

## 精神障害者グループホームの課題

### - 新潟県内調査からの考察 -

服部 潤吉

新潟青陵大学福祉心理学科

## Problem of persons with mental disabilities group home Consideration from Niigata prefecture survey

JUNKICHI HATTORI

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY

DEPARTMENT OF SOCIAL WELFARE AND PSYCHOLOGY

### Abstract

The problem of long-term hospitalization continues in the psychiatry department hospital in our country. In-patient's characteristic is that there are a lot of schizophrenia, long-term hospitalizations, and senior citizens. Importance at group home is said as those people's receiver before. However, it is not a mere dwelling but it is free and there are various support and companions the feature in the group home. The content of handicapped person's characteristic there and support and problems, etc. were researched from the mental disease group home survey of the Niigata prefecture here. It has been understood that it is not only the one after the law of the handicapped person independence support executed in especially 2005 to support life in the couch case but also a more difficult situation. Future tasks are considered.

### Key words

persons with mental disabilities    group home    law of persons with disabilities independence support    leaving hospital work

### 要 旨

わが国では精神科病院において長期入院の問題が続いている。入院患者の特徴は統合失調症、長期入院、高齢者が多いことなどである。以前から、それらの人たちの受け入れ先としてグループホームの重要さが言われている。グループホームは単なる住居ではなく、自由でさまざまな支援と仲間がいることが特徴である。ここでは新潟県内の精神障害グループホーム調査から、そこでの障害者の特徴、支援の内容、課題などについて研究した。特に2005年から実施された障害者自立支援法後も、精神障害者の生活を支えるものとなっていないばかりか、むしろより困難な状況になっていることがわかった。今後の課題について考察する。

### キーワード

精神障害者    グループホーム    障害者自立支援法    退院促進事業

## 1 はじめに

わが国の精神科病院入院患者はで32万6000人（2004年）であり、諸外国と比べ、異常ともいべき長期入院の実態が続いている。政府は2003年に新障害者プランを作成し、10年間で72,000人の社会的入院患者を退院させる決定をした。しかし現実には停滞したままとなっている。そこで、さらに退院促進支援事業を実施しているところである。

新潟県でも2006年、この事業を開始し、入院患者の実態調査を実施した。そこでは長期入院患者の多くが長期入院、中高齢者、統合失調症という特徴が明らかになっている。当然のことながら、親はさらに高齢化しており、生活障害も重く社会復帰が非常に困難であることが予想される。病院職員のアンケートの中で、家庭の協力が得られない、患者の社会性が欠けるなどの声が多くあがっているが、むしろ当たり前なことではないだろうか。また、従来から医療関係者の中には、問題は住居であり、住まいがあれば多くの患者は退院可能だという意見も多い。退院促進事業の名の下で、本人や家族の状況を考えず、強引に進められていくことを懸念する。

今回筆者らは新潟県内の精神障害者グループホームの調査をおこなった。そこから見えてきたことは、グループホームは住居であることに加え、多くの大切な役割を持っており、また支援の内容も多様であり、多くの課題をかかえていた。

退院促進を進めていくためのグループホームの課題とは何か、とりわけ、2005年から実施された障害者自立支援法の下でのグループホームの実態と課題について考察する。

## 2 グループホームの歴史と現状

グループホームはイギリスの精神障害者の地域生活支援から始まりアメリカの自立生活運動、ノーマライゼーションとも結びつきながら発展してきた。知的障害、身体障害に加え、認知症者等の支援にも拡大されてきた。

1992年に精神障害者地域生活援助事業として要綱が定められ、2002年に、精神保健福祉

法改正で精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプ）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）とともに居宅生活支援事業と位置づけられた。三障害全体で1998年にはグループホームの入居定員は5,802人であったものが2003年には13,395人に増加（指数では230.9）した。

2003年の「精神障害者社会復帰サービスニーズ調査」（厚生労働省）によれば精神科入院中の精神障害者を対象にした主治医調査で、退院後適切と考えられる暮らしの場として「アパート一人暮らし」2.5%、「生活訓練施設等の社会復帰施設」14.1%、「グループホーム」5.4%となっている。また「退院を希望しない」理由として「住む場所が心配」、「一人暮らしが心配」が多くをしめている。

「家族と同居」を適切とするものが35.2%と最も多く、驚かされる。本人が50歳であれば両親は80歳となり、亡くなっているか、介護年齢となっている。また、同胞家族との同居生活は、現実には不可能であろう。

（表1）退院後適切と考えられる「暮らしの場」

（厚生労働省 社会復帰ニーズ調査）

1	家族と同居	4,088	(35.2%)
2	以前同様ひとり暮らし	464	(4.0%)
3	借りてひとり暮らし	291	(2.5%)
4	生活訓練施設	1,074	(9.2%)
5	福祉ホーム	406	(3.5%)
6	入所授産施設	148	(1.3%)
7	グループホーム	628	(5.4%)
8	老人保健施設	373	(3.2%)
9	特養老人ホーム	675	(5.8%)
10	養護老人ホーム	282	(2.4%)
11	老人福祉施設	101	(0.9%)
12	その他	211	(1.8%)
13	想定不能	2,870	(24.7%)
	回答なし	83	-
	複数回答	111	-
	計	11,805	-

