

平成12年度博士論文

主指導教授

大橋謙策教授

副指導教授

佐藤久夫教授

日本における精神障害者に対する地域生活支援システム —精神医学ソーシャルワーカーの視点から—

Investigation of the Community Support Systems for
Persons with Mental Disability in Japan :
A Viewpoint of Psychiatric Social Worker

日本社会事業大学大学院博士後期課程

G 9 6 - D 2

田中英樹

博士論文 (Dissertation)

【本論構成 (目次)】 (Contents)

序論 ; 研究の主題と研究方法 (Introduction ; A Subject and a Method for the Study)	6 ~ 29
--	--------

- 1 問題の所在
- 2 研究の目的と対象
- 3 研究の背景
- 4 若干の用語の整理と概念規定
- 5 研究の概要と方法

第 1 部 基本的視座と概念的枠組み (PART I : The Fundamental Viewpoints and a Conceptual Framework)	30 ~ 76
--	---------

第 1 章 指導的理念としてのエンパワーメント	30
-------------------------	----

- 1 はじめに
- 2 エンパワーメント——歴史的経過と発展
- 3 エンパワーメントとは——いくつかの key 概念との比較
- 4 エンパワーメントの構成概念
- 5 エンパワーメント・アプローチ——特徴と枠組み
- 6 地域精神保健福祉活動におけるエンパワーメントの適用
- 7 むすび——エンパワーメント・アプローチ : 今後の課題と展望

第 2 章 精神医療と社会福祉	47
-----------------	----

- 1 はじめに
- 2 川崎市の実践にみる生活モデルとソーシャルワーク
- 3 社会福祉学のとらえ方と源泉
- 4 社会福祉の枠組みと精神医療
- 5 精神障害者をどう見るか, 社会リハビリテーションと社会福祉の技術
- 6 精神障害と精神障害のある人
- 7 近未来の精神医療と社会福祉の貢献——結びにかえて

第3章 精神医学ソーシャルワーカーの位置と基本枠組み

62

- 1 はじめに
- 2 PSWの歴史と現状
- 3 PSWの機能と特徴
- 4 コミュニティソーシャルワークの重視
- 5 PSWの業務内容
- 6 援助実践の留意点

第2部 地域生活支援システムの成立要件

77~127

(PART II : Necessary Condition of the Community Support Systems)

第4章 精神病院における「社会的入院患者」の退院促進プログラムの開発 77

——1997年「病院家族会全国福祉ニーズ調査」結果を中心に

- 1 はじめに
- 2 調査の目的と意義及び研究体制
- 3 調査の概要
- 4 精神障害者本人と家族の概要
- 5 精神障害者本人と家族の現状
- 6 医療機関と家族との関係
- 7 本人と家族の変化及び医療機関への要望
- 8 保健・医療・福祉に関する制度
- 9 家族が認識する退院可能性とその条件
- 10 まとめと提言
- 11 むすび

第5章 地域ネットワーク

93

- 1 はじめに
- 2 地域ネットワーク概念とその特性
- 3 精神障害者の地域生活支援を中心としたコミュニティソーシャルワーク実践
- 4 地域ネットワークの展開
- 5 結び—これからの地域ネットワーク

第6章 オルタナティブサービス

107

- 1 はじめに
- 2 オルタナティブサービスの概念整理と問題の所在
- 3 ジュディ・チェンバレン「On Our Own」の批判的検討

- 4 日本におけるオルタナティブ・サービスの歴史的背景
- 5 日本における精神障害者オルタナティブサービスの実際
- 5 日本の事例分析
- 6 考察—オルタナティブサービスの展開課題
- 8 まとめ

第3部 事例研究

128～175

(PARTⅢ : Case Studies)

第7章 精神障害者のエンパワーメントに関する実証的研究

128

——精神障害者の聞き取り調査を通して

- 1 はじめに
- 2 調査・研究方法
- 3 事例のプロフィール
- 4 結果と分析
- 5 考察
- 6 まとめ

第8章 地域ネットワークの実際

152

——世田谷区烏山地域での精神障害者の生活支援を中心に

- 1 はじめに
- 2 地域特徴
- 3 ケア・アウト・オブ・ザ・コミュニティの時代からの転換としての烏山地域
- 4 ケア・イン・ザ・コミュニティと烏山・世田谷におけるネットワークの現在
- 5 烏山地域のネットワーク評価
- 6 ケア・バイ・ザ・コミュニティをめざした、これからの実践課題としてのネットワーク
- 7 むすび

第9章 沖縄県における精神保健福祉の形成と発展

161

- 1 はじめに
- 2 基地の街・観光の街、沖縄県
- 3 沖縄の精神医療保健福祉施設などの概要
- 4 精神障害者を地域社会が受け入れていた沖縄
- 5 沖縄における新たな展開の幕開けと発展
- 6 沖縄の精神医療保健福祉；これからの課題

【結語】 地域生活支援システムの近未来 (Futurity of the Community Support Systems)	176～187
1、本研究の到達点	
2、人材としての課題	
3、サービスシステムとしての課題	
4、今後の展望	

参考文献一覧 (Bibliography List)	188
第1部	
第2部	
第3部	

付録資料 (Appendix)	202
共同研究における博士論文使用に関する承諾書	

謝辞 (Dedication)	
-----------------	--

序 論 ; 研究の主題と研究方法

1. 問題の所在

最近、精神保健福祉領域ではホームヘルプサービスやケアマネジメント、そして「移送問題」の論議が人々の関心を集めている。どれも大切な課題に違いない。が、筆者は解決が最も迫られる今日の中心軸とは違うのではないか、という危惧を感じるときがある。この疑問から本論は始まる。

何を主題化するかを同定するためにも、何がこの分野に現れているのかから解かなければならない。論考の最初に、正確な状況認識をマクロ的観点から結論づける。その第1は、1995 年以降、日本では第3期の精神保健福祉のパラダイム転換が現在進行中であると認識する。

第1期の転換期は、1900 年精神病者監護法から1919 年精神病院法までの、ほぼ 20 年間に確立された。近代国家の成立と共に、「治安モデル」を施策の中心に据えた社会システムが形成され、精神障害者「対策」の施策整備がなされた。家族は精神障害者を生み出した「原因」であり、法による保護義務が科せられ、「私宅監置」が公認された。精神病院は名ばかりでその整備が進まず、社会から患者を隔離収容する役割、地域の公安を守る施設機能以外は持ち合わせていなかった。続く第2のパラダイム転換期は、第2次世界大戦後の 1950 年精神衛生法の制定から 1965 年精神衛生法の大幅改正に至る、約 15 年間に確立している。精神病は疾患であり、治療が必要であるという認識から、「医学モデル」が中心となり、その補完的役割を「公衆衛生モデル」が担うことになった。全国的な規模で精神病院の整備を進める中、精神障害者の「治療と保護」が施策の大原則とされた。精神障害者の管理は、地域において疾病の発見と早期の受診ルートへのアクセスと治療を経て社会復帰までを指導する連続性を担保するために、「結核管理」の手法にならって公衆衛生の役割とされた。そして今日の時代を特徴づける第3のパラダイム転換期は、1988 年精神保健法を走りとして、1995 年精神保健福祉法の制定、2000 年改正精神保健福祉法の施行という、相次ぐ法改正によって現在進行中である。

21 世紀への扉を開けたこの時代は、精神障害者の地域自立生活支援を柱に、市区町村を基盤としたトータルなシステムの形成をめざす、「統合的生活モデル」が中心となる社会システムが形成されようとしている。精神障害者の生活主体者としての暮らし、地域において市民としての自立生活を支援するこの新しい社会的な体制を、ここでは「地域生活支援システム」と呼ぶことにした。この第3の転換期が確立するのは、早くも 2005～2008 年であろう。その見極めとなる分水嶺は、長期入院患者の大幅な減少、「障害者プラン」の目標達成、市区町村を中心とした総合的な生活支援がどの程度現存してくるか、「雇用促進法」の法定雇用率への義務化の実現、保護者制度の廃止、権利擁護制度の実効ある確立、オルタナティブサービスの拡がり、障害者

自身の社会的発言力の高まりなどで判断することができる。幸い、「精神保健福祉法時代」とも称すべきこの時代の転換期にあつて、職種としては精神医学ソーシャルワーカー (PSW) を原型とした、精神障害者の自立と社会参加、社会統合を後押しする新たな国家資格の誕生 (1997 年 12 月 19 日『精神保健福祉士法』を公布) を見たことは、その橋頭堡を築いたと評価できよう。

第 2 の状況認識は、進歩の歩みがあるにせよ、なお精神障害者に対する基本的な一連のサービスと支援、機会が保障されていないという事実である。筆者の修士論文「精神保健福祉法時代のコミュニティワーク」(1995 年) (以下、修論と表記) では、この点を次のように論述した。

「制度・政策が充実に向かって歩みだしてきたとはいえ、長い入院生活、在院患者の堆積と高齢化、家族機能の脆弱化と世代交代による私的ケアの限界、社会的受け入れ体制の遅れ、閉塞的で自己価値の見いだしにくい地域生活、低い稼働率や役割喪失状態など、精神障害者の抱えている困難な現実と生活実態 (社会的に不利で抑圧された状態にある) は依然深刻なままであり、ただちにすべてが解決に向かうわけではない。」

したがって、本論ではこの点において健全な懐疑、生産的な批判を引き続き提起することが重要と認識している。とくに、専門的サービスという既存システムの枠組みの狭さが、行政の物質的能力の限界もあつて、民間精神病院依存のサービス構築から脱却しえない日本の現状を制約しており、新たなシステムの枠組みが展望されなければならない。

巨視的な現状認識は以上述べた通りであるが、近未来の実践を展望すると、現状の評価は、より実践的な視野からの正確さが要求される。およそ精神保健福祉領域における日本の現状は、時間の流れからは見るならば、過去・現在・未来の 3 つの側面から立体的に評価しなければ、その全体像が浮かび上がってこない。

過去からの評価で述べると、その歩みは第 3 のパラダイム転換期に入ってから、急速で着実な進歩であることを多くの事実が例証している。精神医療の面では、1992 年以降入院患者数の減少に転じている。1991 年の 34.90 万をピークに、1998 年には 33.58 万と 1 万 4 千人強の減少にある。病床利用率は 93.4% で、このまま推移すれば、病床利用率が 90% を割るのも時間の問題であろう。平均在院日数では、1985 年に 536 日であったのが、1996 年には 441 日という 100 日近い短縮を生んでいる。平成 11 年度版の「厚生白書」では、平均在院日数はさらに短縮されて 331 日と報告されている。短期入院は一層促進されている。入院形態においても、任意入院は 1998 年で 69.6% に増加 (措置入院 1.3%、医療保護入院 27.5%) している。一方、地域では精神科診療所の急激な増加 (1970 年 546 カ所が 1996 年には 3,198 カ所) が進み、外来受診率は 3 倍近い大幅な伸びとなっている。陰性症状や認知機能の改善に有功と見なされているリスペリドン (非定型抗精神病薬) の普及が始まっており、近い将来、クロザピンやオランゼピンの認可もなされようとしている。精神障害リハビリテーション活動も大きく発展してきている。何よりも精神障害リハビリテーションのコンセプトが普及しだしており、精神障害者の「生活障害」の重要性が共通認識になってきた。各地で心理教育 (Psychoeducation) や社会生活技能訓練 (SST;

Social Skills Training)が普及し、精神科デイケアは1999年6月1日現在で864カ所(障害者プランの達成率で86.4%)の開設を見ている。もはや精神病院と医療の改革は理念の段階ではなく、実践の段階に移行している。この数年の内で、日本精神障害者リハビリテーション学会、日本デイケア学会、日本精神科救急学会が相次いで設立され、精神病院の経営団体である日本精神病院協会及び全国自治体病院協議会の医療改革の提言も出されている。「障害者プラン」の進捗ぶりが社会復帰施設整備を中心にかなり遅れているとはいえ、法が規定した社会復帰施設と事業が政策プログラムの文章から、現存する社会資源へとその姿を現してきたのは事実である。精神障害者を利用対象とする小規模作業所は2000年4月現在で1,500カ所を突破している。地域ごとの市民活動が活発化しだし、ボランティア支援講座が各地で開かれるようになっており、その交流も全国規模で始まっている。なかでも、スピークアウトしだした日本の精神障害者が各地で急速に増えている。このように、「統合的生活モデル」という視点からは、その実像が見えたことも事実である。

これらの動きは現状を勇気づける光を放っている。しかし反面、過去からの変化が進歩ではなく、一步の後退として現れてきた側面も見落とすわけにはいかない。2000年改正精神保健福祉法の施行背景にその根拠を見ることができる。

1999年6月4日に公布された精神保健福祉法の改正は、その背景根拠に概ね次の4点があった。

(1)精神障害者は増加している。

平成5年157万人であったものが、平成8年217万人(いずれも厚生省患者調査)と、3年間で60万人も急激に増加している事実である。国民57人に1人は精神障害者(厳密には精神疾患者としての精神障害者)であることから、精神保健福祉は一部の問題ではなくなってきた。

(2)入院者とくに長期入院者に変化がない。

精神病院での入院患者は、平成5年34.4万人から、平成8年33.9万人と若干の減少を見せたが、5年以上の長期入院者はこの間、45.7%から平成8年46.5%と微増している。医療的には退院可能にもかかわらず、退院後の受け入れ先が確保されないために入院を余儀なくされている、「社会的入院」の実態が一向に改善されていないのである。

(3)家族の高齢化が一段と進んでいる。

とくに、入院中の患者家族は59歳以上では、平成4年30.8%から平成8年26.5%と減少しているとはいえ、70歳以上でみると、逆に29.7%から33.4%と増加しており、法が課した保護者の任を果たせなくなっている。

(4)精神病院における人権侵害事件が再発している。

報徳会宇都宮事件(15年前)の反省から始まった相次ぐ法改正は、平成元年の越川記念病院事件(神奈川;精神保健指定医の不在と虐待・行動制限)以降、この数年間だけでも平成5年の大阪府での大和川病院事件(院内での暴行、その他違法な行動制限、職員の水増し請求など)、

平成8年の栗田病院事件(長野県;院長による詐欺着服事件、不当な使役)、平成9年には山本病院事件(高知県;暴行死、精神保健指定医不在)、平成10年は新潟県での犀潟病院事件(指定医の診察なしに拘束を受けていた患者が窒息死、その他違法な行動制限)等と後を絶たない。最近でも、平成11年2月には、三重県・多度町の多度病院でインフルエンザの蔓延で19名が死亡し、そのうち11名は死亡原因が不明と言われているし、その他、結核の集団感染で多くの入院患者が命を失っている。

本論では詳しい説明は省くが、ちなみに改正点の主な内容は以下の通りである。

(1)精神障害者の人権に配慮した医療の確保

①精神医療審査会の機能強化

委員数の制限(5名ー15名)を廃止

調査権限の強化(帳簿書類の提出命令)

②精神保健指定医の役割強化

職務の一時停止処分を追加

カルテ記載義務に医療保護入院の判定も追加

不当処遇に関する精神病院管理者への報告

(2)緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する制度の新設

緊急に入院が必要な場合、かつ本人の同意が困難な場合、家族の同意、都道府県知事の責任において適切な病院に移送する制度

(3)保護者の義務を一部解除し、軽減

①自傷他害防止監督義務の削除

②自分の意志で医療を受けている精神障害者の保護

→治療を受けさせる義務を免除

(4)精神障害者の保健福祉の充実

①精神保健福祉センターの機能を拡充

→通院医療費公費負担・精神保健福祉手帳の判定

精神医療審査会の事務局業務

義務設置

名称の弾力化

②精神障害者社会復帰施設に、「精神障害者地域生活支援センター」を追加

③在宅福祉事業「精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)」に加え、

居宅介護等事業(ホームヘルプ)、短期入所事業(ショートステイ)を追加

④市町村の役割強化

福祉サービスの利用に関する相談、斡旋、助言→保健所から市町村へ

通院医療公費負担の申請等の窓口→保健所から市町村へ

精神障害者居宅生活支援事業

とくに、在宅福祉サービスの拡充が平成 14 年4月から施行される現時点での取り組み(市町村支援)は極めて重要である。

過去からの現状評価はそうした意味では流動的である。しかし、現状からの評価は別の角度から可能である。その第1は、他の障害者施策との比較においてである。

まず、身体障害者(推計 316 万人)であるが、これまでの日常生活動作(ADL)や経済的自立を中心に構築された自立概念の深化と拡大により、身体障害者の主体的な生活はその可能性を大きく広げてきた。法定雇用率の義務化を初め、平成5年には、「福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律」が成立し、平成6年には「ハートビル法(高齢者、身体障害者等が円滑に利用できる特定建築物の建築の促進に関する法律)」が成立している。種類別の施設は、平成9年 10 月現在で 19 種 1,488 施設が整備されている。すでに援護の実施者は市町村に移っており、各種の在宅福祉サービスが実施されている。身体障害者手帳の普及(平成8年の厚生省『身体障害者実態調査』によれば、18 歳以上の在宅身体障害者 293 万3千人のうち、手帳所持者は 90.6%に及ぶ)、児童を含む施設入所者は、約 14 万人と減少しており、居宅生活支援事業を初めとした在宅サービスの充実、自立生活センターや自立生活支援センターの開設が各地で盛んになってきている。

知的障害者については、法律・行政用語であるこれまでの「精神薄弱」という言葉が平成 11 年度から「知的障害」に改められている。日本の知的障害者数は、平成8年現在、在宅 30 万、施設 11 万の合わせて 41 万人となるが、小島(1992)¹によれば、かつての終身保護居住施設や大型コロニーから地域ケア、ファミリー型処遇の流れにあるという。障害の予防、早期発見、早期療育施策が進展し、最重度や重度を中心とした生活施設がまだ増加の一途を辿っているとはいえ、施設における体罰や断種手術が横行した権利侵害の時代を経て、ようやく地域での自立支援が基本的な流れとして形成されてきたのも事実である。種類別の施設は、平成9年 10 月現在で 7 種 2,590 施設 135,470 人が利用している。平成 8 年度には、「地域生活援助事業」における重度障害者の利用加算、平成9年の「雇用促進法」改正を受けて、平成 10 年度からの法定雇用率の義務化、平成 11 年度からの名称変更などは在宅サービスへの流れを裏づけている。

精神障害者を利用対象とした施設は、平成 12 年5月社会福祉事業法の改正(社会福祉法の制定)によっても、入所施設を含めて、第二種社会福祉事業に位置づけられたままであり、他の障害者施設との法的格差は解消されていない。その施設数も法定外施設・事業を除くと、平成 11 年 10 月1日現在、5類型で 628 施設(生活訓練施設 186 カ所、福祉ホーム 107 カ所、授産施設【入所;21カ所、通所;152カ所】、福祉工場9カ所、地域生活支援センター153カ所)にすぎず、その利用者は 1 万3千人程度である。先行する障害者の施策とサービスには、厚生省のみなら

¹ 小島蓉子「障害者福祉の考え方」(社会福祉士養成講座編集委員会編『改訂 社会福祉士養成講座③ 障害者福祉論』中央法規出版、p. 3-41、1992

ず全省庁の関与、各種の優遇措置から、地域レベルによる知的障害者相談員や身体障害者相談員の配置、民生委員の協力など、精神障害者領域から見れば格段の格差があることも事実である。

第2には、海外との比較である。

すでに欧米では、1960年代から脱施設化が始まっており、精神病院とベッド数の大幅な縮小・削減が進められた。精神障害リハビリテーションは非医療的な心理社会的リハビリテーションが主流となり、社会福祉は生活支援の主要な役割を担っている。その特徴と教訓、課題については、すでに筆者の「修論」で次のようにまとめている。

「①先進国の経済的行き詰まりと改革の不徹底(公共支出の削減)が存在すること

②精神医療改革が、病院の縮小、退院の促進を目標に置いてきたこと

③脱施設化とコミュニティケア、社会リハビリテーションの広がりが見られること

④人権意識の高まりが、法体制上の整備を促進してきたこと

⑤トータル・サポートシステムづくりのなかで福祉サービスとの統合や広く労働、住宅、教育など社会サービスとの統合が進められてきたこと、などである。

特に強調しておきたいことは、第1に権利の問題であり、精神障害者にとってそれは、市民権の回復を焦点としてきており、その内容はあらゆる社会生活場面への参加であり、それを可能にするすべての援助を受ける権利を意味している。第2に、このことは精神障害者自身の主体形成に関わることであり、彼らのエンパワメントと自立を高めるあらゆるサポートを必要としている。

さて、日本との比較、世界の潮流から学ぶべき点であるが、その第1点は、精神病院のベッドを適正規模まで縮小して、医療を身近な地域へシフトすることである。世界的に見ると先進国の精神科ベッドは人口万対10～15前後であり(比較的多いイギリスでも12)、日本は28前後とこの面での後進性は明らかである。しかも長期の入院を特徴としており、「社会的入院」が早くから問題になっている。確かに我が国の場合、精神病院はあまりにも民間病院に依存しすぎてきたため、改革が欧米のように容易ではないことも理解できる。が、改革を怠る理由にはならない。当面現実的な政策として、社会的入院を解消することを政策の第一目標として、2005年までに約10万床削減して、人口万対20を切ることである。いわば1970年の我が国の水準まではまず戻すことである。

第2点に、そのためにも医療も含めた地域サポートシステムは市区町村を基盤に整備充実することである。その成功の鍵は、今後どれだけ社会資源とサービスが精神障害者一人一人の手元に届く形で整備出来ていくかに懸かっている。特に重要なのは多様な居住プログラムを量・質とも整備することであり、精神障害者のエンパワメントとアクティビティを高める社会施設を創出することであり、中間的雇用プログラムの開発や地域生活支援センターを整備することであり、クライシス対応を含めた24時間のケアを地域で展開することである。

第3点に、それらを実現するためには、国民的な関心、理解、協力が欠かせない。人々の意識に働きかける積極的な精神保健福祉活動の展開が待たれるところである。特に人権基盤の弱い我が国では、当事者組織の育成支援のみならず、精神保健福祉ボランティアの開拓や学校、職場、地域での効果的な福祉教育の促進などが実践的に要求されている。」

これら主要な課題は、今日でも地域生活支援システムの基軸となる「生活モデル」がめざす目標点である。

第3には、自治体間格差の存在である。障害者プランが示した精神障害者社会復帰施設の整備状況は、平成10年度末現在で、自治体(3255市町村)の7.2%(234市町村)の整備率にすぎない。小規模作業所は相変わらず都市部中心の増加で、東京、神奈川、大阪の3都府県で3分の1以上を占めており、小規模作業所すらない市町村の方が多い実態にある。この不均衡発展の政策的背景を筆者の「修論」では、こう分析したことがある。

「地方分権は保健と福祉における市町村格差をある意味で是認した形を意図したものでもある。つまり保健福祉における市町村段階での競争原理の導入が持ち込まれ、市町村負担の増大が市町村合併の呼び水として作用する結果を期待しているのかもしれない。これらのことを実現するためには、現行の市町村域よりも広範囲な圏域の設定が必要になってきたことである。そこで医療法の改正や老人保健福祉計画等が圏域の拡大を前提として制定されてきたと見るべきであろう。」

障害者プランの数値目標は、障害保健福祉圏域の設定を前提として、これを根拠に目標数値が明示されたことでも理解できる。しかし、義務化された介護保険の基盤整備ならいざしらず、精神保健福祉領域では「競争原理」は機能しない。マイノリティの放置主義だけが横行している。地域格差という時代の温度差とも言える状況こそ厄介なものはない。地方にあるのは病院ばかりで、作業所すら1カ所もない地域というのはやはり問題であり、障害者計画を策定していない、言わば精神障害者施策に黙りを決め込む地域があるとしたら、それは「遅れている」と見なされるのが当然の評価である。

第4に、未来からの評価という点ではどうであろうか。

これまで、欧米の国々や、国内でも他の障害者サービスとの比較で数段遅れている現状を述べてきた。未来イメージは特段オリジナルにデザインしなくても、まず、その遅れを取り戻す目標から現在を評価できる。次に、あるべき目的や理念からのダウンロードである。参加・契約型福祉時代にふさわしい、精神障害者の生活の充実と心のバリアフリー化にもはや「特別な対策」を必要としなくなるまで、足下の一步の目標を着実に実現していかななくてはならない。その歩みは、すでに始まっている。主要な入院形態である任意入院は約7割に達しようとしており、半分以上もある閉鎖病棟(1996年では精神科全病床数の50.6%)での入院は原則禁止となり、まもなく開放病棟と逆転するであろう。精神病院における不当な隔離・拘束はその是正が迫られて

いる。300 近く欠格条項(国の法律)は、すでに総理府で64制度の見直し作業が行われており、権利の着実な前進はその日も近い。労働省では平成 11 年7月9日に「精神障害者の雇用促進に関する研究会」を発足させており、精神障害者の雇用や就労形態の拡大も共有できる目標値となってきた。これら改革の流れは誰も止めることができない。

2. 研究の目的と対象

我々は未来の結果を算定できないが、未来パラダイムの可能性を探ることが、現実目標を与えることを知っている。「統合的生活モデル」は間違いなく確立されるが、問題はその速度と実態である。かつての「社会復帰」概念は寺谷隆子(1988)²や谷中輝雄(1993)³が、『精神障害者の社会復帰』、『社会復帰』を著したのを終焉とし、「社会参加」概念にその位置を譲ったように、すでに理念は先行している。谷中自身「本当は『社会復帰』という言葉に死語にしたい」と同著で述べているように、当時までの「社会復帰」概念には「医学モデル」に基づく直線的な理解、つまり「隔離収容型の長期入院」治療→段階的な訓練→元への回復という結果に対する理解が主流であった。これに対し「社会参加」概念の登場は、精神障害者の主体性を尊重し、例えば治療や訓練が終了していなくても、生活の自律及び市民的権利の回復、様々な社会参加形態を認め、支援するなど治療や訓練と同時に進めることが必要とのプロセスを重視した「生活モデル」を基底においた考え方である。あとは「統合的生活モデル」の実態の姿を大規模に現出させる実践が待たれるばかりである。

本論の第1の目的は、近未来を展望した実践への明確な指針を提起することにある。その目的に添って、理念を吟味したうえで、実践の目標と着眼点を整理し、実践の拡がりを展望するものである。

おおよそ 1970 年代前半までの第1 期の実践活動は、「草の根活動」であり、精神医療改革を志すオピニオンリーダーの存在が大きかった。第 2 期の 1980 年代中頃以降、新たな高揚期の実践がその推進力になったものは小規模作業所づくりであり、80 年代後半からの地域精神保健福祉活動は「作業所づくりの時代」とも評せられた。第 3 期の「統合的生活モデル」を確立する 2000 年代の取り組みは、実践者たちに新たな開拓とシステムづくりを求めてきている。その未来展望は、地域生活支援センターを地域拠点とする中間目標に達した時点で、住民全体が統合利用できる地域社会サービスセンターを新たに開拓していくことになるだろう。すでに、精神障害者に対する地域生活支援は全国規模の拡がりを見せてきている。先進的といわれる各地の優れた実践例がこれまでも紹介されてきた。代表的な地域生活支援の取り組みでは、北から

² 寺谷隆子編『精神障害者の社会復帰—生活を支える精神保健活動』中央法規出版、1988

³ 谷中輝雄『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版、1993

数えて、帯広・十勝の地域生活支援システムの形成、札幌市の「すみれ共同作業所」の実践、浦河町の「べてるの家」の実践、埼玉県大宮市での「やどかりの里」の新たな実践、長野市の「りんどう会」を中心としたボランティア活動の高揚、新潟・守門村での村ぐるみの活動、東京では「JHC板橋」のクラブハウスモデルの実践、小平市をはじめ練馬区や世田谷区、大田区などでの地域ネットワーク活動、神奈川県では、川崎市や横浜市の地域精神保健福祉活動、和歌山市の「麦の郷」を中心とした活動、久留米市での「くるめ出逢いの会」の活動、沖縄県での「ふれあいセンター」の活動等々である。1999年7月、世界心理社会的リハビリテーション学会(WAPR; World Association of Psychosocial Rehabilitation)は、国際的な精神科リハビリテーションの優れた実践、「best practice」を83カ所発表した⁴が、日本からは、「やどかりの里」「JHC板橋」「麦の郷」「帯広ケアセンター」「群馬県佐波郡境町の精神保健活動」が選ばれている⁴。その選出基準はともかく、日本の実践も国際的に評価される水準になってきた地域が現出してきたことは間違いない。本論では、できるだけ good practice の新しい実践の芽生えを考察したい。

本論の第2の目的は、筆者の修士論文を継承発展させる立場から、資源開拓型コミュニティワークから進んで、システム構築型コミュニティワークの理論をうち立てることにある。その中心軸が、本論が取り組むコミュニティサポートシステム論である。

コミュニティサポートシステムに関して、かつて箱根で開かれた全国精神保健福祉相談員会業務研修会で筆者はこう述べたことがある。

「この実践はシステム構築型コミュニティワークを必要としています。この場合、そのシステムとは、地域ごとのサービスのシステム化であり、利用者主体のシステムであり、総合的なサポートシステムという3つの性質を備えたものです。

まず、地域ごとのサービスシステムの形成について述べますと、社会的入院者をはじめ、長期入院患者の退院促進システムであり、生活全般のクライシス状況を含む救急医療や危機対応であり、新規に発生する疾患・障害の予防と慢性化を防ぐリハビリテーションであり、他の障害者施策との連動や統合されたシステムであります。これらの内容がノーマライゼーションの立場に立ったそれぞれの地域でのまちづくりと結びつくことによって達成をみることができます。

次に、利用者主体のシステム化ということですが、その内容はあらゆる場面でのインフォームド・コンセントの尊重、利用者の参加、オルタナティブ・サービスの促進、人権擁護を実行できるセルフ・アドボカシーや社会的アドボカシー制度、成人後見制度の確立などが柱となってきましよう。

そして、トータルサポートシステムですが、保健、医療、福祉、教育、雇用、住宅を含む内容として、総合性、即応性、柔軟性、重層性、多元性から構成されるものです。」

精神障害者の地域自立生活には、継続した治療、リハビリテーション、生活支援が統合的に

⁴Farkas, M. ed. WAPR; International Practice in Psychosocial / Psychiatric Rehabilitation. 1999

具備され、包括的な生活上の必要に対応し、生活の継続性と充実をもたらすため、いつでも、誰にでも、どこでも、支え合うシステムを形成していくことがどの地域においても課題となっている。その支援には、住む場、働く場、憩う場、癒す場が用意され、仲間、家族、ボランティア、市民、専門家が支え手として適切に機能することが求められている。

つまり、システムとしての捉え方が肝要であり、それは包括性、積極性、継続性、個別性をその要素に備えた、地域を基盤とした総合的な支援システムの確立に向けた接近策が主要な目標となっている。コミュニティサポートシステムは、広く地域住民の精神的健康の保持増進を図ると共に、精神障害者の地域自立生活の実現と完全参加・平等に向けた新たな社会システムづくりを志向して、地域を基盤とした保健、医療、福祉、教育、労働、住宅など総合的なサービスの展開が求められる。このケアとサポートには、ニーズの表明と把握、地域精神保健福祉計画、サービスの財源確保、継続した治療と危機対応サービス、収入の援助、仲間同士の支援、家族と地域社会の支援、退院の促進とリハビリテーションサービス、住宅の確保と居宅でのケア、就労支援、権利擁護、ケアマネジメント、ネットワーク、公式・非公式の援助システムの利用促進などが含まれる。また、コミュニティサポートシステム形成の前提として、心のバリアフリー化の課題がある。

筆者は、本論の中で体系的に精神障害者の地域支援システムの全貌をつくそうとは思わない。これらの諸課題を緻密かつ詳細に論述するには限界がある。したがって、本論はコミュニティサポートシステムの基本課題の幾つかに研究対象を限定した。その第1は、精神障害者のうち、精神分裂病に罹患した精神障害者に限定したことである。その理由は本論で述べたい。第2に、実践現場としての日本国内の課題に限定したものである。第3に、すでに筆者も含めて論述してきた具体的な個別課題である、ニーズ把握やアクセス保障、継続した治療や危機対応サービス、就労援助、居住プログラム、ケアマネジメントなどは本論に加えていない。以上の限定によって、むしろ本論は探求の深まりを求めたものである。

なお、冒頭でふれたホームヘルプサービスについても、誤解のないように若干説明しておきたい。1999年の精神保健福祉法の改正により、精神障害者を対象としたホームヘルプサービスが市町村の「居宅サービス支援事業」として導入されることになった。この制度導入の背景には、精神障害者と家族のニーズを反映して、制度化されていないときから先行実施した市区町村や各民間団体の実績によるところが大きい。なかでも制度化に踏み切った世田谷区の先駆的な実績は評価されよう。また、直接的な施策化のプログラムには、財団法人全国精神障害者家族会連合会保健福祉研究所における過去数年間にわたる精神障害者のホームヘルプに関する制度的実証的研究の成果によるところが大きい。筆者も、同研究所の「精神障害者に対するホームヘルプサービスのあり方に関する研究委員会」に委員として参加した。この研究は、厚生省の研究助成を受けて市区町村や社会福祉協議会、民間非営利団体のホームヘルプ提供組織を対象に、精神障害者への取り組み現状を把握し、サービス提供に関わる現状と問題点を明らか

にするとともに、制度導入を前提とした今後のホームヘルプサービスのあり方を検討する調査研究として実施されたものである。研究を進める中で、高齢者を中心に、少なくない精神障害者に現にホームヘルプサービスを提供している実態も明らかにされた。また、現場によっては精神障害者にどのように関わったら良いのか、援助のあり方を模索している実態も明らかになっている。これらの調査内容とその結果については、すでに1999年5月31日に『精神障害者ホームヘルプサービスの現況と課題‘98—よりよい制度の創設に向けて』（ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo. 24）でその全容が公刊されており、また、委員長の大島巖をはじめ各委員により学会・専門誌等で報告されている。また、すでに平成14年度実施に向けたモデル事業の取り組みも各都道府県で始まっている。

本来ならば、検討委員会での論点（とくに、現状認識、調査対象精神障害者の規定問題、サービス内容、導入に向けた困難点、利用効果など）、先行した世田谷区及び岡山市、北九州市をはじめ市町村のモデル事業の取り組みで明らかになった課題、報告書に盛られた提言、今後の展望などを、本論の主題である、精神障害者に対する地域生活支援との関連で若干ふれておきたいところだが、本論では割愛した。その理由は、以上述べたようにホームヘルプサービスの重要性をいささかも否定しているわけではない。主要な理由は、本論の構成上の理由にもよる。システムを構成する個々の要素や個別課題は論じれば際限なく、論文が総花的に広がるのを自己抑制したことにもよる。研究は限定することがいかなる場合も必要である。とくに本論のような主題であればなおさらである。いずれにせよ、すべては重要であるが、問題はホームヘルプサービスだけで精神障害者の地域支援が可能になるわけでもない。前提認識として、地域にメニューが揃っていない、その原因を研究するほうが、本論の役割と考えるとだけである。

3. 研究の背景

日本における精神障害者に対する地域生活支援システムに関する先行研究は、総じて部分的なものであり、普遍化を考慮しないままの実践報告か、スローガンの提起、さもないと、予め枠組みの決まった項目の範囲で選択するニーズ把握の結果、ニーズは何か多かったかを報告している場合が多い。それらの総説的レビューからは多くを期待できない。それでも、実践課題の視野からは一定の枠組みはこれまでも多くの貴重な提起がなされてきた。若干紹介しよう。第3のパラダイム転換期以降の動きでは、精神保健法制定の直前に、佐藤久夫(1986)⁵は、「地域社会の中で通院医療、相談、生活の場(住居)、作業活動の場、リハビリテーション、そして雇用の場が確保される」ことを問題提起している。また、蜂矢英彦(1991)⁶は、地域での暮らし支援を「働く場の確保、暮らしの場の確保、地域での暮らしの支え」に分けて説明しているが、なかで

⁵ 池末美穂子・佐藤久夫・本家慶昭・森川栄一『「精神障害者」のベクトル』ミネルヴァ書房、p. 11、1986

⁶ 蜂矢英彦『精神障害者の社会参加への支援』金剛出版、1991

も患者会活動、地域での支持組織づくりの重要性を述べている。吉川武彦(1992)⁷は、「居場所、働ける場、援助者」の「居・職・従」を基本要素に、「慰・飾・什」を地域に用意することの課題をあげている。村田信男(1993)⁸は、「医・職・住」の保証を提起している。しかしそれらは総論の範囲で数えられた要素にすぎない。谷中輝雄(1996)⁹は「やどかりの里」の福祉的な実践を基盤に、地域で生活を支える要素として「①住む場、②働く場、③憩いの場」をあげ、「生活のしづらさ」や「ごくあたりまえの生活」を論じた。谷中はその後、仲間づくりや市民との交流を重視し、「憩いの場」を「交流の場」と整理し直している¹⁰。実践を踏まえた本格的な論究は谷中をもって始まりと言えよう。藤井克徳(1999)¹¹は、「地域生活を支えていくための4つの基本施策」として「①働く場・活動の場、②生活の場、③所得保障、④人的支援」の4分野をあげた上で、「この基本施策のみで事が足りるものではない」と但し書きしている。しかし、藤井は立場上の制約もあって政策研究からしか論じていない。牧野田恵美子(1999)¹²は、地域生活の前提としての地域生活を困難にする長期入院生活を論じたうえで、社会生活の必要条件としての、家族の責務の軽減、医療の継続などを提起している。牧野田と筆者は一緒に職場で仕事をしていたこともあり、問題認識に共有する部分が多い。一方、石川到覚(1999)¹³は、「生活支援」を「精神障害者の危機介入から生活支援までを包括するシステム」の枠組み内で、医療、リハビリテーションと連動させながらも、それらとは相対的に区別したカテゴリーで説明している。その他、多くの論者が地域生活支援を論じているが、地域生活支援の概念と枠組みは、必ずしも整理されていない。筆者は、谷中や石川が述べた「生活支援」を非医療的な支援の枠組みで狭義に捉えたうえで、「統合的生活モデル」に立脚したコミュニティサポートシステムとしての地域生活支援を広義の医療・リハビリテーション・生活支援を包括した概念で把握している。

アメリカでは、1974 年、国立精神保健研究所が脱施設化を背景に、連邦地域支援プログラム(CSP)の開発に乗り出し、1983 年までに全米で 40 州が参加した国全体のプログラムに発展している。Long Stay の精神障害者に地域支援システムが不可欠なことはかなり共通認識になってきたが、その後、アンソニー(Anthony, W.; 1984)¹⁴が、精神科リハビリテーションの立場から地域支援システムの形成について論じ、指導的役割を果たしている。1989 年には、Psychosocial Rehabilitation Journal 誌上にてコミュニティサポートシステムは大々的に特集が組まれている¹⁵。

⁷ 吉川武彦『精神障害をめぐって—メンタルヘルスはいまなぜ必要か』中央法規出版、p.32-33.1992

⁸ 村田信男『地域精神保健—メンタルヘルスとリハビリテーション』医学書院、p.148、1993

⁹ 谷中輝雄『生活支援』やどかり出版、1996

¹⁰ 谷中輝雄ほか『生活支援Ⅱ』やどかり出版、1996

¹¹ 秋元治留夫・調一興・藤井克典『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規出版、p.128、1999

