

⑤ 医療との関わり

(1) 中高年層・現役層・未成年層

- ◇ 精神障害者関係施策の考え方は、医療に引きずられる印象が強い。
- ◇ 精神科医と看護婦だけの精神科医療はもうとっくの昔に終わっている。もうちょっといろいろな人たちのチーム医療が大事。ケアマネジメントにはチーム医療の発展を期待したのだけれども、それすらできていない。
- ◇ 病院は医療であり、医療管理という点で重要なので、病院が管理することは当然のことだが、生活は自分で管理するということとあり、施設も自分でどう管理するかが大きな課題であるため、長い間病院に入っていると、管理されることになれすぎてしまって、自分で自分を管理することが逆に大きな不安になっている。その不安をうまく一緒に乗り越えられるように、体験を繰り返す期間が重要。
- ◇ 高齢者の場合、精神科以外の疾患があり、これは高齢者特有のものだと思われるが、やはり医療が一定程度、精神科だけではなくて総合的な医療のかかわりが必要になってくるのではないか。
- ◆ 高齢の障害者について、この方々だけの施設をつくってそこでケアしていくのか、それとも例えば現在あるほかの施設を活用し、その中にノーマライゼーションという考え方で、そこで療養生活ができるように持っていくのか、このあたりは真剣に議論しないと、新しいものをつくるといっても、本当に時間かかるので、ここで検討する必要性がある。
- ◇ 疾病教育について、医療情報が当事者にはほとんど入っていない。自分がなぜこの病気になっているのか、病名は何なのか。病名告知の問題はいろいろあるかと思いますが、自分が何かわからない不安、自分がこれからどういう症状が出て、どうなって、この薬を飲むとどうという副作用があって、どういう効果があってという、ここのところがないから、薬を飲むのを中断してしまったり、結果的にうまい循環になっていかない。この疾病教育により自分はこの薬を飲むことによって、先にきちんと夢があるんだ、希望が持てるのだということがわかることがとても大事ではないか。受容しなさいと言うだけでは受け入れられないと思う。
- ◇ 今言われている救急システムではなくて、必要なときにかかれて、一晩だけ入院等の、普通の病気の救急と同じような救急システムがあるといい。

(2) 重度精神障害者

- ◇ 重度の精神障害者の場合、ちょっと違うサービスが必要ではないかと感じる。今、国立国府台の方でACTがやられているが、ACTは医療の視点が強すぎるのではないか。もちろん、精神病という疾病があるので、医療の重要性は当たり前のことだが、生活の中の重要な一つではあるけれども、すべてではない。
- ◇ ACTの重要なところは、いい医療といいサービスをチームでどう提供できるかということではないか。チームによる直接的な支援、これが24時間サービスで提供できれば、ほとん

どの方が病院から退院できてしまうのではないか。もちろん、症状が激しくて、きちんとした医療をしなければいけない人もいらっしゃるのわかるが、地域に（サポートする機能が）なければ、結局また病院に帰ってしまうので、地域の中の基盤整備が、特に重度の精神障害の中では重要なことではないか。

◇ 重度精神障害者と家族を中心に据えながら、様々な地域のサービスをチームによって提供していくことが、精神障害者が地域で暮らしていけることではないか。でも、その基盤整備をしてからではないと、リスクが大きくなるのではないか。ハードはそんなに要らず、ほとんどソフトだと思う。ソフトさえ資源として整っていけば、多くの人が地域で暮らせるのではないか。

◆ 救急体制を整えることは、ユーザーにとっても、医療従事者にとっても、本当に切実な問題である。

3 マネジメントの在り方

◇ ケアマネジメントの財政的な担保が1つもない、あれだけ苦勞して議論して、尻すぼみで各都道府県は困っている。今後の脱入院化・脱施設化のためにもケアマネの手法を使うべきだと思う。

