

精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業

シンポジウム

精神障害者の地域生活移行支援

～この街で暮らしたい～

精神障害者を地域で支えるためには

講演抄録集



社会福祉法人 巣立ち会

平成20年度障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト

目次

開会のあいさつ

酒井利高氏（三鷹市健康福祉部） … 1

基調講演Ⅰ

吉川隆博氏（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課） … 3

基調講演Ⅱ

野津眞氏（東京都立多摩総合精神保健福祉センター） … 35

基調講演Ⅲ

木住野一信氏（三鷹市健康福祉部地域福祉課） … 55

実践報告Ⅰ

岩上洋一氏（埼玉葛北障がい者生活支援センターふれんだむ） … 67

実践報告Ⅱ

中本明子氏・吉岡孝氏・小林ミチル氏（NPO 法人ソーシャルハウスさかい） … 85

実践報告Ⅲ

林田輝子氏・横山朋子氏・荒川誠一氏（社会福祉法人巣立ち会） … 97

パネルディスカッション

岩上洋一氏（埼玉葛北障がい者生活支援センターふれんだむ）

中本明子氏（NPO 法人ソーシャルハウスさかい）

田尾有樹子氏（社会福祉法人巣立ち会）

<指定発言> 小泉裕子氏（三鷹市健康福祉部生活福祉課）

<司会> 小林由美子氏（社会福祉法人多摩棕櫚亭協会） … 115

（所属・役職等は、開催当時のものです。ご了承下さい）

| | |
|------|---|
| 実施日時 | 平成21年2月21日（土）10:00～17:00 |
| 実施場所 | 三鷹産業プラザ 7階会議室（東京都三鷹市下連雀3-38-4） |
| 参加者 | 162名 |
| 主催 | 三鷹市精神障がい者地域支援連絡会 （事務局を社会福祉法人巣立ち会に置く） |
| 後援 | 厚生労働省 東京都福祉保健局 三鷹市 |

【開会の挨拶：酒井利高氏(三鷹市健康福祉部調整担当部長)】

みなさん、おはようございます。三鷹市健康福祉部調整担当部長の酒井と申します。

本日は三鷹市長、清原慶子が本来は出席をして挨拶をするところですが、別の公用があるために、私が代わりに参りました。後ほど市長からのメッセージを預かっておりますので、代読したいと思っております。

なおこの催しですが、今年で3回目を迎えます。一昨年もこの会場を使い第1回をやり、去年は調布市のグリーンホールを使い、今回はまたここで「精神障害者の地域移行支援」を基本的なテーマとして第3回を迎えています。

三鷹市も、三鷹市精神障がい者地域支援連絡会が主催するこの事業を、この3年間ずっと応援をしております。三鷹市精神障がい者地域支援連絡会という団体が主催をしているわけですが、三鷹市の精神障害者の地域支援のうち、自立支援の事業については市も行政としてそれなりに頑張っているつもりですが、この連絡会が非常な力を持って実践しているということです。これはこういう催しを実現できる力を見れば明らかなわけですが、三鷹市では約20年ほど前から精神障害者の地域支援、例えば共同作業所であるとか、グループホーム、そういったものが誕生し、いろいろな事業が進められてきております。三鷹には大きな精神病院が2つありますので、その病院のスタッフや、さらには地域で精神障害者の自立支援の実践をしている法人が集まってやっています。毎月第2か第3月曜日の夜、いつもいろいろな討論をしています。そこには三鷹市も出席しているわけですが、時には緊張関係を持ったり、時には一緒にやっていくという形で、わりと良い雰囲気やって、その上で事業展開するための、広い、ゆるやかなネットワークを形成しているところです。

三鷹市は従来から、市民との協働による町づくりを実践しておりますし、それを目標としてやっております。そういう観点に立つと、行政と市民、事業者、当事者、そういう方が一緒になって、パートナーシップに基づいて、いろいろな地域での支援事業をやっていく。それはひとえに、いろいろな方が地域の中で、豊かに暮らしやすい町を作っていく。自分自身が生きやすく作っていくことでもあります。これは単に精神障害の問題にとどまらず、いろいろな障害への施策、さらには高齢者、子育て支援、そういったこと全てにつながるわけで、そういった実践の一つとして今日もあると思っております。

今日は非常に長丁場になるかと思えます。現場からもご来場頂いておりますが、講師の先生方も厚生労働省、東京都の精神保健福祉センターをはじめ、大阪・埼玉の方からも来て頂いておりますので、いろいろな新しい取り組み、また国の考え方、そういうものを参考にして頂いて、明日以降は今日の中身を確認して、地域でのいろいろな実践活動に生かして頂ければ、三鷹市としても嬉しい限りでございます。

長くなりましたけれども、三鷹市長清原慶子のメッセージを読ませて頂きます。

「精神障害者の地域生活移行支援シンポジウムによせて。

本日は、精神障害者の地域生活移行支援シンポジウムのご開催、誠におめでとうございます。三鷹市精神障がい者地域支援連絡会の皆様、関係者の皆様におかれましては、精神障がい者の地域生活移行と、定着支援推進事業の一環であるシンポジウムを三鷹市でご開催頂き、深く敬意を表しますとともに、心より感謝申し上げます。私は本日、他の公務のため残念ながら出席することが叶いませんので、メッセージを送ります。

さて、今年度三鷹市では、第二期三鷹市障がい福祉計画について、三鷹市障がい福祉計画検討市民会議や、三鷹市地域自立支援協議会をはじめ、多くの皆様に検討していただきます。先日、パブリックコメントも終わり、おかげさまでまもなく取りまとめることもできます。第一期障がい福祉計画を継承・発展して、寄せられた多くのご意見等を踏まえ、三鷹市が目指す2つのビジョン—『誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らしていけるまち』と、『誰もが地域社会の中で、個性を活かしつつ社会の構成員として自立して生活できるまち』の実現に向けて、さらなる計画の実践を進めて参りましょう。

私は、このシンポジウムは、そのための重要なステップとなり、精神障害者の方々の地域生活移行支援の充実につながるものと確信しております。結びに、本日は三鷹市精神障がい者地域支援連絡会の皆様、ならびにご参加の皆様にとりまして、実りあるシンポジウムとなり、今後のご活躍につながりますことを心から願っています。

平成21年2月21日、三鷹市長清原慶子」代読。以上でございます。(拍手)

(終了)

10:10～11:10 基調講演 I

吉川隆博氏

(厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部
精神・障害保健課 障害保健専門官)

～プロフィール～

吉川隆博 (きっかわ たかひろ)

〈職歴〉

昭和 59 年 4 月 財団法人河田病院 就職 (平成 18 年 3 月まで)

平成 18 年 4 月 岡山県立大学 保健福祉学部看護学科 (平成 20 年 6 月まで)

平成 20 年 7 月 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部

精神・障害保健課 障害保健専門官

現職では主に、精神障害者の地域移行支援、

精神保健福祉士の養成のあり方等に関する検討会、などを担当

〈最終学歴〉

平成 15 年 3 月 川崎医療福祉大学大学院 医療福祉学研究科保健看護学専攻
修士課程修了

〈社会活動〉

平成 18 年～ (岡山県) 総社市障害程度区分認定審査委員 (平成 20 年 6 月まで)

総社市障害福祉計画推進委員 (平成 20 年 6 月まで)

【基調講演 I : 吉川隆博氏】

おはようございます。ただいまご紹介いただきました、厚生労働省精神・障害保健課の吉川と申します。本日はよろしくお願い致します。

障害者保健福祉推進事業というのを今、障害福祉部では行っておりまして、主には地域支援、これまで皆様方がずっと実施されてきた実績を積み重ねて頂きながら、効果・成果、そしてノウハウ等を広く普及していただく目的で事業を行っているところです。21年度の事業につきましても、先日 HP で公開させて頂いているところです。

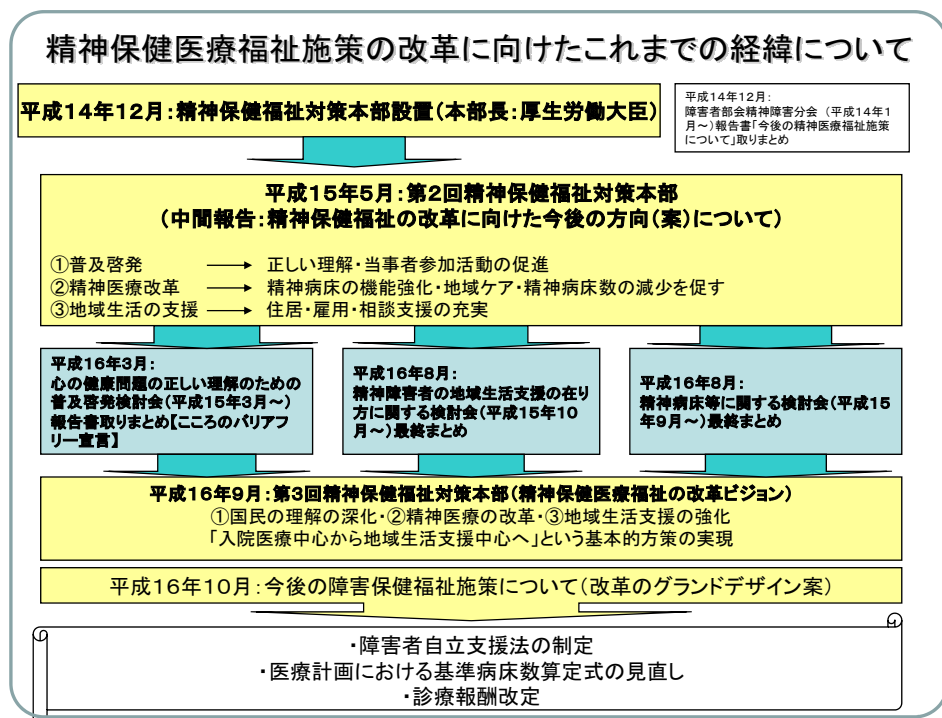
今回はそういった連絡協議会の主催なので、広く皆様方にこうして集まって頂いて、様々な立場の方がいろいろな豊富なご経験をふまえて、精神障害者の地域生活支援を今後どのように進めていくことができるのか、そういった可能性について、今日は一日有意義な研修会になることを確信しております。

今回のこの研修会の趣旨に沿って、精神障害者の地域生活移行支援に関わる制度についてお話をさせて頂きます。1時間という限られた時間ですので、全てを詳しくお話することはできないのですが、この21年というのは、精神障害者の地域生活支援の制度につきましても、かなり大きな転換期を迎える年になっております。

まず一つ目は、皆様方もご存知のように、現在精神障害者の施策につきましては、改革ビジョンを基盤として施策を進めていっております。こちらが平成16年の9月に公表されました。その前期の5年が21年の9月までですね。9月からは後期5年の施策に入ります。現在その10年計画の後半の5年間、どういう視点で重点的に計画を進めていくかということで、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を昨年からは開始しております。一応21年の9月までには方針を出したいと考えております。

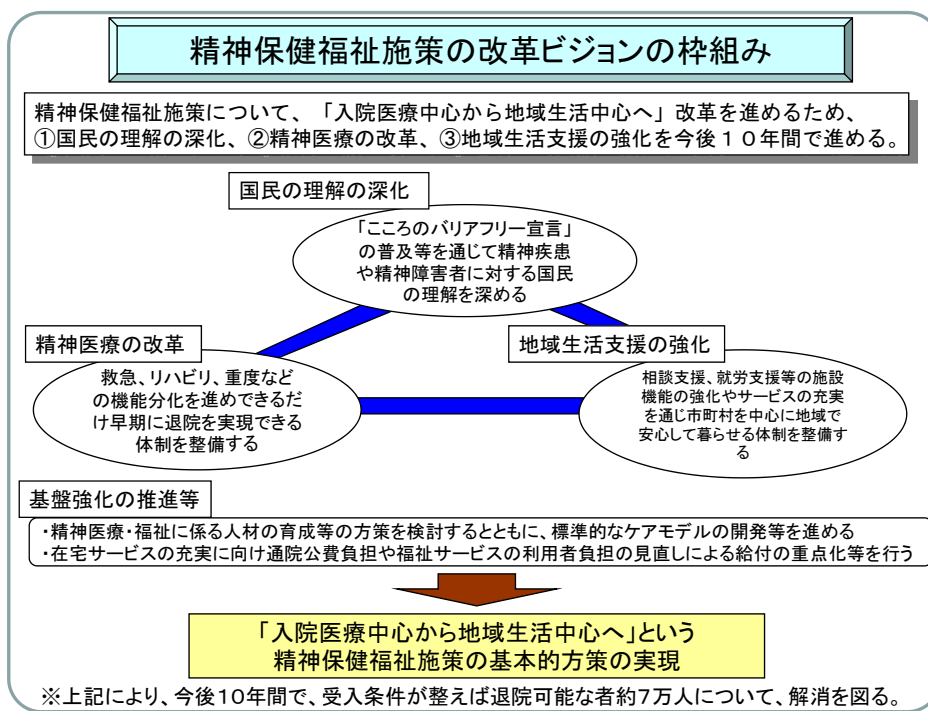
そしてもう一つは、21年の4月からの自立支援法ですね。こちら18年に施行されまして、3年後の見直しということで、現在作業を進めているところです。精神障害の施策と自立支援法の施策、そういったものの見直し、転換期にあるところで、そこがどう今後変わっていくとしているのかを中心に、本日はお話をさせて頂きたいと思っております。

I 精神保健医療福祉改革の経緯とこれまでの取り組み



まず、精神保健医療福祉改革の経緯と、これまでの取り組みということで、簡単にご説明させて頂きます。先程申し上げましたが、そもそも平成14年に精神保健福祉対策本部を設置し、その後特に普及啓発について、精神障害者の地域生活のあり方に関して、そして精神病床のありかたに関して、3つの事項について検討しまして、平成16年9月に精神保健医療福祉の改革ビジョン、「グランドデザイン」とも呼ばれていますが、これが示されました。

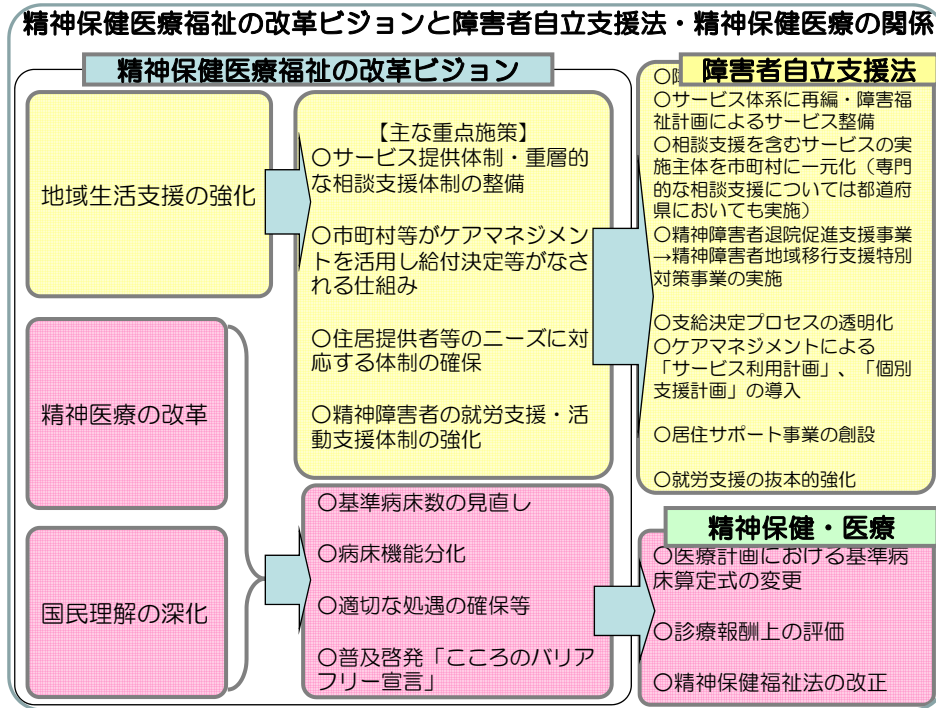
その後平成18年より障害者自立支援法が制定されまして、その中でも進めていくことになりましたが、一部独自にも進めていっているところです。



3

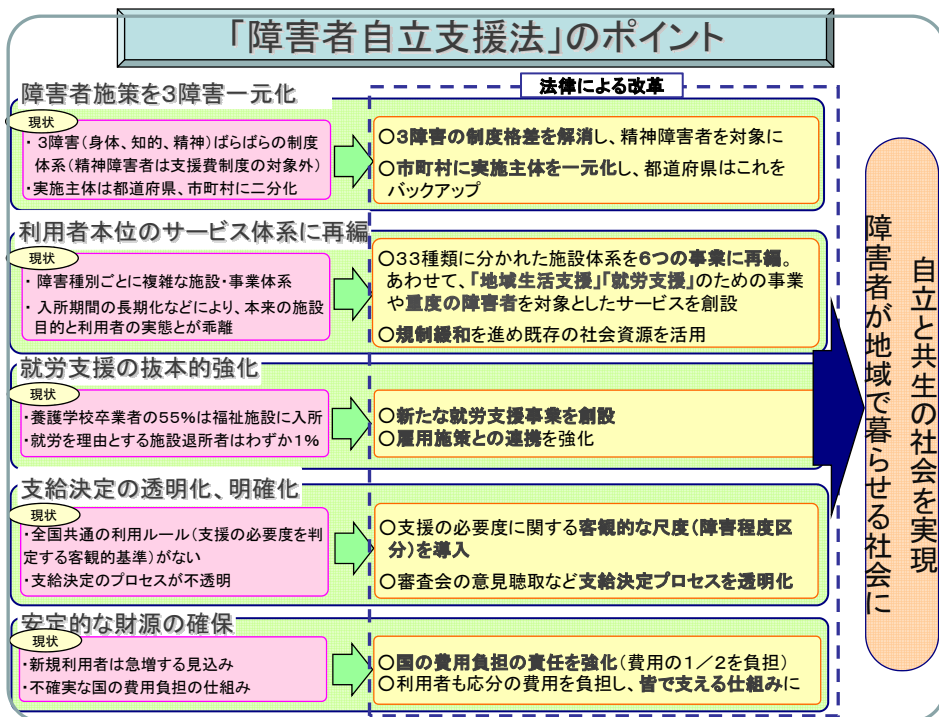
こちらがビジョンの枠組みになります。主に、先程も申しました「国民の理解の深化」、そして「地域生活支援の強化」、もう一つは「精神医療の改革」が大きな柱になっております。

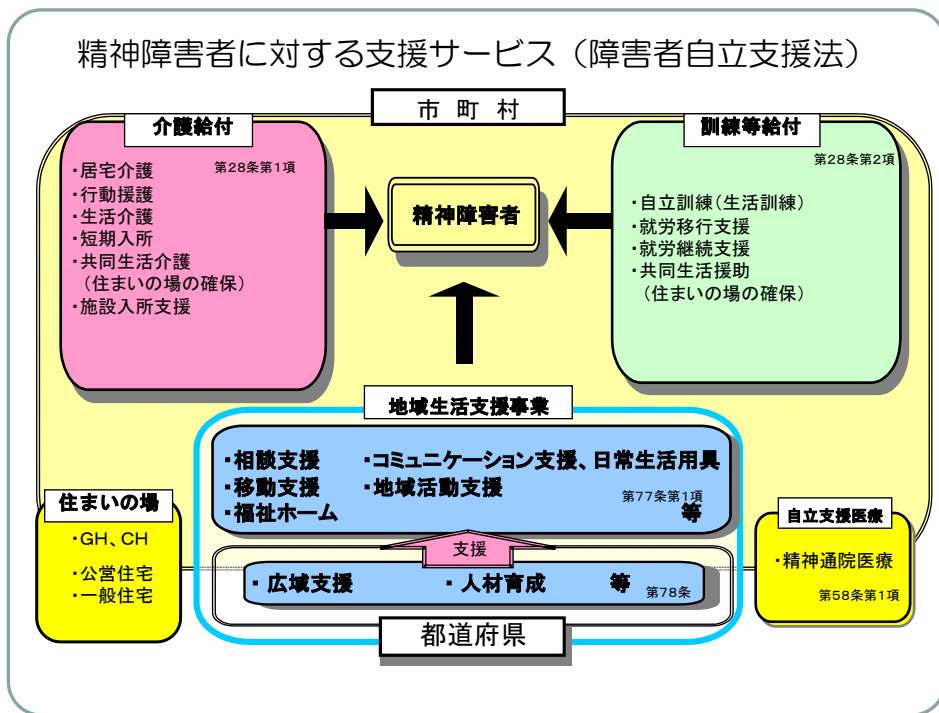
精神障害者の地域生活を支援するという時にはいくつか注目点はあるかと思うのですが、その中に精神科病院に入院されている方をどのようにして地域移行に結び付けていくか、そこが非常に大きな課題となっていると思います。精神医療の改革も行いながら、医療と福祉がどういふふうに関係していけるかが一つの大きな課題となっていると感じております。「入院医療中心から地域生活中心へ」という言葉を掲げて、それを目標として進めていっているところです。「今後10年間で、受入れ条件が整えば退院可能な者約7万人についても、解消を図っていく」、こういった具体的な目標値もお示しております。



これは実際の改革ビジョン、自立支援法と精神保健医療の関係図になっております。一番上が「地域生活の強化」で、主な重点施策として現在かなり、自立支援法で進めているところです。

医療の改革・国民の理解、ここも含めまして、精神の「あり方検討会」で検討しておりますので、そこはこの後ご説明させていただきます。





6

自立支援法のポイント、こちらの方は皆様よくご存知のことだと思います。

精神障害者に対する支援サービスにつきましても、これらの自立支援法のサービスを使いながら施策を進めていくことになっております。

II 精神障害者の地域移行支援に関する事業

精神障害者地域移行支援特別対策事業の創設

（背景）

受入条件が整えば退院可能な精神障害者の地域移行に向けた支援については、障害者自立支援法に基づく精神障害者退院促進支援事業等において一定の対応がなされてきたところ。

- ・平成15年～平成17年まで モデル事業（26都道府県、4指定都市）
- ・平成18年4月～ 精神障害者退院促進支援事業（10月から地域生活支援事業として実施）

障害福祉計画における、平成23年度末までの受入条件が整えば退院可能な精神障害者の減少目標値の達成のため、着実な推進が必要

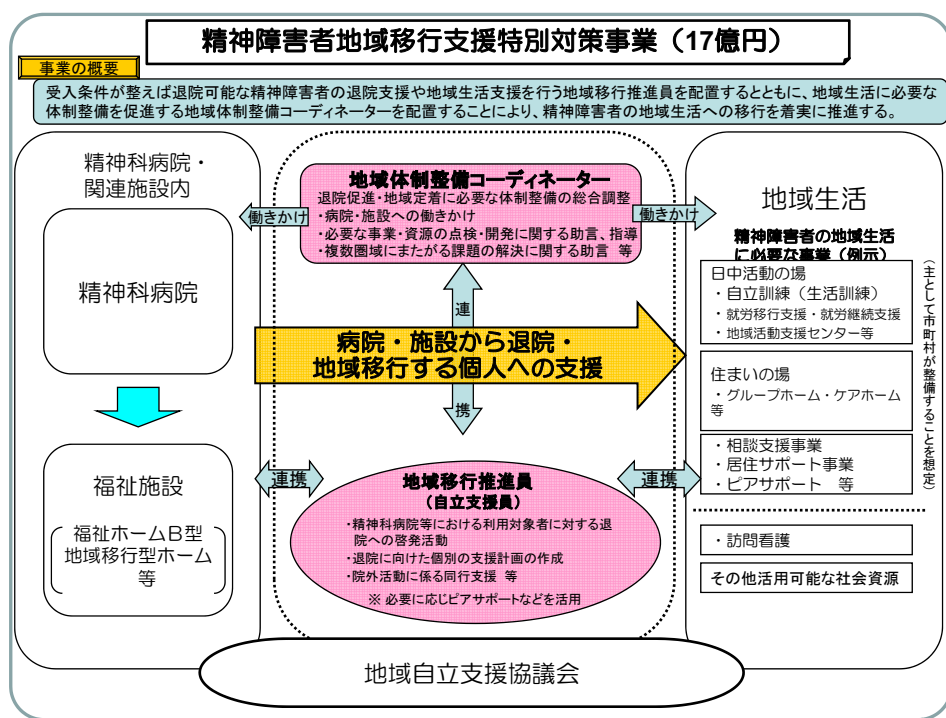
9

そして次に、精神障害者の地域移行支援に関する事業ですが、まず最初にご紹介するのは、精神障害者の地域移行支援特別対策事業、これが今年度(平成20年)から創設されました。

もちろん、精神科病院の経営者・スタッフも、退院支援に関していろいろ取り組みをして頂いているところですが、そこに地域からいろいろな取り組みができるのではないかとということで、こうした事業を行いながら精神障害者の地域移行を図っていくといった感じで進めていっております。

この特別対策事業ができるまでの経緯としては、その前身に精神障害者の退院促進支援事業がございました。ただ、その事業は全ての都道府県で行われているわけではありませんでした。

今回創設しましたこの特別対策事業につきましては、これまでの実績も踏まえて、ぜひとも全県で実施して頂くと、国もそういった意気込みで、それぞれの都道府県に実施をお願いしているところです。

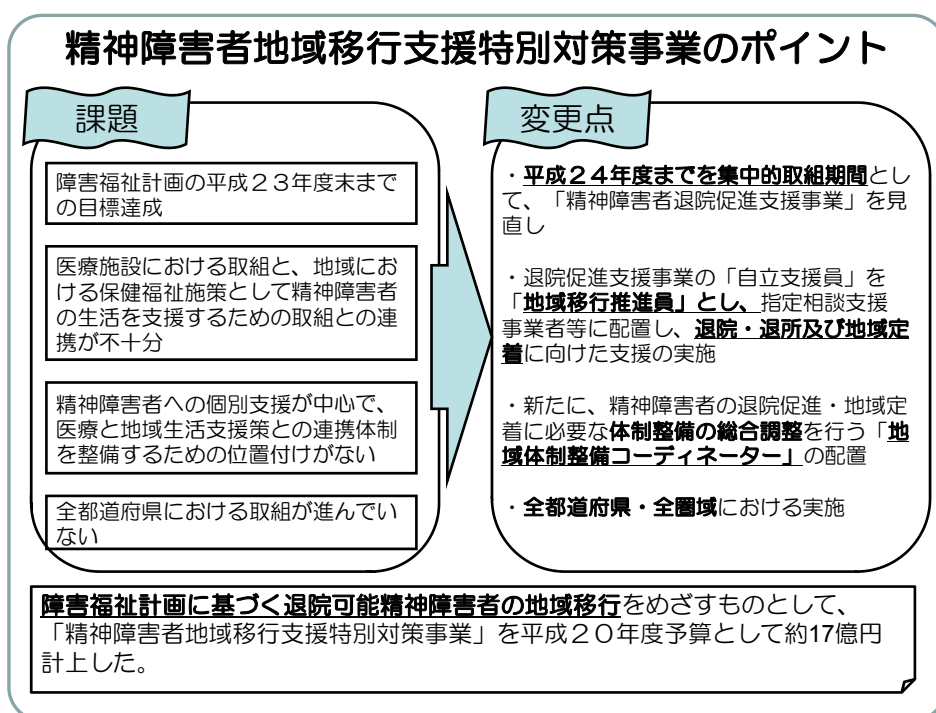


こちらはその特別対策事業の概面図になっております。事業費といたしましては17億円になっております。

この事業で非常に重要な役割を担って頂く方が、真ん中のところにお示ししております。先程も医療と福祉が相互に一体となって連携をしていけるか、そういったことを申し上げましたけれども、それがなかなか実際現場で見ると、必ずしも容易に協力したり連携できないという大きな課題が残されます。例えば事業所の方が個人で精神科病院とか、精神科入院中の患者さんに関わるというのはなかなか難しいところがあります。ですからそういったところを、各都道府県もしくは圏域の方で一体的にコーディネートしてもらって、そういった目的でまず地域体制整備コーディネーターを置いて頂く。

そして、具体的に個別支援をして頂く方として、図の下の方で「地域移行推進員」、以前は「自立支援員」と言われていましたが、そういった二つの役割の方を配置して、病院施設からの退院、地域移行を支援する事業になっております。

もちろんこの事業を行うにあたりましては、各都道府県で自立支援協議会を設置して頂き、地域づくりとか、こういった事業が推進できるように検討を行なって頂く。こうしたものが全て連携することによって、精神障害者の地域移行が進んでいくということで、この事業を全圏域で実施して頂くことを進めています。



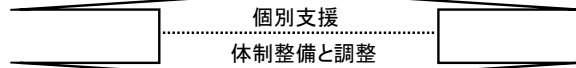
ポイントとしましては、医療施設における取り組みと地域における保健福祉策を支援していく。今まで連携が必ずしも十分でなかったところを支援していくことを目標としております。変更点としまして、24年度までを集中的な取り組み期間として進めて参ります。

今年度で始めて、9月の時点で全国の約76%の圏域で実施して頂いており、次年度は全圏域で実施できるように、それを目標としております。

地域移行推進員及び地域体制整備コーディネーター

地域移行推進員(自立支援員)

- ・精神科病院等における利用対象者に対する退院への啓発活動
- ・個別支援計画の作成と計画に基づき、退院に向けた院外活動等に係る同行支援等



地域体制整備コーディネーター

- 退院促進・地域定着に必要な体制整備の総合調整
- ・病院・施設への働きかけ
- ・必要な事業・資源の点検・開発に関する助言、指導
- ・複数圏域にまたがる課題の解決に関する助言
- ・地域移行推進員が作成する個別支援計画への助言指導と支援のフォローアップ等

12

精神障害者の地域移行に向けた今後の取組の方向性

○医療施設での地域移行支援に向けた取組と、福祉施策や地域保健・医療施策とが**連携**し、入院患者が医療施設から円滑に退院・退所して、地域で必要な支援を確実に受けながら、地域で定着して生活を行うための**体制整備**

➡ **精神障害者地域移行支援特別対策事業の活用 等**

○住まいの場合、必要なサービス、活用可能な社会資源の確保
障害福祉計画による計画的な整備

➡ **居住サポート事業の活用
自立支援協議会の活用 等**

○地域移行を支える人材の確保、支援手法の普及

➡ **研修会の実施（退院促進強化事業の活用） 等**

○地域住民の理解の促進

➡ **シンポジウムの開催 等**

それぞれの地域における具体的な課題の解消

13

こちらは精神障害者の地域医療に向けた今後の取り組みの方向性になっております。

特別対策事業の活用、そして障害福祉計画による計画的な整備、社会資源の確保、そして居住サポート事業とか、まだ他にも事業がありますので、そういったものも活用して頂きながら進めたいと考えております。そして社会資源だけを揃えていきましても、そこにはやはり良質な人材がより多く関わって頂けるというのが、地域医療を進めていく時のポイントとなっておりますので、そういった地域移行を支える人材の確保、そしてノウハウの活用、そういったものに関して、今回のような事業を通じて進めたいと考えております。

ここまでは特別対策事業のご説明になります。

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（論点整理）

1. 本検討会における議論の経過

平成16年9月に策定された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的の方策を更に推し進め、精神保健医療福祉施策に関する抜本的見直しのための改革ビジョンの後期5か年（平成21年9月以降）の重点施策群の策定に向けて、本年4月より、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催し、検討を開始。これまでの議論の整理、今後の検討の方向性に関する論点のとりまとめを行う。

2. 精神保健医療福祉の課題

(1) **統合失調症患者を中心とした地域生活への移行と地域生活の支援の一層の推進**
改革ビジョンに掲げた方向性に沿って、障害者自立支援法の見直しとあわせて一層の推進を図る。

(2) **認知症患者への対応等新たな課題への対応**
(1)に加え、増加する認知症患者に対する入院・入所機能のあり方の検討や児童・思春期等精神保健医療の直面する新たな課題への対応を図る。

3. 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- 現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめその関係者は、その反省をすべき。
- 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、「入院医療中心から地域生活中心へ」との基本的理念に基づき、今後の施策立案・実施に当たるべき。
- その際、将来あるべき姿（ビジョン）を示し、数値目標を定め、ロードマップを明確にし、定期的に進捗状況を評価するという流れを徹底すべき。

【具体的施策の方向性】

①地域生活を支える支援の充実 ②精神医療の質の向上（精神疾患の早期発見・支援のための体制確保を含む）
③精神疾患に関する理解の深化 ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

16

続きましては、今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会、この概要を説明させて頂きたいと思っております。

最初にご説明しましたように、精神医療福祉の改革ビジョンの前期5年が終了しようという時期に来ております。そこで後期5年計画の方向性について議論していただくことを目的として開催されております。

先年9月には、これまでのご意見を整理しまして、今後、本検討会においてどういったことを重点的に検討していくかという論点整理を行いました。その論点整理が、こちらのスライドです。

二番目を見て頂きますと、精神医療保健福祉にはどのような課題があるのかということが、大きく分けて書いてあります。一つ目は統合失調症の患者さん、そういった方を対象とした地域生活への移行、そして地域生活の支援、これを一層推進していく。そのために何が必要か。そういった視点でございます。もう一つは、近年精神科病院には認知症の患者さんが外来・入院ともに非常に多くなってきておりますので、そういった精神科病院に入院されている認知症の方をどうするか、どういった医療・支援を提供していくのかも大きな課題となっております。

三番目に書いてあるのが、基本的な考え方としてお示しているものです。下に具体的施策の方向性が書いてあります。一つ目は、地域生活を支える支援を充実させていく、二つ目が精神医療の質の向上で、精神疾患をより早く発見して必要な医療を受けて頂く、そういったことも考えている。三つ目が精神疾患に関する理解の進歩で、医療啓発に関わるところも進めていく。そして四番目、長期入院患者さんを中心とした、地域生活への移行・定着の支援ですね。

13

4. 統合失調症患者を中心とする地域生活への移行及び地域生活の支援

※障害者自立支援法の見直しとあわせて議論

- ・ 入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置いて、統合失調症患者を中心とした地域生活への移行及び地域生活の支援施策を行う。
- ・ 新たな長期入院を生み出さないという基本的な姿勢に立って、地域生活への移行を促す。
- ・ 長期入院患者の特性に応じたきめ細かい施策を実施する。

主な検討課題

相談支援

- 障害者自立支援法に基づく相談支援の充実、ケアマネジメント機能の拡充
- 相談支援体制の中核を担う地域自立支援協議会の機能の充実
- 精神保健の分野も含め、市町村・都道府県・精神保健福祉センター等、行政機関の役割の制度化
- 保健福祉分野と学校教育分野の連携の強化