¹² 牧野田恵美子『精神障害者の地域生活』一橋出版、1999

¹³ 石川到覚『精神障害者の自立と社会参加の促進』、社会福祉研究、第 74 号、1999

¹⁴ Anthony, W. The community support system: an idea whose time has come and stayed. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston, 1984

¹⁵ 原著は、Special Issue on Community Support System; Psychosocial Rehabilitation Journal Vol. 12, No.3. 1989. (地域支援制度研究会訳「アメリカにおける精神障害者に対する地域支援システム」障害者職業総合センター、1992)

この特集の序文で、全米の地域生活支援プログラムの相談役である Beth A. Stroul によって、コミュニティサポートシステムの概念が紹介されている。彼女によれば、その構成要素は、クライアントの確認、アウトリーチ、精神保健治療、危機対応サービス、歯科治療、住宅、収入の援助と資格要件、仲間の支援、家族・地域の支援、リハビリテーションサービス、保護と権利擁護、ケースマネジメントを含んだものとかかなりきめ細かな要素が紹介されている。なかでも、アメリカにおいては地域のサービスと支援の不十分さからホームレスピープルなど解決すべき種々の問題に直面し、サイコソーシャルリハビリテーションと居住プログラムは特別に重視されてきたと述べられている。しかし、その後のアメリカの状況は 1990 年代に入り、ある意味で厳しさを増してきた。1963 年のケネディ教書と地域精神保健センター法が基盤となった脱施設化は、かつてのレーガン時代の停滞期に戻ったような否定的な現象が再増幅されてきたのである。壹弘 (1999)¹⁶が、「米国では 50 万人の入院患者を 10 万人以下に減らすことはできても、予算削減の結果退院患者を地域で支えることを怠ったために、退院患者の 10 万人がストリート・ピープルとして、さらに 10 万人が刑務所にいると言われている。」と述べたのは、その典型的な局面現象である。とくに、managed care への傾斜が実践を窮屈なものにしてきた時期である。1990 年に設立されたロサンゼルス郡の the Village Integrated Service Agency では、精神障害者本人、家族もスタッフに雇って、チームケア方式(1チーム6人で92~100人のクライアントを担当、3チーム体制)、いわゆるヴィレッジ方式を開発したが、managed care の圧力は厳しいと現地でマーサロング施設長が話してくれた。成果を上げなければ、連邦予算はつかないという現実と直面し、その結果、多くのサービス供給機関がコスト論を意識した効果を中心とした実証研究の傾向を強めてきた。しかも皮肉なことに、この時代にさまざまなインフォーマルプログラムが開花した。

地域生活支援にとって大事なことは、メニューの種類で優劣を競うことではない。自ら「慢性精神病者」と語るロナルド・ピーターソン(1978)¹⁷は「退院するときに、住む場の選択が保証されること」「仕事のつくチャンスが保証されること」「地域社会に自分たちがいられる場があること」をあげた。本来は難しいことではないのである。1998 年前後からはまた状況が変わりつつある。アメリカ経済の好景気を受けて、多くの州政府や自治体で予算が獲得しやすくなり、1999 年 11 月 12 日に来日したレイコ・本間・トゥルー(前サンフランシスコ市衛生局精神保健部長)によると、インフォーマルサービスにも予算がつきやすい環境が生まれつつあるという。精神障害者の地域生活支援は、このように経済・社会の変動をもろに受けやすい領域であることを物語っている。

4、若干の用語の整理と概念規定

¹⁶ 壹弘『精神医学の思想 第2版』創造出版、P.271,1999

¹⁷ Peterson, R. "What are the Needs of Chronic Mental Patients?" The Chronic Mental Patient Problems, Solutions and Recommendations for a Public Policy, American Psychiatric Assn. PP39-49, 1978

まず、本論の冒頭からしばしば登場することでわかるように、本論全体の重要なキーワードである「統合的生活モデル」に関して、総括的な説明をしておきたい。その基礎となった「生活モデル」は、「医学モデル」との対置概念であり、かつ実践の理念・対象・目的・方法を象徴する包括的な理論モデルである。

「医学モデル」は、個人を対象とし、そのネガティブで特異な現象である病理に着目し、疾病の解明と治療・治癒をはかる自然科学的方法論に立脚する。その実践としての治療は病理に着目し、その目標を治癒ないし症状の軽減緩和においている。そのため、病因―病理―発現という過去のプロセスまで焦点をあてる。その結果、臓器別診断と治療が組み立てられ、診断、治療、予後管理に至る専門分化が高度に発達してきた。しかし、「医学モデル」は患者―治療者関係に固定的な位置関係をもたらし、一方に患者役割を、他方に有資格の専門職優位の構造を生み出してきた。実践としての治療は専門機関と専門職の占有とされ、その弊害としてパターンリズムが形成されてきた。「医学モデル」から捉える精神障害者は、精神疾患であることを一義的に重視する。「医学モデル」に基礎を置いた従来のリハビリテーションにおいても同様である。「障害」は個人の属性とされ、その改善が目標とされる。私宅監置を禁止したはずの精神衛生法の規定である「施設外収容禁止」条項はいつのまにか、「医学モデル」によって、一般医療施設や共同住居の「収容」を禁止する根拠とさえなってしまった。「医学モデル」はもっぱら、疾病の治療と治癒を優先し、その基準から患者を専門的に評価し、「社会復帰」を目標としてきた。事前と事後の「評価」も「援助」も専門家の独占とされてきた。この「医学モデル」は、医療に関与する専門職とその学問的基礎においても支配的なモデルとなり、ソーシャルワークの理論や技術にも影響を与えてきた。

これに対して「生活モデル」は、個人を生活の主体者として把握し、個人がおかれた状況の中で発生する社会生活上のニーズを対象とし、生活者(生活主体)と社会生活環境とのポジティブな側面も重視し、個人と環境との調整をはかる社会科学的方法論に立脚する。その実践としてのケアとサポートは個人の持つ潜在力や生活構造全般を利用者の参加を得て評価し、活用し、社会的役割機能や環境との接合面に着目し、その目標を個人のコーピング強化と環境の応答性を高めることによって、ニーズを充足することに置いている。そのため、過去にではなく、未来につながる現在に焦点を当てる。したがって、「生活モデル」は、非医療的な実践の包括的な枠組みを提供する理論モデルであり、専門職優位の治療や援助ではなく、個人の選択と自己決定を尊重した支援システムと支援技術の形成を援助利用者やレイパーソンを含む多様で対等な構成員の参加で形成する実践を特徴とする。本論が重視するエンパワーメント・アプローチも「生活モデル」を土台に形成されてきた。「生活モデル」から捉えた精神障害者は、社会生活上の困難を抱えた障害者であることを一義的に規定する。「生活モデル」は「障害」の属性的な対応以上に、障害者の「ニード」に対応する。「生活モデル」では、障害は改善の対象であるばかりではなく、障害は個性であるという見方を重視する。「生活モデル」は、その目標を「社会復帰」から「社会参加」に転換する。

しかし、「医学モデル」も今日では理念と価値の転換を迫られ、インフォームドコンセント(十分な説明をした上での合意)の導入や、疾患の見方も自然科学的因果律に基づきながらもバイオ・サイコ・ソーシャルモデルへの転換がなされてきている。リハビリテーション医学においても視点の転換は明確であり、ADL 自立から QOL 向上への変化をリハビリテーション目標にもたらし、精神科リハビリテーションにおける当事者中心主義に代表される新しい動向は、国際的に「生活モデル」を基盤とした「心理社会的リハビリテーション」を押し出している。動機(occupation)の形成、対処技能(coping skill)を高めること、セルフ・エスティーム(自尊感情)の重視など回復過程に重点を置いた個人へのアプローチと共し、生活環境の調整や社会的支援の形成などに重点を置いた環境へのアプローチが重視されるようになってきた。したがって、本論が「医学モデル」と言う場合は、厳密には「伝統的な西洋医学モデル」と表現するものである。本論はその今日的視座を踏まえ、対抗概念としての「生活モデル」から、新しい「医学モデル」を含む発展系から、新しく「統合的生活モデル」の概念を用いたことも付記しておきたい。

地域生活支援については前述した通りである。生活の主体者としての暮らし、地域において市民としての自立生活の構築を支援する社会的な体制の意味で使用したが、その際、精神障害者は「援助」される対象という前提つまり、援助と被援助の関係は止揚され、「支援」を「統合的生活モデル」に立脚したソーシャルワーカーのポジショニングを表す用語として採用した。これにより、精神障害者の主体的なサービス利用を動機づける視点も含め、精神障害者とともに新しいサービスを生み出していくことや、非専門職を含む社会的な支援構造の形成をその内容とした。

次に規定するのは、「精神障害者」である。概念としては、精神疾患者としての精神障害者、福祉対象である障害者の一員としての精神障害者の二重規定である。精神障害者は、「医学モデル」中心の時代には「精神疾患者としての精神障害者」という文脈で使われてきた。改正された新精神保健福祉法の規定でも、医学的な障害概念としての精神疾患を有する者(Mentally Disordered)として、法第5条の規定『この法律で「精神障害者」とは精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう』がある。しかし、国際障害者年の理解やWHOの規定、さらには上田理論や見浦康文論文、壹弘、安齋三郎、蜂矢英彦、岡上和雄、佐藤久夫、村田信男論文など、一連の障害概念の流れは精神障害者を福祉の対象として「生活障害」ないし「障害構造」をもつものとして位置づけを提唱し、障害概念は二重の意味で理解されるようになってきた。つまり、疾患と障害との区別であり、併存である。公的な文書でそれを明らかにしてきたのは、1986 年の公衆衛生審議会の意見書である。ここでは「精神障害者が単なる病者というだけではなく、社会生活遂行上の困難、不自由、不利益を有する障害者である」と規定した。精神保健福祉法第5条規定のうち、福祉的な障害概念として、精神障害(精神疾患)があるため長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者(Mentally Disabled)というように、障害者基本法第2条規定を抽出した二重の概念となってきたものである。

一連の障害概念の流れは、これまで医療の対象としか捉えられなかった精神障害者を、福祉の対象としても捉えていこうという積極的な意義を持ったものである。これによって、「統合的生活モデル」への転換が始まった。他の障害者との横並びの福祉的な施策の展開を根拠づけ、この分野に社会福祉とソーシャルワーク実践を必要とする制度的・技術的根拠を確立することになったからである。しかし、今ひとつやっかいな課題は、社会福祉の対象規定では、障害者をどこかで括らなければならない点である。精神疾患患者 217 万人のすべてが「長期にわたり」罹患し、継続的な医療を必要とするわけではない。その一部が結果として「障害者」の一員になるのである。最も狭義の括り方は、精神障害者保健福祉手帳交付者であるが、取得率が低い現状（1999 年 7 月 1 日現在、15 万 6 千人）では、まだ包括的ではない。しかし、法定雇用率の基準数値を定める際は、分母となる精神障害者を数値的にも規定しなくてはならない。対象規定で今一方難しい問題は、精神障害が完全に医療対象から離れた障害者ではなく、精神疾患と障害とが共存ないし併存しているという事実である。精神障害者は医療的対応を必要とする時期や群と福祉的対応を必要とする時期や群があるが、それは一人の精神障害者にとっても入院を要するときと全く要しないときがあるように、医療的であれ、福祉的であれ、どちらかのサービスだけで処遇のすべてをカバーできないという難しさを含有している。したがって、全障害者のための障害者総合福祉法が仮に必要なとしても、精神医療保健の法律が全く別個に必要となる。そうになると市町村での一元的なサービス展開とはならない難しさが出てくる。今後これらの課題は、「障害」特性への研究の進展と理解の広がりに応じて、さらに緻密な政策対応が必要となってくるであろう。いずれにせよ、本論では「精神障害者」を上記のような意味で使用していることをお断りしておく。

次に、用語ないし呼称の問題である。「医学モデル」（より厳密な表現では、伝統的な西洋医学モデル）では、伝統的に患者、精神病者、Patient で十分だった。社会福祉やソーシャルワーク実践では、利用者、クライアント、精神障害者（「精神障害を被った人」が正確な理解である）が代表的な呼称である。しかし「統合的生活モデル」では、地域生活支援の現場から、member、user、consumer を始め、Prosumer、Survivor、Mentor など新語が次々と生まれたきた。本論ではあえてこれらの用語を統一していない。それぞれの分脈や章で呼称を使い分けている。

次にコミュニティソーシャルワークに関してである。この概念自体はイギリスにおける 1982 年の「バークレイ報告」で使用された多数派報告のキー概念である。そこで柱とされた「カウンセリング」と「社会的ケア計画」の統合的応答という考え方は、イギリスにおけるソーシャルワークの伝統を継承し表現したものである。コミュニティソーシャルワークという言葉を使っていない 19 世紀のイギリスにおけるソーシャルワークはアメリカ・ソーシャルワークが主流としたクリニカル・ソーシャルワークより広範囲な実践を展開していた。しかしながら、対象属性性別かつ機関属性性別に展開されてきた日本のソーシャルワークはアメリカ・モデルに準拠して展開され、専門分化を進

められてきたことでも分かるように、コミュニティソーシャルワークは、その用語法を含め必ずしも日本の現在の実践を表現していないし、概念的にも定着していない。本論では、幾つかの理由からバークレイ報告の定義するコミュニティソーシャルワークにやや懐疑的である。その1つは、精神障害者を支援対象とするソーシャルワーク実践の未熟さと批判されようと、マイノリティ問題が直ちにコミュニティ全体に浸透する見通しを未だ持てないことによる。ジェネラル・アプローチにおいてそれは適用されやすいが、精神保健福祉の実践現場はスペースフィックな対応を必要とする場合が多い事情による。理由の第2は、バークレイ報告ではインフォーマルなサポートネットワークへの過剰な期待が気になることである。当時の社会的ケアなるものは、その大半を家族介護力に依拠しており、そうしたケアラーの負担軽減の延長でインフォーマルケア・システムの形成を重視しすぎることに実践的な危惧による。この点は、ケアマネジメントにおいても同様に指摘できるが、精神障害者問題は個人や家族的支援、親戚や友人、職場の同僚、ましてや近隣の人々の協力によって解決できるほど成熟した社会意識にはほど遠い状況にある。だからといって、今日求めるソーシャルワークがコミュニティ志向でなくて良いという意味ではない。むしろ本論全体は精神障害者に対する地域生活支援システムの形成を中心に論じており、その働きとしてクリニカルに傾斜しがちな精神医学ソーシャルワーカーの志向性をより地域にシフトする必要を常日頃感じている。したがって本論における筆者の立場は過渡的な判断ではあるが、次のように区別していることをお断りしたい。まず、コミュニティ基盤のソーシャルワークと言う場合にはバークレイらの多数派報告の概念に近い意味で用い、コミュニティソーシャルワークと言う場合はクリニカル・ソーシャルワークの対抗概念であるコミュニティ志向のソーシャルワークという意味で用いている。次に、コミュニティソーシャルワークが地域を基盤とした個々のニーズに対応しながらも、それだけに留まらずサービスの開拓をより重視し、ソーシャル・アドミニストレーションまでを視野に置いた統合的なソーシャルワーク実践モデルと今日的に理解すれば、それはソーシャルワークの全体像を言い表していると理解することもできるし、日本のこれからの実践が求めてやまないモデルであると言うこともできよう。実際、大橋謙策は「コミュニティソーシャルワークには、フェイス・ツウ・フェイスに基づき、個々人の悩みや苦しみに関しての相談（カウンセリング的対応）やサービスを提供する個別援助の部分とそれら個別援助を可能ならしめる環境醸成やソーシャルサポートネットワーキングづくりとの部分があり、コミュニティソーシャルワークはそれらを統合的に展開する活動である。」¹⁸として、日本におけるソーシャルワークの新しい統合的な実践モデルとして描いている。

なお、本論でコミュニティワークと一般的に言う場合は、従来の社会福祉援助技術であるコミュニティ・オーガニゼーションに近い領域、ないしソーシャルワーカーが行うコミュニティワークの意味で用いている。コミュニティ・オーガニゼーションは、1912年の全米慈善・矯正会議で初めて用いられた用語であるが、その理論は1929年の世界大恐慌以降にアメリカでは形成され

¹⁸ 大橋謙策・千葉和夫・手島陸久・辻浩編『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』万葉舎、2000年、p.55.

てきた。レイン委員会報告(1939 年)、マレー・ロス(1955 年)らを経てその理論は次第に体系化されてくるが、より規模の大きい地域開発(コミュニティ・ディベロップメント)やさまざまな地域援助活動を含めてコミュニティワークと言われるようになり、それらの区別からソーシャルワーク独自の方法は今でもコミュニティオーガニゼーションとして用いられている。一方、イギリスにおけるコミュニティワークは 1970 年代からコミュニティ・ディベロップメントを含む概念として理解され、土地の改良や住宅の開発、地域教育の振興までさまざまな地域展開で用いられており、社会福祉分野でもコミュニティケアの流れやシーボーム委員会報告(1968 年)の影響などもあって、地域の福祉問題を解決するソーシャルワーク実践が重視されるようになり、それらもコミュニティワークと一般的に呼ばれている。筆者はかねがね、もしソーシャルワークに固有な方法であると一般使用と区別するならば、ソーシャル・コミュニティワークと表現する方が正確であり、他の方法論との整合性もあるように思われる。

話をまとめよう。バークレイ報告は「コミュニティソーシャルワーク」を抽出することによってソーシャルワーカーの新しい役割と任務を提起したものであり、アメリカ・ソーシャルワークのケースワーク偏重の狭さと機能主義的な技術分化の弊害(公式的ソーシャルワークの方法の非有用性)を意識している。このように社会福祉の方法論としてのコミュニティワークは、アメリカ・モデルではケースワーク、グループワークなど直接援助技術に対応した間接援助技術の重要な一分野(コミュニティ・オーガニゼーション)として位置づけられているが、イギリス・モデルではコミュニティ自体をクライアントと見なし、その援助技術を表現している。したがって、両者も厳密には区別される概念(個人としてのクライアントの環境である地域に働きかける援助技術か、地域総体を対象とした援助技術か)であるが、日本ではいつの間にかアメリカ・モデルとイギリス・モデルの折衷概念としてコミュニティワークが地域福祉援助技術として混在的に使用されて今日に至っている。しかし、両者に共通していることは、援助技術としては独立した体系化と実践が可能なことである。本論は、ソーシャルワーク理論自体を直接の研究としたものではないのでこれ以上立ち入って論究することは避けたいが、これらの概念整理は精神保健福祉分野においてなおこれからの課題である。

最後に、システムに関してである。システムの基本概念が、「相互に作用する要素の複合体」であることは、ルートヴィヒ・フォン・ベルタランフィ(L.v. Bertalanffy:1956)¹⁹以来の基本的考え方である。そこで要素の数・種類・関係に研究が進んだが、その結果、要素とその相互関係であるシステムが、部分(要素)の集合や相互関係の総和以上のものである統一体という意味での全体を指していることが明らかにされた。現代では、有機的に組織された「複雑系」そのものに眼を向けたシステム研究が盛んになっており、システム自体のパラダイムも大きく変わろうとしている。しかし本論では、ニクラス・ルーマン(N. Luhmanns:1990)らの現代社会システム理論で

¹⁹ Ludwig Von Bertalanffy; General Systems, (長野・大田訳、『一般システム理論』みすず書房、P51, 1973)

本論を武装しようとは思わない。「システム理論の本質的な対象は、個別要素間の複雑な相互関係の有機組織化の形態」²⁰という基礎的な理解で十分説明できるからである。もちろん、本論が提起するシステムは、社会システムとして閉鎖システムではなく、開放システムである。それはシステム内における諸要素相互間の内的関係の変化や外部環境との交流・交換によって、つねに流動的に変化する。その意味では、システムは固有の複雑性を形成しているゆえに、いっさいをシステムで説明しようとするには無理がある。要するにただ一つのシステムも、固定的なシステムも、理論的に抽出された理想的なシステムも本論は求めている。どんな良いシステムでも、立ち止まったら古いシステムとなるのは歴史が証明しているからである。しかしシステム論的な発想まで放棄しようとは思わない。本論は、システム論的発想で考察することによって、その全体像と個々の具体的現象を未来志向型イメージで説明できると確信しているからである。

5. 研究の概要と方法

【本研究の構成と概要】

本研究は、3つの主要な領域から構成する。まず、第1部では、地域生活支援システムの基本的視座と概念的枠組みを検討する。次いで、第2部では、地域生活支援システムの成立要件について検討する。そして、第3部では、個人のミクロ領域から、県レベルのマクロ領域までの実践事例を検討する。全体は、序論、本論3部9章、結語より構成する。

第1章は、地域生活支援システムの指導理念としてのエンパワメント・アプローチに関する考察である。エンパワメントは、Solomon, B.B.が20年前にBlack Empowermentとして提唱した理論である。最近その概念は当初イギリスから、次いでアメリカから日本に紹介されてきた。エンパワメントとは、利用者が自ら関わる問題状況において生活主体者として自己決定能力を高め、自己を主張し、生きていく力を発揮していくことであり、そのアプローチには、対人ケアの専門職がパートナーとして利用者の力の発揮を促進するあらゆる支援を含んでいる。エンパワメント・アプローチはそれが個人、集団、地域社会のどのレベルにおいても戦略的で実用的な特徴と構造を有しており、さらには社会サービスのさまざまな分野への適用、可能性を持っている。本章では、エンパワメント・アプローチの特徴を概観した上で、地域精神保健福祉領域におけるエンパワメント・アプローチの適用可能性を鳥瞰すると共に、今後の研究方向の提起を試みている。エンパワメントの概念理解自体は、今日ではすでに幾つかのペーパーと著書²¹がここ1, 2年相次いで発表されているように、特段目新しいものではない。しかし、精神保

²⁰ 館野受男、池田貞夫、野崎和義訳『ルーマン社会システム理論』新泉社、P24.1998

²¹ E.O.コックス、R.J.パーソンズ、小松源助監訳『高齢者のエンパワメントの基礎—ソーシャルワーク実践の発展を目指して』、相川書房、1997、小松源助「ソーシャルワーク実践におけるストレングス視点に関する考察」、大正大学大学院研究論集、1997、小川喜道『障害者のエンパワメント—イギリスの障害者福祉—』、明石書店、1998、小田兼三・杉本敏夫・久保則夫『エンパワメント—実践の理論と技法』、中央法規出版、1999、ラップ、江畑敬介監訳『精神障害者のためのケースマネジメント』、金剛出版、1998、

健福祉領域に引きつけての日本での研究論文は本論が最初である。原著は、1997 年レフリー付きの論文として、日本精神障害者リハビリテーション学会誌『精神障害とリハビリテーション』第2巻に総説として掲載された。

第2章は、精神医療と社会福祉に関する包括的な考察である。この章では、未来思考から、精神医療における社会福祉の視点・課題・方法を幾つかの角度を通して地域生活支援の枠組みを考察した。考察展開は本章に譲るが、社会福祉を4つの枠組み(理念、政策、プログラム、技術)に指定し、それぞれ精神医療との関連を考察していく手法をとった。

とくに社会福祉援助技術に焦点を絞り、リハビリテーションと社会福祉(障害者福祉)との関連を論究した。この分野における概念上最も困難な課題に、精神医療、精神科リハビリテーション、生活支援の領域整理がある。精神科リハビリテーションの対象理解は、Chronic Mental Patient や、Long-Term ないし New Long Stay の Mentally Ill である。中でも、精神障害者の「障害」を焦点に、その各レベルに対応した様々なアプローチを進めており、全体としては人とその取りまく環境の双方向への働きかけ(訓練と支援の相互補完)を必要とする。その意味では、社会福祉との重なりが生じる。その際、重要なことは、リハビリテーションが技術で、社会福祉は制度といった図式的理解の過ちである。ここではソーシャルワークの技術の位置づけに関しても論究することとした。本論の意図は、精神医療分野における社会福祉学と現場ソーシャルワーカーの正当な評価を得ることにある。この章は、そのためにも貢献する内容を含んだものである。なお、原著論文は1998年、レフリー付きの『最新精神医学』第3巻第2号に掲載されたが、本論全体の構成上、大幅に修正した。

第3章は、筆者なりの精神医学ソーシャルワーク論である。日本におけるこれまでの精神医学ソーシャルワーク理論は、その起源から見ても北米からの翻訳文化的導入と狭い臨床的医療現場を基に研究・実践されたきたこともあって、狭い臨床実践としての専門技術に局限して理解されてきた。その結果、精神病院、社会復帰施設、保健所といった機関属性別のソーシャルワークの域を脱していない。この傾向は、ソーシャルワーク理論総体において、様々なモデルや新理論が紹介されてきたにも関わらず、なおわが国の社会福祉現場実践との乖離を引きずっている援助技術の混迷状況とけっして無関係ではない。理論は移入できても社会は移入できないのである。精神保健福祉領域においても、政策における「精神障害者福祉」と現場実践における「精神医学ソーシャルワーク」は未だ乖離状況にあり、「統合的生活モデル」に基づく政策と方法との統合された理論の体系化は、必ずしも成熟を見ていない。分権型自治を志向した社会サービスの統合化を視野に入れると、ソーシャルワーク実践は、実践展開の視点と方法のパラダイム転換が迫られている。求められるのは従来の個別臨床的な援助実践が中心ではなく、地域福祉を基盤としたコミュニティワーク実践が重点になってくるものと展望される。その実践は、資源開拓・システム構築型コミュニティワークとしての地域を基盤とした拠点づくりであり、人づくり・人発見であり、精神障害者と地域のエンパワーメントを共に促進するアプローチである。本論では、精神医学ソーシャルワーカーの全体的立場をコミュニティソーシャルワークの視座から

論究した。この章は、主題を論じる実践者のポジショニングを明確にするために第1部に組み入れた。

以上が、第1部の大まかな構成趣旨である。

第2部は、先にこの部の内容について、総括的なコメントをしておきたい。ハードとソフトの社会資源については、その内容と開拓法を中心に、すでに修士論文で明らかにしており、またその後発表した論文、著作で述べているので、改めて個々について論じる必要もないと判断した。補足するとすれば、①地域での継続したよりよい治療、②精神障害者の参加する場の保障、③精神障害者を正しく理解する啓発活動や市民的援助、④地域ネットワークの形成、⑤行政のきめの細かい財政的支援などがより必要になっている。本論ではむしろ、重要にもかかわらずこれまであまり解明されてこなかった課題に絞って考察することにした。

第4章は、「社会的入院」の解決をめざす実証研究である。日本の課題と主要な戦略の第1が「社会的入院」対策である。地域生活支援はすでに退院している精神障害者だけを念頭に置いたものではない。34万人弱の入院をもたらしている「社会的入院」の存在は、日本の恥であり、何よりも精神障害者の人権の問題である。本研究の全体は、精神障害者社会復帰促進センターの委託研究「高齢介護者家族の介護力評価と家族支援プログラムによる精神病院入院患者の退院促進と老人医療費適正化に関する研究」事業（老人保健健康増進等事業；平成8年度初年度）のうち、「全国病院家族会会員ニード調査」班の責任者として、「まとめと提言」を分担した立場から、特に「社会的入院」群の退院促進の病院内努力、制度的後押しを考察したものである。本研究の価値は、すでに2000年法施行の基礎資料として現れている。なお、筆者の分担と文責による本論は、共同研究の一部として本論への使用許可を得ていることを付記しておきたい。

第5章の地域ネットワーク論は、幾分ケアマネジメントを意識している。従来の利用者に対するサポートシステムはケアマネジメントがすべてであるがごとき喚声にあるが、それは余りにもケアマネジメントに期待しすぎるし、实际的ではない。F・N・ワッツ、D・N・ベネット(1991)²²が指摘したように、「ケースマネジメントの要求は、地域サービス供給への要求としばしば混同された。ケースマネジメントは、単にサービスの調整とモニターを前進させる方策に過ぎず、サービスそれ自身の代用品と見ることはできない」

コミュニティソーシャルワークの視点を強調するためには、ケアマネジメントよりも地域ネットワークがより包括的であると判断したからである。ネットワークは、分権型サービスをつなぐ横糸であるが、ケアマネジメントよりも人々を直接につなぐ横糸である。しかも集中化を抑制する方法である。なお本論は、従来のネットワーク研究に見られるタイポロジーな視点には興味ない。

²² F・N・ワッツ、D・N・ベネット『精神科リハビリテーションの実践』①岩崎学術出版社
1991.p.34

第6章のオルタナティブサービス論は、この分野における日本で初めての包括的な実証的な研究を試みたものである。精神障害者のオルタナティブサービスに関しては、海外においても研究があまりされていなく論文数が少ない。日本での文献・研究がほとんど皆無に等しい。本研究は、修士論文「精神保健福祉コミュニティワーク論」を継承発展させるものとして位置づけている。したがって、コミュニティワーク理論を深化させる立場から、ユーザー自身によるオルタナティブサービスを考察した。その際、海外の先行研究の批判的検討を含むレビューを丁寧に検証したが、本論では焦点をかなり絞り、そのすべてについては論究していない。その理由は、比較できるほど日本のオルタナティブサービスが成熟していないことによる。この点は、評価の時期が熟するまで保留しておきたい。

以上が、第2部の内容である。

第3部は、事例研究編である。実践課題と深く結びついた事柄を事例として取り上げた。ソーシャルワークの対象は、直接個人に向けられたものに限定されない。システム論的視野からみた事例研究はむしろ、グループや機関、団体、小地域、大地域にいたる広がりを持っている。個人もその広がりの中で理解される。3事例はそのミクロからマクロまでを順列で論じたものである。

まず、第7章は、精神障害者のエンパワーメントに関する実証的研究である。本章の目的は、障害者本人のエンパワーメントを促進する要因の探索であり、方法の解明にある。これにより、効果的な地域生活支援の枠組みと方法を検討することができ、またエンパワーメント・ソーシャルワーク実践のあり方に大きな示唆を得るものと期待するからである。これは「医学モデル」では、成し得ない課題、アプローチである。たしかに「医学モデル」は、病理性に着目して、様々な疾患・症候群を発見してきた。その延長線上から出発したりハビリテーション技術も、再発の予防と生活の維持を基本目標に形作られてきた。いま精神障害者が求めるのは、生きてきた存在の証明であり、生の技法である。我々専門家がそこで何をなし得るのか、彼らから深く学ばなくてはならない。

第8章は、地域ネットワーク事例として、東京世田谷区烏山地区を分析し、考察した。この地域を取り上げた理由は、研究者にとって馴染みがあり、友人が多く仕事していることによる。事例としての典型例を求めるならば、他にもあるだろうが、どの地域でも搬化して考察できないことはない。その意味で、従来の実践報告とは異なることを意図したつもりである。

第9章は、県域規模での実践として、沖縄県を取り上げた。その理由は、研究者が主に実践の舞台としていた川崎市と人口規模が似ていたこともあるが、本土と違う歩みから再生してきた沖縄に対する個人的関心の深さによる。この章では、沖縄の地域特性を踏まえつつ、若干ではあるが本土の歴史や都道府県との比較なども視野に入れて考察してみたい。

最後に、結語では、以上述べた主要な研究目的、課題に照らして、なにが解明できたか、何が解明できない課題として残されたか、今一度全体を見て付け加える知見はないか等を整理し

た。

以上が本論の構成と概要である。

【研究の方法】

本研究は、27年の現場実践を基盤に、PSWという臨床に基盤を置き、かつ地域を志向するコミュニティソーシャルワーカーの立場から、実践的実証研究を基本に、社会福祉研究の実践学ないし現場学をめざすものである。

しかし、ややもすると経験は外化されない体験の枠内で「我流」を生むか、技術を「属人芸」の世界に押し込みやすい。かつて、S.C.Kohs(1966)²³が、社会科学を指して、「形而上学的研究の段階から実証的研究の段階に移った」として、その可能性と限界を指摘したことがある。社会福祉研究は個性記述的な人文科学でも、法則定立的な自然科学でもない。マクス・ヴェーバー流に言うならば、社会学とは何であるかを1976年に論じたように、「ソーシャルな結果とゲゼルシャフト的な原因に眼を向ける科学」の一員である。彼は、その中で「社会的行為を解釈しつつ理解し、そうすることによってその行為の経過と結果を因果的に説明する」学問が社会学であるとした。彼は、まず文化の営みを主観的に解釈する個性記述的な研究を退けている。同時に、普遍妥当的な法則を求め、それによって個別現象を説明する法則定立的な研究も退け、個人の文化的な営みが互いに関係づけられ、社会的な行為としていつでも受け手の地平の中で社会的(ソーシャル)な結果と全社会的(ゲゼルシャフトリッヒ;最も包括的な社会概念)な原因に眼を向ける重要性を提起した。社会福祉研究においても主体の行為状況を理解することは、それぞれの行為や現象をそれぞれの置かれた社会的な位置から考察し、結果と原因をつなぐ法則性を求める意味で同様に理解されられると思われる。理論は輸入できても社会は輸入できないのである。それは輸入された翻訳文化の理論で飾られることを全て否定しないとしても、必要最小限にとどめ、むしろ現場の実践から深く学び取らなくてはならない態度を基本とした学問である。その限りにおいて、経験から得られる臨床の知は、それ自体研究者の財産である。本研究は、先行研究のレビューから進めたが、新しい知見を加えるだけの資料を十分得ることができなかった。その結果、自然と、実証研究を重視する研究方法を採用するようになった。しかし、それに終始するだけでなく、独自の解決方策を探るために、研究方法として以下の2点を重視した。

その第1は、現地主義による事例研究に端的に現れているように、フィールド調査を重視したことである。特に技術論の世界では、新しい技術の開発に結びつく知見を得る物差しは、Qualitative Research Methods によることが多い。オルタナティブサービスの研究、エンパワーメント事例研究、烏山地区の実践、沖縄県の取り組みなどがそうである。

第2に、研究課題(社会的入院の実証研究)によって、数量的実証研究を選択的に採用した。

²³ 小島蓉子・岡田藤太郎『ソーシャルワークの根源』誠信書房、p. 165-172, 1989

その効果は政策研究における共通方法であり、コンピュータの発達の実証研究を加速させている通り、方法としての妥当性、信頼性が担保されれば得られた知見の有効性は確認（追検証）できるからである。真にそれぞれの学問に対応した方法論の固有性のみで学が形成されることはない学際性の現代から言っても、研究方法としての価値は認められるものである。しかし多くは共同研究に依るものであり、個人研究が中心の本論の立場では限界がある。

第3に、体験的な把握をどのように論証の材料としうるか、研究方法において最も苦慮した点はこちらにある。結果においては、記述論証主義や経験的立証主義の有効性も採用した。しかし、これには説明する多くの言葉を要する。しかし、体験に基づかない記述論証主義では、参考となる多くの研究が公表されていれば論証を補強できる反面、新しい知見を得ることが少なく、せいぜい言われたことの分類学に終始するか、批判と解釈、意見に終わりやすい。実証できない論理の弱点は、結局、暗黙知を明確にすることなく了解しやすい仲間言葉で終わるか、経験主義を復活させる。これを解決するには、認識の合意が多くの研究者に合意されていくことによってエビデンスとなろう。いずれにせよ、研究者の鋭い観察力、分析力、説明力、記述力で事実の予測性を推理し、結果で評価されるしかない。第1部の論文は、この方法を採用した。

まとめよう。本研究は、以上の問題意識を理論考証し、PSWの立場から、精神障害者に対する地域生活支援システムとソーシャルワーク実践におけるプロフェッショナルの新たな役割を展望するものである。長期発展的な視点から述べると、この分野における新しい地域を基盤としたソーシャルワーク理論確立の出発点、研究者としての基礎研究である。

ここで改めて研究方法に関する筆者の立場を総括的に補足しておく。経験科学は、その第1テーゼを研究対象である経験世界の本質を尊重することから出発している。仮説の設定とその検証という理論図式の示す演繹的な手続きが「科学的」と一概に断定できようか。例えば操作的な手続きで標準化されたデータや概念だとしても、経験世界の本質を見事に抽出しているとは言えない場合の方が多い。経験的に適切であるという唯一の確かな保証は、経験世界とその領域に直接足を運んで発見するしかない。しかし、経験領域における直接的な検討はしばしば統計的実証主義の立場からは「アカデミズム」とは無関係のように評価される。しかしながら経験の科学に裏付けられる実践の学が求めるものは、アカデミズム至上主義ではなく、いかに「useful」であるかがまず問われなければならない。筆者の方法論的スタンスは、ここから始まる。これまでの援助実践の到達点を踏まえ、近未来の新しい課題に挑戦することによって、この分野におけるソーシャルワークに新しい知見を加えられれば幸いである。

第1部 基本的視座と概念的枠組み

第1章 指導的理念としてのエンパワーメント

1 はじめに

この章では、「生活モデル」を基礎に発展したエンパワーメントの概念や原理について考察する。その理由は、精神障害者の地域生活支援システムは、その準拠枠としての価値から考察しなければならず、エンパワーメントがそれを最も表現するにふさわしい指導的理念と思われるからである。しかもエンパワーメントはソーシャルワーク実践においてソーシャルワーカーたちの視点や用いる方法のパラダイム転換を引き起こす契機となっており、本論全体を支える基軸と思われるからである。

エンパワーメントは、ごく最近日本でも話題と関心を集めてきた、新しい概念であり、アプローチである。雑誌「ソーシャルワーク研究」での特集(95年7月)、日本社会福祉学会第43回全国大会(95年11月)でのいくつかの発表はそれでも研究の体系化をめざすスタートだけは確かに切ったようである。しかしなお、研究者は少なく、一般的理解においても充分浸透しているとは言いがたい。エンパワーメントについて日本に紹介している研究者の一部は、いまだその紹介の仕方において外国文献による伝統的な翻訳文化の導入ないし概念理解の域を脱しておらず、その内容について日本の実情に即した充分な論考は示されていない。それでも最近の知識の独占から開示への転換は、エンパワーメントが今後日本における実践的有用性と理論的深化を切り開く上での第一の関門であることだけは確かなことである。エンパワーメントを一時の流行語で終わらせず、日本で定着し、理論的実践的発展を確立していくためには単に研究者のみならず、現場実践者も加わった実証的な研究の拡大が求められてこよう。本論考の意義もそこにある。

本章は、エンパワーメントについての一般的な概念紹介だけが目的ではない。日本におけるコミュニティを基盤とした対人援助実践の課題において、重要なkey概念の一つとしてその可能性と普遍性を探ると共に、具体的実践領域の一つに地域精神保健福祉領域を取り上げ、その理論的適用の価値と可能性を考察するものである。そのため、研究方法としてここではエンパワーメントに関する先行研究、文献的考察を踏まえつつも、現場実践の蓄積を土台とした理論的発展も視野において論究する。

2 エンパワーメント——歴史的経過と発展

(1) バーバラ・ソロモン——社会状況とソーシャルワーク

エンパワーメントはソロモン(Solomon, B.B;1976)が「黒人のエンパワーメント——抑圧された共同社会でのソーシャルワーク」を発表したときから一部のソーシャルワーク実践において高度に価値ある目的として熱狂的に支持されてきたが、時代制約においてソーシャルワークのその後の発展すべてを引き受けるものではなかった。

60年代から70年代初めにかけてのアメリカは、失業、人種差別、学生運動、労働運動、黒人差別撤廃の公民権運動などの社会矛盾を激化させていた。特に黒人を初めとしたマイノリティ・グループにとって、リー(Judith. A. Lee;1994)も述べているように「働いても苦しい人、働いていなくても苦しい人、救いようのない人にどのように働きかけていくか」はソーシャルワーク実践の第一級の課題になっていた。ソロモンの定義である「スティグマを負った人々が、価値ある社会的役割を遂行するようにスキルを身につけるべく援助される過程」は、二重の意味で困難を背負っていた。

