

平成19年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト

知的障害者及び精神障害者の
地域生活支援推進に関する研究

報告書

はしがき

平成 14 年に始まった、長野県西駒郷の地域生活移行は、関連諸団体と県や市町村行政の協力により進められています。そして、長野県の地域生活移行の取り組みは、ただ西駒郷のみにとどまらず、長野県内の民間施設からの地域生活移行・在宅者に対する地域生活支援の広がりにも波及し、グループホーム、ケアホームは、約 250 箇所、利用者は、約 1200 名（平成 19 年度末の概算、知的障害者と精神障害者の合計）を超えています。

長野県で 5 年間に進められてきたこれまでの地域生活移行を振り返り、その支援の経過を、障害のある当事者への聞き取り調査を通して検証することを今おこなう必要があるのではないかとの結論に至りました。このため、長野県障害者地域生活支援研究会は、長野県障害者自立支援課と共同して厚生労働省障害保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）を受託し、調査に取り掛かることになりました。

聞き取り調査からは、地域生活に移行した当事者が、入所施設や精神科病院での生活に比べて、より満足度の高い暮らしを送っていることが明らかになりました。また、入所施設や精神科病院の問題点についても、当事者の語りを通して示されています。

一方、地域生活に移行することによって、全てが解決するわけではなく、当事者は長期間の入所・入院生活から徐々に自分らしい生活のあり方を取り戻しつつある過程にあることも確認されました。また、このような地域生活移行支援・退院支援、移行後の生活支援について、当事者から、一定の評価や支持を得ていると同時に、現状ではいくつもの課題があることもわかりました。

今後、支援のあり方については、さらに検討していく必要があります。

今回は、支援者であり相談支援の専門家である県内 10 圏域の障害者総合支援センター職員を中心に聞き取り調査に携わりましたが、第三者的な立場で当事者からの率直な話を聴くことによって、地域生活支援・退院支援、移行後の生活支援など様々な場面で浮かぶ課題を、改めて認識する機会にもなったようです。

最後に、今回の調査の実施に際しては、大変多くの方々からのご協力を得て進められました。まずは、聞き取り調査にご協力頂いた当事者の皆様方にお礼申し上げます。そして、多忙な業務にも関わらず、調査に直接参画して頂いた、または調査の受け入れの労をとって頂いた関係機関・団体の皆様方にお礼申し上げます。

平成 20 年 3 月

長野県障害者地域生活支援研究会

会長 小林 彰

目次

はじめに	3
1. 調査の目的と意義.....	3
2. 調査対象者の属性.....	4
3. 調査方法	5
4. 調査結果の分析について.....	6
第一部 知的障害者入所施設からの地域生活移行.....	7
1. 「入所施設よりグループホームの暮らしがいい」	7
2. 地域生活から入所施設を語る——地域生活と施設生活の対比から——	8
3. 自由な生活—時間の自由と行動の自由—.....	10
4. 「暮らしの場」と「日中活動の場」の分離——「外の仕事に行く」——	13
5. “責任”（役割）を取り戻す——「自分で責任取らないといけない」——	14
6. 世話人、スタッフとの関係	15
7. グループホームの住環境.....	18
8. 移行過程の課題	23
9. 当事者の“引け目”意識～自己肯定、エンパワメントの必要性	26
10. 課題の整理	28
第二部 精神科病院からの退院と地域生活.....	31
1. 分析の視点.....	31
2. 希望や夢を持たなくする背景.....	32
3. 地域生活の満足感.....	35
4. 当事者のおかれた家族状況	37
4. 部屋はもう少し広い方がよい.....	39
6. グループホームは人間関係が大変	40
7. 将来の不安.....	41
8. まだ入院している人へのメッセージ.....	43
《個別のインタビューを通して》	44
9. 普通の暮らしが始まったことが救われた<30歳代、男性>.....	44
10. 望まれている退院支援<20歳代、女性>.....	46
11. 地域生活の楽しみ方がわからない<60歳代、男性>	48
12. 相克的な悩み（プライド—再入院への抵抗—贅言言えない）<50歳代、男性>.....	51
13. 「電波」を防いでくれる支援者<50歳代、女性>	52

はじめに

1. 調査の目的と意義

本報告書は、長野県内において知的障害者入所施設から地域生活に移行した当事者と、精神科病院を退院して地域生活に移行した当事者に対する聞き取り調査のまとめである。障害者が地域で自立生活を実現できるための支援構築が求められる中で、特に知的障害者の入所施設からの地域生活移行と、精神障害者の精神科病院からの地域生活移行に焦点をあて、どのような支援サービスがどの程度必要であるかを明らかにすることを目的として実施した。

聞き取り調査を行ったのは、県外の障害者福祉の研究者と、地域生活支援センターの相談員である。地域生活支援センターの相談員については、日常の業務で支援している圏域以外の圏域での調査に携わった。これには、2つの意味がある。一つ目の意味は、客観性の確保のためである。日常の業務で支援している圏域での聞き取りは、既に調査者と当事者の関係が出来上がっており、また相談員は当事者に関する多くの情報をもっているため、バイアスがかかりやすい。全く関係のない調査員が 第三者的な立場で、日常の支援の中では聞き取ることのできないような当事者の思いを聞き出すことをねらっている。

2つ目の意味は、調査を通じた支援の省察である。支援者とクライアントという関係を離れて、当事者にありのままの生活感や思いを話してもらうことによって、日常の支援のあり方を見直す機会ともなった。

調査員となった支援者も、社会一般の障害者に対する見方に一体化しているかもしれない。もちろん、社会福祉の専門職教育や、障害のある人の支援に関わっている経験から、一般の人に比べると障害のある人に対する理解はあるだろう。しかし、そのことが逆の偏見を生むこともある。いわゆる、保護的、指導的な処遇観による「支援者の常識」といったものに、多かれ少なかれ影響されていることも否定しきれない。全くの初対面の人に対して、聞き取りを行い、そこでのやり取りを逐語訳に起こす過程は、自らの当事者への眼差しを直視せざるを得ない状況を作り出したかもしれない。

2. 調査対象者の属性

長野県内全域において、平成14年度以降長野県内に地域移行した知的障害者及び精神障害者を対象に、面接聴き取り調査を実施した。

①性別

知的障害者では、女性が103人、男性が91人で、女性の方がやや多い。精神障害者では、女性が、52人、男性が30人で、女性の方が男性より、5割程多かった。

(人)

	知的障害	精神障害	合計
女性	103	52	155
男性	91	30	121
合計	194	82	276

②年齢

知的障害者では、60-69歳が48人で最も多く、次いで50-59歳が47人、40-49歳が35人、30-39歳が33人である。

精神障害者では、50-59歳が32人で最も多く、次いで60-69歳が16人、40-49歳が17人となっている。

(人)

	知的障害	精神障害	合計
20歳未満	0	0	0
20-29歳	10	7	17
30-39歳	33	7	40
40-49歳	35	17	52
50-59歳	47	32	79
60-69歳	48	16	64
70歳以上	14	1	15
不明	7	2	9
合計	194	82	276

③障害福祉圏域

知的障害者では、諏訪圏域が2人、上伊那圏域が3人やや少ないものの、全ての圏域に対象者から聞き取りが得られた。

精神障害者では、上伊那圏域、木曾圏域、諏訪圏域の3圏域では、聞き取りは得られていない。また、長野圏域で48人からの聞き取りが得られ、全体の6割近くを占めている。

(人)

圏域	知的障害	精神障害	合計
上小	50	4	54
上伊那	3	0	3
木曾	11	0	11
北安曇	9	5	14
北信	28	3	31
佐久	18	8	26
下伊那	10	4	14
諏訪	2	0	2
長野	28	48	76
松本	35	10	45
合計	194	82	276

3. 調査方法

調査は、対面による聞き取り調査にて行った。調査の開始にあたっては、調査員に対して聞き取り調査の基本的な内容についての研修を実施した。その際、配布した資料を「長野県内知的障害者・精神障害者地域移行者調査の手引き」として、別冊子に収録したので参照されたい。

実施期間は平成19年9月～10月である。

聞き取り調査は、調査対象者が居住する場所を2名の調査員が訪問し、直接当事者から聞き取りを行った。聞き取り項目については、あらかじめ目安としていくつかの項目を設定したが、極力当事者のペースで語ってもらうようにし、当事者の語りが設定した項目に限定されないようにした。

聞き取り調査の実施にあたっては、当事者に録音の許可を得て録音し、逐語訳したものをデータとして採用した。また、聞き取りに際して調査員が気づいた点などはフィールドノートに記録し、分析の際の参考とした。

4. 調査結果の分析について

報告書の構成は、第一部で知的障害者入所施設からの地域生活移行した人への聞き取りについてまとめ、第二部で精神病院からの退院した人への聞き取りについてまとめた。

何れも、期成の理論を当事者の語りに当てはめることは最小限にとどめ、当事者の語りをそのまま引用しながら、当事者の生活感や、思いに迫りたい。

※引用した逐語訳の記号について

* : 調査者の発言

A : 調査対象者の発言



第一部 知的障害者入所施設からの地域生活移行

1. 「入所施設よりグループホームの暮らしがいい」

*：K施設から〇〇のグループホームに来ているけど、K施設と比べてはどっちがいいかな？

A：こっちのほうがいい。施設のほうがかつと大変だった。いろいろあったから。

*：もつと早くにグループホームがあつたら良かったかな？

A：出たかつた。

そもそも、地域生活移行の目的とは、入所施設から地域の住まいへ移行することによって、本人の望むその人らしい暮らしを実現し、暮らしや生活の満足度を向上させることにある。この点に関しては、地域生活移行の成果は十分認められると言えるだろう。「入所施設と今の暮らし（多くの場合グループホーム）とでは、どちらが良いですか」という質問に対して、言葉で返答出来た人やうなずきや身振りで答えたすべての人が、「今の暮らしがいい」と表明しているのである。また、何人かの人には、「施設からもつと早く出たかつた」「もつとはやくにグループホームがあつたらよかつたのに」と語っている。

地域生活移行や脱施設化が語られる時、先進諸外国の状況との比較や、ノーマライゼーションの理念との関連で語られることが多いように思われる。しかし、入所施設における支援にしても、地域生活支援にしても、第一義的には具体的な生活課題に対する具体的な支援であり、具体的な当事者に対する支援に対する視点から、まず語られるべきであろう。つまり、当事者が望む生活と現状との間に差があるならば、その差を縮小していくのが福祉専門職の使命である。そして、その大前提として、当事者にどのような生活を望むか聞くことが必要であつたことを再認識しなければならないだろう。

2. 地域生活から入所施設を語る——地域生活と施設生活の対比から——

「施設は難所だった」

当事者によって、今の暮らしの”良さ”が語られる時、その多くが入所施設の暮らしとの対比によって今の暮らしが評価されることが多い。そのことによって、入所施設が宿命的に持っている負の部分が、より鮮明になってくる。ある人は、「あそこ（施設）は寒くてな、難所だった」と語っている。しかし、質問者は、「入所施設よりグループホームが良いでしょう」と、誘導して聞いているわけではない。例えば、次のようなやりとりがある。

*：施設で楽しかったことはありますか？

A：楽しかったことは・・・、あんまり無いな？だって楽しいことあんまり無いもん。

*：嫌だったことはありますか？

A：ある。いっぱいある。

施設生活の中で楽しい場面がなかったか、聞いても「嫌だった」と答える人が主だった。それでは、具体的に施設生活を嫌と感じさせる要因は何だったのか、聞き取りの中から探ってみよう。

入所施設は”ガヤガヤ”、”ザワザワ”・・・

グループホームの良さ・快適さについて「がやがやしてなくて、静かなこと」という答えが多い。逆に施設生活は、「がやがやしていて、うるさかった」である。その際、決まって出てくる表現が”ガヤガヤ”か、”ザワザワ”、そして”おおぜい”か”たくさん”である。

*：学園とグループホームだったら どちらが暮らしやすい。

A：こっちのグループホームのが 暮らしやすい。

*：どこが違うのかな。学園とここでは。

A：どこがちがうって。やっぱり あまりざわざわしないところがいい。人がおおぜいいないから。

A：（施設）は、うるさいですね。

*：何がうるさい？

A：みんなが、うるさい。私は仕事してても、ガンガンガンガン、けんかしたり・・・

A：施設とホームは、人の人数が違う。施設たくさん、ホームは少し。こちらがいい。

この様に、非日常的な大きな集団による生活が、利用者に大きな負担を強いていたことは明らかであると言って差し支えないだろう。

さらに、このような空間の中では、当然のことながら利用者間の干渉の頻発も想像に難くない。当事者の語りからは、利用者同士の干渉について、入所施設での嫌な記憶として語られている。

*：施設の中で困っていたことはありましたか

A：嘔み付く子がいたり、頭突きする子がいたり・・・たいへんだった

*：嫌だったことはありますか？

A：ある。いっぱいある。

*：どんなこと？

A：Aさん（他の利用者）に怒られること。うるさいなあって怒られること。

*：うるさいなあって、怒られるの。

A：だから私、逃げてきちゃうの。

入所施設が持つ、人間の生活空間としての問題は、利用者間の干渉として増幅され、個々の利用者に影響を与えているのである。長年の入所施設での生活を経て、グループホームに移行した人の一人は、移行後の生活について次のように語っている。

A：グループホームは場所も広いし、過ごしやすいです。こじんまりしていて、穏やかだし。

入所施設から地域の住まいへ移行することによって、利用者の直接的な生活環境の改善については飛躍的な成果が挙げられている。これは、入所施設の建物構造をはじめとしたハード面が規定する側面の改善によるところが大きい。入所施設における大規模かつ非日常的な生活集団から、地域の一般の住まいにおける比較的小規模の生活単位に移行したことによる、直接的・必然的な結果であると言えるだろう。

3. 自由な生活--時間の自由と行動の自由--

入所施設から地域生活へ移行した人は、建物や生活空間の変化だけでなく、自分の生活そのもののあり方が質的に変化していることを感じていることが窺われる。地域生活の“良さ”として、まず語られるのは「自由な生活」である。その内容を詳しく見てみると、「自由な生活」とは、「時間の自由」、「行動の自由」に大別できそうである。関連のある当事者の発言を見ていこう。

時間の自由

*：施設との一番の違いは？

A：自由にできるし、ゆっくりテレビ見れるし。施設だと早くしろ早く寝ろってうるさくて。

私たちは、時間の管理について自らの段取りによって、判断し活動している。上の例のような就寝時間についても、明日の仕事の有無、出勤時間、その日の体調、さらにはどうしても見ておきたいテレビ番組があるといった価値判断等によって、日々段取りしている。一方、入所施設は、決められた「日課」によって1日の暮らしが規格化され、さらにその

暮らしが積み重なることで、1週間、1年間の暮らしが紋切り型に積み重なっていく。そこには、個人の暮らしや生活の多様性は、僅かしか発見できないのが常である。当然、本人の自由が入り込む余地も制約されている。

地域生活移行は、規格化された生活によって失われた自由な生活を取り戻す試みでもある。「とても自由な生活が出来てよかったなあって思って」、「(グループホームが良いのは)時間が自由なこと、前(施設)は配膳当番があって早くやらなければいけなくて」と、時間を自分に取り戻したことが実感されている。

行動(外出)の自由

地域生活へ移行して良かったこととして、自由に外出や買い物ができることを挙げる人も多い。本人から語られた言葉を列挙してみよう。

* : 今の暮らしと施設はどちらがいいですか？

A : 今の方がいいな。買い物とか自由に行けるし。

* : 施設をでて良かったことは何ですか？

A : 買い物とかいけること。

* : 施設にいた頃より出かけてる？

A : 全然違う。

* : グループホームのどんなところがいいですか

A : 自由なところがいい。夜も出られる。買い物も自由

* : 施設からグループホームに出て一番変わったのはどの辺ですかね？

A : ローソンでったり、すること。

* : 施設のときは自由にでていくことはできなかった？

A : ちょっと無理だね。

一様に、入所施設にいる時に比べて、自由に買い物に出かけることが出来るようになって

たことが語られている。自分の好きなおやつなどの食べ物や日用品を、自分の都合に合わせて自分自身で購入する行為そのものに意味があると思われる。

しかし、外出先が「買い物」に限定されている点については注目する必要があるだろう。聞き取りの中に見られる外出目的は、ほとんどが「買い物」で、後はグループホームの近所の「散歩」であった。それ以外は、ごく僅かに地域のサークル活動に参加している例があるのみである。

入所施設は、入所する（収容される）ことによって、日々の真に最低限の生活に必要なものを充足する。そのことが結果として、社会関係を閉じたものにしてしまう。もし、地域の住まいとしてのグループホームが、入所施設の延長上に想定されるとすれば、グループホームを中心とした支援システムの中で、入所施設同様に日々の生活を最低限成り立たせるものをすべてお膳立てしてしまい、閉じられた社会関係場面を変えて再構築することにつながる可能性は無いとは言えないのである。

さらに、外出に支援が必要な人、または地理的な条件により何らかの移動の支援が必要な場合についても見てみよう。ここでは、職員による「ドライブ」が多いことに気づかされる。

A：うん。園は日曜日お休み。

*：お休みなんですね。そういう時は1人でどこかへ出かけたりなさいますか？

A：時々あるね。ドライブしたりね。

*：ドライブ？

A：うん。この間の土曜日、土曜日行ってきたよ。先生と

*：あ、先生と？へえ、そうですか。

A：うどん食べてきた。

*：おいしかったですか？

A：うん。おいしいわ、あそこの。

*：ドライブってどこまで行かれたんですか？

A：うどん。

*：うどん食べに、ドライブ行ったんですね。

A：うん。

*：じゃあ、お休みの日もそうやって、ドライブ行ったりお掃除やお洗濯なさったり・・・

A：お散歩したりね。一人でお散歩行っちゃダメなんだよ。

*：いつも誰かと一緒にいくように・・・

A：誰かついていかんじゃダメなんだよ。

職員が、一つのグループホームの利用者全員を車で連れて、ドライブや食事に出かけると言ったものである。こういった支援は、利用者にとって外出の希望を一定程度満たしているものの、支援の個別性、支援者の妥当性、また職員の負担、前に述べた社会関係の閉鎖性のいずれの側面からも課題が多いと言わざるを得ない。このような観点からも、外出支援は個別の支援の枠組みが必要である。

4. 「暮らしの場」と「日中活動の場」の分離——「外の仕事に行く」——

地域生活移行は、単に住まいの移行を示すだけではない。人間が最も活動的で、活動の中で最も多くの時間を占める「日中の活動」がどのように確保されるかが重要である。地域生活に移行して良かったこととして、この点を挙げる人もいる。

*：Yホームの生活って施設の生活とどこが違うのかなあ？

A：どこが違うって、仕事しているところかなあ？

*：Yホームに来てから、仕事に行くようになったから、仕事に行くことが違うかな？

A：まあ、あっちでも（施設）やってたけどね。

*：外にお仕事に行くってことかな？

A：そう。

入所施設は、暮らしや生活のあらゆる場面が、その中で完結できるよう構成されている。そのため、通常の暮らしのように朝起きて、出勤、勤務、退勤、帰宅といった場面の变化には乏しい。また平日と日祝日の日中を過ごす場面が同じであることも、一つの問題性を生んでいる。地域生活移行の取り組みは、暮らしや生活のあらゆる場面について、社会通念上それが普通であろうと思われるふさわしい場面に戻していくことでもある。

しかし、一部の人は、住まいについては地域に移行しているものの、日中の活動はかつての入所施設に戻って行っている場合もある。

*：じゃあ日中は、何をなさっているんですかねえ

A：日中？日中は、ええと、日中活動はっと、寮（入所施設）に行ってる

*：寮（入所施設）？

A：はい

暮らしと仕事（活動）、余暇といった、生活のすべてが入所施設で完結することから比べてれば一定の前進ではある。しかしながら、人間の活動の中心となるべき就労や日中活動についても、地域の中において確保されなければならない。

5. “責任”（役割）を取り戻す——「自分で責任取らないといけない」——

入所施設の問題点として、収容された本人を無力化することがある。それは、「保護」と引き替えに、「責任」を引き渡すことと言い換えても良いだろう。グループホームに移ったある人は、そのことを端的に語っている。

*：グループホームと施設の違いは

A：施設は先生が責任取るけど グループホームは自分で責任取らないといけない。今出来ないけど、お金ないから・・・ 結婚して、お父さんと住んで子供もって家庭を持ちたい。

本人は、自分で責任取らなければならないことを負担と感じてこのように語っているわけではないだろう。むしろ、「責任」を自分に取り返したことを誇らしく、今後の生活設計の展望を語っている。

しかし、この文脈で語られている「責任」は、取り返すことが出来る場合と、取り返す可能性が低い場合があることも留意しておかなければならない。E. ゴフマンは、「アサイラム」の中で、収容施設で「自己の無力化」とともに「役割剥奪 role dispossession」が宿命的に生じることを示したが、ここで語られている「責任」とは「役割」に含まれると思う。そして、ゴフマンが「（収容施設の退所後に）いくつかの役割を再確立することはできるが、他の喪失は回復不能であるし、また喪失として苦々しく経験されることになるのもあきらかである」と述べているように、ライフサイクルの一部が入所施設によって外部世界から遮断されることによって、異性との交際や同棲、結婚、出産、子どもの養育など、取り返せない可能性が高くなってしまうこともある。

この点については、地域生活移行過程の課題と共に後述したい。

6. 世話人、スタッフとの関係

聞き取りから得られた、現時点における地域生活移行の成果は既に述べた通りである。しかしながら、長期にわたって地域から切り離され、いわゆる通常の社会生活から隔絶された状況に置かれた当事者が、地域生活を再構築していくには多くの課題があると言わざるを得ない。その意味で地域生活移行は、その途上にある。つまり、自らの暮らしを取り戻すことは緒についたばかりであり、暮らしを自分のものとしていく過程が展開されなければならない。

世話人や職員に対する遠慮が見受けられる。もっとも、端的に表れるのは食事についての希望である。本人の話からは、「食事（食べ物）のリクエストはしづらい」ことが窺われる。

*：食べたいものをリクエストすることは出来ますか？

A：できませんね……。っていうか自分が言わないだけなんだけど。

*：言いづらいということですか？

A：そうですね。

*：言いたい気持ちはありますか？

A：出来ればおやつとか……。

*：ここは今、世話人さんは、朝ごはんと晩ごはんを作ってくれるんですか

A：ああ。世話人さんに作ってもらってる

*：ご飯は、施設と比べておいしいですか。どっちがおいしいと思います？

A：ああ。ここは一ぱいだけ。むこうは2はいだから

*：いっぱいだけ？

A：ここはいっぱいだけ。

*：むこうは2はい食べられた？2はいのほうがいいですか？

A：（聞きにくいことばでわからない）

*：うん？お菓子を買って食べた？ここで食べた？

A：うう。下へおりて買った。

（略）

*：はあ。じゃあ、お菓子を買って帰ってくるのね。

A：そう

*：あの、ご飯の量が今は少ないから、おなかがへっちゃうってことですか

A：うんうん

*：じゃあ、世話人の人に、前は2はい食べたんだけどとか言ったことはある？

A：ない。訊いてない

*：訊いてみてもいいんじゃないですか

A：知らないと思う。

また、食事の提供方法そのものに対する課題もある。例えば、バックアップ施設から食事の提供を受けるシステムになっている場合がある。

*：好きなものをリクエストできますか？

A：前にいた施設から材料を送ってもらうからそんなことはあまりできない。その材料で献立考えて作ってるから。

入所施設の生活経験が長い人ほど、自己主張を遠慮する傾向がある。世話人や職員、バックアップ施設との摩擦を嫌がり、場合によってはスタッフの仕事の背景まで察して、自らの主張を抑えるのである。そして、この傾向は、地域生活へ移行に際して切り離されるのではなく、施設から地域生活へ持ち出されているのである。

一方、世話人との良好な関係を築いている例もある。

*：困ったことがあったら誰に相談しますか？

A：世話人さんです。

*：相談しやすいですか？

A：はい。世話人さんはどういう人かっていうとね、良く動いてくれて、面倒見よい人です

グループホームのスタッフとの関係は、支援者－利用者である。利用者は、支援者に対して自分がどういう生活をしたいか言うことと、そして支援者に対してどこをどう支援し

てほしいか要求できる。また、支援者は利用者の要求を聞くことによって、支援の質が維持・向上されるのである。つまり、支援者－利用者の関係をどう構築していくかが課題である。

関係づくりの発端として、当事者に自分の権利について認識してもらう取り組みが考えられる。西駒郷地域生活支援センターでは、西駒郷から地域生活移行した人を対象に、交流会を実施している。ここでは、生活の場で困ったことや嫌なことがあった時、世話人やスタッフに言えるよう啓発活動を行っている。そこで覚えた世話人への依頼の仕方を、グループホームで実践しているという人もいた。

*：世話人とは何でも話はできますか？

A：ああできるよ

*：相談できる？

A：うん、もうだいぶ前からししし、知ってたから。グループホームの集まりがあった時

*：グループホーム交流会？

A：うん、そんな時に

本人が望む暮らしに対する支援は、本人の主張抜きには構築し得ない。本人が、自分の主張をはっきり言うことで、スタッフとの関係を調整していけるよう、本人とスタッフの双方に焦点を当てた取り組みが求められる。



7. グループホームの住環境

先述のように、入所施設からグループホームなどの地域の住まいへの移行は、利用者の生活状況を大きく改善した。それは、大規模の生活単位による生活から、小規模の生活単位による生活に変わったというだけではない。プライベート空間がほとんど皆無な生活から、限定があるにしても”個室”というプライベート空間が確保される意味は大きい。

しかし、長野県に限らず、住まいの場としてのグループホームについてはさらに改善の余地がある。

【六畳】——私的な専有空間——

グループホームの個室の広さは、6畳が圧倒的に多い。グループホームの居室は、ほとんどの場合、ホーム内唯一の私的な専有空間である。この6畳に対して、多くのひとは「狭い」と感じている。例外的に「ちょうどいい」と答えた人もいるが、これには「荷物が少ないから」や、「広すぎると掃除したり、片づけたりするのが大変」といった理由もある。しかしながら、ほとんどの人は、この居室について「狭い」と感じているようである。

このことを、相対的に見てみよう。2003年に総務省が実施した「住宅・土地統計調査」によれば、一人あたり居住室の畳数は全国平均で12.17（畳）であった。また、1室当たり人員については0.56人である。（長野県の場合、一人あたり居住室の畳数：14.32/1室当たり人員：0.51人である。）また、第8期住宅建設五カ年計画の一人暮らしの場合の居住水準における居住室面積では、「健康で文化的な住生活の基礎として不可欠な水準」である最低住居水準が4.5畳、「平成22年度を目途に半数の世帯が確保できるようにする水準」である誘導居住水準が16.5畳（一般型）である。なお、中高年単身者の場合は、最低居住水準が9畳、誘導居住水準が18.5畳である。これらには、寝室及び食事室兼台所が含まれるので、食事室兼台所が共同である多くのグループホームと単純に適用はできないが、不可欠な水準は満たしてみるものの、十分な広さであるとは言い難いだろう。

早川和男は、日本の住宅と健康との関連について実証的に分析し、「（住居の）狭さはストレスとして現れ、家族の人間関係をおかしくする。不眠、抑うつ症状、精神分裂病、あるいはケンカ、離婚など家族崩壊にいたることもある」と指摘している。（「住宅福祉」1997, 岩波新書）グループホームの住人は家族ではない。しかしながら、ここで指摘されている事柄は、グループホームの住人についても同様であるし、全くの他者であることから、家族間以上の問題を引き起こすことも考えられる。

また、台所、風呂、トイレ、洗面台といった共用部分についても、利用者同士の干渉を

引き起こす可能性が内在しており、専有の生活空間のあり方について、広さと機能性の両面から検討されなければならない。例えば、「長野県住生活基本計画」では、住宅性能水準の内容として、「専用の台所その他の家事スペース、便所（原則として水洗便所）、洗面所及び浴室を確保する。ただし、適切な規模の共用の台所及び浴室を備えた場合は、各個室には専用のミニキッチン、水洗便所及び洗面所を確保すれば足りる。」としている。グループホームの住人それぞれが一世帯であることを考えれば、これらの条件もクリアしていかなければならないだろう。

【隣の音が聞こえる】

日本のグループホームに多く見られるのは、家族が住むことを想定して建築された一般家屋を、若干の改築を行うか、またはそのままグループホームに転用している。そもそも、グループホームが制度化され、運用される過程において、それを一つの疑似家族もしくは共同生活の場としていた経緯もあるだろう。そのため、本来他人である利用者同士の個室の仕切りがふすま一つであったり、部屋同士が庭に面した廊下を通じてつながっていたりと私的な専有空間を確保するには不十分である。

例えば、聞き取りの最中に次のようなやり取りが起こることがある。

*：（ふすまの向こうから咳が聞こえる）あら、聞こえますね、隣の声がね
A：はい

*：あの部屋でお話を聞くのが、気がひけたんですけど。お隣の音が聞こえちゃうことがありますよね。きっとHAさんもHさんも、いろいろ生活の、テレビの音だったり、咳だったり、さっきもごほんごほん聞こえてましたよね。そういうのは気にならない？
A：いやだ

