

病院・地域精神医学

The Japanese Journal of Hospital and Community Psychiatry

Vol.53 No.3 2010

巻頭 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の
規定の施行の状況に関する報告」にかかわる日本病院・地域精神医学会理事会の要望
東日本大震災のなかで

企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【障害者自立支援法後の制度改革に向けて】（3題）

【障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】（5題）

【障害者自立支援法を経た状況と今後への提言】（5題）

第53回総会（東京） 理事会企画シンポジウム③：自立支援法関連
日本の精神保健医療福祉改革をどう進めるか（8題）

実践報告 任意入院患者の退院に病院が反対した事例

書評 日本臨床心理学会 編『幻聴の世界 ヒアリング・ヴォイシズ』

学会だより 「医療観察法の規定の施行の状況に関する報告」にかかわる理事会の要望

精従懇だより 「日本縦断トリエステ精神保健講演会」に参加して

Jpn. J. Hospital & Community Psychi

病・地域精医

日本病院・地域精神医学会

The Japanese Hospital and Community
Psychiatry Association (JHCPA)

通巻
第 181 号

病院・地域精神医学 第53巻第3号 (通巻第181号)

巻 頭 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律の
規定の施行の状況に関する報告」にかかわる日本病院・地域精神医学会理事会の要望 (2011年1月24日)

東日本大震災のなかで (2011年4月18日)

〔巻頭言〕 東日本大震災と情報、想像力 山岡信明 225

企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

企画特集にあたって ～障害者自立支援法後の精神保健福祉～ 木村朋子 229

【1. 障害者自立支援法後の制度改革に向けて】

動き出した精神保健医療福祉改革と従事者の役割	金杉和夫	231
歴史の転換点としての障害者自立支援法訴訟からみた制度改革	太田修平	239
精神医療改革のための道筋と最終到達点	伊藤哲寛	244

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

障害者自立支援協議会 ～滋賀県の活動から～	中島秀夫	250
障害者自立支援法と就労支援 ～大阪の経験から～	田川精二	255
精神障害者とホームヘルプサービス ～地域でサービスを提供する立場から～	遠藤紫乃	261
精神障害者とヘルパー制度 ～地域でサービスを利用する立場から～	山本真理	267
障害者自立支援法に基づく指定相談支援とケアマネジメント	今村まゆら	271

【3. 障害者自立支援法を経た状況と今後への提言】

地域生活支援センターは障害者自立支援法でどう変わったか ～東京都の場合～	東 貴宏	277
障害者自立支援法の足りない部分をどう補うか ～地域生活支援センターの活動から～	濱口 淳	282
時代の波が変えた地域の今 ～かつて市町村保健師活動が活発であった農村部の現場から～	姉齒純子	287
さいたま市における社団法人やどかりの里の活動から	三石麻友美	293
「こころの健康政策構想会議」に期待したこと ～家族の立場から～	野村忠良	296

●第53回総会 (東京)・理事会企画シンポジウム③

II A 8—1: 日本の精神保健医療福祉改革をどう進めるか

1. 当事者転換主義への転換に向けて	加藤真規子	302
2. 地域生活支援の現場から	寺田一郎	303
3. 精神医療改革の方向性と施策の進め方	中島豊爾	304
4. 精神医療サバイバーから	広田和子	305
5. 障がい者制度改革推進会議の動向とフォーラムの開催	関口明彦	306
6. 総合福祉部会における検討を踏まえて	小澤 温	307

7. こころの健康政策構想会議から	澤 温	309
8. 精神医療改革のための法改正作業と最終到達点	伊藤哲寛	310
○理事会企画シンポジウム③IIA8-1 質疑討論		311

【実践報告】

任意入院患者の退院に病院が反対した事例	桐原尚之	319
---------------------	------	-----

【書評】

日本臨床心理学会 編『幻聴の世界 ヒアリング・ヴォイシズ』	弘末明良	324
-------------------------------	------	-----

【学会だより】

「医療観察法の規定の施行の状況に関する報告」にかかわる理事会の要望	中川 実	326
-----------------------------------	------	-----

【精從懇だより】

「日本縦断トリエステ精神保健講演会」に参加して	磯村 大	327
-------------------------	------	-----

編集後記

理事会・評議員会・編集委員会名簿	大賀達雄	329
付・投稿規定		

改革の実現には、以下のような項目への大幅な財政投資が必要である。しかし、医療観察法への投資と違って、いずれも一時的なものであり、将来的には国や地方自治体の負担を軽減することになる。

- ①長期在院患者の地域移行を積極的に進め、病床返上あるいは過疎地への病床移転をしようとする精神病院への強力な医療経済的なインセンティブ
- ②非自発入院患者の入院環境整備と職員配置の充実のための資金提供
- ③非自発入院患者の新たな権利擁護システム（地域ごとの精神科ソーシャルワークステーションと独立した精神医療審査会、公的負担で利用できる新たな権利擁護者制度）の構築と運営
- ④退院患者のための良質な住居提供、退院後支援システムの充実、当事者による退院支援等活動の強化
- ⑤早期支援・早期医療、重症患者の入院防止などのための地域精神保健サービスの構築（公的相談支援機関および地域医療支援診療所の機能強化）
- ⑥過疎地への精神医療支援システムの構築と運営
- ⑦認知症患者が精神病院に入院せずにすむ介護システムの構築。

おわりに

～精神医療を「普通の医療」へ～

最近の精神医療改革の動向を展望した上で、「考える会」の提案に沿って精神医療改革の道筋と改革の最終到達点について述べた。法律改正も含めた具体的な提案行ったが、要は「精神医療を特別な医療から普通の医療にする」ことである。

それでは「普通の医療」とはどのような医療であろうか。最後に、筆者なりのキャッチフレーズを挙げておこう。

「普通の医療」は、もっぱら医療サービスに徹し、福祉、保安の仕事を抱え込まない。したがって高齢者を長期入院させる療養型医療は普通の医療から外れるし、司法の判断で入退院や通院が決定される医療観察法の下での医療も普通の医療ではない。

「普通の医療」は、どこに住んでいても、必要な時にはいつでも提供できる医療である。医療機関が極端に偏在し、医師不足のため地域の中核的一般病院の精神科が撤退するような医療は普通の医療ではない。精神病院が乱立しているにもかかわらず救急患者をたらい回しにするような医療も普通の医療ではない。身体合併症をしっかりと診ることができない単科精神病院の医療も普通の医療ではない。

「普通の医療」は、嫌がる患者を無理して入院させはしないし、治療が終わってから宿代わりに患者を引き留めることもしない。やむを得ず同意を得ないで緊急に入院させる場合には、救急治療ユニットなど特別に手厚く専門職が配置された病床を用意する。

「普通の医療」では、原則として誰でもいつでも病棟に入ることができ、風通しがよい。入退院の回転が速く、大部分の患者が通院で治療を受けている。入院中心の透明性が低い精神医療は普通の医療ではない。

「普通の医療」にも、弱点はある。入院患者の権利と尊厳を守るためのしくみがない。精神医療は、人権擁護のしくみを不十分ながら持っている。したがって精神医療における人権擁護のしくみをさらに磨き上げ、普通の医療に広げるためには、患者基本法（患者権利法）を制定する必要がある。

■企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

障害者自立支援協議会

～滋賀県の活動から～

中島秀夫

滋賀県・滋賀県障害者自立支援協議会・事務局長
〔〒523-0893 滋賀県近江八幡市桜宮町235〕

key words : 共生社会の実現, 支援ネットワークの構築, ライフステージに一貫した支援

I. 障害者自立支援協議会とは

1) 障害者自立支援協議会の設置と位置づけ

障害者自立支援協議会の設置に関連して、障害者自立支援法(2005年11月7日法律第123号)には「相談支援事業」(第5条第17項)、「市町村の地域生活支援事業」(第77条)、「都道府県の地域生活支援事業」(第78条)について規定する条文があり、これらを踏まえた厚生労働省令や告示などによって障害者自立支援協議会が位置づけられている。

厚生労働省令第19号(2006年2月28日)によって定められた「障害者自立支援法施行規則」第65条の10には、法第77条に規定する省令で定める便宜として「地域における障害福祉に関する関係者による連携及び支援の体制に関する協議を行うための会議の設置」が記されており、相談支援事業を核とした地域の連携・協議の必要性が示されている。

また、厚生労働省告示第395号(2006年6月26日)「障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針」には「相談支援の提供体制の確保に関する考え方」として、相談支援体制の整備とともに「事業者、雇用、教育、医療等の関連する分野の関係者からなる地域自立支援協議会を設けるとともに、その在り方を明確に示すことが必要である」とし、その際は「関係者が抱える個々のケースに基づき、地域の課題について情報を共有しながら具体的に協議する場であること」「ライフステージに応じた適切な相談支援が行えるよう、一つの支援機関だけがニーズを抱え込まないように、関係機関のネットワークの在り方、地域支援体制の中軸となる相談支援体制の在り方について協議する場であること」などに留意する必要があるとしている。この告示では、サービスの質の向上や虐待の防止等においても、地域における支援ネットワークの構築と活用を図ること、多分野による連携や取り組みの可能性につい

て明記している。

2) 法的位置づけの明確化

2010年の臨時国会において、障害者自立支援法の「見直し法案」が審議・可決された。これは正式には「障がい者制度改革推進本部における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」(2010年12月10日法律第71号)というものである。

この法律では、自立支援協議会設置の促進や運営の活性化を図るため、法律上の位置づけを明確にすることが明記された。これにより、自立支援協議会の設置について、障害者自立支援法には第89条の2として「地方公共団体は、単独で又は共同して、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体及び障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者(次項において関係機関等という。)により構成される自立支援協議会を置くことができる」(第89条第1項)、「前項の自立支援協議会は、関係機関等が相互の連絡を図ることにより、地域における障害者等への支援体制に関する課題について情報を共有し、関係機関等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする」(第89条第2項)との条文が加えられることになった(第89条の2の施行日は2012年4月1日までの間に政令で定める日)。

3) 他人事としない街づくりのベース

そもそも障害者自立支援法第1条には、基本理念として「障害者及び障害児が、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、必要な障害福祉サービスに係る給付その他の支援を行い、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする」と掲げており、ノーマライゼーション社会の構築と実現を目指している。この法律の目的の達成のためにも、自立支援協議会の活発な

活動が必要不可欠である。

それは、自立支援協議会とは、障害者の地域での生活を支援し、安心した暮らしを実現するために、当事者をはじめ、当事者を取り巻く支援者や地域住民が障害者問題を他人事としない街づくりを進めるためのベースとなる会議であるからである。

なお、自立支援協議会には、都道府県自立支援協議会と市町村などによる地域自立支援協議会があるが、より障害者の地域生活と密着している地域自立支援協議会の運営に重点を置いて以下に記述することとしたい。

II. 障害者ケアマネジメント理念の具現化としての地域自立支援協議会

1) 障害者ケアマネジメントの基本理念

1995年に厚生労働省「障害者に係る介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」から中間報告が出された。この検討会の報告が障害者ケアマネジメント理念の源流となっており、都道府県に対するこの理念の啓発と人材育成を目的として、1998年から「介護等支援専門員養成指導者研修」が実施された。

2002年3月に厚生労働省から出された「障害者ケアガイドライン」では、障害者ケアマネジメントとは「障害者の地域における生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療・教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図るとともに、総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、さらには社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」とその基本理念を示している。

この基本理念からは、一人ひとりの障害者の生活ニーズを断片的に把握するのではなくトータルに捉え、地域の社会資源がチームを組んで協議し課題解決のために役割分担することで地域連携（ネットワーク）が生み出されること、

さらに個人の生活ニーズが共有化され、課題が蓄積されることで地域の支援体制の弱点が見出され、そのことによって地域課題の解決に向けたエネルギーが生まれ、地域変革を生み出していく力になることが理解できる。

2) 地域自立支援協議会に求められる機能

個々の障害者の生活ニーズから地域の課題を解決し、社会資源の改善・開発につなげるということ、この流れを具体的に実践することが、地域自立支援協議会に求められている機能であり、それは同時に障害者ケアマネジメントの理念の具現化にもなる。

地域自立支援協議会は、利用者ニーズ中心の地域づくりを進める活動によって、ケースワークからソーシャルアクションまで、行政・人権センター・医療機関・地域自治会・社会福祉協議会・教育機関・民生委員・福祉サービス事業者・企業など地域が丸となって障害者とその家族への生活支援を推進することを目指している（図1）。

III. 地域で支える時代へ

以上のように、地域自立支援協議会を端的に表現すると「個人の課題を地域の課題として地域住民がみんなで協議し支え合う取り組みの場」と言えるのではないだろうか。障害者施策は、長く続いた措置制度により、生活すべてを病院や施設のような一機関で支援するありようが主流であり、個人の課題が地域化されることなく、その人が所属した一機関で完結してきた。しかし、障害者の地域生活が推進されるなかでは生活ニーズも多様化し、一つの機関で生活のすべてを支援し、課題を解決することは困難な時代になった。さらに、ライフステージを貫く支援の必要性も言われるようになってきた。

障害者自立支援法では、病院や施設からの地域移行をその重点目標の一つに掲げている。さまざまな相談サービスや福祉サービスを受けながら、地域で暮らしたいという人も増加してきた。このような当事者の願いやニーズに応えていくには、地域が一体となって、しっかりとした支援体制を創ることが大切であり、支援者間の連携が問われる時代に入ったと言える。

例えば、障害者自立支援法に基づく地域生活への移行や就労移行を実現するには、その必然として地域社会資源のネットワーク化が必要となる。地域生活へ移行する場合、社会資源が病院や入所型施設だけでは限界があり、障害者が地域生活を過ごすための暮らしと日中活動への支援の実現には、地域社会資源の連携が不可欠である。また就労移行の場合にも、福祉現場から企業現場へのつなぎの機能が求められ、情報提供を一機関で完結することは不可能であろう。就労後のフォローアップも含め、雇用支援機関や生活支援機関と連携しながら進めなければ成り立たない。このようにさまざまなライフステージの課題や生活ニーズに対して、地域のチームで支え合う時代が到来している。

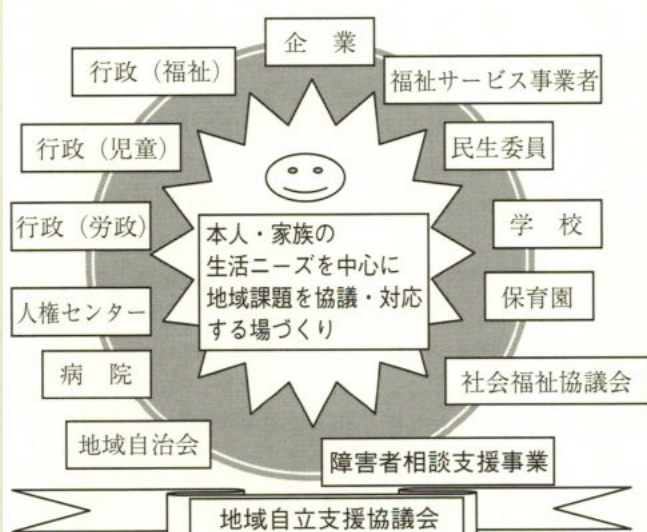


図1 地域自立支援協議会の機能

IV. ライフステージを貫く支援体制づくり

1) 支援の一貫性を意識した取り組みへ

人生はさまざまな課題を背負いながらも喜び、悲しみ、楽しみながら送るもので、それは障害のある人の人生でも全く同じことである。したがって生活支援において大切なことは、人生のさまざまなステージにおける課題に対し、利用者としてどのような支援が受けられるのか、そうした情報やノウハウが本人にも伝達されることである。

