

基幹型地域生活支援センター（岡山市内・岡山市外）

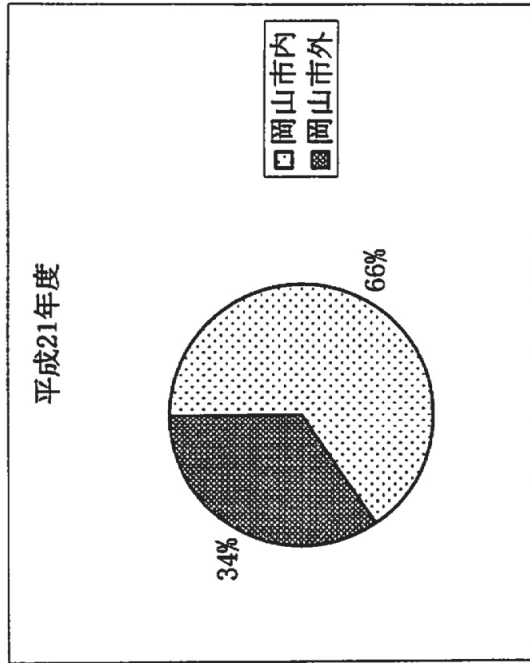
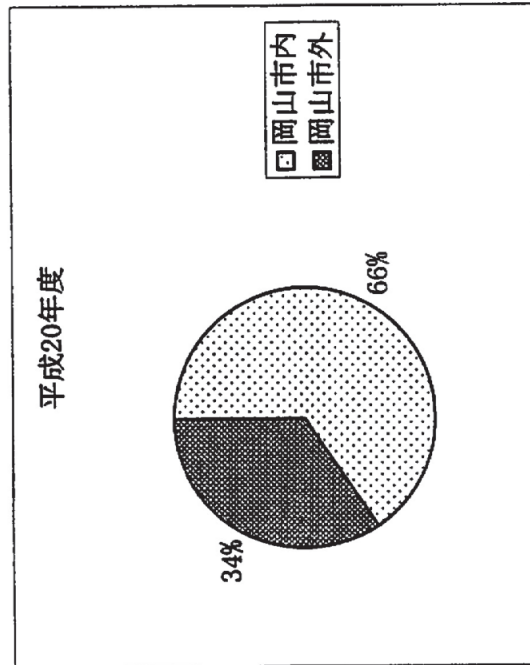
（単位：人）

平成20年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	市内外合計
岡山市内	488	472	454	582	480	475	483	483	491	441	437	548	5834
岡山市外	224	309	186	221	261	272	266	257	284	256	241	295	3072
月別合計	712	781	640	803	741	747	749	740	775	697	678	843	8906

平成22年2月28日現在

登録者数(人)	
岡山市	152
以外	151
合計	303

平成21年度	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	市内外合計
岡山市内	582	563	458	553	517	538	490	513	455	453	389		5511
岡山市外	284	246	250	236	275	269	269	272	277	253	257		2888
月別合計	866	809	708	789	792	807	759	785	732	706	646		8399



平成22年3月11日作成

基幹型地域生活支援センター



“ゆう”は、NPO岡山県精神障害者家族会連合会（岡山けんかれん）が運営している地域生活支援センターです『基幹型』として岡山下の利用者を対象に独自の事業を展開しています。

24時間電話相談

あなたの「困った！」
そのときに
生活上の悩みや不安などの相談を24時間お受けします。
※ご相談にはお名前をお聞きます。



地域交流事業

あなたの住みよい地域へ
「地域で暮らす」を合言葉に、地域住民の方々と共に楽しみ、分かち合う交流活動を展開しています。



キックボクササイズ

- <主な活動>
- ・キックボクササイズ 毎週(水)11:00~12:00
 - ・ゆうYOU祭り(年一回) など

ホステル事業

あなたの休まる宿泊の場へ
地域生活が苦しい時や退院し地域を目指す方々へあなた自身の意思により、さまざまな目的で利用できる短期宿泊施設です。
(宿泊料:1泊1000円。食費・光熱費別途請求。)
※ご利用は職員にご相談ください。



ホステル外観



談話室

地域移行支援事業

入院中のみなさん、
退院に向けて体験してみませんか？
入院中の方を対象に、『ホステル』を利用して、退院後の地域生活に備えるための外泊体験を実施しています。実際に病院の外で生活することで、自信や意欲を取り戻していけるようお手伝いします。

<お試し外泊体験>

対象:入院中の方
利用の流れ:

- ①主治医の推薦を受ける
- ②見学
- ③本人の意思確認
- ④ゆうの利用登録
・申請書(本人記入)
・意見書(主治医記入) 提出



居室

風呂

日常生活支援

あなたらしい地域生活のお手伝い
日常生活をともに考え、支援します。
また、サロンとして日中のひと時や友人との語らいの場として楽しくお過ごしください。
※ご利用には登録をお願いいたします。



相談場面



喫茶

就労準備支援

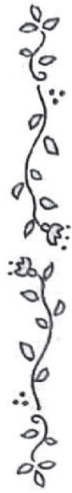
あなたにとっての「はたらく」をご支援
就労への思いに寄り添い、関係機関と連携して、あなたの思いの実現を目指します。就労の準備の場、イメージ作りの場として様々な隊活動を行っています。



エコ隊 缶洗い作業

隊活動(1時間100円)

- ・クリーン隊
- ・エコ隊
- ・ショップ隊
- ・ガーデニング隊
- ・クック隊
- ・デザイン隊 など



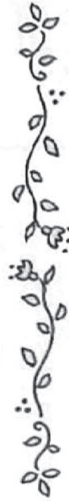
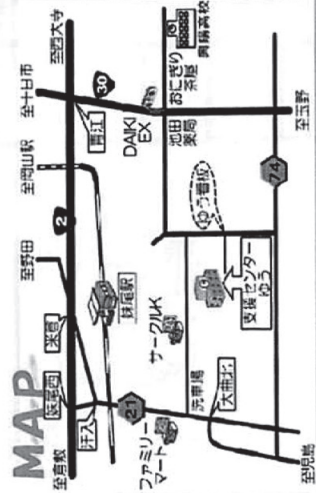
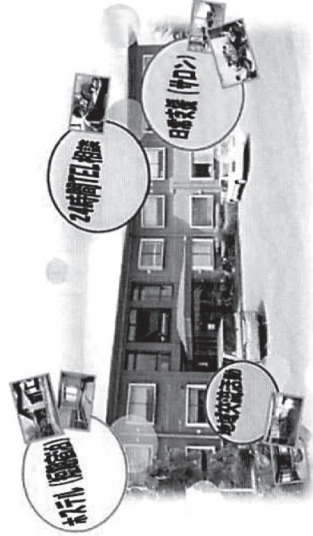
入院中のみなさんへ
退院に向けて体験してみませんか？

お試し外泊体験

(ホステル利用)
のご案内



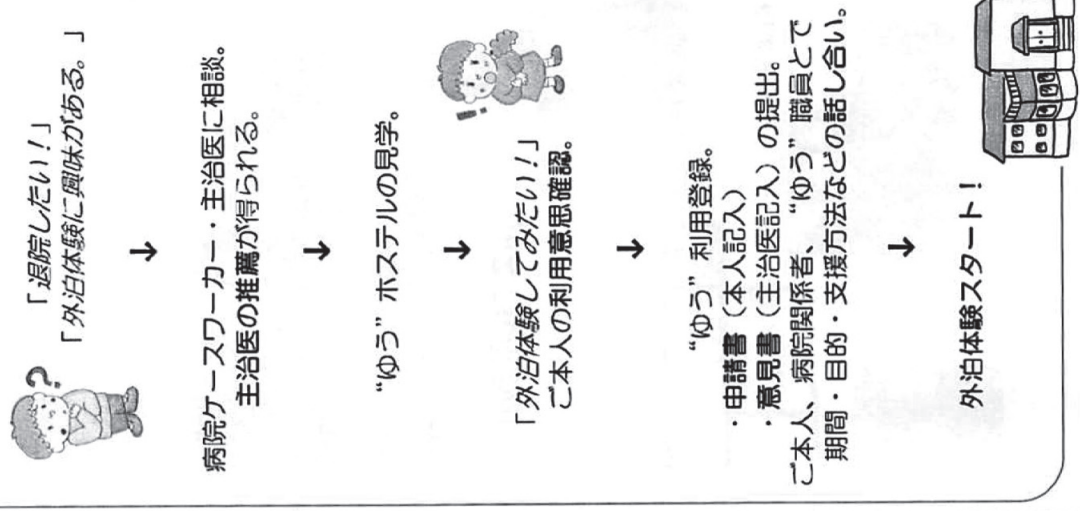
NPO岡山けんかれん
基幹型地域生活支援センター “ゆう”



特定非営利活動法人
岡山県精神障害者家族会連合会 (NPO岡山けんかれん)
基幹型地域生活支援センター “ゆう”
〒701-0212 岡山市内尾739-1
TEL 086-298-1160 / FAX 086-298-1168
ホームページ <http://www17.ocn.ne.jp/~uchioyou/>
メール center-you@oboe.ocn.ne.jp



ご利用になるには...



泊まる場所はどんなお所？

外泊体験する場所は、“ゆう”のホステル(短期入所施設)です。
生活に必要な設備(洗濯機・台所・エアコンなど)は備えております。
また、お部屋は個室です。(バス・トイレ・洗面・テレビ共同)
お布団はお貸ししますが、必要なお手回り品(タオル・石鹸など)はご持参下さい。

ホステル平面図

談話室、玄関、相談室、台所、浴室、トイレ、お部屋(個室) ※5室利用可能

103, 102, 101, 浴室, 洗面所, 台所, トイレ

Q&A

- Q、外泊体験って、いったい何？
- A、病院に入院中の方に、ホステルでの外泊をしていただき、退院後の地域生活に備える体験です。
- Q、何がいいの？
- A、「退院後の生活が不安...」
「地域で生活していく自信がない」
などの不安を抱えておられる方に、実際に病院の外で生活することで、自信や意欲を取り戻していただけるようお手伝いします。
- Q、誰が利用できるの？
- A、いま現在、入院をされている方で、退院後の生活に興味があり、主治医の推薦を得られる方。
- Q、お金はいくらかかるの？
- A、宿泊費=1,000円/1泊
光熱費=20円/1kw
食費=朝食150円
 昼食390円(弁当注文)
 夕食300円
※その他、即席食品もご用意しています。
- Q、できるかどうか不安なんですけど...
- A、できないことはお手伝いしますし、身近なご家族や関係者と一緒にご利用も頂けます。また、いつでも中断できますし、再度利用もいただけます。

第4章

障害者を地域で支える体制づくりモデル事業実践

障害者を地域で支える体制づくりモデル事業 実施事業所訪問記録 岡山県

訪問日 平成22年3月14日(日) 午後1時～3時

訪問者 田中正博

訪問先 基幹型地域生活支援センター ゆう(岡山基幹型相談支援事業所)

対応者 NPO 岡山県精神障害者家族会連合会 事務長 綾部小百合 さん

NPO 岡山けんかれん 機関型地域生活支援センター・ゆう 霍沢 浩之さん

NPO 岡山けんかれん 機関型地域生活支援センター・ゆう 岸 和秀さん

聞き取り内容

目的としては、入所施設または病院から地域生活へ移行した障害者など地域に住む障害者が安心して生活を継続するために、必要な様々なサポートを組み合わせ提供する地域の拠点を確保する段取りを、このモデル事業を通して始めようとのことだった。そのためまずは出遅れている精神障害の分野で、本事業所が、県下で基幹型として相談支援の下支えの位置づけであるためここから機能させる事になった。

対象は、岡山県在住の精神障害者およびその家族である。利用までの流れは、①来所、あるいは訪問による面談を実施し、当事者の利用意思の確認を行う。②所定の登録申請書、医療機関からの情報提供書を提出していただき、職員によるインタビュー、登録、利用の運びとなる。

