

精神障害者の地域活動

牧野田 恵美子

はじめに

精神障害者を病院へとじ込め隔離収容を中心とする医療から脱却し、人々が住んでいた地域で生活することを主眼とし、そのための地域活動への努力がされてから久しい。しかし、その歩みは牛歩のごとく遅々としており、1987年に精神衛生法が精神保健法と改正され精神障害者の社会復帰施設が法律で規定されてからやっと歩みが早まったといって良いであろう。とりわけ慢性分裂病者は社会生活を営む上で多くの困難を抱えている。そのため、入院患者を退院させただけでは彼らが社会生活を営むことは難しい。長い入院生活で日常生活を送るために必要な周囲の人との対人関係の保持、金銭管理や食生活などを自立して営むことが困難となっている入院患者に対し、自立が困難だから退院できないと入院させておくのではなく、地域での生活を送れるように援助指導する必要がある。それらの援助がどのように行なわれているか、そして何が問題で、今後何が必要かを概観したい。

I. 保健所における地域活動

1965年の精神衛生法改正で、保健所が地域における精神保健行政の第一線機関となった。そして、保健所が精神障害者の早期発見、早期治療、社会適応を援助するための相談援助を行なうこととなった。それは、地域から排除され精神病院に収容されていた精神障害者を地域でも管理するものとして批判もあった。この精神衛生法の改正は、当時

の駐日ライシャワー大使が在宅の精神障害者に刺傷されたことがきっかけで、今後そのような事件を起こさないためには、在宅の精神障害者の早期発見、早期治療が重要で、精神障害者による傷害事件や犯罪等の予防という意図があった。それは、1966年に出された「保健所における精神衛生業務運営要領」に保健所の訪問指導の対象の第一に精神障害者と診断された者で措置入院をさせられなかったものをあげていることからもうかがえる。また、一部では地域に在宅する精神障害者の治療や再発防止に懸命となり、人権擁護が忘れられたりするような事もあった。また、家族や関係者からの入院相談に終始し保健所の相談員は入院係としての役割を担うことも多かった。しかし、全体の趨勢としては、この法律改正から保健所や行政が精神障害者の入院期間をなるべく短期にし、退院後は在宅して生活できるような援助を行なう努力がなされた。

また、1975年に厚生省は保健所の社会復帰促進事業をうちだし、それまでは先進的な保健所が試みていた在宅者を中心とする社会復帰のための活動が多く保健所で取り入れられ、生活指導教室あるいは患者教室、デイケアと呼ばれるグループ活動が展開されるようになった。1991年度で852保健所中712保健所がこの事業をおこなっており、1990年度の対象者は2万2600人あまり、予算措置が保健所の業務に多大に影響していることは明かである(表1参照)。これらの保健所で在宅の障害者とのふれあいが増えてくると、彼らに必要な少しの援助があればその人にあった生活や生き方

表1 保健所における社会復帰相談指導事業実績

年 度	対象事例 A	1保健所 当たり 平均	社会復帰した者				中止した者				継続して いる者	その 他 (中止継続の分 類不明)	社会復帰し た者の割合 B/A
			就 労	家事・家業 (手回しを含む)	その 他 (置いもの)	小 計 B	再入院	死 亡	その他	小 計			
60年度	14,710	24.6	1,517	1,397	444	3,358	1,133	118	1,247	2,498	8,433	421	22.8
61年度	16,623	26.4	1,681	665	644	3,990	1,254	99	1,478	2,831	9,320	482	24.0
62年度	18,678	27.5	1,967	1,827	644	4,438	1,333	122	1,357	2,812	10,431	997	23.8
63年度	20,431	29.0	2,302	2,166	820	5,288	1,417	139	1,359	2,915	11,220	1,008	25.9
元年度	21,885	29.8	2,540	2,061	743	5,344	1,436	171	1,537	3,144	12,424	973	24.4
2年度	22,642	29.8	2,777	2,214	760	5,751	1,442	194	1,635	3,271	12,554	1,066	25.4