これまで、乳幼児期から成人期まで、それぞれのライフステージにおける支援機関が情報を伝達し合うこともなく、個別に支援を実施してきた。その結果、障害者は支援者が変わるたびに同じ質問に答え、同じ取り組みを繰り返され、積み上げができにくい状況に置かれていたといえる。筆者の相談支援の経験からも、一貫した支援体制づくりと支援の積み上げの大切さを痛感すると同時に「ぶつ切れ状況」に対するジレンマを感じた時期があった。しかし近年は、その状況に変化が来ていると感じている。乳幼児期から成人期に至る情報の共有化と、支援の一貫性を意識した取り組みが出てきたからである。このような変化の要因の一つとして、特別支援教育の導入がある。これまで数居の高かった教育分野と福祉・雇用・保健・医療分野の連携の必要性について、互いの分野が認識を共有するにつれて、よい実践や連携の効果も出てきている。

2) 地域における連携の実践例

筆者の地域においても、2005年度から地域自立支援協議会のモデルとなった障害児・者サービス調整会議に「特別支援教育部会」を設置し、保健・福祉・雇用と教育との連携を開始し、成果をあげている。特別支援教育部会では、保育・幼稚園・小学校・中学校の全教員に連携実践のパンフレットを配布したり、特別支援教育シンポジウムを実施し、実際の連携の事例を共有する機会を創ったりしている。

また、情報の共有化については「個別支援ファイル」を作成し、活用することを開始した（文部科学省「特別支援教育グランドモデル事業」）。これによって、障害当事者は何度も同じ説明をしなくてもよくなった。さらに、ライフステージごとに変化していく支援機関は、相互の情報伝達ツールとして個別支援ファイルを活用できるようになったことにより、従来ぶつ切れであった支援の情報をつなげることができた。

このような多分野連携のしくみができあがった地域は、個々の利用者のニーズに対して地域全体として考えていくことができるため、結果として地域のネットワークとニーズに基づく地域づくりにつながっていく。

V. 地域ネットワークの基本としての

個別支援会議

個別の生活ニーズが把握されれば、次に対応すべきことは、ニーズへの対応策の提示である。多様な生活様式や障

害状況の違いを考えれば、生活ニーズに対して一人の相談員や一機関だけで対応することの困難性は容易に理解できるであろう。したがって、ニーズに対応できる地域社会資源がチームを組んで対応することが求められるのであり、そのときチームにおけるニーズの共有化と役割分担の協議の場となるのが個別支援会議である。

この会議が有効に機能するには、当事者ニーズに基づき、それへの対応が可能な地域の社会資源が呼びかけに答えられるような地域づくりを進めることが大切である。ニーズをキャッチアップした機関の呼びかけに、関係機関が電話一本で参集する地域ができれば、地域のネットワークは完成された状態であると言えるであろう。個別支援会議については、それを「他人事の協議の場」として捉えるのではなく、常に自分事として捉える各機関の姿勢を地域に定着させることが大切である。

個別支援会議の開催頻度や、そこに参集する関係機関の数が地域ネットワーク形成の尺度となる。さまざまなニーズに対し、必要とされるさまざまな地域の社会資源が参集しているというありようが形づくられることによって、互いの機関の機能や役割が認識され、何よりも一機関では支えられない障害者の地域生活を「チームで支えている」という意識が芽生えてくる。

VI. 個別ニーズから地域を診断・評価して 地域づくりにつなげる

地域自立支援協議会の場を利用して個別支援会議を積み上げていくことにより、個人の課題から地域の課題が顕在化する。そのように顕在化した地域ニーズを共有化することによって、個々の機関でも、社会資源ネットワークとして捉えたときの自らの地域の強み、弱みが意識されていく。地域ネットワークの強いところはさらに伸ばしていけるようにし、一方で地域の弱点についてはしっかりと認識・評価して、その部分をリカバーしていけるような地域づくり活動が重要視される。

具体的な地域づくり活動のあり方として、地域自立支援協議会の機能に地域課題解決のための「課題別検討会」「専門部会」などを設置していくということがある。個別ニーズの把握と共有化から派生する弱点解消のための活動は、結果として自らの地域の福祉力を高め、地域住民の障害者に対する権利擁護意識を高めるといった大切な視点の獲得につながる。

現実には、地域における全ての課題が解決できることは希である。しかし地域自立支援協議会に置かれた各種の検討会や部会での協議プロセスは、次のステージに必要な課題として引き継がれていく。すなわち、障害者計画や障害福祉計画策定への大切な情報となるのである。

また、協議のプロセスにおいて、地域のさまざまな社会資源が共通の課題への対応策に向けて意見交換することは、地域のネットワークをさらに強固なものにしていくための機会となる。これまでありがちであった関係者ニーズ

や行政ニーズ中心ではなく、あくまでも個々の課題から派生した利用者ニーズ中心の地域づくりを進めることができるであろう。

VII. 滋賀県における地域自立支援協議会の現状と今後

表1に示したのは、滋賀県における地域自立支援協議会のそれぞれの実践内容の一覧である。地域によって取り組み方や直面する課題などに違いはあるが、基本的には協議会のしくみはほとんど同様といえる。

1) ベースとなる個別支援会議

個別ニーズに対する課題解決のため、会議の名称は「個別調整会議」「個別ケア会議」「個別ケース会議」などさまざまであるが、個別支援会議をベースに、各種の運営会議や定例会議で地域課題の整理と共有化が図られ、特に地域課題としての優先課題については専門部会やプロジェクト会議を設置して解決策を協議し、また全体会議において、日常活動の経過や結果を地域の関係機関に周知するという重層的なシステムとなっている(図2)。

2) ボトムアップで積み上げられる協議

この重層的なシステムの特徴は「しくみありき」ではなく、個別ニーズの把握に基づいてさまざまな協議の場が設置されるボトムアップ方式という点である。

組織では、ともすれば形から入りがちであるが、このようなボトムアップの積み上げ方式を実践していることは、地域自立支援協議会の基本である「利用者のニーズを中心に考える協議会」に近づけるための重要な視点であるといえよう。

VIII. 都道府県自立支援協議会の機能と役割

1) 都道府県自立支援協議会の特徴

以上、市町村などの地域自立支援協議会を中心に記述したが、最後に都道府県自立支援協議会について述べる。

都道府県の自立支援協議会には、以下に示すような5つの機能と役割があると考えている。

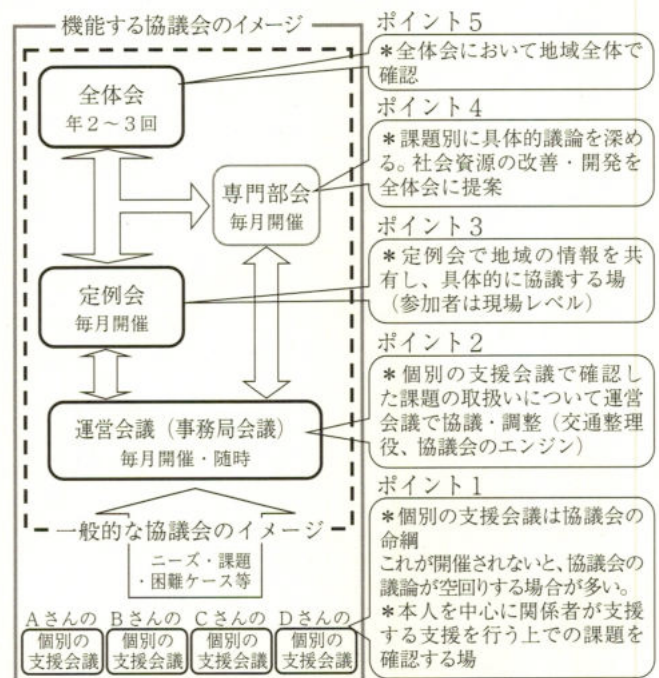
これら5つの都道府県自立支援協議会の機能と役割は、いずれも地域自立支援協議会の活動をバックアップする役割である。地域で解決できることは、それぞれの地域で検討すべきであるが、全都道府県的な課題も山積しており、その部分については都道府県自立支援協議会において地域自立支援協議会に対するバックアップ機能として実施する必要がある。

特に、都道府県の役割としては、広域的かつ専門的な機能、地域自立支援協議会の課題抽出に基づく都道府県全体としての課題の解決などが果たすべき重要な項目である。地域自立支援協議会と都道府県自立支援協議会が機能的に連動することで、両協議会の活動をともに推進・活性化させていくことが求められている。

表1 滋賀県における各地域自立支援協議会の実践内容

(平成22年度事業)

圏域名	ケース会議	運営・定例会議	統括的会議	専門部会・課題検討会等
大津	個別調整会議	定例会議	全体会議(隔月)	日中支援部会、就労支援部会、居住支援部会、居宅部支援会、相談支援連絡会、当事者部会、乳幼児療育会議、放課後対策検討会
湖南	個別調整会議	運営会議 草津、栗東、守山、野洲市 各自立支援協議会	定例会議(年4回)	進路部会、行動障害支援ネットワーク、重度障害者進路先確保検討プロジェクト、就労支援、ネットワーク会議
甲賀	個別調整会議	定例会議 運営会議	全体会議(年2回)	精神障害者部会、特別支援教育部会、相談支援事業ネットワーク部会、進路調整部会、就労支援部会福祉を考える集い、進路を拓く懇談会、余暇支援事業運営委員会、福祉的就労対策検討会、重心通園対策検討会、サービス調整会、議話活性化検討会
東近江	ケース検討会議	定例会議 運営会議	全体会議(概ね年2回)	進路部会、施設連絡協議会、働き応援プロジェクト、相談職種ネットワーク会議、地域生活体験事業運営委員会、個別支援ファイルワーキング、よかよか事業運営委員会、権利擁護事業あり方検討部会
湖東	個別調整会議	定例会議 運営会議	全体会議(年2回)	通園専門部会、居宅サービス課題検討会、就労支援部会、地域移行部会、児童進路部会、行動障害対応プロジェクト
湖北	個別ケース会議	運営委員会	全体会議(年2回)	相談ワーカー部会、発達支援プロジェクト、進路プロジェクト、会議重心プロジェクト
湖西	個別ケア会議	定例会議 事務局会	全体会議(年2回)	就労支援部会、発達障害部会、進路調整部会、地域移行部会



(厚生労働省資料より)

図2 地域自立支援協議会における個別課題の普遍化

2) 都道府県自立支援協議会の5つの機能・役割

①地域の実態把握機能と情報共有機能

- ・ 地域の相談支援体制の状況の把握
- ・ 相談支援事業と地域自立支援協議会事務局のネットワーク化

②地域の相談支援体制のバックアップ機能

- ・ 地域の相談支援体制の充実・強化（体制整備事業等）に関する協議
- ・ 地域自立支援協議会等の評価と具体的支援方策の検討

③全都道府県的な課題の抽出・整理機能

- ・ 課題の抽出と優先順位の整理

- ・ 全都道府県的な課題に対する部会・検討会等による検討と施策の提言

④広域的・専門的相談支援の調整機能

- ・ 発達障害・就労支援・高次脳機能障害・地域移行支援等の各専門的領域における情報や知見の共有化・ネットワーク化
- ・ 普及のための具体的検討の促進

⑤人材育成機能

- ・ 地域の相談支援体制を担う人材の養成のあり方を検討
- ・ 相談支援従事者養成・サービス管理責任者養成等の研修会の企画検討と養成研修の中核となる人材の育成

■企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

障害者自立支援法と就労支援

～大阪の経験から～

田川精二

大阪府・くすの木クリニック・医師

〒574-0044 大阪府大東市諸福6-3-20 くすの木クリニック

key words: 精神障害, 就労支援, 精神科診療所, 障害者自立支援法, 連携

はじめに

多くの精神障害者が働きたいという希望を持っていることは、さまざまな調査が明らかにしている。しかし、精神障害者への就労支援が叫ばれているにもかかわらず、なかなか進まない現状にある。「こんな不況時に障害者が就労できるのか」「企業の理解がないから」「医療が協力的ではないから」「就労は病気を悪くする」などの「あきらめ」が最初にあって、思いつく限りの「言い訳」が氾濫している。何ともむなし。こうした言い訳の氾濫が働きたい希望を持つ精神障害当事者にどう響くかと考えてしまう。

大阪では精神科診療所が中心となり、精神障害者の就労支援に特化した特定非営利活動法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク (JSN: Job Support Network) が設立された。そこで本論では、はじめにJSNの設立に至る経過を振り返り、さらにJSNのしくみと設立後3年間の活動報告などから精神障害者の就労支援の現状について述べ、その上で障害者自立支援法以降の就労支援について考えたい。

I. 通院者就労調査アンケートから

1) 就労に関する大精診のアンケート調査

社団法人大阪精神科診療所協会 (大精診) では、会員のうち主にデイケアを併設する診療所を中心として「地域精神福祉委員会」が開催されている。この委員会では、それまでもデイケアの「出口」の問題や、就労を希望する人々に対してデイケアはどう応えていけばよいかなどについて議論していたが、委員会で「通院者就労調査アンケート」を実施したいと提案したところ、その場で実施が決定された。アンケートには20カ所の精神科診療所が参加し、2004年1月24日～31日までの7日間、自記式アンケート用紙を配布して通院者に協力を呼びかけ、994通が回収された (田川ら、2006)。

以下、アンケート調査への回答者全体のデータを母数とする場合を「全体」(994名)、統合失調症の病名でソートしたデータを母数とする場合を「統合失調症」(350名)、精神保健福祉手帳所持者でソートしたデータを母数とする場合を「手帳」(434名)として分析結果を以下に述べる。

2) 調査結果

「通院者就労調査アンケート」の回答者の年齢分布は30歳代が33%と最も多く、次いで40歳代、50歳代の順であった。性別は概ね男性6割、女性4割である。全体の約6割、統合失調症と手帳では約7割に精神科入院歴がある。病名分類は「統合失調症」35%、「アルコール依存症」20%、「躁鬱病・鬱病」19%であり、精神科診療所にしては比較的「重度」の人たちがこのアンケートに回答している。また全体の72%に発病前の就労経験がある。

現在の就労状況 (図1) を見ると、全体の14%、統合失調症では13%が「会社に勤務 (パート含む)」と回答し、現に雇用され仕事をしていた。ここで注目したいのは「作業所・通所授産施設などに通所中」と回答した人の割合である。全体では7%、統合失調症で13%、図1にはないが手帳で12%でしかない。国は、福祉施設中心に精神障害者

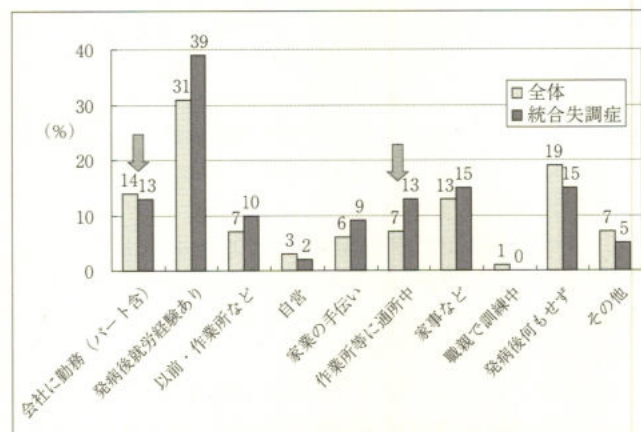


図1 現在の就労状況 (2004年「大精診調査」) (n=994)

への就労支援を考えているが、この程度の割合しか作業所・通所授産施設につながっていないことがわかる。

また、発病後の就労経路については、いわゆる障害者就労支援機関としては「ハローワークの障害者窓口」と回答した割合が2%で最も多かったが、他の障害者就労支援機関を合わせても約5%でしかなかった。調査データは7年前のものであるが、精神障害者への就労支援の立ち後れが見て取れる。

現在仕事をしていないという人に対して「就職したいか」について質問した。「はい」が全体58%、統合失調症56%、手帳54%で、「どちらともいえない」は、それぞれ25%弱ずつであった。この結果からは、初めから就労したくないという人はそれぞれ20%前後でしかなく、就労への希望は大きい。

2004年の調査時点では、このような状況下に精神障害者はおかれていた。その後、精神障害者の法定雇用率算入(みなし)をはじめ、いくつかの新しい制度も創設されたが、現在でも精神障害者の就労を取り巻く状況が大きく進展したとは言えない。

