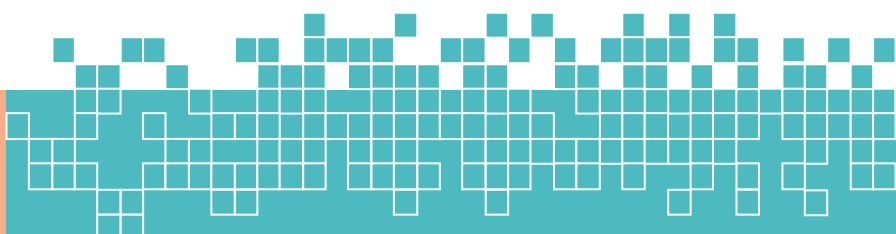


令和元年度厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）
障害者の地域移行及び地域生活支援のサービス実態把握に関する調査

障害者の 地域移行・地域生活支援に関する サービス活用のためのガイドブック

令和2（2020）年3月
聖学院大学 田村 綾子



障害者の障害者の地域移行・地域生活支援に関する
サービス活用のためのガイドブック

I	ガイドブック作成の背景.....	1
II	障害者のケアマネジメントの仕組み	4
III	地域移行支援.....	8
	1. 「地域移行支援」をもっと使いましょう.....	8
	2. 「地域移行支援」を提供するための準備をしましょう	9
	3. 「地域移行支援」を活用してみましょう	11
	4. 「地域移行支援」を利用するメリットを知っておきましょう	17
	5. 「地域移行支援」の終結を考えましょう.....	21
IV	自立生活援助.....	23
	1. 「自立生活援助」に詳しくなりましょう	23
	2. 「自立生活援助」を使ってみましょう	26
	3. 「自立生活援助」の事業所をもっと増やしましょう.....	29
	4. 「自立生活援助」のさまざまな使い方を紹介します	30
V	地域定着支援.....	41
	1. 『自分らしく暮らす』を支援するってどんなこと？	41
	2. 「地域定着支援」では何が提供できますか？	43
	3. 「地域定着支援」の概要を理解しましょう.....	45
	4. 「地域定着支援」の多様な活用例を紹介します	47
	5. より良い事業運営のための実践紹介.....	50
VI	おわりに	55

Ⅰ ガイドブック作成の背景

■ わたしたちの立場

わたしたちは、ソーシャルワーカー（相談支援専門員・精神保健福祉士・社会福祉士）として障害のある人びとから「退院したいなあ」「ひとり暮らしがしてみたいなあ」といった声を聴き続けています。「様子を見て考えましょう」「〇〇の意見を聞いてみましょう」などと返事をしているうちに年月が過ぎ、亡くなってしまった人もいます。「歳をとってしまったからもういいよ」と、あきらめてしまう人もいます。

そんなとき、もっと早く取り組むべきだったと悔いても、失われた時間は取り戻せません。

一方で、長い入院を経て退院した人や、グループホームからひとり暮らしに移行した人の自宅に訪問すると、見違えるようにいきいきとして「自分の城」で出迎えていただく体験もしています。「やっぱり家がいいね」「自由があるよ」と話す声にもハリがあります。

考えてみれば、気に入ったものに囲まれて、人目を気にせず好きな時間をもつこと、困りごとを誰かに相談したり、誰かと支え合ったりしながら暮らすことは、私たちがごくふつうに行っていることです。障害があっても高齢でも独り身でも無職でも、それだけを理由にして、ふつうに暮らすことを妨げてはいけません。わたしたちは、こうした思いを共有しています。そして、十分ではないかもしれませんが日々奔走しています。

■ 障害のある人びとの地域生活支援にかかわって思うこと

障害者の地域生活を支えるメニューは、20世紀に比べてずいぶん増えました。十分とはいえないかもしれませんが、選択肢は広がり、適切に組み合わせて適量を利用するために、障害者総合支援法に基づくケアマネジメント（計画相談支援）が導入されています。完全実施から10年に満たないこの仕組みは、地域性や従事者の力量、そして活用する障害者一人ひとりの志向や希望によっても使い勝手が異なるといえます。

一方で、地域移行支援・地域定着支援に目を向けると、平成 30 年度に全国の一般相談支援事業所すべてを対象とした調査^{※1}では、どちらも「実施実績がない」事業所が回答数全体の半数以上を占めていました。依頼を断ったり、依頼されても実施できないと答えたりする主な理由は、実施体制を確保できない、実施のノウハウが不足している、必要性を認識していない、といったものでした。更に、地域定着支援については、市町村による給付決定がされない、という実態もみられ、支援の必要性や重要性が市町村の給付担当者に正確に説明できていない、または説明しても理解されない事態がうかがわれました。

新サービスである自立生活援助については、平成 31 年度に実施しているすべての相談支援事業所を対象として調査をしました^{※2}。自立生活援助に従事する職員の大多数は、特定相談支援や一般相談支援を兼務しており、従来は計画相談支援の一環や地域定着支援で行っていた支援を自立生活援助にスライドさせたものや、地域移行支援でかかわった方への移行後のフォローとして開始されたものが多くみられました。自立生活援助は、地域移行支援・地域定着支援や計画相談支援とセットで取り組みやすいサービスだということがわかります。ただ、事業所が 1 か所もない自治体も複数ありました。まだまだ実施事業所を拡充しなければなりません。

また、平成 31 年度には、精神科病院と障害者支援施設に対しても調査を行い、障害者の計画相談支援に基づく地域移行支援の活用に関する実態や課題を把握しました。病院や施設が地域の相談支援事業所と連携しているところは多くありませんでしたが、地域移行支援を活用して連続性のある支援を提供できていたり、支援を利用したりした上での課題も提起されました。課題を見つけることは、地域生活支援体制の強化に向けたステップにもなります。

※1 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究「障害者の地域移行及び地域生活支援のサービスの実態調査及び活用推進のためのガイドライン開発に資する研究」研究代表：田村綾子
<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201817015A>

※2 令和元年度厚生労働科学研究費補助金 疾病・障害対策研究分野 障害者政策総合研究「障害者の地域移行及び地域生活支援のサービスの実態調査及び活用推進のためのガイドライン開発に資する研究」研究代表：田村綾子

■ ガイドブック活用のお願い

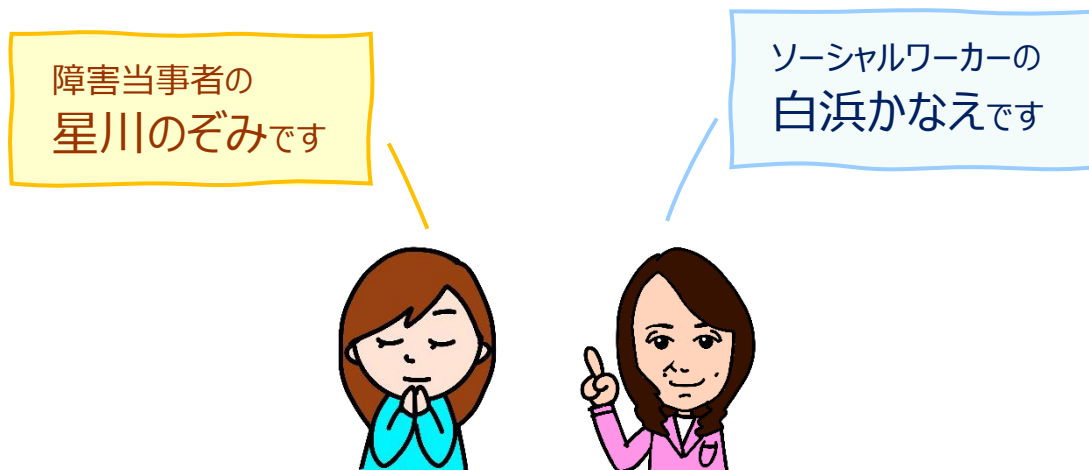
みなさんが働いている、または居住している地域ではいかがですか。障害のある人もない人も、誰もが安心して、助け合いながら生活する体制は整っていますか。これは理想的な共同体の姿ではあっても、現実を見ると、人が足りない、サービスが足りない、お金がない、といった「できない」理由はいくつも見つけられるかもしれません。

では、障害のある人たちには、自分らしい暮らしではなく、病院や施設で一生を終えることを強いて良いのでしょうか。

わたしたちの答えは「×」です。

平成 30～31 年度にかけて行った調査のなかでは、いくつもの楽しそうな実践に出会うことができました。人員、財源、社会資源や制度の限界を前にして「あきらめない工夫」がなされています。このガイドブックでは、そうした工夫や努力を集め、具体的なノウハウとしてまとめました。相談支援事業所をはじめ、精神科病院や障害者支援施設、自治体の担当窓口等で広くご活用いただけることを願っています。ぜひ、支援を必要としている当事者の方たちとともに聞いてみてください。

さて、ここからは、ナビゲーターとして障害当事者の星川のぞみさんとソーシャルワーカーの白浜かなえがご案内します。

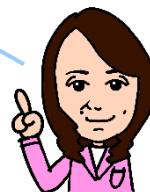


II 障害者のケアマネジメントの仕組み

障害のある人の自立生活を支援するために、障害者総合支援法では市町村を中心として相談支援事業を実施しています。

相談支援事業所は、これらの事業について市町村からの委託や指定を受けて支援を担います。

まず、この仕組みから見ていきましょう。



■ 市町村の一般的な相談支援(以下、委託相談支援)の役割

市町村または市町村から委託をされた特定相談支援事業者、一般相談支援事業者（以下、委託相談支援）が、障害者の福祉に関するさまざまな問題に対して相談や情報提供、障害福祉サービスの利用支援等、権利擁護のための援助などを行います。

また、こうした相談支援事業を効果的に実施するために、障害者総合支援法に規定している協議会（以下、協議会）を設置し、中立・公平な実施や地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善を推進しています。

委託相談支援は、特に障害福祉サービス等を利用していない障害者の相談支援に力点をおいて支援を行うこととなります。委託相談支援が実施する一般的な相談支援には、障害者が障害福祉サービス等を利用する前に何度も自宅等に出向いて関係性をつくり、いくつかの事業所の見学に同行して本人に選んでもらう支援や、体験利用をしながら特定相談支援事業者を紹介するなどの大切な役割があります。



サービス等利用計画を作成してもらってなくても、相談にのってもらえるんですね。
まだ障害福祉サービスなどを利用したことはないけれど、相談してみたいことがあります。

■ 委託相談支援と、 地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援の関係は？

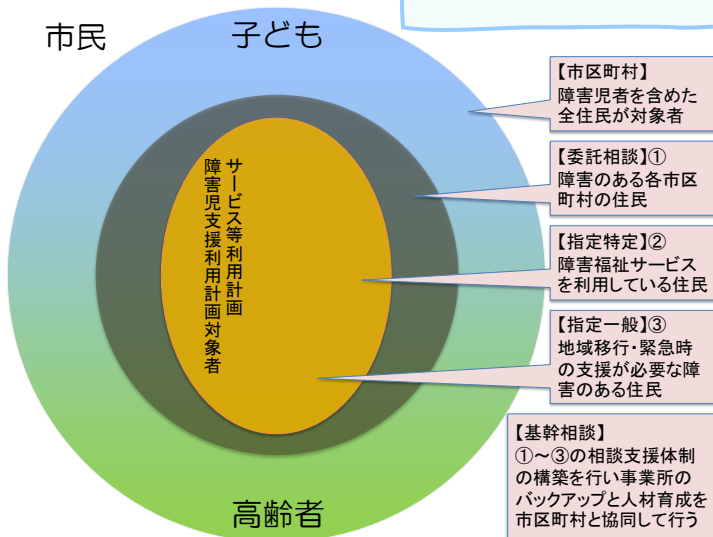
一方、地域移行支援・自立生活援助・地域定着支援は、計画相談支援で作成するサービス等利用計画に従って市町村の給付決定のもと、ケアマネジメントの手法を用いて提供されます。

ところが、本来は地域移行支援を活用すべきことを「地域移行支援は委託相談でやっています」とか、自立生活援助で支援すべきことを「月に何度も相談が必要な対象者は困難事例として委託相談にお願いしたい」とか地域定着支援で支援すべきことを「緊急時の対応は委託相談が行うのでは？」というような誤解がなされることがあります。

個別給付の対象者に委託相談が支援を行い続けることは、委託相談支援で本来かわるべきである障害福祉サービス等の未利用者への支援に支障を生じさせます。



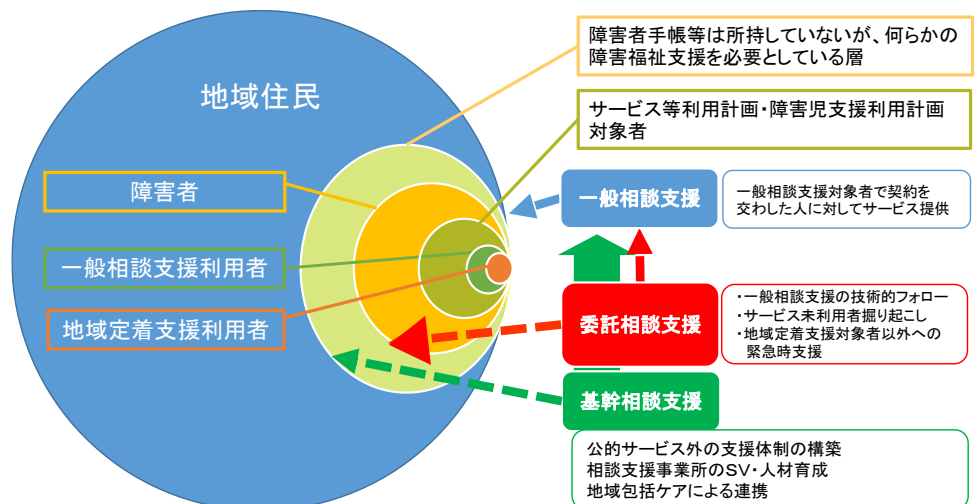
図1：相談支援体制の対象者



障害者に対する相談支援体制を充実させていくためには、どの機関が相談支援を行うのか、支援対象と役割分担を整理して（図1参照）、重層的な相談支援体制を構築すること（図2参照）が重要です。協議会等を活用して整理するとよいでしょう

