

## はじめに

2009年12月11日、民主党への政権交代を機に、鳩山総理を本部長として、「障がい者制度改革推進本部」が設置された。2010年1月12日には、福島瑞穂大臣が担当となり、「障がい者制度改革推進会議」が、構成員24名、うち障害当事者12名でスタートした。議長も議長代理も当事者で、まさに「政策決定過程への当事者の参加・参画」が実現し、障害者権利条約の批准へ向けて、国内法の整備への議論が集中的・精力的に重ねられている。

月に2回から3回の開催、1回の会議が4時間という、これまでにない検討のスピードとエネルギーのかけ方である。この「推進会議」のプロセスは、これからの政策論議における市民参加の在り方を示す、モデルケースそのものといえよう。構成員の選出も納得できるが、固有の情報障害を有する参加者への情報保障、そして、「おびただし」ほどの事前提出資料、それらを読みこなして準備を整える構成員の努力、さらに、受け入れ規模を超えて殺到する傍聴希望者など…。これまでの国・地方自治体の審議会等で、これほど真剣に、前向きに取り組まれた場があったであろうか。障害がある人が新しい社会を、21世紀の市民の生き方を、確実に切り開いていく時代が到来したことを実感する。

さて、本研究は、「当事者本人支援計画に基づく総合的な地域での支援体制を作る」というタイトルにもある通り、障害当事者の持つ力を、いかに地域生活支援に活用するかという、「当事者主体」の発想から出発している。座長である筆者は、「当事者」の立場ではなく、この研究をリードしたのは障害がある「当事者」の方々である。アメリカの自立生活運動やピープルファーストなどの当事者運動から学び、自らサービスを運営し、相談に応じてきた貴重な経験から、この研究が生まれている。

口述した内容を文章化してパソコンに打ち込む、膨大な資料を整理するなど、障害がない委員や事務局員が手伝いはした。しかし、当事者の視点や蓄積がなかったなら、これだけの新しい、貴重な指摘や提言をすることは不可能であったと確信する。当事者として、ヒアリングに協力してくれた人々と同じ体験を重ね、その立場で相談やサービス提供に応じてきたからこそ見えてきた視点、そして、新たな支援の創造・開発につながっているのである。当事者の秘めたる力、それを押し出す情熱、障害がない立場では出しえない成果が、この報告書には随所に盛り込まれている。

そして、施設や病院からの地域移行が進まない、という声を嫌というほど耳にしてきたが、各地にはこれほどに確実な、貴重な実践があり、当事者の力を活用して進められていたのだ、ということを経験した研究でもあった。障害がない立場での「専門家」と称する思い込み、自分たちの経験から「不可能」と決めつけてしまいがちなパターンリスティックな判断、こうした概念や対応を打ち破るのが「当事者パワー」である。立場を同じくするからこそ、こんなところで妥協してたまるか、というすさまじいまでの意気込みを、各地の支援のプロセスから読み取ることができる。そこからスタートし、経験を重ねた中から出てくる冷静な判断、的確な評価と、何よりも本人の自己決定を尊

重した目標設定、それを実現するためのサービス利用計画など、「相談支援とはかくあるべし」を実感させられる。

相談支援事業、ケアマネジメントの実践で、常に強調されるのが、「本人の想いに寄り添う」「障害者とケアマネージャーとの協働」といった言葉である。こうしたことを意識しなくとも、ごく当たり前に実践されている、と納得させられることが多いのも、当事者の活動である。もちろん、当事者であれば誰もがこうした実践ができるわけではない。体系化された養成プログラムで学び、支援の実績を重ねてこそ、この域に達する、というのは、障害の有無に関わらない専門性ということもできよう。しかし、専門職としての力量以上に、当事者として重ねてきた生活・体験のもつ意味は大きいと感ずる。

障害がない立場からは、とにかくこうした当事者実践の意義を尊重しつつ、役割分担を進めていくことに徹するしかあるまい。こうした「協働」が、当事者、障害がない専門職、それぞれの力量を高め、新しい方向性を切り開いてきた。今、私たちの社会は、少子高齢化が進み、経済状況も厳しく、閉塞感が強まるばかりである。こうしたなかで、新しい展望は、従来とは異なる枠組み、関係性の中から生まれてくる。予算も人材も厳しい時代だからこそ、当事者との協働で、新たな基軸を打ち出すことが期待される。

この研究から見出される知見、読み取れる発想は、障害がある人の地域生活を支えたいと、真摯に取り組んでいる者に大きな力を与えてくれる、まさに、エンパワメントさせられる報告書である。多くを学び取って、ぜひ、それぞれの地域特性を生かし、新たな「まちづくり」、地域コミュニティの構築に取り組んでいただきたい。

2010年3月

研究会座長

石渡 和実

# 目 次

序章	1
1. 本研究の背景	1
2. 本研究の意義	2
3. 論文構成	2
第1章 市町村障害者生活支援事業、障害児(者)地域療育等支援事業、精神障害者地域生活支援センターにおける相談支援	4
第1節 地域生活移行に向けた相談支援の課題	4
第2節 研究の目的	5
第3節 研究方法	5
第2章 諸外国における障害者の地域生活を支援するシステムの先進事例の文献研究	6
第1節 知的・発達障害者の地域生活のための支援システム	6
第1項 アメリカ・カリフォルニア州の知的・発達障害者のための地域センターを通じた本人中心支援計画(PC-IPP)の実践	6
1-1. カリフォルニア州の知的・発達障害者支援の歴史的背景	6
1-2. RCによるケースマネジメントと当事者の主体性を実現するPC-IPPについて	7
1-3. 地域生活を支えるSLS(Supported Living Service 支援付き自立生活)について	9
1-4. 当事者の権利を監視する当事者権利推進課(以下CRA, Client' Rights Advocate)について	11
1-5. 考察	11
第2節 海外の精神障害者の地域支援の実践の先進事例	15
第1項 アメリカ・ウィスコンシン州マディソン市の精神保健地域ケアシステム	15
1-1. アメリカ・ウィスコンシン州の精神障害者支援の歴史的背景と経過	15
1-2. デーン郡成人保健システム(マディソンモデル)について	15
1-2-1. マディソンモデルにおけるケースマネジメントについて	15
1-2-2. デーン郡精神保健センターについて	17
1-3. 当事者が創設した精神保健活動の発展(SOAR)について	20
1-4. 考察	21

第2項	イタリア・トリエステ市の地域精神保健活動	23
2-1.	イタリア精神保健の歴史的背景と法律の経過	23
2-2.	法律180号について	23
2-3.	地域精神保健のサービスネットワークのプロセス	24
2-3-1.	バザーリア医師(1924~1980)の理念	24
2-3-2.	ゴリツィア病院時代	25
2-3-3.	トリエステ県立サン・ジョバンニ精神病院時代	25
2-4.	精神保健センターで勧められているさまざまなプログラムについて	27
2-4-1.	精神保健局について	27
2-4-2.	トリエステ精神保健局内で現在進められている様々なプログラムについて	27
2-5.	考察	29
第3章	国内における3障害の相談支援(地域移行支援)の先進事例	34
第1節	自立生活センターの地域移行支援	34
第1項	自立生活センターにおける支援体制	34
1-1.	自立生活センターの概要	34
1-2.	ヒューマンケア協会の支援体制	34
1-2-1.	支援過程の概要	34
1-2-2.	支援過程における基本姿勢	36
1-2-3.	ヒューマンケア協会の支援者が考える課題	37
1-3.	C I L小平の個別事例	37
1-3-1.	自立までのAさんの暮らしと自立の支援	37
1-3-2.	自立後の日々の支援	38
1-3-3.	C I L小平のそのほかの特色	40
1-4.	考察	41
第2節	知的障害者の地域移行の事例について	49
第1項	長野県西駒郷のとりくみ	49
1-1.	西駒郷の組織概要と地域生活への移行の背景	49
1-1-1.	西駒郷の組織概要	49
1-1-2.	西駒郷の地域生活への移行の背景	49
1-1-3.	長野県西駒郷地域生活支援センターについて	50
1-2.	西駒郷の地域生活移行のプロセス	50
1-2-1.	西駒郷基本構想の概要	50
1-2-2.	西駒郷地域生活センターの役割	50
1-2-3.	西駒郷の地域生活移行支援の流れ	51

1-2-4. 西駒郷の地域生活移行の実績	5 2
1-3. 地域移行における県の相談支援体制～圏域障害者総合支援センターについて ～	5 2
1-4. 当事者の主体性を重要視した地域移行への対応について	5 2
1-5. 考察	5 3
第 2 項 社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙の入所施設から地域移行への実践	5 7
2-1. 社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙について	5 7
2-1-1. 背景	5 7
2-1-2. 社会福祉法人南高愛隣会組織概要	5 7
2-1-3. 沿革史	5 8
2-2. コロニー雲仙の地域生活移行のプロセス	5 9
2-2-1. 地域生活移行のイメージ	5 9
2-2-2. 地域生活支援の特徴	5 9
2-3. 当事者グループの活動について	6 1
2-3-1. NPOふれあいネットワーク・ピア	6 1
2-3-2. ふれあい協会	6 1
2-3-3. 当事者のインタビュー	6 2
2-4. 結婚推進室「ぶーけ」について	6 4
2-5. 考察	6 4
第 3 項 NPO法人出発のなかまの会の「本人主体」の地域生活移行のシステムについて	6 7
3-1. 出発なかまの会の組織概要とこれまでの経過	6 7
3-1-1. 出発なかまの会の背景	6 7
3-1-2. 組織概要	6 7
3-2. 本人主体の地域生活移行を実現するための取り組みについて	6 7
3-2-1. 理念	6 7
3-2-2. 個人将来計画について	6 8
3-2-3. ILP（自立生活プログラム）について	7 0
3-2-4. アクティブサポートについて	7 1
3-3. 当事者主体の自立生活センターどんどんの活動について	7 2
3-3-1. 自立生活センターどんどんの活動内容	7 2
3-3-2. 当事者リーダーの意見 ～どんどんの活動や ILP を運営して～	7 3
3-4. グループホーム訪問：桃栗館訪問	7 4
3-4. 考察	7 4
第 3 節 精神障害者の地域移行の支援について	7 7

第 1 項 千葉県市川市マディソンモデルを活用した精神障害者の地域移行支援とその経過	77
1-1. 市川市マディソンモデル活用事業の背景と経過について	77
1-1-1. 市川市マディソンモデル活用事業の背景	77
1-1-2. 市川市マディソンモデル活用事業(平成 17～19 年)の概要	77
1-1-3. マディソンモデル活用事業の結果	78
1-2. マディソンモデル活用事業後のシステム	79
1-3. 現在のクラブハウス For Us を主とした当事者たちの活動について	80
1-3-1. クラブハウス For Us の目的(平成 21 年 7 月現在)	80
1-3-2. 運営体制、利用者(メンバー)の状況	81
1-3-3. 活動内容/ミーティングについて	81
1-3-4. 当事者のエンパワメントについて～メンバーの声を通して～	81
1-4. 考察	83
第 2 項 北海道帯広市十勝圏域の精神障害者の地域生活支援	85
2-1. 十勝圏域の精神障害者の地域生活支援の背景	85
2-1-1. 十勝における精神障害者の地域支援の歴史的背景	85
2-1-2. 門屋氏らの活動の経過と概要	86
2-2. 帯広ケア・センターが取り組む地域ネットワーク活動	87
2-2-1. 帯広ケア・センターの経過	87
2-2-2. 帯広ケア・センターの活動	88
2-2-3. 帯広生活支援センターの活動	89
2-3. 十勝障がい者相談支援センターの活動について	89
2-3-1. 十勝圏域障がい者総合相談支援センターについて	89
2-3-2. 十勝障がい者相談支援センターの概要	90
2-4. NPO 法人十勝障害者サポートネット	91
2-5. 考察	91
第 4 章 その他の支援事例	93
第 1 節 相談支援に関するさまざまな事例から	93
第 1 項 経験豊富な団体による遠隔地の支援の事例	94
1-1. 都市部の団体による遠隔地支援の事例	94
1-2. 専門的な支援を必要とする障害者の遠隔地支援事例	94
1-3. 小括	95
第 2 項 経験豊富な団体による新規団体の支援事例	96
2-1. 自立生活センター北見(CIL 北見)の概要	96
2-2. CIL 北見の支援の内容	96

2-3. 団体のスキルアップシステム	97
2-4. 小括	97
第3項 支援能力が高い団体が、指定相談支援事業所として認められない事例	98
3-1. 東京都D市の自立生活センターの事例	98
3-2. 北海道札幌市のE自立生活センターの事例	98
3-3. 四国のF自立生活センターの事例	98
3-4. 小括	98
第4項 市町村が委託した相談支援事業者が支給抑制として機能している事例	100
4-1. Hさんの事例から	100
4-2. 小括	100
第5項 考察	101
第2節 知的障害者のホームヘルパー24時間長時間滞在介護によるアパートでの1人暮らしの支援について	103
第1項 24時間介護を必要とする知的障害者の支援	103
第2項 24時間介護利用による知的障害者の1人暮らしの支援の事例	103
2-1. 障害の状況	103
2-2. 自立までの経緯	104
2-3. 自立交渉	104
2-4. 日々の生活の支援	105
2-4-1. コミュニケーション	105
2-4-2. 栄養管理	106
2-4-3. 掃除、洗濯、入浴など日常生活の介助	106
2-4-4. 金銭管理	107
第3項 考察	107
第5章	108
第1節 障害者地域移行緊急10ヵ年計画法案(仮称)	108
第1項 人材育成	108
第2項 地域生活移行の整備	112
2-1. マンツーマンによる一貫した職員体制を保障した3障害の地域生活移行の整備	112
2-2. 相談支援の目的	113
2-2-1. 身体障害者の相談支援	113
2-2-2. 知的障害者の相談支援	113
2-2-3. 精神障害者の相談支援	113

第3項 ショートステイ体制の整備	113
3-1. 医療ケア付のショートステイ	113
3-1-1. 精神障害者の医療付ショートステイ	113
3-1-2. 医療ケアが必要な知的障害者のためのショートステイ(5万人に1ヶ所)	114
3-1-3. 医療的ケアが必要な重症心身障害者のためのショートステイ(50万人に1ヶ所)	114
3-2. 緊急時、一時的な支援が必要な人のためのショートステイ(50万人に1ヶ所)	114
第4項 個別の介助体制の整備	114
第5項 地域の権利擁護センターの設立	114
別添資料	資料1



## 序章

### 1. 本研究の背景

日本では、未だに 35 万人の精神障害者が精神病院に収容され（厚生労働省患者調査（平成 17 年））、長期入院を余儀なくされており、病院で一生を送らざるをえない人たちも少なくない。この数は、他の欧米諸国と比較しても圧倒的に多い患者数であり、平均入院数も 298.4 日（厚生労働省患者調査（平成 17 年））と桁違いに長い。地域の中で精神障害者を支援するサービスは、一部の作業所が受け皿としてある程度で、それも家族会などが運営する組織などが中心である。病をもつ者同士が悩みなどを分かち合う自助グループ（Self Help Group:SHG）は多いが、当事者がピアカウンセラーやピアサポーターとして、当事者のエンパワメントを促すシステムを備えているものはまだ多くはない。

また、精神科医療の現場では 1983 年の宇都宮病院事件をはじめ、精神病院での虐待や死亡事件が頻発していたにもかかわらず、患者の人権を護る対応策は何ら講じられてこなかった。1997 年の大和川事件では大阪精神医療人権センターの調査により、劣悪な実態が明らかになったものの、国、大阪府の対応は驚くほど鈍かった。結局、国連の人権委員会から非難を受け、DPI の役員が強制調査に入るまで、その調査すら行わなかった負の歴史がある。しかし、未だに精神病院には閉鎖病棟が置かれ、そのオンブズマン的な機関も十分に整備されていないというのが現状である。精神障害者を職場や地域社会から締め出すような風潮が残っており、精神障害者はその障害を隠しながら地域で暮らしていかざるを得ない状況にある。

知的障害者は、その 3 分の 1 である 13 万人（知的障害児（者）基礎調査（平成 17 年））が施設に収容されている。親も老後の不安から施設入居を希望する状況が続いており、東京都においても、約 170 名の施設入居待機者がいるといわれている。そして地域での介助サービスは、家事援助と身辺介助を合計しても 1 日数時間のサービスが限度で、彼らが必要としている見守りや相談支援部分をカバーするサービスはほとんど提供されていない。こうした現状から、日本では GH でなければ暮らせないと言う者、GH はサービスが十分ではないので、施設を希望する者も未だに絶えない状況である。

2003 年 4 月からの障害者支援費制度においては、知的障害者のガイドヘルプサービスは制度化されたが、市町村の格差が大きく全国実施には至らなかった。障害者自立支援法になって、初めて全国的な制度として実施されるようにはなったが、地域生活支援事業という枠内にあるため、市町村の負担によって行われる方式となり、再び地方の制度格差が広がっている状況にある。

このようなことを背景に、障害者団体は障害者自立支援法の廃止と地域での自立生活を推進する制度改革を求めて運動をすすめてきた。そしていよいよ政権交代によって、障害者が過半数で構成された、障がい者制度改革推進会議が設置され、障害者自立支援

法に変わる障がい者総合福祉法の制定が議論されるようになってきている。

## 2. 本研究の意義

本研究は、この政権交代によって実現した障がい者制度改革推進会議での議論を後押しするために、3 障害を総合した地域生活支援システムの今後の在り方を探求することをめざす。当事者リーダーと研究者を集めて、総合的な地域生活支援システムと地域移行に必要とされる各種サービスについての提言を行おうとするものである。これまで、当事者サイドでこのような研究が行われた前例はなく、また、当事者の視点から、これまでの施設から地域移行のプログラムについて評価がなされたことも未だかつてないと思われる。障害者権利条約が論議された過程で、「Nothing about us without us」が注目されたが、こうした視点からも本研究の意義は大きいと考えられる。

障がい者制度改革会議の目的は、国連の障害者権利条約 19 条が明記しているように、どんな障害を持っていても、地域で支援を受けながら自立生活ができるという点の追求にある。我々は本研究会において、この目的が達成されるように、全国で先駆的といわれる地域移行の 20 ヶ所以上の実態を調査して回った。そのなかで、実施されているプログラムの注目すべき、参考になる点を明らかにし、さらに当事者の目から見て、不十分な点、改めるべき点について考察した。

## 3. 論文構成

第 1 章では、地域移行のための相談支援の課題やシステムの問題を提起し、本研究の目的と研究方法を述べた。

第 2 章では、諸外国の地域生活の支援システムの先進事例について検討を行った。第 1 節第 1 項では、知的・発達障害の地域生活を支援するための事例として、アメリカ・カリフォルニア州の本人中心支援計画（以下 PC-IPP；Person - Centered Individual Program Plan）システムを解説した。特に、PC-IPP に基づいた地域センター（以下 RC, Regional Center）による購買契約に基づくサービスシステムを中心に検討した。第 2 節第 1 項では、アメリカ・ウィスコンシン州のマディソンモデルと呼ばれる、デー郡の精神保健地域ケアシステムを解説した。特に、当事者主導によるケアマネジメントの SOAR（Service for Outreach, Advocacy and Referral；ソア）のシステムを中心に検討した。第 2 項では、イタリアのフリウーリ＝ヴェネツィア・ジュリア州のトリエステ市の地域精神保健活動を解説した。バザーリア医師の先駆的な取り組みにより精神病院を廃止の方向へ導いた実践として有名であるが、その地域精神保健センターを中心としたサービスネットワークの構築を中心に検討した。

第 3 章では国内の事例を検討した。第 1 節では、主に身体障害者の地域移行の支援の事例として、八王子市のヒューマンケア協会と小平市の CIL 小平を取り上げた。これらの自立生活センターによる、当事者を主体とした「自立生活の概念」「ピアカウンセリ

ング」「自立生活プログラム」などの包括的なシステムを解説した。第2節第1項では、行政が積極的に進めた長野県西駒郷の地域移行について解説した。第2項では、インフォーマルな資源を活用し、地域移行を進めている長崎県の社会福祉法人南高愛隣会（コロニー雲仙）を紹介した。第3項では、主に知的障害者の地域移行の支援事例として、大阪市のNPO法人、「出発（たびだち）なかまの会」による「個人将来計画」「アクティブサポート」「自立生活プログラム（以下ILP）」など、やはり包括的なシステムによる重度な知的障害者の地域生活支援について解説した。

第3節第1項では、精神障害者の地域移行の事例として、千葉県市川市のマディソンモデルを活用した取り組みとその事業後の経過を解説した。第2項では、十勝市の精神障害者の実践例を紹介し、特に市川市との相違について解説した。

第4章では、国内の、特記すべき様々な個別の実践例を紹介した。第5章で、海外／国内の先進的な取り組みについて総括した。このようにして、3障害を対象にした当事者本人の参画に基づき、ニーズに基づいた必要な支援を行うための包括的なシステムの在り方、必要な諸条件を提案した。

## 第 1 章 市町村障害者生活支援事業、障害児（者）地域療育等支援

### 事業、精神障害者地域生活支援センターにおける相談支援

#### 第 1 節 地域生活移行に向けた相談支援の課題

1996 年にスタートした市町村障害者生活支援事業等は、2003 年になって国庫補助事業から外され、一般財源化され、全国の相談支援体制は 3 障害ともに崩壊状態にあるといえる。それまで年間 1500 万の資金が出ていたにも関わらず、2003 年からは減額され、100 万から 500 万程度に落ち込んだ。これでは人件費も事欠く状態で、相談支援体制は厳しい状況に追い込まれた。本来相談支援というのは、マンツーマン体制で本人に寄り添い、時間をかけて丁寧に行われるべきものであり、5 分から 10 分といった単位で話を聞くだけではとても相談支援にはならない。

日本においては、ホームヘルプサービスがマンツーマンで 24 時間体制で行われることが一般化してきた。しかし未だ相談支援に関しては要員や財源の不足などもあり、マンツーマンの支援体制という、精神障害者・知的障害者にとっては、最も必要な個別の相談支援体制が全く組めない状況となっている。

知的障害者の部門は、障害児（者）地域療育等支援事業という形で都道府県単位での相談事業体制が実施されてきていたが、それが一般財源化されて市町村単位で普及させることになり、財源に格差の大きい市町村が責任をもって事業を実施することができず、その面でも相談支援体制は成り立たないことになった。

精神障害者の部門は、精神障害者地域生活支援センターでの相談事業として都道府県の委託においてすすめられてきたが、従来から実績は少なかった。さらに民間に委託した場合でも、一般的には施設中心に行われており、地域生活支援の核とはなり得ていない。いずれにしても、マンツーマン体制での相談支援には程遠いものであり、このしくみを再構築することが相談支援体制にとって欠かせない課題である。

またグループホームなどのサービス事業所委託の選定においては、非常に曖昧な基準で事業所委託が行われていると言わざるをえない。当事者側から見れば、その基準は「量」の管理でしかなく、「質」の面での評価と管理は皆無といえる。日本での権利擁護機関はまだ希少であるうえに、十分に役割を果たせておらず、利用者の人権・権利の保障はこれからの大きな課題である。

また一方で国は、障害者計画に基づいて障害者の地域生活を推進するために、ショートステイやグループホームの急増を市町村に求めている。その場合に、市町村サイドは「数」を保障してくれる事業所に、集中的にサービス委託を行う傾向があるとの指摘もある。国の施策も、たとえばグループホームを、60～70 人と大規模に運営することで採算が取れるシステムとしており、丁寧に個別に対応するような小規模な事業所は、事業委託から外される可能性が高いことにもなりうる。

今日の日本の施策では、「質」に問題のある事業所が、国の要望を「量」の面で満たすという要件だけで増加する状況に陥る危険性がある。中には、事業運営の拡大自体を目的とする事業所もあり、職員の大多数が 60～70 歳代の非常勤職員で、介助が十分にできない人たちもいて、ニーズに対応できない事業所もあるとの声もある。

## 第 2 節 研究の目的

これからの日本の障害者福祉を、3 障害を総合した地域生活支援システムの確立と、地域移行に必要とされる各種サービスを完備し、欧米を超えたものにするために、必要な条件整備について提言することが本研究の目的である。海外で行われている先駆的な実践として、精神障害者の地域移行プログラムであるイタリアのトリエステモデルと米国のマディソンモデル、知的障害者の地域支援システムについては、米国カリフォルニア州の PC-IPP（本人中心支援計画）と資金の分配をも統括する RC（地域センター）のシステムを検討する。本研究では、究極的なサービスシステムの目標として、これらの実践に着目し、当事者主導の自立生活センターなど国内事例を合わせ、世界の中での最も優れた地域支援システムの構築をめざす。そのシステムが日本に適應できるものであるか否かを判断し、どのような形であれば採用できるかを含めて検討することをめざした。

## 第 3 節 研究方法

本研究の中心は、3 障害を対象にした当事者本人の参画に基づき、ニーズに基づいた必要な支援を行うための包括的なシステムの諸条件を検討することである。そこで、海外 / 国内の事例をもとに、地域生活移行のあり方を考察する。海外の先進事例では、カリフォルニア州の知的・発達障害者の地域生活支援のシステム、ウィスコンシン州のマディソンモデルの精神障害者の地域精神保健ケアシステム、イタリアの精神病院を解体した地域保健サービスのシステムについて、文献研究を行う。国内の事例研究は、3 障害の地域移行支援について、特に「地域移行」の視点で評価の高い機関を訪問し、当事者、関係者から聞き取りを通じて、地域移行の経過と当事者の参画、自己決定やエンパワメントの視点において、包括的なシステムとなり得るかなどについて考察した。

## 第 2 章 諸外国における障害者の地域生活を支援するシステムの先進事例の文献研究

### 第 1 節 知的・発達障害者の地域生活のための支援システム

本章第 1 節では、海外の知的障害者の地域生活を支援する先進事例として、アメリカ・カリフォルニア州の知的・発達障害者の地域生活のための RC(地域センター)を通じたサービス調整と購買契約によるサービスのシステムを紹介する。RC の役割とその機能、PC-IPP と呼ばれる本人中心支援計画を説明し、さらに地域生活を支えるサービスの一つである SLS(Supported Living System:支援付き自立生活)と、サービスの監視役を担う CRA(Client' Rights Advocate ; 当事者権利推進課)を紹介する。

#### 第 1 項 アメリカ・カリフォルニア州の知的・発達障害者のための地域センターを通じた本人中心支援計画(PC-IPP)の実践

##### 1-1. カリフォルニア州の知的・発達障害者支援の歴史的背景

アメリカでは、1960 年から 1970 年代にかけて、急激に知的・発達障害者<sup>1</sup>を脱施設化の方向に推し進めた。ノーマライゼーション理念の浸透や、ケネディ大統領委員会の方針などによると思われる。しかし当時、政府は何ら一貫した戦略や方策はなく、ただ入所者を退院・退所させて地域に送り出すだけという状況であった。そこで 1970 年代以降、地域移行に関するコーディネーターやサービスが必要とされ、徐々に現在のようシステムに発展していった経緯がある。

カリフォルニア州の地域移行支援に関する歴史的経過は、1965 年には 7 つの大規模施設に 13,500 人余の知的障害者を収容、1966 年カリフォルニア州のランターマン法<sup>2</sup>によって RC が設置され、599 人の地域生活を支援、1976 年には RC が 21 ヶ所に増え、33,833 人の地域生活を支援、施設入所は 11,000 人に縮小、ランターマン法の改

<sup>1</sup> ランターマン法によれば、発達障害者とは、脳性まひ、てんかん、自閉症や他の精神遅滞に関連した神経上の障害などをもつもので、これらの障害が 18 歳以前に始まり一生続くとみなされ、その障害を持つ個人にとって大きな支障となっている場合をいう。単に精神障害だけが学習障害のみ、あるいは身体障害(脳性まひを除く)だけの人は受給対象から除かれている。また、発達障害者とみなされる人は、知的障害者に必要とされているサービスと同様のものを必要とする人たちであると判断されなければならない」(カリフォルニアピープルファースト編 2006)本研究では、知的・発達障害者と表記することとする。

<sup>2</sup> 1969 年にランターマン発達障害サービス法として成立し、その後 77 年、93 年に大きく改正された。主な改正点は、サービス利用者の自己決定権を大幅に拡大、明確化した。地域で生活する権利をより具体的に規定・拡大し、サービスも地域生活を可能にするために提供されるべきであるとした。サービス利用者やその家族のサービス策定・提供への参加を拡大した(定藤・北野 2002)

正により、RCの利用者全員に個人支援計画（IPP）が必要、とされることになった。1985年、裁判の結果<sup>3</sup>、個人支援計画によって決定されたサービスはサービス受給権（Entitlement）を有すると認められた。1992年ランターマン法改正により、本人の希望と目標に基づく自己決定・自己選択を認めるとともに、そのことをふまえたPC-IPP（本人中心支援計画）<sup>4</sup>が義務化される、という経過で発展してきた。

## 1-2. RCによるケースマネジメントと当事者の主体性を実現するPC-IPPについて

### RCについて

カリフォルニア州のRCは、知的・発達障害者のサービスの調整と購入を一手に行っている。RCは州全体で21カ所あり、ケースワーク・支給決定・サービスの購入管理を一元的に行う公設・民営方式で運営されている。RCの特記すべき事項は、全てが州の予算により、NPO法人の委託運営である点、さらにランターマン法でNPO理事会の50%以上は、知的障害者本人と家族等で構成することが明記されており、文字通りコンシューマーコントロールが確約されているという点である。

ケースワーカーは、1人当たりの平均で80名程度を担当しており、実際にサービスを利用している障害者に訪問面接を行うことが義務づけられている。ケースワーカーはその生活状況をモニタリングし、1年毎にサービスの質を見直していかなければならない。サービス購入予算は各RCが管理し、他の費用とともに州の一般財源から拠出される。RCは2001年、17万1430人の地域生活を支援しており、一人あたりの支援費は、年1万2千ドルである。一方、カリフォルニア州の4つの入所施設利用者は4千人を割っており、一人あたりの支援費は、年16万3千ドルである（田川訳 2004）。いかに地域生活のニーズの方が高く、費用も効率的であるかが理解できる。図1は、カリフォルニア州の知的・発達障害者支援の全体像である。

<sup>3</sup> カリフォルニア州知的障害者市民連合と州発達障害局の裁判

<sup>4</sup> 1992年の改正の際に、サービスを決める権利は本人であり、その手続き保障のためにIPPを作成に自己決定支援の具体的なアプローチとしてPCPを使うことが必須となったことから、両者を一体化して、Person centered IPP（PC-IPP）とも呼ばれる

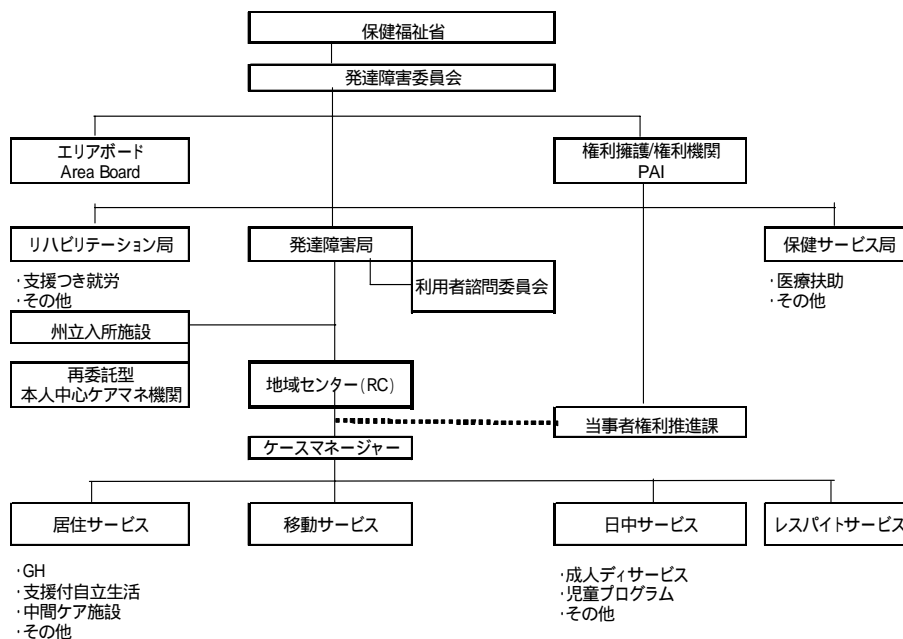


図 1. カリフォルニアの知的・発達障害者支援の全体像

### PC-IPP について

RC は PC-IPP 作成のためのチーム<sup>5</sup>を編成し、始めに利用者のプロフィールを作成する<sup>6</sup>。このプロフィール作成のプロセスを通じて、当事者を取りまく状況や当事者の能力・性格・嗜好などを互いに認識し、生活をする上での基礎的なニーズを明らかにしていくための情報を共有する。そして次に、「どこで生活したいか」「どのように毎日を過ごしたいか」「誰と暮らしたいか」「将来の夢や希望」といったことを聞き、実現の手立てについて話し合う。また、全ての計画段階の会議や資料に関しては、利用者本人が理解しやすいように配慮（言語理解・文化・民族性など）されなければならない。この計画策定にあたっては、単純に個人の障害や限界に問題を帰属させず、周囲がどのように行動するか、どのような支援やサービスが提供できるかが問われることとなる。

さらに利用者本人は、ケースマネージャーの拒否権や利用者本人の代弁者の活用、公聴会の要求権などを有する。このようなシステムで、知的障害者の地域生活を支援するサービス提供機関は、RC を通じてしか契約ができず、PC-IPP（本人中心支援計画）の中身を尊重することが義務付けられる。

### サービス提供方式について

知的・発達障害者への地域支援のサービスは、RC を通じて、PC-IPP に基づいた事業者

<sup>5</sup> 利用者、必要に応じて成人利用者の後見人や親、および一人以上の RC の職員（ケースワーカー）利用者の要望があれば必要な人が参加できる。

<sup>6</sup> 利用者が 18 歳未満の場合は、Early Intervention Coordinator が対応する。法的には親がチームメンバーとなるが、その場合でも本人の同席が奨励される。18 歳以上の場合は障害の重さに関わらず、本人の出席は必須である。



との契約に基づくサービスによって提供される方式である（図 2）。事業者と契約するのは RC であり、サービス費用の支払いと決定に関する責任を負っている。利用者は、所得や利用量に関わらず、サービス利用に対する自己負担はない。また、PC-IPP で合意されたサービスの提供はランターマン法によりサービス受給権を有しており、そのサービスは保障される。

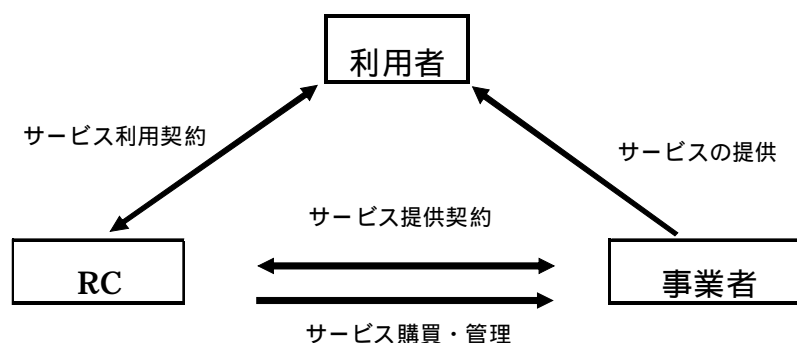


図 2. サービス提供方式 出典：岡部（2008：47）

### 1-3. 地域生活を支える SLS（Supported Living Service 支援付き自立生活）について

SLS は居住サービスの中で、特に地域での自立生活を支える重要な役割を果たしている。1980 年代半ばに開始され、1995 年に正式に制度化された。SLS は、入所施設でもグループホームでも親元でもなく、住居を所有 / 賃貸して地域で暮らすことを望んでいる知的・発達障害者に対して提供されるサービスで、開始以降、急速に利用者数が増大している。2007 年度の実績は、総利用者数が 5535 名、利用総額は 2 億 7600 万強（一人あたりの利用は平均 4 万 9972 ドル）にのぼっている。SLS 購買費用の 50% は、連邦政府が義務的に負担するので、地域格差は生じにくい。SLS 以外の居住サービスとしては、自立生活サービス（ILS: Independent Living Service, 社会スキルを身につけるための訓練を受けるディプログラム）やグループホームなどがある。

SLS の基本方針については、ランターマン法 4689 条（a）項において、以下のように記されている。（岡部訳 2008）

利用者は、障害のない者の通常的生活様式において支援を受ける。

利用者のニーズが変われば支援サービスも変更される。

誰とどこで暮らすのかは利用者が決める。

自分の家の環境をコントロールするのは利用者自身である。

サービスの提供は、その利用者が自分自身の生活のあり方を選択し、他の者へ従属することなく持続する関係を築き上げることへの支援を目的とする。

サービスは、利用者のニーズや選好に合わせて柔軟に調整される。

サービスは、最も効果的な時期に、利用者が暮らす場所で、日々の活動に際して提供される。

障害の種別や重さを理由としてサービスの提供から排除されることはない。

また SLS は、「住居の提供と支援サービスが完全に分離され、利用者は自分の住居に対して所有者 / 賃貸者として障害のないものと同等のコントロールを持つ」と定義され、SLS とグループホームは明確に区別されている。その理念は、「利用者が日常生活を自分自身でコントロールし、意義ある選択ができるように支援することを通じ、人間関係の促進 / コミュニティへの完全な参画 / 長期にわたる人生のゴールの達成を援助することであり、障害の程度に依らず、必要なときだけ利用者のニーズの変化に応じてフレキシブルに提供されるサービス」<sup>7</sup>（岡部訳 2008）と明記されている。

サービスは、基本的に PC-IPP を通じて「テラーメイド」で決定されるので、日本のようにサービス類型の細分化や内容の詳細な指示はない。それだけに、個人のニーズに応じた個別の支の計画策定（IPP）が大きな意味を持つ。例えば、利用者のニーズのアセスメント、家探し・改装・維持のための支援、コミュニティにおけるナチュラルサポートを増やすための支援の輪の促進、アドボカシーとセルフアドボカシーの促進、雇用上の目的の達成、24 時間の緊急対応、社会生活スキル訓練、パーソナルケア・支援者（IHSS<sup>8</sup>のヘルパー、隣人による有償援助、有償のルームメイトなどを含む）の募集・教育・雇用など様々である。

サービスの有償生活支援者を大別すると、

- パーソナルアテンダント（日中の時間帯の付き添い支援者）
- 家賃を負担、シェアしてもらって暮らすハウスメイト
- その中間形態の雇用で、夜間のケアも担当するハウスメイト

である。パーソナルアテンダントは、狭義の介護だけでなく、日中の移動支援、金銭管理などの手伝いも行い、マンツーマンの就労支援（ジョブコーチなど）を兼ねることもある。パーソナルアテンダントは、フレキシブルで、かつ個人的 / 包括的な援助者である。

また支援者を決めるのは、原則利用者本人である。さらにサービス事業所は、地域生活に必要な「支援の輪」を広げるために、有償・無償のリソースやナチュラルサポートを使うことを奨励し、そのためのサービス調整を行う。なお RC の購買担当者は、3 ヶ月毎にモニタリングをする。

<sup>7</sup> <http://www.dds.ca.gov/LivingArrang/SLS.cfm>

<sup>8</sup> IHSS(In-Home Supportive Service)は米国版の障害者ヘルパー制度。他の社会サービス局が管轄する。

#### 1-4. 当事者の権利を監視する当事者権利推進課(以下 CRA, Client' Rights Advocate) について

RC の理事会は、50%以上が障害当事者かその親と規定はあるが、実際のところ、権利保障の面では不十分である。本サービスに関連して、PAI<sup>9</sup>(プロテクション・アンド・アドボカシー)と Area Board<sup>10</sup>(エリア・ボード)という2つの権利擁護機関が設置されている。

近年、PAI の予算で、RC の中に当事者の権利擁護のための機関である CRA を新しく設置した。CRA は、IPP を計画する際の本人アドボケイトの役割、本人が各種のサービスに不服を申し立てることへの支援、センターのスタッフやサービスプログラムの質のチェック、RC のスタッフや、サービス提供者に対するトレーニングの提供、ほかを行う。また CRA は当事者スタッフを雇用している。聴聞会で障害者を代弁したり、調査を担当するのは弁護士であるが、PAI の職員としての当事者職員は、コーディネーター役を担い、CRA 内で当事者権利推進員を補佐する役割を持つ。コーディネーターは、利用者からのクレームやアピールを受け持っている。CRA の職員は、全て PAI から配属される形をとっており、潜在的な利益相反を避けることが可能となっている。

#### 1-5. 考察

##### 【地域生活移行の結果】

RC は、政府から委託を受け、「サービスニーズの判定、居住サービス、移動サービス、レスパイトサービス」などのシステム予算の執行権を持ち、支給決定を行い、サービス実施機関の決定を行う権限を持っている。

2007 年度 18 歳以上の RC 利用者 11 万人余のうち、約 20.1% (2 万 3 千人) が GH に居住するが、一方で ILS や SLS 利用して自分の家で暮らす者は 17.2% (2 万人弱) にのぼる。特に、SLS の増加率は高い。さらに、SLS でのサービスは PC-IPP を通じて、個人のニーズに合わせた「テラーメイド」であり、知的・発達障害者に関する「見守り」を含めた長時間の支援を行うことで地域生活を支援している。

##### 【当事者本人の自己決定・参画】

カリフォルニア州では、障害者の自己決定を支える条件として、暮らし方やサービスに対する自己決定が権利として規定されていること、PC-IPP の作成のプロセスにおいて、ニーズ中心の支給決定システムと選択肢が具体的に考えられていること、自己決定が保障されるよう監視・救済を行うしくみができている、などが挙げられる。

<sup>9</sup> 連邦法によって各州に設立された機関。福祉サービスや法律に関する情報提供、司法を含めた法的・制度的な弁護などを行う。

<sup>10</sup> ランターマン法によって設立された機関。独立した地域の機関で、州に 13 ヶ所 (4~8 つの郡に 1 つ) ある権利擁護のための評議委員会。これは、発達障害者の基本的な人権や法律で定められた権利がサービスの現場で守られているかどうかを各地で監視する機関。

また RC は、NPO が委託を受け州の予算で運営しており、ランターマン法により、理事会のメンバーの 50%は障害者とその家族と規定されているので、基本的には当事者主導が貫徹されている。さらに PC-IPP では、本人の日常生活の目標や希望を中心とし、本人にできる限り焦点があてられることから、「医療/リハビリモデル」からの脱却を実現した。

#### 当事者の権利保障

利用者本人は、ケースマネージャーの拒否権や利用者本人の代弁者の活用、公聴会の要求権などを有する。また CRA が RC で適切な IPP が作成、サービス事業所との契約がなされるように第 3 者機関による監視役として常駐し、さらに当事者スタッフも雇用しており、ピアの面からも信頼感が持てる。

#### 【日本での政策への導入の可能性】

現在、政権交代により障がい者制度改革推進本部が設置されたが、その下部組織である推進会議においては、当事者が過半数でのメンバー構成がなされ、政策立案過程に障害者が参画できるようになった。中央省庁において、横断的な政策決定はできるようになったが、未だ予算の執行権は持っていない。まして都道府県や市町村において、同じようなシステムを適用するのは今の段階では不可能である。H 市においては、障害者計画の中で、当事者が過半数の委員会が構成され、政策決定はなされているが、予算執行権は行政側にある。

RC においては、事業所のサービスの質の評価が行われる。つまり、今年度の事業委託が受けられたとしても、次年度の委託が保障されるとは限らないのである。サービスの質の管理が、当事者主導の RC と CRA によって監視されるしくみである。

日本においては、早急に第 3 者機関によるサービスの質の管理を行うとともに、事業所の評価を自立生活センターのような、サービス利用当事者が過半数の権利擁護機関を創設することが求められる。そして、利用者の保護にあたるとともに、RC と同様の権限を持つサービス管理機関を、市町村単位で作り上げていく必要がある。

一方で現在国は、障害者計画に基づき、ショートステイや GH の急増を市町村に求めている。その場合市町村は、「数」を保障してくれる事業所に、集中的にサービス委託を行う傾向がある。国の施策も、たとえば、GH を大規模に運営することで採算にのるシステムとしている。こうした状況の中では、利用者のニーズに基づいて丁寧に対応するような小規模な事業所は、事業委託からは、外されてしまう可能性が高い。つまり今日の日本の施策では、障害者計画を満たす「量」だけが追求され、「質」を求める利用者との溝が埋まらない実情である。