資料：精神保健課調

が可能な人がいることや、危機的状況における家族や本人を援助することで再発時も入院せずに乗り越えられることができる例がでてくる。それらの経験から、障害者の自己決定を大事にしながらの援助の重要性を認識するようになり、地域での援助が進められるようになる。また、1988年度に保健所における「デイケア事業」が予算化され週3回以上実施することとされ、1991年度で20保健所で実施されているが、週3回以上保健所でデイケアを実施することは保健所が他業務に追われている現状からは困難が多い。人員の増加がないまま予算だけを計上して済む問題ではないと思われる。

医療機関における精神科デイケア¹⁾と比較すると、第一に保健所のグループ活動は治療を主要目的とはせず、社会生活をする上で精神障害者の日常生活の変化や生活圏の広がりを持てるようになることが目的となる。第二には、仲間や友人を得ることにより人間関係が広まり、仲間から支えられ、相互の支持が精神的安定や人の役に立つことの喜びなど自己実現にも結びつく。第三には、保健所という場所が医療機関でないことから社会生活者としての存在という意識や希望につながって

くる。第四には、保健所の職員と日頃から接していることにより、問題を生じた場合には気安く相談することができるなど、社会生活への歩みが促進される。

しかし、専従者がこれにあたる医療機関におけるデイケアが治療的できめ細かい対応ができるのに対し、保健所ではグループ活動に職員が専任することが困難で相談、訪問などの他の仕事が優先される傾向がある。そのため、雇上げ職員やボランティアに依存することも多い。だが、より治療的な場より仲間づくりや保健所でのクラブ活動的な場所の方が適している人もいる。また、医療的対応が適している人もいる。自分に適したデイケアを選択できることが望ましいが、医療機関における精神科デイケアの数は、1991年6月で207、保健所での712と比べるといかにも少ない。

精神障害者が在宅生活を維持するためにはさまざまな社会資源があり、その人に適した資源を利用することが望ましく、保健所のグループ活動のみならず、精神科デイケアの充実も望まれる。

II. 共同作業所の役割

1980年代から急速に発展した精神障害者の共同

作業所は障害者が社会生活を送る上で大きな役割を果たしている。それは、社会資源が極端に少なく病院を退院したものの、することもなく家庭で無為に過ごす息子や娘に、どこか通う場所が欲しい、同じ病をもった仲間と昼間過ごす場や何等かの仕事につながる活動の場が欲しいという家族やそれに協力する保健所職員や医療従事者の努力で作業所ができた。全国家族連合会の把握によれば、1992年1月で全国の精神障害者の作業所は609ヶ所で、その数は精神障害者の福祉的施設としては他を大きく離してめざましい増加をみている。しかし、東京、神奈川、大阪などが全体の3分の1を占めており自治体の補助金の豊かなところに多く、自治体の補助のないところでは作業所も作れない。

作業所の日常の活動をみると工場の下請作業をするだけでなく、自主製品を作成している所、グループ活動が主である所、喫茶店やレストランを経営している所などさまざまな工夫がされているとあってよいだろう。

共同作業所全国連絡会の1990年の調査によれば²⁾、作業所の機能について「働く場所」「就労に向けての訓練の場」という就労に力点を置いている作業所と、「病状の安定」「憩い・交流の場」などデイケア的目的とする作業所に大別されるという。必ずしも就労を目標にできる人ばかりではなく、作業所があるから退院させようという家族や作業所に通おうという障害者もあり、それが入院生活から地域生活への転換となることができる。各自に適した作業所が選択でき、自己実現に向かって進んでいけるなら精神障害者の社会生活はより豊かになるであろう。

保健所のデイケアやグループ活動、医療機関の精神科デイケアなどが存在するなか、何故こんなに作業所が増加するのか。それはデイケアの在籍期間が過ぎ、行き場を失った人の通える場が必要

あるいはその地域に他の社会資源の不足からであろう。前述の調査でも、作業所直前の状況では保健所や病院のデイケアにいた人が29%を占めている。精神障害者は、一定の訓練をすればその後は自分で生活を構築できる人ばかりではなく、長期にデイケアや作業所に通うことこそがその人の生活である場合も多い。したがって、この傾向は地域で生活することを主流とする精神障害者の施策の歴史が進めば進むほど、どこかの施設、機関に通り続ける人々が増え、作業所のみではなく、彼らの過ごせる場を増やすことが必要となろう。

