

研究報告

精神障害者の生活支援システム構築に関する試論

松浦智和

名寄市立大学保健福祉学部社会福祉学科

キーワード：精神障害、生活支援、ACT、リカバリー

I 緒言

精神障害者の生活支援は、ソーシャル・インクルージョン、エンパワメント、ストレングス視点、リカバリーの理念などを踏まえ、「ごく当たり前の生活」を送る権利を保障していくことが肝要となる¹⁾。わが国では、2004年に厚生労働省による「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本指針を示し²⁾、この潮流のなかで、メンタルヘルス・ソーシャルワークにおいても、それまでの「施設福祉から在宅福祉へ」「保健医療福祉の一体化とコミュニティ・ケアへの転換」などの社会福祉領域の基本方針とも合流し、精神障害者へのより質の高い地域生活支援の実現とそのシステムづくりが喫緊の課題となっている。

歴史を顧みれば、わが国の施策は、1900年の精神病者監護法が制定されて以降、一貫して隔離収容政策をベースとした入院医療を中心に設計されてきたといえる。殊に、衛生法規ではなく、社会防衛思想に基づき、「治安の維持」を第一義にしているともいえるこの法律は、私宅監置(座敷牢)を公認し、これを合法化するための手続きを定めていた。その構造は逃走を防ぐために厳重を極め、糞尿にまみれたまま全裸で放置されるなど、閉じ込められた患者の処遇の実態はむごたらしいものがあつた³⁾。この悲惨な実態を世に訴えたのが、東京帝大教授であつた呉秀三である。呉は、1918年に発表した『精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的觀察』のなかで先に述べたような私宅監置の実状を報告し関係者に衝撃を与えた。そして、「被監置者ノ監禁アリテ、之二対スル治療ナシ」「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」と嘆きの言葉を残していることは有名である⁴⁾。

近年では、2009年の厚生労働省による「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」のなかでは、「現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であつたわが国の精神障害者施策の結果であり、行政、精神保健医療福祉の関係者はその反省に立つべき」とし、今後の改革に関する基本的姿勢が謳われた⁵⁾。

本稿では、これらの概況、潮流を踏まえ、精神障害者の生活支援やそのシステムのあり様の一端を検討するとともに、コミュニティ・ケアの推進が求められる趨勢のなかで、それらに関わる周辺の諸課題について考察を試みる。

II 精神障害者の生活支援とそのシステム

精神障害者の「生活のしづらさ」は、その人らしく生活するという自由の権利の侵害であり、克服すべき課題である。そして、諸家の知見を勘案すれば、それをコミュニティの連帯を基盤に取り組む活動こそが「生活支援システム」であると考えられる。そして、その構築を積極的に仕掛ける役割を担うのが精神保健福祉士である。

翻って、精神保健福祉士が臨床で出会う当事者は様々な精神症状に苦しみ、翻弄されていることに加え、「絶望し夢を持てずに生きている」という点において支援を要する人々も少なくない。精神保健福祉士はか

責任著者

住所 〒096-8641 北海道名寄市西4条北8丁目1番地

E-mail : matsuura@nayoro.ac.jp

なり高い頻度で、刹那的な生き方しかできず、希望、人生の目的、夢を持ってない人たちと出会う。精神保健福祉士は、どのような状況であろうと、不幸のどん底と感じ、最悪の人生と決めつけ、仕方がないと諦めていて、我慢の人生を、空虚な人生を、病者として障害者として生きることを甘受している人でも、今より必ずよい生活、違った人生を歩めること、今より満足できる暮らしになれることなどに未来への希望があることを本気で信じられる専門職でなければならない。いかなる逆境にあっても「希望」を持ち続けることの大切さがある⁶⁾。

1. 生活支援システム構築に関わる活動原則

寺谷は、生活支援システム構築の活動原則について、以下の5点を挙げている⁷⁾。

(1) 願いと夢～自分らしく生きるエンパワメント⁷⁾

生活のしづらさに基づく願いと夢は、①働きたい(仕事)、②地域で暮らしたい(社会生活力)、③仲間づくり(人間関係)、④他者の役に立ちたい(社会貢献)、⑤学業や趣味を続けたい(教育)の5つが示されている。

