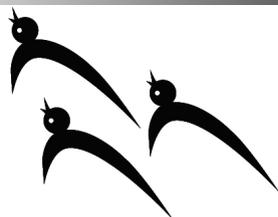


平成 18 年度
精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書

グループホーム等の住居支援に対する提言

— 北海道・秋田県・東京都の実践から —



社会福祉法人巣立ち会

平成 18 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業



目次

1. はじめに	1	
2. 実践報告～居住支援の実際～	3	
●北海道編	社会福祉法人慧誠会、NPO 法人十勝障がい者支援センター NPO 法人 十勝障害者サポートネット	3
はじめに	5	
1. 帯広・十勝圏域の概要	6	
(1) 活動初期からの歴史		
(2) 組織体制		
2. 実施地域の概要	10	
(1) 地域特性		
(2) 医療情報		
(3) 社会資源		
3. 帯広・十勝圏域の住居支援	14	
(1) 住居の実態		
(2) 支援の内容		
(3) 支援体制		
(4) 様々な出来事とその対応		
4. 事例紹介	28	
5. 利用者のデータ	32	
6. 今後の課題	34	
●秋田県編	医療法人興生会 社会復帰施設	35
はじめに	37	
1. 興生会における社会復帰施設の概要	38	
(1) 概要		
(2) 活動初期からの歴史		
(3) 組織体制		
2. 実施地域の概要	43	
(1) 地域特性		
(2) 医療情報		
(3) 社会資源		

3. 興生会の住居支援	47
(1) 住居の実態	
(2) 支援の内容	
(3) 支援体制	
(4) 様々な出来事とその対応	
4. 事例紹介	67
5. 利用者のデータ	70
6. 今後の課題	80
● 東京都編 社会福祉法人 巢立ち会	81
はじめに	83
1. 巢立ち会の概要	84
(1) 概要	
(2) 活動初期からの歴史	
(3) 組織体制	
2. 実施地域の概要	93
(1) 地域特性	
(2) 医療情報	
(3) 社会資源	
3. 巢立ち会の住居支援	100
(1) 住居の実態	
(2) 支援の内容	
(3) 支援体制	
(4) 様々な出来事とその対応	
4. 事例紹介	125
5. 利用者へのインタビュー調査	130
6. 利用者のデータ	136
7. 今後の課題	141
3.3 ケ所の実践比較	143
4. 総合考察	159
5. おわりに	164

はじめに

住居支援の実践にあたって

「グループホーム等の住居支援に対する提言」

精神障害者の退院促進を行っていく際に、住居の確保が非常に重要になってくる。残念ながら 7 万 2 千人の社会的入院者を地域に退院させるという方針がでていながらもかかわらず、現実には遅々とした歩みであることを否定できない。

そこで、日本国内の住居支援に特化した地域を 3 ヶ所取り上げ、活動の内容を紹介していきたい。紹介する実践は

- 北海道編 社会福祉法人慧誠会、NPO 法人十勝障がい者支援センター、NPO 法人 十勝障害者サポートネット
- 秋田県編 医療法人興生会 社会復帰施設
- 東京都編 社会福祉法人巣立ち会

以上 3 ヶ所の住居確保、支援体制、活動理念等の実践報告をすることによって、今後のグループホームの運営や住居支援を行っていきたいと考えている方々に参考になればとの思いを込め、3 ヶ所の比較、共通点、ポイント等を検証していくことにする。



～居住支援の実際～

北海道編

社会福祉法人 慧誠会

NPO 法人 十勝障害者サポートネット

NPO 法人 十勝障がい者支援センター

(北海道帯広・十勝圏域)



はじめに

精神病となった国民の社会的処遇には、社会防衛を基本として施設(病院)中心の処遇と本人主体を基本として地域ケア中心の処遇がある。世界的に見ても歴史的発展経過としては、施設処遇から地域ケアへと移行しているが、我が国は施設ケア中心から地域ケアへの移行への過渡期的段階にようやく入りつつある。欧米先進諸国より処遇政策としては30年から40年の遅れといえる。

地域移行にあたって基本となるケア資源は住居の確保であろう。米国においては住居資源の十分な開発が行われなかったことから、多数のホームレスを生み、不幸な経過が報告されていたことは歴史の事実である。我が国はこの不幸を繰り返すことなく住居資源開発に力を注ぐことが重要である。

私たちは北海道の東部に位置する帯広・十勝圏域において地域ケア中心の精神保健活動を目指し、制度のない時代から地域ケアへの移行に取り組み、1982年から独自の住居資源開発を続けた結果、200人分を超える精神病を抱えた人が利用可能な専用住居の確保と、一般住居への入居によって、病床を970床から540床に減らすことを実現させた。

ここに帯広・十勝圏域における精神病を持った人々が利用できる専用住居開発の歴史を概観し、日本における脱施設化政策となる障害者自立支援法による地域ケア中心時代の住居のあり方について言及したい。

1. 帯広・十勝圏域の概要

(1) 活動初期からの歴史

ここでは、住居資源開発に焦点を当てて稿を進める。1969年に3病院5人の精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）は十勝PSW研究会を発足させた。毎週月曜日に定例会を開いたことから通称『月曜会』と呼ばれてきた。現在も第二・第三世代によって継続されている。当時、PSWの所属する病院の精神科医達と当時出版された『社会精神医学』の抄読会が開かれ、精神医療のあり方や、地域活動についての議論を行っていた。実践では病院医療に限らず、PSWによる訪問活動を展開し、精神科医の往診も比較的多い地域であった。PSWによって始められていた保健所訪問は1971年より精神科医も同行するようになり、4保健所において通院が距離的にも困難な患者に対し保健所においてサテライト外来を開設するなどの地域精神医療を展開した。このサテライト外来は、30年後に北海道の単独事業として町立病院外来に精神科サテライトクリニックとなり、十勝圏域では2つの町立病院に複数の精神科病院から精神科医とPSWが派遣されている。また、サテライト制度とは別に精神科医が嘱託として1つの町立病院に派遣されている。1970年代に保健所の場を借りて、複数の病院の精神科医・PSW・保健所・市町村保健師、児童相談所、特殊教育の教員などにより事例検討会が毎月数十名の参加によって継続され、精神医療・保健・福祉の共通認識や情報交換などに役立った。1973年横断的組織、圏域内の全市町村も加入する十勝精神衛生協会が発足した。この会により、地域の共通イベントや課題の事業化の場として現在まで有効に機能している。『心の健康ボランティア講座』『心の健康フェスティバル』『講演会』などが継続されている。

また、全国レベルの『公設リハビリテーション研究会』、『日本集団療法学会』『自治体病院全国研修会』『病院・地域精神医学会』『日本精神障害者リハビリテーション学会』などを開催。これ以外にもシンポジウム・講演会はかなりの頻度で行ってきた。これらを開催するために集まる専門職の連携はおのずから深まることとなり、地域ケアへの志向や新しい取り組みへの動機付けは資源開発の力となってきた。当地には日本の著名な方たちが訪れ、遠く学会・研修などに行かずとも理念を学び、技術を習得するに困らない環境があった。

当事者活動にも早くから取り組み、1967年には精神科医と看護師によって退院者クラブが発足している。1977年に私が担当していて退院した数名の患者とともに『つくしの会』が発足し、いまだに月例会が続いている。1987年には『十勝ソーシャルクラブ連合会』が作られ、当事者によって全国精神障害者連合会

の全国大会を開いたこともある。

この10年間に複数のピアカウンセリングが始まり、ピアサポーターとして退院促進支援や生活支援に加わり、当事者が複数の非常勤職員となっているなど、今後の活動に期待されている。

海外情報なども積極的に取り入れてきた。1990年前後から米国オレゴン州の当事者と職員を招いたことから始まり、カナダ、オンタリオ州の当事者とスタッフなどを招いた。1992年4月国際法律家協会(ICJ)が日本政府に提出した勧告書に当地域の活動が次のように紹介された。「北海道十勝で得られた経験は、継続的ケアを与えるためにメンタルヘルスケアの制度を調整することが可能であることを示している」と。このミッションの一人であるジュネーブ大学司法精神医学の教授は2度帯広に来て交流している。この勧告書にあるように、十勝では地域ケアの制度がない時代から地域ケアを行ってきたことから、法制度がなくとも地域ケアは可能なのだと評価されるまでになってきていた。1999年世界心理社会的リハビリテーション学会から出版された「精神障害リハビリテーションに関する国際的実践活動集」に当地が紹介され、世界のベストプラクティスとして紹介された。1994年から世界120地域の審査を開始し、83地域がベストプラクティスに選ばれ私たちの活動が心理社会的リハビリテーション活動として評価された。私たちは心理社会的リハビリテーションについて専門的に学んだわけではなく、日々の臨床活動において出会った患者のニーズを満たす活動を蓄積することにより、結果としての地域ケアが展開され、必要に迫られて資源開拓を続け、生活を支援する中で支援方法や援助技術を取得してきたのであった。2000年に私たちは自分たちの活動についてコンサルテーションを受けるべく米国ウィスコンシン州デーブ郡「マディソンモデル」の行政責任者デイヴィッド・ルコント氏を招いた。この結果は「日本の精神保健システムを最良のものにするために」－課題と勧告－『ルコントレポート』として公表され、その中で「帯広はおおむね規模はマディソン並であり、居住、就労機会、生活支援、それぞれの基礎的なものは地域に存在している。理解ある職員・専門家のコアグループ、地域での治療に非常に関心のあるコンシューマーがいる」と述べられた。私たちは2004年度から年1回マディソンモデル研修ツアーを始め、精神科医、PSW、看護師、作業療法士(以下、OT)、保健師などが研修している。2006年度からはマディソンでの当事者交流と当事者スタッフの研修を始め、新たな活動の展開を始めている。

私たちが精神保健システムとして本格的に取り組み始めたのは、1993年から北海道が始めた「精神障害者社会復帰支援システム」の指定を帯広ケアセンターが受けてからである。保健所と連携してネットワーク会議(生活支援会議)を

開催し、地域コーディネーターチームを編成し、ネットワークを構築し、退院促進と地域生活支援を行い、地域資源開発を行うというものであった。一方、1995年から国において開発され始めた精神障害者のケアマネジメント開発に関与し、1997年以降ケアマネジメントの試行・本試行・モデル事業を取り入れ、個別支援の地域ケアの方法としてケアマネジメントを導入した。これにより『生活支援会議』(月1回)とともに『ケアマネジメント会議』(月2回)の定例化が現在まで継続されている。2005年からは退院促進モデル事業を、マネジャー(精神保健福祉士)と当事者2名の支援員(パート採用)により実施、この取り組みは2007年度から北海道の事業として採用された。

生活支援は、当事者ニーズ中心に当事者の生活=人生の質を高めようと協働することから始まる全ての活動が基本である。生活とは多様であり、個別性があることから、柔軟な支援方法・内容が原則である。しかし、生活には共通の課題と機能が存在しており生活条件として衣食住が共通して生活の必要条件である。私たちPSWは1980年代初頭において生活支援の必要条件として『医意食職住友遊』を掲げた。『医』は精神障害者には良質な医療が継続的に必要である。最も副作用が小さく再発予防となる至適医療。『意』は本人の意思、自己決定を含むその人自身のニーズを含む意志。『食』は健康維持のためのバランスの取れた食事。『職』は就労、社会的役割を含む市民としての活動。『住』は安心の場、その人にとっての基地、生活の全ての基本となるもの。『友』は人として満たされ成長発達できる基本。『遊』は楽しみ、暮らしの清涼剤として必要なもの。この7つの生活条件を共通の課題として取り組むことにした。

バンク・ミッケルセンは『住居』『日課』『余暇』が保障され満たされることがノーマライゼーション社会と唱えた。私たちもこの3つを基本とし7つの生活要素を個別に考えて支援することを続けてきた。

共通する課題は『住居』である。ここで取り上げ報告する課題も住居である。住居は地域ケアの基本要素である。

(2) 組織体制

<経営的な面>

長く続けられてきた任意団体の運営には、それぞれが所属する病院、施設などの専門職職員による業務支援なくして経営も困難であった。補助金などによる自立した運営は困難であり、借金をしてまでの資源開発はまったく行っていない。施設整備にかかる財源は制度活用も含みほとんど行ってこなかった。住居や通所施設は、全て賃貸物件であり、オーナーの好意による低額な物件確保によって資源が開発されてきた。法人化などに関しても、その法人運営に係るコストと労力を考えて取り組むことをしないままにきていた。制度は時に運営に労力を要することとなり、そのための経費がかかりすぎることから、利用者サービスの低下が懸念される。あるいは資源開発の余力を奪われる傾向にあることは、残念なことである。

行政は間接補助金について概算払いに配慮し、協力的であったことも資金繰りなどがおおむね順調となってきた。

<職員処遇>

待遇は決してよくはない。住居などの法外資源のほとんどが主婦のパートによって支えられてきた。帯広ケアセンターと帯広生活支援センターに私を含めて PSW が 6 名と OT が 2 名の専門職によって、資源開発から運営までの兼務に追われてきたのが実態である。業務量はそれぞれに負担の多いことであつたに違いないが、辞めるものもなく、安定した運営が続いてきたのは、それぞれの主体的自覚と周囲との連携協力体制の構築が大きな力となってきたと考えている。

自立支援法によって任意団体は NPO 法人とし、制度内運営にすることにより新たな専門職マンパワーが確保されたが、最も大きな弱点は経理事務を中心とする管理業務への対応である。専門職研修とくに継続的 OJT（職場内の教育訓練）の重要性は大きな課題である。

2. 実施地域の概要

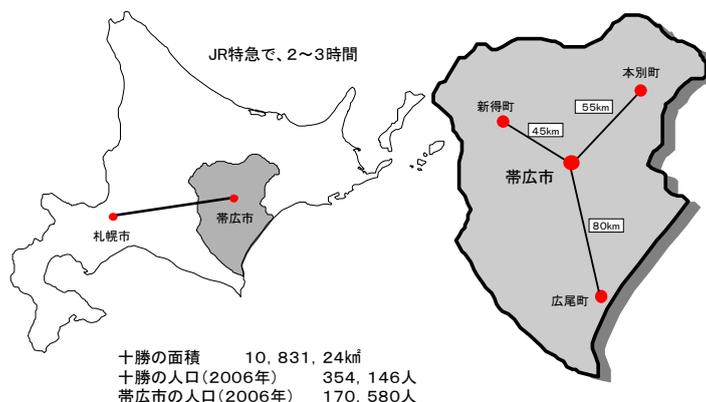
(1) 地域特性

私たちの活動圏域『十勝』は北海道の南東部に位置しており、北は大雪山系、西は日高山脈、東は釧路圏域との境に丘陵地帯、南は襟裳岬を南端として太平洋に面して開かれた地勢に大雪山系から流れる十勝川が流れ、肥沃で広大な北の大平原たる十勝平野が広がっている（下図参照）。2000m クラスの山々に囲まれていることから他地域との交流が少なく、十勝独特の開拓魂を歴史的に育み、一つの文化圏、一つの風土を醸成してきた地である。産業は肥沃で広大な土地を生かした日本の食料基地としての大規模農業であり、生活スタイルは欧米に似ていると表されることが多い。広さは、東京都、神奈川県、千葉県を合わせたよりも広く、そこに1市16町2村があつて36万人が暮らしている。私たちは十勝圏域の中央に位置し人口17万人の帯広市において活動してきた。

夏は30度を超え、冬はマイナス25℃にもなる寒暖の差が大きく、天候は日照時間が長く晴天に恵まれている。

開拓の地であり120年と少しという歴史の浅い地であり、全国各地から、習慣、文化、方言、風俗などの違った人々によって地域社会が形成されてきた。厳しい生活環境の中でともに力を合わせなければならなかった歴史を持つ。地理的条件などから他の圏域との交流が不便であることから、保健・医療・福祉、商業圏など完結的な地域であり、日本一広域な二次・三次医療圏と保健福祉圏域が重なった行政圏域となっている。『十勝』は19市町村全体の地名であると同時に、北海道の行政圏域名として使われている。

核家族化・小家族化などは都会ほど進んでいないが、高齢化率は21.2%を少し超えている。生活保護率は9.1%前後である。



(2) 医療情報

当圏域の精神医療情報は次のようになる。1953年に開設された北海道立緑ヶ丘病院は113床でその後増床し、1961年に245床となり、1984年7月より270床、2000年240床、2006年216床の診療活動から始まった。その後、病床数の不足を補うために1964年に民間精神病院が127床の病床、1965年に厚生連立の総合病院に106床ができた。さらに、1966年に社会福祉法人立の総合病院に78床が、1969年に医療法人立の病院に188床が、1974年に国立療養所に結核との合併病棟50床を含む250床が作られた。全国とは違って国公立精神科病床が70%を超えるという地域特性がある。1984年には北海道立の40名定員のデイケアと20名のホステルをもった近代的機能の全国に4箇所しかできなかった音更リハビリテーションセンターが開設された。十勝精神科医会と十勝PSW研究会は1970年前後に作られ、医療機関同士の連携は歴史があった。1970年前後には、5病院協働で入院患者と職員が農家に大集団で行き、得られた収入で札幌交響楽団の演奏会を開き、入院患者を招待するというイベントを行うほどの連携があった。

1984年に中核となっていた北海道立病院が新築移転し、リハビリテーションセンターを併設することにより、当時としては最先端の急性期医療からリハビリテーションまでの医療サービスが整っていた。病院間機能分化などが医師の間で議論され、病院間でそれぞれ特徴的医療を行う傾向にあった。たとえば急性期に対応する病院、児童・思春期などの病棟を持つ病院、脳器質障害など高齢者の病棟を持つところ、アルコール症をより専門的に行う所、合併症に対応できる総合病院の精神科、複数の夜間外来を行う病院など、地域に必要な医療提供を分担して行うことができた。

利用医療機関を変えることなく、他の病院のデイケアを利用したり、他の病院のアルコール集団療法を利用できたり、他の地域では考えられない利用が可能なサービス提供が実施されていた。資源は社会のもの、全ての人が利用できるシステム、これがこの地域でもっとも重要で代表的な特質であるオープンシステムといわれる開かれた利用システムである。医療の質については評価尺度を定められないので評価することはできないが、おおむね日本の平均的水準には達していると考えている。

最近数年、複数の製薬会社や研修企画会社などが主催する精神科医等への見学ツアーや、雑誌などの取材が時々続いていて、全国から来る医療関係者の感想や、その後のリクエストなどから判断するに、精神保健の先進地と評してもあながち間違いではないようである。

精神保健法成立後に設置可能となった精神障害者社会復帰施設に関しては、1984年に開設された音更リハビリテーションセンターのホステル部門が援護寮となり、1年間の期限付き処遇方針は、次の住居の必要性を高め、私たちの住居資源の利用は高まるばかりであった。この援護寮の役割は、退院から地域生活への移行に使われる時代はほぼ終わり、地域生活を送る中で不眠、不安、軽いパニックなど入院の一步手前の時や、持続的ストレスなどにより疲弊感の強い、基本生活に支障が生じる（食事ができない、眠れない、繰り返し帰される堂々巡りの思考など）とき、休息利用、ショートステイの利用により、再入院を予防したり、生活リズム、生活の再構築に利用することが多くなっている。ショートステイなどの制度の利用より、本人の状態に合わせた利用に意義がある。1991年私たちは精神障害者通所授産施設『帯広ケアセンター』を開設し、社会就労事業に限定することなく、一般就労までの支援を展開してきた。生活支援センターも設立し、これらが社会復帰施設である。

帯広・十勝圏域は精神科医療の完結型診療圏である。6病院970床（人口1万人に対し27床）の精神科医療が2006年7月に4病院540床（1万人15床）に減り、圏域全体が地域ケア中心の医療体制へと変化している。

表 1-1
精神科医療資源

●有床病院			
国立病院機構帯広病院	精神科	100床	一般デイケア
道立緑ヶ丘病院	精神科単科	216床	
帯広厚生病院	精神科	70床	
医療法人大江病院	精神科単科	154床	認知症デイケア 一般デイケア
●外来クリニック			
帯広協会病院（総合病院）			
こぶしクリニック			
萩原医院			
大和田クリニック			
田中医院			

(3) 社会資源

表 1-2
社会復帰施設

施設名	備考
北海道立音更リハビリテーション	デイケア・援護寮
帯広ケアセンター	多機能型（就労移行・就労継続 B・自立訓練） 地域活動支援センター併設
帯広生活支援センター	相談支援事業・退院促進・地域活動支援センター
帯広障害者就業・生活支援センター	
十勝圏域障害者総合相談支援センター （北海道委託事業）	
障害者支援センターとかち（帯広市委託）	（障害者相談支援事業は 11 箇所）

3. 帯広・十勝圏域の住居支援

(1) 住居の実態

当地域の住居の概要一覧は下記の通りである。筆者が開発運営してきた住居は※をつけてある。家賃は原則として生活保護でも入居できるようになっており、24,000円から30,000円まで、食事（1日2食）・共益費（電気・ガス・水道料など含む）・家賃・冬期間の暖房料・風呂などを含めて50,000円から65,000円となっている。

<経過から>

表 1-3

帯広・十勝圏域の住居概要～経過～

年	住居の概要	定員
1982年	※朋友荘（食事つき）	16名
	1992年から2006年9月まで北海道単独事業の『共同住居』 →2006年10月より2ユニットのグループホーム 15名定員	
1988年	※悠夢ハイツ（食事つき）→1992年から共同住居、2006年10月 から2ユニットのグループホーム 19名	20名
1993年	※石田荘 → 社協の配食サービスなど	8名
1995年	※ハイツローヤル（自炊タイプ） →グループホーム（2000年より管理住宅）	8名
1998年	※フラワーレジデンス（自炊および配食） → 管理住宅	10名
1999年	※ひまわり荘（食事つき）→ グループホーム	7名
	※コーポ長浜（自炊）→ 2006年10月よりグループホーム	10名
2000年	※こもれび（食事サービス） → 2006年グループホーム	6名
	※ひだまり（食事サービス）→ 2006年よりグループホーム	6名
	※ビエント（食事サービス）→ 開設時よりグループホーム	6名
	※第一飯高荘 8人 配食 共同住居 2006年グループホーム	8名
2003年	・第二飯高荘（配食）→ 共同住居 2006年よりグループホーム	4名
2005年	※第三飯高荘（配食）→ 共同住居 2006年よりグループホーム	6名
2006年	※高橋荘（食事つき）→ 2006年より グループホーム	12名
2006年	※柴田下宿（食事つき） グループホーム	17名

※ 管理住宅・制度にない住居資源。帯広生活支援センターが大家から入居権をもらい、空き部屋があると連絡を受け、入居者を募り、センターが入居の決定をして、大家との賃貸契約を入居者が結ぶ仲介を行う。入居権をもっている見返りに、入居者の生活支援は支援センターが行う。また、修理など大家との交渉などはセンターが行う。

私たちの開発運営してきた住居の運営形態には、自立支援法による共同生活援助事業と入居権をオーナーから受けていて居住サポート事業の支援住居、制度を利用せずに建物ごと借りて管理住居として提供しているものがある。

サービス内容に関しては、食事サービスには世話人住み込みタイプと世話人通い型タイプ、配食型タイプがある。自炊型タイプの住居もあり、食事だけでも、能力に合わせて選択できる多様性を重んじて開発してきた。

かかわりの基本は、本人の力を引き出すことであり、施設化させない運営とかかわりを基本としてきた。世話人の保護的・干渉的かかわりを排除することにより、本人たちの現実対処の困った状態から個別生活課題を明確化し、支援の方針を立ててかかわるということを原則としてきた。これには、マンパワー確保が不十分な財政基盤があったが、むしろこの距離のあるかかわりが、彼ら同士の支えあいを生むことや、本人が対処能力を伸ばすことに役立ったと考えている。生活の場という環境、住居は安心して自分の自由になる空間と時間を得ることによって、時間はかかるものの安定した状態と生活の質の高まりが得られることを実感している。その結果は、再入院しても短期間で退院できること、世話人の見守りや必要なときのかかわり、本人が外の多様な資源を利用することにより、そこで出会う人達（専門職・ピアなど）によって生活継続が可能となることや、訪問看護やホームヘルプ・ピアサポートなど、訪問型サービスによる支援の重要性が再発予防を含む生活の成立条件を満たしてきた。

入居者の日中活動も多様である。病院のデイケアは生活維持型のプログラムが圧倒的であるが、生活支援センターのドロップイン機能やサロン、たまり場、ピアグループの活動など、医療から離れた生活余暇資源を利用してもらうこと、就労支援施設や作業所などの働く機能を希望するものには複数の施設が利用されている。手芸やトールペイントなどカルチャーセンター的プログラムを利用するもの、地域 SST（社会生活技能訓練）を利用するもの、何も利用せずにぶらぶらと街中を徘徊したり、自室に閉じこもりがちになるものなど、多様な生活が保障されている。しかし、再発予防は基本支援にすえられてきた。

当地の世話人に専門職はいない。世話人業務は、素人の主婦が中心となってきた。食事の支度、共用部分の清掃、本人たちの日常生活で困ったときの支援

である。加えて、それぞれの住居には必ず専門職（大部分は PSW）が担当者として配置されている。その担当者と利用者が通っている病院の個別支援担当者（ほとんどの入居者は退院後も利用が多く、退院時には必ず個別支援担当者が決められる）と連携して支援に当たる。病状不安定、能力障害の重い者には、1998年以降ケアマネジメントにより支えるシステムがあり、マネジャーが決まっている。多くは住居資源の専門職ではなく、第三者的専門職によってマネジメントされている。訪問型サービスは生活支援にとって重要な支援機能であり、訪問看護、ピアサポート（当事者による訪問、一部は生活支援センターのピアスタッフとしてパート雇用されているものもいる）が存在する。2006年度からは、音更リハビリテーションセンターの PSW、看護師、OT、心理士などによる 2 つの ACT チーム（包括型地域生活支援プログラム）により、重症な利用者に対する週 3 回以上の訪問支援を利用しているものもいる。

私たちの生活支援の基本特性は、施設完結主義を排除したこと、完結的個別支援を排除したことが基本にある。いずれにしても、世話人や専門職にとっても個別支援者の完結的にかかわりはバーンアウトを生みやすく、利用者との距離に問題が生じやすい。それが利用者の力を引き出すことを阻害する因子になると考えてきた結果が、程よいかかわりの距離をもって世話人、専門職支援業務を続けることにつながった。これが十勝方式であり、支援システムとして作り上げてきたソフト重視の活動である。立派な建物はアメニティにおいて満足すべきことも多い、しかし、利用者をいつまでも半人前として対応することになる危険性を危惧し続けてきた。私たちのやり方は法制度の中ではやりにくくなっている。決められた画一的業務と過干渉・過保護的になりがちな機能が求められる傾向を感じている。

表 1-3 以外には、精神障害者用住居として以下のものがある。

表 1-4

精神障害者用住居（表 1-3 以外）

年	住居の概要	定員
1984 年	・北海道立緑ヶ丘病院付属 音更リハビリテーションセンター → 援護寮	20 名
1988 年	・あおぞら荘 → 1992 年より共同住居運営事業 → 2006 年 10 月よりグループホーム	10 名
1990 年	・常葉倶楽部 → 支援下宿	20 名
1994 年	・すみれ荘 → 共同住居から 2006 年 10 月より福祉ホーム ・佐竹荘 → 2006 年より福祉ホーム	10 名 16 名
1999 年	・ドリームハイツ → グループホーム 食事サービス付き	8 名
2000 年	・まなべハイツ → 自炊タイプ	5 名
2002 年	・コーポトノウチ → 共同住居	12 名
2005 年	・ほっとぶらっと荘 →2006 年 10 月よりグループホーム 食事つき	11 名

＜住居の見つけ方＞

今までの開発方法は、食事つきが必要なときは一般下宿(食事つき)に直接交渉し、病気のことは伏せて暮らし始めたこともあれば、内緒にしていた人が病状悪化で再入院したことをきっかけに専門職が関わり、実情をお話しすることで、病気がわかってでも継続利用が可能なことが多かった。むしろこの方法によって、その下宿の空きができたときに声をかけてくれることが多く、結果的には数年後には病気の人ばかりの下宿が数箇所できてしまった。その下宿を共同住居事業の対象となり、共同住居補助金事業が廃止になった 2006 年 10 月からは、グループホームに変更するなどして、住居の確保が継続されている(表 1-3 の※印の付いているもの)。古くなったマンションに空き室が増え、空き室対策として室料を下げてでも利用してほしいオーナーがわれわれが探していることを聞き、相談に来て利用が始まったところがある。この住居は管理住居として新制度の居住サポートの内容とほぼ同じになっている。

・住居資源開発のはじまり

PSW として病院で働いていて、入院患者との繰り返される面接によって、彼らが退院したい希望や、本当は退院したいが、この病気になれば社会では受け入れられないと考えあきらめている人達と出会い、退院の可能性を家族調整や主治医を含む医療関係者の合意を得るべく努力することが続いた。幸い、当地の精神科医たちは、社会復帰について、社会精神医学の考え方などに深い理解を示していて、共に考えられる環境があった。

a) 失敗に終わった住居支援

1972 年頃から院外作業を開始し、1976 年には院外作業先の社宅を借り、2 人の女性が共同生活を開始したため高い頻度で訪問支援を行った。自宅への退院、家族の受け入れが困難であれば、アパート退院などを地道に進める一方で、共同生活支援を行ったが、2 人の人間関係、特に経費の負担割合や、生活の仕方の違いを柔軟に折り合いをつけることの困難さが、2 年ほどで別々の生活をせざるを得なくなり、個別に借家と市営住宅に別れて暮らす結果となった。この経験は、頻回の訪問や調整など極めて手数のかかる支援であったことから、共同生活者同士の人間関係の距離とそれぞれの基本生活の「独立性の確保」と「共同性の調和」が共同生活における住居支援の課題であることが確認できた貴重な体験であった。この共同生活支援方式という方法論では、多くの人への支援は困難と考え、支援マンパワー確保の困難性からも、次の方策を模索することとした。

b) いわゆる下宿形式（食事サービスつき）の住居運営

1980年に医療法人大江病院の理事会は、理事である私も含めて利益の配分についての考え方をまとめた。1/3を職員に、1/3を留保に、1/3を患者に還元することを決め、患者還元財源の使い道として、住居資源の開発を決めた。当初から、当地の大江病院に2人、総合病院帯広厚生病院に2人、総合病院帯広協会病院に1人の計5人のPSWが毎週集まる勉強会『十勝PSW研究会』（月曜会）に住居資源の運営を任せるとの方針を決める。

十勝PSW研究会の5人は、1982年に十勝精神障害者社会復帰促進協会を設立。精神科病院関係者、医師、看護、コメディカルなどを当初は100名ほどの会員によって年間1～2回のシンポジウム開催と共同住居運営を事業として活動を開始した。会員は徐々に減り、2006年9月30日の解散時にはたったの15名であったが、この会の果たした役割はきわめて大きかった。帯広・十勝圏域の地域精神保健活動の資源開発はこの任意団体が先駆けて取り組み、沢山の地域生活資源を結果的に開発したのであった。

事業は退院促進（社会復帰）を図るために作られたことから、「住居資源開発と運営のための活動」と「日中活動の資源開発と運営」を行ってきた。中心となっていた5人のPSWは3ヶ所の病院職員（総合病院帯広協会病院1名、総合病院帯広厚生病院2名、単科精神科病院大江病院2名）で当事者のニーズは各病院入院者の退院希望が中心となっていた。退院できない理由は帰るべき家がない人達で、家族が反対しているときは、家族の負担を軽減することを説得し退院することを支援した。私たちは精神障害者の保護義務者制度（精神保健法の保護者制度）について、保護者の負担の重さが問題であるとの認識を持っていたことから、家族扶養を当然のこととは考えず、社会扶養によって支援されるべきであると考え、社会扶養の資源開発として取り組んできた。

1982年6月、16人が生活できる『朋友荘』の建築途中に、地域住民の強烈な反対運動が起った。オープン1か月前まで続けられた町内会の役員との数度の交渉は決裂、住民との団体交渉となり、聞くに堪えない偏見の言葉による精神障害者の蔑視に対し、最終的に和解することなく、精神障害者も生活する権利はあるという私たちの主張によって決裂したままに入居することとなった。

制度も何もない時代に、私たちはこの住居を共同住居と呼び、数年間は365日3食の食事サービス付き住居として始められた。帯広・十勝圏域の精神保健福祉活動はオープンシステムとして評価され特徴とされてきたが、これは、最初に作られた朋友荘の運営理念として掲げられたものが、その後の四半世紀に及んで資源の基本にすえられたものであった。それは、男女混合であること、共同住居ではあるが、共有スペースなどの掃除や管理を入居者に負担させない、

管理人を置かない、規則など約束事は全員ミーティングで決める、盗難など問題が生じたときは一般市民同様に警察などの市民が利用する公的サービスを利用する、資源は誰が開発し運営しようと、社会の資源であることから、全ての精神障害者が利用できるオープンシステムであることなど、一般市民生活を基本とした生活にこだわって運営されることとなった。1982年8月1日(日曜日)5つの病院から同時に退院した方たちの入居から始まった。

この住居は10年後にようやく北海道単独の共同住居運営事業の補助対象施設となり、それまでボランティアで支援してきた5人のPSWは、世話人をパート雇用できることにより、負担が軽減され、年月とともに必要となる修理修繕費も補助金によって賄えるようになってきた。制度を作るのに実績を10年間も蓄積しなければならない現実を経験したのである。

c) 理解ある市民（スポンサー）によって住居を開発

1988年8月、20名が暮らせる住居が新築された。この住居は私たちの活動を理解してくれた篤志家によって新築提供された。共同住居補助金事業の対象となる可能性があったこと、『朋友荘』の運営経験は社会復帰、住居支援、退院支援に大いに役立ち、再発予防にもなり、再発再入院しても短期入院ですむことなど、本人の満足度はもちろん、精神医療専門職にとっても退院尺度の変更を伴う有効なりハビリテーション資源として評価されるようになってきていた。20名の定員は開設1か月もしない間に満室となり、今まで空室になってもすぐに入居が決まるという現実が続いてきた。

このような理解ある市民によつての住居資源の提供によつて、その後3箇所が開発された。1992年に11名が暮らせるワンルームマンション形式(自炊タイプ・バス・トイレ付き住居)の住居、1994年から利用させてもらった10名が暮らせる住居、1999年開設の18名暮らせるワンルームマンションなどである。

d) 空き家を見つけて交渉した結果グループホームとなった住居

市役所の近くに元旅館の空き家を見つけてオーナーと交渉し、12名の暮らせる住居資源を開発した。ワンルームマンションの空室を借りたことをきっかけにオーナーに精神障害者が住居を探している、本人への個別支援は責任を持つので、空き室が出たら連絡をほしいという話から、入居権をもらい空室がでると私たちが入居を決められるという住居もある。

古い学生下宿が空き室対策として入居させてもらったところが、数年のうちに精神障害者ばかりの入居者となった下宿は、2000年前後に4箇所約50室ほ

どがある。

私たちは、精神障害者専用の住居資源を不動産業者を通して開発はしてこなかった。但し、一般住居を望む精神障害者への支援には不動産業者の利用は頻回にある。いかなる方法によって住居が確保されても、誰もが利用できるというオープンシステムは、共同住居運営事業、グループホーム、援護寮などの法内施設など、いずれの資源も誰が運営主体であろうとも、社会の資源であることから、特定の病院利用患者や、限られた人だけが利用できるというクローズの利用は否定されてきた。社会の資源は全ての人が利用できる可能性を保障されなければならない。

私たち5人のPSWが任意団体として作った十勝精神障害者社会復帰促進協会が運営する住居資源開発を中心に開発の概観を述べてきた。この団体は通称『朋友会』と呼び、活動の沿革は表1-5の通りである。

表 1-5

朋友会の活動沿革

1982年	3病院5人のPSWによって発足 100名程度の会員を集めたが会員は逡減。
1982年 8月	朋友荘開設 16人の食事つき住居の運営
1986年	朋夢共同作業所開設 十勝圏域で初めての通所資源内職センターとして活動 40名前後が登録
1988年	悠夢ハイツ開設 20名の食事つき住居
1993年	石田荘開設 10名の配食サービス付き住居
1993年	クッキーハウスぶどうの木 15名ほどが登録
1998年	ひまわり荘 7名に食事サービス付き
1998年	フラワーレジデンス 10名にワンルームマンション自炊タイプ
1999年	コーポ長浜 10名にワンルームマンション自炊タイプ住居
2000年	こもれび 6名にワンルームマンション食事サービス付き
2000年	ひだまり 6名にワンルームマンション食事サービス付き
2000年	飯高荘 4名に配食サービス付き
2000年	軽食喫茶『キッチンハウスあしたば』10名が登録

＜入居の条件＞

基本的にすみわけはない。サービスの基本枠組みによって利用者のニーズを満たす場所を選択することが必要と考え、メニューの多様化を考えて資源開発をしてきた。利用者はできる限り多くの資源見学を進めている。資源見学は重要な支援行動である。『お試し』ができることが、彼らが主体的に選択する力を引き出す方法である。私たちの地域では試験利用がどこでもいつでも可能である。但し、宿泊だけは空き部屋がないことも多く試しが困難なことが多く残念である。

＜退居後＞

退居後は本人が支援を希望しなければ医療機関の外来部門だけの対応となる。原則本人次第によってアフターケアを行っている。アフターケアの内容、方法は多様で、本人のニーズ中心と考えている。

(2) 支援の内容

私たちの住居資源は、北海道の単独事業の共同住居と、国の制度のグループホーム、独自の管理住居と支援住居がある。ここでは、共同住居とグループホームの運営形態がほぼ同じであり、ほとんどが2006年10月より自立支援法のグループホームに移行していることから、この住居資源の世話人について具体的業務を紹介する。なお、私たちは世話人を3つの機能に分けて呼び方も変えてきた。

その3つの機能を次の職員として配置してきた。責任者1名、管理者1名、世話人1～3名である。1箇所ですべて常勤体制はなく、いずれも非常勤パート採用である。複数の職員を位置づけていることにはいくつかの理由がある。複数の重層的配置により、誰かが間違いなく対応できる体制を作ること、担当個人の完結的にかかわりを排除できること、専門職と非専門職によって役割分担ができること、専門職が非専門職でもできる業務を担当すると専門性を十分に発揮できなくなることなどがその理由であった。加えて入居者全員に個別担当者として通院医療機関のPSWと生活支援センターの担当PSWが決まっている。自立支援法によりグループホームに移行してからは、管理者がサービス管理責任者になっている。また、入居者によっては生活サポーター（ホームヘルプ機能）、訪問看護、ケアマネージャー（生活支援センターPSWになることが多い）が関わることになっている。

責任者は大家との契約、財政運営全般、建物の管理、管理的事務（利用料の管理・諸経費の管理、交付申請書、実績報告書、事業計画の作成など）に加えて請求事務も入ってきている。この事務量は決して半端ではなく、相当の時間と労力が必要となる。また、責任者は家主との交渉、建物・物品・世話人などの人事などの管理も行う。

管理者は全員PSWで、生活支援センター『帯広ケアセンター』になっている。管理者は入退居時の面接・個別記録・個別相談など、家賃（利用料）の集金を基本業務としている。

世話人は食事・共用部分（トイレ・廊下・風呂など）の清掃と入居者と管理者の連絡調整などの業務である。入居者への直接的個別支援は専門職の管理者業務としているため、私たちのやり方では、いわゆる世話人業務は生活の基礎的部分に限定されている。

