

市民講座特集

総合テーマ「家政大学は市民生活の質（QOL）向上のために、何ができるか、何をなすべきか」（平成19年12月～20年3月、狭山）

障害者がノーマルで自尊に満ちた生活が送れる過程と 地域社会の実現を目指して —— 精神保健福祉士の立場から ——

上野容子（東京家政大学教育福祉学科）

土曜日のお忙しい、お休みの方もいらしたのではないかと思いますけれども、時間がない中の宣伝で、このぐらい集まっていたら、ありがとうございます。今日は、関根先生のほうからご紹介いただいたタイトルでお話をさせていただこうと思うのですけれども、この講座を引き受けた一つの理由は、このような機会に、1人でも多くの方々に精神の病気や障がいについて、あまり今までお勉強をしたことがない方にも、「ああ、そうか。精神の病気や障がいを持っていらっしゃる方は、このようなことで苦しんでいらっしゃるのだな。大変なのだな」というようなことを少しご理解いただきたいなと思ひまして引き受けさせていただきました。また、改めて、今の精神保健福祉の状況なども知っていただければと思っております。私が30分ぐらいお話ししたあと、社会福祉法人創和の安藤さんのほうから、そして、最後に社会福祉法人こぶし福祉会の水谷さんのほうからお話をさせていただきます、1時間半を3人で受け持たせていただこうと思っておりますのでよろしく願いいたします。

今日は資料が、すみません、手違いで、今印刷をしていますので、お帰りになるまでに私の資料はお渡しできるようにしたいと思います。大変申し訳ありません。パワーポイントなので、少し暗くなります。どちらにしてもお手元の資料は見にくいと思ひますので、画面のほうをごらんいただければと思ひます。

もうご存じの方もいらっしゃるのですけれども、一応自己紹介を簡単にさせていただきたいと思ひます。私は東京・小平市にあります精神科病院のソーシャルワーカーとして勤めてきました。精神科病院のソーシャルワーカーというのはどのような職種かといいますと、精神

の病気や障がいをお持ちの方、それから、心の健康についてのご相談などに応じるお仕事をしております。そのあと、保健所のデイケアのグループワーカーなどもやりながら、1978年から現在まで、精神の病気や障がいがある方々の地域での生活を支援したいというように思ひまして、東京都豊島区で民間の任意団体から社会福祉法人豊心会という法人を立ち上げながら活動してまいりました。

埼玉では今、こぶし福祉会のほうでは理事を務めており、創和のほうでは監事を務めさせていただいております。私は、地元が朝霞なのですけれども、朝霞のほうでは、つばさ福祉会という所で、そちらのほうはNPOで、理事を務めさせていただいております。今、埼玉県の中に、このような病気や障がいがある方々が、地域で、集まれる場、仲間同士が語れる場、それから、そこからいろいろな力が発揮できる場、そのようなものを作ろうというように思ひながら関わらせていただいております。

研究といたしましては、今、医療観察法といひまして、精神の病気が原因で、犯罪を犯してしまった方々が、昨年からは医療観察法という法律にのっとった治療を受けるようになりました。そちらのほうの方々の社会復帰と通院治療に関する研究とか、長期入院者の退院促進ですね。これにも少し関わらせていただいております。それから、今、入間市の障害者自立支援協議会にも関わっています。全国的に、自立支援協議会が立ち上がっているところがまだ40%ぐらいしかない。自立支援協議会というのは、その地域で、障がいがある方々が排除されず、その地域で生活をしていくという仕組みをどう作るかということで、非常に大事な役割をもつ会なのですが、その自立支援協議会を全国に早く立ち上げていこうという研究に関わらせていただ

自己紹介

1971～76年

(医)白十次会 松島病院(東京都小平市)の精神科ソーシャルワーカー

1977～78年

小平保健所・小岩保健所デイケアのグループワーカー

1978～現在

精神障害者の地域支援施設創設、運営、事業・活動に従事
ハートランド、(福)豊心会(東京都豊島区)、(福)新座自援会(埼玉県新座市)、(NPO)つばさ福祉会(埼玉県朝霞市)、(福)こぶし福祉会(埼玉県萩山市)、(福)創和(埼玉県入間市)
東京家政大学文学部心理教育学科教授、立教大学・駒澤大学非常勤講師

