

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、バッティ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）の検討は進めつつ、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、自分でできる仕事を」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い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でしょう？ グループホーム等の建物の中にいることが利用なのでしょう？ 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でしょう？ 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いように、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。

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@yahoomgroups.jp

精神障害者の支援・介助とは？

私たちの求める支援・介助

目次

はじめに	2
I 精神障害者にも介助・支援が必要これはなかなか理解 してもらえません	4
II 精神障害者にも介助や支援は必要です どうしてでし ょうか?	6
III 私たち精神障害者の求める支援とは	12
IV 私たちはこんな風にヘルパー制度を使っています	19
付録	25

はじめに

なんでも、自ら人体実験。自分で使ってみないことには何が必要で何が役に立つのかわからないので、私は精神保健福祉法下では公務員ヘルパーをまた障害者自立支援法になってからも、事業所を通して家事援助と移動介助を使ってきました。

障害者自立支援法は、それまでの支援費制度がその対象を身体障害者・知的障害者のみとしたのに対して、新たに精神障害者も対象として介護を使えるようにしました。三障害統合がうたい文句です。

しかしながら、この障害者自立支援法の制定の過程でもその後においても政府は精神障害者団体の意見を聞くことはなく、介護制度のみをとってもなんとも使いにくい不合理な制度となっています。とりわけ資格さえあれば、誰でも交代できる支援・介助だ、という家事援助は私たちの求める介助・支援には程遠いものです。例えば待機して御用聞きしてくれるサービスが必要な人や場合もありますが、こうしたものは障害者自立支援法にはありません。また見守りが必要な場合、人もいますが、見守りや待機は精神障害者には認められていません。

私は07年11月から利用者2名というささやかな移動介助のみの事業所絆社を中野区で始めました。志としては、地域の水先案内人事業というつもりで始めたのではありますが（付録1参照）、実際は私どもの志は行政には受け入れられず、非常に不十分な移動介助

事業となっています。

精神障害者にはそもそも介助や支援がいるのか、いるとしたらどういう介助なのかあるいは支援なのか、今障害者自立支援法見直しを迎え、根本的な問いかけが必要と感じています。

この小冊子はそうした議論のため、精神障害者の更なる声を集める種としたいと考えております。ご批判も含め多くの仲間の声が集まることを願っております。

さらに、障害者福祉に携わる行政の方、そして自立支援法見直しに向けた議論をしていこうとする立法府の方、日常的に介護派遣を行っている事業所の方、障害者福祉に関心のあるすべての方にご一読いただき、ご批判ご意見をいただければ何よりと存じます。

この小冊子は絆社の研修事業の一環として麒麟福祉財団よりご支援いただき発行することができました。ご支援に感謝いたします。

2008年3月吉日

絆社 代表

山本眞理

Ⅰ 精神障害者にも介助・支援が必要

これはなかなか理解してもらえません

介護制度を使おうとしても、

あるいは使っていても

こんなことをいわれます

自分でできるように
なることが大切
甘えてはいけません

介護など受けていたら
どんどん退化して
何もできなくなります

五体満足なのになぜ介護や支援がいるの？

利用者が寝ていたら、
まず起こすことがヘルパーの仕事

II 精神障害者にも介助や支援は必要です どうしてでしょうか？

精神障害と一言で言ってもできること、できないこと、ちょっと手伝ってもらえばできるようになること、それぞれ一人一人個別の違いが大きいし、個々人でも体調次第で波があり、できるときできないときの違いが大きい方もいます。

それでも一般的に言えることを以下に述べます。

抗精神病薬の服薬は体に負担をかけ、一般的には20キロから30キロの荷物を常に背負っているほどといわれています。

したがって、心臓に負担をかけ動いている状態であり、ゆっくりした動きしかできないことがあります。

重い荷物を持つことも体に負担をかけますし、家事や移動は薬を飲んでいない人よりはるかに大きな負担を体にかけています。

精神障害者は働くのが下手なのではなく 休むのが下手

体の音を聴くこと、疲れを感じるものが困難

例えばイメージとして下のようエネルギーを消費するとしたら、健常者は7割から8割くらいで「疲れた」と感じられ、休息します。

しかし精神障害者はとことん消費してエネルギー0になるまで働いてしまいます。

それゆえに、支援者は「そろそろ休んでは」という提案も必要となります。
もっともこれができるためには、長期間のお付き合いによる理解が必要に
なり、ヘルパー資格さえあれば誰でもできるという支援とはいえません。

コミュニケーションの困難さ 情報の入手および発信の困難さ

私たちはいわば外国に住んでいてその国の言葉が不自由な人というイメージ。あるいは初めての外国で生活を始める人というイメージ。長期に入院していた方はもちろん自宅で生活していても、社会的経験が少なかったり、孤立していたために、情報がなかったり、コミュニケーション能力が不足していたりします。長期に入院していた方は、自動改札や銀行のキャッシュカードの引きおとしなどにさえ戸惑います。

私の場合、一般論として自立支援法の問題点や精神医療の問題点について話すことは可能ですが、私自身が困っていること個人的なことを話そうとすると、余裕や技術がなく、通じないということがしばしばあります。たとえば自立支援法の申請その他役所、あるいは精神科受診の折など。