管理者は直接援助として日々の面接、生活上の困難についての具体的支援、金銭管理への助言（地域権利擁護による支援員を利用する場合は、ケアマネで支えることが多く、個別支援は管理者ではなくマネージャーが行う）、精神・身体

ともに具合が悪いときの支援には受診支援や服薬などの補助的支援、年金などの通知や役所関連の手続きなどへの同行、新規入居者への生活の具体的支援には、入居初期段階適応支援として訪問・面接・具体的援助などが行われる。定期的・長期的に通院同行支援や自室の清掃支援や買い物同行など生活の具体的支援が必要な場合は、今まではホームヘルパーの利用、今後は生活支援センターの生活サポーター（ピアスタッフが多い）、ないしは相談支援センターの PSW が個別担当となり、定期訪問、定期同行などの支援は行われる。これら複数のニーズを満たす支援や複数の機関・職員が関わる人にはケアマネで支えることが多い。この場合は月 2 回開かれているケアマネジメント会議においてスーパーヴィジョンを受けながら、関係者会議（調整会議）や本人を入れてのケア会議が開催され、支援者相互の役割分担が決められていく。

医療機関や利用者が日中利用している資源との連絡調整など、医療機関への訪問、通所機関への訪問などもある。

現在は 89 人の利用者に対して責任者 1 名、サービス管理責任者（＝管理者）4 人、世話人 22 名となっている。

（3）支援体制

＜支援者としての配慮＞

支援の基本理念はリカバリーにおいている。我が国には精神障害者の生活支援に医療の関与が重要な要素と主張する人が多い。しかし、本人が疾病を抱えて主体的に生きるという動機を支援することなく、受身的に病者として、障害者としての役割を強化していく関係性を続けることは、支援専門職としてはあまりにも内なる偏見の強いといわざるを得ない認識錯誤がある。未だに医療関係者には医療のコントロールなしに生活支援をゆだねることは病状を悪化させることとなり、危険であると主張される。退院支援施設などの中間施設の必要性を支援専門職として本気で考えているとすれば、あまりにも精神障害者理解が表層的で未熟と批判せざるを得ない。長年精神科病院の中で観察され、それによって理解された精神障害者像は、決して彼らの実像とは言いがたい。そこには薬物と施設環境によって生じている施設症化した虚像であることに気がつくべきである。退院後に病院入院生活の垢落しに時間をかけると、本来の本人を発見できることを考えてほしいものである。

施設化は病院だけでなく、地域資源の中でも起こすことがある。それは管理構造の強化と干渉的・保護的・指示的かかわりが彼らの力を阻害する。世話さ

れる、世話する関係の排除なしに地域で生活を続けても決してリカバリーしない。

私たちは指導と訓練といった常套句が彼らをいかにだめにしてきたかを考えるべきである。かかわりの基本はどんなに能力障害と病状が重くとも自尊を決して傷つけないことである。信頼することなしに信頼される存在とはならない。信頼関係は先に私たちが信頼することによって、信頼してくれるきっかけとなるのである。予測される危険、予断にもとづく先回りの対策は決してよい結果を生まない。問題を生じないところに成長発展の兆しはなく、試行錯誤のないこと、衝突の生じない関わりなどには何か問題があり、積極的に点検すべきであると考えるべきである。

画一的かかわりは意味がない、私は素人で主婦の多いパートの世話人に対して、いつも人として自然に接してほしい、世間と出会える普通の、あなたの価値観で接してほしいと言いつけてきた。複数のパート職員がいてもそれぞれの判断で接してほしいと言って来た。これは、そこから問題が生じてもその問題解決のプロセスに重要な支援の力が発揮されるからと考えてのことである。

＜ケアマネジャーの役割＞

当地の生活支援システムは資源の多様性と量的確保が特徴である。加えて、国のケアマネジメントに早くから取り組み、精神障害者ケアガイドライン検討会の試行、本試行にも参加し、モデル事業を受けるなどケアマネを実践してシステム構築も行ってきた。独自に北海道全域を対象としたケアマネジャー養成研修を実施してきた。1999年から月2回のケアマネジメント会議を実施、精神障害者のホームヘルプモデル事業もケアマネシステムの中で実施してきた。また、退院促進支援事業についても、ケアマネシステムを活用しマネジャー1名と2名のピアサポーターによって支援されるシステムを作ったが、これらの内容検討などはケアマネジメント会議に持ち込まれてきた。

マネジャーの役割は大きく、今後制度内ケアマネとの整合性も含み、新たなシステム段階に差し掛かっている。今後は市町村ごとの自立支援協議会において有効な個別支援の方法として展開されることを期待している。

＜法人内施設との連携＞

今までは、作業所、住居資源の管理を任意団体で行ってきたが、2006年9月にNPO法人十勝障害者サポートネットをつくり、新制度に全て移行した。12月に本部を設け、本部職員による連携が取られ始めている。

任意団体の活動は25年を超えているが、この間はできる限りそれぞれの資源は、それぞれが運営できる体制を作ることで、より独立した、安定した状態が保持されてきた。むしろ連携を始めると役割拡散が起こり、現場責任などが不明確になるとの考え方ですすめてきた。結果的に困ったときでも他の資源を巻き込まずにすんでいることと、法人外の支援・連携をそれぞれが頼ることから、外との関係が強化されて、マンパワー資源が開発されていると考える。

＜関係機関との連携＞

私たちの活動は制度内資源開発ではなかったもので、行政とは日常的に関わりはなかった。しかし、保健所の精神衛生・保健・福祉活動の中で業務として連携してきた。保健所ということから北海道の保健部局に対しては、提言を繰り返し、制度新設の意見具申を繰り返してきた。

住居では、補助金制度を新設するように働きかけ、最初の住居資源開発から10年目の1992年からようやく北海道単独事業の共同住居補助金事業が作られた。また、1993年には提案していた精神障害者社会復帰支援システムを事業化し、名寄地域と十勝地域ということで社会復帰施設に補助金をつけ、地域支援システムが始められた。現在も月1回行われている『生活支援会議』はその時から続いている。

帯広市は1992年市長の私的諮問機関を作ってくれた。そして、意見具申の検討会を月1回開催し、1年間続けたのち『帯広市精神保健施策推進にあたっての提言』を市長に提出。審議会を通すことにより、政策課題として取り上げてくれたことが、現在までの資源開発への行政協力となってきた。1997年には、帯広市とJRが協力し、鉄道高架事業とともに駅舎が新築され、その中に『福祉の広場』として公共スペースを確保してくれた。3障害の全施設、障害別団体などによって運営委員会が作られ、アンテナショップの運営が開始された。この活動は障害種別を超えた活動として連携の一つのあり方となっている。

医療機関との連携は、すでに書いたように良好な関係が全ての医療機関とつながっている。但し、医療機関によって地域活動への参加にはばらつきも目立つ。ほとんどの医療機関はPSWが窓口となり、加えて訪問看護部門としての外来部門が医師との連絡調整役を担ってくれている。

保健所との連携も今日まで特に重要であり、長く培われた関係は担当者の配

転などにより多少の変化はあるものの、良好な関係は続いてきた。保健所の各種事業への協力や地域活動への保健所の支援は双方に補い合ってきている。

＜市民の協力＞

特別に協力を受けるように行っていない。障害者だから世間の理解を受ける必要はなく、ごく当たり前で生活していることが大切である。

（４）様々な出来事とその対応

＜生活の中のエピソード＞

- Y氏（女性）は入浴をあまりしないためからか、部屋に異臭がある。同階の住人から廊下にも異臭がするので困るとの苦情が世話人に寄せられる。Y氏はいつも周囲に気を配る生活をしていて、周囲の人の動きを感じるためにドアを少し開けているのが廊下まで臭う原因のようでもある。ドアを閉めるようをお願いしている。
- F氏（女性）は大量のごみを部屋に放置してハエが大量に発生し、3階から1階の軽食喫茶店までハエが移動する事件が発生した。その原因がF氏のゴミであることを何度も話し合っただけで了解してもらうまで時間をかけ、その結果は、世話人と2週に一度はゴミの分別や、捨てる作業を行うこととなった。
- H氏（男性）は趣味のトランペットを毎日吹くため、グループホームの住人だけでなく、近所からの苦情も寄せられ、世話人が対応し、H氏とも話し合い気をつけるとの約束をするが、1～2週間もすると再び同じことが起こる。そのつど対応している。

＜緊急時の対応、工夫＞

各住居の入居者は生活支援センターに登録をすると24時間オンコールの電話を利用できる。住居担当専門職、責任者の電話番号などが電話（ピンク）のところに書いてある。また、各医療機関が全て書かれていて、24時間対応ができる。直接、警察、消防、救急などに頼むことを奨励している。

＜防災対策＞

過去に2箇所の住居資源で小火騒ぎが起きていて、消防が駆けつけて騒動となったことがある。基本的には利用者の判断に任されている。

4. 事例紹介

<事例①>

- (1) 属性 女性・56歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 B町にて7人兄弟の次女として出生。中学卒業後、町内の保育所にて臨時の保育助手を1年間勤めた後、C県の繊維工場で4年間勤務する。その後、姉妹2人と共にD県の紡績工場で働きながら理容師学校に通うも、仕事も学校も通えなくなり、生活が続けられなくなり実家に帰省する。地元に戻っても職がなく、家庭に居場所もなく、そのうち落ち着かない、独り言を言う、とりとめのない話が多くなり、夜も眠らず不穏状態が見られたことから、20歳のときE病院精神科に入院となる。入退院や転院を繰り返し、某精神科外来クリニック通院中の検診で37歳のとき肺結核となり、結核予防法による入院のため北海道に1箇所しかなかったO町の精神科病院の結核病棟に転院した。2年ほどで結核病棟から精神科病棟にうつり、入院を継続、出身地に退院すべく家族調整をするも受け入れられず、入院が長期化。5年目に本人の強い退院要求を病院PSWが支援し病院のある町の隣のF市にある精神障害者共同住居に退院となった。水産加工業の会社に就職したが続かず、精神障害者通所授産施設に通い始めた。共同住居で知り合った男性と交際するようになり、結婚を希望。統合失調症である男性は幻覚妄想状態が続く重症の統合失調症であり入退院を繰り返していたが、結婚の意志は固く、家族などを自ら説得し48歳のとき結婚、丁度その時期に現在のグループホームを新設する準備中であったことから新グループホームには二人が生活できる2間の部屋を設計し完成を目標に家族だけの結婚式を挙げ新居に転居し現在に至る。
- (4) 病歴 D県にて学業と仕事の両立生活を送るが、1971年20歳の時に発病し帰省。その後、1975年2月～1981年8月までE病院精神科に入院し、G病院に転入院して、1981年8月～1987年11月に退院。1988年9月まで自宅からHクリニックに通

院するが、検診にて結核が認められ I 病院に入院となる。1988 年 10 月 7 日に F 市の K 病院精神科に転入院し 1992 年 5 月に退院し、1994 年 4 月以降一時医療中断するが、授産施設に通所。1999 年 4 月 L 病院精神科に 5 日間ほどの短期入院を皮切りに、2002 年までの間に年に 3~4 回ほど短期入院を繰り返していた。現在は、L 病院に月 2 回の通院を継続中である。

(5) 家族状況 両親はすでに他界。兄弟はそれぞれに独立しているが、あまり連絡は取り合っていないとのこと。末の妹が M 市におり、時折連絡をくれるとのこと。グループホームでの緊急連絡先も末の妹になっている。夫が長期入院中であったが、2006 年に退院してきて現在は夫婦揃っての生活ができている。

(6) 経済状況 生活保護

(7) 支援機関 生活支援センター・病院 PSW・訪問看護師・デイケア職員
グループホーム職員

〈現在の生活状況〉

結婚後、まもなく夫が再発し入院。4 年という長期になったが、その間、不安発作を繰り返し、月に数回救急車を呼び内科や精神科を受診することが 2 年間ほど続いた。夫が退院してきてからは心氣的訴えはあるものの、二人でデイケアを利用するなどの生活が続いてきている。

現在は、夫と共に L 病院のデイケアに通って毎日を過ごしている。グループホーム内においても、月に 1 度のミーティングに「具合が悪くなるから行かない」と訴えることがあるが、夫に連れられ参加するようになり、最近では、行かないという訴えはほとんど聞かれない。また、ミーティングで発言する姿もでてきている。

〈今後の生活の希望〉

A 氏としては、短時間で簡単な作業のできる場所に通いたいという希望があるが、通所の為の交通の便が悪く、通所につながり難い状況である。送迎等交通手段が確保できることも希望している。糖尿病も持っているので、栄養管理は難しいが食事の支度等は自分でできることと、相談したり、支援してくれる職員がいるので現在の生活を継続して行くことも希望している。デイケアに通っていなかったときは訪問看護を受けていた。

＜事例②＞

- (1) 属性 男性・64歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 S18年O町にて出生。中学卒後、P市にて就労するが1箇所に長続きせず、職を転々としていた。1960年に家族に黙って上京し働こうとするが、2ヵ月後にはP市に戻り、無賃乗車で逮捕される。精神鑑定の結果統合失調症と診断され、P市のQ病院に入院となる。1970年に肺結核を患い、R市のS病院に転院、1999年9月の退院までのおよそ30年近くの長期入院生活を送る。退院の1年前頃から薬の自己管理などの練習を始め、身辺自立もできるようになってきたこと、共同住居に空きができ、N氏自身が退院に意欲をみせたことから共同住居への試験外泊や退院のための訓練を経て、退院となり、現在のグループホームへの入居となる。
- (4) 病歴 1960年、17歳頃に初受診し、統合失調症と診断される。入院中は、無断で病院を離れて姉の家に行くことはあったが、特に目立った問題行動もなかった。しかし、1970年に肺結核を合併し、S病院に転院となる。転院時の様子としては、落ち着きのなさや徘徊が多くあり、肺結核の治療終了後には、ボールペンを高く持ち上げてグリップ部をカチカチと押す等の常同行為や自室に閉居する自閉傾向が目立っていたが、特別問題行動を起こすということはない。身辺の整理や、清潔の保持、金銭・貴重品管理・服薬管理などの自己管理が難しい様子があった。入院歴としては約30年に及ぶ長期入院であったが、1999年に退院してからは、週に1度の通院を行い退院以降は1度も入院していない。
- (5) 家族状況 O町に兄が住んでいる。退院当時は、時折様子を見に来ることもあったようだが、現在はほとんど連絡を取り合っていない。グループホームの保証人や緊急連絡先も兄である。
- (6) 経済状況 生活保護、障害基礎年金1級受給中。
- (2) 支援機関 生活支援センター・訪問看護・グループホーム世話人
グループホームの近所のラーメン屋さん

〈現在の生活状況〉

退院後 8 年経過しているが、6 年間ほどは週 2～3 回作業所に通っていたが、日中も失禁することがあり、神経性膀胱炎にて通院しているも改善されず、臭気が強いため作業所の仲間からも指摘されるなど本人としては行きづらい場所となり、休みがちとなってきた。失禁による汚れは布団にも及び、ホームヘルプサービスを利用していたが、共同住居がグループホームとなったことから、ヘルパー利用ができなくなり、生活支援センター所属のピアヘルパー（ヘルパー 2 級を持った当事者）の派遣を受けている。

現在は、通院や週に 1 度生活支援センターの職員による個別支援を受けるなどのスケジュールの他は、近所のラーメン屋さんで日中を過ごすなど自分なりの居心地の良い生活のリズムができています。ラーメン屋さんでは、店員さんが出かける時に車に乗せてくれたり、灯油を買ってくれる等インフォーマルな地域の助けを受けることもできています。

〈今後の生活の希望〉

N 氏としては、今の生活で満足しているとの事である。現在の生活を維持しながら地域での生活の継続が現在の希望である。

2 年ほど前 NHK のラジオ番組土曜ジャーナルにまちで暮らす精神障害者としてインタビューに答えるという出演をした。このことはいまでも誇りのようである。

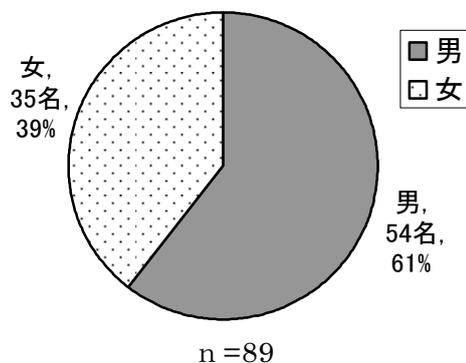
5. 利用者のデータ

ここでは 2006 年 10 月から NPO 法人のグループホームとして運営されている 7 箇所 89 名の利用者について概観する。

<性別>

支援対象者の性別は「男性」54 名（61%）、「女性」は 35 名（39%）であった（図 1-1）。

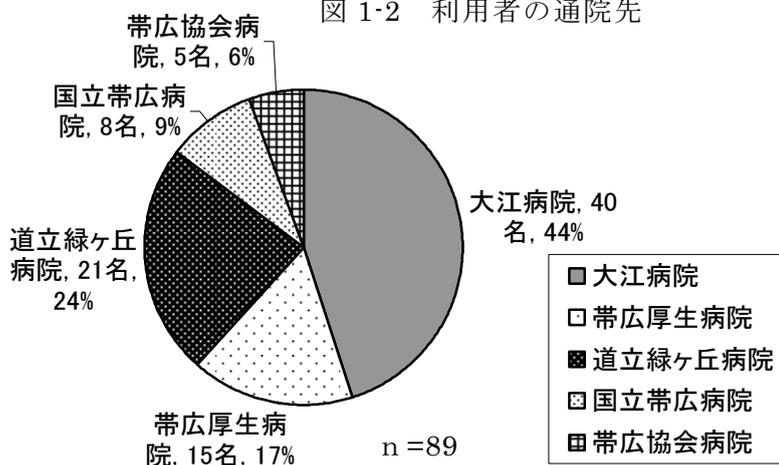
図 1-1 利用者の性別



<医療機関>

通院先は大江病院が 40 名（44%）、帯広厚生病院が 15 名（17%）、道立緑ヶ丘病院が 21 名（24%）、国立帯広病院が 8 名（9%）、帯広協会病院が 5 名（6%）であった（図 1-2）。

図 1-2 利用者の通院先

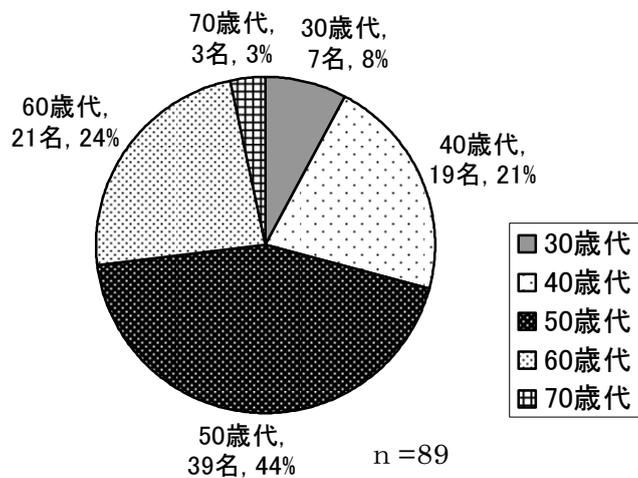


<年齢層>

年齢は、「30 歳代」が 7 名（8%）、「40 歳代」が 19 名（21%）、「50 歳代」が 39 名（44%）、「60 歳代」が 21 名（24%）、「70 歳代」が 3 名（3%）であった。

また、平均年齢は 54.1 歳で、最年少は 33 歳、最高齢は 72 歳であった（図 1-3）。

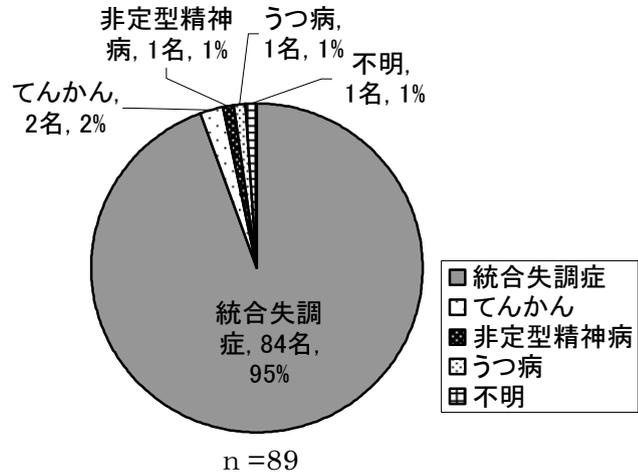
図 1-3 利用者の年齢層



<診断名>

診断名は、「統合失調症」が 84 名 (95%) で、「てんかん」が 2 名 (2%)、「非定型精神病」が 1 名 (1%)、「うつ病」が 1 名 (1%) で、不明が 1 名いた (図 1-4)。

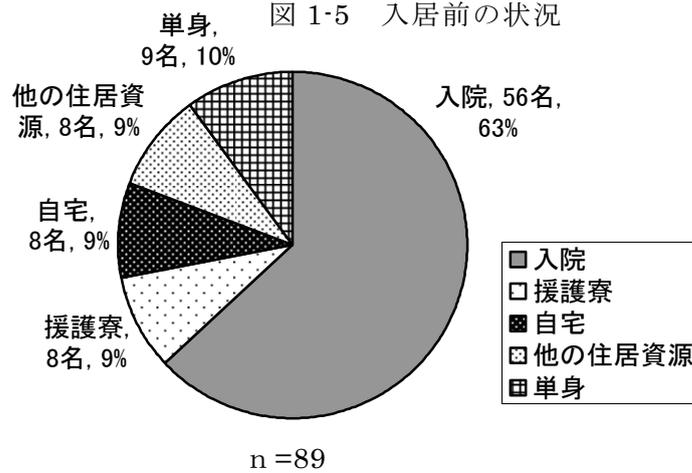
図 1-4 利用者の診断名



<入居前の状況>

入居前の状況は、「入院」が 56 名 (63%)、「援護寮」が 8 名 (9%)、「自宅」が 8 名 (9%)、「他の住居資源」が 8 名 (9%)、「单身」が 9 名で (10%)であった (図 1-5)。

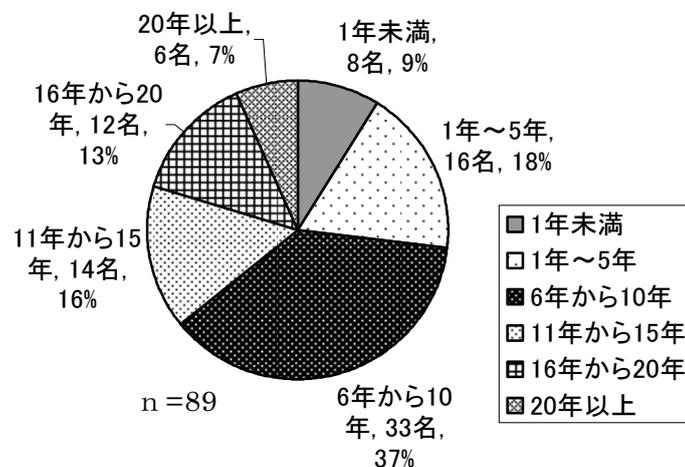
図 1-5 入居前の状況



<入居期間>

入居期間は、「1 年未満」が 8 名 (9%)、「1 年～5 年」が 16 名 (18%)、「6 年～10 年」が 33 名 (37%)、「11 年～15 年」が 14 名 (16%)、「16 年～20 年」が 12 名 (13%)、「20 年以上」が 6 名 (7%)であった。平均入居期間は 9.6 年であった。また、最長は 25 年であった (図 1-6)。

図 1-6 利用者の入居期間



今後の課題

私たちの長年の経験から、かなり病状が不安定であっても、妄想や、幻覚などがあっても再入院することなく生活を継続することが可能であることを実感してきた。住居資源は、期限付き住居の必要性をあまり感じていない。生活の諸条件、特に生活の基本条件である、食事、入浴による清潔保持、日中活動の多様性などをととのえることによって生活の継続が可能である。

課題は多々あるが、高齢化に対応する施策の開発、住居資源のあり方は喫緊の課題と考えている。また、7万人の退院促進に始まる日本版脱施設化は病床削減を伴って進行することと期待しているが、この受け皿のための住居資源は相当数確保される必要がある。費用対効果からいっても、満足度の高い住居資源の開発は重要である。

公営住宅や地方に使われなくなっている公務員宿舎などの活用により、住居資源の確保と、生活支援システムの構築、地域マンパワーの確保が必要である。脱施設化は病院の職員が地域マンパワーとして移行し退院者への支援に活かされなければならないのだが、そのことができない制度の壁があることから、地域マンパワーの新たな確保が必要と考えている。

ノーマライゼーションを唱えたバンク・ミッケルセンはノーマライゼーションの条件として『住居』を真っ先に上げ、『日課』と『余暇』資源が地域に程よく開発される必要を唱えている。住居資源の大切さを強調して終わりたい。

<編集担当>

NPO 法人十勝障がい者支援センター 理事長 門屋充郎

～居住支援の実際～

秋田県編

医療法人興生会 社会復帰施設

(秋田県横手市)



はじめに

横手地域では、入院病床を持つ病院は医療法人の横手興生病院のみであり、地域の精神医療を担ってきた背景がある。当法人では昭和 40 年代頃よりナイトホスピタルとして地域企業との連携をはかり、就労支援に力を注いできた。

入院患者が就労に対する自信をつけ、現在の就労先企業として結びつき、地域で生活する為の基盤となっている。そして受け皿の住居についてもいろいろな試みがなされた。

秋田県には民間の精神科病院が多く、社会復帰施設も医療法人が設置主体となっているものがほとんどである。当法人も秋田県では比較的早い時期、1995 年から、社会復帰施設を設立、活動してきた。

ここでは社会復帰施設を含めた住居支援の展開を、当法人の歴史とともに振り返り、今後の地域ケアのありかたについて考えてみたい。

1. 興生会における社会復帰施設の概要

(1) 概要

医療法人興生会の社会復帰施設は、退院後の精神障害者を地域でフォローしていくことを目的に、1995年より展開している。現在は通所施設1ヶ所、入所施設8ヶ所（グループホーム6ヶ所含）と地域生活支援センターを運営しており、利用者のニーズにあったサービスが提供できるよう、連携をはかっている。

<理念>

地域で生活している精神障害者の課題に関して、個別・具体的な援助を行うとともに、個々人の悩みや不安、孤独感の解消に努める。

<目的>

地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動を行うことにより、精神障害者の社会復帰と社会参加の促進をはかることを目的とする。

◇運営施設

◇医療機関

医療法人興生会 横手興生病院

◇社会復帰施設

日中活動の場 1ヶ所

・ 通所授産施設グリーン

利用者数：20名



通所施設グリーン

住居施設 8ヶ所

- ・ 生活訓練施設（援護寮）のぞみ

定員：20名

- ・ 福祉ホーム B型 やまぶき

定員：20名

- ・ グループホーム つばさ

定員：6名

- ・ グループホーム あおば

定員：6名

- ・ グループホーム こまち

定員：6名

- ・ グループホーム こだま

定員：6名

- ・ グループホーム へいわ

定員：6名

- ・ グループホーム きよかわ

定員：5名



援護寮 のぞみ



福祉ホーム やまぶき



地域生活支援センター のぞみ

支援センター

- ・ 地域生活支援センター のぞみ

登録者数：227名

(H19年4月1日現在)

(2) 活動初期からの歴史

1954年横手興生病院が開設され、1962年には病院家族会『ひまわり会』が発足した。早い時期から造花作りや、製靴（テープ貼りやミシンかけ）、果物包装用パックの院内作業、本屋の配達、クリーニング店や商店、新聞配達等の院外作業に取り組み、町の中にあり、開かれた精神科病院として少しずつではあったが住民からの理解協力が得られるようになっていた。土地柄、精神科病院に入院したら自分の生まれた場所では生活がしづらいという本人や家族の意識が強く、通院で対応できるのに、家族や地域から受け入れてもらえないのが現実であった。そんな人たちのために、病院や職親の近くにアパートを借りたり、民間下宿等を利用させたり、独居高齢者宅に間借りをさせ、お互い助け合って生活ができるようにと、いろいろ試みたが、病状悪化と再発による、失敗の繰り返しであった。

1989年、地域家族会『かまくら会』を結成、空き家になっていた医師住宅を借り、院内作業の製靴業の内職を、『かまくら会小規模作業所』として発展させていった。退院後、この作業所に通所できるようになったが、すぐに飽和状態となり、現在横手市と周辺町村から約30余名が通所している。作業所開設により、民間交通会社（羽後交通）の協力を得、1989年6月より通所者に対しバス運賃を半額にしてもらった。これはその後全国の交通機関の運賃割引に大きな影響を与えた。現在、障害者福祉手帳(緑)を持っている人は、通院や買い物など自由に使用できるようになった。今後は、民間からの協力だけでなく、市町村からの交通費の補助も実現してほしいと願っている。

院内・院外作業、小規模作業所、職親、アルバイト、民間下宿等を、それぞれ利用しても、とても退院者のニーズに応えることができず、1995年4月には援護寮「のぞみ」がスタート（定員20名ショートステイ1名）し、1996年には病院デイケア(大規模)も開設された。

グループホームは1997年「つばさ」（定員6名）、1998年には「あおば」（定員6名）、1999年には「こまち」（定員6名）、さらに2003年には「こだま」（定員6名）が横手市単独事業としてグループホーム賃貸料が予算化された。2007年度から、さらに二つのグループホーム「へいわ」「きよかわ」が認可をうけスタートした。

援護寮「のぞみ」が開設され、いろいろな問題をかかえた精神障害者が寮に集まってくるようになり、その人たちのニーズに答えるための生活支援がスタートすることとなった。当時、生活支援事業に対する国の法的補助制度はなく、地域生活者と退寮者を中心にしたアフターケアとしての相談・援助の活動を展開した。

支援センター「のぞみ」は、1997年4月援護寮に併設し、「地域との交流の場（ホール）」をもたない支援センターとしてスタートした（秋田県初）。交流会などは公共施設を利用し、親睦の場として活用した。又、年中無休24時間電話相談の受付を開始した。

1999年5月、精神保健福祉法の一部が改正され、精神障害者社会復帰施設として地域で支えていく「地域生活支援事業」が策定された。その拠点として「地域生活支援センター」が位置づけられ、極めて重要な役割を担うこととなった。

2003年4月、援護寮から100mほどにある民家を借り、愛称「メンタルサポートセンターのぞみ」として再スタートとなった(独立型)。利用者が欲していること、自分たちができること、地域でできることから始め、少しずつではあったがセンターの役割が見え始め、周囲からも理解されるようになってきている。

表 2-1

医療法人興生会 社会復帰施設沿革

1989（平成元年）年	4月	医師の社宅を利用し作業所を開設。
現在は家族会が運営		
1995(平成7)年	4月	生活訓練施設（援護寮）『のぞみ』を開設
1997(平成9)年	4月	グループホーム『つばさ』開設
1997(平成9)年	4月	地域生活支援センター『のぞみ』開設（援護寮付置）
1998(平成10)年	4月	グループホーム『あおば』開設
1999(平成11)年	4月	グループホーム『こまち』開設
2000(平成12)年	7月	精神障害者通所授産施設『グリーン』開設
2002(平成14)年	2月	精神障害者福祉ホームB型『やまぶき』開設
2003(平成15)年	4月	グループホーム『こだま』開設
2003(平成15)年	12月	地域生活支援センター『のぞみ』施設独立
2007(平成19)年	4月	グループホーム『へいわ』、『きよかわ』開設

(3) 組織体制

< 経営的な面 >

医療法人の為、運営費の寄付は受け付けていない。新しい施設を建設する時、4分の1の費用は法人の自己負担となるため、法人にお世話になっている。対象外経費は法人より補填していただいている。地域生活していく中で再入院が減り、新規入院者のベッドが有効に使えたり、外来通院者が増えているため、間接的に法人に還元できるのではないかと考えている。法人に対しても、国の方針に基づき、社会復帰施設の重要性を説明していくことが不可欠となる。また、バレーボールチームが全国大会に出場した際には、広く寄付を募った。関連機関はもとより住民にも「精神障害者バレー」に対する理解が広まったのではないかと考えている。利用者からも温かいご厚志をいただき、サポーターとしての一体感が生まれた。

< 職員処遇 >

長く病院に勤めていて思ったことは、「相談に来る人は相手を選ばない」ということである。職員は20代～50代までおり、経験年数もさまざまであるが、皆が同じサービス提供をできるように特に情報の共有化には気をつけている。若い職員にもグループホームの世話人など、責任を持った仕事をあたえ、任せるというスタンスをとっている。管理者としては「困ったときは相談するように」という姿勢をとるようにしている。職員はそれぞれ長所、短所あるが、短所はあえて見ないようにし、長所を伸ばせるような適材適所に配属してもらっている。スポーツが得意な職員には運動部の支援を任せたり、お世話が得意な職員にはグループホームの世話人を任せたりしている。

有資格者には資格手当制度を設けている。その為、資格取得率が比較的高いと思われる。毎年国家試験の時期になると、有志で予想問題を作り勉強会をしている。自分なりに目標設定し、資格を取得することは仕事へのモチベーションにつながると考えている。また、人材育成のため研修会には積極的に参加してもらっている。複数名で参加すると知識の共有化ができるので、可能な限り参加してもらっている。

社会復帰施設職員有資格者(手当該当者)

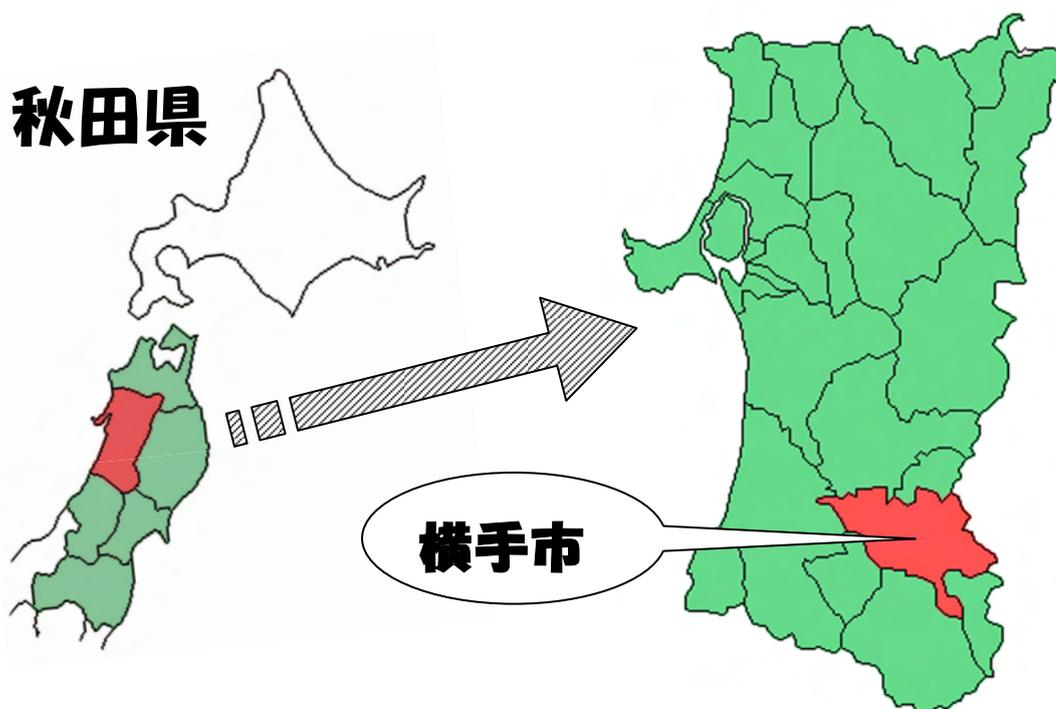
- ❖ 正看護師
- ❖ 作業療法士
- ❖ 介護福祉士
- ❖ 社会福祉士
- ❖ 精神保健福祉士

2. 実施地域の概要

(1) 地域特性

当法人生活支援センター『のぞみ』がある横手市は、秋田県南部に位置する市である（下図参照）。2005年に、旧横手市、旧平鹿郡に属する増田町、平鹿町、雄物川町、大森町、十文字町、山内村、大雄村すべてが合併し、新制横手市として発足。これにより、秋田市に次ぐ県内第2の都市になり、また、県庁所在地である秋田市を除いて県内で唯一の人口10万人の都市となった（2006年10月現在105,385人）。この中で65歳以上の高齢者人口は2001年度の29,230人から2006年度の3,0631人に増加しており、高齢化率も26.5%から29.1%に上昇している。一方で0～14歳の年少人口、15～64歳の生産年齢人口の占める割合は減少傾向にあり、少子高齢化が進行している。

この地域は全国でも有数の豪雪地帯であり、2月に行われる「かまくら」が全国的に有名である。農村地帯であり、住民は閉鎖的でいまだに古い因習にとらわれた考えを持つ人も多い。精神疾患に罹患した家族を持つ人たちの生活は暗く、できれば病人のことを隠しておきたい、一緒に生活できないという家庭環境にあり、地域や家庭への社会復帰が困難な状況にある。（横手市障がい福祉計画 障害者計画「よこてハートフルプラン」平成19年3月より）



(2) 医療情報

①精神科病院等の数

横手市には、入院設備のある単科の精神科病院は当法人横手興生病院のみである。その他に精神科クリニックが 1 件、総合病院の心療内科が 2 件ある。

②横手興生病院の病床数

横手興生病院の病床数は現在 385 床である。しかし、国の精神科病床削減の方針にそって今後病床数を減らす計画を立てている。

③訪問看護について

横手興生病院では、地域で生活している精神障害者を対象として訪問看護を実施している。訪問看護では看護師、精神保健福祉士、作業療法士が対象者となる方々を定期的に訪問している。

④デイケアの状況について

横手興生病院ではデイケア・デイナイトケア・ショートケアの 3 種を実施している。デイケア・デイナイトケア・ショートケアの職員は医師、精神保健福祉士、看護師などで構成されている。対象は自宅、アパート、下宿などの地域で家族や単身生活を送っている方々であり、当社会復帰施設である援護寮『のぞみ』や福祉ホーム B 型『やまぶき』の入寮者も対象となっている。利用者は一日平均で 45 名ほどである。そのうち横手市の利用者は 8 割程を占める。バスなどの交通機関が不便な地域もあるため、曜日毎に地域を変えて（近隣市町村を廻る曜日もある）の送迎を行なっている。

当法人の社会復帰施設からは一日平均 20 名あまりが参加している。グループホームからの利用者は 2、3 名であり、仕事のない日に余暇の活用として利用している程度である。月に 1 回、社会復帰施設の職員と『連絡会議』を行っており、利用者のケース検討やプログラムの検討などを行なっている。デイケア・デイナイトケア・ショートケアでは活動場所の提供、精神障害者同士の交流の場、地域生活において必要な技能を学ぶ場などを目的としている。そのためプログラムとしては SST（社会生活技能訓練）、各種手工芸、各種共同作業を提供して、その中から参加者自身が選択して参加できるように工夫されている。

デイケア・デイナイトケア・ショートケアと同様に横手興生病院では外来作業療法も実施している。外来作業療法もデイケア・デイナイトケア・ショートケアと同様の対象者に対して各種活動の提供を行っている。地域で生活されて