グループホームの同居者は、お互い家族や身内であったり、必ずしも当事者同士が同じ家屋で住むことを希望したりしたわけではない。他人同士が、ふすま1枚のみで隔てられた隣り合わせの部屋で生活していくことは、常識的に考えれば多くの快適性を損なうことは想像に難くない。入所施設から移行した人にとっては、「施設よりマシだ」と感じていたとしても、むしろ外部からきた調査者にとっては違和感を持つことであったようだ。また、プライベート空間が確保されることが、そこに進入してくる他者の存在を、よりくっ

きり浮き出させる場合もある。せっきくのプライベート空間をまたがって進入してくる音に対して、嫌悪感を示している利用者も多い。

*：グループホームには、いくつもお部屋がありますが、お隣の部屋の音などが気になったりはしませんか？

A：あのねー。いつもそうなんだけど、隣の Y さんが、独り言をいっていてね、そういうことがあったから

*：どんな時に困りますか？

A：テレビの音がうるさい時。テレビの音が大きすぎる。隣の部屋で。

*：その時にはどうしているの？我慢しているの？

A：我慢しているかな

【利用者同士の干渉】

現在多く見られるグループホームの構造では、入所施設と同じような利用者同士の干渉が起こる可能性が高い。例えば、誰でも入れる構造になっている場合は、個室の主でない利用者が入ってくることを容易にしている場合がある。

*：そうか。Hさんの部屋の鍵はかかるんですか

A：かからない

*：そうか。誰かが勝手に入ってくることは？

A：ある

*：で、なんか見ちゃったりするんですかね

A：うん

*：それはHさんはあんまり

A：いやだ、いやだ（ため息）

*：鍵つけてほしいと思います？

A：ううん

*：鍵はいい？

A：うん

*：でも、入ってくるのはいや

A：うん。のぞいてほしくない。あんまり

また、高齢の利用者と比較的若年の利用者が、同じグループホームで「同居」している場合は、お互いの生活ベースが合わないため、どちらかがしんどい思いをすることもある。

A：ちょっと休ませてもらいたいなあって思うときでも声をかけてくるので……。ちょっとなあ……。って思うこともあります。

地域生活を、施設生活に対比されるものと捉えてみよう。どちらも、現にそこに生活がある。生活とは、世の中で暮らしていくこと、または人の一生涯・Life である。つまり、時間の流れはどちらにも存在する。しかし、どのような空間でその流れを生きるかというところには大きな違いがある。先行する研究で指摘され、今回の検証作業でも確認されたことの一つに、他者に出入りをコントロールできる空間の有無がある。

村瀬学は、衣服と居住の関連について考察し、両者が重なりを持つものとしてとらえている。衣服によって包まれて守られるという形が、居住の原型であるというのである。さらに、「住む」と「澄む」の語源が同じであることに着目して、「住む」とは水が澄んで透明になって見えなくなるように、他者から見えなくなることはないかと仮定している。そして、自らの「隠れる」という感覚と重ね合わせて次のように提起している。

私はかつて「住む」とは「隠れること」だと思っていた。隠れられるところがあること、それが「住む」ことなんだと。

じろじろ見られること、それが嫌だった。すっかりと隠れてしまえること、そういう場をもつこと、それが「住む」なんだと。自分の家に隠れること、自分の部屋に隠れること――そういうことができないのなら、そこは「住む」ではないのだと、病院、監獄、これらはだから「住み家」にならないのだと。（村瀬学「『いのち』論のはじまり」JICC 出版局, 1991）

つまり、入所施設の構造によっては、一見すると施設外に対して利用者は包まれていると見ることが出来るかもしれないが、さらにその内部においては自らをすっかり包む手段が無い。他者から完全に隠れてしまえない入所施設においては、「住む」ことは成り立たず、入所施設は「住み家・住まい」にはなりえない。それでは、完全に個室を保障すればよいではないかという反論もあるだろう。しかし、例え完全に個室化したとしても、入所施設が持つ管理性からは逃れられない。物理的にすっかり隠れたとしても、そこは施設の管理対象として可視的であり、透明になって見えなくなるわけではないのである。そのことは利用者にも自覚され、自ら抑制を強制することにつながるだろう。

地域生活とは、地域の住まいに住まうことである。そして、住まいには当事者が隠れたい時にすっかり隠れてしまえる、その必要がある時には他者から透明で見えなくなることが求められると言えそうである。また、グループホームの設置にあたっては、個室の隔離性は、その生活実感に基づきながら十分に考慮されるべきである。

日本において、グループホームが国の制度として成立した際、「利用者相互の助け合い」と「近所のおばちゃんのような支援者」によって、施設とは違った地域での生活を成り立たせることを意図していた。この基本方針に基づく運営によって、擬似家族的なグループホームの形態が主流となっている。その背景としては、個別的な支援の不十分さと、グループホームに供用するための住宅確保の困難さがある。また、利用者の費用負担の制約もある。しかしながら、成人した大人の暮らしは、一定のプライバシーが確保されなければならない。プライバシーとは、自分の生活をどの程度他者に公開するか、自分の意志の決めることであろう。今後、グループホームの暮らしをどのように構築していくのか、直接的な支援と併せて、そのコンセプトや構造についても検討されなければならない。

【誰かが泊まりにくるようにしたい】

いくつもの課題はあるが、地域で自分の“すみか”を持っていくことの意味は大きい。一例を挙げると、次のような希望を語った人がいる。

A：もっと誰かが泊まりにくるようになあ、もっと広くしたいなあ

*：いろいろと夢を持っているんですねえ

A：もっと2階にしたいなあ。人が泊まりに来るようにしたいなあ

自分の家に、親しい人を招きたい、気兼ねなく一緒に食事をしたり、語り合ったりしながら夜を明かしたいという希望は多くの人が共通してもつ希望である。このような希望に対しても、実現していけるよう応えていくべきだろう。この様な希望に応えるためには、ソフト面の支援だけでは解決できない。居住環境の構造といったハード面の整備についても、地域生活の重要な要素として着目すべきである。

8. 移行過程の課題

地域生活移行にあたっては、利用者に対して希望する暮らしについて、詳細に希望を聞くとともに、逐次丁寧な説明と同意を求めることが常識となっている。また、地域生活移行を推進している支援者は、基本的にはこの姿勢で臨んでいるはずである。しかしながら、支援者が細心の注意をはらいながら移行を進めたとしても、移行後に「説明してもらえなかった」との訴えがあることが少なからずある。その一方で、同時に確認しておかなければならないのは、今回聞き取り対象となった人の内、その様な訴えをしたすべての人が現状の生活については満足しているのである。

*：そのときは、K 施設からいこっちに（〇〇の家）に来ませんかというお話があったんですか？

A：別に無い。K 施設のしょう、M ちゃん達（職員）がここへ連れてきた。

*：ここでどうぞってお話があったの？

A：別にそんなこと言わなかったけど、連れて来られちゃったの。

*：連れて来られちゃったの。荷物も全部持って・・・。

A：（うなずく）

（略）

*：K 施設から〇〇の家に来るときは、連れて来られたって言っていたけど。よくわかんないけどここで生活が始まっちゃったの？

A：ええ。私を担って車に乗せたみたいだよ。

*：移るのは嫌だったの？

A：職員さんが私を担って車に乗せたの。

*：そう。辛かったね。

A：・・・。

*：それで、〇〇の家に来てみてからはどう？K 施設と〇〇の家ではどっちが良かった？

A：〇〇の家。（現在のグループホーム）

（略）

*：K 学園からグループホームに移るときにどんな気持ちでしたか？

A：行く前は嫌だなんていう気持ちになりました。

*：K 学園の生活とグループホームの生活では一番大きな違いは何ですか？

A：学園にいたときは言葉の話しえない人がいて、会話が出来なくて大変だった。

けど、グループホームへ行ったら言葉の話せる人ばかりだったから・・・。

*：コミュニケーションがとりにくかったんですか？

A：そうです。だからグループホームは幸せだなあって思っ

*：大人数で生活するのと、少人数で生活するのとでは違いはありますか？

A：少人数のがいいね。

*：落ちついて生活できますか？

A：そうです。

*：自由な生活という点ではどうですか？違いはありますか？

A：私ももう歳だからね・・・。とても自由な生活が出来てよかったなあって思っ

*：今の生活には満足されていますか？

A：そうですね。

また、「施設から地域生活への移行は誰が決めたか」という問いに対して、「施設の職員が決めた」と答える人が少なくない。次のような例である。

*：施設からでるのは誰が決めましたか？

A：施設の先生が。

先述のように、移行に際しては本人に説明し、同意を得ている。それにも関わらず、移行過程において、当事者が自らの主導性を実感できていないのはどうしてだろうか。それには、移行過程が入所施設の暮らしの一環かその延長として行われることを考慮しなければならないだろう。つまり、移行時期は入所施設の管理性の中で、本人の主体性が失われ、無力化された状況におかれていることが推測される。しかし、地域生活に移行しても、失われた主体性が容易には復元されないことについて、支援者は認識しなければならない。例えば、次のような語りがある。

*：[入所施設1]と[入所施設2]とここ(グループホーム)とではどこがいいですか？暮らしは？

A：そうだね、どこも同じね。はははは

*：どこも同じ？それでは、ここ(グループホーム)から[入所施設2]へ戻りたい

と思いますか？

A：ここにいるね。

*：[入所施設1]に戻れて言われたらどうする？

A：戻れて言われたらしょうがないね

*：そういうふうには言われなかったら？

A：ここにいるね。ここにずっといる。

地域生活を継続したいと願っていながらも、当事者に暮らしの場面を選択する主体性がないことが語られている。先述の通り、入所施設への入所は、ライフサイクルにおける取り返すことの出来ない喪失を生む場合が多く、入所期間が長期に渡れば渡るほど、その喪失は拡大する。できる限りノーマルな生活に近づけるといって、普遍的な価値判断により、支援者側が地域生活移行を主導することもある程度はやむを得ない場合もあるだろう。しかしながら、地域生活に移行した後は、暮らしの主導を当事者に戻していく過程であることが明確に意識されなければならない。

また同時に、転居や環境の変化に対する不安も考慮しなければならない。これは、入所施設からの移行に限らず、自宅からグループホームへ転居した場合も同様である。

*：グループホームへ行く話しがあったときに、率直にどんな気持ちでしたか？

A：淋しかったですね。

*：家から離れるっていうことがですか？

A：そうですね。

*：実際グループホームで生活をしてみてどうでしたか？

A：どこのグループホームがですか？

*：それでは一番初めのグループホームのときはどうでしたか？

A：楽しかったですね。

地域生活移行や転居に関しては、誰しも不安を持つものである。その不安を乗り越えてでも、その先にある地域生活へ向かって進んでいけるよう、支援者がしっかりと不安に対して寄り添っていくことが求められている。

しかし、同時に言えることは、入所施設入所時や在宅時に、日常的にどのような支援が提供されるべきか再検討するが必要である。特に、地域生活に際して実施される「自活訓練」については、当事者の評価は高くないが、支援者が必要性を高く認識している傾向がある。つまり、真に時間の流れを生きている当事者側から見れば、あるべき実施内容と現

実に実施される内容との間に乖離があるのである。「自活訓練」は、入所施設から距離をおいた、小規模の生活単位で実施されことにより、大規模施設のハード面に起因する構造的な問題が解消されることに意味がある。一方で、ソフト面である支援のあり方については、既に地域生活に移行した人からのフィードバックなどを通して、当事者の視点から十分検討されることも必要である。

9. 当事者の"引け目"意識～自己肯定、エンパワメントの必要性

自らの暮らしについて、困難や改善したい点、または希望を持っていても、当事者から支援者に対して自発的にそのことを伝えにくい状況が見られる。その結果、地域生活においても、一定の我慢をしながら現状維持を希望することが多くなる。人間は、取り巻く状況からの見えない力によって権利が低められた状態におかれていると、権利意識や権利感覚が麻痺してくる。これは、入所施設の暮らしに不満を持ちつつも、当事者自身の力ではどうすることも出来ず、長期間の入所を余儀なくされるのと同じ状況でもある。そして、当事者は知的障害者というカテゴリーに編入されることによって、自らの力を奪われていることを認識している場合もある。例えば、次のような語りがある。

A：いや、やっぱり体の調子が、小さいときの、知的障害者になったときの…んー
天下の中では続かないっつうことで、入ったんですけどね

(略)

*：この生活、グループホームは気に入ってますか？

A：そう、そうゆうふうには思わなけりゃいけないけどね、おさえられてるから、
それはどういうことですか…

*：ええ

A：誰でもがあるんだと思いますよ、そういう広いところが…ほしいし、のんびり
したいから

ここで、自身の知的障害について、「小さいときの、知的障害者になったときの」と語られていることは興味深い。当事者の経験では、「知的障害になった」ことが事実として認識されているのである。このことは、「天下」という一般社会の「知的障害」と言われる人に対する負の視線や、低められた価値を付与されたこと、入所施設に入所することになったこととの関連について端的に表現されている。そして、「誰でもがあるんだと思う。

広いところが欲しい」と、もう少し広いところに住みたいと希望しているにもかかわらず、「そういうふうに思わなければいけないだろうね、おさえられてるから」と今の生活を受け入れようとしている。当事者が主体的に生きられないことの根本的な原因は、当事者以外のところにあり、それは非常に根深いものであると言わざるを得ない。

また、自身に対する否定的な決めつけの状況が継続していると語る人も少なくない。

A：私はねどこで、どこで、どこに行ってもダメなの。あっちやらこっちやらって行ってね。

(略)

A：(支援者が) ○○さんどこ行ってもつとまらねえって言うだよな。

自己が肯定されることがなく、自らの望む暮らしを組み立てることもない状況からは、落ちついた暮らしも感情の安定ももたらされることのないだろう。結果として、「負のスパイラル」に陥ることは想像に難くない。

一方、「“責任” (役割) を取り戻す」の項目で述べたように、自分の生活の主導権や主体性を取り戻しつつある人もいる。今回の調査では、どのような状況や支援のあり方と、当事者の主体性を取り戻すこととの関連について、明確に確認するには至らなかった。しかし、一つの傾向として、生活の満足感が高い人により、今の生活に関するより高い希望や要求が出される場合が多かった。逆に、当事者の望みに基づかない支援や劣悪な居住環境からは、前向きな希望や要求は出されにくい。つまり、より当事者の望む支援がなされている、または居住環境の質のより高い方が、より高い主体性が生まれてくることが推測される。

10. 課題の整理

(1) 社会福祉実践の基本姿勢の再確認と「ふつうの生活」の実現

知的障害のある人へ支援を、その生活を支えるといった福祉的支援のとして位置づけると、それは具体的な生活課題に対する具体的な支援である。つまり、当事者が望む生活に対して、関連施策や社会資源の動員により支援していくことである。また、当事者の希望と現状との間に差があるならば、その差を縮小していくのが福祉専門職の使命である。これら一連の福祉実践は、当事者のニーズ、すなわち当事者がどのような生活を希望しているか把握することから初められなければならない。そして、それは多くの場合、当事者と対面しつつ希望を聞いていくことによってなされるであろうし、言語によるコミュニケーションが難しい場合は、非言語による表現や表情等の観察によって、当事者の思いを推し測ることによるだろう。

しかしながら、これまで知的障害者入所施設の利用者に対して、どのような生活を希望するのか深く掘り下げて、聞くことがどれほどなされてきただろうか。また、入所施設以外の選択肢を念頭におきながら、それらの取り組みがなされてきただろうか。そして、支援者の側に、知的障害のある人は最終的には入所施設で「保護」するしかないといったような先入観が、すみずみまで浸透していなかったか。今一度、「知的障害のある人に対する支援」ではなく、一人の人間の生活をどう支えていくかという基本姿勢を再確認する必要があるだろう。

ノーマリゼーションの「育ての親」と言われる B. ニーリエは、ノーマリゼーションの原理の適用方法について、「障害のある人の立場と、例えば自分自身の立場を比較して考えてみる」「もし自分が障害者だったらのぞむであろう生活条件と同じもの、あるいはできる限り近い条件を障害のある人に提供しようとする」としている。ここでは、ノーマリゼーションの具現化の最も基本的な起点は、障害のある人の生活状況について、自分の生活と比較してアブノーマルになっていないか、自分とは違った特殊なものとなっていないか、といった観点から検討することが示されている。つまり、対象となる生活への視座は、「障害のある人の生活」として向けられるのではなく、「“ふつう”の生活」とし向けられなければならない。そのためには、もし支援者が「障害のある人の生活」感（観）を持ち合わせているのであれば、それが「ふつうの生活」から乖離していることを認識することが求められる。その後、普通の生活感・生活実感が、支援対象の生活に当てはめられる。さらに、支援者自身の生活感・生活実感そのものについても問題にされる必要がある。

その一方で、相対化も必要である。生活には、所属するコミュニティや地域に規定されている側面があり、支援者の生活とは相違する点もある。その独自性は相対化し尊重しな

なければならない。しかしながら、その際も前述のような「障害のある人の生活」としての視座は、意識的に捨て去られなければならない。別言すれば、相対化の要因を障害に求めるべきではない。なぜなら、支援の目的は「障害があるから『特殊な生活状況』でも仕方ない」ことを確認することにあるのではなく、「障害があっても『ふつうの生活状況』が保たれるべき」であり、『ふつうの生活状況』を実現し、保たれるための支えが導き出されたためにあるからである。

(2) 地域生活の満足感を規定する要因と「欲求・ニーズ」の発展

ここまでの内容をもとに、当事者によって示された地域生活の良さについて整理しておこう。まずは、入所施設との対比によるものとして、大きな生活単位から、小さな生活単位（もしくは一人暮らし）へ移行したことによる、暮らしの落ち着き、平穏さである。もう一つは、私的な占有空間の確保である。そして、その私的な専有空間に対する他者の自分でコントロール出来ることである。次に、もはや入所施設との対比を越えて、地域生活そのものからじんわりとしみだしてくるような”良さ”も語られていることがわかる。それは、自らが「生活主体」であることや、「住む」というような感覚を取り戻していくことであり、自分自身で生活を組み立ていくことを取り戻していく過程であると言えるだろう。

つまり、地域生活に移行したことで、地域生活移行支援のプロセスは終わるわけではない。地域から分断された生活から、接ぎ木的な要素を持ちながらも、地域に定着し、自ら望む生活を求めながら、地域で生涯を終えていく。その移行後の生涯全てが、地域生活移行の支援プロセスであるとも言えるのではないだろうか。

また、今回、聞き取り調査のため訪問したグループホームのうち、かなりの割合で建物構造や立地条件に不満が聞かれた。また、重要なことは、このようなハード面に不満のあるホームでは、ソフト面である支援のあり方についても不満が持たれる場合が多い傾向があった。つまり、両者は相互に関連している可能性がある。しかしながら、この点に関しては、今回は可能性と課題の提示に留まっている。今後、建築計画の専門家の参画を得ながら、実証的に検証していく必要がある。

(3) 「ミニ施設化」の危惧と継続的な評価・検証の必要性

結果として、現状においては、入所施設の典型的な特徴を備えた「ミニ施設」である場合が多く見受けられる。つまり、地域の住まいとなりきれていないのである。むしろ、入所施設の負の特徴を地域生活に持ち出しているという側面を否定しきれない。

このような、入所施設の構造を押し返すものは何だろうか。一つには、構造的な改善が

必須であろう。当事者や当事者の行動は、グループホームの構造に規定される側面が大きいのである。そのイメージが、支援者の支援の在り方や行動を規定しているとともに、さらに重要なことは当事者の生活を強力に規定していることである。そして、それは当事者に対して、さらに疑似家族化や、ミニ施設に適應することを強要するという連鎖を生む危険性は否定できないのではないだろうか。そして、このことは知的障害者の地域生活移行に限らず、精神科病院からの退院とも共通する課題である。

このような「ミニ施設化」を防ぐために、検証・評価作業が不可欠であると考えられる。その具体的なあり方については、稿を改め〔総括〕にて検討したい。



第二部 精神科病院からの退院と地域生活

精神科病院から退院した人に対する聞き取り調査は、2つの段階に分けて分析を行った。まず前半では、全体を通して、それぞれのインタビューに見られる共通する概念を中心に検討を行った。その結果を踏まえながら、後半では個別のインタビューの流れに沿って分析を行った。

1. 分析の視点

精神科病院からの退院した人への聞き取りデータを分析・解釈するにあたって、必要なことは何か。それは、どの視点に立って当事者の語りを解釈するか、である。

「気違い」「狂っている」という言葉に代表されるように、洋の東西を問わず、いったん精神障害者とラベリングされると、本人が言うこと全てが「おかしい」「信用出来ない」「聞いても仕方ない」とされてきた歴史がこれまでであった。だが、「聞き取り」内容が示してくれているのは、当事者の語りは決して狂っている訳でも、おかしい訳でもない。

ノーマライゼーションの理念とはもともと、知的障害があっても入所施設ではなく地域で当たり前の暮らしが出来ることを指し示す考えであった。同じように、病気と障害が併存する精神障害者であっても、病院ではなく地域社会で普通に暮らすことを提唱した考え方がある。それがリカバリー (recovery) 概念である。

ノーマライゼーションを「正常化」と訳すと意味を取り違えるのと同様に、このリカバリーを単に「回復」と訳しても、その中身は十分に伝わらない。このリカバリー概念に基づく支援のあり方を普遍化した Rapp and Goscha(2006)は、リカバリーに基づく支援を次の原則にまとめている。

- 1, 精神障害者は、自分の人生を取り戻し、再生し、改善させることが出来る。
- 2, 個人の欠点ではなく強み (ストレングス) に焦点が置かれる。
- 3, 地域社会はその人の使える資源のオアシスとして捉えられる。
- 4, 利用者は「援助プロセス」の監督役である。
- 5, ケースマネージャーと利用者の関係は根本的であり、本質的である。
- 6, 支援の仕事の第一義的な現場は地域の中にある。

C.Rapp and R.J.Goscha (2006) "The Strengths Model (second edition)" Oxford University Press

ここからわかるのは、病気や症状という「欠点」でなく、その人が発病する以前から持っている強み（ストレングス）を活かそう、という視点である。精神障害者であっても、「自分の人生を取り戻し、再生し、改善させることが出来る」主体者であり、援助プロセスもあくまで利用者が主役である。また、本人が使える資源は病院ではなく地域の中にこそあり、支援者が当事者の力や可能性を信じ、本人の強みや出来ることを活かしていこう、引き出していこう、という考え方である。また Rapp and Goscha(2006)は「リカバリーはプロセスでもあり、結果でもある」、とも述べている。当事者が自分の人生を取り戻す「過程」に支援者が寄り添う一方、その支援を通じて当事者が主体者として地域で自分らしい生活を獲得する「結果」を生み出そう、という視点である。

この調査においても、退院して地域での生活を再開させた当事者は、「自分の人生を取り戻し、再生し、改善」している、つまりはリカバリーのプロセスにいる、という視点で語りを伺い、分析している。当事者の語りを、狂った人の信用出来ない話、ではなく、かけがえのない個性と個人史を持つ一人の人間の生きてきた苦勞として、ありのまま受け止めている。

このリカバリーの視点で当事者が語る思いに寄り添うと、どのようなことが見えてくるだろうか。次項以後で詳しく見ていくこととする。

2. 希望や夢を持たなくする背景

退院して地域生活に移行した当事者は、入院生活について、どのように感じていたのだろうか。当事者の語りをもとに、探してみよう。

入院中のことについて尋ねると、自分がいつまで入院しているのか見通しが持てず、一生入院するものとあきらめていたことが語られる。例えば、次のような語りである。

*：どれくらい入院しましたか

A：13年間。だから、もう退院できねえとあきらめていた

*：こちらに来る前は？

A：そうですね、M病院に10年近く入院してました。精神病院の生活にも慣れて、まあ、これで一生精神病院で暮らすものかなあと思っていた

上記では、入院によってどうしようもない無力感を抱えていることが語られている。

言うまでもなく、病院は治療の場であり、治療を主目的としない社会的入院は避けられるべきである。だが、平成18年度の障害者白書によれば、日本では34万人の精神科病

院に入院しており、入院期間別の割合で見ると、1年未満で退院する人が全体の29%を占める一方、5年以上の長期入院患者が全体の43%を占めた。また、20年以上入っている人の割合も、全体の15%を占めていた。

ここからは、治療期間が終わった患者が、病院に留まらざるを得ない状況にあることに目を向ける必要がある。これまで社会的入院の継続と、退院が進まない要因として、入院患者の「退院意欲の乏しさ」が指摘されこともあったが、この意欲の乏しさの背景には何があるのだろうか。「もう退院できねえとあきらめていた」という発言には、地域生活や地域社会への「あきらめ」がにじみ出ている。その「あきらめ」があるからこそ、「精神病院の生活にも慣れて、まあ、これで一生精神病院で暮らすものかなあと思っていた」と、そこでの生活に「慣れ」て順応するしかない、つまりは病院に生活の場を求めざるを得なかった状況が出てくるのだ。ここからは、意欲が乏しい→退院できない、という前後関係ではなく、退院できない→意欲が乏しい、という前後関係が推測される。

一方、退院した後、グループホームの生活と入院生活を比較して、以前の入院生活において「安住」していた自らの姿を語る人もいる。その際、共通して語られるのは「三食昼寝つき」というキーワードである。

*：病院とホームの暮らしとどちらがいいですか？

A：具合の悪いときは・・・こんな言い方下世話ですけど、3食昼寝つきでよかったです。退院するときはもうこの病院世話になりたくないと思ったのですが、もしまた具合悪くなったらそこしかないし・・・

当事者にとって、「三食昼寝つき」の生活が保障されることの意味は大きい。薬の副作用や病状の悪化などで、食事作りなどの家事を「おっくう」「しんどい」と感じる当事者も少なくないからだ。実際、「ご飯が作れないから」を退院出来ない理由としてあげている人もいるくらいである。地域生活を送っている人なら、コンビニ弁当や総菜で済ませたり、あるいはホームヘルパーや世話人に作ってもらう、という選択肢を活用しているのだが、地域生活を知らない入院患者にとっては、そういう選択肢があることすら想像出来ない。そのため、この「三食昼寝付き」がなくなる、というのは、大きな壁として入院患者の前に立ちはだかっている。

地域生活との比較の中でわかる社会的入院の問題は、それだけではない。病院での集団生活は、入院患者の自由を極端に狭め、制限し、その生活を管理していく。ある人は、「病院で嫌だったことは、規律」だと語った。またある人は、四六時中監視される生活について語った。

*：病院の暮らしと比べてたらどうでした？

A：そりゃあもう。病院に比べたらこっちのほうがずっといいなあと。

*：病院の暮らしではどんな事がいやだったんですか？

A：やっぱ、自由が利かないってことかな。24時間監視のところですから・・・。

また、外出の自由や金銭管理も自分の自由にならない状況も語られる。

*：病院の外出は自由にできましたか？

A：病院の外出は完全に詰め所管理でお金も限られてましたし、外出も限られてましたし、渡されるお金が限られて、これでお金があるものがあるのかぁと思いました。

一般に、ある人を強制的に閉じこめると、逮捕・監禁罪の罪に問われる。だが、精神科の病院では、厳格な基準の下に合法的に隔離・拘束をする事が可能である。これは精神保健指定医という資格を持つ医師が、自傷他害の恐れや危険性の回避などのため、厳格な医学的判断基準に基づいて判断することになっている。しかし、当事者の語りから見えてくるのは、その運用が本当に厳格に制限されているか、という問題である。

例えば上記の例で見られるように、自発的入院（任意入院）の慢性期の患者も、非自発的入院（医療保護入院や措置入院）の患者と同一基準・病棟で処遇されている場合、本来は自由に出入り出来るはずの自発的入院患者も「病院の外出は完全に詰め所管理」で「外出も限られ」る事態になる。書類上は「個別開放」などと記されていても、当事者にとって実態は「閉鎖処遇」そのものであり、自由が奪われている状態に変わらない場合もある。

また、長期間の入院によって、社会生活に必要な手段まで奪っていくことがある。例えば、「入院していたら字もかけなくなった。病院では字も書かないので」と語った人がいた。生活の範囲が制限され、日常生活を送る上で当たり前が必要とされることが必要なくなり、退院後の生活のための手段が奪われていくのである。長期入院をしている間に、銀行のATMや駅の自動改札機、自動券売機などが自動化されてしまい、そのやり方がわからない・ついていけない入院患者も少なくない。

では何故、多くの当事者が長期間の入院を続けて来たのだろうか。その一つには、経済的な困窮があるだろう。精神科病院に長期入院する患者の中で、生活保護受給者の割合が高いが、病院に入院している限り、保護費で入院費用が支払われ、幾ばくかの小遣い銭が本人の手元に残る。すると、退院して、経済的に困窮するよりは、入院を続けた方が生命の維持は保障される。また、家族関係の悪化などの原因も挙げられるだろう。少なからぬ

当事者が、入院前後に病状が悪化し、家族に「迷惑をかけた」経験を持つ。その事が当事者の気兼ねになったり、あるいは家族の受け入れを拒否する理由にもなっている。さらに、長期入院患者の中には、身寄りがない、あるいは家族と絶縁状態にある人も少なくない。