一方で多くの仲間が情報もなく放置されているのが現状です。福祉に関する情報でも多くの診療所にはソーシャルワーカーがおらずあるいはいても一人一人に手が回らない状態で、自立支援医療についても知らない、生活保護や年金についても知らない、生活保護受給中であっても、生活保護の移送費（生活保護受給者は医療機関への交通費が支給されます）についても知らないままに放置されている方がたくさんおられます。

Ⅲ 私たち精神障害者の求める支援とは

精神障害者の介助支援については、障害者自立支援法によって三障害統合と言われるものの、精神障害者特有の困難に関しての介護支援は制度化されているとはいえません。これから述べる私たちの求める支援の多くは現実には保障されていないものが多いのです。

しかし私たちが街で生き延びていくために必要な支援を一般적으로ご説明したいと思います。

体力の消耗をふせぎ養生できる環境整備のために 介助や支援が必要

荷物を持った精神障害者がいたらまず「お荷物お持ちしましょうか？」の声をかけを（人によっては他人に荷物を触られること自体に対する恐怖のある方もいますので、一声、声をかけを）

食事は養生の基本、一日一食でも栄養のバランスがよく合併症にも対応した食事の保障を。

養生のためには睡眠の確保、そのためには清潔な環境が必要 掃除や整理整頓の支援を。

方向感覚のなさのために電車を乗り過ごす、乗り違える、道に迷う、といったことにより移動自体で消耗してしまうことがあるので、そのために移動支援も必要です。

コミュニケーションのための支援と 本人の権利主張を支える支援を

日常のお付き合いの中で私たちの自己主張や表現を理解できるようになってください。付き合いの中で私たちの生活を知ってください。

支援は資格ではなくて相性。地域生活の水先案内人（付録1）。外国から来た人に情報提供をするつもりで。

福祉制度に関する情報提供を、そして権利追及のための支援を。福祉に関する情報のみならず、地域の安売り店や安い食堂その他地域の情報、ごみの分別方法など生きていくために必要な情報はたくさんあります。こうした情報を教えてください。

こうした活動すなわち、アドボケイト（権利擁護官）として活動できる関係を作り上げられるだけの体制作りが必要です。精神障害者の支援にはアドボケイトが職務として位置づけられる必要があります。時給いくらで誰にでも交代可能なヘルパーという制度には限界があります。

アドボケイトとは、代行行為ではなくて、私たちと一緒に動き、一緒に考え、一緒に情報を集め、私たちの自己決定、権利主張を支える支援です。

さらにそうした支援を獲得するための支援も必要です。

たとえば自立支援法によるヘルパー申請はとても複雑で、多くの仲間は申請そのものに援助が必要です。

あるいは委任状に基づく医療機関あるいは役所との交渉の同席（付録2） こうしたアドボケイト活動は現行の自立支援法の介護体制では保障されていません。

**安全保障感確保のため、
または日常生活の重荷を下ろせる場所
あるいはそばに待機をしてくれる人
代行してくれなくとも声をかけ、
動機付けをしてくれる人**

ただそばにいて何もせず、待機してくれる人、じっと話を聴いてくれる人、そうした支援が必要（現行の自立支援法の体系ではそうした支援はない）

孤立を癒すあるいは不安感を癒すため、安全保障感のある場所や日常生活の重荷を下ろすためにショートステイが必要

いつでも飛んできてくれる人、駆け込める場所が必要（これも現行の法制度では保障されていません）。あるいは電話による御用聞きのように、今日の体調は○あるいは×？ ×だったらお手伝いすることありますか？などというサービスも必要です。こういう介助の待機システムに財政的保障も必要です。

移動支援にしても、行った先での緊張感の軽減や安全保障観確保のためにそばにつき添ってくれる人が必要ですが、これは現行の移動支援では保障されておらず、往復の移動以外支給されません。また自宅での執筆やインターネットでの活動を見守りしてくれる支援も必要です。自治体によってはこうした活動支援も保障しているところもあります。

絆社 支援者募集中

ヘルパー資格、看護師・保健師
資格が必要です。

詳しいことはお電話ください

080-1036-3685

IV 私たちはこんな風に ヘルパー制度を使っています

それでは実際にヘルパー制度を遣っている仲間の声を聴いてみましょう。

実際にどんな場面で使っているのか、そしてどういう利点があったかあるいはどのような改善が必要かなど、利用者の声を拾ってみました。

ガイドヘルプ(移動介護)について

石井真由美

どのように利用しているか

買い物や社会参加のため、移動介護を月40時間利用しています。

利用して良かったこと

- ① 電車やバスなど、乗り物恐怖（パニック障害）があるため、今まで行けなかった場や、参加できずにいた集まりが多くあったが、ガイドヘルプを利用してから、行動範囲が少し広がり、仲間との繋がりも増えてきた。
- ② 方向音痴（もともと方向感覚が弱い、精神疾患のため更にひどくなってしまった）のため、現地への往復のガイドを頼めることで、道に迷ったり、電車の乗り換えや、進行方向を間違えることがなくなり、精神的にも体力的にもストレスが和らぎ、疲労が軽減され助かっている。
- ③ 軽いうつで閉じこもりがちの時、ヘルパーさんの予約を入れることで良い刺激が与えられ、長期間、家から出られなくなるのが減ってきた。
- ④ 気力や体力が落ち込んでいることが常態なので、買い物はとても負担で困難だったが、支援を頼んでから、コンビニだけでなく、安い日用雑貨や食料品が買えるスーパーに行けるようになって経済的に助かる。
- ⑤ 私にとって、外出時が最も症状が多く出やすいので、ヘルパーさんがいるだけで、いくつかの症状は和らぎ、そのぶん出来ることが増えた。

