

地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン

目 次

第1章 はじめに	1
1 ガイドライン作成の目的及び活用方法	3
2 ガイドライン作成のための実行体制及び方法	4
(1) 検討委員会の設置	4
(2) 実地調査及びヒアリングの実施	4
(3) 実地調査及びヒアリングの分析	4
3 ガイドラインの構成	4
4 当ガイドラインの総論（まとめ概略）	5
(1) 地域の現状と課題を5つの柱から整理	6
(2) 地域の規模による特性	7
(3) 活動内容の特性（今後への向けて）	8
(4) ネットワークから	9
(5) その他（人の意欲と創造性・価値と認識）	9
第2章 障害者の地域生活を支える制度の動向	11
1 制度の動向～退院促進（タイソク）から地域移行支援・地域定着支援へ～	13
2 障害者福祉法制流転の系譜	14
3 今後の地域移行・地域定着支援事業の展開	15
4 地域移行・地域定着を推進する、とりわけ居住系支援の実相	17
(1) 住宅提供を主にした保障制度	17
(2) 支援が提供される居住保障制度	20
5 おわりに	22
第3章 岩手県北上市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告	25
1 自治体概要	27
2 地域移行・地域定着支援における体制	28
(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能	28
(2) 体制整備機能	28
3 個別支援の具体的な体制	29
(1) 相談支援員（地域移行推進員）	29
(2) 社会福祉協議会	30
(3) サービス調整会議（個別ケア会議）	30
4 現状の体制構築における歴史	30
(1) フォーマルな資源	30
(2) インフォーマルな資源	30
5 成果及び課題	31
(1) 事業における実績	31

(2) 地域の変化	31
(3) 今後の課題	31
第4章 東京都中野区における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告	33
1 自治体概要	35
2 地域移行・地域定着支援における体制	36
(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能	36
(2) 体制整備機能	37
3 個別支援の具体的な体制	37
(1) 居住サポート事業	37
(2) 生活保護精神障害者退院促進事業	37
(3) 相談支援事業所（区の設置するすこやか福祉センター）	38
4 現状の体制構築における歴史	38
(1) 地域特性	38
5 成果及び課題	38
(1) 事業における実績	38
(2) 地域の変化	38
(3) 今後の課題	38
第5章 大阪府堺市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告	41
1 自治体概要	43
2 地域移行・地域定着支援における体制	43
(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能	43
(2) 体制整備機能	44
3 個別支援の具体的な体制	45
(1) 退院促進支援会議の運営会議	45
(2) 地域移行推進員（自立支援員）	46
(3) 地域体制整備コーディネーター（退院促進コーディネーター）	46
(4) 院内茶話会	46
4 現状の体制構築における歴史	46
(1) 地域特性	46
(2) フォーマルな資源	47
(3) インフォーマルな資源	47
5 成果及び課題	47
(1) 事業における実績	47
(2) 地域の変化	48
(3) 今後の課題	48
第6章 鳥取県東部圏域における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告	49
1 自治体概要	51

2	地域移行・地域定着支援における体制.....	51
(1)	スーパービジョン・コンサルテーション機能.....	51
(2)	体制整備機能.....	52
3	個別支援の具体的な体制.....	53
(1)	地域移行推進員.....	53
(2)	相談支援事業所.....	53
4	現状の体制構築における歴史.....	54
(1)	地域特性.....	54
(2)	インフォーマルな資源.....	54
5	成果及び課題.....	54
(1)	事業における実績.....	54
(2)	地域の変化.....	54
第7章 沖縄県那覇市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告.....		55
1	自治体概要.....	57
2	地域移行・地域定着支援における体制.....	58
(1)	スーパービジョン・コンサルテーション機能.....	58
(2)	体制整備機能.....	59
3	個別支援の具体的な体制.....	61
(1)	地域移行推進員.....	61
(2)	地域体制整備コーディネーター.....	61
(3)	相談支援事業所.....	61
4	現状の体制構築における歴史.....	61
(1)	地域特性.....	61
(2)	インフォーマルな資源.....	62
5	成果及び課題.....	62
(1)	事業における実績.....	62
(2)	地域の変化.....	62
(3)	今後の課題.....	62
第8章 障害者の地域移行・地域定着支援体制の5つの要素.....		65
1	5都市における地域移行・地域定着支援の流れ.....	67
2	事例でみる具体的な地域移行支援・地域定着支援の流れ.....	70
	【 長期入院者・入所施設利用者実態調査 】.....	71
	【 病院・施設内での交流機会の活用 】.....	72
	【 関係機関などによるスタッフのはたらきかけ 】.....	73
	【 相談支援専門員の役割 】.....	74
	【 地域移行支援の申請 】.....	75
	【 地域移行の個別支援計画 】.....	76

【 サービス担当者会議・個別支援会議 】	77
【 ピアサポーターの活動 】	78
【 体験利用・体験宿泊 】	79
【 集中支援加算と退院加算 】	80
【 地域定着支援 】	81
3 地域移行・地域定着支援における5つの要素	82
(1) 第1要素：行政による実態調査の必要性	82
(2) 第2要素：施設（病院）職員と地域機関の職員との協働	84
(3) 第3要素：個別支援会議	85
(4) 第4要素：市民資源の活用（ピアサポーター・市民・不動産業者等）	87
(5) 第5要素：市区町村自立支援協議会の役割	90
第9章 ま と め ～地域移行・地域定着支援のさらなる発展と普及に向けて～	93
1 自治体における地域移行・地域定着支援に対する視点	95
(1) これまでの取り組みの経過	95
(2) 今後における市区町村からの視点	96
(3) 都道府県からの視点	97
2 結論と今後の課題	98
(1) 都市と地域の規模による特性（現状）	99
(2) 地域の規模による特性	100
(3) 活動内容の特性	101
(4) 今後の指針 ～ネットワークの視点による4類型	102
(5) 提言 ～人の意欲と創造性・価値と認識	103
資 料	105
1 各地域の地域移行・地域定着支援事業及び住宅入居等支援事業の手引き	107
(1) 岩手県北上市資料	107
(2) 東京都中野区資料	116
(3) 大阪府堺市資料	119
(4) 沖縄県那覇市資料	120
2 当研究における資料及び記録	131
(1) 実施体制	131
(2) 調査・会議等開催日程	133
(3) 実地調査及びヒアリングの開催	134
(4) 調査報告会	137
(5) ヒアリング実施のための説明資料等	158
(6) 参考資料・引用資料一覧	162

第1章 はじめに

1 ガイドライン作成の目的及び活用方法

国は障害者基本計画として平成 15 年から平成 24 年までの 10 年間を定め、その内容に施設から地域生活への移行の推進が示された。そこには障害者本人の意向を尊重し、施設入所（病院入院）者の地域生活への移行を促進することが明記され、具体的な検討が始まる。

精神保健の分野においては翌年の平成 16 年 9 月に精神保健福祉対策本部が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において、「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示され、また、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることによって、10 年後（平成 26 年）の解消を図ることとされた。

この一連の流れの中で、現在各都道府県、政令指定都市が実施主体として取り組んでいる精神保健費等国庫補助金事業「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」は、「精神障害者地域移行支援特別対策事業（平成 20 年実施）」で行われていた地域移行推進員と地域体制整備コーディネーターの配置を軸に、支援体制、対象を広げるため、未受診・受療中断等の精神障害者に対する支援体制の構築、精神疾患への早期対応、及びピアサポーターの活動の推進、精神障害者と地域の交流促進事業などの見直しを行って平成 22 年度から実施されている。

また、地域への移行と地域への定着を図る上で必ず必要となる住まいの確保やその後の生活への支援には、「住宅入居等支援事業（居住サポート事業）」が障害者自立支援法の地域生活支援事業として整備された。しかし、平成 22 年度において事業を実施している市町村は全国で約 13%（厚労省発表）という低い実施率にとどまっている。

このガイドラインは、各地で取り組まれている入院・入所から地域への移行支援、地域定着の支援に対して、先駆的また、特徴的な取り組みをしている 5 都市を取り上げ、活動、体制の内容、また、都道府県等の担ってきた役割や市町村の担ってきた役割、加えて地域の形成にいたる背景を明らかにして行くことで、都道府県及び市町村における実践的な活動内容、加えて行政・医療・福祉を包括した地域移行・地域定着を推し進めるネットワークを形成するための 1 つの指針を示すことを目的としている。

それは、平成 24 年度から新たに相談支援として個別給付化される事業にも対応する指標として作成し、障害を問わずこれからの地域生活支援に活用してもらうことを目的としている。

2 ガイドライン作成のための実行体制及び方法

（１）検討委員会の設置

ガイドライン作成にあたり、学識経験者、行政、関係団体、事業実施事業者からなる検討委員会（構成員 9 名）を設置、延べ 4 回の開催を行った。

（２）実地調査及びヒアリングの実施

平成 23 年 11 月から 12 月にかけて、実地調査及びヒアリング先駆的好事例と思われる全国 5 都市において、地域移行・地域定着支援の関係者に対し、ヒアリングを行った（巻末資料参照）。ヒアリングに際しては、あらかじめ 5 都市の実地体制等について資料の提供をいただいた。その上で、フォーカスグループインタビューの手法を使い、共通のインタビューガイドに基づき、より具体的な支援体制、内容についての情報収集を行った。

（３）実地調査及びヒアリングの分析

実地調査及びヒアリングの内容を取りまとめ、検討委員会への報告と意見交換のもとに、現在の支援についての分析を進め、今後にも役立てられるよう要素を抽出し、ガイドラインの作成を行った。

3 ガイドラインの構成

当ガイドラインは大きく以下のように構成されており、必要か所にわかりやすく対応できるよう作成されている。

第 2 章では、障害者基本計画から現在に至るまでの国の動向、検討をまとめ、平成 24 年度より相談支援事業として開始される地域移行支援、地域定着支援に至るまでの経緯の説明となっている。

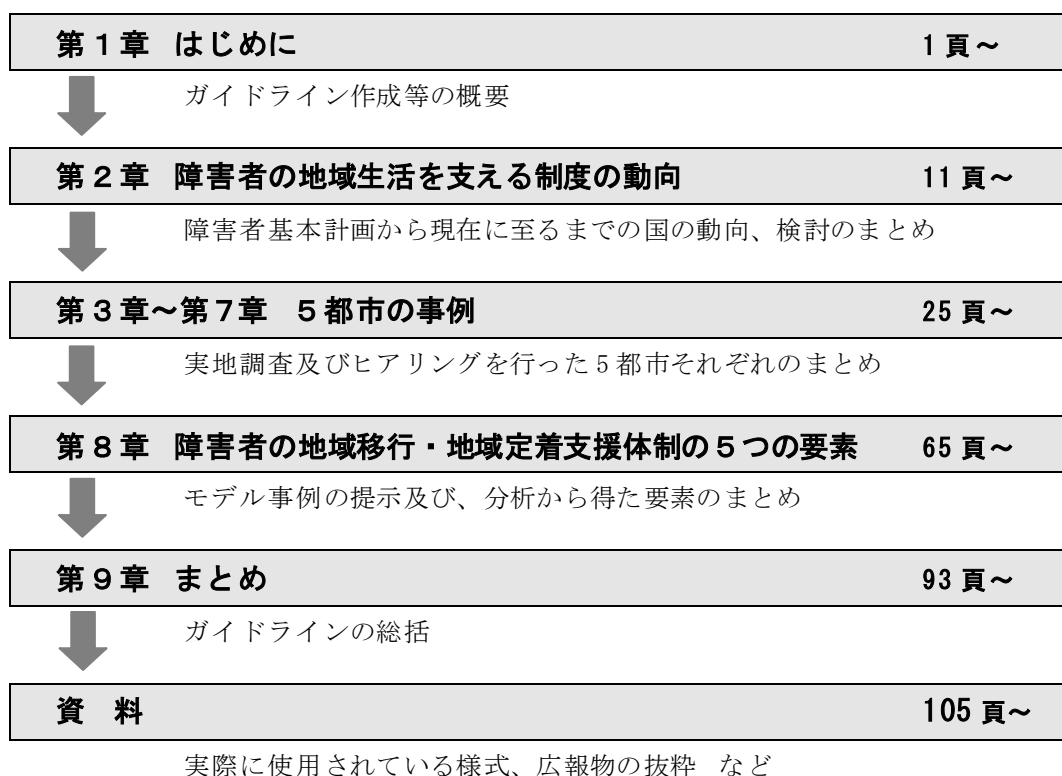
続く第 3 章から第 7 章においては、実地調査及びヒアリングを行った 5 都市を都市ごとにまとめ、各々の地域での取り組みにおける特徴及び現状についてまとめている。実地調査及びヒアリングを行った 5 都市は規模、立地、特性についても勘案された都市となっており、ガイドラインを手にとった際に、その特徴においても類似した都市を選択できるよう工夫がなされている。

第8章（当ガイドライン黄色のページ）では、実地調査及びヒアリングを行った5都市からの分析を進め、モデル事例の提示及び、分析から得た要素ごとのまとめとなっており、このガイドラインの中核となっている。

最終章となる第9章では、当ガイドライン作成において得た内容の総括を行っている。本事業においては、単純な事例収集とはせず、得られた情報から利用者にとって有益な支援の実現に向け、普遍化できそうな要素の抽出及び活用可能と思われる各都市の特徴や活動をモデル化することに重点をおき、また、事業実施者にとっても「何を行うのか」をわかりやすくすることに重点をおいた総括となっている。

