

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」

論 点 整 理

1 地域支援の基本的方向性

2 ライフサイクル等に応じた地域生活支援の在り方

(1) 中高年層

- ① 精神障害者の状態（精神症状等）
- ② 基本的な支援の在り方
 - 日中活動
 - 介護等生活支援
 - 生活の場（住まい）
 - 医療との関わり

(2) 現役層

- ① 精神障害者の状態（精神症状等）
- ② 基本的な支援の在り方
 - 日中活動
 - ・就労・職業訓練
 - ・就労等以外の活動
 - 介護等生活支援
 - 生活の場（住まい）
 - 医療との関わり

(3) 未成年層

- ① 精神障害者の状態（精神症状等）
- ② 基本的な支援の在り方
 - 日中活動
 - ・教育・生活訓練
 - ・教育等以外の活動
 - 介護等生活支援
 - 生活の場（住まい）
 - 医療との関わり

(4) 重度精神障害者

- ① 入院医療と地域生活支援（医療・福祉）の在り方

3 マネジメントの在り方

- ① マネジメントの範囲
- ② マネジメントを担う者の在り方

4 受入条件が整えば退院可能な7万2千人への地域生活支援としての対応の方向

- ① 入院期間の違いに応じた施策の方向
- ② 年齢、状態等の違いに応じた施策の方向
- ③ 本人の意向に応じた施策の方向

5 各種サービス・各実施主体の機能と将来の在り方

- 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

- ② 訓練・生活支援、生活の場（住まい）との関係
 - 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）
 - 居宅支援事業（グループホーム、ヘルパー、ショートステイ）

- 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

- ④ 当事者活動の位置づけ

- ⑤ 国・都道府県・市町村の役割

- ⑥ これらを担う人材の在り方

6 財源（配分）の在り方

- ① 精神障害者施策に関する財源配分の在り方（所得保障・医療・福祉等）
- ② 精神障害者施策に関する財源構成の在り方（利用者負担、公費、保険料）
- ③ 支援の必要度等に応じた効率的な財源配分の在り方

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」

第6回検討会までの意見を事務局として整理したもの

1 地域支援の基本的方向性

- ◇ 新しいものをつくっていくという、創造の出発する点における発想・理念が必要。
- ◇ 3障害それぞれにおいて、共通した問題とそれぞれの障害に特異的な問題があるが、共通している部分は、障害の枠を超えた支援を行っていくべき。
- ◇ だれもが参加する、そしてともに協力し合う関係になっていくということで地域生活支援を考えるべき。
- ◇ 保健・医療・福祉以外にも地域の中で例えば既にある支援が、(公民館活動でも何でもいいが)退院してきた精神障害者なり地域で暮らす精神障害者が、その人のために支援をいかに有効に活用できるかといわれるようないわゆる地域監視型ではなく、地域志向性というのか、その中で暮らしといわれるものに着目しながら、専門家以外の方々にも協力を願ってその人を支えていくといわれるものが、地域生活支援のあり方。
- ◇ 個別の要望などから優先順位をつけて解決策を出すのではなく、包括的なビジョンを見据えながら地域を基盤にした当事者の生活を支えるところに焦点が絞られていくということがないと、いつまでたっても同じような分離した形でいろいろなサービスが存続することになるのではないかなという危惧が感じられる。
- ◇ 高齢者ケアの議論で言えば、専門サービスを地域にどうばらまくか等の議論はある意味では克服されつつあるし、知的・身体では、強力な当事者組織があらわれて、そういう意味ではコミュニティケアを原則とすることについての強いオリエンテーションが出始めてきているが、残念ながら精神障害の領域はなかなか難しいなということを改めて感じた。
- ◇ コミュニティケアというのは実は精神医療から始まった。その場合に、現代のコミュニティケアの基礎的な理解は、地域社会で専門サービスを提供すると同時に、先ほどから出ている地域社会がまさに分野の枠を超えて支援を必要とするサポートをしていくという思想であつたはず。それがどうも、専門サービスをどう地域にばらまくかという話で終わってしまっているのではないか。
- ◇ カナダのオンタリオ州が10年にわたって精神保健改革をやってきて、この間、政策文書が出ているが、その中で議論されて必ず出てくるキーワードが、いろいろな部署間の、あるいはセクション、省庁間のコーディネーションが非常に欠けていることや、同じ省の中でも省内のコーディネーションが十分になされない。そういうところにいろいろな障壁が存在していて、必要な支援が受けられないということや、サービスを転換することそのものが非常に難しいということがあつたが、それにメスを入れてようやく改革した。それをやっていくための政治的な意思とかそういうものが非常に必要になってくる。
- ◇ 障害者へ向けた介護保険の議論も非常に重要。