福祉サービス等の充実

- 住まいの場の確保(公営住宅、民間住宅の活用促進等)、訪問による生活支援の充実、効果的な家族支援の検討

地域生活を支える医療の充実

- 精神科救急医療に係る都道府県による体制確保、一般救急医療との連携に関する制度上の位置付けの検討
- 精神保健指定医の確保のための具体的方策(5年毎の更新要件の見直し等)の検討

入院中から退院・退所までの支援の充実

- 退院・退所時の個別支援の充実、地域移行・地域定着に必要な体制整備の充実

17

ここからはそれぞれ具体的に、先程ご説明したものを個別の論点としてご説明しておりますが、時間の関係で簡単にさせていただきます。

まず、地域生活の移行と地域生活の支援につきましては、自立支援法の見直しと合わせて議論して頂くこととなっております。

主な検討課題としては、相談支援・福祉サービスの充実、地域生活を支える医療の充実、そして入院中から退院までの支援を特に充実させる。

【地域移行関係の抜粋】

- 受入条件が整えば退院可能な患者は、入院期間、年齢、疾患によって様々となっており、地域生活への移行のための方策を考えていくに当たっても、この点に十分留意し、患者像に応じたきめ細かい対応を図っていくことが必要である。
- 病床調査の結果を踏まえ、地域生活への移行に係る施策については、受入条件が整えば退院可能な患者以外の患者も念頭に置いて行うべきではないか。
- 患者調査では、受入条件が整えば退院可能な患者の約3分の1は入院期間1年未満の患者であるが、精神病床における新規入院患者の87%が入院から1年以内に退院していることや1年以上の長期入院患者の動態が大きく変化していないことを踏まえ、今後、数値目標の設定をはじめ、住まいの場の確保等の施策に関する検討を行うに当たっては、入院期間1年以上の長期入院者群に重点を置くべきではないか。

18

中でも地域移行関係について少し抜粋をしました。

受け入れ条件が整えば退院可能な患者さんには、それぞれ入院期間、年齢、そういった点において様々な状況がございます。こういった点に十分留意して、患者像に応じたきめ細かい対応を図っていくことが必要ではないか、こういったご意見も頂いております。

それと現在、どういった患者さんが入院されているのか、調査も行われております。それも踏まえて、地域生活に移行可能な方については、「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」だけではなく、それ以外の患者さんも念頭において検討を行なう必要もあるのではないかとのご意見も頂いております。

患者の調査ですが、「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」の約3分の1は、実は入院期間1年未満の患者さんになっております。また、新しく入院されている患者さんの87%は、入院から1年未満で退院しているという状況になっておりますが、ただ、残り13%くらいの患者さんは、1年以上たっても退院できないという状況がございますので、「新たに長期入院患者さんを増やさないように」、そういったことも課題として、どういった対策が必要かを考える必要もあるのではないかとということも言われております。

あと長期入院患者さんの、疾病、入院期間、年齢、などの特性が多様であることから、住まいとか医療福祉サービスとか、特性ごとにきめ細かい議論を行いながら、具体的な施策を講じることになる、そういったことも言われております。

5. 精神保健医療体系の再構築

※増加する認知症患者への対応をはじめ、精神保健医療の直面する新たな課題への対応についても今後重点的に議論

- ・ 医療制度全体の取組の状況を踏まえて、精神保健医療の水準の向上を目指す。
- ・ 将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。
- ・ 機能（統合失調症、認知症等）に応じた入院機能の明確化、統合失調症患者の地域移行の更なる促進による病床数の適正化を図る。

主な検討課題

入院医療

- 病期や疾患に応じた入院機能の明確化、病床機能分化の推進
- 人員・構造等の基準、機能に応じた病床の必要数、機能強化の方策等、今後の精神病床のあり方の検討

通院・在宅医療

- 精神科デイ・ケア等の患者の症状等に応じた機能強化・分化や精神科訪問看護等の在宅医療の充実のための方策を検討

医療体制・連携

- 今後の精神医療体制のあり方を検討
（制度的な位置付け、精神科救急医療体制、病院と診療所との機能分担・連携、身体合併症の患者への医療提供のあり方、一般医療との連携、早期支援）
- 他のサービスや関係機関との連携が必要と考えられる分野（認知症、依存症、児童・思春期等）について、体制のあり方を検討

※特に認知症について、精神病床や介護保険施設等の入院・入所機能を含めた体制の全体像の検討

人材の確保・資質の向上をはじめとした精神医療の質の向上

- 医療関係職種の人材の確保や資質の向上のための方策を検討

20

次は五番目といたしまして、精神医療保健体制の再構築、医療に関するところがございます。

地域生活支援につきましては、実はすでにこの検討会では中間のとりまとめをさせて頂いております。それを社会保障審議会の障害者部会にご報告をさせて頂いており、自立支援法の見直しに反映をして頂くようになっております。ですから、春からの検討会では、主に精神医療体系についてどう考えるかという議論を集中的に行っていく予定になります。そこで、どういったところがポイントになるのかを、こちらのスライドに示しております。

主な検討課題といたしましては、入院医療、こちらは病棟ですね。病床の機能分化をどのように考えていくのか、それとそういった機能に応じて人員とか構造の基準とかについてどのように考えていくのか。そして、退院されて地域で生活される精神障害者の在宅医療に関して、どう充実させていくのか。あと医療体制・福祉との連携ですとか、関係機関との連携をどう考えていくのか。そういったことが今後の議題となっております。

6. 精神疾患に関する理解の深化(普及啓発)

精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止を図る。

主な検討課題

- ターゲット(疾患、年代等)の明確化、ターゲットに応じた効果的な普及啓発の手法や実施主体の検討
- 学齢期の若者等に対する普及啓発の重点的な実施
- 統合失調症に関する理解の進展を目標とした普及啓発の重点的な実施

7. 今後の検討に向けて

- 統合失調症患者を中心とする地域生活への移行・支援に関する事項については、障害者自立支援法の改正にあわせて本年中に具体化
- 精神保健医療を含め、精神保健医療福祉施策の全体像の取りまとめは、平成21年夏を目途
- 精神病床数に係る目標値の設定や今後の取組の方向性については、引き続き議論

21

そしてもう一つは、精神疾患に関する理解の深化、啓発も含めた検討を進めていきたいと思っております。

主な検討課題としましては、ターゲットを少し明確にして啓発をおこなっていくことを考えております。

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進に向けて

1. 本検討会における議論の経過

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(平成16年9月)における「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的の方策を更に推し進め、改革ビジョンの後期5か年(平成21年9月以降)の重点施策群の策定に向けて、本年4月より検討を開始。
- 9月には、「これまでの議論の整理と今後の検討の方向性【論点整理】」を取りまとめ。
- 9月以降、この「論点整理」に基づき、引き続き検討を進め、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活への支援に関し、今回、障害者自立支援法の見直し等に向けた意見を取りまとめ。

2. 基本的な考え方

精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援については、精神障害者の特性を十分に踏まえて、以下を基本的な考え方とする。その際、病院等から地域生活への移行を目指す者だけでなく、家族と同居している者への支援についても推進する。

- ① 障害者自立支援法に基づくものをはじめとする相談支援の充実強化を今後の施策の中核として位置付ける。
- ② ケアマネジメント機能及び相談支援の中核を担う地域自立支援協議会の機能の充実を図る。
- ③ 障害者自立支援法に基づく障害福祉サービスと保健医療サービスとの密接な連携の下で、複合的なサービス提供ができる体制の一層の充実を図る。

3. 個別に対応すべき事項

- ① 障害者自立支援法、精神保健福祉法の改正等の制度的な見直し、② 障害福祉サービスの報酬における評価の見直し、③ 関係予算の確保等により施策の具体化を図る。

4. 今後の検討に向けて

改革ビジョンの後期5年間の重点施策群の策定に向けて、精神保健医療に関する事項や国民の理解の深化(普及啓発)に関する事項等、この中間まとめに盛り込まれていない事項について、「論点整理」に基づき、今後更に集中的に検討を行い、今後の精神保健医療福祉施策の全体像のとりまとめを目指す。

23

個別に対応すべき事項①

① 相談支援について

(1) 地域生活の拡充のための相談支援について

(相談支援体制の充実強化)

- 総合的な相談を行う拠点的な機関の設置等、地域における総合的な相談支援体制の充実
- 退院等に向けた地域生活の準備のための同行等の支援に加え、民間住宅等への入居時の支援や緊急時に対応できる地域生活における24時間の支援等について、全国のどの地域においても実施されるよう、評価を充実

(ケアマネジメント機能の拡充)

- 病院等から地域生活への移行を目指す者等を含めたサービス利用計画作成費の対象者の拡大
- サービス利用計画の作成手続の見直し、作成後の継続的なモニタリングの実施

(自立支援協議会の活性化)

- 自立支援協議会の機能の充実と法律上の位置付けの明確化

(相談支援の質の向上)

- 相談支援を担う人材の養成とその資質の向上
- 精神障害者又は家族同士のピアサポートの推進

(2) 相談体制における行政機関の役割について

- 精神保健に関する相談への対応や、医療に関する相談や複雑困難なケースへの対応等、市町村、保健所、精神保健福祉センターによる精神保健福祉に関する相談体制を具体化

(3) 精神保健福祉士の養成のあり方等の見直しについて

- 精神障害者の地域生活の支援を担う役割の明確化等の制度的対応、カリキュラム見直しの検討

24

あり方検討会の「中間まとめ」は、先程少し説明しましたので、こちらもご参考にして頂ければよいかと思います。相談支援とか、地域生活を支える福祉サービスの充実に関しては、障害者部会に報告をさせて頂いております。

個別に対応すべき事項②

② 地域生活を支える福祉サービス等の充実について

(1) 住まいの場の確保について

(グループホーム・ケアホームの整備促進・サービスの質の向上)

- 整備費の助成制度や公営住宅の活用等を通じた整備促進、夜間支援体制の確保等サービスの質の向上

(公営住宅への入居促進)

- 優先枠設定等による優先入居の一層の普及、民間住宅の借上げによる公営住宅の供給の促進 等

(公営住宅のグループホーム・ケアホームとしての活用促進)

- 改良工事費への助成の充実等、活用促進のための方策を推進

(民間賃貸住宅への入居促進)

- 「あんしん賃貸支援事業」の更なる普及、公的家賃債務保証制度の拡充・普及 等

(2) 生活支援等障害福祉サービス等の充実について

(訪問による生活支援の充実等)

- 訪問による生活訓練の評価の充実等、訪問による生活支援の充実

(ショートステイ(短期入所)の充実)

- 精神障害者本人による利用の拡大、評価の充実を通じたショートステイの充実

(就労支援等)

- 就労系障害福祉サービスの機能の充実と雇用施策との連携強化、雇用支援の一層の推進・充実
- 障害者就業・生活支援センターの全障害福祉圏域での設置に向けた整備促進と関係機関との連携強化
- 社会適応訓練事業の果たしている機能の障害者施策全体の中での位置付けの明確化

(家族に対する支援)

- 効果的な家族支援の一層の推進

25

個別に対応すべき事項③

③ 精神科救急医療の充実・精神保健指定医の確保について

(1) 精神科救急医療の充実について

- 都道府県による精神科救急医療体制の確保やモニタリングの実施等の制度化
- 精神科救急医療と一般救急医療との連携の制度化

(2) 精神保健指定医の確保について

- 都道府県による医療機関や指定医への協力依頼や輪番制等の体制整備の促進
 - 精神保健指定医が、措置診察等の公務員としての業務や精神科救急医療等の都道府県における精神医療体制の確保に協力すべきことについて法定化
 - 失念等により精神保健指定医資格の更新期限を超えた場合、再取得の際に一定の配慮を行うことについて制度化
- ※ 措置診察等の業務への参画を精神保健指定医の資格更新の要件とすること等については、その適否を含め将来的に検討

④ 入院中から退院までの支援等の充実について

- 精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援について、施策の推進体制を制度上明確化
- 精神保健医療福祉従事者の責務の明確化
- 地域生活への移行及び地域生活の支援に必要な体制整備を行う機能の更なる充実
- 入院中の段階から、試行的にグループホーム等での生活の体験や通所系の福祉サービスの利用ができる仕組みの導入

26

ここからの資料は、先程ご説明しました、これから検討していく精神医療についての、個別に対応する事項となっております。

ここまでの、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の内容になります。かなり短い時間でご説明しましたので、なかなか十分に伝わらなかった部分もあるかと思うのですが、精神障害者の地域移行に関しましては、あり方検討会で検討していることが一つ。その中でも、福祉に関するところは自立支援法の見直しと非常に関連しているということです。

IV 社会保障審議会障害者部会 報告の概要

(社会保障審議会)障害者部会の報告の説明も、そういった視点で見て頂ければと思います。

障害者自立支援法ですが、施行後3年の見直しということで、障害者部会で色々ご議論して頂きました。そのご議論して頂いたものを、平成20年12月16日に報告書にまとめさせて頂きました。

社会保障審議会障害者部会 報告の概要

◎ 障害者自立支援法施行後3年の見直しで対応すべき事項、及び今後更に検討していかなければならない事項について取りまとめ。

※ 今後とも、実施状況や取り巻く環境の変化を踏まえて見直していく。

(見直しに当たっての視点)

- ① 障害者にとってより良い制度となるかどうかという「当事者中心に考えるべきという視点」
- ② 障害者ができるだけ地域で自立して暮らせるようにするという基本理念の下、「障害者の自立を更に支援していくという視点」
- ③ 安定的なサービス提供体制の確保という観点も考慮しながら、不都合については改善を図り、「現場の実態を踏まえて見直していくという視点」
- ④ 障害者の自立を国民皆で支え、共生社会を実現していくために、「広く国民の理解を得ながら進めていくという視点」

(内容)

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1. 相談支援 | 4. 障害者の範囲 |
| 2. 地域における自立した生活のための支援 | 5. 利用者負担 |
| 3. 障害児支援 | 6. 報酬 |
| | 7. 個別論点 |

28

対応すべき事項、及び今後さらに検討しないといけないという事項については、視点として真ん中の枠の中にお示しております。

まず一つ目として、障害者にとってよりよい制度となるかどうか、当事者中心に考えるべきということですね。二つ目は、障害者ができるだけ地域で自立して暮らせるようにするという基本理念の下、障害者の自立をさらに支援していくという視点。三つ目は、安定的なサービス提供体制の確保という観点に考慮しながら、不都合については改善を図り、現場の実態を踏まえて見直しをしていくという視点。そして四つ目が、障害者の自立を国民みんなで支え、共生社会を実現するために、広く国民の理解を得ながら進めていくという視点ですね。こういった視点をもって見直しをすべきではないか。

内容としましては七つあります。一つ目は相談支援についてです。二つ目が地域における自立した生活のための支援。三つ目が障害児に関する支援。四つ目が障害者の範囲をどう考えていくのか。五つ目が、こちらはいろいろな立場の方からご意見を頂いているところですが、利用者の負担についてどのように考えていくのか。そして六番目は報酬ですね。これはやはり、社会資源を充実させていくためには、それぞれの事業所が安定した経営体を維持できないと充分確保していけ

ないということで、そういう報酬についてどう考えていくのか。そして七番目は、いろいろな個別の問題点。

こうしたところからの見直しを、ご意見を頂いていろいろ検討した結果、一定程度共通してご理解頂けたところを報告書でまとめて、その主なところだけをこの概要ではご説明しております。

1. 相談支援

- 地域の相談支援体制の強化や質の向上。相談支援の拠点的機関の設置。
- サービス利用計画作成の対象者をすべての障害者に拡大するとともに、ケアマネジメントに基づいて市町村が支給決定する仕組みを導入。
- 自立支援協議会の法律上の位置付けを明確化。

2. 地域における自立した生活のための支援

① 地域での生活の支援

- 地域移行に向けた計画的な支援を充実するとともに、地域生活移行を支援するため、緊急時に対応できる24時間のサポート体制を充実。
- グループホーム等について、夜間支援等を充実。身体障害者を対象に。

② 就労支援

- 就労移行支援事業・就労継続支援事業の充実、工賃倍増計画の推進、官公需の優先発注等により、障害者の就労支援を推進。

③ 所得保障

- 障害基礎年金の水準の引き上げ等については、社会保障制度全般の議論との整合性や財源の確保なども含め、検討すべき。
- 住宅費は、高齢者や母子施策との整理も必要であり十分な検討が必要。他方、地域移行という観点から必要となる費用の支援について検討すべき。

29

まず相談支援については、一つ目に、地域の相談支援体制の強化を図っていく。そして拠点的な機関を設置することを考える必要があるのではないかと、そういったご意見を受けました。

全国でサービス利用計画を作成している方が 2,000 人以下、そういった状況もあることから、適切なケアマネジメントを行っていくためには、サービス利用計画の対象者をどんどん拡大していく必要があるのではないかと。それとケアマネジメントの、市町村が支給決定する仕組みをもう一度見直す必要があるのではないかと。

そして二番目には、地域における自立した生活のための支援として、まず一つ目の地域での生活の支援としましては、緊急時に対応できるような24時間のサポート体制がやはり必要ではないのか。それと、グループホームにおける夜間の支援を充実させる必要があるのと、身体障害者も対象にする必要があるのではないかと。二番目は障害者の就労支援に関してです。現在の就労移行支援、継続支援事業を充実させていく。あと、工賃倍増計画とか、そういったものに関しても推進していく。三番目が所得保障に関するものです。社会保障制度全般の議論との整合性、あと財政の確保なども含めて検討すべき。そして住宅費は、高齢者、あと母子の整備も必要になりますことから、十分な議論をしていく。そして地域医療という観点から必要になる支援についても検討すべきではないかと。

3. 障害児支援

- 障害児の施設は、多様な障害の子どもを受け入れられるよう一元化するとともに、保育所等への巡回支援の機能を充実。
- 放課後や夏休みの支援のため「放課後型のデイサービス事業」を実施。
- 入所施設について、満18歳以降は障害者施策で対応するよう見直し。支援の継続性や、重症心身障害児・者の児者一貫した支援に十分に配慮。

4. 障害者の範囲

- 発達障害や高次脳機能障害が、法の対象に含まれることを明確化。
- 難病等への支援をどのような制度体系で行うかは、今後更に検討。

5. 利用者負担

- 利用者負担の在り方は様々な意見があり、今後とも更に検討が必要だが、現在の利用者負担の仕組みについて、所得に応じてきめ細やかな軽減措置が講じられていることについて、国民に明確にしていくことが必要。
- 特別対策等による負担軽減は、平成21年4月以降も更に継続して実施。
- 障害福祉サービスと補装具の利用者負担を合算して軽減する制度を検討。自立支援医療との合算は、医療保険制度との関係等を含め、今後更に検討。
- 心身障害者扶養共済給付金の収入認定時の取扱いや、利用者負担軽減の際の資産要件の見直し等について、検討が必要。

30

そして三番目には、これもいろいろとご意見を頂きました、障害児の支援についてどうしていくのかということについて。まず一つ目は、障害児の施設は多様な障害の子どもさんを受け入れられるよう一元化する、そして保育所等への巡回支援、そういった機能も充実させる必要があるのではないかと。そして放課後・夏休みの支援のための、放課後型のデイサービス事業も実施する必要があるのではないかと。そして、18歳以降は障害者施策で対応するよう見直して、支援の継続を図っていくことも必要ではないのか。

あと四番目、障害者の範囲についてです。発達障害・高次脳機能障害の方々が、今後の対象には含まれることを明確化する必要があるのではないかと。そして難病等の方への支援を、どういった制度対応を行うのか。それについては、今後さらに検討していく必要があるのではないかと。

そして五番目の利用者負担についてですが、利用者負担のあり方につきましては、いろいろな立場の方から様々なご意見を頂いております。現在の利用者負担の仕組みにつきましては、所得に応じてきめ細やかに軽減措置を現在いろいろと行っておりますが、今後も一定程度継続していくことがやはり必要ではないかと。21年4月以降、さらに継続して実施する必要があるのではないかとのご意見をまとめさせて頂きました。

6. 報酬

- 障害福祉サービスの質の向上、良質な人材の確保と事業者の経営基盤の安定等のため、平成21年4月に報酬改定を実施。

7. 個別論点

① サービス体系

- 「日払い方式」を維持しつつ、事業者の安定的な運営が可能となるよう報酬を見直し。利用者が欠席した場合等においても体制を整えていることなどにも着目して、報酬改定等において必要な措置。
- 旧体系の施設が新体系へ移行する際、安定的に運営できるよう、報酬改定等において更に配慮。

② 障害程度区分

- 身体障害、知的障害、精神障害を各々の特性を反映するよう抜本的に見直し。実際に行われている支援の実態に関する調査を早急に実施。
- 障害者支援施設の入所の要件について、重度の者という基本的考え方を維持しつつ、障害程度区分が低い者であってもケアホーム等での受入れが直ちに困難な者は、一定の要件の下で利用できるようにすべき。
- 旧法の施設に入所していた者の継続入所は、平成24年4月以降も継続。
- 訪問系サービスの国庫負担基準は区分間合算とともに継続しつつ、重度の者に配慮しながら額を見直し。小規模な市町村への財政的な支援を検討。

31

③ 地域生活支援事業(統合補助金)

- 重度の視覚障害者の移動支援などを、自立支援給付とすることを検討。
- 小規模作業所の移行のため、地域活動支援センターについて、より少人数での活動形態を検討すべき。

④ サービス基盤の整備

- 福祉人材確保指針に基づく取組を進めるとともに、適切な給与水準を確保するため、適切な報酬を設定。
- 中山間地等のサービスを確保するため、報酬上の加算措置、多機能型事業所の人数要件の緩和、小規模施設への配慮を検討。

⑤ 虐待防止・権利擁護

- 障害者の虐待防止について、現行法に基づく取組とともに、虐待防止法制を検討。
- 「成年後見制度利用支援事業」等の活用を進める。

⑥ 精神保健福祉施策の見直し

- 精神科救急医療体制や、市町村、保健所、精神保健福祉センターの相談支援体制を充実。精神保健福祉士の養成の在り方等を見直し。

⑦ その他

- 障害者の権利に関する条約の批准に向けて検討が進められるべき。

32

そして六番目の報酬につきましては、障害福祉サービスの質の向上・良質な人材の確保を図る、そういったことも含めて経営基盤の安定のために、この春から報酬改定を実施する必要があるのではないかとということで、実はこちらにつきましては、今回のスライドを準備させて頂いた時点ではまだ報酬改定が公にできる段階ではなかったのですが、ちょうど昨日の夕方から公になりましたので、少しそのあたりはご説明ができるかとは思っております。

そして七番目の個別論点。サービス体系、あと障害程度区分について、そして地域生活支援事業、サービス基盤の整備、あと虐待防止・権利擁護と、精神保健福祉施策の見直し。

V 障害者自立支援法の見直しと報酬改定のポイント

こういった障害者部会での議論を踏まえまして、厚労省では、自立支援法の具体的な見直しの作業を、現在も行っているところです。報酬改定につきましては昨日公にさせていただきましたが、自立支援法の法律自体の見直しにつきましては、これから国会で審議をして頂く段階になりますので、残念ながら今日はあまり具体的なところはお示しできる段階ではございませんので、ご理解頂きたいと思います。

障害保健福祉関係主管課長会議資料抜粋

平成20年12月25日(木)

※全容はWAMホームページ掲載してあります

資料の内容

- 平成21年度障害保健福祉関係予算案の概要▼平成20年度補正予算(第2号)主な障害保健福祉関係予算案の概要
- 社会保障審議会障害者部会報告概要
- 社会保障審議会障害者部会報告▼～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～
- 「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」について
- 平成21年4月の障害福祉サービスの報酬改定について
- 利用者負担の軽減措置について(案)
- 自立支援医療の対象者、自己負担の概要(案)
- 障害者自立支援対策臨時特例交付金の概要(案)
- 障害者自立支援対策臨時特例基金管理運営要領新旧対照表(案)
- 平成20年度障害者自立支援対策臨時特例交付金交付要綱新旧対照表(案)
- 〇〇(都道府)県障害者自立支援対策臨時特例基金条例(参考例)(案)
- 障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業の実施方法について(案)▼障害者自立支援対策臨時特例交付金に基づく基金スケジュール
- 障害者自立支援対策臨時特例交付金の実施に係る事務の流れ(案)
- 障害者自立支援対策臨時特例交付金に基づく基金事業の延長・増強に係る質問の受付について
- 平成20年度障害者自立支援対策臨時特例交付金に係る協議について
- 医療観察法指定医療機関の整備等について
- 「肝機能障害の評価に関する検討会」の開催について
- 障害者自立支援給付支払システムについて(報酬改定関係)
- グループホーム・ケアホーム等に対する消防法令等の適用について
- 地域生活支援事業関係等について
- 平成21年度住宅関係予算(障害者関係部分抜粋)
- 精神保健福祉士の養成の在り方等に関する検討会 中間報告書
- 「世界自閉症啓発デー」(4月2日)について
- 障害程度区分の見直しスケジュール

34

こちらは障害保健福祉関係の主管課長会議の資料の抜粋になっていますが、実は今からご説明させて頂くものを含めまして、自立支援法に関する見直し、障害保健福祉関係に関するものはHP からダウンロードできるようにさせて頂いておりますので、皆さんの方で確認して頂ければと思います。

報酬改定について
報酬改定では全体で+5.1%の改訂

● **良質な人材の確保**

専門性のある人材への評価

● **サービス提供事業所の経営基盤の安定**

事業の実状・実績を踏まえた経済基盤の安定を図る為の措置

● **サービスの質の向上**

重度者への対応を含め、各サービスの目的・機能に即した良質な支援や障害特性への配慮等質の向上を図る措置

● **生活支援の基盤の充実**

GH・CHにおける支援体制の充実など地域生活支援機能を高める

● **中山間地域への配慮**

中山間地域等規模の拡大を図ることが困難な地域への配慮

● **新体系への移行の促進**

新体系移行への円滑な移行のための環境を整備

その中でも今回の報酬改定は、+5.1%の改定という、新聞でも報道されていますように、一応こちらが要求したとおりの改定になりました。この改定の中身はどういった構造になっているかというのが示してあるような項目で、かなり多岐に渡るところで、いろいろと報酬について、加算をしたり、今までなかったものを新設したり、今までの点数をさらに踏み込んだ内容とか、そういう意見をまとめさせて頂いております。まず一つ目は良質な人材の確保、二つ目にサービス提供事業者の経営基盤の安定、そして質の向上、そういったものそれぞれの合計 5.1%の加算となっております。

具体的に4月からの報酬改定について、こちらもすでに HP からダウンロードして、それぞれの単価についてもご覧になることができますので、細かいところにつきましてはご確認をぜひして頂きたいと思っております。いくつかの改定に分けて、それぞれ特徴について少し時間を割いてご説明を加えたいと思います。

平成21年4月の障害福祉サービス報酬改定について(抜粋)

(注) 以下の内容については、今後変更がありうるものである。

新体系事業共通の事項

- 日中活動系サービスの20人以下単価、施設入所支援の小規模定員加算(仮)の創設。
- 日中活動系サービスについて、食事提供体制加算を継続
- 事業運営配慮加算(仮)の新設を検討
- 福祉専門職員配置加算(仮)の新設を検討
- 医療連携体制加算(仮)の新設を検討

就労継続支援

- 基本報酬サービス費(I)(7.5:1の職員配置)を新設
- 重度者支援体制加算(仮)の新設(重度者の利用に着目した報酬上の評価の変更)
- 施設外就労加算(仮) (特別対策を基本報酬への加算に変更)
- B型のみ: 目標工賃達成指導員配置加算(仮)

就労移行支援

- 就労移行支援体制加算(定着率で細分化)
- ※就労支援関係研修修了加算(仮)
- 施設外就労加算(仮)

36

まず今回の報酬改訂について、共通した事項としてはどんなことがあるのかというところが、最初の枠の中に書いてあるところです。一つ目として日中活動系サービス、20人以下の単価を創設しております。そして事業運営配慮加算も新設したのと、新聞もかなりここを取り上げておりましたが、福祉専門職員の配置に関する加算を今回新設させて頂いております。こちらは良質な人材の確保と、サービスの質の向上を図るという観点から、一応三つの大枠に分けて要件は設定させて頂きました。一つ目の要件は、研修の計画的な実施、もしくは研修を修了された方を配置する、そういった考え方と、もう一つは社会福祉士等の割合、あとは常勤職員によるサービス提供時間の割合、そういった考え方を含ませております。この福祉専門職員というのがどういった方々になるのかというと、「社会福祉士等の資格を持つ人」と考えておりますので、そういった方々を25%以上雇用されている事業所、と考えて頂きたいと思います。それと、常勤職員の割合が75%以上の事業所、または勤続年数が3年以上の常勤の職員の方が30%以上いる、そういうことも考えております。

それから、医療連携体制加算の新設もございませう。そちらは、指定基準上は看護職員の配置を要しない施設に関しても、医療的なケアを要する障害者の方々が利用されているところもありますので、そういった場合には、医療機関との契約に基づいて、看護職員等の訪問を受けて提供された看護についても評価するものです。

次の二番目の枠が、就労継続支援になっております。こちらは、基本報酬サービス費I、こちらが7.5:1という職員配置について単価を新設しております。それと施設外就労は意義があるということで、報酬を新設しております。それと、B型のみ目標工賃達成指導員配置加算。

就労移行支援につきましても、同じように施設外就労加算を設けております。

自立訓練（生活訓練）

- 2時間以上の訪問を評価：機能訓練サービス費(Ⅱ)

自立訓練（生活訓練）（宿泊型）

- 利用開始から2年間の単価を一定
- 保護観察所等連携加算(仮)
- 地域生活定着支援等のための支援員配置加算(仮)
- 入院時、帰宅時、退所時や、病気時等の日中における利用者の支援を評価

共同生活援助（グループホーム）

- サービス費(Ⅰ)(4:1)、サービス費(Ⅱ)(5:1)単価の創設と小規模事業加算廃止
- サービス費(Ⅴ)(体験利用)単価の創設
- 夜間支援体制加算(仮)
- 日中支援加算(仮)
- 保護観察所等連携加算(仮)

共同生活介護（ケアホーム）

- サービス費(Ⅰ)(4:1)、サービス費(Ⅱ)(5:1)単価の創設
- サービス費(Ⅳ)(体験利用)単価の創設
- 夜間支援体制加算(仮)
- 小規模事業加算及び小規模事業夜間支援体制加算は廃止
- 日中支援加算(仮)
- 保護観察所等連携加算(仮)

37

自立訓練に関してですが、基本報酬について、利用開始から2年間の単価を一定にするという形、それと地域生活定着支援のための支援員の配置加算、地域移行支援体制の強化加算ですね、そういったものを設けております。

次の共同生活援助、いわゆるグループホームにつきまして、4:1 あるいは 5:1 単価を設けております。それと体験利用を行えるように、287単位を設定させて頂いています。また夜間防災体制加算も創設しております。それと利用者が心身の状況等において日中活動系のサービスを利用できない場合の日中支援活動も入ります。それともう一つ、医療観察法に基づく利用者につきましても、地域生活移行個別支援加算というものも設けさせて頂きました。

次の共同生活介護についてですが、同じように 4:1、5:1 ですね。また体験利用についての単価、同じように夜間支援体制の加算、それから日中支援の加算ですね。そういったものについて設けさせて頂きました。

施設入所支援

- 基本報酬:利用者個人の障害程度区分に基づく評価
- 人員配置体制加算(仮)
- 夜間看護体制加算(仮)
- 土日等日中支援加算(仮)
- 栄養士配置加算の定員40人以下単価の創設・栄養マネジメント加算(仮)、経口移行加算(仮)、経口維持加算(仮)、療養食加算(仮)
- 保護観察所等連携加算(仮)

短期入所

- 夜間のみ利用する場合の報酬区分を設ける。
- 医療連携体制加算(仮)
- 単独型加算(仮)
- 重度障害者支援加算(仮)、短期利用加算(仮)、栄養士配置加算(仮)

訪問系サービス(居宅介護、重度訪問介護、行動援護)の報酬上の評価

- 中山間地域等の事業所により提供されるサービス
- 初回時や緊急時などサービス提供責任者の労力が特にかかる場合
- 重度訪問介護の基本報酬の見直し(サービス提供時間の細分化)
- 行動援護の基本報酬の見直し(1日当たり5時間以上を新設)

重度障害者等包括支援

- 中山間地域等の事業所により提供されるサービスについて、報酬上の配慮

38

次が施設入所等の支援になりますが、まず一つ目に基本報酬の考え方を、これまでの平均障害程度区分に基づく評価を見直して利用者個人の障害程度区分に基づく評価にということで、一日あたりの単価を設定しております。それと、夜間の看護体制加算、夜間職員の配置体制加算も新たに設けさせて頂いております。それと日中活動サービス、こちらを算定しない入所施設におけるサービス提供についても、重要性に鑑みまして、基本方針に加えてさらに加算により評価をしております。それと栄養士の配置に対してと、医療観察法に基づきます通院医療の利用者に対する支援についても評価を行うということで、地域生活個別支援特別加算、そういった加算を設け、ただこちらは継続3年以上、そういった条件もございます。

短期入所につきましても、夜間のみを利用する場合の区分と、医療連携体制加算、それと単独型の加算に関しまして、今回設けております。

訪問系サービスにつきましては、こちらに書いてある通りとなっております。

報酬構造表の一部抜粋(例)

(注)検討途中であり、変わることがあり得る

生活訓練サービス費(※)の加算

| |
|---------------------|
| 福祉専門職員配置加算 |
| 地域移行支援体制強化加算 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 |
| 初期加算(利用開始直後～) |
| 欠席時対応加算 |
| 医療連携体制加算(Ⅰ)(Ⅱ) |
| 短期滞在加算(Ⅰ)(Ⅱ) |
| 日中支援加算(宿泊型に加算) |
| 通勤者支援体制加算 |
| 入院時支援加算(当該月) |
| 長期入院時支援特別加算 |
| 帰宅時支援加算 |
| 長期帰宅時支援加算 |
| 地域移行加算(宿泊型に加算) |
| 地域生活移行個別支援特別加算 |
| 利用者負担上限額管理加算 |
| 食事提供体制加算 |
| 精神障害者退院支援施設加算(Ⅰ)(Ⅱ) |