利用して困ったこと

- ① ある時期、頼めるヘルパーさんが見つけれず困った。ヘルパーさんが減っていることをとても危惧しています。
 - ② ガイドヘルプを利用した当初は、どこまで自分の欲求や困ることを主張してよいのか分からず、ヘルパーさんに気遣いしすぎて疲れてしまうこともあった。
 - ③ ガイドヘルプを利用し、せっかく行動範囲や外出できる回数が増えたが、交通費を支払えないことで、結局行きたい場に行かれないこともありとても残念だ。
 - ④ ひどいウツの時は、外出することは無理なので、予約をキャンセルしてしまう。とても申し訳なく思い、ウツがひどくなることもあった。
 - ⑤ 誰でも相性というものがあるだろうが、精神障害者の特徴だろうか…私は特にヘルパーさんとの相性で、利用のしやすさ、しづらさが、が大きく変わってしまう。相性が悪いと、対人緊張や不信感が強まり、様々な誤解が生じやすくなってしまった。これは私にとっても、ヘルパーさんにとってもストレスフルになる感じがしました。
- ※ 精神の移動介護は、見守りをしてもらえない。症状が出ている時、そばに支援者がいてくれるだけで、どんなに助かるか説明しきれない。なぜ、精神は見守りをしてもらえないのか不思議だ。私達は仲間とよく話す。しんどい時（症状が出ている時）、誰かそばにいてほしいと。誰かに見守られているだけで、出来ることが増えると。精神障害の支援で、見守りは欠かせないと思います。
- ※ ヘルパーさんの交通費の負担も何とかできないものか…。他障害と異なり、精神障害者には支援者の交通費無料化がなされていません

ヘルパー制度を利用して

関口明彦

どのように支援を使っているか

介護等給付として、ホームヘルパーを週1回、2時間使っている。

主に、室内の掃除とゴミの仕分けとゴミ出しで終わる。費用は、自立支援法に基づいて、銀行引き落としとなる。1割負担で、さらに減免があるのかどうかはチェックしてない。理由は費用の多寡にかかわらず、必要な支援だからだ。

その他に、個人的に必要に迫られた場合には、見守りの支援を仲間に頼むことがある。現行の自立支援法外の支援である。

私の場合は、原稿が書けないときの、見張り役である。締切等で切羽つまると、必要になる。

お礼は時に応じて、自費である。

支援を使ってよかったこと

ホームヘルパーがないと、生活が成り立たない。部屋がゴミだらけになり、室内環境が極度に悪化する。自分で日常的に片付ける気力があるなら、私のような精神障害者ではないと思う。

週1回でも、床が見えて、掃除機をかけていただけるので、暮らしていく上で不可欠になっている。人間らしい暮らしが維持できる。

シュリーマンが語学を勉強するときに、召使に見張らせたという。原稿を書くのを、見守ってもらうことは、時には必要不可欠である。自立支援法で手当されていないのは、残念だが、本人をよく知っている慣れた人でないと難しいので、インフォーマルなリソースにどのように社会が報いるのかは、今後の課題であろう。社会的な仕事をこなす事ができる。

支援を使って問題だと思って点、悪かった点、あるいはこういう支援体制が望ましいなど

ヘルパーについては、曜日・時間指定なので、柔軟に対応することが難しい。事業所の都合もあるので、無理も言えない。介護専門職の場合、都合で休むのも悪い気がする。単価が時間で測られるためである。もう少し包括的なサービスの在り方を考慮してもよいのではないか。

見守りについては、必要度もあるだろうが、支給認定自体が困難と思われる。ポイント制を導入して、個人により、必要なサービスを申請して使うということは、考えられるが、

私のヘルパー利用体験

山本真理

どのように利用しているか

家事援助については体調の悪いときにあわせということで月 30 時間支給決定がなされているが、実際には月 15 時間、毎週 2 日 1 回 1.5 時間、月 15 時間以上は使ったことはない。

移動支援については月 45 時間、もっとも体調が悪かったり、ヘルパーとの都合があわなかったり、待機時間が支給されないのですべて使いきることはあまりない。

支援を使ってよかった点

家事援助は主に買い物と掃除をお願いしているが、重い荷物を持ってエレベーターなし 3 階に上がるのはきついで、重い買い物をお願いしているのは助かっている。ほこりだらけの部屋で掃除ができない状態の中でア

アレルギー性の喘息になったりしていたが、それが解決し、生活のペースも作れるので、ありがたい。

足の踏み場もない状態になってしまいがちだが、ヘルパーさんに掃除してもらうために片づけをあらかじめするので、何とか片付いた状態で生活が成り立っている。移動介助も忘れ物や道に迷う心配がなくなりありがたい。

