

平成 20 年度 第 1 回 東京都自立支援協議会議事概要

1 日 時 : 平成 20 年 7 月 25 日 (金曜日) 14:00 ~ 16:30

2 会 場 : 都庁第一本庁舎 25 階 114 会議室

3 出席者 : 本協議会委員、障害者施策推進部長、計画課長

4 配付資料

資料 1 東京都自立支援協議会委員名簿

資料 2 東京都自立支援協議会の役割

資料 3 地域自立支援協議会実施状況調査の集計結果

資料 4 都外施設利用者支援コーディネート事業に係る資料

資料 5 精神障害者退院促進支援事業に係る資料

資料 6 平成 20 年度における東京都自立支援協議会の活動予定内容

(追加資料) 相談支援従事者初任者研修に係る演習について(案)

5 議事概要(委員からの発言を中心に記載)

(1) 障害者施策推進部計画課長挨拶

(2) 委員紹介

(3) 報告

- ・ 地域自立支援協議会実施状況調査の結果(都職員より調査結果の報告)
- ・ 都外施設利用者支援コーディネート事業(都職員より事業概要説明)
- ・ " (東京都社会福祉協議会より事例報告)
- ・ 精神障害者退院促進支援事業 (都職員より調査結果の報告)
- ・ " (多摩棕櫚亭協会「なびい」より事例報告)
- ・ フリーディスカッション

会長

「地域自立支援協議会実施状況調査の結果報告」について、事務局から説明をお願いしたいと思いをします。

計画課長

私どもの方で各市町村の自立支援協議会の状況につきまして4月1日現在の状況を調査したものをとりまとめたものでございます。既に設置済のものが31箇所、20年度に設置するものが予定のものを含めまして10箇所、21年度に設置する予定のものが7箇所、これをあわせると48箇所となりますが、残る13箇所の市町村でございますが、設置予定がないところ、またその他となっております1箇所は今後検討ということでございます。

設置形態でございますが、設置予定まで含めました48のうち39が直営、9が委託となっております。専門部会の設置状況でございますが、設置済が15、設置予定、今年度設置するものが10箇所、平成21年度に設置を予定しているものが6、これをあわせると31となっております。専門部会等の重層的な仕組みについては、各種部会設置済13、未設置17という内訳になってございます。地域自立支援協議会における運営の工夫（取組事例）については、行政は運営支援に重点を置いて障害者、関係者主体の議論を心がけているといったことであるとか、毎回、事前に委員から課題に沿った意見を提出していただいて、それを題材として協議を行う、協議会を公開し市内の事業者、団体への参加、傍聴を呼びかけるといった事例が上がってきております。地域自立支援協議会設置の成果（例）でございますけれども、幅広い機関が一堂に会し障害者をめぐる課題や施策について協議できる場ができたことであるとか、行政に対するややもすると苦情とか要望ばかりが目立った以前に比べて、より発展的な協力のできる実りある関係になってきたといったような成果があるとか、協議会の場で「日中一時預り」事業の要望が高いことを知り、従来は1施設しかなかった事業所を増設して利用方法についても月何時間という限度時間から、年度で何時間と変更し、利用者の使い勝手の良いようにフレキシブルに対応できるようにしたといった具体的な例まで紹介されているところでございます。

それから東京都自立支援協議会への要望（例）としましては、定期的な都協議会の開催及び市区町村協議会委員を対象とした研修会、勉強会の開催をお願いしたいといったことであるとか、都内区市町村や先進的自治体における地域自立支援協議会の情報収集をお願いしたいといったような要望が挙げられているところでございます。

自立支援協議会における懸案事項（例）としては、やや歴史や経験が浅いといったようなこともあって、専門部会の協議内容がやや行政への要望の場になりやすいといったことであると

か、全体会及び専門部会運営のための協議や準備の負担が大きいといったようなことも挙げられているところでございます。

会長

続きまして資料4の「都外施設利用者支援コーディネート事業」に係る事業実施報告に移らせていただきます。それでは、この事業の概要説明を、まず、東京都の方からお願いしたいと思います。

事務局

事業概要の説明をさせていただきます。東京都都外施設利用者地域移行支援コーディネート機関の設置について、事業開始19年の11月1日、社会福祉法人東京都社会福祉協議会に委託という形で事業を開始させていただいております。本事業の目的としましては、都外施設に入所する障害者の地域移行のためにコーディネート機関を設置し、都外施設、都内事業所、区市町村との連携のもと必要な支援を総合的に行い、もって地域生活の促進を図るものでございます。対象といたしましては都外施設入所者で都内での地域生活を希望する方、障害施設に入所する過年齢児を含むとなっております。都外施設利用者の一覧表を綴じてございますのでご参考に見ていただければと思います。事業内容としましては、コーディネート機関として担当する職員の方、コーディネーターを配置させていただいて、1．対象者に対する支援、2．地域生活に必要な社会資源の情報収集、3．関係機関との連絡調整行っております。

まず、情報収集といたしましては、利用者さんに意向調査といった形で希望を聞き取っていただき、希望者につきましては登録、また登録をしていただいた方の情報の整理、そういった中で都内施設に対しては空き情報の収集、区市町村さんへの事業への協力依頼、また移行の可否についての調整といったことを行っております。この辺の整理がつきますとマッチングということで登録者の意向等を再度確認して移行の調整、受入れの調整、また区市町村さんには支給決定、そして最後、実際に移行した後のアフターフォローとして移行後の訪問等による状況確認、不調の場合の調整、また受け入れた施設との連絡調整、アフターフォロー後の区市町村さんとの相談先の確保、具体的にはこういった支援をしていただいております。

引き続きましてこれ以降は、支援の取組事例について本事業の委託先である東京都社会福祉協議会コーディネーターの方からご説明いただきます。

東京都社会福祉協議会（コーディネーターA）

今事業概要の説明がありましたが、地域移行に成功した事例を説明いたします。

1事例目は、48歳女性の飯田さん(仮名)と申します。障害程度区分B、出身地A区でござ

います。都外施設G県のやすらぎ園(仮名)在住、18歳で入所されております。両親はA区に住んでおりまして、家が狭く同居ができない、出身区Aのグループホームに入りたい。本人には身の回りの家事や福祉的就労ができる力があり、両親が高齢になり都外施設までの面会が負担になってきているという状況です。昨年11月5日にG県やすらぎ園職員より東京都のホームページを見たということでコーディネートセンターに電話相談がありました。この方は地域移行の希望が強くございまして、施設としても希望をかなえられるよう努力をしてくださったこと、A区のケースワーカーの方がとても協力的であったことなどがプラスに働いて、コーディネートセンターとしましては第1号の登録者としてのスタートでありました。

出身区A区のグループホーム希望でしたので、グループホームを探し、空き情報を確認いたしました。全く女性の空き情報はありませんでした。男性なら1名空いているということもありましたが、その旨をやすらぎ園に電話し、このことを伝えますと出身区ではなく23区内でもいいとの反応がございました。出身区にこだわらないとの決断をしてくださったために、コーディネートセンターとしては探しやすくなりました。12月12日に、ひまわり法人(仮名)と連絡をとったところ、1名増員をしたうえで、1月中旬にB区に立ち上げ予定との情報をいただきました。12月25日に、G県やすらぎ園の施設をコーディネーター2名で訪問し、白紙の登録票を置いてまいりました。1月10日に登録票を受理しております。

