

ガイドライン作成にあたって

ごあいさつ

現在、精神障害者の地域移行にかかる事業として地域生活支援事業における「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」が全都道府県において実施されています。本事業は、社会的入院の解消を図る国の方針を背景に、国の補助制度として各自治体による取り組みにより推移しています。

全国的な取り組みは一見すると相当な盛り上がりの中にあるよう感じさせますが、その実態は、地域間での取り組みに規模・内容ともに大きな隔たりが生じています。そして2012（平成24）年度からは補助事業として行われてきた地域移行支援、地域定着支援、そして地域移行・地域定着を大きく展開させる意味を持つ「住居入居等支援事業（居住サポート事業）」が、障害者自立支援法による個別給付事業として再編されるとともに、一部事業が補助事業として実施されるという新たな展開を迎えることとなりました。

申し上げるまでもなく、地域移行支援は住まいの確保が大きな課題であり、物件確保に関して、情報収集や入居あっせん等の種々の調整をはじめとする「入居支援」が肝要です。そして入居後の暮らしの維持継続が必要であり、永続的な支援を保障するシステムが必要となります。したがって街での暮らしの永続性を担保するには、従前からの居住支援系事業（グループホーム等）ならびに居住サポート事業などの個別在宅生活を支える事業の活性化がとても重要です。しかしながら先述のような地域間格差は歴然たる事実で、居住サポート事業の実施も全国市町村のうち13%の実施にとどまっており（2011（平成23）年厚生労働省発表）、総じて街での暮らしの支援はぜい弱なままとなっています。

これからの事業展開を図る際に、現在の地域移行・地域定着支援、そして居住サポートの実態やその手法の要点を先進的取り組みの中からくみ取ることと、またその内容を精査し、もって全国津々浦々の実践につながるよう、時宜を得た臨場感のある情報を配信することが極めて肝要という認識にたち、本年度（2011（平成23）年度）下期より埼玉県立大学保健医療福祉学部社会福祉学科高畑隆教授を中心とする検討チームが立ち上げられ、厚生労働省の研究事業として本調査研究ならびにガイドライン策定に着手した次第です。

具体的手法としては、全国5か所の先駆的な地域（自治体や圏域）に対するヒアリング、実地調査をもとに、そこでは、社会的入院を余儀なくされている精神障害者への支援に限らず、入所型施設に長期に入所している障害者への支援活動も視野に入れ、実践の実相を把握する中

で、真に必要な地域移行とは何か、また、目的を達成する上で必要となる事業実施の仕組みや仕掛け、さらにその地域の文化に沿った工夫やアイデアなどについて精査致しました。

調査により集積された情報の分析を通じて編纂された本ガイドラインが、現状を捉え、限界をこえ、そして全国での展開に弾みをつける一助となれば幸甚に存じます。

末筆に際し、ご多忙の中本調査研究に携わったすべての皆様に慎んで感謝申し上げます。

平成 24 年 3 月

特定非営利活動法人 全国精神障害者地域生活支援協議会

代表 伊澤 雄一

地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン

目次

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

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

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

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

第1章 はじめに

1 ガイドライン作成の目的及び活用方法

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

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

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

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

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

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

2 ガイドライン作成のための実行体制及び方法

(1) 検討委員会の設置

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

(2) 実地調査及びヒアリングの実施

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

(3) 実地調査及びヒアリングの分析

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

3 ガイドラインの構成

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

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

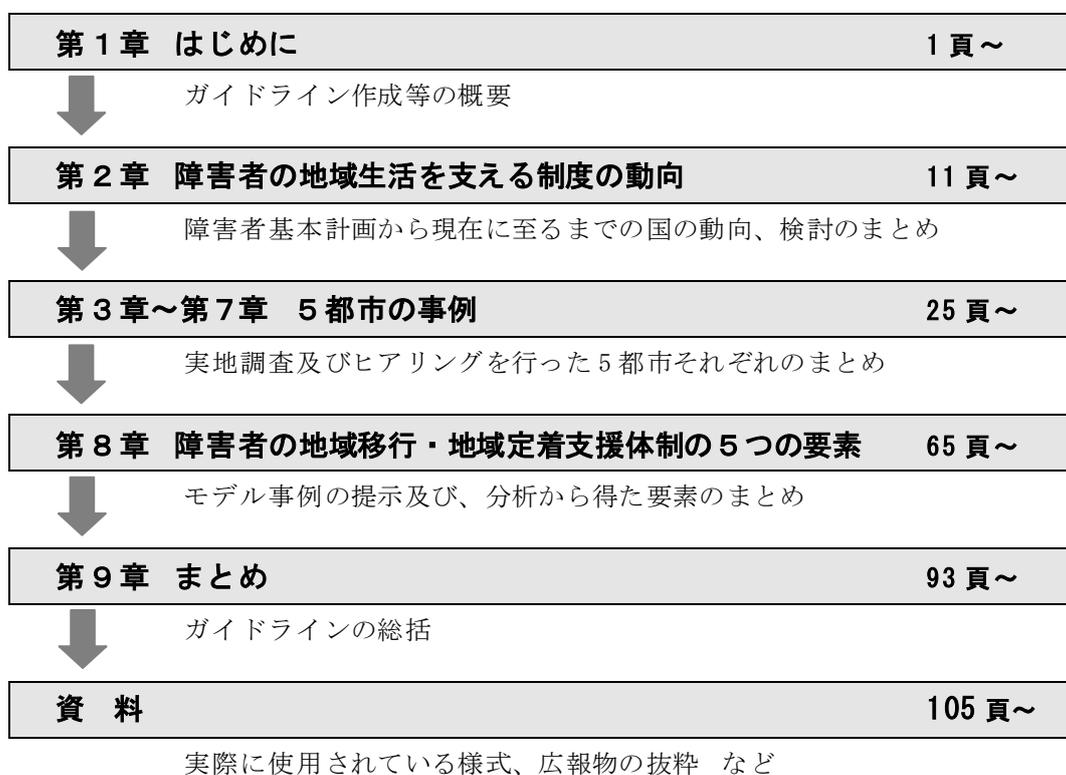
続く第3章から第7章においては、実地調査及びヒアリングを行った5都市を都市ごとにまとめ、各々の地域での取り組みにおける特徴及び現状についてまとめている。実地調査及びヒアリングを行った5都市は規模、立地、特性についても勘案された都市となっており、ガイドラインを手にとった際に、その特徴においても類似した都市を選択できるよう工夫がなされている。