(2) アメリカ的状况

その一つは、時代が世界的なスタグフレーションを経て低成長に移行してきたことである。今一つは、伝統的な心理主義的ないし上からの組織化としてのアメリカ・ソーシャルワークがその危機を脱しきれなかったことによる。60年代以降の攻撃的ケースワークやソーシャルアクションモデルの開発さえも、マイノリティの自立的な権力基盤の拡大に向かって成功を収めることはできなかった。バイステック(Biestek;1961)が「ケースワーク関係」で「7原則」を発表してから20年以上、ソーシャルワークはその中心モデルを確立することができなかった。エンパワーメント・アプローチは“解放”や“政治的変革”を要求する一面において、当時ラディカルでマルキストの見方であると非難されたりした。

皮肉にもエンパワーメントの復活は、70年代の後半からはシステム論を取り入れたエコロジカル・アプローチが主流となっており、80年代にはケースマネジメントが台頭してきた機能的なシステム化、その文脈においてであった。

むしろアメリカでの発展は理論ではなく、現実の必要から主にセルフヘルプグループ(SHG)がその実態を担うことになった。A.A.やニューヨークのファンテンハウスなどの蓄積は早くから知られていたが、70年代中頃からはアメリカ、カナダ、北欧諸国を中心に知的障害者の「ピープル・ファースト運動」が活発になり、スチューデント・パワー時代からの身体障害者の自立生活運動(Independent Living Movement, IL)などがそうである。これらはエンパワーメントからではなく、バンク・ミッケルセン、ニルジェ、ヴォルフエンズベルガーらのノーマライゼーションを基盤としてきた。とはいえ脱施設化が明確になったアメリカにおいてSRV(Social Role Valuation)やアドヴォカシーが強調され、ケースマネジメントが発展するにつれてエンパワ

ーメントの再評価が始まってきた。

(3) イギリスでのリバイバルと発展

イギリスにおける Care out of community から Care in the community への転換は 1968 年シーボーム・レポート、1970 年地方自治体ソーシャル・サービス法からすでに始まっているが、その変化がはっきりとわかってきたのは 1982 年のバークレイ・レポートであり、地域を基盤としたソーシャルワークの実践がインフォーマルネットワークに注目するにつれ、その実践に新しい技法と接近を必要としてきた。

1986 年には「障害者法」が制定されているが、同じ年に市民団体の全国組織である「サバイバーズ・スピークアウト」が誕生しており、精神保健分野でも全国的なユーザー組織として「マインド・リンク」と「全国アドヴォカシー・ネットワーク」が誕生している。これらの経過はコミュニティケアとソーシャルワークに地域を基盤としたより自発的なケア活動への促進を要求することになった。

1989 年政府白書 (Caring for people) では、“各自の潜在能力を十分に発揮できるよう援助すること”や“ケアにおけるパートナーシップの重視”を随所で強調しており、1990 年 National Health Service and Community Care Act の制定により Care by the community への転換が政策的には明確にされてきた。

こうした時期にエンパワーメントは地域基盤のソーシャルワーカーたちによってリバイバルされた。

力の分配への抵抗感からエンパワーメントを好ましく思わなかったアメリカのソーシャルワーカーたちと違い、イギリスではヤングハズバンド・レポート(1959)で「クライアント自身の能力が強化されるような方法」を志向してきた長い伝統があり、利用者主義はコミュニティ・ケアに関する社会サービス委員会報告(1985)でも、「利用者の真の声を聞くこと」が強調されていたようにエンパワーメントを受け入れる基盤ができていたことにもよる。

こうしてイギリスではエンパワーメント・アプローチがソーシャルワークの主流的位置にまで成長してきた。

(4) いまなぜエンパワーメントか——日本及び世界

いま先進国と言われる国々で社会福祉の機能拡大と普遍化が進み、あらゆる分野のアセスメント、モニタリングへの執行に市民参加が強調されてきた。アラン・ウォーカー (Alan Walker; 1993) は政策上の変革、フォーマルサービスに関わる組織と機能の変革、サービス利用者、介護者及び潜在利用者の参加に関する戦略の開発、専門職の価値観と態度の変革、パートナーシップや参加を促進するスキルの開発など一連のパラダイム転換を強調している。この流れは日本においても同様である。

しかし一方、地域福祉が挑戦を求められている現代的課題は 20 年前とは違った形——自立生活支援が合意された社会——でエンパワーメントを再び必要としてきている。

失業、テロ行為、薬物その他のアディクション、エイズ、カルト宗教、児童虐待や浮浪者虐

待、伝統的家族の崩壊など生活不安、はかなさや疎外、不確実性、競争価値などが増大しており、新たな問題を提起している。さらには地域福祉の実体化において社会福祉問題の“市民化”は不可欠になってきている。それらに社会福祉が貢献するには制度やサービスの開発や転換だけでなく、コミュニティソーシャルワークの実践力が試されてきている。それはこれまでの社会福祉協議会、福祉事務所に代表される狭い実践現場だけが担いうる課題ではなく、保健、医療、教育、労働などの包括的有機的連携を伴って進行してきた。

エンパワーメント・アプローチは日本においても、対人ケア分野の実践者たちにとって今日の実践力を高める方策として登場してきたと言えよう。

3 エンパワーメントとは――いくつかの key 概念との比較

(1) 自己決定 (Self-determination)

自己決定はソーシャルワークの理論と実践において、もっとも価値ある原理としてリッチモンド以来その価値を不動にしてきた。しかし、アン・ハルトマン (Hartman, A.; 1993) も指摘するように、「自己決定とは、自分自身が選択し、自分自身が運命を決定するクライアントの権利であると定義されたが、多くの人にとって自己決定は財産とか機会とか権力を達成することに限られていたために、空手形であった。自己決定はアメリカの個人主義と相まって、単に放っておかれる権利にしばしばなった」と、その限界も多くの論者に指摘されてきた。

しかし、エンパワーメントの概念は自己決定と対立することではなく、自己決定に新しい考え方をつけ加えた。クライアントが自己決定する権利を持つだけでは不十分であり、自己決定を行なうために必要な力、能力、権威に対しての権利を持つことを強調している。また、そのための情報、知識、スキルの提供をソーシャルワーカーに求めている。

(2) 参加 (Participation)

参加の原理は 60 年代から 70 年代初めにかけての社会矛盾の激化、住民運動の高揚を契機に、行政と住民との絶えざる緊張関係を修復・止揚する方策として、進歩的な政策目標と保守的な政策動機との一致から生まれた。今やコミュニティケアの価値ある原理として市民権を得た公式用語としてパブリックな性格を確立し発展させてきたが、エンパワーメントは参加の場と機会を拡大する参加者側の力量形成を目的としている。マッグラスとグランズ (Mcgrath and Grand; 1992) は、利用者の参加を引き出す積極的な誘因 (incentives) を強調している。

(3) ワークアビリティ (Workability)

パールマン (Perlman, H. Helen; 1967) の問題解決型アプローチで提起されたワークアビリティは、クライアントがケースワーク援助を受ける能力 (Capacity) のことであって、その逆ではない。

その評価はもっぱらソーシャルワーカー側にあり、クライアントの能力を引き出すことではな

く、クライアントの能力、レベルに応じた援助を組み立て、展開する客体としての対象評価に注目した概念であった。これに対して、エンパワメントは久保美紀が指摘したようにクライアントが十分な援助を受けられるような力をつけられるようにメンバーシップを強化することであって、ソーシャルワーカーはその触媒(catalyst)の役割を果たすことである。

(4) インヴォルブメント(Involvement)

インヴォルブメントはコミュニティワークの組織化によく用いられる説明概念であるが、ハドレイ(Hadley, R.;1987)らが指摘するように、「反制度的な関与形態の発展の兆候を見ることは可能」であり、クライアントや住民は巻き込まれる(involve)対象でしかない。そこには 1970 年代以降の行政システムの転換が行政優位の保持(行政優位の住民参加)を前提としたねらい(aim)が隠されており、ウォーカー(1993)も述べるように、たとえユーザー・インヴォルブメントを使用したとしてもごく限定された概念である。参加概念から見ると、熱田泉(1983)が述べたハム・エッグにおけるニワトリの位置であり、commitment のブタの位置ではない。主体性を尊重することと、巻き込むこととは矛盾しており、エンパワメントとはベクトルがまったく逆である。

(5) アドヴォカシー(Advocacy)

コミュニティ基盤のソーシャルワーカーによって発展されてきたソーシャルワークの方法である。

デアリング(1993)によれば、「社会福祉にはかなりパターナリズムの危険があるため、利用者に代わって助言したり、他の見方も紹介するなどソーシャルワーカーが援助する方法であり、それは a) ユーザーがもっとも必要とするサービスを誠実に援助することであり、b) 過剰な弁護で依存を助長することではない」とされている。

確かに代理としての弁護は必要ではあるが、Malcolm Payne(1995)が述べているように古典的な弁護士のアドヴォカシーとは異なるアプローチとして、エンパワメントはその役割までも自己の固有の権利性の重要な要素として含んでいる。

[中間分析 A]

エンパワメントの基本的な性格を考察する上で、外在的に関連するいくつかの key 概念を取り上げ、それぞれ二分法的視点から分析してきたが、共通項を帰納法的にまとめると次のように言えよう。

第一に、自己という主体こそがその固有性ゆえに価値と権威の最高の源であること。

第二に、自らの能力や力量を高めることは権利性と非依存性に関わる問題であること。

次にエンパワメントに内在する key 概念を検討してみよう。

4 エンパワメントの構成概念

(1) クライアント(client), ユーザー(user), コンシューマー(consumer)

ケースワークではクライアントをもともと自ら援助を求めて援助機関に訪れた人を意味していたが、それはあくまで援助者側の呼称であって、当のクライアントは自らのことをクライアントと呼ぶことはなかった。援助を求めることが権利性を含有しているとはいえ、現実には選別主義とスティグマによってクライアントの真の意味が喪失し、代わりにユーザーが普及してきた。ユーザーを用いることによってクライアントはこれまでの援助を受ける対象者から、主体性を持った利用者と呼ばれるようになった。

なお、コンシューマーはケネディ教書(1963)で「精神保健・医療・福祉サービスを受ける権利を持った消費者」から始まったが、1970年代における消費者運動を適用したモデルはソーシャルワークにおいては必ずしも定着した呼称とはなっていない。しかしエンパワーメント・アプローチではソーシャルワーカーが、ユーザーやコンシューマーと表現することが多くなり、利用者は私(self)と呼ぶことが多い。また、マイノリティ集団の一部ではサバイバーズ(Survivors)と呼称することもある。

(2) シェア(Share)

エンパワーメントを理解するもっとも重要な key 概念の一つである。一般に「分かち合う」と訳されるが、分かち合うものはこれまで専門家や機関、権威の独占を分配することであり、システムと思想的な転換を伴うだけに官僚主義とパターンリズムの抵抗も強い。また、アダムス(Adams, R.; 1990)が指摘していたようにセルフヘルプと専門家の関係は複雑なものになっている。しかし、インフォームドコンセントを引き合いに出すまでもなくあらゆる分野でその転換はすでに始まっている。

(3) セルフアドヴォカシー(Self-advocacy)

先に SWWB(イギリス)の説明を紹介しておこう。

「セルフアドヴォカシーは、コミュニティケアのようなものを提供するとき人々に自信を与えるものである。ユーザー自身が自分の言葉で話したり、再現する過程を表すものであり、ソーシャルワークにおいて、スタッフはユーザーに強い自信を打ち立てたり、エンパワーメントのさまざまな形を通じて自己主張することができる。精神保健問題を持っている個人など、傷つきやすい人々との関係においては特別に重要なことである」。また最近では、市民のアドヴォカシー、グループアドヴォカシーなど、その理論的深化が進んできている。権利の制限や差別、排除への自己主張と権利の獲得を実現する力を貯えることはエンパワーメントの重要な目的とみなされている。そのためスキルの学習、表現力訓練などが活発になってきている。

(4) セルフエスティーム(Self-esteem), セルフコンフィデンス(Self-confidence), セルフアクチュアリゼーション(Self-actualization)

自己肯定、自己信頼、自己実現という哲学的価値にエンパワーメントは裏付けられている。有用さを強調する肯定的なメッセージやコンピテンスの発揮を促進するスキルが重要視されてきている。

(5) パートナリシップ (Partnership), シチズンシップ (Citizenship), エンフランチャイズメント (EnFranchisement)

エンパワーメントはもともと抑圧されたマイノリティグループの復権のために開発されたアプローチであったが、リー (Lee; 1989) が説明するように、エンパワーされた人々がコミュニティにその力をお返しし、貢献することによって、コミュニティはより力を増してくる。同じにエンパワーされたコミュニティはエンパワーしつつある人々に対する成長の場を与える。こうして好ましい循環を地域社会に拡大するアプローチでもある。したがって個人と地域社会の結節点としてのグループに着目することはエンパワーメントが焦点化する重要な実践目標である。1989 年イギリスの政府白書 (Caring for people) では、地方自治体と地域集団とのパートナーシップの重視を改めて強調しており、それは市民の能力、知識、経験が自発的に発揮されたエンパワーメントを展望するものである。

[中間分析 B]

第一に、エンパワーメントは、ソーシャルワーカーとクライアントとの、マイノリティグループとコミュニティとの、フォーマルセクターとインフォーマルセクターとの力の配分をより対等化させることによって、新しい関係を両者の間に生み出すものである。それは両者がさらにエンパワーされる方向をめざす一致した利益を伴っている。

第二に、エンパワーメントは、臨床的な段階からコミュニティワークの領域まで、個人、集団、地域社会のあらゆるレベルにその価値を高めてきたことである。

第三に、エンパワーメントは、個人と地域社会を結びつけるコミュニティグループの主体的能力の形成を重視している。

5 エンパワーメント・アプローチ——特徴と枠組み

エンパワーメントは、棚橋紀子 (1994) が指摘するように、まだ日本では「ソーシャルワークが地域でその意義を具現化する過程を十分に展開できていない」状況にある。この指摘は一面事実であり、一面事実を反映していないかもしれない。

事実はエンパワーメントについてその研究がやっと始まった段階であり、エンパワーメントの概念的理解を紹介しつつあっても、そのアプローチ法、モデルの実際が十分に体系立てて紹介されていないことである。これは研究者の怠慢によるものではなく、まるで自己増殖しているように複雑に深化していくアプローチを追いきれないことでもあり、またその適用をかつての直輸入時代ないしは翻訳文化とは違った方法で日本の現実を充分踏まえた適用を模索している反映でもあろう。

にもかかわらず、筆者の理解によれば“足下に泉あり”で、エンパワーメント・アプローチのかなりの部分がそれぞれの領域においてすでに始まっているようにも思える。その限りで、三毛美予子 (1996) の指摘した「こういう実践方法や視点は存在しているのか、定着するのか、実

現可能なのか」の問いかけへの回答は既に現場の実践で始まっていると思われる。またその概念は、渡辺洋一(1944)も指摘しているように、説明概念としては地域福祉研究における大橋謙策(1991)の「主体形成」論とも重なる部分を内蔵しており、さらに述べるならば松下 拡(1981)の「住民の主体化」論とも重なってこよう。これらの実践は教育分野においては「生きる意欲」への着目となって現れているように、福祉教育では「共に生きる絆」への着目が重要になると思われる。しかしここではこれ以上立ち入らないで論を進めたい。

エンパワーメント・アプローチは第一に、戦略的なアプローチである。それはさまざまなレベルでの力関係の変革を伴うことをめざしている。ソロモンのエンパワーメントの提唱から今日まで変わらないことの一つに、エンパワーメント・アプローチがスーザン・ケンプ(1995)が来日したとき述べたように、パワーレスネスの人々を対象としていることにある。主体はあくまで利用者自身である。ソーシャルワーカーはパートナーとしてその協働活動的展開をもっとも重視する。このアプローチにおいて、ソーシャルワーカーはユーザーの仲間であり、サポーターであり、理想と意識を共有する。変革の目的はユーザーの潜在的なパワーを見極め、共働関係で方向を確定しながら新たなパワーを獲得することにある。そのパワーとは、直接的には生きていく力のことであり、理想的な表現で言えば、人間の解放の過程と目的をめざしたものである。そのプロセスは単純ではなく、さまざまな困難を伴うにせよ、このアプローチはそれらの困難を消化することによって発展していくものでもある。

第二に、エンパワーメント・アプローチは直接的な実践に通用する有用性を持っている。エンパワーメント・アプローチは利用者が自己決定能力を高め、自己を主張し、生きていく力を発揮していくことにソーシャルワーカーが支援と同伴のさまざまな知識、技術を用いることを要求している。強調されているアプローチの内容を文末に紹介した諸文献を参考に列挙すると、次のような事柄が含まれる。

①情報・知識・技術・価値の普及と公開

これらは利用者がパワーレスネスであればあるほど簡単で実用的、かつ包括的な内容と形式が要求される。それによって初めて、自己の能力を無理なく高めることができる。

②挑戦課題の明確化と解決能力・分別行動・疎通性の重視

これにはユーザーの見方を正確に理解すること、特に彼らの自己概念、彼らの生活に共通する挑戦課題を見つけること、彼らのつくり上げてきたものを評価すること、不変的に見るよりも変化することを見ることなど、さまざまな視点が必要である。

③行動中心と体験学習の重視

エンパワーメント・アプローチは、能力というものが行動と体験の蓄積によって本物になることを強調している。同時に行動と体験はソーシャルワーカーと共にすることによって、認識の深まり、理解の促進を交流し合う、協働活動の実践的中核でもある。

④グループを育てることの援助

グループ化を図り、自発的なグループに成長する過程をソーシャルワーカーは同伴的に関

与する。

⑤ピア・カウンセリングと自己教育の促進

援助者の立場と役割を利用者が自ら担うことによって、利用者自身が自己の充実性と有用感を体験するだけでなく、自己をコントロールし、問題の対処能力を強化し、自分自身というものをもっとも実感的に成長させることができる。

⑥スピークアウトの重視

自らの言葉で自己を主張し、表現することはエンパワメントのもたらす変化の現れである。これには自己の体験的洞察と共に権利感覚を養うことが不可欠である。

⑦話し合うこと、討論することの重視

自己認識を促進し、相手を理解し、状況を把握する上で、意見を突き合わすことはかなり強調されている。

⑧自立心と相互依存、一方的依存の排除

エンパワメント・アプローチにおいて、依存はスティグマと共にもっとも排斥される。ここで言う相互依存とは、依存が一方的な支えられる行為ではなく、支えあう関係の中で理解される概念である。

⑨利用者からのフィードバック

何が行動を変えたか、何が影響をもたらしたかその変化をどう評価するか、そしてその過程を行動の新しいサイクルに向けてどう活用するか、それらのフィードバックを重視する。

⑩生活のモニタリング

困難と障害を把握し、解決の焦点を見定め、ステップアップすることの動機づけまでを含んで、局面を理解する。

⑫評価(アセスメントとエバリュエーション)

アセスメントはそれが個人であれ、地域社会であれ、潜在的な資源システムの探求と開発を焦点としており、エバリュエーションは成果の発見とプロセスの効果を評価する。

⑬完璧主義と多干渉の否定

エンパワメントの落とし穴は、しばしば利用者とソーシャルワーカーが共に完璧主義を求めやすいことにもある。またそのために、多干渉の悪循環という罠に陥りやすい。エンパワメントは、狭い意味での自己能力を高めていくことにそのねらいがあるわけではなく、能力があってもなくても自分の人生は自分であることを自己と他者が承認することから始まる。

等々、エンパワメント・アプローチは理念や価値の問題だけではなく、直接的な実践に方法論的にも適用されることを内容としている。それは、人間的アプローチであると共に、技術的アプローチでもある。

第三に、エンパワメント・アプローチは権利性の保持を強調している。その主役は自分自身であり、地域社会そのものである。自分の人生、自分たちの暮らす地域社会の在り様は結局のところ自分自身、住民自身が選択するものであり、その機会を提供する責任を政治と政

策に求めている。ここで言う自分自身・住民自身とは、自己主義や住民エゴではなく、他者に貢献できる自己・住民に発展する愛他主義、市民でもある。受容は双方向的であり、実名性と無名性はそのバランスからどちらも選択できるものである。

第四に、エンパワメント・アプローチは社会サービスの多方面の領域への発展性と適用可能性を持っている。実際、マイノリティグループへの適用をもっとも重視したこのアプローチは、保健、医療、教育、労働などさまざまな分野に影響を与えている。ソーシャルワーク実践の流れから分析すると、個別臨床的実践領域から、地域を基盤とした総合的なソーシャルワーク実践に、そして社会政治的実践領域まで幅広い発展に応用されてきた。

6 地域精神保健福祉活動におけるエンパワメントの適用

(1) 状況認識

1995年5月、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律が制定された。その後2000年4月からは改正された新精神保健福祉法が施行されている。ここ数年のうちに、精神保健法の再改正、障害者基本法の制定、地域保健法の制定など近年の地域精神保健福祉は大きな転換点を迎えている。状況は明らかに、この分野において「追い風」を伴っているものの、なお精神障害者が社会的に不利な状況のままであり、マイノリティな存在であることもわれわれの基本認識である。

地域精神保健福祉課題の基本認識は、実践的に3つの対象群への包括的な働きかけを必要としており、そのすべてが偏見と差別、スティグマの状況から精神障害者をノーマライズすることにある。3つの課題とは、まず、34万人の入院患者中10万人とも言われる精神病院内での生活者たち、すなわち「社会的入院」の解決をめざすことである。次に、生活のあらゆる場面で非権利状況を余儀なくされている、100万人を超える在宅精神障害者の生活の質の充実(人並みの生活)をめざすことである。そして、最後に新規に日々発生する精神疾患に対応して、その慢性化を未然に予防する取り組みを強化することである。PSWはこれらの課題が、従来の個別援助のみで解決がつきにくいことを経験してきている。これらの課題は、地域を基盤とし、地域を志向するソーシャルワーカーにとってその働きをもっとも求められているものであるが、地域生活支援の新しいシステム形成にPSWが関与することが基本認識となろう。

(2) 変革への枠組み

一連の施策変化は、精神障害者の疾患と障害を区分してきた。これまでの精神障害者の定義は「精神疾患を有するもの(Mentally disordered)」と医学モデルに準拠してきた。区分は精神疾患のうち、長期に渡り生活能力の障害(Mentally Disabled)を有し、社会的制約(Handicap)にある者を抽出したことである。つまり、精神障害者は疾患と障害を併せ持つと同時に、障害と健全さを区分して構造的に理解することが求められている。これにより、援助

の特性は、疾患に対応するもの、障害に対応するもの、健全さに対応するものの実践的区分、さらに統合された援助モデルを新たに必要としている。「統合的生活モデル」はこの実践をめざしたものである。

まず、疾患へのアプローチは一義的に精神科医療の課題であり、その供給システムの転換を必要としている。治療はインフォームドコンセントを踏まえ、短期入院を促進し、危機に対応した24時間ケアとしてノーマライズ化を図らなければならない。精神科医療は、より地域にシフトされた形で病院依存からクリニックやメディカルデイケア、新たな薬物療法の開発と使用などに転換されなければならない。次いで、障害への対応は、日常の生活レベルにおいてその生活を生活者の立場から総合的に支援されなければならない。個人に向けられたリハビリテーションの推進とともに、住居、職業、そして憩い集う場が必要であり、暮らしの基盤を高めるさまざまな社会サービスを伴うものである。さらに、健全さへの対応は、精神障害を持った人々と持たない人々が同じ地域で共に生きる社会づくりをめざして、地域でのさまざまな活動と交流の場を共有することから始まる。また、これらの対応は、精神障害者に仲間、家族、市民、専門家、それぞれの立場からの分かち合い、育て合い、支え合いを求めてきている。それは、地域を基盤とした包括的なネットワークと総合的な援助を必要としており、その主体者は直接的には障害当事者ではあっても、各々がパートナーとして地域で暮らす基盤を拡大するものである。それゆえ、地域精神保健福祉サービスの受給者はすべての市民であり、同時にその供給者は精神障害者も含んだすべての市民である。

(3) エンパワーメント・アプローチの地域精神保健福祉活動への適用

1) 個人への適用

夢や希望の確認、個性的な能力の発見、その人らしさの尊重、長所に焦点を当てた働きかけ、可能性を引き出すこと、利用者から学ぶこと、管理指導型援助から同伴支援型援助への転換、横並びの関係、率直で誠実な対応、信頼性を高めること、情報を伝えることなど、精神障害者が生活主体者としての力を貯えていくことを促進している。

具体的な展開において最近実践が広がってきたことの一つに、リバーマンらによって開発されてきたSST(Social Skills Training)が挙げられる。SSTはこれまでの訓練と根本的に異なっていることは、セルフエスティームを高めるエンパワリングな手法を取り入れていることにある。たとえば、対人対処能力の改善におけるポジティブ・メッセージのルールは、かつての援助技法における欠点や問題の特定、課題の先延ばし、環境操作、強力な介入等の技法とも異なるものである。あるいはかつての「生活療法」に見られた目標達成主義とも異なるものである。しかしこの技術が絶対かと言えば、そうではない。エンパワーメントは精神障害者自身にアプローチすることのなご難しさを持っており、個別的な技法は特定のモデルでは未だ完成していない。いま一つに援助付き雇用の試みがある。実際の就労体験を提供する場でのサポート的な援助はエンパワーメントを促進している。同伴型の援助はその他にもグループ・ホームやアセスメント場面における当事者参加などが一部の地域ですでに試みられてき

ている。

エンパワーメント・アプローチにおいて、ユーザーを組織し、セルフヘルプグループとして育てていくことは、もっとも実践的に求められている。90年代の精神保健福祉分野における大きな変化は、当事者自身が生活主体者として社会的に発言を強めてきたことである。彼らは正面から堂々と、マスコミに実名で登場し、全国組織を結成し、その一部はピアカウンセリングを始め、自らの体験による福祉教育を学校や地域に広げてきている。セルフヘルプグループの持つ組織化された体験の集積は、サービスの枠組みさえも変えようとしている。おそらく彼らの求めるエンパワーメントは、AAモデルに見られるセルフヘルプ・オルタナティブであり、自分たちを正当に評価したサービスと機会の獲得にあるだろう。エンパワーメントはその意味で理論的展開と浸透を、彼らの行動からもっとも学ぶことができる。この点は第6章「精神障害者領域におけるオルタナティブサービス」でさらに考察を深めたい。

2) 家族への適用

家族援助の新しい試みは、各地で「家族教室」として拡大されてきた。家族教室は治療の場ではなく、その目的は医療や福祉に参加する主人公として家族を支え、育てることにある。グループワークを重視し、教育的支持的プログラムが用意され、家族の気づき合い、育ち合いを重視している。これにより、家族は私的な担い手としての位置から社会的担い手の一員として、自ら家族会に参加し、あるいは組織し、社会的発言力を強めてきた。

3) デイケアへの適用

保健所デイケアに限って表現するならば、デイケアはその目的において精神障害者の生活体験を取り戻し、新しい体験の獲得、健全さの膨らみ、自己課題の整理、障害の受容、達成感の獲得、自由な自己表現など、単なる居場所としてではなく、場面を共有しての同時的アセスメントやセルフヘルプグループへの教育的機能を重視するものに転換してきている。今後の保健所デイケアはメンバーをできるだけお客様扱いしない、自己の有用感や自己決定能力の強化に結びつく体験の機会の提供やあらゆる場面での参加を促進する援助場面としてエンパワーメント・アプローチから再構成していくことが課題でもある。

4) 小規模作業所への適用

今日、1,500カ所を超えた精神障害者の小規模作業所は、実践的にもっともエンパワーメントを展開してきた。そこにはすること(doin)があり、自己が認められる体験や自己の有用感を実感でき、仲間と触れ合い、横並びの人間関係を育み、市民と交流し、障害者の実態を価値あるものに転換させ、新しい文化を形成してきた。メンバー、家族、スタッフ、ボランティアが「共同」する日本の独特なこの発展形式は、小規模で柔軟な特性を生かして細胞分裂を繰り返すように増加を続けており、あらゆる人々とのパートナーシップをそれぞれの地域で育てている。ここにきてエンパワーメントは個人の段階から福祉コミュニティの段階に広がりを見せてきている。

5) ボランティア集団への適用

精神保健福祉ボランティアとは「精神保健福祉分野において市民の立場から、精神障害者の自立と社会参加を支援し、共に自己実現と誰もが暮らしやすい地域社会づくりに活動する人々」のことを指す。新しい地域精神保健福祉活動は、本当の意味で地域を基盤に地域を耕し、地域を変える力としてボランティアを積極的に求めるようになってきた。各地で精神保健福祉ボランティア講座が実施されてくると同時に、ボランティアグループの活動が活発になり、ボランティアの役割が大きく評価されるようになってきた。

精神障害者にとってボランティアは普通に接してくれる一番話しやすい人であり、身近な社会人モデルの提示者であり、最初に彼らを受け入れた住民であり、外の風を運んでくれる人である。ボランティア自身にとっても、精神障害者と接することで、「日常の疲れを逆に癒され、彼らの優しさに触れることで、家族にもまわりにも優しくなった」とか、「私自身の世界が広がった」など語られている。精神障害者とボランティアの共通するエンパワメントの営みは、正しい精神障害者観を地域に広く伝えるアナウンス効果を生んでいる。ボランティアは地域で暮らすプロとして、生活者としての体験や技術を提供し、日常的に連带的援助を提供し、精神障害者のエンパワメントを促進するだけでなく、地域のそして市民的なエンパワメントを促進するキーマンの位置を占めつつある。

これら地域精神保健福祉領域に見られるエンパワリングケアは、医学モデルとは異なった価値と方法から出発し、それでいて再発・再入院抑止効果を発揮しており、ノーマライゼーションの実現に向かって地域に着実に広がってきている。

(4)適用上の課題

地域精神保健福祉領域におけるエンパワメントの適用は、日本においてもこれまで考察してきたように、すでに始まっていると見てよいであろう。しかし、同時に課題が明らかになりつつある。その第一は、精神疾患それ自体の存在と偏見差別の重みが、彼らのエンパワメントを時には妨げ、時には強い要求となって現れやすいことである。疾患と障害の二重の重みは、彼らの健全さを脅かし、焦りやいらだち、苦痛から時として絶望や不信、攻撃に転化することもある。エンパワメント・アプローチはこの点において専門家のインターベンションを否定するものではない。しかし同時に専門家との緊張関係を持ち込むことになる。第二に、過度の訓練や強化を彼らのサバイバルのために専門家がしばしば要求しやすい「善意の罠」に陥りやすいことである。大事なことはエンパワメントが「促進する側」に主導権がある従来の援助理論とは根本から異なり、援助利用者の主導権を認めることから始まっていることを理解することである。サービスのオーダーは彼らである。第三に、障害の受容と自己価値の再編が技術的な方策のみでは対応せず、社会的な解決を要求されているからである。受容と自己価値の再編はそれがエンパワメントに不可欠ではあっても前提条件としてではなく、プロセスであり結果である。これらの技術としての制約性は、エンパワメント・アプローチの価値を低めることなく、その限定した役割を正しく理解するわれわれ専門職の実践態度に、すなわちわれわれ自身に突きつけられた課題でもある。

7 むすび——エンパワーメント・アプローチ:今後の課題と展望

エンパワーメント・アプローチはこれまで考察してきたように、複雑であるが明確である。北京で開催された世界女性会議(1995 年)でも女性のエンパワーメントが中心課題であったように、もはや特定分野の特殊な用語ではなくすでに日常化している。しかし、その具体的方策はどの領域においても簡単に答えの出る代物ではない。入口は入りやすく、奥行きは深く、幅広い。それは当たり前のことを言っているようで、本質的に人間理解を鋭くわれわれに問いかけている。

ここでは技術的課題の細部までは立ち入らなかったが、第7章で精神障害者のエンパワーメントに関する実証的研究でさらに考察を深めた。今後の研究課題に即して述べれば、地域精神保健福祉分野におけるエンパワーメント研究は援助利用者観の転換を前提に技術化されたものとして組み立てられることが前提となろう。技術は価値に従属し、価値を実体化させる道具である。

社会福祉領域におけるこれまでの方法論研究は、未だ先行する外国文献の紹介の域を脱してはいないが、それすら洪水のような外国文献の発表の中にあって、その紹介は充分消化しきれていない。一部で体系化の試みは開始されているが、これまで新しい概念やアプローチの研究が異なる社会の実相を捨象して、いわば理論から現実に応用させるか、一時の流行理論の紹介で終息させる問題も研究の前提として指摘しておかなければならない。研究は形式ではない。真理への探究そのものである。

エンパワーメント・アプローチは、その可能性、価値というものを正當に発揮しようと思えば、その限界と異なった見方を関連づけて研究しなければならない。さらに重要なことは、文献からだけでなく、さまざまなマイノリティグループの当事者や地域社会の生きた現実、実践の蓄積から直接学ぶことである。本論全体はこの立場から以下、展開される。ソーシャルワーカーとして現場実践を踏まえない理論化は、机上の空論に等しい。同時に、現場に埋没しているだけで新しい理論的解明なくしては、実践の新地を見通すことを困難にする。

エンパワーメント研究は今後、概念解釈から具体的な援助理論の確立、実践の技法・スキル開発に向かっていこう。その意味で、小論が提起したこの分野における研究の始まりは意味を持ってこよう。今後、より細分化された緻密な研究がさまざまな分野で開始されていくことの意義も重要な課題である。同時にエンパワーメントが単なる目的概念や理念としてではなく、実体概念、援助理論としてその価値を有用なエンパワーメント実践に深化していくためには、当事者との体験の共有が何よりも重要視されてくるにちがいない。

(小論をまとめるにあたって日本女子大学谷口正隆教授、同大学院 OB 棚橋紀子女史、イギリス研修中の友人らから貴重な文献資料をご紹介いただいたことを厚く感謝申し上げたい。)

引用参考文献・資料(脚注は割愛させていただいた)

- 1) Braye S, Preston-Shoot M : Empowering Practice in Social Care. Open University Press ,1995.
- 2) Hadley R, Cooper M, Dale P, Stacy G : A Community Social Worker's Handbook. 1987.(小田兼三, 清水隆則監訳:ハンドブック:地域福祉と進める技術, コミュニティソーシャルワーク. 川島書店, 1993)
- 3) Hartman A : The Professional is Political Social Work, NASW, 38(4), July, 1993.
- 4) Hegar RL, Hunzeker JM : Moving toward Empowerment-Based Practice in Public Child Welfare. Social Work, NASW. 33(6), 1988.
- 5) Henderson P, Armstrong J : Community Development and Community Care : a strategic approach. Community Care, A Reader. Macmillan, 1993.
- 6) 伊藤葉子:ソーシャルワークにおける SRV(Social Role Valorization)に関する一考察——SRV 登場の背景を中心に. 日本社会福祉学会第 42 回全国大会報告要旨集, 1994.
- 7) 岩田泰夫:新しい援助の潮流——セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践. やどかり出版, 1994.
- 8) スーザン・ケンプ:ソーシャルワークにおける「エンパワーメント」の概念をめぐる. 日本社会福祉学会関東部会, 講演資料, 1995.
- 9) 北野誠一:ヒューマンサービス, エンパワーメントそして社会福祉援助の目的. ソーシャルワーク研究, 82, 1995.
- 10) 小松源助:ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題. ソーシャルワーク研究, 82, 1995.
- 11) 河野正輝:社会福祉における人権論の課題——イギリスにおける研究動向の紹介. 社会福祉研究, 鉄道弘済会, 57, 1993.
- 12) 河野正輝:在宅ケアにおける質と基準. ジュリスト増刊高齢社会と在宅ケア, 有斐閣, 1993.
- 13) 久保美紀:ソーシャルワークにおけるエンパワーメントの論点——power をめぐって. 日本社会福祉学会第 42 回全国大会報告要旨集, 1994.
- 14) 久保美紀:ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討——Power との関連を中心に. ソーシャルワーク研究, 82, 1995.
- 15) 久保美紀:ソーシャルワークにおけるエンパワーメントとアドボカシー——ソーシャルワーカーの専門的行為として. 日本社会福祉学会第 43 回全国大会報告要旨集及び資料, 1995.
- 16) 窪田暁子:アルコール依存者の回復をエンパワーメントの視点からみる. ソーシャルワーク研究, 82, 1995.
- 17) Lee JAB : Introduction Return to Our Roots. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1989.
- 18) Lee JAB : The Empowerment Approach to Social Work Practice. Columbia University Press, 1994.
- 19) 松下 祐:健康問題と住民の組織活動. 勁草書房, 1981.
- 20) Messinger R : Empowerment : A social worker's politics, Practical politics : Social work and political responsibility. Silver Spring, MD, NASO In M.Mahafey & J.W.Hanks, 1982.
- 21) 三毛美予子:エンパワーメント・ベースのソーシャルワーク実践理論の批判検討. 日本社会福祉学会第 44 回全国大会研究報告概要集, 1996.

- 22) Miley KK, Omelia M, Dubois BL : Generalist Social Work Practice, An Empowering Approach. Allyn Bacon, 1995.
- 23) Mullender DWA : Empowerment Through Social Action Group Work : The Self-Directed Approach. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1991.
- 24) 中村佐織: ソーシャルワークにおけるエンパワメントの意味——アセスメントとのかかわりから. ソーシャルワーク研究, 82, 1995.
- 25) ノーマライゼーションの現在シンポ実行委員会編: ノーマライゼーションの現在——当事者決定の論理. 現代書館, 1992.
- 26) O'Connell B : From Service to Advocacy to Empowerment. Social Casework, Family Service Association of America, April, 1978.
- 27) 大橋謙策: 地域福祉の展開と福祉教育. 全国社会福祉協議会, 1991.
- 28) ヘレン・H・パールマン(松本武子訳): ソーシャルワーク——問題解決の過程. 全国社会福祉協議会, 1967.
- 29) Payne M : Social Work and Community Care. Macmillan, 1995.
- 30) Persons RJ : Empowerment : Purpose and Practice Principle in Social Work. Social Work with Groups, The Haworth Press, 14(2), 1991.
- 31) Pindehughes EB : Empowerment for Our Clients And Ourselves. Social Casework, Family Social Association of America(FSAA), 64(6), 1983.
- 32) Ramon S : Psychiatry in Transition : THE BRITISH AND ITALIAN EXPERIENCES, Pluto Press, 1988.(川田誉音訳: 過渡期の精神医療——英国とイタリアの経験から. 海声社, 1992)
- 33) Rappaport J : Studies in Empowerment : Introduction to the issue. Prevention in Human Service, 1984.
- 34) Riessman F : Restructuring Help : A Human Services Paradigm for the 1990s'. American Journal of Community Psychology, 1990.
- 35) Social Service Committee : Community Care : Service for People with a Mental Handicap and People with a Mental Illness. HC664, HMSO, London, 1990.
- 36) Solomon BB : How do we really empower families? New strategies for social work practitioners. Family Resource Coalition—FRC Report, 1985.
- 37) Solomon BB : Black Empowerment : Social Work in Oppressed Communities. New York, Columbia University Press, 1976.
- 38) Staub-Bernasconi S : Social Action, Empowerment and Social Work : An Integrative Theoretical Framework for Social Work with Groups. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1991.
- 39) 棚橋紀子: Empowerment の概念から見た地域福祉実践——ソーシャルワーカーとしての活動を通じて. 日本社会福祉学会第42回全国大会報告要旨集, 1994.
- 40) 谷口政隆: 知的障害者の福祉——自己主張と脱施設化の歩み. 臨床精神医学, 23(7), 1994.
- 41) 谷口政隆: 公的介護保険とケアマネジメント. 福祉展望, 東京都社会福祉協議会, 1995.
- 42) 寺谷隆子: メンタルヘルス・コンシューマーによるセルフヘルプ活動. JHC 板橋, 1992.
- 43) Walker A : Community Care Policy : From Consensus to Conflict "Community Care. a reader", Macmillan, 1993.

