

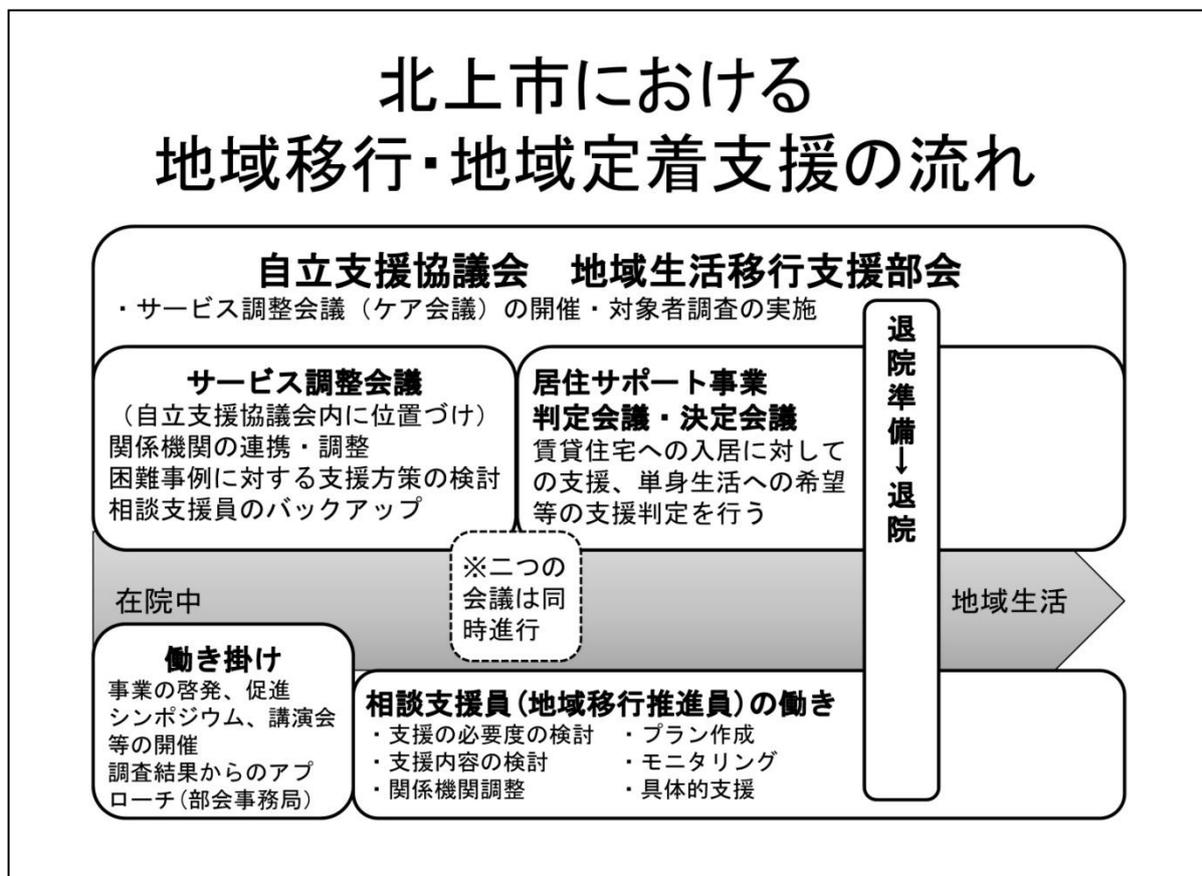
第8章 障害者の地域移行・地域定着支援体制の5つの要素

第8章では、第3章から第7章までの調査結果を基に、①5都市における地域移行・地域定着支援の流れ（具体的な支援の実際）、②事例でみる具体的な地域移行・地域定着支援の流れ（利用者の視点からの個別支援の展開）、③地域移行・地域定着支援における5つの要素（事業展開におけるポイント）という形で整理を行っている。

また、この整理は、今後の地域移行・地域定着支援を実際に運用していくための手引きとして活用していただけるよう、できる限り具体的な内容をわかりやすく紹介することに務め、解説を行っている。

1 5都市における地域移行・地域定着支援の流れ

第1節では、5都市における地域移行・地域定着支援の流れを図としてまとめて以下に提示する。



中野区における 地域移行・地域定着支援の流れ

精神障害者地域移行支援連絡会・個別ケア会議・地域生活ケア会議

制度利用者に対するケアマネジメント
制度利用の判定・終了、開始の検討
支援体制の整備、情報共有

すこやか福祉センターの動き

(相談支援事業所の動き)

在院1年以上の入院者数の把握

退院準備↓退院
※居住サポート事業
利用開始から一年間

・支援のコーディネート
・相談支援

在院中

地域生活

支援員の働き (地域活動支援センターの動き)

