

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会について

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会開催要綱

1. 趣旨

社会保障審議会障害者部会精神障害分会が平成14年12月19日に公表した報告書「今後の精神保健医療福祉施策について」においては、「入院医療主体から地域における保健・医療・福祉を中心としたあり方へ転換する」という基本的な考え方にに基づき、具体的な施策の進め方を提言している。

同報告書では、地域精神保健福祉のあり方について、入院患者の社会復帰や、地域における生活を支援するための施設やサービス等の整備が十分進んでいないこと等を踏まえ、在宅福祉サービスの充実、地域保健及び多様な相談体制の確保、社会復帰施設の充実等の課題について、検討を進める必要があるとしているところである。

このため、有識者等からなる検討会において、これらの課題について検討を行う。

2. 検討課題

- 1) 精神障害者に対する地域生活支援の現状について
- 2) 必要なサービスの種類・量について
- 3) 今後必要となる取組について 等

3. 座長

検討会に座長を置くものとする。座長は、構成員の中から互選により選出するものとする。

4. 会議

- 1) 検討会は座長が必要に応じて招集する。
- 2) 検討会は必要に応じて小委員会を開催して検討を行うことができる。

5. 参考人

座長は、必要に応じて意見を聴取するため、参考人を招へいすることができる。

6. その他

- 1) 当検討会は原則として公開とする。
- 2) 当検討会の事務局は障害保健福祉部精神保健福祉課が行う。

精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会

構 成 員 名 簿

- 板 山 賢 治 社会福祉法人浴風会理事長
伊 藤 雅 治 社団法人全国社会保険協会連合会理事長
上 森 得 男 厚木市家族会「フレッシュ厚木」理事
大 谷 強 関西学院大学経済学部教授
尾 崎 眞 弓 第2すみれ共同作業所指導員
加 藤 真 規 子 NPOこらーる・たいとう代表
金 子 鮎 子 全国精神保健職親会連合会副会長
木 村 真 理 子 日本女子大学人間社会学部社会福祉学科教授
倉 知 延 章 東京福祉大学助教授
香 野 英 勇 社団法人やどかりの里理事
佐 藤 進 埼玉県立大学保健福祉学部社会福祉学科教授
末 安 民 生 慶應義塾大学看護医療学部助教授
社団法人日本精神科看護技術協会常任理事
- ◎ 高 橋 清 久 国立精神・神経センター名誉総長
財団法人精神・神経科学振興財団理事長
- 高 橋 紘 士 立教大学コミュニティー福祉学部教授
谷 野 亮 爾 社団法人日本精神科病院協会常務理事
鶴 見 隆 彦 社団法人日本作業療法士協会常務理事
寺 田 一 郎 社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協会副会長
寺 谷 隆 子 日本社会事業大学社会福祉学部教授
西 島 英 利 社団法人日本医師会常任理事
光 武 顕 佐世保市長
村 田 明 子 社団法人日本看護協会東北地区理事
山 中 朋 子 青森県健康福祉部長

(敬称略、50音順、◎は座長、○は副座長)

「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

別紙参照

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

地域生活支援の基本的方向性

(厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」より抜粋)

○ 基本的方向と重点施策

社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書において示された「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向を押し進めていくために、精神障害者が可能な限り地域において生活することができるよう、必要な保健医療福祉サービスの資源を確保し、適切に配分していく必要がある。そのための重点施策として、次の事項について優先的に取り組む。

1. 普及啓発

(略)

2. 精神医療改革

ア. 精神病床の機能強化について

(略)

イ. 地域ケアの充実について

地域生活への移行及び地域生活を支える地域ケアを行う体制整備を進める。また、緊急時に24時間対応できる救急体制を整える。この際、身近な地域で適切な精神科医療が受けられるよう精神科診療所も活用する。さらに、地域ケアの充実を図るため、診療報酬上の評価のあり方についても検討する。

- ① 地域医療及び各種生活支援を含めた包括的地域生活支援プログラム (ACT 事業) のモデル事業の実施を検討
- ② 精神科救急医療体制の全国的整備
- ③ 精神科訪問看護の充実

ウ. 精神病床数について

(略)

3. 地域生活の支援

ア. 住居について

地域における居住先の確保を支援する。

- ① 公営住宅、民間住宅における精神障害者の入居支援策の検討
- ② グループホーム及び福祉ホーム等の充実の検討
 - ・ 新障害者プランの着実な実行を図り、必要に応じ見直しも検討

- ・ 付加的サービスの提供を含めた質の向上
- ③ 居宅生活を支援するホームヘルプサービス等の充実の検討

イ. 雇用について

精神障害者の雇用支援を進めるとともに、雇用の機会を増やしていく。

- ① 採用後精神障害者、短時間労働精神障害者も含めた納付金制度に基づく助成金の効果的な活用
- ② 障害者就業・生活支援センターによる相談支援機能の充実
- ③ 障害者雇用促進法における雇用率の検討

ウ. 気軽な相談機関や仲間・生き甲斐づくりについて

地域の相談支援機関の充実及び当事者同士の相談活動等を通じた支えあいの場を設ける。

- ① 地域生活支援センターにおいて個々の精神障害者のための各種地域支援サービスプログラムの提供等の機能充実を検討
- ② ピアサポート（当事者自身による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援

上記の住居、雇用等地域における生活の場の確保、地域ケア、在宅福祉サービス、相談事業等地域生活を支える多様なプログラムを、個々の当事者の意向を踏まえつつ総合的に調整する仕組みを検討。

なお、平成15年度からは「退院促進支援事業」（地域生活支援センターを拠点とし、個々の入院患者の地域生活移行に必要な各種サービスプログラムを作成）を実施することとしている。

4. 「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策

上記各施策の推進と併せ、「受け入れ条件が整えば退院可能」な者の早期退院、社会復帰の実現を図る。このため、「退院促進支援事業」の全国への拡充を検討する。退院後の受け皿については、新障害者プランを着実に実施し、グループホーム、福祉ホーム、生活訓練施設を確保するとともに、在宅生活者についてはホームヘルプサービス等の充実による支援を行う。これにより入院患者の減少が促進されることにあわせ、精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。なお、これらについては、現在実施中の精神障害者ニーズ調査の結果及び今後の退院の状況を踏まえて必要に応じ見直しも検討する。精神病床の機能分化と地域精神医療及び福祉の確保、病院と地域との中間的な機能を有する社会復帰施設の体系的整備の検討など、社会復帰促進策を計画的に進めることとする。

5. 具体的検討の進め方について

(略)

「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」

第1回検討会における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ったはず。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たのではないか。
- ◆ 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ったが、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。

2 ライフサイクル等に応じた地域生活支援の在り方

- ◆ 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と思う。
- ◆ 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。
- ◆ 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のではなく、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に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。

① 日中活動（就労・職業訓練、教育等）

- ◆ 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、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。

- ◆ 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。
- ◆ 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う道しか残されない。

② 介護等生活支援

③ 生活の場（住まい）

- ◆ 保証人をつくっていく取り組みや、あとアパート探しもなかなかない。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。
- ◆ 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。それがな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。

④ 医療との関わり

- ◆ 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。

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。

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ それぞれ持っている生活問題をとらえるのとらえ方と、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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ 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、リハビリという概念（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。
- ◆ 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。

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

- ◆ 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。
- ◆ 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など

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。

- ◆ 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。
- ◆ 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。

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。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

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。

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）
- ◆ 5類型の社会復帰施設、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。

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)

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。

⑤ 国・都道府県・市町村の役割

- ◆ 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。

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つて、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つて、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。

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の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。
- ◆ 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人あ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。
- ◆ 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。