

表4-12 国府台方式のグループワークの流れ

- 1 グループのルール、グループの進め方を確認しましょう
- 2 ウォーミングアップ
- 3 相談したいことを言いましょう
- 4 今日の話題を決めましょう
- 5 話題について、みんなで取り組みましょう
- 6 ここで、どんなことがわかる・できるようになるとよいか教えてください（目標の設定）
- 7 アイデアを出し合いましょう
- 8 自分に役立ちそうなアイデアを選びましょう
- 9 感想を言って終わりにしましょう

グループワークを進めることである。具体的には、①テーマとなった話題について、参加者が自分の体験を踏まえて話ができるよう参加者に話題をふって発言を促す、②相談のテーマはなるべく小さく具体的で、その人のニーズに合ったものとなるように話題をしばる、③参加者が安心して参加できるよう、場の雰囲気や和ませる工夫をするなどである。

■ 家族による家族心理教育

★みんなねっと

全国精神保健福祉連合会（みんなねっと）は、精神障害者の家族の全国組織。医療・福祉制度など施策をよくするための活動、「月刊みんなねっと」を発行し、情報を伝える活動、精神障害について啓発・普及を進める活動など積極的に行っている。

みんなねっとでは、各地の家族会で「家族による家族学習会」（以下、家族学習会）を行っている。家族学習会とは、同じ立場の家族が「担当者」となり、チームで運営・実施するピアサポートプログラムである。このプログラムではテキストを使って、疾患・治療・回復・対応の仕方などの正しい知識を学ぶとともに、家族としての体験的知識を共有する。プログラムの大きな目標は、「家族が元気になる」ことにある。

プログラムは、5～6回を1コースとして行われる。担当者は、リーダーのほか、複数のコリーダーの役割を担う。担当者は参加メンバーと事前打ち合わせを行い、その日の流れ、役割の確認、会場の準備などをする。毎回のグループワークは、テキストの輪読、テキストの内容に沿ってそれぞれが体験を話しあう、最後に感想をひと言ずつ話すという流れで進む。担当者は一方的な講義にならないように、そしてテキストの内容が理解しやすいように具体的に伝えるなどの工夫をする。さらに、参加者のできていることにも目を向けて伝える。この家族学習会は参加者が学ぶだけでなく、担当者にも多くの学びがある。

みんなねっとでは、「家族同士の体験的知識に価値を置く」「家族同士の語り合いを重視する」などの担当者としての姿勢を身につけるために、また家族学習会の内容や実施方法、担当者の心構えを習得するために、担当者養成研修会を実施している。

【2】心理教育プログラムに求められること

心理教育は、当事者やその家族が自ら抱えた困難を十分に受けとめること、乗り越える技術を修得すること、希望の実現に向けて現実に向かい、困難を解決できる力量と自信を身につけること、リハビリテーションプログラムなどの援助資源を主体的に利用できるようなことなどを目指している。そのため、心理教育アプローチはほかのプログラムと連携して運用される必要がある。

また、多職種によるチームアプローチが必要であり、さらに地域リハビリテーションに移行する際には、地域の関係機関との連携など、ケアシステムの整備が必要となるアプローチである。

3 生活訓練プログラム

【1】生活訓練の概要

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）における自立訓練事業には、機能訓練と生活訓練があり、自立した日常生活や社会生活が送れるよう、一定期間身体機能や生活能力の向上のために訓練を行う。このうち、生活訓練の主な利用者は、地域生活を送るうえで生活能力・技術の維持、向上のための訓練が必要な精神障害者、知的障害者である。具体的には、精神科病院や入所施設から退院・退所した人々へのサービスである。

【2】生活訓練の内容

生活訓練のサービス内容は、日常生活を送るうえで必要となるスキルを獲得するための訓練や、利用者個々の状況、課題に対する相談・助言を行うことである。支援にあたっては、サービス等利用計画に基づいた個別支援計画を作成し、相談支援専門員を中心とした関係機関との連携を図ることが必要となる。支援内容は表 4-13 に示した。このほかに、利用者の地域生活を実現させるために必要な支援が随時盛り込まれる。