地域生活援助サービス費と加算

| | |
|----------------|----------------|
| 共同生活援助サービス費(Ⅰ) | 1:4 |
| 共同生活援助サービス費(Ⅱ) | 1:5 |
| 共同生活援助サービス費(Ⅲ) | 1:6 |
| 共同生活援助サービス費(Ⅳ) | それ以外 |
| 共同生活援助サービス費(Ⅴ) | 体験 |
| 加算 | 福祉専門職員配置加算 |
| | 夜間防災体制加算 |
| | 日中支援加算 |
| | 自立生活加算 |
| | 入院時支援加算(当該月) |
| | 長期入院時支援特別加算 |
| | 帰宅時支援加算 |
| | 長期帰宅時支援加算 |
| | 地域生活移行個別支援特別加算 |
| | 医療体制連携加算 |

←※生活訓練サービス費は20人以下の単価を新設、訪問型報酬引き上げ、宿泊型期間の延長を検討

39

こちらが報酬の構造表の抜粋になっていますが、こういった構造にそれぞれ報酬を新たにつけておりますのでご覧ください。

VI 障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業の実施方法

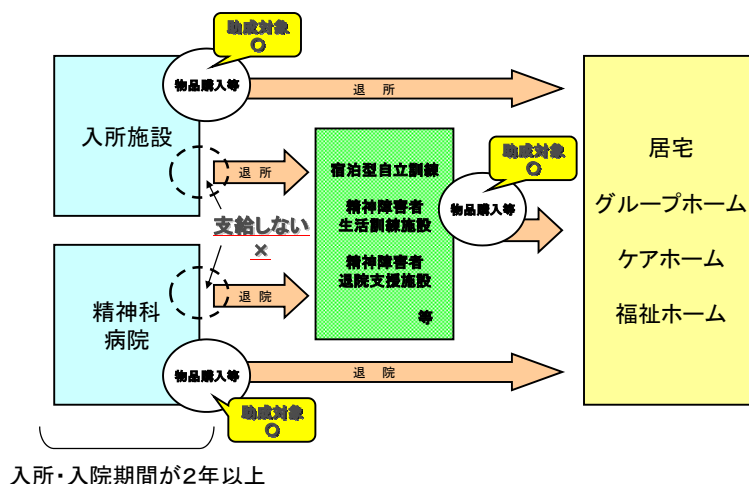
最後に、障害者自立支援特別対策事業の中で特に精神障害者・地域移行支援に関するものを少し抜粋しております。

(6) 地域移行支度経費支援事業（新規）

- 1 事業の目的
入所施設の入所者や精神科病院の入院患者の地域生活への移行を促進するため、地域での生活において必要となる物品の購入について支援を行うことを目的とする。
- 2 事業の内容
 - (1) 実施主体 都道府県
 - (2) 事業の内容
入所施設の入所者又は精神科病院の入院患者が地域生活に移行するに当たって、地域生活で新たに必要となる物品を購入するための費用の助成を行う。
 - ・対象施設：障害者支援施設、宿泊型自立訓練事業所、精神障害者退院支援施設、精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病床を有するものを含む。）身体障害者療護施設、身体障害者入所更生施設、身体障害者入所授産施設、知的障害者入所更生施設、知的障害者入所授産施設、知的障害者通動寮、精神障害者生活訓練施設、精神障害者入所授産施設
 - ・対象者：対象施設に2年以上入所等している障害者（宿泊型自立訓練事業所、精神障害者退院支援施設、知的障害者通動寮及び精神障害者生活訓練施設を除く対象施設に2年以上入所・入院していた者に限る。）であって、居宅（賃貸住宅を含み、家族等との同居の場合を除く。）、ケアホーム、グループホーム又は福祉ホームに移行する者。
 - ・対象物品：地域生活を開始するに当たり必要となる物品類（布団・枕・シーツ等の寝具、タオル、照明器具、食器類等であってグループホーム等の共用物品は除く。）
 - (3) 補助単価 （調整中）
- 3 補助割合 定額（国1/2、都道府県1/2）
- 4 実施年度 平成21年度～23年度
- 5 留意事項
事業を行うに当たっては、都道府県が対象施設に助成を行い、原則対象施設が対象者に現物をもって支給若しくは購入の支援又は現金の支給を行うこと。
- 6 事業担当課室・係 障害福祉課 地域移行支援係

41

地域移行支度経費支援事業の助成対象



42

まず一つ目に、地域移行支度経費支援事業が新たに事業となりました。補助加算についてはまだ出てないのですが、事業の目的としましては、入所施設の入所者や精神病院等の入院患者

が地域生活に移行するときに、地域での生活において必要になる物品の購入について、いわゆる支度金というような意味合いですが、そういった部分を支援していく事業でございます。対象施設や対象者、あとどういったものが実際に支度金として対象になるのかについて、地域生活を開始するに当たって必要になるもの、布団であるとか枕・シーツ、そういった身の回りのものですね。実施年度につきましては、今のところ21年度から23年度です。

(10) 障害者地域移行体制強化事業

1 事業の目的

新たなサービスへの円滑な移行に向けて、関連する各施策を強化するための各種の事業を、緊急的かつ集中的に実施することにより、地域への移行をより一層推進することを目的とする。

2 事業の内容

地域移行のための関係機関のネットワーク強化、グループホーム等への移行のための支援、施設職員による包括的な地域移行支援への助成、地域生活支援の拠点化に関するモデル事業等を行う。

ア 障害者地域移行促進強化事業（別紙1のとおり）

①イ グループホーム・ケアホームへの移行促進事業（別紙2のとおり）

①ウ 地域移行支援事業（障害児施設からの家庭復帰を含む）（別紙3のとおり）

①エ 障害者を地域で支える体制づくりモデル事業（別紙4のとおり）

①オ 触法障害者地域移行支援事業（別紙5のとおり）

①カ 医療観察法地域処遇体制強化事業（別紙6のとおり）

キ 精神障害者等の家族に対する支援事業（別紙7のとおり）

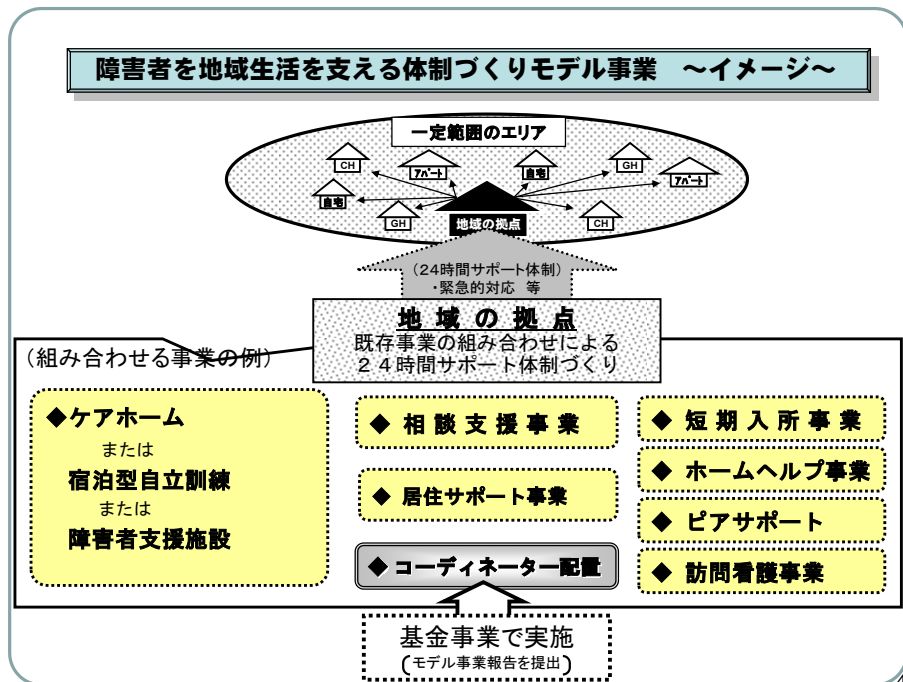
43

それと、障害者地域移行体制強化事業、こちらは従来からあるものですが、新たに新設したものが5つほどございます。まず一つ目が、こちらの地域移行支援事業、それから障害者地域移行に対するモデル事業、それから触法障害者地域移行支援事業、医療観察法地域処遇体制強化事業、そして精神障害者の家族に対する支援、こういったものが新たな支援として加わりました。

(別紙 4) エ 障害者を地域で支える体制づくりモデル事業 (新規)

- 1 事業の目的
入所施設又は病院から地域生活へ移行した障害者など地域に住む障害者が安心して生活を継続するためには、地域の中で様々なサポートを行っていく必要がある。
様々な既存の社会資源等を組み合わせて活用するなど面的な支援体制を構築していくことにより、障害者の安心して地域生活への移行及び安定した地域生活の確保を図っていくことを目的とする。
- 2 事業の内容
 - (1) 実施主体 都道府県
 - (2) 事業の内容
障害者の地域生活のニーズに応じた様々な支援体制を構築していくモデル事業に対して助成を行う。
(例)
 - ・関係機関の連携による24時間サポートのための体制づくり
 - ・既存の相談支援事業者ショートステイ等を組み合わせた体制づくり
 - ・障害福祉サービスを利用していない障害者に対する支援体制づくり
 - (3) 補助単価 (調整中)
- 3 補助割合 定額(10/10)
- 4 実施年度 平成21年度～23年度
- 5 その他 当該事業の実施後は、モデル事業報告を各都道府県へ提出
- 6 事業担当課室・係 障害福祉課 地域移行支援係

44



45

障害者を地域で支える体制づくりモデル事業というのは、目的としましては、入所施設または病院から地域生活に移行した障害者が安心して生活を送れるようにする、そのためには地域の中で様々なサポートが必要となってくるので、そういった社会資源を組み合わせる支援体制を構築していくことに視点を当てております。事業内容につきましては、関係機関の連携による24時間のサポートのための体制作り、それと既存の相談支援事業者、ショートステイ等を組み合わせた体制づくりが事業の中に含まれております。

(別紙 7) キ 精神障害者等の家族に対する支援事業 (新規)

- 1 事業の目的
精神障害者等が地域で安心して生活するためには、本人に対する支援だけでなく、その家族に対する支援も重要であることから、お互いの悩みを共有したり、情報交換する家族同士の交流活動等に対して助成を行う。
- 2 事業の内容
 - (1) 実施主体 都道府県
 - (2) 事業内容
 - ① 精神障害者等の家族同士の交流スペースの整備に対する助成。
 - ② 精神障害者等の家族同士が交流する催しに対する運営費の助成。
 - (3) 補助単価（1障害福祉圏域あたり）

| | |
|-------------------|------|
| ○ 交流スペースの整備に対する助成 | ○○○円 |
| ○ 交流事業の運営に対する助成 | ○○○円 |
- 3 補助割合 定額（10／10）
- 4 実施年度 平成21年度～23年度まで
- 5 事業担当課室・係 精神・障害保健課 企画法令係

46

そして、もう一つが新たに加われました、精神障害者の家族に対する支援事業。精神障害者等が地域で安心して生活するためには、ご本人だけではなく、ご家族の方に対する支援も非常に重要になってまいります。お互いの悩みを共有したり情報交換をする、そういった交流活動とかに関しても助成を行っていくということです。具体的には、精神障害者等の家族同士の交流スペースの整備、そして精神障害者の家族同士の交流の催し物に対する運営料の助成、こういった補助を検討しております。

(11) 一般就労移行等促進事業

- 1 事業の目的
障害者自立支援法では、就労移行支援事業等により、障害者の就労支援を実施しているが、これをさらに充実させるため、一般就労への移行及びその後のフォローアップ等を含めた支援や工賃引き上げ、及び就労の機会の場について、さらなる促進を図ることを目的とする。
- 2 事業の内容
一般就労移行を含めた障害者の就労支援をさらに促進するため、障害者の職場実習・職場見学の促進、就労支援ネットワークの強化・充実、一般就労への移行に有効な施設外就労等の促進、移行後の職場定着支援、離職の危機や、やむを得ず離職した者への再チャレンジ支援、目標工賃達成に対する助成、及び就労継続支援B型から就労継続支援A型への移行についての支援を実施する。
 - ア 職場実習・職場見学促進事業（別紙1のとおり）
 - イ 就労支援ネットワーク強化・充実事業（別紙2のとおり）
 - ウ 施設外就労等による一般就労移行助成事業（別紙3のとおり）
 - （新）エ 障害者一般就労・職場定着促進支援事業（別紙4のとおり）
 - （新）オ 離職・再チャレンジ支援助成事業（別紙5のとおり）
 - （新）カ 目標工賃達成助成事業（別紙6のとおり）
 - （新）キ 就労継続支援A型への移行助成事業（別紙7のとおり）

47

それと、こちらは一般就労に関する新事業です。事業内容としまして、新たに障害者一般就労・職場定着支援事業、それと復職再チャレンジ助成事業、あと目標工賃達成助成事業、こういったものそれぞれが新規事業となっております。

以上が今日用意したスライドに基づいたご説明です。途中報酬のところでご説明が至らなかったところもあるのですが、具体的な報酬につきましては厚生省の HP に用意しておりますので、こちらのほうをぜひとも、皆様自身でご確認頂ければと思います。

何かご質問等ございましたら、少しお時間がございますので。

質問者： 大変詳しいお話をありがとうございました。

精神保健相談について、規定の改正のことがあるのですが、それはどのような形でなされているのでしょうか。

吉川： 皆さん、今のご質問のことがだいたいお分かり頂けますでしょうか。

地域の方からの精神保健および精神福祉に関する相談を、現在窓口として対応しているのが、市町村と、保健所と、精神保健センターとございます。ただ、精神福祉相談につきましては、何が法律の根拠になっているかといいますと精神保健福祉法において、現在市町村において相談を受けることになっております。

ただ皆様もよくお分かりになるかと思うのですが、障害者のご家族の方が精神福祉相談に訪れた時に、自分は福祉に関する相談をしているんだとか、そうではなくて自分は精神保健の病気に関する相談をしているんだとか、そこをご自身が区別して、私は福祉の相談、私は保健の相談と、区別するのが難しい状況があるのではないかということが、いろいろな調査などにより、課題となっているのですね。したがって、市町村でも精神保健に関する相談の役割を担って頂きたいというのが、検討会の意見の趣旨ではございました。

ただ、市町村それぞれいろいろな状況がありますので、市町村にただ「精神保健をして下さい」と言う、そういった見直しではなくて、保健所とセンターと市町村、それぞれがうまく連携をして、重層的にとよく言われるのですが、それぞれ3機関が連携をして、地域の人からの精神保健に関する相談に対して行政として役割を担っていくように、何とかそういう連携体制をうまくサポートできるように、見直しができればいいと考えております。

(終了)

11:20~12:00 基調講演Ⅱ

野津眞氏

(東京都立多摩総合精神保健福祉センター所長)

～プロフィール～

氏名 野津 眞 (のづ まこと)

略歴

昭和 52 年 3 月 東京大学医学部医学科卒
同 年 4 月 東京大学医学部附属病院分院神経科研修医
昭和 58 年 4 月 東京都立世田谷リハビリテーションセンター
昭和 60 年 4 月 東京都立中部総合精神衛生センター
昭和 62 年 7 月 東京都立中部総合精神保健センター医長
平成 7 年 4 月 東京都立精神保健福祉センター地域援助医長
平成 9 年 7 月 東京都衛生局医療福祉部精神保健福祉課長
平成 11 年 4 月 東京都立中部総合精神保健福祉センター保健福祉部長
(平成 13 年 4 月～平成 14 年 3 月 都立松沢病院診療部長兼務)
平成 20 年 4 月 現職

資格

医学博士
精神保健指定医

専攻

精神科リハビリテーション
地域精神保健・精神障害者福祉

【基調講演Ⅱ：野津眞氏】

先ほど国のお話を、非常に広い範囲でしかも細かくお話をして頂きました。改めてああやって聞かせて頂くと、一つ一つの事業の見分けがあまりつかない感じですが、国も一生懸命取り組んでおられるという事なので、私共としても心強いところではあります。

さて私は、多摩センターという所で多摩地域の精神保健福祉の仕事を行っているわけですが、今日は東京都での精神障害者の地域生活移行支援という、国の話から比べればローカルなお話です。さらに多摩地域ということですが、東京には1,200万の人口があって、特別区が800万人。多摩地域26市3町1村というと、東京都と言っても地域によっていろいろな違いがございます。

まず、私は多摩地域の特徴的なところをお話申し上げて、その後他についてもお話いたします。

東京都の精神保健医療の現況

| | |
|-------------------|-----------|
| ■ 自立支援医療利用者 | 約127,000人 |
| ■ 精神保健福祉手帳保持者 | 約43,000人 |
| ■ 精神科病院 114 病床数 | 約24,600床 |
| ■ 精神科診療所 | 約1,000 |
| ■ 訪問看護ステーション | 約600 |
| ■ 相談支援事業所 | 56 |
| （地域活動支援センター I 型等） | |

最初は、東京都の精神保健医療全般についての現況をご説明申し上げます。

自立支援医療を利用している方が約12万7千人くらい、13万人くらいまで伸びてきております。精神保健福祉手帳は4万3千から4万5千くらい。精神科の病院は115、病床は2万4千600、精神科の診療所は約1,000。訪問看護ステーションが600、相談支援事業所が56となっております。

多摩地域の概況

- 人口:4,109,272 (平成19年10月1日)
- 人口密度:2,616.69人/km²
13,692.78(下谷)、14,451.07(中部)
- 行政単位:26市3町1村
 - 八王子約57万人、町田約41万人
 - 府中約25万人、調布約22万人
 - 10万から20万人:13市
 - 5万から10万人:9市
 - 5万人未満:3町1村

多摩地域はどういうところかということ、人口は平成19年を集計してみますと410万人。人口密度は1平方キロメートル当たり2,620人。これを精神保健福祉センターそれぞれ、下谷にございます精神保健福祉センターの担当区域の人口密度では13,692人。中部センターの担当しております区域で14,450人。同じ東京で見ましても、多摩地域の人口密度と言うのは違うということがわかります。

行政単位では、一番大きいのが八王子市で57万人、町田市が41万人となりまして、15万人から20万人くらいの市が13、5万人から10万人の市が9、5万人以下が3町1村ということです。

保健医療圏域

- 西多摩(青梅、福生、羽村、瑞穂、奥多摩、あきる野、日の出、檜原)
約39万8千人
- 南多摩(八王子、町田、日野、多摩、稲城)
約137万6千人
- 北多摩南部(調布、狛江、府中、小金井、武蔵野、三鷹)
約97万3千人
- 北多摩西部(立川、昭島、国立、国分寺、東大和、武蔵村山)
約62万3千人
- 北多摩北部(小平、西東京、東村山、清瀬、東久留米)
約71万1千人

保健医療圏域ですが、多摩地域は西多摩・南多摩・北多摩の南部・西部・北部というようにございます。西多摩保健医療圏域は人口約40万人ぐらい。南多摩というのは八王子・町田が入っておりますので137万人。すごい数ですが、先ほど言いましたように八王子・町田を足しますと100万人近くなります。

北多摩南部が100万人弱、北多摩西部が62万人、北多摩北部が71万人です。

自立支援医療(精神通院)

(平成18年度末推計)

- 西多摩:約4,200人 (人口万対104.5)
- 南多摩:約14,300人 (同103.6)
- 北多摩南部:約9,600人 (同98.6)
- 北多摩西部:約6,700人 (同107.6)
- 北多摩北部:約9,100人 (同128.0)

参考 多摩全域:約43,800人(107.4)
都全域:約127,900人(100.6)

各圏域ごとに、自立支援医療の利用者を計算してみますと、西多摩では人口万対で104、南多摩では103、北多摩南部が98、北多摩西部が107、北多摩北部がこのように128ということで、かなり抜けているというところです。参考のために多摩全域ですと107、都全体で100くらいです。

精神障害者保健福祉手帳

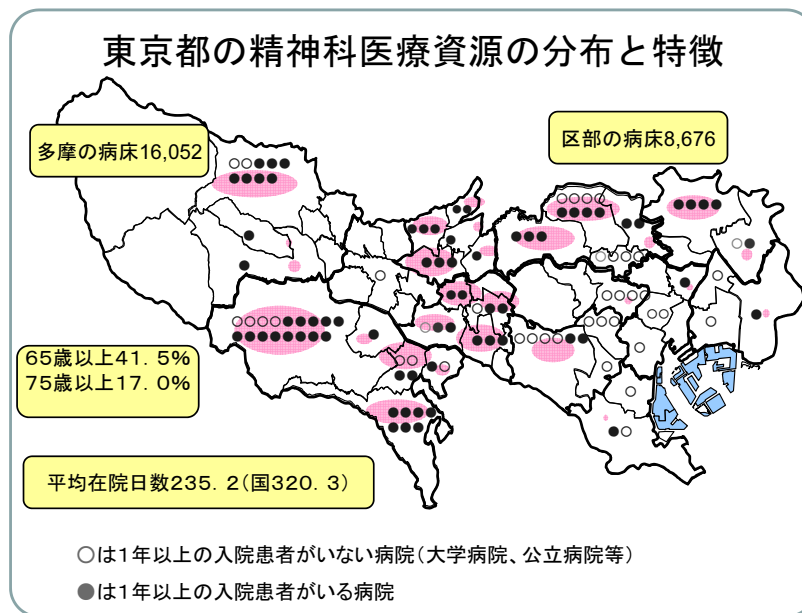
(平成18年度末推計)

- 西多摩:約1,340人 (人口万対33.0)
- 南多摩:約4,470人 (同32.5)
- 北多摩南部:約3,170人 (同32.6)
- 北多摩西部:約2,020人 (同32.5)
- 北多摩北部:約3,000人 (同41.6)

参考 多摩全域:約13,950人(同34.2)
都全域:約42,000人(同31.7)

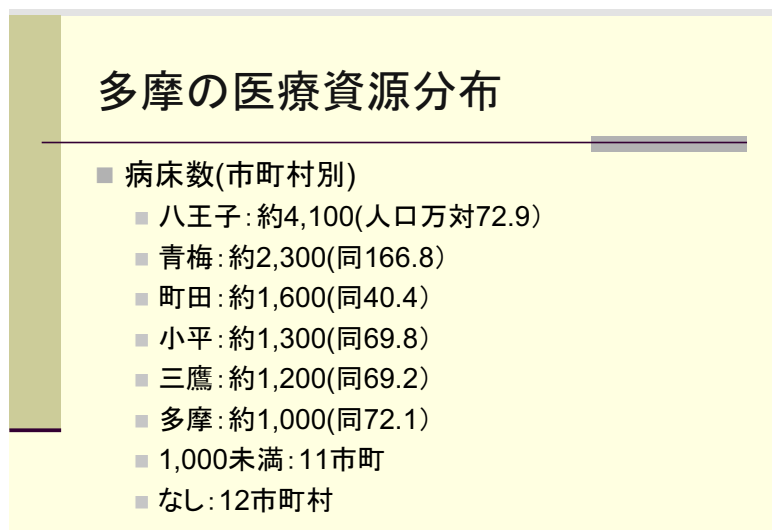
精神障害者の精神保健手帳を見てもみますと、人口万対で西多摩で33、南多摩で32という感じになります。やはり、北多摩北部が対人口当たりの手帳所持者の数が多いということになります。

こちらも参考までに、多摩全域でいきますとだいたい34くらい、都全域でいきますと31くらいです。なので、やはり北多摩北部の数の多さが明らかになっていると思います。



次は、精神科の医療資源、東京都では多摩地域に精神病床が偏っています。人口比では区部:多摩が2:1ですが、精神病床数では逆に区部:多摩が1:2です。

現在平均在院日数は230日余り、東京都は国全体から見ても、精神病院の在院日数は短くなってきています。一般論として、東京都の精神科病院は日本全国から見ますとやはり良いところが多い、例えば退院促進などに関しても熱心に取り組んでいるというのが私たちの実感ですけれども、それが数字の上でも出ているのではと思います。



病床数で一番多いのは八王子市。その次は青梅市、町田市となります。ただこれを人口比で見ると、青梅市が160を超えていて圧倒的に多い。人口で割るのはあまり意味がないことではあるけれども、実際に青梅に住んでいる方は「精神科病院が多いな」と感じていると思います。その一方で同じ多摩地域には「病床がなし」というところが12市町村あります。

病床数が多い多摩地域ですが、もう少しミクロに見ていくと、市町村間の差が結構あることがわかって頂けるかと思います。

多摩の医療資源分布2

- 病床数(圏域別)
 - 西多摩:約2,550(人口万対64.0)
 - 南多摩:約7,590(同55.2)
 - 北多摩南部:約3,260(同33.5)
 - 北多摩西部:約60(同1.0)
 - 北多摩北部:約2,800(同39.4)
- 参考 多摩全域:約16,000(同39.9)
都全域:約24,600(同19.5)

同じことを圏域別で計算していきますと、西多摩の圏域が人口万対64。多摩全域ですと40です。都全域では19という数字になっています。

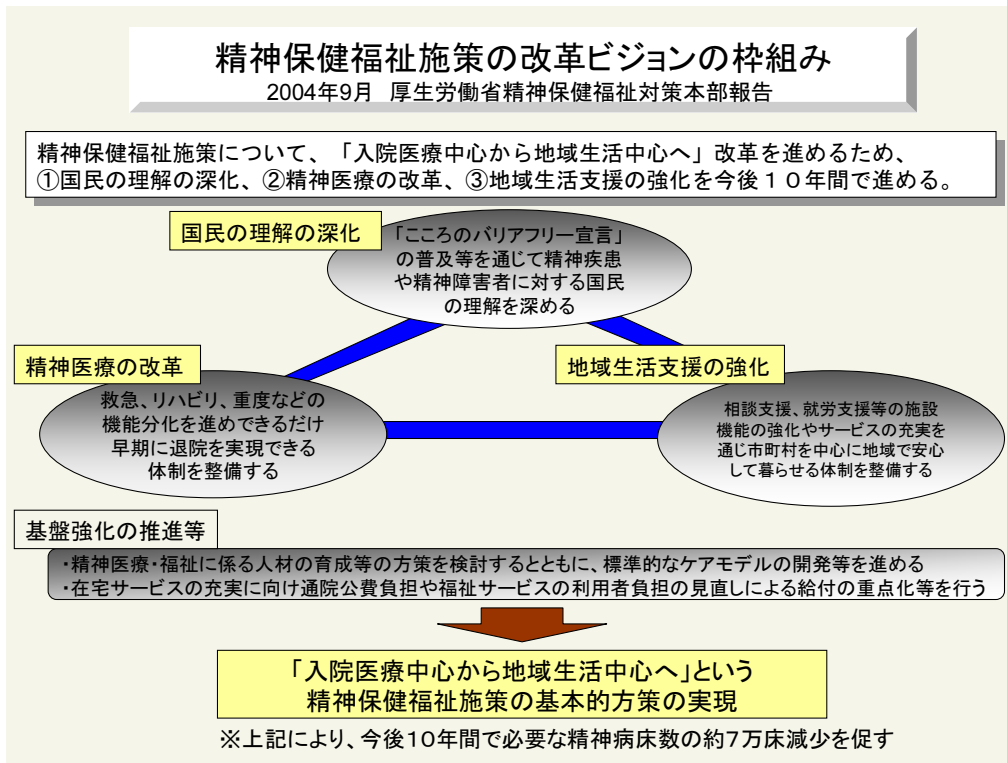
市町村財政(平成19年度)

- 精神保健福祉費(一部データなし)
 - 予算額
 - 最大:約38億3千万円(H市)
 - 最小:約100万円(H村)
 - 住民一人当たり予算額
 - 最大:2114円(T市)
 - 最小:2.8円(H市)
- 東京都(参考)
 - 予算額:約186億1千万円(内医療費公費負担:約166億3千万円)
 - 一人当たり予算額:1454円

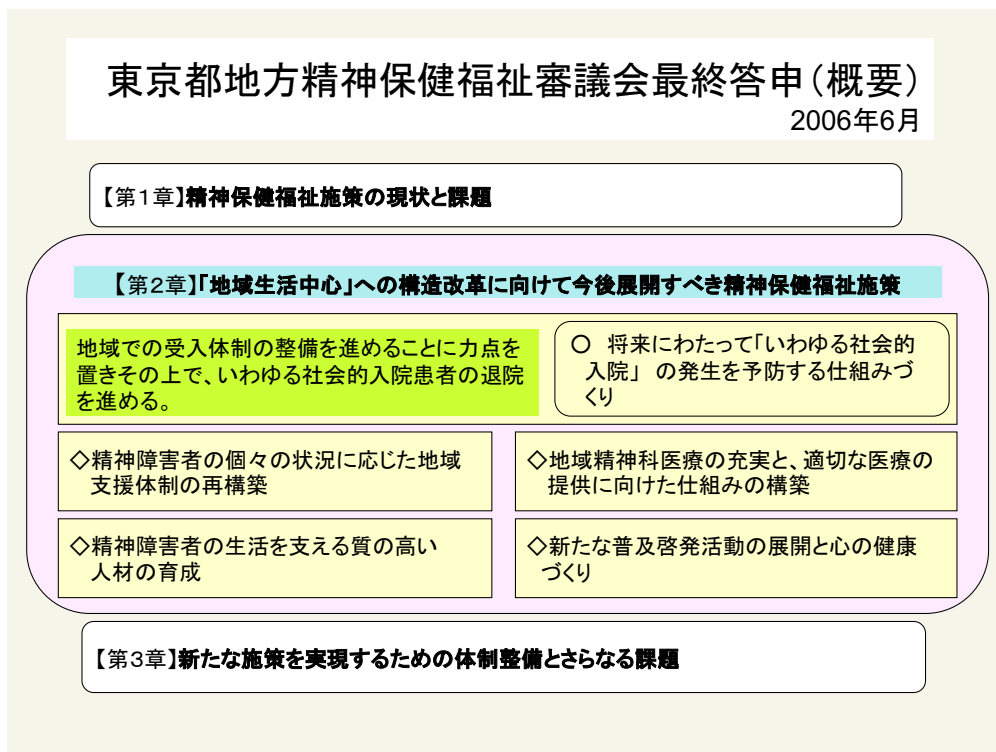
次は財政、これは平成19年度の予算額ですけども、精神保健福祉費という形で公表されていないところもあります。最大で38億円、最小が100万円。これは総額で、住民一人当たりの予算を計算してみますと、最大が2,114円、最少が2.8円。参考のために東京都の予算を見ますと、19年度が186億円。1人あたりが1,454円。

ここで気をつけておかななくてはならないのは、医療費公費負担(自立支援医療や措置入院などの医療費負担)が166億円という金額です。医療費以外に使えるお金は20億円くらい。これはあまり知られていないことですけど、非常に大事です。

施策の流れ



さて、次は施策の流れです。そもそもこの10年ぐらいで、精神障害者の施策は変わってきたわけですが、出発点がどこにあったかという、平成16年の「改革ビジョン」ですね。



そういう全体の流れを受けて、東京都は2006年6月に地方精神保健福祉審議会の最終答申を出しました。最終答申は、全部で3章構成になっています。

一番最初が、「精神保健福祉施策の現状と課題」で、第2章が「地域生活中心への構造改革に向けて今後展開すべき精神保健福祉施策」というタイトルがついておりまして、その中に、大きな柱でございますけれども、「地域での受け入れ態勢の整備を進めることに力点をおいた上で、いわゆる社会的入院患者の退院を進める」と。また、この中で大事な視点の一つは、将来にわたって社会的入院の発生を予防するような施策作りをしようということも書いております。

私どもの多摩のセンターですが、病床・ホステルを持っておりまして、つい先日、1月に入ってからですが、利用して下さる精神科病院の皆様・スタッフの方々にお集まり頂いて、いろいろな意見交換をしました。その中で言われていたのが、病院側からすると、いわゆる退院促進で、比較的出しやすい方々っていうのはおおむね出してしまったと。いろいろな条件・状況をかんがみて、それが困難であるという方々が、今控えておいでです。「退院促進の第2ステップだ」という声が少なくありませんでした。

例えばセンターのホステルなどを利用して頂いて、手厚くケア、それから治療もおこないつつ、退院も促進していくというのが大事ですね。地域における退院促進で、これから第二弾・第三弾という形で、自然に困難度の高い方々を対象にしていく必要が出てくる可能性がある。

その一方で、退院促進という、とにかく出せる人を出して、最終的には病床を減らしてということになるのですが、図の右側にあります「社会的入院の発生を予防する」ということが、今のところあまり手がつけられていないことになります。先ほどの吉川専門官のお話の中で、9割近くは確かに1年未満で退院できるのだけれども、1割、14%は残ってしまうというお話がございました。14%というのはばかにならない数字で、毎年毎年14%ずつ残っていくことになると、かなりの数の方たちが3年4年…となってしまう。これをどうやって少なくしていくか。できるだけ早い段階、病気がある程度落ち着いたところで早期に介入していくやり方を進めなくてはならないし、また入院に至らない、発症からの非常に早期の関わりの仕方、そういうところも視野に入れていく必要があるのではないかと、私は感じているところです。

東京都障害者計画・東京都障害福祉計画(2007. 5) ～障害者が地域で安心して暮らし、当たり前で暮らせる社会へ～

1 東京都障害者計画

障害者基本法第9条第2項に基づく基本計画
計画期間:平成19年度から平成23年度までの5年間

2 東京都障害福祉計画

障害者自立支援法第89条第1項に基づく計画
計画期間:平成23年度のサービス見込量・数値目標を設定した上で、平成20年度までを第1期とし、各年度の必要量や目標を設定

【計画の基本理念】

- I 障害者が地域で暮らせる社会の実現
- II 障害者が当たり前で働ける社会の実現
- III すべての都民がともに暮らす社会の実現

ちょっと話がずれましたが、施策の流れとしては東京都の障害者計画・障害福祉計画、これはまた近々見直して第2期が始まるわけですが、基本理念としては、地域で暮らせる社会、それから当たり前で働ける社会、そしてすべての都民が共に暮らす、ノーマライゼーションの理念が謳われています。

いわゆる「社会的入院」の状態にある精神障害者の地域生活への移行

- **【目標数値】** 暫定的に、約5,000人を区市町村の人口比で按分して算定した人数を、地域移行の対象者数として各区市町村に示した。
- **【目標期間】** 平成27年度末までに退院できることを目指すこととし、各区市町村には、平成23年度末において、区市町村が設定した対象者数の5割以上の者が地域生活へ移行することを目指すよう求めた。
- 「精神障害者退院促進支援事業」に計画的に取り組む。
- 区市町村における相談体制と地域生活基盤整備を推進する。

その中の「社会的入院の状態にある精神障害者の地域生活への移行」に関しては、東京都も目標数値として暫定的に、根拠がないわけではないのですが本当にそうかと言われれば判らない部分もあるわけですが、約5,000人という目標数値をあげています。そして各区市町村に人口比率で按分してそれぞれにお示した通りになっています。

