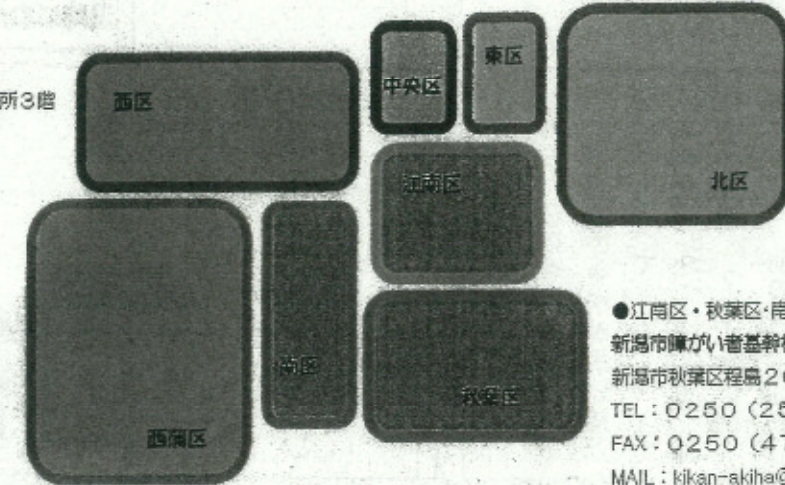
お問合せ、ご相談は…

### 新潟市障がい者基幹相談支援センター(東、中央、秋葉、西)

●中央区にお住まいの方  
新潟市障がい者基幹相談支援センター中央  
新潟市中央区八千代1-3-1 新潟市総合福祉会館1階  
TEL: 025 (248) 7171  
FAX: 025 (385) 7931  
MAIL: kikan-chuo@estate.ocn.ne.jp

●北区・東区にお住まいの方  
新潟市障がい者基幹相談支援センター東  
新潟市東区下木戸1-4-1 東区役所1階  
TEL: 025 (250) 2315  
FAX: 025 (250) 7706  
MAIL: kikan-higashi@estate.ocn.ne.jp

●西区・西蒲区にお住まいの方  
新潟市障がい者基幹相談支援センター西  
新潟市西区寺尾東3-14-41 西区役所3階  
TEL: 025 (264) 7468  
FAX: 025 (378) 3324  
MAIL: kikan-nishi@estate.ocn.ne.jp



●江南区・秋葉区・南区にお住まいの方  
新潟市障がい者基幹相談支援センター秋葉  
新潟市秋葉区程島2009 秋葉区役所2階  
TEL: 0250 (25) 5661  
FAX: 0250 (47) 7106  
MAIL: kikan-akiha@estate.ocn.ne.jp



相談時間

新潟市障がい者基幹相談支援センター東・西・秋葉  
月～金曜日 8:30～17:30

新潟市障がい者基幹相談支援センター中央  
火～土曜日 8:30～17:15

(※基幹相談支援センター中央のみ相談時間が異なります)

### 新潟市こころの健康センター

新潟市中央区川岸町1-57-1  
TEL: 025 (232) 5580

その他、

入院先の病院のスタッフ、お住まいの区の区役所にご相談ください。

## 市川賢蔵さんの場合

私の名前は、市川賢蔵。現在、47歳。この病院に入院して5年。入院生活も板について快適って思うことも...でも、退院したいとは思いますが持ちも少しはあります...でも...そんなとき病棟でのポスターを見たんです。



一念発起して、看護師さんに話しをして、ポスターの連絡先に電話をしてみることにしました。



はい、基幹相談支援センターの田中でございます。



あの...ポスターをみて、退院をしたくて電話をしました。



わかりました。

ここから市川さんの退院における話が本格的にはじまります。

後日、基幹相談支援センターの田中さんが病院にきて、私と病院のワーカーの小笠原さんと話しをすることがになりました。



病気のことで、入院生活のこと、父は亡くなって、母は施設に入っていること。退院したらどんな生活をしたいか...いろいろな話しをしました。初対面なのに結構細かいことまで話したのかな...と思います。

小笠原さんと田中さんとは顔なじみのようでリラックスした中で話しができました。



ということをお聞きしました。

## 【地域移行支援】とは...

長い間、入所施設や精神科病院に入院されている方に対して、その方の希望にそった退院（退所）後の生活のための準備やお手伝いをする事業です。入院（入所）中から住むところや日中の生活について相談し、住むところ探しや福祉サービスなどの見学を一緒に行ったり、体験利用などの調整を行います。

この【地域移行支援】ってやつをみるとまた違う相談員が来るらしい。病院の人や田中さんに加えているんな人が退院のためにチームを組んでくれるんだって。



“チーム ICHIKAWA”ってかんじかな...  
田中さんの話しにのってみるか...

## 【地域移行支援】の実際

【地域移行支援】を利用するにしました。利用するには計画相談というのが必要だそうです。

そこで...計画相談をしてくれる相談支援専門員の南さんと地域移行を実際してくれるという北さんと会うことになりました。チーム ICHIKAWA の新メンバーです。



田中さんや南さんたちの話しを聞くと、【地域移行支援】を利用するには区役所で手続きが必要だそうです。さらに区役所の西田さんがチームに加わります。



後日、南さんや小笠原さんたちと話しをしました。しばらくすると南さんが「サービス等利用計画」をつくってくれました。

## サービス担当者会議

南さん、北さん、西田さん、田中さん、小笠原さんをはじめとする病院スタッフ...「チーム ICHIKAWA」が集結して行われました。

南さんが作った「サービス等利用計画」をもとに話し合いが行われます。内容は【退院後の私のしたい生活】を実現するのにどんな準備が必要なのか...誰がどんな手伝いをしてくれるのか...などです。



知っている顔ばかりですが、やはり緊張しました。

終わって「ほっ」としました。こんなに多く人が私の退院に関わってくれ心強く思います。

その後、「サービス等利用計画」とは別に「地域移行支援計画」を北さんが作ってくれました。

## 退院にむかって実際に動き出します。

退院にむけて準備が本格化しました。北さんと退院後に通うところ（作業をするところや憩いの場）やアパートの見学に行きました。病院の中でも薬の管理や家事の練習を重ねていきました。

実際に動いてみると思っていたものと違うことがでてきました。そんなときは北さんといろいろと話しをして変更していききました。



## モニタリング会議

いろいろな見学や体験利用をして退院後の生活が思い描けるようになってきました。チーム ICHIKAWA が再集結。退院後の生活について話し合いをしました。前の会議より具体的な話しになっていて、「退院するんだなあ」と実感がわいてきました。



## 退院後の生活がはじまります。

アパートでの一人暮らしがはじまりました。家事は得意ではないのでヘルパーさんをお願いすることになりました。

日中は「おちろっ」というところで過ごすことにしました。南さんがヘルパーさんを使うために改めて「サービス等利用計画」をつくってくれました。南さん曰く「チーム ICHIKAWA は解散しない」とのことです。それぞれが、ヘルパーさん、おちろっとの職員さん、チーム ICHIKAWA に参加してくれるなどの「おちろっ」が強いです。

【地域移行支援】を利用するには条件があります。条件に合わなくとも「退院の相談をすること」は可能ですので病院のスタッフや裏面の問い合わせ先にご相談ください。