

令和2年度障害者総合福祉推進事業

自立生活**援助**の 運営ガイドブック

令和3年3月

PwCコンサルティング合同会社

ガイドブックの使い方	1
------------	---

I. 自立生活援助創設の背景と位置づけ

1. 障害保健福祉政策のこれまでの経緯と目指す姿	2
(1) なぜ地域生活の支援が求められているのか	2
(2) 障害者支援の目指す姿	4
2. 自立生活援助創設の背景とその位置づけ	5

II. 自立生活援助の概要と特色

1. サービスの概要	7
(1) サービスの対象者	7
(2) サービスの内容	8
(3) サービスの実施要件と提供体制	8
(4) 報酬設定	9
2. サービスの特色	10
(1) 自立生活援助は柔軟な支援	10
(2) 状況に応じた伴走型の支援	10
(3) 街の中での関係づくり	12
(4) 自立生活援助が開く可能性	12

III. 事業の実施

1. 事業実施の流れ	14
(1) サービスの周知	14
(2) ご本人へのアプローチ	15
(3) サービスの利用決定と計画策定	16
(4) サービスの提供	17
(5) モニタリングと計画の見直し	18
(6) サービス終了判断と引継ぎ	18
2. 事業運営	19
(1) 事業運営の概要	19
(2) マネジメントの要点	22

IV. 事例集

1. 計画相談支援と自立生活援助の事例 ※精神障害者が主な利用者	27
(1) 個別の支援事例	27
(2) 事業所の概要	30
(3) 取組みの工夫	31

2. 計画相談支援と自立生活援助の事例 ※知的障害者が主な利用者	32
(1) 個別の支援事例	32
(2) 事業所の概要	34
(3) 取組みの工夫	36
3. 共同生活援助と自立生活援助の事例	37
(1) 個別の支援事例	37
(2) 事業所の概要	39
(3) 取組みの工夫	40
4. 居宅介護と自立生活援助の事例	41
(1) 個別の支援事例	41
(2) 事業所の概要	42
(3) 取組みの工夫	43
5. 宿泊型自立訓練と自立生活援助の事例	44
(1) 個別の支援事例	44
(2) 事業所の概要	46
(3) 取組みの工夫	47
参考 その他の支援事例	48

V. 自立生活援助を提供する上での居住支援の視点 49

1. 居住支援とは何か	49
2. 住宅確保における課題	50
(1) 住宅確保—大家の安心を得る	50
(2) 保証人確保—家賃滞納情報の重要性	50
(3) 不動産事業者との連携	51
3. 相談および生活支援における課題	52
(1) 生活全般に渡る総合的な相談体制	52
(2) 日常的見守り	52
(3) 転居等を含む継続的支援	52
4. 居住支援における多機関連携	53
(1) 多機関連携体制の構築	53
(2) ケース会議の実施	56
(3) 他法・他施策との連携について	57
参考：その他の居住支援に関する主な制度	58
参考：関連URL一覧	58
参考：自立生活援助と居住支援法人の連携の促進	59

おわりに 62

ガイドブックの使い方

本ガイドブックで想定する読者像	ご覧頂きたいパートと活用例
<p>相談支援・障害福祉サービス事業者</p> <p>自立生活援助の運営に関心がある・これから始める</p> <p>自立生活援助を運営しているが課題がある</p>	<p>「Ⅰ. 自立生活援助創設の背景と位置づけ」、「Ⅱ. 自立生活援助の概要と特色」を一読頂き、サービスの背景や全体像の把握にご活用ください。</p> <p>「Ⅲ. 事業の実施」や「Ⅳ. 事例集」をご覧頂き、事業運営の参考やヒントとしてご活用ください。</p>
<p>自治体関係者の方</p> <p>基幹相談支援センターの方</p> <p>病院・入居施設の方</p>	<p>「Ⅱ. 自立生活援助の概要と特色」 p.7 のサービスの対象者や内容、「Ⅲ. 事業の実施」 p.14 の事業実施の流れなどをご覧頂き、実際の利用者や支援の状況については、「Ⅳ. 事例集」もご参照ください。</p>
<p>居住支援法人・不動産事業者の方</p>	<p>「Ⅴ. 自立生活援助を提供する上での居住支援の視点」をご覧頂き、障害者の方の居住支援の参考としてご活用ください。</p>

目次		各パートでわかること	
Ⅰ. 自立生活援助創設の背景と位置づけ p.2～	1. 障害保健福祉政策のこれまでの経緯と目指す姿	p.2	なぜ自立生活援助が重要なのか？
	2. 自立生活援助創設の背景とその位置づけ	p.5	どのような背景でつくられた事業なのか？ 国の政策とどのように結びついているのか？
Ⅱ. 自立生活援助の概要と特色 p.7～	1. サービスの概要	p.7	サービスの対象者と内容は？ どのような報酬設定になっているのか？
	2. サービスの特色	p.10	他のサービスと比較した際の特色は何か？
Ⅲ. 事業の実施 p.14～	1. 事業実施の流れ	p.14	サービス提供の全体像や一連の流れは？ 事業運営はどのように行えばよいのか？
	2. 事業運営	p.19	組織体制や収支はどうなっているのか？
Ⅳ. 事例集 p.26～	1. 計画相談支援との併設事例 ※精神障害	p.26	どのような方が実際に利用しているのか？
	2. 計画相談支援との併設事例 ※知的障害		具体的な支援内容、現場の様子は？
	3. 共同生活援助との併設事例		併設事業別の支援体制や取組みは？
	4. 居宅介護との併設事例		
	5. 宿泊型自立訓練との併設事例		
Ⅴ. 自立生活援助を提供する上での居住支援の視点 p.49～	1. 居住支援とは何か	p.49	居住支援とは？
	2. 住宅確保における課題		どのような課題と対応策があるのか？
	3. 相談および生活支援における課題		
	4. 居住支援における多機関連携		自立生活援助と居住支援法人の連携とは？

I. 自立生活援助創設の背景と位置づけ

自立生活援助は、これまでの障害者支援の大きな流れの中で、どのような経緯や意図をもって生まれたサービスなのでしょう。また、障害者支援のあるべき姿を実現する上で、どのような役割を担っているのでしょうか。

本章では、障害者の地域生活の支援が進められてきた施策の経緯や、目指される障害者の地域生活のあり方、その中で平成30年度より新たに創設された自立生活援助の背景とその位置づけについて示します。



本ガイドブックの案内役を務めるソーシャルワーカーの清水です。

本章では、なぜ自立生活援助が重要なのかについて皆さんと考えていきたいと思います。

1. 障害保健福祉施策のこれまでの経緯と目指す姿

(1) なぜ地域生活の支援が求められているのか

はじめに、「なぜ地域生活の支援が求められているのか」について考えるに当たり、読者の皆さんが障害者の支援者と仮定して質問したいと思います。

「あなたは、なぜ、障害者が地域で生活することを支援するのですか」

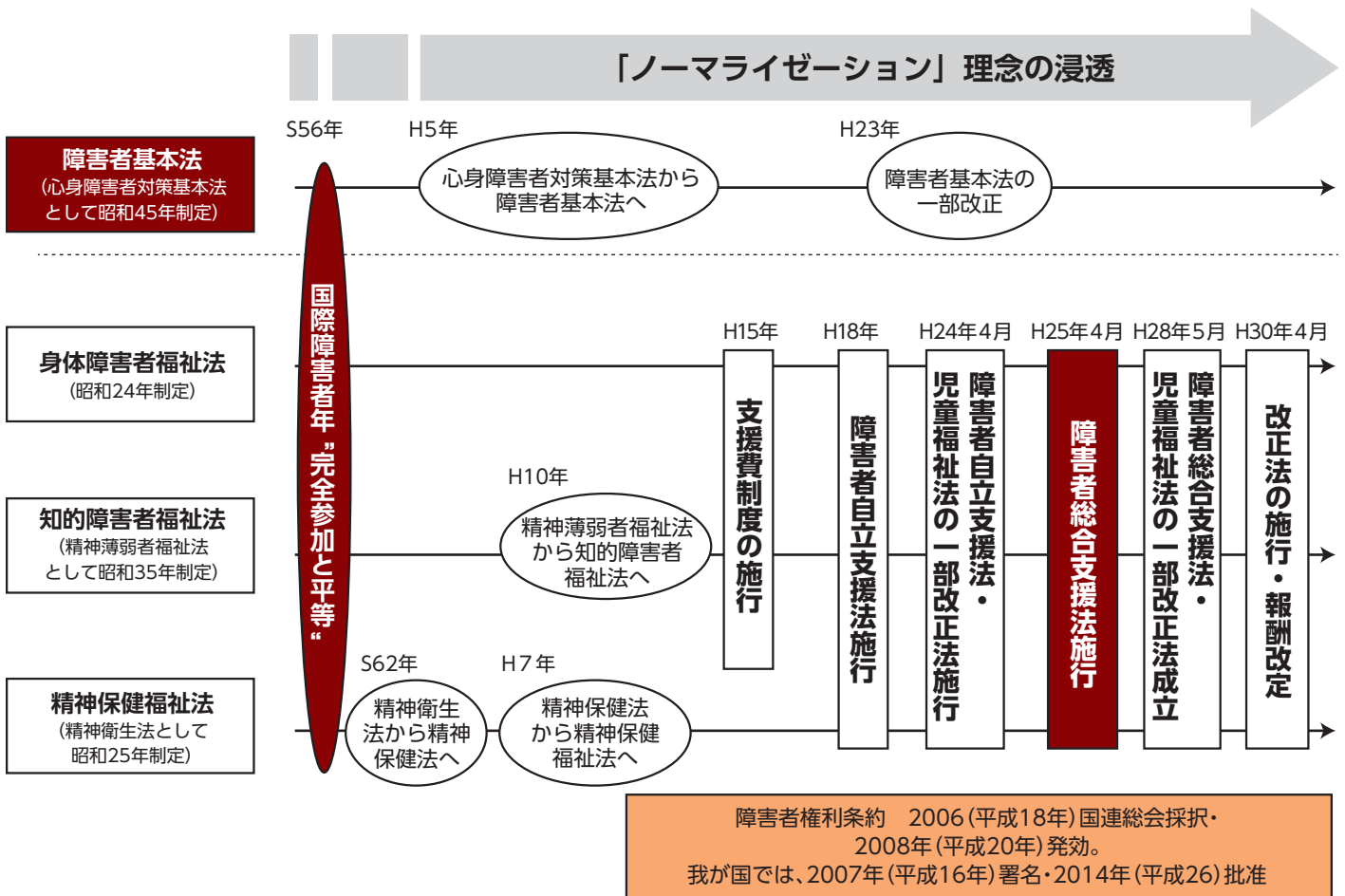
この質問に対して、あなたはどのように答えますか。

「そんなのあたり前じゃないんですか」とか、「ご本人が望んでいることです」と答える人も多いことでしょう。あるいは、「ノーマライゼーションの理念です」とか、「障害者権利条約を批准したじゃないですか」、「障害者基本法や障害者総合支援法に書いてあります」と答えるかもしれません。それでは、ちょっと歴史を振り返ってみましょう。

我が国の障害者支援制度をとりまく歴史

- 1950年代にデンマークのバンク-ミケルセンは、障害者が、障害がありながらも普通の市民と同じ生活ができるような、環境づくりをすることがノーマライゼーションの目的と定義しました。これはよく知られていることだと思います。
- 我が国では、「国際障害者年」（1981年）と「国連・障害者の十年」（1983～92年）が、ノーマライゼーションの概念やソーシャルインクルージョンの思想、障害者への人権意識を広げることに大きな影響を与えました。
- 平成5（1993）年12月には、心身障害者対策基本法が障害者基本法に改正されて、法の理念にノーマライゼーションの考え方が導入されました。
- この間、欧米では、ノーマライゼーションの理念の浸透とともに、障害者支援における脱施設化と地域生活支援の考え方が一般的となり、障害者の自立生活運動や障害の「社会モデル」の考え方も汲み入れ、後の障害者権利条約（2006年12月採択、2008年5月発効）につながりました。
 - 障害者権利条約は、障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進するため、障害者の権利の実現のための措置等を規定し、市民的・政治的権利、教育・保健・労働・雇用の権利、社会保障、余暇活動へのアクセスなど、様々な分野における取組みを締約国に求めています。
- 我が国では、この障害者権利条約に平成19（2007）年に署名しました。条約締結に先立ち、『障害者基本法』の改正、『障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律』（障害者総合支援法）の成立、『障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律』の成立など、様々な法制度等の整備が行われ、平成26（2014）年に批准しました。障害者基本法の改正に当たっては、その理念にノーマライゼーションの考え方を導入し、障害者はあらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとするという趣旨が加えられました。

障害保健福祉施策の歴史



平成25年4月に施行された障害者総合支援法の第一条「法の目的」と「基本理念」を見てみましょう。ここには、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることなく、相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現のため、全ての障害者及び障害児に社会参加の機会が確保されることに加え、「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」され、「地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」が目指されるべきである旨が明記されています。

このように、法律上も障害の有無によって分け隔てられることなく相互に尊重する「地域社会のなかで生活していくこと」を目指していることがわかります。

そこで、あなたにもう一つの質問です。「もし、あなたが支援者でなく障害者だったら、どんな暮らしをしたいと思いますか」。

自分事として考えてみましょう。さて、どうでしょう。この質問には多くの皆さんが、「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」と答えるのではないのでしょうか。これが、ごくあたり前の価値観なのだと思います。

(2) 障害者支援の目指す姿

「そうか、自分事として考えることで、理念はよくわかったけど、実際に障害者支援はどのように推進されているのだろうか」、そんな疑問がわいてきます。それでは、ここで、障害福祉計画における基本指針をみてみましょう。

障害福祉計画とは・・・

障害者総合支援法と児童福祉法では、市町村と都道府県に対して、障害福祉計画と障害児福祉計画を作成することを義務付けています。この計画は、国が、障害福祉サービス等の提供体制の円滑な実施を確保すること等を目的として定めた基本指針に即したかたちで作成します。

基本指針によると、障害福祉計画と障害児福祉計画の次期計画は、令和三年度から令和五年度までのもので、第6期障害福祉計画・第2期障害児福祉計画となっています。この計画では、障害者等の地域生活を支援するためのサービス基盤整備等に係る令和五年度末の目標を設定するとしています。

基本指針の基本的な理念には、「入所等（福祉施設への入所又は病院への入院をいう。）から地域生活への移行、地域生活の継続の支援、就労支援等の課題に対応したサービス提供体制の整備」を掲げています。また、成果目標では、「福祉施設の入所者の地域生活への移行」、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を盛り込んでいます。

入所等から地域生活への移行については、地域生活を希望する人が地域での暮らしを継続することができるよう、必要な障害福祉サービス等が提供される体制を確保するとしています。また、地域生活に対する安心感を担保し、自立した生活を希望する者に対する支援等を進めるために、地域生活への移行、親元からの自立等に向けて、地域生活支援拠点等の整備及びコーディネーターの配置等の地域の体制づくりを強化するとしています。

精神病床における長期入院患者の地域生活への移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組みの推進に加え、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会の実現に向けた取組みの推進が必要であるとしています。その上で、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めるとしています。

このように、障害者が住み慣れた地域で自分らしく暮らすことを実現するために、国は基本指針を定め、市町村及び都道府県は障害福祉計画を策定して、中長期的な視点をもって推進しています。

2. 自立生活援助創設の背景とその位置づけ

ここからは、「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」というあたり前の考え方や経緯を踏まえて、自立生活援助が創設された背景とその位置づけについてみていきましょう。



皆さんは支援者として、実践のなかでこんなことを考えていませんか。例えば・・・

- 「一人暮らしをしたい障害者がたくさんいるけれど支援が行き届かない」
- 「グループホームを卒業して、一人暮らしを始めた人の支援を世話人さんが引き続き行っている」
- 「親亡き後に急に一人暮らしがはじまった人の支援が増えている」
- 「一定期間支援することで、一人暮らしが可能な人も多いんだけど…」

・・・等々。共感できることが多いのではないのでしょうか。

ちょっと視点を変えてみましょう。もし、あなたが支援者でなく障害者であって、「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」というあたり前の気持ちをもっているのですが、いくつかの理由で、一人暮らしを始めることになった場合には、どんなことを考えるのでしょうか。

例えば、今までサポートしてくれていた親が急死して突然一人暮らしが始まった場合、グループホームで暮らしていたけれど念願の一人暮らしが始まった場合、精神科病院から退院して初めての一人暮らしが始まった場合など、皆さんはどんなことを考え、どんなことを思い描くのでしょうか。

「なんとか頑張っていこう」「あせらずやっていこう」「自由の始まりだ」「楽しいことをしたい」など、肯定的に捉えることもあるでしょう。その反面、「なんか不安だな」「大丈夫かな」「誰に相談すればいいのかな」「眠れるかな」「どうやって生活すればいいのかな」などの不安な気持ちを抱くこともあるでしょう。一人暮らしの準備がない場合には、考えただけでも尻込みしてしまいます。「楽しく」とか「自分らしく」とか「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」なんて気持ちも吹き飛んでしまいかねません。自分が障害者であったらと自分事として考えてみると、親身になってサポートしてくれる頼りになる人が必要ということが手に取るようにわかります。

以下は、障害者支援の制度変遷の話のつづきになります。

自立生活援助成立までの動き

- 平成27年度の障害福祉サービス等報酬改定では、訪問による自立訓練が、通所を前提としない人に対しても提供できるようになりました。また、横浜市は平成13年度から独自に横浜市自立生活アシスタント事業を、社会福祉法人南高愛隣会は独自事業として、それぞれ単身の障害者への訪問支援を行っています。
- 厚生労働省は、厚生労働科学研究や障害者総合福祉推進事業等を活用して、このような先行事例も含めて、効果的な訪問支援の在り方についての調査研究を実施しています。社会保障審議会障害者部会で取りまとめられた、障害者総合支援法施行3年後の見直しについての報告書（平成27年12月14日）では、地域生活・地域移行の支援に関する課題として、「地域生活・地域移行の受け皿の整備や、定期的又は随時の生活支援を必要とする障害者等を支える仕組みの構築が求められている」と記載されています。
- こののち、障害者総合支援法の一部を改正する法律案が国会にて成立しました（平成28年5月25日成立）。この改正に伴って、障害者の望む地域生活の支援を促進するためのサービスとして「自立生活援助」が創設されました。

厚生労働省は、「自立生活援助」の創設の背景と意図を次のように説明しています。

障害者が安心して地域で生活することができるよう、グループホーム等地域生活を支援する仕組みの見直しが求められているが、集団生活ではなく賃貸住宅等における一人暮らしを希望する障害者の中には、知的障害や精神障害により理解力や生活力等が十分ではないために一人暮らしを選択できない者がいる。

このため、障害者支援施設やグループホーム等から一人暮らしへの移行を希望する知的障害者や精神障害者などについて、本人の意思を尊重した地域生活を支援するため、一定の期間にわたり、障害者の理解力や生活力等を補う観点から、適時のタイミングで適切な支援を行うサービスとして、自立生活援助が新たに創設された。

このように、自立生活援助は、障害者の皆さんの「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」「一人暮らしを始めるに当たっては親身になってサポートしてくれる頼りになる人が必要」という思いと、支援現場の「市民として当たり前一人暮らしができるよう応援したい」「サービス範囲外での臨時の訪問による支援で疲弊してしまうことを考えると、定期訪問に加え随時の訪問を制度化してほしい」「ご本人の生活する力を引き出す支援をしたい」「個人のニーズに即したオーダーメイドの支援をしたい」という声に応える形で創設されました。

障害者総合支援法の第1条には、「どこで誰と生活するかについての選択の機会が確保」され、「地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと」と書かれています。自立生活援助は、地域共生社会の実現にむけて、まさに法の理念を体現しているサービスの一つといえます。

Ⅱ. 自立生活援助の概要と特色

自立生活援助は、具体的にどのような人が利用でき、どのような支援を受けられるのでしょうか。本章では、自立生活援助を利用できる対象者やサービス内容の他、令和3年度の報酬改定を踏まえた人員配置基準や報酬設定、その特色について見ていきます。

また、他のサービスと比べた際の自立生活援助の特色についてもご紹介いたします。



1. サービスの概要

自立生活援助は、「居宅において単身等で生活する障害者につき、定期的な巡回訪問又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むために必要な援助を行う。」と規定されています。

わかりやすく言えば、「障害者が一人暮らしを始めた時に、生活や健康のこと、生活をしていく上での様々な手続きなどについて、定期的な巡回訪問又は随時通報を受けて行う訪問によって必要な助言や関係機関等との連絡調整などの支援を行い、暮らしの安心・安全を確保していく。」というサービスです。

(1) サービスの対象者

サービス対象者は以下のとおりです。

1. 障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等（※1）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（※2）
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（※2）

※1 ① 障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う自立訓練（生活訓練）事業所、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所していた障害者

※児童福祉施設に入所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に入所していた15歳以上の障害者みなしの者も対象

② 共同生活援助を行う住居又は福祉ホームに入居していた障害者

③ 精神科病院に入院していた精神障害者

④ 救護施設又は更生施設に入所していた障害者

⑤ 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た障害者

⑥ 更生保護施設に入所していた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た障害者

※2 自立生活援助による支援が必要な者の例

① 地域移行支援の対象要件に該当する障害者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あり、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

② 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、入退院の繰返し等）

③ 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

ここから読み取れることは、自立生活援助を利用できる対象者は、単に障害者支援施設やグループホーム、精神科病院等から一人暮らしを始める場合に限られることなく、さらに幅広い視点で捉えているということです。

例えば、高齢の親と同居している障害者で、親の支援を受けることが難しい場合や、既に一人暮らしをしているものの、生活上の困りごとが生じ、支援を必要としている場合なども対象となるということです。

いずれにしても、サービスの希望理由や必要性を明らかにした上で市町村に相談しましょう。

(2) サービスの内容

サービスの具体的な内容は、「標準利用期間（1年間※）にわたり、自立生活援助事業所の地域生活支援員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により、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。」と定められています。

※令和3年度報酬改定により、標準利用期間（1年間）を超えて更にサービスが必要な場合は、原則1回ではなく、市町村審査会の個別審査を要件とした上で、複数回の更新が認められることになりました。

こうした支援は、これまで広い意味で相談支援事業所や障害福祉サービス事業所が担ってきました。障害者が地域で一人暮らしをすることに対する様々な相談や調整を自立生活援助という障害福祉サービスに制度化されたことで、障害者のニーズを捉えた的確な支援を明確に実施することができ、地域移行の促進に寄与することが期待されています。

例えば、初めて一人暮らしを始めるといった時や、急に家族が入院することになり、自分一人の生活となった時は、誰もが生活に不安を感じるものです。障害者はその障害ゆえに一人ではその不安の解消方法を見出せなかったり、問題を解決することができなかつたりすることがあります。そんな時に、自立生活援助の地域生活支援員が、定期的な訪問と手続き等の同行、様々な相手方との連絡調整等を行うことで障害者はより安心した生活を地域で送ることができるのです。

また、標準利用期間は1年間とされていますが、更新することも可能です。更新には市町村審査会の個別審査が必要となりますので、相談支援専門員と連携し、これまでの支援経過や目標の達成具合、更新することで見込まれる成果などを明らかにし、市町村に相談するとよいでしょう。支給決定期間内に十分な効果が得られず、引続きサービスを利用することによって改善の見込みがあるなどと判断されれば、更新が可能となります。

(3) サービスの実施要件と提供体制

自立生活援助の実施主体の要件については、「指定障害福祉サービス事業者（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練又は共同生活援助の事業を行うものに限る。）、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者でなければならない」と定められています。（基準省令 第206条の17 / 解釈通知 第十四の3）

また、自立生活援助のサービス提供に当たっての人員配置基準は以下のとおりです。

- ・ 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）

ただし、これまで別々の者を配置することとしていた「サービス管理責任者」と「地域生活支援員」について、令和3年度よりその兼務が認められます。この際、基本報酬の算定に当たっての地域生活支援員の人数については、サービス管理責任者と兼務する地域生活支援員は1人につき0.5人とみなして算定します。

自立生活援助事業者は、地域生活支援員が、概ね週に1回以上、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況やその置かれている環境、日常生活全般の状況について把握し、必要な情報提供や助言・相談、障害福祉サービス事業者や医療機関等との連絡調整を行うとされています。

また、利用者からの通報があった場合には、速やかに電話による対応や利用者の居宅等に訪問し状況把握を行った上で、必要な情報提供や助言・相談、障害福祉サービス事業者や医療機関等との連絡調整を行うとされ、同時に、利用者の心身の状況や障害の特性に応じて、携帯電話等により利用者や家族と常時の連絡体制を確保することとしています。これらのサービス提供体制により、利用者の安定的な居宅生活が継続できるよう支援することとしています。

(4) 報酬設定

令和3年度の報酬改定を受け、報酬単価は以下のとおり設定されています。

主な基本報酬（※1）		
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	1,558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	1,090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	1,166単位
	（2）地域生活支援員30：1以上で（Ⅰ）以外の場合	817単位
標準利用期間超過減算	事業者ごとの平均利用期間が標準利用期間（1年間）を6ヵ月以上越える場合	×95 / 100
主な加算（自立生活援助固有の加算を中心に掲載）（※2）		
ピアサポート体制加算	域生活支援事業の「障害者ピアサポート研修（基礎研修及び専門研修）」を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置している場合※ ① 障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 ② 管理者、サービス管理責任者又は地域生活支援員 ※研修要件は令和6年3月31日までの経過措置あり ※併設する事業所（計画相談支援・障害児相談支援・地域移行支援・地域定着支援に限る。）の兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5人以上の場合も算定可。	100単位／月
初回加算	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	外出する利用者に同行して支援を行った場合_イ 月2回以下	500単位／月
	外出する利用者に同行して支援を行った場合_ロ 月3回	750単位／月
	外出する利用者に同行して支援を行った場合_ハ 月4回以上	1,000単位／月
緊急時支援加算	イ 緊急時支援加算(Ⅰ) 緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等による支援を行った場合 ※地域生活支援拠点等の場合 +50単位	711単位／日
	ロ 緊急時支援加算(Ⅱ) 緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に電話による相談援助を行った場合	94単位／日
日常生活支援情報提供加算	あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供した場合（月1回を限度）	100単位／回
居住支援連携体制加算	居住支援法人や居住支援協議会との連携体制を構築し、月に1回以上、情報連携を図る場を設けて情報共有した場合	35単位／月
地域居住支援体制強化推進加算	住居の確保及び居住支援に係る課題を文書により報告する等の居住支援体制強化の取組みを行った場合（月1回を限度）	500単位／回