しかし、その一方で、病院での生活は極端に制限されている。「三食昼寝付き」ということは、日々の活動はせいぜい作業療法・デイプログラムなどに限られている。外出しようにもその病院が人里離れた場所であれば、容易に買い物などにもいけない。そんな社会環境の中で、当事者は無力化され、夢や希望はますます抱けなくなる。結果として、退院の意欲が乏しくなるのである。退院の促進と地域生活支援のためには、このような当事者を取り巻く背景について、何よりも留意される必要がある。

3. 地域生活の満足感

地域生活に移行した当事者は、退院と地域生活の開始をどのようにどのような思いで経験したのだろうか。ほとんど全ての人が、若干の不安を持ちながらも「うれしかった」と語っている。そして、実際に地域に暮らしてみても感想も、病院より今の方が良いというものだった。

*：先生にグループホームを紹介してもらったときにどんな気持ちでしたか？

A：うれしかったですね。

*：病院の暮らしと比べてみたらどうでした？

A：そりゃあもう。病院に比べたらこっちのほうがずっといいなあ。

当事者は、地域生活の何が良いと実感しているのか、何人かの語りをもとにより詳細に探っていくことが必要だろう。

まず、病院に比べて自由になったことを語る人が多い。

*：病院でつらかったことは？

A：やはり自由がない。

このように、病院では自由がないと話す人が多かった。それに対して、地域生活では自由になったと語られることが多い。

*：病院を出てよかったと思うことは？

A：自由になりました、鍵のない部屋で、はい、へへへ

*：あと、病院に帰りたと思いますか？

A：全然思いません。

退院した人の語る「自由」という語には、いくつかの意味が含まれているようである。たとえば、行きたいところに自分の意志で行けるという「行動の自由」、時間を自分の意志で管理出来るという「時間の自由」などが挙げられる。上記の語りでは、前者の自由が語られる。これまで「鍵」のある病棟で隔離されていた当事者にとって、「鍵のない部屋」とはまさに「自由」の象徴でもある。

A：ここみたいにのんびりしてられないし、時間で決められてしまうし、何でも次から次へやらなきゃいけないし。

病院では起床、食事、入浴、日中活動、消灯などの生活行為が一律の「時間で決められてしまう」。「次から次へやらなきゃいけない」他律的生活では、自分自身の暮らしを作り上げる事が出来ない。それに比べると地域生活では「時間の自由」があり、「のんびりしてい」る自由も謳歌できる。すると、それは、気楽さとして実感される。

*：その病院での生活と今のここでの生活。

A：こっち、こっち。

*：こっちの方がいい。

A：いい。

*：うん。どういう所がいいです？

A：気楽です。

*：気楽だ。

A：うん。

*：うん、病院はちょっと気楽じゃなかった？

A：うん。

*：今の暮らしと病院での暮らし、どっちが好きですか？

A：やっぱり、グループホームのほうが

*：どんな点がいいんです？

A：わきあいあいと話したり、

ここで語られるのは、決して特別なことではない、普通の生活が出来ることのうれしさと満足感である。そして、同時に、病院での暮らしに自由が無いことと、普通でないこと、「気楽」ではなかったこと、が語られていく。

4. 当事者のおかれた家族状況

一方、グループホームに移行した当事者が、移行先としてグループホームを生活の場として選択している背景要因についても考えられなければならないだろう。例えば、グループホーム住む人から、次のような語りが聞かれることがある。

*：そうですよね。いいですよ、びっくりしました。いいところですよ。松本のグループホームに比べてもすてきなところですよ。決め手はなんですかここでやろうと思った

A：家にも帰れないしどうせやるならここで生活してみようかなと思って

*：1年半ぐらい。ある程度もう何年かしたら、自立できるようにお部屋を探すとか、それともご実家の方に帰られますか？

A：う〜ん。実家には・・・そうですね。帰らないとは思うんですけど。

先にも述べたように、自身の病気をきっかけとして、家族の崩壊や離婚、あるいは家族からの絶縁等を経験している人も少なくない。特に、離婚を経験した人は、その要因を自分の病気のせいだと語る人が多い。

A：主人は5年くらい面倒を見てくれた。治らないので離婚しようということになって病気かどうか分からない時が大変だったですね。離婚になったけど主人といいこともあったんですね。

A：自分がこんな様な病気になって、まあ、養育費が稼げなくなっちゃって、それで、離婚しちゃったから、できればまあ、その、テレビカメラじゃねえが、子どもにあいてえなどは言ったけど、だけど、これはアレだね。辛いね。こういう病気はね。

これらの語りの中からは、病気のため元もと住んでいた家にはもどれない、自分の病気のせいで離婚してしまったといった、引け目や気後れ感、辛さなどが示されている。その中で、いったんは病院以外の暮らしをも諦めていた人々が、グループホームなどの「家族」以外との暮らしの可能性を知り、その生活を送ってみよう、再チャレンジしてみようとしている当事者の姿が窺われる。そのことは、大いに肯定されるべきであり、支援者には当事者のおかれた状況に対する深い理解が求められているのである。



5. 部屋はもう少し広い方がよい

グループホームの居室（個室）の広さについては、6畳が最も多く、希に7畳、8畳もある。取り敢えずは、プライベートな空間が確保されているが、この個室の広さについては、やや不満を持っている人が多いようである。

*：部屋の広さを教えてください。
A：6畳に床の間があって8畳くらい。
*：部屋の広さとかで不満とかないですか。
A：もうちょっと広いほうがいい。

*：この部屋？
A：7畳です。
*：広いですか、狭いですが、それともちょうどいいですか？
A：もうちょっと広くてもいいです。
*：もうちょっと広くてもいい？
A：はい、8畳くらいほしいです。

だが、この不満も、生活のふくらみとして認識する事も出来る。

入院時代の生活を振り返った当事者の語りには「病院の時は殆どものがいない」というものもあった。入院中は、私物が極端に制限され、ベッドの下や床頭台の中などに僅かな荷物しか置くことが出来なかった人も少なくない。置く場所がないので、入院時に私物を処分してしまった人もいる。また、4人部屋や6人部屋、それ以上の大部屋で、自傷他害の恐れを理由にベッド廻りのカーテンすらない、というプライバシーの保てない病棟も少なくなかった。その中では、居室環境についても諦めざるを得なかったのだ。

それに比べて、グループホームでの生活は、個室が確保されており、その空間は自分で自由にデザイン出来る。病棟とは違う、自分だけの空間を取り戻す。その経験の中で、人によっては、もう少し広い方がよいと感じる人が出てくるのも当然であろう。これは、地域生活に移行した当事者の生活に「ふくらみ」や「拡がり」が出てきた証拠、とも言える。自分のプライベート空間をデザインしていく（取り戻していく）ため、個々人の生活スタイルや趣味に応じた個室の確保のされ方が求められている。

6. グループホームは人間関係が大変

グループホームは、同じ屋根の下で複数の人が生活を共にするという点においては、嫌が応にも他人との接触をもたらす。そして、場合によっては人間関係の摩擦を生じさせることもある。

A：で、あの、ワンルームは、気楽って言えば気楽ですが経済的に大変。でグループホームは経済的にはそんなにたいへんじゃないけども、なんて言っても人間関係が難しい。もう、〇〇アパートの時、人間関係は難しいと痛感しました。痛いほど感じましたから。

*：どんなことが一番大変でした？

A：仕方がなかったんですが、しょっちゅうNさんとKさんて方の気分を害してばかりいて、けんかばっかしですよ。

また、プライベートの生活空間でありながら、同居する他者からすっかり隠れてしまうことができない。例えば、台所や浴室、トイレといった設備については、大半が共用となっている。共用空間での、自分の行動を他者に見られることについて抵抗感を示している人もいる。

A：台所へいったときとか、のぞく人がいるんです

退院が進まないことの要因に、経済的な困窮があることは前述の通りであるが、個々の望む生活を実現出来ないことにより、さらに退院が進まないという悪循環は避けられなければならない。精神障害者の中には、人間関係の疲れの中で病状が悪化した経験を持つ人も少なくない。すると、地域の中で病状を安定させながら暮らす為にも、グループホームにおけるプライバシーの確保も大切である。また、グループホームのみが退院先の終の棲家ではない。グループホーム以外での生活（アパートでの一人暮らしや愛する人との生活等）を希望する人には、その希望の実現を支援する必要もある。

7. 将来の不安

不安なのはやはり将来の暮らしことである。それは、また病院に戻らなければならないかもしれないという不安でもある。

A：私だったら、ずっと住むのかなあ、なんて、話したことはあるけどねえ

*：ちょっと不安だなあって、感じるんですね。

A：おばあちゃんになったら、私いま 31 歳。51 年生まれだから 31 歳でしょう？おばあちゃんになったらどうなるのかなあ、と思ってね。

*：あー、どんな風になってたらいいなあっていうのはありますか？

A：・・・ここに置いてもらえるのかどうなのかなあって。

A：老後ね、老後のことを考えると、病院に行かなきゃあと心配になってきちゃって。老人ホームとみんな言うけど、[職員]さんは一生ここにいれるからって言ってくれるけど、私ね強い言い方できないの、みんなねやってもらっているの、アパートのメンバーに。そういうこと歳とれば、先のことを考えちゃうの、ぜいたくな悩みだって〇〇さんは言うの。病院の先生は一日一日のことを考えて、先のことは考えないようにとねえ。先のことが心配なの。

「ここに置いてもらえるのかどうなのか」「先のことが心配なの」という発言には、本人の不安が大きく現れている。発病以前には自分で出来ていたことも、グループホームなどでは支援を受けている。自分が出来ないことが多くなったことへの落胆や、人にお世話になっているという気後れ、それらが「置いてもらえる」「強い言い方できない」などの発言として表出されている、とは言えないだろうか。それゆえ、将来より多くの事を他人に依存しなければならなくなったなら、「病院に行かなきゃあと心配になってきちゃう」のである。

その一方で、グループホームでの暮らしに希望を持って、「今の生活を続けたい」という人もいる。

A：このアパートというか[支援している法人]が好きだから、一生居たいなあと

思っていたら〔職員〕さんがいいよ。一生いても。

A：将来の夢？長生きすること。100 ぐらいまで生きたい。

*：あへー。前向きですね。100 ぐらいまで生きるとして、ずっとグループホームでいいの？

A：うん。

この人は、地域生活を経験する中で「一生居たい」「100 ぐらいまで生きたい」という希望が生まれてきた。先に多くの退院者が入院中の暮らしに「あきらめ」を感じていたことと比較すると、入院中の暮らしと地域での暮らしには根本的な違いがあることはいくら強調してもしすぎることはないだろう。最も基本的な支援のあり方として、病院や施設に戻ることなく、地域で希望をもって暮らせるような支援が求められているのである。



8. まだ入院している人へのメッセージ

退院して地域生活を継続している当事者から、まだ入院を継続している当事者へのメッセージを聞いてみた。そこには、当事者でなければ言えない、自分がかつて同じ経験をした場に残っている仲間へのメッセージがある。

*：Aさんは退院してこのグループホームに暮らされて新たな人生を始めたわけですが、入院されていたとき、そこの病院に長く入院されている人とも知り合ったと思うんですけど、その人たちにメッセージのようなものはありますか？

A：はい・・・、できれば退院したほうが良いと思いますけど。こういう家もあることも知ってほしいですけど。

*：病院のお友達には？

A：社会にでて暮らしたほうが精神病院に一生暮らしているよりは・・・自由がありましていいですね。

*：あと、病院にいる仲間、まだね、病院に、退院できなくて、病院にいる仲間が残ってるんですが、そういう人たちのこと、どう思いますか・

A：かわいそうだと思います。出してあげたい人いっぱいいますよね。

「こういう家もあることも知ってほしい」という語りからは、自らが病院以外の「家」を知り、経験出来ている事の喜びと、まだ知らない、病棟内にいる仲間に対する強い思いが現れている。それは「かわいそうだ」「社会にでて暮らしたほうが精神病院に一生暮らしているよりは・・・」という発言にも繋がる。これらの発言は、病院以外の生活を取り戻した当事者だからこそ、比較の視点で語る想いである。

今後、退院を促進していくため、退院後の生活についての不安の除去とともに、退院後の生活に希望が持てるように支援していかなければならない。そのため、実際に退院して地域生活を継続している当事者からの情報提供や退院への誘いは、これから退院していこうとしている人に対しての不安の除去に効果があると考えられる。退院促進と、具体的な支援過程において、既に退院した当事者の参画のあり方についても真剣に考えられなければならないだろう。

《個別のインタビューを通して》

9. 普通の暮らしが始まったことが救われた<30歳代、男性>

次に示すのは、30代の男性の語りである。退院したことの感想が語られている。

*：退院していかがですか？

A：うーん、救われましたね

*：救われたんですか？

A：はい。グループホームで普通の暮らしが始まったことが救われたことなんですよ

この人は、退院したことについて、まず「救われた」と語っている。調査者が、「救われた？」と聞き返したところ、「普通の暮らしが始まったことが救われたこと」と語っている。「救われた」と、「普通の暮らし」という語りからは、ストンと何か暗闇のようなところに落ち込んでいたところを、何らかの助けをかりて戻ってきたというような感覚の中で生きていることを想像させる。

次に、質問者は「普通の暮らし」とはどんなことか尋ねてみた。

*：普通の暮らしって、例えばどんな？

A：（カレンダーを指して）いろいろやること書いてあるでしょ？自治会のこととか、旅行のこととか、ミーティングとか…

*：なんだかいろいろあるんですね

A：自分でね、書くんですよ。旅行に行きたかったら予定にね。

*：病院でもクリスマス会とか旅行とかあったんじゃないですか？

A：ありましたけど、あれとは違うな。

*：そうなんですか。どう違うんですか？

A：病院にいるときは…自分に権限がないっていうか…自分で自由にできなかった。

*：自分で今は決めてる？

A：そうですね。例えば、そのカーテンね（カーテンを指さす）、自分でね、開けたり閉めたりするんですよ。朝日がね、見たい時は早くに開けちゃうし、休みたい時は昼間でも閉めちゃうんですよ。自由自在っていうか…

予定を書く、カーテンを開け閉めする、これらのことは入院・入所の経験がない人間にとってはあまりにもごく当たり前過ぎて、意識にすら上らない。だが、この当たり前のことが入院期間中に出来なかったからこそ、「見たい時は早くに開けちゃう」ことや、「いろいろやること書いてある」といったごく当たり前のことに「自由」を感じるのである。

また、そのような行動について、病院では自分には「権限がなく」、「自分で自由にできなかった」ことが語られる。カーテンを開ける、ということは一見「何でもないこと」に見えるかもしれない。でも、それらの「何でもないこと」をする「権限」が奪われている実態が、治療行為や療養環境の管理の範囲を超えて行われており、それらが積み重なる中で、本人の諦めや絶望につながっていった可能性は低くない。

*：そうですか。自由なんですね

A：うん、そうですね。それに、ずいぶん寒くなったなあとかもうすぐ春だなあとか窓見てるとわかるのいいですよ

*：病院でも外は見れたんですよ？

A：でも、わかんなかったんです。ここでは支援センターの人とかがいろんな話をしてくれて、もうすぐ紅葉だね、とか教えてくれるから、わかってきたみたい…。

*：季節がわかるってなんかいいですね

A：はい、ここ（グループホーム）に来れなかったら…ずっと病院から出られなかったですね。普通の暮らしもできなかった

*：出れたのがよかった、ということですか？

A：出れたのはよかったけど、ここに来れたのがもっとよかったのかな？職員の人がすごくいいから…普通の暮らしができるんだと思うんです…違うかな？

入院中の患者にとって、特に社会的入院が長いと、B.ニリエの言う「一年間のノーマルなリズム」を感じるチャンスがなくなる。すると、四季が「わかんなかった」状態になる。

また、ここでの語りからは、支援の重要性も指摘されている。「支援センターの人とかがいろんな話をしてくれて、もうすぐ紅葉だね、とか教えてくれるから、わかってきたみたい…」という言葉に代表されるように、四季を感じる力も奪われていた当事者が、その力を取り戻すために、支援者の関わりが大きいことがうかがわれる。

入所中にノーマルな一日、一週間、一年、ライフサイクル、自己決定、男女の世界、経済的状况、居住環境…が奪われていた当事者が、その当たり前の暮らしを取り戻し、その

当たり前の良さを実感出来る、そんな関わり方を支援者が行えるかどうかが重要である。

退院促進も地域生活移行も、居住の場を病院や施設から地域に移すだけでは完結しない。上記の語りが示しているのは、地域生活支援の質が良ければ、地域生活移行が当事者にもたらす変化は、単なる居住の場の移動を遙かに超える意味を帯びてくる、ということである。求められる支援者のスタンス、支援のあり方、についてはすでに当事者によって厳しく問われていると言うべきであろう。

10. 望まれている退院支援<20歳代、女性>

・退院促進支援員のおかげ

具体的な退院支援は、当事者にどのように認識されているのであろうか。具体的に語ってくれた人の語りを見てみよう。

*：退院になったのどういう流れで？

A：退院をしませんか、って〇〇さんと△△さん（注：退院促進支援員）が病院に来た。助けてくれた。退院できたのはあの人たちのおかげ。

*：そうなんですか。で、すんなり退院に？

A：病院の医者とか看護師とか、ちっとも地域のこと知らなくてさ、手間がかかったんだ。もっとさ、精神障害者の地域の暮らしのこと、勉強しないとねえ。で、この病気になったらもうおしまいみたいなことを言ったりするんだよ。

*：そんなこと言われたんですか？

A：家族にね、言ったみたい。家族が泣いたって…許せないよ。

「この病気になったらもうおしまいみたいなこと」を言われたとしたなら、家族だけでなく、当事者自身にとっても「許せない」屈辱的な経験であろう。しかも、入院中に「病院の医者とか看護師とか、ちっとも地域のこと知らな」いのであれば、地域生活から隔離された当事者にとって退院後の生活の目処は立ちにくい。それゆえ、退院促進支援員の存在は、まさにこの人にとって「助けてくれた」存在なのである。

今回の調査では、病院内において実際どのような対応・言動がなされたのかは確認されていない。しかし、当事者が病院内のスタッフに対して、地域生活に理解がないと感じた理由については、検討される必要があるだろう。

また、この語りのように、退院について、退院促進支援員の支援を評価する人は多い。

・生きてきた年数を失った気がした

A：この病気になって仕事を失っただけじゃなく、今まで私が生きてきた 20 何年かを失った気がしちゃって…病気を認めるのに時間がかかったから、退院どころじゃなかったのね

*：そうだったんだ…

A：でもさ、うちの場合、家族がいたから、病気のことも認められた

*：家族の存在ですか？

A：うん。特に妹が頼りになる。

この人が「今まで生きてきた 20 年を失った気がした」理由の一つには、先に触れた「この病気になったらもうおしまいみたいなこと」を医療者側から言われた（少なくともそう認識された）、ということもあるだろう。「この病気」を受容する、ということが「もうおしまい」という事態を受け入れることを意味するとしたら、「病気を認めるのに時間がかかった」のも無理はない。そこからは、この病気や障害受容の困難性は、果たして本人の性格や病状のせいなのだろうか、という疑問さえも生まれてくる。

・私のことわかってくれるから居心地が良い

*：このグループホームでの暮らしはどうですか？

A：いいよ。

*：なにもかもいいんですか？

A：いや、最初はね、あの窓を開けるとすぐ隣の家があるから、都会って嫌だと思ってた。田舎じゃ畑とか木とかあったあだけだから。

*：自然があるほうが好きなんですか？

A：うん、そうかな… でも病院なんかとは違ってここは好きだよ。好きなもの置いてあるし。

*：いろいろかわいいものもありますね。

A：うん、妹とね、買い物にも行くんだ。

*：将来についてはどんなふうに考えているの？

A：うーん、そうだな、本当はね…実家に帰って親と暮らしたい。夢の夢だけど。迷惑かけちゃったから…そういうわけにはいかないんだ。

*：夢があるんですね

A：ここの人たちもいろいろいるから気を遣うし…でも、職員さんたちが私のことわかってくれてるから、居心地がいいんだ。しばらくここにいたい。

「実家に帰って親と暮らしたい」のが「夢の夢」であると言う。一方で、「迷惑かけちゃったから…そういうわけにはいかないんだ」という現実がある。精神科病院への入院にいたるプロセスの中で、急性症状ゆえに一番身近な家族に「迷惑かけちゃった」当事者も少なくない。その結果、「親と暮らす」という「夢」も「そういうわけにはいかない」現実として受け入れざるを得ないのだ。

その一方、グループホームの生活について、この人は「病院なんかとは違ってここは好きだよ」と語る。「好きなもの置」けるし「職員さんたちが私のことわかってくれてるから、居心地がいい」のだ。実家という「夢の夢」はかなわないけれど、以前の入院時代の暮らしと比較する中で、信頼できる支援者に支えられた暮らしは「居心地がいい」のだ。

11. 地域生活の楽しみ方がわからない<60 歳代、男性>

・入院生活に慣れていた

*：30年ですか…ずいぶん長く入院していたんですね

A：病気だったからね、仕方なかった

*：そんなに長かったのに仕方なかった？

A：慣れてたから…入院生活も。ずっといたから…。

ここで語られる入院生活に「慣れてた」という場合の「慣れてた」とは何だろうか。その意味を考えることから、長期に入院することがどういうことか検討してみたい。

調査者は、その意味にふれることなく、退院して良かったことに話題を振り向けるが、当事者はそのことを語りながら、長期入院の意味を語ろうとしている。

*：そうですか…。じゃ、退院してよかったことはなんですか？

A：……（しばし沈黙）タバコとかお酒とかが…自由に飲めることかな

*：タバコやお酒はたくさん飲むんですか？

A：経済的に苦しいから…考えないとダメなんだ

*：ああ、そうなんですネ

A：自由にできるのに、なかなかお金が…精神障害者が置かれてる現状は厳しいね

*：経済的なことが大きいんですね

A：うーん、あとね、わからないんだよね、うまくできないっていうか。

*：何がですか？

A：タバコを吸いながらラジオ聞いたり、つまみを用意してビールを飲むとか、いろいろ世間の人は工夫してるんでしょ？それがね、幅がないっていうか…どうやって自由にタバコや酒をタ愉しんでいいかわからなくて。

*：あー、愉しみ方ですか

A：テレビとかでみるんだけどバーに行ったり、今日はこれと一緒に飲もうとかやってるでしょ？…どうやったらいいのか、悩みなんですよ

*：悩み中ですか…

A：…これが入院してたってことですかねえ。

*：入院してたことで影響があるってこと？

A：そう。ずっとパジャマとか同じもの着てたらよかったけど、病院ではね。でも、町でいるのでそうはいかないから、シャツ着て、アイロンかけたヤツできちっとしないとね。

*：あー、今日もぱりっとしたワイシャツですよ。

A：部屋にいてもね、ちゃんとしようかなって…。汚い格好してたらね、ダメだし。

*：でも、部屋では暑いときとかにランニング姿とか、しないんですか？

A：病院じゃないしね、ちゃんとしないとね。

*：いつもちゃんとにですか？

A：世間はそうなんでしょ？病院みたいな格好じゃダメなんだよ。

*：そうですか。誰かにそう言われたんですか？

A：いや、そんなことないよ。自分で考えてもっとちゃんとしようって思ってるんだ。

60代の人が30年間入院していたことから推測すると、この人は30代から入院生活を継続していたことになる。まさに、もっとも働き盛りで、活動的な時期を病院内で過ごしたことになる。1970年代から2000年代にかけて、日本社会は実に大きな変貌を遂げた。そ

の一方、この間、この人に年齢に応じた社会生活上の機会があったとは窺われない。30年間の社会の変貌を、この人は十分に実感できていなかった。ならば、この人にとって、退院後の生活を「浦島太郎」の気持ちで捉えているのではないだろうか。

30年間の社会の変化から取り残された、ということは、E.ゴフマンが刑務所や精神病院など収容施設の特徴を整理した古典的名著、「アサイラム」の中で指摘した、取り返しのつかない「役割剥奪 role dispossession」をこの人は経験した、ということでもある。

だからこそ、地域に出て、剥奪されていた役割を取り戻す過程にあって、この人は今、「悩み」の中にいる。その悩みとは、「どうやったらいいのか」の「悩み」なのである。

30年前で時が止まったかのように社会生活と隔絶されていたこの人にとって、30年後の社会は以前よりも様々な選択肢であふれている。その現実に対応し、「自分で考えてもっとちゃんとしようって思ってるんだ」けれども、そもそも「ちゃんと」という判断基準の中身が、30年前と違うようであり、そのことについていけない。それに、「部屋にいてもね、ちゃんとしようかなって…」思うことは、この人自身にとっても決して楽なことではないはずだ。それでも、「世間はそうなんですよ？病院みたいな格好じゃダメなんだよ。」という自分なりの基準を作り対応しようとしている一方で、周りの人と比較して自身の生活に「幅がない」ことにも気づき始めている。だからこそ、「わからないんだよね、うまくできないっていうか」という思いを持つのである。

この人の語りは、地域生活支援の課題にも直結している。この人のように、長期入院の結果、退院後もその年代に応じた暮らしの楽しみ方がわからない悩みを抱えている当事者は少なくない。単に衣食住など最低限の日常生活に必要な支援だけでなく、余暇や文化活動といった人生を愉しむための支援や、そもそも「ちゃんとしな」くても地域で暮らせるという安心感をもたらす支援も、地域生活支援の課題として求められているのである。



12. 相克的な悩み（プライドー再入院への抵抗ー贅沢言えない）〈50歳代、男性〉

精神科病院から退院した人は、少なからず悩みを抱えている。そして、それらのいくつかは、互いに相克的な関係にある場合が多い。

*：退院して、地域での生活はいかがですか？

A：50円とか、100円とか…そのくらいのお金のことで悩んでるんだよね

*：どういうことですか？

A：病気になる前は働いてたから、飲みに行って何千円も使ってた…100円なんてお金、気にも留めなかったのに、今はコーヒー飲むのにいくらかかるとか、30分働いて給料が50円とか…気にしてるんだよね、自分。

*：どう思いますか？

A：情けないね。プライドの問題っていうか…。この病気の人が地域で暮らすってなんだかなってね…

*：そういう思いはなかなか大きいですか？

A：だってさ、お金がないから旅行にも行けないけど、それよりも自分が情けないから楽しいことしようって気概がなくなった…うん、そりゃ、大きいよね。

*：退院してあまりよくなかったと？

A：いや、もう嫌だよ、入院なんて。でも今もきついことがあるってこと…。

*：不安がある？

A：再入院は不安だね。だから鍛えてる。自転車乗ったり走ったりね。

*：再入院の不安のために鍛えるってどういうことですか？

A：病院では弱いとやっていけないから。それに今も何かの病気になったら医者代ないし。

*：考えること多いんですね

A：そうだよ、ここも西日がきつくて夏はいられない。でも贅沢は言っちゃダメだ。

*：今、楽しいことはなんですか？

A：自転車で鍛えてるときかな…何も考えてないから、いいんだ。

コーヒー一杯飲むのにも気にしてしまうような経済状況があり、「自分が情けない」と思ってしまう。それは、地域生活を取り戻す中で、発病以前の「働いてた」ころの自分自身との比較の中で生じてきた気持ちである。しかし、退院してプライドに触れるような状

態であっても、「もう嫌だよ、入院なんて」と、再入院に対しては抵抗観をはっきり示している。そして、「贅沢を言っちはダメ」と自分を押さえながら、相克的な悩みと格闘する姿が窺える。

この背景には障害者の就労や所得保障の問題が伺える。「病気になる前は働いてたから、飲みに行って何千円も使って」いたこの人にとって、「30分働いて給料が50円」という現実、以前の生活に比べてあまりにも落差が大きい。これが、「自分が情けないから楽しいことしようって気概がなくなった」というこの人の語りにつながる。障害者の就労条件の悪さや、所得保障の低さは、「この病気の人が地域で暮らすってなんだかなってね…」と思わせる現実につながっているのだ。

そんな、「楽しいことしようって気概がなくなった」状態であっても、再入院への不安が大きく、自分で対処しようと頑張る「鍛えてる」。また、「贅沢は言っちゃダメだ」と自分に言い聞かせる発言があったり、楽しいことは何かと聞かれて自転車で鍛えることが「何も考えてないから、いいんだ」と答える。ここからは、この人の抱える生活課題の多さや、その思いを他人に吐露できていないのではないかと、ということが類推される。

このように、生活への希望、不満を言うことを「贅沢」と思っているひとにどう関わらべきだろうか。支援のスタンスが問われている。

13. 「電波」を防いでくれる支援者〈50歳代、女性〉

精神障害のある人に限らず、安心出来る場所や、信頼できる支援者の存在は重要である。

*：お年を教えてくださいませんか？

A：だめ、この部屋は盗聴されてる。宇宙から電波が来てるから下手なことは言えない

*：そうなんですか。じゃ、この部屋で暮らすのは疲れるんじゃないですか？

A：もう、慣れた。ワンルームの部屋だし、この範囲だけなら大丈夫なんだよ

*：ああ、じゃあこの部屋の住み心地は？

A：安心できるところ。

*：そうなんですか。

A：支援センターのね、職員の〇〇さんの力が強いからね、センターには電波が届かないんだよ。すごいんだよ、あの人は。

*：すごい力なんですね。

A：でも、病院の中は無防備だから、電波バリバリだったんだよ。だから大変だった。それに比べたらここは安住の地。

*：そうなんだ…病院から出て少しは電波が減ったんですか？

A：いや、電波はいっしょだけど、届かないところもあるってこと

ワンルールの部屋と病院を比べるならば、ワンルールの方が一見「無防備」に思える。だが、この人にとって、ワンルールは「安心できる場所」であり、「この範囲だけなら大丈夫」である一方、「病院の中は無防備だから、電波バリバリだった」というのだ。この語りをどう解釈すればいいのだろうか。そのヒントが「電波はいっしょだけど、届かないところもある」という語りにある。

