

## 25年度 自立支援協議会議事録

会議	部会名	第 1 回 精神障害者地域生活推進部会		参加者数	45 人	会場	福祉まちづくりセンター 2F 大会議室
	日時	25 年 7 月 1 日 (月) 13:30 ~ 16:00					
主 題 マ	1 今年度の活動計画について 2 精神障害に関わる様々な機関からの現状と課題についての報告 医療機関より    事業所より    行政機関より    家族会より    当事者より 3 感想及び意見交換(自己紹介含む)						
主 な 意 見 な ど	1 について ・3か月に1回程度開催し、研修会等で地域全体のスキルアップを図るとともに、引きこもりの中高生など若年層へのアプローチ(高校出前講座等)も検討していく。ネットワークや連携も大切にしたい。 ・第2回は8月にきらめき会とタイアップして、ほっとハートの遠藤先生をお迎えした講演会を、また第3回は11月にフェルマータの小林先生をお迎えしての講演会を開催予定である。 2 について(「こころの医療センター駒ヶ根」より) ・日本は他国に比べ、精神科病床数が多く、平均在院日数もかなり長い。 ・現在、当院においては、病床数が減少し、平均在院日数も短縮化されてきている。 ・その結果、外来受診件数が増加し、病院のクリニック化が進んでいる。 ・入院患者の在院日数の短縮化に伴い、地域移行期間における外来、アウトリーチ、デイケア等のサポートが大切になってくる。地域生活支援へのご協力をお願いしたい。 について(「NPO法人福祉工房オハナ」より) ・「自由と共生」をコンセプトに、4カ所のグループホームとB型の事業所を運営している。 ・グループホームの設立では、資金面の課題、地域の理解を得る課題に直面した。 ・関係諸機関と連携を深め、グループホームの目線を関係者にも共有していただけるとありがたい。 ・地域との関わりにおいて、地域とのパイプ役としてぜひ行政にも間に入っていただけたら、と思う。 ・入居者の高齢化への対応も課題と感じている。 について(「伊那保健福祉事務所」より) ・精神保健福祉対策については、「入院中心の医療体制から地域ケア中心の体制へ」移行する中、この流れに沿った形での施策が展開されてきている。 ・通院公費負担者数は増加傾向にあり、気分障害や発達障害による通院が増えている。 ・措置入院は毎年度20件前後。精神障害者保健福祉手帳交付者は年々増加傾向にある。 ・精神障害者社会復帰相談指導事業では、発達障害者支援のデイケアや発達障害者を持つ親の学習会、こころの健康を考えるつどいなどを開催している。 ・この他、精神障害者地域生活支援事業や精神保健相談、精神障害者家族会支援などの事業も行っており、地域で安心して暮らすために必要な支援の充実を図っているところである。 について(「たんぼぼの会」より) ・家族の立場とすれば、元気だったわが子が、受診に至るまで、壊れていくような姿を毎日見続けるようなもの。精神科への抵抗もあり、受診までどうしても時間がかかってしまう。 ・受診で一時的に楽になっても、症状には波がある。できなくなっていくわが子を見るそのつらさ、良くなったのにまた悪くなっていくその苦しさを聴いてほしい。行政にもそんな場があるとよいと思う。 ・親は知識もなく、何に悩んでいるのかさえ分からなくなるときがある。わが子のよいところを見つけるのもなかなか難しい。事業所やグループホームでできることもあると思う。 ・ぜひ家族会に参加して、親の気持ち、当事者の生の声を聴き、実態を知ってほしいと思う。 について(「さくらの会」より) ・発病から現在に至るまでの経緯について、ご自身の体験を中心に報告してくださった。 ・1人でも多くの方と関わり、ピアカウンセラーを仕事として、少しでも社会を生きやすくしていきたいと目標を語ってくださった。 3 について ・参加者の多くが、家族会、当事者の声から多くのことを学ばせていただいたと感想を述べていた。						
ま と め	・それぞれの立場からの発表をお聴きする中で、精神に障害を持つ方の地域生活推進のヒントを多角的に考えることができた。この学びを圏域全体のレベルアップにつなげていきたい。						
次 回	・第2回は、きらめき会とタイアップし、千葉県市川市にあるほっとハート遠藤先生の講演会を8月28日(水)13:30~15:30に伊那市福祉まちづくりセンター2F大会議室にて開催する。(受付13:00より)						

