

ピアサポーターと福祉専門職の 協働による『地域移行支援』

— あすなる相談支援事業所の実践から —

平成30年 3月29日版

自己紹介

あすなる相談支援事業所 （兵庫県 三田市）

ピアサポーター（精神障がい者ピアサポート専門員）

西村 浩一

相談支援専門員・精神保健福祉士

太田 勝将

ピアサポーター（精神障がい者ピアサポート専門員）

西村 浩一（にしむら こういち）

兵庫県三田市にある「あすなる相談支援事業所」のピアサポーター。10代で統合失調症にて入院、再入院を繰り返しながらも大阪教育大学教育学部美術学科を卒業後、単発のバイト・引きこもり・作業所がよいの日々を送ることに。あすなるのピアサポーター養成講座受講をきっかけに、2014年より本格的に活動を開始。内部障害（未認定）を抱えながらも、当事業所のあすなる新聞コラム欄等も担当、実践を積む中で活動の幅を広げつつある。

相談支援専門員・精神保健福祉士

太田 勝将（おおた かつまさ）

2015年より三田市精神障害者支援センター（受託）の精神保健福祉士（社会福祉士）とあすなろ相談支援事業所の相談支援専門員として従事。前職は介護福祉士で10年間特別養護老人ホームに勤務した経験あり。現在は計画相談支援業務と並行して精神科病院等にピアサポーターと訪問し地域移行支援・地域定着支援に取り組む。「一人でも多くの方が地域生活ができるよう」日々試行錯誤しながら伴走型支援で奮闘中。

あすなろのピア活動 （雇用・謝金）

- 地域移行・定着の個別支援 （雇用）
- 精神科病院での交流会
- 大学・専門学校・就労移行事業所等の授業への協力
- 当事者として福祉関係者向け・一般向けの語り・講演
- 精神保健分野での新聞・書籍等の執筆活動

etc.

『地域移行支援』とは

- 入所施設や精神科病院等からの退所・退院にあたって、支援を要する障害者に対し、入所施設や精神科病院等における地域移行の取組と連携しながら、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、地域移行のための障害福祉サービス事業所等への同行支援などを行うこと。

- 支援の流れ ※基本6ヶ月間（長くて1年間）

「訪問相談（申請・計画(案)作成）」→「地域移行計画作成」→「住居の確保や地域生活の準備等」→「退院・退所」

※ 本人、家族、地域相談員、ピアサポーター、行政、主治医、看護師、臨床心理士、PSW等、多くの職種が地域移行支援に関わります
（本人を中心としたチームによる支援）

『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、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）
- 対象者へ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）



中期段階

- 対象者への訪問相談（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（精神科病院・入所施設等との個別支援会議開催や調整等）



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・退所後に必要な物品の購入、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）

—（支援）対象者— ①

- ・精神科病院に入院している精神障がい者

※ 申請者が精神科病院に入院する精神障がい者の場合は、長期に入院していることから地域移行に向けた支援の必要性が相対的に高いと見込まれる直近の入院期間が1年以上の者を中心に対象とします。

※ 但し、直近の入院期間が1年未満である者であっても、例えば措置入院者や医療保護入院者で住宅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とします。

—（支援）対象者— ②

- 障がい者支援施設、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がい者（児童福祉施設に入所する18歳以上の者、障がい者支援施設等に入所する15歳以上の障がい者みなしの者も対象）
- 救護施設又は更生施設に入所している障がい者
- 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がい者 ※指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される方が対象です。
- 更生保護施設に入所している障がい者または自立更生促進センター、就業支援センターもしくは自立準備ホームに宿泊している障がい者

— 具体的なサービス —

- 住居の確保その他の地域生活に移行するための活動に関する相談
※家探しに限定されない、地域生活が円滑にできるようにするための環境調整。
- 地域生活への移行のための外出時の同行
- 障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援に限る）の体験利用
- 体験宿泊（自宅、アパート、GH等）
- 地域移行支援計画の作成