- ・制度説明、啓発活動
- ・対象者の訪問、関係づくり
- ・面接、相談→地域生活への支援
- ・家族間調整

※居住サポート事業対象

- ・住み替え、退院支援
- ・関係機関調整
- ・各種会議による情報共有

- ・地域活動支援センターとしての暮らしの支援
- ・関係機関との連携
- ・関係機関への支援の引継

堺市における 地域移行・地域定着支援の流れ

復帰協の動き

地域移行推進員の育成・雇用・派遣

市の動き

・事業説明(事業の促進)
・在院患者調査・地域移行調査

退院準備↓退院

医療機関への働き掛け

地域移行推進員の訪問
体制整備Coによる訪問
市による在院患者調査

個別ケア会議→運営会議

* 支援内容・自立支援計画の作成、見直し
個別課題の抽出 → 具体的な支援体制の検討 (退院促進支援会議へ連動)
* 退院後の生活の基盤整備

在院中

地域生活

地域移行推進員の動き

市民・専門職・ピアによる
事業対象者への働き掛け
※復帰協により育成

連携

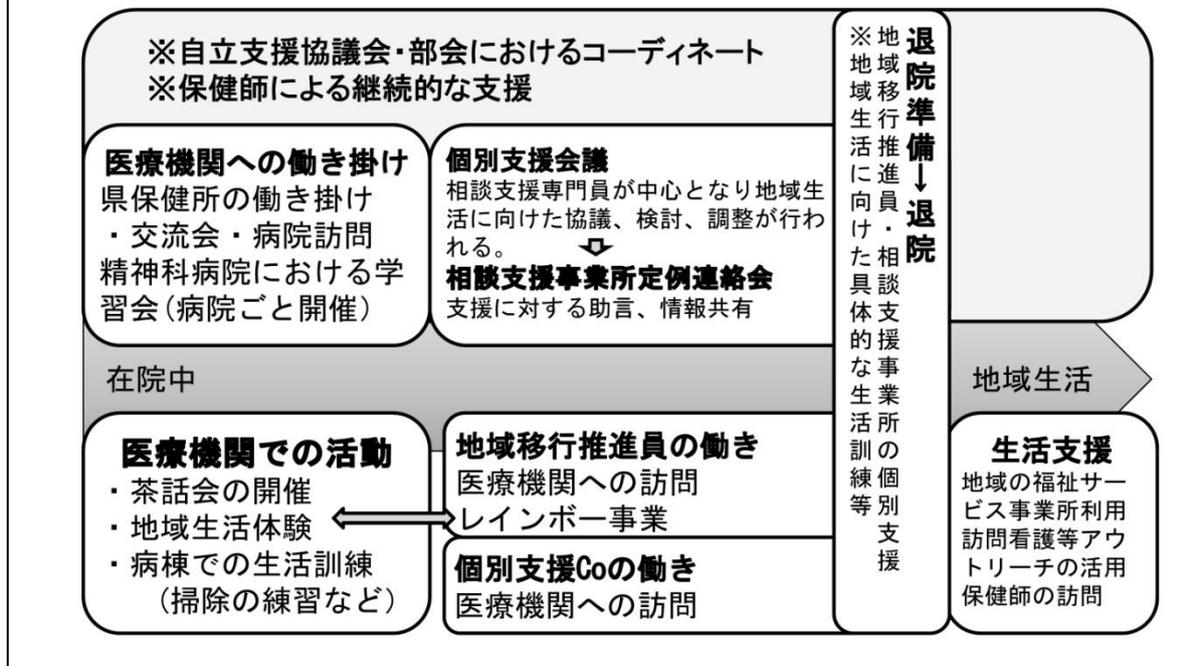
地域体制整備Coの働き

対象者の窓口機能
体制整備Coによる訪問
各種会議、検討への参加

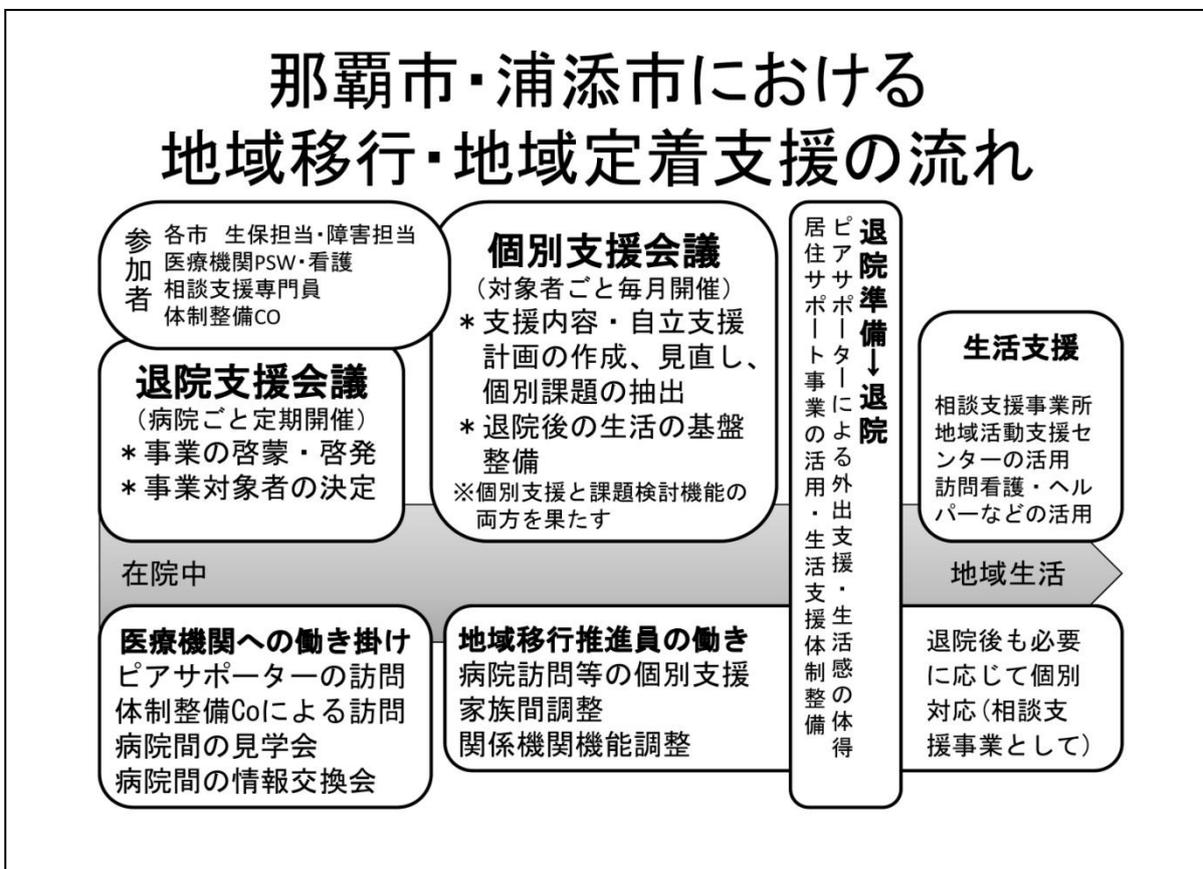
生活支援

相談支援事業所、地域活動支援センターの活用。
訪問看護・ヘルパーなどの活用

鳥取県東部圏域における 地域移行・地域定着支援の流れ



那覇市・浦添市における 地域移行・地域定着支援の流れ



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

本節では、地域移行・地域定着支援において具体的に個別支援がどのように展開していくかを架空のモデル事例の紹介を通して確認していく。モデル事例の設定にあたっては、第3章から第7章で分析したヒアリング調査対象の5都市における特徴的な活動内容を反映させることを心がけた。また、本ガイドラインの性質上、モデル事例の支援の流れは、平成24年度より始まる地域相談支援における地域移行支援・地域定着支援の個別給付化を踏まえたものとした。事例は個別支援の要点となる12の場面から構成されており、各場面に対応する説明文を補足した。

①

私も退院できるでしょうか？

私は、あみ一郎といいます。57歳です。もう18年入院しています。入院前はA市に住んでいましたが、今はZ市にあるN病院にいます。

最初はすぐに退院するつもりでしたが、入院中に両親が亡くなり、家も取り壊されてしまったので、帰るところがなくなってしまいました。

退院することは、もう随分前に諦めていました。今さらA市に戻っても、誰も身寄りはいませんし、N病院の人たちは親切なので、このまま一生ここにいればいいかなと考えていました。



②

市役所の方が会いに来ましたが・・・

ある日、A市役所の職員の北上さんという方が私に会いにN病院までやってきました。障害福祉課のケースワーカーだと名乗りました。

北上さんは、病院での生活の様子や、最近の体調などを聞きました。最後に、退院したいかどうか聞かれたので、私は「昔は退院したかったけれど、今はもう諦めました」と答えました。

後でN病院の精神保健福祉士の方から、北上さんはA市の長期入院患者調査で来たのだと教えられました。私は、退院したいといわなかったため、自分には関係のない話だと思っていました。



【 長期入院者・入所施設利用者実態調査 】

各市区町村が障害福祉計画の地域移行目標数値を立てるにあたって、長期入院・入所施設利用をされている市民の方たちに面接等による調査を実施し、行政職員が目に見える形で対象者の把握を行うことは、地域移行支援施策の方針を決める上で重要な根拠となります。A市の北上ケースワーカーは、あみさんと直接面会することで、顔の見える相手として地域移行の対象者を把握することを試んでいます。

③

地域の人たちと交流しました

しばらくして、N病院の行事で盆踊りが行われました。そこに、A市にある相談支援事業所から鳥取さんと堺さんの二人が来ていました。私は、堺さんと話す機会がありました。堺さんは3年前までN病院に入院していて、今はA市でアパートを借りて单身生活をしているとっていました。私よりも年上で、25年も入院していたそうです。

私は、自分も堺さんと同じように退院できるものだろうか、こっそり考えてみました。



【 病院・施設内での交流機会の活用 】

地域移行支援を行うにあたって、地域の相談支援事業所等が病院や入所施設と日常的な接点を持ち、さまざまな機会を活用して入院・入所している方たちと直接交流できるような活動を行うことが重要です。A市の相談支援事業所のように、病院内の行事に参加することで接点をつくることも可能ですが、より意図的な活動として、事業所側から病院に交流を目的とした院内茶話会・学習会等の開催をはたらきかけることができるかもしれません。こうした取り組みは、個別の地域移行支援を申請する前の段階で、将来支援の対象者となる方と会う機会にもなります。また、ピアサポーターを活用することで、地域生活への意欲を新たに喚起することにもつながります。こうした取り組みは、これまで都道府県が実施す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」に基づいて地域体制整備コーディネーターを配置するなどして行われています。今後も同様に継続的な活動としていくことが大切です。

④

地域移行支援のことを聞きました

翌週精神保健福祉士から堺さんと話した感想を聞かれました。私が「堺さんは、どうやって退院したんですか？」とたずねると、地域移行支援のことを教えてくれました。A市役所に退院したい希望を申請すると、相談支援専門員の方が来てくれて相談に乗ってくれるそうです。

「あみさんも相談支援専門員の方に合わせてみませんか？」と勧められて、不安はありましたが思い切って「はい」と答えました。

本当は私も、できれば退院して住みなれたA市に帰りたと思っていたのです。



【 関係機関などによるスタッフのはたらきかけ 】

地域の支援者・当事者と接する機会は、今まで積極的に退院や退所の希望を表明しなかった方の本当の気持ちを改めて確認するチャンスでもあります。あみさんのような方の本当の気持ちを最初にキャッチするのは、入院中一番身近にいる病院スタッフであることが多いといえます。その時、地域の事業所が病院と頻繁に連絡を取り合っていれば、あみさんが退院の希望を少しでも話した時に、すぐに会いに行くことができるでしょう。きっかけを逃さず、タイミングよくはたらきかけることが、具体的な個別支援へとつながるポイントです。

⑤

相談支援専門員の方と会いました

A市の相談支援事業所の方が会いに来ました。それは、盆踊りで会った鳥取さんでした。

鳥取さんは、「あみさん、また会えて光栄です。これから退院のお手伝いをさせてもらいたいと思いますが、それにはまずA市役所へ行って地域移行支援の申請手続きをすることになります。私も同行しますので、やってみませんか?」といました。A市には、入院してから一度も行ってませんし、手続きも難しそうなので止めようかと思いましたが、鳥取さんが一緒ならばと決心して、市役所へ行くことにしました。



【 相談支援専門員の役割 】

この段階で、あみさんはまだ地域移行支援の申請を行っていません。申請につながるようなご本人へのはたらきかけや、申請に関わる手続きの支援は、支給決定以前のものであるため個別給付の対象とはなりません。地域移行のニーズを持った方を適切にサービスへとつなげるために必要な活動となります。地域移行支援を行う相談支援事業所において、相談支援専門員がこうした活動を担うことができます。また、前述の地域体制整備コーディネーターが病院との連携体制を築きながら、地域移行支援の対象者掘り起こしの一環として、申請前の個別支援に関わることも可能です。

⑥

A市役所で申請しました

鳥取さんと一緒にA市役所へ申請に行きました。障害福祉課へ行ってみると、そこにいたのは以前調査のために私に会いにきた北上さんでした。

北上さんは、「あみさん、お待ちしてました。あみさんが退院して新しい生活を始められるように、私たちも応援します」といってくれました。市役所の方からいわれると、なんだか頼もしかったです。