本年9月発表された国の「障害者福祉計画に係る数値目標等の全国集計結果」によれば福祉施設入所者数は14.6万人であり、地域移行予定者は1.9万人、精神科病院の退院予定者は2011年までに3.7万人としている。精神障害者の退院可能者は先の新障害者プランでは7.2万人としたこととの整合性は保たれておら

ず、しだいにトーンダウンしていることがうかがわれる。

いずれにしても退院、退所予定のものは5.6万人、そのうち3万人をグループホームケアホーム入居予定としている。そしてさらにその後5年間で9万人にするという。生活訓練施設は障害者自立支援法では廃止され、福祉ホームも先行きの見えない状況となっており、よりグループホームのニーズが高まっている。

自立支援法下ではグループホームとケアホームに分かれたが、明確な根拠はなく、むしろ障害区分の粗雑さとも関係しつつ、混乱を招いている。ここでは、特別の場合以外、グループホームとケアホームを合わせグループホームを使う。

今後大幅な増加を求められているグループホームであるが、その運営費が低く抑えられており、さらに建設費や改修費の補助のないこと、地域住民との軋轢などの中で今後とも順調に増加するのかどうか疑問が多い。また、自治体においても各運営団体にお任せ状態であり、地域として障害者の社会生活の確保に責任を持つという視点はない。また、暮らしの場であるからこそ職員には専門性が求められており、今後入居すると予測される障害者を考えればより重要となる。抜本的な見直しが必要である。

2007年12月現在の事業所数 定員は不明 (厚生労働省)	
共同生活介護(ケアホーム)	1,561事業所 3,800施設
共同生活援助(グループホーム)	2,500事業所 5,300施設

### 3 新潟県内の精神科入院者の実態と退院の課題

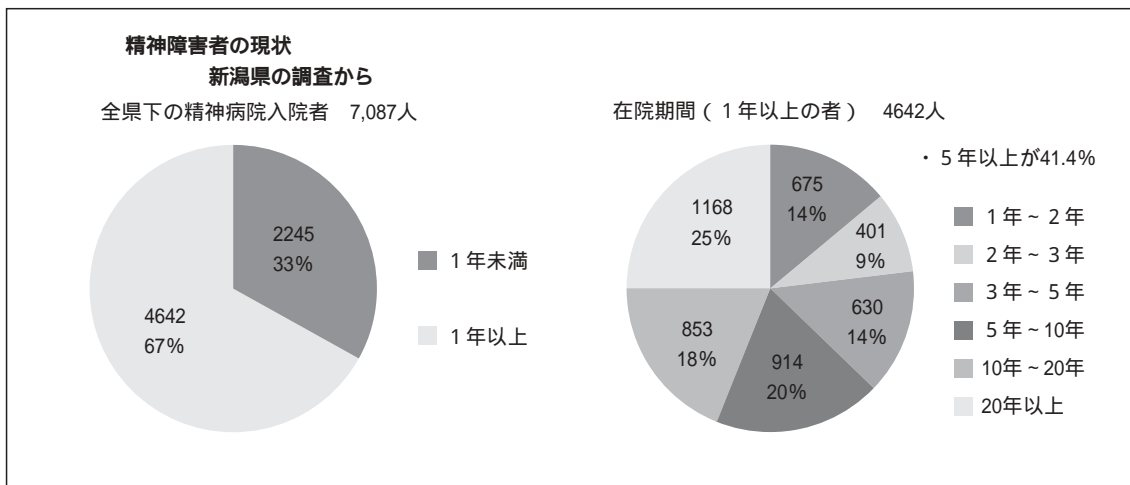
2006年の新潟県の調査によれば県内精神科病院の入院患者は7,029人でありうち、1年以上の入院のものは4,642人であった。