※1：令和3年度報酬改定により、自立生活援助サービス費（Ⅰ）の対象者に、退所等から1年以内の者の他、同居家族の死亡等により単身生活を開始した日から1年以内の者が加えられています。

※2：報酬については、上記以外でも、全てのサービス共通の項目等があります。詳細については「障害福祉サービス費等の報酬算定構造」（令和3年度）をご確認ください。令和3年度時点の報酬の内容は、以下のURLから確認ができます。

<令和3年度障害福祉サービス等報酬改定の概要> https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16573.html

自立生活援助の推進のため、令和3年度報酬改定では大幅な見直しが行われています。新しい評価項目などをよく確認し、活用していきましょう。



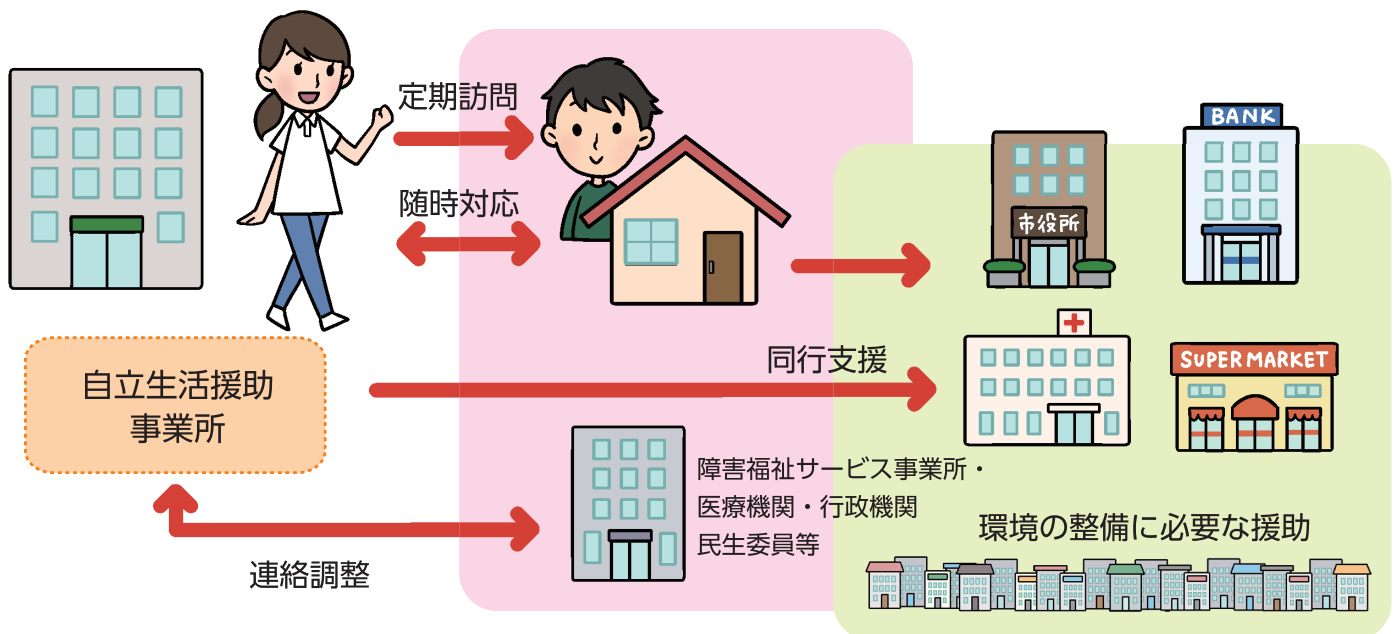
2. サービスの特色



ここからは、自立生活援助の特色を確認しながら、このサービスの魅力や可能性について考えてみます。

(1) 自立生活援助は柔軟な支援

自立生活援助は、一人ひとりの取組む課題やその方のペースに合わせて「定期的な訪問」だけでなく「随時の対応」や「同行支援」を組み合わせることができる柔軟性の高い支援です。地域生活支援員は、ご本人の生活する場に赴き、マンツーマンで細やかに関わる中で必要な取組みを一緒に行ったり、役立つ工夫を一緒に考えます。それぞれの希望に応じて取組む内容は異なり、その時々状況や地域の事情によって、焦点を当てる部分も変わっていくでしょう。ご本人の暮らしづらさをつぶさに把握し、ご本人に合わせて対応する姿勢が大切になります。



(出典：地域で暮らそう!地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイド_金剛出版, 2018)

(2) 状況に応じた伴走型の支援

自立生活援助では、それぞれの自立やエンパワメント（※自らの生活をコントロールする力を取り戻すこと）を支える上でポイントを絞った訪問や同行支援が有効でしょう。また、その中で本人や地域の良さや強み、また、「支援の必要性」のある状況の背景などについてのアセスメントがより深まります。そのアセスメントに基づいて次の支援展開を考えていくことができます。また、自立生活援助の利用期間が終了した後も、それまでに構築された地域の中での関係性により、伴走型支援が継続されていくことが大事になります。

自立生活援助による細やかな伴走型の支援が地域に広がると、本人は安心して一人暮らしを選択できるようになり、また、その支援内容が広く知られることで地域移行を進めることにもつながるでしょう。また、「親亡き後」の安心を醸成していくことにもつながります。

コラム：伴走型支援とは？

伴走型支援は、深刻化する「社会的孤立」に対応するため「つながり続けること」を目的とした支援だと言えます。それは個々人に対する支援（対個人）であると共に「孤立しない社会の創造」（対社会）を目指す社会活動であるとも考えます。

■孤立がもたらす問題

では、社会的孤立の何が問題なのでしょう。

第一に「自分自身からの疎外」です。人は、他者を通して自分の状態を知ります。孤立状態では、自分とは何か、自分の存在意義、さらに自分の状態さえ正確に認識することが困難になります。このような「自己認知不全」と言える状態が孤立状態だと言えます。

第二に孤立は、「生きる意欲・働く意欲の低下」につながります。「何のために働くのか」との問いに「食べるため」「お金のため」と答える人は少なくありません。ですが、そのような「内発的な動機」だけでは、自分が諦めたと同時にすべてが終わってしまいます。しかし、「誰のために働くのか」という問いに答えるためには「他者とのつながり」が必要です。答えである「愛する人のため」や「家族のため」など、これら「外発的動機」を持つ時、人はがんばることができます。孤立によって「外発的動機」が脆弱になり意欲が低下します。

第三に、孤立は「社会的サポートとつながらない」という事態を招きます。いくら良い制度を作っても、それを知らない、教えてくれる人がいない、つないでくれる人がいなくなれば、それは無いと同然です。結果、対処が遅れ問題が深刻化し、一層意欲が低下し、社会コストも増大します。

「つながり」は、「いのち」や「存在」という普遍的価値を土台としていなければなりません。意味や利害の有無で「つながり」を左右することはできません。伴走型支援は「生きること」に価値を置く故に「つながり」自体に意味を見出します。「いのち」が等しく尊いように「つながり」は対等でなければなりません。そのため伴走型支援は、「支える側」と「支えられる側」の固定化を乗り越えることを目指します。

■問題解決型支援と伴走型支援について

格差や貧困が拡大する中で「問題解決型支援」は不可欠です。ただ、日本社会が抱える困窮が「経済的困窮」のみならず「社会的孤立」であるゆえに、「問題解決型支援」と「伴走型支援」は、地域共生社会における「支援の両輪」として実施されます。

この二つは、支援における「機能」を指しているのだから「役割」を意味しません。つまり、「問題解決型担当者」と「伴走型支援担当者」がいるわけではなく、二つは一体的に行使されます。問題解決型支援がそうであるように伴走型支援は「本人主体」を尊重します。いずれの支援においても「自分からの疎外」状況にある人が、自ら

人生を選び取り、自分の物語を生きることができるように支援を行います。これを「自律支援」と呼びます。その際、本人の参加が原則となります。「本人主体による自律」を応援する環境整備が「支援の両輪」の目指すものであり、社会保障の目的だと言えます。「両輪」を貫くものが「伴走する意識」です。「教え」「指導する」のではなく対話的に実施される。これが「伴走する意識」の表れだと言えます。

■伴走型支援で大切なこと

伴走型支援における専門職は、三つの役割を担います。

第一に孤立した人と「つながる」ことです。心が閉ざされた状態にある人と「つながる」ために専門支援員は、知識や技術を必要とします。

第二に「つなげる」ことです。「つながり」を抱え込まず、地域や他のキーパーソンへと「つながり」を広げます。つまり、伴走型支援における「つながり」は、「開かれたつながり」だと言えます。一方、「つなぎ先」に問題がある場合や本人の同意がない場合には「つなげない」という決断も必要です。無責任な「投げ渡し」で終わってはなりません。専門職は、「支援者目線」のみならず「当事者目線」を尊重します。

第三に「もどし、つなぎ直す」ことです。地域へ「つなげた」後も、専門職は「緩やかな見守り」を続けます。そして再び本人が問題を抱えた場合、あるいは「つなぎ先」に問題が生じた場合には、早期に「もどし」「つなぎ直し」ます。このような「つなぎ」と「もどし」は伴走型支援の特徴だと言えます。

これまで「つながり」というものは、企業や地域、なによりも家族によって担われてきました。しかし、不安定な雇用が増え、結果、家族が脆弱化する中で「つながり」自体が難しくなりました。伴走型支援は、脆弱化した「家族機能の回復」を目指します。これは、あくまで「機能の回復」であって、「家族」自体を回復させたり、ましてや「身内の責任」に押し付けることではありません。「家族機能を社会化する」のです。赤の他人が家族機能を担い合う仕組みを地域に創ります。ですから専門職は「対個人」のみならず「対社会」の働きを担います。

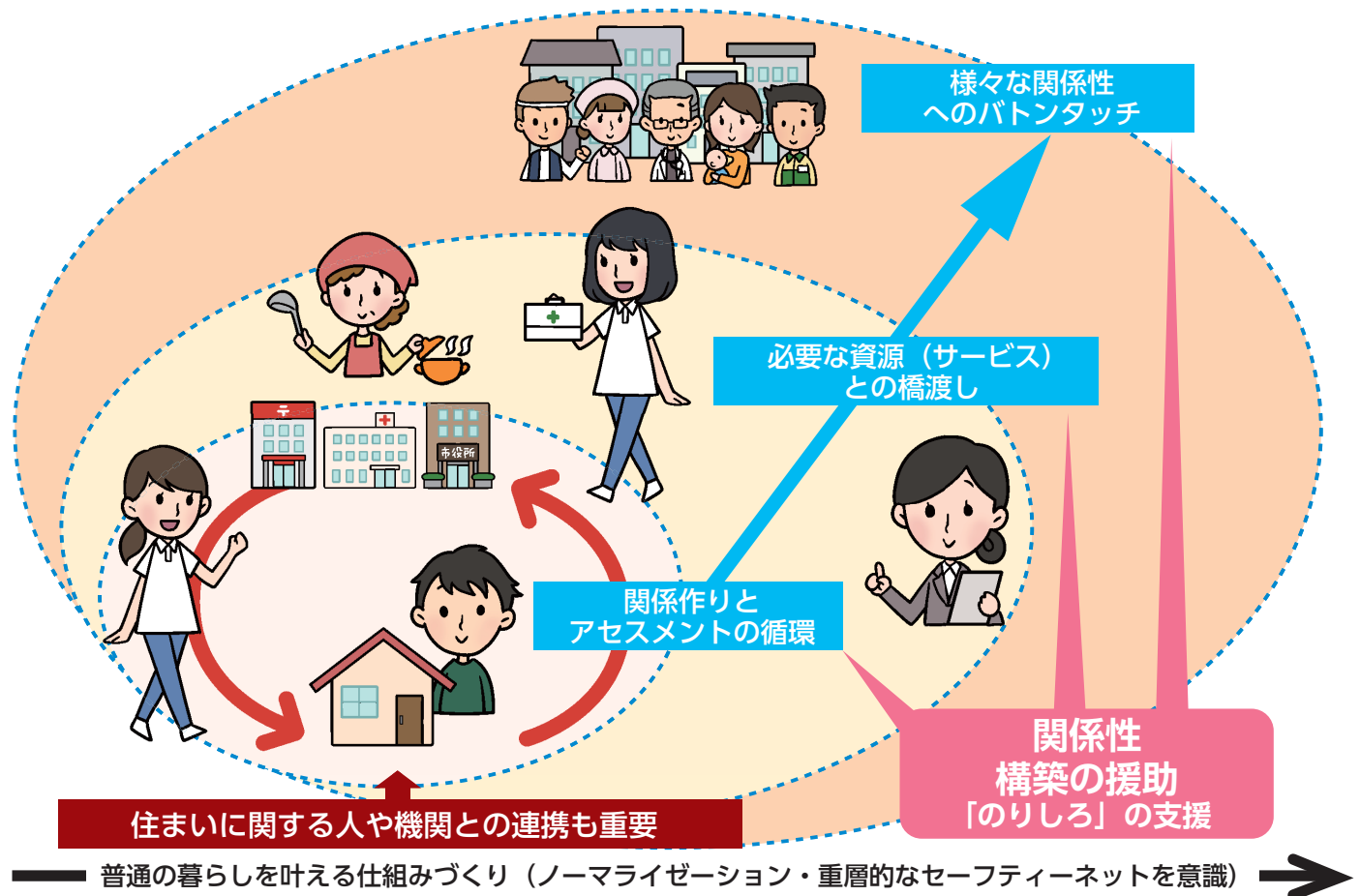
最後に伴走型支援の「時間」の捉え方は特徴的です。問題解決型支援は、「支援開始から支援終結」という「限られた時間軸」でなされます。一方で「つながり続ける」ことを目指す伴走型支援は、「人生という時間軸」を持つこととなります。それゆえ伴走型支援は、「共に生きる日常」の構築を目指します。つまり伴走型支援は、「ひとりにさせない地域共生社会の創造」へと至る道だと言えます。

(3) 街の中での関係づくり

ご本人が安心して暮らす上で必要な関係性を街の中で作っていくことが、自立生活援助の重要な役割であり、醍醐味でもあるでしょう。その際は、ノーマライゼーションの理念に基づき、自然と地域の中に溶け込んでいけるような関わりが求められます。自立生活援助は「つなぎの支援」として関係をつくる際の「のりしろ」のような役割を果たしながら、大家や近隣住民、商店など、暮らしに必要なインフォーマルな資源との関係構築のサポートを行います。

また、住まいが地域生活の基盤となるため、適宜居住支援法人や居住支援協議会等との連携を図ることも重要でしょう。様々な分野を巻き込んだ重層的なセーフティーネットを意識した活動も求められます。

(市民としての普通の暮らしを支える関係づくり)



(4) 自立生活援助が開く可能性

自立生活援助はご本人や地域の良さを見出し、活用していくストレングス志向のサービスです。暮らしの中で本人と一緒に課題について考え、創意工夫を重ねる関りは支援者の育成にとっても大きな意味があります。そのようなことを踏まえて、(自立支援)協議会などで改めて地域の支援体制について眺めなおすことも大切なことです。

メモ

自立生活援助の利用がもたらす効果の例

- 「支援の必要性がある状況」やご本人にとっての「大変なこと」など、地域での生活を困難にしている要因を具体的に把握 (アセスメント) し、それを踏まえて「安心材料」をつくっていくことができます。
- ご本人に必要な (有用な) サービスや地域資源などを考え、それらを活用する前の準備ができます。
- 上記を支援チームの中で共有することで、本人の希望や状況がより明らかとなり、関係者間の連携促進につながります。

自立生活援助が行われるよう地域の体制を整えると、地域自体にも様々な変化が生まれます。自立生活援助を広げて市民としての当たり前の生活を叶えるための地域生活支援をさらに進めましょう。

コラム：自立生活援助におけるピアサポート

ピアサポーターは、自らの病気や障害の経験を利用者（仲間）に必要な応じて語り伝えたり、一緒にいる時間を共有し対等性を大切にする関係を構築します。普段の生活において不安なことや、わからないこと、何気ない日常生活での躓きに「そんなこともあるよ、自分も似たようなことがあったよ」と伝えることによって、できないことや、うまくいかないことがあっても否定的に捉えないで、今の自分を肯定的に受け入れるように思ってもらうことが重要です。

精神疾患はどうしても病状の波があるので、調子が悪くなりそうな時や悪くなった時にどのように対処するかを、ピアサポーターは自分自身の経験も踏まえて一緒に考えます。状態が悪くなってもサポート体制があることで、今の生活が継続できるとの安心感を抱いてもらうことは大切です。

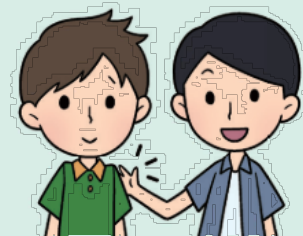
訪問されるご本人の立場としては、訪問者を待っている間は緊張していたり、あるいは来てほしくないと思ったりする時もあるかもしれません。訪問をして相手の方の生活の場、プライベートな場でのサポートをする際に気を付けることは、ご本人の気持ちを尊重し、ご本人のペースに合わせることだと考えます。訪問をする側は、「訪問をさせてもらっているんだ」という謙虚な気持ちをもつことが大切ではないでしょうか。

また、支援チームの中にピアサポーターがいることで、チームとしての支援にもよい影響があります。ややもすると支援者の目線による課題解決型の支援に偏りがちになるところに、当事者性を持ったピアサポーターが加わることで、ご本人の気持ちに寄り添う伴走型支援の要素が強まるなど、よりご本人を中心とした支援が可能になります。そのためには、ピアサポーターの役割や使命を明確にしておくことや、多職種との連携を丁寧に行うなど気を付けるべきことがあります。ピアサポーターの存在が多職種や事業所全体の支援の在り方、これまでの病気や障害に対する固定観念に変化をもたらす可能性は大いにあるのではないのでしょうか。

～ピアサポーターとして訪問を行った際のエピソード～

ある自立生活援助利用者の方の訪問日3日前のことです。その方から「訪問をキャンセルしたい」との電話がかかってきました。よく話を聞いてみると、「洗濯をしようとしてもできない自分に嫌気がさしている」状態のようでした。「それではいっしょに洗濯をしましょう」と提案をし、ご本人の了解を得た上で自宅を訪問してみると、洗濯機の調子が悪く途中で洗濯機が止まってしまうのか、じっと耳をそばだてて聞いているご本人の姿がありました。

他人から見たら些細なことでも、ご本人にとっては大きな悩みになることは多々あります。それらはご本人の生活や心情に寄り添う支援をしてはじめて理解できることで、ピアサポーターとしてそれらに共感しながら対処策を共に考えていくような支援も、積み重ねることでご本人にとっての安心感や自信の醸成につながる可以考虑です。



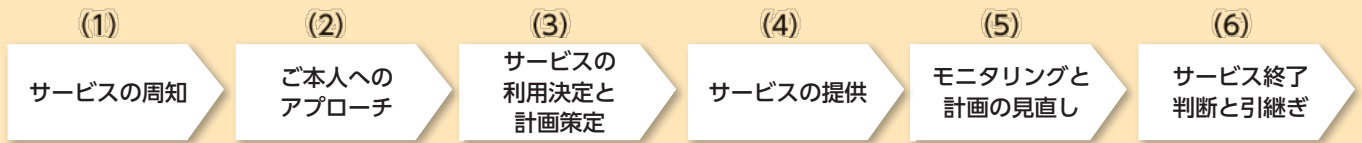
【令和3年度報酬改定のポイント】

ピアサポートの専門性について、本人の自立に向けた意欲の向上や地域生活を続ける上での不安の解消などに効果があることを踏まえ、一定の要件を設けた上で、加算により評価がされるようになります。算定要件等は9ページをご参照願います。



Ⅲ. 事業の実施

本章まで読み進められた方は自立生活援助のもつ可能性や魅力をご理解いただけたのではないのでしょうか。ここからは、事業を運営する側の視点で、事業実施の一連の流れについて、以下の6つのステップをお示しし、それぞれのポイントをご紹介します。



また、p.19以降では、事業者として、事業を始める際に考えるべき事項や、運営に当たり特に重要となる「人材の確保と育成」「効率的な組織体制・職員配置」「収支管理」の3つの視点について示しています。




1. 事業実施の流れ

(1) サービスの周知

自立生活援助の事業を展開するためには、支援を必要としているご本人や病院、入所施設等の関係者（潜在的な利用者を自立生活援助などのサービスに結び付ける上で重要となる）、サービスの支給決定を行う自治体の関係者、サービス提供に当たり連携が必要となる事業所等の関係者に対し、自立生活援助のサービス内容や、自事業所が地域でサービスを提供していることについて効果的に周知を行っていくことが重要です。

周知の対象	周知に当たってのポイント
①ご本人	<ul style="list-style-type: none"> ・病院に入院している人や、施設に入所している人には、地域に出る前の段階から退院前カンファレンス等を活用し、サービスの説明をしておくことが必要です。また、本人には利用の効果をわかりやすく説明することが求められます。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【工夫の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実際に一人暮らしをスタートしてみても直面するような困りごと、例えば、届いた郵送物や書類等がよくわからない時に相談ができることや、自分の病状を主治医にうまく説明できない時に診察に同行ができることなどの具体例を挙げ、「生活しやすくなるようなやり方を一緒に考えていく方法があります。」や「定期的に来て、困ったことを一緒に考えます。」などと伝えると受け入れやすいでしょう。 ・人によっては、管理されるという感覚を覚える人もいられるかもしれません。あくまで本人ができることは、自分で行ってもらい、困りごとを手伝うサービスであることを伝えることが重要です。 ・この時に、定期的な訪問の頻度（概ね週1回）もご本人に合わせて設定することができることも伝えると、比較的受け入れやすいでしょう。 </div>
②病院・入所施設	<ul style="list-style-type: none"> ・病院であれば医療ソーシャルワーカーや精神保健福祉士を通じて、入所施設であれば管理者やサービス管理責任者を通じて周知を図ります。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>【工夫の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットを作成して渡したり、実際の支援の様子や効果などを伝えたりすると具体的なイメージが付きやすくなります。 ・サービス担当者会議やモニタリングの際に、「このようなサービスがあれば地域で一人暮らしができそうな人がいるか」という視点を持ってもらい、他に対象者がいる場合は連携してもらえるように常日頃から伝えておくことも大切です。 </div>
③自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・自治体には、自立生活援助の支給決定期間で行う支援のアウトラインと利用することのメリット、必要性を事前に説明しておくことが効果的です。 ・丁寧なアセスメントが必要となったり、関係作りが必要だったりする人は、これまでは市町村から委託される相談支援事業（以下、委託相談支援）で対応してきました。しかし、本来の委託相談支援は、障害福祉サービスの対象にならないような様々な相談に対応しており、担当するケース数も内容も多岐にわたっています。そのため、定期訪問になかなか対応しきれない現実があります。自立生活援助を活用することで、利用者との関係を作りながら、変化していく生活に合わせた柔軟性の高い支援を行えることを伝えましょう。

周知の対象	周知に当たってのポイント
④事業所などの関係者	<ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議等で、支援内容や実績を報告する際に、支援の隙間を埋めたり、柔軟にきめ細かい動きができたりする定期巡回、随時訪問、同行支援の支援例を伝えていくことが、自立生活援助への理解と活用を広めるに当たって効果的です。当初はその効果をよく理解できない事業所があっても、支援件数が増えていく中で、支援の内容や対象者についての質問が寄せられるようになるでしょう。
⑤不動産関係者	<ul style="list-style-type: none"> 不動産事業者や大家にとって、「家賃の滞納がないこと」と同じくらい重視されているのが、「支援者がいるかどうか」です。そのため、家探しに同行し、「何かあったら私に連絡をください」と伝えることが大切です。この時、自立生活援助のサービス内容を伝え、定期的に見守りを行うことや何かあったら対応ができる旨を知ってもらうと効果的です。単身生活が始まっても、常に支援する人とつながっていることへの理解が安心して部屋を賃貸してくれることへとつながります。 支援機関の連絡先とともに、本人に許可をもらいサービス等利用計画を提示し、本人の地域生活を応援するチームの一員になってもらうよう依頼することも効果的です。
⑥（自立支援）協議会等	<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助を提供すべき対象者の条件（「どのような方」が「どのような状況の場合」にサービスが必要か）は、地域の実情や特性を踏まえて判断していくことも必要になります。このためには、地域における（自立支援）協議会等を活用し、地域の状況を確認の上、認識を共有しておくことが重要です。また、相談支援事業所の連絡会等、関連する会議体において、実績や支援内容を報告することも有効です。 <div style="border: 1px solid orange; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>【工夫の例】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初めは、利用が想定される対象者、利用期間と支援内容などの事業概要を報告します。その後、利用契約者が少しずつ増えてからは契約人数、性別、援護市町村といった利用者の基本情報と支援の内容を報告します。 特に、参加者から出される地域定着支援との関係や緊急時の対応、どのくらいの契約者数を見込んでいるのかといった質問に対応できるよう準備しておくことが必要です。 こうした協議会の参加者が、利用者像を具体的に思い浮かべることで、それぞれの地域の中で、誰が対象となるのかを共有され、本サービスの利用につながっていきます。 </div> 

(2) ご本人へのアプローチ

自立生活援助について、実際にサービス提供につなげるためには、ご本人の状況を正しく理解し、サービスについて適切な情報提供を行っていくことが重要です。まず、自立生活援助の中でできることとできないこと、あくまでもご本人のための支援であること等を本人や関係者にも説明し、サービスの趣旨を理解頂きます。訪問看護や居宅介護など他に定期訪問しているサービスがあれば、その役割の違いを明確に説明します。自立生活援助は、生活全般においての困りごとの相談であり、例えば訪問看護師やホームヘルパーとの人間関係についての相談にも乗るといったものです。