2 ライフサイクル等に応じた地域生活支援の在り方

① 精神障害者の状態・基本的な支援の在り方

- ◇ どういう人たちを頭に入れながら話を進めていくかというような焦点化を、この会議である程度煮詰めていかないと事は進んでいかないと思う。
- ◇ 新しく入院してきた患者さんたちの入院期間はものすごく短くなってきている。そうすると、社会的な機能を十分に持ちながら実は退院している。昔ながらの支援と新しい病気が発生されて退院されていった方の支援は違うだろうと思う。
- ◇ 狭い意味で精神障害者にかかわる人たちだけが地域にいるのではない。そうではない人たちの方が圧倒的であり、私たちは精神障害者が使えるものだけを使って生きているわけではなく、圧倒的にはそうではないものを使って暮らしている。そうしたことを忘れてはいけない。
- ◇ 医療も地域生活支援の構成要素の1つだと思う。医療か福祉かという二分法はおしまいにして、人間が地域の中で安心して生きるということは一体どういうことなのか、そのことを中心にしながら、そしてだれもが参加してだれもが経験をした者から学んで、それを社会システムの中に生かしていけるような知恵と協働活動を推進するような、そういう施策展開にしたい。
- ◇ 実際の生活を見て、仕事、収入、住居、服用している薬、主治医等を確認し、どのような思いを持っているか、当事者にもっと直接聞いて歩く調査が必要。
- ◇ 生活がどう支えられているか、医療はもちろん、それと同時に地域で医療がどういうふう機能しているかということを含め、エビデンスに基づいて議論するのがこの種の検討会の基本だろうと思うので、注意深くデータ収集（全国的、地域的な調査等）をしていただきたい。
- ◇ 当事者、特に長期入院している当事者にニーズ調査を行うことには限界がある。いろいろな社会資源を提示しても、長期入院している当事者は、地域生活支援センター、福祉ホームなどが、どういうものかわからないままに調査をしても意味はない。
- ◇ まずきちんと情報を開示して、アンケートを取る人に強く説明した上でなければ、正確な調査結果が出ないと思う。

(1) 中高年層

- ◇ 地域で生活をしている当事者の方々が多様なニーズを持っている。そのサービスニーズをどのようにするかということは、当事者を含めて検討することが非常に重要ではないか。例えば退院の問題が具体的には議論されている。新しく入院した方と長期の入院の方、特に高齢者の方々の対応においては、在宅という形態になったときには違ってくるというのは当然。そのようなもろもろのものが多様なニーズとしてあるわけなので、当事者を含めて基本的に検討する必要がある。
- ◇ 高齢の精神障害者については、他的高齢者の施策とあわせた施策展開を行った方がいいの

ではないか。

- ◇ 高齢の当事者が入居するような施設は、福祉ホームのB型だと思う。しかし、今やっていることを利用して早急にできることがあるのではないかと考えられる。民間アパートを利用しながら訪問看護、ホームヘルパーを利用して地域で生活していくこともできるのではないか。
- ◇ 精神障害があつて、しかも高齢による障害を持っておられる方のような、両方の制度の谷間にあるような方への対策の充実が必要。
- ◇ 歴史的長期入院患者を、年齢という要素だけで老人福祉施設へと退院させていくのではなく、院内処遇であろうが、院外処遇であろうが、施設であろうが、その人の病態に合ったようサービスを提供していくべきではないか。
- ◇ 今の介護保険の高齢者施設でも、精神障害ないし精神的な問題を持つ高齢者が半数近く入所しているが、これは病院に入院されている高齢の患者がこれから退院をして、人生をどこで送られるか、その場合の1つの象徴的な姿ではないか。

(2)現役層

(3)未成年層

- ◇ 年を追うごとに若い方、それも未成年の方の施設利用が多くなっている。これは、精神科の敷居が低くなったことも大きく関係していると思う。若い方たちの大きな問題である思春期の問題と、病気になったという大きな問題をどう構築をしていけばいいかが大きなポイントである。
- ◇ 未成年層の場合、自分探しをしている世代に病気をしてしまって、ますます否定感情が大きくなる。自分自身が生きている価値があるかということの思い悩んでいた時期に病気があるという想像もできないしんどさの中で、どんなふうに自分の自己実現、アイデンティティを確立するかというところが一番力を注いでいかなければいけないところではないか。
- ◇ 未成年層では、お母さんへの支援とセットになった支援が重要である。生活の支援、医療のタイミングの支援の相談に乗るためには、お母さんと一緒に住んでいるということはほとんど在宅であるため、多職種によるそれに届ける支援が重要。