また、巻末資料編に各都市における特徴に応じ、実際に使用されている様式、また広報物の抜粋を掲載しているので、是非参考にさせていただきたい。

【 本ガイドラインの構成 】



4 当ガイドラインの総論（まとめ概略）

地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた活動では、施設入所（病院入院）者は本来、市町村の住民である。したがって、施設入所（病院入院）者は住民として住み慣れた地域で、住み慣れた生活を送ることが我が国のノーマライゼーション理念推進の具現化の1つの活動である。施

設入所（病院入院）者は、地域から隔離された生活から、より地域に密着した住民としての生活が求められている。ここでは質的調査である訪問事例をモデルにいくつかの側面から整理し、これからの実践の手がかりを提供できれば幸いである。また、対象者の把握と地域診断、研修や人材育成によって地域を耕し、関係者との相互コミュニケーションの充実による柔軟な活動と、キーパーソン・拠点づくり、中長期的地域づくりへの計画、住民参加型社会への手がかりにしていただけると幸いである。

（１）地域の現状と課題を５つの柱から整理

①実態調査の必要性

入所施設（入院）者で地域生活移行を実際にされる方々は具体的にどこに誰がいるかの情報を明確にすることが肝要である。あるいは、地域住民が関係する入所施設（入院）に入っている地域住民の把握がある（生活保護等）。それに基づいて、個別の地域移行・地域定着ニーズを具体的に明確化し、計画・見立て・見通しを立てて本人、関係者と協働する必要性がある。地域体制整備コーディネーターは、地域のさまざまな人々のネットワークを把握し、人材活用による地域づくりがある。人材育成では研修会等の実施、同時に研修参加者の組織化、地域活動への参加促進がある。例えば、行政内部の関係部局、県や近隣市町村の関係者、入所施設（病院）と職員（医療保健職、ケアワーカー）、地域事業所とキーパーソン（地域移行推進員、相談等事業所、ヘルパー、訪問看護等）、住まい確保、住民資源把握等がある。これらの人々を把握し、研修を実施し、実施後のつながりづくりの推進がある。

②施設（病院）職員と地域機関の職員との連携と協働

施設（病院）は地域の１社会資源である。施設（病院）内だけで完結するのではなく、地域資源としての活動を職員（医療職、ケアワーカー、ケアマネジャー等）及び関係者が認識する必要がある。具体的な地域の人々との交流が必要である。例えば、研修会、事例検討会、勉強会、会議への参加、当事者交流会や交流の場づくりがある。そして、地域移行推進員が施設（病院）内と地域のパイプ役として積極的に施設（病院）職員と交流する（事例検討会参加、当事者の講演会、地域移行推進員連絡会）。また、施設の当事者と地域の当事者の交流を図り、生活づくりを具体化する（茶話会、ピアサポーター、宿泊体験、グループ活動）。

③個別支援会議

地域移行推進員は地域移行支援事業では個別支援会議で医療機関、居住サポート事業、相談支援事業所、生活保護担当部局との検討を深め、具体的な情報を共有し、実行する。同時に関係者

が顔見知りになり、お互いの業務を理解し、波長合わせを実施する場である。顔見知りになれば決まった会議だけではなく、多様な場面で個別支援の情報交換、コンセンサスづくりを実施できる。

④市民資源の活用

患者会の活動充実とピアサポーターの育成がある。ピアサポーターによる仲間の退院促進活動の参加が、施設入所（入院）者の退院への敷居を低くする活動である。また、住まいの場確保には、不動産業者との連携と協働は欠かせない要件である（生活保護精神障害者退院促進事業）。退院してからの生活の安定では、孤立させない生活づくりがある。ここでは、住民参加型活動の醸成が必要である。例えば、ボランティア、ホームヘルパー、ベストフレンド組織の活動、デイケアや自立支援事業所への通所、外出支援などが考えられる。

⑤自立支援協議会の役割

自立支援協議会は障害福祉サービス事業所や関係者の会議で、開催の回数・内容が地域によって異なる。関係者の勉強会、高齢者の地域移行、不動産業者への働きかけ、地域と施設（病院）での情報の共有化、個別支援課題解決のための施策への検討、あるいは障害福祉計画との関係があげられる。

（２）地域の規模による特性

活動の推進は地域の準備状況を把握する必要がある。地域の準備状況は、関係者の準備状況であり、活動への意識や認識の状況ともいえる。活動推進に向けては他の地域の情報と自分の地域を比較（エビデンス）し、知識・技術、法文の理解等が必要である。また、ノーマライゼーション理念による障害者も住民としての主権を保障する価値姿勢が必要である。これは、知識・技術と価値姿勢の両輪である。また、地域移行は施設（病院）内の支援と地域支援の両方の人材育成と資質向上が必要である。これは、その後の活動の広がりや深まりに大きく影響すると思われる。詳細は各章に譲るとして、ここでは地域規模等で考える参考資料をまとめてみる。5つの事例は、多様な側面を持っているモデル事例である。したがって、特徴的視点からみて述べることにする。関連資料は、資料編に掲載されている。

地域規模では、圏域及び地方都市（県庁を含む）がある。これには例えば、岩手県北上市、鳥取県東部圏域（鳥取市など）、沖縄県南部圏域（那覇市・浦添市）がある。これらは人口規模もあるが圏域活動や県と市の活動である。地域状況に合わせて活用していただけると幸いである。例えば、鳥取県東部圏域（1市4町24万人）は県保健所による市町村との活動である。住民に対する地域移行推進員養成講座の実施が、その後の発展となる。人材育成によるネットワークづく

りで、住民参加型の活動展開である。北上市は人口 9 万で、施設入所（病院入院）者である障害者も住民として、住み慣れた地域でより良い地域生活づくりへ向けて、障害種別をこえた支援であり、障害者計画づくりの実践でもある。そして、事業を長期的視点から考え、支援人材が途切れない支援体制づくり、民間ネットワークの活動、住民参加型活動で、地域を耕す広報普及（DVD）・研修、具体的な支援対象を明確にする調査活動を基盤にしている。

大都市活動では東京都中野区、大阪府堺市がある。堺市は市内に 7 区と 3 つの圏域があり人口 84 万人で、入所施設（病院）や地域事業所も複数ある。そして、今までの精神保健福祉活動、地域活動実践で養われた人と人のつながり、人権意識が高く、精神障害者社会復帰促進協会（復帰協）の活動、患者会活動（ピアサポート活動）が顕著である。また、行政による障害福祉計画など障害者全体の計画の中で、障害者基幹相談支援センターを中核して、エリアを明確にしたネットワークとそのシステム化があげられる。

（３）活動内容の特性（今後への向けて）

地域づくりは人材育成と正確な情報の提供、広報活動が基盤として必要である。広報活動と研修活動は、新たな知識・技術を付与するとともに、未経験の事項の不安解消により前向きな活動実践が望まれる。即ち、未経験者の認識を変える主体的活動づくりには、研修や体験、先駆的事例の理解が望まれる。ここでは、活動内容を人材育成、対象者把握の調査、活動実践への人のつながり（ネットワーク）から整理する。

人材育成は、鳥取県東部圏域、岩手県北上市が 1 つの例である。鳥取県東部圏域では、県主導で地域移行推進員養成講座を実施し、この講座に参加した人々の活躍できる場を新たな活動として展開し、住民の組織化を実施している。個別支援として主治医の推薦がなくても訪問等の緩やかな交流（レインボー事業）を実施する。また、フォローアップ講座で連絡会ができ、精神保健ボランティア組織のベストフレンドの結成がある。住民参加型の住民ネットワーク活動による精神障害者の孤立防止への支援が期待される。また、北上市は啓発用 DVD を作成し精神科病院での地域移行、講演会を開催して、事業の普及を行ってきている。

退院者の具体的な把握には、調査を基本にした具体的計画づくりがある。例えば、岩手県北上市、大阪府堺市では、施設入所（病院入院）者がどこに、誰がいるかを全数調査を実施し把握している。人口比で推計による退院数ではなく、具体的な対象者を明確に把握することは、退院の具体的目標と計画、支援の方法を実務的に検討でき、退院促進に結び付けることができる。

（４）ネットワークから

地域移行支援事業では、当事者の退所（退院）への意欲と複数の支援者の支援の構築がある。そこでは支援者側の目標の共有、情報の共有、協働活動が重要である。そこで、インフォーマルも含むコミュニケーションとネットワークの視点でみる。

例えば、地域ネットワーク型は岩手県北上市がある。施設入所（病院入院）者を具体的に把握し、その退院に向けて地域関係者会議に医療職（病院師長）が参加し、本人のニーズ把握を行い、退院へ向けた不動産業者との連携（居住サポート事業）、高齢者の介護保険課やヘルパーとの連携、事例の勉強会や運営会議等での情報共有がある。

地域拠点ネットワーク型Ⅰは、行政と地域活動支援センターなどの拠点事業所が協働する活動である。地域活動支援センターなど民間事業所が拠点になる活動である。行政の委託事業者が明確で、事業者・キーパーソンと保健・医療・社会福祉・地域資源（不動産業者）の協働活動がある。

ネットワーク型Ⅱピア活用とのコラボレーションは、沖縄県那覇市、大阪府堺市の活動がある。今までの地域での精神保健福祉活動の歴史があり、地域での活動、精神保健福祉士の活動、患者会活動、精神障害者ピア活動で、先駆的な地域活動を発展している。そこでは医療職、社会福祉士や事業者、保健機関、行政などの多様なネットワーク活動がすでに展開され、アクティブな実践活動を行っている。そこでは、医療専門職、保健師、精神保健福祉士、地域事業者、行政スタッフ等の多様なつながりと活動を柔軟に実践している。

ネットワーク型Ⅲ民間活用のコラボレーションは、岩手県北上市、東京都中野区、鳥取県東部圏域がある。医療・保健・社会福祉事業者・行政スタッフの協働、不動産業者との協働での居住サポートの推進がある。また、住民に地域移行推進員養成講座を実施し、それが発展して住民参加型の支援体制と新たな活動展開がある。

（５）その他（人の意欲と創造性・価値と認識）

地域移行と地域定着事業では多様な人々が参加し、協働し、施設と地域の自立生活支援を行っている。多様な施設の専門職（医療・保健職、ケアワーカー・ケアマネジャー）、行政、事業者、精神障害者・ピア活動、住民、当事者のそれぞれが目的を共有し、それぞれの活動と役割を相互に明確に意識することも基本である。また、曖昧な知識ではなく時には法文等の理解も関係者間で必要である。例えば、保健や医療職は患者さんの健康の保持増進・予防、疾患治療や悪化防止、機能回復への支援がある。障害福祉サービス事業者は利用者の生活の維持・向上、自立生活や就労支援等に関する多様な相談とサービスの提供がある。行政は長期計画と長期目標へ向けた活動である。住民は同じ住民として、地域でともに生活を推進する役割がある。当事者ニーズを中心

に医療からの退院の準備期・チャレンジ期を踏まえ（生物・心理面）、当面の3か月で医療（服薬）や健康・ADLの生活づくりへの移行（生物・心理・日常）、次の3か月でADLの安定と生活維持の習慣の定着化（生活体験学習と効果）、次の6か月で生活維持と生活向上への習慣の定着フォローなど、目標を明確にし、時間とコストによる支援が求められる（自立への学習・発達支援）。そこでは孤立させない伴走者、住む場と昼間の通う場の確保も重要である。効率的な事業推進は、関係者の意思疎通・情報交換、キーパーソン（地域移行推進員）と長期的視点でのシステム化での環境改善（研修・啓発・計画づくり）、地域体制整備コーディネーターの活動がある。退院促進は一定のパターンもあるが、流動性があるので緊急性や多層的・多面的要素を含んだ支援で、1人の支援ではなく、関係者との協働を意識した活動である。

第2章 障害者の地域生活を支える制度 の動向

1 制度の動向～退院促進（タイソク）から地域移行支援・地域定着支援へ～

「社会的入院」という言葉とともに、街での暮らしの場が得られない精神障害者の存在が浮き彫りになってから多くの月日が流れた。施策面では、社会資源、とりわけ社会復帰施設の一部やグループホームなど居住支援系事業の推進、拡充を軸に、「病院から地域へ」「入院から地域における保健・医療・福祉へ」「地域を拠点とする共生社会の実現」というスローガンを掲げながら、法制度の整備、修正を重ねてきた経緯がある。しかし状況にさほどの変化はなく推移し、72,000名の社会的入院は温存され、人口あたりの精神科病床数が世界一の我が国の「地位」は微動だにしていないという実情がある。

2004（平成 16）年 9 月に精神保健福祉対策本部が取りまとめた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「ビジョン」という。）において「入院医療から地域生活中心へ」という精神保健医療福祉施策の基本的な方策が示された。また、同ビジョンにおいて、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることによって、10 年後の解消を図ることとされている。

このビジョンの前年の 2003（平成 15）年度より、厚生労働省は大阪で先行して取り組まれた「退院促進支援事業」を国の施策として「精神障害者退院促進支援事業」として立ち上げ、全国 16 の自治体での取り組みで開始となった。実施自体はその後増し、2008（平成 20）年度からは精神障害者の地域移行に必要な体制の総合調整役を担う地域体制整備コーディネーターや、利用対象者の個別支援等に当たる地域移行推進員の配置を柱とした「精神障害者地域移行支援特別対策事業」として実施され、その後の推移で 2009（平成 21）年度には 47 都道府県すべてで実施となった。