「べてるの家の『当事者研究』」（浦河べてるの家著、医学書院）などで明らかになってきたのは、幻聴や幻覚、妄想などは、それを実感する当事者の安心感や不安といった心理状態に大きく左右される、ということだ。この人にとっても、自らの居室が「この範囲だけなら大丈夫なんだよ」という理由として、「安心できる場所」と述べている。また、「安心」を構成する要素としての支援者の存在も大きい。

この人にとって、「電波はいっしょだけど」、「職員の〇〇さんの力が強い」「センターには電波が届かない」というのだ。これは明らかにその支援者の力量の高さを示す言葉でもあり、この人も手放しで「すごいんだよ、あの人は」と賞賛している。また「無防備だから、電波バリバリ」で「大変だった」入院時代と現在の地域生活を比較して、「ここは安住の地」と地域生活に軍配を上げているのだ。

*：あの、もし言えたらいいんですけど、何か夢とかありますか？

A：別れたね、子供がいてね、離婚したんで…その子供と住みたいな

*：そこは電波は大丈夫そうですかね？

A：普通のアパートなら大丈夫じゃないの？

*：え？ここ（グループホーム）は普通のアパートじゃないんですか？

A：だから、ここは電波がくるところ。気は遣うよ。

この人はグループホームも「電波がくるところ」とする一方、「普通のアパートなら大丈夫じゃないの」と述べている。この意味を読み解くヒントは、「気は遣うよ」という一言だろう。以前暮らしていた子供と普通のアパートで気を遣わずに暮らすことを夢として抱き、そこには「電波」の心配を持っていない。そこから、この「電波」は、本人の安心感や、それを支える支援体制・居住環境によって左右される性質のものである、とも言え

るのではないだろうか。

*外に出る。

A：あー、もう紅葉なのかな？あの山、まだじゃない？今年は夏が暑かったからねえ

*：ここ（ドアの外）では盗聴はないんですか？

A：町の人もいっぱいいるし、全部は無理でしょ

*：それはどういうことですか？

A：だから、あたしが1人になったり病院に行ったら大変なんだよ

*：じゃあ、地域にずっといるんですか？

A：いつ電波がどうなるかわからないけどね、今は居たいよね

ここまで語りを読み進めると、この人にとって「電波」がどのような存在か、が少しずつ見えてくるだろう。

「あたしが1人になったり病院に行ったら大変なんだよ」という語りに象徴されるように、「電波」は「1人になったり病院に行」く時のような、この人にとって安心できない不安な状態に陥った時にその強さが増す、本人の心理状態とシンクロしたシグナルとして機能している。「町の人もいっぱいいる」外の空間では、盗聴も「全部は無理」と認識している。そして、「いつ電波がどうなるかわからない」という不安感はあるながらも、安心感がある現在の暮らしに満足しており、「今は居たいよね」と思っている。しかし、グループホームの生活は、「気は遣う」のには変わりなく、「電波がくるところ」である。ゆえに、将来的な夢として、離れて暮らす子供と「電波」の来ない「普通のアパート」に暮らしたい。

冒頭の「この部屋は盗聴されてる。宇宙から電波が来てるから下手なことは言えない」という言葉にのみ着目すると、とんでもない幻覚や妄想に左右されている、異常な精神の人、のように見えるし、この人はおそらくこれまで何度もそのようにラベリングされてきたであろう。だが、ゆっくりとその方の語りを聴き続ける中で見えてきたのは、特異に見える発言の裏に隠された、ごく普通の生活者としての望みである。

幻聴や幻覚、妄想を持つ人は、いつもその症状に支配されている訳ではないし、自分の生活が全く評価できないという訳でもないことが、この語りからも見えてくる。むしろ、適切な支援者が存在すれば、「電波が届かない」のである。また、病院よりもグループホーム、グループホームよりも普通のアパートの方が「電波」が弱まる、という形で、安心して暮らせる場所かどうか、の評価もしているのである。

もちろん、当事者にとって「電波」に支配されることは、あまりにも苦しい。ゆえにその「電波」があまりに強くてしんどい状態であれば、一定の薬物療法などでその「電波」

を弱める事は大切なことである。しかし、その治療をしてくれるはずの病院が、本人にとって「無防備」な場所であり、「すごいんだよ」と本人が賞賛する「〇〇さん」がいる支援センターの方が「電波が届かない」。ここからは、治療はもちろん大切であるが、「電波」はその人が安心して地域で暮らせる支援を提供することによっても一定の対処をすることが可能なシグナルである、ということが言えるだろう。

幻覚や妄想、幻聴を訴える人の、その不安感やしんどさに寄り添い、それらを改善する為に支援をする一方、ごく普通の生活者としての望みを真っ当に受け止め、支援の過程で本人の願いや思いの実現のお手伝いをする。このごく当たり前の支援の基本を重視することの重要性が、この人の語りからも見えてくる。

14. 応援してくれた人ー「まだまだこれからじゃないの」〈50歳代、女性〉

*：退院はすんなりいったんですか？

A：いえ、私がね、もう一生入院もいいかなって思っていたから…最初はねえ。

*：どうして一生入院でも、って思っていたんですか？

A：家族に迷惑かけて、離婚されたし、退院してもいいことないだろうし、ってね。

*：でも、退院することになったのはどうしてですか？

A：いろんな人がね、応援してくれた人がね。このままじゃもったいないよ、まだまだこれからじゃないの！って、言ってくれてね。だんだんそうかなあって気持ちが変わったんです

*：もったいない？

A：そう。病院の中じゃ、髪の毛もぐちゃぐちゃだしオシャレなんかする必要もないし、どうでもよかった。でも話を聞いてるうちに、まだ50代だし、これからおしゃれもできるかなって…。

*：そうなんですか。

入院・入所中の方に、今後どこで暮らしたいかの意向をうかがうと、この人のように「もう一生入院もいい」と仰る方も少なくない。そして、安易な支援者であればその語りを「自己決定」と見なし、本人が自発的に入院・入所を望んでいる、と解釈しようとする。

だが、この人の語りを見ていてわかるのは、「もう一生入院もいい」という背後にある、当事者の本当の想いである。「家族に迷惑かけて、離婚されたし、退院してもいいことないだろうし」という言葉に代表されるように、おそらく発病時に「家族に迷惑をかけ」、

その後相手から「離婚され」、という辛い経験が重なるなかで、「退院してもいいことないだろう」という推論が導き出され、故に「もう一生入院もいい」と結論づけたのである。

逆に言えば、この「退院してもいいことないだろう」という推論の根拠が変われば、本人の気持ちにも変化が生じる。この人も語るように、実際、「いろんな人がね、応援してくれた」ことが、この人の推論や結論に揺さぶりをかける。「このままじゃもったいないよ、まだまだこれからじゃないの！って、言ってくれ」たことは、この人の中での「退院してもいいことないだろう」という、一人で決めた、閉じた推論を開くきっかけになったのだ。その中で、「だんだんそうかなあって気持ちが変わったんです」という発言につながる。

このエピソードは、退院・退所に否定的になっている人に対する支援の働きかけがいかに大切か、ということを実に物語っている。「病院の中じゃ、髪の毛もぐちゃぐちゃだしオシャレなんかする必要もないし、どうでもよかった」人であっても、支援する側の温かい励ましの「話を聞いてるうちに、まだ50歳代だし、これからおしゃれもできるかな」という心境の変化を導き出す事が出来るのである。

表面上の諦めや絶望の語りを「自己決定」と安易に信じてそのままにしておくのか、表出された諦めや絶望の背景にある様々な当事者の思いや歴史に寄り添い、そこから別の可能性を引き出す為の支援につなげるのか。支援者に問われる部分は大きい。

*：退院してどうでしたか？

A：お化粧品してね、久しぶりに。そしたら指輪したくなって…。昔ね、こういうのを売る仕事してたから好きなのね（と両手の指輪を見せる）。

*：わあ、素敵ですね。手もすごくすべすべで綺麗だし、お化粧品もばっちりですね。

A：・・・病院にいたときは、わたしは女じゃなかったからね。

*：じゃなんだったんですか？

A：うーん、指輪もしまったままで…あるのも忘れてた。なんだったんだろ？

*：今、どんな気分ですか？

A：出て、本当によかった。髪も染めて指輪もしてお化粧品して…楽しいです。

*：いいですね。

「・・・病院にいたときは、わたしは女じゃなかったからね」というこの人の語りは、いったい何を意味するのだろうか。もちろん生物学的な性別の話をしているのではない。その後の「指輪もしまったままで…あるのも忘れてた」という語りに象徴されるように、自分の好きな指輪を付け、自分らしくお化粧品をする、かけがえのない個性を持つ一人の女性として社会の眼差しを受け、あるいは社会に対して自己の存在を示す、そういう「社会

の中で自分が個性を持った女性であること」を病院にいたときは「忘れてた」のではないだろうか。

だからこそ、退院をして、地域社会に戻る中で、久しぶりにお化粧をすると、「そして指輪したくなって」という封印していた女性らしさ、自分らしさを取り戻し始めるのだ。「髪も染めて指輪もしてお化粧して」という何気ない日常の振る舞いの中に彼女は「楽しい」という気持ちを実感し、ゆえに「出て、本当によかった」という感想へとつながるのである。

*：夢は何かあったら教えてくださいませんか？

A：沖縄にね、いつか行きたいの。お金もかかるし遠いから大変そうだけど、沖縄に行くのができたらいいなあって。これ（沖縄のビールを数缶飾ってあるのを指す）は夢を忘れないように飾ってあるの。お酒は飲めないからこんなの買っても変だけど、沖縄は夢だから…。

*：いいですね。一生入院でもいいかな、って思っていたのがうそみたいですね。

A：ふふふ。なんでそんなこと思ってたのかな。きっと…病気になって迷惑かけたことを思い出したくなかったんかな…退院したら誰かに迷惑、かけちゃうんだろうなって不安で。

*：今はその不安は？

A：ありますよ、いつも。でも応援してくれる人がいるから、なんとかなるかも知れないし。うん、退院してよかったですよ。

「沖縄は夢だから…」と語るこの人は、「お酒は飲めない」けれど、沖縄のビールを「夢を忘れないように飾ってある」。これまで「退院したら誰かに迷惑、かけちゃうんだろうなって不安」に思っ、お化粧や女であることも「忘れてた」彼女も、地域で暮らす中で「夢を忘れないように」、その象徴であるビールを飾るくらいまで、何かを取り戻してきた。

入院中には「病気になって迷惑かけたことを思い出」して、「退院してもいいことないだろう」と決めつけていた彼女も、退院から地域生活に至るプロセスの中で「応援してくれる人がいるから、なんとかなるかも知れない」という新たな気持ちが芽生え、不安はあっても、夢は抱き、「退院してよかったですよ」と語る。

入院の前後に「家族に迷惑かけて、離婚された」経験を持つ彼女にとって、退院というのはその「迷惑をかけ、離婚された」社会に戻る事である。「退院したら誰かに迷惑、かけちゃうんだろうなって不安」を抱くのは当然であり、それならば「もう一生入院もいいかな」ということを、支援が入る以前は決め込んでいた。だが、だから退院に消極的、あ

るいは拒否的と即断するには注意が必要だ。この人の「退院してもいいことないだろうし」という語りからわかるのは、消極や拒否、というよりも、不安や意欲喪失の重なるの表明、と捉えた方がよいであろう。

そのため退院支援に当たっては、当事者が入院に至る中で負った深い傷も含めた過去の自分に向き合うことへの不安を持っていることを理解する必要がある。その不安に打ち勝つためには、支援者の継続的な働きかけや、前向きな当事者への励ましが実に大きな原動力となっていることもこのエピソードから伝わってくる。

もちろん地域に戻っても、不安はつきまとう。だが、「応援してくれる」支援者との関係わりがある中で、彼女が入院中に指輪と共に「あるのも忘れてた」自信を、再び持ち始めているのではないだろうか。本人が指輪やお化粧品などの自分らしさを取り戻し、沖縄という「夢」を忘れずに持つなかで、不安を乗り越える自信にも膨らみが生じつつあるようだ。

15. 入れっぱなしにしておく"医療"はいらない<40代男性>

現在も入院している「かつての仲間」の気持ちを代弁する当事者もいる。

*：退院できたのはどうしてだと思いますか？

A：主治医の気が変わったからですね

*：そうなんですか。じゃ、どうやったら気が変わるんですか？

A：精神科医が考えを改めてちゃんと勉強する。病院の他の職員も本気で勉強する。

*：何を勉強するべきなんですか？

A：おれらを入れっぱなしにしておくのが医療じゃないってこと。そんな医療はいらない

*：なかなか厳しいですね

A：だっておれらの人生かかっているわけだし。いっぱいまだ仲間が入れられてるしね。

*：まずどう勉強したらいいんでしょう？

A：入院中に、俺だって主治医や看護師とほとんど話さないで黙ったままだった。でも、それは話す気になれなかったんだ。相談しようとも思わない感じだったし。

*：じゃあ、ずっと退院したいとか話にならなかったああ？

A：そうだね。黙ったら「いい患者」に見られて、いい患者としては病院で居心地そんなに悪くないと思うようになって…出たいなんて思わないようになるって
いうか…

*：思わないように、ってことは心の底では出たかった？

A：退院したくない人なんていないよ。一回、入ってみ？でも、聞いてくれる人もいないし、考えたら絶望的になるし…そしたら目をつぶるしかないわけ。いい患者は本音は言わない。そうしてるうちに言えなくなっちゃう。そういう環境を作ることが一番病院のやってる悪い罪だと思ったね。

*：じゃあ、その環境を変えるのが専門職の本気の勉強？

A：そういうこと。俺だって最初はずっと病院に居させてください、とか言ってたし。もし、出たいなんて言ったら何をされるかとか悪いことも考えちゃうんだよ

*：すごい心理なんですね…

A：そういうことがわからない人が退院なんてやっても…いつまでもつかなくて感じ。今、流行っているらしいけど、病院の中を変えないと同じこと。

*：理路整然と分析してるんですね、すごいなあ。

A：あとね、地域もね、グループホームしかないのはおかしい。いろんな選択ができないと。働く場だって少なすぎる。一時の流行にしてほしくないからさ、本音は。

「退院したくない人なんていないよ。一回、入ってみ？」

これは入院した経験のある人だからこそ言える重みのある言葉である。入院経験のない者は（時には専門家も）「病気（障害）なのだから、病院（入所施設）の方が良いのではないか」と類推する場合もあるが、「一回、入ってみ？」という語りは、非当事者の類推や憶測に対する最も簡潔で明瞭、かつ本質を突く問いかけだ。

この人は「ずっと病院に居させてください」という発言の裏側にある当事者の現実を、実に的確に語っている。少しその語りを見ていくことにしよう。

第一に、入院患者の内面では「もし、出たいなんて言ったら何をされるかとか悪いことも考えちゃう」。それは、先にも述べたが、精神科医は治療上の必要性がある場合、隔離・拘束をする権限を持っているのだが、その権限を患者側もよく知っているので、「何をされるかとか悪いことも考えちゃう」のだ。

第二に、「主治医や看護師とほとんど話さないで黙ったまま」の背景に、「話す気になれなかった」「相談しようとも思わない感じだった」という相手との関係性が挙げられている。「聞いてくれる人もいないし」という語りには、この人が主治医や看護師を、安心して相談出来る対象と見なしていなかったことも浮かび上がる。そして、誰にも相談出来ないまま、「考えたら絶望的になるし…そしたら目をつぶるしかない」という状況にいた

るのだ。

第三に、「黙ったら「いい患者」に見られて、いい患者としては病院で居心地そんなに悪くないと思うようになって」という要因も重要だ。「黙ったら「いい患者」に見られることによって、その「病院で居心地そんなに悪くない」という結果を得ることが出来る。病院以外の選択肢が閉ざされてしまった当事者にとって、その生活の場での「居心地」を高めることは、生存戦略上極めて重要だ。逆に言えば「黙っ」ていない患者は「「いい患者」に見られ」ない。それゆえ、「いい患者は本音は言わない。そうしてるうちに言えなくなっちゃう」のだ。このような「いい患者」を生み出していく圧力構造について、「そういう環境を作ることが一番病院のやってる悪い罪だと思ったね」と指摘している。

第四に、上記の「病院のやってる悪い罪」に関して、「おれらを入れっぱなしにしておくのが医療じゃないってこと。そんな医療はいらない」ときっぱり断言している部分も重要な指摘だ。「だっておれらの人生かかっているわけだし。いっばいまだ仲間が入れられているし」という発言には、精神医療の現場が、「おれらの人生」を大きく左右している現実が示されている。だからこそ、「精神科医が考えを改めてちゃんと勉強する。病院の他の職員も本気で勉強する」ことをこの人は強く求めているのである。

最後に、病院以外の支援の現場にも、鋭い注文をしている。退院促進支援にあたる人間に対して、上記の四つの現実をきちんと理解していないと、「そういうことがわからない人が退院なんてやっても…いつまでもつかなって感じ。今、流行っているらしいけど、病院の中を変えないと同じこと」と指摘している。病棟外部から精神医療の現場に風穴を開ける、だけでなく、病棟内部の風通しを良くしない限り、「主治医の気が変わ」るところに至らない、と、この人は分析しているのだ。また「あとね、地域もね、グループホームしかないのはおかしい。いろんな選択ができないと。働く場だって少なすぎる。一時の流行にしてほしくないからさ、本音は」という発言も重く受け止めるべきであろう。選択肢の少なさが、地域生活を取り戻した当事者にとって「おかしい」という指摘、さらには「一時の流行にしてほしくない」という切実な願い。これらの想いに支援者側としてどう答えられるか、大きく試されているのである。

*：今後の見通しはどうでしょうか？

A：うん、このままだと、俺も歳を取ったらまだ病院に戻るしかないだろうな。…そのときには病院が少しでも変わってほしいからさ、こんな話をするわけだ。精神障害者の地域生活なんてそんなレベルなんだよ。…こうやって冷静に予測するのも俺らの生きる知恵なんだよね、悲しいかな…。

この方は自身の今後の見通しについて実に「冷静に予測する」。「このままだと、俺も歳を取ったらまだ病院に戻るしかないだろう」という発言には、今の地域生活を支える仕

組みが脆弱であり、今以上の支援が必要になったら、地域で暮らせない、という判断がある。そういう「生きる知恵」があるからこそ、「そのときには病院が少しでも変わってほしいからさ、こんな話をするわけだ」という。その上で、「精神障害者の地域生活なんてそんなレベルなんだよ」と評価する。そして、そんな自分の評価・分析に関して「悲しいかな…」という感情を抱いている。

先にも述べたが、これらの評価は、退院促進や地域生活支援を進める側に与えられた、大きな試練であり、シビアな利用者評価でもある。福祉サービスにおいて昨今、第三者評価が「流行」になっているが、それ以前に一番忘れてはならない上記のような利用者による評価にどう応え、支援の中身をどう改善し、「そんなレベル」をいつまでに、どのように超えられるか、が支援者の側に問われている。この方が「歳を取ったらまだ病院に戻りたくない」現実、いつになったら変わるのだろうか？

16. 万が一、病院に戻されたらおしまい／退院できてもいいことばかりじゃない <30歳代、男性>

*：退院はどういう流れでしたか？

A：よくわからないうちに、退院しませんか？って誘われて…誘われるままにきたのがグループホームだった

*：誰に誘われたんですか？

A：支援センターのひととか病院のひととか…

*：説明はされましたか？グループホームがどんなところとか…

A：説明されたけど、多分あったと思うけど、よく覚えていない

*：で、実際にここに来てどうですか？

A：…早く出たいんです。できれば早めに…。

*：どうして？

A：合わないメンバーがいて…嫌で。いつも一緒にいる人を選べないのはおかしいですよ

*：選んだりできなかった？

A：うん、ここですよ、って連れてこられて。相性ってあるでしょ？おかしいよ。

*：そうかあ。で、出たらどうしたいんですか？

A：・・・アパートへね、すぐに行くのは不安なんです

*：何が不安なんですか？

A：1人になったら寂しくて再発しちゃうんじゃないかって。絶対に病院へは戻り

たくないのを再発だけは避けないと。あと、親はここにいたら安心して言ってるから一人暮らしは許してもらえないかも…。

*：相性の合わない人とがまんするか、一人暮らしで寂しさと闘うか、って感じですか？

A：そうだな…だから、一人暮らしでも寂しくない場所がいいんですよ

*：そういうことを考えていることは誰に相談してるんですか？

A：誰にも言いません。

*：どうしてですか？

A：万が一、病院に戻されたらおしまいですから。でも、退院できてもいいことばかりじゃないんだって…話したかったから。今日のことは忘れてください。

これまでの事例で、入院中のしんどい生活と、それに比較した地域生活の良さ、を整理してきた。だが、「退院できていいことばかりじゃない」という語りに象徴されているのは、当事者は地域生活を必ずしも手放しで喜んでいる訳ではない、という現実である。

グループホームで暮らす当事者の少なからぬ人が、「1人になったら寂しくて再発しちゃうんじゃないかって」というリスクを最優先の課題として持っている。そこから、「絶対に病院へは戻りたくないのを再発だけは避けないと」という発言も出てくる。だからこそ、この人にとってグループホームの枠組みは「寂しく」ないという最低ラインは超えている。

その一方で、この人の深刻な悩みの一つに「合わないメンバーがいて…嫌で。いつも一緒にいる人を選べないのはおかしい」という問題が挙げられる。障害当事者、だけに限らず、誰であっても見ず知らずの他人との共同生活をするにあたって一番大きな問題が「相性」であることは明白だ。自分の生活拠点に「合わないメンバーがいて」、その人と「いつも一緒にいる」というのは、精神障害者ならずとも、耐え難い現実だ。

しかし、この人は次の二つの理由から、その耐え難い現実を我慢している。一つには「アパートへね、すぐに行くのは不安なんです」という事情がある。先に挙げた「寂しくて再発しちゃうんじゃないか」と考えると、病院に比べたら今の環境の方がまだよいと考えているのだろう。また、もう一つには「親はここにいたら安心して言ってるから一人暮らしは許してもらえないかも…」という発言だ。30代の男性が「一人暮らしは許してもらえないかも」と親の許可を求める背景には、病気のことだけでなく経済的な理由など、様々な事が推測される。だが、「親はここにいたら安心」という場所が現状ではグループホームに限られているため、この人には渋々今の境遇を受け入れているのではないだろうか。

とはいえ、この人の本当の願いは「一人暮らしでも寂しくない場所がいい」という部分にあるのだろう。しかしながら、「万が一、病院に戻されたらおしまいですから」と警戒しているので、このような想いは「誰にも言いません」というのが実際なのだ。しかし、それは「言いたくない」とは違うことを指し示すのが、「退院できていいことばかりじ

ゃないんだって…話したかったから」という語りである。その後続く、「今日のことは忘れてください」という発言は、この人の「話したかった」けど「言いません」という、相矛盾する心模様を明確に表している。

この方の発言の中にも、退院促進や地域生活支援の課題が沢山詰まっている。

まずは、退院時のプロセスで説明、情報提供、意思確認等を丁寧に行なうことが重要である、という点である。この人の退院する過程では、支援者側から「説明されたけど、多分あったと思うけど、よく覚えていない」という。先に述べたように、生活環境を病院から地域に変える、ということは、当事者にとって実に大きなライフイベントなのである。地域に出ることに対する様々な不安を抱える当事者にとって、説明や情報提供は、本人がよくわかり、安心出来るように繰り返し丁寧に行われるべきであろう。

また、「誘われるままにきたのがグループホーム」で相性の合わないメンバーがいても、他の選択肢が不十分でがまんしている現状も語られた。退院促進や地域移行とは、単に居住の場を病院・入所施設からグループホームに移すだけのことを意味しているわけではない。その新しい場所で、本人が納得していない場合、「一人暮らしでも寂しくない場所がいい」という目標を当事者が持っている場合、それをどう支援出来るか、が課題である。少なくとも「相性ってあるでしょ？おかしいよ」という現実を看過してはならない。

そのためにも、この方が現状の不満や不安に対して「誰にも言いません」と言っている現実には、重要な意味を持つ。この人にとって、「退院できてもいいことばかりじゃないんだって…話したかった」のだが、今までこのような事は話せなかった。相談出来なかった。それは「万が一、病院に戻されたらおしまい」という切実な理由もあるが、それ以上に、地域生活へ移行した当事者が普段の心配事や不安を日常的に相談できる場所、人が必ずしも十分ではないということを表しているのである。今後この人に「今日のことは忘れてください」と言わせない為の支援とは何か、これも支援者側に突きつけられた課題である。



17. 課題の整理

これまでの語りの分析の中から浮かび上がってきた課題を、先に述べたリカバリーの視点に基づいて整理すると、次の3つのサブカテゴリーとしてまとめることが出来る。

- (1) 「自分らしい暮らしの『取り戻し』：エンパワメント支援の課題」
- (2) 「誰が治療の主役になるのか：医療的支援の課題」
- (3) 「退院がゴールではなくスタート：福祉的支援の課題」

以下では、この三つのサブカテゴリー毎に、インタビュー事例を通した精神障害者の退院促進事業を考える際の課題を整理し、提示する事とする。

(1) 自分らしい暮らしの『取り戻し』：エンパワメント支援の課題

これまでの事例分析でも明らかになったように、聴き取りをした精神障害者の中には、発病から入院に至る過程の中で、家族への迷惑をかけた、家族と離別した、家族が崩壊した…といった家族関係悪化の経験や失職、人間不信など根深い「負い目」の体験が、その前提としてある。そして、病状が悪化し入院する中で、自分の人生に対するコントロールが効かなくなり、それまで自身が持っていた役割や尊厳が剥奪されていく経験をする。その中で自信を喪失すると共に、入院中に自由が制限された状況が続く中で、やがて「退院してもいいことないだろうし」という絶望や、「もう一生入院もいい」という諦めへとつながっていく。

この絶望や諦めに至るプロセスには、もちろん当事者の性格や病状と言った個人因子に起因する部分も確かにある。だが、これまでの分析で見えてきたのは、このプロセスの中で、個人因子に起因しない、様々な環境要因が重なっている、という実情である。事例7の方が明晰に分析された理由を振り返ってみると、その要因は次の5点であった。

- ①「もし、出たいなんて言ったら何をされるかとか悪いことも考えちゃう」という精神科病院における権力の非対称性の問題
- ②主治医や看護師と「相談しようとも思わない感じだった」「聞いてくれる人もいないし」という院内で安心して相談出来る支援者の不在
- ③「黙ったら「いい患者」に見られ」という院内での生存戦略の結果、「いい患者は本音は言わない。そうしてるうちに言えなくなっちゃう」という圧力の内面化
- ④「おれらを入れっぱなしにしておく」という「病院のやってる悪い罪」
- ⑤「そういうことがわからない人が退院なんてやっても…いつまでもつかなって感

じ」という言葉に代表される、地域生活支援スタッフと医療従事者の不連携
逆に言えば、入院中の精神障害者が絶望や諦めを超えて、地域で当事者が自分らしい暮らしを『取り戻し』ていくためには、この5点を反転させるような支援が必要になる。

反転1：精神科病院における権力の非対称性の問題を超えるため、精神科病院の内部にいる当事者に対して、本人の権利を護る第三者（退院促進支援員や精神医療オンブズマンなど）の訪問による権利擁護活動

反転2：精神科ソーシャルワーカーなど院内で安心して相談出来る支援者が、退院促進支援員や地域の相談支援専門員と連携しながら、入院中から当事者の想いや願いを聞き、個別支援計画につなげる姿勢

反転3：上記の1，2を通じて「いい患者」を演じなくても、「黙って」おらずに本音を言っても安心して相談出来る、聞いてもらえる雰囲気作り

反転4：「入れっぱなしにしておく」という病院中心政策の転換

反転5：これまでの精神医療の構造的問題や、そこで辛い思いをしてきた当事者の想いを地域生活支援の支援者がご本人から学んだ上で、精神医療の現場と有機的な連携を構築していくこと

これら5つの「反転」を実現させるために、医療と福祉の支援にも様々な課題が突きつけられていることも、今回の聴き取りから明らかになってきた。

（2）誰が治療の主役になるのか：医療的支援の課題

今回の聴き取りから明確になった最大の問題の一つとして、事例6の女性が語る「・・・病院にいたときは、わたしは女じゃなかったからね」という言葉に代表されるように、多くの当事者が入院中に自分の力や役割、尊厳を奪われていた、ということである。「病院の中は無防備」であり、「何かにつけ自分に権限がないっていうか…自分で自由でできなかった」のである。

先にも述べたように、日本の精神医療の現場では、医療上真にやむを得ない場合、厳格なルールに基づいて隔離・拘束が合法化されている。しかし、それはあくまでもやむを得ない場合に限定されるべきであり、極端に「権限」や「自由」を奪うことが、医療者側に許されている訳ではない。しかし、今回の聴き取りからは、多くの当事者がその本来奪われるべきでない「権限」や「自由」が奪われてきた歴史を口にしてきた。

