

令和4年度東京都自立支援協議会セミナー

当事者が地域で安心して暮らすために
～地域の社会資源を活用して～

日 時：令和4年12月12日（月曜日）13時20分～16時11分
会 場：東京都庁第一本庁舎5階 大会議場

(司会) それでは、定刻となりましたので、これから令和4年度東京都自立支援協議会セミナーを開会いたします。

私は本日の司会を務めさせていただきます、東京都心身障害者福祉センター地域支援課長の外川でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

お手元の冊子のページをご覧ください。本日のプログラムが記載されてあります。

本日のセミナーは、第1部で基調講演を、そして第2部でパネルディスカッションを行います。

途中、15分の休憩時間を予定しております。トイレ等の案内が必要な場合や、気分がすぐれない場合など、ご用がございましたら、遠慮なく黄色い「スタッフ」という名札をつけた職員に、お声かけをください。

次に、新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、会場へご参加の皆様へのお願いです。

セミナー開催中はマスクの着用をお願いいたします。また、マスクを交換した際の使用済みマスクはお持ち帰りください。

休憩時には、小まめに手洗い、手指の消毒をお願いいたします。

体調不良など、いつもと異なる症状がある方は、お近くの黄色い「スタッフ」という名札をつけた職員にお声かけをください。

セミナー終了後5日以内に新型コロナウイルス感染症に感染したことが判明した場合は、事務局のほうまでお知らせください。事務局の連絡先は、お手元の冊子の表紙の裏面に記載してあります。

次に、動画撮影に関するお知らせです。

本日のセミナーは、後日動画配信するため、撮影をしております。撮影はステージのみとし、会場の皆様は撮影をいたしません。会場にご参加の皆様による録音や写真、動画の撮影等はご遠慮ください。

なお、事務局では、記録のために写真撮影をさせていただきますので、ご了承ください。

以上となります。ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

それでは、開会に当たり、東京都心身障害者福祉センター所長の梶野から、ご挨拶申し上げます。

開会挨拶

梶野京子（東京都心身障害者福祉センター所長）

(梶野) 皆様、こんにちは。東京都心身障害者福祉センター所長の梶野でございます。

本日は、年末の何かとせわしない時期にもかかわらず、この東京都自立支援協議会セミナーにご参加をいただき、誠にありがとうございます。

今年度のセミナーも昨年度に続きまして、新型コロナウイルス感染症の感染予防策を取りつつ、こういった集合形式で開催をするとともに、終了後には期間限定ではございますけれども、動画配信を行います。

この会場参加の方、それから動画視聴をお申込みの方を合わせますと、500名近くの方にお申込みをいただいております。皆様の関心の高さを改めて実感しているところでございます。多くの方にご協力いただきまして、本日このような形で開催に至りましたこと、心より感謝を申し上げたいと思っております。

冒頭、司会からもお話がございましたけれども、本日こちらの会場参加の皆様には、感染拡大防止のためのマスク着用、手指消毒といったところについては、ご協力いただけますよう、重ねてお願いいたします。

さて、今年度の東京都自立支援協議会でございますが、当事者の地域移行、地域生活支援、こちらにフォーカスを当てて、関係者の皆様への情報発信を行い、東京の協議会活動の活性化に向けて取組を進めているところでございます。

本日のセミナーでは、お手元の冊子にもございますように、「当事者が地域で安心して暮らすため

に」をテーマとしまして、基調講演とパネルディスカッションを実施いたします。

まず、このテーマを設定した理由について、簡潔にご説明をしました後、続いて基調講演、後半には、当協議会の岩本会長の進行によりまずパネルディスカッションというプログラムになっております。

なお、パネルディスカッションでは、障害当事者の方お二人が、支援者の方とともに登壇される予定でございますが、進行につきましては、日頃からご本人を身近で支えている支援者の方のご協力も得て、ご本人の様子などにも配慮しながら柔軟に対応させていただく場合もございますので、あらかじめご了解いただければと存じます。

本日、限られた時間ではございますが、会場でのご参加、また動画をご覧になる皆様にとって、このセミナーの講演、また当事者の方の率直な思いに耳を傾けながら、地域移行、地域生活について考える機会となり、それぞれの地域での日々の取組、また暮らしの中で役立てていただけますことを願ひまして、開会の挨拶とさせていただきます。

本日はどうぞよろしくお願い申し上げます。

(司会) 第1部の基調講演に先立ちまして、今回の東京都自立支援協議会セミナーのテーマ設定の理由について、東京都手をつなぐ育成会副理事長、東京都自立支援協議会副会長の森山瑞江よりメッセージが届いておりますので、同セミナー担当、大田区障害者総合サポートセンター相談支援事業所管理者、神作彩子より、ご紹介をさせていただきます。

よろしく申し上げます。

今回の東京都自立支援協議会セミナーのテーマ設定の理由について

森山 瑞江

東京都自立支援協議会 副会長（セミナー担当）

社会福祉法人東京都手をつなぐ育成会 副理事長

神作 彩子（代読）

東京都自立支援協議会委員（セミナー担当）

大田区障害者総合サポートセンター相談支援事業所管理者

(神作) 皆様、こんにちは。森山に代わりまして、メッセージを代読させていただきます。

東京都自立支援協議会は、関係者の皆様へ情報発信を行い、協議会活動の活性化に向けて、交流会ですとかセミナー、動向集などの発行を通じました取組を進めております。

令和4年度の活動方針は、「当事者の声・願いを中心において、地域移行・地域生活支援における課題を考える」としてしています。

この数年、大きなテーマとしている地域移行・地域生活について、地域自立支援協議会交流会との連動を考慮しながら、更に情報や課題を共有し、地域の自立支援協議会へお持ち帰りいただき、活性化を進めたいというふうを考えております。

協議会の活動の中で、セミナー関係の委員から「地域移行先が重度グループホームの一択しかないことがある」などのご意見がありました。安心して生活できる住まいの場や、インフォーマルを含めた社会資源やサービスについての課題、そういったものを皆さんと一緒に考えていけたらというふうに思っております。

そこで、今回のテーマであります、「当事者が地域で安心して暮らすために～地域の社会資源を活用して～」というセミナーを企画させていただきました。基調講演やシンポジウムを通じて、当事者が地域で安心して暮らし続けるための仕組みについて、多くのヒントが得られるのではないのでしょうか。

また、シンポジウムでは、本年度も当事者の方に登壇していただいております。皆様の温かいまなざしを持って迎えていただけると、ありがたいです。

どうぞよろしくお願いいたします。

(司会) それでは、第1部の基調講演を始めます。金川さん、ご登壇ください。

本日の講師、金川洋輔さんをご紹介します。

金川さんは、世田谷区にあるサポートセンターきぬたで、地域移行コーディネーターを務めたり、また、東京都自立支援協議会の委員を担っていただいたこともある方でございます。

現在は、厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課 地域生活支援推進室 障害福祉専門官（精神障害福祉担当）地域移行支援専門官（併任）として勤務をされております。

それでは、よろしくお願いいたします。

基調講演

金川洋輔（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課地域生活支援推進室 障害福祉専門官（精神障害福祉担当）地域移行支援専門官（併任））

(金川) 皆さん、こんにちは。ただいまご紹介にあずかりました、厚生労働省の障害福祉課で障害福祉専門官、複数名いるわけですが、自分はそのうちの精神障害福祉担当と地域移行支援専門官を併任しております、金川と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

先ほどご紹介いただきましたが、令和3年の3月31日までは現場にいまして、相談支援事業所で、職種は精神保健福祉士と主任相談支援専門員という形でやっておりました。23年のキャリアのうち、17年は精神科病院からの地域移行支援ということで、毎日、直行直帰で都内の精神科病院を回ってというような形と、後、退院後の方の在宅に訪問させていただいたりというようなことをずっとしていました。

残念ながら、自分のキャリアというか仕事の中では、退院していただいた長期入院の方は200名にも届かないぐらいで、170、180名ぐらいの方が退院していただけたかなというふうに思っておりますが、多くの方が一人暮らしをされていたり、グループホームを利用されて、その後、一人暮らしに移行されたりと、そんな形になっております。

今回、厚生労働省という立場にはなっておりますが、打合せの中では、どちらかという、現場にいたときに自立支援協議会とどういうふうにリンクしていたかとか、活用していたかみたいなお話のほうが多かったの、せつくなので、その中にも厚生労働省の基礎資料なんかを混ぜさせていただきながら、お話をさせていただく形になると思いますが、どうぞよろしくお願いいたします。

本日の資料におきましては、75分という、時間もたくさんいただいておりますが、資料を63枚も入れてしましまして、少し、参考資料ですと飛ばす部分も含めてになりますが、最初は基礎情報として、1番、2番は資料を使いながら施設入所の方の現状だとか、精神科病院の現状だとかをお伝えさせていただくこと、3番目は東京都の取組についてはホームページからの抜粋になりますので、本当に簡単なご紹介程度になるかと思っております。

4番目以降で、地域移行支援とか制度の話も少し入れながら、実際にどんなふうに自分が現場のときに関わっていたかとか、後はそれはきっと皆さんの地元でもされていたことなんだけど、共有されているだろうかとか、実はいいアイデアがあるけど、隣の街のことはよく知らなくて、もったいないことになっていないかとかということを描いていただきながら、最後は今日、この後、登壇していただくのがメインになりますので、そこにつなぎながらというような役目を果たしたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

最初は、障害者の数という形で出ておりますが、厚生労働省の資料になります。

スライドの四角のところに入っておりますが、現在、もう既に1,000万人弱の方が何らかの障害をお持ちになりながら暮らしているという形です。人口の7.6%相当ということは、単純に割り算をすると、大体、国民の13人にお一人は何らかの障害を持ちながら暮らしているという計算になります。

四角い、在宅・施設別という枠の下側のほうに、ピンク色の箱に入っておりますが、そちらのほうに字が小さくなっていますが、施設入所身体障害者（児）7.3万人、施設入所知的障害者（児）13.2万人、入院精神障害者30.2万人という形になりますので、約50万人ぐらいの方が何らか施設・病院にいらっしゃる方になるというようなお話になってきます。

今回、土曜日に国会の審議が、一旦国会で採決を採られました。その前にずっと社会保障審議会障害者部会というものがあまして、いろいろお話をしているわけですが、多くの団体の方、当事者の方、ご家族の方からの意見の中で、ちゃんと地域で支え続けられるんだらうかと。地域に出ることがゴールではなくて、地域で暮らし続けられる政策をやっぱり準備していかないと、なかなか不安は尽きないんだというようなご意見がたくさんあったところです。

その際に作られたスライドになりますが、何らか必要になったとき、入院・入所からの地域移行であったり、親元からの自立であったりといったときに、一人暮らしをされる方、パートナーと暮らされる方もいらっしゃるでしょうし、ご実家で暮らし続ける方もいらっしゃるし、中には必要に応じてグループホームを使われたりということが、どれか1個しか選べないということではなくて、その時々に必要なとき、必要なものが選べるようにしていくのが大事なんじゃないかというご意見だとか、それを支えるものとして、今日お話しいただく自立生活援助というサービスだとか、地域全体で支えていこうという地域生活支援拠点等の概念だとかがとても大事ではないかと、そんな話が障害者部会のほうで、当事者、ご家族からご意見をいただいたことになっております。

そういった中で、資料だと黒で潰れかけておりますが、住まいの場という形で真ん中に入っております。これは、地域包括ケアの考え方のベースになっているもので、ご本人たちの暮らす場が真ん中にあるんだと。その暮らしを、必要なことで支えていくんだということがとても大事だよという話が出ています。でないと、どうしても各サービスで、これはもっと使い勝手が良くとか、これはどうだという話になってしまうんだけど、それは誰のために、何のためにあるのかと言ったら、障害を持ちながら暮らしている当事者の方たちの生活を支えるためにあるんだということを、ちゃんと発信をしていく必要があると、そういったご意見もまた強くいただく中で、作り上げられたスライドという形になっています。

施設入所の現状について、こちらは数字なので簡単なおさらいという形になっておりますが、施設入所からの地域移行の推移という形でグラフが出ております。これは積み上げの数字なので、年々ちょっとずつ増えていくという形なので、一方で、少しずつではあるけど着実に進んでいるというご意見もあれば、当初に比べると、地域移行されている数が少しスピード感が落ちているんじゃないかというご意見もあつたりということで、次期福祉計画に向けていろいろな対応が必要じゃないかというようなご意見がたくさん出ていくところになります。

また、少し数字が古くて恐縮ですが、平成30年4月1日から平成31年3月31日ということで、この1年間で、入所施設からの移行の推移という実績が出ております。退所された方はこの1年間で6,499名ということになっておりますが、うち地域移行された方というのは1,525名で23.5%という形になっています。

では、その1,525名の方は一体どこに地域移行されたのかといった内訳が、一番多いのは家庭復帰というものと、共同生活援助というのはサービス名なのでグループホームのことを言っておりますので、そういった方たちが一番多いと。一方で、一人暮らしや結婚という形で、公営住宅なり民間のアパートなりに退院された方も、少ないけれどもいらっしゃる。だけれども、全体として見れば10%弱ぐらいで、こちらの支援をもっと進められるんじゃないかというような意見もたくさんいただいているところになります。

こちらのスライドは、上半分が施設入所者の数の推移で、下がグループホームの利用者の方の推移という形になっております。ついに令和2年に数字が逆転をして、現在は施設入所の方よりも、グループホームを利用されている方のほうが増えてきているという形になっています。

ここからのスライドは参考資料なので、ポイントだけお伝えをしていきたいと思いますが、今、施

なかなか、今目の前にいらっしゃらない方たちまで手を伸ばすというのがなかなか届かないというのが、恐らく自分が現場にいたときも、今も、地域移行の大きな課題というような形になっていて、そういったときに、協議会とかそういった公的な場でどんなふうに情報共有して発信をしていくかということが、一つの課題としてなっております。

また、精神の方たち、長期入院の調査票の一年半以上の長期入院の方の可能性という形で、医療機関の方が回答しているものになりますが、その日、調査をした段階で約5,000人ちょっとぐらいの方の回答になりますが、14%の方はもう退院できると、大丈夫ですという回答です。残りの85%は、医療機関から見て退院困難であるというふうになっています。