その日は、地域移行支援の利用申請を行い、北上さんから認定調査を受けました。また、後日鳥取さんにN病院まで来てもらい、サービス等利用計画案をつくってもらいました。



【 地域移行支援の申請 】

あみさんの申請を受け、A市役所ではまず障害程度区分認定調査項目に基づく調査を行います。次に、相談支援専門員である鳥取さんが、あみさんの希望を聞いて、地域移行支援を利用したあみさんのサービス等利用計画案を立てます。A市の審査会でこの計画案が承認されれば、あみさんに地域移行支援が支給決定されます。ここから、地域相談支援の個別給付による本格的な地域移行支援のサービスが始まります。なお、サービス等利用計画の作成に対しては、新規計画作成の場合に1,600単位/月（サービス利用支援）、モニタリングを行った場合に1,300単位/月（継続サービス利用支援）の報酬単価が設定されています。

⑦

地域移行計画をつくりました

A市の審査会でサービス等利用計画案が承認され、私の地域移行支援が始まりました。鳥取さんの相談支援事業所的那覇さんという地域移行推進員の方が、N病院まで毎週私を訪ねてきてくれるようになりました。

私と那覇さんは、退院までにどんなことを準備すればいいか、退院したらどこに住むか、毎週何をしてすごすかなど、私の希望することが書かれた「地域移行計画」を立てました。計画には、6か月後にA市でアパートを見つけて単身生活をめざすと書き込みました。



【 地域移行の個別支援計画 】

あみさんは、地域移行支援を利用するためにサービス等利用計画を作成しましたが、支給決定後に今度は個別給付である地域移行支援の詳しい個別支援計画（地域移行計画）を立てることになります。ご本人の希望に基づいて、地域移行推進員が6か月を目途とした地域移行のための計画を立てます。6か月で地域移行をはたせなかった時には、相談支援専門員がモニタリングを行い、地域移行支援を継続して支給決定するかどうか、市区町村で判断します。地域移行推進員的那覇さんは、あみさんと会うために毎週病院を訪問していますが、地域移行支援の報酬は、利用者への訪問による支援（入院・入所先へ訪問しての相談や同行支援）を週1回程度行うことを基本として算定されます。実際には、ケア会議の開催や関係機関との連絡調整等の支援も行われることから、少なくとも利用者への訪問による支援を月2回以上行うことが報酬評価の対象となるサービス提供の基準として定められています。それにより、利用者一人あたりの支援に対して2,300単位/月の報酬単価が設定されています。

⑧

サービス担当者会議をやりました

那覇さんとつくった計画にそって退院の準備を進めていくために、サービス担当者会議を開いてもらいました。私自身も参加しました。私の希望が変わった時は、計画内容を変更してもらい、私が不安をもったりくじけそうになった時は、皆が話しを聞いてくれて、励ましてくれました。

A 市役所



地域移行推進員



相談支援専門員

N 病院
精神保健福祉士

私



N 病院主治医



【 サービス担当者会議・個別支援会議 】

個別支援を進めていく上で、ご本人の希望にそった支援のチームをつくるために、相談支援事業所は必要な会議を適宜行います。制度上の用語では、相談支援専門員が作成したサービス等利用計画の内容に基づいて関係者が支援方針等を検討する場をサービス担当者会議と呼び、サービス提供事業所が作成した個別支援計画に基づいて同様のことを行う場を個別支援会議と呼びます。どちらの会議においても、サービス利用者本人が参加していると希望や課題が関係者と共有しやすくなります。また、サービス担当者会議や個別支援会議であがった課題を自立支援協議会等へ提起することで、地域移行に必要な新しい資源や施策の開発につながれることも大切です。

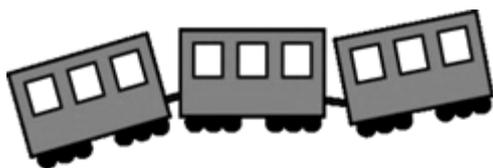
⑨

ピアサポーターと外出をしました

退院までに、N病院からA市まで何度も外出しました。最初は電車で1時間近く乗っていくので、遠いなあと感じていました。

外出の時は、那覇さんとあの堺さんが一緒に付き添ってくれました。堺さんは、ピアサポーターの活動をしているのだそうです。

「私も最初は遠いと思ってたけど、慣れるとそうでもないよ。今では2週に1回外来で通って来るのがいい気晴らしなんです」と堺さんは話しました。私は、自分もそんなふうに慣れる日がくるといいなと思いました。



【ピアサポーターの活動】

堺さんのようなピアサポーターは、サービスを利用する方にとってこれからの退院・退所にむけた活動や後の地域での生活のお手本となる心強い存在です。交流会だけでなく、外出同行や外泊時の訪問といった個別支援にも活躍します。なお、前述した都道府県が実施す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」には、ピアサポーターの育成や活動費用に対する援助も含まれています。

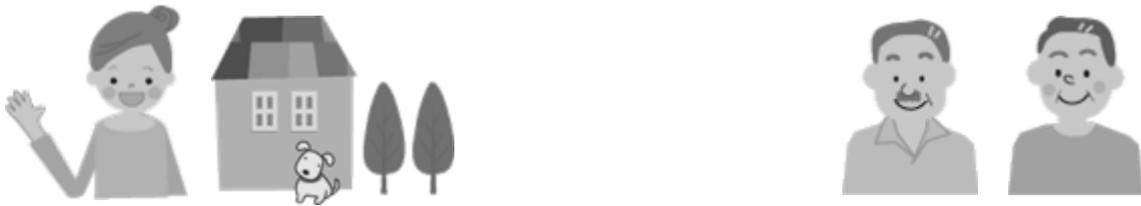
⑩

体験利用・体験外泊をしました

A市までの外泊・外出に慣れた頃、私は堺さんが普段日中通っている就労継続支援B型事業所の体験利用をしました。作業体験の時は、堺さんが隣に座って教えてくれました。退院したら、こういうところで仕事にも就けるんだと思いました。

それから、A市にあるグループホームで18年ぶりに外泊をしました。那覇さんの同僚の中野さんが、様子を見に来てくれました。私は最初は緊張して部屋でテレビもつけずじっとしていました。

夕食の後、堺さんも訪ねてくれて、二人で歌謡コンサートを見ました。こうして友人を呼べるような自分の部屋に住めたらいいなと、退院したい気持ちがより強くなりました。



【 体験利用・体験宿泊 】

地域移行支援の対象者が日中活動系の事業所を体験利用したり、居住系事業所等で体験宿泊をした場合、体験受け入れ先の事業所は、地域移行支援を実施する相談支援事業所から委託を受けてサービスを提供したことになり、報酬上評価されます。あみさんが体験利用や体験宿泊を通して、地域生活の具体的なイメージを持ったように、これらの活動はご本人の意欲をより高めることにもつながり、体験によって自信を育むことにもなります。地域移行支援を実施する相談支援事業所は、地域の中に体験利用・体験宿泊を受け入れるサービス事業所を開拓することも必要です。日中活動の体験利用には 300 単位/日 が算定されます。体験宿泊は 300 単位/日 ですが、夜間支援を行う者を配置して行った場合は 700 単位/日 の算定となります。なお、体験利用と体験宿泊はどちらも開始日から3か月以内で利用日が15日以内に限って算定されるため、支援過程の適切な時期に実施する計画性が必要とされます。

⑪

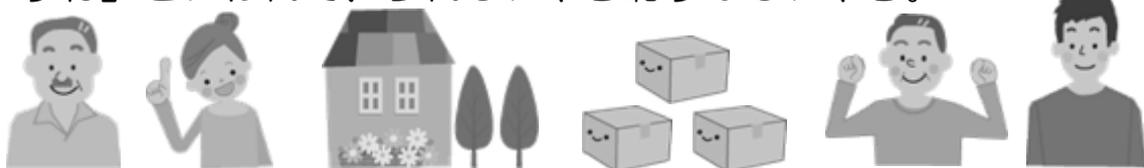
アパートが見つかり退院が決まりました

外泊で自信のついた私は、いよいよアパート探しを始めました。那覇さんや中野さんが不動産屋に同行してくれて、相談支援事業所の近くにいいアパートが見つかりました。

那覇さんとは、退院する月は今まで以上によく会って、部屋に置く家具の買物や公共料金の手続きなどいろいろなことをやりました。

A市役所で地域移行支援の申請をしてから6か月、私はとうとう18年ぶりに退院して、アパートで一人暮らしを始めました。退院の日には、中野さんと堺さんも来てくれました。

「あみさん、おめでとう。これからは同じA市に暮らす仲間です」といわれて、うれしいやら恥ずかしいやら。



【 集中支援加算と退院加算 】

地域移行支援の個別給付には、1か月に6日以上個別支援を行うことで500単位/月を算定できる集中支援加算があります(ただし、退院・退所月は除きます)。また、退院・退所の当月はその後の生活の用意が何かと必要になり、支援の機会も多くなりがちです。退院・退所の月は、2,700単位/月の退院・退所加算を算定することができます。

⑫

これから新しい生活が始まります

退院した後、私はしばらくアパートで夜一人で寝ることに慣れてませんでした。外泊の時とは勝手が違います。そんな時、夜間でも連絡できる先を中野さんが教えてくれました。眠れない時、電話をかけると中野さんが出てくれます。少し話すと落ち着いて、うとうとできるようになりました。