自己紹介

研究

- 厚生労働省委託研究
「触法精神障害者の社会復帰と通院治療に関する研究」
「長期入院者の退院促進研究」「精神障害者地域生活支援サービスの実態と障害者自立支援法への移行プロセスに関する研究」
- 日本精神保健福祉士協会
「精神障害者の権利擁護」
- 東京家政大学
「学生相談室の活動」
「市民参加のまちづくり地域アセスメント」

自己紹介

社会活動

- 厚生労働省委託事業「精神障害者職業自立等支援事業」企画委員
- 日本精神障害者リハビリテーション学会事務局長
- 豊島区都市計画審議会委員
- 武蔵野市就労支援センター「あいる」運営委員長
- 板橋区STS(移動サービス)委員会委員長
- 板橋区障害者福祉計画策定委員会副委員長、埼玉県飯能市障害者福祉計画策定委員会委員長
- 埼玉県入間市自立支援協議会副委員長

いています。あと、権利擁護だとか、学内におきましては、学生相談室のほうに関わっておりまして、学生さんの心の健康相談にも、少し対応させていただいています。

いろいろあるのですけれども、ちょっとここは省略をさせていただきます。

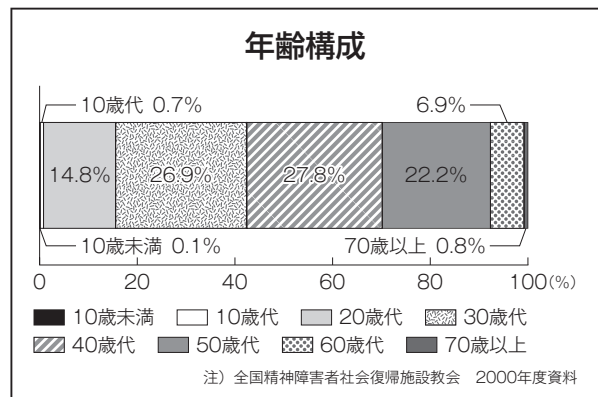
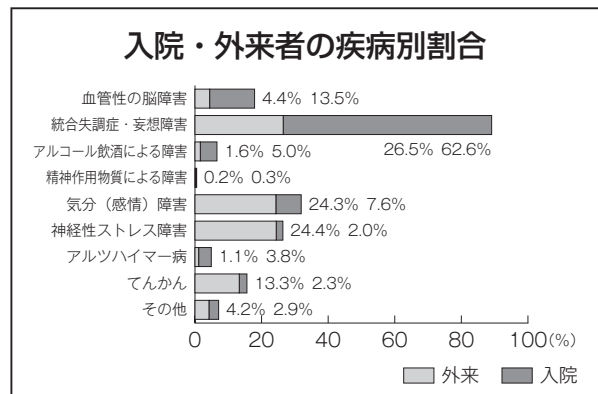
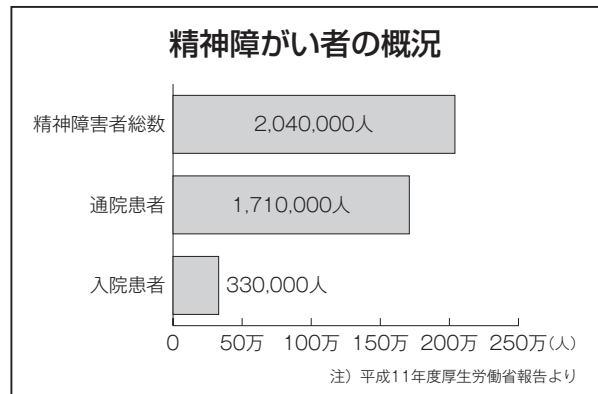
ここから本論なのですが、ご存じの方が多いかもしませんが、精神障がいをお持ちの方の数は、これは平成11年の統計で少し古いのですが、204万人。現在はもっと増えていると思います。通院の方が171万人で、入院の方が33万人。つまり、通院の方が圧倒的に多いということ。この方たちが、地域で生活するために、その方が望む支援が受けられているのかどうかというようなことを、今日は皆さんにぜひお伝えをしていきたいなと思っております。