支援を使って苦勞する点、改善してほしい点

体調が悪く人が自宅に来ること自体がしんどかったり、入院したりすると、キャンセルせざるを得ないので、ヘルパーの所得保障が問題になり、そのあたりが気になってキャンセルすることが難しく、ヘルパーさんの来ること自体が苦痛となることがある

家事援助は1日上限2時間上限となっているので、しんどいときただそばにいてみまもってくれる支援が使えない。例えば支給決定内であれば目的も自由、一回の時間上限もなく使えるパーソナルアシスタント制となれば、もっと使いやすく、キャンセルも少なくてすむようになると思う。

移動についても屋外の移動のみで行った先の会合など、待っているときは支給されない、ということなので実際社会参加に使おうと考えても使えないことが多い。行った先でもつかえるようにアドボケイトを移動支援の中で位置づけてほしい。もちろん行った先での安全保障観の確保のためにも待機してもらうことが必要だし、疲れてしまって予定外に早めに帰ることもしばしばあり、往復のみの移動支援というのは非現実的。

これは通院等介護も同様で、医療機関での待ち時間や診察相談時間は支給されない。医療機関、行政、相談支援窓口でアドボケイトとして支援が使えるようにしてほしい。自分のことになると説明したり相手の説明を理解することが困難であり、行き違い誤解などで制度そのものが使えなかったり、通院そのものができないこともある。

付録 1

以下はこんな目的・形態で地域支援事業の移動介護事業所を始めたいという意味で書いた文書ですが、現在は制度上、ヘルパーは有資格者に限る、アドボケイトには使えないということで、この趣旨に沿った事業は絆社としてできていません。

街で暮らす知恵を身につけるために、 街の暮らしの水先案内人派遣事業

絆社 山本真理

1 精神障害者にとっての移動支援の必要性

- ・長期の入院あるいは若年での発病により、精神障害者の多くは社会的な経験を奪われている例が多い。経済的な困難はこれに拍車をかけている。
- ・障害ゆえに、人が怖い、電車の乗り継ぎや地理感覚の不安、といったことにより、狭い行動範囲、自宅と医療機関、せいぜい作業所や地域生活センターの往復、という仲間が多い
- ・情報を得るための行政窓口やサービス機関に行くことも困難な場合も多い
- ・さらに相談窓口で本人のアドボケイトとして立ち会う人間が必要である

2 精神障害者自身の運営による移動支援事業所の必要性

- ・同じ体験をした仲間ではかわからない、外出の困難性や相談支援を

受けることの困難性を共有した仲間同士の助け合いの発展形態として当事者運営の事業所が求められている

- ・またアドボケイトとして立ち会うためにも同じ立場からの発想、共有感覚が求められている
- ・ただし、守秘義務やプライバシー権の尊重といった最低限のマナーはお互いに身につけていく必要がある。そしてこのことをきちんと主張しあえる関係性を利用者と支援者の間で作り上げていくことを、調整していくためにも当事者運動の経験を生かした支援事業が必要。

3 支援に資格は要らない

- ・現在介護給付においてはヘルパー資格が求められているが、本来利用者本人が面接採用することで足りる問題であり、ヘルパー資格は不要である。百人いれば百様の障害のあり方については、本人しか教育できないそして実践の中でしか理解できない技術がある。
- ・資格より相性といえよう。
- ・映画なら任せて、安くてセンスのいい洋服探しなら任せて、などなど得意分野を生かしたガイド、あるいは調子のいいときは仲間の支援をしたい、調子の悪いときは支援を受けたい、など利用者と支援者が行き先やその時々で、入れ替わることが可能なためにも、資格は要らない、とも言える。

付録 2

強制医療体制下で自らの身を守るために

障害者権利条約は強制の廃絶を求めているが、現実に各国で強制収容及び強制医療制度を廃絶していくことはまだまだ道は遠く、今現在私たちは精神保健福祉法及び心神喪失者等医療観察法の下で、生き延びざるを得ない。

この状況下で家族がいないあるいは家族も強制に同意するという環境の中で、仲間が強制入院させられ、どこに入院したのかあるいは入院しても連絡が取れなくなってしまう場合がある。精神科病院において通信面会は基本的人権であり犯してはならない人権ではある。87年の法改正直後より今反動の時代で、堂々と家族以外面会できませんなどという主張をする精神科病院のないではないが、これは明らかに違法である。強制入院であろうと通信面会は自由が原則ではあるが、他科における面会謝絶と同様の「医療上の理由」により友人面会が拒否される場合がある。

そうした場合にはまず手紙を書くこと、ミニレター（簡易書簡 60 円、郵便局で売っている。葉書と違い、封をすることができそのまま発送できる）とボールペンを同封して手紙を書くことが有効だ。

さらに弁護士を選任やあるいは面会を求めていくために、以下の委任状を取っておくことが有効だ。立会人は必ずしも必要ではないが、裁判になったときには立会人をつけておけば、立会人が証言でき、意味がある。