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

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

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

【 本ガイドラインの構成 】



4 当ガイドラインの総論（まとめ概略）

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

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

（１）地域の現状と課題を５つの柱から整理

①実態調査の必要性

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

②施設（病院）職員と地域機関の職員との連携と協働

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

③個別支援会議

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

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

④市民資源の活用

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

⑤自立支援協議会の役割

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

（２）地域の規模による特性

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

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

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

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

（3）活動内容の特性（今後への向けて）

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

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

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

(4) ネットワークから

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

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

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

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

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

(5) その他（人の意欲と創造性・価値と認識）

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

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

第2章 障害者の地域生活を支える制度 の動向

1 制度の動向～退院促進（タイソク）から地域移行支援・地域定着支援へ～

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

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

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

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

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

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

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

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

2 障害者福祉法制流転の系譜

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

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

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

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

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

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

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

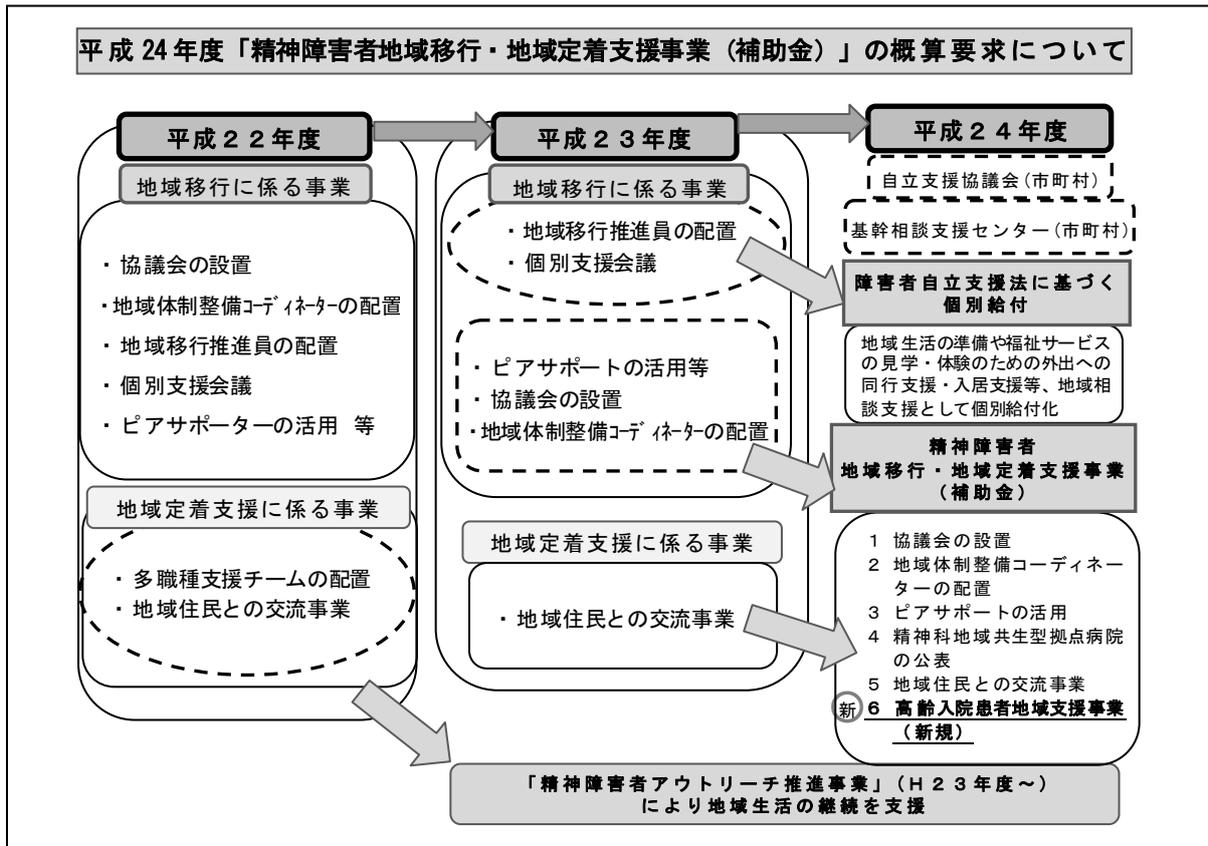
3 今後の地域移行・地域定着支援事業の展開

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

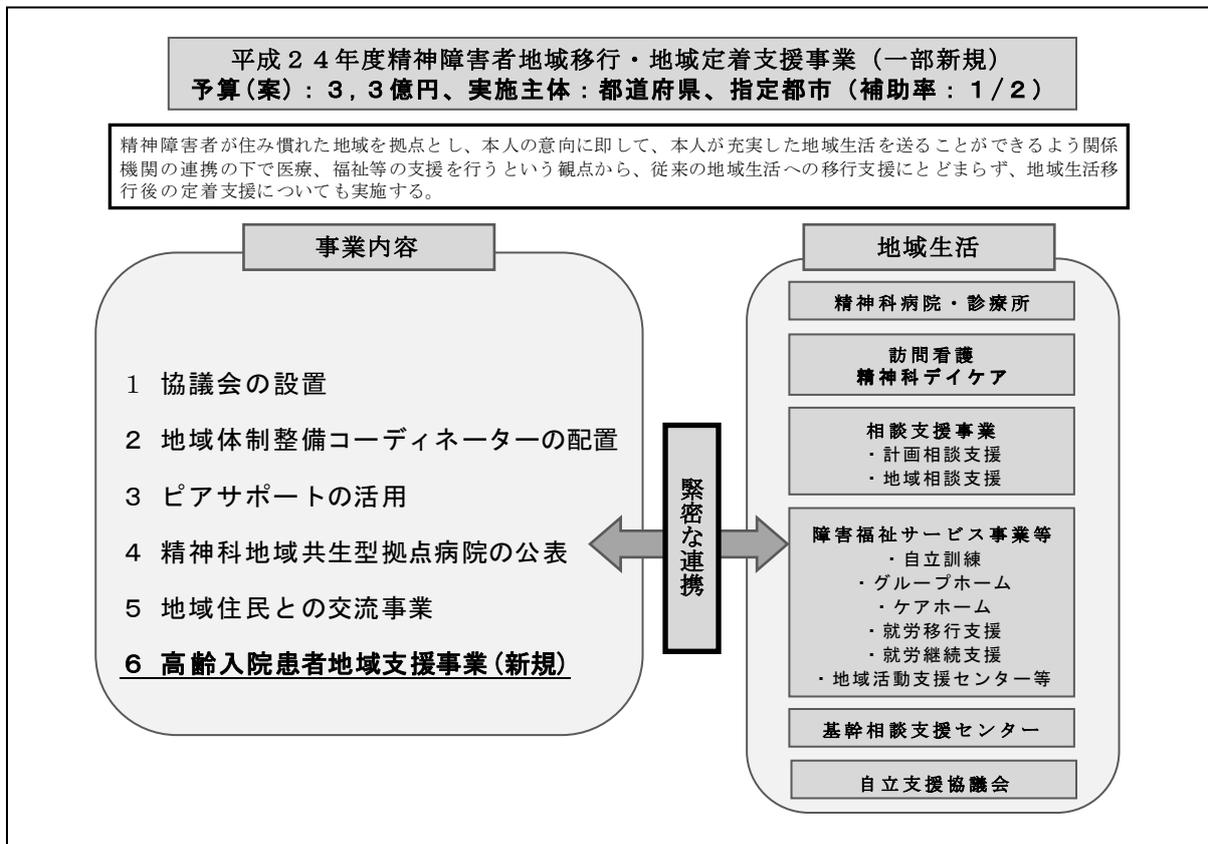
この中で地域移行・地域定着支援は、相談支援体制の強化の中で、個別の退院支援活動ならびに退院後の地域定着支援については「給付事業」となり、「地域移行推進員の配置」及び「個別支援会議の開催」とともに個別給付化されることとなっている。具体的には、地域生活の準備や福祉サービスの見学・体験のための外出への同行支援・入居支援等が障害者自立支援法に基づく地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）として位置づけられるものである。