# 25年度 自立支援協議会議事録

会議	部会名	第 2 回 精神障害者地域生活推進 部会			参加者数	45 人	会場	福祉まちづくりセンター	
	日時	25 年 8 月 28 日 ( 水 ) 13:30 ~ 15:45						2F 大会議室	
主 題 マ	<p>1 講演 「暮らしの中に届ける福祉とは」 ~こころの病を持つ人へのタイムリーに寄り添う支援~</p> <p>2 感想・意見交換</p>								
主 な 意 見 な ど	<p>1 について(講師:遠藤紫乃先生(特定非営利活動法人ほっとハート ほっとハートらいふ管理者))</p> <p>「訪問による生活訓練」を中心とした障害福祉サービス事業による支援について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問型生活訓練とは、「地域生活での継続的な関わりを通じたアセスメント」と「制度上使える各種サービスにつなげることで、本人がリカバリーを感じられる支援」をする通過型(期限付き)のサービスである。</li> <li>・リカバリーとは、自分が価値ある人間だと実感できたり、希望していた生活・人生を思い起こせたり、自分の能力を最大限に生かして、本人の望む生活に一步でも近づいていくこと。</li> <li>・アセスメントとは、本人が、何を得意とし、何を苦手としているかを丁寧に見つけていくこと。</li> </ul> <p>訪問による支援が目指すもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・すべての生活スキルを獲得する必要はない。自分の目指す暮らしに合ったスキルを身につければよい。</li> <li>・できないことをできるようにするのではなく、できそうなことをできるように、得意なことをもっと得意にする。</li> <li>・自分らしい地域生活、ふつうの暮らしを大切にしたい。地域の「中」で暮らすことが重要。</li> </ul> <p>訪問による支援で実感したこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実際に訪問し、自分で見て肌で感じるのが、アセスメント。アセスメントでは、生活歴が重要。誰にでも一番輝いていた時期がある。その強み(ストレンクス)を大事にして、リカバリーにつなげることが大切。</li> <li>・並行支援(のりしろ)が重要。期限付きサービスゆえ、次につなぐことを常に考え支援しないといけない。</li> <li>・アセスメントは、「頑張れば自分でできること」と「できれば人に頼みたいこと」を切り分けるために行う。</li> <li>・必要なことができればよい。その人が望んでいることだから頑張れる。押しつけでは頑張れない。</li> </ul> <p>自立訓練(生活訓練)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者は、知的・精神障害者。身体障害者は含まれない。重複障害があれば身体も含まれる。</li> <li>・サービス内容は、家事等の日常生活能力の向上支援や生活上の相談支援など。通所訓練を原則としつつ、訪問による訓練も組み合わせが可能。標準で2年間。長期入院者等は最長3年までOK。</li> <li>・必要な人員はサービス管理責任者1人と生活支援員が利用者6人に1人。敷地は1人につき、3.3㎡必要。定員は20人から。最低3.3×20人分のスペースが必要。訪問型の場合、定員加算で1人必要だが、0.1でもよい。パート週1、1時間の雇い入れでもOK。訪問支援が始められる。</li> <li>・生活訓練の報酬単価は、訪問の場合、1時間未満と1時間以上で単価が異なっている。</li> </ul> <p>生活訓練で訪問を行うには・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・まず定員20名の通所事業所を作るが、多機能で他事業と一緒に始めるのが、現実的である。訪問は通所の日中にオプションで付けられるものである。</li> </ul> <p>訪問による生活訓練</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通所支援の前後に訪問を入れるスタッフと訪問のみのスタッフがいるが、シフトを組んでローテーションしている。通所と訪問、両方の視点から利用者を見ることで、多面的にアセスメントができる。</li> <li>・訪問型で難しいのは、関係作り。1年くらいかかることもある。関係ができれば、後の支援はスムーズにいく。逆に関係作りができない中で押し付けの支援をすると拒絶されてしまう。</li> <li>・関係ができたら、日常生活相談・訓練、地域生活移行のための環境調整、通院・通所等への継続した同行支援、危機対応・緊急時対応、家族支援を本人のストレンクスを見出しつつ一緒にやっていく。</li> <li>・訪問による生活訓練の支援事例の紹介 (略)</li> </ul> <p>生活訓練で大切にしていること</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・支援者のやる気、信念。重い障害があっても地域で暮らせるという信念、地域で支援するという信念が大切。期限付き生活訓練を終え、他のサービスに移れず、病院に戻る方もいる。一生病院に閉じこめられてしまう人もいる。そう考えたとき、支援者が踏ん張れることが非常に重要になる。</li> </ul> <p>2 について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘルパーが入る前段階のサービス支援としてあったらいいなと感じた。人間関係が大切。学びになった。こうした内容をヘルパーの方々にもぜひ知ってほしいと思う。</li> <li>・社協という立場で訪問をやっていて、おっしゃるとおりと思った。まだまだ地域の受け皿が整っていないと感じる。行政による受け皿整備、さらには民生委員や地域ボランティアにもこうした講演を聴いてもらいたい。</li> </ul>								
ま と め	<p>・訪問による生活訓練について、その概要と具体的な事例を合わせて学ぶことができた。</p>								
次 回	<p>・第3回は、11月27日(水)に、大阪にある事業所、フェルマータから講師をお招きし、講演を行う予定。</p>								

