精神障害者グループホームの現在

－横須賀での実践を通して－

中　島　直　行

1　はじめに

日本の医療や福祉は，昔から「住む」ことと切っても切れない関係にあった。筆者が 30 数年前に初めて勤務した精神病院は，1960 年代に共同住居から始まったと聞く。当時英国での精神医療改革運動の一方の旗頭であったジョーンズ M. の「治療共同体」をモデルに理想郷としての開放的な精神病院を目指したのである。1970 年代になると，大熊一夫氏の「ルポ精神病棟 [1)]」が引き金となり精神病院の不祥事が相次いで報道され告発運動が渦巻く中で，良心的な精神病院として当時マスコミで紹介されることも多かった。他にも「開かれている病棟 [2)]」で有名な群馬の三枚橋病院をはじめ名物病院は各地に見られた。しかし筆者はこうした共同体志向の精神医療が病院内の処遇改善に一定の役割を果たす一方，「施設収容主義」を側面から補完してきてしまったのではないかとの疑念を払拭しえない。治療実績ではなく待遇の良し悪しが病院評価の基準となっていることに日本の精神医療の大きな不幸を感じる。日本の精神病院は長い間「医療ではなく住居」を提供してきたのだ。それが今日 7 万人の社会的入院者の退院促進問題として焦点化されているのである。

「もう宿屋業はやめよう！」　精神医療の改革を目指す者たちの合言葉である。

日本の村落共同体は昔から病者も障害者も逸脱者も「やっかい者」としてその共同体の中に包み込んでいた。福祉は近代化が彼らを共同体の中に包み込めなくなったところから始まった。そして近代福祉も石井十次の「岡山孤児院」に象徴的に見られるように「住居の提供＝施設収容」から始まったのである。

施設収容主義は，敗戦後の福祉対策が親を失った子どもたちの緊急の保護から始まった事により決定的となった。そして日本の戦後社会福祉は施設収容による保護，措置体系として確立され，今日まで及んでいるのである。知的障害，身体障害はこのシステムにより体系的な施設整備がされた。

しかしここ 20 年，時代は大きく変わった。「このまま施設で一生を終わっていいのか」，「障害者も地域であたりまえに暮らしたい」，「親亡き後地域での暮らしをどう支えていくのか」，家族が，障害者自身が，そして援助者，ボランティアが立ち上がった。1981 年の「国際障害者年」，そしてそれに続く「国連・障害者の十年」はこの動きを後押しした。これらの動きと呼応するように，一方で待ったなしの急激な高齢化社会の到来を前にした高齢者の在宅ケア，地域ケアの推進があった。今日本の福祉全体が，施設福祉から在宅福祉・地域福祉へと大きく方向転換しようとしている。

ノーマライゼーションの原理を携えて，その施設福祉から地域福祉への切り札として登場してきたのがグループホームである。

2　ノーマライゼーションの原理とグループホームの理念

今やグループホームのバイブルとも言えるのが 1989 年，厚生省児童家庭局障害福祉課から出された「精神薄弱者地域生活援助事業（グループホーム）設置運営マニュアル」である。これは「グループホームの設置運営ハンドブック [3)]」として各都道府県に送られ，以後のグループホーム作りの指針となった。このマニュアルは，その理念の気高さと斬新さ，生活の隅々まで行き届いた具体的な

人文学部人間福祉学科

記述で，それまでの国の通知文とは全く質を異にしている。筆者は当時これを読んで，国がこんなにも斬新で柔軟な発想ができることに驚き，深く感動を覚えた。新しい福祉の時代を予感させるものであったからである。

以下，このマニュアルの中から，「これぞグループホーム」と言える記述を抜粋して，その底流に流れるノーマライゼーションの思想に触れてみたい。

まず「総論，グループホームとは何か」には，「……精神薄弱者も『普通の場所で普通の生活をするのが当然』……誰でも，地域社会で生活するためには，住宅費その他の経済的負担を負う。精神薄弱者も同様である。……」とあり，障害者が特別な存在ではなく普通の人と全く同じ権利をもち義務を負うことが明言されている。

次に「グループホームの基本的性格」として「……親元で暮らすのが望ましい，という考え方は前提としていない……グループホームは，施設を単に小型にしたというものではない……入居及びそこで受ける世話は，本人と運営主体との契約であって……入居者の日常生活は，指導・訓練的なものが最小限であり，管理性が排除されたもの……入居者の生活は，基本的に個人生活であり，本人の希望により契約が継続する限り続く……」と，今日では当たり前のことかもしれないが，当時としてはきわめてラディカルな表現が続く。特に最初の記述は，親亡き後まで子の行く末を抱え込んできた家族をその呪縛から解き放つものであった。

各論の建物に関しては「……原則として一般住宅内に位置し，その外観は一般の住宅と異なることのないよう配慮……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……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……」と，細部まで行き届いた記述でグループホームの本質を表現している。

「入居者の条件」では「就労（福祉的就労を含む)していること」が条件の 1 つに挙げられている。これは入居者に高いレベルを要求していると誤解されがちだが，筆者はこれを「住む場所と日中の活動場所は別々に用意されることが望ましい」というノーマライゼーションの原理[4]に基づいた条件設定と理解する。日本の施設福祉はあまりにもそれをないがしろにしてきたのだ。

「入居者の条件・責任」の項ではさらに「……親など家族の承諾は必要としません……入居者の身体，生命，財産等については，原則として入居者本人の責任であって，社会的にも地域の一住民として責任を果たすものです。」と，入居者の「自己責任」を明記している。さらにその備考欄には「世話人にすべての責任を押しつけることを排除する趣旨です」との注釈が書かれている。

この「自己責任論」は医療や施設ケアの視点からは決して生まれない。

援助する側の立場から言えば，グループホームは危険な賭けである。その賭けのリスクをすべて援助者側が負うのであれば，グループホームはできない。「自己責任」はグループホームの重要な理念の一つである。

筆者は自らが携わっているグループホームの入居者たちにおりに触れて次のように言っている。

「あなたたちは，地域でひとりで暮らせないからグループホームに入居しているのではない。みんなの代表なのだ。病気の管理をおろそかにして病状を悪化させて近隣と大きなトラブルを起こしたら，それでおしまい，後に続く仲間たちの夢を断ってしまうのだ。」と。