メモ

本人の状況に応じたコミュニケーションの工夫

説明の際、わからなくても「はい」と答えてしまう人には、支援内容等の理解について丁寧な確認が必要です。例えば、「今、はいと言われましたが、何についてははいと答えられたか教えてください」といったやり取りです。「全部管理されるのはお断り」といった人には、支援の内容と始まった後の生活について丁寧に確認をします。例えば、訪問する日時の決め方など、本人の嫌な時は訪問しないことを確認します。一方で、必要に応じて関係機関とは連絡を取ることを確認しておきます。支援者側で勝手に先回りをする支援ではなく、想定できることなどは予めご本人と確認しておいた上で対応することが重要です。



(3) サービスの利用決定と計画策定

自立生活援助の利用決定後は、サービス等利用計画を参考に適切な個別支援計画を策定していくことが重要です。作成に当たり、特に自立生活援助において留意すべき点は以下が挙げられます。

①利用者の 基本情報の 整理

- ・利用者個人の基本情報、家族構成、主な生活歴、他の施設サービス利用状況、施設サービス利用に至った経緯、障害の状況・程度、健康状態など、利用者の基礎的な情報を簡潔に整理します。
- ・一番重要なのは、本人の今後の生活に対する希望や意向です。支援の仕方は定期・不定期等も調整ができ、その先の支援についても柔軟なコーディネートができます。

②アセスメントの 実施

- ・利用者の能力や置かれている環境、日常生活全般の状況などを評価し、利用者の希望する生活や課題などを把握します。
- ・自立生活援助導入の経緯により、アセスメントポイントが決まってきます。例えば、「死にたい」という言葉を発する人に、どのような背景からその言葉が出てきたかの仮説を立て、サービス担当者会議で計画相談支援担当者、訪問看護等の関係機関と共有し、評価と分析をします。

③個別支援計画案 の作成と検討

- ・利用者が自立した生活を営むことができるように、適切な支援内容を検討します。
- ・個別支援計画（※1）について、基準省令では、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、支援の目標及びその達成時期、支援を提供する上での留意事項等の記載を盛り込むこととされています。また、必要に応じて、他の福祉サービス等との連携についても含めます。
- ・通常、サービス提供の担当者等が原案を作成し、検討会議を開催して意見を求めます。
- ・個別支援計画では、家族関係の調整、体調の自己管理、関係機関との連絡調整、生活に即した本人の能力の見極めなどがポイントとなります。また、ご本人が少し頑張らないとできないこと、例えば、〇〇といったことを盛り込むことも、エンパワメントにはつながりません。
- ・定期訪問は「支援の目」であり、「監視の目」にならないように注意が必要です。また個別支援計画に加えて、クライシスプラン(※2)の策定も大切です。このクライシスプランは、その後の地域定着支援につながった際にも引き続き活用できます。
- ※1: 個別支援計画の工夫についてはⅣ. 事例集 (p.26 ~) に具体例を掲載しています。
- ※2: 症状が悪化した時、自分自身で対処できなかつたり、判断できなくなる時があります。これをクライシス（危機的状況）と言います。調子のよくない時にどのように対処してほしいのかをあらかじめ家族や友人、支援者と共有しておくことは回復と地域生活の継続に有効です。

④利用者・家族へ の説明

- ・個別支援計画の内容について、利用者及びその家族に対してわかりやすく説明を行い、合意を得ます。
- ・できることは自分でやってもらうことを前提に、「緊急事態」にならないよう定期訪問を行う旨を伝え、訪問時に行うことを確認しておきます。
- ・この時にも、どのような時に支援するのか、どんな支援をするのかを明確にする必要があります。例えば、緊急事態にならないための支援には、薬や手持ちのお金の確認、心配なことや不安なことの相談、買い物や通院の同行等があります。

(4) サービスの提供

サービス提供においては、定期的に利用者の居宅を巡回し、食事、洗濯、掃除などに課題はないか、公共料金や家賃に滞納はないか、体調に変化はないか、通院しているか、地域住民との関係は良好か等について確認を行い、必要な助言や医療機関等との連絡調整を行います。また、定期的な巡回だけではなく、利用者からの相談・要請があった際は、訪問、電話、メール等による随時の対応も行います。

また、利用者に多重債務や家族の問題等の多様な課題がある場合には、自立生活援助だけでなく、生活困窮者自立支援制度や地域共生社会の参加支援、居住支援法人等の他分野と連携して、支援をすることも大切です。様々な機関での多機関協働による支援を行うことで、重層的で強固なセーフティーネットを地域に構築することにつながっていきます。

以下は、サービス提供の様々な場面（①～⑤）に応じた具体的な支援内容の例になります。

<p>①定期的な巡回と 随時通報を 受けて行う訪問</p>	<p>訪問をした際は、まずは本人に困りごとが生じてないかを確認します。この際、いつも「無いです。」という人には、「このような書類が届いてないですか？」や「この前自治会長さんが来ましたか？」など具体的に質問をすると良いでしょう。また、顔色や部屋の散らかり具合、物が急に増えていないか減っていないかなど、本人の状態について視覚的な情報から得られることもたくさんあります。また、薬物依存の既往がある人は、吐息の臭いや呂律が回っていないなど会話の状態、飲酒の状況など、支援のきっかけになった部分についても観察が必要です。</p> <p>随時通報では、電話で対応が可能なことと、訪問を要することがあるため、その見極めが大切です。助言をすれば、本人で対応可能なことは極力自分で対応してもらうことにより、同じようなことが起こった際には通報無しで、自分で対応することができるようになります。よくある内容としては携帯電話の機器トラブル、書類の開封の可否、急な通院などがあります。</p> <p>強い不安の訴えがある時には、主治医や訪問看護等の医療機関とも連携の上、訪問して傾聴することもあります。</p>
<p>②相談対応等による状況の把握</p>	<p>まずは「緊急性」についてのスクリーニングを行います。緊急性が高い場合は、相談より直接支援の対応となります。次に緊急性が高くない相談の内容であれば、本来ならご自身でできるはずのものができない要因が何かあるのか、精神的な問題なのか、能力的に難しいのかななどを把握するようにします。</p> <p>当該話題の話し方や取扱い方から、本人の置かれた状況が、例えば、「疲れが溜まっているので、書類の処理ができない、わからないと言っているのかな」、「大丈夫と言っているけど、目の下のクマが気になるな」等、ご本人のストレスが高いと判断すれば具体的な取組み方を提案します。</p> <p>反対に、少し話を聞いて落ち着きを取り戻す場合、例えば、「今は地域生活支援員しか話せる人がいないし、話を聞いて少しガスを抜いた方が良いかな」と思う状況では、傾聴して終わりという時もあります。</p>
<p>③必要な情報の提供や助言等</p>	<p>相談の内容としては、郵送された書類関係が理解できない、服薬管理、家族との関係がうまくいかない、ちょっとした体の不調、お金がうまく使えない、仕事の意欲が上がらない、インターネットの設定ができない、買い物の仕方が難しいなどがあります。</p> <p>書類関係であれば、書類の内容をかみ砕いて説明したり、どこへ連絡すればよいかを助言したりします。ちょっとした体調不良やお金の使い方、意欲については、傾聴をすることで気持ちが切り替わることもあります。買い物の仕方については、賞味期限の見方、レジの使い方を助言するようなこともあります。</p> <p>その時の内容により、助言で済むのか、同行を要するのか、関係機関への連絡を必要とするかを見極めて対応します。</p>
<p>④関係機関との連絡調整</p>	<p>通院に同行した際の主治医の見立てや意見、体調不良の訴え、自殺リスクを考慮しておいた方が良いと想定された方の訪問時の様子など、本人の状態に変化がある時に連絡調整を行います。関係機関は、計画相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、医療機関等が想定されます。</p> <p>その際は、関連する情報が関係機関にないか、更なる情報収集と共有を図ることも大切です。</p>
<p>⑤ご本人の自立した生活を見据えたその他の援助</p>	<p>利用者本人から話を聞いた際に、「大丈夫」「特にない」といった答えがあることも少なくありません。こうした際に、通院に同行するなどして、本人の情報をなるべく正確に伝え、必要な情報を取得することに努め、本人の「できている」「大丈夫」がどの程度なのかを確かめることも必要です。</p> <p>また、役所等への公共機関への同行の際には、手続きをただ代行するだけでなく、本人が1人で来ても対応してもらえる担当者等につなぎ、その場で助言してもらえるような調整を行うことも、本人が自立して地域生活を送ることに資する取組みとなります。</p> <p>こうして、同行支援を活用して、できる限り利用者本人が主体的に生活を組み立てることができる支援を心掛ける必要があります。</p>

(5) モニタリングと計画の見直し

利用者との定期的な面談や継続的なアセスメントを通じて個別支援計画の実施状況を把握し、必要に応じて計画の見直しを行います。定期的な見直しの期間は障害福祉サービスごとに定められており、自立生活援助では少なくとも3ヵ月に1回以上必要です。

モニタリングの際の焦点は、個別支援計画で掲げた課題や目標が達成されているか、また、変化は無いかです。利用者本人との共通認識を持つために、1つずつの課題について、「10が完全達成だとしたら、現在はいくつか」などの問いかけをすることも有効です。

自立生活援助導入のきっかけになったポイントや当初の課題に変化があった場合は、個別支援計画の見直しを実施します。また、関係性を作るのに時間が必要な時や本人にできることが増えてきた時、終結に向けての動きをつける時にも見直しを行います。

(6) サービス終了判断と引継ぎ

サービスの標準利用期間を目安にサービス提供の継続要否を判断します。利用期間終了後も継続してサービスを提供すべきと考えられる場合、市区町村審査会における個別審査を経て適当と認められる場合には、更新が可能となります。

自立生活援助のサービス提供を終了する場合は、通常、徐々に次のサービスや支援者にバトンをつなぎ、見守りやサポートの形を変化させていくことが求められます。

サービスの更新が必要な場合は、支給期間中に事故や病気により短期間の入院があった場合など、十分な支援ができなかったり、関係性構築に当初想定したより時間を要したり、本人の課題等に対する支援まで届かなかったりといった理由があります。

サービスの切り替えには、どんな部分で生活上のつまづきが出るのか、同行などしながらアセスメントし、ある程度パターン化すれば対応が可能です。不安感を軽減できる方法、つまづきとその対応方法を解明し、サービス担当者会議で関係機関も含めて確認します。その上で、自立生活援助を終結し、緊急時の支援体制のために地域定着支援に切り替えたり、ルーティンでの生活支援としての居宅介護への移行を行っていきます。また、居住支援法人による見守り支援を活用することも考えられるでしょう。

新たな支援者へ引き継いでいく時は、それぞれのサービスにのりしろを付けるように重ねて支援することで、次の支援者が短い期間で関係構築ができるようになります。
なお、上述の居宅介護や居住支援法人による支援は、自立生活援助の利用期間にも並行して利用することも可能です。



2. 事業運営

皆さんの中には「障害者が住み慣れた地域で自分らしく生活できるように支援したい」「所属する法人で取組み、支援の幅を広げていきたい」といった思いをもち、既に取り組まれている方や、これから取組みたいと思われる方もいるのではないのでしょうか。ここからは、自立生活援助の運営を開始する際、または見直す際に事業所として考慮すべき事項について見ていきましょう。



(1) 事業運営の概要

①法人の理念・ビジョンの確認

事業の運営を考えるに当たり、まずは法人として事業に取組む意義について確認を行います。法人の理念（大切にすべき価値観）やビジョン（自分たちの目指す姿）に照らして法人内で検討を行きましょう。

コラム：社会福祉法人 南高愛隣会における理念とその実践

南高愛隣会では、「ふつうの場所でふつうの暮らしを」を理念の一つとして掲げ、利用者の声に寄り添い、願いを叶える活動を行ってきました。利用者の声なき声に耳を傾け、真のニーズをくみ取ること、現状に満足せずあゆみ続けること等、生きる誇りへの挑戦を続けています。この法人理念は、法人設立当初から語り継がれているものです。法人理念を理解し、共感し、自分に何ができるのか、何をすべきなのかを具体化し、実際に行動に移してみる。そして結果がどうだったのかを振り返り評価するというプロセスの連続です。挑戦できる環境を整え、理念浸透研修の他、日々のミーティングの中でも語る機会を設け、ビジョンの明確化を図っています。

その挑戦のひとつが、「入所施設解体」です。グループホームを制度化前の昭和61年より法人自主事業で重点的に押し進め、平成18年度には入所更生施設と入所授産施設（定員計100名）の「入所施設解体」を行いました。以後も長崎県下に事業を展開し約500名の利用者がグループホームを利用し、地域で暮らしています。同時に、平成19年度より毎年グループホーム利用者に満足度調査を行っており、例年「一人暮らしをしたい」という希望者が1～2割を占めています。そこで、我々は利用者の希望である人生の選択肢の一つとしての「一人暮らし」を実現するための方法を模索しました。1人で暮らすことが目的ではなく、より豊かに自分らしい生活するためには何が必要なのかを検討し実践してきました。その中で、法人独自に調査研究を行ったところ、経済的支援、医療的支援、手続き支援、相談支援の4点の必要性が明らかになり、それらを学ぶ自立生活に向けたプログラムも開発しました。

平成30年、待ちに待った一人生活を支える制度「自立生活援助」が誕生しました。自立生活援助事業は、グループホームからの自立だけでなく、必要な支援を必要な時に適宜行うことにより、現に1人で生活している人や同様の家族世帯にまで有効な支援となり、一人ひとりに寄り添った支援は地域生活を支える大きな選択肢となりました。

そして、昨今、「一人暮らし」や「愛する人との暮らし」や「住み慣れた地域での暮らし」を希望し、自立し多様な地域社会生活を営んでいる方も多数存在しています。「ふつうの場所でふつうの暮らし」を果たし、適宜の支援を活用しながら、人生の1ページを謳歌していくその姿は、南高愛隣会の理念が具現化した姿の一つと言えます。

② 外部経営環境（地域ニーズ）について

近年の8050問題や親亡き後の暮らし、精神科病院や入所施設等からの地域生活への移行については全国共通の課題であり潜在的なニーズは多くあると考えられます。しかしながら、安定的に事業を継続し、質の高いサービスを提供していくためには、どこに、どれだけの、どのような利用者ニーズがあるのか、そして地域（自治体や関係機関等）が必要とする対象者像はどのような方なのか等の外部経営環境を丁寧に把握する必要があります。そのようなニーズは日々の実践の他、（自立支援）協議会や障害福祉計画などから把握できます。

特に相談支援事業を営んでいる法人では、利用者ニーズを把握しやすいと考えられます。特定相談支援事業者は親亡き後に自立生活援助が必要になる方や、グループホームから単身生活に移行する際に自立生活援助が必要になる方などを日々の支援（モニタリング）の中で把握できています。一般相談支援事業者は地域移行後に自立生活援助が必要になる方を把握できています。加えて、これまで地域定着支援で対応していたものの、実際には自立生活援助によるサービス提供の方が適している方や、適当なサービスがなかったためにやむをえず委託相談支援が地域生活を支え続けている方なども、丁寧に把握していくとよいでしょう。

また、委託相談支援や基幹相談支援センターは障害福祉サービスを利用する前の方と出会う機会が多いため、その中に自立生活援助を必要とする方がいるかどうか、情報連携頂き、地域ニーズを把握することも有効です。

③ 内部経営環境（法人内の位置づけ）について

自立生活援助は新しいサービスであり、サービスの魅力や効果が地域の中で十分に浸透していないことから、現時点で自ら利用を希望する方は多くない可能性があります。このため、法人の本体事業をしっかりと経営しながら、その本体事業の隙間を埋めるように運営をすることで、徐々に地域の信頼を得ながら利用者数を増やしていく方法が現実的でしょう。利用者数の増加に応じて事業所の体制を強化していくプロセスが必要になります。

サービスを提供する上では、必要に応じて駆け付けることができる人員体制の確保も必要ですので、事業所の職員体制や法人内の指導体制及び緊急時のバックアップ体制等を整えられるかなどの内部経営環境にも目を配ることが必要です。

④ 強みを活かした事業運営について

自立生活援助の利用者は、精神科病院や施設及びグループホームから地域生活へ移行した方や同居家族等の死亡などにより急遽一人暮らしをすることになった方、情報等の不足からサービス等を利用せず生活してきた方など多岐にわたります。

必要とするすべての方にサービスを提供したいところですが、事業開始当初は法人や配置される職員の強みを踏まえたサービスを提供することが現実的になります。これまで精神障害または知的障害の方に特化して支援を行ってきた事業所であれば、自立生活援助においても、これまでのノウハウを生かしたそれぞれの支援を行っていくことが考えられます。

また、グループホームからアパート生活等へ移行を進めている法人では、グループホーム退居後に同じ担当者が支援することが本人の安心感と地域生活の定着に有効なことから、自立生活援助事業を実施する例もあります。精神科クリニックや精神科デイケア、訪問看護ステーションなどの医療系のサービスだけで地域生活を支えている事例や居住支援法人が地域生活を支えている事例もあります。今後はそれらの機関が自立生活援助に取組むことも想定されます。様々な強みを持つ事業所が地域に増えることは利用者の選択肢が広がり、地域全体の支援体制に厚みが増します。事業を進めながら事業所の強みに磨きを掛けたり、支援の幅を広げたり、特色を出すなどして地域から頼りにされるサービスに育てていくことが大切です。

⑤ 事業運営の定期的な見直しについて

どの事業にも当てはまりますが、事業運営では具体的な数値を含む目標の設定と、それに基づく定期的な見直しを行うPDCAサイクルの実施が重要です。また、結果や成果については利用者の暮らしの安心感の確保はもちろん、自立生活援助を通じて「休日・夜間等のトラブルが減った」「関係機関からの信頼が増し、法人全体への支援依頼が増した」「様々な社会資源とのネットワークが広がり法人全体の支援の質が向上した」等、波及効果も含めて評価できるとよいでしょう。

特に、様々な地域資源と関係性を構築することで、自立生活援助の魅力を地域に伝えていくことができますし、地域の支え手を増やすことにつながる他、法人内にはそれらのつながりを貴重な財産として蓄積していくこともできます。このように自立生活援助に取り組むことで、収益面だけでなく地域や社会資源とのつながりが広がっているかを定期的にモニタリングすることも、経営においては重要です。

その他、職員が過重労働に陥らないように定期的に確認することも重要です。管理者は日々のミーティング等で職員が個別の事例で困ったり、ひとりで抱え込んでいたりしていないか等を確認、対応することが支援の質向上につながります。定期的に権利擁護、虐待防止、個人情報保護、苦情解決の体制、感染予防等について事業所内で再確認する機会を設けリスクを最小限に抑える取組みも必要です。



事業による効果を振り返る際は、自立生活援助の提供による職員の能力・スキルの向上や、それが他のサービスに与えるプラスの影響についても考慮できるとよいですね。

メモ

経営とは人づくり

筆者が経営の参考にしている考え方に「近江商人の三方よし」があります。

「売り手よし、買い手よし、世間よし」ですが、1番目に売り手（サービスの担い手）よしがあり、2番目に買い手（サービスの受け手）よしの順番です。自立生活援助事業を実施するに当たり、売り手（法人）として職員の、収支的によしの状態なのか、買い手（利用者）によしなのか、世間（地域）によし（求められたように貢献できているか）の順番なのです。

売り手の体制が整っていないのにサービス提供側の独りよがりですべてを進めてしまえば、結局は買い手や世間に迷惑をかけてしまいます。売り手（サービスに担い手）が明るく元気に生き生きとプライドを持って活躍し、利用者や社会に貢献できる体制を整えること、つまり「社会貢献できる人をつくること」が経営の根幹といえます。経営が「人づくりである」と言われる所以です。

自立生活援助事業の商品に当たるものはヒト（職員）であり、職員の質そのものがイコールサービスの質になります。

収益をあげることも大切ですが、質の高いサービスを提供できる人材を育成することも経営に求められています。



(2) マネジメントの要点

ここからは事業を運営する上で重要な要素である人材育成、組織体制、収支管理について確認していきましょう。

① 人材の確保と育成

自立生活援助において人材は最も大事な要素であり、効果的・効率的な事業運営をするために不可欠な視点です。

優秀な人材を確保するためには法人としてのPR（ピーアール）も必要です。なお、地域生活支援員には資格要件がありませんので、福祉現場の経験がない人材（例えば、新卒者やピアサポーター、シルバー人材等）を採用している事業所もあります。地域生活支援員のプロフィールは第Ⅳ章の事例集（p.26～）でも紹介していますので、ご参照ください。

障害福祉サービスにおける人材育成は、社会や利用者、職員自身、法人のそれぞれにとっての必要性があり、計画的且つ具体的に推進していく必要があります。基準省令においては「事業者は職員の資質向上のために、その研修の機会を確保しなければならない」ことが規定されています。また、法人としてOJT、Off-JT、SDS（自己啓発援助制度）などの体制を整えていくことはもちろん、現場の支援で困ったことを職員が抱え込まず、管理者や教育担当者等と一緒に困りごとについて考える場を日常的に用意することが必要です。

メモ

自立生活援助に求められるスキル

自立生活援助に限ったことではないのですが、事業に携わる職員はこころ温かく利用者を尊重できる人間性と専門性、そして社会性を備えていることが大切です。支援者の価値観のみで判断・支援するのではなく、利用者の生きてきた歴史や背景的環境、価値観も含めて個別性を尊重し、利用者と良好な信頼関係を構築していくことが望まれます。

また、自立生活援助の職員はチーム支援ができるよう、日頃から関係機関と良好な関係性を築くことも大切です。利用者の了解を得て情報連携を行うという基本ルールその他、どのような場合に関係者と連携することが望ましいのか、連携する際のマナーや常識についても身に付けておくことが必要です。

支援チームにおける関係性づくりの中では、「この人と働きたいか?」「困った時助けたいか?」が重要な要素になります。職員一人ひとりの仕事に対する誠実さはもちろん、日頃から相手の立場や意見を尊重し、相手の話に謙虚に耳を傾け、繰り返し対話を重ねていくことがチームビルディングにおいて重要であることを確認し、人材育成に取り組んでいきましょう。



② 効率的な組織体制・職員配置

自立生活援助は基準省令で概ね週1回以上、定期的に利用者の居宅を訪問することになっているほか、携帯電話等で利用者と常時の連絡体制を確保することも求められています。携帯電話を24時間365日にわたって担当者だけが所持・対応することはストレスが大きいですし、職員間で輪番制としても業務に拘束される時間が発生しますので、拘束手当や休日・夜間等に随時対応した場合については別途手当等の規定を整備することも必要です。拘束手当については1日当たり1,000円～2,000円の範囲で設定され、休日・夜間に随時対応した場合は対応時間に応じて超過勤務手当が支給されることが多いようです。

また、障害者の生活を地域全体で支えるサービス提供体制として地域生活支援拠点等の整備が各自治体で進められていますが、自立生活援助もその機能の一部を担う重要なサービスと考えられますので、拠点の機能に位置付けていく必要性や休日・夜間などにおける常時の連絡体制は1事業所だけでなく、複数の事業所で協力しながら対応する体制を構築することなどを検討していく必要もあるでしょう。

運営基準ではサービス管理責任者、地域生活支援員はそれぞれ1名必要ですが兼務も認められています。相談支援事業との兼務が認められているので、例えば指定特定相談支援事業所に相談支援専門員を2名常勤配置し、その2名を自立生活援助事業所にサービス管理責任者と地域生活支援員として兼務配置とするということも可能となります。

Ⅱ. 自立生活援助の概要と特色 (p.7) でも述べたとおり、自立生活援助においてはピアサポーターの配置も有効です。ピアサポーター等を雇用する場合、自立生活援助だけに配置するのではなく地域移行支援、地域定着支援（緊急時支援）を兼務してもらう方法も検討できるでしょう。

③ 収支管理の視点

経営計画は国の施策及び自治体の考え方を包括的に捉え、地域の実情（利用ニーズ）に応じて立案する必要があります。事業開始前にどの程度の利用ニーズがあるのか、関係機関の事業への理解の程度や競合相手の経営状況はどうなっているのか等の外部経営環境を把握し、自法人が事業経営していく体力や職員のスキル、法人内のバックアップ体制等の内部経営環境が十分かを見定めて作成する必要があります。

自立生活援助に限らないことですが、収支管理では、報酬を得るための基準が報酬告示や留意事項通知で定められていることも理解しておくことが大切です。



それでは、最後に、令和3年度の報酬改定を反映した事業の収支モデルを見ていきます。

令和3年度からは、サービス費（I）の対象に、元々家族と同居していたがやむを得ない事情により急遽一人暮らしに移行された方も含まれます。また、同行支援加算は回数に応じて単価が異なるようになるため、注意が必要です。この他、夜間の緊急対応・電話対応や医療と福祉の連携促進、居住支援協議会や居住支援法人との連携促進、ピアサポーターの配置など、加算の対象として評価される項目が複数追加されましたので、条件をよく確認頂きながら、利用者のニーズに即して効果的・効率的にこれらを活用していくことが望まれます。

【相談支援事業と併設で自立生活援助を運営するパターン（大規模事業所）】

1月当たりの収益・支出とその収支差

科目分類	事業名	報酬構造	単位	換算	利用者数	金額	
収益	事業による収益 自立生活援助 (10名利用)	サービス費（Ⅰ）	1558	10	5	77,900	
		サービス費（Ⅱ）	1166	10	5	58,300	
		初回加算	500	10	1	5,000	
		同行支援加算（月2回以下）	500	10	1	5,000	
		同行支援加算（月3回）	750	10	1	7,500	
		同行支援加算（月4回以上）	1000	10	1	10,000	
		緊急時支援加算（Ⅰ）	761	10	1	7,610	
		緊急時支援加算（Ⅱ）	94	10	5	4,700	
		日常生活支援情報提供加算	100	10	8	8,000	
		居住支援連携体制加算	35	10	10	3,500	
		地域居住支援体制強化推進加算	500	10	1	5,000	
		ピアサポート体制加算	100	10	10	10,000	
		合計	-	-	10	202,510	
		計画相談支援	合計	-	-	110	2,049,400
		地域移行支援	合計	-	-	2	82,080
地域定着支援	合計	-	-	30	143,160		
合計					2,477,150		
その他収益					130,376		
収益合計					2,607,526		