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

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



【図2 平成24年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業（一部新規）】



4 地域移行・地域定着を推進する、とりわけ居住系支援の実相

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

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

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

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

（1）住宅提供を主にした保障制度

①公営住宅への入居促進

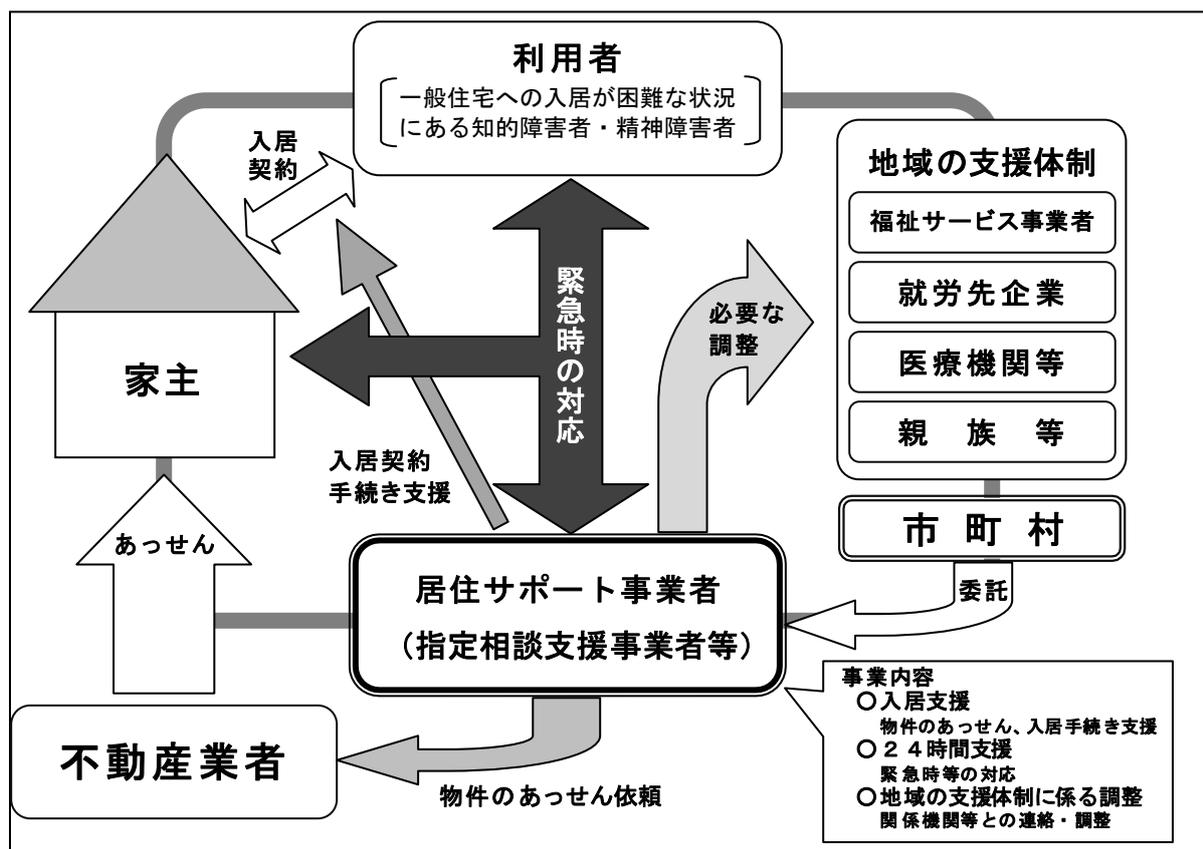
都道府県や市町村による公設公営の住宅は公営住宅法により、地方公共団体が国の補助を受け、低所得者層を対象に建設されている。公営住宅における現行の障害者向け施策には、「優先入居」「単身入居」「グループホーム・ケアホームとしての利用」の各制度がある。1996（平成8）年の公営住宅法の一部改正により、グループホーム・ケアホームの公営住宅利用（法45条）への道が開け、2005（平成17）年には、低所得障害者世帯などに公営住宅の優先入所を促している。そして2006（平成18）年からは精神障害者の単身入居もできるようになった。ただし単身入居の精神障害者の場合は優先入居の対応は得られない。

②「居住サポート事業」と「あんしん賃貸支援事業」

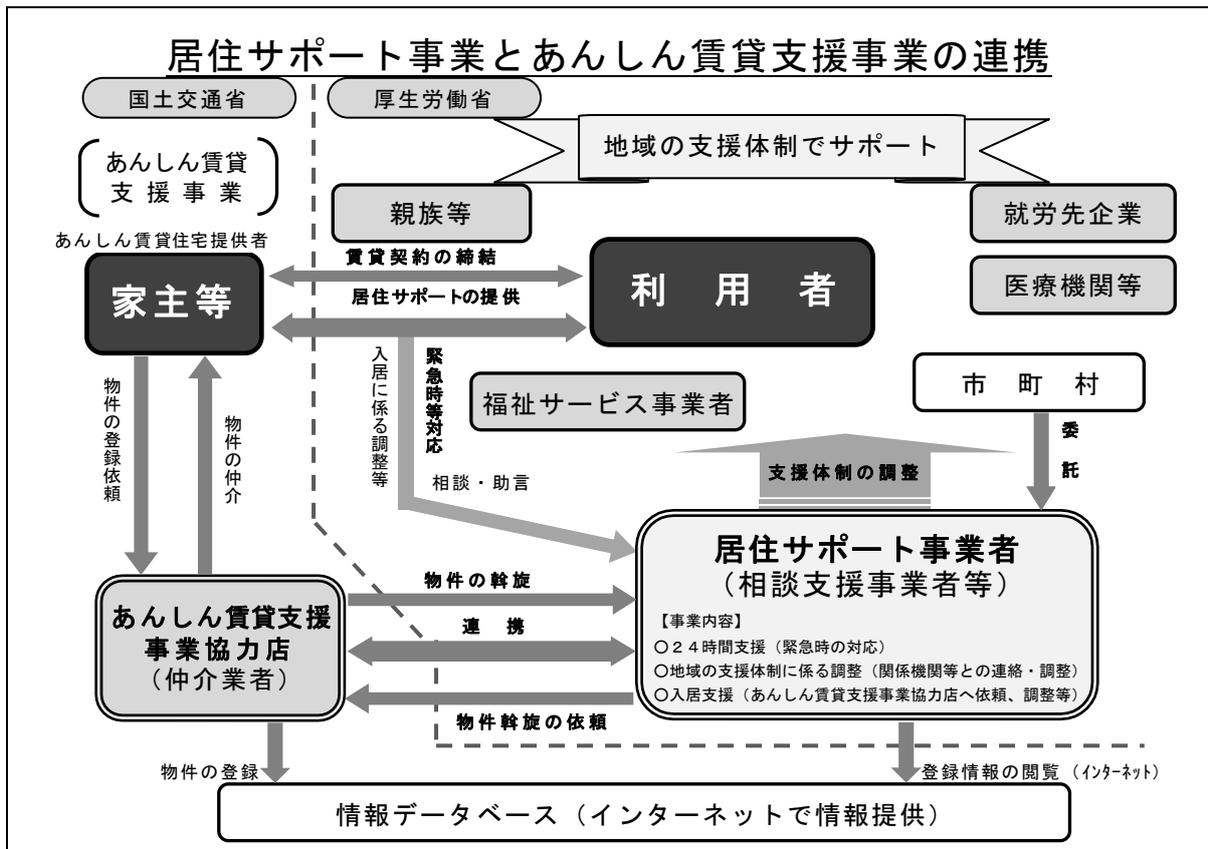
住宅入居等支援事業（居住サポート事業：図3）は、障害者の地域移行の推進を図るための住宅の確保を目的として、障害者自立支援法の地域生活支援事業の中で、相談支援事業の大きな実践課題として位置づけられ、2007（平成19）年度から創設された事業である。さらに国土交通省が、高齢者、障害者、子育て世帯及び外国人の民間賃貸住宅への円滑入居を図ることを目的に実施を