44) 渡辺洋一:エンパワーメントを志向したソーシャルワークに関する一考察——社会福祉の固有性の視点から、
ソーシャルワーク研究, 82, 1995.

45) Wolfensberger W : Normalization : The Principle of Normalization in Human Services, "National Institute for
Medical Research" (中園康夫, 清水貞夫編訳: ノーマリゼーション——社会福祉サービスの本質, 学苑社, 1982.

第2章 精神医療と社会福祉

1 はじめに

前章においてエンパワーメント概念とそのアプローチが、精神障害者に対する地域生活支援システムの形成と促進、理念と方法の中軸的な視座になることを考察してきた。その際、コミュニティソーシャルワーカーの役割を、一般的な精神保健福祉活動の文脈に沿って述べてきたが、より厳密な意味では、「統合的生活モデル」に立脚した精神医学ソーシャルワーカーの立場や役割を一層明確にする必要がある。その作業の第1は、精神医療と社会福祉の関連を理論的に整理することから始まる。もし両者が区別されなく、混同されて理解されたり、全く違う領域を継ぎ足した認識から始まるならば、精神医学ソーシャルワーカーの学問的基盤とその特性は抽出されず、結果として社会福祉もソーシャルワーカーも精神医学とその実践の場である精神医療の単なる補完者か、従属した位置しか与えられないであろう。また、治療とリハビリテーションと社会福祉を区別し、かつ関連づけることなしに、精神障害者に対する地域生活支援システムはその全体構造を描くことも、要素間の相互作用も明確にはされないであろう。この章は、幾つかの角度から両者の関連を考察することによって、地域生活支援システムの形成に貢献しうる現場精神医学ソーシャルワーカーの実践基盤を確認するねらいもある。

さっそく、本論を述べよう。

「老人施設ならいいが精神障害って、アレでしょ？ やっぱりだめだ！」この一言で最終的に断念した作業所の移転先。手狭になった作業所の新しい場所探しに、関係者が動き出したのは1996年春のこと。半年経って、やっとの思いで理解ある家主を発見。地元町内会との日曜日や夜の何回かの話し合いでほぼ移転の見通しがついた矢先のことである。地元の有力者のひとりが土壇場になって作業所の移転受け入れに納得しなかった。納得させるだけのわれわれの力量と地域状況になっていない、と立ち止まって評論するわけにはいかない。実践者にとって、1歩の後退は2歩の前進を生むことでしか挽回できないからだ。

折しも精神保健の流れは法体制の整備を背景に、病院から社会復帰施設へ、社会復帰施設から地域社会へとノーマライゼーション理念が謳われ出した。国レベルでは「障害者プラン」が策定され、懸案であった「精神保健福祉士」法案が関係職種の激しい賛否が渦巻く中、国会に上程され昨年12月19日制定をみた。この領域にも、ようやく待ちに待った「福祉の時代」が本当にやってくるのであろうか？ 正確には精神障害者も他の障害者と同列で福祉の対象となったと言い切るには、正直、現場での温度差を感じてならない。社会福祉の側から

捉えれば、精神障害者問題は「残されてきた問題」のひとつとはいえ、新参者であり、まずは社会福祉そのものへの参加に「のれん」を出せるかが問われている。いまのところ「のれん」を出しても売り物が無いでは困る。そのためにも、精神医療の再構築に社会福祉が寄与するにはどうしたらいいか、精神医療における社会福祉の担うべき役割は何か、課題解決にどう接近するかが考察されなければならない。

本章では、マイノリティ問題を無視しえない時代の成熟を展望した未来思考から、精神医療における社会福祉の視点・課題・方法を幾つかの角度を通して論じる。

考察展開は、まず、川崎市での実践の概略歴史的考察をソーシャルワーカーの立場から素描する。次いで筆者なりの社会福祉学のとらえ方を紹介したい。その上で社会福祉を4つの枠組み(理念、政策、プログラム、技術)に措定し、それぞれ精神医学・医療との関連を考察していく。とくに社会福祉援助技術に焦点を絞り、さらに社会リハビリテーションと社会福祉(障害者福祉)との関連を論究したい。最後に、今日の精神障害者の地域生活支援状況と社会福祉の貢献、その未来展望と現実対応の目標へと論を進めていきたい。

2 川崎市の実践にみる生活モデルとソーシャルワーク

筆者も所属していた川崎市は、早くから精神障害者への地域生活支援活動に先進的に取り組み、全国から注目されてきた。

その川崎で当時オピニオンリーダーであった岡上和雄は、川崎市での4半世紀の実践を控えめながら次のように振り返っている。

「今の表現でいうと、ハンディキャップに対応する環境改善的アプローチを重視し、在宅サービスやデイホスピタル・デイサービスに重点を置き、ネットワーク化をうたうなど、観念レベルでは若干の先進性はあったかと思う。」(注1)

川崎市の精神保健福祉の流れは、1951(昭和26)年、中央保健所へソーシャルワーカー(医療社会事業員)を配置し、翌年には全国で初めて専門医による精神衛生相談を開始した前史からの長い伝統があった。1965(昭和40)年には市単独の精神衛生相談センターを開設、1968(昭和43)年、全保健所に複数のソーシャルワーカーを配置し、地域家族会、患者会の組織化に着手した。また早くから保健所デイケアに取り組み、1971(昭和46)年社会復帰医療センターに25名のソーシャルワーカーを始め、11名の心理技術職、6名の作業療法士を配置した一連の実践が積み上げ、拓いてきたものが大きい。住む場の提供、就労支援、親代わりの支え手(個別担当制)による長いつきあい、当事者グループの組織化、地域作業所づくり、グループホームづくり、ボランティアの育成、地域ネットワークの推進など、狭い治療技術からではなく自治体レベルの福祉システムと実践活動から明らかに病床数を削減し在宅率を高めてきた(入院16%、在宅84%)。(注2)

この流れを、神奈川県域と隣接する横浜市が川崎市に後追いする形で大きな福祉システ

ムを形成していった(1995年3月末現在、全国平均病床数;人口万対29、神奈川県;人口万対16、川崎市:人口万対11)。実質病床利用率をみると、すでに川崎市は欧米なみの水準にある。

こうした動きの源泉力は、第1に、結核対策に代表される公衆衛生の成果と手法に依拠し、精神障害者の置かれた環境に働きかける「生活モデル」とコミュニティケアの志向がベースにあったことであり、第2に、それゆえ、行政主導的な展開と自治体ソーシャルワーカーの腕の見せ所でもあった。行政施策に関して言えば、必ずしも公的責任行為としての精神障害者福祉観を確立していたわけではない。むしろ現場実践者の「民主的」前倒しともいうべき、地を這うような現場の努力を言わば追認する形で自治体施策が形成されてきたものである。

筆者の個人的体験から振り返ると、保健所のソーシャルワーカー(精神保健福祉相談員)であれば、新しいサービス資源を開発したり、プログラムやシステムを創り出すことは当然の如き伝統・風潮が先輩諸氏によって創られていた。初期の家族会づくり、患者クラブの育成、デイケア、就労支援を始めた時代を川崎市では第1世代と評せば、筆者らはリハビリテーション施設が出来て育った第2世代である。殆どが同世代であったこともあり、泥臭い先輩ワーカーの背中を見ながら、地域を基盤にお互いが競い合うようにさまざまな資源を生み出してきた。停滞する家族会を強化する目的で始めた「家族教室」、ポスト・デイケアの場として着手した作業所づくり、単身生活の困難から志向したグループホームづくり、仲間づくりや当事者の力を促進する必要から開始したセルフヘルプ・グループの組織化や地域の理解者を広げ、人的資源を求めてのボランティアの育成、市民組織づくりなどである。とくに、われわれの取り組みを理解してもらうためにはどんどん地域に出かけた。民生委員の集まり、保護司会、町内会役員会、不動産屋の会合、趣味のサークル、PTAやライオンズクラブの例会、青年会議所、大手の労働組合や宗教団体の研修会、どこにでもである。

今日では、行政サービスにとどまらず、民間を含めたサービス供給機関の拡大と精神障害者自身、ボランティアを含む「機能的専門家」(注3)の増大と地域ごとのネットワーキングによって、精神障害者の生活の質を問う新たな段階を迎えようとしているが、ここでも新たな第3世代ともいうべき精神病院のソーシャルワーカーや作業所、グループホームのソーシャルワーカーなどが、ややスマートになった感のする自治体ソーシャルワーカーと共にその牽引車としての役割を担っている。

こうしたわれわれソーシャルワーカーが、理論や技術のバックボーンとしているものが、社会福祉学である。そこで社会福祉(学)なるものについて、筆者なりの理解ではあるが、概略を次のように説明しておきたい。

3 社会福祉学のとらえ方と源泉

社会福祉の大方の理解は、社会的原因(社会責任)の存在を背景に、社会生活上の困難、

不自由、不利益を被り、ないしは社会関係的疎外状況に置かれた人々(社会障害)を対象とした総合的なヒューマンサービスとそのシステムであると見なしている。つまり個人の努力では解決が困難な生活問題に対する社会組織的な方策であり、社会福祉の目的は、人々の自立と社会的統合に置かれている。生活と社会関係からの脱落防止、生活回復、完全参加をレベル目標に、対象者の生活主体力の形成と自己実現および社会参加の支援を制度政策と具体的援助活動を通じて展開している。

精神障害者の問題が、長期の社会的入院、家族の物質的・精神的負担の増大、単身化、地域住民の心のバリアー、各種資格制度、利用制限などの欠格条項の存在、雇用困難など、生活のしづらさが全般にわたる社会障害として現存している以上、問題解決に向けた社会組織的営みとしての社会福祉が一義的に担う課題であることは多くの言葉を要しないであろう。社会福祉はそのために、福祉サービスを開発・提供し、その媒介に相談援助を担うソーシャルワーカーを配置し、日々の援助活動としての実践をソーシャルワーカーが用いるプログラムと技術から接近してきた。同時に社会福祉は大枠において、システム的なアプローチ(人材と技術、プログラムを支援する)の制度として成立してきた。

社会福祉学は、こうした社会福祉に関する総合的実践的学問体系(科学)である。それは今日、統合的社会科学(Integrated Social Sciences)に位置づけられ、経済学、社会学、法学、歴史学など先行した社会科学を基礎に、複合的科学として哲学、宗教学、教育学、心理学、医学など関連する諸科学の蓄積された知見に学びながらも、何よりも生活を舞台に生きる人々との直接の関わりから一番学び、理論化され、課題解決に還元される実学(応用科学)として形成されてきた。それゆえ、社会福祉学は戦前の「感化」「慈恵」「救貧」「社会事業」の時代を含めても若い学問であり、様々な学説と研究方法があり(注 4)、必ずしも成熟した学問ではないが、それだけに実践と研究が結びついたわれわれソーシャルワーカーにとってはやりがいのある学問である。

さて、こうした社会福祉学からみた、精神医学と社会福祉との関係をどのように認識し、課題を抽出するか、社会福祉の枠組みをいま、理念、政策、プログラム、技術の 4 つの構成部分に分節化して、精神医療との関連で考察してみよう。

4 社会福祉の枠組みと精神医療

まず、理念ではどうであろうか。

両者ともヒューマンサービスとして何らかの理念・思想を価値前提としている。Well being や QOL として表現される両者に共通する人間の価値と尊厳は、絶対的な価値としての「いのち」を捉える医療と、「いのち」を人格として捉える社会福祉(注 5)とでは、アプローチの立脚点異なる。その視点は、「生活」の基盤としての「いのちそのものに置くか」、「いのち」の基盤としての「生活」そのものに置くか、焦点として、病気の治療を優先するか、生活の維持を優先

するかに峻別される。

今日の医療を代表する理念には、生命倫理(bioethics)、インフォームドコンセント、プライマリヘルスケア、リハビリなどがある。前2者の理念は医療から生まれたというよりはむしろ医療の反省から生まれた理念である。しかし、精神障害者の自立支援と社会への統合を促進する流れは、相対的に精神医療のアナロジーをもはやリハビリテーションに限定し、代わって社会福祉の理念を必要としてきた。自己決定原理、ノーマライゼーション、インテグレーション、自立生活(Independent Living)、ソーシャルロールパロリゼーション、コンシューマリズム、エンパワーメント、バリアフリーなど、今日の社会福祉を代表する理念をみても精神医療に与えたインパクトはきわめて大きい。

次に、政策面を見てみよう。

社会福祉は長い歴史所産から形成された社会的方策として、所得保障などと共に制度・政策(social welfare policy, social services systems)がその中心機能をなしている。憲法13条「個人の尊厳と幸福追求権」、14条「平等権」、25条「生存権」などの規定に基づき、理念を実践指標に置き換えた福祉6法や関連法令と関連する対人サービスを中心に、万人が社会で生きていける手だてを公的に整備してきた。地域福祉時代の今日では、地域を基盤とした横断的な様々な福祉サービスがその根幹をなしてきている。福祉対策といった場合、こうした生活支援の諸制度を指して用いられている。またそれらは、サービスの管理を含めたシステムとして広く社会サービスとの統合化が展開されてきている。しかし、福祉6法の対象外であったこともあり、精神障害領域ではこれらの福祉施策・サービスはなお不十分のままにある。このことは後節で考察することとして、精神障害者福祉では、長期入院者の退院促進システム、退院後の地域支援システムや自立生活を支えるトータルケアシステムに今後の社会福祉は重要な役割を担うものである。

一方、精神医療も法制度に規定されたものとはいえ、精神病院や診療所などのハードシステムと医療保険や診療報酬など外延的要素を除けば、政策の比重はその中心機能ではない。1996年8月25日の世界精神医学会総会では、精神医学を次のように規定している。「精神医学は、精神障害者に対して最良の治療の提供を目指し、かつ精神疾患に悩む人たちのリハビリテーションおよび精神保健の推進を目指す医学分野である。」マドリッド宣言(WPA)

したがって、精神医療は臨床基盤を高める治療技術を中心機能に置いており、多くが慢性疾患を対象とする精神医療は、それだけでケアシステムを形成するにはもともと無理が存在していた。

第3に、対人福祉サービスとして人材が使うサービスとその提供方法、一般にプログラムないし事業と呼ばれているものを考えてみよう。プログラムは政策と技術が交叉する領域で

あり、かならずしも分化して定立してはいないが、現代の社会福祉は高齢化に対処する在宅サービスの著しい伸長に見られるように、より具体的サービスの開発と提供に伴い、このプログラム領域が拡大し、それに応じて供給主体の多元化が促進され、社会福祉の機能拡大がもたらされてきた。とくに地域福祉時代の社会福祉は、それぞれの地域に応じた「特定解」(注6)も加わってプログラムのメニューは拡大傾向にある。しかし、メニューの増加が即、サービス量や質の充実につながってはいない。それはともかく、精神医学の治療プログラムとメニューは、入院プログラム、外来プログラム、救急医療、薬物療法、レク療法、作業療法、デイケア、訪問看護、家族教育、SST など大枠はすでに確立している。社会福祉の担う役割に関して述べるならば、退院計画プログラム、地域居住プログラム、援助付き雇用プログラム、セルフヘルプ・グループづくり、家族支援プログラム、支援組織化などである。それらの営みは現在進行中の課題である。

第4に、方法・技術を考えてみよう。社会福祉の方法・技術は social work と呼ばれる福祉専門職が用いる専門的実践の体系をいう。従来はケースワーク、グループワーク、コミュニティオーガニゼーションなど3分法で理解され、主にアメリカからの輸入に頼っていたが、最近のアメリカの動向では、クリニカル・ソーシャルワークを基盤に、メンタルヘルス・ソーシャルワーク、チャイルド・ソーシャルワーク、ファミリー・ソーシャルワーク、メディカル・ソーシャルワーク、スクール・ソーシャルワークなど属性分野ごとに担う領域が拡大し、それに対応するようにソーシャルワーク機能とアプローチモデルが次々と生み出される傾向にある。しかし中心は何と言ってもクリニカル・ソーシャルワーク実践であり、Social Work Treatment である。一方、イギリスではコミュニティソーシャルワークを中心に、カウンセリングと社会的ケア計画を統合した実践として、児童及び家族ソーシャルワーク、メンタルヘルス・ソーシャルワークなどが一定の位置を占めている。欧米のこうした動向を踏まえると、日本でもソーシャルワークの分野、機能、モデルの拡大は避けられないであろうが、近未来的な日本の動向では、善し悪しの問題ではなく所属する機関の機能や専門性志向の相違から、ソーシャルワークは、クリニカル・ソーシャルワーク(オフィス臨床型)、コミュニティソーシャルワーク(地域展開型)、マクロ・ソーシャルワーク(政策実務型)として展開されていくのではなかろうか。例えば、PSWにとってクリニカル・ソーシャルワークは精神病院や民間の専門相談機関が最も必要とし、実践しているが、必ずしもコミュニティソーシャルワークにつながってはいない。その原因は業務の比重の置き方が違うことに加え、地域とは無関係に設置されたという場の規定一偏在かつ散在する状況に起因することもあるだろう。同様に、地域の第一線現場である小規模作業所や保健所のPSWにとっては、コミュニティソーシャルワークを最も必要とする。しかし川崎市や横浜市、神奈川県の実例が示しているように、行政でも本庁に勤務するPSWには政策実務を通じてのソーシャルワーカーの働き、専門的政策実践が一番求められている。なお、この分野における行政アドミニストレーションの研究は今後を待たなければ

ならないだろう。

在宅福祉サービスの拡大によって地域福祉が実態化してきた今日、なかでもメゾ領域のコミュニティワークはコミュニティソーシャルワークの中心技術として求められてくるようになってきた。精神障害者福祉領域における福祉専門職のアプローチは、課題に対応して、福祉教育的アプローチ、エンパワーメントアプローチ、プログラム開発アプローチ、システム構築アプローチなどに関心が集まってきている。

以上、社会福祉の構成要素を概略したが、ここではとくに政策と技術の関係についてもう少し論じておきたい。精神医療は技術が、社会福祉は政策がその中心機能とはいえ、問題をそのように単純図式で理解するわけにはいかないからである。同様な意味で、リハビリテーションを援助技術の体系と措定することも、社会福祉をケア・サービスの体系と措定することも正確ではない。社会福祉に限って述べても、その大半は対人援助としてのソーシャルワーク実践を伴うものであり、単に制度・施策のみと言い切るほど独立しては機能しないものである。社会福祉は政策科学であると同時に、人々の生活に直接かかわる意味で優れて「臨床」科学でもある。むしろ今日の社会福祉には、技術と政策との相互作用、統合理解を求められている。社会福祉が政策科学としての基底的枠組みに立脚しながらも、精神障害者という生きている人間を対象とする援助活動を展開する実践である以上、具体的にどう援助すればいいのか、精神障害を抱えた人という対象の質に対応した有効な支援方策を体系化して、はじめて社会福祉は人間科学としての位置づけを確立できる。その体系化されたものが技術である。したがって、技術は政策と実践を裏づける重要な役割を担う。社会福祉の理念とシステムの導入が従来の精神医療システムの欠陥を補充する新たな役割を期待されているとみたとき、問題は、理念やシステムはひとり歩きで実態化するほど簡単ではないということである。社会福祉の政策科学としての優位性は、具体的プログラムとの結びつきがあって始めて発揮される。周知のように身体障害者、知的障害者には様々なプログラムがある。対応もわかりやすい。では精神障害者はどうであろうか。スローガンはあるものの、具体的プログラムには乏しい。対応はわかりにくいままである。他の障害者施策との格差は歴然としているが、支援方策の技術的な背景や説明原理が未成熟なことにも起因していよう。問題をそのように見ると、この分野における技術の裏づけも社会福祉の差し迫った課題である。

5 精神障害者をどう見るか、社会リハビリテーションと社会福祉の技術

では社会福祉にとって技術の形成はどのようになされるものであろうか。結局のところ対象としての精神障害者をどのように捉えるか、実践の経験に照らし合わせて理解しなければならない。精神疾患と精神障害が併存することは障害論が明らかにした知見であるが、さらに臨床の見地からは、対象の質を具体的に把握しなければならない。その際、社会福祉は

往々にして疾患部分を実践的に軽視する不安をつねに持っていることを自戒しながらも、精神障害者の全体像を、「疾患を持つ患者」「障害を持つ者」「健全さを持つ者」といった医学モデル・障害モデル・健康モデルの三位一体で捉えるようにしている。もちろん社会福祉アプローチの焦点はその中でも、「生活のしづらさ」を見据えた統合的なモデルとしての「生活モデル」に立脚した展開である。

そこで、社会福祉技術の構築を検討する際、リハビリテーション技術との、とりわけ社会リハビリテーションとの関連を考察しておかなくてはならない。

社会リハビリテーションは、曖昧な「社会」概念と拡大するリハビリテーション概念との結びつきから、その概念化と実践の枠組みを必ずしも定立させてはいない。ここで用いている「社会」とは、個人の社会的機能の意味か、リハビリテーションにおける社会的手段の意味か、それとも地域社会総体の意味か、漠然としている。リハビリテーションにいたっては、その対象を個人の変容を焦点に限定する考えから、近年では個人と環境との相互作用までを包括した捉え方に移行しており、この点において、障害者福祉との相違が不鮮明になりつつある。

リハビリテーションの対象が人を扱い、扱う技術を伴うことには異論のないことにせよ、それだけでは必要条件を満たすものであっても、十分条件ではない。少なくとも社会リハビリテーションが技術で、社会(障害者)福祉が施策との区分(注6)は前述したように正確さに欠けるように思われる。ここでは社会福祉技術との関連から、社会リハビリテーションの概念解明に接近しておきたい。

1) 事例

精神障害者を対象としたリハビリテーション実践が、どのように行われているのか、4分野のアプローチの違い(実際は、総合的で4分野のアプローチは組み合わせられて実践されているが)から考えてみよう。

一般にリハビリテーションは医学的リハビリテーション、教育リハビリテーション、職業リハビリテーション、そして社会リハビリテーションなどの各専門分野(注8)によって、そのアプローチに違いがみられる。

(事例1) 朝、自分では起きられない在宅精神障害者が就職するには、どのような援助がなされるであろうか？

医学的リハビリテーションがまず行うことは、薬の調整を丁寧に行い、睡眠リズムの修正を図ることである。必要な場合、疾患の説明や理解を促したり、精神科デイケアに通う訓練からすすめられる。教育リハビリテーションでは、日常生活の指導や生活リズム修正の訓練、ときには目覚まし時計の使い方など起床手段の具体的な学習・工夫を試みる。職業リハビリテーションでは、労働習慣の学習を職業準備訓練で実施したり、まれではあるが場合によっては熱心な事業主がモーニングサポートとして起床介助をして出勤を援助したりもする。これらのアプローチに対して、社会リハビリテーションは、家族内支援の強化や障害者の起きられそうな時間に合わせた午後からの勤務などの部分就労の導入を図り、そうした企業の開拓

をすすめる。

(事例 2) 基礎生活能力が著しく低い精神障害者が単身で社会生活を営むには、どのような援助がなされるであろうか？

医学的リハビリテーションでは、服薬自己管理指導、短期教育入院、精神科デイケアなどの導入を図る。教育リハビリテーションでは基礎生活訓練、社会生活技能訓練に目をつける。職業リハビリテーションでは、職業レディネス以前の問題存在から、アプローチは困難を窮めるが、生活を丸ごとサポートしてもらえれば、本人のやれそうなことを見出し、保護的で理解ある雇用主と雇用形態を確保することを考える。これらに対し社会リハビリテーションでは、24 時間電話サービス、ホームヘルプサービスや配食、入浴サービスなど宅配型サービスで生活をサポートする。

(事例 3) 病状的にも気分障害が継続されており、対人関係が苦手な精神障害者が地域社会で暮らすにはどのような援助がなされるであろうか？

医学的リハビリテーションでは、薬のタイムリーな制御による病状改善、精神療法を施す。教育リハビリテーションでは、自己啓発訓練、グループワークの活用を図る。職業リハビリテーションでは、対人関係をあまり必要としない適性職域の開発と提供、援助付き雇用、就労者ミーティング、個別のサポートを組み立てる。これらに対し、社会リハビリテーションでは、周りの理解者を広げるための対人調整やネットワークサポートを丁寧かつタイムリーに提供することに主眼を置く。これらは個々の障害の特性やリハビリテーションの目標によって比重の置き方が当然異なるが、多くの場合は同時進行で統合的に実践されてもいる。

2) 社会リハビリテーション・アプローチの特徴

このように社会リハビリテーションは、他のアプローチ以上に個人の希望、特性、能力、条件とのすり合わせで、環境との折り合いをつける、個人と環境への双方向的アプローチを基本としている。

個人の側への働きかけで重視されることは、事例 1 では、個人生活時間(Personal Life Pattern)の修正・定立であり、事例 2 では、援助活用能力(Ability of Support Utilization)の開発であり、事例 3 では、個性的生活能力(Ability of Leading Life on one's Own)の発見・開発である。

環境の側への働きかけは、事例 1 では、仕事先の確保であり、事例 2 では、生活支援サービスのタイムリーな提供であり、事例 3 では、ALL0 発揮場面の提供である。

このようなアプローチは、障害をどのように見るべきか、その実践的な視点から演繹されている。すなわち障害とは、「不便な個性」という両価性を含んだものであり、社会リハビリテーションは不便さの解決と個性の尊重を共に実現するアプローチである。

小島蓉子は「新・社会リハビリテーション」の中で「社会機能力の発達を促す一方、人間を取り巻く社会の側に、その可能性の開花を拒む社会障壁があるならば、障害社会そのものの再構築を図る社会政策的努力が含まれる。」と社会リハビリテーションをかなり広げて定

義しているが、これでは障害者福祉を含む社会サービス一般との区別がなく、拡大解釈し過ぎるだろう。1986年の国際リハビリテーション協会社会委員会は Social Functional Ability に限定して社会リハビリテーションを用いているが、これは国連の1982年「障害者に関する世界行動計画」に沿った定義であろう。しかし「機会均等化」と社会リハビリテーションが明確に区別できるかどうか疑問がない訳ではない。あえて私見を述べれば、社会リハビリテーションとは、「障害の相互受容の促進を目的に、個人と環境との共有領域を対象とした社会生活場面におけるリハビリテーション・アプローチ」と定義できるのではないだろうか。つまり個人の側では、社会生活力 (Social Functional Ability) を身につけることを目標としているが、同時に、環境の側には、社会受容力 (Social Acceptance Ability) の向上を目標としたプロセスでもある。つまり、システム自体を改善すること、人々の意識変容に働きかけることも重要な目標となるのではないだろうか。

このように社会リハビリテーションを捉えたとき、ソーシャルワークのアプローチと基本的には大差のないように見える。筆者の経験でも、喫茶店スタイルの作業所で空笑が目立つ精神障害者がそのまま受け入れられている日常風景をよく目にするが、ある離島では同じように空笑が目立つ青年が村の地引き網にそのまま参加していた。若い青年に聞くと「彼はいま調子悪いんだよ」とあまり意に介していない。地域がそのまま彼を受け入れているのである。

社会リハビリテーションとソーシャルワークのアプローチは、精神障害者の夢と希望にそった形で、①社会的接触の強化、②援助活用能力の引き出し、③個性的生活能力の活用、④サポートシステムの形成などが同じ目標となろう。そのため、精神障害者自身のオルタナティブ・サービスを支援し、ケースマネジメント、パーティシペーション、ネットワーキングの技術を重視し、そのためのプログラムとして、SHG 育成支援、家族教室、ソーシャル・デイケア、グループホーム、ホームヘルプサービス、24時間生活支援型サービスなどが求められてきている。

このように見ると、社会リハビリテーションと社会福祉(中でも障害者福祉)技術との違いは、第1に、リハビリテーションと社会福祉の被規定性の違い以外の何ものでもない。第2に、社会リハビリテーションと社会福祉技術は、両者とも精神障害者の自立と社会的統合を目的としながらも、それを個人の側からアプローチするか、環境の側からアプローチするか、いわば志向性の同一と指向性の違いから理解することもできる。

6 精神障害と精神障害のある人

しかし、精神医学ソーシャルワーカーの働く現場は同じであるにしても、厳密な意味ではリハビリテーションと障害者福祉は正確に区別して理解しておくことが今日ますます求められている。その理由は第1に、リハビリテーションと障害者福祉の区別に関するやや誤解を招きやすい見解がなお広く流布されている事情による。

例えば、津山直一は、総合リハビリテーション研究大会(1990)でこう述べている(注9)。
「リハビリテーションというのは『福能』でありますので、自力更生、障害を受けた人があくまで自分の力で何とか立ち直ろうとするのが根底であり、それが及びきらないときに外からケアを与えるのが福祉と考えるべきだと思います。そう考えない限り、混同してしまうと障害者をむしろ甘えさせることになり、わけの分からない分野になってしまう恐れがあるということを申し上げたいのです。」また、徳永純三郎は、編集した『精神科リハビリテーション学』(1998)の中で、「生活保護は、申請保護の原則に基づき本人の動機に任せることを原則とし、精神科リハビリテーションは、本人の動機にまでかかわらざるをえないところが異なっている。…リハビリテーションは、自らの障害を乗り越えようとする障害者の主体性と行動があってはじめて成立するという点が、障害者福祉一般と違うところである。」と述べている(注10)。これらの理解では、障害者福祉は個人の内面や動機、主体的意志とは無関係に外から与えられ、依存を生み出すよけいなお節介サービスにイメージされてしまう。たしかにリハビリテーションと社会(障害者)福祉は必ずしも同義語ではない。しかし前2者の論理とは違った意味で区別されなければならない。障害者福祉はソーシャルワーカーをして、障害者の強さの支援にむけての積極的介入や、個人と環境との交互作用に介入するが、その場合でも障害者による自己主導型の支援、自己選択と自己決定を最も重視した実践を展開する。もう1人紹介しよう。藤井克徳は「医療は精神症状を除去・軽減することであり、元の状態に戻す・近づけていくことになる。これに対して社会福祉は、治療と並行しながらも症状にではなく障害に焦点を当てた営みということになろう。」(注11)と述べている。この見解では、今度はリハビリテーションと障害者福祉が区別つかなくなる。

理由の第2は、障害者の定義や理解においてなお、「医学モデル」の証跡が払拭されないまま、障害者関連の現行法に色濃く反映されている事情による。

例えば、身体障害者福祉法では、「この法律において『身体障害者』とは、別表に掲げる身体上の障害がある18歳以上の者であって、都道府県知事から身体障害者手帳の交付を受けた者をいう」とされ、知的障害者福祉法には定義はないものの、1995年の基礎調査による定義では、「知的機能の障害が発達期(概ね18歳まで)にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にある者をいう」と規定し、精神保健福祉法では、「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」とされている。その他、児童福祉法、国民年金法、障害者雇用促進法などにも障害(児)者の定義がなされているが、総じて「医学モデル」に準拠したものである。

理由の第3は、リハビリテーションと障害者福祉の混同が今後の施策根拠に誤解を生む恐れが危惧されるからである。その典型は3障害統合の考え方にも反映している。なるほど障害種別を越えた共通性は障害者福祉にとって必要だろうし、その目標が障害者総合福祉法に結実することを多くの関係者は望んでいよう。しかし、障害の特性に着目すれば、それに

科学的にアプローチすることなしにリハビリテーションの持つ技術的特性を発揮することはできない。精神障害者への支援が、リハビリテーションと障害者福祉の両方を必要とする根拠は、両者が独自の働きを担うからである。

それでは、両者のどのような区分が考えられるか。それは対象規定の違いから根拠づけられよう。結論から述べれば、リハビリテーションは「障害」を対象とし、障害者福祉は「障害のある人」すなわち、社会生活上の困難であるニーズを抱えた人を対象とするということである。

この違いを区別すれば、前述した法的定義の矛盾と施策の範囲が大きく改善される。なぜなら、法的定義の大半が障害に着目したものであり、障害者福祉が対象とする「障害のある人」の全体を無視した「医学モデル」に準拠しているからである。また障害者施策に見られる統合の理念と動向は、「障害のある人」のニーズに対応しているのであって、障害そのものには着目していないからである。たしかに、リハビリテーションは包括的な概念であり、治療と生活支援の双方に密接なつながりを持つが、厳密な概念規定にはリハビリテーションと治療及び社会福祉(障害者福祉)との違いという確認のいる作業である。なぜなら、今日のリハビリテーションの概念自体が障害者福祉に多分の影響を受けてきた事情による。例えば、障害は個人の属性ではないことや、QOL モデルへの転換、ノーマライゼーション理念の取り入れ、訓練から支援への広がりなどがそうである。

しかし、その違いは医療を含めた3者の対象規定で区分できよう。つまり、医学に基礎づけられる治療は「疾患」に、リハビリテーションは「障害」に、障害者福祉は「生活ニーズ」に対応した方策であるという区分である。社会福祉はイコール、リハビリテーションではない。生活者としての生活困難に対する社会組織的取り組みである。生活困難の原因は必ずしも障害とは限らず、病気でも貧困でも起こりうる。リハビリテーションを仮に「障害を対象に、障害のある人の参加を得て、その人と状況の最大限の再建をめざして有期限で展開される、一連の訓練と支援を中核とした技術的かつ社会組織的な方策をいう。」と定義すると、障害者福祉は「生活の主体者としての障害のある人を対象に、その人の主体性を尊重した形で、社会生活を送る上での基本的な生活ニーズを充足するための社会的方策努力」と仮に定義することもできる。障害と障害のある人との区分は理解されやすいだろう。もちろん、リハビリテーションの目的は、障害のある人が地域で最適の自立レベルでの適応を実現することを促進することであり、リハビリテーション概念にとって、障害のある人々への自立支援と社会への統合を目的とする障害者福祉は外延に接合し、治療と同様にお互いが支え合っていることも事実である。しかし、障害と障害のある人を区分することによって、障害者福祉との混同を避け、リハビリテーション概念の過大適用と拡散を防ぐことも今日では重要であろう。この点は、今村義典(1989)も述べる(注 12)ように、「リハビリテーションの理念が障害に対して身体的、心理的、社会的、経済的目的によって施行されている」ことは、これまで述べてきたように共

通認識として受け入れられよう。以上の説明を含めて、精神医療、精神障害リハビリテーション、社会福祉の主要な要素を図で区別すれば次のようになる。

「統合的生活モデル」

	精神医療	精神障害リハビリテーション	社会福祉
モデル	医学モデル	生物-心理-社会モデル	生活モデル
対象	疾患	障害	生活ニーズ
目的	治癒	適応	自立・統合
中心価値	生命	社会性活力	ノーマライゼーション
中核技術	治療	訓練	支援
利用者	患者	障害者	生活者
プロセス	直線モデル(検査→診断→治療→管理)	循環モデル(障害の構造理解)	交互作用モデル(個人⇄環境)
チームアプローチ	医師主導型 医療専門職中心	多分野専門職主導型 利用者中心	利用者・ボランティア・専門職協働型

7 近未来の精神医療と社会福祉の貢献――結びにかえて

さて、精神保健福祉をめぐる全般的な動向は、計画行政の導入と保健福祉サービスの分権化に影響を受けて市町村を基盤とした新しい展開の広がりへと推移している。その中で、精神障害者の地域生活支援の構成要素が地域資源の整備を中心に小規模作業所、グループホーム、社会復帰施設、地域生活支援センター、社会適応訓練事業、精神科デイケア、精神科救急医療などに代表されるハード部分の整備から始まっている。しかし、制度としての医療総体は、健康保険の改正による受益者負担の強化や病床数の規制など、全般的な医療費の抑制基調が強まっている。それらの動きを背にしながらも、この分野における明るい材料は、当事者活動の広がりであり、各地で進むボランティア支援講座など非専門職の拡大と役割の増大である。マンパワー整備の動向からみると、新たな国家資格「精神保健福祉士」の創設は歓迎されるが、PSWのアプローチが、精神障害者の社会的復権と福祉の推進に本格的に貢献するためには、理念や国家政策からではなく、足下の現場実践から具体的な解決方策を構築していかななくてはならない。

およそ地域生活支援システムにおける未来の展望とは、実践主体が要求主体と共にあるべき姿(理想モデル)を地域ごとに具体的にデザインしながら、住民全体が統合利用できる地域社会サービスセンターの開拓、要求主体のエンパワーメントとユーザー管理のオルタナティブサービスの発展方向に見出すことが出来よう。この点は第2部の考察に譲りたいが、この段階では、精神障害者は社会受容力を基盤に従来型の同質性の安定から、精神障害を持たない人々との共生という異質性の安定へ同化する自己転換がもたらされるであろう。一方、専門職の役割はレイ・パーソンの参画が拡大することに伴い、より限定され、深化したスペシャリストとして純化されてくるに違いない。しかし、近未来的には、利用者主体の原則を大切にしながらも、精神医療をより地域にシフトさせる中で、退院を促進し、各地で精神障害者の自立生活支援を中心としたトータルサポートシステムを形成すること、この領域への国民的な関心、理解、協力を促進することなどを戦略目標に、ソーシャルワーカーが医療チームの一員からボランティアを含む地域での多分野協働チーム(multidisciplinary team)の一員へと守備範囲を広げると共に、ユーザーたちのパートナーとして汗のにおいのする実践を一刻の敗北にめげず続けていくほかない。(注13)

ひらく、かける、つなぐ、社会福祉が開花するときまで。

【注釈】

- 1) 岡上和雄;川崎市社会復帰センターの開設, 最新精神医学, 第1巻第1号, 199年
- 2) 田中英樹;地域から見た精神科医療供給システムへの期待と注文, 精神神経学雑誌, Vol.96, No.11, 1994年.
- 3) Carkhuff(1971)によれば, functional professional(機能的専門家)は nonprofessional, paraprofessionals, companions, volunteers, lay professionals, subprofessionals などを含んだ概念として用いられている。(William Anthony, Mikal Cohen, Marianne Farkas; Psychiatric Rehabilitation, Boston University Student College of Allied Health Professions, 1990.)
- 4) 社会福祉学の諸説については, 孝橋正一「全訂 社会事業の基本問題」ミネルヴァ書房 1962年, 真田是編「戦後日本社会福祉論争」法律文化社 1979年, 島田啓一郎「社会福祉体系論」ミネルヴァ書房 1980年, 岡村重夫「社会福祉学原論」全国社会福祉協議会 1983年, 吉田久一「日本社会福祉理論史」勁草書房 1985年, 阿部志郎「福祉の心」海声社 1987年, 三浦文夫「増補・社会福祉政策研究」全国社会福祉協議会 1989年, 一番ヶ瀬康子「現代社会福祉学の基本視角」時潮社 1989年, 古川孝順「社会福祉学序説」有斐閣 1994年, 京極高宣「社会福祉学とは何か」中央法規出版 1995年等を参照されたい。
- 5) 最近でも阿部志郎(1996)は「福祉は, いのちを人格として把握する」(社会福祉の理念と実践のパラダイム転換, 社会福祉研究, 第65号, 鉄道弘済会, P22.)と述べているように社会福祉の代表的な見方である。
- 6) 「ブレイクスルー思考」と呼ばれる目的設定型アプローチで用いられている概念である。地域はそれぞれが独自の顔を持っており、個別化されたそれぞれの地域に応じた特定の解決方法がある。それを明らかにすることが

重要と指摘されている。

7)言うまでもなく、総合リハビリテーションの主要な下位体系として4分野のリハビリテーションを述べているが、医学的リハビリテーションのみに「的」を挿入した。その理由は、すでに他のリハビリテーションでは「的」をつけない表現が一般化しているが、医学領域では別に「リハビリテーション医学」が成立している事情に加え、リハビリテーションアプローチを医学から相対的に独立して表現するために本論ではこのように形容し、他のリハビリテーションアプローチと区別した。

8)小島蓉子(1992)は社会福祉からのアプローチである障害者福祉を政策論と規定し、社会リハビリテーションを援助科学技術体系と区分している。なお、RI 社会委員会による社会リハビリテーションの定義(1986)では「社会リハビリテーションとは、社会生活力(Social Functioning Ability)を身につけることを目的としたプロセスである。」と定義されている。これらに対して奥野英子(1995)は「広義の社会リハビリテーション」を障害者福祉とほぼ同義であると見なしている。

9) 津山直一、「総合リハビリテーション研究大会」『総合リハ』1990

10) 徳永純三郎、『精神科リハビリテーション学』ヘルス出版、1998

11)秋元波留夫、調一興、藤井克徳『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規出版、1999、P194.

