

明治大学経営学部
2006 年度 卒業論文

「精神障害者の社会復帰
～地域でより良く暮らすために～」

指導教員 小関 隆志

学籍番号 1730055052

4年10組28番 長沢 牧子

目次

はじめに

第一章 精神障害と日本における現状

- 第一節 精神障害とは
- 第二節 精神保健福祉・精神障害者を取り巻く現状
- 第三節 障害者雇用の現状

第二章 精神保健福祉の歴史と精神保健福祉資源・制度

- 第一節 精神保健福祉の歴史・変遷
- 第二節 精神保健福祉資源と新事業体系

第三章 障害者自立支援法の概要と問題点

- 第一節 障害者自立支援法について
- 第二節 障害者自立法の現時点での問題点

第四章 地方団体の取組み例～地域で暮らしていくために～

- 第一節 障害者が障害者を支える～精神障害者地域生活支援センター「咲笑(さくら)」～
- 第二節 行政による就労支援～長野県の例～
- 第三節 町や地域と共に暮らす
～北海道浦河町「社会福祉法人浦河べてるの家」～
- 第四節 ボランティア活動例～八王子精神保健福祉ボランティアの会～

第五章 地域でよりよく暮らすために

おわりに

はじめに

筆者は、今まで精神障害者の社会復帰について色々と勉強してきました。それは、精神障害をもつ友人たちが、社会に出ては再発し、そしてまた精神科病棟に入院していく、ということを繰り返しているのを、この数年間で何回も見てきたからです。彼らと初めて出会ったとき、どう接したらよいか分からず戸惑いました。また、彼らと親しくなり、頼られすぎてしまったときなどは、当事者（精神障害を持つ者）でない筆者も同時に大いに悩みました。しかし、同じ時間をすごしていくうちに、彼らがとても優しいことに気づきました。精神障害者というと、恐いというイメージが世間ではまだまだ強いそうです。実際、精神医学も現代ほど進んでおらず、理解が全くなかった 30 年ほど前などは、精神障害者 = 何かするのではないかと、恐い、などを理由に、家族からも見捨てられ、精神科の病棟に何十年も入れられてしまう（社会的入院）ということが普通だったようです。

近年、国はようやくこの問題を解決する方策を打ち出し始め、2002 年 12 月に厚生労働省は厚生労働大臣を本部長とした精神保健福祉対策本部を設置し、2004 年 9 月に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を公表、2006 年 10 月には、障害者自立支援法が本格施行となり、これは 3 障害統合化、市町村一元化による総合的なサービス提供体制の整備、相談支援事業の必須化等、地域生活支援推進の方向を示す理念の実現を目指すものとなっています。しかし、「精神病院から社会復帰施設へ」さらに、「社会復帰施設から地域社会へ」という動きは進んでいるものの、脱施設化が遅く地域生活をおくる体制整備がまだまだ不十分な日本にとっては、この障害者自立支援法の動きについていくことができない現場や当事者も多く、混乱を招いているようです。

今となっては、精神障害者地域生活支援拠点や作業所など、施設や利用できるサービスは昔に比べて増えてきているようですが、自立支援、社会復帰、そして地域で共に生活していけるような体制はまだまだ足りていないように思います。それは、施設や法律、制度などの社会資源の充実のみでなく、地域の理解であったり、何より一人一人の理解を深めていくことによって、変わってくると思います。

日本には 1 億 2760 万人の人が住み、そのうち精神障害者は約 258 万人で、精神病院に約 33 万人が入院しています。その患者さんたちは平均 338 日入院し、そのうちの約 3 分の 1 の患者さんは 10 年以上の入院生活を送っているそうです。

精神障害は、だれもが成りうる病気です。自立、そして地域で一市民として地域住民とよりよく暮らすにはどうすればいいのでしょうか。まず精神障害者の現状、日本の精神保健福祉の変遷・歴史とその背景、政府の近年の対策として障害者自立支援法を、そしてそこから生まれる問題点を明らかにします。そして、このゼミで非営利組織について学んできたことを生かし、画期的な活動を行っている自治体、ボランティア団体、社会福祉法人を例にあげ、このような状況の中、精神障害者が地域住民とよりよく暮らしていくには、という問いに対して自分なりの意見を述べたい、と思います。

なお、本文に例として挙げる団体を選んだ理由を詳しく説明すると、精神障害者の一般企業への就労支援を自治体で行っている珍しい例として長野県を、ピアヘルパーの先駆けとなった団体として社会福祉法人てしま会運営の地域生活支援センター「咲笑」を選びました。また、ボランティアの例として、各機関からの要請に基づきボランティアを派遣している、精神病院が人口比率で世界 1 位である八王子市ボランティア活動の例を、そして障害をありのままに受け入れ地域住民と共に暮らし、町おこしとしても有名な北海道浦河町の社会福祉法人「べてるの家」を選ばさせていただきました。

第一章 精神障害と日本における現状

第一節 精神障害とは

日本の法律における“精神障害者”の定義は、二つあるといわれている。まず一つは、精神保健福祉法という精神障害者であり、ここでは「統合失調症、中毒性精神病、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」¹と定義している。これは、何らかの精神疾患にかかって、医学的治療やリハビリテーションなどが必要な人のことを指している。

二つ目は、障害者基本法の対象となる精神障害者であり、ここでは「精神疾患があるため長期にわたり日常生活または社会生活に相当な制限を受ける状態にある人」²となっている。これは、精神疾患にかかったあと、一定期間を経たのちに専門的に認定されるもので、医療的なサービスに加えて障害年金の支給を含む福祉的な施策の対象となる。

日本では1993年に成立した障害者福祉法で、初めて精神疾患による障害の存在が認められ、1995年に改正された精神保健福祉法において、精神障害者に対する福祉施策の展開が加速されるようになった、といわれている。(図1参照)

精神疾患の中で最も数が多く代表的なものは、統合失調症や気分障害(躁病・うつ病)であるが、そもそも精神疾患とは、精神の機能の一部または複数が障害され、その結果として日常生活に相当程度の支障が生じたり、本人や周囲がそれについて悩む状態をいう。³精神の機能とは、意識；睡眠と覚醒のリズムが保たれていること 知覚；視覚、聴覚、触覚、味覚、臭覚などが適切に機能していること 知的機能；記憶、計算力、理解力、判断力などが一定以上の基準にあること 感情；喜怒哀楽の気持ちが適切に生じ、表現されること 意志的活動；状況にふさわしい行動を自ら選択していくこと、などを指すが、これらの精神の機能が障害されると意識障害、感情障害、睡眠障害、記憶障害などの精神症状が生じる。

また、精神症状を分類するための方法はいくつかあるが、世界的に用いられている分類法に、世界保健機関(WHO)の国際疾病分類(International Classification of Disease / ICD)がある。改訂を繰り返し、現在はその第10版(ICD-10)が用いられている。

これによると、精神疾患は表1の10のタイプに分類されている。

¹精神保健福祉法第5条

²障害者基本法第2条

³ ぜんかれん(全国精神障害者家族会連合会) <http://www.zenkaren.or.jp/>参照

<表 1> ICD-10 による精神疾患の分類

F0	症状性を含む器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2	統合失調症、統合失調症型障害、および妄想性障害
F3	気分障害（感情障害）
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動障害群
F6	成人の人格および行動の障害
F7	知的障害
F8	心理的発達の障害
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害および特定不能の精神障害

融道男監訳（1993）『ICD-10 精神および行動の障害、医学書院』より作成

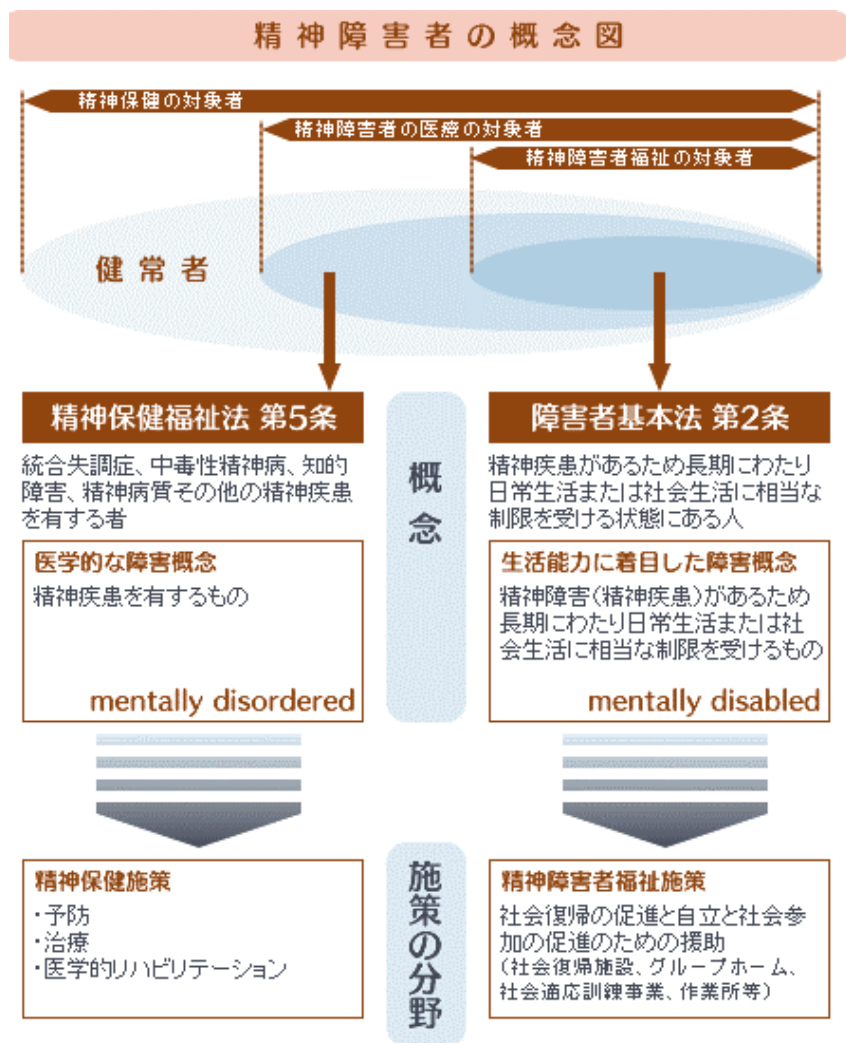
これらの精神疾患から発生する障害を含め「精神障害」というが、WHO 国際障害分類（ICIDH）により分類すると、他の障害と同様に、「機能障害」(impairment)、「能力障害」(disability)「社会的不利」(handicap) という三つのレベルの障害(disablement)から成り立っている。⁴ まず、「機能障害」は直接疾患から生じてくるものであり、薬物の副作用や疾患による基本的な身体機能の低下などの二次的なものを含む、生物学的な視点で捉えた基本機能の障害であり、主として知覚、思考、意識、意志・意欲、自我意識、感情、記憶などの認知・心理的機能の障害で、器官機能レベルに関するものである。次に「能力障害」とは、機能障害や社会的不利の影響によるもの、精神疾患の罹患による未経験、経験の不足などの二次的なものを含む、個人の日常生活の視点で捉えた生活障害であり、基本的な生活技能、家庭内での役割、作業の遂行、社会資源の利用、対人関係技能などの制限や喪失など、個人生活の能力に関するものである。また、「社会的不利」とは精神疾患、機能障害、能力障害やそれらに起因する深刻な逸脱行為などがあることによって、社会参加にあたって個人がうける制限や不利益といった社会生活の視点でとらえた障害であり、職業や住居の確保、社会資源の利用、所得、基本的な人権の行使社会的役割の遂行などの制限、制約、不利益など、社会生活の権利に関するものである。