II. 精神障害者福祉と就労支援

それでは国が就労支援の担い手と考える精神障害者福祉施設の現状はどうであろうか。全国的に広く展開し、大きな役割を果たしてきた小規模作業所は、相次ぐ制度改定のなかで振り回されてきた。作業所のままでは補助金が大きく削減されるため、特定非営利活動法人(NPO法人)格や社会福祉法人格を取得し、小規模通所授産施設に変わっていく。しかしながら、その施設関係者の意識は「しかたないから通所授産になった」のであり、就労を目指す施設としての通所授産という意識はあまりなかったように思われる。小規模授産と言いながら、例えば障害者就労の制度や最低賃金についてどのぐらいの授産スタッフが周知していたであろうか。そうこうするうちに関係者の気持ちとは裏腹に、2007年に障害者自立支援法が成立した。

障害者自立支援法がつくられた最も大きな要因は、政府の財政問題にあったと思っている。障害者自立支援法が成立するまでの支援費制度では、入所などは義務的経費(赤字になっても保証される)であったが、ホームヘルパーなどによる在宅支援は裁量的経費(予算を使い切ったらおしまい)とされていた。また、身体・知的・精神のいわゆる三障害のうち、精神障害だけは支援費制度に入れてもらえていなかった。ともあれ、そのようなしくみのなかで在宅支援の経費(裁量的経費)は増え、2003年度には128億円、2004年度には274億円の赤字が発生した。そのため、厚生労働省は必死になって余っている予算をかき集め、穴埋めをしたという。

小泉政権の「三位一体改革」などの背景もあり、この頃から障害者サービスを介護保険制度と統合する動きが急になった。昨今、介護保険の財政も苦しいようであるが、障

害者支援の中心的部分を介護保険と統合し、それをテコに、より低い年齢層からも介護保険料を徴収することで介護保険財政も立て直そうと考えたようである。その詳細については、他の執筆者に委ねることとする。

このように財源問題が最も大きな要因としてあった障害者自立支援法では、十分な所得保障もなしに介護保険との統合を念頭に「定率負担」を取り入れるなど、初めから基本的なところに極めて大きな問題を抱えていた。ただ、ホームヘルパーなどの費用の義務的経費化、それまで障害者の支援費制度から除外されていた精神障害者を組み入れたこと、そして就労支援など、いくつかの点については評価できている。

障害者自立支援法が成立する以前のことであるが、障害者施設をめぐる激しい議論があったという。一部の施設で、一般企業で働きたいという希望を持ち、働く力もある知的障害者を「就職させると授産が回らなくなる」として授産から出さないということがあった。このことに対して「その授産は障害者のための授産なのか、施設職員のための授産なのか」という突きつけがあったと聞く。

障害者自立支援法の作成過程でも、厚生労働省内に法作成のための検討会が設けられ、2000年に実施された全国社会就労センター協議会(SELP協)のアンケート調査などの結果をもとに議論があったという。このSELP協のアンケート調査では「授産施設を出て一般企業で働きたいか」との問いに対して就労を希望する利用者が約半数以上もいたにもかかわらず、実際に就職して退所する施設利用者は年間1.1%しかいないというものであった。「当事者主体と言いながらこの乖離は何か」という議論になり、障害者自立支援法に就労支援が大きく取り上げられることになった。

さて、話を戻すが、次々と変わる制度に振り回される小規模な精神障害者福祉施設には大いに同情できるし、「病気を隠さず憩える」場所はとても大切なものとも思う。しかし、当時の精神障害者福祉施設に就労支援をすぐに期待できたのであろうか。また、先述した2004年「大精診調査」の結果(図1)のように、福祉施設につながっていない約9割の人たちも、イメージした精神障害者就労支援を創り上げることができたのであろうか。当時の精神障害者福祉施設の現状では、大変難しいのではないかと感じていた。

III. 大阪精神障害者就労支援

ネットワーク(JSN)の設立とそのしくみ

1) JSNの設立

多くの精神障害者が「働きたい」という気持ちを強く持っているにもかかわらず、それに十分応えられる現状にはない。一方、精神科診療所ではPSWを中心に個別の相談に乗り支援をしているが、これにも大きな限界があった。

大阪では、精神障害者の法定雇用率算入や新しい就労支援施策など状況の変化をきっかけとして、数カ所の精神科診療所を中心に精神障害者の就労支援をトータルに行う施設をつくる計画が持ち上がり、2007年5月に、特定非営利

活動法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク（以下、JSN）が設立された。

2) JSNのしくみ

①「そこから出て行っていただく」施設

2007年6月、JSNは大阪府門真市に精神障害者に特化した就労支援施設として「JSN門真」を開設した。JSN門真は、主に障害者自立支援法の就労移行支援事業を利用した定員30名の施設であり、初期の見極めから、企業開拓、就労定着支援、職業継続支援などをトータルに行う。

ただし就労移行支援事業の利用期間は2年間に限定されており、JSN門真とこれまでの精神障害者福祉施設との最も大きな違いはここにある。つまり、従来の福祉施設の多くは「そこに居ていただく」施設であるが、JSN門真は、就労を実現して「そこから出て行っていただく」施設なのである。

②JSNにおける就労支援の流れ

「ステップ1：基礎訓練期間」は、主に所内作業を行う期間であり、ジョブガイダンスや所内での手作業などが中心となるが、この手作業がうまくなれば就労できるなどとは毛頭考えていない。決められた時間に来所できるか、欠席する時には事前連絡できるかなど、そのメンバーの職業準備性を見極め、特性を把握し、支援員との信頼関係を形成することなどを主な目的とする期間である。

「ステップ2：企業実習（体験）」は就労支援における大変重要なステップである。それまでの所内作業は所詮守られた環境にあり、企業の現場とは全く違う。緊張感を伴う企業実習の場では、所内作業ではわからなかったメンバーのいろいろな面も見えてくる。

その企業実習の現場には、JSNスタッフがジョブコーチとして入り、メンバーの課題が見つければそれに対処し、修正する。これを繰り返し、メンバーと実習先の企業の意見も聞きながら、就労に向けて課題を整理していく。職種を変えて何カ所かの企業実習を行っていくと、メンバーはさまざまな職種を実体験できるから、それぞれの職種への自分の適性も確認しつつ「どのような仕事に就きたいか」という自身の希望を具体的に考えていくことができるようになる。

こうした企業実習での体験を踏まえて、メンバーは担当支援者と話し合いながら、自分の希望する職種や企業のイメージを絞り込んでいく。

「ステップ3：求職活動」は、ハローワークなどと連携しながら、メンバーが絞り込んだ企業のイメージに合う受け入れ可能な企業を見つけていく。求職活動で企業が見つければ、ジョブコーチをつけてその企業での就労前実習に入る。

「ステップ4：就労前実習」もメンバーにジョブコーチをつけて適切な支援を行う。ジョブコーチは、その企業や受け入れ担当者等の考え方について理解し、把握していくと同時に、就職後にメンバーに生じてくるであろう現場での問題を予測し、その対処方法を考える。

表1 JSNの利用条件

- | |
|---------------------------------|
| ①働きたいという強い意欲 |
| ②精神科医療の継続 |
| ③3日/週以上の通所 |
| ④朝からの通所 |
| ⑤3点セット（本人アンケート・主治医意見書・支援者アンケート） |
| ⑥障害開示での就職（精神障害者手帳） |

※入所後1カ月間の試用期間（利用適否見極め期間）あり
※本人の就労準備性と紹介機関の障害者就労への理解

こうして、就職前実習を行った後、メンバーと企業が合意すれば就職となる。しかし、就職後も、職業生活が継続できるように支援することが大切である。このような就労後の長期的なフォローは、制度的なバックアップも乏しく、なかなか大変なことではあるが、やらなければならないことと考えている。

また、JSNスタッフが迷いなく、思い切り支援ができるように、医師は後方支援に徹するようにしている。

③JSN利用の条件

表1は、JSNを利用するときの条件である。条件のまず第一には「働きたいという強い意欲」をあげた。やはり「働きたい」という気持ちが本人にどれだけあるのかが、就労の可否に影響する最も大きな要素であると思う。「働きたい」という気持ちのない方には就労支援をいくら行ってもうまくいかない。

また、企業の現場において直接支援できることがJSNの強みであり、病気・障害は原則開示と考えている。

④2カ所目の事業所の開設

JSNは、2008年4月に2カ所目の事業所である「JSN茨木」を開設した。JSN門真と同様に、定員30名、主に就労移行支援事業を利用する精神障害者就労支援施設である。

なお、上述のようなJSNの支援方法は、和歌山県田辺市において10年間に精神障害者約300人の一般企業への就労を実現した元・社会福祉法人やおき福祉会の北山守典氏を中心とするグループの実践方法をベースにしている。

IV. 大阪精神障害者就労支援ネットワーク（JSN）3年間の活動実績

1) 年度別登録者・就職者などの統計

JSNは、開設からの約3年間（2007年6月～2010年3月）で40名の就職者を出すことができた（図2）。

この40名という数字は、2007年6月から2009年3月までの2年弱におけるJSN門真からの9名の就職者と、2009年4月から2010年3月までの1年間におけるJSN門真とJSN茨木の両事業所からの計31名の就職者の合計である。

なお、開設から2009年3月までの40名の就職者のうち、2010年3月末までの離職者は5名にとどまっている。他の機関と比べて、この離職者の少なさがJSNの特徴であると考えている。

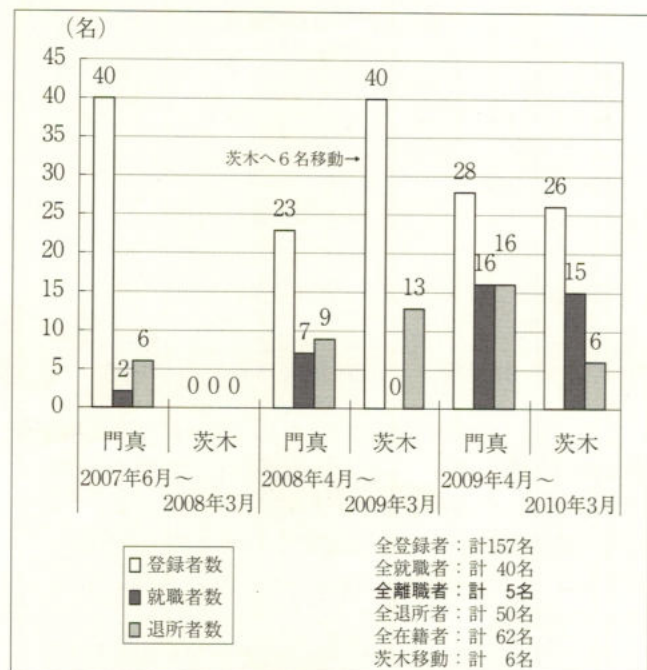


図2 年度別登録者・就職者数の推移

就職者を病名別に見ると、統合失調症圏が約45%、気分障害が約28%、神経症圏が約15%、発達障害約10%などであり、年齢別では30歳代が最も多いが、40歳代、50歳代も目立つ。雇用形態は、正社員が4分の1弱、契約社員が4分の1強、パートが2分の1弱である。もちろん、全員最低賃金を上回る賃金を得ているが、残業なし・短時間勤務では正社員として雇用されることは現実的に難しい。

職種はさまざまで、JSN門真では倉庫内作業、JSN茨木では事務・事務補助が最も多い。職種の選択は、地域差、メンバーの特性などを踏まえて、柔軟に考える必要がある。就職先は、JSNスタッフがハローワーク等と連携しながら一軒一軒開拓してきた。来所の経路では、精神科診療所が約80%を占め、福祉施設からの紹介は数%でしかない。

2) JSNの3年間余を振り返って

JSN開設からの3年余を振り返って感じたことはいくつかある。その一つは「9割近い出席率」である。統合失調症を中心とする精神障害者も、やりたいことのためになら頑張れるということを改めて感じさせられた。

二つめは「トレーニング中に大きく調子を崩す統合失調症のメンバーはほとんどいなかった」ということである。JSN開設当初には、メンバーが次々と調子を崩した場合の対処方法等を考えていたが、そのような心配は無用であった。よく「就労は病気を悪くする」などと言われるが、本人の目標がはっきりしており、それに向かいしっかりとした支援を十分に行えば、それほど調子は崩れない。

三つめは「自分の病気・障害・今の力量を知っている人の強さ」である。こういう人は、厳しいトレーニングでも揺るがない。医療者は、本人に対して病気・障害について明確に、具体的に伝えることが大切であると再認識させられた。

四つめは「職業生活の継続」を支援することの重要性(NPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク, 2010)である。精神障害者は「就職してもすぐ辞めてしまう」と言われる。生活支援を含めて、仕事を続けられるように支援することは大変重要である。

そして、五つめは「就労移行支援事業は居ていただく施設ではなく就職して出て行っていただく施設」ということであり、就労移行支援事業所はどんどん就職させると、収入がどんどん下がるという矛盾を抱えている。「収入のためには就職を遅らせて、通所を継続して」などとやっているのは、就労支援は文字通り腐ってしまう。就職者数に応じた単価設定に「成果主義」という批判があるが、これは当たらない。どんどん就職者を出して行ける報酬設定が、就労移行支援事業には必須である。

最後になるが、六つめとして「精神科医は何人も関わっているが直接メンバーに関わるわけではなく、精神科医の役割はJSNスタッフが迷うことなく思い切り支援できるためのバックアップにある」ということである。このような精神科医の役割はとても大切である。われわれ医療者は、本人の調子が崩れないようにと「無難に、無難に」と対応してしまう傾向がある。しかし、この「無難に、無難に」が、本人の夢や希望やチャンスを奪ってはいないかということ、常に心に留めておく必要があると思う。

V. 「精神障害者の就労支援はうまくいかない」と言われる理由

働きたい強い気持ちを持つ精神障害者は支援があれば働ける、と私は今手応えを感じている。設立当初、精神障害者の就労支援の経験を持つスタッフはたった一人しかいなかった素人集団JSNは、まだやっと3年半の経験しかなく、力の限界も大いにある。しかし今振り返って、3年半の経験でこれだけできたのだから、経験を積みばもっとできる、本気でやればできないはずはないと思う。

だが、いろいろなところから「精神障害者の就労支援はうまくいかない」と聞く。そこで「なぜできないのか」について考えてみた。

1) 「うまくいかない」と言われる理由

まず、利用者本人について考えてみると、就労にあたっては、病気・状態にそれなりの安定は必要だが、その可否を決める一番の要因は「働きたい気持ちがどれだけ強いのか」と思う。親から言われてJSNに来所する人もいるがなかなかうまくいかない。一方、自分の病気・障害をしっかり理解している利用者は強い。時間がかかっても着実に就労に近づいていく。JSN門真では、元通っていた機関が「絶対仕事は無理です」と断定した利用者が4名、今は一般企業に就職し働いている。

また、就労支援機関は他の福祉施設と違い「居ていただく支援」ではなく「力をつけて就職し出て行っていただく支援」とあるという認識を支援者はしっかり持つ必要がある。いつも同じで平穩では困るのであり、そこには前向き

の変化があって当たり前なのである。したがって多機能型の場合は「居ていただく支援」と「出て行っていただく支援」をどのように分けるか、雰囲気づくりを含めて大変難しいと思う。

そして、就労支援では一般企業の厳しさを念頭に置いた支援をしなければならないが、それをトレーニングの中でどのように形成していくかはなかなか難しい。JSNは企業実習にその厳しさを求めているが、所内作業だけではとても無理であろう。また、福祉施設では「ちょっとしんどいので休みます」は通用しても、企業では通用しないのが一般的と思う。利用者の症状や欠点ではなく、長所を把握し伸ばしていけるよう支援するのは当たり前であるが、利用者が「納得」してトレーニングを続け、就職に向かえるようにしていくこと、また支援者自身が「迷いなく」「思い切り支援」できることも大切である。支援者が迷って支援の軸がぶれていては、利用者は不安でたまらない。