このような状況を転換するためには、小規模な事業所でも質の高いサービスを実施すると見なされる場合、サービスの運営加算料などを分配し、保護していくことが必要で

ある。また、大規模な運営をめざす事業所については、より厳しいサービス管理を「利用者自身の評価」を入れて行うべきである。客観的な評価とともに、利用者自身による評価を含めて、第3者の評価が行われる必要があると感じる。

#### 参考文献

- 秋山愛子 斉藤明子 『私たち、遅れているの？～知的障害者につくられる～』 現代書館 1998 第一版 2006 増補版
- 岡部耕典 「知的障害者の「生活自律」とそのために必要な支援～アメリカ・カリフォルニア州における調査を踏まえて～、「障害者の自立支援と「合理的配慮」に関する研究～諸外国の実態と制度に学ぶ障害者自立支援法の可能性～」 国立社会保障・人口問題研究所 2008
- Developing Supported Living Services: A guide to Essentials for Service Agencies and Regional Centers, Connections for Information and Resources on Community Living,  
<http://www.dds.ca.gov/LivingArrang/docs/DevelopingSupportedLivingServices.pdf> (2009. 10. 20)
- Supported Living Service, Department of Developmental Service, State of California <http://www.dds.ca.gov/LivingArrang/SLS.cfm> (2009.11.30)
- I Get to my Life ~ Consumers, Service Providers, Regional Center Staff Talk about Supported Living, California Department of Developmental Service, Community service Division  
<http://www.dds.ca.gov/LivingArrang/docs/IGettoLive.pdf> (2009.11.20)
- カリフォルニア州発達障害局編 田川康吾 訳 『障害者福祉実践マニュアル～アメリカの事例・本人中心のアプローチ』 明石書店 2004
- 北野誠一 「カリフォルニア州の障害者支援サービスの展開～IHSS と RC の支援サービスを中心として～」 p180-194 『障害者総合福祉サービス法の展望』 茨木尚子、大熊由紀子、尾上浩二、北野誠一、竹端寛 明石書店 2008
- 定藤丈弘 カリフォルニア州における発達障害者の地域生活支援システム(その1)～地域センター(リージョナルセンター)の機能と課題～  
[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n192/n192\\_039.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n192/n192_039.html)(2009/9/19)
- 定藤丈弘 カリフォルニア州における発達障害者の地域生活支援システム(その2)  
[http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n193/n193\\_045.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n193/n193_045.html)(2009/ 9/19)
- 定藤丈弘・北野誠一/監修 『アメリカの発達障害者権利擁護法 「ランターマン

法」の理論と実践』2002 明石書店

- 寺本 晃久 自己決定の前提となるもの～カリフォルニア州の発達障害者制度に  
みる～ 『家族研究年報 24』20011031

<http://www.arsvi.com/2000/0010ta.htm> (2009/9/19)

## 第2節 海外の精神障害者の地域支援の実践の先進事例

第2節では、海外の精神障害者の地域生活を支援する先進事例として「マディソンモデル」と呼ばれる、アメリカ・ウィスコンシン州マディソン市の精神保健地域ケアシステムと、「トリエステモデル」と呼ばれるイタリアのトリエステ市の地域精神保健活動を紹介します。マディソンモデルでは、優れた個々のプログラムのうち、緊急サービスやチームアプローチでアウトリーチ訪問サービスを提供する ACT ( Assertive Community Treatment )<sup>11</sup>、ヤハラハウス<sup>12</sup>( 日中活動の場 )、当事者がケアマネジメントを行う SOAR ( Service for Outreach, Advocacy and Referral ) などを中心に説明する。次にトリエステモデルでは、「精神病院の解体」を掲げたバザーリア医師による地域生活を大前提とした精神保健システムと、それを後押しした公的システムの抜本改革となった法律 180 号を紹介する。

### 第1項 アメリカ・ウィスコンシン州マディソン市の精神保健地域ケアシステム

#### 1-1. アメリカ・ウィスコンシン州の精神障害者支援の歴史的背景と経過

アメリカでは 1950 年代から脱施設化を開始したが、知的障害者と同様に精神障害者も地域での十分な支援がないまま地域へ送り出された。それゆえ、ホームレスになったり、安いホテルや集合住宅に住みこんだり、入退院を繰り返したりといった生活を余儀なくされた。

そこで、アメリカ中西部に位置する人口 567 万人のウィスコンシン州は、各郡で地域基盤の支援と入院治療に対する責任を持つように規定し、ケアの連続性を展開するために、信頼できる地域基盤を入院に代わる選択肢とする活動を開始した。中でも、人口約 22 万人の州都マディソン市を拠点とした精神保健の地域サービスは、地域支援の先進事例として「マディソンモデル」と呼ばれ、世界中に知られるようになった。

#### 1-2. デーン郡成人保健システム (マディソンモデル) について

##### 1-2-1. マディソンモデルにおけるケースマネジメントについて

精神保健全体のサービス供給システムは、18 の非営利団体による 61 のプログラムと契約を結んだ官民のパートナーシップにより運営されている。マディソンモデルで中心となる概念は「リカバリー」<sup>13</sup>である。それは、従来の精神保健システムといわれる専

<sup>11</sup> ACT と同様に PACT と併記されることがある。州によって、どちらかが使用されている。PACT とは、Program of ACT であり、意味は同じである。

<sup>12</sup> ヤハラとは、マディソン市を流れるヤハラリバーに由来している。ヤハラとは、ホーチャンクという鯰に対する名称である(久永 2002)

<sup>13</sup> リカバリーの定義(例) リカバリーは、個人の姿勢、価値観、感情、目的、技量、役割などの変化の(個人的な)過程である。疾患よりもたらされた制限を備えていても、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きることである。精神疾患の大きな影響を乗り越えて成長し、人生に新しい意味や目的を見出すことでもある。(Anthony 1993) 精神障害からのリカバリーは、ひとりひとりが精神疾患や精神障害によって、制限されたり、制約を設けられずに生き

門家が、当事者（精神障害者）の関与なしに処遇を決定するのではなく、当事者の責任とともに、彼らの視点からシステムすべての側面を考慮する「リカバリー志向システム」へと転換した。

マディソンモデルでは、ケースマネジメントと呼ばれるシステムにより、ニーズに基づいて途切れのない連続した支援を受けることが可能となる。さらに複数のプログラムが協働し、単一のプログラムではなく、包括的なプログラムが受けられる。ある利用者がケアシステム内の複数のプログラムからサービスを受けている場合は、利用者が最も支援を受け、時間を共有するケースマネージャーをシステムワイドマネージャーと定め、核となるケースマネージャーが利用者のサービス全体を見渡せるようなしくみである。システムワイドマネージャーの役割は、利用者の処遇計画の全側面を調整し、支援者たちがその計画に基づき協働していることをモニタリングする責任を持っている。次の図1は、地域支援システムの概要でニーズに応じた種々のサービスのレベルをまとめたものである。ケースマネジメントとは、「地域で接着剤のような役割を果たしている」（久永 2009）と捉えられる。また、マディソンモデルでのサービス内容は、常にモニタリングを行い、システムの実績に関する指標を設定していることに特徴がある。

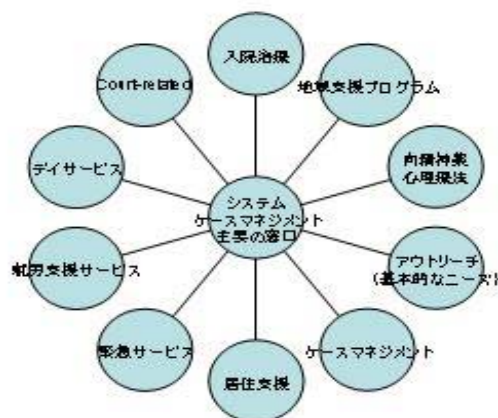


図 1. 地域支援システムの概要 ニーズに基づく、サービスのレベル

出典：久永 2008

2000年のデータによれば、郡の財源の85%は、地域サービス、15%が精神か入院治療に費やされている。費用対効果を比較すると、州立病院の一人当たりの入院費が21万1千ドルであるのに対して、急性期の入院を含めた一人当たりの地域処遇は7800ドルであった。つまり1年間の入院費で、27人の人たちが地域基盤のシステムにおいて処遇を受けることが可能となっている。マディソンモデルの場合も、地域処遇の効率性が注目される。

ることを意味する (Le Count 2006)



### 1-2-2. デーン郡精神保健センターについて

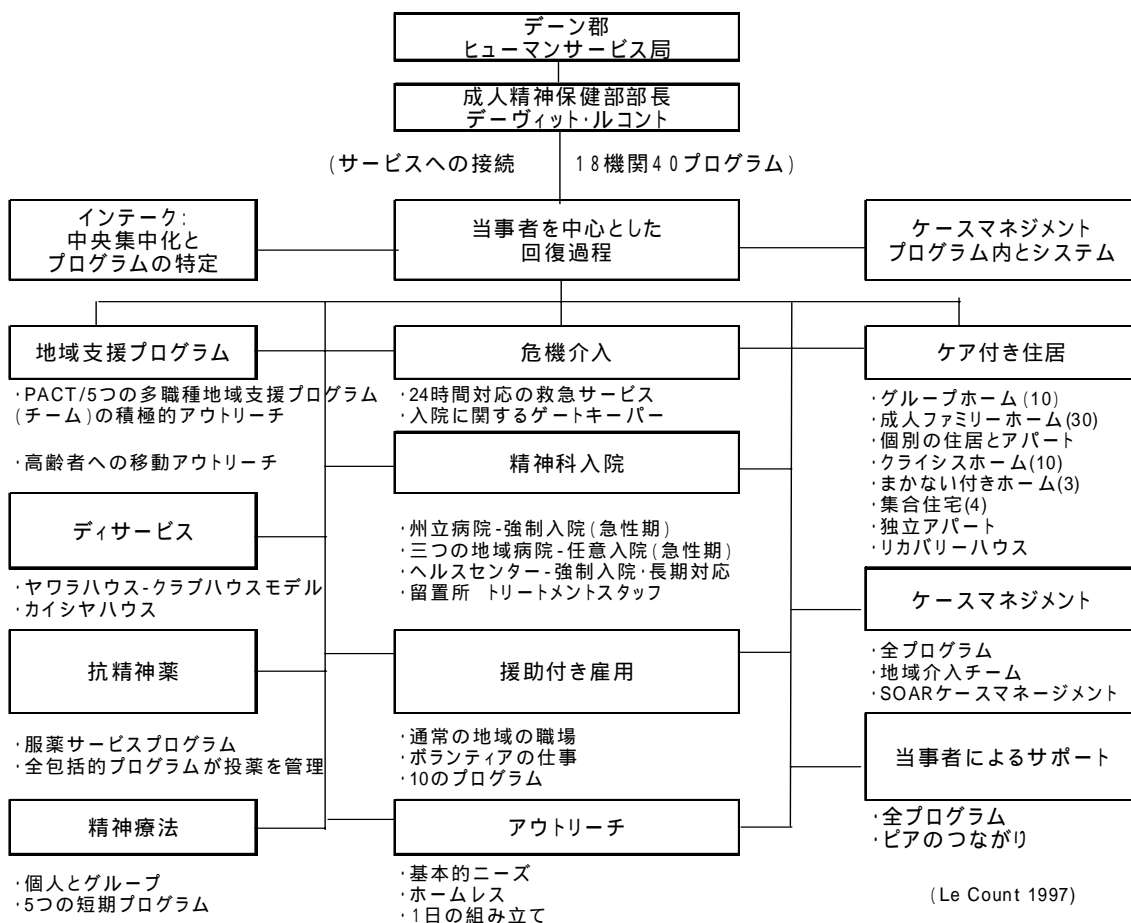
デーン郡精神保健センターは、公共のサービスの 50%を受け持ち、マディソンモデルの中で一番大きな組織で、非常勤職員を含めると約 260 名のスタッフが在籍している。コアとなるサービスは、緊急サービス（危機介入、24 時間の緊急電話対応、入院に関するゲートキーパー）、クライシスハウス、リカバリーホーム、クライシス安定化のためのアウトリーチ、若年層のクライシスサービスなどの運営、ACT、触法精神障害者に対するサービス、クラブハウスの運営とアセスメントサービスなどである。また、不必要な拘置を防ぐために、地元の警察とも連携している。

緊急サービス部門では、2000 年より当事者のアウトリーチワーカー<sup>14</sup>を雇用し、現在は 15 名が勤務している。アウトリーチワーカーの業務内容は、医療機関や他の社会資源への同行、リカバリーハウスでの仕事、具合が悪いときの付き添い、インフォーマルで支持的なカウンセリングや社会活動の提供、仕事やアパート探し、給付金の申し込みに対する支援などを行っている。

---

<sup>14</sup> アウトリーチワーカーのためのガイドラインが作成され、明確に当事者による支援スタッフの果たすべき役割として最も重要視されている職業倫理、つまり「公私」の切り替えをしっかりと規定している。[坂本 2006]

マディソンの地域精神保健システム



(図2) マディソンの地域サービス概略図

様々なプログラムについて

【危機介入】: デーン郡精神保健センターの中にある一部門で、危機介入<sup>15</sup> (24時間の緊急サービス)、入院に対するゲートキーパーの役割を担っている。また精神保健サービスの待機者に対して、当面の精神医療(投薬など)を行っている。入院治療は、主に急性期の治療に対して用いられ、不用意な入院は選択しないという方向性を持っている。入院治療は、任意入院が3つの地域の総合病院(一つは大学病院)、強制入院は、州立精神病院が受け入れている。また何らかの理由で入院が必要な場合は、郡立のヘルスケアセンター内にある長期治療センターが対応する。

<sup>15</sup> 危機介入に関しては緊急サービスユニットが担うが、例えばACTの利用者に関する危機介入に関しては、ACTがメインに関わり、利用者に担当のシステムワイドケースマネージャーがいる場合は、そのケースマネージャーが医師や他機関と連携しながら中心となって動く。

【ACT】: 1972年に開始された、アウトリーチ方式による多職種<sup>16</sup>のチームアプローチである。チームアプローチの有効性は、包括的なアセスメントによる理解がもたらされ、さまざまなニーズへの対応が可能となることである。密度の濃いサービスが提供できるように、1チームのスタッフ数10人に対して、100名程度の利用者という体制をとり、600名余りを対象としている。ACTは医師が主導するのではなく、あくまでスタッフ全員での協働というのが理念である。基本的には、24時間365日体制の危機介入を行い、スタッフは職種にかかわらず、「ジェネラリスト」として関与することが求められる。積極的なアウトリーチにより、地域密着型の有用性を証明した最初のプログラムである。ACTは医療的な支援のみならず、生活支援、就労支援なども行う。また、ACTの重要な概念として、ストレンクスモデル<sup>17</sup>が挙げられる。

【ヤハラハウス】: 1976年から、地域生活に戻ってくる入院患者を支援するためのアフターケアプログラムとして開始され、1986年には、クラブハウスモデル<sup>18</sup>を取り入れた日中活動の代表的な場所となった。就労支援と精神科医療サービスなどを含む包括的なプログラムである。ヤハラハウスは、メンバー（当事者）の自尊心と自信の回復の場であり、ありのままの個人として受け入れる環境である。メンバーと呼ばれる当事者が150名あまり登録しており、ユニット（ビジネス部門、コミュニケーション・雇用部門、カフェ部門）で活動している。ここでは、メンバーとスタッフのパートナーシップに基づいた運営がなされている。また、メンバー同士のピアサポートは意義が大きく、同じ悩みを抱えた仲間がどのように障害や困難を乗り越えられたかなど相互支援が可能となる。また就労支援の専門家も勤務している。

【リカバリーハウス】: 具合が悪くなったとき、入院することなく症状が安定するまで（おおむね1ヶ月を限度）支援を受けながら地域で暮らしていけるように設けられている住居で、当事者のアウトリーチワーカーが交替で勤務している。服薬管理に関して必要な利用者については、リカバリーハウスの利用を勧める。単身者の共同住居として、一軒家を借り上げている。

---

<sup>16</sup> 精神科医、看護師、心理士、作業療法士、ACTで独自に作り出したリハビリテーションケースマネージャー（就労支援の修士号を持っている人と、SWの修士号を持っている人）などあらゆる職種の専門家から構成されるチームによりサービスを提供する。

<sup>17</sup> スtrenクスモデルの6つの原則とは、人々は学び、成長し、変化する能力を持っている。個人の欠点ではなく、ストレンクス（長所）に焦点化、当事者は援助関係の指揮者として考えられる。係わり合いは、主要かつ不可欠なもの、地域が原則、地域は資源の宝庫。（Ridgway 1999）

参照、ACT(包括的地域生活支援プログラム)について 久永文恵 ACT セミナー帯広、H20.1.19

<sup>18</sup> <http://www.iccd.org>

【クライシスホーム】: 研修を受けた一般家庭が、利用者をゲストとして受け入れ、入院の代替として、あるいは退院後の通過点として利用することが多い。クライシスホームのサービスが重要視しているのは、できるだけ専門的な介入を最小限にとどめ、普通の環境で生活ができるようにすることである。さらには、一対一のつながりを重要視している。クライシスホーム、リカバリーハウスともに利用の際に考慮されるのは、本人の希望、ケースマネージャーや主治医の意見、その人のニーズのレベル、などである。

【SOAR (ソア)】: マディソンモデルが開始され、ある程度そのシステムは軌道にのってきたが、一方ではシステムが固定化し、待機者が多くさらにはニーズが多様化してきた現状があった。そこで 1998 年、当事者が地域を基盤とした利用者が選べるサービスの提供を行う機関を設置した。ケースマネージャーの 6 割が精神的な困難を経験したスタッフ(当事者)で、リカバリーに焦点を当てたアウトリーチサービスを提供したり、各機関などに訪問・調整などの支援を行う。現在、約半数が当事者スタッフで 400 人以上が利用している。(詳細は 1-3)

### 1-3. 当事者が創設した精神保健活動の発展 (SOAR) について

#### 【SOAR のサービスシステム】

SOAR はリカバリー志向の枠組みにおいて、コンシューマーであった当事者たちが支援者としてケースマネジメントを行い、外出支援なども行うアウトリーチの事業として有効性を発揮している。SOAR のサービスは「利用者主導」で進められ、柔軟に多様なニーズに応じている。SOAR は、利用者をスタッフとして雇用している。ケースマネージャーは、勤続年数やクライアントの状況に応じ、1 人当たり 10~20 名程度対応している。SOAR は迅速(自動車と携帯電話を活用)に対応し、24 時間対応が可能で利用しやすいサービスである。

#### 【SOAR が提供 / 関与するサービス】

具体的には、服薬管理、買い物同行・銀行への振込みの同行・余暇活動の支援から、各種機関への訪問・連絡調整などさまざまなニーズに応じた支援を行っている。さらに、危機介入と危機における居住の安定化なども支援し、クライシスホームの提供者にもなる。ほかに、コーヒー・グループ、幻聴グループ、拘置所転換プログラムなどグループを通じたピア活動がある。また、緊急サービス部門と密接に仕事をし、入院患者への対応も行っており、施設化へと移行しないように挑戦を続け、地域社会で暮らすために利用者を支援している。つまり SOAR は、社会資源の案内役として、精神保健システム、地域社会のシステム全体に関与することになる。

#### 【SOAR の課題】

SOAR では、もともと ACT で対応しきれないニーズや待機者に対してのフォローも兼ねた活動から開始されている。そのため、ACT と同様な働きが期待される一面もある。SOAR と利用者の関係は、ケアマネジメントの一環であり、一部のスタッフは元サービス利用者から転じているが、一般的には、利用者個人のエンパワメントを促進するには不十分であるとも言われる。したがって、当事者と専門職との新たな協働の在り方が模索されている。

#### 1-4. 考察

##### 【地域生活移行の結果】

マディソンモデルの特徴は、24 時間サービスで入院に関するゲートキーパーを置くデーデン郡精神保健センターの危機介入と、当事者のケアマネジメントを行う SOAR の活動である。SOAR は、緊急サービス部門と密接に仕事をし、入院患者への対応も行い、地域社会と連携できるように利用者を支援する。また ACT では、多職種による（精神科医、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、リハビリテーションケースマネージャー）専門体制を持って、地域で暮らす精神障害者をバックアップするという連携プレーにその本質がある。

マディソンモデル対象者の 96% は地域で生活している。そのうちの 88% の精神障害者は、外部からの支援を受けながら自分のアパートで暮らし、そのほか 12 % がスタッフの支援つきの居住施設で生活している。さらに長期入院者は 2% 未満である。この実績こそがマディソンモデルの支援体制の成果といえよう。

マディソンモデルは、単一のサービスではなく、複数の連続したプログラムが協働し、途切れることなくサービスを提供することが可能である。平均入院日数は、任意入院で約 5 日、強制入院で約 15 日となっている。マディソンモデルは完成したモデルではなく、現在も時代のニーズや背景に応じてリカバリーを志向したシステムとして変化を続けている。

##### 【当事者本人の自己決定・参画、エンパワメントについて】

緊急サービス部門では、当事者をアウトリーチワーカーとして雇用し、特にリカバリーハウスでは、スタッフとしてピアの立場から支援を行っている。SOAR では、精神的な困難を経験した当事者がケースマネージャーの 6 割を占め、中心となって支援を行っていることがこのシステムの核となっている。このように当事者が支援者として関わることで、同じ視点で共に寄り添い、支援していくということを考えると、他の社会資源よりも一層ニーズの表出や把握に信憑性がもたせられる。さらにその結果、理想的なロールモデルがいることで、利用者側にとっても安心でき、自分を素直に出せる環境となっている。SOAR のサービスは、「利用者主導」で進められ、柔軟に対応していることが

ら、当事者にとっては、より必要なサービスを得ることができる。

その反面 SOAR の問題点は、医療モデルが否めない ACT のスタッフと同様の働きをすることが当事者に期待されていることである。SOAR が、ACT で不足しているサービスを補うといった危険性を感じる。それらを補完する役割として、ヤハラハウスが挙げられる。ヤハラハウスでは、ピアサポートやグループ活動などの場が用意されているが、自立生活センターに備わっているような、「ピアカウンセリング」「ILP」といったプログラムは用意されていない。したがって、当事者のエンパワメントのための活動がシステムとしては展開されておらず、この点が課題といえよう。

### 【日本での政策への導入の可能性】

マディソンモデルはトリエステモデルと並び、地域支援の重要なシステムを実施しており、日本にも十分適用が可能である。マディソンモデルとトリエステモデルのどちらかが優れているかの評価は現状ではまだできない。おそらく、医療モデル中心で進んできた日本社会においては、第一段階としてトリエステモデルを導入して医療モデルからの脱却を図り、第二段階で全国的に SOAR や ACT のようなマディソンモデルの各プログラムを導入することが必要と思われる。

そこでまず、SOAR での課題をふまえ、自立生活センターからの支援を受けて精神障害者のリーダーを育成し、当事者のエンパワメントに寄与するようなシステムを組み込むことが急務である。そのためには、ピアカウンセラーのリーダー育成や、ILP マニュアルによるプログラムの普及など、具体的にシステムとして組み入れることが望ましい。

当面の方策としては、自立生活センターに配置されている精神当事者のピアカウンセラーが地域支援のリーダー役を務め、精神障害者のピアカウンセラーを育成していく必要がある。その育成されたリーダーたちは、トリエステの精神保健センターのような 4 万人規模の地域において、相談事業支援者として役割を担い、精神障害者の退院促進、施設からの地域移行の体制を作り上げていく必要がある。

また SOAR では、ケアマネージャーは、一人あたり 10～20 名について 24 時間で対応し、マディソン市 22 万人のうちの精神障害者 400 名以上を利用対象者としている。例えばわが国の H 市では、人口 52 万人であるから本システムを導入すれば、800 人余りの精神障害者を支援できるということが提示できる。最後にマディソン市は、精神保健総予算の 85%を地域サービスに、15%を入院治療に使われていることを確認しておきたい。

### 参考文献

- 木村真理子 「ケースマネジメントや資源の連結・調整の支援を提供する利用者組織 SOAR (ソア)」OT ジャーナル 52-53, 2001
- 千葉県マディソンモデル研究会 本場マディソンの地域精神保健システム、千葉

- 県マディソンモデル事業 H17-19 事業実績報告書, p79-86
- 久永文恵 「リカヴァリーを支援するクラブハウス～米国マディソンモデルの中のヤハラハウス～」『精神障害とリハビリテーション』第6巻第2号(通巻第12号) 138-143 2002, 11
  - Dave Cieslewicz (=久永文恵訳)「マディソンモデルの今」/マディソン市長のスピーチ 2008.1.27 / 帯広スーパーシンポジウムにて
  - David Lecount (=木村真理子ほか訳)『マディソンモデル～地域におけるトリートメントに重点をおくこと』2006  
<http://www.yuki-enishi.com/psychiatry/psychiatry-12-3.pdf> (2009/5)
  - Jennifer A. Branks: 翻訳要約、植田俊幸、久永文恵、高木美和、佐々木淳也、特別講演・コンシューマーによる精神保健活動の創設～SOARにおけるケースマネジメントサービス～日本精神障害者リハビリテーション学会第9回報告 2002

## 第2項 イタリア・トリエステ市の地域精神保健活動

### 2-1. イタリア精神保健の歴史的背景と法律の経過

イタリアの精神障害者は、1904年の法律36号「精神病院および精神障害者に関する規定ならびに規則」によって、精神障害者から社会を守る必要性を前面に出し、「収容」が「治療」よりも優先された。強制収容/入院は医師の証明書と警察署長命を持って行われた。30日以内に患者は入院か退院かが決められ、次いで禁治産宣告を受けた。このような手順は、1968年まで変更されることはなかった。

第二次世界大戦後、法律36号への批判が増大し、1960年から1970年には脱施設化の動きが活発となり、ラディカルな変化を遂げた。1968年には、社会的風潮や世論の後押しがあり、マリオティ法と呼ばれる法律431号が可決され、任意入院や退院者のための法律に転換した。これを契機に「脱施設化」が進められたが、実施面では不十分だった。ただしこの法律は、精神病院の組織改編、精神病院外での予防やアフターケアを定めた点では重要であった。

### 2-2. 法律180号について

1978年5月、法律180号(バザーリア法<sup>19</sup>)「任意および強制入院と治療に関する規定」が制定され、精神保健の公的システムの抜本的な改革を公約した法律が制定された。本法律により、精神病院も含めて医療の根幹を成すものは、治療を受け回復するための人間としての権利が認められることであり、危険性の判定ではないということが規定された。本法律によって、以下のことが明言された。

---

<sup>19</sup> 精神科医フランコ・バザーリアの実践が全面的に取り入れられ、通称、バザーリア法と呼称される。

( \*強制治療には以上のような厳しい制限がかけられたうえに、本人あるいは本人に近い人は裁判所に抗告することもできる。)

しかし当時、法律 180 号<sup>20</sup>には十分な予算や基準、ならびに指針はなく、適切に履行されることはなかった。そのような状況の中で、1980 年にトリエステ<sup>21</sup>が属するフリーウリ・ヴェネツィア・ジューリア自治州が法律 72 号(州法)を制定し、改革指針を受け入れ、積極的な改革の道をたどることとなった。

## 2-3. 地域精神保健のサービスネットワークのプロセス

### 2-3-1. バザーリア医師(1924~1980)の理念

バザーリアは著書<sup>22</sup>の中で、「本来精神病院は患者の攻撃性をなくし、治療するために

---

<sup>20</sup> 法律 180 号は同年、「国民健康保健サービス法」に統合された。同法では、健康権と医療扶助権が認められた。毎年イタリアの支出する医療費の中で精神保健費にはうち 5%を充当するのが適当とされている。これは住民一人あたり 55 ユーロ(日本円にして 7~8 千円)である。

<sup>21</sup> トリエステが属するフリーウリ・ヴェネツィア・ジューリア自治州は、特別州<sup>21</sup>のひとつである。特別州は、大幅な自治権が認可され、州条例の制定によって国家の法制度や基準から完全に独立した独自の政策を実行することが可能である。

<sup>22</sup> トリエステ精神保健局 編 / 小山昭夫訳 p103, 2006



誕生した場、その実、逆に患者の個性を完全になくすために作られた場、 - 中略 - かなる計画もなく、未来は失われ、いささかの意欲もなく常に他人に左右され、1日がかもっぱら組織が決める時間に細かく設定され組み立てられていけば、個々の人間や各人の特殊な事情を配慮することなど到底できるものではない。これが施設症の生じるスキームであり、精神病院の生活がまさにこの施設症といえる」(1964)と記している。つまりバザーリアは、精神疾患の入院患者の退院を遅らせ治癒を妨害しているのは、病院の存在で、病院環境やその構造といった社会的・政治的問題によって、個々の人間やその人の事情が配慮されなくなることに疑問を呈し、施設の倫理を問題にした。バザーリアは、「自由こそ治療である」の信念に基づき、精神病院の解体をめざし、イタリアの精神保健の医療システムの改革を推進した代表的な人物である。

### 2-3-2. ゴリツィア病院時代

1961年トリエステ近くのゴリツィア県立病院の院長に就任し、バザーリアを中心としたチームで、脱施設化をめざす精神医療改革の運動を開始した。バザーリアは精神病院の改革として、電気ショックの禁止、ロボトミー、拘束器具の禁止、地域社会の生活を可能にする社会サービスの開発、地域社会における居住計画の策定、地域社会に向けての開放のため、病院内の開放などを行った。そして、個人的事情から退院できずにいる人を「客(オピステ)」と呼び、完全な自由を保障した。「客」のシステムは、後に、トリエステでも採用し、その後イタリア全土で使われた。しかし改革半ばの1969年、入院患者が外泊時に起こした事件<sup>23</sup>の責任を取る形で退職に追い込まれた。

### 2-3-3. トリエステ県立サン・ジョバンニ精神病院時代

1971年にサン・ジョバンニ病院院長に就任し、本格的な活動を開始する。バザーリアらは、ゴリツィアの失敗は、反対者による政治的抵抗だけでなく、地域社会によって支持されなかったからであると考えた。まさに精神医療改革は社会的問題でもあり、そのイニシアチブは、社会に根ざしたものではない、ということを経験として学んだのであった。トリエステには、バザーリアの改革に賛同する多くのボランティアが世界中から集まった。

1971年当時は、トリエステでは1200人の精神障害者が入院しており、そのうち840人が強制入院させられていた。バザーリアらは任意入院の利用を強く主張し、入退院の自由を増やし入院患者に治療や看護を改善する話し合いができるように行った。1972年からは、病院の内部組織そのものが変わり、疾病の重度別に順序をつけるシステムを基準としてきたのに代えて、出身地別にグループ分けする基準が採用された。

---

<sup>23</sup> 年長の男性患者がいつものように土曜日だけ外泊して家に戻ったときのこと、その夫婦がけんかをし、感情的に爆発してしまい、男性は斧で妻を殴り殺すことになる。バザーリアの敵対者は、外泊を許可したバザーリアに共同責任があるとし裁判が行われたが、結果は無罪であった。

トリエステでは、これまで病院が担ってきた多様な機能 - 治療、宿泊、保護、看護 - に代えて、地域サービス網を構築することによって旧組織を克服し、転換するという道を進んだ。そのためには、広範囲にわたる住民の支持と味方を必要と認識し、病院内、医療従事者、入院患者、地域社会に対して、段階的にさまざまな実践を行った。この経過には約6年が費やされた。シュミットは、この改革の経過を5段階に分けられると述べている<sup>24</sup>。以下はシュミットがまとめた5段階の経過を要約したものである。

### 第1段階

一つは病院内部の開放、他方は外部社会への開放である。内部開放とは、閉鎖病棟の開放、管理体制の払拭と鍵の撤廃、保護衣、ショック療法、強制投薬などすべての抑圧的治療の廃棄。外部社会への開放は、患者がいつでも院内から出られ、市民の病院への出入りが可能となり、他の公共施設と同様、院内で自由に動き回れることである。そして、精神障害者と社会のお互いの先入観をうちこわす手段は、直接の対話であるとした。

### 第2段階

入院者が自信を持ち始め、自ら院内での冷遇に対して不満を言い始めるときである。入院者が自信がつくに従い、病院上層部の対応は、トイレや浴室の改善、家具の新調、保護服の廃棄、と次第に改善し、院内に美容室や喫茶店を設置し、患者、患者の親族、関係者、院外の人が利用できるようにした。貧しい入院者には、用途が自由な補助金が支払われ、すべての患者が仕事ができるように協同組合\*（労働者団結）を（\*後述）設置。また彼らが参加する文化的機会は、外と中との対立を解消する橋渡しとなると推奨した。内部世界と外部世界との対立を止揚する道筋として、院内に幼稚園を開園し、さらに住民全体の文化的催し（映画、コンサート）が院内で行われた。

### 第3段階

市民としての身分の回復である。非施設化とは精神障害者を身体的にも社会的にも無欠のまま回復させるための闘争である。その2つの手段として、一つは強制入院に反対する闘争、二つはゴリーツィアで始めた「客（オピステ）」制度(1973)の導入。「客」の生活を保障するため病棟のいくつかを寮にかえ、300人の仲間が共同体を作り、完全に自由で、自分たちで責任をもった生活を送った。

### 第4段階

地域移行の目的を遂行する精神衛生センターの拡充である。

### 第5段階

退院患者の社会化。彼らの街の社会組織への再編入で、キーワードは「アバルタメンティ(居住化)」である。街の中へ住居を移すことを意味する。そこで他の借家人や隣人と対面した時の付き合い方を身につけなければならない。この最終段階では、看護者、

<sup>24</sup> ジル・ジュミット / 羊田文穂訳, 2005 P23-29

ケースワーカー、医師などの強力な治療が必要である。”

特に、当時、作業療法の名の下で行われていた入院患者の労働（病院内の清掃、雑用）を不当とし、仕事として院内の作業を行うために協同組合を組織した。これは現在のイタリアでよくみられる「社会的に不利な立場の人々」のための協同組合の先駆けである。

こうしたバザーリアらの精神病院解体へのプロセスの結果、1977年初、入院患者は132人までに減り、そのうち強制入院は51人、任意入院は81人、「客」は433人に減った。そして1980年4月、県当局はトリエステの精神病院が「その機能を停止し、廃止する」という決定を宣言した。

## 2-4. 精神保健センターで勤められているさまざまなプログラムについて

### 2-4-1. 精神保健局について

1981年に設立されたトリエステ精神保健局は、2004年現在242人から成り、次のような専門的役割（精神科医28人、臨床心理士7人、看護師153人、SW8人、介護助手14人、リハビリテーション士8人、その他管理および補助）で構成<sup>25</sup>されている。この体制は、イタリア平均より1.7倍ほど厚い人材で、トリエステの精神保健関係予算は、全医療保険予算の4.9%で国内最高水準である（大熊2009：118,）。精神保健局は、精神障害者対策における予防、診断、治療、リハビリテーションと市民の精神保健措置のための介入を組織化する、精神に不調や障害を持つ人々に対するあらゆる差別、非難、排斥をなくすために働きかけ障害を持つ人の市民権を擁護する、精神保健局自体のサービスと保健事業体の他のサービスを細かく調整し、様々なサービスや拠点が組織化され、運用されていくことを保障することなどを目的としている。また規則で、「利用者の権利憲章」（精神保健サービス規則1995）を提唱している。

### 2-4-2. トリエステ精神保健局内で現在進められている様々なプログラムについて

次に紹介するのは、現在のトリエステ地域精神保健サービス地図（図1）である。精神病院に頼らないで、精神保健センターを中心にした諸々の社会サービスである

#### 【精神保健センターの運営とベッド数】

域内に、5つの精神保健センターがあり、週7日間24時間体制で運営している。精神保健サービスを利用するために特別の手続きはいらない。本人や関係する第三者が管轄地区の精神保健センターに直接申請すればよい。センターの原則は、「受け持ち区の市民から上がってくる精神保健上の要求はすべて受け止める」「重症度に関係なくすべての患者を受け入れる」である。

<sup>25</sup> トリエステ精神保健局編 小山昭夫訳『トリエステ精神保健サービスガイド～精神病院のない社会へ向かって』2006 P37

4つの精神保健センターは、各々6万人弱の住民を対象とし、デイケアやナイトケア用に各8床、サン・ジョバンニ地区の大学病院の精神科クリニックに実験的精神保健センターを設置し、地域の介入のために4床のベッドを備えている。さらにマジョーレ病院内に8床の入院施設<sup>26</sup>が用意され、救急の受け皿の役割を果たしている。ここは緊急の要請を受けて選別し、各々の管轄する精神保健センターに送るといった役割を担っている。注目すべきは、トリエステ全体のベッド数の少なさである。5つの精神保健センターに36床(個室)と、救急の8床、大学クリニック入院用兼ディホスピタル用の12床で全部で54床である。

【精神保健センターの主要なサービス】(詳細なプログラムに関しては章末の別添資料で紹介する)

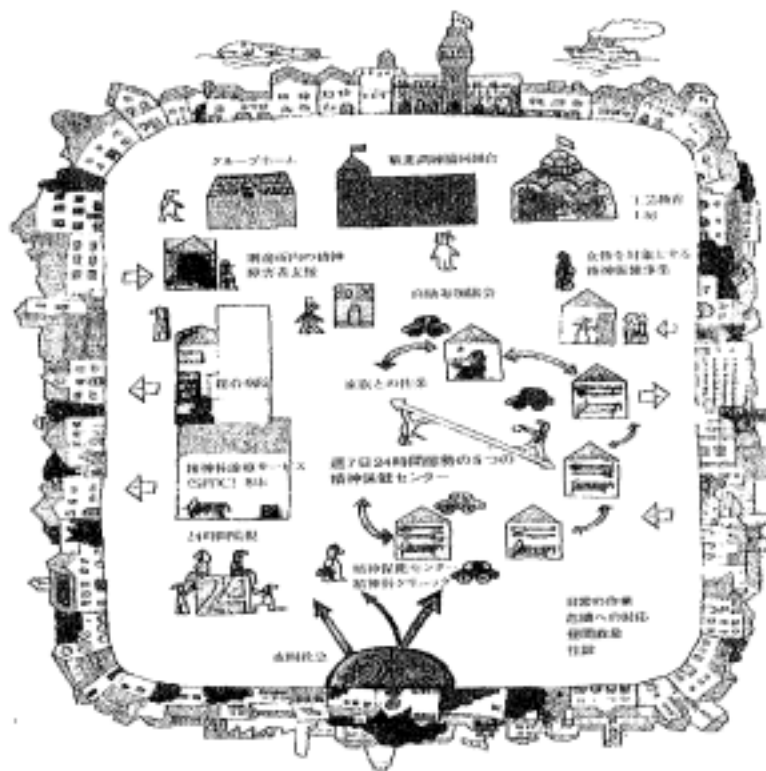
精神保健センターは、利用者や家族も対象にしたサービス、介入、プログラムを提供する出会いの場と交流の場としての役割を担っている。デイケアやナイトケアのほか、外来、救急診療、往診、デイケアセンターなどの活動、住宅支援、リハビリ活動、家族との共同治療作業、グループ活動なども行い、多様なニーズに応えている。特にリハビリの諸活動は、仕事に復帰するための職業訓練や職業提供の場が、密接に協同組合<sup>27</sup>と連携してフレキシブルに展開されている。さらにセンターの管理下にケアつきのグループホーム(12件72人分)中間施設、共同生活グループなどもある。センターの活動はセンターの内にとどまらず、医師を含め積極的に外にも出て行く。大切なことは、生活圏に近い場所で治療することであり、その人個人の生活を保障しながら地域で支えていく姿勢である。

また最近5年間は、利用者を中心にすえたプログラムの活動が一貫して企画されている。例えば、活動拠点を持つ若者たちのクラブに属する自助グループ、家族向けの情報や相互扶助組織に関するプログラム、ほかである。

---

<sup>26</sup> 精神科診察治療サービスと呼ばれる入院施設であり、精神科救急病棟として機能している。

<sup>27</sup> 協同組合はA型B型がある。A型は社会保健および教育訓練サービス(例えばGHや利用者のアパートにヘルパーを派遣する)の運営とB型は社会的に不利な状況におかれた者の労働復帰を目的とした多様な活動(例えば、レストラン業、ホテル運営、コンピューターの職業訓練ほか)の展開。社会的に不利な状況の中のものなかにおかれたものとしては身体障害、知的障害、精神障害のほか、アルコールや薬物依存症、家族の中で困難を抱える未成年者なども含まれる。B型の労働者は30%が社会的に不利な状況におかれた者によって構成されなければならない。



(図1) トリエステ地域精神保健サービス地図  
(出典 大熊記 2009 : p115)

## 2-5. 考察

### 【地域移行の結果】

トリエステモデルの評価が高い点は、バザーリアが著書『自由こそ治療だ』で述べているように、軽度の精神障害者の地域支援からではなく、最重度の精神障害者を対象に地域生活移行支援をスタートしたことである。さらにその視点として、精神障害当事者に問題があるのではなく、受け入れない社会に問題があり、「精神障害者は、社会が作り出している」と明記している。そこで、権利の回復、脱施設化と地域をキーワードとし、精神病院に頼らず「地域生活」を大前提として、必要なサービスを構築した。

トリエステでは専門家である医師は、社会が精神障害者を受け入れるように、最重度の精神障害者も病院に隔離すべきではなく、地域で享受するなかで、本人のエンパワメント度を高め、自己尊厳化を図ることを理念とした。つまり地域社会の人たちには、精神障害者の地域社会生活を通して、人間としてのすばらしい面を認識させ、そして、地域の中で共に暮らしていける仲間という意識変革を図ることが重要だと捉えている。

各々の地域精神保健センターを中心に、活動自体はコラボレーションで展開され、地域生活を支えるためのニーズに応じた複合的なサポートが実現されている。強制入院は完全になくなったわけではない。2004年の強制入院は16件で、うち3分の2は地域保

健センターで、他の3分の1はマジョーレ病院内の精神科診療急性期で対応し、患者を見守る体制を取り、地域で継続したケアが重要だと捉えている。しかし中途半端に精神病院を残さないことで、重度な精神障害者が入院させられることなく、今日まで地域生活が保障されるようになったという実績は大きい。

#### 【当事者本人の参画、自己決定、エンパワメントについて】

精神保健センターは、利用者はあくまで「病人」として扱うのではなく、「生活に課題を抱える人」であり、重要なことは、利用者の真ニーズを理解してその解決策を探すという理念で活動している。精神保健センターは、利用者の社会的権利にアクセスし、その地域生活を構築する手助けの役割を果たしている。

また、地域のさまざまなプログラム（別添資料・・・トリエステ精神保健局で現在進められているさまざまなプログラムについて）で、当事者のグループ内活動やグループでの自助プログラムが用意されており、新しい経験や相互扶助などに大きな影響を与えた。自助グループでは、自分たち自身の問題のみならず、社会の中で自分たちの権利や力を発揮できるように、自分たちの権利に関する自覚を高めようとしている。それぞれのグループの出身母体はさまざまであるが、音楽、文学、環境、スポーツなどの工房で活動する人々である。また工芸教育工房とデイケアセンターなどは、市民のスペースとして誰もが利用でき、文化・芸術活動を通して、障害を越えて活用される場と発展していった。

そのほかに、女性をターゲットにした精神保健プロジェクトも活動しており、特にリスクにさらされている女性に注目し、独自にある女性団体やグループなどを通じて支援している。

#### 【日本での政策への導入の可能性について】

トリエステの視点は、自立生活センターにおいて、地域に居住する障害者の中で、最重度で24時間に近い介助を必要とする人をモデルとして支援し、地域での行政のサービスを、障害者平均の4時間ではなく、最重度者に対応できる24時間介助サービスを障害者運動によって実施させていくシステムと酷似している。

トリエステモデルは、精神科医とケースワーカーなどの専門家主導の医療モデルだという指摘を当事者から受けることもある。しかし現実には、精神障害者の大多数は精神病院に隔離収容され、そこでは、精神科医が頂点となったピラミッド組織による運営がなされており、障害当事者はその人権を奪われ、無力化され、生活能力を奪われてきた歴史がある。個別的には、当事者支援による地域移行のモデル化は可能であるが、それを普遍化していくだけの人的リソースを早急に確保することは困難である。

そこでまず、当事者サイドのニーズに立てる専門家を育成し、その中核に障害当事者である自立生活センター等が支援に入り、全国での「医療モデル」ではない「社会モデ

ル」による地域支援体制を整えていくことが現実的である。その意味においてもトリエステモデルは、現実的に施設を完全閉鎖できた世界でも数少ない事例の一つであり、今後も大いに学んでいく必要がある。