12) 今村義典「臨床医学としてのリハビリテーション」『総合リハ』、17 巻1号、1989

13)なお、冒頭紹介した作業所は、1997 年 2 月別の場所で無事に移転して活動している。

第3章 精神医学ソーシャルワークの位置と基本枠組み

1 はじめに

前章では、精神医療と社会福祉の関連を理論的に整理することによって、精神医学ソーシャルワーカーの学問的基盤とその特性を論述してきた。地域生活支援システムの形成に貢献しうる現場ソーシャルワーカーの実践基盤は何であるか、新たな国家資格「精神保健福祉士」の創設は歓迎されるが、PSW のアプローチが、精神障害者の社会的復権と福祉の推進に本格的に貢献するためには、理念や国家政策からではなく、足下の現場実践から具体的な解決方策を構築していかななくてはならないことを述べた。そこでこの章では、本論の副題にもある精神医学ソーシャルワーカーなるものの立場と内容をより明確にする目的から、精神医学ソーシャルワーク自体を考察対象として以下、論を展開する。

精神医学ソーシャルワーク(以下、この方法を用いる専門家である精神医学ソーシャルワーカーも含めて PSW と略する)を論じるとき、その最大のエポックが今日訪れたことをその内容と共に先に紹介しておきたい。1997(平成9)年12月12日第141臨時国会において国家資格である「精神保健福祉士法(案)」が全会一致で可決成立し、法律第131号(12月19日)として公布され、1998(平成10)年4月1日から施行されることになったという出来事である。

PSW はこれまでも社会福祉を学問的基盤に、精神医学的知識を学びながら、精神医療・精神保健の分野で活動してきた専門援助技術者である。とくに近年の精神保健福祉施策の流れは1993(平成5)年の障害者基本法制定、1995(平成7)年の精神保健法の改正による「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」の制定、同年12月「障害者プランナーノーマライゼーション7か年戦略」の発表など、精神障害者の社会復帰の促進と生活の自立支援を施策の前面に掲げる時代に入ってきた。精神保健福祉士は、精神障害者の自立と社会参加、社会統合を援助する新しい専門種としてその役割がますます期待されていたのである。政府の法案提案趣旨説明で「精神障害者の社会復帰に関する相談及び援助の業務に従事する者の資質の向上及びその業務の適正を図り、精神障害者や家族が安心して必要な支援が受けることができるよう、新たに精神保健福祉士の資格を定めることとし、この法律案を提出することとした」(平成9年6月6日、衆議院厚生委員会)と述べているように、精神保健福祉士の成立背景と経過から見て、この法律の基本的性格はまぎれもなく PSW 法である。しかし制定への道のりはそう単純なものではなかった。1990年には「医療福祉士(仮称)」の資格化の動きが表面化したし、1994年の精神保健法の改正時にも資格化の動きが改正案提出のぎりぎりまで論議されたことがある。しかし何れの場合も社会福祉関連職能団体間の意見がまとまらず、加えて医療関連有力職能団体の反対などもあり、これまで国家資格として陽の目を見なかった経過にあった。前者は「医師の指示」に象徴されるように、医療の「傘」に入

るという福祉アイデンティティの揺らぎへの危機感であり、後者は、「療養中のお世話」に代表される業務範囲を巡る、福祉の医療への浸食に対する抵抗感からである。しかし現実には PSW の役割が評価されるようになり、精神科デイケアやナイトケアの診療報酬算定配置職種の規定を始め、精神保健福祉相談員(精神保健福祉法)など保健医療における PSW の配置の定め、精神障害者社会復帰施設での位置づけなど現行制度でも定められるようになってきた。こうした中いまや精神病院、精神科診療所などの医療機関、保健所、社会復帰施設、作業所など合わせて約 5,000 人の従事者が生み出されてくるといった無資格かつ「特異」な専門職が実態化してきた。したがって、国家資格化はそうした実態の追認に他ならない。制定された精神保健福祉士は、ソーシャルワーカーとしての働きが最も期待されているが、それは従来の社会福祉士の精神医療保健分野への単純な拡大ではないし、新たな精神保健士づくりでもない。精神医療保健と福祉をリンクするまったく新しい性格づけを PSW に期待したものである。

以上の背景を踏まえて、本稿では精神医学ソーシャルワークの方法と展開を、その歴史と現状を概観した上で、PSW の専門性を主に「統合的生活モデル」とエンパワーメントの視点に立って、援助技術の側面から考察し、さらには実際の業務内容や展開の留意点まで論述してみたい。

2 PSW の歴史と現状

日本の PSW は、その導入のいきさつとその後の推移から主にアメリカからの影響を最も受けて登場・定着してきた専門職である。アメリカでは、1905 年にマサチューセッツ総合病院(Massachusetts General Hospital)でキャボット医師とキャノンにより PSW 事業が創立し、1913 年にはボストン精神病院のジャレットによる家族歴調査が開始されているように、ほぼ 20 世紀の初頭に精神医学ソーシャルワークが確立してきた。当時の PSW は医師の診療を補佐する役割として、生活背景や環境の調査、退院後の生活の見通しを立てる環境調整(エージェントと呼ばれていた)をその業務とし、チーム医療(医師、心理士、看護職など)を重視するアドルフ・マイヤーたちアメリカの力動精神医学やケースワーク(第 1 次世界大戦での戦争神経症への対応などかなりクリニカルな方向へ傾斜していく)を基礎に展開されてきた。こうして 1926 年には全米 PSW 協会が結成される。一方、イギリスでは初期のアーモナー(almoner)と呼ばれるソーシャルワーカーが 1920 年代後半から 30 年代にアメリカでトレーニングを受け精神医学ソーシャルワークを確立していく。1929 年にロンドン経済大学でブラウン(Brown, S.C.)の主唱によって精神保健コースが開設される。イギリスの精神医学ソーシャルワーカー協会(APSW)は 1930 年に創設されている。

日本への PSW の導入は、戦後アメリカに留学した精神科医師たちが紹介してきたものである。院長であった村松常雄は 1948(昭和 23)年、千葉県市川市にある国立国府台病院で看

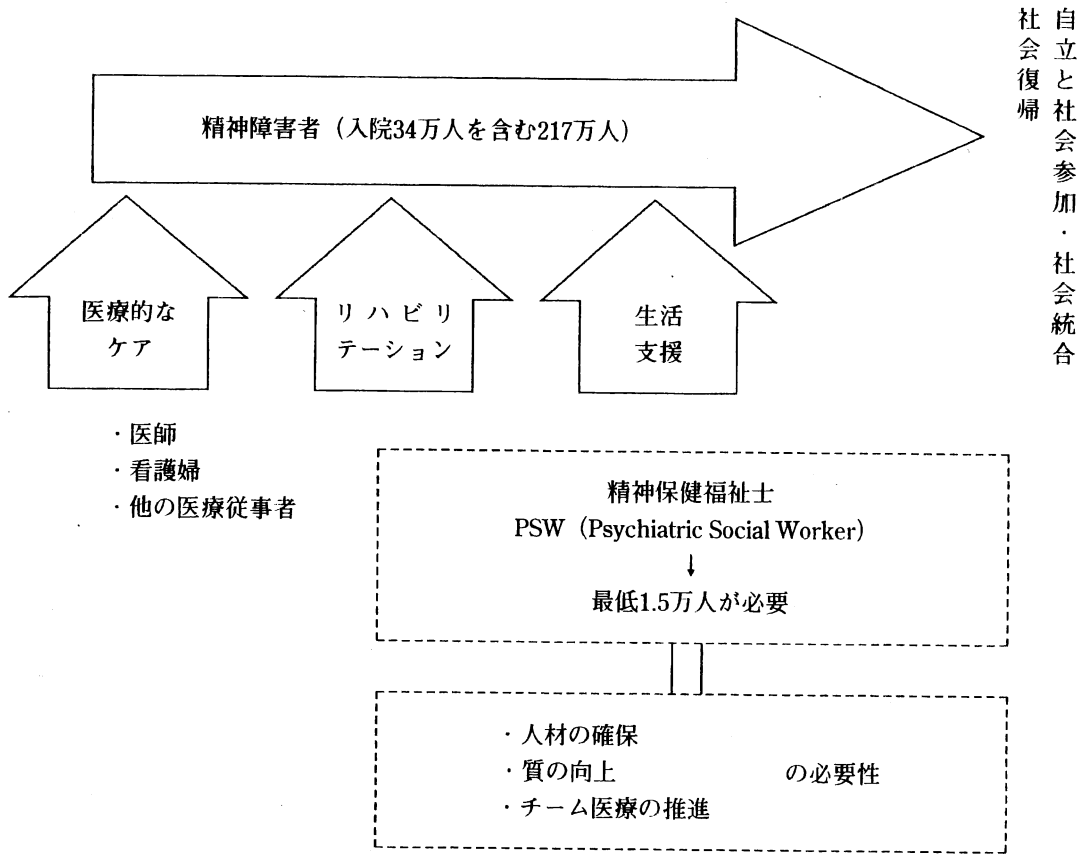
護婦を配置替えして「社会事業婦」の配置 (PSW の前身) を始めた。1952 (昭和 27) 年には国立精神衛生研究所が設立され、臨床チームの導入による精神衛生相談が PSW (柏木昭) の配置で開始された。翌年には名古屋大学付属病院精神科での配置、1955 (昭和 30) 年には高木四郎が国立国府台病院で児童精神医学分野での PSW を含む臨床チームを始めている。ほぼ 1950 年代から 60 年代にかけて、主要な精神科医療機関で PSW を徐々に配置するようになり、ローカルな PSW 研究会も各地で結成されるようになってきた。こうした動きの中、1964 (昭和 39) 年には全国的な職能団体である「日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会 (以下、PSW 協会)」が精神病院の PSW を中心に発足し、その活動を開始している。しかしこの当時の日本は、欧米の脱施設化の動きとはまったく正反対で、精神病院の建設ラッシュという精神障害者の隔離収容政策がとられていたこともあって、PSW の医療チームへの参加は医師の指示のもとでの受診勧奨や療養に伴う個別相談が中心となり、PSW の働きも制約されたものであった。1965 年には、保健所法の一部改正によって、精神衛生相談員制度 (PSW をモデルとした現在の精神保健福祉相談員制度) が新設されたが、その業務は早期発見・早期治療という公衆衛生活動の名の下に、精神障害者の精神病院への収容と退院後の疾病管理が期待されたものであった。

様相が変化し始めたのは、反精神医学の台頭や大学紛争といった 1960 年代末から 70 年代初頭にかけての社会変動を契機に、PSW の存在に対する自己アイデンティティの揺らぎ、精神障害者の人権への問い直し、精神病院批判、隔離収容政策への叛駁など、次第に PSW が社会的視点と活動を強めていったことからである。なかでも、1973 (昭和 48) 年に PSW 協会 (横浜大会) に提起された「Y 問題事件」と呼ばれる不法な入院・人権侵害事件の発生は PSW が深く関与していた事情もあって、その後の PSW に深い影響を及ぼし、そのあり方を根本から問う契機となった。「Y 問題事件」を契機とした PSW 協会内部の混乱が続く中、1982 (昭和 57) 年に、保健所や精神保健センター (現、精神保健福祉センター)、公設リハビリテーション施設など自治体に勤務する PSW が「全国精神衛生相談員会 (現、全国精神保健福祉相談員会)」を発足させているが、この会は行政で働く PSW の存在規定性を自ら検証し、精神障害者の人権擁護を基本とした地域精神保健活動の展開を新たに出発させる端緒となった。また、PSW 協会も 1982 (昭和 57) 年の全国大会で協会活動を正常化させ、1988 (昭和 63) 年の全国大会では「倫理綱領」を採択している。歴史はこの前年、宇都宮病院事件を契機とした精神保健法を制定し、その附帯決議で PSW の資格制度化に初めて言及した。その後の展開は、1993 (平成 5) 年の精神保健法の改正、1994 (平成 6) 年の健康保険法の改正、1995 (平成 7) 年の精神保健福祉法の制定時における相次ぐ PSW 資格化の付帯決議、1996 (平成 8) 年の厚生科学研究による「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の業務と資格化に関する研究会」の論議などを経て、国家資格化が日程に上ってきた。

現在、PSW は、全国で約 5 千人が従事している。昭和 30 年代に精神病院に配置が始まり、昭和 40 年代に保健所に配置が始まり、そして現在は精神病院、保健所に加え、精神科診

療所、社会復帰施設、小規模作業所、地域生活支援センター、グループホームなど実践の場の広がりによって多機関多領域に従事するようになった。精神保健福祉士の設置義務は精神障害者社会復帰施設を中心に広がっており、PSWの地域での働きが期待されている。しかし現状では、精神障害者を主要な援助対象とするPSWの働きは、その量質とも圧倒的に不足したままにある。全国で少なくとも1万5千人を越える精神保健福祉士の創出と、その役割がいよいよ期待されている。

精神保健福祉士の業務



3 PSWの機能と特徴

PSWは、はじめにも述べたように、その学問的基盤は社会福祉学に基づいており、その実践は後述するようにソーシャルワークと呼ばれる一連の援助技術を駆使して展開される。PSWは、広く国民全体の精神保健の向上と精神障害者の福祉の増進に寄与する働きを求められており、その中核的な役割は「精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的社会的活動」(PSW協会)を業務としている。

では、学問基盤としての社会福祉学とはいかなるものであろうか。

すでに第2章でも述べた通り、社会福祉は、社会的原因(社会責任)の存在を背景に、社会生活上の困難、不自由、不利益を被り、社会関係的疎外状況に置かれた人々(社会障害)を対象とした総合的なヒューマンサービスとそのシステムである。いわば、個人の努力では解決が相当困難な問題に対する社会組織的な方策である。社会福祉は、その目的に人々の自立と社会的統合に置き、人々の生活と社会関係からの脱落を防止し、生活を回復し、社会への完全参加を目標に、人々の生活主体力の形成と自己実現および社会参加の支援を制度政策と具体的援助活動を通じて展開している制度的臨床的営みである。精神障害者の問題は、障害者福祉の領域に位置づけられるが、34万人弱という多い入院患者の存在、平均在院日数450日(1980年ピーク時で535日)の長さ、長期の社会的入院(入院患者の半数以上が5年以上の入院)、人権の侵害、家族の物質的精神的負担の増大、単身化、高齢化、地域住民の心のバリアー、欠格条項を始めとする各種の資格制限・利用制限の存在、就労機会の乏しさ、無権利無役割状態など、「生活のしづらさ」が全般にわたる社会障害として現存し、社会福祉のなかでは今日もっとも遅れた領域であり、問題解決に向けた社会組織的営みとしての社会福祉が一義的に担う課題であることは明らかである。

しかしそうであるならば、同じ学問的基盤であるソーシャルワーカーないし、社会福祉士がこの分野も担うことで十分可能ではないか、わざわざ精神医学を冠したソーシャルワーカーをなぜ別途必要としたのであろうか。この点は社会福祉学会においても、なお共通認識に至っていない現状にある。が、筆者の認識は明白である。PSWを必要としてきた根拠は、先に述べたように社会的入院や無権利状態を解決し、全国217万人(平成8年患者調査)の精神障害者の自立と社会参加を支援するために、包括的なリハビリテーションの展開と住み場や働く場の創出に役割を発揮する新しい専門職が必要になってきたという社会的要請からである。いま一つの根拠はその求められる専門性の違い、すなわち独自の働きを求められる領域だということである。PSWが主要な対象とする精神障害者とは、疾患と障害の併存したクライアントである。PSWは、精神障害者の全体像を、人間の社会性を前提として、「疾患を持つ患者」「障害を持つ者」「健全さを持つ者」といった医学モデル・障害モデル・健康モデルの三位一体の全体存在で理解している。もちろん社会福祉アプローチの焦点はその中でも、「生活のしづらさ」を見据えた生活問題に対応した展開である。しかし、この「生活のしづらさ」とは、自我機能の低下や認知障害、不安定で反復しやすい精神症状の出現などの精神疾患や、対人関係能力、社会適応能力などの活動の制約、さまざまな参加の制限などの障害を含有しているため、継続した良質な治療とリハビリテーションを生活支援と合わせて展開しなければ解決できない課題でもある。PSWはその際、治療や精神科リハビリテーションチームの一員であり、精神疾患に配慮した相談業務や日常生活上の適応のための訓練の一端を担う「独自性」を「精神医学」と冠してその専門性の範疇に求められている。PSWが精神疾患とその治療構造、対象特性に関する基礎理解に欠けていては何の働きもできないばかりか有害でさえあろう。そのためPSWには、精神医療保健領域の経験と知識、技術を有するこ

とが不可欠となっている。社会福祉士にはここまでを求めている。こうした固有な専門性を有することを認められて誕生した精神保健福祉士は、国家資格(名称独占)によって、精神病院に入院中または社会復帰のための施設を利用している精神障害者及び在宅精神障害者の社会復帰と生活の質の充実に関する相談援助業務・訓練援助業務・環境整備の支援を行うものである。

さて、PSW が用いる実践技術は、一般にソーシャルワークと呼ばれる社会福祉援助技術が基本である。また必要に応じて臨床心理技術や精神科リハビリテーション技術を用いることもある。ここでは、ソーシャルワークに限って若干紹介しておきたい。ソーシャルワークは、社会福祉の価値と目的を実現し、援助利用者のニーズを充足していくために、社会サービスの提供と開拓を利用者との対人関係を媒介にして効果的に具体化する一連の手続きと技法をいう。全米ソーシャルワーカー協会は次のように定義している(1991)。「ソーシャルワークは、専門家として個人、グループ、地域社会に関わり、その潜在的な能力を引き出し、社会生活を送りやすくする援助をしたり、より快適な生活が送れるような社会環境を創り上げていくことをめざす活動である。」文節的に述べると、ソーシャルワークは、クリニカル・ソーシャルワークとしてのソーシャルケースワーク・ソーシャルグループワークといった直接援助技術と、(ソーシャル)コミュニティワーク、ソーシャルワーク・リサーチ、ソーシャル・アドミニストレーション、ソーシャル・プランニング、ソーシャル・アクションといった間接援助技術及び、中間領域としてのケースマネジメント、スーパービジョンなどから構成されていることは今日よく知られている通りである。

しかし、PSW のソーシャルワーク実践は始めからそれらの援助技術をすべて駆使してきたわけではない。日本において、1960年代は個別援助方式のケースワークが中心であったし、現在においてもその根幹においては個別援助が基本となっている。しかし1970年代にはデイケアや患者クラブ活動の支援にグループワークが始まり、1980年代からの地域生活支援が強調されてコミュニティワークが重視されるようになってきた。さらに1990年代には、ケースマネジメントが開発されてきている。この間、さまざまな援助方法としての多様な理論モデル、アプローチ法が現場にも紹介されてきた。ケースワークでは、ハミルトン、トウル、ホリスらによる診断派の理論、0.ランクの流れをくむタフト、ロビンソン、スモレーらの機能派の理論、バーリン、バンドゥラらの行動変容アプローチ、ライド、エプシュタインらの課題中心アプローチ、家族中心アプローチ、実存主義アプローチ、アグレッシブ・ケースワーク、カプラン、ゴーラン、アグレアらの危機介入アプローチ、L.ベルタランフィによる一般システム理論、ガリバリノらによる生態学理論、ジャーメイン、ギターマンらの生活モデル、ストレンクス・アプローチ、B.ソロモン、J.リーらのエンパワーメントアプローチ等々である。グループワークでは、ヴィンターらの社会諸目標モデル、コノプカの治療モデル、シュワルツらの相互作用モデルが代表的なものである。これらについては他に多くの成書があり、本論では細かな説明は省きたい。これらクリニカル・ソーシャルワークに比べ、コミュニティソーシャルワーク領域は理論からよりも実践

の蓄積から確認してきたことがこれまで多かった。何れにせよこれらの細分化、時代変遷するモデル理論は、現場において援助を必要とする利用者の特性や置かれた状況の違いに応じて、混合したり使い分けたりしてきたものである。最近では、ケースマネジメントやソーシャルサポートネットワークが紹介され、セルフヘルプグループ支援が重要視されるなど、援助技術の統合化に向かっているように、PSW が必要とする援助技術は言ってみれば、臨床と社会生活場面を統合した総合的なソーシャルワークであり、それはコミュニティソーシャルワークとしての統合的実践の技術に他ならない。

4 コミュニティソーシャルワークの重視

特に筆者の立場は、コミュニティソーシャルワークをこれもでも重視してきた。個人的体験からはおもしろい、やりがいのある実践だからである。個別援助からの広がり意識した実践には地域の様々な人々との出会いがあり、発見、交流があり、人々との間に連帯とエンパワメントを実感できるからである。施設や事業、人材、情報など社会資源やサービスを活用したり、開拓する醍醐味を味わうことができるからである。ネットワークを組織したり、地域のサポートシステムを形成していくことに、その結び目としての実践者の役割の発揮が求められるからである。しかし日本では、長年にわたってアメリカ・ソーシャルワークの影響が強く、精神障害者と家族を直接援助する役割ばかりが強調されてきた。また歴史的にも精神病院を中心として PSW が配置されてきた経過もあって、「医学モデル」に準拠した役割に自らを置こうとしてきた体質がある。面接室中心のケースワークや、精神科医の真似事に近いカウンセリング、クライアントの内面への関心などがあたかも PSW の技術であるような錯覚が一部に生じていた。例えば面接技法やカウンセリング技法など、こうしたミクロ次元の関心だけに終始した技法の適用や開拓が意味をなさないとまでは言わないまでも、PSW をシステムの一要素(臨床家)に固定し、実践を狭い臨床技術に固定してしまうことには問題がある。もともとソーシャルワークは、ピンカスとミナハンが述べているように「人々と資源システムとの連結や相互作用に焦点」がある。それはクライアントの個別問題状況に応じてその解決を援助する「小売的方法」に終始するばかりがその働きではない。むしろメゾ・マクロ次元の実践や理論化を通じて、システムそのものに働きかける PSW の役割を強調することの方が、「統合的生活モデル」に立脚したソーシャルワークの固有性を明確にするためにも今日最も求められている視座ではないだろうか。実際、PSW は精神病院における役割期待以上に、地域社会での働き、地域福祉を推進する福祉専門職としての働きがますます求められている。

だからと言って、個別臨床的な実践を軽視してよいということでもない。むしろ精神医学ソーシャルワーカーのスペシフィックな実践の蓄積は、コミュニティワークしか実践してこなかったソーシャルワーカーたちと比較すると、コミュニティソーシャルワークを一段と高めた実践に結びつける強みでもあろう。コミュニティソーシャルワーカーは、個別の援助実践と切り結

ぶ形で地域社会全体をも対象とし、個別事例への援助と地域社会への働きかけを統合的に扱う。例えば、ロザリン・カーターはかつて精神障害について「隠そうとする気持ちと社会の偏見が問題です」と述べたことがある。「好ましくない個人的反応の軽減」を障害の自己受容と言い換えると、障害の社会受容としての「好ましくない社会反応の軽減(Adverse Social Reaction)」までもを扱い、そのフィードバックから自己受容を促進する。コミュニティソーシャルワークは精神障害者支援の領域で述べると、個々の自立支援を丁寧に担いながらもそれに留まらず、生活基盤の整備に向けた地域資源の活用や開拓、心のバリアフリー化や社会関係の調整と改善に向けた啓発・教育活動、障害者計画策定などの社会計画づくり、障害者本人、家族や市民の組織化、地域における総合的なサポートシステムの構築などを主な柱としたマイノリティ問題の国民的合意形成をめざしたソーシャルワーク実践の統合的な方法である。これらの柱となる内容は政策レベルの課題であるばかりではなく、対人援助に携わる実践者たちの主体的な働きに大きく左右される事柄でもある。

コミュニティソーシャルワークは、精神障害者の地域自立生活支援の体制づくりであると同時に、誰もが暮らしやすい地域社会づくりを最終的な目標に置いたノーマライゼーションの立場に立った社会的統合の実践である。コミュニティソーシャルワークはそれぞれの地域で戦略目標を持ち、拠点を確保するソーシャルアクションを必要とする。そのため障害者本人をはじめ、仲間、家族、ボランティア、一般市民、専門家がまず手を組んでいくように、人とのネットワークを広げることからその実践価値が試される。ここでは、コミュニティソーシャルワークを重視した立場での、特に自治体 PSW の役割について、精神保健福祉の今後の動向を踏まえて論究しておく。

(1)区市町村中心のサービス体系の構築

地域保健法に基づく基本指針(1994 年 12 月)は、精神障害者の社会復帰対策など地域精神保健福祉における区市町村の役割が増大していることを最初に強調した。これを受けた形の精神保健福祉法では区市町村の役割として、正しい知識の普及(第 46 条)、相談指導の実施(第 47 条)、社会復帰施設やグループホームの設置と整備(第 50 条)などを明文化した。しかし計画行政時代とは言え、精神障害者の抱えるニーズは高齢者の新ゴールドプランや介護保険制度のような住民共通のニーズとは認識されていないこともあり、区市町村に対する具体的な働きかけなしには一歩も施策が進んでいないのが現状にある。この点で、啓発普及活動や福祉サービスの拡充などを目標に、区市町村を射程においた具体的な働きかけがますます重要となっている。

このことは、従来の国、県からの通達行政方式や保健所や精神保健福祉センターに市町村担当者を集めた連絡会議を設定するといった上意下達的なやり方で済まされるものではない。丁寧な情報提供、合同企画、コンサルテーション、日常的な技術協力、スーパービジョンの体制など、同伴的な援助を保健所や精神保健福祉センターが出かけて行い、フェイス・トゥ・フェイスの馴染みの関係をつくっていくことがまず大切である。さらに必要なことは、

分権型自治にふさわしい具体的施策を望む地域住民側からの声を組織化していくことにある。遅れている市町村障害者計画を策定推進するだけではなく、その中身を基礎自治体のできるところから実践活動で先行させることである。例えば、手帳制度のサービス拡大やホームヘルプサービスなどは、既存のサービスを対象拡大するだけでどの区市町村でもすぐに可能なことである。この点で、平成 14 年 4 月実施の市町村におけるこの分野での新しい展開を待機主義にすることなく、各地での個別働きかけが一層求められている。

(2) 今後の社会サービス

「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」(平成 12 年 3 月 31 日、厚生省大臣官房障害保健福祉部長通知)では、保健所に「当該精神障害者が最も適切な精神障害者社会復帰施設、精神障害者地域生活援助事業、社会適応訓練事業等の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行う」ことや、市町村に「社会復帰の促進や生活支援のための施設や事業の整備のためには地域住民の理解と協力が重要であることから、市町村が積極的にその推進を図るとともに、自ら主体的にその整備を図る」ことを謳っている。市町村業務は、すでに法改正により、平成 14 年度から実施が決められているが、相談業務や社会復帰施設・事業の利用調整、斡旋業務は社会資源がどの地域内にもなければ不可能なことである。コミュニティソーシャルワーカーがまず達成しなければいけない課題は、社会資源サービスの開拓である。他の障害者施策との格差や市町村間の格差など、誰しもが指摘するほどの社会資源サービスの絶対的な不足状況が地域にある。小規模共同作業所やグループホームは都市部を中心にその質を問われだしたとは言え、全国的に見ればその量自体も充足状況にはまだかなり距離がある。法内社会復帰施設や事業もその整備がやっと始まった段階である。

今後必要とされている社会サービスには、精神障害者の自立と社会参加を促進しうる様々なものがある。代表的なものには、休日や夜間にも利用できる地域生活支援センターやソフト救急を含めたクライシスケアセンター、賃金を伴う仕事(paid job)を提供しうる雇用支援センター、エンパワメントを促進するクラブハウス、障害者の権利擁護を担う地域アドボカシーセンターなどが考えられる。これらは主に行政や非営利組織など公的セクターが整備することなしには創出されにくい資源である。この他にも、すでに小規模共同作業所の一部が喫茶店やリサイクルセンターなどで実践しているように、身近な生活圏域に精神障害者本人だけでなく、気軽に地域住民が立ち寄り、交流できる「サロン」や「ふれあい広場」などの交流の場が、地域の実情に即した形でたくさん必要になる。これらが「障害保健福祉圏域」や或いは生活圏域ごとに十分用意されて、初めてこの分野も実りの段階を迎えることになる。

(3) 組織化の課題と PSW の役割

コミュニティソーシャルワークは第 1 章で強調したように、エンパワメント・アプローチの立場から推進されるものである。そこには、パーソナル・エンパワメントとコミュニティ(ないし

はポリティカル)・エンパワーメントという2つの側面が含まれる。前者は、精神障害者が生活の主体者として、自己決定能力を高め、自己を主張し、生きていく力を獲得・発揮していく、専門家はそれを促進するというコンシューマイズムの台頭を後押しするものである。後者は、当事者と地域社会を結ぶコミュニティグループの形成を通して、住民誰もが自己実現可能な地域社会の力の増強をめざした住民主体の取り組みを専門家の立場から後押しするものである。これからの精神保健福祉の進展は精神障害者、一般市民、専門家の協働活動が鍵を握っている。そのためにも、セルフヘルプグループの組織化をはじめ、地域家族会など当事者団体にだけに任せることなく、様々な立場の人が加わった形で、より社会的影響力を高めることができるコミュニティグループの形成を住民と一緒に創り出していく必要がある。この点は、第5章地域ネットワークでさらに考察したい。

コミュニティソーシャルワークはよく誤解される、誰かを「巻き込む」活動ではない。人々の主体的な参加を促し、人々の紡ぎ合いを形成していく実践である。専門職はパートナーの一員という立場から、協働活動においては、ときにはリーダーシップを発揮することが求められるし、ときには後方から見守る役割を要求されることも、ときには対等なメンバーシップの役割を期待されることも生じてくる。

(4) ケアマネジメント・システムと地域づくり

これまで述べてきたように、これからの精神保健福祉の推進は、PSW にとってコミュニティソーシャルワークを基軸に展開されていくことは明らかなと思われる。ここでは対人援助の新しい支援方策として登場したケアマネジメントについても、コミュニティソーシャルワークの視点から若干補足して述べておきたい。ケアマネジメント自体については、その概念や基本的構成、プロセスなどは筆者も幾つか述べているし、多くの論文と成書が洪水のように生産されているので説明は不用であろう。ニーズを充足できるだけだけのサービスが整備されていない現時点での日本のケアマネジメントは、その実際の運用においていくつかの課題や工夫を必要としている。F・N・ワッツ、D・N・ベネット(1991)¹も指摘するように、「ケースマネジメントの要求は、地域サービス供給への要求としばしば混同された。ケースマネジメントは、単にサービスの調整とモニターを前進させる方策に過ぎず、サービスそれ自身の代用品と見ることはできない」のである。順序からすれば、用意するのはケアマネジメントが先ではない。腕(技術)があっても材料がそろっていなければどうしようもない。その前提を踏まえた上で、あえてケアマネジメントを生かすとしたらどのようにすべきか、考察しておく。

ケアマネジメントは、サービスのパッケージ化を通して個々人のニーズ充足を図る個別調整技術を基本とするが、その個別的な実践を蓄積する中で、利用者の立場に立ったアドボカシー機能を整備拡大することや、インフォーマルなものも含め必要なサービス資源を調整・開拓するイノベーション機能、そしてネットワーキングを促進するような地域ケアの基盤

¹ F・N・ワッツ、D・N・ベネット『精神科リハビリテーションの実践』①岩崎学術出版社、p.34、1991

整備に連動する働きを志向しなければならない。少なくとも、サービス資源を同一組織内で自己完結的に供給展開する従来の組織経営的発想からは脱却する必要がある。例えば、アセスメントひとつとってみても、利用者本人の状況だけでなく、問題状況を取りまく地域社会資源の状況が評価されなければならないし、ケアプランは、障害者本人を取り巻く支援形成図(エコマップ)を現実にも生み出すことが重要になる。これらの点が公的介護保険という社会保険方式に組み込まれた「ケアマネジメント」との大きな相違点でもある。大事なことは、ネットワーク型援助を積み重ねる実践の中で、それぞれの地域を基盤として支援ネットワークやトータルサポートシステムを形成していくことにある。それは個々のソーシャルサポートネットワークの形成に留まらない。ケアマネジメントはその基盤となる地域のサービスシステム構築に向かってこそ、初めてその真価を発揮できる。

5 PSW の業務内容

PSW の業務は、精神保健福祉ニーズの飛躍的な増大と多様化や実践の場の広がりによって年々拡大の一途を歩んでいる。所属する機関・施設の属性の違いや精神疾患の種別、あるいは解決が求められる問題状況別、対応するケアとサービスの種類別に業務の多様化と専門分化が進行しており、それらのすべてを言及することは限られた能力では不可能なことである。したがってここでは、機関・施設の属性別を結ぶ共通特性、日常対応業務としての特性、運営管理と計画実践としての特性の3つの視点からその概略を紹介したい。

(1) 機関・施設の属性別を結ぶ共通特性

PSW が従事する機関・施設ないし実践の場は、精神病院・精神科診療所・総合病院精神科などの医療機関、精神科デイケア施設やリハビリテーション専門施設、生活訓練施設(援護寮)・福祉ホーム・授産施設(入所・通所)・福祉工場、地域生活支援センターなどの精神保健福祉法に規定された社会復帰施設、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関、小規模作業所、グループホーム、老人保健施設、各種の民間相談機関、関連民間援護団体など多様な広がりを見せている。それら機関や団体・施設のもつ機能の違いから PSW 業務のバリエーションはさまざまである。しかしそこには次に述べるような共通する特徴や原則がある。

① 機関対応の原則;それぞれの機関や実践の場で、できること、できないこと、できそうなことの区分に応じた展開がなされるということである。そのために利用前の相談やインテーク(受理面接)が重要となる。機関の機能に合致した利用ならスムーズに運ぶが、機関の機能を越えた問題や合致しないニーズは、丁寧にその理由を利用者に説明した上で、他に適切な援助機関を紹介することが必要になる。また、利用定員に定めがあり、機関の機能に合致していても援助できない場合もある。この場合も同様の手順を踏むか、待てる場合は予約を確認する。利用中の援助は、利用意思の確認やアセスメントを踏まえた援助計画の作成と

それぞれの機関の機能に即した具体的な援助が展開されている。さらには利用後のフォローも機関の機能によって濃淡はあるが実施しているところが多い。

②提案型援助の原則;サービスの主役は利用者自身である。自らの課題解決や緩和にあたり、自らの意志で決定することを通して自らが主体的な存在として生きられるという価値にもとづいた関係性の原則である自己決定の原則それ自体は、利用主体からみた原則であり、援助主体に置き換えた場合は提案型援助の原則といった方が正確である。PSW の基本的な態度は、精神障害者本人が生きづらくなっている問題を自ら明らかにし、自分の問題として受けとめ、社会資源を自らが選択し、自分の生き方を自己決定していくのを伴走的に援助していくことにある。そのためにも、精神障害者が主体性を発揮していくプロセスや自分自身を創造していくことに、持てる全ての情報や知識、かかわりの技術を提供・駆使しながら、利用者の個性的生活能力を大切にしながら、問題解決にむけた利用者の自身や意欲を引き上げる援助が求められる。

③チームアプローチの原則;精神保健福祉ニーズの多様化、高度化、複雑化の背景を受けて、対人援助技術の高度化と専門分化はかなり進んでいる。家を建てる時がそうであるように全体の設計図や手順の打ち合わせなしには個々の専門職が別々の援助を展開することは不可能になっている。総合的な観点からより良いケアとサービスを提供するにはどの機関においてもチームアプローチを不可欠としている。医療機関では医療サービスに最終責任を担う医師がチームリーダーとなるが、しかしその場合も含めてチームとしてはそれぞれの専門職が対等な関係にある。チームアプローチは、お互いの専門性に対する理解と尊重が前提条件であり、ケースカンファレンスや日常的な連絡などでの率直な話し合いが重要となる。

④ネットワーク型援助の原則;PSW が対象とする利用者は疾患や問題の性質から長期にわたる継続的な援助を必要とする場合が多い。その際、少なくとも援助の自己完結的展開だけは避ける必要がある。その弊害は援助の不透明性や密室性をもたらし、利用者の選択の幅を狭め、抱え込むことで自立を損なう場合もあり、ケアやサービスの質を担保できないことにつながりやすい。施設ケアから地域ケアへの流れを受けて、援助提供機関の拡大と多元化の傾向が続いているが、それはそれぞれの機関が有する機能の限界を積極的なネットワーク型援助で効果的に展開することを期待されている側面も持っている。

(2) 日常対応業務としての特性

機関・施設の属性別を結ぶ共通特性をこのように見ると、日常対応業務がケースマネジメントの一連の過程を基本としていることが理解できる。したがって次に日常業務としての特性をケースマネジメントに即して明らかにしたい。

①ニード発見と受理;サービスへのアクセス保障は基本的には計画実践としての特性であるが、PSW は仮に病院内においても、ニード発見にどん欲でなければならない。面接室に座して勤まる業務などはどこにも存在しない。そのうえで、インテークにおいては十分な情報の提

供と機関の機能や提供できるサービス内容などについての説明がどんな場合にも必要となる。利用者との合意を形成するインフォームド・コンセントを丁寧に行うことが原則となっている。

②アセスメント; ニーズや問題の性質の特定、利用者の能力の度合いを見極めること、希望をしっかりと確認すること、家族や地域社会の関係やインフォーマルな支援力を評価すること、提供可能なサービスを吟味することなど、かなり総合的な事前評価が開始される。その際、PSWは家族歴(ジェノグラム)とネットワーク支援形成図(エコマップ)を作成する。また、アセスメントでは困難面よりもむしろ有利な側面を発見し、利用者と援助チームの見立てを共有していくことが原則になる。なお、利用者の疾病性と事例性を見据え、実践的には抗精神病薬などの精神医学的な知識を備え、医学的視点を踏まえた対応が欠かせない。これら一連のアセスメントは、利用者の生きる見とおしと一緒に発見していく作業である。したがって、「評価とは、患者についての情報を徐々に集積していくことであって、たった1回きりのテストを行うことではない。」と述べたシェパード(1993)²の指摘は重要である。