いる精神障害者が自身のおかれている生活状況、経済状況、各個人の状況に応じて自分でサービスを選べるように環境が整備されている。また、横手興生病院では重度の認知症患者を対象として、重度認知症デイケアも実施している。

⑤特徴

秋田県横手市には入院設備の整った単科の精神科は当法人の横手興生病院のひとつしかないため、入院する利用者は横手市だけにとどまらず大仙市、美郷町、湯沢市、仙北市など県南のほかの市町村からも入院がある。対象となる疾患も統合失調症、認知症、知的障害、てんかん、アルコール依存症、境界性人格障害など多岐にわたる。

入院者は、以前は長期入院の方の割合が多かったが、精神科作業療法をはじめとした院内リハビリの充実とデイケア・デイナイトケア・ショートケアなど地域で生活する精神障害者を対象としたリハビリ施設の充実、社会復帰施設の整備などにより退院する精神障害者が増えたため、その分、発症間もない急性期の入院者の割合が以前より増えている。これは全国的な入院者の傾向と同様のものであると思われる。

⑥精神科受診者・入院者・通院者の推移

精神科受診者総数の推移をみると、1995年の1,156名から2004年では1,762名と606人(52.4%)増加しもっとも多くなっているが、2005年には1,677名となっている。病態などを認知して通院している方が入院で187人、公費負担医療で治療している方が432名と考えられるが、その他の精神科受診者数は2005年時点で1,058人と約1.7倍いることから、今後サービス利用者も増加するものと考えられる。(横手市障がい福祉計画 障害者計画「よこてハートフルプラン」平成19年3月より)

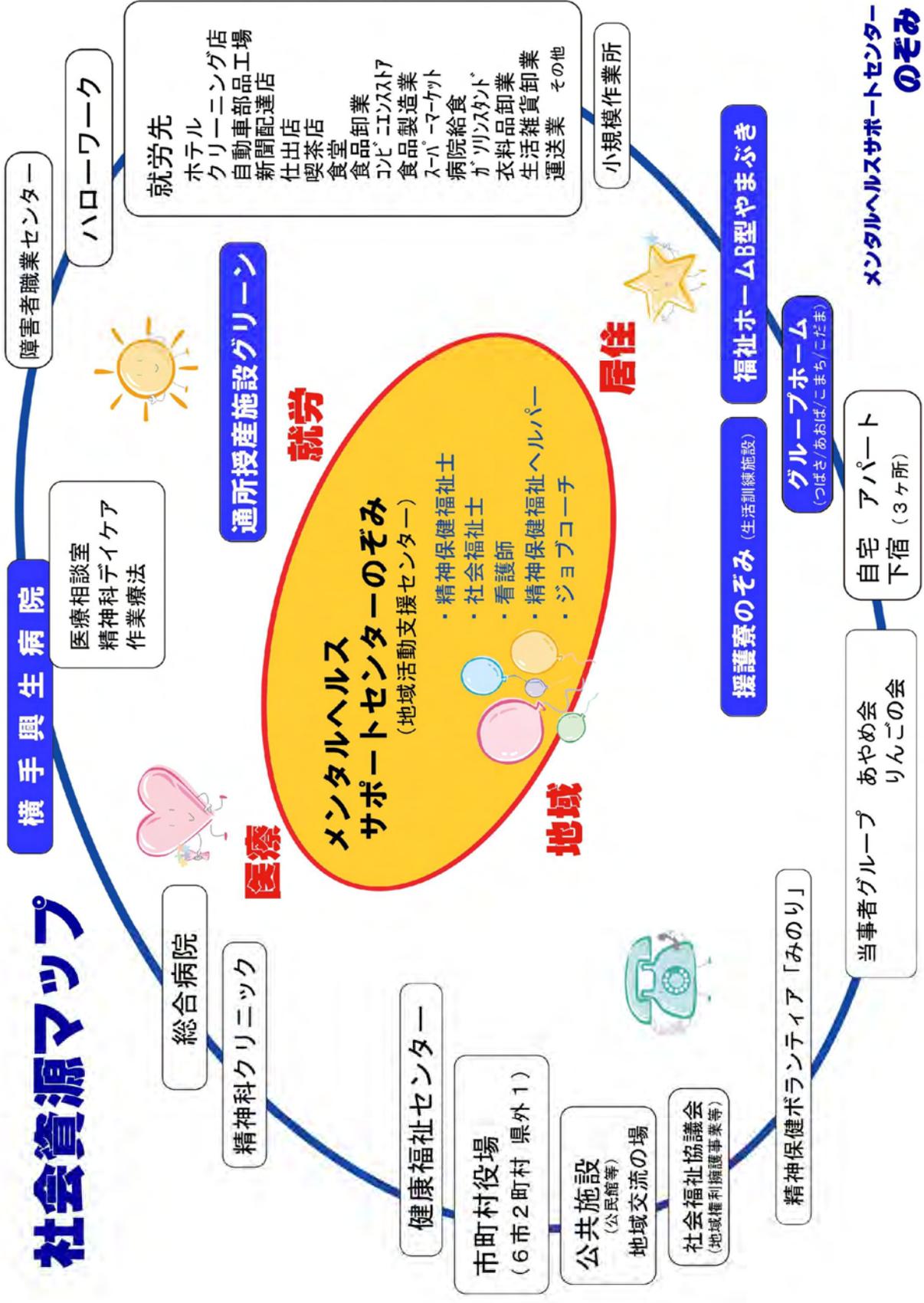
⑦生活保護入院患者数

横手市の入院施設は当法人の横手興生病院(385床)のみであり、入院者のうち横手市に住所のある生活保護受給者は22名である。又、他市町村に住所のある生活保護受給者は14名である。

⑧国民保険入院者数

同様に、横手市の当院施設は同法人の横手興生病院(385床)のみであり、入院者のうち横手市に住所のある国民健康保険加入者は166名である。又、他市町村に住所のある国民健康保険加入者は115名である。

(3) 社会資源



3. 興生会の住居支援

(1) 住居の実態

<これまでを振り返って>

第Ⅰ期 過去の経緯

報告者(以下ワーカー)が横手興生病院に就職したのが30年以上前であった。当時から病状は安定しており、受け入れ先があれば退院できる入院者は存在していた。しかし、現在以上に当事者の家族や周囲の理解は厳しいものであった。

当会では、その頃から入院者の退院先の可能性を模索してきた。近隣の民間アパートをみつけては大家さんに頼み込み、共同生活ができるような試みを試行錯誤しながら行ってきた。その中でせつかく当会がアパートを見つけても、肝心の保証人になることを拒否する家族も少なくなく、代わりに保証人になることもあった。

ある利用者を例にあげると、受け入れ先であるアパートが決まり、退院となった。これでひと段落ついたとほっとしたのもつかの間、そのアパートの大家さんから連絡があった。「酒を飲んで騒いでいる。出ていってもらいたい」ということであった。駆けつけたワーカーは、「退院祝い」と称して他の利用者たちと酒盛りのどんちゃん騒ぎをしている患者を目にした。長く入院していた利用者にとっては、やっと退院できたという開放感から羽目をはずしすぎたのだと思われる。ただ衣食住が確実に保障されていて、守られた環境である入院生活よりも社会での生活のほうが、実は自分が果たさなければならない役割、義務や社会生活上の暗黙のルールが多くある。それができなければまた病院に戻らなければならない。そのためには退院したからといって病院としてのかかわりは終わりではなく、むしろ退院してからのほうがより密接にかかわっていく必要が感じられた。

ただそういった必要性に対する社会の支援体制はまだ整っておらず、必要は感じるがその公的な裏づけがないため十分な働きかけができないというジレンマにおちいることが多々あった。それ程退院とは夢のまた夢だったのである。

また、長期入院による影響で「生活のしづらさ」を普段関わっていく中で実感する経験をした。実例を挙げると、冷蔵庫の使い方が解らずなぜか毛布で包んでいた人、ガスコンロが使えないという人が少なくなかった。当然病気の症状としての認知機能の障害がこれらの行動の理由としてあげられるが、そのほかの理由として、ホスピタリズムも多くの部分を占めているように感じられた。

ある時ワーカーは室内にボール状のものを目にし、よく見るとそれはかびだらけのメロンであった。

支援を続ける中で、関連する地域で生活している個人個人に対しては《職と食》に具体的、直接的な支援があれば何とか暮らせるのではないかという思いに到った。

<職について>

当時は、ナイトホスピタルで病院から新聞配達、商店の手伝いや農園作業などの仕事に行く入院者も多かった。

ある時入院してきた青年は新聞奨学生の経歴があった。その過去を生かし、入院生活を少しでも意味のあるものにしようとするため、ひいてはこのような活動を通して病状の回復の一助にするためにワーカーは顔みしりの新聞配達店に頼み、病院から朝刊配達の仕事に行けるよう斡旋した。

病棟職員は否定的で、「寝坊したら誰が責任をとるのか」とつめよられた。当時の精神科病院は社会的な風潮として、収容的な要素が強く、特に入院者に直接的に関わる看護にとってはこのような試みに強い不安感を持つことは理解できた。しかし、肌寒い11月の頃である。配達初日、雪が降った為心配した新聞店のご主人が車で病院まで迎えに来てくれた。ワーカーはそのことを病棟職員から聞き、感慨深かった。地域で支えるということは周囲の協力なくして実現しないこと、少なくともこういったことに理解を示し、協力してくれる人たちは社会に確実に存在していることを改めて感じた。

以上のようなエピソードの積み重ねにより、病棟職員の考えも少しずつ変わっていったようであった。

<食について>

仕事を持ち、アパートに暮らしても炊事に不安がある人も多かった。20年程前は市内に高校生や社会人向けの下宿がいくつかあり、退院先としてお願いしていた。ワーカーは夜になると「夜の巡回」と称し、様子伺いをしていた。下宿だと炊事の心配もなく、症状が安定する場合も見受けられた。

第Ⅱ期 下宿

時代の流れと共に、市内にあった下宿数ヶ所も徐々に消えていった。高校の周囲にあったいくつかの下宿はどんどんなくなっていった。その中で昔からお世話になっている K 下宿は、息子夫婦の代になっても変わらず退院者を受け入れて下さった。下宿、マンション、アパートなどを経営しており、仕出し業も営んでいる。障害年金と少ない賃金（職親、バイトなど）で生計をたてている人がほとんどであるが、軽作業をやらせてもらい、生計の足しにしている。例えば、毎日廊下を掃除するとか、下宿生の食事の配膳をするといったことである。K 下宿の若主人は幼い時から利用者たちと接してきたが、盆正月に実家に帰らない利用者を見て不思議に思ったそうである。そこには実家にいる家族と相容れない背景があったわけだが、K 下宿の主人はお膳を用意し皆で正月を過ごしたのである。利用者も、家族より家族らしい、下宿以上の繋がりが持てたのではないかと思う。

横手での精神障害者の社会復帰を語るには、K 下宿なしでは語るができない。又、企業や裁判所に勤める一般の下宿人の方たちも自然に接してくれ、麻雀やドライブを楽しんで交流を深めている。K 下宿の若主人はボランティアとしても協力いただいている。K 下宿の利用者が自助グループ『りんごの会』を結成した。食事会や小旅行などの活動を行なっているが、そのサポート役として、助言や協力をいただいている。

第Ⅲ期 グループホーム

前述したように、1995 年、援護寮『のぞみ』が誕生したわけであるが、退院をしづる家族も少なくなかった。「一生病院において欲しい」「家には戻さないでくれ」と訴える家族に、「家族の所へは退院しない、こちらで暮らしていただきます」とワーカーは説得した。

利用者自身も援護寮での生活に自信がつき、「もう病院には戻りたくない。」「ゆっくりと昼の部屋で寝られて、楽しい」といった意見が聞かれた。

1997 年、最初のグループホーム『つばさ』（定員 6 名）が誕生した。あるお寺のご住職が 3 世帯住居として使っていたのだが、事情があり空き家になっていたのである。多少の増改築は施したが、充分グループホームとして利用することができた。ご住職のご好意で、土地代のみ 60 万(年間)で利用させてもらっている。利用者たちはご住職のお寺に掃除ボランティアに行ったり、除雪を手伝ったりしており、顔みしりである。援護寮の利用者からは「次に行くところできて安心だ」との声が聞かれた。

1998年、ワーカーが知り合いの家を通りかかった時、たまたま空き家になっているのを見つけた。聞くと、その方が嫁いだあと住む人がいないということであった。昔は別荘として使われていた風情のある、日本家屋であった。交渉を重ね運良く貸していただけることとなった。グループホーム『あおぼ』（定員6名）の誕生である。ここも多少の増築が必要であった。庭には池があり、夏には夕涼みをする利用者の姿がみられる。病院からは一番遠いグループホームであるが、商店街にも近く開けた場所にあり、いきいきと過ごす姿が見受けられる。

『こまち』（定員6名）が誕生したのは、1999年のことである。そこは昔サイダー工場だったが、法人で借りてバス置き場として使っていた。隣に工場の社長宅がそのまま残っており、医師の社宅にしようとして病院側では考えていたようであった。しかし、時代の流れか医師たちもマンション住まいが大半を占め、そのままになっていたのである。『つばさ』『あおぼ』が満員となっていた為、新しいグループホームが必要であった。新グループホームの名前は鉄道にちなんで、『こまち』と名づけられた。隣のサイダー工場は水周りを活かして、クリーニング事業を行うこととなり、授産施設『グリーン』として生まれ変わった。

その後、2003年にグループホーム『こだま』（定員5名）ができ、初の女性利用者が加わることとなった。当初、女性だけのグループホームも検討されたが、まずは女性1名が男性の利用者に加わることで経過を見ることとなった。女性はR氏(50歳)で、統率力があり、やや男勝りな面も持つ方である。他の男性は20代、30代、40代と若いこともあり、生活面をR氏がうまくフォローしてくれたようである。2007年4月現在、『こだま』にはR氏含め2名の女性が利用されている。小さいさかいはあるものの大きな問題には至っていない。

前述したように『へいわ』『きよかわ』が新たに加わり、2007年度から展開を見せている。

<住居の見つけ方>

市内にある不動産業者に空き住居、アパートを問い合わせることもある。横手市そのものの人口は横ばい状態だが人口の流れは市街地より郊外に流れる傾向にある。郊外の田んぼをつぶし新しいアパートやマンションが建つ分、中心部の古いアパートに空室が目立つのである。当会で空室を探す場合、精神障害者であることを開示して探すわけだが、快く貸して下さることもある。

2006年度より「横手市障害者地域生活支援事業(相談支援)」事業が支援センターに委託された。そのなかで「住宅入居等支援事業」があり、様々なサポートをしている。契約はあくまで個人(利用者)であるが、大家さんや不動産業者に

もこちらの連絡先を伝えいつでもフォローできる体制をつくっている。

※ あるアパートでは 3 名の方が住んでいるが、部屋が近いこともあり声をかけあって生活されている。二人の方は病院のデイケアに通い、日課となっている。又訪問看護を利用されている。一人の方は時々支援センターの行事(バレー大会など)に顔を見せてくれる。訪問看護は利用していないが、時々支援センターで訪問している。不動産業者の方が同行することもある。ここは不動産業者が大家さんを兼ねているため、柔軟に対応して下さっている。

※ ある人は実家と折り合いが悪く、通院している病院の駐車場で寝泊りしている状態であった。生活保護担当ワーカーから相談あり、支援センターが中に入ることになった。あるアパートが空いており、支援センターが保証人となり、必要手続きを一緒に行った。書類の手続きや買い物についてなど、細かい相談が多数あったが、支援センターの職員は根気強く対応した。その後半年たつが、生活にも慣れ、得意の川柳を創作しては近況をしたためた手紙と一緒に送ってくれるようになった。

表 2-2
支援センターで紹介している住居

	形態	平均家賃	その他
K 下宿 (4 名)	下宿の一部屋 (6 畳)	57,750 円	3 食つき 保証人なし
横山ハイツ (2 名)	〃	57,750 円	〃
南ハイツ (2 名)	〃	50,400 円	2 食つき 保証人なし
谷地岸 (2 名)	〃	52,500 円	〃
J コーポ (3 名)	2K	35,000 円	保証人なし
M 荘(2 名)	2K	〃	〃
U アパート (2 名)		35,000 円	保証人は支援センターで契約

※保証人なしのところは、支援センターが協力する意向で柔軟に対応していただいている。

※ () 内は現在の入居数、希望に応じて交渉

＜住居支援のシステム＞

地域で暮らすにはそれなりの収入が必要である。当社会復帰施設では就労支援に力を入れ、なるべく生活保護に頼らず暮らしていただくと考えている。グループホーム入居者でも、大体月 10 万円（障害年金含）あればやって行けるので、「まずは 10 万円」を目標にしている。

就労先は通所授産施設をはじめ、ナイトケア利用時代よりなじみのあった所や新たに開拓した企業もある。地域の企業の協力があり、とても感謝している。職親先の企業からは「社員がやさしくなった」との感想も聞かれた。

就労先リスト（福祉的就労先含む）

- 新聞販売店（配達、集金、チラシの折込）
- 自動車部品工場（部品製造の補助、清掃）
- クリーニング店（配達）
- 食品製造業（豆腐、こんにゃくの製造）
- 食品小売店（青果配達等）
- 病院給食（食器洗浄）
- 仕出し店（清掃、食器洗浄、調理補助）
- 高齢者世帯の家事手伝い
- ホテル（清掃、宴会後片付け）
- 作業所（製靴、箱折）
- 通所授産施設（クリーニング、売店）
- 冬季除雪アルバイト
- 横手市入札公示図書販売
- 喫茶店（食器洗浄）
- 食品卸業（集荷仕分け作業）

＜入居の条件＞

入居施設は援護寮、福祉ホーム B 型とグループホームが上げられる。
共通認識として

- ① 病状がほぼ安定している。(主治医の同意が得られているか)
- ② 本人の希望なのか
- ③ 服薬、通院をある程度自己管理できる
- ④ アルコール、薬物への依存がないか、又過去にあってもある程度自己管理できているか？

などが上げられる。

① については医療機関との連携が不可欠となってくる。こちらから医療機関に問い合わせる旨、前もって同意をいただいている。

② 家族や関係者の思いが先にたち、本人の希望が後回しになっている場合が時々見受けられる。利用者の意向にそって支援を行うため、確認が必要である。自信がない場合はショートステイ(3 床)も受け付けている。入院中の方も随時見学を受け付けている。

③ 場合によっては服薬指導をする場合もある。グループホームでは服薬管理が難しい為、悪化時などは一時的に援護寮で薬を預かり飲みに来ていただいている。基本的には自己責任と考えているが、服薬を中断しやすい利用者は注意して様子をうかがっている。

④ アルコールに関しては、行事などで頻繁にお酒を飲む機会がある。グループホームは基本的に自由なので、「自己管理の範囲内で」ということになる。車を所有している利用者もおり、職員の管理責任がどこまでなのか線引きが難しいところである。

※ 退院後の住居としてグループホーム希望の人でも、最初は援護寮で練習する人がほとんどである。本人に自信を持ってもらうと同時に、職員側でも「この人ならグループホームでも大丈夫だろう」とある程度の見立てができる。援護寮が社会に出る為のチェック機能を果たしているのである。

＜退居後＞

前述したように、ステップアップして民間の下宿やアパートに移る人もいる。行事への呼びかけ（機関紙の送付）や訪問を行い、何らかの形で関わりを持っている。又、電話相談も 24 時間受け付けており、不安なときや寂しい時に対応できるようにしている。一日に 2,3 件は近況報告の電話が来ており、元気な声を聞かせてくれると職員もほっとしている。

又、こちらでの暮らしぶりを見て家族から「家に帰ってこないか」と言ってくるケースもある。退院に否定的だった家族も、いきいきと暮らす利用者を見て、受け入れてくれるのである。

（2）支援の内容

●グループホームの場合

仕事が休みの日や、調子の悪いときは出かけない人もいる。その場合は可能な限り職員も把握できるよう、連絡をもらうこととしている。職員が様子伺いをして、状況によっては通院介助をしている。又、食材（朝食・夕食）の買出し、金銭管理なども行っている。金銭管理については、お金を持つことに不安を持つ利用者もいるので、希望があれば通帳を預かり、週単位、月単位で生活費を渡している。

5,6 人単位での生活となると、ちょうど家族のように助け合って生活するよう感じられる。利用者同士の距離が近いせいか、まれに諍いがみられるが、職員が必要に応じて間に入るようにしている。又、自立支援法の施行に伴い、給付費の請求など事務処理が増大した。世話人の負担が大きくなるよう、支援センターの職員も協力している。その点はグループホーム、支援センターの職員が同じ事務所につめている利点になっている。

●支援センターの場合

余暇の活用として、当支援センターには麻雀ルーム、カラオケルームがあり、開放している。続けて利用する場合は年間 1,000 円利用料をいただいている。その他にも各種教室、行事など紹介し、カルチャーセンターのような、交流の場を設けている。ここには地域住民、ボランティアも参加でき、交流を深めている。

●援護寮・福祉ホームの場合

状態により病院デイケア、作業療法に行きリハビリをしている。又、畑作業やパン作りなどの寮内プログラムも試みている。

(3) 支援体制

<支援者としての配慮>

当法人の社会復帰施設は福祉ホーム B 型、通所授産施設、援護寮、支援センター、グループホームである。これらの施設が連携しあい、住居支援に繋がると考えている。それぞれの施設の特徴を生かした支援ができるよう、話し合いをしている。

医療法人の社会復帰部門として展開をしているので、ともすれば法人施設間の「囲い込み」に陥りやすい。他の社会資源を活用、紹介し偏った援助がないように気をつけている。支援センターでは引きこもりや不登校などの広い意味での「心の障害」に関する相談が寄せられている。通院が必要な場合はクリニックや総合病院の心療センターなど当法人以外の医療機関へも紹介している。又、自立支援法の施行にともない、市内にも 3 障害対応の施設が増えたので希望により紹介している（就労継続支援など）。その他精神保健福祉ヘルパーの紹介（横手市では社会福祉協議会が指定事業所）を行っている。

事業の拡大に伴い、毎年職員が増えている。新卒で来る人や法人内の他部署より異動となる人もいる。土曜の午後などに勉強会を開き学習を深めている。内容としては

- | | |
|-----------|-------------|
| ・薬の知識 | 講師：薬剤師 |
| ・裁判所との関わり | 講師：家庭裁判所書記官 |
| ・記録の書き方 | 講師：職員有志 |

などである。知識を得ることで自信が付き、利用者との関わりも余裕が出てくるのではないかと考えている。

＜ケアマネージャーの役割＞

生活支援センター『のぞみ』では 2001 年からケアマネジメントモデル事業を行うこととなり、関係機関とのより密な連携が求められた。ケア会議の運営、招集など苦勞する面もあったが、この事業を通して利用者、関係者の「顔の見える支援体制」ができたような気がする。自立支援法が施行され、さらにこの繋がりが重要となるであろう。簡単に例を紹介したい。

★ A 氏の場合

30 代女性 病名 側頭葉てんかん

援護寮にて生活訓練をしていたが、結婚し地域で 2 人暮らしたいとの希望あり。夫(B 氏)は統合失調症の病名にて治療中。当初は精神保健福祉ヘルパーや支援センターの受診介助サービスを利用。現在はほぼ自分たちでできるようになり、夫の母親(車で 30 分)と支援センターで見守りを続けている。週に一回程度、支援センターのカラオケ室を利用し仲間との交流を深めている。保健師も時々訪問してくれ、情報交換している。

ケア会議参加者：A 氏 B 氏 両親 保健所保健師 市保健師 主治医 ワーカー 精神保健福祉ヘルパー 支援センター職員 援護寮職員

★ C 氏の場合

30 代男性 病名 うつ病

統合失調症の妻(D 氏)、小学 1 年の息子がいる。3 人で暮らしていたが、息子に対するネグレクトあり、2001 年から息子は児童養護施設入所となる。その後も経済面、病状に対する不安が見られ、ケア会議を重ねている。隣郡に在住しているが、町の熱心な協力もあり、支援体制ができている。

ケア会議参加者：C 氏 D 氏 町保健師 主治医 ワーカー 精神保健福祉ヘルパー 児童養護施設職員 主治医 ワーカー ハロワーク職員 支援センター職員 援護寮職員

＜法人内施設との連携＞

同法人の社会復帰施設は援護寮『のぞみ』、福祉ホーム B 型『やまぶき』、授産施設『グリーン』、地域生活支援センター『のぞみ』と各グループホームである。支援センターの事務所にはグループホームの世話人がデスクを並べており、連携をはかっている。又、月一回、各施設の代表者と横手興生病院の相談室よりワーカーが来て連絡会議を開いている。各施設に退院促進への共通認識を持

ってもらい、連携をはかることは大切なことである。

同法人では介護老人保健施設『やすらぎの苑』【「入所定員 150 名：内ショートステイ 5 名 一般 60 名 認知症専門棟 90 名」通所定員 15 名】を運営しており、社会復帰施設の職員が介護老人保健施設へ異動になることもある(ケアマネ、介護福祉士など)。社会復帰施設では利用者自身が高齢化し、利用者の家族が介護を必要とするなど、介護に関する相談もよせられている。利用者の退院促進と関連し、さらなる連携が必要となるであろう。

＜関係機関との連携＞

利用者に関わる上で医療機関との連携は欠かすことができない。安定している利用者も治療を中断してしまうと再発から増悪に至る場合も少なくない。服薬に関する相談も多数あり、直接医師に相談することを躊躇する人もいる。当社会復帰施設の職員は設置主体の横手興生病院に勤務経験のあるものが多い(看護師、ワーカーなど)。異動もある為、比較的連絡調整はしやすいと思われる。利用者の個人情報の問題がある為、支援センター登録時に「緊急時には主治医と連絡をとらせてもらう旨」了解をいただいている。又、支援センターでは様子伺いを目的とした訪問を月 20 件あまり行なっている。遠いところで片道 30 キロの隣の市に行くこともある。場合によっては通院介助を行ない、診察に立会うこともある。主治医あてに訪問連絡表を用いて利用者の状況報告をしている。連絡を密に取り、病状悪化に対応できるよう、気をつけている。登録者の中には当法人外の医療機関に通院している利用者も多い。その場合も上記同様医療機関との連絡調整を密にするよう心がけている。当社会復帰施設の運営委員に他の医療機関のワーカーになっていただいたり、授産施設の顧問医を近隣のクリニックの院長にお願いしたりと普段より接点を作っていくように心がけている(資料 1 参照)。

横手興生病院では作業療法の院外プログラムとして、援護寮にあるパン焼き釜を使つての「パン教室」を行なっている。病院の作業療法士、看護師や他援護寮職員、在寮している利用者も参加している。でき上がったパンを食べながら、寮での生活を聞いたり、実際に寮内を見学したりし、入院中から社会復帰のイメージがつかめるようにしている。

<資料 1>

社会復帰施設運営委員会委員について

	所属	役職など
委員長	県精神保健福祉協会	横手支部長・町内
副委員長	平鹿地域振興局福祉環境部	企画福祉課主幹
委員	横手市福祉事務所	所長
〃	横手市保健センター	所長
〃	横手公共職業安定所	開発部門長
〃	横手市社会福祉協議会	事務局長
〃	湊クリニック	院長
〃	平鹿総合病院	ソーシャルワーカー
〃	横手市福祉事務所社会福祉課	副主査
〃	職親	新聞販売店
〃	〃	クリーニング店
〃	〃	食品卸業
〃	〃	仕出し店
〃	〃	自動車部品製造業
〃	利用者家族代表	
〃	自助グループあやめ会	会長
〃	横手興生病院	作業療法士
法人理事長	医療法人興生会	理事長
事務局長	医療法人興生会社会復帰施設	代表

※平成 18 年 11 月現在

＜市民の協力＞

地域住民との関わりとして、精神障害に対する理解を深めてもらうことが必要である。当支援センターでは精神保健福祉ボランティアの養成に力を入れている。1998年、保健所が行なっていたものだが、当支援センターでも独自のものができないか模索を始めた。ボランティアの先進地である神奈川県から、資料をとりよせ、自分たちのできることから始めてみようということになった。保健所が日中のプログラムなのに対し、夜間の日程を組んだ。高校生や20代、30代の若い人たちも精神障害に関心をよせていることがわかった(資料2参照)。参加後にアンケートをとったが、精神障害に対するイメージが全く変わったという意見もよせられた。以来、年1回講座を開催し第9回を数える。又、ボランティアの資質向上をはかるため、『バージョンアップ学習会』なども開催している(資料2参照)。

1999年、受講者の中から精神保健福祉ボランティア『みのり』が結成され、独自の活動を展開している。例えば、『みのり』が新年会を主催して、当会の利用者が招かれたり、『みのり』として当会のイベントに参加してくれたり、地域のイベントやコンサートに当会の利用者と一緒に参加してくれている。2004年10月には「精神保健福祉ボランティア全国大会 in よこて」が当横手市で開催、全国から約270名が参加した。

町内会とのかかわりでは、市街中心部を流れる横手川クリーンアップ作戦への参加や、自助グループ『あやめ会』との合同納涼祭・かまくら祭りなど、機会あるごとに隣近との交流を図っている。特に毎年8月に行われる納涼祭は隣の寺社境内をお借りし、地域総ぐるみのイベントとなっている。そこには障害者、健常者の区別なく盆踊りをする姿がみうけられる。

横手の冬は厳しく、除雪作業も一苦勞であるが、利用者が自ら近隣住民、特に高齢者世帯や独居高齢者宅での除雪作業を行い、臨時収入源としての大きな役割を担っている。

＜資料 2＞ ボランティア講座要綱

第 9 回

精神保健福祉ボランティア養成講座要綱

1. 目 的

こころの病をもつ人々に対する正しい知識と理解を深め、地域で共に暮らし、温かく支えて行く為に何が出来るかを、この講座を通して一緒に考えていくことを目的とする。

2. 対 象 者

精神保健福祉に興味を持っている人、保健福祉関係者等

3. 主 催

横手市福祉事務所

医療法人興生会 精神障害者地域生活支援センター「のぞみ」

4. 後 援

横手市社会福祉協議会

5. 日程・プログラム

	プログラム	会場
第 1 回 10 月 20 日 (金)	17:30～18:00 受 付 18:00～18:30 開講式・オリエンテーション 挨拶 横手市福祉事務所 所 長 佐藤 耕一 氏 (医) 興生会 院 長 杉田 多喜男 18:45～20:00 講 話 「こころの健康とは？」 (医) 興生会 横手興生病院 院 長 杉田 多喜男	さかえ館
第 2 回 10 月 23 日 (月)	18:00～20:00 講 話 「当事者の理解と接し方」市立角館総合病院 臨床心理士 星出 雅貴 氏	さかえ館

第3回 10月27日 (金)	18:00~20:00 シンポジウム 「障害を持って地域で働くとは・・・」 コーディネーター 湊クリニック 院長 湊 浩一郎 先生 シンポジスト ユーザー 家族 ボランティア ジョブコーチ	さかえ館
第4回 10月28日 (土)	10:00~13:30 体験学習 支援センターソフトボール交流会 「リクリエーション活動」 13:30~15:00 施設見学 (グリーン→ こまち→やまぶき→援護寮→支援センター) 案内役 (医) 興生会 社会復帰施設 代表 沼田 由喜子	(利用メンバーとの親睦交流会) 本郷第一公園
第5回 10月30日 (月)	18:00~19:30 講話 「保健師としての関わり」 横手保健センター 保健師主査 石川 あや子氏 「精神保健福祉士としての関わり」 (医) 興生会 通所授産施設グリーン 施設長 佐藤 省子 19:30~20:00 閉講式	さかえ館

6. 会 場

- ・さかえ館(栄小学校隣)

横手市大屋新町堂前 32-1 TEL 0182-33-5320

- ・本郷第1公園

横手市旭川1丁目-1 (*4回目のみ)

7. 事 務 局

医療法人興生会

精神障害者地域生活支援センター「のぞみ」

〒013-0014 横手市上内町6-39

TEL 0182-35-5781

資料2 ボランティア講座受講者アンケート

- ◆ 初めて人達を見たとき、「いったい誰が障害者なんだ？」と思いました。
みんなイキイキとして一生けんめいソフトボールを楽しむ姿は、普通の人達となんら変わらず、とてもステキでした。むしろ障害者の人達のほうが普通の人達よりも健全に思えました。とても感動していい経験になりました。社会においてこれからは、よりいっそうの支援の手をさしのべて行きたいと思います。
- ◆ これまでの4回でいろいろ専門的な内容について知らせて頂きましたが、今回（最終日）の講座でそれらがひとつにつながったような気がしました。実社会の中で「精神障害（者）」がとても身近であること、普通に接することの大事さ等知ることができてよかったと思っています。分かったことは本当にわずかですが、いろんな意味でこれを第一歩にしたいと思います。
- ◆ 精神障害を持っているとか持っていないとか、そんなことは全く関係なく、みんなが一つの大きな家族のように楽しめたことが、すごくうれしく思いました。また今回は少し受け身な感じだったので、いものこ汁を作ったりなど、準備の方もぜひ手伝わせてもらいたかったです。またこのような機会があれば、参加させて頂きたいと思います。
本当にありがとうございました。
- ◆ 私は今まで体に不自由があったり、寝たきりの人としかふれあえなかったりしてたので、今回、この講座に参加して、とても勉強になりました。生活習慣等は私たちと全然変わらないし、ただ精神にちょっと病があるだけで、人々の目が変わってしまうのはなぜなんだろうと思いました。高校生にもこのような講話があれば、興味を持ったり、理解してくれるんじゃないかな、と思いました。最後にバレーにも一度参加してみたいと思いました。

●スポーツを通しての交流

若い職員が比較的多いため、スポーツやレクレーションを通して利用者とのコミュニケーションをはかっている。又、地域に理解してもらうには、一緒にスポーツを行い、交流することが大切だと考えている。

利用者が主体となり、ソフトボール部やバレーボール部を作り、その練習の場として公共の施設や公園、グラウンドなどを借用している。特にバレーボールでは、2001年9月、宮城県で開催された国体後の「第1回全国精神障害者バレーボール大会」に、秋田県代表として、当支援センターの登録者で結成した「のぞみ」チームが参加し、みごと優勝を果たした。地域で暮らす精神障害者は勿論、その家族や関係者に大きな希望と勇気を与えたのではないかと思う。

2002年高知県大会において、東北代表として参加、4位の好成績を挙げた。2005年9月、第3回秋田県障害者スポーツ大会においても、『のぞみ』チームが優勝、栄えある3連覇を成し遂げた。現在、2007年11月に開催される岡山県大会にむけ、秋田県選抜チームが結成されたが、監督、コーチはもとより、選抜選手など多数『のぞみ』より輩出され、現在公立小学校の体育館を借り、勝利に向けて応援団を結成して練習中である。

又、福祉事務所と共催で市民バレーボール大会を開催し、ボランティアはもちろん、ママさんバレーチームや高校生チームなどと対戦して交流を深めた。今年度は秋田県が国体開催県となっており、全国障害者スポーツ大会（わかすぎ大会）が開催される。わが横手市が「精神障害者バレーボール競技」の会場となっており、地域一体となって盛り上がるよう、協力していきたいと考えている。

（４）様々な出来事とその対応

＜生活の中のエピソード＞

横手興生病院は1952年より今の場所であり、比較的近隣住民からの理解もある。当たり前のように、開放病棟の入院者たちが散歩や買い物に出たりしている。しかし新たにグループホームを離れた場所に借りると、近隣の人々から非難の対象になることもある。新しいグループホームができると職員が近隣や町内会長宅に足を運び、簡単な説明を行なう。反応は様々であるが、非難も精神障害を知っていただく為のチャンスと考え、前向きに対応するようにしている。

・徘徊していると苦情が出たエピソード

グループホームの周辺で、カメラを持ち徘徊しているとの苦情がよせられた。調べたところ、グループホームの利用者ではないことがわかったが、誤解や偏見を防ぐ為職員と住民との話し合いが行なわれた。事例を上げて、精神障害は誰でも罹る病気であることを説明し、治療すれば社会復帰ができることを説明した。仕事や家事を頑張っている利用者の様子を説明すると、住民は驚いたようであった。このことをきっかけに近隣の理解が深まり、町内のお祭りなどに声をかけてくれるようになった。仲立ちしてくれた住民が社会福祉協議会の職員だったので、スムーズに話し合いができたことも幸運だった。

・脳梗塞で亡くなってしまったエピソード

B氏御夫婦は病院での入院生活が長かったが、結婚し二人で地域の生活を満喫していた。夫B氏は人懐こい性格で、当支援センターの行事によく参加してくれた。特に旅行が大好きで、年一回行なう研修旅行には欠かさず参加していた。妻C氏は姉さん女房で、何かと夫B氏のお世話をしていた。あるとき妻C氏から電話があり、「夫が2,3日前から横になったまま起きない。寒いのかと思って布団をかけている」ということであった。職員がかけつけると死亡しているようであり、顔には死斑が出ていた。警察を呼び、第一発見者ということで職員が対応した。脳梗塞の診断だった。

妻C氏もショックな様子だったが、何とか一人暮らしを続けている。行事に参加するタイプではない為、当支援センターで時々様子伺いに行っている。訪問時にはお茶を用意し、夫の思い出話をしてくれる。

・自殺未遂を起こしたエピソード

利用者 C 氏は希死念慮が出現しやすく、自殺未遂を繰り返していた。他の利用者が仕事（朝刊配達）に出かけようとしたところ、部屋の戸が開かなかった為不振に思った。そこには睡眠薬を大量に飲み、自殺を図った C 氏が倒れていた為、職員に SOS があった。その後も川に飛び込んだりしたが、対応する職員もなんとなく自殺未遂のサインが読み取れるようになった。短期間の入院加療はあるものの、ここ 5 年間では自殺未遂は見られず、仕事を続けている。C 氏は自動車部品工場の雑用をしているが、職場の理解もあり、様子が違うときは連絡してくれる。職場の協力もあり、地域生活を継続しているケースである。

・他の下宿者より暴力を受けたエピソード

D 氏はてんかんで、とても几帳面な方である。下宿先のキッチンは共用であるため、食事時は一般の下宿者と一緒になる。食事時ある若者がうるさくしていた為、「静かにしなさい」と注意をした所、逆上した若者から暴行を受けたようである。職員が駆けつけ、救急車の手配を行った。頭部打撲、両眼瞼内出血、両下腿内出血みられた。意識ももうろうとしており、せん妄状態あり。点滴をふりはらう動作が見られるため、付き添いが必要な状態であったが、家族より付き添い拒否あり、職員が泊り込み対応した。脳出血もみられ、後日 D 氏と相談し、警察通報のはこびとなった。

その後兄夫婦との同居の話も出たが、本人が遠慮し希望されなかった。体調面も考慮し福祉ホームへ入居、2006 年 5 月よりアパートで一人暮らしをスタートさせた。1 年が経とうとしているが、病院のデイケア、訪問看護を利用し自分なりの生活を継続している。

<緊急時の対応、工夫>

病状悪化や事故など、突発的な場面が多いのも精神科の特徴かもしれない。社会復帰施設ごとに職員の連絡網を作り、社会復帰施設全体、病院の相談室で共有している。連休があるときは各職員の所在を確認し、携帯電話で連絡がとれるようにしている。又、利用者からの SOS には、支援センターで随時対応できるよう電話番号を教えている。グループホームの世話人は支援センターにデスクを置いている為、センターに連絡が来れば皆で対応している。