図2：一般相談支援とその他の障害者相談支援の違い

いくつもの相談支援が重なって、手厚く支援してくれる体制がつくられているのですね。



■ 基幹相談支援センターによる相談支援体制の基盤整備

図2を見るとわかるように、基幹相談支援センターは、地域の相談支援の拠点として、相談支援体制の強化に取り組む役割を持っています。協議会を活用して、重層的な相談支援体制をつくること、特定相談支援事業所や一般相談支援事業所等の後方支援、技術支援をすることも期待されています。

みなさんが新たに地域移行支援、自立生活援助、地域定着支援に取り組もうとするときは、ぜひ、基幹相談支援センターに相談することをおすすめします。



コラム COLUMN

基幹相談支援センター、相談支援(地域生活支援事業)の連携について

C市の基幹相談支援センターは、所管エリアの精神科病院の入院患者の意向に関するアンケート調査や、研修会を通じた地域移行支援の理解促進、ネットワークづくり等を行ってきました。

一方、C市から相談支援(地域生活支援事業)の委託を受けているD相談支援事業所は、C市民が入院している精神科病院を定期的に訪問しています。相談支援(地域生活支援事業)では、精神科病院を訪問し、入院患者へ情報提供や意欲喚起等の働きかけをすることが努力義務となっており、D相談支援事業所のソーシャルワーカーは、C市民が長期入院している精神科病院に対して、この努力義務について説明し、理解を得て、C市に住民票のある入院患者で同意を得られる人全員に会って、退院に関する意向を尋ねようと考えているのです。基幹相談支援センターからの働きかけが先行していたことで、各精神科病院の理解を得やすく、またアンケート調査結果から、重点的に働きかけるべき病院も明確になっていたことが、D相談支援事業所の動きを後押ししてくれました。

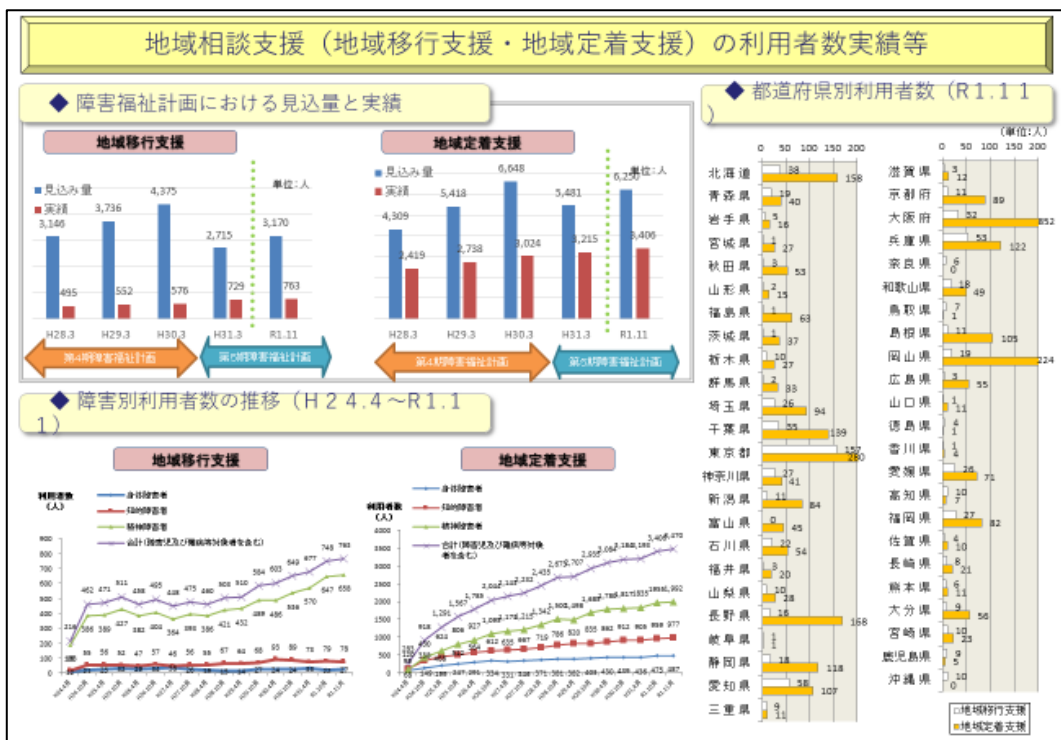
基幹相談支援センターには地域移行・地域定着の促進の取組が役割として位置づけられています。地域移行支援のより一層の促進には、地域移行支援を行う一般相談支援事業所だけでなく、基幹相談支援センターや委託相談支援事業所が機能を発揮することが重要です。

III 地域移行支援

1. 「地域移行支援」をもっと使いましょう

平成 24 年度に新たに創設された「地域移行支援」は、精神科医療機関や入所施設等、行政機関、一般相談支援事業所といった多機関が本人中心の支援チームを形成して支援を提供するためのサービスです。診断名や入院・入所期間によらず、必要と認められれば利用できるもので、多くの入院・入所中の人々が利用できる可能性を持っています。

現状は、地域移行支援の利用者は精神障害者が多い傾向で、いわゆる「社会的入院」といわれる人びとにとって非常に有効な支援方法です。例えば、病状は安定しているにもかかわらず、住む場所がない、家族が不在または高齢・障害等により支援できない、地域の支援者とのつながりがない、退院後の生活支援の調整がうまくいかないといった理由により入院が長期化している人たち、また支援がなければ入院が長期化することが予測される人たちです。なお、知的障害や身体障害の人びとの利用も毎年あり、今後の利用拡大が期待されています。



資料：厚生労働省

ちなみに、平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究」では、精神科病院における 1 年半以上の長期入院患者（認知症を除く）の退院の可能性、退院困難理由の調査を実施しており、長期入院者全体の 42% に退院の可能性があると判断されていることが示されています。

- ① 調査日時点における退院可能性に対し、14% の人が退院可能とされている
- ② 退院困難とされた 85% のうち 33% は「居住・支援がない」ことが理由で、これは全体の 28.1% にあたる

こうした人びとの退院を実現するために、地域移行支援の活用が求められたのです。
現在のあなたの地域ではいかがでしょうか。
もし、まだ十分に地域移行支援が活用されていないと感じるなら、ぜひ以下の準備に着手してはいかがでしょうか。



2. 「地域移行支援」を提供するための準備をしましょう

■ 精神科医療機関・障害者支援施設等ではたらく方へ

地域移行支援を活用するにあたり、まず職員が地域移行支援の概要を把握することや、入院・入所者への説明方法の検討や実施など、地域移行支援を利用するための準備が必要です。地域の事業者に来てもらったり、自治体で開催される研修会等に参加したりして積極的に知識を増やしましょう。

なお、支援者側からみて退院・退所できると考えられても、これまでの経過により、本人が退院や退所に対する意欲を低下させていたり、周囲の反対等によって地域移行支援の利用に前向きでなかったりする場合は、「動機づけ支援」といわれるアプローチが有効です。ぜひ、適切な情報提供を行いながら、入院・入所している一人ひとりの発言にしっかりと耳を傾け、何度でも根気よく意向を確認してください。また、そうして得られた本人に関するアセスメントを支援関係者間で共有するといったアプローチが求められます。

実践例 PRACTICE

院内での地域移行支援の活用促進をめざして ピアサポート活動を導入

A病院では、日常的な働きかけとして入院患者の退院支援を行ってきました。ここ数年は地域移行支援も利用してきた結果、積極的に地域移行支援を活用しようとする長期入院者に対する、いわゆる「動機づけ支援」が新たな課題として出てきました。

これまでも作業療法や心理療法を導入してきましたが、更なる工夫として、地域の保健所や地域活動支援センターに相談し、そこで行われているピアサポート活動のピアサポーターを院内のプログラムに招き、体験談や茶話会を実施するようにしたところ、最近では入院患者が、ピアサポーターに直接相談することも珍しくなくなりました。そこからプログラムや個別相談を経て、地域移行支援の申請に結びつく事例も徐々に増えてきています。



ピアサポーターさん達の体験談を聞いて
いるうちに、わたしにもできるかなって思
うようになりました。

■ 自治体の事業担当窓口の方へ

病院・入所施設から地域移行支援の申請希望の連絡を受けた場合、本人の意向及び状況、入院・入所機関としての見立て等を聴き取り、できるだけ速やかに病院を訪問して認定調査を実施しましょう。



本人は勇気を出して支援の申請をして
います。大事に受け止めてください。

なお、自治体は、本人の地域移行支援に適した事業所を探す役割も担うため、一般相談支援事業所の特徴や状況等を日頃から把握しておく必要があります。情報を更新しながら、担当者が異動してもわかるようなリストがあると良いでしょう。その他、協議会等の協議の場において、地域移行支援の提供や退院・退所後の生活支援をするための基盤を整備することも重要です。

■ 一般相談支援事業所・特定相談支援事業所ではたらく方へ

日頃から、事業所が活動する圏域や市町村において、地域移行支援のニーズがどの程度あるのかを把握したり、初対面の入院・入所者に対してどのように説明すれば「地域移行支援」というサービスの内容が伝わりやすいかを検討しておく、依頼があっても慌てず戸惑うことなく対応できます。

そして、病院・施設の支援者や自治体職員から地域移行支援の実施を求められたときは、利用希望者の住所地や入院歴と、退院・退所後の支援体制構築のためにあなたの所属する相談支援事業所が選ばれた理由、すなわち依頼の意図をよく考えるようにしましょう。

地域移行支援の提供を求めている人は、あなたの所属する相談支援事業所が退院・退所支援に「携わる必要性のある障害者」なのだとして理解しましょう。
この人に適した支援を提供してくれる事業所だという評価が依頼につながっているのです。
その評価に応える自信がない場合は更なる研鑽が求められます。



3. 「地域移行支援」を活用してみましょう

ここからは、Q & A方式で、「地域移行支援」の概要と活用手順をみていきます。

Q1 「地域移行支援」の対象は誰ですか？

地域移行支援の対象は、「障害者支援施設等に入所している障害者、精神科病院に入院している精神障害者、その他の地域生活に移行するために重点的支援を必要とする者」で入院・入所期間や形態にかかわらず支援の対象となります^{※3}。

主な対象は、以下のとおりです。

※3 「介護給付費等の支給決定等について(平成19年3月23日、障発第0323002号 障害保健福祉部長通知)」の一部を削除

- ・障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設、療養介護を行う病院に入所している障害者
- ・精神科病院（精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む）に入院している精神障害者
- ・救護施設又は更生施設に入所している障害者
- ・刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されている障害者
- ・更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者





Q2

「地域移行支援」ではどのような支援をしますか？

病院・施設から地域への移行をめざす人の住まいの確保や、地域生活に移行するための活動に関する相談、その他必要な支援を行います。実際の準備内容は利用者によって異なりますので、住みたいところ、生活費の見通し、日中の過ごし方、困ったときの相談先などについて、個別の状況を確認しながら本人の希望の実現へ向けて支援します。そのためには、本人との関係を築き、また、病院・施設の支援チームと協働してアセスメントを重ねますが、この際、本人が居住を希望する地域の状況や活用できる社会資源についても把握します。

なお、省令により「地域移行支援事業者は、利用者に対して前項の支援を提供するにあたっては、概ね週に1回以上、利用者との対面により行わなければならない」とされています^{※4}。

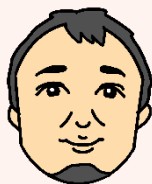
主な支援は、以下のとおりです。

- ・地域移行支援計画の作成 
- ・住居の確保 
- ・地域における生活に移行するための活動に関する相談 
- ・障害福祉サービスの体験的な利用支援、体験的な宿泊支援 
- ・その他の必要な支援など

※4 基準省令（地域における生活に移行するための活動に関する支援）第21条の2

実践例
PRACTICE

相談支援専門員が病棟へ出向き、
入院患者に積極的にはたらきかける



KANA

Aさん（50代・男性）は、統合失調症により20代から精神科病院に入院し、およそ30年経過していました。病状は安定しているものの、主治医や看護師から退院を促しても「まだいいよ」という答えが返されるばかりだったので、病院としては退院に積極的ではありませんでした。

B相談支援専門員は、他の利用者の地域移行支援を目的に定期的な病棟訪問をしていました。その過程でAさんとの出会いがありました。病院の精神保健福祉士から、入院の必要性があまりないAさんが退院に前向きになってくれないと悩んでいる話を聞いたことがきっかけでした。

そこで、B相談支援専門員は精神保健福祉士とともに、Aさんのいる病棟で地域移行支援の説明をする機会を設けました。そして、説明会の後で他の利用者の支援の際に、Aさんにも「あの時のお話、覚えていますか？」と声をかけるようにしました。精神保健福祉士や病棟の看護師からも「あの相談支援専門員さんはAさんの地元から来ているのよ」と声をかけてもらうようにしました。

しばらくしたある日、B相談支援専門員が病棟を訪ねると、Aさんから「俺の地元はどうなっただろうか？しばらく帰っていないんだよ」と声がかかりました。そこで、B相談支援専門員は「よろしければ一緒に地元まで足を運んでみませんか」と返しました。