最後にこの制度改革においては、独立した地方行政主体があり、そこでの市長と議会が全面的にバリアの改革を支援してくれた点を忘れてはならない。精神障害の問題は、医療の問題ではなく、社会的・政治的な問題であり、そこからのアプローチを無視してはトリエステ改革はあり得なかったということを指摘しておきたい。

#### 参考文献

- 大熊一夫 『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』 2009.10 岩波書店
- 坂本沙織 「社会協同組合から見たトリエステの地域精神保健活動のあり方」 『メンタルヘルスとウェルフェア 第5号』2009.8 特定営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会
- 鈴木鉄忠 「トリエステ地域精神保健を担う公的機関と市民団体の実践 1～地域を「受け入れ」「つなぎ」「横断する」公的機関の挑戦～」 『メンタルヘルスとウェルフェア 第3号』2007.11 特定営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会
- 田中秀樹 「イタリアの精神医療改革の歴史と現在の精神保健動向」 『メンタルヘルスとウェルフェア 第5号』2009.8 特定営利活動法人 精神保健福祉交流促進協会
- トリエステ精神保健局編(=小山昭夫訳)『トリエステ精神保健サービスガイド～精神病院のない社会へ向かって』2006 現代企画室
- Sシュミット(=半田文穂訳)『自由こそ治療だ』 2005 社会評論社

別添資料・トリエステ精神保健局で現在進められている様々なプログラムについて  
(参照、トリエステ精神保健局編 小山昭夫訳『トリエステ精神保健サービスガイド～  
精神病院のない社会へ向かって』、特に精神保健サービスに係りのあるプログラムを補  
足説明することとする。)

- 夜間宿泊...症状に応じて1晩から1週間ほどセンターに宿泊できる。各センター救急として最低必要期間を保護し、あるいは利用者と家族の距離をおくためにも利用されている。措置治療は通常、精神保健センターに入る。
- デイケア/ディホスピタル...一時的な保護や安全確保のため、共同グループから距離を置いたり、家族の負担を軽減するため、数時間または終日の入所を勧める。その他、薬物療法や精神療法による支援を行い、個人や集団での活動、進路指導プログラム、情報、職業訓練コースへの参加を促す上で必要な場所
- 外来診療、往診(家庭訪問)、利用者別治療作業
- 家族のための治療作業
- グループ内活動とグループ活動...家族を超えた社会的なネットワークを作ることを目的。グループでの出会いによって精神障害に関する知識を深め、問題や危機への対応能力を相互理解を通じて改善するための場所。レクなども企画する。
- リハビリテーションと再発防止への介入...職業訓練と就職へ進むために他機関と連携して行う。欠かせないのは特定の目的を持つ生活協同組合、学校、スポーツおよび娯楽活動、青少年団体や自助グループほか。
- 社会的権利および機会を活用させるための支援...直接的には経済的手当(社会復帰、職業訓練、リハビリテーション活動援助のための)給付を定め、間接的には目的を同じくする団体や施設へ利用者の送迎を行う。
- 住宅支援...自宅や様々な居住条件(GH、住宅共同社会、治療的共同社会)のもとで行う治療やリハビリテーションのプログラム。これは、日常生活を営む能力のサポート、社会関係や対人関係、共同生活の能力の維持または再学習を目的とする。これは本人の障害やニーズに応じて多様なサポートと保護が必要となる。
- 専門的助言活動...保健サービスの介入や以前から精神保健センターで治療を受けている利用者が入院する病院での介入のみならず、それまでサービスで把握していない人も含め、診断の徹底や特殊な治療の推奨、保護の開始などにもあたる。面接は、精神の問題や障害を生じた囚人のために、刑務所でも行われている。
- 電話
- 就職サービスとレジデンスサービス...利用者に役立つ資格取得、リハビリテーション、職業訓練、社会復帰をさらに促進することを目的に1990年代初に創設された。精神保健センターと緊密に連携して活動するほか、医療保健区とも協力している。これは、リハビリテーションとレジデンス活動(Aタイプの協同組合と協力)、デイケアセンター活動(職業訓練事業体と協力)、職業訓練および就職プログラム(Bタイプの協同組合、職業訓練事業体と協力する)の企画、調整、モニタリングの機能を果たす。精神保健センターのレジデンス施設は次の点でほかとは異なっている。
  - 社会復帰レジデンス：直接運営し、2003.12現在で47人が12グループに分かれて共同生活をしている。自立した生活能力が低く、日常生活に支援を必要とする利用者や、共同体での生活でメリットが得られるとする利用者が、サービス職員の訪問やサポートを受けて共同生活を営んでいる。
  - 治療 リハビリテーションレジデンス：保健事業体が借り上げた、または自己所有のアパートなどで職業復帰と住宅サービスが直接運営するものと、間接運営(多くはAタイプの社会協同組合と契約)があり、全体で12ヶ所あり、総



数で 51 人が利用できる。家族ネットワークや社会的ネットワークにも頼れない重度の障害者や深刻な社会適応障害を持つ人々が利用する施設。利用者は、精神病院の長期療養を経てきた人や各人に合った持続療法を必要とする人など。ここで注意すべきは、利用者が施設に入所しても地域への帰属性を失うことはないので、退所しても所属するセンターでの治療や保護を受ける権利を失うこともない。

- 工芸教育工房とデイケアセンター...工房は、精神保健サービスに所属する市民のための自由なスペースであり、さらにほかの誰でもが利用することができる。ここでは、教師、マエストロの称号をもつ職人、芸術家、文化やボランティア団体の人々が働いている。

次に紹介するプログラムは、精神保健局に属するすべてのプロジェクトチームが直接参加するか、様々な形で関与することが定められている

- トリエステ刑務所におけるサービス...1979 年に作られたこのサービスは、拘留中の精神的ストレスの予防と解消の活動を行う。次のような目的で行われている。すでに精神保健サービス保護下にある受刑者の治療の継続の保障、収監に変わる措置の推進、医療刑務所への装置を避ける。さらに、精神に不安や障害を持つ受刑者の訴えにも応えるために、次のような活動も行う。交流環境に介入して、刑務所および司法機関を治療プロセスに参加させる。法的支援の提供、経済的援助、家族との接触、収監中や釈放後の支援など、\*ここ 20 年、医療刑務所に入所したトリエステ県民は年間平均 0.5 人を越えたことがない。
- 自助プログラム...精神障害者は、個人でも、家族内でも、また社会的にも非常に疎外経験をしてきているので、グループ内でなされる新しい経験や相互扶助は大きな影響がある。それぞれのグループの出身母体は様々であるが、全体としてはボランティアや社会扶助の改革実験に取り組み、音楽、文学、環境、スポーツなどの工房で活動する人々である。自助グループは、毎年職業訓練コースや定期会合を開き、自分たち自身の問題のみならず、社会の中で自分たちの権限や力を発揮できるように、自分たちの権利に関する自覚を高めようとしている。とりわけ近年市民組織の中で重要な役割を担うようになったのはスポーツ活動である。
- 家族との作業...家族関係の問題や同じような家族グループへの情報などの支援。治療とリハビリテーション作業が成果を挙げるには、両親の理解も欠かせない。
- 女性の精神保健プロジェクト...精神不安の予防活動を行うが、特にリスクにさらされている女性に注目し、その健康増進を推し進めようとするものである。介入に関しては、地域の非公式、かつ独自に組織された手段（女性団体やグループ）などを活用できるように仕組みられている。
- 精神障害者と薬物依存症患者者の治療の改善
- 小児および青少年
- 身体障害
- 高齢者
- アマーリア・プロジェクト（専用電話）
- アルツハイマープロジェクト
- ステラポラーレ（北極星）プロジェクト
- 社会報道プロジェクト
- 演劇と工芸教育工房プロジェクト

## 第3章 国内における3障害の相談支援（地域移行支援）の先進事例

### 例

#### 第1節 自立生活センターの地域移行支援（ヒューマンケア協会・CIL小平）

##### 第1項 自立生活センターにおける支援体制

###### 1-1. 自立生活センターの概要

自立生活センターとは、アメリカの自立生活運動（Independent Living Movement）の影響を受けて設立された当事者によるサービス提供体である。訪問対象であるヒューマンケア協会は、日本で始めて設立された自立生活センターである。自立生活センターでは、重度障害者でも適切なサービスを利用して地域で暮らすことを理念としてかけ、そのために必要なサービス提供を行っている。その特徴は、各センターによって多少の異なりが見られるものの、基本的な理念としては、自立生活センターの全国連絡協議会である全国自立生活センター協議会への加盟要件として挙げられているものであるととらえてよいだろう。 所長（運営責任者）と事務局長（実施責任者）は障害者であること。 運営委員の過半数は障害者であること。 権利擁護と情報提供を基本とし、

介助派遣サービス、住宅相談、ピアカウンセリング（ピアとは仲間の意味）、自立生活プログラム（ILP）のなかから二つ以上のサービスを不特定多数に提供していること、

障害種別を越えたサービスの提供、 会費が納入できることが、JILの加盟要件となっており、当事者が主体となり運営していくサービス提供体であるということが出来る（全国自立生活センター協議会 2002）。ヒューマンケア協会もCIL小平もこれらの要件を満たし、各種サービスを提供する当事者による団体である。

###### 1-2. ヒューマンケア協会の支援体制

###### 1-2-1. 支援過程の概要

###### インテーク

要支援者からの相談は、来所相談に至る前段階としての電話相談が多いが、そのすべてが来所相談に至るわけではない。自分の大変さを聞いてもらうだけで満足するというケースも多く、一回～数回の電話相談で終了する場合も多い。電話相談の際に留意している点としては、電話が来なくなってもあえて支援者側から電話をしないというスタンスである。その理由としては、「その後、どうですか」「どうしますか」とたずねることが、要支援者にとってのプレッシャーになるとの理由からである。

電話相談の段階で行うことは、話を聞くことから始まる。要支援者の多くが、自分が何の相談をしたいのかわからないまま電話をしてくるケースが多いため、その中から、主訴をひろい、物事の優先順位を決め、整理し、どこからアプローチをするかを探る。

その時点で、何も制度を利用していない人は、行政につないでいる。

来所の相談の場合、親とともに訪れることも多く、その場合は、親が多くを話しがちである。しかし、あくまでも本人の主訴を把握するための工夫として、二人担当者がつき、それぞれの話を聞く、または、相談時間を二分し、親と本人同じだけの時間話を聞くという方法をとっている。

#### 主訴を聞いた後の支援過程

人によって異なるが、訪問を非常に重視しているとのことであった。一緒に出かけるということも重視する。特に作業所、ショートステイなどの選択・決定に際しては、同行を重視し、自分の目で見て、選んでもらうことを重視している。それは、決定の主体があくまでも本人であることを踏まえてのことである。プログラムと名うってはいないが、ピアカウンセリングや自立生活プログラムの手法を用いているとのことであった。

#### 主訴が自立生活の場合

主訴として明確に自立生活がある場合は、相談を重ね、ピアカウンセリングや自立生活プログラムの内容を理解してもらい、プログラムを組んでいく。自立生活の支援には、最低1年はかける。自立の直前になるとプログラムの数を増やす。また同時進行で、自立生活体験室を使用する。

ピアカウンセリングや自立生活プログラムを行う意図には、前提として、それぞれが、経験する場を奪われているということがある。障害を持ち、自宅や施設で生活する場合、自分で何かをするという経験が著しく欠如しがちである。また、主張の場も奪われていることが多い。そのため自己否定感を持ったまま大人になり、自己主張ができないということも多々起こる。

そのため、ピアカウンセリングや、自立生活プログラムでは、繰り返し同じテーマで何回も経験をつんでいく。施設や自宅では、周囲や親の目を気にしながらの発言となっていたが、ピアカウンセリングでは、自分のことを考えて話していく。それによって、自分がこんなことを感じていた、考えていた、とそれぞれが発見していく場となっている。自分が思うように生きていいという当たり前の考えを取り戻すためのプログラムとなっている。ピアカウンセリングは「識別する力をつける」ことであり、今までは人に言われるまま行っていたことを、自分が決めていくということである。

自立生活プログラムでは体験を重視する。介助者との関係や料理、危機管理などについて具体的な内容で行う。施設や自宅では、ひとまかせの生活になりやすい。体験的なエンパワメントが自立生活プログラム、心理的なエンパワメントが自立生活プログラムと整理されるとのことであった。自立生活プログラムやピアカウンセリングでは、こうしなさい、ああしなさい、と指導的なことはせず、あくまでも、自分で決めていく力をつけていく支援がおこなわれる。

同時進行で、自立生活体験室も使用する。体験室は、自立までの間に10回程度使用する。徐々に日数を延ばし、自立直前は2週間程度体験室に宿泊する。

## 資源開発

ヒューマンケア協会の支援においては、本人ニーズを満たすために資源が不足している場合は、資源開発を行う。これまでに行った資源開発の例としては、年末年始の介助派遣の交渉、24時間介助の交渉、入院時の介助派遣がある。即、サービスにつながらない場合もあるが、こういったニーズが存在していることを表面化させることはそれ自体重要なことであるとのことであった。また、一人の「前例」を出すことにより、後の自立生活移行がスムーズに行くことがあり、支援に際しての資源開発が重要であると考えている。

## モニタリング

自立してから、生活が落ち着くまでは、しばらくは連絡を密にしている。生活が落ち着いてからは、三ヵ月後、半年後と徐々に連絡を取る期間を長くしていく。完全に落ち着いた後は、あえて支援者からは、連絡を取らない。問題に直面した場合は、自分でしかるべき機関に連絡し、解決を取る方法をピアカウンセリングや、自立生活プログラムの段階で、獲得しておく。

## 1-2-2. 支援過程における基本姿勢

### ニーズの変化について

ニーズが変化することは、悪いことではないということが大前提としている。ただし、自立生活体験室を利用することにより、実際の自立生活の中で、どのようなサービスがどの程度必要かを割り出すことができるので、自立後に大幅に変化することはないとのことであった。大幅にニーズが変化する進行性の障害の場合、理由がはっきりしているため、支給がおりやすい。また、支援計画は、ニーズの変化に応じて、何度でも書き換えていく。

### 支援後のフォロー

介助派遣は、ヒューマンケア協会の介助派遣サービスを利用している場合が多いので、介助者や、コーディネーターを通じて、状況の変化などを把握することができる。

### 支援の目標

この生活が良い、という正解をおかず、最終的には、その人の満足度によって評価されるものとしてとらえている。また、自立が最終目的になりがちであり、まれに自立した後に、介助者と一日家にいるということがある。自立自体が目標にならないよう、自立の支援の間から、「自立したら、どういう生活をしたいか」と言うことを考えてもらうことを重視している。

### その他

その他、以下のようなことに留意しながら支援を行っているとのことであった。

- ・電話だけの場合は、特に慎重に行い、トーンや問のあきかた、よく聞いて返事、受け答えを行う。

- ・言葉、視線などに敏感な人が多いため、約束の時間は設けるが、約束の時間の間は絶対に時計を見ないようにする。
- ・来所の場合は、相談場所を聞く。オープンな場所がいいか、二人きりのほうがよいかというのを選択してもらう。
- ・座り方、座り位置にも注意を払う。
- ・支援にあたってのマニュアルはあるが、マニュアルどおりにならないこと。
- ・時間をかけ、せかさないこと。
- ・以前に似たケースがあったとしても、常に新たなケースとして対応すること。
- ・本人の口から話を聞くこと。
- ・「無理」といわないこと。

### 1-2-3 . ヒューマンケア協会の支援者が考える課題

精神障害を持つ人で、入院もできない、どこにもいけない、誰にも相談できなくて夜中に電話をかけてくるという人が増えている。長時間話を聞くこともできないので、対応ができていないのが、現状である。この点に関しては、受け皿が必要であると認識している。

### 1-3 . C I L 小平にみる個別事例

次に、同様の支援体制と推測される C I L 小平の聞き取りから明らかになった個別事例を見てみたい。対象者は、A さんである。A さんは、脳性麻痺による肢体不自由で毎日 24 時間の介護制度利用（障害施策の重度訪問介護 + 介護保険の訪問介護）難聴（補聴器使用）、強度の言語障害、認知症をもつ。2010 年 1 月現在で、84 歳である。A さんは平成 13 年に 75 歳で身体障害者療護施設から B 市のアパートに自立（1 人暮らし）し、現在自立生活歴 8 年。C I L 小平の利用者の中では、自立時の年齢も、現在の年齢も最高齢の自立障害者である。

#### 1-3-1 . 自立までの A さんの暮らしと自立の支援

A さんが 26 年間入っていた療護施設からの自立を志したのは、同じ施設に入所していた知り合いの 2 人の障害者（2 人とも 24 時間ヘルパー制度利用者。1 名は 1 番重度でベッド型車椅子利用車だった）が、C I L 小平の支援を受け自立生活を始めたことがきっかけであったとのことである。

A さんは生まれてからの長い間を親元、さらに 26 年間で施設で過ごしてきたため、地域社会で生活するという経験が全くない方であった。このため、通常は自立前に 1 回受ける長期自立生活プログラム（ILP）（1 回 4 ～ 8 時間の講座を 1 1 回）を、2 年連続で 2 回受講してもらった。また、75 歳（自立当時）という年齢と、難聴、強度の言語障害などから、個別 ILP や家探しのサポート等、自立までのひとつひとつの段階に、かな

りの時間がかかった。学ぶスピードが早くないため、Aさんのペースに十分配慮しながら、個別ILPが行われた。

### 1-3-2. 自立後の日々の支援

Aさんは強度の言語障害があり、軽い認知症でもあるので、それをふまえた日々の支援が必要であるとのことであった。CIL小平では、GM(ジェネラルマネージャー=支援の中心となる障害当事者役員(ピアカウンセリング・ILP・行政交渉・ヘルパーへの相談支援・特殊ニーズへのサービスに合わせた人事などを行う。コーディネーターの上司))と健常者の介助コーディネーター、ヘルパーによる支援体制を組み、具体的に以下のような支援にあたっている。

#### コミュニケーション

Aさん自身の言語表現のバリエーション・語彙は少ない。また、言いたいことがすぐには言葉になって出てこない。そのため、Aさんとのコミュニケーションは、ヘルパーが少ない言葉をひろって、Aさんの言いたい事を広げることが必要であるという。これはヘルパーとのコミュニケーションに限らず、Aさんが誰か他人と会話する時も同様である。

広げるといっても、ヘルパーが勝手にAさんを見捨て、他人との会話の内容を広げるわけではない。ヘルパーは、Aさんがいま現在何を気にしているのか、拘っているのか、といったことを普段からコミュニケーションして何時間もかかって聞きとっておく。つまり、Aさんは普段いろんなことを考えているが、それを伝えたいときにすぐに出てこないで、ヘルパーが常にAさんの表現したいことを普段の聞き取りで蓄積して、代弁するということである。この作業は、特に予定がない日に、Aさんが何か話したいことをあらかじめ文章化しておく、あるいは聞き取りという形で、行われる。

また、Aさんのコミュニケーションの特徴として、同じ話を何回もするということがあげられる。聞き取りを怠ったときには、ヘルパーとトラブルになりやすいので、同じ話だからと断ち切らず、耳を傾けることが必要であるとの事であった。このような支援を行ってきた結果、自立前のILプログラム受講時と比べて、生活する上で必要な様々の支持、意見、要望などを、Aさん自身が積極的に発言していくことが可能となった。

#### スケジュール管理

Aさんは、その日になにを食べたか、入浴、服薬、排便の有無などを忘れてしまうことがある。また外出の予定も忘れてしまうので、予定をノートに記入して、本人とヘルパー双方が確認できるように支援している。その結果、Aさんの指示のもとに、ヘルパーがノートを見てAさんにその日の予定を伝えるという流れができた。Aさん自身も、「これは忘れるから書いておいて」というように、忘れる前にノートに記入することをヘルパーに指示することができるようになった。複数の予定が重なった場合は、ヘルパーから予定が重なっている旨をAさんに伝えたいうえで、Aさんが自分自身でどちらの予定を優先するか決定できるようになった。

## 金銭管理

Aさんは計算が苦手で、金銭管理は全くできないと思われていた。現在は、GM と本人が個別 ILP の中で時間をかけて話して以下のような方法をとって、金銭管理ができるようになっている。(計算ができるようになったわけではなく、介護者に指示を出して記録や集計をつけさせるなどで金銭管理ができるようになった)。

まず、日々の買い物などすべてレシートをノートに貼っておき、1日2交代のヘルパー交代ごとに財布の残額を確認して集計する。Aさん本人の記憶が曖昧なため、トラブルを避けるためにもいくら使ったか証拠を残す。

自立当初は、一つ一つの物の値段などは理解できるが、例えば年単位、月単位でのお金の使い方や、計画的にお金を使うということがわからなかったため、目の前に欲しいもの(特に家電製品など)があれば借金してでも買ったりしていた。ヘルパー一人ひとりが家計全体の状況を詳細に把握することは難しいため、現在はAさんから高額なものの購入の希望が出た場合、その場でGM やコーディネーターに電話してもらい、GM / コーディネーターから家計の状況をわかりやすく伝えた上で、Aさん自身が買えるか買えないかを自分で判断することができるようになった。

## 食事、栄養管理

自立当初は、Aさんは食べたいものや献立を考えるのを面倒に思い、毎日同じ献立になる傾向があった。そのため、GM とコーディネーターが連携して、以下のような支援を行った。

食事までの時間が少ないと、献立を考えることを面倒に思うため、時間に余裕をもつてうながし、献立を決めることにした。また、前述のノートで過去の献立を確認して、Aさんに伝えることにした。その結果、細かな調理方法の指示は難しいが、冷蔵庫の中の食材をヘルパーから聞いて、「肉には野菜をつけて」といった、ある程度栄養バランスを考えた大まかな献立の指示を出せるようになった。また、健康状態を意識して、自ら栄養補助食品なども摂ったりするようになった。その他には、何かに熱中したとき、食事、水分補給を自分からしないので、声掛けしてうながす支援も必要である。

## 移動の支援

外出などの予定を決めるのは、基本的には本人である。例えば、Aさんが参加したようなイベントのチラシがあったら、内容をヘルパーが読み上げて、本人が行くか行かないか決める。どのような移動手段を取るかは、外出前に本人と相談して決め、ヘルパーも把握しておく。必要に応じてGM やコーディネーターと本人とが打ち合わせることもある。

Aさん本人は、外出しながら行程をヘルパーに指示することは難しいため、事前に本人が行きたい場所をしっかりと確認して計画を立てることが重要とのことであった。

## GM やコーディネーターとの関係

Aさんは不安なことや気になることがあるとすぐに電話をする。この電話には、コー

ディネーターが24時間対応している。電話は1日平均3～4回あり、長ければ3時間くらいの長話になる場合もある。電話があった場合、コーディネーターはGMと連携して、Aさん宅へ訪問したり、事務所に来てもらって話を聞いたりする。

Aさんから頻繁に相談があるのが、ヘルパーとの関係である。強い言語障害や認知症の影響で、ヘルパーとのコミュニケーションがスムーズに行かないことがある。そのときAさんは、「ヘルパーとの関係がうまくいかないのは、事業所が変な人を雇っているから」という考えになり、すぐに辞めさせたくなくなってしまふ。しかし、Aさんの介助に求められる技術やコミュニケーション能力は非常に高いものであるため、頻繁にヘルパーを入れ替えると、そのたびに新しいヘルパーの技術習得(毎週介助に入っても半年以上かかる)を一から始めなくてはならず、Aさん自身の生活が成り立たなくなってしまう。

Aさんは、ヘルパーについて不満を感じても、言えないことが多い。何を不満に思っているのかはAさん自身も明確に認識しているが、それを言葉でどう表現してよいのかわからないためである。そのため、毎月1回、AさんがGMとコーディネーターと一緒に話をする時間を作っている。その場では、Aさんがヘルパーに関して溜めている不満に耳を傾けつつ、どういう部分がAさんの不満としているところなのか、どうすればそれが改善できるのかを話し合い、「辞めさせる」のではなくヘルパーと本人の関係性をより深める方向に話を向ける。Aさんの考えを、GMやコーディネーターが言葉で肉付けし、具体化していく作業である。

特に新しいヘルパーが入り始めたときなどは、ヘルパーがAさんの言葉を聞き取れずにトラブルになりやすいため、しばらくの間、コーディネーターが介助中に付き添って指導する。実習が終わった後もしばらくは、何かあればすぐに訪問できるような態勢をとっておく必要がある。

このような支援によって、Aさんは自分の伝えたいことを表現できず、ヘルパーはAさんの真意がつかめずに、お互いがすれ違って悪循環に陥るような事態を防ぐことができ、Aさんの意思を、介助・支援にスムーズに反映できるようになったとのことであった。

### 1-3-3. C I L小平のそのほかの特色

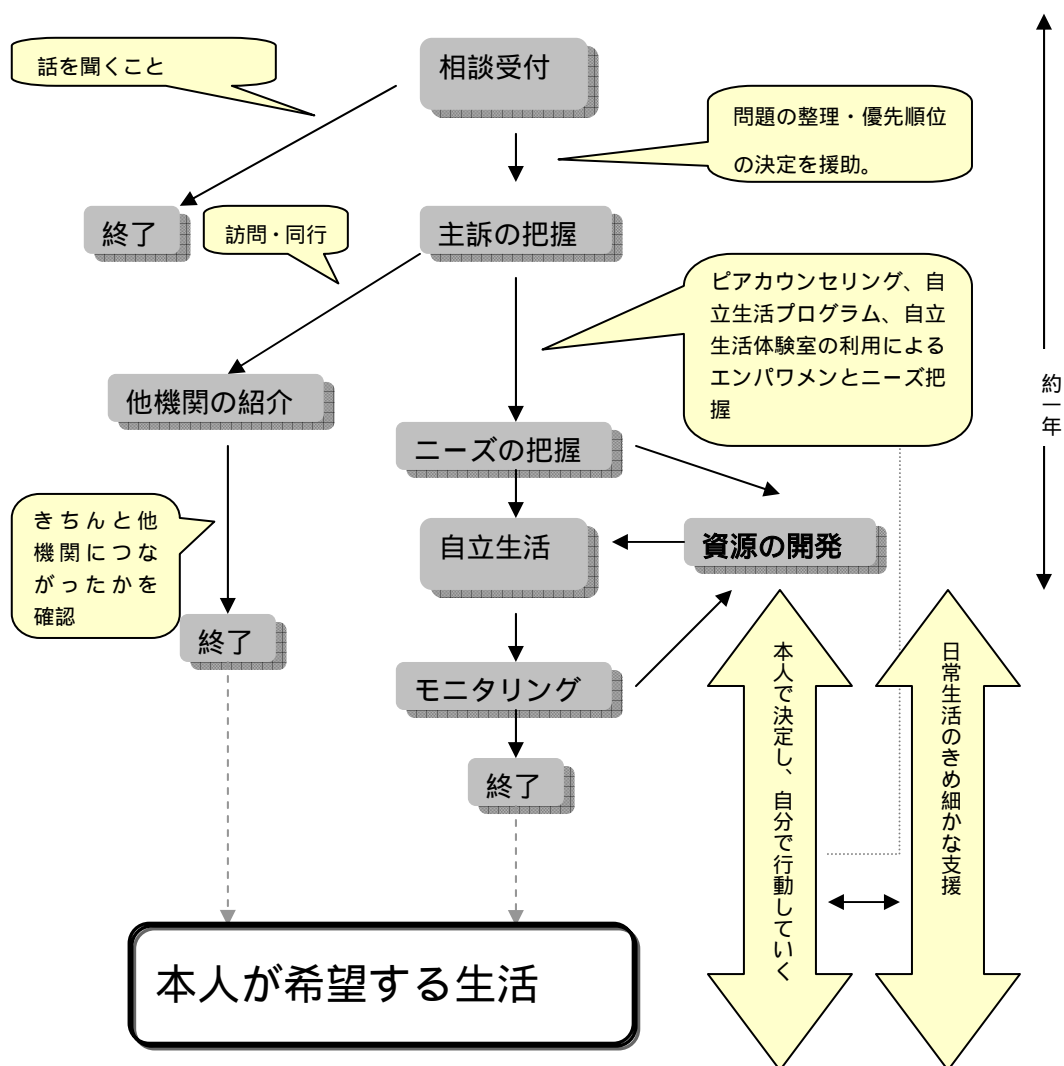
C I L小平では、他のヘルパー事業所では対応できない24時間介護の必要な全身性障害者を中心に(一人ぐらしなどの)自立生活を周辺10市区で、支援しており、最重度の脳性麻痺者、頸椎損傷者、ALS、筋ジストロフィー患者、人口呼吸器利用者などの介護と自立生活支援を行っている。また、知的障害者の24時間連続介護での一人暮らしの支援も行っている。支援を行った市区のすべてで1日24時間の重度訪問介護の制度を交渉により作っており、自立支援とともに地域(制度)をかえる活動を行い、その市区にすむすべての障害者が必要とする介護を受けられる環境作りに取り組んでいるとのことであった。



#### 1-4 . 考察

ヒューマンケア協会とC I L小平の支援体制を図示すると以下ようになる。

図1 . ヒューマンケア協会・CIL 小平の支援体制



以下、特徴的であると思われる部分に焦点をあてて考察する。

ピアカウンセリング・自立生活プログラム・自立生活体験室

自立生活センターの支援体制における最大の特徴は、ピアカウンセリングと、自立生活プログラム、自立生活体験室及び(プログラム化されていなくても)それらの手法を利用する点にある。これらのプログラムや手法には、以下のような効果があると考えられる。

a) 潜在的ニーズの表面化

ニーズは、誰にとっても自明のものではない。専門家はもとより、本人にとっても必

ずしも常に明確であるとはいえない。第一に、Aさんの事例からもわかるように、これまでおかれてきた本人の環境から自ら主張するということが不可能である場合がある。我慢することや、あきらめることに慣れてしまった人が表出するニーズは、概して、真のニーズとは異なる場合がある。本人が望む生のあり方に必要なものを認識、表明できないということがある。第二に未経験の事柄にたいして、予測が不可能であるということがある。自分でできると思っていることと実際にできることの間にある距離は、経験を経なければ測定・調整できるものではない。

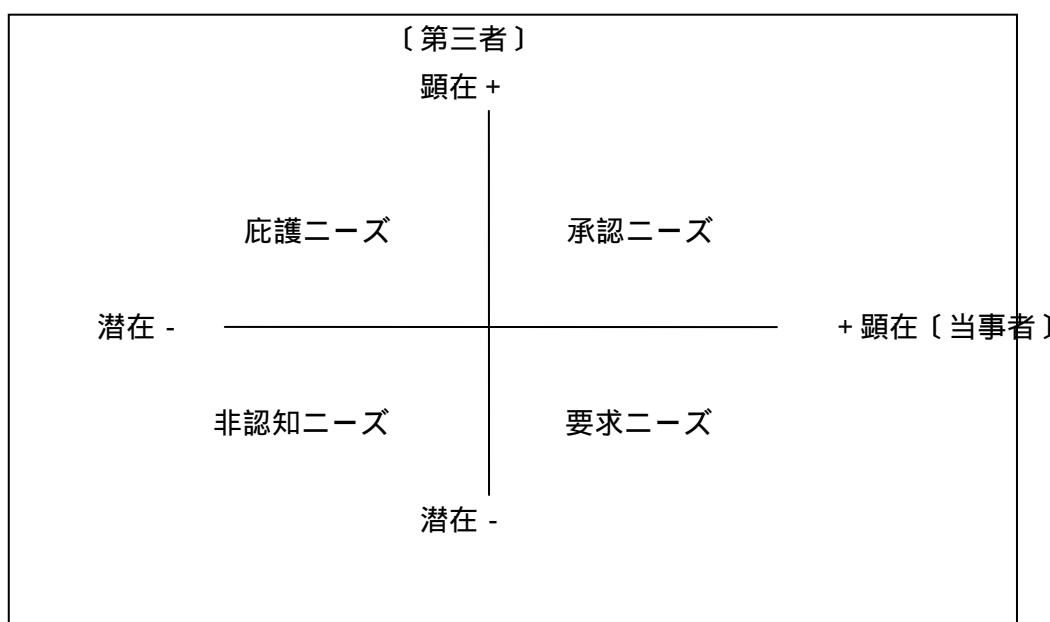


図2 上野千鶴子・中西正司編（2008：14）

この図によると、当事者にも、第三者にも認識されていない、非認知ニーズの領域が存在している。この非認知ニーズを表面化するための試みが、ピアカウンセリングと自立生活プログラム、自立生活体験室といえよう。『ニーズ中心の福祉社会へ』の中で上野が指摘するように、「ニーズに合わない制度や政策は無益であるばかりでなく、税金のムダ使いでもある」(上野・中西 2008：10)。真の当事者ニーズを把握した上で支援を行うことは、合理的かつ効率的なサービス提供となる。裏を返せば、真のニーズを把握せずに行う支援には、本人の望む生活に対するサービスの過不足が生じやすい。

このような状況に対し、ピアカウンセリングの試みは、自らが、やりたいこと、暮らしてみたい生活を自由に語ってよいのだという主体性の取り戻しという手法をとる。「あなたのような重度の障害者が一人でなど暮らせるはずがない」といわれ続けてすごした人は、「一人で暮らしたい」という思いを自信をもって語るができない状況になっている。この感情を解放し、自らが望む人生を中心に置き、ニーズを把握していく

ことが重要である。

そのためには、権力関係の無効化も必要である。専門家 要支援者という構図の中では、要支援者はなかなか本当の気持ちなどを語るができない。しかし、ピアカウンセリングや自立生活プログラムは、当事者 当事者という関係性の中で行われるため、権力関係が生じにくいとされる。

これらのプログラム・手法により起こるのは、潜在ニーズの掘り起こしとその表明である。過不足の生じやすい庇護ニーズへのとらわれから解放され、潜在ニーズを自他に表明していくプロセスの支援であると考えられる。

また、自立生活体験室は、実際の生活に似た状況で体験的に生活することにより、自分が、一人暮らしのどのような場面で、どの程度の介助を必要とするのか、と言う点について適格に把握することが可能になる。

#### b) エンパワメント

施設や親元で暮らす障害者は、社会的体験の場を奪われた状態で生活している者が少なくない。また、決定の主体となるという経験にも乏しく、主たる介助者である人のペースで生活する、施設で決められたスケジュールの中で生活する、という受動的な生活に慣れてしまっている場合が多く庇護ニーズに甘んじることも少なくない。しかし、言うまでもなく、人生の主体者は、本人であり、本人の選択や決定が重要である。そこで、各種プログラムを受けることにより、主体性を取り戻し、さまざまな問題に対処する力をつけていくことが可能になる。また、そのようにして獲得した力は、支援終了後、問題に直面した際にも発揮され、相談支援に依存せず、自らの生活をコーディネートし、構築していくセルフケアマネジメントへの原動力にもなりうる。

CIL 小平の聞き取りからは、支援により A さんに変化が見られている。この変化について、支援者は次のように表現している。「ピアカウンセリングをはじめとした、GM やコーディネーターが A さんの言葉や気持ちを受け止めて話を聞く、という支援を粘り強く続けてきた結果、A さんと支援者の間に信頼関係が生まれ、A さん自身が自分の思いを表現できるようになったことは、エンパワメントの大きな成果である」。CIL 小平における聞き取りからは、自立生活プログラムやピアカウンセリングのみならず、日常におけるエンパワメントに基づく具体的な支援が顕著に現れていた。A さんが、(ADL という点で、できるようになったのではなく)自分の生活を主体的に構築していく過程が見受けられる。

#### 信頼関係の構築

要支援者の主訴を把握し、ニーズを把握するために必要な信頼関係は、長い時間をかけて構築せざるを得ない。この点においても CIL 小平の事例が参考になる。70 年以上地域で生活をする機会を奪われていた A さんは、他人に対しての不信感は根強く持っているとのことであり、これを軽減させるために、ピアカウンセリングをはじめ、長い時間を要したとのことである。また、事例からもわかるように、信頼関係には、地道な支

援の積み重ねが必要である。この事例では、認知症という「意思表示や自己決定の難しい人」とされ庇護ニーズ下におかれることを余儀なくされている人の主体性を取り戻す支援の具体的なあり方について、非常に示唆的な事例である。

#### トータルサポート

体験室を利用する際の介助派遣、自立生活後の介助派遣、自立生活後のフォローなどを、トータルでサポートすることが、よりスムーズな支援へとつながっている。C I L小平の事例からは、単に日常の介助というだけでなく、GM、コーディネーター、ヘルパーの三者が連携をとりながら、本人の精神的なサポートも含めて行っていく様子が見えがえる。

#### 支援の目標

ヒューマンケア協会の支援の最終的な目標は、「自立生活」でもなく、「サービスの利用」でもない。ましてや、ケアプランの作成でもない。最終的には、「本人が送りたい生活」を可能にすることである。現行の相談支援においては、本人の送りたい生活を把握し、達成に向けてニーズを把握するためのシステムが位置づけられておらず、現実的には、ケアプランと本人が送りたい生活が断絶し、サービス提供そのものが目的化しやすい。

この点で、ヒューマンケア協会の支援体制では、まず本人の送りたい生活を本人が自覚し、表明することを促し、それに向かってニーズ調整を行い、必要に応じて資源開発を行うことにより、総合的な視点での支援が可能になっている。またインタビュー中にも出てきたが、ケアプランは、ニーズに応じて、書き直していくものという位置づけであり、ケアプランはあくまでも目標である生活の達成のための手段にすぎないことがわかる。

#### 社会資源の開発

ヒューマンケア協会・C I L小平に共通してみられた大きな特徴は、既存の制度の枠にとらわれず、あくまでも利用者のニーズを中心とし、必要に応じて資源開発（やその働きかけ）を行うことであった。ともすれば、支援者は、既存の枠の中で、サービスメニューを組み合わせることに終始しがちである。しかし、利用者のニーズが制度外にあるのであれば、そのニーズを満たすために社会資源を開発するというのは、支援者として必要な事であると考えられる。

#### 【地域生活移行の結果】

ヒューマンケア協会及びC I L小平をはじめとした自立生活センターは、全国各地において、その理念の中に地域自立生活をおき、支援を行っている。全国自立生活センター協議会による2004年度の調査によると、全国で現在までの総数で1,171名の地域生活移行者を生み出しており、同調査によると、増加傾向にある。特に支援費制度開始時点での伸び率が大きくなっている。

【当事者本人の自己決定・参画・エンパワメントについて】

自立生活センターは、その成り立ち、理念、活動内容共に、当事者主体である。また、ピアカウンセリングや自立生活プログラムなどエンパワメントについての手法も上記に述べたようにシステム化されており、単なる当事者同士の語りの場を越えた機能を有している。

【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

上記の考察をふまえ作成した対照表を作成した。ヒューマンケア協会・CIL小平という自立生活センターのもつ理念と手法により可能になっていること、また、その理念と手法を持たない場合に支援者が陥りやすい非当事者支援のあり方を比較したものである

表 当事者支援モデルと非当事者支援モデル対照表

	非当事者支援モデル	当事者支援モデル
地域生活の理念・構成要素	不明確 グループホームや施設なども、「地域生活」と位置づけられる可能性がある	明確 施設やグループホームではなく、自己決定に基づいて、地域で生活を送る
意志決定機関の構成	健常者中心のため、当事者の真のニーズに敏感になるのが難しい。	当事者中心であるため、真のニーズ把握について敏感である。
ケアプランの位置づけ	目的 地域生活を達成するための、システムがなく、現実的には、ケアプランと地域生活の間が断絶し、サービス提供が目的化しやすい	手段 地域生活の理念や構成要素に対応するシステム（体験室・PC・ILP）をもつため、地域生活を可能にするためのサービス提供という視点が維持される。

権力	立場的、または時間的に、 相談する人される人の関係 が明確で権力関係が固定化 される	ピアの思想により、権力関 係が排される
エンパワメント	エンパワメントを促すシス テムがないため、本人の真 のニーズを導き出せない。	P C、I L Pにより当事者 の主体性を取り戻し、エン パワメントを促すことで、 当事者の人生にとっての 真のニーズを導きだせる。
本人のニーズ表明	真のニーズに気づけない	真のニーズに気づける (ニーズの洗練 WANT か ら NEED へ)
援助者のニーズ把握	真のニーズを読み取れない	真のニーズを読み取れる
ケアプラン	不要なサービス(施設サー ビスなど)を盛り込む、必 要なサービス(介助等)を 盛り込まない 非効果的なサービス提供	必要なサービスを盛り込 み、不要なサービスを排す る 効果的なサービス提 供

上記のような考察から、政策への提示として以下の事が導きだせよう。

(1) 真のニーズを把握しエンパワメントするシステムの制度化

真のニーズ、潜在的なニーズを掘り起こし、それを中心として支援を行うためには、「仕掛け」が必要である。C I Lのピアカウンセリングや自立生活プログラムは、その仕掛けとして作用している。ニーズが潜在化する要因を、C I Lでは専門家支配や経験の不足、社会的抑圧ととらえており、支援のスタートラインにおいては、社会モデルを踏襲するならば「無力化」された諸個人を想定している。この想定は、当事者の持つリアリティであり、現在の社会や福祉のあり方のもとでは、おおむね正しい想定であると考えられる。この無力化の状態から、個々を解き放つための特別なプログラムが義務づけられなければ、先の対照表で示したように、表面的な庇護ニーズしか把握できずに支援が終結してしまう危険性がある。

また、真のニーズを把握するための信頼関係の構築に必要な時間の保障も必要である。真のニーズを把握するために必要な信頼関係の構築と、各種プログラムには、きめ細かな支援の積み重ねが重要であり、当然のことながら、多くの時間を要する。

(2) トータルサポート

他機関との流れ作業のような書類上の連携では、信頼関係の構築は困難であるし、ニーズ把握の前提となる本人理解は困難である。これは、特に精神・知的障害者の場合などに顕著である。また、体験室利用に際しての介助派遣サービスや、支援終了後のフォローに関して、利用者が「安心感」を持つことが可能である。

ただし、相談支援事業者が、自らの事業所のサービスを利用させるということは、一定の問題もはらんでいる。第一に、利益相反の問題。第二に、利用者が、サービスに不満を感じた場合に、相談しにくいという権利擁護上の問題がある。これらの問題に対応すべく、独立した権利擁護機関の存在が必要である。

### (3) 精神・知的障害者への対応

現行の相談支援の中では、精神障害者への対応が困難であることも明らかになった。ヒューマンケアの支援体制は、身体障害者を中心とした長い経験に基づき洗練されてきた仕組みに基づいている。それが、自立生活体験室や ILP、ピアカウンセリングを通じてニーズ把握とエンパワメントを行うシステムである。しかしながら、知的障害者、精神障害者に関しては、いまだ課題が多いのが現状であることが明らかになった。

知的障害者、精神障害者には、信頼関係を構築するまでに必要な時間の確保、支援の依存関係など障害特性に基づく課題がある。また、現実に自立生活体験者の数が少ないことや、自立を行おうとする際の地域での相談支援体制や介助体制の質・量的確保が遅れている点が当事者リーダーの育成を阻んでいることが考えられる。特に、長い間福祉の領域から対象外とされてきた精神障害者の支援体制は完全に立ち後れていると言わざるを得ない。しかし、だからといって身体障害者を中心として構築されてきた CIL のシステムや理念が、精神・知的障害者に適用不可能であると結論づけるのが早急であるということは、CIL 小平の事例により明らかである。では、本人をエンパワメントしていくシステムを通じて精神・知的障害者の支援を行っていくために必要な基盤とは何だろうか。

第一に、身体障害者と同様の制度的基盤を整えることがあげられる。具体的には、所得保障、身体障害者に適用されている移動・社会参加を対象とする重度訪問介護など、自立に必要な最低限の基盤整備があげられよう。

第二に、ニーズに応じた新たな制度構築があげられる。事例にみられた夜間の電話から見られるのは、精神障害者がかかえる問題にたいする受け皿のなさである。これにたいしては、地域診療医院以外で、緊急に対応できる地域での小規模な医療付きショートステイの構築が有効であると考えられる。我が国の病床数や入院患者数の多さが、「自宅か入院か」という二者択一に近いサービスメニューに翻弄され、病院に依存状態にならざるを得ない当事者の姿を物語っている。

また、別章にて検討した、トリエステシステムをモデル事業として実施することや、さらには、マディソンモデルの普及など各モデルを有効な形で取り入れ、精神・知的障害者のニーズに即した支援のあり方を構築することも必要である。

