

資料 高次脳機能障害者の現状と課題

特定非営利活動法人日本脳外傷友の会 理事長

日本障害者協議会 副代表

東川 悦子

★日本脳外傷友の会は、2000年に結成された団体で、結成当時は主に交通事故や労災事故で、脳に重大な損傷を受け、外見からは障害が見えにくい、記憶力や注意力が悪くなって日常生活に困難をきたしている「高次脳機能障害」の当事者と家族の会です。

現在では、脳血管障害、脳腫瘍、低酸素脳症等による後遺症を持つ方も入会している全国41団体の連合体として活動しています。

2001年から日本障害者協議会(JD)に加盟し、先輩諸団体の活動に学びながら、わが国の障害者福祉施策の改善に取り組んでいます。

ご承知のように日本障害者協議会は1980年、国際障害者年推進協議会発起人会を契機に発展的に結成された団体で、今年ちょうど設立30周年を迎え、64団体が加盟している協議会です。私 東川は、日本障害者協議会の副代表も務めていますので、本福祉部会名簿には2つの所属団体名を掲載していただいています。

★高次脳機能障害支援普及事業と障害者自立支援法

平成18年、多くの障害者団体の反対にもかかわらず、障害者自立支援法が成立しました。その法文には高次脳機能障害が支援の対象として明記されませんでした。10月施行令で、器質性精神障害としての高次脳機能障害支援普及事業

が明記されました。

現在、国立障害者リハビリテーションセンターでは、高次脳機能障害支援普及事業として、「全国連絡協議会」及び「支援コーディネーター全国会議」の開催（年2回）、並びに厚生労働科学研究費による事業としての「高次脳機能障害者の地域生活支援の推進に関する研究」における地方ブロック毎の協議会の開催、高次脳機能障害支援拠点機関支援コーディネーターの人材育成事業がそれぞれ年2回行われています。

高次脳機能障害支援拠点機関は、平成22年度にはようやく全都道府県に設置される見込みとなりました。

しかし、その予算は地域格差が激しく、全くのゼロ予算の県もあり、広報活動さえままならないところもあります。支援コーディネーターも非常勤職員が電話による相談に応じているだけというところもあります。

自治体が使える予算は総額440億円の障害者地域生活支援事業の国の予算からのいわばパイの分捕り合戦ですから、知名度の低い高次脳機能障害者への支援事業は、身体障害、知的障害、精神障害などの支援サービスに回ってしまい、サービス事業者も少ないために地域で暮らす高次脳機能障害者が使えるサービスはほとんどないという現実です。

障害者自立支援法による障害程度区分についても、ADLが自立し、判定項目に該当しない高次脳機能障害者は、生活に困難があるにもかかわらず除外されてしまうため、ますますその存在が知られないことになってしまいます。

2009年に当会が実施した高次脳機能障害者生活実態調査では在宅サービスを何も利用していないという回答が61%に上っています。

一般就労は、復職者を含めて16.8%、福祉的就労が19.4%、何もしていないと答えている人が19.3%です。

つまり在宅で引きこもっている人が、約5人に一人いるということになります。

★子どもの脳損傷問題

活動を重ねていく間に私たちは様々な問題に直面しました。中でも、子ども時代に交通事故などを受けたにも関わらず、その後身体的には損傷なく回復したために、健常者として成人し、復学・進学、就労した人、発達障害児として処遇された人、統合失調症として病院に入院している人たちの中に、「脳損傷による高次脳機能障害者」が存在していたのです。

また、現在においても事故や病気で脳に後遺症を持つ子どもたちが学校に戻った時に、周囲の理解のない扱いのために苦境に陥っている事実を知らされました。

いじめに遭って登校拒否になったり、学力低下で親も本人も悩んでいたりと、進学に困難を抱えているにもかかわらず、教育現場では高次脳機能障害という言葉すら全く知られていません。各地の会がセミナーなどを実施しても教員などの参加者はほとんどありません。その突破口を何とか開きたいと思い、2008年「子供の脳損傷を考えるシンポジウム」を横浜で開催しました。

モデル事業でこの問題に着目した支援を実施していた千葉県リハビリテーションセンターや、「ハイリハキッズ」の活動を実践指導しておられる支援者たち、「後天性脳損傷を考えるアトムの会」などの協力を得て実施しましたが、北海道や広島などからの参加者もあり、大きな反響を呼びました。しかし、問題提起とはなったものの、この時に文部科学省を訪れて協力を要請したにもかかわらず、文部科学省には専門官もいなし、発達障害にしか注目していませんから全く無関心状態でした。