◇ 高齢者の介護保険では制度的にケアマネジメントをすることが要否の判定から給付の条件になった。そういう制度的な仕組みをしっかりとつくりつけない限り、ケアマネジメントといっても障害者サービスの分野においてはまことに不十分なものになるだろう。実施するところきしないところ、そんなことではよくない。行政的には全国斉一性を持ってこれを実施しなければいけない。

◆ ケアマネジメントを急いで法制化してほしいと強く思う。ケアマネジメントをさらに法制化していくのであれば、地域で暮らしている当事者も、病院に長く入院しており、もうちょっと押し出す力があれば退院でき、地域で暮らせるという人たちの手がかりとか見通しとなるのではないか。

① マネジメントの範囲

◇ 地域生活支援をしていく上で非常に重要なシステムとして考えていかなければいけないケアマネジメントについて、果たしてこのままの「手法」ということだけでいいのかどうか、そのあたりをこの検討会ではきちんと議論しなければならない。

◇ サービス実現のための手法として、ケアマネジメントを制度化していくならば大変有効である。今はバラバラにある各種のサービス支援をいかに生かして、社会復帰、地域生活のために生かしていくか、これは大変有効である。

◇ 障害者が主体的・自主的に人間として生きていく、その人間の生活をだれかが専門家という名においてマネージメントする。上からのケアマネジメント反対というのが鋭く出された意見。これはすべての障害者に共通する問題だと思う。

- ◇ それぞれ持っている生活問題をとらえるとらえ方と、障害者、知的・身体障害者、高齢者というふうにとらえ方を少し整理をする必要がある。その上でサービスの標準モデルを考えていくことが非常に重要。これまでケアマネジメントがなぜ制度に入らなかったかという、サービスのケア論がなかったからだと思う。
- ◇ グループホーム、デイサービス、福祉ヘルパーさんのサービスも受けられるとか、そういうことがきちんと患者さんに情報が伝わっていなければ、そもそも本人の希望が、どういうサービスを受けて、どういう生活をしたかということがわからないと思う。
- ◇ 就労のところがどのように支えていくかということが、30代から50代までの方たちの一番大きなテーマになっている。そのときに、どう生活を支えていくかが重要であり、やっと昨年度からホームヘルプサービスが始まって、制度として使えるようになった。それまでは、作業所のスタッフがこの役割を担っていた。これが、単に普通のホームヘルプサービスではなくて、大阪でやられているようなピアによるホームヘルプサービスとか、ピアサポーターとか、そういったことがあると、みんなが地域で暮らしていけるのではないか。
- ◇ 退院するときが一番大きな問題が、社会復帰施設のイメージができないことであり、それを、社会復帰施設の利用者たちが、通院の折、お見舞いに行ったときに入院患者に説明して、というパターンが施設利用のきっかけとなることが多い。
- ◇ 入院している中高年層は、大変厳しい状況に今置かれているので、この方々にどのようにサービスを提供していくかという議論が、ケアマネジメントの考え方に基づいて話をされなければいけない。

② マネジメントを担う者の在り方

- ◇ 最初から主体化とか主体性を持ち合わせて、自分はこういうサービスが必要だとか言える方々はいないと思う。既に退院されている方々もそうではないように思われるので、いわゆる主体性までのプロセスを、専門家もそれ以外の地域の住民も含めて、どういうふうにプロセスを支援していくかということが、この地域生活支援のあり方というものを考えていく1つの大切な材料ではないか。
- ◇ 地域ケアに転換していったシステムは、ケアマネジメントがきちんとシステムとして根ざして中軸的な役割を果たしていると思う。これはきちんとエビデンスに基づいて実証的に研究されてその成果も公表されているし、そこに必要な人材はどれくらいかということなどについても触れられているので、ただ支援の技術というだけで終わるべきものではない。
- ◇ 最初から本人抜きで話されるように進めるのではなく、本人が、医学的な完治ではなく、リカバリーという概念（いくら重篤であろうとも、その人がその人らしく生きていけるということ）を持った上でのケアマネジメントが話される分にはいい。
- ◇ ケアマネジメントの従事者を決めて、その複数のニーズを調整しながら進めていくことで、うまくマネジメント機能を発揮できる。
- ◆ 地域の社会資源等々の情報があまり患者さんに的確に伝える役割をするためにつくられた

