

小規模市における精神障害者とその家族への生活支援に ついての考察

Discussion of Life Support for the Mentally Disabled and Their Families in small cities

木 下 隆 志*
Takashi KINOSHITA

抄 録

A市の地域生活支援センター設立背景を動機として、A市と類似する人口8万人以上10万人以下の小規模市を対象に、行政が行う精神障害者福祉の現状と課題についてアンケート調査を実施する。また同時に対象となる小規模市に存在する精神障害者家族会代表者へのアンケート調査を実施する。これら二つのアンケート調査をもとに、小規模市における精神障害者とその家族への生活支援について考察する。

1. はじめに

1999年の精神保健福祉法改正を境として、この分野でも多くの在宅供給サービスが実施されるようになった。未だ具体的な生活レベルでの課題は大きいものの、実施施策は確実に地域生活支援への流れとなっている。そして地域での包括的サービス体制をいかに整えることができるかが課題となってきた。治療から地域生活の流れに沿って緊急医療体制、社会復帰施設、居宅生活支援等の事業が進められている。しかしそれらのサービスは都市部を中心とする人口が集中する市では実施されてきているが、小規模の人口の市では実施しない、もしくはできていないところも多いのではないだろうか。自立支援法により身体障害者、知的障害者を対象とする既存のサービスをもって精神障害者のサポート体制を補足する形になっているのは現時点では致し方ないであろうが、内実は小規模市でどのようにサービスが実施されていたのであろうか。新法において3障害一元化になり、ある市においては地域活動支援センターの設置数は増えたものの、既存の精神障害者生活支援センターは法定施設として認可されなかったところもある。

小規模市の実施体制に関心を持つようになったのは、現在私が住むA市でのミニ生活支援センター設立の経緯を伺うことができたこと、そして現在、当センターにおいて相談員として関わり、センターがもっとも重要としている相談機能、正しい知識の普及・啓発に携わることになってからである。2002年の具体的な施策として精神保健医療福祉の改革ビジョン施行後、地域生活を支援するため、ま

* 関西保育福祉専門学校

た普及・啓発を含め、当事者の居場所、相談できる身近な機関として精神障害者地域生活支援センターの設置が全国で急増した。しかしその設置基準は30万人に2か所、単純に15万人に1か所ということになる。

人口10万人を切るA市では地域生活支援センター設置には消極的であった。急増したセンターの傾向は明らかに都市に集中しており、センターを中心とする障害者ケアマネジメント体制も都市を中心に実施されている傾向にある。A市は人口9万人であり、決して少なくない当事者を抱えているが市の財政難とあいまってハザマ問題を抱えていると推測する。

A市の精神障害者家族会は1995年に発足し、その家族会主導により小規模作業所を2つ運営してきた。利用者は平均して15名～20名程度。比較的慢性期で落ち着かれている統合失調症の方を中心に運営が行われている。しかし、家族に精神障害者を持つ多くの扶養者の方は、将来のことや、突然の変調に対応できず、保健所経由で病院への再入院という経過の道をたどるしかなかった。安心した「地域での生活」を選べなかった。もちろん現在も包括的医療圏域のような重症の方を対象とする体制はできていない。しかし、慢性的な症状の中でも地域で安心して生活できる憩いの場を確保したいとの願いは強かった。これは純粋な福祉施策の要望であった。そして2005年にA市家族会(全22人)の熱意により、家族会員が全面的に出資を募りNPO法人を取得した。そして現在のセンター機能を有するミニ地域生活支援センターを設置することができた。市を動かし市の協力もありようやくできたセンターであるが、自立支援法の元、未だ地域活動支援センターとしての法定施設にはなっていない。当家族会の会長は、「遅れている心的しょうがい者(A市家族会では呼称問題を取り上げ、精神障害者を心的しょうがい者と呼ぶ)の福祉がようやく緒についたばかりである」との言葉が印象的だった。このような現状のA市と同じように、ある程度の人口はいるが人口比率からして必要なサービスを実施できていない規模の市、おそらく人口8万人以上10万人未満の市では当事者団体の組織である家族会の規模も小さく、福祉施策の要望や要請は強くあるが、市の計画段階で実施に至らないというハザマに置かれているのではないかと考える。1995年に全家連により実施された市町村調査¹⁾では、人口1万人～3万人未満の市町村における精神保健対策推進についての陳情・請願・要望の有無はどれも低調な数値しか示していない、一方10万人以上の市では半数以上が強く要望を持っており、住民からの働きかける意識は高い。しかしその働きかけが反映しているかどうかについて、10万人を境に人口が少なくなるにつれ企画立案される率は低くなっている。現在も同じように人口8万以上10万未満の小規模市では、決して当事者数は少なくなく、市への要望はあるにせよ、その声を集約する家族会の規模は小さく、市の計画に反映できていないように思われる。そのような小規模市における行政機関と家族会の実態について双方から視点を当て小規模市で生活する当事者とその家族に対するサポート体制の一部を検証する。