我々の中で、医療機関が退院困難だと言うということは、病気の症状とかがとても重いのかなとか、なかなか難しい事情があるのかなというふうに簡単に想像してしまうわけですが、実は内訳を見ると、退院困難な理由のうちの33%は居住支援がないためという回答になっています。これは住むところがない、退院しても。後は、退院に向けて支援をする人がいない。退院をしても支援してくれる人がいない。だから退院困難なんですという回答になります。

なので、地域移行をやっているときなんかは、まず、この支援があれば退院できると、可能性はあると思われる人たちに、地域からどう支援を運んでいくのかと。どんなふうにご本人に情報を伝えるのかということが非常に大きな課題で、各自治体でいろいろな取組をしてきたということになります。

東京都の取組は、今の自分の立場からは説明があればなので難しいんですけども、簡単に言うと、地域移行支援の課題。東京都は何を取り組んでいるかということ、意思の実現、ご本人が退院したいんだと、手伝ってほしい、支援をしてほしいという、今は地域移行支援とか、様々な地域生活支援があって、過去に比べれば少し増えてきているかなという状況です。まだまだ不足分はあるにしても。だけれども、サービス、地域移行支援という、この後お話しさせていただくものはサービスなので、ご本人の意志が必要なんです。ご本人が地域移行をしたい、受けたいというふうに言っていたかなきゃいけないと。

自分が関わった中でも、会ってすぐ、使いたい、退院したい、手伝ってほしいと言ってくれた方もたくさんいらっしゃいますが、中には、もういいよ自分とは、自分はいいいから、ほかの何とかさんとか何とかさんの支援をしてほしいって、彼らは退院できると思うんだよって、俺は難しいんだというようにお話だったりとか。中には、入院時、とても具合が悪くて記憶がないんだけど、気がついたら病院の中において、関係者から相当大変だったというふうに言われたと。相当な迷惑をかけてしまったらしいので、もう自分は退院する資格がないんだと、だからほかの人の支援をしてあげてほしいとおっしゃる方たち、たくさん出会っているわけですが、そういった方たちは、自ら支援を受けたいというふうに立候補されないで、支援を受けられない状況なんです。その方たちにもう一回顔を上げていただく、もう一回街中で暮らしたいと思っていただくために、各自治体の取組が今、いろいろ工夫をされています。

自分が現場にいたときは、とにかく頭を下げるしかなかったのが、ご本人に。同じ空の下で暮らしてもらえませんかって頭下げていたりとか、何年もお迎えに来なくて大変申し訳ありませんでしたって謝るところから支援をずっとして、とにかく会いに来るのはいいよって言ってもらえたので、最初は会いに行って、だんだんちょっと病棟の外に出てみませんかとか、ちょっとお茶しに行きませんかとか、お昼ご飯をちょっと商店街の定食屋で食べてみませんかなんて話をしながらしていくと、だんだんぽろっと、どうせ自分なんか無理だよとか、だって退院したってアパートでテレビ見ているしかないんでしょうって、今と変わらないじゃんとか、どうやって生活していくのとかというような、具体的なことを言っただけだと、いや、方法はありますよなんていう話をしながら、そこでまた気持ちが動いていただくと支援が実っていったりだとか。なかなか自分の言葉では届かなくて、実際ピア活動なんて言われていますが、地域で暮らしている当事者の方に協力をお願いして、一緒に病院に行って、実際に自分は病気も障害もあるけど暮らせているんだって話をさせていただくほうが、どう

も自分の説明よりははるかにじっくり来られるみたいで、それじゃあ外出てみてもいいかななんて言うてくださった方たちもいます。

そういったこと取組というのが、実はまだまだ、みんな試行錯誤なので、協議会とかで共有すべき情報だったりするように思っています。

東京都は、基本理念のⅡ番という形で、「障害者が地域で安心して暮らせる社会の実現」というものが掲げられているのは、ホームページで確認をしたところです。

複数ある取組のうち、一部分だけ切り取ってスライドにさせていただきましたが、施設入所からの地域移行に関して、地域移行促進コーディネート事業だとか、そういったものを東京都として取り組んでいると。また、精神科病院からの地域移行に関しては、精神障害者地域移行体制整備支援事業というものを取り組んでいると。こういったことが、東京都のホームページから出ていました。ちょっと資料の関係で入れてはあげませんが、この地域移行促進コーディネート事業を受託している法人の活動なんかコラムで載っていたりだとかしていますので、是非興味を持って見ていただけたらなというふうに思います。

先ほどご紹介いただいた、自分が現場にいたときは、この精神障害者地域移行体制整備支援事業というものの地域移行コーディネーターをずっとやっていたということです。

そういった中で、東京都全体として、施設入所からの地域移行に関する目標数値だとかというのも立てられています。これは、各市区町村の障害福祉計画で目標値が立てられているはずなんです。なので、東京都も東京都で勝手に作っているわけじゃなくて、市町村と連動しながらこういう計画がつけられているということで、東京都の話は身近じゃないなと思われる方がいらっしやいましたら、自分が暮らされている自治体の障害福祉計画も必ずホームページに出ていますので、そういった取組、どうしているんだろうなんてことを気にかけていただきたいというふうに思います。

これは資料として入れたので、1枚スライドは飛ばさせていただいて、どんな取組を、施設入所からの地域移行をされているのかなと思うと、スライドの中で地域移行体験室の活用というものが出てきました。実際に、入所されている方に地域の体験室、グループホームの空き部屋だったりとか、施設の空き部屋、施設からだから地元だとグループホームが多いんでしょうか。ちょっと具体的な場所まではネットでは調べられなかったんですけども、実際に外泊体験だとか、お試しなんかをしていただきながら、ちょっとずつご本人がなじんでいくかどうかなんてことを、一緒に丁寧に確認しながら進めていくというようなものが載っていました。

精神科病院からの地域移行の目標値というのは、現在、退院平均生活という形になっていて、退院された後365日の中で、324日は地域で暮らせているようにというような目標数値になります。なかなか分かりづらい目標値だと思うわけですが、精神科病院から退院した方の中で、再入院をする方もいらっしやいます。再入院がイコール失敗かという、実はそんなことはなくて、再入院しながらでも、今までは強制入院でずっと入院だった方が、次は任意入院といって自らの意思で入院をされて、ちゃんと約束どおり2週間後に退院されてなんてことをすることがあります。

人生の体験の中で、強制入院しか体験したことのない方たちは、もう入院したらおしまいだと、せっかく退院したのに、また戻れなくなると思っている方もたくさんいらっしやあって、そうじゃないんだと。だから、限界まで我慢してから入院すると長くなっちゃうけど、もっと早めの段階で相談をすれば、ちゃんと戻れるんだということを体験したほうが、分かりやすいタイプの方もいらっしやいます。

そうすると、中にはもうやだよって、入院しないよって言って、そのまま入院なしで行かれる方も実際にいらっしやいますが、自分が関わった中では、精神障害と知的障害重複の方がアパートに退院されたときというのは、その方は人生において強制入院しか体験していなかったもので、相当のストレスもあるだろうからと言って、退院直前に退院日を決める時に、ご本人の同意で再入院の日と再退院の日も全部設定をして、ということをやったことがあります。

そんなことを何度かやっている間に、その方も、うまくご自身の気持ちを表現するのが苦手な方だ

ったんですけど、しばらくして言われたのが、あれ、病院って自分の意思で退院できるんだって言われて、そうなんですよと。限界まで、今までみたいに抱え込んでから入院するんじゃないと、すぐ落ち着けばできるんだということを書いたら、そうなんだ、というのを繰り返している間に、だんだん、そういえば、何で私、一人暮らしの生活の中でストレスがたまってきたときに一々入院しなきゃいけないんだというふうに、今度はご本人が疑問に浮かばれて、今度、相談支援専門員と相談したら、地域の短期入所というのがあるというのがある、ちょっと見学に行ってみて、泊まってというのを、1年ぐらいかけて支援を引き継ぎながらやっていった結果、今は別に、入院しなくて短期入所が地域にあるんじゃないということをご本人が知ったというようなお話があったりするので、再入院するかどうかだけで基準にしてしまうと、なかなか指標がつかみづらいと。問題なのは、再入院しっ放しになることが一番の問題なので、という意味での設定の仕方だというふうに、ちょっと知っていただけというかなというふうに思います。

実際、東京都の数値もスライドとしてはこういった形で出ているという形になりますが、少し数字が減っているぐらいの表なので、ご参考までという形になります。

あと、こちらも参考資料で入れているだけで、先ほどの地域移行促進コーディネーターが施設入所からのコーディネーターだとすると、こちらの地域移行コーディネーターと、促進がついていないほうは東京都の施策で、精神科病院からの地域移行に取り組む事業だという形です。

自分は令和2年度末で現場を離れているので、実際は見れていないわけですが、令和3年度から新たな取組として、ピアサポーター活用アドバイザー事業ということで、地域で活動されている当事者の方たちが、実際に精神科病院に訪問してということも、取組が始まっているところです。

今の自分の立場だと、このぐらいの紹介が限界なんです。実績としてどうだとか、現実どうだというのは、自分が現場にいないので。なので、実際に皆さんから、東京都の取組は、実際どうなんだろう。何がうまくいって、何が課題になっているんだろうとか、それは、自分たちの自治体としてはどうしようということは、是非興味を持っていただきたいという形になります。

また、今日は時間がなくて、研修会じゃないのでやれませんが、「ReMHRAD（リムラッド）」というものが、この複雑なアルファベットはリムラッドと読むらしいですが、今、携帯を出せる方は出して検索していただいて全然構いませんが、Googleとかヤフーとかで片仮名でリムラッドというような形で検索をすると、ホームページに飛んで、最初、日本地図が出てくるので、その地図で自分の都道府県とか選びながらやっていただくと、地域の社会資源のマップだとか、数年前の数字にはなりますが、その時点で皆さんの住んでいらっしゃる自治体が入院前住所だった方たちが、現在のどのぐらい長期入院の数されているかとかというのが、エクセル表とかで今、出てくるようなことが、ホームページで公開をされています。

実際に、自治体の方たちが福祉計画とかを作るに当たって、自分たちの市町の方がどのぐらい入院しているかというのが分からない、状態像も分からないというのがずっと、5年以上前からずっとだったんですが、こういったことが公開されているので、少なくとも傾向でしかない部分もありますが、一定どのぐらいの方が自分たちの住民の方が入院されているかということを知るきっかけになっていますので、是非見ていただけたらというふうに思います。

こういったことを、自立支援協議会や福祉計画で、どんなふうに皆さんが暮らしている街で活かしているかというふうになっていくと、実は、施設入所というのは支給決定という形のプロセスを経るので、市町村の方たちはその数は知っているわけですね。精神科病院の入院者、数というのは、正式にはなかなか自治体には届かないわけですが、先ほど行ったReMHRAD（リムラッド）というのを活用していただくと、大体何百人ぐらいかとか、何百何十人かぐらいかの傾向は分かるというような形になっています。

こういったことを元にししながら、区市町村としてはどのように取り組んでいくかということだとか、福祉計画を立てるときは、自立支援協議会とかで資料を出しますので、現在、自分の市町はこういう状況で、だからこれから3年間こういう取組をしますというのが、実際は話し合われているという形

になります。

この中で、把握した状況を自立支援協議会等で共有ということは、もう既にされている自治体は幾つもあるはずなので、実際、自分がいたときなんかは、自分が関わっていた自治体は数値を公表していただきましたので、そういうのは見ていただくと。皆さんが見ていただくと、市区町村の行政の方も、大事な数字だから大事に取り組もうと思うし、出しても誰も見向きもしないんだったら、みんな興味ないのかなと思って、より皆さんの興味のあるところが優先されるという形になっていってしまうので、自分が現場にいたときは、地域移行、地域移行、うるさいって言われるぐらい地域移行のことばかり言っていたのであれですけど、地元でも注目していただきたいという形になります。

少しスピードを上げてお話ししていて、聞き取りづらい部分もあって恐縮ですが、次の部分からはだんだん後半につなげていく部分になります。

地域移行支援です。

地域移行支援というのは、入院・入所中の方が退院・退所するまでの支援の部分のサービスが平成24年にできたので、そのことを言っています。

当時から、皆さんも先ほどうんうんとうなずいてくださっていたように、退院・退所はゴールではないので、その後暮らし続けるということが必要なので、それを支えるものとして、自立生活援助だとか、地域定着支援というサービスができています。自立生活援助は平成30年、地域定着支援は平成24年にできています。

これはこの一連の流れですが、これ以外にも居宅介護のヘルパーさんだったりだとか、この後ご登壇いただく重度訪問介護だとか、いろいろな支援、通所事業だとかというものが組み合わされながら暮らしていくという形になります。

じゃあ、地域移行支援はどんなものなのでしょうかということになります、こちらが国の説明の資料になります。

慣れていないとどこから見るんだというぐらい分かりづらくて恐縮ではありますが、サービス内容というところが二番目の丸にありますので、そちらを見ていただければと思います。イメージは引越し支援、本当に入り口としてはそのぐらいのイメージでいいと思います。まずは、住まいを確保することが重要なことになります。どこに暮らすか決まっていなくて、そこから誰の支援を受けるかとか、どこに通うかとか、何も決まらないので、住居の確保であるとか、その上で不安がある方なんかは、実際にサービスを、入院中から体験利用してみるだとか、そういった体験宿泊をしてみるだとか、そういったことがあります。これも、すんなり行くときと、すんなり行かないときもあります。

自分が現場で一番関わった長期入院の方は、入院50年という方がいらっしゃいました。70歳ぐらいで、もう二十歳のときからずっと入院という形でした。

その方たちが、自分よりは病院の職員の支援が一番熱心だったんですけど、やってくれている中で、退院をしたいなというエリアのところの、最初は通所事業所に見学に行くということをしていまして、最初は大変だったみたいですが、そこに通っている方たち、当事者の方たちもやっぱり入院経験がある方たちがたくさんいたので、とても暖かく声をかけてくださって、早く退院しなよって、俺たちと一緒にやっていこうぜなんてことをずっとかけ続けてくださっていたので、だんだん通えるようになっていました。