では、どのような疾病の方が精神の病気や障がいというのだろうか？というところですが、一般の方は、ちょっとこれを見ると驚くのですが、血管性の脳障がいが入っているのです。脳障がいといっても、血管性の脳障がい、脳梗塞とか、高血圧によるいろいろな病気がございます。でも、それによって、精神的な症状を伴う場合が非常に多いのです。そのような場合は、こちらのほうにデータとして入ります。

入院をしている方も多いですね。オレンジが入院、ピンクが外来です。圧倒的に入院が多いのは、統合失調症の方や妄想性障がいの方々です。それから外来が圧倒的に多い。地域で生活している方がこのように多いということですね。気分障がいというのは、いわゆる、そうとうつやうつ病の方たちです。それから、アルツハイマーの方ももちろん、精神疾患がありますので、この中に入っております。アルツハイマーの方は、やはり入院が増えてきているかなと思います。

年齢構成別に見ると、このようになりまして、10代の方の発症が、徐々に増えてはきています。10代は0.7%ですね。20代、30代、40代、50代の方でほとんどを占めている。これはどのようなことが言えるかというと、その人なりに社会の中で人生を、何らかの役割を持って生活したいと思っている方々の年齢層ですね。このような方が圧倒的に多いということはお分かりいただけるかと思えます。関係者の方はもうかなりお分かりだと思うのですが、この病院に入院している方の中に、何と2割から6割の方が、地域に受け皿があって適切にサポートが受けられれば退院できると判断されているにもかかわらず、その中の6割の方が退院の意思を持っているにもかかわらず、自由を制限された病院での生活を余儀なくされております。

このような方達のために、今、退院促進事業というのが制度化されて動き出しているわけですが、制度化されたからやろうということではなくて、これは、国連のWHOの障害者人権宣言を見ても、人権上



援助が必要な精神障がい者の類型 (第1群)

長期在院する精神障がい者

2～6割が地域に適切な受け皿があれば退院できると判断されるにもかかわらず、そして、患者本院の約6割が退院の意志をもっているにもかかわらず、自由を制限された病棟での生活を余儀なくされている人たちである。地域ケアの体制が整えば多くの人たちは退院できるようになると考えられている。

援助が必要な精神障がい者の類型 (第2群)

厳しい生活状況で地域生活を営む精神障がい者

a) 単身生活者

彼らの多くは経済的に困窮して生活保護を受給し、ある人はアパート入居など住宅の確保に苦勞し、さらに、職を得たくても得られずに失業状態にあったり、对人的に孤立状態に陥っていたりすることの多いことが報告されている。

b) 家族同居で家族ケアを受けている精神障がい者

彼らは高齢の親から一人立ちしたくても、それができずに家族に対する依存を余儀なくされています。同胞世代に世代交代したら、現状が維持できなくなる恐れのある人たち。

援助が必要な精神障がい者の類型 (第3群)

病状不安定、再発頻回者

- 比較的若年(10代～30代前半)の人達に多い。生活苦、就業環境の不適應、生活習慣の学習不足などがストレス要因として考えられる。
- 固定化した妄想によって生活困難な人達。