1. 2 研究方法

この小論において、小規模市の定義は人口8万人以上10万人未満の市とする。該当する全国70箇所になる市役所の各精神障害者福祉担当者へのアンケート調査を実施する。また当事者会である都道

府県の精神障害者家族会連合会に協力して頂き、70か所の該当する市家族会代表者へのアンケートを実施する。いずれも郵送調査で、11月15日に発送し、11月22日に投函締め切りとした。

行政機関に対するアンケートは精神障害者の手帳申請者の人数を級別に記載してもらった。そして、現在の自立支援医療に含まれる旧通院医療費公費負担制度（自立支援医療）の利用人数の記載、センター設置（委託含む）の有無等についてアンケートを実施した。（33市より回答があった。回答率47.1%）市家族会代表者に対するアンケートは市内のセンター設置の有無。地域におけるサービスの課題、家族会への入会人数等についてアンケートを実施した。（29の市家族会代表者から回答があった。回答率41.4%）

アンケート結果は数量化できるものは集計による傾向の把握を行った。自由記載形式の項目についてはご協力頂いた解答者の関心が非常に高いこと、また双方のアドボカシーとしてこの小論を生かしたいことから、内容の要約や分類をする中で行政の実施内容や家族会の記述を掲載することでより小規模市の実態に近いものを概観できるようにした。

1. 3 先行研究

精神保健福祉法施行時に政令指定都市で精神保健業務が市に移管されることが決まっていた1995年に実施された全国3300の市町村を対象とした調査など、精神障害者家族会が実施している「ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ」²⁾の調査が行われている。今回の小論ではこれらの内容を参考にし、当時のデータからの経緯と変化を読み取りながら今回行った調査の傾向を知る。

2. 行政編（人口8万人以上10万人未満に該当する市へのアンケート調査より）

このアンケートでは1. 精神障害者の手帳申請者の人数を級別に記載する項目、2. 通院医療費負担制度を利用している人数を記載する項目、3. 地域活動支援センターの設置状況、4. 設置をしていない場合は今後の設置予定について、5. 精神障害者のための在宅サービスの有無、6. 市独自で行っているサービス、7. 家族会との連携の有無、8. 連携のありかた、9. 今後市で必要だと思われる施策について何うアンケート用紙となっている。6以降の項目は自由記載形式である。

2. 1 30市における手帳取得者の級別平均比率について。

30市ごとに手帳保持者数の級別人数を伺った。その結果、手帳保持者総数が76人の市を最小に379人の市までの開きがあった。また、図1を見てわかるように全体の平均では2級手帳保持者が多い。2級保持者に次いで3級、1級の順である。全家連の97年調査³⁾で手帳交付を受けていない方2505人を対象にした「手帳取得に対する意識調査の結果」では、「取得したい」は39.9%となっており、「まあ取得したい」の23.1%と合わせると6割の方が取得の意志を示している。同調査で「必要を感じない」25.1%、「取得する必要はない」は3.8%となっている。その1年後の98年調査⁴⁾（全国274箇所作業所利用者1994名を対象）では50.2%の方が手帳を取得しており、「いずれ取得する」と回答

された方は12.5%であった。同調査で50.2%の手帳保持者の級別比率は1級取得者11.6%，2級取得者58.3%，3級取得者21.2%となっており、今回行った30市の傾向も98年調査の傾向と同じであることがわかった。

2. 2 各市における1級，2級，3級の手帳保持者の比率

図2の各市別にその級を概観してみると，30市とも人口数は8万以上～10万未満とほとんど同じ人口市の中で一部の地域では級別比率が違う市があることがわかる。No.1の市では2級よりも1級と3級の比率が高い。またNo.26の市では1級と2級よりも3級の比率が高い。またNo.29市では1，2級の比率合計で全体の90%を占めている。その背景には地域の特徴がバイアスにかかっているものと推測する。医療圏域が強い地域と，そうでない地域の差が現れているのではないだろうか。今の時点では地域の特徴まで調べるまでに至っていないことから今後の課題としたい。A市では手帳の級別比率は多くの市と同じように2級，3級，1級という傾向をしめしている。しかしA市の手帳保持者数は他の障害者と比べきわめて低い状況だと言える。A市の身体障害者手帳保持者数2569名，療育手帳保持者数309名に比べ，精神障害者手帳保持者数は225名となっている。この点に関しては，これまでも手帳を保持するメリットの低さを指摘されているが，人口8万人～10万人規模の市で精神障害者の手帳保持者の数が最高でも379人では少ない。