これらの疾患による障害により、当事者（以下、精神障害者のことを当事者と書く）は

⁴世界保健機構（WHO）<http://www.who.int/en/>

様々な問題に直面すると言われている。それは、対人関係であったり、就業・作業面での問題、日常生活を送る上での問題や、何より長い間培われた偏見という社会的背景による問題も、精神障害を語るうえでははずせないであろう。では、現在、精神障害者を取り巻く現状はどのようになっているのであろうか。

< 図 1 > 精神障害者の概念図⁵



第二節 精神保健福祉・精神障害者を取り巻く現状

WHOによると、全世界には1億2000万人余のうつ病患者、5000万人のアルコール依存症患者、2400万人の統合失調症患者がおり、1990年の時点では2000万人の罹患者がいると推定された認知症患者の数は3700万人に増加したと報告されている。このうち日本で

⁵ ぜんかれん（全国精神障害者家族会連合会）<http://www.zenkaren.or.jp/>

は、これらの疾患により 2005 年現在、精神病として病院に入院または通院している患者は約 258 万人である、といわれている。このうち在宅通院患者（通院患者）の推計は、約 223 万人であるが⁶、そのうち精神障害者通院医療費公費負担制度（2006 年 4 月、障害者自立支援法の成立により自立支援医療へと移行）を利用している患者は、1995（平成 7）年は 42 万 4695 人であったが、2002 年には 85 万 5875 人と 2 倍近くとなっている。⁷

また、図 2 をみても分かるように、精神病院やクリニックに通院する患者数は年々、急激に増加してきている。これらの要因として考えられるのは、高齢化に伴う患者数の増加、保健ニーズの多様化、社会が変革期に入ったことによる、ストレス、睡眠、こころの健康への関心の高まり、精神科診療所の増加や心療内科の新設など受診しやすい環境の整備、などがあげられるが、何よりストレスに満ちた現代社会においては、精神疾患は誰でもかかりうる「一般的な病気」と見なさざるを得ない状況になっているのが事実である。また、うつ病にかかる人は年々増加しており、1997 年頃から自殺者の数が約 1 万人近く急に増加し、現在までずっと 3 万人を超えている。これは特に中高年の人でうつ病にかかる人が増加していることと密接に関係していると言われている。

<図 2> 入院形態別入院患者数および通院患者数の推移

	平成 7 年	平成 8 年	平成 9 年	平成 10 年	平成 11 年	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年
入院患者数	340,943 (100.0)	338,616 (100.0)	336,377 (100.0)	335,707 (100.0)	332,831 (100.0)	333,033 (100.0)	332,714 (100.0)	330,050 (100.0)	329,095 (100.0)
措置入院	5,854 (1.7)	5,394 (1.6)	4,772 (1.4)	4,296 (1.3)	3,472 (1.0)	3,247 (1.0)	3,083 (0.9)	2,767 (0.8)	2,566 (0.8)
医療保護入院	102,549 (30.1)	98,528 (29.0)	94,827 (28.2)	92,334 (27.5)	91,699 (27.5)	105,359 (31.6)	110,930 (33.3)	112,661 (34.1)	114,146 (34.7)
任意入院	224,857 (65.9)	227,800 (67.3)	230,983 (68.6)	233,849 (69.6)	233,509 (70.1)	220,840 (66.3)	215,438 (64.8)	212,015 (64.3)	209,922 (63.8)
その他	7,781 (2.3)	6,992 (2.1)	5,893 (1.8)	5,326 (1.6)	4,250 (1.3)	3,557 (1.1)	3,263 (1.0)	2,607 (0.8)	2,461 (0.7)
通院患者数	-	472,268	484,565	587,203	634,661	727,839	796,732	855,875	933,381

（上段：実数(人)、下段：割合(%)）

出所：厚生労働省精神保健福祉課調べ（各年 6 月末現在）

一方、日本の精神科医療機関の現状は、病院数 1671、病床数 35 万 4923 床で、入院患者数は 32 万 9555 人である。また、精神科診療所は日本精神神経科診療所協会加盟の診療所で 1256 ケ所、未加入の診療所は 1000 から 1500 ケ所あるといわれており、前にも述べたように近年非常に増加している。病院の設立主体別にみると、公的病院が 18.0%、民間病院が 82.0%であり、病床数でも公的病院が 10.4%、民間病院が 89.4%を占め、民間病院の比率が非常に高くなっている。⁸

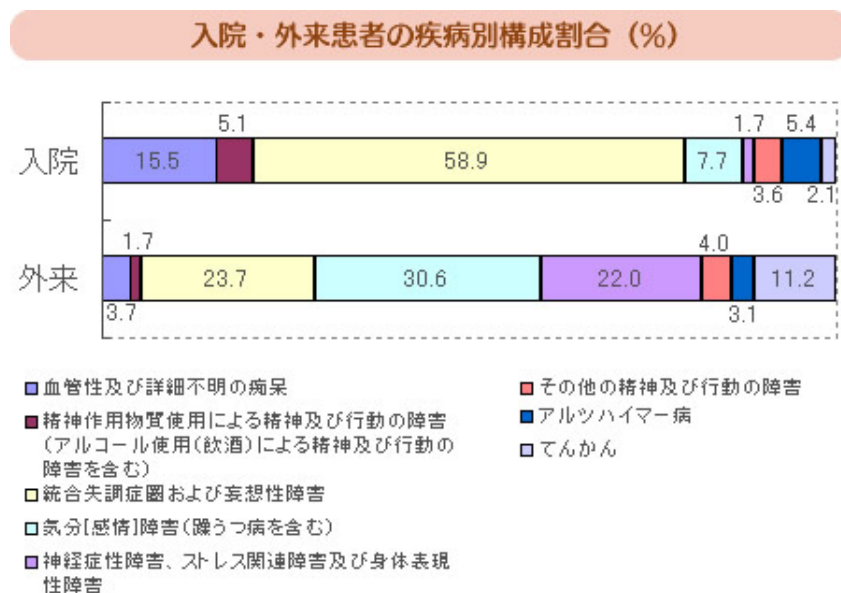
⁶資料 厚生労働省精神保健福祉課調べ（各年 6 月末現在）

⁷厚生労働省 2002 年度「患者調査」 WHO については 2001 年度世界調査

⁸厚生労働省精神保健福祉課調べ 平成 15 年 6 月末現在

また、精神病床における入院患者の内訳は、統合失調症が 58.9%で最も多く、器質性精神障害（老人性痴呆性を含む）が 20.9%、気分（感情）障害が 7.7 %、精神作用物質による精神および行動の障害が 5.1%で、少しずつ解明されてきた統合失調症が近年減少傾向にあり、脳器質性、特に老人性痴呆疾患が増加し、高齢社会による結果が出ている。一方、外来患者の内訳は、統合失調症が 23.7%、神経症が 22.0%、気分（感情）障害が 30.6%、痴呆が 6.8%であり、前にも述べたように気分障害（躁病、うつ病）が増加し最も多くなっている。（図 3 参照）

< 図 3 >



資料：厚生労働省「患者調査」(平成14年)より作成

出所：厚生労働省「患者調査」(2002年度)

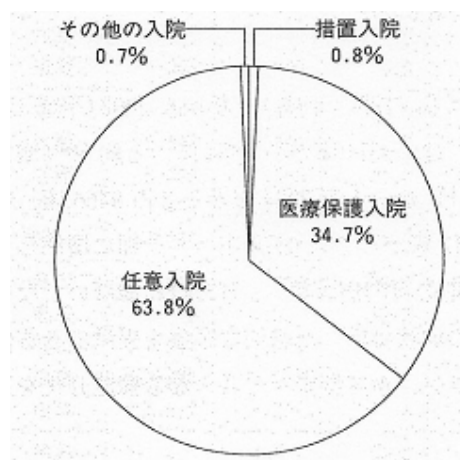
現在、精神科医療の問題として精神科病床数、在院期間の長さが指摘されており、在院期間の長さでは1年未満が 30.3%、5年以上が 41.8%、10年以上では 27.8%に達している。（図 4、5 参照）この原因として、症状は安定しているが、退院後の受け皿がないために入院を続けている社会的入院が挙げられ、約 7 万 2000 人いるといわれている。これは全入院患者の 3 割を占めているが、日本で入院中心の精神科医療が長く続いた背景には、入院医療から地域医療への方向転換が遅れたこと、医師、看護師の配置数が他科よりも少なく、マンパワー不足であること、医療機関の 8 割以上が民間の医療機関であり、患者処遇の責任の多くが国ではなく病院長に委ねられていたこと、社会復帰のための退院後の受け皿がないことが強かったこと、公的施策としての入院患者の社会復帰施策が不十分であったこと、社会防衛的色彩が強かったこと、などがあげられる。また、欧米では戦