1月18日、ひまわり法人のグループホームをA区のケースワーカーに同行していただきコーディネーター2名とで見学しました。本人が軽度の方でしたので、初めからグループホーム希望でした。見学の状況をやすらぎ園へ説明しまして、その結果、見学したいと承りました。

1月28日に、施設側より職員2名とご本人、加えて我々コーディネーター2名、母親のメンバーでマッチングしました。見学した結果、ご本人はとても気に入りまして、場所をかえて話しあった結果、ご本人から見学先グループホームで暮らしたいという強い希望がございましたので、移行の日程をある程度相談して3月1日に決定いたしました。

結果、3月1日から地域移行を実現しております。その日、施設からはご本人、職員1名、母親、我々コーディネーター2名付き添いのもと、グループホームより重要事項説明とそれに伴う各種説明をしていただき、ご本人が自筆で契約しております。日中活動の場は、グループホームの方に探していただくということでお願いをしました。その後3月4日、お母様よりお礼の電話が入り、本人がとても喜んでいただいております。

それからアフターフォローとして訪問した際の話になりますが、日中活動はまだ決まっていない段階でしたが、とても広い個室でご本人はのんびりして過ごしており、施設にはもう絶対

帰りたくないということでした。4月23日(2カ月目)に訪問しますと、土曜日にはカラオケに行く友達もできて、本当に楽しく過ごしているということでした。5月29日(3カ月目)に訪問した際には、日中の時間をもてあましていたようですが、GH移行は本当に満足し、そのときも絶対施設には戻りたくないというご本人のお話でした。4カ月目に訪問した際には、ご本人から、GHを運営する法人で就労移行事業を7月1日から開所するので、7月1日からそこに通って訓練をする予定というお話を伺いました。

グループホームの空き情報を優先していたために4カ月間待機することとなり、A区でないところで暮らすことにはなりましたが、結果的には地域移行は成功したと考えます。出身区と日中活動を考えてA区にこだわっていれば未だ移行できていなかったかもしれず、通勤寮関係者に携わっていただいたことや、施設の空き待ちをあせらずにいたことも今回のポイントです。30年もの入所経験をされている方ですが、やすらぎ園で学んだ生活態度も移行先GHで評価を受けており、地域移行を必ずするのだという本人の意欲が適応力を高めている様子です。以上です。

東京都社会福祉協議会(コーディネーターB)

地域移行をした太田君(仮名)について若干の説明をさせていただきます。

21歳の男性で、Y県の「おだやか園(仮名)」に、3年9カ月在園していたケースです。働ける力のある人の地域移行事例ということで申し上げます。まず、平成20年1月9日におだやか園から地域移行の希望があるという電話相談をいただきまして、登録票の提出をお願いしております。1月16日に地域移行の登録票が届き、本人の気持ちはまだその時点では余り地域移行に関しての具体的な気持ちが定まっていなかったというような状況もありました。

それからとびまして、2月19日、おだやか園に我々2名が本人の面接に伺いました。本人は面接時にはやや緊張しておりましたが、まだその時点では地域移行に関しても十分自分の気持ちが固まっていなかったということもありました。2月20日に、協力グループホームの空き情報をいただきまして、1名空きがあるという情報をいただいたので、本人に見学をしていただくかということで2月27日に見学をお約束しました。

2月27日に「グループホームゆたか」見学をすることになり、付添いの施設職員2名と我々2名で立会いまして本人と共に見学にまいりました。その時点では本人も気持ちが十分に固まっていなかったため、見学後に「どうですか」という問いに対して、「まだ、よくわからない」と答えました。その後、グループホームの方の改修工事があったために入居までに大分時間の経過がありましたが、その間、5月9日にグループホーム施設長さんが太田君の本当の

状況を知りたいということで「おだやか園」に訪問してくださいました。めったにそういうことはないのですが、非常に高い関心を持っていてくださっていたということです。

施設を訪問したことで非常に交流が深まり、本人の気持ちもその時点で、かなり入居に傾いてきたわけです。そして6月30日を、地域移行の日ということで約束をしまして、入居日を迎えたわけです。私どもコーディネーター2名も立ち会って、それからおだやか園の職員、本人、それから福祉事務所の方からもワーカーが付き添って無事入居できました。このケースは大変長い時間を経ましたけれど、その時間経過の中で非常にいい交歓ができて進められたように思っております。その後アフターフォローとして、10日を過ぎたころに一度うかがいましたら、本人はパソコンで何か初級の資格をとったということでお弁当の発注のパソコン入力を一生懸命職員に教わりながら大分喜んでやっている様子がうかがえました。職員も大変助かっているというようなことで双方の立場で非常にいい結果が出ていたようです。太田君の場合はやがて一般就労を目指しておりますので、この弁当づくりとかパソコンも含めて一時的にそこで訓練という形で行われているということになっております。やがて一般就労に向けていくということで現在進められております。大変雑駁な説明ですが、以上でございます。

東京都社会福祉協議会（コーディネーターC）

引き続き「ONさん(仮名)」の説明をさせていただきます。先ほど説明した2ケースは移行までに長い時間を要しましたが、この方は資源が順調に結びついて短期間で移行できたというケースです。この方はお父様が83歳で亡くなられるまでご一緒におられて51歳という方です。お母様としては一緒に暮らしたいという希望があったのですが、なかなかお母さんだけでは暮らせないということで施設に入所しました。で、地域移行コーディネートセンターの話をお知らせしましたところ、こういう人がいるからということでご連絡をいただきまして、早速に私どもコーディネートにかかったということでございます。

たまたまケアホームの空きがあるという情報があり、さらに日中活動部分として生活介護の事業所「WH」が、重度を対象に始める時期でありました。ちょうど募集中であったために、入居面、日中活動面で両方とも空きがありましたので話が早く進みました。ただ、福祉事務所の関係でB区ではなく、離れた自治体になったというところはありますが、お父様から少々財産を残していただいたということもございまして、実習の費用等も自己負担できたということでございます。ケアホームの方にはたまたま知っている職員もいたため、7月1日から地域移行が始めることができ、落ち着いて暮らすことができているという形でございます。

以上、成功事例ということを3つ挙げさせていただきましたけれども、それぞれ施設の課題、

ご本人さんの課題、それぞれの日中活動の受け入れ先のこと、福祉事務所のこと、それぞれいろいろなところで解決をしていかなければいけないという課題があるわけですが、今申し述べました3ケースに関しましては非常にスムーズにいったということでございます。今回は成功事例を出させていただきましたが、これから地域移行にあたり様々な課題を解決することが必要となります。

委員 E

都外施設の問題というのは都にも検討委員会が置かれているように、大きな課題であります。その中で現在、一番西が岐阜県、そこから北の方までということで児童施設が10カ所、成人の更生が43カ所、計3,266名の方が都外施設をご利用になっているというふうに認識しております。

実績が上がりにくい理由としては、コーディネーターの方たちに重荷がかかっており、その中で動ける範囲というのもあるでしょうし、その情報、そして私たち自身もなかなかコーディネート機関に協力をするほどの余力がないということ、加えて、都外施設を利用されている方々の本当の気持ちがなかなかつかめないというのもあるかと思えます。もう20年も30年も重度の方が都外にいて、故郷というものを考えたときに帰ってくる場がない、また、グループホームやケアホームに帰れるような障害レベルではないということがあったりして、グループホームと通所の場所があればそれで地域移行が実現するかというと、それはそんなにうまくいくわけではないと。それがコーディネートセンターの機能だけで地域移行が可能なのかどうかということも少しご苦労をおうかがいしたいなと思うところです。