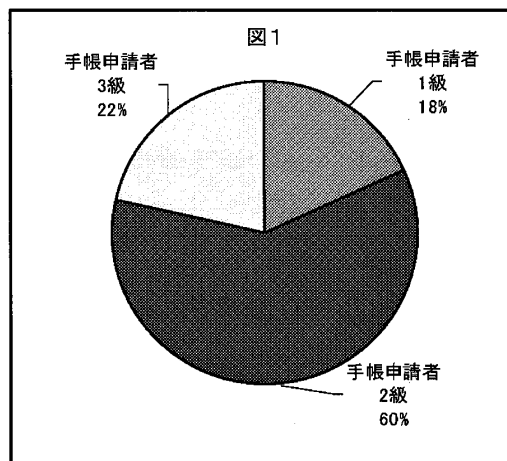


図1 30市における手帳取得者の級別平均比率

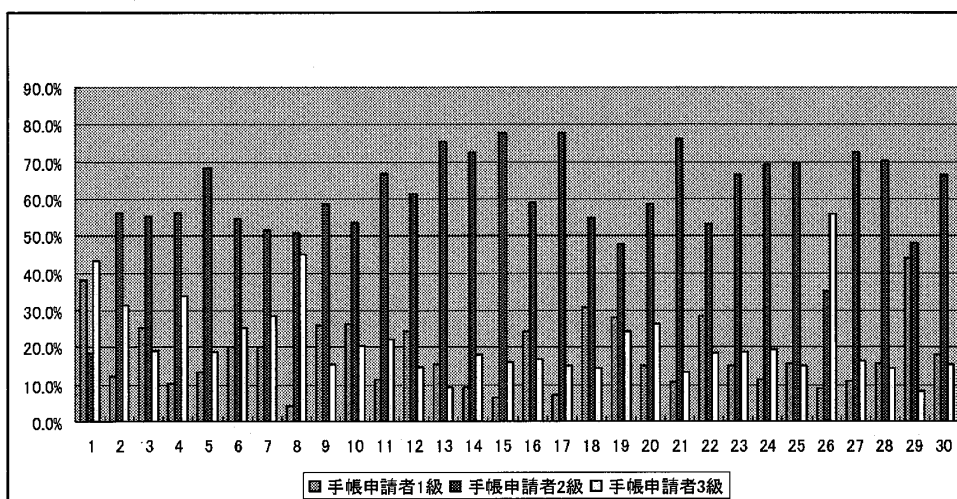


図2 各市における1級，2級，3級の手帳保持者の比率

たとえば，精神障害である統合失調症の発症率0.7%～1.0%は全世界的にほぼ同じ程度といわれていることから，下限である0.7%として人口比で算出すると8万人～10万人の人口である31市の

精神障害者の人口比概算数は表1通りとなる。かなり乱暴な出し方だと思われるかもしれないが、手帳保持者数よりも、各市の通院医療費助成制度利用者数と比べてみると、市に内在する精神障害者の人数と近い数値を表しているのではないかと推測する。A市は9万人の人口であるが、そのうち通院医療費助成制度を利用している人口は717人である。A市の手帳保持者は225人であることから、9万人のA市で潜在的に公的なもしくは私的なサービスが必要としている人数は医療費助成制度を利用している人数に近い数値を示していると推測する根拠である。同じように、今回の調査でも31市の概算数の平均は622人であった。また30市の手帳保持者の平均は224人であった(無記入1市)。そして通院医療費助成制度利用者数は31市の平均は692人であった。そのことからA市と同じ傾向にあり、31市例外なく保持者数よりも通院医療費助成制度利用者数が多いことがわかった。

表1 人口比概算数との対比表

人口比概算数	手帳保持者	通院医療費利用者数
573	325	636
694	301	702
638	339	974
581	130	488
651	280	810
686	139	575
653	237	574
595	144	414
660	105	866
578	159	750
579	257	509
594	76	631
576	177	584
586	303	617
586	196	781
575	無記入	700
673	258	495
638	176	756
620	169	502
572	205	376
594	225	672
669	346	986
612	165	508
684	198	680
562	191	722
575	158	504
664	310	840
634	271	517
659	288	1038
692	379	1450
637	210	797

2. 3 市が行っている精神障害者のための在宅サービスについて伺った

アンケート実施が新法施行後であったことが影響し、ほとんどの市では自立支援法による3障害一元化後の内容として記載している。顕著にその傾向が現れたのが、既存の居宅支援事業であるホームヘルプサービスの実施に見られた。その他のサービスとしてショートステイ、グループホームが一部の市で実施されている。

具体的には27の市でホームヘルプサービスの実施が行われている。内、既存のサービスから新法によるサービスとして記載していたのは20の市であった。グループホームが4市、ショートステイ4市、そのほか小規模作業所、就労移行支援、センターによる各種支援事業など1市ずつとなっていた。「自立支援法施行後の動向を見守りながら」という行政の実施姿勢が読み取れる内容であった。

95年調査における全国3300箇所における市町村調査⁵⁾ではホームヘルパー事業が1万人以下の市町村4.1%、1万人以上の市町村で5.9%、3万人以上の市町村で5.4%、10万人以上の市町村で11.1%、30万人以上の市町村で13.3%であった。全体の平均でも5.5%である。今回の調査で新法施行後のホームヘルプサービス実施市が27市になったことは、自立支援法による3障害一元化の効果であることは明らかだが、そのうち新法以前の7市の実施とした比率では22%となった。当時の比べ地域志向型制度改正による実施率の向上が伺える。また、グループホームへの運営助成は95年調査においても全体で1.5%であり、今回の調査でも4市で助成が行われていたが低調さが伺える。精神障害者にとっ