後、脱施設化の動きの中で、精神科病棟を大幅に減らし、精神障害者が地域社会で暮らせる体制を整えたが、日本では脱施設化は行われず、逆に病床数が大きく増加し、結果として精神障害者を地域から精神病院へ隔離してしまうこととなってしまったのである。(図 6 参照)近年は、1987年に精神衛生法が精神保健法に改正され、社会復帰施設が法内施設⁹として規定されたことから、「精神病院から社会復帰施設へ」さらに、「社会復帰施設から地域社会へ」という全体的な動きが生まれ、さらに2006年10月本格施行の障害者自立支援法により社会復帰施設等は新事業体系に移行することとなったが、前にも述べたように脱施設化が遅れた日本にとって、この障害者自立支援法による様々な新制度により混乱している現場や当事者は多く、課題はまだ残っているようである。新制度による施設や制度などの現状は第二章第二節の精神保健福祉資源と制度、第三章の障害者自立支援法についての中で、詳しく説明することにする。

なお、2001年現在、日本における精神障害者の社会復帰施設(生活訓練施設・福祉ホームなど)への入居者数は、約9900人であり、精神科デイケアは1170ヶ所で行われている。では、これらの現状、数値に加え、雇用の現状はどうなっているのだろうか。

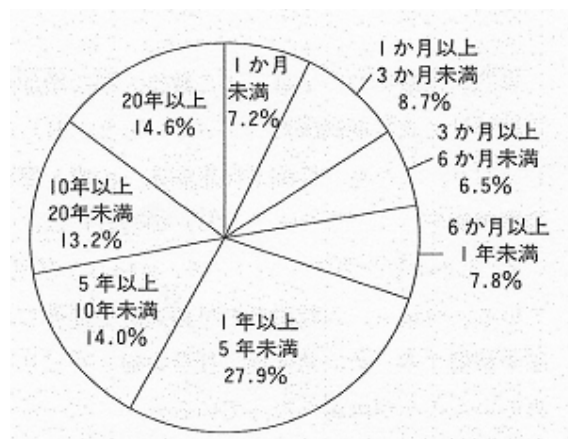
⁹ 法内施設とは、国の規制緩和を受け、一定の要件を満たすことにより社会福祉法人として認可された施設のことをいう。

< 図 4 > 在院患者の入院形態別構成割合



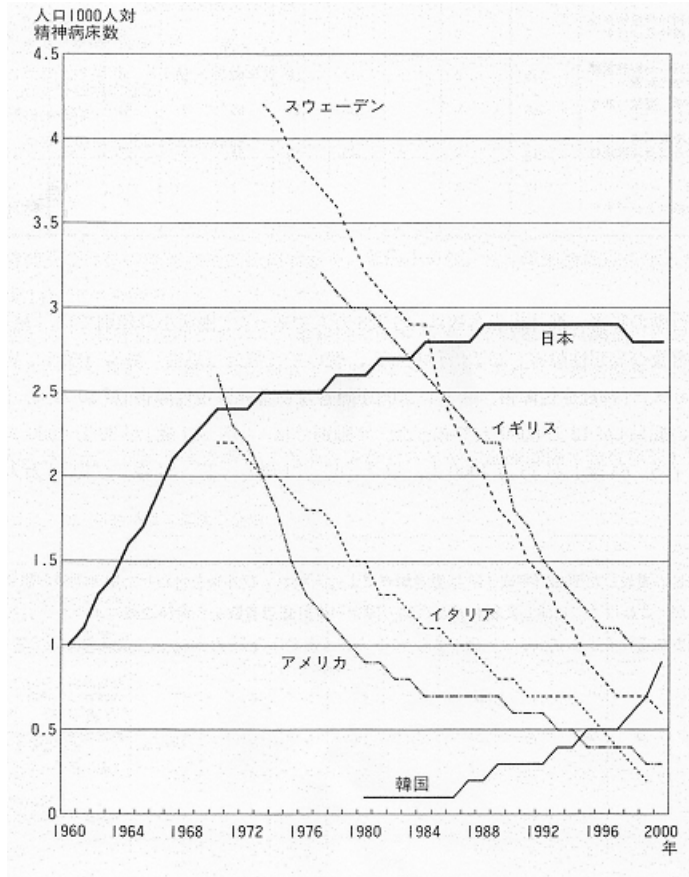
出所：厚生労働省精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所「精神保健福祉資料 - 2003 年度 6 月 30 日調査の概要 - 」

< 図 5 > 在院患者の在院期間別構成割合



出所：厚生労働省精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所「精神保健福祉資料 - 2003 年度 6 月 30 日調査の概要 - 」

<図 6> 人口 1,000 人対精神病床数の国際比較



出所：厚生労働省精神保健福祉課、国立精神・神経センター精神保健研究所「精神保健福祉資料 - 2003 年度 6 月 30 日調査の概要 - 」

第三節 障害者雇用の現状

「障害者の雇用促進等に関する法律」¹⁰の大幅な改正が、2004 年 6 月 29 日に行われ、2006 年 4 月から施行された。主要な改正点は、障害者雇用の促進および職業の安定を図り、障害者が職業生活において自立することを促進するため、精神障害者に対する雇用対策の強化、在宅就業支援者に対する支援、障害者福祉施策との有機的な連携を図ること、の三点である。精神障害者に対する雇用対策の強化については、精神障害者を雇用した場合に実雇用率に入り、雇用納付金制度上も雇用したこととして扱われる「特例適用」いわゆる「みなし雇用」が設けられた。

¹⁰1960 年 7 月 25 日に施行された法律であり、これまで幾度となく改正を繰り返している。

しかし、企業に雇用義務は課せられないため、法定雇用率¹¹は現行の 1.8%のままである。ただし、今回の新たな算入で、精神障害者にも雇用の機会が増加する可能性が高まったのは事実であり、また、在職中に精神障害者となった労働者の雇用継続や社会復帰につながる可能性も高まった。

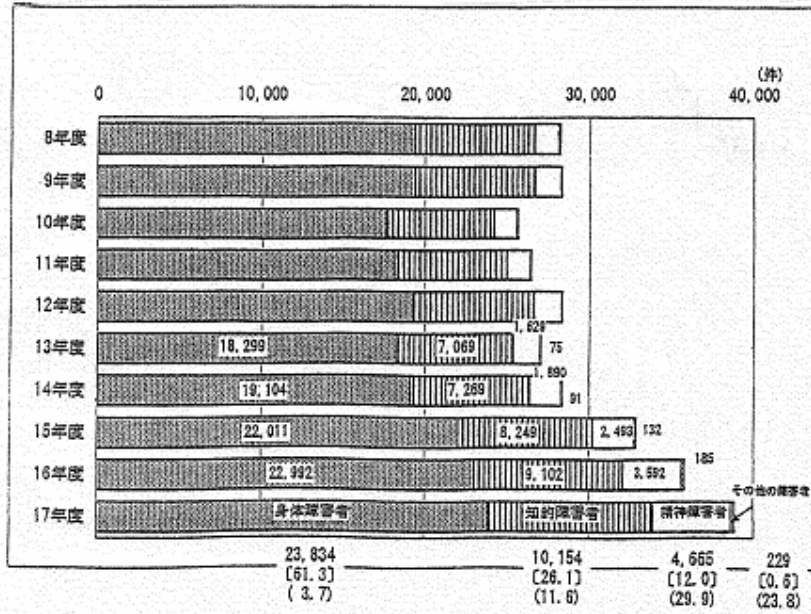
図 7 を見てみると、精神障害者の就職件数は、2004 年度に 1099 件増加 (44.1%)、2005 年度に 1073 件増加 (29.9%) と 2 ヶ年度にわたって身体障害者、知的障害者、精神障害者の 3 障害中、件数、増加率ともに最も高くなっている。しかし就職率を見てみると精神障害者は 3 障害の中で最も低くなっており、就職率自体は過去に比べ全く増加していない。これは近年、精神障害者の数が劇的に増加しているためであろう。また、これらのデータはハローワークにおける障害者の職業紹介状況である。これは障害者手帳を持った者のみ受けることができる、いわゆる障害者用の枠内での話である。この枠内で求職し職に就けることができる障害者は比較的軽度の障害を持った者であり、中程度や重程度となるとなかなかこの枠で職に就くことはできない。ましてや精神障害となると目に見えづらい障害であるため、企業としても雇い辛いのである。

就職件数は着々と増えてきてはいるものの、これは障害者の中のほんの一部の話であり、なかなか職に就けない人や、障害を隠して一般と同じように就職し、病気を悪化させて退職する人々がまだまだ多いのが現状ではないか、と筆者は考える。

¹¹ 民間企業、国、地方公共団体は、「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づき、それぞれ定められた割合（法定雇用率）に相当する数以上の身体障害者、知的障害者又は精神障害者を雇用しなければならないこととされている、というものである。（企業は 1.8%）