A市でのアパート生活にも段々慣れて、今はN病院の外来に通うのも苦じゃなくなってきました。就労支援B型事業所にも本格的に通うことになりました。

今度、これからの新しい生活にむけてサービス等利用計画を見直すことになりました。北上さんのところへ申請に行き、また鳥取さんと一緒につくることにしようと思います。



【 地域定着支援 】

退院・退所後の安定した地域生活のために、地域定着支援の個別給付を受けることも大切です。地域定着支援による緊急一時的な滞在支援（レスパイト）、短期入所（ショートステイ）や緊急時訪問、いつでも相談できる体制などがあることは、地域での生活に対して安心を得る鍵となります。

地域定着支援は、常時（24 時間）の連絡体制の確保に対して 300 単位/月を算定します。また、緊急時に本人宅への訪問や相談支援事業所等での一時滞在といった直接支援を行った場合は、700 単位/日が算定されます。なお、地域定着支援はグループホーム・ケアホーム等の入居者については対象外となります。

地域移行支援の取り組みが終わっても、あみさんの生活はこれからです。退院によって地域移行支援のサービスは終了し、地域で暮らしていくために地域定着支援やほかの新たなサービスを利用することになります。そこで、新しいサービス等利用計画を立て、あみさんらしい地域生活を引き続き応援していく支援のチームが再編成されます。地域移行・地域定着支援が切れ目なくスムーズに実施されるために、相談支援専門員によるサービス等利用計画の作成が必要とされます。

3 地域移行・地域定着支援における5つの要素

本節では、第3章～第7章で取り上げた5都市（岩手県北上市、東京都中野区、大阪府堺市、鳥取県東部圏域、沖縄県那覇市・浦添市）での調査結果から重要なキーワードを抽出し、今後、地域移行・地域定着支援を進める上で必要となる要素に関し分析を行う。

具体的には、以下の5要素を抽出した。それぞれについては、以下に説明を加える。

< 5要素 >

- ・ 行政による実態調査の必要性
- ・ 施設（病院）職員と地域機関の職員との協働
- ・ 個別支援会議
- ・ 市民資源の活用
- ・ 市区町村自立支援協議会の役割

（1）第1要素：行政による実態調査の必要性

本要素は、地域移行・地域定着支援を展開する際、まずはそのニーズや動向を把握する必要性があることを意味する。

換言すると、各自治体の障害福祉計画における目標数値設定には、実態調査で把握された具体的な数値が反映されるべきであり、それを行わない限りニーズに即した支援を行うことは困難である。

実態調査に関し、ヒアリング調査地域での動向をみると、大阪府堺市において詳細な実態調査が実施されている。堺市では、障害福祉計画の策定にあたり、まず現状把握を行うことが行政の役割であるということが官民協働の地域ネットワークの中で明確に共有されている。

平成22年度に実施された堺市の「精神科在院患者及び地域移行調査報告書」は、現時点での「在院患者調査」に加え、平成20年度報告書から開始された「地域移行調査」の経年変化をフォローしており、以前の調査で対象となった在院患者の地域移行の状況を継続的に追跡できる内容になっている。具体的な調査項目は、対象となる在院患者の①年齢区分、②入院形態、③疾患名称、④在院期間、⑤入院時の住所区分、⑥開放処遇区分、⑦病状区分、⑧退院促進事業の利用経験の有無、⑨退院阻害要因、⑩退院促進事業の必要性の有無、など詳細なものである。このうち、「⑨退院阻害要因」では選択肢として本人要因に「病状の不安定さ、退院意欲の乏しさ、退院による環境変化への不安の強さ」をあげ、さらに家族要因に「家族がいない、家族にサポート機能がな

い、家族が退院に反対している」をあげている。この点は、退院を阻害すると思しき選択項目が本人・家族側の要因に限られており、環境要因（活用できる社会資源の有無等）を含めた選択項目を検討するといった改善の余地が今後に向けて残されているとも考えられる。

いずれにしても、地域移行支援・地域定着支援を進めるにあたっては、対象者の意思を尊重しプライバシーに十分な配慮をした上で、長期入院者（施設入所者）がなぜその状況に置かれているのかという個別の要因を知ることが必要となる。したがって、他の地域においても、堺市で実践されているような実態把握をまずは行う必要があるものと考えられる。

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

実態調査で把握した者と地域移行支援を実際申請した者が異なることは十分想定される。従来の地域移行・地域定着支援は退院意欲が低い者に対しても、事業対象者として地域生活へのイメージづくりから支援を行ってきた。

平成 24 年度からは、原則本人の申請方式となるため、従来対象としてきた退院意欲が低い者からの申請は考えにくい。そのため自ら申請を行わない、退院意欲の低い者へのアプローチは何らかの形で今後も継続することが重要である。

その退院意欲が低い層への支援方法として、都道府県、政令都市が実施主体となる「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」（精神保健費等国庫補助金事業、以下、「補助金事業」という。）を活用し、地域体制整備コーディネーターの役割として申請までの支援を行うことも方策の 1 つである。また行政機関、とりわけ施設は市区町村、病院は保健所など日頃から連携を図っている機関の役割として位置づけ、支援を継続することが必要であると考えられる。

また、各自治体において障害福祉計画を策定する際、地域移行支援に係る対象者の把握に向けた調査方法として、北上市や堺市の例のほか、北海道においては施設入所者について入所者全員への意向調査を実施し、その積み上げにより数値目標を設定している例もある。一方では、精神障害に関しては、多くの自治体においては患者調査による統計値を人口按分等により数値目標を設定してきた例が多く、必ずしも地域移行支援の対象者の把握にはつながっていない。平成 24 年度からの第 3 期障害福祉計画の策定にあたっては、市区町村計画に退院可能精神障害者数の記述を要せず、個別給付のメニューとなる地域移行・地域定着支援に係る給付に関して年次目標を掲げることとされたところである。

そこで、精神障害者に係る地域移行支援においては、対象者の実態をより多面的に把握するために、精神保健福祉資料（いわゆる「630 調査」）による在院期間別在院患者数や 6 月の新入院患者、退院患者の動態（1 年後残存率、1 年以内社会復帰率、平均残存率、退院率など）などの活用も有効であり、これらから収集された情報を関係市区町村に提供することも検討すべきである。

その他、精神保健福祉法に基づく実地指導や障害者自立支援法に基づく施設監査、生活保護部局と連携して生活保護受給者の長期入院患者の情報の共有化を図り、総合的な支援を行う方策を検討することも重要と考える。

（２）第２要素：施設（病院）職員と地域機関の職員との協働

地域移行・地域定着支援を実践していく上で、施設・病院職員と地域の職員、行政職員との連携は必要不可欠な要素である。地域移行・地域定着支援は、1つの機関、施設内（病院内）での連携が、施設（病院）職員と地域へ生活の場を移した際に支援を行う地域機関の職員との間の多機関連携へと広がっていくことで、有効に機能し始めるのだといえる。

今回のヒアリング調査地域では、沖縄県那覇市・浦添市の退院支援会議、岩手県北上市の取り組みに院外（施設外）協働の実践をみることができる。

那覇市・浦添市の取り組みでは、まずは病院内の職員が地域移行・地域定着支援事業を理解できるよう、院内において事業の周知徹底を図っている。そして、そのことが病院職員の意識改革へとつながり、事業の対象者を病院から推薦する仕組みをつくり上げている。また、その際には必ず院外から地域移行推進員や委託事業所がサポートに入ることになっており、病院及び病院職員と地域機関及び地域機関の職員との「つながり」が明確にみえる体制となっている。

さらに、施設（病院）職員と地域機関の職員との連携・事業啓発に加え、行政も含めた検討の場を確保することにより、事業の対象者または今後事業の対象となりうる人に対し、対象者が中心となる支援の実践を展開することが可能となっている。また、那覇市・浦添市では、地域移行推進員、委託事業所の職員に対するスーパービジョンの場（会議、研修等）が確保されており、それぞれの実践スキルを高めていくための支援も行われている。

北上市では、取り組みの特徴の1つとして、地域への移行から地域生活の支援に至るまで支援の境目がないことがあげられる。そのため、居住サポート事業の中に「暮らしの支援」も包含することが可能となっている。さらに、必要に応じて制度を拡大しての対応や社会福祉協議会等との協働、連携も実施されている。

しかし、各医療機関の抱える個別の事情による地域移行・地域定着支援事業に対する温度差があることは否定できない状況であり、今後、それらをどのように解決していくかが課題となっており、このような課題は他の地域にも存在するものと推察される。

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

平成24年度からは、従来の協力病院と委託事業者という関係から全精神科病院と一般相談支援事業者（地域移行・地域定着支援担当）や全入所施設と一般相談支援事業者（地域移行・地域定着支援担当）という関係に変化する。この事業の大きなポイントは保健・医療・福祉の協働であり、施設（病院）からの押し出す力と地域で受け入れ、生活を支える力の連動である。