科目分類	職員分類	給与	職員数	金額	
支出	常勤※兼務	サービス管理責任者 / 地域生活支援員（自立生活援助） 管理者 / 相談支援専門員（計画相談 / 地域移行 / 地域定着）	458,823	1	458,823
	常勤※兼務	地域生活支援員（自立生活援助） 相談支援専門員（計画相談 / 地域移行 / 地域定着）	366,680	1	366,680
	常勤	相談支援専門員（計画相談 / 地域定着）	344,361	1	344,361
	常勤	相談支援専門員（計画相談 / 地域定着）	344,361	1	344,361
	非常勤 (6時間勤務)	ピアサポート (自立生活援助 / 計画相談 / 地域移行 / 地域定着)	120,000	1	120,000
	非常勤 (6時間勤務)	ピアサポート (自立生活援助 / 計画相談 / 地域移行 / 地域定着)	120,000	1	120,000
	合計				1,754,225
その他支出				767,473	
支出合計				2,521,698	

収支差 **85,828**
収支差率 **3.5%**

収支モデルの解説

①	サービス費 (Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)は退所等から1年以内の利用者及び同居家族の死亡等により単身生活を開始した日から1年以内の利用者が対象。(Ⅱ)は、上記以外の利用者が対象。
②	同行支援加算	利用者ごとの同行支援の回数に応じて算出。
③	緊急時支援加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)は緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等による支援を行った場合に対象となる。なお、本事業所は地域生活支援拠点であるため、+50単位追加で加算となる。(Ⅱ)は緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に電話による相談援助を行った場合に対象となる。
④	日常生活支援情報提供加算	あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供を行った場合に対象となる。
⑤	居住支援連携体制加算	居住支援法人や居住支援協議会との連携体制を構築し、月に1回以上、情報連携を図る場を設けて情報共有した場合に対象となる。
⑥	地域居住支援体制強化推進加算	住居の確保等に係る課題を文書により報告する等の取組みを行った場合に対象となる。
⑦	ピアサポート体制加算	要件を満たすピアサポーターを常勤換算方法で0.5人以上配置している場合に対象となる。

【相談支援事業と併設で自立生活援助を運営するパターン（小規模事業所）】

1月当たりの収益・支出とその収支差

収益	科目分類	事業名	報酬構造	単位	換算	利用者数	金額
	事業による収益	自立生活援助 (4名利用)	サービス費（Ⅰ）	1	1558	10	2
サービス費（Ⅱ）				1166	10	2	23,320
初回加算				500	10	1	5,000
同行支援加算（月3回）			2	750	10	1	7,500
緊急時支援加算（Ⅰ）			3	711	10	1	7,110
緊急時支援加算（Ⅱ）				94	10	1	940
日常生活支援情報提供加算			4	100	10	3	3,000
合計			-	-	4	78,030	
計画相談支援		合計	-	-	60	949,580	
地域定着支援		合計	-	-	12	50,960	
合計						1,078,570	
その他収益						56,767	
収益合計						1,135,337	

支出	科目分類	職員分類	給与	職員数	金額
	人件費	常勤※兼務	サービス管理責任者 / 地域生活支援員（自立生活援助） 管理者 / 相談支援専門員（計画相談 / 地域移行 / 地域定着）	424,836	1
地域生活支援員（自立生活援助） 相談支援専門員（計画相談 / 地域移行 / 地域定着）			344,361	1	344,361
合計					769,197
その他支出					336,524
支出合計					1,105,720

収支差 29,617
収支差率 2.7%

収支モデルの解説

①	サービス費（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）については、退所等から1年以内の利用者及び同居家族の死亡等により単身生活を開始した日から1年以内の利用者が対象。 （Ⅱ）は、上記以外の利用者が対象。
②	同行支援加算	利用者ごとの同行支援の回数に応じて算出。
③	緊急時支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）	（Ⅰ）については緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に速やかに利用者の居宅等への訪問等による支援を行った場合に対象となる。 （Ⅱ）は緊急時に利用者等からの要請に基づき、深夜に電話による相談援助を行った場合に対象となる。
④	日常生活支援情報提供加算	あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を、精神科病院等に対して情報提供を行った場合に対象となる。

自立生活援助が地域に浸透するまでは、法人の本体事業を確実に経営しながらその隙間を埋めるように運営し、他の事業との兼務やバランスを考慮しながら段階的に事業を広げる計画を立案するといいでしょう。

特に相談支援事業とは兼務が認められているので自立生活援助との組み合わせは効果的です。



IV. 事例集

ここまで読み進めて頂いた皆様には、自立生活援助がなぜ重要であるのか、どのようなサービスなのか、またどのように提供・運営するものであるのかについてご理解頂けたのではないのでしょうか。

ここからは、実際の事業所において、自立生活援助がどのように提供され、それが利用者の方をどのように支えているのか、また効果的なサービスを提供するためにどのような工夫がされているのかについて、時系列に沿ったサービス提供の内容や具体的な人員配置も含めてご紹介いたします。



事例集の見方について

自立生活援助と併設で運営している事業（計画相談支援、共同生活援助、居宅介護、宿泊型自立訓練）ごとに、個別の支援事例、事業所の概要、取組みの工夫を紹介しています。

大項目	小項目	概要
1 個別の支援事例	<ul style="list-style-type: none"> 事例の概要 支援の1年の流れ 個別支援計画 	<ul style="list-style-type: none"> はじめに、事例の対象となる利用者の方のプロフィールとサービス導入の背景について示しています。 「支援の1年の流れ」では、1年間の支援の中で利用者の方の様子や支援内容がどのように変わっていったのかをまとめています。 「個別支援計画」では、実際に事業所で作成された計画を、事業所で工夫されているポイントとともに掲載しています。
2 事業所の概要	①法人について <ul style="list-style-type: none"> 法人の概要 同一法人で運営する事業 	<ul style="list-style-type: none"> 事業所の所属する法人の概要と、同一法人で運営する事業を簡単に紹介しています。
	②事業所について <ul style="list-style-type: none"> 事業所のある地域 利用者数と利用者像 事業所の体制 職員のある一日の流れ 	<ul style="list-style-type: none"> はじめに、事業所が立地する地域の様子や、自立生活援助の利用者数・利用者像等について、事業所の特徴をまとめています。 「事業所の体制」では、自立生活援助に対応するための組織体制と、各支援者の簡単なプロフィールを紹介しています。 「事業所スタッフのある1日の流れ」では、複数のサービスを兼務するスタッフ等の一日のスケジュール例を掲載しています。
3 取組みの工夫		<ul style="list-style-type: none"> 各事業所が自立生活援助に取り組む上で工夫していることについて紹介しています。 その他、同一法人が運営する事業や併設事業間での影響やシナジー効果についても触れています。

1. 計画相談支援と自立生活援助の事例

※精神障害者が主な利用者

(1) 個別の支援事例

同居の家族が急逝し、生活の立て直しを要したケース



松本花子さん（仮名）

- ・松本さんは50歳代の女性で、統合失調症の診断を受けています。
- ・アパートで父と二人暮らしでしたが、1年前に父が他界し一人暮らしになってしまいました。（※①）

計画相談支援事業所は父の訃報を受け数日後の松本さんと会いました。口を開くと涙がこぼれる落ち着かない状態ではありましたが、今日明日と続く生活に必要な支援を話し合い、ヘルパーや訪問看護の頻度を増やし、モニタリングに毎月行けるよう再調整しました。

その半年後、ヘルパー事業所から「髪が伸びたが散髪を促しても行かない」との相談がありました。松本さんに話を聞くと、以前父と行っていた理髪店が閉店したため「もう行かない」。伸びた髪の毛は「暑い」「切りたい」が、訪問理容や自宅近くの理髪店は「緊張する」とのこと。話し合いの末、「外に出たついで」ならば「何とか行けそう」とのこと、利用先の地域活動支援センター近くの理髪店を試すことにしました。この時、口腔衛生目的

の歯科や定期的な血液検査にも「父と一緒にではないから」という理由で行かなくなっていたことがわかりました。

計画相談支援は、新たな行先を探したり一緒に行ったり、予約のとり方を一緒に確認したりできるサービスとして自立生活援助を松本さんに提案し、早速利用することになりました。自立生活援助では、散髪だけでなく歯科や血液検査も地域活動支援センター近くに医療機関を探し、鈴木さんに提案しました。一緒に予約をとり、そのとり方を確認し、現地まで同行し、結果を関係者と共有するという支援を半年程続けました。

その後、松本さんは緊張感を覚えずに新たにつながった場所を利用できるようになりました。しかし同様の支援は今後も必要との意向でした。自立生活援助は、予約をとる支援を地域活動支援センターに、理髪店や医療機関への同行をヘルパー事業所に引継ぐ話し合いを松本さんも含めて行い、1ヵ月程は引継ぎ先の事業所とも一緒に支援をしました。現在、引き継がれた支援は継続され、髪も歯も「きれいでしょ」と笑顔で話す状況が続いています。




【令和3年度報酬改定のポイント】

① 自立生活援助サービス費（Ⅰ）の対象者に、同居家族の死亡及びこれに準ずる理由として市町村が認める理由により単身生活を開始した日から1年以内の者が加わります。本事例のようなケースでは、令和2年度まで報酬上「自立生活援助サービス費（Ⅱ）」が適用されてきましたが、報酬改定により令和3年からは「自立生活援助サービス費（Ⅰ）」が適用されるようになります。



支援の1年の流れ（松本さんの例）

本人のペースを考慮しつつ、無理なく次の支援者にバトンをつないでいく支援を実施。

支援開始からの経過												
	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
業務内容	定期巡回※毎週			定期巡回※2回/1ヵ月			定期巡回※2回/1ヵ月			定期巡回※2回/1ヵ月		
※イベント ※トラブル等含む	 アセスメント期			 関係作り・維持期						 引継ぎ期		
本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> 理容室は行きたいが、新しい場所は緊張する。 歯医者にはしばらく行ってない。虫歯はあるが痛くないので大丈夫。 内科の検査もたぶん健康だと思うので要らない。 			<ul style="list-style-type: none"> 「見に行くだけなら行ってみようかな」 ↓ 「一度だけなら行ってみようかな」 ↓ 「一緒に行ってくれるならまた行こうかな」 			<ul style="list-style-type: none"> 予約をとる月、一緒に理容室、歯科、内科医療機関等へ行く月を繰り返す。 ↓ 「次はいつですか？」と話すように変化。 			<ul style="list-style-type: none"> 「一緒に行ってくれないの?」 ↓ 「Gさんが信頼できる人なら大丈夫かしら」 		
行動 支援者の考え	<ul style="list-style-type: none"> 不安や緊張を傾聴。 これまで何故行っていたのか、行ってみたいかどうか等を振り返り。 話し合いには相談支援専門員や就労継続Bの職員が同席。面接場所も就労継続Bを間借りするなど工夫。 			<ul style="list-style-type: none"> 「まずは見に行くだけ」等心理的な負担を軽くしながら促し。 周囲の関係者からも、「髪を切ったほう、前歯の虫歯が見えないほうがきれい」等促し。 			<ul style="list-style-type: none"> 髪型の変化や笑顔からこぼれ見える白い歯に、関係者だけでなく、就労継続Bの利用者等もポジティブな反応。 利用終了後の体制を検討。 			<ul style="list-style-type: none"> 「自立生活援助による支援」を、[ニーズ把握とサービス調整]を地活に、[同行支援]をヘルパー（移動支援）に引継ぎ。 ※ヘルパー支援は初回のみ同行。 		

個別支援計画（松本さんの例）

生活環境に大きな変化が生じた利用者ご本人の困りごとを丁寧に整理し、地域資源も活用した具体的な解決策を検討し、盛り込んでいる。

自立生活援助計画

氏名	松本 花子	自立生活援助事業所名	XXX	サービス管理責任者名	XXX
受給者証番号		計画作成日	XXXX年XX月XX日	利用者同意署名欄	

利用者及びその家族の生活に対する意向 (希望する生活)	父が亡くなり、一人暮らしになりました。ヘルパーさんに料理や掃除洗濯など手伝ってもらっていますが、父と一緒に来てくれていた歯医者や理容室などから足が遠のきました。周りの人達から「行ったほうがいいよ」と言われますが緊張するのであまり気が乗りません。
総合的な支援の方針	生活スタイルを変えず、しかし生活の質が向上するよう、家族が亡くなり行えていないこと（歯科医や理容室に行けるようになること）を、情報提供や同行等を通じて整えること。

生活全般の質を向上させるための課題（自立生活援助上のポイント）

数ヵ月髪を切っておらず、夏場は「暑い」とも話していた。以前父と行っていた理容室は閉店し、新たに散髪をする店を新規開拓する必要がある。

前歯の虫歯が目立つが、痛みは無く「治療なくていい」と話す。かかりつけの歯科医は自宅から遠く、通所先の近くで新規開拓できれば行きやすいのではないかと他の支援関係者からは意見があった。

定期的に血液検査をしていたが、父が他界してからは「行かなくていい」と話す。血糖値や中性脂肪が高かった経緯あり。

支援目標と支援内容

No.	支援目標	支援内容	頻度	達成時期	留意事項
1	通所先の近くに理容室を新規開拓し、定期的に行けるようにすること。	・通所先と連携し、理容室の情報収集をする。 ・理容室に同行し、予約のとり方、待ち時間等を確認。自身が行きやすくなるようにする。	1～2週に1回	XXXX年XX月（まずは6ヵ月後を目標）	強く緊張を訴えており、行くこと自体に抵抗感を覚えている。
2	通所先の近くに歯医者さんを新規開拓し、定期的に治療等ができるようになること。	・通所先と連携し、歯科医の情報収集をする。 ・歯科医に同行し、治療期間の目途等を確認。定期受診が必要な場合ヘルパーへつなげる。	1～2週に1回	XXXX年XX月（まずは6ヵ月後を目標）	同上
3	検査の必要性を確認し、必要な場合は検査の継続ができるよう調整すること。	・検査実施病院に同行し、検査を実施の上、継続的に必要か否かを確認。 ・定期的な検査が必要な場合ヘルパーへつなげる。	月に1回程度	3ヵ月後	検査は1年近く実施していない。

スケジュールの目安

No.	1ヵ月目	2ヵ月目	3ヵ月目	4ヵ月目	5ヵ月目	6ヵ月目	継続見込
	XXXX年XX月	XXXX年XX月	XXXX年XX月	XXXX年XX月	XXXX年XX月	XXXX年XX月	
1	通所先近くの理容室探し	理容室の下見	理容室への同行	先月の理容室でよいか確認、次月の予約	理容室への同行	先月の理容室でよいか確認、次月の予約	有
2	通所先近くの歯科医探し	歯科医の下見	歯科医への同行	治療の見通しの再確認、次月の予約	歯科医への同行	歯科医への同行	有
3	検査の予約	検査への同行	定期検査が必要な場合、相談支援と支援体制見直し				無

(2) 事業所の概要

① 法人について

法人の概要：法人全体の方針として、地域との協働を大切にしています。具体的には、地域環境をきれいにする活動や災害チャリティ、商店街に活気を持たせるイベント等に合流する等しています。また、法人全体の定期的な研修会等の中で、これらの方針の重要性を再確認する機会を設け、法人間サービス同士の交流も図るようにしています。

同一法人で運営する事業：

相談支援、自立訓練（生活訓練）、生活介護、共同生活援助、地域活動支援センター I 型

② 事業所について

事業所のある地域：鉄道・バス等のアクセスも良く、活気のある商店街が近くにある地域です。事業所でも地域との交流が日頃から行われています。

利用者数と利用者像：自立生活援助の利用者は概ね1月15人程度です。退所・退院後の利用者よりも、家族等の事情により生活を立て直すために利用する方が多い現状です。

事業所の体制

自立生活援助は4名の常勤、2名の非常勤の職員で運営しており、常勤職員は相談支援との兼務。

自立生活援助	指定一般相談支援	指定特定相談支援
・サービス管理責任者 ●A常勤	・管理者 ●A常勤	・管理者 ●A常勤
・地域生活支援員 ●B常勤	・相談支援専門員 ●B常勤	・相談支援専門員 ●B常勤
・地域移行支援員 ●C常勤	・相談支援専門員 ●C常勤	・相談支援専門員 ●C常勤
・地域移行支援員 ●D常勤	・相談支援専門員 ●D常勤	・相談支援専門員 ●D常勤
・地域生活支援員 ●F非常勤	・相談支援専門員 ●E非常勤	・相談支援専門員 ●E非常勤
・地域生活支援員 ●G非常勤	・地域移行支援員 ●F非常勤	

スタッフのプロフィール ※バックグラウンドや資格、強み等

Aさん：主任相談支援専門員。社会福祉士、精神保健福祉士。キャリア20年以上のベテラン。
 Bさん：精神保健福祉士。請求事務もこなすバランスー。
 Cさん：精神保健福祉士。区の協議会にも参加。地域づくりにも関与。
 Dさん：精神保健福祉士。他事業所でサービス管理責任者経験もあるベテラン。
 Fさん：精神保健福祉士。キャリア30年以上のベテラン。地域移行支援や自立生活援助を牽引。
 Gさん：看護師。医療的な視点も持ちながら支援に関与。

職員のある1日の流れ

ご本人と関わる他の支援者と様々な場面で連携しながら支援を実施。

時間	場所	内容	備考
13時～14時30分	市内	・自立生活援助 個別訪問 (移動時間含む)	ヘルパーに「上手に買い物をお願いするためのリストづくり」を一緒に作成。→ヘルパー事業所へ進捗を報告。
14時30分～16時 15時30分	市内	・自立生活援助 同行支援 (移動時間含む)	就労継続支援B型事業所で利用者と合流し、理容室へ同行。整理券を出すところまで支援し、理容室利用の手順確認。
16時～17時	事務所	・事務所作業（訪問記録入力等）	

(3) 取組みの工夫

① 地域の力を活かす

他の実施事業も含め、地域への働きかけ、地域との協働を大切にした取組みをしています。例えば前述の個別のケースの①では理髪店や歯科等への「つなぎ直し」を挙げましたが、これらの資源は、法人の運営する計画相談支援・自立生活援助以外の事業においても関係性を築き、活用できるようにした資源です。このような働きかけは、個々に異なる、また、障害福祉サービスだけでは担いきれないこともある利用者のニーズに応えるべく、支援の可能性を広げることにつながるのではないかと考えます。

② 専従職員の配置

地域移行支援と自立生活援助の専従職員を配置することで、地域移行支援はもちろん、自立生活援助においても、随時対応に柔軟に応じることができています。特に自立生活援助では、環境の劇的な変化が背景にあることが多く、そのため予期せぬ出来事に直面することも多くあります。

また、計画相談支援との兼任職員は生活全体を俯瞰的にアセスメントできるが、サービス利用支援等の件数が増えるに伴い十分に時間を確保した関与が難しくなる状況も現実です。アセスメントを深める視点が重要なケースも多く、専従職員を配置していることで対応しやすくなっていると考えます。

2. 計画相談支援と自立生活援助の事例 ※知的障害者が主な利用者

(1) 個別の支援事例

身寄りもつながりも無い地域で、ゼロから一人暮らしを組み立てていったケース



佐藤一郎さん（仮名）

- ・佐藤さんは知的障害がある64歳の男性です。
- ・地域生活定着支援センターからの依頼を受け、60歳から相談支援を開始しています。

これまでの人生は同じく知的障害のある兄と二人きりで長く暮らし、民生委員さんやお寺の住職さんの支援を受け、地域から孤立しながらも何とか生活してきましたが、生活の苦しさから何度か窃盗の罪で服役を繰り返し、最後の服役中に自宅が大雪でつぶれ兄も亡くなっていました。その後は身寄りも住所地も無かったため、生活保護を申請、療育手帳も取得し、同法人のグループホームを利用していました。

グループホームの集団生活では人間関係が上手く構築できず、トラブルが多発していました。本人からも「集団生活は苦手だから一人暮らしがしたい」という想いが確認できたため、グループホームのサテライト型住居で一年間練習をした後、市営住宅での一人暮らしを始めています。これまでの人生の中で人に騙されてしまった経験が多いため警戒心が強く、新たな支援者に対しては最初はどうしても攻撃的になってしまいます。ヘルパー派遣や訪問看護も拒否してしまいますが、信頼関係ができていく複数の相談員に対しては、魅力的な笑顔と優しさを見せています。定期的に訪問しながら困り感を見極め、家事援助的な支援や買い物、散髪等の同行支援も提供しています。今後、関係者を一人ずつゆっくり増やししながら、介護保険移行後もケアマネージャーと連携し、二年目の自立生活援助を支給決定してもらい、伴走を続けていく予定です。

支援の1年の流れ（佐藤さんの例）

新たな支援者に対する不信感が強い為、丁寧に伴走しながら社会資源とつなげていった。徐々に本人の安心感が高まり、当初は月4回であった定期巡回も、月2回で十分な支援ができる程度になった。

支援開始からの経過												
	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回※4回/1ヵ月 ・サビ管も毎回同行 ・3ヵ月に一度会議開催 ・同行支援（散髪・通院） 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回※3回/1ヵ月 ・サビ管も2回同行 ・3ヵ月に一度会議開催 ・同行支援（散髪・通院） 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回※2回/1ヵ月 ・サビ管も1回同行 ・3ヵ月に一度会議開催 ・同行支援（散髪・通院） 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期巡回※2回/1ヵ月 ・3ヵ月に一度会議開催 ・同行支援（通院） 		
※イベント等含む	<ul style="list-style-type: none"> ・市営住宅の湯沸し器の扱いが難しく、なかなか入浴することができない ・食生活が崩れて健康状態が悪化 ・煙草を吸い過ぎ、無くなることで不穏となること生活介護事業所で多くなる 			<ul style="list-style-type: none"> ・湯沸し器の利用方法について写真入りの手順書を作成して練習するも一人では沸かすことができない(しない) ・足の痛みを訴え、浮腫みが確認されたため精密検査を実施し服薬開始 			<ul style="list-style-type: none"> ・インフルエンザにかかりしばらく生活介護事業所へ出勤停止となり、暇すぎてイライラすることが増えたが、通いだすと安心できた様子 			<ul style="list-style-type: none"> ・食生活が原因と思われるが血糖の数値が悪化している（服薬を検討することに…） ・通院に一人で行くことを目指したがやはり健康に対する不安が強く同行がまだ必要であると判断する 		
	相談支援専門員（サビ管）と地域生活支援員が中心に関わる時期						新たな後見人さんとの関係作り・維持期					
	後見人に威嚇行動											
本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな後見人に対して威嚇的な行動が確認された ・新たな病院に通院同行するも、緊張感が高く、採血一つとっても痛みに対して威嚇的になってしまう ・人見知り強い為、月に1回の団地清掃も緊張気味 ・女性の地域生活支援員に対して乱暴な言動が目立った 			<ul style="list-style-type: none"> ・体調不良を支援者に訴えてくれるようになる ・後見人に対しても穏やかに接することができるようになる ・組長さんと関係ができ、団地清掃に関するストレスが減った様子 ・女性の地域生活支援員に部屋の掃除をさせてくれるようになった 			<ul style="list-style-type: none"> ・後見人に誘われ、社会福祉協議会の所有している温泉施設に定期的に入浴しに行くようになる ・買い物や散髪、通院等見通しが持てるようになったようで、穏やかに過ごすことが多くなった 			<ul style="list-style-type: none"> ・女性の地域生活支援員にも常に穏やかに接してくれるようになった ・関係性のできている組長が交代になることがわかり不安が強くなる 		
支援者の考え	<ul style="list-style-type: none"> ・新たな主治医になる先生にこれまでの生き立ち、個性特性を詳しく引継ぎを行う ・市営住宅の目の前が市営の総合病院のため、緊急時に頼ることができるような関係性を築くことを目標とする ・市営住宅の同じ棟に相談員の知り合いが住んでおり、たまたまこの年組長であったため、サポートを依頼 			<ul style="list-style-type: none"> ・お金を渡したり本人のメリットとなることを後見人さんにお話し、関係づくりを進めていた ・掃除や片づけ等、本人のメリットとなることを女性の地域生活支援員に積極的に行ってもらった 			<ul style="list-style-type: none"> ・関係者を多くし過ぎない方が良いと考え、家事援助の導入は先送りの課題とする 			<ul style="list-style-type: none"> ・地域定着支援の導入もしくは自立生活援助の延長かを検討する。 ・65歳ではあるが介護保険に移行する時期に関して行政と話し合いを実施 ・新たな組長さんに対しての引継ぎを関係性のできている住人をお願いする（人間関係を広げていくためにも…） 		

個別支援計画（佐藤さんの例）

警戒心が少しでも軽減する様に少しずつ社会資源を増やしていくことを念頭に置いて作成。

個別支援計画

事業所【事業名】

XXX

利用者氏名：

佐藤 一郎

作成年月日

年

月

到達目標

(1) 長期目標（内容及び期間） 介護保険の活用も含め、新たなライフステージをイメージできるようになる
(2) 短期目標（内容及び期間） 気軽に話ができる方（笑顔で冗談が言えるような…）困った時に頼れる方が地域に増え、援助要請が出せる

留意事項	
医務的指示書	有・無
保健・給食	有・無
その他指示書	有・無
年齢	64歳
預貯金額 (現在の年収支)	生活保護
虐待防止のための 行動支援計画	有・無