その後、Aさんは地域移行支援を利用し、1年ほどかけて退院し、地元へ戻ることを実現させました。この病棟では、他の患者さんからも、Aさんのような支援を自分も利用することはできないのかという相談が多く出るようになりました。

相談支援事業所の相談支援専門員を定期的に病棟に迎え、「外の風」を入れながら長期入院者への動機づけ支援を行っているほか、病院職員と地域援助事業者が連携するための基盤づくりがなされていることで、相乗効果がもたらされています。



Q3

「地域移行支援」の利用は

どのような手順で進めればいいですか？

地域移行支援の利用には、まず市町村への利用申請が必要です。

その後の主な流れは、以下のとおりです。

- ①市町村担当者より概況調査やサービス利用意向の聴取が行われ、並行して計画相談支援による本人の地域生活への移行のための希望を反映したサービス等利用計画案が作成されます。
- ②サービス等利用計画案等が勘案され、地域移行支援が支給決定されたのち、計画相談支援により、本人、病院や施設等、地域移行支援従事者（計画相談支援担当の相談支援専門員と同じ場合もある）とのサービス担当者会議が行われます。
- ③サービス担当者会議の内容を踏まえ、計画相談支援により「案」を外したサービス等利用計画^{※1}が作成され、これを踏まえて地域移行支援従事者により、誰がどのようなサービスを提供するか等を具体的にした地域移行支援計画^{※2}が作成され、利用者の同意のもとに支援が開始されます。

※1 「サービス等利用計画」

地域移行支援や精神科医療機関や入所施設等、家族や地域の関係者等を含む本人を取り巻く支援全体をマネジメントする計画のこと。

※2 「地域移行支援計画」

地域移行支援従事者がどのようにサービスを展開するか等を明示した実働のための計画のこと。サービス等利用計画と双方向的な関係にあることが重要。

Q4

「地域移行支援」の利用料はいくらですか？

障害者総合支援法で規定する所得区分の低所得1及び2、生活保護世帯の場合は、自己負担が免除されます。一方、相談支援事業者は、訪問相談や同行支援、関係機関等との調整等を一体的に行うため、包括的なサービスとして、以下のとおり毎月の報酬を国保連に請求します。

1 地域移行支援サービス費-----

・地域移行支援サービス費（Ⅰ）

地域移行支援の実績等を評価する観点から、事業者が以下の要件を全て満たす場合に平成30年4月より算定できるようになりました。

- ①従業者のうち1人以上が、社会福祉士又は精神保健福祉士であること。又は従事者である相談支援専門員のうち1人以上が、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者であること。
- ②当該事業所において、前年度に障害者支援施設または精神科病院等（地域移行支援の対象施設）を退院、退所等し、地域生活に移行した者が1人以上であること。
- ③地域移行支援の対象施設と緊密な連携を図り、地域相談支援給付決定障害者の退院、退所等に向けた会議への参加や地域移行に向けた障害福祉サービスの説明、事業所の紹介、地域移行など同様の経験のある障害当事者（ピアサポーター等）による意欲喚起のための活動等を、いずれかの対象施設に対し、概ね月1回以上行っていること。

・地域移行支援サービス費（Ⅱ） ※上記以外の場合

2 その他の加算等-----

初回加算：地域移行支援の利用を開始した月に限り、算定することができます。

集中支援加算：利用者との対面による支援を1か月に6日以上行った場合に算定することができます。

退院・退所月加算：退院や退所などをする日が属する月に算定することができます。

障害福祉サービスの体験利用加算：障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援）の体験的な利用支援を行った場合に算定することができます。

体験宿泊加算：ひとり暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合に算定することができます。

地域移行支援

○対象者

- 以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者
 - 障害者支援施設、療養介護を行う病院、救護施設・更生施設、矯正施設又は更生保護施設に入所している障害者等
 - ※ 児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障害者支援施設に入所する15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- 精神科病院(精神科病院以外で精神病室が設けられている病院を含む)に入院している精神障害者

○サービス内容

- 住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談
- 地域移行にあたっての障害福祉サービスの体験的な利用支援
- 地域移行にあたっての体験的な宿泊支援

○主な人員配置

- 従業者
 - ・1人以上は相談支援専門員であること。
- 管理者

○報酬単価(平成30年4月～)

■基本報酬

地域移行支援サービス費(Ⅰ)	3,059単位/月
地域移行支援サービス費(Ⅱ)	2,347単位/月

(Ⅰ)の算定要件

- ①社会福祉士又は精神保健福祉士、精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員を1人以上配置していること。
- ②前年度に地域移行した利用者が1人以上であること。
- ③障害者支援施設又は精神科病院等と緊密な連携が確保されていること。

■主な加算

初回加算	集中支援加算	退院・退所月加算	障害福祉サービスの体験利用加算	宿泊体験加算
地域移行支援の利用を開始した月に加算 500単位	月6日以上面接・同行による支援を行った場合 500単位	退院・退所する月に加算 2,700単位	障害福祉サービスの体験的な利用支援を行った場合 開始日～5日目 500単位 6日目～15日目 250単位	一人暮らしに向けた体験的な宿泊支援を行った場合 300単位 夜間の見守り等の支援を行った場合 700単位

○事業所数 398(国保連令和元年11月実績)

○利用者数 763(国保連令和元年11月実績)

資料：厚生労働省

コラム COLUMN

地域移行支援サービス費(Ⅰ)について

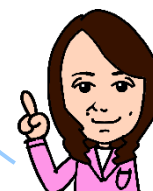


MOCH

A相談支援事業所は、地域移行支援サービスの創設当初より、精神科病院から「どこの相談支援事業所が、地域移行支援を実施しているのかわからない」という声に応じて、エリア内の精神科病院に向いて地域移行支援事業の説明を行ってきました。その結果、「地域移行支援を依頼できる相談支援事業所」として明確に認識されるようになっていきました。実際に地域移行支援を利用した患者さんの退院後も、自立生活援助や地域定着支援により継続して支援することも増え、こうした実績をとおして医療機関との連携も強化されました。

A相談支援事業所のような取り組みは、平成30年度より「地域移行支援サービス費(Ⅰ)」の算定要件の一つ(15頁1-③)となりました。この報酬単位は、地域移行支援サービス費(Ⅱ)に比べ高額です。地域移行支援サービス費(Ⅰ)の算定要件を満たすための活動は、円滑に地域移行支援を提供するための「仕掛け」であることに加え、相談支援事業所の活性化や増収にもつながり、更なる地域移行の推進にとっても有効です。

有効な取り組みには、評価があとからついてくることもあります。積極的に工夫し、効果とともに普及させるアクションも重要ですね。



4. 「地域移行支援」を利用するメリットを知っておきましょう

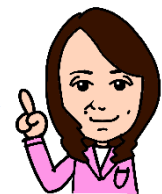
■ 多機関の多職種がチーム一丸となって支援する

精神科病院や入所施設の各専門職、自治体担当者、特定・一般相談支援事業所の相談支援専門員など、医療や福祉、介護等の多様な専門職や関係者が本人中心の支援チームを形成し、一丸となって支援します。その際、支援チームが機関や職種の垣根を越え、各立場で行うアセスメント情報を丁寧に重ね合わせ、本人の安心できる生活へ向けた手立てを一緒に考えていきます。また、必要に応じてピアサポーターをはじめ、本人にとって助けになるような人や機関をチームに巻き込んでいけることも魅力です。



本人にとっては、自分のことをよく知っている病院・施設の職員と、地域生活の支援に詳しい関係者がタッグを組んで、自分の希望の実現のために動いてくれるのは心強いですね！

支援者側も、自分の専門性だけでは十分ではないところを他職種や他機関の関係者が補い合える点は心強いですよ。



実践例 PRACTICE

ピアサポーターの活躍で地域生活への移行を促す

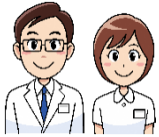
統合失調症による長期入院者のAさん（40代・女性）は、20代の頃までは退院希望をたびたび口にしていましたが、いつしか退院のことを話さなくなっていました。精神保健福祉士が退院希望を尋ねても「今はちょっと…」と、こうした話をされること自体にも煩わしさを感じているように見えました。

精神保健福祉士からこの話を聞いた同市内の相談支援専門員が、Aさんに会いに来てくれることになりました。しかし、Aさんは下を向いたままで、簡単な質問に短く答えるのみでした。相談支援専門員が同僚のBピアサポーター（50代・女性）にこの話をすると、「今度一緒に行ってみましょうか」と提案があり、後日Aさんの了解を得て、ふたりで会いに行きました。

BピアサポーターはAさんに会うと、質問することなく「実は私も…」と自身の病気や入院の体験、普段の趣味のことなどを話しながらAさんとの会話を楽しみ、Aさんが安心して話せるような関係を徐々に築いていきました。

こうしてAさんも少しずつ自分の話をしてくれるようになり、ある時は「久しぶりにラーメンを食べに行きたい」と、以前住んでいた町への外出を希望することもありました。Aさんは、Bピアサポーターとの会話を通して以前の暮らしを思い出し、病院の外の生活への興味を取り戻していったようでした。

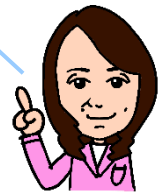
その後、AさんはBピアサポーターの勧めもあり「少し怖いけど…」と言いながらも地域移行支援を利用して退院の準備をすることとなりました。



入院患者さんと経験を同じくするピアサポーターによる傾聴や共感を中心としたかわりには、立場の違う自分たちにはできないアプローチで、有効性を実感しました。

地域移行支援の利用には、その手前の関係づくりや丁寧な情報提供が大切です。

また、ピアサポーターの存在は支援チームの幅を広げ、本人だけでなく「退院をあきらめない」という支援者の意欲喚起にも奏功しています。



■ 計画的な支援を効率的で効果的に提供できる

サービス等利用計画案に基づき支給決定され、定期的なモニタリングを含む支援が体系的に行われることによって、地域に移行するまでの道の間を見通すことができます。各支援者の支援が計画として可視化されることで、各支援者が果たす役割やスケジュールも明確となります。

誰が、いつ、どこで、何をしてくれるのかわかると、自分が何をすればいいかもわかって安心できるし、目標があるからモチベーションも維持できますね。

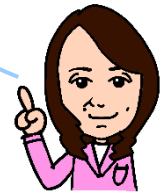


■ 実践が蓄積されることで次の支援にも活かせる

支援を通じて把握した課題は、市町村や圏域の協議会等の場を活用して共有することにより、地域課題の解決に向けた動きにつながることも考えられます。

また、本人の希望に応じた支援を通して、関係者も地域のことを知り、協力者を増やしていくことができる点は、今後の支援にも活かせる財産となります。

支援関係者にとっても、地域移行支援の波及効果があります。支援を通して培われた支援者間の相互理解と信頼関係は、地域づくりの基盤といえます。



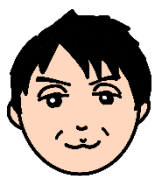
実践例 PRACTICE

協議会等を通じて地域移行支援を促進する体制を構築した例

Aさん（40代・女性）は統合失調症と脳梗塞後遺症（右半身マヒ）で、精神科病院に約8年間入院しています。適切なケアがあれば退院可能ですが、病院の精神保健福祉士は、精神疾患のある人を受け入れる障害者支援施設、または片マヒのある人を受け入れるグループホーム等がなかなか見つけられず、地域関係者に協力を求めようと地域移行支援の利用を勧め、Aさんも同意しました。

Aさんの状態に見合った施設やグループホームを見つけるには時間がかかりましたが、退院意欲を持ち続けるAさんを支援するため、B相談支援専門員は、6カ月を過ぎても継続して地域移行支援を行う必要があると考えて自治体に更新の申請をしました。その申請が認められた頃に、難病等の重度障害者がアパートで単身生活をしているケースがあることを知りました。そこで、その支援をしている身体障害者団体の職員と病院の精神保健福祉士と三者で協議し、身体障害者（肢体障害者）の自立生活体験の場を、精神障害者も利用できるような仕組みに変えていきました。その後、Aさんはこの自立生活体験の場を複数回利用したのち、福祉用具等を活用してアパート生活をおくるようになりました。

ところで、Aさんが暮らすC市では、肢体障害を理由に入院が長期化している人が、他の病院にもいることがわかりました。C市には「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の協議の場があり、Aさんのケースをもとに、重複障害者の地域移行を促すための話し合いを行いました。この結果を受けて、翌年「身体介護等を必要とする精神障害者の自立生活体験事業」がC市で事業化され、現在は地域移行をめざす精神・身体の上重復障害のある人の地域生活体験の場が、この事業を通じて提供されるようになりました。

