

この通信は、部会の様子をお伝えし、関連する機関のみなさまとの情報共有をめざして発行しています。

■地域自立支援協議会・地域移行部会が開催されました！

今年度5回目の地域移行部会を、平成23年1月26日に開催しました。区内外から74名の方に参加していただきました。ありがとうございました。
この部会は、毎回テーマを設け、障害者が安心して地域で住み続けるための基盤整備について検討しています。
今回は、北海道から門屋氏を招いて講演会を行いました。



地域移行部会・講演会

【テーマ】『今後の相談支援と自立支援協議会に期待するもの
～地域移行、地域支援をすすめるために』

【講師】門屋 充郎氏（十勝障がい者支援センター理事長）



講演内容

■「自立支援協議会をどう進めていけばよいか、一緒に考えてほしい」

昨日も国の会議に出席していました。その席で、世田谷区の障害者施策推進協議会会長の赤塚先生にお会いしました。世田谷区のほか、都内や近隣市の自立支援協議会の会長もされています。その赤塚先生から、「今後の自立支援協議会をどのように進めると良いと思いますか」と聞かれました。とっさのことで、言葉につまってしまい、即答できませんでした。今もどう答えたらよいか考えています。このことは、私も考えますがみなさんも一緒に考えてほしいと思います。

■「精神科病院の病床を減らす、一生かけてやっていきたい」

平成19年に仕事をやめ、新たな法人を4～5ヶ所作りしました。そのうちの1つは、相談支援に特化しています。「精神科病院の病床を減らさなければならない」、このことは、自分の一生をかけてやっていくことだと思っています。そして、市内にあった6つの病院のうち、2つの病院の病床をなくしました。全国的にも珍しい取り組みができたと思っています。

以前は、精神障害者支援というと、精神医療の枠組みで、入院しか方法がありませんでした。しかし、35年前の当時、私は病院で働いていましたが、「この状況はおかしい」と疑問に感じました。入院治療が終わったのなら、地域で生活できると思いました。最初、院内のほとんどのスタッフが、退院しても地域で生活することは難しいと考えていましたが、少ない社会資源を活用し、実際に暮らしている様子を見せるなかで、少しずつ考えが変わってきたと思います。ただし、病院側から見ると、地域で困っていると事例を引き受けてきたという思いもあります。



講演内容つづき

■「保健所は、地域移行・地域定着の支援にも責任をもってほしい」

東京都は、措置入院の件数が多すぎます。都会に見られる特有の病理現象だという見方もありますが、それでも多すぎます。ひとつに保健所の無責任さがあると思います。早期発見、早期治療と言って保健所は本人を入院させています。入院させるのはいいですが、いずれ地域に帰るのですから、入院中に面会にきて関係を築くなど、入院支援だけで終わってしまわないようにしてほしいです。この問題は、都会に限ったことではありません。全国保健所長会でも話題になり、退院促進支援事業や地域移行・地域定着に積極的に取り組んでいる保健所もあります。

■「障害者支援を、医学(個人)モデルから社会(生活)モデルへ」

20世紀の障害者支援は、「パターナリズム」であり、「医学モデル」でした。日本では、障害者が特別扱いされています。家族が本人の面倒を見るのは当たり前という考え方はおかしいです。高齢者の介護は社会扶養になっているのに不平等だと思います。同じ国でありながら、別の考え方で処遇されるのはおかしいです。

精神障害者がどう見られているか、世間の人に聞いてみてください。「個人に病気や障害があるのだから、ある程度の権利侵害は諦めなさい」ということになっています。これは医学モデルの発想になります。

例を挙げてみます。長期入院しているAさんがいたとします。Aさんは、「退院して、山登りをしたい」という希望を持っています。医学(個人)モデルだと、「症状がよくなり、リハビリをして、練習をして、山登りができるようになったらいいですよ」という発想です。これに対して、社会モデルの発想だと、「いいですよ。では、今、山登りするために不足している点をサポートしましょう」となります。本人のできない部分を補うために条件を整えようとする。つまり、医学モデルは、「個人の改善」を前提にしていますが、社会モデルは「環境の改善」が前提になります。

日本では、「社会入院」という言葉があり、医学的には退院が可能でも家族が迎えにこないで入院が長びいているということがあります。諸外国は、医学的に退院できる状態で、本人が希望すれば、家族が受け入れられないという状況でも、その事実を本人が受け入れて、一人で生きていくための生活の条件を整えていくという支援をします。