【3】生活訓練のポイント

生活訓練の「訓練」をどのように捉えればよいのだろうか。「訓練」と聞くと「できないことをできるようにする」「指導」などをイメージしやすいが、生活訓練プログラムは当事者の夢や希望の実現に向けた支

表4-13 生活訓練の内容

日常生活スキルの獲得	調理、清掃、洗濯、買い物、身だしなみ、金銭管理の支援
健康管理	服薬管理、受診同行、生活リズムの獲得、障害の理解、セルフケアの方法
社会資源の活用	社会資源の勉強会、役所等での手続き同行
対人関係	コミュニケーション能力の獲得、SST、家族・友人関係への助言、利用者同士のミーティング
社会参加	外出支援・同行、レクリエーション、余暇活動の促進、就労へ向けた支援
住居設定	物件探し、家財購入、引越し手続き

援である。

また、生活訓練は期限が定められているので、利用者と支援者がサービス終結時の目標を明確に共有することも求められる。さらに、サービス終結後の生活を見据えた支援体制の整備も重要である。そのため、個別支援計画に沿って、一定期間ごとの評価、目標の再設定、サービス終結までに支援チームを構築し、次の支援者につなげる準備も求められる。

精神障害リハビリテーションの目的は、生活のあらゆる側面への完全な包容と参加であるが、池淵恵美はそれは専門家の視点であるとしている。そのうえで本人からすると、リハビリテーションに参加する目的は、本人の価値観や好みが反映された納得のいく自分なりの回復をすることであり、それをパーソナルリカバリーと位置づけている。生活訓練も、専門家と当事者の共同創造 (co-production) が鍵となる。

★包容

ここでいう「包容」とは、社会そのものが多様な人々が共生する場であり、多様な人々を社会のなかに受け入れるという考え方である。

4 地域移行（退院支援）プログラム

1 精神障害者の地域移行をめぐる動向

長期入院者の地域移行に関する施策は、2003（平成 15）年 4 月に精神障害者退院促進支援事業が開始され、2008（平成 20）年 4 月に精神障害者地域生活移行支援特別対策事業となり、国の補助金事業として実施されてきた。そして、長期入院者の地域移行は、2012（平成 24）年から障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）において実施されるようになった。

【2】地域移行支援を進めるには何が足りないのか

地域移行支援は「病院・施設から地域へ」を支援するサービスである。精神科病院に長期入院している人や、さまざまな事情により入院の長期化が見込まれる人などに、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、障害福祉サービス事業所等への同行支援などを行い、地域生活への円滑な移行を目指す。しかし、精神障害者の地域移行がなかなか進まないのはなぜなのだろうか。

たとえば、精神科病院の開放病棟に長期入院している人に「これからの夢や希望」を聞くと、「このまま入院を続けたい」「退院したくない」という返事が返ってくることが多い。その理由には、①退院して住む場所がない、②経済面を含む生活全般への不安が大きい、③それらの不安を解決する方法を知らないなどがある。また病棟看護師からは、①退院するには治療による病気の改善がまだ必要であること、②生活習慣・生活リズムを整える必要があることとともに、③看護師の「長期入院者」に対する退院支援の経験不足も挙げられることがある。さらに家族は長年、離れて暮らしているため「今さら戻って来ても」「また症状が悪化したら困る」「親の代から兄弟の代に移り、自分たちの生活が大事」など、受け入れることが難しい状況がある。

つまり、入院中の人にとっては地域移行・退院支援といわれても、「自分は何を考えたらよいのか、何をしていけばよいのか」わからず、地域移行（退院）のイメージがつかめずに大きな不安をいただくこととなり、支援をする側も何をどう順序立てて行えばよいのか、何が有効で何が正しいのか迷っているのではないだろうか。