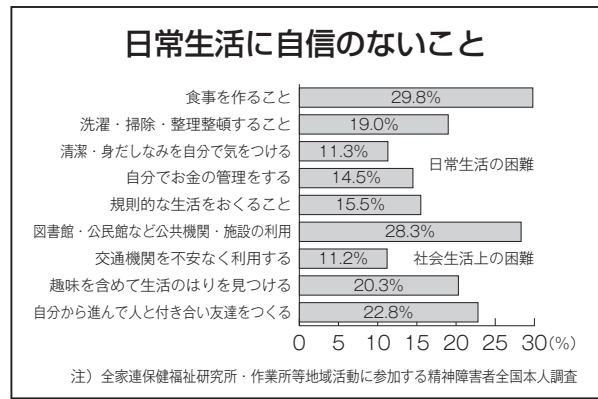
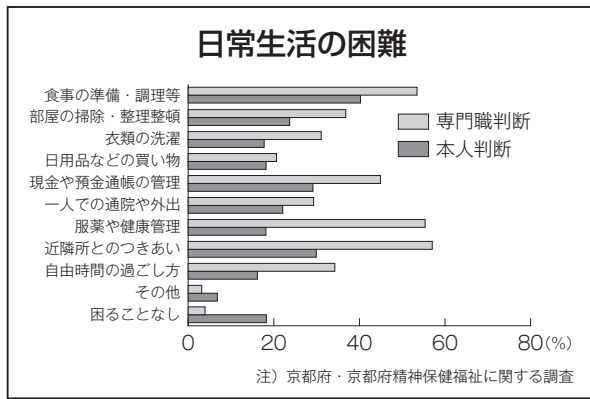
非常に問題があるという入院形態なのです。でも、やはりどうしても、病状の自覚がなくて具合が悪いときは、自分が病気ではないと、どうしても思ってしまう人たちに対して、ある一定、治療をする必要がありますので、入院は必要なのですが、やはり良くなったら地域で生活をするというのは、これは当たり前のことで、それが、病状が安定してもなかなか外に出られない。その原因は、ご家族の長い間のご苦勞から「退院してももう引き取れない」という状況があったり、一人暮らしを始めようと思っても、アパートを借りる保証人がなかなか見つからないというような、いろいろな理由がありまして、そのような理由を社会的理由と言うものですから「社会的入院」というように言われています。

社会的入院者を地域に迎え、生活できるように支援しようとするのが退院促進事業です。

それから生活状況なのですが、「お金持ちの人もいないじゃないか」というように思われる方もいらっしゃると思うのですが、そのような方は本当にごく一部です。単身生活と、ご家族の方と同居している方とおりますが、単身生活の方は、生活保護を受けている方が非常に多くなってきています。このたび、生活保護の基準が引き下げられようとしておりまして非常に厳しい状況だろうと思います。あと、ご家族と同居していても、ご両親が高齢化してきて、ご本人も、もう40代、50代、60代に入ってきているというような家族構成のところもたくさんございまして、家族が保護していこうと思ってもかなり難しくなっている。それから、そのご本人が高齢化したご家族を介護しているというような実情などもございます。兄弟の世代になったら、兄弟がめんどうをみるべきなのかということなのですが、ご兄弟にはご兄弟の生活がございますので、そのようなこともご兄弟には押しつけるわけにはいかないというのが現状だと思います。

それから、残念ながら病状がなかなか安定をしない。再発を頻回に繰り返す、このような方は、やはりいらっしゃいます。多くの統合失調症の方は、年齢的に30代前半ぐらいまで個人差がありますが、病状が落ち着かないですね。安定しません。この時期というのは、やはり入院を繰り返さざるをえない方もいらっしゃるかなと思います。そうすると、思春期、青年期に、さまざまな経験を、貴重な経験をする時期に、そのような経験ができず、医療中心の生活をしておりますので、お友達と会って映画に行ったりご飯を食べたりという機会もなかなか持たず、お仕事に就こうと思っても、それももちろんできないというような状況が続いているうちに、気がついたら30代に入っていたという方が多数いらっしゃいます。このような方達は、やはり生活習慣とか社会人としての学習、いわゆる、人間関係スキルが学習されませんので、それがまたストレスとなって、病気をさらに悪化させてしまうという悪循環が起きてしまうという状況にもなると思います。あと、中高年になっても、妄想がなかなか抜けない方も約5%はいらっしゃるというように言われていまして、このような方はなかなか退院が難しいのかなと思われます。