最初、バスに乗ったときは、本当に鉄のパイプを血が出るんじゃないかってくらい強く握りしめて、じっと固まっていっていましたが、だんだん自分のペースで、椅子に座ったりだとか、人に席を譲ったりなんていうことをしながらやっていましたが、グループホーム、期限のないグループホームの空きがあるということで、さすがにいきなり一人暮らしよりはいいのではないかと、いろいろな話合いがあって、そちらに見学に行きましたが、全然ご本人としては納得がいかないと。外泊をしてみませんかというお話もしたんだけど、やっぱりできないということだったので、やっぱり一人だと、ずっと50年、6人の部屋にいた人が、いきなり一人の部屋で寝るとするのはつらいんじゃないかと

いう意見があったので、知り合いから寝袋を借りて病院に持って行って自分が一緒に泊まるので行きませんかと言ったら、何で男と泊まらなきゃいけないんだって言われて撃沈をして、やっぱり泊まってくれないみたいのがあって。

でも、これは何かあるなというので、そんなこんながもう半年、1年ぐらい続いていたので、もうグループホームの空き部屋の確保も限界に来ていたので、ご本人に、今日は拒否でもいいんだけど、拒否の理由ぐらいは聞かせてもらえないと、もう帰れんみたいな感じですね、病院に行って、ずっと本人とああでもないこうでもないと話をしていましたが、ご本人に言われたのは、どうして自分だけ特別扱いするんだと。みんな退院したいのに我慢しているのに、どうしておまえら、俺にだけ声かけるんだ。周りのやつらに悪いじゃないかって。だから、自分だけ特別扱いで勝手に泊まれないよという話だったんですね。

そうじゃないよって、一斉に泊まればしないから順々なんだけれども、あなただけではないんだという話とかもさせていただいて、最後はそこに退院すると言って退院していただきましたが、なかなか表現していただけない気持ちで、表面だけ取ると、ただの外泊拒否の人なんですよね。なんだけれども、そこには、人それぞれの思いがあります。

実際、退院した方たちの家に訪問すると、必ず当時間かれたのは、今月は何人退院したの？とか、誰々さんは退院した？とかというのを聞かれて、すみません、今月は退院者がいないですって言ったら、舌打ちされたりとか怒られたりとかいろいろしながら、もういいよって、俺のところに来る暇があったら病院行ってこいよとかってよく言われて、自分はもう退院したんだと、支援者もいると。金川さん、こんなところに来る暇があったら、病院に行って、一人でも多くの人の話を聞くべきじゃないのかというのが、よく支援が終了するタイミングだったような記憶があります。

ただ、こんなふうに、実際べらべらしゃべれるわけではないので、現場に、病院に行って初対面の方だったりすると、こういう地域移行支援ですというスライドを出しても、なかなか何だこれはというふうになってしまうので、実は現場の人たちは、あの手この手でご本人に伝わりやすい工夫、ご家族に説明しやすいものとか、いろいろ作っているはずなんですよね。

ということを考えてときに、今回ちょっと急ごしらえで、今日用に作ってみたものになりますが、なかなかうまくは作れなかったりする、ルビーつ振るのも、パワポの作業でどうするんだみたいなどころから始まっていて、知的障害の方の支援をずっとやってきた専門官もいますので、見せたら文章長いよって言われて、もっと短く端的に言わなきゃ駄目だというふうに言われながら、ちょっと頭抱えて作っていたようなものなので、多分、このスライド自体はうまくない例なんだと思うんです。だけれども、実際にこれを自分が現場にいて進めようと思ったときに、自分たちでどれだけ支援者で独りよがりで作ったって駄目で、結局協力してくれる当事者の人とかに実際見ていただいて、分かるよとか、分からないよとかって教えていただいたりしないと、なかなか資料の精度が上がっていかないと、そんなことを考えました。

次のスライド、講師作成資料となっておりますが、平成16、7年ぐらいですかね。初めて精神科病院に行って支援をするときに、どうしようと思って、当時の職員たちと話し合っただけで作ったデータが残っていたので出してきましたが、一番最初のフローチャートみたいにしたいんですけど、最初に「退院してみたい！！」と「退院はしたいけど・・・」というのを作って、あまりうまく表現できない、言葉がしゃべりづらい方もたくさんいらっしゃったので、今日の気持ちでいいので、向いているほうに指差してもらえますかというのを、当時はお願いをしていました。

そうすると、病院からの前情報と一致した形で指を指す方が多かったですけども、中には、ご本人は退院したい、したいとすごくおっしゃるんだけれども、送り出す病院としては、とっても心配なんだと。難しいんじゃないかと、ノリと勢いだけでできることではないし、なんて紹介をされた方に、実際にどっちですかという指差してもらったら、こちらの「退院はしたいけど・・・」のほうを指されて、また聞いていいですかなんて言ったら、やはりこの「・・・」の中身は会いたての人間にはしゃべりたくないだろうけど、いつか聞きたいんですって言うていたら、だってお金が心配でとか、親

戚の人が反対しているし、それでもやっちゃっていいのかなとかというようなお気持ちがあったり、中には、ほとんど病院の方の問いかけにも反応がなくて、意欲低下ですなんて言われ方をされている方で、だけどもったいないから一応声かけてみてくれないかな、なんていう方に会いに行ったときには、当然みんなはこっちの「退院はしたいけど・・・」を想像するわけですが、初めて会って、ずっと下を向いている方に紙を出して、どっちでもいいので、今日の気分を指差してもらっていいですかっていったら、迷わずこっちの「退院したい！！」のほうを指差されたりというようなことがあります。

なかなか、病院の中で声かけは丁寧にしていただいたり、施設にもやっていただいているんだと思うんですけど、外の人が会いに行くことの意味だとか、意義だというのはあるんじゃないかなって、人によってはということは考えるところです。

各事業所でいろいろやっていたので、一時期東京都で作ったもので、パンフレットみたいなものを作ってあります。これは折りたたんでやるものなので、ちょっとスライドの中では右側に出ている住み慣れた云々のほうが表紙で、左側の連絡先みたいになっているのが裏表紙になるというようなイメージになりますが、その次のスライドで出させていただいているものが、実際のそのパンフレットの中身に書いてある部分です。

これはその当時、東京都の本庁にいらした保健師さんが、ほかの人とかも相談しながら一生懸命作られていたものですが、大事なのはお一人お一人なので、各欄に空欄が、「___さんの退院に向けた準備」とか「___さんが地域で暮らすための準備」となっていると思いますが、この空白の四角に、ちゃんと一人一人のご本人の名前を入れようと。誰のために何の支援をしているかというのを、ちゃんと本人に伝わるように少しでもやろうなんていうのが、当時作られた部分と。どうしても、支援者は失敗してほしくないので、退院をした後にどんなサービスを入れたらいいだろうとかいうことばかり考えるんだけど、そうじゃないよねって、それが目的じゃないよねって。ご本人がどんなふうに暮らしたいか、どこで暮らしたいかというのを、まずちゃんと最初に教えていただいて、その上で一緒に準備することは何かという、順番を見失ってはいけないんじゃないかというのが、当時都庁の中の会議であって、作られたようなスライドになっています。

こちらのスライドは、実際にグループホームを病院の支援で見に行ったんだけど、なかなか思いどおりにご本人のイメージと合わなくて、すっかり意気消沈した方に、何とか声をかけてほしいというふうに言われた方の支援のときです。

個人情報的な部分は内容を変えさせていただきましたが、当時、自分が会いに行く前にお話を聞いたたら、もう20年近く入院をしていると。時々ご兄弟が、もう60代ぐらいの方ですが、面会に来てくれると、ランチとかに連れ出してくれると。そのときにいろいろ楽しいお話をするんだけど、時々お寿司を食べに行っているよとか、外でご飯を食べているよという話を聞きながら、ご本人は心の中でずっといいな、いいなって、自分もそうしたいというふうに思われていたと。

それを病院の職員が、聞き取りがあったので、そうなんだと、ご本人は本当はやっぱり退院したいんだと、ご自身なりの暮らしをしたいんだということが聞き取れたので、グループホームどうだろうということで、近くのグループホームにご本人と一緒に見学をしに行ったら。そうしたら、ご本人としてみれば、時々自由にお寿司とか食べたいなというふうにお話をされていたので、職員としてみれば自由度が高いグループホームのほうがいいだろうと思って見に行ったら、説明を聞いたたら、食事はみんな取らんじゃなくて、各自で取ってもらいますという説明を受けたので、ご本人としてみれば、時々自由に食べたいんだけど、毎日ってなると、もう19年も入院していた自分には難しいんじゃないかということで、落ち込んだと。支援者としては、別にそこだけがゴールではないので、いろいろなところを見に行けばいいと思っていたんだけど、1か所見に行ったところでご本人が意気消沈して動きが止まってしまったので、どうしようという相談でした。

なので、実際、これをパワーポイントを動画で作って、ノートパソコンを持って、ご本人の前で、そんなわけだというので次のグループホームを見に行きませんかみたいのを作って、病院の面会室で

出したりしました。

結論からいくと失敗で、自分独りよがりでも分作っちゃったんだろうなと思うんですけど、渾身で作ったので、ご本人はきょんとした感じで見て、何かお氣遣いだけいただいたという、わざわざこんなことしてもらってありがとうございますって言われちゃってというので、申し訳ないってなったんですけど、最終的には、男性が苦手でという話が後から出てきたりとかしていたので、病院の女性の職員も一緒に行きますと言って、実際一緒に見学に行ったり、帰りに回転寿司でご飯食べて帰ってきたというような形で、戻ってきたところです。

なので、全然うまくいかなかったんですけど、うまくいかなかったことも全部、地元の地域移行部会とかではオープンにしながら、もっといい手がないかなんてことを、ほかの事業者の人に相談しながらやってきたところです。

現在も、地域移行支援をしている人たちは、障害ジャンルにかかわらず、恐らく共通をしている部分としては、やっぱりお気持ちとして、ご本人はどうしたいんだろうと。そこがイメージが湧いている方もいれば、湧いていない方もいらっしゃる。湧いていないから無理なのかと言ったら、そんなことはないよねというような話、また、実際はできるって言わないと退院・退所できないと思って、一生懸命おっしゃっているんだけど、個別で話すと、できるって言わないと退院させてもらえないと思って、だから本当は不安な気持ちがたくさんあるんだけど、全然言えなくてという方も出会ったことがあります。不安に思っていることとかも必ずあるということです。

支援としては、自分がずっと言っていたのは、ポイントは四つですという形でお伝えをされていて、一番大事なのは、住むところをどうするかと、基本的な1か月の生活費をどうやって賄うかということがベースです。

支援者って、どうしても、どこのB型に通いますかとか、そういう話から始まるんですけど、いや、その前に、どこに暮らしたいかからだよという話です。住むところが決まったら、その大事に住みたいところで通いたい場所はどこだろうという話になります。

まれに、今までのその方の人生の出会いでも、通所事業所を見たことがあったり、知っていて、そこに通いたい。そこに知り合いもいたりだとか、頼りになる支援者もいるから、そこに通える範囲に退院したいという形でおっしゃる方もいるんです。その方の場合、ちょっと順番は逆になりますが、基本的にはどこに住むのかということと、後は、やっぱり多くの方たちが、本当に限界まで一人で我慢してとか、限界までご本人とご家族だけで苦しんできてという方があまりに多いので、困ったときに誰かに相談してみようと思える人が見つかるかどうかというのも、一つのポイントとしては上げているところです。

こういったことを、支援者の人たちは日々やったり、仲間内では話をするんですけど、実は自立支援協議会とか、そういった公的な場では、あまり共有されていないと。あくまでさっきあった数字だけが共有されているということが多く見受けています。

それぞれの段階、ご本人に、もう一回退院したい、退所したいなと思ってもらうような気持ちになるために、支援をしたときの課題は何があったんだろうって。それは、さっきスライド失敗したと言っていたように、自分一個人の工夫で済むことであれば、自分個人だけれども、機関として取り組むことがあるのか、ネットワークで取り組むことはあるのか、区市町村全体で取り組むことがあるんだろうかということも共有していかなくちゃいけないと。また、支援の中で、多くの場合は恐らく住宅の確保で苦労することが多いわけですが、そういった課題をちゃんと発信をしていく、共有をしていく。

自分はずっと世田谷区で協議会をやっていたので、そういった課題の中から、保健所に住宅課につないでもらって、住宅課の人に一回来てもらってご説明を受けるんだけどなかなかうまくいかなくて、やっている課題を共有した中で、一時期、5年ぐらいですけども、世田谷区の住宅課が主催をする民生委員さんと不動産屋の集まりというのが各5エリアで年に1、2回あるというのに出させてもらっていました。

ずっと一番後ろの末席にいて、当時の事業所のパンフレットを持って、そっちがメインの会議です

から、それが終わるまで待って、終わったところで何かありますかって言われた中で、一番後ろ、まだ20代だったんですけど、はいつて手を挙げて、病院からの退院支援をしているんですって、住むところを探しています、協力してくださいって配って、でも終わった後に、もう大体自分が回って渡した名刺とパンフレットは打ち捨てられているというのを、また当時は半泣きになりながら拾ってというのをずっと繰り返していたりとかする中で、でも苦労した事例を民生委員さんが話しているのを聞いたら、20年ぐらい前のトラブル事例をずっと引継ぎで話されていたので、そんな話を聞いたら、みんな障害を持つ人が暮らせるなんて、貸したいなんて思わないじゃないかというのを住宅課に交渉して、次の年は自分に登壇させてもらって、自分が支援している、すったもんだしながらも、みんなの協力を得て暮らしている人がいるんだという話をさせてもらってというので、そしたら今度、民生委員さんがちょっとだけ話を聞いてくれて。民生委員さんが話を聞いてくれると、不動産屋もちょっとだけ話を聞いてくれるようになって。実際に退院した人が暮らしているのを見て、不動産屋さんが、何だいけるんだって言って、じゃあ次も貸そうかとなってということ、ずっと協議会の活動をきっかけにしながらやっていた時代があったりします。

そういった自立支援協議会も含めて、協議の場というふうに言われていますが、そういったものがなぜ多職種、多機関でやるのかというふうなお話になります。

昔は支援者だけでやっていました。平成16、7年ぐらいまではそんな感じで、後、役所の人とという形なので、課題の共有は早いんですけど、それ以上進めないですよ。進めなくて、だんだん当事者参画というのがようやく言われ始めて、始まってきた中で、家族会の方だったりだとか、当事者の方が実際に参画をしていただくようになって、自分たちが実はたくさん足りない視点があるとか、よかれと思ってかえってブラックボックスみたいな会議をやっていたんだみたいなことに、だんだん気付いたのが平成20年代ぐらいという形です。