(2) 利用者主導～共に創る生活支援システム⁷⁾

生活支援システムは、利用者主導による自己決定及び自己決定の過程に重きを置く。そして、いかなる支援も、自分の人生や生活を、自分の価値観に基づいて自身で決定するという権利擁護の機能が基本となる。

(3) 生活と人生の回復—挑戦者にある経験の強みが基盤⁷⁾

願いと夢に基づく本人主導の生活支援システムは、社会モデルの視点に立つ生活と人生の回復に関わるものであり、課題の挑戦者にある弱さではなく強さを基盤とする。また、当事者を様々な生活や人生で直面する課題に挑戦してきた「サバイバー」と捉え、これらサバイバーは、苦難に耐えて自分を修復する以下の7つの心の回復力を蓄えていると考えられている⁸⁾。

- ①問題に気づき、考え、誠実な答えを出す習慣「洞察」
- ②家族との間に情緒的なもしくは身体的な距離を置く「独立性」
- ③他者との間に親密で充足的な絆をもつ「関係性」
- ④問題に立ち向かい、自分を強化し、試しコントロールする「主導性」
- ⑤秩序、美しさ、目的をもつ「創造性」
- ⑥おかしさを見出す「ユーモア」
- ⑦よい人生を送りたいという希望を人々に広げる良識「モラル」

(4) 参加と協働—誰もが支援のパートナー⁷⁾

住民として出会い、相互に信頼し合うパートナーとなり、参加、協働、協力し合うことで生活支援システムは築かれる。誰もが、自分らしく生きようと、課題に挑戦してきた経験のある仲間同士の協力は、「自分たちの」と呼べるまちづくりの一員として責任を果たしていくことになる。

(5) 調整・開発—バリアフリーの環境づくり⁷⁾

生活のしづらさは、個人の弱さや病理ではなく、社会的障壁という社会との関係に属するもので、地域力を問う課題である。生活支援システム構築に向けて、ごくあたりまえな生活をしようと希望し、努力する人の生活の再構築は、頼りにしあえる地域力があるかが問われる。生活支援システムの調整・開発は、生活力や地域力を築き発展を促す、誰もが市民として生きることを共通の目標とした権利擁護活動である。

2. 生活支援システムにおける「ソーシャル・サポート・ネットワーク」

谷中は統合失調患者を支援においては「リカバリー」「ストレングス」「レジリエンス」「エンパワメント」「セルフヘルプ」などに並んで、「ソーシャル・サポート」が鍵概念となっており、その活用の重要性を指摘している⁹⁾。これに関わり、久田はソーシャル・サポートの定義について「ある人を取り巻く重要な他者(家族・

友人・同僚・専門家など)から得られるさまざまな形の援助」としている(広義の意味)¹⁰⁾。加えて、藤井は、ソーシャル・サポート研究は、社会老年学や高齢者福祉領域を中心にストレス緩和を効果と見る向きが強く、これらはストレスに対して脆弱性をもつ統合失調症患者(精神障害者)へも応用可能性が高かったと思われるが、わが国はあまり研究が進展していないと指摘している¹¹⁾。

藤井をはじめ、諸家の指摘から勘案するに、ソーシャル・サポート研究は、ストレスに対して脆弱性をもつ統合失調症患者(精神障害者)の支援へも応用可能性が高かったと思われるが、わが国はあまり研究が進展しておらず、統合失調症患者のソーシャル・サポートの実態はいまだ明らかになっていないことが多いと推測される¹¹⁾。

3. 精神障害者の地域生活支援(システム)のモデル

田中によれば、精神障害者の地域生活支援のモデルは世界的に見ても3つのモデルが中心となっている¹²⁾。

まず第1に「ステイ・イン・サービス(場のサービス)」である。トリエステ方式(イタリア)、クラブハウス(アメリカ)などが代表的とされ、わが国では、精神科デイケア、障害者自立支援法に基づく地域活動支援センターや就労移行支援事業、就労継続支援事業(A・B型)などがある。