岡山県の現状としては「マンパワー不足から思うような訪問ができない。」と言った状況がありながらも、平成20年度からは、地域移行支援事業も実施され始めている。地域へ移行した後の安心して生活を維持するために早期の危機介入と迅速な対応が望まれている。

そのため具体的には、相談事業で行っている訪問活動や24時間相談電話事業により当事者のニーズを把握し、体験型事業やショートステイとしての「精神障害者短期宿泊施設(ホステル)」等と連携し支援体制のひな形を作ることを目指している。

また当事者のニーズを把握したところから、各資源につなぎ調整する。このことにより当事者の方が安心感を持って地域での生活を維持してゆくことを支援することを見える形にしてゆくことを大事にしたいとのことだった。

まだ県下の各圏域での対応ではなく、県全体での対応となっている事と、11月から取り組み始めたばかりなので、実績は少ない。事業所として現在の事業内容を各圏域において発展的となることをめざす上で、今後についての構想は練られているとの事だったが、始めたばかりでもあり公表する段階ではないとのことで示してもらえなかった。

第5章

安心してできる地域生活の構築のために

—拠点的ケアホームの可能性—

1. 実践報告・シンポジウム報告

アメニティ・ネットワーク・フォーラム

実践報告

「施設から地域への流れを創る」

日時 平成22年2月5日 場所 大津プリンスホテル

企画者 田中正博（全国地域生活支援ネットワーク代表）

報告者 涌井幸夫（社会福祉法人中越福祉会みのわの里、工房こしじ）

牛谷正人（社会福祉法人オープンスペースレガーと副理事長）

シンポジウム

「安心してできる地域生活の構築のために『拠点的ケアホームの可能性』」

シンポジスト

田中眞二（積水ハウス株式会社総合住宅研究所）

梶原厚子（株式会社クロスサービス訪問看護ステーションほのか）

松上利男（社会福祉法人大阪の北摂杉の子会常務理事）

中島誠（厚生労働省障害福祉課長）

福岡たかまる（前衆議院議員）

小林繁市（社会福祉法人 北海道社会福祉事業団太陽の園）

コーディネーター 田中正博（全国地域生活支援ネットワーク代表）

1) 企画趣旨

実践報告では「障害者の地域生活を支える体制づくりモデル事業」の実践報告および、先駆的取り組みを行っている実践者から、現状と課題等を語ってもらい、地域での拠点的な対応をするCHの位置づけがどのような可能性を含んでいるのかを探る手がかりとする。

シンポジウムでは、障害の重い人が地域での生活を具体的に進めていく上での課題や工夫の提案をしていただきそこから知見を得ることを目的とする。

○田中正博

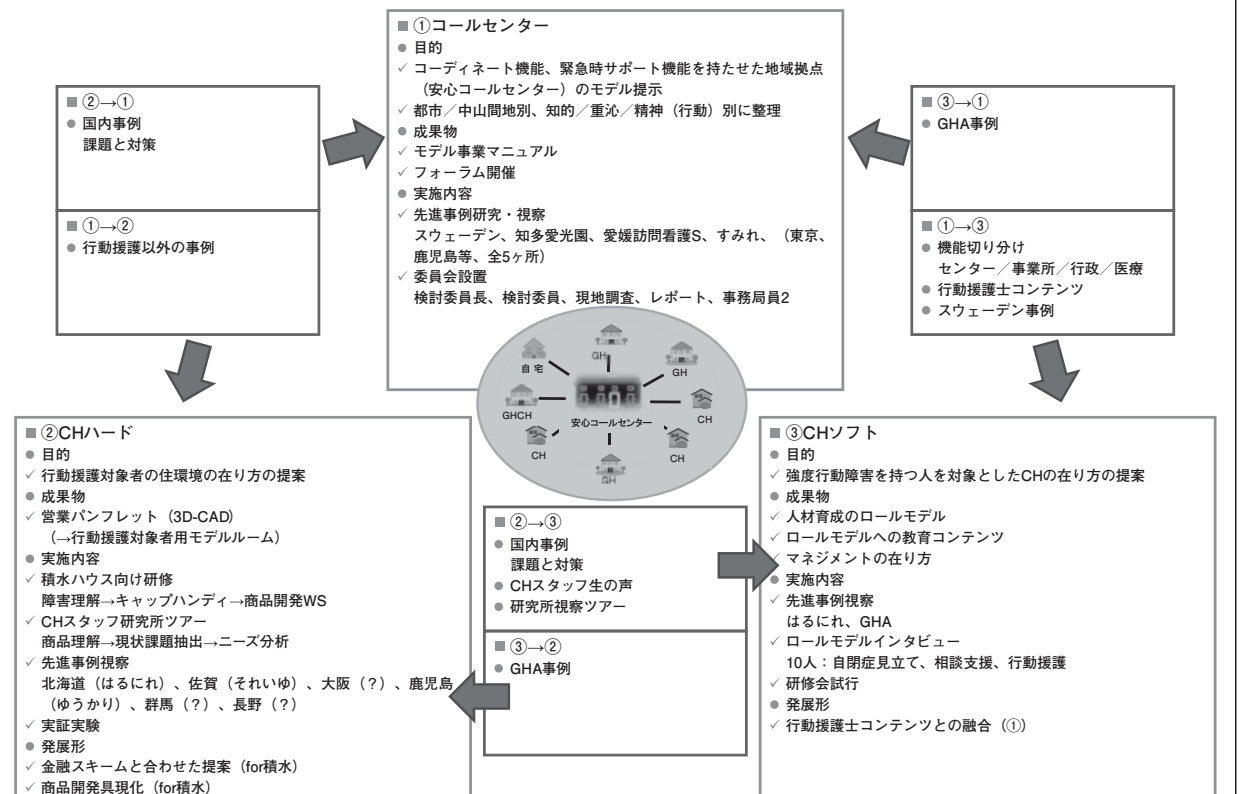
改めまして、こんばんは。このセッションでは、「施設から地域への流れを創る」ということで、まず実践報告1として、涌井さんと牛谷さんに今ご登壇いただいております。もともとこのセッションにつきましては、今、幾つか国のほうから基金の枠組みで動いている事業を使って取り進めている実態がありますので、流れとしましては平成20年の社会保障審議会でも地域でのサポートが、24時間サポート体制が必要な方がいて、そして相談支援体制とあわせてこの内容を整えていこうということが提案されまして、国のほうでは都道府県が使える基金として障害者を地域で支える体制づくりモデル事業というものを用意しました。あまり知られていないので、きょうはこの辺についてご案内をして、最後に、やってないわが県では私がやりましようとするような流れができればというふうに思っております。

事業の内容としては、都道府県1カ所当たり900万の枠組みまで基金を出すということで段取りがされておりまして、これを活用しての取り組みがこれからお話しいただく涌井さんと牛谷さんということになっております。そしてその後、まだ登壇していないお三方にご登壇いただきまして、お一人が大阪の松上さん、お一人が愛媛の梶原さん、そしてハウスメーカーの田中さんということで、この3人には、地域での暮らしを考えていく際に障害の重い人というのがどうしても取り残されがちで、特に入所施設から地域というイメージを持つときには、軽い人からというような考え方が一般的かと思いますが、重い人の地域での暮らしを具体的に進めていく上での課題や工夫があればご提案をしていただきたいということで、松上さんには行動障害、梶原さんには重度身体障害者（重身）の方への訪問看護を通しての実践ということでお願いをしております。そして田中さんには、ハウスメーカーとしてどのような対応が可能なのかということ、今現在の技術でお示

三研究事業連関図 ～地域移行のためのケアホーム・コールセンター機能の在り方～

07Oct09

（厚生労働省平成21年度障害者保健福祉推進事業）



しいたぐという流れになっております。そして最後にシンポジストとして、福岡さん、小林さん、中島さんにご登壇いただきまして、今までの報告のまとめをしていただくという運びで進めてまいりたいと思います。

それでは、松上さんからご発表をいただければと思いますので、社会福祉法人北摂杉の子会常務理事の松上さんからご発表をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

○松上利男

私の資料ですけども、78 ページです。そこにありますように、厚生労働省の研究プロジェクトで助成をいただいて、今、強度行動障害を持つ自閉症者の地域移行を支えるグループホーム、ケアホーム及び入所施設のあり方に関する先進事例研究というのをしています。それは、一つは私どもの入所施設、萩の杜といえますけれども、そこで50人の施設で半数以上の人が自閉性障害を伴う人たちで、開所当初はかなり行動障害を伴う人が多かったのですが、1年ぐらゐの取り組みの中で、結構、行動改善が進んでいると。ですけれども、70人ぐらゐの人たちがやはり今、施設利用で待機しているわけです。その人たちの多くが重い知的障害を伴う行動障害を持つ人たちなわけですね。こういう人たちの地域での暮らしの支援を考えていく必要があるというところで、この研究を進めています。

行動障害というのは、基本的につくられた障害なわけですね。それは、本人の持つ要因、自閉症だったら自閉症という行動障害特性があって、それが環境との関係で不適応な状況になって、行動障害を誘発してしまう。その環境というのは、人も環境の一つであるわけですね。

この間、12月にアメリカのノースカロライナ州のアルバマーレ市というところに行ってきました。そこでノースカロライナでも行動障害の激しい人たちのグループホームでの支援をしている現場を見に行きました。そこで、やっぱり私は確信をしました。グループホームの中で安定的に、そういう環境で過ごされているという状況を見て、やっぱり環境の問題が大きいのだという確信をしました。

例えば、2人のグループホームで、1人の人が非常に落書きへのこだわりがきついと。かなり落書きをして、行動改善がなかなか進まない。そしたら壁を、黒板の塗料で部屋を全部塗ってしまうと。チョークでかいたらすぐ消せるわけですね。そうすると、その行動は問題にならないわけですね。環境的に解決してしまうという。こういうふうには、環境をどう調整するかということが非常に大きい支援だというふうに思うのです。

私自身が京都の京北山国の里というところで、これは自閉症の人に特化した入所施設でしたけれども、50人の集団から10人のユニットの暮らしに変えました。そこで、行動障害の状況を1年後、それからユニットに入る前というところで調査をすると、ユニットにただで、行動障害がかなり改善して、強度行動障害の人がいなくなったんですね。

入所施設という環境自身が行動障害を誘発する環境にあるわけですね。50人の暮らしで、自閉症の方で、特に聴覚刺激にすごく敏感な人がそういう大きな暮らしの中にいると、それ自体が虐待だというふうには私は思うわけですね。むしろ、小グループで、配慮された環境の中で個別的な支援をするということ。要するに、住みにくい、暮らしにくい環境から、そういう行動障害を伴う自閉症の方がより過ごしやすい環境にするというふうな、環境へのアプローチが非常に重要になるというふうには思っているわけですね。

もう一つは、環境というのはそういう物理的な環境もありますけれども、支援者も環境なわけですね。私が今、日本知的障害者福祉協会の人材育成研修委員会の委員をしまして、知的障害援助専門員という

1年間の通信教育で、自閉症援助技術というのをレポート評価とかスクーリングの講師に行ったりしているんですね。大体いつも100通ぐらゐレポート審査をするんですけども、そのレポートを見ますと、いいレポートは1割ぐらゐで、内容を見てみますと、事例を通した支援というところで見ると、ちょっとそのことが虐待じゃないのみたいなことを感じるようなレポートもあつたりします。そういう意味で、支援者のトレーニングをどうするかということも一つ大きな課題としてあるのではないかなというふうには思っています。

アルバマーレに行って、その仕組みがきちりとされているなというふうには思いました。それが、109ページのところに具体的に職員養成についての仕組みというのが2番目で書いてありますけれども、それをお目通しいただければというふうには思っています。

それと、もう一つは、スーパーバイズの仕組みですね。職員をスーパーバイズしていく仕組みが本当になんかというのを、レポートなんかを見ていて思うわけですね。その仕組みをどういうふうにつくるのかというふうなことも必要ですし、それから、生活の部分だけじゃなくて、24時間日中活動も含めた包括的な支援というのを地域の中でどういうふうには構築していけるのか、地域の中でどういうふうな地域連携をしながらこの重い知的障害を伴う自閉症の人で、行動障害を伴う人をどう支援するのかというのは、かなり今後の大きな課題としてあるなというふうには思っています。