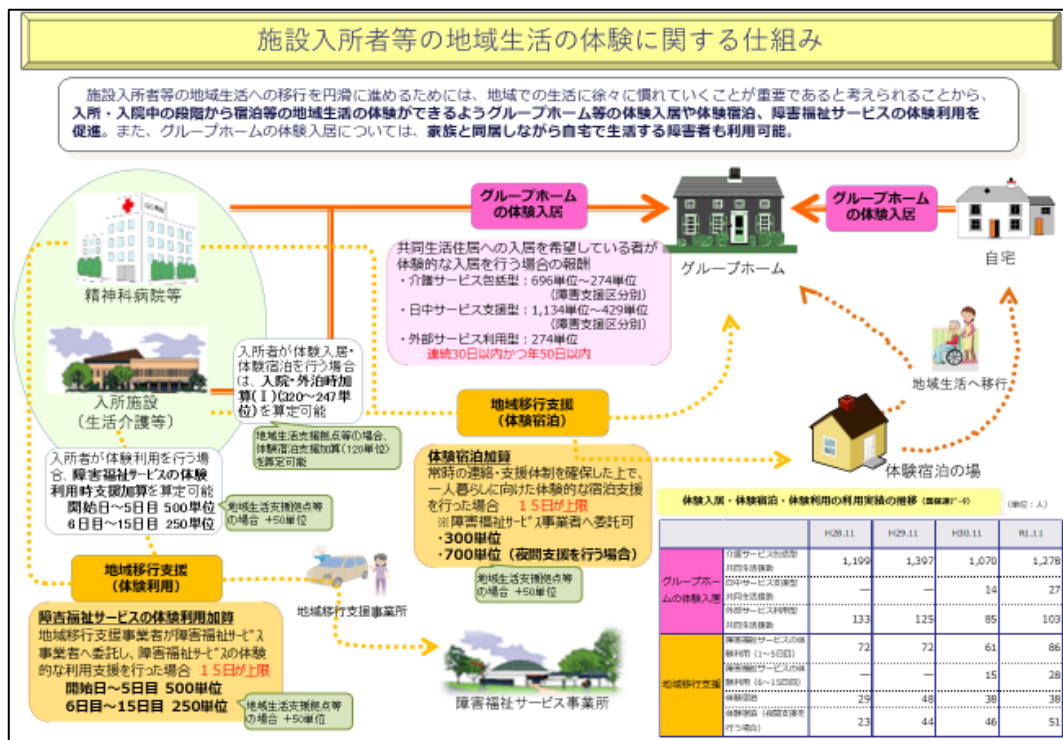


YOSH

この協議会では、介護サービス事業所との連携や、遠方の病院の入院患者へのアプローチ方法など、必要なサービスや支援体制を継続して検討しています。

入院中の人は、共同生活援助体験利用を除く障害福祉サービスの利用はできません。しかし、地域移行支援では入院中でも障害福祉サービスの体験利用と体験宿泊（以下、体験サービス）ができます。利用者にとって地域生活の具体的なイメージづくりはもちろん、支援関係者にとっては実際の地域生活に近い体験を通じたアセスメントの機会を得ることができ、地域移行への大きな促進力となります。

これらの体験は、地域移行支援を提供する一般相談支援事業者（以下、事業者）が、体験を提供する障害福祉サービス事業者等に体験サービスを委託して提供することができます。体験宿泊というと、一般的にグループホーム等の活用がイメージされるかもしれませんが、例えば、医療法人等が事業者と委託契約を交わし、敷地内にある宿泊施設を用いて体験宿泊を提供した場合、医療法人等は事業者が加算により得た報酬の一部を支払ってもらうことができます。病院側にとってもメリットがあり、活用が期待されます。



資料：厚生労働省

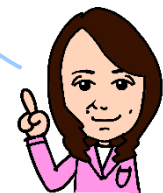
5. 「地域移行支援」の終結を考えましょう

地域移行支援を利用する長期入院・入所者の多くは、退院・退所後の住まいが入院前とは異なります。一方、入院・入所期間の長短にかかわらず、以前と同じ住まいに戻る人もいます。両者に共通しているのは、地域へ移行後になんらかの生活支援ニーズがあるということです。地域移行支援では、そのニーズにアプローチしますが、地域生活におけるサービス等を調整すれば、すんなり新たな支援機関との関係に馴染んでいく人がいる反面、生活環境や関係機関が大きく急に変化することに戸惑い、なかなか馴染めない人も多いのが実状です。

地域移行支援は利用者の退院・退所によって終了しますが、「退院・退所＝ゴール」ではなく、その後が本人にとっては新たな支援を必要とする暮らしの始まりです。

サービス等利用計画作成を通じて本人とかかわってきた特定相談支援事業所は、その後も計画相談支援を通じて本人に伴走していきますが、モニタリング期間にかかわらず定期的な訪問等の支援を行うことや、生活の変化に伴い新たにさまざまな社会資源へつながりするための支援が必要な人などには「自立生活援助」が有効です。また、見守り体制を構築して緊急時に対応することで地域生活できそうな人には「地域定着支援」が有効です。

地域移行支援の利用終了者に対して、次項で取りあげる自立生活援助や地域定着支援への流れを念頭に置いて必要な支援を見極め、適宜提供しましょう。



施設生活の長いAさんは、施設の近くにひとりで暮らしてみたいという意向で地域移行支援の利用を開始しました。ところが、退所が近づくと不安・緊張からか「もっとゆっくりでいい」と話すようになりました。そこで、外出や体験宿泊等を、回数を重ねて丁寧に進める支援に切り替えました。

しばらくすると、Aさんは「施設の近くじゃなく故郷に帰りたい」と話すようになりました。計画相談支援担当の相談支援専門員は、Aさんの故郷の地域アセスメントとしてグループホームの有無、ヘルパーや訪問看護など在宅支援の活用の可否等を確認しながら再び支援を仕切り直し、サービス担当者会議も繰り返しました。結果的にAさんの退所

までには、おおよそ2年かかりましたが、Aさんにとってとても満足度の高い地域生活を実現させることができました。

2年の間には、地域移行支援の1回更新後、市町村審査会の個別審査で必要性を認めもらったので、合計3回更新しています。入院や入所の期間が長かった人の中には、退院や退所後の生活の場を決め、生活スタイルをイメージして実際の体制を整えるために複数の選択肢を検討したり試したりして、方針を変えながら地域生活に至ることもあります。必要に応じてサービス利用の更新を認めてもらうことが重要です。



わたしが施設を出て故郷へ帰る気持ちになるまでずいぶん時間がかかりましたが、役所の方でも地域移行支援の利用更新をたびたび認めていただいてありがたかったです。途中でダメになっていたら、きっとずっと帰れませんでした。

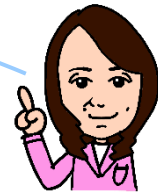
地域移行支援の支給決定期間や計画相談支援におけるモニタリング期間には標準があっても、それに収まらない場合もあります。相談支援専門員をはじめとする支援チームの多職種が、利用者のニーズや状態、置かれている状況により適切なアセスメントを行い、自治体担当者との情報共有のもとに、給付決定期間の更新が個別に判断されることが必要です。



IV 自立生活援助

1. 「自立生活援助」に詳しくなりましょう

自立生活援助は、病院や施設から出た後、グループホームだけでなくひとり暮らしを希望する障害者も多いことを受けて、本人の望む地域生活を営めるようにすることを目的に創設された新たなサービスです（図参照）。



自立生活援助が制度化されるまでは、精神科病院や障害者支援施設、グループホーム等から自宅やアパート等に退院・退所した障害者の日常生活は、主にホームヘルパーや訪問看護師等が支えていました。ただ、生活環境（住まい）の変化にともなって発生する各種行政手続きや公共料金等の支払い手続き、ゴミの出し方などの生活課題には、もといたグループホームの世話人や計画相談支援の相談支援専門員等が必要に迫られ、ボランティア的に対応してきました。また、同居家族の入院や他界にともない、急に単身となった障害者に対しても、生活環境（世帯）の変化によって発生する生活課題に対し同様にに対応してきた経過があります。

自立生活援助 ※平成30年4月～

○対象者

① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者
 ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者（※1）
 ③ 障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、家族による支援が見込めない（※2）ため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者

※1の例 ・地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等で、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合
 ・人間関係や環境の変化等により、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し、等）
 ・その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合

※2の例 ・同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合
 ・同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合
 ・同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合
 ・その他、同居している家族の状況等を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

○サービス内容

■ 一定の期間（原則1年間※）にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。
 ※ 市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能

○主な人員配置

■ サービス管理責任者 30:1以上
 ■ 地域生活支援員1以上（25:1が標準）

○報酬単価（令和元年10月～）

■ 基本報酬 自立生活援助サービス費（Ⅰ） (1) 地域生活支援員30:1未満で退所等から1年以内の場合 [1,556単位] (2) 地域生活支援員30:1以上で退所等から1年以内の場合 [1,089単位]		自立生活援助サービス費（Ⅱ） (1) 地域生活支援員30:1未満でⅠ以外の場合 [1,165単位] (2) 地域生活支援員30:1以上でⅠ以外の場合 [816単位]	
■ 主な加算			
初回加算 指定自立生活援助の利用を開始した月 500単位/月	同行支援加算 外出する利用者同行して支援を行った場合 500単位/月	特別地域加算 中山間地域等に居住する利用者に対して、支援を行った場合 230単位/月	

○事業所数 189(国保連令和元年11月実績) **○利用者数** 800(国保連令和元年11月実績)

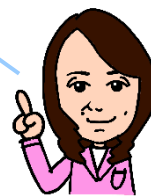
資料：厚生労働省

ここからは、Q&A方式で、「自立生活援助」の特徴をみていきます。

Q1 「自立生活援助」って、一言でいうと？

もし、あなたが外国でひとり暮らしをはじめることになったら、「便利なお店はどこにあるか？」「街に馴染めるか？」「仕事は上手くいくか？」など、知らない土地でさまざまな不安を抱えるのではないのでしょうか。また、同居家族が急に入院や他界し、頼れる親族がいなかったらどうでしょうか。心細く、今後の生活に不安な気持ちを抱くかもしれません。このようなときに、あなたに寄り添い、相談にのったり、必要な情報を届けたり、時には一緒に動いてくれたり、そっと励ましてくれる人がいたら心強く感じられ、あなたの不安は少しずつ解消されていくのではないのでしょうか。

このように生活環境の変化（住まいや世帯等）にともない発生する暮らしの不安や困難を、「定期訪問」と「随時対応」または「同行支援」や「関係機関との連絡調整」を通じて安心に変えていくサービスが自立生活援助です。



Q2 「自立生活援助」のメリットは？

自立生活援助は、他の障害福祉サービス事業所との兼務が認められていることから、同じ支援者が支援の連続性の中でサービスを提供できるメリットがあります。例えば、地域移行支援の担当者が利用者の退院後も自立生活援助の地域生活支援員として継続してかかわったり、グループホームで暮らしていた人がアパートに転居した後も、世話人が引き続き自立生活援助の地域生活支援員としてかかわったりすることができます。



生活環境が変わって、新しいことがたくさんあります。でも、前から知っている人に支援してもらえるのは安心です。

Q3

「自立生活援助」にはピアサポーターもかかわるの？

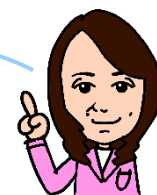
ピアサポーターは利用者と似たような経験をしていることから、本人の気持ちを理解・共感しやすく、お互いの関係性が深まる中で、本人も安心して思いを表明することができます。同行支援においては、本人のペースに合わせたかかわりや、ロールモデルとなって本人のリハビリを促進することが期待できます。いわゆる専門職とは異なる立場からの専門性が発揮され有効です。

Q4

「自立生活援助」の支援の特徴は？

自立生活援助のサービス提供においては、「つなぎの支援」を意識します。支援者は、本人の意思を中心に、本人との関係性を大切にしながら重ねたアセスメントを基盤として、必要な資源につなげていく伴走型の相談支援等を行います。「暮らしの安心」「支援の連動性」を提供しながら、障害者の地域での暮らしを支えるネットワークづくりをめざします。

このため、自立生活援助は訓練等給付に位置づけられ、標準利用期間は1年間と設定されています。
ただし、市町村判断で必要なら更新が可能です。



2. 「自立生活援助」を使ってみましょう

次に、Q & A方式で、「自立生活援助」の概要と活用手順をみていきます。

Q1 「自立生活援助」の対象は誰ですか？

自立生活援助は、障害者の地域生活を支える仕組みづくりをめざします。障害者が病院や施設、グループホームではなく、ひとり暮らしを選択することや、親亡き後も住み慣れた地域で暮らし続けること等を支える障害福祉サービスです。診断名や障害種別、年齢や居住形態の制限はなく、以下の人たちを対象としています。

- ・障害者支援施設やグループホーム、精神科病院からひとり暮らしに移行した障害者等
- ・現にひとり暮らしをしている人、障害や疾病等の家族と同居しており、家族からの支援が見込めないためひとり暮らしと同様の状況な人



定期的に訪問してもらえると、緊急時や困った時は連絡すると随時電話や訪問により相談にのってもらえるので、地域生活を始めたばかりとか、ひとりで暮らすことに不安がいっぱいするときなどは、特に心強いですね。

Q2 「自立生活援助」では何をしてくれますか？

支援内容は利用者によって異なり、日々の暮らしぶりに寄り添いながら、生活上の困りごとや悩みをくみとり、不安や困惑にいち早く気づいて適切に対応していく柔軟な支援が提供できます。以下に、例をあげます。

- ・事務手続きの同行 
- ・近所への挨拶の同行 
- ・金銭管理に関する助言 
- ・郵便物の処理に関する助言 
- ・消費生活へのトラブル対応 
- ・通院同行、受診の同席 