グループホーム入居者の責任は実はかなり重い。でも本来これはあたりまえのことなのである。地域で暮らす一人ひとりは皆社会の一員として責任を負っている。障害者も同じでなければならない。これがノーマライゼーションの原理の忘れてはならない重要な側面である。

3　障害別グループホームの契機

グループホームの展開には，ノーマライゼーションの思想が共通にその底流に流れているが，その契機および果たしている機能はそれぞれの障害の分野，領域ごとに微妙に違う。そのあたりを筆者なりにまとめ概観したい。

(1) 知的障害の領域

日本のグループホーム界をリードしてきたのは，

その理念と実績から，知的障害と断定しても異論はなかろう。横浜市では2003年，知的・身体合わせたグループホームの入居者数(1,061人, 227ヶ所）が，ついに施設入所者数（1,040人，19ヶ所）を超えた[5)]。

長い間，知的障害者は施設で一生を暮らすのが幸せとされた。1952年に結成された「手をつなぐ親の会（現，育成会)」も，施設の整備や制度の充実を国に求めて運動した。親亡き後一生安心して預けられる入所施設を確保することが何よりも求められていた。国もその方向で施設を整備し1960年代末には知的・身体の施設体系がほぼ出来上がった。その集大成が1970年代はじめのコロニー建設であった。

当時の「コロニー懇談会」の意見答申には「……障害者の家庭の福祉に寄与する施設として，心身障害者を長期間収容し……そこで社会生活を営ませ……」[6)] とある。障害者本人の立場が全く抜け落ちているのである。

しかしその数年後の1974年の中央児童福祉審議会の「心身障害児対策について」の答申では，「……家庭養育が自然の姿であり，止むを得ずこの原則から外れる場合は……積極的な理由がなければならない……収容施設への入所は漠然と行われることは許されず……」と一転して安易な施設収容を戒めている。在宅福祉，地域福祉の考え方も同じ1970年代より始まっていた。

「安心できる施設で一生を終える」，これで良いのかとの思いは家族にも施設関係者にも芽生えていた。グループホームへの具体的な取組みの大きな流れの一つは，施設の側から始まった。

筆者の勤務先の隣にあった川崎の知的障害者施設の指導員がグループホームを作った動機を語ってくれたことがあった。その指導員が新卒で就職したとき入所者は皆若かった。しかし15年，20年と過ぎ中堅からベテラン職員になっても，入所者も中年になり年を重ねるだけだった。このまま定年を迎え彼らもそのまま年とって死んでゆくのかと考えると，自分たちの仕事はいったい何なのだと絶望的な気持ちになったという。このまま施設で一生を送らせてなるものかという関係者の執念がグループホームを実現したのだ。

もう一つの流れは，在宅で支えてきた側からのものである。横浜の例をあげる。

就労の場がなく施設にも入れない「終日在宅」の障害者の日中活動の場を家族が中心になって自主的に開拓して行ったものが1977年「横浜市障害者地域作業所助成事業」として実を結んだ。作業所は年々増加し活発な活動を展開していったが，1980年代になると作業所通所者の中に家族が倒れ家庭生活の継続が困難になる人が出てきた。彼らは施設への緊急一時保護を拒否し，通いなれた作業所に寝泊りを始めたのである。そこから入所施設とは異なる暮らしの場を求める運動が始まり，海外には障害者が4～5人で街の中に暮らす「グループホーム」制度があることを知って，「(財)横浜市在宅障害者援護協会」（在援協）が中心となり視察と研究を重ね，1985年横浜市のグループホーム助成制度ができたのである。

東京都ではそれより前の1983年「生活寮」の制度ができ, 神奈川県でも同じ年に「ミニ通勤寮」（後の「生活ホーム」）が創設された。類似の制度が他府県にも波及していった。

1980年代の各地の取り組みを経て，1980年代末，グループホームの制度化に向け，国の動きが急ピッチに進んだ。1988年に中央児童福祉審議会答申「精神薄弱者の居住の場のあり方について～グループホーム制度の創設への提言」を受け，1989年に「精神薄弱者地域生活援助事業」として予算化，同時に「精神薄弱者地域生活援助事業（グループホーム）設置運営マニュアル」が各都道府県に配布された。

翌1990年には「精神薄弱者福祉法」改正でグループホームが法定化された。国が動いたことは地方自治体，他障害の関係者に直ちに大きな影響を与えた。こうして昭和から平成の境目の数年の間に各領域のグループホームの基本的な枠組みが一気にでき上がったのである。

この画期的なグループホームの制度化の際に，陣頭指揮を執ったのが当時の児童家庭局障害福祉課長，浅野史郎氏（現，宮城県知事）である。浅野氏はその後2004年2月，県内のすべての知的障害者施設の「解体」を宣言して，今も施設中心の障害者福祉に大きな一石を投じた。

(2) 身体障害の領域

身体障害者には，他の障害や高齢者，児童のすべてに「〇〇生活援助事業」として共通に規定されているグループホームの規定がない。2004 年 10 月に発表された「改革のグランドデザイン案」にも身体障害者の居住支援サービスについては「今後検討」として見送られている。

しかし身体障害者のグループホームほど，ケアの方法ではなく地域で生きる権利の行使としてのグループホームの本質を反映したものはない。

1970 年代初め車椅子の身障者たちによる路面電車や路線バスを止める実力行使が当時話題を呼び，暴力に訴えるのは良くないなどと評されたものである。しかしこのことがあったから今日では車椅子でのバスの乗車やエレベーターのない駅の階段で駅員たちが数人係で車椅子の乗客を運ぶ姿が当たり前となったのだ。

身体障害者のグループホームづくりもこの手法ではないかと筆者は直感する。「とにかく住んでしまえ！」という実力行使ではなかったか。まず作ってしまうところからスタートして，必要なケア，サービスを後から調達する，地域との関係作りも住みながら作っていく，これだったのだと思う。