大阪の場合、入所施設における利用者に対する職員からの虐待という事例が毎年挙がっているのですが、虐待の対象になっている人というのがほとんどは行動障害を伴う自閉症の人たちなんですね。自閉症だから行動障害ではないのですよ。適切な支援とか環境をちゃんと設定してないことが問題であるわけですね。そういうことを見たときに、やはり専門性の問題、支援者の問題と環境の問題と、それからそういう支援の内容をチェックしていく仕組みみたいなものもつくっていくとか。例えば、身体拘束であるとか、そういうことについてのちゃんとした仕組みづくりと第三者によるチェック機能であるとか、具体的な身体の拘束のマニュアルみたいなものも、今後、地域で行動障害を伴う人たちの支援を考える上で課題点としてあるのではないかなというふうには思っています。

以上です。

○田中正博

ありがとうございます。松上さんは、今、ご案内いただいたような内容で、ケアホームでの、地域での暮らしを支える居宅でのソフト開発ということで、行動障害を伴った方たちの対応の仕方、人材育成というふうな視点を持って進めております。後ほど話していただく積水ハウスの田中さんとも、ハード面の研究と重ね合わせて、今、私が進めております地域での体制づくりのモデル事業と、3研究で協力し合えるところはしていこうということで、今回、このような登壇もお願いしたという運びになっております。

続きまして、同じ考え方で重い障害というふうに進めていくときに、重症心身障害の方へのアプローチというのが、医療面とも重なってなかなか難しい問題になっておりますが、今回、この体制を考える上で具体的な支援ができていますというふうなことで、愛媛の梶原さんにおいでいただきました。クロスサービス訪問看護ステーションほのかという事業所を通しての取り組みについてご案内いただければと思います。

梶原さん、よろしくお願いいたします。

○梶原厚子

こんばんは、梶原です。よろしくお願いいたします。

愛媛県松山市から来ました。私の会社は小さな会社で、15年前にできた小さな福祉事業部で、何とか存続させてヘルパーステーションを先に立ち上げて、その後、訪問看護事業とか介護保険事業に発展させていった福祉事業部です。今はかなり大きくなっていて、在宅支援については老舗ということで、株式会社で松山では頑張っています。

最近ちょっとわかったこととしては、私たちの地域は入所施設がすごく少ないみたいで、何かあっても施設には入れないという実情があって、そこでどうやら訪問看護とかホームヘルプ事業とかが育たないとやっけない地域だったんだなということ、最近知りました。この10年間の中で重い障害の方たちに出会っていますので、そここのところをちょっとご報告したいと思います。

この10年間でのうちのステーションの特徴としては、だれかに訪問看護に行こうというよりは、松山市で困っている人がいたら、だれでも相談に乗って、何でも相談窓口になって、特に健康障害で困っている方たちの支援をしていこうというのが活動の趣旨なので、困っている人たちの相談に乗っているうちに、一番困っているのが特に小児領域、子どもたちへのサービスがなかったこと、それと重度の障害者の方たち、身体と知的と両方ですよ、その方たちにずっとかかわっています。

今は介護保険の利用者が本当にちょっとで、ほとんどが医療保険を利用している。特に重身のお金のかからない医療保険を使える方たちへの支援をたくさんしています。これから、皆さんもプランの中に、福祉サービス以外に医療系サービスで支えられるものがあるではないかなということ、ちょっと頭に入れていただけるようにアピールできたらいいかなと思っています。

私たちは、在宅医や親元病院、専門病院などの先生たちから訪問看護指示書もらって、「在宅」に行くことができます。自立支援法のグループホーム、ケアホームは「在宅」扱いですので、普通に医療保険で、週に3回、月12回というしばりの中で「訪問」に行くことができます。介護保険のグループホームは、ある一定の条件を満たした方にしか行けないのですが、自立支援法の方たちは行くことができます。

そういう中で、私たちが対象にしてきた子どもたちというのは、生活しにくくて、育てにくくて、生きにくい。そう思ったときには医療系サービスを使っていたらどうか、と私は思っています。

多くの子どもたちや障害者の方たちには必ず主治医がいて、その主治医のところで身体障害者手帳などを書いてもらっていますから、そこから訪問看護指示書もらうことで、訪問看護が「在宅」に行けます。私たちは作業療法士も持っていますので、作業療法士は認知症とか発達障害の方たちとか、精神障害の方たちへのスキルも持っていますので、この子どもたちが在宅に入ることのできるということもあるのかなというふうに思っています。

一番に利用者になる方たちというのは、最初は重症児のリハビリとか介護を中心にする人たちが多くて、特に二次障害が重くなっていく思春期ぐらいから、気管切開とか胃ろうが必要になってきますので、この子どもたちの相談が最初はすごく多かったです。在宅で出会う子どもたちが、あまりにも医療をきちんと受けられてなくて、家族が、「これがいんじゃないかな」と思う中で健康管理をしていることが多くて、それが決して悪いわけではないんだけど、もうちょっとやりやすい方法はあるだろうなと思っているうちに、どうしてこんなことが起きているんだろうということを考えているうちに、どんどんどんどん低年齢化して行って、ゼロ歳児のところまで担当するように今はなっています。

今ちょっと子どもたちとか重い障害の方たちのデータが出そろって、6歳以下で在宅支援が入った人たちというのは、割と継続して使っていると。ところが、6歳以上になってから在宅支援が入ると、やっぱり親御さんたちの介護で見えていけるという自信もつくし、あとどうしても医療者の私たちというのは、今言う

タイミングじゃないのに、お母さんたちに、やり方がよくないようなことを少し言ってしまうりとか、どうしても看護師が指導的な立場をとりがちなので、多分受け入れにくいところがあるんだと思うんですね。それで、6歳以上になってから入ると、なかなか支援が継続できないというようなデータがあります。なので、6歳以下の子どもたちに訪問看護の療養費の請求の加算を何か少しつけて、今度の4月1日からは少し小さい子たちへの支援を充実させようということで、どうやら医療保険の請求の金額が、ちょっとりだと思っんですけど変わっていくような傾向が見られています。

あと医療依存度の高い子どもたちというのは、もちろん訪問看護の私たちが役割を担うところなのですが、医療依存度が高いというのはどういうことかという、私たちの訪問看護は、1カ所のステーションが訪問できる範囲で、人工呼吸器をつけている子を13人、今在宅で受け持っています。気管切開をしている子は24人います。ただ、たった一つの訪問看護ステーションにそれだけいるということは、気管切開や人工呼吸器をつけている子どもたちが地域にすごくふえているということですね。それプラス大人の人たちを入れると、もっとも人工呼吸器の方たちはいますので、そういう意味で、だれから見ても医療依存度が高いと思われる方たちがふえていると。

それと、身体の弱さがある、医療的ケアは特に見られない、例えば鼻からのチューブも入っていないし、酸素もしていないけれども、物すごく免疫力が弱くて、一般のところの空気を吸うと必ず病気をもらってしまうような体の弱い子たちも今は助かっています。この子たちというのはどこにも行くところがなくて、すごく困っています。それとか、がんと治療がすごく進んでいて、抗がん剤の治療などで体がすごく弱っているけれども、生きられている子どもたちもいます。この子たちもすごく弱いんですね。それと、臓器移植が始まりましたので、臓器移植で、また別の変った体に障害を持った子どもたちも、これまたふえています。

それと、虐待や育児の問題の子どもたちも、虐待チームの人たちが行くより、病院から看護師さんが行ってくれるよと言われたほうが、すごく受け入れやすいお母さんたちもいますので、虐待の子どもたちにも私は「訪問」に行きます。

あとは、環境の問題で学校が医療的ケアのある子たちを受け入れられませんかと言ったときには、私たち訪問看護が、学校の先生たちとお母さんと一緒に話し合っ、障害を取り除いていくようなこともします。あと、知的障害者や発達障害や、動く重症児の方たちなども私たちの対象者だなというふうに思っています。

そういう中でたくさんの利用者を私たちが抱えてきて、今ちょっと困っていることがあります。これは福祉の方たちと一緒に考えていきたいなと思っていることなのですけれども、訪問看護ステーションが入ることのできない施設があるということです。私も、自分のところの関連施設に障害者支援施設を持っているのですけれども、その入所の人たちが抗がん剤を、今、外来での抗がん剤治療がかなり進んでいますので、外来で抗がん剤を入れて48時間抗がん剤を、施設に戻ってポンプで入れて、また24時間たった後に抜きに病院に通うというような人がいるんですね。こういうがんの治療を入所の人たちが継続していくためには、どんな支援が要るのだろうかというふうに考えると、ここに訪問看護が入れたらいいと私は単純に考えたりしています。

進化する医療の中で、在宅で暮らす障害の人は日々変わっているから、やっぱり生ものような扱いをして臨機応変さがないと、ちょっと障害に立ち向かっていけないなというようなことを、訪問看護を通して感じています。

それと緩和ケアということで、がんではないのだけれども、子どものときからずっと病気を持っていて、若い成人期、二十ぐらいになったときに、もうこれ以上はちょっと体が使えないぐらい重い障害になっている方

たちもいます。この子たちの看取りというのはどこまでできるんだろう、小児科でもないし、大人でもないし、この辺がやっぱりすごく難しいなと思っています。あと重症児の子どもたちが二十ぐらいを過ぎてくると、だんだん体が弱くなっていきますよね。このときに、長い期間で緩和ケアが要る子どもたちの最期の場所というのが、殺伐とした医療機関しかないのか、もっと別のところがあるのか、そここのところも考えないといけないというふうに思っています。それと、先ほど言った悪性腫瘍のターミナル期の感染にすごく弱ってしまった子どもたちのことは、これからどうするのかなというふうに思っていて、これから少し制度の改革が必要なんじゃないかなというふうに思っています。

いろいろ考えているうちに、自分たちでできることがあったら何でもしようかなと思って、ちょうどステーションの上に空いている会議室があったので、そこで児童デイサービスを始めました。ここは感染に弱くてどこにも行けない子たちだけが来る、ほんの小さな子たちのデイサービスで、三、四人しか集まってくることはできません。ここを思い立ったのが、白血病の治療をやって、白血病は治ったのだけど、その副作用でかなり体が弱ってしまった子が、その子を見て、こういうふうに今つくっている療育機関では通えない子どもたちがいるのだなということに気づいて、児童デイサービスをオープンしました。

結局、この子は二次がんになって亡くなってしまいましたが、この虹の絵をかいてくれたことで、デイサービスをつくるきっかけになったので、私たち在宅を支援する者というのは、出会った人たちに合わせてサービスの形態を変えて、いつでも生ものに対応できるような力が必要なんだなというふうに、この10年間を通して思っています。

きょうは福祉の中でちょっと医療のことということにはなりましたけれども、どんな重い障害があっても病気があっても、地域で暮らしていける、そんな地域を松山市につくっていききたいなと思って、これからも頑張っていきたいと思っています。

どうもありがとうございました。

○田中正博

ありがとうございました。

それでは、引き続きまして積水ハウス株式会社生活研究所の田中眞二さんにお話しをいただきたいと思えます。田中さん、どうぞよろしくお願ひします。

○田中眞二

今、ご紹介いただきました積水ハウスという住宅メーカーから参りました田中と申します。パワーポイントを映していただけますか。

私どもは一民間企業でして、なぜここに座っているのかということをちょっとご説明したほうがいいと思うんですけども、先ほど、田中(正博)さんからもご紹介いただいたんですけども、今、こちらのパワーポイントで示しておりますような形で、行動援護対象者及び重症心身障害者のケアホームへの移行における住宅環境及び支援施設に関する調査研究ということ、これは社会福祉法人むそうさんが進めておられる事業なんですけれども、そちらのほうに住宅環境のハードウェアでの技術についての研究といいますか、協力をするという形での参画をさせていただいているという関係で、きょう、この場に呼んでいただいたという経緯がございます。

