

5 各種サービス・各実施主体の機能と将来の在り方

- ◇ 本当に統合を目指すならば、身体も知的も精神も障害者福祉ということでは一緒に統合の道を探っていくてほしい。
- ◇ 地域生活支援の在り方について、どういう形で普及するモデルをつくっていくかということから考えると、今まであまりにも医療サイドに偏っていた仕組みをどうやって福祉と一体となった総合的な仕組みを地域につくっていくかということが一番基本だと思う。
- ◇ 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いう感じがする。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いう感じがする。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、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。
- ◇ 既存の施設などは、多少効率的ではところもあるのだろうが、大きく見直す必要はないのではないか。
- ◇ ニーズがあるところにはそれなりのものを投入すると、随分それなりの成果が出てくるのではないか。
- ◇ 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てみたり、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。
- ◇ 働く場合には企業にとって役に立つ人というのが1つ。それから、地域で暮らすとなったら、近所に受け入れられる人に当事者もならなければならないと思う。そのための支援を専門家がすればいい。
- ◇ オランダの介護保険制度における権利擁護システムにしても、中心にあるのが患者さん自身の権利擁護。様々な評価をする真ん中に体験者、本人を入れていく、そういう権利擁護のシステムをつくらなければいけない。
- ◇ 身体障害、知的障害に比べ、やはり精神障害の場合は、障害者手帳に付随するサービスが少ないように思えるが、手帳によるサービスの充実を図るべきではないか。そのために

は、サービス拡充に向けて、写真貼付等の問題点を解決すべきではないか。

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)

- ◇ 社会復帰施設で70%の方が入所型のところに入り、30%が精神病院へ戻っているが、こういった点を再検討した上で、医療との分担というものを明確にしながら、利用者の視点を取り入れていくような政策をつくっていただきたい。
- ◇ 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。
- ◇ クラブハウス内の仕事には、ボランティアシップとして相互に支援し合うというところから、報酬が支払われないが、過渡的雇用や一般雇用に支援をするというところで、現実の具体的な企業の中で働いて報酬を得る仕組みを持っている。
- ◇ JHC板橋のクラブハウスは独自の理事組織によって運営をされるが、この組織には、不動産業者やまたは商工店主など、様々な市民の業界の方々が参加し協働する。
- ◇ クラブハウスの過渡的雇用は、最もクラブハウスが重視するところであり、フルタイムで働くことに自信のないメンバーに、「実際に職場で生産的に働いて自信を取り戻していく機会」として、ピンチヒッター制で、他のメンバーやスタッフに代行してもらいながら、ジョブコーチを利用しつつ、自分の都合に合わせて働くことを可能としている。
- ◇ 点であるクラブハウスのような取組を線のようにして、面にしていくというのは大変難しいことである。
- ◇ 施設やサービスの将来の在り方を考えるときに、入口と出口のところだけを見据えて、いわば地域の中で当事者がどういう流れでもってこれからやっていくのかという見方よりも、現時点で施設を利用している方々のニーズを考える必要があると思う。
- ◇ 「福祉的就労」という言葉があるが、本来、雇用か就業か、生活支援か、これはやっぱりはっきりすべき。雇用の問題で言えば、基本的に障害者雇用促進法で精神障害者の雇用がきちんと義務づけられてないということ、それと同時にジョブコーチなども含めて、そういういわば旧来の労働施策の中でどこまで広げていけるのかということとが大きな問題だと思う。
- ◇ 介護保険の議論が出た場合、65歳以上の高齢者の介護保険では就労支援という概念は多分出てこないと思うが、障害者のところでは作業所や通学などについてのガイドヘルパーが利用できないなどの矛盾が出てくるのではないか。
- ◇ 就労支援の話だと、クラブハウスモデル、エンパワメントモデルの支援モデルを、今の授産施設とか小規模作業所にでも導入するだけで随分変わってくるのではないかという気がす