そこで行政機関は、保健・医療・福祉の関係機関が「地域移行・地域定着支援」という共通のテーブルにつくための機会を設けることが重要である。またそのような場面において各機関の相互理解を深めることが大切である。具体的には、各保健所における協議会（既存の協議会の活用も含む）を活用して、施設職員や病院職員と地域機関職員向けに制度内容の理解促進のための説明

会や研修会を開催し、きっかけを提供することが可能である。また説明会等には是非事業に係るパンフレットやDVDなどを作成し、視聴覚教材として活用することも有効であると考えられる。

(3) 第3要素：個別支援会議

地域移行・地域定着支援を推進していく上で大きな役割を担うのが個別支援会議である。(※註)

地域で生活をしていく上で各々の障害者が感じている生きづらさはさまざまである。とりわけ入所施設・精神科病院での社会的入院から地域生活への移行を支援するためには、本人の地域生活への動機づけから始まり、本人の意向を踏まえた個別支援計画を作成し、PDCAサイクルによる長い支援を行っていく必要がある。とりわけ、精神障害者については、入院期間から支援を開始し、地域移行推進員やピアサポーターによる相談、地域生活の体験などを経て退院への動機づけ、退院後の住まいの場の確保（家庭復帰、公営住宅、民間住宅、共同生活住居など）や生活用品の調達、通院の継続支援、地域情報の提供など、本人の意識の変化や病状・体調の変化にも応じて、随時支援内容の見直しを行う必要がある。このため、一人の対象者を中心にして支援に携わる関係者も多岐にわたり、支援の期間もさまざまである。中には、退院に向けた支援が断続的となったり、支援に必要な期間が数年に及ぶ場合もあり得る。

個別支援会議は、障害者本人を中心に置き、本人に寄り添いながら、本人が抱えている不安や希望など課題を解決するため、行政関係職員、相談支援事業者を中心に、施設（病院）関係者、その他地域のさまざまな関係者も交えたチームアプローチの場であり、それにより横の連携による取り組みを進められることが期待される。

また、個別支援会議を通じて、個々のニーズに対応できない課題を集約していくことにより、これらが地域課題として意識され、新たなサービスの開発への取り組み（公的制度とは限らず、民間事業者や地域コミュニティによる取り組みもあり得る）や、ひいては市区町村障害者計画の中に新たな施策として反映させていくなどの流れに展開していくことになっていく。

(※註) ここでは「個別支援会議」という語を、「地域移行・地域定着支援の対象となる本人の希望を実現するために、関係者が集まって本人の思いやニーズにそった支援の手立てを考え、役割分担等話し合う場」の総称として用いている。したがって、各地で「ケア会議」「サービス調整会議」「ケースカンファレンス」等と呼ばれる同様の目的の会議もこれに含むものとする。また、相談支援事業所がサービス利用計画作成の過程で開催する「サービス担当者会議」も、ここでは便宜上「個別支援会議」に含めて考察している。

コラム ①

地域移行支援 ～豊かにつながるために～

支援センターなんくる
地域移行推進員 金城 多美子

事業の対象者や病院・行政とのつながりをつくっていく際に、大切にしていることがあります。それは「信頼関係」を築いていくこと。しかし、ただ関係を築いていくだけではなく、信頼を築いていくことは、言葉でいうほど簡単ではなく、うまく進まない则自分の力のなさに落ち込み、問題を相手のせいにしてしまうこともしばしばです。

それでも、私なりに懸命にもがいてきた結果、少しずつみえてきたものもありました。それは、相手に求めるだけでなく、自分自身が相手のことを知りたい！と感じること、関心をもって対応すること。そうすることで、不思議なことに、相手も自分の想いを語り始めるようになり、それをきっかけに、お互いに相手の素敵などところを捉えることができるようになりました。さらに、視点や考え方の違いをあたりまえのものとし、対等な立場としてお互いを受け入れるようになり、退院準備を一緒にやっていきたいという気持ちも高まっていきました。その後は、地域の支援者として誠意を持って支援に取り組むことによって、個人から組織へと、より豊かに深くつながっていきました。

知らない人や機関に飛び込んでいくのはとても不安で勇気もいりますが、それは相手も同じこと。私たちは対象者の方の想いをとらえた支援のために、自分自身のために、たくさんのつながりをつくって生きていくことが必要なのだと感じます。

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

個別支援会議のキーパーソン（主宰者）は、多くの市区町村においては市区町村職員となっている例が多いが、関係者の横の連携が進んでくると、相談支援事業者などがキーパーソンとなって会議が運営される方法もあり得ると考えられる。

しかし、全国的には、個別支援会議の必要性は理解されていても、実態としては、多くの市区町村において個別支援会議が開催され、かつ、有効に機能しているとは言い難い状況にあると思われる。

このため、今後とも、それぞれの地域の特性に応じた取り組みが行われるよう、国において多くの実践例を自治体に情報提供を行うとともに、都道府県においても、市区町村への技術的な助言や市区町村の区域をこえた圏域の調整の機能を果たしていく必要がある。

岩手県北上市については、県による市区町村支援の取り組みとして、「私の希望する暮らし」を作成し、個別支援計画書・地域生活移行支援のための支援ツールとして活用されている。また、県事業に係る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2007（平成19）年度は県が実施している。このような県による市区町村支援の取り組みが、北上市をはじめとして県内各地域の育成につながってきた背景となっている。

また、これまでに開催された国の会議や研修会等において、「個別支援会議が自立支援協議会の命綱」として説明され、自立支援協議会の実践例として個別支援会議・運営会議を再現するなどの取り組みや、厚生労働省補助事業（障害者保健福祉推進事業、障害者総合福祉推進事業）において実践的・効果的な実施方法等の調査研究報告がなされてきており、これらについても参考文献としてご参照いただきたい。

（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）

障害者が地域で生活する上で必要な要素の1つに、福祉関係者等の関係者や地域の民生委員、ボランティア、職場の上司や同僚等のいわゆるインフォーマルな人々から形成される「連携」がある。この連携とは、障害者に関係している点がつながり、最終的には大きな輪に広がっていくことを意味する。

ヒアリング調査地域では、中野区の居住サポート事業の実践の中に不動産業者とのつながりなど、福祉関係者、機関や行政にとどまらず、インフォーマルな市民資源の活用と日頃からの関係性構築の実例をみることができる。中野区では、「住宅安定支援事業」として、中野区内にある156か所の不動産業者の物件情報を集約しており、物件の紹介を中心とした対応を行っている。それらは、不動産業者との常日頃のインフォーマルな付き合いにより展開されており、このような地域レベルでの取り組みは、障害者が地域移行及び地域に定着していく上で極めて有効なものである。

大阪府堺市では、地域移行推進員として非専門職である市民ボランティアを活用することにより、地域で生活する生の生活者の視点を支援に導入することが可能となっている。また、ピアサポーターを育成し自立支援員として雇用及び派遣し、ピアサポーター対象の研修も実施している。

沖縄県那覇市・浦添市においてもピアサポーターの活用がみられる。ピアサポーターの具体的な活動は、医療機関訪問や事業対象者の退院準備における外出支援等である。

上記のような堺市や那覇市・浦添市でのピアサポーターの活用は、本事業において一定の効果を及ぼしている。

鳥取県東部圏域では、市町村保健師の推薦を受けた者が対象となって地域移行推進員として養成され、この地域移行推進員自らが中心となりレインボー事業を創設し、制度の対象とならない

人々に対し推進員独自の活動を実施している。さらに、自主的な精神保健ボランティア団体であるベストフレンズの立ち上げも行っている。

このようなインフォーマルな市民資源による自主的な動きは、特に地域資源が少ない地域において有効な資源の 1 つとなり、障害者への地域移行・地域定着支援を活発化させることが可能となる。さらには、自然に障害者及び障害者の置かれている現状についての啓発にもつながるものである。

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

ピアサポーターの活用は一定の効果が現れている。そこで、行政機関は補助金事業を活用し、ピアサポーターが活動しやすい環境を整えることが重要であり、また必要な時に必要な機関がピアサポーターを活用できるシステムを構築することが大きな役割の 1 つである。そのため、現在統一されていないピアサポーターの養成プログラムの統一やピアサポーターを雇用し、安定した賃金の支払い、ピアサポーターのフォローなどの役割も同時に持つものとする。

また精神保健ボランティアの育成及び活用も行政の役割である。多くの行政機関では精神保健ボランティアの養成講座を行っているが、講座修了後の積極的な活用までは至っていないのが実情である。ピアサポーターのシステム同様精神保健ボランティアもシステム化し、市民資源の積極的な活用が必要である。

ある不動産会社社員との出会いから始まった関係性の広がり

中野区地域生活支援センターせせらぎ
志村 敬親

Aさんとの出会いは、中野区の居住サポート事業にとって大きな転機となった。当時Aさんは中野を中心に不動産業を営んでいる不動産会社に勤務する、血気盛んな若手営業マンであった。私は精神障がい理解のある協力不動産会社を開拓しようと営業活動を行っていたが、行く先々で厳しい拒否的感情を目のあたりにして、悩んでいた。そして、次もダメかと思いつつ不動産会社の門をくぐった。その時対応してくれたのがAさんであった。

Aさんは「飛びこみの営業で福祉の相談をされたのは初めてだ！」と驚き、「精神障がいってなんですか？」と興味を持ち、「物を売りつけられるわけではなさそうだ」と話を聞いてくれた。