■「日本の精神保健医療福祉関係の費用は、 97%が医療に使われている。保健福祉はたった3%。」

イタリアのトリエステに視察に行きました。実はこれまでに1,200人も日本の専門家が視察しているそうです。向こうの人からは、「(これだけ視察に来ているのだから)さぞ、日本は変わったでしょうね」と言われてしまう現状です。トリエステは、人口1万人に対して、精神科病床は1床にも満たない割合です。アメリカは(人口1万人対)4床です。日本は(人口1万人対)28床です。トリエステでは訪問支援で対応しています。入院したとしても10日前後です。

日本の常識がおかしいと思いませんか。日本の精神保健医療福祉の関係費用は、医療にばかりお金が使われています。医療：保健福祉＝97：3という割合です。

30年も前から、これからの精神保健医療福祉を、「脱施設化」「本人主導(中心・主体)」「措置から契約へ」「家族扶養から社会扶養へ」「個人モデル(医学モデル)から社会モデル(生活モデル)へ」「地域ケア中心」に変えようと言いつけてきました。しかし、法律が変わるたびに業務に振り回され、何が大切か考える暇もない状況で今までできてしまっています。

トリエステの担当者からは、「精神科病院に入院して良くなるのですか」と言われてしまいます。施設にいるのがいけないとは思いません。もし、病気や障害を抱える方が施設にいて幸せならそれでよいのです。しかし、そうではないので「脱施設化」を進めていかなければいけないのです。

■「十勝での退院促進支援事業～これまで独自に進めてきた工夫から～」

そもそも、退院促進支援事業はナンセンスな話だと思っています。退院は、医療の本来業務です。地域から退院を促進するために働きかけるなんておかしい話です。医療は、退院意欲を引き出す支援も行わなくてはなりません。ピアの人から、「退院したら楽しいよ」と言ってもらうのが一番効果的ではないでしょうか。

平成16年、17年、国のモデル事業を受けて、十勝圏域で退院促進支援事業を行いました。今まで行ってきた地域ケアの支援方法であるケアマネジメントを使いました。病院もチームの一員として組み込み、連携できるようにしました。本人に退院後の生活設計を示して、動機づけのための外出・外泊を繰り返しました。個別会議で事例検討を行い、スーパービジョンを得ながら支援方針を協働で作っていきました。生活条件の整備や資源の調整などは地域の課題として共有し、自立支援協議会で検討しました。十勝圏域は面積がとても広いです。活動範囲がとても広がります。しかし、どの地域にも支援を必要とする人はいます。この取り組みを北海道全体に広げ、さらに2010年には「北海道障がい者条例」を制定して、取り組んでいます。

■「地域移行で大事にしたいこと」

地域移行を進めるためには、「入院者の地域移行」だけでなく、「財源の地域移行」「人材の地域移行」と、3つの地域移行が同時に進む必要があります。そして、地域移行を進める上で、「地域生活では本人のニーズに合わせて、情報、サービス資源、行政、医療などの支援を統合する」、「ケアマネジメントを使う」、「ネットワーク会議を活用する」、「官民共同のシステムづくり」ということを大事にしたいと考えています。私が担当しているAさんではなく、チームでAさんを支援しているという息の長い支援ができるようにしたいと思っています。

何年かかっても、現在の精神保健医療福祉の体制を変えていこうと思っています。



フロアとの意見交換

(一部をご紹介します)

■今日の話は、本質に切り込まれた刺激的な内容でした。区では、区民の利用率と補助金との関係で、グループホームの存続が厳しい現状があります。社会資源はどの地域にも十分にあるわけではないのに、区民でないからと言って、必要な人が利用できないのはおかしいと思います。

▶(門屋氏) 確かにおかしい話です。今のような話は、障害者自立支援法の施行後、あちこちで起こっている問題です。自分のまちに障害者が何人住むようになるのかは一定ではありません。必要になったら作ればいいという考え方もありますが、すぐに作れるものでもありません。十勝地域では、地域活動支援センターが帯広市に集中していますが、近隣市町村の方も利用しています。そこで、帯広市では、近隣市町村にも費用を分担してもらい、市外の方も利用できるようにしています。