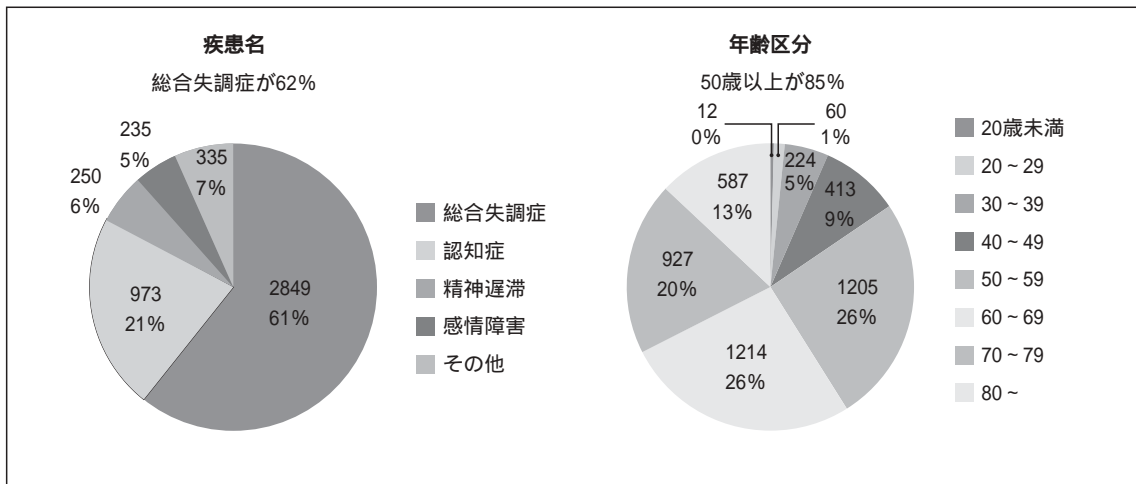
(表2) 2006年新潟県精神科病院入院患者調査より

退院可能なもの	
1 寛解	5.8%
2 支援により退院可能	6.6%
3 退院に向けて入院継続	12.9%
合計1774名	(25.3%)

3については退院可能と見るべきであり、2002年の厚生労働省患者調査でも「受け入れ条件が整えば退院可能な患者」を6.9万人、21.5%としている。なお今までの厚生省他各団体等の調査によれば12.9%～50.5%、平均33.2%が退院可能という。今回の調査では退院可能者のみの数は把握されていないが1年以上の入院患者では、長期入院、統合失調症、高齢者がその中核を占めていることがわかる。

(図1) 新潟県精神科病院入院患者調査





退院に向けての必要な住まいとして、グループホーム（29.6%）、ケアホーム（22.4%）のニーズが高い。特別養護老人ホーム（23.3%）養護老人ホーム（16.3）などの老人関係施設の要望も高く、高齢化の進んでいることがわかるが、入院しているため住まいや支援が確保されているとされ、また精神障害を理由に申請すらできないことも多い。高齢精神障害者について現実的な対応が求められている。

退院を待ち望む人たち

- 長期入院・・・社会性、意欲の低下、不安、孤独
- 中高年齢者・・・家族の支援低下、就労困難、健康問題、経済的不安
- 統合失調症・・・生活障害、再発可能性、差別

退院促進の対象となる方たちは、さまざまな問題をかかえた、いわば荒海に木の葉の舟を浮かべられた状態であり、これらの状況を無視して強引に進めれば病状悪化や、自殺につながる事となる。社会性の低下による非現実的な楽天主義とその後直面する現実とのギャップには特に注意すべきである。長期入院患者の考える退院とは家庭に戻ることであり、それが不可能であることを受け入れることは大きな痛手となる。ある方は、退院時のアパート探しで、2軒の不動産屋から断られた後、自殺を考えたと言っていた。また、新たに考えられた精神障害者退院支援施設は、他の障害には見られないものであり、退院の

数合わせにはなるが、退院といえるのかなどの多くの問題を指摘されている。

ケアマネジメントにもとづいた継続的で丁寧な退院支援が望まれる。

#### 4 新潟県内精神障害グループホーム調査

2007年11月県内グループホーム、ケアホームの内精神障害者の利用している全18事業所・34施設（定員203名）に入居者の状況と支援の内容等についてアンケート用紙を送り、12事業所・27施設（利用者146名）から回答を得た。

(1) 全体の状況

新潟県内の精神障害者グループホームは18事業所、34施設で定員203人であった。自立支援法以前、県内で39施設、定員231人だったものが減少している。とくに、新潟市では政令指定都市となり、人口も増えたにもかかわらず8施設（定員41）が1事業所2施設（定員16）に減少している。自立支援法により、運営、配置職員数、請求事務などの変化を受け入れられないとしたものであろうか。また下越、佐渡、県央圏域には極端に少なく、地域偏在が目立ち、女性の利用できるものは8施設、30名であり全体の14.8%と少ない。

(表2) グループホーム、ケアホームの推移 (新潟県・新潟市)

	グループホーム、ケアホーム数・定員				
	自立支援法以前		自立支援法以後		
県全体	39施設	定員231人	18事業所	34施設	定員203人
下越・佐渡	1	5	1	1	5
新潟市	8	41	1	2	16
県央	1	5	1	1	5
中越	13	77	6	15	92
上越	11	75	5	10	57
魚沼	5	28	4	5	28

(2) 入居者の状況 (146人)

(表3) 障害の状態

精神障害	身体障害	知的障害	重複障害
144名	0名	0名	2名 精神障害・知的障害

(表4) 障害区分

なし	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	不明、記載なし
23名 (15.8%)	64 (43.8)	40 (27.4)	9 (6.2)	1 (0.7)	0	0	9 (6.2)