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

【図3 居住サポート事業スキーム】



【図4 あんしん賃貸支援事業と居住支援の関係】



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

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

③障害者自立支援法に基づく「福祉ホーム」

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

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

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

（2）支援が提供される居住保障制度

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

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

①共同生活援助（グループホーム）と共同生活介護（ケアホーム）

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

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

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

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

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

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

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

② 救護施設

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

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

③厚生施設

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

④宿泊型自立訓練等の見直しについて

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

5 おわりに

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

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

彼らには時間がない、とにかく急がれることとなっている。

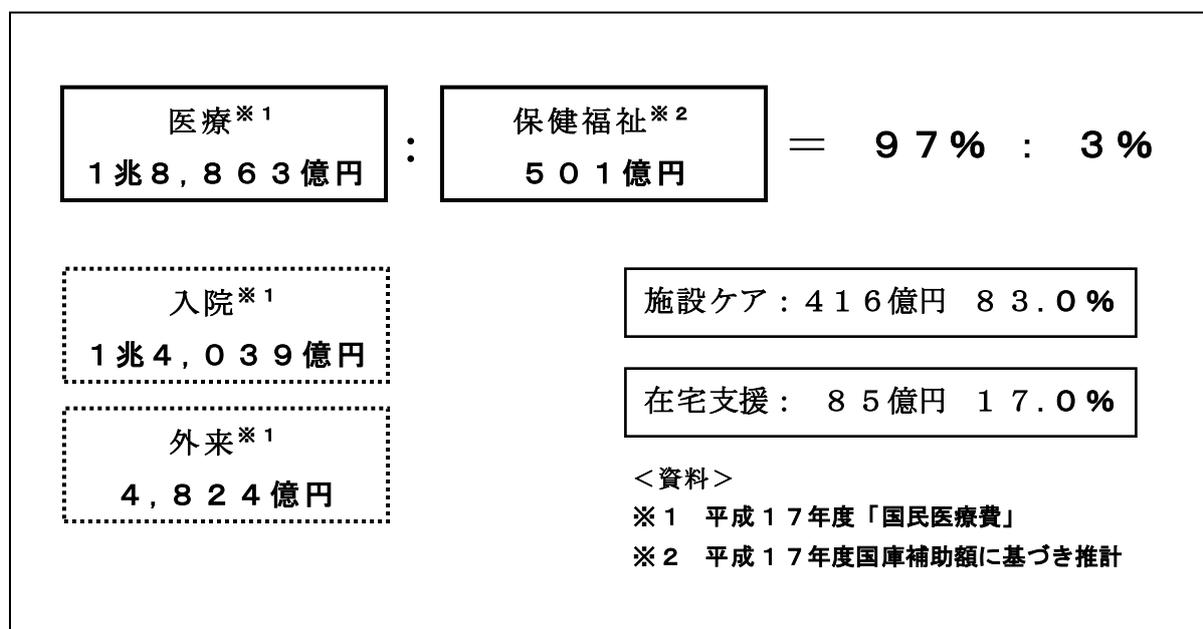
さらに肥大化した精神科病床の削減へと向かうことを強く求めたい。わが国の精神科病床はおよそ 353,000 床、全世界 1,620,000 床の実に 2 割強の病床が狭い国土に展開しており、まさに異常な事態である。またおおよそ 1 兆 9,300 億円の精神医療保健福祉の全体予算のうち、福祉サービス・地域活動ならびに在宅支援に注いでいるのはわずか 500 億という、極めて理不尽な財政配分状況がある（図 5）。

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

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

もちろん医療の質を担保しながらの大改革であることは申し上げるまでもない。

【図 5 精神医療費と福祉支援の費用配分】



第3章 岩手県北上市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆人口 9 万人の都市にみる地域移行・地域定着支援

◆障害種別・地域生活を支える制度の垣根をこえたシームレスな支援体制

1 自治体概要

■自治体名：岩手県北上市	■人口：94,009 人	■面積：437.55 km ²
■社会資源：		
【医療機関】		
<ul style="list-style-type: none">・北上市内には精神科病院が1つあり、一般病院においても精神科の診療は行っているが、入院のベッドは持っていない。その他に病床を持たない精神科クリニックが2か所開業している。病床数は180床で人口比では万対19床となり、全国平均をかなり下回る。・ただし、北上市を含む岩手県中部圏域（北上市・花巻市・遠野市・西和賀町3市1町計23万8千人）では682床を有し、万対28.6と全国平均を少し上回る。		
【障害福祉サービス事業所】		
<ul style="list-style-type: none">・障害福祉サービス事業所の状況としては、グループホーム、ケアホーム、またグループホーム/ケアホーム一体型の事業所が計23か所あり、居宅介護事業所が7か所、重度訪問看護が8か所等、生活の支援に対する事業所の割合が高く見受けられる。		
■地域特性：		
<ul style="list-style-type: none">・北上市における実践は、精神障害を機軸としているわけではなく、三障害における地域移行・地域定着支援の実践的モデルと考えられる。・また、行政主導でありながらも、自立支援協議会を通じて民間のネットワークが構築されており、行政、民間の協働が具体的に図られている。・事業実施機関としては、北上市福祉課が1つの窓口（自立支援協議会地域生活移行支援部会事務局）として機能をし、相談支援事業所として民間の事業者が委託を受ける形で具体的な相談や支援を行っている。委託内容としては相談支援事業及び住宅入居等支援事業となっている。・利用者の具体的な支援に対しては、自立支援協議会における地域生活移行支援部会を中心に検討が進められるが、具体的な地域生活の開始後は居住サポート事業や社会福祉協議会の行う金銭管理サービスの活用が行われている。・北上市の体制の整備が進んできた要因の1つには岩手県の作成した「私の希望する暮らし」において、個別支援計画書・地域生活移行支援のための支援ツールが整備されていたことや県の行う事業対象者数の全県調査の実施、また、相談支援員（地域移行推進員）の育成を平成19年度は県が行ったことにより、その後の地域での育成につながってきた背景がある。		

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①地域自立支援協議会地域生活移行支援部会

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

②運営委員会

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

③居住サポート事業判定会議・決定会議

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

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

④サービス調整会議

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

(2) 体制整備機能

①地域自立支援協議会地域生活移行支援部会

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

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

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

②岩手県

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

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

③北上市

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

3 個別支援の具体的な体制

（1）相談支援員（地域移行推進員）

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

（２）社会福祉協議会

地域生活移行後のサポートとして金銭管理などの分野で直接支援を行う。

（３）サービス調整会議（個別ケア会議）

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

4 現状の体制構築における歴史

（１）フォーマルな資源

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

（２）インフォーマルな資源

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

5 成果及び課題

(1) 事業における実績

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

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

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

(2) 地域の変化

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

(3) 今後の課題

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

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

第4章 東京都中野区における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆特別区 人口 30 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆居住サポート事業を中心とした区と民間の取り組み

1 自治体概要

■自治体名：東京都中野区	■人口：311,690 人	■面積：15.59 km ²
■社会資源：		
【医療機関】		
<ul style="list-style-type: none">・中野区は精神科の病床を持つ医療機関が存在しない地域であり、訪問看護ステーションの数も少ない。クリニックが区内に点在しているが、精神障害者に対する医療的支援者が限られている。		
【障害福祉サービス事業所】		
<ul style="list-style-type: none">・障害種別を問わず福祉サービス事業所をみると、ここ数年、日中活動の場において少しずつ増加傾向にある。しかし、元々精神科の病床を持つ医療機関が存在しない地域であり、精神障害者に対するサービスが発展しにくく、また、主として精神障害者を対象として事業運営している法人等の数も少ないため、サービスの多様性に欠ける部分があり、精神障害者への支援は、限られた事業所のマンパワーや事業をこえた対応へ頼る部分も大きい。		
■地域特性：		
<ul style="list-style-type: none">・中野区における地域移行の実践は、住宅入居等支援事業（居住サポート事業）と生活援護分野退院促進事業を中心とした精神障害者への支援に特化したモデルと考えられる。・居住サポート事業は、中野区が地域活動支援センター事業の一環として事業者へ委託し、区と事業者が密な連携をとり、協働しながら支援を進めている。・居住サポート事業として関わる前の準備段階から後の地域生活へ移行した生活のフォローまでを行っており、それを支えたり、アセスメント機能の役割を果たすために「精神障害者地域移行支援連絡会」が組織されている。その場には、区の保健機能を担うすこやか福祉センター（旧保健福祉センター）や生活保護担当者、地域の事業所、訪問看護ステーションなどの参加もあり、地域移行における情報共有や具体的な支援体制を構築するためのネットワークづくりが図られている。・核になるのは「精神障害者地域移行支援連絡会」及び事業実施している地域活動支援センターの存在だが、特徴的なのは、生活保護精神障害者退院促進事業との連携や情報交換、区の都市基盤部都市計画分野が行っている「居住安定支援事業（高齢者・障害者世帯の住み替え支援）」を、住まいさがしに活用をしている点である。		

