

「相談支援機関の行う 地域移行支援」

一般社団法人Q-ACT ACTホーム友泉 ケースマネジャー
眞崎 翼

相談支援事業

一般相談支援事業
(地域相談支援)

地域移行支援事業

地域定着支援事業

特定相談支援事業
(計画相談支援)

サービス利用支援
(サービス等利用計画作成)

継続サービス利用支援
(モニタリング)

地域移行支援とは

(障害者総合支援法第5 条第20 項より)

障害者支援施設等に入所している障がい者又は精神科病院に入院している精神障がい者、その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする障がい者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

〈具体的な支援〉

- ① 住居の確保その他地域における生活に移行するための活動に関する相談
- ② 外出の際の同行
- ③ 障がい福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援に限る）
の体験的な利用支援
- ④ 体験的な宿泊支援

地域移行支援の対象

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

精神科病院に入院している精神障害者

- 直近の入院期間が1年以上の者を中心に対象
(退院後の生活が単身であっても家族との同居であってもよい)
- 直近の入院期間が1年未満である者であっても、措置入院者や医療保護入院者で住居の確保などの支援を必要とする者や、地域移行支援を行わなければ入院の長期化が見込まれる者についても対象

地域移行支援の支給期間

- 給付決定日の属する月を除き6か月
 - ※ 給付決定日が月の初日である場合は、給付決定日の属する月を含め 6 か月
- 十分な成果が得られず、引き続き地域移行支援を提供することによる地域生活への移行が具体的に見込まれる場合、6ヶ月間の延長が可能
- 1年以上の延長については、市町村審査会の個別審査や医療機関等からの意見を基に判断

地域移行支援利用までの流れ

①地域移行支援の支給申請	利用者は、市町村窓口に申請書を提出し、認定調査を受ける
②サービス等利用計画案の作成	利用者は指定特定相談支援事業所 が作成する「サービス等利用計画案」を市町村に提出する
③サービス担当者会議と地域移行支援の契約	利用者は、支給決定された「サービス等利用計画案」をもとにサービス提供事業所（指定一般相談支援事業所）と契約する。指定特定相談支援事業所はサービス担当者会議を開催する
④サービス等利用計画を作成	サービス担当者 会議を踏まえて指定特定相談支援事業所の相談支援専門員が、実際に利用する「サービス等利用計画」を作成する
⑤サービスの利用計画を市町村に提出	利用者もしくは指定特定相談支援事業所が「サービス等利用計画」を市町村に提出する
⑥サービス利用開始	地域移行支援利用開始

基本報酬	単価	要件
地域移行支援サービス(Ⅰ)	3504単位/月	前年度実績が3人以上 PSWかMSWがいる
地域移行支援サービス(Ⅱ)	3062単位/月	前年度実績が1人以上 PSWかMSWがいる
地域移行支援サービス(Ⅲ)	2349単位/月	前年度実績なし

※月2回以上面接・同行による支援が要件

主な加算	
初回加算	500単位
集中支援加算	500単位
退院・退所月加算 ※入院期間が3ヵ月以上1年未満の場合	2700単位 + 500単位
障害福祉サービスの体験利用加算	
障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅰ)	500単位
障害福祉サービスの体験利用加算(Ⅱ)	250単位
体験宿泊加算	
体験宿泊加算(Ⅰ)	300単位
体験宿泊加算(Ⅱ)	700単位
ピアサポート体制加算	100単位
居住支援連携体制加算	35単位
地域居住支援体制強化推進加算	500単位

※ _____の部分に関しては令和3年度の報酬改定により新設

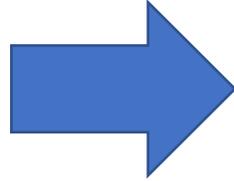
地域移行支援の流れ

初期段階

- 地域移行支援計画の作成
(利用者の具体的な意向の聴取や、利用者と精神科病院・入所施設等の関係者との個別支援会議 の開催等を踏まえて作成)
- 利用者の地域生活移行に向けた訪問相談、利用者や家族等への情報提供等
(信頼関係構築、退院に向けた具体的イメージ作り)