る。今のいわゆる段階的なりハビリテーションモデルだとか、箱もので自己完結的にやろうということ自体に無理があるのではないか。授産施設などで、最後までそこで就労支援をやろうとするから、とても企業に行けないのであって、そこである程度クラブハウスのエンパワメントモデルでやれば、自信なりが回復してきて、今度そこを企業という場、過渡的雇用を使ってもいいし、ジョブコーチを始めから使って雇用支援に持っていくという個別の雇用支援でもいいし、そういう移行型の支援をそこに組み合わせていくことでうまくいくのではないか。

- ◇ 多分施設外授産もうまく活用すれば、過渡的雇用になると思うし、就業生活支援センターも、まだまだ精神の扱いは非常に少ないが、もっと増やしていかなければいけないし、ジョブコーチも大事だと思うが、そういうことでかなり質的なものを変えていくだけで随分違うのではないか。
- ◇ 例えば就業生活支援センターは3障害対象で、14年度で36カ所ぐらいあると思うが、精神障害のことを支援している就業生活支援センターというのは2カ所程度。これ以外のところはほとんど精神障害は対応しきれてないというか、あまり対応したくないみたいなところがすごくある。3障害といっても、政策的に、例えば精神保健福祉士を一人配置するなど、何かそういう影響を与えなければ、精神障害だけ取り残されてしまうという懸念がある。

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っていくことができる。
- ◇ 病院の敷地の中に本来あった建物を転用しながら、その建物を使って福祉ホームB型にしていくようなことは、多様な主体の参入というようなことで、これは社会福祉法の中で認めているので、誰が運営主体になろうとも問題ではない。そのサービスをどのように運営して、どのようなコンセプトを崩さずに持つていくのかということ監視するとか、評価する体制のことを議論すべき。印象で物事を言っても、町の中での行動はできない。
- ◇ 海外でも、精神保健研究所の周囲は城下町になっているし、大きな州立病院の周りは、精神保健福祉活動の多様なプログラムが開発されているという城下町になっている。そこで新しいプログラムが生まれたり、それを地域に移植するだとかという流れがあってもいいのではないか。
- ◇ 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、もっともって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、住宅地の中での生活を生活の場では大事にしたい。

- ◇ 病棟を住まいへ転換するというのはあり得ないと思う。幾ら内装を変えたところで、そこは病棟であり、敷地の中であっても同じようなもの。泊まり込みの機能を持たせたリハビリテーション施設としての転換だったら、多いにあり得ると思う。
- ◇ 敷地内のリハビリテーション施設に住むことが適切なのか、地域の中のグループホームに住むのが適切なのか、あるいは民間の賃貸アパートに住むことが適切なのか、そしてそういう生活を支えるためにどのようなサービスを利用するのがいいのか、また、どんなバックアップ体制が必要なのかなどということは、ケアマネジメントによるアセスメントがきちんとされているということが大前提。
- ◇ 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、民間が設置して市町村が指定をするという形をとっており、いくつもの市町村からの指定を受けるような状況にある。何らかの形でグループホームの利用ができる市町村が 37.1%という状況であり、まだ多くの市町村は、市民からグループホームの利用希望が出たときに対応できない。
- ◇ 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。
- ◇ グループホームや当事者の単身入居で、大家、あるいは付近の住民から言われることは、何かあったときにどこへ連絡すればいいんだ、ということ。24 時間どこへ電話すればいいんだと、本人からもこの声が挙がってくる。このバックアップ体制の構築が安心できる体制ということにつながっていく。
- ◇ バックアップ組織が弱いことがグループホームの良さでもあるが、このバックアップ組織を義務化することが必要なことだと思う。
- ◇ 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