これに対して日本精神保健福祉士協会は、「医療・福祉・行政関係者が共有して活用できる長期入院精神障害者の地域移行推進ガイドライン」において、地域移行支援を推進するためには、①相談支援体制の整備、②権利行使支援としての周知、③医療と福祉の連携、④意思表明の支援が極めて重要であると示している。何よりも、私たち精神保健福祉士が退院支援を諦めず、本人が望む生活の実現に向けて取り組むことが大切である。

【3】地域移行の進め方

①相談スタート期

この時期は、市町村の障害福祉担当職員、相談支援専門員、ピアサポーター等の地域支援者が、入院中の本人と出会い支援関係を形成する重要

Active Learning

地域移行が進まない理由について、本人と環境のそれぞれに焦点を当てて整理してみよう。

★ピアサポーター

ピアとは「仲間」という意味。病気や障害のような同じ体験をした人たちが、対等な関係性の仲間で支え合うのがピアサポートであり、そこで主に支える役割の人がピアサポーターである。

な時期である。「退院したくない」と思っている本人に対して、最初から「退院」を勧めるのではなく、なぜ退院したくないと思っているのか、その理由にしっかり耳を傾けて受けとめ、まずはよい関係づくりを行う。そして地域支援者は、精神保健福祉士をはじめとする病院職員と一緒に考えている存在だということを本人に理解してもらう。

さらにこの時期は、地域移行支援・地域定着支援をはじめ、住む場所、所得保障、生活への支援などに関する本人が利用できるサービスの情報を伝えることが重要になる。その際、口頭で伝えるだけでなく、パンフレットなどわかりやすい資料を準備する工夫も大事である（図4-3）。ほかにもピアサポーターが病棟を訪問し、自分の経験や実際の生活の様

図4-3 地域で暮らすことをイメージしてみよう

Aさん（男性・40歳代・統合失調症）

- ・Aさんは統合失調症で10年近く入院していた。病気はすっかり落ち着いていたが、長く入院している間に、退院したいという気持ちが小さくなっていった。
- ・病棟で仲良くなった患者が退院して一人暮らしを始め、その話を聞いているうちにAさんも地域で生活してみたいと思うようになった。しかし、自信がなかった。そこで病院の精神保健福祉士に相談し、地域移行支援を活用することにした。色々な人と一緒に準備を進め、グループホームに退院することとなった。
- ・現在は生活保護を受けているが、将来は自分で働いたお金で生活できるようになりたいので自転車で通える距離にある就労継続支援事業所にも通うようになった。

Aさんの一日（月～金曜日）

7:00	起床・朝食・身支度	毎日決まった時間に起き、世話人が用意してくれた朝食をみんなで食べる。
8:00	掃除、ごみ出しなど	ホーム内の掃除を分担して行う。
9:00	通所	自転車で通う。
9:30 ～ 16:00	就労継続支援B型事業所	内職や自主製品づくりをしている。月に1回はレクリエーションとして外出し、お花見や軽いスポーツ、ときには映画を観たりする。
16:30	帰宅	自転車で帰宅する。
17:30	夕食・片づけなど	夕食は世話人が用意してくれる。配膳や片づけはみんなで手伝う。
18:30	入浴・洗濯	お風呂は毎日入る。
21:00	自由時間	テレビや新聞を見たりして過ごす。
22:00	就寝	寝る前に薬を飲んで布団に入る。

Aさんが利用しているサービス

手帳／精神障害者保健福祉手帳2級 お金／障害年金2級、生活保護
 通院／自立支援医療（精神通院）、障害者医療費助成 生活／相談支援事業所
 活動／就労継続支援B型事業所
 住まい／グループホーム

出典：前橋市自立支援協議会地域移行・地域定着部会編「前橋市地域移行支援・地域定着支援ハンドブック」2016。を参考に作成