事例紹介

Tさん 63歳・女性

＜救護施設からグループホームへ＞

- 精神科病院・救護施設にそれぞれ10年ずつで計20年間入院・入所生活をされていた統合失調症の女性が一人暮らしの希望を生活保護ワーカーに訴えたところから、あすなろに地域移行支援の依頼が持ち込まれた。
- 初めは本人、生活保護ワーカー、あすなろ以外は「退所は絶対に無理」とされていたが、「社会生活は支援により可能」と判断。 本人の強い希望もあったため支援をスタートさせる。
- その過程において周囲の関係者たちも次第に協力的になっていき5ヶ月目以降には皆が本人を応援する形となった。
- 明らかに向けられる目が「疑い」から「信頼」へと変化したのを実感。
- 7ヶ月で退所となり、グループホームにて新しい生活が始まっている。
- 金銭的・時間的に、より制約の少ない自由な生活を得られることに。

業務内容のちがい

— 福祉専門職 —

- 相談支援専門員はサービス等利用計画案作成
- 地域移行支援サービス支給決定後、相談支援専門員にてサービス担当者会議開催しサービス等利用計画作成
- 地域移行計画（個別支援計画）作成後、月に2回以上の訪問支援、同行支援※6回以上は集中支援加算あり
- 本人との信頼関係の構築（支給決定前から開始）
- 各関係機関との連絡調整や情報提供・共有

業務内容のちがい — ピアサポーター —

- 本人との信頼関係の構築（腹をわって話ができる事を目標に）
- 支援が円滑に進むよう、本人と支援者との橋渡し（本人と対等な関係）
- 当事者ならではの気付きによるサポート・代弁・記述・啓発
- みずからが成功例として生き生きと接する事により、希望をもたせる

（居場所を精神科病院等におくのではなく、多くが地域に迎えられ温かく支え合いながら生きていける様な環境作り・準備を一緒になって行う）

事例詳細

＜グループホーム体験宿泊＞

Tさん 63才 女性

- ①本人の希望を聞き福祉専門職よりサービスや事業所の説明。
ピアサポーターは本人の不安軽減をしながら背中を押す。
この時本人はまだ主治医に話してなかった為、直接きちんと話してもらおうようお願いした。
毎訪問時に救護施設担当に報告を行った。
- ②福祉専門職より主治医、グループホーム担当、行政に状況説明
日程調整や必要書類準備をして不備がないようにする。
- ③当日のスケジュール表作成（本人にはわかりやすく、救護施設担当には詳細に）当日までに訪問し説明と質疑応答。

<グループホーム体験宿泊>

(つづき1)

- ④ピアサポーターと福祉専門職は日頃からよく話すことによって、互いに意見やヒントをもらいながら進めている。
前日までに基本方針など意見統一をしておき、当日を迎えた。
当日は時間にゆとりをもって行動することと救護施設到着までの間、再確認をした。(あらゆる状況を想定し対処できるようにしておく)
- ⑤今回は救護施設より徒歩と電車でグループホームに向かったため、本人の無事には細心の注意を払った。
電車では自分で切符が買えるか方面がわかるかなど本人の現状を知り、同行支援の中でできることはしてもらい、できないことは伝え覚えてやってもらうよう努めた。

<グループホーム体験宿泊>

(つづき2)

- ⑥本人はコーヒーと煙草が好きのため、スケジュールの中に近くのコンビニで買い物（喫煙）やファミリーレストランでお茶をすることを入れ、体験等が義務的ではなく地域での生活の楽しみを知ってもらえるよう心がけた。

※ピアサポーターは本人の気持ち、周囲との関係をよく見ながら寄り添った支援を。

- ⑦グループホームでは担当者との間に入り福祉専門職はサービス等事務的なやり取り、ピアサポーターは本人の代弁や本人が理解できるよう解り易く説明

- ⑧本人を送り届けた後は福祉専門職より毎回救護施設担当に報告を行った

(体験中の経過報告あれば、救護施設担当や行政に伝え連絡)