次のスライドは、日常生活の、どのようところが困難なのだろうということなのですが、オレンジが専門職で、緑がご本人判断です。興味深いデータだと思いますのは、服薬管理と隣近所とのつきあい、それから、自由時間の過ごし方、預金や現金通帳の管理、このあたりが専門職は「困難ではないかな」と思っているのです。ところが、ご本人は「さほどでもない」とギャップが出ています。特に服薬管理は、やはりご本人は、薬の副作用等もありまして、なかなか持続的に薬を飲むということは、頭では分かっている、元気になると、その薬によってぼーっとしている状態がなくなるとやめてしまうというようなことで、なかなか難しいところかなと思います。生活が困難と感じる共通点は、やはり家事。私たちが日常何気なくやっている家事ですね。これをスムーズにこなしていくというのが難しい。なぜかという、その方に力が無いのではなくて、認知の障がい、精神の病気の場合は、うつ病になっても、やはり認知の障がいというのが出てきますので、物事を順序良く組み立てて考えると、一度に



いろいろなことを多面的に考えるという力がどうしても低下してしまう時期があります。ただこれは、薬物治療だとか、生活のトレーニングだとか、これから説明しますが、地域のいろいろな社会資源を活用することにより、自分なりにお仕事をするようになったりすると、徐々に徐々に改善されていく場合がたくさんあります。

それから、これはご本人だけに聞いてみたものですが、公共機関や手続きですね。このようなものは非常に苦手。これはお分かりいただけると思うのですが、先ほどいったような、認知のゆがみ、障がいがございますので、新しいことに向き合うというのは、なかなか不安が伴いまして緊張するのです。その方が、不安感が強いという性格なのではなくて、そのような障がいをお持ちなので、慣れない事に向き合う時に非常に緊張が高くなるので不安が伴うということなのです。このように精神の病気や障がいもちながら地域で生活する、社会生活を送る人達の為に様々な生活を支援する社会資源があります。これから、それらを紹介したいと思います。

社会資源は関連する法律にのっとって運営、活動がおこなわれています。法律というのは、時々大きく変更されます。この度法律が大きく変わって、障害者自立支援法というのができましたから、だいぶ変わってきてしまっているのですが今は移行期ですが、平成23年度までは、障害者自立支援法以前の法律にのっとった施設として活動している所もあります。今日は、その障害者自立支援法移行前の施設のほうで、ご紹介をさせていただきます。

精神障がいの方の医療と生活支援に関しましては、今現在、精神保健福祉法という法律で規定されている部分もあるし、守られている部分もございます。社会復帰施設に関しましては、この法律の中で定められているものが5番までです。生活訓練施設と、1番と3番、福祉ホームは、住まいを提供するということが目的になっているところです。それから2番と4番、授産施設と福祉工場は、働くということを支援する場所です。それから、5番は地域生活支援センター。これは、障害者自立支援法になりましてからは、地域活動支援センターと名前が変わっています。福祉サービスは、その施設とご本人との契約関係になるので、利用者は固定されてくると思うのですが、地域生活支援センターは、例えば、「私は夜眠れなくなってしまっていて、どこか医療機関にかかろうと思ったけど、どこがいいのかな。分からないので相談したい」などという場合に、気軽に相談ができる所なのです。だから、その相談が解決すれば、もう別に行く必要がない所かもしれません。でも、いろいろな相談があったり、具体的な日常生活を支援してくれて、ホームヘルパーさんを派遣してくれるような所もございますので、その方のニーズに応じて活用できる場所なのです。それから、地域の中にありますので、地域の方々といろいろな交流をする拠点になるような、そのような役目も果たしています。

6番は、作業所といまして、規模の小さな、当事者の方々が地域で集まれる場なのですが、お仕事をしているところもあれば、憩いの場的な所もある。それぞれそこに個々の特色があって、個性があるのですけれども、なぜそのように個性があるか、多様性があるのかということ、この精神保健福祉法の中で規定されていませんので、目的をもって集まる場を作ろうとした人たちが、そこで一番何が必要なのかということに基づいて、あまり法律に縛られないで作ることができるというものです。