## 25年度 自立支援協議会議事録

会議	部会名	第3回 精神障害者地域生活推進部会	参加者数	40人	会場	県伊那合同庁舎 5F 講堂
	日時	25年 11月 27日(水) 13:30 ~ 16:45				
主 題 マ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 講演 「住みよい街づくりを意識したネットワークの構築」</li> <li>2 当事者発表 「地域で暮らして思うこと」</li> <li>3 諸連絡</li> </ol>					
主 な 意 見 な ど	<p>1 について(講師:NPO法人フェルマータ理事 小林将元 氏) フェルマータにおける精神障害者の地域生活支援と引きこもり支援の2点について講演が行われた。</p> <p>(1) 精神障害者の地域生活支援 フェルマータの設立経緯 ・社会背景として精神障害者の社会的入院解消、長期入院者対策が叫ばれた時代だった(90年代後半)。 ・地域生活の受け皿として、敷居の低い喫茶店「フェルマータ」をオープンさせたのが、始まりである。 退院支援 ・退院したい人を募り、順次退院を実施。一番状態が悪い人が退院すると...途端に希望者が続出した。 ・医療(病院)の中に生活の場を作るのではなく、地域で暮らしながら、必要な医療を受けられる体制づくりを進めた。地域の中に小さなサテライト(社会資源)をいくつも作っていった。 ・支援センターや旧援護寮、生活訓練施設をあえて病院から少し離れた場所に設置することで、病院と生活の分離を促進し、地域生活の中での支援体制を構築した。</p> <p>(2) 引きこもり支援 引きこもり相談 ・喫茶店には、引きこもり等、行き場がなく滞留していた相談も数多く寄せられた。 ・引きこもり支援は必然的に家族支援からのスタートとなるが、家族が変わると、本人も変わっていく。 ・本人が来ないことにはなんともできないが、逆に、本人が来れば、課題の大半は解決したともいえる。 ・相談は本人にとって非常に重苦しくつらいもの。「一緒に悩みや課題を整理しよう」と考える。 フェルマータの現在の事業 ・総合相談窓口(通称「プチプラ」)、就労先・労働体験先、生活訓練・リハビリ施設で構成。 ・は若者サポートステーション等を開設。大阪府は多くの細かな事業を積み上げ、必要な予算を確保。 相談機能では、見立てと見極めを大切に、継続的な関わりや外部機関へのつなぎ等を判断している。 ・は、就労の場として農業生産から加工・販売までを行うA型事業所や喫茶サロンを運営している。 ・は自立生活リハビリセンター等を開設。フェルマータ・メンタルクリニックや訪問看護ステーションも立ち上げ、デイケアやショートケアを利用する形で医療費を活用した事業展開も行っている。 終わりに ・不登校・引きこもり支援というより、就労支援という方が多くの方が相談に来やすく、つながりやすい。就労支援は、若年層から中高年層まで幅広い層の引きこもりの方へのアプローチとして有効である。 ・労働と教育は密につながっている。その意味では、教育機関との密な連携・情報交換が一番大切である。 引きこもりの早期発見、早期支援にも乗り出せる。 ・相談機関の名称も大切。喫茶店等、気軽に利用できる雰囲気や機能も大事である。</p> <p>2 について(発表:NPO法人フェルマータ通所者 山本ご夫妻) ・20年の入院生活を経て、退院。フェルマータの喫茶店に通うようになり、働きながら地域生活が営めるようになった。就労・食事・サポートの場が地域にあることが重要。地域行事にも参加している。医者は患者の生活の面倒まで見ることはできない。その点で、看護師等、支援者の目は大切だと思う。(夫) ・24歳で発病、入院も経験。一度結婚するも離婚。再び8年の長期入院を経験。現在の夫と入院中に知り合い、退院後、入籍。近年は、A型の喫茶での就労も経験した。現在は仕事を辞めて食事に気をつけながら夫と幸せな生活を送っている。(妻) ・地域で生活するためには、趣味や好きなことや仲間の輪が大切。自助グループの活動も重要である。(夫)</p> <p>3 について ・グループホーム等の精神障害者利用状況調査結果と法改正の説明(県精神保健福祉センター小松氏) ・第3回きらめき講演会のお知らせ 12/4(水)13:00~15:30 箕輪町地域交流センター(きらめき 吉原氏) ・自殺対策関係者研修会のお知らせ 11/29(金)13:30~16:30 伊那合庁(伊那保健福祉事務所より)</p>					
ま と め	<p>・精神障害者の地域生活支援と引きこもり支援の実践例と当事者発表を通して、上伊那圏域における課題整理と克服へのヒントを得ることができた。</p>					
次 回	<p>・第4回は、喫緊の課題である計画相談と地域移行コーディネーターの役割を今後圏域としてどのように担っていくのかを検討し、来年度の部会へとつなげていく予定である。</p>					