< 図 7 > 就職件数の推移

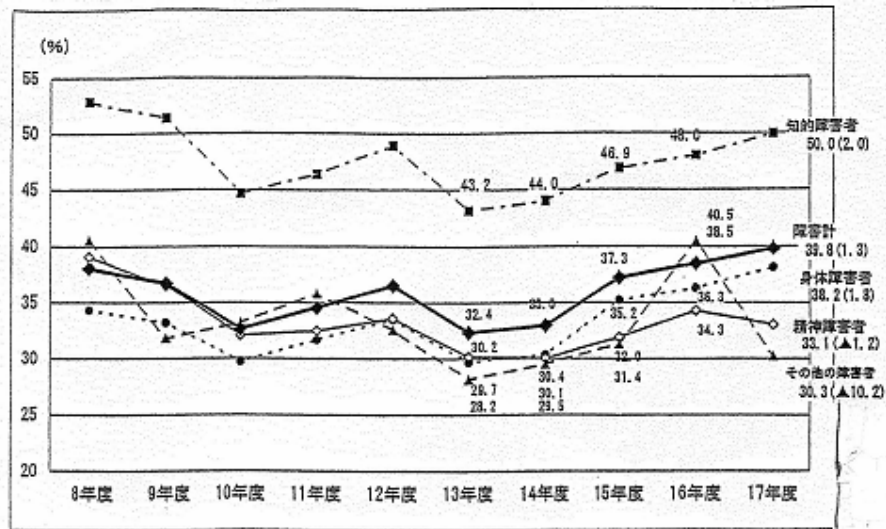
[] 内は構成比、() 内は対前年度増減比



出所：厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部雇用対策課調べ（2005年度）

< 図 8 > 就職率の推移

() 内は対前年度増減比



出所：厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部雇用対策課調べ（2005年度）

第二章 精神保健福祉の歴史と精神保健福祉資源・制度

第一節 精神保健福祉の歴史・変遷

第一章第二節、精神保健福祉・精神障害者を取り巻く現状でも少しふれたように、日本の精神保健福祉の歴史を簡潔にいうと、「精神病院の設置」から「精神病院から社会復帰施設へ」さらに、「社会復帰施設から地域社会へ」という流れとなっている。

日本で最初の公立精神病院は、1875年に京都、南禅寺の境内に設立された京都癲狂院である。また、日本の精神医療の歴史をたどると、なんと11世紀にまで遡ることとなる。よって、ここでは法律を中心にたどっていくこととする。

学問として最初に設置されたのは、東京帝国大学(現東京大学)の精神病学教室で、1879年のことである。また、法律としては、相馬事件¹²を契機に1900年に制定された精神病患者監護法が最初であるが、私宅監置を容認しその届出を警察にするなど保身的色彩が強く、精神障害者の処遇も劣悪だったといわれている。この劣悪状況を改善すべく運動を始めたのが呉秀三であり、1902年に日本の精神保健運動の発端である精神病慈善救済会を設置した。

その後、1917年に行われた精神病患者の全国調査によると、精神病患者総数6万5000人のうち病院に入院中のものは5000人に過ぎず、精神病院の建設と精神病院法の制定が求められ、これを受け1919年に精神病院法が制定された。この法律の中心的な内容は、内務大臣が都道府県に精神病院の設置を命じることができ、公私立病院を指定できる、というものであった。

1950年に精神衛生法が公布されると、精神病患者監護法及び精神病院法が廃止された。旧2法と精神衛生法の相違点は、私宅監置の禁止、都道府県の公立の精神病院設置義務、対象を精神病患者、精神薄弱者、精神病質者と規定、精神衛生相談所の設置、精神衛生審議会の設置、精神衛生鑑定医制度の新設、などである。これにより、公立の精神病院の設置が義務化され、相談所や審議会の設置など精神障害者にとっての拠りどころが少しできたように思われるが、この時点では病院数もまったく足りておらず、人々の理解もまだまだされてはいなかった。1964年にライシャワー事件¹³が発生したことにより、精神障害者が「野放し」にされているとされ大きな社会問題となり、この事件がきっかけとなり1965年に精神障害者家族の全国組織が誕生した(全国精神障害者家族会連合会・ぜんかれん)。

ぜんかれんの誕生と共に、1965年に精神衛生法の一部が改正され、これにより精神衛生センターが設置され、保健所を精神保健行政の第一線に位置付けた。また、通院医療費の

¹² 分裂病(現在は統合失調症)の者を巡る事件。外国でも、日本の精神病患者は無保護の状態にあるなどと報道しており、その診断を巡る難しさの代表的な事件である。

¹³ ライシャワー駐日米大使が、分裂病を持つ少年に刺され、傷をおった事件。

95%が公費負担される通院医療費公費負担制度を設置したことにより、金銭面での負担が軽減されることとなった。

1987年、精神衛生法は精神保健法へと改正され、任意入院制度、入院告知義務規定、精神医療審査会制度、応急入院制度、社会復帰施設（生活訓練施設と授産施設）の制度がそれぞれ新設され、精神衛生鑑定医制度から精神保健指定医制度へと変更された。1993年には精神保健法等を一部改正する法律が成立し、精神障害者の定義規定が「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質、その他の精神疾患を有するもの」とされ、保護義務者の名称が保護者に変更された。また、地域生活援助事業の法定化により、病院ではなく地域での生活を援助する、という考え方が定着し始めた。

その後、1993年12月、障害者基本法が成立し、これによって精神障害者が明確に障害者として位置付けられることとなった。この法律の基本理念として、障害者は「社会を構成する一員として社会、経済、文化、その他あらゆる分野の活動に参加する機会が与えられる」とされ、また、障害者とは「身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けるもの」とした。

1995年には、精神保健法は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に改正されることとなるが、主な改正点としては、精神保健福祉手帳の創設、公費負担医療の保険優先化、市町村の役割の明示、社会復帰施設の4類型化などである。これにより福祉施策が強化され、精神障害者を支える制度的基盤の強化にもつながった。

1997年には精神保健福祉士法が成立し、精神科ソーシャルワーカーが国家資格化され、精神保健福祉のより専門的な知識をもつ者による援助が開始された。また、1999年には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、緊急に入院を要する精神障害者の移送制度の新設や精神障害者居宅生活支援事業の法制化などがされた。2001年1月、中央省庁等改革基本法により厚生省と労働省が統合し厚生労働省が設置され、また同省は2002年12月、精神保健福祉法の改正、障害者プランの実施を踏まえ、社会的入院、社会復帰のための施設及びサービス、精神科病床等の課題の解消及び総合的な対策を推進することを目的として、厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部を設置した。

厚生労働省による調査、改革案が練られる中で、2005年10月、社会福祉基礎構造改革の流れの中で、障害者自立支援法が成立した。障害者自立支援法の改革のねらいは、障害者の福祉サービスの一元化を行い、知的・身体・精神という障害の種類にかかわらず共通のサービスを受けられるようにする、障害者がもっと働けるような社会にするために一般就労へ移行することを目的とした事業の展開を図る、地域の限られた社会資源を活用できるように規制緩和を実施する、公平なサービス利用のための手続きや基準の透明化・明確化を図る、増大する福祉サービス等の費用に対し、利用したサービスの量や所得に応じた負担制度、国の財政責任を明確化する、などである。

この障害者自立支援法により、施設などの社会資源やこれまでの制度などが新事業体系

へと移行した。これは、日常生活、社会生活を営むことができるように「地域生活支援」、
「就労支援」といった新たな課題に対応したものであるが、精神障害者が利用できる福祉
資源と新体系事業はどのようなものなのか。なお、障害者自立支援法の趣旨に関しては、
第三章でより詳しく述べることとする。

第二節 精神保健福祉資源と新事業体系

前にも述べたように、障害者自立支援法により、施設などの社会資源やこれまでの制度
などが新事業体系へと移行した。障害者自立支援法の基づくサービス事業は大きく分けて、
自立支援給付（介護給付、訓練給付、補装具費の支給）、地域生活支援事業（日常生活
用具の給付・貸与、移動支援事業）の二つで、それぞれの事業の中で個別に具体的なサー
ビスが提供されるわけであるが、この新たな施設・事業体系の見直しのねらいは以下の四
つである。

障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効率的に行われるよう、障害種別ご
とに分かれていた 33 種類の既存施設・事業体系を、療養介護(医療型)、生活介護
(福祉型)、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援(A型・B型)、地域活動支援
センターの 6 つの日中活動の場と暮らしの場での居住支援¹⁴に再編する。

「地域生活支援」、「就労支援」といった新たな課題に対応するため、新しい事業
を制度化する。

24 時間を通じた施設での生活から、地域と交わる暮らしへの転換を図るために、日
中活動の場と生活の場を分離する。

入所期間の長期化など、本業の施設機能と利用者の実態の隔離を解消するため、一
人ひとりの利用者に対し、身近なところで効果的・効率的にサービスを提供できる
仕組みを構築する。

この新たな施設・事業体系をさらに詳しく説明すると、以下の 14 種類に分類すること
ができる。

(ア)介護給付

居宅介護

ホームヘルプサービスと呼ばれているサービスで、居宅において入浴・排泄・食事
等の介護を提供する。

重度訪問介護

重度の肢体不自由者で、常時介護を必要とする障害者に対して、入浴・排泄・食事
の介護、外出時の移動中の介護を総合的に提供する。

行動援護

知的障害または行動上著しく困難であって、常時介護を必要とする障害者に対して、

¹⁴ 今回の事業見直しで、日中活動の場と暮らしの場を分離した。

行動する際に生じる危険を回避するために必要な援護や外出時の移動中の介護等を提供する。

療養介護

医療を必要とする障害者で、常時介護を必要とする障害者に対して、主に昼間に病院や施設で機能訓練、療養上の管理、監護、医学的管理の下の介護、日常生活上の世話等を提供する。利用期限は定められていない。

生活介護

常時介護を必要とする障害者で、主に昼間に障害者支援施設で入浴・排泄・食事の介護、創作的活動または生産活動の機会等を提供する。利用期限は定められていない。

児童デイサービス

障害児に対して、肢体不自由児施設等に通って、日常生活における基本的な動作の指導、集団生活への適応訓練等を提供する。

短期入所

重度障害者等包括支援

常時介護を必要とする障害者等に対して、介護の必要度が著しく高い場合に、居宅介護等を包括的に提供する。

共同生活介護

障害者に対して、主に夜間に共同生活を営む住宅において入浴・排泄・食事の介護等を提供する。一般的に、ケアホームのサービスのことを指している。利用期限は定められていない。