利用者

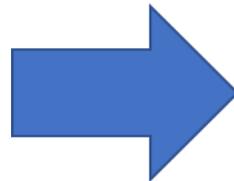
信頼関係構築
退院後のイメージ作り
退院の意欲向上



好きな食べ物などの差し入れ
趣味や興味があることを一緒に行う
行きたいところ、住んでいた地域などへの外出同行

家族、病院

信頼関係構築
情報共有
不安や心配の軽減



利用者の外出の様子などの共有
退院後のサポートについて説明

中期段階

- ・利用者の訪問相談（不安や動機づけの維持のための相談）
- ・同行支援（地域生活の社会資源や公的機関等の見学、障害福祉サービス事業所の体験等）
- ・自宅への外泊、一人暮らしやグループホーム等の体験宿泊
- ・関係機関との連携
（利用者と精神科病院・入所施設等との個別支援会議開催や調整）

終期段階

- ・住居の確保等の支援（退院・退所後の住居の入居手続きの支援）
- ・同行支援（退院後に必要な物品購入、行政手続き等）
- ・関係機関との連携・調整
（退院・退所後の生活に関わる関係機関との連絡調整）

「退院したい！」



家、施設探し

金銭管理

服薬管理

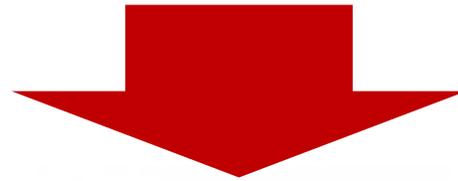
通院頻度

退院後のスケジュール

行政手続き

必要物品購入

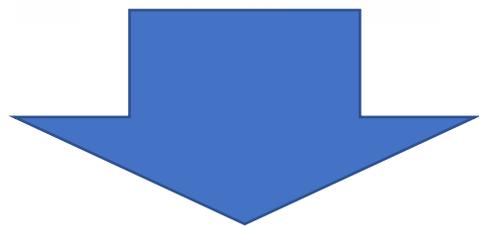
公共交通機関の利用



「退院はやめときます…」



「退院はやめときます・・・」

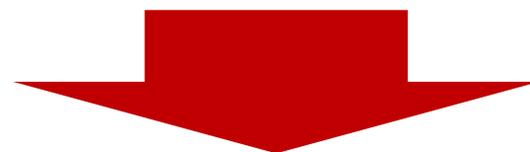


揺れや不安に寄り添うことが大事

コロナの影響下により・・・

- ・外出、外泊の制限
- ・利用者とのコミュニケーションは電話のみ