委員 D

例えばコーディネートをするときに都外施設というのは幾つかあるわけなのですが、その移行先というのは登録されるというか、移行を受け入れますよということをコーディネートセンターを通じて登録するようになっているのでしょうか。何施設ぐらいあるのでしょうか。

東京都社会福祉協議会（コーディネーター）

グループホーム、ケアホームで約200からですが、そこも空いているところがほとんどない状況ですけれども、協力施設として登録いただいております。通所施設は97施設ぐらい、それから入所施設が22施設ぐらいで入所施設が少し少ないのですけれども、今ご登録いただいている方の中にはケアホームではとても対応が無理で都内の入所施設でなければだめという方がいらっしゃるんですね、それでちょっとまだ移行が進んでいない状況があるのですけれども、新区分で4は少なくてもほとんど5の方なのです。そうするとホームではちょっと無理じゃない

のというのがあります。

委員 F

まず、都外にいる当事者の人にとってこの意思確認をするかということ、制度をどのように周知しているのかということ、手法としてはインターネットとかあると思うのですが、本人に「地域へ帰れるよ」と言っただけでは具体的にはわからないと思うので、実際に本人の意思をどういうふうにくみ取っているのかということ。利用については、施設の職員や家族からの勧めが最も影響があると思うのですが、施設側が反対しているケースもあると思うので、そういう場合にどうやって公平にみんなにこの制度のことを知らせて聞いているのかということをお聞きしたい。また、グループホームまたはケアホームに移行できた場合に、一応地域移行が終わりと考えているのか、それともそこからまだコーディネーターの仕事として継続なのか、それともそこまできたらその後はその地域のグループホームとかケアホームの人にそれ以降のことは任せるのか、その辺のこともよろしくお願いします。また、全区は無理だと思うのですが、地域移行が困難となっているケースについてもお話を伺えれば問題点とかがもう少し見えてくるのかなと思っています。

会長

それでは、当事者にこのことをどう伝えているのかということ、それから当事者の意思確認をどうしているのかというようなこと、つまり施設や家族しだいではないかということですね。それからコーディネーターとして地域につないだ後の仕事の範囲、どこまでがコーディネーターの仕事と考えるかというのは、地域移行ができたというのはどこの時点で言えるのだろうかという質問だろうと思います。率直なところをお話いただきたい。

東京都社会福祉協議会（コーディネーター）

施設からどのようにご本人さんにお伝えしているかということですが、先ほど皆様のお手元に配ってありますような案内資料、それからご本人様向け資料をお渡ししてございます。ですから資料を保護者にまでお配りいただいた熱心な施設もあれば、施設の中で留めているということもありまして、全ての施設に確実に、また個々の人に確実に伝わっているかの確認は難しいかと思います。

それからご本人さんの意思ですが、これは東社協の中に都外施設の検討会というのがあり、その中でアンケートをとりましたところ、地域移行で都内へ戻りたいという方の数としては、最初にとったときには130人、2回目にとったときには110人としてお返事をいただいております。その方々が全部の登録リストに上がっていますかといわれると、まだそこまでは

っていないですね。ですからそれぞれ施設でアンケートをとった中にはカウントされていたとしても、登録があるかという登録にまでには至っていないというケースがある現状でございます。ご本人さんの意思を確認することは、それぞれの施設でやっていただいておりますが、それぞれの施設も温度差があり、どのレベルまでやっているかというのはちょっとわかりません。数字としてはそのように報告がきておりますので、その登録をいただいた110人の方のご希望にまずお応えし、毎年続けていくといいのかなと思います。できるだけ基本は出身区で頑張ろうねと、探そうねというふうなことでコーディネートをしていますが、結果的には出身自治体以外への地域移行状況が多いという状況です。

地域移行では今のところまだこのような3つのケースしかありませんが、アフターフォローという形をしておりますして最低1年間はきちっと状況を把握します。あとは先ほどお話がありましたように、それぞれの施設、グループホーム等でフォロー方法を考えて取り組んでいただける方向になれば良いと思います。私どももまだ数が少ないのでゆっくりとアフターフォローできておりますが、数が増えてくるとそれぞれの施設にお願いしていただくのが良いと思ったりしております。

会長

それでは、次に進みたいと思います。同じように地域に移行するという「精神障害者の退院促進支援事業」を通してということですが、最初にこの事業につきまして事務局にご説明をお願いしたいと思います。

事務局

一概に退院促進と言いましても、いくつかの事業があります。各病院が以前から自発的に院内プログラムとして行ってきた退院促進があり、これは比較的先進的な病院等で行っております。それから東京都の退院促進事業というのがあります。これが今回ご報告する予定の部分になります。加えて、区の単独事業あるいは市の単独事業等や生活保護の方で要保護の方たちに向けた退院促進事業で、これも並行して行われております。このようにいろんな退院促進事業が並行して行われているという点をご理解をいただければいいと思います。ほとんどの長期入院患者が多摩地域と青梅です。多摩地域の大体小平から府中、調布ともう一つ大きいのは八王子方面です。ここのあたりに非常にたくさんの方が在院されております。23区の区部だけのところを見ますと足立と板橋、それから練馬、北区あたりでしょうか、このあたりに偏って在院されております。一応東京都の退院促進事業は1年以上の在院の方が対象ということになっております。

数値については、東京都は障害福祉計画の中で厚生労働省が平成16年9月改革ビジョンの中で示した7万2,000人という社会的入院者の数、それに基づいて按分して東京は5,000人いて、5カ年計画の中でその半分の2,500人を退院促進事業にのせていくという目標を立てました。東京都の退院促進事業は大きく4つの柱があり、1番目に、「退院促進のコーディネート事業」というのがあります。これが実は実働部隊といえます。「なびい」さんをはじめ12カ所の民間の事業者団体の方たちにご依頼申し上げて活動に入っています。このコーディネート事業の方たちの活動の一番大きな点は、とにかく病院に続々と入って行っていただく。協力病院さんを次々に開拓して行って、病院の側にこの事業の趣旨を理解していただき、そして院内にいらっしゃるいわゆる条件が整えば退院ができそうな方たち、あるいはこちらからの働きかけによってご本人が退院してみようかなという動機づけをふくらましていく、そういったさまざまな活動をして行っていただいて、なおかつ、そういう方たちが外に出ていくときに支援活動をつくっていくと。そして地域に生活のサポート体制も築いていくという非常に大きな役割を担っていただいております。

2番目が、「グループホーム活用型ショートステイ事業」ということで、これも予定では12カ所をお願いする予定を今年度は6カ所になっていると思いますが、この活動は在院している方たちが外へ出て行く体験を積んでいただきたいと。たとえ1日でもあるいは中には1時間でもショートステイをやっているグループホームに行って、そこの雰囲気味わっていただく。3時間ぐらいで病院に戻りたいと言って戻ってしまう方もいらっしゃるんですけども、外の体験をしていただく。で、外にはこういう暮らしがあるのだということにふれていただく非常に大事な活動でございます。

3番目は、訪問看護ステーションをお願いしておりますが、これも全都で12カ所でございますけれども、これは退院間際から活動が始まりますが、特に退院してから地域での特に健康維持、受診継続、そういった活動を助けて支援していくための訪問看護ステーション活動で、この活動は退院して以降のその方のサポートをしていく重要な活動でございます。