第2に「アウトリーチ・サービス(届けるサービス)」である。アレツツオ方式(イタリア)、ACT(アメリカなど)、AOT(イギリス)、IPS(アメリカ、イギリス)などが代表的とされ、わが国では、訪問看護やホームヘルプサービスなどがある¹²⁾。

第3に「ピアサポート・サービス(仲間によるサービス)」である。ヴェローナ方式(イタリア)、オルタナティブサービス(アメリカ)、ピア・カウンセリング(各国)、WRAP(アメリカなど)が代表的とされ、わが国では、「すみれ会共同作業所(北海道札幌市)」「べてるの家(北海道浦河郡浦河町)」などの活動が有名である¹²⁾。

このなかでも、これから特にその実践を重視されるのがアウトリーチ・サービスのひとつであるACT(Assertive Community Treatment: 包括的地域生活支援プログラム)であろう。今日の精神保健医療福祉が地域生活支援中心に重きを置く流れのなかで世界標準のプログラムとして各国で普及していることはいままでもない。ACTについては、次項で概況を述べることにしたい。

Ⅲ 精神障害者の生活支援システムとACT

1. ACTの概要

ACTは重い精神障害を継続的に持つ人々を対象を限定した「集中型・包括型のケアマネジメント」である。ケアマネジメントといっても、一般的なサービス仲介型とは違い、医療や生活支援・就労支援などの包括的な支援をACTが直接提供するものである。これによって、混在する多様なニーズに複数の機関が対応することで生じるサービスの断片化や重複、ケア責任の曖昧さ、迅速な対応の難しさなどの課題が解消されるとされる¹³⁾。

ACTは、1970年代にアメリカウィスコンシン州マディソン市でスタートした精神障害者への総合的な支援プログラム(「マディソンモデル」といわれる)において基幹となった介入方法である¹⁴⁾。以下に目的・特徴・サービス内容を示す。

(1) 目的¹⁴⁾

「①重い精神障害のある人が、住み慣れた地域で安心して質の高い生活を送ることができるよう支援すること」「②重い精神障害のある人の退院促進を支援すること」「③重い精神障害のある人や、その家族が安心して質の高い生活を送れるように支援すること」「④上記を実現できる地域づくり」

(2) ACTプログラムの特徴¹⁴⁾

①従来の精神保健・医療・福祉サービスの下では地域生活を続けることが困難であった重い精神障害者を

対象とする」「②ソーシャルワーカー、看護師、作業療法士、職業カウンセラー、薬剤師、精神科医、臨床心理士、ピアスタッフなど、様々な職種の専門家から構成されるチームによってサービスを提供する」「③集中的なサービスが提供できるように、10人程度のスタッフから成るチームの場合、100人程度に利用者の上限を設定する」「④担当スタッフがいない時でも質の高いサービスを提供できるように、チームのスタッフ全員で1人の利用者のケアを共有し、支援していく」「⑤必要な保健・医療・福祉サービスのほとんどをチームが責任を持って直接提供することで、サービスの統合性をめざす」「⑥自宅や職場など、利用者が実際に暮らしている場所でより効果の上がる相談・支援が行われるように、積極的に訪問を行う」「⑦原則としてサービスの提供に期限を定めず継続的な関わりをしていく」「⑧1日24時間・365日体制で危機介入にも対応する」

(3) ACTで提供されるサービス¹⁴⁾

①薬の処方と提供	⑦日常生活の支援
②病気と服薬を利用者が自己管理するための支援	⑧身体的健康に関する支援
③個別の支持的療法	⑨経済的サービスに関する支援
④危機介入	⑩就労支援
⑤入院期間中の継続支援	⑪家族支援
⑥住居サービスに関する支援	⑫社会的ネットワークの回復と維持のための支援

ACTは医療面への支援に着目されがちであるが、基本的には生活支援である。ACTがめざすのは、利用者の希望に即した充実した生活を地域で送れるよう、個別性に富むリカバリーを応援していくことである。利用者の可能性を信じ、個人やその周囲の環境の強みや長所(ストレングス)に着目した支援を行っていくことが大切である¹⁵⁾。総じて、今日の精神保健医療福祉が地域生活支援中心に重きを置く流れのなかで、ACTは世界標準のプログラムとして各国で普及していることはいままでもない。なお、わが国では、次に述べる千葉県市川市での実践が有名である。