今の段階で、拠点的ケアホームの可能性というお話をちょうだいしているのですが、今の時点でこうすれ

ばすごく皆さんに役に立ちますとか、そういうふうなソリューションを既に持っているというわけではなくて、今まさにそういう可能性を探っているという段階であるということなので、明快な答えを出せないというのは申しわけないんですけども、今進めている話というのを中心にご説明したいと思います。

これまで清水ハウスでは、障害がある人の住環境に関する取り組みを少なからずしてきましたが、これらはほとんどが肢体不自由に対応するものです。こちらに示しているように1,400のうちの1,200は肢体不自由。特にメンタルな障害、認知、知的障害というのは30ぐらいということで、ほとんど数としては少ない。こちらに挙がっているその32というのも、ほとんどは肢体不自由があつて、かつということなので、住宅でやっていることというのは、ほとんどは肢体不自由に対するバリアフリーというのが基本になっています。

そういう状況なのですが、今回、むそうさんのほうからお声をかけていただきまして、やっぱりメンタルな方に対する住環境の整備というのも何かできることがあるはずだというふうなことで、今、研究に取り組んでいるという、そういう段階です。

今、進めていますのは、我々のほうはほとんど知的障害とかについての知識とか実績はございませんので、まず福祉側の方の目から見て、今の住宅技術で、例えば行動援護を要する方に対する住環境整備に、別にその方のためにつくるということ考えたわけじゃないんですけども、この部品って使えるよね、見方を変えたと使えるよねと、そういうふうなシーズの発掘というようなことをやっていただきました。

こちらに紹介しますこの納得工房というのは、当社は木津川市のほうに研究所を持っているんですけども、そちらのほうにあります住宅の博物館みたいなそういう施設です。こちらのほうに皆さんにお越しいただきまして、普通の住宅技術をずうっと見ていただいて、この住宅のこの技術というのは実は行動援護の住環境に使えるよねと、そういうシーズの発掘ということをやっていただきました。

こんな形で、例えばこの技術というのはこういう場面の人のこういう対策に使うということでは使えるよねというふうな、そういうシーズの発掘ということをやっていただきました。きょうは、そのうちの幾つか、こういうふうな発見をしていただきましたというのを幾つか紹介してみたいと思います。

例えば、こちらのほうは、稼働間仕切りクローゼットということですけども、簡単に言えばたんすなんですけれども、基本的には子ども部屋を、例えば最初に大きな部屋にしておいて、この稼働間仕切りクローゼットが入っていれば、必要に応じて部屋を2人用に間仕切りしたりとか、こっちのスペースを大きくしたりとかというふうな、空間の可変性というのを実現して、子どものよりよい育ちを助けますという、そういうふうなことでつくっているものなんですけれども、こういうふうなものを使うと、入所したときに、落ちつく環境になるまでいろいろ試行錯誤をするということに使えるのではないかと、それから入居者が変わったときの環境を変えるというときの態様なんかにも柔軟に対応できるような、ハードウェアとして使えるんじゃないかというふうなことを言っています。

それから、例えばこれは防犯ペアガラスという、どろぼうが窓をぶち破ってかぎをあけるといふようなことをするわけですけども、それをしにくいように2枚のガラスの間に中間膜というのがありますけれども、ちょっと膜があつて、それで破りにくいという、そういうガラスなんですけれども、こういうガラスを使えば、例えば窓ガラスに激突したりとかというふうなことがあつても、一つは破れにくいということもありますし、仮に破れたとしてもガラスが飛び散らないので二次災害につながらないというふうなことに使えるのではないかと、そういうふうなことをおっしゃっていただいています。

それとか、これは引き戸、ソフトクローザーと書いていますけれども、引き戸というのは勢いよく閉めるとパーンと大きな音がしてうるさいというのがあるので、当社の引き戸というのは、その音を消すために、閉ま

り切る直前に一遍軽くブレーキがかかって、あとそうっと閉まっていくという、そういう機構が入っているのですね。その機構というのは、実は閉まり切るときのスピードを落とすという機能というのは、指づめを防止するというに役立つのではないかと。激しい動作をされる方がいるので、そんな方の指づめを防止することに使えるのではないかとというふうなご意見なんかももらっています。

あと、面白かったのはLEDですね。LEDというのは、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、最近、主に省エネの目的で普及し始めている照明技術です。これは光源が電圧を変えることによって、照度を変える、あるいは色を変えたりとかもできます。ですから基本的には、こういう住環境のインテリア的な演出をしていくということに使うというふうなことを目的に、今まさに普及し始めている部品ですが、例えばこれを寝室での調光をすることによって生体リズムを整えて、よりよい入眠に結びつけるとかということを提案しているわけなのですが、こういうものを使うと、電気とか蛍光灯で、蛍光灯のちらつきがやっぱり気になるというふうな方がいらっしゃるの、このLEDというのは寿命が長いですから、ちらつきというのはあまり気になる時間というのは少なくなるという、そういう点もありますし、間接照明をうまく使えば落ちつく環境になるだろうとか、こちらになります、色を変えていますので、落ちつく色に変えて、空間をつくっていくなどということもできるのではないかと、そういうふうなご意見なんかをちょうだいしています。

ごく一例ですけれども、こういうふうなシーズをだあっと、今整理をしていただいています、これを今年度の、もう3月ですけれども、3月末に大体どんなふうな技術がどういうふうに見えるのかみたいなことをまとめ、それで次の住宅環境の整備というものをアイデアに結びつけていくというふうなことにまとめていけたらいいというふうにご考えております。

ということで、今、そんなことを進めているというご紹介でした。以上でございます。ありがとうございました。

○田中正博

ありがとうございました。

それでは、今から残りの3名の皆さまにもご登壇いただきまして、まとめのセッションにしてまいりたいと思います。どうぞ三方、涌井さんもどうぞお上がください。

改めまして、北海道太陽の園から小林繁市さん、前衆議院議員の福岡たかまろさん、そしてコメンテーターとして厚生労働省障害福祉課長の中島誠さんに登壇いただきました。

まず最初に福岡さんに、これまでの発表を受けてのお話をいただければというふうに思います。どんな感想をお持ちでしょうか。

○福岡たかまろ

皆さま、こんばんは。ご紹介をいただきました福岡たかまろと申します。私は、ここ4年ぐらい連続でこのフォーラムに参加させていただいておまして、今回も参加をさせていただきましたことを心から御礼申し上げます。今までお招きいただいた経緯としては、私もこの前まで議員をやっていて、自立支援法の成立とか、その後の改正の審議とかにいろいろ参加させていただいた、そういう流れでお招きいただいていたわけですが、今は無職でございますが、皆さま方とこういうご縁を通じながら、今後も勉強を深めていきたいというふうに思っています。

ご承知のとおり、自立支援法が一番の肝というのは、地域移行であるということには言うまでもありません。

それは今後、仮に民主党さんが総合福祉法ということをつくっていくに当たっても、この地域移行という流れというのは決して変わらないというふうに思っています。ただ、それは昔から言われていたことなのですが、理念というのはどんどん高いところにあっても、現実がなかなかそれに伴っていないという問題はかねてから指摘をされていたところであります。

今回、私もこのフォーラムに参加させていただくに当たって、地元のスプリングひびきさんがやられている和音というケアホームを見せていただきましたし、きょうも大阪からお越しいただいているライフサポートハルさん、そこの行動援護の実際にやられている姿を拝見させていただいたり、そういうこともさせていただきました。

やはり、なかなかそういった地域移行が進まない理由というのはいろいろあると思うんですけれども、一つには、事業者の方からしてもなかなか今の単価としては割に合わないというようなところがある。そして人材の確保も難しいというような話も聞いています。特にケアホームなんて、少人数で回されますから、突然その方が病気になられたり、やめちゃったりしたときに、人の確保とかも物すごく大変だと、回していくことも厳しくて、なかなか手を挙げる方が少ないというようなことも、一つ要因としてあろうかと思ったり、利用者にとってみても、やはりグループホーム、ケアホーム、地域に出たいんだけど、お金的に地域に出ると合わないんだというような声というのはよく聞きます。

前の自公政権のときの自立支援法の改正案のときに、補足給付で家賃手当分を別途支給してはどうかというような案もありましたけれども、やはり施設で暮らす方、そして地域に出る方、最低でも条件を同じにしてあげないと、なかなか気持ちはあってもお金の面でついていけないから、地域に出たくても出られないという方がたくさんいらっしゃるというのが現状ではなからうかというふうに思っています。

そして、前の方のお話にもあったように、いざというとき、地域に出るのはいいんだけど、地域の受け皿の体制ができていいのか、もしくはいざというときに本当にそれがサポートしてもらえる体制ができていいのかというところに対して、やはり不安を持っていらっしゃる方がたくさんいらっしゃるわけですから、それがなかなか思い切って地域に出ていきたいけど、そうできない、ためらう要因になっていたということは紛れもない事実であろうというふうに思っています。

今回基金事業で地域安心コールセンター、そういうことで相談の体制をつくっていくということを打ち出されたということは、一つ大きな前進であろうというふうに思っています。そして、これはきょうの発表でもご承知のとおり、それぞれがいろいろな試行を今繰り返されている途中であります。基金の上限は1カ所900万円ということでもありますけれども、なかなか本来の理想で言うと、専門の相談員さんをずっと張りつけているほうがいいんですけど、それじゃなかなか900万で回るかどうかというお話もあるわけですから、じゃ、そのほかの方と兼務させてしまうという、いざというときに片方で電話がかかっているときに、もう片方でいろいろな仕事ができるときに、どうするかというような問題もありますから、どういう形にしたら相談支援がうまくやっていくかというようなことを、今後、各地域で実際に取り組んでいく中で、問題点を洗い直していった新しい相談支援の枠組みをつくっていく、そういう意味では非常にこの基金事業、安心コールセンターというのは一つ大きな面白い取り組みではなからうかというようなことを思っています。

きょうの発表のほうにもありましたけれども、やはり地域移行を進める中において、特に重身の方も含めて重度の方の受け皿の整備がなかなか進んでいなかったというようなこともあるわけですから、やはりそういった方々の受け皿ということも整備をしていく必要があると。また、途切れがないような支援体制というのもつくっていく、そういうこともしていかなければいけないのではなからうかなというふうに思ってい

ます。

今回、私も非常にいい勉強の機会をいただきました。皆さま方からいろいろなお話を聞く中で、本当に今後地域の中の拠点としてどういう受け皿をつくっていけばいいのか、そして、やはり理想はあると思いますけれども、いろんな地域の中でもグループホーム、ケアホームを運営されている法人がたくさんいらっしゃるわけですから、本当はそこをいろいろな連携をとって横差しで連携をとれるようにしたほうがいいんですけども、なかなかそれぞれの事業者さんの思惑であったり、そういったものもあるわけですから、本当にそれをうまく連携させていく仕組みはどうすべきか、もしくはお金の問題もありますけれども、人口当たりとかエリア当たりどれくらいの規模ごとにそういう拠点を整備していけばいいのかといったことについても、また皆さま方の議論の中で実態像が明らかになっていく、そういうことを望んでいきたいというふうに思っています。

雑多なお話になりましたが、以上で終わらせていただきます。

○田中正博

ありがとうございました。福岡さんは、議員をされているところに行動援護の事業所、今、はるといって佐賀県にあります事業所に一日張りついて、すべての事業の内容を把握されて、事業がまだ十分に進化していない事情について承知した上で、国会で初めて質問していただいて、行動援護が充実するようにということでは、10点が8点になっていく、そして5時間が8時間に延びていくような、そういった仕掛けにご尽力いただいた立場で、今は残念ながら浪人の身なんですけれども、このような勉強会にも参加していただいて、次の機会があるときには、またそういった力強い役割を担っていただくという立場でお話をいただきました。ありがとうございました。

それでは、引き続きまして中島課長に、今、国の方向性として、自立支援法が廃案となった状況から、どんな方向に行くのかということで、きょう、お集まりの皆さんも非常に関心のあるところだと思いますので、方向感についてお話をいただければと思っております。よろしく願いいたします。