(表5) 診断名

統合失調症	そううつ、うつ	アルコール依存	その他
128	3	7	8

入居者は146名であったが、全て精神障害者であり(2名知的障害合併あり)、三障害の共同利用という法の目的にはまだ遠い。

障害区分では区分1、2で71.1%あった。また区分なしという方も17.8%とかなり多い。すでに問題となっているように、他障害と比べ精神障害は区分が低く評価されやすく、ここでもそのことが明らかになっている。軽度であれば、グループホームに入居する必要もなく、就労や安定した社会生活は十分可能ということになる。

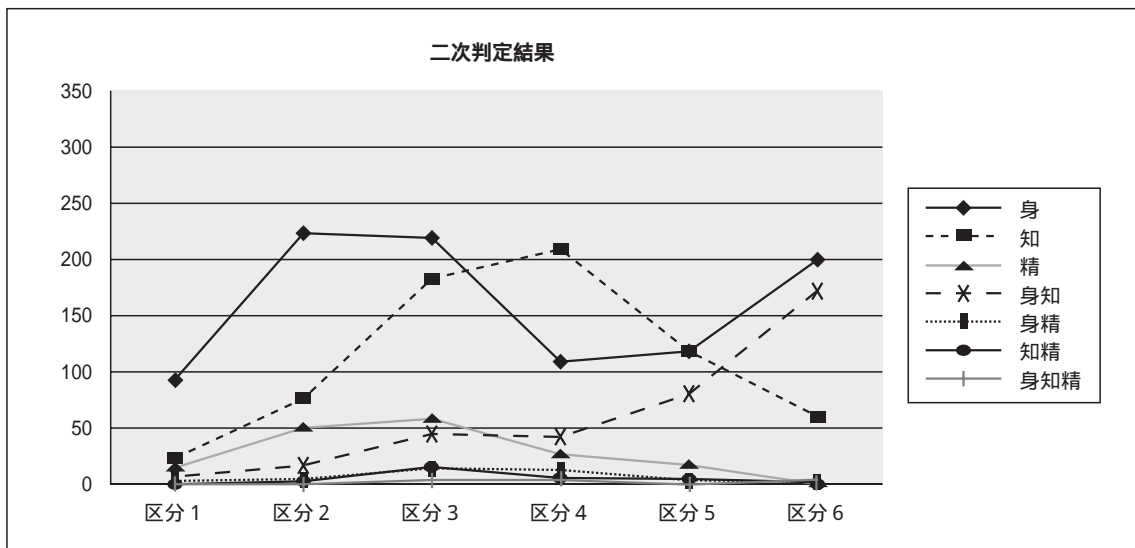
年齢は50歳以上が74%をしめ、今後の高齢者の受け入れと、入居後の高齢化が各施設の課題となっている。また入居前の入院期間は10年以上の者が44.5%をしめ、長期入院後の受け入れを担っていることが分かる。

身体合併症も多く、糖尿病、肥満、高血圧などが目立っている。食事、お菓子、甘味飲料、コーヒー、タバコなどの取り過ぎ、疾病の管理とともに、食生活指導が大きな課題となっている。生活費は主として障害年金にたよっているが、生活保護も多い。

(表6, 図2) 政令指定都市の二次審査変更結果 (障害別 厚生労働省資料)

二次判定

	身	知	精	身知	身精	知精	身知精
非該当	1	1	0	0	0	0	0
区分1	95	23	18	7	1	1	0
区分2	227	77	51	18	4	3	0
区分3	220	184	61	45	12	15	2
区分4	108	209	29	44	14	7	2
区分5	118	119	18	83	3	5	0
区分6	200	62	0	175	6	2	3
合計	969	675	177	372	40	33	7



(表7) 年齢

29歳以下	30～39	40～49	50～59	60～69	70歳以上	不明、記載なし
2 (1.4)	10 (6.8)	26 (17.8)	58 (39.7)	33 (22.6)	14 (9.6)	3 (2.1)

(表8) 入居までの入院期間 (何回かある場合は合計の期間)

1年以内	1～5	5～10	10～20	20年以上	不明、記載なし
16 (11.0)	31 (21.2)	29 (19.9)	33 (22.6)	32 (21.9)	13 (9.9)

(表9) 身体合併症の有無

高血圧	心臓病	糖尿病	肥満	高脂血症	その他
12	5	21	26	5	11

その他：パーキンソン病 通風 肺気腫胃潰瘍 腸閉そく

(表10) 主な生活費 (複数回答)

厚生年金1級	厚生年金2級	厚生年金3級	障害基礎年金1級	障害基礎年金2級
0	15 (7.5)	9 (4.5)	20 (10.1)	80 (40.2)
生活保護	老齢年金、その他	仕送り	不明、記載なし	
50 (25.1)	9 (4.5)	5 (2.5)	11 (5.5)	

(3) 家族状況

(表11) 家族

父親			
死亡	健在	病弱	不明・記載なし
99 (67.8)	29 (19.9)	6 (4.1)	12
母親			
死亡	健在	病弱	不明・記載なし
90 (61.6)	37 (25.3)	15 (10.3)	4
子供		なし・不明・記載なし	
あり		125	
21			