■門屋さんには30年近くお世話になっています。私は医療分野に長くいて、4～5年前に地域活動支援センターに来ましたが、医学モデルの話が印象的でした。今は、退院促進支援事業に関わるなかで、地域側から病院に入っています。1人が退院するのに、ものすごく労力がかかることが分かりました。国は、7万2千人の退院を目標にしていますが、病床を減らすとは言っていない。病床を減らすことについては、都道府県単位で検討されることだと思いますが、どの地域も検討していないと思います。

▶(門屋氏) 退院促進支援事業で、「退院者数」を期待しすぎではいけないと思います。むしろ、退院促進支援事業という大義名分のもと、予算もあるので、今後の地域ケアを進めるための準備期間だと考え、ピアの養成やケアマネジメントについて練習しておくとういではないでしょうか。



意見交換つづき

- 現在の精神医療の問題は、これまでの歴史からひも解いていかないと伝わらないと思います。「医療：保健福祉＝97：3」は現実だと思います。ただ、医療機関も経営していかなければならず、診療報酬や組織でしばられています。私は15年以上この分野に携わっていますが、長期入院者はなかなか減りません。医療機関でも、ご本人に添った支援をするなかで、1人の退院に多くの労力を使います。院内の人事異動で方針ががらりと変わることもあります。院内での意識の共有が難しいです。
- 行政職員は、精神保健福祉の専門家ではないのですが、行政の役割として自立支援サービスの支給決定の時に、どのように関わっていくとよいのでしょうか。
 - ▶（門屋氏）行政にいる福祉職の最大の役割は決定権があることです。ご本人の意向通りにすることが、「本人中心」ということではありません。財政的な問題があるのは当然ですし、行政の役割にも限界があります。ご本人の側に立ちながら、行政としての役割を明確に伝え、できないことについてはご本人と一緒に直面化する作業をしていけばよいのではないのでしょうか。
- 世田谷区は、佐藤先生のおかげで自立支援協議会が軌道に乗ってきていると思います。「愚直にやろう」という意識を持ち、行政主導ではなく官民一緒に作り上げてきたと感じます。
- 自立支援協議会がオープンな場になってきていると思います。これまで、声の大きい人にサービスが偏っていたと思います。声があげられない人の声も拾い、地域の共通の課題として自立支援協議会で積み上げていけるとよいと思います。
- 自立支援協議会の場で、事務局の提案にあれこれ意見をいう人がいるので、なかなか議論が進んでいかないという面もあります。それなら、意見をいう人が提案すればよいと思います。その上で、公平性に配慮されているかという視点で行政が確認していけばよいのではないのでしょうか。
- 自立支援協議会を形作っていくなかで、細かい積み重ねを大事にして取り組んできました。3年たって少しずつ形になってきたところです。ただ、一朝一夕でネットワークや地域づくりはできるものではなく、実績が見えづらい面があります。形骸化しないためのヒントがあれば教えてください。
 - ▶（門屋氏）ただ話しているだけでは参加者も意味が見出せなくなってきます。やはり、地域の共通課題に、一緒に取り組んでみる必要があると思います。一緒にやるなかで、それぞれが役割を引き受けることが、結局は自分の役に立つと実感できるとしくみは続いていきます。これをしかけていくのが事務局の仕事だと思います。3～4年で行政の担当者は変わっていきます。行政の担当者が変わっても、しくみが継続していくために、民間の人がいることが大事だと思います。

■まとめ 世田谷区自立支援協議会会長佐藤先生より

変化は急に起こるものではありませんが、各々の土台で考えるとうまくいかなくても、みんなはどうすればよいか調整するところから始めることが大事だと思います。

相談支援と研修は両輪で進めるものです。ケアマネジメント研修は、基礎コースと実践コースで組み立てており、機能するようになってきたと思います。ご本人も同意の上、ロールプレイを交えて事例検討をしており、当事者が関わるしくみが出来始めています。もう少し行政の方にも参加してほしいと思っています。

世田谷区では、自立支援協議会を作るとき、「真面目にやろう」「愚直にやろう」という意識を持ち、今日まで形作ってきました。何も無いところから門屋さんが立ち上げた十勝地域とは地域性が異なりますが、今ある資源が、ゆるやかにつながりはじめていると思います。



来年度も引き続き、みなさまのご参加をお待ちしています

*関係機関のみなさまには、各回とも開催前に“開催のお知らせ”をお送りしています。送付のご希望がありましたら、下記担当までご連絡ください。