夜間は支援センターの電話を援護寮に転送し、当直者（2 名）が対応にあたっている。

＜防災対策＞

各施設に防火管理者を設置するよう努めている。又、不意の災害に備え、援護寮では抜き打ちで避難訓練を行なっている。睡眠薬を飲んでいるとなかなか起きないため、男性職員がおぶったりして避難させるなど、本番さながらの訓練が行なわれている。援護寮のある上内町地区は城下町であり、地域の取り決めで木造の和風家屋となっている為、特に注意している。利用者の防災意識を高める為、防災センターを訪問し、けむり体験や地震体験をしている。

又、グループホーム希望の利用者も、まずは援護寮に入居していただき、生活訓練を行ってもらおうようにしている。火の取り扱いなど理解してもらおうようにしてから、グループホームに入居していただいている。

4. 事例紹介

<事例①>

- (1) 属性 男性・50歳（A氏）
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 M町に4人兄弟の第4子として生まれる。高校卒業後、2年程自衛隊に入っていた。その後、重機の運転免許を持ち建設作業員として、真面目に働いていたが、人間関係がうまくいかず同一職場で持続して勤務することが困難であった。1991年頃から無職となり、友人もいなくなり、無為に過ごしていた。1996年、40歳頃から、目つきがランランとし、何もないところでニヤニヤしたり、大声で叫んだりするようになった。
- (4) 病歴 2001年11月、45歳の時、「誰かが降りてくる」等の被害的な発言と、家族に対して睨む、暴言を吐くという行為が見られた。ある日、姉に対し暴言を吐き、手を挙げそうになったため、身の危険を感じた姉が110番通報し警察が介入したが、本人の話がまとまりを欠いていたため精神科受診を指導される。しかし本人が受診を拒否したため、保健所を通じ横手興生病院を紹介
- (5) 経済状況 障害年金2級

・退院後の生活

退院後、単身での生活に不安があったため、援護寮「のぞみ」入寮となる。金銭的には、固定資産税の支払い等もあり、障害年金2級の収入のみでは苦しかったが、生活保護を受けずにできるだけ自分の力で生活したいという本人の希望があり、職親制度を利用して就労訓練を行うこととなった。

A氏の他に援護寮入寮者で8名の方が就労を希望していたため、保健所へ相談し、Sホテルに職親制度とアルバイトの併用をお願いする形でスタートした。

冬季では、作業が午前8時～午前10時、午前10時～午前12時の二部構成で行われ、それぞれ2名ずつ働かせて頂いている。作業内容としては客室シーツの収集、ホテル玄関、駐車場の清掃、除雪、ホテル内階段の拭き掃除等である。本人の状態が安定しており、就労も起動にのってきた為、2005年1月、援護寮からグループホーム「こまち」に入居となる。

2007年3月で、職親制度満期となるため次の就労について、本人の希望にできるだけ添った形で進められるよう関係機関で話し合いをもった。

本人の希望としては、当初、自分の持っている重機オペレーターの資格を生かせる仕事であったが、体力的なことや、求人なことなど考慮して、最終的にはホテルでの継続的な就労ということであった。

そこで、ハローワークの障害者トライアル雇用事業や、障害者介助等助成金などの制度を利用しホテルと雇用契約を結んで頂けるよう、支援していった。

ハローワーク担当者、Sホテル担当者、支援センター職員で話しSホテルからは、雇用契約を結び、他のパートさんたちと同じような作業内容をしてもらう（接客や調理など）ことはレベル的に無理ではないかということ、雇用するということは、その人に何かあったときSホテルが責任を負わなければならないのではないかという不安感が訴えられた。

作業内容は本人もこれまでと変わらず、Sホテルの環境整備を希望しており、勤務表もこれまで通り、職親制度を利用している利用者たちと組み合わせて支援センターで作成すること、本人への支援体制として、支援センター職員の職場訪問はもちろん、ジョブコーチという制度も紹介し、決してSホテルに全責任を負わせるようなことにはしないということなどを説明し、納得して頂いている。

また、その日のうちに職員同行し、本人とハローワークへ赴き、障害者登録をしている。今後、SホテルからのA氏用の求人の提出を待つ手続きが行われることとなる。

<考察>

本事例は、単身での自宅への社会復帰が困難であった。就労支援を取り入れることで、地域生活を送っている。今後、ハローワークの制度を利用することになれば、勤務時間が週20時間（週5日、通し勤務）となるが、本人の疲れが溜まらないように見守りを続けていくことが大切になってくる。

＜事例②＞

- (1) 属性 男性・30代（J氏）
- (2) 診断名 統合失調症（通院中）
- (3) 家族状況 幼少時より、市営住宅で暮らしており、同居の母親は統合失調症にて1998年9月より入院中である。又、姉も同病名にて他の病院へ入院中、兄も同病名にて受診歴があり、J氏の身の回りのことには関与が難しくキーパーソンが不在の状況である。（2003年6月～兄離婚しJ氏と同居となる）

・支援のきっかけ

2001年2月頃より、住民から、J氏の部屋付近にゴミがたまっているとの苦情が市に寄せられた。J氏は当支援センターの登録者であった為、生活保護の担当者と同行訪問する。室内はたばこの吸い殻やねずみのフン、空き缶が散乱しており、ゴミ袋も捨てずにたまっている状態であった。

社協のヘルパーが入ったのは2002年2月からであり、陰性症状が残るJ氏の関わりを考慮し、当支援センター職員との同行訪問となった。ヘルパーより掃除についての工夫やアドバイスをもらい、J氏も積極的にほうきを持つようになった。

訪問は月2回定期的に予定している。不在であったりキャンセルがあったりと月1回のときもあるが継続中であり今後もサービスを希望している。

＜考察＞

市営住宅に住む介入が困難なケースであったが、ホームヘルプを利用することで利用者の状況を確認することができ、地域での生活を継続することができた。ヘルパーならではの“気づき”が利用者の生活をより豊かにし、少ない機関での偏りがちな援助から広がりを持つのではないかと思う。接することの難しさから、ヘルパーの負担(ストレス)が増大することもあるが、当支援センターでは市町村等と連携をはかりながら支援、助言していきたい。

5. 利用者のデータ

前述のとおり、医療法人興生会における社会復帰施設は、精神障害者生活訓練施設（のぞみ）、精神障害者地域生活支援センター（のぞみ）、通所授産施設（グリーン）、福祉ホーム B 型（やまぶき）、グループホーム（つばさ、あおば、こまち、こだま）である。以下に、これらの各社会復帰施設における利用者のデータを項目ごとにまとめていく。なお、本報告書は住居支援に関するものであるため、通所施設に関するデータは記載していない。

（1）生活訓練施設 のぞみ

＜利用状況＞

1995（平成 7）年 4 月から 2006（平成 18）年 9 月までの利用状況は表 3 のようになる。この約 10 年間ににおける入寮者延べ人数は 182 名であり、退寮者延べ人数は 166 名である。また、入寮時の平均年齢は 46.3 歳で、平均入寮期間は 11 ヶ月であった（表 2-3）。

表 2-3

平成 7 年 4 月～平成 18 年 9 月末の利用状況

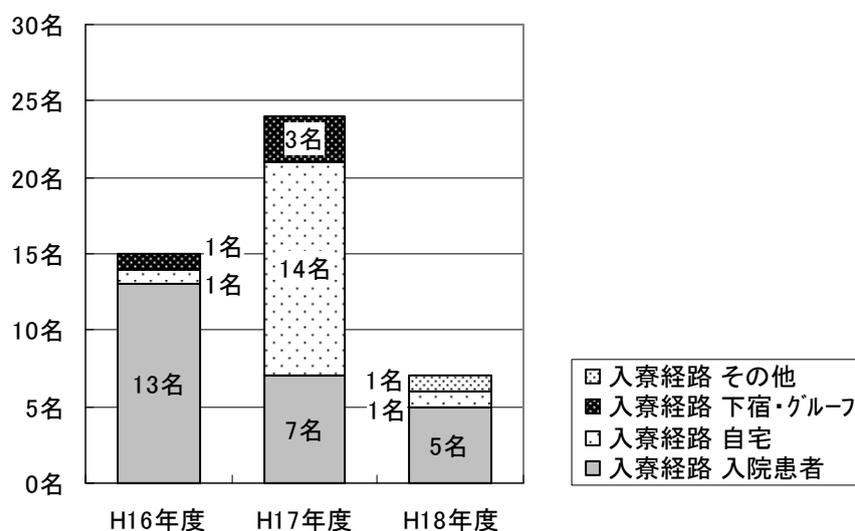
入寮者延べ人数	182 名	（男性 137 名、女性 45 名）
退寮者延べ人数	166 名	（男性 126 名、女性 40 名）
入寮時 平均年齢	46.3 歳	（平成 18 年度上期実績）
平均入寮期間（月数）	11 ヶ月	（平成 18 年度上期実績）
在寮者（9 月末現在）	16 名	（男性 11 名、女性 5 名）

<入寮までの経路>

まず、年度別の新規入寮者数について、その経路を「入寮経路別」と「医療機関別」に分けて整理してみた。

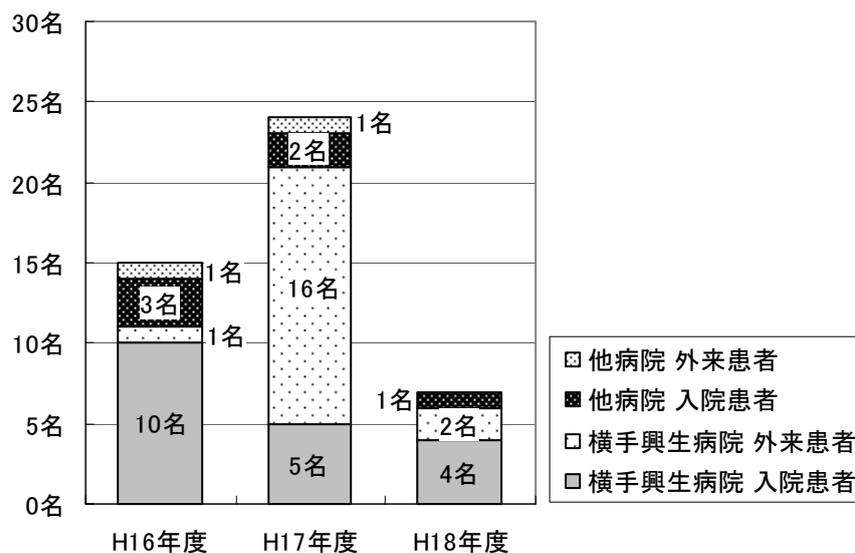
2004（平成16）年度に新規入寮した15名のうち、13名（86%）は入院患者であり、その他は2名（14%）であった。2005（平成17）年度には、新規入寮者24名のうち、入院患者は7名（29%）で、自宅からが14名（58%）となっており、前年度に比べて自宅からの新規入寮者が多い。2006（平成18）年度の新規入寮者は7名であり、入院患者が5名（71%）を占めている（図2-1）。

図2-1 入寮経路別



次に、医療機関別では、各年度とも興生病院入院患者あるいは外来患者の割合が高く、他病院の患者は少ない（図2-2）。

図2-2 医療機関別 新規入寮経路



＜退寮先＞

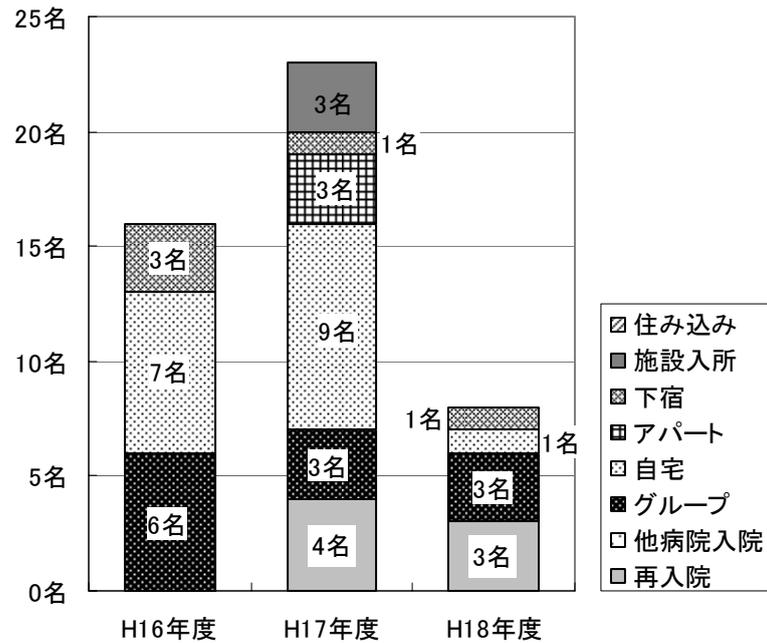
次に、退寮者の退寮先は図3のようになった。

2004(平成16)年度には、グループホームと自宅への退寮者が多い。

2005(平成17)年度には、再入院者やアパートへの退寮者、施設への入所者が加わっている。

2006(平成18)年度には、この3年間においては退寮者が少ない(図2-3)。

図2-3 退寮者の退寮先

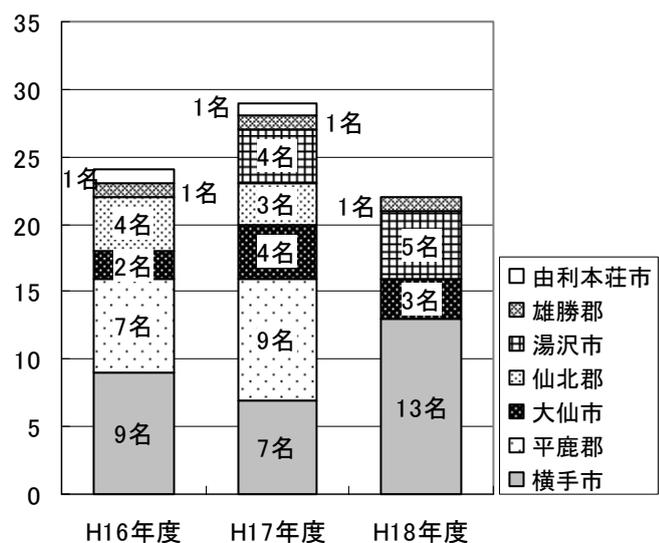


次に、生活訓練施設の利用者について、「出身地」「診断名」「年齢」に分けて整理してみた。なお、以下のデータは各年度における延べ利用者数(前年度からの利用者も含む)から算出しており、先に述べた年度別の新規利用者数とは相違していることを断っておく。

＜出身地＞

出身地は、横手市、平鹿郡、大仙市、仙北郡、湯沢市、雄勝郡、由利本荘市の7市郡に分けられる。各市郡別の人数を年度別に見てみると、図4のようになった。各年度において、横手市と平鹿郡の出身者が多い(図2-4)。

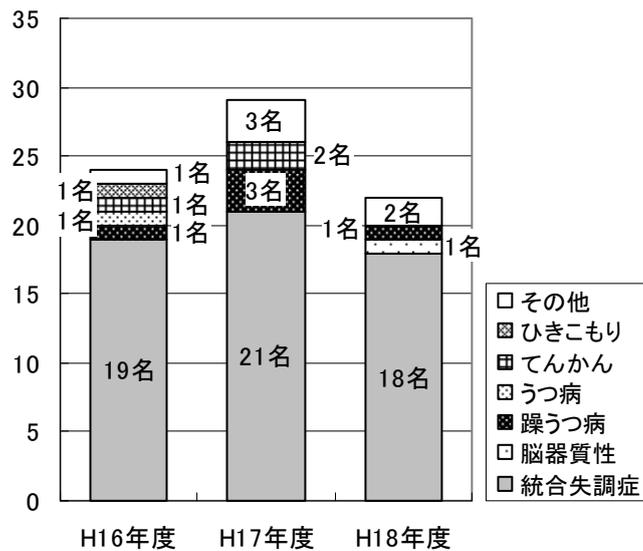
図2-4 出身地別 利用者人数



<診断名別人数>

診断名別人数は、各年度に共通して統合失調症が最も多い（図 2-5）。

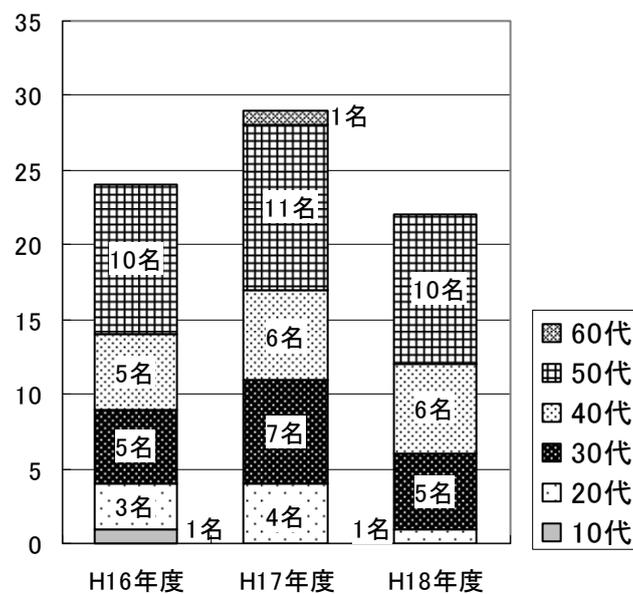
図 2-5 診断名別人数



<年齢別人数>

利用者を年齢別に見てみると、各年度ともに50歳代が最も多く、37%～45%を占めている。続いて、40歳代が多い（図 2-6）。

図 2-6 年齢別人数



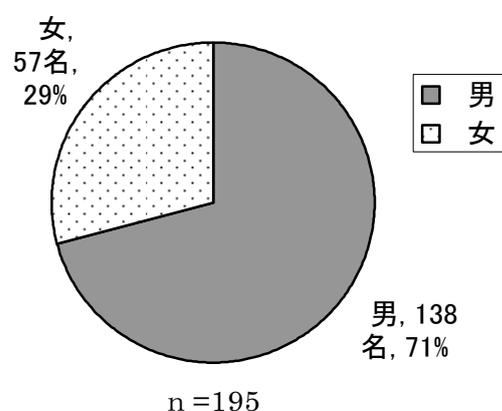
(2) 地域生活支援センター のぞみ

次に、地域生活支援センターのぞみのデータを以下のように整理した。

<登録者と性別>

2006（平成 18）年 9 月時点での登録者は 195 名であり、男性が 138 名（71%）、女性が 57 名（29%）となっている（図 2-7）。

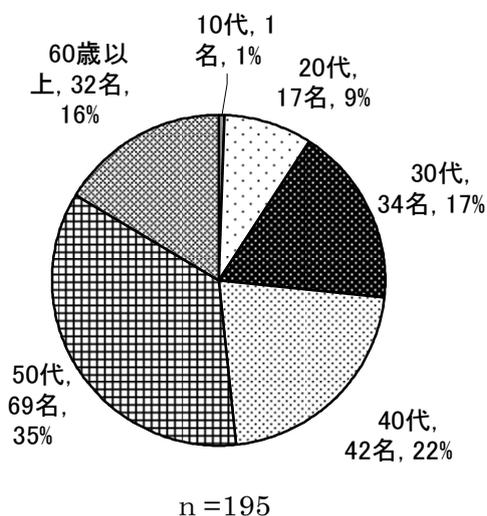
図 2-7 登録者の性別



<年齢>

年齢は、50 歳代が最も多く 69 名（35%）であり、次に 40 歳代が 42 名（22%）となっている。また、60 歳以上は 32 名（16%）であり、50 歳以上と併せて全体の約半数を占めている（図 2-8）。

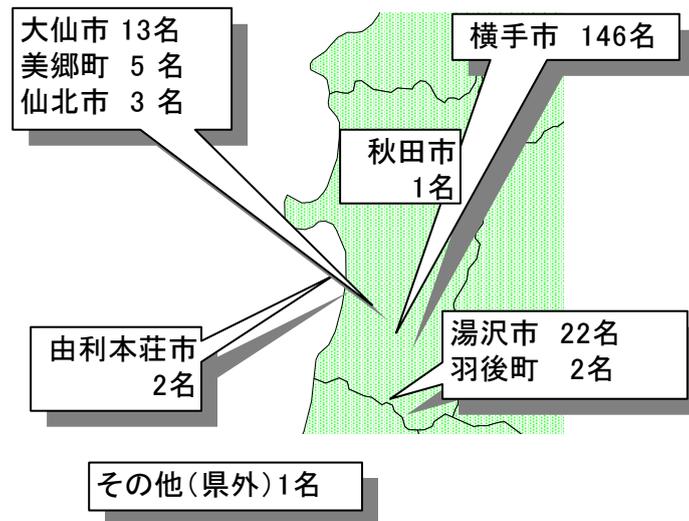
図 2-8 年齢別人数



<地域別>

登録者を地域別に見てみると、下図のようになった。横手市の登録者が 195 名中 146 名を占め（約 75%）、続いて湯沢市（22 名）、大仙市（13 名）の順となっている（図 2-9）。

図 2-9 地域別登録者



<生活形態と就労状況>

最後に、登録者の生活形態と就労状況をまとめてみた。家族と同居している人が 106 名（54%）おり、半数以上を占めている（図 2-10）。就労状況では、一般就労と福祉的就労を併せて 61 名（32%）、その他が 134 名（68%）であった（図 2-11）。

図 2-10 登録者の生活形態

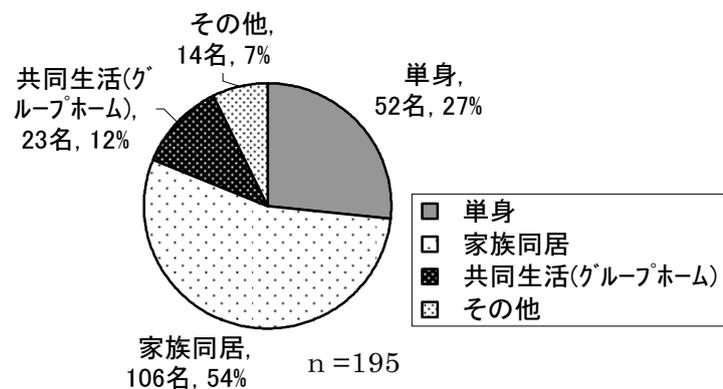
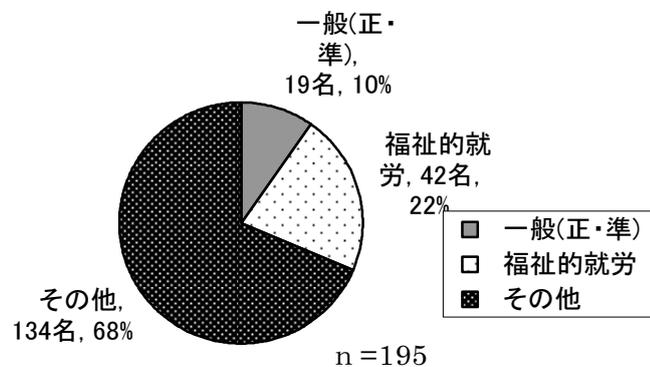


図 2-11 登録者の就労状況



(3) 福祉ホーム B 型 やまぶき

福祉ホーム B 型やまぶきのデータは次のようになった。

<入所状況>

2006（平成 18）年 9 月時点での入所状況は、男性 12 名（67%）、女性 6 名（33%）となっている（図 2-12）。

また、開所時からの入所状況を見ても、2003（平成 15）年以降は 90% 以上の入居率を占めていることがわかる（定員は 20 名）。（図 2-13）

図 2-12 入居者の性別

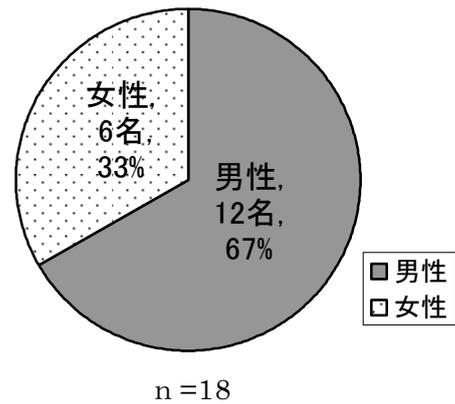
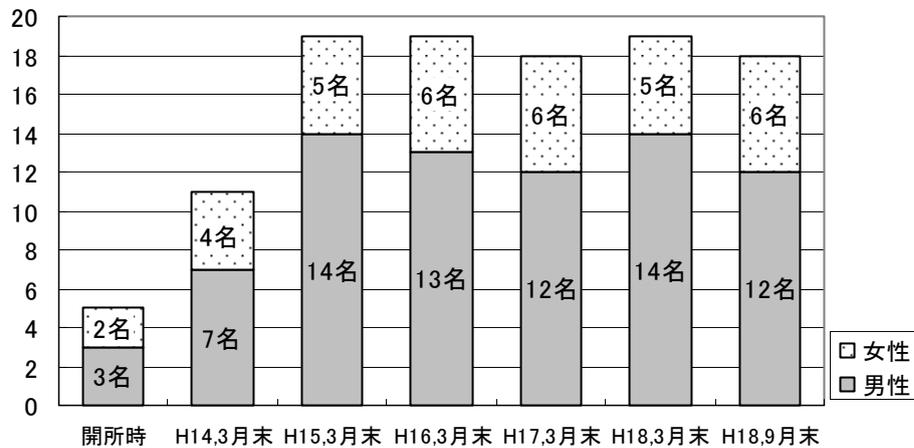


図 2-13 入居者数の推移

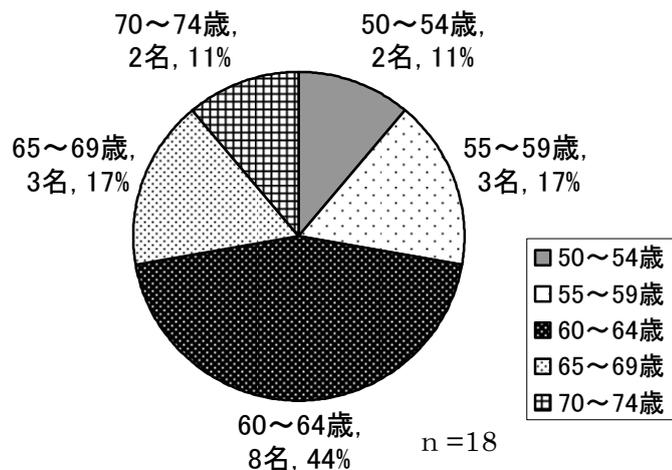


<年齢>

入居者の年齢は、18 名の入居者全てが 50 歳以上であり、60 歳以上の人は 13 名（72%）であった。平均年齢が 62.1 歳であることから、入居者に高齢者が多く占めている（図 2-14）。

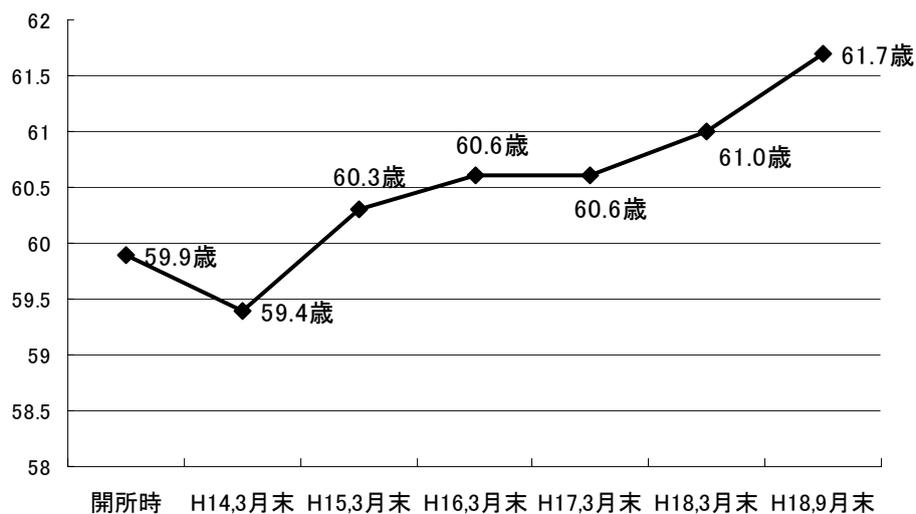
また、開所時からの平均年齢の推移は下図のようになった。

図 2-14 入居者の年齢



入居者の平均年齢は、開所後の 2002（平成 14）年 3 月末から 2006（平成 18）年 9 月末までの間に、少しずつ上昇している（図 2-15）。

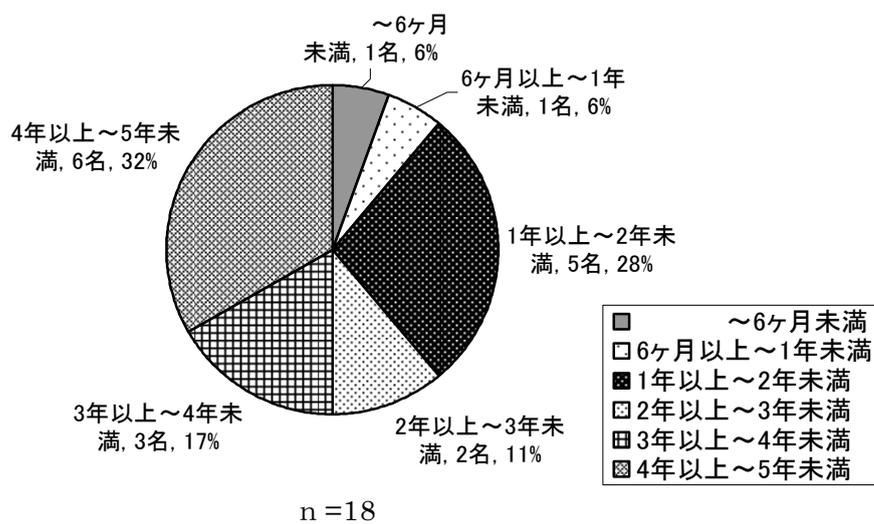
図 2-15 入居者平均年齢の推移



<入所利用年数>

次に、入居者の利用年数を整理してみた。2006（平成 18）年 9 月時点での入居者は 18 名であり、3 年以上利用している人が全体の半数を占めていることが示されている（図 2-16）。

図 2-16 入居者の入所利用年数



(4) グループホーム つばさ、あおば、こまち、こだま

興生会のグループホームは、「つばさ」「あおば」「こまち」「こだま」の4ヶ所である。以下に、それぞれの利用者状況をまとめる。なお、これらは全て、2006（平成18）年9月時点でのデータである。

◎つばさ（平均年齢 50歳）

	年齢	性別	就 労 先	職 親	病 名
1	47	男	グリーン通所		統合失調症
2	70	男	一般家庭 庭管理		統合失調症
3	46	男	デイケア、かまくら作業所		統合失調症
4	56	男	横手セントラルホテル、印刷業務	○	統合失調症
5	57	男	デイケア		統合失調症
6	30	男	グリーン通所		躁うつ病

平均月額収入 21,858 円

（障害年金・生活保護等の公的援助は除く）

年金受給者 6名 ・ 生活保護 1名

◎あおば（平均年齢 51歳）

	年齢	性別	就 労 先	職 親	病 名
7	65	男	藤倉食品 社員		統合失調症
8	30	男	新聞配達（朝、夕刊）		統合失調症
9	55	男	かまくら作業所		統合失調症
10	55	男	三ツ和クリーニング		統合失調症
11	49	男	グリーン通所、印刷業務		統合失調症

平均月額収入 28,592 円

（障害年金・生活保護等の公的援助は除く）

年金受給者 5名 ・ 生活保護 0名

◎こ ま ち (平均年齢 53 歳)

	年齢	性別	就 労 先	職 親	病 名
12	47	男	かまくら作業所、病院給食		統合失調症
13	61	男	新聞配達 (朝、夕刊)		統合失調症
14	66	男	かまくら作業所		てんかん
15	52	男	東海林商店		統合失調症
16	50	男	横手セントラルホテル	○	統合失調症
17	47	男	横手セントラルホテル	○	統合失調症

平均月額収入 39,851 円

(障害年金・生活保護等の公的援助は除く)

年金受給者 6 名・生活保護 0 名

◎こ だ ま (平均年齢 43 歳)

	年齢	性別	就 労 先	職 親	病 名
18	31	男	グリーン通所		統合失調症
19	46	男	グリーン通所		統合失調症
20	30	男	かまくら作業所、印刷業務		統合失調症
21	38	男	新聞配達 (夕刊)		統合失調症
22	56	男	森井製作所		統合失調症
23	58	女	森井製作所		躁うつ病

平均月額収入 49,500 円

(障害年金・生活保護等の公的援助は除く)

年金受給者 5 名・生活保護 0 名

6. 今後の課題

地域で生活している障害者を対象とするのが支援センターであり、365日24時間体制のサービスが要求される。夜間の相談への対応、危機介入のありかた等、よりきめ細かなサービスを提供していく上で、当直を含めマンパワーの問題など、今後の課題は多い。

地域の理解と協力に支えられながら、少しずつではあるがなんとかここまで来られた気がする。これからも関係機関との連携をはかりながら、よりよい事業をすすめていく為の努力をしたい。スタッフ一同利用者を通じて得る学びの多いことを忘れず、利用者の立場に立ったやさしい心でより良い生活支援ができるよう心がけたい。

<編集担当>

医療法人興生会 社会復帰施設代表	沼田由喜子
援護寮「のぞみ」施設長	平田 孝太
生活支援センター「のぞみ」センター長	鈴木 信子
通所授産施設「グリーン」施設長	佐藤 省子

～居住支援の実際～

東京都編

社会福祉法人 巢立ち会

(東京都三鷹市・調布市)



はじめに

巣立ち会の15年の歩みの中、発足当初から「社会的入院者の受け入れ」には、力を入れて取り組んできた。

全国で7万2,000人の社会的入院者が1人でも多く、地域で生活が送れるように実践をしているが、このままの速度では病院で生涯を閉じてしまう人たちが増えてしまうのではないかと危機感を抱いてしまうのが正直なところである。

私たちは、実践を文章化することにより、巣立ち会の活動を振り返り、今後の進む道を見極めたいと考えている。また、住居支援をやってみようと思っているが1歩を踏み出せないでいる方達や、グループホーム経営をやっている方たちにも参考にしていただき、もっともっと住居を普及させたいとの願いもこめ、まとめてみることにする。

1. 巣立ち会の概要

(1) 概要

社会福祉法人巣立ち会は、精神障害者を地域の中でサポートするために、1992年、東京都三鷹市で活動を始めた。現在は三鷹市と調布市において、日中活動の場 3ヶ所、グループホーム 8ヶ所を運営し、精神障害者とそのご家族、地域の方々と共に、誰もが安心して地域で生活していくことを目的に活動している。

◇理念

精神障害者が、地域の中で豊かな人間関係を築き、自尊心や生きがいをもって、安心して自立生活を送ることを支援する。

◇目的

- ・ 心身の健康の維持・向上
- ・ 安定した住居の確保・提供と維持
- ・ 働く場の確保と継続
- ・ 当事者同士の交流や相互支援的な関係の促進
- ・ 地域社会との支持的・互恵的な関係の構築・維持

◇運営事業

日中活動の場 3ヶ所

- ・ 巣立ち風
利用者数：36名(定員30名)
- ・ 巣立ち工房
利用者数：37名(定員20名)
- ・ こひつじ舎
利用者数：65名(定員40名)



グループホーム 8ヶ所

- ・ 巣立ちホーム
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム三鷹第2
入居者数：15名
- ・ 巣立ちホーム調布
入居者数：5名
- ・ 巣立ちホーム調布第2
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム調布第3
入居者数：6名
- ・ 巣立ちホーム調布第4
入居者数：10名
- ・ 巣立ちホーム調布第5
入居者数：7名
- ・ 巣立ちホーム調布第6
入居者数：6名



(2007年4月1現在)

(2) 活動初期からの歴史

<活動の開始まで>

1970年代の終わり、当時は世間から疎外された精神障害者を病院の中で守ってあげる、そんな風潮さえあった時代であった。病院の中では年間を通じてさまざまな行事が準備され、職員も一体となって行事を盛り上げていこうとするところなど、学校生活を彷彿させるような日々であった。

その頃の病院の精神科ソーシャルワーカー（以下、PSW）にはナイトホスピタル（外勤）といって病院に入院しながら病院の外に仕事に行く患者たちのお世話をする、患者と職場、病院との連絡調整をするという業務があった。精神科病院に入院中でも、比較的単純労働で入院患者が雇われることは一般的なこととして存在していた。昭和40年代には企業は社員のために寮などの設備を準備してくれ、会社の寮に入所することで退院した人も多かったが、昭和50年代に入ってからそうした例も少なくなり、外勤しながらも入院生活は続く人たちが増えていった。

一方、病院内では様々なプログラム（SST「社会生活技能訓練」や今のOT「作業療法」プログラムのようなもの）が行われたが、どんなプログラムを導入してもそのことと退院とは必ずしも直接的には結びつかなかった。退院できる場所や家族のいる人は多少病状が不安定でも退院できたが、それ以外の人はどんなに安定していても入院は長期化していった。単身生活を試みた人もいたが、退院すると継続して相談に乗ったり、在宅での生活を支援したりする方法がなく、気がつくとも再発して病院に舞い戻ってくるということが頻繁に繰り返された。保証人の問題も拍車をかけ、家族が否定する場合、医療従事者が個人的に保証人になる習慣もなく、保証人がいないということが退院できる機会を奪っていくことになっていった。

三鷹市・調布市でも精神障害者が日中活動できる場所は徐々に増えていったが、長期に入院している人たちの地域での生活支援のシステムはなかった。障害を開示してアパートを探そうとしても非常に困難で、不動産業者で相談してもどこでも断られるということが一般的なことだった。

1991年に東京都地方精神保健福祉審議会の中間答申が出され、東京都では1992年、「精神障害者グループホーム補助事業」を開始するに至った。グループホームの制度ができたとき、グループホームの世話人という形で人を配置すれば、地域の精神障害者の相談に乗れ、危機介入も可能になると考えた。この東京の制度はサテライト方式と呼ばれ、建物が何棟かに分かれても一定距離で

あれば一つの単位のグループホームとして認めてくれた。この制度の発足とともに巣立ち会の歴史が始まる。

＜巣立ち会の設立＞

1992年の春、退院した患者たちが部屋を借りていた大家さんに、今住んでいる部屋をグループホームとして申請したいと協力を求めたところ、当時76歳になっていた大家さんは、快諾してくれた。市にも同時に働きかけ、精神障害者のグループホームを作りたいので援助してほしいという訴えを行っていた。まだ、東京都からの要綱もできていない段階だったこともあり、窓口の対応ははっきりしないものだった。しかし、精神障害者にもグループホームが必要であるという認識は一部の人には確実にあった。そうした人たちの力を借りて、任意団体を作り正式に要望書を出して行政からの補助金を得るための努力を行っていた。任意団体の構成員は主として病院職員と当事者の家族たちで、専門家と当事者の家族との協働の運営となるものであった。

こうして立ちあげたグループホームを『巣立ちホーム』（沿革を参照）と名づけ、巣立ち会最初のグループホームが運営開始となった。グループホームとして申請したアパートは築40年の古いものだったが、一角を占めるその敷地の中には8棟もの建物があり、50部屋以上の居室がある大きなアパート群だった。最初にグループホームに申請した部屋は4室であったが、そこでの交流室の食事会を核として、その後次々と退院者たちがそのアパートに入居することになり、食事会には20数名が集まるという大所帯に発展していった。このような形で地域での生活が続いていくと、退院した人たちの日中活動の場も必要になった。何らかの生産活動を行なえて、少ないながらも工賃を払える作業所を設立しようと考えて、同年巣立ち共同作業所（現：巣立ち風）が開始された。