なお、作業所の運営については公営以外はどこでも資金難にあえぎ、パザーやカンパなどで運営費を捻出している。東京都や横浜市など他自治体に比較し高額の補助金があるところでさえ、指導員の給料は低い。その他の地域では、家族やボランティアが指導員として無給で頑張っているところもある。国は1987年度より、家族会が運営する作業所に対し、全家連を通じ運営助成をおこなっており、1992年度では1ヶ所90万円の助成を行なっているが、この金額では作業所の運営はとてもできまい。せめて助成を社会復帰施設なみにすべきであろう。

Ⅲ．社会復帰施設が精神障害者の社会参加に果たす役割

1965年に精神衛生法が改正されてから約20年後の1987年の法改正でやっと積極的な精神障害者の社会復帰の方向が出された。そして、精神障害者社会復帰施設が規定された。それらの施設の設置については建設費や運営費などで問題も多いが、社会復帰にむけての活動や法内施設が増加している。それがどのくらい増えるかは疑問ではあるが――。

社会復帰施設は1991年12月現在、援護寮41ヶ所、福祉ホーム57ヶ所、授産施設41ヶ所合計で139ヶ所

である。我が国の35万人の精神病入院患者の3割は病状による入院ではなく、退院先や受皿さえあれば退院できるといわれている。その受皿となる援護寮1ヶ所20人、福祉ホーム10人と単純に計算すると1390人の受皿にしかならず、この10倍の施設がないと、退院可能な人がいたずらに精神病院に入院したまま社会で生活を送ることなく年老いてしまう。

援護寮が存在しなかった時も、共同住居などの試みが先進的な病院や家族会などがおこなっていた。1985年の厚生省の調査によればその数は、95ヶ所、602人であり、その一部は援護寮や福祉ホームとして法内施設に変更されているが、あくまで共同住居として留まっているところもある。国の管理を排し自由な運営を希望し、あえて法内施設として変更を志向しないところもあろうが、土地の確保、施設建設、運営に多額の資金が必要なことから法内施設として整備することに躊躇することとなる。まして、援護寮や福祉ホームの新設となると資金や土地をもっている医療法人か社会福祉法人でもなければ簡単には踏みきれない。また、都道府県に社会復帰施設の設置義務がないことはこれらの施設の充実を大幅に遅らせている。これらの施設は通過機関であり、入所期間は、授産施設は「適宜に決定すること」となっているが援護寮、福祉ホームは2年となっている。施設に長期在籍せずにアパートなどで一人か仲間と暮すなど真の意味で地域で生活することができるよう施設入所中に援助、指導が必要となあろう。そして、アパートなどで生活することとなれば単身者をサポートする体制がなければまた元の病院に舞い戻りすることもあろう。危機介入を含め、施設退所者のアフターケアをどうするかが重要な問題となってくる。

住居の問題では、国は1992年からグループホーム50ヶ所の事業費を計上し「精神障害者地域生活

援助事業（精神障害者グループホーム）実施要綱」を作成した。おおむね5～6人での集団生活を世話人が援助をする。グループホームの自治体の援助は、1978年に福島県が「精神障害回復者社会復帰促進事業」として補助金交付を行なったのを初めとし、7都道府県2政令都市で取り組まれている。このグループホームで生活することにより、一人では社会生活を営むことが困難な障害者が施設ではなく、アパートや民家で生活を送れるようになる。しかし、社会生活に伴う些細なことも精神障害者にとってはストレスとなり調子を崩すきっかけとなる。グループホームでの援助は、彼らの相談に応じるだけでなく食事づくりや役所への国民保険の手続きなどの細々とした援助や手助けが伴い、一人の世話人では精神的にも身体的にも負担が重い。世話人を支えグループホームを援助する体制がなければその維持継続は困難であらう。