そして、当時長期入院されている方の部屋探しに協力してもらうことを皮切りに、私とAさんの関係が始まった。数名の入居支援を通して私は福祉サービスとしての居住サポート事業に、Aさんはビジネスとしての精神障がい者の入居支援に手ごたえを感じていった。一方で私は、理解のある不動産会社をさらに増やす必要があり、Aさんも、精神障がい者へ紹介する物件の選択肢を広げるために、所属する職場の上司や、同業他社の協力を得る必要があった。そして私とAさんの個人的関係をさらに広げることに対する利害が一致し、協力して以下の取り組みを行っていった。

(1) 支援センターと不動産会社の関係強化

私が所属する地域生活支援センター（以下、「支援センター」という。）とAさんが勤務する不動産会社で懇親会を行った。スタッフ同士が顔見知りになることにより、お互いの行き来が増え、個人的関係は組織対組織の関係に変化していった。

(2) 支援センターと他の不動産会社の関係拡大

「不動産屋巡りツアー」を行った。Aさんが懇意にしている不動産会社を、Aさんと一緒に訪問した。私一人だと「怪しい福祉の人」だが、Aさんが隣にいただけで「Aさんの知り合い」に格上げされ、結果的に先方も私の話を聞いてくれた。また、Aさんに誘われる形で地元の不動産会社の懇親会に参加して、ざっくばらんな話をしながら関係を広げていった。

(3) 不動産会社と支援センター利用者の関係拡大

不動産会社と支援センターの距離が近いため、Aさんに支援センターに頻繁に足を運んでもらった。必要に応じてケース会議にも参加してもらった。また、支援センター利用者向けの講座に講師として参加してもらうことにより、いつのまにかAさんは支援センター利用者にとっても見慣れた存在となっていった。

Aさんから教えられたことは「大家や不動産会社もニーズを持っている」ということであった。精神障がいに対する拒否的感情は、過去の体験や知識不足、メディアを通じた風評などが絡み合い醸成されていることがわかった。そして、その感情を否定するのではなく、彼らの思いに耳を傾け、正しい情報を提供し、相談に乗っていく姿勢が求められていた。たまに当事者の方が「不動産会社から情報を聞きました」と、支援センターにやってくることもある。これは不動産会社が支援センターを社会資源として認識したためだと考えている。

先日、中野区の自立支援協議会が主催した家主や不動産会社向けの学習会で、Aさんに講師をお願いした。いつも無理難題を押し付けてしまっているが、その度に快く引き受けていただいている。Aさんいわく「今まで自分が知らなかった世界、楽しませてもらっている」とのことであった。地域の片隅で働くソーシャルワーカーの一人として、「人と人がつながること」の大切さをつくづく感じる今日この頃である。

(5) 第5要素：市区町村自立支援協議会の役割

自立支援協議会は、さまざまな事業等のシステムづくりを行う際に中核的役割を果たす協議の場として設置されるものであり、地域の実情に応じた多様な形で実施されるものである。したがって、今回のヒアリング調査地域においても、それぞれ異なる形での運営が確認された。

その中でも岩手県北上市では、サービス調整会議（個別支援会議）を自立支援協議会の中に位置づけており、今後、三障害のモデル化を行う際、最も参考にする要素を多く内包した事例であると考えられる。

このサービス調整会議は、相談支援事業者が関係者を招集する形で実施されており、そこで支援体制の協議や調整、困難事例に対する支援方策の協議等が行われる。自立支援協議会の中にサービス調整会議を位置づけるメリットは、地域での生活をより具体化することが可能となり、さらには、対象者の希望に即した細やかな連絡調整を行うことが可能となる点にある。

中野区や那覇市・浦添市では、北上市とは異なり、地域移行・地域定着支援事業に関する協議会は自立支援協議会とは別に設定されている。そのため、両者の関係は報告、助言の関係である。

また、自立支援協議会に地域移行部会がない場合には、二者が別々の動きをするため、それぞれから提案されたものを施策化することが難しいといった問題点がある。

2011(平成23)年度まで障害者の地域移行・地域定着支援に関わる事業は、都道府県・政令都市が実施主体となる補助金事業として位置づけられていたが、平成24年度からは相談支援事業における地域移行支援・地域定着支援として個別給付化され、市区町村が申請受理及び支給決定を行うことになる。今後、各市区町村の施策レベルでの取り組みの中に本事業を位置づけていくためには、北上市のように自立支援協議会の中に地域移行・地域定着支援事業に関する協議会を位置づけることが有効であると思われる。

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

自立支援協議会は、都道府県及び市区町村の障害者施策を考える中核的な役割をもつ重要な機関になる。特に市区町村における自立支援協議会は大きく分けて6つの機能（①情報機能、②調整機能、③開発機能、④教育機能、⑤権利擁護機能、⑥評価機能）が求められている。この自立支援協議会を活性化させ、機能させることが行政の大きな役割である。

地域移行・地域定着支援においては、現在、実施主体が都道府県・政令都市であるため、自立支援協議会の中で検討などを行う場がない市区町村が多いのが現状である。

2012(平成24)年度以降は、制度改正により実施主体が市区町村に変更される。そのため地域移行支援をテーマとする部会の設置が求められる。その部会において、先述した個別支援会議などからみえてきた課題を提起し、市区町村の課題として普遍化した上で、必要な課題解決に向け施策化していくことが重要である。

また同時に、都道府県自立支援協議会においても、市区町村の自立支援協議会と連動し、市区町村から課題を吸い上げ、都道府県の課題解決に向け施策化していく仕組みづくりが重要である。

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～

1 自治体における地域移行・地域定着支援に対する視点

自治体における施設の入所者及び精神科病院の長期入院者の地域移行・地域定着支援は、2003(平成15)年の支援費制度の導入による措置から利用契約制度への移行やいわゆる“7万2千人問題”(平成14年度患者調査)を契機として、さらに、2006(平成18)年の障害者自立支援法の施行に伴い障害福祉計画に地域移行に関する数値目標を掲げることとされたことにより、全国的な取り組みが加速してきている。

障害のある人が地域で生活していく上で、①住まいの場、②日中活動の場、③いつでも安心して相談ができる場の3つの確保が欠かせない。また、施設からの退所・病院からの退院のためには、①施設・病院からの押し出す力、②地域での受け入れる力、③地域での生活を支える力の3つの要素が必要である。

(1) これまでの取り組みの経過

これまでの取り組みを振り返ると、施設入所者については、第1期(平成18～平成20)・第2期(平成21～平成23)障害福祉計画において入所施設からの地域生活への移行者数を入所者の1割以上、施設入所者数の削減を7%以上とする数値目標を掲げてきている。これらの目標を実現するため、各都道府県では、各施設を通じて入所施設からの地域生活への移行可能者を調査し、市区町村に情報提供を行ってきている。

一方、精神障害者の地域移行に関しては、厚生労働省が定期的実施される在院患者調査に基づき、都道府県が各精神科病院を通じて退院可能精神障害者数を把握し、関係市区町村に統計値として情報提供される。障害福祉計画の策定にあたっては、この患者調査による退院可能精神障害者数をもとに「入院中の精神障害者の地域生活への移行数」として障害福祉計画に数値目標を掲げてきている。

なお、精神障害者の地域移行支援の取り組みは、大阪府において、府内の精神科病院で発生した不祥事(大和川事件)をきっかけとしていわゆる「社会的入院」の問題がクローズアップされ、その対応策として退院促進事業が開始され、これが全国的な取り組みの先駆けとなったものである。今回の事例調査を行った5市のうち、大阪府堺市では、大阪府の委託により退院促進事業を先駆的に取り組んできた経過の中で、退院可能な患者の把握を継続的に行っている。これを実施するためには、行政・病院・支援者(地域移行推進員・ピアサポーター)の官民相互の協力関係(協働)と目標の共有が必要であり、これまでの継続的な取り組みはその上に成り立っているものと考えられる。また、岩手県においては、県の調査として2年に一度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し、その情報は市町村へ提供されており、北上市においては県の調査が行われない年度については市独自に調査を実施している。以上のような実態調査(地

域移行調査)による対象者の実数把握など、退院可能な患者を特定した詳細な調査を実施している都道府県・市区町村は必ずしも多くはない状況である。

また、地域生活への受け皿づくりの取り組みとして、「住まいの場の確保」については、グループホーム・ケアホームの設置のための支援、居住サポートなどの取り組みが行われている。「日中活動の場の確保」については、NPO法人等民間団体の事業参入により事業所の受け皿は格段に増加している。これらについて個々の障害者のニーズに適切につなげていくため、「相談支援事業所」の計画的な増設や地域生活の体験事業などのソフト面での充実にも取り組まれてきている。なお、これらは、2006(平成18)年度に創設された基金事業(障害者自立支援対策臨時特例基金)に支えられてきた側面が大きいと思われる。

