

- ◇ 援護寮とか福祉ホームが本当に必要か疑問。これらは、体験を繰り返して2年たったら次へ行ってくださいと、また体験を繰り返さなければいけない。それなら、少しサービスが手厚い関係があれば、一気に地域のグループホーム等で、この体験を繰り返す期間を地域でやっていくことができる。
- ◇ 退院したときは地域の中が原則だと思う。(社会復帰施設への入所であっても、入所者の中には)「いつ退院できるんですか」と言われてしまう。これが病院の敷地内だったら、もっともっとそういう思いが強いのではないか。それが、(当事者は)グループホームに行くとそういうことは言わない。グループホームに行くと、援護寮から退院できたと言う。できるだけ小さな退院で、住宅地の中でということ生活を生活の場では大事にしたい。
- ◇ お金がないということより、私は既存の制度や仕組みをどのように変えていくか、このような利用の仕方もあるぞ、というようなことを提言するのがむしろ当事者の専門性だと思う。今、病院の敷地内に様々な生活支援の、またリハビリテーションのシステムが置かれているが、これは地域の人たちがその実態をどう見ているのか、病院の敷地内にあるということで身近なサービスを得られやすいというアクセス重視の点では確かにいいだろうと思う。今まで暮らしていたエリアの中で、百歩先、二百歩先のところに少し旅路の到達点を置くとか、そこからもっとさらにというようなところでも考えてもいいのではないかなと思う。
- ◇ 福祉ホームB型のような機能を持ち、それで十分なケア付きでスタッフがいて、何かあればすぐ職員が駆けつけてくれて、かつ、入居期間の制限がないというような高齢者の施設というのは必要だと思う。

(2) 居宅支援事業(グループホーム、ヘルパー、ショートステイ)

- ◇ 5種類の社会復帰施設、グループホーム等の居宅生活支援事業、小規模作業所等の社会復帰施設の体系そのものを議論していく必要がある。
- ◇ グループホームは現在うまくいっているのか。もうそろそろ制度疲労がきている。
- ◇ グループホームでどんどん高齢化が進んでいるが、今のグループホームでは軽装備なので、高齢者は心配だと思う。このようなグループホーム(あるいはその他の施設)は、何かあったらすぐスタッフが駆けつけて来られるように。場合によっては病院の敷地内でも良いのではないかな。
- ◇ 住まい、市町村による居宅生活支援事業、就労支援、所得保障、日中の活動あたりについて、前から指摘があったように、それぞれの制度が現在あるが、それらの制度について、実は現場で使ってみると使い勝手が悪いということが現実問題としてある。あるいは、ニーズに合っていない場合がある。例えばショートステイなどでは、あくまでも介護者の都合によってしかショートステイは使えないわけで、本人がちよっと息抜きをしたいとか、休息したい場合には使えない制度になっている。そのように細かく見て、使い勝手悪さをきちんとここで検討する必要がある。
- ◇ 痴呆性の高齢者のグループホームのような小規模多機能ホームがあると、自宅にいな

そこも利用できて、使いたいときに使えるものが中学校単位ぐらいにしていくと、できるのではないか。

- ◇ ホームヘルプサービスがあると、当事者みんなが自宅あるいはアパートで生活できる。ヘルパーが入ることによって生活リズムを取り戻すことができる。他人が入ることはとても緊張が高まることだが、その緊張が、専門家と呼ばれる人たちが入ることによって、その関係性をうまくつないだ後は、むしろヘルパーさんが来るのが楽しみに変わってくる。そして、生活リズムを取り戻した方が多く、そのような改善が期待できるのではないか。
- ◇ 精神障害者は、力を持っているが、頭の中でうまく整理ができない。それを一緒にやる。高齢者のホームヘルプサービスは、家事援助といって、全部ヘルパーさんがやってしまうが、精神の場合はそうではなくて、ともにやるのが、その人ができることは何かを一緒に考えながら、一緒にできるようになってきて、そしてその人が、本来持っている能力がまた引き出されて、そして結局その人が生活しやすくなることで、このホームヘルパーが入ることに重要性があると思う。
- ◇ 訪問看護とホームヘルパーの区別、役割分担が明確でないのではないか。訪問看護を希望されている当事者は結構多いようだが、ホームヘルパーと訪問看護の役割を患者なり家族の方々に伝達をして理解を求めていく必要があるのではないか。
- ◇ 病院に入院している方がホームヘルパーの力を借りることで、地域生活が可能になると思われるが、退院するまでに事前にヘルパーと結びつくことができないか。そういう人たちは援護寮かグループホームに行けばいいのではないかという考えもあるかもしれないが、実際、援護寮とかグループホームはそんなに数あるものではない。