施設入所支援

(イ) 訓練等給付

自立訓練

障害者に対して、自立した日常生活または社会生活を営むことができるように、一定期間、身体機能または生活能力の向上のための訓練等を提供する。利用期限は定められている。

就労移行支援

就労を希望する障害者に対して、一定期間、生産活動等の機会を提供することによって、就労に必要な知識や能力の向上を図る訓練等を行う。利用期限が定められている。

就労継続支援

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者に対して、就労の機会や生産活動等の機会を提供することによって、その知識や能力の向上を図る訓練等を行う。利用期限は定められていない。

この事業には、A型(雇用型)とB型(非雇用型)の二つのタイプがあり、前者

は雇用契約に基づく就労が可能と見込まれる障害者であって、就労移行支援事業で一般企業の雇用に結びつかなかった者、一般企業を離職した者や就労経験のある者等が対象となる。後者は、就労の機会を通じて、生産活動に関する知識や能力の向上が期待される者で、就労移行支援事業により一般企業の雇用に結びつかなかった者、一般企業等での就労経験のあるもので年齢や体力の面から雇用されることが困難な者、一定の年齢に達している者が対象となる。

共同生活援助

地域において共同生活を営むのに支障のない障害者に対して、主に夜間において共同生活を営む住居で相談や日常生活上の援助を行う。利用期限は定められていない。

現在、問題として浮き上がっているのは、利用料の引き上げ、特に 1 番の就労継続支援、昔でいう作業所の利用料の問題である。障害者自立支援法により、作業所利用に利用料が発生するようになったのであるが、これは利用者が受け取る賃金より多い。よって、作業をしにきているはずが逆にお金を多く払わなければ利用できないのである。筆者が通っている施設を利用している当事者も、たとえ一般企業への就労が難しくとも、この作業所に居場所ややりがいを感じている人は多い。障害者年金や生活保護を駆使し、少ない資金の中で暮らしている障害者にとってこの利用料の問題は大きな壁であり、またそれは施設側からしても同じである。現在、佐野市の社会福祉法人「ブローニュの森」が精神障害者のグループホーム 4 カ所（31 人分）を閉鎖する方針を固めるなど、閉鎖する施設が現れている。

日常生活、社会生活を営むことができるように「地域生活支援」、「就労支援」といった新たな課題に対応する、といわれているこの自立支援法であるが、利用料以外にも様々な課題をかかえているという。どのような経緯のもとに作られたのであろうか。

第三章 障害者自立支援法の概要と問題点

第一節 障害者自立支援法について

障害者自立支援法とは、「障害者及び障害児がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができる」ために定められた法律である。従来の支援費制度に代わり、障害者に費用の原則 1 割負担を求め、障害者の福祉サービスを一元化し、保護から自立に向けた支援をする法律で、2006 年 4 月に施行された。そもそも障害保健福祉施策は、2003 年度からノーマライゼーションの理念に基づいて導入された支援費制度により、飛躍的に充実した。しかし、身体障害・知的障害・精神障害といった障害種別ごとに縦割りでサービスが提供されており、施設・事業体系がわかりにくく使いにくい。また、全体的な在宅サービス利用者数の増加と障害種目別間の格差による、均等なサービス提供体制の必要性（図 8）。地域生活支援が強調されてきた現在、急激に施設サービス中

心から在宅サービス中心への施策転換ができておらず、またサービスの提供体制が不十分な地方自治体も多いため、必要とする人々すべてにサービスが行き届いていない（地方自治体間の格差が大きい）こと。支援費制度における国と地方自治体の費用負担の導入により、サービス利用の増加とそのため財源を確保することが困難であること。2003年度で128億円、2004年度で274億円の赤字となっている、などが問題となっていた。これらの問題を解決し、なおかつ障害者が地域で暮らせる社会に、自立と共生の社会を実現するために生まれたのが、障害者自立支援法なのである。

この自立支援法のポイントは以下の点である。

障害者の福祉サービスを一元化

市町村にサービス提供主体を一元化し、都道府県がこれをバックアップする。また、障害種別（身体障害、知的障害、精神障害）にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスは共通の制度により提供。するため、33種類にわかれていた施設体系を6つの事業に再編する。

障害者がもっと働ける社会に

一般就労へ移行することを目的とした、新たな就労支援事業創設するなど、雇用施策の連携を強化し、働く意欲と能力のある障害者が企業などで働けるよう、福祉側から支援する。

地域の限られた社会資源を活用できるように「規制緩和」

市町村が地域の実情に応じて障害者福祉に取り組み、障害者が身近なところでサービスが利用できるよう、空き教室や空き店舗など既存の社会資源の活用も視野に入れて規制を緩和する地域の限られた社会資源を活用できるように「規制緩和」をする。

増大する福祉サービス等の費用を皆で負担し支え合う仕組みの強化

利用したサービスの量や所得に応じた「公平な負担」として、障害者が福祉サービス等を利用した場合に、食費等の実費負担や利用したサービスの量等や所得に応じた公平な利用者負担を求め、皆で支える仕組みにする。また、国の「財政責任の明確化」として、福祉サービス等の費用について、これまで国が補助する仕組みであった在宅サービスも含め、国の費用負担の責任を強化する（二分の一を負担）。

公平なサービス利用のための「手続きや基準の透明化、明確化」

支援の必要度合いに応じてサービスが公平に利用できるよう、利用に関する手続きや基準を透明化、明確化する。

また、この新制度の仕組みは、身体・知的・精神の3障害すべてを対象としたうえで、在宅と施設のサービス提供主体は市町村に一元化し、その市町村が中心となり自立支援給付、地域生活支援事業を行うものになっている。自立支援給付は全国統一的な基準で行うが、地域生活支援事業はその地域の特性や利用者の状況を踏まえて柔軟に実施することに特徴があり、統一的なアセスメントや障害程度区分、市町村審査会の導入、相談支援事業者の活用、職員などに対する研修の制度化、サービス利用計画作成費の制度化による個

別給付などのケアマネジメントの導入がされており、障害程度区分は1～6段階となっている。具体的なサービスに関しては前の章でも紹介したが、利用料以外の、現時点での問題点についてふれたいと思う。

第二節 障害者自立支援法の現時点での問題点

障害者がより良いサービスを公平に受けられるように制定された障害者自立支援法であるが、急激な制度変化によって、障害者福祉の現場に様々な問題が発生している。やどかりの里¹⁵から緊急出版された本をもとに問題点をまとめると以下ようになる。

障害者の急激な自己負担の増加 応能負担から応益負担へ

福祉サービスを利用する際に、所得に応じて利用料を負担する応能負担から、福祉サービスを利用する際に、所得とは関係なく一律定率で負担する応益負担への移行により障害者の経済的負担が増加し、従来は所得に応じ極めて低い負担ですんだが、介護保険と同じ1割の自己負担となった。応益負担の裏づけのため、同法では障害者の就労支援をうたっているものの、就労支援の方は一部企業(ヤマト運輸等)を除き、遅々として進んでいない。また、多様なサービスを要する重度障害者ほど、就労による所得確保の機会が少ない傾向にあり、負担が目につけているのが現状である。

具体的な利用料で考えてみると、作業所などの通所施設を利用すると、作業に対する報酬として、平均で見ると月1万円程度の工賃が支給される。従来、通所施設は一部の施設を除き利用料を取っていなかったため、支給される工賃を小遣いにすることをはげみに、「働きがい」やそこに居場所を感じる障害者が多かった。しかし、障害者自立支援法により、市県民税課税世帯で月約3万円の利用料と食費が請求されることとなった。結局、「仕事」をするための通所施設利用のために、障害者に差引き2万円の自己負担が発生するようになった。その結果、少なくない障害者が「働きがい」を失い、または、自己負担に耐えられないために、通所施設の利用を中止せざるを得なくなっている利用者もいる。これでは、引きこもり・生活の質の低下につながりかねないと懸念されているが、これに対しては、日本の財政難もあり、伸び続ける福祉の費用をまかない、制度を持続可能なものにしていくには、自己負担は避けられないとの意見もある。障害者の収入源は通常月額約66000円(2級の場合、1級だと月額約82000円)の障害年金と1万円の作業所からの工賃に限られる。つまり、月額3万円の利用料の自己負担というのは、全収入の約4割にも達する重いものなのである。

¹⁵ 社団法人やどかりの里 精神障害(主に慢性の統合失調症)をもつ人たちが、地域で安心してくらししていくために必要な生活にかかわる支援活動を推進するとともに、出版や研修、研究事業を通じて、精神障害者の福祉の向上と地域における精神保健福祉の推進と普及を目的に設立された非営利の民間団体(公益法人)である。

精神障害者の医療費が1割負担となる（ただし自治体が負担する地域もある）

精神障害者は、以前は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 32 条」¹⁶によって 0.5 割の負担（一部自治体は異なる、地方自治体の独自補助とそれによる地域格差の拡大で述べる）であった。障害者自立支援法によって、世帯所得による上限はあるものの、基本的には 1 割負担となり負担増となり、公平な負担にはなったものの、たださえ障害のため働くことができず、生活保護や障害者年金など少ない収入の中で生活している障害者にとっては、大きな負担となっている。

現場の実情からかけ離れた施設基準による障害者施設の経営困難や廃止

障害者施設はこれまで登録人数に応じて補助金を受けてきたが、利用日数に応じて補助金が支払われる仕組みとなった。今回、障害者自立支援法により、報酬単価設定に当たっては利用率 94.5%を想定して、金額が設定された。しかし、実際の現場を見ると、精神障害者通所施設では利用率は 60.0%程度が多く、実情とかけはなれている。このため収入が減少して、経営困難に陥るところもある。激変緩和措置として、利用率 80.0%とみなして補助金を支払う措置はあるが、それでも不十分な水準であり、施設の経営は困難となっており、施設職員の給与引き下げや人員削減が多く見られている。これに対しては、施設の一層の経営努力や施設間競争も必要ではないかとの意見もある。しかし、入所施設の場合、入所利用者 30 人に対し、職員の配置基準は 8 名であり、その状態で 24 時間 365 日利用者の支援、能力の維持、向上に努めるのは困難であるといわざるを得ない。また、突発的に自傷、他害行為をする利用者、危険認知できないまま施設外へ飛び出してしまう利用者、重度のてんかん発作がある利用者など、多様な利用者がある中での安易な職員の給与引き下げ、人員削減は利用者を危険にさらすリスクを増やすことにもつながる可能性もある。