それから、居宅生活の支援としましては、ホームへ

精神保健福祉社会
精神障害者社会復帰施設 等

- 1) 生活訓練施設
- 2) 授産施設
- 3) 福祉ホーム
- 4) 福祉工場
- 5) 地域生活支援センター
- 6) 作業所

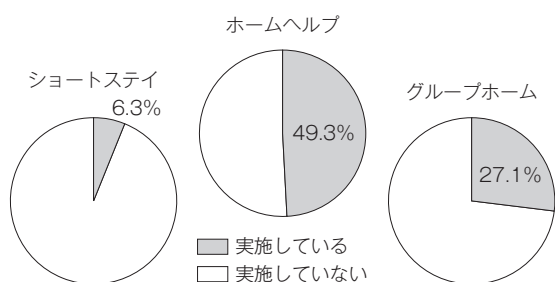
精神障害者居宅生活支援事業

- 1) ホームヘルプサービス（居宅介護事業）
- 2) ショートステイ（短期入所事業）
- 3) グループホーム（地域生活援助事業）

作業所、社会復帰施設の現状

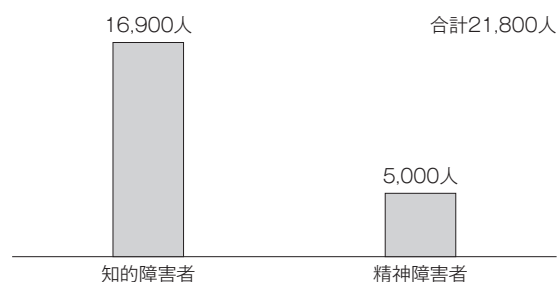
- 機能分化
- 運営するための資金が不足
- 乏しいマンパワー
- 制度の変化に対応できず

自治体の実施率



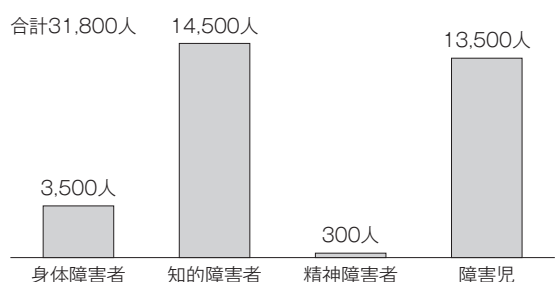
注) 平成17年 厚生労働省資料より

障がい者別利用者数（グループホーム）



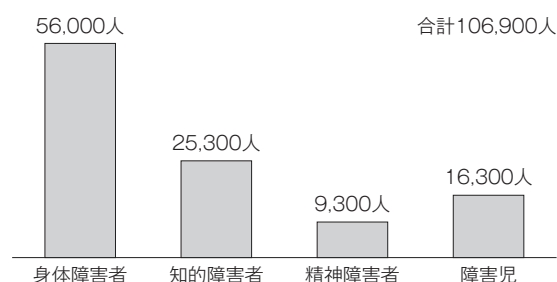
注) 平成17年 厚生労働省資料より

障がい者別利用者数（ショートステイ）



注) 平成17年 厚生労働省資料より

障がい者別利用者数（ホームヘルプ）



注) 平成17年 厚生労働省資料より

ルプ、ショートステイとグループホームがあります。これは名前どおりなので、お分かりいただけるかと思います。

作業所や社会復帰施設の現状は、新しい法律になるに従って、どんどんどんどん機能が分化しております。よく、「作業所、社会復帰施設は金太郎飴みたいで、どこへ行っても同じようなことをやっているね」というように言われたのですが、それだけ、いろいろなニーズがやはりあったということだと思ふのですね。だけれども、それが法的に機能分化せざるを得ないというような状況になってきていまして、当事者の人にとって、本当にこのような状況が使いやすいのかどうなのか、これからの行く末、推移をみていかなければいけないと思います。高齢者関係のほうもそうなのですが、障がい者関係はもっと運営費が厳しい状況です。ですから、当然マンパワーも乏しくて、新しい制度に対応していただくの力も弱いということが言えるかと思います。