横浜では 1984 年，「ふれあい生活の家」が最初の身体障害者グループホームとして産声を上げた [7]。知的障害と同じく 1985 年から横浜市の試行事業として位置づけられ助成を受けている。

横浜では助成が始まった当初から，知的・身体を区別せず同じ制度を適用してきた。その後国で知的障害のグループホームが制度化された後も，バックアップ施設を持たない市民団体を母体とした運営委員会方式の「グループホーム A 型」と，バックアップ施設を持つ法人運営型の「グループホーム B 型」の 2 本立てで制度を運用してきた。「A 型」は横浜市の単独事業で支援費の対象ではなく，「B 型」も知的障害は支援費の対象だが，身体障害のグループホームは国の制度にないのでその部分は横浜市の単独事業となっている。

(3) 児童養護の領域

児童養護施設は，筆者が短期間，児童相談所の業務にかかわった 35 年前は，一部の進学する者を除いてほとんどの児童が中学を卒業すると同時に住込み就労して施設を退所した。当時は一般家庭の児童の多くも中卒で働いていた時代で，社会に放り出されることが施設児だけに課せられた特別な負荷ではなかった。しかしその後誰もが高校進学するようになり，一般家庭での子どもの自立時期の遅延があたりまえになる中で，この事情が一変した。施設児の高校進学率も大幅に伸びたが，問題は進学する子どもは施設に残って保護を受け続けられるのに，就職したり，高校を中退する子どもは施設から放り出されて自立を迫られることであった。社会適応の問題は進学組よりもおそらく就職組の方に生じやすいと考えられるのでこれは大きな矛盾である。事実，高校進学せずに就職して施設を退所した 15 歳から 18 歳までの谷間の年齢層の社会不適応が顕在化する中で，篤志家らにより共同住居＝グループホームの試みが始まったのである。筆者は 17 ～ 18 年前にこうした共同住居出身の精神障害のケースを担当したことがあり，この事業の存在を知った。

各地の実践を受けて，1988 年，厚生省児童家庭局長通知で「自立相談援助事業」が事業化された。その後 1995 年の児童福祉法改正の際，「児童自立生活援助事業」として「自立援助ホーム」の名で規定され，児童福祉の措置の枠に組み込まれ，今日に至っている。

一方，本体の児童養護施設についても，地域化，小規模化志向の流れを受けて，2000 年「地域小規模児童養護施設」が事業化された [8]。関係者はこれを「グループホーム」と呼称しているが，当然のことながら措置の枠組内の事業である。

(4) 高齢者の領域

グループホームと言えば，今や「痴呆 (認知症) 対応型老人共同生活援助事業」と言われる高齢者グループホームの代名詞であり，グループホームという名前を冠した図書もそのほとんどが高齢者のグループホームを指している。

しかし他障害のグループホームが 1990 年前後に一斉にその枠組みを確立したのに対し，高齢者

のグループホームは1994年の「新ゴールドプラン」の中で初めて，今後取り組むべき痴呆性老人対策の一つとして提言された。法的には1997年の介護保険法成立の中で制度化され，2000年の介護保険の施行にともない本格的に展開されるようになった。

高齢者のグループホームも，障害者グループホームと同じ理念，思いでスタートしている。当初は地域活動を行ってきたボランティアグループなどがデイサービスやホームヘルプなど有償の活動を展開したその延長線上に，グループホームとして街の中の普通の家屋を借り，バリアフリーのための改造を施して4～5人という家族的なこじんまりとした単位で暮らす,そんな始まりだった[9]。

それが介護保険の中で制度化されると一気にブレークして，従来のNPOや社会福祉法人だけでなく，一般業者が次々と参入し，設置目標数をはるかにオーバーしてしまった。一般家屋を借りるなどということはもはやなく，定員いっぱいの9人規模の建物を設計して新築するという完全に施設作りの手法となっている。刊行されている手引きも業者向けが目立ち[10]，手続き中心の説明で理念の記載がほとんどないものもある。

今や街の中を歩くと，あちこちで高齢者のグループホームにぶつかる。短期間にこれだけの数を地域に設置できたことは，超高齢化社会を目の前にしてすばらしい実績だが，市場原理にかき回されて荒廃する危惧も覚える。

一方このグループホームの手法は，特別養護老人ホームの中に「全室個室・ユニットケア」として逆輸入され，施設ケアの改革の切り札として期待されている。

認知症のグループホームが地域小型施設化するのはケアする視点に立つとある程度止むを得ない。あくまでもグループホームの理念に立つなら，一部で展開されている比較的健康なあるいは軽度の支援を必要とする高齢者たちの「グループ・リビング」[11]という取組みの方が本来の姿に近いだろう。

(5) 精神障害の領域

精神障害の領域では，グループホームの前身とも言える「共同住居」の取り組みの歴史は古い。筆者の勤務した精神病院は1960年代に共同住居から始まったし，同じ頃，各地の精神病院が退院先のない院内寛解者に対して共同住居の試みをしていた[12]。1970年代になると病院ではなく地域を拠点とした取り組みも始まった。有名な埼玉県の「やどかりの里」[13]も1970年に共同住居としてスタートしたのが始まりである。筆者が1975年から勤務した「川崎市社会復帰医療センター」（現「リハビリテーション医療センター」，以下「リハセンター」と略す）もちょうどその当時共同住居に取り組んでいた[14]。しかし2年間で閉鎖しその後は本体の宿泊訓練施設を拠点に単身生活の支援が中心となった。他にも各地に先駆的な取り組みが見られたがいずれも単発で，法的にも経済的にも何の裏づけもない中で，これらの取り組みは広がっては行かなかった。その後社会復帰施設が法的に整備される（1987年　精神保健法）中で，居住支援の活動の一部は援護寮や福祉ホームの中に裏づけを求め（前述の「やどかりの里」や後述の国分寺市の「はらからの家」など），また一部はその後のグループホームの公的助成ができるまで自力でつなぎ，また別の一部は個別の単身生活支援に重点を置くようになった。