利用者の負担増 障害者の施設利用中止 施設への補助金が減る サービスの低下、施設の閉鎖 利用者の行き場がなくなる、という悪循環が生じ、同法の理念に逆行するとの批判がある。施設の閉鎖の例をあげると、佐野市の社会福祉法人「ブローニユの森」が精神障害者のグループホーム 4 カ所（31 人分）を閉鎖する方針を固めるなど、閉鎖する施設が現れている。

障害程度区分の研究や準備不足の問題

精神障害が障害程度区分の判定を受ける場合、障害を軽く見られがちであり、必要なサービスを受けられない、という問題がおきている。サービスを受けるための障害程度区分の判定基準は、介護保険における高齢者の判定基準をそのまま使用し、障害者での調査や研究は行われていない。このため、脳卒中などによく似た身体的な障害がある場合には、障害の程度は比較的的確に判定されるが、身体的な障害のない知的障害・精神障害の場合には、障害の程度が重度であるのに、身辺自立しているとして軽度と判定され、必要なサ

¹⁶ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 32 条通院医療費公費負担制度
通院によって精神疾患の医療を受けた場合に、その医療に要する費用を公費負担する制度。
障害者自立支援法により一律 1 割負担となった。

ービスが受けられなくなるのではないかと考えられる。特に施設入所の場合、5段階の判定で4以上でないとい入所が適当とされておらず、身体的な「介助」よりも精神的な「見守り」が必要な知的・精神障害者の入所は厳しいとの見方がある。2006年現在は判定度が低くても経過措置で継続して入所サービスを受けられるが、経過措置がすぎるとサービスを受けられなくなってしまう。

これに対しては、介護保険判定における痴呆度の二次判定による修正実績などがすでにあるため、対応可能との意見もある。また、我孫子市では知的・精神的障害者への判定をよりの確にするため、3品以上の買い物自力でできるか、危険に対しての認知、回避はできるかなど、独自の判定基準を設けている。また、障害程度区分の判定において、判定度が高いほど高い報酬が施設に支払われる仕組みになっているため、入所が適当とされている判定度4又は5の入所者であっても報酬・利用費以上の負担（金銭的・身体的・精神的等）が見込まれる場合は入所を拒まれるなど、経営環境が厳しくなる施設側による利用者の選別が懸念されている。

地方自治体の独自補助とそれによる地域格差の拡大

以上のような障害者自立支援法によってもたらされた障害者福祉の変化を緩和するために、障害者対策に熱心な首長がいる自治体や、財政的に豊かな自治体では、自己負担や施設の経営難に対する独自の補助が開始された。一方こうした補助のない自治体も少なくない。このため、自治体間での格差が発生している。

従前の精神障害者の通院医療費公費負担制度による0.5割の負担について、東京都など一部の自治体では独自の補助によって自己負担分が全額補助されていた。自立支援法施行後の1割負担についても、1割負担分を自治体が独自に補助する地域がある。例えば、大阪府は国民健康保険加入を条件として1割負担分を府が補助する。つまり、自立支援法施行前からあった地域ごとの負担格差が施行後さらに拡大し、自立支援法が掲げる「公平な負担」という目標に逆行する結果となっている。この自治体間格差の問題は、地方自治に関する別次元の問題が強く関係するため、三位一体改革についても考えを深める事もできる。

ここまで、日本の精神保健福祉の現状から始まり、歴史、背景、そして障害者自立支援法と問題点について述べてきた。この法律はまだ施行されたばかりであるが、すでに様々な問題点が指摘されており、自民党による自立支援法の改善策などが次々と発表されている。しかし、「ただ消沈するだけではなく、まず、この法の中身を知り、駆使し、悪いところは、声を上げて是正していく、それが民主主義の国の国民の権利である」(増田・堀澄・渡邊 2006: 117)というように、すべてが悪い法律ではなく、利用できるところは利用し、悪いところは主張していく。そして、その主張や日々の活動に、地域も加わり共に理解し合える人々の輪ができることを期待したい。第四章では、このような中、画期的な活動を行っている自治体やボランティア団体、社会福祉法人を例にあげ、紹介したいと思う。

第四章 地方団体等の取組み例～地域で暮らしていくために～

第一節 障害者が障害者を支える～精神障害者地域生活支援センター「咲笑」(さくら)～

- ・施設名 精神障害者地域生活支援センター「咲笑」¹⁷
- ・場所 大阪府池田市
- ・運営 社会福祉法人・てしま福祉会
小規模授産施設三ヶ所、グループホームを経営
- ・開所 2002年4月1日

この施設は、障害者自立支援法の地域生活支援事業として位置づけられている、障害者地域生活支援センターである。地域生活支援センター¹⁸としての内容は、他の県の地域生活支援センターとあまり変わらない。しかし「咲笑」は事業の一環としてヘルパーステーションの活動をしているが、スタッフがピアヘルパーである、という特徴を持っている。ピアヘルパーとは、当事者のヘルパー、つまり障害を持つものがヘルパーとして活動している、ということである。現在、同じような例が全国的に普及しているが、先駆けとなったのがこの大阪府である。

スタッフは、9人のヘルパーと15人のピアヘルパーで構成されている。スタッフは2人で行くことが多く、月に3～4回入る人から週5日働く人までいる。最初の4人のうちの2人は、大阪府のピアヘルパー養成講座で資格を取得した。当事者・家族が「ピアヘルパーがいてもいいではないか」と要望したことから始まったこの講座であるが、これは平成13年度に500万円で大阪府が主催し、平成13年度中の約半年間、財団法人精神障害者社会復帰促進協会に大阪府が委託し行われたものである。ヘルパー2級に精神障害者の訪問介護講習を加えた内容で、通常四カ月のカリキュラムを半年に延ばして行う。15人の精神障害者のほか、精神障害者への理解を深めてもらうため、障害がない人も一緒にペアを組み受講した。また、精神障害を持つ人々にとって一般のヘルパー養成講座は、時間の長さ、周りの人とのやりとりで気を遣いすぎ疲れてしまうため、一般に比べ一度の授業時間を半分とした。しかし、大阪府が財政困難のため、一年で終了してしまっただけであったが、全国にピアヘルパーを広めたのはこの講座がきっかけである。

その後は府が年に一回開く「障害ヘルパー講座」(費用3.5万円)または一般のヘルパー講座でそれぞれ資格を取得し、現在の事業にいたっている。

ピアヘルパーの良いところは、利用者が気軽に物事を頼めることである。通常のヘルパ

¹⁷ 社会福祉法人てしま会運営 精神障害者地域生活支援センター「咲笑」
<http://homepage3.nifty.com/ikedasakura/index.html>

¹⁸ 地域生活支援センター 障害者が自立、社会復帰、社会参加できるよう支援活動を行い利用者がくつろげる場所となっている。

一となると、やはり健常者となるため、障害を持つ利用者の立場や気持ちを理解するのはなかなか難しい。しかしピアヘルパーの場合、同じような障害を持つ当事者同士となるため、互いに理解を得やすく、利用者にとっても何かと話しやすい。また、自分も良くなったらこのくらいはできるかもしれない、という励みにもなりうる。しかし、これには当然短所もあり、通常のヘルパーとして動く場合、二人組みで行くため、給料も二分の一になってしまうのである。また、当事者同士のため、お互い過敏になることもしばしばある。しかし、障害を持つ人にとって、一番身近で、一番自分の持つ知恵を駆使できるのが、このヘルパーの仕事である。それは、自分自身が利用していたこともあり、また同じ境遇や悩みを持つ人を支えたい、という彼らの願いなのではないか、と筆者は考える。

ピアとは「仲間性・対等性」と訳され、障害当事者同士の支援のあり方として現在、注目されている。2001 度中の約半年間、大阪府の委託を受けた財団法人精神障害者社会復帰促進協会は、全国初の「精神障害者ピア・ヘルパー等養成事業」を実施した。

これは、当時、2002 年度から始まる精神障害者ホームヘルプサービスについて言われていたことで、「当事者は他人が家の中に入って行うホームヘルプサービスに対して緊張感や不安が強く、言いたい事が言えなかったり、うまく利用できないのでは」との指摘を解消するために、当事者や家族からの「当事者同士なら緊張しないのではないか」との提案に大阪府が応えたものである。

ホームヘルパー2級課程に厚生労働省の精神障害者ホームヘルパー養成の9時間を上乗せしたカリキュラムを作り、障害特性に考慮した形として、週3回/1日3時間までのゆっくりとしたペースで約半年間かけることや、当事者と支援するボランティアとのペア受講を取り入れることで受講に対する不安感解消に配慮し、また、互いの声かけや支え合いがあり、講習会自体が相互支援を基盤にした大きなグループワークになっていった。

その結果、受講生のほぼ100%が講習課程を修了し、その中から、就職も決まり、ヘルパーとして働いている人も多いそうだ。

第二節 行政による就労支援～長野県の例～

「障害者の雇用促進等に関する法律」の大幅な改正が、2004年6月29日に行われ、2006年から施行された。

これにちなんで長野県では平成16年度より、障害者就労支援に本格的に取り組んでいる。¹⁹一般就労については、障害者総合支援センターに「就業支援ワーカー」を設置し、地方事務所に配置された「求人開拓員」と一緒にハローワーク等と連携し、障害者の就業支援を行っている。これはどういうものであるかというと、まず「求人開拓員」がハローワーク等と連携し、障害者を受け入れる企業を探してくる。「就業支援ワーカー」は、そこに紹介され入社することとなった障害者がある場に定着できるよう、企業と障害者の取り次ぎ役