○中島誠

皆さん、こんばんは。厚生労働省の障害福祉課の中島でございます。本日はお招きいただきましてありがとうございます。

私からきょうお話し申し上げたいのは、極めて基本論といえますか、極めて青臭い議論ということをしていただきたいと思っています。すなわち、拠点的ケアホームの可能性、地域安心コール事業というのが、障害福祉行政、さらには我が国の福祉行政の中でどんな意味を持つのかということについて考えるとともに、私のお配りしております資料の131ページに、地域移行を進めるために厚労省が今やっているさまざまな施策メニューと、その下に、住まいの場の確保のための福祉と住宅の連携というところを紹介させていただきます。

今、福岡先生のほうからお話がございました。地域移行ということは、新しい民主党政権になっても変わらない方向であろうということでございます。高齢者居住安定確保法というのを改正した背景も、施設から在宅という流れというのは確かなものにしていく必要があるのだろうということでございます、いわゆる住まいとケアを分離するということだと思っているわけです。ほかの人に自分の生活のリズムを刻まれるという施設の生活ではなくて、可能な限り自分の選択という中で、自立して生きていくことを目指していくことで

ございます。

これまでの厚労行政、サービスが欲すれば生活の場から離れて、施設というところで集中して濃密なサービスを提供するのだよという発想から、生活に寄り添うと、サービスのサイドがその人の生活に寄り添うという形で転換していかなければならないのだろうと、こう思うわけでございます。そういう意味では、私はやはりしっかりした住まいというものを確保する、そのコアになるのがグループホーム、ケアホームであろうと思いますし、それとともに、きょう、皆さん方からご議論されていますような24時間365日の安心というものを保障しないといけないということでもあります。

それは、きょうの訪問看護のお話にもありました医療サービスもありましょうし、いわゆるケア、介護サービス、福祉サービスもありましょう。しかし、今までの施策で欠けていたのは、もっと単純な、高齢者確保法では生活支援サービスと名づけましたけれども、そういったサービスというのもの、あわせて考えていかなければいけないのではないかと。何かあったときの緊急通報、何かあったときには顔見知りの人が、どないしたんと言って駆けつけてくれる、そういう見守り機能と、後からまた申し上げようと思いますが、自分はどこかにつながっているのだというその安心感、そういうものを保障できる、それは役人的言葉では生活支援サービスということになりますが、そういうものというのが24時間365日ある、それを地域福祉の厚みの中で総合的に保障していくと、そういうことがすごく大切なだろうと、こう思うわけです。

その意味では、高齢者も障害者も子育て世帯も通じた地域福祉の厚みというものが要るし、そのためには、住まいというものと福祉というものが一体となって地方自治体で施策が展開されていかなければならないだろうということでもあります。そういう意味では、高齢者居住安定確保法というのは、高齢者がお住まいになる集合住宅とか大規模な団地というところに医療サービス、介護サービス、さらには生活支援サービス、それからもう一つ言うと、人々が集えるお茶飲み場みたいな空間を整備する際には、自治体負担なくして直接事業者が国から助成をします。なかなか地方財政は苦しいですから、地方負担が伴うものはシュリンクされる傾向がございますので、その住まいに密接に隣接しているサービス提供拠点、さらには人々が集う場の整備費については、国単独で助成をさせていただく。それは集合住宅型、団地型というものがあるわけでございますけれども、そういう形のスキームをつくり、そうしたものが自治体で高齢者居住安定計画というものをつくっていただいて、計画的に整備をしてもらいたいという形をお願いをしたわけでございます。

実は、そのときに忸怩たるものがありまして、これはやはり高齢者だけかと、これを障害者に広げられないものかと、こう思っておったわけでございますけれども、おかげさまで本年度からこのようなスキームというのが、高齢者のみならず障害者に向けてもそういうサービスのデリバリー拠点といったものを住まいと一体として整備していくと、国交省のほうから地方負担なしの助成が出るという仕組みになっておりますので、ぜひともそういうような施策を自治体で展開していただきたいと思うわけでございます。

厚労省としても、この安心コールセンター事業が少しでも多くの地域で展開していただければありがたいと思っておりますし、自立支援法にかわる新たな総合福祉法というものの、本格的に検討が始まったばかりでございます。しかし、福岡先生がおっしゃったように、どのような新しい制度ができるにしても、グループホーム、ケアホームを初めとする住まいの場と、そこに24時間365日の安心がお届けできるという政策というのは、地道ながらしっかりと着実に進めていかなければいけないと、こう思っているわけでございまして、来年度予算要求をにらみながら、皆さん方のご指導ご意見を賜りながら、着実にやっていきたいと思っております。

以上でございます。

○田中正博

ありがとうございました。

先ほど、松上さんと積水ハウスの田中さんにお話しいただいたところで、そのソフトとハードの組み合わせというのをこれから研究していこうというような状況なので、また後ほどちょっと時間を用意して、その辺の見通しについてお二方からお話をいただくと少し参考になるのではないかとというような、国交省マターのデリバリー拠点の居住安定計画というようなことで、今まであまり耳にしたことがない人が多かった情報だったかと思しますので、この内容について深めていく方向を持てればというふうに思いました。ありがとうございました。

それでは、引き続きまして小林さんに、施設から地域への移行ということについては、もう本当に先駆者というよりは、もうすっかり位置づいた立場にいらっしゃるわけですが、今までのお話を聞いて、具体的に何かこんなふうに思っている、こんなふうにしたらいいのではないかとということがあればお話しいただければと思いますので、小林さん、よろしくお願いします。

○小林繁市

福岡さんからも中島さんからも、自立支援法の最大のねらいは地域移行にあるんだということをおっしゃいました。自立支援法は、じゃ、地域移行という面では、どの程度実績を上げられたのかということですが、15 ページを開いていただけますか。これは、DPIの尾上さんの資料なのですが、この右下のほうに平成 17 年 10 月 1 日から 19 年 10 月 1 日までに 9,344 人が移行したと。6.7%となっていますね。この 6.7%という数字は、実は物すごく大きな数字なんです。というのは、私が地域移行に取り組み始めてからもう二十数年以上前なんですけれども、0.76 とか 0.83 とかというので、1%の壁を絶対破れなかったんですね。それが、その自立支援法になったことによって、2年間で 6.7%ですから、1年間でいくと 3.3%です。ですから、自立支援法によって、地域移行ということ言えば、確実に地殻変動が起こっていきっているのだろうというふうに思います。

では、地域移行した後、どんどん定員が減っているのかということ言えば、新たにまた同じように入りますので、そういう面では定員の削減はあまり進んでいないということがあるんですけれども、ただ、地域によって偏在するところはありますけれども、北海道なんかはほとんどもう待機はいなくなっているんですね。ですから待っていた人が、地域移行がどんどん進むことによって入っていて、何年かたつともう新たに入る人はなくなるという時代はきっと来るのだろうというふうに思っています。

それから、もう一つは、涌井さんのお話の中に、とにかく出ても同じ数入ってくるというのがあったのですが、これも地域の中できちんとしたその人を支える仕組みがつけられれば、入所者というのはいなくなるんです。例えば、私が住んでいる伊達では、私の施設は大きな施設なのですが、昔、障害の重い人たちはみんな太陽の園に入りました。でも、この5年間に入ったのは1名だけです。あとの人たちというのは、養護学校を卒業した後、ダイレクトにグループホームのほうに入っていたり、それからかつては親と一緒に住んでいて通所施設などに通っていた人が、本人の高齢化あるいは親の高齢化によって、入所施設に行った人がいるわけですね。そういう人たちは全部グループホームやケアホームで受けとめられますから、そういう面では、きちんと受け皿さえできていけば、新たに入所をするという入所者は確実になくなる時代は来るだろうと思います。

かつては、障害の軽い人は地域で、重い人は施設とか、年をとったらまた施設に戻るとか、そんなこと

が言われていた時期があるのですが、まだそういう意識は残っているかもしれませんが、やはり自立支援法によって確実に時代は変わってきているのだろうというふうに思います。

ただ、そのときに、経営的にしんどいと、特に重い人についてはということですが、3年間で100名の人たちを地域移行したんですけれども、その中で、施設にいたときは 36.1 という、これが職員の数でした。これは国の基準です。これが、この人たちが地域に移っていったときに、通所系で 19.9、ケアホームから日中活動に行けますから、ケアホームからで 37.1、合わせて 57 名の、これは国の基準です。けれども、手厚くケアしようとするれば、57 人では足りなくて、実際には 75 名配置しているのですね。すると倍の職員を配置するということなのです。幸いに人が得られているんですけれども、ただ、その分だけ非正規がどんどんふえているのですね。

だから、できれば将来的にはやっぱり予算が2倍、そうすると入所施設と同じくらいの職員の身分保証ができる。そして、もし入所施設だったら、今、そんなに福祉介護というのは恵まれた条件ではないですから、そういう面ではほかの産業なみにするというのは、やっぱり3倍くらいの経費がかかるのだなという。でも、お金がないとできないということは、そんなことをやったら何も進みませんので、できる中でやはり可能性を探っていくということはやっていますけれども、ただやっぱり確かにあえてこういった、あまり経営的にプラスにならない、あるいは働く人の犠牲によって、低賃金によって成り立つようなところには踏み込まないという人が、そういう施設があってもしょうがないかなというふうに、一方で思ったりするときもあります。

それから、中島課長がおっしゃっていた、私は今の障害福祉の中で一番最大のテーマはやはり住宅対策だと思っています。かつて障害のある人たちの、施設に入ったというのは、訓練だとか指導だとかいろいろ言うけれども、あれは住宅対策なのですね。今、日本の施設の半分ぐらいは4人部屋です。8畳間に4人が入っているという。それを、やはり町の中できちんとした、障害の軽い人たちとかはアパートで暮らす人もいるし、結婚してカップルで暮らす人もいますけれども、実際にさっきの 15 ページを見ればわかるように、半分以上の人はグループホーム、ケアホームに移っていったのですね。だから、このグループホーム、ケアホームが住宅対策としてきちんと整備されなければ、地域移行は進んでいかないと思うのです。

そのときに、グループホームの制度ができたときに、あくまでグループホームというのは、かつて地域生活援助事業と。で、本人たちが家賃を払って住宅を借りて、サービスを。援助は国がお金を出すんだというところからスタートしたわけです。ですから、一般住宅でよかったですよね。ところが、障害の重い人たちも入ることによって、実際的には今、非常に大きな問題なのですが、皆さんのところでも都道府県の中でこれは格差があるのですが、ケアホームなどは、これは寄宿舎なのだと、共同住宅なのだと。だから、全部用途変更をしないという、あるいは消防法などによって一定度の 275 平米以上の建物については、それは施設なのだとということなのですね。

やはりそれはおかしいと思うのです。私たちは、施設から地域への移行をというのに、またグループホームやケアホームを施設にしてしまったら、何のために移行するのか。居住環境は全然違いますから、そうは言えないんですけれども。だから、この建築基準法や消防法の壁をどう破っていくのかというのは、これからの最大のグループホーム、ケアホームのテーマですが、それはあくまで、やっぱり普通の暮らしをつくる。施設で暮らすというのではなくて、普通の暮らしを町の中につくっていくのだという、普通の住宅に住むのだという、そういった普通の住宅で支える仕組みをつくるんだということがとても大事だなというふうに思います。

それから、P10 の図ですが、これは私の住んでいる伊達市に障害のある人たちが 440 名住んでいて、そ

それぞれグループホームやアパートで115戸ぐらい今あるのですけれども、大半が普通の住宅を借りて家賃を払って入るという形なんですけれども、きょう非常にテーマになっている重複障害の人だとか、行動障害の人だとかという人が地域生活の対象になってくると、既存の住居にかなり手を入れたりとか、新たに建てるということが出てくるのですね。