③ マネジメント・相談支援との関係(地域生活支援センター)

- ◇ 平成14年度から始まった市町村を相談窓口とする地域生活支援の体制、そしてまた市町村は居宅生活支援3事業を昨年度から始めている。市町村は地域生活支援センターに相談業務等を委託できるということにもなっているように、市町村と地域生活支援センターは今後の地域生活支援を考えていく上で非常に大きな用途になっていく。(⑤とも関連)
- ◇ ケアマネジメントに関し、支援する側とされる側で分けてしまいがちだが、基本的には本人が中心に座るべきであり、生活支援センターの発想は、当事者だと言われる者の専門性を大事にしながらかやっつけていかなければいけない。
- ◇ サービスと利用者を結びつける形で、市町村あるいは地域生活支援センターに、相談機能が今は位置付けられている現状にあり、その相談機能をバックアップする手法としてケアマネジメントが位置付けられているわけで、ぜひこのケアマネジメントと、これらのいろいろなサービスとをきちんと関連づけて考える必要がある。そして、圏域、もう少し全県的な部分も含め、調整機能も何らかの形で付け加えていく必要がある。
- ◇ もっと狭い範囲、中学校ぐらいの範囲で多様な相談とか憩える場があるというのが前提で

はないか。それは精神障害のかかわり合いだけではなくて、今、地域社会の中では高齢者のことかいろんな分野で、小さい単位の中で地域福祉の援助体制をつくっている。そういうものも十分に考え合わせながら進めていくとかなり地域に広がっていくのではないか。

- ◆ 年代的に若い方々は働きたいという気持ちがたくさんある。だから、援護寮のようなところから退所した後は地域生活支援センターがかなりフォローして、次の段階で就労というのは当然課題として出てくるが、ジョブコーチのように、きちんと対応する形になると、現在の支援センターの人員では十分に機能が果たし得なくなることがある。しかしセンター機能として、就労の問題を位置づけていく際に、センターとしての役割の中に就労という問題がもっと入っていくと、かなりの分野で地域の生活支援、日常生活の支援だけでなく、働くことで、本当に人が変わったように明るくなり、そして周りに対する対応が違ってくるので、センターの機能として十分に期待したいところ。
- ◆ 今、精神障害者対策で、医療対策、社会復帰対策、地域対策という3つの柱ができており、退院後、社会復帰施設対策と地域対策とあると思うが、これを本当に分ける必要があるかどうか。つまり退院後は全部包括した地域対策ではないか。その中心になるのが、この地域生活支援センターであり、そこが生活訓練施設とか、授産施設、福祉ホーム、福祉工場、市町村がやっている斡旋・調整・利用要請など、地域におけるいろいろなサービスないし利用の調整を一人ひとりの状態に合わせて総合的に個別の対応をしていくという、それに最も今近い機能を持っているのが、クラブハウスではないかと思う。
- ◆ 従来の精神障害者対策を医療対策、社会福祉施設対策、地域的対策、そして市町村が斡旋・調整・利用するというこの枠組みを根底からもう一度見直して、ケアマネジメントのきちんとした能力を持った地域生活支援センターが中心となるような枠組みを制度設計していく必要があるのではないか。

④ 当事者活動の位置づけ

- ◆ 共通の課題を有する人々との定期的に交流の場をつくって、仲間づくりを促進することや、同じ体験をした者が効果的であるという観点に立つのだというような2つの考え方、このことが、新しい独自のサポートを創出するという方向性にあることを示していると思う。
- ◇ 身体の人たちや知的の人たちと同じように、自分たちの自立生活は自分たちでつくる、どんなものをつくるのかという本人のニーズを基本にしてやっていくべき。
- ◇ 仕事としてやるのはいつも保健師や精神保健福祉士だったというのは、明らかに当事者主導ではないし、当事者のエンパワーメントには本当にはつなげていないと思う。そういうものにきちんと予算をつけて欲しい。
- ◇ 今まで、当事者は訴え方がわからない、訴えてもまともに扱ってもらえなかったようなケースがあった。このことを行政の人や専門家、ピアサポーターも含めて、みんながまじめに考えることが、権利擁護の基本ではないかと思う。
- ◆ ピアカウンセリングは、共通の経験を基盤とする対等な仲間同士の関係で、援助技術の中