こうして1993年から住む場所と働く場所をセットにした巣立ち会の活動は開始された。当時は職員の手も足りず、利用者と一体になっての運営であった。作業にかかわる業者とのやりとりや食事作り、利用者利用者の指導をしてもらう等、利用者と助け合いながらの日々であった。巣立ち会のそうした理念、支援される側にとどまるだけでなく、支援する側、支援の担い手にも同時になっていくという考え方はこのころから培われてきたものともいえよう。

当時から住む場所と少しの支援があれば20年、30年、40年入院していた人も地域で生活していくことができるということを信じ活動を続けていたが、退院した殆どの人たちが実に楽しそうに、伸び伸びと規則に縛られない生活を謳歌するようになってきて、私たちの信念が間違っていなかったことを確信したのである。

＜発展期＞

社会資源さえあれば地域で生活できる人が精神科病院の中には大勢いるという予測が確信に変わった時、その確信を元に、巢立ち会ではその後の15年の間にグループホームを60室ほどに、それとは別の居住サービスを30室ほど、また日中活動の場を3ヶ所、150名ほどの人たちにサービスの手が届くようにと社会資源を増やし続けていった。

ほぼ毎年のように何かの活動が増え続けてきたわけである。そのような活動を促した原動力になったものはただ利用者のニーズに応えようという信念が根底にあった。居住サービスを作ってもすぐに一杯になってしまい、また通所のサービスを準備してもやはりいつも一杯になってしまう状況があった。しかし、私たちは断るということを良しとはしなかった。十分なスペースや職員配置がなされないまま、利用者を受け入れるのは罪悪だという指摘をもらったこともあった。しかし、他の事業所で1年、2年待ちますといわれて我々のところを訪れる訪問者をそのまま帰すことはできなかったのである。結果、いつも定員をオーバーして利用者が作業所にあふれている、あるいは何年か後に、新しい事業所を立ち上げるという計画を立てざるを得なかった。

精神障害者については社会資源がまだまだ充足されていないということが定説となっている。そうであるならば利用したい人がいつでもサービスを利用できるようにしていく、それが私たちの勤めだと感じていた。利用にはタイミングというものがある。退院したいときにできない、利用したいときに資源が利用できないことから長期にわたって入院を続けてきてしまった人も大勢いる。目の前に居るこの利用者たちにはせめて私たちのサービスを届けよう、そうした思いが今までの活動に繋がってきている。

もともと長期入院者の受け皿作りとしての役割を意識して活動してきたが、年を追うごとに、活動当初のころと比べ、受け入れ条件が徐々に緩和され、かなり多くの人を受け入れられるという経験に基づいた自信が出てきたこともこの社会資源づくりに拍車をかけてきた理由のひとつであった。「まだまだ退院できる人が病院には大勢いる。」「一人でも多くの人を地域で迎え入れたい」、私たちはそう考えるようになっていった。そのための機会があれば逃さずチャレンジしていく、この考え方は巢立ち会の理念ともなっていった。

東京都から2005年に、退院促進支援モデル事業を受けたこともこの方向への進展を促進していった。近隣の精神科病院に挨拶をして退院促進に協力してもらい、多くの病院から紹介され巢立ち会に迎えるようになった。地域の社会資源として多くの機関や人に利用してもらえるとこの喜びも同時に感じられるようになってきた。

加えて 2005 年から、東京都の福祉改革推進事業で三鷹市の事業として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）を委託されている。これはピアカウンセリングなどピアの学習やピアが支援の担い手として活動できるような機会を作っていく、ピアサポーターとして育ててもらうための事業である。退院促進支援事業の出張講演などにも多くのピアに参加してもらい、益々ピアサポート体制を発展させていくための創意工夫を行っている

<現在>

2007 年度からは障害者自立支援法の日中活動の場として 3 ヶ所の作業所が、巣立ち風（30 名）、巣立ち工房（20 名）、こひつじ舎（40 名）、すべて障害福祉サービス事業所就労継続支援 B 型として指定を受け、また、グループホームは全部で 8 ヶ所（61 名）で活動を行っている。

<日中活動の場>



<グループホーム>



< 巣立ち会 沿革 >

- 1992年 6月 三鷹市で巣立ちホームの事業を開始
- 1993年 3月 三鷹市で巣立ち共同作業所の事業申請を開始
4月 巣立ち共同作業所・巣立ちホーム正式認可される
- 1994年 5月 巣立ち共同作業所・巣立ちホーム 開所式
- 1995年 10月 三鷹市で巣立ち工房の事業を開始
- 1996年 4月 巣立ち工房・巣立ちホーム調布 正式認可される
- 1997年 5月 巣立ち工房 開所式
- 1998年 7月 巣立ちホーム調布第2 正式認可される
- 2000年 8月 調布市にて「こひつじ舎」事業開始
- 2002年 10月 巣立ち会 社会福祉法人格を取得
巣立ち共同作業所が小規模通所授産施設となり、
「巣立ち風」に名称変更
- 2003年 1月 巣立ちホーム調布第3 事業開始
10月 巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎が正式に認可される
- 2004年 4月 巣立ちホーム調布第3・こひつじ舎 開所式
- 2005年 4月 巣立ちホーム調布第4 事業開始
6月 三鷹市より受託し、精神障がい者地域自立支援事業を開始
8月 東京都より受託し、H17精神障害者退院促進支援モデル事業を開始
10月 巣立ちホーム三鷹第2 事業開始
- 2006年 3月 巣立ちホーム調布第5 事業開始
4月 退院促進コーディネート事業開始
4月 精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業開始
8月 巣立ちホーム三鷹第3、4 事業開始（2007年4月巣立ちホーム三鷹第2に統合される）
10月 巣立ちホーム調布第6 事業開始
- 2007年 2月 グループホーム活用型ショートステイ事業開始

(3) 組織体制

< 経営的な面 >

自立支援法施行前まで、グループホームは地域生活援助事業として東京都と市から補助金をもらって運営してきていた。しかし補助金事業は、バブルがはじけて税収が減ってからは、利用者のニーズに合わせて社会資源を増やすということが難しくなっていた。現に我々の活動でもグループホームを増やしてほしいという行政への働きかけも実現しなかったし、通所施設も定員の 2 倍の利用者がいても事業所を増やすことはままならなかった。

しかし今度の自立支援法ではサービスが義務的経費となるため、「必要な人に対する必要なサービス提供」は以前より行いやすくなると考えられる。このことは病院からの退院促進はもとより、地域で潜在化しているニーズの発掘も今後は積極的に行なっていける可能性を与えられていると考えられる。精神保健福祉に関してはまだまだ多様なニーズが人々の中に潜在している。今まで手の届かなかったところにもサービスが届けられるように考えていくことが我々の仕事でもあり、また経営的な努力にもつながるものとする。

事業運営のための収入についてだが、自立支援法の中では経営をしていく上で、補助金制度よりも訓練等給付費というサービス対価に見合った収入を得て、そのお金が次の投資を含めて、使える範囲が広がっていくことに非常に期待している。次の事業展開の投資を考えられるようになることが、経営的にも事業展開をしやすくすると考えられるし、経営努力をした結果が反映されるような仕組みを今後とも行政には作ってほしいと切に願うものである。ただし、国費である訓練等給付費だけでは、グループホーム運営は厳しい状況である。東京都の場合、グループホームは訓練等給付費に加えて、東京都からの加算をもらって運営している。常勤者を雇えるだけの加算が出ているため、国費だけで活動しているところに比べると、運営しやすい状況である。

また、巣立ち会では賛助会というものを作っている。巣立ち会では会の広報紙を年に 3 回ほど発行しているが、その中に賛助会のしおりを入れて、読んでくださる方たちに賛助会への加入を呼びかけている。直接サービスをうけている方（利用者やその家族等）はもちろん、巣立ち会の話聞いて考え方に共感してくださった方たちも、かなり加入して下さっている。今までの巣立ち会の歴史の中では財政的な協力者として賛助会に支えられてきている。補助金の時代には、次の事業投資には寄付金や賛助会に頼らざるを得なかった。本当に巣立ち会を陰で支えてくれた大きな存在である。加入して下さっている方たちの期待に沿えるような活動を行っていくことを常に心がけていくことが大切

である。また、この賛助会員を増やすことで私たちの活動を多くの人に理解してもらおう機会としていくということも重要と考えている。

＜職員処遇＞

社会福祉の分野の職員の処遇は残念ながら一般企業に比べると低いといわざるを得ない。巣立ち会も然りである。しかし、福祉を目指す人間には給料の高さとは異なった目的意識を持っている人間が多い。その意識を大切に、そして利用者と同様に、仕事で自己実現ができるような職場環境を準備することが管理に携わる人間の勤めであると考えている。

利用者の成長や喜びを共有し合えること、それに自身の喜びや満足を感じられることで充実感を得られるような環境をつくることを大切に心がけている。つまり、利用してもらっている人が、「巣立ち会を利用してよかった」、「うれしかった」と言ってもらえるような仕事を提供していくこと。「良いサービスを多くの利用者に利用してもらおう」これは巣立ち会の一つの理念でもある。相手の立場になって、相手の身になって、サービスを提供するという考え方を職員には徹底して理解してもらおうようにしている。その結果、30年も入院していた人が「退院してきて、良かったです。ここがいいです」と言ってくると職員も心から喜びを感じる。このように職員に仕事の意味を実感できるような、または結果がでるような仕事を組んでいけるように準備をしたいと考えている。

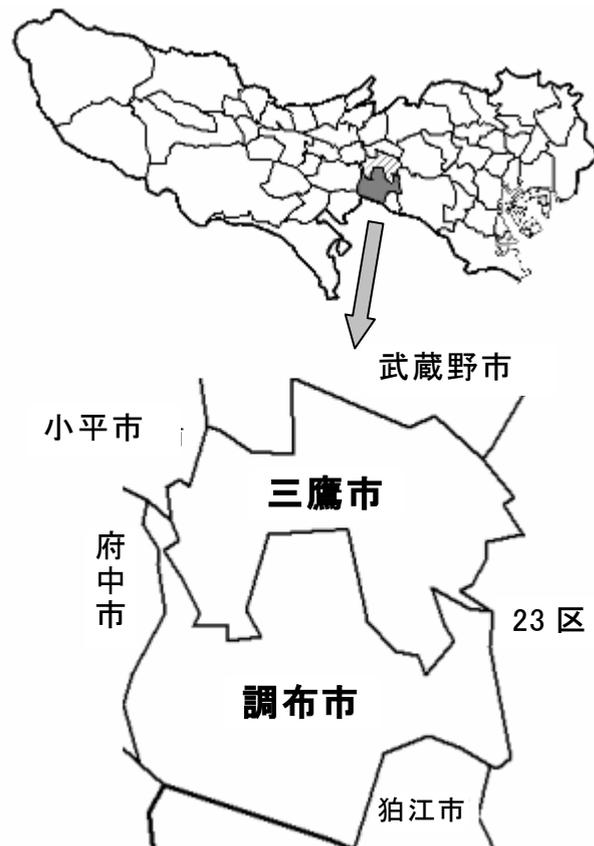
20人ぐらいの職員なので、直接何か困った時には、いくつかのルートで相談に乗れる体制を組み、一人で抱え込んで悩まないような体制をつくっている。年に1回職員には今後の1年の見通しや自分自身の目標、意欲や関心について聞くようにしている。各職員がどんなところにいる、どんなことがいまの人生の中の関心や話題になっているのかということを確認しながら、その職員にとっての仕事の位置づけを確認するようにしている。個人的な生活状況も含め、介護の必要な家族がいること、子供のこと、結婚の予定など、個人的な背景も聞いて、仕事上で配慮できることは、配慮していきたいと考えている。その人個人の人生が充実して生きていく、楽しく生きて、楽しく仕事ができるように、職場で配慮できることはしていこうと考えている。また目標の達成度などをお互いに評価しあい、今後の目標につなげていくようにしている。

2.実施地域の概要

(1) 地域特性

東京都調布市と三鷹市が巣立ち会の活動拠点である。東京都の人口は12,339,259人、総世帯数は6,029,100世帯になっており（2007年1月現在）、1997年以降の人口は11年連続で増加を続けており、過去最高となっている。

東京都では、2006年度から「障害者地域生活支援・就労促進3か年プラン（以下、3か年プラン）」を策定し、独自の支援策により、区市町村、社会福祉法人、民間企業、NPO法人等が行なう基盤整備の支援を積極的に行っている。中でも、精神障害者グループホームは、定員1,310人増を目標にしており、近年少しずつ増加している。また、本プランのもうひとつの柱である就労促進に関しては、区市町村の障害者就労支援事業を20か所増、企業内での通所授産事業を26か所増、福祉的就労の場の経営改革を100か所増という目標数値を掲げ、積極的な推進に向けて取り組んでいる。



また一方で、2007年度からは①障害者の地域における自立生活支援、②自立に向けた就労促進策の拡充、③精神障害者をはじめ、重症心身障害児（者）、高次脳機能障害者、発達障害児（者）に対する施策を充実・強化する、の3点を重点プロジェクトとして取り組み、精神障害者支援の具体的展開としては、退院促進支援事業の推進、障害者単身生活サポート事業の創設が挙げられている。退院促進支援事業では、精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者の退院を促進するため、精神科病院との退院調整を行い、入院中のグループホーム体験入居や精神科訪問看護推進事業などの取組により、地域生活への移行を支援することとしてい

また、障害者単身生活サポート事業では、一般住宅（公営住宅、民間賃貸住宅等）への入居を希望している障害者に対し、相談支援機関が 24 時間体制で相談・助言、必要な調整を行なうことによって、障害者の単身での地域生活を支援することとしている¹。

調布市は東京都のほぼ中央で多摩地区の南東部に位置し、新宿副都心へ 15km の距離にある。神奈川県と接する南側には多摩川が流れており、市内を国道 20 号線（甲州街道）や中央自動車道が通り、市街地を形成している。鉄道（京王線）は東西に伸び、都心から 20 分で行くことができる。また、バス路線も多く交通網はかなり発達している。市内には味の素スタジアムや神代植物公園、深大寺、新撰組局長近藤勇の生家跡、武者小路実篤公園などがあり、1995 年には、調布市役所北側に調布市文化会館たづくりが建立され、市民の文化とコミュニティ活動がより発展する場が作られた。このように、数々の史跡や公園、スポーツ施設などがあり、豊かな自然と市民生活の充実や利便性が調和した街となっている。また一方で、調布市は 2006 年度から地域福祉計画を、調布市社会福祉協議会は 2005 年度から第 3 次地域福祉活動計画として「いきいき調布 21 プラン」を策定し、子どもから高齢者まで、障害のある人もない人も、誰もが地域においていきいきと自立した生活が送れることをめざし、サービスの推進に努めている。

調布市の総人口は 214,480 人であり、2000 年に 20 万人を突破してからは増加傾向にあり、現在は 21 万人を突破している。また、総世帯数は 104,705 世帯となっている（2007 年 4 月 1 日現在）。このうち、年少人口は 26,178 人（12%）、生産年齢人口は 150,385 人（70%）、老年人口は 37,764 人（17.6%）であり、高齢化率は 17.6%である。これは、東京都の 18.9%を下回っているものの、年々増加傾向にある。今後、人口総数は緩やかに、高齢者人口は急激に増加することが予想されており（2006 調布市『調布市の概況』²より）、調布市においても、約 5 人に 1 人が高齢者となる超高齢社会の到来が予想されている。

次に、三鷹市は東京都多摩地区の最東端に位置し、調布市の北部にある。調布市と同様に、新宿副都心へ 18km と近く、市北側に JR 中央線が東西に走っており、バス路線も発達している。武蔵野台地の中央南端にある三鷹市は、北東に位置する井の頭恩賜公園、玉川上水、野川、仙川等があり緑豊かな資源が存在している。また、市内には三鷹の森ジブリ美術館や三鷹市芸術文化センター、

¹ <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kikaku/vision/shintenkai2007/shintenkai.html> より

² 『調布市の概況』は、<http://www.city.chofu.tokyo.jp/download/163105024820.pdf> を参照。

三鷹市美術ギャラリー等があり、芸術文化の発信にも力を入れている。一方で、住民協議会によるコミュニティセンターの管理運営など、全国でも先駆的な市民全体のコミュニティ作りを進めており、近年では「みたか市民プラン 21 会議」などの自治の取り組みで知られている。また、少子高齢社会において、子ども家庭支援センターや保育園サービスの多様化などの先導的な子育て支援施策も展開している。

三鷹市の総人口は 176,812 人であり、総世帯数は 85,563 世帯となっている（2007 年 4 月現在）。このうち、年少人口は 20,984 人（11.8%）、生産年齢人口は 120,633 人（68.2%）、老年人口は 31,059 人（17.5%）であり、高齢化率は 17.5%である。これは、調布市とほぼ同率であり、東京都平均 18.9%を僅かに下回っているものの、今後は後期高齢者の割合が増えていくことが見込まれている（2005 三鷹市『第 2 章 三鷹市の高齢者および高齢者介護をめぐる状況』³より）。

表 3-1

調布市と三鷹市の総人口と高齢化率

	調布市	三鷹市	東京都	全国
総人口	214,480 人	176,812 人	12,339,259 人	127,055,010
老年人口	37,764 人	31,059 人	2,332,305 人	25,792,190
高齢化率	17.6%	17.5%	18.9%	20.3%

注) 調布市は 2007 年 4 月の「調布市の世帯と人口」より。なお、外国人登録者も含まれている。
 三鷹市は 2007 年 4 月の「年齢別人口報告書」より。なお、外国人登録者も含まれている。
 東京都と全国は、2007 年 1 月の「住民基本台帳による東京都の世帯と人口」より。

³ 『第 2 章 三鷹市の高齢者および高齢者介護をめぐる状況』は、<http://www.city.mitaka.tokyo.jp/a014/p022/pdf/t0220000607.pdf> を参照。

(2) 医療情報

巢立ち会の活動地域における医療情報は次のようになる。

調布市や三鷹市、あるいはその周辺地域（以下、多摩地域）を管轄している精神保健福祉センターは、多摩総合精神保健福祉センターである。当センターでは、多摩地域の特性を踏まえ、地域住民の精神的健康の保持増進を図るとともに、こころの病の予防や相談、精神障害者の社会的自立に向けての支援等、総合的かつ専門的に対応している。また、国が提示した「入院医療中心から地域生活中心へ」転換する保健医療福祉サービスの構造変革に貢献する事業展開にも力を入れている。具体的には、退院促進への取り組み、多摩版 ACT（積極的地域生活支援活動班）の試行事業、民間のデイケアでは対応困難な 35 歳以下の思春期・青年期精神障害に特化したデイケア活動、関係機関と連携した就労支援の強化、地域ケアの時代にふさわしい WHO による国際生活機能分類 ICF および長所活用モデルを基礎にしたセンター独自の評価表の開発等（同センターホームページより⁴）であり、今後の展開が期待される。

次に、調布市と三鷹市の精神障害者数と精神科病院についてである。調布市では、精神保健福祉手帳所持者が 810 人となっている（2005 年 3 月）。市内の精神科病院には、青木病院、吉祥寺病院、山田病院があり、それぞれ 320 床、345 床、225 床で（表 3-2）、その合計は 890 床である。また、デイケア・ナイトケアについては、3 病院全てで行なわれている。

三鷹市では、精神保健福祉手帳所持者が 725 人である（2006 年 4 月）。市内の精神科病院には、井之頭病院、長谷川病院、杏林大学医学部附属病院があり、それぞれ 659 床、587 床、32 床で（表 3-2）、その合計病床数は 1278 床である。また、デイケアは井之頭病院、長谷川病院で行なわれ、ナイトケアは井之頭病院のみで行なわれている。

⁴ <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/tamasou/index.html>

表 3-2

近隣精神病院と病床数・デイケア、ナイトケアの実施状況

(2007年2月現在)

所在地	病院名	病床数	デイケア	ナイトケア
調布市	青木病院	270 床	○	○
	吉祥寺病院	343 床	○	○
	山田病院	227 床	○	○
三鷹市	井之頭病院	659 床	○	○
	長谷川病院	587 床	○	×
	杏林大学付属病院	32 床	×	×
府中市	根岸病院	450 床	○	×
	斎藤病院	205 床	○	×
	東京都立府中病院	35 床	×	×
小金井市	武蔵野中央病院	200 床	○	×
練馬区	慈雲堂内科病院	680 床	○	○

* 調布市と三鷹市以外の市区については、主にかかわりのある病院を示している。

(3) 社会資源

社会復帰施設（三鷹市編）

表 3-3

三鷹市の社会復帰施設

<通所施設>		
施設名	登録者数	運営団体
ひまわり第一共同作業所	27名	社会福祉法人三鷹ひまわり会
ひまわり第二共同作業所	27名	社会福祉法人三鷹ひまわり会
ひまわり第三共同作業所	26名	社会福祉法人三鷹ひまわり会
巣立ち風	35名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ち工房	37名	社会福祉法人巣立ち会
むうぷ舎新川	29名	社会福祉法人むうぷ
むうぷ舎中原	26名	社会福祉法人むうぷ
食茶房むうぷ	31名	社会福祉法人むうぷ
リビングハウスマム	20名	NPO 法人リビングハウスマム
通所登録者総数：258名		
<住居施設>		
巣立ちホーム	6名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム三鷹第2	5名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム三鷹第3	6名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム三鷹第4	4名	社会福祉法人巣立ち会
グループホーム陽だまり荘	6名	NPO 法人三鷹陽だまり企画
グループホームかみれん	5名	NPO 法人かみれん
ひまわりの家	4名	社会福祉法人三鷹ひまわり会
住居施設登録者総数：36名		
<地域生活支援センター>		
地域生活支援センターゆー・あい	80名	社会福祉法人三鷹授恵会

2007年1月現在

社会復帰施設（調布市編）

表 3-4

調布市の社会復帰施設

<通所施設>		
施設名	登録者数	運営団体
第一クッキングハウス	26名	クッキングハウス会運営委員会
第二クッキングハウス	23名	クッキングハウス会運営委員会
第三クッキングハウス	29名	クッキングハウス会運営委員会
調布くすの木作業所	23名	社会福祉法人くすのき会
シェア	31名	社会福祉法人くすのき会
ビギン	17名	社会福祉法人くすのき会
リフレッシュクラブ	32名	共同作業所リフレッシュクラブ 運営委員会
創造印刷	35名	社会福祉法人新樹会
こひつじ舎	55名	社会福祉法人巣立ち会
通所登録者総数：271名		
<住居施設>		
巣立ちホーム調布	5名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム調布第2	6名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム調布第3	6名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム調布第4	8名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム調布第5	7名	社会福祉法人巣立ち会
巣立ちホーム調布第6	6名	社会福祉法人巣立ち会
くすのきりん	6名	社会福祉法人くすのき会
第2くすのきりん	4名	社会福祉法人くすのき会
くすの木第4	17名	社会福祉法人くすのき会
粹交舎	18名	社会福祉法人新樹会
ラポール仙川	6名	NPO 法人 S.U 総合企画
住居施設登録者総数：89名		
<地域生活支援センター>		
希望が丘	163名	社会福祉法人新樹会

2007年1月現在

3. 巣立ち会の住居支援

(1) 住居の実態

巣立ち会がサービス提供している住居には、以下のものがある(2007年4月)。自立支援法に基づく共同生活援助事業として事業所の登録をしているグループホーム(表3-5)、法人が物件の契約をしており事業所登録をしていない住居、法人が契約している物件ではないがサービス提供をしている住居である。

表 3-5

法人が契約し、事業所登録している住居(グループホーム)

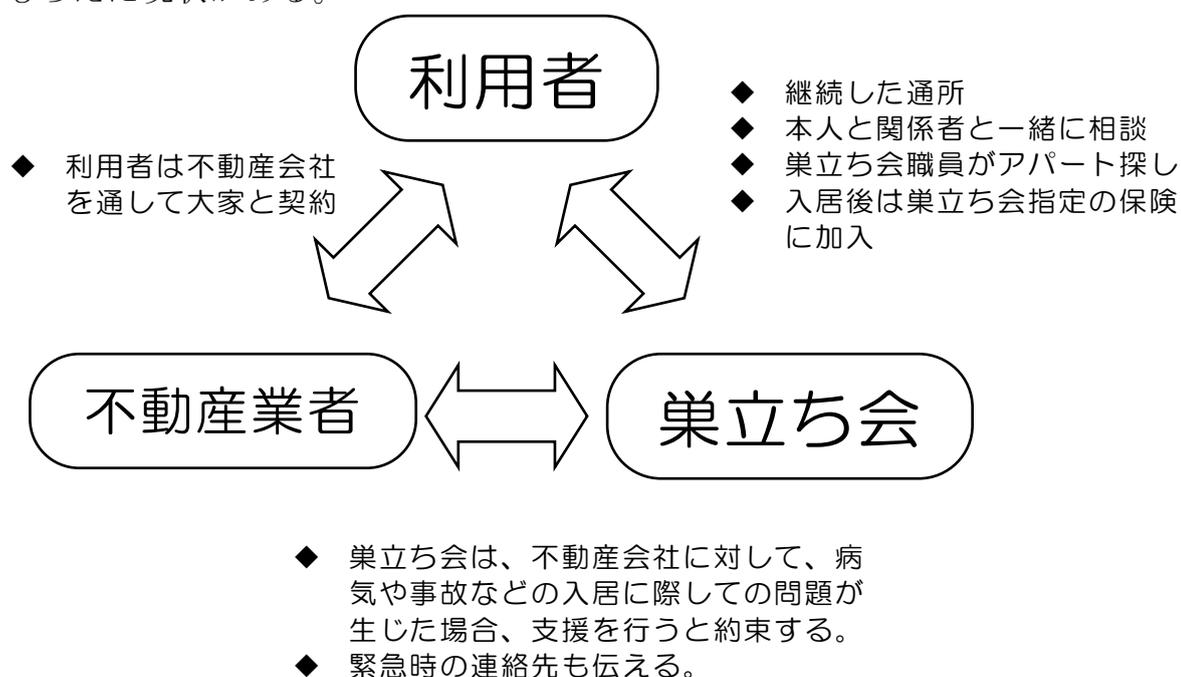
名前	形態(部屋数)		平均家賃	居室形態	東京都 加算の 有無
巣立ちホーム	アパート全室 (1棟分)	(6)	65,000円	1Kバス・トイレ付	○
巣立ちホーム 三鷹第2	アパートの一部	(15)	50,000円	部屋により異なる (トイレ付)	×
巣立ちホーム 調布	アパート全室 (1棟分)	(5)	64,982円	1Kバス・トイレ付	○
巣立ちホーム 調布第2	アパート全室 (1棟分)	(6)	66,264円	1Kバス・トイレ付	○
巣立ちホーム 調布第3	アパート全室 (1棟分)	(6)	60,000円	1Kバス・トイレ付	○
巣立ちホーム 調布第4	※サテライト型	(10)	61,625円	部屋により異なる (バス・トイレ付)	×
巣立ちホーム 調布第5	アパート全室 (1棟分)	(7)	69,000円	1Kバス・トイレ付	○
巣立ちホーム 調布第6	(1棟分)	(6)	69,000円	1Kバス・トイレ付	○

※サテライト型→利用者の居室と交流室が複数の建物にまたがっているグループホーム

法人が物件を契約しており事業所登録をしていない物件は調布市に 8 部屋ある。これらは、すでに入居している利用者がいるが事業所登録の要件を満たしていないため登録できない部屋や、空き物件を先に借りているだけで、まだ入居者がいない部屋が含まれる。また、法人契約ではないが住居探し支援を行っている物件は、三鷹市、調布市合わせて約 16 部屋ある。これは会の立ち上げの頃、会の運営にも関わっていた病院職員が退院支援として住居支援を行ったケースや、グループホーム利用者への退居支援として関わったケース、日中活動の場のみ利用者への住居支援などが挙げられる。

物件については、ほとんどが大家さんまたは不動産業者に巢立ち会の活動を知ってもらい理解を得た上で巢立ち会が契約している。退院する利用者を円滑に受け入れるためには前もって住居を確保しておく必要がある。退院したいと思った時期、退院の準備ができた時を逃さずに住居の提供をするためには、その時点で住居を探していたのでは遅い。いつも、不動産業者や大家さんとの連携をして、いつでも入居できる部屋を準備しておく必要がある。現在グループホームの登録をしていない住居も今後入居者が増えてくればグループホームに含めていく可能性もある。

巢立ち会のサービスについては、グループホームの登録の有無によって差があるわけではない。大家さんからの注意や苦情についても、法人で契約している物件は当会が連絡窓口となり大家さんや不動産業者が不安なことがあればすぐに対応できる体制を取っている。不動産業者や大家さんから見れば事業所登録の有無は関係なく、困った時の窓口があるということで安心して物件を貸してもらえた現状がある。



また住居探しや住居を借りるまでの手続きを支援して、結果として法人の契約ではなく利用者個人の契約となったケースもある。契約は個人であっても法人を連絡先として、不動産業者からの連絡窓口となる場合もあり、法人契約の物件と同じような支援が必要となってくる。大家さんや不動産業者の心配は、家賃の滞納だけでなく、あらゆる問題を含めて「何かあった時」の対応である。病気・事故などの入居後にトラブルが生じた場合に支援を行うことを約束し、緊急連絡先も伝えてある。

このような体制を整えてきたことで、不動産業者や大家さんの理解を得ることによって物件を借りやすい状況ができ、住居の確保をしていくことができた。

＜住居の見つけ方＞

物件については、ほとんどが大家さん、または不動産業者に巣立ち会の活動を知ってもらい理解を得た上で巣立ち会が契約している。巣立ち会は、今でこそここまで数の住居があるが、これは特別に恵まれた環境にある訳ではない。地道な日常活動の積み重ねがあってこそ現在の現在なのである。



a) 巣立ち会のはじまり

巣立ち会の活動のはじまりともなった、『巣立ちホーム』の物件を当初貸してくださった大家さんとの出会いは運命的だったのかもしれない。今から 15 年前、どこの不動産業者に行っても、保証人もおらず、障害の理解もないことから、物件を断られ続けていた時代に、障害を受け入れて貸していただいた。

大家さんには、精神科病院の中には、住む場所がなくて、退院できない人が大勢いること、そうした人たちが地域に暮らせる場所を探していることを率直に相談し、何かあった時には、できる限りの努力をして対処していくことなどを説明し、協力を求めた。その結果、家族と相談し、快諾していただいたのであった。実は「巣立ち会」という名称もいくつかの候補の中から、大家さんに選んでもらったものである。「いつかここからも巣立っていけるといいね」との願いからだった。その後、この大家さんのアパートには、次々と退院した人が住むことになる。この大家さんとの出逢いは、巣立ち会にとって将来を決定づけるとても大きなことだった。

b) アパート一棟借りの実現

グループホームの必要性が叫ばれながら、しかし現実には数が増えない。それでも、退院のチャンスのある方には、住居支援をしたいとの希望をもちつづけ業務にあたってきた。サテライト方式が認められたとしても、一度に 5 室のアパートを近くで探すことは容易なことではない。不動産業者を回りながら、適当な物件にめぐりあえず、何か良い方法がないかと考えるようになっていた。頭を悩ませていたとき、精神科病院の近くに更地があることに気が付いた。以前は、入院患者たちの外勤先だった工場があったのだが、その工場が移転したため、更地になっていた。

そこの更地の大家さんに「グループホームを建てていただけないか？」というお願いをした時、「ちょうどアパートを建てようと思っていたところだったん

ですよ。障害のある人も自分でできることは、できるだけがんばることは必要だけど、できないことについては、社会が補っていく必要があると思う」とご自身の価値観を語ってくれた。私たちの希望をきいてくださり、広い交流室やトイレと風呂が別のワンルームの設計をしていただいた。アパート 1 棟借りの新築グループホームを貸していただけることになった。『巣立ちホーム調布第 2』の完成であった。そして、この大家さんとの出逢いは、その後の巣立ち会の発展へとつながっていったのである。この大家さんが親戚の方に巣立ち会のことを話して下さり、今度は親戚の方がアパートを建ててくださり、『巣立ちホーム調布第 2』のとなりに、『巣立ちホーム調布第 3』の誕生となった。

a)、b)2 人の大家さんには、夕食会に参加していただき、実際に利用者と触れ合う時間をとってもらい、結果的にお互いが理解するうえでとても良い時間となった。挨拶に始まり、世間話をしたり親しくなったりしてくると、高齢の大家さんの手伝いを利用者自らかつて出る人もいた。常に大家さんとのコミュニケーションを大切にし、大家さんが気になること、心配なことを気軽に職員に声をかけてもらえるような関係作りをしてきた。このように、理解ある大家さんと出逢えたらこの出逢いを大切にし、自分たちができる努力を惜しまず関係作りをしていくことは非常に大切なことである。

c) 利用者の力

2 番目に借りた巣立ちホーム調布が道路拡張のために立ち退きを要請されることとなる。立ち退くことには特に問題はなかったが、代替の物件を探すことは非常に困難だった。あるとき入居している利用者に事情を話し、引っ越せるようなアパートを探すように協力を求めた。そうしたところ 65 歳を過ぎたその利用者はすぐに建設中のアパートに出向き工事の業者にそこを貸してほしいと粘り、困り果てた業者は知り合いの不動産業者に話を聞いてくれるように橋渡しをしてくれたという。その不動産業者に出向いた利用者はどうしてもその物件を貸してほしいと 1 時間以上粘って不動産業者に頼んだという。困り果てたが、利用者の必死かつ熱心なアプローチに負け、大家さんに連絡をとってくれたそうである。結局大家さんの娘さんがどのような方たちか一度会ってみたいという話になって、食事会に参加してもらい、利用者と会ってもらったことになった。その後家族会議を開いた時には物件の持ち主のお母さんは「困っている人がいるのなら、貸しておやりなさい」と一言おっしゃって下さったということで工事中の物件の設計変更をして一棟ごと我々が借りることとなったのである。物件を探してくれた利用者から学んだことは、この大家さんたちとの出会

いを経て、世の中には精神障害者への差別・偏見が当たり前にあるという固定観念がむしろ一般的な思い込みかもしれないとさえ考えるようになったことである。理解ある地域市民は大勢いて、そのような地域市民との出会いを見つけるための足や体を使った地道な努力をもっとしていくことによって、その結果は変わってくる。それが専門家としての仕事なのではないかと感じるようになってきている。

d) 理解ある不動産業者との出逢い

前述したように、物件探しに尽力してくれた利用者の話をよく聞いてくださり、巢立ち会の活動を理解してくれる不動産業者に出会えることができた。この不動産業者が、色々な大家さんに丁寧に説明をし、2部屋、3部屋まとまって、空部屋が出ると、その都度声をかけてくれるようになった。

その結果、駅近くに生活環境のよい物件を十数部屋紹介してくれた。これらのいくつかのアパートをサテライト方式のグループホームとして、『巢立ちホーム調布第4』が誕生するのである。

不動産業者は、部屋に関する情報を多くもっている。大家さんの古い物件の空き部屋対策と、まとまって部屋を借りたいこちらの条件とが合致して、契約につながっている。この不動産業者との出逢いは、今後も大きな力になってくれるものと感じている。

e) 事業拡大の転機

グループホームの立ち退きの話が出た時、東京都の用地取得係から大家さんの紹介をうけ、その大家さんとアパート建設の話を進めることになった。道路拡張に伴い、高さのある建物を建ててよくなり、道路沿いにマンションやアパートが増えたのである。『巢立ちホーム調布第5』、『巢立ちホーム調布第6』の大家さんが、マンションをグループホームにするかどうか迷っている時、『巢立ちホーム調布第2』の大家さんと知り合いで、当会のことを話してくれて、住んでいる人たちについても、「大丈夫よ！」と口添えをしてくれたことが、決め手にもなった。

今までの経過から、人とのつながりというのは、実に面白いものである。巢立ち会が、物件を確保するにあたり、大家さん同士のつながりがあったり、偶然の不動産業者との出逢いから、次へつながっていったりしている。これも日々の活動の積み重ねからだと思っている。今後も、大家さん、不動産業者に対して、些細なことでも報告や連絡を忘れず、いつでも協力者であることに感謝していきながら、日々の業務を行うことが重要であると考えている。

＜入居条件＞

入院中の方が巣立ち会の住居へ入居する際、条件の特徴としてあげられるのは、「原則入院中から日中活動の場に定期的に通ってもらう（体験通所）」という点である。体験通所をしてもらうことで次のような様々なメリットが出てくる。

- ・利用者仲間作りをする準備期間を持てる
- ・職員との関係作りをする準備期間を持てる
- ・日中外に出る習慣をつけることができる
- ・退院後の生活をイメージしやすくなることで不安を軽減できる
- ・退院時の環境の変化をできるだけ少なくできる

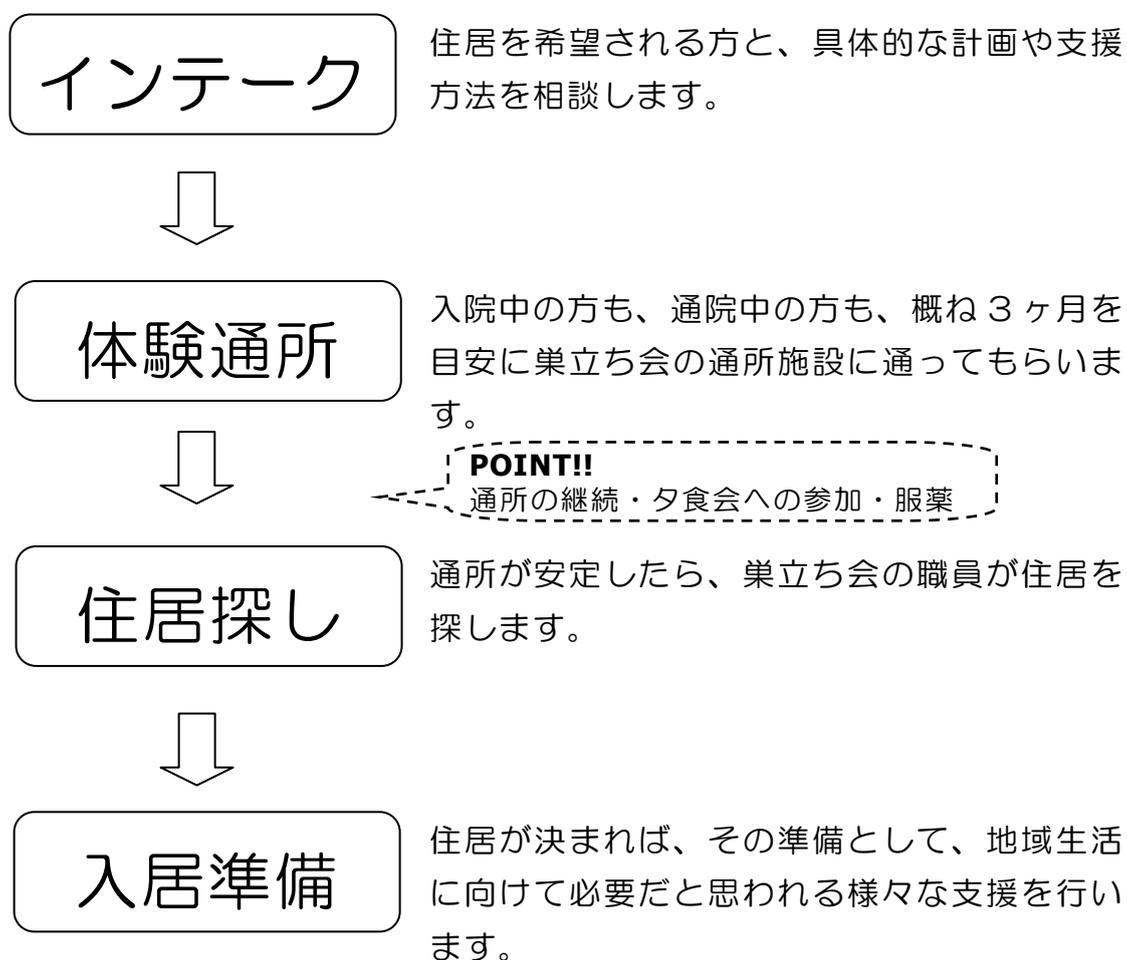
インテークの段階で「日中の通所が定期的が続けば必ず住居を探し、退院できるように支援する」ということを具体的に伝える。退院までの通所期間は退院促進支援事業の実績からすると平均約6ヶ月程度(2007年3月現在)である。ただ個人差はかなり大きく、毎日通所した場合は1ヶ月ほどで退院となるケースもあり、通所回数が少ない場合は6ヶ月より通所期間が延びるケースもある。