て、居住の問題は大きな課題であることから、今後この方面への支援検討が望まれる。

2. 4 市独自のサービスについて伺った

市独自のサービスとして記述されていたものをまとめると、自立支援医療の自己負担分の助成、精神疾患での入院費半額助成、デイケア、障害者タクシー券補助、手帳申請診断料助成、共同作業所や家族会などへの助成が主なサービスであった。中には月3回のグループワーク（茶話会や体操）を実施しているところもあった。また、ホームヘルプ受給者に利用者負担額の3割

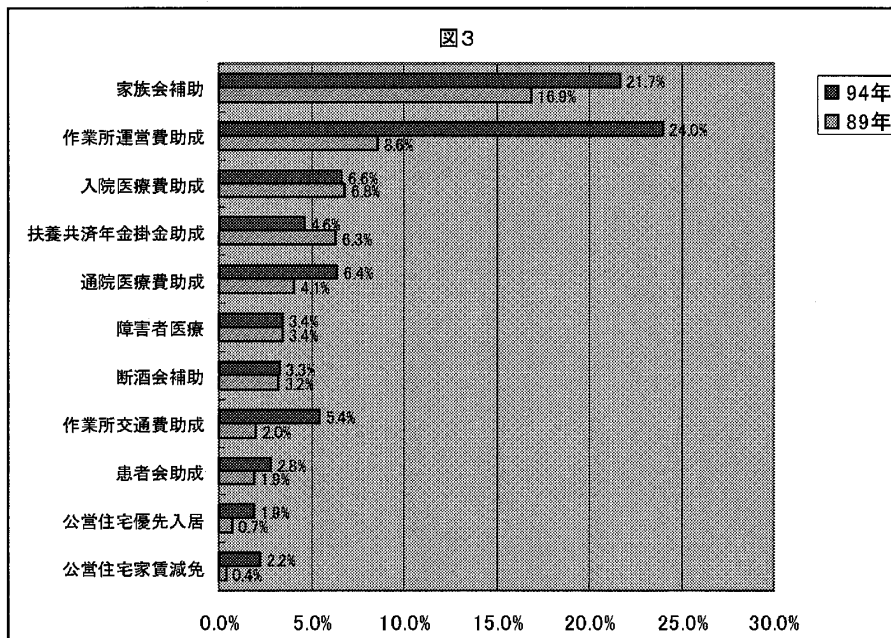


図3 89年95年調査における行政サービス

を助成する市もあった。89年調査および、95年調査⁶⁾において市町村単独事業の内容と実施率について図3の内容の通り実施されている。この当時のサービス内容と今回の調査内容と大きな変化はないように思われるが、実施率においては今回の調査でほとんどの市が通院医療費助成、入院医療費助が行われていた。今後、住居に関する借家、アパート等の保証人制度等のサービスの実施が増えることに期待したい。

2. 5 家族会との連携の有無について伺った

22の市で家族会との連携「あり」と答えていた。9の市で家族会との連携「なし」と答えていた。家族会との連携「あり」と答えた市の内容について、家族会主催の定例会やイベントに参加して情報交換や相談に乗っているケースがほとんどであった。95年調査⁷⁾において、市町村が予算化されていない事業についての取り組みとして、「精神障害者や家族の相談対応」で61.3%、「家族会や患者会の会合に参加」は35.1%、「家族会などの会合に会場を提供」で29.0%であった。これらの連携は行政で取組む中で予算化されていないが、継続して地域住民の顔が見えるサービスの一環として拡大してきたものと推測できる。

具体的な内容の一部は以下の通りである。

○市のフェスティバルへの家族会の参加、家族会定例会への市担当者の必要時の参加。○月に1回家族会に参加させてもらい、現状の把握や助言や相談にのっている。担当保健所PSWも不定期に参加

いただいてサポート中。〇月一回食事会開催時に参加し、情報提供や相談等を行っている。また同日、当事者会を開催し市担当が運営している年3回家族会教室を開催。〇勉強会、懇談会の開催、運営委員会への参加、運営費助成。〇家族会への負担金助成。〇合併前からの継続事業として市にはまだ及んでいないが、家族会毎に会合をもったり、作業療法を取入れ当事者と家族の交流会を開催したりし、行政と企画や連絡等において連携を保っている。〇精神障害者小規模作業所施設運営補助。グループホームの立上げなど。〇講演会の案内、作業所を運営されているので、その物品をイベント時に配布用として購入。〇家族会育成補助金の交付。

2. 6 今後の市において必要な施策について伺った

今後の施策について伺ったところ、「広報、啓発活動に関すること」、「教育的活動に関すること」、「交流活動に関すること」、「社会復帰施設や事業の充実に関すること」、「組織の育成・支援に関すること」、「その他」に分類することができる。分類項目は95年調査⁸⁾の施策推進条件の分類に倣う。