- ・面会はzoomでのみ可能
- ・コロナの感染者状況により面会が急遽キャンセル

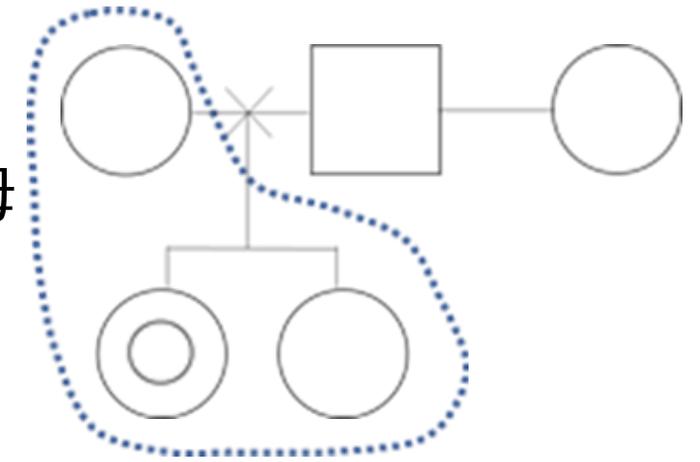
など



地域移行支援にも影響が出ている

一般的な地域移行支援例

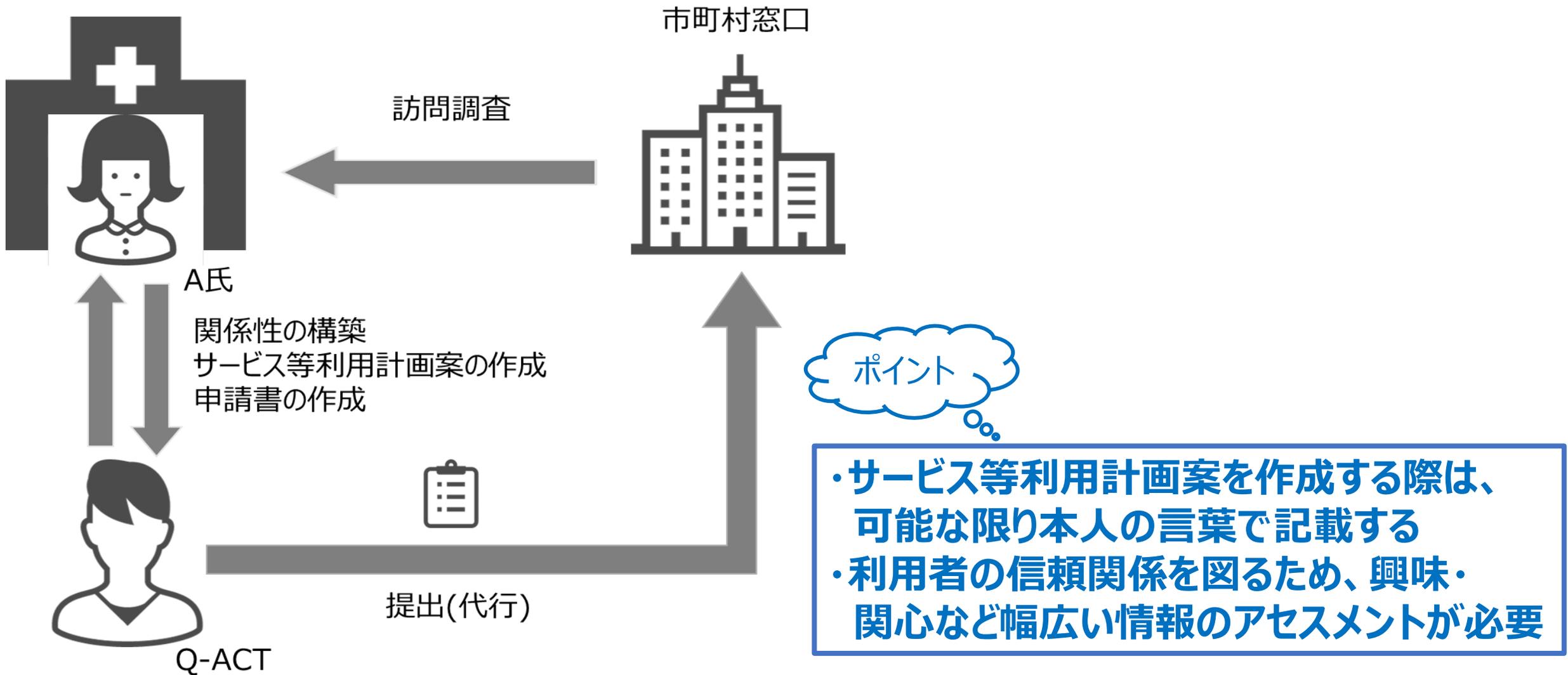
KP：母



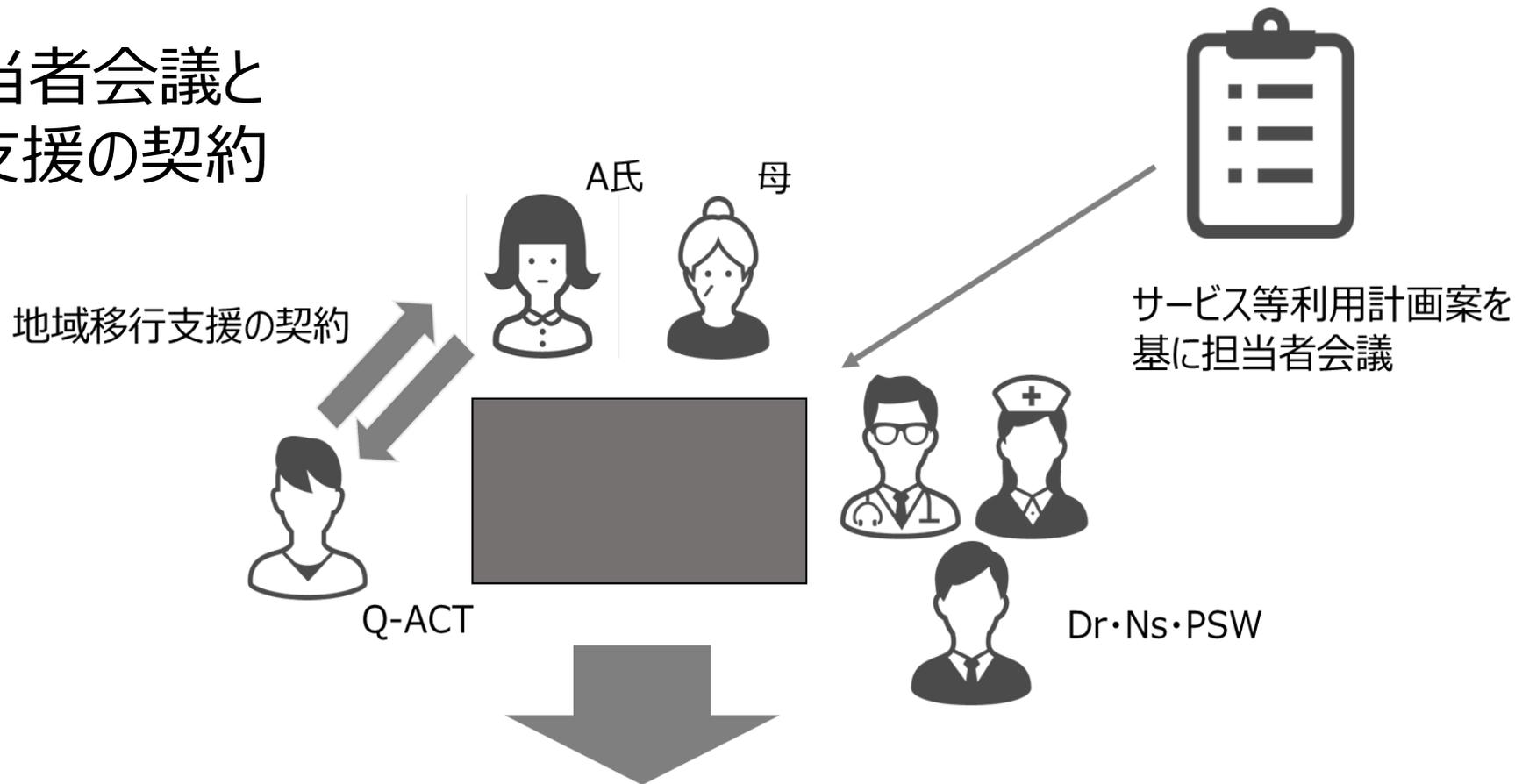
A氏 20代 女性 統合失調症

- ・高校中退後より粗暴性・引きこもりの状態となり、精神科クリニック初診
- ・定期的な受診はできず、受診先も転々としていた
- ・症状は改善されず、精神科病院に4度の入院歴あり
- ・母親への暴言により、5回目の入院(医療保護入院)
- ・1年の治療期間を経て、病院のソーシャルワーカーより地域移行支援の相談あり

