

- ◇ 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ころがあり、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って、どういう効果があってという、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

- ◇ 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

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い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。
- ◇ 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った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、これが一歩前進する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住居して生活されているかということ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によって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で違ってくる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か思えるかもわからない。

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とを、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いたので、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、よくなっている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だではないか。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る、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ところで社会化を図っている。

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ってほしい。
- ◇ 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。

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リハビリテーションモデルとか、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るうとするから、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っ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、住宅地の中でということ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り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は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。