おわりに

各地域に、保健所での相談やデイケア、ソーシャルクラブをはじめとし、共同作業所、援護寮、福祉ホーム、グループホームや自助グループが存在し、いまや入院中心の医療から、地域での生活を中心に据えた精神障害者の援助や社会復帰へと流れが変わってきている。しかし、いまだ、精神病院の病床数や入院患者数は減少しておらず、これらの活動には地域差も大きい。また、これらの事業を行なう上での財政的負担も大きい。精神障害者の社会生活の維持を推進すべく行動している法人や団体がその事業にともなう精神的、肉体的負担に加え、経済的にも借金を抱えながらの事業というのでは長続きできない。また、それらの事業の必要性は認識していてもそれに取り組むことに二の足を踏む。これらの財政的負担をなくすよう国は早急に対策を講ずるべきである。

また、地域にさまざまな施設や社会資源が開設

されてもそれらが協力体制を組み、連携をとらなければ効果があがらない。一人の障害者をめぐって、保健所、福祉事務所、作業所、福祉ホームなどがばらばらな援助や助言をおこなっていたり、方針が違っていては混乱するのは障害者自身である。

全国精神障害者社会復帰施設協議会が、生活支

援センターの創設について提案している。³⁾このセンターの事業として、ケースマネジメントや在宅支援事業（ホームヘルプサービス）などが掲げられているが、これは、精神障害者が地域生活を維持するためにも、必要なことである。この提案について、以下に載せたい。

生活支援センターについて

全国精神障害者社会復帰施設協議会

はじめに

精神障害者の社会復帰・社会参加を促進する諸施策は、「入院中心の医療体制から、地域における精神障害者ケア」へと、その転換を求められている。それに伴い、或いはそれと並行して精神障害者のニーズも多様な形で顕在化し始めている。その主たる要因は、精神障害者の地域生活支援システムが確立されていないことによる。

精神障害者も一市民であることからすれば、障害の残存に関する事柄を除き、ごく普通の生活を享受できるサービスが、医療においておこなわれるべきだとの主張がある。また、保健所、デイケア施設等の既存の施設において生活を支える上で必要な支援が可能であるという主張もある。

しかし、地域で生活しようとしている、或いは地域で生活している精神障害者の生活を支える機能と役割を、既存の施設が果たしている、ないし果たせるとは云いがたい。

このような状況下での生活支援は、精神障害者が日常生活を遂行する上での諸権利を擁護することが前提であり、諸施設の利害を離れて存在することが望ましい。このことから、生活支援センターはきわめて公的独自性を有するものでありかつ、広範なサービスを提供できるものでなければならないといえる。

この実現は、生活支援の圏域とサービス機能の拡大のみならず、諸社会資源の調整という意味で、精神保健制度の有効活用やそのあり方に大きく影響を及ぼすものとなる。

精神障害者の社会復帰・社会参加を加速していくことが求められている今日、すみやかに精神障害者の生活支援を可能にする資源が必要であるという前提にたち、上記のことをふまえながらも、可能な条件のもとでの生活支援センター構想を模索しなければならない。よって、以下の通り提案する。

生活支援センター(案)

1. 生活支援センターの目的

生活支援センターは、在宅精神障害者に日常生活を支援するため、各種社会資源を活用し、かつ、地域社会資源を開発に努めつつ、利用者が社会資源の有効活用を図れるようにマネジメントする機能を有し、在宅精神障害者の日常生活に係わる課題に対応することを目的とする。

2. 生活支援センターの独立性

生活支援センターは、精神障害者の地域ケアの継続性、一貫性、責任性を維持するために、独立した組織として設置されることが望ましいが、独立性が保持されれば、当面既存の施設に併設することができる。

3. 生活支援センターの設置主体 及び運営主体

生活支援センターの設置主体及び運営主体は、国、都道府県、市町村、精神保健法にもとづく精神障害者社会復帰施設を運営する法人であることが望ましい。

4. 生活支援センターの事業

生活支援センターは、精神障害者が日常生活を営む上での課題に対し、相談・援助ならびに必要な社会資源の提供をおこない、その者の社会的自立をより有効に図るために、以下の事業を行うことができる。