のが精神保健福祉士だが、その機能がそれぞれの病院の中で十分に行われていないのではないか。例えば書類書きに非常に忙しいとか、そういうことでの本来の役割がなされていないため、情報が伝達されていないのではないか。経済誘導という形でいうと、精神保健福祉士の役割をこの診療報酬の中でどう評価していくのか、これが一步前進する1つの方法かもしれない。

4 受入条件を整えば退院可能な7万2千人への地域生活支援としての対応の方向

- ◇ 7万2,000人を退院させると言うが、退院はしてどうするかということが大きな課題だと思う。
- ◇ 退院促進事業は16都道府県についているわけだが、今年は10カ年計画7万2,000人退院促進の初年度ということで目玉だと思うので、現在の進捗状況をぜひお知らせ願いたい。政府が提案されたシステムでは不十分だとかやりづらいということがあったら、すぐそれこそ要綱なり制度をチェンジして現場を支援してあげていただきたい。
- ◆ 本来、社会リハビリテーションというのは地域に展開されるべきだと思うが、残念ながら、今、地域で展開するようなメニューはない。好き、嫌い言っておれなくて、やはり病院がある程度余計なお世話を提供せざるを得ないような状況で、あらゆる病院の資源を使って地域サポートをすることが必要。

① 入院期間の違いに応じた施策の方向

- ◆ 20年、30年入院させておいて、2カ月、3カ月後に退院というのは本来無理があり、院内再発などを誘発させかねない。長期入院患者を集団で退院のための援助を行うなどすれば、個々に当たるよりもその過程での院内再発は少ないのではないか。
- ◆ 当事者の方たちにどれだけ情報をしっかり提供するかということと、情報提供だけではなくて、それを具体的にどんなふうに住居した方が生活されているかということとちゃんと見せたり、あるいはイメージ化したりということと安心感を図らなければ、退院したいと言うはずがないし、地域の生活が病院とどんなふうが違うのかということ自体もよくわからないと思う。何十年も入院していれば、病院の中にいれば何も不安はなくて、ずっと生きていけると言うかも知れない。

② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向

- ◇ 高齢の方の退院が、いわゆる社会資源なりサービスがそろったら退院できる方の時間が少なくなっているという点が非常に気になる。ただ箱物をつくっていくという論議にはならないと思うが、民間のアパートを借り上げるいろいろな制度にお金を投下する方が非常に効率的だったりする面があると思うので、そういう意味での住居施策について多く論議したい。
- ◇ 介護保険が施行されて3年になり、金持ちの人も低所得の人も同じようにサービスの給付が伸びている。しかし、最初の理念であった在宅介護へのシフトが結果的にはなかなかうまく

くっていない。それをここで当てはめて考えると、本当に7万人を社会生活という形で戻すとすれば、よほどのことがなければということ、介護保険から顧みて思う。特に社会の中に復帰していくという形の中では、恐らく介護保険以上に在宅支援といったようなものは難しい。

③ 本人の意向に応じた施策の方向

- ◇ 社会的な入院の解消を促進していくためにも、その人たちが社会に出てきてよかったとか安心して暮らせる社会でなければ、長く住んでいた病院の方がいいと言って帰っていくのではないか。
- ◆ 退院促進事業が今国の事業として行われているが、これもケアマネジメントを組み合わせると当事者の方が何を必要としているかというのを入院の時点からつくり上げていくようなところはかなり進展する。
- ◆ 専門家の目から見た問題という点もあると思うが、家族の目ということも一番身近で長時間そばにるので、やはり検討の中に加えるべき。ユーザーが、自分も社会の中で何かができるのだというふうな認識を自分自身で持つこと、それは病識の改善であり、よくなっていく非常に基本的な一歩ではないか。現実はどうなにもいい制度であっても、実践されなければあまり意味がないのではないか。地域生活支援の根本というのは、医療、受入れの場、ケアマネジメント、もちろん本人の病識、そして、それをよくしていくのは絶対本人自身の力を引き出すような働く場、自信をつける場ではないかと考えられる。
- ◆ だれもが参加して、だれもが共に協働できるような支援体制の仕組みづくりをやっていくこと。当事者本人のだれもが計画や決定にも参加して、そして運営することにも参加して、実際に担い手、サービスを提供するというサービスの中身にも参加することで、参加と協働を促進させるような姿がケアマネジメントではないか。ゆえに、ケアマネジメントのサービスの体制をつくるのは非常に固有性・個性があって、当事者本人の願いが中心になるから、それは個々に多様性があって、その様々な人たちが参加し協働するような仕組みがない限りはそれは実現できない。