2010年2月26日に行われた全国拠点機関連絡協議会でも多くの地方代表が

ら子どもの問題に着手すべきとの発言がされました。

4月5日当会の全国代表者が「文部科学省」を訪問し、中川正春副大臣、特別支援教育調査官等と、初めての懇談を行いました。

設立10周年を迎える記念の年に「小児高次脳機能障害への取り組み」をテーマとし、児童・生徒の復学支援、就学支援がより良い環境の中で行われるよう、医療・教育の連携、教員研修の実施を要望しました。

また、クラブ活動での事故による死亡や、後遺症児・生徒の被害者組織も活動を開始しています。虐待児童の問題も報道が後を絶ちません。今後は、これらの関係者とも連携して、障害の早期発見、改善に努めたいと計画していきます。

すべての児童生徒が等しく教育を受ける権利を保障され、地域社会において育まれる環境の整備が急務です。

★介護者亡き後の問題

家族の高齢化により、いわゆる親亡き後問題は、すべての障害にとって共通の課題ですが、特に24時間の在宅介護にかかわる遷延性意識障害の介護者、また、見守り介護を要する高次脳機能障害者にとっては深刻な問題となっています。

国土交通省自動車交通局保障課では被害者家族の強い要望を受けて「親亡き後問題検討会」を設け、Webサイトを立ち上げています。

<http://www.support-jibai.jp/index.html>

モデル事業として調査した宮城県と神奈川県の施設状況などの情報が掲載されていますが、重度障害者の療護施設は、どこも入所希望の待機者でいっぱいの現状ですから、介護者亡き後の問題解決には程遠い状況です。

「地域移行」は先ず、「地域サービスの充実」なくしては実行できません。

ケアホーム、グループホームの増設、訪問看護、在宅診療医療体制の整備に十分な予算を確保してください。

また、同時に事故の被害者が多い当会の会員には、保険会社からの高額賠償金の支払い条件に成年後見制度の利用の義務が課せられる場合が多いのですが、選挙権の剥奪が課せられる現在の成年後見制度は障害者の社会参加、参政権を犯すものであり、保険会社がそのような条件を課すことは障害者の権利条約に違反し、差別にもつながります。

成年後見法学会でも今後の制度改善を図っておられますので、障害者の権利擁護のために使えるツールとなる改善を図っていきたいものと思います。

親亡き後では遅すぎるのです。親がいるうちに現状の改善を図る運動がまさに求められています。

★個別法と総合福祉法に期待するもの

障がい者制度改革推進会議が設置され、障害の定義、所得保障など重要な基本問題が障害当事者の参画によって議論されている現状に大きな期待を抱いています。

一方で、現状の支援サービスの早期改善が必要だとする声も多く、高次脳機能障害関連団体の中でも最も多数を占める脳卒中友の会・支援団体である脳卒中協会の方々は、議員立法としての「脳卒中基本法」の制定を目指して行動を開始されました。

また、重度重複の脳損傷者の方々は現在行われている高次脳機能障害支援普及事業の対象になっていませんので、「脳損傷支援法」の制定を目指しているとも聞きます。

日本脳外傷友の会の中にも「高次脳機能障害支援法」の制定をめざすべきであ

るという声も、会設立当初から根強くあります。法文としての明記がされていないために社会的認知が進まない不利益がある。器質性精神障害とは違う、知的障害でもない、認知症でもない、高次脳機能障害としての特化した支援サービスが必要だとする声は実態調査の結果からも約2割の方々から上がっています。

現在、行われている高次脳機能障害支援普及事業の先が見えないため 今が大事な瀬戸際ともいえますが、「すべての支援の必要な人々に必要な支援を」という総合福祉法のめざす方向が実現できるように、社会保障政策の根本問題の改善を強く要望いたします。

2006年2月9日

社会保障審議会障害者部会 意見書
精神医療サバイバー 広田和子

1. 所得保障について

自立支援法は、自己決定の法律であると思います。自己決定を生み出す源である所得保障を確立することが、本当の自立支援であると考えます。

所得保障とは、まず本人が、所得を生み出せること。それが不足した時に制度によって国及び地方自治体が、補う施策が重要不可欠です。

2. 就労について

精神障害者の層は、社会の中で拡大し増加しています。職域を問わず発病し職場復帰しています。しかし、完全復帰は難しく、フレックスタイムの導入や短時間労働など幅広い勤務体系が求められています。このような勤務体系に加えて精神障害者が、働くには、例えば、3人で一日勤めるとか、複数で勤めるなどいろいろな方法が考えられます。

ジョブコーチも良い制度ですが、コーチの資質も問われています。現行の就労制度の機能を高める見直しが必要です。

精神障害者が雇用率の対象となり、発病した人が、職場の中でカミングアウトする日も近いでしょう。その時に発病した人を救済すると共に精神障害者の就労が、拡大されるように企業などへの働きかけを積極的に進めてほしいと思います。