信頼できる仲間にこの委任状を託しておく運動をこれから広げていきたい。また友人として診察に同行を頼まれた際も医師によっては拒否する場合があるので、同席を依頼する委任状も有効、さらに福祉要求の際も同席を拒否された場合にも有効である。以下は雛形。さらに付け加えたいこともあれば、追加して委任ができる。

委任状

私山本眞理は、私が精神科病院に強制入院あるいは他のかたちで身柄を拘束された場合には、私の代理人として以下のものを指名する。弁護士選任のため、あるいは憲法に定められた基本的人権を私が主張する際の援助のために、以下代理人及び代理人の指名したものに、私に代わり外部で行動することを委任する。

代理人

氏名 ○○○○

住所

立会人

氏名 ○○○

住所

山本眞理

住所

年月日

福祉権の追求についても、さまざまな困難があり、そもそも手続きのために家から出かけて役所におもむくこと事態が困難な場合もある。以下のような委任状あるいは、依頼事項を明白にした委任状により、アドボケイトの同席やあるいは代行を委任することも必要な場合があります。

委任状

私山本眞理は障害者自立支援法および生活保護法等の福祉権の追求について、私の主張を可能とするために、また行政との意思疎通を可能とするために以下のものを支援者として指名する。行政窓口との交渉において以下のものの同席を求める。また私山本眞理が役所に出向けないときは指定した行為について委任する

氏名 ○○

住所 ○○

山本眞理

住所

年月日

医療現場でのアドボケイトについては現状では患者の権利法制もなく法的アドボケイトの制度ありませんが、以下のような委任状による同席もまた必要ですし、可能です。

委任状

私山本眞理は〇〇クリニックの診察において、私の主張を可能とするために、医師との意思疎通を可能とするために以下のものを支援者として指名する。診察においては以下のものの同席を求める。

氏名 〇〇

住所 〇〇

山本眞理
住所

年月日

WNUSP20004年総会報告日本語版

A4判 48 ページ 500 円 (送料手数料込み 600 円)

お申し込みは絆社まで

内容

歓迎スピーチ ジュディ・チェンバレン(アメリカ)
ガーバ・ガンボ(ハンガリー)

基調報告 ムーサ・サリー(南アフリカ)

分科会報告

- 3 誰と共闘を組むか、どのように進むか？

 - 4 医学モデル：医学モデルの何が悪いのか？ どのようにして私たちは医療モデルのグローバル化にいかに対抗できるか？ 精神科治療薬から逃れるには？

 - 5 回復（リカバリー）：何が回復を助け、何が妨げとなるか？私たちは回復を目指した支援グループをどのようにつくるか？私たち自身をどのようにエンパワーすることができるか？

 - 8 精神医療における強制とは？どのようにして強制と戦うか？

 - 1 1 恥辱 -これが私の社会や文化で、精神的な調子がよくないことについて感じられることなのか？精神病というラベルはあなたをどのような気持ちにさせるのか？
- その他権利条約関連資料

WNUSP (世界精神医療ユーザー・サバイバーネットワーク)

障害者権利条約履行マニュアル好評発売中

WNUSP 障害者権利条約履行マニュアル邦訳を発行しました。

A4判 56ページ 定価 送料含め 1000円

条約の要約と何をなすべきか、各地の実践例オールタナティブの提起など盛りだくさんの内容です。

実践例としてはアメリカの既成の精神医療にかわる危機センター、ピアアドボカシー、インドの伝統的ヒーリングセンターの調査などが掲載されています。

お申し込みは絆社まで

なお墨字が読めない視覚障害者等には、電子データをお送りいたします。

墨字が読めない方は下記郵便振替口座に 1000円お振込みの上メールでお申し込みください。電子データをメールでお送りいたします。

アドレス nrk38816@nifty.com

郵便振替口座 00130-8-409131

口座名義 絆社ニュース発行所

英文原文は以下からワードファイルをダウンロードできます。

[http://nagano.dee.cc/WNUSP CRPD Manual.doc](http://nagano.dee.cc/WNUSP_CRPD_Manual.doc)

編集 絆社編集委員会

イラスト 西田淑子

発行 絆社

連絡先 〒164-0011

東京都中野区中央 2-39-3

電話 080-1036-3685

e-mail nrk38816@nifty.com

発行日 2009年3月20日

2009年6月15日 第2刷

カンパ 100円

基本合意文書

平成22年1月7日

障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と 国（厚生労働省）との基本合意文書

障害者自立支援法違憲訴訟の原告ら71名は、国（厚生労働省）による話し合い解決の呼びかけに応じ、これまで協議を重ねてきたが、今般、本訴訟を提起した目的・意義に照らし、国（厚生労働省）がその趣旨を理解し、今後の障害福祉施策を、障害のある当事者が社会の対等な一員として安心して暮らすことのできるものとするために最善を尽くすことを約束したため、次のとおり、国（厚生労働省）と本基本合意に至ったものである。

一 障害者自立支援法廃止の確約と新法の制定

国（厚生労働省）は、速やかに応益負担（定率負担）制度を廃止し、遅くとも平成25年8月までに、障害者自立支援法を廃止し新たな総合的な福祉法制を実施する。そこにおいては、障害福祉施策の充実は、憲法等に基づく障害者の基本的人権の行使を支援するものであることを基本とする。