これが東京都の3つの大きな活動でありまして、4つ目はそのためのさまざまな会議体をつくっていく、一番大きな会議体としては東京都の地域生活移行会議というのがありますが、この下に12コーディネートの事業者の方たちに集まってもらってさまざまな課題をそこで話し合っていていただく。大まかに以上お話をいたしました。さらに具体的なお話はこの後、お話ししたいと思います。よろしくお願いいたします。よろしくお願いいたします。

多摩棕櫚亭協会「なびい」

多摩棕櫚亭協会地域活動支援センターなびいの小林と申します。きょうは私どもがやっております退院促進事業を通じた精神障害者の方たちの地域移行についてのお話をさせていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

まず、私たちの法人がなぜ退院支援をするのかということなのですが、私たちの法人は国立・立川に6つの施設を今持っており、入院治療が中心で社会資源が乏しかった20年前、退院はするのですが、結局地域に居場所がなくて戻ってきてしまう方たちをどうしていくかというところで共同作業所をつくりました。そういう意味では私どもの棕櫚亭協会は根本的な理念の中に退院促進があり、そこから出発しています。

2点目が、実際その具体的なものとしてやっていったのが旧法でいう生活支援センターです。今で言う地域活動支援センターなのですが、そこはなびいがプログラムを具体的に持ちました。持った背景は何かというと、例えば入院した方たちをワーカーさんたちが退院するにあたって国立市民の方だったらなびいに行きなさいね紹介をされるのですが、その方が「必要な福祉サービスにつながらない」。紹介して病院もつなげたいし、地域も受けとめたいのですが、そこが全然うまくいかない。じゃあ、私たちがきちっと病院に入っていこうということで、退院支援プログラムというのを2003年から始めました。

これは全部が長期在院の方たちではなくて、頻回入院といわれている方たちも含めた形での活動です。やはりこれは地域の問題、病院の問題といっている場合ではなくて地域と病院が共通言語をもって、ご本人たちを支えていかなければいけないのではないかとということで、このプログラムでは個別支援計画というのを導入しました。それを2003年から初めて、2007年に東京都の退院促進事業のコーディネート事業を受託いたしました。現在は、その事業を受託して国立市周辺の近隣地域と、八王子の方はコーディネート事業所がありますので私どもは青梅の方に出向いて支援をしております。

実際に、この退院支援プログラムというものはどのようなシステムでできているかということをお話ししたいと思います。まず、「出前講座」というのがあります。これがプログラムを紹介する入口部分になります。地域のスタッフが突然行っても病院の人は怪しみますので、これはどんなプログラムなのかということを紹介するプログラムになります。このときには当事者の方に実際に行っていただいて、地域の生活ぶりであるだとかそういうものをお話ししていただきます。それが終わった後に病院のワーカーさんからの紹介でこのプログラムを利用したいという方が手を挙げます。手を挙げた後どんな支援があるかということ、「個別支援計画」という、個別支援になります。いわゆるアセスメントを通してプランニング、モニタリングを

するというケースマネジメント方式でやっていく個別支援計画を立てて、もう一方で何をするかということ、これは学習会です。半年ワンサイクルで行うのですけれども、個別支援だけでは抜け落ちてしまうお薬への知識であるとか、あと福祉サービスの知識であるとかそういうものを月に一遍学習会の形で行っています。これを両輪にしながら支援を進めていきます。こういうものを絡みながら病院と地域、そして本人の共通の認識の場としてケア会議というのを3カ月に一遍行うという形になります。うまくいくと退院ということです。

一つご説明させていただきたいのは、ピアサポーターというのを配置しております。これは実際にご病気をもたれてご自分の入院体験のある方がスタッフと一緒に動いてくださるのですけれども、なぜこういう方たちを入れたかということ、やっぱり具体性がある安心感のある退院支援はどういうものなのだろうかといったときに、やはり同じ立場の人がいるといないとではかなり違うのです。そういう意味でこのピアサポーターを入れます。そうするとピアサポーターの方が自分の入院していた病院の退院支援に行ったりすると、きょうはお風呂の日だからやめた方がいいとか、何か2つ一遍にやると混乱するとか、あと炊飯器を買うときには、それでは一人暮らしには大き過ぎるとか、とても具体的な支援をしてくれます。それはいくら職員が言ってもきかないことなので、そういう意味ではピアサポーターの方がいてくれることで非常に支援に厚みが出ています。

実際の退院支援の流れです。どういうふうに流れていくかということ、これは個別支援計画の作成の流れなのですけれども、まずはアセスメントをとります。これがいわゆる退院のイメージづくりをここから始めるということになります。何で私たちがまた新たにアセスメントをとるかということ、病院の説明というのは具合が悪くなって入ったときのアセスメントなので、できないことへのアセスメントは非常に多いのですが、できることだとかその人が希望をもってどういうイメージで退院したいかとか、そういうアセスメントというのはあまりとられていないし、職員の方も実はそれほどご存じでなかったりするので、あえてここからアセスメントをとっています。

次にプランニングを立てます。これは先ほどとったアセスメントにあわせて沿いながら、ただ小幅をあわせるという、何をするかということそれは無理をしないような形で、このプランニングはご本人が退院するまでの筋道を立てるものであると同時に、退院しようという自信をつける過程でもあるので、余り無理をさせないようなプランを立てます。これを3カ月に一遍ずつ立てます。3カ月に一遍の目標は1つあるのですが、その目標をさらにかみ砕いてそこでステップをつくりながら退院に向けていく、そういうプランニングづくりをしています。このプ

ランを小刻みにするのは本人のためというもあるし、あと余り大きいのを立てると病院のスタッフが「ほら、やっぱり」みたいになっても困るので、なるべく失敗しないようなプランを立てていきます。

それをしつつモニタリングというのをします。これは本人の計画がうまくいっているかどうかの機能部分になります。ご本人がどのくらい自信をつけたかという尺度でもあります。これは成績表ではないので目標を立ててもそれが達成できたかできないかということには余り着目しないで、その人が自信をつけたかつけないかというところに着目しながら立てていきます。もしその人が達成しなかったらそれは先送りにすればいいだけの話で、余りこの人ができたかできないかというところに着目してしまうと退院支援というのはなかなか進まないの、余りそこには着目をしません。

このようにプランニング、モニタリングというふうに進めていきまして、最後にというかその間の共有の場としてケア会議というものを開きます。それはプランニング、モニタリングができたところで随時開いていきます。これは本人にとってのフィードバックの場であるとともに、支援者にとってここまで退院が進んできたという確認の場でもあります。ただ、いきなりケア会議を開くと皆驚いてしまったりするので、病棟への普段からの共有ですね、看護師さんとのやりとりだとかそういうものを非常に大切にしながらケア会議を開きます。ここのケア会議の場で大体本人を支えるチームの熟成度というか、機運が盛り上がってきたなとかが量れたりします。そして実際にこのような支援の流れがあって退院につながっていきます。現在、私どものこの退院支援プログラムを利用して退院した方たちは13名おりまして、総支援者数は18名になります。このシステムを使って実際の現場でどのように支援をされたかということをお話したいと思います。

ケースの事例ですが、30年間ほとんど入院生活で、発病から数えると40年間をほとんど病気で過ごされた青梅の方です。この方は本当に30年間病院生活をしていて、ほとんど病院が家となってしまっていて、病院スタッフが家族のようになっていらっしゃる方です。OTには休むことなく参加して、そこではリーダー的存在、多分こういう方は院内適応されていて、病院の中には多くいらっしゃると思うのですが、退院したいという意思はあるのですが、ご家族の代がかかったことで、本人が退院したいと言いに行っても、退院するなと年に何回か家族が説得しに来るというケースです。本人もそれでやっぱりあきらめざるを得なく、家族の反対に抗ってまで退院したいとは思っていなかったということです。逆にいうと家族のもと以外の退院は考えられない人で、情報を知らないというかグループホームがあるだとか介護寮が

