

対人支援点描（４）

「入院に頼らない精神医療③」

小林 茂（臨床心理士）

1. はじめに.

前回、浦河の実情を例にして、国の社会保証制度として住環境を整えることと生活保護費の不均衡について話題にした。

基本的人権と生活保障は、生活保護の家賃扶助となって保障されているといえれば保障されているといえる。けれども、地域における実態は、地方の田舎だから家賃が都会よりも安いということはない。こうした実態を浦河の実情に見たのだが、今回は、その続きである。

現在、筆者は浦河べてるの家という社会福祉法人で包括型共同生活援助事業所べてる生活サポートセンターという部署の責任者をしている。思うところがあって、次年度の3月で退職することにした。理由については、積極的理由、消極的理由いろいろあって1年くらい悩んで総合的に決断を下した。この場は、その理由について披露する場ではないので仔細は取り上げることはない。普通以上の明るさの陰にそれ以上の暗闇があることもある、と言えは十分と思う。こうした話題は別として、障害福祉サービスにおいて居住系サービスに比べ日中活動系のサービスの方が人員配置基準やサービス費という報酬単価が高く設定されている問題は取り上げなければならない話題に思う。こうした問題に加え、法人運営の有り方が重なり自分の限界を感じたといつてよい。

2. 居住系福祉サービスに対する行政への疑問

まず、浦河の事業所を具体例として挙げたい。

○定員 30 名の就労継続支援 B 型事業所の場合、

就労継続支援 B 型サービス費 < I（人員配置基準 7.5:1） > 519 単位となる。

これに、目標工賃達成加算、福祉専門職配置加算など各種の加算が上乗せされる。

対して、

○定員 62 名の包括型共同生活援助事業所、棟数 8 か所を比べてみたい。その単価は以下のようになる。

包括型共同生活援助 < II >（人員配置基準 5:1）

区分 6	617 単位	区分 3	334 単位
区分 5	501 単位	区分 2	244 単位
区分 4	420 単位	区分 1 以下	212 単位

これに夜間支援体制加算などが上乗せされる。

精神障害者の障害支援区分とグループホームの入居者層について双方のイメージがつく方がいたら、その方は精神障害者の地域支援の現実をよく御存じの方ではないだろうかと思う。

上記の包括型共同生活援助の支援区分では、区分なしから区分6まで想定しているが、精神障害者の方で障害支援区分4以上の方の場合、多くは退院が難しい方とみなされる状態にある。障害支援区分3は地域ごと誤差があるかもしれないが、地域で暮らしていくことが認められるか否かの境目あたりにある。筆者が精神の障害で障害支援区分6の方には出会ったことがないが、精神の障害で寝たきりのレベルになるのだろうか。その場合、そもそもグループホームという選択はありえない。

浦河のグループホームの入居者の支援区分の中心はだいたい3~4の方が中心層となる。平均年齢は55.5歳ほどである。最近では、高齢化が進み、介護保険の対象となった方々を障害福祉の枠組みの中で支援している。

そこで、障害支援区分4がついたとしても、単価は420単位で就労継続支援B型の519単位と約100単位の差があるのである。同一人物が生活介護事業に登録したとしても、同様に単価の開きは大きい。偏見かもしれないが、就労系に比べ、居住支援系の加算は使えるものが少ない。

また、東京に近いI市から居住地特例で浦河のグループホームの入居されている例があるのだが、グループホーム運営のための補助金、利用者の家賃の補助金などが設けられている。このように地方では夢のような独自の補助があるところもある。こうした独自の補助が見込めない現実がある。

最近では、このような単価の差に加え、消防法の改正によってスプリンクラー、自動火災報知器など消防設備の強化といった具合で、民間の事業所が持ち出しで負担する費用が増大している。

これでは、新しくグループホームの整備を始めようとする事業所がなくなってしまう。

採算性が悪いため管理者以外全員を最賃に近いパートで揃えるほかない実情である。

(結果として、筆者の勤め先では、事業収入の収益性が悪いため居住系の事業所の事業運営が後回しにされ、日中活動が対外的な宣伝効果も高いということで優遇される法人経営となっている。筆者は、こんな運営に嫌気をさしたこともある。全国各地でべてるの講演会が企画され、日中活動の職員が全国に随行し発題するが、観客は何を期待して観るのか観客側にも成熟が必要に思う。そうでなければ、ただ珍しいものを観に来るお客との違いは、どこにあるだろうか?)

まとめ

入院に頼らないためには、それに代わる生活保障が必要となる。そもそも病棟自体が生活保障をする場ではないのだが、病棟が本来の目的である治療する環境としての病棟であるためにも、地域の居住系のサービスが必要なのである。(＊病棟の精神病院病棟転換型施設の問題は、今後、扱いたい。)

報酬単価の設定自体は、筆者の責任の負うところではないが、行政の方は、居住系サービスがただ食べて寝るだけの支援であると簡単に済むと思っているのだろうかと勘繰ってしまう。

しかし、障害を負った方が働くにせよ、人や社会との関係を再構築するにせよ、基本的な生活を保障することが出発点であると確信している。障害者を就労に結びつけたいという行政の方策が本当に実りのある成果を生み出すためにも、居住系のサービスの強化が必要となる。

リハビリにも、建物の基礎部分となる生活保障に当たる部分が大事である。

生活保障という生活の営みの保証が、入院に頼らない精神医療の鍵であることを思う。