最後に、就労支援者は企業がわかるように説明しなければならないし、企業の考え方も理解しておく必要がある。ちなみにJSNスタッフの約半数には、一般企業での就労経験がある。

先述した和歌山県田辺市・やおき福祉会の北山氏らのグループは、ほとんど医療の協力がないうえ、10年間に約300人の一般企業への就労を実現した。よく「医療の協力がなければうまくいかない」と聞くと、北山氏らの実践を見ると、どんなものかと感じる。ともあれ、医療の協力があれば就労支援を進めやすいのは確かだろう。

2) 就労支援で気をつけること

就労支援にあたって、医療機関が気をつけておかなければならないことがいくつかある。一つは、先にも述べたが、本人の症状や欠点にばかりに目を向けるのではなく、長所にも目を向けることであり、もう一つは目的が就労であることを念頭に「あまりに医療的」にならないことであろうか。「あまりに医療的」になると、どうしても「無難に、無難に」と考えてしまい、かえって就労支援の足を引っ張ることになりかねない。このあたりの兼ね合いに気を配ることが、バックアップする精神科医の腕の見せどころであると思う。

さらに、利用者が自分の病気や障害について具体的に理解できるように、利用者本人にしっかりと病気・障害を説明しておくこと（病名だけでなく、どんなときにしんどくなり、どんな状況が苦手かなど）も大切である。

VI. 障害者自立支援法後の 精神障害者就労支援

1) 今後の施策の枠組み

今後の障害者支援施策を考える時、2006年10月に国連で採択された「障害のある人の権利に関する条約」（以下、権利条約）を基準に進められることになるのだろう。権利条約第27条「労働及び雇用」は「障害者が他の者と平等に労働についての権利を有することを認め」「労働について

の障害者の権利が実現されることを保障し、及び促進する」とし、「あらゆる形態の雇用に係るすべての事項に関し、障害を理由とする差別を禁止する」としている。

今後は、まずはいわゆる福祉的就労をどう考えるかが議論の対象となるだろう。就労であるのか、訓練か、あるいは居場所としてあるのかを明確にする必要が出てくる。また、企業にとっては「合理的配慮」の内容や特例子会社（障害者雇用促進法第44条）の扱いはどうなるのかなど、複雑な問題も出てきそう。障害者福祉、そして障害者就労に関する大きな枠組みの変更が予想される。

働きたい強い気持ちを持つ精神障害者がより多く就労し、働き続けることができる現実的な枠組みにしていける必要がある。現在の障害者就労支援施策は、雇用人数など「形」についての支援施策が中心であるが、今後は企業における障害者雇用では形にならない「内容」について、ぜひ深化して欲しいと思う。

JSNの経験からという意味では限定的であるが、JSNのメンバーが就職し、長く続けている企業は中小企業が多い。仕事は厳しいが、そこには人を育てようという熱意と努力があり、障害者を仕事仲間として認め、包み込む雰囲気がある。長く働き続けるためには、こうした企業の姿勢が大切と思う（NPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク、2010）。今後、こうした「長く働き続けるための枠組み」を持つ会社が具体的に評価され、企業のなかで障害者を支え、育てていけるような考え方としくみを、社会が共有していくことが必要ではないだろうか。

2) 福祉の現状から考える就労支援

福祉の現状から就労支援を見たとき、第一に福祉関係スタッフの姿勢とスキルの問題があるのではないかと。本人が「働きたい」と訴えても、初めから「無理」と決めつけているような支援者も時に見られる。また、本気で、力一杯支援しなければ、うまくいくはずもないのに、どこか中途半端な支援に終始してしまうことはないだろうか。医療のみならず福祉関係者も「無難に、無難に」と構えてしまい、結果として本人の希望に添った支援ができていないのではないかと。

実習させてくれる企業が見つからない、就職先がないなどというのは支援者の言い訳であり、熱意をもって探せば企業は見つかるものである。医療の協力がほとんどないなかで高い実績を上げた和歌山県田辺市の北山氏らの実践を見れば、支援者が腰を据えてやればできるのである。

二つめに、福祉の現状で不足しているのは、働く現場は企業であるという認識だろう。企業という実践現場、あるいはそれに近いところでのトレーニングが必要である。特に、緊張しやすいメンバーの場合は所内と企業内では全く異なり、企業実習に出かけると課題を見つけたり修正することができるので、メンバーのその後の自信にもつながる。しかし、現在の企業実習は受け入れ企業の好意に頼っている面が大きい。

実習の大切さを考えると、実習を受け入れてくれる企業

に対して、福祉の側からのそれ相応のバックアップが必要であると思う。企業実習をさらに進めるための支援策が検討されるべきである。

三つめは、医療との連携である。障害者自立支援法後の数年、特に精神科診療所では相次ぐ診療報酬の削減など、経済的・時間的余裕がどんどんなくなっている。医療との連携のキーパーソンは精神保健福祉士を中心としたコメディカルと思うが、経済的な余裕がなくなるなかで、精神保健福祉士のいる精神科診療所は減少してきている。コメディカルスタッフによる支援は、メンバーの就労定着のみならず、職業生活の継続のためには特に重要であり、医療機関がコメディカルスタッフを充実できるような施策の推進が求められている。

また、前にも述べたように、精神障害者は「就職してもすぐ辞めてしまう」とされ、そのことが特徴のように言われる。だから、いかに職業生活の継続を支援できるかは、就労支援の大変重要なポイントである。

現在の制度では、就労移行支援事業所は就職後6カ月までで、後は障害者就業・生活支援センターがフォローすることになっているが、これは現実的な流れではない。ただでさえ多忙を極めている障害者就業・生活支援センターが、一面識もない働く精神障害者の支援を担うことは大変難しいからである。

JSNは、就職したメンバーの就労後6カ月以降の支援も担っている。しかし、この部分の就労支援には、現状では何の経済的保障もなく、なかなか大変である。職業生活の継続に対する支援策が、現在は特に必要とされている。

おわりに

もはや時代は、精神障害者が病気や障害を抱えながらも自身の望む人生を歩もうとし、支援者はそれをいかに援助するかに向かっている。障害者権利条約も然りと思う。

全国には「働きたい強い気持ち」を持つ精神障害者が大勢いる。今後の精神障害者就労支援は、彼らの希望をいかに受け止め、それが実現できるように支援者が一歩踏み出し、どのくらい本気で関わるかにかかっていると思う。精神障害者の就労支援は、本人の夢や希望に向かう支援そのものと感じている。

引用・参考文献

- 田川精二ら (2006). 精神科診療所通院者の就労調査アンケートから、日本精神神経科診療所協会誌、第11回福岡学術研究会 (2005年) 特集号: 181-190.
- 吉田光爾ら (2007). 就労における精神障害者の障害の開示状況の実態。精神障害とリハビリテーション (11) 1: 66-76.
- 田川精二 (2009a). 精神科診療所からの就労支援。精神科臨床サービス (9) 2: 257-260.
- 田川精二 (2009b). 精神障害者の就労支援～精神科診療所から、街角のセーフティネット。精神医療54: 49-58.
- 田川精二 (2009c). 通院者就労調査アンケートとNPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク (JSN)。精神神経学雑誌111 (9): 1076-1081.
- NPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク (2010). 平成21年度障害者保健福祉推進事業「精神障害者の一般就労のための特徴的課題と就労継続支援における福祉・医療・企業の連携のあり方の調査研究」報告書。アンケート調査: 7-77.

■企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

精神障害者とホームヘルプサービス

～地域でサービスを提供する立場から～

遠藤紫乃

千葉県・特定非営利活動法人ほっとハートほっとハートケアサービス・精神保健福祉士／介護福祉士
 [〒272-0035 千葉県市川市新田3-14-22]

key words: ホームヘルプ (居宅介護事業), 精神障害者の特性, 身体介護と家事援助, 地域, ケアマネジメント

I. ほっとハートの活動理念

1) 福祉の目線で行う支援

千葉県市川市にある特定非営利活動法人ほっとハートで働く私たちは、障害者の地域生活の維持や向上のために、また何よりも本人の希望する生活に向かって、地域という現場で同じ目線で支援を行うことを心がけ、活動を続けている。

ほっとハートは、1995年に地域で暮らす精神障害を持つ人たちの日中活動の場所づくりや、日常生活の支援を行うために立ち上げた任意団体から始まった。1995年以前に、まだ精神保健法であった時代には、法律の名称にも「福祉」という文字が使われていなかったように、精神保健福祉法の施行された1995年頃を境にして、地域でもようやく精神障害者に対して「福祉」という言葉が使われ始めたように思う。

2) 地域に必要な社会資源づくり

ほっとハートでは、その始まりの時から現在に至るまで、その時々が必要と感じた社会資源を地域につくってきた。

まずは、日中働く場所としてお弁当屋さんをつくった。次に、自宅にいてもかかわらず座敷牢のような劣悪な環境に置かれながらお弁当屋さんに通って来る人のために、グループホームを始めた。その人がひどい状態の自宅から出て、衛生的な環境で安心して暮らし、そして仕事に行けるように「住まい」を用意したのである。

その後は、グループホームの人たちの「一人暮らしをしたい」「でも一人だけで何もかもできるのが不安」「できないことを手伝って欲しい」という希望から、2003年から居宅介護事業によるホームヘルプサービスを始めた。この事業では、グループホームを卒業した人へのケアだけではなく、近隣の苦情等から市役所や保健所が介入し、ホームヘルプにつながった人たちへのケアにも入るようになっていった。

II. 障害者自立支援法以前のホームヘルプサービス

1) 市川市における精神障害者へのホームヘルプ事業

私たちの法人の所在する市川市では、障害者自立支援法以前には市の障害者施設課の南八幡メンタルサポートセンターの担当者がケアマネジメントを行っていた。市川市では、2001年度から試行事業により精神障害者に対するホームヘルプ事業を開始し、その際のケアマネジメントもやはり障害者施設課の担当者が、精神障害者の特性に配慮しつつ行っていた。

その当時の精神障害者へのホームヘルプサービスは、身体障害者・知的障害者とは違う法律で行われていたもので、精神障害という障害特性に合わせてよい部分が大きく、市の裁量がある程度認められていたようだ。身体障害者とも知的障害者とも違う、もちろん高齢者とも違う、その精神障害ゆえの特性や、生活のしづらさに配慮した支援計画を策定することができた時代であった。いわば、手づくりのホームヘルプ制度で、これはまさにパーソナルケアである。ただし、精神障害者がヘルパーを利用するという点について当時はまだあまり馴染みがなく、試行事業の初年度(2001年度)は13件しか利用がなかったという。

そのため、2002年度から市川市では精神保健福祉法に位置づけられた「精神障害者居宅介護等事業」として、新たに管轄も障害者支援課に移して制度として始めてみたものの、その事業自体の周知も徹底されず、また「精神障害者にホームヘルプがなぜ必要か」ということへの理解も広く一般的な共通認識としては成り立っていなかったために、あまり利用件数は増えなかった。

精神障害者支援の分野で専門職と呼ばれる人たちでも、事業の立ち上げ当初は、その必要性をあまり理解していなかった面も否めず、むしろ「通って来る人たちを支援すること」に重点が置かれていた時代だったと言える。つまり、こちらから訪問するとか、一対一の支援を行うとか、支援

者が一人で精神障害者の自宅に訪問するのは不安だとか、そのようなことをしたら精神障害者の依存性を高めるのではないとか、訪問より外出を勧めることこそがよいケアであるという考えが強く、ホームヘルプの有効性を理解していた人はあまりいなかったのである。

しかし、ホームヘルプ事業を始めてすぐに、担当者の間ではその有効性が認識されることになった。週に1回でも人が自宅に来ることで朝起きて待っていてくれるようになり、それまでの乱れていた生活リズムが整う。人が来るから掃除をしなければと思い（ホームヘルパーも掃除援助で入るのだが）、部屋を片づけるようになる。また、自分のためだけに誰かが時間をとってくれるということで精神的にも安定する。当時の行政の担当者も「こんなにもホームヘルプは有効なサービスなのかと、現場に近い者ほど実感し、驚いた」と話していた。

とはいえ、それはまだごく一部の限られた人への支援についてであり、その他の多くの当事者たちは「ヘルパーに何をしてもらえるのか」「どんなことを頼めるのか」「どんなとき、どのように助けてもらえるのか」など、具体的にはホームヘルプについてわからないことが多く、せっかく始まったこの制度であったが、残念ながら使いこなされていなかった。

例えば、介護保険を利用する高齢の母親の家に精神に障害を持つ息子が同居しており、介護保険だけでは足りない母親の支援を、息子の精神障害者ホームヘルプ制度を利用して使い、サービス時間を増やすというような使い方もされていた。この場合、それは母親のための支援であって、精神障害当事者である息子の支援ではなかったのである。すなわちまだ「精神障害者支援のための有効なサービス」ということでは、ホームヘルプ制度は確立されていなかったと言えよう。

2) ほっとハートのホームヘルプサービス

私たちの事業所としては、この時期には、精神保健福祉手帳1級を持つ利用者のホームヘルプについては「身体介護」扱いで、2級を持つ利用者のホームヘルプは「家事援助」という支給決定を受けていた。これは、運営面では家事援助の単価は1時間約1,500円と低く抑えられていて大変厳しいものの、地域生活支援において「ホームヘルプサービスは絶対に必要なサービスである」との認識から、赤字ながら法人の他部門の持ち出しにより、何とか事業を続けていた。

2003年度から事業を始めたが、利用者数も徐々に増え、ようやく事業としての目途が立ち始めた2006年、障害者自立支援法によって一気に逆戻りすることになる。法以前まで手帳1級の人たちに対して市が認めてくれていた「身体介護」扱いが、障害者自立支援法によって“三障害一律”となったことで認められなくなったのである。ボディタッチをもって「身体介護」となるとされ、精神障害者のホームヘルプサービスについては全て「家事援助」の単価に変更されることになった。

Ⅲ. 障害者自立支援法以降のホームヘルプサービス

それでは、障害者自立支援法で単価が下がったことで、提供されるホームヘルプサービスに何らかの変化があったであろうか。決してそんなことはない。なぜなら利用者のニーズは制度が変わったからといって、変化するものではないからである。私たちの事業所では、さまざまな問題を抱えながらも以前と変わらず本人のニーズに応えるための支援を続けていた。

そのような支援を続けた側の視点から、具体的に障害者自立支援法以降のマイナス面をあげるとするならば、次のようになる。

1) サービスの単価が下がったこと

手帳1級の利用者の場合の「身体介護」扱いが一切認められなくなり、一律で「家事援助」となったため、これによって事業所の経営が困難になった。特に、ほっとハートのように介護保険がメインではない、精神障害者に特化している事業所ほどその経営が厳しくなった。

前述のようにボディタッチをもって「身体介護」と認める市町村が多く、たとえ服薬の支援や、精神症状への対応などの高い専門性を必要とされる支援を行っていたとしても、利用者の身体に触れない限り一律「家事援助」なのである。障害者自立支援法ではホームヘルパーにはそのような高い専門性は求めていないということだろうか。ただ淡々と家事のみをこなしていればよいと言われているようで釈然としない。

さらに、精神障害を持つ利用者の多くが希望する調子の悪い時の「見守り」「寄り添い」「話し相手」といった支援は、そもそもホームヘルプとして位置づけられていない。そのような中でも地域によって精神障害者の特性に配慮した支援は単なる家事援助ではなく、さりとてボディタッチはないので身体介護にはできず、「心身的介護」という独自の解釈で身体介護扱いの単価を出している自治体もある。しかし、精神障害者や知的障害者のケアでは「家事援助」しか認めていない市町村が多いため、障害者自立支援法になってからは市町村格差が開き、「家事援助」でしか支給決定してもらえない市町村にある事業所は、どこも大変な経営状態に置かれている。

2) 行政によるケアマネジメントの行き詰まり

障害者自立支援法によって行政の事務量が大幅に増えたことと、個人情報の取り扱いの整理がついていなかったため、市川市の場合にはそれまで行っていたケアマネジメントが機能しなくなった。