施設入所者の地域生活への移行に向けた支援は、個々の施設において個別に支援が行われるか、あるいは、市区町村からの委託により相談支援事業所が地域の関係者を交えた横の連携等(個別支援会議等)を通じて支援が行われてきているが、現行の個別給付のメニューであるサービス利用計画作成費の対象者は極めて少ない状況にとどまっている。一方、精神科病院の入院患者の地域生活への移行に向けた支援は、精神保健費等国庫補助事業である「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」において、都道府県等を実施主体として取り組みが進められてきている。この事業では、地域体制整備コーディネーターが中心となり、市区町村・病院との調整による対象者の把握や地域の関係者の連携会議(個別処遇のケア会議等)等を進め、個別の支援は地域移行推進員やピアサポーターが退院前から退院後一定期間行っている。

このように、現状においては、施設入所者と精神科病院入院患者の地域移行・地域定着への支援は、実施主体、実施方法、財源がそれぞれ異なって実施されている。また、実際に支援が行われている実績は、潜在的な対象者のうち一部にとどまっている状況であり、支援の態様も自治体によってかなりの温度差があるものと推定され、支援の実際は試行錯誤の状態にあるともいえる。

(2) 今後における市区町村からの視点

2012(平成24)年4月の改正障害者自立支援法の施行に伴い、自立支援協議会が法律上位置づけられるとともに、サービス利用計画の対象者が大幅に拡大され、原則としてすべての障害福祉サービス利用者にサービス利用計画(計画相談支援)が適用される。また、地域移行支援・地域定着支援が個別給付化(地域相談支援)されることになる。

このため、各市区町村においては、相談支援事業所の質・量の両面での体制の充実が求められる。また、今後においては、市区町村がベースとなって支援体制を構築していくこととなり、精神障害者に係る地域移行・地域定着について取り組みを行ってきていない市区町村においては、新制度に対する理解や実施体制の強化が急務となっている。

このような一連の法律改正は、障害者が地域で安心して自立した地域生活を送っていくためには、障害者が日々の暮らしの中で抱えているニーズや課題にきめ細かく対応し、必要に応じて適

切な福祉サービスの利用に結び付けていくための相談支援の充実、地域移行を支えるコーディネート機能の充実を行っていくためのものとなるが、多くの自治体では、法の理念と実際とのギャップに苦慮している状況にある。こうした現状を踏まえ、今回の事例調査を行った5都市については、人口規模や地域としての取り組みの経過などはさまざまであるが、それぞれの地域特性を踏まえた取り組みが進められてきているものである。多くの市区町村においては、一定程度の地域資源・人材が確保されているか、または資源・人材が限られていると思われるが、東京都中野区及び大阪府堺市における大都市圏の取り組みの例として、沖縄県那覇市を中心とする複数の市町村による圏域共同の取り組みの例として、岩手県北上市における人口規模は大きくはないものの自立支援協議会の活力ある取り組みの例として、鳥取県東部圏域については発展途上にある地方都市の身近な取り組みの例として、それぞれ参考としていただけるものとする。

(3) 都道府県からの視点

現行の制度においては、施設入所者と精神科病院入院患者の地域移行・地域定着支援の仕組みが異なっており、各市共通の課題として、個別支援会議の開催方法や関係者の連携体制の整理・統合が今後必要となってくるものと思われる。また、サービス利用計画の対象者の大幅拡大（原則としてすべての障害福祉サービス利用者にサービス利用計画（計画相談支援）が適用）にどのように対応していったら良いのか、必要なマンパワー及び財源の確保などは全国の自治体共通の苦悩であるともいえる。

これらに対応するためには、各市区町村がそれぞれの地域の特性に応じた取り組みが行われるよう、国において、多くの実践例を自治体に情報提供を行うとともに、都道府県においても、市区町村への技術的な助言や市区町村の区域をこえた圏域の調整の機能を果たしていくことが強く求められる。

これらに加えて、障害者の地域生活を支える関係者として、地域の民生委員、ボランティア、職場関係者を含めた市民の理解と参加による「連携」がより一層重要になってくるものと考えている。

とりわけ、精神障害者の地域生活への移行に向けた支援の取り組みは、これまで都道府県の2次医療圏を単位に実施され、すべての市区町村を満遍なく守備範囲としてきたというよりも、国庫補助等の関係もあり、特定の地域を対象としたモデル事業的な取り組みであったと考えられる。今後はすべての市区町村を対象として取り組みが進められるよう、都道府県が市区町村に対して積極的に技術的助言を行っていく必要がある。

これらの取り組みを進めるため、相談支援事業所に配置される相談支援専門員の増員など、人材育成については引き続き都道府県の役割であり、今後の相談支援体制の充実強化を支えていくためには、相談支援専門員の養成研修や市区町村の新任職員を加えた実務研修（質の向上に向け

たワークショップの開催や、先進的な取り組み事例の紹介など)の充実などが一層必要となってくるものとする。

2 結論と今後の課題

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、市区町村の住民である。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。その推進にあたっては、行政や専門職の社会的な役割と責務がある。そこでの社会的役割は、施設入所（病院入院）者を住民、真の顧客とし、自立した住民生活へ向けた支援、さらには就労自立へ向けた支援でもある。行政や専門職の役割は、より幸せな福祉社会の実現をめざすことである。そこで、行政や専門職は主体的に個別住民の①生活課題を発見し、②改善目標を設定し（評価を含む）、③目標達成へのプランと見立てを立て、④プランに基づいた実行や行動、⑤実施効果の評価・測定、⑥評価によるより良い活動と目標への修正で、最終目標の達成をめざすことである。即ち、既存の活動や業務を既存の範囲で行うだけでなく、主体的に改善点を発見し、主体的に行動する社会的役割が求められる。これは、指揮者やリーダーの下で一糸乱れぬチームプレーよりも、関係者が目的を共有しながらも主体的に考え、判断し、行動することが求められる活動である。即ち、①一定の目的や方向性を会議や連絡会等で情報交換し、共通認識化するとともに、②実践では関係者の行動を予測し、本人の日常生活の変化に対して主体的で柔軟な支援が求められる。即ち、一定目標を固定して指揮命令が明確な組織的、分担作業ではなく、関係する支援者は目標を共有しながらも、自立した民主主義とバランス感覚によるネットワーク型の活動が求められている。例えば、ポジションの明確な野球等の組織的活動よりも、司令塔がいても絶えず変化する全体状況を把握し、発見し、使えるものは最大限に活用し、柔軟なパスを生かし、ゴールをめざすサッカーに似ているともいえる。

ここでは質的調査であるヒアリング調査における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たいと幸いである。

（１）都市と地域の規模による特性（現状）

調査からは地域の現状と課題を 5 つの柱で分析し、活動の円滑な推進への重要な示唆の柱と考える。

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、顧客情報を明確にすることが地域診断で肝要である。あるいは、地域住民が関係する入所施設（入院）の地域住民を把握する（生活保護等）。そして、個別の地域移行・地域定着ニーズとマーケットでの活動を具体的に明確化し、計画・見立て・見通しを立てることが必要である。

地域体制整備コーディネーターは、さまざまな地域ネットワークの把握と人材活用がある。人材育成では研修会等の実施で、研修参加者のつながりづくり、組織化して地域活動への参加促進がある。

例えば、障害者計画・障害福祉計画づくりの人材、行政内部の関係部局、県や近隣市区町村の関係者、入所施設（入院）と状況、地域の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、訪問看護師の社会福祉や医療・保健・福祉・栄養職等）、住まいの確保と生活支援の住民資源の把握と多様な関係者の把握、研修とつながりづくり等がある。

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 つの社会資源である。施設（病院）内だけで完結する活動ではなく、地域住民が利用する地域資源として、職員（医療職、ケアワーカー、ケアマネジャー等）及び地域の人々が意識する必要がある。

例えば、研修会、事例検討会、多様な勉強会、会議参加、当事者の交流会や交流の場づくり等の必要性への意識改革の推進がある。そこでは、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）職員との交流を促進（事例検討会参加、ピア講演会、地域移行推進員連絡会）。また、当事者との交流を図り、地域移行希望者と関係者の不安・緊張・混乱・思考停止をサポートし、地域生活を具体化する（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

地域移行支援員は個別の支援会議で一人ひとりのケアについて医療機関、居住サポート事業（会議）、相談支援事業所、生活保護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。自立支援協

議会の下の会議と別の会議とがある。例えば、地域生活移行支援部会、地域移行支援連絡会（個別ケア会議、地域ケア会議、地域支援部会）、退院促進支援会議、地域移行定着支援事業協議会（知的・精神）や推進会議・精神保健福祉連絡会、地域定着事例検討会、地域移行・定着事業協議会などがあるが、顔見知りになれば決まった会議だけではなく、多様な場面が個別支援の情報交換、コンセンサスづくりの場になる。

④市民資源の活用

患者会での活動の充実とピアサポーターの育成による地域移行支援事業への参加がある。また、地域づくりへ住民参加型での地域移行・地域定着事業への幅広い人材による住まいの場確保（不動産業者）と生活支援・生活維持、予防・健康増進・緊急連絡等がある。雑談や傾聴、外出支援で孤立させない生活づくりがある。例えば、ボランティアやホームヘルパー、地域移行推進員の育成と活動やフォロー体制での組織化、新たな活動（レインボー事業、ベストフレンド組織）。