両親は死亡しているものが多く、また高齢であるため援助はできにくく、時々面会に来る程度のもが多い。実家への帰省は54.1%のものでないとしている。

(表12) 家族との交流

面会			
全くない	ほとんどない	年1～4回程度	
21	27	48	
5回～12回程度	12回以上	不明・記載なし	
27	19	4	
帰省			
可能	まれに可能	できない	不明・記載なし
28 (19.2)	32 (21.9)	79 (54.1)	7 (4.8)
入居時の保証人		なし	
あり		2	
129			

(4) 現在のサービス内容 (27施設)

(表13) 食事提供

3食	2食	1食
2施設	9	8
副食のみ	なし	不明
週3回 3	2	3

食事に関する問題点

- ・週3回副食のみ配食、回数を増やしたいが人間的に困難
- ・世話人が休みの日は入居者が当番で対応するが、必要時には出勤して対応
- ・入居者当番制は負担が大きい、食費の設定も難しい
- ・自分自身で食事を作れる人はほとんどなく、給食を昼夕実施 依存傾向
- ・週一回当番制で夕食を作るがそれが負担で精神不安となる方もいる

食事を提供しているところが多く、提供してないところも、できればしたいがスタッフのゆとりがないという。自炊とは買い物、金銭管理、栄養、調理、片付け、火災防止などの課題を含んでおり、総合的な生活力が必要とされる。また当番制も意外に難しいことがわかる。

(表14) 服薬管理 (預かる、渡す、飲ませる等) 27施設

全員している	入所者により	必要により
なし	9施設	8
しない	不明	
6	4	

方法

- ・朝夕の聞き取り確認 生活記録への記載
- ・服薬カレンダーで確認
- ・服薬ボードの利用
- ・その都度渡す
- ・月2回残薬確認し、飲み忘れの方には説明
- ・手の振戦あるときは口に入れる
- ・1日分ずつ夕方渡す
- ・日付を書き込む

受診指導・援助の理由

- ・状態の不安定なときに同行する
- ・家族関係の変化のあったとき
- ・病状悪化を医師が知らない時
- ・スタッフの同行を希望するとき
- ・身体疾病、風邪、下痢などの状態時
- ・うつ状態、病状悪化で行けない時
- ・病状の変化等を本人が医師に伝えられないと判断するとき
- ・病状の悪化による薬の変更や入院が必要な時

通院時の車での送迎

入所者によりする、必要によりする
23施設

その理由

- ・遠方の歯科通院に通院
- ・高齢者のため
- ・冬期間のため
- ・公共交通機関が不便

服薬については各施設で気を配って、工夫していることがいることがわかる。多くは規則的服薬である。問題なのは日頃から拒薬傾向のある人、時々そういう傾向になる人であるが、職員はその人、場合に応じて様々な支援をしている。また、関わり方も、指示的ではなく援助的であり、生活を支えるための薬や医療として考えているようである。従来の医療モデルでの医師の権威に依拠した関わり方は少ない。世話人の非専門職の強さともいえる。また、必要に応じて、通院に同行したり、車に同乗させたりも一般的であることがわかる。

精神医療では、患者に対し、努力すべきことを指導してきたが、グループホームではできないなら支援しよう、冬のさ中にバスで乗り換えて通院するのは誰だって嫌なはずと考える。楽な方を選んでいいということである。

生活支援について日常生活について聞いた。買物については かなりする、時々するはあわせて8施設で27名だった。施設によっては買物ツアーとして実施しているところもあった。通院支援の後、職員と一緒にいくなどもあり、比較的支援は多い。

入浴はメンバーも希望しない場合が多く、プライバシーの問題もあり、特に支障のある方に対して実施していることがわかる。

掃除・洗濯は支援が多い。これについても、メンバーが拒否する場合も多いが、職員から一方的指導することはなく、配慮や工夫をしている。指導すれば、職員とメンバーとの柔らかな関係は崩れてしまう。施設長などから注意してもらおうとか、クリーン作戦と称していっせいに日時を決めて実施しているところもあった。

(表15) メンバー個人への生活支援 27施設

	全面的にする	かなりする	時々する	あまりしない	しない	不明
1 買物 施設数 支援人数	0	4施設 11名	9 16	8	2	4
2 入浴	0	2 2	3 8	5	17	0
3 掃除・洗濯	0	5 14	7 24	6	6	3
4 金銭管理	3 12	5 19	4 6	4	7	4
5 役所等の諸手続	4 17	8 36	9 44	2	1	3

金銭管理も対象者によって、できない方がほぼ決まっており、継続的に援助している場合が多い。パチンコ、浪費やメンバー間のトラブルなどの問題もかなりみられ、自己管理の原則だけではやれないのである。またそれに伴う通帳、印鑑、出納帳の管理などについても、ルールに従って適正な実施が必要とな

る。役所の手続き等については、最も必要な支援となっている。特に障害者自立支援法に基づく、申請、更新等の手続きが煩雑になっており、メンバーによっては混乱したり、病状の悪化につながりやすく、職員の支援が必要となっている。