川崎のリハセンターは10数年後，近隣に施設を退所した70～80人の単身生活者を抱え支援するようになっていた。ADLが一応自立している精神障害者は支援は必要だが技術的には一人暮らしはそれほど困難ではない。したがってこうした実績を積むことができていたのだ。

しかしバブル時期の世相が事態を大きく変えた。古いアパートの立替ラッシュで次々と追い出しを食らうようになったのだ。新しく衣替えした高級アパートやマンションは生活保護や障害年金レベルの障害者たちには全く手の出ないものとなった。一方新しく賃貸契約を結ぶには，古いぼろアパートさえ例外なく連帯保証人が必須とされるようになり，病院や施設を退所して一人暮らしを始めようとしていた天涯孤独の障害者たちは行き場を失った。筆者はその当時参加した全国精神障害者家族会連合会（全家連）の主催するある会議の席上，生活保護法の更生施設の指導員が「施設を退

所して一人暮らしを始めようにも誰もアパートを貸してくれない。どうしたら良いのだ！」と絶望的な叫びを上げていたのを鮮明に覚えている。病気を隠しながら地域の片隅でひっそりと暮らすことが極めて困難になったのだ。

この事態を打開する決め手がグループホームであった。前述した1989年の知的障害者のグループホームの国の事業化，マニュアル化は大きな勇気を与えた。知的・身体のグループホームですでに体制を確立していた隣の横浜では1989年寿地区を中心に活動していた市民団体「野草の会」が精神障害者のグループホーム作りに取り組み，県市に公的助成を求め要望書を提出した。これを受けて1990年に「神奈川県精神障害者生活ホーム設置運営要綱」，「横浜市精神障害者小規模福祉ホーム助成事業実施要綱」が成立し，同年，横浜のグループホーム第1号「すずらん荘」が誕生した[15]。

川崎でもこの「すずらん荘」や前述の国分寺市の大型民間アパートを徐々に占有し共同住居化した「はらからの家」[16]，隣の知的障害者施設のグループホームづくりの経験を手本に，家族会を設置母体として，一戸建てを借りて4名の入居者を募り1名の世話人を迎えて，1991年，川崎市における最初の精神障害者のグループホーム「ホームAYAME」が誕生した。

国レベルでは，翌1992年「精神障害者地域生活援助事業」が予算化され，さらに1993年精神保健法改正により法定化された。

このように精神障害の場合，グループホームの始まりは，住む場所の確保の手段としての意味が非常に大きかったと言える。

4　横須賀でのグループホームの実践から

(1) グループのびのび，第2のびのびの開設

筆者は1994年，居住地の三浦半島で当時精神医療関係者有志の私的勉強会として活動していた「三浦半島の精神医療を考える会」に加わり，三浦半島地区でのグループホームづくりに参画した。「考える会」は翌1995年，横須賀市で最初の精神障害者グループホーム「グループのびのび」を開設し，さらに3年後の1998年，2つ目のグループホーム「第2のびのび」を誕生させた。この過程で「考える会は」「グループのびのびを支える会」となり，さらに2000年に生活支援センターを開設するに当たり，「NPO法人　三浦半島地域精神障害者の生活を支える会」（以下「支える会」と略す）を設立した。「支える会」の活動の詳細はこの論考の本題ではないので，表1に年表を掲げるにとどめる。

図1，図2は2つのグループホームの配置図である。グループのびのびは一度引越しを経験しているが，現在は図のようには2階建てアパートの2DKの4世帯を借り受け，3世帯に2名ずつ，計男4，女2の6名が入居し，1世帯は共有スペースである。第2のびのびは3階建てアパートの2LDKの3世帯を借り，2世帯に3名ずつ，計男3，女3の6名が入居し，1世帯が共有スペースとなっている。図3，図4に示すように2つのグループホームとも全員がプライベートな個室を確保している。

(2) 入居者の状況

現在男7，女5の計12名が入居している。年齢構成は表2のとおりである。60代が2名おり，身体的な健康問題，高齢化に対する対応が迫られてきている。全員がデイケアか地域作業所，あるいはその両方に通所している。グループホームは入居条件として日中の活動場所があることとしているので，入院中の人がグループホームに申し込む場合，退院後の通所先を見つけて事前に病院より通所して入居に備えている。

現在までに2つのグループホームを利用した計25名の入居経路は表3の通りである。入院からと在宅からがちょうど半々で，グループホームのニーズが2つの方向から生まれたことと対応している。また表には載せてないが，統合失調症圏の人が80％を占める。

表4の退所した13名の退所時の転帰を見ると，単身生活が過半数を占める。グループホーム入居の動機を統計的に把握していないが，一人暮らしを目ざして入居し目的を達したケースもあれば，グループホームの共同生活がしっくり来ず，結果的に一人暮らしを選択した場合もある。後者だか

表１　ＮＰＯ法人　三浦半島地域精神障害者の生活を支える会の歩み

・1985 年　三浦半島の精神医療を考える会
・1994 年　グループホーム設立準備会
・1995 年　グループのびのび開設（グループのびのびを支える会結成）
・1997 年　第２のびのび仮オープン
・1998 年　第２のびのび開設
・1999 年　たまり場「アメグスト」オープン
・2000 年　ＮＰＯ法人三浦半島地域精神障害者の生活を支える会（認証）
・2000 年　よこすか地域生活支援センター「アメグスト」開設
・2001 年　精神障害者ホームヘルプサービス試行事業実施
・2002 年　精神障害者ホームヘルプサービス事業開始（事業所登録・ユニット契約）
・2004 年　横須賀こころの電話相談開設（年中無休 17：00～24：00）