本事業は精神科病院（医療施設）の脱施設化を促進し、長期入院、社会的入院の常態を少しでも解消していく唯一の社会的支援プログラムとして、また長期入院となっている精神障害者が地域生活を再獲得していく、まさに大きく期待すべき実践として全国で取り組まれた。

その後 2010（平成 22）年度からは、「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」とリニューアル改め、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」で行ってきた地域移行推進員と地域体制整備コーディネーターの配置に加え、未受診・受療中断等の精神障害者に対する支援体制の構築と精神疾患への早期対応を行うための事業内容を加え、ピアサポーターの活動費用を計上するとともに、精神障害者と地域の交流促進事業も行えるような見直しもなされた。

本事業を活用して退院、地域移行した人たちの累計が約 2,800 名（2009（平成 21）年度末）であり、この数字は長期入院、社会的入院の是正、解消という面での成果は乏しいという見方が有力である。

しかし、事業の担い手による果敢な院内での普及、啓発活動により、その影響をうけながら、それでも事業を活用しない形で退院、地域移行に至ったという、つまり通常の病院による退院支

援が奏功した方たちも、データ化は困難ながら相当数存在するという実感や、実際に医療関係者からの声も寄せられている。したがって事業評価をめぐっては単に制度活用による退院者数だけではその実効性をはかれないという観点からも、なお議論の余地を大きく残しているといえるであろう。

2 障害者福祉法制流転の系譜

この間の障害者支援関係制度の流れの中で、「障害者自立支援法」（以下、「自立支援法」という。）の施行は時代を画する大きな出来事であり、それゆえに施策、制度の推移によるさまざまな影響や課題の把握、さらにそれをこえる視点の整理が必要である。

自立支援法は 2005（平成 17）年 11 月に公布された。この法律により、障害者の福祉サービスを一元化し、障害者の自立を図るための福祉サービスの支援と、障害者が安心して暮らすことのできる地域社会の実現をめざすものとされた。さらに障害者がもっと働けるような社会にすること、福祉サービスの利用の手続きや基準を透明化・明確化していくこと、制度を安定的に維持するために国の財政責任を明確にするとともに、障害者には原則 1 割の利用者負担（応益負担）を求めた。

この応益負担の導入は、障害による不利益を自らの責任で負うという「障害自己責任論」を基底に置くもので、社会保障の根幹を揺るがすものとして、また経済的に厳しい障害者の生存権を脅かすものであるとして、全国的な反対運動が展開され、政府へ違憲訴訟を起こす事態を招いた（全国 14 の地方裁判所に 71 名の原告が提訴）。その後 2009（平成 21）年 9 月の政権交替により、新政府が自立支援法の廃止を明言したことで障害者団体と政府との間で和解が進み、2013（平成 25）年 8 月までに新たな総合的福祉制度を実施する、それまでの間、低所得者の利用者負担を無料とすること等を内容とする「基本合意文書」が締結され、違憲訴訟も取り下げられた。

政府は 2009（平成 21）年 12 月、内閣に「障がい者制度改革推進本部」を設置、翌年 1 月から「障がい者制度改革推進会議」において、2013（平成 25）年 8 月を目途とした「障害者総合福祉法（仮称）」制定に向けて検討を進めることとなった。

2010（平成 22）年 4 月からは障害者総合福祉法の制定に向けた「総合福祉部会」が組織化され検討を開始し、全 18 回の検討を経て、2011（平成 23）年 8 月に新法制定の「骨格提言」がまとめられた。その内容は、費用負担なしの原則、障害程度区分の廃止と支給決定の大幅見直し、地域移行の法定化と支援プログラムの創設、社会資源整備のための集中施策展開（地域基盤整備 10 年戦略）、事業報酬の改善、施策を成立させる財政措置の確実性等は、障害者自立支援法による混乱、加えて、2000（平成 12）年の社会福祉関係 8 法の改正による社会福祉基礎構造改革以来の「迷走」に終止符を打つ、真に理想を追求した内容となった。

翌 2012（平成 24）年 2 月の、厚生労働省による新法案の提示は、骨格提言を受け、新法への内容反映という点に置いて大きな意味を持つ。しかし厚生労働省案は骨格提言を踏まえたものとはいえず、一旦差し戻しのような形の中で政権与党内のプロジェクトチームによる修正作業ならびに調整が続き、先日（平成 24 年 3 月 13 日）、閣議決定を経て通常国会への新法案の提示（法律名は「障害者総合支援法」）となった。

個人的な見解を含むこれまでの経過のまとめとなったが、国会での論戦において、新法が骨格提言に掲げた理想像に少しでも近づくものとなるよう祈るばかりである。

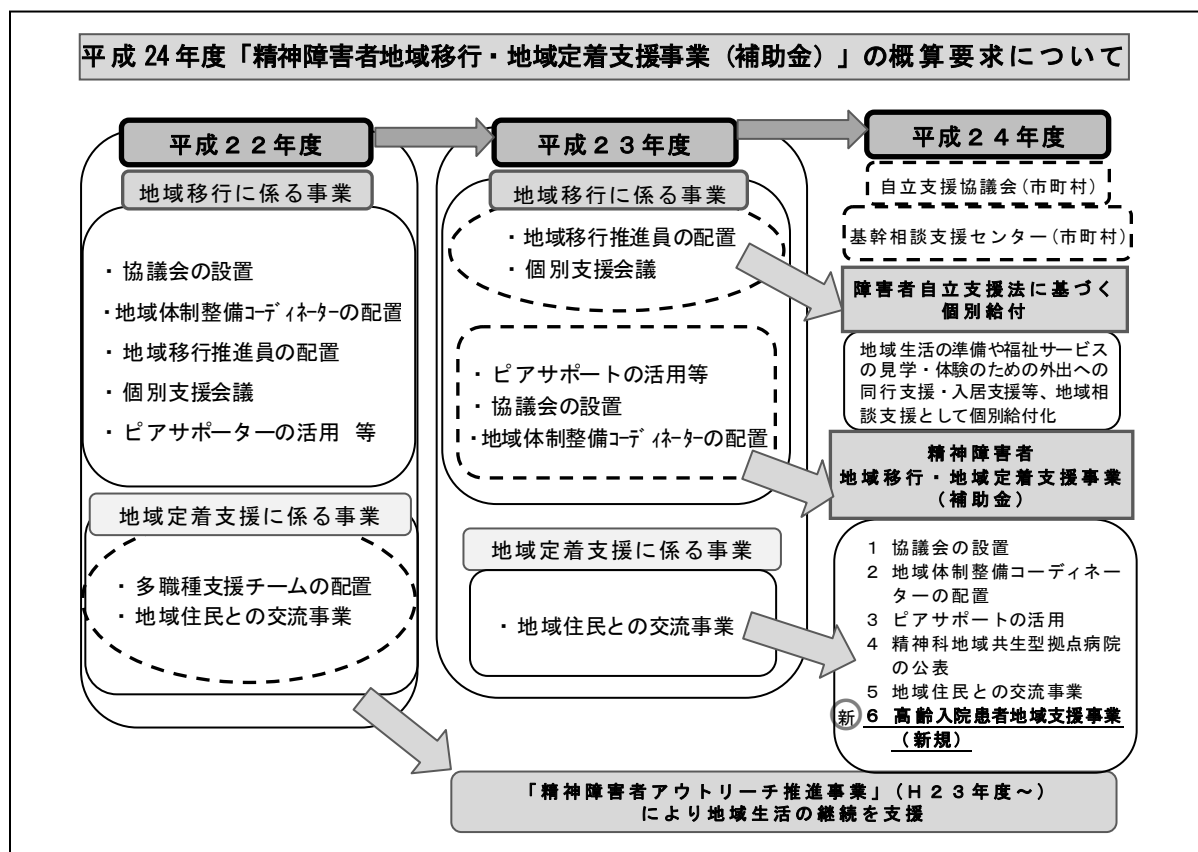
3 今後の地域移行・地域定着支援事業の展開

新法の制定を巡っては、障害者支援の緊急の施策的な問題に絞り込むという名目で、自立支援法の一部改正が行われ（2010（平成 22）年 12 月）、費用負担のさらなる軽減と応能負担化、発達障害者支援の実施、グループホーム・ケアホーム利用費用助成、相談支援体制強化などを行うこととなり、次年度（2012（平成 24）年度）施策展開される。ただしこの展開は先の新法までの「つなぎ」という位置づけとなっている。

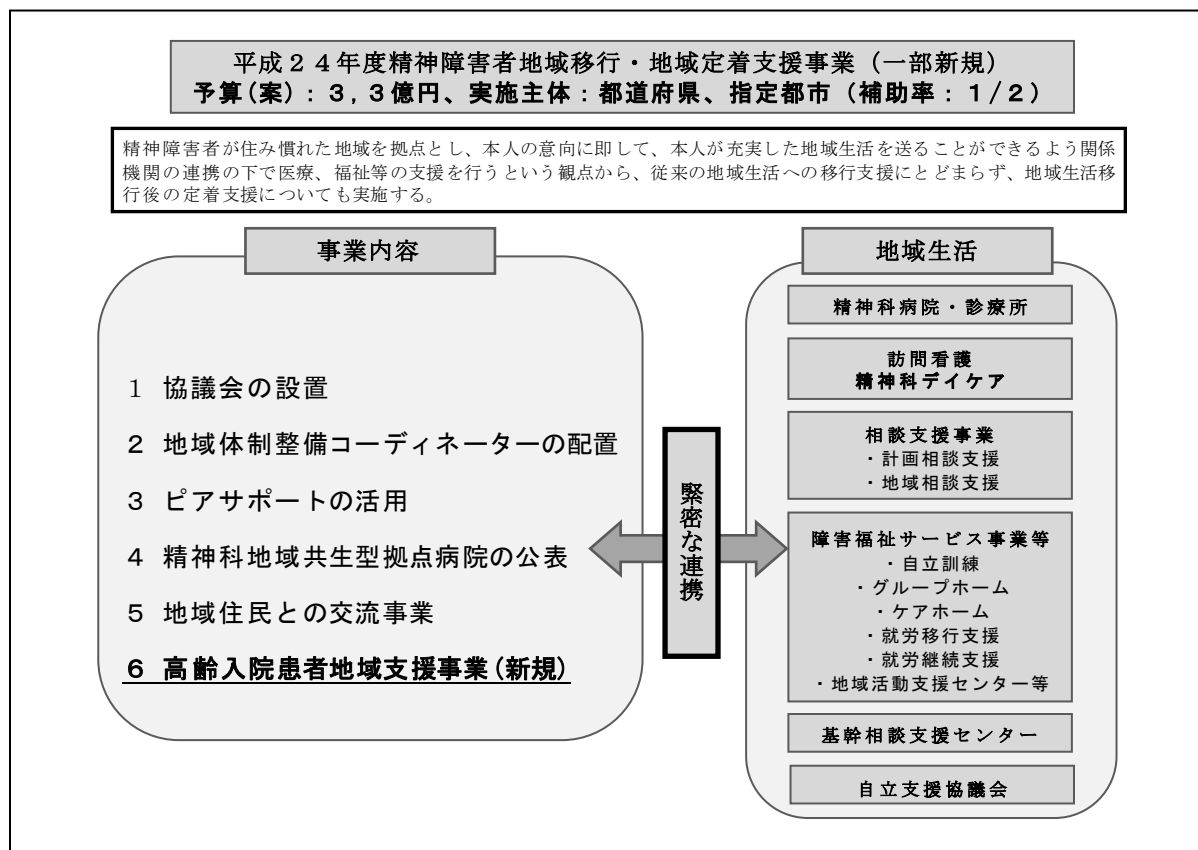
この中で地域移行・地域定着支援は、相談支援体制の強化の中で、個別の退院支援活動ならびに退院後の地域定着支援については「給付事業」となり、「地域移行推進員の配置」及び「個別支援会議の開催」とともに個別給付化されることとなっている。具体的には、地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援・入居支援等が障害者自立支援法に基づく地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）として位置づけられるものである。

それ以外の、たとえばピア活動を用いた病院への普及啓発アプローチ、相談支援事業者等への地域体制整備コーディネーターの配置、地域住民との交流事業、本事業を円滑に行う協議会の設置運営などは引き続き補助事業として実施するとともに、新規に精神科病院の高齢長期入院患者を対象に、病院内の医師、看護師、精神保健福祉士等が連携し、担当職員を配置し、相談支援専門員や介護支援専門員といった地域関係者とチームを組むことで、退院に向けた治療や支援、地域関係機関との連携強化を行い、地域移行に向けた退院支援を行う「高齢入院患者地域支援事業」を行うことを明示している。（図 1、2）

【図 1 平成 24 年度「精神障害者地域移行・地域定着支援事業（補助金）」の概算要求について】



【図 2 平成 24 年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業（一部新規）】



4 地域移行・地域定着を推進する、とりわけ居住系支援の実相

障害者の地域移行・地域定着支援を推し進める上で、どこで、どのような様式で暮らしていくのかは、退院を進めて行く時に真っ先に課題となることであり、「まずホームありき（home first）」は最重要課題である。それを克服していく制度の拡充を今後とも追求していかなければ地域移行は進展しない。