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①中野区精神障害者地域移行支援連絡会

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

②地域活動支援センター

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

③すこやか福祉センター

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

④居住サポートに関わる個別支援会議

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

⑤地域生活ケア会議

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

(2) 体制整備機能

① 自立支援協議会地域支援部会

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

② 中野区居住安定支援事業

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

③ 個別ケア会議(自立支援協議会)

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

3 個別支援の具体的な体制

(1) 居住サポート事業

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

(2) 生活保護精神障害者退院促進事業

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

（3）相談支援事業所（区の設置するすこやか福祉センター）

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

4 現状の体制構築における歴史

（1）地域特性

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

5 成果及び課題

（1）事業における実績

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

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

（2）地域の変化

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

（3）今後の課題

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

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

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

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

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

第5章 大阪府堺市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆政令指定都市 人口 80 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆官・民の協働及びピアサポーターの活躍

1 自治体概要

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

2 地域移行・地域定着支援における体制

（1）スーパービジョン・コンサルテーション機能

①退院促進支援会議

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

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

②復帰協（財団法人 精神障害者社会復帰促進協会（ふつききょう））

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

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

③地域活動支援センター

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

（２）体制整備機能

①自立支援協議会

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

②地域移行・地域定着に関する協議会

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

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

③行政（堺市）

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

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

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

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

④院内説明会

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

3 個別支援の具体的な体制

（1）退院促進支援会議の運営会議

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

（２）地域移行推進員（自立支援員）

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

（３）地域体制整備コーディネーター（退院促進コーディネーター）

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

（４）院内茶話会

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

4 現状の体制構築における歴史

（１）地域特性

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

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

（２）フォーマルな資源

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

（３）インフォーマルな資源

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

5 成果及び課題

（１）事業における実績

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

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

（２）地域の変化

①地域力

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

②院内茶話会

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

③ピアサポーターの活用と市民啓発

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

④専門機関による連携と役割の明確化

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

（３）今後の課題

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

第6章 鳥取県東部圏域における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

◆人口 24 万人規模にみる地域移行・地域定着支援

◆行政による地域移行推進員の育成及び活動の発展

1 自治体概要

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

2 地域移行・地域定着支援における体制

（1）スーパービジョン・コンサルテーション機能

①県が主催する交流会

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

②精神保健福祉連絡会

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

③レインボー事業

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

④精神保健ボランティアの養成

岩美町が独自に養成をしている。

⑤精神科訪問看護に取り組むステーションの拡大

県保健師が個別訪問を行い、ステーションの確保に取り組んでいる。

(2) 体制整備機能

①第2期鳥取市障がい福祉計画

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

②地域移行推進員養成

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

③推進会議・精神保健福祉連絡会

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

④自立支援協議会地域生活支援部会

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

⑤地域定着事例検討会・地域移行支援者研修会

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

⑥地域移行推進員連絡会・フォローアップ講座

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

3 個別支援の具体的な体制

(1) 地域移行推進員

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

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

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

(2) 相談支援事業所

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

4 現状の体制構築における歴史

(1) 地域特性

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

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

(2) インフォーマルな資源

地域の精神保健福祉士たちも職能団体の定期的な研修会を通して密な関係にある。

5 成果及び課題

(1) 事業における実績

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

(2) 地域の変化

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

第7章 沖縄県那覇市における取り組み 実地調査・ヒアリングからの報告

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

1 自治体概要

<p>■自治体名：沖縄県那覇市・浦添市（沖縄県南部圏域5市・4町）</p>
<p>■人口：那覇市 約31万5千人</p>
<p>■面積：那覇市 39.23 km² 那覇市における福祉は、那覇市・浦添市にまたがり、展開されている。</p>
<p>■社会資源：</p> <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科医療機関 那覇市・浦添市内で4つの精神科医療機関がある。 <p>【障害福祉サービス事業所】（那覇市内の福祉サービス（平成23年4月1日現在））</p> <p>〔日中活動の場〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託相談支援事業所 那覇市4か所、生活介護9か所、自立訓練（生活）4か所、就労移行（一般）12か所、就労継続A3か所、就労継続B21か所、相談支援4か所、地域活動支援センター13か所 <p>〔生活・居住支援〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護27か所、重度訪問看護27か所、行動援護5か所、短期入所7か所、施設入所支援1か所、共同生活介護0か所、共同生活援助9か所、移動支援52か所
<p>■地域特性：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実践モデル：精神障害に特化 ・協働タイプ：民間事業所活用型 ・事業実施機関：平成21年度より地域生活支援センターなんくる（那覇・浦添地区）へ委託 ・活用している制度：居住サポート事業・ピアサポーター

2 地域移行・地域定着支援における体制

(1) スーパービジョン・コンサルテーション機能

①保健所（中央保健所）

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

②個別支援会議：福祉サービスの調整など・ケースカンファレンス

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

③退院支援会議：病院毎に実施

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

(2) 体制整備機能

①第2期那覇市障害福祉計画（平成18～平成23）

那覇市における退院可能な精神障がい者の目標減少数については、以下のとおり。

- ・ 現在数：183名（平成18年県調査の退院可能な精神障がい者）
- ・ 目標減少数：96名（現在数のうち、平成23年度末までに減少をめざす数）
※退院者の進捗状況について、沖縄県障害保健福祉課が調査方法について検討中、今後各市町村あてに連絡する方向。
- ・ 第3期那覇市障害福祉計画（平成24年度～平成26年度）は、今後沖縄県障害福祉課と調整し、計画決定。