具体的な到達目標及び支援計画等

本人のニーズ 【解決すべき課題】	支援目標 【目標とする到達点】	本人の役割	支援者の役割【具体的な支援内容】	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者
・不安がある時には誰かが来て欲しい	・定期的に訪問し、困った時に頼ってくれるような関係性が構築できる ・拒否の裏側の不安を見極められ、解消できる	・訪問時に鍵を開ける ・困っていることを何らかの形で伝える	・定期的に訪問し、次回の訪問日時を確実にカレンダーに記入する ・確実に服薬できているかを確認する ・聞けばやらなくて良いと言うが、掃除・片づけを自然な形でお手伝いする ・不安を抱えている様子であれば関係機関に報告する	1年間 月に2回以上	地域生活支援員
・近くのスーパーで買えないものの購入や散髪に行きたい	・買い物同行支援や散髪同行支援をすることで、一人で行くことができる店舗や社会資源が増える	・お金を節約する	・できるだけ近隣で買い物（できれば自転車や公共交通機関で行くことができる場所を選定する）をし、行き方が本人にわかる様に心掛ける ・所持金では買えないニーズの際は後見人に連絡する	1年間 月に2回程度	地域生活支援員 ガイドヘルパー
・健康的に生活したいとは思いがどうすれば良いかわからない	・通院同行することで、本人の不安が主治医に適切に伝わる ・主治医が困った時に頼れる存在として認識される	・甘いものを食べ過ぎない ・Drの話聞く	・本人の訴えがスムーズに主治医に伝わる様に支援する ・主治医の言葉をわかりやすく言い換えると共に、主治医に伝わりやすい言い方を伝えていく	月に1回～	地域生活支援員 相談支援専門員 主治医

総合的な援助の方針

<p>【生活の場】：初めての一人暮らしを開始している。自立生活援助で定期的に訪問し、自立生活を応援する（生活課題に対応する）</p> <p>【心理解】：不安は沢山あると想像されるが、なかなか自分からは言い出せないことが想像される。心理解に努め援助要請が出しやすい環境を整える</p> <p>【活動の場】：今後も達成感の味わえるように強みを活かせる活動を提供していくと共に、高齢期に向けた生きがいつくりの視点も大事にする</p> <p>【社会参加】：これまでの関係者が適切に関わりながらも、新たな生活の場付近の社会資源とのつながり、新たな関係者とのつながりを意識する</p> <p>【相談支援】：漠然とした将来像が、具体的なイメージとなるように、経験的な意思決定支援を丁寧に行っていく</p>

年月日：

年

月

日

利用者：

印

サービス管理責任者：

印

(2) 事業所の概要

① 法人について

法人の概要：平成に入って直ぐに知的障害者入所更生施設を開設しています。10年後、社会福祉基礎構造改革の理念の下「地域での当たり前の生活」の実現に向けて地域支援（レスパイトサービス）を開始し、地域の社会資源の充実を目標に取り組んできています。現在は「入所施設全体の地域移行」を開始しており、地域生活支援拠点等（※①）としての機能を果たすことを目標としています（相談支援部は拠点登録されており、緊急の短期入所ニーズ等に対して柔軟に対応している）。

同一法人で運営する事業：

障害者入所支援施設、共同生活援助（GH、単独型短期入所）、生活介護、地域活動支援センター、地域生活支援（居宅介護・行動援護・重度訪問介護・同行援護・単独型短期入所・移動支援・日中一時支援・生活訓練・福祉有償運送事業）、相談支援事業（指定特定相談支援【特定事業所加算Ⅱ型】・指定一般相談支援・自立生活援助・市町村委託相談支援・地域療育等支援事業・相談支援体制整備事業・ピアサポーター事業）

※地域支援事業では自立支援法施行前は「レスパイトサービス」を行っていました。「障害があっても地域で生活し続けることができるように」という理念の下、不定形のサービスを柔軟に提供していました。その取り組みが現在の相談支援事業の基本方針に大きな影響を与えています。どんなに制度が整っても必ず隙間が生まれます。自立生活援助はその隙間を埋めることができるサービスの一つであると考えます。現在でも相談支援と地域支援で連携しながら、柔軟にサービスを提供していることが法人の特徴です。

② 事業所について

事業所のある地域：事業所のある市町村は過疎化が進む山間地が半分を占めており、人口3万5千人程の規模となります。市内に入院機能を持つ精神科病院が2ヶ所、障害者支援施設が3ヶ所存在します。基幹相談支援センターが期待される機能を果たしており、地域（自立支援）協議会には相談支援部会、地域移行部会が設置され、相談支援部会の部会長を自事業所で担っています。

利用者数と利用者像：現在の自立生活援助利用者は7名ですが、定員は10名と考えています。なお、今後はピアサポーター（※②）の方々を地域生活支援員として登録することも検討しており、実現すればかなり定員数を増やすことができるとも考えています。

【令和3年度報酬改定のポイント】

- ① 自立生活援助の運営規定に地域生活支援拠点として明記されており、都道府県に届け出がされている事業所については、緊急時支援加算にさらに追加の加算がつくことになります。
- ② 要件を満たすピアサポーターをそれぞれ常勤換算方法で0.5人以上配置している場合、加算の対象となります。



事業所の体制

4人の相談支援専門員で特定事業所加算Ⅱ型の指定を取り、移行・定着相談・自立生活援助も兼務で実施。

自立生活援助	指定一般相談支援	指定特定相談支援
・サービス管理責任者 ●A常勤	・管理者・相談支援専門員 ●A常勤	・管理者・相談支援専門員 ●A常勤
・地域生活支援員 ●B常勤	・相談支援専門員 ●B常勤	・相談支援専門員 ●B常勤
・地域生活支援員 ●C常勤	・相談支援専門員 ●C常勤	・相談支援専門員 ●C常勤
・地域生活支援員 ●D常勤	・相談支援専門員 ●D常勤	・相談支援専門員 ●D常勤

スタッフのプロフィール ※バックグラウンドや資格、強み等

Aさん：児童自立支援施設で働いたのちに同法人に入職。社会福祉士、教員免許、ヘルパー二級等の資格を持ち、20年近く地域支援を行って来た為、地域の社会資源とのつながりが強い
 Bさん：福祉系の大学卒業後入職。社会福祉士、精神保健福祉士、ケアマネージャー等の資格あり。
 Cさん：入職して20年、入所施設、通所施設、グループホームのサービス管理責任者を経て、現在は相談支援専門員として従事。
 Dさん：重度の知的障害のある子どもの親として地域で活動した後、数年前に入職。地域とたくさんのネットワークを持つ。

自立生活援助の地域生活支援員に関しては、相談支援専門員の「専門性」ではなく「人間性（強み・興味関心）」に焦点を当て「支援対象となる方が一時間楽しく、気楽に過ごせる」ことに重点を置き、支援員を選定しています。また、緊急時に備えてしばらくは短期入所等も支給決定し、戻る場所を確保しておくケースが多いことも知的障害者支援の特徴と考えます。

職員のある1日の流れ

平日日中は通所事業所に通っている方が多いため、職員は日中地域の会議等に参加し、夕方の時間や土曜日に利用者への支援を行うことが多い。

時間	場所	内容	備考
8時30分	事務所	・出勤 朝礼（事例の共有）	
9時～11時	病院（市外）	・定着相談にて通院同行（脳神経外科：てんかん発作頻発）	* 普段は一人で通院できるが、発作が頻発する時期は同行支援が必要となる
11時～12時	事務所	・事務作業（モニタリング報告書の作成）	
12時～13時	事務所内	・昼食	* ランチミーティングをすることもある
13時～15時	市内	・（自立支援）協議会相談支援部会にて事例検討会	* 市内の相談支援事業所持ち回りで野中式の事例検討を実施している
15時30分～16時30分	市外事業所	・サービス担当者会議実施	* 年齢や地域の通所事業所ごとに担当ケースを分担し相談支援を実施している
16時30分～17時30分	市外	・自立生活援助（生活状況の確認）	* 日中は通所事業所に通っている方が多く、夕方若しくは土曜日の訪問が多くなっている
17時30分	市外	・自立生活援助先からそのまま帰宅	* 記録等は翌日出勤後にすることが多い

(3) 取組みの工夫

① 住宅確保の支援

住宅の確保：身寄りが無く、生活保護を受けていると住宅扶助の範囲内で住居を探すことの他に連帯保証人問題が必ず存在します。今回市営住宅に入居する際は、現在の相談支援体制、自立生活援助で定期的に訪問して生活課題に対応すること、法人の持っている事業でバックアップをすること等を書面で行政に示し、特例で連帯保証人無しで入居することができています。その様な交渉にもこのサービスは有効であると考えます。

② 地域移行に伴う後見人切替のサポート

支援当初は専門職（司法書士）の後見人が付いていましたが、財産管理が中心の後見業務でした。グループホームに入居される方は出身地が様々で、地域に送り出した途端に居住地特例が外れて、援護の実施者が変わってしまう方が多いため、生まれ育った地域でなければ社会資源は一から作り上げていく形となります。このケースは

後見人と話し合い、地域生活移行と同時に地域の社会福祉協議会の法人後見に切り替え、身上監護中心の社会資源を地域に作り出しました。新たな支援者には警戒心が強くなり、拒否的になるため、自立生活援助の訪問時に社協の職員に同行していただくことを重ね、ゆっくり役割分担していくことを心掛けました。


③ 心情理解と無理のない支援の引継ぎ

警戒心が強い為、通院や買い物一つとっても、地域の新たなヘルパー達と関係性を構築していくためには時間がかかります。大きく環境が変わることだけでもストレスがかかるため、自立生活援助の同行支援で、気の許せる相談員が自然な形で支援し、慣れてきたら移動支援のヘルパーに引き継ぐように心掛けました。社会生活場面における大きな転換期は、のりしろをできるだけ長く持つことも重要と考えます。

3. 共同生活援助と自立生活援助の事例

(1) 個別の支援事例

高齢だが人生で初めての一人暮らしに挑戦したケース



高橋照子さん（仮名）

- ・高橋さんは60代の女性で統合失調症の診断を受けています。
- ・精神科病院に長期および頻回入院があった後、当法人のグループホームに約5年入居していましたが、人生で初めての一人暮らしに挑戦することにしました。

まずはグループホームにて一人暮らしに向けた生活支援、引っ越しのための支援等を行いました。必要な家財道具をなるべく費用を抑えながら揃えたり、家族の支援が見込めなかったため保証人の調整についても支援を行いました。アパートに移ってからは生活上の様々な調整（配食サービス、家計支援、各種支払いの管理など）にも時間をかけて支援を行いました。

当初は不安や寂しさを訴える電話があったものの、定期的な訪問の中で、本人と対処法のマニュアルを作成したり、家計支援、服薬支援等を行い、本人も近隣との交流などができるにつれて落ち着いてきました。グループホーム時代から信頼関係のあるサービス管理責任者や地域生活支援員が継続的に支援に当たったことも、単身生活における安心材料になったと思われます。その後、加齢等による生活能力や身体機能の低下は見られたものの、関係機関等と連携しつつ、本人の持つ力を活かした支援を意識しました。また、時期により不安等が強くなることはあるものの、適宜訪問や電話での対応を行うことで対処できていました。サービス利用は1年の延長を経て、ケア会議などでこれまで当事業所が担っていた役割の分担、引継ぎを行い、アパートでの生活が維持できる体制を作ったのちに終結となりました。

支援の1年の流れ（高橋さんの例）

当初は深夜の対応も発生（※①）したが、徐々に落ち着いた生活ができるようになった。しかし、まだ通院や服薬に関する不安があり、日々の困りごとの相談相手が必要と判断し、サービスの1年の延長（※②）を申請。

支援開始からの経過												
	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ・定期訪問毎週5回 ・同行支援 月1回程度 ・ケア会議3ヵ月に1回 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期訪問毎週5回 ・同行支援 月1回程度 ・ケア会議3ヵ月に1回 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期訪問毎週5回/臨時訪問 ・同行支援 月1回程度 ・ケア会議3ヵ月に1回 			<ul style="list-style-type: none"> ・定期訪問毎週5回 ・同行支援 月1回程度 ・ケア会議3ヵ月に1回 		
※イベント等含む	<p>グループホームからの支援の継続</p> <p>アパート生活への移行期生活状況のアセスメント</p> <p>身体疾患への対応</p> <p>アパート生活の維持・不定期突発的事象への対応</p> <p>アパート生活の維持安定＋充実満足度調査の実施、今後の検討</p>											
本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・「グループホームより自由でいい感じ」とアパート生活に期待を抱いている ・色々な手続きや初めて届書類などに対し、不安に思うことも多い ・特に夜は一人きりで不安、落ち着かない 			<ul style="list-style-type: none"> ・「アパート生活は気楽でいいけど、寂しくなってしまう時がある」 ・電化製品の故障など、突然のハプニングに見舞われることがある ・生活全般は徐々に安定 			<ul style="list-style-type: none"> ・身体疾患の治療が必要となる ・「先生の言っていることもわからないし、診察に行くのも怖い」との訴え ・新しい薬も処方され、きちんと飲めるか不安そうな様子 			<ul style="list-style-type: none"> ・「大変だったけど何とか身体も大丈夫になってよかった」 ・「お風呂に入るのが大変（部屋のお風呂が狭くて浸かれない）」との訴え ・本人の希望も考慮し、アセスメントを実施の上、事業の延長を希望 		
行支援者の考え	<ul style="list-style-type: none"> ・アパート生活を始めるに当たっての様々な手続きの支援 ・随時の連絡対応を含め、細やかな支援を行う ・関係機関とも連携を取り、状況の共有、確認を行う 			<ul style="list-style-type: none"> ・「こんな時どうする？」という対処法マニュアルを本人と作成 ・随時の連絡対応は継続して実施し、本人の安心につなげる 			<ul style="list-style-type: none"> ・診察への同行支援（診察場面まで同行し、本人と内容を確認したり、本人の想いを伝えられるよう支援） ・他機関とも連携し、診察への同行や服薬支援を調整 			<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議で本人のニーズに応じたサービスの導入を検討 ・関係機関とこれまでの支援方針などを共有し、本人の力を活かした形でのサービス利用ができるよう調整 ・自立支援事業の延長を検討（相談支援専門員、市町村との調整） 		

【令和3年度報酬改定のポイント】

- ① 深夜帯（午後10時～午前6時）において、利用者等からの緊急要請に基づき訪問対応や電話相談を行った場合は、新たに緊急時支援加算の対象となります。
- ② 標準利用期間を超えて更にサービスが必要な場合については、原則1回ではなく、市町村審査会の個別審査を要件とした上で、複数回の更新が認められます。



個別支援計画（高橋さんの例）

希望する生活（自分の人生は自分で決めること）を尊重し、アセスメントに基づく必要な支援や隠れたニーズを包括的に計画に反映。また、一方的な支援にならないよう、強みを引き出し、本人の果たす役割を明らかにし相補的な計画としている。なお、個別支援計画には概略のみ記載し、詳細な計画は別紙に本人の言葉で記載。ニーズが変化した際はタイムリーに計画を変更してケア会議行い、支援者となるべく早く調整することを心がけている。

個別支援計画書											
サービス名	自立生活援助事業			事業所名	XXX			事業所名	XXX		
利用者名	高橋 照子 様			性別	女						
障害支援区分			○								
	非該当	1	2	3	4	5	6	未認定			
期間	平成30年 7月 1日			～	平成30年 9月 30日			作成者			
本人（家族）の希望・目標											
安心して単身生活をおくる											
ニーズ	支援目的	サービス内容					頻度	担当者・摘要			
不安はあるが安心してアパート生活をおくりたい	アパート単身生活に必要な生活技能を身につける	①アパート単身生活への支援（具体的計画は別紙） ②自立生活援助事業（XXX）別紙 ③生活保護担当者との連携					週1回	①B病院（PSWYさん） ②自立生活援助事業XXX（サービス管理責任者N） 地域生活支援員（Wさん） ③生活保護担当者（Eさん）			
具合が悪くなる前に相談する（薬が上手に飲めない）	不安や寂しさで耐えられなくなる前にスタッフと相談し一緒に対処できるようにする。	①薬の自己管理支援（訪問看護） ②日中の心配ごとはB病院PSW、地域生活支援員に相談					週1回	訪問看護Iさん B病院（PSWYさん） 地域生活支援員Wさん			
お金をうまくつかえるようになりたい	単身生活に向けた生活費を理解できるようにする	①日常生活自立支援事業「すまいる」の利用（単身向け） ②家計簿支援（本人が家計簿をつける・単身生活へ向けての家計支援） ③単身生活に必要な家具什器「サポートハンド事業活用」					月2～4回	・本人が中心 ・XXX（HさんYさん） ・自立生活援助事業（サービス管理責任者N、地域生活支援員W）			
緊急時の相談	不安が強くなる前に相談し対処できるようにする	①訪問看護夜間は緊急時のみ ②自立生活援助事業Wさん ③B病院救急センター					適宜	訪問看護（Iさん） 地域生活支援員（Wさん）			
生活上の不安、不得手なことがあるから助けてほしい	自力では困難な制度利用、単身生活への不安を時間をかけ安心して行えるようになる	単身生活技能（食⇒今後居宅支援利用検討、G.H.O.B参加）（洗濯⇒地域生活支援員声掛け）、ごみだし等単身生活向け支援（別紙参照） A市配食サービス					適宜	相談支援専門員（Iさん） 地域生活支援員Wさん			
単身生活の力をつけたい	初めてのことから不安を軽減するために時間をかけて練習する	地域社会のルールを知る技能を身につける（別紙） ・買物は自力で近所で行う ・地域生活の約束事（別紙）					適宜	サービス管理責任者（N） 地域生活支援員Wさん			
別紙 ・アパート生活を始めるための約束事参照 ・1ヵ月の生活費参照 ・単身生活アセスメント入居後実施→こんな時どうするの（別紙参照）							本人または代理人の同意				
							日付 平成 年 月 日				
							署名 本人				

(2) 事業所の概要

① 法人について

法人の概要：障害の重い方でも「住まいや生活の支援があれば地域で暮らしていける」と考え、長期入院者の退院促進、及び社会参加に力点を置き、フォーマル・インフォーマルな地域活動を展開しています。

同一法人で運営する事業：

グループホーム／就労継続支援B型／就労移行・定着事業／生活訓練（自立訓練）／生活介護事業所
 ※その他、「心のバリアフリーなまちづくり」を目指す法人として、障害福祉サービスのみでなく当事者研究・生活資金の無利子貸し付け等インフォーマルな事業

② 事業所について

事業所のある地域：人口6.5万人の農業が盛んなまちですが、医療機関（精神科病院・総合病院）やグループホーム、就労系事業所が地域に多く点在しています。長期入院者の地域移行支援活動は国の施策以前から先駆的に活動していました。現在は医療・保健・福祉が連携して地域の課題に取り組んでいます。

利用者数と利用者像：利用者は1ヵ月平均2～3人で推移しています。様々な要因でグループホームから一人暮らしを希望する方、頻回入院の経験者で家族の支援や地域の支援が希薄な方など利用者像は様々ですが、地域で丁寧な相談や柔軟な生活支援が必要な障害者（精神）と考えています。

事業所の体制

自立生活援助は2名の職員が担当しており、2名は共同生活援助を含む複数の事業に携わっている。（※③）

自立生活援助	共同生活援助	生活介護／自立訓練（生活訓練）
・サービス管理責任者 ●A常勤	・サービス管理責任者 ●A常勤	・サービス管理責任者 ●A常勤
・地域生活支援員 ●B常勤	・生活支援員 ●B常勤	・生活支援員 ●B常勤

スタッフのプロフィール ※バックグラウンドや資格、強み等

Aさん：ベテラン精神保健福祉士。医療機関での精神保健福祉士業務に長年従事していた。
 Bさん：精神保健福祉士。グループホームの生活支援員を経験し、訪問型生活訓練などにも従事。

職員のある1日の流れ

午前中は自立生活援助以外の事業に携わり、午後は自立生活援助の個別訪問やケア会議を実施。その時の必要に応じて関係機関との連携も行う。

時間	場所	内容	備考
9時～13時	事業所	・多機能型事業所（訪問、事務等）	
13時～14時	事業所	・事務作業、訪問準備、昼休憩	
14時～17時	市内	・自立生活援助、個別訪問 ・ケア会議の開催 →関係機関との連携、調整	利用者も含め、他機関との近況の共有や整理、調整を行う。不安や寂しさなどを感じることも多いため、本人なりの対処法をまとめた「こんな時どうするの」を作成する。
17時～18時	事業所	・事務作業（訪問記録入力等）	
18時～19時	市内	・自立生活援助、個別訪問	利用者が仕事から帰宅後の訪問。近況や服薬の確認を行い、気になることなどの聞き取りを行う。

【令和3年度報酬改定のポイント】

③ サービス管理責任者と地域生活支援員の兼務が認められることとなります。これにより、特に小規模の事業所であっても自立生活援助事業を行うことができるようになります。



(3) 取組みの工夫

① 同一の支援者による支援の継続

グループホームと同じ職員が支援を継続することにより、信頼関係が既に構築されている中で、一人暮らしの不安や生活のしづらさ等のアセスメントも早期にでき、希望やニーズを支援者が的確に把握しやすくなります。

② 頻回なケア会議による支援者との連携強化

高齢で頻回入院を経験し人生で初めての単身生活を試みた高橋さんの不安に寄り添うために、職員は柔軟な生活支援、夜間の相談、身体疾患への通院同行など支援を密に行いました。支援者が多くても役割が限定されがち

で本人のその時々ニーズに合わないことがあります。そのためケア会議を2～3ヵ月に1回と頻回に行い、本人も参加することで支援者との連携に工夫しました。

③ 私にもできる一人暮らしのモデル

グループホームは終の棲家という気持ちが利用者・職員とも強く、高齢になるほど単身生活へ挑戦しないことが多いようです。その中で、一人暮らしに挑戦した仲間がいることはよいモデルとなり、グループホーム内の活気につながる他、次に一人暮らしに挑戦する方の機運が芽生える可能性があります。

4. 居宅介護と自立生活援助の事例

(1) 個別の支援事例

退院後に親元を離れ独居生活を始められた方のケース



田中弘さん（仮名）

- ・田中さんは40代の男性で、統合失調症の診断を受けています。
- ・一般の大学を卒業・就労もされていましたが、病状が悪化し仕事を辞めて母親と二人で生活をされていました。

転居等をきっかけに被害妄想が悪化した結果、隣人トラブルが原因で入院となりました。入院中の治療により病状も安定し、地域へ戻ることになりましたが、依存してしまっていた母親とは別れ新たな土地での单身生活を決意されます。

田中さんは、初めての单身生活で家事の経験は殆どありませんでしたが、普段の物事の理解力は高く家事援助は週1回で十分と見立てました。ですが障害福祉サービスの利用も初めてであり生活保護の受給・障害年金など様々な手続き、郵便物の処理などがうまくできるのか不安を訴えられており、家事の援助も代行や共同作業より

も相談・助言の支援が多くなるであろうと見込み自立生活援助の利用もされることになりました。その他にも訪問看護の利用（週2回）、移動支援の支給も受けられました。

退院後すぐにサービスを開始しましたが、居宅介護では主に掃除や調理を共同で行っていき、自立生活援助では郵便物の確認や日々の生活上の不安を聞いて対処法を田中さんと相談をしていきました。

入院中に一通りの家具は揃えられていたものの、細かい掃除道具や生活便利品などは一切無く、掃除で使う洗剤や道具の購入、調理をする為の器具・食材（購入場所含む）等の購入も本人ができるようにする必要がありました。その為に居宅介護と自立生活援助の両方で情報共有をして必要なものを洗い出し、自立生活援助で作りたいメニューのレシピを相談してメモを作成したり、掃除で必要になった洗剤や道具を田中さんと地域の商店街を同行するなどをして進めていきました。

支援の1年の流れ

利用者の症状が悪化した際は早めに医療機関へ情報を連携し（※①）、必要に応じ短期の入院も挟みながら自立した生活に向けた支援を行った。

支援開始からの経過												
	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助*週1回 居宅介護*週1回 		<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助*週1回 居宅介護*週1回 		<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助*週1回 居宅介護*週1回 		<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助*週1回 居宅介護*週1回 		<ul style="list-style-type: none"> 自立生活援助*週1回 居宅介護*週1回 			
む※イベント等	<p>関係作り・維持期</p> <p>入院（1回目）</p> <p>隣人トラブル！</p> <p>入院（2回目）</p> <p>解決導入・評価期</p>											
本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> 支援者の助言を積極的に受け入れ、意欲的に生活をされている。 精神的なストレスも聞かれない。 バランスの良い食事をとりたいが調理環境・知識が無いのが悩み。 		<ul style="list-style-type: none"> 「隣の生活音で眠れない」などの訴えが現れ、徐々に生活に変化がなくなり始める。 身体の愁訴が強くなり、支援者に付き添われ休養入院される。 		<ul style="list-style-type: none"> 退院後、落ち着かれた様子であったが、頻回に外出されるようになる。 表面上は、問題なく生活をしているようだったが、再び隣人の生活音に対する被害妄想が悪化。支援者に説得され入院となる。 		<ul style="list-style-type: none"> 入院を経て自身の病状や対処について理解を得られたよう。ショートステイなどの利用も希望される。 					
行動支援者の考え	<ul style="list-style-type: none"> 情報支援を積極的に行い、その後自身で解決できているか観察していく。 電子レンジのみで調理できるレシピを提案、環境整える為に外出同行なども行う。 		<ul style="list-style-type: none"> 新しい提案を受け入れることが難しい状態。困りごとがないか、不安などを傾聴する。 居宅介護で生活環境の維持をしていく。 		<ul style="list-style-type: none"> 生活状況が掴みにくい状況であり他の支援者との連絡を密に行い本人の変化に注意していった。 		<ul style="list-style-type: none"> 退院カンファへ参加。一定の生活環境は整っており今後は、地域定着支援への移行を提案・協議する。 定期的な訪問・環境維持の為に居宅介護は継続することとなる。 					

【令和3年度報酬改定のポイント】

① 医療と福祉の連携の促進の観点から、あらかじめ利用者の同意を得て、精神障害者が日常生活を維持する上で必要な情報を精神科病院等へ提供した場合、月1回を限度に加算の算定が可能となります。



個別支援計画（田中さんの例）

短期的には体調異変や緊急時に速やかに対応できる体制づくりを重視して計画を策定。

個別支援計画(自立生活援助)