また、この期を逃さず早急に雇用率の引き上げを図ってください。

3. インフォームドコンセントについて

自立支援医療により1割負担となり、実際にかかる自分の治療費がいくらになるのか分からないで不安に思っている患者が大勢います。医師はこれを期に徹底した本人に分かりやすいインフォームドコンセントを行ってください。

4. 住居について

7万2千人の退院促進と言われながら、その成果は一向に見えてきません。社会的入院者を含めた誰もが、地域の中で安心して暮らせる住居施策は重要不可欠です。

例えば、長年の課題であった公営住宅への単身入居ができるようになりましたが、まだ様々な条件があります。一般の民間アパートを借りるよりハードルが高いのは、おかしいと思います。入居条件があるなら自ら施策化し、そのサービスを公営住居に入っていない人にも使えるようにすべきです。

私は、横浜市精神障害者住み替え住宅制度を使って借家住まいですが、何の条件もありません。それが住みやすいシンプルなスタイルだと思います。国土交通省に条件をはずす

よう働きかけて欲しいと希望します。

新体系のグループホーム・ケアホーム・福祉ホームの居住支援サービスの論議の中に病院の敷地内か外かという考え方がありますが、入院患者が、退院したと実感できるような所が、大事です。是非病院関係者には、入院患者の持つ可能性を信じて、外に出してしていただきたいと思います。

横浜市は、「民間住宅あんしん入居制度」を作り保証人のいない人を公的にカバーしています。全国的に地域に応じた制度ができることを望みます。

5. 教育と啓発について

私見ですが、昨今はやりの精神障害者がスポーツ大会をやって啓発するという事は、もはや時代遅れだと思います。そのような補助金が将来出せるのならば、もっと他に使うべき課題は山積みになっています。

多くの大学に講義にいき、「精神障害者を怖いと思う人」と質問するとほとんど手が上がります。理由は、事件報道のとき精神科の入通院歴を出しているからです。マスコミ報道が偏見を生み出しています。

6. 社会資源について

身近な社会資源としての、小規模作業所が現行の形態が活かされるような施策であって欲しいと思います。現行の地域生活支援センターの活動内容を継続できるようにしてください。仲間達の中には、ピアサポートセンターの制度化を望む人がいます。

私自身は、現在週1回2時間のホームヘルパー制度を利用していますが、長年の咳が取れ人間らしい生活ができるようになりました。こうしたマンパワーも重要な社会資源です。

7. 精神科救急について

全国的に救急車を利用する普通の救急システム(ソフト救急)が、整備されていません。社会的入院者が、地域で安心して暮らせるためにも、また誰もが何時精神疾患を発症しないとも限りません、すべての住民のために早急にソフト救急の実現を求めます。

救急にかかる前に受診している人は、訪問看護を使ったり、短期入院をしたり、ショートステイを利用して予防したほうが良いと思います。ちなみに私は、疲れすぎて思考が停止すると何も考えなくてもご飯が出てくる短期入院をしています。

8. 生活の質(QOL)について

3障害共通の手帳にして同じサービスをとるという声は、患者仲間からも関係者からも沢山上がっていますが、確かに他障害と同じようなサービスも必要なものもありますが、私は精神障害者の特性に合ったサービスが必要だと思っています。

例えば、私は現在骨折のリハビリと介護予防でスポーツジムに通っていますが、サバイ

バー活動しているということで会費が割引になっています。グループになじめない人が、一人でカラオケに行くとか、バッテングセンターに行くとか、ゴルフの打ちっぱなしに行くとか、ピアグループや施設に関わっていない精神障害者が圧倒的に多いのだから、お金のない人が、身近で気軽に使える手帳の割引がきくサービスが必要だと思います。

例えば私の仲間は、退院時に主治医から地域生活支援センターとホームヘルパーを利用するように言われましたが、地域生活支援センターよりドトールコーヒーの方が良いと言って毎日楽しくお店に通っています。

9. 自己改革について

精神障害者本人、家族、医療関係者、福祉関係者、行政関係者の持っている内なる偏見を自己改革する教育が必要だと、地域に住んでいて実感しています。

10. 都道府県レベルの社会参加推進事業継続について

現在国は、都道府県と折半で社会参加推進事業を委託しています。私が所属する神奈川の患者会でも、県から委託を受けて「ピアカウンセリング事業」を行っています。市町村の時代ではありますが、全国的にみてこの社会参加推進事業を委託されている患者会の仲間たちも、都道府県レベルでの委託の継続を希望しています。是非打ち切ることがないようにしてください。患者会活動を担うのには、時間がかかります。