それから、居宅支援の実施率なのですが、これはぜひ見ていただきたいのです。ショートステイ、ホームヘルプ、グループホームとも、だいぶ充実してきているとは言えますけれども、17年ですね、2年前のデータです。ショートステイなどはこのような状態ですね。6.3%です。ホームヘルプも、市町村実施率は半分いっていません。グループホームも4分の1いっていないと。このようにグラフにすると一目瞭然。グループホームなどは、知的障がいの方よりも精神障がいの方はそのニーズが10倍ぐらい多いわけですね、ところが、このように差があります。ショートステイに至りましては、このような状態です。もう本当に愕然とする。ホームヘルパーも、このような状態になっております。

保健所の現状

- 統廃合
- 圏域広域化
- 保健士の業務は
「ゆりかごから墓場まで」

精神保健福祉センターの現状

- 各県に1ヶ所設置
- 処遇が難しい事例の相談援助
- 保健所市町村の技術援助
- 精神医療審査会事務

市区町村の現状

平成14年度より都道府県から移管される

- 相談の対応・窓口
- ケアマネジメント
- 精神保健福祉手帳の申請手続き対応
- 障害者の障害認定区分調査・認定作業

医療機関の現状

- 機能分化が求められている
(療養型、思春期病棟、救急など)
- 長期入院者の退院促進(社会的入院)
- 質の良い医療を求められている
……患者が選ぶ時代に
- クリニックの急増
- デイケア、ナイトケアのメリット、デメリット
- 社会復帰施設を付置している所も多い

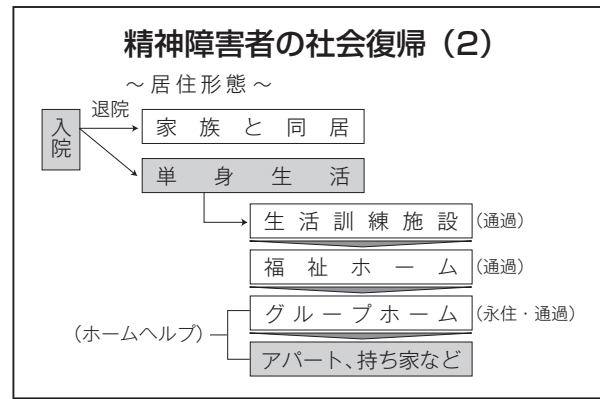
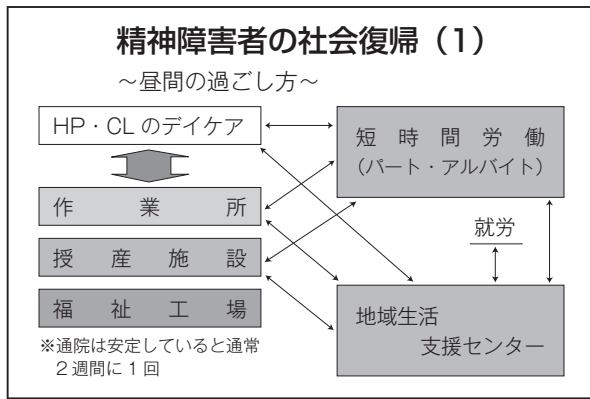
今までのことでどのようなことが言えるかというと、「生活に身近な市町村に、精神の病気や障がいを持った方々の生活支援は移ってきています」と言えますけれども、まだまだです。これから、このあたりをどう充実させていけばいいのかなというのを考えていかなければいけないということです。それから、精神の病気や障がいは、どちらかというと今までは医療モデル、要するに医療が必要な人だという考え方をされていまして、保健所、都道府県が管轄をしていました。けれども、保健、要するに予防ですね。これに日本は今、お金がないということで、どんどん予防のお金を削ってきています。保健所は、ご存じのように狭山保健所も統合されまして所沢にまとまってしまうましたし、どんどん統廃合が進んで、圏域が広域化してしまっていて、保健師さんは、赤ちゃんからお年寄りまでです。「もう、精神の方ばかりやられてられないよ」と言われてしまう。「私はとても関心があるけれども、なかなか訪問に行ったり、昔のようにできないのよね」と保健師さんから、よくそのようなお話を聞きます。