そして障害者に対する制度的対応にかかわらず、とりわけ精神障害者支援の領域において、住居を確保することは容易ではない。未だに根強い精神障害者に対する地域の偏見や誤解が住居の確保に困難をもたらしていることに加え、精神障害者の地域生活支援のための施策推進体制の弱いことが障壁となっている。つまり支援や保障の量・質ともに極めて弱い領域といえるであろう。

近年になって、厚生労働省と国土交通省が連携し、今までとは異なる踏み込んだ住宅確保施策が示されてきており、本領域にも良い影響が与えられるよう期待を寄せている。

ここでは住居確保という大きな課題に対して、「住宅保障」としての方策、ならびにリハビリテーションも考慮した「支援付き住宅」が現状どのように機能しているのかについて言及する。その中からさらなる課題の組み取りが必要となると考えられる。

（１）住宅提供を主にした保障制度

①公営住宅への入居促進

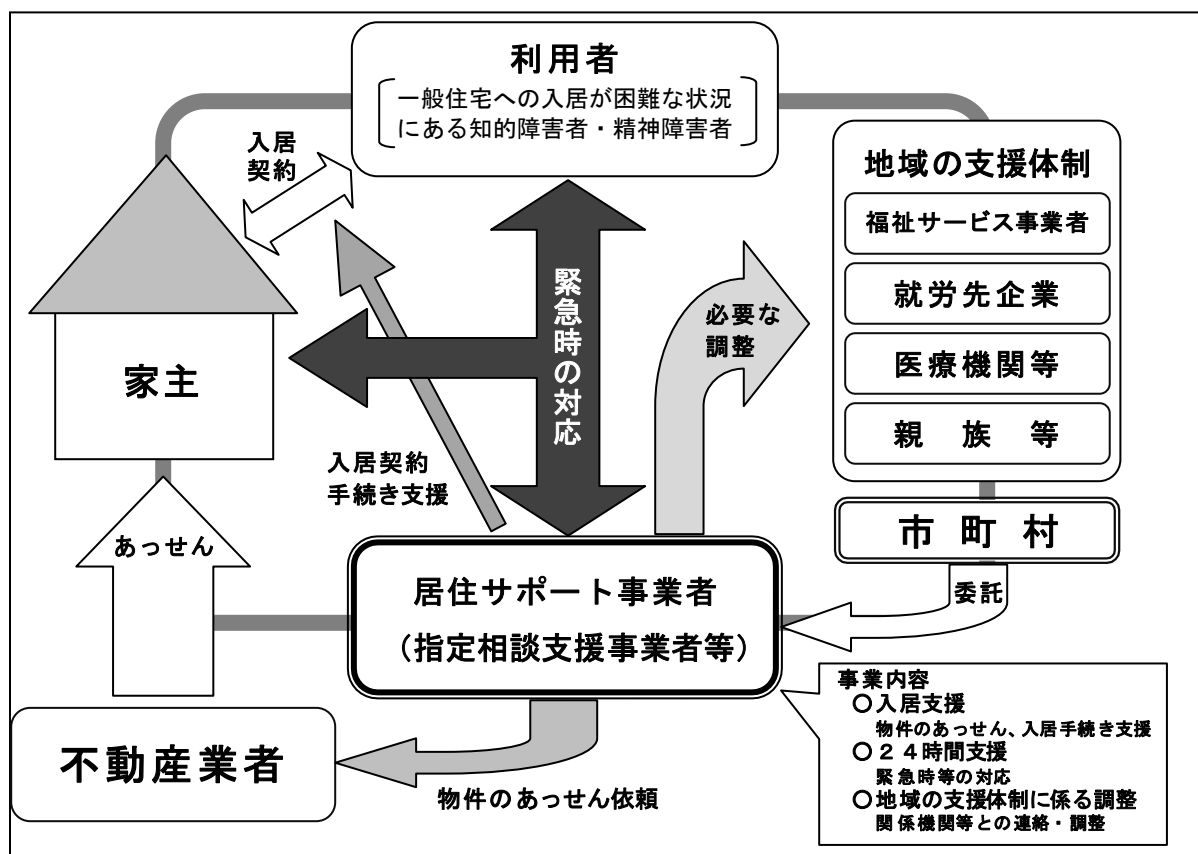
都道府県や市町村による公設公営の住宅は公営住宅法により、地方公共団体が国の補助を受け、低所得者層を対象に建設されている。公営住宅における現行の障害者向け施策には、「優先入居」「単身入居」「グループホーム・ケアホームとしての利用」の各制度がある。1996（平成 8）年の公営住宅法の一部改正により、グループホーム・ケアホームの公営住宅利用（法 45 条）への道が開け、2005（平成 17）年には、低所得障害者世帯などに公営住宅の優先入所を促している。そして 2006（平成 18）年からは精神障害者の単身入居もできるようになった。ただし単身入居の精神障害者の場合は優先入居の対応は得られない。

②「居住サポート事業」と「あんしん賃貸支援事業」

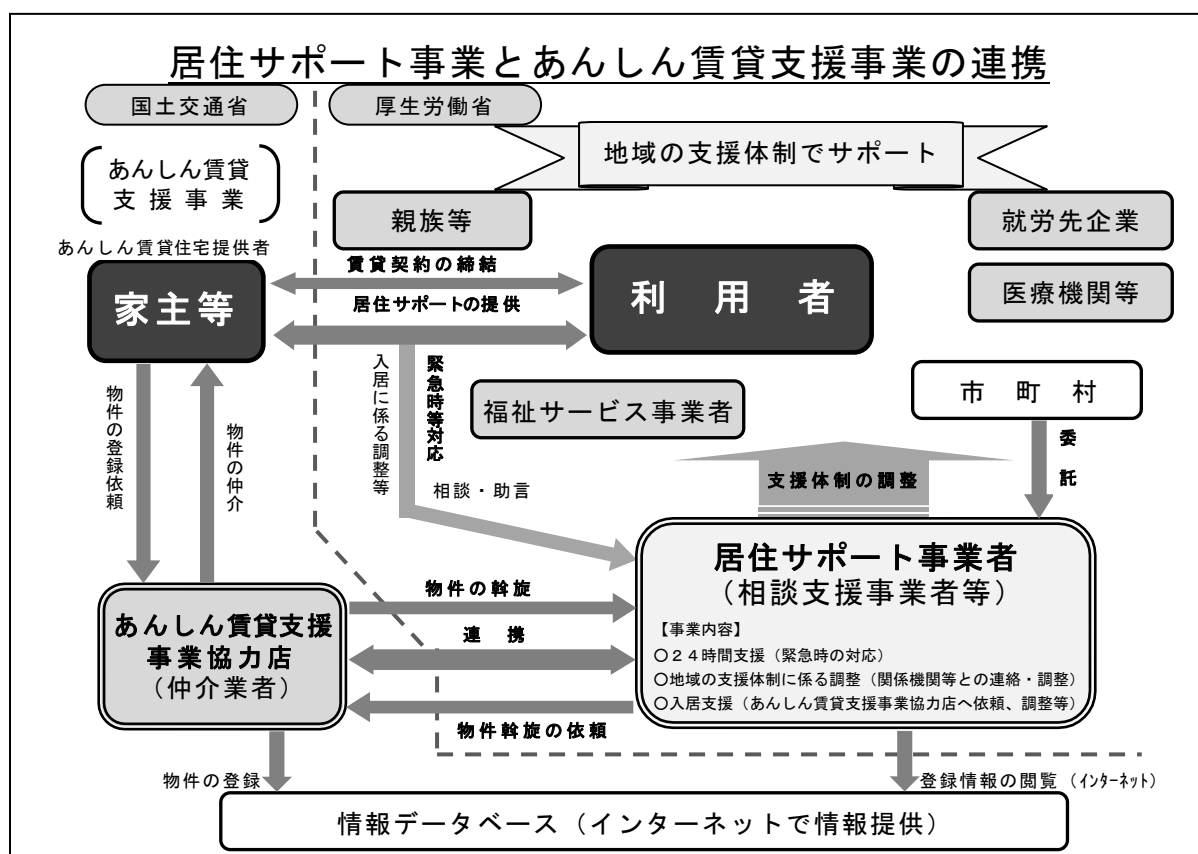
住宅入居等支援事業（居住サポート事業：図 3）は、障害者の地域移行の推進を図るための住宅の確保を目的として、障害者自立支援法の地域生活支援事業の中で、相談支援事業の大きな実践課題として位置づけられ、2007（平成 19）年度から創設された事業である。さらに国土交通省が、高齢者、障害者、子育て世帯及び外国人の民間賃貸住宅への円滑入居を図ることを目的に実施を

始めた「あんしん賃貸支援事業」も始められており、両事業が関係し合いながら進むことにより、大きく局面が展開していくことが望まれている（図4）。しかし現状では実施率が極めて低く（全市町村の13%での取り組み）、せっかくの支援事業が硬直状態にあり、画餅のままになっているという現状がある。打開に向けた普及拡大が急務である。とりわけ当該の調査研究も、本居住サポートの普及拡大が今後の展開に必須要件という認識のもと進められている。

【図3 居住サポート事業スキーム】



【図4 あんしん賃貸支援事業と居住支援の関係】



「住宅入居等支援事業（居住サポート）」と「あんしん賃貸支援事業」の関係に関しては、あんしん賃貸住宅の登録及び情報の提供等については、あんしん賃貸支援事業の事業協力店（仲介業者。以下「協力店」という。）が行うとなっており、障害者の居住支援（緊急時等の対応、地域の支援体制に係る調整等）については、居住サポート事業者（相談支援事業者等）が行うとなっている。したがって入居時の支援（入居に係る調整、契約時の立ち会いその他相談・助言等）は、必要に応じて協力店と居住サポート事業者が連携して行うこととなる。支援・連携の流れとしては、①利用希望者は居住サポート事業者に相談、利用申請、②居住サポート事業者は、あんしん賃貸住宅の登録情報を確認するとともに、利用希望者のニーズに適合する物件がない等の場合は、協力店に物件斡旋の依頼を行う。③協力店は、依頼に応じて物件を探すことになるが、例えば、契約手続きに立ち合うなどの入居の円滑化のための支援を行う。④居住サポート事業者は、入居後、利用希望者のニーズに適合する物件（あんしん賃貸住宅として登録されていない）がある場合は、居住サポート事業者と連携して当該物件の賃貸人への説明等を行い、円滑な入居が図れるよう調整に努めるとなっている。⑤家主の了解が得られた場合は、居住サポート事業者を通じて物件の斡旋を行う。⑥契約手続きに際して、居住サポート事業者は、協力店と連携し、契約内容等を利用者に分かりやすく説明したり、契において、利用者及び賃貸人からの相談支援、緊急時における対応、関係者等によるサポート体制の調整等の支援を行う。その際、必要に応じて協力店に協力を求めるとなっている。

福祉ホームは精神障害者の場合、従来「精神保健福祉法」に定められていた。他の障害者福祉ホームもそれぞれの福祉法にその根拠を置いていたが、新たに自立支援法の「地域生活支援事業」に位置づけられた。「障害者自立支援法に基づく福祉ホームの設備および運営に関する基準（2006（平成 18）年）」では、以下のように規定されている。

③障害者自立支援法に基づく「福祉ホーム」

障害者が地域で自立した生活が営むことができるように、低額な料金で提供し、日常生活に必要な便宜を図る。

- ・利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。
- ・地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行う。
- ・他の障害福祉・保健・福祉サービス事業との連携を図る。
- ・利用者の人権の擁護、虐待の防止に努め、職員に対し研修を実施する。
- ・福祉ホームの規模は、5 名以上利用できる規模であること、1 人 1 室を原則とすること。
- ・障害者福祉の増進に熱意があり、適切な運営能力のある管理人を配置すること。

などを定めている。生活上の世話を必要としないほどに日常生活が自立できている障害者を対象としており、一部の意見としては回復途上にある精神障害者が利用するには少々ハードルが高いという評価も聞く。

（２）支援が提供される居住保障制度

精神障害者が日常生活を送る上で、人間関係、金銭の出納管理、食事摂取、入浴、ゴミの分別、部屋や身なりなどの清掃や衛生管理など、個人差はあるものの、病気や障害からの回復途上においてさまざまな課題（生活のしずらさ）を抱えている場合が多々見受けられる。状況や状態によってまちまちであるが、これらに関連した日常生活上のサポートが不可欠となる場合もある。

精神障害者にとって生活支援が提供される居住形態としては、障害者自立支援法による共同生活援助（グループホーム）、共同生活介護（ケアホーム）が主な支援事業となっている。

①共同生活援助（グループホーム）と共同生活介護（ケアホーム）

共同生活援助（グループホーム）は障害者自立支援法に基づいた居住の場である。その内容は「地域において共同生活を営むのに支障のない障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談その他の日常生活上の援助を行うことをいう」とある。直近ではなく、少し以前の数字で恐縮ながら、グループホームは 2,736 か所、18,054 名の利用となっている

（国保連 2008（平成 20）年 1 月）。該当する障害者は障害程度区分 1 までの人である。このグループホームには「世話人」が配置され、利用者への多様な日常生活の支援が行われている。