このように、利用者が未経験のことやひとりで判断できないことなどについて、利用者の状況に合わせた内容や頻度で支援します。

例えば、通院同行の際は、医師に利用者の病状の説明をしたり、医師からの説明を正確に理解できるよう仲介したりすることもでき

ます。転居後間もない場合や、近隣住民との関係構築が必要な場合などは、インフォーマルな関係者への働きかけを含めて生活環境を整えることもあります。

自立生活援助（平成30年4月～）の概要	
サービス内容	障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者に対して、一定の期間（原則1年間）にわたり、自立生活援助事業所の従業者が定期的な居宅訪問や随時の通報を受けて行う訪問、当該利用者からの相談対応等より、当該利用者の日常生活における課題を把握し、必要な情報の提供及び助言、関係機関との連絡調整等を行う。 ※市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合は更新可能
対象者	① 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した障害者等で、理解力や生活力等に不安がある者 ② 現に、一人で暮らしており、自立生活援助による支援が必要な者 ③ 障害、疾病等の家族と同居しており（障害者同士で結婚している場合を含む）、家族による支援が見込めないため、実質的に一人暮らしと同様の状況であり、自立生活援助による支援が必要な者
	※自立生活援助による支援が必要な者(例) ○地域移行支援の対象要件に該当する施設に入所していた者や精神科病院に入院していた者等で、理解力や生活力を補う観点から支援が必要と認められる場合 ○人間関係や環境の変化等によって、一人暮らしや地域生活を継続することが困難と認められる場合（家族の死亡、入退院の繰り返し等） ○その他、市町村審査会における個別審査を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合
	※家族による支援が見込めないと判断する場合(例) ○同居している家族が、障害のため介護や移動支援が必要である等、障害福祉サービスを利用して生活を営んでいる場合 ○同居している家族が、疾病のため入院を繰り返したり、自宅での療養が必要な場合 ○同居している家族が、高齢のため寝たきりの状態である等、介護サービスを利用して生活を営んでいる場合 ○その他、同居している家族の状況を踏まえ、利用者への支援を行うことが困難であると認められる場合

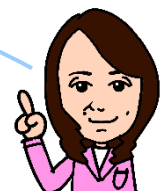
資料：厚生労働省



ひとり暮らしになって、最初の頃は1か月のやりくりが心配でした。地域生活支援員さんが定期訪問してくれるときに、一緒に確認してもらって段々要領がわかっていきました。半年くらいお世話になりました。

薬を飲み忘れてパニックになったとき、クリニックは夏休みだったので、電話したら地域生活支援員さんが急いで来てくれました。翌週、薬の調節について、クリニックと一緒に行って先生に話してもらって助かりました。

事業所では、利用者からの「困った」というヘルプコールに備えて、常時の連絡体制を整えましょう。利用者の理解力、生活力等を補う観点から、随時のタイミングで適切な支援を行うことがこのサービスの特徴であり、利用者のストレングスやエンパワメントの視点を重視した支援、自立を妨げない、過不足のない、タイムリーな支援が求められ、支援者の腕のみせどころですね。



Q3

「自立生活援助」の利用は

どのような手順で進めればいいですか？

基本的な流れは地域移行支援の利用手順と同じ（14 ページ参照）で、市町村の支給決定を受けて計画相談支援によるサービス等利用計画に基づいて提供されます。

- ①計画相談支援により、本人、自立生活援助の従事者（計画相談支援担当の相談支援専門員と同じ場合もある）とのサービス担当者会議が行われます。
- ②サービス担当者会議の内容を踏まえ、計画相談支援により「案」を外したサービス等利用計画に基づき、自立生活援助の事業所の誰がどのようなサービスを提供するか等を具体的にした自立生活援助計画が作成され、本人の同意のもとに支援が開始されます。
- ③地域生活支援員は、自立生活援助計画に基づき定期的に訪問し、本人の状態や環境を把握したり希望や状況に合わせてながら支援内容を柔軟に変更します。

Q4

「自立生活援助」の利用を更新したいときは

どうしたらいいですか？

自立生活援助の標準利用期間は1年間ですが、市町村審査会の審査を経ることで更新が可能です。

自立生活援助のサービス提供事業者は、サービス提供により課題解決に至ったこと、及び積み残されている課題や引き続き必要と考えられる支援等について明確にし、相談支援専門員に伝えることが大切です。

計画相談支援において、本人の状況や各関係機関からの情報に基づき、自立生活援助計画やモニタリング、サービス担当者会議の中であげられている意見を丁寧にひろい、更新の必要性があることをわかりやすく市町村審査会へ伝えることで、適切な支給決定がなされます。



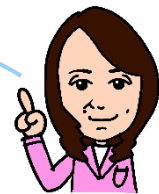
期限がきたからといって唐突に切られてしまうことのないよう、有効期間内に自分の希望をはっきりさせて、どんな支援を継続してもらいたいかなどを考えると、更新の準備ができていいですね。

3. 「自立生活援助」の事業所をもっと増やしましょう

自立生活援助は、計画相談支援の相談支援専門員が兼務する場合、継続的にかかわることで利用者の状況全体に関する深いアセスメントや支援の焦点を明らかにする機会としても活用でき、計画相談支援のアセスメントを補強することができます。また、居宅介護等の他のサービスや地域資源を利用する橋渡し役として、関係機関との連携体制を整えていくことや、次の支援へ重なり合いながらスムーズなバトンタッチができるよう「つなぎ」としての活用もできます。

医療機関や障害者施設のソーシャルワーカーや相談支援専門員、また自治体職員には、障害者の意思を基軸とした自立の促進や、誰もが安心して暮らせる共生社会の実現をめざした実践が期待されています。そのため、障害者が安心して地域で暮らしていくことができるよう地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）とともに、「自立生活援助」について正しく理解し、利用者が望む生活の実現にとって必要であれば選択できるように適切に情報提供しましょう。

もし、あなたの地域に自立生活援助を行う事業所が少ないなら、地域の課題として協議会等で検討したり、自分の職場が手をあげたりすることも考えてみてはいかがでしょうか。



コラム COLUMN

自立生活援助の利用状況

制度施行開始から1年時点（平成31年3月）の実績をみると、事業の利用者580人のうち精神障害者が376人（65%）、知的障害者が146人（25%）です。

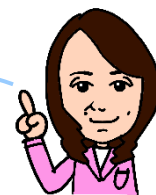
なお、退所等から1年以内の利用者は244人（42%）、それ以外の単身生活者等は336人（58%）で、もともと地域生活をしてきた人が自立生活援助を利用する割合が高いことがわかります。

4. 「自立生活援助」のさまざまな使い方を紹介します

ケアマネジメントの手法を用いて効果的な地域生活支援を提供する上で、サービス等利用計画を作成する相談支援専門員は、自立生活援助の活用によりサービス提供すべきことと、他の障害福祉サービス等（居宅介護、自立訓練、地域定着支援、訪問看護等）で対応すべきことを見極める必要があります。

わたしたちの課題である長期入院や施設入所から地域生活への移行及び新たな長期入院や施設入所をうまないための地域づくりを進め、本人が暮らしたい場所で暮らせる社会を実現するために、「自立生活援助」は有効な支援であり、他の障害福祉サービス等と適切に組み合わせることがとても重要です。

ここから、さまざまな活用例を通じて
自立生活援助の魅力をご紹介します。



■ 地域移行支援で支援した人を退院後も引き続き支援する

①利用に至るまで

Aさん（50代、男性、統合失調症）は、精神科病院に入院して20年になります。病棟の行事で就労継続支援B型事業所が運営するレストランに食事に出かけたことをきっかけに、若いころ調理の仕事をしていたことを思い出し、「あそこで働いてみたい」と退院希望をもつようになりました。

精神科病院の退院後生活環境相談員の調整で、地域移行支援を利用することになり、アパート探しとともに、就労継続支援B型事業所で調理の仕事の体験利用もしました。Aさんはひとり暮らしが初めてとなるため、地域移行支援従事者から、事業所で行っている自立生活援助の説明を受けると、生活を安定させるために退院と同時に利用することにしました。

②自立生活援助の利用

同じ相談支援事業所が実施するので、地域移行支援とは別の相談支援専門員が担当者であっても情報共有ができて、引き継ぎはスムーズでした。

Aさんは、慣れないひとり暮らしに最初は戸惑うことも多く、ある晩、電球が切れて真っ暗になったことでパニックになり、焦った様子で電話をかけてきました。30分程話すと落ち着くことができ、翌日訪問してみると、どの電球を買ったらいいかわからないので一緒に行ってほしいといわれ、近くの家電量販店まで同行しました。退院から1週間程は、毎日訪問したところ、徐々に馴染んでいき、1か月後には週2回、3か月後には週1回の定期訪問にしました。



HIRO

その後 Aさんは、就労継続支援 B 型事業所での人間関係に悩み、事業所を休みがちになったこともありました。そこで、退院をめざすきっかけになった調理の仕事を継続できるよう、支援員が就労継続支援 B 型事業所のサービス管理責任者に連絡して関係調整を依頼しました。地域移行支援でかかわった相談支援専門員にもいまの様子を伝えると「あの時いっしょに頑張ってたよ。ずっと応援しています」と言っていますよ。



週1回の定期訪問時に、栄養面でのアドバイスとか、障害者手帳や障害年金の更新手続きなど、生活していく上で初めての出来事をうまく乗り切れるよう相談にのってもらったり、入院中からの夢を応援してもらっています。調理の仕事で一般就労できるように頑張ります。

■ 計画相談支援の相談支援専門員が 入院中から退院後まで継続支援する

①利用に至るまで

Bさん（精神障害者・50代男性）は、病院の敷地内でタバコが吸えなくなることきっかけに、入院15年目にして退院を決意し、地域移行支援を利用してひとり暮らしをめざすことになりました。

相談支援事業所のH相談支援専門員がサービス等利用計画の作成及び地域移行支援を担当することになり、Bさんを支援しました。無事にアパートの賃貸契約を完了すると体験宿泊を行いながら、服薬管理や食事の準備など日常生活に関する課題を一つひとつ解決し、退院を迎える予定でした。ところが、Bさんは急に「もう退院する。早く俺の部屋に住みたい。」と言い出しました。

そこで、相談支援専門員は、退院後、自立生活援助で引き続き支援しようと考え、Bさんに提案し、同意を得るとすぐに自立生活援助の申請をしました。主治医や病棟の看護師は、急な退院を心配してBさんを引き留めようとしたのですが、これまでかかわってきた相談支援専門員が引き続き支援者となり、定期的な訪問や随時の対応、同行支援があることを知ると、心してBさんの退院を応援してくれました。

②自立生活援助の利用

地域移行支援の開始から2か月半で退院したBさんに、当初は週2回の定期訪問としました。心配していた服薬管理や食事についてはあまり問題なく、むしろ暮らしてみても初めて直面することへの課題にその都度対応することになり、訪問のたびに何かしらのSOSが出されました。例えば、銀行に同行して公共料金の引き落とし手続きのために書類の書き方を助言したり、携帯電話の不具合について説明できないというので店員さんへの説明の仕方を助言したりしました。こうして、支援を受けながら生活することに慣れてくると、最初は拒否していた居宅介護を利用したいと希望しました。そこで、サービス等利用計画に居宅介護の利用を加えました。ホームヘルパーが来るようになって、入浴を好まなかったBさんが毎日シャワーを浴びて身だしなみを気にするようになっていきます。



生活には変化がつきもの。
その時その時で困りごとは違うけど、とにかく相談すると、自分
にあったサービスを整えてくれるのでありがたいです。

■ 宿泊型自立訓練事業所を退所した後も

事業所職員が支援する

①利用に至るまで

Eさん（40代、女性、統合失調症）は、定年後の父親との折り合いが悪く、病状悪化して入院したのち、退院先は自宅ではなくひとり暮らしを希望しました。そして、宿泊型自立訓練に入所し、精神症状の安定を維持するための服薬管理と、糖尿病悪化防止のための生活面のアドバイスを求めて訪問看護を利用しました。事業所職員にはアパート探しや金銭管理、退所後のひとり暮らしへの不安について相談にのってもらいました。日中は近くの就労継続支援B型事業所に通うようになり、友だちと遊びに行く余裕もできてきました。

宿泊型自立訓練事業所に入所から1年半後、ようやくアパートが見つかり退所の準備を始めました。事業所職員に同行してもらって、必要な日用品の購入や役所での手続きなども行いました。退所が現実的になってくると、Eさんが強い不安を口にするようになったため、事業所職員は、最近事業所が併設で開始した自立生活援助の利用を勧めました。Eさんが希望したため、相談支援専門員は宿泊型自立訓練事業所、訪問看護ステーション、就労継続支援B型事業所の担当者を集めてサービス担当者会議を開き、Eさんの希望を聞きながら退所後の支援について協議しました。その結果、自立生活援助は、退所直後は週2～3回、落ち着いたら週1回に、訪問看護は今まで通り週1回、就労継続支援B型事業所は週3日の利用となりました。

②自立生活援助の利用

地域生活支援員は、宿泊型自立訓練事業所でEさんの相談によく応じていた職員がそのまま担当することになり、アパートへの外泊の時から訪問して支援し、ひとり暮らしはスムーズに開始することができました。訪問看護も同じスタッフが継続してくれて、糖尿病と統合失調症の服薬管理や病状管理を支援し、買い物の同行、ゴミの出し方や役所の手続き、家族関係の悩み相談などは自立生活援助の地域生活支援員が支援することで、不安を軽減し課題を乗り越えて、徐々に安心感が増していきました。

宿泊型自立訓練事業所の退所から1年後、自分で生活をコントロールする自信ができてきたEさんは、自立生活援助の支援がなくても生活していけると話し、利用を終了しました。訪問看護は週1回で継続し、就労継続支援B型事業所には週4回通うようになり、利用時間も1日3時間から5時間に延ばしました。両親とは距離を置いたことで良い関係を保てるようになり、「親孝行をしたい」と少しずつ貯金を始めています。



宿泊型自立訓練事業所で相談にのってもらっていたときと同じように、こんなこと相談していいのかな、と思うような小さな不安に対しても丁寧に話を聞いて対応してくれました。やっと実現したひとり暮らしを順調におこなっています。

■ 地域生活支援員としてのピアサポーターの活躍

①利用に至るまで

Gさん（50代後半・男性）は大学卒業後、約10年間働いたのち、最近まで父親とふたり暮らしで、20年以上ほとんど引きこもり生活でした。父の死後、幻覚妄想状態になり、精神科病院に2か月間入院し、退院時に別居の弟が市役所に生活支援の相談をしたことから障害福祉サービスを利用するようになりました。相談支援専門員は、保清を目的に週1回の家事援助と「働きたい」というGさんの希望を踏まえて自立生活援助を提案し、サービスがスタートしました。