2. 千葉県市川市における「マディソンモデル活用事業」

(1) 概要

千葉県では、国立精神・神経センター国府台病院(現・国立国際医療研究センター国府台病院)がある市川市で、既にACT-J(わが国にACTを導入する精神障害者の退院促進支援事業の研究事業プロジェクトを指す)の研究事業による精神障害者の退院促進の取り組みが行われていた。そして、このエリアには、既存の社会資源が比較的充実していたことから、千葉県が市川市をモデル地区として当時の堂本暁子千葉県知事の精神保健医療福祉改革への熱意も相まってマディソンモデル活用事業を立ち上げたものである。地域における官民協働のプロジェクトとするために、施策を作る段階から当事者、家族、NPOや社会福祉法人、民間支援機関、医療機関、公的機関ほかに呼びかけ、2005年に「マディソンモデル活用研究会」を立ち上げ、白紙の状態から議論を始めた。そのなかで、「市川で不足している・あるとよい社会資源」について議論し、必要な事業メニューの詳細について検討し調整した。本事業は、退院支援に特化したものではなく、長期入院の人も含めた、地域資源に繋がらない人々への地域支援体制とネットワークの構築をめざしたところに特色があるといえる^{16,17)}。

(2) 主なメニュー¹⁷⁾

- ①ケアマネジャーを配置したケアマネジメントの運営:「ケアマネジャーを配置し、地域の情報の一元化を図るとともに、独居者の見回り、民間アパートへの自立支援等を含めてケアマネジメントを運営する」
- ②ケアマネジメントに関する研修事業:「身近な地域での相談窓口がケアマネジメントの機能を持てるよう、

市川独自の研修を実施する」「福祉職員のみならず、当事者やボランティアの積極的な受講を呼び掛ける」

③クラブハウス：「日中の居場所としての憩いの場」「当事者やボランティアが企画や運営に参加」「定員制ではなく、柔軟に出入り可能な仕組み」

④クライシスハウス：一時的に家族と距離を取りたいとき、近隣とのトラブルなどで一時的に自宅から離れたほうがよいと思われるときに利用できる宿泊場所

⑤自立生活体験事業：「病院から退院後単身で生活する人、これまで家族と同居していて単身生活の経験がないが今後単身生活をめざす人が、生活を開始するのに不安がある場合に、短期間支援を受けながら単身生活の体験をする」

⑥就労支援コーディネーター：「ハローワークや商工会議所等の関係機関・団体と連携し、障害者の雇用や実習を受け入れてくれる企業を開拓する」「トライアル雇用、職業訓練事業、社会適応訓練事業など既存の多くのメニューのなかから、その企業の実態に即したものを探し出して提案する」

(3) 成果・課題

マディソンモデル活用事業を通じて、「①これまでサービスにつながっていなかった人に支援が届いた」「②複数の法人や行政の協働により、情報共有がスムーズであった」「③当事者、家族、精神保健福祉の専門職、医療関係者、行政が同じテーブルにつくことができた」「④クライシスハウスは、家族や近隣者とのストレスによる症状の悪化により、今まで入院していた人が、回避できる一時的な休養の場所としても必要だった」

「⑤クラブハウスでは、当初、ルールやプログラムはなく、メンバーと職員とがゼロからグランドルールを作り、自分たちの活動を作りあげた」「⑦入院中に不安が強い精神障害者にとっては、仲間と出会い、地域資源につながり、安心感を得られる場所となった」等の成果・課題があったことが報告された^{16,17)}。