二 障害者自立支援法制定の総括と反省

- 1 国（厚生労働省）は、憲法第13条、第14条、第25条、ノーマライゼーションの理念等に基づき、違憲訴訟を提訴した原告らの思いに共感し、これを真摯に受け止める。
- 2 国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を、立法過程において十分な実態調査の実施や、障害者の意見を十分に踏まえることなく、拙速に制度を施行するとともに、応益負担（定率負担）の導入等を行ったことにより、障害者、家族、関係者に対する多大な混乱と生活への悪影響を招き、障害者の人間としての尊厳を深く傷つけたことに対し、原告らをはじめとする障害者及びその家族に心から反省の意を表明するとともに、この反省を踏まえ、今後の施策の立案・実施に当たる。
- 3 今後の新たな障害者制度全般の改革のため、障害者を中心とした「障がい者制度改革推進本部」を速やかに設置し、そこにおいて新たな総合的福祉制度を策定することとしたことを、原告らは評価するとともに、新たな総合的福祉制度を制定するに当たって、国（厚生労働省）は、今後推進本部において、上記の反省に立ち、原告団・弁護団提出の本日付要望書を考慮の上、障害者の参画の下に十分な議論を行う。

三 新法制定に当たっての論点

原告団・弁護団からは、利用者負担のあり方等に関して、以下の指摘がされた。

- ① 支援費制度の時点及び現在の障害者自立支援法の軽減措置が講じられた時点の負担額を上回らないこと。
- ② 少なくとも市町村民税非課税世帯には利用者負担をさせないこと。
- ③ 収入認定は、配偶者を含む家族の収入を除外し、障害児者本人だけで認定すること。

- ④ 介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）を廃止し、障害の特性を配慮した選択制等の導入をはかること。
- ⑤ 実費負担については、厚生労働省実施の「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成21年11月26日公表）の結果を踏まえ、早急に見直すこと。
- ⑥ どんなに重い障害を持っていても障害者が安心して暮らせる支給量を保障し、個々の支援の必要性に即した決定がなされるように、支給決定の過程に障害者が参画する協議の場を設置するなど、その意向が十分に反映される制度とすること。
そのために国庫負担基準制度、障害程度区分制度の廃止を含めた抜本的な検討を行うこと。

国（厚生労働省）は、「障がい者制度改革推進本部」の下に設置された「障がい者制度改革推進会議」や「部会」における新たな福祉制度の構築に当たっては、現行の介護保険制度との統合を前提とはせず、上記に示した本訴訟における原告らから指摘された障害者自立支援法の問題点を踏まえ、次の事項について、障害者の現在の生活実態やニーズなどに十分配慮した上で、権利条約の批准に向けた障害者の権利に関する議論や、「障害者自立支援法の施行前後における利用者の負担等に係る実態調査結果について」（平成21年11月26日公表）の結果も考慮し、しっかり検討を行い、対応していく。

- ① 利用者負担のあり方
- ② 支給決定のあり方
- ③ 報酬支払い方式
- ④ 制度の谷間のない「障害」の範囲
- ⑤ 権利条約批准の実現のための国内法整備と同権利条約批准
- ⑥ 障害関係予算の国際水準に見合う額への増額

四 利用者負担における当面の措置

国（厚生労働省）は、障害者自立支援法廃止までの間、応益負担（定率負担）制度の速やかな廃止のため、平成22年4月から、低所得（市町村民税非課税）の障害者及び障害児の保護者につき、障害者自立支援法及び児童福祉法による障害福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料とする措置を講じる。

なお、自立支援医療に係る利用者負担の措置については、当面の重要な課題とする。

五 履行確保のための検証

以上の基本合意につき、今後の適正な履行状況等の確認のため、原告団・弁護団と国（厚生労働省）との定期協議を実施する。

要 望 書

内閣総理大臣 鳩山 由紀夫 殿
厚生労働大臣 長 妻 昭 殿

障害者自立支援法訴訟団
2010年1月7日

私たち原告は、生きるために必要不可欠な支援を「益」とみなし「障害」を自己責任とする仕組みを導入する障害者自立支援法（以下「自立支援法」）等を廃止させるため訴訟を提起しました。

国は自立支援法の廃止を約束し、訴訟における私たちの主張を今後の障害福祉施策に生かすことを約束し、私たちと基本合意を締結しましたが、同基本合意文書に明記した事項に付随する障害福祉施策における課題は多く存在します。

次に挙げる広い意味で本訴訟に関連する課題について、国として議論を尽くし、責任をもってその解決のため万全を尽くしていただくよう、私たちは強く求めます。

1 障害福祉制度の根本問題

(1) 契約制度のもつ根本的問題の解消

契約制度について、次のような批判があります。「公的責任が後退した」、「契約にたどり着く前に福祉から排除される」、「利用料の滞納により支援を打ち切られる」、「協働関係に立つべき福祉事業所と利用者に対立構造をもたらした」、「福祉が商品化した」。このような障害者の声に耳を傾け、障害者の権利行使としての公的支援制度を構築し、福祉を市場原理に委ねる「商品」と考えず、人権としての福祉はあくまで公的責任で実施されるという理念に立つ根本的な制度改革を望みます。