②保健所（沖縄県中央保健所）

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

③なんくる（委託事業所）

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

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

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

⑤那覇市自立支援協議会、浦添市自立支援協議会

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

⑥協力病院どうしの連携

病院間でスタッフの病棟見学などを行い、退院支援のそれぞれの方法を情報交換。

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

⑦保健所主催の管内病院の情報交換会（平成23年度1回実施）

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

⑧地域体制整備コーディネーターによる地域強化事業

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

⑨居住サポート事業

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

⑩ピアサポーター

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

3 個別支援の具体的な体制

(1) 地域移行推進員

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

(2) 地域体制整備コーディネーター

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

(3) 相談支援事業所

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

4 現状の体制構築における歴史

(1) 地域特性

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

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

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

(2) インフォーマルな資源

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

5 成果及び課題

(1) 事業における実績

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

(2) 地域の変化

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

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

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

(3) 今後の課題

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

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

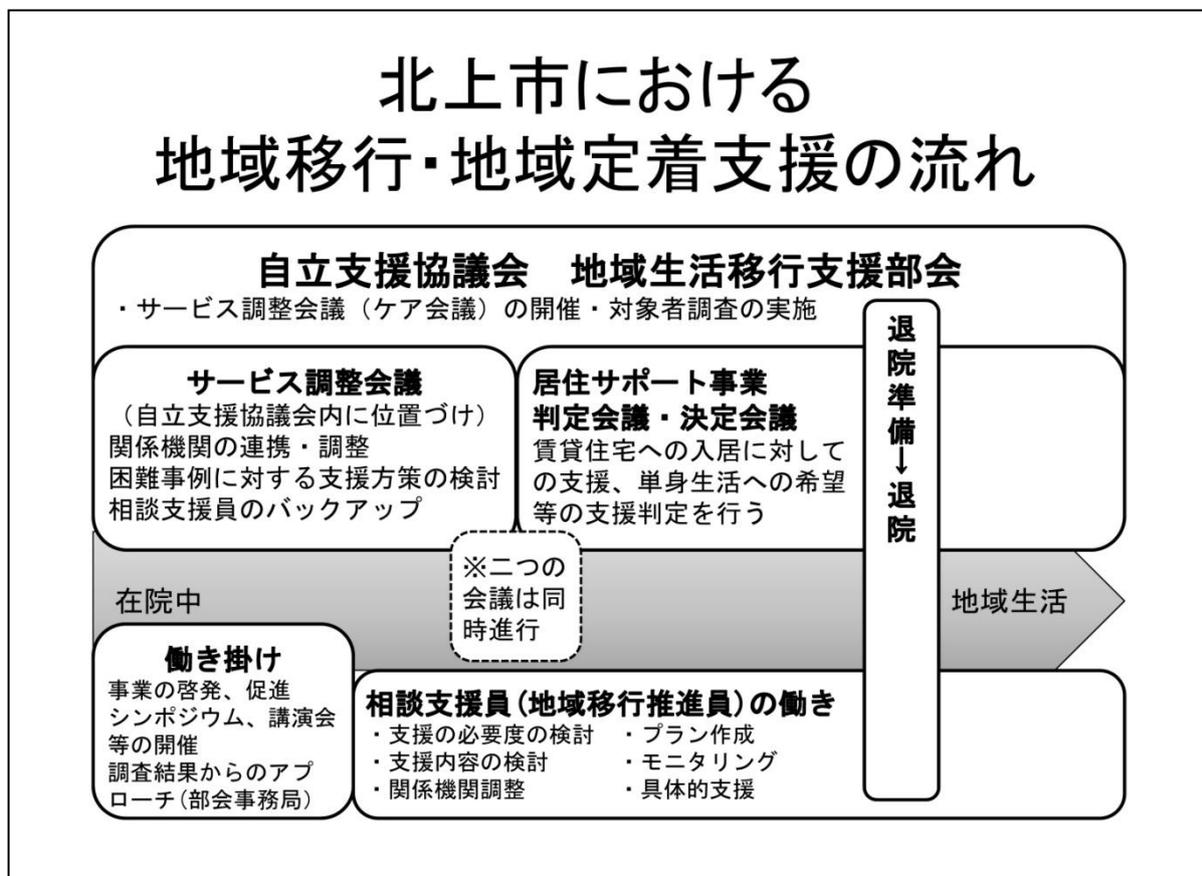
第 8 章 障害者の地域移行・地域定着支援 体制の 5 つの要素

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

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

1 5都市における地域移行・地域定着支援の流れ

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



中野区における 地域移行・地域定着支援の流れ

精神障害者地域移行支援連絡会・個別ケア会議・地域生活ケア会議

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

すこやか福祉センターの動き

(相談支援事業所の動き)

在院1年以上の入院者数の把握

退院準備↓退院
※居住サポート事業
利用開始から一年間

・支援のコーディネート
・相談支援

在院中

地域生活

支援員の働き (地域活動支援センターの動き)