- ①地域移行支援の支給申請
- ②サービス等利用計画案の作成



③ サービス担当者会議と 地域移行支援の契約

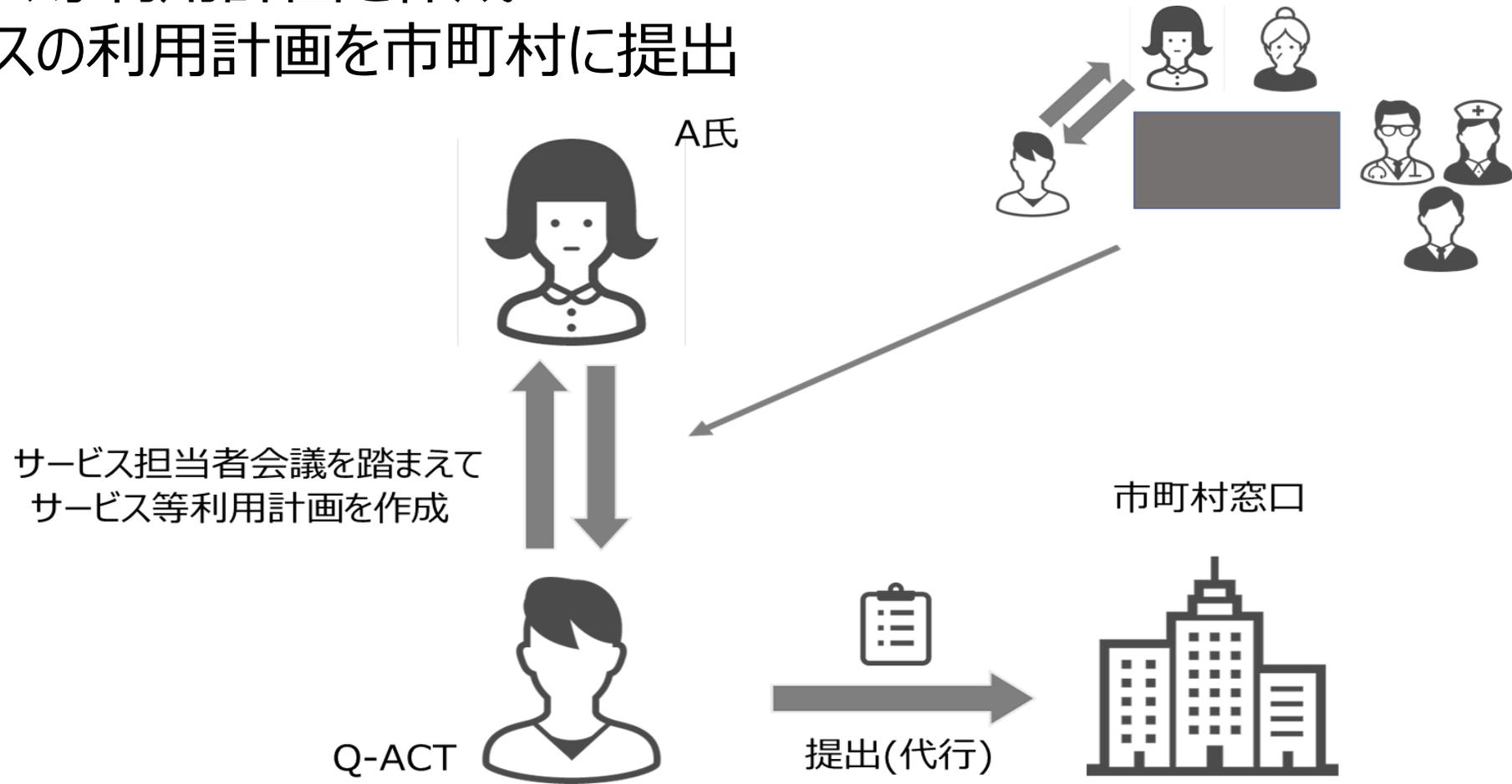


GHの情報提供を中心に行っていき、退院の準備をしていく

ポイント

利用者はもとよりその家族に対しても地域移行支援の説明を行い、理解を頂いた上で信頼関係の構築を図る

- ④ サービス等利用計画を作成
- ⑤ サービスの利用計画を市町村に提出



ポイント

サービス担当者会議を振り返り、決定した面会頻度やサービス内容などを一緒に再確認し、本人に了承を得る

初期段階



A氏

やっぱりグループホームは嫌です。
アパートで1人暮らしがしたいです

A氏の意向に対して・・・



母

何かあったらどうするんですか!?
近所から警察に通報されるようなことが起こると思います!!
娘は一人暮らしがどのようなものか知りません。
家に突然来ると思います、困ります!!