あるだとか、そういうことも想像できない環境にいらっしゃるという方です。しかし、行く行くは、今60歳の方なのですけれども、入院を生活を続けてその後は老人ホームでいいのかなと周囲も思ってしまったような方ですけれども、私どもは、この方に関わるようになって、実際に病院の中に入っていました。そして病院との連携の中で私たちが感じたことというのは、まず、コーディネート事業所というのがどういうものかのイメージをもってもらうことが非常に大変でした。そのため、いきなり病院に対してケースを挙げてくださいますと、絶対挙げてくださらないわけなので定期的な勉強会を開催しました。そしてケースが実際に挙がったのはこの事例を見ていくと、1月ぐらいに挙がっているのですが、その前9月ぐらいから定期的に勉強会に行っています。合計6回ぐらいの勉強会をして、病院全体のナースがお話を聞くまでその勉強会を続けて、コーディネート事業とはどんなもので、実際に退院するとこのように感じて生活されるんですよというお話の勉強会をしました。

あと、次に私たちが実際の病院との連携の中で感じたことは何かということ、窓口をどこにするのかということですごく悩みました。本来、ワーカーさんというのが外の窓口になるはずなのですが、現在ワーカーさんというのは非常に外に出づらいつつ、出づらいつつというよりも仕事が忙しくてベッド調整にほとんど動いていて、いわゆるケースワークまでできない現状なのです。一応窓口はワーカーさんなのですが、実は入っていくとわかってくるのは退院促進を活性化させていくのは病棟のナースたちとか看護師さんたちで、ここが軌道に乗ってくると非常に退院促進はうまく進んでいきます。そういう意味では窓口をどこにターゲットを絞って、どこに働きかけていくのかというのが大きいなというふうに思いました。

あと、もう一つ、退院促進事業というのは、私いつも言葉が悪いなと思うのですけれども、何か促進されていないものを促進させるみたいな、そういう一面もあるのでしょうかけれども、やはり何かすごく正しいことをしに行くみたいな、しかも地域が病院に乗り込んでみたいなことがあって、病院からよろしい評判ではないのです。やっぱり病院は病院が今までやってきた、それはいいも悪いもあって流儀があるわけだから、やはりそこにある程度あわせていくということも私は必要なのではないかなというふうに、余りこちらの流儀をふりかざさないとか、それが大切なような気がします。

そしてこちらが入っていった病院というのは、最初やはり信頼感がこちらになかったのだと思うのですけれども、1対1の面接というのをさせてもらえませんでした。利用者の方と私たちが1対1になるのを避けて必ずワーカー同席だとかナース同席だとかそういう感じで面接が行われていました。それはそうだからしょうがないことでそれは受け入れつつ、信頼してもら

うまで待つということも大切かなというふうに思います。あともう一つは、ドクターなどによくあるのですが、地域が「どのくらい」「何を」できるのかというお手並み拝見のような、冷たい視線もあったりするので、余り旗色を出し過ぎずにやっていくことが必要かなと思いました。でもやはり支援のシステムというのはちゃんと浸透させていく、アセスメント、プランニング、モニタリングというのを確実に少しずつ入れていって、退院促進に対する秩序はつくっていく、つくりつつ普段からの共有を病棟の看護師さんで行い、できればケア会議まで到達させていくという、やはり病院の様子を見て余り旗色は出さないのだけれども確実にシステムだけは入れるという、そういうことを心掛けてやっていきました。

実際のその方への支援というのはどのようになったかということ、おおむね週1回の訪問をしながら家族の元に帰る以外の退院もあるということをしつづつ伝えていきました。30年以上入院生活をしている方なので、退院に対してしたいけれどもイメージがつかないわけですから、余り進めるとやっぱり怖いわけです。だからその方のペースにあわせた形で余り急がないような支援を心掛けました。本人のペースを大切にしてその上でアセスメントをとりました。そうしてくると本人の口から一人暮らしの練習をしながら退院をしたいということ。だからいきなりアパート退院だとかそういうことは余り望んでいない、あとゆっくりやりたいということ、相談する人が欲しいということ、そういう希望が出てきました。そこでこのアセスメントをもとに個別支援計画を作成してニーズを一つずつかなえていくという支援をしていきます。

そうやって支援をしていく中で重ねていくと、病棟の中も少しずつ変わってきます。このケースではIさんという方なのですけれども、まずは病棟でのIさんへの評価が変わってくる。コーディネート事業所が来るのを楽しみにしているという報告がナースからあったり、あと家だから髭もそらないのでしょうけれども、きちんと髭をそるようになったとか、あとやっぱり退院したいんだという言葉がご本人から聞けるようになって、新しい本人をナースたちが知っていくと、「あっ、やっぱりこの人退院したいのね」ということで、どうにか退院させてあげなければという話につながっていきます。で、コーディネート事業所が少しずつ信頼されて、こちらに任せてもらえること、1対1で面接させてもらえたりだとか、そういうことが増えていきチーム体制が進んでいきます。

あと、もう一つ、本人自身の本音が聞けるようになるというか、病棟の看護師さんだとかワーカーさんとかがいなくなると1対1の面接の中で、本人の本音が実はOTにはもうあきているとか、デイケアはちょっと子どもっぽくて行きたくないだとか、病院の看護師に言っている建前とは違う言葉がすごく出てくるわけです。やっぱり病院がおうちだから余り文句も言えな

いし、余り言ってはまずいというのも多分あると思うのですが、そういうところでご本人の本音が聞けて、それをまたコーディネイト事業所がナースたちに伝えたりワーカーに伝えたりすると、「あっ、そんなこと考えていたんだ」という、また新しい本人像が浮かび上がってくる。それは病院の中で見ていた患者さんというところではなくて、本人が何を希望しているのかというのが見えてくるということが出てきます。

そういうふうに積み重ねながら病棟が変わっていき、Iさんの場合はプランとして一人暮らしの練習がしたいということがプランとして出てきたので、援護寮の見学に行きました。あと、相談できる場所が欲しいということ saying だったので青梅の支援センターへ見学に行きました。何で青梅の支援センターに私たちの支援センターがまた付き添うかということ、私たちの支援はあくまでも遠隔地からの支援なので青梅にちゃんと彼らが退院した後に地域移行していけるシステムを落していかなければいけないので、やはり地域活動支援センターへつなぐという作業もしています。

実際にその援護寮だとか地域活動支援センターの方に行くと、今度は地域との連携というのが出てきます。その中で感じたことというのはどういうことかということ、当たり前なのですが、青梅に行くとな国のノウハウが使えないということ、これはすごく感じました。今まで培ってきたネットワークがそのまま持っていけるわけではないので、やはり青梅なりのノウハウをつくっていかねばいけないということで、やはりそこでキーパーソンを探しました。青梅のキーパーソンはだれなのだろうということ、その人を軸にしながこのシステムを推進させていかねばいけないということを感じました。

それから地域性に配慮した支援のやり方をしていきます。それは何かというと常にあるネットワークを使う。ネットワークというのはもう既にあるのです、青梅にもあって、それは病院中心なので医療関係者が多いネットワークであたりはするのですが、そういうネットワークをきっちり使っていく、あとやっぱり病院をたくさん抱えてきた青梅の歴史というか、そのことにも配慮して余りそこを逆なでするような支援をやらないようにしました。