参考文献：

- 中西正司・上野千鶴子 『当事者主権』2003.10 岩波書店
- 中西正司・上野千鶴子編 『ニーズ中心の福祉社会へ 当事者主権の次世代福祉戦略』2008.10 医学書院
- 全国自立生活センター協議会編 『自立生活運動と障害文化 当事者からの福祉論』2001.5 現代書館
- 全国自立生活センター協議会 『JIL年鑑』2005  
<http://www.j-il.jp/data/index.html>



## 第 2 節：知的障害者の地域移行の事例について（長野県駒ヶ根市西駒郷、コロニー雲仙、大阪市出発なかまの会）

本節第 1 項では、長野県が主体となった西駒郷の地域移行の取り組みを紹介し、その評価点及び限界点を当事者の視点から分析する。第 2 項では、長崎県雲仙市の、社会福祉法人南高愛隣会コロニー雲仙の入所者に対して、地域を巻き込んだフォーマル、ノンフォーマルな支援体制を構築した地域移行の取り組みを紹介する。さらに、第 3 項では重い知的障害者が「地域で当たり前暮らす」という理念のもと、いくつかの手法を用いて本人主体の支援を展開している大阪市 NPO 法人出発（たびだち）なかまの会の実践を紹介する。

### 第 1 項 長野県西駒郷のとりのくみ

#### 1-1. 西駒郷の組織概要と地域生活への移行の背景

##### 1-1-1. 西駒郷の組織概要

昭和 43 年に知的障害児及び知的障害者更生施設として更生訓練部が開設され、翌年、知的障害者授産施設として生業部、昭和 46 年重度な知的障害者を対象に知的障害者更生施設として保護部などを順次開設した。以来、長野県全域を対象とした 500 人規模の大型入所施設として知的障害者を受け入れてきた。その後、自立生活訓練を推進するためにアカシアホーム(平成 6 年)、アジサイホーム(平成 15 年)を開設した。また重度な知的障害者の地域移行をスムーズに行うため、自立生活体験用にすみれホームを改修(平成 15 年)した。そして平成 17 年からは、指定管理者制度を導入し、現在は、社会福祉法人長野県社会福祉事業団が運営の中心を担い、派遣されている県職員は、将来的には撤退<sup>28</sup>する予定である。

##### 1-1-2. 西駒郷の地域生活への移行の背景

西駒郷の地域移行への動きは、当時 30 数年が経過して老朽化した施設の改築の検討が契機となっている。平成 14 年に西駒郷改築検討委員会<sup>29</sup>が、県に対して次のような提言<sup>30</sup>をした。

“ 長期入所型のコロニーとしての改築を行うべきではない、入所施設を設置して直接サービスをするのは、社会福祉法人に任せ、県はその支援や調整を担うべきである、利用者の居住環境の早急な改善が必要である、利用者の地域生活の支援体制を全県的に整備し、地域移行へ促す、地域生活移行は、県が責任を負うべきである “

<sup>28</sup> 現時点（平成 21 年 11 月）では県職員は 4 名で西駒郷地域生活センター、事務を担当。

<sup>29</sup> 平成 13 年 7 月から 7 回開催

<sup>30</sup> <http://www.pref.nagano.jp/syakai/fukusi/nkoma/4dai1.pdf>

そこで県は、知的障害者の地域移行を具体化するために、平成 15 年「障害者自立支援課」を設置し主導する体制を構築した。さらに西駒郷基本構想策定委員会<sup>31</sup>を構成し、平成 16 年 3 月に「西駒郷基本構想（平成 15 年から 24 年度まで）<sup>32</sup>」を策定した。西駒郷の入所者の地域生活移行を進めることを機に、県内の施設入所者の地域移行の促進と、在宅福祉を充実するという方針を打ち出し、県民・市町村・社会福祉法人・NPO 等に協力を求めた。

### **1-1-3. 長野県西駒郷地域生活支援センターについて**

平成 15 年に西駒郷利用者の地域移行を具体的に推進するために、「自律支援部」として所長以下 3 名（担当係長、自立支援員、主任、地域生活支援業務委託員）で新たに設置した。平成 16 年の「西駒郷基本構想」において、西駒郷は地域における総合的な支援体制を整備するとともに積極的な地域移行の役割を担うとし、県の現地機関として名称を「長野県西駒郷地域生活支援センター<sup>33</sup>」に変更した。

## **1-2. 西駒郷の地域生活移行のプロセス**

### **1-2-1. 西駒郷基本構想の概要**

西駒郷基本構想は、ノーマライゼーションの理念に基づいて、知的障害者が地域で普通の暮らしを送ること、また利用者への支援内容の充実や居住環境の改善を図るための具体的な方策を明らかにすることを目的とした。西駒郷の地域移行のあり方とともに、長野県全県の知的障害者の地域生活を積極的に支援することをめざした。つまり、県内の施設入所者の地域生活移行の促進と在宅福祉の充実という長野県の方向性が示された。そこで長期的な観点も視野に入れ、平成 15 年度から 24 年度（10 年間）を構想期間とした。

### **1-2-2. 西駒郷地域生活センターの役割**

主な業務内容は、西駒郷利用者の地域生活移行支援、地域生活移行者のアフターケアに関する業務、地域生活移行についての理解促進（研修、便りの発行）、西駒郷の事務管理、ほかである。具体的な業務は次の通りである。

西駒郷利用者の地域生活移行支援

- 地域移行に関する意識調査（本人・家族）
- 地域で生活するために必要なグループホーム等の開拓及び整備・運営に関する助

<sup>31</sup> 西駒郷基本構想策定委員会は、平成 15 年 1 月から 5 回開催、4 つのワーキンググループで作業（1.地域生活移行、2.県立施設の役割、3.支援内容、4.施設整備）

<sup>32</sup> <http://www.pref.nagano.jp/syakai/fukusi/nkoma/kousou.htm> 平成 15 年  
（<http://www.pref.nagano.jp/syakai/fukusi/nkoma/index.htm> 見直し版、平成 18 年）

<sup>33</sup> <http://www.pref.nagano.jp/xsyakai/nisikoma/>

言・支援等

- 地域生活移行に関する諸調整、諸会議の開催
- 移行する利用者のケースワーク、調整及び関連事務
- 再入所者の支援に関すること  
地域生活移行者のアフターケアに関すること
- 移行先を訪問し地域生活移行後の状況調査や把握
- 困難ケースの支援
- 地域生活移行の検証

### 1-2-3. 西駒郷の地域生活移行支援の流れ

西駒郷の地域生活移行の進め方は、原則として「西駒郷地域生活移行支援の流れ」( \* 詳細は別添資料参照・平成 21 年 8 月改訂) に沿って実施する。地域生活移行を希望する利用者に、西駒郷内外の自活訓練ホームを活用し、個別支援計画<sup>34</sup>に基づいた自活訓練<sup>35</sup>を行い、次に移行予定の事業所で宿泊体験などを重ね、具体的な地域生活のイメージを持つことができるように支援する。そして最終的に、本人の自己決定で地域移行が決定したら、利用者本人の地域生活の希望に沿った支援のために、移行先の事業所や地域の圏域障害者総合支援センターなどの関係機関と連携し、支援プランを作成してスムーズな地域移行が実現するように支援する。移行後も当センターでは、1ヶ月以内のアフターケアの訪問、定期的な訪問、さらには困難ケース等の助言・支援、危機介入や移行先各事業所等の「個別支援計画」の修正、ほかを支援している。

西駒郷は施設内に2棟、施設外に2棟自活訓練のためのホームを所有している。最長で1年、短い人で2,3ヶ月間訓練<sup>36</sup>を行う。実際の訓練内容は、本人同意の下で健康に関すること、日常生活支援に関すること、社会生活技能に関すること、コミュニケーションに関することなどである。次に、実際に入居するグループホームで必要な期間(50日以内)訓練を実施する。同時に利用者・保護者・事業者・市町村・圏域支援センターなどの関係者でケア会議を開き、本人の希望を聞きながら支援プランを作成する。グループホーム、ケアホームの入居からは、西駒郷地域生活センター主導から、入居先の属する圏域支援センター(後述)<sup>37</sup>に支援の主体が移行する。

<sup>34</sup> 西駒郷で作成した「自活訓練アセスメント表」「自活訓練個別支援計画表」「自活訓練個別支援計画(実施・評価)表」「自活訓練見極め表」を利用する。

<sup>35</sup> 訓練施設には世話人を配置し、西駒郷の職員と協力しながら、利用者の支援、相談を行っている。世話人等の支援を受けながら、自立生活のために炊事、掃除、買い物などを行い、徐々に自立の度合いを深めるとともに、地域生活における必要な支援を明らかにする。

<sup>36</sup> インタビュー調査では「1年半~2年」と回答した人もいる。移行先のグループホームや事務手続き上のこともあり、比較的長い人も多いと思われる。

<sup>37</sup> 長野県では、10の障害保健福祉圏域ごとに総合的な障害福祉施策を推進している。西駒郷のある駒ヶ根市は、上伊那圏域に含まれる。

#### **1-2-4. 西駒郷の地域生活移行の実績**

平成 14 年から平成 21 年 3 月までに、247 名の知的障害者が地域移行した。西駒郷の地域移行の特徴は、特定の市町村に偏らず、移行先の 7 割弱は故郷へ、3 割強の人が西駒郷の周辺に居住し、県全域に地域移行が分散したことである。平成 14 年は 466 名が在籍していたが、現在では 187 名である（再入所者 10 名、新規 1 名を含む）。地域移行の内訳は、グループホームが 94 ヶ所で 224 名、公営住宅・アパートが 8 ヶ所で 9 名、家庭が 14 名となっている。地域移行先は、グループホームが大多数であるが、グループホームを終の棲家と捉えてはいない。

また日中活動も積極的に支援しており、就労は 30 名、通所系事業所に 217 名が通っている。さらに地域移行に至った 247 名の障害の程度は、 中度 92 名（44%） 重度 77 名（36%） 軽度 38 名（18%） 最重度 6 名（2%）である。つまりこの実績は、障害の程度に関係なく、本人の意向に沿った計画を組み立てることから開始した成果だと西駒郷の職員は述べている。

#### **1-3. 地域移行における県の相談支援体制～圏域障害者総合支援センターについて～**

長野県の地域移行は、障害保健福祉圏域ごとに市町村が実施する相談支援事業と連携している。圏域の障害者総合支援センターに、就業・生活、療育、3 障害と専門性の高い相談支援を行うコーディネーター等を配置して、障害者が地域で安心して生活できるように相談支援体制の整備を図っている。この圏域障害者総合支援センターは、グループホームの設置や入居に関わる情報を集約し、グループホーム入居後のフォローに動けるように体制が整っている。しかし、資源は潤沢にはなく、資源をどのように作り出し、そして利用者のニーズにどう応えていくかなど課題を抱えている。

#### **1-4. 当事者の主体性を重要視した地域移行への対応について**

地域移行は、まず援護寮の職員を通して入所者本人と家族への意向調査を実施している。そして最終的な移行は、本人の同意に基づくことを大前提としている。ただし、意思表示の困難な重度障害者に対しては、生活全般の中でニーズを的確に把握し、職員自らが適切な支援計画を作成し、その計画に基づいた支援が提供できるように取り組み、自活訓練ホームへの体験入居などを踏まえて、家族とともに地域移行の可能性を探る。また本人は、動機付けの一つとしてグループホーム見学などを実施している。しかし西駒郷では特に、当事者のエンパワメントにつながるセルフヘルプ的な活動やピアカウンセリングなどのプログラムは設定していない。近年、グループホームの世話人が、個人的に当事者同士での集まりを開始したが、新しい活動であり参加者は少ない。

#### **【地域移行に関する当事者の意見】**

2006年、2007年に社会福祉法人長野県社会福祉事業団が日本財団の助成を受け、『長野県西駒郷の地域移行評価・検証に関する研究』<sup>38</sup>を行い、地域移行者201名から聞き取り調査を実施した。今回はその報告書から、西駒郷地域移行のグループホームの可能性と課題の一部(p32-33)を抜粋し、要約して紹介する。

- 1) 地域生活の満足感を規定しているもの...入所施設との対比によるもので、大きな生活単位から小さな単位(あるいは一人)へ移行したことによる、暮らしの落ち着き、平穏さである。もう一つは、私的な占有空間の確保であり、その私的な占有空間に対する他者の介入を自分でコントロールできることである。次に、自らが「生活主体」であることや「住む」というような感覚を取り戻していくことで、自分自身で生活を組み立てていくことを取り戻していく過程と捉えている。
- 2) 「ミニ」施設への危ぶみ...結果として、現状は入所施設の特徴(食事時間、門限、消灯、外出制限ほか)を備えた「ミニ施設」であるグループホームが多く見られる。入所施設の負の特徴を地域生活に持ち出している。理由の一つには、当事者や当事者の行動はグループホームの構造に規定される側面が大きい。さらに重要なことは当事者の生活を強力に規定していることである。
- 3) 地域生活の理念化...地域生活とは、単に住まいの場が「地域」にあれば良いのではない。当事者が納得して住めることが重要である。さらに生活に関する決定やコントロールが当事者の主導のもとにならなくてはならない。このような「地域生活の理念化」が求められている。
- 4) ソフト(支援)とハード(建物構造、環境)との関連...かなりの割合で建物構造や立地条件に不満が聞かれた。このようなハード面に不満のあるグループホームでは、ソフト面である支援のあり方についても不満が持たれる場合が多い傾向もあり、両者は相互に関連している可能性がある

#### 補足：聞き取り調査より

\* 他に、「一人暮らしをしたいと思ったけど世話人には言えない」「まだ早いと止められた」などの意見もあった。...次のステップへつなぐシステムが確立されていないのではないと懸念される。

### 1-5. 考察

#### 【地域生活移行の結果】

西駒郷の取り組みは県が実施主体となり、厚生労働省がモデル事業として地域移行を取り組んだ事例である。西駒郷基本構想策定委員会には、厚生労働省が招聘した職員も参加し、地域移行のために西駒郷地域生活支援センターを立ち上げている。地域移行を行うためには、国と県、市町村の社協や地方の福祉事務所、社会福祉施設との連携が欠かせない。西駒郷では、施設周辺に自立するのではなく、それぞれの圏域障害者総合センターと連携をすすめ、長野県全域に地域移行が実現できた点は評価できる。

<sup>38</sup> [http://park19.wakwak.com/~nagano-shafuku-j/pdf/nishi\\_cyousa/H20houkoku.pdf](http://park19.wakwak.com/~nagano-shafuku-j/pdf/nishi_cyousa/H20houkoku.pdf)

西駒郷地域生活支援センターの職員は必ずしも知的障害者の専門家ではないが、就労支援から生活支援まですべてを担っている。また当センターからは、1ヶ月以内のアフターケアの訪問、定期的な訪問、困難ケースの助言なども実施している。

また課題としては当事者のインタビュー報告書から、グループホームがあくまで「小施設」に陥っているかのような対応（食事・門限時間の設定、一人での外出を認めない世話人がいた、世話人の意見が最優先など）が指摘されている報告があがっており、必ずしも本人の意思に沿った生活が送れていない一面もあるようだ。地域移行とは、移行先が GH であっても、本人の地域生活が、本人によるコントロールや自己決定により生活が保障されているかが重要である。

#### 【当事者本人の自己決定・参画・エンパワメントについて】

西駒郷の地域移行に関する第三者評価では、当事者の参画について、高い評価が出されている<sup>39</sup>。地域生活移行という点では、社会保障審議会障害部会で紹介されるなど、行政からも一定の評価を得ている。

しかし、本調査から以下のような点が浮かび上がってきた。地域移行の要望調査は、意思表示の困難な重度な知的障害の入所者に対しては、職員が生活全般の中でニーズを的確に把握し、適切に支援計画を作成し、その計画に基づいて支援を行い、自活訓練ホームの体験入居を通じて家族と相談して移行を決定するシステムとなっている。また、他の地域移行者も、「職員に言われた」などと発言している人も多い。地域移行そのものに、当事者が意思決定プロセスに十分に参加できていなかったのではと感じる点も多い。

また未だに、「自活訓練が長く感じた」「自活訓練はあまり役に立っていない」など発言している者もいる。地域移行に必要な自活訓練が、本人が承諾したにもかかわらず、移行後にこのような発言が出るということは、プログラムを計画した際に本人の主体性が乏しいことから振り返るとそう感じてしまうのではないだろうか、と懸念される一面もある。

地域移行の支援システムの中に、当事者の職員や知的障害当事者のピアカウンセリングなどエンパワメント促進につながるプログラムは組み込まれていない。本人主体を謳うのであれば、重度障害者本人の意思を代弁できるような当事者リーダーなどの意見を組み込むシステムが必要である。近年、有志の世話人が始めたセルフヘルプ的な活動も、参加者は数名で原初的な形式に過ぎない。そのような状況では、当事者自身が「今の状況は前よりはいい」「ルールは嫌だけど我慢できる」など、現状を受け入れてしまい、自分たちの権利を学んで、自らが主体的に考え、次に踏み出す勇気や考えをもてない状況ではないだろうか。特に西駒郷ではプログラムとして取り入れられてはいないが、

---

<sup>39</sup> 株式会社マスネットワーク、特定非営利活動法人アイネット SAKUMA、株式会社福祉経営サービス研究所による 2006～2009 年にかけての調査。いずれの報告においても、利用者本意の福祉サービス、利用者の尊重などの項目で、高い評価を得ている。

同じく、入所者へのエンパワメントを促進させる活動は不可欠である。

また、前述の第三者評価からは、いずれも苦情解決システムが課題としてあげられており、本研究での調査と照らし合わせると、「何をもって当事者の尊重とするか」という視点が、非常に重要になってくると考えられる。苦情や主張をいえないような環境やエンパワメントを欠いた状況のなかでは、「状況に甘んじる」ことや「言うにいけない」当事者の思いを、拾い上げにくい状態にあり、「当事者が尊重された状態」の客観的測定は困難である。そのような点で、本調査のたつところの視点から見た当事者尊重の評価と社会的評価の間に一定の乖離が見られていると考えられる。必要な事は、苦情解決のシステム化やエンパワメントのアプローチを取り入れ、当事者が「自由に」発言できる空間の確保と、その空間が確保できた上での、「当事者尊重」の評価であると考えられる。

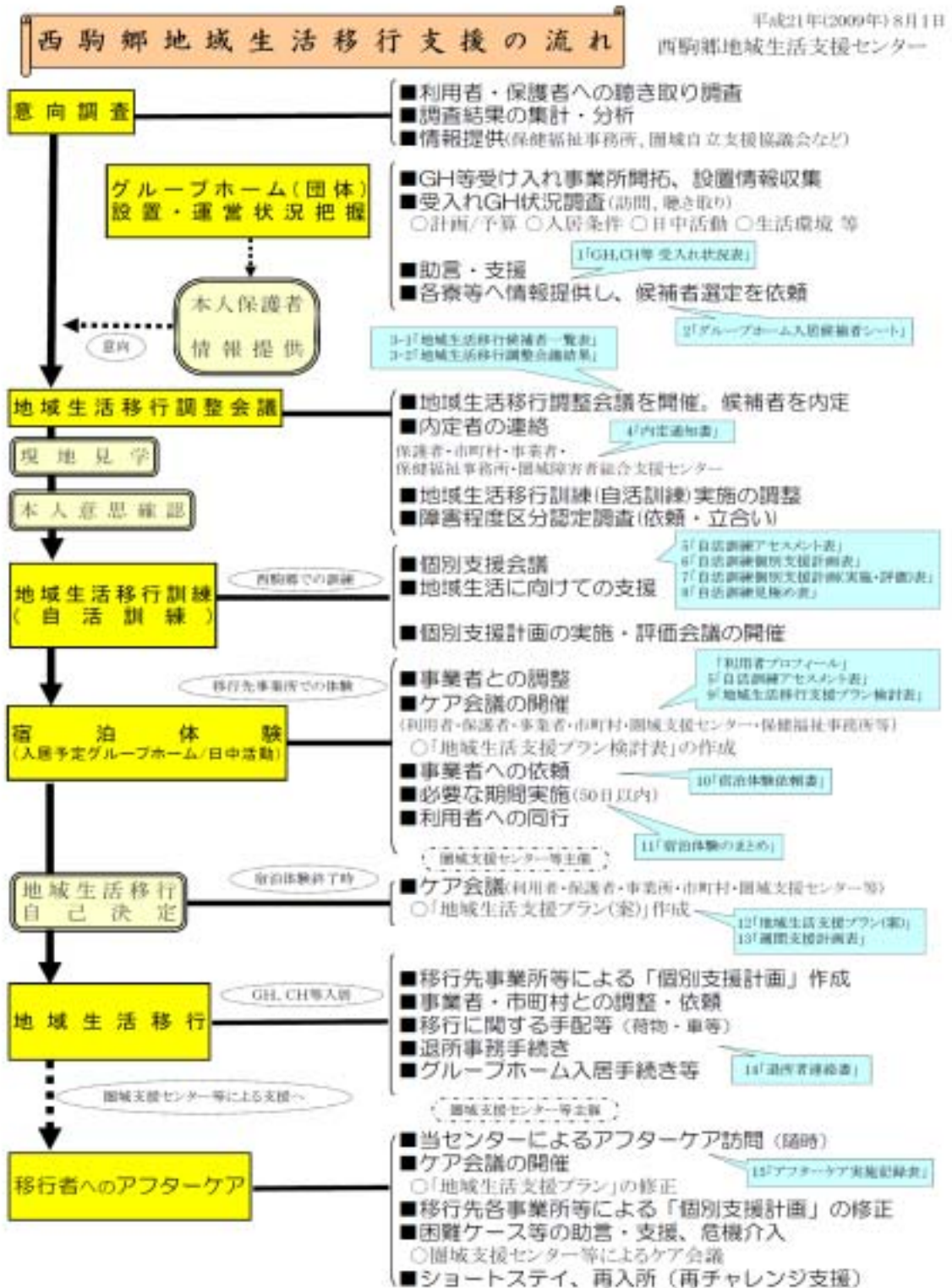
#### 【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

長野県西駒郷のように、専門家や健常者職員が中心になった地域移行を進める方式には限界がある、という危惧が今回の調査からは指摘されている。知的障害者の地域生活移行は、未だ全国的にも当事者の参画に基づいた視点での成功事例は希少である。知的障害者が地域移行を行う場合、地域で障害当事者の立場に立って助言、支援が可能な受け皿となる自立生活センターのような機能を持った組織は欠かせない。その配置のためには、当事者リーダー育成のためのピアカウンセラー養成講座や地域生活を見据えた自立生活体験室でのモデル的自立生活の実施し、その体験中でも当事者ピアカウンセラーによる支援が可能となるなどのシステムの構築が必要である。

#### 参考文献：

- 社会福祉法人長野県社会福祉事業団『長野県西駒郷の地域移行評価・検証に関する研究』，日本財団、2008
- 長野県西駒郷地域生活センター：<http://www.pref.nagano.jp/xsyakai/nisikoma/> 2009.11
- 長野県：長野県西駒郷基本構想（平成18年度）見直し  
<http://www.pref.nagano.jp/syakai/fukusi/nkoma/index.htm>
- ワムネット 開示情報 福祉サービス第三者評価情報  
<http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokekka2.nsf/aOpen?OpenAgent&JNO=2000000005&SVC=0001265>（2010/3/20）

別添資料 西駒郷の地域移行の流れ





## 第2項 社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙の入所施設から地域移行への実践

### 2-1. 社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙について

#### 2-1-1 背景

理事長である田島氏は、1960年、15歳の時にアメリカのジョンソン牧場を見学し、そのことが今日のコロニー雲仙の原点にあった<sup>40</sup>と語っている。当時の日本の障害者といえば、暗いイメージを想像させる社会であった。さらに田島氏は国会議員の政策秘書をやっていた頃に、心身障害者対策基本法の制定のために奔走し、当時は「ゆりかごから墓場まで」と、一生涯、福祉施設を充実させることで障害者を救おうとした法律の制定に貢献した経験があるという。

その後、法律制定後、整備された新しい福祉施設を見学に回ったところ、居住する当事者たちは、「早く家に帰りたい」「家族と暮らしたい」と声をあげていた。これを聞き、施設を必要としていたのではなく、地域に帰りたいとアピールされてしまい、この施設型の支援の失敗に気づいた。そこで、障害者が地域で普通に暮らせるような仕組みを作ろうと、法的な制約があり、まずは入所授産施設<sup>41</sup>「雲仙愛隣牧場」(1978)からスタートしたが、この施設も、いずれは地域生活に移行することを大前提に運営を始めた。(2007年にコロニー雲仙(更生寮)、愛隣牧場は完全閉鎖済み…後述)

#### 2-1-2. 社会福祉法人南高愛隣会 (以下コロニー雲仙) 組織概要

現在、コロニー雲仙は約1600名に福祉サービスを提供し、職員も500名以上抱えている大規模な法人である。コロニー雲仙では5つのサービス事業を提供している。

日中活動支援：いきいき活動(重度・重複障害者の日中活動<sup>42</sup>)、職業訓練と働く場(自立訓練、就労移行支援、就労継続支援B型、就労継続支援A型、一般就労など)

生活支援：生活の場(GH, CHの運営、単独型短期入所)、生活訓練の場(生活訓練、機能訓練)、宿泊型自立訓練

相談・訪問・介護・移動支援：相談支援、訪問介護、移動支援、

介護保険：小規模多機能型居宅介護事業(高齢者の地域生活支援<sup>43</sup>)

矯正施設からの退所者への支援：2009年4月から更生保護施設を開設、地域生活

<sup>40</sup> 田島氏は1960年に少年大使としてアメリカ各地を訪問した際に、第36代ジョンソン大統領の運営する牧場に招待された。ジョンソン牧場では、障害のあるないにかかわらず、いきいきと役割を持って働く障害者の姿があったと述べている。

<sup>41</sup> 当時、限られた法・制度の下で、障害者支援事業の持続性を確保するには「社会福祉法人格」を取ることが必要で、入所施設を設置し、運営することが必要とされたため、その枠組みの中で、活動を立ち上げた。

<sup>42</sup> 旧愛隣牧場は現在、受刑者の更生保護施設、牧場などは重度・重複障害者の乗馬療法や職業訓練用として活用している。

<sup>43</sup> 通所を中心に、訪問や泊まりを組み合わせ、高齢者の在宅生活を維持する地域密着型サービス、24時間365日対応、

に戻るために生活や仕事に対する準備や支援を行う<sup>44</sup>

その他：第3セクター職業訓練法人 長崎能力開発センター

### 2-1-3. 沿革史

コロニー雲仙では、5年毎に整備計画を定めて運営を見直し、法や制度にも柔軟に対応させ、地域生活をめざした取り組みを実施してきた。以下の表は、これまでの経過である。

	テーマ	概要（主な取り組みを抜粋、詳細については後述）
第1次計画 (1978-1983)	治療教育・指導訓練の場	社会的自立に向けたカリキュラムと指導体制作り。育成会発足、職業訓練（家畜の飼育や園芸）と生活習慣の訓練
第2次計画 (1983-1988)	社会自立へのシステムづくり	働く場の確保（福祉工場 アイリン産業）、職業訓練（長崎能力開発センター開設）、生活支援（通勤寮と生活訓練、重度/高齢の障害者のための自立訓練）
第3次計画 (1988-1993)	社会生活の受け皿づくり (1989 GHの制度化)	事業整理（養豚科を廃止し、地域の農家などで園外実習、福祉工場コロニーエンタープライズ開設）、GH設立、配食サービス開始、年金管理委員会 <sup>45</sup> 発足、地域サービスセンター（アフターフォロー、地域生活支援）
第4次計画 (1993-1998)	人として生きる権利をどう保障してくれるか	ふるさと型自立訓練棟 <sup>46</sup> を設置、地域サポーター <sup>47</sup> 制導入、合同出資による（株）プリマルマーケット開設、
第5次計画 (1998-2000)	共に生き共に支えあう、安心できる福祉社	障害者雇用センター開設、瑞宝太鼓(余暇活動)が福祉工場内の興行課としてプロ化、1998年を

<sup>44</sup> 厚生労働科学研究「罪を犯した障害者の地域生活支援に関する研究」を実施。先行研究に基づいて本事業は開始された。

<sup>45</sup> 年金を一括管理し、社会的事業に投資する。のちに、NPOサポートネットワークながさき（2001）として独立し、委託者の地域生活を支える関連団体と協力して活動。以前は親の会である育成会が年金を管理したが、年金は親の管理ではなく、信頼の置ける第3者が行うべきとして、育成会事業とは切り離れた。

<sup>46</sup> ふるさと型自立訓練とは、措置を継続したままで、職員ごと自立生活訓練棟の機能を、ふるさとに移すことで実現し、障害の重い当事者らの希望に応えることが実現した。

<sup>47</sup> サポーター10万人運動を開始し、GH・CHや単身生活者の地域生活を支えるサポーターとして普及。

3)	会	最後に、雲仙愛隣牧場の生活棟の入所利用者はゼロ <sup>48</sup> となる、 NPO 法人サポートネットワークながさき設立 (2001)
第6次計画 (2003-2008)	ふつうの場所で愛する 人との暮らしを	結婚推進室「ぶーけ」 <sup>49</sup> オープン(2003)、NPO 法人障害者後見・支援センター「あんしん家族 <sup>50</sup> 」設立(2007)、ホームヘルプステーションが介護保険事業者に指定、訪問看護ステーション開設
第7次計画 (2008-2012)	弱者を包む地域づくり	累犯障害者への支援(長崎地域生活支援センター設置、更生保護施設開設)ほか

図1. コロニー雲仙 沿革史

出典 コロニー雲仙ガイドブック 2009 : 45-46)

## 2-2. コロニー雲仙の地域生活移行のプロセス

### 2-2-1. 地域生活移行のイメージ

入所型の施設は、明確に「通過性」「一過性」「出口のある施設」として位置づけている。社会自立への使命として、これまで毎年平均して定員の約 12%を地域に送り出してきた。

地域移行に当たって、利用者の地域生活移行を進めていく上で日中活動や仕事の間、さらに生活支援等のサービスの代替資源を見出すだけでなく、サービスが不足するところへは、事業所を創設することも必要だと考えている。各々の職員が、専門領域で中心的に事業を展開し、併せて、周辺の在宅障害者たちにも利用できるように、多様な活動を展開することをめざしている。

### 2-2-2. 地域生活支援の特徴

コロニー雲仙は、当初グループホーム・ケアホームを施設の周辺に建築してきた経緯がある。しかしその結果、町から遠く離れた場所に建設し、不便さもあって、いかに立派な建物であっても、利用者からは「町に近いほうがいい」「アパートに住みたい」という声があがってきた。そこで、実践を通じて GH 設立ではなく「地域の借家、アパート・公営住宅借り上げ方式」へと転換した。以下の図2にコロニー雲仙の、チーム支援

<sup>48</sup> 措置は継続したままであるが、自立生活訓練へと移行した結果である。

<sup>49</sup> 現在登録者は男性 72 名、女性 52 名である。

<sup>50</sup> 高齢・障害者の人権擁護や成年後見などを目的として設立。当事者の人権擁護の役割を果たす。保護者や後見人の相談を主として、地域で安心して暮らしていくための事業を行う。

による地域生活支援の特徴を紹介する。

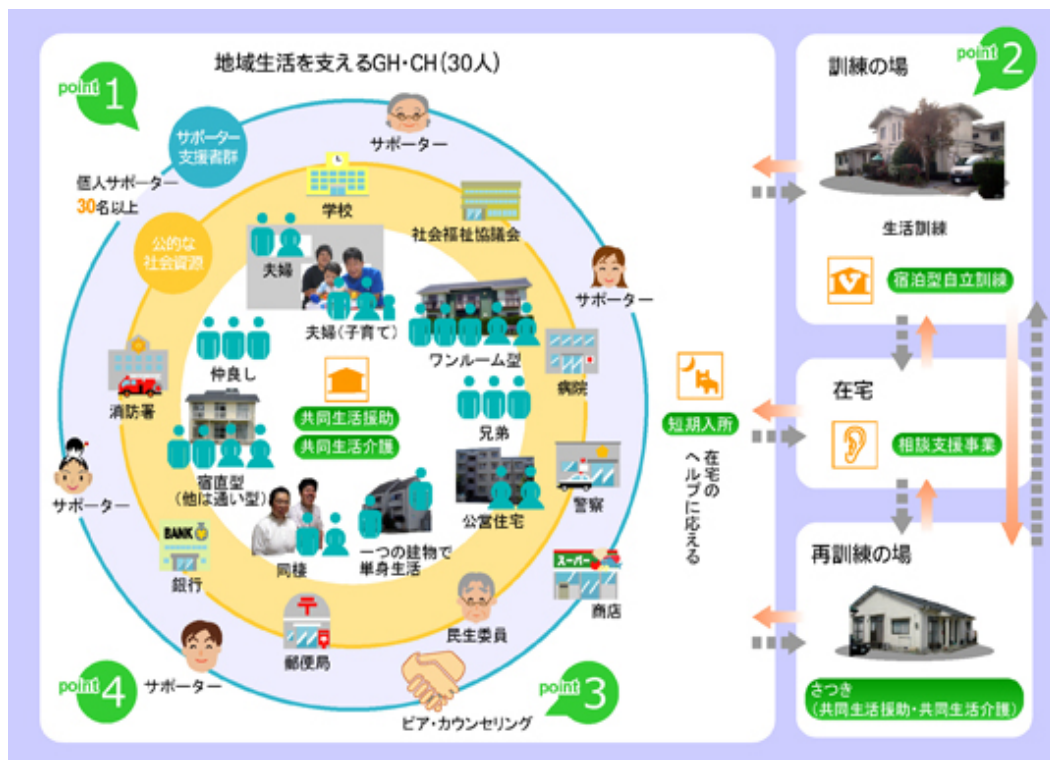


図2．地域生活の支援体制

(参照、社会福祉法人南高愛隣会 コロニー雲仙地域での生活を支える web<sup>51</sup>より)

### 2つの地域力（サポーターと公的な機関）で地域生活を支える

コロニー雲仙のグループホーム・ケアホームは、適正な支援を行うために徒歩約30分圏内を1群として、30名のグループ構成をなし（1つのグループホーム・ケアホームの入居者は4～5名）、当事者のさまざまな暮らし（パートナー生活、単身生活）を支援している。地域生活を、インフォーマルな地域のサポーターとフォーマルな公的な機関・資源で支えている。現在は県内6市に14群と広がっている。グループホーム・ケアホーム事業所は、窓口の担当世話人は設けているが、基本的にはチーム支援体制である。チーム支援とは、以下のとおりである。

- 管理者（事業の運営・経営全般の管理）
- サービス管理責任者（サービス管理・ケアプランの管理、施設長の役割）
- 生活支援員（障害の特性に合ったサービス展開など：SW、介護福祉士等）
- 世話人（直接支援の中核、地域住民との架け橋の役割、\*世話人の雇用の要件として、子育て経験のある人、世話好き、地域の情報に詳しくネットワークを持っている人、としている）

<sup>51</sup> <http://www.airinkai.or.jp/coloney/seikatsunoba/index.html>

- その他（看護師、事務員：危機管理・側面的支援者）

### 生活訓練で自立をサポート

施設外に、通常の宿泊型の自立訓練と、日中訓練と併せて、再訓練や生活訓練を期限を決めて行うグループホーム・ケアホームがある。特に後者は、何らかの問題で地域生活を送れなくなった人を、一時的に再訓練するために利用することを目的としている。

### 仲間との支えあい

当事者同士の支えあいを大きな力としている。当事者グループ「NPO ふれあいネットワーク・ピア」（2-3 で紹介）は、当事者の権利主張やピアによる電話相談のほか、有償ボランティアなどに取り組んでいる。また「ふれあい協会」（2-3 で紹介）は、4つの地域に、約300名の会員で構成されている。来年度以降は、NPO ふれあいネットワーク・ピアと統合し、地方は、ランチとして整備していく方向で準備をすすめている。

### 愛する人との暮らし

障害者支援自立法は、「1住居の最低利用人数は2人以上」という規定により、夫婦生活や子育て支援、隣同士のアパートに住む単身者といった、様々な「愛する人との暮らし」に合わせた支援が可能になった。コロニー雲仙では、2003年に結婚推進室「ぶ～け」（2-4 で紹介）を開設した。結婚という形式にとらわれず、パートナーによる二人暮らしも支援している。さらに、子どもが誕生する世帯も出てきており、現在は6世帯に子育て支援<sup>52</sup>を行っている。

## **2-3. 当事者グループの活動について**

### **2-3-1. NPO ふれあいネットワーク・ピア**

「ふれあい協会」から発展し、さらに主体的に当事者活動として権利擁護を含んだ活動をめざして2005年に発足した。ピアカウンセリング相談員を5地区に男女1名ずつ合計10名を配置し、相談を強化している。相談内容は、個人的な恋愛のことから、仕事、お金のことなど多岐に渡っている。そのほかに、有償サービスとして人材派遣を行い、地域生活を応援するための宿泊サポーターやハウスキーピング、送迎サービス、入浴や食事介助などの当事者支援を行う。また、余暇活動支援（レク、スポーツ）や勉強会などを行う。

### **2-3-2. ふれあい協会**

---

<sup>52</sup>子育て支援は、障害者自立支援法と児童福祉法の関係から、障害者が子育てをする場合の支援に法制度の壁がある。コロニー雲仙では、地域のサポーターとGH/CHの世話人を中心に、結婚後に子どもを作るかどうかから始まり、出産、そして乳幼児期に至るまで継続した支援を行っている。実際には、日常支援から突発的な問題（夜間も含む）にも対応している。

ふれあい協会は、地域の中で孤立することなく、仲間を作っていくと同時に地域生活をより豊かで楽しいものにするを目的とする。地域で生活している障害者が、自分たちで企画し、運営する。現在は、雲仙・島原・諫早・佐世保の4地区に団体を持ち、300名以上の会員を持つ。会員によるクラブ活動、地域でのボランティア活動<sup>53</sup>、当事者団体主催行事、地域行事への参加など、活発に地域社会に参加している。また年会費を低く抑え、当事者が参加しやすいように配慮しているということであった。昨年、新しく長崎地区にオープンした。

### 2-3-3. 当事者のインタビュー

当事者のインタビューは、ふれあいネットワーク・ピアのピアカウンセラー(4名)たち、ふれあい協会の各支部のメンバー、そしていずれかに関係する職員が同席した。彼らの団体の活動、ピアカウンセリング、個別には、ライフストーリーなどについて聞いた。特にふれあいネットワークピアのメンバーは、自主的にかつ活発に発言をしていた。それに対してふれあい協会の関係者は、ふれあいネットワーク・ピアのメンバーよりも比較的、促されて発言するという印象を受けた。また今回参加した当事者は、それぞれに、パートナーや結婚相手がいるということであった(今回の記録は当事者の発言をもとに、筆者が要約してまとめている。)

Jさん:(NPOふれあいネットワーク・ピア代表、長崎県障害者の意見を聞く会メンバー、20代後半男性、瑞宝太鼓メンバー、ダスキンの研修でハワイに行った経験がある。)

中学校のころまで通常の学校に通っていたが、障害があることが受け入れられずに、引きこもることが大半だった。ただ、自分に味方してくれる友人はいたが、障害があるのは自分だけという思いが強かった。その後の進路は、養護学校の高等部、そして職場実習を経て、地元では有名なY社に入った。中学校当時の友人は、その後も何かあると自分に味方してくれて心強かった。Y社入社後、しばらくは問題がなかったが、その後社長が変わり、障害者スタッフだけ給与計算などで不当な待遇を受けた。そこで会社に対して、自分のタイムカードを持参して交渉し、その結果、正当に差額を受け取り、さらに、ほかの仲間の問題も解決した。ただ、最終的には、会社を辞めた。そして、兼ねてからの夢であった瑞宝太鼓のメンバーになり、今は、練習や地方公演に忙しくしており満足している。

ピアカウンセラーとしては、電話相談が中心だが、依頼を受ければ休日に当事者の家に出かけることもある。主な相談は結婚やパートナーのこと、仕事のことが中心である。前から思っていたが、特に知的障害者の仕事の面について不満を感じている。知的障害

---

<sup>53</sup> 佐世保ふれあい協会は、月二回の佐世保市市役所の花壇の水遣りおよび周辺のごみ拾い活動が評価され、国土交通省よりその功績が認められ表彰を受けた。

者の仲間は、皆意欲を持って仕事をしている。しかし、人それぞれに 100%の力であることをわかってほしい。会社は、最初からできないと決め付けたり、反対に無理なことを課したり、多くの仲間はストレスを感じていて強い偏見があると感じている。だからこそ我々も、自分たちの考えを言葉にして伝えていくことが大事だと思っている。これからは多くの仲間を支えるために、今まではピアカウンセラー同士の学習会や研修ができていなかったので、我々自体も研修の機会を設けるようにしていきたい。

T さん : (NPO ふれあいネットワーク・ピア副理事表、(特例子会社 A、30 代女性、結婚 7 年目、)

地域の小学校でいじめられた経験がある。いじめられた経験がトラウマとなっているので、子どもを作ったとしても、同じ目にあうかもしれないと思い、夫婦で相談して子どもは作らないつもりでいる。生活面では特に不自由を感じていないし、地域の人と仲良く生活している。また自分が困ったときには世話人や仲間に協力してもらっている。ただ、職場に対しては不満を感じている。なぜならば自分は、健常者から差別を受けていると思う。例えば、他の人は \* \* さんと呼ぶのに自分だけ呼び捨てにされたりするので、嫌な気持ちをしている。ただ職場では話を聞いてくれる場所がないので、今のところは我慢している。

ピアカウンセラーとしては、ほとんどが恋愛の相談である。たまに、お金や制度の事を聞かれ、答えるのが難しいときは、仲間のピアカウンセラーに電話して聞いたり、それでもわからないときは世話人に聞いたりしている。月に約 10 件程度の相談を受けている。これからはもっと、ピアカウンセラー同士で集まって話しをすることも必要だと感じている。

K さん : (NPO ふれあいネットワーク・ピア理事表、(株) 大幸 B : ラーメン加工、30 代後半男性、)

小学校 1 年から、県外の入所施設で暮らしていた。入所していた施設では、保母から嫌な言葉を言われたり、殴られたりすることもあっていい思い出は全くない。早くから施設を出たいと思っていた。コロニー雲仙に来たのは、当時の養護学校の先生から勧められたことがきっかけだった。最初は嫌だったが、その頃は体力もなく、言われた通りにするしかなかった。でもコロニー雲仙で訓練を受けて、そして就職し、今ではパートナーと地域で暮らすこともできたし、よかったと思っている。

ピアカウンセラーの仕事も担当している。ほかに、イベントの企画や運営が得意である。

E さん : (NPO ふれあいネットワーク・ピア事務局長、社会福祉法人南高愛隣会、オーストラリアの当事者会議に参加経験あり、30 代男性、結婚、子どもあり)

自分は結婚しており、妻は帝王切開で出産している。普段、夕食は宅配の弁当をとり、入浴は自分が担当し、妻に子育てと家のことの両立が負担にならないように考えている。子どもは小さいが、夜間や緊急で困ったときには、地域の人や世話人が手伝ってくれているので安心できる。また子どもから目が離せない時期なので、近所の人が協力してくれることには感謝している。今の生活には満足している。

また NPO の代表を務めていたころ、子どもや家庭のこと、仕事などが重なり、パニックになりそうな時期があった。そこで、ピアの仲間に相談して仕事を分担し、今は代表を辞め事務局を担当している。ピアの仲間と一緒に支えてくれ、励ましてくれることはありがたい。みんなでやればコロニー雲仙が変わったように、いろいろなことが変わると思う。これからももっと多くの仲間のためにできることをやりたい。

#### 2-4. 結婚推進室「ぶーけ」について

2003 年に開設した「ぶーけ」は、出会いの機会の少ないメンバーに、出会いの場を提供し、紹介したり、気に入った人同士の交際を支援したり、いわゆる仲人的な支援を行っている。さらに、カップルになった人たちの交際をパートナー生活や結婚生活に向けて支援を継続していく。中には途中でうまくパートナーとなれなくても、何度もチャレンジする人もいる。

「ぶーけ」を通じてカップルになった人は、同じ障害を持つ仲間のロールモデルとなっていく。現在登録者は、127 人にのぼり、結婚・ペア生活をスタートしたカップルは 25 組にのぼっている。