予算化ができる取り組みであるかどうかは別にして、行政が必要と考えている多くの課題は「社会復帰施設や事業の充実に関すること」がほとんどであった。95年調査⁸⁾では行政が行う課題への取り組みを進めていく上での障害として、精神保健行政のノウハウがないこと、担当職員に基礎知識が不足していること、専任職員がいないこと、他業務で余裕がないこと、予算獲得が困難であることがあげられている。一方当事者からの要望が少ない、数が少なく事業になりにくい、地域住民の支援や理解が得にくいという行政からの意見回答があり、今回調査においても課題として事業の充実、普及・啓発の重要性を認識しながらも背景にある阻害要因が影響していることも考えられる。具体的な内容の一部は以下の通りである。

【広報、啓発活動に関すること】：〇精神障害者を地域で支える為の精神保健に対する住民への啓蒙活動が必要である。

【教育的活動に関すること】：〇健康教育の実施が必要。

【交流活動に関すること】：〇集いの場の確保が必要。

【社会復帰施設や事業の充実に関すること】：〇精神障害者の手帳保持により利用できるサービスの拡充。〇地域医療の充実。〇地域活動支援センターを市内に設置すること。グループホームの設置。〇社会復帰施設の整備。活動支援センターの業務内容を検討する。〇精神障害者の相談員(有識者)を立上げ準備中。今後、当事者によるピアカウンセラーが成長できればと考えている。相談支援体制の確立のためにもPSWの常勤職員確保要求中。〇憩いの場や単身者が緊急時に安心して生活できる様なショートステイやヘルパーの体制づくりが必要と思われる。〇生活支援ネットワークシステム、就労支援ネットワークシステムの構築。〇本市に地域活動支援センターとグループホームが必要と考える。〇障害者相談支援事業の実施。〇障害者の巡回バスが必要。〇専門相談窓口の設置。

【組織の育成・支援に関すること】：〇患者及び家族相互の親睦や理解を図るため、広範囲における組織の育成。

【その他】：○市独自で取り組むのではなく、国の施策として他の障害者の福祉施策と同じレベルに上げるなどの改革が必要なのではないか。○まずは自立支援法が施行されているのでその中で施策がスムーズに行われるようにしていくこと。その中で地域活動支援センターとの調整をはかり今後の施策を考えていきたい。○障害者自立支援法の施行により、地域の実情に応じたサービスの充実。

3. 家族会アンケート編(人口8万人以上10万人未満の70市の家族会宛にアンケートを実施)

29市の家族会代表者から回答があり、回答率は41.4%であった。ただし、3つの都道府県の家族会より、市に存続しない家族会、機能していない家族会について返信があったことから、返信のない市の一部は同様の要因が推測される。

このアンケートでは、1. 地域生活支援センターの有無、2. センターは機能しているかどうか、3. 地域サービスの課題、4. 家族会の入会人数・入会率の低い理由、5. 今後の活動について、伺っている。

3. 1 地域生活支援センターの有無

29市家族会代表に、センターの有無について伺ったところ18の家族会でセンター「あり」と答えていた。11の家族会でセンター「なし」と答えていた。また、センター「あり」と答えた家族会に、センターが機能しているかどうか伺ったところ7の家族会は機能していると答えた。11の家族会は機能していないと答えた。

地域生活支援センターありと答えた18家族会のうち、2市の家族会では数箇所の市にまたがる広域型センターを含んでいるため、実施率は6割を切る状況である。また実施しているセンターのうち、2つの市では今年度設立されたばかりであることから小規模市における地域活動支援センター実施意向は強いものを感じるが、様々な要因から実施できない現状を垣間見ることもできる。

3. 2 センターが機能しているかどうかについて伺った。

機能していると答えた7家族会の理由としての多くは、センターが、当事者の居場所として効果を上げていること、また、当事者の相談等に対応していること、また、他機関の連絡調整や情報交換の拠点として役立っていることを理由にしている。

【機能している理由】

○1. 作業所に併設。2. 市との連携を密にしている。3. 市の相談、支援事業を代行している。4. 家族会研修会、相談会に必ず出席している。○施設の性格上、日中行き場の無い当事者がある種の居場所として活用するという面ではかなり機能している。○利用者は自由に出入りし仲間同士の歓談、

職員との相談等、適宜やっており、うまくやっている。○相談事業に対しての理解者がおり、精神障害者はもちろん、各作業所にも協力的。○精神障害者地域生活支援センターが5年前に設立されて以来、拠り所のない精神障害者がどんどん顔を出すようになった。○業務連絡会(家族・当事者・医療・行政)を定期的に開催し常に情報交換を実施している。

機能していないと答えた11家族会の理由の多くは、センター設置後、一部の利用しかされていないことからセンター認知度の低さを指摘している声が多い。また、センターが憩いの場所としての役割と、さらに地域の相談拠点としてマネジメントできる機能や職員のスキルアップを求める意見が多い。