IV 精神障害者の生活支援システムを考える上での研究の可能性をめぐって

1. 精神疾患や障害に対する偏見・差別に関する研究

個人の精神障害者への否定的なイメージは社会の精神障害者への対応をも規定していくと考えられ、その修正や是正、軽減が喫緊の課題である。殊に、諸家の指摘によれば、わが国の精神障害者への認識はマスメディアによる扇情的報道の影響が大きく、動機が明らかにならない事件や精神障害者が起こした事件により、「精神障害者は怖い」「精神障害者は何をするか分からない」といったような感覚を植え付けているものと推測できる^{18,19)}。たとえば、永井は精神疾患患者のイメージ生成を概観するなかで、『精神疾患患者』に関して『普通の人』と改めて説明することが意味をもつ背景をみることは、『精神疾患』が隠喩として働く場面をみることもある²⁰⁾。

確かに精神疾患や精神障害はその言葉のなかにマイナスのイメージを帯びている傾向があるが、筆者がここで問題としたいのは、このような精神障害者への否定的な姿勢は、一般的な市民レベルの議論だけではなく、比較して疾患や障害に理解があると思われる社会福祉学や看護学を学ぶ者ですらそれに近い現状であることが示唆されていることである^{21,22)}。たとえば、鷹尾らは、社会福祉学系学部の大学生を対象に行った調査において、「身体障害者、知的障害者に比べて、精神障害者に対する社会的態度が遠い」「拒否的態度で偏見の強さが示唆される」「態度形成に影響を及ぼす要因は『家族からの影響』『高校までの学校教育』『マスメディアと大学の講義』であったと指摘している²³⁾。そして、その対応として「当事者との直接交流体験」「十分な情報提供と学習」「早い段階からの家族間のオープンな語り合い」「学校教育の重要性」を指摘していることもこの問題の根深さの象徴のひとつであろう²³⁾。

2. 精神障害者の生活支援システムを構築する“地域”に関する研究

精神障害者の生活支援システムの構築の検討にあたっては、その“地域”の分析・理解が必須であると考

えられる。筆者は、これらについて、以下のような研究の展開を模索している。

すなわち、まず第1に、地域生活支援システムと“地域”の関係を、「①地縁基盤型：沖縄県」「②行政によるローカルサービス・サポート基盤型：富山県」「③制度内サービス基盤型：東京都」に分類し、先行研究の概況からそれらに代表されると思われる先述の3都県を選び出した。

次に、当事者の1)基本属性、2)ソーシャル・サポート、3)ライフスタイル、4)社会関連性²⁶⁾、5)生活満足度・幸福感・QOLを調査する。また、6)地域性・コミュニティの特徴と歴史的背景について、医療機関・関連事業所のほか、歴史学(精神医療史)の知見に鑑み、「各地域の精神神経科診療所協会」「保健所」「大学等の研究機関」での資料収集・ヒアリングを行う。そして、そこで得られた結果と北海道の複数の市町村の現状を比して、最終的に道北地域、名寄市における精神障害者の地域生活支援システム構築においてより効率的で効果的な介入アプローチを検討していくものである。殊に、歴史も含めて、システム構築に関わる地域の実情や背景に言及した先行研究は少なく、何らかの基礎的資料を得る必要があると考えられる。

以上の問題意識の下、各地の精神保健医療福祉の特徴を概観するが、まず、北海道における精神疾患の総患者数は、14万5,000人と推計され、疾患別では全国と同様、うつ病をはじめとした気分障害、統合失調症、そしてアルツハイマー病を含む認知症の順に多い。2013年10月1日現在の人口10万対精神病床数は380.6床であり、全国平均の266.9床を大きく上回っているが、精神科を標榜する病院、診療所の7割が札幌市を中心とする道央第三次医療圏に集中しているという状況であり、医療資源に地域偏在の見られることが特徴である²⁴⁾。

また、広域かつ積雪寒冷といった特性により定期的な通院が困難な状況があるとともに、道が実施した「精神科病院実態調査」によると「退院後の住居の確保」「在宅福祉サービスや日中活動の場の不足・偏在」「家族の協力が得られない」等により地域移行が難しいという課題がある²⁵⁾。実際に、「退院患者平均在院日数」については全国平均の284.7日に対し、北海道は271.2日と短くなっているものの、「入院後1年時点退院率」は全国平均の87.7%に対し、北海道は85.3%と下回っている状況である(表1)。2006年の障害者自立支援法の施行以降、北海道における障害福祉サービス利用者数は確実に増えており、精神障害者もまた例外ではないが、障害福祉サービスについても地域偏在がみられることから、地域生活の継続において各種サポートを必要とする統合失調症患者を支えるにはサービスが十分でない地域も多数存在する。