## (5) その他の活動、運営上の問題

(表16) 定例のミーティング

していない	必要のつど	月1回程度	毎週1回	それ以上	不明
0	3施設	15	5	3	1

(表17) 行事、レクリエーション

していない	必要のつど	月1回程度	毎週1回以上	不明
1	9	11	2	4

## 主なレクリエーション

行事：ひな祭り 花見七夕 クリスマス会 花火大会 納涼会  
栗拾い 餅つき 新年会 忘年会 誕生会  
話し合い：お茶会 コーヒータイム 学習会  
出かける：買い物 外出ツアー 一泊旅行 日帰り旅行 ドライブ  
スポーツ：ボーリング大会 バトミントン 体操  
食べる：食事会 バーベキュー 菓子作り 外食  
地域交流：フリーマーケット ボランティアレク 地域夏祭り  
その他：家族会 作業 大掃除 避難訓練 AA行事参加

(表18) 日中の過ごし方 (メンバーに146人について)

就労(パートも含む)	地域活動センター-就労継続支援事業所等	デイケア
18 (12.3%)	47 (32.2)	35 (24.0)
その他(病院作業療法等)	特になし	
6 (4.1)	40 (27.4)	

(表19) 今までにおこった問題点 27施設

火災、ボヤ	職員への暴力、暴言	メンバー間の暴力行為	近隣への迷惑行為、苦情
1施設	3	9	9
自殺、自殺未遂	行方不明	金銭トラブル	
5	4	11	



ミーティング、レクリエーションなども施設ごとに工夫しており、活動的である。グループホームが単に生活の場所ではなく、他者と交流し、楽しむ場所を目指していることがわかる。今後の課題は地域とのつながりである。

日中の過ごし方は地域活動センター、就労継続支援事業所が最も多い。自立支援法となり、従来の障害別ごとの施設枠がなくなったため、近隣の施設へ通所することができるようになり、長期入院だった人や、今まで何もしていなかった人も活動に参加できるようになった。ついでデイケアも多い。また特に何もしていないメンバーも多い。就労も（パート、アルバイトをふくむ）も意外に多いといえるだろう。

(表20) おこった問題

- ・メンバーなどへの宗教の勧誘
- ・口論からつかみかかった。けんか(病状悪化による)
- ・ごみの分別で注意される
- ・仕事に出たまま行方不明になる  
(その後発見、再入院)
- ・妄想による行動で音がうるさいとの苦情があり
- ・浪費、お金を貸すので生活費が足りなくなる
- ・ネコを飼っているが後始末できない  
体調悪化からの暴言
- ・歩きタバコ、立ち小便、立ち飲みの近隣から苦情
- ・パチンコで生活費が足りなくなり、サラ金、他のメンバーから借りた
- ・妄想でお金や物を盗られたと騒ぐ  
部屋に入られたなどと争う
- ・自殺
- ・じろじろ見ていて怖い、何かあったらどうするとの苦情
- ・入院したいと思ひ隣家の玄関のガラスを割る

これらは、どれもかなり深刻な問題であり、背景には病状悪化が見られる場合や、長期入院による社会的マナーの低下によることが多い。他の入居メンバーや、地域住民に関わる事であり、早期の対応が求められる。そのために通常の勤務時間以外にも対応にあたらなければならないし、自宅でも電話を受けなければならないことも少なくはない。

(表21) 勤務時間外でのメンバー対応

あった	なかった
15施設	12

(表22) 時間外対応の内容

- ・地震
- ・転倒による怪我 脱臼
- ・高血圧でフラフラする
- ・不眠
- ・高齢利用者の発熱、受診、介護
- ・設備の不具合 トイレがつまる 水もれ  
鍵がしまり部屋に入れられない
- ・夜間の不安、不穏状態 てんかん発作
- ・入院依頼のための受診
- ・近隣の苦情への対応
- ・水中毒で倒れ、病院に受診同行
- ・自殺後の対応

(表23) 勤務時間外の電話相談 27施設

しばしばある	よくある	たまにある	あまりない
3	11	7	6

(表24) 当直制度は必要と思いますか

ぜひ必要	必要な時もある	必要なし
0	15	12

数はそれほど多くないものの、休日や夜間でもさまざまな問題は起こる。その都度対応しなければならない。電話対応も欠かせない。グループホームは当直制はないが入所当初、病状悪化時等必要に応じて当直できる体制が必要であろう。

(6) 医療や地域関係機関との連携について

医療機関に対しては緊急対応についてが、一番の課題であった。グループホームでは生活上の支援は多岐にわたっているが、服薬中

(表25) 精神科病院との連携について

うまく いっている	それほど 問題はない	かなり 問題がある	問題が多く こまっている
8	16	3	0

(表26) 医療機関等からの訪問看護・指導

なし	あり	
20	週1回 4	週2回 3

(表27) 訪問看護・指導への希望

- ・食事・栄養管理 運動指導
- ・健康管理
- ・グループホームは生活の場、プライバシーの尊重など入院とは違う配慮がある
- ・服薬の必要性
- ・心理的相談、グループホーム職員の説明の念押し
- ・スタッフへの助言
- ・病状の悪化し、入院しなければならないケースの入院支援