体験通所の際に退院後の生活を想定した宿泊訓練(体験宿泊)をしてもらう。体験宿泊の期間は、グループホームでの夕食会参加や住居から日中活動の場への通所を体験してもらう場となり、入居する側、受入れる側双方がお互いを知る場ともなる。体験宿泊を通して退院後の生活をより具体的にイメージしてもらい、利用者側、支援者側双方が不安の少ない状態で退院の設定をすることができる。退院をする時、生活環境が急激に変化することで体調を崩してしまうこともあるが、体験通所・体験宿泊を行なうことで退院時の環境の変化を少なくできる。

入居時の条件については一応以下の要件を挙げている。

- ・通院、服薬が安定してできる（現実には退院後服薬できなくなる方もかなりいる）
- ・日中活動の場に安定して通所できる、集団になじめる（ピアの支援が受けられる）
- ・職員との信頼関係が築ける
- ・年齢制限は定めていないが、ある程度自活できる（ADLについては現在模索中）

上記はグループホームへの入居を想定した入居条件を記載したが、集団に属さない方が安定して生活できる方の場合、グループホーム以外の住居を提供する場合もある。ルールに縛られることで返って病状が悪化する方もいて、日中活動の場や夕食会に参加しなくても病状が悪化せず日常生活を送ることができる方には、グループホーム以外の住居を紹介または住居探しを手伝うこともある。



<退居支援及びアフターケア>

自分の目標を達成するまでの時間は、個人差が大きいことから、巣立ち会では明確な期限は設けていないが、個別支援計画を立てる際には、期限を考慮しながら、利用者と話し合っていくことにしている。

現在のところ、日頃の様子を総合的に判断し、タイミングを見計らって、職員から声をかけていくことが多い。「せっかく慣れてきたところなのに・・・」と二の足を踏む利用者もいるが、グループホームでの生活を評価し、今後も相談

にはのっていくという約束のもと、次のステップに向けての具体的な話を、本人の希望を聞きながら進めていっている。

通院先、通所先、買い物、余暇活動等、今まで安定して生活を送っていた圏内に、生活保護基準程度で暮らしていける物件があった時に、利用者に声をかけると意外にスムーズに移行することができる。それは、アパート探しという難題をクリアされた上での話であるため、住む場所以外の環境を変えないことによって、生活のパターンがイメージしやすい。その結果、本人が安心できることが大きな要因のようである。また、新しいアパートを探す場合、利用者と物件探しの条件を話し合うと、1日の中でもっとも長い時間を過ごす日中活動の場に通いやすい範囲で探したいとの希望が多い。実際、通勤に便が良い場所や、通所先の近くに引っ越した利用者がある。それに伴い、支援の中心が、通所先や支援センターになっていく時には、そこでのひきつぎも利用者と共に歩いていく。

通過型のグループホームの場合、1人、2人と退居していく利用者が出てくると、利用者同士の相乗効果も生まれ、「そろそろ自分の順番かも・・・」と覚悟を決めたり、「あの人が退居できたなら、自分も大丈夫かも・・・」と自信をのぞかせたりする利用者もいる。また、仲の良い2人をペアで同じアパート内の別の部屋へ退居するようすすめる場合や、当事者同士の助け合いができるよう近くに引っ越しをするように助言する場合もある。

退居した利用者に対しても、利用者の希望により、必要な時には、支援を継続しているのが実態である。支援といっても、その中心は“見守り”である。通所先と連携をとりながら、必要な時に支援をしていく。退居された後の生活で、病状が悪化した時などの対応、生活の変化に伴い生活保護の申請や通所先の変更時の同行、権利擁護事業の手続き等、支援を継続している。グループホーム入居時と同じように、夕食会にも希望すれば参加することもできる。なじみの利用者と職員がいるところで、バランスのとれた食事をとることは、生活の場ともなり、ひとりで抱えこまずに、時々利用者同士でアドバイスし合い、必要があれば職員が相談にのることもある。また、時間があると、交流室に立ち寄ったり、電話で相談してきいたりする退居者など様々であるが、関係が続いていることが多い。何か困ったことがあった時には、いつでも相談にのるという保証をしながら退居後の生活の応援もしている。

また巢立ち会では、社会的入院の方たちを受け入れてきた結果、高齢化の問題も避けて通れないのが現実である。本人の希望により、高齢者の施設へ入居された方や、認知症が進み精神障害者のグループホームでの対応が難しくなり、認知症専門のグループホームへ入居された方などもいる。しかし、高齢者のサ

ービスへ上手く移行できずに、年齢からくる生活障害の問題から精神科病院へ再入院してしまうというケースもある。

自立支援法により、認定区分の問題やホームヘルパーを利用できない等の制限、介護保険との絡みなど、なかなか上手くいっていないのも現状である。今後、入居された人たちが高齢化していく中で、ケアホームの検討などが課題に挙げられる。



(2) 支援の内容

グループホームの職員体制は管理者、サービス管理責任者、世話人、代替世話人で構成されるが、巢立ち会では管理者は緊急時の対応や大卒の人事管理、予算や決算の経営上の管理などを行い、世話人が常勤者でサービス管理責任者を兼ねるところも多く、直接的な支援者となっている。

そのような中、世話人の仕事は多岐にわたる。生活支援としては、経済的なことや薬についての相談をうけたり、社会的な手続き等の同行、仕事探しや健康管理についてのアドバイスを行ったり、掃除やゴミ捨てのお手伝いをすることもある。週2回の夕食会を行い、食事提供もしている。

日中の業務の多くは、入居者に関する様々なコーディネートを行っている。入居者が利用している医療機関、市役所、他の関係機関などへの連絡・調整を行って、入所者の支援に反映させている。医療機関、市役所、他の関係機関などは、日中しか連絡がとれず、入居者の情報を収集するためには、非常に貴重な時間である。入居者が多くなると、コーディネート業務も増えていく。

利用者が調子を崩したりすると、同行受診をしたり、関係機関との調整やカンファレンスなどに参加する。入院をしてしまった場合には、家族や役所への連絡調整や面会なども行っている。

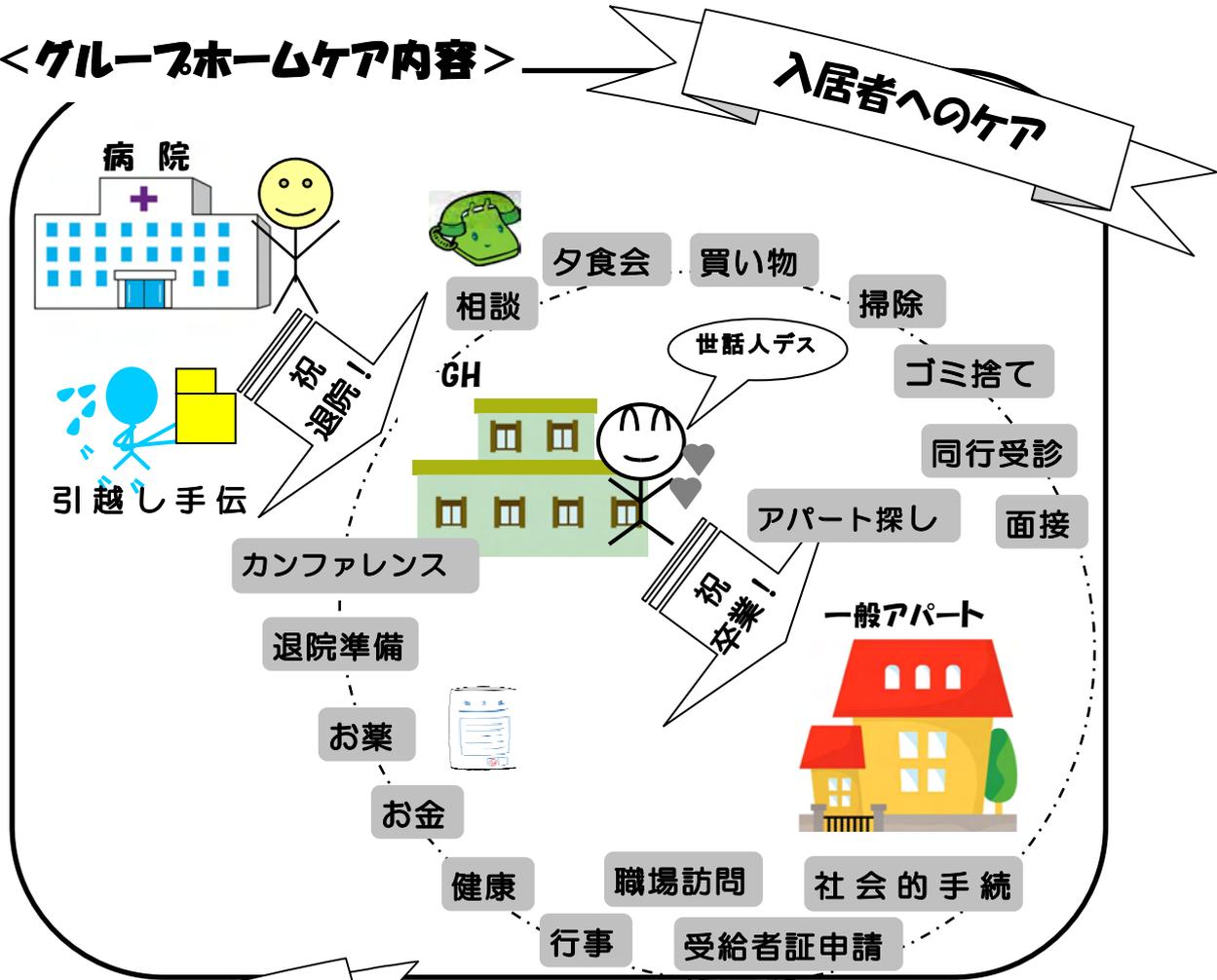
新しい入居者がいる場合には、カンファレンスに参加し、買い物や引っ越し等の退院準備を行い、役所や公共料金の手続きを同行することもある。支援計画を立てるため、生活に関する具体的な話をする時間も多く取っている。

関係機関との間では、グループホーム関連の会議や地域の連絡会やカンファレンスや訪問看護との連絡会にも出席する。退居者が出た場合には、アパート探しや家族、役所への連絡調整も含め、OBのフォローも大切な仕事となっている。その他、見学者の対応や実習生の指導なども行っている。

また、日中利用者がいない場合の多くの時間が事務仕事に当てられる。業務日誌・ケース記録はもちろんのこと、利用者から生活保護家賃や自己負担金の徴収は毎月の仕事である。また、事業実績報告書、申請書、支援計画書、事業報告書・事業計画書の作成、社会復帰施設等施設調査書作成などは年間を通して行われなければならない事務である。さらに、自立支援法が実施され、毎月の請求事務は上限管理も入ってきて、事務仕事は増大している。



<グループホームケア内容>



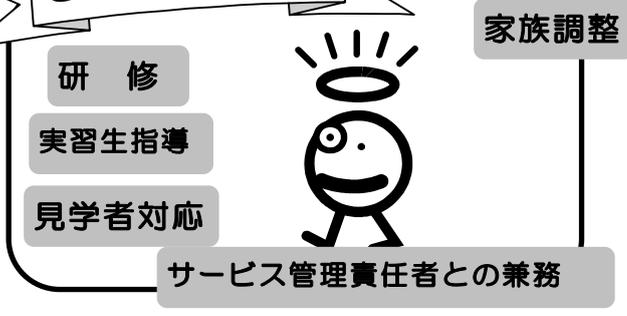
事務的な仕事



関係機関との連携



その他にも...



(3) 支援体制

<支援者としての配慮>

・ピアの活用

巣立ち会の活動の中で、特に配慮して、日常業務にあたっていることをのべる。

利用者の主体性を尊重すると同時に利用者同士の相互作用を活用することに気を配っている。これまでも利用者が地域で生活していくと様々な事に遭遇する。例えば、部屋のヒューズがとんでしまい、部屋の電気のつけ方がわからなければ、隣の利用者に聞いてやり方を教えてもらったりする。カゼをひいて具合が悪い人には、おかゆを作って届けてあげ、辛くてひとりで病院に行けない人に同行受診をしてくれた人もいる。朝が苦手でなかなか通所施設にいけない利用者に、毎朝モーニングコールをしてくれ、一緒にいくように声をかけてくれる人。どうしても気分が落ち込み、ひとりでいたくない時に、そばに一緒にいてあげる人。困った時に **SOS** をだせる相手が身近にいて、2人でうまくいかなければ、その隣の人にも声をかけ数人の知恵を出し合い、夜を乗り切ってくれたこともあった。

以上のようなことは、日常的なことであり、ごく自然に利用者同士の助け合いが行われている。これらの助け合い、相互援助は、実に優しく、実にあたたかく、必要な時に、必要な分だけ支えになっている。同じ経験をもつ方にしかできない絶妙のタイミング、距離のとり方であり、生活のあらゆる場面で、寄り添い、助け合う関係ができています。

私たち職員は、何から何まで先まわりをして援助をしてしまう事が良い援助だとは思っていない。悩みながら困りながら時には失敗しながらでも、対処していき、生きていく力をつけていくことも必要であると思っている。経験をした事で、対処できることは確実に増えていき、その本人だけでなく周りにも力になっていくのである。職員と利用者の間でおこる“援助”ではなく、利用者同士の助け合いがどんどん広がることを信じて、見守っていきたい。そして、これらが広がれば、もっと多くの社会的入院者を地域に受け入れていくことが可能になってくると信じている。

また、巣立ち会では、地域自立支援事業（ピアサポート事業）と退院促進事業を受けていることもあり、長期入院者の退院に向けて当事者の力を借りて活動している。医療機関などに出張講演に行く時は、職員だけで行くのではなく、通所施設や入所施設の利用者と一緒に行き利用者自らの地域生活に対する感想

などを述べてもらい、当事者同士の繋がりを強化するように工夫している。

専門家がいかに退院に向けて説得しても心が動かなかった入院者が、ついこの間まで入院していた同じ立場だった当事者の声は心に響き、退院に向けて準備をしだした方もいた。

入院者の素朴な質問に対しても、経験に基づき具体的に解答しているのは、同じ痛みも経験しているからこそ、という場面もよくある。自分の経験の有用性や価値について気付いてもらうとともに別の利用者の相談に乗って助言することによって、自己効力感や自己管理能力を高めてもらえるように配慮している。また、ピアサポート事業の一環として、定期的にピアカウンセリング講座も行っているが、当事者が中心となり運営をしている。これらは、回を重ねるごとに気づきがあるらしく、“自分にできること”を考え、地域生活を送っている利用者もでてきている。

今後もピアにしかできないこと、ピアの力が発揮できることを念頭におき、地域で支援をおこなっていききたい。



・チームアプローチ

グループホームの世話人は、一人職場になりがちのため、単立ち会では、孤立し、バーンアウトを防止するために、いくつかの点に気を配りながら業務を行っている。法人内の通所施設職員も含めたチームで様々な問題に対処していきけるように配慮している。

グループホーム世話人と通所施設職員は、退院時のカンファレンスと一緒に参加するだけでなく、日常的に連絡を取り合い、利用者の状況把握および支援に関する相談を行い、気にかかる利用者の状況や職員の見解、行っている支援などについて情報交換や相談を行い、支援方針の共有を行っている。

グループホームの世話人が、通所施設に出向いたり、通所職員が夕食会に行ったり、世話人だけでは対応できないとき、通所施設職員が生活面での支援を行う。各施設を行き来することは世話人の孤立化を防ぐだけでなく、職員同士の刺激にもなり、また利用者の情報の共有なども含めより深い連携を計る上で重要である。

グループホームの世話人というのは、嫌な役を受けてしまうことが多い。たとえば、「ゴミは出しましたか?」、「薬は飲みましたか?」、「部屋の掃除はどうですか?」とうるさい母親みたいな役割になってしまいかねない。このような役をグループホーム世話人がひとりで引き受けるのは、支援者にとってもかなり精神的にきつい場合もある。そこで、生活上の支援が必要な場面では、グループホーム世話人と通所施設の職員の役割分担によって、連携をとることがある。そういうときに通所している作業所の職員から違う角度で話をしてもらったり、世話人以外の職員が訪問すると、利用者にとっても楽な部分というのがある。世話人と入居者が1対1の関係になっていくよりも、第三者が入ってくれることで改善する場合もあるので、職員間の乗り入れというのはいまままで大事にしてきた。



世話人が業務を抱え込みすぎないように、利用者との距離を保つため、時には管理者は憎まれ役になってもらうことがある。世話人は利用者にとって一番身近な存在であってほしいものなので、関係性、重要度において、職員とは立場が違う者が言う方が効果的（多くは言いづらいこと）だと思われることについては、管理者が言うこともある。

<ケアマネージャーの役割>

法人の各施設の職員がケアマネジメントの役割を担っている。利用者は巣立ち会のサービスを利用したいと希望し、訪ねてくることが多い。かかわっていく中で、利用者自身の気持ちの変化や状況が変化していく。法人内ではサービス提供ができないと判断した場合、利用者のニーズに応じて、高齢者のサービスにつなげたり、就労意欲がある利用者には、別の資源を紹介したりすることもある。

<法人内の連携>

法人全体会議（検討委員会）を月1回（定期）、より小規模な会議（三鷹会議、調布会議）を随時（不定期）行い、個別の状況および支援経過について報告を行い、共有を図るとともに、支援方針についての検討を行い、個別支援計画についても検討を行っている。グループホーム世話人連絡会を不定期ではあるが実施し、各グループホームの近況を報告している。時には、近隣の関係機関をよんで、合同で勉強会を開催することもある。

<関係機関との連携>

・行政との連携

私たちの仕事は行政との協力関係なしには存続し得ない。如何に上手に連携をとっていかでその結果も違ってくるといえよう。まず、直接の窓口になる区市町村であるが、精神保健福祉法の改正や障害者自立支援法の成立で障害者福祉の直接の担当は区市町村に一本化された。区市町村は「障害者福祉計画」を立てなければならなくなった。市によっては行政主導で、市によっては市民参加型で2006年度に殆どの市がこの福祉計画を策定したが、3年後には改定になっていく。この計画段階に如何に我々の意見を反映させていくかということも非常に重要なことである。地域の福祉計画を行政だけでなく、市民や事業所、利用者が一体になって作成していくことで利用者主体のサービスが構成されていくものであり、行政と一体になって計画を策定していくプロセスそのものが今後の障害者福祉の基礎になる関係を成立させていくものと考えられる。

精神障害者の地域の活動に対しても今まで以上に区市町村のかかわりが大きくなってきている。私たちがこれから必要なのは今までより更に行政に理解を得ること、そして協力関係を持つことによってより良いサービスを行政が提供できるように働きかけていくこと

である。行政といっても相手は人である。人と人がどのようにつながっていくか、どのようにパートナーシップを持っていくかが鍵となる。

また、区市町村の窓口を足で運ぶこと、親和的に報告と相談を持ちかけて一緒に歩む姿勢を持つことが何より大切である。つい行政などに



対して、要求をすることが多く、対立した関係を持ちがちである。しかし、エンパワメントが必要なのは利用者だけではない。理解し合い、協働することで行政のもつ力を引き出すという発想を持つならば関係性が大きく変わるものである。できるだけ私たちの活動を言葉にして、理解をしてもらえるように行政に足を頻繁に運ぶ。行政の中にも、理解を示してくれて、私たちの活動に近い立ち位置にいる人がいる。そこから、考え方を共有化することができて、行政方面から力を貸してくれることが往々にしてあるものである。

また、行政の職員も自分たちの仕事はかなり忙しいので、こちらから一方的にお願いばかりでは、受け入れてもらうことは難しい。そのため、行政からの事業委託や相談があった時は、積極的に受け入れる、あるいは私たちができることを協力するようにしていく。そこで、お互いの信頼関係を強めていく努力をしていくことも大切である。

ただ、残念なことに行政には異動がある。せっかく慣れて理解も深まったあたりで必ず異動という壁に突き当たる。新しい担当者が来ればまた同じ努力をして、関係作りに努める。良い関係形成ができればその人が他の課に移っても何らかの形で障害者福祉のために協力してくれる可能性はあるのである。

これは行政相手が都道府県や厚生労働省であっても同じことが言える。直接アプローチをして、自分たちのことを理解してもらおう努力はするべきであり、都道府県や厚生労働省も現場を理解したいという関心は常に持っているものである。

・病院との連携

相手の立場を理解する、これは簡単ではないが地域と病院との関係を見るとこのことがやはりできているようで難しいということを実感することが多い。

利用者へのサービスを第一義的に考えるなら、自らの立場での制約を少なくして、如何に利用者中心の支援ができるかが重要であると考えているが、相対的に病院の職員の方が制約は多いように感じる。組織管理が徹底しているほど一職員の裁量権が少なくなる。そのような立場にいる職員に多くを求めることなく、できることは地域にいる私たちで行っていきこうというのがスタンスである。できるだけ、足を運んでこちらから理解を求めるチャンスをつくっていく。呼ばれれば職員へのプログラムの説明や主治医への対応、入院中の患者たちへの説明や接触、利用申し込みのある場合の面接などどんな用事でもなるべく早期に依頼があれば出かけていく。そうすることによって病院にとって利用しやすい社会資源になることで入院中の患者に近づけると考えている。入院中の患者に

退院支援をするためにはそこにアクセスしなければならない。そのためには病院の職員の理解が必須である。何でも断ることなく、受け入れ、チャレンジしていくという姿勢で臨んでいくことが大切だと考えている。

病院との連携はまず、ケースを通して関係ができることが多くなっている。ひとりのケースの相談から、体験通所などの巣立ち会としての支援を行った結果退院に繋がると、同じ病院から次のケースの依頼がくるといことがある。新しい病院との連携を行う際、最初のケースをととても大切にしている。最初のケースで上手く退院に繋がれば、次のケースにつながることもある。

また、巣立ち会では出張講演を行っており、巣立ち会の利用者と職員で病院に出向いて、利用者が入院者や病棟職員に体験談を話すことによって、少しでも退院に意識を向けてもらえるようにしている。実際に出張講演を聞いて体験通所をはじめ、退院に繋がる方がいたり、出張講演で利用者の話を聞いて、病棟の職員の意識が変わることもある。

病院の職員は今の精神科病院が入院中心ということもあって、患者の具合の悪いところを見る機会しか持てない場合が多い。良くなって退院してしまうと関係が切れてしまうのである。そのため、入院中の患者が地域で自立して生活を行っていくプロセスについてもイメージがもてない職員が多い。まさに入院中の患者と同じである。そのイメージを一緒に作ることによって病院職員もその方法を理解し、どうしたら地域で自立した生活を営むための支援ができるのかということと共有しあえるようになることが重要である。そして退院後も訪問看護などを通して継続的に関わって地域生活を支援していくことを共有できれば病院職員の意識も大きく変わり、退院促進にも非常に協力的になるという経験を何度もしている。病院職員もエンパワされるような仕事を一緒に作っていくことが必要だと感じている。患者や利用者が如何に豊かで自立した人生を歩むことができるかということと病院、地域の職員が一体となって考えていく、そうした関係作りができれば、おのずから成果も上がってくるものである。

＜市民協力＞

住居は住む場所であるため、特別に市民協力を得ることはしていないが、法人としては出張講演、定期的な「巣立ちだより」の発行、実習生、見学者を積極的に受け入れていくことで、巣立ち会を知ってもらうことに役立っている。また、年1回「愛のふれあいコンサート」と称して、コンサートを開催することによって、地域の方々と親睦を深めている。その他、各通所施設ではそれぞれの活動を通じて、一般市民の理解をえるために努力している。

陶芸を行っている『巣立ち工房』では、「陶芸」を通じて一般市民との交流が

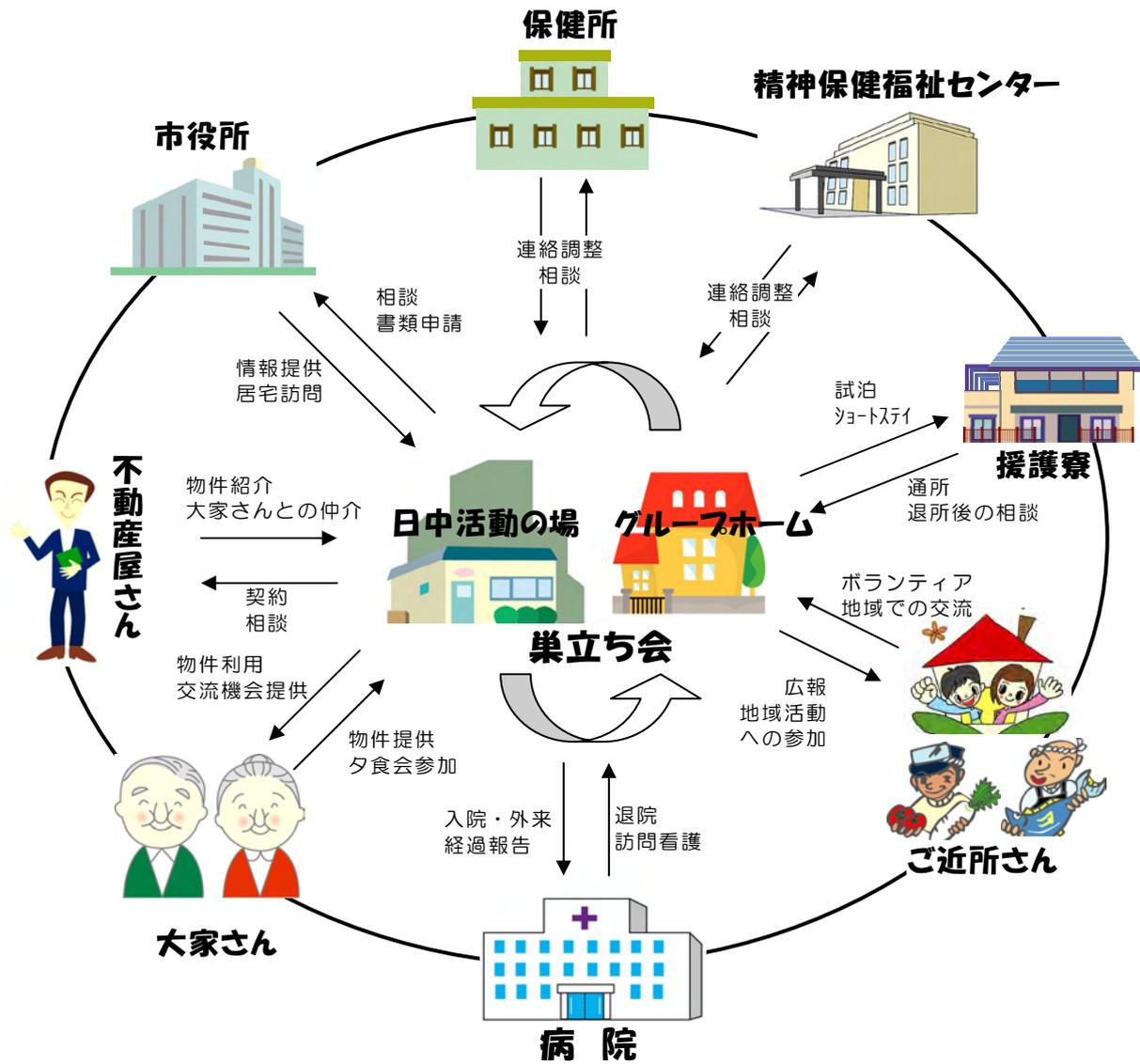
ある。作品を販売する場合、利用者自身が売り子となり、陶芸や作品についてのやりとりが一般の方たちとの交流になっている。その時、『巣立ち工房』がどのようなところなのかまで聞いてくれる方には、丁寧に説明し、パンフレットを渡すこともある。

また、夏には地域住民向けに陶芸教室を開催し、大人だけでなく子供たちがたくさん訪れる。発想豊かな子供達相手に利用者が講師となり、陶芸の行程を説明し、作品作りへのアドバイスやコツを教えている。陶芸を媒介として、実に自然に地域住民との交流が生まれる。陶芸教室を気に入ってくれて、毎年のように訪れる方もいるほどである。日常的には挨拶や立ち話からはじまり、世間話の中に巣立ち会の趣旨や大切にしていることを伝え、精神障害者への素朴な疑問に答えるなどして、理解を深めている。

一方、フリーマーケットに出店している『巣立ち風』では、物品の提供をしてくれている方に、フリーマーケットについて話すと、家での不用品が出る度に声をかけてくれ、その後もおつきあいが続くこともある。また、草むしりを仕事として請け負っていることもあり、口コミで都営団地の草むしりが広がっていき、巣立ち会にも関心をもってくれる方が出てきている。現在受けおっている仕事を介しての人とのつながりがうまれることも多く、大切にしているところである。

また、『こひつじ舎』の石鹸販売をしているお店では、利用者が回覧板を隣家にまわしたり、商店街の行事に参加したりすることによって、商店街と親睦を深めている。店舗内には、共同募金の箱や通所施設のパンフレットを設置し、来店したお客様にも精神障害者に対しての理解を得る努力をしている。

関連機関との連携



…これら以外にも、様々な繋がりを大切にしています！

(4) 様々な出来事とその対応

<生活の中のエピソード>

ここでは、住居支援をしていく中で起きたエピソードをいくつか紹介する。人が集まって生活していると様々な感じ方があり、苦情という形で返ってくることもある。住居支援を考えた時、何か大きなトラブルがあると困るという心配が先にたち、躊躇してしまうという話を関係者からたびたび聞く。実際のところ「起こった出来事に対して、できる事を、誠意をもって対処すれば何とかなる」というのが15年間での実感である。

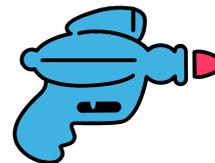
- ① グループホームの玄関先でカラスへ餌付けをして、カラスが集まってしまい、アパート住民から苦情が出ていると大家さんから連絡が入った。本人に理由を聞くと、「生き物なのにカラスというだけで、差別され冷たくされるのはかわいそう」とのことだった。その後、餌付けはなくなったが、玄関先で七輪で魚を焼いていたら、火災になったら危ないとの苦情が入ってきた。集合住宅には、様々な人が住んでいるため、皆が気持ち良く過ごすためには、餌付けをしないようにしてほしいと話し、やめてもらった。



- ② 分別内容やゴミの出す曜日や時間など、ゴミの出し方のルールが守れない人がいるということで、不動産業者から連絡が入った。このグループホームは、一般の方と混在しているアパートである。利用者にゴミの出し方や分別方法等を夕食会の時に何度も繰り返し具体的に説明した。また、職員が朝グループホームのゴミ捨て場に行き状況を把握し、ゴミの中身を調べることをしばらく続けた。結局、問題のゴミは、単立ち会利用者のものではなく、一般世帯の方のゴミだった。



- ③ ピistolが大好きで、オモチャのピistolをたくさん持っている利用者がいる。オモチャのピistolだったが、カーボーイの帽子をかぶり、部屋の中から外に向かってピistolを向けた。その後、行政から苦情の連絡が入ったので、苦情を言った方に誤りに行った。本人



とは面接をし、2度としないと約束し、オモチャのピストルは没収させてもらった。しかし、しばらくするとまたすぐにピストルはたまり、「ストレス発散の楽しみの1つ」との気持ちをきき、どうしても遊びたい時には、部屋の中で、カーテンを閉めてやること、決して外に向けてはやらないこと、自分は楽しくても、その行為で不安に思う人がいること、本人に悪気はなくても、地域の人に迷惑をかけることはしないこと、を説明した。

これらのエピソードからもわかるように、一般の人に比べてより世間の目が厳しく、苦情を言われやすいことも事実としてある。なるべく苦情をいわれないように、気を遣いながら生活をしている利用者も多い。

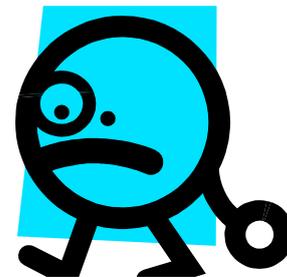
実際には、利用者の想いの代弁と穏便な地域生活とのバランスをとっていくのは難しい。物件を確保するために、大家さんや不動産業者に何かあった時には対処するとの約束のもと、ここまでの活動になっていることから、巢立ち会の責任として介入することが多い。

今は職員が近隣との調整、介入が業務となっているが、実際は利用者と近隣の方達との間であいさつや世間話をしながらのおつきあいもあるので、これらひとつひとつの積み重ねが啓発活動の一步であると考えている。

今まで、苦情があったことで、地域活動を行う上で、決定的なダメージにはなっていない。むしろ15年間の実践の活動の中で、理解者は確実に増えてきている。

ただし、以上挙げてきたエピソード以外には、残念ながら2件の自殺（うち1件は、入院中）と2件の火事（うち1件は入院中）が起こっている。入院中以外の方の自殺と火事は症状と関係があったようだ。自殺・火事とも、退院後3ヶ月以内に起こってしまった事故である。我々職員としても、利用者とのつきあいが短く症状のパターンが読めない時期で、感情や行動の表出がどのように出るのかわからないうちに起こってしまった。これらの事故から学んだことは、特に退院後3ヶ月以内は、利用者の訴えや様子の変化には複数の目で敏感に対応するようにしていくということである。症状の変化を細かくみていき、心配なことがあったら主治医と頻繁に連絡をとっていくようにする。

信頼関係を築くことが、利用者の危機回避への第一歩であり、重要なプロセスであることを認識したため、組織としては、今後の危機管理についても検討していかなければならない課題であると考えている。



＜緊急時の対応・工夫＞

グループホームや通所施設の連絡先以外に、緊急連絡先として、全利用者および不動産業者・大家さんに理事の携帯電話番号を伝えてあり、24時間365日対応している。緊急の連絡先を1つにすることによって、クライシスコールを明確にしている。利用者自身の緊急時、連絡を受けた理事から日中利用している施設の管理者や入所しているグループホーム世話人に連絡が入り、連絡を受けた職員が駆けつけられるようにしている。

単立ち会では、常勤の職員は15分位でかけつけられる場所に住んでいる。実際は理事が問題を把握・整理し、対処してほしい職員に連絡を入れる。理事から連絡をもらった職員は、現場に出向き対処する訳だが、ひとりでの判断が難しい場合は、その都度理事と相談をしたり、指示をあおいだりする事ができる。

グループホームの利用者が、休日部屋で水もれが起きてしまい、理事へ電話をした。理事が事情をきき、世話人へ連絡を入れた。かけつけた世話人は、本人から話をきき、素人では直せないと判断し、大家さんから親しくしている業者を紹介してもらい、連絡を取り修理をしてもらった。突然のことでどうしていいかわからず不安な時、職員と一緒に問題解決をしていく事で地域生活をのり切っていってもらえればいいのである。

また、買い物の帰りに、自転車の前かごにのせてあった荷物（生活費のほとんどが入っていた財布や貴重品）が盗まれて不安になり、理事へ電話をしてきた。理事から世話人に連絡を入れたが、つながらず、利用者の通所している管理者に連絡を入れ、利用者の部屋に行ってもらった。警察への被害届等の手続き的な事から、本人のショックを受け止めるため話をゆっくり聞き、明日からの生活費のやりくりについて現実的な対策、見通しをたてることまで一緒に行なった。利用者が不安で眠れない夜を過ごさないように対処した。この場合、世話人に連絡がつかなくても、通所先の職員がいることは緊急時に複数の体制をとっていることで、かなりの出来事に対処できている。

休みになると決まって、理事へ電話をかける利用者もいる。退院して間もない利用者だが、幻聴や妄想が残っていて、急に不安になると電話をしてくるのである。平日はホームや通所先の職員に話をして、何とか過ごせているのだが、休みになり、どうしても自分だけでやりきれなくなると電話をする。その時には、理事本人が話をきき、アドバイスをし、対処する。その経過は、世話人に連絡を入れ、フォローをお願いする。内容によっては、理事のみで対応できることもあるし、実際に現場まで出向くという時には、一番身近な職員が対応する。緊急の連絡先は1つであるが、それ以降は複数の職員で対応するシステムは、職員にとっても心強いものである。

<防災対策>

巢立ち会の活動の約 15 年間で、残念ながら 2 回の火災を出している。1 回目は調子を悪くして、入院していた Y 氏が、外出中に自分のアパートに帰ってタバコを吸い、タバコの不始末から出火してしまった。幸いアパートには誰もおらず死傷者は出なかった。

2 回目の火災は、火元になった部屋の利用者は煙を吸い、病院に運ばれ入院したが、それ以外の人的被害はなかった。1 回目の火災を教訓に各部屋に自動消火装置を設置してあったため、警報がなり、発見が早かったことが被害を最小限にとどめた。

火事を出してから、防災対策はできる限り、どんなことでもするようにしている。具体的には、下記のようなことである。

<全居室に設置したもの>

- ・ 自動消火装置
- ・ 防火カーテン
- ・ 消火器
- ・ 電気コンロ



<消防訓練>

- ・ 消火訓練 必ずひとりずつ実施
- ・ 通報訓練（119 への連絡方法）
- ・ 緊急避難場所の確認

<グループホームとして行っているもの>

- ・ 世話人は防火管理責任者の資格を取る
- ・ 人数分の防災グッズ（水、食料等）の準備
- ・ 消防計画の策定
- ・ 保険加入

グループホームは民間のアパートと同じ単独居室になっているので、火の取り扱いに注意を払い、防災への取り組みに力を入れている。

放火防止などのため夜間にゴミを出さないように呼びかけている。さらに、タバコを吸う利用者の部屋には、水を張った灰皿を用意してもらい、寝タバコは厳禁にしている。火の始末に心配のある利用者に関しては、喫煙場所を台所

などに限定する場合もある。

防災訓練は、日中活動の場所でも行っており、グループホームの訓練とあわせて最低 2 回実施することで利用者に防災に対する意識を少しでも高めるよう働きかけている。アパートでひとり暮らしをするということは、火の元まで自分で責任をもって、生活してもらうことは当然だが、一方で賃貸物件を借りるときに、巢立ち会が窓口となっているため、対策を検討することも会の責任と考え、防災対策を講じている。