② 日中活動(就労・職業訓練、教育等)

(1)中高年層

- ◇ 高齢の精神障害者の中にも、福祉的就労などの活動を行っている者がおり、年齢区分を前提に議論すべきではないような場合もあることに留意すべきではないか。

(2)現役層

- ◇ 現役層の場合、役割を持ってもらう支援が重要であり、基本的にはそのことが就労支援に

つながるような、あるいは、その人なりの就労が支援されることが重要。

- ◇ 小規模作業所、地域作業所の数は非常に多くなってきており、それがいいか悪いかは別として、多くの患者、すなわち当事者あるいは家族が通っている施設になっている。
- ◇ 入院の方を社会へ戻そうということは大変結構だと思っているが、生活の場だけではなく、働くことについて、その後社会復帰してからどういうふうなことで働くことへの準備をしていくかということが非常に大事。施設の中にいるとかグループホームとかだけではなくて、働く面のことを十分考えていただきたい。
- ◇ 社会的訓練とかそういう訓練の場はあるが、それがなかなか就職に結びつかないので、その辺をつなげて働く場というのを展開していく必要がある。就労とそれに必要な就労の支援をきちんと位置づけて、そういう仕組みの中に出ていただくことが大事だと思う。
- ◇ 職親制度は2年間が限度。また、県の福祉センターが世話するのも1年間が限度。これはたとえ本人がそれを続けたくても、そういう制度になっており期限があるため、それを中止せざるを得ない。したがって自分で職を探すとか、または、今まで通っていた作業所に戻るといふ道しか残されない。
- ◇ 学校と違って作業所には卒業というものがない。ほとんど全員が落第でいつまでもいる。やめていくとか病院に逆戻りする原因の1つは、もちろん体調とか心の状態も関係してくると思うが、未来が見えないという若い人が多から、未来というものに対して夢や希望があるのだと思うが、それが窓として開かれていないという現実があるのではないか。
- ◇ 成人の場合、就労支援ということがとても大きな意味を持つ。ただ、この就労支援を支えていくのに、生活支援がないと成り立たない。何も生活支援がないところでずっと就労支援を行ってきたが、途中で崩れてしまう。それが生活支援という事業ができてから、就労が継続するようになったという体験を持っている、この生活支援と就労支援という大きな2つの縁の下の柱がないと、なかなか（当事者の）夢に向かって進んでいけない。
- ◇ 社会福祉法人桑友が実施した利用者アンケートによると、どんなところで働きたいかという問いでは、一番多いのは、商店街、住宅地等、みんなが働いている場所で働きたいというニーズが一番多かった。就労形態としては、一般事業所で働きたいが、就労の仕方としては、障害者の制度とか支援を使って働きたいという方が、工賃収入については、15万円から20万円ぐらいの金額を答えた方がそれぞれ多い。就職するために必要とするための支援でも、生活支援パートナーとかジョブコーチが欲しいとか、愚痴を聞いて欲しい等が多い。就職をする上での生活場面をどう支えてほしいですかという問いでは、金銭的援助、就労支援、悩み事相談ということが多い。
- ◇ 生活支援と就労支援は両皿天秤のようなところがあって、どちらかが重くなってしまうとガタンとなってしまふ。人によって違うので、そこはそれこそ当事者と一緒にやらなければいけないが、大きくまとめてしまうと、うまくバランスをとりながら、上皿が落ちないようにしていけば、みんなすごいなと教えてもらうことの方が多い。
- ◇ 障害者の雇用問題について、法的にはこういった形が望ましいと、こう言われているにも

かわらず、ここ5年ぐらいの間に雇用率がどんどん減っていく。それはやはり景気というものがあり、特に地方の自治体においては力が失われているような中で、かなり啓発活動をやっても、実際には雇用がどんどん減っていくという実態が見られる。従って、身体障害者・知的障害者に精神障害者ということになってきた場合に、果たして雇用率というものを確保できるのかという問題は非常に深刻にある。