それから、各都道府県に1箇所ずつある精神保健福祉センターは、最近、直接処遇というのはしてなくなりになりました。保健所だとか市町村だとか、社会復帰施設等々の地域で活動している方達の後方援助、いわゆる処遇が難しい方の相談援助はしますけれど、各都道府県に1箇所しかありませんので、だんだん敷居が高くなってしまっているかなと、私の主観ですがそう思います。

それから、市町村。平成14年度から都道府県から移管されています。昨年水道課にいた方が障がい福祉課に来るなどということが、今までにあらなかったわけですね。今までは、それで済んでいたかもしれませんが。でもこれからは、市町村の窓口で、例えば精神障がいの方が、「年金を受けたいのだけど、どうしたらいいのでしょうか」と来たときには、年金手続きだけ教えれば済むという問題ではなくて、「この方は今どんな生活しているのかな。本当に年金の相談だけでいいのだろうか」と、その方が、言葉に出して話すニーズと、その背景にあるものをきちっと把握するということが、これを「アセスメント」といいますが、このような支援のスキルが問われてきますので、なかなか、去年水道局にいた方が今年からそのような相談を

受けるというわけにいかないわけですね。このような状況の変化なので、市町村に精神保健福祉士等の専門職が少しずつ入り始めています。

医療機関も、どんどん機能分化されてきてしまって、長く入院している方がいらっしゃる療養型の病院、それから思春期の方を中心的に受け入れている病院、それから救急ですね。このように機能が分かれてきていると思います。要するに、質の良い医療が求められ始めているということが言えると思います。それから、クリニック



- ### 精神障がい者の社会復帰（３）
- 最大の敵は孤独！
 - いつでも相談にいけるサポート機関や人をもっている。
 - 仲間づくり
 デイケア、作業所、クラブハウス、地域生活支援センターなど
 - ピアグループ（セルフヘルプグループ）
 - ピアカウンセリング

が増えてきている。グループで集団的に治療を受ける場所として、デイケア、ナイトケアが用意されていますけれども、デイケアに行ってナイトケアまでいきますと、朝昼晩全部ご飯が提供され、お風呂まで入ってきてしまって、そうすると、うちへ帰ってきて万年床に滑りこめば、もうその日が終わり。というような生活をしている人もできます。はたしてこれが本当にその人の生活の質を高めるのだろうかという疑問も出てくると思います。

精神障がい者の方の社会復帰、社会参加ですね。昼間の過ごし方としては、今、説明したような資源を活用している人もいれば、短時間、短い時間、パートとかアルバイトをしながら、午前中アルバイトをしてきて、午後から作業所に行ったりとか。地域生活支援センターに夕方行って、みんなでおしゃべりしてご飯を食べて帰ってくるかですね、このように社会資源をその人の状態、病状とか障がいの程度に応じて、またその方の生活状況に応じて、柔軟に利用できるようにしていけるといいかなと、支援する私たちは、そのような支援ができるといいのかなと思います。居住形態は先ほど説明したので省略させていただきます。

精神障がい者の方の社会復帰でやはり一番大事なことは、孤独な状況を作らないということだと思うのですね。ご家族も含めて、緊張状態が高いときには、ご家族共々孤立してしまいがちなのですが、その孤立した状態をなるべく周りの人たちが見守りながら支えるスタンスが大事かなと思います。それから仲間づくりですね。当事者同士の仲間が1人でも多く増えていく。仲間同士、気兼ねなく話ができる場所がいろいろなところに、あちらこちらにできていく。このようなことを私たちは支援していくことが大事なのではないかなと思います。3月に入間健康福祉センターを借りまして、ピアグループ、ピアカウンセリングの勉強会を発足させることができそうです。当事者の方と、約2年近く準備をしてきました。なるべく当事者の方たちで考えて、自分たちで企画をして実行するまでやってほしかったので、時間をかけてきましたが、時間をかけただけの甲斐がありまして、今、準備に携わっている人たちが一生懸命準備をしておりますので追ってご連絡を差し上げたいと思います。

では、簡単ですが、今日のテーマにそって、支援者の立場というところでお話をさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。