目標期間ですが、これは10年間ありますので平成27年までとなっていて、その途中、半分以上が過ぎた23年度末までに5,000人の5割以上を目標にしております。

そのために、精神障害者の退院促進支援事業、これは東京都の事業で計画的に取り組む。それから区市町村における相談体制と地域生活基盤整備を推進することを、目標達成のための方策としています。

【目標達成のための方策】

① 「精神障害者退院促進支援事業」に計画的に取り組む。

| 年次計画 | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 23年度 |
|------|------|------|------|------|
| 事業所数 | 3 | 6 | 12 | 12 |

(区市町村は、「精神障害者退院促進支援事業」に配置されるコーディネーターとの連絡・調整に当たる相談支援事業者を確保する必要がある。)

② 区市町村における相談支援体制と地域生活基盤の整備を推進する。

東京都は、平成23年度までに、精神障害者地域生活支援センター等を活用した「地域活動支援センターⅠ型」をすべての区市町村に設置することを目指し、区市町村がこのセンター等の相談支援事業により、退院時及び退院後の地域生活を継続して支える体制の整備に取り組むよう促す。また、3か年プランを拡充し、退院後の地域生活を支えるために必要なグループホーム等の居住の場、自立訓練事業や就労移行支援事業等の日中活動の場などの生活基盤の整備に重点的に投資する。

最初の一つが精神障害者の退院促進支援事業ですが、年次計画としては、事業所を18年度から始めて3, 6, 12, 12とやってきております。これは数だけいえば全圏域に配置してもおかしくはないのですが、ある程度の偏り、あるところとないところになってしまっているというのが現状です。

それらの事業を行ってきているわけですが、事業のコーディネーターとの連絡調整に当たる相談支援事業者を、各区市町村には確保して下さいということも申し上げます。それから地活センターⅠ型を全ての区市町村に設置することを目指しております。

サービス等の見込み量
(区市町村の集計・三障害合計) 単位:人分

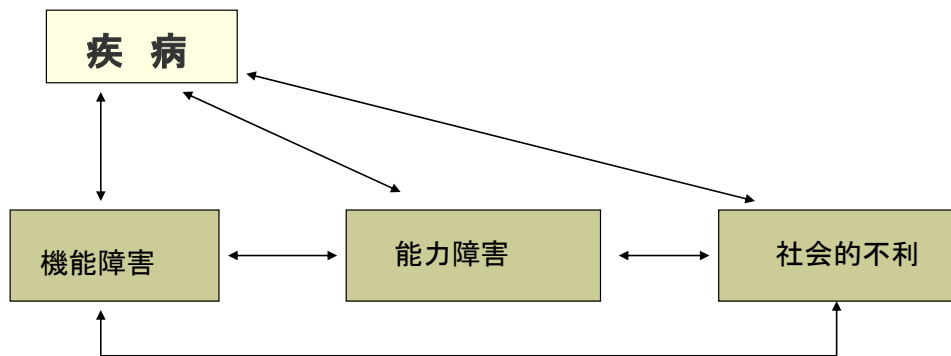
| | 18年度 | 19年度 | 20年度 | 23年度 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|
| 訪問系サービス | 62,0649 | 671,297 | 713,268 | 816,588 |
| グループホーム | 3,217 | 3,697 | 4,131 | 5,514 |
| 相談支援(計画作成) | 2,475 | 3,435 | 4,039 | 5,772 |
| 就労移行支援 | 161 | 871 | 1,597 | 2,654 |
| 就労継続支援 (A型) | 34 | 227 | 489 | 1,056 |
| (B型) | 646 | 3,056 | 7,412 | 12,828 |
| 自立訓練(生活訓練) | 76 | 369 | 666 | 1,333 |

区市町村によるサービス基盤整備を財政支援する

サービス等の見込み量は、23年の時点で訪問系サービスは81万人分。グループホームの定員は5,500人分。相談支援の計画作成は先程少し話がありましたけど、実際に精神障害者に対してはあまり行われていない実態がある。これをもっと増やしていこうと。就労移行支援、継続支援は、B型の定員を1万3千人弱くらいに。

この見込み量ですが、これは実は各区町村からあげて頂いた数の合計です。事業そのものの実施主体は区市町村ですので、サービス基盤整備の財政支援がおこなわれる必要があります。

ICIDHの障害構造



ここでちょっと趣を変えて、少しだけ障害構造論の話をする。ICIDHとICFです。ICIDHというのは国際障害分類、ICFは国際生活機能分類と訳すわけです。

ICIDHは1980年代で、それまで精神障害に関して言いますと「精神病」というとらえ方が圧倒的で、精神病にかかると精神病院に入って当分あるいは一生出てこれないか、あるいは病気が良くなったら退院できるというような、非常にラフな見方をされていたわけです。これは別に偏見などではなくて、例えば国会での答弁でそのような発想がみられたりしました。

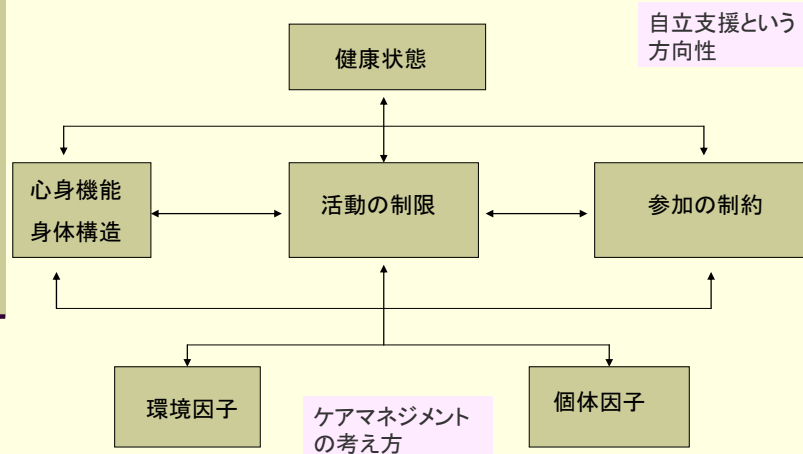
80年代以降の我々の仕事というのは、精神の障害を他の障害と同じように理解してもらってということで、今はそうなっているわけですが、その時にこのICIDHの障害構造というのは、非常に有力な手助けになったと言えると思います。障害というのは機能障害、能力障害、それに社会的不利という三つの局面がある、そういったことで、精神の障害に関する理解が深まってきたのですが、残念ながら、その理解を深めた後で具体的に何をしようかという、次の策にまでなかなかたどりつかなかった。

ICIDHからICFへ

- 「疾病の結果」の分類から「健康を構成する要素」の分類へ。
- 障害の三つの次元
 - Impairment, Disability, Handicap
- これらの肯定的側面
 - Body function/structure, Activity, Participation
- 障害の表現
 - Impairment , Activity limitation, Participation restriction

ICFは、「障害の三つの次元」はそのまま踏襲するわけですが、「疾病の結果」から、「健康を構成する要素」と視点を変えた。ですから肯定的な側面が出てくる。

ICFの障害構造



下の方に環境因子と個体因子というのを考え、さらに上部に健康状態を加えた構造になっています。これが、実は我々が取り組んできたようなケアマネジメントの考え方、ならびに自立支援の理論的根拠でございます。

東京都における退院促進の方向性

いわゆる社会的入院を解消するための取組にとどめず
「将来にわたって発生を予防する仕組みづくり」が必要

[具体的な方策]

- ①居住の場の確保と質の高い相談支援体制の整備
- ②多様な「日中活動の場」の提供
- ③医療中断防止対策の展開
- ④退院意欲を喚起する当事者活動の取り組みの推進
- ⑤精神科医療と地域保健福祉の具体的な連携の実践

東京都地方精神保健福祉審議会 最終答申(2006.8)

では、ここで東京都の退院促進事業についてのお話を申し上げます。東京都の退院促進事業の方向性、これは精神保健・医療課が作ったスライドですけれども、先程申し上げたように「将来にわたって発生を予防する仕組みづくり」が必要ですが、現実にはなかなかそこまで届いていない。

具体的には、相談支援体制、それから日中活動の場、それから医療の中断防止対策。それと当事者活動、これは非常に有効だということで、各地のモデル事業等の展開の中で、ピアサポーターやピアカウンセラーとか、そういう人たちによって推進されてきた。

これらが東京都の地精審の最終答申です。

東京都精神障害者退院促進支援事業(概要)

1 退院促進コーディネーター事業

地域生活支援センター等にコーディネーター及びサポーターを配置し、病院への働きかけやグループホームとの調整、ケア会議の開催、支援計画の作成等を行う。

2 グループホーム活用型ショートステイ事業

入院期間中からの体験入居や地域で生活する精神障害者が病状悪化の防止等で休息するために活用する場合。

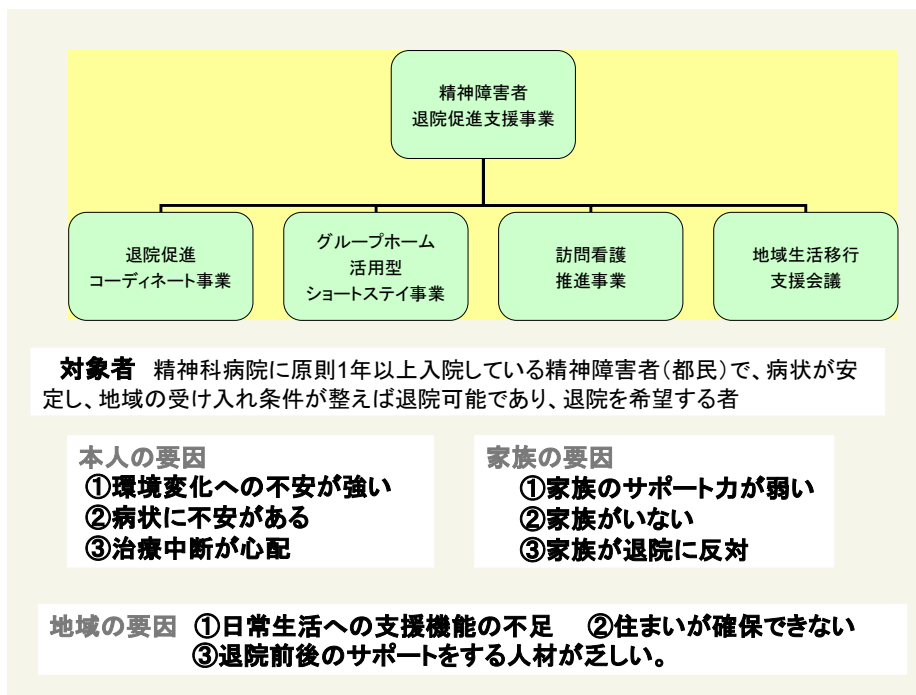
3 精神科訪問看護推進事業

訪問看護ステーションの初回訪問時に病院看護師等が同行し、ステーション看護師に引継ぎ・指導を行う。

4 地域生活移行支援会議

地域の実情を反映した退院促進支援事業の手法の改善と普及に向け、情報交換・事例の検証・人材育成に関する検討等を行い、関係機関のさらなる連携強化を図る。

東京都が行なっている退院促進支援事業ですが、これは4つの柱がございます。退院促進コーディネーター事業、これは現在12の事業所にお願いしております。グループホーム活用型ショートステイ事業、それから精神科訪問看護推進事業と一番下の地域生活移行支援会議です。



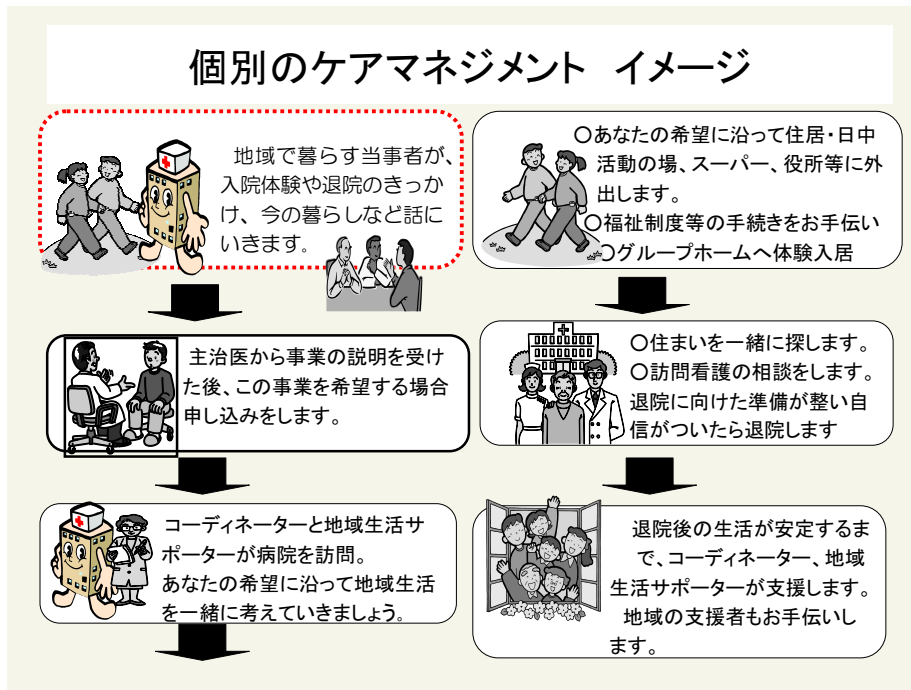
図にするとこうなります。ご本人の要因としては、長年入院しているとなかなか環境の変化に適応しにくいということもあるし、病状の不安や医療を中断するおそれがあるなどいろいろな心配もある。ご家族からすると、やはり長年いなかった人が急に帰ってくるということになっても、やっぱり支えるだけの力がない、あるいは退院そのものに反対される。あるいは家族そのものがないこともある。地域に関して言うと、住まいがない、サポートして下さる方がいない。

多摩地域の退院促進支援事業(平成20年度)

- 退院促進コーディネート事業(全体12か所)
 - 八王子2、町田、国分寺、国立、府中、小平
- グループホーム活用型ショートステイ事業(全体6か所)
 - 八王子2、国分寺、東村山
- 精神科訪問看護推進事業(全体12か所)
 - 八王子、立川、府中、三鷹、小平2
- 地域生活移行支援会議

平成20年度の退院促進コーディネート事業所は、都全体では12か所ですが、多摩地域で7か所です。グループホーム活用型ショートステイは、全体で6か所、そのうち4か所が多摩地区です。精神科訪問看護推進事業は全体で12か所、多摩地区で6か所です。

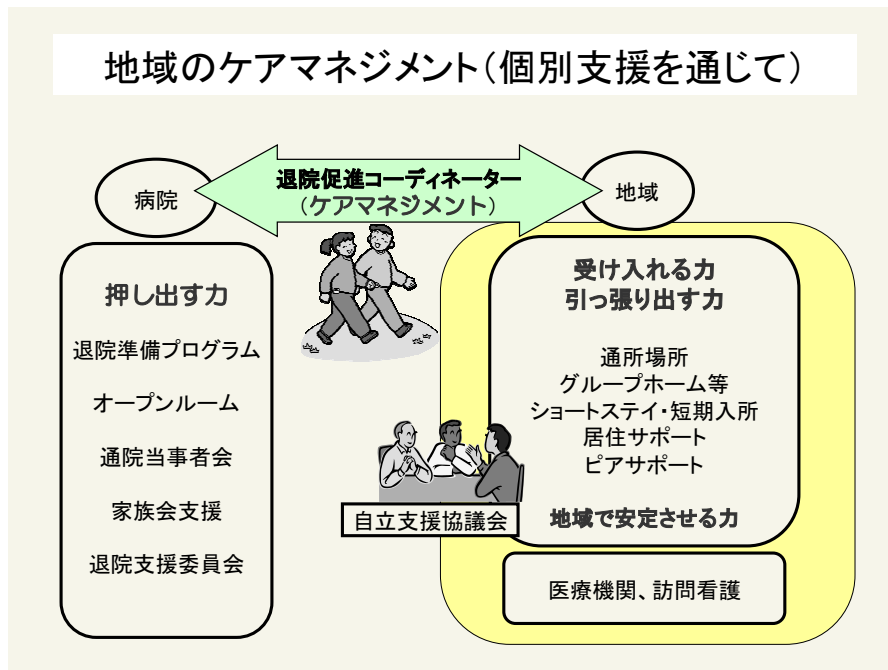
個別のケアマネジメント イメージ



これは個別のケアマネジメント、別に退院促進支援事業に限らないですけれども、今まで精神科のリハビリテーションとして行ってきたということ、ケアマネジメントのイメージとして整理したわけです。

今ここに挙げたような形で、快適にとはいえないかもしれませんが、できるだけスムーズに、無理なく先へ進むというイメージがございます。

地域のケアマネジメント(個別支援を通じて)



個別のケアマネジメントについては、病院側からの押し出す力と、そして地域のほうから受け入れる力、あるいは引っ張り出す力というところに、地域だけではできない、病院だけではしにくいと

いう形があるわけです。

真ん中の自立支援協議会、これはやはり国も、より積極的に自立支援協議会というのを設置してそれを活用しなさいというが、なかなかやっぱり、まだ充分とはいえない現状ではあります。

個別の退院支援の状況

| | 利用者 | 支援結果 | | | |
|-----------------|-----|------|------|----|------|
| | | 退院 | 援助継続 | 中断 | 協力病院 |
| H16、17 (モデル) | 56 | 23 | 32 | 1 | 11 |
| H18年度 | 65 | 30 | 25 | 10 | 19 |
| H19年度 (~12月) | 75 | 16 | 60 | 0 | 28 |

退院促進事業において個別の退院支援がどうおこなわれたかということに関しては、ここに挙げたような数字が公開されております。

質的な効果

- 当事者、家族、関係者が変化する。
- 地域生活サポーター(ピアサポーター等)が役割を見出すなど変化する。
- 病院関係者が地域との連携(退院支援)に主体的に関わりやすくなる。
- 退院促進支援事業を通じて、地域の支援システムの見直しや連携が強化される。
- 支援方法の蓄積、普及が可能

質的には、先ほど言いましたようにピアサポーター、地域生活を支えるような当事者の方々の関わりというのが非常に顕著であるということで見直されていますね。それから病院としても、別にわざとそうしていたわけではないにしてもつい内向きになりがちなところに、地域の方たちが入ってくるというところから、病院の関係者の方々が主体的に連携の中に参加していく、このような効果が見られます。

課題

- 地域の人材養成
- 住まいの確保
- 広域的な支援の可能性
 - コーディネーターの増員
 - 病院の窓口機能拡充
 - 地域資源の強化
- 区民・市民のための(区市主体の)退院促進
- 自立支援協議会

最後に課題ですね。地域の人材の養成、次に住まいの確保。グループホームを活用してショートステイをするにしても、いずれは単身生活、アパートが必要になるでありません。その時にどうやって住まいを確保するか。

それと、都の事業っていうのは全体でたった12か所です。そうすると、多摩地区だけで30近い自治体があるのですが、そういうことでコーディネーター支援が必要になります。また病院が比較的偏在しているというところから、帰ろうと思ったら帰る先が随分遠かった、これでは助けられない、そういうこともあるので広域的な支援というのがキーワードの一つになっているわけで、そのためにコーディネーターを増員し、先ほど言いましたような地域体制整備コーディネーターの設置というようなことが求められているところです。

それから病院の窓口の強化、さっき言いましたように退院促進支援っていうのは地域だけではできないのです。もちろん病院だけでも難しい。両方が互いに力を出し合う。病院っていうのは、機能からしてみれば窓口が小さいと思いますけれども、そのためには窓口機能を拡充する必要があります。また、もちろん地域の資源を強化していく。

それから次に、区民・市民のための対策。これはつまり、東京都の退院促進支援事業と云うのは、何度も言いますがたった12か所のコーディネート事業所であります。東京都の障害者福祉計画の中にありましたように、この退院促進を考える時には、各区市が主体的に取り組んでくださるっていうことをかなり期待しているわけでありまして。そういった意味では、各区や各市がご自分のところの入院している方々に対する退院促進という視点で事業に取り組んで下さることを、東京都としても期待しているところです。

最後に、先に少々触れましたが、自立支援協議会というのは地域によっては盛んにやっているかもしれませんが、全体としてみるとまだ非常に低調です。せっかくの機能が活用されていない、それを強化していく必要があると思っております。

以上、大変駆け足ですが、ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(終了)

12:00~12:40 基調講演Ⅲ

きしの
木住野一信氏

(三鷹市健康福祉部地域福祉課長)

【基調講演Ⅲ：木住野一信氏】

ただいまご紹介頂きました、三鷹市健康福祉部地域福祉課長の木住野と申します。

実は私、福祉の現場に戻ってきたのが7年ぶりでございます。昨年4月から地域福祉課長になりまして1年に満たない状況でございますけれど、この間第2期障がい福祉計画検討市民会議を立ち上げて、その中で多くの市民の方からいろいろなご意見を頂いたことも含めて、今日は発表させて頂ければと思います。

福祉の現場に戻って非常に感じることは、「踊る大捜査線」ではありませんけれども、刑事役の織田裕二さんが言っている「事件は現場で起きているんだ」と、日々そんな状況で動いております(笑)。どうぞよろしくお願い致します。

三鷹市の概要

× **人口** (平成21年1月1日現在の住民基本台帳と外国人登録の合計)

世帯数(世帯) 86, 770

男 88, 341人 女 90, 579人 **総計 178, 920人**

高齢化率 18. 1% (平成20年10月1日現在)

× **障がい者数** (平成20年4月1日現在)

身体障がい者 3,923人

知的障がい者 776人

精神障がい者 851人

合計 5,550人

まずは三鷹市の概要についてお話させていただきます。

三鷹市は、昭和25年に市制施行され、来年ちょうど60周年を迎えるところでございます。先ほど大きな東京都全体の地図がございましたけれども、三鷹は都心から西へ18キロぐらい、東京都のほぼ真ん中に位置しております。東は杉並区、それから西は小金井市、南は調布市、北は武蔵野市に隣接しております。面積は16. 5平方キロの住宅都市です。

人口は今年21年1月1日現在で178, 920人。微増している状況です。高齢化率は18. 1%。全国平均がおおよそ21%といわれておりますので、比較的高齢化率は低くなっております。

特筆すべきところは、男性の平均寿命が全国3番目です。横浜市、川崎市、三鷹市、実は男性の場合は都市部が高いんですね。女性の場合では沖縄が全国的にはトップに挙がっておりますけれども、この辺の要因は、非常に活発に活動される方が多く健康的で元気ですので、平均寿命も高いのだと思います。

障害者の皆様の実数ということで、ここに記載されておりますのは手帳所持者の数で、昨年
の4月1日でおよそ全体が5,550人。手帳所持者ということですから、精神障害者の方は実質的に
は自立支援医療申請者を含め、およそ3千人程になるのかなと予測しております。

今後は、ある面では障害者の方も高齢化、重度化、こういうことが課題になってくるのではない
のかと考えております。皆さんご存知のように、平成18年度から施行されました障害者自立支援
法は、三障害の一体化、障害保健福祉の総合化、自立支援を追求したシステムへの転換、制度
の持続確保、就労支援や退院促進など、障害者の社会的自立支援、社会参加を指向するサービ
ス体系となっております。

そういう中で三鷹市としては、自立支援法の中で定められております第2期障がい福祉計画を
策定するに当たりまして、障害当事者はもちろん、ご家族の方とか事業者の方、関係団体の方も
含めて、現状の課題や今後のあり方などを協働して取り組んで参りました。

三鷹市における精神障がい者支援の取り組み

- ・ 1988年(昭和63年)
共同作業所通所訓練事業運営費等補助
精神障害者を考える家族の会「あおき会」発足
(現・三鷹精神障害者家族会あおき会)
- ・ 1993年(平成5年)
三鷹市精神障害者グループホーム助成事業運営費補助
- ・ 2002年(平成14年)
東京都より精神障がい者関連事務の一部が移管
三鷹市精神障がい者地域生活支援センター運営費補助
- ・ 2003年(平成15年)
ホームヘルプ事業開始
- ・ 2004年(平成16年)
三鷹市心のバリアフリー推進事業～心のバリアフリーを考える
つどい(障害者週間イベント)
- ・ 2005年(平成17年)
三鷹市精神障がい者地域自立支援事業～ピアサポート事業

次に、三鷹市における精神障害者の支援の取り組みの経過ですが、ちょうど私も80年代から9
0年代への5年間くらい、障害担当係長をさせて頂いて、措置の時代から支援費制度になって、自
立支援法になって、その辺の時の流れは非常に速くて、ある面では前進したのではないかと思
うんですけど、今現在私もこの表を作って、だいぶ変わったのだなと実感しております。

まず1980年代から90年代にかけては、入院医療中心から地域生活へと精神障害者の施
策が転換された時代でございます。日中活動・生活の場としての共同作業所・グループホーム
が、関係者の努力もあり、多く開設されるようになりました。市としても運営費や家賃助成、それ
から設置や運営の支援などをして参りました。

2002年になり、先ほどお話もありましたけれども、障害者プランで国の施策目標として、受け

入れ条件が整えば退院可能な入院患者の退院と社会復帰が明記されましたので、それにとともに東京都も同じ2002年、東京都より市へ精神障害者の関連事務の一部が移管されました。先ほどご質問もありましたけれども、市と都と国との役割というか、一般相談は市でやるということになっておりますが、その辺の連携はまだ大きな課題と私は認識しております。

2004年、三鷹市心のバリアフリー推進事業、これは現在障害者週間のイベントとして実施しておりますけれども、やはり障害者の方にとっては地域での理解ということが一番大事ですので、啓蒙啓発を図ろうということで、こういう事業を立ち上げました。

それから2005年にはピアサポート事業、巢立ち会さんを中心に立ち上げて頂いておりますが、もう一歩先に進む事を考えたときに、この事業がうまく絡んでくれればと考えております。

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・ 2006年(平成18年) 地域活動支援センター I 型(精神障がい者地域生活センター) ゆー・あい 障がい者就労支援センターかけはし開設・ 2007年(平成19年) 高齢者・障がい者入居支援・居住継続支援事業 高齢者・障がい者等の生活と福祉実態調査 三鷹市障がい者地域自立支援協議会設置・ 2008年(平成20年) 精神障がい者退院促進事業 精神障がい者保健福祉手帳用診断書料助成事業 ぴゅあネット事業「星と風のカフェ」オープン 精神障がい者ホームヘルパーフォローアップ講座 第2期障がい福祉計画検討市民会議設置 |
|--|

次に、2006年に地域活動支援センター I 型ができました。

2007年になりまして高齢者・障がい者入居支援・居住継続支援事業ですが、精神の方々の総合的な地域生活の支援をするということは、衣食住という生活の質のバランスと、特に精神障害者の方の場合には「い」は医療の充実の確保であり、「しよく」は職業であり、「じゅう」の住まう場所が大事だと思いますので、この事業を開始しました。

この年には、今現在進めている計画を作るにあたり、実態調査もおこないました。

それから、いろいろな方と協議をしながら施策を進めていくことが三鷹市の大きな特徴でありまして、2007年(平成19年)に41名の皆様、障害当事者を始め多くの方の参加の下に、自立支援協議会を立ち上げました。

それで今年2008年は、すでに2005年から巢立ち会さんが東京都の退院促進事業は実施していたわけですが、市として今年から精神障がい者退院促進事業を、まずは生活保護受給者を対象にして、支援相談員を配置しました。まずは生活保護受給者から始めて、そのノウハウ、課

題・問題点を踏まえながら、今後広げていきたいと考えております。

それからぴゅあネット事業、これは事業所等の工賃をアップしようということで、駅前の通りに「星と風のカフェ」を開いて、各事業所さんから自分たちの自主製品を持ち寄って頂いて紹介をすることで、この事業も充実して、工賃アップにつながればと考えております。

それから、先ほども地域生活支援の「担い手」という話がありましたが、精神障害者のホームヘルパーのフォローアップ講座を、昨年7月に実施させて頂きました。

そして、第2期障がい福祉計画の市民会議を設置、ほぼパブリックコメントも終わりました年度内に確定する予定です。

高齢者・障がい者等の生活と福祉実態調査

× 目的

地域で障がいを抱えながら暮らすための生活ニーズを把握する。

× 対象者

平成19年10月1日時点で市内在住で65歳未満の手帳所持者で施設入所者を除く悉皆調査

障がい者 2,254人(18歳以上の方)1,218人(回収率54.03%)

障がい児 270人(18歳未満の方)149人(回収率55.18%)

× 調査項目

暮らしに関する項目

就労・収入、住居と暮らし、外出、災害対策、

ケアに関する項目

障がい福祉サービスの利用状況、医療・診療、日常生活における援助、情報の入手や相談

施策への要望

5

ここで、第2期障がい福祉計画に生かすためにニーズ調査をした、その説明をします。

目的、対象者はこういう形で、入院していた方は除きました。調査項目では、暮らしに関する項目、ケアに関する項目、そして施策への要望ということでおこないました。

残念ながら回収率は6割弱という状況でした。

生活と福祉実態調査から

- ①経済的には厳しい状況
- ②年金や生活保護の方が多く、月10万円以下が4割
- ③低収入の状況は、就労形態と密接に関係しており、一般就労と福祉的就労を合わせても4割以下で、半数以上が未就労で病気や障害が重いことが原因であると推測される
- ④福祉サービス未利用者が多く、必要がないとともに内容がよくわからないとの意見があり、サービスの周知が必要
- ⑤医療については、定期的に通院が71.6%・時々通院が7.6%で、8割以上の方が医療を受けている状況～年齢が高いほど通院率も高く、障害別では精神の通院率が高い

次に、実態調査から見てきたところとしまして、まず経済的には非常に厳しいということが見えてきました。それから、年金や生活保護の方が多く、月10万円以下の方が4割ということです。

低収入の状況は就労形態と密接に関係しておりまして、就労している方は4割以下、半数以上の方が未就労ということがわかりました。

福祉サービスについては、未利用者の方が非常に多い。これはサービス事業の啓発等が不足していることであり、今後相談事業を充実させていかななくてはならないことが、この調査からもみえてきました。

医療については、定期的に通院している方が非常に多い。特に精神の方の通院率が高い。

精神障がい者の傾向～実態調査結果から

- × 就労していない方が多く、単身世帯の割合が4割を超えている。
- × 大部分の方が医療機関に頻繁に通院している。
- × 比較的若い世代は、通所施設等に通り、収入面では低収入であるが、外出する頻度は高く、障害をもつ仲間との関係もみられる。情報の入手先でもインターネットの利用などがある。
- × 年齢が高い世代では、健康上の理由から医療機関へ通う頻度が高く、単身世帯の割合も高く、外出をあまりせず自宅にいたることが多い結果となっている。健康に不安を抱えることや加齢により就労への意欲や外出意欲が低くなっていると推測できるが、障がいと高齢という2重のハンデを認識し、施策を考えていく必要がある。
課題・・・障がいの重度化と高齢化
- × 災害時の不安としては、医療の確保と避難場所への移動

次に、同じ実態調査から精神障害者の方の部分だけを取り上げてみますと、まず就労してない方が非常に多い。単身世帯の割合が4割を超えている。それから大部分の方が医療機関に頻繁に通院している。それから、比較的若い方については活発に活動されておりまして、仲間との交流等も見られるところがありますが、年配の方については、健康上の理由等から医療機関等へよく通っていて、なおかつ単身の割合が高い。それで結果的に家庭に引きこもりがちの人も多いということなので、今後については障害者の重度化と高齢化に対してどう施策を展開していくかが、大きな課題になっているということです。

最後に災害時のことで、三鷹市では17万人の人口を7つの住区に分けていまして、その中で地域で共に支えていこうと、地域ケア事業を推進しております。今現在、3つ目が立ち上がりまして、その中で、今後の災害時のありかたについても議論しているところです。特に避難場所での医療の確保というところですね。このあたりが課題になってくるかと思えます。

障がい者施策の現状と課題

- × 障がい者の地域生活を支える相談支援体制と機能強化
- × 障がい者の自立と就労
- × 障がい者の地域生活移行支援
- × 障がい者の自立と地域生活
- × サービス利用者支援と事業の円滑な運営
- × 発達障がい者・高次脳機能障がい者・難病患者等に対する支援
- × 障がい児支援
- × 障がい者を地域で支える担い手の発掘と養成
- × バリアフリーの地域社会を目指す活動

次に、今現在の三鷹市での障害者施策の現状と課題ですが、まず障害者の地域生活を支える相談支援体制と機能強化ということです。具体的には、身近にあって多様な相談窓口の整備です。情報の提供や、総合的・専門的な相談体制の確立を図らなければならないということです。

それから障害者の自立と就労。具体的には、「三鷹市障がい者就労支援センターかけはし」の機能を充実・強化することによる一般就労の促進とともに、福祉的就労の充実、生きがい・自己表現を図れるような支援体制を整備していかなければならない。

次に、障害者の地域生活移行支援。病院や施設からの地域移行支援としまして、居住の場であるグループホームやケアホームの充実と、地域で暮らすための居住サポートや居住継続支援、こういうものが必要だということです。

それから、障害者の自立と地域生活を支援するための移動支援やリハビリテーション、家族支

援などが必要です。

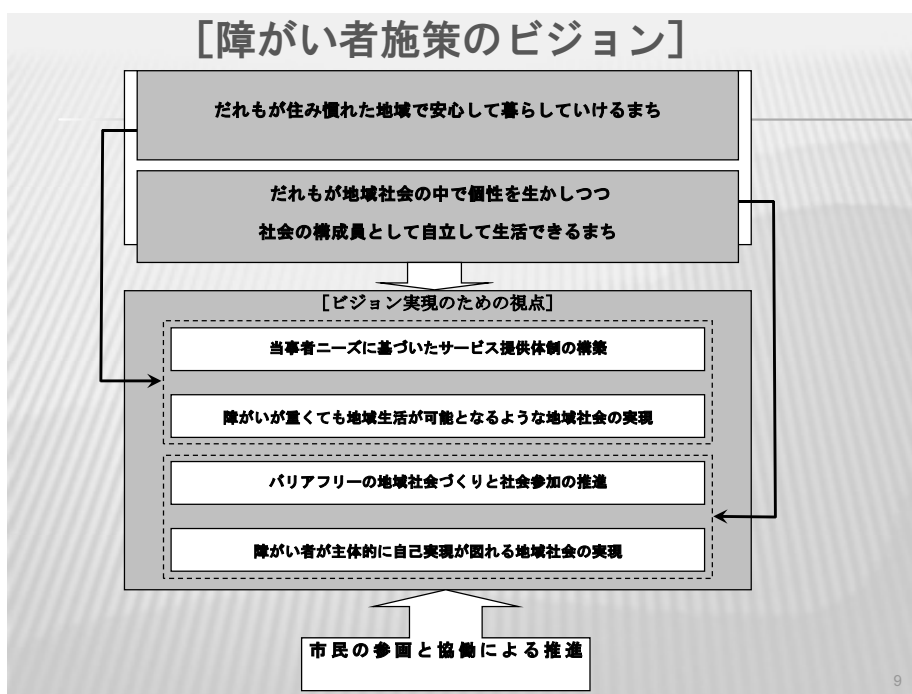
またサービス利用者支援と事業の円滑な運営という視点で、具体的にはサービス利用者の負担軽減策をおこなってきました。今まで応益負担、1割負担が、実質的には特別対策等で3%になった。この応益負担は、最近の話の中では応能負担にすることなので、この辺は多少解消になるのかなと期待しております。そして良質のサービスを利用者に提供できるように、事業者、事業運営に対しての支援をしていかなければならない。