そういった中に医療機関だとかも入っていただいたり、後は高齢化が、先ほどスライドで出させていただいたように進んでいますので、高齢分野の方も、今、地域移行部会なんかは、世田谷区には結構参画をしていただいていたたりだとか。後は、毎回とはいかないんですけども、そういった会議をするときなんかは、グループワークの中に近所の民生委員さんだとかもちょっとずつ参加して下さるようになったりとかというのを、本当に目で見える結果ではないんですけど、それでも諦めずに種を蒔き続けるみたいな形でやっていたりします。

実は、いろいろな自治体の協議会の部会で、そういうことをやっている方たちが、ほかにもいらっしやるはずなんですよね。だけど、なかなか皆さんに届くように発信ができていなかったり、機会がなかったりということが、まだまだあるんじゃないかというふうに思っているところです。

よく、現場を離れる最後のほうは言っていたんですけども、一生懸命支援者は考えるし、制度も考えるし、いろいろやるんだけど、大事なものは、結果、当事者の方たちが住み心地が良くなっているんだろうか。それを支えてきたご家族にとっても、その街は住み心地が良くなっているんだろうか。ここを見落としてしまうと、支え切れている自分たちに酔ってしまうとか、満足しちゃうので、まずいよねなんていうふうに言っていました。

自分は、病院からの地域移行ばかりで、退所された方というのは、関係機関からの紹介で、1、2回、お話を聞いたぐらいの経験なんですけれども、やっぱり退院された方で、退院しなきゃよかったって言った人は、一人もないんですよ。もっとばら色の生活だと思ったら、こんなはずじゃなかったとか、もうちょっと楽に生きていけると思ったとかと言っていた方は一人だけいらっしやって、笑いながらおっしゃっていましたが。でも、支援者たちは、退院した後、苦労している本人を見ると、無理させたんじゃないかとか、やっぱりやめておけばよかったんじゃないかなって意見も必ず出ます。

自分は退院はあまり賛成しない、とある関係機関の方に、当時、精神病院で死んだらどうして幸せじゃなかったって言えるのかって説明しろって詰め寄せられたことがありますけど、それはうまく説明できないけど、少なくとも、ずっと入院していいじゃないかって、自分は入院している人の目を

見て言えない。本人の目を見て言えないことは言うべきじゃないでしょうという、何かちょっとずらしたようなけんかで終わっちゃったんですけれど、うまく言えなくて悔しい思いをしたことがあります。自分は、何でもかんでも退院・退所さえすれば、その後のことは知らないでいいかと言ったらそんなことではないということは、先ほどからお伝えしているとおりでですけど、誰かの人生を、ただの支援者である自分が勝手に諦める権限はないというふうにずっと思っている立場で、お話をさせていただいたりしています。

なので、いろいろな工夫をしている中で、東京は病院が偏在をしているので、例えば杉並区さんとかだったら、精神科病床はないんですよ。そういうときに、じゃあどうするかとか、じゃあ入所はあるから入所の話はできるのかなとか、多分いろいろな工夫があるんだと思うんですけれども、先ほど言ったように支給決定があったり、先ほどのReMHRAD（リムラッド）というので傾向が見えるので、地域移行部会とかやるに当たっては、区民が活用していそうである区外の病院とかにも通知を送っていました。実際に幾つかの病院も参加をしてきてくれて、本人に会ってほしいと、入院前の記録はこの街にあるかもしれないけど、今の本人に会ってほしいって、今の本人がどんな状態で、どんな気持ちでいるかを、会って話を聞いてほしいですなんてことを言っていたら、やっぱり会いに行かなきゃ駄目だよなんて話をしていました。

また、年に1回は、実際に地域移行支援を使って、実際に戻ってきていただいて暮らしている方にご協力いただいて、登壇していただいて、退院・退所するに当たってどんな支援が役立ったかとか、どんなときに実は困っていたかとか、そんなことをお話いただいたりだとか。後は出張地域移行部会って、自分が考えたアイデアではなく、部会の別の人のアイデアでしたけれども、1回、例えば昭和大学附属の烏山病院だとか、多摩市にある聖蹟桜ヶ丘にある桜ヶ丘記念病院だとかの会場を借りて、そこに区内の関係者、地域移行部会の人たちで行って、実際にそこで病院の人たちと、どんなときに地域移行に戸惑うのかとか、地元の人にはどんな支援をするかという意見交換をしたりということをやっていました。

少し堅苦しい話に、更に堅苦しい話になって、サービスの種類のお話になってしまいますが、この後の続きなので、全部覚えてくださいという意味ではなくて、今いろいろなサービスがいろいろあります。いろいろな制度の中でというものを、国が出す資料になります。

そのうち、今日、後半でご登壇いただく方たちは、こちらの左上にある重度訪問介護というものだとか、左の真ん中ぐらいに出させていただいている自立生活援助というサービスの一つを使っていると。それだけなのかどうかというのは、この後聞いてみないと分からないんですけれども、そういったお話をさせていただけるということになります。

それから、次の2枚のスライドは今回飛ばしますが、実際、各サービスによって、どのぐらい全国で利用者の方がいるかとか、その支援をしている事業所がどのぐらい全国にあるかというのが数で出されているものが、次の2枚のスライドになります。こちらは今回は参考資料として、飛ばさせていただきます。

社会資源のお話を、現場にいるときも、ずっと家族会とかに定例でお話に行かせていただいたときもあるんですけれども、先ほどと一緒に、たくさん一覧表から見ても分からないので、まずご本人の生活で組み立てましょうと。ご本人が暮らす場所はどこなんだろうと。ご本人が暮らす場所の中で大事にしている、友達だったりだとか、趣味だとか、そういったものはあるだろうか。そういったことがまず生活の基盤になっていると。そういったことを支えるために、ほかの通う場所だったりだとか、経済的な手帳だとか、年金の制度だとか、在宅に行く訪問だとかということがあるんですという形でやっていました。

実際、遠方のご家族だったりすると、なかなかイメージが湧かないので、自分が支援していて退院するときなんかは、ご本人のできれば写真を撮って入れて、どこに暮らして、実際どういう制度を使って暮らしますみたいな、これを一人一人用に作って、ご本人と確認をして、これでいいねってなったのを、ご家族にお手紙として送るというようなことをずっとしていました。

後半に続く、自立生活援助というサービスになります。

こちらは対象という形で書かせていただいておりますが、入所施設だとか、グループホーム、精神科病院等から地域での一人暮らしに移行した方で、支援が必要な方と。また、現に一人暮らししているんだけど、自立生活援助というサービスの支援が必要だろうと思われる方とか。後、ご家族、同居はしているんだけど、ご家族にもいろいろ障害であったり持病があって、なかなか高齢化の中で支援し切れない方なんか、実質的には支援が必要だよなというような形で、対象者が出ています。

どんな支援をするかというところ、次の四角のサービス内容というところの途中から読みますが、定期的な居宅訪問や、随時のご本人からの連絡を受けて行う訪問だとか、相談だとかを対応しますといったようなことが書かれています。

こういった支援って、実はなかったんですね、平成30年まで。近所に住まれていたりすると、事業者の人が足しげく訪問するなんてことはありましたけど、みんなに均等して行けるかと言ったら当然そんなこともなく。なかなか、生活が変わったときって、何があったわけでもないけど定期的に訪問するというのは、とても大事な支援なので新しく作られたというものになります。

自分は、現場にいて実際に退院支援を直接していたときなんかは、退院後の方のアパートとかにも訪問をするし、グループホームも行ったけど、そこの方が新人職員さんだったりすると、ちょっとご本人、その方も不安だったりするということ、最大で週4日ぐらい訪問していたことはあります。

でも、やっぱり半年単位ぐらいですよ。ほかの方もたくさんいらっしゃりつつある中で、そのお一人、お二人だけを本当に集中的な支援が必要だと思っていたので、お一人の方は出勤がてら訪問してから出勤をし、もう一人の方は帰り際に訪問して帰るみたいなことをずっとしていたときがありますが、そういったことが、今までは、言い方がすごく語弊ありますけど、職員の間接的な支援で行われていたものが、新しく制度に正式になったという形になります。

ただ、これを聞いても、実際何をやっているんだろうとか、どんなことをやっているんだろうというのは、なかなかイメージが湧きづらい中で、今日、この後お話いただけるという形になっています。

東京都は一番全国の中で、活用的人数としては一番多いというふうになってはいますが、東京自体、人口が全国の10分の1なわけですから、一番多いのは当然ということで、本当はまだ必要としている方に届いていない可能性があるということと、現在は左下のグラフになっていて、白黒だと分かりづらいかもしれません。一番上の画面上は紫になってはいますが、お手元の資料だと、4本の線があるうちの一番上というのが、全体の総数という形です。その下の3本が、それぞれ主たる障害が精神障害の方、知的障害の方、身体障害の方という形になっています。

もともと支援制度を作るに当たって参考にされたと言われているのが、横浜市の自立生活アシスタントという事業があって、そちら自体はもともとは単身の知的障害の方とかを支えるというのでスタートしてはいますが、現行においては、どうも使われている方のうちの半分以上は精神障害をお持ちの方というのが、今の現状の結果としては出ているところです。

地域定着支援に関しては、今回は流れとして資料に入っていますが、今日この後登壇していただく方は、自立生活援助の利用の方ということで、参考資料として入れさせていただいたという形で、2枚、スライドを送らせていただきます。

今回来るに当たって、東京都全体で地域移行支援、自立生活援助、地域定着支援がどのぐらい使われているかというのを、国保連というところに事業所は請求しますので、その数字を調べてきました。

平成30年4月から平成31年4月というのは、左側に四角で自分で囲わせていただきましたが、イメージとしてはコロナ前ぐらいのイメージで期間を取っていました。四角の右側は、令和2年度の9月から令和4年度6月までということで、請求の数字を見ていますが、なかなか実態が分からない中で、コロナがあったので地域移行が進みませんという話はたくさん聞きます。でも、やっている話も聞くんですね。やっていないはずはないということだとか、でも思いどおりには動けないのも現場としては現実だろうといったようなことがあるので、実績としてどうかというものを出したものにな

ります。

やはり、地域移行支援自体は少し下がってはいるイメージがありますが、なくなっているわけではないということと、今お伝えさせていただいた自立生活援助は、微増しながら増えていると。コロナ前の数字を見ると、本当はコロナじゃなければもっとたくさん使っていたかもしれないとか、いろいろな解釈はあるかもしれませんが、こういう状況においても、活用されている方たちは一定数いらっしやって、ちょっとずつ増えているという数字が出ていました。

重度訪問介護、この後のお話も出るということで、ピックアップして入れてあります。対象の方は、重度の身体障害や知的障害、もしくは精神障害とか、支援を必要とする方で、常時介護を要するものという形になって、条件が入っています。

こちらに関しても、実は生活全体を支える支援だというふうに言われていて、ほかのサービスみたいに、これをしますとか、あれをしますという、明確に1個だけというものではなくてというような形なので、行政に行っても雰囲気は聞くし、いろいろな方たちがとても大事なことなんだというのは言うてくださるんですけど、どう大事なのかとか、どういうところがほかの支援と違うのかみたいなことは、なかなか実感を持って、まだまだ全国的にも共有が足りないところかなというふうに思っていますので、制度としてのスライドは、こういった形でずっと公表されているものがありますが、実際はどうかというのは、この後、実際にお話を聞かせていただくと、このスライドの内容が少し身近に感じる事ができたらなというふうに思うところです。

では、最後のほうになってきましたが、様々な方々の暮らしの例という形を出していますが、先ほどから時々エピソード的なことはお話をさせていただいていますが、当時現場にいたときは、実際ご本人たちの了承を得て、全部本人たちの写真を入れてはいたんですけども、今、立場上、それはできないものがあるので、全部スライドに変えたり、情報は個人が特定できないように少し動かしたりしてはいますが、例えばの支援例です。

バブル崩壊もあってずっとホームレスをされていた方が、ストレスもあって具合が悪くなってしまって、気がついたら山奥の病院にいたということでした。だけど、精神症状自体は早々に治まって、治療の効果もあってという形なんですけど、ホームレスだったということもあるので、帰れない、住む場所なんて借りられないよみたいな話があってということで、支援の依頼があって、実際にアパートを探して、保証人とかも何もいらっしやなくて、どうしたものかなと。当時73歳とかだったと思うので、アパートどうしようかなと思って、しかも山奥の上にはいらっしやるのでしょっちゅう来れないので、土曜日とかに自分が代理で不動産屋を回ってというような形で探していましたが、意外とあっさり、1、2か月で見つかった。たまたま大家さんが90歳で、70歳なんて小僧だの一言で借りられたというミラクルがあって、その直後に代替わりしちゃって、50代の方に代替わりしちゃったので、もしあそこで自分がまごまごして、後2か月遅らせていたら、今度、逆に50歳の大家さんから見れば70歳は年配の方なので、難しかったかもしれないな、なんていうふうに思っていますが、とにかく貸してくれるということになりました。

70歳を超えているし、別に無理に通所しなくてもいいかなんて言っていたんですけど、やっぱりご本人がおしゃべり好きなのと、寂しいというのもあって、近所で就労継続支援B型というところがあって、でもあまりばりばり作業しないところだったので、1回見学に行ったらご本人は大層気に入られてという形でずっと暮らされています。

一昨年に仕事を辞めるに当たって、こういう形だったら使えますかなんて確認していたときには、もう83歳ぐらいだったのかな。だったので、今度、障害福祉サービスを全部引退して介護保険サービスにしますと言って、ご本人はおっしゃっていて、10年お世話になった事業所の人たちに、波乱万丈な人生を支えてくれてありがとうというお手紙を送ってサービスを終了されていましたが、自分が関わった当時は、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用しながら暮らしていたという形になります。

また、精神障害と知的障害、両方お持ちの方で、ご両親とともに暮らしていたわけですが、ご両親

が相次いでお倒れになって、ご本人の生活が破綻して、恐らく自営業もされていたとの話だったので、ご両親は本当にひっそりご本人を守って暮らしていたのが、ご両親ともに倒れたところで発覚、役所もみんな初めてそこで存在を知るみたいな形で、その後ずっと入院をされていた方になります。