次に、沖縄県であるが、人口万対精神病床数38.22床、平均在院日数274.1日、1年時点退院率87.0%と病床数は多く、退院率は全国平均を下回るものの、平均在院日数は全国平均より10日も少ない(表1)。このような入院の短期化が可能になっている要因について明らかにする必要がある。推察される要因としては、沖縄県における精神疾患患者へのイメージや労働観、家族観などの文化があり、先行研究でも「人のあたたかさ」や「寛容さ」が指摘されている²⁶⁾。

沖縄県の精神医療保健福祉を取り巻く現況を明らかにすることは、統合失調症患者のコミュニティでの生活を可能にする要因として、フォーマルな福祉サービスに限らない「地縁を基盤とした」インフォーマルな要素を検討することに寄与するものと考えられる。また、沖縄県については、1972年の本土復帰以前の精神医療体制整備の遅れがあり、その後急速に病院整備が行われた。県内精神科病院25のうち、国立2、県立4と、国公立病院の比率が高く南部への集中がみられる²⁷⁾。病院整備と平行して整備がともなわなかったところでは訪問支援活動によって患者支援を補っていた^{28,29)}。アウトリーチが注目される前から行われていたこの歴史は参考になるというのが本研究の仮説である。

次に、富山県は、人口万対精神病床数31.1床、平均在院日数325.3日であり(表1)、また、障害福祉サービスの利用も少ないため(表2)、入院医療中心かと予測されるが、近年地域移行施策が強化されていると思われる、1年時点退院率は年度によって若干ばらつきがあるものの2012年度には88.9%と全国平均を上回っている。この背景に、行政主導で「障害」に特化しない「富山型デイサービス」のような支援によって、社会資

源の少なさをカバーし、高齢者、障害者、児童など多様なニーズをサポートする体制を整えていることがあげられるのではないかと推測される。富山県(庁)には、国に規制緩和等と呼びかけ、「富山型デイサービス推進特区」の認定を2003年に受け、介護保険法による事業所での障害者(児)の受け入れを可能にするなど、ローカルサービスを創設し、それをサポートする姿勢・体制があることが想定されるのである^{31,32)}。

最後に、東京都は、人口万対精神病床数17.32床、平均在院日数200.2日、1年時点退院率89.8%と全国平均を上回るかたちで(表1)、「入院医療中心から地域生活中心へ」の流れが進んでいるようにみえる。東京都の精神病床は、従来、多摩地域(市部、郡部)に集中しており、2009年10月現在で、多摩地域16,231床、区部8,203床となっている。人口万対病床数でも、多摩地域38.1床に対し、区部は8.7床である³³⁾。他方で、精神科を標榜している診療所は、多摩地域236ヶ所に対して、区部755ヶ所(平成21年10月現在)であるので、診療所が区部精神科医療資源の大きな担い手であることがうかがえ、区部においてはより入院によらず、地域社会に生活するなかで、疾患のケアが行われていると推察される³³⁾。そのような区部の特徴を支えているのは、障害福祉サービスをはじめとする社会資源の多さや、都会ゆえの「精神科」への敷居の低さであろうと推測される。

表1 精神病床数、人口10万対精神病床数等の概況

	年	全国	北海道	東京都	富山県	沖縄県
精神病床数*	1972年	261,527	14,369	23,078	3,052	1,542
	2013年	339,780	22,830	23,041	3,446	5,408
人口10万対精神病床数*	1972年	24.31	27.7	20.1	30.1	16.3
	2013年	26.69	38.06	17.32	31.1	38.22
平均在院日数*	2013年	284.7	271.2	200.2	325.3	274.1
入院後1年時点退院率(%)**	2012年	87.7	85.3	89.8	88.9	87.0