心は、傾聴と情報提供。カウンセリングというと、心の内面に深くかかわって、治療するということを考える人もいるが、ここでは傾聴と情報提供を中心技術として、自分のやり方、生き方を自分で選べるようにする人生の兄貴分、姉貴分としての存在であるということに注目をいただきたい。対処の仕方についての情報交換を行い、気持ちや感情を安心して語って、自由に選んで、やってみようという安心、自由、自信というエンパワメントの要素がある。

- ◇ 障害者は今ダイレクトペーメントなりパーソナルアシスタントという議論があるが、これを介護保険とどういうふうに折り合わせるかという議論も非常に大きな課題。
- ◇ 当事者の力というのがどうなのかということをもう少し再評価して、その観点を入れていくことが重要。当事者の編み出した知恵を専門職と一緒に使っていけるような状況が与えられてしかるべきではないかと思う。そして専門職の役割も一方的な教えるとか訓練するとか、そういう立場から側面支援ということも考えながらいくことが必要なのではないか。
- ◇ 例えば権利保護の問題、クライアントの基本的な居場所を支えるような活動、実際に危機に寄り添うようなことだとか、住宅を運営する人の一部に加わることなど、自分たちが力をつけたというふうにも実感できるような社会的な役割を果たすような活動があると思う。また、もっと当事者たちが使えるようなヘルスケアの知識や技術、良好な状態や要望に関心を持って、医療の専門医の人ともう少し一緒にやりながら進めていくことの方がより効率が上がるのではないか。

⑤ 国・都道府県・市町村の役割

- ◇ 精神障害者福祉というのは、せっかく福祉という法律ができたのだけれども、身体や知的に比べてはるかに遅れている。その最大の理由は、全国 3,300 の市町村が取組んでくださらないから、その市町村に取組む体制をどうやってこ入れをするのが重要。身体障害者福祉法や知的障害者福祉法には実施機関というのがちゃんと書いてあるが、精神障害者保健福祉法には、福祉はだれが実施するかと書いてないために、地方自治体の、特に町村の仕事という認識がない。
- ◇ 介護保険は国家的に壮大な制度設計をやった。それだけのお金をかけるし、資源を配布してやっているが、精神障害者に対する地方自治体の方の取組みは非常に弱いというふうに思われる。地方自治体としては、この問題に関しては、かなり意識的にも制度的にも遅れているような気がする。
- ◇ 地域生活支援事業において、他の障害者は皆利用できるのに精神障害者はシャットアウトされ、利用できない。なぜかといったら、それは市の仕事ではないという意識をまだ持っている職員がいる。そこからまず改めないといけない。
- ◇ 市町村に相談を持ちかけても、精神のことは全然わかっていない、今勉強中である、お金もない、国が出してくれない、だから生活支援センターなどは無理であるという答えが返ってくる場合がある。
- ◇ 行政区の 1 つの単位の中で、市町村の中でもっときちんとできるようになっていくと、か

なりの部分でつながっていくのではないか。障害者計画を立てるという前提持ち、そこに相談・地域啓発を障害者計画の中にきちんと位置づけ、市町村としても役割として担い、地域の実情を把握している精神障害者の専門職の位置づけをきちんとすることで、地域の中の展開をさらに広げていくのではないか。

- ◆ 市町村レベルでいうと、精神障害者行政については、まだ曖昧な認識の下に仕事をしている。少なくとも福祉サイド、しかも地域生活支援というシステムづくりでは精神障害ははるかに遅れている。