【機能していない理由について】

○活動内容がわかりにくい。当事者や家族に周知されていない。病院と併設されていることが多く、もっと地域社会の中にあって気軽に利用できると良い。○地域生活支援センター開設で4年目となり、地域活動・役割が少し見慣れてきた。相談利用できる精神障害者はほんの一握り。家族会員の半数以上は外で活動はしていない。家から出られない家族が困難に直面している。○運営役員や地域住民は福祉自体の理解が不足。福祉に携わる人々へ相談しても、説明が得られなく、泣き寝入りの現況が実在している。根幹からの福祉従事者の改革が必要。○4市運営になっており、設置場所まで交通の便が悪い。スタッフの専門性アップが必要。○今年の10月1日にNPOになったので、十分な活動はしていない。○地域家族会、その他関係機関との連携(定期会合など)なし。相談活動は機能しているが、ネットワーク形成の拠点としての機能なし。○支援センターの存在をあまりよく知られていない。

3. 3 地域サービスの課題

それぞれが持つ地域の課題として、「遅れている障害者福祉への課題」に関する意見が多いこと、そして、就労支援、居場所、居住など、「社会復帰事業の拡充」に関する課題、「家族会の連携強化」に関する課題、そして「地域特性」が要因となっている課題に大きく分けることができる。29家族会代表者の意見を分類すると以下ようになった。

【遅れている障害者福祉への課題】：○三障害同一サービスといわれているが、精神障害者は冷遇されている。県市町村の福祉担当者自身、上からの指示・指導の福祉ではなく地域の障害者や家族との連携を図る仕事の内容が必要ある。○知的、身体との格差がある。○精神は現時点でまったく立ち遅れているので評価のしようがない。○障害種別の程度によって様々な対応ができる専門家の存在が是非必要。サービス利用者に「応益負担」として一割の自己負担を強いる事はサービス利用を後退させることで深刻。

【社会復帰事業の拡充】：○自立生活の為にグループホームの確保が必要。居場所の確保(作業所の増設、就労支援事業)。24時間体制の相談出来る相談支援センター。○様々な情報やサービス制度など当事者にわかりにくく、ネットワークを蜜にし、支援センターが総括するなど、わかりやすいサービス体型が必要である。○就労支援(ジョブコーチ含む)施策に効果が期待できない。

○グループホームなどがなく住居についてのサービスが必要。○障害の予防と早期発見，早期治療体制の充実。社会参加の推進。○精神科救急医療システム等の充実。○市町の相談支援体制(家族教室，訪問相談，家族会育成など)がない。生活支援センターにもその機能不足。○地域生活支援センターの整備促進。1. 交通が不便である(補助制度の必要)。2. 各町毎に定期的なデイケアの必要性。3. 各町毎に定期的な精神科 Dr による相談日を設ける。4. 現在のホームヘルプサービスより，もっと気軽に利用できるようなもの，障害程度区分が非該当であっても利用できるようなものが必要。○精神障害者が在宅している家族のサポートシステムが不十分。

【家族会の連携強化】：○市町村単位で家族会を結成し，少なくとも月 1 回の定例会が開催されること。○家族会，作業所など以外の家族が病院，診療所以外の支援活動部門を十分知っていない。○点在している精神障害者のつながりをどうしたらよいか。緊急を要する時に動ける体制をどうしたらよいか。

【地域特性】：○旧来の作業所の数が少なく，遠方の方が通所できない。今後作業所及びグループホームを立ち上げるのが急務である。結論は家族会の学習と拡大の如何にかかっている。そして全国の同士の仲間で連帯してゆきたい。○医療サービスは十分すぎるが(デイケアや訪問診療)これが，福祉サービスの貧困の打開を阻んでいる。○交通に不便なことがある。バス停から離れている。回数が少ない。

【その他】：○人間関係の構築に時間が必要。通所者激減。○当事者の家族が内向的であること。○サービス内容が不明。

3. 4 家族会の入会人数について，また，入会率が低い理由について伺った

おおむね入会していると答えた家族会は 5 であった。入会率が低いと答えた家族会は 24 であった。29 市の入会人数の平均は 33 人であった。98 年調査⁹⁾では地域家族会の平均人数は 30 人であることから，その推移はあまり変化していない。また，同調査¹⁰⁾の例会活動等の参加状況は平均して 13 名で「少ない」「やや少ない」と感じている家族会は全体の 78.9%になる。家族会参加は女性が圧倒的に多いことも特徴である。同調査で家族会活動の活性化を阻む原因として，会員の高齢化，リーダー不足，会員の増加が困難という意見が多かった。95 年調査のこのような意見は現在もあまり変化していないものと思われる。また，今回の調査で入会率が低い理由の内容では，社会的無理解に関するスティグマについて 29 家族会の内ほとんどの 26 家族会がこの問題に触れている。具体的な内容の一部は以下の通りである。○家族が若い時や現役のときは疾患や障害を認めることは耐え難い。認めたくないのが人情。また諸般の事情から隠し孤立している家族がいかに多いことか！！(当事者の兄弟姉妹の将来のこと，親戚縁者への気兼ね，近所や友人関係など)。○家族会に入会されたからといっても病状が良ならず，授産施設に通所。また，小規模作業所に通所するようになれば安心して家族会の例会・行事などの出席率が悪くなる。入会された理由は仲間と悩み事などお話できる，病気のことについて勉強したい。市長に要望事項などについて言える。福祉の行事に参加できる。入会されない理由は病気のことを人に知られたくない。大きなメリットもない。1) この病気を家族は認めたくない。