#### 2-5. 考察

##### 【地域移行の結果】

コロニー雲仙は、入所型授産施設からスタートしている。しかし理事長は、過去に医療施設のモデルを見て歩き、当事者の地域で暮らしたいという思いを聞いていたことから、地域で暮らしていく「施設閉鎖」の方向性を打ち出し、毎年、約 12% は地域移行という目標を掲げていた。地域移行の方針は明確であり、実績も上げてきた。またグループホームの入居に際しては、世話人と当事者、入居者間で人間関係が形成できるかなど、お試し体験期間を経て入居を決める方式である。これも規模の大きな法人ゆえに可能となり、ある程度本人の選択肢が多いことが利点である。

地域移行は、施設の周囲にグループホームを建築し、移行させる方法で始めたが、実際には、例えば 4000 万円かけて 8 名程度の移行しか進まず、さらには、町から離れた場所になってしまう結果となった。当事者たちは、「町で暮らしたい」「アパートがいい」「古民家に住みたい」などの意見を出し、その後は新しく GH を建設するのではなく、町中の「借家方式」の GH に転換した。その結果、施設定員に捉われない事業拡大が果たせるようになった。自立支援法で、30 人規模のグループホームを、車で 10 分以内の



半径の地域に作ることが認められてからは、その中に事業所の拠点をおくといった体制を構築した。さらに入居者が故郷に住めるように、独自に、県内各地でふるさと自立訓練体験方式を導入している。グループホームは、2名単位から、4,5名を上限とし、小さい圏域に、散住している。

第2の改革は、グループホーム・ケアホームに、同法人内の事業から弁当宅配を行い、世話人は、入居者の自立的なサポートに専念できるようにしたことである。つまり、宅配により、知的障害者の職業を確保することも同時に実現させている。また世話人には、子育てを終えた主婦を投入し、地域サポーター30名を確保し、生活支援の不足する部分を補う方法をとる。こうした体制は、長野県西駒郷の地域移行にはない支援者の広がりを生み出し、知的当事者がその周囲の住民に受け入れられる素地を生み出していると思われる。

ただしこの地域には、障害者の介助派遣サービスは最大でも週2回で数時間、月間で25時間を上限としている。これだけのサービス量では、GH居住者ならば暮らせるが、介助サービスのみを使って暮らす身体障害者型の自立生活は不可能である。重度身体障害者については、特に交渉・運動などを行政に要求しなかったこともあり、必要なサービスが普及していない。

#### 【当事者本人の自己決定・参画・エンパワメントについて】

障害者の表情が明るい理由の一つに、結婚推進室「ぶーけ」が果たした影響も大きいと思われる。「ぶーけ」は、2003年に開設し、25組の世帯をうみ、そのうち3家庭は、子育て中である。「ぶーけ」は、親の反対を法人が押し切って、結婚促進を開始したということであり、この取り組みは、他に類例をみない。さらに結婚を強制せず、同棲をも認める柔軟さがあり、慎重に子どもを産むかどうか、また、自分の生活能力と合わせて考える余裕が持たされている。子育て支援についても、世話人や地域サポーターが支援することで成立しており、この地域の特性を生かした支援形態を構築している。

「NPOふれあいネットワーク・ピア」、「ふれあい協会」が構成された理由は、各自が仕事の間をもち、一般企業で働く者は収入を得られたが、なお孤立している場合も多い。対して、就労継続支援A型や第3セクターで就労した者は、気兼ねなく話せる障害者の仲間を求めていたので、各圏域で、当事者に任せる方式でピアネットの運営が始まっている。社会福祉協議会や行政の支援を得て運営されており、当事者のピアカウンセラーが設置されている。相談内容は、異性問題や仕事の現場でのストレスについての問題が主で、当事者のネットワークでほとんどの問題が解決されている。地域での強固な仲間作りが、支援者間で出来上がりつつある。特に、カウンセリング技術などの研修を受けているわけではなく、支援者側の負担になっている場合もあるので、ピアカウンセラー養成講座のようなシステムを導入する必要がある。

しかし若い障害者の場合、世話人や地域サポーターの中核が、40,50代の主婦とい

う体制は万全ではあっても、本人のエンパワメントを高めるためには、マイナス要因となりうることもあるとも考えられる。したがって、エンパワメントされた、生活能力の高い障害者を育てることにはつながらないということが懸念される。そこで、「この法人の枠から出て、一人暮らしをする気持ちはないか。」と当事者たちに問いかけたところ、「世話人などの支援は子どもの養育過程などで必要となるので、この法人の枠から外へ出る気持ちはない。」との答えが返ってきた。ただし知的障害者のなかでも、コロニー雲仙の方式が合う人と、世話人の干渉などを嫌って合わない人がいるのではないだろうか。そこで合わない人にとっては、ホームヘルプサービスでの支援方式などが求められるが、このあたりについては、今回、法人としての意見はなかった。

### 【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

「コロニー雲仙の地域移行の取り組みは、農村部の地域性が残っているところでは成り立つが、都会では難しいのではないか」という意見を出したところ、田島氏は、「高齢化やニュータウンの過疎化が進む地域にも適応でき、地域ボランティアは可能ではないか」と答えている。また、GHの借家方式や、世話人の食事準備をなくし、地域生活の支援に専念する活動が求められている。またインフォーマルな地域サポーターの導入など、雲仙の地域性というだけでなく、他の地域でも大いに参考にできよう。実際、知的障害者本人たちは、地域のサポーター、そして自然派生した隣近所の人たちとの交流をより楽しんでいる。子どもが隣のうちに上がり込んだり、本人が近隣との付き合いを始めるなど、法人の枠を超えた、地域での人付き合いが始まっているのは、今後の地域支援の方向性を示唆するものであろう。

また法人のグループホーム・ケアホーム利用者は、年金と5万円から12、3万円の労働収入を得て、家賃と生活費を賄っている。法人は、GHの運営経費である月17万から30万を得て、それで職員配置を行う。また高齢障害者や生活費の面で、自らの所得で賄えない場合には、NPOサポートネットワークながさきが、当事者の管理資産19億の基金の利子収益を活用して、3万から5万の、無拠出性の生活支援費を得られるような独自のしくみにしているのも規模のメリットを生かした、財政運用が功を奏している。

### 参考文献

- 田島良昭：『ふつうの場所でふつうの暮らしを～コロニー雲仙の挑戦（1）～くらす編』 ぶどう出版 1999年
- 田島良昭：『たのしく働き、いきいき暮らす～コロニー雲仙の挑戦（2）～はたらく編』 ぶどう出版 2001年

- 社会福祉法人 南高愛隣会発行：「コロニー雲仙ガイドブック 2009年版」
- 社会福祉法人 南高愛隣会発行：「入所施設から地域移行の手引き～地域で支える新たな生活支援～ 2010（平成22年3月版）」

### 第3項 NPO法人出発（たびだち）のなかまの会の「本人主体」の地域生活移行のシステムについて

#### 3-1. 出発なかまの会の組織概要とこれまでの経過

##### 3-1-1. 出発なかまの会の背景

1988年9月、将来に向けて「グループホーム（以下、GH）学習会」を開始し、翌7月には「GH準備会」を発足させた。<sup>54</sup>1991年1月、特に年齢の高い4名の重度知的障害者の入居を決め、2月からは週末を利用して宿泊体験などを繰り返し、7月に世話人2人体制でGH第1号として「和楽苦荘（わらくそう）」をスタートさせた。

さらに、重度知的障害者の地域生活と社会参加のためには、個別に支援するマンパワーが不可欠だったので、ガイドヘルプの自主取り組み「たびだち地域センター・ゆうゆう」<sup>55</sup>を開設（1992）した。この主旨は、知的障害者をまず一人の人間として認めること、ヘルパーが代わりにやってあげるのではなく、当事者の意思を確認すること、当事者のことは当事者自身が選択し、決定すること、またそのために、その人が選んだり、決めたりするための情報を提供すること、ヘルパーは豊かな人間関係を取り結ぶだけのコミュニケーション支援を行うこと、を理念とした。そして社会の様々な場に出て、障害者に対して差別的なことには声を上げ、大阪市に対して交渉していく活動を行ってきた。特に、重度知的障害者の人権擁護のために、当事者活動の支援も積極的に行ってきたという背景がある。

##### 3-1-2. 組織概要

出発なかまの会は、1979年から活動を開始し、現在では大阪市生野区で作業所（4ヶ所）、GH（6ヶ所）、ヘルパー事業所の3部門を運営し、知的障害者の地域生活を支援している。当事者活動の場としては「自立生活センター・どんどん」を運営している。また同地区には権利擁護を行う外部組織、「人権クラブ（知的障害者人権擁護協議会）」が発足し、出発なかまの会では、GHが登録しているほか、数名のメンバーも個人的に登録している。

#### 3-2. 本人主体の地域生活移行を実現するための取り組みについて（個人将来計画、自立生活プログラム、アクティブサポートについて）

##### 3-2-1. 理念

<sup>54</sup> 1990年10月 出発なかまの会10周年とGHの立ち上げを記念して、イベント列車トレランス「出発号」を走らせ、約300名が乗車した大々的なイベントを行った。

<sup>55</sup> 2003年には「地域センター」を閉鎖し、ヘルパー事業所「ヘルプセンター・すきっぴ」が、当事者活動「自立生活センター・どんどん」を開所した。

出発なかまの会の理念は、重い知的障害者が「地域で当たり前暮らす」、「人生の主人公になる」、「本人が自らに関することに参画し、自己選択・自己決定する」の3点である。その理念を実現するために、現在では、個別の希望に沿ったケアができるように、当事者一人一人「個人将来計画」を立て、それを日常生活に組み込んでいる。これは、出発なかまの会のある職員が、アメリカ・カリフォルニア州のサクラメントのRC(Regional Center, 地域センター)を訪問した際、「PC-IPP(本人中心支援計画)」を学んだことがきっかけで、出発なかまの会の実情に合わせて改訂したものである。

しかし当初その計画は、日々の支援業務に埋没、または流されたりと十分には個人将来計画通りの支援ができない状況だった。また、複数の支援者やヘルパーが関わることで、共通の理念や価値、方針に基づいたアプローチを必要とした。そこで支援者側が、個人個人のニーズに合わせた支援ができるように「アクティブサポート」<sup>56</sup>を導入し、支援者側のスキルアップに努めていくことが重要と捉えた。この「アクティブサポート」は、イギリスのウェールズで開発された重度知的障害者が普通に地域で暮らすことを大前提に考えられたものである。さらに当事者が、当事者自身から「ILP(自立生活プログラム)」で地域での生活をする自信と力をつけるという、3本柱の理念を基礎としている。

### 3-2-2. 個人将来計画について

#### 【理念について】

これまで知的障害者は、できないことに着目され、そのための訓練や指導を受けてきた。それに反し、個人将来計画とは、一人一人が自分の生き方を尊重し、自らの希望や夢の実現に向けて、本人が主体となって計画を立てるものである。重要な3点の理念は、『地域であたりまえに暮らす、人生の主人公になる、本人自らに関することに参画し、自己選択・自己決定する』である。

個人将来計画で大切にしていることは、本人が参画し、本人の可能性に着目(本人の今発揮している才能・特技はもちろんのこと、本人も周囲も体験・経験しないとわからない潜在的可能性にも着目する)し、本人を中心とした支援の輪(地域の一員として関係を築いて)を構築していくことである。

#### 【個人将来計画策定について】

支援者は計画策定の会議にあたって、本人と相談し、参加者、日時/場所、参加者の中から司会者、ファシリテーター、記録者を決定する。計画策定は次の通りである。

本人のライフストーリーを理解するための資料を作成する(\*写真、絵などできるだけわかりやす

<sup>56</sup> イギリスウェールズで、エドウィン・ジョーンズ、キャシー・ロウらが考案した。アクティブサポートの大前提は、地域で、小さい人数であるいは普通の家で暮らしている人である。アクティブサポートについては、エドウィン・ジョーンズ、キャシー・ロウ 著、中野敏子監訳・編『参加からはじめる知的障害のある人の暮らし~支援を高めるアクティブサポート』2003, 相川書房を参照

い資料を作成)。この資料は、本人、そして他の参加者にとっても、本人の生き方や世界観にふれ、個人の尊厳を理解するための基盤となる。

本人の現在の日常生活を分析し、今の生活をどう思っているのか、何がいいかなと感じたり不満は何だろうかと検討していく。

本人のスケジュールの確認を行い、無理や不満はないのかを確認し、健康、そして生活のためのお金（お金の使い方を含む）について確認をする。

以上を把握した上で、本人の希望を発表していく。もし本人の思いや希望がはっきりしていない場合には、一緒に考えながら提案していく。

希望を叶えるために具体的なアイデアを出していく。個人将来計画では、地域生活を考えるために4領域（「住む」「楽しみ」「活動/役割」「地域/ひと」）で考えていく。これらを「わたしの地域生活マップ」(図1)として、出てきた希望を記入する。

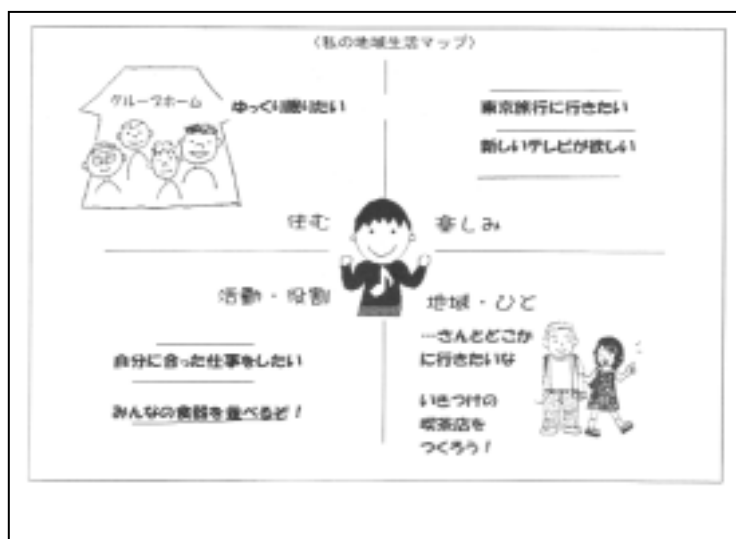


図1. わたしの地域生活マップ

「わたしの地域生活マップ」に書き込んだ事柄の中から、本人の意向を確認しながら目標を定めていく。支援の方向性は、支援者が共通理解を持って進めていくために重要で、本人の希望がありきで、支援を決定していくことが必須である。

支援担当者は、支援の方向性に基づいて、支援計画を本人と相談しながら決定していく。

各目標の支援担当者、応援団長（\* 応援団長は本人が希望する人）を決定する。応援団長は本人の側に立って、本人の希望が実現していくように見守る。友人、権利擁護委員、親や兄弟などである。

会議の記録をもとに文章化していく。特に本人の目標は、「私は～したい」と本人を主語にした表現にし、写真やイラストを加え、本人にわかりやすい資料を作成する。本計画

は本人、応援団長がいつでも確認できるように、本人の部屋に掲示、さらにはファイルを用意していく。すべての書類には本人、応援団長、支援責任者の署名捺印が必要となる。計画を進めていく上で、定期的に計画の実施状況を確認することを義務付けている。

### **3-2-3. ILP（自立生活プログラム）について**

#### **【理念について】**

ILP は、障害者が自立生活に必要な心構えやスキルを学ぶ場で、これまで学ぶ機会がなかった生活技術を学ぶことで、自分自身が力を付け、自己信頼を回復し、より主体的に自らの生活をコントロールする力をつけることをめざしている。障害者のエンパワメントの活動の重要なプログラムの一つである。さらに知的障害当事者のリーダーから学ぶという手法をとることで、ロールモデルを通じて彼らの意欲の向上にもつながり、自己イメージがつきやすいという利点もある。

ILP の機会を通じて、同じ悩みを抱える仲間と出会い、経験を共有することが可能となる。「個人将来計画」は、本人が当事者から学ぶ「ILP」によって、より豊かなものになると考えている。

#### **【ILPの流れと実践】**

##### **E プロについて：**

ILP を運営する担当者は、当事者リーダーと支援者である。そこでリーダーと支援者は、「E プロ」<sup>57</sup>と呼ばれる ILP プログラム運営のための会議を定期的開催している。E プロは、当事者がプログラムの形を模索していくうちに、過程そのものが重要であることに気づき、生まれたプログラムである。そして E プロでは、各回のテーマの目的や自分たちの動機を明確にしなが、ILP の中身や手順を決め、ILP 終了後は反省会を行う。この一連のプロセスを通じて、ILP を担うリーダーが育ち、それぞれがエンパワメントされていくというしくみである。現在、当事者のリーダーたちは、「自分たちのことだから自分たちがやる」「自分たちの役割」という自負を持って、積極的に運営している

##### **ILP について：**

一つのテーマにつき、3~4 回のプログラムを構成している。基本的には、集団での ILP である。これまでに行った内容は、“基礎編”ではおでかけ、体験入居、セルフアドボカシー、“パワーアップ編”としては、料理、スケジュール管理、金銭管理、趣味、自己表現、おしゃれなどである。参加者は ILP を通じて、ツール（道具）の重要性を理解し、スケジュール帳を利用した生活<sup>58</sup>を学んだり、日々の料理のためのレシピを作成したりと生活のた

<sup>57</sup> E プロとは、いいプログラムになるようにの「いい」の略で独自の造語である。また、構成メンバーは、過半数が当事者でなければならないとしている。

<sup>58</sup> 利用者は障害の程度にかかわらず、大半の人が A4 サイズのスケジュール帳を活用していた。

めの技術を獲得している。また絵カードなども活用して、他人に自分の気持ちをよりわかりやすく伝えられるようにツールの開発も行っている。課題としては、当事者がこれらのツールを継続して利用していくことが挙げられる。本人にとって、本当に身についた力となるためには、「やり続けるための工夫」が必要であると認識し、工夫を重ねている。

#### 1-2-4. アクティブサポートについて

##### 【導入に至る背景】

これまで一般的には、重度な知的障害は、本人の意思とは別のところで一律に指導・訓練を強いられてきた経緯がある。これに対し出発なかまの会は、一貫して当事者性を誂い、当事者のことは当事者自身が選択し、決定することとしてきた。生活の場面でも同様である。

出発なかまの会の GH の支援体制は、支援者<sup>59</sup>とヘルパーと常時に複数（夜勤は除く）の人間が関わり、「ミニ施設」や閉鎖的な生活にならないように配慮している。しかしその反面、複数の人間が関わり、共同生活における居住者と支援者との動きや関係性を把握することが複雑になり、思うように支援がすすまなかった時期があった。そこで、「個人将来計画」に基づいた支援を実現するために、支援者側の共通認識をすることが必要で、さらに本人たちが生活実感を持って生活できるような支援をしていくことが重要だと気づき、「アクティブサポート」を導入した。

##### 【理念について】

アクティブサポートとは、支援者のためのトレーニング方法である。支援者が支援力をつけていくことで、「個人将来計画」や「ILP」も発展していくと考える。アクティブサポートで大切にしているのは、個人将来計画に基づいた本人参加の支援、本人の参加機会を意欲的に作る、言葉かけと同時に、写真やイラスト、本人が使い易い道具を開発して、実物を見せるなど具体的な支援を意識的に行うこと、である。これらは主に、知的障害者が地域で自立生活をする「住まい」を中心に、主となる支援者が決定する。

##### 【アクティブサポートの計画と実践】

支援者は、次の手順で計画と実践を行う。週間表を作成し、支援者間、本人たちとの共通認識をする、以下図2のニーズリストの“7つの視点”から、現状とこれからのについてを作成する。その目的は、第1に支援者が本人の地域生活の現状を把握し、各項目の支援課題を考察するため、第2に、支援課題のうち、どの項目の課題から取り組めば、本人がより生活実感を持って暮らすことができるかという視点で、優先課題を決める、本人が主体的な生活をするために必要な**スキルの獲得計画**を作成する。これは、優先課題

---

個人で管理できる人もいれば、支援者が理解しやすい表現で記入している場合もあった。

<sup>59</sup> 出発なかまの会では、GHの「世話人」ではなく、「支援者」と呼んでいる。

に取り組むために、本人の能力を明らかにし、行動を細分化し、どこにどれだけの支援が必要かを明確にすることである。 検討会を開く、 計画を進め、実施記録をとる。ただしこの実施記録は、あくまで支援が適切であったかどうかを判断するものである、 見直し検討会を開く、である。

1	地域社会の一員であること	地域社会の一員として、地域資源を地域住民と共有して利用すること。社会的活動にかかわること。
2	人間関係	家族や友だち、地域住民等とのつながりがあり、そのなかに親密な関係を持てる人がいること。
3	継続性	その人にとって大事な人や物事が生活の中に継続してあること。
4	生活する力	学ぶ機会・経験を持つことにより、自らが力をつけ、自信を持ち、主体的に暮らすこと。
5	選択とコントロール	毎日の生活に関することや、将来のことについて決めること。また選択の機会が増えてきたときに、何を優先するかを決めること。
6	社会的役割と尊厳	地域生活において自分ができる役割を担い、他人から認められ、自分に対してよいイメージ、自尊心を持つこと
7	個別性	自分の個性（好み、人柄、身体状況）が尊重され、自分らしさが発揮できる生き方をすること。

図2. ニーズリストについて

(参照、地域生活への招待～これで地域生活が3倍楽しくなる、出発なかまの会、p47 2006)

### **3-3. 当事者主体の自立生活センターどんどんの活動について**

#### **3-3-1. 自立生活センターどんどんの活動内容**

メンバーは、作業所やGHを利用していない知的障害者も気軽に参加できる。自立生活センターどんどんでは、定期的な様々な会議、「どんどんワーク」と呼ばれるILP(\*Eプロのメンバーが中心)の準備や、会議の議事録の作成、ほかには、メンバーから出てきた日々の意見の集約なども行っている。そのほかに、学習会やイベントなども行っている。

「どんどん会議」では、週に一回、どんどんの内部および出発なかまの会の組織活動や、地域・行政の動きについての情報提供、メンバーの近況報告などを行っている。本会議には必ず、前回話したことの記録と当日の議題や連絡事項などを書いたルビつきの資料を用意している。さらに、発語の困難なメンバーには、絵文字の資料(図3、次頁)を用意している。

ほかに「どんどんプロジェクト会議」は、どんどんの運営に関する決定機関であり、これからやりたいことなども議論している場である。また「どんどんサロン」は、月に一度夕方集まって、自由な雰囲気、それぞれお茶をしながら話をする機会を設けている。



### 3-3-2. 当事者リーダーの意見 ～どんどの活動やILPを運営して～

EプロのリーダーであるKさんに話を伺うことができた。Kさんは、30代前半の男性でGHに居住している。Kさんは週に2回、NPO自立支援センター・エポック<sup>60</sup>で、ピア・カウンセラーとして勤務している。

我々は、半構造化のインタビュー形式で、どんどの活動に参加して思ったことや、Eプロ、ILPのことなどを中心に話を伺った。今回のインタビューにあたっては、職員が1名同席した。Kさんが選ばれた理由は、どんどのミーティングで決定したということである。

”10年前にはILPがなく、GHと同じころ自立した仲間も、わからないこと（たとえば金銭管理など）があって困っていた。でも今は、ILPの参加対象者を、すでに自立した人も含めており、知らないことを学ぶ機会ができたことは本当に良かった。

自分は料理が得意で、リーダーとしてプログラムを運営している。自己表現編の1つ“爆笑編”のILPは、自分が提案した。なぜならば、自分たちが病院や関係者に病気を説明するときや聞きたいときに、いつものように大きな声を出せないことが多いと思っている。障害のある自分たちが、いつも大きな声を出す必要があると感じ、このプログラムを作った。そのほか、おしゃれ編はみんなが楽しめたプログラムだったと思う。（実際にKさんが写っている写真をみせてもらった、Kさんはそれ以来、マニキュアを楽しんでいる）

今では、Eプロ、ILPがとても大事で、自分のためにもなっているし、ほかの仲間の役にも立っている大切なプログラムだ。Eプロの仲間はみんな張り切っているし、自分も楽しい。これからも自分たちがこのプログラムをやっていきたいと思う。”

Kさんは自分のスケジュール帳を見せてくれた。Kさんは、このスケジュール帳をつけるまで、自分で予定を管理できずに、無理して病気になったことがあると言っていた。今では、ILPを通じて、自己管理が結果できるようになったという。

---

<sup>60</sup> <http://npoeepoch.web.fc2.com/index.html>



図 3 . 絵文字による意思表示のための資料

#### 3-4. グループホーム訪問：桃栗館訪問

どんどのメンバーの T さんの案内で、桃栗館（男性専用）を訪問した。桃栗館は、基本的に一人部屋で 4～5 名が入居していて、出発なかまの会の利用者でなく、一般就労をしている利用者もいる。出発なかまの会では、6 つの GH を運営しており、現在は 28 人が利用している。また、他の施設利用者の体験入居者も受け入れている。支援者と各 GH には利用者個々のケア（外出・入浴など）を担当する 1～3 名のヘルパーがか常時関わり、夜勤は支援者とヘルパーが交替で 1 人体制である。基本的に知的障害者が対象で、重複障害者も受け入れる。

支援者は、アクティブサポートに基づいて支援している。利用者自身も、アクティブサポートや個人将来計画がファイルがいつでも確認できるように、個人で所有している。GH では、毎週日曜日、利用者の意志に基づいたスケジュールの確認<sup>61</sup>を行って、それぞれのスケジュールを絵や写真で見やすく表示している。スケジュールの柔軟性や余暇支援、さらに支援者・ヘルパーの接し方を見る限りでは、個人を尊重している工夫が伝わってきた。

#### 3-4. 考察

##### 【地域生活移行支援】

出発なかまの会は、20 年以上にわたり地域移行のためのヘルパー事業、GH の設立と当事者活動の支援などに取り組んできた。そして現在では、特に重い知的障害のある人の地域生活を実現させるために、「個人将来計画」「アクティブサポート」「ILP」、というシステム

<sup>61</sup> 特に余暇の時間は、全くそれぞれの意向で、カラオケに行く人、マックに行く人、世話人と料理をする人など、写真や絵を使って見やすいスケジュール表を作成していた。

を構築した。これらのシステムは、本人の主体性を引き出し、職員側の目線であった支援のあり方を「当事者主体」に転換することを可能とした。知的障害者本人の意思を尊重し、丁寧にかつゆったりとした空間で当事者の意思を引き出し、見直しを含めた検討会議も頻繁に開催されていることから期待ができる。

基本的に地域生活への移行は、グループホームと単独居住の両方がある。グループホームを選択するのも、一人暮らしを選択するのも本人の意思に基づいている。グループホームを経験し、一人暮らしを選ぶ人もいれば、一人暮らしでは寂しいとの理由で、グループホームに戻ったケースもある。現在は4名が一人暮らし、28名がグループホームを利用している。

### 【当事者本人の自己決定・参画、エンパワメントについて】

カリフォルニアのIPPを日本で実際に導入し実施しているモデル事業として評価できる。「個人将来計画」は、従来の支援システムのような本人の参画がなく、本人の苦手やできないことなどに着目してきた障害者観を変え、潜在能力の発見から始めるといった当事者本人の可能性を追求したものである。さらに本人に対して、情報の提供や第3者による評価（人権クラブの定期訪問、応援団長の選出・署名など）体制なども、本人主体を保障するための配慮があるといえる。

また自立生活センター・どんどんでは、定期的にセンター内や地域でミーティングやサロン活動が行われ、情報交換やILPにつながるような前向きな学習会が行われている。メンバーが中心となっていくILPでは、「Eプロ」と呼ばれる当事者リーダーと支援者で障害者の割合が常に多いグループを構成して活動している。「Eプロ」では、ILPの準備、運営、振り返りのプロセスを当事者を中心に行い、結果的にリーダー自身のエンパワメントを促進する役割も果たしている。Kさんのインタビューの中でも、“～今では、Eプロ、ILPがとても大事で、自分のためにもなっているし、ほかの仲間の役にも立っている大切なプログラムだ。Eプロの仲間はみんな張り切っているし、自分も楽しい。これからは自分たちがこのプログラムをやっていきたいと思う”

といったように、EプロとILPが、当事者にとって十分に意義があるということが伺える内容であることが理解できた。

### 【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

出発なかまの会の取り組みは、知的障害当事者の自己決定権の尊重やエンパワメントシステムの点でも、高く評価できる参考事例といえる。今後の地域移行システムを構築していく上で、長い経験に基づく支援の方法は参考となる。知的障害者の支援は、個別性が高く、マニュアル化しづらいサービス内容となっているが、実際の生活に即した支援方法というのは、世界中共通なシステムが作られているように思える。出発なかまの会も、さらに職員の養成とシステムを組織内で明確すれば、将来的には全国モデルとして展開してい

くことは可能であろう。

また、東京の自立生活センターのピアカウンセラーに委託して、知的障害者のピアカウンセラー育成にも努力している。このように、今後も積極的に自立生活センターとの連携を図ることによって、リーダー育成が推進されることは期待できよう。そして組織の中で、当事者のピアカウンセラーの果たす役割が明確に位置づけられ、職員が意図的に当事者リーダーを自立支援の中で活用していくならば、より、当事者主体のニーズに沿ったシステムとなる可能性を秘めている。

#### 参考文献

- エドウィン・ジョーンズ、キャシー・ロウ 著、中野敏子監訳・編：『参加からはじめる知的障害のある人の暮らし～支援を高めるアクティブサポート』2003，相川書房
- NPO 法人出発なかまの会『地域生活への招待～これで地域生活が3倍楽しくなる』2006
- 古井勝憲：「知的障害者地域生活支援スタッフの学習会～実践現場へのアクティブサポートモデル導入に関する初期過程～」社会問題研究，2006，55（2）p123-148
- ベス・マウント、ケイ・ズウェルニク著、橋本義郎監訳、宇野田陽子訳：『さあはじめよう、知的障害者のためのネットワーク作り』発行、出発なかまの会、1996，明石書店

### 第3節 精神障害者の地域移行の支援について

第3節第1項では、精神障害者の事例としてマディソンモデルを活用した千葉縣市川市のモデル事業の概要とその後の経過について紹介する。特に現在当事者活動の場である「クラブハウス For Us」の取り組みを紹介し、第2項では、北海道十勝市のPSWの門屋充郎氏とその仲間が中心となって、当事者のピアサポーターを雇用して積極的に退院促進に取り組み、地域全体を巻き込んだ精神障害者への生活支援の取り組みを紹介する。

#### 第1項 千葉縣市川市マディソンモデルを活用した精神障害者の地域移行支援とその経過

##### 1-1. 市川市マディソンモデル活用事業の背景と経過について

###### 1-1-1. 市川市マディソンモデル活用事業の背景

千葉県では、国立精神・神経センター国府台病院がある市川市で、既にACT-J<sup>62</sup>の研究事業による精神障害者の退院促進の取り組みが行われていた。かつ同地区には、既存の社会資源が比較的充実していることから、千葉県が市川市をモデル地区として当時の堂本千葉県知事の呼びかけの影響も大きく、マディソンモデル活用事業を立ち上げた。地域における官民協働のプロジェクトとするために、施策を作る段階から当事者、家族、NPOや社会福祉法人、民間支援機関、医療機関、公的機関ほかに呼びかけ、平成17年に「マディソンモデル活用研究会」<sup>63</sup>を立ち上げ、白紙の状態から議論を始めた。そのなかで、「市川で不足している・あるとよい社会資源」について議論し、必要な事業メニューの詳細について検討し調整した。本事業は、退院支援に特化したものではなく、長期入院の人も含めた、地域資源に繋がらない人たちへの地域支援体制とネットワークの構築をめざした。

###### 1-1-2. 市川市マディソンモデル活用事業（平成17～19年）の概要

本事業のゴールは次のとおりである。

現在のサービスでは長期入院や自宅でのひきこもりを余儀なくされているような精神障害を持つ人々を中心に、このサービスを利用することで、自宅や医療機関以外の居場所を見つけ、自信や自尊心を回復し、ふつうの人々と同じように地域に住み、地域の中の就労の場で働けるようになり、充実した生活が楽しめるようになるよう支援すること

（平成17～19年度マディソンモデル活用事業報告書、

<sup>62</sup> ACTは、アメリカデーン郡で精神障害者の地域生活支援で取り組まれている「マディソンモデル」と呼ばれているプログラムの中の一つで、彼らの地域生活を支えるために、アウトリーチを基本とする多職種のチームアプローチ。ACT-Jとは、日本にこのACTを導入する精神障害者の退院促進支援事業の研究事業プロジェクト。ACTについては、第2章第2節第1項で解説、

<sup>63</sup> 平成20年3月末現在32名、

平成 20.3 より抜粋)

モデル事業の概要については、大きく6つに分けられる。メニューAは、ケアマネジャーを配置したケアマネジメントの運営、メニューBは、ケアマネジメント担当者に対する研修、メニューCは、クラブハウス活動、メニューDは、クライシスハウス、メニューEは自立生活体験事業、メニューFは、就労支援である。特にメニューCは、「作業目的ではなく日中活動」<sup>64</sup>の居場所を作り、当事者や家族のサロンのような場であり拠点的な役割を果たす。そして情報の提供を含めた相談窓口を兼ね、様々なサービスを提供できるようにした。また企画や運営は、当事者やボランティアが直接参加できるようにした。またメニューDのクライシスハウスは、家族と一時的に距離を置きたいときや、近隣等との関係から一時的に自宅から離れたいときに、本人の希望により利用できる宿泊場所の提供であり、新たな入院、長期入院を防止することをめざした。メニューEの自立生活体験事業は、将来、単身生活を目標としている人が、地域生活を一時的に経験し訓練することで、自信をつけ無意味な長期入院の解消を促進することをめざした。以下の図1は、マディソンモデル活用事業の全体像である。

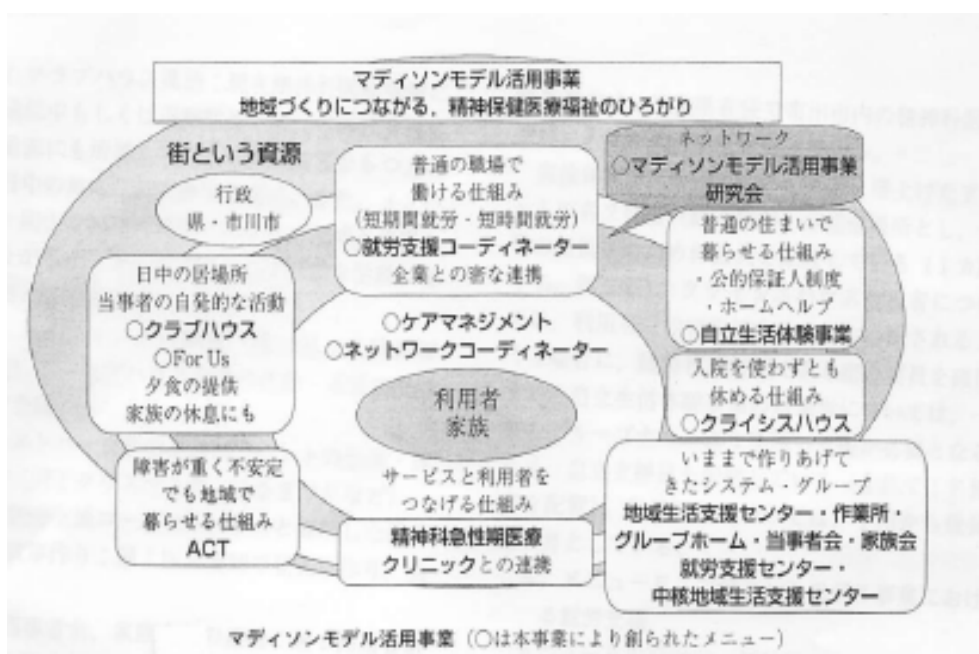


図1. マディソンモデル活用事業の全体像

(平成 17~19 年度マディソンモデル活用事業報告書, 平成 20.3 より抜粋)

### 1-1-3. マディソンモデル活用事業の結果

マディソンモデル活用事業を通じて、これまで福祉のサービスにつながっていなか

<sup>64</sup> ACT と同様にマディソンモデルのヤハラハウスをモデルにした活動、国際基準のクラブハウス作りを長期目標とした。 <http://www.iccd>

った人に支援が届いた、他法人や行政と協働で事業を行え、情報の共有をスムーズに行うことができた、当事者、家族、精神保健福祉の専門家、医療関係者、行政が一つのテーブルに付くことが実現した、クライシスハウスは、家族や近隣者とのストレスによる症状の悪化により、今まで入院していた人が、回避できる一時的な休養の場所としても必要だった。また一人暮らしを希望する人、入院中に退院後の生活を不安に思っている人にとって、自立生活訓練は必須であり、かつ有効だった、クラブハウス For Us では、当初、ルールやプログラムはなく、メンバーと職員とがゼロからグランドルールを作り、自分たちの活動を作りあげた。さらには、入院中に不安が強い精神障害者にとっては、仲間と出会い、地域資源につながり、安心感を得られる場所となった、など、そのほかのプログラムもそれぞれに成果があったと評価している。

またマディソンモデル研究会のメンバーでもある国立精神・神経センター医師の伊藤氏は、「個人的な体験でいえば、クラブハウス For Us の存在が大きい～中略～今までの医療機関や作業所とは異なるコミュニケーションのあり方が体感できた」と述べている。

しかし市川のマディソンモデル事業は、第2章で紹介したアメリカのマディソンモデルのように、当事者の雇用（アウトリーチワーカー）は行われておらず、唯一、雇用した1名の当事者は、1年間足らずで辞めてしまっていた。また当事者主導の、ケアマネジメントサービス「SOAR」は、プログラムには組み込まれてはいない。

## 1-2. マディソンモデル活用事業後のシステム

本事業はあくまで県のモデル事業であるため、終了後には、それぞれのプログラムを継続させなければならない。そこで、モデル事業後は、次の表1に示した各団体に移行し継続した。

旧事業	移行後の体制	特記事項
マディソンモデル研究会のネットワークの継続	NPO 法人 NECST	市川コミュニティ精神保健福祉医療会議を運営、事業運営の中心を担った、2法人 NPO ほっとハート、千葉精神保健福祉ネット、社会福祉法人サンワークが共同で立ち上げた
ACT-J	NPO 法人リカバリーサポートセンターACTIPS	訪問看護ステーション、8名で60数名を対象としている。 <sup>65</sup> ほかにACTモデル事業の普及や講演会も

<sup>65</sup> 対象は入退院を繰り返している国府台病院の利用者限定、統合失調症やうつなどに絞っている。通院レベルの人は対象にならない。訪問を主としているので、8キロ以内の居住者を対象。緊急時は国府台病院がかかりつけであるので、すぐに入院できる、

		含む。
ハウスいちかわ里見 (クライシスハウス、 自立体験事業)	NPO 法人千葉精神保健 福祉ネット(名称変更、 「ハウス里見」)	県単独事業「千葉県障害者地域生活体験事業」として継続、GH ではないので夜間はスタッフはいない。(夜間は、職員の携帯電話で対応。)クライシスでの利用の場合、病院のワーカーに宿泊してもらうことが原則。1泊から30泊まで利用可、制度利用者の負担は2100円。利用に際しては、主治医の了解が必要。
クラブハウス For Us <sup>66</sup>	NPO 法人 NECST	場所を移転、より地域に密着、PSWのほか、就労支援コーディネータも配置(のちに就労支援を独立の方向で準備)
相談支援について	基幹型相談支援センターえくる  *ほかには、中核地域生活支援センターのがじゅまる <sup>67</sup> がある	市川市障害者総合相談支援事業、2法人 NPO ほっとハート、いちろう会で運営。暫定的なケアプランを策定、特に困難なケースに対応、緊急的な危機介入、インフォーマルな支援も視野に入れ、24時間体制でアウトリーチ方式で支援する。

表1. マディソンモデル活用事業後の体制(筆者作成)

\*補足: ハウス里見の利用者について / H20年、制度が変わりワーカーの認知度が低かったため4、5、6月は利用が減ったが、年間を通じてみると増加。179人/1年(H20.4-21.3)、312人/2年半(H17.12-20.3)

### 1-3. 現在のクラブハウス For Us を主とした当事者たちの活動について

#### 1-3-1. クラブハウス For Us の目的(平成21年7月現在)

精神障害者が自宅と医療機関以外の場で、地域で、仲間同士で情報交換や気軽なおしゃべりができるサロンの機能する居場所づくりとして継続させていく。さらに、当事者エンパワメント促進の役割を果たすことを目的とした。For Us では、クラブハウス

<sup>66</sup> 支援プログラムの中に当事者活動の一つに WRAP(元気行動回復プラン、後述)がある。これは別事業であるが、事務所は同一である。

<sup>67</sup> がじゅまるは社会福祉法人一路会、NPO ほっとハートの運営。



内の独自のグラウンドルールを定め、メンバーはそれぞれの状況に合わせて柔軟に出入りすることが可能な仕組みをである。

### **1-3-2. 運営体制、利用者（メンバー）の状況**

火曜日から金曜まで開所し、イベントや休日等は、メンバーと職員が話し合って臨機応変に対応している。職員は PSW が 3 名、OT が 1 名で、うち 1 名が就労支援を行っている。メンバーは手帳の有無にかかわらず For Us を無料で利用できる。平成 21 年 10 月以降は、就労部門を独立させ、一般就職をさらにめざしていく体制である。現在、登録メンバー数は 50 数名だが、登録せずに気軽に立ち寄る仲間たちも多く、実際にはさらに多い。現在では、モデル事業実施中に利用していたメンバーより、事業後、新たに For Us に来るメンバーが多くなっている。

### **1-3-3. 活動内容 / ミーティングについて**

ユニット活動としては、デイリーユニットとして、事務、清掃、見学者案内、ガーデニング、キッチンユニットとして、買出し、調理、会計、片付け、特別ユニットとして、各ユニットの補助がある。活動は午前、午後ともにメンバーによる自由意志で行われる。そのほかに、週に一度 WRAP<sup>68</sup>（元気行動回復プラン）の時間を設け、WRAP をファシリテートする当事者リーダーの助言に基づき、自分自身で困難な問題に解決するための計画作りに取り組んでいる。WRAP の活動は、For Us からは独立して当事者を中心としたメンバー（健常者もいる）で運営しているが、For Us のメンバーと重なっている人も多く、連携体制をとっている。

またミーティングは 3 つに分けられる。その内容は、運営ミーティングとは、For Us の運営に関する定期ミーティングで、職員、メンバー関係者がともに議論していく、コミュニティーミーティングとは、メンバー自身が相談したい悩み事や意見交換の場として職員とともに自由に展開する、フォーラスミーティングとは、For Us に関する連絡事項や月間スケジュールを作成する、などがある。

### **1-3-4. 当事者のエンパワメントについて～メンバーの声を通して～**

今回、職員の同席のもとで（\*メンバーが職員同席を希望）For Us のメンバーに半構造的なインタビューを実施した。次の 2 点、すなわち マディソンモデル活用事業当時の For Us との現在との違いと For Us の役割、今の自分の夢や考え、ついてたずね、ほかは自由に語ってもらった。

---

<sup>68</sup> Wellness Recovery Action Plan の略、元気でいるために、そして気分がすぐれないときに元気になるために、また自分自身で責任を持って生活の主導権を握り、自ら望むような人生を送るために、自分自身でデザインするプランをさす。アメリカの精神障害当事者であるメアリー・エレン・コーブランドが開発したプログラム  
出典) <http://www.mentalhealthrecovery.com/jp/documents/WRAPoverview1-15-2008PDF.pdf>

Aさん(20代男性、現在非常勤で家具販売店に就職。親と同居)\*モデル事業時から参加

“モデル活用事業当時のFor Usは、「精神障害者に与えられた、活動が用意された場所」という印象が強かった。でも今のFor Usは、「自分たちの場所だ」とはっきりといえる。前よりもメンバー同士が積極的にミーティングに参加し、活動内容やスケジュールを議論し、自分たちで計画しているという実感がある。これまでの作業所などは、自分たち(当事者)への報告義務などは怠り、いつも上手く言って丸めこもうとする印象を受ける。例えば、この作業や訓練は、何のためなのか?いつまでやるのか?など知らされることもなく、いつもに不安に感じていた。

しかしFor Usは、本人の自主性を重んじ、無理な課題や日課などを強制することはない。さらに休憩の時間や空間の配置などにも配慮している。私たちは、ここを失くしたくないので、そのために署名運動や地域の活動にも参加している。またFor Usに来る(がある)ことで、自分の精神的なバランスを保っているともいえる。自分がメンバーに意見することもあるが、教えられることも多い。職員も同様で、相互にいい影響を受けていると思っている。

これから先のことだが、今の仕事は安定していて特に不満はない。しかし今は、家族(両親)と一緒に暮らし、食事や生活面で大半を依存している。自分自身将来的に向けて、もっと具体的に考えなければいけない時期だと思っている。”