11. 当事者参画について

当事者の時代と言われながら、まだまだ専門家やボランティアや家族が代弁する機会が多いのですが、国及び地方自治体の関係するあらゆる審議会や委員会などに当事者の参画や発言を求めます。

私は、平成13年12月19日から社会保障審議会障害者部会臨時委員を担って今日に至っていますが、評価は、後世の人々にお任せして、それまで誰が入っても潰されてしまうからと関係者や精神科医が反対していましたので、国レベルで初めての参画となりましたが、つくづく当事者性を持って参画することが、重要だと認識しました。

これからも私を含めて誰もが、安心して発言できるように絶えず業界に向かって言論の自由の保障を訴えていきたいと思っています。

平成21年11月26日
精神医療サバイバー
広田和子

厚生労働省ヒアリング

I はじめに

II 民主党政権に望むこと（今しかできない）

- ①
 - 社会的入院の解放
 - 精神科病床削減
 - 精神科特例廃止
 - 国民の精神科医療にするための他科並みの診療報酬に値上げ

② 24時間安心して利用できる精神科医療の確立

③ 住宅施策

④ 所得保障

III 障害者自立支援法改正案・障害者自立支援法廃止後について

○ピアの可能性（いろいろなピア）

○超党派での議論を

もう施設には帰らない

総合福祉法（仮称）の検討にあたっての意見書

障害のある人と援助者でつくる日本グループホーム学会

代表 室津 滋 樹

この意見書では、グループホーム・ケアホームを意味するものを、「グループホーム等」と記載します。

総合福祉法（仮称）の検討にあたって、今、必要なことは、自立支援法の何を継承し、何を変えなければならないのかという議論です。

私たちは自立支援法の「安心して暮らすことのできる地域社会の実現」という目的は、いささかも後退させてはならないと考えています。また、23年度までに、受入条件が整えば退院可能な精神科病院入院患者を7万人から2万人に、入所施設入所者を15万人から14万人に、計6万人の入所入院からの地域移行を進め、そのうち3万人がグループホーム等・ケアホームに、3万人が福祉ホーム・一般住宅等へという「施設から地域へ」という流れを後退させてはならないと考えています。

また、総合福祉法（仮称）の検討期間においても自立支援法は現状のままで据え置くのではなく、総合福祉法（仮称）の検討が進めつつ、一方で、自立支援法の修正をする必要があるところについては、利用する立場にたって法改正も含め修正をおこなうべきであると考えます。

1. 法の目的について

戦後60年間の障害者福祉の中で、自立という概念は様々に変化してきました。過去は「就労すること」が自立であるとし、経済的自立が自立であるとされてきた時代もあれば、「日常生活動作ができること」が自立であるとし、たとえば歩けない人は歩けるようになることを至上目的とし、人生の大半を訓練に費やしていた時代がありました。そして就労できない者、日常生活動作に援助が必要な者は社会の片隅に追いやられてきたのです。

しかし、国際障害者年をきっかけとして、それまでの自立という考え方が変わってきたのです。ねばり強い障害者自身の運動や、ノーマライゼーションという理念が普及する中で、重い障害をもつ人たちも含めた自立という概念、つまり「障害の種別や程度にかかわらず、障害者自身が自分で自分の暮らし方、生き方を決めること」が確立してきたのではないのでしょうか。

平成14年12月に決定された障害者基本計画や平成15年にスタートした支援費制度はこのような理念に基づいたものだとして理解しています。

しかし、一方で、自立支援法の中には、「地域におけるノーマルな暮らし」や「自立の概念」といった根幹にかかわることがあいまいなところがあると思います。

定員20人のものがグループホーム等として認められていたり、同じ敷地の中に何棟でもグループホーム等を作れる制度であったり、入居者が地域の一員として地域の人たちとともに

自然に交わりながら生活を送るという点から考えれば、障害者の暮らしの場が地域の中で特異なものになってしまう状況を整理できていないと思います。

また、障害者の自立という考え方についても、自立支援法に記載されている「有する能力を活用し」という言葉からは、「自分でできることは自分で」「自分がやりたい仕事ではなく、自分ができる仕事を」と読み取れますし、「自立した日常生活」からは他人に迷惑をかけないように身辺自立を目標にしないといわれているように感じてしまいますし、「自立した社会生活」からは経済的自立をしないといわれているように感じてしまいます。

総合福祉法（仮称）の検討にあたって、ノーマライゼーションの理念に則って自立という概念を見直し、地域の中で障害のある人たちがノーマルな生活ができるようにという観点から、制度内容を見直し、再整備をしていくべきであろうと考えます。