<グループホーム体験宿泊>

(つづき3)

- ⑨ 毎回支援の振り返りをピアサポーターと福祉専門職とで行い、次回に生かすようにしている

※ 今回はグループホーム見学1回と体験4回。

- ⑩ 救護施設担当者も施設内でできる金銭管理や服薬練習、福祉乗車証の更新同行や主治医、看護師への説明など協力して貰いながらすすめた。

- ⑪ 地域移行をしたら終わりではなく、地域定着支援を利用しなくても関係性は継続できるように、気軽に話をしたり相談ができるよう関係性をキープしていく事が、安心した生活に繋がる。

※ 本人が希望を持てるような支援（希望＝前向きになる）

仕事上の留意点 — 福祉専門職側から —

- 本人との会話でピアサポーターのみがよい場合は口を出さない。
- 各関係機関からの聞きとりや調整は単独で行う。（窓口一本化）
- 経過報告により情報を共有。
- 当事者視点や体験談などはピアサポーターに任せるが、専門知識等、必要であれば体験談等でも本人に話すことはある。
- 本人の希望をかなえる為の支援の手順・重要事項等、骨格の部分の説明はメインとなっている。
- 自分たちだけで進めるような事はせず、できるだけ各関係機関の多くの協力を取り付けながら進める。

仕事上の留意点 — ピアサポーター側から —

- 本人との単独での接触は無く、常に専門職員との2人以上のペアで対応。
- 工作中、同僚同士が意見の違いで対立する事は避けるべきで、できるだけ息が合っているのが望ましい。
- そのため事前準備として基本方針や手段、意見等を統一しておく。
- 当事者理解と共感できた内容を、その場の誰もが同じように理解できるように、分かり易く伝える使命をもつ。
- 地域移行支援計画作成は、補助的な立場。 (あすなろの場合)

— 提言 —

- 必要な時はリカバリーストーリーを交えながら話す
- ピアサポーターの気づきをできるだけ周囲にも伝える
(今後の支援に生かす)
- バウンダリーをどの辺りに持ってくるか、本人に合わせて適切に
(距離のとりかた)
- 仕事後の振り返り・感想を述べ合う
(互いの指摘や助言からスキルアップを目指す)
- いうまでもなく守秘義務はしっかりと

— 提言（つづき） —

- 普段からよく会話する事により、互いの人間性を知り合う
（最低でも冗談が言い合える仲に）
- お互いの専門性を理解（譲り合いの精神も大切に）
- 同僚としての関わり・意識（ピアサポーターが下になりがち）
- ピアサポーターの個性・特質・活かし方を考える
- 福祉専門職によるピアサポーターへの過度な「責任ゆるめ」や仕事
取り上げ等に注意
（過度な気づかい、仕事を任せない等はプライドを傷つける）
- 話しやすい環境や相手が、誰にも必要（ストレス回避）

参考資料

(非売品)

- 障害者地域相談のためのガイドライン第3版
(一般社団法人 支援の三角点設置研究会)
- 医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の地域移行推進ガイドライン
(公益社団法人 日本精神保健福祉士協会)

これまでの地域移行支援から

- 長期間病院や施設にいと、退院後の生活や自分自身の可能性を想像することが困難となり、どうしていいか分からなくなる。 自立への不安の方が大きくなり、本人・職員も退院・退所に対して消極的になってしまうのではないか。
- 本人と職員が体験を共有することが、何よりも長期入院・入所者の退院・退所支援（地域移行支援）に有効であると実感した。
- ピアサポーターと福祉専門職が互いの専門性を尊重することは大切と思う。
- 本人の希望や権利を尊重し、それぞれの地域でその人らしい生活ができるよう、明日からでもすぐに、実現に向け努力してもらえると良いかと思ひます。

ご清聴ありがとうございました。