⑥ これらを担う人材の在り方

- ◇ 脱施設化政策や地域ケアへの転換というのは欧米の先進国では 30 年くらいの歴史があって、その中で当初のモデルと現在のモデルでは、理念とか当事者間とか当事者の役割、それから専門職の役割が変化してきている。それによってシステムそのものも進化を遂げている。理念をきちんと議論しながら、それに合ったシステムづくりをやっていく、その中に人材にお金をきちんとかけていくということが重要だと思う。
- ◇ 共同住居にしても支援にしても、病院側がつくってしまっていて、なかなか市井の人たちが加わっていかないとか、そういうのを見ていてちょっと残念に思っていた。
- ◇ 地域生活の幾つかの専門制度領域には専門家はいるけれども、地域生活には専門家はいない。これは生活者がいるだけであり、その特性をきちんと踏まえた援助論が必要。当事者モデルがようやくここに来て、きちんと自覚化されて入ってきた。専門家は実は当事者を必要とするし、双方向的な援助システムをどうつくっていくかがパートナーリズム型の援助モデルを克服する最大のポイントである。
- ◇ 地域の中でお互いが支え合える関係を「専門性」といい、それを持った専門家が、それぞれの役割を担って、お互いが協力し合うことが理想的。
- ◇ 症状が激しい入院期は医療のかかわりがとても重要だが、地域に出るにしたがってだんだん、むしろ、私たち専門家と呼ばれる者がかかわることが弊害になっていく。どう地域住民にサポートをお願いしていくかという形を進めていくことが、彼らが地域の一員になれることではないか。

6 財源（配分）の在り方

- ◇ 財政は経済効率を強く求めている。サービスのあり方として、従来の専門職にだけ依存したサービスでは、当事者は管理されることを好んでいないというふうにはほかの障害領域の人たちは言っており、そのことは精神障害を持つ人も同じ。けれども、障害の特性のゆえに支援が必要になる。理念だけではなくて実際のシステムをどうやって動かしていくかということにまで議論が及ばなければ、理念だけが孤立するというところで終わってしまうと思う。
- ◇ 精神障害者関係の検討会や考え方は、どうしても医療に引きずられるという感じがすごく

強い。普通に考えれば、医療ばかりで暮らしているわけではないから、それにこれ以上濃厚に、何でも医療が飛び出してくる、こういうシステムそのものを変えて欲しい。何でもかんでも医療がお金をとっていくという今のやり方には反対。

- ◇ 精神障害を持って在宅生活をしている人たちは生活保護頼っているということが現実にあるが、生活保護は当事者にとっては一番大切な社会制度である。
- ◇ 3障害の医療と福祉とどういう使われ方になっていて、それが1人当たりで換算するとどうなっているのかがわかりやすい資料が必要。退院の方向性、地域で支えるということを考えて、医療と福祉の配分の転換がされていかないと無理。
- ◇ 当事者主導のサービスにその人たちが活動できるような財政的なバックアップがまだ十分でない。
- ◇ 欧米の当事者活動ではものすごく立派なドロップイン・センターをやっていた。当事者を職員に雇い、何千万というふうにもらっている。それは女性もそうだし、児童もそうだし、いろいろな市民活動をやっている人たちがきちんと平等にもらっていた。その医療とか福祉をなりわいにしている人たちがお金はとってはいけない、それはその人たちに渡すお金だというふうに、そこもシステムとして成立をしていると聞いた。やはりそういう転換が必要だと思う。
- ◇ 精神障害だけが医療が必要だからといってなぜ別に考えるのか、仕組みとして福祉サービスそのものが違う。精神障害者関係の人も精神障害者自身も違いを言うよりも同じ部分言っ、て、支援費なら支援費にしてほしい。
- ◇ 「7万2,000人を出します」と言っても、それを裏づける予算が見えなければ、その計画が名目だけだろうというふうに疑う。これを考え直してほしい。
- ◆ ドイツの介護保険がスタートしたとき、実際には精神障害者の処遇というか、財政的な負担が一番少なくなってしまった。精神障害者の方たちが、要介護度でいえば低いランクにたくさんの方が位置づけられてしまい、生活破綻が起きるといような場面があった。
- ◆ 支援費も効果を上げているが、当事者の方たちがサービスを提供するということに軸足をかなり移したということで、費用もかなりかかっているという面があると思う。必要だからかかっているのであり、効果があるということを考えていただきたい。