2) 家族，地域住民，行政の理解が足りない。3) 病気が長期化するので，家族が高齢である為外出が困難であること。○1. 当地には病院があり相談員が複数人活動している。2. 病院にもデイケア部門があり指導啓発を行っている。そのため家族会の必要性を感じられない。3. 作業所の親の会はいろいろな部門で活動しているため（家族会など）に手を広げる余地がない。○私たちの家族会は2市にわたる会である。両市には家族会員の数の何倍もの当事者がいると推定される。家族も自分の身内が統合失調症と見られたくない，あるいはじきに治るのだからそんなところに入りたくないという気持ち。○症状がはかばかしくなく，ご家族が外に出たり，会に入ったりしにくい。定例会が平日なので出席しにくい。本人が家族会に入ろうとする親を反対している。○未だに隠しがっている。特に旧法措置入院の患者を持つ家族は，年金をつけて生涯病院で面倒を見て貰うことになっているのでそっとしておいてほしいと言っている。

3. 5 今後の活動について

家族会に今後の活動について伺った。29の家族会の中で20の家族会は普及・啓発によって正しく理解されることが重要だとの意見であった。そして，10の家族会は当事者同士，家族同士の連携が重要だと考えている。6家族会は地域住民との協力や当事者会の結成などが重要だと考えている。いずれの家族会代表者も内外の変化について活動拡大の必要性を感じている。具体的な内容の一部は以下の通りである。

○ますます家族会が必要。又当事者も育成していく必要がある。○地域の方々との交流，語る会，行事への参加，ボランティアをお願いし理解者の輪を広げていく広報（機関紙）等により広く市民に知ってもらう。○差別の壁をやぶる啓発活動をしてほしい。心の病について学校教育の中でもわかりやすく教えてほしい。○最近になって当事者会が結成された。当事者同士の連携がひとつの作業所にとどまっているので，近隣作業所同士の交流を深めていく中で将来当事者間の組織をつくりたい。地域への普及啓発を三障害者一丸となって取り組みたい。○当事者同士の連携は本質的に専門の指導員を配している施設に任せるのが当然だと考える。任意団体である我々家族会としては先ず精神障害が病気（数ある疾病，糖尿病など）であるということを地域社会に分かってもらうということから始めているところ。○啓発，広報活動の推進，広報誌等による啓発，障害のある人と障害のない人の交流促進。啓発活動への当事者参加，精神保健福祉講座の実施。○各市町の相談体制，自立支援協議会は地域を動かすエンジン。活動支援センターはその拠点としての役割を果たすこと。

4. まとめ

行政が行う精神障害者福祉の実施状況に対して，多くの当事者組織である家族会はまだまだ温度差を感じているようである。新法の動向を見守る必要はあるが，地域の実情に応じたサービス供給体制を実現するために家族会の声がひとつのパブリックコメントとして市の地域福祉計画に反映されなければならない。一方で多くの市では家族会定例会を通して，家族が抱える問題と向き合える繋がりを

持っている事から予算の有無に左右されない関係を築く必要がある。家族会と当事者が望んでいることは第一に正しい知識の普及啓発であり、無理解から生じる生きづらさをいかに解消するかということに尽きる。その上で、深刻な生活問題を抱えている。特に、高齢化した家族は親亡き後のことを考えるために、居宅整備に関する意見が具体的要望となって出てきている。

振り返るまでもないが、精神障害者のこれまでの背景は、1991年の35万人の入院患者数をピークに少しずつ減少しはじめ、1993年に制定された「障害者基本法」、翌年制定の「地域保健法」により精神医療供給体制から国や地方公共団体の障害者福祉施策の対象となった。1995年制定、1999年に改正された、「精神保健福祉法」では手帳制度の創設、人権に配慮した保健医療福祉サービスの確保、地域の受入れ体制の整備が掲げられた。今回の調査を比較する上で参考にした「ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ」の調査はこの時期のものを参考にした。そして、これらを含む重要法案や審議等を下地に2004年の「精神保健医療福祉の改革ビジョン」においてようやく脱施設化構想が具体的数値として盛り込まれ、地域生活復帰に向けてのサポート体制が提示されるようになった。周知の通り、海外の入院在院日数と比較するとまだまだ課題は大きいにせよ、退院可能者7万2千人を地域生活へと復帰させる案が動き始めたといえる。また、2003年度の支援費制度には精神障害者は含まれていないが、3障害を含む地域支援のあり方の方向性がある程度出揃ったように思う。それらのビジョンと支援費制度を基にして3障害一元化の自立支援法の成立を見た。当事者の負担のあり方や整備が必要な事業所運営とのバランスを再検討する必要もあるが、身近な行政機関である市町村が窓口となれば、市の特徴を生かし、当事者にとって必要なサービス供給体制が可能になるのではないかと期待を持っている。今回の調査において、複数の行政は「新法の動向を見て検討したい」という言葉が数少なく見受けられた。それは「他の障害者施策と同等のサービス効果を期待して」、という言葉であると理解している。そういった意味で新法施行後、サービスの量と質においてニーズを把握していれば適正さを保持することにも繋がることから、一定のサービスを保障する体制ができるという面で新法を評価したいと思う。もちろん期待であり、実際には新法施行後まもない時期であるが、アンケート結果を概観してきた通り、多くの課題が残されたままになっている。ある特定の地域で地域の特性に沿った包括的な支援体制を実施する動きがある一方、その質を確保し、利用者のニーズに見合うサービス内容の提供や、地域で行う障害者ケアマネジメント等を含めたサービスの方法ができているかどうかについての判断は非常に難しいところである。さらに、これらのサービスは地域の家族会や当事者団体、市の取り組み姿勢による格差も生じており、一概に地域特性を考慮した結果、配慮された実施体制にはなっていないと感じた。アンケートからその背景を鑑みるには精神障害者が抱える生活問題の理解がされにくいところにもあるが、多くの家族会が指定しているように、理解されないのは、この障害に対するスティグマが大きな要因だと感じている点である。財政難をめぐる問題から繰り返される市町村合併がようやく落ち着き、自立支援法による実施機関の役割が緒に就いたばかりであるため、さらに行政も当事者も戸惑いが大きく、特に精神障害者施策は「これから」という課題に触れた調査であった。しかし、小規模市の多くは厳しい課題を抱えているが、公私共同の地域福祉の概念は生まれやすい環境にあると考えられる。小規模市レベルの人口をひとつの単位として包括的な地域福祉サービスの構築は現実的で実施可能要素も多く持っている。小規模ながら家族会が存在する、も