②自立生活援助の利用

相談支援専門員は、インテーク面接のときから自立生活援助についてはピアサポーターを配置しているY事業所に依頼しようと考えていました。それは、同じ病気の経験を通じて共感性が高いこと、Gさんとピアサポーターの相性が合うと思われること、働くロールモデルとして本人のエンパワメントになるのではないかと判断したためでした。

相談支援専門員の推測通り、Gさんとピアサポーターは掃除の支援を通じてよく話をするようになり、ピアサポーターは引きこもりがちで外出しないGさんへ、障害者手帳の取得や交通費助成、自治体独自の「エアコン購入費用助成制度」などを説明し、手続きに同行しました。タバコのヤニで汚れていた部屋もホームヘルパーやピアサポーターと一緒に掃除し、清潔になりました。

3か月もするとGさんは、ピアサポーターと一緒にハローワークに何度か出かけるようになりました。最終的にGさんが就労継続支援B型事業所から取り組むことを選んだので、ピアサポーターは事業所の見学や体験利用にも同行し、その後、Gさんは就労継続支援B型事業所の利用を開始しました。

ピアサポーターとの外出を通じて、Gさんは外出する機会が増えて行動範囲も広がり、笑顔が増えていきました。また、Gさんの支援を通じて、ピアサポーター自身も役に立つことができた実感を持ったそうです。10か月間の自立生活援助を通じてふたりは親交を深め、終了した今でもGさんからピアサポーターに時々電話が入り、近況などをしゃべるといいます。



ピアサポーターのことは知りませんでしたが、同じ体験をもつ「人」として温かく接してもらえて、緊張せずに相談できました。病気や障害をもちながら、要領よく生きるコツも教わって勇気が湧きました。いい先輩、いい仲間です。

■ 障害者世帯への多角的な支援のため複数の支援員が担当

①利用に至るまで

Aさん（50代、女性、軽度知的障害）は、夫Bさん（50代、全般性不安障害）と3人の子ども（長女、長男、次男）と市営アパートで生活をしています。

Aさんは20歳で結婚し、次男出産後より、夫への暴言・暴力や奇異な行動、集中力の低下等が出現するようになったため、隣市の精神科クリニックを受診し、投薬治療を開始するとともに、服薬管理目的で訪問看護も利用することになりました。その後、通院と訪問看護で安定していきました。

今から数年前に、訪問看護師より相談支援事業所へ「就労継続支援B型事業所を利用できないか」との相談があり、市内の事業所を複数箇所見学しましたが利用には至りませんでした。長男・長女が就職し、家族関係の変化により家庭内でAさんが孤立したことで、長年かかわってきた訪問看護師はAさんが家庭内で孤立し始めたことや、身近な生活相談にのってくれる支援員が必要ではないかと考え、再び相談支援事業所へ相談を行いました。その結果、自立生活援助の提供を考えることになりました。

②自立生活援助が訪問するたびに笑顔で出迎えてくれました

相談支援専門員よりAさんに詳細な説明を行い、訪問看護師と同行訪問した後、本格的なサービス提供が始まりました。当初はAさんとの関係づくりを目的に訪問看護師と一緒に毎週訪問し、服薬確認や話し相手になりながら、Aさんの生活状況等に関して詳しくアセスメントしていくこととなりました。

Aさんは人見知りもなく、地域生活支援員が訪問するたびに笑顔で出迎えてくれました。その後、多面的な視点でのかかわりが必要だと判断し、ふたりの地域生活支援員が交互に訪問を行いました。2か月ほど経過すると、訪問看護師や自立生活援助の支援員のうち誰かが毎週訪問することに対して「誰かが来てくれると安心だわ」「本当に助かってる、どうも」と言ってくれるようになりました。

また、支援員の隔週の訪問により、Aさんだけでなく、夫Bさんとの関係も構築できてきました。そのためBさんから役所へ提出する書類の相談や、近所に住むBさんの母に関する心配事の相談を受けるようになってきています。

③今後の展望

自立生活援助の開始から6か月が過ぎ、現在は月に2回の定期的な訪問を行っています。地域生活支援員の定期的な訪問、相談支援専門員とのチームによる支援により、A

さんを含む家族の安心感は維持できています。今後も訪問を継続しながら、Aさんの周囲にも働きかけ、Aさんのエンパワメントのみならず、周囲の環境調整や必要な社会資源へのつなぎを行っていきたいと思っています。



家族のことや体調など、心配や不安なことがあっても自分から相談に出かけるのは無理。
毎週、誰かが来てくれるようになって、薬の飲み忘れが減ったし、みなさんに見守ってもらえていて安心です。

知的障害者のなかには、自分からSOSを出すことの苦手な人もいます。

頻回な訪問で生活環境や状況を察知し、適切に支援を提供するには自立生活援助は使い勝手の良いサービスですね。



■ 親亡き後の生活の支援を組み立てるため計画相談支援と並行

①利用に至るまで

Fさん（40代、女性、知的障害B1）は、兄（障害者手帳なし、読み書き、計算苦手）と母（知的障害B1）、父（精神障害）と4人で生活をしていました。

地元の小中学校を卒業後は自宅で母親の家事手伝いをしていましたが、近所に住む伯母がFさんの働きたい気持ちをキャッチしてくれたことで、18歳から就労継続支援B型事業所を利用しています。

その後、父母が他界し兄とふたり暮らしとなり、伯母も加齢とともに面倒を見てやらなくなったとの相談を受けました。そこで、暮らしぶりをアセスメントして必要な支援を組み立てるために自立生活援助を提案し利用することになりました。

②自立生活援助の利用

約10年の付き合いのある相談支援専門員が地域生活支援員を兼務することでFさんは安心して支援を受け入れてくれました。

定期訪問を行ううちに、親身になって世話をしてくれている「隣のおばちゃん」の存在がわかりました。自宅に電話がなく、携帯も所持していないFさんは、就労継続支援B型事業所を休むときなどには電話を借りたり、日常の相談相手になってもらっている

ようでした。そこで支援者も「隣のおばちゃん」と関係を構築し、Fさんの日常の困りごとや不安などを情報共有しながら支援することにしました。

また、Fさんの金銭管理等を支援してくれている伯母宅へも定期的に訪問し、負担感はないか、手伝えることはないかなどを確認し情報を共有するようにしました。

Fさんは「この家で兄と暮らし続けたい」と希望していました。しかし、地域生活支援員が定期訪問を重ねるうちに、Fさんの在宅での生活にはさまざまな不便さや困難があることがわかってきました。そこで、Fさんの希望を叶えるために、伯母や利用している就労継続支援B型事業所等と情報共有しながら一つひとつ支援していきました。例えば、ボイラーの故障についてFさんは伯母に相談できずにいたので、どうするかを一緒に考え、伯母宅に同行して相談することで買い替えができ、毎日入浴できるようになりました。衣類などの買い物は難しいため、同行支援で洋服を一緒に選び、お金を支払うという体験を重ねました。

食事は、Fさんがご飯を炊き、兄がおかずを買ってくるという役割分担ができていることがわかりました。さらに、定期受診や服薬管理ができていることや、就労継続支援B型事業所に毎日通所できること等、Fさんの強みもたくさんわかってきました。

③今後の展望

物静かで、簡単な質問に「うん」等の単語で答えるFさんでしたが、定期的な訪問の継続により「工賃で洋服を買いたい」「自由に遊びたい」と自分の気持ちを伝えてくれるようになりました。

自立生活援助の利用がきっかけとなり、Fさんは移動支援や居宅介護等のイメージがつき、サービスの利用に前向きになってきました。これから余暇の楽しみ方などを一緒に考えていこうと思っています。



MATS

今後支援に入るホームヘルパーとFさん、「隣のおばちゃん」等との関係調整を行い、自立生活援助を終結して地域定着支援への移行をスムーズに行うため、一時的に次の支援と重なり合いながらバトンタッチする予定です。希望の実現に向けてサービス等利用計画も柔軟に変更しながら、今後も支援していきます。



人と話すのは苦手だけど、ずっと前から知っている支援員さんが訪問してくれて、伯母さんや隣のおばちゃんとも相談して助けてくれたから、いろんなことが相談できるようになりました。

■ 自立生活援助を含む事業運営の工夫

私の事業所は、人口 15 万人のK市にあり、2年前に相談支援事業所を開設しました。同法人には就労継続支援B型や就労移行支援の事業所があります。はじめはひとりで計画相談支援をしていましたが、現在は3人で150名の利用者を支援しています。計画相談支援の特定事業所加算は（Ⅲ）を取得しています。

① 基幹相談支援センターへの相談

事業所の開設が遅かったこともあり、この先、新規の利用者数が伸び悩むだろうと思って基幹相談支援センターに運営のアドバイスを求めました。

基幹相談支援センターは「地域定着支援の候補者を洗い出し、対象者の利用申請について市役所と相談する機会を持ちましょう。県の指定がおりたら、対象者の意向を踏まえて地域定着支援の支給申請を行いましょう。地域定着支援の運用方法については勉強会を開催します」と言ってくれました。その後、地域定着支援の支給が15名分決定し、毎月約5万円の収入増になりました。緊急対応を要する電話はそれほどではなく、負担感は予想より少ないです。

② 新規事業の取り組みへの打診

半年後、基幹相談支援センターから「自立生活援助事業に取り組んでみませんか？」という話がありました。よく聞くと、自立生活援助の事業所がK市にはなく、K市で特定事業所加算（Ⅲ）以上の計画相談支援事業所が当事業所以外に1つしかない状況だそうです。

法人の代表者も交えた話し合いの場を設けました。計画相談支援の業務に支障がなければ、自立生活援助の事業所を開設しても職員を兼務で配置することができ、特定事業所加算の（Ⅲ）も維持できるそうです。また、相談支援専門員のひとりがサービス管理責任者の資格を持っていたので人員基準は満たしています。他の職員とも相談し、これまでの計画相談支援に加えて自立生活援助の指定申請もすることとしました。

ただ、不慣れなので当面は基幹相談支援センターからの技術的指導と、対象地域を拡げ過ぎず、1件ずつ担当の可否について協議する機会を持ってほしいことを求めました。

③自立生活援助を開始して

自立生活援助をスタートしてみると、計画相談支援のモニタリングの合間に訪問もできるので大きな負担にはなりませんでしたが、ただ、事業所規模からみて件数が多くなると負担かもしれません。半年が経ち、現在の利用者は4名なので収入が目立って増えた実感はありませんが、基幹相談支援センターや市役所の職員からの評判はあがり、計画相談支援の新規依頼は維持しています。

④人員体制の見直し

現在は相談支援専門員3人で200名の利用者の計画相談支援をしているので忙しさに拍車がかかっています。そのことを法人役員と話し合ったところ、兼務の地域生活支援員を他の事業から派遣してくれることになりました。

この職員は経験年数が3年なので相談支援専門員にはなれませんが、地域生活支援員として経験を積み、将来的には相談支援専門員として活躍してもらう予定です。自立生活援助を担うことで相談支援の力量がつくと思います。

⑤職場のマネジメント

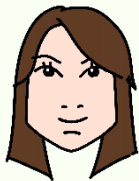
相談支援事業所として3年が経ちました。法人の理解や基幹相談支援センターのアドバイスでどうにか黒字を維持しています。

K市のようにサービス等利用計画がある程度行き届いた地域で、事業所を運営していくためには、一般相談支援や自立生活援助を実施していくことも必要だと感じています。その際は、基幹相談支援センターや市役所、法人本部ともよく相談し、地域のニーズを把握し、事業所の力量を客観的に見極め、職員の疲労度にも目を配りながら、実施するかどうかを総合的に判断しなければなりません。なお、私たちは幸いにも地域定着支援からスタートし、常時の連絡体制の確保に伴う電話対応に慣れておくことができたのも良かったと思っています。



OKAB

自分の法人だけで事業に取り組むのではなく、自分たちの実践を市内で共有し、他の相談支援事業所等にも取り組んでいただけるように、自治体の担当課や基幹相談支援センターと協議しながら進めることが、市内に住む障害者のため、この地域のために必要だと考えています。



YAMA

個別支援計画に基づき、本人と目標を共有し、課題解決をめざすことができる自立生活援助においては、定期的な訪問や随時の対応、同行支援等が報酬として評価されます。

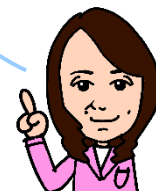
地域定着支援の利用者とのかかわりは、緊急時だけを想定しているわけではありません。むしろ、緊急的なかかわりが少なくなるように、日常的に気にかけて日頃から状況を把握し、随時対応することは珍しくありません。

そもそも、利用者は日頃からかかわりのない支援者にSOSを出そうとは思わないでしょう。いざというとき、本人にとっての一大事に、支援者として顔を思い出してもらうためにも、日頃からのかかわりが大切です。特に、地域での単身生活の開始直後や、他の関係機関やサービスにつながっていなかったり、生活環境が変化してさまざまなことに対応する場面が増えてきたりするような場合は、本人の不安を軽減するために定期的な訪問や随時対応が必要となってきます。自立生活援助の制度化以前は、そのような人も地域定着支援で支えてきましたが、現在はより適切な支援である自立生活援助で支援することができるようになりました。