¹⁹ 長野県ホームページ <http://www.pref.nagano.jp/index.htm>

になるのである。

障害者にとって、作業所ではなく一般企業に就労しようとする場合、一番の不安要素は病気による症状や仕事の条件、時間などである。ただでさえ疲れやすいと言われている障害者にとって、休憩や労働時間の長さ、通院するための時間、服薬の時間など、人間関係の他にも気かけなければならぬ事は山ほどある。また、特に精神障害者の場合、偏見やそれによる就労のしづらさを気にして障害を隠して就労し、本人の限界を超えた労働や人間関係の中で病状を悪化させてしまう例も多い。一方、企業側が障害者を雇い入れるにあたっての不安は、何より当事者とのコミュニケーションや、何に気を使わなければならないか、などである。

これを解決すべく両者を取り継ぐのが「就業支援ワーカー」の役割なのである。障害者が就労した後も、定期的に企業を訪問し、状況を確認する。ある意味、介護保険制度のケアマネージャーに似ている役目を持っているような感じもするこの「就業支援ワーカー」は、両者にとってとても重要な存在となっているに違いない。長野保健局によると、この事業を開始してから、2000年に比べ障害者雇用の数が4倍に増えたそうだ。

現在、県内10カ所に相談窓口を設置し、求人開拓員や10地区に10人、就業支援ワーカーは10地区に11人おり、そのうち二人は国の予算で活動している。この行政による取り組みは、全国で初めて行われているものであり、まだ長野県でしか実施されていない。行政による支援ということもあって、企業側としても受け入れやすいのではないかと、ぜひとも全国に広まってほしい、と筆者は考える。

しかし、この現場にはまだまだ課題も多い。障害者が障害を隠さず、企業と相談した上で安心して仕事に従事できるようにするのがこの制度の目的であったが、やはり周りの反応を気にするあまり、障害を隠した状態で就労を希望する人もまだまだ多いという。障害を隠した結果、体調面での理解が得られず仕事場の人との人間関係がこじれてしまい、体調を崩した結果、仕事をやめざるをえなくなってしまう。確かに、現時点での精神障害者に対する理解もまだ足りていない。しかし障害者がこのように地域に出て行くことによって、少しずつ理解もされていくのではないかと。その支援と少しの後押しを、就業支援ワーカーが担っている、と筆者は考える。

第三節 町や地域と共に暮らす～北海道浦河町「社会福祉法人浦河べてるの家」

- ・ 場所 北海道浦賀町築地 3-5-21
- ・ 設立 1984年4月1日（2002年法人化）
- ・ 活動内容
- ・ 小規模授産施設「浦河べてる」事業
新鮮組事業部（農水産、環境清掃、製めん）
地域交流事業部（見学や研修に来る人々に、「べてる」を伝えることが仕事）

・小規模授産施設「ニューベテル」

販売製造業（昆布・だしパック、ベテルグッズ、ビデオ、出版物の販売）

4丁目ぶらぶらざ（ベテル関連商品の販売）

・地域生活援助事業（共同住居、グループホームの経営）

北海道浦河町にある「ベテルの家」²⁰はいろいろな事業を展開しており、小規模作業所を核として、福祉ショップ・雑貨屋・グループホーム・共同住居など、精神障害を持っている人たちが主体的に活動を進めているのが特徴である。また、精神障害の分野で当事者が社会福祉法人の理事長になっていることも、「ベテルの家」の運営のあり方を表している。これは全国でも非常に珍しい例である。また「ベテルの家」の活動は、町おこしとしても有名である。

「ベテル（Bethel）」は旧約聖書・創世記に出てくる地名で、「神の家」という意味である。ドイツに同名の町（ドイツ名：ベートル）があり、古くから障がいを持った人々が受け入れられ、暮らしている。第二次世界大戦中、ナチスが「優れた人間のみが生きる権利がある」との思想から、障がい者を抹殺しようとした時、住民が「彼ら・彼女らを連れて行くのならば、私たちも連れて行け。」と、命懸けで抵抗したことで有名である。「ベテルの家」はこの町の人々に共感して名付けられた。つまり、障害者と町の地域住民がお互いより良く暮らすことを目的としているのである。

地域の事業主たちと交流し、今や年商1億円を売り上げ、年間千人を超える人々が見学を訪れる「ベテルの家」が大切にしていること、それは顔の見える関係づくりである。といっても特別なことをしているわけではない。騒ぎを起こしたとき、責任者という立場の人間がいない「ベテルの家」の人々は、火事やケンカの当事者はもちろん、他のメンバーも連なって近所や警察、消防署へ謝罪に向かうこととなる。よって地域の人々は、「ベテルの家」にどのような人々がいるのかをよく知っており、また、彼らが調子の良いときは隣近所の人たちと立ち話をしたり自治体の集会に参加しているため、地域住民の一員として互いに認め合った関係が形成されているのである。

「ベテルの家」の優れているところは、何より地域住民の一員として、地域の人々との交流ができていく面である。精神病を患う人々は幻聴や妄想といった独特な症状のせいもあって、多くの方が仕事や家族、友人などとの人間関係、すなわち社会との接点を失ってしまう。また、世間の認識としても、精神障害者に対する理解はまだまだ足りていないのが現実である。「ベテルの家」では、精神障害を持つ当事者が障害を隠すことなく自ら地域に出て活動し、またそれを地域に住む人々が一住民として認識し受け入れることによって互いの障害を乗り越え、このようなまちづくりとなっているのである。

障害を隠さず、ありのままを受け入れる、という「ベテルの家」のメンバーが秘訣としていることは、以下の点である。

メンバーの弱さ・欠点を互いに受け入れ、「ダメでも受け入れてもらえるんだ」と

²⁰ 社会福祉法人ベテルの家 <http://www18.ocn.ne.jp/~bethel/>

いう安心感をみんなが持つこと。

メンバーは街の中（時には外にも）にどんどん出て、街の人に慣れてもらう。本人が街中でパニック状態に陥る（これをべてるでは「ぱびぷべぼ状態」と言う）など問題が起こっても、責任を取るのは本人だが、問題も想定内と諦める。

とにかく話し合い、ぶつかり合って、全員参加型にする。

下請け作業でなく、自前の商売を始め、「儲からないニッチの仕事」を取ることで、売上増。そのとき調子のいい人が働けるだけ働く、という何とも非効率なやり方だが、それで回るのだから凄い。

いわゆる健常者のサポーターとして、ソーシャルワーカー、精神科医、牧師がいるが、基本的な姿勢は「メンバーの主体性に任せ、決して無理強いせず、ある程度の問題が起きてもしようがない」

実際、筆者が精神障害者に関わっていて思うことは、人間関係において障害をありのままに受け入れることはとても難しい、ということである。なぜなら、人間関係においても、幻聴・幻覚は障害者本人にとっては本当に起きていることであるからだ。障害者同士、または職員に対する恋愛妄想や嫌われた・叱られたなどの妄想により関係が拗れてしまい、一方が辞めることとなるケースはよくある話である。しかし、「ノーマライゼーションとは、相手が健常者であろうと障害者であろうと人との関係は対等であるべきであって、彼らの症状だけに目を奪われ、いうがままにいうことを聞くのがノーマライゼーションではない。対等に語り合う関係を築くべきだ」（北山・鈴木・端山 2004：164）というように、障害をありのままに受け入れ、対等に物事が言い合えるからこそ、本当の意味での自立や社会復帰が成り立つのかもしれない。

第四節 ボランティア活動例～八王子精神保健福祉ボランティアの会～

- ・ 通称名 いっぼの会²¹
- ・ 設立 2002年3月
- ・ 目的 とともに歩み、ともにまなび、ともにふれあうことをめざす。
- ・ 定例会 毎月一回

八王子市は精神科の病院が人口の比率でいうと、世界で1番多いといわれている。「地域で暮らす」、そんな当たり前のことを苦手とする精神障害者の人々が思うこと、それは「あと少しの後押しがあれば、普通に暮らせるのに」ということである。八王子精神保健福祉ボランティアの会（以下、いっぼの会）は、そんな人々の「力」になれるボランティアを目指して活動している団体である。経緯は、精神障害者の抱えている生活障害の理解を深めるため、2001年9月～2002年1月の全6回にわたり「精神保健福祉ボランティア養成講座」が開催され、その講座を受講した有志が「八王子精神保健福祉ボランティアの会」

²¹ 八王子精神保健福祉ボランティアの会 <http://www.mytown-club.net/fukushi/>

を設立した。その後、2003年3月に同様の養成講座を受講した有志も参加し、現在まで毎月一回定例会を開催している。

主な活動内容は、精神障害者の抱えている生活障害を深めるため、精神障害者とボランティアがふれあい共に同じ時間を過ごす食事会やティーサロンを自主活動として行い、その他作業所、保健所、病院関係からの要請に基づき、ボランティア活動を行っている。食事会は年4回、季節のものを取り込んだもので、八王子生活支援センターあくせすととの共催である。また、ティーサロンは精神障害者の人々が互いにふれあう場として、八王子市中央公民館などの一室を使い、お茶やお菓子をういながら談話する場所となっている。また、作業所、保健所、病院関係からの要請に基づいたボランティア活動とは、通院や入院患者の方の話し相手や要請先のデイケアでのパソコンボランティア・園芸など、また在宅の方の家事掃除の手伝い（通常ヘルパーに頼むことをボランティアとして行っている）作業所での作業ボランティアなどである。

心の病を患った人々にとって、家から一歩踏み出すことや、人間関係の拗れから病気を発症した者にとって人とふれあうことは、それだけでとても勇気のいることであり、地域で暮らす社会復帰の第一歩である、と筆者は考える。食事会やティーサロンは、そのような人々にとってとてもよい交流場所である。また、作業所や病院、保健所など障害者と職員関係者というある種の閉鎖的な場所に地域住民であるボランティアが加わることにより、また違った人間関係を形成することができ、障害者にとって良い社会復帰の一步をつくることのできるのである。