しくは結成可能である。財政は厳しいが市との連携が比較的取れている。行政と当事者の温度差はあるが向き合える距離にあることから、今後も A 市を含めこの規模の市の動向が精神保健福祉向上の牽引的役割を担うことになるのではないかと期待を含め今後も継続的に関わっていききたい。

今回のアンケートは急な要望にも関わらず、多くの家族会代表者の方々から貴重な意見や熱心な声を頂いた。また、市ご担当の方々からも制度変更の多忙な中にもかかわらず、対応していただき感謝するとともに、私事ながら今後も心的しょうがい者福祉のために微力ながら尽力することを誓う次第である。

注

- 1) 全家連 社会資源研究会編：～市町村における精神保健・福祉施策の現状と展望 全国 3300 市区町村を対象とした調査から～ 1995 年、24～26 頁
- 2) ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフ No.12 において全国市町村を対象とした調査を実施している。それ以外に家族会の実態、当事者の現状と課題などの全国調査を実施している。
- 3) 全家連 精神障害者社会復帰促進センター ～第 3 回全国家族調査～ 37 頁
- 4) 全家連 精神障害者社会復帰促進センター ー第 3 回地域生活本人調査ー 19 頁
- 5) 全家連 社会資源研究会編：～市町村における精神保健・福祉施策の現状と展望 全国 3300 市区町村を対象とした調査から～、1995 年 9 頁 表Ⅲ-5 作業所・グループホーム以外で予算化された事業の表から引用
- 6) 同掲 9 頁 図Ⅲ-2 市町村単独事業の内容と実施率の図を引用
- 7) 同掲 10 頁 表Ⅲ-6 予算化された事業以外の市町村の取り組みから引用
- 8) 同掲 32 頁 図ⅠX-3 取り組みを進めていく上での障害から引用
- 9) 全家連 精神障害者社会復帰促進センター 全国における精神障害者家族会実態と展望 ー全国家族会組織活動基礎調査からー 9 頁
- 10) 同掲 26 頁

参考文献

- 1) 岡部耕典：『障害者自立支援法とケアの自律』、明石書店、2006
- 2) 西尾雅明：『ACT 入門』、金剛出版、2004
- 3) 谷野克爾：『精神保健法から障害者自立支援法まで』、金剛出版、2005
- 4) 田中恵美子：『精神障害者の地域支援ネットワークと看護援助』、医歯薬出版、2004
- 5) 岡村正幸：「精神保健福祉におけるグローバリゼーションの意味するもの」、『月刊福祉』、全社協、2003.4
- 6) 大野真史：「生活支援センター」、『こころの科学』、日本評論社、2002.3
- 7) 和田敏明：「地域福祉の新たな展開」、『社会福祉研究』、93 号、鉄道弘済会
- 8) 野川とも江：「地域福祉の推進と住民の意識」、『社会福祉研究』、93 号、鉄道弘済会
- 9) 大友信勝：「地域福祉の推進と市町村社会福祉行政の役割」、『社会福祉研究』、93 号、鉄道弘済会

Abstract

As background for establishing a regional life support center in A City, a survey by questionnaire on the present state and problems of government-sponsored welfare for the mentally disabled was conducted using small cities with similar populations of 80,000 to 100,000 as subjects. At the same time a survey by questionnaire of representatives from families groups with mentally disabled members living in these small cities was conducted. We discuss life support for the mentally disabled and their families in small cities based on these two surveys.

Keywords: Mentally disabled, small cities, regional life support centers, government policy, families groups