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

- ※居住サポート事業対象
- ・住み替え、退院支援
 - ・関係機関調整
 - ・各種会議による情報共有

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

堺市における 地域移行・地域定着支援の流れ

復帰協の動き

地域移行推進員の育成・雇用・派遣

市の動き

・事業説明(事業の促進)
・在院患者調査・地域移行調査

退院準備↓退院

医療機関への働き掛け

地域移行推進員の訪問
体制整備Coによる訪問
市による在院患者調査

個別ケア会議→運営会議

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

在院中

地域生活

地域移行推進員の動き

市民・専門職・ピアによる
事業対象者への働き掛け
※復帰協により育成

連携

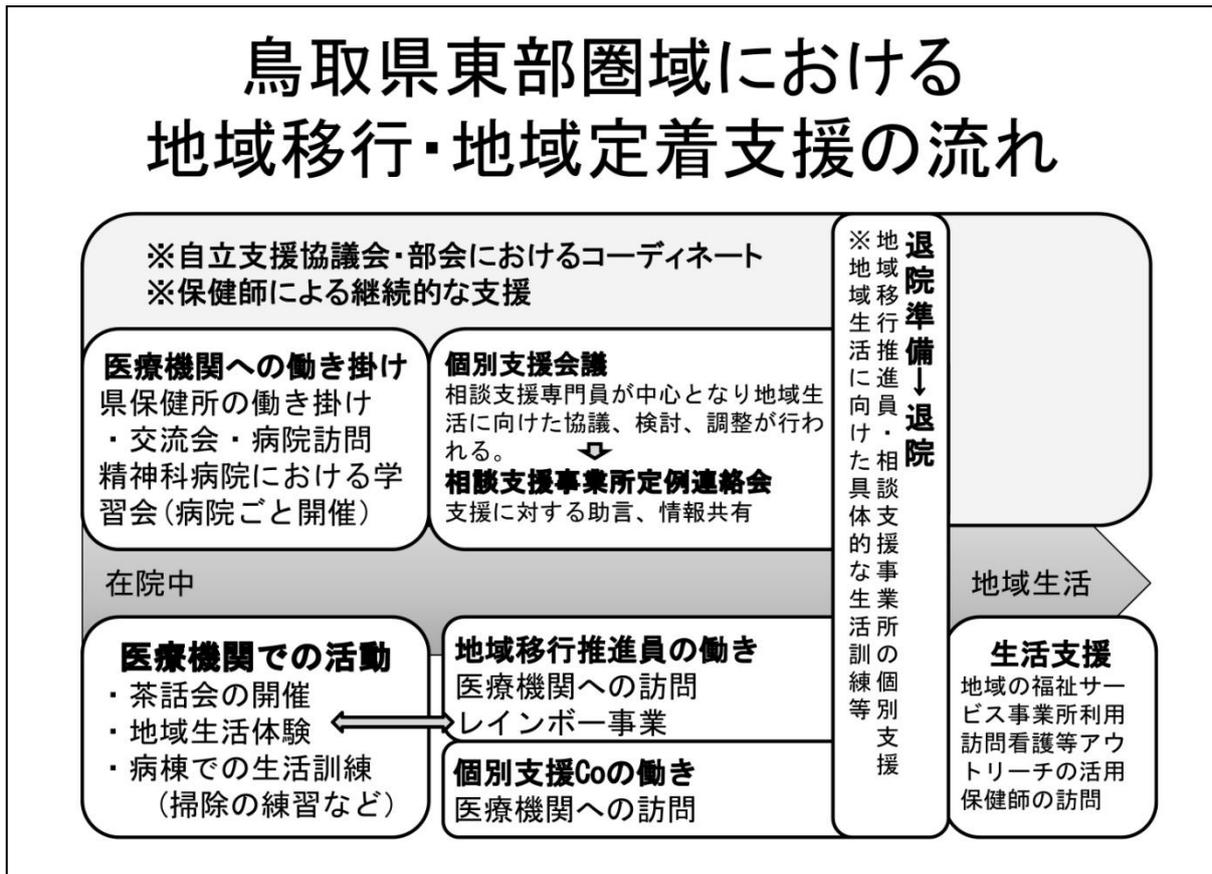
地域体制整備Coの働き

対象者の窓口機能
体制整備Coによる訪問
各種会議、検討への参加

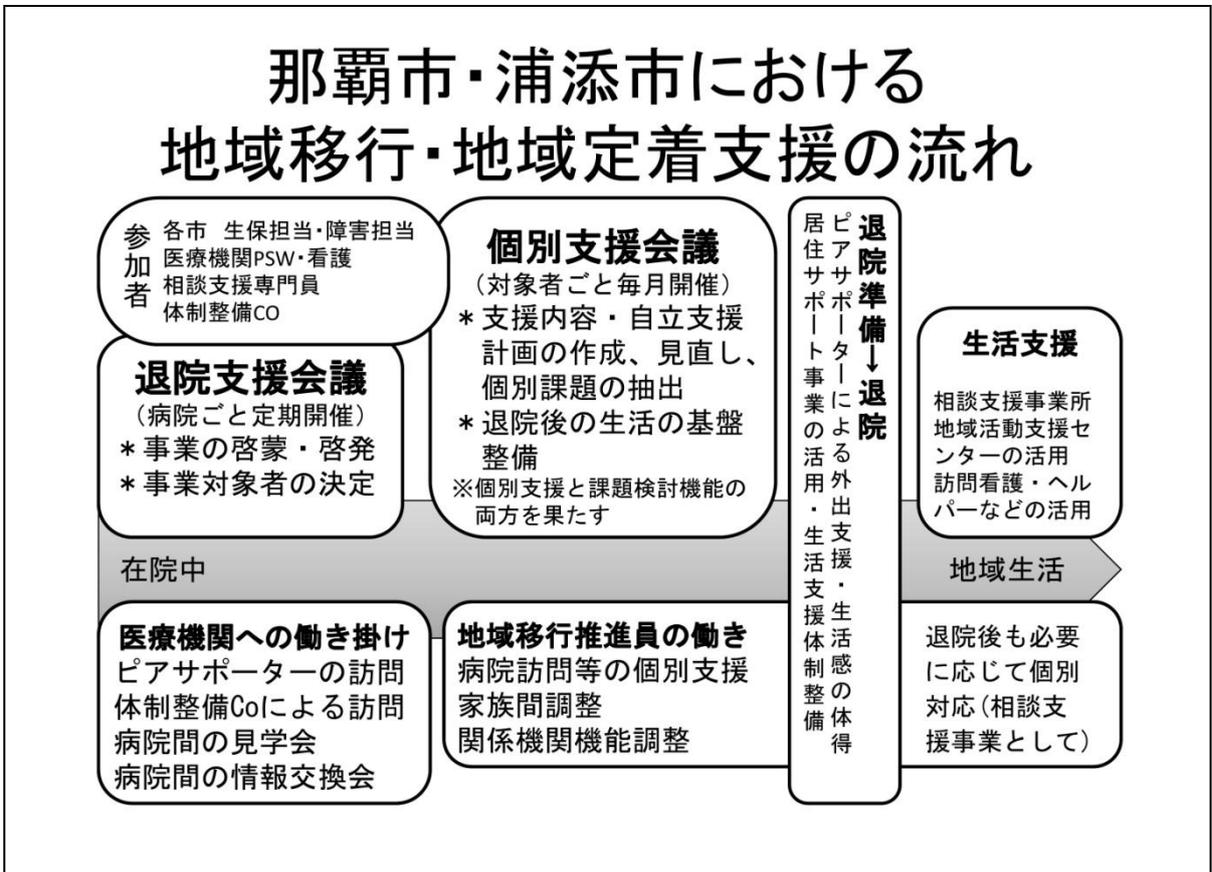
生活支援

相談支援事業所、地域活動支援センターの活用。
訪問看護・ヘルパーなどの活用

鳥取県東部圏域における 地域移行・地域定着支援の流れ



那覇市・浦添市における 地域移行・地域定着支援の流れ



2 事例でみる具体的な地域移行支援・地域定着支援の流れ

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

①

私も退院できるでしょうか？

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

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

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



②

市役所の方が会いに来ましたが・・・

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

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

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



【 長期入院者・入所施設利用者実態調査 】

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

③

地域の人たちと交流しました

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

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



【 病院・施設内での交流機会の活用 】

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

④

地域移行支援のことを聞きました

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

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

本当は私も、できれば退院して住みなれたA市に帰りたと思っていたのです。



【 関係機関などによるスタッフのはたらきかけ 】

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

⑤

相談支援専門員の方と会いました

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

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



【 相談支援専門員の役割 】

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

⑥

A市役所で申請しました

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

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

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



【 地域移行支援の申請 】

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

⑦

地域移行計画をつくりました

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

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



【 地域移行の個別支援計画 】

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

⑧

サービス担当者会議をやりました

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

A市役所



地域移行推進員



相談支援専門員

N病院
精神保健福祉士

私



N病院主治医



【 サービス担当者会議・個別支援会議 】

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

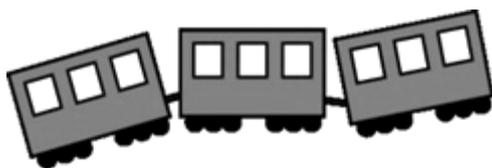
⑨

ピアサポーターと外出をしました

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

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

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



【ピアサポーターの活動】

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

⑩

体験利用・体験外泊をしました

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

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

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



【 体験利用・体験宿泊 】

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

⑪

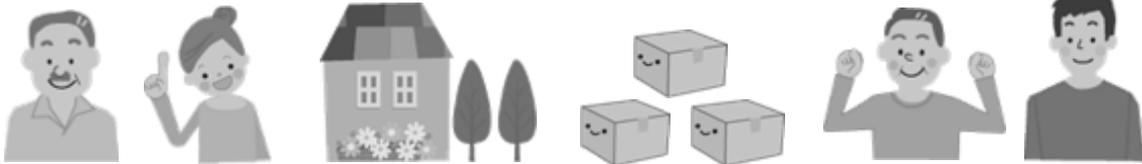
アパートが見つかり退院が決まりました

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

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

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

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



【 集中支援加算と退院加算 】

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

⑫

これから新しい生活が始まります

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

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

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



【 地域定着支援 】

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

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

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

3 地域移行・地域定着支援における5つの要素

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

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

< 5 要素 >

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

（1）第1要素：行政による実態調査の必要性

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

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

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

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

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

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

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

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

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

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

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

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

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

（２）第２要素：施設（病院）職員と地域機関の職員との協働

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

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

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

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

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

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

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

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

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

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

(3) 第3要素：個別支援会議

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

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

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

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

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

コラム ①

地域移行支援 ～豊かにつながるために～

支援センターなんくる
地域移行推進員 金城 多美子

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

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

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

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

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

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

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

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

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

（４）第４要素：市民資源の活用（ピアサポーター・市民・不動産業者等）

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

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

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

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

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

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

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

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

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

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

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

ある不動産会社社員との出会いから始まった関係性の広がり

中野区地域生活支援センターせせらぎ
志村 敬親

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

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

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

(1) 支援センターと不動産会社の関係強化

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

(2) 支援センターと他の不動産会社の関係拡大

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

(3) 不動産会社と支援センター利用者の関係拡大

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

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

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

(5) 第5要素：市区町村自立支援協議会の役割

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

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

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

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

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

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

【今後、さらなる発展を見据えた行政の視点】

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

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

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

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

第9章 ま と め

～地域移行・地域定着支援のさらなる発展と普及に向けて～

1 自治体における地域移行・地域定着支援に対する視点

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

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

(1) これまでの取り組みの経過

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

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

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

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

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

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

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

(2) 今後における市区町村からの視点

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

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

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

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

(3) 都道府県からの視点

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

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

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

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

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

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

2 結論と今後の課題

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

ここでは質的調査であるヒアリング調査における事例をモデルにいくつかの側面から整理し、これからの実践の手がかりを提供できれば幸いである。また、対象者の把握と地域診断、研修や人材育成によって地域を耕し、関係者との相互コミュニケーションの充実による柔軟な活動と、キーパーソン・拠点づくり、中長期的地域づくりへの計画、住民参加型社会への手がかりにしたいと幸いである。

（１）都市と地域の規模による特性（現状）

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

①実態調査の必要性

入所施設（入院）者で地域生活移行を実際にされる方々は具体的にどこに誰がいるか、顧客情
報を明確にすることが地域診断で肝要である。あるいは、地域住民が関係する入所施設（入院）
の地域住民を把握する（生活保護等）。そして、個別の地域移行・地域定着ニーズとマーケット
での活動を具体的に明確化し、計画・見立て・見通しを立てることが必要である。

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

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

②施設（病院）職員と地域機関の職員との連携と協働

施設（病院）は地域の 1 つの社会資源である。施設（病院）内だけで完結する活動ではなく、
地域住民が利用する地域資源として、職員（医療職、ケアワーカー、ケアマネジャー等）及び地
域の人々が意識する必要がある。