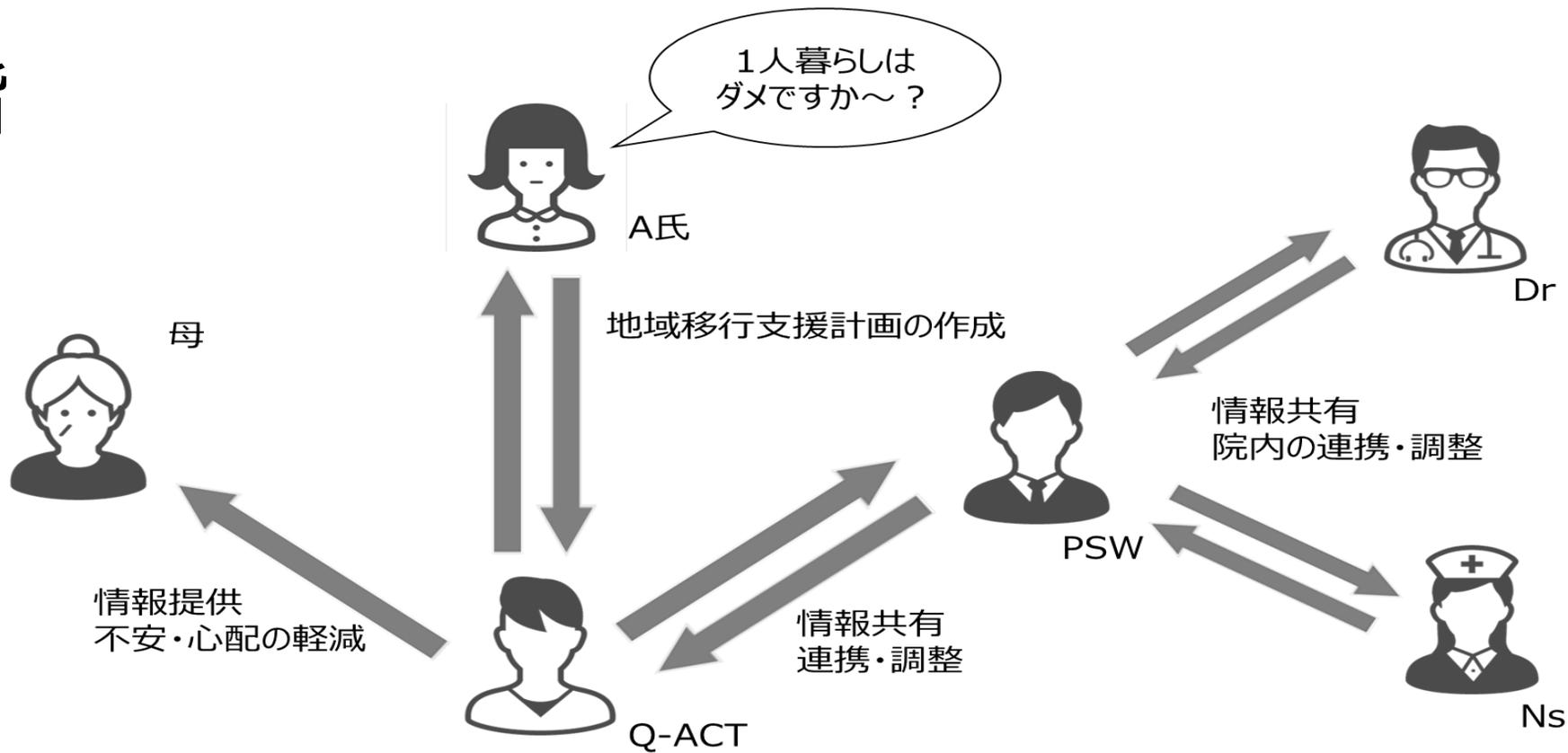
Dr



Ns

薬、その他色々自己管理は難しいです。
まずはグループホームで練習が必要では？

初期段階

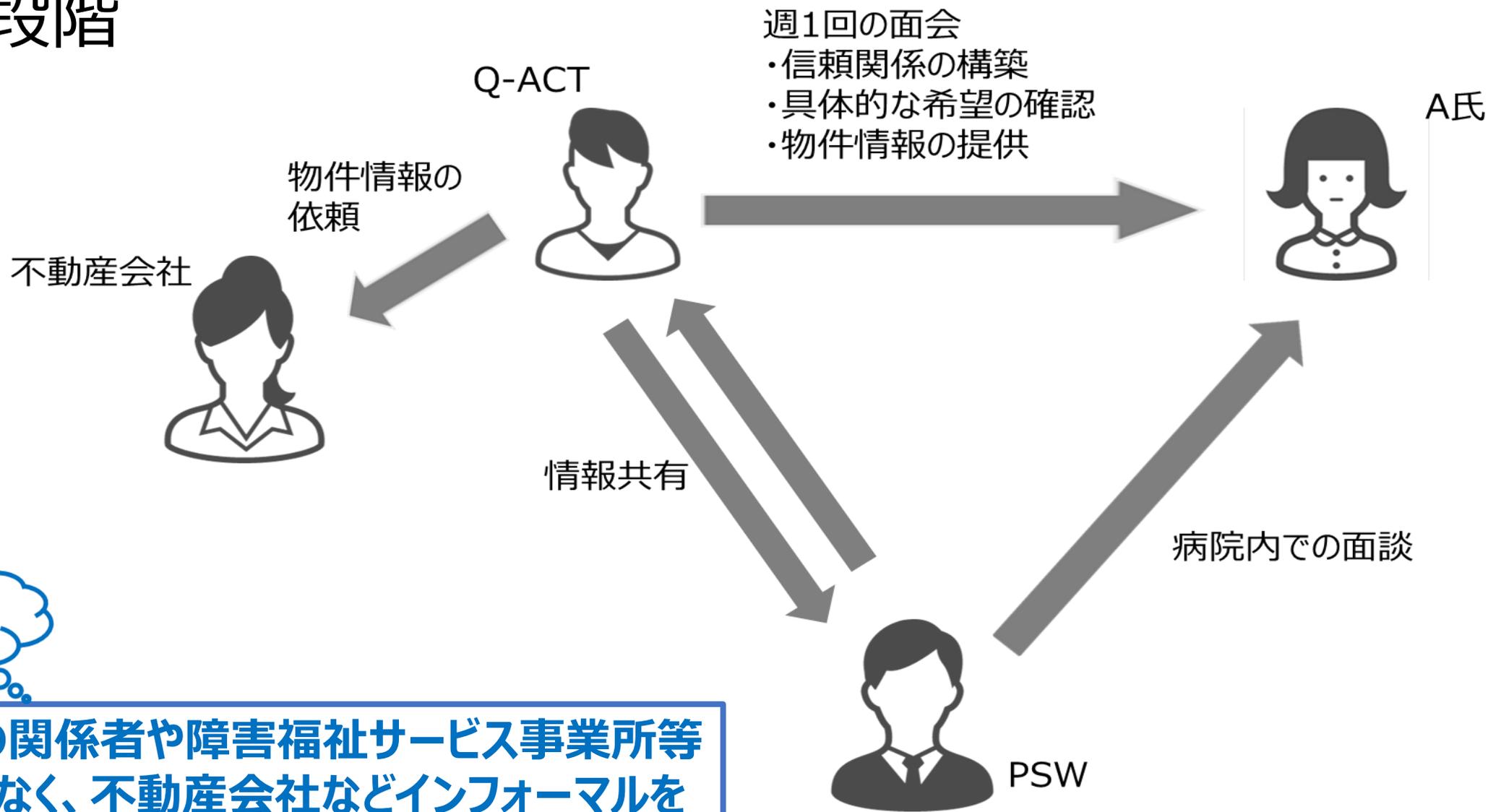


ポイント

GH入居を中心に検討 → 1人暮らし

母や病院など周囲の不安を、本人含め全員で共有する
本人が退院後の生活を具体的にイメージできるように地域移行支援計画を作成する
母・医療機関には、退院後のサポート体制について情報提供し不安軽減を図る