5 各種サービス・各実施主体の機能と将来の在り方

- ◇ 今のサービス体系は、いろいろデータをみると、従来型の補助金の枠の中でうまくいっていないのではないかと感じる。きちんとした車体をどう設計するかという、大モデルチェンジをやるという覚悟でやらなければならない。
- ◇ 今までのシステムは、ある意味では後始末型のシステムであり、これからは、先見的にアプローチして、モデルをつくって、事前介入型のモデルにしていくべき。
- ◇ 本当にモデルチェンジをするという大きな枠に変えてやっていくという覚悟がなければ、きつとうまくいかないのではないかと感じる。介護保険の仕組みだとか当初の理念、それがどこがうまくいき、どこがうまくいっていないのか、そういうものを比較検討しながら

ら、この会議を進めていただきたい。

- ◇ 大幅なモデルチェンジも重要かもしれないが、身近な問題から解決していくことも重要。
- ◆ 新しいものをまたつくっていくのか、もしくは既存のものでそれを活性化させていくのかどうかという議論もぜひしなければいけない。新しいものをつくとそれが定着するのに10年、20年かかるので、そういう意味では現在あるものの中に役割を投げ込んでいくのはどうか。
- ◇ 平成5年の公衆衛生審議会の報告書でも、ここでもうギアチェンジしている。ところが、これが何一つ進んでこなかったのは、精神保健福祉法の中に社会復帰対策の義務化がないことが大きな原因だろうと思う。ほかの3障害のうちの2障害はほとんどが義務化されている。
- ◆ 利用者のニーズというのは非常に多様なので、限定されたサービスではなく、1つのシステムができると、今まであったシステムをもっと範囲を広げたり、多様性を持たせてみたりするというような方向性で、当事者本人たちが参加して協働できるようなシステムに関する提言が必要。

① 就労・職業訓練との関係(福祉工場、授産施設、小規模作業所等)

- ◇ 授産や福祉的就労の場から、一般就職に結びつけるための方策を展開していくことが必要。
- ◇ はっきり言って小規模作業所は制度疲労がきていると思う。
- ◇ 就職の場では働く環境を大事にすべき。就労においても、退院を繰り返す期間、不安を軽減する期間がとても重要であり、短い期間、職場で体験を重ねることが非常に効果を上げる、それも、精神障害者当事者と一緒にやるのが大きな効果を上げることを経験している。
- ◆ 作業所はできたときは訓練の場だという場合がほとんどだったが、今は、就職の場となっている。

② 訓練・生活支援、生活の場(住まい)との関係

(1) 生活訓練、生活支援機能を有する入所施設(援護寮、福祉ホーム)

- ◇ 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ることができる。
- ◇ 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、もっともつ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、住宅地の中であること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、本人がちょ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。
- ◇ 痴呆性的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、自宅にいながらそこも利用できて、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な。
- ◇ 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な。
- ◇ 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と。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と。
- ◆ 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つなげる形で、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とかなり地域に広がっていくのではないかと。

④ 当事者活動の位置づけ

- ◇ 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つけていくべき。
- ◇ 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がっていないと思う。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。

- ◆ 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。

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、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ところ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 人当たりに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考

えると、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行っ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を書いて、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。