そのことによって、事業所の側では新しくホームヘルプサービスの依頼は受けたものの、利用者情報としては氏名と住所を書いただけの用紙がケースファイルに挟んであるだけというような状態に直面することになった。しかし、これは市役所側だけの問題ではなく、依頼を受ける側の事業所側の問題でもあった。制度が急に変わったことで、私た

ちもその変化に追いつけなかったのである。

3) 精神障害者ホームヘルパー研修の非義務化

精神障害者ホームヘルパー研修は、9時間という短い時間の上乗せ研修ではあったものの、日頃は縁遠い精神科病院や地域の事業所などでの現場実習などもあり、何の研修もせずに精神障害者の支援を始めるよりは理解が深まり、ヘルパー本人にも居宅介護事業所にも、もちろん利用者にとってもよいことであったと思うのだが、障害者自立支援法では「必要なし」とされた。

この研修については、ぜひ今後も義務として復活させてもらいたい。義務でないものに県もそうそう予算を割くことはしないため、現在では千葉県の場合は年1回だけ、それも決まった人数しか受け入れず、多数の研修希望者に対応できていない状態にある。

4) 障害程度区分の妥当性の問題

市川市では、障害程度区分とサービスの支給量を連動させていないので、たとえ区分が低く判定されてしまった場合でも、その人に対する必要性がきちんとアセスメントできている場合は、支援に必要な支給量を決定してもらえている。しかし全国の居宅介護事業所では、サービスの支給量が区分に連動しているという話をよく聞く。その場合は、本人が必要と思うサービスを希望しても、十分なサービスの量が支給されないことがあるという問題がある。

そもそも介護保険ベースの認定調査に無理がある。また、調査に入り支給決定を受けるまでに最大4カ月かかった利用者もいるなど、今このタイミングで入りたいと思っても、それが叶わないという制度上の問題がある。幸い市川市の場合には、遡って支給決定することを認めてくれたため、サービスを受けられずそのような不利益を被った利用者は私の知る限りではない。

さらに、支給時間も決められている。家事援助は、介護保険と同様の1.5時間で十分との考え方によって時間設定されている。それを超える場合には、毎回毎回「理由書」を提出しないといけないところもある。

5) 地域生活支援事業の地域格差

地域による格差をなくし、どこでも同じサービスが受けられるというのが、障害者自立支援法の考え方ではなかったのだろうか。ところが、市町村によってその格差は大きく、例えば市川市では条件を満たせば支給決定してくれる指定相談事業所のサービス利用計画作成費が、隣の東京都のある区では一切認められない。またその区では、精神障害者には移動支援も認めていない。

そもそも移動支援については、全国的に恒常的な移動に対しては利用できない市町村が多いことも、精神障害者の特性を全く理解していないものと言える。ほっとハートの利用者にも、週1回、決まった場所に通いたいと希望する利用者がいた。通常は認められない移動支援のパターンであるが、退院後の特例ということで約1年間程度は認めてもらっていた。しかし、多くの自治体では、そうした弾力的運用もできずにいると聞く。自立するための支援ならば、

認められて当然だ。1～2カ月では無理でも、半年、1年、人によっては3年と移動支援を利用することで、いずれは一人で行きたい場所に行けるようになる。時間はかかって、そのようにして自立できた人たちを多く見てきた。しかし、サービス自体が利用できないのであれば、そこ（自立）に行き着くなどできないではないか。国が「自立しろ」と精神障害者に言うならば、自立のための支援はきちんと使えるようにしてもらいたい。

6) 情報がまったく届かないこと

なぜ居宅介護事業所はいつも蚊帳の外に置かれるのか。「障害者自立支援法における居宅介護事業所」という位置づけなのだが、県から障害福祉サービス事業所に送られてくる研修等の案内が、居宅介護事業所には一切送られて来ない。精神障害者の支援で行き詰っている事業所の中には、研修の機会があればぜひ参加したいと希望しているところもあるのだが、例えば「相談支援従事者研修」などのアナウンスが千葉県からされたことはなく、その存在さえ知らない事業所がほとんどであった。

介護保険の研修会等に参加して、私がそのような研修の話をする、いつも大抵、どの事業所の方も「初めて聞きました」と言っていた。ほっとハートのように、法人内で他の障害福祉サービスを行っている場合は、法人内の他事業所からの連絡で知ることができるのだが、多くの居宅介護事業所では、介護保険サービスを主に行っていることが多く、障害関係の研修や情報が行き届かない状況である。

しかし、実際に精神障害者にホームヘルパーを派遣している事業所は、ほっとハートのように精神に特化した事業所であることは少なく、その多くは地域の介護保険の事業所である。地域での精神障害者に対するホームヘルプを根づかせるためには、高齢者のホームヘルプを行っている事業所にも、精神障害者の特性などを理解してもらい、抵抗感を持つことなく支援に入ってもらえるようになってもらいたい。そのためには、研修等の機会はできるだけ多い方がよいと思うのだが、そういう意識を行政が持っているとは感じられず非常に残念である。

7) 介護保険優先の問題

65歳を超えた精神障害者は、介護保険を優先するという決まりのために、本人が知らないうちに（知らせていても全く理解していないうちに）介護保険に切り替えられていることがある。介護保険では、精神障害者は要介護に認定されることはあまりなく、要支援になることが多いのだが（非該当の場合も多い）、そうなると今まで障害者自立支援法の中で何とか精神の特性に配慮して行ってきた支援ができなくなる。

例えば通院には同行できなくなるし、同行できたとしても介護保険では中抜けが原則なので、今まではできていた院内の付き添いが認められなくなるなど、本人にとっては不利益なことが多くなる。

8) 精神障害者の特性に合わないこと

介護保険をベースに考えられた支援内容であるために、

精神障害者の特性に合わないことも多々あり、使い勝手のよいサービスとは言えない。この問題については実際の事例を通して考えてみたい。

①Aさんの事例

Aさんは30代の女性で、自宅マンションにおいて一人暮らしをしている。統合失調症と強迫性障害を持っている。

Aさんの悩みは、対人恐怖や強迫性障害のため一人での外出ができず、また服薬が一人でできないことである。外出時はまず服薬してから出かけるのだが、調子が悪いときはその支度に1時間以上かかる。服薬する際には多くの確認行為を要し、服薬した後はノートに記入しなければいけないからである。したがって、家事支援でケアに入っても、本人が動けるようになるまでには時間がかかる。かといって、ヘルパーが掃除や調理をさっさと進めてしまえばよいというわけではない。本人は服薬に不安があるので、ちゃんと自分が薬を飲んでいたか確認するためヘルパーに見守っていて欲しいという。

さて、ようやく服薬に関するAさんの一連の確認行為が終わり、ヘルパーと一緒に買い物に行っても、歩いていると「歩道が沈み込んでいく」「今すれ違った人を突き飛ばしてはいないか」などと不安になるし、店に着いて商品を選んでいるときにも「店の棚が迫ってくる」「積み上げられている商品が自分に向かって降ってくるのではないか」と心配になる。そして、会計を済ませて店を後にすると「今、私万引きしませんでしたか」「お店の物を勝手に持ってきてはいませんか」「私、お金をちゃんと払いましたよね」「お店の人を殴ってないですよ」とヘルパーに確認する(関わり出した当初は、ケアが終わった後にも、事務所に再確認の電話がかかってきていた)。

Aさんは、身体的には特にどこか不自由があるわけではない。だから、本当はヘルパーと一緒に自転車に乗って買い物に行きたいのだ。しかしAさんの家の周囲には買い物できるスーパーがないので、遠くのスーパーまで歩いて行くと往復で約1時間かかる。Aさんは出かけるまでに1時間近くかかるから、1.5時間のサービス時間の中では、なかなか一緒に買い物に行くことができない。本当は一緒に行って、自分の目で見て、好きな商品を選びたいと思っている。しかし、一人では不安で買い物に行けない。だからヘルパーと一緒にいきたいのだ。

現行制度では、利用者とヘルパーが自転車に乗って一緒に買い物に行くというケアはないようだ。介護保険をベースに考えられているので、そういう想定がないのだろうか。身体的な理由で買い物に行けないことが多い介護保険では「利用者が自転車で買い物に行く」ということは想定外である。なぜなら、自転車に乗って買い物に行けるような人は、介護保険サービスの対象外だからだ。また、ヘルパーが自転車に乗っていては、何かがあったときに、とっさに利用者を助けられないという理由もあるようだ。

Aさんは「一人では不安が強く買い物に行けないが、ヘルパーと一緒になら大丈夫だから、一緒に自転車に乗って買

い物に行き、自分の目で見て自分の食べるものを選びたい」と希望している。この希望に寄り添った支援をすることは、まさに障害者自立支援法の掲げる「自立のための支援」だと思うのだが、Aさんの場合はそれができずにいる。その代わりに実際に行うことになる支援は「1.5時間の中でヘルパーが一人で自転車に乗りスーパーまで行き、Aさんがメモに書いた食品を買ってくる」というものだ。何かおかしくはないだろうか。

②Bさんの事例

Bさんは20代の統合失調症の男性である。障害年金と実家からの仕送りを受け2DKのアパートで一人暮らしをしている。病識はあまりなく、通院も不定期で、服薬もしていなかった。人との関わりを拒否しており、引きこもりである。遠方に住む家族から「掃除と洗濯をお願いします」と依頼があり、事業所では週2回のホームヘルプサービスを開始する。

Bさんは訪問しても“不在”のことが多かった。在宅していても、訪問時の呼びかけには反応がない。何とか反応のあったときヘルパーは「失礼します、入ります」と言いながら入室するが、本人は部屋にこもっていて出て来ない。私たちは決められた手順で本人に声かけしつつ(反応はないが)、掃除・洗濯を行っていく。ケアが終了したら印鑑をもらわないといけなかったのだが、その声かけにも無反応である。

通院も服薬もせず、声かけにも反応しない、そんなBさんに定期的に働きかけているのはヘルパーだけだったが、このときにはケアマネジメントする人も存在せず、Bさんにどのように関わればよいのか、私たちは手さぐり状態だった。今では「あの頃は誰とも関わりたくなかった。俺に話しかけてくれるな!」といつも思ってた」と当時を振り返り、話してくれるようになったBさんだが、その時期には本当に何も話してくれなかった。

しかし、他に誰もいなかったのも、Bさんの病気のこと、妄想や幻聴のこと、通院拒否、服薬拒否、家事全般、金銭面、人づき合いのしかたなど、全てホームヘルプだけで支えていた。医療と連携が図れたらよかったのだが、Bさんは担当医師にあまりよい印象を持っていなかったため、自分から病院の医師やPSWに相談することはしなかったし、私たちがそれを勧めてみても「嫌だ」と拒否していた。

そのような関わりが続くなか、当居宅介護事業所のサービス提供責任者がケアマネジメントを行い、遠方にいる家族や病院、他の機関とも少しずつ連携を図っていった。現在も多くの居宅介護事業所はそうしているのではないだろうか。介護保険ではケアマネジャーが必ずいるが、精神障害者の場合は、支援の核となる全体を見渡してマネジメントを行う役割の人が不在の場合が多い。本人がセルフケアマネジメントできる場合は、当然それが一番よいのだが、そうでない場合、特にBさんのように通院や服薬もせず明らかに調子が悪そうな場合は、居宅介護事業所の力だけでは先の見通しも立たずに困ってしまうことが多い。

IV. 地域における訪問福祉サービス

入院患者が精神科病院から退院する際に、よく病院のPSWから次のような電話をいただいた。「今度退院する方がいるのでヘルパーさんをお願いします。ヘルパーさんの入れる日が決まり次第、その日に合わせて退院します」と。

現在、ホームヘルプサービスは地域に暮らす精神障害者にとって一番身近で使いやすいサービスである。掃除や洗濯、買い物や調理など、今までやったことがない、あるいは以前はやっていたが今は調子を崩して自信がないというときに使える数少ないアウトリーチ型の福祉サービスだ。しかし、ホームヘルプサービスだけで、その人の地域生活の全てを支えられるわけではない。

病識がなく通院していない人でも「通院が必要」と自分で思えるようになれば自分の足で通院できるようになる。同じように「服薬が必要」と感じられたときには、やはり自ら薬を飲むようになる。自分の部屋がゴミ屋敷・虫屋敷のような状態に陥り、そこに埋もれるペラペラの万年床の上でインスタント食品やパンだけを食べる生活、着替えもせず、風呂にももう何年も入っていないような生活を送る人が「これまでよりも少しは快適になった」と思ってもらえるように、あくまでもその人のペースを大切にしながら支援を続けていく。ホームヘルプサービスは、実に根気のいる関わりである。

V. 生活訓練の訪問による支援

地域生活のサポート役としては、私たちのホームヘルプだけでは不十分であり、少し荷が重い。障害者自立支援法では、自宅を訪問してある程度の回数の支援が提供できるサービスは、ホームヘルプサービスと、生活訓練の訪問による支援（月14回まで）しかない。

そのなかでも、ホームヘルプサービスが本来担うべき範囲を超えて、事業所が運営できないほど低い報酬単価であっても過重労働を行ってきたのは、私たちの目の前にいる利用者を支えるサービスが他になかったからである。

しかし、ほっとハートでは、2007年度と2008年度に厚生労働省障害保健福祉推進事業を受託して「地域における訪問型生活訓練のニーズ把握とサービス内容・コスト分析に関する調査研究事業」を実施し（ほっとハート、2009）、その結果、2009年度には生活訓練の訪問による支援の報酬単価が改正されたことによって、地域生活の困難性が高い利用者には生活訓練の訪問による支援で支えていく方向にシフトチェンジした。

ホームヘルプサービスでは本来は日常生活・家事支援が中心となっていることは、その報酬単価の設定からも明らかである。しかし、実際のほっとハートにおけるヘルパーでの支援は単なる日常生活・家事支援以上の内容であり、地域生活に必要なさまざまな領域のスキルアップへの支援

を行っていることが、上記の推進事業の受託・実施により明らかになった。すなわち、利用者に代わって家事などを行う「代行」のような直接援助よりも、「相談・助言」「練習」といった間接的・訓練的援助が多く、さらにケアマネジメントや精神症状への対処など、医療的側面を含む支援が行われていたのである。このことから、訪問による支援は「本人の生活スキルを向上させるために働きかけられる一定の専門的知識・技術を要する独自のサービス」であることが明らかになった。

しかしながら、これまでこうした訪問サービスは十分になく、ほっとハートでは（他の多くの居宅介護事業所でも）ホームヘルプサービスとして対応してきた。現場スタッフは訪問時に目の前で明らかになるその人の生活ニーズに「制度外であるから」と対応できず苦慮することになり、その結果、事業所やスタッフ個人が過重負担しながら対応してきたのである。

そこに障害者自立支援法での居宅介護事業所の問題がある。現在のホームヘルプの単価設定の範囲でできることは何か、どこまでが妥当か、できないことはどうするのかなど、「何のサービスで、どう行すべきなのか」についての議論が全くなされていない。

その議論で一番大切なのは、もちろん言うまでもなく、地域で暮らす精神障害を持つ人たちの役に立つサービスであるということだ。しかし、そういったサービスを提供し続けるためには、事業として成立するだけの収入が得られることが絶対条件である。現在、そのような経営のできる居宅介護事業所は存在するのだろうか。

ほっとハートでは支援の切り分けを行い、生活のしづらさや地域生活での困難度が高い人には「生活訓練の訪問による支援」を行い、ヘルパーの本来業務と区分することにしたのである。このように、障害者自立支援法になったことで可能になったこともある。

VI. 障害者自立支援法になってよかったこと

前項で述べたように、障害者自立支援法になったことで可能になった新しいサービスがあるが、その他にも障害者自立支援法のプラス面はあるのだろうか。

1) 三障害の一元化

1993年の障害者基本法により、ようやく精神障害者が「障害者」として認められ、正当に福祉サービスを受けられるようになったが、本当の意味で障害者の仲間入りを果たしたのは、障害者自立支援法によって三障害が一元化したときからだと思う。