共同生活介護（ケアホーム）は、共同生活の中で利用者への生活ホームでの支援内容に加えて、入浴、排せつまたは食事の介護などのサービスを行う居住の場として定められている。ケアホームの設置数は 2,532 か所で 23,151 名の利用となっている。対象となる利用者は障害程度区分 2 以上となる。障害程度区分 3 以上の障害者が利用する場合には、世話人の他に生活支援員の配置が求められている。

2006（平成 18）年 10 月 1 日以降、障害者グループホーム、障害者ケアホームについては、個々の住居としてではなくて「全体として 1 つの事業単位（ユニット）」として捉えることとなった。即ち、事業の種類ごとに事業所指定を受けることを前提としつつ、事業単位としては 1 つというように複合した形で行われることになった。

両ホームの安定的運営については、マンパワーの増員につながるよう給付額の見直し等施策の充実が求められる。またこの事業は先述のように「公営住宅法」の改正により公営住宅内に存置する方向も生まれており、今後の設置促進が期待されているものの、その際、住民自治会との事前協議や事業に対する合意の形成が必要とされており、そのハードルの高さにより公営住宅での設置が伸びていないという現状がある。しかしその一方大阪では、自治会合意を設置の前提としていないため、大躍進しているという現状もあり、事業開始の条件に「住民合意」確保という無益な争いのタネをまくことなく進められるよう、大きく見直しを図るべきだと考える。

国は障害者の地域での自立した生活を進めるために、グループホーム・ケアホームを 2005（平成 17）年度の 3.4 万人分から 2011（平成 23）年度に 8 万人分に増やし、今後さらに整備を促進していく方針を示している。

また、入所施設や精神病院等から地域生活への移行を円滑に進めるためには、地域での生活に徐々に慣れていくことが重要であると考えられるため、入所または入院中の段階から宿泊等の地域生活の体験ができるよう、2009（平成 21）年 4 月の報酬改定において、グループホーム・ケアホームの体験入居の仕組みが創設された。グループホーム・ケアホームの体験入居の利用状況については、国民健康保険団体連合会による介護給付費等の支払い実績によれば、2010（平成 22）年 10 月の利用者数 518 名（グループホーム 156 名、ケアホーム 362 名）に対して、2011（平成 23）年 10 月の利用者数は 670 名（グループホーム 190 名、ケアホーム 480 名）となっており、着実な増加とともにその実効性も認められるところであり、今後とも各都道府県において、本制度の周知などその利用の促進に努める必要があると思われる。

②救護施設

身体や精神に障害があり日常生活を送るのが困難な人が、健康で安心して生活をするための生活保護施設である。利用者は 18 歳以上であることで、障害の種類による利用制限は設けられてい

ない。本施設は精神障害者の社会復帰施設がなかった時代から、多くの精神障害者が利用してきている。「平成 17 年度救護施設実態調査」によると、利用者数 1 万 6,816 名のうち、精神障害単独では 4,987 名で 29.7%と最も多く、他の障害と重複している精神障害者も含めると、8,668 名となり全利用者の 51.5%にのぼる。

③厚生施設

身体上または精神上の理由により養護及び生活指導を必要とする要保護者を入所させ、生活保護法に規定されている生活扶助を行う施設で、社会復帰が可能な人を対象としている。2007（平成 19）年 10 月 1 日現在全国に 19 施設あり、定数が 1,771 名、利用者数 1,604 名となっている。

④宿泊型自立訓練等の見直しについて

2012（平成 24）年度以降、現在の宿泊型自立訓練の機能を活かし、さらなる地域移行・地域定着支援を促進するとともに、精神障害者生活訓練施設や知的障害者通所療育の新体系サービスへの円滑な移行を進める観点から、宿泊型自立訓練及び短期入所の規制等が緩和されることとなった。内容としては標準利用期間が 3 年の場合の報酬設定の見直し等標準利用期間が 3 年と規定されている「長期間入院していたその他これに類する事由のある障害者」の範囲や減算対象となる利用期間の延長が行われることとなった。

5 おわりに

長期に入院している人たちの状況はやはり悲惨である。筆者が昨年から関わっている女性患者さんは、小児精神医療の範疇で入院してから病院を転々とし、今年で入院 40 年目を迎える。しかもこの方は 50 歳代前半という若さである。これは何とも酷い。社会生活体験が皆無に等しい状況である。この間ご本人と外出・外食をともにしながら少しずつ外への関心を呼び起こす実践が続いていた。そして最近ようやくグループホームへの見学の約束を取り付けた（受け入れてくれた）次第である。最近出会った元教員だった 80 歳代の男性患者さんは、身体機能が多少低下したが、介護保険の手続きをとるまでもなくかくしゃくとしている。退院のチャンスは幾度となくあったはずだがことごとく逸してきたのであろう、今年入院 55 年目を迎える。なんとか退院して単身生活をしたいとお話されますが、関係者は支援プランを未だ十分に書けていない．．．．。

いずれにせよ地域移行・地域定着支援の実践が実効あるものとして続けられ、多くの人たちが街での暮らしを再獲得できるよう切に望んでいる。そして居住支援事業の飛躍的な拡充（質・量ともに）によりさらにその流れが強力なものとなるよう願っている。

彼らには時間がない、とにかく急がれることとなっている。

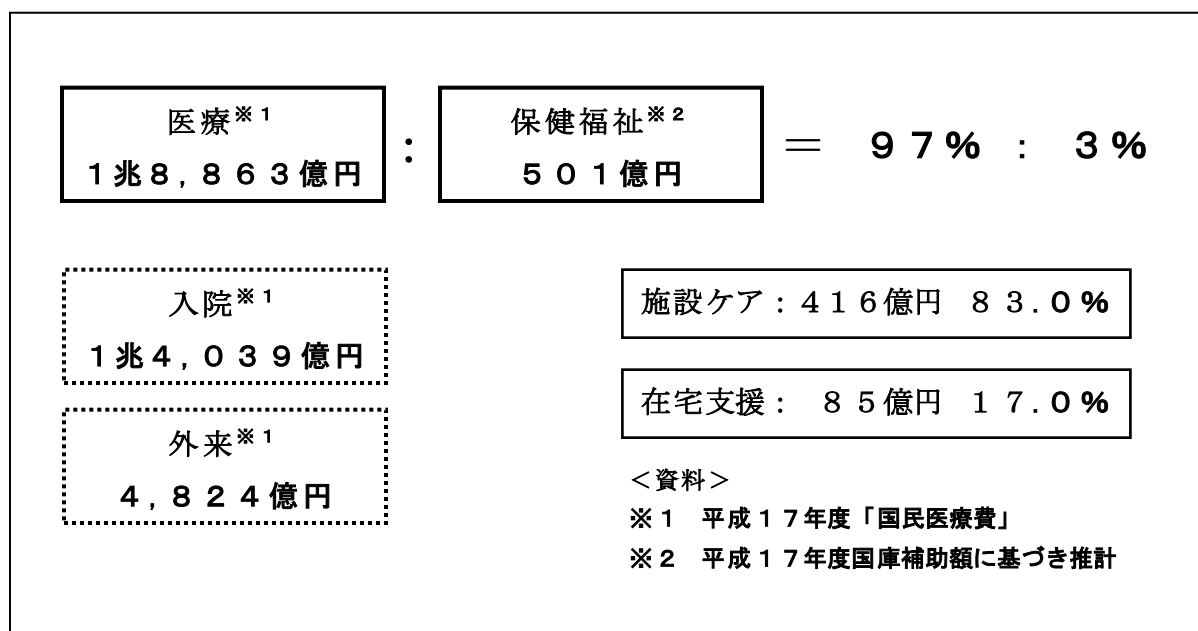
さらに肥大化した精神科病床の削減へと向かうことを強く求めたい。わが国の精神科病床はおよそ 353,000 床、全世界 1,620,000 床の実に 2 割強の病床が狭い国土に展開しており、まさに異常な事態である。またおおよそ 1 兆 9,300 億円の精神医療保健福祉の全体予算のうち、福祉サービス・地域活動ならびに在宅支援に注いでいるのはわずか 500 億という、極めて理不尽な財政配分状況がある（図 5）。

これは現状の入院医療体制を維持するための構造であり、諸外国とは全く逆転した負の構造ともいえるべきものである。現状を少しでも是正し、適正な入院医療規模の実現とともに予算配分の正常化の実現を求めて行く必要がある。

長らくスローガンとして存在する「病院から地域へ」という言葉。これを長期入院者の退院促進、地域移行はもとより、医療マンパワーも資金も含め病院から地域へ還流する大改革となることを、そのような大きなうねりが創出されることを切望するものである。

もちろん医療の質を担保しながらの大改革であることは申し上げるまでもない。

【図 5 精神医療費と福祉支援の費用配分】



第3章 岩手県北上市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆人口 9 万人の都市にみる地域移行・地域定着支援

◆障害種別・地域生活を支える制度の垣根をこえたシームレスな支援体制

1 自治体概要

■自治体名：岩手県北上市	■人口：94,009 人	■面積：437.55 km ²
■社会資源： 【医療機関】 ・北上市内には精神科病院が 1 つあり、一般病院においても精神科の診療は行っているが、入院のベッドは持っていない。その他に病床を持たない精神科クリニックが 2 か所開業している。病床数は 180 床で人口比では万対 19 床となり、全国平均をかなり下回る。 ・ただし、北上市を含む岩手県中部圏域（北上市・花巻市・遠野市・西和賀町 3 市 1 町計 23 万 8 千人）では 682 床を有し、万対 28.6 と全国平均を少し上回る。 【障害福祉サービス事業所】 ・障害福祉サービス事業所の状況としては、グループホーム、ケアホーム、またグループホーム/ケアホーム一体型の事業所が計 23 か所あり、居宅介護事業所が 7 か所、重度訪問看護が 8 か所等、生活の支援に対する事業所の割合が高く見受けられる。		
■地域特性： ・北上市における実践は、精神障害を機軸としているわけではなく、三障害における地域移行・地域定着支援の実践的モデルと考えられる。 ・また、行政主導でありながらも、自立支援協議会を通じて民間のネットワークが構築されており、行政、民間の協働が具体的に図られている。 ・事業実施機関としては、北上市福祉課が 1 つの窓口（自立支援協議会地域生活移行支援部会事務局）として機能をし、相談支援事業所として民間の事業者が委託を受ける形で具体的な相談や支援を行っている。委託内容としては相談支援事業及び住宅入居等支援事業となっている。 ・利用者の具体的支援に対しては、自立支援協議会における地域生活移行支援部会を中心に検討が進められるが、具体的な地域生活の開始後は居住サポート事業や社会福祉協議会の行う金銭管理サービスの活用が行われている。 ・北上市の体制の整備が進んできた要因の 1 つには岩手県の作成した「私の希望する暮らし」において、個別支援計画書・地域生活移行支援のための支援ツールが整備されていたことや県の行う事業対象者数の全県調査の実施、また、相談支援員（地域移行推進員）の育成を平成 19 年度は県が行ったことにより、その後の地域での育成につながってきた背景がある。		

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①地域自立支援協議会地域生活移行支援部会

岩手県のモデル事業として発足し、現在は地域移行・地域定着支援を活用するケース、また今後利用が見込まれるケースなどについての情報共有、検討を行っている。加えて障がい者の地域生活に対する施策の検討や支援体制に関する検討など幅広く対応を行っている。

②運営委員会

他の施策や事業との情報交換以外に、地域移行・地域定着支援の必要性のあるケースの相談などもあがり、ケースの掘り起こしの場ともなっている。

③居住サポート事業判定会議・決定会議

事業対象者が地域での一人暮らしや生活を継続していく上で、必要となる具体的なニーズを検討し、支援の体制づくりや必要なサービスの調整などを手配、また、必要に応じて社会福祉協議会の協力、ヘルパー事業所との連携を図る。加えて地域の中にあるインフォーマルな資源（不動産業者等）との連携も検討される。

この会議には、現に事業利用を行っている方の情報共有と、利用希望者のニーズ検討等、地域での暮らしに対する支援全般が検討されている。制度利用前から検討が始まるため、利用希望者との関係づくりが進むとともに、その中でニーズの分析などが行われる。

④サービス調整会議

地域移行・地域定着支援及び居住サポート事業等の利用者に対してはサービス調整会議が設けられ、利用者の細かな支援対応の役割分担、個別支援計画書の作成、また計画書の見直しなど、具体的な計画検討が進められる。

(2) 体制整備機能

①地域自立支援協議会地域生活移行支援部会

地域生活移行のための支援を促進するための視聴覚教材（DVD）の作成を行い、精神科病院における退院促進のために活用している。居住サポート事業の紹介パンフレットなども作成。こ

の他にも自立支援協議会内のくらし支援部会などでも「ちいきでくらすちいきがささえる 私らしく生きるために」という社会福祉資源の紹介パンフレット（小冊子）を作成。

地域生活移行支援部会では地域移行に関するシンポジウムや講演会、内部関係者・関係機関の共通認識や知識を深めるための勉強会を開くなど、さまざまな形や媒体による事業紹介や案内、支援者向けの啓発活動を行っている。

②岩手県

県の調査として、社会的入院と福祉施設入所の全数把握のための調査を実施。その情報を市町村へ提供。調査は2年に1度行われていたが、今後は調査回数を増やしていく予定である。