③援助計画; アセスメントで整理された項目に沿って、ここではインパクト・ゴールやターニングポイントの絞り込み、長期目標と優先順位の設定、おおよその利用期限、ケアやサービスの選択、期待される効果、チームとしての役割分担などを予め設定することになる。この場合でも利用者の自己決定を最大限尊重することは大前提となる。しかしさらに重要なのは、自己決定を保障する選択肢が十分用意されることである。ソーシャルワークはカウンセリングではない。また、クライシス状況における即応的な援助が必要な場合は、人権に十分配慮しながらもそのことを最優先することになる。

④援助の提供; PSWが配置されている部署の違いにより、入院と治療に伴う援助、リハビリテーションや社会復帰指導援助、地域生活支援援助などその業務内容はかなりの幅があり、比重の置き方も異なっている。精神病院では、受診援助として初診時のインテーク、夜間救急時の相談、主治医や病棟スタッフへの伝達を始め、療養中の病気の治療から生活問題にいたるさまざまな個別相談援助や病棟や外来でのミーティングなどのグループワーク業務、アパート探しや仕事探し、家族調整など退院に向けての援助が行われている。社会復帰施設では、対人関係能力や作業能力、社会適応力などの改善に向けた日常生活訓練や自立に必要な生活支援が行われている。保健所での援助では、日常的な相談援助、訪問指導、自立と社会参加への支援に加え、警察官通報などの法的な処理から企画調整、普及啓発、研修、組織育成などの間接援助、市町村への協力及び連携などを行っている。その他の機関や施設を含めて、PSWは、精神障害者本人のみならず、家族への援助や地域援助活動、関係機関との連絡や連携、人権擁護など、電話や面接、家庭訪問や関係機関訪問で日常

² ジェフ・シェパード著、斉藤幹郎・野中猛訳『病院医療と精神科リハビリテーションー英国における歴史的展開』星和書店、1993

業務を対応している。

⑤援助点検と援助の見直し;援助計画や援助展開の妥当性の評価、目標の達成度合い、利用者の満足度、新たなニーズの確認などを日々点検して、援助の見直しを行っている。

⑥事後評価と終結;援助効果の確認を基本に、残された課題の整理や必要な他の援助資源への橋渡しをして援助を終了するのが一般的である。

(3) 運営管理と計画実践としての特性

このように日常的には、個々の利用者に即した援助を PSW は実践しているが、精神障害者を援助対象とした展開は、どの部署や場面においても特別な困難が存在している。その最たるものが利用できる社会資源の絶対的不足によるものであり、地域社会の偏見と誤解である。このため、コミュニティソーシャルワークで述べたように、日々の直面するニーズに対応しながらも、社会資源の活用と開拓、地域啓発活動が共通して重視されるようになってきている。小規模作業所、グループホーム、社会復帰施設、地域生活支援センター、社会適応訓練事業、精神科デイケア、精神科救急医療に代表されるハード部分の整備はいまやっと始まったばかりである。目前の利用者だけでなく、地域全体のニーズや潜在的な利用者を想定した取り組みも重要になってきている。そのためのソーシャル・アドミニストレーションや計画的な実践がますます必要になってきている。日常的には、ケアカンファレンスや関係機関の連絡会議、隣接領域の専門家を含むコンサルテーション活動などが業務の重要な柱となっている。

6 援助実践の留意点

一般に専門性には価値やその結晶した倫理綱領、基本となる知識や実務に必要な情報、属人的な技能を含む体系的な技術の3要素が必要と言われている。PSW が精神疾患と障害の併存という固有な領域に関わることから、その援助実践に際しての幾つかの留意点についてふれておきたい。

第1に、申請主義とアウトリーチな展開に関してである。精神障害者の福祉制度が他の障害者と比較して数段遅れていることに加え、日本の福祉制度は申請主義を基本としている。精神障害者と家族にとって、このことは知らされていなければ数少ないサービスですら受けられないことにつながる。PSW は、どの部署に配置されていても利用者に対するサービスの周知徹底とサービス利用手続きを熟知した援助が求められる。そのため、窓口で利用者を待つ姿勢から積極的なアウトリーチな展開が工夫される必要にある。

第2に、援助介入の契機に関することである。精神障害者が利用者の場合の相談に契機は、家族であったり、関係機関であったりする場合が多い。また、精神障害者は往々にして強制入院に代表される本人不在の介入が近隣など第3者の相談から発生することもある。これらの場合、基本的人権に十分配慮した本人の参加と意思の確認がなされなくてはならない。

そのため本人に直に会うことが原則となる。

第3に、援助マニュアルの理解に関してである。援助技術は、歴史と経験に裏打ちされた普遍的な価値を有するとは言え、実際の援助展開は同じ病名や似たような問題状況にあったとしても、一人ひとりがまったく違う個別化した利用者理解と対応が基本となってくる。もちろん悪しき経験主義や我流は排さなければならないし、その意味でマニュアルは積極的な意義を持つ。しかしそれは基本に過ぎないことも合わせて理解する必要があるだろう。

第4に、専門職としての資質と態度に関することである。PSW はその困難な援助実践のさなか、燃え尽き症候群(バーンアウトシンドローム)に陥ったり、専門的判断からではなく、利用者との間で自我境界(バウンダリー)を曖昧にした関わりを引きずったり、しばしば感情的な逆抵抗(カウンター・レジスタンス)を引き起こす危険がある。これらの防止や克服のために専門職としてのピアサポートグループを身近に形成することや、スーパービジョン体制の整備はこれから欠かせない事柄となっている。

6 むすび

始めに紹介したように、利用者である精神障害者と家族、そしてわれわれ PSW にとって新たな国家資格である「精神保健福祉士」の誕生は大いに歓迎される出来事である。しかし、精神障害者の社会的復権と福祉の推進に本格的に貢献するその課せられた責任の重さから、PSW は今まで以上の現場実践と具体的な援助展開を足下から構築していかななくてはならないであろう。

その原則的態度は、何よりも利用者主体の原則を大切にしながら進めなくてはならない。その課題の重点は、精神医療をより地域にシフトさせる中で、一刻も早く社会的入院を解決することである。加えて、精神障害者の地域自立生活支援を中心とした包括的なサポートシステムを地域ごとに形成していくことである。そしてこの領域への国民的な理解と協力を促進することにある。幸いその萌芽と発展は幾つかの地域と精神障害者自身の活動、市民的活動の台頭に見ることができる。これらの課題を実現するために、PSW は狭義の医療チームの一員からボランティアを含む地域での多分野協働チーム(multidisciplinary team)の一員へとその守備範囲を広げるとともに、精神障害者のもっとも頼りとされるパートナーになるべく自らの力量と資質の向上が一層求められてくるに違いない。

【参考文献】巻末にまとめた。

第2部 地域生活支援システムの成立要件

第4章 精神病院における「社会的入院患者」の退院促進プログラムの開発——1997年「病院家族会全国福祉ニーズ調査」結果を中心に

1 はじめに

精神障害者に対する地域生活支援システムは、障害者プランがそうであるように現に入院している精神障害者も範疇としている。しかし多くの精神障害者が長期入院を強いられ、その退院の可否は精神病院と主治医の支配下にある。これらの長期在院者が純粹に難治性で、薬物療法をはじめとした各種の治療水準の向上を待たなければ解決し得ない問題であれば、それは医療に委ねるしかないだろう。しかし、事実は多くのデータと欧米の実践が示しているように、「社会的入院」の実態は繰り返し明らかにされてきた。この章ではその実態に迫り、入院中心のケアから地域ケアへの流れを促進する新しいシステム形成の課題として考察するものである。

本研究自体は、精神障害者社会復帰促進センターの委託研究「高齢介護者家族の介護力評価と家族支援プログラムによる精神病院入院患者の退院促進と老人医療費適正化に関する研究」事業（老人保健健康増進等事業；平成8年度初年度）のうち、「全国病院家族会会員ニーズ調査」に基づくものである。筆者は調査班委員長としての立場から、その調査結果（平成9年2月実施：福祉ニーズ）の概要と、今後の援助施策についてここでは提言する。筆者は「まとめと提言」を分担した立場から、特に「社会的入院」群の退院促進を中心に考察し、そのための病院内努力、制度的後押しを提言するものである。

平成11年5月には、すでに精神保健福祉法が改正され、平成12年4月より施行される予定にある。本研究の直接の目的は、平成10年当時、目前に予定されていた精神保健福祉法の見直しに向けて、遅れている長期入院精神障害者とその家族の福祉ニーズを明らかにし、長期入院者の退院促進に向けて課題を解決するために、保護者の負担軽減を図り、合わせて専門職による家族援助のみならず、病院内外の努力と新たな行政施策の展開を提言し、法改正に一定の反映を期待したものであった。幸い、全国調査で明らかになった主要な福祉ニーズと提言の一部は法改正の主要な柱として盛り込まれた。すなわち、法改正の背景根拠として、第1に、長期入院の是正及び精神障害者の社会復帰の促進については、長期入院の傾向は改善されず、社会復

帰施設の整備も進まないなど精神障害者の社会復帰が進んでいないことを、本研究は、長期入院の実態を実証的に明らかにして根拠づけた。第2に、家族のあり方の変化、家族の高齢化、単身生活の精神障害者の増加等により、在宅精神障害者に対する生活支援や緊急時の医療支援体制の整備の必要性について、本研究は、家族の高齢化が一段と進んでいる実態を実証的に明らかにした。その結果、法改正では保護者の過重な負担になっていた「自傷他害防止監督義務」は廃止となり、加えて、自らの意志で医療を受けている精神障害者についても保護者の医療を受けさせる義務から除外されることとなった。また、退院先としての家族という従来の施策も大きく変容することとなり、市町村の役割や福祉サービスの充実に向けた施策が強化されることになった。それら施策の根拠を本研究は担うことができた。ここでは調査の概要と結果の概略について報告し、まとめと提言を示したい。なお、調査結果の詳しい内容と分析結果は本研究の構成員各自の考察を元に、現在、社会復帰促進センターで取りまとめ、印刷中である。本発表は筆者の個人的分析を元に記述し、研究委員会全体の了解を得ていることを付記しておく。

2 調査の目的と意義及び研究体制

調査の目的は初めにも述べたように、第1に、精神病院在院精神障害者と家族の実態とニーズを全般的にかつ詳細に把握することに置いた。第2に、在院精神障害者を抱えた家族の介護力を評価し、新たな家族支援プログラムの開発を生み出すこととした。第3に、とくに課題となっている「社会的入院」を中心とした長期在院精神障害者の退院促進に向けて必要な解決策を見出すことを課題とした。

そのためにまず、家族の受け入れ可能性の限界を、家族の健康状態や意欲、経済状態、家族関係、生活困難度等から構造的に明らかにするとともに、系時的变化からより明確に家族ケア力の限界を浮き彫りにしようと考えた。その上で、家族の受け入れに代わって、地域ケア促進に対する地域ケア資源の整備と医療機関の役割に対して、家族の期待を立体的に明らかにすることを目指した。

とくに、長期在院精神障害者の「退院のための条件」に関する全国規模の調査は、イギリスのマンらがイングランドとウェールズにおける15カ所の精神病院を調査して「脱施設化」の重要な基礎資料を提出して以来、日本でも課題とされていた研究である。しかし日本では過去これまで、道下らによる自治体病院の調査が1979年84年と2回実施されたものの、「退院の条件」までは調査がされず、その後、厚生省が1983年度精神衛生実態調査により「近い将来の退院可能性」を調査し、「条件が整えば退院の可能性有り」22%、「相当の困難はあるが退院の可能性有り」27%を発表して以来、「社会的入院」の解決は国家的課題と認識されるようになった。1986年にはマンらの調査手法を取り入れて、浮田、熊倉らが都内Y精神病院の在院患者全数調査した結果を「社会精神医学」に1988年発表したが、全国規模ではなかったことと、家族を含めた全般的なニーズの明確化には至らなかった。なお、最近になって自治体規模の在院精神障害者の全数

調査では、1995 年川崎市が自治体単独で実施している。また日本精神病院協会が加盟病院の独自の調査でこの課題に接近している。

こうした背景の中、全家連では精神障害者と家族の生活実態とニーズを明らかにするために1985 年、1991 年と過去2回の全国調査を家族会員対象として実施してきた。すでにそれらの調査は市販図書、岡上、大島、荒井編『日本の精神障害者』及び全家連保健福祉研究所モノグラフ5号で発表されている。

今回の第3回全国家族ニード調査は、全家連のこれまでに実施した調査とは異なり、焦点を在宅生活の問題状況に即した地域家族会員を対象とした調査を平成7年度に先行実施し、今回は、在院精神障害者と家族に問題の焦点を絞った病院家族会員を対象とした調査と、分けし実施したことである。

本調査研究はサンプリングとはいえ、初のユーザサイドの全国規模調査として重要な意義を持つものである。本全国調査の結果は「社会的入院」群を中心とした長期在院精神障害者の退院促進に向けて、その具体的プログラム開発のための重要な基礎資料となるものであり、1999 年に予定されていた精神保健福祉法の見直し、特に保護者制度の見直しに対して、ユーザーサイドから十分な説得力のある資料を得ることが大きな目的であった。

具体的な本調査の主要な柱は、次の8項目である。

- 1) 精神障害者本人の入院現状についての家族の評価を明らかにすること
 - 2) 精神障害者本人に対する家族のケアと退院をめぐる意識(希望、実現可能性、理由など)と退院条件を把握すること
 - 3) 精神障害者本人と家族の5年前、5年後の変化予測を把握すること
 - 4) 入院医療機関との関係及び要望を把握すること
 - 5) 保健・医療・福祉に関する制度活用の現状と要望を明らかにすること
 - 6) 最近話題となっている精神病の病名に関する意見を把握すること
 - 7) 保護者制度に関する意見を把握すること
 - 8) 家族会活動、家族の精神保健福祉活動に関する意見と要望を把握すること
- 以上が本調査の位置づけである。

3 調査の概要

(1) 調査対象

全国の病院単位家族会会員のうち、会員規模別及び地域ブロック別に層化した上で、4分の1の確率で病院家族会を無作為に抽出し、抽出された家族会員の全数を調査対象とした(等確率4分の1系統抽出法)。

その結果、調査対象となった病院家族会は68単会であり、対象家族会員は7,337例となった。そのうち、調査協力の承諾を予め得ることが出来た62単会7,125例を調査対象とした。なお、そのうち会員組織率が50%以上の家族会には会員数の全数を対象割当数とし、50%未満の組織率の家族会には、会員数全数に加え、会員数と同数の非会員数も対象割当数とした。

(2) 調査方法

調査は、家族会員が回答する自記式の調査票を用いて行った。調査票の配布は全家連から病院家族会経由で個別会員に対して行い、郵送で回収する方法を採用した。なお郵送配布は1997年1月10日に実施し、回収は同年3月末日までとした。したがって調査期間は同年1月10日以降3月末日までの期間であった。

(3) 調査の枠組みと調査内容

調査票の設計を含め調査実施に至るまでは、数カ月の研究班での検討を事前に行い、調査の枠組みと調査内容を確定した。

今回の調査では、まず、系時的变化から在院精神障害者と家族の生活実態を明らかにし、家族ケアの限界と福祉ニーズを浮き彫りにすることや、さらに、退院促進プログラム、地域サービスプログラム、家族支援プログラムの開発に必要な項目を設計した。

その上で、調査にあたっては、1)過去の全家連調査との比較が可能なこと、とくに地域家族会会員との意識比較を可能とさせること、2)病名問題、保護者制度など注目されている政策課題に対する家族の意見を継続調査すること、3)すでに公表されている、ないしはこれまでの全家連調査で明らかになった事項に加え、さらに一步踏み込んだ調査を実施すること、4)追跡調査可能な家族モニターの募集を行うこと、などを配慮した。なお、調査内容は従来の調査に比べ、項目数を減らし、自由回答2問、付則6問を加え56問とし、A4で12ページの調査用紙を用いて行った。その内容は予め調査の主な柱建てに沿ってフェースシートを含む9項目に大別したが、詳細は割愛したい。

なお、分析の枠組みとしては、主として入院期間別に注目し、その他必要と思われる項目をクロス集計して行った。

(4) 調査実績

推定配票数(会員) 5,843 票

有効回収数 2,210 票(有効回収率 37.8%)

なお、非会員の回収数は別途 141 票あったが、事前の対象条件に当てはまるものが少なかったことや、推定配票数が把握できなかったこともあり、今回の分析からは除外した。

4 精神障害者本人と家族の概要

【障害者本人】(問1～問7)

(1) 年齢・性別

障害者本人の年齢は、60 歳以上と 40 歳台のふた山を中心に、次いで 50 歳台が多く、前回調査の在宅群と比較すると、入院群は高齢層に分布が偏っている。性別は、ほぼ男性6割、女性4割となっており、在宅群との有意差はない。

(2) 病歴等について

発病年齢は 20 歳前後に大半が集中しており、この病気の特徴を示している。また、罹病年数では、30 年以上が 37.5%と最も多く、次いで、20～30 年未満 26.1%、10～20 年未満 17.9%等となっている。入院5年以上では 83.5%が 20 年以上の罹病年数となっている。

(3) 通算入院期間と入院回数

5 年以上の通算入院経過者は全体の 7 割以上 (70.7%) を占め、20 年以上でも 4 割以上 (41.1%) を占めている。入院者のうち現在の入院期間では、10 年以上でほぼ半数 (49.5%) となっており、20 年以上でも 3 分の 1 強 (34.1%) を占めるように、在院期間の長期化が一段と強まっている。入院回数では 3～5 回が 36.4%と最も多く、次いで 2 回、1 回、6 回から 9 回、10 回以上に山型分布している。

(4) 家族が認識している病名

精神分裂病が 7 割を占め、MDI、MR、その他となっている。なお、「病名は聞いていない」及び「わからない」との回答が合わせて 6.7%あり、他科では考えられない精神科の特徴が表されている。

【家族】(問 45.46.48)

(1) 回答者家族の年齢・性別

70 歳以上が 35.2%を占め、次いで 60 歳代 30.7%と高齢者が全体の 3 分の 2 を占めており、70 歳以上で見ると 6 年前の前回調査 32.0%、12 年前の前々回調査 25.9%と比較しても家族の高齢化は障害者本人同様に進んでいる。性別ではほぼ男女半々 (男性 46.6%、女性 49.6%) となっている。家族が 70 歳以上に最も多いという高齢化は在宅でも同じ傾向にあるが、在宅では女性が 61.0%を占めている。

(2) 続柄

「母」と「きょうだい」がほぼ同数でそれぞれ 3 割 (母 30.3%、きょうだい 29.0%) を占め、ついで「父 (17.8%)」となっている。世代では親世代が 48.1%、きょうだい世代が 32.7%である。過去の調査と比較すると、一部で世代交代が進行している傾向が見られる。これは入院の長期化に伴い、回答者が親世代からきょうだい世代に移行しつつある傾向を示している。

(3) 居住地

ほぼ 2 割が大都市に、5 割がその他の市部に、3 割が町村に居住している。なお、在宅者の場合は大都市の割合が高く、町村の割合が低い傾向にあり、匿名性や社会資源が比較的多いなど大都市での暮らしやすさを反映している。

5 精神障害者本人と家族の現状

【障害者本人】(問8～11)

(1) 現在入院している病棟

閉鎖病棟が 44.8%、開放病棟が 31.2%、半開放が 18.8%などとなっている。なお、開放病棟入院者は 1983 年厚生省精神衛生実態調査よりも高くなっている。

(2) 家族が認知している病気や障害の程度

やや重い、相当地に重いで 73.1%を占め、やや軽い、相当地に軽いはほぼ2割となっている。この数値は入院期間別に見ると、当然のことながら入院期間が長期化すると一層病気を重く判断する傾向を示した。日常生活の能力についての評価では、障害者本人が自分一人で出来ると思われることは、身辺処理に高く、社会的手続、社会関心、対人関係など社会生活能力に期待感が薄い。また設問のいずれにもできないとの回答も3割あった。これらの内、援助があれば出来ると思われることでは、大半が出来ることながら増えるものの、なお社会生活能力では改善率が顕著な増加を示していない。日常生活能力は「普通に出来る」は1割で、「一定の制限を受ける」22.1%、「著しい制限を受け、常に援助が必要」21.3%、「著しい制限を受け、時に援助が必要」17.3%、「身の回りのことは殆ど出来ない」15.0%などとなっている。全体として、家族は障害者本人の病気や障害の程度を重いものと認知している傾向にある。しかし別の角度(プラスイメージ)からの評価では、4分の1が「何の取り柄もない」と答えている反面、「気持ちいがやさしい」に 45.4%が答え、「細かい気遣い」や「家事の手伝い」「本人なりの特技」など全体の4分の3はプラスの評価をしている。

【家族】(問 22～27、問 47)

(1) 経済的状況

家計の中心者は「父」31.4%、「きょうだい」22.8%、「母」12.8%。「きょうだいの妻・夫」7.8%などとなっている。世代別で見ると、親世代は 44.2%、きょうだい・本人世代は 40.1%となっており、近い将来は逆転すると予想される。世帯の収入源は「年金生活」が 44.8%を占め、給与・賃金収入 29.2%を大きく上回っており、世帯の年収(単位:万)は問 47 で、「200～300」が 21.8%と最も多く、次いで「300～400」の 16.0%、「100～200」の 14.8%などとなっており、700 万以上の収入は1割以下である。この点は、総理府の平成8年「国民生活調査」と比較しても精神障害者の家族世帯の年収はかなり低い。300 万未満の世帯は調査対象世帯の約半数に及んだが、総理府調査では 11.7%となっている。こづかいなど決して多くはないにもかかわらず、低所得層が多いことから当然入院医療費とその関連費に対する経済的負担意識は3分の2が感じている。

(2) 健康状態

主観的な健康状態のとらえ方であるが、設問の分類では「ふつう」が 38.9%と最も多い反面、「あまりよくない」と「よくない」を合わせると 42.7%が健康状態の悪化を表明している。この点は

厚生省の平成4年度「国民生活基礎調査」で現れた一般国民の健康状態(あまりよくない・よくないの合計 21.8%)と比較しても悪化している。

(3) 生活困難度

問 22 の生活困難度では、「将来の見通しが立てられない不安やあせり」に8割(81.8%)を越える家族が感じており、その他、「病気が回復しても働く場や訓練の場所がない悩み」「世話していると心身ともに疲れる」「患者がいると家族関係(平和)がくずれてしまう」「他人への迷惑や暴力の心配」「病状の急変や再発・自殺などの心配」「医療費などの経済的負担」などに生活困難度が高く、その他全体傾向としても生活困難度は高い。特に、入院5年以上の家族に生活上の心配、悩み、負担が顕著に表明されている。高くない項目は「病院(主治医)と家族の考え方のズレ」のみである。つまり入院してくれていたほうがとりあえず家族にとっては安心との矛盾した思いがうかがえる。

(4) 生活満足度

満足と不満を2分すると、満足派がほぼ3分の1(30.2%)、不満派はほぼ4割(41.0%)と答えており、「どちらともいえない」「わからない」は2割となっている。先に紹介した一般国民との比較では生活満足度は低い傾向にある。

6 医療機関と家族との関係(問 14～17)

最近2年間の面接頻度は、「月に1回程度」が最も多く、ほぼ4割(41.1%)を占め、次いで「月に2回以上」が約2割、後は「週に1回以上」「6ヶ月に1回以上」などと続く。この面会頻度は、「ちょうどよい」と思っている家族が 47.2%と最も多く、次いで「もっと行ってあげたい」29.5%、「できれば減らしたい」11.2%などとなっている。この面会頻度は入院期間の長短で見ると、1年未満の短期入院では「週に1回以上」が 34.3%と一番多く、次いで「月に2回以上」が約3割と有意差がある。

退院についての家族から病院への相談の有無では「1度もない」が 43.5%と高率で、次いで「2～3度ある」19.3%、「1度だけある」17.0%、「たびたびある」11.4%となっている。入院期間別に見ると入院期間が短ければ短いほど、家族からの相談頻度は増しており、入院期間別の有意差がはっきりと出ている。

一方、病院から家族への退院の相談では「1度もない」が最も多く、家族側からよりも高率で 55.8%を占め、「1度だけある」17.5%、「2～3度ある」12.8%、「たびたびある」5.8%と続く。入院期間別では家族からの相談と同様な傾向が示された。

7 本人と家族の変化及び医療機関への要望(問 12～13、問 18～21)

家族が認識している5年前と現在を比較しての変化では、「変わらない」と多く答えた割合の項

目が一番多く(50.5%)、次いで、「本人の病状」「本人の健康状態や体力」「家族と本人との関係」などをあげている。「やや悪くなった」と多く答えた割合の項目は「家族自身の健康状態や体力」をあげ、「悪くなった」単独はないものの、「家庭の経済状態」は「変わらない」評価とほぼ同割合であった。「退院可能性」や「退院意欲」は「わからない」が最も多く(前者 37.1%、後者 33.6%)、次いで「変わらない」から「悪くなった」に分散している。いずれにせよ「よくなった」という評価の項目は概して低く(10%以下)、僅かに「本人の病状」を「変わらない」に次いで「ややよくなった」と評価している程度である。とくに入院期間が長引けば長引くほど、家族の退院に向けた協力が困難になっている状況が示された。

5年後の将来予測では、「本人の病状」は「変わらない」が最も多く(34.3%)、次いで「わからない」か「悪くなる」傾向予測が高い(前者 19.5%;後者 13.5%)。「本人の健康状態や体力」は、「やや悪くなる」(23.0%)を中心に「変わらない」(20.7%)か「悪くなる」(19.4%)のどちらかに予測が分かれ、「退院して単身生活を営む可能性」では、「わからない」が最も多く(36.6%)、次いで「悪くなる」(21.1%)と続いている。「退院して地域生活を営む意欲」でも、「わからない」予測が高く(33.7%)、次いで「悪くなる」(20.7%)となっている。「家族自身の健康状態や体力」では「悪くなる」か「やや悪くなる」割合が高く、「家族と本人との関係」では「変わらない」評価にほぼ半数が集まっている(48.6%)。「家族の経済状態」は、「やや悪くなる」「悪くなる」の和が 48.1%と最も高く、「やや良くなる」「良くなる」の和 29.3%を上回っている。なお、「変わらない」は 26.5%となっている。「退院に向けた家族の協力や努力の程度」では、「変わらない」見通しが高く(32.5%)、次いで「わからない」(21.2%)となっている。5年後の予測でも全体の傾向は「悪くなる」ほうに傾斜しており、むしろこれまでの5年間の変化より状況は一段と悪化する予測回答が多かった。

5年前と現在の病院との変化(問 18,19)では、「この5年間にあった」項目が一番多かったのは「病棟改築など病棟の生活環境が良くなった」(30.0%)ことである。逆に「そのようなことはない」に多くの回答が集まったのは、「病気の経過や見通しについて積極的に説明してくれる」項目と、「病棟にボランティアを導入したり、病院行事に地域住民が参加するなど地域との交流や関係づくりが積極的になった」項目である。他はどちらかと言えば「もともとそうだった」「わからない」の回答が多い。

今後の精神病院に期待することでは、インフォームド・コンセントや役立つ情報提供、暖かい態度、リハビリ活動など、積極的な要望が出されている。

8 保健・医療・福祉に関する制度(問 29)及び保護者問題(問 35～39)

現在利用している制度では、「障害(基礎)年金」が6割(60.5%)を越えており、「市町村等の入院医療費助成」が 35.2%、「税金の障害者控除」が 24.9%と続き、「精神障害者保健福祉手帳」は 19.3%など、その他の制度利用は少ない現状が明らかになった。

精神障害者保健福祉手帳の取得に対する意識は、ほぼ3割が「取得したい」と回答しており、

「取得する必要はない」は僅か5%であった。

地域社会でのサービスや制度の開発では、「何でも相談できる総合相談窓口」48.5%、「日中、簡単な仕事ができる場」45.9%、「一人暮らしを支えてくれる人」43.4%、「生活施設」43.4%、「グループホーム」40.2%、「生活の仕方や仕事の訓練をする場」38.6%、「ショートステイ施設」36.6%、「日中、仲間とのんびり過ごせる場」31.7%など様々なニーズが寄せられている。

保護者制度問題では、現在の保護者の続柄は「父」33.4%「きょうだい」29.6%「母」18.2%などとなっており、「本人の夫・妻」以下の保護者は少ない。特に1991年調査と比較して、「父」が8%、「母」が5.7%減少し、「きょうだい」が11.7%増加しており、世代交代の傾向が示されている。

保護者の果たすことが出来る役割については、「治療を受けさせたり、医師の指示や医師に協力すること」が5割を越えており、以下の項目は少ない。特に最も保護者として履行可能でないものに、「監督義務違反による賠償責任」や「措置患者の引き取り義務」をあげている。また、保護者制度に関する意見では、「親が保護義務を持つのは当然だが、その他の近親者に義務を負わせるのは無理がある」「期限を定めたり、事情によって解任できるようにすべきだ」「精神障害者の場合だけ特に法律で保護(義務)者を定めているのは納得がいかない」「義務の内容が重すぎるからもっと軽くすべきだ」などの意見が3割を越えて寄せられている。

9 家族が認識する退院可能性とその条件(問 30～34)

地域で様々な条件が整った場合の近い将来の退院可能性について、かなりの家族がなお、「退院は現実的には困難だと思う」(56.1%)と答えている。この認識は入院5年以上で66.4%と、入院期間が長期になればなるほど強まっている。

しかし、「直ぐにでも退院できる」「多少の困難はあるが、十分に退院は可能だと思う」が合わせて13.4%おり、「退院は可能だと思う」15.3%を含めると、3割近くには退院可能性があるという家族自身が評価していることは明るい側面でもある。

退院を困難にしていると思われる障害者本人の問題については、7割近く(68.4%)が「病気の症状悪化や再発が心配」としており、半数前後が、「人と折り合えない」「家事等の不測の事故が心配」「お金の管理が出来ない」「仕事がない」などと回答している。とくに福祉的援助を必要とする項目では、入院期間が長くなるほど割合が高くなっている。病気、障害、社会施策の全般に渡る対策が講じられなければ、家族は退院の見通しを持てないでいる。

本人の退院のために家族が出来そうと思われることは、「ときどき会い、相談相手になること」43.2%、「身元保証人になること」40.3%、「盆暮れに家に迎えること」35.7%、「ときどき会い、身の回りの世話をすること」31.5%などとなっており、「同居して面倒を見ること」は2割にすぎないシビアな状況が表明されている。その結果、「退院して一人で暮らす」見通しは1.4%と多くの家族が持てないまま、本人は「このまま入院を続ける」のが「しあわせ」という回答が一番多く、39.1%であった。

10 まとめと提言

(1) まとめ

1983年の精神衛生実態調査で、近い将来退院できるとされた3割の入院患者(いわゆる「社会的入院」群)がいつこうに減らないのはなぜか。その後の度重なる法律制度改正によってもなお、基本構造に変化を生み出せない理由は何故か。まず、論考の始めに、この点について総括的に言及しておきたい。

問題の本質の第1は、深い意味において歴史的なものである。社会治安を第1目的とする日本の明治以降の精神障害者処遇観は現代でもなお完全に払拭されていない。例えば、隔離された場所に建てられた精神病院、鍵と鉄格子のイメージ、一般病床より大きい治療組織単位、必要以上の閉鎖病棟の存在や拘束と行動制限、触法患者の精神病院での治療義務、精神保健福祉法に引き継がれている入院手続き法的な性格など、1968年のクラーク勧告で指摘された主要な問題はその大半が解決を見ていない。「医学」モデルは「治安」モデルを土台に重ねられ、そして現在、「生活」モデルがさらにその上に重ねられようとしている。したがって、精神病院内部の医療水準の善し悪しを越えた精神病院に期待された歴史的な特性を無視するわけにはいかない。問題の本質の第2は、1958年に導入された「精神科特例」(厚生事務次官通知)に代表される差別的な低医療費政策による精神科医療の空洞化が現存しているという事実由来する。1995年の厚生省施設調査によれば、日本の総入院患者数約140万人に精神科患者の占める割合は24%に及ぶが、国民医療費の占める割合は全体の5.1%にすぎず、1床あたりの医業収入は一般病院の半分に満たない。当然、診療報酬に裏付けされないPSWなどの採用は抑制されやすい。それどころか、患者48人に対して医師は1人という一般病院の3分の1の体制、6人の患者に対して看護職は1人という一般病院の3分の2の基準に置かれている。実際は、この基準より少なく、1993年の医療施設調査(厚生省)では、医師1人当たりの病床数は一般病院の8.5床に対し、精神科は53.8床と6倍以上であり、看護職1人当たりの病床数では一般病院の1.8床に対して精神科は4.8床と2.5倍の状況である。1996年の全国自治体病院調査では若干改善が見られるが、それでも100床あたりの医師数は一般病院の4分の1、看護職は2分の1の実態にある。看護体制は現在、新看護体系に移行しつつあるが、こうした数少ないスタッフに置かれた精神病院が、結果として援助者の代わりに物理的制限をなお必要とし、計画された治療プログラムや丁寧な個別的ケアの少なさをもち、勢い薬物療法への傾斜と依存、画一的で安易な集団ケアを生み出しているからである。問題の第3は、日本の精神医療が民間病院にその大半(89%の病床数)を依存してきたことによる。欧米がその大半を公的医療機関で担ってきた事情とはまったく異なる。その責任は国家政策にあり、個別民間病院に原因するものではないが、結果として個別病院資本による経営優先主義は、退院促進プログラムよりもベッドをいつも満たすこと(最

低90%の利用率を確保しないと経営は困難)に関心が向けられてきた。病院改革は個別病院資本の経営問題の解決なしには進めにくい制約に置かれている。問題の第4は、地域社会との連携の少なさや、とくに退院後の受け入れ先をあまりにも家族に期待し過ぎてきたことによる。保護者制度に基づく家族の「引き取り義務」は現実に機能し得ていない。総務庁の行政監察報告でも「家族の受け入れ姿勢が消極的」と指摘されているように、その水路に別の本格的な退院の流れを形成するバイパスは作られてこなかった。問題の第5は、長期在院患者の大半が、最近の入院患者ではなく、堆積した入院群であるという事実による。入院期間が長引けば長引くほど退院の条件が厳しくなることは本調査でも実証的に明らかにした通りである。高齢化や家族状況の変化、退院意欲と能力の減退など入院の長期化は医療ケアの枠組みでは解決できない新しい問題を引き起こしている。その意味で、退院に向けた働きかけには相当のエネルギーときめ細かなケアとサービスの体制が病院の内外に必要であるが、その取り組みは障害者プランや最近のリハビリテーションの発展に見られるようにやっと始まった段階である。しかし、障害者プランの数値目標を積算しても10万人の退院効果は期待できない。この意味で、第2次障害者プランの策定が今後の課題となるであろうし、より有効な精神科リハビリテーションの開発が求められる。問題の第6は、救急から始まる治療、ケア、サービスの連続した支援システムが地域を基盤に形成されておらず、連携のない機械的分業に精神病院が置かれた結果、病院内のシステム改善だけでは機能しないことの限界による。精神科医療はこれまで余りにも対症療法的であったが、それでは欧米が最近課題視している New-Long Stay への対応は見いだせなくなってしまう。

もちろん、これらの理由の他にも、退院請求や処遇改善請求の少なさ、精神病院内部から捉えた要因や根拠なども分析的に考察する必要があるだろう。しかし本論全体が、精神障害者に対する地域生活支援システムを主題とした理由は、個別の下位システムの改善だけをめざしたものではない。問題はもっと根源的であり、システム全体を作り直す中で「社会的入院」の解決展望がはっきりしてくるだろう。

本調査研究は、これらの全般状況を踏まえながら、その直接の目的は冒頭の「調査の目的と意義」でも述べたように、長期入院とくに「社会的入院」を解決するためにはノーマライゼーションの理念に基づき、地域ケア促進の課題を掲げ、退院先としての家族の受け入れ可能性がもはや限界に達していること、したがって、家族という私的ケアに頼るのではなく、社会的扶養の道筋をつけることが現実的な解決策であることを実証的に明らかにしようとしたものである。

そのため、本調査では、第1に、精神病院在院精神障害者および家族の生活実態とニーズを全般的かつ詳細に把握することを調査の主眼とした。第2に、在院精神障害者を抱えた家族の介護力をその限界とともに冷厳に見つめなおし、新たな家族支援プログラムの開発を生み出すことを目的に加えた。第3に、とくに課題となっている「社会的入院」を中心とした長期在院精神障害者の退院促進に向けて必要な解決策や条件を見いだすこととした。

本調査の結果では、障害者本人はその半数以上が15年以上の入院を経験しており、また家族の35.2%が70歳以上であることなど、過去2回の全国家族ニード調査と比較しても、在院精神

障害者の入院期間の長期化とそれに伴う高齢化、また退院先としての受け入れを期待されている家族の高齢化は一段と進んでいる傾向が明らかになった。入院期間が長引けば長引くほど、家族の深刻な身体的精神的経済的困難の実態と、したがって障害者本人の将来の退院可能性がますます悪化していることが調査では示された。一部では家族の世代交代(すでに約3割がきょうだい世代)も進んでおり、退院を取りまく環境条件は予想していた以上に厳しい状況であった。このまま推移すればおそらく退院の可能性はますます狭まるに違いない。

自由記載には、ほぼ4分の1の回答があったが、「親なき後が心配」の声が圧倒的に多い。本文ではふれなかったこともあり、まとめにあたってその代表的な声を幾つかを紹介しておきたい。

「既に 50 年近く入院し続けており、本人の兄弟も今は死亡しています。この為、長兄の跡継ぎである私が保護義務者になっていますが、・・・。」

「40 年近くも入院しているので、住民票を病院に移すことは出来ないでしょうか。」

「保護者も患者本人も老令が近づき、それぞれ体力もなくなり、この先万一のことを考えると不安になります。」

「何分にも入院も長く、最初の2、3年は非常に苦しみましたが、最近は退院を諦めています」

「誰か他の人に世話をお願いしたいのが偽らざる現在の心境です。」

「私は本人と暮らしたいが、家族全員が私と同じ気持ちにはなれないでしょう。」

「退院より、定期的な外泊を入れながらの無期限の入院を望んでいるのが本音です。」

「ずーと入院生活で本当にかわいそうです。神や仏もないような気がします、私には何も力が残っていません。」

「一生涯入院させて下さい。病院で一生面倒見て下さい。」

「早く病院で亡くなってくれたほうが、そういつも考えてしまいます」

国調査(1983 年)において、退院促進の条件の第1に「家族の受け入れ」(76%)をあげた回答が多かったが、もはや受け入れ先としての家族の限界は実証的にも明らかにされたとも言えるのではないだろうか。しかし、これまでは、退院をめぐる障害者本人の意識(自分の家へ帰りたい)と家族の意識(受け入れは無理)の狭間の中で、多くの病院関係者が出口の見いだせないまま「社会的入院」を抱え込む結果に甘んじざるを得なかった。選択肢は限られており、仮に障害者を引き取るように家族を説得するか、家族のもとに帰せるように障害者本人の改善を徹底するか二者択一の場合、どちらであっても、長い入院生活がもたらす生活障害や施設症を結果として生み出すに以外に退院先に積極的な展望が持てなかったからである。その意味でも、現行の保護者制度のうち、監督義務や退院引き取り義務は早急に撤廃する必要がある。