(2) 介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）の廃止に向けた抜本的見直し

障害福祉施策において応益負担を廃止しても障害者が65歳になると介護保険により1割負担を強いられる矛盾を国は直視し、介護保険優先原則（障害者自立支援法第7条）及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、障害福祉課長通知「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成19年3月28日）（障企発第0328002号・障障発第0328002号）における

「① 優先される介護保険サービス

自立支援給付に優先する介護保険法の規定による保険給付は、介護給付、予防給付及び市町村特別給付とされている（障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）第2条）。したがって、これらの給付対象となる介護保険サービスが利用できる場合は、当該介護保険サービスの利用が優先される」

との規定を廃止して下さい。

(3) 扶養義務の見直し

障害者支援は公的責任で行なわれるべきであり、家族責任を強いてはなりません。

民法の扶養義務を根拠に障害児者支援のための費用を家族に負担させる制度の根本的な制度改革を実施して下さい。

(4) 障害者福祉の社会資源の充実、基盤整備

障害福祉事業は報酬単価が低廉であり、全国各地において、事業所、有資格ヘルパー等が著しく不足しており、結果として、障害福祉施策を利用できない障害者が多数存在します。

「サービス契約」方式が許されるのは、国が憲法に基づくナショナルミニマム保障義務として、全国で社会基盤整備を尽くすことが前提です。

障害福祉施策を利用できない障害者が生まれないように、事業者、ヘルパー等の基盤整備を尽くしてください。

(5) 障害者の所得保障

障害者が地域社会で当たり前のように、障害基礎年金の増額や手当の給付など所得保障制度を確立してください。

(6) 社会参加支援の充実

乳幼児や学齢期の障害児の支援、働く障害者への支援、障害者の子育て支援、障害児を持った親の支援など、すべてのライフステージのニーズに即した社会参加に制限のない支援を充実してください。

(7) 障害者のニーズにあった補装具支給制度の抜本的見直し

障害者の日常生活・社会生活支援のための補装具につき、必要性や規格の認定、支給額の決定などについて、各障害者のニーズにふさわしいものとなるように、現在の認定制度や基準を抜本的に見直すこと。

2 利用者負担の問題

(1) 障害福祉施策は人権保障として実施されるべきことに鑑みれば、障害があることを理由とする利用者負担をすべきではありません。

現状を前提としては、緊急に非課税世帯での無償化が実施されることとともに、課税世帯においても、法の下での平等に反しない利用者負担が緊急に検討されるべきです。

また、利用者負担について、次の要望をします。

- ・ 自立支援医療、補そう具の自己負担について、無償として下さい。
- ・ 子どもの権利条約第23条第3項に基づき、障害児の支援は無償として下さい。
- ・ 児童福祉法における応益負担を直ちに廃止してください。
- ・ 「働きに行くのになぜ利用料を取られるのか」との声を真摯に受け止め、就労支援施策においては無償として下さい。

(2) 収入認定の見直し

「利用者負担」の収入認定において、障害者年金、障害者手当等、就労、就労支援による所得、工賃等は全て除外して下さい。

3 緊急課題

(1) 実費自己負担の廃止

厚生労働省が新政権下において2009年11月に実施した実態調査でも、自立支援法導入に伴い「食費・光熱水費」等の実費の負担が障害者の生活を苦しめた事実が確認できます。

新法制定においてはもちろん、新法制定前の政省令改正等の暫定措置により、「食費、人件費等のホテルコスト」名目の自立支援法の福祉施設及び児童福祉法に基づく障害児者施設での実費自己負担を緊急に廃止して下さい。

(2) 報酬支払い

自立支援法の日払い制度が福祉を破壊したとの原告らの声を真摯に受け止め、事業所報酬の支払いを原則月払いに早急に戻して下さい。

(3) 就労移行支援の期限の廃止

就労移行支援が2年間の期限付き支援であるため、期間内に就労出来なかった利用者の行き場がない現実があり、「自立」を阻害しています。直ちに就労移行支援の期限を撤廃して下さい。

(4) 地域生活支援事業の地域間格差の解消

地域生活支援事業は、自立支援法上、市町村・都道府県が行うものとされているため、事業の質、量、負担の程度について、大きな地域間格差があるのが実情です。この地域間格差を解消し、自己負担を廃止するために、根本的な制度的・財政的な改革を行ってください。

4 当事者参加と検証

(1) 利用者負担を理由に退所していった利用者の実態調査

厚生労働省の2007年2月21日公表の自立支援法の利用者負担により退所、利用抑制を強いられた人の調査結果があります。その結果によれば、利用者負担を理由に退所した人が1625名認められるにも関わらず、これについて何らの救済をしていないことは国が非難されて然るべきことです。

これらの人の実態調査をすみやかにを行い、必要な支援を行い、その権利と生活の安定を復活させてください。

(2) 新法制定過程の障害当事者の参画

新法制定過程の障害当事者の参画においては、障害当事者はもちろんのこと、最重度の障害者など意向を表現することが難しい人についても、その意向を反映できる関係者が参画することを望みます。