ご本人としてみれば帰りたいと、どうして家に帰れないのかというような話で、親戚や役所やいろいろなところからすると無理でしょうと。施設にしてくださいというふうに病院には言っていたそうです。病院としてみれば、本人が嫌がっているのに、無理やり施設に連れていくなんて人としてやっていいのかという葛藤があって、相談があって、やってくれるんだったらもう一回チャレンジかけますという依頼だったので、自分はそのとき、もうかなり前の事例なので、知的障害の方と関わった経験がないときでとっても心配だったんですけど、でもこれで自分が断っちゃったらというのがあったので、関わらせていただいて、かなり時間はかかりましたが、最終的にはご本人の元の実家に戻っていただいて、通所したりだとか、訪問看護師さんだとか、ヘルパーさんだとかが入りながら、今も暮らし続けているという方です。

こういったことが、自分の現場で作っていましたが、一人一人の地域にたくさんこういう事例があるはずなんですよね。だけど、いい話って、日本人の文化なのかあまり共有されていなくて、トラブル話、うまくいかなかった話だけが共有されていくので、いつだって課題、問題ばかりなんだけれども、実は何とかなっている事例を聞いたときに、Aさんを支えているチームではそれが当たり前のようにできるんだけど、Bさんを支えているチームはその経験が足りなくて困っていたときに、Aさんチームの工夫だとかを知れば、もしかしたらBさんだってもっと暮らし良くなるかもしれないというところが、多分、大本の共有することなんです。

自立支援協議会で個人情報なんて話もありますが、別にAさんとかBさんの身元を明らかにしたい協議会ではなくて、ここで支えている要素って何だったんだろうって、どんなふうにチームを作ると誰かの暮らしを支えられるんだろうという、要素を共有するために個別の話をして、でもなおかつ1機関だとかを超えている課題に関しては、街の課題として、まだ見ぬCさんもDさんもEさんもきっと同じことで困るのであれば、街の共通の課題として取り組みませんかということ共有するために、個別の支援から抽出した課題を共有するというふうには書かれているということですが、いい話も自分ももっと共有したほうがいいんじゃないかなというふうには考えています。

その後の、Cさん、Dさん、Eさんのスライドに関しては、これは実際に厚生労働省のこの間の3月の資料にも載っていますが、社会保障審議会の障害者部会の資料で出させていただいています。これに関しては自分が作ったのではなくて、先ほどのAさん、Bさんみたいな自分が昔作ったやつを、実際に地方の県で単身生活を応援している法人の方とか視察に行かせていただいた後に、協力をお願いして、空欄をお渡しして、実際にご本人の了承を得た上で、どんなふうに支えているかというのを見せていただきたいというふうにして、協力していただきました。

これがとある県の、とある、東京に比べれば、人口なんかははるかに少ない自治体のところでしたけど、取組で出してくださったものになります。

なかなか、特に知的障害をお持ちの方の一人暮らし支援となると、いろいろな価値観がありますので、どの方向からもそれぞれの方の意見があるのは承知の上なんですけれども、こちらの法人の方は、全員が全員、右から左に行くわけじゃないことは知っているし、大変なものも知っているけれども、知的障害を理由に難しいで片づけるのはやめてもらいたい、チャレンジできる人はたくさんいるんだって、それを自分たちが出すんだって言って、資料を作ってくださいっています。

DさんとEさんの部分というのは、少し情報過多のスライドになっちゃって恐縮ではありますが、これも実際、都内のグループホームでこういった資料を作りたいんだという話をしたときにご協力いただいて、個人は特定されないよねって確認も法人でしていただいて、正式に出していただいたものを国の資料として使わせていただいています。なかなか、東京の実践って、全国にすると規模が大きかったり、予算規模もまたほかの自治体より違ったりするので、なかなか参考として扱われることは少ないんですけども、東京でもちゃんとやっている実践があるんですと出していただきま

した。

Eさんも同じものになります。知的障害と精神障害、両方お持ちで、入退院を繰り返していたりだとか、1回のチャレンジでうまくいかなかったりということもあるんだけど、やっぱりご本人も諦めていないし、周りが勝手に諦めちゃいけないよねと言って、支援者のほうでいろいろ橋渡しをしながら支援をしています。今は、ちょっと実際、ご本人にはお会いできなかったんですけども、実際に働かれているとかいう話があったりしていました。

そろそろお時間が近づいてきたということで、ただ、自分は専門官として、先ほどからお示しているような、ただの制度のスライドではなかなか実感がかみづらいので、少しでも身近に感じてもらえればとって、あの手この手で自分なりに工夫しているつもりなんですけど、じゃあこれでみんなが実感を持って伝わるかという、やっぱり全然難しく、どういものがやっぱり一番伝わるかという、実際にご本人たちの生の声を聞ける機会というのが、とっても大事なかなというふうに思っています。

自分が協議会にいたときなんかは、そういうのをなるべく大事にするようにしていたつもりではあるんですけども、そんなにしょっちゅう機会が取れたわけではなくて、かつ今、省庁のほうに行くと、もうほとんど聞く機会もどんどん減ってという形なので、今日も本当は自分の登壇というよりは、先ほど出した東京都の事業をやっている人がここで登壇する方がいいんじゃないかと思ったんですけど、この後の登壇のお話を聞いて、どうしても聞きたくて、自分でよければと言って引き受けてきちゃったんですけども、その中の少しでもつながりになって、背景としては今お伝えしたようなものがあって、でも暮らしというのはそんなことじゃなくて、今日の前にあることがあって、でも、そういった方たちが笑顔が増えるためにはどうやってまた制度をうまく使おうとか、制度をどううまく変えなきゃいけないかということも、つながりながらやっていくと。そういった中でも、大きな政策はこちらで、厚生労働省でやったり、いろいろ団体の方たちとか審議会でやっていただいたりすることにもなってきますけれども、現場の中の工夫だとか、現場の中でちょっと使い切れていないものを生かすだとかというのは、実は自立支援協議会のきっかけというのはとっても大事なんじゃないかなというふうに考えているところになります。

というわけで、これはスライドに入れていなくて、昔使っていたのが急に出てきちゃったので入れちゃいましたけど、今日の午前中、実は23区の児童相談所ができていますので、そこの職員の方たち向けに障害施策を説明をする機会があったので、そこで入れていたスライドですが、なかなかこの話題は、この話題って、こそあどですみません。障害とはどこにあるのかということを知り、スライドで今書かせていただいておりますが、やっぱりかつてはご本人の課題として扱われていたりとかいうのが、ようやく環境だったり社会だったり、そもそも我々が奥底に持ってしまっている勝手な価値観だったりするんじゃないかということも、もう一回問い直していかなくちゃいけない。それは自分に対してもですけどもということで、今日こうやってお集まりいただいたり、お忙しい中視聴していただいている方たちは、多分言われるまでもないと、厚生労働省の人に言われる筋合いはないみたいな感じの方たちだとは思いますが、できれば皆さんの身近にいる方たちにも、地域全体でってどうということとか、障害というのは何かということを考えるきっかけみたいなのを何とか増やすように、自分も考えながらやっていきたいなというふうに思っているところです。

国全体としては、共生社会という形で目指しています。なかなか進んでいないから、共生社会を目標にしなきゃいけないというのが現実だと思うんですけども、やっぱり先ほどお伝えしたように、理解者が少ないから諦める、というわけにはいなくて、理解をしてほしい人がまだいるんだったら、現場だったり施策だったり、いろいろなところで何とかこれを一歩でも進めなきゃなというふうに考えているところになります。

ちょうど今2時44分なので、ちょうどいい時間ということになりましたので、この後、登壇していただける方たちのお話は、とても、繰り返しますが楽しみにしていて、その後、質問とかあったら、できれば登壇の方にも聞いていただいて、何か制度上のことでとかあるんだしたら、この後の時間が

もったいないので、終わった後、今日はそのまま厚生労働省に戻らなくていいというふうに言われていて、会場に最後まで残りますので、こちらのスライドで必要なこととかありましたら、それは後で自分に言っていただければと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、お時間になりましたので、ちょっと早口で分かりづらいところがたくさんあったかもしれませんが、この後に続く部分のお話をさせていただきました。たくさんの時間を分けていただいて、ありがとうございました。

今後ともよろしくお願いいたします。

(拍手)

(司会) 金川さん、ありがとうございました。

改めて、大きな拍手をお願いします。

(拍手)

(司会) それでは、ここで15分間の休憩とさせていただきます。

第2部、パネルディスカッションは15時から開始をいたします。よろしくお願いいたします。

パネルディスカッション

(司会) それでは、会長、よろしくお願いします。

(岩本) 皆様、こんにちは。お待たせいたしました。第2部を始めさせていただきます。

第2部を進行させていただきます、岩本と申します。どうぞよろしくお願いいたします。座らせていただきます。

それでは、パネルディスカッションのご登壇者をご紹介させていただきたいと思います。

まず、皆様から向かって左側になりますけれども、重度訪問介護を利用され、地域生活をされている当事者の小林利之さんです。

(拍手)

(岩本) そして、その小林さんの支援者でいらっしゃる、特定非営利活動法人生活援助為センター、岩田博行さんです。

(拍手)

(岩本) 続きまして、自立生活援助を利用されて、地域生活をされている、たかさんです。

たかさんは、今日、そういうふうに呼んでくださいということで、皆さんもたかさんと覚えてください。

たかさん、よろしくお願いします。

(拍手)

(岩本) そして、たかさんの支援者でいらっしゃる、NPO法人色えんぴつ、自立生活援助事業所 櫛の三森恭平さんです。

(拍手)

(岩本) そして、コメンテーターですが、先ほど基調講演をしていただきました金川洋輔さんに、コメンテーターとしてご登壇いただきます。よろしくお願いします。

(拍手)

(岩本) このパネルディスカッションの進め方なんですけれども、まず、小林さん、岩田さん、そして、たかさん、三森さんに、それぞれ20分ずつお話をさせていただきます。その後、コメンテーターの金川さんも含めて、少し登壇者の皆様とやり取りをさせていただきたいと思います。お時間が許す限り、フロアの皆様からもご発言いただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、まず小林さん、岩田さん、よろしくお願いいたします。

(岩田) それでは、重度訪問介護を利用して単身生活をしている立場から、小林利之さんのプロフィールをお話しさせていただきます。

小林利之さんは、自閉症、愛の手帳2度、障害区分5の方です。

幼少から17年間を旧田無市、現西東京市で暮らし、その後、調布市、グループホーム入居時の援助地へ転居します。

平成14年、東久留米市のグッドライフ生活寮、当時の都指定重度寮、現グループホームに入居します。

平成16年、隣の西東京市で制度、現在は重度訪問介護を利用して、自立生活に移行。日中は同市の生活介護「はたらきば」で活動しています。

グループホームでの様子と、自立生活に移行する際の状況と課題。

グッドライフ生活寮は、もともとグループホームを必ずしも終着点とは考えていなく、自立生活へのステップとして考えて設立した経緯がありました。

また、背景には、当時、身体障害の方に比べ、知的障害の方には、自立生活をするための支援制度の時間数が取りにくいということもありました。

加えて、ご本人の様子。

彼は当生活寮1人目の入居者だったので、しばらくの間、ご本人と支援者のみの生活で、比較的落ち着いた暮らしぶりだったように思います。

その後、2人目、3人目の入居者が入ってきて、次第に物の破壊、自傷などが表出してくるようになりました。彼は本来、静かで穏やかな方です。恐らくかなり我慢してのストレスの爆発、SOSだったのだと思います。当時の彼には、まだそれを支援者などにうまく伝えるのが難しかったし、我々もそれをくみ取れるスキルが不足していたんだと思います。

そんなことから、彼と支援者、お互いの関係を深めていき、理解し合う時間を積み重ねていくとともに、将来の自立生活という選択肢が出てきて、本人とのやり取り、お試し期間を経て、賃貸物件での支援を利用しての一人暮らし、自立生活がスタートしました。

一人暮らし、自立生活への移行のアプローチについて。

幼少から住んでいた家には、自分の部屋があり、落ち着いた生活ができていました。その後、祖母が体調を崩し、調布市に引っ越すも、その家には自分の部屋がなく、この頃から自傷、他害が始まったようです。

グループホーム生活で入居者が増えてくると、自由にキッチンが使えなかったり、座りたい椅子に違う利用者が座っていたり、「どいて、何々したい。」と伝えられない彼は、またストレスを爆発させるようになります。

その当時の支援者とのやり取りで、「一人のおうち引越しする。」という言葉があったり、「心配、心配」という言葉があったり、相当な迷いがあったと思われます。

新しいおうち（賃貸2階建て一軒家）でのお試し期間を経て、正式に一人暮らしを始めます。「最後に生活寮にバイバイしていく？」との問いに、「ヤダ、ヤダ！」と拒否して卒業。「やっぱり自分だけのおうちのほうがいいんだな」と、当時の生活寮管理者が振り返っておりました。

制度的な課題について。

グループホームから重度訪問介護などを利用しての一人暮らし、自立生活に移行する際の制度的な課題について、少し触れておきたいと思います。

少しややこしいので、例を出してお話すると、例えばA市またはA区の実家などで、障害の制度を使って生活していた方が、B市またはB区のグループホームに入居することになった場合、グループホームを含む障害の制度は、住所所在地であるB市ではなく、A市が支給するという仕組みになっています。

上記のことから、次のステップとして、グループホームを卒業して、グループホームと同じB市の賃貸アパートなどで一人暮らしをスタートしようとする、今度は重度訪問介護など、障害の制度は新しい住所地であるB市が支給することになるため、B市と交渉することになります。この際に、必要な支援の時間数を支給されることが困難であるという現実があります。

本来、障害のあるなしで、自分の住みたい場所を実質限定されるということはありません。ただ、一方、グループホームが多く存在する市で、次々とグループホームを卒業し、同市で一人暮らしを始める方が多数になると、その市の予算的に非常に苦しくなるというのも、現実的には理解できなくもありません。

今後、障害当事者の方、行政、事業所などが意見交換などをして、是正されていかなければいけない課題だと思います。

現在の基本的な生活状況。こちらは平日になります。

日中は、月曜日から金曜日まで、週5日、西東京市の「はたらきば」に通所しています。

朝10時に支援者と一緒に電車、バスを使って通い、夕方17時に支援者が迎えに行き、電車、バスで自宅へ帰ります。

以前は支援者と一緒に自転車で通うこともありましたが、若干周りが見えず、危険な場面もあったので、ここ数年は電車、バスを利用しています。支援者の中には、運動がてら歩いて帰ろうと提案して、約30分かけて歩いて帰ることもあります。