2階	2DK 女性 2名	2DK 男性 2名	2DK 男性 2名	2DK
1階	2DK	2DK 共有 スペース	2DK	2DK

図１　グループのびのび配置図

3階	2LDK	2LDK	2LDK 男性3名
2階	2LDK	2LDK 女性3名	2LDK
1階	2LDK	2LDK 共有 スペース	2LDK

図２　第２のびのび配置図

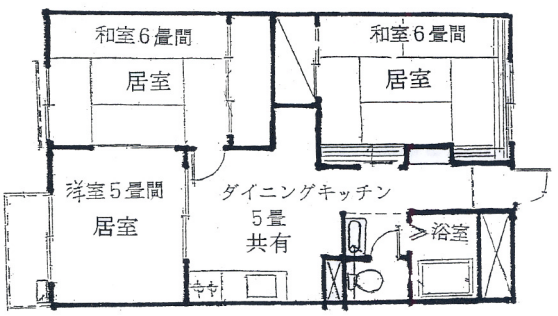

図３　第２のびのび 202，303 号室

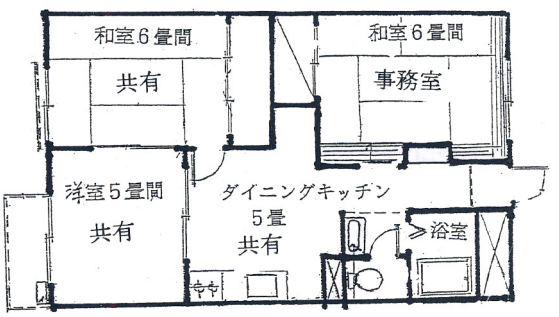

図４　第２のびのび 102 号室

表２　入居者の年齢構成

	20代	30代	40代	50代	60代	合計	平均
男		2	3	2		7	45.0 歳
女		2	1		2	5	46.4 歳

表３　グループホーム入居前の居所

病院	施設	在宅		合計
		同居	単身	
１２	１	１０	２	２５

表４　グループホーム退所時転帰

在宅				入院	退去	合計
単身		結婚	同居			
アパ	公営					
4	3	2	1	2	1	１３

表５　退所者の現況

		GH	単身	結婚	同居	不明	死亡	
住まい		1	6	2	1	2	1	１３
活動	通所	1	5	1				7
	家事			1				1
	介護				1			1

注：GH はグループホームの略，
のびのびとは別の GH に入居中

らと言って不適応と決めつけてはならない。グループホームがきっかけで自分に合った生活スタイルを選択できたのだからそれで良しとも言えるのである。グループホームは永住するつもりで来ても良いし，一人暮らしのステップとして利用しても良い所である。

また表 5 の退所者の現況を見るとその多くが現在もデイケアや作業所を利用しながら在宅生活を継続している。特記すべきは結婚による退所が 2 名もいることで，いずれも順調に結婚生活を継続し，うち 1 名は 2 人の子どもを育てながら主婦業を立派に果たしている。

入院による転帰は 2 名だけだが，それ以外にグループホーム利用中に 6 名が入院を経験 (内 5 名は複数回) している。援助者の間で入院はかつて否定的に評価され一方的に防止すべきものとされがちだったが，本来は治療として必要なときに必要な分だけ適切に利用するものである。筆者も若い頃，入院阻止のため体を張ってがんばり逆に病状悪化させた苦い経験を持つが，かつての入院がその人の生活基盤を根こそぎ奪い取って行った不幸な歴史の歪みであろう。決して軽くない病を背負いながら生きていくのだから，入院も適切に利用する生活の知恵が地域生活の継続に欠かせないのである。

グループホームの入居者や退所者たちの生活ぶりを垣間見ると，かつて「予後不良」と言われた統合失調症圏の精神障害者たちが様々な社会資源（最近は生活支援センター, ホームヘルプサービス, 電話相談等もある）を上手に利用しながら安定した生活を送るコツのようなものを掴んでいるのではないかと確信する。また「病識がない」というのも嘘っぱちで，それがなければあれほど安定した通院・服薬の継続は考えられない（中には中断して再発する人はいるにはいるが)。グループホームも彼らが「人生のさじ加減」を身につけるのに一定の貢献を果たしているのに違いないと自負するのだが，いかがだろうか。

(3) グループホームでの援助の実際

精神障害者のグループホームは通常「世話人」と呼ばれる常勤の職員と，常勤の不在日を埋める非常勤職員で勤務体制を組む。「のびのび」の場合は表 6 に示す通りである。精神のグループホームでは，緊急時を除いて原則的に宿直体制を採ることはない。夜間は入居者の自主管理である。

世話人の採用には必ずしも精神保健の専門知識や経験を条件としていない。専門知識や経験はあ

表６　職員の勤務体制

・勤務時間	13：00〜20：00
・常勤職員	週５日勤務
・非常勤職員	週１日勤務
・日曜日・祝祭日は入居者の自主管理	
・年末年始・祝祭日の一部は運営委員対応	

るに越したことはないが，グループホームは治療・訓練の場ではなく，「生活の場」である。専門性で言えば，精神保健の専門性とともに「生活者としての専門性」が求められるのである。結果として，「のびのび」の２つのグループホームとも非専門家を雇用し今日に至っているが，そのことで大きな問題が生じたことはない。

世話人の仕事は多岐にわたる。個別ケア，グループケア，ハウスワーク，事務・経理，連絡調整，会議など何でも屋である。個別ケアでは健康管理への配慮（通院同行等），生活上の異変のキャッチ（金銭，対人など）とそれへのすばやい対応が大切である。入居者同士のトラブルの調整にも悩まされる。入居者と近い距離で接し，一人職場で瞬時の状況判断を独力で行わなければならないので，後述するようにバックアップ体制の確立が極めて大切である。

世話人の大事な仕事の一つとして夕食作り支援がある（精神障害者のグループホームの約半数が実施）。「のびのび」では入居者が当番制で担当し，世話人と２人で作っている。夕食作りとその後の入居者全員での会食は，グループホームが提供できる家庭的な団欒の場として，筆者らが最も大切にしていることである。

(4) グループホームの運営体制，危機管理

地域でグループホームを維持していくには特に近隣との関係に気を使う。２つのグループホームとも幸いにこの10年の間に大きなトラブルは起こしてない。具体的なトラブルとしては，下の部屋に水漏れを起こしたことが２回あった程度であるが，間一髪の危機はいくつか経験した。図５に示すように，様々なトラブル，危機が考えられるが，大事なことは，グループホームの存続にかかわる危機とグループホーム内で解決すべき危機を明確に区別して対処することである[17]。