病院や作業所で直接ボランティアを募集しているところは多い。しかし、ひとつのボランティア団体にボランティアを要請し、派遣してもらうというのはまれである。地域で暮らすためのちょっとした後押しを、病院などの関係機関ではやりきれない部分をボランティアがすることにより、病院での隔離された生活ではなく地域で暮らす基盤をつくることのできる。このシステムがより良く活動しているのは、やはり各ボランティア団体や作業所、病院、保健所などがこまめに連絡を取り合い、連携しているからではないだろうか。「精神障害は誰もがなりうる可能性の高いもの。八王子は精神病院が人口比率で世界1位であるし、各機関が連携を取り、住民ひとりひとりがひとつとと思わず活動したい、と考えてほしい。障害を持った人はそれぞれ強いこだわりをもった人が多いが、それは健常者でもいえること。その人のひとつの性格として付き合えばよい」²²と、代表のW.R氏は言う。

このボランティアは精神保健福祉養成講座を受講した人、受講したい人、精神保健福祉受講済ヘルパーと条件があるが、誰でも受講できるものである。ぜひとも参加者を増やし、精神障害者が地域で生活する後押しとなる基盤を固めていってほしい、と筆者は考える。

²² 八王子精神保健福祉ボランティアの会代表 W.R 氏からの聞き取りによる（2006年8月12日）。

第五章 地域でよりよく暮らすために

これまで日本における精神保健福祉の現状、変遷、そして取り組みについて述べてきた。精神病院における治療を主としていた日本にとって、「精神病院から社会復帰施設へ」さらに、「社会復帰施設から地域社会へ」というように流れている現在、精神保健福祉は大きな転換期にある。障害者がよりよく地域社会で生活できるよう定められたのが障害者自立支援法であるが、新しい制度や法律が生まれること、それは現場に大きな転換と混乱が生じることであるし、その制度や法律によってより良い生活を送れるようになる人もいれば、これまで以上に苦しい生活を強いられる人もいる。「障害者自立支援法によって、利用者から利用料を取らなければいけなくなった。金銭面で苦勞している彼らからお金をとるのは心が痛い、みんなでこの作業所を使っているのだから、みんなから利用料を取るのはいかしくないことではない」²³と言うように、法律は一部を除き、平等でなければならない。前にも述べたように、おかしいと思うことがあれば、声をあげて主張すればよいのである。その際、必要となってくるのは関係者だけではなく、人々の理解である、と筆者は考えるが、人々の理解を広げ、精神障害者が精神病院ではなく地域で住民とより良く暮らすにはどうすればよいのであろうか。

精神障害者が地域住民とよりよく暮らすためには、やはり地域住民の理解を得ること、そしてそのためには精神障害者も地域住民の一員として、様々な行事などに参加し、北海道浦河町と「べてるの家」の人々のように、自分の住んでいる地域の人々とのコミュニケーションを大切にすることだと筆者は考える。

そうはいっても、精神障害者が完全に隔離されていたとされる過去に比べれば、作業所や地域生活支援センター、デイケア等の施設や法的制度の充実など、精神障害者に対する世間の見方というのは変わってきた、といわれているようであるが、精神障害者が一般企業に就労を希望する際に障害を隠したり、社会に出てまた再発してしまう、などの現状を考えると、まだまだ周囲の理解は足りていないように思われる。長野県の例や大阪府の「咲笑」のように、障害を包み隠さずありのままに働くことができればよいが、実際そのようにするには、障害者にとってとてもとても勇気のいることである。なぜなら、障害を受容することにより、世間から障害者として見られてしまうこと、また自分自身の中で受容すること自体に抵抗を感じてしまうからだ、と言う人は多い。

また、精神障害者はこわい、何かするのではないかと、などと思っている人々も少なくないと思われる。確かに、体調が極めて優れないときなど、全くそのような場面がないわけではない。しかし、普段は接してみると、とても優しい人々である。そのような理解を得るためにも、目に見えない病気だからこそ、精神障害者の方々にも少しずつ、できる範囲で地域住民の一員として参加して欲しい、と願う。そのためには精神障害者の生活環境を、少しでも住みやすいものに整えることが必要である。それは法制度を整備する国

²³ 横浜市栄区 M 作業所所長、O 氏からの聞き取りによる（2006 年 11 月 15 日）。

であったり、長野県や大阪府など民間でなく地方自治体が自ら率先して行う就労支援であったり、「咲笑」や「べてるの家」などの非営利組織やいっぽの会などの地域住民ボランティアの会、そして保健所や病院、警察、企業など様々な機関が、それぞれに果たせる役割を担い、そして各機関で連携して初めてその地域で成り立つものではないだろうか。障害者だけで社会を変えることはできないし、どれか一つの組織だけでも社会を変えることはできない。しかし、それぞれの組織や機関が各々に役割を果たすだけでなく、連携をとることにより力を結集すれば、障害者がより良く暮らせる社会へと変えていくことができる、と筆者は考える。この論文で示した事例はその萌芽であり、今後このような活動が各地域へと広がることを期待したい。

おわりに

筆者がこのテーマを選んだ理由、それはやはり精神障害を持つ友人との交流がきっかけでした。その友人と出会ったのは、知的障害者の生活を支援することをテーマとする、とあるボランティア団体の活動中で、筆者が高校二年生の時でした。その友人を通じて、様々な精神障害者の方と知り合うことができました。彼らと仲良くなった結果、時には頼られすぎてしまい筆者自身が悩んでしまったこともありましたが、一緒に涙を流したこともありました。正直に言うと、家庭環境や生活環境、経済面、人間関係などに何らかの深い事情を持つ彼らの悩みというものは、決して軽いものではなくむしろ深刻な内容のものが多く、そこにさらに病状が加わると、とても筆者が対応しきれるものではありません。しかし、すべてを解決することはできなくても、話を聴き、彼らの思いを受け止め支えとなるなど、何か少しでも自分にできることがあるのではないかと、そう思い立ったのが筆者が精神保健福祉の道を目指そうと決心したきっかけでした。この論文は、筆者が日本の精神保健福祉を研究しより良く知る為に、そして筆者がこれまでの約 5 年間彼らと関わって感じた「彼らはとても人思いで優しく、時には体調が優れないこともあるが地域住民として一緒に生活していける人々だ」ということを、論文を通して伝えたいと思い、筆跡させていただきました。

この論文を無事に書きあげることができたのは、筆者のアルバイト先である横浜市旭区地域生活支援センターにて情報提供をしてくださった方や筆者と関わりを持っていただいた多くの方々（職員・利用者・家族会・ボランティア・関係者）、快く訪問を受け入れて下さった八王子精神保健福祉ボランティアの会や作業所の方々、そして各関係者を紹介して下さった小関隆志先生や、筆者の大学生活を支えてくれた多くの友人、両親、そして小関ゼミの仲間たちのおかげです。皆様にとっても感謝しております。どうもありがとうございました。

参考文献

- 荒賀文子、丸山総一郎、東牧子、藤本修(2006)『現場に活かす精神科チーム連携の実際 - 精神科医、心理士、精神科ソーシャルワーカーのより良い連携を求めて』創元社
- 生田哲(2005)『心の病は食事で治す』PHP 研究所
- 河合隼雄(2000)『こころの処方箋』新潮文庫
- 北山清一、鈴木康三、端山晴子(2004)『作業所職員応援ブック - 精神保健福祉への誘い - 』相原書房
- 坂本洋一(2006)『よくわかる障害者自立支援法』中央法規
- 宗野政美、檜山うつぎ、香野恵美子、増田一世(2006)『これでいいのか障害者自立支援法・2 - 労働支援の立場から - 』やどかり出版
- 白石直己、大澤美紀、三石麻友美(2006)『これでいいのか障害者自立支援法・3 - 生活支援の場から - 』やどかり出版
- 精神障害者社会復帰促進センター、財団法人全国精神障害者家族連合会、精神保健福祉白書編集委員会 編(2006)『精神保健福祉白書 2006 年版 - 転換期を迎える精神保健福祉 - 』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会 編(2006a)『精神保健福祉士要請講座 1 精神医学』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会 編(2006b)『精神保健福祉士要請講座 2 精神保健学』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会 編(2006c)『精神保健福祉士要請講座 3 精神科リハビリテーション』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会 編(2006d)『精神保健福祉士要請講座 4 精神保健福祉論』中央法規出版
- 精神保健福祉士養成講座編集委員会 編(2006e)『精神保健福祉士要請講座 5 精神保健福祉援助技術総論』中央法規出版
- 融道男(1993)『ICD - 10 精神および行動の障害 - 臨床記述と診察ガイドライン』医学書院
- 星野文男、大村祐二、河野英勇(2006)『精神障害者にとって働くとは』やどかり出版
- 増田一世、堀澄清、渡邊昌浩(2006)『これでいいのか障害者自立支援法・1 障害のある人からのQ & A - 』やどかり出版
- 向谷地生良(2006)『「べてるの家」から吹く風』いのちのことは社

参考ウェブサイト

厚生労働省職業安定局(ハローワーク)

<http://www.hellowork.go.jp/>

厚生労働省障害者福祉ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/index.html>

社会福祉法人べてるの家

<http://www18.ocn.ne.jp/~bethel/>

財団法人精神障害者社会復帰促進協会

<http://www.max.hi-ho.ne.jp/hukikyo/home2004.htm>

世界保健機構（WHO）

<http://www.who.int/en/>

精神障害者・地域生活支援センター「咲笑」（さくら）

<http://homepage3.nifty.com/ikedasakura/index.html>

ぜんかれん（全国精神障害者家族会連合会）

<http://www.zenkaren.or.jp/>

長野県長野保健所ホームページ

<http://www.pref.nagano.jp/xeisei/nagaho/index.htm>

長野県ホームページ

<http://www.pref.nagano.jp/index.htm>

八王子市役所ホームページ

<http://www.city.hachioji.tokyo.jp/>

八王子精神保健福祉ボランティアの会

<http://www.mytown-club.net/fukushi/>

八王子保健所

<http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/hachihc/index.html>