利用者氏名：田中 弘 様

作成年月日 XXXX / XX / XX

期間 / / ~ / /

【サービス等利用計画の総合的な方針】

地域での単身生活を継続する為に、ご本人に意向や希望を踏まえつつ、体調異変や緊急時などに迅速な対応が取れるよう本人との関係作りや連携体制の構築に努めます。

【長期目標】

支援者との関わりに慣れ、無理のない生活方法・ペースを見つけ地域生活を継続していくことができる。

【短期目標】

報告・連絡・相談を自身から行い、支援者に遠慮なく自分の気持ちや考えを伝えることができる。

具体的な到達目標及び支援計画等

具体的到達目標	本人の役割	支援内容 (内容・留意点等)	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者
調理環境を整え、インスタント食品などに偏らない食事を摂ることができる	支援者と一緒に自身でできる調理方法・環境づくりを考える。	調理器具などの購入品の相談・助言 レシピの検討・メモの作成 必要に応じての買物への同行	1年	
様々なサービス・制度を活用・管理することができる。	郵便受けを都度確認をする。 手続きや困りごとのことなどを支援者に報告・相談する。	書類や手続きの困りごとがないか確認・声掛け 困りごとに対して適切な相談先の案内や助言など	1年	

令和 年 月 日 利用者署名： 印 サービス管理責任者氏名： 印

(2) 事業所の概要

① 法人について

法人の概要：社内の組織は、障害福祉・介護保険共一体的に運営しています。特定・一般相談支援と居宅介護支援（ケアマネジメント）事業は「相談事業部」、介護保険の訪問介護と障害福祉の居宅介護・重度訪問介護・移動支援・自立生活援助事業は「在宅支援事業部」として、2部門体制となります。

同一法人で運営する事業：

特定・一般相談支援事業／居宅介護／重度訪問介護／移動支援事業／介護保険法において、訪問介護事業と居宅介護支援（ケアマネジメント）事業

② 事業所について

事業所のある地域：事業所は徒歩15分圏内で他の3区にアクセスできる区界エリアにあります。鉄道も、徒歩15分以内で3路線利用可能。精神科病院が2カ所あり、病院退院者が比較的多く単身生活を送っているエリアも存在します。精神障害のある方が、新規で障害福祉サービス利用希望されるケースは年々増加しています。エリアの実情や特色に合わせて、障害福祉サービス事業所間の連絡会や行政を交えた協議の場が設置されています。

利用者数と利用者像：令和2年10月の実利用者は12名です。平成30年の自立生活援助サービス開始時から、少しずつ利用者数は増えてきていますが、事業所の運営体制を考慮すると、今後、大幅な利用者増の対応は難しいと考えています。

事業所の体制

現在、自立生活援助に従事しているスタッフは、管理者・サービス管理責任者を含めて総勢8名体制で稼働中。全員、障害福祉の相談支援事業・居宅介護事業や介護保険の訪問介護事業との兼務である。また現在、弊社で自立生活援助のサービス提供を行っている利用者は全員、同一法人内の相談支援事業所が計画相談を担当している。そのため、各利用者担当の相談支援専門員と連携・相談しながら日々のサービス提供を行っている。

職員のある1日の流れ

居宅介護と自立生活援助の予定を組み合わせ、効率的に支援を実施している。

時間	場所	内容	備考
9時～10時	事務所	・社内ミーティング	
10時～11時	A町	・利用者訪問（居宅介護）	主に家事援助を行う。
11時～14時	事務所	・事務作業（書類作成・電話等連絡調整）、 昼休憩	
15時～16時	区役所訪問	・書類等の提出・報告	相談支援、移動支援等併設事業所の書類提出含む。
16時～17時	B町	・利用者訪問（自立生活援助）	金銭管理の支援、依頼していたレシートの保管ができているか確認。特定健診の封筒があり本人と確認・受診を促す。
17時～18時	事務所	・訪問記録入力等の事務作業	

(3) 取組みの工夫

① 高齢障害者を含む途切れのない継続的な支援

次の参考事例にみられる様に、今後、介護保険の対象になる65歳以上の利用者は増えていくものと思われます。同一法人内で、介護保険事業（訪問介護・居宅介護支援）を運営しているため、介護保険の利用対象者であれば、介護保険のサービスと障害福祉サービスを併用して、利用できるサービスの選択肢を拡げることが可能となります。

基本的に、地域移行支援を通して、新たな生活環境に移った後でも、当初は生活に対する様々な不安や困り事等を抱える状態になることが多いため、自立生活援助を利用して、慣れた支援者が継続的に関わっていくことの安心感は利用者にとって大きいと考えています。また、地域の様々な資源を活用してご本人を支えていくに当たり、サービス期間中に、その地域の新たな事業所や関係機関との関係構築を進めることも重要な視点と考えています。

② スタッフの配置を柔軟に調整し、区外の対応も実施

事業所の体制のとおり、自立生活援助に従事しているスタッフは、全員他の事業と兼務です。①でも触れましたが、その利用者にとって途切れのない支援を提供することが重要なので、対応可能な限り、区外でも自立生活援助サービスを提供しています。しかし、身体介護の様に事実行為を行うサービスではなく、いかにその利用者のニーズや課題を拾い上げ、しかるべき資源や関係機関につなげていくかが問われているサービスの特性上、各々のスタッフの捉え方や報告内容にバラつきが生じていることも事実です。各スタッフの経験を活かしつつ、必要な教育体制を構築していくことも、今後事業所として対応していきたいと考えています。

5. 宿泊型自立訓練と自立生活援助の事例

(1) 個別の支援事例

宿泊型自立訓練を経て一人暮らしを始めたケース



伊藤清子さん（仮名）

- ・伊藤さんは30代の女性で、軽度の知的障害と統合失調症の診断を受けています。
- ・幼少期に両親が離婚し、その後は父と父の再婚相手と同居されていました。

注察妄想があり対人緊張が強く、中学卒業後より自宅にひきこもり、昼夜逆転の生活となっていました。ひきこもり支援センターの職員の見合いにより、同事業所が運営する自立訓練（生活訓練）から関わりを開始し、宿泊型自立訓練を経て単身アパート生活を始めました。

新しい人間関係を作るのが苦手なので、宿泊型自立訓練の担当支援員が自立生活援助の地域生活支援員として継続して担当することとしました。

住所変更手続きから生活保護申請、日用品の買い物、郵便物のチェックと書類の整理、気分転換目的の外出など、何かと不安の強い伊藤さんに対して、自立の動機づけを主眼とした関わりに努めました。生活環境の変化から、一時的に食事が取れなくなったり、地域生活支援員と顔を合わせるたびに、「夜眠れない」「一人はさみしい」と泣きながら訴えることもありましたが、そういった時は、同事業所の短期入所を利用してもらい、なじみの職員や利用者と顔を合わせる機会を持ち、気分転換を図ってもらいました。日中はできるだけ自立訓練への通所を促し、モチベーションの維持を図りました。半年経過後には、就労継続支援B型事業所への通所を開始しました。もともと寂しがりで泣き虫な伊藤さんでしたが、1年を経過する頃には、B型事業所で得た友人と遊びに行くこともあるようで、一人暮らしを楽しめるまでになられています。

支援の1年の流れ（伊藤さんの例）

自立生活援助以外の障害福祉サービスへ徐々につなぎ、支援の輪を広げている。

支援開始からの経過												
	1ヵ月	2ヵ月	3ヵ月	4ヵ月	5ヵ月	6ヵ月	7ヵ月	8ヵ月	9ヵ月	10ヵ月	11ヵ月	12ヵ月
業務内容	定期巡回 週1回			定期巡回 週1回			定期巡回 週1回			定期巡回 月2回		
※ イベント等含む	<ul style="list-style-type: none"> ・引っ越し後の荷物の整理 ・引っ越し後の諸手続き ・環境変化のストレス 			<ul style="list-style-type: none"> ・社会資源の利用 ・環境変化のストレス 			<ul style="list-style-type: none"> ・突発的なトラブル対処 ・できることと苦手なことの再確認 					
本人の様子	<ul style="list-style-type: none"> ・「一人はさみしい」とスタッフに会うたびに泣いている ・自立訓練には週3回のペースで、休まず通っている 			<ul style="list-style-type: none"> ・「一人暮らしはまだ慣れない」「さみしい」 ・「通所を休みたい」 ・「食欲がわからない」 			<ul style="list-style-type: none"> ・「虫が苦手なので、ゴキブリが出て困る」「体重が増えて困っている」 ・「メルカリで趣味のアニメのグッズを購入した」 			<ul style="list-style-type: none"> ・「作業所の利用者と遊びに行った」 		
行動支援者の考え	<ul style="list-style-type: none"> ・不安の傾聴と自立への動機づけ、励まし ・日用品の買い物支援、生活保護申請、薬局やスーパーの利用支援、郵便物のチェックと書類の確認、家賃の支払い方法の助言 			<ul style="list-style-type: none"> ・不安の傾聴と自立への動機づけ、励まし ・買物支援、気分転換のための外出同行、栄養バランスについての助言、布団干し、シーツ交換など 			<ul style="list-style-type: none"> ・突発的なトラブルの対処方法の助言、不安の傾聴 ・掃除道具の買い足し、日用品の買い物支援、リモコンの電池交換方法の助言、ゴキブリ駆除の助言 			<ul style="list-style-type: none"> ・他サービスの導入の検討 		

個別支援計画（伊藤さんの例）

「一人暮らしを行う自信をつける」「趣味も楽しんで上手にやりくりする」など、ご本人の意向をくんでポジティブな目標を立て、様々な方法でモチベーションを維持しながら支援を行っている。

個別支援計画(自立生活援助)

					計画作成日	XXXX年XX月XX日
利用者氏名	伊藤 清子	生年月日	XXXX年XX月XX日	事業所名	XXX	
総合的な援助の方針	日中を活動的に過ごし、相談をしながら少しずつ一人暮らしを行う自信をつけていくことができるように支援します。					
到達目標	朝起きられるようになりたい。外に出ることに慣れたい。将来働きたい。お菓子を作ったり料理をしたりしたい。					
長期目標 (内容・期間等)	一人暮らしを安定して続けることができる。(目標到達期間：1年)					
短期目標 (内容・期間等)	一人暮らしになっても、食事をしたり、買い物に行ったり、当たり前のことが入所中と変わらずできる。					
優先順位	具体的到達目標	本人の役割	支援内容	支援期間 (頻度・時間・期間等)	担当者	
1	毎日、きちんと食事や家事ができる。 (外出がおっくうになって、お菓子で済ませたりしそう)	スーパーや薬局の場所を覚えて、自分の決めたペースで買い物に行く。 惣菜を上手に利用するなどし、バランスを考えた食事をする。 掃除、洗濯をする。	住んでいる場所に近いスーパーや薬局などの周辺環境の情報を知って通えるように必要に応じて一緒に外出します。偏った買い物になっていないか見守り、助言します。 家事について必要に応じて助言します。	定期訪問：週1回	C	
2	趣味も楽しんで、上手にやりくりしたい。(近くにコンビニもあるし、今までよりお金を使いすぎてしまいそう)	1ヶ月の収支を知るために、家計簿をつけて、工夫できるところを見つける。	一緒に家計簿を見ながら、本人が上手にやりくりできるように見守ります。	(その他適宜必要に応じて) ※生活に慣れてきたら、訪問頻度については、その都度検討します。	C	
3	一人暮らしの生活リズムに慣れる。(何にどれくらい時間がかかるかわからないのが不安)	通所にかかる時間や、買い物にかかる時間を把握し、無理のないスケジュールを立てて生活する。	家事や買い物などの時間の使い方について、助言します。		C	
4	わからないことや苦手なことを解決できる。(一人暮らしが成り立つかわからない不安)	まずはスタッフにご相談する。いろいろな助言を得ながら、できることを、やってみましょう。	必要な助言や同行外出をします。本人ができるように促しながら、サポートします。まずはご相談ください。		C	
確認年月日	XXXX年XX月XX日	利用者氏名	㊞	サービス管理責任者氏名	㊞	

(2) 事業所の概要

① 法人について

法人の概要：当法人は、400床代の精神科病院を母体としています。地域の基幹病院として精神科救急、認知症治療病棟、ストレスケア病棟などの病棟を有しており、年間に新規初診2,200人、入院約1,420人の患者さんの診療に当たっています。また、入院患者さんの退院支援にも積極的に取り組んでいます。精神科救急、急性期治療から地域リハビリテーション、地域生活支援まで、患者さん（つまり、利用者の方）が、同世代の健康な人たちと同様の生活を送ることができることを目標に、一般就労を目指した支援から通所困難な利用者の在宅支援まで、多層的な支援を行っています。地域との連携を深め、利用者に地域で自立して生活していただけるよう、「健康的な生活レベルと、人としての成長を目指す」ことを最終的な目標としています。

同一法人で運営する事業：

精神科病院・訪問看護ステーション／訪問介護ステーション／自立訓練（生活訓練）／宿泊型自立訓練／短期入所／就労移行支援／就労継続支援B型／障害者基幹相談支援センター／認知症疾患医療センター

② 事業所について

事業所のある地域：当事業所は、人口100万人を超える政令市の南西部に位置し、交通アクセスもよい立地にあります。近くに商業施設があり、工業地域と住宅街が混在するいわゆる複合市街地です。都市型故に核家族化が進み、地域とのつながりが希薄である一方で、単身者用の住宅も多く住宅の確保がし易い特徴があります。また、医療や福祉サービスの事業所数も多いため、利用する側の選択肢やメニューも豊富であると言えます。

利用者数と利用者像：平成30年6月の開設以後、令和2年11月までの間に48名の方が利用されています。月ごとの平均登録者数は、約15名です。半数以上の利用者が、併設の精神科病院からの退院者で、残りの方が宿泊型自立訓練の終了者です。また、利用者の約半数が初めての一人暮らしです。20代から60代と年齢層は幅広く、統合失調症やうつ病などの精神障害や、知的障害、認知症の診断を受けた方もいます。

事業所の体制

サービス管理責任者の他、2名の地域生活支援員がおり、宿泊型自立訓練等の職員と兼務をしています。

自立生活援助	自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練
・サービス管理責任者 ●A常勤	・管理者兼サービス管理責任者 ●B常勤
・地域生活支援員（生活支援員を兼務）●C常勤	・生活支援員（地域生活支援員を兼務）●C常勤
・地域生活支援員（生活支援員を兼務）●D常勤	・生活支援員（地域生活支援員を兼務）●D常勤

※事業所ではこの他、「自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練」のスタッフとして、生活支援員等計10名が勤務しています。

スタッフのプロフィール ※バックグラウンドや資格、強み等

Aさん：(40代女性) 精神保健福祉士、社会福祉士
Cさん：(20代女性) 精神保健福祉士、社会福祉士
Dさん：(20代女性) 精神保健福祉士、社会福祉士

明るく、スタッフ同士の関係性が良いことが強みです。アウトリーチ中心のため、事業所内で顔を合わせた情報共有や意見交換に限りがありますので、日々のコミュニケーションを大切に迅速で機動力のある支援を行っています。

職員のある1日の流れ

朝や昼間の時間も上手く活用し、ニーズに応じた個別訪問を頻度高く実施。

時間	場所	内容	備考
8時30分～9時	A区	・自立生活援助個別訪問	定期訪問（体調・日中活動の様子・金銭管理状況の確認）
9時～10時	B区	・自立生活援助個別訪問	単身生活1ヵ月未満の利用者に対する受診同行の支援
10時～12時	事務所	・昼休憩	
12時～13時	C区	・自立生活援助個別訪問 ・電話連絡調整	保健センターへの同行支援。障害福祉サービス、自立支援医療の申請手続き ⇒相談支援事業所、訪問看護へ報告
13時～15時	事務所	・ミーティング（申し送り）	※自立生活援助、自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練、短期入所全てのサービスに関する合同ミーティング
15時～15時15分	事業所	・館内清掃	
15時15分～15時30分	事務所	・事務作業（個人記録・報告書）、電話対応、連絡調整	外出中の連絡内容の確認と折り返し（電話）、他機関との連絡調整
15時30分～17時00分	A区	・自立生活援助個別訪問	定期訪問（体調・日中活動の様子・金銭管理状況の確認）

（3）取組みの工夫

① 利用者との関係性作り

新しい生活を始める利用者にとって、不安はつきものなため、利用開始前からの関係作りに努めています。宿泊型自立訓練の利用者であれば、入所中にある程度との関係性を作ることができるため、入所中の担当スタッフが、そのまま地域生活支援員を務めることもあります。入院中の利用者の場合は、登録前の事前訪問も行います。

② 医療や福祉の連携

退院支援をする際に、医療サービスや福祉サービスの利用に拒否感が強い方であっても、どこか生活に困り感があり、「困った時には助けてほしい」と考えている方は少なくありません。そのような方に対して、自立生活援助は「個人のニーズ」に焦点をあてることから受け入れ易いサービスと言えます。当事業所では、入院中の方への退院前カンファレンスに参加したり、患者さん向けの勉強会を開催したり、関わるスタッフとの関係性作りにも努めています。また、自立生活援助が有期のサービスであるため、フォーマル・インフォーマルに関わらず地域の関係者との連携を大事にしています。

1. 計画相談支援との併設：退院後の地域生活を少しずつ軌道に乗せたケース（40代男性、統合失調症の診断）

渡辺さん（仮名）は1年前、単身生活をしていたアパートで大声をあげ精神科病院に入院し、アパートも引払うことになってしまいました。渡辺さんは入院してまもなく落ち着きましたが、住まい探しや生活上の困りごとへの対処等を考えること等が必要と確認し、地域移行支援の利用を始めました。地域移行支援は順調に進んでいたのですが、実はお金や携帯電話の使い方に不安があったこと、日中は入院前（デイケア）とは違う過ごし方をしたいとの希望等が退院直前に伝えられました。そこで計画相談支援では、自立生活援助の利用を提案しました。

退院後は、自立生活援助が地域移行支援に継続し、お金の使い方を中心に一緒に確認して、日中の過ごし方はデイケア以外に近くの喫茶店や就労継続支援B型事業所等と同行する等の支援をしました。その後、お金は計画相談支援のモニタリングで確認する程度とし、日中は喫茶店を拠点にこれまで見学・体験をした事業所から焦らず選択したいとの意向を確認して自立生活援助を終えました。現在、お金の不安はほとんど語られず、日中は以前見学した生活訓練事業所を週3日程度利用。不安な時は訪問看護やこれまで自立生活援助でかかわった支援員に地域定着支援の担当者として相談し、安心感のある生活を送っています。

2. 計画相談支援との併設：困った時の駆けつけではなく、自然に寄り添う支援を行った事例（30代男性、知的障害）

山本さん（仮名）は「尊敬する兄のようになりたい」という目標を持っていましたが、てんかん発作が影響し、「一般就労して一人暮らしを始めるが仕事が续かず失敗し、借金を抱えてGHに戻る」という経験を繰り返していました。一人暮らしの際は地域定着支援を利用し、緊急時に相談員が駆けつける支援をしてきましたが、根本的な解決には至らず地域生活を継続できませんでした。障害者雇用枠の職場で対等な仲間・友達が作れず、寂しさから誰かに来てもらいたくて、緊急事態を自分で作り上げていた印象もありました。

現在は就労継続支援A型に通いながら、自立生活援助を利用して一人暮らしを始めています。緊急時に駆けつけるのではなく、定期的にただ顔を見に行き、取り留めのない話をして談笑する。女性の支援員には恋愛相談をし、男性の支援者とたまには同行支援でラーメンを一緒に食べに行く。そんな自然な関係が構築できました。A型事業所の仲間と食事に行く機会もできている様子です。大型トラックを運転する兄へのあこがれは残しつつも、現在の自分にも少しずつ自信が持てるようになってきました。配慮のある職場で仕事ができていることも功を奏していますが、自立生活援助としても自然な形で伴走していく支援ができています。

3. 共同生活援助との併設：就労生活を支え、生活の広がりが見られた事例（40代男性、統合失調症の診断）

中村さん（仮名）は近隣他法人のGHから単身生活へ移行した方になります。GH入居中には他の入居者とのトラブルや仕事の疲れなどから怠業につながり、調子を崩すことでの入退院を繰り返していました。支援開始に当たってはGHの担当者や医療機関とも綿密に連携を取りながら体制を整理しました。

週5日の仕事に就いているため、受診日の昼や仕事終わりの夜に訪問を行っています。アパートでの生活へは比較的初期から慣れ、気兼ねなく生活できることがいと話ししていました。階下の住人から音に関するクレームが入ることもありましたが、相談を受ける中で徐々に本人自身も気持ちの整理ができ、対処ができる

ようになってきました。調子を崩す原因となる服薬については、サービス管理責任者とクライシスプランを作成し、毎回の訪問時に残薬を確認しつつ、本人の生活にあった服薬の仕方について調整を行うことで、調子を大きく崩さず仕事を継続することができています。また、GHから距離が取れたことでGH時代の友人との交流がスムーズになり、生活にプラスの影響を与えています。仕事があり、外来の通院頻度も低い場合は継続的にかかわる支援者が少なくなりがちですが、本事業が有効に機能しているケースといえます。

4. 居宅介護との併設：自立生活援助により介護サービスへの移行をした事例（60代女性、統合失調症）

小林さん（仮名）は20代の頃より入退院を繰り返した後に、60代になってから地域移行支援にて退院支援が始まりました。その2年後に退院し、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）に入居しました。地域移行支援の利用段階から、地域生活を継続できるよう自立生活援助の利用を視野に入れており、入居後月2回の訪問により、ご本人の状況を確認することをサ高住と連携し進めていました。

暫くすると部屋の埃が溜まり、掃除等を促してはいましたが、一人暮らしの経験もほとんどない為難しい状況でした。施設側よりケアマネージャーを紹介して頂き、ヘルパーは同法人が運営する訪問介護を利用し、月2回1時間の支援を行うこととなりました。その後すぐ、持病のリウマチが原因となり車椅子使用となったことをきっかけに、要介護1の認定を受け、別の介護事業所より週2回訪問介護が入り、入浴と掃除のお手伝いが各1時間ずつとなりました。その後、一時期は精神状態が悪化し、定期受診時入院を勧められましたが、ご本人の入院拒否により、薬の調整で落ち着かれました。自立生活援助のサービスが入ったことで、地域生活にもなじみ、介護保険のサービスにスムーズに移行できています。

5. 宿泊型自立訓練との併設：同居の母の認知症発症をきっかけに、生活の立て直しが必要となった事例（50代女性、知的障害と統合失調症の診断）

加藤さん（仮名）は長年母と二人暮らしでしたが、母の認知症発症後、自宅で十分な食事も取れず、劣悪な環境下で生活していました。行政等の介入により母は施設入所され、本人は生活を立て直すため精神科病院に入院することになりました。環境変化から不安になり易いこと、金銭管理や食への欲求コントロールができないことが課題でしたが、職員とのコミュニケーションは良好で、主治医等からは「支援があれば単身生活は可能ではないか」と意見がありました。

退院後は新しいアパートで単身生活となり、自立生活援助を利用することとなりました。食生活については、精神科デイケアと宅配弁当を利用することで安定を図りました。慣れない土地での生活の不安に対しては、自立生活援助で受診や家電などの買物の同行などを継続して行いました。退院直後は、土地勘の無さもあり不安で一人で外出することができませんでしたが、同行外出を繰り返すことで一人での外出もできるようになりました。外出ができるようになると今度は予算を超えて買物したり、間食のし過ぎでお腹を壊したりもありましたが、その都度金銭管理や間食の量について助言しました。退院後半が経過すると、加藤さんの生活不安の声が少しずつ軽減し、9ヵ月目からは、間食のコントロールができるようになりました。職員と一緒に行動することで自信を得て、精神的にも安定していったように思います。

V. 自立生活援助を提供する上での居住支援の視点

第Ⅰ章でも述べたとおり、障害者総合支援法においても目指される共生社会のあり方を実現する上では、自立生活援助による生活のソフト面の支援に加え、住居を確保するといったハード面の支援も一体的に提供していくことが重要になります。本章では、障害者の地域での生活を実現するに当たり、切り離すことのできない「居住支援」の課題とその対応について整理し、実際の取組み事例についてもご紹介します。



1. 居住支援とは何か

住居を失うと言うことは、どのような事態を意味するのでしょうか。それは、第一に「生存的危機」、第二に「社会的危機」、そして第三に「孤立の危機」を迎えるということの意味すると言えます。

まず、「生存的危機」ですが、これは説明するまでもなく住居を失い、外で寝るという事態はすぐさま生命の危険を意味します。第二の「社会的危機」ですが、今日の社会においてあらゆる行政手続等は、住民基本台帳に戻づく現住所での手続き（申請）となります。健康保険加入やハローワークの登録も現住所が必要となります。住居を失うとこれらすべての社会的手続きができなくなります。そもそも現住所がない状態では就職は極めて困難になります。このように住居を失うと社会活動そのものが困難になります。第三の「孤立の危機」ですが、人は一定の所に暮らすことで地域社会への参加の基礎を築きます。住居地を起点に人間関係が広がり、社会的信頼を得ることができます。住居を失うことは、これらが困難になり結果「社会的孤立」状態へと追い込まれることとなります。経済的困窮（ハウスレス）状態に加え、社会的孤立（ホームレス）状態となる時、事態は一層深刻化します。

これらの意味で住居を確保することは何よりも優先される課題（ハウジングファースト）であると言えます。

では、「居住支援」とは何かについて考えたいと思います。国土交通省は、住宅の課題を抱える人々を「住宅確保要配慮者」という呼称で示しました。厚生労働省は、失業などの理由で家賃の支払いが困難な人々への支援として「住居確保給付金」という制度を実施しています。ここで注意しなければならないのは、国交省の「住宅」もしくは厚労省「住居」と「居住」という概念は違うということです。本ガイドラインでは、原則的に「住宅」及び「住居」は、建物（ハコ）を指す概念であると理解します。それに対して「居住」は、建物（ハコ）を含む総合的概念であると理解します。