2. 入所施設および病院からの地域移行の推進

障害保健福祉関係主管課長会議資料（2008年3月5日）によれば、地域生活移行した人は2005年10月からの2年間で6.7%なのに対し、施設入所者数は0.3%の減少にとどまっています。つまり、退所者が増えても、その分新たな入所者が入っているということであり、入所施設利用者は入れ替わりつつもほとんど減少はしていません。

精神障害者地域移行支援特別対策事業では、退院支援を担う地域体制整備コーディネーター・地域移行推進員が配置されて成果を挙げています。同様の施策として、入所施設に属さない立場で地域生活移行支援コーディネーターを配置し、それが入所施設と連携して地域生活移行待機者の把握を行うと共に、地域生活移行への助言・計画策定・生活の組み立て・利用調整を担えるような体制づくりが必要だと考えます。

また、入所を希望している人たちの中には、適切な情報提供と相談支援がないために入所施設への希望を出している人も多いと思われます。親元などで生活している人に対しても相談支援を充実し、体験入居制度をより使いやすいものとするなど、将来の生活を準備するためのしくみを整えることで、グループホーム等の暮らしをはじめることができる人たちもかなり多いと思われるます。施設に入所している人の地域移行だけではなく、入所施設を経由しなくてもいいしくみを整える必要があると考えます。

3. 共同生活援助(グループホーム)・共同生活介護(ケアホーム)という制度名について

共同生活介護、共同生活援助は個々の入居者の障害程度区分に基づいて判断されるものであることから、共同生活介護、共同生活援助を分ける必要はないと思われます。両方合わせて、共同生活援助（グループホーム）という制度名で統一すべきです。

4. グループホームは「地域の中にあるもの」「小規模な暮らしの場であること」

地域の中でノーマルな暮らしを送るためには、グループホーム等は「地域の中にある」「小規模な暮らしの場」であることが原則であると考えます。自立支援法がスタートする時に、それまでの制度の再編により、通勤寮や援護寮等が整理され、グループホーム等に一本化された経過があります。定員が2～20人(知事が認めた場合には30人まで可)となったことで、グループホーム等は小規模な暮らしの場であるという原則が失われ、グループホーム等の大規模化が進んでいます。

また、同じ敷地の中にあるいは同じマンションの中に10人規模のものを2ユニット、3ユニットと増やしていくタイプのものや、一つ一つは小規模でも、同じ敷地内に何棟も建物を建てて、障害者がかたまって生活しているようなところも出てきております。

平成元年、厚生省児童家庭局障害福祉課監修の「グループホームの設置・運営ハンドブック」には、グループホームに供する建物(住宅)について、次のような記載があります。「グループホームとして使用する住宅は、原則として一般住宅地内に位置し、その外観は一般の住宅と異なることのないよう配慮されていなければなりません。また、住宅に、特別の目立つ看板や表札等をつけることは好ましくありません。さらに、数箇所のグループホームがかたまるようなことは避けるべきです。」

グループホーム等という名のミニ施設にならないように、グループホーム制度スタート時の理念を守るべきです。

また、地域の人たちとの自然な交わりのない施設や病院の敷地内にある地域移行型ホームは、ノーマルな暮らしの場とは言えません。人里離れた人の目の行き届かないところにグループホーム等を作るべきではないと考えます。

5. 共同生活介護・共同生活援助の内容について

常勤換算

自立支援法で常勤換算という考え方が導入され、援助者を非常勤化することで援助者の必要数を確保する事態が進んでいます。

非常勤者中心に組み立てられた援助体制は、当面の援助体制は確保できるものの、非常勤という不安定な勤務形態のため入れ替わりが激しく、経験のある援助者の確保がむずかしくなり、そのために援助者の育成ができない状況に陥り、援助の質の低下を招いています。

常勤換算方式では、援助を積み重ねていく力が失われます。様々な困難を抱えた人たちに対応できる質の高い援助を求めるためには、常勤職員を配置できる体制が必要です。

不安定な雇用形態の援助者が多くなってしまう体制では長期にわたって援助を担う人材を育てることが困難であると考えます。数を満たすだけでなく、質も一定程度満たせる体制を確保できる方法が必要です。

日額制

グループホーム等の報酬額がどうあるべきかについては、根本的な見直しが必要であると考えます。

日額制という考え方は、日々の生活に対応した考え方で、いない日には援助がおこなわれないから報酬を支払う必要がないということになります。

日額制が障害のある人にとって、たとえば昼間の通所先を複数にすることができるなど、選択の幅を増やしてきたことは一定の評価をするものですが、グループホーム等における援助を考えた場合、一人の人が複数のグループホーム等を利用するということはありませんし、日中活動のように定員を越えた利用者確保しておくこともできません。また、グループホーム等はホテルのように、その日の援助だけを行っているではありません。