例えば、研修会、事例検討会、多様な勉強会、会議参加、当事者の交流会や交流の場づくり等
の必要性への意識改革の推進がある。そこでは、地域移行推進員が施設（病院）内と地域のパイ
プ役として積極的に施設（病院）職員との交流を促進（事例検討会参加、ピア講演会、地域移行
推進員連絡会）。また、当事者との交流を図り、地域移行希望者と関係者の不安・緊張・混乱・
思考停止をサポートし、地域生活を具体化する（茶話会、ピアサポーター、宿泊体験、グループ
活動）。

③個別支援会議

地域移行支援員は個別の支援会議で一人ひとりのケアについて医療機関、居住サポート事業（会
議）、相談支援事業所、生活保護部局との検討を深め、具体的な情報を共有し、実行する。同時
に関係者が顔見知りになり、お互いの業務を理解し波長合わせを実施する場である。自立支援協

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

④市民資源の活用

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

⑤自立支援協議会の役割

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

（2）地域の規模による特性

活動の推進では地域の準備状況を把握する必要がある。地域の準備状況は、関係者の準備状況であり、活動への意識状況ともいえる。活動の推進では他の地域（視察等）と自分の地域を比較（エビデンス）する知識・技術、コストや法文理解が必要である。また、住民の生活づくりではノーマライゼーション理念・権利擁護活動、障害者も住民としての主権を保障する視点や価値姿勢がある。即ち、知識・技術と価値姿勢の両輪がある。また、地域移行支援では施設（病院）内活動と地域活動の両輪の人材育成と資質向上と協働への働きかけ、歴史経過が必要である。これらは、その後の活動の広がりや深まりに大きく影響すると思われる。活動内容の詳細は前章に譲り、ここでは地域規模等で考える参考資料を例としてまとめてみる。5つの事例は、多様な側面を持っているモデル事例である。したがって、ここでは特徴的な視点からみた例である。

地域規模からは、圏域及び地方都市（県庁を含む）としての例がある。これには、岩手県北上市、鳥取県東部圏域（鳥取市など）、沖縄県南部圏域（那覇市・浦添市）がある。モデルは人口規模もあるが圏域活動、あるいは県と市による活動であり、ご自分の地域状況に合わせて活用していただきたい。例えば、鳥取県東部圏域（1市4町24万人）は県保健所による市町村支援で、住民への地域移行支援員養成講座、その研修活動を発展させた人材育成とそのネットワークづく

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

大都市活動は東京都中野区、大阪府堺市がある。例えば、堺市は市内 7 区、3 つの圏域があり人口 84 万人で、入所施設（病院）や地域事業所も複数ある。また、今までの地道な実践で養われた人と人のつながり、改革意識による地域活動、精神障害者社会復帰促進協会（復帰協）、患者会活動（ピアサポート活動）等、市民・当事者・専門職による三層活動である。また行政による障害者計画など障害者全体の計画の中で、障害者基幹相談支援センターを中核とするエリアを明確にしたネットワークとそのシステム化がある。

（3）活動内容の特性

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

人材育成は、鳥取県東部圏域、あるいは岩手県北上市が例としてあげられる。鳥取県東部圏域では、県主導で地域移行推進員養成講座を実施し、この講座に参加した人々が活躍できる場を新たな活動として展開し、住民の組織化を行っている。個別支援として主治医の推薦がなくても訪問等の緩やかな交流（レインボー事業）、フォローアップ講座で連絡会による精神保健ボランティア組織ベストフレンドの結成がある。精神保健ボランティア養成も行って、住民参加型の住民ネットワーク活動がある。北上市では啓発用の DVD を作成し、精神科病院での地域移行、講演会開催での普及を行っている。

調査と計画づくりは、調査を基本に計画づくりを実施する。即ち、岩手県北上市、大阪府堺市では、施設入所（病院入院）者がどこに、誰がいるかを全数調査を実施し把握している。多くの自治体が退院可能な精神障害者数を人口割で行っている。しかし、ここでは具体的に把握し、退院の促進の対象者としての顧客住民を明確にして、具体的な地域移行に結び付けている。その他には、東京都中野区の生活保護者を把握しての退院支援がある。

(4) 今後の指針 ～ネットワークの視点による4類型

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

①地域ネットワーク型

地域ネットワーク型としては、岩手県北上市の活動実践があげられる。ここでは、施設入所（入院）者を具体的に把握し、その退院に向けて地域関係者会議に医療職（病棟看護師長）が参加し、本人のニーズ把握を行い、退院へ向けて不動産業者との連携（居住サポート事業）、高齢者の介護保険課やヘルパーとの連携、モデル事例の勉強会や運営会議等での情報の共有活動がある。

②地域拠点ネットワーク型Ⅰ

地域拠点ネットワーク型Ⅰは、行政と地域活動支援センターなどの拠点事業所が協働する活動である。地域活動支援センターなど民間事業所が拠点になっての活動である。行政の委託事業者が明確でその事業者・キーパーソンと保健・医療・社会福祉・地域資源（不動産業者）の協働による活動である。鳥取県東部圏域や東京都中野区の活動実践をあげることができる。

③ネットワーク型Ⅱピア活用とのコラボレーション

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

④ネットワーク型Ⅲ民間活用のコラボレーション

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

(5) 提言 ～人の意欲と創造性・価値と認識

地域移行と地域定着支援事業では多様な人々が参加し、協働し、施設と地域の自立生活支援を行っている。多様な施設の専門職（医療・保健職、ケアワーカー・ケアマネジャー）、行政、事業者、精神障害者ピアサポート活動、住民、当事者のそれぞれが、目的を共有し、それぞれの活動と役割を相互に明確に意識することも必要である。また、曖昧な知識ではなく時には法文等の理解も関係者間で必要である。例えば、都道府県は市区町村をサポート、市区町村行政は、住民に最も身近なサービスの提供で住民の健康・福祉の増進の役割がある。行政は長期計画と長期目標へ向けた活動、予算と法文に基づいての活動である。地域の多様な関係者のコーディネーター役でもある。そこでは、住民や関係者への新たな事業の普及啓発、研修等による人材育成等の効果的活動の推進がある。地域の障害福祉サービス事業者は利用者の地域生活の維持・向上、自立生活や就労支援など生活に関する多様な相談と自立支援サービスの提供がある。保健や医療職はそれぞれの法文に基づいた顧客である住民や患者への健康の保持増進・予防、疾患治療や悪化防止、救急や機能回復への支援などがある。当事者ニーズを中心に医療からの退院の準備期・チャレンジ期を踏まえ（生物・心理面）、当面の3か月で医療（服薬）や健康・ADLの生活づくりへの移行（生物・心理・日常）、次の3か月でADLの安定と生活維持の習慣の定着化（生活体験学習と効果）、次の6か月で生活維持と生活向上への習慣の定着など、目標を明確にした時間・コストを意識した支援が求められる（自立への学習・発達支援）。これらの期間では孤立させない伴走者が必要であり、住む場とともに昼間の通う場の確保も重要である。効果的・効率的に事業を推進するには、関係者の意思疎通・情報交換・面識・協働活動、キーパーソン（地域移行推進員）と活動を長期的視点でシステム化する環境改善（研修・啓発）を担う地域体制整備コーディネーターの活動がある。以上のことから、支援者に求められる3つの機能として整理することができる。それは、①全体を見通し、予測し、予防と維持・増進、介入や緊急性も含め関係者の支援を視野に入れながら活動する「マネージャー機能」、②自立は支援しないことでもありと見え、適度な介入と、一緒に考え、少し後ろから環境も含め適度に支援する「サポーター機能」、③自立や機能維持を目的に本人の活動を共有しながら必要な時、行動をともにする身近さと見守り支援を行う「伴走機能」、以上である。

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

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

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