「障害者」にすらなれなかった精神障害者への偏見やステイグマの問題はあるにせよ、制度の枠に入ったことで、さまざまな問題のスタート地点によりやく立つことができたと言える。

2) ホームヘルプ利用者数の増加

障害者自立支援法以前の市川市では、ホームヘルプサー

ビスについてはせいぜい月1名程度の利用申請しかなかったが、法施行後の現在では、毎月多くの新規申請が上がるそうだ。

3) ホームヘルプ提供事業所の圧倒的増加

障害者自立支援法によってホームヘルプサービスを提供する事業所の数は圧倒的に増加した。しかし、一度は増えたその事業所数も、収入の低さ、その割に精神障害者の症状の不安定さなどに伴う利用キャンセルの多さ、電話の頻回さ、ヘルパーのなり手のなさなどから、サービス提供から撤退する事業所が最近は多いと聞く。

4) 相談支援事業所の存在

障害者にも、介護保険と同様にケアマネジメントが必要であるという認識が広まった。しかも、介護保険のように「御用聞きケアマネ」などと揶揄されることのないケアマネジメント、すなわちサービスの当てはめを行うだけではなく、利用者のストレングスやリカバリーに着目したケアマネジメントが相談支援事業所などによって行われるようになってきたと感じている。

VII. 地域に暮らす市民として

私たちははっとハートの居宅介護事業所は、生活訓練事業を新規で立ち上げ、生活訓練の訪問による支援で、従来はヘルパーが抱え込まざるを得なかったさまざまな過重労働を、正当なサービスとして、ほぼ正当な報酬単価で行えるようになった。しかし、全ての地域でそれができるわけではない。地域ごとに地域性がある。都市部（市川市は人口47万人で都市部に入ると思う）とそうでない地域では事情が全く違うだろう。また、地域連携がすでに図られている

地域とまだこれからという地域では、できることはきっと違うだろう。独居者の多い地域と、家族と住む割合が高い地域では、必要なサービスが違うかもしれない。

私たちはこの市川市という地域に合った、私たちの街市川でできることをやってきた。そして、この姿勢はこれからもずっとそうだと思う。それぞれの地域で、自分たちができることをやっていけばよいのだと思う。その少しずつの積み重ねが地域のサービスを少しずつでも前進させ、精神障害者にとって今よりは少しだけ暮らしやすい街になっていくのだと思う。そして、精神障害者にとって暮らしやすい街は、当たり前だが誰にとっても暮らしやすい街に違いない。

私たちの仕事は、精神障害者のための支援であると同時に、自分たちの暮らす街づくりをしているのだと最近つくづく思う。地域に暮らし、地域で働く私たちは、市民性と社会性を大切に、その上で専門性に磨きをかけていかなければならないのだと思う。

引用・参考文献

- 財団法人精神障害者社会復帰促進協会 (2008). 精神障害者ホームヘルプサービスに関する調査研究事業. 平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書.
- 特定非営利活動法人はっとハート (2009). 地域における訪問型生活訓練のニーズ把握とサービス内容・コスト分析に関する調査研究事業. 平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業（訪問型生活訓練モデル調査研究事業）報告書.
- 特定非営利活動法人はっとハート (2010). 平成22年度「精神障害者・知的障害者等の地域生活のための研修会」研修テキスト：「自立訓練（生活訓練）事業・宿泊型生活訓練事業」におけるよりよい支援を目指して. 特定非営利活動法人はっとハート.

■企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

精神障害者とヘルパー制度

～地域でサービスを利用する立場から～

山本眞理

東京都・全国「精神病」者集団・当事者
 [〒164-0011 東京都中野区中央2-39-3 絆社]

key words: 移動介助, ホームヘルパー, 障害者自立支援法

I. はじめに

私は精神保健福祉法のホームヘルプおよび障害者自立支援法のヘルパー制度を使ってきた。精神保健福祉法におけるヘルパー制度（精神障害者居宅介護等事業）は、少なくとも私のいた東京都大田区では介護というより訓練であり、どうにも使いにくい制度で、その給付決定過程およびモニタリングについてもさまざまな問題点があった。これについては当学会でもすでに報告しているところである（山本，2004）。

悪法と言われる障害者自立支援法ではあるが、少なくとも精神障害者にとって、そのヘルパー制度については大幅な改善をみた実感している。

「手足も動く、目も見える、なのになぜ介助が必要か」「甘えている、怠けている、自分でやりなさい」という声は、精神保健福祉専門職からも一般の方からも、あるいはヘルパー自身からも聞こえてくる。代行で家事をしていては自立支援ではないのではという声である。こうした声については、精神障害に伴う疲れやすさ、逆に言えば疲れを感じないゆえの病状の再発防止などについて、より理解を広めていく必要があろう。

以下、私のホームヘルプサービスの利用状況およびその体験から、ヘルパー制度の利点と問題点について述べる。

II. 利用して感じたこと、考えたこと

私は現在、障害者自立支援法の障害程度区分2で、支給決定としては短期入所月5日、通院等介助月4時間、家事援助月30時間、移動介助月45時間である。

上記のうち、短期入所、通院等介助、家事援助は国による介護給付であり、移動介助は地域生活支援事業のなかの移動支援事業として、必須事業であるが、市町村が行っているものである。

1) 短期入所

短期入所については、そもそも精神障害者を受け入れる事業所がなく、中野区の近隣では練馬区に一つあるだけ。あっても「紹介者」を求めるなどという壁があり、使ったことはない。ちなみに紹介者とは「山本さんの生活をよく知っている人」のことだそうで、どういうわけか精神障害者という、私の暮らしを私以上に知っている人が存在することになっているらしい。

そのため、むしろ東京都が法外の事業として行っている精神保健福祉センターのショートステイの方が手帳要件もなく電話一本で予約できるので使い勝手がよく、こちらを利用していたのだが、残念ながらこのショートステイは、このたび事業が廃止されてしまった。

2) 通院等介助

通院等介助については、とりあえず私の場合は、国も認めている「例外的に」ということで待ち時間や診察時間も使えることになっているが、原則は待ち時間・診察時間は使えないということで、実際には使いづらい制度である。

地方などで公共交通機関が不便な場合に、車での移動が必須であっても、ヘルパーが運転する自動車の場合、その時間は支給されないということで、実際に使えないということがある。

「通院等」の「等」については、役所や相談支援事業所での相談時間も支給されるので、これはよい制度であると考えるが、体調不調のときにこそ臨時に使いたいのだが、不調のときにはその要求や手続きができず、実際には使えていない。

3) 家事援助

家事援助については、状態が最悪のときに合わせてということで、私の場合は月30時間となっているが、実際には週2回、1日1.5時間以上使ったことはない。1日の上限は2時間という決定であったが、今回の支給決定のときに「不安で耐えられないときそばに人がいてほしいので1日上限6時間使わせてほしい」と訴え、認められた。ただし、

まだこれは使っていない。

家事援助は、現在は掃除と買い物をお願いしている。ほこりだらけ足の踏み場もないということになりがちな状況の中で、週2回ヘルパーさんの来るときに向けて掃除や片づけをするので何とか生活が維持できているし、掃除できずにアレルギー性の気管支炎になっていたのも治った。お風呂に入りたくない状態でも、お風呂掃除をしてもらえると何とかお風呂に入れるということもある。

定期的に来てもらうことで生活にメリハリができ、規則的な暮らしが維持できるというメリットがある。しかし、この点はまた一方でデメリットでもある。体調が悪いとき、そもそも人に会うことがつらいという状況になると、ヘルパーさんが来てくれること自体が苦痛となる。しかし、ヘルパーさんの所得保障を考えると、私が断れば即無報酬となるので断ることも難しい。あまりキャンセルが続けば、派遣してもらえなくなるのではないかとのおそれもある。もちろん、当日キャンセルであれば全額自己負担せざるを得ない。

自分らしい暮らしを地域で過ごすためのヘルパー制度であるが、時にヘルパーに合わせて生活することになって、本末転倒の事態が生まれてしまう。

今回の支給決定のとき、不安なときにそばにいてほしいからということで1日6時間まで使えるようになったので、家事そのものはしてもらわなくともそばにいてもらうということでも使えるのではないかと期待しているが、こうした臨時の派遣に応じてくれる事業所があるかどうかの問題となる。

私たち当事者の間では、「それは変だよ」と言いながらも、「先週は体調が悪いのでヘルパーさんを断った」などという会話が交わされている。現状の三障害統一のヘルパー制度では、精神障害者特有の病状の波、あるいは臨時のニーズに応じて派遣が可能な体制が求められている。例えば、どこかで待機してもらって来てほしいときにだけ来てもらうことが可能な形態、あるいはキャンセルしても自己負担にもヘルパーの無報酬にも事業所の持ち出しにもならないしくみなどが必要である。しかし現行の体制では「臨時および困ったときだけ」という派遣を事業所が受けることは非常に困難であり、定期的に入ってもらおうという体制で依頼しないと、ヘルパーの所得保障ができないしくみとなっている。ここが、精神障害者にとっては、家事援助のホームヘルプサービスで最も使いにくいところである。

4) 移動介助

移動介助については、屋外の移動、それも公共交通機関を使ったときのみ支給されるということになっており、また会議やサークル活動などの時間には支給されないということで、例えば「遠方に出かける」という最も移動介助が必要な場合に介助の探し方がないという実態がある。

初めての会合などではそばにいて見守ってもらい、当事者にとっての“安全保障感”を確保することも必要な介助であるのに、精神障害者にはこれは認められていない。会合

の途中で体調が悪くなっても、帰ろうにも移動介助は得られないことになる。

私は、内閣府の障がい者制度改革推進会議総合福祉部会に参加する際に移動介助を利用しているが、会議の間は自己負担で移動介助のヘルパーさんに待機と見守りをお願いしている。内閣府としても、この介助には公費負担はできないとしている。

Ⅲ. 精神障害者にとっての 移動介助の必要性和有効性

精神障害者の間でも、また精神保健福祉の専門職の間ですら、精神障害者が移動介助を使えることはあまり知られていないようだ。国の制度である移動介助（通院等介助、通院等乗降介助、行動援護など）および地域生活支援事業の移動支援事業としての移動介助があるが、市町村による地域生活支援事業の方は、必須事業とはいえ地域によるばらつきが非常に大きい。国の制度（障害者自立支援法）である通院等の移動介助の運用も、地域間格差が大きいことは事実だ。

しかしながら、精神障害者だから移動介助が使えないという対応は許されない。建前として三障害同一である以上、最低限でも申請する権利は精神障害者にもある。

1) 移動介助の必要性

精神障害者にとって移動介助が必要な理由は、第一には方向感覚のなさにより道に迷ってしまったり、電車に乗り間違え30分で行けるところを4時間以上もかかって消耗してしまうといった問題の解決のため、第二には忘れ物をしてしまうため、それを防止してもらうための介助として、第三に役所や相談支援事業に行くときにアドボケイト（権利擁護者：本人の権利主張の応援団・支援者としての役割を担う者）として付き添ってもらおうことで、コミュニケーションの困難さや権利主張の困難さを補ってもらうなどである。例えば、生活保護受給者にとっては、役所の建物に入ること自体が恐怖と緊張をもたらすことなのであるが、それもこうしたアドボケイトとしての介助が得られると、不安を軽減することができる。

私自身、例えば講演会等で「障害者自立支援法の問題点について述べよ」と言われれば話せるが、実際の役所等の窓口では、私が何に困り何を求めているのか説明しようとするとコミュニケーションが成立しないことが間々あり、アドボケイトの同席なしには、自分の要求を表現することさえも難しい。

2) 移動介助の有効な使い方

ヘルパーを利用するにあたって、家事援助などで自宅に人を入れることには抵抗のある仲間は数多い。こうした場合、まず移動介助を使って、例えば近所への買い物や銀行などに出かけるときに一緒に同行してみることは、非常に大きな利益となる。実際にコンビニ店以外使えなかった人が、移動介助を使うことで、より安い買い物ができるようになって経済的にも助かっているという声もある。

特に、長期に入院していた人にとっては、少しずつ地域生活になじんでいくためにも、移動介助は非常に有効であると考えられる。役所が必ずしも本人の権利保障を目的として対応してくれないこと、例えば生活保護による移送費すら教えないで使わせない、あるいは相談支援事業所が障害者自立支援法の申請書すら渡さないという水際作戦を行っている実態を考えると、移動介助によるアドボケイトの活動は非常に有効である。また、こうした移動介助を入院中から使える制度として交通費等を長期入院者に支給することは、地域移行に向けても重要である。

3) 通院等介助の活用

通院等介助の場合、医療機関では原則として待ち時間や診察時間には支給されないが、役所や相談支援事業所での相談時間については保障されるので、これはもっと活用されるべきである。

また、医療機関での待ち時間や診察時間についても、国は「例外として認める」としているので交渉の余地はあり、通院確保のためこの「例外」を勝ち取っていくことは何より重要である。

4) 地域生活の水先案内人

私は「移動介助は地域生活の水先案内人である」と規定している。例えば外国からいきなり日本に来た人が、さまざまな情報の不足や習慣の違いなどに戸惑うのは当然である。言葉の不自由も戸惑いに拍車をかけ、コミュニケーションの不足によって誤解や地域生活での近所トラブルが起るなどは、当然あり得ることであろう。こうした事態に対して、日本人の友人が適切に情報提供したり、いろいろな手続きに同行したりすることは、よく行われていることだ。

同様に長期に入院していた人には、いわば外国から突然来日した人と同様の戸惑いや困難があり、それに対しては地域生活の水先案内人が必要である。移動介助を使って、ヘルパーさんに慣れていくことで、次は「家事援助もお願いしようか」という気持ちになる人も出てくるだろう。

5) 利用にあたってのバリア

会議や集会あるいは映画を観に行くなどで移動介助者がそばにいてくれることの意味は非常に大きいですが、現状ではそれは認められていないことが問題である。

また、近所への買い物などでは問題にならないが、交通機関を使った移動の場合の交通費負担の問題がある。精神障害者の場合は、行政が移動介助を認めても、介助者の交通費無料化はされていないため、2人分の交通費を利用者が負担することになる。貧しい精神障害者にとって、これは重大なバリアである。行政が認めている以上、最低でも移動介助の利用中については他障害と同様にヘルパーの交通費無料化がなされるべきである。

さらに、資格による壁も大きい。地域生活の水先案内人の役割は、精神障害者と互いに助け合うことができればより有効となる。したがって、精神障害者にとって何より体験者からの力添えが得られることは大きな支えとなる。地

域生活の水先案内人として、例えば「安い買い物なら任せて」「映画なら私が詳しい」など、その他にもそれぞれの持つ特技や知識を生かして、相互に役割交換しながら移動介助するという形は、精神障害者の就労としても、あるいはエンパワメントにも有効であるが、現状ではこうした助け合いを行うことは、ヘルパー資格という壁により障害者自立支援法の移動介助とは認められず、無償行為となっている。また、ピアアドボケイトはとりわけ有効である。

使う側の立場から本来の利用目的で考えると、ヘルパーは資格より相性が大切であり、精神障害者であるか否かにかかわらず、健常者であっても自分と相性のよい人をヘルパーとして利用できるように、資格制度の撤廃が検討されるべきと考えている。資格制度は、単に資格取得のための学校産業などを利するだけであり、実際に行われる介助の質とは無関係であると断言する。

IV. 介護保障のあり方を考える

1) 平等な地域生活を送るために

そもそも一人の人間の生活は、ここは家事、ここは移動、ここは通院などと区切られてはいない。病院に行ったついでに買い物をしたり、喫茶店で一服したりすることは、人が当たり前に行っていることだ。ところが障害者自立支援法では、通院等介助を使い新宿の繁華街まで行ったとしても、自宅から医療機関まで、行き帰りともに直行直帰しなければならない。新宿で買い物をしたいと思ったら、もう一度移動介助を使って自宅から新宿に行かなければならないことになる。新宿まで二往復しなければならないのだ。