利用者がどのように地域生活を応援してもらいたいのか、どのサービスで地域生活を応援するのがふさわしいか。そのための選択肢が増えたことはとても喜ばしいことです。

このように、自立生活援助と地域定着支援では類似の機能があります。

支援者の的確なアセスメントにより、利用者一人ひとりの希望やニーズに合わせて、両者を使い分けることが求められます。次項では地域定着支援についてとりあげます。



V 地域定着支援

1. 『自分らしく暮らす』を支援するってどんなこと？

はじめに、地域定着支援を考える上で、以下の事例をご覧ください。

事例

知的障害者のAさんは、ひとり暮らしを始めて2年目の夏を迎えました。ある猛暑日、エアコンが故障してしまいました。いったいどうしたものか、窓を開けても一向に涼しくなりません。そんな日が3日間続いたところ、頭が痛くなり、めまいがして意識がもうろうとして家で倒れてしまいました。運良く、親せきが訪ねてきてくれて、救急車で病院に運ばれました。熱中症でしたが、命には別条ありませんでした。



こんなとき、過去にも電化製品の故障という経験をしていれば、電気屋に電話をして修理を頼みます。エアコンが直るまでの間は、風通しを良くしたり日中はスーパーや喫茶店で涼んだりして凌ぐかもしれません。しかし、こうした経験がない人は、電気屋に修理を依頼することを思いつかなかったり、エアコンなしで真夏を過ごそうとしてしまったり、結果的に体調を崩すこともあるでしょう。自宅で電化製品を購入したり修理に出したりという当たり前の経験が大人になるまでなかった人にとっては「一大事」なのです。

あなたも過去に予期せぬ未経験な出来事に遭遇して、混乱したり失敗したことはありませんか。一大事は生活していれば、誰にでも起こりうることです。こうしたときにタイムリーに支援できるのが「地域定着支援」です。



■「一大事」って、どうやって凌ぐ？^{しの}

緊急を要する差し迫った状態というのは人それぞれであり、同じ状況であっても人によって緊急性の有無は異なります。このことは、障害の有無に関係なく誰に対してもいえることですが、障害者の中には、こうした事態に遭遇することでパニックを起こす人がいます。どこに何を相談していいかわからないことも困惑を大きくします。こうした時に相談できる場所があれば、一大事が凌げるのではないのでしょうか。

それが「地域定着支援」です。ポイントは、2つです。

① 「相談できる人」がいること

本人に生活上の経験がないためできないことでも、相談することで問題解決に向かって代替策を実践したり、経験から学んだりすることができます。

誰もが普段行っているように、できないことは得意な人をお願いすれば、地域での生活は継続できます。

② 「いつでも相談」できること

一大事は、いつ起こるかわかりません。そのため「地域定着支援」は、いつでも緊急の相談ができる機能を備えています。

そして、本人にとっての一大事を乗り越える経験を重ねながら、自分らしい暮らしのスタイルをつくりあげていくことを支援します。



地域定着支援って「障害のあるわたしたちが、障害のない人と同じように生活し、ともにいきいきと活動できる社会をめざす」というノーマライゼーションの実現に必要な不可欠なサービスですね。

■「地域定着支援」は、なぜ必要なの？

どのような障害があっても自分らしく生きていける社会を実現するためには、可能な限り住民の生活の場である地域での生活が望ましいのではないのでしょうか。ところが、病気や障害のために急を要する事態の支援が見込めないという理由から、望まない入院や入所を余儀なくされ続けている人びとがいます。障害者の地域生活支援において、自立生活援助や地域定着支援を組み合わせることで、更に手厚い緊急対応の支援体制を構築することができます。

自治体や地域の支援者が工夫を凝らし、支援体制を整えることで、このような人たちの「自分らしい暮らし」が実現します。その役割をもった地域定着支援を充実させましょう。



2. 「地域定着支援」では何が提供できますか？

「地域定着支援」とは、居宅で単身生活をしている障害者等に対して、常時の連絡体制を確保し、緊急時に必要な支援を行うサービスです。

実施をするためのポイントを以下に示します。

①常時の連絡体制を確保するための方策

利用者からの連絡を担当者が携帯電話等で直接受ける方法、営業時間外は、利用者が事業所等に電話をすると担当者に転送される方法、利用者からの電話が事業所のある法人内の施設の宿直者を通して担当者に連絡される方法等があります。

担当者だけでなく緊急電話を受ける全職員が利用者の情報を共有し、誰が電話に出ても対応できるように「地域定着支援台帳」^{※5}の作成が必須です。

②緊急時に適切な支援を提供するための備え

緊急時とはどのようなときで、どこまでを緊急と捉えるのか、といった範囲や考え方について事業所であらかじめ整理をし、利用者や関係機関との共通認識を得ておきます。

「緊急時」は利用者によって異なりますが、例えば以下のような状況が想定されます。



※5 地域定着支援台帳とは、利用者の心身の状況、その置かれている環境、緊急時において必要となる家族及び利用者が利用する福祉サービス事業者等、医療機関その他の関係機関の連絡先その他の利用者に関する情報を記載したものです。

急な体調不良は、訪問看護等の医療サービスを利用していれば、そこでの対応、住環境に関しては、ホームヘルパーによる緊急対応ができる場合もあります。まれに、多量服薬などによる自殺企図等で救急搬送されたり、訪問したホームヘルパーに、倒れたり具合が悪くなったりしているところを発見されて、事業所へ連絡が入ることなどもあります。「地域定着支援台帳」等を作成し、事前に役割分担をしておくことも重要です。



自分の生活に合わせて、こうした支援体制を日頃から少しずつ、つくってもらえることで、地域生活の安心感がもてますね。

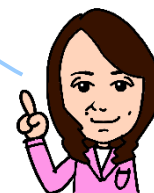
③クライシスプランの作成と共有

本人の調子が悪くなる前のサインを確認しておくことや、体調が悪くなった時に対応してほしいこと、またはしてほしくないことなどを、事前に本人や関係機関の支援者と話し合い、「クライシスプラン」^{※6}を作成しておきます。これを地域定着支援台帳とともに備えておくと緊急時に役立ちます。

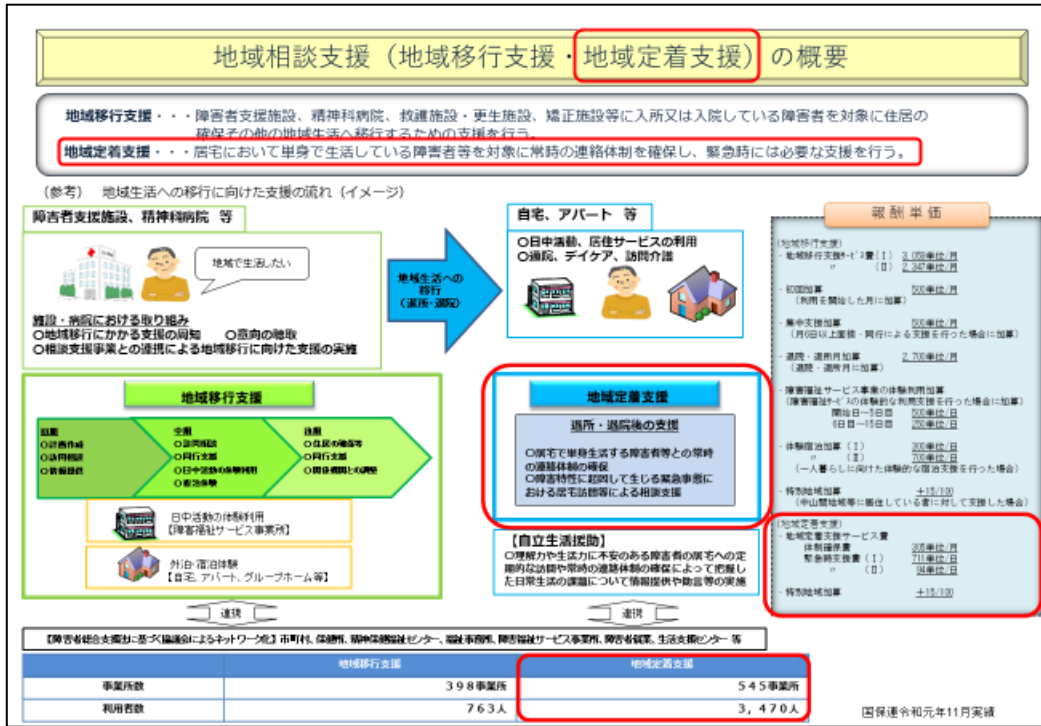
クライシスプランには、状態を信号の色で「青●（よい状態）、黄色●（注意が必要な状態）、赤●（危険な状態）」と分けて記載する方法があります。

例えば、Aさんが黄色信号のとき（眠れない日が増える、デイケアを休みがちになる、食欲がなくなる、人に会いたくなくなる）には、誰にどんなSOSを出すかをあらかじめ決めて記しておきます。そして、Aさんから「黄色です」とSOSが出されたら、「日中散歩して気分転換をしては」とか「食生活を見直してみましよう」など、具体的に提案します。これらの提案は事前にAさんがクライシスプランで示していたこと、つまりAさんのこれまでの体験から「自分に合っている対処法だ」とわかっているため、たとえ本人が混乱していても、過去の成功体験を想起させて対応を促し、安心感につなげることができます。

クライシスプランを作成する過程や利用を重ねることで、利用者が自分の状態を客観的に認識することができます。そして、本人に合った解決策がタイミングを逃さずに見出せることで、状態の悪化を未然に防げるようになります。



※6 クライシスプランとは、調子が悪くなったときの対処方法を、あらかじめ本人と支援者で話し合い作成しておく計画書のことです。



資料：厚生労働省

3. 「地域定着支援」の概要を理解しましょう

ここからは、Q&A方式で、「地域定着支援」の概要をみていきます。

Q1

「地域定着支援」の対象はどのような人ですか？

利用対象は、「地域生活を継続していくために常時の連絡体制を確保することによる緊急時等の支援体制が必要と見込まれる人」として、以下のように示されています。

- ・居宅において単身で生活する障害者
 - ・居宅において同居している家族等が障害、疾病等のため、緊急時等の支援が見込まれない状況にある障害者
 - ・施設や病院からの退所・退院、家族との同居からひとり暮らしに移行した者、地域生活が不安定な者も含む
- ※グループホーム、宿泊型自立訓練の入居者は対象外です。

Q2

「地域定着支援」のサービス内容は何か？

- ・常時の連絡体制を確保し、適宜居宅への訪問等を行い利用者の状況を把握
- ・障害の特性に起因して生じた**緊急の事態**における相談等の支援
- ・関係機関との連絡調整や一時的な滞在による支援

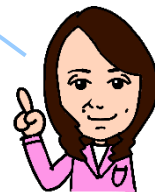
Q3

『緊急の事態』に際してどのように支援すればいいですか？

支援者がイメージする緊急事態ではなく、あくまで地域で暮らしている障害のある人自身が必要と感じたときに支援します。ただ、常時連絡体制を確保するといっても「24時間 365日、夜間も電話のかけ放題」ということではなく、夜間帯や緊急時に連絡の取れる体制を整備し、必要時に駆けつけるなどの対応を行う契約を結ぶものです。

緊急性の高さや状況などをあらかじめ利用者と確認して、クライシスプランを作成しておくことが有効です。また、深夜帯に利用者が電話をする目安についても、例えば「不安なことはできるだけ 20 時までに電話で確認する」「翌日まで待てることは一旦保留し、翌朝に電話する」といった約束をしたり、室温管理ができないことから低体温症や熱中症などのリスクが想定される場合は、エアコンの温度設定を予め決めておくことなどが考えられます。

ご本人と確認した緊急時や下記のあらかじめ想定される「緊急時」を、事前に市町村担当者や他の関係機関と共有しておく、連携した支援が迅速にできます。また、「緊急時支援費（I）」の算定がスムーズになります。



Q4

「地域定着支援」の費用負担はどうなりますか？

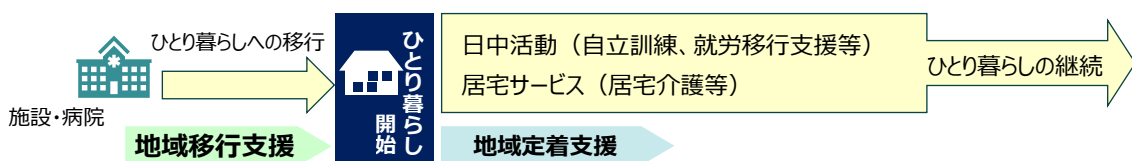
障害者総合支援法で規定する所得区分の低所得1及び2、生活保護世帯の場合は、自己負担が免除されます。市町村の支給決定により相談支援事業所は、実績に応じて地域定着支援サービス費として下記を算定できます。

- ・体制確保費 305 単位／月（毎月算定）
- ・緊急時支援費(Ⅰ) 711 単位／日
※緊急時に居宅訪問又は滞在型の支援を行った場合に算定
- ・緊急時支援費(Ⅱ) 94 単位／日
※緊急時に電話による相談援助を行った場合に算定
※緊急時：22 時～6 時の時間帯

4. 「地域定着支援」の多様な活用例を紹介します

ここでは、地域定着支援の活用について、いくつかの典型的なパターンを活用例とともに紹介します。

地域移行支援を利用して、施設や病院からひとり暮らしへ移行した方の場合



■ Aさん(精神障害者、60代男性)

精神科病院に20年間入院後、地域移行支援を利用して退院。身の回りのことは自分で行えますが、家族とは音信不通です。病院では受け身の生活が長かったため、SOSを出すことには慣れていません。Aさんの不安軽減のために、緊急時の連絡体制の確保を目的として地域定着支援を活用しました。

その後、就労継続支援B型事業所や居宅介護の利用を開始すると、日中に相談する相手が増えていき、実際に緊急時の対応をすることはありませんでした。



「困ったらいつでも相談できる」と思うだけで安心できました。わたしにとって地域定着支援は、お守りのようなものでした。

■ Bさん(知的障害、30代男性)