また、個別支援計画書岩手県標準例として具体的な支援を推進するために作成された「私の希望する暮らし」は現在までに改定がなされ、その内容には具体的な支援ツールとなる相談受付票や個別支援計画書のフォーム、それを活用する際のフローが示されている。活用するにあたり、相談支援員（地域移行推進員）の育成に関しても、当初は県の主導で育成がなされていた。

③北上市

県の行う社会的入院、福祉施設入所の調査が行われなかった年度において、北上市の方が入院、入所しているであろう病院や福祉施設に対して同様の調査を行っている。県の行う調査に比べ、市が直接行うことにより、個人情報保護等の問題から県から提供できない情報や対象者の家族や支援機関などの情報をダイレクトに収集できるというメリットがあり、有効度が高く、具体的な支援に入るための基盤を整えやすい。

3 個別支援の具体的な体制

（１）相談支援員（地域移行推進員）

相談支援員は市が事務局となっている地域生活移行支援部会のファーストアプローチ後に、具体的に支援対象となる方の相談窓口として対応。障害種別ごとに指定相談支援事業所が設置されており、相談支援員はその事業所に配置。対象者の支援の必要度の検討から、事業開始後の具体的な支援まで対応を行う。

（２）社会福祉協議会

地域生活移行後のサポートとして金銭管理などの分野で直接支援を行う。

（３）サービス調整会議（個別ケア会議）

相談支援員を中心に進められる支援は、地域自立支援協議会内に設置されているサービス調整会議において関係者内での情報共有、支援内容の検討がなされている。

4 現状の体制構築における歴史

（１）フォーマルな資源

岩手県による地域自立支援協議会が、早い時期から各地域における自立支援協議会の設置の推進を推し進めるとともに、厚生労働省調査研究プロジェクトなどを利用して、個別支援計画書岩手県標準例としての「私の希望する暮らし」を作成するなどしている。これは国が示してきた地域自立支援協議会の機能や役割について忠実に対応してきたことに加え、個別支援計画書岩手県標準例として支援ツールを作成、活用することにより、ある一定の水準において各地域での支援の質を担保することに寄与してきている。また、北上市において自立支援協議会を進めていくために、担当者の入れ替わりによって対応が変わらないよう、役所内においての人材育成がなされている。

（２）インフォーマルな資源

岩手県、北上市の行政の取り組みが取り沙汰される中で、北上市では、各障害の支援体制として核になる事業所が以前から存在し、北上市の自立支援協議会において連携の場が設定されたと考えられ、それぞれの分野の手法やそれまでの蓄積した知識を共有、また、協力して支援する体制づくりを進めるとともに、分野の垣根をなくした学習会や検討会を持つことで、障害種別にとられない柔軟なネットワークを構築できた。

5 成果及び課題

(1) 事業における実績

北上市における地域移行・地域定着支援の実績は、平成 18 年度以降、地域生活移行支援部会が具体的に関わりを持ちながら実際に地域移行につながった実数として 7 名、また、居住サポートについては 2 名となっている。

利用者の検討や、候補者に対するアプローチは県と市の実数調査から事務局を通して行っているため、実利用人数よりも多く、また、部会の関わりがない中で地域移行を進めた方は含まれていない。

居住サポートについては、日中の支援の充実を図り、十分な支援体制が組まれている、または支援が行き届いていることも利用者数の少なさに影響をしている。

(2) 地域の変化

地域の中の連携が現状のネットワーク、協力体制を構築する土台となっていたわけではなく、各障害分野それぞれにおいての支援を中心に発展してきた。その状況から、現在の障害間の垣根のないシームレスな連携を築き上げるまでには、市の職員の働きかけに加え、自立支援協議会において共通の課題やケースを共有し、同じテーブルに着くことで積み上げてきた関係性が大きく影響している。現在は市役所、事業者各々が役割を理解しながら自立支援協議会、サービス調整会議などにおいての検討を可能にしてきた。

(3) 今後の課題

医療機関との関わりの中で、各病院の持つ個別事情による地域移行・地域定着支援に対する温度差が未だにあり、教材等を利用した職員研修などを通じたより一層の啓発活動が求められている。また、県と市で行ってきた調査によってあがってきた事業対象者を、具体的な支援につなげる際、本人の希望や状況が揺れ動く中で、流動的な介入のタイミングをいかにうまくとらえるかは支援開始における課題である。

加えて、対象の高齢化に伴い、介護保険との連携も今後の課題として想定されている。

第4章 東京都中野区における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆特別区 人口 30 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆居住サポート事業を中心とした区と民間の取り組み

1 自治体概要

■自治体名：東京都中野区	■人口：311,690 人	■面積：15.59 km ²
■社会資源： 【医療機関】 ・中野区は精神科の病床を持つ医療機関が存在しない地域であり、訪問看護ステーションの数も少ない。クリニックが区内に点在しているが、精神障害者に対する医療的支援者が限られている。 【障害福祉サービス事業所】 ・障害種別を問わず福祉サービス事業所をみると、ここ数年、日中活動の場において少しずつ増加傾向にある。しかし、元々精神科の病床を持つ医療機関が存在しない地域であり、精神障害者に対するサービスが発展しにくく、また、主として精神障害者を対象として事業運営している法人等の数も少ないため、サービスの多様性に欠ける部分があり、精神障害者への支援は、限られた事業所のマンパワーや事業をこえた対応へ頼る部分も大きい。		
■地域特性： ・中野区における地域移行の実践は、住宅入居等支援事業（居住サポート事業）と生活介護分野退院促進事業を中心とした精神障害者への支援に特化したモデルと考えられる。 ・居住サポート事業は、中野区が地域活動支援センター事業の一環として事業者に委託し、区と事業者が密な連携をとり、協働しながら支援を進めている。 ・居住サポート事業として関わる前の準備段階から後の地域生活へ移行した生活のフォローまでを行っており、それを支えたり、アセスメント機能の役割を果たすために「精神障害者地域移行支援連絡会」が組織されている。その場には、区の保健機能を担うすこやか福祉センター（旧保健福祉センター）や生活保護担当者、地域の事業所、訪問看護ステーションなどの参加もあり、地域移行における情報共有や具体的な支援体制を構築するためのネットワークづくりが図られている。 ・核になるのは「精神障害者地域移行支援連絡会」及び事業実施している地域活動支援センターの存在だが、特徴的なのは、生活保護精神障害者退院促進事業との連携や情報交換、区の都市基盤部都市計画分野が行っている「居住安定支援事業（高齢者・障害者世帯の住み替え支援）」を、住まいさがしに活用をしている点である。		

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①中野区精神障害者地域移行支援連絡会

自立支援協議会における地域支援部会とは別に精神障害者の地域移行に関する情報交換、ケース共有を図る場として設定。事業を進めていくにあたり、みえてきた課題などを取り上げ、民間と行政の各担当者間での連携共有を進める。

②地域活動支援センター

地域活動支援センター I 型の持つ機能としての相談支援事業を活用し、地域移行を図るための社会資源やサービス利用についての情報提供を行うなど、スーパーバイズ機能を持っている。

③すこやか福祉センター

区の保健師を中心に、地域の中で精神障害者に対する相談支援やサービス等の利用調整、コーディネート機能を持つ。また、精神病院に 1 年以上入院している入院者数を把握。

④居住サポートに関わる個別支援会議

居住サポート事業は事業開始から 1 年の期限が設けられていることから、利用開始及び終了・更新に関する関係者間の会議として位置づけられている。また、利用対象者のその後の生活の支援に対する検討も含まれる。「中野区で暮らしたい」という思いを持つ方に対して支援の具体化を図り、関係機関の担当者変更などが生じた際の引き継ぎをスムーズする機能も持つ。

⑤地域生活ケア会議

東京都精神障害者退院促進支援事業に関わる関係者が、それぞれの活動の報告や評価を行い、対象者が地域生活に移行するための効果的な支援体制構築に向けた協議を行う。

（２）体制整備機能

①自立支援協議会地域支援部会

自立支援協議会には、以前精神障害者に特化した部会が設置されていたが、それを再編。現在は障害種別を問わない形で、地域生活支援部会にて地域移行・地域定着についての事例報告や、部会員以外も参加可能な拡大勉強会などを開催している。

②中野区居住安定支援事業

中野区の都市基盤整備部都市計画分野として行われている居住安定支援事業（高齢者・障害者世帯の住み替え支援）により、区内の不動産業者 180 社（平成 24 年 2 月 27 日現在）のネットワークがすでにできていることを利用。居住サポート事業の中では、このネットワークを利用して物件情報の集約や情報収集を行っている。

③個別ケア会議（自立支援協議会）

地域移行・地域定着支援で取り組んでいるケースの支援状況の報告を行い、地域課題の抽出と検討を行う。

3 個別支援の具体的な体制

（１）居住サポート事業

居住サポート事業の専従支援員は地域活動支援センターに配置されている。居住サポート事業は、転宅を希望する方が、その際に抱えるさまざまな困難に対し支援する事業であり、その対象者の中には入院中の方もいる。居住サポート事業の利用のための相談、入院先医療機関の訪問等から、実際に制度を利用し、地域生活への移行後、契約終了後も地域活動支援センターとして支援を継続している。生活基盤安定のために、すこやか福祉センターや生活保護との連絡、協働も行っている。

（２）生活保護精神障害者退院促進事業

生活保護受給者で精神障害を持っている方のうち、入院中の方を対象とした生活保護による退院促進の事業だが、居住サポート事業の必要な場合には連携を取っている。

（３）相談支援事業所（区の設置するすこやか福祉センター）

区内４か所に設置されているすこやか福祉センターが地域生活の継続のための相談、マネジメントなどを行っている。

４ 現状の体制構築における歴史

（１）地域特性

精神科病床を持つ医療機関がないことは、区内における精神保健福祉の発展にも大きく影響をしていたようで、小規模なサービス事業所が大半を占める状況である。

５ 成果及び課題

（１）事業における実績

平成 20 年の事業開始から平成 24 年 2 月までに 22 名の方が居住サポート事業を利用し、現在は 10 名が事業を利用している。地域移行時の支援にあたる方は、22 名のうち 3 名だった。支援期間は 1 年間となっているが、現在までに 1 名のみ更新を行って支援を継続した。

生活保護精神障害者退院促進事業では、平成 22 年度 6 名を支援し、うち 2 名が退院した。平成 23 年度は事業終了者もいるものの、新たに 3 名の支援を開始し月平均 7 名を支援、4 名が退院した。

（２）地域の変化

社会資源の少なさが必要に応じた横の連携、また他事業の活用と拡大をしている。その中心となっているのは、事業を受けている地域活動支援センターであるが、関係者個々人レベルでのインフォーマルなつながりも重要である。

（３）今後の課題

現在の事業実施を可能にしているのは、事業を受けている地域活動支援センターの対応力の広さによるところが大きく、居住サポート事業を展開していくにあたり、当然入院中もしくは、何らかの事情を抱えた対象者に対する事前の対応は、地域活動支援センターの持ち出しで行ってい

る現状がある。必要に応じて退院の支援や、安定した生活の維持を推し進める支援に拡大をしていったが、思いが先行し、体制整備が追いついていない様子が見えてくる。

しかし、言い換えれば、各関係者が組織レベルや個人レベルで情報を共有し、現状ある資源をフル活用することによって、地域移行・地域定着支援の具体的な推進が可能であることの 1 つの指針であり、利用者の視点から見た際に「退院のために支援をしてくれる人」「安心して暮らすために相談に乗ってくれる人」ということには変わりがなく、中野区においてはその主軸となった制度が居住サポート事業だったということではないだろうか。

ただし、事業者、制度運営側からの視点では、そのどこか 1 つの「たまたまあった支援を可能にする力量」に頼る体制では継続した質の担保が難しく、今後の体制づくりが課題であることには変わらない。

※本事例については、訪問取材、ヒアリング等から本研究における検討委員会及び特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会において現状をまとめたものです。

第5章 大阪府堺市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆政令指定都市 人口 80 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆官・民の協働及びピアサポーターの活躍

1 自治体概要

■自治体名：大阪府堺市	■人口：842,669 人	■面積：149.99 km ²
■社会資源： 【医療機関】 ・精神科病院は4か所あり、一般病院においても精神科診療を2病院で行っている。精神科病院4か所の合計病床数は、1,919床、一般病院における精神科病床数は、合計1,000床である。ただし、一般病院における精神科で診療を行っている病院の病床数には、大阪医療刑務所病院の52床を含んでいるので、留意が必要である。 【障害福祉サービス事業所】 （平成23年4月1日現在） 〔日中活動の場〕 ・生活介護39か所、自立訓練（生活）4か所、就労移行（一般）37か所、就労継続A型2か所、就労継続B型58か所、相談支援事業所25か所、地域活動支援センター9か所 〔生活・居住支援〕 ・居宅介護231か所、重度訪問看護136か所、行動援護9か所、短期入所15か所、施設入所支援3か所、共同生活介護30か所、共同生活援助22か所、移動支援208か所		
■地域特性： ・堺市は、大阪府泉北地域に位置する政令指定都市である。 ・大阪府内で人口・面積ともに第2の都市である。大きくは、西部（堺区、西区）、中南部（中区、南区）、東部（北区、東区、美原区）に分けられ、7つの行政区が設置されている。第二次保健医療圏域は、堺市のみで設定されている。		