帰宅後は、夕食のメニューを決めて買物に行きます。調理を支援者と行い、食べる前に入浴をします。まず、自分で洗えるところは洗い、できないところを支援者が声かけしたり、洗うようにしています。

とても音楽が好きのために、お風呂場にもスピーカーをつけて、支援者のスマホから音楽を飛ばして、入浴中も音楽を聴けるようにしています。

浴後に夕食を取り、その後はCDジャケットを見て自分で選んだCDを聴きながら、コーヒーやお菓子を食べてゆっくり過ごします。本人に聞きたいCDを選んでもらうために、壁に30枚入る透明なCDホルダーをつけて、自分で選びやすいようにしています。

23時頃に布団に入ることが多いです。夜間眠れずに大声を出してしまうこともあります。朝7時頃に起床し、前の晩に支援者と決めていた朝食を作り、整容して、9時過ぎに家を出て「はたらきば」に向かいます。

銭湯に行ったり、外食する日もありますが、大体このような感じで1日を過ごしています。

続いて、土曜日と日曜日、週末の過ごし方。

土日は通所がないので、ややゆっくり起床します。ですが、支援者の交代が朝9時なので、8時頃起きて朝食の準備をします。

土曜日は、大好きなドライブをして、お昼はこれも好きなラーメン屋さんで外食して、近くのショッピングモールで買物したり、近所の大きな公園でお散歩したりしています。

日曜日は、布団を干したり、洗濯、掃除を午前中に済ませて、2駅先の公園までウォーキングしたり、ボートに乗ったりして、外食して、夕方、自宅に戻ります。

平日は自宅や「はたらきば」で自炊しているので、土日は本人の好きなものを外食できるよう、支援者をお願いしています。

通所している「はたらきば」での様々な活動。

週5日、10時から17時まで通っています。一応、曜日ごとのプログラムはありますが、本人の「今日は何々がしたい」を最優先に活動しています。

月曜日は、関連事務所から注文を受け、トレットペーパーやお菓子、カップラーメンなどを届ける通信販売。お菓子やカップラーメンは、小林さんなり、ほかの利用者がカタログを見て、今回はこれを届けたいと決めたりして、販売しています。

火曜日は、外部から頼まれたポスティングのアルバイト。

水曜日は、「はたらきバンド！」でのバンド活動。

木曜日は、外部から頼まれた近所の団地の清掃アルバイト。約3時間、団地の掃除をするんですけども、駐輪場から全部の自転車を出して通路を掃いたり、かなりの清掃量なんですけど、頑張ってこなしています。

金曜日は、みんなで食べたい昼食メニューを決めて調理実習を行っています。たまに気分が乗らない日は、「ブランコ乗るの」「プール行くの」と発言することもあるので、日々の活動に縛られず対応しています。

今出ているのがバンド活動ですね。ライブ会場で、結構有名なバンドと一緒に活動をしたり、ライブを開いたりしています。

次に出てくるのが、先ほどお話しした、団地での清掃アルバイトですね。

続いて、本人の変化。

「はたらきば」に来た頃は不機嫌なことが多く、常にうなり声を上げていました。また、怒ると叫び声を上げていたので、うなり声イコール不機嫌というイメージがありました。

環境に慣れてきて、機嫌がいい時間が増えてきたときに、あれ、これはCMソングじゃないかと、うなり声に抑揚があることに気付きました。ならばとCMで流れるような曲を流してみると、メロディをすぐに覚え、鼻唄として歌うようになりました。CDをかければ体を揺らし、ノリノリに音楽を楽しめるようになりました。

水曜日のバンド活動で、本人の好きなトランポリンの曲を作り何度か聴いてもらおうと、しっかり覚え、ライブハウスなどで行う「はたらきバンド！」ライブでも、気持ちよさそうに歌えるようになりました。

多分、今日は物すごく緊張しているので、あまり鼻唄とかが出ないんですが、ふだんは常に、座っている状態でも、体を揺らして何か鼻唄を歌っていることが多いです。うなり声と思われていた声が鼻唄になり、ライブで歌えるようにまでなったことに、私たち支援者はとても驚いています。

また、別パートで触れますが、いろいろな言葉が出てくるようになりました。

食事に関しては、写真を見たりして料理名を覚えたようですが、ほかにも驚いたことがあります。

困ったとき、嫌なことがあったときは、破壊行為でしか表せなかったのですが、最近では、支援者に「ちょっと来て、ちょっと来て」と言えるようになりました。この一言により、様々なストレスから回避できるようになったと思っています。

現状とこれからについて。

苦労した点では、通所したての頃は、環境的变化やスタッフとのやり取りに苦労して、水槽を割る、特定のスタッフへの暴力、コップ、おはし、お皿などの破壊行為が続きます。ストレスのかかる場面では、手の親指の付け根を思い切り噛んだり、髪の毛を引き抜いたりもしました。

その後、一人暮らしを始めますが、自宅でも破壊行為はエスカレートしていきます。家電のコードをはさみで切断して、それを支援者が修理する日々が続きます。もちろん、はさみは目の届かない場所に置くのですが、するとテレビに水をかけたり、CDを割ったりと続きます。窓ガラスを割ることも何度もありました。

この切断が収まってくると、次は火遊びが始まります。夜中、早朝に支援者の目を盗み、ガスコンロや隠し持っていたライターで調理用へらを焼いたり、トースター、電子レンジでプラスチックのものを溶かすなどなど。制度上、時間数が足らず、やや落ち着いた日に1日だけ夜中の巡回を試すと、介護者が夜の12時に一旦小林さんが寝てから退室して、夜中、2時、4時、6時に巡回を試すということをして1日だけやってみたんですが、行ってみたらキッチンでへらを燃やしていて、ぼや騒ぎ寸前の危ないこともありました。恐らく、ふだんいた介護者がいなくて不安だったりだとか、後はここぞとばかりにやった可能性もあります。全室につけた報知器がしばしば鳴る生活が、2年ほど続きます。

今思えば、危険行為をする、支援者が監視する、一人の時間がなくストレスを抱える、危険行為に走るという負のスパイラルだったのかもしれない。最近では、ストレスを感じると、支援者の前で木べらやハンガーを折って、「助けて」のアピールをしてくれるようになりました。「はたらきば」では、自分から休憩室に行き、気分を落ち着かせることができるようになりました。

このように、それ以上のストレスを自分から回避できるようになったのは、とても大きいと思われまます。

このように、「はたらきば」のスタッフ、支援者らに支えられて、自立生活を続けてこられました。多動でもある小林さんが普通のアパートでは暮らせないだろうと困っているときに、今の家を貸してくださった大家さんの存在も大きいです。声や走る音対策で、窓にマット、バスマットを窓に全室貼っていたんですが、それを見て「そんなに気にしなくていいよ」と言われて、とても気分的に楽になりました。

大分落ち着いた生活を送れるようになりましたが、まだまだ不安な点もたくさんあります。破壊行為が減った分、円形脱毛症になることが増えました。また、「何々しちや駄目でしょう」など、否定的な言葉が出る場面もあります。まだまだ、伝えられずに苦労することは、今後もあると思います。

ですが、一緒に温泉に行ったときの笑顔や、ライブのときの緊張した顔、初めて入ったレストランでおいしい料理に出会ったときのうれしそうな顔を見ていると、楽しいことも大変なこともあるけど、一人暮らしっていいなと、支援者として思う場面が増えてきたと思っています。

また、お母さんとの関係。

幼少の頃から母親が大好きで、母親の側で過ごす時間が多かったようです。17歳のときに、母親

が祖母の介護にかかり切りになると、ストレスが爆発し始めます。22歳頃には、夜中に何度も母を起こす、大声を上げる、自傷、家のあちこちに放尿をしたり、コードの切断、火遊びと、エスカレートしていきます。

祖母が亡くなり、元の生活に戻ると思われましたが、今まで我慢してきたことがストレスとなり、更に爆発します。ついには母親を殴る、母親を投げるといった行為も増え、作業所にも全く行かなくなります。この頃のお母さんは夜間眠れず、車の中で眠ることもあったそうです。

家族で暮らす限界を超えてしまい、グループホームに入居します。その後、一人暮らしをして数年は「調布のおうちに帰る」と暴れる日々だったので、なかなか帰省ができませんでしたが、やっと最近になり落ち着き、今では月末の最終日曜日は、日帰りですが毎月帰省して、お母さんと楽しく、暴れることなく大好きなお母さんと過ごせています。

気付けば自立生活も18年目に突入していました。自立前半の自傷行為や破壊行為が強烈過ぎて、本当に気付いたら18年という感じです。

この講演を依頼されて考えました。自立生活の先には、楽しい夢のような生活が、本当にあるのだろうか。毎日ごちそうが出るわけではないし、毎日遊びに行けるわけでもありません。でも、この原稿を書いていて、毎日一緒に食事して、一緒にお風呂に入り、一緒に寝る、こんな落ち着いた生活を送れるようになるとは、自立当初は全く想像ができませんでした。当たり前の生活を手に入れるために、お互いに頑張ってきてよかったなど、心より思います。

それでは、お時間になりましたので、終わらせていただきます。

ご清聴ありがとうございました。

(拍手)

(岩本) 小林さん、岩田さん、ありがとうございます。

いろいろな暮らしぶりをご紹介いただきまして、いろいろと大変なこともあったけれど、今、本当に落ち着いて、いろいろな好きなことをなさっているということを教えていただきました。

ちなみに、どのようなCD、音楽を聴いていらっしゃるんですか。

(岩田) 介護者によって、この人は昔のはやった曲をかける、例えば松田聖子とかそういうのをかけたりすれば、そこにも乗ってくる。基本的には、明るいアップテンポな曲に乗ってくるんですが、若い介護者だと、Y O A S O B IとかA d oとか、そういうものにも興味を示して、そのCDを買っておくと、ジャケットを見て、今日はこれが聴きたいと、自分で選んでくれるような感じになっています。

(岩本) なるほど、いろいろ幅広く聴いていらっしゃるということなんですけれども、今のお話の中で、なかなかやはり小林さんが自分の気持ちを表現できずに、すごくストレスを抱えている。一方で、支援者もその気持ちをなかなかみ取るスキルというのが、それに追いつかない。だけど、18年かけて、それぞれやり取りの中で調和していったのかなというような思いで聞かせていただきました。ありがとうございました。

(岩田) ありがとうございました。

(岩本) それでは、続きまして、たかさんと三森さんにお話ししたいと思っています。お願いいたします。

(三森) 自立生活援助を利用して生活をしている立場から。私は、NPO法人色えんぴつの三森と申します。

(たかさん) 櫛を利用している、たかです。

(三森) たかさんは、私たちの事業所の利用者さんで、自立支援協議会のセミナーで登壇し、自立生活援助の話をしていただけそうな方はいますかと依頼があったときに、唯一快諾してくださったのが、このたかさんです。

(たかさん) よろしく申し上げます。

(拍手)

(三森) 初めに、自立生活援助がどのような障害福祉サービスであるかということの説明します。

一人一人の取り組む課題や、その方のペースに合わせて、定期的な訪問だけでなく、随時の対応や同行支援などを組み合わせて行うことができる柔軟性の高い支援で、時間や場所に制限はなく、必ずやらなきゃいけない、必ずやらなければならないこともありません。その方に合わせて対応できる姿勢が大切になってきます。

この自立生活援助の制度を、私たちの事業所ではどのように捉えているかと申しますと、定期的な訪問や随時の対応、同行支援を組み合わせて、生活上の困り事に着目して、生活環境や健康についての改善の方法と一緒に考え、その人のやり方に沿って一緒に取り組んでいくと考えています。

次に、私たちの法人で自立生活援助事業を始めた経緯について、説明します。

色えんぴつでは、1994年にグループホームの運営を始めました。3年間の通過型グループホームであったため、3年たつと卒業し、一人暮らしに移っていきました。

その一人暮らしを始めた方は、困ったことがあると、退去したグループホームに電話相談がありました。グループホームのスタッフは、入居している方との対応と並行して、退去した方への対応も行っていました。勤務時間内は入居者の対応をしなければならなかったため、退去者への対応は大抵時間外となっていました。

そんな中、2018年に、国の施策で自立生活援助という訪問型の障害福祉サービスができました。その事業により、退去者支援が可能になると考え、自立生活援助事業を始めることとなりました。

その後、グループホームの退去者だけでなく、既に一人暮らしをしている方へも支援していけると考え、少しずつ拡大させていきました。

次に、訪問の際、実際どのようなことが行われているか、令和3年度の集計があるのですが、このようになっております。

例えば、スライドの向かって左側の手続関係というところの詳しい内容は、精神通院の自立支援医療の更新の手続や、引っ越しに伴う住所変更や、光熱水費の口座振替の書類の記入の手伝い、また、最近ではマイナンバーカードのオンライン申請を、利用者さんのスマートフォンと一緒に操作しながら行ったこともありました。

スライドの右側では、通院している精神科のドクターとのやり取りがうまくいかず、思っていることをなかなか話せないなどのときに、診察に一緒に入ったり、住まいの周辺の地理把握のためや、運動不足解消、気分転換のため、近所の散歩を一緒に行うといったこともありました。

同じような訪問の支援としては、分野が違いますが、たかさんも使われているのですが、訪問看護というものがあります。

訪問看護は医療サービスの提供なので、違うのは当然だと思いますが、自立生活援助ではより日常生活に着目していることが分かると思います。

ここで、遅ればせながら、簡単ではありますが、自己紹介に移らせていただきます。

まずは、たかさんからお願いしてもよろしいでしょうか。

(たかさん) 仮名にしておりますが、たかと申します。

現在は、母と二人暮らしをしています。

B型事業所に通っていて、訪問看護が週に3回あり、櫛の訪問は大体週1回となっています。

趣味は音楽や銭湯に行くことです。三森さんと銭湯に一緒に行ったことがあります。

最近の楽しみは、妹と家族と食事に行くことです。

(三森) 次に、私の自己紹介もさせていただきたいと思えます。

私たちの法人で自立生活援助事業を始めた当初から担当しています、三森恭平と申します。

現在、入職4年目です。色えんぴつで働く前は、病棟で看護師をしていました。

次は、たかさんが自立生活援助を利用することになった経緯について、たかさんから話ししていただいてもよろしいでしょうか。

(たかさん) はい。2年くらい前に、現在も通っているB型事業所に通っていたのですが、ステッ

プアップしたいと考えて、より多くの収入が見込めるA型事業所への見学と実習を行いました。その作業内容の環境の変化で体調を崩してしまいました。自分では入院するほどとは思っていなかったのですが、家族の勧めで入院することにしました。