(表28) 医療機関との連携上の具体的問題、

- ・夜間、病状悪化し、電話したら他の病院へ行ってくれと言われた。
- ・病状が悪化し、妄想・不穏状態となり、自殺企図、家族に来てもらい付き添ってもらったが状態は改善せず、2,3回家族、職員で受診したがベッドがないと入院できなかった
- ・病状悪化により室内での放尿、近隣の宅地に入りこむなど目が離せない状態でも入院をさせてくれず、入院後もとても社会生活可能な状態でないのに外泊、外出をすすめた。結局退寮してもらった。
- ・自立医療、障害福祉サービス等の書類が多くなり、それをめぐりグループホーム職員と病院職員の間にもトラブルが起こる
- ・近隣との関係、夜間等の問題もあり、病状悪化の際は入院を受け入れもらえないとグループホームの運営が成り立たない。
- ・自殺未遂後、受診させも本人入院を希望したが断られ、その後全裸になり興奮したが医師は入院費を払わない人だからと断られた

断、病状悪化はよく起こることであり、その際、緊急対応を医療機関で適切にしてもらいたいというものである。今後、グループホームが地域から受け入れられ、拡大していくためには非常に大きな条件となる。きちんとした精神科緊急制度は家族にとっても共通な課題である。

訪問看護・指導は、利用していない事業所が多かった。むしろ医療系の支援は日常では

(表29) 行政との関係その他

- ・グループホームの拡大が緊急の課題であるのに予算、物件等の協力体制がみられない
- ・地域権利擁護事業を利用している方がいるが、本人の要望に従い易く、共同歩調がむずかしい
- ・高齢メンバーに介護保険の入浴サービスを利用させたく依頼したが受け入れてもらえなかった 介護サービスについて必要を認めてほしい
- ・病院の敷地内にあるため、市街地での生活パターンとは違うものが固定化しやすい新しい人、機関との交流が少なく、対人関係も限られている

あまりいらないという意見もあった。それぞれの業務・視点の整理と連携が課題である。

行政との関係では、グループホームに対する協力が少ないことへの不満、例えば開設時の資金、物件の提供、開設後の運営についてのバックアップの少なさが指摘されている。特に、自立支援法移行時の問題が指摘されている。単独のグループホーム事業としては運営が成り立たなくなり、なんとかしていかなければならないのに協力が得られないことなど出ている。

また、地域権利擁護事業の使いにくさ、老人福祉制度、介護保険制度との関係の問題として、精神障害であることにより、他の高齢者と同様のサービスが受けられないことなどが出されている。

## (6) 新制度移行について

(表30) 移行への意見 (12事業所)

	満足	まあ満足	不満	大いに不満	不明
三障害の統合について	3施設	6	2	1	
サービス事業の体系変更について	1	4	4	3	
サービス報酬の金額について		1	7	4	
職員の配置基準について		2	6	3	1
障害区分の認定について		6	3	3	
請求事務について		5	5	2	
メンバーの利用料負担		1	5	6	

障害者自立支援法への移行については、さまざまな不満、意見があった。内容、導入の手続き、精神障害特性の理解などどれをとっても問題の多いものであり、現場の職員とし

ての視点とメンバーの視点からの両方があった。中には精神障害者福祉のために頑張ってきたが、グループホーム運営をやめなくなった、というものもあった。

(表31) 新制度移行で特に困ったこと、改善すべきこと

<ul style="list-style-type: none"> <li>・報酬単価が低いことおよび日額請求により小規模グループホームの運営・存続が難しくなった</li> <li>・サービス管理責任者配置義務により人件費が確保できない</li> <li>・利用料負担が高く、就労意欲がなくなってしまう</li> <li>・貯金を調べられ、自己負担が決まること。認定調査で不安定となり入院に至った者がいた。今の制度では少人数のグループホームの運営は困難、専従の世話人も雇用できない</li> <li>・職員の配置に比べ報酬が低い。個別支援計画を立てても実行性に欠け現状維持となりやすい</li> <li>・入院時減算で、電話連絡でも調整加算を算定してもらいたい</li> <li>・制度の具体的内容の通知が遅く、出た後は実施まで時間がない バタバタとした</li> <li>・利用料の自己負担が増えたため食費を節約しており、健康に影響が心配</li> <li>・365日職員を配置してやってきたが、基準が変更になり世話人の関わる時間が減らされメンバーは不安となり、不満が続出した。</li> <li>・福祉サービス、自立医療の申請書類が増え職員もメンバーも大変</li> <li>・請求事務が難しくなり、電子請求になり特定の職員しかやれなくなった</li> <li>・メンバーの高齢化のため、夜間当直のできる配置基準を望む</li> <li>・認定調査で精神障害が低くでてしまうが、非常に支援の必要な方が多い</li> <li>・市役所から書類が来ると不安になる人がいる 通帳の提示、利用料負担に反応がいまだに強い</li> </ul>
---