あともう一つ、私達は去って行く人ということを念頭におき、コーディネイト事業所がすべてをやるのではなく、最終的にその地域に地域移行システムが根づくような支援の仕方をしました。だから例えばIさんの事例でいうと、地域活動支援センターに慣れたころに地域活動支援センターのスタッフが送り迎えをしたりしていると思うのです。そうやって私たちの事業所が全部やりきらないで、必ず青梅側のスタッフたちも入れていくということを考えました。というのは、地域移行というのは一つの事業所が力をつけてもだめだというのが私たちが数年退

院支援をやりながら考えていたことで、だからどこかの事業所が150の力を持っていても、それよりもやっぱり3でも4でもいいからそういう事業所が60、70の力でよってそういうふうに全体の事業所の底上げというか力をつけていかなければだめだということで、このような支援を続けています。

こうやってきて今年が過ぎていきます。最初は軌道に乗るまで病院からケースを出してもらうまで非常に時間のかかった方なのですが、ケースが出てからは非常にトントンと今きています。最終的に地域活動支援センターへ定着させるためにどのようなことをするのかというと、定期面接を病院ではなく地域活動支援センターで行ったり、あとは30年の穴埋め作業というか、やはり長年病院に入院しているので取り戻し作業が非常に必要だと思います。病院で管理された生活を続けてきた人がいきなりアパートにポンと出ても戸惑うだけなので、そういう意味では少しずつ枠組みのゆるやかなところで自分の生活の感覚を取り戻すということが必要、そういう意味ではショートステイの利用、援護寮のショートステイの利用だとか、行く行くは正式利用なども考えていく。本来ならばグループホームに入所ということも十分考えられるのですが、これは地域的にグループホームが少なかったということと、これだけの長期の方をいきなりグループホームには、任されたグループホームもちょっとびっくりするだろうということで援護寮の方の利用を検討しました。

最後に、「事業から見えてくる課題」ということなのですが、この方はあと半年ほどで退院していくと思うのですが、やはり長期在院の方たちの退院ということを考えると、この方は今厚生年金の障害年金で3級なんですね、でも退院すると確実に生保になっていく。そしてこの方は病院住所の方なんです。こういう方たちをどうしていくか、生保の実施機関をどうしていくのか、これを本当に青梅が全部負わなければいけないのかとか、そういうことも考えられます。

あと、入院期間の穴埋めの作業をどうするのかということです。グループホームの質や量の問題、そこに力量のあるスタッフが多くいるような地域ばかりではないため、いきなりグループホームに任せるのではなく、東京都の精神保健福祉センターの援護寮だとかあの辺が少し柔軟に動いていただいて、退院枠だとか退促枠だとかそういうものを設けていただけたらいいかなというふうに思いました。

あと、退院促進を利用して退院した方々の日中の通所場所の問題というのが出てくると思います。やっぱりこのIさんも60歳で入院生活を長く続けた方というのは、すごく高齢になられているし、あとやはり今、地域の作業所を利用している方たちというのは非常に軽症化して

いて入院経験のない方たちが多いのです。そういう方たちと同じサービスを利用するというのは、やっぱり何かうまくいかなさというのが出てくる。実際に私どもの作業所もそういう方たちを見ていてうまくいっていない、あるいはなかなかうまくいくまでに時間がかかるということがあります。ですからこういう方たちの通所場所をどう考えていくかということもこれからの課題かなというふうに思います。

会長

丁寧にご説明いただきましてありがとうございます。ただいま「精神障害者退院促進支援事業」の実際をご説明いただいたわけですが、ご質問はありますか。

委員 G

発表の中でコーディネーター役として当事者、精神障害者で入院経験があるという人が必要だということを強調させていただいて本当に感謝しています。先日もお話ししたと思うのですが、大坂でまず退院促進が始まったときに「ぼちぼちクラブ」という当事者会があるので、その当事者、その病院の出身者が行って退院するということになるよと話す、その説得力はワーカーさんの比ではないというお話も聞いていたので、やっぱり退院促進事業には当事者の力が必要だし、またこの前も言いましたけれども、それをボランティアでやるのではなくてちゃんとコーディネーター費、1日5,000円だったら5,000円、3,000円でも幾らでもいいのですが、そういう補助制度を作り、やりがいというか病院の枠から外してあげたのだということの意味をもって、当事者もコーディネーターとして活躍する現場を、ぜひこの際東京都としてはつくっていただきたいと思いました。

会長

ピアサポーターの果たす役割が大きいということと、きちんとこういった事業の中でその人たちの役割を位置づけて欲しいということですね。他にはありますか。

委員 L

青梅にはたくさん精神病院がありますが、出前講座をはじめた病院は、どのように選んだのですか？

多摩棕櫚亭協会「なびい」

まず、最初に病院を一つ開拓しました。もともと私どもがお付き合いのあった病院のワーカーさんがいて、その人が他病院方面にネットワークを持っていたので、出前講座を退院促進のコーディネート事業を受託する前に1年間かけて行いました。そのワーカーさんが、じゃあ、これを病院に宣伝しましょうということで宣伝していただき、その後その病院に私たちが入っ

たという噂をどこからか聞いた青梅の病院長が、ぜひということで手を挙げてくださって、今2カ所で行っています。

会長

ほかにも何かご意見があるかもしれませんが、ちょっと時間も押していますので最後の議論の方に移らせていただきます。ここでは最初にお約束しましたように皆様から忌憚のないご意見をいただいて議論をしたいと思います。

東京都ですけれども、これは他県と異なりまして圏域という形はとっておりません。そういう概念はなく区市町村単位での実施となっています。その中で都全体の相談支援体制を構築するための手法、また区市町村の地域自立支援協議会の運営を支援するための提案など、東京都自立支援協議会の担うべき役割という観点で、今後どのように具体的に運営していくべきかについてご発言をお願いしたいと思います。

委員E

立ち上がってはみたものの機能していないと、御前会議になっているところが多いのではないかという話がありまして、自立支援協議会の評価表みたいなものがあって、この中にも書いてありますが、1期、2期、3期、4期というのがある、そこをどういうふうに今自分たちがとらえているかということも含めて、まず具体的にしていってみたいのではないかと思います。そして自分たちが今1期にいるのか、どこの期にいるのかということとちゃんと認識をしながら1期から2期に上がるときにどんなことをする必要があるので、今何をしたら次のところまで上がっていけるのか考えることが課題と思いました。

会長

リハビリテーション協会作成のマニュアル中に「地域診断」ということで出ているかと思いますが、地域がどういう段階にあるか、その中で自立支援協議会がどういう役割を果たしているかのチェックをもっと徹底したらどうかというご意見ですね。全国的にも協議会はなかなか立ち上がらなくて、都道府県の中で立ち上がっているのが昨年の12月1日現在で50%です。

委員M

私はたまたま精神保健にいるものですから精神の方のところからお話したいと思うのですが、先ほどの各区市町村の自立支援協議会がきちんと機能しているのかどうかとか、あるいは各地域でこれをやっぱり活性化していくにはどうしたらいいとか、幾つか切り口はあると思うのですが、常々考えているのはやはり地域の相談支援事業の力をいかにつけていただくかというのが一番大きな課題だろうと、それは単に相談が上手にできるということ