⑤自立支援協議会の役割

事業者や関係者の勉強会、高齢者の地域移行支援活動、不動産業者への働きかけ、1～3か月に1回など地域と施設（病院）での共有化、個別支援課題の施策への検討。障害者計画との関係性があげられる。

（2）地域の規模による特性

活動の推進で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、活動への意識状況ともいえる。活動の推進では他の地域（視察等）と自分の地域を比較（エビデンス）する知識・技術、コストや法文理解が必要である。また、住民の生活づくりではノーマライゼーション理念・権利擁護活動、障害者も住民としての主権を保障する視点や価値姿勢がある。即ち、知識・技術と価値姿勢の両輪がある。また、地域移行支援では施設（病院）内活動と地域活動の両輪の人材育成と資質向上と協働への働きかけ、歴史経過が必要である。これらは、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。活動内容の詳細は前章に譲り、ここでは地域規模等で考える参考資料を例としてまとめてみる。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、ここでは特徴的な視点からみた例である。

地域規模からは、圏域及び地方都市（県庁を含む）としての例がある。これには、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。モデルは人口規模もあるが圏域活動、あるいは県と市による活動であり、ご自分の地域状況に合わせて活用していただきたい。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支援で、住民への地域移行支援員養成講座、その研修活動を発展させた人材育成とそのネットワークづく

りである。北上市は人口 9 万人の都市で、施設入所（病院入院）者である障害者も住民として、自らが住み慣れた地域でより良い地域生活を送れるよう、身体障害・知的障害・精神障害のある方への活動として、障害種別をこえた支援、障害者計画づくりの実践である。また、長期的視点からの支援人材と育成で、途切れない支援体制づくり、民間ネットワーク活動、地域住民参加型活動で、地域を耕す広報普及（DVD）・研修、具体的対象を明確にする調査活動を基盤にした実践である。

大都市活動は東京都中野区、大阪府堺市がある。例えば、堺市は市内 7 区、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。また、今までの地道な実践で養われた人と人のつながり、改革意識による地域活動、精神障害者社会復帰促進協会（復帰協）、患者会活動（ピアサポート活動）等、市民・当事者・専門職による三層活動である。また行政による障害者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とする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る。

（3）活動内容の特性

地域づくりは人材育成と正確な情報の提供、広報活動が必要である。広報活動と研修活動は人々に新たな知識・技術を付与するとともに、未経験の事項への不安解消と前向きな活動実践への知恵と工夫へ向けた支援である。即ち、経験していない人の未経験の認識を変え、主体的な行動変容は、研修や体験、先駆的事例との比較と理解が必要である。各地の活動は複数の活動を実践しているため、いくつかの視点がある。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・ネットワークの側面から整理する。

人材育成は、鳥取県東部圏域、あるいは岩手県北上市が例としてあげられる。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が活躍できる場を新たな活動として展開し、住民の組織化を行っている。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）、フォローアップ講座で連絡会による精神保健ボランティア組織ベストフレンドの結成がある。精神保健ボランティア養成も行って、住民参加型の住民ネットワーク活動がある。北上市では啓発用の DVD を作成し、精神科病院での地域移行、講演会開催での普及を行っている。

調査と計画づくりは、調査を基本に計画づくりを実施する。即ち、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。多くの自治体が退院可能な精神障害者数を人口割で行っている。しかし、ここでは具体的に把握し、退院の促進の対象者としての顧客住民を明確にして、具体的な地域移行に結び付けている。その他には、東京都中野区的生活保護者を把握しての退院支援がある。

(4) 今後の指針 ～ネットワークの視点による4類型

地域移行・地域定着支援では、当事者の退院への意欲と複数の支援者の支援の構築がある。ここでは支援者側のコミュニケーションとネットワーク、協働活動が重要になる。そこで、このネットワーク（インフォーマルを含む）の視点から、類型化を行ったところ、①地域ネットワーク型、②地域拠点ネットワーク型Ⅰ、③ネットワーク型Ⅱピア活用とのコラボレーション、④ネットワーク型Ⅲ民間活用とのコラボレーション、以上の4つのモデルがあることが明らかとなった。さらにこれに基づき、5都市の活動実践を以下に整理した。

①地域ネットワーク型

地域ネットワーク型としては、岩手県北上市の活動実践があげられる。ここでは、施設入所（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（病棟看護師長）が参加し、本人のニーズ把握を行い、退院へ向けて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、モデル事例の勉強会や運営会議等での情報の共有活動がある。

②地域拠点ネットワーク型Ⅰ

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っての活動である。行政の委託事業者が明確でその事業者・キーパーソンと保健・医療・社会福祉・地域資源（不動産業者）の協働による活動である。鳥取県東部圏域や東京都中野区の活動実践をあげることができる。

③ネットワーク型Ⅱピア活用とのコラボレーション

ネットワーク型Ⅱピア活用とのコラボレーションとは、ピアサポーター（当事者）の活動を地域移行・地域定着支援に活用した当事者参加型援助論の実践活動を指す。沖縄県那覇市、大阪府堺市の活動で先駆的な活動展開を行っている。今までの地域精神保健福祉活動の長い歴史があり、地域活動、精神保健福祉士の活動などがあり、精神障害者のピアサポート活動が充実し、発展している地域である。そこでは医療職、社会福祉や事業者、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、主体的でアクティブな活動実践を行っている。医療専門職は、保健師、地域の事業者、社会福祉等の行政スタッフと多様なつながりと活動実践を柔軟に行っている。

④ネットワーク型Ⅲ民間活用のコラボレーション

ネットワーク型Ⅲ民間活用のコラボレーションとは、医療・保健・社会福祉事業者・行政スタッフの協働とつながりを踏まえたものである。本調査でも、地域住民である不動産業者との協働による居住サポートの推進などがみられた岩手県北上市、東京都中野区、鳥取県東部圏域の活動実践がある。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援助論の支援体制で、新たな活動展開がみられる。

(5) 提言 ～人の意欲と創造性・価値と認識

地域移行と地域定着支援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、精神障害者ピアサポート活動、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必要である。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、都道府県は市区町村をサポート、市区町村行政は、住民に最も身近なサービスの提供で住民の健康・福祉の増進の役割がある。行政は長期計画と長期目標へ向けた活動、予算と法文に基づいての活動である。地域の多様な関係者のコーディネーター役でもある。そこでは、住民や関係者への新たな事業の普及啓発、研修等による人材育成等の効果的活動の推進がある。地域の障害福祉サービス事業者は利用者の地域生活の維持・向上、自立生活や就労支援など生活に関する多様な相談と自立支援サービスの提供がある。保健や医療職はそれぞれの法文に基づいた顧客である住民や患者への健康の保持増進・予防、疾患治療や悪化防止、救急や機能回復への支援などがある。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など、目標を明確にした時間・コストを意識した支援が求められる（自立への学習・発達支援）。これらの期間では孤立させない伴走者が必要であり、住む場とともに昼間の通う場の確保も重要である。効果的・効率的に事業を推進するには、関係者の意思疎通・情報交換・面識・協働活動、キーパーソン（地域移行推進員）と活動を長期的視点でシステム化する環境改善（研修・啓発）を担う地域体制整備コーディネーターの活動がある。以上のことから、支援者に求められる3つの機能として整理することができる。それは、①全体を見通し、予測し、予防と維持・増進、介入や緊急性も含め関係者の支援を視野に入れながら活動する「マネージャー機能」、②自立は支援しないことでもありと見え、適度な介入と、一緒に考え、少し後ろから環境も含め適度に支援する「サポーター機能」、③自立や機能維持を目的に本人の活動を共有しながら必要な時、行動をともにする身近さと見守り支援を行う「伴走機能」、以上である。

地域移行は一定のパターンでのサービスプランの作成での活動であるが、サービスプランが固定的で均質ではなく、時に生活の変化、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ある。専門職の社会的役割責務と業務の推進面では、自ら発見し、行動する力をそれぞれが持ち、やりとりを柔軟にする協働力が求められる。そこで問題を発見する力と発見した事柄に対して、私は、今は、なぜ、どうして、何のため、誰のため、例えば、何時まで、そのプロセスと時間経過を具体的に明示、順番をつけ、誰と協働するかなどの意識化が求められる。時には図式化（創造性・明確化・伝える力）が必要である。その上で、反対の事柄も考え、多面的・時間的に精査し、1人での支援ではなく、関係者との協働を意識して活動することが肝要である。

おわりに地域移行・地域定着支援事業は分掌事務の範囲を狭く限定した活動ではなく、1人の丸ごとの顧客、住民として、皆が1人のために、1人が皆のために、隙間のない活動を意識し、目の前の変化に合わせ、気がついた人が柔軟な思考と行動で自立した協働活動が求められる。予算が限られた中では、人の本来持っている知恵と工夫による創造的活動、認識変化も必要な時代である。今回の調査では地域移行の推進ではまだまだ不十分な点、新たに浮き上がってきた検討課題などがあり、引き続き詳細な調査と検討が必要ともいえる。また、地域定着支援事業の推進は調査や検討を行ってはいない状況がある。

最後に、限られた時間の中で関係者の皆様の多大なご尽力で、5都市におけるヒアリング調査を実施することができました。関係各位の皆様ここに厚く御礼申し上げます。