「居住とは、一定の住まいを定め、そこに住んで自分たちの生活を営むこと。（中略）そこに家族の生活の拠点を定めて、寝食を共にし、子供を育て、客を招き、社会活動、経済活動を行い、生活をしていくこと。」これは「ウィキペディア (Wikipedia)」による「居住」の説明です。居住は、「子供を育て、客を招き、社会活動を行い、生活していくこと」をも含む概念として説明されています。そうであれば「居住支援」もまた、これら全般に関わる支援だと言えます。相談支援から始まり、住宅確保支援、保証人確保及び社会的手続き支援、生活支援、見守り支援、孤立防止と社会や地域への参加支援など、本人の生活（人生）全般を射程に持つ支援であると言えます。最近では葬儀を含めた「死後事務」への対応も「居住支援」の課題となっています。この意味で「居住支援」とは、「なんでもやる」、つまり包括的であり、総合的なスタンスが必要となります。

これらの課題は、これまで「家族」によって担われてきました。しかし、単身化が進んだことや、家族が脆弱化したことなどが重なり、家族だけでは担えない事態が増えてきています。「居住支援」は、不動産業や債務保証業、さらに様々な福祉制度や介護保険などを活用しつつ、さらに「事業や制度の隙間」を埋めてきた家族の機能を含めた形で考える必要があります。当然、それらの事柄を一つの団体で担うことは困難ですから、公的制度、様々な事業者、さらに福祉団体や民間支援団体、そして地域などが協働する体制の構築も必要となります。

さらに重要なのは「居住支援」の対象者です。これまでに紹介した観点は主に入居当事者にとっての「安心」を確保するものでした。しかし、「居住支援」においては「もう一人の対象者」が存在します。つまり「住宅及び関係するサー

ビスの提供者」です。具体的には不動産オーナー（大家）、不動産業者、家賃債務保証会社などの事業者です。「居住支援」が円滑に行われるためには「入居当事者」と「不動産事業者」の両者の「安心」が保障されることが重要です。この入居者と事業者の「二つの安心」を担保することが居住支援においては重要なポイントとなります。

2. 住宅確保における課題

(1) 住宅確保－大家の安心を得る

民間の賃貸借家を借りる場合、「不動産会社」に相談することが第一歩になります。しかし、「不動産会社」と言っても業態は様々ありますのでその理解が必要です。賃貸専門の会社においても、自ら大家（所有者）の場合もあれば、入居から退去までのトラブルなど物件管理を専門にする管理会社、物件募集から入居までの斡旋を専門にする仲介会社があり、さらにこの業態をすべて行っている不動産会社もあります。

その上で、賃貸物件の最終的なリスクを負う大家や、入居中のトラブルに対応する管理会社の立場を考え、安心を提供することが重要となります。主な心配事は、継続的に家賃の支払いができるか、ゴミ出しや近隣住人とのトラブル、亡くなった場合の死後事務や保証の3点です。

かつては、家族が連帯保証人となり解決をしていましたが、少子高齢化や家族の関係性希薄化が進み、今は家族なき時代と言われ社会問題にもなっています。この心配事を理解し、解決していくことが重要となります。

これらに関する大家の不安を解消するために何よりも重要であるのは、柔軟で総合的な相談支援体制だと言えます。大家が不安を感じた時にその相談を受ける体制を整えることが「居住支援」においては重要になります。そのための一つの方法として、自立生活援助を活用することが有効となります。

(2) 保証人確保－家賃滞納情報の重要性

大家や管理会社の心配事を解消できるご家族や親族がいる場合や、継続的な支援や何かあったら対応できることを理解される場合は、比較的スムーズに住宅確保が可能となりますが、いないケースはどうしたら良いでしょうか。

そうした中で、注目されているのが家賃債務保証会社です。平成7年頃から事業開始する会社が増え、現在では147社（国土交通省※）あると言われていています。平成12年4月に民法改正され、連帯保証人になる為には極度額の同意が必要になる背景もあり、賃貸借契約のうち約8割程度まで、家賃債務保証会社と契約されるなど（日本賃貸管理協会※）ますます利用割合が増えつつあります。平成29年には家賃債務保証会社の登録制度が創設され、現在、76社（令和2年10月時点）登録しています。財産基準や事業年数など一定水準を満たしている目安となる為、このような社会資源との連携も必要になります。

家賃債務保証会社は前述した心配事の家賃滞納や死亡後の保証など、金銭面における不安を払拭する機能もある為、その保証内容や範囲・期間などの理解も最低限必要といえるでしょう。

一方でその家賃債務保証会社の審査が通らず、結果的に入居ができないケースも耳にします。その場合、今までは担当する個人のノウハウや人脈の積み上げで解決する方法に頼らざるを得ませんでした。現在では「居住支援協議会」に相談することも選択肢のひとつになります。

居住支援協議会とは、住宅確保要配慮者（低額所得者、被災者、高齢者、障害者、子供を育成する家庭その他住宅の確保に特に配慮を要する者）の民間賃貸住宅等への円滑な入居の促進を図るため、地方公共団体や関係業者、居住支援団体等が連携（住宅セーフティネット法第51条第一項）し、住宅確保要配慮者及び民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供等の支援を実施する協議会です（現在全国に102協議会）。併せて、住宅確保要配慮者に対して居住支援を行う法人として都道府県が指定した居住支援法人の制度がありますので（現在全国に360団体）、連携しながら解決へ向けた相談が可能になります。

(3) 不動産事業者との連携

居住確保をする為に不動産事業者と連携することは当然必要ですが、入居後の連携も重要です。例えば、家賃滞納時の対応です。家賃滞納は生活状況の変化を知らせるアラームなので、いち早く支援側へ連絡頂くことや、コミュニケーショントラブルを避ける為、不動産会社から直接連絡しないことなどルール作りが重要になります（※）。つまり、不動産会社にとっては、支援団体へ依頼すれば「日常のトラブルや家賃滞納を解決してくれる」という安心の積み重ねが、信頼となり住宅確保への好影響を与えるサイクルへつながるのです。

～障害者支援における取組み例～

※不動産事業者との連携ルール：自立生活援助の事業所と不動産事業者の間での連携を円滑にするため、ルール作りやその運用を行う上では、本人の基礎情報や不動産事業者とのやり取りに関する重要事項、支援ネットワーク等を明記して情報共有しておくことが有効です。これに当たっては、宮崎市自立支援協議会で作成された「生活サポートシート」を参考にすることも一案です。

自事業所で使いやすい形にカスタマイズをして活用してもよいですね。
以下のシートは実際にカスタマイズして活用されている例です。



【生活サポートシートの活用例】

黒木（仮名）氏の生活サポートシート

【基礎情報】

名前	黒木（仮名）	年齢40歳
障害概要	知的障がい（療育手帳B2）	
家族・親族①（続柄）	令和2年X月XX日、母親が他界し、親族と呼べる方はおられない。	
主治医	K先生（N病院）	※定期受診、服薬はされていない。
主支援団体	相談サポートセンター S	連絡先 XXXX-XX-XXXX

【重要事項の対応について】

事項	対応
アパート退去後の現状回復のためにかかる費用に関する支払いについて、合計30万円を分割20回にて月々1万5千円を毎月10日までにA不動産様に支払う件について。	<ul style="list-style-type: none"> ○毎月10日までに支払いを済ませることができかどうか、本人に直接会って確認を行います。 ○支払いに関して本人の相談に随時対応します。 ○支払いが滞るようなことがあった場合は、本人の住むグループホームの管理者及び、社会福祉課、就労継続支援B型の担当者と共働して、本人に支払いを促す手段について検討し、実行します。 ○（不動産業者）様からのご相談を随時受付、対応させていただきます。
	緊急時（日祝夜間） XXXX-XX-XXXX（相談サポートセンター S 担当Y）

【支援ネットワーク】

支援施設	名称	概要（どんな支援をしているか）	担当者・連絡先
相談支援事業所	相談サポートセンター S	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス等利用計画（プラン）作成 ※添付 ・生活全般のご相談をお受けし、支援を行います。 ・各関係機関との連絡調整を行います。緊急時でも対応します。 	担当Y XXXX-XX-XXXX
就労訓練施設	就労訓練施設H	<ul style="list-style-type: none"> ・就労に向けての支援を行います。工賃を支払いにあてます。 	Oさん XXXX-XX-XXXX
XX市役所	社会福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・定期的に本人宅を訪問し、状況を把握します。関係機関との連絡調整を行います。 	Hさん XXXX-XX-XXXX
グループホーム	Rホーム	<ul style="list-style-type: none"> ・居室、朝夕の食事の提供、生活の指導等を行います。 	Sさん XXXX-XX-XXXX

※各関係機関が連携してご本人に関わっています。何かご心配なことがありましたら、ご相談下さい。

3. 相談および生活支援における課題

(1) 生活全般に渡る総合的な相談体制

居住支援における相談支援において重要なことは、「住居確保」のみ悩んでいる相談者はほとんどいないということです。「住居」という課題がある人の多くが経済的困窮やその他家族の課題など、複合化した困難を抱えています。ですから相談支援は、「住居」に特化したものではなく、総合的に行うことが重要になります。

ただ、一つの相談窓口ですべてを対応することは困難ですから、その他さまざまな分野で実施されている「相談窓口」との連携が重要になります。相談窓口の連携体制を構築する上で注意すべきこととして、第一に相談者に対する「主たる相談員（※）」の明確化があります。連携が「たらい回し」にならないように注意します。第二に個人情報の取り扱いにおける取り決めが必要です。これは「個人情報保護」という法的問題のみならず、相談者が連携窓口ごとに同じことも何度も話さなければならないような事態を避けることも重要です。第三に総合的な支援計画を作り実施することです。この支援計画は、住宅確保のみならず「生活全般」に及び総合的なものでなくてはなりません。「居住」は、一時的な事柄ではなく「地域での生活全般」に関わることで、本人の主體的な判断は重要です。

～障害者支援における取組み例～

※主たる相談員について：自立生活援助を利用するためには、必ず相談支援専門員が付きます。相談支援専門員が「主たる相談員」の役割を担うと考えれば、相談支援専門員が各関係機関との連携を図るためのコーディネートを担当し、本人の個人情報を守りながら、同じことを様々な機関に本人が話さずに済む体制を作ることが可能です。相談支援専門員が作成するサービス等利用計画はまさに、生活全般に及び総合的な支援計画になります。計画書は本人の自己決定を尊重し、本人中心を重視して作成されるものです。

(2) 日常の見守り

日常的な見守り（※1）は、「本人の安心」のみならず「大家の安心」につながります。見守りの意味は、第一に「安否確認」、第二に「早期の相談実施」、第三に「孤立防止」です。「居住支援」を必要とする人の多くが単身、あるいは孤立状態にあります。見守り支援は、入居後の基礎となる支援です。

日常的な見守りを実施することで、何かあった時に「早期に相談できるか」が最も重要です。特に家賃滞納などの事態は、どれだけ早期に対応できるかが重要になります。

また、見守りのみならず、日常生活支援や就労支援など（※2）が必要な場合もあります。ここにおける日常生活支援は、先日の従来家族が果たして来た事柄で明確なメニューがあるわけではありませんが、柔軟に対応できるようにしたいと思います。就労支援などは、他制度の活用なども有効です。

～障害者支援における取組み例～

※1 日常の見守りについて：基本となる日常の見守りは、自立生活援助における「定期的な巡回訪問」、何かあった時の早期の相談は、自立生活援助における「随時対応」「相談支援」「同行支援」によって対応していくことが考えられます。

※2 日常生活支援や就労支援などについて：個々人のニーズに応じた支援についても、自立生活援助において定期的な巡回訪問をすることで、アセスメントを深め、その方の希望する生活やできること（できるようになったこと）を確認していくことで、次のステップに進むことを支援していくことが望ましいといえます。具体的には、自立生活援助を通じてヘルパーの利用や、就労支援事業所への通所等につなげていくこと等が挙げられます。

(3) 転居等を含む継続的支援

「居住支援」は、本来一定の地域社会に定住もしくは永住を前提にしていますが、しかし、「転居」は珍しいことではありません。さらに、住民同士のトラブルや家賃滞納などで転居を余儀なくされることもあります。

本人の意思が何よりも重要ですが、問題が発生した時は早期に介入して貸貸人（大家）と借借人相互にとっての最も良い解決を図ります。

さらに、転居後も継続して支援を実施することが重要となりますが、例えば「自立生活援助」の場合は、1年が基準利用期間（更新可）となっています。さらに継続的支援を考える上でも地域や他の支援団体との連携は重要です。

～障害者支援における取組み例～

転居等を含む継続的支援：自立生活援助を利用している場合、転居をされたとしても相談支援専門員がついている以上継続して支援を実施することが想定されます。しかしながら、もちろんそのような事態に陥らないよう、家賃の支払いについて必要な支援を行うことが重要です。トラブルが発生してしまった場合でも、大家にその後も継続して部屋を貸してもらえよう、柔軟な対応を行うことが必要です。一例として、部屋を借りている間に大きく荒れてしまい、壁などが破損してしまうトラブルがあった際は、部屋の掃除を支援者が総出で行い、修繕費については本人が分割で支払う方向で調整、サポートをした事例もあります。

また、地域住民や他の支援団体も巻き込んだ支援体制の構築においても、自立生活援助を活用頂けるとよいでしょう。

4. 居住支援における多機関連携

(1) 多機関連携体制の構築

居住支援は、安全で安心のできる住宅の確保と共に生活全体を支援する総合的で包括的な「支援体制」だと言えます。そのためには、自立生活援助事業所と多機関との連携が必要となります。中でも住宅確保に関する連携は重要であり、連携先としては、不動産オーナー、不動産（仲介・管理）事業者、保証人・債務保証会社、引っ越し事業者、残置物処理業者などが挙げられます。これら不動産事業にかかわる方々は、ビジネスとして事業をしていますので、物件紹介などの依頼に対しては通常の業務として対応くださると思います。

ただし、障害者に対して偏見がある、知識がない故に差別的な思い込みをされていることがあります。ある調査（日本賃貸住宅管理協会家賃債務保証会社「実態調査報告書（平成26年）」）によると、大家の7割が障害者に対して拒否感をもっていることがわかっています。このため、具体的な物件紹介を依頼する前に、予め連携先の不動産事業所等と情報交換や考え方などを共有することが重要です。特に「自立生活援助」に関する説明を十分行う必要があります。また、福祉の仕組みや考え方、さらに福祉の世界で通常用いる「ことば（用語）がわからない」という連携先の事業者も少なくありません。「この方は知的障害があります」や「発達障害の方です」とお伝えしても、その言葉の意味が解らないということも起こります。

不動産事業者にとっても、大家への説明、近隣との調整、家賃トラブルを早期に発見するための見守り体制の構築など、通常の不動産等事業者の業務以外の福祉的役割を「自立生活援助」が担うことで、家賃滞納や近隣トラブルなどが起らないことは歓迎すべきことです。この点を十分理解いただき連携体制を構築できるとよいでしょう。

「自立生活援助」でカバーできる範疇を超える福祉的ケアの部分については、他制度との連携が重要です。生活困窮者支援制度、介護事業、更生保護事業、就労支援などとの連携が必要です。これらの分野でも「居住支援のニーズ」がすでに議論されています。「自立生活援助」がハブ的役割を果たす、あるいは他のハブに参加することで、種々の制度と不動産事業者との出会いの場を地域に創造できます。多機関連携の体制が地域で構築されることが、ご本人の生活の安定と大家や不動産等事業者の安心が同時に確保されることとなります。

次の図は、縦軸に厚生労働省の制度、横軸に国土交通省の制度を組み合わせたものです。住宅（政策）が「横ぐし」であり、総合的な居住支援を実現するためには、多機関・他制度との一体的な連携体制が必要であることがわかります。

住宅確保要配慮者等に対する居住支援施策（見取り図）（案）

住宅確保要配慮者等に対する効果的な居住支援の実現に向けては、①居住支援協議会が関係者の連携ネットワークを構築しつつ、②ハード面の供給、③連帯保証人・緊急連絡先の確保、④入居支援等、⑤生活支援の提供、の5本柱で進めていくことが必要。

対象者 支援施策	低所得者 (生活保護受給者含む)	高齢者	障害者	子育て世帯 (ひとり親・多子世帯)	DV被害者	児童養護施設 退所者
関係者の連携	居住支援協議会（基礎自治体レベルの活動の充実）★					
ハード面の供給	保護施設★	特別養護老人ホーム★ 認知症高齢者グループホーム▲ 養護老人ホーム★ 軽費老人ホーム★ 有料老人ホーム★	障害者グループホーム (共同生活援助を行う場)▲	(※2)	婦人保護施設●	
	無料低額宿泊所等	サービス付き高齢者向け住宅★	福祉ホーム★		婦人相談所一時保護施設●	
	公的賃貸住宅（公営住宅・地域優良賃貸住宅等）★					
連帯保証人・緊急 連絡先の確保	民間賃貸住宅（新たな住宅セーフティネット制度）：①登録住宅（入居拒否しない住宅）★、②専用住宅（改修費補助・低所得者の家賃低廉化）★【新設】（※1）					
	居住支援法人（新たな住宅セーフティネット制度）：①居住支援法人による家賃債務保証●、②住宅金融支援機構による家賃債務保証保険【新設】（※1）					
生活支援 の提供	家賃債務保証会社（民間）：①一定の要件を満たす家賃債務保証会社を登録☆、②住宅金融支援機構による家賃債務保証保険【新設】（※1）					
	社会的養護自立支援事業（仮称）★ (ひとり親及びDV被害者は、母子生活支援施設や婦人保護施設等の施設退所者に限る)					
入居支援等 (相談、住宅情報、 契約サポート、 コーディネート等)	居住支援協議会★、居住支援法人（新たな住宅セーフティネット制度）【新設】●(※1)					
	生活困窮者自立支援制度（居住支援）★					
生活支援 の提供	居住の安定確保支援事業 (生活保護受給者)★	地域支援事業▲ (高齢者の安心な住まいの 確保に資する事業)	地域移行支援▲ 地域生活支援事業 (居住サポート事業等)★	母子・父子自立支援員★	婦人保護事業★	社会的養護 自立支援 事業 (仮称)★
	保護施設★ 一部の無料低額宿泊所等	(介護予防・日常生活支援 総合事業) 介護保険サービス▲ 日常生活自立支援事業	障害福祉サービス等 (居宅介護・地域定着支援等) ▲	ひとり親家庭等 日常生活支援事業★ ひとり親家庭等 生活向上事業★		児童養護 施設退所 者等対 する自立 支援資金 貸付事業●

【施策】
 : 国交省
 : 厚労省
 : 共管

【実際の措置等】
☆ : 国
★ : 都道府県、市町村
● : 都道府県
▲ : 市町村

(※1) 新たな住宅セーフティネット制度については、関連法案を平成29年2月3日に閣議決定
(※2) 課題である障害者の高齢化・重度化に対応するため、重度障害者に対応したグループホームを創設予定（H30年度～）
(※3) 高齢者向けの施策として、上記のほか「低所得高齢者等住まい・生活支援モデル事業」により、①住まいの確保支援、②入居支援及び生活支援を実施（H26～）

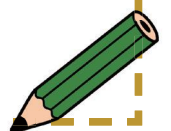
メモ 多機関連携において配慮すべきこと

多機関連携において何よりも重要であるのは、当事者の同意・承認です。それに基づいて情報共有のルールが必要です。賃貸借契約書はもちろん、自立生活援助事業所が作成する支援計画も個人情報ですから、多機関連携の際の取り扱いには細心の注意が必要です。近隣トラブルなどを避ける手立ては必要ですが、一方で入居者の個人情報を近隣住民に知らせることはできません。ですから、どこまでの範囲で情報を共有するのかの確認は、本人の同意を含めて必要です。

さらに守秘義務に関する誓約などを交わす必要があります。基本的には、共有する情報は必要最低限にとどめることが良いでしょう。

報酬等の考え方についての配慮も必要です。「自立生活援助事業所」には国から報酬が支払われます。一方で不動産等事業所には、ご本人との契約に基づき費用（本人負担）が支払われます。「家賃」や「不動産仲介手数料」などですが「協働としての見守り」などは、不動産事業者の「収入」には含まれません。また、居住支援法人の働きとして期待されている「生活支援」にかかる費用も確保されていないのが現状です。このような連携先の費用負担にかかる事情も理解した上で連携体制を構築することが重要だと言えます。

住宅は、長く民間市場に委ねられてきた分野です。「ビジネスライク」という言葉がありますが、ただ不動産事業が「収益最優先」や「効率優先」だと決めつけることはいけません。入居者の生活などを最優先に考え動いておられる不動産事業者も少なくありません。しかし、「文化の違い」はあります。今後、この国のあらゆる部分で「福祉と住宅」が連携しなければならない場面が増えます。お互いの違いを認めつつ、出会い、居住支援におけるパートナーシップが自立生活援助を舞台として生まれることはとても重要なことだと言えます。



コラム：NPO法人抱樸 「自立支援居宅協力者の会」について

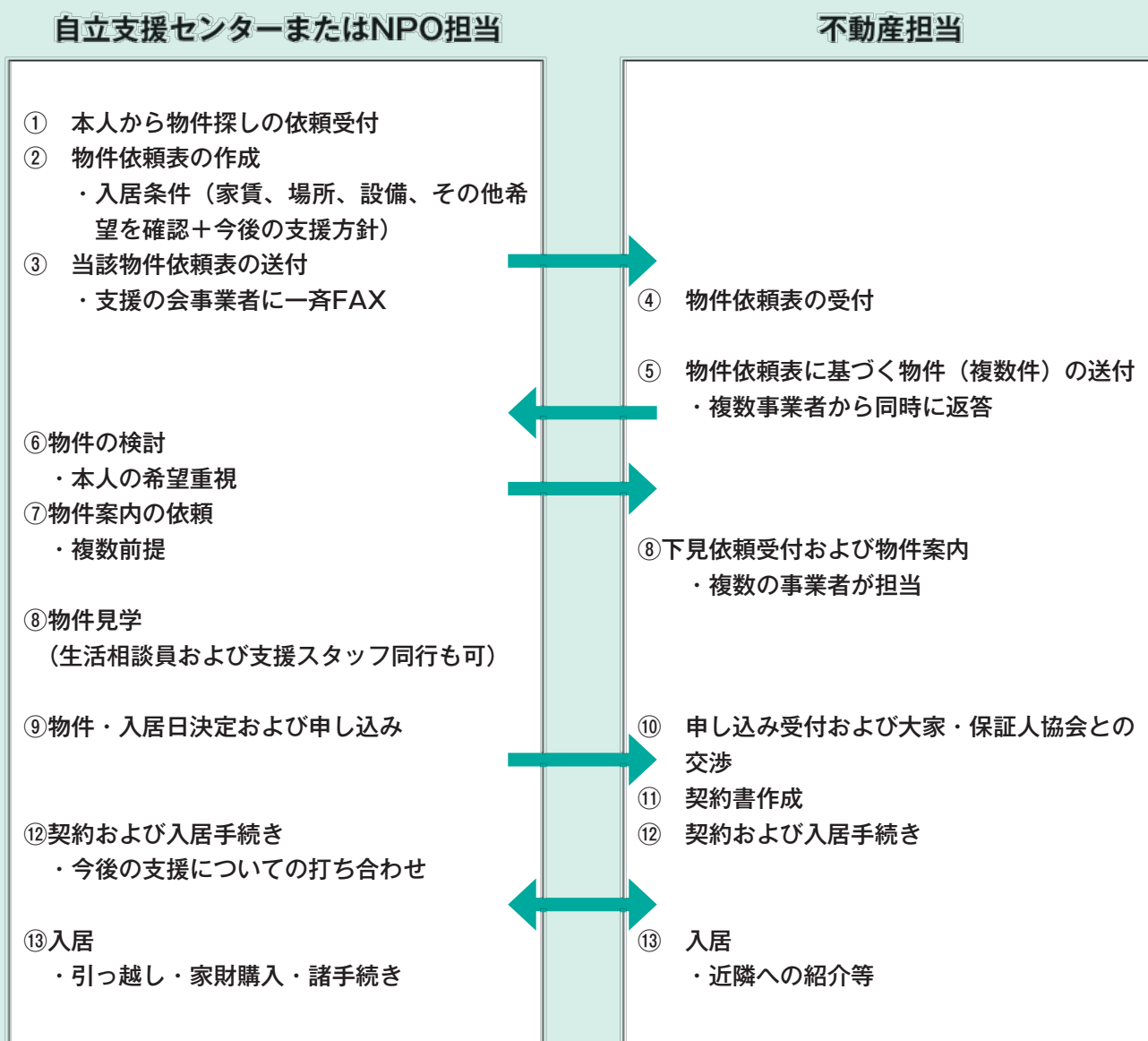
NPO法人抱樸は、昭和63年ホームレス状態の人々に対する支援を開始しました。出会いの中でわかったことは、ホームレス状態の方々の多くが複合的で多様な生きづらさを抱えておられるという現状でした。住居喪失、失業、知的障害4割、多重債務6割、低学歴（中卒6割）、刑余者などです。

これらの方々が地域で安定して暮らすため、平成17年「自立支援居宅協力者の会」が創設されました。これは地元不動産事業者が住居喪失者の居住支援をNPOとの連携において実施するための組織です。現在、福岡県内の51社の不動産事業者が加入されています。

主な働きとして、①不動産紹介、②入居後の見守り、③家賃滞納等の早期発見とNPOへの連絡、④退去や死去時の残置物処分などに関する協働です。

令和元年NPO抱樸が受け付けた住宅に関する相談は約350件。その内、入居支援をした方が約230人となっています。不動産事業者にとっては、NPOからの入居候補者の紹介は本務であり収益事業につながります。また、NPOの「自立生活サポートセンター」（NPOが独自に配置している相談支援員）が日常の支援を実施することで、不動産事業者や大家は、安心できる状態となっています。

以下が、入居までの連携の流れです。



(2) ケース会議の実施

これまで、支援計画に基づく福祉の世界では「ケース会議」を開催することは一般的でした。しかし、その福祉の世界でも事業所内のみでのケース会議が開催されることが少なくありませんでした。福祉と医療、介護など、分野を超えた総合的なケース会議の開催の必要性が今日認識されています。居住支援の場合、さらに分野を超えた総合的なケース会議の開催が必要となります。すでに多機関連携で触れたように、不動産等事業者を含めたケース会議が必要となります。