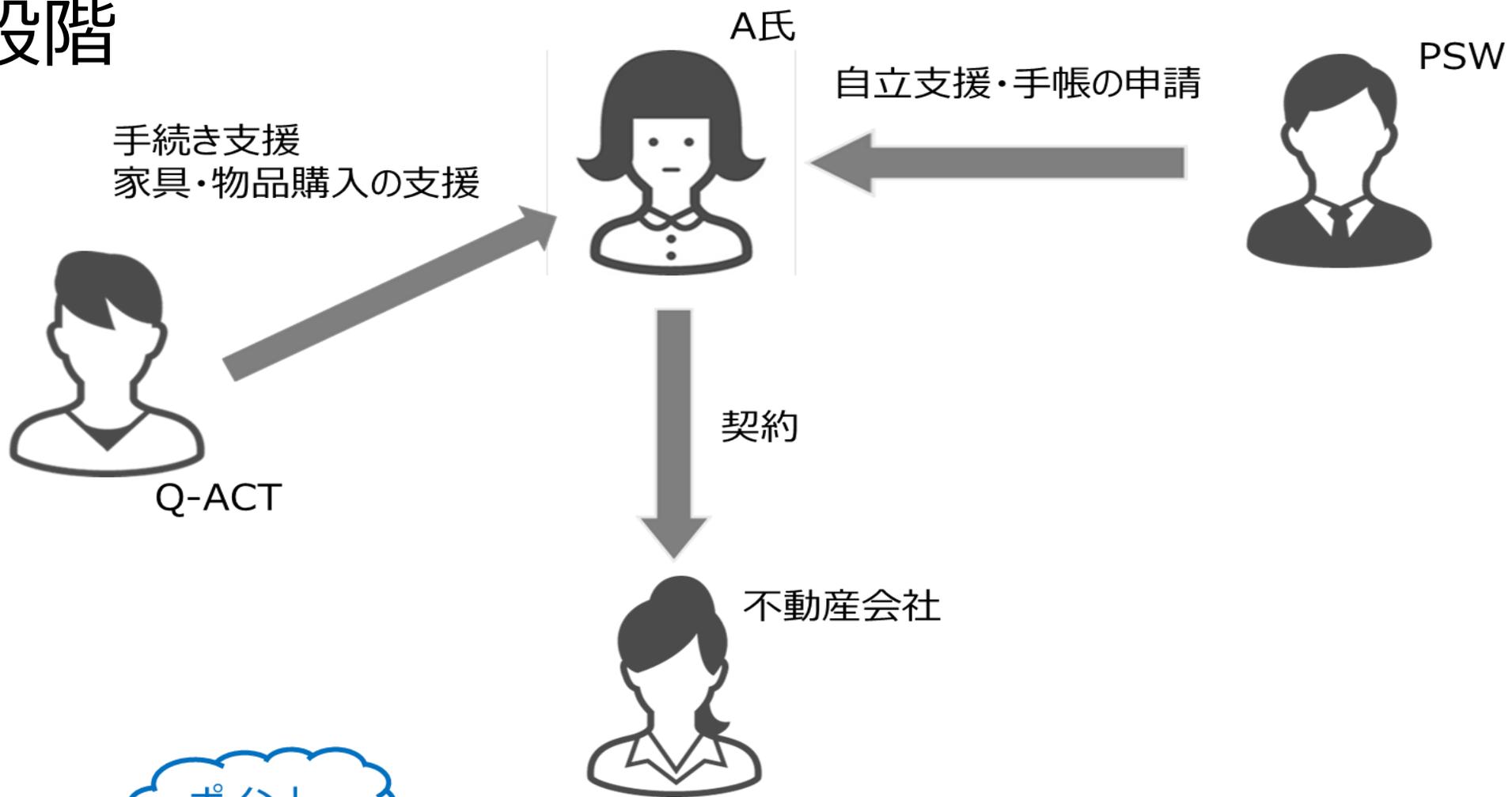
中期段階



ポイント

病院の関係者や障害福祉サービス事業所等だけでなく、不動産会社などインフォーマルを含む幅広い連携が必要となる

終期段階



ポイント

病院の関係者(ソーシャルワーカーが窓口なることが多い)と協力関係を結び利用者へのアプローチ含めた役割分担を行う

ご清聴ありがとうございました