2 地域移行・地域定着支援における体制

（1）スーパービジョン・コンサルテーション機能

①退院促進支援会議

退院促進支援会議は、精神科病院、地域活動支援センター（退院促進コーディネーター）、こころの健康センター、復帰協、行政（生活保護担当課、精神保健担当課、障害福祉担当課〔事業

所管課」）で構成され、関係機関による支援検討会議、事業から抽出された課題の解決方法を検討している。この退院促進支援会議は、自立支援協議会地域生活支援部会とは別に設置されている。精神障害分野として「退院促進支援会議」、知的・身体障害分野として「地域生活移行支援会議」をそれぞれに設置しており、両者の支援上の課題は個別性があるため、特化した形で会議を分けている。これをつなぐ役割として自立支援協議会が位置づけられている。両会議にて各分野の課題を集約、検討し、自立支援協議会の地域生活支援部会に報告する形をとる。自立支援協議会の地域生活支援部会には、各事業のコーディネーターが参加する。また自立支援協議会からも退院促進支援会議と地域生活移行支援会議に参加する。これにより、情報共有と連携を図っている。また、退院促進支援会議の運営会議を毎月 1 回開催し、実務レベルで運営に関する検討を行うなど、緊密な手法により運営が図られている。

②復帰協（財団法人 精神障害者社会復帰促進協会（ふっききょう））

退院促進支援会議の構成メンバーとして、また制度導入時には、全府下を把握した上での他圏域の状況の情報提供などの役割も担い、大阪府と堺市の潤滑油的な機能も果たしてきている。

具体的には、①自立支援員（地域移行推進員）の雇用、育成、各事業所への派遣、②ピアサポーターの育成、自立支援員としての雇用・派遣を行っている。③ピアサポーターを対象とした、ピアサポートを専門とする研究者を招いた研修の実施等を行っている。

③地域活動支援センター

各地域活動支援センターでは、退院促進コーディネーター（地域体制整備コーディネーター）を配置し、それぞれの独自性を活かした手法で地域移行推進員（自立支援員）のサポートなども行っており、事業のバックアップ体制がある。

（２）体制整備機能

①自立支援協議会

前述したとおり、退院促進支援会議での課題の報告を受け、自立支援協議会地域生活支援部会においては、課題解決に向けた取り組みを担う。

②地域移行・地域定着に関する協議会

本事業を推進するための協議会は、精神障害の分野では退院促進支援会議、知的・身体障害の分野では地域生活移行支援会議として設置、運営されている。また、構成員は、前述したとおり

である。かつては、退院促進支援会議で地域移行推進員（自立支援員）からの個別支援に関する報告を受けていた。両協議会により検討された内容が自立支援協議会へ提出される形となっている。

③行政（堺市）

「在院患者調査及び地域移行調査」を継続的に実施し、対象者を実数で経年で把握する。これにより、事業のニーズを把握している。その中で現状分析と課題の抽出を行っている。長期在院者数等の調査から退院対象者の実数を抽出し、冊子化して公開しており、この取り組みは特筆に値するものである。

行政として病院（経営者）への事業説明を行う。また、大阪精神科病院協会からの理解も得られている。病院全体として取り組む必要性を感じてもらえており、行政から、事業周知がなされたことの意味は非常に大きい。

行政として専門職（精神保健福祉士）の採用制度がある。これにより、ソーシャルワークの視点と方法で本事業を推進する人材の確保がなされている。行政の本庁における本事業担当者が専門職であることの意味は大きい。

行政として本事業を担う部局が福祉部門にある点に特徴がある。対象者の移行時の支援や定着支援に関連する生活保護や障害福祉部局との連携が図りやすい。また、本事業の趣旨を積極的に精神科病院に伝えて、普及を図る基盤をつくっている。

④院内説明会

院内看護師等への研修会を各事業所が実施。看護職・病棟スタッフへ事業の説明を行うことにより、病棟看護職への意識変革へとつながり、事業推進する協働のための大きな力となっていた。個別ケースをともに検討することで、ともに考えていくきっかけとなっている。協力病院の中での温度差はあるが、この院内茶話会は事業推進においては、大きな役割を果たすものとなっている。

3 個別支援の具体的な体制

（１）退院促進支援会議の運営会議

毎月１回開催し、実務レベルで運営に関する検討を行うなど、緊密な手法により運営が図られている。特に個別の具体的なケースの検討を行うなど、重要なコーディネーターの業務調整の場となっている。

（２）地域移行推進員（自立支援員）

当事者・市民・専門職（復帰協）の三層になっている。専門職だけでなく、当事者や市民の力を最大限に発揮させている。復帰協で雇用、育成、派遣を行ってきたこの方法は、全国的にも珍しい。平成 24 年度の自立支援法の法改正により、この形が取れなくなり、事業所ごとの雇用となる。これまでの取り組みを振り返れば、復帰協の取り組みは、退院促進の発祥の地でもある大阪独自の人材育成方法であり、市民層、当事者を巻き込んだ啓発活動にもつながっている側面もあった。

（３）地域体制整備コーディネーター（退院促進コーディネーター）

堺市から委託を受けた地域活動支援センター4 か所（医療系法人立 2、非医療系法人立 2）に配置されている。特に従来からの堺市の精神保健福祉活動の地域実践を担ってきた地域体制整備コーディネーターの存在は、単に事業の遂行だけでなく、『何故、この事業が始まったのか？』という人権意識や本事業の意味合いを継承する役割を果たしている。このように人から人へと理念が共有され、事業の個別支援の実践活動に活かされている点に特徴がみられる。

（４）院内茶話会

例えば、事業対象者が参加する茶話会を活用したグループワークによる支援（5 回クール）が行われている。内容としては、本事業を利用して退院した方からの体験談報告、地域の作業所見学などを実施する。プログラムを病院スタッフも含めた形で検討している。参加者に地域生活のイメージを持ってもらいやすいプログラムにより、医療機関と事業実施者が一体となり、目的意識の共有もできている。ある病院では、この実施の実現までに 2 年間の働きかけを要するなど、協力病院ごとにさまざまな経過と取り組みがなされている。地域体制整備コーディネーター等による息の長い地道な働きかけが行われている。

4 現状の体制構築における歴史

（１）地域特性

大和川病院事件に始まる『人権意識』の高さがある。またそれをしっかりと継承して行く仕組みが地域の中に存在する。医療・福祉の協働及び当事者・市民の活用等、全体を見据えた取り組

みが行われて来た。また、復帰協の担う役割が大きく、大阪府内の研修だけでなく、全国へ呼びかけての研修会も行われていた。

（２）フォーマルな資源

大阪独自の取り組みの中で、堺市としては、行政と民間が協働で考える「精神保健福祉関係機関代表者会議、実務担当者会議」を設置していた。（会議運営：本庁健康増進課 精神難病対策係）政令指定都市移行に伴い、本事業を精神保健福祉課にて所管することになり、復帰協や生活支援センターへ委託等行う。そして、所管課が、障害福祉課へ事務移管され、自立支援協議会の設置とともに連携しながら、前述した「在院患者調査・地域移行調査」の実施などの展開をして来た。

（３）インフォーマルな資源

精神衛生、精神保健福祉活動の歴史を関係者が共有し、実践の浅い関係者にも伝承されて行く精神保健福祉士協会支部活動などをはじめとしたネットワークがある。その中で、病院や地域と一緒に行う“運動会”等、地域の精神保健福祉イベントが、長い間にわたり、継続的に実施されている。多様なつながりが、さまざまな活動を生み出す力の源となっている。関係機関、家族、当事者みんなの顔がみえるつながりが創出される仕組みが地域にある。

5 成果及び課題

（１）事業における実績

本事業の実績は、平成 22 年度までで、利用者総数 63 名、退院者 30 名、入院中に終了 12 名、平成 23 年当初利用者（平成 22 年度から引き続き利用）が 21 名である。

堺市においては、官民協働の先駆け的取り組みを行ってきた。今後も医療・福祉・行政の包括的地域生活支援が街づくりにまでつながっていく可能性がある。本事業を通じて、単に、退院することだけが目標ではなく、個別支援そのものを大切にする人権意識が関係機関間で共有、継承されている。そして、退院後の地域生活を継続できる仕組みづくりを障害福祉計画等と連動させながら行っている。担当部局が“福祉部局”ということが大きな要因でもあるといえよう。また、継続する仕組みとして、研修体系を位置づけてきたことも大きい。専門家中心から、当事者・市民の力を活用し広げて行ったことは、大きなマンパワー獲得へもつながって来ている。

（２）地域の変化

①地域力

堺市の取り組みにおいては、昭和 40 年代前後からの精神保健福祉士たちの先駆的取り組みが先にあり、大和川病院事件がきっかけとなり、さらに地域の取り組み力へとつながっていった経過がある。

②院内茶話会

院内茶話会の実践活動を通して、これが地域生活への動機づけにつながり、対象者となる方々への地域へ意識を向ける機会として機能していった。

③ピアサポーターの活用と市民啓発

ピア活動は、大阪発祥の活動である。堺市における取り組みは、本事業にピアサポーターの力を活用する先駆的実践モデルといえる。具体的には自立支援員（地域移行推進員）として、当事者・市民が参画するようになり、本人たちのエンパワメントがされて来ていると同時に、市民が関わることにより、大きな啓発活動になっていったといえる。

④専門機関による連携と役割の明確化

市（行政）に専門職が配置され、復帰協による地域生活支援員の育成・雇用のための継続的プログラム、大阪精神科病院協会の協力による事業の普及啓発など、それぞれの専門機関が各自の役割を明確にした上での連携が生まれてきている。その中で、病院関係者の意識改革もされ、官民協働で“街づくり”という気運が生まれている。

（３）今後の課題

現在、平成 24 年度法改正を踏まえた相談支援体制の再構築の中で、今後の支援体制を検討中である。ヒアリングの際には病院間の本事業取り組みへの温度差や、堺市民でありつつ、市外の精神科病院に入院している方々の実態調査、ニーズ把握などが課題としてあげられていた。

第 6 章 鳥取県東部圏域における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆人口 24 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆行政による地域移行推進員の育成及び活動の発展

1 自治体概要

■自治体名：鳥取県東部圏域 1 市 4 町一鳥取市、岩美町、若桜町、智頭町、八頭町
■人口：約 24 万人（東部圏域計）
■社会資源： 【医療機関】 ・精神科標榜医療機関は 10 か所（うち有床精神科病院は 4 か所 計 874 床） 【障害福祉サービス事業所】 ・委託相談支援事業所 4 か所（うち 1 か所は八頭町対象）、小規模作業所は三障害合わせて 13 か所
■地域特性： ・実践モデル：知的・身体 of 地域移行のモデル可能性を検討 ・協働タイプ：行政主導 ・事業実施機関：鳥取県東部総合事務所福祉保健局（鳥取保健所）

2 地域移行・地域定着支援における体制

（１）スーパービジョン・コンサルテーション機能

①県が主催する交流会

地域移行推進員と入院当事者の交流会を年 9 回実施し、事業の活性化を図っている。

②精神保健福祉連絡会

年 4 回の開催のうち 2 回を事例検討会として地域移行対象ケースもあげている。メンバーは病院・市町村職員・相談支援事業所・県精神保健福祉センター・地域移行推進員。

③レインボー事業

制度にのらない方へも地域移行推進員が積極的に関わられるよう、県単独で事業予算化。

④精神保健ボランティアの養成

岩美町が独自に養成をしている。

⑤精神科訪問看護に取り組むステーションの拡大

県保健師が個別訪問を行い、ステーションの確保に取り組んでいる。

(2) 体制整備機能

①第2期鳥取市障がい福祉計画

平成23年度末目標値—退院可能な精神障がいのある人の地域移行を累計58名に設定（平成14年度患者調査による推計は64名。平成24年度末までにすべての対象者を移行させるとしている）。

②地域移行推進員養成

養成講座は年1度で5回シリーズ(事業説明・病理解説・地活見学体験・退院した当事者の話し・先輩推進員の講話)。そのほかフォロー研修、病院研修会・病棟学習会、地域定着事例検討会、地域移行支援者研修会等も実施している。

③推進会議・精神保健福祉連絡会

推進会議は年1回開催。病院長等関係機関の代表者により精神保健福祉の体制整備について検討。精神保健福祉連絡会は病院・市町村・相談支援事業所・県精神保健福祉センター・地域移行推進員等実務担当者会議となっている。

④自立支援協議会地域生活支援部会

地域移行に関する課題の把握と解消に向けた取り組みを実施。特に住居の確保に重点をおいて検討（公営住宅の活用の際の保証人問題、体験利用室の確保、民間アパートの活用等）。そのため、県東部総合事務所生活環境局建築住宅課課長補佐も準メンバーになっているが、一方、同じ課題を持つ知的障がい分野の委員は入っていない状況。

⑤地域定着事例検討会・地域移行支援者研修会

地域定着事例検討会を年3回、うち1回は地域移行支援者研修会と同時開催している。

⑥地域移行推進員連絡会・フォローアップ講座

地域移行推進員連絡会は毎月開催。また、モチベーション維持のためフォローアップ講座を年2～3回開催。そのような取り組みの結果、連絡会メンバー20名による自主的精神保健ボランティア組織「ベストフレンズ」結成へとつながっている。