(3) 新法制定過程での私たちの参画

「障がい者制度改革推進本部改革推進会議」の下の自立支援法に替わる総合的な法制度を議論するための「専門部会」に私たち訴訟団が推薦する者を選任して下さい。

(4) 検証会議の立ち上げ

自立支援法に関し「なぜ誤った法律が制定されたのか」を調査、確認するための「検証会議」を設けて真相を解明して下さい。二度と同じ過ちを繰り返さないために不可欠です。

以上

なお、「障害者自立支援法訴訟団」とは

- ① 原告団 ② 弁護団 ③ 「障害者自立支援法訴訟の勝利をめざす会」の3者で構成されます。
- ①は 障害者自立支援法違憲訴訟を福岡、広島、岡山、神戸、京都、大阪、和歌山、奈良、滋賀、名古屋、東京、さいたま、盛岡、旭川の14地方裁判所に提起している原告70名（厳密には東京地裁での損害賠償請求訴訟を提起している障害児の父親1名を加えると71名）を指します。
- ②は上記訴訟の原告訴訟代理人団170余名です。
- ③は上記訴訟支援団体であり、詳細はHP「<http://www.normanet.ne.jp/~ictjd/suit>」にて公開しております。

1. 障がい者虐待防止法の対象に、慢性期精神科療養病棟を入れてください

隔離や拘束が法律で許されている精神科病棟では、長く入院をするにつれて患者さん自身がどんどん自分の意見を言いにくくなっていく現状があります。病棟で安心して過ごせるように、安心して「退院したい」「外出をしたい」などの自分の思いを発言できるようにするために、障がい者虐待防止法の対象施設として精神科病院も入れてください。これは社会的入院者の地域移行に向けても重要なことです。

2. 社会的入院を解消するために地域移行法（仮）を

15万人の社会的入院者が地域生活に移行できるよう、社会的入院者自身のエンパワメントをはかる取組みが必要です。そのためには

- ・ 精神科病棟の療養環境を変革するため、守られるべき患者の人権を明確に規定する。
- ・ その権利が守られているかどうかについて、精神科の病棟に外部の権利擁護者が訪問して、滞在しながら患者さんの声をきく仕組み（例：大阪で行われている「療養環境サポーター制度」）をモデル事業化する。
- ・ 地域移行支援事業には患者としての体験があるピアサポーターが支援員として定着して活動できる仕組みを保障する。

◆住む場所

- ・ 地域移行の受け皿となる4～5人規模のグループホームを人口5万人に最低1カ所づくり、体験入所室も位置づけること。体験利用にむけて療養病棟でガイドヘルパーの利用も可能にする。自治体の義務的課題として掲げる。
- ・ 病院敷地内の施設は原則認めず、敷地外の地域とつながっている場所で、公営住宅や民間アパートを確保できるよう、ケースワーカーの支援内容にきちんと位置づける。
- ・ 一人暮らしをするアパート等の入居を推進するため、バリアとなっている入居差別条項の解消を法定化する。

◆日中の居場所と支援

- ・ 契約行為となった結果、ひきこもったままの陰性症状となると置き去りとなり、餓死や症状悪化の危険にさらされている。訪問できる支援に予算の位置づけを行い、一人で食べるものもない状態とならないよう、切れ目のない介助サービスが必要である。
- ・ 地域移行期間における個別支援計画を作成するにあたり、ピアカウンセリング等による当事者支援を行えるよう当事者グループの支援の充実が予算上も必要である。
- ・ 本人のエンパワメントを中心とし、その実施にあたっては、地域移行の取り組み（面会

や同伴外出も含め)に積極的に取り組めるよう、その人材を養成し確保できる10人未満の規模のデイセンターなどの当事者活動を構築していく財源を確保すること。

- マンツーマンで個別に応じた相談ができるようにパーソナルアシスタンスを支える財源の拡充・確保をする。
- 相談支援事業について障害種別のすみ分けと連携を充実すると同時に柔軟に対応できるように訪問相談を確立する。
- 地域での昼間の居場所日中活動の場としての地域活動支援センターについて、利用定員のカウントを廃止し、小規模(5名)の地域活動支援センターを増設する。
- 日中活動ができるよう、現状約6万円の障害者基礎年金の25%増額をおこなう。

◆生活・外出の支援

- ホームヘルプ事業について、精神障害者への見守りを位置づけると同時に、ヘルパー報酬の増額を図り、ヘルパーの拡充を緊急に行う。現状のままでは、精神障害者のヘルパーは減るばかりである。
- ガイドヘルプ事業について、国事業とし地域格差をなくし、精神障害者の社会参加を促進する。

◆精神科医療の人手を内科並みに

心神喪失者等医療観察法は施行後5年目の見直しの時期を迎えている。この法の対象者でなくなると同時に、精神保健福祉法の入院になる人が増えている。その人達は「プログラムがなく、さびしい」と共通の訴えを述べている。人手不足で対応が難しいようであるが、病床を減らし地域で展開する事で、解決している国もでていいる。内科並みに医師の診察を受けられる体制にするべきである。

そして精神障害者への社会的偏見に基づいた「心神喪失者等医療観察法」は廃止し約250億円の予算は上記に述べた地域移行をすすめるための地域福祉予算に充当するべきである。

以上の内容をセットとした、地域移行法(仮)を早期に定めることが必要です。