そして、このところ発達障害者や高次脳機能障害者については、明確に自立支援法の中で定めていくということですから一歩前進したのかなと思いますが、まだまだ難病患者に対する支援というのは具体的になっておりませんので、三鷹市としては充実させていかなければならないのかなと思っております。

それから、障害をお持ちのお子さんへの支援。成長過程に応じた対応をしていかななくてはならないということで、教育委員会との連携も一つかなと思います。

障害者を地域で支える担い手の発掘と養成ということも、具体的にはボランティアさん、当事者や家族グループの育成と活動の支援、こういうことを今後やっていきたい。

最後に、バリアフリーの地域社会を目指す活動。三鷹市では「全ての人が生き生きと暮らせるバリアフリーのまちづくり」ということを謳っておりまして、「バリアフリーまちづくり基本構想」や、「健康福祉総合計画」に定めた福祉のまちづくりを推進・発展していきたいと考えております。



これらの現状と課題を踏まえて第2期障がい福祉計画を策定する際に、第1期の二つのビジョン「だれもが住み慣れた地域で安心して暮らしていけるまち」、「だれもが地域社会の中で個性を

生かしつつ社会の構成員として自立して生活できるまち」、これを実現するための視点として、「当事者ニーズに基づいたサービス提供体制の構築」、まずご本人のことを考えるのが一番大事なことでしようということです。また障害がどんなに重くても、ご本人のニーズがあれば地域生活が可能となるような地域社会の実現を図っていききたい。それから、「バリアフリーの地域社会づくりと社会参加の推進」、「障害者が主体的に自己実現が図れる地域社会の実現」、こういうことを市民の参画と協働によって、皆さんとともに進めていきたいと考えております。

基本目標～ビジョンを指標化したもの

退院可能精神障がい者の地域生活への移行

福祉施設から一般就労への移行

ここに基本目標、ビジョンをどう組み立てていくのかということ、精神障害者施策の場合で二つ挙げさせて頂きました。

退院可能精神障がい者の地域生活への移行ということで、東京都からは、三鷹では先に話がありました人口の按分ということで、70名ぐらいの方が退院可能ではないかという通知を頂いております。三鷹には3つほど大きな病院がありますので、それを踏まえて100人を目標として退院促進を図っていきたいと考えております。

その場合にはやはりケアホームとかグループホームの居住、それからピアサポート、相談機能の充実、こういう中で関係機関と協力し地域生活への移行を進めていきたいと考えております。ただここで、既存の施設を使ってグループホームをつくるといった場合、以前から消防法がありましたけれども、その他に平成18年からバリアフリー法の新法ができて、建築基準法との絡みの中で整備するのが厳しい状況になってきていると、事業者の皆様から寄せられております。本来バリアフリー法というのは、誰でも多くの方がその施設を利用できるということ、車いすの方、視覚障害の方、つまり入り口の幅の問題だとか点字ブロックを付けるとか、それが逆に足かせになってしまっている。限られた予算の中で整備していくということで、この辺を考えていかなければならないかなと。

それから24時間のサポート体制。それといきなりケアホーム・グループホームではなくて、体験の場の確保。こういうものが地域移行には必要ではないかと、市民会議の中でも議論されました。

そして、福祉施設から一般就労への移行。この点については、報酬単価が上がると言われてお

りますけれども実質的には日払い方式は変わらない状況のなかで、就労継続 A・B や就労移行のサービスがありますが、障害をお持ちの方々が知識・能力が高まり一般就労に移行することは良いことだと思うのですが、利用者の退所後のその間運営側は定員が確保されるまで日払い方式のため非常に運営上厳しいということを言われていますので、どうしたらいいのに対応を考えなくてはいけないかなと。

それから工賃アップということであれば、官公需、公けのところなるべく仕事を出して工賃をアップしようとした場合、どういう仕事が事業所の皆さんに提供できるのか、なるべく早めに考えていかなければならないのかなと。

ただ、実際は就労は難しい方もいますので、体験の場の確保ですとか、居場所づくり、デイケア等も含めて充実していかなければならないと考えております。

計画の実現に向けての方策

- ・ 自立支援に向けた施策の展開
 - (1) 相談支援の体制と機能の強化
 - (2) 障がい者の自立と就労
 - (3) 障がい者の地域生活支援
 - (4) 障がい児支援
 - (5) 発達障がい者・高次脳機能障がい者・難病患者等に対する支援
- ・ 計画推進の体制と仕組み
 - (1) 「三鷹市障がい者地域自立支援協議会」を中心としたシステムづくり
 - (2) 協働による計画推進～まちづくり

11

最後に、計画の実現に向けての方策ですが、今後高齢者も障害者も、先ほど言いました難病の方々も、全ての人があるニーズに応じて、できるだけ身近なところでサービスが提供されるよう、自立と共生の考え方に立ちまして、総合的に取り組んでいく必要があると。その実現に向けて、次のようなことを挙げさせてもらいました。

この場合の基本的な視点は、障害をお持ちの方一人一人のライフステージに応じて、児童期・未成年期はこれからの長い人生のための基盤作りの視点が必要でしょうし、若者の場合は働くことでの社会参加・社会貢献、高齢の障害者にとっては健やかな老い、そういうものを迎えられるような視点が必要であると考えております。

障害者自立支援法の施行や雇用促進法等の改正によりまして、精神障害者の「地域で住み、働きたい」という思いは、可能性は徐々に充実してきたと考えております。ただ、まだ一般就労は

厳しい状況で、雇用をめぐる社会情勢の悪化を考えると、非常に懸念されているところです。

また、採用されても、それを継続するためにはやはりジョブコーチとか、就労後の生活支援や医療との適切な関わりが不可欠であると感じております。

このような計画を推進していくためには、三鷹市の場合では自立支援協議会を始めとして、多くの市民の皆さんと協働して障害者福祉充実の実現に努めていきたいと思っております。これからも皆さんと共に進めていきたいと思っておりますので、よろしく申し上げます。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(終了)

13:40～14:10 実践報告 I

岩上洋一氏
(埼玉葛北障がい者生活支援センターふれんだむ)

～プロフィール～

埼玉葛北障がい者生活支援センター ふれんだむ 管理者
精神保健福祉士

1990年 上智大学文学部社会福祉学科卒業

2002年 大正大学大学院文学研究科博士前期課程社会福祉学専攻修了
(修士)

1990年 埼玉県に入職、県立精神保健総合センター相談部、社会復帰部、
診療部、保健所の勤務を経て退職

「地域のソーシャルワーカーになる」と宣言し、社会福祉法人小百合会の
精神障害者地域生活支援センターふれんだむ所長に

2006年10月の障害者自立支援法に伴い、埼玉葛北障がい者生活支援センタ
ーふれんだむの管理者となる

【実践報告 I : 岩上洋一氏】

皆さん、こんにちは。ただいまご紹介いただきました岩上でございます。
今日はよろしくお願いたします。



ここに、埼玉県の地図がございまして、矢印がある宮代町・杉戸町からまいりました。矢印の下が春日部市です。春日部市は、「クレヨンしんちゃん」が住んでいるところです。・・・ここは笑っていただいてもいいところです(笑)。

ふれんだむの事業

- 相談支援事業
埼玉葛北障がい者生活支援センター ふれんだむ
- 地域活動支援センター事業
埼玉葛北障がい者地域活動支援センター ふれんだむ
- 精神障害者地域移行支援特別対策事業
- 障害福祉サービス事業 セウイ
共同生活援助 7か所 25人
- 障害福祉サービス事業 アバンティ
就労移行・就労継続B型 27人
- 杉戸町障がい者就労支援センター

私は、ここで、相談支援事業、地域活動支援センター、共同生活援助(グループホーム)と就労

移行支援事業、就労継続 B 型、杉戸町の障がい者就労支援センター、それと今日お話をさせていただく「地域移行支援特別対策事業」を行っております。

障害者の働きたい思いをかなえる就労支援

| | 平成 15年 度 | 平成 16年 度 | 平成 17年 度 | 平成 18年 度 | 平成 19年 度 | 合計 |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|
| 就労(20時間 以上/週) | 4 | 15 | 23 | 10 | 11 | 63 |
| 就労(20時間 未満/週) | 0 | 3 | 5 | 5 | 7 | 20 |
| 職場実習 | 8 | 14 | 14 | 43 | 55 | 134 |

私の事業所を少し紹介させていただきますと、「働く」ということにもずいぶん力を入れているので、毎年十数名の方が週20時間以上の仕事についています。以前は短時間就労を目指している人が多かったのですが、私の実践の中では週20時間以上働くことを目指している人が増えてきています。

人生の選択権を取り戻す地域生活移行支援

| | 平成 14年 度 | 平成 15年 度 | 平成 16年 度 | 平成 17年 度 | 平成 18年 度 | 平成 19年 度 | 平成 20年 度 | 合計 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----|
| 埼玉県全体 | 4 | 8 | 19 | 29 | 25 | 40 | | 125 |
| ふれんだむ | 4 | 8 | 11 | 8 | 6 | 3 | 6 | 46 |

「地域移行支援特別対策事業」は、国のモデル事業になる前になりますが、平成14年度に埼玉県のモデル事業として大阪府を見習って始めました。地域生活移行をしよう、退院支援をしようということで、平成14年度からすると7年目になります。この間、46人が退院しました。



社会的入院は、私たちの課題

「社会的入院は人権侵害」「社会的入院は国民の課題」

- 地域生活移行支援は、人生の選択権を取り戻すこと
 - 社会的復権は、国・都道府県・市町村の使命
 - 国民の課題は、地域の課題
 - 地域の課題は……。担い手は？
 - 死亡退院で目標達成では……。専門職？
 - 医療機関も選択肢を獲得することになる
 - いろいろな機関・人との協働
- 「地域の課題が新たな生活支援を創出する」

私は、「社会的入院はその人の人権が侵害されている」ということであって、「その問題を国民の課題にしなくてはいけない」として整理しています。

昭和29年に全国精神衛生実態調査をしております、その時、日本には3万床なかったのですが、全国には約130万人の精神障害者がいて、そのうち35万人は入院が必要という調査結果を示しています。それ以後、精神科病院ブームが起こったのは周知の事実です。ですから、様々な事情はあるとしても、国家としてこの状況をつくってきたわけですし、知らないうちであったとしても国民にも顔かされてきた責任があると思っています。私は、国や国民が悪いと言いたいものではありません。

私は、現在の7万2千人の社会的入院をしている人が地域に帰って暮らすことを、国民の課題として取り組みたいと思っています。国民の課題であれば、私の事業所は相談支援事業所ですから、地域の課題として率先して取り組むべき課題ということになります。

この7万2千人という数字は、死亡退院でも目標が達成されてしまうと言われていています。つまり、社会的入院の皆さんが、病院の中で亡くなりましたということになるのですが、それが現実に起きるとすれば、私は精神保健福祉士としての自分の存在価値がないと思っているのです。

それでは、こういう状況をつくっている医療機関に問題があったのか？確かに医療機関の課題と言えるでしょう。しかし、医療機関だけの責任にすることはできません。医療機関も実は選択肢を失っているのです。「退院したい」という人に対して、過度の期待を持たせないためには、「ちょっと待っていて下さい」ということも、日常的なことだと思います。この「ちょっと待っていて下さい」と言われる人は、すぐに退院する場所がない人です。でも、家族がいてサポートできる人がいる人が「退院したい」と言えば、「それでは退院準備を進めましょう」という話ができるわけです。もちろん、地道な努力をなされてきた医療機関もたくさんあるわけですが、「家族のもとへの退院」か「入院の継続」という選択肢しかない状況で、医療機関も困っているのが現状だと思います。

このようなことを整理しながら、私たちはこの事業に取り組んできました。

社会的入院からの生還



- 病院の生活様式が変わるくらい長い間入院していました。

このスライドですが、農作業をしている吉田さんです。私は吉田さんに「何年入院しましたか？」と聞きました。吉田さんは「病院の生活様式が変わるくらい長い間入院していたんですね」と答えました。法律が変わるたびに医療機関の状況も変わっていくわけですから。まあ洒落たことを言うものです。なかには、「カレンダーの日付がわからなくなるくらい入院してました」と言う人もいました。

社会的入院からの生還

- 最初は退院したかったんですが、まわりをみたら当分順番はまわってこないと思っていました。
- 5年前に退院したいと話したら、待ってなさいと言われたので待っていました。



この写真の右側の成田さんは、「最初は退院したかった。でも、周りを見たら僕はまだ2年目なんですよ。隣に4年目の人、5年目の人、7年目の人たちがいたので、当分順番は回ってこないと思っていました」と。

成田さんの隣でにこやかにしている関根さんは、「5年前に退院したいって話したら、『待っててください』と言われて待っていました」と話していました。

都道府県が調査をしております、退院阻害要因でのなかに「退院意欲のない人」というのがありますが、この2人は「退院意欲のない人」として数えられることもあるでしょう。「当分順番が回ってこないから僕はいいです」「待っていなさいって言われたから待っています」といういわゆる静かな患者さんは、病院の中で「退院したい人」として数えられていないということが私たちの実践の中でもありました。

社会的入院からの生還

- 病院で一生暮らそうと誓い合った。



- 自由があります。自然に返った気分です。

「家がないので退院できませんでした」「一人で退院するのが怖かったです」という人もいました。写真の石川さんは、「退院しない」とずっと言っていました。後でお話しますが、私たちの退院支援は病院の中で退院を目指す人のグループをつくって、その中でプログラムに参加していただいて活動しています。彼女は「プログラムには参加するけれど、退院はしません」と言っていたのです。しかし、「体験宿泊をやる」とこととなりました。先ほども、グループホームの体験宿泊という話が厚労省の吉川さんからもありましたが、同様に、私たちの体験宿泊はグループホームや生活訓練施設に入所することを前提としない、本当の体験のための宿泊利用です。病院以外のところに泊まってきて、おいしいご飯を食べて帰ってくるというプログラムです。

石川さんは「体験宿泊もしない」と言っていたのですが、どういうわけか参加することになりました。それで、自立支援員が「何で参加することにしたのですか？」と聞きましたら、「他の人たちが『とっても良かった、やっぱり一人で寝るのはいい、ご飯がおいしかった』と。だから私も来ました」と話していました。

体験宿泊も終わり、私も「何で体験宿泊をしたのですか？」ともう一度聞きました。初めは同じ答えだったのですが、もう一度聞きました。「本当は何かありましたか？」と。すると、「私は病院で一生暮らそうと誓い合った、女性の先輩がいるのです。その人と病院で一生暮らす予定だったので退院はしないつもりでした。ところが、その女性が『あなた、せっかくだから体験宿泊くらい行ってき

なさいよ』と言ってくれたので参加しました。それでまた昨日、体験宿泊が終わったと報告したら、その女性に『私は心臓が悪いから転院になっちゃうと思うので、一緒に暮らそうという約束は守れないのであなたは退院してください』と言われたのです。ですから、私、退院します』と言うのです。この転院になってしまうというところがつらいところなのですが。

この話を聞いて、7万2千人に入っているか入っていないかはわからないけれど、「退院しない」と言っている人の中に、「病院で一生暮らそう」と決めた多分女性が多いと思うのですが、このようなお友達同士がまだまだたくさんいらっしゃるのではないのでしょうか。「退院したくない人です」と、病院のスタッフや自立支援員には思われているかもしれません。退院しないと言っている理由には、「病院でこの人と一緒にいよう」と約束をすることで、自分の孤独感を少しだけ埋めている人が、まだまだいらっしゃるのではないのでしょうか。

この石川さんは、旅行に行って、おいしいものを食べて、やっぱり退院して良かったと、「自然に帰った気持ちです」と言っています。

社会的入院からの生還

- 刺身美味しかったよ。あと15年食べなくても大丈夫です。



- 病棟の人たちは、元気がなかったよ。

この人は梶井さんです。梶井さんに入院中、「何か食べたいものありますか？」と聞きました。すると、梶井さんは、「刺身が食べたい。かれこれ、入院して30年になるけど、刺身は18年食べていないんだよ」と言いました。病院では、お正月などには刺身が出たりするわけですが、もともと板前さんですから、本当は得意な分野なのですが。それで体験宿泊の時に、グループホームの世話人が「食べてください」と特別に刺身を用意しました。次の日になって「岩上さん、食べました！美味かったです！あと15年は食べなくて大丈夫です」と言っていました。この感覚が「病院で暮らしている」ということなのだと思います。

その梶井さんは昨年5月に退院しました。8月に僕が「退院してどうですか？」「明日講演に行くのであなたのことを話させてもらいたい。感想を聞きたいのですが」と聞きました。すると、「外来に行って病棟にも行ってきました。（退院した人にはなるべく外来に行って、患者さんにも看護の人

たちにも会ってきてもらいます。元気にやっている姿を見てもらい、また退院する人が増えればいいということで病棟に寄ってきてもらうのですが)病棟の人たちは元気がなかったよ。みんなよくあぁいうところにいられるな」と言っているわけです。でも、梶井さんもそこに30年いました。退院することで、自分の世界が作れるわけですね。だけど、病棟に長くいると「元気がなかったな」と思う場所にずっといてしまう。この状況を、皆で協力して変えていきたいと思います。

ふれんだむの地域生活移行支援

- 対象者 63人 男性41人・女性22人
- 平均年齢 50.5歳 (24歳～75歳)
- 平均入院年月 8年6か月 (1か月～396か月)
- 退院者 46人
 - 単身 6人
 - 家族と同居 7人
 - 共同生活援助 19人
 - 生活訓練施設 7人
 - 高齢者施設等 4人
 - 福祉ホーム 3人

ふれんだむの地域生活移行支援

- 退院ではなく、自分らしく生きることが目標
- 個別支援 一緒に活動する
- グループ活動 仲間がいると乗り越えられる
- 見学・体験・交流 自分の希望を取り戻すこと
- 個別面接 アパート探し・買物・手続き
- 当事者の参加・ピアサポート

私たちの実践では、63人の対象者がいて46人が退院しています。

私たちの退院支援で大事にしていることは、退院を目標にするのではなくて、自分らしく生きていくことを目標にしています。当初は、退院が目標でした。退院支援モデル事業ですし、その後は退院促進支援事業です。すごくプレッシャーのかかるネーミングなのですね。

でも、退院を目標にしていたら、退院することで目標が達成されてしまいます。地域で暮らしても元気が出なくなる人がいます。何のために退院したのかわからないと。そこで、「退院」ということ

ではなくて、「皆さんはこれからどうやって暮らしたいのですか？」「何をしたいのですか？」「何が食べたいですか？」「どこか行きたいところはないのですか？」という話をするようにしました。こんな暮らしがしたいということを実現するための、一番の手立てが退院ということになります。退院しても自分の目標は残っているわけです。このように切り替えました。

一人で退院を目指している中で挫折したという人が、病院には、たくさんいます。「生活訓練施設の見学の日になったら、調子が悪くなってやめちゃいました」という人などです。そこで、皆で退院を目指しましょうということでグループ活動を取り入れました。グループで見学に行くと、地域生活のイメージを作っていただけます。その上で、個別支援をしてきました。その中では、精神障害当事者の方にも、自立支援員として、退院支援の分野でも活躍してもらいました。

ふれんだむの暮らし安心プログラム

| | |
|------------------------------|----------------------------|
| ① オリエンテーション 自己紹介 | ⑥ どんなところで暮らそうか ～住居空間の話～ |
| ② どんな暮らしがしたいですか ～夢を語りあおう～ | ⑦ どんなところで暮らそうか ～見学～ |
| ③ いきいき生活したい ～地域で暮らす仲間の話～ | ⑧ まずは体験しよう ～外泊体験にむけて～ |
| ④ 仲間がたくさんいます ～使えるところの話～ | ⑨ まずは体験しよう ～外泊体験～ |
| ⑤ 仲間がたくさんいます ～見学～ | ⑩ 今後のことを話そう |

このスライドにあるのが「ふれんだむの暮らし安心プログラム」です。これはどこの病院でも日常的に行われているものとあまり変わらないと思います。ただきちんとプログラム立てをして、活動の中で、なるべくいろいろな話をしています。病院の中で今まで話さなかったことがいっぱい出てきます。病院のスタッフの方も、とても熱心な人がいます。自分の家族よりも長く暮らしているという看護師さんもいます。でも、今まで出てこなかったその人の思いがどんどん出てくるということがあ

退院意欲がない・家族が拒否している・社会資源ないというけれど・・・

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ 退院意欲をしまっている▪ 夢と希望を封印している▪ 誰の応援があるといいの▪ 自分の希望を取り戻す | <ul style="list-style-type: none">▪ 社会資源がないから退院できないということはない▪ この人のための支援を考えることから始めてみよう▪ みんなで知恵を出す▪ 必要なものは創出しよう。▪ インフォーマルサービスも重要▪ サービス漬けでは、何のための地域生活かわからない |
| <ul style="list-style-type: none">▪ 病気の悪化は、昨日の記憶▪ 家族の現実を本人が知らない▪ 家族は何を拒否している？▪ 選択肢を提示する▪ 退院先が決まると、面会が多くなる人がいます。▪ 退院先に会いに来ます。 | |

さて、課題として「退院意欲がない」「家族が拒否しています」「社会資源がない」ということが言われます。ここはリフレーミングしていきたいですね。フレームを変える、見方を変えるということです。

退院意欲がない人がいたら、退院意欲がないのではなくて、「退院意欲をしまっている人」と思うことにしています。なぜかというと、病院の中で夢や希望を持っても叶わないわけです。叶わない夢と希望はどうするかというと、そんなに大きく広げないで、自分の懐の中にどんどんしまっていきます。だって叶わないのですから。だから、どんどんしまってしまう人がいます。もう一度「〇〇したい」「絵を描きたい」「野球観戦に行きたい」「映画を見たい」「誰々のコンサートに行きたい」「ダンスをしたい」という思いを持ってもらっています。さきほどの石川さんにはダンスをしたいと言われていて、本当は私とダンスに行く予定になのです。どうも石川さんが「嘘つきは大嫌い」と言っているようなのです。(笑)。

このように「退院意欲がない人」ではなくて、しまっている人がたくさんいるということ、皆さんの共通認識にしていきたいと思っています。

それから「家族が拒否をしている」と言っても実は全てを拒否しているわけではありません。「退院することが決まってグループホームに入ります」「活動支援センターがこれから協力します」「ヘルパーさんが来てくれます」ということなどが決まってくると、家族の病院への面会が多くなるということがあります。退院後、グループホームに連絡してきて「いつだったら会えますか？」という連絡をしてくるという話もあるのです。

そういう意味で、家族が全てを拒否しているのではなくて、家族が拒否しているのは「昨日の記憶」なのです。昨日の記憶として、病気が悪くなった日のことを昨日のことに覚えていますね。「退院して暴れたらどうするのですか？前は大変だったんですよ」という話になります。「それはいつのことですか？」とお聞きすると、「それは前回入院した時ですよ」と怒ってしまう。「前回入院し

たときって、じゃあ20年前のことですか？」「そうですよ。決まっているじゃないですか」となる。だけど、これはおかしいことではなくて、家族にしてみれば、たいへんだったときの記憶というのは昨日のごとく残っています。しかし、1年でも2年でも地域生活が安定してくると、具合の悪かった昨日の記憶は薄れていくようです。病院に入院している間は、家族の「昨日の記憶」はなかなか薄れないのです。


必要なサービスは皆で作っていきます。サービスがないから退院ができないのではなくて、「この人のためにどうしようか」ということを皆で考えることから始めてみましょう。必要なサービスは作っていくことが大事だと思います。

ふれんだむの地域生活移行支援

- 埼葛北地区
 - A病院 38人退院 50床削減
 - 生活保護の退院支援
 - B病院 2人退院
 - 入退院を繰り返している人への支援プログラム
- 東部地区
 - C病院 2人退院
 - 退院支援プログラム
 - 生活訓練施設を利用した宿泊体験プログラム
- 北埼玉地区(隣接する圏域)
 - D病院 4人退院
 - 知的障害事業所SW・生保CWの参画

私たちは埼葛北地区というところで退院支援を始めて、今は社会的入院だけでなく、入退院を繰り返している人への支援も始めました。それから、県の生活訓練施設を利用した体験宿泊プログラムもやっていただきました。隣の北埼玉地区には、精神障害者を対象とした相談支援事業所がないので、知的障害者の事業所にこの事業に参画していただきました。生活保護のケースワーカーにも参画していただいています。

精神科に入院しているのだけれど主たる問題は知的障害という人が、埼玉県にはたくさんいます。「知的障害者が精神科に入院している問題をどうしよう」という話はあまり出てきません。知的障害者の支援を得意としている領域の人にも、この精神障害者の地域生活移行支援にも入ってきていただきたいというのが私の希望です。



個別支援会議から地域の課題へ(案)

- 退院意欲がない⇒リハビリプログラム
- 一人で退院をめざすのは不安⇒グループワーク
⇒地域移行グループワーク事業
- イメージができない⇒退院準備プログラム
⇒地域プログラム
- 外泊してみたい⇒外泊体験
⇒くらし体験事業
- 自分の力がわからない⇒チャレンジプログラム
⇒体験参加事業
- 家族が拒否している⇒家族説明会
⇒地域移行型家族教室

このスライドは私の試案です。地域自立支援協議会につながるところです。必要なサービスが不足しているのであれば、皆で作っていくという発想です。

「この人は退院意欲がない」と言うのであれば、病院の中にリハビリプログラムを作る。あるいは「家族が拒否している」と言うのであれば、地域移行型の家族教室をする。家族教室も十数年前に流行ってあまり内容が変わっていない地域もあるようです。でも、今病気になった人の家族教室と、サービスを使っている人の家族教室と、地域移行をすすめる人の家族教室というのは、本当は違うと思います。だけど、そのような発想が乏しいようです。

「この人」を支援していくうえでできた課題は、地域の課題として皆でプログラム化・事業化していかなければいけないと思っています。



個別支援会議から地域の課題へ(案)

- 家がない⇒住居部会⇒障害者住居支援・居宅サポート事業
⇒生活保護との連携
- 支援する人がいない⇒市民サポート講座⇒地域世話人事業
⇒ピアサポーター講座⇒ピアサポートセンター
- 新たな社会的入院をつくらない
⇒ひきこもる精神障害者支援⇒訪問型生活訓練充実
⇒疾病教育・健康教育・余暇活動⇒保健センター事業

障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業を活用したい！

私たちは、新たな社会的入院を作らないための、ひきこもる精神障害者への支援を始めています。そこにはピア・スタッフも一緒に活動しています。また、保健センターが中心となって疾病教育とか健康教育とか余暇活動支援とかっていう、保健領域が得意としている健康教育もどんどん入ってきていただきたいと思っています。近頃は、栄養指導をずいぶんやっています。

このような発想を現実のものにするために、先ほどお話のあった厚労省の特例交付金を都道府県と市町村は上手に活用して、いろいろな地域の課題の解決に向けて事業化していただきたいと思っています。

自分の希望をかなえよう

- 「悩み」→病気が悪くなった？→「頓服」「入院」！
- 患者さんに戻ることは簡単
- 仲間がいることで、生きる力を取り戻す
- 自分で解決することで、ごくあたり前のことを増やす
- 「働きたい人」「結婚したい人」「一人暮らしをしたい人」「お金がない人」「仲間がほしい人」等
→自分の希望をかなえる

これは、精神障害当事者の方にお話していることですが、「皆さんは患者さんに戻る事があまりにも簡単にできすぎます」と。悩みがあると、いつの間にか病気が悪くなったという気がして、それを医者に相談します。精神科医も「それは悩みでしょ」となかなか言ってくれない。いい先生だと、「あなたの悩みに効く薬はありません」と言ってくれるのです。私はこういう先生が好きですが。

「頓服飲んでください」とか「静養入院しましょう」と、本当に簡単に言われてしまうなかでは、「患者さんに戻る」ことは簡単です。患者さんに戻る状況が多ければ多いほど、生きる力が乏しくなり社会的入院になってしまうかもしれない。そういう危険性があることを、ご本人たちももう少し認識していただきたい。認識していただくためには、私たちは教育的なプログラムを提供させていただかなくてはならないと思います。

地域生活移行支援をすすめよう！

- 退院しても希望と違う環境に、またなじんでいませんか。
- 働く準備のつもりでいたのに、「違う」生活をしていませんか。
- デイケア・作業所・活動センター・グループホーム・訪問看護等は、第2・第3の社会的入院ではありませんか？
- 自分らしく生きるためには、必要なサービスだけを利用する。
- 専門職・行政職として社会的入院の責任を感じていますか？
- 自分らしく生きることをごあたりまえにする環境をつくる。
- 選択する権利を回復し、選択肢をつくり、選択する力をつける。
- サービス漬けでは、再び人生の選択権を奪うことになりませんか？
- 地域を医療機関にしない。

自立支援協議会を中心とした仕組みづくり

- 社会資源がないから退院できないということはない
- あらかじめ社会資源と退院を結びつけるのは「措置退院」！
- この人のための支援を考えることから始めてみよう
- みんなで知恵を出す
- 必要なものは創出しよう
- インフォーマルサービスも重要
- サービス漬けでは、何のための地域生活かわからない
- 市町村との関係
- 地域課題の抽出
- 関係機関の協力
- 地域生活移行の仕組みづくり
- 地域生活移行準備プログラム
- 地域体制整備
- 地域生活支援の充実
- 新たな社会的入院をつくらなために
- 入退院を繰り返している人への支援
- サービスがあることと「幸せ」はイコールでない。

地域生活移行支援を進めていくうえで、サービスと結びつけて地域生活に移行するということが、うまくいく人もたくさんいます。しかし、すぐくがんじがらめになってしまう、専門職の安心のためにサービスを使っていたら当事者もたくさんいるということを認識しなくてはいけないと思います。専門職も行政職も、この人へのサポートが実は第2第3の社会的入院ではないのかという点検をいつもなくてはいけないと思います。

働く準備のつもりでいたのに、違う生活にまたなじんでいませんか？「本当は一般就労するつもりだったのに、なんでこの作業所にいるのかわからないけど、周りを見たらみんながいるからここでいいや」、「周りを見たらここでいいや」というのは、先ほど、成田さんが言っていた「周りを見たらとても退院できないな」ということと同じ状況です。「入院しているよりはずっといいや」、「自分の生活も作れたからいいや」と言いながらも、自分の希望と夢をまたしまい込んでいるのかもしれない

せん。このことを、ご本人にも私たち専門職にも市民の皆さんにも、いつも点検をしていただきたいと思います。

「社会的入院は解消できたけれど、地域の中で私の人生の選択権はまたなくなりました」ということではいけないと思います。自分の希望と夢をいつももつことができる環境をつくっていきたいのです。サービスがあることと幸せはイコールではないのです。

ふれんだむの新たな地域生活移行

- 私たちは自立を促進し、かつ、阻害要因であることを忘れないこと
- 新たな社会的入院をつくらないために
- ひきこもる精神障害者への支援
- 入退院を繰り返す人へのサポート
- 選択する権利を回復し、選択肢をつくり、選択する力をつける
- 自分らしく生活することをごくあたりまえにする環境をつくる
- 地域を医療機関にしないために
- サービスを削減したい グループホームを削減したい

医療機関への期待

- 疾病教育・健康教育(栄養・運動)・余暇活動
- 医療中心の支援 →地域の中の医療 →地域中心の支援
- 地域を病院にしないこと
- 地域自立支援協議会への参画

まとめ

- 社会的入院は人権侵害
 - 社会的入院は国民の課題
 - みんなで協力して新たな仕組みをつくる
 - 自立支援協議会を中核とした地域生活移行支援
 - 地域の実情に合わせて柔軟に展開しよう
- ↓
- 精神障害者の地域生活支援
 - 地域の課題が新たな生活支援を創出する
 - 地域を「第2・第3の社会的入院」にしない

私は、職員に対して、「私たちは自立を促進しているけど、かつ阻害要因になる可能性があるということをお忘れないように」と話しています。

先ほどの続きですが、新たな社会的入院を作らないために、ひきこもっている精神障害者の支援をしています。ひきこもり支援ではなく、「ひきこもる」という意味がある精神障害者(言葉の使い

方だけれども「ひきこもり」というどうしても問題がある人への「対策」ととられてしまうので)を支援しています。

それから、入退院を繰り返している人のサポートをする。

もうひとつお話しておくことは、私の中では、できればなるべくサービスは削減していきたい。私もグループホームをどんどん増やしてきました。だけど、退院はアパートにして、そのままうまく必要なサポートを使えないだろうかと思っています。そういうことでできればグループホームも削減したい。今年度は25人中4人がグループホームから退所予定となっています。なるべく過剰なサービスは削減したいというのが、私の理想です。