前者の代表は，①火の不始末　②病状悪化による不穏行動の近隣への波及　である。特に火の不始末は全国のグループホームで火事を起こしてしまった例がいくつかあり，細心の注意を払っている。

煙草は，開所当時は「自室OK，寝煙草ダメ」の取り決めであったが，あまりにも多数の焼け焦げを作ったため，１年後に「共有スペースのみ」に変わった。さらに共有スペースでも焼け焦げが止まらなかったため，一時期建物内禁煙としたこともある。

火の不始末では，鍋の空焚きをしたまま就寝してしまったケースがあり大事に至らなかったが，直ちにその居室からガス台を撤去した。

病状悪化による不穏行動の内容は具体的には言えないが，近隣に波及する前に別の入居者の声かけで当人が落ち着きを取り戻し，連絡を受けて戻ってきた世話人が通院同行し危機を回避したことがある。日頃から病状への気配りは大切で，服薬状況を見守り，病状悪化時の通院同行や主治医連絡の体制を採っている。また世話人は専用携帯電話を常時携行し，入居者からの緊急連絡に備えている。

バックアップ施設を持たない市民団体によるグループホームの運営管理の責任は運営委員会が担っている。図５に示すような役割を果たしているが，特に世話人は様々な仕事を抱えながらの一人職場であり，その支援体制をいかに築くかがグループホームの運営にとって肝要なことだと考える。

市民団体，NPOによる運営の意義は，第１に有志（ボランティア）による集まりだということである。各専門機関に所属している人も多いが，決して派遣された代表ではなく，立場を離れた一市民としての参加である。すなわち，「しがらみは最小限に」抑えて，「バックグラウンドは最大限に」活用できるのである。第２は当事者，家族も含めて立場を超えた多種・多方面の人のネット

グループホームの運営管理

- 職員の引き継ぎ（毎日）
- 入居者ミーティング（週1回）
- 合同職員会議（月1回）
  常勤2名、非常勤2名、運営委員1名（当番制）で実施
- 運営委員会（3ヶ月に1回＋臨時）
  開設当初は毎月実施、現在は3ヶ月に1回合同で。
- NPO法人理事会（3ヶ月に1回＋臨時）
- NPO法人総会（年1回）
- 申請書類、予算・決算報告
  （年1回市・県へ提出、補助金申請・精算手続きは年4回）

グループホーム運営委員会

・運営委員会の構成
医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、心理士、作業所指導員等、病院、行政、地域関係機関職員、他障害関係職員
ボランティア、地域関係者、精神障害者家族
グループホーム職員、入居者代表

- 運営委員会の開催
  現在は3ヶ月に1回（開所当時は毎月開催）
- 運営委員会の機能
  グループホームの運営管理の責任、入居者の状況把握
  入退所の決定、日常運営、緊急時のサポートetc.

グループホームの危機管理（1）

（よくあるトラブル、問題行動、危機）

- 火の不始末（たばこ、空焚き、ストーブ等）
- 水漏れ
- 暴力、病状悪化、不穏、自殺未遂
- 利用者同士の対立
- 隣室、隣家とのトラブル（加害、被害）
- アルコール、薬物
- 服薬中断、怠薬
- 金銭管理（浪費、借金）
- 異性問題、無断外泊、無断宿泊提供
- 盗み
- 食中毒

グループホームの危機管理（2）

- グループホームの存立にかかわる危機
  ⇒即座に対応
  ○火の不始末（特にたばこ）
  ○病状悪化による不穏行動の近隣への波及
  禁止薬物（反社会的行為）
  水漏れ。騒音等近隣への迷惑
  食中毒
- グループホーム内で解決できる危機
  ⇒熟慮・話し合い、コンセンサスを得ながら対応
  利用者同士の対立
  怠薬、アルコール
  異性問題、無断外泊、無断宿泊等

グループホームの危機管理（3）

（たばこ問題への対応）

- 開所時　自室OK、　寝たばこ×
  ↓（たばこの焼け焦げ多数）
- 1年後　共有スペースのみ
  ↓　↓（1名　たばこの焼け焦げ多数）
- 現在　同じ　室内全面禁煙（屋外のみ）
  （1名　命令により、同室の1名同調）

（その他の火の不始末）

- なべの空焚き（そのまま就寝）　⇒　当該居室ガス台撤去

グループホームの危機管理（4）

（緊急対応）

- 職員（世話人）は専用携帯電話を常時携帯
  ⇒入居者からの緊急連絡に対応
  （運営委員が交代で電話を携帯しているグループホームあり）
- グループホームの近隣に居住し、緊急時に対応できる運営委員がいることが望ましい

（主な緊急事例）

- 病状悪化のための不穏行動）
  ⇒他の入居者の声かけで落ち着きその後職員が通院同行
- 大量服薬等の自殺企図後電話をかけてくる⇒救急車
- 身体疾患の急病、一般病院で断られたことあり
- 病状悪化時（危機に至る前）の通院同行は大事

図５　グループホームの運営と危機管理

（中島直行「グループホームの運営と経営」香川の精神保健福祉を考える会グループホーム設立研修会抄録 2004 より抜粋）

ワークの形成，知恵の結集ができることである。第3は手厚くはないが裾野の広い支援体制の中で事業展開ができ，窮地に陥った時に孤立せず広く助けを求めることができることである。

表6は神奈川県域（横浜・川崎を除く県全体）のグループホームの運営母体を示したものである。NPOと市民団体で40％を超えており（横浜・川崎では大多数が市民団体立），全国統計で40％を占める医療法人は18％足らずである。大都市とその近郊では作業所づくりなどの家族や関係者，市民による地域活動の延長線上にグループホームがあることを如実に示している。