4.事例紹介



<事例①> A氏

- (1) 属性 男性・56歳
- (2) 診断名 統合失調症
- (3) 生活歴 某県にて、同胞3名、第1子として出生。工業高校を卒業後上京し、セールスや工場勤務等を数ヶ月単位で転々とした。20歳時、仕事で無理をし具合が悪くなり帰郷し、1年ほど自宅で過ごした後、某県内のS病院に入院となった。3ヵ月後退院し、父が司法書士だったため跡を継ごうと大学受験のため再上京したが、学生運動に参加し警察に連行され、精神鑑定を受けた後、昭和45年にN病院へ入院となって以来、同病院に1998年まで入院していた。1998年、退院の話が医師から出た際、本人は生家へ退院したいと希望していたが、都立Tセンターの援護寮を医師に紹介され入所となった。しかし制約が多く窮屈だと感じたため3ヶ月程で実家に帰ろうと援護寮を無断で外出し、1週間後お金が無くなり警察に保護を求め、そのままN病院に再入院となった。2004年、病院PSWからこひつじ舎を紹介され見学し、退院を目指して病院からの通所を開始した。翌年、N病院を退院しグループホーム入居となった。
- (4) 家族状況 某県に母・弟が在住。母は高齢だが独居。父は他界している。弟がキーパーソンで、グループホームの保証人となっている。
- (5) 経済状況 障害基礎年金1級。退院時は貯金があり生活費に充てていたが、現在、生活保護受給中。
- (6) 入院期間 通算34年6ヶ月

・退院のきっかけと経過

病院PSWが当会の存在を知り2004年7月、A氏の紹介に至った。紹介当初、医師も病院PSWもA氏は入院が長期化しており、病院内では安定していたが退院後の生活が未知数であったため紹介することに不安を抱えていた。A氏の入院生活は、病院内外の行事や近くの病院へ清掃の外勤へ出るなど、本人も「ほとんど病棟にいなかった」と話すように活動的に過ごしており、主治医や看護師との関係も良好で、入院生活には不自由がなかったと語っている。そのよう

な環境の中で生家への退院の希望はありながらも漠然としたまま具体化せず入院が長期化していたが、本人もその頃から「年齢的にも真剣に退院を考えて仕事をしなければ」と考え始めていた。作業所という場所をこれまで全く知らなかった A 氏にとって、7 月の見学時は、これまでの営業や清掃の仕事とは全く異なる作業内容に驚きや戸惑いが多かったようだが、「司法書士は無理なのでこっち（作業所）に来ました」と通所を決意し、自立を目指して同年 7 月から週 2 日のペースで退院訓練を開始した。

通所当初は緊張しており、また皆の作業ペースに追いつこうと黙々と誰とも話さず過ごしていた。数週間通所が中断することもあり当会職員も心配していたが、それ以降は調子を崩すことなく安定して通所し、徐々に持ち前の社交的な性格で周囲のメンバーとも良好な人間関係を築いていった。A 氏に続き、同じ N 病院から退院を目指して数名のメンバーが通所を開始したことは、A 氏にとって大きく影響し、安心感に繋がっていた。作業所までの交通費の工面と病院内での入浴や受診日等の都合で通所日数を増やすことは難しく、週 2 日の通所が続いていたが 1 ヶ月経たない内に作業場面でも中心的な役割をこなすほどになった。退院に向けて着々と準備を行っていた一方でグループホームの空きを確保することが難しく、当会職員より N 病院の他のメンバーと共にグループホームではないアパートに住むというのはいかがでしょうか、という提案に A 氏も賛成し退院が具体化していった。その後グループホームの空きを確保することができ、2005 年 3 月には入居に向けて外泊訓練の準備を始めたが、同時期に入居予定の Z 氏と共に行動することで安心できたようだ。また、入居に必要なものは殆ど一人で揃え A 氏本人から不安等の訴えを全く聞くことがなく、当会職員は現在の A 氏の状況を把握するために声掛けを頻繁に行うことを心がけた。この頃から出張講演にも参加するようになり、まさに今退院しようとしている A 氏自身の体験を堂々と語り入院中の患者さんに呼びかけていた。同年 4 月、2 回の外泊訓練を無事に終了し 5 月にグループホームへ入居となった。

・退院後の生活

入院生活から退院までの過程は、大きな問題もなくスムーズに移行していった。しかし、入居当初はテレビ、冷蔵庫、洗濯機などの家電製品が何も無い部屋に暮らし、雨戸が珍しかったために何度も開け閉めをして騒音を出してしまったことに対する近隣の居住者から苦情を受けてからは雨戸も開けない生活を送っていたり、夕食会を連絡なく欠席するなど、周囲を心配させることもあった。しかし世話人の頻繁な声掛けや、本人の希望による訪問や同行で、現在は他者との交流のある地域生活を送っている。

グループホーム内では、ムードメーカーで全体を明るい雰囲気にしてくれるなどリラックスした様子で過ごされている。一方で、作業所ではミーティングの司会に立候補したり、作業のリーダーシップをとったりするなど「仕事場」という意識を強く持ち、積極的に役割を担っている。また、新しい通所者が来れば面倒見よく世話をしている。その他、他施設主催の勉強会や招待された観劇やスポーツ観戦等にすすんで参加するなど、広い分野に関心を持ち、いきいきと楽しそうに活動している。入院時から行っていた出張講演にも継続して精力的に参加し、力強いメッセージを送っている。

退院後、安定した状態を保持し、現在は週 4 日の通所も減多に欠席することなく継続している。

< 考察 >

初回の面接では、A 氏自身はなんとなく入院していたと話され、また家族が遠方にいるということで現実的に生家に帰ることが困難であったことや、援護寮などへの退院も上手くいかず再入院となり入院が長期化していた。

A 氏が体験通所を始め、同じ N 病院から通所していた利用者との関係も通所しながら良好な関係を築いていった。同じ病院から通所していた利用者が入居している近くで A 氏も生活ができるようにコーディネートしたことがポイントになる。このように、現在住んでいる地域は A 氏自身全く知らない地域ではあったが、同じ病院に入院中の方が通っている場所へ A 氏も一緒に通所し、またグループホームで行っている夕食会でも、同じ病院から退院した方たちと、試験宿泊時一緒に夕食会に参加したことから、退院への動機付けが徐々にされたのではないかと考えている。

多少土地勘のない地域や家族のいない地域が退院先になったとしても、当事者同士の良好な関係を基盤として、退院につながった事例だと考えられる。

＜事例②＞ B氏

- (1) 属性 男性・42歳
- (2) 診断名 分裂感情障害
- (3) 生育歴 都内にて出生。3歳時母親が交通事故で死亡し、楽器修理職人の父と2人暮らしで生育。大学に入学するが、1年時対人恐怖になりひきこもる。いのちの電話に毎日かけ、相談員の紹介で精神科の診療所に、23歳時初めて受診する。大学を休学した後、復学し26歳で卒業する。その後、大手企業に就職するが周囲との人間関係に悩み1年で退職し、引きこもりがちな生活を続けていた。1997年9月混乱状態になり警察に保護されA病院に措置入院となる。半年入院し、退院後は診療所に通院していたが、1999年11月に再度混乱し興奮状態となりB病院に3ヶ月医療保護入院となる。退院後はY診療所に通院していたが、2001年12月に父親が自宅で急死し、葬儀後に不眠、多弁、多動、混乱状態となりB病院に入院となっている
- (4) 家族状況 父母共に死別しており、保佐人（司法書士）が保護者になってくれている
- (5) 経済状況 自宅を売却した貯金を保佐人が管理し、毎月本人の口座に生活費を払い込んでくれている
- (6) 入院期間 通算5年8ヶ月

・退院のきっかけと経過

父親が亡くなりB病院入院時に持ち家を売却したため帰る家がなかったが、入院時より退院したいという思いは強くあった。病院PSWの勧めで、Tセンターの援護寮入所面接に何回か行ったが、退院の話が現実的になると誇大的で、躁状態になり、あと一步を踏み出せない状態であった。その後、院内のOTの退院準備グループで巣立ち会のDVDをみて退院促進事業を知り、本人が興味を持ち、病院職員の働きかけもあって、2006年2月より利用開始となった。週1日から通所を始め、日数や時間が増えると躁状態になるのが心配だと本人が慎重になりながらも、徐々に日数を増やしていった。他メンバーが退院する姿をみて退院したいという気持ちが強くなる一方で「自分は本当に退院できる日が来るのか想像できない」と心配しながら通所を続けていた。7月にグループホームに見学へ行った際は、部屋が気に入ったと益々退院への意欲が高まり、世話人やPSW、保佐人が手伝いながら準備をすすめて、2006年10月よりグルー

プホームへ入居となる。

・退院後の生活

当会のグループホームに入居している。作業所には週 4 日通所し、陶器づくりに励んでいる。真面目で温厚な性格で、最初の頃は、穏やかに一人で過ごす時間が多かったが、徐々に作業所にも慣れてきており、達筆なことからポスターの字等を他メンバーから依頼されたり、フリーマーケットや作業所で作った陶器の販売に参加したりもされている。作業所終了後、一緒に外食に行ったり、外出する仲間も作業所内で増えてきている。現在日常生活では、諸手続きや諸申請等は、具体的な説明さえあれば本人が問題なく行うことができている。退院した直後は、ゴミの分別に戸惑ってしまったようだが、他のメンバーからやり方を教わり、現在は問題なく行うことができている。金銭管理の経験が乏しく、遣いすぎてしまう傾向があることから病院 PSW、本人の希望もあり、世話人や訪問看護で、家計簿でお金の使い方を確認しており、金銭管理が本人が掲げている目下の目標である。「朝シャンすることができる」「テレビのチャンネル権も自分にある」「鍵を自分で持つことができる」「自由に出歩くことができる」ということが、退院して嬉しいと話されている。

<考察>

両親が亡くなっていて、兄弟もいない、帰る家がないという状況の中、自分の慣れ親しんだ地域にグループホームがあったという安心感も大きなポイントである。公立の援護寮は、全く知らない遠い地域である上に、入所するまで動機付けの確認という意味合いもあり、何度も面接がある。退院の話が具体的にになると躁状態になり、退院は現実のものとならなかった。

それに比べると巣立ち会のシステムは、具体的な話だけではなく、退院したいという希望があれば、「まず通ってみる」という実行に移すことから始める。通いながら、実際の生活を本人にイメージしてもらい、不安が出てきたら、その都度職員が相談にのる体制を保障してきた。入院中からの通所であれば、負担がかかって症状が不安定になったとしても対処はしやすい。

入院中から通所先に通ってもらうシステムは、何より本人が自分の退院後の生活をイメージできる。誰が相談にのってもらえるか実際にその人との付き合いもできる。職員側としても、本人の意欲の度合や苦手な事、他の利用者との関わりを知ることができ、職員との信頼関係を築く期間にもなっている。この準備期間が、利用者、職員双方にとって成功の秘訣になっていると考えている。

5. 利用者へのインタビュー調査

<インタビュー概要>

巣立ち会では、退院をして地域生活を送ることを目標に支援を行ってきた。退院をしたこと、地域生活を送ることについて、また我々が行ってきた支援に関して、利用者はどのように感じているのかを知るために、インタビュー調査を行なった。



利用者は、巣立ち会が関わり退院に至った方 16 名である。

質問内容は、利用者の気持ちを中心に聞き取り調査したもので、退院に対する気持ちの変化の有無やその理由を聞いたものである。質問の仕方としては、利用者が思い起こししやすいように、現在から過去に向けて質問を進めていった。質問項目を以下に示す。

1. 今の気持ち

- ① 退院して良かったと思うか（満足しているか）
- ② どのような時に、退院して良かったと思ったか
- ③ 良かったと思うことはどんなことか・良くないと思うことはどんなことか
- ④ 不安を感じるようなことはあるか
- ⑤ 不安があれば、それはどのようなことか
- ⑥ 退院して得たものはなにか

2. 退院した直後の気持ち

- ① 退院して良かったと思っていたか（満足しているか）
- ② 良かったと思ったことはどんなことだったか・良くないと思ったことはどんなことだったか
- ③ 不安を感じたようなことはあったか
- ④ 不安があったならば、それはどのようなことだったか
- ⑤ 退院して得たものはなんだったか
- ⑥ 1. と 2. の間で色々な気持ちの変化はあったか（あの頃はああ思っていたが、この頃はこう思っていて、また変わった etc.）
- ⑦ 1. と 2. の間で気持ちが変わったのならば、そのきっかけは何か

3. 退院する直前の気持ち

- ① 退院したいと思っていたか
- ② 退院したくなかったが、気持ちが変わったのであれば、そのきっかけは

何か

- ③ 巣立ち会の働きかけについてどう思ったか
- ④ 退院したかったなら、どういうことを期待していたか（何を得たいと思っていたか）・退院したくなかったなら、どういうことが嫌だったか
- ⑤ 不安を感じたようなことはあったか
- ⑥ 不安があったならば、それはどのようなことだったか

4. 入院中の気持ち（退院の話が出る前）

- ① 退院したいと思っていたか
- ② 退院したくなかったが、気持ちが変わったのであれば、そのきっかけは何か
- ③ 巣立ち会の働きかけについてどう思ったか
- ④ 退院したかったなら、どういうことを期待していたか（何を得たいと思っていたか）・退院したくなかったなら、どういうことが嫌だったか
- ⑤ 不安を感じたようなことはあったか
- ⑥ 不安があったならば、それはどのようなことだったか

5. 入院直後の気持ち

入院したことについて、どんな気持ちだったか（無理やり入院させられたのか・自分で入院を望んだのか）

6. 今までの入退院との違い

これまでも入退院を繰り返していたのであれば、今回の退院との違いは何か？

7. 巣立ち会についてどう思うか

以下に、利用者の声をまとめる。

なお、利用者によっては回答のない項目もあったが、共通して語られたものなどから「今の気持ち」、「退院前後」、「入院中」、「巣立ち会について」の4項目に分けてまとめた。

1. 今の気持ち

16名中14名が退院をして良かった、満足していると回答した。少数に対する調査ではあるが、86%とかなり高い割合であるといえる。なお、残りの2名のうち1名は退院をして良かったが満足はしていない、もう1名は「半々」との回答であった。

まず、退院をして良かったこととしては、ほぼ全員が、外出の自由があるこ

と、好きなものを食べたり飲んだり、好きなテレビを好きな時間に見られることなどを挙げた。生活上の些細な楽しみの中に、自由を感じているようである。退院をして得たものとしても、「自由」・「プライバシー」・「開放感」・「人間らしさ」が挙げられ、これは“退院の意志”が弱かった方についても、共通していえることであった。さらに具体的に「鍵を持っているということは自立しているということ」と語られた方もいた。入院中は鍵を掛けられてしまうことはあっても、自分が鍵をかけることなどない生活であっただろう。これらのことは、入院生活がいかに窮屈で不自由なものであったかを示すものである。また、退院をして初めて、入院生活の不自由さに気付くことも少なくないといえるであろう。

次に、生活面の視点から回答を見てみると、入院生活を「三食昼寝付き」と表現し、現在の生活を「自立している」とご自身で評価され、退院して得たものとして「一人で生活していく自信」を挙げられている方が多かった。日常生活の営み一つ一つから、自己評価の高まりが得られているといえるのではないだろうか。実際、入院中は食事が出てきて楽だったわけだから、食事の用意を自身で行なわなければならなくなったことを煩わしいと感じられる方は少ない。しかし、楽ではなくても現在の生活が楽しいと感じているのは、生活に対しての自由や自信、自立を感じとられるようになったからであろう。次に、社会とのつながりの視点から見ると、現在は「社会生活を送ることができている」と語られ、退院をして得たものとして「自尊心」・「自立の精神」・「文化的生活」などを挙げられた方がいた。これは、通所先での作業において「働いている」と実感し自信を得ていること、通所先での人間関係の広がりや様々な交流を持ったことなどから感じているようである。このことは、生活保護や障害年金などによって経済上の問題がなくなったとしても働くことの意義は大きく、単に地域生活を送るだけでなく社会参加をしていることで自分なりの満足感を得る上で重要であることを示唆していると云えよう。

2. 退院直後の気持ち・退院する直前の気持ち

退院直後には、入院生活が長かったために、「とまどった」と話される方が多かった。具体的には、「ごみ捨て」・「銀行 ATM でのお金の引き出し」など、日常生活を営む上で必要不可欠な、かつ一見簡単な事柄ばかりである。入院生活は治療上必要なものではあるが、社会生活から引き離し、種々の経験をする機会を奪うものである。入院が長ければ長いほど、とまどいは大きく、様々な面からの支援が必要になるのではないだろうか。

ある女性は、退院の話が出た時には「一人では不動産屋に行けない」・「自分

でアパートを探すことなど無理」だと思い、「不安で、不安で仕方なかった」・「病院から放り出される」・「ホームレスになるしかない」と思ったと回答している。さらに、生活上の具体的な不安は「一人では電球も変えられない」・「電化製品の配線が分からない」・「方向音痴だからどこにも行けない」など、生活上の些細な問題であった。なお、病院の職員に相談してもアパート探しについては「不動産業者に行けばよい」、生活用品の購入については「どこにでも売っている」と言うだけで、具体的な対応は望めなかったとのことであった。実際の退院時には、巢立ち会の所有するグループホームに入居し、巢立ち会を利用して、既に退院した利用者や巢立ち会の職員が随時対応することにより、問題なく社会生活を送っている。本人は、「とても退院なんてできない」と思っていたと話し、入院生活と地域生活をとてもかけ離れたものと感じていたようであった。その間にあったものは些細な問題であり、しかし積み重なって大きな壁として本人に不安を感じさせ、退院を前に立ちふさがっていたのである。これまで、退院阻害要因としては病状ばかりに目が向けられていたが、利用者が実際に困難を覚えているのはちょっとした問題であることが多く、少しの支援があるだけで解決できるものである。退院に際し、細々とした問題や予測できないような問題は生じるものである。入院生活と地域生活の間にあるそのような問題を一つ一つ解決していくには、生活に密着した細やかな支援が必要であるといえる。

一方、男性ではご自身で不動産業者にいくなどしてアパート探しをしたものの、断られたという経験を持つ方がいた。やはり、退院先となる住む場所が確保できないことは問題であり、大きな退院阻害要因となり得ると言える。また、「退院しても、受け皿として病院がある」と述べられた方がいた。病院の存在は退院をした後でも利用者にとっては安心材料のひとつのようである。また、グループホームなどは病院から社会への橋渡しの一つの手段として存在しているともいえよう。そのほかに、退院前に抱いていた不安として、「通うところのないこと」を挙げられた方がいた。退院してもずっと家に居たら「あの人は何をやっているんだろう」と“白い目で見られる”ので、ということであった。退院そのものに対する不安ではなく、退院してからの生活上の不安を抱えていたといえるであろう。また、就労を目指してはいるものの、「自分には難しいと思う」という方や、通所先での比較的短い時間での作業が「今の自分にはちょうど良い」と話される方が多かった。このことも、退院後に参加する集団があることの重要性を示唆しているといえる。

3. 入院中の気持ち

今回のインタビューでは、16名中3名が女性であったが、共通して「退院したくなかった」と回答した。その理由は、一人ぼっちになって、寂しいからとのことであった。女性にとって一人暮らしというものが、退院の障壁となりうる可能性が考えられる。現在の生活については、グループホームであるから色々支えてもらっている、仲間が居るから心強い、楽しいとの回答があり、一般のアパートではなく、グループホームや福祉ホームだからこそ満足感が得られているようにも思われる。

一方、何が不安と言うのでもなく、退院の意志が弱い方は少なくない。これは、長期の入院によって地域生活がイメージしにくくなっているからと考えられる。また、病院での生活に馴染んでいくこと、それを心地良いものにしていき、心地良いと感じるようになっていくことは、入院中の“適応”の一つとして必要不可欠でもある。病院ではレクリエーションなどもあり、病院職員の努力によって入院生活が楽しいのも事実である。それ故に「退院したくない」と表現される方は多いであろう。退院に際して、本人の意志は尊重されるべき、というのは大前提である。しかし、退院の意志を示さない、退院を望まないという状態は、上述のように地域から離れていることによって生じているものとも考えられる。このような場合には、現状では退院の意志がない方に対しても、背景にある問題を考慮した上で働きかけを行っていくことは必要であると考え。具体的には、退院までのステップを分かり易く示していくこと、本人の抱える不安に一つ一つ対応していくこと、既に退院し地域生活を送る利用者との話し合いの場を設けるなどの対応が、特に長期入院により地域生活がイメージしにくくなっている方には重要である。これまで、退院に向けての支援を行ってきた中で、本人が退院を望んでいなかったとしてもその利用者の背中を押し、地域生活のイメージを持ってもらったことにより、退院に至った事例は少なくない。たいていの方がその後も安定した地域生活を営み、生活を楽しんでいることから、利用者の「背中を押し」ことも重要なのではないだろうか。

また、今回インタビューを実施した方の中に「ずっと退院したいと思っていた」のにも関わらず、周囲の職員にはその意志が伝わっていなかった方がいた。

「退院は医師や職員が決めるもの」と思い、特に意思表示をしなかったことや、入院直後に看護師に退院したいと伝えたところ、「退院はできない」と言われたために、「ずっと退院できない」と思い込んでしまったという背景もあったようだ。そして、入院生活を続けるうちに「入院も良いか」と思ってしまったようである。この方は、入院期間が1年であり、入院当初から退院という目標は立てやすかったはずだと思われる。このような場合には、退院までのプロセスを

明確に示すことにより、本人のモチベーションを保つことも必要なのではないだろうか。

多くの方が、納得のいかない不本意な入院を強いられ、あまり自分の意見も言えないような抑制された生活を送っていくうちに、「退院の意志を示せなくなってくる」状況が生じているものとする。上述のように、自分で表明するものではないと考える方も多いであろう。受け入れ体制を整え、その情報を提示し続ける必要性を強く感じる。

4. 巣立ち会について

「ここまでやってくれるのかと思った」・「きめ細やかな支援をしてくれる」・「有り難い」などの声が多く、職員としては嬉しいばかりであった。また、「小さなところからここまで大きくなってすごいと思う」・「もっと全国展開して欲しい」など、活動を客観的にみて、評価・応援して下さる声もあった。

一方で、「(巣立ち会の)職員が来て(作業所に)通うことになって」などと語られる方も多くいた。本人にとっては何がなんだか分からないうちに退院の話が進んで行ったというケースは少なくはないといえる。つまり、本人から支援を求めた訳ではないのである。また、「こんなところがあるなんて知らなかった」という声もあった。支援を必要としている方が社会資源を知らず、病院内では情報を得られにくいことを示しているといえよう。

不動産業者や大家さんなど地域への働きかけによりグループホームなどの資源を得たことにより、多くの方の退院を支えることができたが、入院中の方に向けて広報活動や情報提供に努めていくことが、今後の課題として考えられる。

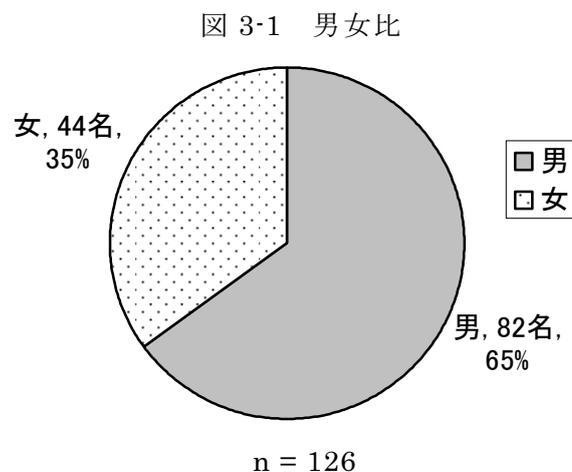
6. 利用者データ

巢立ち会が活動を開始した 1992 年は、国が「精神障害者地域生活援助事業」を開始し、精神障害者グループホームを制度化した年である。この頃は、社会的入院の解消が叫ばれており、このグループホームの制度化は社会的入院解消の一助になると期待されていた。巢立ち会の発足当初の目的が「社会的入院者の受け入れ」であったことから、巢立ち会は住居施設に力を入れて活動を行ってきた。病院の長期入院者の中には、病状が安定しているにもかかわらず、家族が引き取れない、あるいは保証人がいない等の問題から、退院ができずに病院にとどまっている人がいる。その人々を地域に受け入れるには、まず住居が必要だと考え、退院支援を効率よく、そして確実にを行うために、巢立ち会では「住居のない長期入院者には必ず通所施設の提供と住居提供までを行う」という方針で活動を行ってきた。

1992 年からの 15 年間で、巢立ち会から退院支援を受けて退院した利用者は 126 名であり、これまで当会を利用した延べ利用者数 268（通所施設利用のみ、あるいは入院中の通所者含む）の半数近くを占めている。この 126 名の概要は以下のとおりである（2007 年 3 月末現在）。

1) 性別

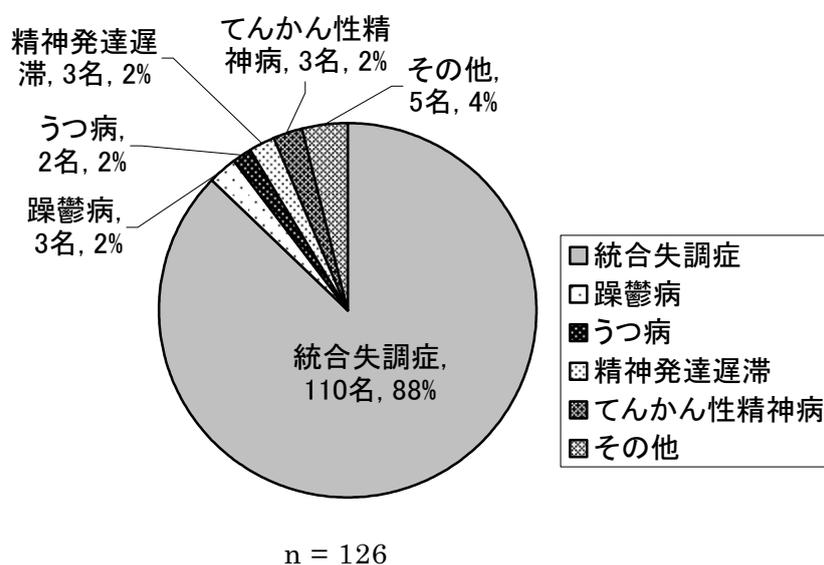
支援対象者の性別は、「男性」が 82 名（65%）、「女性」は 44 名（35%）であった（図 3-1）。



2) 診断名

診断名は、「統合失調症」が 110 名（88%）と最も多い割合である。続いて、「その他」が 5 名（4%）、「躁鬱病」が 3 名（2%）、「精神発達遅滞」が 3 名（2%）、「てんかん性精神病」が 3 名（2%）、「うつ病」が 2 名（2%）となっている（図 3-2）。

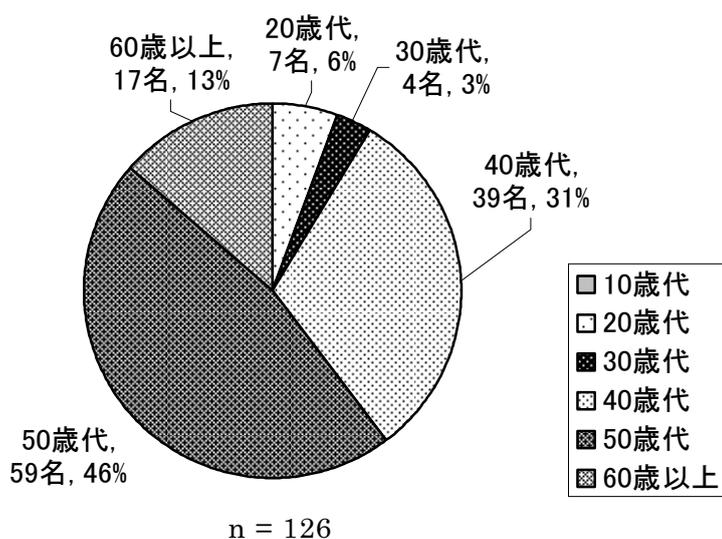
図 3-2 診断名別人数



3) 年齢

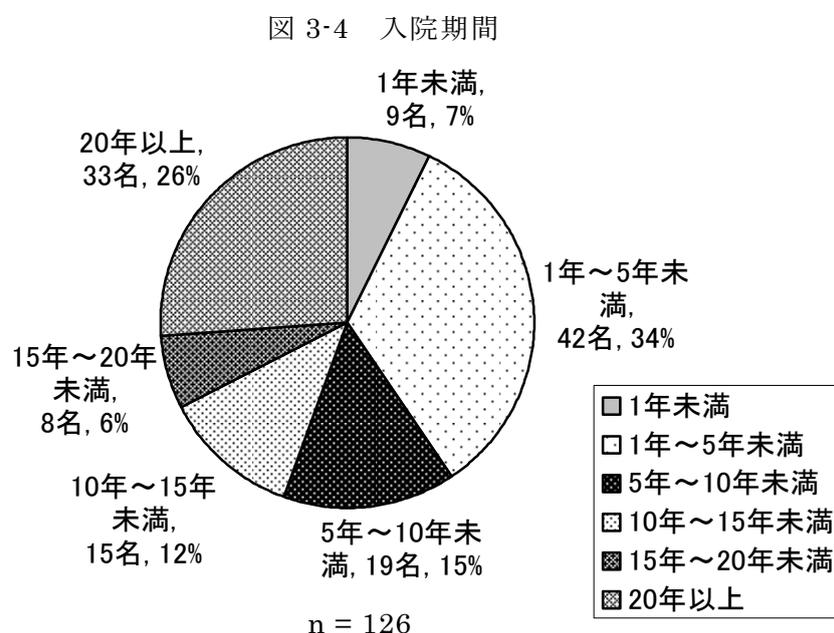
年齢は、利用開始時において「50 歳代」が 59 名（46%）ともっとも多く、続いて「40 歳代」が 39 名（31%）となっている。60 歳以上も 17 名（14%）おり、昨年に比べて利用者の高齢化率が若干高くなっている傾向にある。なお、10 歳代はいなかった（図 3-3）。

図 3-3 利用開始時年齢層



4) 入院期間

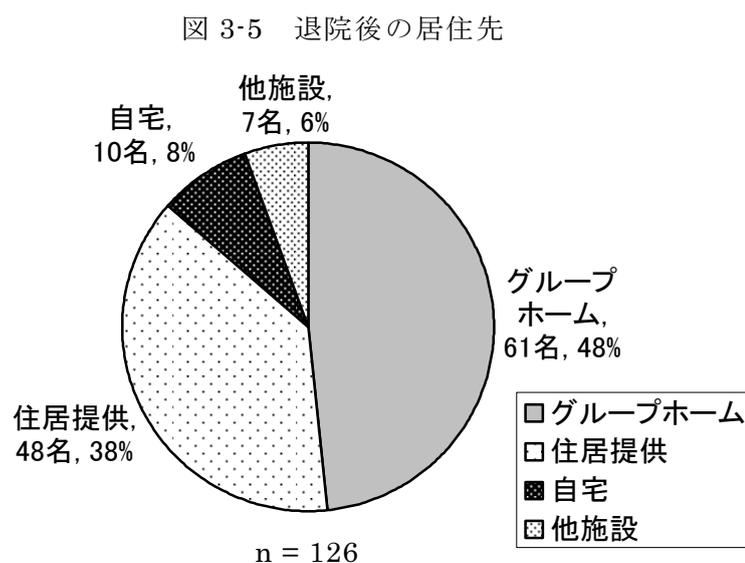
入院期間は、平均入院日数が4,194日（約11年6ヶ月）で、最も長い入院日数の人が15,390日（約42年2ヶ月）であった。また総入院期間では、「1年～5年未満」が42名（34%）と最も多く、続いて「20年以上」が33名（26%）、であった。10年以上の入院歴の人は合計56名で全体の44%を占める。極めて長期の入院者が多い巣立ち会の特徴である（図3-4）。



5) 居住先

退院後の居住先は、「グループホーム」が最も多く61名（48%）、続いて「住居提供」（当会の斡旋した一般アパート等）が48名（38%）、「自宅」が10名（8%）、「他施設」が7名（6%）であった。

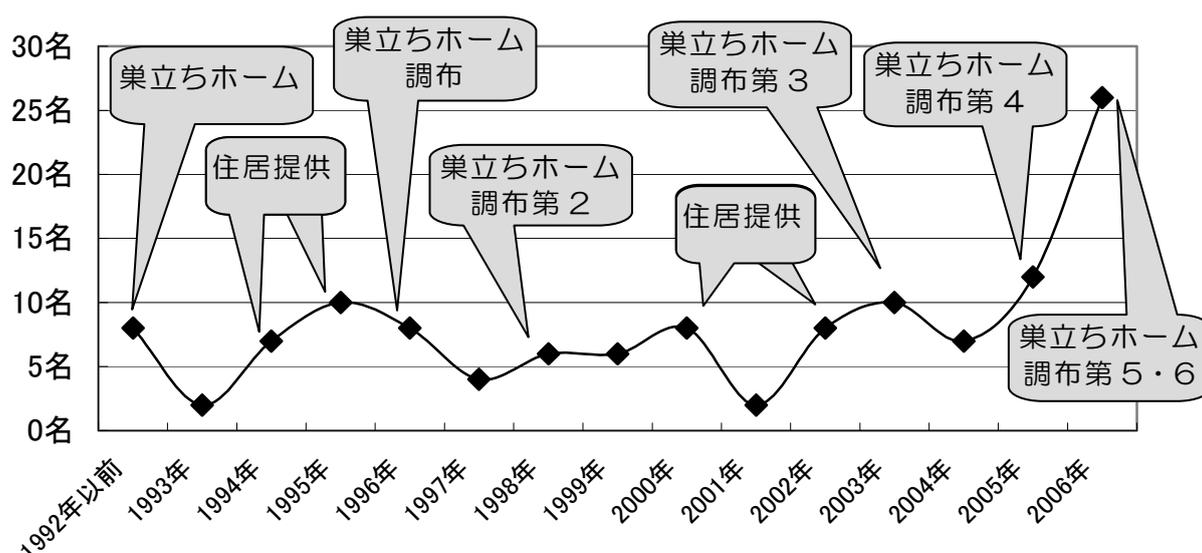
グループホームと住居提供の合計は109名で全体の86%を占めており、退院支援を受けて退院した利用者の多くが、住居支援を受けていることがわかる（図3-5）。



6) 経過年別退院者数と居住施設開設時期

次に、巣立ち会の退院支援による退院者数を、経過年別に見てみる。1992年の活動開始時に「8名」、1993年～1995年にかけては2名→7名→10名と増加し、1997年には減少するものの、1998年には再び増加傾向にある。そして、2001年にまた減少するが、2002年には8名、2003年には10名、2005年には12名、2006年には33名が退院している。このような退院者数の推移にグループホーム開設年と住居提供時期を加えると、下図のようになる(図3-6)。

図3-6 退院者推移と居住施設開設年



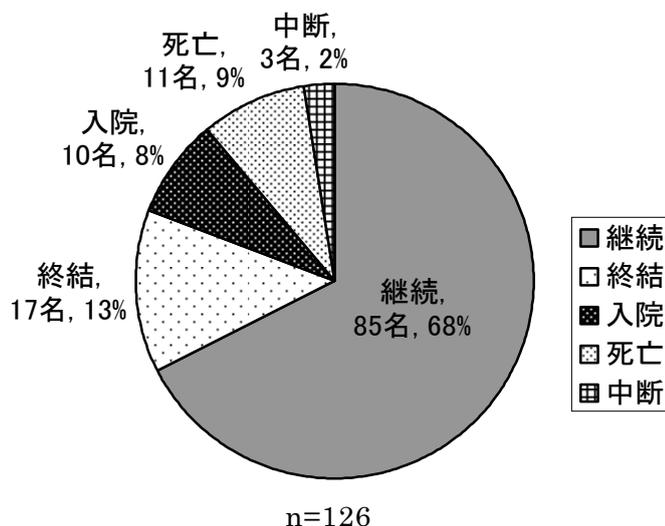
グループホームの開設や民間アパート等への住居提供を行うことができた年には、退院者が増加している。一方で、グループホームが開設できず住居提供もできなかった年には、退院者が減少している。これは、「退院希望者に対して地域の受け皿があるかないか」ということが、退院に関連していることを示しており、住居の重要性を示唆する結果となっている。



7) 現況

退院支援の対象者 126 名の現況である。巣立ち会のサービスを「継続」して利用している人が 85 名 (68%)、施設からの卒業や他施設への移籍、転居等で支援を終結した人が 17 名 (13%)、再「入院」した人が 10 名 (8%)、「死亡」が 11 名 (9%)、治療中断による「中断」が 3 名 (2%) となっている (図 3-7)。

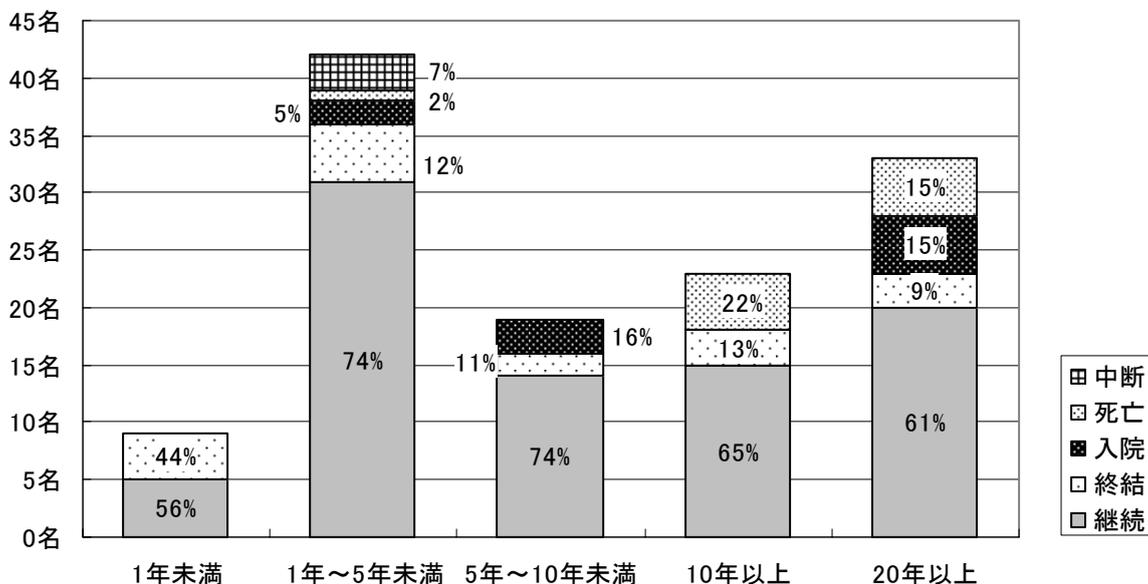
図 3-7 利用者の現在の状況



8) 入院期間別の現況

次に、対象者の現況を入院期間別（「1年未満」「1年～5年未満」「5年～10年未満」「10年以上」「20年以上」）に表してみると、下図のようになった (図 3-8)。