本調査では、家族の受け入れ能力、ケア能力は明らかに限界に達していることが示されたが、

障害者本人の立場に立って考えると、これからは可能な限り退院後の家族の精神的な絆(きづな)や支えを期待しながらも、同居の暮らし以外の退院イメージを本人が持てるような援助の手立てを工夫することが求められよう。つまり、家族に多くを依存しない新しい援助体制の確立を図ることが現実的な解決策として期待されており、退院後の社会的な受け入れ方策を検討・着手することは「待ったなしの課題」となっている。先に発表された「障害者プラン」がその課題解決に接近する施策として登場したことは明らかであるとはいえ、「社会的入院」の未解決に加えて、新長期入院患者の堆積化も始まっており、市町村段階でのプラン作成と実施を含めた社会的施策の充実が早急に待たれるところである。

同時に、病院側の意識改革や国による本格的な医療福祉政策の改革も求められてきている。「社会的入院」群の精神障害者は、昭和33年10月以来の医療法施行令第4条の七による精神科「特例」などもあって入院し続ける限り、病院にとってある種「手のかからない患者」である。障害者本人も長引く入院生活の中で退院意欲は次第に低下し、病院生活のほうが「らく」になりやすい。病院にとって結果として「浦島太郎」的精神障害者を退院させることは相当なエネルギーを必要とする。しかし、そのエネルギーに見合った診療報酬はその裏付けに乏しいのが現状である。また福祉的援助は彼らの市民権を回復する国や地方公共団体の責務でもあり、その早急な充実整備を強く望みたい。

(2) 提言

まとめに加えて、ここでは本調査結果を踏まえながらも、「社会的入院」の解決に向けて現場レベルでの努力や改善策と合わせて、制度的後押しや地域支援サービスなどについて概略次のように提言したい。なお、詳細は全家連として各種の要望や意見書で明らかにしてきておりここでは割愛したい。

(1) 院内努力としての改善策

調査結果では、家族から病院側に、「きちんと話を聞いて欲しい」「暖かい態度で接して」「病気の経過や見通し、薬の効き目や副作用など説明して欲しい」など様々な要望が表明された。進んだところでは、インフォームド・コンセントや退院のための働きかけ、家族支援など新しいプログラムの導入、良質な医療の提供、地域との連携や結びつきを強化したり、鉄格子を外したり、採光を大幅に取り入れるなど病棟改築や療養環境などのアメニティの改善に取り組む病院が見られるようになってきた。これまでの3Kとも4Kとも称される、暗く、汚く、恐い、鍵、管理中心の精神病院イメージを、明るく、清潔で、開放的、利用者本位なものに切り替えるべく努力へと傾注しだしている。ここでは「社会的入院」群を始めとした長期在院精神障害者の問題解決にむけて以下の解決策を項目的にあげておきたい。

まず、ここでは改めて病院側の努力について、次のように提言したい。

1) 退院促進プログラムの開発

- ・生活の活性化に結びつくプログラムの導入
 - 院外レクリエーションの活発化
 - 精神科専門療法の整備
 - 病棟内より外に向けてのアクティビティ・プログラムの強化
- ・家族支援に必要なプログラムの導入
 - 心理教育プログラム(家族教室・家族ミーティング)の実施
 - 家族カウンセリング(個別家族相談)の実施
- ・生活訓練施設等への外泊訓練場所の確保
- ・グループホーム、福祉ホームなど、地域資源見学会の実施
- ・病院の外から風を送る、健康な部分が見やすい、病院ボランティアの導入
- ・社会復帰に関する情報の提供と啓発普及
- ・退院促進評価ツールの開発

2) 外来機能の充実

- ・精神科デイケアの開設
- ・地域医療部門の設置と訪問看護の実施
- ・外来患者クラブの育成
- ・アウトサービスの拠点としての外来ランチの設置

3) システムの整備

- ・退院促進チームの組織化
 - PSWを中心に、ディスチャージ・プランニング(退院計画)
 - ケアマネジメントの導入
- ・看護基準の類引き上げ
- ・コ・メディカル・スタッフの確保と充実
- ・日常的な研修体制の強化
- ・人権擁護の徹底
- ・地域ネットワークの推進
 - 地域との交流事業の促進
 - 地域活動の後押しと支援

(2) 制度的後押し

精神病院数の 82%、総病床数の 89%という民間主導の医療供給体制という日本の特徴を踏まえると、退院促進プログラムを実施するためにはスタッフ不足は歴然としており、その未解決

状況が医療の質や閉鎖的処遇を規定している。また利用者の費用負担、病床利用率の低下、病院経営問題などなお解決を迫られる課題にも直面している。それらの大半は制度的後押しにかかわる課題であり、院内の努力だけでは限界でもある。本調査で直接ふれる項目は少なかったとはいえ、以下項目だけを挙げておきたい。

1) 公的財政援助

- とくに国・地方自治体による退院促進医療に関する財政補助施策

2) マンパワー整備

- 精神保健福祉士、臨床心理士などの国家資格化と各病院・施設への配置義務化

3) 法・制度改正

- 診療報酬での政策誘導の促進

- 医療法改正(特例の解除を含む)

- 精神保健福祉法の改正(とくに保護者制度の撤廃ないし可能な限りの段階的軽減)

- 成年後見制度の創設

- 退院促進に向けた特別措置法の制定

(3) 地域での支援サービスと制度

1) 地域を基盤とした医療の推進

- 診療所、精神科デイケア、訪問看護、往診体制、救急医療、危機介入、短期休息入院、身体合併症医療など

2) 心理社会的リハビリテーションの普及

- 地域自立生活訓練、社会生活技能訓練、服薬コンプライアンス、家族教育など

3) 地域サポートプログラム

- 公営住宅の活用を含む居住支援、雇用促進法の適用を含む就労支援の充実

- 自助グループ(SHG)の育成

- 地域生活支援センターをはじめ社会復帰施設・事業の設置促進

- 市区町村での相談窓口の開設

- 障害年金・精神障害者保健福祉手帳など福祉制度の充実

- 第二次障害者プランの策定

4) 他の障害者施策との横並び

- 施設・事業・サービスの格差是正

- ホームヘルプサービスなど在宅福祉サービスの制度化

- 他の障害者サービスとの相互乗り入れや統合化の促進

5) 地域福祉との結びつき

- 心のバリアフリーを促進するための広報活動、福祉教育の推進

- ボランティアの支援とNPO(民間非営利団体)の育成

○「精神分裂病」病名の変更

6) 医療機関の地域的偏在と地域格差の是正

○地域医療計画の見直し

11 むすび

最近になって、精神病院の機能分化を始めとした病院改革が進行しており、病床利用率の減少や入院期間の短縮化が現れ始めている。しかし、最近の入院動向では短期入院治療が主流になりつつあるとはいえ、長期入院群との二極分化が拡大するのみで、長期在院精神障害者の実態と家族の苦悩に福音をもたらす動きとはなっていない。ガラス張りの開放的な精神医療の進展と長期在院者を減らす病院内外の努力はいよいよこれからである。

本調査の結果から「社会的入院」の解決を展望すると、障害者本人を支えるだけでなく家族を支える新しいサービスの開発と家族の援助以外の社会的支援策を本格的に講じることが何より緊急に求められている。

本全国調査の結果が、家族を支える新しい援助方策と「社会的入院」群を中心とした長期在院精神障害者の退院促進に向けて、その具体的プログラム開発のための重要な基礎資料となることを期待するとともに、平成 11 年に予定されている精神保健福祉法の見直しに向けても、ユーザーサイドからその一参考資料を提供できればと願っている。

第5章 地域ネットワーク

1 はじめに

精神障害者に対する地域生活支援システムの形成には、その指導理念・哲学のみならず、その個々の構成要素を論じる必要があるが、この章ではむしろシステム全体を立ち上げ、構成要素間をつなげる働きとしての地域ネットワークを考察する。システムはその条件に、関係する人々の円滑な人間関係や効果的な組織運営を必要としており、その中心機能である地域ネットワークは、地域生活支援が必要とするヒューマンウェアとソフト・ハードウェアの調和の基にシステムを形成していく鍵概念と思われるからである。

ネットワークの認識は対人援助に関わる多くの人々によって、何かを生み出すものという期待や、ネットワークはすばらしいといった発達系や利点を前提に立脚している。ネットワークの持つポジティブ・イメージは所与のものとされ、それに疑問を挟む者もそう多くはいないだろう。しかし、精神保健福祉領域における現実のネットワークは、その内部においても、周辺においてもうまく機能していない場合の方が多い。例えば地域では、あの精神病院は理解がない、あの精神科医は協力してくれないとか、あの施設は何処とも手を組もうとしていない、保健所と市町村の連携がとれていない、行政と民間がネットワークを組めないでいるとか、社会福祉協議会とつながりが持てない、職業安定所とコミットできないでいるとか様々である。それらはなぜか。

最初に、理論領域に引きつけて結論づければ、ネットワークの形成と維持、発展のプロセス自体が、その展開される目的と場所、構成員に規定された連携的な行為形態であるという現実社会の実在性にこれまでのソーシャルワーク研究が応えきれていないからに他ならない。ネットワークに普遍性が備わっているとしても、実在するネットワークそのものはすべてが個別的であり、それぞれの地域事情や構成員のおかれた条件により一般化して整理しにくい背景にある。ネットワークの分析と解釈は社会学や心理学の知見を得て、これまでも詳しく説明され、様々に分類されてきたが、とくにコミュニティソーシャルワークを現実のものとする実践の科学化としての地域ネットワーク理論は、少なくとも精神保健福祉分野では明らかにされてこなかった。ソーシャルワーク一般においても、事情は概して変わらない。ネットワークが古くてかつ新しい関心であることは間違いないが、その地域展開はあるべき原則と分類されたモデルという現実の後追いか、概説的な紹介に留まっている場合が多い。あるいは、ソーシャルワークにおけるネットワーク・アプローチと言う場合は、個別的なクライアント援助のための網の目を形成し、活用するといったケースワークの延長から発想されたソーシャル・サポート・ネットワークに焦点を当てたネットワーク・アプローチだけを指す場合が多い。この場

合、ネットワークの意味するものをクライアントレベルに引きつけ、ソーシャル・ネットワーク・マップやエコ・マップに代表される援助技法を開発したが、結果としてネットワークの全体は矮小化して用いられてきた。対人援助に必要な実践理論としてのネットワーク研究は、場面は全く異なるが、インターネットに代表されるコンピュータ・ネットワークのような技術的な発達からはすっかり色あせて見られるかも知れない。もしくは、あれこれの実践やモデルの紹介が狭い個別援助技術の延長で語られるか、主観的な経験談や限られた教訓の帰結で終わってしまうことは、ネットワーク論を俗論や概説の世界に押し込め、研究への関心を逸らしてしまっているのかも知れない。高齢者領域ではそれでも大した不便さを感じないで、小地域ネットワーク活動に代表されるように、現実には地域ネットワークが広がっている場合がある。

しかしながら、平成 14 年 4 月からの市町村を中心とした精神保健福祉活動への転換と再構築というこの分野では、不足する社会資源の創出に期待する方策ないし実現手段として、実践的には地域ネットワークへの注目を一段と強めている。それは精神障害者の特質としての疾患と障害との併存という事情もあるだろう。実際、援助の主要な領域があまりにも入院中心主義に傾斜していたこれまでのわが国の現状では、精神障害者の地域における自立した生活を支援する新しいシステム形成には、様々なサービスの布置を地域に創出し、それらを結びつける仕組みとその方策を必要にしてきたという最近の事情による。しかし地域ネットワークの形成が必ずしも精神保健福祉分野で効果的に形成されてこなかった要因は、理論上の問題である以前に、現実原則によるこれまでの動機の希薄性による。例えば、精神病院は地域のあれこれの援助機関やサービスと特別の結びつきを必要としなくても機能していたし、経営にさしたる支障もなかった。同じように、市町村や社会福祉協議会は福祉サービスに関与することはあっても、精神疾患までをその守備範囲として担ってこなかったのだから、この分野で地域ネットワークを動機づける主体的な要因は、これまでいささかもなかったのである。

しかし精神保健福祉法時代になり、事情は大きく転換した。「医学モデル」中心から「統合的生活モデル」中心にその基軸が変化しつつある。これまでの精神病院や施設中心から地域でのケアやサービスに転換して、いまや地域生活支援が目標となっている。例えば、精神病院の設立場所ですら大きく変化してきた。すでに都市部周辺では宅地造成などによる市外区域の拡大が進行し、精神病院は人里離れた場所に設置された隔離収容の役割すら薄まっている。精神病院がコミュニティの外にある実態は地理的には過去のものである。病院で働く精神医学ソーシャルワーカーは地域連携を主要な業務に加えた。こうした背景にあって、地域ネットワークに精神医学ソーシャルワーカーがその中軸的な働きを示すことができれば、地域生活支援システムの形成を実体化する確かな保証となろう。

このような意味で本章では、精神障害者の地域生活支援システムを形成する有力な手段としての地域ネットワークを今一度吟味し、この分野に貢献しうる実践理論を構築しようとするものである。ここでの論述方針は、まず、地域ネットワークの概念を素描し、次に、問題を

精神障害者の地域生活支援を中心としたコミュニティソーシャルワーク実践に特定化し、さらに立ち入って論述する。なお、第3部において、一つの事例―経験的社会的世界の実践に照らし合わせて、地域ネットワークをさらに立ち入って考察したこともここでは付記しておきたい。

2 地域ネットワーク概念とその特性

精神障害者に対する地域生活支援における地域ネットワークの具体的展開を考察する前に、そもそもネットワークとは何かについて最初に検討しておく。対人援助におけるネットワークは、1970年代にイギリス、そしてアメリカからわが国にその概念が導入されているが、今日までサービス・ネットワーク、ソーシャルサポート・ネットワーク、福祉ネットワークあるいはネットワークキングなど、さまざまな言葉で表現され話題にされてきた。

ここで検討する地域ネットワークは、①ニーズの多様化に対応するサービスの効率化、②慢性疾患のケアに対応するサービスの継続性の確保、③サービスの供給側の多様化に伴う調整・連携機能、④サービス資源の充実をはかる機能、⑤一方的なサービス提供にしないためのフィードバック機能など、さまざまな必要性から生まれたものである。なかでも大きな状況の変化は、サービス資源の供給と開拓の手段を地域で組織化しようという動きが出てきたことである。そのため、保健、医療、福祉、労働、教育、住宅その他関連施策の有機的連携や、障害者本人、家族、ボランティア、専門家を含むフォーマルサービス、インフォーマルサービスを問わない、さまざまなレベルの新しい関係づくりやサービスユニットの形成が地域で志向され、強調されるようになってきた。

また、政策的なネットワークづくりもみられ、1990(平成2)年2月、厚生省の呼びかけで始まった「保健福祉サービス調整チーム」をはじめ、「保健所保健・福祉サービス調整会議」のように、さまざまな名称の「推進連絡会議」「〇〇ネットワーク事業」が制度化されてきている。それらは老人保健福祉対策の推進に対応して設置されたものが多いが、少なくない会議や事業で精神保健福祉に関することが検討内容や実施事業に加えられてくるようになってきた。また、「地域精神保健福祉対策推進事業」のように、精神保健福祉対策を直接の課題とした事業や会議も始まっている。精神保健福祉法の改正を受けて厚生省は、平成12年3月に「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」を新しく通達し直した。平成8年1月通達と比較すると、在宅福祉サービスを中心とした市町村の役割の重視を踏まえ、保健所の市町村支援を強く打ち出し、各レベルのネットワーク会議(市町村・関係機関・団体との日常的な団体調整の強化、地域精神保健福祉連絡協議会、担当者連絡会の定期開催など)を具体的に提起している。このように地域ネットワークづくりの条件整備がフォーマルにも進められてきている。しかし、肝心のネットワークとは何かについての関係者の認識は平板で、なかには調整会議を年に何回か開催しているだけでネットワークであるとする誤解すら生じ

ているところがある。会議だけでも、また連絡調整だけではネットワークではないのである。例えば会議を重視した場合でも、ネットワークの形成を図る会議は、フォーマルな設定であっても、少なくとも相互理解を促進することが目的の1つであり、官僚的運営や形式主義に流されないように自由な雰囲気を保障しなければならない。しかも、地域ネットワークの必要性や意義について関係者のこれまでの認識は、サービス供給主体側の論理が強く、ややもすると、誰のために何のためにネットワークが必要なかが曖昧にされ、コスト論本位の効率的なシステムづくりだけが優先されたり、上意下達方式の機械的な組織化や硬直化が現れているところもある。ここではネットワークの一般的に意味することを整理し、かつ地域ネットワークという場合の概念をまず明らかにしておきたい。

ネットワークを、「構成要素間の連結の状態」¹と定義した場合、ネットワークの構成要素は「複数の点とそれを結ぶ線」で機能的に示される。地域ネットワークという文脈では、「関連のあるコミュニティの組織や個人の同盟、あるいは協定である」²という理解もなされている。つまり、地域の複数の機関や個人が関係する連携であると地域ネットワークを規定したら、その関係構造や形態が分析の対象となるであろう。実際、対人サービスにおけるこの概念の一般的な理解は、資源・技能・接触・知識を有している人びとないし組織相互のインフォーマル、またはフォーマルな結びつきとその働きであり、さまざまなサービス間の連携の網の目のようなきめ細かな活動を指す。それ自体は間違いではないにせよ、前提としての「関連のある」という規定は幾分正確ではないかも知れない。牧里(1999)も述べるように、ネットワークは「同質的なものの集合体ではなく、異質なものが集まってできる組織体」³であることが、後述する理由からそもそも地域ネットワークの形成では最初の難関であるからである。したがって、筆者なりに地域ネットワークを定義すると、「地域を舞台として展開される異質で関連性のある人的・物的資源の有機적結びつきとその作動態様」と表現できよう。

このように、ネットワークのキー概念は「結びつき」とその「作動態様」にあり、ネットワークはその構造上、強度や密度、頻度や持続性、起点や接合線、方向や流れ、重複性や重層性において固有の特徴を持つものである。この特性から検討しておきたい。

一般に、地域ネットワークは誰から始めてもよいものである。しかし厳密な意味では、ネットワークには何処から、誰から発したものなのかの起点を持つがゆえに、その起点が発した動機や目的といった色合いを最初に帯びることになる。つまり、地域ネットワークの最初は双方向でも、自由に動き回るものでもなく、起点と結びつく意志を他の構成員が示すか否か、応じるか否かが出発となる。そうすると、何を課題とした、あるいは誰のための、どこに呼びかけた、あるいはどこが参加した地域ネットワークであるかによっては、作りやすい場合とそうでない場合との振幅が激しいということになる。例えば、参加する機関や団体内部での事情や意

¹ 今井賢一『情報ネットワーク社会』岩波書店、1984年、p4.

² Karen Grover Duffy, Frank Y. Wong. 植村勝彦監訳『コミュニティ心理学』ナカニシヤ出版、1999年.P119.

³ 牧里毎治「地域福祉のサービス体系」三訂社会福祉養成講座『地域福祉論』収論、中央法規出版、1999.p.67

志決定システムの篩(ふるい)にかけられた結果、どんな目的のネットワークにも、いかなる種類のネットワークにも参加するといった保証は最初から成立しているわけではない。仮にフォーマルな地域ネットワークの呼びかけが公的な機関でなされた場合でも、形式的には参加はするが、協働態勢は形骸化している事例は意外と多い。当然教科書的な解釈で説明される机上のネットワーク論は役に立たないものとなってしまう。地域ネットワークは、横並びの緩やかな組織原理をその生命としているが、現実には矛盾を内包しやすい。そこに加わる構成員は純粋に個人の資格でない限り、階層的な組織原理に身を置いた者たちで構成されるからである。この多中心性を認識しないといつでも地域ネットワークは構成員の属性が影響して変質・破綻しやすい。

また、地域ネットワークの構造は本来、柔軟でオープンなものであると理解されている。なるほど、柔軟性や開放性は組織一般と区別し、緩やかな結びつきであるネットワークの特質であろう。ネットワーク構成員は決められた制限や基準から拘束されることなく、自由な参加意志でいつでも加わることができる。しかしそうであるならば、課題によっては地域ネットワークは不安定で伸縮の激しい、結果として役に立たない代物で終わるかも知れない。あるいは地域ネットワークが新たに責任の分散、もたれ合い、隙間という限界を生むかもしれない。実際、地域ネットワークはその構成者と場面、社会的相互作用に影響を受け、強弱と伸縮、発展と減退を特徴とする可変的な結びつきである。例えば、高齢者支援領域において各地で形成されてきた地域ネットワークが新たな矛盾に直面していることでも説明できよう。平成12年度からの介護保険制度導入後の地域ネットワークにおける顕著な変化は、サービス提供事業者とくにケアプラン事業者にとって、お互いに「手の内を見せない」思惑から地域ネットワークの発展を阻害し出すところもあり、逆に多様なサービス資源を有していない在宅介護支援センター等の場合は、ケアプランによっては他のサービスに結びつける必要性が増したことによって、むしろこれまで以上に地域ネットワークが発展しているところもある。しかしながら、起点者の意図とその後の構成員の課題共有いかんによっては、地域ネットワークに持続性や同心円的な広がり期待している場合が多い。地域ネットワークの中間プロセスの特性は、この方向性と強度(関係の強さ)にある。この方向性と強度は、目的とその共有によって生じる関係の流れを形成する。では、広がりや強度は、いかにして形成されていくものだろうか。構成員の自律性か、自発性か、それとも多様性か。たしかに地域ネットワークは水平的な結びつきであるという意味で、構成員の固有性を尊重した形で形成されるし、その延長において構成員各自の適切な役割期待に応えたときに最も効果を発揮するものである。その意味で、地域ネットワーク要素間の相対的な関係は、実はその形成されるプロセスを分析することなしには特定できないものである。そこで、地域ネットワークの構造把握とその効果が次に検討されなければならないであろう。

よく地域ネットワークは動的なプロセスとして説明される。例えば、ネットワーキングという表現がその典型である。ネットワーキングという場合は、一般にネットワークの形成過程やそ

れを維持していくプロセスを意味して用いられているが、そうした機能的解釈だけでは不十分である。むしろ関係の中で意味と価値を作り出す働きそのものを重視する視点や、対人サービスにおいては「地域ネットワーク運動」というダイナミックな社会運動論的な性格を加味して理解する方が肝心であろう。精神保健福祉領域ではこのネットワーキングが実践的に一番求められている。この場合、われわれは概して目的達成の願望から組織内及び組織間の複雑な関係に目を奪われ過ぎて、コア(核)の形成という最初の入り口を丁寧に形成する手続きを省略する場合が少なくない。あるいは地域ネットワークの発展過程の推進力を、あれこれに求め過ぎるのかも知れない。しかし、地域ネットワークの規模は、インターネットのグローバル性とは根本的に異なる。事柄を単純化して理解すれば、地域ネットワークは個人間ネットワークがその全体を形成する推進線となっていることを抽出することができる。このことは後で検討することとして、次に地域ネットワークの効果について考察しておきたい。

ネットワークの特性は、「点と点が単に結びつけられているだけでなく、その結合線を媒介として相互に働きかけ補い合ってネット全体の生産性をより向上させるところにある」⁴と、その特質は相互作用的で発展的なものであるといわれている。複数の行為者が存在するときに限って生じることができる特性、つまり「創発特性」が生じない地域ネットワークは、われわれの求めるネットワークではない。地域福祉実践とくに高齢者福祉領域では、「小地域ネットワーク活動」や「情報ネットワーク」に代表される取り組みによって、ニーズの早期発見やサービスへのアクセス、地域福祉活動の推進力の形成など、地域ネットワークが大きな成果を生み出してきたことは例証の説明を要しないであろう。

3, 精神障害者の地域生活支援を中心としたコミュニティソーシャルワーク実践

しかし、地域ネットワークの効果と必要性で、いま精神障害者の地域生活支援に最も求められるものは、はじめにも述べたように圧倒的に不足がちな地域自立生活を支える社会資源の創出が第1にある。またそのためにこそ広範な関係者がいかにしたら手をつなぐことができるかの戦略目標から演繹される。

その前提をなすのは目的や理念の共有である。しかるに、精神障害者に対するスティグマ観や社会防衛的処遇観が地域ネットワークにおいて最初の障壁となっている。この払拭には多くの言葉と実践が求められる。そのような活動の蓄積や布置と切り離して、地域ネットワークだけを形成しようという個別の発想はもともと実際的ではない。

マイノリティに置かれている人々の生活支援、権利拡大を目的とするコミュニティソーシャルワーク実践は、まず異なった機関や人々との対話から始まる。現に関係している構成員間ではその対話もそれほどの困難は要しないが、異なった新しい構成員を求めるならば、また

⁴ 市川寧: ネットワーク時代の知的行動術、日本生産性本部、1989、p.79

そうしなければ精神障害者の地域生活支援は推進されないという状況下での対話は、多くの言葉と実践の蓄積、ときには対立と緊張を伴う活動である。しかし考えてみれば、コミュニティソーシャルワーク自体が 1982 年のバークレイ報告から始まったものではなく、19 世紀末からのセツルメント活動から由来したソーシャルワーク実践であるのだから、その原点から立ち入って考察しておくこともけっして無意味なことではない。

若干触れておこう。セツルメント活動がめざしたものは、当時の地理的要因や共通の生活障害によるマイノリティ集団の地域における生活者としての主体形成とその条件づくりにあった。当時は、プロテスタント型ヒューマニズムに支えられた社会改良的活動であったし、学生や宗教家、市民によるボランティア・アクションを特徴としていたが、社会教育を重視した地域住民の組織化や住民間の相互作用を促進し社会連帯を広げる活動、住民と経験を分かち合いさまざまな機関や団体との接触を広げる活動、公共サービスの改善運動など、とくにイギリスで取り組まれた痕跡は、近代社会事業の基盤のみならず、今日の住民参加と自治の発展の思想的基盤をも歴史的に形成していくものであった。こうしたセツルメント活動から精神障害者の地域生活支援とそこで展開されるソーシャルワークがまず学ばなくてはならないことは、地域全体を視野においた構えの広さにある。そこで展開されるネットワークは、インフォーマルの枠内であっても、あれこれの階層を選別することなく、どこにでも出かける実践者たちのしたたかさである。精神障害者の地域生活支援システムを促進する地域ネットワークの形成においても、誰もがどこもが構成員になれるという構えの広さを確認することから始まる。当時のセツラーたちは、子どもたちの教育や青少年のクラブ活動、レクリエーション、市民相談所の運営などソフト事業を積み上げていったが、その後、住宅改善や教育要求、法的整備などを自治体に求める社会活動など多様な実践へ広がりを見せていくように、ハード事業の必要性もソフト事業の積み上げから認識していったものであった。これらの展開は地域ネットワークの緊密な発展がその原動力となったものであり、1968 年のシーボーム委員会報告(報告 16 章、19 章)がサービスの分権化と地域ネットワークを重視した背景でもある。この時代における人と環境との直線的地理的結びつきは、コミュニティソーシャルワーク実践の原型である。後にバークレイ報告がソーシャルワーカーをして「自分自身をネットワークの支柱と見なさなければならない」(報告 13-43)とした根拠は、こうした歴史の経験的事実に裏書きされているのではなかろうか。ネットワークにはヘゲモニーはないが、中心性があることは知られている事実である。だとしたらこの分野における地域ネットワークの形成は、バークレイ報告が強調してやまない、ソーシャルワーカーの異なった人々への接近する能力や高度に柔軟な応答ができるワーカー側の心構えに求められるのであろうか。それだけでは余りに精神訓話的である。では 1970 年代以降注目されてきているコップ(Sidney Cobb)やハウス(James S. House)のソーシャルサポートネットワーク・アプローチがわれわれの求めるネットワークであろうか。精神障害者にとって、家族関係内、友人間、親戚や隣人間、職場の同僚に代表されるソーシャル・サポート資源はもともとそれほど保有していない。仮にソーシャル・サ

ポート提供者を拡大したとしても、それは伝統的なケースワーク中心のソーシャルワークを延長したものであり、インフォーマルな資源に注目したクライアントとの結びつきを強調してはいるが、地域ネットワークそのものをすべて包括したものではない。同じような意味でケースマネジメントも地域ネットワークと無関係ではないが、そのすべてではない。

ネットワークをケースマネジメントと関連づけてみたとき、それは二重構造をなしているともみることができる。1つは、クライアントのニーズをもとにサービス担当実務者同士が連携する人と人とのネットワークであり、援助の網の目を作り、個人を支えることで利用者に即したサービス・ネットワークをマネージ(組んでいく)していく相互作用の過程である。これを技法の手續にシステム化したものがケースマネジメントである。これに対して地域社会に視点を置き、資源の調整・開拓・動員・企画等に関するサービス提供団体・機関相互の組織間ネットワーク、ないし地域での総合的な支援力を形成する組織活動が地域ネットワークである。いわば、ケースマネジメントは直接サービス技術として展開されるミクロ的な方法であり、地域ネットワークは間接技術として展開されるマクロ的な広がりをもっている。この両者はネットワークの二重構造をなしている。そこで筆者は、後者の地域ネットワークの形成と維持、発展に関して必要と思われる視点や手順を次のように粗書きしておきたい。

第1に、地域ネットワーク形成の視点に関することである。まず、地域ネットワークは、それを形成し、発展させるうえで目的や目標を持つことが最も大事な事柄である。目標のない地域ネットワークは意味をなさないし、発展しないものである。目標の立て方は、まず抽象的な事柄や理念を具体的事業に置き換えることであり、次に全体を把握(地域全体のデザイン)し、全体との関連から個別の事業(何から始めるか)を引き出すことである。そして理念目標を実現可能な目標に置き換えることが基本である。一般に上位目標とは目的や理念を表わしており、それ自体は抽象的な事柄である。たとえば「精神障害者の自立と社会参加を目的とした地域ネットワークづくり」があげられるし、その他にも「地域社会の人びとが精神障害者について正しい知識をもち、障害者をあたたかく迎えてくれる素地の醸成」「ノーマライゼーション社会の実現」「精神障害者に対するトータルな生活支援体制の構築」「サービスの質や生活の質の向上」「心の支援態勢づくり」「こころの運動体づくり」「人間まちづくり」など、さまざまである。下位目標は、具体的事業と結びついた目標を意味する。つまり、共同事業をその地域で個別的に明らかにすることであり、利用者を含む住民参加型の事業・活動の展開に結びついてくるものである。また、内容によっては行事・イベントの実施を伴う。具体的な例をあげれば、「市民交流事業」「ふれあいバザー」「こころのボランティア講座」「地域精神保健福祉推進連絡協議会の結成」などである。

次に、地域ネットワークはその構造にさまざまなレベルが備わっていることが重要であると一般に指摘されている事柄に関しての検討である。たしかに完成度の高い地域ネットワークは幾層もの重層的な構造を示している。それは人により、作られた場により、機能の特質により、フォーマルケアとインフォーマルケア、人と人とのネットワーク、人と機関のネットワーク、

組織や組織内のネットワーク、機関と機関のネットワークなど、さまざまである。供給主体を構成単位とした場合は、実務家レベルのネットワーク、機関レベルのネットワーク、政策決定レベルのネットワークが形成されている。サービスレベルを構成単位とした場合には、クライアント・レベル、プログラム・レベル、ポリシー・レベルの地域ネットワークが構成される。同様に、ベーシックネットワーク(地域住民も含む)、プライベートネットワーク(関係機関の職員の集まり)、オフィシャルネットワーク(関係機関の長の集まり)と表現される地域ネットワークなどが代表的であろう。また、生活圏域では、一次資源ネットワーク、二次資源ネットワーク、三次資源ネットワークと地域ネットワークの構造はニーズを起点に配列することも、精神障害者本人を中心に、ミクロ、メゾ、マクロと配列することもできる。これら分類され、構造化される地域ネットワークの機能としては、即応性・総合性・継続発展性の3つが重要なものである。しかしこれらは最初から備わっているものではない。むしろ実践の立場から考察すれば、創ろうとする地域ネットワークのデザイン作業に関する事柄である。

デザイン作業に関する別の角度からの留意点は、地域ネットワークがサービスを提供する側からだけの社会機関の有機的な連携(サービス供給主体のネットワーク)だけをめざしたものではないという押さえである。サービス利用者と地域住民や支え手たちとのネットワーク(ニーズ主体のネットワーク)が基本であり、情報・通信ネットワークでも視聴者参加、消費者参加が行われているように、そこではサービス利用者の参加、ボランティアの参加、社会機関相互の連携が全体像を構成している。しかしながら関係者のネットワークが意味するものは、あくまで援助の方法としての陣容を整えるネットワークであり、その構成においても家族・隣人・友人などインフォーマルな人的資源を活用する場合でも、なおサービス利用者が脇に置かれる場合が少なくない。この点は、ネットワークを実践する際に留意が必要であろう。

さて、第2に検討するのは、地域ネットワークの具体的着手である。地域ネットワークの基礎期として構成員(機関・団体・グループ・個人)の共通基盤づくりが目標となる。そのために次のような視点や手順が必要になるろう。

まず、地域ネットワークには最初のコアチームの形成が絶対に必要なという経験的事実である。この仕掛け作業はそれほど困難なことではない。ネットワークは仕事の積み重ねで人を理解していくことでもあり、通常3地点の固定点から広がりを持つものである。ただ固定点があまりにも重なり合った構成員であれば、それから発した地域ネットワークはいびつで広がりにくいものになりやすい。その意味で、保健・医療・福祉の異なった機関からコアを形成するか、専門家・ボランティア・精神障害者本人という立場の異なる構成員から始めるかの選択はあるが、異なってはいるが日常的に関係している3者がまず手を結ぶことが、その後の地域ネットワークを広げやすい。この場合、個人間ネットワークはこの機関や地域においてもそれなりに保有している。実際、精神障害者に対する日常の個別相談援助においても、ケアマネジメントだけがネットワークを展開しているわけではなく、多分野の援助がチームケアとして展開されている場合が多い。コミュニティソーシャルワークの視点からは、そのチームが

最初のコアに他ならない。要は地域ネットワークを意識するか、しないかの違いである。意識すれば個別の1回限りのチームではなく、親密なチームとして、したがってコアチームとして実を結ぶことはそれほど困難なことではない。だが、注意しなければならないのは、個人間ネットワークはしばしば他の人々との間に垣根を作りやすいことである。地域ネットワークは仲良しクラブではない。新しい構成員が参加しやすい配慮に心がけなければならない。

次に着手する作業は、地域ネットワークの構成予定員との対面的接触の機会と方法を検討することである。これらの方法を例示すれば、

①目的意識を持つ、②限界を認識する、③現場から作る、④トップへ働きかける、⑤共通のテーブルにつく、⑥情報の提供と入手による交流を図ることなどが考慮される諸点である。

地域ネットワークは日常業務の延長ではない。なぜ作るのか、誰に呼びかけるのか、その目的と対象を明確にして意識的に取り組まれるものである。その際、構成予定員を狭めて考えることは実践的ではない。この点は市民レベルのネットワーク形成が第1に求められる。例えば、札幌市白石区では地元の商店街と町内会が後押しして「ヨベルの家」という小規模作業所が平成 11 年4月に開設された。ここでは企業家たちの「商道」を追求した結果、最も地域社会で阻害されている人々を支援する大切さに気づき、始まったという。各地で、精神障害者職業リハビリテーション事業の企業主や、商店街への働きかけ、生協や農協への働きかけ、ライオンズクラブやロータリークラブ等への働きかけが効を奉し、その後の地域ネットワークを発展させている実践が生まれてきている。第2に求められるのは、医療機関の参加である。「統合的生活モデル」に立脚した地域ネットワークは、その一方のウイングを医療に広げることによって、医療の持つ閉鎖性に風穴を空ける。例えば、佐世保市の市民団体「4by 4」は、2カ所の作業所を運営しているが、その中心に企業主だけでなく、病院に勤務する精神科医師やPSWも数多く参加している。地域における構成員の果たしている影響力や、目立たない無名の構成員であっても、地域ネットワークが参加する構成員に新しい役割をもたらすことを発展的に展望する視点が大切であろう。だからこそ、その呼びかけは一片の文書や電話で済まされるものではない。直接出かけ、対面する努力を欠いては実を結ばないものである。また、地域ネットワークの形成には、最初の構成員が自己の限界、自己の属している機関・団体の限界、サービスの限界を認識することが出発点である。このことは新たな援助資源・人の必要性を認識する契機でもある。さらに、地域ネットワークは最初からフォーマルに形成されるものでもない。組織内の了解や合意がない場合であっても、その下準備は個人間のネットワークから始めなくてはならない。これは多くの場合、インフォーマルな活動を現場から先行させることを意味する。加えて述べると、地域ネットワークを効果的に形成するうえで、政策決定者や機関・団体の長の役割は大きい。地域ネットワークを継続的に発展させるうえでもトップへの働きかけは重要である。また実務者レベルでは、日常的な関係づくりを基礎としながらも、情報や意見の交換、事例の検討や学習を通じての交流など共通のテーブル設定が必要になる。とくに情報の提供と入手による交流は、有機体に例えれば地域ネット

ワークを起動させる血液である。

第3に、提起しておきたいことは地域ネットワークを発展させていくための条件づくりや工夫に関する事柄である。そのための視点や展開には以下のようなことが含まれる。

①相互の信頼関係と連帯感を育てる

相互の信頼関係とは、お互いが対等な立場であることを踏まえ、十分な意見交換と相互理解から作られていく。お互いが遠慮し合うことではなく、言いたいことは言い合う関係でもある。率直な批判は一時的には感情を害することも、誤解と受け取られることもしばしば生じるが、対等だからできることである。信頼関係と連帯感を育てるには、お互いの価値観、行動様式を理解しあうことであり、そのためには自分と他の人の権利を共に大切に、相手を誠実に受け入れながらも、自分の信念や感情を素直に表現していく自己主張的な態度が求められる。よいトリオを組み、よいカルテットを組み、よいクインテットとハーモニーを広げていくことでもある。

②実際の活動でよい協働体験を積み重ねる

ネットワークを育てるには、活動の交流から協働の実践へと高めることが大切であり、単純な役割分担論ではなく、協働の形成に向かってお互いが果たす機能・役割を共通理解することが必要である。言葉を換えれば、苦労も成果も共にすることであり、体験を共有することでもある。苦しいときこそネットワークのすばらしさを実感できるものである。その際、地域ネットワークが現在保有する力を自己評価しながら、タスク志向の立場から地域ネットワークを拡充することが着眼点となる。

③場を共有する

ネットワークを作るには拠点機能をもった場を確保し、共有することが必要であろう。そこは会議の場所であり、たまり場、情報の共有基地であり、ネットワークの密度と連なり、発展性を生み出す拠点である。また、できれば不断に情報誌を発行したり、インターネット通信を活用するなど、即応的な機能が求められる。この点で、セルフヘルプグループ活動支援を目的としたクリアリングハウスや、地域基盤の生活支援センターは地域ネットワークを育てる拠点となろう。

④メンバーシップとコーディネータの役割を自覚する

適切な機能分担を前提にお互いが果たす役割・機能を共通確認することが大切であり、役割分担は単なる分担論ではなく、協働への参加者相互の自発的意欲を高め、協働の力の形成に向かうことがポイントになる。つまり、できうる最大限の自分(機関)の役割を発揮することである。地域ネットワークはもたれ合うことではないし、誰かがコントロールするものでもない。また、必要なコーディネート・セクションの確保も重要である。