*医療施設調査・病院報告より筆者作成

**各都道府県の「第4期障害福祉計画」参照。平成29年度までの国の目標値は91%

表2 都道府県別の障害福祉サービス利用状況(2014年)

	サービス利用者数	サービス種類別利用者数(複数種類のサービスを利用している者は、各サービスに人数を計上)												計 (障害福祉サービス)
		居宅介護	生活介護	短期入所	共同生活介護	施設入所支援	共同生活援助	自立訓練(生活訓練)	宿泊型自立訓練	就労移行支援	就労移行支援(養成施設)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)	
北海道	45,006	7,613	16,714	1,369	5,857	10,248	2,877	460	223	1,658	6	3,032	12,234	62,291
東京都	60,799	13,296	19,217	3,710	5,056	8,716	2,265	1,072	259	2,332	22	988	18,446	75,379
富山県	5,598	510	2,249	235	335	1,384	358	155	31	197	0	493	1,649	7,596
沖縄県	11,630	2,059	3,422	580	259	2,267	786	458	144	713	1	1,028	3,362	15,078
合計	695,703	147,280	252,336	38,546	60,993	132,777	27,904	12,950	4,215	27,702	138	36,730	180,895	922,466

単位(人) 文献30)より筆者作成

V 終わりに

もとより、精神保健医療福祉の資源の偏在という北海道の課題があり、その深刻さが顕著な道北地域である。以下に示すように、精神障害者保健福祉手帳取得者だけで100名以上がいる名寄市であるが、偏見・差別の問題から、手帳の取得をはじめ、サービス利用にたどり着かない当事者も相当数いると推測される。精神科を擁す市立病院があり、専門職を養成する大学がある名寄市は、道北地域の精神障害者の生活支援システムやコミュニティ・ケアの充実への使命を背負っていることを想像に難くない。

表3 名寄市の精神障害者保健福祉手帳交付者の推移

	2010年度	2011年度	2012年度	2013年度
1級	18人	15人	16人	11人
2級	93人	95人	116人	96人
3級	30人	27人	44人	31人
計	141人	137人	176人	138人

文献34)より筆者作成

筆者のこれまでの少ない臨床経験のなかでも、自身のソーシャルワーク実践や教育・研究活動に大きく影響を与えた患者の姿が目につく。以下、患者、家族は訥々と語る。

- ・「病気になって、記憶力が低下しました。憶えていたいことは憶えられない。でも、病気になっていじめられたことなど、忘れたいことはいつまでも忘れられないのです」
- ・「仕事も辞めさせられました。自分が悪かったのでしょうか。病気は治るのでしょうか」
- ・「病気になって外へ出ないようになりました。だって、近所の人が働いていないって噂をするから」
- ・「子どもが病気になって、なるべく人に会わないようにしています。ゴミを出す時間すらずらしています。会うたびに子どもの話ばかりで、おたくの子はどうしているの？と聞かれるのが本当に億劫です」

疾病と障害の併存を特徴とする精神障害者は、一日の大半を、疾病管理への焦りと他者への警戒感、不信任感、過度な気遣いに満たされて過ごしていることも少なくない。かつて、疾患に苦しみ、地域からの社会的排除に苦しむ当事者が「病院にいるのは辛い。退院しても辛い。生きていることが辛くなる」と筆者に言うことがあった。この極限の感情に答えられずして新たな生活支援システムのフロンティアは切り開かれないものと思われる。

附記・謝辞

本稿に執筆にあたっては、殊に、精神保健福祉施策の歴史について、北星学園大学社会福祉学部の永井順子准教授のご指導・ご助言を頂戴できたことが幸甚であった。そして、今後の研究の可能性を検討する際には多くのアドバイスと貴重な資料をいただくことができた。ご厚情に深謝申し上げる次第である。