メモ

ケース会議実施のポイント

多機関での総合的なケース会議を行う上で重要なポイントとしては、①本人主体と参加、②会議のルール決め、③招集者の明確化、④情報管理の徹底と共有、⑤必要な人を集める、などがありますので、以下で簡単に説明します。

①**本人主体と参加**：本人主体を原則とすることは、今後すべての「支援」の場面で前提となります。「専門支援員」が本人の意思を超えて支援計画を立案することにならないように注意しなければなりません。どれだけ優れた計画でも、本人がそれを自らの事柄として選び取ることができなければ「苦痛」で終わります。特に「住宅」は、一旦入居するとなかなかやり直しが難しい事柄です。慎重に本人の意思を確認することが重要です。場面によっては、本人の参加が難しい場合もありますが、その際はピアサポーターの意見を参考にすることも重要です。

②**会議のルール決め**：先の本人主体の原則も含め、一定のルールを決めることで多機関連携のプラットフォームの性格付けができます。目的や協働に関する相互の意識を一致させるためにもルールを明文化するのが良いと思います。もし、何か齟齬が出た場合、そのルールに戻り調整できます。

③**招集者の明確化**：自立生活援助の枠内でケース会議を実施する際は、当然、自立生活援助の担当者が招集者となると思いますが、招集者が多機関連携を含めた支援計画全体の進捗管理の責任を負います。一方で、会議参加者からケース会議の開催を求められた際には、招集者は、すぐに対応しなければなりません。これもルールに明記することが重要です。

④**情報管理の徹底と共有**：すでに個人情報の管理については述べました。さらに、会議で確認されたこと、特に支援方針や計画が変更された際や役割分担が変わった時など、議事録等を整理して共通の認識を持つことが重要です。

⑤**必要な人を集める**：当然のことのようですが大切です。住宅選びや入居支援、その後の居住支援にかかる場面では、不動産等事業者の参加は重要ですが、それ以外の福祉的サポート等に関することでのケース会議には、必ずしも不動産等事業者の参加は必要ありません。ケース会議のテーマに即して招集者は参加者を考え依頼します。ただ、会議での決定等に関しては、ケースに関わる会議参加者に共有することは重要です。例えば、本人が失業したと言う情報は就労支援の開始を意味しますが、同時に家賃滞納につながる可能性があるため、不動産等事業者にも連絡が必要です。



いずれにしても「顔の見える関係」の中で総合的なケース会議が開催されることが重要です。ケース会議は、「本人の困りごと」を中心に地域のプレイヤーが集まり議論します。「具体的なひとりのケース」が連携を生み、それが地域となります。ケース会議が包括的で総合的な地域共生社会の創造のために大変有意義だと言えます。

(3) 他法・他施策との連携について

不動産等事業所との連携を考える上で最も有力な連携先が「居住支援法人」です。これは、平成29年の「住宅セーフティーネット法改正」によって始まった国土交通省の施策である「住宅セーフティーネット制度」に基づく制度です。

「住宅セーフティーネット制度」は、高齢者、障害者、子育て世帯等の住宅の確保に配慮が必要な方を「住宅確保要配慮者」として、この方々が安心して入居でき、その地域で暮らすことを支援するための制度です。

この制度には三つの枠組みがあります。第一に「住宅確保要配慮者の入居を拒まない賃貸住宅の登録制度」です。これは「セーフティーネット住宅」と呼ばれ、全国で15万戸以上がすでに登録されています。賃貸住宅を登録する際には、その規模、構造等について一定の基準に適合する必要があります。まず、耐震性を有することが求められます。また、住戸の床面積が25㎡以上であることが求められます。なお、この登録基準については、地方公共団体が供給促進計画を定めることによって、強化・緩和をすることが可能です。(※1)

第二に「登録住宅の改修や入居者への経済的な支援」です。大家等への支援として「登録住宅の改修への支援として、改修費に対する補助制度」があります。さらに入居者負担の軽減として「登録住宅の入居者への家賃と家賃債務保証料の低廉化に対する補助」があります。(※2)

第三に「住宅確保要配慮者に対する居住支援」があります。都道府県が、居住支援活動を行うNPO法人等を、賃貸住宅への入居に係る情報提供・相談、見守りなどの生活支援、登録住宅の入居者への家賃債務保証等の業務を行う居住支援法人として指定します。生活保護受給者については、代理納付に関する新たな手続きが設けられました。また、家賃債務保証業については、適正に業務を行うことができる者として一定の要件を満たす業者を、国に登録する制度を創設されました。家賃債務保証業者や居住支援法人が、登録住宅に入居する住宅確保要配慮者に対して家賃債務を保証する場合に、住宅金融支援機構がその保証の保険を引き受ける制度も創設されました。

この中で特に自立生活援助との関わりが深いのが居住支援法人の存在です。これは「住宅確保要配慮者に対する賃貸住宅の供給促進に関する法律」の第40条に規定された法人ですが、ほとんどが既存のNPO法人、一般社団法人、財団法人、社会福祉法人、株式会社などです。現在、全国で約350法人が認定されています。現状では数も少なく、所在も偏りがあるため必ずしも身近な存在になっているとは言えませんが、今後も増える予定です。(※3)

居住支援法人は「住宅確保要配慮者」と不動産事業者を結び役割であり、担う業務は、以下の4つです。

- ① 登録住宅の入居者への家賃債務保証（これは他の債務保証事業者との連携でも可）
- ② 住宅相談など身体住宅への円滑な入居に係る情報提供・相談
- ③ 見守りなど要配慮者への生活支援
- ④ ①～③に付帯する業務

居住支援法人は、①～④のすべての業務を行う必要はないとされています。居住支援法人に対しては、現状では国から補助金が出ています。

さらに「居住支援協議会」が全国約100の自治体で設置されています。住宅確保要配慮者の民間賃貸住宅への円滑な入居の促進等を図るために、地方公共団体、不動産関係団体、居住支援団体等が連携するための協議会です。住宅確保要配慮者・民間賃貸住宅の賃貸人の双方に対し、住宅情報の提供や相談支援を行う協議会もあります。

また、居住支援法人以外にも活用できる制度として、「生活保護制度」や「生活困窮者自立支援制度」、「公営住宅」等があります。これらについても参考として次項に掲載します。

参考 その他の居住支援に関する主な制度

まず、「生活保護制度」における居住支援の仕組みがあります。生活保護は、最低生活の保障と自立の助長を図ることを目的として、その困窮の程度に応じ必要な保護を行う制度です。生活保護の申請は国民の権利です。

生活保護は、(1)生活扶助、(2)教育扶助、(3)住宅扶助、(4)医療扶助、(5)介護扶助、(6)出産扶助、(7)生業扶助、(8)葬祭扶助から構成されています。

このうち(2)住宅扶助は、家賃、部屋代、地代、住宅維持費（修繕費）、更新料などの支援が受けられる制度です。ただし、現状では生活保護のケースワーカーが抱えるケースが多く、物件探しや保証人の確保などは、自分自身で行うことが多いのが実情です。ここにおいても居住支援法人との連携が必要になります。

次に「生活困窮者自立支援制度」です。この制度には7つの事業があります。第一に「自立相談支援事業」です。個別支援計画をたて総合的な相談支援を実施します。相談内容は、限定されず「断らない相談」を目指しています。

第二に「住居確保給付金の支給」です。これは家賃相当額を支給する制度であり、離職など（現在はコロナ緊急枠として減取にも対応）により住居を失った方、または失うおそれの高い方には、就職に向けた活動をするなどを条件に、一定期間、家賃相当額を支給する制度です。生活の土台となる住居を整えた上で、就職に向けた支援を行います。（※一定の資産収入等に関する要件があります。）

以上の「自立相談支援事業」と「住居確保給付金」は、「必須事業」としてすべての基礎自治体において実施されています。以下は「任意事業」となります。自治体によって、実施、未実施に分かれます。

第三に「就労準備支援事業」です。社会参加に課題があり、すぐには就労できないと思われる方が対象です。「社会との関わりに不安がある」、「他の人とコミュニケーションがうまくとれない」など、直ちに就労が困難な方に概ね1年以内の期間、プログラムに沿って、一般就労に向けた基礎能力を養いながら就労に向けた支援や就労機会の提供を行います。

第四に「家計改善支援事業」です。家計状況の「見える化」と根本的な課題を把握し、相談者が自ら家計を管理できるように、状況に応じた支援計画の作成、相談支援、関係機関へのつなぎ、必要に応じて貸付のあっせん等を行い、早期の生活再生を支援します。

第五に「就労訓練事業」です。柔軟な働き方による就労の場の提供を行います。直ちに一般就労することが難しい方のために、その方に合った作業機会を提供しながら、個別的就労支援プログラムに基づき、一般就労に向けた支援を3ヵ月から6ヵ月程度実施します。

第六に「生活困窮世帯の子どもの学習・生活支援事業」です。

子どもの学習支援をはじめ、日常生活習慣、仲間と出会う活動ができる居場所づくり、進学に関する支援、高校進学者の中退防止に関する支援等、子どもと保護者の双方に必要な支援を行います。

第七に「一時生活支援事業」です。住居をもたない方やネットカフェ宿泊を続けているなど、不安定な住居形態にある方に、緊急的に一定期間、宿泊場所や衣食を提供します。その後の生活に向けて、就労支援などのサポートも行います。

対象は、住居のない生活困窮者であって、収入等が一定水準以下の方に対して、一定期間（原則3月）内に限り、宿泊場所の供与や衣食の供与などを行います。自立支援センターを設置している自治体もあれば、必要に応じてホテルなどを借り上げて対応している自治体もあります。この制度を利用中に、できるだけ一般就労に結びつくよう自立相談支援事業と適切に連携します。

この他にも住宅確保等に関わる他法他施策もあります。

例えば「公営住宅」です。公営住宅とは、収入が少ないために住まいを見つけることが難しい人が、安い家賃で住むことができる住宅です。公営住宅法という法律に基づいて、国の補助を受けながら都道府県や市町村などが住宅の建設や管理、運営を行っています。入居の方法等は、自治体によって違いますので、それぞれの自治体に問い合わせをする必要があります。

さらに公営住宅には「障害者の優先入居」という制度があります。障害のある人が公営住宅の入居を希望する場合、優先的に入居できる仕組みです。具体的な内容は地域によって異なりますが、多くの地域で実施されているのは「抽選確率の優遇」と「障害者専用住宅の整備」です。

「抽選確率の優遇」とは、抽選方式で入居者を決める場合に、障害者手帳を持っている人の当選確率を上げて、入居できるように優遇することです。

最後に居住支援法人に関する民間の動きに関してですが、平成30年に一般社団法人「全国居住支援法人協議会」という全国組織が立ち上がりました。居住支援法人に関する情報や相談の窓口も設置されています。（※4）

これらが居住支援に関する主な他法他施策の主なものです。先にも述べましたが、これまで住宅政策は公営住宅を除き、民間の住宅市場に委ねられてきた部分が少なくありませんが、最近では、「居住支援」が様々な分野で議論されるようになり、政策課題となっています。今後の動向も確認していきたいところです。

参考 関連URL一覧

※1：＜セーフティネット住宅情報提供システム＞ <https://www.safetynet-jutaku.jp/guest/index.php>

※2：＜改修費への支援＞ <https://www.mlit.go.jp/common/001267462.pdf>

＜家賃・家賃債務保証料の低廉化支援＞ <https://www.mlit.go.jp/common/001267463.pdf>

※3：＜居住支援法人の一覧＞ https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/jutakukentiku_house_fr7_000026.html

※4：＜全国居住支援法人協議会＞ <https://www.zenkyokyou.jp/>

居住支援法人相談窓口(アドバイス事業) [TEL] 03-6273-8660 [Email] info@zenkyokyou.jp

参考 自立生活援助と居住支援法人の連携の促進

令和3年度より、居住支援と自立生活援助の連携が報酬における加算の対象として評価されるようになります。どのような連携が評価の対象になるのかについて、具体的なケースをご紹介します。

1. 居住支援法人と連携して継続的な支援を行うケース

精神科病院に長い入院をしていたAさんは、車椅子を使用しているため一人暮らしは難しいだろうと退院をあきらめていました。物件を探してもご本人の希望に合ったアパートがなかなか見つからず、住みたい物件は玄関までのスロープが短く、高さもあって自走での移動が難しく、諦めざるを得ませんでした。困っていた時に居住支援法人を知った相談支援専門員は、ご本人と一緒に相談に行きました。

居住支援法人は住宅関係者との連携ができており、間もなく物件の提案をしてもらうことができました。また、ご本人が本当に住みたい物件があったことを知ると、大家にスロープの設置についての提案をしてくれました。工事が終了するまでに多少の時間を要しましたが、最終的にご本人が住みたいところに入居することができました。その後も、居住支援法人の支援者の方と、工事の進捗状況や退院後の生活について情報を共有するための場を定期的に持ちました。現在は自立生活援助を利用するAさんについて、役割分担を行いながらご本人をサポートしています。

上記のようなケースは、以下2つの要件を満たす場合、令和3年度より「**居住支援連携体制加算**」の対象となります。

- ①居住支援法人又は居住支援協議会との連携体制を確保し、その旨公表していること。
- ②月に1回以上、居住支援法人又は居住支援協議会と情報連携を図る場を設けて、住宅の確保及び居住支援に係る必要な情報を共有すること。

2. 居住支援法人と相談の上協議会へ報告するケース

地域移行支援を進めていく上で要とも言える住宅の確保ですが、ご本人の住みたい家が見つかって最終的に断られてしまい入居に至らないというケースがありました。その理由は、大家が障害者に部屋を貸すことを不安に思っているからで、不動産業者にはどうしようもないと説明がされました。その後、保証人の問題をクリアできない方のケースにおいて、居住支援法人に関わってもらった際にも同じようなことがあり、障害者への貸し渋りにより、地域移行支援が進まないのは解決すべき課題であるという認識を持ちました。そこで地域の自立支援協議会へ、障害者の人がアパートを借りられずに地域での暮らしの実現を阻む現状があること、またその理由が大家の不安が理由であるということを報告しました。同様の事例が集まっていたこともあり、プロジェクトチームにおいて「大家の不安がどんなところにあるか」「そのためにどんな対策が必要か」について不動産関係の方々との意見交換の場を設けました。

障害各分野の従事者やご本人のほか、宅建協会と課題を共有し、不動産会社の不安、大家の不安や心配事について抽出することができました。このような経過から、「生活サポートシート」の作成が実現しました。協議の場を活用できたことで、不動産関係者との顔の見える関係が構築でき、また、生活サポートシートを活用することでご本人とともに、希望を持って家探しをすることができています。

上記のようなケースは、令和3年度より「**地域居住支援体制強化推進加算**」の対象となります。

この加算は、地域相談支援事業者や自立生活援助事業者が、居住支援法人と共同して、利用者に対して在宅での療養上必要な説明及び指導を行った上で、障害者総合支援法に基づく協議会や精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築における保健・医療・福祉等の関係者による協議の場に対し、住宅の確保及び居住支援に係る課題を報告することを評価するものです。



最後に、これまでの内容も踏まえ、自立生活援助と居住支援法人が連携したこれからの支援のあり方について、様々な立場から実践に取り組まれている奥田委員、松村委員、山口委員の3名の皆様にお話を伺いました。

【ご紹介】

奥田委員：NPO法人抱撲 理事長 全国居住支援法人協議会共同代表

松村委員：南高愛隣会 理事 自立生活援助を実践し、同法人では居住支援法人の指定も取得

山口委員：社会福祉法人清樹会 地域生活支援センターすみよし 自立生活援助を実践

コラム：自立生活援助と居住支援法人が連携した支援の可能性

■自立生活援助の中で行う居住支援とその課題感

山口：私が所属している地域生活支援センターすみよしでは、長く精神科病院に入院していた方が地域移行支援を利用して退院し、その後も自立生活援助により地域での生活をサポートしているケースが多くあります。一人暮らしをされる方の家探しの支援を行って行く中で、不動産屋さんには大変お世話になっていますが、スムーズな入居につながるためには不動産業者さんとの日頃からの関係構築が大切だと感じています。入居をしている障害者の方への対応に困った時に不動産業者さんからの相談を受けたり、すぐに駆け付けて対応する、というような日頃からの関わりの積み重ねがあることで、入居の相談にも応じてもらえるようになりました。

山口：障害を理由に入居を断られてしまう経験があるなど、ご自身の障害を知られたくないという方も中にはおられます。そのような方には、障害について知ってもらい、支援者がいること、助けを必要としている内容を理解してもらうことのメリットをお伝えし、納得頂いた上で支援を進めるようにしています。不動産業者の方に対しては、入居後にどのようなことを心配されるかを確認させていただき、その一つ一つについて自立生活援助等によりサポートをすることをご説明します。

山口：一方で、自立生活援助のサービスだけではご本人の生きづらさを支え切れないと痛感するような事もあります。もちろん、一つのサービスだけでその方の人生の全てを支えられるわけではないのですが、力不足だと感じた時に、周囲に共に伴走してくれる、仲間がほしいと思うことがあります。奥田さんが実践されている居住支援は、「つながり」や「孤立させないこと」をテーマとして掲げられており、伴走型支援そのものだと思います。周囲にそのような支援をされている居住支援法人があれば、ぜひとも連携していきたいです。

奥田：仰る通り、NPO法人抱撲では、単なる家の確保という以上に、社会に居場所がない、本当に困った時に頼れる人が誰もいない、といった社会的孤立に着目した支援を30年以上に渡って実践しています。ただし、居住支

援の分野というのは、一つの制度やサービスで完結するものではなく、様々な制度やサービスを組み合わせることで1人の方の支援ができるという世界だと思っています。私どもの法人では「一人との出会いから事業展開する」ことを大事にしていますが、既存の制度や仕組みありきで考えるのではなく、具体的なケースから、必要な支援や仕組みを考えていくべきだと思っています。一つのことだけで悩んだり苦しんだりしている人は世の中にはいないですよ。住宅のことで困っている人は仕事にも困っている、というような状況だと思います。

■「居住支援法人」としてできることの可能性

奥田：一つ注意しておかないといけないことは、「居住支援法人」というのはある意味、一つの看板であって、中身は不動産業者であったり、福祉系の法人であったりします。NPO法人抱撲も、27の事業のうちの一部が「居住支援」であるに過ぎません。自立生活援助事業所と居住支援法人との連携という方法以外にも、自立生活援助事業所自体が居住支援法人の指定を取得してしまうということも十分選択肢としてあり得ます。

山口：松村さんの所属する南高愛隣会では、実際に居住支援法人の指定を取得されたかと伺っています。

松村：南高愛隣会では、更生保護施設に併設する形で居住支援法人の指定を取得し、ちょうど1年が経過したところです。ただ、「居住支援法人」は更生保護施設のみ留めておくにはもったいない仕組みであって、今後は障害福祉の相談支援事業との併設とし、障害者支援の幅を広げていけないかと計画しています。

松村：先程山口さんからも不動産屋さんとの連携についてお話がありましたが、南高愛隣会でも30年以上の活動の中で、グループホームを出て一人暮らしなどへ移行する方の住宅確保に当たり、不動産屋さんとの連携を積み重ね、信頼関係や協力体制を構築してきました。また、法人全体として地域密着型の支援を一貫して目指してきた中で、地域の情報に明るい方をスタッフとして積極的に採用したり、地域のリーダーと言われる方々を集めた

運営推進会議を定期的に関開くなど、地域の方との交流の機会を積極的につくり、理解を醸成してきました。その甲斐もあり、新しく一人暮らしなどを始めた障害者の方と近隣の住民の方との間でのトラブルなどは予防できている実感があります。その他、家を借りる際の保証人や看取りなどの支援も担って頂けるNPO法人があり、必要な支援が揃ったネットワークが築き上げられています。

山口：素晴らしいですね。それくらい充実した体制が整っている中で、今後居住支援法人の制度を活用してどのようなことに取り組まれようとしているのでしょうか。

松村：基本的な方針として、グループホームから退所し、一人暮らしや結婚など「まだまだ人生に挑戦したい」という希望を持った方への支援に力を入れていく予定です。自立生活援助によってまず立ち上がりの部分で、ご本人が最も困っていることを把握し、プログラムを組んでそれらを克服し、軌道に乗せるイメージです。その後は相談支援によるモニタリングと居住支援法人による細く長い支援につなげていく体制がよいのではないかと現在模索しています。

松村：また、長崎県内ではこのような動きに賛同する法人数カ所を協議会をつくり、県や市にも関与頂いて勉強会等を開催しています。こういった場で居住支援法人ともつながり合おうと、ネットワークの横の広がりも加速していくと感じています。また、現在死亡退去時の支援等を行っているNPO法人がありますが、居住支援法人の指定を受けることでより活動がやりやすくなるのではないかと考えています。このあたりの連携について、奥田さんほどのお考えでしょうか。

■自立生活援助と居住支援法人が連携してできること

奥田：現在居住支援法人の指定を受けている事業者は350程度ですが、約6割は福祉系、残り4割が不動産系です。居住支援法人が行う業務は主に「家賃債務保証」「入居に係る情報提供・相談」「生活支援」「その他付帯する業務」の4つと定義されています。不動産系の事業者にとって、最初の2つの支援は対応できるが、「生活支援」の部分はこれまでほとんど経験がない部分です。ここをカバーしていく方策として、自立生活援助との連携が一つのよいモデルになると考えられます。

奥田：一方で、自立生活援助事業者の側としても、支援を全て一つの制度で完結させようとせず、他制度の施策や不動産のビジネスの仕組みについても視野に入れていくことが重要ではないかと思っています。また、福祉系の事業者が気を付けるべきこととして、居住支援における「生活支援」においては、障害者ご本人はもちろん、不動産のオーナーの「生活」まで見るという視点があります。例えばトラブルが発生してしまった時に、やむを得ない際は速やかに転居の支援をしつつ、その代わりにまた次の方が来ても受け入れて頂くようお願いするという柔軟な姿勢で支援を継続することが、長期的な関係性構築の視点では大事だと思います。

山口：私自身もそうですが、自立生活援助の事業所をはじめとした福祉系の事業者は、まだまだ不動産業界や住宅のオーナーの視点について知らないことがたくさんあると感じました。

奥田：不動産業者もまた、居住支援法人の指定をとっていただくとしても福祉の制度のことなどわからないことがほとんどです。障害福祉サービスや住宅セーフティネット法等のそれぞれの制度に横串を通し、風通しを良くしていくというアプローチを地道に続けていくことが大事ではないでしょうか。

山口：そういった様々なプレーヤーを横串でつなげていく一つの軸に、自立生活援助がなっていけるとよいですね。また、はじめに自立生活援助だけでは足りない、共に伴走してくれる仲間が欲しいと思う時があると言いましたが、ご本人のニーズに応じて重層的に、支援のリソースを組み合わせていけるとよいと思います。普段協力的に動いていただいている不動産業者の方にも居住支援法人の指定を取得頂けるとより双方にメリットがあるようにも思います。

奥田：不動産業者には、障害福祉の制度はもちろん、居住支援の社会的意義の面にも目を向けてもらい、福祉系の事業者には、居住支援における不動産業界という未知のフィールドや、そこで空き家を利用して収益を生み出せるというビジネスの面まで理解してもらえると、単なる住み分けではなくそれぞれがより重層的につながり、支援のネットワークを強固なものにしていけると思います。

おわりに

本ガイドブックは、一人でも多くの障害者の方が、「住み慣れた地域で自分らしく生活したい」という当たり前の思いを実現できることを願い、それを支えるサービスである自立生活援助の活用促進を目的として作成したものです。

作成に当たっては、本サービスが創設される以前より障害者の地域生活支援に携わられてきた事業所の皆様及び自治体職員の方に参加頂き、活動の中で蓄積されたサービス提供や運営のノウハウ、大切にすべき考え方のエッセンスを盛り込んで頂きました。また、障害者の地域生活において切り離すことのできない「居住支援」の視点についても取り上げ、障害福祉サービスという枠に囚われない重層的な支援のあり方について、多くの示唆を提供頂きました。

加えて、事例集の作成においては、検討委員会委員以外にも、自立生活援助は創設されて間もないサービスでありながら質の高い支援を提供されている事業所を紹介頂き、実践に基づくリアルな支援事例の提供にご協力を頂きました。

本ガイドブックの作成にご協力頂いた皆様に心から感謝するとともに、読者の皆さまにおかれましては、本書が今後の自立生活援助の活用を検討される際に少しでも役立つものとなることを願ってやみません。

検討委員会座長 岩上洋一
PwCコンサルティング合同会社 事務局

参考文献

- ・『福祉介護事業の経営者・施設長のための経営ノート』（2019 大坪信喜）
- ・『地域で暮らそう！地域移行支援・地域定着支援・自立生活援助導入ガイド』（2018 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）

検討委員会委員（執筆）※五十音順

飯山 和弘	埼玉北障がい者地域活動支援センター ふれんだむ
岩上 洋一	社会福祉法人じりつ
岡部 正文	一般社団法人ソラティオ
奥田 知志	全国居住支援法人協議会
小船 伊純	白岡市福祉課
丹羽 彩文	社会福祉法人昂
服部 敏寛	社会福祉法人三富福祉会
松村 真美	社会福祉法人南高愛隣会
望月 明広	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
吉澤 浩一	特定非営利活動法人ヒーライトねっと

事務局（監修・編集）

東海林 崇	PwCコンサルティング合同会社 公共事業部 シニアマネージャー
植村 綸子	PwCコンサルティング合同会社 公共事業部 シニアアソシエイト
栗城 尚史	PwCコンサルティング合同会社 公共事業部 シニアアソシエイト
平良 岬	PwCコンサルティング合同会社 公共事業部 アソシエイト

厚生労働省「令和2年度障害者総合福祉推進事業」

自立生活援助の活用推進のための 従事者養成研修カリキュラムと運営ガイドブックの作成

発行：令和3年（2021）年3月

発行者：PwCコンサルティング合同会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-1 Otemachi One タワー

03-6257-0700（代表）