Kさん(20代女性、以前は作業所、入所施設、GHにいた。現在は一人暮らし、WRAPの主要メンバー)\*モデル活用事業当時は参加していない。

“以前のマディソンモデル事業については、一部の人たちの活動で私は当時のことをよく知らない。ここに来る前の私は、施設やGHで常に職員の顔を伺い、遠慮するのが当たり前の生活だった。また作業所は、普通の社会生活から隔離されていて、常に将来の不安を抱えていた。

For Usは、メンバーを始めTさん(職員)や他の職員の人から、「自分を大切にすること、ありのままの自分でいいこと」を教えられ、さらには、自分が思ったことを言っただけだと体験した初めての場所だった。また自分が問題に直面したときには、メンバーに助けられるし、ほかにも就職したメンバーの社会で経験した話などもとても参考になる。職員も同じで、ここ(For Us)は話がしやすいのが特徴である。For Usでは、メンバーやスタッフら周囲に励まされ、自分自身に自信がつき、自分のやりたいことを見つけることができた。今ではWRAPを人に伝えるという自分の役割を見出し、これからも、このWRAPの普及活動をしていきたいと思っている。

また自分は、今年の5月から一人暮らしをしているが、みんなの支えがあるからこそだと思っている。いつでも困ったときには、さんへ電話するというように、電話で

相談（がじゅまるの相談支援を利用）にのってもらっている。落ち着いて自分らしい生活を送るため、相談できるチャンネルはたくさん用意したほうがいい。自分で選んで上手に生活することが私の生活のコツである。

インタビューアから質問：「For Us のゴールは何？就労ですか？」

\* 回答：自分は、就労だけがゴールではなくて、人はそれぞれの役割があるのだと思っている。自分の場合は、自分で優先順位をつけ、やりたいことを明確にして、一つ一つ取り組み、今の自分に満足している。今の自分は、WRAP を通じていろいろ悩みを抱える精神障害の友人や、地域の人に活用してもらっていることがうれしい。これからも少しでも人の役に立ちたいと考えている。仕事を通じてお金を得ることだけがゴールではないと思う。

#### 1-4. 考察

##### 【マディソンモデル活用事業の結果】

本事業は、「市川版のマディソンモデル活用事業」であり、市川市のタウンミーティングを通じて必要な事業メニューを検討した経緯がある。精神障害者当事者、家族、市民、NPO や社会福祉法人、医療機関、行政など異なる立場の人が同じテーブルに立ち、一つの事業に取り組み、新しいネットワークへと発展したことは大きな成果である。さらに本事業を契機に、クライシスハウスや自立生活体験事業が設けられ、引き続き県の事業として継続されるに至った。また ACT-J を通じて、地域移行の方向性を示したことは評価でき、実際にはこれまでの入院者が 3 分の 1 程減ったという実績を上げた。

しかし本来のマディソンモデルのように、当事者が支援者として効果的なアウトリーチの活動を成功させた SOAR のプログラムや、当事者スタッフがアウトリーチワーカーとして、ヤハラハウスやリカバリーハウスで働くといった、当事者主導のプログラムの活用には至らなかった。市川マディソンモデル事業は、ACT-J などの経緯もあり、いささか医療専門職による活動が主体となり、当事者の目線が不足しているという印象はなお否定できない。また、ACT-J のゴールが不明瞭で、退院後の生活支援として ACT-J を重視することは、当事者主体の地域生活に医療関係者が主導となり、当事者の真の自立を阻むことにならないかと懸念する。

##### 【当事者本人の自己決定・参画・エンパワメントについて】

市川で唯一、当事者の参画や主体のプログラムと明確に位置づけられたのは、クラブハウス For Us と WRAP の活動である。当事者インタビューの中で、  
“メンバー同士が積極的にミーティングに参加し、活動内容やスケジュールを議論し、自分たちで計画しているという実感がある。これまでの作業所などは、自分たち（当事者）への報告義務などは怠り、いつも上手く言って丸めこもうとする印象を受ける。例

えば、この作業や訓練は、何のためなのか？いつまでやるのか？など知らされることもなく、いつもに不安に感じていた。”

“ここに来る前の私は、施設や GH で常に職員の顔色を伺い、遠慮するのが当たり前の生活だった。また作業所は、普通の社会生活から隔離されていて、常に将来の不安を抱えていた。(中略)「自分を大切にすること、ありのままの自分でいいこと」を教えられ、さらには、自分が思ったことを言っていんだと体験した初めての場所だった。”

など、これまでの施設や GH など閉鎖的にかつ精神的にも追い込まれていた当事者にとっては、自己肯定、自己実現が初めて可能となった場で、成果があったと評価できる。

しかし実際には、サロンのような会話や情報交換だけでは当事者のエンパワメントは不十分である。For Us を通じて、サービス利用者のグループ化は行われているが、そこでは、自立生活センターで行われているような、ピアカウンセラーのリーダー育成、ILP などのプログラムは用意されていない。リーダー育成で当事者たちをエンパワメントし、自分たちの権利を学び、主体となって、当事者支援に取り組んでいくという実体を作り上げていく必要がある。

#### 【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

一般的に、精神障害者にとって働くことは社会に認められる前提というような考え方があり、その考え方から脱却するためには、生活を保障するための年金などの所得保障が必要である。それがあって初めて、職員や他人の顔色を伺わずに自己決定して、自立生活していく基盤が整うと考えている。

トリエステモデルやマディソンモデルでも、当事者のグループ化は進んでいても、「当事者による当事者の支援」を強力に推し進めるプログラムやシステムが備わっていない。そのために、期間を定めない ACT-J などの専門家集団の支援が、当事者のエンパワメントを奪う結果となる恐れがある。現在日本において ACT-J が全国で普及しつつある状況を見ると、今後、地域の当事者エンパワメントシステムの構築と当事者リーダー養成が緊急の課題といえる。また、ACT-J による支援ばかりでなく、クライシスハウスなどに医療関係者を配置するような機能を拡充させ、利用手順などの煩雑さも改善し、当事者が本当に困ったときに身近に利用できる場所として役割を持たせておくことのほうが、当事者の真の地域生活を保障することになるのではないかと思う。

#### 参考文献

- 池田良一：「千葉県試行事業 マディソンモデル活用事業」市川市医師会会報 第 114 号、2006 年夏季号
- クラブハウス For Us：<http://www4.plala.or.jp/clubhouse-forus>

- 品川真佐子：「市川市におけるマディソンモデル活用事業」148-154，精リ八誌，2006
- 久永文恵：「平成 17 年度～19 年度マディソンモデル活用事業事業実施報告書」，2008.3
- 久永文恵：「リカバリーを大切にするアプローチ ～元気回復行動プラン：WRAP Wellness Recovery Action Plan～」，ACT セミナー～地域支援の基本はリカバリーが合言葉～，2008，1，19，帯広
- マディソンモデル活用事業研究会：『マディソンモデル活用事業 平成 17 年度 - 19 年度 事業実績報告書』，2008.3

## 第 2 項：北海道帯広市十勝圏域の精神障害者の地域生活支援

### 2-1. 十勝圏域の精神障害者の地域生活支援の背景

#### 2-1-1. 十勝における精神障害者の地域支援の歴史的背景

十勝の精神障害者の地域生活支援活動を牽引してきたのは、精神保健福祉士の門屋充郎氏<sup>69</sup>である。1970 年代から門屋氏とその仲間、圏域内の 3 つの医療機関で働いていた精神保健福祉士 5 名が協力し、本人の意思にかかわらずに入院を強いられている人々を退院させて、地域に戻すという取り組みを始めた。もともと十勝は、精神医療分野で先進地域でもあった。昭和 30 年代にはすでに開放病棟を持つ病院があり、早くから入院中心ではなく通院中心の医療にも転じていた。また、国公立の病院が多く、個人病院に比べて「入院患者の奪い合い」などの意識も低かったことが、これらの活動を結果的に後押しする形となったという。

#### 門屋氏 6 つの活動原則：

門屋氏は自身の経験から 6 つの活動原則を掲げた。「Cure」と「Care」の分担の原則（医療に取り込まれた生活は、Care として外部化し、社会において展開するべきである） 特殊化から一般化へ（特殊化は社会から排除する構造を保障する） 集団画一化から個別化の原則、 社会はすべて公的利用の原則、 オープンシステムの原則、 脱施設化・反施設化の原則、である。また理念としては、精神障害者の排除され、スティグマを負わされた社会的立場を理解し、治療の大義により自らの人生に希望をもてなくなった、精神障害者と呼ばれるたくさんの人々の状況を変えること、それが PSW の使命であると信じて活動を展開した。

#### 独自に進めていた退院動機を促進するための工夫

<sup>69</sup> 門屋充郎、帯広協会病院、国立武蔵療養所、大江病院での勤務を経て、1991 年から通所授産施設帯広ケアセンター所長、現在は NPO 法人十勝障がい者支援センター、NPO 法人十勝圏域障がい者総合相談支援センターなどを兼務、精神保健福祉士

十勝圏では、すでに複数の退院した精神障害者が、実質的に退院の支援や退院後の生活を支援していた。そこで、ピアとしての経験を生かし、ピアを本人のエンパワメントを高める機会に活用した。さらに病院で、地域で活動しているピアによる、ピアカウンセリングの時間と場を提供した。ある病院では病棟活動として、入院者の退院動機を高めるためのグループワークを、地域の精神保健福祉士とピアサポーターが定期的に行った。また地域ネットワークを、退院促進事業の中で役立つように活用した。

## **2-1-2. 門屋氏らの活動の経過と概要（\*各詳細については次項で行う）**

### 第1期．地域ケア活動の開始（1982～1990）

1981年には門屋氏とその仲間は、「朋友会（十勝精神障害者社会復帰促進協会）」を設立し、翌年、退院を希望した16名が暮らせる共同住居「朋友荘」を設立した。この16名は、食事も作れない、妄想や幻聴がある、お金の管理ができない、銀行の利用方法がわからない、交通機関は使えないなど、当時退院が不可能といわれていた。この「朋友荘」は、世話人として食事を作る人は毎日通ってくるが、管理人は常駐しない。生活の細かなルールは、入居者全員でミーティングを開いて必要なルールを作っていた。「朋友荘」を皮切りに、門屋氏らは精力的に住居資源を増やし、GHのほかにアパートなどでの一人暮らしも支援するが、いずれも「管理」ではなく、入居者の自由を尊重するという方針を一貫してとっている。

### 第2期．医療と対等な地域ケアシステムの構築（1991～2005）

1991年に開設した通所授産施設「帯広ケア・センター」は、農業中心の作業活動などを通じて精神障害者が働く場を創出した。（\* 2-2で詳細は説明する）

1993年には、北海道の精神保健審議会に「地域社会復帰支援システム」を提案し、3年間実施した。この委託事業が終了後も、帯広ケア・センターは「生活支援会議」を月に一回継続し、医療機関・保健所・職安・地域関係者20～30名が参加した。その後は、帯広市が主催し、1998年からは、個別支援のために月2回「ケアマネジメント会議」を開催している。現在は帯広市自立支援協議会が主催している。また、2000年からは草の根レベルで、アメリカのマディソンモデルで有名なデーブ郡精神保健部長であるデービッド・ルコント氏を招くなど、積極的に海外モデルの学習と導入について検討を行っていた。

2004年、2005年度は、退院促進モデル事業<sup>70</sup>に取り組んだ。モデル事業では、事業企画を次のように定めた。地域ケアの支援方法であるケアマネジメントを使う、当事者を支援員とする、支援員の公募・採用面接を行い、積極的に活用する、JHC板橋

<sup>70</sup> 対象は4つの病院で8名、6名が退院につながった。支援の総回数は142回。入院期間は2年から13年。ピアの支援員は7名である。

のピアカウンセリング研修、WRAP<sup>71</sup>の研修、マディソンモデル研修（2004年からは定期的に訪問、当事者なども研修に参加している）などを実施する、など。

### 第3期．地域ケア中心の時代へ～地域で共に暮らす～（2005～現在）

2005年4月にNPO法人十勝障がい者支援センターを設立し、2005年7月から、北海道総合相談支援センター事業を受託し、「十勝圏域障がい者総合支援センター」を開設した。利用者主体のケアマネジメントをすすめ、「リカバリー理念」<sup>72</sup>に基づいたACTなども取り入れていく。また2006年8月には、指定相談事業所「障がい者支援センターとかち」を開設し、帯広市相談支援事業を受託した。2009年4月からは2つの事業所を統合し、事業所名を「十勝障がい者相談支援センター」に変更した。そして、広域相談支援体制整備事業（後述）を受託した。以下の図は精神科病床数の推移である。

図1．十勝の精神科病床数の推移

	1990	2007	全国平均（平成15年）
精神科病床数	970床	540床	
人口万対病床数	27床	15.1床	28床

\* 北海道人口万対病床数平均は約38床（平成15年）

\* 参照：「日本の精神保健医療福祉における地域移行の意義」、門屋充郎、（2008）

## 2-2. 帯広ケア・センターが取り組む地域ネットワーク活動

### 2-2-1. 帯広ケア・センターの経過

1991年に精神保健福祉法に基づく20名定員の通所授産施設として、「帯広ケア・センター」は開設された。6ヘクタールの農地を活用した農耕・園芸作業、加えて生産物を帯広市内で販売する活動などを行ってきた。こうした日課の提供のほか、生活上の相談・就労に関する支援・自立支援に関する相談も必要に応じ随時行ってきた。1997年、精神保健福祉法改正に伴い、授産施設に付置事業として精神障害者生活支援事業（現在、帯人生活支援センター）が開始されることになった。2000年には、「帯広生活支援センター」を、帯広ケア・センターから独立する形で開設することになった。総合相談・情報提供・地域交流の3本柱で活動を展開してきた。また、2007年には、就労を希望する障害者や在職中の障害者の抱える課題に応じて、就労支援ワーカー、生活支援ワーカーが就業と生活を一体的に支援を行う、「十勝障害者就業・生活支援センターだいち」を開設した。

<sup>71</sup> Wellness Recovery Action Plan の略、当事者であるメアリーエレン・コーブランドが開発したプログラム、同節第1項市川の当事者の取り組みで解説

<sup>72</sup> 第2章、海外モデルのマディソンモデルの事例（ページ）を参照

## 2-2-2. 帯広ケア・センターの活動

現在では、障害者福祉サービス事業所として一般企業への就職に向け職場実習、就労移行支援、就労継続支援 B 型、宿泊型自立訓練、ジョブコーチ支援、グループ就労訓練などを行っている。帯広ケア・センターのネットワークは、北海道障害者職業センター、ハローワーク帯広、帯広保健所、帯広市、そして職場実習などを行っている企業、事業所である。就労支援を通じてつながりができ、生活支援センター、ケア・センターを核として関係は強化されている。できるだけ、一般企業で働けるように支援を行っている。障害者を一ヶ所に集めて作業をするという意味は、つまり施設の延長であり、できる限り一般企業の職場などに出て社会と接点を持ってほしいという思いがある。

また、北海道精神障害者地域生活支援事業として精神障害者退院促進支援を行っている。これは十勝で実施したモデルを、北海道事業として、2006 年 10 月から開始したものである。

### 北海道精神障害者地域生活支援事業（退院促進事業）

精神障害者の地域生活支援と、入院している精神障害者の退院促進として、地域生活支援事業と自立支援事業を行う。特に本ケア・センターでは、地域移行委託は、コーディネーター1名、スタッフ1名の常勤で専従がいるほか、自立支援員9名（非常勤、パート）が雇用されている。また、退院促進には、相談支援員1名ほか、ピアサポーター<sup>73</sup>として自立支援員が2名関わっている。地域ケアマネジメント会議をコーディネートするほか、月2回、定例会で報告・検討をしている。ピアサポーターは、対象者へ訓練内容の説明及び、信頼関係の構築、同行支援、対象者の訓練中の状況確認や必要な支援、支援方法の協議、及び支援に必要な情報の収集、その他対象者が安心して訓練をするために必要な支援、などが求められている。

### 帯広ケア・センター「ステップ」

「ステップ」では、将来地域で自立生活をめざしている人を対象に一定期間、通所（6名定員）や宿泊（10名定員）による訓練を行う。各居室には、バス・トイレを完備している。単身生活への移行を支援し、さらに継続的に日常生活が送れるように、居宅訪問を含めたバックアップを行う。最大の利用期間は、通所・宿泊ともに2年である。利用者の意向や特性・適正を踏まえて、個別支援計画を作成し、その内容に沿ったプログラムを組み立てて進める。宿泊型では、外出先、就労先、他の日中サービス利用中、夜間の救急時にも24時間随時対応していく。また訪問型では、生活場面で困っていることや心配なことなどの相談を受けて生活面全般に必要な支援を行い、安心して地域生活が

<sup>73</sup> ピアサポーターとは、精神疾患を患った自らの経験を生かして、精神保健福祉の向上につながる意欲を持ち、この事業に賛同し、業務として自ら行う意志のある者。



継続できるように支援している。

#### 【具体的な活動内容】

- 日常生活体験活動・・・調理・掃除・洗濯などの身の回りのことを体験を通して身に付けていく。
- 社会体験活動・・・社会資源（市役所・図書館・銀行・郵便局など）の利用、路線バスの乗り方、買い物、通院、外出などの体験を通して身に付けていく。
- 社会生活力プログラム・・・マニュアルに沿って、生活の基礎や、金銭管理、社会参加など体験活動をすることができる。
- グループ活動
  - グループワーク・・・社会的ルール、マナー、一般常識、生活場面で困っていることなど様々なテーマを決め、話し合いをすることで自分の生活と結び付けていくことができる。
  - SST（ソーシャルスキルトレーニング、社会生活技能訓練）・・・社会生活していく上で必要な人と人とのやり取りの練習をすることができる。
  - レクリエーション・・・スポーツ・ゲーム・創作活動などを通して自然に他者とのコミュニケーションを図ることができる。
- 各種講座、ほか

#### 2-2-3. 帯広生活支援センターの活動

地域生活での問題解決を目的として行う電話や面談による暮らしの相談、障害者が住める空き物件の紹介などを知らせる暮らしの情報提供、当事者活動の支援などを行う。また退院後、地域で暮らすための手伝いなどきめ細かく、幅広く支援活動を展開する。また、北海道精神障害者地域生活支援事業を受託しており、精神障害者の退院促進支援やケアマネジメントを行っている。

#### 地域活動支援センター「ひろば」

「ひろば」は、障害者自立支援法による地域生活支援事業として、帯広市から地域活動センターの事業指定を受けて運営している。「ひろば」は、地域で生活している障害（精神、知的、発達障害など）者に、日中活動を提供する場で、午前中は主に軽作業（栽培した花苗や野菜の販売、食事の準備、室内作業として豆の選別作業など）、午後からは余暇や楽しみなど、参加する人の要望や希望に沿った活動を行う。「ひろば」の特徴としては、午後からの活動はプログラム化されたものではなく、その日の利用者の要望や希望で話し合いで活動を決めているという利点があげられる。

#### 2-3. 十勝障がい者相談支援センターの活動について

##### 2-3-1. 十勝圏域障がい者総合相談支援センターについて

十勝障がい者相談支援センターの機能を紹介する前に、本地域の相談支援体制が作られてきた経緯として、2005年から2009年3月まで北海道総合相談支援センター事業として受託した、「十勝圏域障がい者相談支援センター」事業がある。この事業は、障害者自立支援法の施行に先駆けて、北海道が独自に設置<sup>74</sup>したものである。

目的：障害がある人が地域で安心して生活できるよう、年齢、障害種別等を超えて、総合的な相談支援を行うとともに、市町村における地域生活支援体制に向けて必要な支援を行う。

体制：24時間体制、365日運営。夜間や休日は職員の携帯電話に転送をする。アウトリーチ体制。

地域生活支援を目的に取り組んでいる事業・支援の概要：大きく、障害者自立支援法関連、地域活動関連、個別支援に分けられる。

## 2-3-2. 十勝障がい者相談支援センターの概要

### 【事業内容】

相談支援専門員業務

障害程度区分認定調査

地域づくりコーディネーター配置事業

地域生活移行コーディネーター配置<sup>75</sup>事業...[北海道広域支援体制整備事業、 ]

その他障害者福祉に関する諸業務

### 地域づくりコーディネーター配置事業

地域づくりコーディネーターを配置して、市町村に対して以下の具体的な支援方針を策定する。ほかに、圏域内の体制作り、北海道の障害者福祉に関するシステムづくりに関する主導的な役割を担う。

- 自立支援協議会等地域のネットワーク構築に向けた指導・調整...協議会は官民協働の組織であり、団体・機関・個人の別なく、障害者の生活福祉に関心のある人、当事者も参加できる。協議会は、学習の機会や研修・研究の場、情報共有の場として運営される。
- 対応困難事例にかかる助言
- 専門的支援システム（権利擁護、就労支援）の立ち上げ等の援助

<sup>74</sup> 北海道には14の支庁が置かれており、その14ある保健福祉事務所圏域ごとに圏域センター事業が展開されている。それぞれの法人と保健福祉事務所が委託契約を結ぶ。道からの委託料は1200万/年である。

<sup>75</sup> 平成20年度に行われた「入所施設利用者意向調査」により、施設以外の場所での生活を希望する者が多いことに基づいて、北海道では平成21年から、「広域支援体制整備事業」の中で、地域生活への移行を担当する「地域生活移行支援コーディネーター」を配置することとした。現在、全道で、8名のコーディネーターが活動している。

- 市町村相談支援体制の評価（北海道自立支援協議会との協働）
- 地域の社会資源の点検、開発に関する援助
- 発達障害者支援センター等の関係機関と連携しながら行う、市町村の子ども発達支援センターの活動に対する支援

#### 地域生活移行コーディネーター配置事業

地域生活への移行を希望する施設入所者を対象に以下の業務を行う。地域生活移行コーディネーターは、それぞれ連携・協働しながら、配置圏域にかかわらず全道域を対象として活動するものとする。

- 本人・家族との調整
- 入所施設と市町村等の調整
- 地域生活移行のための支援ネットワークづくり支援…地域生活体験事業等の利用について支援するとともに、地域生活への意向を希望する障害者の受け皿を整備するため、受け入れ市町村相談支援窓口や地域自立支援協議会等の対応をサポートする。
- 地域づくりコーディネーターとの連携

#### 2-4. NPO 法人十勝障害者サポートネット

2006年9月、十勝障害者サポートネットは、自立支援法の障害福祉サービスを提供する事業所として、NPOの認可を受けた。1981年から十勝において活動してきた、十勝精神障害者社会復帰促進協会「朋友会」を前身とした法人である。

十勝障害者サポートネットは、障害者も障害のない人も共に暮らしやすい地域社会を実現することをめざして、総合的、継続的な生活福祉サービスを提供している。活動の一つとして帯広市内に、障害者の住居GH8ヶ所(定員94名)、就労の場ワークサロン(定員20名)1ヶ所、日中活動の拠点3ヶ所を提供している。

#### 2-5. 考察

##### 【地域移行の結果】

十勝の取り組みは、30数年に渡ってPSWの門屋氏を中心とした当時の仲間たちで、地域中心の障害者支援体制を構築することである。さらに評価すべきは、1981年に最初に作られた「朋友荘」に居住したのが、最も退院が困難といわれた重度の精神障害者たちであり、実践を通じて、重度精神障害者の地域生活の実現を社会に理解させることができたことである。そして年月を重ね、徐々に居住の場や働く場づくりと確保し、24時間365日体制で悩みを抱える精神障害者の窓口を整備したことである。さらに、地域ネットワークづくりを多面的に支援をする一方で、近年ではマディソンモデルなども参考に、当事者の役割強化も進めている。その結果、2007年には病床数が540床にまで

減少した。(1996年には970床)

#### 【当事者本人の自己決定・参画・エンパワメントについて】

当事者との協働を掲げ、「当事者主体」で確実な実践を重ね、行政の事業を積極的に受託している点も注目に値する。具体的にはピアサポーターをシステムとして取り入れた、北海道精神障害者地域生活支援事業(退院促進事業)であり、特にピアサポートの支援は、退院促進や地域生活へ悩みを抱える精神障害者には信頼のおけるアドバイザー的な役割を果たしている。

GHも独自に、「オープンシステム」と称して、常に当事者主体であり、管理人は常駐せず、細かなルールは入居者がミーティングを開いて必要な規則を作るシステムを確立している。また、マディソンモデルの現地研修に当事者を派遣し、SOARのシステムなどを学んでいるということもあり、当事者のエンパワメントをはじめ今後の発展が大いに期待できる。

#### 【今後の包括的な地域移行システムへの可能性について】

特に、北海道精神障害者地域生活支援事業(退院促進事業)では、当事者をピアサポーターとして雇用し、入院中の状況から地域移行まで継続して支援を行うことがシステムとして定着し、実績を上げている。このように当事者が正式にメンバーとして組み込まれ、実績をあげている活動は全国を挙げてもそう多くはないと思われる。

#### 参考文献

- 門屋充郎：講演「北海道十勝圏域における地域ケア～精神科入院患者の退院促進の事例」市町村セミナー、2006.5
- 門屋充郎：講演「日本の精神保健医療福祉における地域移行の意義」
- 門屋充郎：「私はプロを目指してきたが、ボランティアで障害を終えそうだ」精神保健ミニコミ誌 CLAIRIERE(クレリィエール)、発行元クレリィエール、2008.8
- 月間ケアマネジメント2007.11号：最前線の現場から 自由な生活を「管理」しない地域全体を巻き込んだ精神障害者への生活支援(P23-25)、門屋充郎さんにきく 十勝から日本へ精神障害者ケアマネジメントシステムの先駆として(P26-27)
-

## 第4章 その他の支援事例

### 第1節 相談支援に関するさまざまな事例から

本章では、東京都にある自薦ヘルパー推進協会が拘ってきた事例の中から、画期的な支援の方法をいくつか紹介する。また、全国の相談支援を充実させるにあたっての阻害要因が見受けられる事例を紹介し、現行制度の問題点を挙げる。

第1項では、経験が豊富な団体による遠隔地支援の事例をあげる。資源が少なく、「前例がない」地方の障害者は、資源もロールモデルもなく、自立に踏み出すことが難しいという現状がある。本来的には、全国どこに住んでいても、適切な支援が受けられるべきであるにもかかわらず、地域間格差は依然として存在している。そこで、そのような状況を打開するための一つの方法として、遠隔地支援の事例を紹介する。また、同じ遠隔地支援でも、障害種別に特化した遠隔地支援を行う団体を紹介する。

第2項では、出来たばかりの団体が、適切な支援を行えるよう、団体の支援を行う事例である。いわば、団体間のスーパーバイズである。

第3項では、現行の相談支援の問題点をはらむ事例として、適切な支援を行う団体が指定相談支援事業所になれないという事例を挙げる。

第4項では、同じく、現行の相談支援の問題点をはらむ事例であるが、こちらは現行の指定相談支援事業所のあり方に関する事例である。

これらの事例を踏まえて、現行の相談支援の改善点等を検討する。

## 第1項 経験豊富な団体による遠隔地の支援の事例

### 1-1 都市部の団体による遠隔地支援の事例

Aさんは24時間の介護が必要な障害で、長年、北東北の過疎地の入所施設に住んでいた。2001年に友人の誘いで東京の全国団体である自薦ヘルパー推進協会（以下推進協）の岩手県での研修会に参加したことをきっかけに、24時間介護利用者でも地域のアパートで1人暮らしが可能だということを知り、その後、推進協が相談支援・コーディネートを1年半かけて1人暮らし移行を行った。

Aさんの入所施設は県都から車で3時間の場所であった。推進協はAさんのメールや電話等での相談に継続してのり、福島県の自立生活センターの宿泊体験室を使った1か月の自立体験や東京の自立生活センターでの自立体験や個別自立生活プログラムに数回参加してもらい、介護制度や生活保護など1人暮らしのための制度や介護者の求人広告方法面接方法（当時は支援費制度前で自薦の介護制度を使う必要があった）などの研修、介護者の育て方、介助者を使った自立生活の方法、アパートの借り方などを学んでもらった。遠方まで移動するに当たり、移動中の介助者の費用や交通費の助成も推進協が行った。

Aさんは北東北のC市でアパートを借りて24時間体制の自薦ヘルパー（常勤4名非常勤1名）を求人広告して面接・雇用した。この際にも事前に事細かな支援を行い、東京から自立生活センターのコーディネーターを現地に派遣して面接と介護研修を行った。C市と介護制度の交渉もこれに先立って行き、その後24時間介護体制で1人暮らしを始めた。（市もこのころ障害者ケアマネジメント事業を開始しており、相談支援を市直営で行っていたが、市は、「こんな重度の障害者は絶対に1人暮らしはできない」と言って最後まで反対していた。）

Aさんへの自立生活へのさまざまな問題（たとえば、介助者の育て方、介助者とうまくいかない、市との制度交渉、社会参加など）に対する推進協の相談支援は、その後も続き、Aさんは推進協ほかのさまざまな研修に参加し、その1年後、Aさんは知り合った地域の障害者と自立生活センターを立ち上げた。現在は、推進協とも連携しながら、地域の困っている障害者や施設の障害者の相談にのっている。自立生活センター立ち上げ5年目には、隣の村に、24時間介護の必要な脳性まひ者の1人暮らしの支援を行った。

### 2-2 専門的な支援を必要とする障害者の遠隔地支援事例

静岡県K市に住むBさんは高等学校の柔道のクラブ活動中の事故で頸髄損傷で人口呼吸器利用になった。事故直後に市内の救急病院に運ばれたが、そこではリハビリ等は何もできなかった。このときに東京の全脊連（障害者の全国団体）に初めて転院先の相談をした。日本せきずい基金は福岡県の脊損専門の病院でのリハビリを紹介した。その後も日本せきずい基金への相談は続いた。転院後、リハビリが行われ、車いすに乗れるためのトレーニングも行われた。このころから、Bさんには、地域での生活の希望があ

ったが、そのためには会話できることが重要だった。使っている呼吸器やカフでは十分な発語を確保できなかった。そこで気管切開の呼吸器をはずして鼻マスク式に変えるアドバイスも日本せきずい基金から行い、その医学的情報支援も行った。医師とは若干もめたが、結局説得ができ、気管切開式の呼吸器をはずすノウハウのある関西の病院に転院し、気管切開をやめて鼻マスク式呼吸器の利用になり、会話可能になった。ここまでの医療的アドバイスや転院先の調整なども日本せきずい基金が行った。

次に、退院と地域生活についての相談が始まった。Bさんは大学受験を目指していた。当面は実家に戻ることをヘルパー等の利用をK市に申し込んだが、支給決定基準までしか認めず、とても生活していけるものではなかった。市にはヘルパーの支給量について話し合いを何度も申し込んだが、県立高校の事故のために県と裁判を行っていることなどを理由に、和解に応じなければ、ヘルパー時間数の交渉に応じないという回答であった。そこで、Bさんは東京の大学への進学希望だったため、日本せきずい基金は東京都目黒区に転居を支援した。その後、目黒区も人口呼吸器利用者の24時間介護利用者の1人暮らしは初めてのため、区は抵抗したが、医療関係のサポートも日本せきずい基金ですべてコーディネートし、最終的には24時間のヘルパー制度も出るように支援した。

### 1-3. 小括

1-1では、何百キロメートルも離れた遠方から最重度の24時間介護の障害者の自立支援を行っている全国団体の事例を紹介した。当時、北東北のD県内で1日8時間以上の長時間介護利用者の1人暮らし障害者は1人もいなかった。また、そのような重度障害者を地域移行できる相談支援能力をもった相談支援事業所はなかった。東京などでの何十年の自立支援の歴史を持つ全国団体は、遠方からの支援で、これを行っている。ここに挙げたのはほんの一例で、実際には全国各地でこの方法で自立支援が行われている。1-2の事例では、高度な医療などの情報を持つ専門団体のサポートで、会話が可能になり、地域で暮らせるようになった事例である。このような専門医療の情報は個別の障害種別の団体が持っている。このほかの例では、ALS関係の団体などでもその分野で活躍しており、地域移行を遠隔地支援で行っている。

## 第2項 経験豊富な団体による新規団体の支援事例

本稿では、北海道で立ち上がったばかりの団体が、自立支援の経験豊かな東京の団体の支援を受けながら、最重度全身性障害者（ALS）の自立支援を行った事例を紹介する。

### 2-1 自立生活センター北見（CIL北見）の概要

自立生活センター（CIL）代表者はALSという進行性の全身性難病で、自分が地域で生きていくことが難しいと感じていた。何か手段がないだろうかと探していた時に、知人から推進協の存在を聞き、推進協の支援のもとで発足した。

CILとして活動し始めたのは19年の10月であり、経験の蓄積はそう多いとはいえない。CIL北見では、現在定期的に2名の利用者の支援を行っている。一人は、北見市から車で片道3時間かかる施設にいる脳性マヒ者（以下、Gさん）と、北見市から車で片道2時間半かかるA町在住のALS患者（以下、Fさん）である。

### 2-2 CIL北見の支援の内容

Gさんに対しては、ピアカウンセリングや自立生活プログラムの大切さを伝えながら、1～2ヶ月に1度の訪問と電話やメールなどで信頼関係を作っている最中である。また、Fさんについては、知人を介して、CILが発足する前からメールのみで連絡を取っていたが、同じ病気をもつ人と接触したことがなく、病気の受け入れも全くできない印象であった。何度もメールのやり取りをする中で、「思い切って会いませんか」と切り出しやっと会うことができた。

CILがFさんに初めて会ったときには家族ばかりが一生懸命説明し、本人が口を開くのはほんの少しであった。それから1カ月に2度ほどの訪問と電話とで信頼関係を作り、今困っていることや家族との関係などを細かく聞きながらの支援が続いた。A町にはヘルパー事業所が1つ（町社会福祉協議会）しかなく、夜間や日曜などの対応も存在していない状態であった。全身性障害で全介助にも関わらず、最初は身体介護185時間のみでの対応。家族と同居であったが、家族の疲労が濃くなり、不満の声が聴かれた。

CILの支援を受け、どう生きていきたいかをご本人が少しずつ話せるようになり、長い時間ヘルパーが入ってほしいと言われ、重度訪問介護にしてほしいとA町と話し合いを行った。その結果、重度訪問介護278時間となったが、それでも暮らしてはいけないと、A町にたいし更なる交渉を行った。

交渉時に行った支援として、必要な理由などを明記した書類作成の手伝い、当事者が言う内容の書き取り、パソコン入力サポート（足でスイッチをクリックして操作しているため）を行った。

粘り強い交渉の結果、時間交渉が本人の希望通り（毎日16時間）に決定されたが、他事業所（社会福祉協議会）はヘルパーがいないので、長時間のサービス提供が困難であったとの事であった。そこで4月から北見から車で移動往復5時間かけてヘルパーが



出向き、1日の提供時間13時間×週3回のサービス提供が始まった。このような支援をしつつ、現地在住のヘルパー募集も進めてきた。

C I L代表とA L Sのご本人とのロールプレイの成果もあり、最初はなににも主張できなかった本人が社会福祉協議会に粘り強く要望を続けるようになり、日曜のサービス提供を社協が受けてくれるようになった。

北見からの通いで週3回のうち、金曜、土曜と続けて提供するので、C I L北見がA町に家を借り金曜日のサービス提供が終わったらヘルパーが宿泊して土曜の提供にすぐ行けるようにして、工夫しました。

A町で求人し、現地採用で無資格のヘルパー人材を採用し、C I L北見の負担で飛行機で東京まで行って重度訪問介護の資格取得をさせ、ヘルパーの空白時間を安定してサービスに入れるようにした。もちろん、介護技術は高度な技術が必要なので、それを覚えるまではC I L北見のベテランヘルパーと2人体制でFさんの介護に入り、介護ノウハウを覚えてもらう必要があった。技術的に、A L SのGさんもヘルパーも「もう1人で介護に入っても大丈夫だ」と言えるくらいまで、ずっと遠方からの通いでベテランのダブル体制派遣も続いた。その後、現地採用のヘルパーが独り立ちして、介護体制はうまく回っている。相談支援は継続中である。

### 2-3 . 団体のスキルアップシステム

C I L北見では、これらの支援を、設立から1年半でとりかかってきた。その際にノウハウを提供したのが、推進協である。推進協は、C I L北見に対し、毎週何時間もの相談にのり、会議しながら、支援構築の手助けをしてきた。

また、設立から2年間は、毎月のように、ほぼ全スタッフが東京や札幌に2泊3日の研修に出かけて、スキルアップを図っています。3年目以降は研修に出かける回数は2カ月に1回に減り、その分、遠方の入所施設の方の支援や、遠方のA L Sの方の支援に時間を割いている。

### 2-4 . 小括

第2項では、立ちあがってわずか1～2年の地域の障害者団体が、豊富な地域移行や自立支援のノウハウを持つ全国団体からの支援を受けて、200km先の遠方の重度A L S患者の支援を行い、直接介護派遣も行い、町や社会福祉協議会まで変えていったことが報告されている。このように高度かつ粘り強い自立支援が行えるのは、北海道のオホーツク側の地域ではこの団体だけであろう。この団体の構成員は他の相談支援事業者等では働いた経験のない素人である。わずか1～2年でも、全国団体の研修を受け、24時間介護の必要な障害当事者が代表を行い、その経験を生かし、毎週のように全国団体と会議し学びつつ自立支援を実践すれば、ここまでの高度な支援ができるという実例である。しかし、この団体の活動は相談支援の実務経験にはカウントされないという制度上の問題点が存在していることは指摘しておかなければならないだろう。

### **第3項 支援能力が高い団体が、指定相談支援事業所として認められない事例**

本項では、最重度の障害者の1人暮らしの自立支援の能力が非常に高い障害者団体が、行政からの公的支出によらない活動のため、実務経験が認められず、指定相談支援事業所にはなれないという事例を紹介する。

#### **3-1．東京都D市の自立生活センターの事例**

東京都D市の自立生活センターは1995年設立で、代表者が24時間介護を使って1人暮らしをする全身性障害者だったこともあり、他の団体での研修も受け、主に24時間介護の必要な、脳性まひ・頸損・筋ジス系・ALSなどの1人暮らしの支援をフルサポートで行っている。現在までに、周辺2県10市区で24時間介護利用の最重度の障害者を数多く自立支援して介助サービスも行っている。(24時間利用者以外の支援も行っている)

近隣市町村では、最重度の障害者のいる世帯などで、支援が難しい場合はこの自立生活センターに支援をお願いするという関係になっている。しかし、この自立生活センターは公的支出による市町村障害者生活支援事業などを受託したことがないため、現在の国の相談支援専門員の基準では、この自立生活センターでの相談員としての勤務は実務経験として認められていない。そのため、指定相談支援事業所になることはできない。

#### **3-2．北海道札幌市のE自立生活センターの事例**

E自立生活センターは4年前に設立され、現在はALSの1人暮らしの支援・人口呼吸器利用のALSの支援やその他の24時間介護利用の全身性障害者の1人暮らし支援などを介護サービスとセットで行っている。地域のALSの当事者によると、市内で最重度のALSの支援ができるのは介護保険・障害の全事業所あわせても、この自立生活センターだけとのことである。

しかし、この自立生活センターは公的支出による事業を受託したことがないため、現在の国の相談支援専門員の基準では、この自立生活センターでの相談員としての勤務は実務経験として認められていない。

#### **3-3．四国のF自立生活センターの事例**

四国のF自立生活センターは8年前に設立され、現在は頸損の気管切開の人工呼吸器利用者の24時間介護の1人暮らしの自立支援などを介護サービスとセットで行っている。

しかし、この自立生活センターは公的支出による事業を受託したことがないため、現在の国の相談支援専門員の基準では、この自立生活センターでの相談員としての勤務は実務経験として認められていない。しかし、県内で24時間介護の最重度の障害者の1人暮らしの支援ノウハウがあるのはこの自立生活センターだけである。

#### **3-4．小括**

本項では、最重度の障害者の1人暮らしの自立支援の能力が非常に高い障害者団体が、行政からの公的支出によらない活動のため、現在の国の制度では相談支援の実務経験として認められず、指定相談支援事業所にはなれないという事例を紹介した。いずれの団

体も市内もしくは県内でトップクラスの地域移行の実績を持ちながら、公的な資格は認められていない。このようなケースは全国120の自立生活センターの多くで見られる。また、その他の各種障害者団体においても、地域移行や自立支援を行っている団体（たとえば長時間介護の必要な知的障害者の1人暮らしのサポートを行う地域団体やALS関係の団体など）があるが、そのほとんどが、相談支援の公的資格の実務経験の対象になっていない。

## 第4項 市町村が委託した相談支援事業者が支給抑制として機能している事例

### 4-1. Hさんの事例から

Hさんはベッド型車いすを使う24時間介護の必要な障害で、現在はJ市で24時間の重度訪問介護を使って生活している。(全国の24時間介護利用者の中でも最も重度と言える。移動には3人の介助者が必要で、吸引器などの機材も多い)

Hさんは2002年までは、島根県I市で、市町村障害者生活支援事業の相談支援員としてさまざまな障害者の相談活動に従事していた。

2002年に、別のJ市で自立生活センター設立のために、アパートを借り(1人暮らし)転居することになった。

転居先のJ市では、相談支援事業者(市町村障害者生活支援事業)にケアプラン作成や支給決定のための聞き取りや支給決定案作成までが委託されており、その事業は古くからある入所施設の法人に委託されていた。

Hさんが転居の前にJ市役所にヘルパー時間数の交渉に行くと、市は、委託先の相談窓口に行くように伝えた。委託先の相談支援事業者は、障害者は訓練やリハビリで努力することをモットーとしており、ヘルパーを24時間利用するなどとは、とんでもないと、Hさんの説明を取り合わなかった(この施設は障害者はリハビリしてがんばってヘルパーをなるべく使わないことが正しいという思想をもち、それは市の意向に沿ったものでもあった)。

Hさんは推進協に相談し、そのアドバイス通り、市役所の部長室にアポなしで出かけ、居座って直談判した。全国団体からの情報を基に、国の施策の考えや市の責任などを説明し、やっと、ヘルパー時間数の案を作るのは、特例で、委託先ではなく、市が直接行うことになった。その後も、市は、当初、24時間の介護が必要な障害者だということは認めても、なかなか長時間のヘルパー制度の支給を認めようとはしなかった。長い交渉の末、24時間のヘルパー制度が決まった。

### 4-2. 小活

第4項では、既存の相談支援事業者の問題点を示した。市町村が事業委託をする場合は、1か所にだけ委託をすることが普通であり、この事例の市の場合は、古くからある身体障害者の入所施設に相談支援事業が委託されていた。この施設は、障害者はがんばってヘルパーをなるべく使わないことが正しいという思想で、それは予算を増やしたくない市の意向に沿ったものでもあった。委託事業というものは、このように、予算削減をモットーとする市の意向に沿った考えの法人に委託されるものである。また、市の障害福祉事業の委託先は古い歴史のある入所施設を持つ社会福祉法人や社会福協議会であることがほとんどで、その事業の理念を正しく理解している法人かどうかは委託先の選定時に考慮されないのが普通である。

## 第5項 考察

先にあげた4つの事例より、次のような相談支援の課題が挙げられる。

2009年総選挙前に廃案になった自立支援法改正案(以下、旧改正案)では、市町村が指定した特定相談支援事業者や基幹相談支援センターがケアプランを作り、そのプランに基づいて支給決定するという案であった。これは、24時間介護制度が既に実現している市町村(全国1800市町村中1割以下である)ではうまく機能するが、それ以外の9割の市町村ではうまくいかない。本節の第4項で示したように、市町村がヘルパー予算を削減しようとしている場合、市町村の選んだ指定事業所もその意向に沿って障害者のヘルパー制度等を抑制したプランを作る。

たとえば、九州のK市では24時間介護の必要な障害者に対して、1日12時間の重度訪問介護の支給決定しか行わず、「1時間利用、1時間空白、1時間利用、1時間空白」を繰り返すプランや、日中は(利用者が望んでいない)デイサービスを使うプランなどを審査会に提出していた(この決定は当事者による県への不服審査請求で争われ、県により市の決定が取り消されたが、市は新たに少しだけ支給量を増やしただけで、いまだ解決されていない)。この障害者の状態は、筆者が調査したところ、他の24時間保障の自治体であれば、確実に毎日24時間の重度訪問介護が支給される障害の程度であった。