何で障害者だけ、このように不合理な生活をしなければならないのだろうか。しかも、精神障害者の場合は2人分の交通費を二往復分自己負担することになってしまう。いかに使いにくくし、使わせないようにするかということを目的としてつくり出された体系が、障害者自立支援法なのではないかと勘ぐりたくなる。

確かに、総支給量を時間枠として決定することはやむを得ない方法かもしれない。しかしその枠内であれば、移動であれ、見守りや待機も含めて、何に使おうが自由という形態が求められている。例えば重度訪問介護はそれに近い形態であるが、重度身体障害者のみに支給される介護類型である。すべての障害者が他の者と平等な地域生活を送るためにも、現状の介護保障類型について総体的な見直しが必要とされている。例えば、障害者10人で5人の正規常勤の介助者を雇って、随時要求に応じて利用することが可能な体制を検討してみることも必要であろう。月30万円程度の医療費を退院後に介助費用として保障する形をとれば、そうした介助体制も可能となるのではなかろうか。

2) 制度の不毛や無駄を超えて

私は2007年11月より、中野区の地域生活支援事業として移動介助を提供する事業所である絆社を運営している。私を含めて利用者2名という超零細事業であるが、その絆社

の活動を通じてつくづく感じるのは、障害者自立支援法が求める膨大な事務作業の不毛さである。

報酬の算定構造は、時間が長くなるごとに金額が低減される複雑なサービスコード表に基づき、早朝深夜の別、また早朝から昼間にまたがる場合、あるいは昼間から夜間にまたがる場合などなど、細かなサービスコード表によって請求することになっている。

もちろん、支給決定に当たっての障害程度区分一次判定のアセスメント調査106項目の愚劣であること、事業所のみでなく市町村側も不毛な事務作業の山に迫りまくられている実態は、無駄の一言である。106項目には「妄想はありますか」などという質問がある。これはクレタ人に「クレタ人は嘘つきか」と聞く質問と同様であり、あると言ってもないと言っても意味のない質問である。さらに「勝手に人のものを取ってしまうか」などという無礼極まりない質問もある。

3) 当たり前の生活の保障

現在、障がい者制度改革推進会議の下に総合福祉部会がつくられ、障害者自立支援法に代わる新法作成への議論が進められている。部会の構成員は総体的に熱心な議論を重ねているが、最後は厚生労働省の官僚の作文、金がないのでごめんねで部会の意見が骨抜きにされるおそれは十分ある。すでに、障害者自立支援法延命法案は2010年12月3日に成立してしまっている。状況は厳しいと言わざるを得ないが、障がい者制度改革推進会議だけの働きに任せての目的達成は難しい。会議の外からも大きなうねりをつくり出

し、当たり前の生活をすべての人に、障害のあるなし年齢にかかわらず保障する体制を勝ち取っていくことが求められている。

また、個々の精神障害者の権利主張を支え、要求を獲得していくためには、アドボケイトを担ってくれる人たちの養成を促すことも重要である。現在、「権利主張センター中野」の事務局として、私は精神障害者のためのアドボケイト養成カリキュラムを作成し、その講座の出前も行っている。これは障害のあるなしにかかわらず対象としている講座なので、ぜひ各地で開催してほしいと願っている。

また、拙著の冊子「精神障害者の支援・介助とは？—私たちの求める支援・介助」(A5判・30頁・イラスト入り・定価100円)も好評発売中であり、ぜひ併せてご一読いただきたい。冊子と上記の「アドボケイト養成講座」については、筆者(nrk38816@nifty.com)まで直接ご連絡いただければ幸いである。

引用・参考文献

- 山本真理(2004). ホームヘルパー制度の問題点—利用者の立場から. 病院・地域精神医学. 48(2): 172-174.
- 山本真理(2008). 精神障害者の支援・介助とは？—私たちの求める支援・介助. 絆社.
- 山本真理(2011). 私らしく普通に暮らしたい—私のとなりでそっとお手伝いを：精神障害者アドボケイト入門. 権利主張センター中野. (注文は筆者まで)
- 山本真理：私たち精神障害者の介護保障を考えるために (ホームページ資料：<http://nagano.dee.cc/kaigohosyo.htm>).

■企画特集 障害者自立支援法後の精神保健福祉

【2. 障害者自立支援法で導入・強調された考え方の検証】

障害者自立支援法に基づく指定相談支援と ケアマネジメント

今村まゆら

東京都・社会福祉法人プシケおおたかまた生活支援センター大田区地域生活安定化支援事業専任担当・PSW
〔〒144-0051 東京都大田区西蒲田4-4-1 蒲田生活支援交流センター3階〕

key words: 相談支援事業, 指定相談支援, サービス利用計画作成費, 現場, ケアマネジメント

はじめに

本論執筆にあたっての前提として、私はあくまで現場の所感に重きを置いた内容しか書けないことを申し上げ、その旨ご理解いただければと思う。障害者自立支援法についても正確な認識と解釈ができていないのかどうか甚だ心もとなく、ましてや多くの先達が考察・研究しているケアマネジメントについてなど、試験前の一夜漬けに近いそれぞれの知識とあってよい。

そうした私が、どのような立ち位置から本題に言及していくのかあえて言うなら、小さなフィールドではあるが、精神障害者支援の「現場」の片隅で現在取り行われている姿の一端をレポートすることなのだろうと考えている。

さて、国は毎年、全都道府県の行政担当者と民間事業者を対象（各都道府県約5～6名）として「相談支援従事者指導者養成研修」を実施している。その後、各都道府県では相談支援従事者「初任者研修」および「現任者研修」を実施する流れなので、国による指導者研修の参加者には、自分の都道府県における相談支援従事者研修を進めていく役割が課せられているとあってよい。

私は、2008年度に東京都精神保健福祉連絡会（就労関係・家族会・当事者会・福祉施設など東京都の8団体で構成される連絡会：以下「都精民協」）を通じて、東京都地域生活支援センター連絡会（現・精神障害者地域生活支援とうきょう会議支援センター部会：以下「センター部会」）から国の指導者研修に参加させていただいた経緯があり、その後2008年度・2009年度の東京都相談支援従事者初任者研修で「障害者自立支援法における個別支援計画の作成」という講義部分を担当した。

本論は、主にその講義に準じた内容となっている。加えて、現在は障害者自立支援法に基づく「指定相談支援」を実際に行っているもので、その活動のなかで感じたことや課題などを整理できればと考えている。

I. 障害者自立支援法における相談支援事業

障害者自立支援法は、市町村が支給する障害福祉サービス（介護給付・訓練等給付）や自立支援医療・補装具費などの費用（100分の90：残りは利用者負担）のうち国が義務的経費として2分の1を負担（都道府県4分の1・市町村4分の1）する「自立支援給付」と、障害者が自立した日常生活・社会生活を営むことができるよう地域の実情に応じた柔軟な事業を都道府県・市町村が独自の判断のもとで主体的に実施できる「地域生活支援事業」の2つによって、その支援体系が構成されている。

障害者自立支援法では「相談支援」「相談支援事業」の用語については第5条第17項に規定されている。そして自立支援給付と地域生活支援事業という2つの支援体系のうち、地域の実情に応じた柔軟な実施を目的とする地域生活支援事業に必須の事業の一つとして「障害者相談支援事業」が位置づけられている（第77条・78条）。

一方、本論にて取り上げる「指定相談支援」は、上記の障害者相談支援事業とはいわば別枠として「サービス利用計画作成費の支給」（第32条）による自立支援給付により実施されるもので、指定相談支援を受ける利用者への個別給付である。

1) 障害者相談支援事業とは

障害者自立支援法第77条・第78条に基づいて国が定めた「地域生活支援事業実施要綱」（2006年8月1日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知：最終改正2010年3月25日）によれば、市町村地域生活支援事業の内容の一つとして相談支援事業が掲げられ、そのうち一般的な相談支援を行う「障害者相談支援事業」については「市町村は、障害者等の福祉に関する各般の問題につき、障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言その他の障害福祉サービスの利用支援等、必要な支援を行うとともに、虐待の防止及びその早期発見のための関係機関との連絡調整そ

の他の障害者等の権利擁護のために必要な援助（相談支援事業）を行う」としている。

また、障害者相談支援事業の具体的内容については、①福祉サービスの利用援助（情報提供、相談等）、②社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導等）、③社会生活力を高めるための支援、④ピアカウンセリング、⑤権利の擁護のために必要な援助、⑥専門機関の紹介、⑦地域自立支援協議会の運営等が列挙されている。

障害者相談支援事業の実施主体は市町村である。運営は市町村直営のほか常勤の相談支援専門員が配置されている指定相談支援事業者への委託は可能とされている。

2) 指定相談支援とは

障害者自立支援法では、市町村は、福祉サービス利用者のうち特に計画的プログラムに基づく支援を必要とする人（同法施行規則第32条の2に規定）を対象に、指定相談支援事業者からサービス利用のあっせん、調整などを行う「指定相談支援」が行われたときには「サービス利用計画作成費」としてその利用者（計画作成対象障害者等）に対して、指定相談支援に要した費用が個別給付される。これはさまざまな種類のサービスが適切に組み合わせられ、計画的に利用されるためのしくみ、すなわち「ケアマネジメント」として制度化されたものとなっている。

具体的には「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（2006年9月29日厚生労働省令第173号：最終改正2010年12月10日厚生労働省令第123号）などによって、指定相談支援事業所ごとに相談支援専門員を1名（常勤換算）以上配置し、①相談支援専門員は生活全般に係る相談とサービス利用計画の作成に関する業務を担当する、②利用者の居宅を訪問して面接によるアセスメントを実施する、③月1回以上利用者の居宅を訪問してモニタリングすることなどが定められている。

また、個別給付としての「サービス利用計画作成費」については「障害者自立支援法に基づく指定相談支援に要する費用の額の算定に関する基準」（2006年9月29日厚生労働省告示第524号：最終改正2009年3月30日厚生労働省告示第162号）に単位数（1単位は基本10円）が定められている。サービス利用計画作成費Ⅰ（指定相談支援を行った場合）850単位、サービス利用計画作成費Ⅱ（指定相談支援に加えて利用者負担額合計額の管理を行った場合）1,000単位の支給額である（月額）。

Ⅱ. 相談支援の“そもそも”論

障害者自立支援法上の相談支援事業の体系は上述の通りであるが、そもそも相談支援というのは、この法律が成立した後に唐突に現れたものではない。障害者自立支援法以前の相談支援事業は、いわゆる障害別に分かれていて、①身体障害者を対象とする市町村障害者生活支援事業、②知的障害者を対象とする障害児（者）地域療育等支援事業、そして③精神障害者を対象とする精神保健福祉法の地域生

活支援センター事業となっていた。

このうち、身体障害と知的障害については、相談支援事業の実施主体はそれぞれ2003年から市町村となった。一方、精神障害者を対象とする地域生活支援センターについては、2006年10月に法律上からその名が消えるまで、都道府県が実施主体であった。

障害者自立支援法が施行され、相談支援事業が市町村と都道府県に分散していた状況が改められ、障害種別に関係なく市町村に一元化されることになった。都道府県の役割は、相談支援に関する基盤整備や、障害や支援の特性に鑑み、専門性の高い事業や市町村域を超えた広域的対応を要するものに明確化された。こうして三障害に対応する一般的な相談支援が、市町村による地域生活支援事業の障害者相談支援事業ということになっている。

少し余談だが、このことから、特に精神障害者を対象とする地域生活支援センターは、障害者自立支援法への移行時、改めて事業所のある市町村との関係性の構築を問われざるを得なくなった。しかし、市町村との関係性以前の議論として「どの支援現場においても相談業務はなされているはず」というような相談のあり方や相談支援体制についての整理、「ケアマネジメントなどと形式張らなくとも良心的な専門職であれば普段からどこでも行っているはずなのではないか」「障害は介護保険のケアマネジメントとは違う」というような認識について、現場では理解・共有されていなかったのではないかとことがある。おそらく「相談」は不可欠であることは共通認識であっても、「相談支援」が公的な事業として体制整備されていく必要性については曖昧であったのではないだろうか。障害者自立支援法の相談支援事業は、現場（行政も含めて）の多勢がそのような認識のままスタートしてしまったのである。

実際、先に述べた身体・知的の相談事業は、障害者自立支援法以前に、すでに市町村による一般財源事業になっていたわけだが、その結果、精神については都道府県事業として展開されてきたことで、障害者自立支援法後には事業終了・撤退となった例が多く出たと聞いている。地方分権や権限移譲ということは、特に福祉の分野では「やってもよいですよ」という“柔軟に”という解釈より以上に「やらなくてもよい」という“地域の実情に合わせた”と解釈されてしまいがちであると痛感するところである。

私がここで言いたいのは、利用者にとって必要のないことにも、何か理由をこじつけて事業化していこうということでは決してない。目に見えにくいので事業評価しづらいが、確実に利用者にとって必要な支援を実施していくことは、非常に困難ということである。

私は、相談支援はそうした評価の困難性が高い事業の筆頭であると考えている。そしてこの事業が理解されず、評価されないことは、自分の意思を表明しづらい最も弱い層の人たちが不利益を受けやすいとも考えられるのである。

相談支援や生活支援を、その「端くれ」とはいえ生業としている私なりに、真摯に相談支援・生活支援事業に取り

組み、検証し続けたいと思っているところである。

Ⅲ. 指定相談支援の現状と課題

1) 指定相談支援の利用の伸び悩み

全国における指定相談支援の利用者数すなわちサービス利用計画作成費支給の全国実績について各年度4月1日現在の推移をみると、2007年度1,429名、2008年度1,919名、2009年度2,731名、2010年度3,413名となっている（厚生労働省主催：平成22年度「相談支援従事者指導者養成研修」資料より）。

全国には1,821市町村あり（2005年度末）、指定相談支援事業所については約2,500カ所あることから計算すると、1市町村の利用者は2名以下、また1事業所あたりでも2名に満たない利用であり、大変少ない実態となっている。ちなみに東京都では、2006～2009年度にサービス利用計画の作成実績があるのは62市区町村中24市区町村のみとなっている。

①支給対象者の範囲の問題

指定相談支援の利用が低調な理由の一つとして、まず計画作成対象障害者等の範囲が非常に限定されていることがあげられる。

サービス利用計画作成費の支給決定障害者等については、前述の通り障害者自立支援法施行規則（2006年2月28日厚生労働省令第19号）第32条の2に規定されているが、サービス利用計画作成費の支給対象者の実績の低調さを受けて、利用者数を伸長させるべく、まず「サービス利用計画作成費の支給対象となる支給決定障害者等について」（2008年1月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）によって、規則でいう「障害者支援施設からの退所等」「同居している家族等の障害、疾病等」の解釈を示し、支給対象者の範囲の明確化を図った（表1）。

さらに「障害者支援施設からの退所等」の規定における「退所」については、地域生活への移行先として、共同生活援助および共同生活介護利用者（グループホーム、ケアホーム）が、基本指針（2006年6月26日厚生労働省告示第395号「障害福祉サービス及び相談支援並びに市町村及び都道府県の地域生活支援事業の提供体制の提供体制の整備並びに自立支援給付及び地域生活支援事業の円滑な実施を確保するための基本的な指針」）によって追加例示されている。

これら対象者範囲の解釈の明示や例示の追加のほかに、2012年度から施行予定の「改正障害者自立支援法」においては、サービス利用計画作成費の支給対象者の「大幅な拡大」が明記されているが、まだその具体的な内容を国は示していない。

②サービス支給決定プロセスについて

指定相談支援の利用が低調なもう一つの理由は、サービス利用計画の作成が市町村の支給決定後となっているという制度のあり方である。そのことをわかりやすく示すため

に、障害者自立支援法における支給決定のプロセスと、市町村事業による相談支援事業との関わりを厚生労働省が説明するときに用いる資料を引用して示す（図1・次頁）。

また、サービス利用計画作成のタイミングの問題だけではなく、支給決定プロセス上のアセスメントは、個別支援計画を作成していく場合のアセスメントと同じもので重なるのであろうかという課題も含まれている。