グループホーム等では、一時的な入院などにより入居者がいなくても、食事の提供をはじめサービスを提供できる体制は維持し続けています。入居者の将来を見通した準備や、人生という長いスパンを念頭において関係をつくり、伴走者的に寄り添い、支えることが支援である暮らしの場に、日払いの仕組みはなじみません。

また、入院時には病院から付き添いを求められることも多く、入院生活に必要な身の回り品の買い物や洗濯、病院との入院中の処遇の折衝などが必要になります。また環境が変わってしまうことのとまどい、入院生活への不安、同室の患者さんとのトラブルや病院スタッフとのトラブル等への対応が必要になることもあります。病院で付き添いつつ、グループホーム等を維持することになるにもかかわらず、給付は減少してしまいます。

特に、精神科病院の入院については、病院との連絡、定期的な面会、入院中の家族との連絡調整、退院に向けての調整等の対応があれば、本人の症状の落ち着きも早く、グループホーム等での暮らしの再開が楽になります。

グループホーム等の運営が厳しい状態に追い込まれてしまうことで入院中にグループホーム等を退居することになると、退院しても居住の場がなく、新たな社会的入院を生み出しかねません。入退院を繰り返す人の入居が困難な仕組みで本当に退院は促進できるのでしょうか。

そもそもグループホーム等の利用とは何なののでしょうか？ グループホーム等の建物の中にいることが利用なののでしょうか？ あるいは病院内であろうと、外泊先であろうと必要な生活援助を行うことが利用なののでしょうか？ グループホーム等は建物にくっついた援助のことを言うのでしょうか、入居者にくっついた援助のことを言うのでしょうか。

報酬額のバランス

自立支援法では入所施設を日中と夜間に分け、日中の活動を入所者が選べるようになりました。昼夜あわせた入所施設の金額から日中活動に必要な額を差し引いて、残りを夜間の額とした組み立てをおこなっています。その結果、日中活動の報酬額に比べて、夜間の額は少ないというアンバランスな状況を産み出してしまいました。

特にグループホーム等は、深夜を含む夜間の仕事であること、日曜祭日を問わず入居者がいる日には援助者を置く必要があることから、本来、昼間の仕事よりも報酬額は高く設定される必要があります。また、夜間の支援が多く必要な場合の夜間支援に対する報酬額

もきちんと人が置けるようにする必要があります。

労働基準法を遵守した勤務が可能なように、グループホーム等の基本的な仕事の性格にあわせてその額を組み立て直す必要があります。

6. 入居者への支援

2005年にグループホーム学会が実施した調査によると、生活保護基準以下の生活をしている入居者は約6割となっています。

グループホーム等入居者も含めた障害者の所得保障を行わなければならないと考えていますが、当面の課題を解消するために現行法を改正して、入居者へのグループホーム等の利用に伴い必要となる費用の支援(家賃助成等)を創設すべきです。

7. サービス利用計画に基づいた援助量の決定を

入浴時にどの程度の援助が必要かということは障害程度区分に現れますが、その人が汗を多くかき、毎日お風呂に入るのか、入浴すると疲れてしまうので1日おきに入るのかは障害程度区分ではわかりません。実際の生活でどの程度の援助を必要とするかは、「障害程度」だけではなく、生活環境や、その人の暮らし方などによって大きく変わります。ホームヘルプサービスなどは障害程度区分以外の勘案事項を加味して個別に支給決定する必要があるとしているのに、グループホーム等については、障害程度区分により報酬額、人員配置や夜間支援体制の必要性を決めていることに大きな問題があります。

グループホーム等における援助についても、相談事業の充実をはかり、サービス利用計画に基づいた援助量の決定ができるように整備していく必要があります。

8. 消防法、建築基準法、自立支援法、三法共通の位置づけを！！

グループホームは障害者が地域で暮らすための住居です。

私たちは、これまで、グループホーム等が普通の暮らしの場であることを目指して取り組んできました。小規模な普通の暮らしを作る努力をしてきた結果、一般の戸建住宅を使用したグループホーム等が全国にたくさんあります。

消防法では、平成21年4月より施行令改正に伴いグループホーム・ケアホームは「社会福祉施設」として位置付けられることとなりました。普通の住まいであることを目指して取り組んできたことと無関係に、「社会福祉施設」として取り扱うことはグループホーム等のあり方を歪めてしまいます。これまで地域の中の住宅として違和感なく存在したグループホーム等が「地域の中にある社会福祉施設」となり、マンションの中の住宅として存在したグループホーム等が「マンションの中にある社会福祉施設」となってしまいました。

この用途の違いから、消防法上でも様々な問題が起きています。このままでは、地域の中で障害のある人たちが普通に暮らせる場を作ろうと努力してきたことも水泡に帰してしまう事態になるのではないかと懸念しているところです。