表7　グループホームの運営母体

（横浜・川崎を除く神奈川県域　2004年5月現在）

医療法人	6
社会福祉法人	１２
ＮＰＯ法人	3
市民団体	１１
家族会	2
計	３４

(5) グループホームの到達点と限界

最初は貸してくれる所があればどこでも良いということで，ぼろアパートやぼろ一軒家を何とか改装して住めるようにして始まったグループホームも，その後次々とグレードアップしている。最近は大家さんに建ててもらうオーダーメイドや，ワンルームマンションや2DKのアパートを入居人数分＋1戸（共有分）借り切って，各人が1世帯を専有するというスタイルも登場している。それに連れ，重点も「共同生活による支え」から「個人生活の尊重」へと移行してきている。また一度高いレベルのものを作ると次に同じ地区で新しく作る場合，それ以下のものは作れないということでさらにグレードアップの方向に向かう。当初「障害者も地域で暮らす権利がある」だったグループホームのコンセプトも今や「障害者も地域で快適に暮らす権利がある」にランクアップした。

「個人生活の尊重」という方向は1つの流れであるが，これとは逆に個別ニーズの充足のために「共同生活による支え」というグループホームの機能を総動員するという手法もある。2004年7月に開催された第1回日本グループホーム学会で，突然親が亡くなった重度の身体障害者をそのまま地域で生活させるために支援者たちが直ちにグループホームを立ち上げたという報告がされている。知的障害のカップルの結婚生活を支えるためのグループホーム利用はよく知られている事実だが，精神障害でも同じ取組みの報告を聞いている。[18)]

高齢化の問題はどのグループホームでも目前に迫った課題である。身体疾患が重くなったり介護の必要性が生じたらどうしたらよいのか皆頭を悩ませている。特に精神の場合，入居中は原則としてホームヘルプサービスが受けられないとされているのでこの問題は深刻である。

筆者ら精神医療に長く携わった者はつい昔の発想で「精神障害者だけの老後をどうしたらよいか」と考えてしまう。以前はよく「身寄りのない精神障害者が年老いて体が弱ったら，一般の老人ホームに適応できるわけがないから精神病院に戻るしかないのか」とため息をついたものだった。そこには精神障害者が一般市民と一緒に暮らせるわけがないとの思い込みがあった。

しかし今グループホームは市民との共生というノーマライゼーションの理念を旗印に展開され，それなりに実績を挙げてきたのだ。

最近筆者は高齢で身体障害も抱えた精神障害者たちの中に，精神保健のサービスと介護保険サービスを組み合わせて豊かな単身生活を送っている人たちに出会って，「だけの老後」の発想の間違いに気づかされた。精神障害の老後対策も通常の高齢者支援体制の中で解決すべきものなのだということを改めて肝に銘じたい。

精神障害者グループホームの設置数は2002年4月現在1,002ヶ所，2003年には1,105ヶ所となり，障害者プランの目標数をクリアしている[19)]。しかしそれでも利用者数は5,671人（2003年）に過ぎず，このまま順調に増えた（新障害者プラン目標2007年，12,000人分）としても，7万人の社

会的入院者の受け皿になるにはあまりにも無力である。

従来の中程度の障害者を対象としたグループホームであれば，必ずしも「1 世話人＝1 グループホーム」という体制にこだわらなくてもよい。むしろ煮詰まり型の閉じられた援助関係の弊害も生じやすいので，これからのあり方としては，「サテライト型」，「複数の世話人＝複数のグループホーム」，「生活支援センター委託型グループホーム」など柔軟な運営体制を取り入れていくことが，入居者の個別性を尊重し，かつケアの質を落とさずにコストも削減し，その余力を別な方面に振り向けることを可能にすると思う。

5　おわりに
ー「改革のグランドデザイン案」とこれからのグループホームー

ここ数年の間に国レベルで立て続けに大胆な新しい施策が打ち出された。2003 年の「受け入れ条件が整えば退院可能」な 72000 人を対象とした「精神障害者退院促進支援事業」，同じく同年の「包括的地域生活支援プログラム（ACT 事業）」，2004 年 10 月の「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（以下「グランドデザイン案」と略す），それを受けた 2005 年 2 月の「障害者自立支援法（案）」がそれである。

特に「グランドデザイン案」は今までの処遇や支援の枠組を根底から変えるものとして，関係諸団体に大きな動揺と波紋を広げている。

筆者は「グランドデザイン案」全体をとても論評できる器ではないが，精神障害の立場からは精神保健福祉法 32 条の廃止問題は看過できないと考える。遅れていると言われる日本の精神保健施策の中で，1965 年制定の「通院医療費公費負担

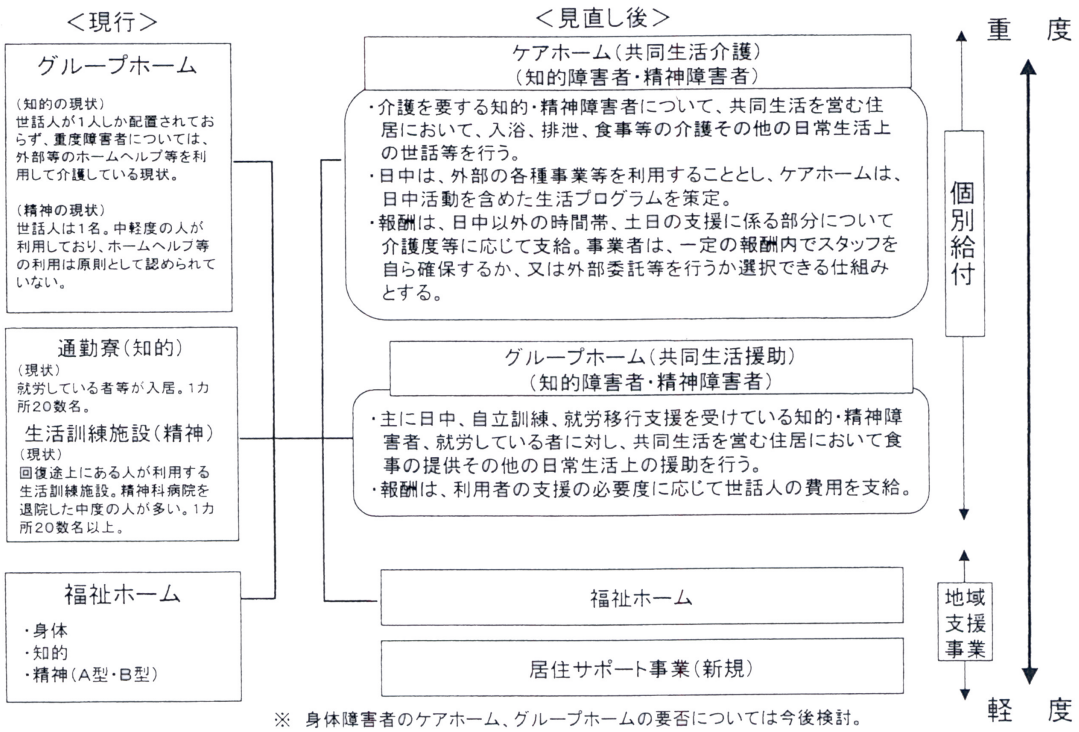

図６　障害者の居住支援サービスの見直し（厚生労働省資料）
（室津滋樹：「『今後の傷害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）』への意見」季刊「グループホーム」vol.3　2005 より転載）