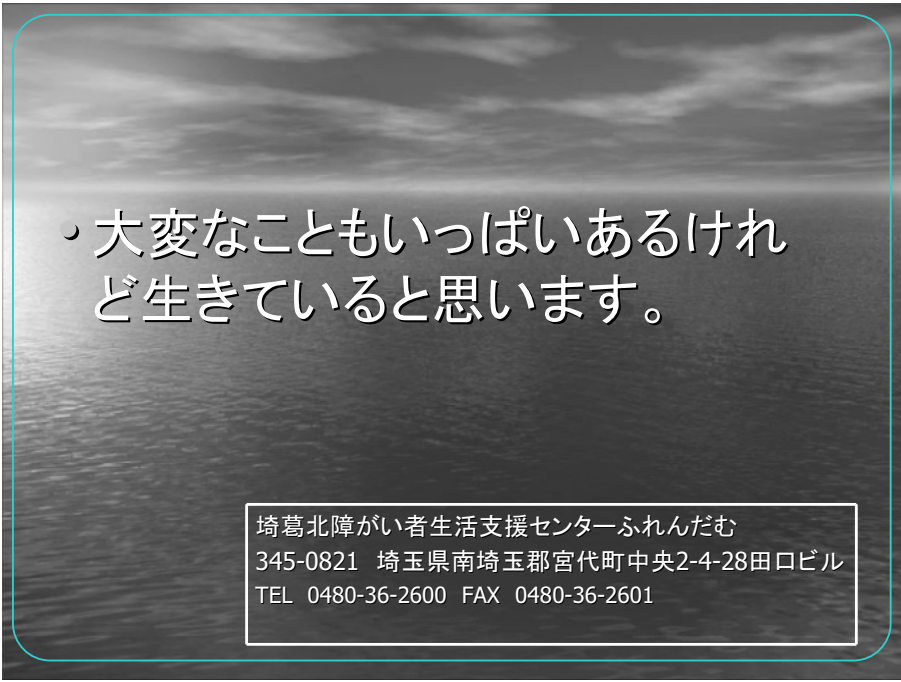


それでもう時間ですが、この大山さんは18年間入院していたのです。けれども、私と初めて会った時に「岩上さん、退院したら絵を描きたいのです」と言いました。でも、病院では18年間、絵を描いていなかった。病院のスタッフの話でも「大山さんが絵を描くなんて聞いたことがない」と言う話でした。誰も信じていなかったのです。「私は、絵を描きましょう、できれば個展をやしましょう」と言いました。

大山さんは今年の5月に退院してきました。ふれんだむのスタッフも、「大山さんの絵、そんなうまくないですよ」と言っていました。クレヨンで描いている絵で、どうも大山さんの得意分野ではなかったようです。

先日、グループホームに行きました。「岩上さん、ちょっと見て下さい」と言って見せてくれたのが、左側、これは、大山さんが書いた木村拓也です。

大山さんの中には「絵を描きたい」という希望がずっとあって、退院して描きはじめてたわけです。そんな思いにこたえていくのが私たちの役割だと思っています。



・大変なこともいっぱいあるけれど
生きています。

埼葛北障がい者生活支援センターふれんだむ
345-0821 埼玉県南埼玉郡宮代町中央2-4-28田口ビル
TEL 0480-36-2600 FAX 0480-36-2601

大山さんのことばです。

「大変なこともいっぱいあるけれど、生きています」

退院支援を通して、人生を感じるがたくさんあります。

社会的入院をしている人たちの退院支援を国民の課題としてみんなで取り組んでいきましょう。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(終了)

14:10~14:40 実践報告Ⅱ

中本明子氏・吉岡孝氏・小林ミチル氏
(NPO法人ソーシャルハウスさかい)

～プロフィール①～

■吉岡 孝 (よしおか たかし)

- ・大阪府堺市在住 病歴30年 通院歴10年以上
- ・退院促進支援事業の支援員歴5年目
- ・ソーシャルハウスさかい「出前はあと」に当事者講師として参加
- ・ソーシャルハウスさかいの当事者理事
- ・ほんわかクラブの主宰に携わる

病気になって元気になった。まだまだいけるもう10年。

仲間やスタッフに恵まれた。

地域で暮らしていく力となっている1つとしてお茶会があること。

1杯のコーヒーから人とのつながりができ、また力になったと思います。

これから先もそういうことでしょう

～プロフィール②～

■小林 ミチル（こばやし みちる）

出前はあと講師
ヘルパーステーション「ふわり」ヘルパー
サポートセンターいんくる非常勤スタッフ

- ・小学校高学年と中学時代にいじめに遭い、好きな英語を活かそうと入った大学時代 20歳で統合失調症を発病。

大学を卒業していったん病気が治まり、老人ホームに就職するが長く続かず1年半で退職する。

視線恐怖の後遺症を抱えながらカーペットの染糸工場でパートとして働くが、友人と行った海外旅行先のデンマークで再発。奈良の病院に入院（1ヵ月程）自分では病識が持てないままだが、幻聴に振り回される事がなくなったので退院する。

パート先の先輩とそりが合わず胃潰瘍になりかけて退職する。

胃潰瘍が治った後、ヘルパーステーションに登録し、ヘルパーとして働きはじめる。無理に働き過ぎて8ヵ月程で再発し、大阪の病院に入院（2週間）。

- ・初めて作業所に通い始めて、仲間と出会い、初めて病識を持ち、自分のペースで働く事により、初めて幻聴がましになる。現在も通院治療中

■中本 明子（なかもと あきこ）

NPO 法人ソーシャルハウスさかい副理事長／サポートセンターむ～ぶ
精神保健福祉士

精神科病院 PSW を経て、平成2年よりソーシャルハウスさかいの活動に関わる。

【実践報告Ⅱ：中本明子氏・吉岡孝氏・小林ミチル氏】

皆さんこんにちは。今回は、遠いところを呼んで頂いてありがとうございます。

私たちは、大阪市の南にあります堺市からやってきました。堺市というのは、一番有名なのは0-157かなと市の担当者が言っております(笑)。

今日のメインは退院対策と言いますか地域生活移行、その中でうちとして、ピアの力ということと呼んで頂いたのではないかなと思います。私はサポートセンターの中本と申しますが、私の役目はフレーム、枠組みを少し話させて頂きまして、後の2人の方から実践の報告をさせて頂きたいと思います。

堺市の概要

- ・ 人口総数 836,295人
- ・ 男 402,157人
- ・ 女 434,138人
- ・ 世帯数 339,175世帯
- ・ 面積 149.99 km²
- ・ 人口密度 5,576人/km²

大阪市の南に位置。
戦国時代貿易により自治都市として栄える。
千利休・与謝野晶子を輩出



堺市のHPより

概要ですが、大阪市の南にあり、「黄金の自治都市」と呼ばれ自由貿易をやって、わりと「自由が好きや」という地域性がありまして、千利休とか与謝野晶子を輩出したというのが市長の自慢でございます。あとはですね、仁徳天皇陵っていうのがあって、いま世界遺産に登録しようと必死になっておりますが、周りが汚いためにあかんと言われております(笑)。

もともと中核市で、「目指せ100万人」だったんですがなかなか人口が増えませんが、あかんって思ったときに人口条件の緩和がされまして、めでたく何年か前に政令指定都市になり、現在では隣の美原町を合併しまして(美原町の方は嫌やって言ったらいいんですけども無理矢理)、それで7区になっております。

堺市の障害者生活支援センター

知的・身体 12カ所
精神 6ヶ所

■全支援センターが堺市障害者(児)生活支援センター連絡協議会に入り、堺市から障害者自立支援協議会の運営を委託

■精神の支援センター6ヶ所が退促事業(堺市精神科病院長期入院者地域以降支援事業)のケアマネを担当。

ふつききょう・堺市とともに事業を進めている。



それで、堺市の障害者生活支援センターの図でございます。知的・身体が12か所、精神が6か所あります。精神は地域活動センターのI型をとってしまして、知的・身体とは事業が違うんですけども、相談をメインとしたというところで支援センターでひとくくりになり、連絡協議会を作りまして、堺市から障害者自立支援協議会の運営を委託されております。

その中で、精神の支援センター6か所が退促事業、堺市では退促事業のお金がないということで、生活保護の長期入院者の地域生活移行をせなあかんということになりそっちのお金を引っ張ってきまして、こういう「堺市精神科病院長期入院者地域移行支援事業」、そのケアマネの委託をしております。

堺市の退院促進支援事業の経過

- H 5年 大和川病院事件
- H11年 大阪府精神保健福祉審議会答申
- H12年 大阪府退院促進事業開始
- H15年 退院促進事業が国事業に位置づけられる
- H16年 堺市で退院促進事業開始(大阪府の事業として開始。)
大阪府にならい復帰協へ委託
支援センター(精神)3ヶ所にケアマネを委託
- H18年 堺市が政令指定都市へ(堺市の事業に)
復帰協へ委託を継続
支援センター(精神)のケアマネも継続(4カ所)
- H19年 堺市障害者(児)生活支援センター連絡協議会・堺市障害者自立支援協議会発足
支援センター(精神)5カ所に
- H20年 支援センター(精神)6ヶ所に

堺市の退促事業の経過を、ちょっと簡単にまとめています。

もともと大阪で退促の事業が始まったと思っているんですが、平成5年に皆さんご存知の「大和

川病院事件」がありまして、非常にひどいところがあったんですけども、それは関係者の中では何十年も前からわかっていたことで、それに誰も手をつけなかったんです。その病院が槍玉に上がったところでようやくつづいたという経過があります。この中で問題になりまして、精神保健福祉審議会の中でその問題が取り上げられ、行政責任であるということで、退促事業が始まりました。言うならば国に先駆けて大阪府は自分のところの長期入院者を放っておいたという反省で始まったわけなんですけども、それが平成15年に国事業に位置づけられたと聞いております。

平成16年に堺市が退促事業を開始しました。その時にはまだ堺市が政令指定都市になっていませんでしたので、大阪府の事業を引き継いだ形でやりまして、大阪府に習って復帰協(精神障害者社会復帰促進協会)に事業を委託し、3つの精神の支援センターにケアマネを委託いたしました。平成18年に堺市が政令指定都市になりようやく堺市の事業となり、でもやっぱり復帰協に委託しケアマネも継続しました。ここで支援センターが4か所になります。

平成18年に障害者自立支援法の施行がありました。三障害の支援センターが一緒になったということで連絡協議会が発足し、障害者自立支援協議会も発足しました。ここで精神の支援センターが5か所になり、平成20年、支援センターが6か所になりました。この6か所で退促支援のケアマネを請け負っております。

退院促進支援事業の比較 (大阪府・大阪市・堺市)

| | 大阪府 | 大阪市 | 堺市 |
|----------|----------------|------------------|----------------|
| 窓口 | 保健所 | こころの健康センター | 支援センター |
| コーディネーター | 保健所 精談員 | 自立支援員 | 支援センター相談支援専門員 |
| 支援者 | 自立支援員 (復帰協) | 自立支援員 ピアサポーター | 自立支援員 (復帰協) |

ここで退促の比較をしておきたいと思うんですけども、大阪府と大阪市、それから堺市のやりかたが違ってきます。本家本元の大阪府は窓口が保健所になっており、コーディネーターは保健所の相談員さん。復帰協に事業委託して自立支援員さんが復帰協に雇用されていて、その自立支援員さんが支援に行く、となっています。

大阪市は全然違う形で、こころの健康センターが窓口になっていて、コーディネーターが自立支援員さん。それからピアサポーターと一緒に支援する形をとっています。

堺市はですね、窓口を地域活動支援センターにしておいて、その支援センターの相談支援専門員のスタッフがケアマネ、コーディネーターをやっております。支援者は自立支援員ですけれ

ども、この中にピアの方がいらっしゃって、復帰協の方針に従って1人で動いておられる方もおりますし、うちではピアの方と健常者の支援員さんのセットというか、ペアで動いて頂いております。

NPO法人 ソーシャルハウスさかい 私たちが目指すもの ~ミッション!!~

定款 第3条(目的)

この法人は、「精神障害者」が、地域で自ら望む生活をおくる、というノーマライゼーションの理念を、身近な地域社会において実現するための事業を行うことにより、差別のない、個々人が違いを認めあい、お互いに支えあう豊かな地域社会をつくりだすことを目的とする。

ここでソーシャルハウスさかいのお話をしたいと思います。

これはうちのミッションです。

NPO法人になるまでの道のり

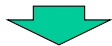
エンヤこら~ なんとかここまできたぞ~
山を越えたら深い谷... 途中何度もつづれかかる

平成元年(1989年) 任意団体発足
「場所もない! お金もない! 何にもない!!」



専門家によるネットワーク作り

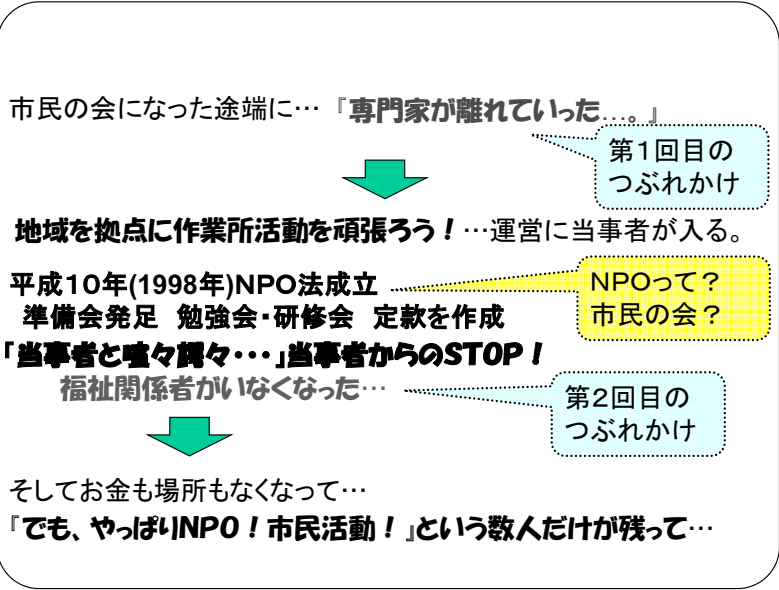
- ・プレハブを借りて居場所を確保
- ・交流の場、イベント企画... つくろう!!
- ・情報の発信、シンポジウム企画



「当事者はいつもついていだけ? 受身なの?」

平成7年(1995年) 会員制度 市民の会設立

平成元年に任意団体として発足して、専門家によるネットワーク作りをやってきたんですけども、当事者はいつもついていだけ? ということで、会員制度を発足させました。



市民の会となった途端に、専門家が離れていきまして、第1回目の潰れかけがあります。
 今度は地域拠点の作業所活動をしようということでやっていったんですけども、今度は喧々囂々になって、福祉関係者が出て行ってしまっ、また2回目の潰れかけになります。
 そしてお金も場所もなくなって、当事者と家族と若干残った者が、でもやっぱりNPO だということでNPO を作りまして、

平成13年(2001年)10月
NPO法人設立総会
「**当事者 家族 ボランティア 専門職
みんな同じ立場で目指したい!!**」

平成14年(2002年)2月
NPO法人認証
「**やっと やっと や〜っとできた!!**」

NPO法人としての社会的ミッション…

**障害をもつことが価値にならないか？
体験者にしか分からないものってあるんじゃない？**

じゃあ、みんな同じ立場で何を指すのかということで NPO になったんですけども、大事にするものは、「障害を持ったこと自体がすごい価値じゃないの？」っていうことや、「体験者にしかわからないことってあるんじゃない？」というのを大事にしようということで、活動をしています。



現在ではピアの活動と、それからやっぱり知ってもらおうという活動をとても大事にしているんですけども、それらを理念の形にするためにはやっぱり拠点が必要ということで、事業としてはまず支援センターがあり、それからヘルパーステーションがあって、グループホーム、それからリサイクルショップ、これは補助金をもらわずにやっています。

ソーシャルハウスさかい ピアサポート活動

- 出前はあと（講師派遣事業）
- ニューウェーブ（ボランティアグループ）
- ぽかぽかはあと（ピア電話相談）
- ピアヘルパー（ホームヘルパー）
- ピア自立支援員（退院促進支援事業）
- 家族会・断酒会への場の提供
- セルフヘルプグループ支援

ソーシャルハウスの中のピアサポート活動を、ちょっと挙げてみました。

今日の「出前はあと」の講師、お二人ですが、講師派遣事業ということで当事者の話を講師としてやって頂いております。それから「ニューウェーブ」というボランティアグループ、このグループの代表は当事者の方です。「ぽかぽかはあと」という当事者の電話相談や、ホームヘルプの中でピアヘルパーとして働いて頂いております。それから退促のピアの自立支援員さん、あとは家族会とか断酒会の当事者活動への協力をやっております。

ピアの活動をいろいろやっている中で、退促支援員の活動をして頂いています。

ピアサポート活動の実践報告～ピアで しかできないこと

■近島 勇（ちかしま いさむ）

出前はあと講師・自立支援員
ホームヘルパー・堺市精神障害者相談員

■吉岡 孝（よしおか たかし）

出前はあと講師・自立支援員
NPO法人ソーシャルハウスさかい理事
ほんわかクラブ（セルフヘルプグループ）主宰

今日は、「ピアでしかできない」ということを話して頂くわけですが、近島さんは今日臨時で急用があり来られなくなりまして、まず吉岡さんに退促の話をして頂いた後、小林ミチルさんに、お手元の資料の中には小林さんのプロフィールが書かれてありますけども、ピア活動について話して頂こうと思っています。よろしくお願いします。

<吉岡氏>

こんにちは。吉岡孝と申します。「出前はあと」の吉岡です。よろしくお願いします。

私が所属しているところは、NPO 法人ソーシャルハウスさかいという団体の「出前はあと」、当事者が講師をやらせて頂いてます。普段は「む～ぶ」っていう生活支援センターに行くことが多いので、よく利用させて頂いてます。

それから退院促進事業の自立支援員、これはピアの自立支援員をやらせて頂いてます。それからセルフヘルプグループで「ほんわかクラブ」という、まあ、お茶飲み会ですね、そんなこともちょこっとやらせて頂いてます。そんなところですよ。

今日お話ししたいことは、退促、退院促進事業の自立支援員としてやっている仕事なんですけど、これを2つ3つ例を挙げてお話ししたいと思います。私も退院促進の事業が堺市で始まって最初から関わっているんですけど、もうかれこれ5年になります。その間、退院促進にうま～く乗せて、退院に至った患者さんを見ているんですけど、今現在も退院して、元気に過ごしております。その方は年齢は30代でまだまだこれからというものですから、元気に今は過ごしております。その一番最初に関わった、その時に2人掛け持ったんですね。1人は退院促進に乗って「うまく成功した例」、というはおかしいんで「退院して頂いた方」なんですけど、もう1人は女性の方で、もう高齢の方ですが、その人にも同時に関わらせてもらいました。

そんなんでも一方（若い人の方）はうまくいって。まあ、たまに会うように僕もしているんですけども、会おうと思えばすぐ会えるし、また何か話が出てくれれば声をかけてきてくれると思うんで、僕も安心しています。グループホームにも入っていますしね。

それから今現在ずーっと5年くらい関わっている方(高齢の人の方)なのですが、この方は退院促進という名の下で行っているんですけど、なかなか退院にはならない。「病院のほうがいいわあ、慣れてるもんなあ」って言って、75、6歳とかいかれるとね、そりゃそうかと思うのやけどね。それでも僕たちが行くことによって、「楽しいです」とか、笑顔の一つでも見せてくれはったり、お話することがこないだも聞いたことですけど「楽しかったです」と言うてました。そんな聞くとね、やっぱり楽しみにしてくれてるのやなと思ってね。2週間に1回の面会、面会って言ってもまあ、お寿司を食べに行ったり、喫茶店行ったり、買い物行ったり、ちょっとそこらに「目新しいケーキでも食べに行こうか」とかね。そんな食べたりするようなことが多いんですけどね。やっぱりそんなことも大事なことで、院内におるとなかなかそうもいなくて。まあ、結構楽しんでると思っています。

それから、僕たちが行くことになっている病院の中の、看護師さんの対応の仕方とか、言葉づかいとか、そういうのも変わっていくんじゃないかなっていう気もしてね。看護師さんもいろいろやけど、この頃は丁重やなて思ってね、これは院内もずいぶん変わってきたんかなあと思う節があります。

それから、本人がどんどん変わってってくれるというか、一番最初の高齢の方なんて、僕と一緒に白髪ですけどね、もう「ご老人」っていう感じで。それが髪の毛染めて口紅つけてね。「たまにはネックレスしいやー」って言ったら「はい、はい」って言ってね、なかなかネックレスまでいかないけどね、「もてるようにちゃんとつけなあかんで」と話をする事もあるんですけど。

そんな具合でこれからも先、堺市のほうではなかなか止めとは言いませんしね、続けたいなと思っています。病院側もこんなんぽつつんといられるのはちょっと可哀想やし、病院もそう言ってくれているし。僕たちもできる限り会いに行っ、そうやってご飯食べに行ったり、またお茶したり、そういうことも必要なので、それこそその人が元気になる一つの方法であれば、これはぜひ続けたいなと思っています。

それから、僕たち自立支援員と言っても、僕一人で行っているんじゃなく、健常者の方(病気じゃない方)と一緒にペアで行ってまして。ペア組んでいますから、僕が「ちょっとしんどいなあ」っていう時だったら、パスすることもなきにしもあらずということもあって、2人で行くことでずいぶん気持ち楽になります。1人で行くとなかなかいろんな責任感も重大だと思んですけどね。ましてや女の人やご老人だったら大変なこともあります。まあ、とりあえず「元気になった」っていうのがね、一番うれしいことです。

それからもう一人の方は、その方も長期間入院してまして、それで今現在は授産施設(作業所)に通っている。もう毎日コツコツよう通ってね、皆勤賞貰うくらいの通いようでね、堅い人できちり通ってくるようですね。ずる休み全然ない。その方も高齢の人ですけど、体力あるからずいぶんとあちこち一人で行きはるねん。外出たことなかったもんやから、友達のところ行ったり、映画鑑賞行ったり、結構一人で出歩いてます。そんな状況です。

ありがとうございました。(拍手)

<小林氏>

こんにちは。大阪の堺から来ました、先ほど中本さんより紹介頂きました小林ミチルと申します。本来近島さんが退院促進事業をやられているんですが、私は退院促進やっておりませんで、今はピアサポーター、ピア活動しておりますので、その報告をさせて頂きたいと思います。

障害当事者でありまして、「出前はあと」、事業自体は6年ほど前からやっております。私は4年前からしているんですけども、横にいる中本さんや他のスタッフとも、パートナーシップという、いわゆる上下の関係ではなく対等な関係の中で、横にいる吉岡さんもそうですし、他の7人の仲間と一緒に、当事者の生の声をお届けする仕事をしております。私はその会計の仕事を請け負っております。

そして3年前から、当事者のヘルパー、いわゆるピアヘルパーの仕事を週2～3日やっております。去年の10月からは、週2回支援センターの非常勤ピアスタッフとして、当事者による電話相談の仕事をしております。

はたから見ると、特に当事者の人から見ると、いろんな仕事をしていて「私とは違う特別な人」のように思われたりするんですよ。「私とは違うわあ」と言われるんですけども、そうではなくて。

ヘルパーの仕事自体は、私が普段所属する「ヘルパーステーションふわり」は、3分の1が私と同じ当事者のヘルパーであって、3分の1が家族会の方で、3分の1が一般の元気な方という所属になっていまして、とてもしっかりしたサポート体制があるので、安心して働けますし、ピアスタッフの仕事では、「当事者」と「スタッフ」という垣根があまりなくて、いいコンビネーションがあります。それはスタッフが私をサポートしてくれているのはもちろんなんですけども、私がスタッフをサポートする時も、時にはあります。

「出前はあと」では、吉岡さんのように退院促進事業をしている人がいたり、当事者で現在大学に通われて、「PSWの資格を取って専門職になりたい」とおっしゃられている方もいてはります。またアルコール依存で断酒会の活動しておられる方もいらっしゃいます。様々な活動をしている人が多いんですけども、人としてお互いを尊敬しあえる仲間で、とても心強い仲間で。月に1回世話人会で、今度の講演に誰が行くかとか決めているんですけども、いつも笑いが絶えない。大阪ですから笑いが絶えませんが、みんなにとってもとても心癒される場所、特に中本さん自体も癒される場所だそうで、情報交換できる大事な会になっております。当事者の派遣講師の方が入院されていても、外出してまで会に来られます。「ここには行きたい、行かせてくれ」と言って、来られたりします。

このように当事者であっても、皆さんそれぞれ能力があるんです。これまではスタッフが作業所等でメンバーさんのお世話をする、メンバーはお世話をされる人っていう形でしたけども、最近では「ピア」とか「ピアサポート」という言葉があちこちで聞かれるようになっていきますし、今日も話がたくさんありました。それはセルフヘルプグループの形として、仲間の支えあいが大事なことはもちろんなんですけども、それぞれにあったサポート体制があれば、皆さん自分の能力を生かすことができるんです。それはその人がエンパワメントすることであり、それぞれの自信につながっていくことだと思うんです。だからこれからももっと、ピアの方が活動できる場所が増えればいいなあと

思っております。

これで発表を終わらせて頂きます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(終了)

14:40～15:10 実践報告Ⅲ

林田輝子氏・横山朋子氏・荒川誠一氏
(社会福祉法人巣立ち会)

～プロフィール～

林田 輝子 (はやしだ てるこ)

平成15年12月に、社会福祉法人巣立ち会に入職。
共同作業所、グループホーム世話人等の業務を経て、現在はこひつじ舎(就労継続支援B型)管理者。精神保健福祉士。

横山 朋子 (よこやま ともこ)

平成19年8月より巣立ち会退院支援プログラムを利用し、平成20年7月に退院。
現在は武蔵野市のアパートにて一人暮らし。
こひつじ舎(就労継続支援B型)を利用中。

荒川 誠一 (あらかわ せいいち)

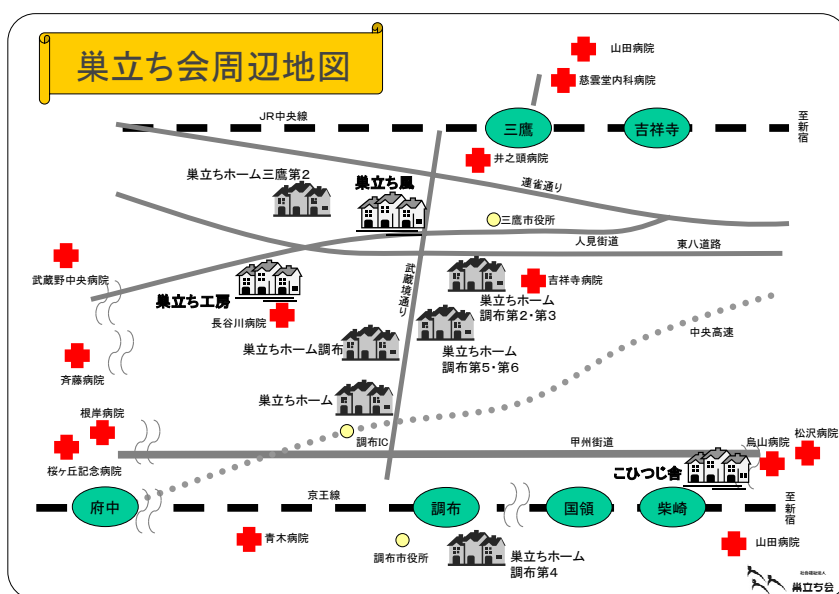
平成17年10月より巣立ち会退院支援プログラムを利用し、平成18年3月に巣立ちホーム調布第5(グループホーム)へ退院。
現在も同ホームへ入居しながら、巣立ち工房(就労継続支援B型)を利用中。

【実践報告Ⅲ：林田輝子氏・横山朋子氏・荒川誠一氏】

ただいまご紹介にあずかりました、社会福祉法人巣立ち会の林田と申します。

朝からの長丁場でみなさんお疲れのことと思いますが、もうしばらくお付き合い下さい。

私からは、巣立ち会が取り組んでおります退院促進プログラムの実践報告、という形でお話させていただきます。私は普段現場におりますので、特に現場の立場からこういった流れで支援をして、具体的に何をしているのか、といったところをお話したいと思います。



まずは私達巣立ち会の概要を簡単にご説明申し上げます。私たちは、ここ三鷹市と調布市の2つの市にまたがって活動しておりますが、ここはご承知の通り、東京の中でも精神科病院が比較的多い地域です。こちらは我々の活動地域の地図ですが、周辺には13の精神科病院がございます。

巣立ち会は発足して17年になりますけれども、その活動は長期入院の方へ住居を提供するところから始まっています。長期にわたって入院されている方のなかには、本来治療の場であるはずの病院を「住まい」として生活している方がたくさんいらっしゃいます。当時外勤をしながら、入院費を自分で稼いでいたという方も少なくなかったと聞いております。誰しもそうだと思いますが、「住む場所」と「働く場」、どちらを先に確保するかと考えますと、当然住む場所だと思うのです。ですから、住む場所を探して、そこに退院してもらってということを始め、次に働く場所、日中活動する場所を作ると、そのようにしながら、現在この図にあります8ヶ所のグループホームと3ヶ所の事業所ができてきたというのが、巣立ち会の経緯です。

巢立ち会:居住施設と利用状況

| 名称 | 利用者 | 定員(居室数) |
|------------|-----|---------|
| 巢立ちホーム | 6名 | 6 |
| 巢立ちホーム三鷹第2 | 15名 | 15 |
| 巢立ちホーム調布 | 5名 | 5 |
| 巢立ちホーム調布第2 | 6名 | 6 |
| 巢立ちホーム調布第3 | 5名 | 6 |
| 巢立ちホーム調布第4 | 11名 | 12 |
| 巢立ちホーム調布第5 | 7名 | 7 |
| 巢立ちホーム調布第6 | 5名 | 6 |
| 居住支援 | 33名 | 37 |
| 合計 | 93名 | 100 |

平成20年12月8日



これはグループホームと地域の居住支援をあわせた数字ですが、私たちは全部で96部屋分の住居支援をおこなっております。これらはいずれも賃貸物件です。居住支援といいますのは、グループホームとして申請はしていないけれども、巢立ち会が住まいを借りるにあたって支援をして、その後も関わり続けているお部屋を意味します。私達の根本には、退院するには「住むところがないと始まらない」という考えがあるのです。後ほどご説明しますが、「退院しましょうよ」とお誘いにあがるには、こちらにも「住む場所は確保するぞ」という覚悟が必要なのです。借りられる部屋があるかどうか分からない状況で退院の話をすすめるのは不安もありますから 部屋は借りられる物件と出会ったときに、即借りてしまうことが多いです。その結果、空室のまま借りている部屋がでてくる場合もありますけれども、それは準備が整った方の退院をタイミング良く進めるためにはある程度必要なことだと思っています。

最近では、懇意にしている不動産屋さんの方から貸して下さるというお話を頂く場合も出てくるようになりましたが、この活動を始めた当初は、精神障害者に貸してもらえる部屋は非常に少なく、苦勞が多かったと聞いておりますので、地域の不動産の空室状況にはある程度敏感である必要があると考えております。

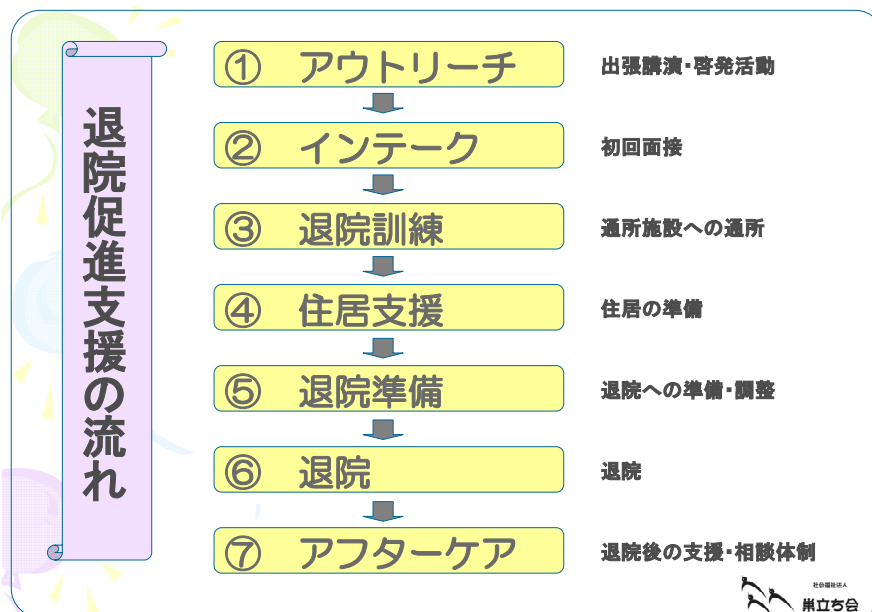
平成17・18・19・20年度の退院者の現状

| | | H17年度 | H18年度 | H19年度 | H20年度 |
|-----|---------|-------|-------|--------|--------|
| 対象者 | | 41名 | 50名 | 48名 | 49名 |
| 退院者 | | 17名 | 24名 | 13名 | 16名 |
| 中断者 | | 1名 | 9名 | 3名 | 5名 |
| 退院者 | 平均年齢 | 48.8歳 | 51.0歳 | 48.5歳 | 53.4歳 |
| | 男女比 | 13:4 | 17:7 | 8:5 | 10:6 |
| | 平均入院期間 | 4373日 | 3671日 | 3313日 | 3977日 |
| | 退院までの期間 | 7.8ヶ月 | 6.1ヶ月 | 12.8ヶ月 | 11.9ヶ月 |
| | 生活保護受給者 | 10名 | 15名 | 6名 | 9名 |

H20.12.6現在



私達は法人として独自に退院促進に取り組んで参りまして、現在までにおよそ150名の方の退院のお手伝いをおこなって参りました。17年に東京都から「退院促進支援モデル事業」を受託したときからの経緯をここに示してみましたが、17年度に17名、18年度に24名の方が退院しています。この年は巣立ち会がグループホームを新たに開設した年でもありましたので、数字が特にのびました。19年度は13名、今年度は16名が現在までで退院となっておりますので、この4年間の退院者は70名にのびります。



では、具体的に退院支援とは何をどのようにしていくのかをお話して参ります。

これは私どもが使用しているパンフレットの抜粋です。入院している方との出会いから退院まで、一連の流れはこうした流れになっています。

① アウトリーチ～その1～

出張講演

退院を経て、現在地域生活をしている巣立ち会のメンバーおよびスタッフが病院の病棟に向き、入院患者さんと病棟の職員さんに対して自己の体験談や具体的な情報についてお話しします。



メンバーが積極的に
講演に出かけます。



社会福祉法人
巣立ち会

まず、アウトリーチですね。これは多くの事業所が実践されていますが、病院へ出かけていくことでアプローチをします。出張講演と我々には呼んでおりますが、巣立ち会の利用者が病院に出かけて、入院中の方や職員の方に自分の体験談をお話しします。そこで患者さんからいろいろな質問をもらってそれに答える、そういう出前サービスのようなことを手始めに行います。みなさんかなり具体的に、お金のこと、食事のこと、家賃はいくらだ、ご飯はどうしているんだなど、細かなことをここでやり取りなさいます。これが地域の生活に興味をもって頂くきっかけになるかと思えます。