3か月程度の入院治療後、退院し、また体調崩してしまい、再入院してしまいました。その後、退院に向けて、グループホームに入居するか、自立生活援助を受けながら自宅にいて生活し続けるか、話し合いをしました。

服薬や体調管理について、訪問看護に継続的に見てもらうことになりました。

グループホームはなかなか見つからず、また主治医や家族の希望もあり、自宅へ退院することになりました。

生活上の不安や困り事については、家族で話すことが多かったのですが、関わる支援者にも相談できるようになることを目指して、訪問で支援が受けられる自立生活援助という福祉サービスがあることを、相談支援事業所やB型作業所のスタッフから伝えられて、利用することも決めました。

ちなみに、三森さんは前から知っていて、面識がありました。

(三森) 次に、たかさんへの訪問の際に、どのようなことを行っているか、お話しします。

まず一つ目は、近況や相談ごとなどを話すということです。

主なところでは、生活リズムのことや薬のこと、通所についてのことが多いです。

過去には、お母さんとの二人暮らしにストレスを感じてしまい、口論となってしまうなどのトラブルがありました。そのため、私が定期的に訪問し、話し相手や聞き役となることで、お母さんとの距離感を適切なものにできるよう、工夫しました。

二つ目は、外出の同行です。

調子を崩してしまう前にはほとんどなかった幻聴のために、一人で外出することが億劫になっていたようでした。一度散歩に誘うと、歩きながら幼い頃の話なども話しながら、散歩を楽しめるようになっていったように思います。

また、精神薬の副作用で食欲を増進させるものがあり、体重が増えていたため、活動量を増やす意味も兼ねていました。

また、一緒に銭湯へ行くこともありました。訪問のときの話題の一つで、もともとたかさんが近所の銭湯へ行って通っていたことは聞いていましたが、私も銭湯は好きで、プライベートでも行っていますし、私が兼務しているグループホームの入居者さんとも一緒によく行っていました。そのことをたかさんに話すと、二つ返事で行きましょうかという話になり、二人で自転車で行きました。入浴することは、温浴効果により血行が良くなること、気分転換になること、より関係性が親しくなることを期待しました。

次に、たかさんが、櫛での訪問を受けて助かっていることを伺いたいと思います。

たかさん、よろしくお願いします。

(たかさん) 訪問看護も訪問もありますが、検温や薬の確認をしてもらっていますが、時間が限られています。それに最近では定期的な通所ができていないため、散歩や銭湯に一緒に行ける人がいることは助かっています。

(三森) 最後に、受講されている方にメッセージを送ります。住まいの近くで自立生活援助を利用できる事業所があるのか調べてみてはいかがでしょうか、すてきな出会いがあるかも。

(たかさん) 同じ訪問のサービスでも、訪問看護や薬などの体のことで自立生活援助により一緒に出かけることもできるし、話だけすることもあるし、生活していくことを手助けしてくれるイメージです。僕にとっては、どちらも必要なサービスだと思っています。

(三森) 以上となります。ご清聴ありがとうございました。

(たかさん) ありがとうございました。

(拍手)

(岩本) たかさん、三森さん、ありがとうございました。たかさんも音楽と銭湯が好きということ

で、小林さんも音楽と銭湯が好きなようなことも書かれてあったので、共通しているところがあるなと思って伺っていました。

自立生活援助を利用してその間の何か変化とか、使いやすくなったとか、進めやすくなったとか、そういったことってございますか。たかさんから見て、三森さんから見て、もしそういった点がありましたら教えていただけますか。

最初使い始めはこうだったけど、だんだんこういうふうになっていったとかという、そういう変化とかはありますか。

(三森) 私からいいですか。やっぱり一番最初から銭湯になんか行けず、やっぱり関係性ができてきた中で散歩とかもそうですけど、一緒に何かしたりだとか、そういう関係性を作って行って、その後の何というか、支援につなげられていったのかなというところは思います。

(岩本) ありがとうございます。たかさんからはいいですか。大丈夫ですか。

(たかさん) 最初は家に閉じ籠りっ放しだったんですけど、三森さんと出かけるようになって、今は日々良くなってきているかなと思います。

(岩本) ありがとうございます。同じ制度だけれども、使っていく中で、よりたかさんに合った形にしているのかなと思って伺っていました。ありがとうございます。

4人の方から、限られた時間ですけれども、今の生活ぶりというのをご紹介していただきました。

それでは、これからディスカッションを進めていきたいと思います。

まず最初に、コメンテーターの金川さんから今の4人の方のお話を聞いて、感想といいますか、後何かこれは聞いてみたいというものがあつたら、まずご発言いただきたいんですけど、お願いできますか。

(金川) お話しいただきありがとうございます。そうでしたね、すみません、すっかりのめり込んで聞いてちゃってて、質問とかってあつたんですけど。

やっぱり場面、場面で多分発表されるときっていいときの話だったり、課題の話ばかりするんですけど、両方あつての話というのはなかなか聞けないので、聞かせていただいて良かったなと思うのと、一つは、小林さんと岩田さんのほうには、小林さんの好きなこととか、楽しいこととかがあるときに、一番好きそうとか、いい表情のときってどんなときかなとか、後、逆にだんだんストレスとかそういうのが表現できるようになったというお話があつたんですけど、それって何でなんだろうと、やっぱり分からない部分なのか、それともやっぱり蓄積とか何かがあるのかという、何で表現されるようになったのかなというのは聞きたかったです。

(岩田) 本当に一番最初出会った頃というのは、まず言葉数というか、言語が物すごく少なく、「嫌だ、嫌だ」何食べると言ったら、「カレー、カレー」しか言えないような。ご自宅では恐らく、お父さん、お母さんにはもっと話せていたと思うんですけど、私たちと出会ってからは、やはり緊張もあるし、なかなかグループホームだったり、一人暮らしという現状が受け入れられずに、言葉よりもやっぱり先に手が出る。何かを叩いたり、しまつたり。そうするとやっぱり、支援者のほうもそれを止めることだけに終始するような生活が続いていたのは事実ですね。

やや、私が思ったのは、彼が何をしてほしいかということを知るためにも、何をされたくないのかということをもまずは考えよう。大きな声を出されるのが非常に嫌いだったり、でもそれまでは、暴れるから「待って、待って」と大きい声を出してしまうことによって、余計にストレスを抱える。大きい声を出されると嫌なんだなと。あまりに近い距離で言われるのが嫌なんだなというようなことから、嫌なことを排除していくという形にしていったときに、彼がもうちょっと、「ちょっと来て」とか、「ちょっと待って」という言葉が出てくるようになってきたら、少しでも会話が続くようになってきたというんですか。予定も全てカレンダーで確認をしながら、今週はこれをしようとかということをやっていく中で大分落ち着いてきたと思います。

(金川) ありがとうございます。

たかさんにも一つ教えていただければと思うんですけども、なかなか難しいところで、自立生活

援助を受けてよかったことと資料にも言っていたいていたんですけど、多分深く考えずに、たかさんをお見受けすると、別に一人でも散歩できそうだし、一人でも銭湯に行けそうだし、多分何も考えないと反射的に思っちゃうと思うんですけど。それでも、三森さんと一緒にとか、自立生活援助の中で一緒に散歩をすとか、一人じゃない意味というのが、もしたかさんの中でこういうのが一人で行くのは違うんだよというのがあれば教えてください。

(たかさん) そうですね。三森さんとは、もう長い付き合いじゃないですけど、もう3、4年ぐらい付き合い合っていて、それで僕は誰かと背中を流せたらなと思ったりとか、後は作業もよく手伝ってくれたりとかするので、それで仲を深めていければなと思いましたね。

(金川) そうすると、誰でもいいというよりは関係性がある中で、やっぱり三森さんという人柄とか、関係性もあってということなんですね。ありがとうございます。

(岩本) ありがとうございます。先ほどの岩田さんのご発言で、まず小林さんの嫌なことは何だろう、嫌なことをまずやめていこうというのは、すごく今いろんなヒントになりました。結構こういうことが好きかな、ああいうことをやりたいかなというようなことは割とすぐ頭に浮かびやすいんですけども、何が嫌なんだろうというような、ちょっと引き算の考え方というのは、すごく私も今参考になるなと思って伺っていました。それで、なるべくストレスを減らして、お互いが余裕を持とうということなのかなと思いました。

後、たかさんの本当にお背中を流したりとか、そういう日常の何げないやり取りを誰かと一緒にするということがすごく貴重なのかなというふうに思いましたし、やっぱり生活の潤いということにもつながるのかなと思って伺っていました。ありがとうございます。

そうしましたら、せっかく今日は4人というか、2チームご登壇いただいていますので、それぞれほかの登壇者の方のお話を聞いて、何か感想であったり、聞きたいなと思うことがあったらご発言いただきたいと思うんですけども。まず小林さん、岩田さんのご報告について、たかさん、三森さんからちょっと感想とか、聞きたいことがあったら伺いたいんですけども、いかがでしょうか。どちらからでも結構です。

(三森) 発表をありがとうございます。質問なんですけれども、実際訪問介護で訪問するというのは、時間数、月の時間数となっていますけど、実際何というか、1日の時間的な何時間とか、週に何時間とか、そういうのは決まっているものなのでしょうか。

(岩田) そうですね。私が思うには、事務所もそうなんですけども、基本的に24時間の介護が必要な方だと思っています。ですけども、昼間、日中10時から17時まで通所して、その後、制度がフルに取れているわけではないので、およそ16時間、1日ということになっています。ですけども、実際には24時間引く16時間の部分を一人で過ごすということはないです。私たちがそのまま入り続けるという形をとっています。

(三森) ありがとうございます。

(岩本) よろしいですか。たかさんから何かありますか。大丈夫ですか。分かりました。

では、急にごめんなさい。たかさん、三森さんのお話に対して、小林さん、岩田さんから感想か、ご質問など何かご発言をいただければと思います。お願いします。

(岩田) 今の時間数のことつながりなんですけども、たかさんの場合は、夜間とかはどうされているんですか。

(たかさん) 基本的にはないですね。

(岩田) 大体何時、何時で入られているんですか。

(たかさん) 僕のほうは、B型の事業所なので、その作業所の時間は違うと思うんですけど、僕の場合は9時半から一応10時半までという形でB型の事業所で公園清掃したりとか、いろいろとそういうふうな活動を行っていますね。

三森さんのほうも、訪問していただいたりとか、いろいろとアドバイスをくれたりしてくれているので、そこは助かっています。

時間帯は、そうですね。僕は今午前中起きるのが遅いので、午後に結構、夕方にかけて三森さんにずっと来てもらって、それでいろいろとお話ししたりとかしますね。

(岩田) 小林さんの場合だと、日中は通所しているので大体スタッフが対応しているんですけども、夜間の見守りという部分が非常に大きくて、恐らく何かあった時に、さっき話をした中では、何かやらかしてしまうような話が多かったと思うんですけども、恐らく一人になったら不安になってしまうことも非常に多いと思います。かといって、横にべったりといると本人はストレスをためる。隣の部屋で待機しているみたいな時間が非常に何か大事な時間なのではないかと。本当の見守りという時間は大事だと思っています。

後、小林さんも銭湯が好きで、年中、多分、東京だとほぼほぼ銭湯は行ったりしてると思うんですけど、何か使いづらいところとかありますか。小林さんの場合は、多動であることと、後はやっぱり鼻唄を歌ったりということで、このコロナ禍で周りからやっぱり敬遠されてしまったり、黙浴なのでうちは無理ですという対応をされたりするんですけど、何かこう使いづらい点とかというのはありますか。嫌な思いをしたりとか。

(三森) 銭湯の話、すみません、何回も出しますけど、まだ1回しか行ったことがなくて、1回しか行ったことはないんですけど、そうですね。不満、何というか、そういうネガティブに思ったことはありません。至って普通に入っていますし。銭湯ごとにコロナ禍でいろいろな決まり事とかがあるんですけど、そういうのは二人とも守りながら、あまりしゃべるなどなっているんで、そこはちょっとあまり、コロナが終わればいいなと思いますけど、そういうふうにはやっております。

(岩田) 何か彼はもともと家でずっと入浴していたんですけども、やっぱり知的の人、家に帰ってからは意外と大変で、毎日同じことの繰り返しになってしまうので、生活に少しでも何か楽しみを見つけたために、何を食るとか、それぐらいしか最初はできなかったんですけど、そのうち銭湯に行ってみるかというところから、本人の中で、今日お風呂はどうする？という、「大きいお風呂に行くの」というような言葉が出てきて、じゃあ銭湯に行こうかというような話が出てきたり、「温泉に行くの」という話が出てくると、じゃあちょっと土日奥多摩のほうにでもドライブがてら行ってみようかというように感じて、今はお風呂を楽しめています。

(岩本) はい、ありがとうございます。たかさんは、銭湯とかに行かれていて、三森さんと一緒じゃないときに、何か銭湯で使いづらいとか、逆にこういうところがいいよとか、そういうのはありますか。

(たかさん) 僕は、基本的にシャワーとか、お風呂も好きなので、ゆっくりサウナに入りながら、水風呂につかったりすることが一番快適ですね。

(岩本) じゃあ、その銭湯にそれが備わっていれば楽しめるということですか。三森さんとは1回というふうにおっしゃっていましたが、すごく楽しい1回だったのかなというふうに思いました。

今ちょっとお話を伺って、小林さん、岩田さんのところで、やっぱりほぼほぼ見守りも含めて24時間体制になったときに、ヘルパーさんが、例えば何人体制でやっているのかとか、やっぱり複数名がチームを組んで、小林さんの生活の連続性の中で、どのようにうまく交代しているのかというようなところで、工夫されているところとかがありましたら教えていただきたいんですけども。