さらに、消防法で「社会福祉施設」と位置づけられたことに端を発して、建築基準法の用途が問題となっています。障害者のグループホーム等の建築基準法上の用途については自治体ごとに定めることとなっており、自治体によっては小規模でもグループホーム等は「寄宿舍・共同住宅」として取扱うところがあります。このことは、障害者のグループホーム等は、戸建住宅を使ったものが7割を越えているという実態ともかい離しており、小規模な普通の暮らしを大切な理念として考え、積極的に戸建住宅を使ってきたこれまでの経過とも相反する状況となっています。

障害のある人たちのグループホーム等をつくる時には、その人たちが生活しやすい建物の形態が選べることが必要であり、戸建住宅が認められなくなることは大変大きな問題です。

「住宅」か「寄宿舍・共同住宅」かは規模によって分類し、小規模なものについては、建築基準法でも消防法でも「住宅」として位置づけ、その上で住宅の安全性を高め、火災から入居者を守るための方策を検討することが必要であると考えます。

精神障害者への差別と閉じ込めの法律を辞めさせましょう

医療観察法をご存知ですか__

Q 1 精神障害者は、犯罪を犯しやすいの？

A 1 法務省の犯罪白書を見ると、検挙人員に占める「精神障害者およびその疑いのある者」の割合はこの数年だいたい0.6～0.8%で、精神障害者の人口比約2.4%と比べて、むしろ低いといえるね。精神障害があるからといって、犯罪を犯しやすいわけじゃないんだ。

でも、マスコミで「容疑者は精神科に入院歴・通院歴がある」と報道されると、事件には関係なくても、精神障害が原因で事件を起こしたと思いついてしまうことが多いんじゃないかな。

Q 2 でも、精神障害者だったら、犯罪を犯して逮捕されても無罪放免って聞くけど、それって不平等じゃないの？

A 2 例えば、2006年版の犯罪白書では、検挙されたうちの「精神障害者およびその疑いのある者」が約2400人いるけど、「心神喪失・心神耗弱」を理由として、起訴されなかったり、無罪になったりした人は約800人だけ。無罪になっても、措置入院などの強制入院になってしまう人たちもいる。そうすると、あらかじめ期間が決まってないから、いつ退院できるわからない状態になってしまうんだ。その一方で、2007年中に新しく刑務所に入るようになった人たちの中で、精神障害のある人が約1400人もいるんだ。

つまり、実際には、精神障害者だったら無罪放免ってことじゃないんだ。ちなみに、精神障害の有無に関係なく、起訴率は約4割で、多くの方は逮捕されても裁判を受けずに終わっているんだよ。

Q 3 医療観察法って、どういう法律なの？

A 3 医療観察法は、殺人、放火、強姦・強制わいせつ、強盗、傷害にあたる行為をして、「心神喪失・心神耗弱」と判断されて起訴されなかったり、無罪判決や執行猶予判決を受けて実際には刑務所に行かない精神障害者に対して、「同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するため」に、裁判官1人と精神科医1人の2人で、特別な病院（指定医療機関）への入院や通院を強制するかどうかを決めるというものなんだ。

すでに「医療保護入院」や「措置入院」といった強制入院の制度があるのに、更にこのような法律が作られたので、精神障害者はますます危険視され、社会からの隔離を強化されていると言えるよね。

Q 4 ちゃんと裁判を受けられるんだったら、問題ないんじゃないの？

A 4 医療観察法の裁判は、証人尋問の権利とか、刑事裁判と比べてかなりいい加減な手続きなんだ。だから、厳密に証拠で立証しなくても事件を起こしたことにされてしまう可能性があるんだよ。しかも、刑務所なら無期刑以外は期間が決まっているのに、この法律の入院は期間が決まっていない。さらに、法律が変わる前の事件で裁判を受けさせられるとか、刑事裁判が終わったのに同じ事件でもう一度裁判を受けさせられるとか、近代刑法の原則からすれば許されないような制度になっている。それも、精神障害者だけがそういう目に合わされるとしたら、憲法や国連で決まっている障害者権利条約に違反しているよね。

Q 5 また事件を起こしそうな危ない人は、どこか遠くにずっと入れておいたり、監視しておいた方がいいんじゃないの？

A 5 「また事件を起こしそうな危ない人」っていうのを、どうやって、だれが決めるんだい？

医療観察法が審議されているときにも、精神科医たちは再犯予測なんてできないと言って反対したんだ。不確実な将来のことを予測しようとしたら、間違っ
て「危ない人」というレッテルを貼られる人が必ず出てきてしまうけど、そうやって間違っ
て閉じ込められたり監視されたりした人の人生の被害については、補償する制度がないんだよ。障害のあるなしにかかわらず、自分が間違われ
ないという保障はあると思うかい？