新たに建てるということは、建設会社さんと必ずタイアップが必要になってくるということになってくるのです。私のところでは35名、ことしの3月末で地域に移行して、ケアホームを5カ所建ててののですが、1ホーム7名で、本当はもっと少ない人数だったらいいのですけれども、職員のローテーションが回らなくて7名でつくっちゃっているのですけど。それらについては建設会社の方とタイアップをしています。それで3社の建設会社とタイアップをして、建てていただいて、リースをするという形態。お金があるところはリースをしなくてもいいのかもしれないのですけれども、そういう形で今後、住宅対策を、今までのように既存の住宅をただ借りてというのとは軽い人だとできるけれども、重い人たちについては、あるいは特別なバリアフリーに合った、きょう発表されたああいった住宅をつくっていくとすれば、やっぱりそこは特別な配慮が必要だろうというふうに思っています。

それで建てても、今、私どもの中で入所施設を今建てかえというのも一方で進んでいるのですけれども、それらについては1人頭のコストが1,000万から1,200万円ぐらいかかります。でも、バリアフリーのケアホームを、施設から見れば重装備ではないのですけれども、居住環境のよいものをつくっていても、その半分ぐらいで建つのです。ですから、日本の施設というのは昭和40年代から50年代ぐらいに建っているところが多いので、どんどんこれから建てかえのところがあるのですけれども、そここのところは何らかの規制をして、できれば入所施設は同じように建てるのではなくて、グループホームなどで整備していくということを、これは法律であるかどうかかわからないのですけれども、国の方針としてはっきり打ち出してほしいというふうに思います。

以上です。

○田中正博

ありがとうございました。

9人の方にいろいろな立場でお話をいただいて、「施設から地域への流れを創る」というテーマに沿ってご報告をいただいたり、また地域での拠点的な対応をするケアホームの位置づけがどのような可能性を含んでいるのかということについてお話をいただきました。このような流れを進めていくときに、地域でいざというときの安心が欲しいという素朴な思いが、いろいろな形態で暮らしを築いている方たちのそれぞれにあるだろうと思います。例えば、夜間急病人が出て、ケアホームの世話人がそこに同乗していくと、残った人はどうしたらいいのかというようなことや、ひとり暮らしの人が急に不安定になったときに、ご近所の方がそういった状況を支援できる環境であればいいわけですが、不穏な状態によってはなかなかそれが難しいというようなこと、また、糖尿などでインシュリンの注射を打つ、それをケアホームなどで支援員が行っているのだろうか。そういったことを出発点に、地域で得たい安心について、例えばグループホームにおいて、ひとり暮らしの中で、家族との暮らしの中でということで、整理をしようとしているわけですが、今回は特に拠点となる拠点的なケアホームの可能性ということで整理をしていきたいというふうに思っています。

今までご紹介いただいた中で、まずは住宅の確保が大事だろうということで、先ほど、中島課長からも国交省のお話をさせていただいて、それについて松上さんと田中さんのソフトとハードの部分という流れが見出せ

そうですので、お二人に、この状況について少し、今詰めている段階で、まだ結論ではないと思いますが、お話しただけの部分があればというふうに思っています。また、梶原さんには訪問看護としての可能性について、もう少し訪問看護業界全体が、うちの地域の訪問看護はそんな梶原さんのようなことはしてくれないぞというふうに思っている方もいらっしゃるのではないかと思います。

まず、拠点となる家の確保、そして人材の育成、それがソフトとハードということでお話があったと思いますので、まずは松上さんと田中さんの順でお話をいただければと思います。田中さんには、ハウスの可能性があることについてお示しいただきましたが、どのぐらいお金がかかるのかというようなことにもちょっと触れてもらえるとありがたいなというふうに思っています。

では、松上さん、お願いします。

○松上利男

私どもの法人でも、要するに入所待機者がたくさんいて、その人たちのニーズにどうこたえるのか、また私たちの法人が運営している日中活動の支援をしている人たちの生活の支援という課題が出てきて、その人たちはやっぱり行動障害を伴う人たちが多くいわけですね。だから、障害が非常に重くて、要するに重い知的障害のある人で行動障害を伴っている人たちと。そういうことになると、ハードの面で考えますと、小林さんもおっしゃったように、既存の賃貸というところでは難しいわけですね。やはりそれは、新しくそういう人たちのための環境を調整できるような、バリアフリーの住環境をつくっていくことが必要になってくると。

ということになりますと、一つは、やっぱり運営のことを考えると規模の問題となってきますね。今、大体3棟ですね。1棟が6人以上の暮らしはしたくないので、6人までで3つの建物を分棟で建てよう。そういう仕組みにしないと、なかなか夜間の支援も含めて回らないという。このところをどうするのかというようなことがあるのですね。その辺をもうちょっと地域で支えるような仕組みがあれば、この辺は若干乗り越えられるようなところがあるのではないかなという。だから、やっぱり整備に係る費用の問題であるとか、それからやはり報酬の問題とかその辺で行動障害を伴う人たちの支援する場合は、壁になって、そういう形でしかつけれないというような現状が一つあるというのがあります。

もう一つは、やっぱり支援員の質の問題というか、専門性をどう高めていくかという課題があるわけですね。要は、行動障害を誘発させてしまったのですね。それは、多くは支援員のかかわりの問題であって、誘発してしまって、それで入所施設での利用待機ということになっているわけですから、やっぱり地域で支えていくためには専門性を持った職員をどう育てるかという、そういうような仕組みをつくるということが必要になってくる。

田中さんなんかは、例えば、行動援護士であるとか、発達障害の人だったら発達支援士みたいな、そういう制度をつくりながら、要は養成する仕組みをどうつくるかという、それをやっぱり出していかなければならないということで、私どもはご一緒に研究会をする中で、スーパーバイズを今できるような、非常に専門性の高い人がどのようにその人が育ていったのかという、どういう経験でそういうスーパーバイズできるようなところまで育ったかという、それをずっと追いつながら、どのような研修の仕組みをつくればそこに到達できるのかというような、そういうモデルを一回つくってみようかみたいな取り組みもしています。

そういうようなことをしながら、実際モデルとしてそれを人材育成のモデルを実際、取り組んでしていくというような、そういう養成モデルであるとか、地域の中で具体的に行動障害のある人たちの支援する、そう

いう具体的な支援のモデルをどう発信していくのか、あるいは地域の中でそういう人たちが暮らせるための包括的な連携のモデルをどういうふうに発信するのかという、そういうことの積み上げというのが今後私たちの実践的な課題であるし、それを通して24時間の安全・安心の地域での仕組みをどういうふうにつくり上げていくのかというようにところが、その中から何か見えてくるのではないかなというふうな気がしています。

○田中正博

そうですね。今、私ものぞみの園の所属も得まして、行動援護のサービス提供の実施者に研修を受けていただくという取り組みをさせてもらっているのですが、行動援護という切り取ったサービスから底上げをするよりも、そもそものどの職員にも受けていただきたいような、そんな内容になりつつあるのですが、そういったことが今の松上さんの話だと思うのですが、建物を利用する際にどんな障害特性があって、どこにつまづいているのかみたいなことを見立てられる人というような能力かと思っております。

田中さんのほうで、そんなことを受けて、どんなハード面での、そしてコスト面での課題があるのかみたいなこともお伝えいただくとありがたいと思います。

○田中眞二

コストの話というのは、言ってしまうと本当にピンからキリまでみたいな話になってしまって、なかなか一概にお答えすることは難しいのですが、ただ、可能性という意味でいきますと、先ほどの中島課長からご紹介があった国交省側の動きの中で高齢者安定居住確保法みたいなもの、それに先立つ長寿社会対応住宅設計指針なんていう、そういうふうな高齢者のバリアフリー環境を整えていこうという流れがずっとここ住宅の業界の中でも続いてきていて、今の新築住宅であれば大体普通の高齢者が普通に暮らしていく、ちょっと足腰が悪くなっておられれば普通に暮らせるというふうな住環境、安全面であったりとか使いやすさであったりとかという面というのは確保されています。なので、そういう意味では安全性であったり、というようなことをするために、特別なことをしないとイケないという状況というのは、今の住宅では割と少なくなっているという状況が一つ。

それから、これから先の技術の方向性としては、住宅も本当にスクラップ・アンド・ビルドの時代じゃなくて、建てたからにはできるだけ長く使いたい。ただ、長く使っていくと、どうしても生活に合わせて中の設備をどんどん変えていきたいというような要求があるというところがあるので、スケルトン・アンド・インフィルというのですけれども、構造体はスケルトンでしっかり、100年でも200年でもつものをつくらせておいて、中のインフィルの部分については生活に合わせてどんどん変えていこうというシステムをつくらせようというふうな、そういう大きな流れがあるんですね。そういうものというのが、きちんとこれから技術として整備されてくれば、先ほど、ご紹介したような、この居住者の方に対して適宜変えていくとか、そういうふうなことというのが今よりもっとやりやすくなるような、そういうふうな技術として発展していく可能性は十分あるかなというふうに思います。

それから、あとやっぱり技術の方向性というよりも、ハードウェアがどんどん向上していくということは当然大事なのですが、これは身体障害の場面でも一緒なのですが、やっぱりそれをきちんとそれぞれの人のニーズにあわせてコーディネートするというようなことができる、それは建築側の人材ですね。話を聞いてちゃんと設計ができるというふうな人をちゃんと育てるということ、やっぱり建築側もできないと、話をきいてもちんぷんかんぷんみたいな人ばかりだとなかなか先へ進めないということがありますので、そう

いう人材育成なんていうこともやっぱりあわせてしていくということもこれから大事なんじゃないかなというふうに思います。

以上です。

○田中正博

人を活用する、そしてハード面を活用する、どちらの部分でも、省をまたいでの話になるかなと思いますので、中島課長には問題意識を強く持っていていただいているようなので、ぜひそこに向けて、例えば、身体障害の人に環境制御装置で費用が出るような、そんな視点の方向に話が流れていくと非常に先が見えてくるかなと期待しているところです。

では、梶原さんのほうで、先ほどのお話をお願いします。

○梶原厚子

訪問看護ステーションは、今全国的にも高齢者がふえて、今の3倍ぐらいの数の高齢者の方の看取りをしないとイケないというところがありまして、訪問看護ステーションは9,000カ所ぐらいにならないとイケないのですけれども、まだ6,000カ所にも満たない5,500カ所ができていないぐらいなので、実際、高齢者の方にも足りてないということなのですね。介護保険にですね。

では、障害者の方たちはどうかというと、なかなかつながってきにくいというのは、平成12年に介護保険が始まったときに、介護保険の指定事業所に訪問看護ステーションがなくなってしまったので、どうも介護保険の勉強会、介護保険の研修会に訪問看護のことは必ず出てくるけれども、自立支援法の中ではやっぱり精神の方の訪問看護のことが多くて、なかなか一般的な訪問看護の人たちとか在宅医療にかかわるお医者さんとか、その辺との交流する機会自体が少なくて、少し縦割りの感の弊害を受けているのかなというふうに思っているのです。

私は、今自分が担当している利用者さんで自立支援法を使っている方が9割ぐらいいますので、こちらの方たちとも交流があるし、あと介護保険の利用者さんと介護保険のグループホームと契約して健康管理をしていますので、そちらの方の介護保険の勉強会にも出席しますので、本当に交わっていないというのがよくわかります。それはとてももったいないことで、認知症のスキルは発達障害にも生かせるところがすごくあるし、発達障害のスキルは認知症にも十分使えます。介護保険にあるサービスも、障害を持って高齢化していく親御さんご本人を支えていくときに、とても微妙に上手に使えるやり方というのが幾つもあるのですね。そういう何かちょっと変わった事例の事例検討なんかをしながら、もう少し訪問看護事業というのがどういう担い手になれるのかというのを、もっとみんなで精査してほしいなと。もちろん私たちがもっともっと自己研鑽しないとイケないのですけれども、実はもう少し障害の方たちにかかわる専門職の方たちに育てていただきたいという気持ちがすごくあります。