ではなくて、先ほど退院促進の事業の中にあつたようにある地域の相談機能を育てていくということはその地域でのサポート体制、そのサポート体制をつくるためには社会資源はどうかとか、どういうニーズがあるのか、全て含めて実りある相談支援事業というのが展開されなければならないわけですから、障害者ケアマネジメントというひとつの考え方でもって相談を進めていこうと、最近はそのプラスいろいろとエンパワメントであるとかいろんな考え方が出てきているようではありますけれども、もともとこの自立支援協議会そのものも国の図柄の中では指定相談支援事業者が中心になって、地域をいかにネットワーク化していくかということでそこを強調させていただきたいと思っております。

会長

ありがとうございました。最近手に入れたのですが、東京都社会福祉協議会が今年2月に障害者相談支援事業白書ということで、全区町村の相談支援事業はどうなっているかという調査をして7月に冊子として出しています。これを見ましてもまだ相談支援事業が十分でないと言わざるを得ないですね。先ほど報告されました精神障害のある方の地域への移行の支援について、まさに障害者ケアマネジメントの手法がきちんと活用されているわけです。こういうものが各区市でなされていかないと、やはり地域で暮らすということが安心して当事者の方たちの生活にとどかないということだろうと思えますね。

都外コーディネート事業の報告の中で、知的障害のある方たちの地域移行につきましてアフターフォローのところで1年間やりますというふうなお話がありました。精神病院からの移行では必要に応じて地域の相談機関、相談支援のところが出ていくようにつなげていきますというそういうお話だったんですね、その辺のところも知的障害と精神障害の違いがあるかもしれませんが、今は区市町村の時代、区市がきちんとフォローできるようにしていくにはどうしたらいいのだろうかというそこにつなげる必要があるかと思いました。

それからついでに申し上げますと、「サービス利用計画作成費」は入所施設から地域に、それから病院から地域にというところで、計画を策定し、アセスメントを月1回行うことで、最低半年、必要があれば長く請求できます。区市によっては退院する前からこれを出してもいいのではないかという意見もあがっております。そういった新しい事業と東京都がもう既に始めている事業とどのように関連をもたせていくのかというようなところもやはり課題かなと思います。実はこのサービス利用計画作成費が東京都内では余り使われていないのです。使っている区や市もあるけれどもほとんど使っていないところもあるということで、これはやはり区市が相談支援事業をどういうふうに関係していくかというときの一つの鍵になるものだと思います。

す。

委員 E

「サービス利用計画作成費」のところ、以前もどのくらい使われているかという話が出てきたときに、私が知っているところでも本当にほとんど使われていません。施設から地域に出るときには活用できるのですが、グループホームへ行くときには対象外ですよね、施設からアパート暮らしなり一人暮らしのときにはこれが使えるけれども、グループホームに入居するときにはグループホームの機能の中にそれが入っているということで使えないというふうなことがあって、今回少し要件が緩和されてライフサイクルが変わるとき、そのときには使えますよという話があったのですけれども、国のこの決まりの中ではなかなかこれが使える状況にないというところ。

もう1つは、いろんな会議が今現存の会議があって、例えば虐待の会議が地域の中にあるために、実際には相談支援事業者がやるような会議までもっていく会議ではないのではないかと、既存の会議とこの会議の整理のところはなかなかうまくできていないのではないかなというところもあります。

ぜひ、東京都のところでもこれだけ施設から地域へというふうな話になっているときに、なかなかグループホームが新規設置されないことも含めて、国は、施設からグループホームに移行するときには使えないと言っていますが、東京都の方ではこれだけグループホームが先駆的に進められている事業でもありますので、こういうところが使えるようにするとか、このサービス利用計画作成費の使われ方を、もう少し使いやすくするという改変が必要なのではないかなというふうに思います。

会長

先ほどご紹介したこの本によりますと、「1月現在、東京都内でこの実績があるのは13区市町村、月平均の作成件数は台東区の18件、品川区の30件、荒川区の15件、調布市の39件で多く見られますが、それ以外は非常に少ない件数となっております」となっております。ですから全然ないわけではありません。

もう1つ、このサービス利用計画作成費をより使いやすくということで平成20年1月31日の厚生労働省の障害福祉課長通知で、障害者支援施設からの退所等ということで障害者支援施設からの退所のほか、共同生活介護または共同生活援助からの退去、精神科病院からの退院など地域生活への移行に当たり住環境や生活環境が大きくかわる場合、家族の入院や死亡または弟・妹の出生等による家庭環境の変化やライフステージの変化により生活環境が大きくかわる

場合等というように、支給対象者の範囲がかなり具体的に示されており、こういうことが余り知られていないような状況もあるのではないかなというふうに思いますね。

それからもう1つは、区市が直接に相談支援事業をやっているものですから、というのは指定を受けていなかったり、指定を受けていても委託費として自治体から運営費を受けているので、請求しても引かれるだけで、わざわざ申請しないんですね。いろいろ見ているとそんな状況が見られます。もっと使いやすく今お話がありましたけれども、実際に区や市が確かに支援するような形をどうつくっていくのかということも課題かなと思います。

委員C

今お話のありました指定相談事業所なのですが、本日お配りされた資料の個別支援会議の開催回数のところに注目をしたのです。個別支援会議を日常的に開催しているのは9市町村のところしかないとなっています。私ども思っていますのは地域で継続した支援を行うためには、単に相談を受けるだけではなくて関係する人たちを真ん中において、どう課題を明らかにし、分担を明らかにし、どう進めていくか、それをだれがリードしていくのかというときに指定相談事業所、その会議こそが個別支援であって、サービス利用だけではなくて本人のスキルも含めた幅広いことにチャレンジしていく、それが重要ではないかなと思って私ども今挑戦しています。1年目は9件ぐらいだったのですけれども、去年は29件でことしは毎月もう5件ぐらいいやっているので、その個別支援会議を開くには前・中・後があって、それをどれだけその状況に応じてより沿っていきけるか、そのことが非常に私どもの感じとすれば個別支援会議というのをもっともっとしっかりと位置づけていく必要があるのではないかな。実感で言いますと、個別支援会議はそこにいる構成によっても違って、行政の人が多くなれば多くなるほど何となく深い議論ができなかつたりもするのです。

私、きょうここへ来る前にここでそんなことをとっていたのですけれども、ここで東京都の協議会とすればこの自立支援法に基づく相談支援のところをどう進めるかというところの一つの指標としては、個別支援会議はだれが主催して、どういうふうに進んでいるのか、それによってどんな前進が見られるかみたいなそういったところを進めていっていただけるとありがたいなと。本当にそれはその場限りではなくて継続した支援ということが中心になっているかと私は思っているものですから、そういうふうな取り組み、そしてここがしっかりしないと先ほど話がありましたサービス利用計画のことをいくら持ち上げても実際にはモニタリングだけで終わってしまって、ケア会議といいますが個別支援会議に結びつかない回数だけのサービス利用計画だけになってしまう可能性があって、実際はそのサービス利用計画のやることの何人

分かをもうやっているのですが、実は申請していないのです。で、どういうやり方を、モニタリングも一人一人するやり方、それからみんなを集めるやり方、それから何カ月かたったら個別支援会議をやるやり方、いろいろとやり方をやってみた上で申請しようと思っているのですけれども、そういうのも研究して、ただ計画だけを、数字を出せばいいかというものではない現実があるなと思ってまして、そののところをもう少しここでもご議論いただければとありがたいなと思いました。