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。
- ◇ 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こと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。
- ◇ グループホームの入居者は高齢者が多く、様々な介護が必要になってくる場面も多々あるが、そのような場合にその管理人だけではとても対応ができない。そうすると、グループホームであってもホームヘルプ等を利用できるようなサービスの拡大が求められるのではないか。
- ◇ 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、ともにやることで、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。
- ◇ まず公営住宅をグループホームとして活用する方法を考えるべき。
- ◇ 川崎市の単独事業ということで、公的保証人制度というのを 2000 年からやっている。ただ、現時点で、百何人の方がこの制度を利用しているが、障害者で使っているのは、実際4年間で 20 人強なので、決定的な施策にはならない。
- ◇ 単身で生活する可能性が実際あるので、公営住宅への単身を含む施策を、優先枠を拡大するという考えにぜひ進むべきではないか。もう一つはグループホームなどの住居、保護的なシェルターの施策が必要。

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やっ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。
- ◇ 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考える。
- ◇ 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。
- ◇ 精神障害を持つ人々が自立した一人の市民として、社会で人生をつくっていくのを支援することと、その権利擁護を中心に行う精神障害のピアサポート活動の充実を図っていくべき。また、生活上の悩みでも、自分も同じ経験をした、特に精神障害を持ったために挫折した体験の苦しみがわかり、受け止めることは精神障害を持つ者でないとできないので、ピアカウンセリング、相談活動に精神障害を持つ本人でなければできないのではないかな。
- ◇ 精神障害者のピアサポートに当たっては、精神障害者でない人や専門家に対して、どのような役割を求めるのかを明示すべきではないか。
- ◇ 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な。

◇ 精神障害を持つ人々へのピアヘルパーは、今後ますます重要になるのではないか。

⑤ 国・都道府県・市町村の役割

◇ 福祉や医療は国が基本的には責任を持つべき分野であり、行政改革の一番向かない部分ではないか。

◇ 20年後の日本のことを考えると、並んでいる2軒に1軒は要介護者が出てくるという想定が成り立っている。将来を考えると、介護保険と支援費の統合に関しての問題というのは、我々国民がよく知らなければならないことではないか。家族が求めているのは、単なる金銭ではなく、勇気を与えてくれる施策である。行政当局としての厚生労働省が、国民に対して、もっと普及啓発を行い、メディアもこれを公平に伝えるような方向に進むべきである。

◇ 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かが重要。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。

◇ 精神の関係でも地域生活支援ということを国の体制できちんと目標づけた上で、都道府県、市町村というものの役割を明確にしていくことが一番の基本ではないか。

- ◇ 単に精神障害者保健福祉施策を地方自治体に丸投げしても、地方交付税も含めた現在の財政状況では、十分な施策が展開できないのではないかと。関係者が理論武装をし、厚生労働省をバックアップして財源が確保できるよう努めていくべきではないかと。

⑥ これらを担う人材の在り方

- ◇ 専門家の協力はもちろんではあるが、やはり家族が治療への協力者ということで重要な位置を占めている。
- ◇ 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と。

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。
- ◇ 昭和 30 年代からの措置入院の激減により、かなりの予算的な合理化ができたはずではないかと。それが、精神障害者に還元されていないのではないかと。
- ◇ 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を考えると、医療と福祉の配分の転換がされていかないと無理。
- ◇ 社会福祉施設をみても、運営費に、施設整備費について、毎年削減されている状況の中で、どのように解決していくかということも、厚労省への非難だけではなく、関係者の課題としても受け止めていく必要があるのではないか。
- ◇ 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。
- ◇ 病気は誰でもかかるし、入院することもあるが、普通の状態はまちの中で暮らすということではないか。ゆえに、退院して暮らしができるような部分にもっと財源を配分すべきではないか。それから、やはり長期入院や若いときに入院してしまい社会生活にいろいろな知恵やスキルを持っていない人たちへの支援にもっと財源を配分すべきではないか。
- ◇ 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を言って、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。
- ◇ ピアカウンセリングの教育研修などのピアサポート活動に対して、予算配分を充実させていくべき。
- ◇ 安易な、あるいは現在の介護保険の枠組みに単に吸収合併するというような方向では問題の解決にはならないが、十分な議論を尽くした上で、介護保険と支援費の統合はできる限り早くに、しかし整合性のあるものとして統合すべきではないか。
- ◇ 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う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ところ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。