看護職というのは、病院で病気は見ますけれども、それが生きにくさとか生活しにくさになるところをなかなか見るチャンスがないので、障害理解がなかなか進みません。そのあたりを何とか教育の仕組みをつくって、交わっていけるような教育ができて、訪問看護ステーションは24時間365日在宅療養者を支えるというのが基本的なミッションですので、安心コールセンターができた、その安心をもう少しカバーするようなことが十分できるかなと思っていますので、できたらもっと多機能化できる訪問看護ステーションを、皆さんに協力してもらいながら育てていきたいというあたりが、私の気持ちです。看護協会とかがもっと大

第5章

安心してできる地域生活の構築のために

きくどう考えているかは、もっと本当に偉い方たちを呼んで聞いていただかないとわからないのですが、現場の者としてはそんなふうに思っています。

○田中正博

ありがとうございます。

小林さんのところでは、重症身心の方たちの取り組みの野ぶどうがあると聞いていますが、具体的に何かこうしていますとか、逆にこんなふうに困っているような、そういった視点でのお話はありますか。

○小林繁市

重身の人たちのケアホーム野ぶどうというのが1カ所できて、ちょっと前にも2カ所目ができています。ただ、それらの人たちは1対1でホームヘルプが、入浴だとか食事だとか排泄だとかが必要なので、これはホームヘルプ法の国庫負担基準額もどうなるのかというのがあるのですけれども、1人について伊達市とか伊達の近隣市町村は300時間のホームヘルプをつけてくれているんですね。1日10時間です。ですから、みんな1対1で世話人さんとか支援員さん以外に、ヘルパーさんがつくということの中で、かなり手厚いケアがあります。かつて重症の人たちは遠くの重身の施設、北海道で言えば100キロも離れた札幌だとか、もっと離れた旭川とかの重身に行ったのですけれど。

重身の人というのは、大体平均すると3年に1人ぐらしか伊達では生まれてこない。だから、それに合わせてケアホームを整備していつているということです。ホームヘルプを使えているというのがポイントだと思います。

○田中正博

ありがとうございます。残念ながら時間が迫ってしまって、予想どおり切り口を皆さんにお示しして、これから内容を詰めていくというところまでしかたどりつけなかったのですが、101ページに、涌井さんの資料の中に、先ほどからご案内している、障害者を地域で支える体制づくりモデル事業というものが、ちょっと遠視が入っている年代の方には厳しい大きさになっておりますが、各都道府県で1カ所、必ず基金としては活用できると。ただ、県によってはもう基金が底をついているとか、必要がないというふうに回答しているところもあるのですが、今回調査したところ、今年中に立ち上がったところが、滋賀県、徳島県、和歌山県、新潟県、岡山県、千葉県となっております。そして、今後準備をしているというふうに回答していただいたところが、東京、広島、大分、北海道、愛媛、石川、群馬、富山、香川、鹿児島というふうになっております。

まだ判断をしかねているところもあるようですので、ぜひきょうの話が皆さんの県を動かすきっかけに。逆に言うと、ここにいらっしゃる涌井さんのように、ぜひやらせろと言いに行ってください、状況を動かしていただきたいと思う気持ちもありまして、ご紹介させていただきました。

ご登壇いただきました皆さまに拍手をしていただければ幸いです。

第6章

医療系サービス提供者からみた 障害のある人の地域生活の課題と展望

—訪問看護ステーションの実践から—

1 実践報告

「安心して暮らせる地域の拠点モデル事業の運営マニュアル作成事業」公開研究会より

—在宅支援の安心を24時間支える仕組みについて地域ごとに考えてみよう—

日時 2月27日(土曜) 場所 中野サンプラザ 11階 アネモフィットルーム

企画者 田中正博(全国地域生活支援ネットワーク代表)

報告者 西村幸(社会福祉法人きんき会委託相談支援事業所)

梶原厚子(株式会社クロスサービス訪問看護ステーションほのか)

1. 企画趣旨

安心コールセンターが重い障害がある人の地域生活の緊急的な場面に対応していくことを前提として考えると、少なくとも、強度行動障害に対する支援と同時に医療的な支援を提供していくことが必要であることが考えられる。これまでの施策等からみると、前者は、例えば行動援護など、サービスが徐々にではあるが整いだしている。その一方で、地域生活を支える医療的なサービスというと、障害の領域においては、その手立てが少ないように考えられることが多い。そこで、一般的に高齢者のサービスと受け止められがちな訪問看護ステーションの、地域で生活する障害のある人へのサービスを提供している実践者、地域の医療ニーズを拾い上げ訪問看護へ繋いでいる相談事業の実践者からその実践の実際を報告してもらい、そこから安心コールセンターのヒントを得る。

2. 実践報告要旨

1) 相談支援事業所相談員の経験からみた地域で障害者を支えるための課題(西村幸)

相談事業を通じて、障害がある人の相談で一番困るのは、重度心身障害者の親亡き後の行き先である。また制度が頻繁に改正されること、例えば障害福祉施策の変化や3年毎にある介護保険制度の改正、難病事業の変化、2年毎にある医療制度改革、これにより地域の状況は大きく変わる。

これまでの実戦経験から考えて、安心コールセンターに係ることでは、緊急通報について課題を抱えた経験があげられる。具体的には緊急通報装置について、地域にノウハウが蓄積されていないと必要なときにすぐに対応できない、ということを経験した。例えば装置の種類、それぞれどのように設定するのか、通報した際にはどういった職種が訪問してくるのかなどがあげられる。

また本人の意思で押せる設定であるか、細っていく声量を電話で発信した際に同対応するのが適切か、あるいは電話スイッチを加工すると本来製造業者が持っている保障制度から外れてしまう、といった問題もあった。これら、われわれが経験した課題は、基本的には改善されていないので、安心コールセンターが立ち上がるとしたら、こういった問題も想定しなければならないと考える。

またハード面のみが整ったのでは、地域で生活する障害がある人の対応は不十分であると考えられる。つまりサービスを提供する側の人材の専門性や質が問題となる。特に救急への対応について

は障害当事者が必要とするケアの質の担保と同時に量の確保をどのようにするかという課題としてあげることができよう。

2) 訪問看護ステーションの経験からみた地域における障害のある人支援と課題(梶原厚子)

訪問看護ステーションのミッションは24時間365日在宅生活を支えることである。これは安心コールセンターが目指しているものと共通している。

以前にホームヘルパーをしていた経験があるが、その際障害がある人は以外と医療系のサービスを有効に利用できていない実情を知った。

これまで事業を立ち上げた経験からいえるのは、立ち上げの際に痛感していたことはサービスを必要としている人をどのようにしたらキャッチできるかということである。その結論は、相談機能があることである。これがないとサービスを必要としている人と出会える手立てが途絶える。

サービスを必要としている人に出会えるようになって見えた課題は、病院から在宅へどのように帰るか、すなわち地域移行の問題である。在宅での支援体制が整っていないと退院が困難になる。

様々な疾病・障害に対応し、訪問看護ステーションは多機能化してきている。多くの利用者との出会いからそれまで知らなかった社会資源を知るに至ったりしてきた。が、必要としているサービスがなかったりする場合は、社会資源やサービスを新たに創り出す、という視点が必要である。

課題としては、疾病により余命や動くことができる時間が制限されそうな際、残された時間を上手に活用する手立てを構築することである。また重症心身障害児は成長すると医療ケアの必要量が増えるであろうが、そういった人の対応もどのようにしていくか、ということも課題の一つである。

〈資料〉

シンポジウム記録

○西村幸

きんき会相談支援事業所の西村と申します。私は平成14年に市町村障害者生活支援事業の委託を受けた法人にて相談員を勤め、今は8年目になります。社会福祉サービスはいろいろなサービスの中で最後の砦だと教育を受け、この仕事をしています。皆さんと同じように、ここは足りないのではと思ってこれまでさせていただいています。目の前に現れた具体的な人たちが、皆さんの心の中にあると思いますが、その人が今後も地域で幸せに生きていくのに必要なことはどういうことなのか。1件1件考えることでいろいろなことを勉強させていただきました。

活動エリアは、愛媛県の中予地区という県庁所在地のある松山市を中心とした6市町の地域です。福祉圏域を3つに分けたうちの1つの地域になります。6市町全ての自立支援協議会に参加し、各市町の人口割りで委託金を受けています。スタッフは常勤が2名、非常勤が2名で、常勤換算は2.6名です。資格職としては社会福祉士、作業療法士がいます。作業療法士については後でも触れますが、精神科領域で作業療法を長く経験してきた人にお願いしています。在支(在宅介護支援センター)や包括の経験者が2名、IT起業でOAルームのインストラクターをしていた人にも来ていただいています。相談事業は歴史的にみると、療育等支援事業と、市町村の障害者生活支援事業が地域の中で網羅した形で進んできました。

私たちのところは3番目に委託を受けて、平成14年に開設しました。2年後に安藤さんという相談員が地域において児童の対応をしてくれるようになりました。4年後に自立支援法に移行したとき、社会福祉協議会に総合相談窓口ができました。平成20年には身障療法がある施設に身障を中心とした相談事業の委託がありました。ですので、個人的には4年間、地域全体の身障に関する相談を受けさせていただいておりました。平成21年度の4月から2月までの活動状況です。対象者は児者(障がい児・障がい者)、電話、訪問、来所という区切りでカウントさせていただきますと、1200件。その中の1パーセントが児童となっていますので、ほとんどが大人の相談です。身体にかかわる障害を持った方、重複も重ねてカウントしています。高次脳機能障害の方についての対応などもしています。身体障害は重心も含むと82パーセントを占めます。

相談の依頼は特徴的です。急性期病院、回復期病院、慢性期病院、その他医療サービスの人たちからの相談が36パーセントを占めます。医療からの直接相談を3分の1以上受けております。平成14年度から年次で、活動実績を縦の棒グラフ、新規のご依頼人数を折れ線グラフで書きました。下が相談員の経過で、一番上のピーという線が入っているのが西村が関わらせていただいた部分です。なかなか単年度の委託事業ですので、スタッフが定着しにくく、やっと2年くらい前から包括の経験者という人たちが入ってくださったことで落ち着き、今に至っております。平成19年1月は本当に体調を崩すほどの時期でした。活動件数が1ヶ月で766件、1日ですと電話を27.8件、訪問を6.6回、来所が2件ということで、電話をかけていると電話が溜まり、またその電話に対してお答えをしているうちに次の電話がかかって、いつもいつも何かをしていて…。

その後、新しい事業所さんとして仲間が増えて、少し作業量が軽減されるようになりました。受け入れる人に対し、番号を付けさせていただいたとき、気がつくとして現在で1166人の案件を受けさせていただきました。このような出会ってしまった人たちに対して、この先も地域で幸せに生きるため、相談事業としてどのように

かかわっていけるのかを考えながら活動しています。

次に相談内容です。先ほど言いましたように、医療系の相談が多いので、用紙に載せていないものでも、難病のALS・ハンチントン舞蹈病・筋ジストロフィーというようなケースも複数経験してきました。呼吸器を付けて自宅に帰るというケースもいくつか携わりました。

今でも1番困るのは重度心身障害者の親亡き後の行き先です。松山市には身障養護施設が3つありますが、70～79名の待機者がいて、お亡くなりになったとしても施設には入れません。

コールセンターにかかわることとしては、地域で不可欠な緊急通報についての学びがありました。事業を始めてすぐの平成15年、重症心身障害児を持つ女性が筋ジストロフィーの症状を発症されました。重症化していく中で、その女性はご主人との離婚を決意。お子さんについては重症心身障害児施設へお預けになっていましたので、単身生活をする事になりました。命を守る緊急通報装置を設置しようとなったのですが…。どんなスイッチがあって、どのようにして設定するのか、また、どういう職種の人が来て設定してくれるのか、といったノウハウがほとんど地域にありませんでした。その方の体の機能の評価ができて、むやみやたらに警報音が鳴ると、家族やコール先の人が取上げてしまうこともあります。本人の意思で押せる設定かどうか、細っていく音量を電話で発信したときにどういうふうに出るのが適切か。電話スイッチを加工すると本来製造業者が持っている保証(ボタンが作用したか作用しなかったかで生死に関わった場合には製品自体の保証の問題になるとの意味でした。だから、購入したものを改造すると、作用しなくても保証してもらえないんです。)制度からは外れてしまいます。しかし、利用者の求める装置は個人的に作らないとまだ種類がないときでした。私の知識不足だったかもしれませんが、ちっとも進んでいないのだなということを知られました。