この例のように、支給抑制をする市町村においては、市町村に任せると、24時間連続介護の必要な重度障害者に対して、デイサービスと巡回介護のプランが作られてしまう。また、これらの市町村が特別相談支援事業者を1か所指定する場合、市町村の考えに沿った法人を選ぶのが普通である。また、指定された法人も事業方針について市町村の意向に沿うようにするものである。市町村と関係が強い社会福祉協議会なども多く、これらも従来から相談事業の独占委託先になっていることが多く、市町村指定制度になっても市町村はこれらの法人1か所のみを指定する場合はほとんどであると予想される。

つまり、旧改正案では最重度の全身性障害者は、抑制的なケアプランを作成され、それに沿って支給決定され、それが固定化されてしまう恐れが高い。

これを防止するためには、以下のことが必要である。

第1項であげた事例のように、最重度の障害者の1人暮らしなど、長時間の介護制度の必要な、いわゆる困難事例と呼ばれているものについては、全国団体等による遠隔自立支援も相談支援の1つの方法として認めることが必要である。

そのためには、相談支援事業は、国または都道府県が指定したうえで、利用者が遠く離れた県の指定事業者も利用でき、プラン等も依頼できるようにすべきである。

また、利用者が事業所を自由に選べないと意味がない。市内の事業者を利用しないと支給決定させないなどという運用が想定されるが(実際に沖縄県T町では、隣の宜野湾市の相談支援事業者を使っている障害者に対して、「市内の事業者を使わないと、実態

が見えないので、ヘルパー時間を増やせない」という脅しがある）このようなことも禁止すべきである。

また、他県（東京など）の相談支援事業所だけではなく、市内や県内の障害者団体の相談支援を受けることができれば、さらに良い。しかし、第3項で書いたように、重度障害者の自立支援ノウハウを持つ自立生活センターや支援団体が相談支援の指定をとれないという現状の制度の欠陥がある。これは改善すべきである。一定の自立支援の経験を持つ団体での実務経験も相談員の実務経験として認めるべきである。

また、第2項で示したように、相談支援の5年経験を満たしていない障害者団体でも熟練した団体の支援が厚ければ、相談支援は適切に行うことができる。このような場合も全国団体の指定事業者の出張所のような形で指定事業者として特例で認めるべきである。

また、いずれの事業所も利用しない場合であっても、障害者自身が障害者団体で研修等を受け、自分でケアプランを作るセルフプランも推進していくべきである。

## 第2節 知的障害者のホームヘルパー 24時間長時間滞在介護によるアパートでの1人暮らしの支援について

### 第1項 24時間介護を必要とする知的障害者の支援

ここまでの章でも、知的障害者の支援方法について、さまざまな事例を紹介してきたが、24時間つねに介助が必要な知的障害者の1人暮らしをホームヘルパーで24時間体制で支援する方法は紹介していない。この方法は身体障害者の章で紹介した障害当事者が運営する自立生活センターやその影響を受けて立ち上がった知的障害者個人を支援する地域の小規模な団体などの新しい障害当事者団体によって近年始められるようになった方法で、全身性障害者への24時間の重度訪問介護制度を使った1人暮らしの支援と同じ方法をベースに、さらに知的障害者向けに改良を加えて実施されている方法である。

障害者権利条約でも、障害者が「特定の生活様式」に縛られないことを権利としており、身体障害者の当事者団体の間では当然のこととして考えられている「同年代の健常者と同じように、成人したら、親元を離れ、アパート等を借りて1人暮らしをする。そのために介助が必要であれば、最も重い障害ならば24時間のヘルパー制度を使い、障害者が社会に参加しながら主体的に生活する」という方法を、知的障害者の自立支援でもまったく同じ理念で行っている。

日本では、まだまだ重度の知的障害者の施設からの地域移行と言うと、グループホーム・ケアホームしか思い浮かばないという人々や行政もあるが、ヘルパーを利用したアパート等での1人暮らしも可能だということを知っていただきたい。

このような取り組みは、まだまだ事例が少なく、東京都、千葉県、静岡県、大阪府などの、いくつかの市で行われているのみである。

ここでは、自立生活センター小平の事例を取り上げた。自立生活センター・小平は、本稿の身体障害者の章で24時間ヘルパーを利用する脳性まひ者の支援を行っている事例を掲載しているが、この同じスタッフ（障害者役員であるGM・介護コーディネーター・ヘルパー）たちが知的障害者に対しても同じようにサポートを行っている。

### 第2項 24時間介護利用による知的障害者の1人暮らしの支援の事例

訪問機関：自立生活センター小平

知的障害者Kさんの状況

年齢：41歳(平成22年1月現在)

障害：知的障害重度(東京都愛の手帳2度(全国的には知的A判定に相応))

脳性麻痺による両下肢機能障害、両上肢軽度機能障害(身体障害者手帳4級)

介助を受けずに歩行可能。

#### 2-1. 障害の状況

Kさんは重度の知的障害と、軽度の身体障害を併せ持つ障害者で、平成20年に毎日24時間のヘルパーを使いアパートでの自立生活を始めた。

Kさんは、言語的コミュニケーションをとることができない。非言語的コミュニケーションによる意思表示は、下腹部を叩くことによってトイレを示すことと、手を動かして指差しアピールすることである(ただし、指差しの場合、指差したものについてのアピールであるとは限らない)。本人の自発的な意思表示は限られているため、一つの意味表示が必ずしも一つの行動を示すとは限らない。周囲や本人の状況を総合的に判断したコミュニケーション介助が必要である。

特に周囲の状況や、ヘルパーを含む他人の行動等を理解できない状況が続くと、理解することをあきらめてしまい、非常に不安になる。またこのような状況を経て、鬱状態になることがある。一度鬱状態になると回復に時間がかかるので、そうならないためにも本人の意思を汲み取った高いレベルのコミュニケーション介助が必要である。

歩行はゆっくりであるが可能である。日常生活動作は、適切な介助、声かけ、見守りがあれば、時間はかかるが行うことができる。

なお、障害程度区分4であるが、これは、障害程度区分が知的障害者の介護の必要性を正しく反映する仕組みになっていないからである。24時間の介護が必要な状態であることは、市役所のワーカーも詳しい調査で確認している。

## 2-2 . 自立までの経緯

Kさんは自立前は母親と2人の世帯で母子家庭の子供として生活していた。自立生活センター小平ーとKさんとの関わりのきっかけは、外出介助の依頼からであった。Kさんの障害状況を考慮し、月に数回のペースの外出介助時に、きちんとコミュニケーションの取れるヘルパーを少しずつ育てていくという形で、次第にKさんと支援者との信頼関係が強くなっていった。同居する母親も、当初は施設しか社会資源を知らなかったが、支援者と関わる中で、地域での自立生活に対して理解をするようになった。

母親はKさんとずっと2人で暮らしていたが、末期癌と診断され緊急入院し、要介護状態となったため、母親によるKさんの介助が不可能になった。この入院の時点で、Kさんを介助する者が誰もいなくなったため(兄と姉がいるがいずれも遠方に在住のため介助は不可能であった)、緊急対応として介助者を24時間派遣することにした。Kさんが何度も地域生活の体験や母親のレスパイトで利用してきた自立生活センター小平の自立生活体験室(住宅街の中の民間の2DKアパートを1部屋のみ借り上げたもの)をKさんの居室にし、大家とKさん本人の契約に変更した。この日からKさんの自立生活がスタートし、支援者側はA市役所に対し介助制度交渉を行った。

## 2-3 . 自立交渉

A市では、身体障害者に対しては24時間の介助保障をしていたが、常時介助が必要



で地域生活している重度知的障害者のロールモデルはいなかった。そのため、知的障害者が地域で暮らすことと介助の必要性について、一から交渉の場で説明していく必要があった。特にコミュニケーション介助、就寝時の介助、外出介助、具合が悪いときの介助といったように、介助の必要性がはっきりするような具体的な場面・介助内容を資料にまとめ、ポイントを絞って説明した。

市役所が一番強く聞いてきたのは、言語コミュニケーションが取れない知的障害者が、本当に地域で暮らすことを望んでいるのか、ということだった。これに対しては、これまでのKさんとの関わり、Kさんとヘルパーとの強い信頼関係、これまでKさんが体験してきた集団生活でのKさんの拒否反応、などを例に挙げ、施設やグループホームではなく地域での生活が本人にとって最適である、ということ由市役所と粘り強く話し合った。

また、既に地域で生活する知的障害者への長時間の制度支給実績のあった静岡県B市と東京都C市の障害者支援団体に、制度交渉のポイントや資料作成などについて多くのアドバイスと励ましを頂いた。

6ヶ月にわたる交渉の結果、制度上重度訪問介護のような長時間見守りを含む介助制度を知的障害者が利用できないため、支給時間数としては1日24時間は支給されなかったが、重度訪問介護単価に換算して24時間相当の居宅介護（身体介護・家事援助・移動支援のミックスで）の時間数が支給決定された。これによって、24時間連続体制でヘルパーをつけることができるようになった。

## 2-4 . 日々の生活の支援

日々の生活は、Kさんの介助に精通した10数名のヘルパーによって交替制で介助が行われている。全身性障害者の24時間介護利用者と同様に、1回のヘルパーの勤務は長時間を基本としている。Kさんの支援の方針は、Kさんの様子およびヘルパーからあげられた情報をもとに、Kさんの担当のゼネラルマネージャー（GM：障害者役員）と健常者コーディネーターが中心となり組み立てる。

### 2-4-1 コミュニケーション

前述のようにKさんは言語コミュニケーションをとることができないので、各ヘルパーが引き継ぎノートを記入し、Kさんの心身の様子やその日にした事などを次のヘルパーへと引き継いでいく。

日常生活の様々な場面では、まずヘルパーが目の前で行動をして見せることによって、理解してもらうこともある。また本人をパニックに陥らせず、かつきちんと理解できる形で伝えることができる、レベルの高いコミュニケーション介助技術をもって支援を行っている。

Kさん本人は自分から意思表示をしないことも多いため、ヘルパーが声かけをして、一つ一つの行動について、確認をしていくことをコミュニケーション介助の原則としている。

特に、Kさんの少ない意思表示を見逃さずに引き出していく介助は、時間とコミュニケーション介助技術が必要であり、集団介護体制のデイサービスや施設の中では不可能なことである。

#### 2-4-2 栄養管理

Kさんは食材から具体的なメニューを連想して、調理の指示を出すことは難しいため、写真や絵が載っている本を見て、視覚的に理解できるようにしている。調理と食事についてヘルパー間の引き継ぎをするために「食材ノート」を作り、献立と食材の残りを記入して次のヘルパーへと引き継いでいる。

それでも食材や献立を選ぶ際に、Kさんが何を食べたいのかわかりづらい場合があり(例えば全ての選択肢を指差して賛成の意思表示をするなど)、メニュー選びには十分時間をかけている。また、Kさん本人の好みで選ぶと、ハンバーグや豚カツばかりになってしまうため、介助者が一緒になって栄養バランスも考え、Kさんに提案する。

ただし、指導管理的に接すると、介助者に心を開かずコミュニケーションをとらなくなってしまうため、ヘルパーはKさん自身の意向を最大限汲み取るよう心がけている。調理については、ヘルパーが実際にやってみせたり、声をかけたりして、一緒にやってみることもある。本人や支援者も気付いていないKさん自身の力を発見することがあるかもしれないためである。

#### 2-4-3 掃除、洗濯、入浴など日常生活の介助

定期的に部屋を掃除したり、身の回りを清潔にするという意識はKさん本人にはないため、基本的にはヘルパーが声かけをして、Kさんと一緒に行うという流れが多い。掃除機を動かしたり、洗濯機を操作したりすることは、ヘルパーと一緒にであればできるが、定期的に家事を行うことはないので、部屋が汚れていたり、洗濯物がたまっていたりするタイミングで、ヘルパーが声かけをして、Kさんの行動のきっかけ作りをすることがある。

入浴については、上下肢の障害もあり、転倒などの危険がないように見守る必要がある。また、同様の理由できちんと洗えない部分や拭けない部分があるので、そういう部分をヘルパーが介助する。

他の介助でもそうだが、Kさんのペースはゆっくりであるため、Kさん自身のペースにヘルパーがきちんと合わせた介助を行う必要がある。Kさんのペースが守られないと、鬱症状につながっていくことがあるからである。

#### 2-4-4 金銭管理

Kさん自身は、お金の計算はできないので、ヘルパーが代行する。購入したもののレシートは必ず保存し、家計簿につけて収支を合わせる。コーディネーターはGMの指導の下に、Kさんの金銭管理の責任を持つ。

多額の金を持つと紛失などの恐れがあるので、生活費は事務所金庫に保管して、財布の中身が足りなくなった場合はヘルパーからコーディネーターに連絡し、随時補充する形をとっている。

上記のような支援の結果、自立前とは比べものにならないほどKさんの意思表示が多くなり、また活発になった。このような自己実現を図ることができる支援は、知的障害者であっても、言語コミュニケーションが取れなくても、本人の意思や本来持っている力を何らかの形で引き出そうとするエンパワメントの考え方によってのみ、実現できるものである。

現在は、Kさんはほぼ毎日外出し、夕方には自立生活センターに立ち寄り、Kさんの直接の担当でない自立生活センターのスタッフ等とも交流ができるようになっている。アパートのある古い商店街では、毎日食品の買い物にヘルパーとともに立ち寄るので、商店街のさまざまな店で地域のお得意様の1人として顔を覚えられ、同じ町内の住民として認知されている。

### 第3項 考察

障害者の権利条約にも示されているように、障害者がどこに住むかは本人が決められることが基本であり、グループホームのような集団生活は、健常者には見られない形態であり、本来はそのような施策はおかしいといわざるを得ない。

山奥等に大規模な入所施設がたくさんある現状では、入所施設解体後の知的障害者の行き場としてグループホーム・ケアホーム等をただちに否定することは困難ではあるが、将来財政的な課題が解決するのであれば、グループホーム・ケアホーム移行後、次のステップは、やはり、身体障害者と同様に地域でのアパート等での1人暮らしを中心とする自立生活であろう。事例からわかるように、その支援方法はすでに実践されており、全国的に取り組むことに、技術的困難はそれほどないといえよう。

重度の知的障害者の支援は、24時間などの長時間の介護の必要な全身性障害者の自立支援を行う障害者団体のノウハウの延長線上にあり、これらの団体の育成と、ヘルパー制度の全国一律での最高24時間の制度実施が大事になってくる。

また、1人では法律に抵触する行為(商店で商品を持っていってしまう、小さい子供に抱きつくなど)を起こす知的障害者や精神障害者でも、24時間のヘルパーを使って自立生活すれば、町の中で暮らすことができる。人権的に批判されている法律を犯した知的障害者・精神障害者を収容する施設も不要になる。

## 第5章 政策提言 ～ 障害者地域自立支援体制(案) ～

わが国では、政権交代により障害者施策の総合的かつ効果的な推進を図るために、障がい者制度改革推進会議が当事者過半数で構成された。これは、第2章第1項で紹介したカリフォルニア州のRCの理事メンバーの構成(障害当事者と家族が50%)と同様で、当事者主導である。ランターマン法では、これまで行政が裁量していた知的・発達障害者のサービス計画・決定と提供を当事者中心に行うために、RCの理事の体制や運営に関することを明記し、知的・発達障害者の地域生活を権利として保障することを定めている。本研究の成果を参考に、わが国で、「障害者地域移行緊急10カ年計画法案(仮称)」を策定し、地域に以下のような組織と地域サービス体制の構築を提言する。本計画は、2011年より10カ年で策定し、施設の新規入所を止め、施設に代わる具体的な地域生活移行のための包括的なプランを策定する

### 第1節 障害者地域移行緊急10カ年計画法案(仮称)

本事業では、次の5点を重点的に行うこととする。

- 1 人材育成(当事者組織の育成、専門職の育成)
- 2 総合的な相談支援体制(身体障害、知的障害、精神障害)の整備
- 3 ショートステイ(精神障害、知的障害、重症心身障害、緊急時・一時避難)の整備
- 4 個別介助サービス体制の整備
- 5 地域の権利擁護センターの設立

#### 第1項 人材育成

本研究では、ピアカウンセラーなど障害当事者の専門性について多くを語り、障害がない立場の専門職について述べることは少なかった。もちろん、障害者人口は724万人(出典;平成20年度版障害者白書)と限られており、当事者専門職ばかりを求めることもできない。5万人規模<sup>76</sup>での緊急サービスや、海外のマディソンモデルを参考にしたACTなどの医療機関と、当事者が中心となって運営を担う体制づくりと、そのための当事者職員の養成研修が必要である。またプロジェクト期間である10年以内に、全体制を整備することも困難である。ゆえに、現実的な問題として、当事者主体の理念を研修などで確実に身につけた障害のない専門職との「協働」は重要である。そこで、当事者主体の理念を持った専門職をどのようにして育てるかも重要な問題となる。

#### 当事者組織の育成

<sup>76</sup> トリエステ精神保健センターの行政区は5万人に1センターとしており、参考とする。日本の小学校区とほぼ同数で考える。

主に身体障害者中心で設立された自立生活センターは、権利擁護機関、相談支援組織、サービス提供組織として機能している。知的障害者については「ピープルファースト」があり、権利擁護活動や相談支援機関としてある程度機能しているが、サービス提供事業体としては機能していない。精神障害者については、当事者集団やピアサポート組織が、やはり相談支援や権利擁護、生活支援を行っているが、まだ数が少なく、全国的な支援網とはなっていない。

そこで、マディソンモデルの SOAR、カリフォルニア州の知的障害者・発達障害者への PC-IPP に基づく地域支援などを参考に、当事者の育成とシステムづくりを、活動資金も含めて公的な支援が求められる。特に、地域格差を生じさせないために市町村ごとに、事務所運営資金、職員費用等の運営補助が必要である。

現在のリソースも活用しながら、特にピアカウンセリング、自立生活プログラム、さらに自立生活プログラムをコーディネートする E プログラム<sup>77</sup>の導入や WRAP<sup>78</sup>などの研修、そして支援者の訓練であるアクティブサポート<sup>79</sup>を実施することなどが求められよう。

#### 専門職の育成

##### 【社会福祉士】

障害者の地域生活支援という視点から社会福祉士の専門性を高めるためには、まず、在宅サービスの中での具体的な介助や、地域生活支援事業の相談支援の現場実習をカリキュラムの中に取り入れることが望ましい。2009 年には、従来の養成カリキュラムが改訂されたが、その内容だけでは未だに不十分である。地域生活を望む当事者のニーズが十分に尊重されず、自己決定に基づいた地域生活を支えるサービスが十分ではなく、当事者の権利は保障されない状況が変わらないままともなりかねない。

そこで、社会福祉士をめざす学生や既に業務に携わっている職員が介助サービスの現場で、入浴やトイレ介助などの生活を通して、頭ではなく身体で福祉を理解し、対等な人間関係を作ることが求められている。社会福祉士の現場実習において、介護を行う例は今も多く見られるが、直接的な介助を通して福祉や支援の基本を学ぶという視点が多分ではないため、有益な学習の場となっておらず、当事者との対等な関係性を感じ取るに至らない。同時に、相談支援の現場での実習が確実に行われていないために、社会福祉士が本来果たすべき、個別支援計画、生活支援、ジョブワーカーなどのスキルを得ることができないままに終わっている。

したがって、目的性を明示した直接的な介助と、地域生活支援のコーディネーターと

<sup>77</sup> 大阪出発なかまの会が ILP を推進するための運営委員の活動を「E プロ」と称して当事者中心に構成して実施している。

<sup>78</sup> 市川市、クラブハウス For Us の仲間を中心に当事者が中心となって進めている元気行動回復プラン（WRAP）をさす。

<sup>79</sup> 大阪出発なかまの会が職員側の指導システムとしても取り入れているプログラム。

しての社会福祉士のスキル獲得のために、現場実習をバランスよくカリキュラムに盛り込む必要がある。また、4年生の大学の福祉関係のカリキュラムの中に、障害当事者を講師として招くなど、「当事者主体」の視点に立つ支援者養成のカリキュラムへと再編成することが求められる。

#### 【精神保健福祉士（PSW）】

特に病院に勤務するPSWについては、看護師などの医療職が「医師の指示の下に」と、業務に制約があるのと同様、医者からのオーダーを受けて動かざるをえないのが現実と思われる。したがって、期限以内に患者を退院させるために、住宅改造、介助サービスを設定し、全ての手当てや福祉制度が受給できるように手配することが求められることになる。それに加えて、短期間の中に、入院患者の障害受容についてもケアしなければならない。実際にこのような体制では、入院患者の意向を十分に理解する相談支援ができず、必ずしも、入院患者の希望する退院後の地域生活が保障されるとはいえない。そこで、当事者相談を中心にすえ、ピアなどのサポートを得ながらエンパワメントの促進を含め、入院時から本人の意向に沿ったニーズ中心の地域移行が実現できるようなシステムを構築する必要がある。

また、精神保健福祉士養成課程におけるカリキュラムの見直しも必要である。特に、医学的な観点に比重をおかず、社会モデルに依拠した支援のあり方について学ぶ機会を保障することが必要である。当事者との対等な関係性を築くことは急務であり、そのためには、現場実習のあり方や講師として当事者を招くなどして、対等な人間関係を構築するための意識転換を図るカリキュラムに改編することが必要である。

長期的には、社会福祉士と同一制度に統一し、当事者のニーズに基づき地域生活を支援する担い手として養成する必要があると考える。さらに、既に資格を有している者に対しては、定期的に研修を行う必要がある。

#### 【特別支援教育の専門職】

特別支援教育においても、我が国では、4年間の専門教育学科卒業生だけを特別支援教育専門職と捉える事が多いが、実質的にこのレベルの教育課程だけでは多様なニーズに応える専門職とはなりえない。点字や手話、重度障害の場合は身振りや表情など、あらゆる手段を使っただけのコミュニケーションや、障害固有のニーズに的確に応じられなければならない。欧米で行っているように、4年生大学卒業後、大学院レベルも含めた専門教育を求めていくことがますます必要となろう。

インクルーシブ教育の現場で求めているのは、まさにコミュニケーションに長けた、個別の可能性を引き出せるような人材である。しかし教師自身が、生活支援の経験、特に地域在宅サービス現場における十分な知識や経験を持たない。2週間程度の介護体験だけでは、PC-IPPを活用した本人参画に基づく支援の重要性を十分に理解できない。

したがって、介助の知識や技術を学び、相談支援などの実践を積んだ後、教育専門職としての役割が果たせるようにカリキュラム内容を改編すべきである。

また、退職後の教師を再雇用することにより、教材、教育手法などに工夫をこらして教育支援を行う試みなどが始められている。人材確保の点からは期待できるが、一部の試みに過ぎないという段階であり、今後、拡大して展開するには十分な検討が必要がある。

#### 【介護支援専門員】

ケアマネージャー養成カリキュラムにおいては、ケアプラン作成が目的化しておりいる感もあり、地域生活を理念とすることや、それに向けての方法論が欠落しており、エンパワメントの視点も欠如している。ニーズ発掘の過程で、ピアカウンセリングや、ILP、自立生活体験室の活動を、本人が体験する中でエンパワメントしていく。こうしたプロセスの重要性について認識が抜け落ちたまま、庇護ニーズ<sup>80</sup>に基づいたケアプラン作成が行われるシステムは、早急に廃止されなければならない。PC-IPPでは、「どこに」「誰と住みたいか」「どのような生活を送りたいか」「どのようなサービスを使いたいか」など、本人の意向を聞いてから、ケアプランやサービス決定が行われている。現在の日本のケアマネジメントシステムにおいては、「本人主体」の視点が抜け落ちており、ニーズが実現できないケアプラン作りとなっている。結果的に障害者は、これに甘んじざるを得なくなり、自己決定に基づく地域の暮らしを実現できない状況にあると言わざるを得ない。そこで、当事者のニーズを十分に汲み取れるような行政サービスシステムへの転換と、専門職養成カリキュラムを確立するために、カリフォルニア州のPC-IPPのシステムなどを学ぶことが必要である。

以上をふまえると、社会福祉士、精神保健福祉士、特殊教育専門職、介護支援専門員など、あらゆる障害者支援の専門職に対して、養成カリキュラムと実習制度、具体的な地域移行システムについて、「当事者主体」の視点に立った根本的な改革が求められる。そのような大改造を行わなければ、精神障害者、知的障害者の施設や病院からの地域移行の達成は困難であると言わざるを得ない。

そこで、全ての人材養成・研修カリキュラムを、当事者の意向を入れた形で再構築することが必要である。そして、新しい当事者中心の支援システムの中で、自立生活体験室などの移行機関の利用と、ピアカウンセリングやILPが受講できるシステムを、障害当事者と専門職とで協働して作り上げていく必要がある。

こうしたシステムを確立していくために、早急に、当事者が過半数から成る審議会等を厚生労働省と文部科学省の中に設置し、問題点の洗い出しと課題への対応について検討を開始する必要がある。

---

<sup>80</sup> 第3章の42ページで解説

## 第2項 地域生活移行の整備

### 2-1. マンツーマンによる一貫した職員体制を保障した3障害の地域生活移行の整備

特に、精神障害者や知的障害者にとっては、同じ職員がマンツーマンで一貫して関わり、信頼関係が確立した中でこそ、安心して相談できるようになる。このような相談の場を設定し、本人のニーズを十分に引き出すための体制づくりが重要である。そして、ある時期までは、この担当職員が徹底的に関わり、当事者性を十分に引き出すことが必要である。

カリフォルニア州のRCの規模などからすると、地域生活移行センターには、20名程度の相談支援員を正規職員として配置することが求められる。3障害を総合して、継続的な地域生活を支援するために、地域生活移行センターを核として、24時間体制で相談に応じられる職員配置を確保する。そのうち、当事者相談支援員を過半数とし、ピアカウンセラーを必須の配置とする。また、代表、事務局長、運営委員の過半数は障害者であることを義務とし、当事者主導の体制を構築する。ここでは、身体障害者、知的障害者、精神障害者<sup>2</sup>であり、日常的な生活支援相談を必要とする者を対象とする。

以下の図1は、地域生活移行センターを核とした、障害者地域生活支援体制の全体図である。第3項で、それぞれの機能と役割を解説する。

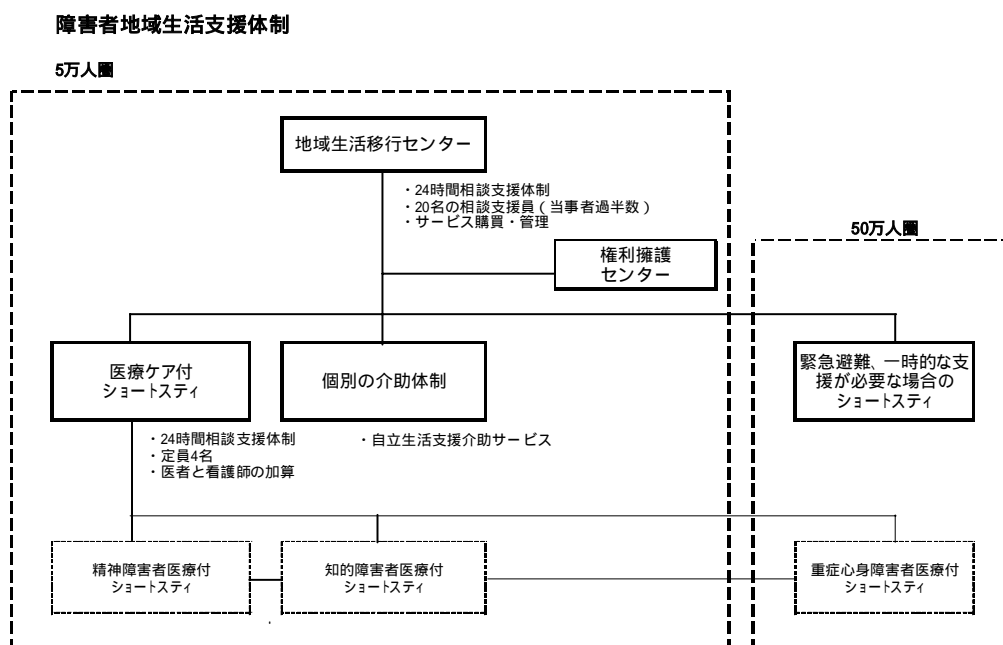


図1. 障害者地域生活支援体制 案



## 2-2. 相談支援の目的

### 2-2-1. 身体障害者の相談支援

介助が日常的に必要な身体障害者の中にも、ヘルパーだけではなく、常時相談支援を必要とする者が少なくない。しかし実際には、介助サービス組織や作業所、特別支援学校によるマンパワー的な支援で、何とか生活してきたが、これでは、家族や支援者の精神的な負担が重すぎる。支援者の燃え尽きや、同様の支援が継続して受けられなくなる恐れもあり、地域生活が継続できなくなる者が出てくる。そこで、このような状況にある身体障害者が、常時、安心して地域での相談支援を受けて暮らすことを目的とする。

### 2-2-2. 知的障害者の相談支援

親元で暮らす知的障害者は、作業所などに通うことによって日中の生活を維持し、その他の時間は、家族や介助者による支援を受けて何とか地域生活を継続してきた。しかし、親の高齢化や本人の精神的な不安定からくる支援の難しさから、施設入所や GH を選ばなければならない事態に追い込まれてきた。

しかし、マンツーマンの相談支援体制があれば、家族や介助サービスに過大な負担をかけることなく、地域生活の継続を一生に渡って保障されることになる。自立生活をめざすことも可能となり、そのためにも、個別支援計画の作成、就労支援、生活支援などを統合的に提供することが必要となる。

### 2-2-3. 精神障害者の相談支援

精神病院からの退院・地域移行が進まない理由は、このマンツーマンの相談支援体制が地域にないことに起因していると思われる。そこで、医療ケア付のショートステイ（\*第3項で説明）と、相談支援サービスがあれば、介助サービスと合わせて精神障害者の地域移行が可能となり、地域での生活を継続することができる。

## 第3項 ショートステイ体制の整備

### 3-1. 医療ケア付のショートステイ

いずれのショートステイも定員は4名とする。当事者中心の運営体制(代表、事務局長、運営委員の過半数は障害者)を基本とする。行政は、家賃と運営費補助、建築費補助を行うほか、医者と看護師の加算を実施する。各ショートステイには、障害特性に合った当事者職員が必要である。またいずれも、24時間体制を保障するためのコーディネーターを配置する。

#### 3-1-1. 精神障害者の医療付ショートステイ(5万人に1ヶ所)

- 体制：精神科医師(常勤)1名 看護師 2名 当事者相談員を配置
- 対象者：統合失調症・躁うつなど

- 目的：重篤な精神障害者をすぐに精神病院に入院させるのではなく、地域の生活に戻ることを前提に考えた社会モデル的なシステムをめざす。緊急対応と日常的な相談の両方を可能とし、緊急時に診断をしなくても一時的入院ができるようにする。また、精神病院に抵抗がある人が、気軽に相談できる地域の生活支援の場とする。原則として、地域で生活を継続させる事を目的とする。

### 3-1-2. 医療ケアが必要な知的障害者のためのショートステイ(5万人に1ヶ所)

- 体制：看護師 2名 当事者相談員を配置
- 対象者：てんかん発作や日常的に医療的ケアが必要な知的障害者・重複障害者（知的と精神、知的と身体）
- 目的：知的障害や精神障害のために、一般の診療所や病院がでは対応しきれなかった人たちが、地域での継続的な生活を可能にすることを目的とする。

### 3-1-3. 医療的ケアが必要な重症心身障害者のためのショートステイ(50万人に1ヶ所)

- 体制：医師1名・看護師2名、24時間体制。
- 対象者：呼吸器や経管栄養、インシュリン、透析など専門的な医療的ケアが必要な者。
- 目的：家族による介助が困難であったり、緊急事態で専門病院への搬送が間に合わない場合や、通院の困難さを緩和するなど、地域の中であらゆる事態に対応できる日常的な診療と一時的な入院ができる場とする。

### 3-2. 緊急時、一時的な支援が必要な人のためのショートステイ(50万人に1ヶ所)

- 対象者：家族が知的障害者・精神障害者、虐待と被虐待がある場合など
- 目的：これまでのDVセンターなどは、障害があると受け入れてはもらえないことも多かった。そのため家族からの緊急避難や、本人が地域生活の困難さから一時的な支援が必要な場合の場とする。

## 第4項 個別の介助体制の整備

「重度訪問介護」を「地域生活支援介助サービス」と改称し、精神障害者、知的障害者にも適応し、地域生活支援に柔軟に対応する。知的障害者で介助者との同居を求める人には、その費用を負担する。グループホームにおいても個別の介助サービスを提供する。

## 第5項 地域の権利擁護センターの設立

障害者が地域での自立生活がすすむとともに、個別化した支援体制が必要となる。それは、外部からの目が入りにくい、一人暮らしや家庭内で権利侵害が起こる可能性があ

るためである。

そこで本事業では、当事者が運営する相談支援事業所に権利擁護センター（5万人に1ヶ所）を併設することとする。これは、権利条約の趣旨に沿って作られる差別禁止条例に基づく、地域権利侵害調停機関と同種のものである。

## 参考資料（全脊連資料より）

他団体の支援を受けながら行う相談支援、相談支援専門員の資格要件に関する政策的な問題

### 1. 障害者自立支援法改正案（廃案）における相談支援の問題点

#### 現行のサービス利用計画

介護保険の要介護者がケアマネ事業所にケアプランをつくってもらうのと似た制度。

#### 相違点1：計画作成対象者

- |       |   |
|-------|---|
| 介護保険  | すべての要介護者がケアプランをつくってもらえる。  |
| 自立支援法 | 障害福祉サービスの利用者で、 <ul style="list-style-type: none"><li>・入所施設などからの地域移行による住環境が変化、家族の入院・死亡や弟妹の出生などによる家庭環境の変化、進学や就労などのライフステージの変化</li><li>・単身者、同居家族が障害・疾病・高齢・介護放棄など</li><li>・気管切開を伴う人工呼吸器利用、強度行動障害、重症心身障害、<br/>などの重度障害者等包括支援の対象者</li></ul> のうち、市町村が計画作成の必要性を認めて、サービス利用計画作成費の支給決定を行った人。 |

#### 相違点2：計画作成のタイミング

- |       |   |
|-------|---|
| 介護保険  | 市町村が要介護度を認定、それに応じた利用限度額の設定。<br>限度額(たとえば要介護5 区分6で35万8300円/月)の範囲内で、サービスの種類と量を自由に組み合わせてケアプランを作成。   |
| 自立支援法 | 市町村が、障害程度区分を認定したうえで、支給決定を行う。<br>予めサービスの種類と量が決まっているので、計画作成の焦点も、どの時間帯でどの種類のサービスを利用し、どの事業所にサービス提供を担当してもらうか、に限定されてしまう。<br>このため、現行のサービス利用計画はケアマネジメントの手段としてほとんど無意味。 |

この結果、計画を作成しているのは僅か1,920人（全利用者45万人の0.4%）。

麻生政権時に廃案になった障害者自立支援法改正案（以下、改正案と表記する）でのケアマネジメントの改正の案について

**改正法案におけるケアマネジメント手法の導入**

計画を作成する機関	市町村が指定する指定特定相談支援事業所が作成。 市町村が設置（直営or委託）する基幹相談支援センターが特定相談支援事業所の指定を受ける場合もある。
計画作成対象者	将来的に全サービス利用者へ拡大。
計画作成のタイミング	まずは現行どおり市町村が障害程度区分を認定。 支給決定の前に、指定特定相談支援事業所がサービス等利用計画案を作成。 サービス等利用計画案を参考にして、市町村が支給決定。

図1：現行の支給決定プロセス（社保審障害者部会資料）

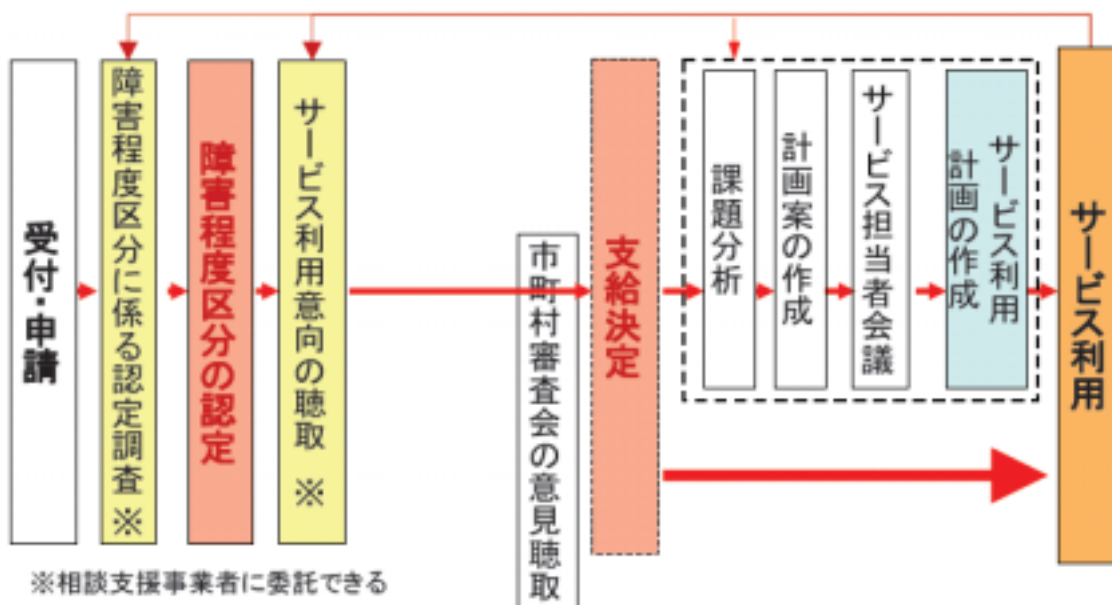
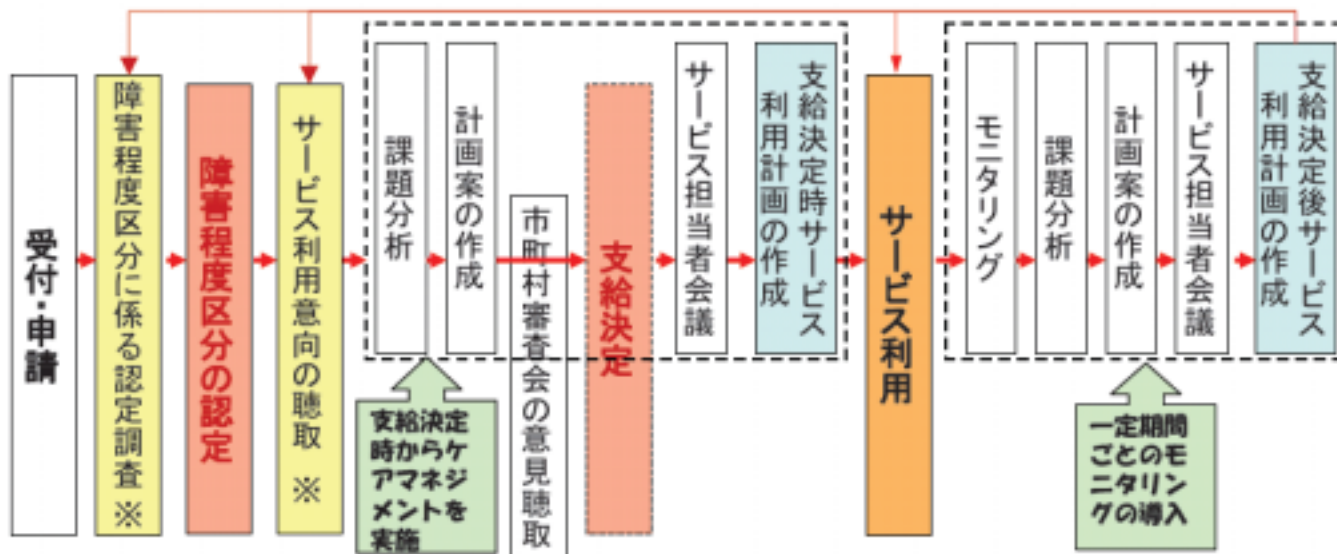


図2：改正法案（イメージ）（社保審障害者部会資料）



**改正法案の問題点**：特定相談支援事業所の指定権者

現行制度 基準省令に基づいて、都道府県が相談支援事業所を指定。

改正法案 基準省令に基づいて、市町村が特定相談支援事業所を指定。

改正法案の意図 支給決定プロセスの前提としてサービス等利用計画案。  
サービス等利用計画案を作成できるのは指定特定相談支援事業者。

特定相談支援事業者の指定権限が市町村にないと、  
支給決定という最も基本的な行政処分の生殺与奪を  
市町村が掌握できなくなってしまう（by内閣法制局）。

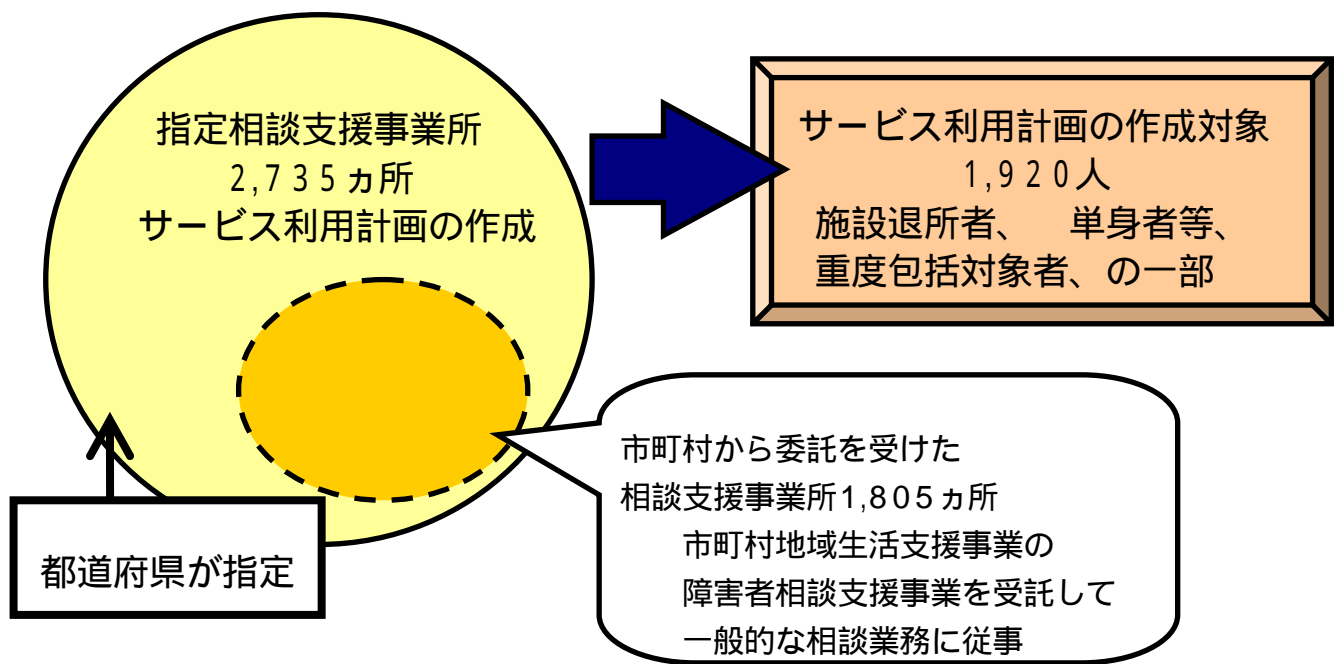


図3：現在のケアマネジメントの体制

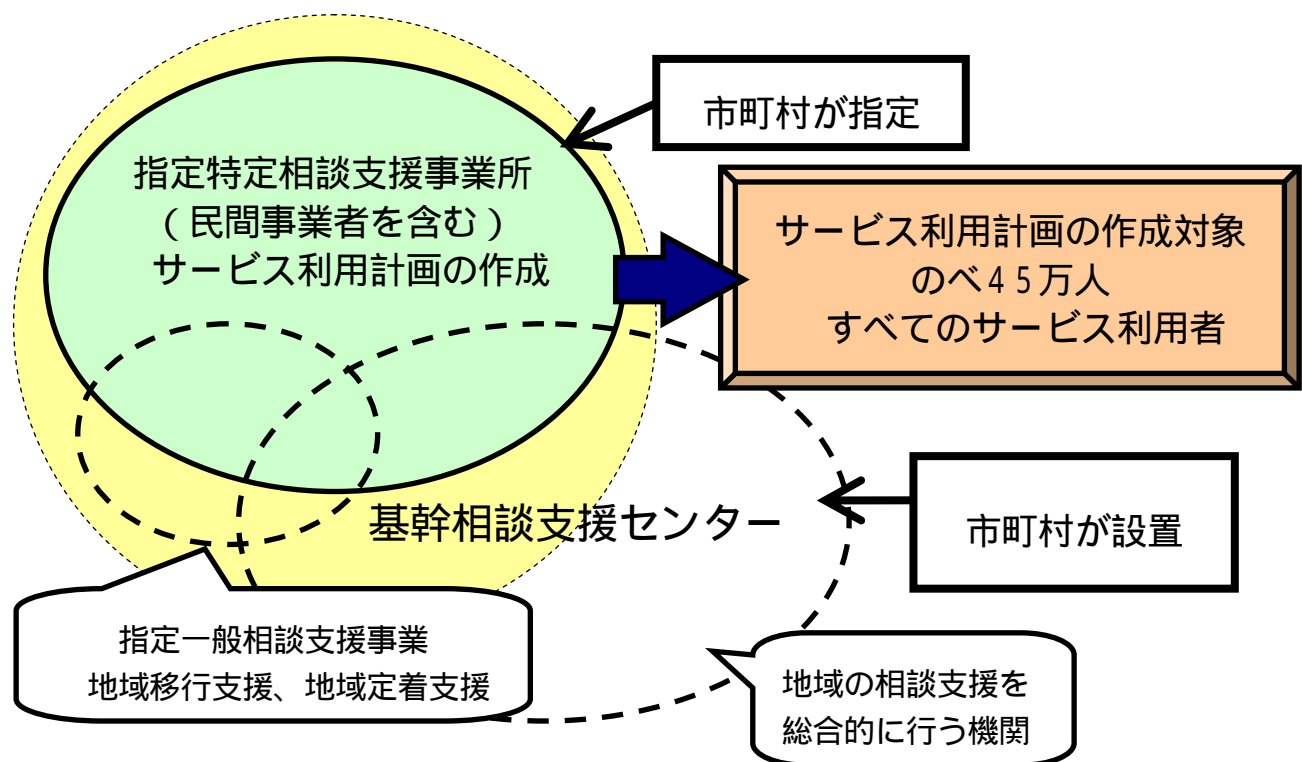


図4：改正法案（イメージ）

市町村が特定相談支援事業所の指定権者になると…、

- ・ 利用者にサービスの支給決定を行う行政機関も市町村
- ・ 指定特定相談支援事業者に対する指導・監査を中心的に行う行政機関も市町村

財政削減を意図する市町村の意向をおもなった内容で計画を作成してしまう危険性。

サービス等利用計画案が、市町村の支給決定を正当化するツールに帰してしまう？

【例】訪問系サービスを利用して在宅で生活している、障害程度が比較的重度な障害者

現状では、市町村が費用削減のためにひどいサービス内容（たとえば国庫負担基準が支給上限）で支給決定を行う場合、障害者は市町村と協議を行わなければならない。指定特定相談支援事業所が、支給決定案を正当化するサービス等利用計画案を作成してしまうと、第三者（たとえば都道府県審査会）は、支給決定案を正当な内容だと勘違いしてしまう。この結果、障害者が市町村と協議する余地がまったくなくなってしまう。