◇ 健常者1人の働きに対して3人の障害者で補い合っていけば可能ではないかと考えられる。

(3) 未成年層

◇ 未成年層では、学校へ行きたいという思いを持っている方がとても多いのに、ここの支援がない。在学中に社会復帰施設を利用される方は本当に多く、幸いにも若い、学校を卒業したばかりのスタッフが多ければ、そういう人たちが家庭教師のような役割を担いながらその人たちと一緒にやっていけるが、ここのところがもう少し力を入れられないか。

◇ 未成年層では、就労体験、アルバイトの経験すらない方が多い。就労支援とか仲間づくり、就学支援とかいうところに時間を入れて、できるだけ早く、アパートだったり、グループホームだったり、自分で生活することを当事者の方と一緒に進めていければ、むしろ私たちがかわるよりも、ピアが一番生きるところが、この若い世代ではないか。ちょっと先輩が、自分もそうだったんだよ、でも、今はこうなんだよと言える安心感というのは、当事者が一番強いのではないか。特にクラブハウスもここでは大きな役割も果たしていくのではないか。

◇ どういうものをつくるかとか、何が足りないとか、そのことだけを話しても限界がある。社会の方が本当に閉じているのではないか。社会が閉じているものを開いていくという象徴的な存在の一つとして、例えば診断書を持って、一度学校を除籍になった人を復権する等を考えていく必要があるのではないか。

③ 介護等生活支援

◇ 中高年の方というのは、訪問介護あるいはホームヘルプなど、いわゆる在宅であり、箱ものとか、グループホーム、援護寮も増えていかなければいけないということはあるが、今後、劇的に地域支援を高めていくことを考えると、在宅を基本とすることを考えなければならない。

◇ 医者側と当事者側の意見が乖離している場合がある。医者側は、ホームヘルプをやってほしいとか、何をやってほしいと言う。しかし、入院している当事者にしてみれば、そんなことは全然してもらいたくないというようなこととか、援護寮とか福祉ホームについては全然わからないから、そういうニーズがない。また、デイケアは圧倒的に医者側が多く、入院している当事者の要望は少ない。

◇ 家庭に復帰させてあげたいと思うことは医者側に多いが、長期入院している人にとっては、家庭には帰りたくないという人がかなり多い。こういうことが現実に行っているわけであり、ニーズ調査の乖離している部分を、単にこれがニーズだと思うときには、よく慎重に分

析しないと、このニーズが多いからこれが必要だというようなことにはならない。もっと細かい分析が必要。

- ◇ 在宅のことを考えると、(各種医療、サービスを) 届けるシステムが今後論議になるのかなということが、中高年の場合、重要。
- ◇ 当事者たちは年々年老いていって地域生活ができる人は限られてくるし、地域生活している人でも、年いってきたらできなくなる人が出てくる。そういう人たちは、行きたくなくても、病院に行くより仕方がないのではないか。
- ◇ 介護保険に精神障害が入っていくならば、基準をきちんと決めていかないと、このままなら、精神障害は要介護度「1」ぐらいの人が大変多くなるのではないかと思う。
- ◇ 要介護度を認定する際に、精神障害というものをどれだけ、どのような要素を、どのように反映させるかが問題。痴呆高齢者もまさに精神障害高齢者だと思うので、そのような意味で、両制度間に、精神障害者支援と介護保険との間に議論をする場をしっかりと設けて対応すれば、今の1つの問題についての答えはおのずから出てくる。

④ 生活の場(住まい)

- ◇ 公的な保証人制度を本当に整備してほしい。一方で、東京などは公営住宅が結構空いており、ああいうところに身体の障害者の方たちと同様に、優先入居をつくってほしいというふうに再国土交通省に交渉をしておりますけれども、精神障害の人たちのいわゆるヘルパーだとか、そういう支援体制がきちんと整備できてないので、公営住宅に単身入居なんていうのはだめですと言われる。その理由は、精神障害に対するヘルパーなどのサービスが多分行き届いてないだろうと思われていることと、そういう人たちはイメージ的に使える人ではないというふうな決めつけがあるのではないか。
- ◇ 保証人をつくっていく取り組みや、あとアパートを探してもなかなかない。とても少ない年金等で生活していこうとして公営住宅などにチャレンジしたくても、そういうものには入れないという仕組みに今はなっており、国土交通省の人たちは、精神障害者のサポートがもっと厚くならなければ考えられないと言う。
- ◇ 公営住宅について、障害者に優先度を高めるような制度がつくられているが、知的障害者・身体障害者の場合はまだいいのですが、社会的に精神障害者という方々に対する考え方が熟していないという面があり、だれがその保証人のなり手が無い。それを今度は公的保証人をとるのであれば、その責任体制が明確でないと、単に公的保証人でうまくいかなかった場合に、自治体や首長の責任を追求するような状態になりかねない。保証の方法があるのか、これは地方自治体として真剣に考えなければならぬが、今のところ、なかなかそれを受け入れるような知恵というものが浮かんでこないというのが実態。
- ◇ 住居を借りるのに、精神障害者だと言うと断られてしまうので、難病を患っているというなどして、病気の名前を言って入居をしている人がたくさんいる。10年以上住んでいた人が、精神障害者の雑誌が配布されていたのを大家さんに見られ、部屋を出て行くよう求められた