Q 6 手厚い治療を受けられるんだからいいんじゃないの？

A 6 現に、この法律の対象者にされ、強制的に入院や通院させられたうちの約1%、12人も
の人が自ら命を絶ってしまっている。このような現状を招いている治療が、果たして、
本人にとっての「手厚い治療」といえるのかどうか、疑問だよな。

治療というのは、本来は自分の意思で、自分の選んだ治療者の元で、地域や家族との生活の延長線上で受けられるべきものだよね。信頼する主治医が近くの病院にいるのに、むりやり遠く離れた別の病院で治療を受けさせられるのは、ちっ
とも望ましいことじゃない。

しかも、二重フェンスと監視カメラなどで、地域からは厳重に隔離されている。それは、本来あるべき地域生活中心の医療からは逆行していることなんだ。

さらに、この法律では、鑑定入院病院→指定入院病院→指定通院医療機関→地元の医療機関というように、治療を担当する医療機関がころころと変わることになってしまって、治療を継続するという点でもマイナスだと思うよ。

Q7 じゃあ、医療観察法をなくせばそれでいいの？

A7 日本の精神科病床は約35万床、病床実数でも人口比でも世界一の病床数。これは、日本人に精神病患者が多いとか、精神病院がたくさんあって充実しているとかいうことではなくって、諸外国が治療の場を入院中心から地域中心に変わっていったのに、日本には精神科病院優遇政策があって、逆に入院中心になってしまっているということなんだ。そして精神科病院は経営維持のために入院患者を積極的に受け入れなければやっていけない状況にある。

受け皿さえあれば退院できる状態なのに入院したままの人が、7万人とか10万人とか言われてる（社会的入院）。しかも、そういう社会的入院の人も含めて、入院患者の約半分が、外から鍵をかけられた病棟に閉じこめられている。これは、精神科はほかの科に比べて医師や看護師などのスタッフの人数が少なくてもよいことになっているからなんだ。人手の少ない分を「鍵」でカバーしている。とても異常なことだと思わないかい？

他方で、地域で安心して暮らすために必要な福祉のサービスはとても少なく、予算も少ない。

医療観察法をなくすだけじゃなくて、こういう精神科医療・福祉制度の貧困を変えていくことがまずは大切なんじゃないかな。

共同声明

私たちは医療観察法の廃止を求めます

2008年11月24日

心神喪失者等医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク

心神喪失者等医療観察法をなくす会

国立武蔵病院（精神） 強制・隔離入院施設問題を考える会

NPO 大阪精神医療人権センター

医療観察法が施行されて3年を経過しましたが、予想されたようにさまざまな問題が起こっています。この法律は、医療と社会復帰を目指すものだとの装いのもとに、精神障害者を危険なものに見なして、隔離し、その地域生活を妨げています。そればかりでなく著しい人権侵害を引き起こしています。医療観察法は既に破綻しています。部分的「手直し」ではその基本的欠陥を正すことはできません。

私たちは、6つの理由から、医療観察法を廃止し、精神障害者への誤った隔離的・差別的政策を根本から改めることを求めます。

① 医療観察法は、精神障害者への偏見や差別に基づいて制定されたものであり、その存続は偏見や差別をさらに助長しています。

② 医療観察法は、医療と社会復帰の名の下で、実際には、誰にも予測できない「再犯のおそれ」を理由に対象者を収容し、管理し続けています。

③ 法制定時には対象者に対して手厚い医療を提供するとされていましたが、実際には貧しい水準の既存の精神科病院に対象者が収容される事態となっています。ここに至って医療観察法は実質的に破綻していると言わざるを得ません。

④ 保健医療福祉サービスを「鑑定入院」「入院処遇」「通院処遇」と時間的、空間的にぶつ切りにしても対象者を保安的管理の下に留め置こうとする医療観察法は、医療の継続性を破壊し、患者と医療福祉スタッフとの信頼関係の成立を妨げています。

⑤ 医療観察法制定後、「車の両輪」とされた精神保健医療福祉改革はおざなりにされ、医療観察法は、「閉じ込め」中心の貧しい精神医療を改革するどころか、金食い虫として精神医療・地域福祉を破壊しています。

⑥ 医療観察法は、日本国憲法、近代刑法の原則、障害者権利条約などに抵触しています。法の解釈・運用や条文修正によってこれを解消することは不可能です。

心神喪失者等医療観察法をなくす会

〒113-0033 東京都文京区本郷 3-18-11 TYビル 302

東京アドヴォカシー法律事務所気付

E-MAIL: reboot2010-owner@yahogroups.jp