(岩田) 最近はそうでもないんですけども、グループホームから出た当初、一人暮らしを始めた当初というのは、月曜日は岩田君とか、火曜日は誰々さんというのをもう守らないとやはり落ち着かない方で、時間的には9時から17時までが通所、その後、17時から朝の10時まで同じヘルパーが一人で夜勤という形をとっているんですけども、最近だとちょっと私が違う仕事に行かなければいけないので、Aさんに3時間行ってもらって、その間つないでもらってというのでも、大分対応はできるようなはなってきましたけども、それまでは、明日は岩田君はお休みだからと言うと、夜燃やすとか、そういう不満はそれでしか表せないというところがあったので、カレンダーに明日は岩田君はお休みとかというのを、夜ずっと話しかけて、じゃあ明日はAさんは来るよというのをとことん話して、ようやくこの数年はすんなり受け入れてくれるようになってきていると思います。

(岩本) ありがとうございます。そういったところでも、小林さんのほうもそうやって徐々にいろんな変化とかというのを受け入れるようなチャレンジをしていらっしゃるのかなと思って伺っていました。ありがとうございます。

非常に4人の方がスムーズにお話を進めてくださったので、結構時間に余裕があるところもありますので、是非フロアの皆様からもこんなことを聞いてみたいとか、ちょっとこう思いましたということ等を是非ご発言いただければと思います。

このセミナーですけれども、後日動画配信ということで録画をさせていただいておりますが、ちょっとご発言のときは、ご所属というか、お立場とお名前をおっしゃっていただければと思うんですが、動画配信の時はそこは消しますの、ちょっとその辺りは安心してご発言いただきたいと思います。

いかがでしょうか。是非どなたかご発言いただければと思います。なかなかないですかね。ちょっと考えていただきながら、金川さん、そろそろまた聞きたいことが出てきているのではないですか。皆さん、是非お考えになってください。

(金川) そうですね。そうしたら、ちょっと岩田さんと三森さんには思うんですけれども、今日小林さんとか、たかさんのお話だったり、表情だったり様子を見させていただいて、多分多くの方がいろいろな人にこういうチャンスがあればいいのと思われたりはしているんじゃないかなとは思いますが、別に岩田さんのところで小林さんのように支援されている方ってほかにもいらっしゃるのかとか、後は、知的障害とかいろんな障害をお持ちの方でも単身生活を希望される方とか、今回のお話だとそっちのほうが多分向いているというお話だと思うんですけど、まだまだたくさんいらっしゃるのかというようなことを岩田さんと、後三森さんは三森さんで精神のほうのグループホームでそういう一人暮らし支援とかをされていると思うので、それぞれの方から会場で聞いていて、特別なお二人なのか、たまたまお二人なのか、ほかにももっといるよというお話なのかというのを少し実感で教えていただけたらありがたいです。

(岩田) 私からよろしいですか。かなりいますというか、うちの会社で訪問している方はかなりいます。この話の内容と違って、かなり見た感じ小林さんは大分落ち着かれています。何かそんな殴ったり、燃やしたりするような感じには見えないんですけども、やっぱり自立当初の頃にはかなりそういうこともあって、いまだに今それをしている人たちの支援も実際にしています。何件も派遣しています。

じゃあ、暴れるからできないのかというと、まあそうでもなく、実際やってみて、彼の場合は18年かかったということもありますけども、このように穏やかな生活ができているという例がほとんどです。

(三森) 櫛の利用者さんでは、今現在利用されている方は23人ぐらいいて、たかさんもその一人なんですけど、過去に利用されていた方も合わせると30、40人ぐらいになりまして、やっぱり制度自体が平成30年からできた制度で、今我々の事業所でも4年ぐらいはたつんですが、最初の平成30年10月に始めて、最初の数か月は二人とかの利用者さんしか、それぐらいしかなくて、徐々にそれこそ行政のほうですとか、計画相談の方にこういう制度があるんですけど利用できそうな方はいらっしゃるいませんかとか、そういう話をしながら徐々に増えて、今20何人になっているんですけど、正直我々の体制的に今実際に訪問で行っているスタッフが私ともう一人で、もう一人の方はグループホームの職員というのを主にやっている方で、私が15、6人ぐらいで、もう一人が7、8人ぐらいなんですけど、正直マンパワー的にはちょっと新規の依頼があったときに、ちょっとお断りさせていただいているところがありまして。令和3年度の改定のときに、基本的には1年間使えるサービスとなっているんですけど、それがそれまでは1回しか更新できませんというふうになっていたんですけど、複数回の更新が可能になって、利用者さん、1回使うと、希望すれば区の審査会にかけてにはなりますが、延長の希望は出せるようになったので、あまり利用者さんが減らないという現状がありまして。何というか、ジレンマではありますけど、新規で使いたいという方がいるという状況も知りながら、今関わっている方をちゃんと支援していかなければならないというところもあるので、そこ

は我々の事業所でも相談していくところではありますが、今現状はそういった感じではあります。

(岩本) ありがとうございます。ちょっと今のお話の中で、今日はちょっと社会資源の活用ということもテーマなんですけど、例えば、小林さん、岩田さんのほうでは重度訪問介護を利用されて、もう少しこうなるともっといいなとか、後今少し三森さんからお話がありましたけれども、自立生活援助がこうなっていくと更に使いやすくなるかなというところがそれぞれありましたら、ご発言いただきたいと思うんですが、いかがでしょうか。

まず、岩田さんからお願いできますか。

(岩田) そうですね。24時間認められていないというのは、先ほどもお話ししたんですけども、そこをもちろん保障してもらえればというのはありますけども、現状今こうやって何とか暮らしているという現実もありますので、時間数をもうちょっと増やしてもらえればということと、後は、さっきのグループホームから出るときの制度的な問題ですかね。やっぱりグループホームから、その市から一気に何人もその市で一人暮らしをするときに予算的にどうなるのか、この市だともう今年は無理ですよみたいな話も出てきたりもするので、そこが何とかなればとは思っています。

(岩本) ありがとうございます。

三森さんからいかがでしょうか。

(三森) 自立生活援助を行う事業所の数がやっぱり絶対的に少ないと思っていて、やっぱり何で少ないかとなると、我々の事業所も体制的に今二人でやっていますけど、人を増やせばいいんじゃないかということもあると思いますが、報酬があまり高くないような現状があって、後なかなか人材も不足している中で今やっているところなんですけど。私は大田区でやっているんですが、実際稼働というか、やっている事業所は本当に限られていて、指定は取っているんですけど、あまりやっていませんというところもどうやらあるみたいで、そういった事業所とかでもやっていくことで広く周知されていけば、せっかくこういう制度がある中で、新たに使いたいという方もいらっしゃるのを知っているので、そういうのをもうちょっと改善できていってもらえたらなと思います。

(岩本) ありがとうございます。先ほどのたかさんの言葉でもやっぱりちょっと訪問看護とは違う良さというか、非常に柔軟性のある制度なのかなというふうに思って伺っていたので、逆にあまりイメージしにくいのかもしれないので、たかさんや三森さんがこういうふうがいいところがあるみたいなことをこうやってご発言いただくと、具体的なイメージを持って、それが広まっていくといいかなと思って伺っていました。ありがとうございます。

だんだん時間も押してきておりますので、是非皆さんいかがですか。何かご発言、ご感想でも結構だと思うんですけども、せっかく。

手が上がったのでお願いいたします。

(参加者) 本日は、四人の方、お話ありがとうございました。地域移行を進めていく、私が精神の事業所に特化しているというのもあって、地域移行支援に特化できたらなというふうに思いながら、いつもお話を聞かせていただいているんですけども、やはり24時間対応というところで、精神の方でいえば、監視ではなく、本当の意味での見守りという形で24時間対応できるシステムであったり、仕組みがあれば、より地域移行が進むのではないかなというふうに思って聞いていました。

そういった意味では、岩田さんと三森さんへのご質問になるかなと思うんですけども、岩田さんとしては、精神障害者の方が同じような形で支援を使いたいといった場合には、やはりご対応ができるか、もしくは精神の方だとこういうふうなところをやれるといいのではないかなというようなご意見があればいただけたらなというふうに思います。

三森さんのほうでは、自立生活援助で夜とか夜間やっているというところはあまり私は聞いたことがないので、もしそういう夜間対応とかも可能であれば、少し幅が広がるのか、グループホームを退所したときにもその方が望む生活ができそうか、もし何かご意見とかがあれば聞けたらなというふうに思います。

(岩本) ありがとうございます。支援の立場としてということだと思うんですけど、岩田さんから

お願いできますか。

(岩田) そうしたら、ちょっと担当を変えてもよろしいですか。本田さん、よろしいですか。

(岩本) すみません、簡単にご自身の紹介をしていただいてからでいいですか。

(本田) グッドライフの本田と言いますが、小林君に出て行かれたほうのグループホームの管理者で、今、重度訪問介護の派遣している事業所の者です。

今のご質問で、ちょっと答えになるか分からないんですけども、もちろん精神の方でも24時間必要であれば支給されるべきだと思うんですけども、その中で、先ほどから出ているお話で、例えば、重度訪問介護なんかでも見張りか見守りかというお話がよくあるんですけども、やっぱり正直初めの頃、それこそスキルの拙い私たちのときなんかは、結局見張りであったり、制止であったりということが結局やっぱりかなりスタートになっている部分はあると思うんですね。

ただ、それがどういう時間を過ごして、先ほどからあった信頼関係をお互い作ることで、ご本人がその支援者が居ることによって安心となったときに、見張りから見守りになるというような形を幾つかいいほうの事例では見ている。であるならば、例えば重度訪問介護なんかでもよく話したりするけど、そうすると、何もしていないじゃないかみたいな、結局そのときにやることがないみたいな、それは違うんだということですよ。その支援者がいて、その人と関係ができた何年かがあって、それがあるから今この平穏だとか、暮らしができていくということを念頭に考えていただくと、その制度なんか、どの制度にしてももう少し時間数としても多くというふうにできるんじゃないかなというのは、それは私たちも市町村へ、自治体の方とも話し合っていて、そういうふうな理解でいくと、そういう制度なんかも伸びて、皆さんが生活しやすくなるんじゃないかなというふうに思います。ちょっとそんな感じです。

(岩本) ありがとうございます。

じゃあ、三森さんからもちょっと時間が押していて、短めにお願ひできればと思います。すみません。

(三森) 我々の事業所の体制的に、夜間対応というのは電話対応ぐらいしか今ちょっとできてなくて、電話対応しかできていないところはあるんですけど、やっぱり夜不安になったときにどうするかというのを日中にちゃんとコミュニケーションを取って、こういう時はどうするとか、そういう話をするによって対応していくということ今やっております。

以上です。

(岩本) ありがとうございます。実際、お電話しなくても、電話する場所があるんだというような、何かあったらここに連絡すればいいんだということがあるということも大きな安心かなと思います。

ありがとうございます。だんだんちょっといろんなことを聞きたくてくる頃なんですけれども、そろそろ締めなければならぬ時間になってまいりましたので、最後に、このパネルディスカッションを総括して、コメンテーターの金川さんから、すみません、2分程度で申し訳ないんですけども、まとめていただけますでしょうか。

(金川) 今日はありがとうございました。4名の方にご登壇いただきありがとうございます。

お伝えしたとおりに、どんなに制度のスライドを行政が出そうとも、ご本人たちの表情一つには勝てないというところで伝わってくるものがありつつ、課題で出た制度のところに関しては、やっぱり仕組みとしては作っていかなくちゃいけなくて、自立生活援助なんかは今事業所に悉皆調査といって、全国に投げていて、次の報酬改定に向けて何を変更すべきか、何を改善すべきかというのを調査をしているので、その回答率が低いと何の数字も取れないので回答してくださいというお願いではあるんですけども、変えていきます。

一方で、制度の仕組みとかというのは、現場から上がってきた声で自治体やいろんな審議会でご審議いただいて変えていくんですけども、やっぱり伝えていくということですね。いろんな障害を持った方たちが笑顔だとか、暮らしていく思いだとかというのは、国の資料では伝え切れない部分で、それを積み上げていこうと思うと、どうしてもいろんな場が必要でといったときに、少し名称が堅苦

しいかもしれませんが、先ほどお伝えしたような自立支援協議会の部会であったり、いろんな機会というのを活用していただきたい。当事者参画と言いながら、どういうふうにしたらいんだろうというのは、みんな自治体も厚生労働省も試行錯誤ではあるんですけども、まずはご本人たちの笑顔を見るところからということの一見小さな積み重ねでも、とても大きな積み重ねになりますので、地元のところでも実際にできることというのを積み重ねていただいて、また行政のほうに発信していただきたいなというふうに思っていました。

本日はどうもありがとうございました。

(岩本) ありがとうございます。すみません、時間のない中で。

本当に今日は、何ですかね、本当に日々の暮らしというのをご紹介いただきながら、地域生活支援とか、社会資源の活用ということを学ばせていただきました。制度やサービスのことではあると思うんですけども、やはりそれだけがその人の生活を支えるということでは本当になくて、やっぱりそれを活用し、とことん当事者の方に向き合う存在というんですかね、そういったことが何よりも大きな資源なんだろうというふうに思いました。

また、やはり諦めないというんですかね、すごくいろいろと大変なことがあっても、でも何とかその人の暮らしを続けていくんだという、何かそういった覚悟のようなものがあるなど。それにしっかりと当事者の方が応えてくださっているんだなということを感じた時間でした。

本当に貴重なお話をありがとうございました。改めて、小林さん、岩田さん、たかさん、三森さん、そしてコメンテーターの金川さんに拍手をお願いいたします。ありがとうございました。

(拍手)

(司会) それでは、ご登壇いただきました皆様、どうもありがとうございました。改めて盛大な拍手をお願いします。

(拍手)

(司会) 本日も来場いただきました皆様、長時間にわたりご清聴いただきありがとうございました。

以上をもちまして、令和4年度自立支援協議会セミナーを終了させていただきます。

どうもありがとうございました。

事務局からご連絡いたします。次回以降の参考とさせていただきますので、アンケートへのご協力を是非お願いします。お帰りの際、ロビーに設置してあるアンケート回収箱に入れていただければと思います。

一時通行証は、お帰りの際、セキュリティーゲート通過時に使用しますので、くれぐれもご注意ください。

皆様、お忘れ物のないようにお帰りください。

本日はありがとうございました。