話をするだけではなく、作業所で行っている簡単な内職作業をお持ちして、作業体験をしてもらったりということも行います。作業所などには全く興味がなかった患者さんが、この作業体験をしてみても、「このくらいなら自分でもできるかな」と言って作業所に通うようになったというケースも出てきています。

ピアサポートの効果

- 当事者がエンパワメントされる
- 主体的に生きることで潜在的な可能性が引き出され、自信がつく
- 同じ経験をしたものが相談・支援に効果的である
- 当事者同志の交流が増え、仲間が増える
- 支援者の当事者に対する見方が変化する

社会福祉法人
巣立ち会

ピアサポートの効果と書きましたが、初めは体験談を話す方も不慣れですし、なかには「自分の話なんかしたってしょうがないよ」と言われる方もいらっしゃいます。それが何度も病院へ行って、患者さんに話をしていくうちに、自分の経験が人の役に立つということが実感としてわいてきて、それが彼らの自信にもつながってきています。「自分ができたのだから大丈夫だよ」というメンバーの言葉というのは、私たちが言うどんな言葉よりも強い後押しになるのだな、とよく感じます。

一方で病院側も、当事者と一緒に何ううちに同じように感じて下さって、次第に暖かく見守って下さるようになってきます。支援者の、当事者を見る見方がだんだんと変化していくのを感じることも多々あります。それがかつてご自分の病院の入院患者さんだったりしますとなおさらです。それに加えて、病院から作業所へ通い始めた患者さんが夕方病院に戻って、いろいろ言いふらして下さるのですね。「こんな生活をしている人がいる」ですとか、「こんな作業をした」だとか、こうしたロコミが実はとても影響力が大きいと感じておりまして、ピアサポート効果は大きいと実感しております。

② インテーク（初回面接）

まずは病院職員の方よりご連絡を頂き、そして対象者の方、病院職員の方と当会職員で今後の具体的な計画や支援方法について相談を致します。

退院へのお気持ちがある患者さんには、今までの生活を振り返って頂き、これからどう生きたいか、夢や希望などを共に確認致します。そしてそのご希望に対して、私たちがどんなお手伝いができるのかを提示し、お互いの同意の元に支援を開始します。



次に、作業所に見学に来て頂くか、こちらから病院へ伺ってご本人と面接させていただきます。ここで「とにかく先ず作業所に通ってみましょうよ」とお誘いをします。

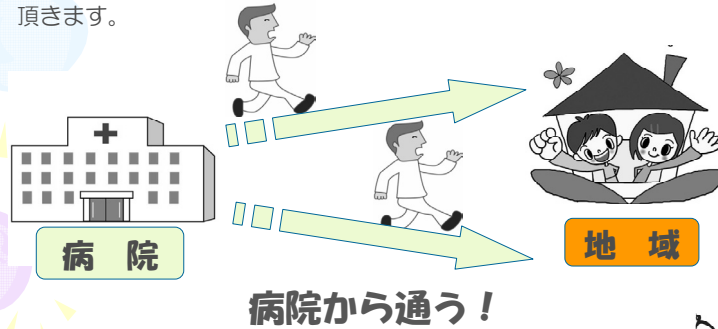
今申し上げましたように、私たちの考え方は、まず入院中から作業所に通ってもらい、その通ってきた人たちに住まいの支援を提供します。つまり、生活の場と働く場の両方で利用者を支える仕組みになっています。

③ 退院訓練

面接を経て、退院促進事業の対象となられた方には、地域への第1歩として病院から当会の通所施設（巣立ち工房・巣立ち風・こひつじ舎）のいずれかに通って頂きます。

通所先も通所開始日も、ご本人のご希望で決めて頂けます。また通所日数、時間などについてもご相談に応じます。

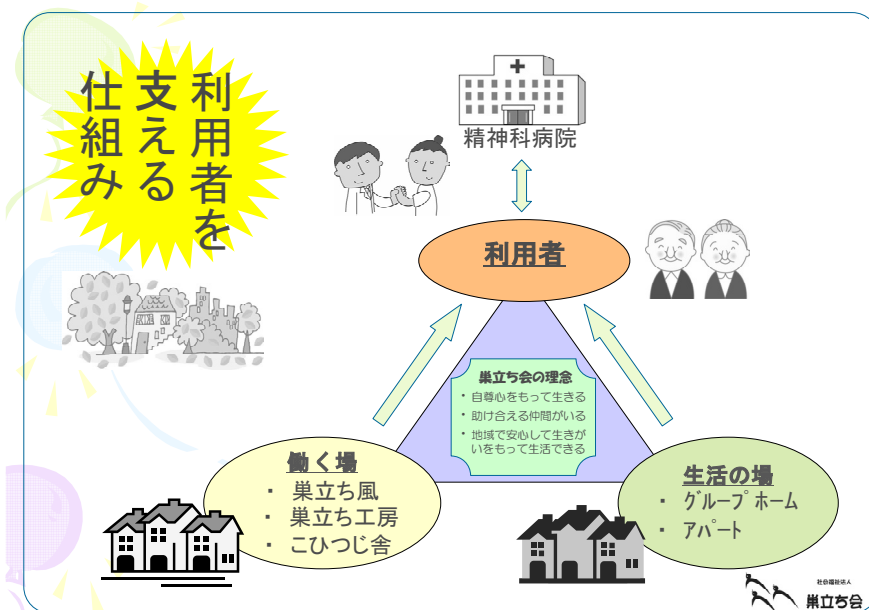
安定して通所し、そこで仲間を得ることで、自立生活への自信をつけて頂けます。



社会福祉法人
巣立ち会

作業所へ通うことが決まると、そこから退院訓練が始まります。

病院から作業所へ通所をしながら、まず病院の外へ出ること慣れていってもらいます。作業所に通うためには、公共の交通機関を利用しなくてはなりませんし、そのためのお金の管理も必要です。病院では時間になると運ばれてくる昼食も、自分で調達する必要が出てきます。こうした生活に必要な基本的な事柄を、実践でおこなうわけです。道順が不安だとか電車の乗り方が心配という方には、慣れるまで同じ病院出身のメンバーが送り迎えをすることもあります。これを数ヶ月おこなって頂きます。



社会福祉法人
巣立ち会

この数ヶ月間にわたる作業所通所を通して、退院後の生活に必要な基盤づくりをしていきます。作業所で仲間を作るといった人間関係や、作業を通してのチームワークなどを形成しながら、

我々支援者とも信頼関係を築いていきます。作業所には、同じ体験をして地域生活を送っている先輩メンバーがたくさんいますから、彼らと関わることで、退院後の生活イメージも少しずつ作っていただけます。

このプログラムを利用してもらうには

- 通所施設に通えること、そこで集団に馴染めること
→ピアの支援が受けられる
- 職員との信頼関係が築けること
- 服薬自己管理がある程度確立していること
(現実には退院すると服薬が出来なくなる人も
いるが、、、)

※年齢、入院期間は原則問題にしません。



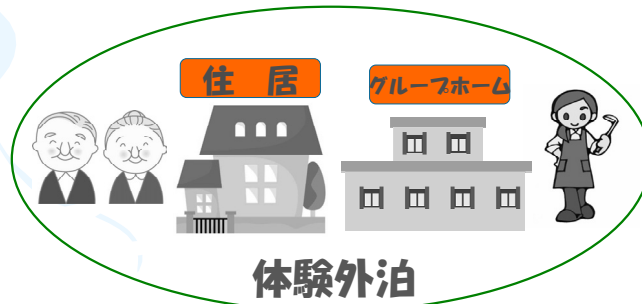
このプログラムでは、通所の施設に通えることをひとつの条件にしています。週に1日でも2日でも、集団の中で関っていくうちに、スタッフとの関係性が作れていくと思うのですね。ここで関係を作っておくことは、その後の地域生活においても非常に重要だと考えます。黙々と通って下さいますと、その方に対してこちらも愛着がわくようになりますし、多くの場合、退院してからも同じ作業所に通うことになりますから、この先長いお付き合いになることを考えまして、この期間を大切にしています。

ただ実際は、初めから退院や作業所通所に積極的な方ばかりではありません。中にはこちらが「この方通えるかな」と不安に思う方もおられます。けれども次第に皆さん作業所に自分の居場所を見つけていかれるのですね。「自分はもう年だから作業所なんていいよ」と言っていた方が、気づくと作業所の清掃チームの主力メンバーとなっていたり、作業所で何か役割を持つようになり、仲の良い友達ができたりしながら、大概の方がせつせと通ってきてくれている、そんな現状があります。

大切なのは、入院期間とか年齢よりも、通ってこられて、そこで仲間との関係が築けることだと思っております。

④ 住居支援

通所も安定し、具体的に退院の予定が出てくると住居探しに入ります。ご本人、ご家族、病院関係者の方々と相談しながら、場所や入居時期等を考慮し、その方に合ったグループホームや住まいを探していきます。また、ショートステイを利用した外泊訓練などもはじめて頂き、退院への準備を始めます。



社会福祉法人
崇立会

通所が安定し、具体的に退院の予定が出てきますと、我々は住居探しを始めるのですが、そのタイミングに、実は明確な基準はありません。通所を続けてこられますと、その間に我々との関係ができてきます。それはこちらの「そろそろいいかな」という気持ちであったり、「ま、やってみよう」という支援者の、ある種勘のようなものに頼っている気がします。逆をいえば、「もしダメでもまたチャレンジすればいい」という開き直りがあるのかも知れません。

ですから、もういいかなと感じる段階で、グループホームあるいはアパートを探します。この段階までの間にスタッフは、その方が入居することを想定してグループホームの空きやアパートの空室状況に常に目を光らせておきます。グループホームの退去者が出そうになりますと、「次はこの方を」と世話人に伝え、心の準備をしておいてもらいます。言い方が悪いですが「先に唾をつけておく」ということです。一般のアパートを借りるときも、障害を開示して、大家さんや不動産屋からの連絡はいつでも我々が受けられるような体制を作っています。

根気強い部屋探し！！

- 部屋探しはタイミング、時間を要することも
- モチベーションを下げない工夫が大切
- 「必ずみつける」とメッセージを送り続ける



しかし、そうは言っても必ずしもこちらが思うタイミングで部屋がいつも見つかるとは限りません。時には時間を要することもあります。その際に、いかに利用者のモチベーションを下げずに通所を続けてもらうかがポイントになります。これは作業所の担う大切な役割のひとつです。

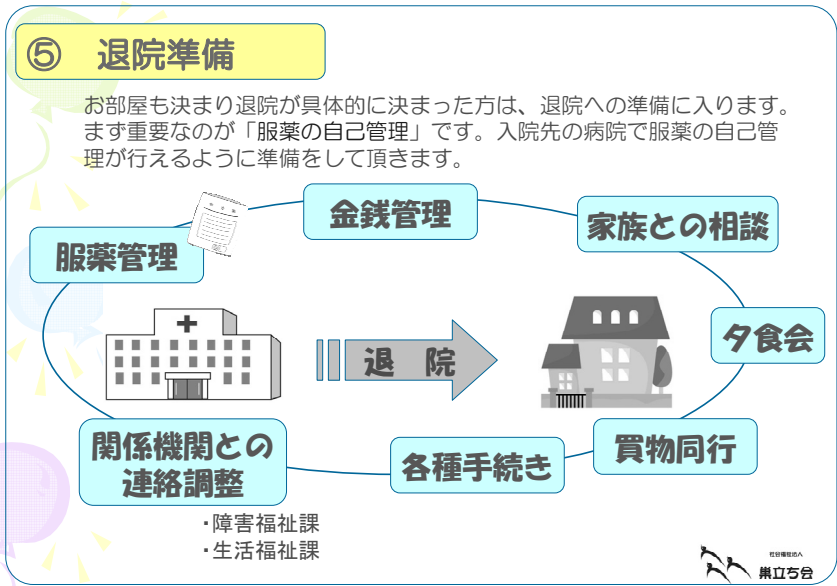
その方に作業所での役割を持ってもらったり、その人の得意な分野を生かした作業を提供したりしながら、日々「退院まで頑張ろうね」「必ず部屋を見つけるからね」というメッセージを送り続けます。我々スタッフもここで決して気弱にならないことを意識して、必ず見つけると自分たちにも言い聞かせています。

アパートの契約に当たって 心がけていること

- 大家や不動産屋の心配は、家賃の滞納だけでなく、あらゆる問題を含めたトラブルである
- ↓
- 常に連絡が取れ、トラブルに対応できる支援体制であることを示す
 - ① 世話人、作業所の連絡先を明示
 - ② 24時間対応できる窓口（携帯の連絡先）の設定



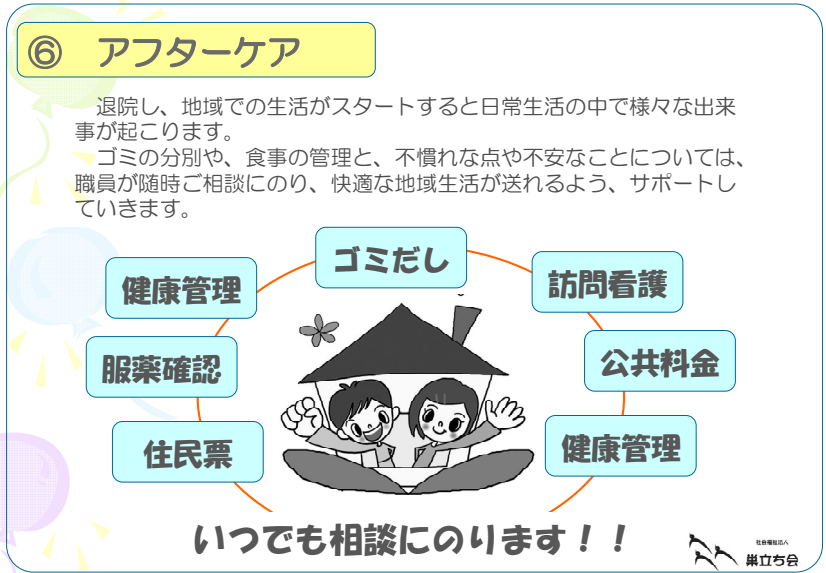
アパートの契約に当たってですが、大家さんや不動産屋さんにとって心配なことと言いますのは、保証人がいるかどうかということよりも、家賃の滞納ですとか、「何か問題が起こったとき誰が対応してくれるか」という点だと思うのですね。ですから、世話人や作業所の連絡先などすぐに対応できる窓口を設定し、管理者の携帯番号をお教えしておくなどの配慮をしています。



そして部屋が決まりますと、体験外泊を始めていただき、退院準備を進めていきます。

この外泊も何回にわけて、何泊するのか、本人との話し合いのなかで決めていきます。通常グループホームに退院なさる方には、週に2回の夕食会にあわせて外泊予定を組み、自分の部屋に慣れていってまいります。

また、この段階で病院、市区町村のケースワーカー、生活保護のケースワーカー、家族と今後について具体的な話をしていきます。特に生活福祉課や、退院先の市の障害福祉課のワーカーとはあまり面識がない場合が多いので、ここでしっかりと話をつめておく必要があります。



そしていよいよ退院となるわけですが、生活において必要なこと、不安なことはその都度世話人や作業所の職員が相談にのりながら、安定して地域で生活ができるまで見守ります。

地域の一住民として生活する上で、特にゴミ出しなど自治体によってルールが異なりますから、

時に訪問をしながら一緒に覚えていきます。それでも時々分別を間違えてしまったり、ご近所から注意を受けることもありますから、その場合はその都度すぐに対応するようにしています。そのためにも、大家さん、不動産屋さんにはこちらの連絡先を明確にして、「気付いたことは何でもお知らせ下さいね」とお伝えしておきます。

また、実際に住んでいる利用者を知って頂くためにも、大家さんを食事会や会のイベントに招待するなどの交流も心掛けております。

病院との連携

- 病院の立場を理解し、負担をかけない
- 出来るだけ、こちらから出向く、連絡を取る
- なるべく利用者と一緒に行く
- 追い出すのではなく、背中を押してもらう。
- 訪問看護になるべく来てもらう
- ケース検討を一緒に行う
- 早目の休息入院を受入れてもらう。

↓

良好な関係を築き、維持していく

Nishitani 西谷

この一連の流れのなかで、当然ですが病院との連携は非常に大切だと感じています。

病院は忙しく、なおかつ、患者さんにはさまざまな規制があります。そんな中で患者さんが作業所の通所を始めますと、他の入院患者さんにはないイレギュラーなケースが出てくるのですね。例えばお風呂の時間をずらして頂いたり、朝作業所に来るために朝食を早めに出して頂くなど、お願いしなければならないことが出てきます。ですから、それ以外のことでなるべく病院に負担をかけずに、まめにこちらから出かけて行ったり、連絡を取り合うようにしています。立場的に押し出す側も辛いと思うのですね。病院から追い出すようなイメージを持たれやすいですから。ですので、「地域でサポートしてくれるみたいだから、一度行っていらっしやい。疲れたら休みにきてね」くらいのことを言って、患者さんの背中を押して頂ければ良いかなと思います。

そして退院してからも、可能な限り訪問看護をお願いしたり、退院後の状況を共有するよう心がけています。私たちは月に一度、スタッフの勉強会を開きましてケース検討などを行うのですが、その際にはできるだけ我々だけでなく、病院のスタッフをお招きして共に考えてもらうという事をしております。

また、退院にあたっては、「絶対に大丈夫」ですとか、「決して再入院はしないように」とは申しません。こちらがそういう風に意気込んでしまいますと「この方のあれが心配」「まだここが出来ていないから」となってしまって、かえって病院が退院の後押しを躊躇してしまうことになりがちです。逆に病院には「何かあったら早めに休息入院を受け入れて下さい」とお願いをしておきます。その方がお互い安心ですし、継続的に病院と良い関係を築いていけると思います。

巣立ち会の支援の特徴

- 法人全体で関わっている
- チーム責任者が明確でいつでも連絡が取れ、指示が出せる状態にある
- 1人のケースに2名以上のスタッフが関わる
- 利用希望者に年齢や入院期間などで条件を付していない
- 近所に助け合える仲間が住んでいる(ピアサポート)
- 退院後も継続して支援をする



私達の活動の特徴的なところをいくつかご紹介します

1. 法人全体で関わっている。事業所がいくつかありますので、チームで取り組むことが可能です。
2. チーム責任者が明確でいつでも連絡が取れ、指示が出せる状態にある。管理者の携帯はいつでもONになっており、何かあったときにはいつでも対処、指示できるようになっています。
3. 1人のケースに2名以上が関る・働く場と生活の場の両方に関るわけですし、日中の場では複数の支援者が関る機会があります。
4. 利用希望者に年齢や入院期間などで条件付けをしていない。原則的な入所条件はありますが、可能な限り多くの人にチャレンジしてもらおうとしています。
5. 近くに仲間がいる(ピアサポート)
6. 退院後も継続して支援をする。退院して終わりではなく、そこから本当の生活が始まるわけですから、その後も継続的に関わります。

ここまでご紹介して参りました通り、私たちは何か特別なツールを持っているわけでも、特別なことをしているわけでもありません。スタッフは私も含めまして、経験の浅い者が多数を占めますし、地域生活を支えていける自信があるわけでは決してありません。けれども、そんな我々でも退院促進の一端を担うことはできるのだと日々感じております。つまり、誰でも退院促進支援をすることが可能なのだということなのだと思います。

「地域で楽しく」を支援するために

- 自信はなくて当然
- 再入院は当たり前と思う
- 利用者の力を信じること
- 部屋は汚くても死にはしない
(細部にこだわらない)



支援者間で地域生活支援をする
覚悟を共有する



先ほども申しましたが、退院にあたっては、「これが最後の退院」とは考えません。再入院は当たり前、時折入退院をしながら今度は自分から地域に戻ってくるのを見守りたいと考えています。支援の過程においては、色々な課題に直面し、その度に気持ちが途切れそうになることも正直あります。けれども、利用者の力を信じてチャレンジしていく、その覚悟を支援者間で共有することが大切なのだと思います。

生活を始めますと、色々なことが起こります。お金を使い込む、雨戸を一切開けない、夜救急車を呼ぶ、などなど。できるだけ、そのひとつひとつに目くらをたてないように、あまり多くを求めますとお互い疲弊してしまいますから。

大きな声では言えませんが、「部屋が多少汚くても死にはしない」くらいの気持ちでおります。何より、彼らが地域で楽しく生活できるように、支えていきたいと思っております。

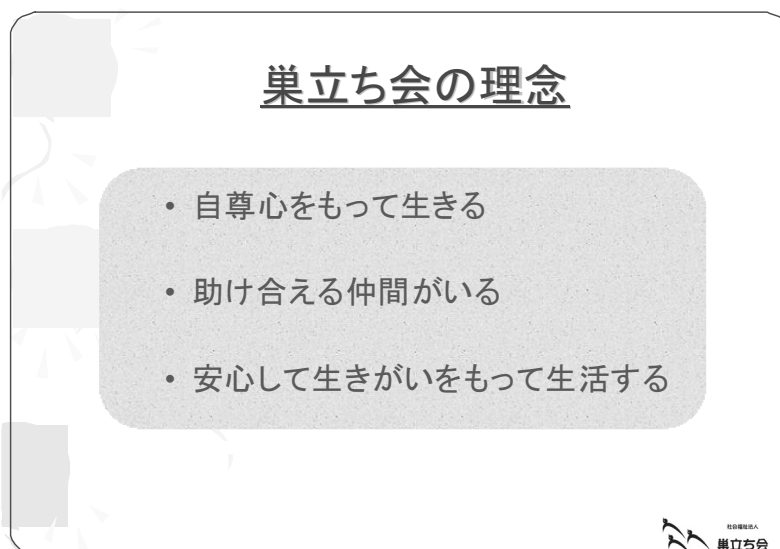
今後の課題

- 通所プログラムにのらない人の退院支援
- 利用者の高齢化



今後の課題ですけれども、我々は作業所通所を前提とした支援をしておりますので、そうしたプログラムに乗らない方の退院支援をどうおこなうのかという課題があります。地域にいろいろな退院プログラムができて、利用者がそれを選んで退院に結びつくようになればと思います。

また、利用者の高齢化という課題があります。退院はできても、いずれ加齢による様々な問題が生じてきます。それにどこ連携し、どう対応していくのかが課題となっています。



最後に、巣立ち会の理念をご紹介します。

自尊心をもって生きる、助け合える仲間がいる、安心して生きがいをもって生活する、すなわち「地域で楽しく」ということです。

病院は治療するところ、そして地域は住むところです。同じ住むのなら楽しくいきましょう、とお誘いに上がるのが私達の姿勢です。まだまだ私たちが迎えに行かなければならない方たちが、病院にたくさん待っていらっしやると認識しております。もっともっと同じような活動をして下さる事業所仲間が増えて、協力して下さる病院や地域の資源が増え、それが結果として精神障害者の退院促進、地域移行につながることを望んでおります。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

次に、実際に退院したお二人から体験談をお話して頂きます。

まずは横山さん、昨年7月に退院しました。続いて平成18年に退院した荒川さんにお話をしてもらいたいと思います。

<横山氏>

私がこひつじ舎に、体験通所も含めて勤務するようになったのは、早いもので1年6か月ぐらいになりました。退院したのは2008年7月25日です。まだ未熟な私ですが、自分なりにまじめにマイペースで働いています。私がこひつじ舎に体験通所していなかったら、退院できない状態でしたと思います。

病院で「作業所に行ってみないか」と言われたのが、2007年の初夏ごろだったと思います。田尾さんと巣立ち会のスタッフの方が病院に来てくれました。いろいろと入院のこととか病気のことを訊かれましたが、私にとっての退院するチャンスだったのだと、今考えてみるとそう思います。どうもありがとうございました。とても感謝しています。

私の病歴のことを簡単に説明しますと、私が発病したのは今から24年前、日航ジャンボ機が御巣鷹山に墜落した時です。当時私は24歳でした。年が判ってしましますが、この病気になって24年経ちます。何度つまずいたことでしょうか。でも今は元気で、現在の私に至っています。病気が長かったと言えば長い方ですね。発病した時は「食べられない、眠れない、起き上がれない」の症状でした。その時は両親が健在でしたから、すぐ母に東京のJ医大に連れて行かれて、八王子にあるH病院に入院しました。その頃はやせていて38~40キロぐらいでした。母がドクターに相談して、食欲増進剤を飲まされてみるみるうちに太ってしまい、60キロ以上になりました。

話が横道にそれてすみません。これは病院にいる患者さんたちに向けてのメッセージなのですが、皆さんも一歩前進して、作業所は自分に合ったところに通所して、明るい方に目を向けて頑張ってください。きっと毎日が楽しくなります。今現在もいろいろな病院で、私のように生活保護で両親がいない、帰る家がない、そんな方たちがたくさんいると思いますが、その一人一人に、皆さんも病院にいてはもったいない、自分に合った作業所、いいドクター、いいお薬を見つけて、社会に出てほしいです。退院してほしいです。私の経験から言って、考えているよりすぐ実行して、案ずるより産むが易しです。必ず良いことがあります。皆さんも大丈夫ですよ。絶対に退院できます。希望を持って、チャンスを逃さないように実行してみてください。

私も作業所に体験通所をして、最初は週1回から通ってどんどん増やして行って、週2回、週3回と挑戦しました。そのうちに退院の話が出て、巣立ち会の優しいスタッフが住むところも見つけてくれます。安心して下さい。病院にいるより社会で輝いてほしいのです。入院している時と違って束縛されないし、自由がききます。部屋だって、掃除をすればぴかぴかに光ります。自分自身も磨けば光ります。路傍の石も宝石にしてみせます。そこから楽しいことを見つけて下さい。

私の鉄則としましては、朝は希望に起きて、昼は愉快地に働いて、夕は感謝で就寝します。

みなさん一人一人に期待しています。意欲があればきっと成功します。皆さん秘めた才能があります。それをぜひ生かして行って下さい。

退院は決してエンドではなく、新しい生活のスタートですから、継続することが大切だと思います。

最後にスタッフの皆さん、どうもありがとうございました。スタッフもメンバーも、年齢を問わない自分らしい生き方、エージレスを持っていて、こひつじ舎は自分にとって魅力がたくさんあります。困った時はスタッフが何でも相談に乗ってくれています。仕事もとても楽しいですし、みんなとのコミュニケーションもとれています。こんなアットホームで暖かいところで働けてうれしいです。

あと、今住んでいる武蔵野市もとてもいいところです。武蔵境の商店街も好きです。八百屋さん、菓のセイジョー、近くのセブンイレブン、ミニストップの方も暖かい目を注いでくれます。この街がとっても好きです。遠距離通勤で経済的には苦しいですが、そのところ東京都の方、これからもよろしく願います(笑)。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

<荒川氏>

調布から来ました荒川誠一です。

私は平成4年にH病院に入院し、15年くらい入院していました。はじめは病名も知らされず、よくわからないまま薬を飲んでいましたが、10年以上経ってから統合失調症と糖尿病だということになりました。自分では病気だということが判っていたので、退院したいと思っていませんでしたが、作業所の人たちが引っ張ってくれて、なんとなく退院してしまいました(笑)。退院する前は、半年ぐらい巣立ち工房という作業所に体験通所していました。見学の時は暗い感じがしましたが、次の日に行ってみたら、みんなが明るく迎えてくれて、通ってみようと思いました。そして平成18年の3月に、グループホームの一室に退院しました。

退院した後も、血糖値が上がって入院したり、ひざを骨折するなどハプニングもありました。骨折した時は、世話人の濱井さんや病院のOT室の人たち、病棟の看護師さんがよく看病してくれたり、巣立ち工房のメンバーが「体拭き拭き隊」を結成し、頭を洗ったり体を拭いてくれました。また、ベッドを補強してもらいました。そんな中で、早く治すことができましたと思います。

現在も、巣立ち工房に週3日通っています。退院してから、好きなものを食べたり、外出が自由になり、退院して良かったと思っています。これからの希望は、病気を治して、好きな哲学書などを読みたいと思っています。以上です。(拍手)

(終了)

15:25～16:55 パネルディスカッション

岩上洋一氏

中本明子氏

田尾有樹子氏（社会福祉法人巣立ち会）

<指定発言> 小泉裕子氏
（三鷹市健康福祉部生活福祉課・退院促進支援相談員）

<司会> 小林由美子氏
（社会福祉法人多摩棕櫚亭協会）

～プロフィール～

小泉 裕子（こいずみ ゆうこ）

精神保健福祉士・社会福祉士。

三鷹市役所生活福祉課・退院促進支援相談員（嘱託）

【パネルディスカッション】

司 会： パネルディスカッションの司会を務めさせていただきます、多摩棕櫚亭協会の小林と申します。よろしくお願い致します。

今日のテーマは精神障害者の地域生活移行支援です。平成14年に、日本には7万2千人の社会的入院をしている方たちがいるという報告が出ました。それを受けて退院促進事業、平成20年からは地域生活移行支援と、今日の実践報告のような様々な取り組みが行われております。

そこで今日は、先ほどの実践報告を踏まえて、地域移行支援のポイントや課題について、少し議論を深められたらと思います。ただ、このテーマは古くて新しいというか、新しく古いうか、なかなか大きなテーマです。皆さんもどうかお付き合い下さい。よろしくお願い致します。

それでは具体的な議論に入る前に、少し会場を暖めて頂くということも含めて、小泉さん、よろしくお願い致します。

小 泉： どうもありがとうございます。三鷹市生活福祉課で退院促進支援相談員をしております、小泉と申します。

これまで私は精神障害者の方々の社会復帰施設で精神保健福祉士として仕事をしてきました。地域生活支援や相談支援、就労支援等に携わってきたのですが、昨年4月から三鷹市役所の中で週4日間働く相談員の仕事をさせて頂いております。

1人あたり100人以上担当しているケースワーカーの方々が20名、本当に大変だなと驚きつつ、心強い味方とともに働いていると感じながら仕事をしています。

ここでは平成20年度から開始した三鷹市の退院促進事業の概要をご紹介するとともに、相談員として感じた今後の課題もお話しできればと思いますので、よろしくお願い致します。

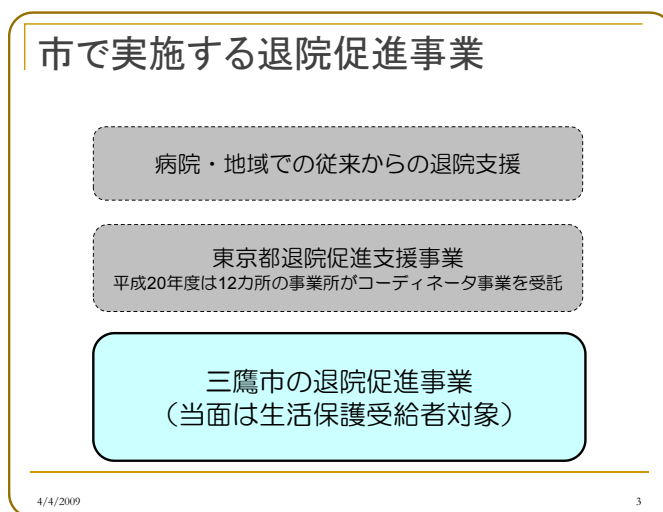
三鷹市の現状

- 人口 178,000人
- 市内の精神科病床数 1,200床
- 生活保護受給世帯数 2,100世帯
- 長期入院者数(生保受給者) 140人
- 三鷹市近郊の入院者数(生保受給者) 70人

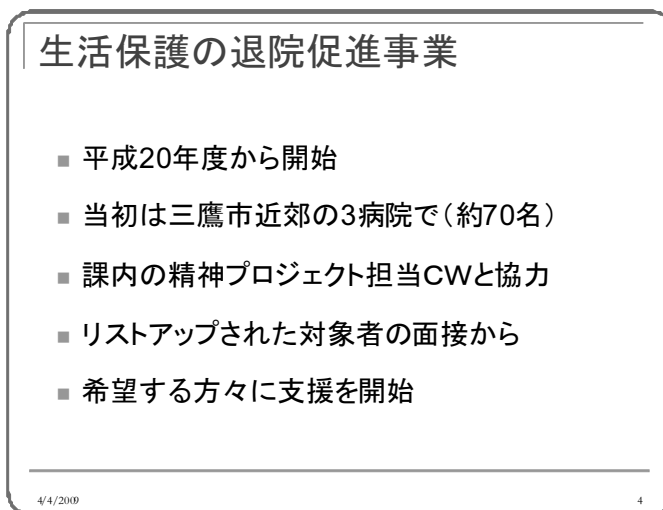
(平成20年資料より)

三鷹市の現状をざっとご紹介します。三鷹市の特徴は、公営住宅が多いこと、大規模な精神科病院があり、1,200床にのぼるといことがあげられます。また作業所やグループホームも数多くあります。

生活保護の受給世帯数が約2,100世帯で、保護率は約15%と全国平均を上回っております。三鷹市の生活保護受給者の中で、精神科の病院に概ね6ヶ月以上入院している方は、20年度初めの時点で約140名いました。その中で、三鷹市近郊の病院に入院されている方だけで70名くらいになります。



退院促進には、従来から行われてきた病院や作業所、地域活動支援センターによる退院支援があります。東京都では都事業として退院促進支援事業を行っています。そして三鷹では、市の事業として精神科病院に長期入院している方々の退院促進事業を開始したわけです。



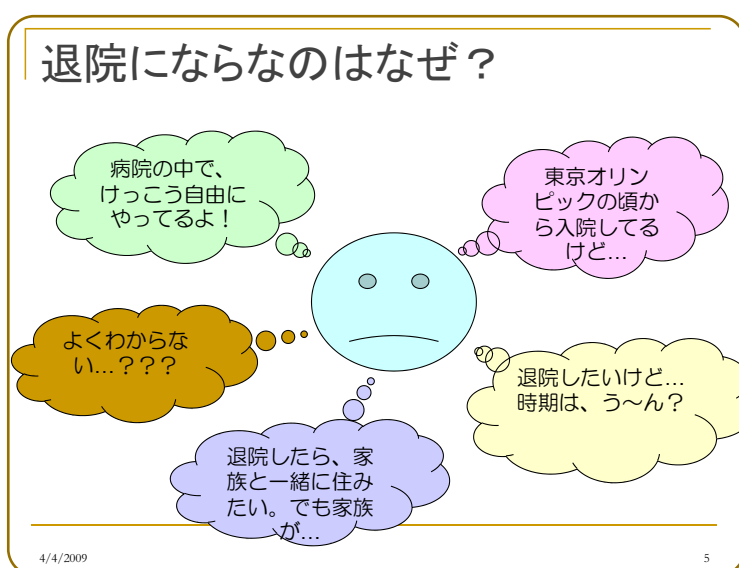
三鷹市では、20年度はまず生活保護の受給者を対象として、近隣の3つの病院から始めていくことになりました。開始にあたり、生活福祉課の「精神プロジェクト」のメンバーにも相談しながら進めてきました。そのほか役所内外の関係者による退院促進の連絡会