制度」の果たした功績は甚大で，特に在宅患者の通院服薬安定に寄与し，それまでの「分裂病（統合失調症）者は病識がない」「予後不良」という精神医学界の定説を覆すほどの効果を上げたと言っても過言ではない。32 条は医療体制として整備されたことに大きな意義があり，安易に福祉サービス利用の給付システムに移すのは危険であるというのが筆者の立場であるが，その論議はこれまでにして，ここではグループホームに関連したことだけ少しコメントしたい。

「グランドデザイン案」の中で，グループホーム関係者にとって一番の関心事は，居住支援サービスの介護度, 自立度別の体系化である。（図 7）[20] グループホームの理念からすれば，これでは生活モデルから医学モデルへの逆戻りであり受けいれがたい。特に知的・身体の領域では，障害が重いから施設で，軽いから地域でという選別処遇に対するアンチテーゼとしてグループホームは存在してきたのである。

しかし筆者はまたこうも考える。精神障害の場合，社会的入院者の退院促進事業の有効な展開にはグループホームが重要な役割を果たすべきだと思うが，従来のグループホームの体制ではとても有効に機能しえない。これは精神障害者のグループホームに重度加算がないためとも言い切れない。何をもって重度とするかは病状と障害の二側面がありむずかしいが，いわゆる重い人たちへの取組みが遅れていたことは確かである。

提案の中にある「ケアホーム（共同生活介護）」の全貌はまだ良く見えないが，高齢者領域のグループホーム「痴呆（認知症）対応型老人共同生活援助事業」に相当する機能を持つように思われる。

筆者らが今まで手がけてきたグループホームはすでに詳述したように，民間アパートの何室かを借りて一般市民と軒先を接する形で展開されてきた。まさに市民との共生を地で行くものだったが，近隣関係の心配な人を敬遠してきた感は否めない。もし独立した家屋でもっと手厚い体制を組めれば，今までなかなか対応できなかった重度の障害者を多く受け容れることができ，社会的入院者の退院促進に少しは寄与できるかも知れないとも考えるのである。

おりしも「支える会」に，ある家族から新規のグループホームの設立の話が持ちかけられ，現在建物の設計から検討を始めているところである。実現性は未知数だが，筆者らは「ケアホーム」の動向も含め様々な可能性を念頭に置きながら準備を進めていきたいと考えている。

いずれにしても新しい施策が提起された時，机上の議論でその良し悪しを即断するのでなく，現場での実践の中で柔軟に粘り強く検証してゆく姿勢を常に堅持して行きたいと考える。

参考文献

1）大熊一夫：「ルポ精神病棟」朝日新聞社　1970

2）石川信義：「開かれている病棟」星和書店　1979

3）厚生省児童家庭局障害福祉課監修：「グループホームの設置・運営ハンドブック」（財）日本児童福祉協会 1989

4）ニィリエ ,B：「ノーマラーゼーションの原理—普遍化と社会変革を求めて（新改訂版）」（河東田博・橋本由紀子・杉田穏子・和泉とみ代編訳）　現代書館　2004 .

5）（財）横浜市在宅障害者援護協会:障害者グループホーム.『お元気ですか　ざいえんきょうインデックス』＜在援協 30 周年記念資料集＞　122-156　2004

6）中澤健編著：「グループホームからの出発」中央法規 1997

7）室津滋樹：グループホームがもつ可能性．中澤健編著『グループホームからの出発』140-147 中央法規 1997

8）高橋利一：「子どもたちのグループホーム」筒井書房 2002

9）西村美智代:「グループホームは老いをつつむ心の縁側」近代出版　2000

10）全国痴呆性高齢者グループホーム協会:「グループホームの手引き」ワールドプランニング　2004

11）北岡祐子：「多様化する高齢者のライフスタイルとグループリビング」 東京家政学院大学人文学部人間福祉学科社会福祉専攻　平成 16 年度卒業研究　2004

12）中川正俊：居住プログラム．松下正明総編集『精神科リハビリテーション・地域精神医療』＜臨床精神医学講座第 20 巻＞　中山書店　279-288　1999

13）谷中輝雄他：共同住居実践報告「やどかりの里」.『精

神障害と社会復帰」創刊号　Vol.1 No.1：94-106　1979
14）西沢利朗：共同住居実践報告「共同住宅」あいば荘.『精神障害と社会復帰』創刊号　Vol.1 No.1：83-87 1979
15）野草の会・すずらん荘運営委員会：「精神障害者共同住居１年の歩み」すずらん荘設立一周年記念 1991
16）伊澤雄一：グループホームの実際―はらからの家福祉会 『精神障害者グループホーム設置･運営ハンドブック』 209-216　中央法規　2005
17）中島直行：「グループホームの運営と経営」 香川の精神保健福祉を考える会グループホーム設立研修会抄録 2004
18）辰村泰治，吉江まさみ，菅原進，須藤守男：「グループホーム　豊かな暮らし」＜やどかりブックレット 障害者からのメッセージ・9＞　やどかり出版　2002
19）（財）全国精神障害者家族会連合会＆（NPO）全国精神障害者地域生活支援協議会　編集：「精神障害者グループホーム設置･運営ハンドブック」中央法規　2005
20）室津滋樹：「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」への意見．季刊『グループホーム』Vol.3：2-13　2005