だからといって、聴き取りに応じた当事者たちは「精神医療はいらない」と言っているのではない。事例6の人が述べているように、「精神科医が考えを改めてちゃんと勉強する。病院の他の職員も本気で勉強する」ことを当事者は求めているのだ。当事者を「入れっぱなしにしておく」のではなく、当事者が何を望み、何を諦め、どういう生活をしたいか、を入院中から聞いてほしいし、医療従事者に退院後の地域生活支援の実際について「本気で勉強」してほしいのである。

先の「分析の視点」の項目で引用した Rapp and Goscha(2006)も次のように述べている。

「リカバリーを理解するためには、私たちはこれまで以上に幅広い視点を持つ必要がある。まず、目の前にいる当事者がこのサービスを利用することになる前にはどのような人だったか、を理解する必要がある。彼・彼女が以前持っていた夢や、興味、希望は何だったのか。この人をそれまで支えていたのは誰だったのか。この人の人生にとって、転機となる重要な契機とは何だったのか。私たちは、この人が援助関係に至るものは何だったのか、について探索する必要がある。基本的に私たちは彼・彼女の強みを探す。私たちはまた、対象者の将来について私たちが信じていること、について自分自身に問いを投げかける。彼・彼女は自分の人生を取り戻し、再生し、改善させることが出来る能力を持っていると自分自身は信じているだろうか？ 私たちが対象者に対して信じていることは、対象者と関わる中で大きな影響をもたらし、その後の援助関係の性質を形成するものである。」(Rapp and Goscha 2006, p33)

これまでの病院での生活の中で、当事者がどれほど「以前持っていた夢や、興味、希望」について聞かれてきたのだろうか。彼・彼女の「人生にとって、転機となる重要な契機」の辛さ、しんどさにどれほど寄り添ってきたのだろうか。どれほど「彼・彼女の強みを探す」作業がなされて来たのだろうか。また、当事者は「自分の人生を取り戻し、再生し、改善させることが出来る能力を持っていると」支援者が信じていただろうか。「この病気になったらもうおしまいみたいなことを言ったりする」現象は、精神医療の現場では根絶されたであろうか。

精神障害者も「自分の人生を取り戻し、再生し、改善させることが出来る能力を持っている」ということを医療従事者と福祉現場の支援者が共有し、そこから医療従事者側は医療的支援を、福祉側は退院後の地域生活の組み立てを、協働して行っていく必要がある。またその為にも行政側は、病院か家族か、という二者択一以外の地域生活支援体制の構築を急がなければならない。また、入院中心医療からコミュニティ・メンタルヘルスへの転換が日本の精神医療全体に迫られていることも、改めて付記しておく。

(3) 退院がゴールではなくスタート：福祉的支援の課題

事例8の人が話す「退院できてもいいことばかりじゃないんだって」という発言に、福祉的支援の論点が詰まっている。退院促進や新しい住まいの場所での説明、だけでなく、移行した後の住まいの場で本人が満足しているか、相談したいことはないか、に適切に寄り添う必要がある。その上で、「一人暮らしでも寂しくない場所がいい」といった夢や希望を当事者が持っているならば、病院を出てそれでおしまい、とせず、その夢や希望に一歩ずつ近づける支援が出来るかどうか、が福祉現場に問われている。

また、先の「分析の視点」引用した Rapp and Goscha(2006)は、リカバリーに基づく支援の原則の5番目に「ケースマネージャーと利用者の関係は根本的であり、本質的であ

る」と掲げている点に着目したい。退院促進の対象となる精神障害者は、発病以前は地域で自分らしく暮らしていた歴史があった。だが、「今まで私が生きてきた 20 何年かを失った気がしちゃって」という語りに代表されるように、これまでの築き上げてきた少なからぬものを、発病期から入院中に至る過程の中で「失った」のである。その自信喪失や不信・不安感から自分自身を「取り戻す」ためにも、支援者との関係は「根本的であり、本質的である」のだ。

この関係は、良い方向にも悪い方向にも向きうる。良い関係が構築出来れば、「電波」も消えるし、「応援してくれる人がいるから、なんとかなるかも知れない」。その一方で、中途半端な支援、当事者に寄り添わない一方的な支援、当事者の不安や不満の背景を考えない支援、当事者の持つ力を支援者自身が信じずに行う支援、であれば、当事者は福祉現場の支援者の「誰にも言いません」と諦め、「精神障害者の地域生活なんてそんなレベルなんだよ」と見切りをつけてしまうのだ。

これまで何度も繰り返して来たが、退院してグループホームに引っ越したらそれでゴール、ではない。地域の暮らしを再開するということは、そこから「自分の人生を取り戻し、再生し、改善させる」スタート地点にたった、という事である。そのスタート地点では、これまで力を奪われていた当事者には、解決すべき難局や課題がたくさんある。その課題に孤独で一人で当事者が取り組み続けたなら、再入院の可能性もある。それは「絶対に病院へは戻りたくないのだから再発だけは避けないと」と考える当事者にとって、最悪のシナリオなのだ。

この最悪のシナリオを回避するために、何が必要なのだろうか。もちろん行政の課題として、所得保障や就労支援、グループホームの整備やそれ以外の住まいの支援、あるいは知的障害者の地域生活支援に比べて不十分な精神障害者の地域生活支援体制の整備、などが課題として浮かび上がってくる。だが、行政が施策として展開するにあたっては、リカバリーに基づく支援の原点として「ケースマネージャーと利用者の関係は根本的であり、本質的である」のだ。

福祉現場の支援者が、自分たちの偏見、職場の圧力など、支援者サイドの都合に基づく支援に終始しているのか、当事者の力を信じ、リカバリーに基づく支援を徹底して行っていくのか。退院促進の取り組みが進み始めた今だからこそ、福祉現場の支援者が地域生活支援にかける意気込みや当事者のニーズを実際に解決出来る力量、それに何より当事者の持つ力を信じているか否か、が、当事者、医療現場、そして行政からも、大きく問われている。

まとめにかえて ――今後の実践課題に対する提言として――

1. 地域生活移行、精神科病院からの退院支援を促進する根拠

・「普通の生活」の価値とその支援

入所施設からの地域生活移行や、精神科病院からの退院支援を促進する根拠は何に求めるべきであろうか。

本報告書の作成に携わったメンバーは、聞き取り調査の分析を通じて、一様に「普通の生活」の価値の大きさを再認識させられた。入所施設に入所している人や、精神科病院に入院している人が、まず望んでいるのは「普通の生活」である。そして、地域生活に移行した人が、まず評価し、高い価値を置いているのも「普通の生活」であった。

障害があるから、「特別な場所での、特別な生活」を支援者や治療者がお膳立てするのはなく、障害があっても「普通の生活」が保たれるべきであり、その大前提の下に、何らかの支援や治療がなされるべきであろう。しかしながら、聞き取り調査からは、支援者の保護的な姿勢に対する当事者の抵抗の形が、より障害を重く、手のかかるものとして現されていたのではないかと思われる事例にいくつも出会った。

北欧諸国における、1970年前後から始まったノーマライゼーションの浸透が、個々の障害者の「普通の生活」を実現することを最優先の課題としたように、目の前の当事者の「普通の生活」を実現していく取り組みが求められるのである。

そして、それは同時に机上で作成された、国や都道府県の施策目標に従って、これらの取り組みを進めていくことの危うささえ示していると言えないだろうか。あくまで具体的な支援があり、それぞれの地域における支援体制のあり方を模索することが求められている。

・「普通の生活」を感じ取る感性

「普通の生活」を支援するのに必要なものとして、何も特別なものではないように思う。必要なのは、「普通の生活」を感じとる感性であろう。それは、ちょっとした視点や視野、視界の転換から始まるのである。

例えば、グループホーム居室でインタビューすることによって、同居者の生活音が居室の中に侵入してくることに気づいた支援者が何人もいた。それは、支援者にとっては、意外な発見であったようで、それまで思ってもみなかったような観点であったことを窺わせる。「何かおかしい」と感じることを起点にして、支援のあり方を見直していくことが必要ではなからうか。それは、ノーマライゼーションの理念化の過程で言われたように、当

事者の立場に立ってみること、「自分がここで暮らすとしたら」と想像してみることであろう。また同時に、それぞれの違う「普通の生活」であるという、生活の個別性に対する認識も必要である。

2. 地域生活移行の支援と精神科病院からの退院支援、及び地域生活の評価検証

今回の調査では、現状の地域生活移行や退院支援、地域生活支援には、いくつかの改善されるべき課題があることも示された。地域生活移行、退院支援を促進し、地域生活支援を充実させていく手だてのひとつとして、その実践のあり方を評価・検証していく機能が求められる。そして、それは断定的な評価としてではなく、より求められる実践のあり方を求めていく過程として行われるべきである。

ここでは、1) 検証・評価主体、2) 検証の前提となる価値、3) 地域生活の理念化、の3点について整理しておきたい。

1) 検証・評価主体について

第三者性とは専門性と中立性である。この観点から、地域生活移行の検証を行う主体についても検討されなければならない。検証について、社会福祉実践における評価・モニタリングと呼ばれるものまで含めると、これらの乗り組みが行われる場面としては、大まかには2つの段階があると考えられる。一つには、関係組織内の業務のプロセスとして直接的に、日々の実践や事業運営に還元することを目的に実施される場合である。もう一つは、関係組織の外部者が行う場合である。

さらに、これらを実施形態によって、分類することを試みた。下表にその内容を示してみる。

	実施形態	検証・評価者	費用負担	専門性の中核
i	関係組織内において、日々の実践や事業運営の業務過程内において行われる。(評価・モニタリング)	関係者	内部	直接的支援
ii	関係組織内において、外部の専門家を招致して行われる。(関係者と外部専門家との共同)	関係者 外部者	内部	
iii	関係組織が実施主体となり、外部の専門家のみによるチームを組織して行われる。	外部者	内部	
iv	外部の専門家による独立した組織が実施主体となり行われる。	外部者	外部	倫理 論理

究極的には、地域生活移行を業務として手がける関係組織と利害関係の無い、専門の研究組織が行うことが望ましい。しかしながら、現実にはその様な検証形態は限られており、

ii 及び iii の形態による検証も取り組まれるべきであるが、それぞれの形態における第三者性についての限界認識は必要であろう。

2) 評価・検証の前提となる価値

評価・検証のために、その前提となる価値が必要である。これは、明確で、簡潔、そして分かりやすく説明できるものでなければならない。また、基底には普遍的な人権思想が必要であることは言うまでもない。これらの要件を満たすものとしては、B. ニーリエが示したノーマリゼーションの原理が挙げられる。ここでは、以下の通り 8 つの側面が示されている。

- i. 一日のノーマルなリズム
- ii. 一週間のノーマルなリズム
- iii. 一年間のノーマルなリズム
- iv. ライフサイクルにおけるノーマルな発達の経験
- v. ノーマルな個人の尊厳と自己決定権
- vi. その文化におけるノーマルな性的関係
- vii. その社会におけるノーマルな経済水準とそれを得る権利
- viii. その地域におけるノーマルな環境形態と水準

さらに、生活主体である生活者自身が、自らの生活をコントロールできているかという価値軸も必要である。これらの要素を、個々の生活状況から見出して、論理的な価値に照合していく作業が求められる。

3) 地域生活の理念化

地域生活が、ミニ施設化しないためにはいくつかの具体的な要点があるだろう。しかし、その根本には地域生活の理念が不可欠である。地域生活とは、単に住まいの場が「地域」にあれば良いのではなく、当事者が納得して住めることが最重要である。また、その環境は、「通常」「普通」の生活に出来るだけ近いものでなければならない。さらに、生活に関する決定やコントロールが当事者の主導のもとにはなくてはならない。検証・評価作業を通じて、このような内容を総括した、「地域生活の理念化」が浸透していくことが求められている。

振り返って

平成14年以降、長野県西駒郷の地域生活移行を契機にして、家族・支援者側から見ればとまどいとして飛躍的に、利用者からは容易に超えられなかった壁が取り払われ、待ちに待った普通の暮らしの選択が可能になりました。コンクリートのように固まった財政に弾力性（特別枠による施策・財政支援）を持たせたのは、従来の枠組みにとらわれない田中前知事を選んだ長野県民であったかもしれません。では膨大な財源を必要としたのでしょうか？否です。時代のニーズに合わなくなった施策を組み替え、必要となった施策に作り変える。根拠を明確にして重点的に投資する。既得権益化した施策再構築は、硬直化した地方行政では至難の業です。しかし関係者の努力でメリハリの利いた施策が産み出され、地域生活移行・退院支援を後押ししたことは、H14年GH利用者数250名がH20年1,333名（途中経過）へ5倍超となった増加数に現れています。

では、施策が地域生活移行・退院支援を推し進めたのでしょうか。違います。

強いフォローの風となり、安心感の根拠となったのは事実ですが、何よりも利用者が自ら選んだことを第一とすべきでしょう。

長野県で推し進めてきた地域生活移行は、西駒郷の地域生活移行の検証（約200人超への聴き取り調査）の調査報告により、全国に地域生活移行とは何か・利用者主体とは何か、どのように実践していくか影響力を与えました。そのノウハウを生かし、さらに民間入所施設から・精神科病院から退院支援を経て地域生活へ移行した人たちの移行経過の検証に取り組んだのがこの報告書です。

訪問調査に関わった50名近い相談支援のプロたちは、10圏域の障害者総合支援センターでは要の人材です。日々の相談業務に追われる中、休日を割いて献身的に調査に加わってくれました。調査後のテープ起こし・まとめに多くの時間を要したでしょう。調査に参加し、自分の相談技術を客観的に評価し、スキルアップしていただく狙いは報告書に現れています。しかし、それ以上の困難さもあったのではないかと感謝しきりです。

この報告書のとりまとめは、これまでの地域生活移行検証のノウハウを蓄積してきた研究者の協力が不可欠でした。三田優子さん、蜂谷俊隆さん、竹端寛さん、福永佳也さん、高橋喜子さんの皆さんに深く感謝申し上げます。

さらに、長野県障害者自立支援課による調整、特に会津敏男さんの関係調整は事務局体制の弱さを補って余りあるものでした。GH・CH等を運営する関係機関の皆様には受け入れていただきました。そして、事前に根回しをさせていただいても唐突だったでしょう。大切な時間を訪問調査に空けてくださった利用者の皆様に、お礼を申し上げます。

一人一人の人生に寄り添うことは、個別固有の生き方を丁寧に聞き、生き様となる実現に向け、一緒に作り出していくことです。この報告書から「聞く」事の重要性を知ることが出来ました。地域生活移行の主体者は利用者であることを改めて確認するのです。

長野県障害者地域生活支援研究会

調査担当 山田 優

長野県における地域生活移行の 取組みについて

長野県社会部障害者自立支援課
長野県西駒郷地域生活支援センター

注) データはH18～H20の間で集計済みの最新のものを使用しているため一貫性に欠ける。

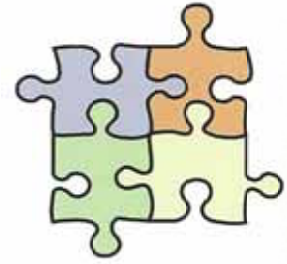
目 次

長野県の地域生活移行の取り組み	75
生活の場	83
相談支援体制	87
日中活動の場・就労の施策	91
在宅生活支援・その他の事業	99
西駒郷利用者の地域生活移行	103
精神障害者の退院支援の取り組み	121

長野県の地域生活移行の取り組み

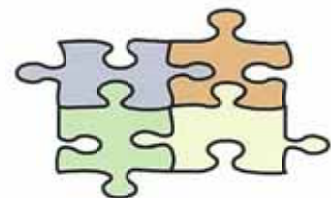


福本弘『女』@風の工房



地域生活へのススメから

平成15年から現在までの
……地域生活への移行の現状と
浮かび上がる課題について



知的障害者の1/4
約11万人が利用している入所施設。
自分で入所を選んだ? ……ほぼ否
出たいと思っている? ……過半数が是

入所し続けてきた利用者の思いは、だれが受け止めるの?

地域生活への移行・・・？



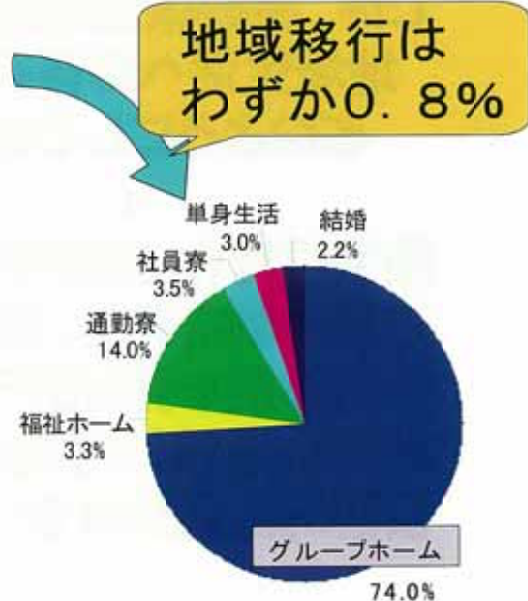
- ・ノーマライゼーション(地域の中で共に生きる)の浸透
- ・障害者⇒入所施設・入院病院で数十年間入所し続けて終わる人生でよいのだろうか？
- ・普通の暮らし⇒地域生活を選択するという指向変化
↓
- ・地域生活には、安心感・安定感・信頼感が不可欠

入所施設から地域への移行調査から 平成12年12月集計

退所者数 **3.3%**

1004ヶ所 / 1475ヶ所
63000人 / 93000人

グループホーム	401
福祉ホーム	18
通勤寮	76
社員寮	19
単身生活	16
結婚	12
家庭(引き取り)	457
地域生活移行その他	25
他の知的障害施設	490
知的障害以外の施設	136
病院	127
死亡	237
その他	60
合計	2074



地域生活への移行・・・？

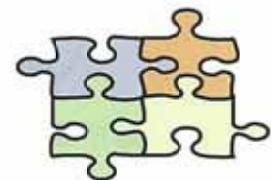


地域生活移行と掛け声出せども・・・進まない現実
障害者福祉⇒先駆的な実践が制度化を促す歴史



国は進路方向を示す⇒県は具体的な方策を示す

- ①入所施設・精神科入院⇒地域生活・・・施策誘導
- ②西駒郷をモデルに普遍化した実践へ⇒新たな団体(NPO)の創設・福祉協会の協力・制度の充実
- ③身近な市町村も参画⇒共通の出来事へ



では、長野県西駒郷(500人定員)の
地域生活への移行は、
どのようにして始めたのか



動機付け(主役は本人)
推進体制を作る(責任を明確に)
協力体制を張り巡らす
地域生活移行環境(施策)を用意する
積極的に宣伝する(後戻りできないように)

長野県(西駒郷)の地域生活への移行は



↓
30数年経過した改築の検討が契機だった

↓
建物を数十億円で改築?(ニーズは保護者主体)
利用者ニーズは、新しい施設を求めているのではなく、
「地域で普通に暮らしたい」だった

↓
県の施策を、施設の充実ではなく、地域生活移行へと
舵を切り、そのための環境整備に着手した。

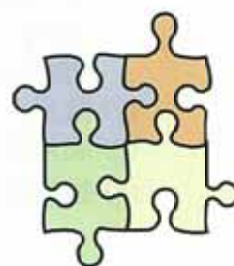
↓
成功の鍵はどれだけの団体が同じ船に乗るか・・・だ

地域生活移行に直面する壁を超える・・・

◆県・西駒郷が単独で推し進める? ⇒ 駄目!

↓
移行の選択肢が限定される ⇒ 施設の城下町
移行しても関わる人は同じ? ⇒ 施設の小型版
日中活動は? ⇒ 同時に確保が不可欠

↓
当然、全組織・全県の圏域・全事業者
が参加する共同プロジェクト
組織間の縦割り意識は意欲を削ぐ最大要因



国の制度だけでは実現不可能 ⇒ 県単独事業により推進

県単独事業により推進

平成19年度の主な県単独事業予算※()内は一般財源

① 障害者グループホーム等整備事業	3億4,876万8千円(1億8,980万3千円)
② 障害者総合支援センター事業	2億3,863万円(2億297万円)
③ 障害者就労支援事業	3億3,367万7千円(2億9,560万8千円)
④ 精神障害者退院支援事業	3,196万1千円(286万6千円)

社会資源の充実

H15・4 ⇒ H19・4

① 障害者総合支援センター コーディネーター等	34人	128人
② 知的障害者グループホーム 精神障害者グループホーム	38か所 31か所	175か所(うちNPO 28か所) 60か所
③ 日中活動の場(通所の定員)	2,177人	4,161人
④ ヘルパー事業所(障害者)	131か所	293か所

県だけでは不可能⇒市町村・法人等の協力と推進



※市町村、社会福祉法人、NPO法人等との協働により実現

- ・社会資源を県自らが全県内に整備するのは不可能。
- ・社会資源を作り、フォーマル、インフォーマルなサービスを提供するのは社会福祉法人、NPO法人、任意の団体、そして住民。さらにそれを支援する市町村の協力は不可欠。



※陳情・要求型⇒協働・提案型へ(一緒に作り出す)

- ① 基本構想策定委員会ワーキンググループ
地域の実践者、民間施設から、西駒郷職員から公募参画
地域生活移行に有効な実践アイデア⇒県の施策
- ② 県民参加の政策提言事業⇒単独事業
- ③ 利用者・家族との懇談
- ④ 障害者団体による部会等へ出席⇒現場主義

指針を掲げ具体化するために推進体制の整備

- 県庁
 - ・障害者自立支援課の設置（5人⇒8人）
 - 大池ひろ子（課長）
 - 福岡 寿（自立支援専門員）
 - 地域生活支援部門＋就労支援部門
 - 圏域障害者総合支援センターの統括
 - ・障害福祉課
- 西駒郷
 - ・地域生活支援センター（西駒郷における地域生活移行推進業務）（5人）
 - 山田 優（所長）
 - ・長野県社会福祉事業団（⇒西駒郷における地域生活移行推進業務）（5人）
 - 社会福祉事業団地域移行推進部（GH・自活訓練等の設置・運営等）
 - 管理部、更生訓練部、生業部、保護部
- 障害者総合支援センター
 - ・10圏域の各センターへ県職員10人を就業支援ワーカー・生活支援ワーカーとして派遣
- 地方事務所地域福祉課
 - 各圏域 障害保健福祉圏域調整会議（→自立支援協議会）の活用
 - 県、市町村、社会福祉法人、NPO法人、当事者団体、教育、雇用、保健医療相談支援事業者（障害者総合支援センター）等

長野県の地域生活移行の進め方の基本

- 1 本人の意思の尊重
地域生活の丁寧な情報提供と正確な聴き取り
- 2 家族の理解
家族に対する意向調査と不安解消
- 3 多様な移行ルートを用意
一人ひとりの希望に応じた移行プログラム
- 4 再入所の確保
無理は避けて、いつでも再挑戦できるように
- 5 全県域を視野に入れた地域生活支援
全県域に亘る社会資源の整備
- 6 地域への啓発活動
ひとつのグループホームをつくるのが最大の啓発活動



生活の場



徳増さやか墨書@風の工房



住まいの確保



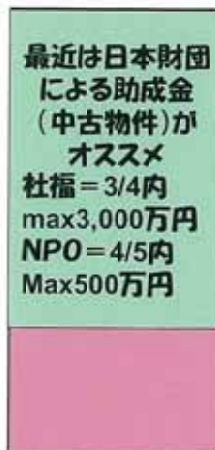
私たちの多くは働く場所を確保してから住まいを決めてきた。入所施設から地域生活への移行は、24時間の暮らしを再構築すること。まず住む場を決め、並行して働く場所を確保する。



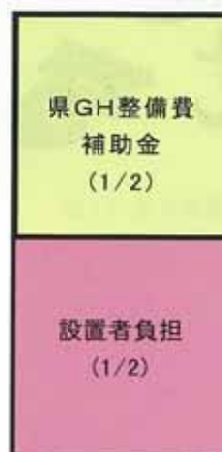
住宅対策は補助金と同時に、**コミュニティへの仕掛け**(高齢分野(宅老所の展開)と一緒に、「共に生きる」をテーマにした県内への巡回講演会・マスコミの活用他)

例) 長野・・・グループホーム等施設整備事業

全国GH整備なし



長野県GH整備



市町村が補助する場合

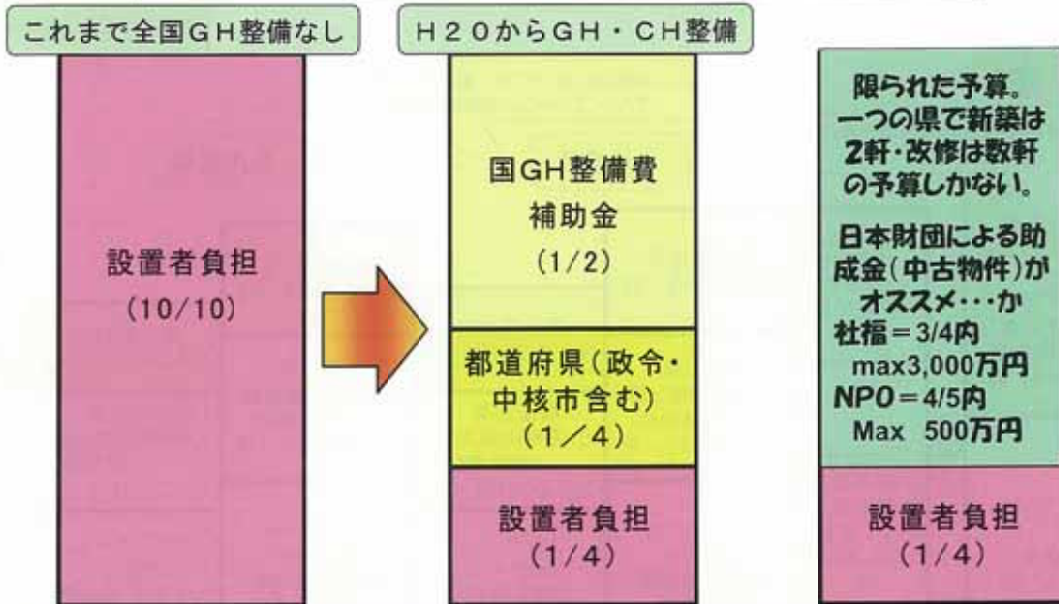


市町村独自に助成を行っているところもあります。

<県補助制度の積算根拠>

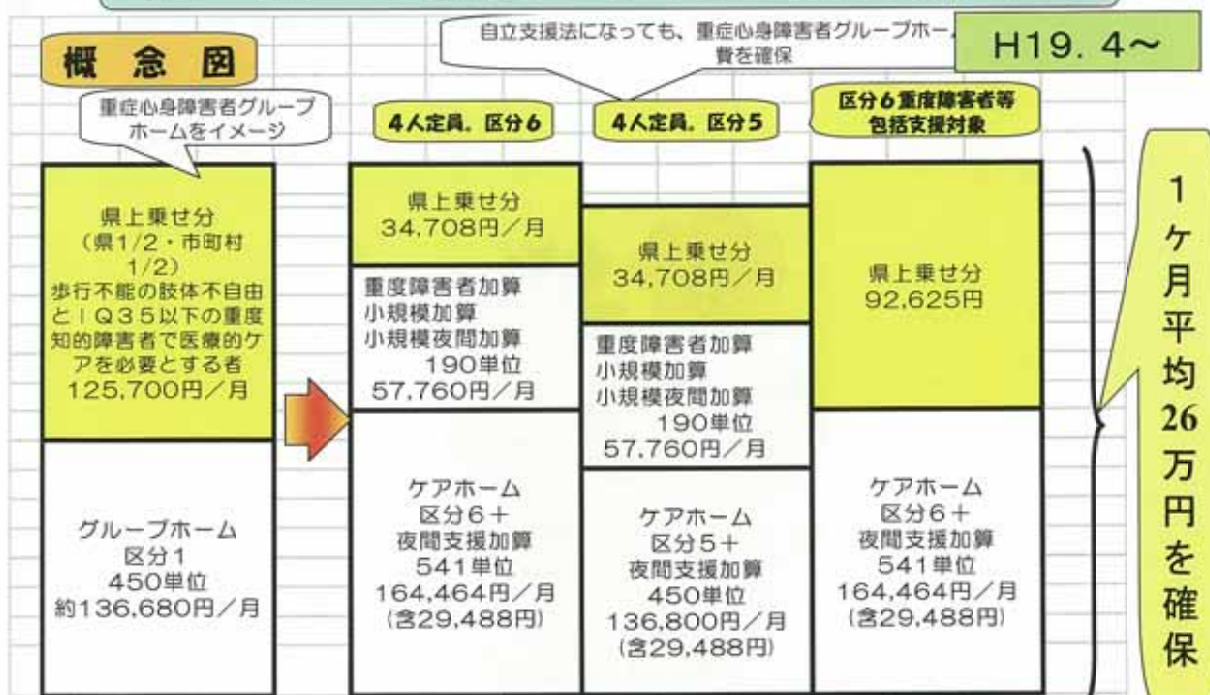
負担割合： 県1/2、設置主体1/2
補助基準額： 157,800円×23.3㎡×定員
(上限額 新築2000万円、改修1000万円)