を開いて情報交換を行ったり、コンサルテーションを頂きながらやっています。

方針として、できるだけ多くの長期入院の方々にお会いし、お話を聴いていく形でスタートしました。去年の5月、6月頃には、1～2ヶ月で約40名の面接をしました。

生活保護で行う退院促進のメリットの1つに、リストが作りやすいということがあげられます。このメリットは活かしていこうということで、病院のソーシャルワーカーの方々にもいろいろとご協力頂きながら、入院中の方々に順番にお会いしました。

同時に市内の各事業所、病院内の退院促進関連のプログラムの見学もお願いしました。どこに行っても、「見学させて下さい」と申し出ると快く受け入れて下さり、とても助かっています。



生活保護の場合、要否意見書というものがあるため、主治医の診断の概要は知ることができます。ただ、直近の状態や本人の希望・気持ちなどは直接会って話さないとよくわかりません。面会を重ねていくうちに、徐々にその方のことが見えてくるような気がします。

中には人生の大部分の時間を病院で過ごし、院内の生活に順応しきっている方もあり、退院ということが本当に不安で怖いことなんだろうなと感じることもあります。でも、「これからはずっと病院で暮らしていくんですか？」とたずねると、「ずっといたい」という方はいませんね。

一方、「早く退院したい」とはっきり言われる方もいますが、ご本人の希望に対してご家族が完全に拒否されていたり、退院はしたいが病状がなかなか落ち着かないという方もいらっしゃいます。退院に向けての困難も、本当に多様です。

少しずつ関係ができていったかなというところで、「好きなこと」、「どんなことをしたいか」、「楽しみにしていることはなにか」などを聴いてみます。希望・目標についても聞くようにしています。そして「その希望を実現させるためには、今何ができるでしょう？」ということと一緒に考えてみます。こうした話をするときには、ほとんどの場合、表情が明るくなり笑顔が多く見られます。

退院促進事業の現状

| | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 計 |
|--------|------------------------------------|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|
| 新規支援者数 | 3 | 8 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 |
| 総支援件数 | 3 | 11 | 13 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 |
| 延べ支援回数 | 38 | 42 | 69 | 66 | 70 | 112 | 67 | 112 | 116 | - | - |
| 退院者数 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 8 |
| 退院先 | グループホーム 1、アパート 3、ケアホーム 3、養護老人ホーム 1 | | | | | | | | | | |

| 入院期間 | 1年未満 | 10年未満 | 20年未満 | 30年未満 | 30年以上 | 計 | 平均 |
|------|------|-------|-------|-------|-------|-----|------|
| | 2 | 10 | 0 | 3 | 1 | 16名 | 9.1年 |

| 年齢別 | 50代 | 60代 | 70代 | 計 | 平均 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| | 10 | 3 | 3 | 16名 | 61.3歳 |

2009.2.21現在

4/4/2009

6

退院促進事業の状況ですが、今年度の対象者数は計16名。そのうち8名の方が退院されました。退院先はグループホーム1名、アパート3名、ケアホーム3名、養護老人ホーム1名です。

退院後のフォローも退院先やその人の状態によって様々な形で行っています。「退院したけれども、1人でバスに乗って通院できない」という人もいます。最初はバスと一緒に乗って通院同行し、慣れてきた頃に「じゃもう1人で行けますね」ということで支援終了、というようなケースもあります。

事例:Aさんの場合

- 年齢 50代、入院年数 6年
- 退院先・・・アパート
- 支援期間・・・4.5ヶ月
- 退院後支援・・・週1回訪問
- 日中活動の状況
 - 通院 ……週1回
 - 外来OT・・・週1回
 - 訪問看護・・・週1回



5/8/2009

7

今後の課題

- 高齢化への対応
- 対象者のニーズと自立
- ピアの力をどのように活かすか



4/4/2009

8

支援してどんなことが見えてきたかという話ですが。昨年の秋退院した方ですが、週1回の通院以外は1人で自由に音楽を聴いて過ごしたいという方がいます。退院促進支援もその方の希望に沿って考えてきました。退院後に生活の満足度を尋ねたところ、退院前は100点中60点だったものが、退院直後は70点、そして数ヶ月たった今は80点とのことです。「残りの20点はどうしましょうか」と聞いたところ、「もっと自分でギターを弾けるようになったりとか、そういうことができれば100点に近づいていくかな」とのことでした。そんな形で生活を楽しんでいるようです。

ただ、こういう形で1人暮らしをしている人の場合・・・それはご本人の希望ではありますが、作業所や支援センターに行っている方々がそこで日常得られているサポートが得られない状況ではあります。

どんな工夫をしたら、こういう形で生活していきたいという人をサポートしていけるのか、ご本人が選ぶことでもありますが、安心して地域生活を継続していくためにはその辺が課題なのかなと思っています。

司 会： ありがとうございます。

退院支援を進めた際にピアのサポートが非常に重要だというお話があったんですけども、どのようにそういう方達にピアの支援を入れていくかという悩みが今後の課題になってくると思います。もしアドバイスだとか、今の実際の取り組みの中で気にしていることがありましたら、中本さん何か一言。

<ピアサポートの広げ方>

中 本： 「ピアをつくる」というのはすごくおかしくて、ピアが活動できる場をどれだけ作れるか。ピアっていうのは、私たちには友人であったり、仲間同士というところなので、そういうところを作業所などもそうだし、いっぱい工夫していくというような、種まきって言ったら変

ですけれども、そういうことを日常からやっていって、それが繋がっていくようにしていった方がいいと思うんですね。だから、どれだけ専門職というか支援者側がつぶさないようにすることが大事かなって思っております。

田 尾 : 三鷹ではピアサポート事業というのがあって、ピアカウンセリング講座を開催して、そういう勉強をしたりしています。その先にどのように、今言っていた種から芽を吹かせていくのか、それをどう見つけたらいいのか。

今の私たちがやっている退院促進事業の中では、ピア同士で助け合うっていうのは当たり前になっているのですね。例えば病院に入院している人がいたら迎えにいくとか、そういう風土はある。そこから例えばピアサポーターみたいな形にしていくときの流れをどう考えたらいいのか、私が最近悩んでいることなので、お二人にご意見を聞かせて頂きたいと思います。

中 本 : ピアとどのように連携しているかは先ほどパワーポイントに入れさせて頂きました。最初はですね、専門職、サポートする側はお世話になっていて、本当にありがとうございます、というところから始まるんですけども、だんだん力をつけてくると、自分たちがやりたい、専門職は邪魔だという関係になるんですね。それを経て、出てけと言われたこともありました。一緒に歩む中でまず一緒にやりましょうということをやらないと、本当にシステムなどを作ったりしてもできないんじゃないか。やはりやってもらって、失敗して、一緒に乗り越えようね、ということかなと思ったりはします。

ピアサポートが最近もてはやされてきたときに、こちらでも事業をやるうって言われて、ピアカウンセリング、カウンセリングっていうと「相談」で専門職っぽい色があるから、それは嫌だなと思って。それでピアサポーター講座というのをやったんですね。ピアサポーターという仕事を増やすような形で。ピアサポートについて、当事者の方に信用して頂こうと思いました。当事者に信用してもらっただけでなくて、周りの支援する人たちが、ピアサポートとは何ぞやということわかってなかったら、つぶしちゃうわけですね。だからピアサポートをするときにすごく大事なのは、当事者の価値観の整理とともに、やっぱり支援者側の理解がとっても大事ですね。それを一緒にやりながら進めてきたのが良かったかなと思います。

それでもう一つは、お金になる、ピアをお仕事としてやる場合のものと、それからそうじゃなくってお友達同士の、言ったらお金にならないというか、自分がやりたいからやるっていう、そこらへんでの支えあいから、やっぱり様々なレベルがないといけない。そのあたりのわからないところはありまして、私も勉強しましょうということで、先生のところに行ったり、いろんな話を聞きにいたり、その中でサポーターのプログラムをつくったというのは非常に良かったと思います。

岩 上 : 今おっしゃったことはとてもいいことだと思います。私たちの仕事っていうのは、こういう環境をつくることだと思います。意識をどう共有できるかだと思います。

平成15年にあるパネルディスカッションがあって、私は退院支援の話をしたんですが、

パネリストがのうちの1人は「大阪でピアヘルパーの講座をやりました」という報告だったのです。私は人の話を聞いて、それいいなと思ったことは全部やりたくなくなってしまうのですが。それで、埼玉県の東部地域でピアサポート研究会を有志で立ち上げました。自前で141時間の訪問介護員の研修をやりました。「やっぱり自分たちも輝きたい」、「障害を恥じない、自分たちには価値があるんだ」という感覚がこの地域には広まった。これが1つの大きな柱です。

5年後にどうなったのかというと、もともと精神障害者に対するヘルパーの土壤ができていなかったこともあるので、ピアヘルパーとしての広がりはありません。でも、ピア意識が広がった。ですから、この事業に携わった事業所では、現在、精神障害者が職員として働いています。この間、私のところでも、退院支援の自立支援員もやっていただきました。

皆さんもご苦労されたと思いますが、障害者自立支援法で精神障害者地域生活支援センターがなくなってしまうという時には、私のところでは、精神障害者の皆さんを短期バイトで6名ほど雇いました。当事者が活躍している支援センターなどを視察してもらって、「本人として活躍している」現場を学び、自分たちのセンターをどうするかを考えてもらいました。そういう試行錯誤をして、皆さんの中にもピア意識が急速に広がりました。これももう1つの大きな柱になりました。そして仕事にする人も出てきています。私のところでは「当事者としての力はもちろん発揮して下さい。そのうえで、社会で働く力がある人を採用します」という条件をつけています。今は2名の精神障害者が職員として働いています。

司 会：ありがとうございます。

まずは風土っていうものが大切で、それに場をたくさん作ることで、それから広がっていく。仕組み、システムを作れば何でもいいのではなくて、逆に育ったものにシステムをつけていく、それが私たちワーカーの役割だということは、確かにそうだなと。皆さんが元気になったところをシステムにしていくというのは、とても理にかなったやり方だなと思いました。

次にこちらから質問をしたいのですが、よろしいでしょうか。もともと岩上さんは「社会的入院は人権侵害だ」というテーマでいると思うのですが、そこでもう1つの「地域生活移行支援の課題」のところで、個別の退院支援の下の方に、「あらかじめ社会資源と退院を結びつけるのは『措置退院』！」という言葉があります。

逆に巣立ち会では、どちらかというと通所施設と住居施設をきちっとそろえて、そしてそこに退院してもらう。あらかじめ結び付けていると思うので。何か「登る場所は一緒なんだけど、行こうとしている行き方が違うのかな」という印象を受けたのですが。

<退院促進支援の根本は何か？>

岩 上：それ聞いちゃいますか。ある意味巣立ち会への批判かな？ でも、本当は巣立ち会の問題ではないのだけれど。私は、巣立ち会のシステムティックなやり方をとてもいいと

思っで見習っています。皆さんにも、是非自分の地域で活かせるところは活かしてほしいのです。だけど、私たちの悪いところは、一ついいところがあると絶対真似するか絶対やらないか。やらない人たちは「あそこは特別だから」って言うてしまう。歴史の中で、何々のとてもいい例とか、ペてるの家もあるし、巢立ち会もあるけれど、「あそこの真似をして私たち上手くやっています」という例をあまり聞きません。そういう意味では、巢立ち会のやり方を自分の地域で活かして、巢立ち会がモデルという地域がどんどん広がればいいというのが私の願いの一つです。

誤解の無いように言っておきます。私が言っている「措置退院」と巢立ち会とは違うと思います。巢立ち会は、何も無いところから、「この人たちを退院させたい」という強い思いがあって、そのために会を作ってきたのですよね。だから、ここに「退院できるであろう人」がいて「退院して欲しい」と思うスタッフがいて、効率的に進めていくためにシステムを作ってきたのだと思います。

今の日本では、「この人を退院させたい」ということで退院促進支援事業があるのだけれど、「社会資源が無いのがいけない」と嘆いている専門職がいっぱいいることが問題だと思います。「社会資源は皆で作らしましょう」というのは今までもあったし、私たちもやってきました。社会資源が無いために話がストップしている現場では、いつの間にかご本人の顔が見えなくなってしまうのではないのでしょうか。

同じように、「あそこのグループホームが空いたから、この人退院できる」という発想だと、施設が空いたから入所できるという発想と同じです。その人たちを退院させたいという思いとちょっと違います。退院支援が進まない一つの理由は社会資源がないからと言われてはいますが、「どこどこが空きました、じゃあ退院できます」というのでは、ご本人の意思に関係ない「措置退院」に思ってしまうのです。

あとは私の中ではいつも自責の念なのですけれども、自分のやっていることは正しいとは思っていない。まずいことがいっぱいあると思っています。私も必要なサービスはどんどんつくる方向に進めなくてはいけないと思っています。でも、もう一方ではそれがあつたら不幸せっていうことも言い続けなくてはいけないと思っています。何て言うのかな、幸せになるためのあたりまえのサービスはまだ足りない、だけど、幸せっていうのは、自分自身、障害者自身でつくっていかなくてはならないものだと思います。その柱をまちがえてはいけないのだと思っています。

それと、実は今までもサービスはあつた。精神科病院があつたし、社会復帰施設もあつた。だけど社会的入院や働きたくても働けない精神障害者の存在がある。だとすると、やっぱりサービスだけあれば幸せが得られるっていうことではないと思います。そのあたりを言い続けなくてはいけないなと思っているので、私の場合は「措置退院」という言葉を使っているのです。

田 尾：大切なことをどうもありがとうございます。

私は、今のこの時期も大切だけど、本当に私の人生でこれはおかしいと思う時から始ま

っていますから、とにかく目の前にいる人たちだったんです、最初はね。でもそうこうしているうちに、一向に変わってないんですよ。35万人(精神科入院患者)は、あのときから全然変わってないです。当時33万か、もうちょっと多かったのかな。今上がったり下がったりですけれども。

東京はもうちょっと少なく、万対22(床)ぐらいだったんです。今でこそ27くらいになって。だけど私がいろいろな病院に行くと、どこにもウジャウジャいるわけですよ。もう何て言うのかな、さっき体験発表された横山さんだって、はじめて会った瞬間、「何で入院しているのかな、しかも10年も」という感じだったわけです。それを退院させるのに1年かかっているんですよ。

そういう状況が至るところにあって、私としてはとにかく、コストパフォーマンス良くクオリティ良くなるべく多くの人たちに、少なくとも私の目に触れた人たちは、軒並み地域に出てもらいたいという思いがものすごくあるわけです。効率よく結果を導きだすにはどうしたらいいのかなって考えて、苦肉の策ではあるんです、通ってもらうというのは。一対一で1人1人のところに出かけていくのは、職員の数も必要だし時間もかかる。それに比べると来てもらう方が関係作りには時間がなくてすむというような、そういう姑息な計算があるんですよ。

もう一方で、病院にいたころと今と、全然見る目が違う。その当時に退院は難しいかなと思っていた人も、その基準のいい加減だったこと、そんな基準なんていうのは全くの間違いだったという現状があるわけです。そういう意味でも私自身が変わってきている。ある程度人との関係ができてきたら、退院したら作業所に通わないだろうなと思いつながら、退院したら薬飲まないだろうなと思いつながら、それは良しという形で退院にしていますので。中身は少しずつ変わってきていて、今はその通わないっていう人たちに対してどういう支援ができるのかということも、考え始めています。

ただ30人の職員がいて、その人たちに日夜、医療機関などにも「何でもお伺いします、おっしゃる通りです」と言っていかなければいけないわけですから、そういう労力というかやりくりが、10年以上の経験者が4人しかいないんですね。あとは、5年から10年が4人くらいで、あとはみんなそれ以下なんですよ。そういう職員集団でいかにたくさんの人に、早く地域に出てもらおうかということです。

岩 上 : 私が思うのは、この(パワーポイントの)図だけ見ても、本当にしっかりできています。それに巣立ち会の職員さんの話を聞いていると、いつもきちんとまとめていて、とてもいいなと思います。だけど、その時に、「この人たちを絶対退院させたいんだ」という思いが伝わるかどうか重要だと思うのです。インパクトっていうのかな。田尾さんには「自分が関わっている人は全員退院させたい」という思いがあるということ、あちこちから聞くわけですが、その思いを巣立ち会の退院促進支援事業のこの図や職員の皆さんの説明にも加えたらいかがでしょうか。

中 本 : 本当にこの人を退院させたいなという思いから、いろいろなことが始まるんですよ。

ただ、こういう事業になってくると、行政の担当者が何かやらなければならないとか、障害福祉計画とかも、目標で何人退院させないとあかんからグループホーム、いくつ住むところを確保する、という計画をしていたのではないかとは思いました。

田尾さんは、やっぱり本当は日本全国全部退院させたいと思っていると思うんですね。でもそんなことは現実的に無理やから、自分のところの市でこんなふうにやりましょうというときに、やっぱり誰のためのものか。

ある支援員さんが言いはりましたが、「入院するときも退院するときも話を聞いてくれへん、聞いてほしいよな」という意見は、大事にしないとと思いますね。

司 会：ありがとうございます。

やっぱり「この人は退院させたい」という思いがベースに無いと、いくらシステムを作っても上手く回らないというのが3人の共通された意見だったと思うのですが、一方で7万2千人という数字が出ているわけですね。

コストパフォーマンスをきちっとして、効率のいい退院支援をしていかなければならないということだと思いますが、地域移行支援と一言で言ったとき、皆さんの持っているイメージ、何を持って地域移行支援が成功したか、上手くいったかというイメージは、その人その人でいろいろだと思うんですね。皆さんの持っているらっしゃる地域移行支援の、これができたら成功なんじゃないかな、これを大切にしている、という支援のポイントみたいなものももしあれば、お聞かせ願えればと思うのですが。

<価値や意識の変化>

中 本：私も昔は病院に勤めている経験がありました。やっぱり何もできなかったという思いがあった。それで「価値を変えていきたい」という活動ができたんだけど、「自分たちがどう生きたいのかを実現するような社会になっていく」のが目標であって、まだまだ難しいなって思っています。

一つはピアがキーワードになりました。市で退促をしようとなって、支援センター3か所におりてきたわけなんですけど、うちの支援センター以外の2つの支援センターは、救急もやっている病院の支援センターから退促を受ける。それで自分のところの患者さんの退促をするわけです。それってどういうことか、でもそこでちょっと大人になって賢くなってきましたので、どうにかしようねということで連絡会を作り、そこに大学の先生に入って頂きまして、一緒にその意味を考えました。そこで、その支援センターがおかれた役割の違いとかはあるけれども、優先順位として何をするかっていうことを考えたときに、それぞれが違うというところで、うちはピアサポートをやりたいと。

それでお互い協力して出し合って、自分のとこだけやるんじゃなくて、それを使って頂くというか、それとメンバー同士向上していくということをやっていきましたら、他の病院系の支援センターにもピアがいっぱいできて。でも本家本元の最初にピアをやってはったとこの、ピアの支援員さんで力がある人にいろいろな仕事が集中してきてしまって、やっ

ぱりその人がつぶれてしまうということがあって。結局倒れられるか、それか力があるから他の健常者の仕事に行ったら、ということがあったんですけれど。

司 会：ありがとうございます。中本さんが退院支援をしていて、どういうことが実現したとき、この支援は上手くいったなと思われませんか？

中 本：やっぱり利用者の方が「良かった」と言って下さることだと思うんですけどね。あとは、28年間入院されていた方が退院されたんですけど、家族の方が、「退院してくるんだったら絶対面倒は見ない」とおっしゃっていたんです。でも家族の方に支援センターに来てもらって、「現在はこんなふうに変ってるんですよ」みたいな話をすることによって、その家族の方が変わって下さった。その妹さんですけど、お兄さんが調子悪いことの印象しかなくて、「帰ってきたら殴られるんじゃないか」だったけれども、全然そうじゃなくて、「お兄さんを見直した」という。家族関係が回復されて、一緒に住んでいるわけじゃなくて一人暮らしをされているわけですが、「兄妹で水入らずの鍋をやった」とか言うことを聞くんですね、良かったなと思っています。

司 会：ありがとうございます。何かが変わる、価値要因だとかがいろいろと変わるということを大切にされているのかなと思いました。他の方はどうでしょうか。

岩 上：本当に良かったなって思うことは、実感としてはあまりありません。さっき皆さんにもご紹介した人が、絵を描いて嬉しそうに見せてくれた時は、「良かったな、この人は、本当に絵を描きたかったんだ」というのはあるのですが。だけど、やっぱりまだまだ、彼らは、自分の本当の希望とか夢をしまっていて、それに対して私たちは何もできていないと思うことが多いかな。率直な感想としては。

だけど、以前と比べてという話になれば、病院にいた時よりも良かったと皆さん言います。でも、精神障害者、社会的入院から退院した人たちは、もう少し良い思いができるんじゃないかなと思っています。

でも、ずいぶん時代は変わってきているので、そういう私の意識もどんどん変わってきます。私は、5年前、「力のある人は、精神障害者として、精神障害者であることもちゃんと言いながら活躍してください。そして、精神障害者が活躍できるということを地域のいろいろな人たちに知ってもらってください。それがあたりまえになれば、新たな精神障害者の人たちにとっても、暮らしやすい地域になっていくと思います」と話していました。でも、去年、今年は、「私の地域では、精神障害者が活躍するのはあたりまえで、以前よりは、みんな少しは暮らしやすくなってきているんじゃないのかな」という印象をもつようになりました。

司 会：ありがとうございます。

ここで、質問用紙への回答へ移らせて頂きたいと思います。「地域で精神障害者を支えるために、地域の施設として、医療機関に求めていることはどのようなことがありますか」ということですが、みなさん一言ずつ何かあれば。

<医療に望むこと>

田 尾 : さっきも言いましたけれども、病院の中と外では、全く見えるものが違ってきているんですね。その時に見ていたものが、がらがらと崩れ落ちるような感じで。病院の職員が「患者さん」という意識で見ている、理解しているというものと全く別の側面があり、もしくはその人が変わっていく可能性、能力、力、それに夢だとか希望だとか自分の自己実現につながると思う時ですよ、人は見違えるように変わっていくという。

その変化していく可能性に対して、ちょっと(病院は)閉ざされていると感じるのですね。それを、「閉ざされてるぞ」と言ってもわからないので、そういう可能性があるかもしれないとまず思って頂いて、自分が難しいかなと思って相談してみるとか、やらせてみるだとか。

自分の中で基準を作らずに、チャレンジできる機会を作っていくというのが、病院の支援者の仕事だと思いますし、もうちょっと相談室の PSW に頑張ってもらいたいという感じはあります。他の職種の方が目立っているような状況が、最近ちらちらとありますので。

中 本 : 建前と本音があるので、どういうふうに言ったらいいかと思うんですけど。基本的には、病院がなくなってほしいと思っております(笑)。

医療の専門職として、「どういう医療がいいか」を広めて頂きたいと思うんですね。本当に必要な時に必要な医療を、当事者や家族がその医療は何なのかということをお客様は当事者の方なんですから、お客様のニーズに合わせた医療をやってほしいなと思います。

病院はお客さんになって頂いて、職員研修にどんどん当事者の声を聞いてほしいなと。やっぱり当事者としての利用者から見たスタッフの善し悪しみたいなところですね。「この人たちあかんで、こんなことやってたらあかんで」みたいなことが、やっぱり利用する側から言われるとすごくシビアというか、大変ですね。そういう、医療教育に当事者の方の意見を活かしてもらうようなシステムを作りたいなと思っています。

あと、大阪ではオンブスマン制度というのがあり、そこに当事者の方々がいっぱい入っています。ここの病院のカーテンが無いとか、トイレが臭いとか、そういうことを言っていくシステムを作っていくのが大事かなと思っています。そういうのができると、「病院が」「地域が」ではなくなってきて、お互いにやっていく仲間として、システムを作っていくといいなと思っています。「病院と地域」という区分けは、これからは無いのかなという気はしております。

岩 上 : 「精神科医に人生を決めてもらうのはやめたらどうかな」というのが、私がずっと思っていることです。精神障害者自身が人生の転機になると、医者に相談して、医者も「仕事を休んだらどう？」なんて言ったりする。人生の問題を医者と話して決める。さっき言ったように、「これは俺の範疇じゃないよ」って医者が言ってくれるといい。それは我々精神保健福祉士であろうが看護師であろうが、問われていることなんですよ。

医療に期待することは大きいものだけれども、デイケアも私の言うところの社会的入院と同じような状況になっているところがたくさんあります。やっぱり健康教育などもうまく取り入れて欲しい。そういうデイケアを利用した上で障害福祉サービス事業を利用してもらえば、働ける人ももっと増えると思います。私のところの就労移行支援で栄養指導や余暇活動の支援をやっているようではだめなんです。

それとできれば、ソーシャルワーカーにお願いですが、外来の患者さんや入院している人の支援をどうしようかというときには、今までだったら自分でできちゃうことでも、地域の相談支援事業所を上手に使うって頂きたいと思います。地域の相談支援事業所がコーディネーターとなり、障害者ご本人も含めて「これからどうしていこうか」というケア会議を開きます。そのうえで「地域で暮らすあなたの生活プランをあなたと一緒につくります」ということをあたりまえにしていってほしい。このことは、社会的入院の退院支援でもそうですし、入退院を繰り返している人への支援でもそうです。医療機関の皆さんには、戦略的に相談支援事業所を活用していただきたいと思います。

田 尾： 私自身がいろいろな病院に行つての感想なんです、医療機関の方も、お医者さんも含めて、いろいろな資源を見学される機会も増えていくといいのかなと思います。

三鷹では「作業所見学ツアー」もやっているんで、それぞれ利用したりして、どんどん地域での皆さんの様子を見る機会を持ってもらえれば。

もう一つ、すごく細かいところですが、薬の出し方を地域での生活を想定して、形ですとか、飲むタイミングとかを考えて出して下さると、大変助かるのかなということも付け加えておきます。

<質疑応答>

司 会： ありがとうございます。

続いての質問用紙、巣立ち会の作業所での作業について、内容だとか、作業工賃について教えて下さいというご質問が来ていますので、簡単に横山さんに。

横 山： ダイレクトメールとか、マンション清掃、紙製品の組み立てなどです。工賃については一日500円で、プラス交通費と年1回のボーナスです。

司 会： 他に質問用紙は。

田 尾： 「24時間いつでも連絡が取れる先があるとのことですが、その方法を教えてください」とのご質問です。これは私の携帯です。全部私の携帯を教えてください。大家さんにも。「その上で問題課題はありませんか？」とのことですが、「用事があるときだけかけて下さい」と言ってあって、夕方寂しいときの悩み相談は受けないですから。

この間の休日の朝に連絡があったのは、退院してすぐになくなってしまった人がいて、その人が自分のアパートの他人の部屋のドアを壊して、今警察に保護されているという連絡を、アパートの大家さんからもらいました。私は北海道にいたのですが、近くの職員に連絡して記録を持って警察へ行ってもらい、同時に病院に連絡を取って確認し、入院

させてもらいました。そんなことがたまにあります。年に1回や2回ぐらい。

中本：「ピアヘルパーやピア地域支援員の時給はどのようになっていますか」と書いてあります。まずピアヘルパーと言いましても、他のヘルパーさんと同じ時給でやって頂いていますね。それとピア支援員さんも、同じお給料を払います。実際は、復帰協からまず支援員さんに来てもらうんですけども、いろいろな場合がありますね。まず病院に行く交通費。それと支援をして帰って行って、また支援センターに戻ってきます。その交通費と、その時間が全部お仕事になりますので、その時給が支援員さんに支払われることになります。

岩上：私には、「入退院を繰り返す人への支援についてもう少し具体的に教えて下さい」ということです。入退院を繰り返す理由は人によって違います。不調を訴えて、主治医から「しばらく入院しましょう」と言われて簡単に入院する人たちがいます。私はこういう人たちには「このパターンはもう止めましょう」と普段から言っています。ですから、いざ主治医から「入院しましょう」と言われた段階で、「岩上から入院はするなって言われているのでできません」と主治医に言うんですね。そうすると主治医から私に電話がかかってくる。私の方からは、「先生、病気が悪いのですか、悩みごとの延長じゃないんですか」と言ったこともありました。まあ、2回目からは「今回は自分で解決してください」とご本人に伝えていますが。

今、入院していて退院後どうやって生活しようかっていう人については、それぞれ巣立ち会方式ですけども、入院中から活動センターに通ってもらって退院して頂くということをしています。その人によって入院を繰り返すパターンというのがあるので、ご飯をきちんと食べられるようになるだけで入院しなくてすむ人もいます。そういう人にはヘルパーに入って頂いています。

ひきこもっている精神障害者の方には、支援するチームを作っています。これは川崎のあやめ会という家族会が10年来やっているのですけれども、これがモデルです。あやめ会では専門職が訪問するのではなくて、大学生などが訪問しています。音大生が訪問して一緒にピアノを弾いて歌を唄って帰ってくるということもあります。今までの専門職が考えそうになかった訪問活動をしています。社会科見学もあって、毎月、はがきが届いて、「今月の社会科見学は NHK ですとかキリンビールです」とか書いてあって、「駅の改札口で A4 の封筒を持っているボランティアの人が目印です」なんて書いてあるのです。これは、私はとても刺激的だったんです。

私のところでは、ひきこもっていた体験者がピアサポーターとして、訪問活動をしています。どうしても、こちらが手を出したくなるのだけれども、そこを我慢していると、ひきこもっている人たちが自分でメニューを考えてくれるようになってきます。人生を漠然とした不安のなかで生きてきた人たちが、私たちと会うということを1つのきっかけとして、何をしようかって考えるようになる。やっぱり、ここでも、精神障害者がピアとして活躍できると思っています。

- 司 会** : ありがとうございます。
次にピアスタッフの方たちに質問ですけれども、ピアスタッフの研修はあるのでしょうか。ピアスタッフとして継続して働いていくためにどんなことをされていますか？
- 小 林** : ピアスタッフとしまして育成プログラムでピアスタッフになったわけですが、まずヘルパーとして働けるように、もともとヘルパーをしていましたので、ぜひともやってくれないかとのお願いがありまして、私はスタッフになったんです。他の先生から今のところ講習はないです。これからぜひ作って頂きたいと思います。
- 司 会** : ピアスタッフとして継続して働いていくときの工夫はありませんか？
- 小 林** : ヘルパーとしても言われたんですけれども、「頑張り過ぎんといて」って。長く続けるためには無理をしないことが一番なので、いつも「もっと手抜いて、もっと手抜いて」と。あんまり私が頑張りすぎると、「やらんでもかまへんよ」ってよく言われております。
- 司 会** : ありがとうございます。
最後の質問です。退院して地域に出て暮らすには様々な支援が必要です。でもサービスを増やし続ければ、何のための地域生活かわからない。どうすれば良いと思いますか？
- 岩 上** : 一つの例ですが、ヘルパーを使っている人がいるのですけれど、最初は食事のお手伝いをして頂くということで週5日、1日30分とか1時間入ってもらってました。その結果、その人は半年後には週3日に減らしたのです。そうしたら、他のヘルパー利用者が、「あの人のように半年後には、週3日に減らしたいんだけど」と言ってきたのです。そういう環境が大切だと思います。サービスとして必要なものはたくさんあるわけですが、それを上手く使って、それで自分の目標を達成していく。そういう人が周りにたくさんいると、新たな人はそれが当たり前になります。あまり何も考えないでという語弊がありますが、あたりまえのように目標のためにサービスを使うようになるのです。
だから、私の仕事はさっき言ったように、その人が目標を叶えるための環境を整えることです。その環境の中でご本人が自分の力で頑張ってもらいたいと思います。頑張り過ぎてはいけないのですが、いざというときに頑張れないと、目標は達成できません。ですから、いざというときは頑張ってもらく。そのための環境ができていれば、すごく心地良いわけですね。それがケアマネジメントだと思います。
- 司 会** : ありがとうございます。
紙面で頂いた質問は以上ですけれども、もしよろしければ会場からご意見やご質問を、どなたか何かございませんか。
- 女 性** : 小泉さんのレジュメにもありますけれども、高齢化への対応を課題として挙げられていらっしゃいました。皆様方どのようにお考えなのか、ご意見を伺いたいのですが
- 中 本** : 別に高齢化がどうかではなくて、やっぱり一緒に生きていく中でいろいろなことがあり、その中に高齢化もある。例えば家族の方はすごい高齢です。だから当事者が、自分の親の介護者に頼っているわけですよ。だからそれはトータルで考えないとあかんなど

いうのがありまして、だから精神障害の問題だけではなくて、様々なところと連携して一緒に考えていくようなことを、これから学んでいこうと思っています。障害が重なっておられる方であったりとか、ゆくゆくはご家族のヘルパーもということで、介護保険対応の事業になったりということですね。私のところの事業はやっぱり建て増しで、またどこかで整理せなあかんのかなと思いますけど。

小 泉： 退院促進の中で2名の方が1月に退院されたんですが、これはケアホームが三鷹に去年でき、それでそういう施設だったら退院できるということで退院できたということもありました。24時間支援する人がいて食事も1日2食出てくる、そういうサービスがある施設も除々に出てくると、高齢化への対応としての手かなと。増えるといいなと思っています。

司 会： ありがとうございます。

様々な意見が出まして、打ち合わせの6割7割のお話しか聞かせることはできませんでした。すみませんでした。

このテーマの難しさは何かというと、正解はないと言いますか、今日お話しされた方々、それぞれの支援を使って皆さん幸せそうに退院されるというのは、どの支援も正しいということなんですね。

今日のキーワードではないんですけども、なんで成功しているかということ、「この人を退院させよう」という仕組みを皆さんが作られているということだと思います。この仕組みづくりを一つでも多くしていくのが、私たちの仕事なのかなと思っています。

今日は本当に長い時間ありがとうございました。(拍手)

(抄録集 了)

平成 20 年度障害者保健福祉推進事業
障害者自立支援調査研究プロジェクト
精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業

**シンポジウム「精神障害者の地域生活支援
～この街で暮らしたい～精神障害者を地域で支えるためには」
講演抄録集**

平成 21 年 3 月発行

編集・発行 社会福祉法人 巣立ち会
東京都三鷹市野崎 2-6-6

TEL 0422-34-2761

FAX 0422-34-2761

<http://sudachikai.eco.to/>

印刷・製本 社会福祉法人新樹会 創造印刷