文 献

- 1) 谷中輝雄：当たり前の生活の実現をめざして，谷中輝雄論稿集Ⅰ．やどかり出版，1993.
- 2) 厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン．厚生労働省，2004.
- 3) 古屋龍太：精神科病院脱施設化論．批評社，2015.
- 4) 呉秀三，樫田五郎：精神病者私宅監置ノ 実況及び其統計的観察．精神医学古典叢書1，創造出版，2010.
- 5) 厚生労働省：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて(今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書)．厚生労働省，2009.
- 6) 門屋充郎：精神保健福祉士の新人に私は伝えたい．精神科臨床サービス，5(1)：62-66，2005.
- 7) 寺谷隆子：精神障害者の相互支援システムの展開—あたたかいまちづくり・心の樹「JHC板橋」．中央法規出版，2004.
- 8) ウォーリン,S.J., ウォーリン,S. 奥野光(訳)，小森康永(訳)：サバイバーと心の回復力，逆境を乗り越えるための七つのレジリエンス．金剛出版，2002.
- 9) 谷中輝雄：生活支援、精神障害者生活支援の理念と方法．やどかり出版，1996.
- 10) 久田満：ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題．看護研究，20(2)：2-11，1987.
- 11) 藤井達也：精神障害者生活支援研究，生活支援モデルにおける関係性の意義．学文社，2004.
- 12) 田中英樹：精神障害者支援の新パラダイム—精神障害者を支える実践と権利擁護．社会福祉研究，109：20-30，2010.
- 13) 足立千啓：ACT(包括型地域生活支援プログラム)の現状と課題．精神科臨床サービス，11(1)：70-74，2011.

- 14) 高木俊介：精神障がい者の地域包括ケアに向けて．高木俊介監修：精神障がい者地域包括ケアすすめ．批評社，2013.
- 15) 足立千啓，上田昌広，増子徳幸：ACTの強みと課題．精神科臨床サービス，13(4)：485-489，2013.
- 16) 千葉県：千葉県マディソンモデル活用事業平成17～19年度報告書，2008.
- 17) 伊藤順一郎，品川眞佐子，酒井範子，武田裕美子，渡辺由美子：市川の精神保健医療福祉のシステムを俯瞰する．精神科臨床サービス，13(4)：474-479，2013.
- 18) 松浦智和，横山薫：地域住民の精神障害者への態度に関する基礎的研究，ボランティアグループへのインタビュー調査の結果から．旭川大学地域研究所年報，35：27-42，2014.
- 19) 三宅浩次：メンタルヘルスの現状と対策．北海道医報，1019：18-23，2003.
- 20) 永井順子：「精神疾患患者」とは何者か，実習で出会う人の輪郭を知る．看護教育，49(7)：589-591，2008.
- 21) 鷹尾雅裕，鈴江毅，實成文彦：社会福祉系学部大学生の精神障害者に対する社会的態度とその形成と影響と及ぼす要因，身体障害者，知的障害者との比較から．16(3)241-245，2008.
- 22) 榊原文，松田宣子：精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行文献からの考察．神大医保健紀要，19：59-74，200
- 23) 安梅勅江：エイジングのケア科学，ケア実践に生かす社会関連性指標．川島書店，2000.
- 24) 厚生労働省：平成25年(2013)医療施設(動態)調査・病院報告．厚生労働省，2013.
- 25) 北海道：北海道医療計画(改訂版)．北海道，2013.
- 26) 高林秀明：地域と文化，社会保護としての社会保障，沖縄の精神障害者の語りから．熊本学園大学附属社会福祉研究所報，43：15-36，2015.
- 27) 沖縄県：沖縄県における精神保健福祉の現状．沖縄県，2013.
- 28) 島成郎：精神医療のひとつの試み，批評社，1982.
- 29) 島成郎：精神医療・沖縄十五年．社会評論社，1988.
- 30) 厚生労働省：障害福祉サービス，障害児給付費等の利用状況について．2014.
- 31) 富山県：地域の中のみんなの家 富山型デイサービス．富山県，2015.
- 32) 富山県：とやまの地域共生，富山型デイサービス，20年のあゆみとこれから．富山県，2013.
- 33) 東京都地方精神保健福祉審議会：都民を支える精神保健医療福祉の連携構築に向けて．2012.
- 34) 名寄市健康福祉部：平成25年度福祉サービス事業等の実績．名寄市，2014.