H20 社会福祉施設等施設整備事業



＜国補助制度負担額＞
 負担割合： 県 1/2、都道府県(政令都市・中核市含む) 1/4、設置主体 1/2
 (上限額 新築2000万円、改修(自己所有)600万円
 改修(賃貸物件)600万円)

例) ケアホームを利用する重症心身障害者の場合



※障害の重さを言い訳にしない・・・支援の促しと工夫に期待

例) ケアホームを利用する最重度知的・強度行動障害の場合

H19. 4~

概念		4人定員		5人定員	
<p>強度行動障害者・最重度知的障害者のグループホームをイメージ</p>		<p>自立支援法になっても、重度知的障害者グループホームの運営費を確保</p>			
<p>県上乗せ分 (県1/2・市町村1/2) ナイトケアなど手厚い支援が必要な重度知的障害者 85,790円/月</p>	<p>小規模加算 +夜間加算 164単位 49,856単位</p>	<p>県上乗せ分 30,083円/月</p>	<p>県上乗せ分 30,083円/月</p>	<p>県上乗せ分 24,066円/月</p>	<p>県上乗せ分 24,066円/月</p>
<p>グループホーム 区分1 450単位 約136,680円/月</p>	<p>区分6+ 夜間支援体制加算 541単位 164,464円</p>	<p>小規模加算 小規模夜間加算 164単位 49,856円/月</p>	<p>小規模加算 小規模夜間加算 102単位 31,008円/月</p>	<p>小規模加算 小規模夜間加算 164単位 49,856円/月</p>	<p>小規模加算 小規模夜間加算 102単位 31,008円/月</p>
		<p>ケアホーム 区分5+ 夜間支援加算 450単位 136,800円 (含29,488円)</p>	<p>ケアホーム 区分4+ 夜間支援加算 352単位 107,008円 (含15,808円)</p>	<p>ケアホーム 区分5+ 夜間支援加算 450単位 136,800円 (含29,488円)</p>	<p>ケアホーム 区分4+ 夜間支援加算 352単位 107,008円 (含15,808円)</p>
<p>1ヶ月平均20万円を確保</p>					

※障害の重さを言い訳にしない・・・支援の促しと工夫に期待



相談支援体制



古市津喜子・まねきねこ@OIDEYOハウス

地域生活支援の要は……相談支援

10圏域にくまなく配置してきた3障害の相談支援体制



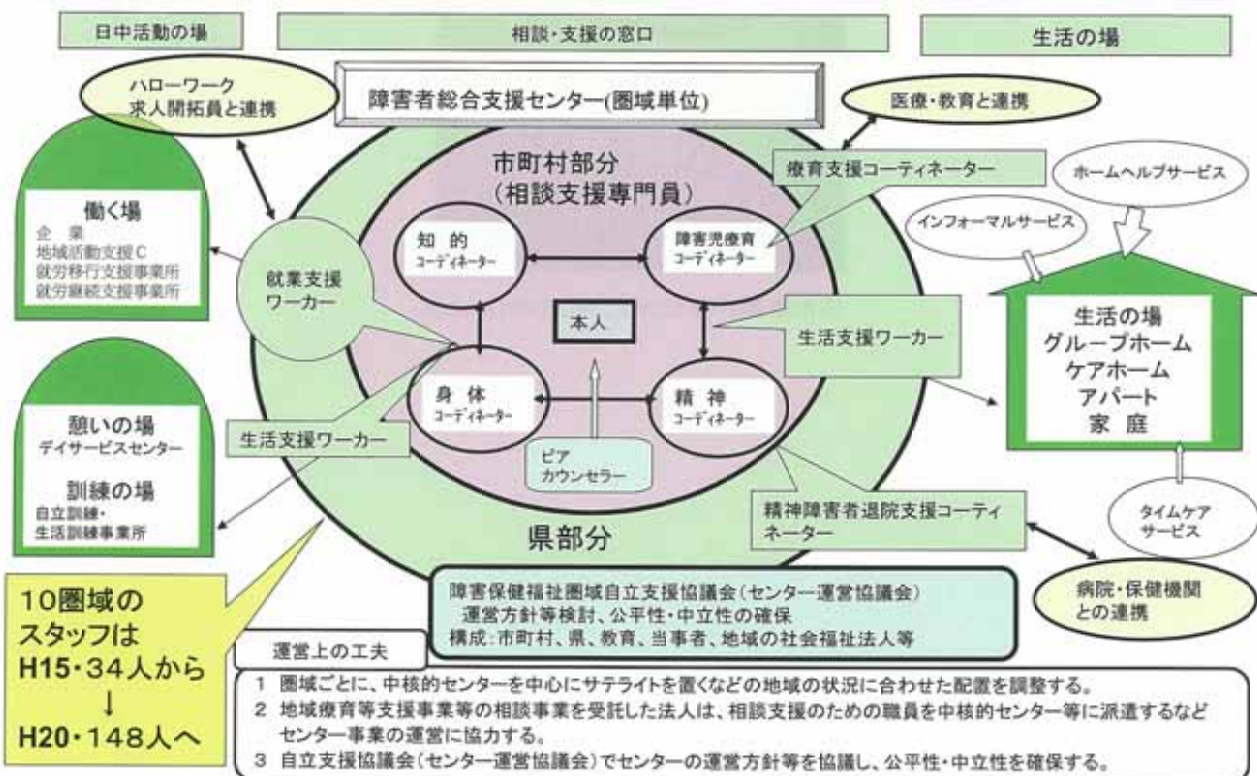
先駆的事例として国の施策に反映させた

一度崩壊した相談支援体制は自立支援法(地域生活支援事業)で市町村へ投げられた。

杞憂していた長野県では、地域生活移行を契機に県主導で**相談支援体制を総合支援センターに集約**していた。

自立支援法体制で市町村に霧散した支援体制を再び確保する根拠となり、さらに自立支援協議会事務局を担っている。**(地域生活の普遍化と持続可能への要)**

10圏域に地域生活を支える3障害対応の障害者相談支援センター



H20年の県と市町村による総合相談支援体制整備の充実

H20年度 圏域毎の相談支援人員配置状況

平成20年10月1日現在

種別 圏域	人口	市町村			県・国											合計	
		相談支援 専門員	その他	小計	療育	生活支援			就労支援			精神障害者 退院支援	工賃アップ 推進員	アドバイ ザー	小計		
						県単	就業 ・生活	旧モデル 補助金	小計	県単	就業 ・生活						小計
佐久	220,861	4		4	1		1		1		2	2			1	5	9
上小	204,375	6	3	9	1		1		1		2	2	2	1	1	8	17
諏訪	210,969	3	4	7	1	1			1	1		1			1	4	11
上伊那	191,869	5		5	1		1	1	2		2	2	2	1	1	9	14
飯伊	177,221	5		5	1		1		1		2	2			1	5	10
木曾	40,789	1		1	2	1			1	1		1			1	5	6
松本	427,447	13	10	23	2	1	1	1	3	1	3	4	2	2	1	14	37
大北	67,079	3		3	2	1			1	1		1			1	5	8
長野	567,419	13	2	15	3		1		1		2	2	2	1	1	10	25
北信	101,204	5	1	6	1		1		1		2	2			1	5	11
計	2,211,956	58	20	78	15	4	7	2	13	4	15	19	8	5	10	70	148

※H15.4.1現在

※相談支援専門員：各障害毎のコーディネーターなど

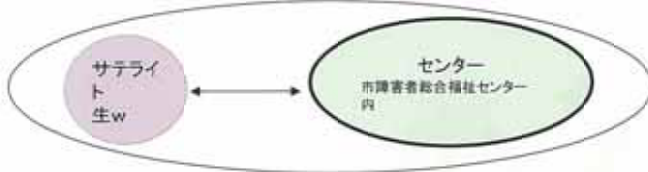
※その他：居住サポート担当、ピアカウンセラー・自立支援協議会事務局担当など

圏域ごとの障害者総合支援センターのイメージ（長野県）

○ 圏域によって状況が異なるため、設置場所等については圏域調整会議で市町村及び地域の社会福祉法人等と調整した。

注) 療C：障害児療育コーディネーター 知C：知的障害者生活支援コーディネーター 身C：身体障害者生活支援コーディネーター
精C：精神障害者生活支援コーディネーター 生W：障害者生活支援ワーカー 就W：障害者就業支援ワーカー

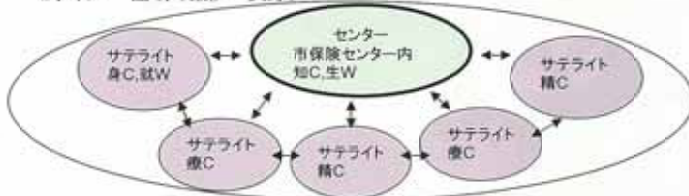
Aタイプ 圏域（佐久・上小・諏訪・上伊那・木曾・大北・北信）



Aタイプの特徴

- 圏域の中心的な市に中核となるセンターを設置し、全て又は殆どのスタッフを配置。
- センターは、市の協力により障害者総合福祉センター等の中に設置します。
- センターが圏域全体をカバーしますが、利用者の利便性から、センターから遠い地域にサテライトを置くことにします。専門的な相談に対しては、センターと連携して迅速な対応に努めます。
- センター所在市の周辺市町村へは、必要に応じて巡回相談窓口を開設します。

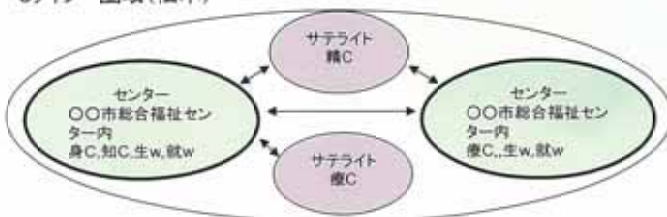
Bタイプ 圏域（飯伊・長野）



Bタイプの特徴

- 圏域の中心的な市に中核となるセンターを設置します。
- センターは、市の協力により保健センター等の中に設置します。
- 中核的なセンターが各センターのまとめ役となり、各センターの連携により3障害の様々な相談に迅速に対応します。

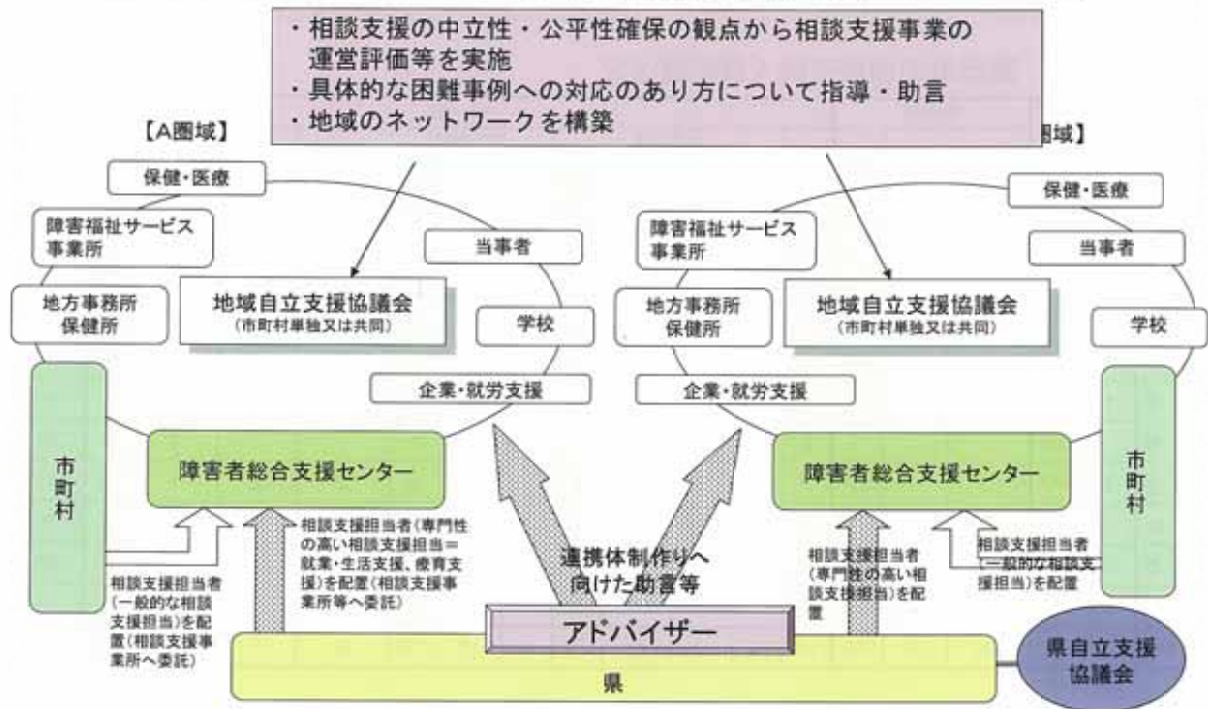
Cタイプ 圏域（松本）



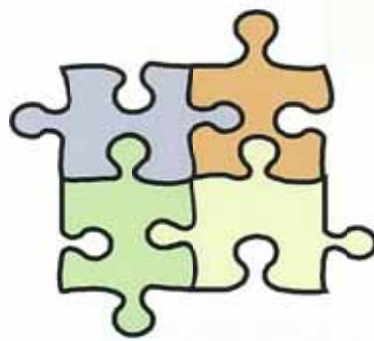
Cタイプの特徴

- 圏域が広く人口規模も大きいので、中核となるセンターを2つ設置します。
- センターは、市町の協力により社会福祉センター等の中に設置します。
- 2センターで圏域全体をカバーしますが、利用者の利便性から、サテライトをいけます。専門的な相談に対しては、センターと連携して迅速な対応に努めるとともに、精神のコーディネーターは2センターでも定期的に相談を受けます。

長野県における圏域ごとの障害者相談支援体制（H19～）



日中活動の場 就労の施策



知的障害者日中活動の場拡大事業



国庫補助対象外施設整備補助(1/2)
施設整備1,540万円・設備整備476万円
(入所施設退所者を定員の4割受けること条件)

H16、17年度 6か所 定員105人分
保育園 ⇒ 通所更生施設
⇒ 通所授産施設(うどん)
空き店舗⇒通所授産施設分場(パン)
病院 ⇒ 通所授産施設(菓子)
工場 ⇒ 通所授産施設(そばクッキー)
⇒ 通所授産施設(パン)

通所部創設補助(1/2)
通所部創設600万円

H16、17年度 6か所 定員57人分

障害児・者施設訪問看護サービス事業

身体・知的障害者通所授産・通所更生施設、障害児デイサービスセンター、共同作業所等へ通所する障害児者が医療的ケアを必要とする場合の訪問看護ステーションからの費用・通所施設が看護師を雇用し看護サービスを行う場合の補助
県1/2 市町村1/2



H18年度は、重症心身障害児(者)通園事業未実施の3圏域で知的障害者入所更生施設通所部等が重症心身障害児(者)を受け入れた場合、訪問リハビリテーションに要する費用を新たに対象。

就労支援について

16.7～就労支援担当の係設置3人(19.4～2人)

授産活性化支援員4人、就労支援ワーカー14人

1 一般就労(企業等の雇用)の促進

(1)障害者総合支援センター 就業支援ワーカー

(2)就労支援体制

2 福祉的就労(授産活動)活性化

福祉就労強化事業

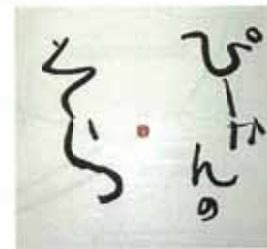
共同受注等の強化、民間の営業技術の活用

施設外への授産活動を支援

授産活動活性化支援員の支援

3 在宅障害者の就労支援

(1)障害者ITサポートセンター



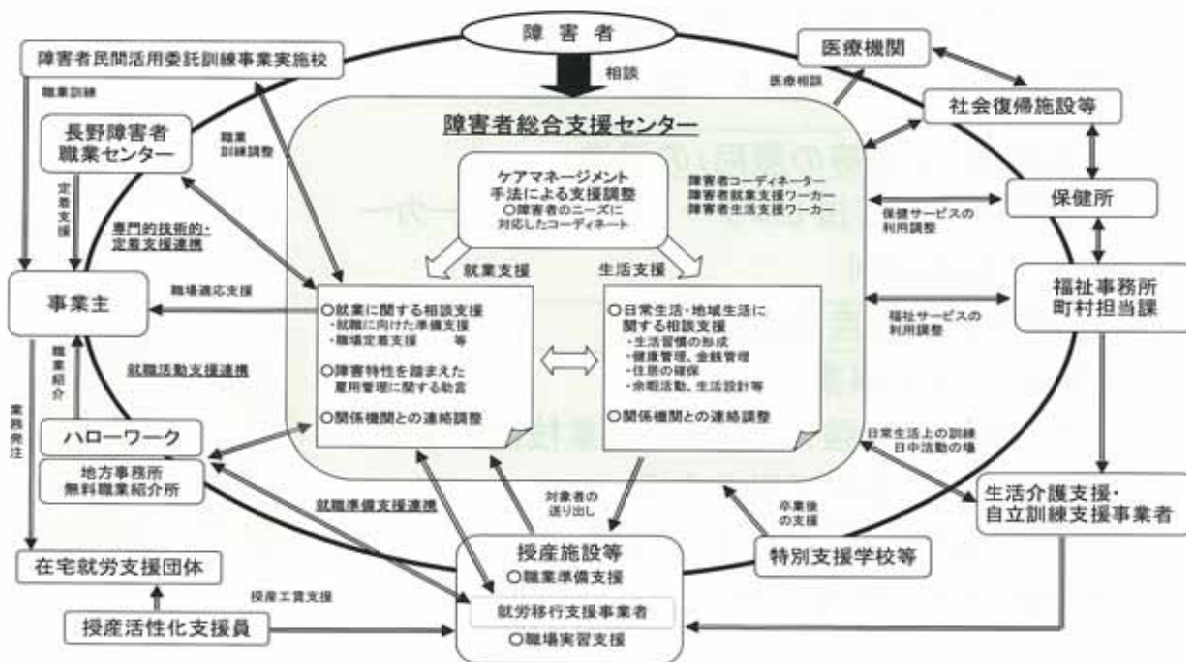
宮下立瀬墨書@風の工房

就業支援ワーカー活動状況

H16.5～

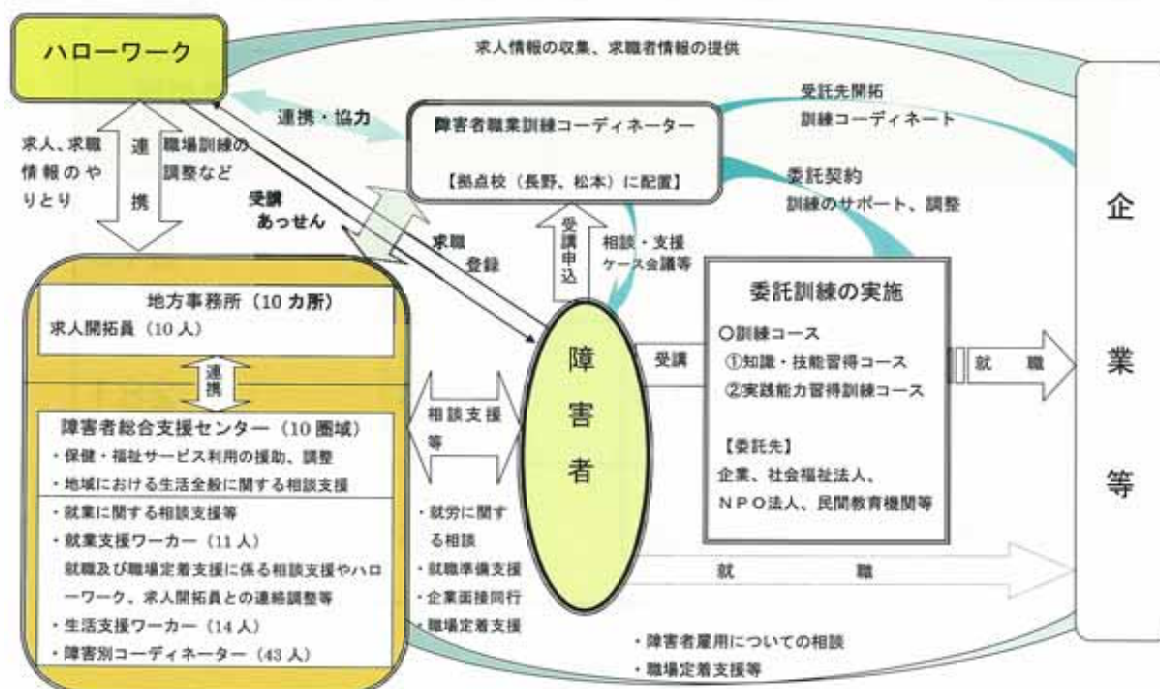
年度	相談・支援 支援対象者	就職者数	職場定着相談 支援件数
H16	959	157	219
H17	1, 445	223	281
H18	1, 520	276	412

H19～H20年度 障害者就労支援ネットワーク構築事業支援機関等

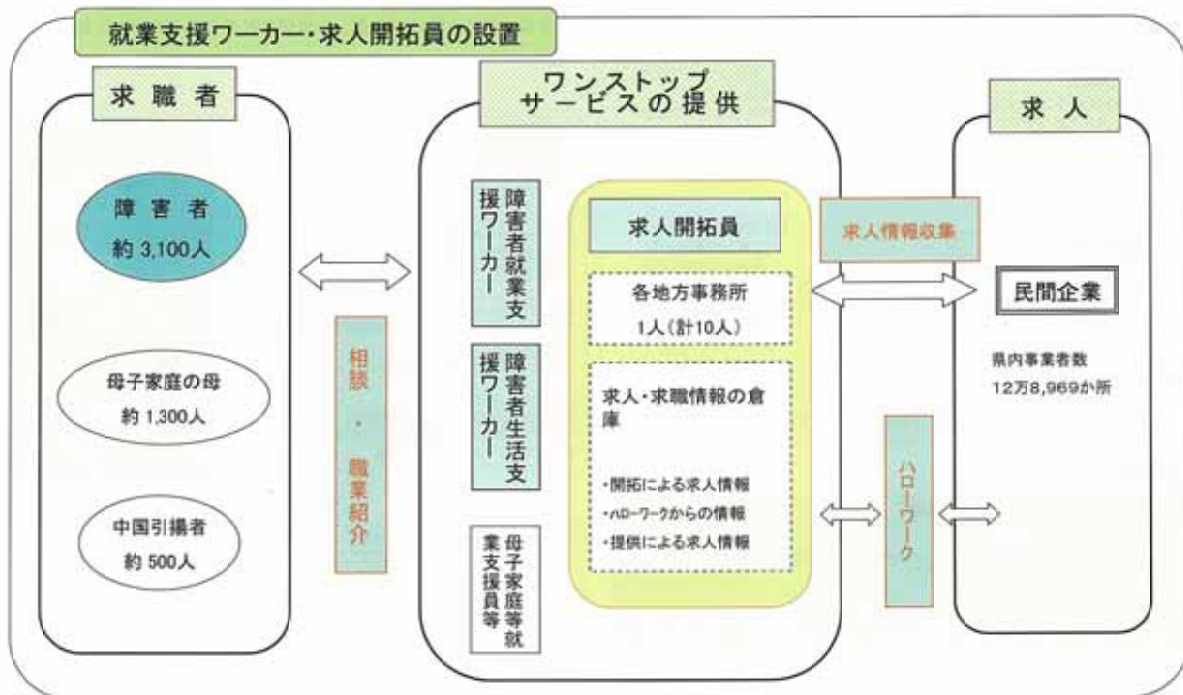


長野県における就労支援ネットワークの概要

障害者職業訓練コーディネーターを中心として、県内10カ所の福祉圏域ごとに設置された障害者総合支援センターやハローワークとの障害者の就職に至るまでの連携・協力のネットワークを構築。



就労支援体制イメージ



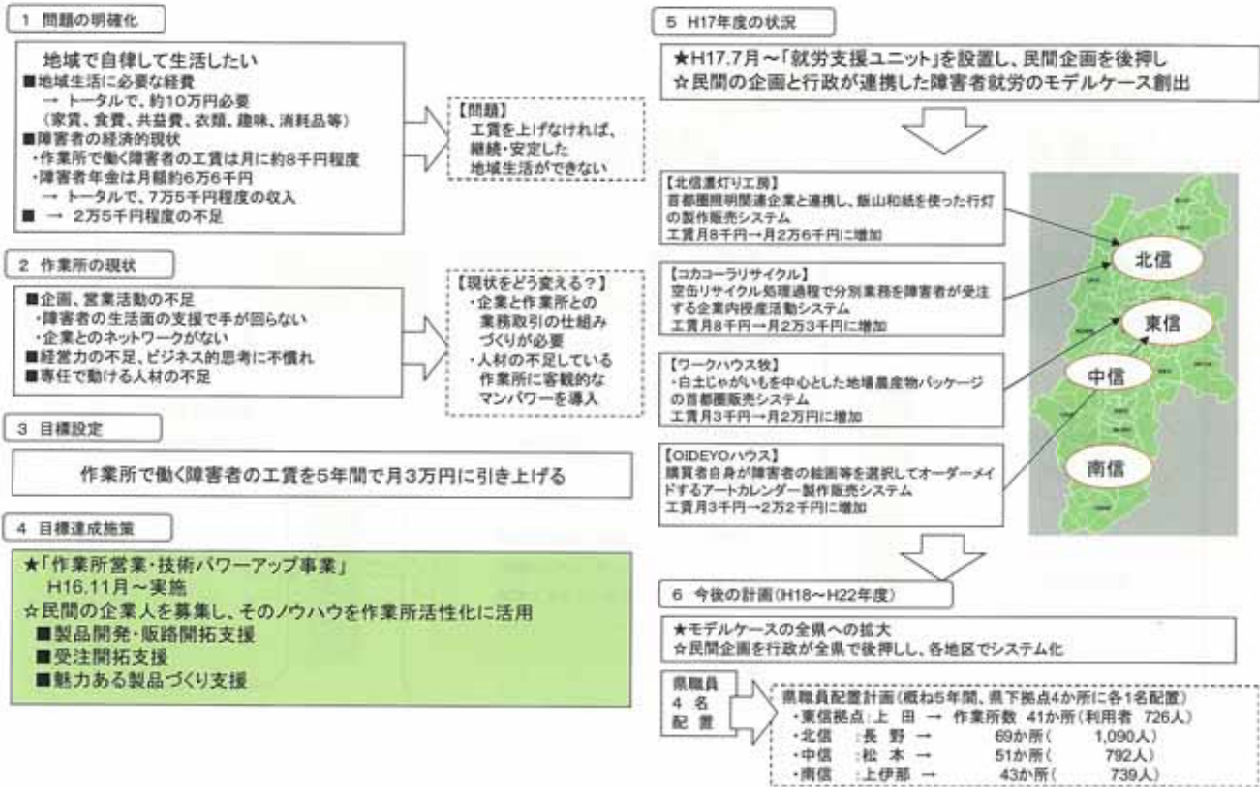
福祉的就労(授産活動)の活性化

作業所営業・技術パワーアップ事業

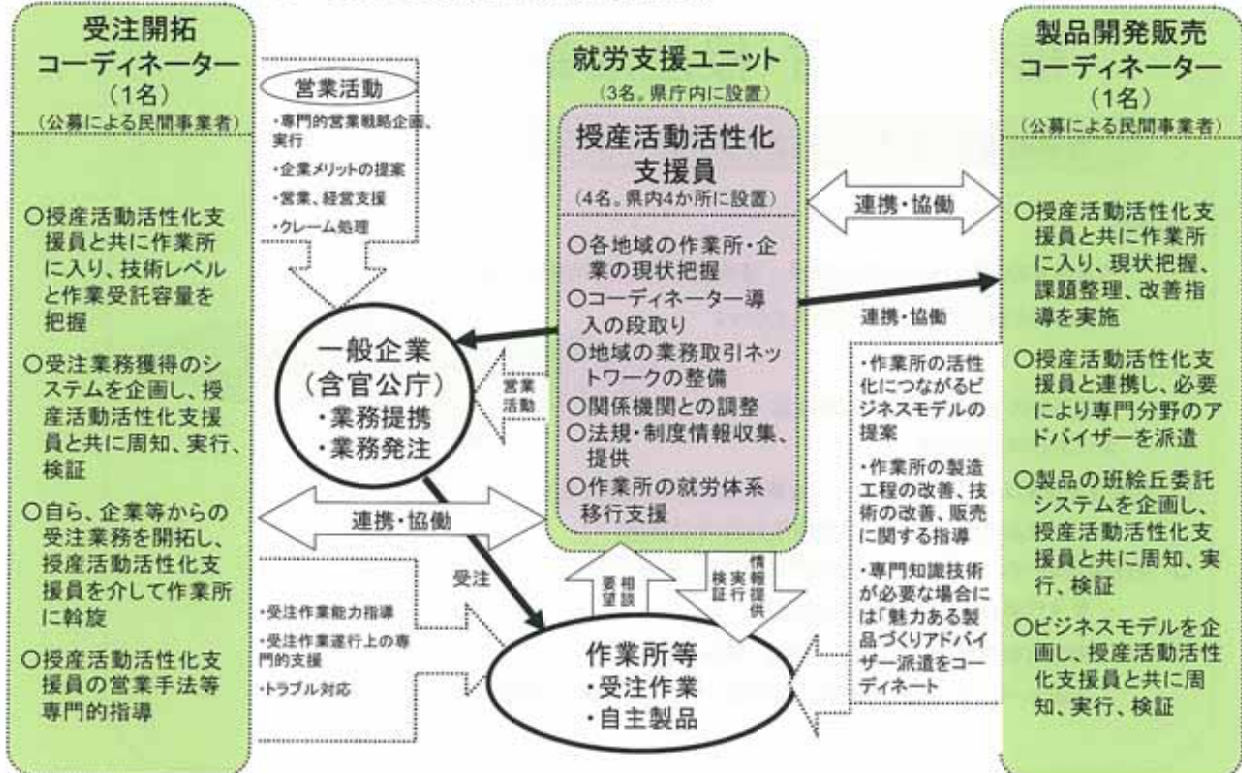
- 目的
 - 作業所等の営業・技術力等を強化し、福祉的就労の場を活性化する
 - 作業所等を利用する障害者の収入のアップ
- 内容
 - 作業所等の自主製品開発・販路開拓
 - 受注業務の拡大支援
- 製品開発販売コーディネーター (公募で民間活用 県内1名)
 - ・ 自主製品の開発、改良、販路開拓支援(全県総括)
- 受注開拓コーディネーター (公募で民間活用 県内1名)
 - ・ 受注作業の開拓・斡旋(全県総括)
- 授産活動活性化支援員 (県職員駐在 県内4名)
 - ・ 上記コーディネーターと連携し、各地域で作業所と企業との業務取引のしくみづくり

工賃 月3万円目指す!!