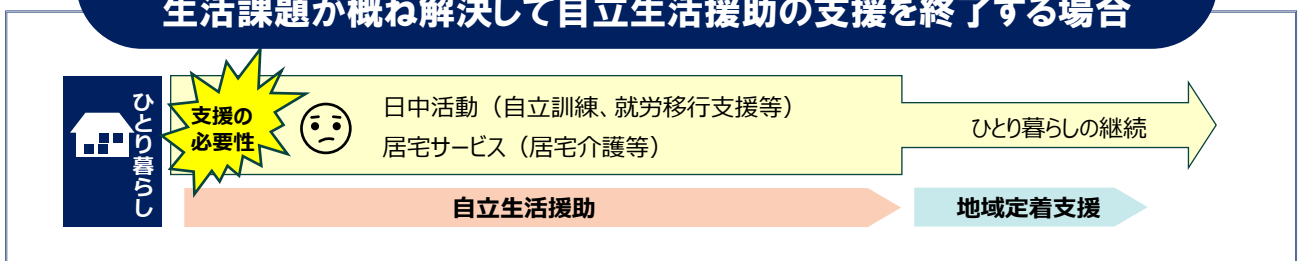
両親を早くに亡くし、天涯孤独で両親の残した持ち家で暮らしていました。自分の想像と違うかたちで物事が進みそうになると途端に不穏になり、頻回な深夜の電話や繰り返し救急車を呼び、民生委員や自治会長等の近隣住民がその都度対応しており、精神科病院への入退院も繰り返していました。

地域移行支援の利用による退院後、同事業所による地域定着支援を活用することになりました。そこではクライシスプランを作成し、自分がどのようなときに、不安や落ち着かなくなってしまうのかを相談支援専門員と整理することで、頻回に救急車を呼ぶなどの行動は消失していきました。



入院中から支援してくれていた人が、ぼくの状態に合ったプランを提案してくれたので、救急車を呼ばなくても上手に対応できるようになりました。

施設や病院からひとり暮らしに移行した人が自立生活援助を利用し、生活課題が概ね解決して自立生活援助の支援を終了する場合



■ Cさん(精神障害者、50代女性)

精神科病院を退院する際、退院後の生活状況の把握や適切な支援に結びつけることを目的として自立生活援助を利用しました。金銭管理に課題があったため日常生活自立支援事業の利用を考えることになり、小遣い帳の書き方の助言等をしたり、日常生活自立支援事業の契約時には、Cさんが自分の状況をうまく伝えられるよう調査に立ち会ったりしました。無事に日常生活自立支援事業の利用が始まり、退院直後の生活課題も概ね解決したため、自立生活援助の目的は達成したと判断したのち、地域定着支援に移行しました。



ひとり暮らしには慣れてきたし、定期的な訪問はしなくてもいいけど、休日や夜中に何かあったときには、相談したいと思っています。

■ Dさん(知的障害者、60代男性)

知的障害のある妻とふたり暮らしで、一般就労をしていましたが、60歳を過ぎてから療育手帳を取得。妻との関係が不和になると対処法がわからず不安、落ち込みで家出をするなどの行動があり、自立生活援助の利用を開始しました。

定期訪問で地域生活支援員が事前に課題等を把握し、対処方法をその都度Dさんと一緒に考えるようにしました。その後、日中活動として妻とともに就労継続支援B型事業所を利用するようになると夫婦関係が改善したため、自立生活援助を終了し、地域定着支援に移行しました。



かあちゃんとはうまくいようになったけど、
いつまた喧嘩になるかわからないし、
何かあったらすぐ相談にのってもらいたくて。

緊急時支援を一連の支援の中で複数回算定する場合

■ Eさん(知的障害者・50代女性)

アパートで単身生活しており、近隣に母親が暮らしていますが、高齢のため支援は望めません。金銭管理に課題があり、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業の契約をしています。週末に大好きなアイドルの写真集を購入したところ、食糧を買うお金が無くなってしまいました。社会福祉協議会も土曜日は休みのため連絡がつかず、深夜11時に泣きながら電話をかけて¹⁾ きました。Eさんより「何か食べるものを持ってきてほしい」との希望があったため、地域定着支援従事者は、明朝に事業所にストックしてある食糧を持って訪問²⁾ することを約束し、今夜は安心して眠るよう伝えました。そして、翌朝届けました。

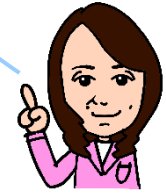


日曜日に食糧を届けてもらって助かりました。
それからクライシスプランと一緒に確認して、プラン通りにわたしが
困りごとを相談できたことは褒めてもらえました。
お金の使い方も、もう一度たしかめました。
次は気をつけます！

このケースでは、下記のように緊急時支援費を算定することができます。

- 1) 深夜（午後 10 時～午前 6 時）の緊急時の電話対応により「緊急時支援費（Ⅱ）」を算定
- 2) 緊急時に訪問をしたため「緊急時支援費（Ⅰ）」を算定

※緊急時支援費を同日に複数回算定することはできません。



5. より良い事業運営のための実践紹介

■ 地域定着支援を広げるために協議会を活用した事例

A市は、人口約9万人、精神障害者保健福祉手帳の所持者は約4,000人です。市の精神障害者支援に関する部会において、精神障害者への地域定着支援に関する市内の実績数が少ないことが課題として認識されました。

STEP1 一般相談支援事業所(以下、事業所)の現状を明らかにする

市内の事業所である3事業所へ現状や課題を把握することを目的にインタビュー調査を実施しました。その結果、「地域定着支援は緊急時支援である」といった誤解に基づく負担増の懸念が大きく、支援の導入が進んでいないことが明らかになりました。

STEP2 支援を必要としている人を明らかにする

精神障害者保健福祉手帳の所持者の無記名リスト（年齢、性別、手帳の等級、同居家族の有無、障害福祉サービス利用の有無等）を自治体の担当課職員が作成し、以下の状況にある人がどの程度いるかを部会の委員が確認しました。

- ① 単身生活者
- ② 世帯員全員が障害者
- ③ 高齢の親と同居

その上で、緊急時に支援の依頼が自分でできる人、できない人に分類しました。その結果、22名の地域定着支援を必要とする障害者が把握されました。

STEP3

課題を共有して行動を呼びかける

市内の相談支援事業所職員を対象として研修会を実施し、改めて地域定着支援の狙いを理解してもらい、支援導入の必要性を訴えました。その結果、翌年度から新たに地域定着支援を提供する事業所が2事業所増えました。また、名簿により把握された22名については、サービス担当者会議等で利用意向の確認を行い、新たに15名が地域定着支援の利用につながりました。



NIWA

協議会では、現状把握と課題の共通認識を持つことが大切です。自治体の情報を活用できたことで、地域住民のニーズ把握が確実にできました。これを踏まえて、地域定着支援の実施をはたらきかける仕掛けとして研修会をしましたが、実はSTEP1でインタビューをしたことが効果をあげたと思います。

■ 身体障害のある人の活用例

緊急時の支援は、精神障害や知的障害に限らず全身性身体障害のある単身生活者にとっても必要です。24時間の介助を受けることができる人は、常に介助者が寄り添っており、緊急時にも即時の対応が可能ですが、そのマンパワーが地域内で確保できず、サービス等利用計画をもとに、さまざまなサービスを組み合わせて単身生活を成り立たせている場合、サービスとサービスの合間に緊急事態が発生することもあり得ます。また、例えば、ひとりで電動車イスでの外出中に車イスのトラブルで動けなくなったり、自宅に入ろうとして玄関前で鍵を落としてしまい、拾えずに困惑したり・・・といった事態も現実にあります。



たくさんのサービスを使っても予期せぬ事態がたまにあります。身体障害でも、地域定着支援を、使えば急な困りごとのときに助けてもらえる可能性が増えるなら、ひとり暮らしの「セーフティネット」になりますね。

■ 地域定着支援従事者に

民生委員経験者などの住民を導入した事例

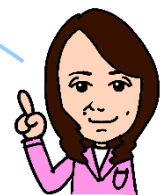
地域定着支援は緊急時の対応が基本ですが、相談支援専門員がサービス等利用計画のモニタリングとは別に時折訪問することで、緊急時に相談しやすい関係性の構築や緊急事態を未然に回避することができます。更に、この「時折訪問する」部分を、定年退職後に地域貢献したいと考えている住民等や民生委員の経験者等に、事業所で研修を受けてもらい、短時間のアルバイトとして地域定着支援の一部を手伝ってもらう仕組みも考えられます。

利用者の声として「自分から連絡するのは遠慮しちゃうけど、来てもらった時にちょっとしたことを聞ける」と、相談のしやすさがあげられているほか、支援者側からの「障害者は助けてあげないといけないと思っていたけど、いろんなことができ、私の方が教わることも多いわ」という声もあります。

この例は、アルバイトの従事者を加えるかたちで地域定着支援を補強していますが、障害者と地域住民の交流の機会が増えることになり、仕事の枠を超えた住民同士の交流にもつながっていきます。

私たちがめざしているのは、支援者だけに支えられた生活ではなく、地域で生活する人同士が支え合える関係性を取り結ぶことでもあります。

また、「障害者と接する機会が極端に少ない」ことから生じている偏見の解消という波及効果もあるかもしれません。



地域定着支援の報酬は、支援体制を整えて継続することに対して、利用者 1 人につき 305 単位／月となっており、事業所の運営体制を整えるために十分とはいえません。つまり、相談支援事業所では、地域定着支援単体で収支を成り立たせようとするより、計画相談支援に加えて地域移行支援・地域定着支援と自立生活援助をセットにして、障害者の地域生活を支援するための一貫性のある事業として運営することが経営的にも有効であり、支援者としてのやりがいも実感できます。

その運営体制を整えるためには、必要な人員体制を見込んで事業規模を判断する必要があります。「緊急時」の支援量を見込みづらいつ感じられるかもしれませんが、体験からいえることとして、同じタイミングで次々と緊急対応が発生することは、現実にはありません。また、生活にハプニングはつきものですが、例えば、30 人の利用者に月 1 回の緊急対応があるとしても、平均すれば 1 日 1 件です。

利用者の生活に寄り添いながら、緊急時を生じさせないような日常の支援を行うことや、利用者の変化・成長に応じて緊急対応の発生件数は変動します。各事業の利点を活用して、利用者にとっての安心できる生活を支援していきたいと思います。



TOKU

「緊急時」というのは人によって違うことも、ここまでの事例で見えてきたとおりです。
事業所では利用者一人ひとりの状況をアセスメントし、起こりうる事態に対応するための支援体制の目安を想定しておくといよいでしょう。

■参考文献

- ・東松山市自立支援協議会「精神障害者の地域定着支援を考えるプロジェクト」平成 29 年度報告書
- ・岩上洋一、一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク著・金剛出版「精神障害者の地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイド」

VI おわりに

本ガイドブックは、病院や施設に長らく留まっているうちに地域住民としての居場所や生活を失ってしまった人（または失いかけている人）が、再び社会生活を始め、自分らしい生活を継続するために少しばかりのお手伝いができる、という思いを込めて、主に障害者総合支援法に基づくサービス提供の仕事をしている専門職や従事者向けに作成しました。

ご紹介した事例は、いずれも執筆者がこれまでに活動してきた中で出会ったたくさんの笑顔の思い浮かべながら、個人が特定されないように複数事例を組み合わせて創作しました。つまり、病院や施設から地域移行し、いま地域の一市民として暮らす障害当事者の方々との協働作業のたまものです。

ところで、「障害のある人」と「障害のない人」の境目はどこにあるのでしょうか。

生きていれば心身の不具合を生じたり、環境に適応できずに生きづらさを抱え、不自由を感じる事態は誰にでも起こり得ます。実際の地域生活では、障害者向けのサービスだけで日々の暮らしが支えられるわけではありませんし、また障害のある人がいつも支えられる側の立場にいるわけでもありません。わたしたちは、障害の有無にかかわらず、周囲を信頼し助けを求め合いながら暮らすことのできる地域社会の創造をめざしています。

本ガイドブックの作成に関与して下さったすべてのみなさまに感謝し、まだ笑顔を取り戻せずにいる人びとのために役立てていただけますようお願いいたします。

令和2年3月

聖学院大学 田村 綾子

執筆者一覧

岩上 洋一	一般社団法人全国地域で暮らそうネットワーク
岡部 正文	一般社団法人ソラティオ
金川 洋輔	医療法人社団風鳴会サポートセンターきぬた
田村 綾子	聖学院大学
徳山 勝	半田市障がい者相談支援センター
丹羽 彩文	社会福祉法人昂
廣江 仁	社会福祉法人養和会
松村 真美	社会福祉法人南高愛隣会
望月 明弘	横浜市総合保健医療センター
山口麻衣子	社会福祉法人清樹会 地域生活支援センターすみよし
吉澤 浩一	NPO法人ヒーライトねっと 相談支援センターくらふと

監修・編集

田村 綾子 聖学院大学

■イラスト <星川のぞみ、白浜かなえ、顔の下に4文字のローマ字記載のあるイラスト>

夢 輝 (アクティビティサポートセンターゆい)

令和元年度厚生労働科学研究費補助金 (障害者政策総合研究事業)
障害者の地域移行及び地域生活支援のサービス実態把握に関する調査

障害者の地域移行・地域生活支援に関するサービス活用のためのガイドブック

発行：令和2（2020）年3月

発行者：聖学院大学 心理福祉学部心理福祉学科 教授 田村綾子
〒362-8585 埼玉県上尾市戸崎1-1
048-780-1867 (研究室直通)
a_tamura@seigakuin-univ.ac.jp