(表31) 今後のグループホーム活動で大切なこと (上位から、複数回答)

報酬の引き上げ	7施設	職員の資質の向上	6	医療機関の協力	6
ネットワークづくり	5	グループホーム増設	4	地域住民の理解	4
サービス機関の協力	4	行政の協力	4	建設費改修費の補助	4
家族の協力	3				

(表32) グループホームの活動を支援して良かったこと、感動したこと、面白かったこと

<ul style="list-style-type: none"> <li>・長く在宅していたメンバーさんたちが就労やデイケアでがんばっていること</li> <li>・30年以上にわたって地域生活を営んでいる方も多く、地域生活の実践者として体験や生活能力について深く考えさせられ、学ぶことが多い</li> <li>・日常生活での自分なりのやり方を教えたり、教わったりすること</li> <li>・退院時に不安を訴えていた方もGHの生活に慣れると生活の自由さを話す。</li> <li>・通販で買い物をしたり友人と出かけたり、一見当たり前の生活だが、病院での生活の特殊性を考えさせられる</li> <li>・グループホーム祭りを地域に公開して実施、メンバーが1人1役で実施できた</li> <li>・再入院となった方がまた退院できることになり、病棟まで迎えに行くと、ありがたうと満面の笑みをうかべてくれたとき、心の底から良かったと思った</li> <li>・被害妄想をみんなの前で語れるようになりそれに対し受け止めたり、聞き流したりできるようになった</li> <li>・利用者の笑顔や優しいことばがとてもうれしい</li> </ul>
--

## 5 考察

新潟県内精神障害者グループホーム調査をとおして考察したい。

1 グループホームは単なる住居でなく、支援と仲間がいてプライバシーが尊重された自由な場所である。精神障害者の安心と安全な場として重要な役割を果たしている。もちろん家庭復帰や、単身復帰も重要な方法であるが、現在の長期入院、高齢、統合失調症という要素を考えると最も重要な社会資源となる。重症であっても緊急の問題がなければ支

援できる。早急な拡大が課題である。

2 支援の内容としては従来の医療型、管理・指導的方法とは異なり、生活全般にわたってメンバーに応じた個別的支援が行われている。職員＝利用者との関係も比較的対等な関係がみられる。また、衣食住の場面だけでなく、メンバー同士の交流、さまざまな行事やレクリエーションなども取り入れ、生活を楽しむということにも力をそそいでいた。

3 自立支援法は、入居者にとっては再入院につながりかねない位のストレスであり職員にとってもメンバーとの関係がぎくしゃくす

るなど多くの問題をもたらしていた。また、従来の小グループ運営が、経営的にも成り立たなくなっており深刻な状況となっている。報酬、建築・改築費などの問題、利用者の費用負担、手続き的簡略化など多方面から早急な見直しが迫られている。

4 病状悪化、グループ内での対人トラブル、近隣からの苦情などの問題が起こりやすく、いわゆる「世話人」という発想では支援はできない。メンバーへの個別支援計画、グループへの対応、そして地域活動などの多様な支援が求められている。専門職の配置、研修等を考えていかなければならない。

5 医療、行政との連携、協力が欠かせない。それなしでは、入居者の安定、地域からの信頼も確保できず、今後の増設も不可能であろう。特に、医療においては入院患者への視点から、外来、地域支援へと発想を広げていくことが求められている。とりわけ、病状悪化時への対応への充実が欠かせない。

6 新潟県内グループホームは、その増加の必要性が言われながら、むしろ減少した。特に地域偏在が著しく、女子のホームも不足している。また開設を一団体などにまかせていても増加は望めない。行政がサポートしつつ、資金的、土地建物等の確保について具体的な支援がなければ困難である。また、今後は他の障害者との共用なども現実的な課題であり、公営住宅等の転用も現実的である。そのためには、県、市などが入ったグループホームに関するプロジェクトチームの発足が必要である。

#### 参考文献

- 1) 精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査．厚生労働省.2003．
- 2) 新潟県精神科病院入院患者調査．2006.
- 3) 精神障害者グループホーム設置・運営ハンドブック 全国精神障害者家族会連合会
- 4) めぐハウス ナースが作ったグループホーム．「めぐハウス」編集委員会 1995
- 5) グループホーム豊かな暮らし 障害者からのメッセージ 辰村 泰治 2002/10
- 6) グループホーム虹の再生．服部潤吉．精神保健福祉．36(4)：331-334, 2005.
- 7) 精神障害者のグループホームに当事者が期待すること．三田優子．愛知県心身障害者コロニー発達障害研究所．日本病院・地域精神医学会総会,40：71, 1997.
- 8) 大都市部社会復帰施設周辺に生活する単身精神障害者への居住サービスのあり方 大島巖他 病院・地域精神医学,37(3)：119-126, 1995.
- 9) 精神保健福祉白書2008年版．2007
- 10) グループホーム援助のポイント 日本グループホーム学会．2007．