2) 障害程度区分認定調査とアセスメント

サービス利用計画作成費の支給決定に関わるアセスメントは、障害程度区分の認定調査項目（106項目）によって行われる。この106項目は、障害者自立支援法の制定時に、支援の必要度を客観的に判定するには統一的な認定調査項

表1 支給対象者の範囲とその解釈通知

●【障害者自立支援法施行規則】

（2006年2月28日厚生労働省令第19号）

<法第32条第1項に規定する厚生労働省令で定める支給決定障害者等>

第32条の2

法第32条第1項に規定する厚生労働省令で定める支給決定障害者等は、障害福祉サービス（重度障害者等包括支援及び施設入所支援を除く。次条において同じ。）を利用する支給決定障害者等であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- 1 障害者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者
- 2 単身の世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うことが困難である者
- 3 重度障害者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者

●【サービス利用計画作成費の支給対象となる支給決定障害者等について】

（2008年1月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）

1. 規則第32の2第1号について

規則第32条の2第1号に規定する「障害者支援施設からの退所等」とは、障害者支援施設からの退所のほか、共同生活介護又は共同生活援助からの退居、精神科病院からの退院等、地域生活への移行に当たり住環境や生活環境が大きく変わる場合、家族の入院、死亡又は弟妹の出生等による家庭環境の変化やライフステージの変化（乳幼児期から学齢期への移行や学齢期から就労への移行等）により生活環境が大きく変わる場合等が含まれるものであること。

2. 規則第32条の2第2号について

規則第32条の2第2号に規定する「同居している家族等の障害、疾病等」とは、家族等の障害・疾病のほか、家族が高齢（要介護状態等）である場合、家族による放置、無理解、無関心等により家族等による援助を受けることが困難である場合等が含まれるものであること。

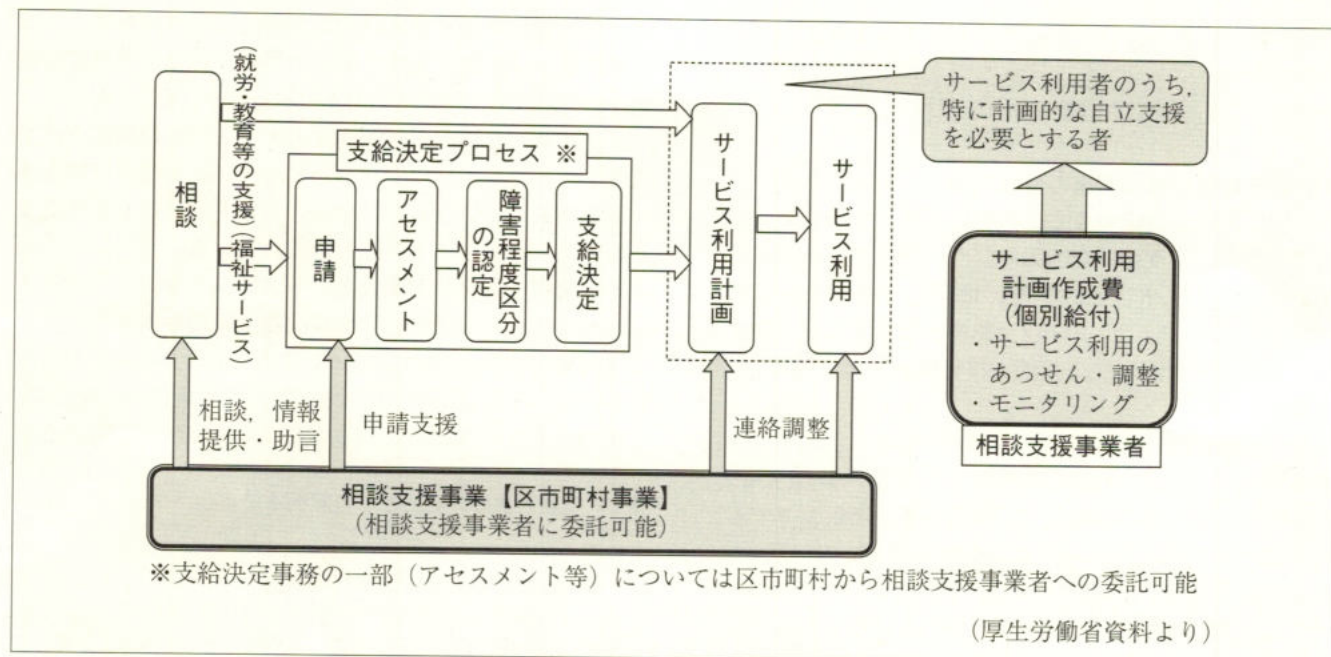


図1 相談支援事業とサービス利用計画作成費

目によるアセスメントが必要とされ、導入されたものである。同時に支給決定に至るプロセスを透明化すべく市町村審査会を置くことが法律に規定され（第15条）、さらに認定調査や支給決定に従事する市町村職員等の対応のばらつきなくし、平準化するための研修も制度化されたのである。

しかし、障害者自立支援法の施行後、多くの当事者や関係者が懸念していた通り、現行調査項目では利用者の障害程度が正しく把握できない（特に知的障害・精神障害の程度について顕著で障害程度区分が低く判定される傾向が強い）、調査員・審査会などの判定にも地域格差があるなど、認定調査をめぐる課題が次々に明らかになっている。

障害程度区分は、国庫補助の算出根拠となるスケールであり、行政がサービス必要量を把握するためのアセスメントに基づき判定されているのである。

本来、サービスの必要性は、機械的なタイプ分けができない個別的なものであるはずで、本人に関する項目だけでなく、本人を取り巻く家族など関係者の状況も踏まえて、全体的かつ介護だけでなく、就労・教育・社会参加なども含む包括的なアセスメント項目が認定調査には必要なのである。

実際、私は審査会委員も務めたことがあるが、審査にあたってはあくまで認定調査項目一覧と一覧に沿った調査員の特記事項と医師意見書のみが判断材料であり、本人の状況を記す概況調査票は「読んでもよいが審査材料にはするべからず」というルールが国の基準で決められている。

一見すると、純粋に障害程度のみを測るようなプロセスに見えなくもない。しかし認定調査時には、すでに行政に対して具体的なサービスの申請がなされるしくみなので、サービス支給の可否と密接に結びついているのである。認定調査は、サービスの申請・支給の一連の手続きに過ぎないといっても過言ではない状況となっている。

このような認定調査によるアセスメントの後に、ケアマネジメントを実施すべくアセスメントを行うことが、サービス利用計画作成の制度上の位置づけなのである。

また、多くの自治体が指定相談支援に取り組んでいない理由の一つに、このように認定調査が相談支援の一部、ケアマネジメントを担っているとされていることに起因していると考えられる。わざわざサービス利用計画を作成しなくとも、サービス申請を行うことで利用計画は申請窓口および認定調査で対応済みとして、支給する行政側で完結可能な制度なのである。

確かに、人口が少ない地域にあっては、社会資源も少なく、行政が自前ですべて行わなければ難しい実態もあるだろう。しかし、例えば東京都のような大都市圏における市区の場合であれば、人口十数万人、数十万人規模の自治体も少なくない。本来ならば行政業務としてすべて丸め込む理由はないはずである。支給決定にまつわる予算がコントロールできなくなるという危惧が強いからということなのかもしれないし、地方分権における「やってもよい」ことは「やらなくてもよい」という解釈の最たることとして、それが指定相談支援への取り組みにも顕著に表われているように思えてならない。

また、サービス利用計画作成費の支給対象者に関しては、その範囲が限定的であることの他に、根本的な課題がもう一つある。本来の個別支援計画は全体的・包括的でなければならないが、現状のサービス利用計画作成では法定の障害福祉サービスを利用していなければ対象にならない。例えば精神障害者はデイケア、訪問看護などの利用のみ、あるいはそれどころか精神科病院通院のみのような医療利用である場合も少なくない。病気や障害が重いほど、サービスに結びつくことが困難な側面もある。それなのにサービス利用計画作成によるケアマネジメントは行えないという

ことになってしまうのである(一部の自治体では「本来は障害福祉サービスの利用が望ましく進めていくため」という解釈でサービス利用計画作成費を支給しているところもあるが)。

この問題は、知的障害や身体障害についても関係してくるはずである。法定の障害福祉サービスだけで生活していることはなく、あらゆる人、場、モノなどが利用者にとっては必要な社会資源であると考えられるからである。ケアマネジメントが制度化されたものが指定相談支援というには、あまりにも人の生活の捉え方が矮小化されているのではないかと危惧を感じるところである。

サービス利用計画作成をサービス支給する際に勘案することは、2010年12月の障害者自立支援法改正には盛り込まれた。しかし、障害程度区分の決定後であることには変わりなく、サービス申請ありきという前提に工夫がなされない以上は、本当に利用者にとって必要な支援に結びついていくかどうかは甚だ疑わしいと感じざるを得ない。

3) 指定相談支援事業と一般相談支援事業

指定相談支援事業所の課題としては「それだけでは食べていけない」という報酬体系がある。現状の報酬では、相談支援専門員1人当たりおそらく60名以上の利用者を担当しなければ、常勤職員を雇用し、指定相談支援事業所として運営していくことは不可能である。報酬単価の決定にあたって、モニタリングだけを考慮して「1日約2~3名の訪問を行えば可能である」と単純な算出をしたのだろうかと思ってしまう。

個別支援現場のぎりぎりの実態としては、まともにケアマネジメントを実施しようとすれば、相談支援専門員1人当たり利用者20名前後が質の維持の限界である。

指定相談支援事業所の数で伸長しつつあるのは居宅介護事業所であるという傾向のあることを聞いたことがある。あるサービスに結びつけるような付帯事業的な要素がないと、指定相談支援事業所としては運営が成り立たない、つまり介護保険と同じ現象が始まりつつあるということなのかもしれない。

最近「ケアマネジャーだけで食べている人(1人ケアマネ)」という言葉で、介護保険のケアマネジャーから耳にする機会があった。そして「1人ケアマネ」というのは、ほぼ存在しないと聞いた。相談支援事業は「公平・中立でなければならない」とされているが、その原則があっさり否定されている現実が、隣にあるということなのかと、改めて考えさせられた。

一般相談支援事業はどうかといえば、市町村からの委託費も十分とはいえない。例えば、精神障害者への地域生活支援センターにおける事業の新法移行先として、国は「地域活動支援センターI型」を例示して相談支援事業を必置としたが、その年間予算は600万円であった。相談支援事業としての中立性・公平性を担保していくためには、基礎的な事業運営が可能となるように、個別給付と重層化させた基盤づくりを進めることが必須である。

4) 地域自立支援協議会と障害者相談支援事業

本来なら、障害者相談支援事業と地域自立支援協議会は「両輪」の関係にあるとされている。そのため、前述の厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「地域生活支援事業実施要綱」においても、市町村が「相談支援事業を効果的に実施するためには、地域において障害者等を支えるネットワークを構築することが不可欠であることから、市町村は相談支援事業を実施するに当たっては、地域自立支援協議会を設置し、中立・公平な相談支援事業の実施のほか、地域の関係機関の連携強化、社会資源の開発・改善等を推進する」旨が謳われている。

地域自立支援協議会のしくみの柱は、個別支援会議から地域課題を抽出することである。いかに各々の相談支援事業所において、個別支援会議を積み上げていけるかが鍵となる。また、相談支援事業所は、地域自立支援協議会の事務局機能も担うともされている。

しかし、現在でも、相談支援事業所間や自治体間では、相当な意識や質の格差があると言ってよい。上記のような役割を担っていける相談支援事業所が今後どれだけ担保されていけるであろうか。脆弱な運営基盤を支えるために、地域において障害者相談支援事業を大切にしていこうという理念をいかに共有化して、相談支援を推進していけるかが、最も大きな課題である。

IV. 今後に向けて

1) 指定相談支援に期待できることはあるか

私の場合は、これまで4名の対象者のサービス利用計画作成を担ってきた。実際に作成してみて感じていることは、基本はこれまで行ってきた相談支援業務、ケアマネジメントであり、それらに制度化という枠がついただけということである。

しかし、この「枠がつく」ということの意義は、利用者の利益を従来よりも守るだけでなく、支援者側にとっても自分の関わりが保障されるという部分がある(もちろんそのことは、支援者にとっては責任性が明確化されるということでもある)。

保障されることの一つは、モニタリング訪問である。月1回以上という粗い頻度の設定しかされていないものの、直接支援以外で自宅訪問が保障されているという制度的に貴重な側面を持っていると思う。もう一つは、ケア会議の招集である。本来なら、チーム支援において利用者からのサインに気づいたり、SOSを発信したい構成メンバー(本人を含む)が呼びかければ、それに応えてケアチームは集まるべきではある。しかし、相談支援専門員にとっては、そうした利用者本人やケアチームの構成メンバーらの声をキャッチし、さらにそれらを集約・整理して、ケア会議をコーディネートする役割を発揮できる立場が公的に認められるということであり、それによって得られるメリットは小さくはない。

このように、指定相談支援を活かすも殺すも、現場の私たちの支援（個別支援だけではなく、地域全体の基盤整備への働きかけ、行政理解を進めることを含む）の質いかににかかっていることを感じている。

2) ケアマネジメントの汎化と質の担保を目指す

個別支援におけるケアマネジメントについては、ベテランの現場職員であればあるほど「ケアマネジメントという言葉を使うことも嫌だ」となるか、逆に「しっかりとケアマネジメントしなくては」となるか、ある意味で両極端な反応に分かれることが多い気がする。また、身体障害当事者への支援者からはセルフマネジメントとの違いを強調される場面も少なくない。

このように、現場ではケアマネジメントが汎化、すなわち法則化されて定着するところまでいっていないがために、相談支援現場の職員たちも、広く系統的に研鑽を積む機会が保障されているとは言い難いと思われるのである。ニーズアセスメントや、ストレングスモデルで考えていくこと、リフレーミングスキル、ケア会議を進めていくことなどの基本的なこと（本来言葉は大切だが、この場合はどのような表現でも構わない“要素”として捉えていただきたい）が、どれだけわれわれ支援者の専門技術（スキルというよりアート）として展開されていると言えるのだろうか。支援者の専門技術が玉石混合であるなかで、利用者はどのように評価し、選択していくことが保障されているのだろうかということにもつながる。

指定相談支援事業所については、国も「質の高いケアマネジメントの実施体制を整えている事業所によるサービスについては報酬上の評価を行う」とする特定事業所加算という位置づけをつくり、報酬上の加算をしている。この加算の条件は、①相談支援従事者現任者研修を終了した相談支援専門員を1名以上配置していること、②運営規定において事業の主たる対象とする障害の種類を定めていないこ

と（定めている場合であっても対象としていない障害の種類について対応可能な体制としていること）、③地域自立支援協議会に定期的に参加するなど医療機関や行政との連携体制をとっていること、④事業所の相談支援専門員への計画的な研修または事業所における事例検討等を行う体制を整えていること、⑤障害者自立支援法第77条第1項第1号の事業の全部または一部について区市町村から委託を受けていることという5つの評価基準が示されている。

また、いくつかの地域では、支援ネットワークの構築と人材育成を担う特定非営利活動法人（NPO）が相談支援の現場から立ち上げられ、都道府県などから研修の委託を受けて実施し、質の向上のための独自のアフターフォロー研修を企画することなども行われている。

おわりに

現在、旧精神障害の地域生活支援センターの多くが指定相談支援事業所であり、市町村から相談支援事業を受託している。相談支援は、2010年12月の障害者自立支援法改正においても重要な柱となっているが、論点として出てきた相談支援の拠点機関として新たに基幹相談支援センターの設置、サービス利用計画作成の対象拡大および地域移行・定着支援の個別支援給付化、地域自立支援協議会の法定化などは、現状のわれわれの支援センター業務が試されている、もしくは優先順位や業務の選択を迫られているということではないだろうか。

足元の第一歩として、まずは各々の地域の相談支援に携わる支援者たちが、指定相談支援の事業の取り扱い方を把握して熟慮して取り組み、ケアマネジメントについて改めて再考し、研鑽を積み重ねていくことが大事であると考えている。