委員 G

今回の退院促進が始まる前の話なのですが、精神では、病院と支援センターが主体となります。私もケア会議の場に呼ばれていきますと、ケア会議はドクター、ナース、それから家族、親戚のおばさんというようなことでやったのですけれども、結局は形だけで退院してくると一応支援センターに登録をして通うことにはなっていたのですが、具体的にケアプランがペーパーでないですよ、支援センターのある職員が担当になったのですけれども、支援センターにお話をしていく、そういうのも支援センターの利用者としての受入れだけしか知らなかったもので、半年もたないうちに再入院です。

ですからこれは考えなのですけれども、患者さんとこちら側と契約をしっかりと結んでやる必要があり、契約に沿った形で何事も決めていく。いつ契約をするかが問題ですけれども、そのようにして進めていかないと形は何かやっているのですが、いわゆるキーパーソンは決まらないし、他の職員が電話していいものか悪いものか、いちいちそれを所長に聞くべきかどうか、そういうことを考えてしまって機能していないと。そういうところも先ほどお話があったようにせっかくケア会議が開かれてスタートしようとしているのに、それをつぶしてしまうという結果になったら何もならないので、本当にこれからは退院促進という意識を強く持った上で、それとだんだん欧米式になってくると思うのですけれども契約社会、契約をきちっと交わした中でそれぞれに適していけないと何かあったときに逆に我々が罰せられるようなことも考えられると思うのです。その中でトラブルも起こってきますので、そういう面においてやっぱりしっかりした契約に基づいたサービス提供という形が望ましいと思います。

会長

個別支援会議の重要性についてお話いただきましたけれども、個別支援会議が本人支援、本人の地域生活支援のベースであり、自立支援協議会のベースであり、これが地域をつくっていくということはよく言われることですけれども、これを言葉だけではなく実質的に形で示していかななくてはいけないし、そういうことを今後この中でも、また全区市町村で徹底していた

だきたいということですね。

これは大事なことはやっぱり本人参加のもとでの契約ということですね。いつだったかこの話をしましたら、私は自分のことをそんな大勢の人に集まって会議なんかでやって話してもらいたくないと、自分のプライバシーはもっときちんと自分で守りたいというようなことをおっしゃる方がいました。ですから個別支援会議も本人の意向といいますか、希望に沿って行うというのが大前提ですね。

委員 B

3点あるのですが、1つは、相談支援事業者の果たす役割は非常に重要だと思うのですが、相談支援の専門員さんが持つケースが一人40ケース以上になっているとか、非常にやっぱり体制が厳しいだとかというようなことが指摘をされていたのですが、地域生活支援事業になったことによって、相当区市町村によって格差が人的体制だとか予算も相当広がっているような気がします。

私の地元を考えてもやっぱり委託費という中でお金がきますので、そういうのはなかなか実際にふえていかないような状況があります。そういう中では多分ですが、どこでも本当に相談支援の事業所はお金のやり繰りで大変な思いをされているのではないかなというふうに思うのですが、そうするとやっぱり法人としては、あまり委託費がこないで若い職員をそこに配置するという傾向があるような気がします。本来は非常に経験豊かな人を配置しなければいけないのですが、委託費が少ないからそうなっているような状況もあるように思います。市町村ごと、相談支援事業所ごとの運営費だとか人的体制だとか、どれぐらいの経費を実際には見ているのかというようなところの把握をして、あるべき姿を東京都として、これは東京都が命令できることではないのだと思いますけれども、自立支援協議会としてはやっぱりこれぐらいの費用と専門性が必要ではないかというような提案ができればいいかなというふうなことが1点です。

2点目は、きょうは地域移行ということで知的の方、精神の方の地域移行の問題が出されましたけれども、これが身体障害の重度重複という方になってくると地域移行ではなくて、家族がだめなときにもう行き場がないという事態が実際には起こってきて、それでショートでつなぐというのが実態だと思うのです。若しくは、実際問題としては本当に行き場がないというような状況の中で家族がとにかく抱えている。実際にケアホームは今身体の方は対象になっていないけれども、もし対象になったとしてもバリアフリーが相当求められるというような状況の中で、やっぱり重度重複の方々の東京都内と地域生活がどうあるべきなのかという像が多分私

も見えないし、家族の方も当事者も見えない、そこをやはりひとつ出していく必要があるのではないかなというのが2点目です。

3点目は、難病であるだとか重症心身障害という方々にとっては、医療的なケアは非常に重要な位置づけになっていますし、特別支援学校の肢体不自由児の関係では3分の1以上が吸引等が必要になってきているというような状況で、病院から退院したくてもできないという状況があるように思います。気管切開等を含めた吸引についてはとりあえず国の方はゴーサインを出しましたけれども、それはあくまでもホームヘルプの事業所と本人との契約あるいはもっと言ってしまうと医療的なケアを行うヘルパー個人と当事者の契約でしかないということで、では、どういうふうに安全性を確保するのかとか、東京都がどういった研修の役割を担うのだとかというのは何も記されていないんですね、とりあえずまずやっていいよというゴーサインを出しただけというふうになっていますので、ここは本当に医療的なケアが必要な方々が地域で生きるための専門的なヘルパーの養成のあり方だとか資格制度だとか、そういったものをぜひつくっていく必要があるのではないかなというふうに思います。国の問題と言ってしまうとそれまでなのですが、国が動かない以上、やっぱり東京都としてそういったことをぜひ考えていければいいのではないかと思います。

委員L

私たちは地域に出かけて実情を聞いたり、地域機関の方々に来ていただいて研修会をやったりしていますが、そのときに「他の市町村の様子がわからない」「自分のところの自立支援協議会のことよくわからない」という声がよく聞かれます。また、「ほかの区市の様子を知りたい」という問い合わせが入ったりします。

個別支援会議も色々やり方があって、先進的に精力的にやっているところもありますが、出来ていないところは「どんな風にやっていいかわからない」ということもあるので、広く情報提供することが東京都の役割としてあるのではないかと思います。

会長

きょうはいろいろご意見をいただきまして、これはみんなこれからの課題でございますけれども、1つは、行われている個別支援会議などの実際に現在行われている相談支援事業の実態を詳細に把握すると同時に、その事業を活性化し、意味があるものにするということ、それについて東京都はしっかりやってほしいという意見がありました。

それからその次に、きょうは2つの事業所からコーディネーター事業からの支援例をご紹介していただいたわけですが、こういう支援例を確かめながらそういう地域の中で暮らす

ということを可能にするために何が重要なのかというようなこと。それからきょうは成功例のご説明でしたけれども、皆それぞれ個別性がありますので、そういったものを私たちは蓄積しながら課題を明らかにしていく必要があると、こういうことも重要ということですね。そういう中で重度重複の方、重症心身といわれる方、医療的ケアが必要な方など、問題とされながら支援対象に上がってきていないような方たちは大変な思いをしてご家族がケアをなさっています。そういうことについても取り上げた方がいい、取り上げなければいけないというようなこと。

それから昨年度2回目にオープン形式でのセミナーを行いましたけれども、この協議会のメンバーだけでなく各市はどうしているのかとか、どういうふうにしたらいいのだろうかというようなことを考えられるような場をやっぱりつくる必要がある。セミナーだけではなくてそういう場を有する必要があるというご意見をいただきました。

ちょっと簡単にまとめてしまいましたけれども、今年度、今後この協議会はどのようにこれから、この協議会としての仕事を進めていくか、また事務局としてもお考えいただきたいと思っています。では、ここまでにさせていただきます。

午後4時30分 閉会