図 3-8 入院期間別の対象者現況



入院期間が「1年未満」の対象者では、「継続」が5名（56%）、「終結」が4名（44%）であり、卒業や他施設への入所、移籍、転居等の理由によって支援が終結した人が4割を占める。

「1年～5年未満」の対象者では、「継続」が31名（74%）、「終結」が5名（12%）、病状悪化による「入院」が2名（5%）、「死亡」が1名（2%）、「中断」が3名（7%）である。中断者3名は、いずれも治療中断によって関係の途切れた人であった。

「5年～10年未満」の対象者では、「継続」が14名（74%）、「終結」が2名（11%）、病状悪化による「入院」が3名（16%）であった。

「10年以上」の対象者では、「継続」が15名（65%）、「終結」が3名（13%）、「死亡」が5名（22%）である。長い入院経験の人は高齢であることが多く、そのため死亡した人が2割を占めている。

「20年以上」の対象者では、「継続」が20名（61%）、「終結」が3名（9%）、「入院」が5名（15%）、「死亡」が5名（15%）であった。10年以上の対象者同様に、死亡した人が5名となっている。

この図をみると、対象者の入院期間が長いからといって継続率が低いのではなく、それらは必ずしも比例していない。入院期間が1年以上の対象者においてはその継続率が6～7割前後であり、それは超長期の入院経験者であっても同様であった。実際に、20年以上の継続者20名の多くは、現在も通所施設に通いながら仕事に励み、仲間との時間を楽しみ、自分の時間を有意義に使い、その人なりに豊かな地域生活を送っている。

長期入院者であっても、たとえ症状が重篤であっても、「住居」とちょっとした「支え」があれば、地域で安心して、生きがいをもって生活していくことができると思う。

7. 今後の課題

15年の活動で、資源の拡大を図ってきたが、まだまだ十分な量ではない。それでも長期入院者の地域の受け皿として経験を積んだ今、活動当初に比べると職員側も力量がついてきたこと、周りにも社会資源が増えたことにより、かなり多くの人を受け入れられる体制ができてきた。住居があり、少しの支援システムさえあれば、多くの人々の地域生活が可能であると確信できた。さらに今後

は、今まで以上に「サービスの質」を問われてくるであろう。利用者が主体的にサービスを選択する時代になり、利用料が発生しても利用したいと思われるような事業所であり続けることが大きな課題であると考えます。また、現状維持のままではなく、社会の変化とともに多様になるニーズに対応できるよう病院、地域そして社会からの声に常に耳を傾け、巣立ち会自体も成長していかなければならないだろう。そして、利用者のニーズ、ライフステージを考慮しながら、豊かな生活を送れるような支援を行っていくためにも、提供できる居住の数とサポートシステム、そしてサービスの質を高めていくことが今後も重要な課題であると考えられる。

最後に、巣立ち会では地域生活援助事業が、2006年10月から自立支援法に移行して共同生活援助事業となった。大きな変革の時期のため私たちはもちろん、都・市区町村も手探りの中一步一步進んできたわけだが、自立支援法のもとサービスを提供している我々が直面する問題や利用者の疑問を行政に伝えていくことが重要である。「住宅」の問題であっても、国や自治体レベルで住宅供給のシステムを作っていくことも大切だと考えるからだ。サービス提供という形で障害者の自立を支援していくためには、行政と地域が手を取り合い、自立支援法をチャンスとして捉えていくことが大切であろう。

<執筆担当>

社会福祉法人巣立ち会 田尾有樹子・那須由香・小林伸匡
西谷麻矢・尾川優子・星山桂
横田桂・濱井直子・小引知美
伊藤はるか・北楯あや・渋谷綾奈

使用しているイラスト・素材は

テンプレート BANK (<http://www.templatebank.com>) で提供されています

3ヶ所の実践比較

これまで、北海道、秋田県、東京都における実践を紹介してきた。3ヶ所の実践報告には、その土地柄や歴史、理念などが具体的に表れており、それぞれ特徴的な住居支援を行っている。

本項では、それらの特徴を表に整理し、3ヶ所においてどのような共通点や相違点があるのか、比較検討してみたい。

<地域特性>

	帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
人口	帯広市 …171,012 人 十勝圏域…358,201 人 (H 19 年 3 月現在)	横手市…104,468 人 (H 19 年 3 月現在)	三鷹市…172,030 人 調布市…213,311 人 東京都全域…約 1260 万人 (H 19 年 1 月現在)
面積	十勝圏域…1,083,097 m ²	横手市…69,360 m ²	東京都…210,235 m ²
高齢化率	帯広市…19.9% (H 19 年 3 月現在)	横手市…29.1% (H 18 年 10 月現在)	三鷹市…18.0% (H 19 年 1 月現在) 調布市…17.0% (H 18 年 4 月現在)
精神科病院数等	病院 十勝圏域…4 クリニック 十勝圏域…5 (H 19 年 3 月現在)	病院 横手市…1 総合病院精神科 (外来のみ) 横手市…2 クリニック 横手市…1 (H 19 年 3 月現在)	病院 三鷹市…3 調布市…3 クリニック 三鷹市…3 調布市…6 その他の連携病院 …5 (H 19 年 3 月現在)
病床数	970 床 → 540 床 (H 8 年→H 18 年 7 月現在)	432 床 → 385 床 (H 18 年→H 19 年 3 月現在)	三鷹市 1,317 床→1,278 床 調布市 867 床→840 床 東京都全域 25,289 床 (H 10 年→H 19 年 3 月現在)
万対病床数	15.1 床	36.6 床	三鷹市調布市合計…55.0 床 東京都全域…19.9 床
生活保護率	十勝圏域…9.1‰ ・グループホーム…83.1% (総利用者 89 名中 74 名)	横手市全体…8.1‰ ・グループホーム…4.3% (総利用者 23 名中 1 名) ・福祉ホーム…33.3% (総利用者 18 名中 6 名) ・援護寮…13.6% (総利用者 22 名中 3 名) 全体…15.8%	調布市全体…9.2‰ 三鷹市全体…15.5‰ ・グループホーム…72.0% (総利用者 50 名中 36 名) (H19 年 3 月現在)

まず人口であるが、巢立ち会の活動地域では、三鷹市が 172,030 人、調布市が 213,311 人であり、併せて 385,341 人となっている。一方興生会の活動地域である横手市は 105,385 人であり、帯広・十勝圏域は 358,201 人である（帯広市は 171,012 人、帯広市以外の十勝圏域は 187,301 人）。3 ヶ所の中では、横手市が若干少ない人口である。

高齢化率については、巢立ち会、帯広・十勝圏域は 17～19%と類似しているが、横手市は 29.1%であり、全国平均の 21.0%と比べても高い高齢化率となっている。

次に精神科病院に関しては、巢立ち会の活動地域において病院が 6 ヶ所、クリニックが 9 ヶ所であり、興生会の活動地域においては病院が 1 ヶ所、クリニックが 1 ヶ所、総合病院精神科が 2 ヶ所、帯広・十勝圏域においては病院が 4 ヶ所、クリニックが 5 ヶ所である。人口等の差もあるため単純に比較をすることはできないが、横手市において病院数が少ないのが特徴的である。また、人口 1 万人当たりの病床数は、横手市が 36.6 床、帯広市は 15.1 床であり帯広市は全国平均（推定 27～28 床）を大幅に下回る。巢立ち会活動地域においては三鷹市、調布市合計の 1 万人当たりの病床数は 55 床であるが、精神科病床の無い近隣市区町村の利用者受け入れを担っていることから考えると、比較対象にはならない。参考までに、東京都全体の 1 万人当たりの病床数は 19.9 床となっている。

最後に生活保護率は、巢立ち会の活動地域では三鷹市で 15.5‰、調布市で 9.2‰であり、横手市では 8.1‰、帯広・十勝圏域では 9.1‰である。各地域により格差はあったが、理由は不明である。また、グループホーム利用者に限定すると、巢立ち会では 72.0%、興生会では 4.3%、帯広・十勝圏域では 83.1%であり、興生会が群を抜いて低いと言える。

<立ち上げ方>

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>住居支援開発を目的とした PSW5名の研究会の発足 ※複数の病院 PSWが集まる</p> <p>↓</p> <p>共同生活支援開始 (2人同室での共同住居) =失敗(拡大の見込みなし)</p> <p>↓</p> <p>下宿形式(食事サービス付)開始</p> <p>研究会 PSWを中心に運営 (開設資金は医療法人より)</p> <p>※10年後に補助金対象施設となり 世話人雇用できた。それ以前は病 院スタッフがボランティアで行っ た。</p> <p>↓</p> <p>共同作業所の設立</p> <p>↓</p> <p>共同住居の拡大</p> <p>理解ある市民による住居提供 =4ヶ所(約60室)に拡大</p> <p>空き家開拓による住居資源確保 =4ヶ所(約60室)に拡大</p>	<p>精神科病院(医療法人)開設 病院内家族会、院外作業など</p> <p>↓</p> <p>病院、職親、近くのアパート や下宿先への退院 =失敗の繰り返し</p> <p>↓</p> <p>地域家族会 小規模作業所の設立</p> <p>↓</p> <p>援護寮(退院先の拡大)</p> <p>↓</p> <p>グループホームの設立(6室) →後に4施設に拡大</p> <p>↓</p> <p>支援センター開設(援護寮併設)</p> <p>↓</p> <p>通所授産施設開設</p> <p>↓</p> <p>福祉ホームB型開設</p> <p>↓</p> <p>支援センター独立</p> <p><現在> グループホーム2ヶ所増設中</p>	<p>任意団体によるグループホーム 設立への取り組み</p> <p>※任意団体構成員 =病院家族会、病院関係者 (看護師、医師、PSW) 運営委員会を開催</p> <p>↓</p> <p>三鷹市にてグループホーム開設 ※開設当初、賛助会からの資金 援助はあったが、病院からの資 金提供はなし。病院スタッフが ボランティアで行った。</p> <p>理解ある大家による賃貸物件 提供。当初賃貸住居4室登録 →食事会を中心に登録外住居 の入居者への支援も行う</p> <p>↓</p> <p>三鷹市にて共同作業所を開設 →後に三鷹市内に授産施設 2ヶ所に拡大</p> <p>↓</p> <p>調布市に活動を拡大</p> <p>グループホーム } 開設 共同作業所 }</p> <p>理解ある大家・不動産業者 による賃貸物件提供</p> <p><現在> 日中活動の場…3ヶ所 グループホーム…8ヶ所(60室)</p>

巢立ち会は病院家族会、病院関係者による任意団体を中心に活動を開始し、東京都の補助金により病院から独立した運営が可能となった。

興生会は病院が全面的にバックアップし活動を展開している。

帯広・十勝圏域は病院のスタッフが中心となり下宿形式から事業を始め、実践の後に制度がついてきている状況がある。

精神病院の専門家が立ち上げに関わっている点が共通である。

<経営面>

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>〈任意団体の運営による時期〉</p> <p>↓</p> <p>病院、施設の専門スタッフによる業務支援に支えられてきた</p> <p>補助金による自立した運営は困難</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住居は全て賃貸物件 ・オーナーの好意 <p>↓</p> <p>支えられてきた</p> <p>〈NPO 法人格取得後〉</p> <p>↓</p> <p>相談事業、就労関係の事業を受ける</p> <p>グループホーム(パート雇用)</p> <p>→赤字のない運営</p> <p>新規事業の開拓</p> <p>→制度の変革期が好機</p>	<p>グループホーム</p> <p>=国費の訓練等給付費だけでは赤字</p> <p>→法人が補てん</p> <p>対象外経費</p> <p>→法人が補てん</p> <p>新規施設建設の場合</p> <p>→費用の4分の1を法人が負担</p> <p>※医療法人全体としては、各種社会復帰施設がある事で病院ベッドの回転が良くなり、病床数削減後も収益が下がることなく運営できている。</p> <p>支援センター } 補助金で 援護寮 } 運営 福祉ホーム }</p>	<p>基本的には補助金による運営</p> <p>↓</p> <p>寄付金や賛助会での収入に支えられてきた</p> <p>(事業投資の資金繰りなど)</p> <p>◎国費である訓練等給付費だけでは赤字。給付費に加えて東京都の補助金があるため、常勤を雇えている。</p>

巢立ち会は、国費である訓練等給付費に加えて、常勤者を雇える金額の補助金が東京都から出ている。新規事業を立ち上げる時には、寄付金・賛助会の収入に支えられている。

医療法人である興生会は、グループホーム運営の赤字や対象外経費、新規施設建設の1/4を法人が負担してくれる。財政的に強い基盤のある経営主体があると経営は安定している。

帯広・十勝圏域は任意団体の時代は補助金だけの自立した運営は困難であったが、病院や篤志家の協力によって支えられていた。自立支援法移行後、相談事業や就労関係の助成金も受けるようになり、赤字にはならない運営ができています。

<職員の役割>

帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
<p>①責任者 ②管理者 (サービス管理責任者) ③世話人</p> <p>①責任者 家主との交渉、建物・物品・世話人等の人事などの管理、管理的事務(利用料・諸経費・交付申請・実績報告・事業計画)請求事務</p> <p>②管理者(サービス管理責任者) →センター、病院のPSW 入退居時の面接、個別記録、個別相談・家賃の集金 直接援助(日々の面接、生活上の困難について具体的支援、金銭管理への助言)</p> <p>③世話人 →パート職員 食事、清掃、連絡 複数体制(重層的配置) ↓ ・誰かが間違いなく対応 ・完結的にかかわりを排除 ・専門職、非専門職の業務分担 (専門性の発揮)</p> <p>住居支援</p> <p>89人(利用者) <ul style="list-style-type: none"> ① 1名 ② 4名 ③ 22名 </p>	<p>①管理者 ②サービス管理責任者 (支援センター職員) ③世話人</p> <p>②③支援センター職員・世話人 ・日常生活支援 (買い物、掃除支援など) ・相談支援 ・施設管理 ・請求事務 ・居宅訪問 ・近隣町内会への挨拶、活動についての説明、啓発</p> <p>→支援センターの職員が一緒に業務を行っている。</p> <p>支援センター →常勤4名、非常勤1名</p> <p>グループホーム</p> <p>35人(利用者) <ul style="list-style-type: none"> ① 1名 ② 1名 ③ 6名 (支援センター職員)</p> <p>援護寮 7名</p> <p>福祉ホーム B型 4名</p>	<p>①管理者 ②サービス管理責任者 ③世話人</p> <p>①②管理者・サービス管理責任者 ・大家、不動産屋との交渉 ・スタッフの人事、経理事務 ・利用者入退居時の面接 ・スタッフのメンタルケア</p> <p>②③サービス管理責任者・世話人 ・入退居時面接の同席、 ・記録(個別記録、業務日誌) ・直接援助(日々の面接、生活上の困難について具体的支援、金銭管理への助言) ・居宅訪問 ・夕食会での食事作り ・行政への提出書類の作成(申請書類の作成、請求事務) ・家賃の集金 ・関係機関との連絡調整、カンファレンスへの出席</p> <p>↓ 通所部門スタッフと連携し、複数のスタッフで関わる体制</p> <p>グループホーム</p> <p>59人(利用者) <ul style="list-style-type: none"> ① 1名 ② 5名 ③ 世話人 10名 代替世話人 6名</p>

3ヶ所とも、複数体制の重要性が共通していた。帯広・十勝圏域は全てパート勤務ということもあり、また専門性を発揮するためにも、①②③の役割分担が明確である。単立ち会は、②③を兼務している者もいる。その多くは常勤雇用である。責任を伴う業務も多く、直接援助からコーディネーターの役割までと業務内容も幅広く行っているからである。

興生会は、常勤の世話人が行っている仕事を、支援センターのスタッフも協力・連携しながら業務にあたっている。

世話人の業務範囲の捉え方の違いにより、業務内容は3ヶ所で異なっている。

<ケアマネの役割>

帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
<p>ケアマネジャーの役割 大きい</p> <p>※月に1回、関係者が集まり、ケースの方針を出すというシステムを作り、実行している</p> <p>↓</p> <p>自立支援協議会 (有効な個別支援の方法)</p> <p>ケアマネジメントを早くから取り入れる</p> <p>↓</p> <p>モデル事業(システム構築)</p> <p>ケアマネジャー養成講座実施(北海道全域を対象)</p> <p>※囲い込みにならないような体制を作ることに重点を置き、1ヶ所の事業所に所属せず、中立の立場に立てる支援センターのスタッフが、ケアマネジメントの役割を担っている</p>	<p>支援センターのぞみ</p> <p>↓</p> <p>ケアマネジメントモデル事業</p> <p>↓</p> <p>ケア会議の運営 「顔の見える支援体制」</p> <p>※支援センターのスタッフが、市での精神保健相談も行っている</p>	<p>事業所にいる職員がケアマネジメントの役割を担っている</p> <p>↓</p> <p>法人内での会議だけでなく、各関係機関のスタッフも交えた連携会議を行い、他の事業所と連携をはかり、コーディネートをしている。</p> <p>※支援センターを通さず直接相談を受けることが多い</p>

巣立ち会はグループホームに所属しているスタッフ(専門職スタッフ)が他の事業所と連携を取りながらケアマネジメントの役割を担っているのに対し、興生会や帯広・十勝圏域はグループホーム所属の職員とは違う立場でのケアマネジャーがおり、囲い込みにならないようにケースのマネジメントを行っている。ケアマネジメントのモデル事業も受託し、関係者が集まってケースについての方針を出す会議を運営しており、連携がより取りやすくなる状況があるようだ。

<職員への配慮>

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>バーンアウトしないための配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 完結的にかかわりにしない ・ 施設完結主義の排除 <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">程よい距離の関わり</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">十勝方式 (オープンシステム)</p> <p>連携協力体制の構築 →安定した運営</p>	<p>事務仕事が特定部署のスタッフに集中しないように、他のセクションのスタッフと協力する体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 資格取得がモチベーションを高めるのに有効 	<p>仕事を通して自己実現ができる環境を用意</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 一人で抱え込まない環境作り ・ 困ったときに相談できる体制 ・ 管理者が最低年に1回職員と面談を行い、仕事以外の生活状況も含め充実した生活を送れるようにサポート

帯広・十勝圏域は職員のバーンアウトを防止するためにも、完結的なかかわりを排除することに力を入れている。

興生会は他のセクションスタッフと協力し特定のスタッフに負荷がかからないような配慮がなされている。

巢立ち会でも、一人で抱え込まない環境作りに重点を置き、相談できる体制を取っている。

各所とも「サービスは人である」という理念の下、様々な配慮をしており、特に「一人で完結的な仕事にならないような配慮をする」という事柄に重点を置いた職員への細やかな配慮がなされているようだ。

＜住居の見つけ方＞

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>・ 障害の開示、非開示の両方がある。</p> <p>・ 理解ある協力者 →建ててくれた物件（2件）</p> <p>◎大家、不動産屋には、法人の連絡先を伝え、いつでもフォローできる体制を取っている。</p> <p>・ 一般下宿→直接交渉</p> <p>・ オーナーから声がかかる（空き部屋対策として）</p>	<p>・ 障害を開示して探す</p> <p>・ 契約は利用者</p> <p>・ 保証人は「なし」または、「支援センター」</p> <p>◎大家、不動産屋には、法人の連絡先を伝え、いつでもフォローできる体制を取っている。</p> <p>＜市内の空き物件傾向＞ 郊外に新築マンションが建つ分、市内中心部の古いアパートに空室が目立つ</p> <p>＜交渉方法＞ 不動産屋に空きがないか直接問い合わせ</p>	<p>・ 会の方針を説明（障害を開示）して探す。</p> <p>・ 道路拡張など公共工事時に、交渉する（立て替えの物件が多い）</p> <p>◎大家、不動産屋には、法人の連絡先を伝え、いつでもフォローできる体制を取っている。</p> <p>＜空き物件の傾向＞ 学生の減少により学生向けアパートの空き室が増えている</p> <p>＜交渉方法＞ 大家、不動産屋に空きがないか 直接問い合わせ</p> <p>・ 不動産屋から声がかかる 不動産屋から大家への説得協力 （古い物件の空き部屋対策とも言える）</p>

3ヶ所に共通していることは、障害を開示して住居を探すという点である。いつでもフォローする体制を保障することで、地道に理解者を獲得していったようだ。それに加えて、大家さんの古い物件の空き部屋対策という面からも、不動産業者から声がかかるようになり、住居は見つけやすくなっているようだ。

<入居条件>

帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
<p><条件></p> <p>精神科に通院していること</p> <p>上記以外条件は、ほぼなし</p> <p>※試験利用がいつでも可能</p>	<p><条件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・病状の安定 ・本人の希望か？ ・通院・服薬 →自己管理できるか？ ・アルコール、薬物の依存がないか？ <p>援護寮を有効に使う</p> <ul style="list-style-type: none"> ・意向の確認 (ショートステイ) ・悪化時の服薬指導 ・退院の練習 ・社会に出るためのチェック機能になっている 	<p><条件></p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、服薬の安定 ・安定した日中活動の場への通所 ・ある程度の自活がある (年齢制限は定めていない) <p><入院中の場合></p> <p>原則として病院から日中活動の場へ定期的に通ってもらう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケースによっては、一般住居の紹介、住まい探し支援を行う

3ヶ所に共通しているのは、精神科に通院しているという点だけである。それ以外の条件については、巣立ち会は日中活動への通所（体験通所）を、興生会は援護寮を入居準備のため有効に活用している。帯広・十勝圏域は細かな条件は設定していない。

条件設定の有無は各所によって違うが、入居者受け入れの拡大は可能と言える。

<退居支援及びアフターケア>

帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
<p>根本的に住居の期限を設定するという発想がない</p> <p>以下、少数のケース</p> <ul style="list-style-type: none"> ・グループホーム退居は、管理者や世話人が支援関係を継続することはなく、通所先でのフォローが通例 ・利用者が支援を希望しない場合 →医療機関の外来部門のフォローのみ <p>※利用者のニーズ中心にアフターケアは行っており方法は多様</p> <p>※本来自分で生きていくことを最優先。何年か後に再度支援を求められることもある。</p>	<p>民間下宿やアパートへの退居が多数</p> <p>その他として以下</p> <ul style="list-style-type: none"> ・援護寮→在宅 ・福祉ホーム B 型 →養護老人ホーム <p style="text-align: center;">↓</p> <p>何らかの形での関わりをもつ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問 ・電話相談（24 時間受付） ・機関紙の送付（行事参加の呼びかけ） 	<p>自信がついたらグループホームを出て単身生活に移行</p> <p>※管轄自治体がグループホームに「通過型」という概念を持っている背景がある</p> <p>→入居時から利用者に説明し、退居後も必要に応じて支援を継続</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住居探し ・相談全般（電話、訪問等） ・食事会の参加 ・職場訪問など <p>→当事者の力、ピアの力を生かす （地域に根付く力、近隣に住む当事者同士の助け合い）</p>

巣立ち会は通過型のグループホームもあるため、実際に継続して退居後の支援を行っている。

興生会は援護寮、福祉ホーム B 型からの退居者について退居後も何らかの形で関わり継続がある。

帯広・十勝圏域は基本的に退居という概念がない。さらに退居後のフォローはグループホームの職員は行わず、通所先にて行っているようだ。

＜緊急時の対応工夫＞

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>夜間は支援センター(登録制)から携帯に転送される</p> <p>住居担当者 } 居住先には 責任者 } 左記の電話 各医療機関 } 番号を掲示 } してある</p> <p>警察、消防、救急に直接頼むことを奨励</p> <p>365日24時間対応</p> <p>◎大家、不動産業者 →グループホームの管理者、サービス管理責任者の自宅及び、支援センター(24時間対応)の連絡先を伝えている</p>	<p>スタッフの連絡網作成 →携帯電話で対応</p> <p>利用者からの SOS →支援センター</p> <p>夜間の対応 →センターの電話 →援護寮に転送 (当直2名で対応)</p> <p>365日24時間対応</p> <p>◎大家、不動産業者には、法人の連絡先を伝え、フォローできる体制を取っている</p>	<p><日中> 通所部門スタッフまたは、世話人が受付</p> <p><休日、夜間> ・かかりつけの病院へ連絡 ・管理者が携帯電話で受付 ↓ 緊急対応の有無を判断 ↓ 緊急の場合、近隣のスタッフに連絡が入り対応</p> <p>365日24時間対応</p> <p>◎大家、不動産業者にも管理者の連絡先を伝え、緊急時に対応している</p>

3ヶ所とも24時間、365日緊急時の対応ができるよう体制は整えている。興生会では利用者からのSOSは援護寮への転送という形で、当直職員につながる体制がある。しかし、帯広・十勝圏域や巢立ち会では夜間に職員のいる体制ではなく、緊急連絡先の統一という形で電話での対応を行っている。それはもちろん緊急の際に連絡を受けてすぐに動ける体制があることが前提ではあるが、夜間に職員がいなくても対応が可能だと言える。24時間職員がいる施設でないと、緊急時の対応が不十分だと思われがちであるが、そうではないようである。

<防災対策>

帯広・十勝圏域	興生会	巢立ち会
<p>避難訓練の実施</p> <p>グループホームごとに違っている。</p> <p>ボヤ騒動のあった3ヶ所の住居資源では消防と連携した避難訓練を行っている</p> <p>消火器設置、防災カーテン、防災カーペットの利用</p>	<p>防火管理者の設定</p> <p>抜き打ち避難訓練</p> <p>生活訓練（火の扱い）を、援護寮でまず行ってからグループホームへ入居</p>	<p><事業所として></p> <p>自動消火装置 防災カーテン 消火器 電器コンロ</p> <p style="text-align: right;">} 設置</p> <p>消防訓練の実施 居住部門、通所部門別に年1回ずつ実施</p> <p>防火管理者の必置 防火管理責任者を世話人は全員資格を取る</p> <p>防災グッズの準備 消防計画の作成 →消防署へ届出</p> <p><利用者></p> <p>火災保険加入は必須 防火対策の意識付け 灰皿には水をはり、換気扇の下で吸う、寝タバコはしない等の取り決めで入居時に徹底</p> <p>※過去に2回の火災があり、住居の多くが賃貸物件のため、慎重に対応している</p>

必要最低限の避難訓練は3ヶ所とも行っている。それ以上の防災対策は、法人の考え次第のようである。ちなみに、巢立ち会は過去に2回火事を出していることもあり、できる限りの対策を取っている。

<連携>

	帯広・十勝圏域	興生会	巣立ち会
法人内施設との連携	任意団体（25年） →NPO 法人 新制度に全て移行 〔 独立した運営 安定した運営 〕 法人外の支援・連携 ↓ 外との関係強化 （マンパワー資源の開発）	連絡会議開催（月1回） 各施設長、病院 PSW 参加 介護老人保健施設が併設 →職員間の法人内異動有り 定期的な勉強会の開催 ↓ 新卒スタッフや法人内での異動したスタッフを中心に	〈定例会〉 ・法人内全体会議（月1回） ・法人内各市ごとの会議 （約月3回） ・世話人連絡会（不定期） ・勉強会の開催（月1回） →関連機関と合同 ⇒世話人が孤立化しないように細やかに連携
関係機関との連携	<病院（良好な関係）> ・窓口 連絡調整 ↓ PSW、外来、訪問看護 <保健所> ・業務連携 ・保健部局へ提言 <帯広市> ・市への提言 ・公共スペース →アンテナショップ	<病院> 職員間の法人内異動がある 連絡調整はしやすい ・顧問医や運営委員を関係機関の職員が行う	<病院> ・ケースを通しての連携 ・アウトリーチ →出張講演（入院者対象） 病院職員へ事業内容説明 出張面接（インテーク） ↓ 退院に繋がる意識付け <行政> ・区市町村との パートナースhip →協力体制の充実 法人の活動を理解してもらう努力
市民	住民として当たり前 「市民協力」という特別な概念は持たない ※市民参加の催し物は多数実施、町興しにも貢献。	・精神保健福祉士ボランティア養成講座の開催 ・町内会(催し)への参加	・地域自治会への参加 ・チャリティーコンサートへの開催 ・地元のお祭りへの参加 ・作業を通してのつながり

一言に連携といっても、その内容や対応は多様であり、この表を見ると3ヶ所それぞれのとらえ方があるようだ。その中でも、巣立ち会、興生会は実際に実施していることが記載されているが、帯広・十勝圏域は「脱施設化」「パターンリズムに陥らない」「法人内で完結しないように」という理念的なことが中心に述べられていた。視点の違いや切り口により、3ヶ所による比較は難しかった。

総合考察

3ヶ所の報告と比較から居住支援に関する提言という視点から考察を加えてみたい。

1. まず、成立の背景について特徴的だったのは3ヶ所とも医療機関から出発しているということである。横手も医療法人で活動を行なっているし、帯広は5名の病院PSWの勉強会が出発点で制度に乗らない時代は病院からの支援を受けてきたし、巣立ち会も任意団体だった頃の活動主体は病院のボランティア職員や病院家族会であった。しかし、多くの医療法人立の活動と違うのは発足当初から病院の一資源となることを良しとしなかったことであろう。地域で生活する人を中心に考えれば、病院こそが一資源であり、主体は利用者一人一人の生活にあるという視点を持っていたように思う。
2. 次に、やはり共通して脱施設化というテーマに取り組んできている。病院に入院しているより地域で暮らすことが当然のことであり、長期入院がはなはだしい人権侵害であるという認識は3ヶ所とも持っていると思われる。病院という管理された世界が如何に人の力を奪うものかという点での認識もおそらく共通のものがあると思われる。それゆえにここまで地域に住まいを求め、地域での生活を支援してきているのであろう。そして地域生活支援を行っているものは誰もが気づくことだが、利用者の持っている力を引き出していくことが如何に重要なポイントになるかということである。ストレングスと言葉にしたのは帯広だけだったが、これは3ヶ所とも共通の認識で、何時までも支援者が支援を続けるという関係性では地域生活はいずれ立ち行かなくなる。利用者本人が持っている力をより豊かに伸ばしていく、人は環境の中で育ってゆくという観点を持たなければ地域支援を行なっていくことはできない。地域は資源のオアシスであり（C. ラップ）人は地域の中で

暮らしてこそ、人たりえるという価値が共通して3ヶ所にあるものである。

3. これも3ヶ所共通していることは上記のような理念を持ち、実際に推進力になってきている中心的人物がいたということである。帯広は門屋充郎氏、横手は沼田由喜子氏、巣立ちでは田尾有樹子である。信じるものを持ち、戦うことをいとわず、変わりうる未来を信じ、前進し続けてきた人たちである。しかし、誰もが最初からそうだったわけではなく、彼らにおいても素朴に精神医療に疑問を感じ、行政や制度の貧困さを嘆き、自分たちの無力感を感じた時期もあるはずである。それを土台にしてそれぞれがおかれた状況の中で変身していったものと推察する。であれば共通の価値さえ持っていれば誰もが彼らになりうる可能性を持っているはずである。どこの事業を見ても一朝一夕にできたものではなく、積み重ねの結果である。結果を見るよりも向かうところを確認して前へ進んでゆくうちに何かの成果が出てくるものである。
4. 住居は地域ケアの基本要素である(門屋)という確信も3ヶ所に共通していると思われる。そのため、地域にグループホームやそれ以外の住居確保に奔走した。病院から地域へ出るためにはまず、住まいがなくてはならない。どの報告にも多くは語られていないが、開示して住居を探す困難さはどこでも当然経験していると思われる。この3地域が誰もが精神障害者にアパートや下宿を提供してくれる特別な地域であるわけではなく、これだけの成果を挙げるには紙面には書ききれない苦労や努力があったことと推察される。しかし、帯広や横手という地方でそれほど大きな都市部でもない地域でも、そして東京の三多摩とはいえ、比較的人口の密集地帯でも工夫や努力次第では住居物件を確保できるということが証明されている。それには言わずもがな、地域の人々との密接な連携が必要不可欠である。まずは支援者や支援団体が地域住民であり、地域に根ざした団体でありえることが大切かと思われる。
5. それ以外で共通していることは365日24時間連絡がつく体制がしかれており、いつでも緊急時には対応できるようになっている。これは時間が決まった通所だけのサービスと大きく異なる点で、住む場所の支援はいつでも何かあったときには出動できる体制が必要である。多くの人が想像するほど緊急事態は多くはないが、そのため、住む場所の支援は敬遠されがちであるように思う。3ヶ所の共通点は複数事業所や複数支援者の配置で一人に集中することなくこのリスクを引き受け、分担して対応できているようである。

6. 地域特性についてはそれぞれに違いが見られる。横手が約 7 万㎡で市民 10 万人の人口をカバーし、帯広は、十勝圏域で 100 万㎡で 36 万人をカバーし、巢立ち会は東京都の 21 万㎡で 1200 万人をカバーしている。横手が地域的にはもっともイメージしやすい。帯広の十勝圏域は東京の 5 倍もの面積の中であるが、しかし、保健・医療・福祉などはほぼ完結しているため、全体が展望できる地域となっている。それに対して東京は 2,500 床のベッドは西高東低といわれ、三多摩地域に偏っており、三鷹も調布も 23 区内の人々の入院を多く受け入れている地域である。そのため、市独自や診療圏域内での精神病床削減の計画などは立てにくく、また長期の入院患者が病院の近くに退院することによって精神科病院からの退院者が偏在していき、地域間の確執を生み出しているようなことが起こってきている。また、精神科病院も殆どが民間立のため、帯広のような公立病院が中心でベッドの削減が理念どおり行なわれていく場所との差がどうしても生じている。帯広のように圏域が広いところでは通院通所で起こってくる移動などの問題があり、東京では人口が密集しているために居住地特例に基づいてそれぞれの発生地と連携をとる場合、かなり広範囲のしかも多くの行政機関と連携をとらなければならなくなるといった問題、また生活保護の移管などを含めた地域間確執などの問題などそれぞれの地域特性によって課題は異なると思われる。しかし、帯広では人口万対 15 床と確実に活動の成果が見られることから、他の 2ヶ所でもこの先活動を続けることで地域に影響をもたらす成果を挙げられることが期待される。

7. 理念の部分についてはもっとも明確なのは帯広が「脱施設、脱パターナリズム」と言い切っている。マディソンモデルなど早いうちから地域ケアのシステムモデルを持ち、かなり計画的にかなりの時間をかけて地域システムを作り上げてきた歴史がある。これに対して横手、巢立ち会は目の前の利用者のニーズに沿うことから発展して行き、現在の形になってきているようである。活動当初の意識の持ち方に違いがあるように思う。にもかかわらず、活動内容や結果に共通点が多いことは脱施設、脱パターナリズムという方向性において 3ヶ所とも共通するものがあるからこそ、出発点に病院があるにもかかわらず、病院の枠で収まらなかったという結果になっていると思われる。

8. 横手に特徴的なのはグループホームに入居中の人の生活保護受給率が4.3%、これに対して、帯広は83.1%、巣立ち会では72%である。これは横手が年金プラス3～4万円の収入があれば生活保護を受けなくてすむということでかなり熱心な就労支援を行なっているということがあげられる。授産施設内でもかなり高い工賃を出しているし、それ以外の職場開拓にも非常に熱心に取り組んでいる。意識的な努力がこれだけの効果を生むということは今後の就労支援については学ぶべき点が横手には多くあると思われる。
9. 障害者自立支援法への取り組みについては帯広がもっとも早く、平成18年10月にはすべての事業について移行を行なっている。巣立ち会は平成19年4月にすべての事業について移行が完了した。横手は平成18年度にグループホームと地域生活支援センターを移行しており、授産施設は平成19年10月移行予定ということである。自立支援法に関する考え方が帯広、巣立ち会は非常に前向きで、積極的である。双方とも「変革のときがチャンス」との認識で、まだ制度が定着する前にいろいろな事例を通して我々に利用しやすい運用・制度にしていこうという心意気があるようである。尖兵としての役割を自ら買って出ているようにみえる。新しい法律をどのように運用するか、使いこなすかによって我々の障害者福祉は今後大きく変わることになる。それぞれの自立支援法下での活動の実践報告が待たれる。
10. 今後の課題についてだが、3ヶ所とも発足時のリーダーたちの世代交代の課題が共通してあるように思われる。世代交代しても団体内で培われてきた価値が伝承されることが大切である。

横手については病院からの支援が必要不可欠とのことから今後、病院との連携の持ち方についての課題があるように思われる。病院長の交代などの問題が起こったときに今までの関係性が担保されるかどうかの問題になるかと思われる。

一方、巣立ち会は連携しなければならない地域が広い。三鷹市・調子市にある巣立ち会以外の社会復帰施設の団体は、設立経緯がそれぞれ特徴的である。地域ネットワークの為の連絡会などは頻繁に行なっているが、ひとりのケースについて多機関で協働で担当する習慣がなく(病院との連携は密接にあるが)、地域活動センターがケアマネジメントを行なうということがなされていないこともあって施設内でのマネジメントにとどまってしまうきらいがある(巣立ち会には地域活動センターはない)。地域の包括的なケアマネジメントが現状では行なわれていない。今後の発展を考えると法

人内だけの支援システムでは早々に限界が来ることが予想される。何とか地域間連携をもう一步踏み込んだ形で行い、ケアマネジメントを地域で行なえるようなシステムを行政とも相談しながらつくっていくことが必要と考えられる。

帯広は世界の中でもモデルといわれる地域という点で、今後、病床数万対 15 をどこまで下げられるか、「いよいよ ACT か」(門屋)というように帯広の ACT チームでどこまで成果を挙げられるかを日本の最前線のモデルとして注目して行きたい。また、地域性があるとはいえ、日本の中でも数少ないケアマネジメントが地域で行われている場所としてそのノウハウやシステム構築に関する啓発や教育的な機能を担っていく役割があると考えられる。

以上、3ヶ所の活動報告を比較検討して共通点、相違、そして今後の課題などについて若干の考察を試みた。この結果から多くの実践者にこの先住居支援の実践を行ううえでの何らかのヒントが提供できればこの報告書の意義は達成されるものと考えている。

おわりに

施設ケア中心から地域ケアへの移行の時代に入り、“住居”が要であることは間違いない。諸外国との比較において、日本の支援付き住居の数は圧倒的に少ないのが現状である。

本報告書では、住居支援を先駆的に実践している地域をとりあげた。北海道で活動している社会福祉法人慧誠会・NPO 法人十勝障害者サポートネット・NPO 法人十勝障害者支援センター、秋田県では医療法人興生会社会復帰施設、そして東京都の巣立ち会である。前述した2団体においては本当にお忙しい時期に原稿の執筆を快くひきうけていただき、心から感謝を述べる次第である。本報告書では、それぞれの土地柄、歴史、理念を含め、各実践から学ぶべき点が多くあったと感じている。

巣立ち会の職員にとっても、日常業務のかたわらで、慣れないこともあり、3ヶ所の比較検討において不十分な点は残されている。しかし、本報告書が住居支援を行っている方たちやこれから住居支援をやってみようと検討している方たちにも、何らかのメッセージとなり、参考にしていただけたら幸いである。

ひとりでも多くの精神障害者が、あたり前に地域生活が送れるような時代になることを願って、この稿を終えたいと思う。

(2007年3月)

平成 18 年度
精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書

グループホーム等の住居支援に関する提言

— 北海道・秋田県・東京都の実践から —

平成 19 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/>

編集者 田尾有樹子・那須由香・小林伸匡・尾川優子・西谷麻矢
富田美穂・星山桂・清重知子・近藤洋子・勝又裕子・蔡文炫・
会田真一

印刷 社会福祉法人 新樹会 創造印刷