ということを聞いたことがある。これらを見ると、公的保証人によって、退院させやすくしてほしいと思う。

- ◇ アパートを借りるとするのは非常に困難な状況。地域で生活する場合にそれをどうするかは大きな課題。
- ◇ 自立ということで考えれば、1人の生活が大事であり、例えばアパートを借りるにしても、公的保証人制度があればアパートを借りることができる。それが無いがゆえになかなか生活の場を確保できないことが大きな問題。
- ◇ 民間のアパートを借り上げるような制度があれば、単に施設を整備するよりも効率的ではないか。
- ◇ 現役層から未成年にかけては、精神症状の動きがあったりする世代であり、柔軟な支援が必要になる。また、そういうときの問題行動があると、住居を貸してくれない、外に出られないという問題がある。いわゆる保証人制度など、住居のことが非常に大きいと感じる。
- ◇ 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。
- ◇ JHC板橋では、クラブハウスが直接的に住居を運営するというのではなく、いくつかの不動産業者と連携を組み、協働しながら、クラブハウスが代替的な契約を実行することで、アパートや住居の確保に所属するクラブハウスと契約を結ぶということで住居確保に貢献をしている。

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いう副作用があつて、どういう効果があつてという、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を感じる。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。
- ◇ ケアマネジメントの結果として、訪問型のサービス、あるいは距離を置いた見守りのサービスを構築し、それがかなり濃厚なサービス体制として組み立てられれば、それをACTと称するか、PCTと称するかは問題ではない。

3 マネジメントの在り方

- ◇ 障害者基礎年金、通院医療費の補助、居宅生活支援3事業、精神障害者保健福祉手帳など、そのサービスを受けるころをなかなか自分で言い出せない、手を挙げられない現実があるのではないか。
- ◇ 当事者のニーズを受け止める上において、ケアマネジメントの仕組みが制度化されていないことが一番大きな問題ではないか。
- ◇ ケアマネジメントの財政的な担保が1つもない、あれだけ苦労して議論して、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いければ、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いということがわからないと思う。
- ◇ 就労のところを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

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。

- ◇ 退院するときに一番大きな問題が、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。
- ◇ 介護保険を使えば精神のケアマネジメントもある程度土俵化されるのかもしれないが問題点は多いと思う。
- ◇ 本来、広い意味でのケアマネジメントということ言えば、別々の資源、別々の制度をいわば当事者のところで組み合わせる。だから、行政は1つにならなくていいのではないか。1つの制度に入れてしまうと、どうしても、例えば支援費制度で障害者が作業所に通えないというような話になってしまうので、制度は別であるけれども、ケアマネージャー、当事者とケアマネージャーとが一致協力し合って、いろんな別々な制度を組み合わせるといことの方がいいのではないか。

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。

- ◇ 就労のときに現制度が十分効果を奏しないというのは、ジョブコーチだけで仕事を成功させようということに無理があるので、ケアマネジメントの体制の中で、生活全体を側面から支えるという役割をケアマネージャーが果たす必要があるのではないか。

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退院した方が生活されているかということをちゃんと見せたり、あるいはイメージ化したりということで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に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わからない。

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

いとは思いますが、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いっていない。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ことで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。
- ◇ 退院促進事業について、各県が成果を上げていて、行政の費用が投じられていて効果を上げているのも多々あるが、当事者の方たちが自ら精神病院に出向いて退院促進をやっている地域がある。非常に重度の方たちに、当事者の方たちが付き添って外出したり、時間を過ごしたりするということが社会化を図っている。