委託相談支援事業所として、今あるサービスや時代から零れ落ちていることに対応して、地域生活を篤く安心にしていこうと思って活動しています。活動の例として、発達障害の方たちはこのところものすごくスポットがあたっています。高次脳機能障害も少しおまけみたいな感じで進んでいます。そういった訪問や医療の点数になかなか算定されにくい条件の人に、作業療法士を派遣する事業もしています。精神科で作業療法をし、困った問題を解決してきた経験のある人です。また、緊急通報装置のセッティングのできるインストラクターの雇用や、貸し出し事業を行っています。体調が上下する方たちが多いので、適切な時期に適切な製品が借りられないためです。身障手帳の制度に基づいて支給補助が受けられますので、体力のあるうちにいろいろなことを試したいのですが現実的にはなかなかできません。それならば、福祉用具を持たせていただいて、私たちが貸し出しをしたらいいのかなと思いました。医療的ケアを含む命に近い人たちの相談対応を経験する中で、何がなんでも24時間365日必要だということに対応させていただきました。

相談事業のいいところは、目に見えて明かりが点っているところはないのですが、今こういうことで困っているという旬な時期に顔を見ながら、言葉にできることでできないことを含めてダイレクトにやらせていただいています。人間が入ることで、人間関係のダイナミズムでもってチームで解決していくのが非常に魅力かなと思っています。そういう意味では、あまり優等生的なかかわりはできなくて、同じ目線でお話をするのが大事なかなと思っています。クリティカルパスのように形どおりに進むことはなかなかなくて、ハードがあっただけでは解決できないこともあります。ケースに対する見立てができる相談事業が地域の安全にとっては必要でしょう。どうもありがとうございました。

○梶原厚子

訪問看護ステーションほのかの梶原と申します。よろしくお願いたします。

私たちのステーションは西村さんと同じ実施地域で、いつも一緒にやっています。ケア会議とかもよく一緒に行くのですが、ケア会議の中で利用者や家族が悪いからと話を進めると絶対に行き詰まります。私たち専門職はいらないのかということになるので、一緒にケア会議をするチームの中には2人、必ず利用者さんのことを真剣に考えていこうという人がいると、チーム全体がプラス思考で回っていきます。負の連鎖を呼ばないためにも、ケア会議に参加するときには仲間を募って行くのがいいでしょう。私たちのステーションは看護師さんの数もすごく多くて、愛媛県の中では1番大きい規模です。事業を始めて10年になりますが、株式会社で信用も信頼もなく、小さな借家で机もなく、椅子とレターケースで2.5人の看護師でスタートしました。コツコツやったら事業としてもきちんと成り立つし、運営も経営もできます。福祉系の方たちもぜひ経営に乗り出して、訪問看護ステーションを作られたらいいかでしょうか。医療保険法と介護保険法に請求ができるようになりますので、経営自体はとてやりやすくなるのではないかと思います。どんなふうに応請をして、どのようにやっていったらいいの、と思ったらメールください。2.5人の看護師さんを集めないといけないですが、その辺がクリアできたら書類を出すだけなので以外と簡単にできます。

ミッションについては、訪問看護ステーションは皆さんそうだと思いますが、やはり安心コールセンターと同じで24時間365日在宅療養を支えることです。そして、地域で暮らすための終身プランが描けるように、と私は思っています。決して訪問介護は医療行為だけをするわけではなく、地域の最小単位である家族機能を最大に活かしながら、健康を支えることが仕事です。最初は信頼もなく、利用者もなく、何もなかったステーション。困っている方に会わないと来月のお給料も払えないという話で、どうやったら利用者さんに会えるのか。私は訪問看護ステーションを始める前にホームヘルパーをしていて、障害者の方は以外に医療系サービスをうまく使えてないという印象がありました。どんなふうにしたら健康問題で困っている方に会えるのかなと思って仕事をしていました。やはり決め手は相談機能です。私たちステーションの理念は何でも相談窓口と、とりあえず集まろう、です。相談という仕事が機能しないと、困っている方に出会う方法がありません。最初は私と療育コーディネーターのたちばなさんと2人でほちほちやっていましたが、そこに西村さんと安藤さんが現れて、行政との連携、年金や生活保護の申請、教育や療育との連携などを全てお任せできるようになりました。随分と仕事が整理された感じがします。収益事業をしながら、というのは、訪問看護では相談という事業にお金が付く仕組みがありません。収益事業を運営しながら自分の人件費を出して、相談という仕事がどんなに重要なのかを示していきたいです。

困っている方に出会って思うのは、病院という施設からの地域移行の問題です。長く入院できた時期もあるし、今のように長く入院できない時代もあります。

ステーションのミッションは、生まれて、育って、共に生きて、看取りを支えることです。いろいろな患者さんに出会い、現状に至るまでに誰とかかわり、どんな病気で、どんなふうな育ち方をしたのかとさかのぼっているうちに、NICUや新生児の迎いまでいってしまいました。生まれるところもサポートして、一緒に育ちのころもみまします。例えば、子育ても応援するし、家族も一緒に育っていくということもします。共に生きるということでは、学校や就労なども応援しています。最後は看取りということで、自分で暮らす場所が選べないという方の医療をどうやって支えるのか、終末期をどうやって迎えるのかをいつも考えながら地域で準備していきたいです。ステーションの利用者が希望することを考えていくとなんとなくわかっていくのかなと思いますが、医療保険に請求できないサービスだけれど、どうしても必要な支援があります。例えば、N

ICUにいた小さな子たちも最初の通院はすごく難しく、怖がったりします。これはガンのターミナルの患者さんたちも同様で、自宅に帰ってきて1回目の通院はすごく怖い思いをされます。知的障害者施設で病気になるって、自宅に帰って来たという方たちも通院はなかなか心の負担になったりします。体の有り様が変わったとき、外に出て行く最初というのは皆さん大変なのだろうと思います。

就園・就学の支援では、愛媛県でも特別支援学校はなんとなくベルトコンベヤー式にうまくいける仕組みがありますが、一般の学校ではそうともいきません。どこかへ障害者をまとめて置いておこうという発想はやはりよくないと私も思っています。できるだけ地域の小学校に行けるほうがいいし、そのための支援もしています。卒業後に通う場所の支援もしています。医療保険に請求できる部分のサービスとして、留守番介護というレスパイトケアをしています。なんと90人も利用者さんが障害者の方たちと家で留守番をしてほしいと思っています。この辺はいろいろと信頼関係の確立などもありますけど、留守番ということになるべくするようにしています。学校に行くのに医療的ケアが必要でご家族が必ず同行を求められる場合でも、親が病気になったら教育が受けられないのも少し変な話で、学校への動向も希望されています。生まれてはじめてとか、障害が変わってはじめての外出となる通院。社会に出て行くときの通園・通学、その後の学校や就労など、ライフステージが変わるごとに介入していく仕組みと、自宅で介護者以外の人と過ごせる、または一人でも外に出かけられる仕組みがあれば継続して在宅支援ができます。そうなっていくと、突然どうしたのこの人、と思うようなことがなくなるのではと期待しながら、今は支援しています。

多機能化する訪問看護ステーションということで、私たちのステーションは訪問看護の他に認知症のグループホームと契約をして健康チェックをしたり、障害者支援施設や、生活介護と介護保険のデイサービスをしているところに看護師とリハビリ士を派遣しています。それでも、どうしても地域の中でサービスが使いにくいという人に出会ったら、その人が生活できるように小さなサービスをコツコツ作っていくのが私の仕事の中の趣味だったり、楽しみだったりして…。今は感染に弱い子たちの行くところがないということがわかったので、3階の会議室で児童デイサービスを週に3回始めています。たくさん利益はないけれど、ちょっとの利益で良ければ経営は成り立ちます。困っている人がいたらそれをサービスにしていけるのが、ある程度経営も安定して強い事業所になっていく1つの方法ではないかと思っています。そういった意味で訪問看護ステーションを多機能化させています。

訪問看護が対象とするのは、リハビリや介護を中心とした人もいますし、もちろん医療依存度が高い人や虐待の人もいます。医療依存度が高いとはどんな人かという、人工呼吸器を付けている人、気管切開をしている人、内臓疾患の人などです。内臓疾患についてもかなり困っている人たちが多くいて、子どもたちも腹膜透析をしていたり、腸の洗浄をする子など、さまざまあります。心臓の奇形がひどく手術をする子や、手術後に病弱な体になった子もいます。免疫抑制剤やステロイドホルモンなど、臓器移植をするときにたくさん使うお薬の影響でかなり感染に弱い子どもたちも多くなります。こんな子どもたちがどんどん助かるということは、この子たちがどんどん大きくなったらどんどん福祉のサービスを使っていくということです。慣れておいたほうがいいですね。どこかにまとめているとわからないので、いろいろな人がいることを私たちは早く知っておくべきだと思います。

ステーションを始めた平成12年から17年くらいまでは虐待の相談がかなりありましたが、虐待チームができてうまく稼働してからは年に1件程度になりました。親御さんにいじめられている乳児はミルクを飲んだら大きくなりますが、全く無視されている乳児はどんなにミルクを飲んでも体重が増えません。妙に大人びてはくるのですが、親御さんに無視されている子は本当に大きくならなったりもします。私たちが持つイメー

第6章

医療系サービス提供者からみた障害のある人の地域生活の課題と展望

ジの虐待というのはわかりやすいですが、割と高学歴でどう考えてもちゃんとしているだろうと思う方が虐待されるというケースもあります。この子たちは外来で、お医者さんが看護師さんにちょっと手伝ってもらったらどうですかという形だとすごく入りやすいです。この方たちに児童相談所というカチンときてしまうので、虐待などの場面では訪問看護師は入りやすくていいなと思いました相談窓口で母親が「ちょっとしんどいから美容院に行きたいので、子どもを預かってもらえないか」という相談があったとき、窓口の職員が「そんな美容院ぐらい我慢しなさいよ」と言ってしまうとSOSを絶対逃すのですよね。だから、どうしても子どもを預けたいという相談があったときには必ず相談ののっていかないと手遅れになります。子どもの命が危ないと経験的に知っているということは何人が亡くなっているということでもあります。亡くなっている子を知っています。

最後に多機能化する訪問看護ステーションですが、今までお話したように医療や教育はやはり本人に持たせて回るほうがいいだろうと思っています。緑の矢印のところは訪問看護が利用できないので、ここと外付けの医療を入れていきたいです。あとは看護ケアを提供できるところが今はなくて、先ほどの心臓の子たちのようにある程度の治療はしていくのだけど、もう治療の限界といったとき、その子たちの行く先はどこがあるのかなとか。重症者のターミナル期はどこでみてあげたらいいのかなとか。悪性腫瘍で治療をやるだけやった後、まだ少し生きられる時間はあるがお友達に出会えないという子どもたちもたくさんいます。その子たちの問題はどうかということを少し考えています。黄色のところは、グループホームやケアホームで重症児の看取りをしようとしたとき、厚生労働大臣の定める疾患等に含まれているALSやパーキンソン病の神経難病の重い方たちというのは毎日訪問に行くことができます。でも、重症児の子たちの中には行けません。重症児の子たちにも知的障害はあるかもしれませんが、意思表示もはっきりできるし、医療的ケアもどんどん必要になるでしょう。そこのところは一緒に考えてもらって、少し外付けの医療が入りやすい形で、地域で最後の看取りまでサポートできるような仕組みに今後なっていくといいなと思います。まだまだいろいろな課題があって、来週もまた西村さんと走り回らないといけません、1つずつ小さなサービスを作っていきながら松山市を住みやすい地域にしていきたいです。ご清聴ありがとうございました。

第7章

まとめ