(1)相談事業

精神障害者の日常生活上の困難、施設利用

及び施設選択上での社会資源に関する有効利用、心理的援助等に関する相談をおこなう事業。

(2)ケースマネジメント事業

精神障害者がどのような施設や機関等を利用するのが最も適切なのか評価すると共に、処遇計画を策定し、対象者がそれに適応できるように援助する。さらに一定期間毎に再評価をおこない、常に最適の処遇と最大の効率を上げるよう社会資源の効果的活用を図る事業をおこなう。

このことを適切に遂行するうえで、関係機関ならびに諸施設に対し、必要な助言や介入をおこなう事業も併せておこなう。

(3)自助グループ支援事業

精神障害者等の自助グループの活動の場の提供、自助グループの活動に対する支援事業。

(4)憩いの場の提供事業

在宅精神障害者の憩いの場の提供、及び憩いの活動を支援する事業。

(5)在宅精神障害者支援事業

在宅精神障害者の求めに応じ、その住居を訪問し、日常生活に関する必要な援助をおこなう人を派遣する事業。

(6)給食サービス事業

単身生活をはじめ、給食サービスを必要とする者に、給食に提供をする事業。

5. 運営委員会の設置

生活支援センターが、精神障害者の個別のニーズに応え、社会復帰計画をたて、諸社会資源の有効

を図る上で、関係機関との連携は欠かせない。

また、関係機関への助言・介入を実施するうえで、諸機関の理解を求め、緊密な関係を保持する上で、関係機関や諸施設の長による生活支援センターの運営委員会を組織すること。

(例：保健・福祉サービス推進委員会／構成委員、保健所長、病院長ないし P S W、社会復帰施設長、福祉事務所長等)

6. 生活支援センターの規模及び職員配置

4に掲げる事業のうち、自助グループ支援事業や憩いの場の提供事業を日替わりで提供するとしても、10名程度の活動スペースが必要である。加えて最低2～3名の職員が、事務及び相談にのれるスペースを整備すること。

また4に掲げる事業をおこなうには、精神保健活動に10年以上の経験を有し、当該施設の運営・管理できる能力を有する者をセンターの長とし、ケースマネージャー（ソーシャルワーカー）2名を配置すること。

7. 生活支援センターに要する費用

(1)施設整備費

活動の場を10名提供するとして、一人あたり15.8㎡を必要面積とすれば、158㎡。職員3名の事務室と、相談を受けるスペースならびに事務備品収納場所を加え、一人10㎡×30㎡（サービス内容によっては調理解備を整え、

必要なスペースを確保すること）。

188㎡×授産施設・施設整備費補助単価とする。ただし、当該センターは借事務所等で代替できる。その場合、事務所借上費用の75%を補助金として公費助成する。以下賃貸料も同様とする。

②運営費補助金

事務費（主に人件費）は、生活支援センター長を大卒10年以上としていること、職員を大卒精神科ソーシャルワーカーとしていることから勘案して、基準額を500万円とし、関係機関の連絡調整費を100万円加算する。

③利用料

利用者は登録制とし、登録料等の利用料を軽微な額で徴収することができるものとする。

8. 当面の設置数

生活支援センターは、当面モデル事業的数値で整備し、その効果を測定する必要がある。したがって、年度毎に10～20ヶ所程度で進捗させ、当該センターの見直しを適宜実施する。なお、見直しに際しては、既存の生活支援センターが見直しに応じた改編が可能なように配慮する必要がある。さらに、5～10年後には二次医療圏に1ヶ所、その後は市町村毎に設置できることが望ましいが、精神障害者社会復帰施設の進捗が優先されるべきである。

－注－

- 1) 医療機関における精神科デイケアは、1974年から精神科デイケア料が社会保険診療報酬として点数化された。通院医療の一形態として昼間六時間程度、医師、作業療法士、看護婦、精神科ソーシャルワーカー、臨床心理士等の医療チームによっておこなわれ、それまでの外来の医療より濃厚な治療として、創作活動、集団精神療法、レクリエーション活動などのプログラムが組まれている。
- 2) 「精神障害者を主対象にする共同作業所の実態と課題」 藤井克徳 精神保健国内フォーラム 1991年
- 3) 全国精神障害者社会復帰施設協議会NEWS 第8号 1992年