市町村は、支給決定の際に、サービス等利用計画案の提出を障害者に求めることができる。

これに対して、障害者の選択は

- ・ 指定特定相談支援事業者にサービス等利用計画案をつくってもらって提出。
- ・ 厚生労働省令で定めるサービス等利用計画案（＝セルフケアプラン）を提出。
- ・ 提出の求めに応じない。

支給決定基準を超えるような長時間の訪問系サービスの支給を申請する場合、“中立・公正”な指定特定相談支援事業所に計画案を作成してもらわないと話にならない。

そのような重度障害者にとって、

「セルフケアプラン」や「提出の求めに応じない」のは非現実的。

**改正法案の問題点**：基幹相談支援センターを市町村が設置

改正法案 市町村が、直営または外部委託により、基幹相談支援センターを設置。地域の相談を総合的に引き受ける機関。



現行の「市町村からの委託を受けた相談支援事業所」の後継？  
併せて特定相談支援事業所の指定を受けることにより計画作成も可能。

基幹相談支援センターの指定特定相談支援事業所は、  
計画作成の側面では民間の指定特定相談支援事業所に対して上位の立場にはないが、  
給付抑制や施設退所のパターンセッターになってしまう。

【例】介護保険の地域包括支援センターの委託を受けているケアマネ事業所

特に、ほかに指定特定相談支援事業所がない地域については、  
基幹相談支援センターが計画作成を一手に担うことになり、問題が深刻化。

#### 現行制度の問題点：相談支援専門員の実務経験の要件

相談支援専門員として計画作成に従事するには、職務内容に応じた従事年数が課される。

【例】入所施設の従業者 相談業務であれば5年、介護業務であれば10年。

重度障害者の地域移行や在宅生活の支援ノウハウを有する者を拾いきれていない。

【例】訪問系サービスの事業所の従業者

相談業務のカテゴリがなく、介護業務で10年の実務経験が必要。

しかし、そもそも旧支援費制度の開始からまだ6年、誰もクリアできない。

【例】障害当事者の全国団体やローカル団体による相談活動、支援活動

長時間滞在型の訪問系サービスを必要とする重度障害者の地域移行や、  
受傷直後の脊髄損傷者やALS患者などの専門医療と連携した在宅生活  
では、  
指定事業所よりもむしろ障害当事者団体の方が中心的な役割を果たして  
きた。

支援ノウハウも障害者団体に蓄積されている。

しかし、障害者団体の活動は公的な支出に基づくサービスではないため、  
実務経験にはカウントされない。

## 2. 問題意識

66

問題意識：ケアマネ機関は、障害者本人のエージェント（代理人）であるべき

しかし、給付抑制や施設退所など、市町村のエージェントへと容易に転化してしまう。

このようなエージェンシー問題を解消するには、地方も含め、

利用者が指定特定相談支援事業所を選択できる多元的な相談支援体制が最低条件。

指定権者が市町村だと、指定特定相談支援事業所は、市町村の意向をおもねる危険性。

指定権者は、市町村ではなくて都道府県とする方が理想的。

ほかに指定特定相談支援事業所がないと、  
基幹相談支援センターに計画作成を依頼せざるを得ず、問題が特に深刻。

基幹相談支援センターは、市町村ではなくて都道府県が設置する方が理想的。

**問題意識**：高度な相談支援を利用者が受けられるように

長時間介護を必要とする重度障害者の地域移行や、専門医療と連携した在宅生活など、高度な相談支援を実施できる事業所が全国的に非常に限られている。

遠隔地の事業所も含めて、自分の希望に適合する専門的な支援ノウハウを持つ相談支援事業所を障害者本人が自由に選択できるようにしなければならない。

**問題意識**：地域移行に関する障害者団体のノウハウを活かすために

訪問系サービスの事業所の従業者や障害当事者団体のメンバーなど、  
多様な人材が相談支援専門員として計画作成に従事できるように。

実務経験の対象業務と従事年数の拡大が必要。

スタンドアロンな相談支援専門員を想定するだけでなく、現場の実態に即して、

他団体からの支援を受けながら行う相談支援も含めて検討するべき。

**問題意識**：障害者本人のエンパワメント（empowerment）

高齢者と違って、障害者の場合、どんな支援を受けるのかはまさに生き方そのものを左右。

できることなら他人の手を借りずに障害者本人が自己管理できるのが理想。

障害者福祉におけるケアマネジメントの基本原理はエンパワメント。

【例】社保審障害者部会報告書、「相談支援の手引き」（平17.12.26課長会議）

指定特定相談支援事業所によるケアマネジメントについても、障害者本人がセルフマネジメントできるようにエンパワメントする「過程」として捉えるべき。

介護保険以上に、セルフケアプランの位置づけが重要。

問題意識 : 民主党政権では？

政策集INDEX2009において「サービス支給決定制度の見直し」を挙げるなど、障害程度区分の廃止に意欲的。

障害程度区分に代わるスキームとして、再びケアマネジメント重視を打ち出す恐れ。



# 別添資料

**1. 訪問日時**：平成 21 年 8 月、(訪問者数：調査・研究メンバー 2 名)

**2. 訪問機関**：社会福祉法人 ぷくぷくの会 (大阪府吹田市)

**3. 組織概要**：(総務部)

- 作業所部門 (通所授産施設...2 ヶ所、ほか小規模作業所 3 ヶ所)
- 就労支援部門 (すいた障害者就労支援センター、吹田市障害者支援交流センター清掃・就労実習体験実習 (5 つの公的機関・施設から委託を受けている実習現場を持つ))
- 生活支援部門 (すいた自立支援センターねばーらんど (相談窓口)、吹田ヘルプ協会アル、GH...6 ヶ所うち 2 ヶ所で短期入所を実施、日中一時支援事業...児童対象)

**4. 対象**：知的障害者、精神障害者中心

**5. その他**：理事長は、福祉情報センター・共働作業所 b-free と、NPO 法人自立生活センターFREE (自立支援、居宅介護支援事業、移送サービスほか) を運営している。

**6. 訪問先**：すいた障がい者就業・生活支援センター、分場施設スマイルぷくぷく、知的障害者通所授産施設 ぷくぷくワールド、生活支援部門、

**7. 相談支援、地域移行に関する業務について**：

- 利用者用に、自立生活体験室を各作業所内に設置し、必要に応じて活用している。
- 理事長の理念は、障害者が地域で暮らすため、そしてエンパワメントを促進するためには「就労の場」の確保が重要と考え、そのための製品の開発・販売ルートの開拓、通信販売事業など多岐に展開している。
- 地域移行の「生活の場」として、GH の整備を進め、環境整備も「個人の家」と尊重し、できる限り当事者が生活しやすいように、バリアフリー化を進めている。
- また、すいた自立支援センターねばーらんど (市町村障害者支援事業) は相談窓口として主機能している。現在知的障害者のガイドヘルパーは原則、54 時間だが、それ以上出ている人も多く旅行時などにも活用している。後見人支援、金銭管理、役所との交渉や手続き、聞き取りに同行、年金申請、自分一人ではうまく伝えられない問題のフォロー、などできるだけ個人のニーズに応じるように努めている。制度にのらない対象者、学童 (学齡児) に対しても支援を行っている。

**8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について**：理事長自身が当事者であるが、傘下の関連施設では当事者スタッフは少ない。

**9. 特記事項**：すいた障害者就労支援センターは、精神障害者や知的障害者を中心に障害者の民間企業への就職や職場定着を促進することを目的に、障害者雇用やそれにかかわる情報・相互交換がスムーズに展開するように「橋渡し」の役割を担っている。さらにジョブコーチ制度、独自の 5 つの場所での職場実習なども充実させ、障害者の権利として就労実現が叶うように、これらの取り組みを発展させている。

< 文責：瀧本 薫、西尾 直子 >

**1. 訪問日時**：平成 21 年 11 月、(訪問者数：調査・研究メンバー 5 名)

**2. 訪問機関**：松本圏域障害者相談支援センター Wish (長野県松本市)

**3. 組織概要**：相談支援事業、生活支援、居住支援、精神障害者退院促進支援、療育相談、ジョブコーチ、就業支援、などを実施。4 法人で共同運営(社会福祉法人 中信社会福祉協会、NPO 法人ハートラインまつもと、NPO 法人長野県セルフセンター協議会、社会福祉法人アルプス福祉会) スタッフは 14 名で社会福祉士、精神保健福祉士、ジョブコーチ、保育士ほかの専門を持っており、業務を分担している。

**4. 対象**：精神障害者中心であるが、重複また知的障害者もいる。

**5. その他**：小学校への講師派遣、CH や GH での職員に対する研修会企画、特別支援学校への個別支援会議への参加、なども行う。

**6. 訪問先**：松本圏域障害者相談支援センター Wish、ハートラインまつもと支援センター、地域活動支援センター「ぬくもり喫茶 むくの木」、GH ハートラインことぶき

#### **7. 相談支援、地域移行に関する業務について：**

- 相談支援体制は 24 時間体制(携帯へ転送)で実施、アウトリーチで職員が自宅に訪問することも多い。またメールや電話での対応も行う。
- 相談支援の視点は権利擁護を重視し、当事者を中心に据えた方針との説明である。
- 相談支援専門員は月述べ 80 件あたりを担当している。
- 居住支援の主な利用者は、すでに在宅で生活する障害者や退院を迎える障害者である。初年度は 200 名余りが居住支援を受けたが、現在では年間でさらに増加している。基本的に GH への入居が大半である。
- 精神障害者退院支援事業では、H19 年からの事業である。入院中の病院に出向いて情報を普及する活動を実施している。本人の望む暮らしを相談し、これまでに 36-8 名の退院を支援してきた。月には 1-2 人を支援している。また今年度より、ひとり暮らし体験事業として、お試しハウス支援事業を開始(自立生活体験室)。国から 1 か月に 15 万 4 千円の補助金が出る(家賃や支援員の給与込み)。利用者負担は光熱水費一日 100 円、食料実費。利用期間は一人年間 30 日を期限とする。
- ハートラインひとり暮らし応援事業として、上記事業のお試しハウスの利用期間延長を希望する人に対して、独自に支援を行う。光熱水費は一日 1000 円、家賃も利用者負担になる。

**8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について**：コーディネーターの説明では、入院が長い精神障害者は比較的これまでの入院生活から変わりたいという主体的な意識が乏しいという傾向があるとのこと。インタビューを行った 2 人の当事者のうち N さんは、長期間(15 年間)精神病院で入院をしていた経緯があり、「入院生活のほうが楽だ」と話していた。また入院時から情報を得ることができるようコーディネーターは配慮している。また今年から自立生活体験事業も開始し、より当事者のほかに近年、GH の世話人(当事者)が発起人となり、地域で当事者会「わーきゃっぷ」を立ち上げ、レクリエーション活動や学習会を実施

している。まだ新しい活動で参加者は5~6名程度である

**9. 特記事項**：積極的にアウトリーチを行い、当事者とコミュニケーションを図ろうとしている方向性である。相談事業に関しては、個人のニーズに応じるために生活を始めるための準備（家具の準備や引越しほか）も親身になって支援を行っている。さらに、今年度中にはリサイクル事業を開始予定で、一人暮らしを始める障害者のために役立てようとしていた。また当事者のインタビューでNさんは、裁判所からの告知で成年後見人制度を利用しているため、金銭管理について不満げに話していた。しかし2名の当事者とも、作業所や直営の喫茶店などの和みの「場」が必要で、楽しいという意見だった。またGHを出て一人暮らしをしたいかという質問をしたところ、「考えていない、考えられない」という回答だった。

<文責：瀧本 薫、中西 正司>



**1. 訪問日時：** 平成 21 年 11 月（訪問者数：調査・研究メンバー3名、介護者1名）

**2. 訪問機関：** CIL 下関（山口県下関市）  
特定非営利活動法人らいと（山口県下関市）

**3. 組織概要：**

- **【CIL 下関】相談支援部門**（ILP、ピアカン、相談業務、権利擁護活動）
- **【らいと】相談支援部門**（指定相談支援）
- **【らいと】ヘルパー派遣部門**（指定居宅介護、指定重度訪問介護、移動支援事業、指定訪問介護）
- **【らいと】ヘルパー研修部門**（重度訪問介護従業者養成研修）
- **【らいと】移送部門**（福祉有償運送）

**4. 対象：**身体障害者が中心

**5. その他：**

**6. 訪問先：**相談支援部門、ヘルパー派遣部門（以上、下関市の事務所に集約）

**7. 相談支援、地域移行に関する業務について：**

- ヘルパー派遣の利用者は 30 名。うち身体障害者が 25 名（さらにそのうち 1 名が視覚障害、1 名が重症心身障害）、知的障害者が 5 名、精神障害者が 0 名。自立生活を営んでいる 6 名（結婚世帯を含む）は全員が身体障害。これに対して、当事者ゼネラルマネージャーが 3 名（ピアカンリーダーや IL リーダーを兼ねる、いずれも全身性障害）、男性ヘルパーが 13 名（うちコーディネーターは 2 名）、女性ヘルパーが 7 名（コーディネーターは 0 人）、当事者事務職員が 2 名（会計担当、IL リーダー・助成金事務・機関誌担当、いずれも精神障害）、健常者ヘルパーの定着率が高く、8~9 割が常勤。
- ヘルパー時間数は最大で「重度訪問介護 1 日 24 時間 + 生活保護他人介護加算 1 日 2 時間」。筋ジストロフィーの人工呼吸器利用者で、他県の施設から 2009 年 9 月に自立。自立に当たっては、地元の CIL や CIL 下関を見学。
- 女性コーディネーターが退職してしまったことが大きな痛手。女性のヘルパー利用者へのフォローが十分に行き届かず、契約解除に至った利用者もいる。現在のところ、女性の見習いコーディネーターと女性介護職員で対応。
- 相談支援専門員は、当事者 2 名と健常者 2 名。ただしサービス利用計画作成の契約利用者はゼロ。
- 寄せられる相談はひと月に約 25 件（ヘルパー派遣部門でのクレームを含む）。身体障害者からの相談が 9 割で、「ひとり暮らしで不安」などの漠然とした相談が最多。市町村委託の相談支援事業所からの紹介や引継ぎもあり、個別ケースについて相談を持ちかけられることもある。
- 身体障害者の自立支援は、地域移行に先立ち、ILP とピアカウンセリングを通じて本人がエンパワメントすることが鉄則。逆に知的障害者の場合は、ヘルパー派遣のなかからエンパワメントのきっかけを掴む側面を重視している。

- 知的障害者の親からのヘルパー派遣依頼も多い。その際には、らいとのヘルパー派遣の理念を親と本人に説明し、「エンパワメントを主眼に置いた支援」や「本人の意向を中心とするので、“気が利かなくて使い勝手の悪い”“上げ膳据え膳ではない”支援」という点に納得してもらい、自立生活を目指す場合に限り引き受けるのが原則。このほか、緊急性が高いため引き受ける例もある。

#### **8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について：**

- 団体代表を含めて、当事者職員は5名。
- 他のCILから当事者講師を招聘し、隔年でILP講座やピアカン講座を開催。

#### **9. 特記事項：**

- 団体代表が、団体設立以前からの活動歴が長いため、団体運営や個別ケースについて、他団体に相談を持ちかけることは少なかった。ただし、団体設立に先立って、ヒューマンケア協会(東京都八王子市)や自立生活センター・立川(東京都立川市)で当事者職員が1名ずつ、それぞれ1ヵ月ずつ研修を受けた。団体設立後も、全国自立生活センター協議会や自薦ヘルパー推進協会などから、講師派遣、助成金申請、NPO法人設立などで支援を受けた。
- 団体の設立当初から、主に団体代表が全国自立生活センター協議会や自薦ヘルパー推進協会などを通じて、全国各地のCILの支援に取り組んでいる。研修会の講師、他団体の代表から団体運営や個別ケースについて相談を受ける、など。特に、愛媛、佐賀、福岡、大分の団体に対する支援に注力。
- 山口県内のCIL(CIL下関、自立生活センター宇部、周南自立生活センター)で「山口県自立生活センター協議会」を組織し、月1回のペースで会議や研修会を開催。テーマは「職員スキルアップ研修」や「権利擁護(虐待防止プログラム)」など。訪問当時の中心テーマは「県差別禁止条例の制定」。

<文責：池田幸英>

1. **訪問日時**： 平成 21 年 11 月（訪問者数：調査・研究メンバー4名、介護者2名）
2. **訪問機関**： 自立生活センター北見（北海道北見市）  
特定非営利活動法人ホームヘルパー広域自薦登録保障協会・まごの手（北海道北見市）
3. **組織概要**：
  - **【CIL北見】相談支援部門**（ILP、ピアカン、相談業務、権利擁護活動）
  - **【まごの手】ヘルパー派遣部門**（指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定訪問介護）
4. **対象**：身体障害者（特に ALS）が中心
5. **その他**：
6. **訪問先**：相談支援部門、ヘルパー派遣部門（北見市にそれぞれ事務所）
7. **相談支援、地域移行に関する業務について**：
  - 現在の支援事例としては、実家で暮らす全身性障害者（ALS）と、施設入所の全身性障害者（脳性マヒ）。前者については第4章 1-C を参照。後者については、支庁の依頼で団体代表が講演したことが契機となり、地域移行に向けた支援をスタート。
  - ピアカンや ILP などのエンパワメント支援と、介護派遣による生活支援の前後関係については、ALS 患者の場合とそうでない場合とで異なる。ALS 患者の場合は緊急性が高いため、エンパワメント支援と介護派遣を並行して実施。一方、ALS 患者でなく、介護派遣の緊急性が差し迫っていない場合は、拙速に地域生活に移行してしまうと、地域生活が崩壊しかねないほど深刻なトラブルが生じる恐れがあるので、入念に事前準備を行う。たとえば上記の施設入所者の場合、月 2~3 回のペースで、団体代表が片道 3 時間の入所施設を訪問。この 1 年間の施設訪問を経たうえで ILP をスタート。
  - 当事者主体の相談支援のメリットの 1 つとして、団体代表は「総合性」を挙げる。すなわち、ALS 患者の自立生活については、医療や家族支援など、福祉以外の領域についても自分の経験に基づいてアドバイスできる。家族支援については、ALS 患者が ILP を受けに事務所に来訪する際や、団体代表が ILP のために ALS 患者の自宅を訪れたときなどに、団体代表の妻が別室で相談に応じる、または電話で対応する、など。
  - 支援ノウハウについては、団体代表が、他団体から数多くの研修を受講したり、東京の全国団体に随時相談したりすることにより、習得していった。
  - 団体設立に先立ち、2006 年 9 月から約半年にわたって、月 1 回のペースで札幌市内の自立生活センターに通い、介護制度、ピアカン、ILP などについて、1 回 4~5 時間の研修を受講した。また、設立当初の 2 年間は、東京の自薦ヘルパー推進協会や自立生活センター・小平に月 1 回ほどのペースで通い、研修を受講。このほか、ほぼ毎日、個別支援ケースなどについて電話で相談。
  - ピアカンや ILP については、リーダー養成も含めて、東京近郊の複数の団体が開講する集中講座を受講。そのほか、全国自立生活センター協議会が主催する所長セミナーや、自薦ヘルパー推進協会が主催する北海道・東北ブロック研修なども毎年受講。

- 健常者コーディネーターの養成については、ブロック研修での講座受講のほか、他団体のベテランコーディネーターに電話で相談、など。

#### **8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について：**

- 団体代表が ALS 患者。1993 年に 27 歳で発症して、訪問当時は 43 歳。余命宣告の 3 年を経過したことから一念発起して、積極的に外出し、支援活動を始めるようになった。
- このころには団体代表の障害が進行し、全介助の状態。家族介護が 24 時間介護のほとんどを支えている状態で、たとえば妻が団体代表を助手席に乗せて郵便配達したり、小学生の娘がリフトを使って入浴介護したり、と家族が疲弊してしまった。近隣の福祉高校の実習ボランティアを受け入れたことを契機に、学生がボランティアで介護してくれるようになったが、学生の入替わりとともに立ち消えになってしまった。デイサービスでは、口文字盤を読み取れる職員が 1 人しかいないため、介護が十分に受けられなかった。ホームヘルプでは、障害程度が最重度であることから事業所から敬遠されたり、1 軒だけ見つかった事業所でもヘルパーが毎日入れ替わったり、と非常に使いにくかった。
- 2006 年にインターネット情報や知人の紹介で自立生活センターを知ったことが、支援活動の転機となった。
- 現在は、団体代表のほか、健常者コーディネーターが 2 名、介護職員 4 名、ヘルパー 3 名。いずれも、公的制度に基づく相談支援事業の経験はない。

#### **9. 特記事項：**

- 対外的な活動としては、CIL 北見主催の講演会、ピアカン公開セミナー、福祉高校への講師派遣、他団体主催の講演会への講師派遣（山口県下関市や愛媛県松山市）など。たとえば上記の施設入所の全身性障害者の自立支援は、支庁主催の地域移行支援事業の講演会で団体代表が講師を務めたことが契機。このほか、CIL 北見主催の講演会に参加した地域包括センターの職員からの紹介で ALS 患者の相談を引き受けた例もある。

< 文責：池田幸英 >

**1. 訪問日時**：平成 21 年 12 月、(訪問者数：調査・研究メンバー 7 名、介助者 5 名)

**2. 訪問機関**：NPO 法人 日高わのわ会 (高知県高岡郡日高村)

**3. 組織概要**：**総務部** (健康センターの運営管理、パワーリハビリのサポーター、軽度生活支援、家事手伝い、放課後子ども教室、ドラマ塾 (親子クラブ)、ハウス農園での作業、わのわキッズ (学習クラブ、はたけクラブ)、チャイルドルーム (託児、一時預かり、土曜保育)) **喫茶部** (喫茶わのわ 1 号店 (喫茶と弁当宅配、配食サービス)、喫茶わのわ 2 号店 (喫茶と弁当宅配)、福祉部) **福祉部** (**障害者支援・自立訓練部門** (障害者福祉サービス事業所：就労継続支援事業 B 型、就労以降支援事業)、短期入所サービス、GH、日中一時支援事業)、**人材育成部門**、ネットワーク部門、販売部 (トマト加工、トマト加工商品販売、焼き菓子販売)、**児童福祉部** (あったかふれ愛センター事業 (生活訓練や社会適応訓練で学べる方法を充実させ、将来の就労を見据えたスキルアップ事業に進化させる子育て支援の拠点、日高村地域活動支援センター (年齢や障害の有無に関係なく、子どもから高齢者まで対象のデイサービスサロンを実施)) NPO わのわ会のメンバー (会員) は 60 名、実質 30 名 (障害者を含む) がライフスタイルに合わせて自分に合う仕事をしている。

**4. 対象**：障害者は精神障害者中心ではあるがどのようなケースも対応する、障害児は 3 障害対象で特に限定はしていない。ほかに、母子家庭や高齢者と地域全体を対象にしている。

**5. その他**：地域の困りごとやすま産業を、さらには既存のサービスを利用するほどではない困りごとに対応することを業務とした「コミュニティビジネス」を起業し、「暮らしの場が就労の場」という定義を持っている。人口 6000 人弱の村。障害者問題を特別視せず、高齢者、子育て支援、障害問題とできるだけ地域の中で相互協力で解決して以降とプログラムを構築してきた経過がある。

**6. 訪問先**：就労継続支援 B 型事業所ライフ・ファクトリー茂平、わのわ喫茶 2 号店、GH、健康センター、

**7. 相談支援、地域移行に関する業務について**：

- 家族からの独立を希望している人などを対象に、近年 GH を開所した。
- ヘルパーを必要とする場合には、独自に、日高村単独事業で「軽度生活支援」というものがあり、わのわ会がヘルパーの育成、支援を行っている。(1 時間あたり 800 円、720 円は村が負担)
- 就労・就職活動に力を入れており、これまでパート契約を含め 35 名が一般就職した。就職の準備に関しては、将来の生活プランとして、地域で生活するための住居相談なども行う。しかし実際には、一人暮らしや GH 希望がほとんど聞かれず、家族や親類と暮らしていく人が多い。家族関係の問題を抱える人の相談にものっている。
- 役場や知人からの紹介、養護学校の職場実習を兼ねて利用したことをきっかけに相談に来る人が大半である。

## **8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について：**

- 活動時間や仕事内容は当事者の自由意志に任せている。そのため当事者が選択できるように多様な活動を用意している。
- 参加している当事者は、大半が自転車で片道 30 分～1 時間半かけて通っており、いずれも「この仕事は自分がやらないといけない」、「わのわ会では自分の意思が押さえつけられるようなことはない」など語っている。
- 就労を中心とした支援を中心としていて、当事者によるピア・カウンセリングや仲間同士でミーティングを行うことまでは取り組んでいない。

**9. 特記事項：**「歳をとっても、障害を持っていても、その人らしく当たり前に日高村で暮らす」ことを目標に、年齢や性別、障害に関係なく社会参加できるノーマライゼーションの実現をめざす活動という方針を持っている。当初、村役場の理解を得て、村の保健婦と子育て支援の保育士が互いに協力して、それぞれの職域を越えて横のネットワークをつなげ、この6年間で徐々に機能を増やしていった。住民パワーの巻き込みにより、高齢者や退職者なども本事業に関わっている。また会員の多くが子育て中で、障害者を含め、生活スタイルを尊重するシステムである。現在、参加している当事者は現状に満足しているところである。将来的に、当事者のエンパワメントの視点で、セルフヘルプ活動やロールモデルとなるリーダーを育成することでさらに本会の活動が発展できるのではないかと感じた。

<文責：瀧本 薫、安達弘太>

**1. 訪問日時**：平成 21 年 12 月、(訪問者数：調査・研究メンバー 3 名)

**2. 訪問機関**：東広島市子育て・障害総合支援センターはあとふる (広島県東広島市)

**3. 組織概要**：

- 障害者総合相談センター (3 障害に対応した相談支援の窓口)
- ファミリーサポートセンター (子育て支援事業を行う会員組織)
- 家庭児童相談室 (療育、虐待等の相談の機会と場所の提供)
- 基幹型子育て支援センター、
- ゆめもくば (3 歳未満の子どもと保護者の憩いの場の提供)、ブランコ (3 歳から小学校低学年の児童と保護者の遊びを通じた憩いの場)

**4. 対象**：3 障害、障害児、子どもと子育てをしている母親ほか

**5. その他**：平成 19 年末に障害者福祉計画に基づいて市が整備を行い、委託相談支援事業者 (3 法人) の相談支援コーディネーターを常時駐在させ、障害の枠を超えた総合的な相談窓口を設置した。子育て相談や子育て支援の窓口を併設して設置し、連携して支援を行うことにより、ライフステージ移行支援で重要な部分を占める早期療育支援機能の強化を図ることをめざした。東広島市は、単独で相談支援事業を最優先にしており、他市よりも予算配分など施策面では手厚い。また相談支援体制を支えるものは、地域の共同ネットワークであるとし、地域自立支援協議会と連携し、地域全体が同じ視点で協働し、利用者主体の支援体制づくりをめざしている。

**6. 訪問先**：東広島市子育て・障害者総合支援センターはあとふる

**7. 相談支援、地域移行に関する業務について**：(障害者総合相談センター)

- 精神障害者、知的障害者の相談が他の障害よりも多い。
- 精神障害者退院促進事業の昨年度の実績は、利用者 4 名のうち 3 名がアパートに退院した。退院できなかった 1 名は、入院生活が 11 年と長く、ADL 自立度の低い男性であった。そのため、十分な見守り体制がとれない (夜間職員等) と困難という理由でできなかった。
- 院内茶話会を行い、退院後の地域生活をイメージできるように既に地域で暮らしている精神障害者を招待して交流会を持っている (21 年度は年に 2 回)。同じ目的で、「自分生活、笑顔暮らし」という DVD を制作した。ほかに、地域移行支援交流会を実施し、講演会やグループワーク、情報交換などを行い、関係者間の意識の共有化を図った。
- 今年度から地域体験生活事業を開始し、知的障害者の GH の 2 部屋を利用している。
- 居住サポート支援事業を実施し、アパート等の入居支援などを確立した。今後は夜間・休日に対応する電話相談や緊急時にも対応できる相談体制を整備することが急務と捉えている。(現在は相談は 19:00 まで)
- 地域移行には地域自立支援協議会等々を通じた地域課題の集積と発信が必要と考えている。地域自立支援協議会では、会長などの役職は設けず、自由に様々な職種や家族などが出入りができる場を設け、個別会議、定例会議のほか、課題別会議なども行い、極め細やかに議論をしているとのことであった。ただし現段階では、障害者の家族の参加はあるが、当事者の参加はないということである。この課題別会議から、地域移行のためのヘルパー不足を課題

に挙げ、「ヘルパー増員プロジェクト」を立ち上げ、ほかにも個々の課題解決に向けて展開しているとのことである。

#### 8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について：

- 当事者によるピア相談を行っている。3名のピア相談員（視覚障害、内部障害、聴覚障害、以前は肢体不自由の女性がピア相談を行っていたが、体調不良のため自宅療養で現在はほとんど行っていない）が、障害者とその家族の相談を請け負っている。2ヶ月に一回市内6ヶ所の支所で巡回ピア・サポートサロン(12:00～14:00)を実施しているが、相談者は少ない。（広報は、市の広報誌と無線）
- 毎月一度、はあとふるはピア相談員をリーダーとして、当事者の集まるサロン活動を実施している。サロン活動は、現在は居場所作りやレク活動の役割を果たし、毎回20名程度が参加している。相談目的よりも当事者同士の交流の場となっている。
- 平成22年度からは当事者による「ピアサポーター養成」を実施する計画で、障害者本人の権利意識を高め、自己決定や自己実現をしていくための支援を強化していくことをめざしている。

#### 9. 特記事項：

- 当事者と協働できる仕組みを模索している。現在、ピア相談員の活動を展開しているが、サロンの活動で当事者のリーダー育成やピア・カウンセリングまでには発展していない。職員の話によると、地域の当事者団体や親の会が高齢化が進んでいるということである。市としては当事者主体の必要性を認識しており、5団体に助成金を出し支援をしているが、若い世代の当事者は集まっていない。
- もともと大規模な入所施設や精神病院があった経緯があり、地域では、同じ系列が病院側や敷地内にGHを運営している。そのためGHに入居しない場合は、病院を変えなければならぬなど退院促進には、経営側の意向が少なからず影響しているようだ。
- 本地区では大学と連携して研究事業と学生ボランティア活用をすすめている。
- 当事者インタビューに回答してくれたOさんの話によると、地域生活移行後も、定期的に支援員が訪問してくれることを楽しみにしているとのことである。Oさんは、ヘルパーは利用せず、最終的に自分で決め、自分で家事や掃除をしている。仕事は不定期ではあるが、無給で社協やはあとふるで事務補助の手伝いをしている。この仕事について「人の役に立っている」という実感が持て、自分に自信が持ててきたと嬉しそうに話してくれた。今後の夢は、「ピア・サポーターになること」である。

<文責：瀧本 薫>



1. **訪問日時**： 平成 22 年 1 月（訪問者数：調査・研究メンバー3 名、介護者 1 名）
2. **訪問機関**： 特定非営利活動法人沖縄県自立生活センター・イルカ（沖縄県宜野湾市）  
特定非営利活動法人 PAI おきなわ（沖縄県宜野湾市）
3. **組織概要**：
  - **【イルカ】相談支援部門**（指定相談支援、市町村委託の相談支援、指定居宅生活支援、法定外の ILP やピアカン）
  - **【イルカ】作業所部門**（地域活動支援センター 型）
  - **【イルカ】ヘルパー派遣部門**（生活保護の他人介護加算を含む自費介護派遣）
  - **【イルカ】移送部門**（法定外の無償移送）
  - **【PAI おきなわ】ヘルパー派遣部門**（指定居宅介護、指定重度訪問介護、移動支援事業、指定訪問介護）
4. **対象**：身体障害者、知的障害者、精神障害者など
5. **その他**：特別支援学校の就業体験を受け入れ。中等部は 1~2 日、高等部は 1~2 週間。
6. **訪問先**：相談支援部門、作業所部門、ヘルパー派遣部門、移送部門（以上、宜野湾市の事務所に集約）病院から地域移行したばかりの筋ジストロフィーの人工呼吸器利用者の自宅（沖縄市）
7. **相談支援、地域移行に関する業務について**：
  - PAI からヘルパー派遣を受ける利用者は 42 名（うち 1 名が ALS 患者）。これに対して、当事者ゼネラルマネージャー 1 名、健常者コーディネーター 17 名、事務職 13 名、常勤ヘルパー 7 名、非常勤ヘルパー 45 名、で支援。利用者の支給決定時間数は 1 日 24 時間が最高（訪問後に決定、沖縄県初）。
  - 市内に国立病院の筋ジストロフィー病棟があるため、そこからの地域移行が活発。「地域生活が可能のうちに」ということで病院長も理解があり、関係も良好。
  - これまでに施設や病院からの地域移行は 30 名。このなかで施設や病院への再入所、再入院が 1 人もいない。そのためにインフォーマルな関係づくりにも腐心している。また、毎年、総会で地域移行の数値目標を掲げている。今年は目標 3 名に対して 2 名達成。
  - 以前は、当事者職員が施設や病院を訪問して、自立希望者を探して支援していた。最近では施設訪問をあまり行っておらず、むしろ就業体験でイルカに来た障害者が、特別支援学校を卒業したあとにイルカに来て、自立支援をスタートさせる例が増えている。また、県内でシンポジウムなどを定期的で開催しているおかげで団体の知名度が上がり、自立希望者が問合せを寄せる例も増えている。
  - 地域移行までの期間は、本人が決意するまでが平均 1 年（個別 ILP や個別ピアカンなどで支援）準備期間が 1 年~4 年、平均 1.5 年（長期 ILP など支援）。個別ケースで支援のポイントに挙がるのは「親との関係」が最多。
  - 宜野湾市内には、市からの委託を受ける相談支援事業所がイルカを含めて 3 ヶ所、市の相談窓口が 1 ヶ所。また、団体代表が地域自立支援協議会の副座長を務めている。
  - イルカの相談支援専門員 7 名に対して、指定相談支援でのサービス利用計画作成の契約利用

者は2名だけ。このため、ケース対応（次項）が主たる業務となっている。

- イルカ/PAI おきなわにおける、ヘルパー派遣のなかでの課題発見とエンパワメント支援の特徴としては、相談支援専門員の役割が挙げられる。すなわち、当事者ゼネラルマネージャー（ピアカウンセラーやILリーダーなどを兼ねる）と健常者コーディネーター（介護技術のOJT、ヘルパーに対する精神的フォロー、シフト調整などに従事、介護職も兼務）の連携のなかで、相談支援専門員がコーディネーターに対するスーパーバイザーのように機能している点である。具体的には、コーディネーターの報告を相談支援専門員がまとめる、コーディネーターの利用者訪問に同行する、など。また、相談支援専門員に現場感覚を失わせないように、定期的にヘルパーとして介護に従事するようにシフトを組んでいる。
- 個々の利用者についてのケース会議を随時開催している。たとえばALS患者の利用者の場合は、外部の訪問看護事業者も交えて毎週開催する、など。
- 相談支援専門員のリクルートは、新人ヘルパーとしての試用期間（3ヵ月）のなかで相談支援業務を手伝わせてみる、登録ヘルパーのなかから見込みのある者を当事者職員の介護に入れてみて登用する、など。コーディネーターからの叩き上げではないため、キャリアパスが異なる。

#### **8. 相談支援・地域移行に関する当事者の主体性・参加度について：**

- 団体代表を含めて、当事者職員は6名。
- 地域活動支援センター（定員10名）には、身体障害者、知的障害者、精神障害者、高次脳機能障害者などが利用している。ここでも「ただ作業を行うだけ」ではなくエンパワメントの支援を実施している。たとえば、利用者が企画やイベントを希望する場合には、健常者職員に準備を丸投げするのではなく、職員の支援を受けながら、必要な予算や人員を含めた企画書を起案し、役員に稟議で決裁をもらい、実施に向けた準備を行う。こうして、ILP講座の開講やTRY（バリアフリー化を求めて車イスで野宿旅を行う企画）を実施している。
- 前身団体が1995年設立で活動歴が長く、当事者スタッフも比較的多い。しかし、30代の当事者スタッフが事務局長1人だけなど、新人職員のリクルートに苦慮している。
- 前身団体からCILへと組織体制を変更するにあたり、現在の団体代表が、全国各地のCILを見学して回り、現在の支援スタイルを模索した。その意味で「団体の中で育ったというよりも、団体の外で育ってきた」。

#### **9. 特記事項：**

- 主に団体代表が全国自立生活センター協議会や自薦ヘルパー推進協会などを通じて、全国各地のCILの支援を行っている。研修会の講師、他団体の代表から団体運営や個別ケースについて相談を受ける、など。特に沖縄県名護市に所在する北部自立生活センター希輝々については団体設立から積極的に支援。

<文責：池田幸英>

## 訪問先一覧

	団体名	訪問日時	所在地
1	NPO 法人出発なかまの会	平成 21 年 8 月	大阪府大阪市
2	社会福祉法人 ふくぶくの会	平成 21 年 8 月	大阪府吹田市
3	千葉縣市川市	平成 21 年 7 月	千葉縣市川市
4	社会福祉法人菊愛会	平成 21 年 7 月	熊本県菊池市
5	ヒューマンケア協会	平成 21 年 9 月	東京都八王子市
6	社会福祉法人北海道社会福祉事業団「太陽の園」	平成 21 年 9 月	北海道伊達市
7	社会福祉法人北海道社会福祉事業団「だて地域生活支援センター」	平成 21 年 9 月	北海道伊達市
8	社会福祉法人伊達コスモス 21	平成 21 年 9 月	北海道伊達市
9	社会福祉法人 南高愛隣会（コロニー雲仙）	平成 21 年 10 月	長崎県雲仙市
10	長野県駒ヶ根市西駒郷	平成 21 年 11 月	長野県駒ヶ根市
11	特定非営利活動法人 十勝障がい者支援センター	平成 21 年 11 月	北海道帯広市
12	特定非営利活動法人十勝障害者サポートネット	平成 21 年 11 月	北海道帯広市
13	社会福祉法人慧誠会	平成 21 年 11 月	北海道帯広市
14	松本圏域障害者相談支援センターWish	平成 21 年 11 月	長野県松本市
15	特定非営利活動法人らいと	平成 21 年 11 月	山口県下関市
16	C I L 下関	平成 21 年 11 月	山口県下関市
17	自立生活センター北見	平成 21 年 11 月	北海道北見市
18	自立生活センター北見	平成 21 年 11 月	北海道北見市
19	特定非営利活動法人ホームヘルパー広域自薦登録保障協会「まごの手」	平成 21 年 11 月	北海道北見市
20	日高わのわ会	平成 21 年 12 月	高知県高岡郡日高村
21	社会福祉法人 わしの里 大浜工房	平成 21 年 12 月	沖縄県石垣市
22	東広島市子育て・障害総合支援センターはあとふる	平成 21 年 12 月	広島県東広島市
23	特定非営利活動法人沖縄県自立生活センター・イルカ	平成 22 年 1 月	沖縄県宜野湾市

24	特定非営利活動法人 P A I おきなわ	平成 22 年 1 月	沖縄県宜野湾市
25	CIL 小平	平成 22 年 1 月	東京都小平市
26	自薦ヘルパー推進協会	平成 21 年 2 月	東京都小平市
27	社会福祉法人 南高愛隣会 (コロニー雲仙)	平成 22 年 3 月	長崎県雲仙市
28	社会福祉法人札幌この実会	平成 22 年 3 月	北海道札幌市
29	社会福祉法人あむ	平成 22 年 3 月	北海道札幌市

## 研究委員会名簿

妻屋 明	社団法人全国脊髄損傷者連合会、理事長
石渡 和実	東洋英和女学院大学、教授
大濱 眞	社団法人全国脊髄損傷者連合会、副理事長
中西 正司	全国自立生活センター協議会、副代表
沢藤 充教	社団法人全国脊髄損傷者連合会 理事
千葉 均	社団法人全国脊髄損傷者連合会、専務理事
玉木 一成	社団法人全国脊髄損傷者連合会、理事
川元 恭子	特定非営利活動法人自立生活センター・小平、代表 / 全国障害者介護保障協議会
小金澤 正治	精神保健福祉支援センター 所長
大野 直之	全国障害者介護保障協議会
池田 幸英	特定非営利活動法人日本せきずい基金

## 報告書作成委員会（文責者）

委員長	中西正司（全国自立生活センター協議会、副代表）
チーフ研究員	瀧本薫（株式会社カシス）
チーフ研究員補佐	山岸倫子（東京都立大学大学院博士後期課程）
研究員	川元恭子（特定非営利活動法人 自立生活センター・小平代表 / 全国障害者介護保障協議会） 大野直之（全国障害者介護保障協議会）

## 謝 辞

本研究のためにご協力いただいた皆様に深く感謝の意を表します。  
我々の研究の意向をご理解くださり、お忙しいなか、長い時間を費やして下さいました  
職員のみなさま方、また、資料提供をしてくださった方々に厚くお礼申し上げます。

本報告書は、現場の皆様の声と、障害当事者の声をまとめたもので、厚生労働省による  
自立支援プロジェクトの助成により作成されました。  
本報告に記された当事者や職員をつぶやきが、今後の福祉政策の動向の鍵を握ると信じて  
おります。

最後に、本報告の作成に全力を注いで戴きました瀧本薫様、山岸倫子様には感謝の意を表  
します。

(社) 全国脊髄損傷者連合会 妻屋 明