小規模作業所で働く障害者の工賃アップに向けた取組について(長野県の取組事例)



作業所営業・技術パワーアップ事業(長野県の取組事例)



在宅障害者の就労支援

障害者ITサポートセンター

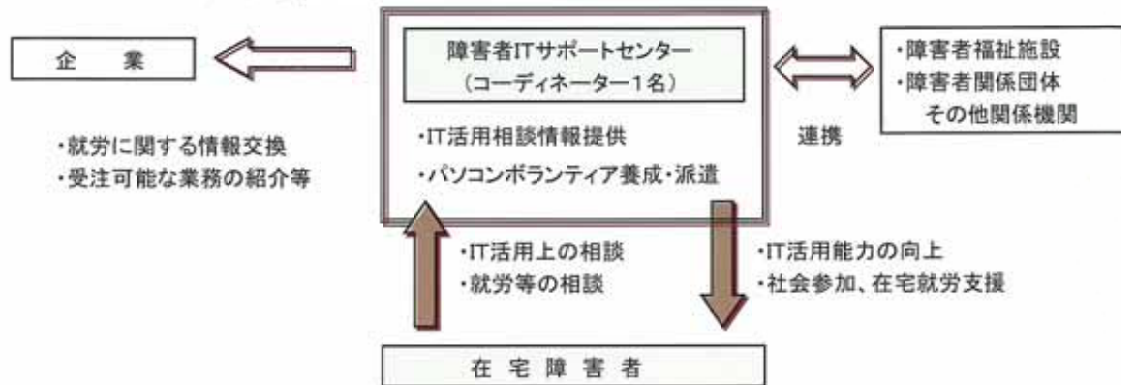
○ 目的

障害者のITに関する利用相談対応、情報提供を行い、社会参加と就労に向けた支援をする

○ 内容

ITサポートセンターを県内に1か所設置し、総合的なサービス拠点とする

- ・ IT活用支援(相談、情報提供)
- ・ パソコンボランティア養成・派遣



在宅生活支援・その他の事業



渡邊重雄『おんなのひと』@風の工房

障害者余暇支援活動事業

<事業目的>

1. 週末等における定期的な余暇活動の場を拡大し、障害者の充実した地域生活の実現

<補助団体>

NPO法人、非営利の福祉活動を行っているボランティア団体 等

<補助金額>

1団体あたり **30万円/年**
(3年を限度とする)

<補助率>

市町村1/2、県1/2

楽器演奏

太鼓



28団体実施

水泳

バスケットボール



NPO法人の
育成

障害者自立生活体験事業



入所施設



病院



グループホーム・公営住宅・アパート等

家族と同居者がグループホーム・アパート生活並行する場合の
「体験宿泊の場」

精神障害者(入院中も利用可能)、知的障害(児)者(入所施設利用中も可能)が地域生活をするため、グループホーム等での宿泊体験等を行います。

実際に住もうとする住宅で体験することに意味がある!

補助基準額: 6,360円/日 利用限度・年間24日以内/人

本人負担: 食費等の実費

負担割合: 県1/2 市町村1/2

<在宅生活の支援として> 障害者タイムケア事業

在宅の障害者の時間単位の支援ニーズに応じて登録事業者や登録介護者の介護等支援サービスに係る費用に対して助成します。

年間300時間

例えばこんなニーズに・・・

☆作業所は3時に終わってしまうけど、5時までは家に帰りたくないからどこかへ行きたいな。

☆ちょっと外出したいんだけど、誰か一緒について来てくれないかな？

→既存のサービスでは対応できない
精神障害者の個別のニーズに応えます！！

<入所施設の定員削減> 地域生活移行推進員設置事業

1 目的

民間の知的障害者入所施設が、入所者の地域生活移行を行うために、地域生活移行推進員を設置する経費に対して助成。

2 事業概要

- (1) 補助基準単価 23万1千6百円/月 (10月から実施)
- (2) 補助率 県1/2 設置者1/2
- (3) 補助条件 1年で5人以上の定員を削減する

* 5施設から希望⇒入所定員25人以上減 (知的入所定員の約1%)

国の方針 入所施設等の定員を7%削減(H23年度末までに)

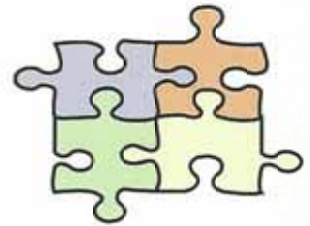
長野県 入所施設等の定員を13%削減
知的 17%削減 精神5% 身体5%

西駒郷利用者の地域生活移行



渡邊重雄『stones』@風の工房

西駒郷の 地域生活への移行



県が・西駒郷が・・・とならないように
どんなに施策が優れていようとも、主役は本人

- ① 移行を決めるのは私⇒アンケートではなく個別の
聞き取り結果を動機付けとする
- ② 移行先はどこに・だれと⇒見て・体験・自己決定
- ③ 県・西駒郷の実践に止めない⇒NPO団体の創設支援・
福祉協会の協力・制度の充実
- ④ 県⇒地方事務所・市町村⇒より地域に密着した連携と
住民参加と・特別から普遍化へ

H15最初に行った職員への事前学習
就業後に受講必須(3クール。交替勤務に配慮)

地域生活移行支援のための事前学習

ーあなたは地域生活をどの程度理解しているかー3講座

- ① ノーマライゼーションの理解
ー世界・全国の動向から今の位置づけを知るー
- ② 地域生活支援のためのツールの理解
ーサービスの成立背景・利用方法・役割等ー
- ③ 本人主体と自己決定の理解
ーケアマネジメントの手法とエンパワメントの理解ー

①地域生活への移行根拠は本人の意向

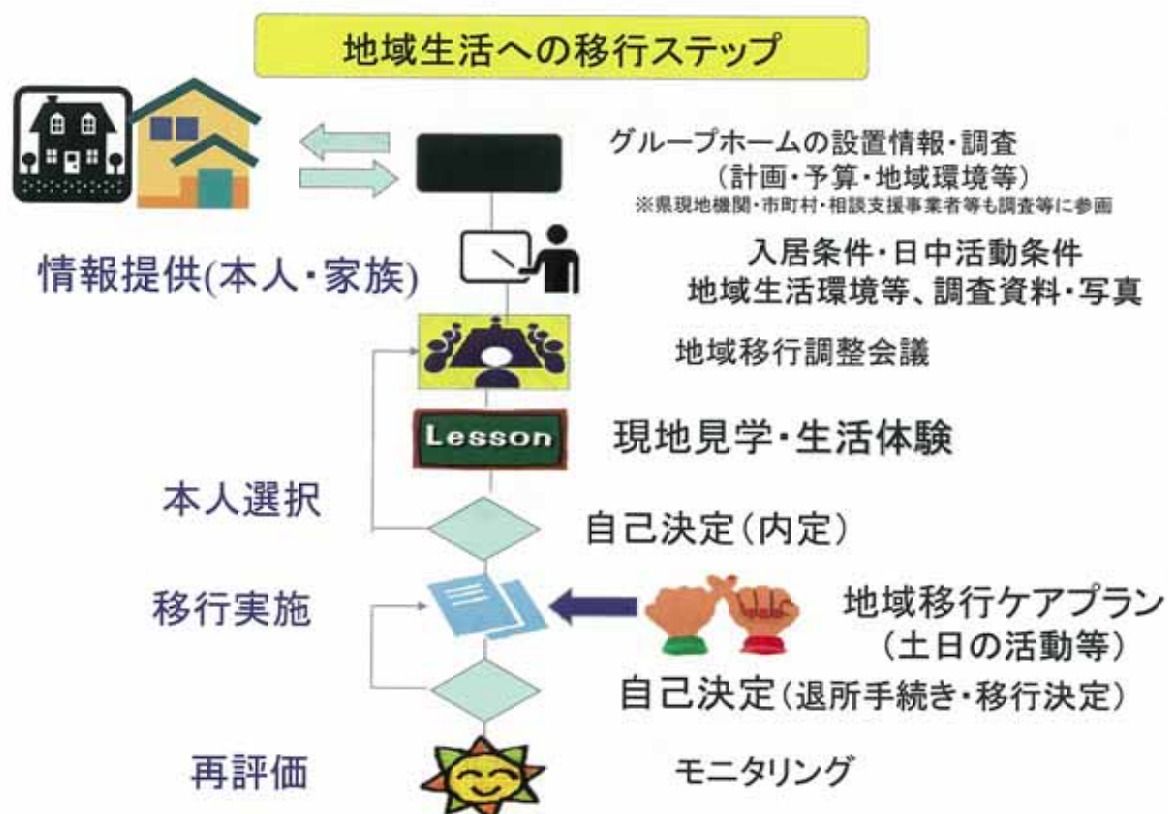
- 施設入所を自分で決めた人はごく僅かしかない。
- いつ出られるか、答えのないエンドレス集団生活。
- 過ぎ去った青春時代の証は数冊のケースファイルとセピア色になった写真だけ。
- あきらめた人生・心にしまった夢を、ノーマライゼーション・地域生活への移行という言葉が投げかけられて、本音で話せるだろうか。
- 痛みをまず知って欲しい。過ぎ去った時間を返せとは言わないけれど、信じてよいのですか。
- あなたは突然出ていいよと言われて混乱しませんか…

②施設職員としてのプライドって？

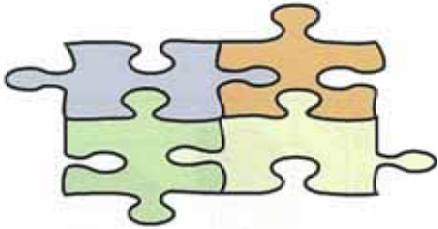
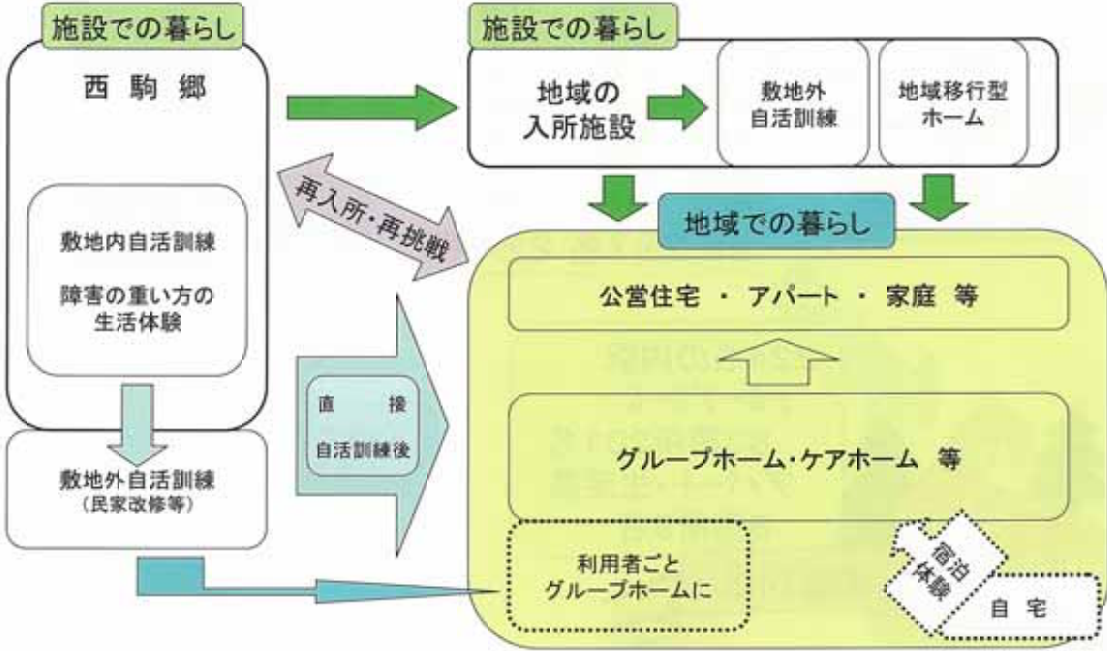
- 入所・通所施設職員は地域生活支援業務が出来るか
- ケアマネジメントと現場の齟齬・乖離を越えられるか
- 安住により、忘れたフットワークを取り戻せるか
- 生きること・人生という意味を受容できるか
- 先人が積み上げた理念を振り返られるか
- プライドってなに？
 - 抱え込んできた結果が今じゃないか
 - 近隣地域の社会資源を知ろう
 - NPO・コミュニティ活動に職員も参加しよう

③家族の理解をどう取り付けるか

- 家族も入所施設に入れたという心の傷を背負っている。
- 地域生活移行によって家族に負担がかかるのではないかと懸念している。
- 長期入所の場合、両親の高齢化・実家の環境変化・兄弟の独立等による居場所の喪失が進んでいる
- 本人の自立＝支援者による継続と安心感・・・というイメージを伝える。
- 支援に対する責任を持つことを伝える。



多様な移行ルートを用意

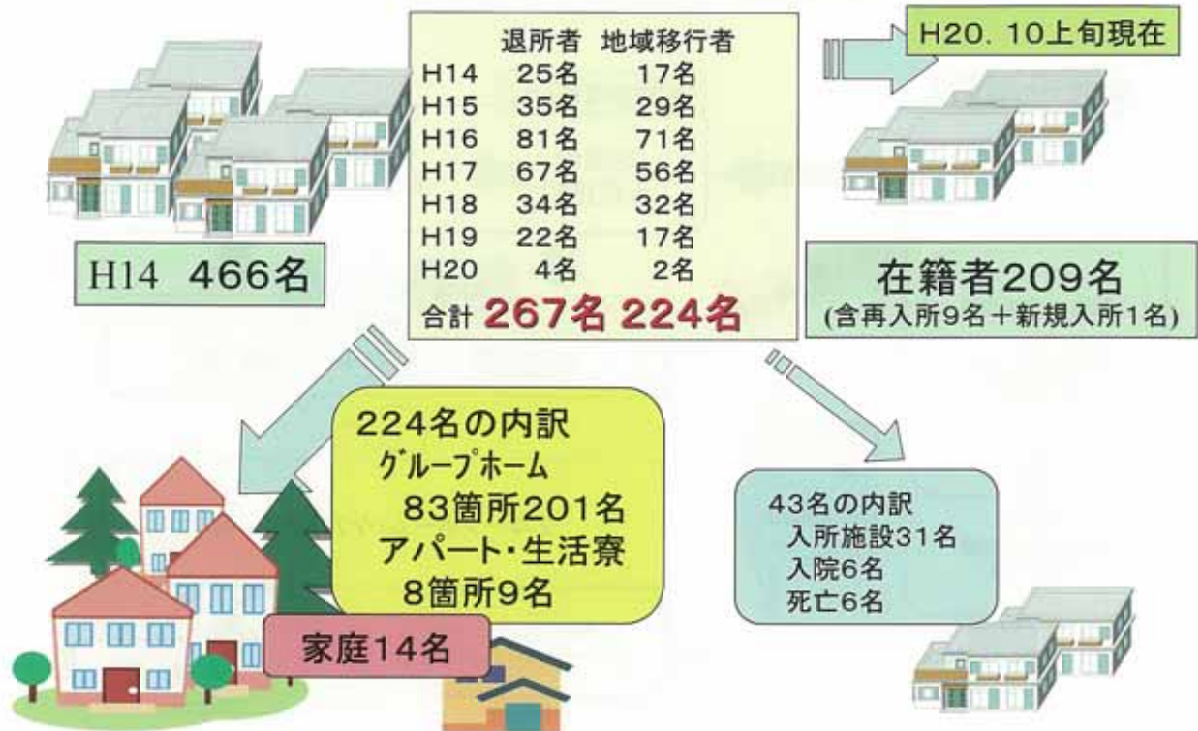


では、西駒郷の地域生活への
移行の状況

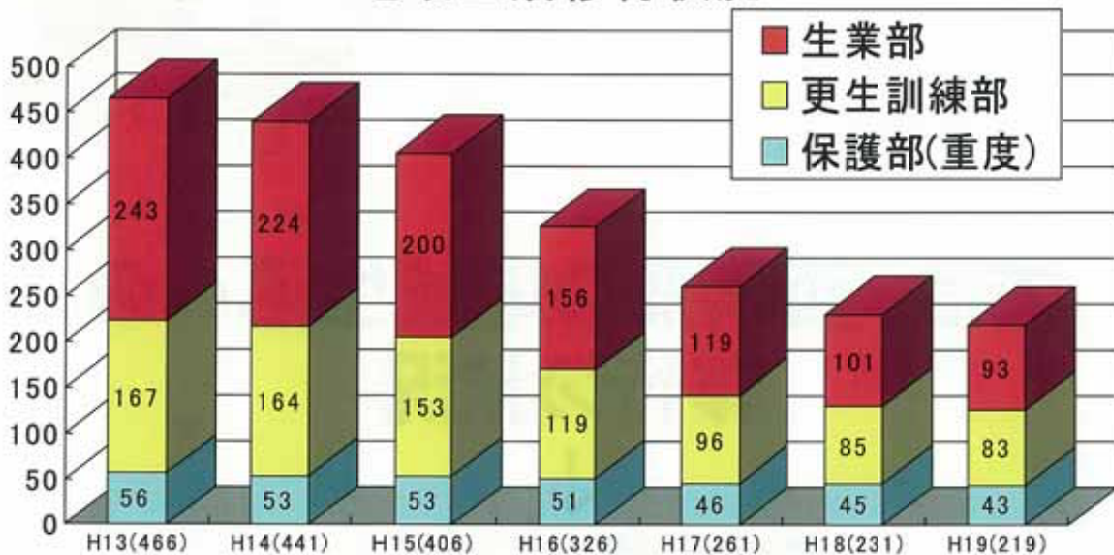


5年が経過した…
本人の願いはどこまで叶ったのか？

14年～20年10月迄の西駒郷の地域生活移行状況



平成14年度～19年10月の地域生活移行状況



地域移行216名 (GH193,生活寮4,アパート5,家庭14)

(H14・17名 H15・29名 H16・71名 H17・56名 H18・32名 H19・11名)

※施設移動・死亡を含めた全体の退所者数 256名(現在籍=219名(含再・新入所9名))

西駒郷利用者の地域生活移行の状況について

2 圏域別の地域生活移行の状況（移行した先）

圏域	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	計
佐久			3	3				6
上小	1		2	3				6
諏訪			4			4		8
上伊那	12	13	23	17	16	5	2	88
飯伊	1	3	9	6	1	2		22
木曾				2				2
松本		4	9	7	8	5		33
大北		1	9	2	1			13
長野	3	7	9	14	6	1		40
北信			2	2				4
県外		1	1					2
計	17	29	71	56	32	17	2	224

※グループホームの設置場所別

3 地域生活移行者の日中活動の場

区分	人数
就 職	31
共同作業所	59
通所授産施設	79
通所更生施設	26
社協手伝い	5
デイサービス	6
宅幼老所手伝い	3
社会就労センター	2
福祉工場	1
ホーム内作業	3
地域活動支援センター	3
家居・家事手伝い	6
計	224

移行した224名はどの日中活動を選択したか



地域生活への移行は・・・



施設入所



GH・CH

障害の重さ軽さで決めるべきではない



支援者が決めるのではなく本人が決める
(本人の意思・本人の生活体験)

- 家族は託す・支援する・安心感を高める
- 支援者は実践する義務を負う
- 行政は市民の一人として支える責務がある

障害の重い方の生活体験

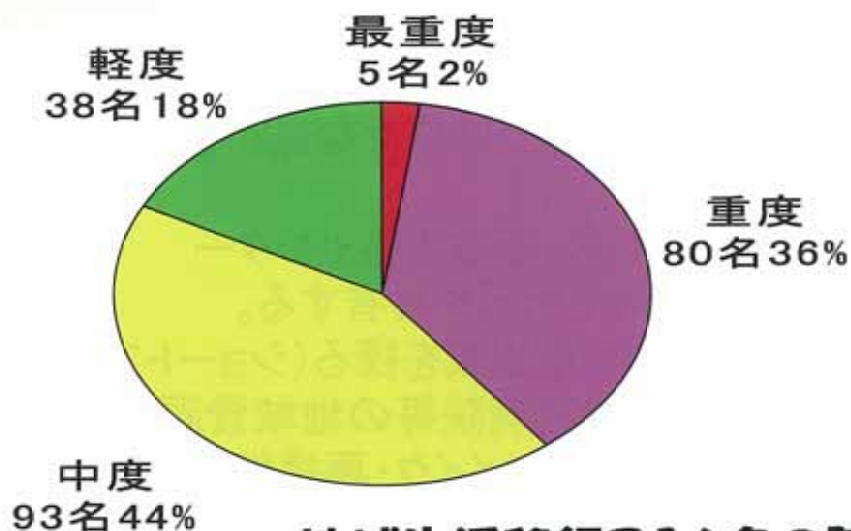
実施者 意思表示困難な利用者のうち、家族の同意が得られ体験を実施した方
122名中102名が体験 強度行動障害者・最重度知的障害者
実施方法 期間 2週間 人数 3~4名 職員体制 専任職員4名 世話人2人
場所 すみれホーム(敷地内で使われなくなった居住棟を改修)
見極め事項 GH移行を望んでいるか
GH生活においてどんな支援、環境が必要か

結果の活用 在寮居住棟生活への支援の参考
家族への啓蒙、情報提供 移行調整会議の資料

⇒ **重度者向けのGH等へ9名が移行**

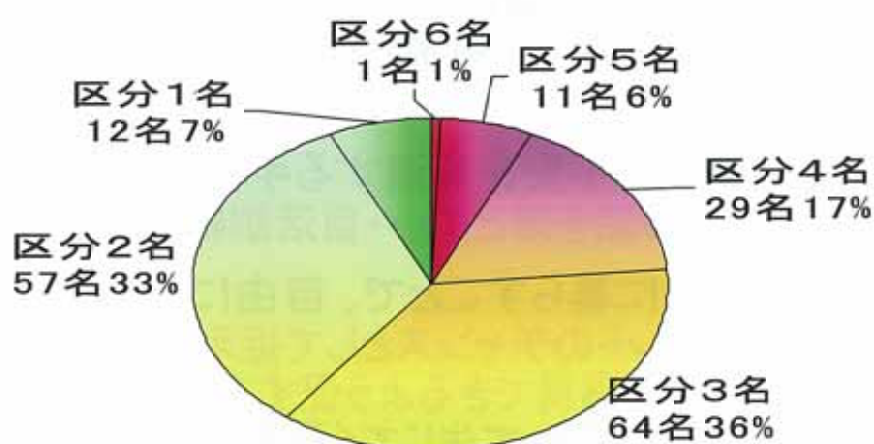
課題等 ・多くの家族の方に実際の生活を見て欲しかった
・2週間という期間が短かった
・重度者向けGHの開設に向け、法人に情報提供

**地域生活移行は、障害の重さ・軽さではなく
その人の意向に沿った支援を
組み立てたところから動き出せばいい**



地域生活移行216名の障害程度

**地域生活移行は、障害の重さ・軽さではなく
その人の意向に沿った支援を
組み立てたところから動き出せばいい**



GH・CH入居者174名の障害程度区分(H19. 3集計)

戻った7名(1名は重複)の決断は？



施設入所



GH・CH

地域生活への移行過程では様々な嵐が襲ってくる



- ・小さなトラブルに即応・圏域支援センター
- ・市町村担当等複数で問題を共有する。
- ・出来るだけ圏域内で解決策を探る(ショートステイ・民間入所施設・精神科病院等の地域資源を使う)
- ・リセット・クールダウン・リメイク・再挑戦・・・の場として再入所という手段を活かす

移行して始まる本当の支援

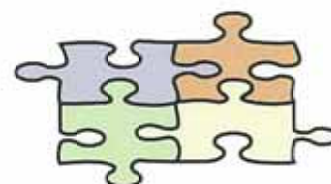


- ・やっと夢が実現できる
 - ・・・不安と期待が一気に襲いかかる
 - 心の中で制御できないものが襲う
 - **移行期外傷・・・心理的支援・カウンセリング**
- ・未知の暮らしへの不安を解消する手段
 - **入所施設の垢を落とす・・・自活訓練が有効・？**
- ・グループホームに暮らすことで、自由になった
 - **エンパワメントのチャンスとして捉え、自信をもち、自己責任が獲得できるよう促す支援**
 - 生活の慣れによって生じてくる本来の自分
 - 地域生活支援はここから始まる

西駒郷利用者の地域生活移行の状況について
新・再入所の状況

年 度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	計
地域生活移行者	グループホーム		1(7月)	1(8月)	1(10月) 1(3月)		1(9月) 5
	アパート・生活寮					1(10月)	1
	家庭				1(10月)		1
	小 計		1	1	3	1	1
他 施 設							
病 院			1(5月)	1(7月)			2
その他(新規入所)					1(5月)		1
計		1	2	4	2	1	10

再・新入所は、E15～E20・9まで10名
地域移行者7名・退院2名・新規1名



**長野県の地域生活への移行は、GH
を県内くまなく配置させ、城下町化
(支援者側の都合優先)を避けた**



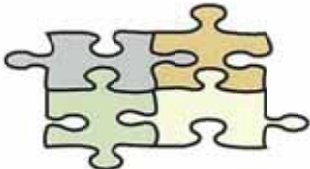
利用者ニーズ優先



西駒郷利用者の地域生活への移行グループホーム設置状況
(H19・10・19現在72か所)

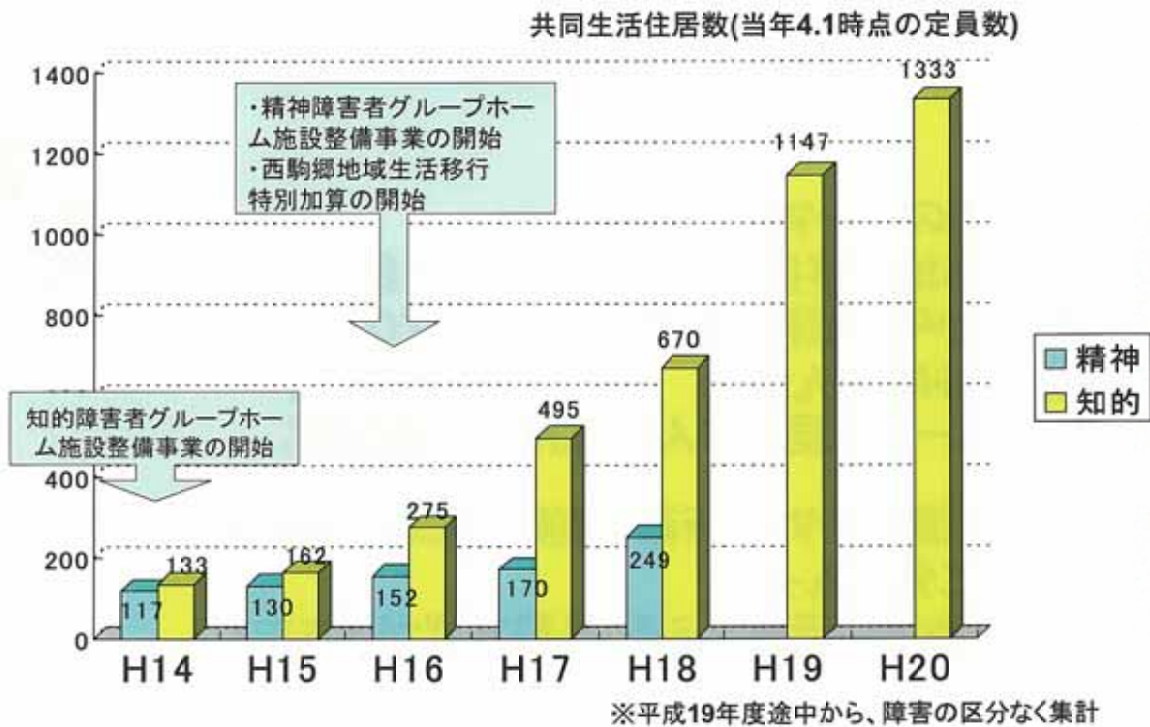
長野県のグループホーム設置の特徴

- ・特定の市町村に偏らない
- ・利用者の希望に沿った地域移行
- ・西駒郷の地域生活移行に、圏域の支援センターも支援に加わる
- ・出身地・居住地の市町村・地方事務所も地域生活移行過程に加わり財産管理等支援に参加