3 個別支援の具体的な体制

（１）地域移行推進員

県保健所の主導で市町村の保健師の推薦を受けた者を対象に平成18年より養成。毎年5回シリーズで開催。現在44名が活動している。

病棟へ訪問しての茶話会や、病棟で入院患者と掃除の練習をする等の活動を通して、院内に地域の風を入れ、入院患者が具体的な生活イメージを持つことに貢献している。また、入院患者に少しでも地域に出てもらおうと、県保健所が企画して「推進員さんとの交流会」を開催。ゲームやたこ焼きを焼いたりというイベントや、県の無料バスを利用して足湯に行く等、活発に活動している。

県保健所は推進員の連絡会を毎月開催し、フォローアップ講座も年2～3回開催している他、「レインボー事業」（主治医の推薦がなくても訪問する等の緩やかな交流活動）を独自に立ち上げ実施。推進員のモチベーション維持につながっている。

（２）相談支援事業所

個別支援コーディネーターの委託を受けた相談支援事業所が積極的に病院を訪問し、個別の退院促進会議や地域移行支援会議などに出席している。病院勉強会、事例検討会なども行っている。

4 現状の体制構築における歴史

(1) 地域特性

鳥取県は西日本の日本海側に位置する、人口約 59 万人の国内で最も人口の少ない県である。東西に長いこの県は東部・中部・西部の 3 つの圏域に分けられており、本調査は鳥取市のある東部圏域が対象。県行政は東部総合事務所福祉保健局が管轄している。

鳥取県では県の保健師が地域保健福祉を精力的に展開してきた歴史があり、本事業もその流れの延長線上で展開されているといえる。

(2) インフォーマルな資源

地域の精神保健福祉士たちも職能団体の定期的な研修会を通して密な関係にある。

5 成果及び課題

(1) 事業における実績

平成 18 年の事業導入以降、現在まで計 13 名が本事業を利用。うち 8 名が退院し、2 名が中断。現在 3 名が利用継続中となっている。

(2) 地域の変化

以前から精神保健福祉士は定期的に学習会を開催しており、馴染みの関係ではあったが、地域移行支援事業導入の効果として、「連絡が取りやすくなった」「事業対象外でのケースも連携がとれるようになった」「以前は入院の相談が多かったが、今では退院の相談が増えた」等の感想を持っている。

第 7 章 沖縄県那覇市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

- ◆ 民間事業所のアウトリーチ力を活用
- ◆ 保健所は普及啓発・基盤整備
- ◆ 市は定着支援をバックアップ
- ◆ 関係者間で個別支援会議を毎月実施、ネットワーク構築・資源開発までを一貫して推進

1 自治体概要

■自治体名：沖縄県那覇市・浦添市 （沖縄県南部圏域 5 市・4 町）
■人 口：那覇市 約 31 万 5 千人
■面 積：那覇市 39.23 km² 那覇市における福祉は、那覇市・浦添市にまたがり、展開されている。
■社会資源： 【医療機関】 ・精神科医療機関 那覇市・浦添市内で 4 つの精神科医療機関がある。 【障害福祉サービス事業所】（那覇市内の福祉サービス（平成 23 年 4 月 1 日現在）） 〔日中活動の場〕 ・委託相談支援事業所 那覇市 4 か所、生活介護 9 か所、自立訓練（生活）4 か所、就労移行（一般）12 か所、就労継続 A 3 か所、労継続 B 21 か所、相談支援 4 か所、地域活動支援センター 13 か所 〔生活・居住支援〕 ・居宅介護 27 か所、重度訪問看護 27 か所、行動援護 5 か所、短期入所 7 か所、施設入所支援 1 か所、共同生活介護 0 か所、共同生活援助 9 か所、移動支援 52 か所
■地域特性： ・実践モデル：精神障害に特化 ・協働タイプ：民間事業所活用型 ・事業実施機関：平成 21 年度より地域生活支援センターなんくる（那覇・浦添地区）へ委託 ・活用している制度：居住サポート事業・ピアサポーター

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①保健所（中央保健所）

- ・ 沖縄県精神障害者地域移行特別対策事業実施要綱第 13 条に基づき、スーパーバイズ機能を持つ。
- ・ 平成 18 年度から平成 22 年度までは、地域移行・地域定着支援事業を直接実施。
- ・ 各病院への事業説明、出前講座を担当。

②個別支援会議：福祉サービスの調整など・ケースカンファレンス

- ・ 毎月 1 回開催。
- ・ 沖縄県精神障害者地域移行特別対策事業実施要綱第 10 条に基づき設置。
- ・ 対象者を毎月 1 名ずつ、ケースカンファレンス。
- ・ 支援内容及び自立支援計画の作成・見直し、個別課題を抽出し、那覇・浦添地区自立促進支援協議会（3 か月に 1 回開催）へ報告、特に退院後に向けて福祉サービスの調整など市の担当課と行う。具体的には、経済状況の調整、福祉サービス調整、家族関係調整、医療サービス調整、住居サポートの調整などを行う機能（個別支援：ミクロ）と課題検討の機能（グループスーパービジョン、ケースカンファレンス）を果たす。
- ・ 事業終了後の地域定着に向けたネットワーク構築。

③退院支援会議：病院毎に実施

- ・ 参加者：病院内各部署の精神保健福祉士、看護師などスタッフ、事業所の地域体制整備コーディネーター、市保護課、障害福祉課による対象者を検討する会議。現在 2 病院で実施されている。2 病院へは、働きかけを行っている。実施している 2 病院では、それぞれ週 1 回を病院主催で定期開催。
- ・ 事業導入前の段階で関わり、病院からの一方的な紹介でなく、事業所と連携・協働体制のもとに本人へ事業導入。
- ・ なんくるは、地域情報、支援のノウハウ、事業対象者を選定するための働きかけを行う目的で参加。

（２）体制整備機能

①第２期那覇市障害福祉計画（平成 18～平成 23）

那覇市における退院可能な精神障がい者の目標減少数については、以下のとおり。

- ・ 現在数：183 名（平成 18 年県調査の退院可能な精神障がい者）
- ・ 目標減少数：96 名（現在数のうち、平成 23 年度末までに減少をめざす数）

※退院者の進捗状況について、沖縄県障害保健福祉課が調査方法について検討中、今後各市町村あてに連絡する方向。

- ・ 第 3 期那覇市障害福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）は、今後沖縄県障害福祉課と調整し、計画決定。

②保健所（沖縄県中央保健所）

沖縄県精神障害者地域移行特別対策事業実施要綱第 13 条に基づき、医療機関への働きかけ、本事業の普及活動としての病院への事業説明・ピアサポーターも同行しての出前講座を行っている。

③なんくる（委託事業所）

病院主催の退院前会議（退院支援会議）に参加して、医療機関へメゾレベルのアウトリーチを積極的に展開している。それだけではなく、病棟プログラムにも参加して、入院されている方々へのアウトリーチも行っている。

④那覇・浦添地区自立促進支援協議会（事務局：沖縄県精神障害福祉会連合会・なんくる・推進員）

- ・ 3 か月に 1 回開催。毎月の個別支援会議であがった課題を施策レベルでどうするかを検討する機能を持っている。病院内で検討されている長期入院者の課題を本協議会でも共有。
- ・ 平成 24 年度からの宿泊体験事業（チャレンジルーム）などを提案、実施へつながった。
- ・ 内容：①対象者の決定、②課題の再確認・共有・課題解決の提案。（困難事例解決に向けた調整、体制整備のための調整、社会資源の把握・開発、関係者への依頼）、③協議会の課題抽出（両市の自立支援協議会へ報告）。
- ・ 参加機関：中央保健所地域保健班、沖縄県障害保健福祉課、沖縄県精神保健センター、那覇市自立支援協議会担当、浦添市自立支援協議会担当、那覇市保護課福祉相談室室長、南部圏域アドバイザー、支援センターあおぞら、天久台病院、田崎病院、オリブ山病院、平安病院、福祉サービス事業所、那覇社協、那覇ピアサポートネットワーク、地域体制整備コーディネーター。

⑤那覇市自立支援協議会、浦添市自立支援協議会

個別課題を地域課題へとボトムアップ、施策化。平成24年度よりチャレンジルーム事業を開始。

⑥協力病院どうしの連携

病院間でスタッフの病棟見学などを行い、退院支援のそれぞれの方法を情報交換。

協力病院がそれぞれに行っている。なんくるが、病院間をつなぐ役割を担う。なんくるより、退院支援に消極的な病院に見学を促し、本事業に関して、全体の底上げを図ろうとしている。

⑦保健所主催の管内病院の情報交換会（平成23年度1回実施）

平成23年度に病院実施指導で地域移行を強化。これに伴い、保健所主催で管内病院のそれぞれの情報交換会を実施、退院支援の全体的な底上げ、消極的な病院への刺激を図る。

⑧地域体制整備コーディネーターによる地域強化事業

- ・講演会などの企画・実施（普及啓発・人材育成）。
- ・保健所と共催でケアマネジメント事業研修。

⑨居住サポート事業

居住サポート事業の活用により、地域の不動産情報やつながりを活用した支援が展開されている。

⑩ピアサポーター

ピアサポーターによる外出支援により、実際に同じ病を抱えた仲間による支援が行われている。

3 個別支援の具体的な体制

(1) 地域移行推進員

委託事業所なんくるに1名配置。毎週、2回は協力病院（平成23年度まで2病院）に訪問し、会議参加とグループでの活動、個別支援に従事。ドライブなど月1回の外出などの活動により、退院に向けて外へ出ることの動機づけ、働きかけを行っている。それだけでなく、家族調整やコンタクト、病院との話し合い、連絡調整などソーシャルワーク機能も果たしているところに特徴がある。（コラム86頁参照）

(2) 地域体制整備コーディネーター

事業の周知・普及活動として、院内プログラム（OT活動に参加）などに参加している。

(3) 相談支援事業所

なんくる（相談支援事業所・地域活動支援センターI型）の持っている支援のための諸資源をフル活用。ピアサポーター、居住サポート事業などによる不動産業者とのネットワーク、インフォーマルな社会資などをケースに応じて開発したり、つないだり、精力的に本事業の推進をバックアップしている。

4 現状の体制構築における歴史

(1) 地域特性

那覇市は沖縄県における政治・経済・文化の中心であり、かつ人口最大の都市である。沖縄県内の観光資源が集中しており、都市機能も果たしている。面積は、日本の全都道府県の県庁所在地の中では最も小さいが、人口密度は、首都圏、近畿圏を除く地域の中で最も高い。

開放的な環境。公共交通機関はゆいれーるのみ。移動は、車、自転車、バイク、徒歩等に限られる。戦時中の不発弾により、避難なども時折あり、歴史とは切っても切り離せない地域である。

那覇市、浦添市が、本事業の活動エリアだが、車で10分も移動すれば首里城近くの南風原町があり、地区外ではあるが、精神科病院が複数立地。この地区の病院から、両市内へ退院希望の方がいる場合には、本事業の対象となる。那覇市内には協力病院はないが、浦添市内には4病院ある。事業委託先のなんくるは那覇市内の地域活動支援センターI型である。

（２）インフォーマルな資源

ピアサポーターの育成、開発をこれまで取り組んできており、ピアサポーターも保健所主催の出前講座などの活動へ協力している。

5 成果及び課題

（１）事業における実績

平成 18 年沖縄県より事業委託後、平成 23 年 3 月現在まで、計 17 名が事業利用。そのうち、12 名が退院し、4 名が中止。現在 1 名が継続支援となっている。

（２）地域の変化

以前は、県の中で中央保健所が担っていた医療機関へのアクセスが民間事業者に委託され、地域移行推進員、委託事業所の直接的な関わりあいから、現在の仕組みが生まれている。足を運び、顔を合わせることの重要性が感じられる。

特徴としては、委託事業所や市の障害担当や生活保護担当が事業対象者を検討協議するための病院主催の退院支援会議に参加するなど、積極的に院内へアウトリーチを図っている。これにより、事業周知のみならず、病棟スタッフの意識変革へとつながっている点があげられる。特に、対象者を病院から、一方的に推薦するのではなく、関係機関が顔を合わせ、双方向的に決定している点が大きな特徴である。この初期のプロセスに入り込むことで、対象者に対する事業導入がスムーズに行える。また、地域移行推進員や委託事業所によるその後の支援も一貫して行え、地域とのつながりが明確にみえる体制づくりとつながっている。

当該地区では、①退院支援会議、②個別支援会議、③自立支援促進会議と 3 つのレベルで重層的に協議検討の場が用意されている。このように医療機関との連携、事業啓発、行政を含めた検討の場をつくることで、対象者が主人公となる支援のネットワークが構築されつつある。これを支えるものとして、地域移行推進員、委託事業者のスキルの高さがある。またこれを補完するスーパービジョンの機能を果たす個別支援会議や研修が用意されている。

（３）今後の課題

事業利用者数を増やすためには、マンパワーの不足感がある。現在行われている手法を整理し、委託事業所の力量に頼っている現状から、広く他事業所でも活用可能な仕組み、システムづくりへとつなげることが次の課題としてあげられる。

チャレンジルーム創設など、自立支援促進会議において新たな社会資源の開発が実現している中で、今後も必要な資源を検討し、新たな地域づくりを進めていくため、また、知的障害や身体障害分野においても地域移行・地域定着支援を今後より一層、推進していくため、さらなる行政との協働が期待される。