# 25年度 自立支援協議会議事録

会議	部会名	第4回 精神障害者地域生活推進部会			参加者数	33人	会場	福祉まちづくりセンター
	日時	26年 1月 30日(木) 13:30 ~ 15:10						2F 大会議室
主 題 マ	<p>1 計画相談について</p> <p>2 地域生活支援(旧地域移行)コーディネーターと個別給付(地域移行・定着)について</p> <p>3 その他</p>							
主 な 意 見 な ど	<p>1 について</p> <p>(1)計画相談の進捗状況について(各市町村より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域全体として、250名位の精神障害者の計画相談がまだ進んでいない現状が報告された。</li> </ul> <p>(2)計画相談の今後の見通しについて(各事業所より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分たちの事業所利用者分(通所・入所者)については、自分たちでやるしかないと思っている。</li> <li>・在宅の方やこれから通所を希望される方の引き受けが課題である。</li> <li>・引き受ける対象範囲をどこまでにするか(圏域全体か、市町村内か)、また職員体制も課題である。</li> </ul> <p>(3)セルフプランの活用について(事務局より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・セルフプランとは、サービスを利用する本人や家族、支援者など、指定相談支援事業者以外の者が作成する計画のことである。あくまで1つの案として検討されてみてはいかがか。</li> </ul> <p>(4)セルフプランに関する意見交換(参加者全員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人1人での作成は難しいのではないかと。またモニタリングも本当に必要か？</li> <li>・ケア会議や困ったときの相談体制、まとめ役をどうするのか？書類だけの計画になるおそれもある。</li> <li>・例えば、保健師を支援者に入れるなどして、一緒にプランを作る。定期訪問の実施等も必要かと思う。</li> <li>・セルフプランで選択したサービスが果たして妥当か市町村はその判断が難しい。</li> <li>・市町村に相談支援事業所がない場合は、活用していくことも必要。ただ、ケア会議での情報交換も重要であり、いつ、どのタイミングでセルフプランから相談支援専門員の支援に切り替えるかも課題である。</li> </ul> <p>(5)総括(部会長・事務局)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・対象者全員の計画相談を期限までに完成させるために、セルフプランの活用も視野に入れながら、対象者の不利益とならないよう、またお互いの負担軽減も考えつつ進めていきたい。</li> <li>・基本情報を市町村や病院から提供してもらい、事業所移動の際の情報の引き継ぎ、ケア会議での基本情報の共有など、お互い知恵を出し合いながら進めつつ、また議論も深めていきたい。</li> </ul> <p>2 について</p> <p>(1)問題提起(部会長・事務局より)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県の精神障害者地域生活支援コーディネーター事業が平成26年度末で終了することとなった。</li> <li>・1人の人間の権利、権利擁護の問題と、国が「7万人の病床削減」を打ち出した「精神保健福祉の改革ビジョン」の流れの中で地域移行を考えたとき、圏域としてこの課題をどう受け止め、考えていくか議論したい。</li> </ul> <p>(2)議論(参加者全員)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・県単独で今まで通りコーディネーターを配置していくのは難しい。きりぎりしに引き続きコーディネーターを配置していけるよう、圏域全体として考えていくべきではないか。(市町村関係者)</li> <li>・病院は地域資源の情報も十分ではなく、コーディネーターの力は大きいと感じた。病院のスタッフだけでは退院の考え方に偏りもあると思う。病院スタッフの支援には限界がある。(病院関係者)</li> <li>・事業所としてもスムーズな連絡や連携に不可欠な存在。コーディネーターのおかげで、安心して利用者を受け入れられる部分もある。ぜひ存続をお願いしたい。(事業所関係者)</li> </ul> <p>(3)総括(部会長・事務局)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・コーディネーター事業は必要というのが、総意。しかし、財源をどうするかが課題である。</li> <li>・市町村には、財政的支援をぜひお願いしたい。圏域としてコーディネーターを存続させていけるよう、前向きにご検討いただきたい。</li> <li>・当事者が地域で暮らすことの幸せを皆さんで考えてほしい。</li> </ul> <p>3 について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・きらめき会より 2月のフリースペース:2/1(土)・2/15(土)開催 学習会:2/23(日) ぜひご参加を。</li> </ul>							
ま と め	<ul style="list-style-type: none"> <li>・圏域の精神障害者の計画相談の現状と課題について考え、情報を共有することができた。</li> <li>・地域生活支援コーディネーターのあり方について議論し、存続の必要性を確認することができた。</li> </ul>							
次 回	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度は4回の部会を開催してきた。大勢の皆さんにご参加いただき、ありがとうございました。</li> <li>・来年度も、引き続き積極的なご参加をよろしくお願いいたします。</li> </ul>							