西駒郷の地域生活への移行
↓
長野県の民間入所施設からも地域生活への移行が始まった

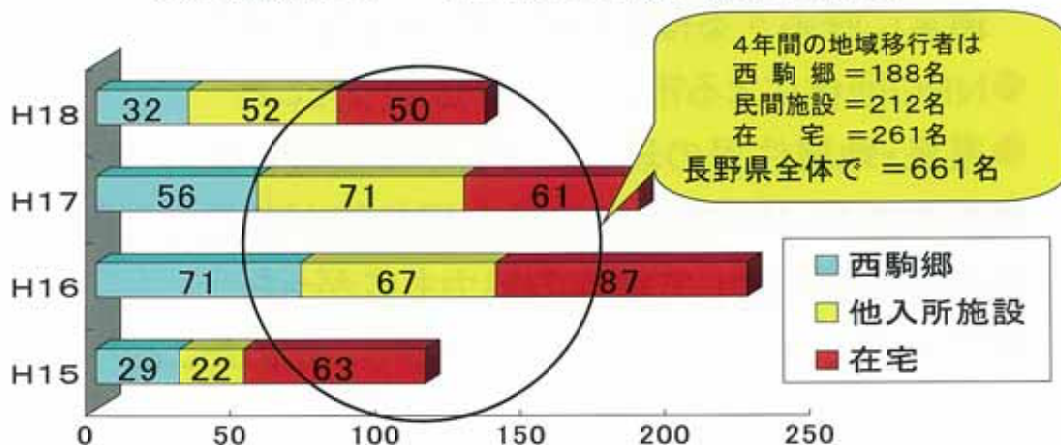
長野県のグループホームの年度別設置状況



西駒郷の地域生活への移行効果

民間入所施設の地域生活移行に伴い、在宅者の「入所待機者」を解消させ、在宅者のニーズも地域生活へとシフトさせた

※西駒郷のデータには生活寮・家庭を含む



西駒郷の地域生活移行支援施策は、 民間入所施設・在宅者にまで波及した



H15～H18のデータでは	
西駒郷から地域移行した人たち	188名
民間施設から地域移行した人たち	203名
在宅からGHを選んだ人	261名
グループホーム入居した人の合計は	652名

事業者・支援センター・行政・家族・なによりも本人が踏ん張り、
地域社会に分け入った。

「みんなで地域生活を支える」長野方式が活きた…。

ここまでまとめると…

西駒郷の地域生活への移行が進んだのは、
関係者の協力が不可欠。

…同じ船に乗る仕組み(施策)が必要

- 地域生活移行者を受け入れるグループホームの設置・運営に呼応する福祉協会の協力があったこと
- NPO団体による市民参加が広がったこと
- 県民・地域住民の理解が少しずつ浸透してきたこと
- 県のタイムリーな地域生活支援施策が効果を発揮
- 安心感が浸透して家族の協力も広がった
- 何よりも、本人が自信を持って暮らし始めたこと



そして・・・西駒郷の地域生活への 移行から長野県はどう変わったか

- ・障害の重い人への対応施策ができた
- ・地域生活への移行をきっかけに、地域生活支援施策が増えた・・・3障害へと波及した
- ・地域生活への移行が、民間施設・在宅者にも広がり、入所待機者が激減した
- ・居宅支援サービスの支給決定時間が増えた
- ・GH設置にNPO(小規模作業所からレベルアップ)も加わり、選択肢・社会資源が広がった

長野県の入所施設から地域生活への移行

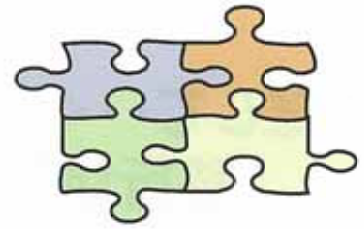
目標値の推計

(目標値は都道府県・市町村において設定)

項目	数値	考え方
現入所者数(A)	3,104人	○平成17年4月1日の入所者数。
目標年度入所者数推計(B)	2,654人	○平成23年度末時点の利用人員推計値。
【目標値推計】 削減見込(A-B)	約450人 (14%以上)	○差引減少見込み数推計値
【目標値推計】 地域生活移行数	約528人 (17%以上)	○施設入所からGH・CH等へ移行した者の数推計値

長野県では、西駒郷と民間施設の地域移行において全国に先駆けた取り組みを行っていることから、今後この取り組みを広げていくことで、国の目標値(入所者数の1割、新規入所者を含めた全体で7%削減)を上回る成果を期待できると考え、国のおよそ2倍の目標値を掲げた。

移行して始まる 新たな地域生活支援



- ・地域移行して終わりではない
 - ・生活の質・・・地域社会に溶け込んでいるか
 - ・新たなニーズ・・・一人暮らしをしたい
結婚したい・違うGHへ行きたい
・・・を出せるか⇒受け止められるか
- ↓
- ・検証・エビデンスが重要

第三者によるアフターフォロー

⇒客観的な判断が重要

◎訪問

(西駒郷地域生活支援センター 地域移行推進部 各寮支援員等)

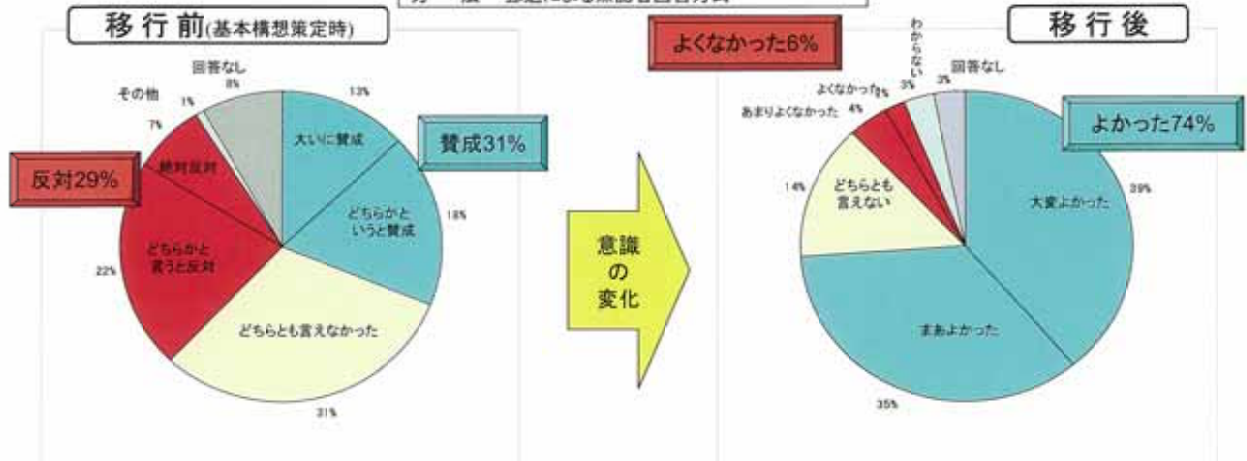
- ・1月以内に1回
 - ・概ね年2回
 - ・特別な課題ができれば、関係機関と連携し、ケア会議等開催
- ◎移行者の交流会(3回実施)
 - ◎移行した方の家族にアンケート調査
 - ◎地域生活移行の検証

・・・日本財団助成金によって只今検証中H19.3に報告

- http://park19.wakwak.com/~nagano-shafuku-j/pdf/houkoku_20070814.pdf
- 福)長野県社会福祉事業団のホームページ
<http://park19.wakwak.com/~nagano-shafuku-j/>

地域生活移行した方の家族へのアンケート (長野県西駒郷の地域生活移行の取組から)

実施期間 平成18年2月20日～3月10日
対象者数 地域生活移行した方の家族142人
回答数 95人
方法 郵送による無記名回答方式



長野県西駒郷の地域生活移行

- 大規模コロニー(500人定員の知的障害者入所施設)の入所者の地域生活移行を推進(西駒郷基本構想に基づき全県的な取組)
- 平成18年4月の入所者数は256人に減少(4年間の地域生活移行者は173人)
- 今後も取組を進め、西駒郷は施設支援中心から地域生活支援中心の施設へと転換する。(平成25年には100人程度の入所定員)



精神障害者の退院支援の取り組み



西沢美枝墨書@風の工房

精神科病院への実態調査の結果より

県の障害副計画における
退院可能精神障害者数

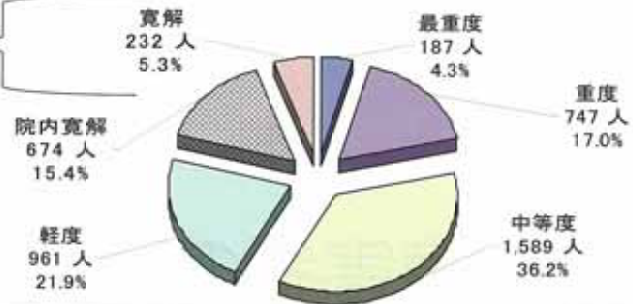
230人

→23年度までに退院をめざす。

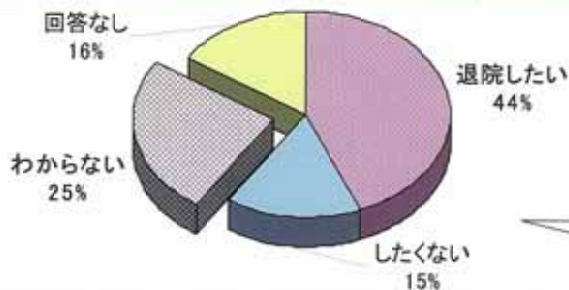
参考：

国の推計値からの数値 800人

2006年精神科病院入院患者実態調査より
病状区分別入院者数(全県)



平成15年度県内モデル病院の患者の退院ニーズ調査より



退院を希望する者は、入院者の44%。
わからないと回答した方も含めると
69%の方が退院を希望しているのでは？

精神障害者退院支援コーディネーターの配置に至る経過

【事業経過】

平成15～16年度

県内4か所の精神科病院でモデル事業を実施

平成17～18年度

全県下に展開する。⇒協力病院10か所（県内精神科病院33か所）

【今までの事業からの課題】

- ・ ケアマネジメントにおけるチーム形成を強化する必要性
- ・ 地域全体でムードを盛り上げていく必要性
- ・ さまざまな制度の活用必要性（社会資源の改善・開発）
- ・ 退院支援事業が特別な病院や市町村だけの事業であるというイメージの払拭

☆ネットワーク形成とケアマネジメントが重要！！

平成19年度取り組み課題

- 病院と地域をつなぐ専任のコーディネーターの設置
- ケアマネジメント技術向上のための研修等の実施

※退院支援を、受け入れる地域づくりであることに重点をおき、入院から地域生活へ移行する際の支援体制をスムーズに行なえるような支援体制づくりを目指す。

精神障害者退院支援コーディネーターの役割

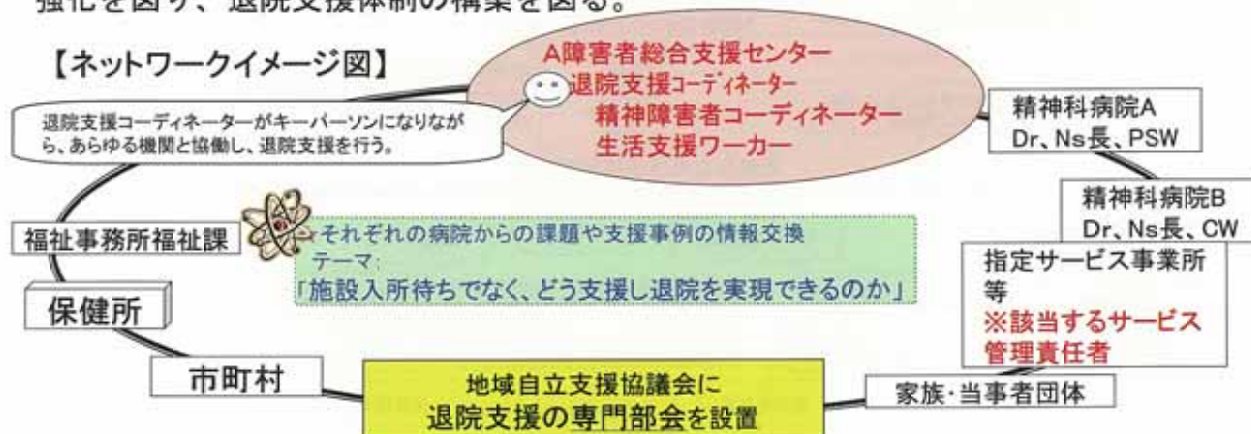
【コーディネーターの役割】

- ① コーディネーターは、精神障害者の退院支援にかかわるさまざまな職種の役割を明確化するためのコーディネートを行なう。
- ② 退院支援対象者に対して、ケアプランの作成や退院までのコーディネートを行なう。

【ネットワーク機能の強化】

従来精神障害者の支援を中心に行ってきた保健所、市町村と退院支援コーディネーターが協働し、地域自立支援協議会の開催等により、保健・医療・福祉の連携強化を図り、退院支援体制の構築を図る。

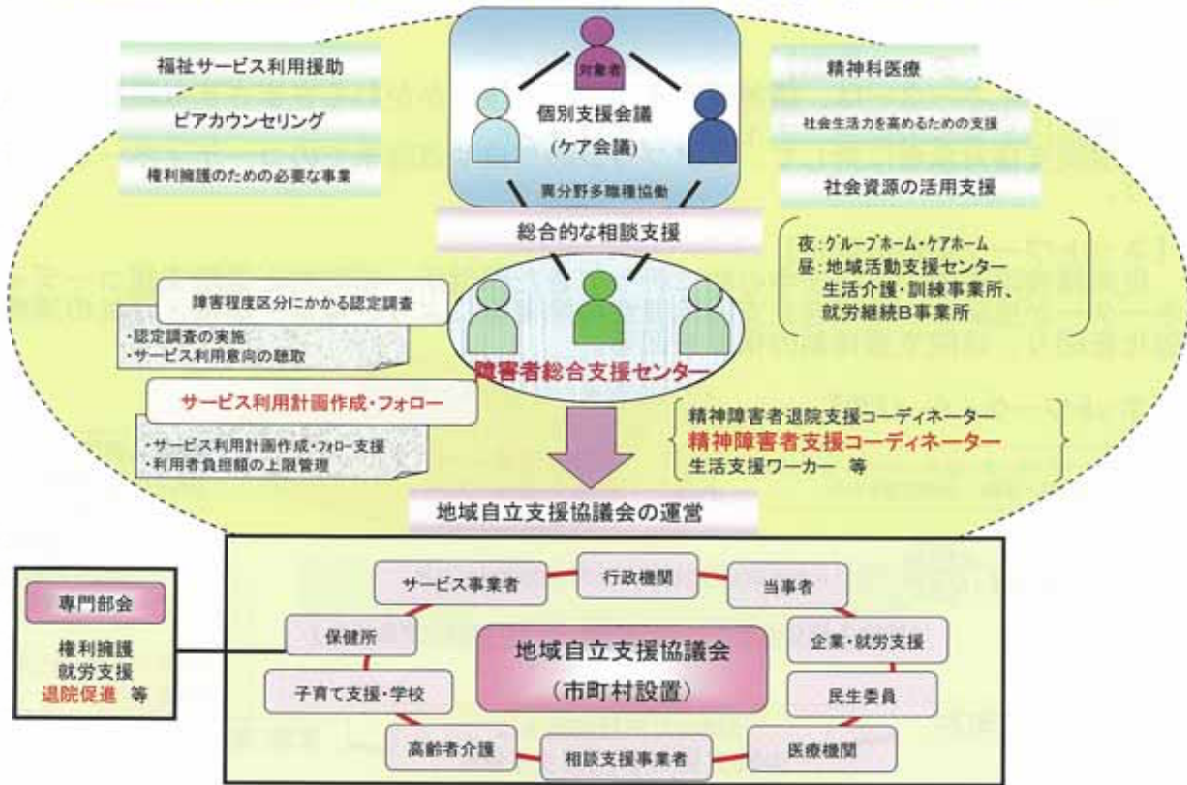
【ネットワークイメージ図】



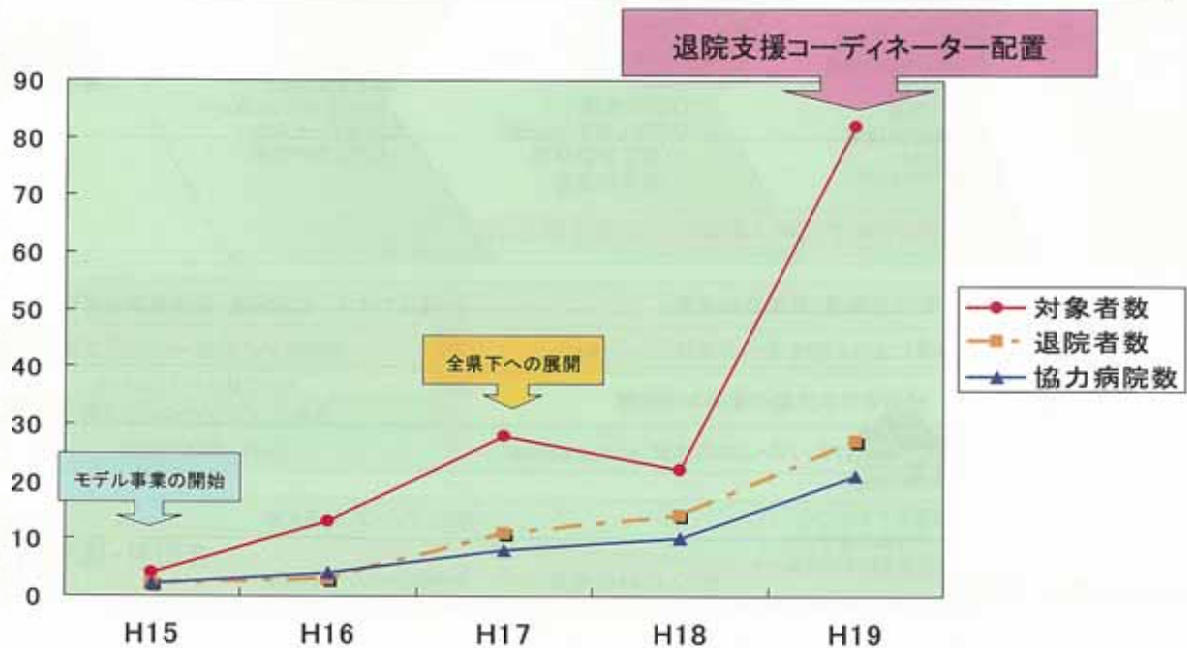
長野県の精神障害者退院支援事業の流れについて



地域自立支援協議会と相談支援事業のイメージ



精神障害者退院支援事業の対象者数等の実績



※1 H19は、11月末までの実績

※2 対象者数は、その年度に支援を行った人数であり、複数年度に支援を行った場合、それぞれに計上

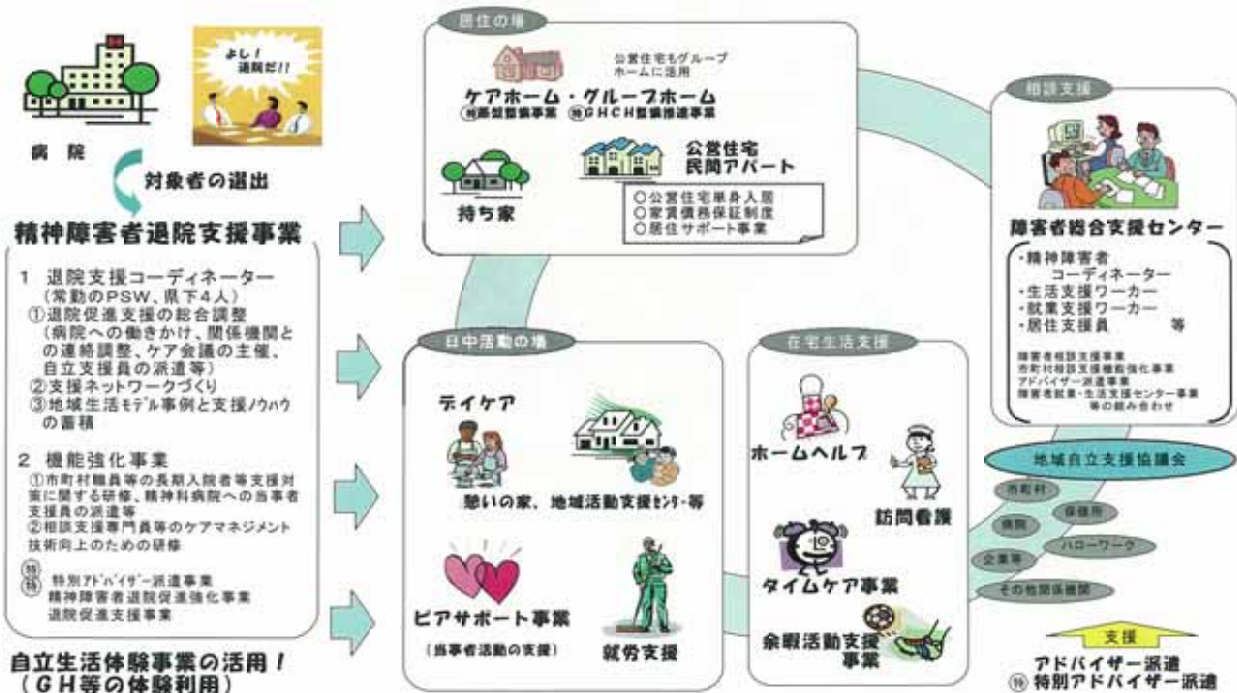
退院後の生活の場 (精神障害者退院支援事業実績より)

	H15	H16	H17	H18	H19	計
自宅	1	1	3	4	16	25
アパート・公営住宅	1	1	1	2	1	6
グループホーム		1	2	6	8	17
援護寮			2	1		3
入所施設等			3	1	2	6
計	2	3	11	14	27	57

※H19は、11月末までの実績

長野県の精神障害者の地域生活支援施策

精神障害者の退院支援は、本人の訓練だけではなく、地域の受け入れ体制を整備することから・・・



精神障害当事者（ピアサポーター）の協力

- 長野県社会福祉総合センターにピアサポートセンターを設置

- ・ 相談業務（ピアカウンセリング）
- ・ 研修会等への当事者講師の派遣⇒普及啓発業務
- ・ 当事者相談員・講師の養成
- ・ 当事者組織の育成

- 精神科病院内における「みんなで退院をめざす会」の実施

小諸高原病院において、医療機関、保健所、退院支援コーディネーターが協働し、入院中から退院後の地域生活に必要なノウハウなどを学ぶ機会を設けている。



長野県障害者地域生活支援研究会会員名簿

	氏 名	所 属
会長	小林 彰	ライフステージかりがね施設長
	関 孝之	上小圏域障害者総合支援センター退院支援コーディネーター
	藤村 出	長野県障害者福祉センター所長
会計	福岡 寿	北信圏域障害者支援センター所長
	宮下 智	明星学園施設長
	山田 優	西駒郷地域生活支援センター所長
	岸田 隆	森と木 施設長
	堀米信一	長野県社会福祉事業団常務理事
	諏訪元久	社団法人アルプス福祉会常務理事
	中村 彰	長野県知的障害者育成会副会長
	松本善雄	長野県知的障害者育成会会長
	刈間 靖	長野県知的障害者育成会事務局長
	大池ひろ子	長野県社会部障害者自立支援課長
	宮島 渡	アザレアンさなだ施設長
	中村美恵子	地域活動支援センター皆神ハウス所長
	川崎和廣	社会福祉法人信濃友愛会理事長
	茅野隆徳	さんらいずホール施設長
	美谷島越子	長野県社会福祉協議会
	唐木 昭	上小圏域障害者総合支援センターコーディネーター
	橋詰 正	上小圏域障害者総合支援センターコーディネーター
	井本達三	山の子学園共同村施設長
	丸山 哲	ふっくら工房ふるさと施設長
	綿貫好子	アトリエC○C○施設長
	花形春樹	さくら会理事長
	北澤克巳	穂高悠生寮施設長
監事	児玉典子	ハートラインまつもと事務局長
	三田優子	大阪府立大学人間社会学部准教授
	竹端 寛	山梨学院大学専任講師
	蜂谷俊隆	神戸学院大学総合リハビリテーション学部実習助手

地域生活支援訪問調査員名簿

所属圏域	氏名	所属
調整役	大池 ひろ子	長野県社会部障害者自立支援課課長
調整役	山田 優	西駒郷地域生活支援センター所長
	三田優子	大阪府立大学人間社会学部准教授
	高橋喜子	花園大学大学院社会福祉学部専攻修士課程
佐久	西田 亨	佐久知的障害者生活支援センターSCS・生活支援ワーカー
	児玉 隆江	地域活動支援センターやすらぎ・精神保健福祉士
上小	小林 彰	ライフステージかりがね施設長
	古野 清人	上小圏域障害者総合支援センター・センター長
	関 孝之	上小圏域障害者総合支援センター・退院支援コーディネーター
	島田 和典	上小圏域障害者総合支援センター・生活支援ワーカー
	唐木 昭	上小圏域障害者総合支援センター・コーディネーター
	橋詰 正	上小圏域障害者総合支援センター・コーディネーター
	小林 賢子	上小圏域障害者総合支援センター・精神コーディネーター
	宗利 勝之	上小圏域障害者総合支援センター・退院支援コーディネーター
	茅野 隆徳	さんらいずホール施設長
	竹内 芳美	さんらいずホール・サービス管理責任者・ジョブコーチ
諏訪	小林 宏	諏訪地域障害者自立支援センター・生活支援ワーカー
上伊那	池上 修	上伊那圏域障害者総合支援センターきらりあ・生活支援ワーカー
	田辺 幸子	上伊那圏域障害者総合支援センターきらりあ・生活支援ワーカー
下伊那	倉地 梨代	NPO飯伊圏域障害者総合支援センター・生活支援ワーカー
木曾	上坂 ひろみ	木曾障害者総合支援センターともに・生活支援ワーカー
	垣外 理香	木曾障害者総合支援センターともに・精神コーディネーター
松本	諏訪 元久	コムハウス常務理事
	近藤 真由子	松本圏域障害者相談支援センターあるぶ・相談支援専門員（精神）
	古幡 知明	松本圏域障害者相談支援センターあるぶ・生活支援ワーカー

	中山 雪恵	松本圏域障害者相談支援センターあるふ・生活支援ワーカー
	奥原 真奈美	松本圏域障害者相談支援センターWish・相談支援専門員
	東條 知子	松本圏域障害者相談支援センターWish・相談支援専門員（精神）
	當銘 千寿代	松本圏域障害者相談支援センターあいあい・相談支援専門員
	笛木 利恵子	松本圏域障害者相談支援センターWish・療育コーディネーター
	児玉典子	ハートラインまつもと事務局長・松本圏域アドバイザー
大北	新沢 豊子	大北圏域障害者総合支援センタースクラム・ネット・生活支援ワーカー
	北澤 克巳	穂高悠生寮施設長
長野	綿貫 好子	あとリエCOCO施設長
	堀米 信一	水内荘施設長
	吉澤 利政	地域生活支援室ほっとらいふ・長野市相談支援専門員
	小島 健一	歩楽里・相談支援専門員
	春日 伸枝	皆神ハウス・相談支援専門員
	坂井 杏子	地域活動支援センタースローステップ・相談支援専門員
	佐藤 真樹	長野障害者就業・生活支援センターウィズ・就業支援ワーカー
	通澤 康二	長野障害者就業・生活支援センターウィズ・生活支援ワーカー
	土井 まゆみ	地域活動支援センターアンダンテ所長
	花形 春樹	NPO 法人さくら会・理事長
	前坂 恵美	地域生活支援室ほっとらいふ・相談支援専門員
	富岡 由紀子	須高地域障害者支援センター・相談支援専門員
北信	福岡 寿	長野県障害者相談支援体制整備推進北信圏域アドバイザー
	丸山 哲	ふっくら工房ふるさと分場未来工房・所長
	小湊 敬子	北信圏域障害者総合相談支援センターぱれっと・相談支援専門員
	綿谷 元恵	北信圏域障害者総合相談支援センターぱれっと・ジョブコーチ
	山田 正子	NPO 法人 SUN・療育コーディネーター
	玉木 潤一郎	NPO 法人 SUN・療育コーディネーター

「知的障害者及び精神障害者の
地域生活支援推進に関する研究」報告書

発行：長野県地域生活研究会（会長 小林彰）

発行日：2008年3月

印刷所：株式会社アオヤギ印刷

本冊子は、平成19年度厚生労働省障害者自立支援調査研究プロジェクト「知的障害者及び精神障害者の地域生活支援推進に関する研究」の成果物です。

心
を
な
る。