⑤共有目的を実体化する

新たな資源を生み出す共有目的の実体化こそ、これまでのネットワークを新しいネットワークへと拡大、変化させていく鍵である。その際、大きな目標の達成や成功ばかりに目を奪わ

れないで着実な成果を足下から積み重ねることに留意する。

⑥適切な小ユニットに分化し、連結する。

地域ネットワークはただ広がれば良いというものでもない。仮に構成員の数が多くなったとすれば、やがてはその飽和状態を迎え、地域ネットワークの機能が硬直化したり、立ち上がりの遅いシステムに変質する危険がある。これを防ぐには地域ネットワークを適切な小ユニットに分化することである。その際、いつでも連結できる接合点とコミュニケーションの流れを明確化しておかなければならない。

4 地域ネットワークの展開

以上述べてきた地域ネットワークの実際は、今日各地で展開されるようになってきた。その代表的な例には、次のようなものがある。

(1)精神障害者や家族を地域レベルで直接支援する地域ネットワーク

代表的なものにはインフォーマルなネットワークである、当事者、家族、身近な友人、近隣などで形成されるソーシャルサポート・ネットワークと、フォーマルなネットワークであるケースカンファレンスやケースマネジメントといった2つのタイプがある。いずれのネットワークもクライアントレベルに直接対応しており、前者は、素人のサポート力を形成していくという身近な支援の輪づくりを特徴としており、後者は、専門家を中心とした日常的支援システムの形成を特徴としている。いずれのネットワークもチームワークが基本となっている。しかし、このネットワークはその都度作り直される特質を持ち、個別的なクライアントレベルのネットワークに留まりやすい。この改善には、セルフヘルプグループの組織化や専門家のユニットが地域に形成されていることが必要になってくるであろう。

(2)福祉社会づくりを目指す市民活動レベルの地域ネットワーク

代表的な形態は、精神障害者本人・家族・専門家といった従来の関係者の集まりにとどまらず、広くボランティアや様々な地域住民が参加した組織である。これはノーマライゼーションの立場に立った福祉社会づくりをめざす市民レベルの地域ネットワークといえる。この場合の精神障害者や家族の立場は市民の一員としての参加である。また地域によっては、障害種別を超えた参加と広がりが生まれている。このネットワークは地域社会のあらゆる層に対話と分かち合いを広げていくフィールドワークが基本となっている。このネットワークの強みは、対等感やパートナーシップを育てやすく、人的広がりが無限であることであろう。しかも地域密着型である場合が多い。その意味で実践上は最も注目される地域ネットワークである。

(3)社会機関相互の組織的な地域ネットワーク

これは、実務担当レベルから団体機関レベル、政策責任レベルまでの3層構造的なネットワーク形態が一般的なものである。サービス調整会議やサービス調整チーム、関係者協議会、関係連絡協議会など、何らかのネットワークの名称や会議の設定と運営の形態が決められ

ていることが多い。たとえば、「保健所保健・福祉サービス調整会議」などでは委員長や副委員長、担当事務局、会議要綱、参加者委嘱などがあらかじめ設定されている。政策レベルのネットワークでは、行政内部の企画調整会議や市民や専門家を含む政策審議会などがその代表例である。このネットワークの強みは制度やサービスを具体化する能力と条件を持っていることであるが、反面、即応性や臨機応変さに欠けやすく、統制を強めたり、形式に流されやすいことがある。また、スタッフの異動や代表の交代などによる影響を受けやすい。そのためネットワークの保持と構成員内部における業務引継が大切になってくる。

5 結び——これからの地域ネットワーク

世界のベストプラクティスを選んだ世界心理社会的リハビリテーション学会(WAPR)は、その5つの選定基準の1つに「社会資源や多様な援助プログラムとのネットワークの基で実践され、決して閉鎖的社會をつくる方向にないこと」を掲げている。地域ネットワークは地域生活支援システムの立ち上げと発展を保障する生命線である。

現状において、地域ネットワークを最も効果的に張り巡らすことが出来る援助機関は公的機関の強みを活かした保健所であり、精神保健福祉相談員や保健婦たちである。しかし、保健所は地域保健法の制定により平成5年4月1日の 852 カ所をピークに、年々減少し、平成12年4月1日には 594 カ所となっている。しかもこの数はさらに削減の動きにあり、最終的には 500 カ所程度と予想される。加えて、精神保健福祉業務専任の精神保健福祉相談員数や保健婦数は、厚生省主管課の再三の要望にもかかわらず充足されていない。地域ネットワークは「出かけ、知らせ、育てる」活動であり、単なる事務的管理や調整ではない。だとすれば、より精神障害者に身近な地域生活支援センターの増設に今後は多くの期待がかけられてこよう。しかし、地域生活支援センターが地域型のスタイルで運営するためには人員や権限を含めて多くの課題を解決しなければならない。また一方で、精神科医療機関におけるPSWの役割もこの面では意識されなければならない。だが仮に、診療報酬上の位置づけが国家資格者たる精神保健福祉士に根拠づけられたとしても、その算定根拠は患者何人に何名か、直接援助業務の出来高(相談件数)によるものであり、地域ネットワークに代表される地域援助業務は評価されにくいことが予想される。これらの問題点を解決し、地域ネットワークを発展させるためには、特定の機関や資源にのみその役割を求めることは現実的ではない。小規模作業所に代表される法定外施設・事業、ボランティア活動を含めてそれぞれの部署から創り出す以外にない。

地域ネットワークは、それ自体が目的ではなくあくまでも手段である。それは精神障害者を支える仕組みを地域にはりめぐらす営みであり、同時に誰にとってもやさしい街づくりを展開するための方策である。その目的は柔らかい、血の通ったシステムづくりである。また地域を基盤とした実践展開の広がりによって、地域ネットワークが住民との協働活動である「地域ネ

ネットワーク運動」へ発展する事例が幾つかの地域で見られるようになってきた。ネットワークは一度作られたらそれでよしとするのではなく、絶えず補強したり、修正したり、始めから作り直したり柔軟に機能させることが大事であり、さらにはネットワークから超ネットワークへの、つまり高次のシステムへの発展性が課題となろう。

システムとは、サービス・資源・組織の総合的に秩序だった体系のことであり、関係概念による集合体である。地域ネットワークは、精神障害者の地域生活支援に期待されるシステム構成員を結びつける動力であり、それ自体がシステムを形成する推進力である。対人的なシステムは常に開システムを特徴としており、ネットワークからシステムへの発展におけるその留意点は、システムを硬直化させないこと、即時対応可能なものにしておくことである。また、ネットワークの持つ非階層的組織原理を活かしたシステム形成が目標になろう。いずれにせよ、地域ネットワークの発展と未来は、地域を舞台に参加者たちの協働能力の形成をもって、量を質(システム)に転化させ、新たな広がりを獲得することにある。この実践例は第3部のケーススタディでさらに展開したい。

【参考文献】巻末に紹介した。

第6章 オルタナティブサービス

1 はじめに

本論ではこれまで、「統合的生活モデル」やエンパワーメントの基本視座から精神障害者に対する地域でのシステム形成を論じてきた。言葉を換えれば、「統合的生活モデル」がめざすものは、地域において必要な援助を行う生活者本位のサービスを創出することにある。エンパワーメントは精神障害者本人が主役のケアであり、個人を活かす社会システムの形成をこの分野に求めている。そのように考えると、精神障害者に対する地域生活支援システムで最も欠けるわけにはいかないのが、精神障害者本人の参加である。精神障害者の持つ潜在的な力への着目はエンパワーメント・アプローチの一つの力点であるが、エンパワーメント自体は専門家だけがもたらすものではない。そこで彼ら自身の支援力の形成にわれわれは目を向けなければならないであろう。この章では、専門家が支える援助の対象の位置に彼らが留まることなく、彼らが支え合っている事実とその成果を証明するものである。これによりイメージされる新しいシステムの構成をより確かなものにするであろう。

1995年に制定された精神保健福祉法の流れは、時代が大きな地殻変動とも言える転換点にあることを印象づけている。改正精神保健福祉法が2000年4月から施行される日本においても、90年代以降の世界的なコンシューマリズムの台頭とピアカウンセリングなどのオルタナティブサービスの誕生やボランティアに代表される非専門職の役割の増大と比重の高まりが見えつつある。

とりわけ精神障害者施策の第一推進力はユーザー自身である。1989年には143グループの存在を確認(全家連1989年患者会全国調査)していたが、90年代の進展では、スピークアウトしだす精神障害者が増大してきたことと、精神障害者のセルフヘルプ・グループが約500グループに成長し、全都道府県(全家連98年度調べで、全都道府県464グループを確認)に広がっている状況は注目されよう。ここでの考察の主題は、精神障害者のオルタナティブサービスに限定して、その地域サポートシステムにおける位置づけの整理と可能性について明らかにするものである。その理由は、精神保健福祉システムの新しい展開とエンパワリングなソーシャルワーク実践にとってユーザー自身が開発・運営するオルタナティブサービスをどのように評価するかは援助実践上、制度設計上欠かせない重要な課題と認識しているからである。調査・研究の対象として取り上げたオルタナティブサービスは精神障害者のセルフヘルプグループに所属する取り組みである。調査・研究方法はフィールド調査を基本とし、主たるメンバーを対象に半構成的面接を行った。一部は当該グループとメンバーの発表したペ

ーパーや電話調査などを参考・補足し、データの収集を行い、分析方法は質的研究法を用い、海外の文献研究で補足した。

2 オルタナティブサービスの概念整理と問題の所在

オルタナティブは一般に、「代替」「選択肢」「代わりとなるもの」と訳されるが、精神障害者のユーザー・オルタナティブサービスは、自分たちが作り出した、自分たちでサービスを運営する(運営の主体はユーザー)であり、「ユーザー」がスタッフとなるものである。しかし、より厳密なオルタナティブサービスの定義は、現在2つの考え方がある。第1の定義は、非専門職(Nonprofessional)のうち、利用者自身の手によってつくり出され、運営されるサービス(自己開発・自己管理サービス)である、Consumer-Controlled Alternatives に限定した定義である。これは、専門職サービスを個人が他者によってコントロールされる disempowering という捉え方に立っており、伝統的な専門職サービスと対峙した実践を重視する。第2の定義は、専門職の支援や活用をむしろ肯定する立場で、運営の主体がユーザーであることを条件とする見解である、User Controlled Services という考え方である。前者の見解の代表者は、ボストンに住む Judi Chamberlin である。後者の立場は、「Building Bridges Between people whom use and people who provide services.」¹NISW ワークショップ報告書 1993 年に詳しい。

なお、イギリスのユーザーであり、研究者であるビビアン・リンドウの見解(1994)では、①自分達のニードは自分たちが最もよく知っている、②したがって、自分達が自分達の問題を定義して、③自分達の仲間に援助を提供、④これらの援助が成される方法とシステムも自分たちで工夫して開発する、とオルタナティブサービスを定義している。つまり、①メンバーもサービスの担い手である、②メンバー同士の相互支援、③社会へのサービス還元、という性格を持つのがオルタナティブサービスである。

どちらの立場をとるにせよ、背景としての理念が共通して主張することは、①自分たちが自分たちのニードを一番よく知っている、②精神障害者は自己決定ができる、③精神障害者は責任能力がある、④精神障害者の体験は同じように苦しんでいる人たちの援助に活かすことができる、⑤他人を援助することが自分を援助することになる、などがある。ここには、セルフヘルプグループがこれまで確認してきた幾つかの原理を見ることができるし、オルタナティブサービスが切り開こうとしている精神障害者の未来像を垣間見ることができる。

しかしながら専門職の一員である筆者の立場からは、以下のような当然の疑問が生じてしまう。

第1の疑問は、当事者はすべてのサービスを担えるのか、どこまでオルタナティブで担えるのか、限定的であるとするならばそれは何か、その根拠は？

¹ 松岡による翻訳「Vivian, Lindow; Self-Help Alternatives to Mental Health Services, MIND, 1994」

第2の疑問は、専門職の援助のあり方はどうなるか？専門職の支援や活用は？

第3の疑問は、援助の枠組みである精神保健福祉システム全体を作り変えるか？

などである。しかし、これらは最初の問いかけにすぎない。

3 ジュディ・チェンバレン「On Our Own」の批判的検討

このような疑問が生じたのは、Judi Chamberlin(1977)²の「On Our Own」(中田智恵美監訳『精神障害者自らの手で』)を読んでからである。ジュディ・チェンバレンは1993年に世界精神保健連盟世界会議が千葉県・幕張で開かれたときに来日しており、精神障害者のセルフヘルプグループでは理論的な支柱の一人である。

彼女の文章は、伝統的な精神医療システムに対する根源的な怒りとユーザーに対する連帯心で満ちあふれている。「はじめに」では、「現在の精神保健システムには治療をする者とされる者との間には基本的に不平等な力関係が存在し、このシステムに代わる私たちが望ましいと思うものは何もありませんから、私たちは自分たち自身のオルタナティブを設立しなければならないと確信したのです。」(p.11)からはじまり、白黒をはっきりさせた歯切れのいい論調で満ちあふれている。そこには曖昧さは一片のかけらもない。根源的な問いは分かりやすいのである。しかし、「精神疾患はラベリング」であり、それは病気ではなく「心の病」であり、「発達の危機」という捉え方で果たして正しいか、最初から疑問が残る。アメリカではさっそうと登場した1960年代のオルタナティブの大部分が失敗に終わり、解散したことの原因は開示されずに、「私を含めた患者グループが本当のオルタナティブと定義づけるのは、基本的なすべての決定権がサービスを提供するその人々の手に握られている所」(p.32)と厳しく限定している。この立場から、「治療共同体」モデルも、「ファンテンハウス」モデルも批判的の的とされている。

オルタナティブには、「パートナーシップモデル」、「支援モデル」、「独立モデル」の3つのモデルがあり、「ファンテンハウス」はパートナーシップモデルとして「伝統的な精神医療と同じく虐待を続ける」と強く糾弾さえしている。真の専門家は存在せず、存在するのは官僚主義とエリート主義、治療という名の拷問だけと弾劾もする。結局彼女が信頼できるのは、対等な仲間としてのユーザーとインフォーマルなネットワークこそが真のサポートと結論づける。こうした相互支援ネットワークだけで本当に十分だろうか、疑問が残る点である。精神障害者のオルタナティブサービスを創設することは、ジュディ・チェンバレンも述べているように簡単ではないであろう。しかしだからといって、「諸経費は、専門家が指導する典型的な中間施設よりずっと安価であることは注目に値します。」(p.249)と、オルタナティブサービスの持つコスト

² Judi Chamberlin ; On Our Own; patient controlled alternatives to the mental Health system. MIND, 1977. (和訳文献; 中田智恵美監訳・大阪セルフヘルプ支援センター『精神障害者自らの手で』解放出版社、1996)

面での有利さ、安価な経費を売りにするのは、むしろ国家に施策のサポータージュを進めているようなものである。彼女は、「オルタナティブとしてもっとも大きな組織であり、うまくいっている組織なので」のいう理由から、バンクーバーの精神病患者協会(MPA)の実践例を随所で紹介している。オルタナティブサービスの場所の選定や住む場の確保について、「メンバーはどのような地域にも住む権利が当然あると考え、表面化してきた地域社会の反対に勇敢に立ち向かうことを旗印にしてきた」と原則論を提起しているが、実際、地域社会の反対への対処は権利論だけで通用するかも懐疑である。オルタナティブサービスの「患者だけで」が絶対正しい方法と言い切るには、専門職の誰しもがもはや「素直」には同意できないであろう。

「On Our Own」が書かれた頃は、まだクーパー(David.Cooper)やレイン(R.D.Laing)たちの「反精神医学」が影響している1970年代初期であり、自立生活運動が高揚した頂点でもあった。その時代は、日本でもそうであったように、よりラディカルな極論の魅力が支配的であったし、かならずしも今日のオルタナティブサービスの実像を正確に伝えているとは限らない。ジュディ・チェンバレン自身、今日ではボストン大学リハビリテーションセンターのプロジェクトを担当するユーザーとして、彼女が批判してやまない精神保健システムの一翼に位置しているのである。

たしかに、オルタナティブサービスは、従来の精神保健サービスとシステム(患者に抑圧をもたらしてきたという文脈において)への挑戦であり、スティグマとの闘いから生まれたのも事実である。セルフヘルプ運動と政治的アクションはしっかりと結びついていて、それは、既存の伝統的な精神保健福祉システムの限界を別の形で切り開く挑戦かもしれない。では、オルタナティブサービスの固有性は何か？伝統的なサービスとの違いは何か？そして、オルタナティブサービス・プログラム、運営方法の特徴点は何か？対象観及び援助方法とシステムそのもののパラダイム転換、新しい枠組みは根拠づけられるか？病歴を持つ人がサービスの提供者になることはどのような意味で可能か？専門サービスとの垣根はなくなってきたか？お互いがお互いを代用できるのか？専門職の援助はどのように評価されるか？これら次々と浮かんでくる問いを解明するためにも、最初に、日本の精神障害者セルフヘルプグループの歴史から見ておきたい。

4 日本におけるオルタナティブ・サービスの歴史的背景

精神障害者のオルタナティブサービスはセルフヘルプグループ活動から出発している。宮本真己(1993)³の「精神・身体様々な疾患に対応したセルフヘルプグループ、大都市を中

³ 宮本真己(研究代表者)「セルフヘルプ・グループの理論的背景とケアシステムへの位置づけに関する研究」平成元年度～平成3年度科学研究費補助金(一般研究(B)研究成果報告書)、p5、1993

心としながら全国各地でいわば自然発生的に活動を始めており」という認識は精神障害者のセルフヘルプグループに関する限り、正確ではない。自然発生的に始まったものではないのである。ここでは、オルタナティブサービスがどうして誕生してきたのかを探るためにも、セルフヘルプグループ活動の歴史を考察する。

精神障害者のセルフヘルプグループが、1960年代前半の外来患者の集まり(退院者クラブ)や病院内自治会から始まったのは事実である。それは、病院の保護処遇、治療システムとして、専門職管理を基本に開放的処遇、治療共同体実践として組織化された。1963年島根県中央病院患者クラブ「交友会」の発足、1966年「あけぼの会」(鹿児島県の県立病院)、1967年あすなろ会の誕生(初声荘病院)など7グループが発足している。1968年大師ひまわり会(川崎市大師保健所)、「あゆみ会」(三重・高茶屋病院)、1969年友愛会(神奈川精神衛生センター)、東京あすなろ会、1970年灯会(大阪光愛病院)、鈴クラブ(刈谷市)、すみれ会(道立精神衛生センター)あたりから地域での組織化も始まっているが、保健所や当時の精神衛生センターの専門職が主導している。1970年には「やどかりの里」が開設され、1971年境町若草会(群馬)、道の会(愛知・犬山病院)、あひるの会(川崎市精神衛生相談センター)、「三瓶友の会」(島根県太田市)、「スマイル会」(岡山市)、1972年朋友の会(やどかりの里)、がんばろう会(大阪・浅香山病院)、あった会(国立精神保健研究所)あたりまでは単会グループも専門職の関わりが強い。それもあり治療的目的や保護的色彩が強かった。

1972年NHKのTV「精神障害者の悩み」に小坂功ら4人の精神障害者が出演、自分たちの療養施設を夢に、現実には「浦島共同作業所」の設立運動に向かう。1973年には、友の会(八王子)、「杉並友の会」など都内に5つのセルフヘルプ・グループが発足し、1974年「やどかりの里」ではデイケア的集いの「爽風会」から「朋友の友」が発足している。「福島あすなろ会」(福島市)、「あさかの里」(郡山市)「つぼみ会」(松江市)、「あじさい会」(県立湖陵病院)、「友の会」(岡山市)など、1970年前後の動きは、地域におけるセルフヘルプグループ(ソーシャルクラブ)が、勉強会や機関誌の発行を開始し、Borkman(1976)の「体験的知識」(experiential knowledge)や、Reissman, F.(1965, 1990)の「ヘルパー・セラピー原則(the helper therapy principle; 援助をする人が最も援助を受ける)をほぼ自分のものとしてきている。しかし、自分たちのグループは依然「患者会」「回復者の会」「ソーシャルクラブ」「退院者クラブ」のままである。

1975年になると、全国精神障害者社会復帰連絡協議会(第6回の1983年で解散)主催の「全国交流集会」が始まるが、これは「やどかりの里」の谷中輝雄を始めとする専門職のリードによるものであった。この年、保健所社会復帰相談指導事業が始まり、1975年「希望の会」(小樽市)、「歩々の会」(東京中部リハ)、「みどり会」(和歌山)、「ふたば会」(浜田市)、1976年「土曜会」(岸和田市)、1977年「やどかりの里」出版活動を開始、1978年「やどかりの里」雑誌「爽風」の創刊、がんばろう会(大阪市)、1979年「いずみの会」(大阪)が発足、すみれ会が江別市に陳情書の提出、栃木県ソーシャルクラブ連合会(トスカ)の結成など各地で次

第に力をつけてくる。

1980年代には、「自分たちのことは自分の言葉で、自分の口で語ろう」(小坂功)との呼びかけが浸透し出し、「ユーザー」「アサーティブ」「スピークアウト」「カミングアウト」の言葉が使われてくる。隠れ潜んで暮らすより、地域社会へメッセージを送ろうという志向性が見えてくる。1980年「藤枝友の会」(静岡)、1981年9月「ごかい」(愛媛)、1982年「友愛クラブ」(北九州市)、1983年4月「小舟の会」(東京)、1983年10月北海道精神障害者回復者クラブ連合会(道回連)、1983年全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会(全精社連)の旗揚げ(富山集会)へと進む。これは「全国交流集会」の再出発として精神障害者自身のリードヘスタートを切ったものであり、地域拠点施設の創出がはじまり、患者会の県連組織化の動きも開始される。この時期に、あすなろ会は小規模作業所を自分たちの手で運営して、オルタナティブサービスの先陣を切っている。また、すみれ会も札幌市内に独立事務所を設置している。1984年の報徳会宇都宮病院事件を契機に、患者の権利に対する要求が高まりを見せてくるが、1984年には北海道浦河町で「べてるの家」が開設され、北海道精神障害者回復者クラブ連合会が発足している。また、1985年には、大阪でのSHG研究会(岩田、浅野、松田らが参加)が組織され、1986年3月川崎市精神障害者回復者クラブ連合会(現;つつじ会)、同年11月「ブルーライト横浜」で、「生きる勇気、力の充電(エンパワーメント)」が宣言され、神奈川県精神障害者連絡協議会(神精連;やまゆり会)結成される。1986年には、すみれ共同作業所が精神障害者自身の手によって設立運営され、1988年1月には、精神保健ジャーナル『ゆうゆう』が患者参加で創刊される。ちょうど精神保健法が施行され出した頃である。1988年4月地域福祉センター池田会館(東京・高田馬場)、1988年「ハートイン東京」大会を経て、1989年2月の全家連主催第3回精神障害者リハビリテーション研究会議で「患者会活動」分科会が初めて設けられる。1989年11月には、東京都精神障害者団体連合会(正式発足;1990年4月)が発足し、1989年には、精神障害者のSHG143グループの存在が確認(全家連1989年調査)される。この時期までが足場固めであった。

オルタナティブサービスにとって、その胎動は、1990年代の市民活動としてのセルフヘルプ運動という志向性が出てくる時期から始まる。「コンシューマー」「プロシューマー」「サバイバー」「メンター」「スライバー」と次々と新語が飛び出し、新しいプログラムの創出と役割が生まれてくる。いよいよオルタナティブサービスの誕生である。1991年の帯広のレモンクラブに音更町から事業助成金が支給されたのを走りとして、1991年には、JHC板橋でセルフヘルプ・リーダーの養成と支援が始まる。1992年厚生省はグループホームの補助金制度を開始するが、小規模作業所に次ぐ第2の拠点として共同住居運営にセルフヘルプグループも参加してくる。1993年4月17日の全国精神障害者団体連合会の結成(東京)(初代会長;小坂功)や埼玉県精神障害者団体連合会の結成、1993年12月大阪精神障害者連絡会(ぼちぼちクラブ)の結成、1996年第4回全国精神障害者団体連合会の大会を長崎市で開催し、長

埼玉県連の結成、1998年5月には、「セルフヘルプ・クリアリングハウスむさし」⁴が埼玉で発足し、1998年第5回全国精神障害者団体連合会の大会を帯広市で開催(3代目会長;横式多美子)、精神障害者のSHG464グループを確認(全家連)する。2000年第6回全国精神障害者団体連合会の大会を沖縄県で開催されるが、この間、明らかにセルフヘルプグループは力量を蓄え、社会的役割を担う位置まで成長してきている。セルフヘルプ精神(the Self-Help Ethos)は、自分たちだけでなく、広く仲間を求めて躍動しだした。これまでの日本の動きから、専門職がリードする役割は、精神障害者自身のリーダーに位置が替わり、対等なパートナーシップが形成されようとしている。

次に、日本の現在のオルタナティブサービス、その実際に視点を移して、分析してみたい。

5 日本における精神障害者オルタナティブサービスの実際

まず、オルタナティブサービスの種類を列挙しておく。

- 1) 場の提供
- 2) クラブハウスや憩いの家
- 3) 共同作業所の運営
- 4) グループホームの運営
- 5) サービス活用支援センターやピアサポートセンターでの自立生活サポート(ピアサポート)
- 6) ピアカウンセリング、電話相談、ホットラインサービス
- 7) ドロップインセンター
- 8) クライシスセンター、エマージェンシーハウジング
- 9) 住居提供サービス
- 10) ワークコーポレーション
- 11) 雇用トレーニング、就労サポートサービス

⁴ クリアリングハウス MUSASHI(略称 MUSASHI)は、セルフヘルプグループを応援する「セルフヘルプ・クリアリングハウス」です。名前の由来は埼玉県・東京北部地域(武蔵国といわれていた地域)を中心に活動を展開したいという希望から名前をつけました。MUSASHIは「Mutual Support and Self-Help Intergroup」の頭文字をとったものです。

「クリアリングハウス MUSASHI は、1994年10月、セルフヘルプ・クリアリングハウスの設立を目指してボランティアグループを結成し、1995年から年1回のペースで「さいたまセルフヘルプセミナー」を開き、セルフヘルプグループに関する情報交換を行ってきました。1998年春、念願のセルフヘルプ・クリアリングハウスを開設することができました。クリアリングハウス MUSASHI は、1994年10月、セルフヘルプ・クリアリングハウスの設立を目指してボランティアグループを結成し、1995年から年1回のペースで「さいたまセルフヘルプセミナー」を開き、セルフヘルプグループに関する情報交換を行ってきました。1998年春、念願のセルフヘルプ・クリアリングハウスを開設することができました。」(IN ホームページより掲載)

- 12) 情報誌の発行
- 13) 教育研修活動、
- 14) アドボカシー活動
- 15) 講演や学習会の講師
- 16) その他、

これらの一部は、以前からセルフヘルプグループ活動の一環として行ってきたものもあり、区別はしにくい。オルタナティブサービスとして把握する場合は、セルフヘルプグループ活動と相対的に切り離すことが可能なグループの外にも開放されたプログラムとしての性質を持つものに限定してと捉えることにした。また、ジュディ・チェンバレンの厳密な規定ではなく、専門家も関与したプログラムもオルタナティブサービスの範疇に組み入れて把握した。その理由は、後の考察でふれるが日本における精神障害者のセルフヘルプグループが何らかの形で、専門家の全くの関与なしには成立していないという歴史的事実からである。

【事例】

ここでは、精神障害者のオルタナティブサービスを実施している代表的な活動を 11 事例紹介する。

(1) すみれ会(札幌市)

1970 年 9 月「すみれ会」は、北海道精神衛生センター「社会復帰学級」卒業生 4 人で発足している⁵。1973 年には、「すみれ会便り」を発行し、1980 年に北海道新聞で取り上げられている。小規模作業所の設立に向けては、1979 年に江別市に陳情書を提出、1984 年には、札幌市に陳情書を提出し、1986 年に実現させている。この間、札幌市内に独立事務所の設置(1983 年)、北海道精神障害者回復者クラブ連合会(道回連)を旗揚げさせている。1989 年には、100 坪の土地を札幌市から貸与され、事務所を自前で新築している。1992 年には会の中心的存在である横式多美子が内閣総理大臣賞を授与している。1994 年には、第 2 共同作業所を開設、1999 年現在の会員数 350 名、通所登録者 120 名を越えている⁶。指導員全員(非常勤を含めると 20 名)が精神障害者本人であり、講演活動、学習会の講師、実習学生の指導まで担っている。ちなみに精神保健福祉士の資格取得者も平成 12 年 3 月末現在で 3 名いる。障害者本人がスタッフになるには(指導員 9 人が全員障害者本人)利用者全員の選出による。

(2) 十勝ソーシャルクラブ連合会「勝連」

⁵ 黒田知篤「患者会の周辺」精神科 MOOK, No.22.1998. に詳しい。

⁶ 河野仁志『「すみれ会」の社会生活の相互援助』『北海道作業療法』12 巻 1 号、1998

北海道帯広・十勝地域の精神障害者地域生活支援活動は、多種多様な社会資源を活用・開拓し、充実してきた日本の代表的な実践モデルである。かつて(1992)国際法律家協会(ICJ)はこの地域を視察し、日本政府に対する勧告書でその評価を述べているし、最近の国際的な学会でも高い評価を得ている。PSWに引き寄せて述べれば、門屋充郎、草田修治、小栗静雄ら「十勝PSW研究会」のフロンティアによるところが大きい。また、全国で3番目に設立(1984)された「音更リハビリテーションセンター」という強力な実践によるところが大きい。さらには道立緑ヶ丘病院、帯広保健所、帯広ケアセンター、十勝精神保健協会などを核とした地域支援体制が地域ネットワークで推進されている。その詳しい実践は、他の論文⁷や成書に譲り、ここでは帯広・十勝を中心とした十勝ソーシャルクラブ連合会;略称「勝連」の活動を見てみたい。

このセルフヘルプグループ「勝連」がオルタナティブサービスにとって注目されるのは、「仲間づくり施策」が自治体の補助事業として明確に位置づけられている点である。移動喫茶店の事業、機関紙「勝連ニュース」の発行、学習会、相談の電話など少しずつ形をなしてきている。その経過は、井口洋司・丸山 PSW のレポート(「地域活動」『精神科リハビリテーションおとふけ 1996 年度事業概要』pp46-57、1998 年)に詳しく紹介されている。ちなみに年表は下記の通りである。

1979 年 大江病院回復者クラブ「つくしの会」発足

「たけのこ Club」「やまばと会」など病院回復者クラブづくり

1985 年 10 月 アメリカの回復者を囲む交流会(帯広)

1986 年4月 音更リハビリテーションセンターOB 会の発足→1997 年解散

1987 年 12 月 「帯広たまりば会」の発足

1990 年5月 音更たまり場会「レモンクラブ」の発足→10 月昆布の販売始める

1991 年4月 「レモンクラブ」に音更町から事業助成金『精神障害者回復者クラブ事業運営補助金』(1991 年3月町議会可決)

毎週木曜日に音更町木野福社会館で例会

1992 年2月 「エンジェル会」の発足

1992 年7月 「レモンクラブ」知事と懇談

1994 年2月 十勝ソーシャルクラブ連合会発会

1994 年4月 池田町ソーシャルクラブ「クローバークラブ」発足

⁷・門屋充郎「社会復帰施設は社会モデルを中心に一精神病院付属の施設から社会史源へ」『日本精神病院協会雑誌』Vol.12、No.9.1993

・高橋克典「帯広・十勝における精神障害者支援活動と地域ネットワーク」『幸福の帯広』東洋大学帯広・十勝調査団報告書、1997

・音更リハビリテーションセンター編『精神科リハビリテーションおとふけ 1996 年度事業概要』1998

1994年9月 広尾町ソーシャルクラブ「みなと会」発足

1995年4月 十勝ソーシャルクラブ連合会:「市長と語る会」を実施

1995年7月 井戸端会議のような「あいあいの会」発足

1998年10月 第3回全国精神障害者団体連合会北海道大会が帯広で開催される

井口・丸山(前掲書)によれば、勝連の活動はすべてが順調というより、かなり問題点も指摘されている。例えば、「①メンバー主導になりきれていない、②参加者の減少や活動の衰退、③ボランティアの引きまわし、④スタッフの関与のしすぎ、⑤ワンマンな会長、⑥非民主的な運営、⑦メンバーの役割の固定、⑧メンバーに性的役割分担の意識が強い、⑨新しいメンバーが入ってきづらい、⑩メンバー間の相互サポートの減少」などの現象である。真偽のすべては分かりようがないが、実際、中心となっているメンバーに会い、話を聞いた印象からも、彼らの控えめさが、専門家やボランティアの母性的な暖かさの眼差しに自己主張をためらっているような感じさえする。あるいは社会資源の充実が、結果として彼らの出番を少なくしているのか、その潜在的な能力はまだ過渡期的で、開花した状況ではない。

(3) あしびなー自立生活センター「グループホーム」とピアサポートセンター(川崎市)

川崎市精神障害者連絡会(つつじ会)が運営管理している。つつじ会は、川崎市精神障害回復者ソーシャルクラブ連合会(1986年発足)を名称変更したグループで、5単会と個人会員の合わせて会員約100名で構成されている。毎月第一日曜日を定例会とし、規約と役員(代表、副代表、相談役、会計、事務局員)を整備し、幾つかの事業を自ら営んでいる。その代表的な事業に、「あしびなー自立生活センター(グループホーム)」と「ピアサポートセンター(当事者による相互援助、当事者によるサービス提供)」がある。この会は、川崎市から団体助成金を受けており、「あしびなー自立生活センター」は、市の「生活ホーム」として認知され、補助金を受けながらユーザーたちの自立した運営にまかされている。非常勤スタッフはユーザーが担っている。「ピアサポートセンター」は、1998年に発足したばかりで、「フリータイム・ケア・プログラム」と「ピア・カウンセリング・プログラム」が現在の基本プログラムである。ここでは、サービス対象に会員を含む一般の精神障害者をおいており、かなりオープンなシステムで運営されている。今後は、プログラムの充実をめざして、自前の「地域生活支援プログラム」や「就労支援プログラム」もやっていきたいと意欲的である。しかし、ここでも中心となるスタッフユーザーが少ないことに加え、財政難は深刻である。

(3) 「ぜんせいれん」

全国精神障害者団体連合会である。事務所は台東区にあり、1996年からそこでピアカウンセリングを行っている。スタッフは、全員が精神障害者で8名いる。事務局長の加藤真規子だけが有給職員で、後のメンバーはユーザーボランティアである。開設の曜日と時間は、平日の午後1時～4時である。ピアカウンセリングの方法は、電話相談が一番多く、1日10件を越

える日もある。手紙相談は1日2, 3通。ピアサポートミーティングは、第2, 第4の木曜日の夜に行われている。相談内容の多くは、専門家に話せないこと、話したくないこと、当事者同士だからこそ話せる内容が多いという。工夫していることは、1回の相談時間は長くて30分にして、特定の人が電話を独占してしまわないようにしている点である。ピアカウンセラーをする側からは、「相談を受ける側になると自分自身が見えてくる」という自分自身を見つめる機会になっている。ここでの課題は、はやくピアサポートセンターを設立することにある。そのためには、スタッフの研修はもとより、マンパワーの充足や財政基盤づくり、とくに東京都の助成が不可欠と認識している。同様の試みは、東京都精神障害者団体連合会(平日午後1時～5時)や大阪精神障害者連絡会「ぼちぼちクラブ」(火・木の午後2時～5時)でも始まっている。

(4) 小金井市障害者福祉センター(1993年10月開設)

このセンターは公立である。開設準備の段階から所長の「これからは当事者がやっていく時代になる」との認識で「同障者による障害別相談事業」が位置づけられている。障害種別相談は、精神障害を含めて、知的障害、内部障害、肢体不自由、聴覚障害、視覚障害の6分野である。相談日は、毎週火曜日の午後1時から3時で、各障害別に6週間に1回のサイクルで相談にあたっている。相談員は運営協議会を構成する各団体の推薦で選ばれている。精神障害を担当するYさんは、アートリング(グループホーム・立川市)のピアカウンセラーも兼務している。彼の理解は、大きなピアサポートの枠組みの中に、仲間同士の日常的なピアサポート、準備段階のピアセッション、障害の受容と自立に向けて共通認識を作っていくピアカウンセリングがあるという。ピアカウンセリングの目標は、障害の受容と自立においてある。またピアカウンセリングの構造は、お互いが治療しあう関係、治療共同体と認識している。ピアカウンセラーとしての自分自身の効果は、「薬の量が7分の1になった、落ち込まなくなった」と病状の好転と安定化をあげている。ここの強みは、公的なバックアップによるところが大きい。

(5) やどかりの里(情報センター)コンシューマースタッフ

精神保健福祉の関係者でおそらく「やどかりの里」を知らない人はいない。民間の地域生活支援活動の実践では、「老舗」的存在である。筆者が最初に訪問したのが1972年であったが、その時の印象は、「ちっぽけな憩いの家で、デイケアをしている」程度である。それが今では、授産施設や援護寮、小規模作業所(4カ所)、グループホーム(10カ所)、地域生活支援センター(5カ所)を経営する。その活動範囲は、大宮市、浦和市、与野市に及び、ここで学んだスタッフはオピニオンリーダーの谷中輝雄を初め、全国に輩出して活躍している。文献も多く、「やどかりの里」の説明は不用であろう。

さて、やどかりの里では1974年に、デイケア的集いの「爽風会」から「朋友の友」が発足して

いる。1977年には出版活動を開始し、1978年に雑誌「爽風」が創刊されている。この頃から、すでにメンバーはピアサポート活動を主体的な日常の営みとして担っていたし、最初に開設された(1992年)「堀之内生活支援センター」では、喫茶店のマスターはメンバーである。「南中野生活支援センター」が開設した1995年からは、メンバーからもスタッフになる人が出てくる。こうして「やどかりの里」は専門家中心の管理から明らかに転換の過程にある。最も、最初のリーダー層の専門家はやどかりの実践を足場に全国で活躍しており、新人の専門家より、彼らメンバーの方が実力はあるのかもしれない。

(6) ピアサポートネットワークセンター「ハーモニー」

日本で最も組織的かつ近代的な展開の「JHCサンマリーナ(クラブハウス・モデル)」を運営する「JHC板橋」(1983年設立)の1つの拠点である。日本では他に小平市に「クラブハウスはばたき」が設立されたが、同様の試みや志向性は小規模作業所の幾つかが実践している。「クラブハウス」は、1948年、ニューヨークのファウンテンハウスから始まり、全米150以上(各州で補助金)、カナダ、オーストラリアを始め世界18カ国約400カ所が設立されており、地域リハビリテーションにおける最も成功した実践を積み重ねている。

このモデルの特徴は、「集中的マネジメントサービス」、「過渡的雇用プログラム」を重視していることであり、スタッフとメンバーとの相互のエンパワーメントを基本としている。専門家をパートナーとした相互支援システムを基盤に、「JHC板橋」でコンシューマーの視点が明確になったのは、1990年である。1991年には、セルフヘルプ・リーダーの養成と支援に乗りだし、メンバーによる啓発事業に力を入れだした。1992年からの学習会からピアカウンセリングを本格準備し、1994年には「JHC板橋ユーザー会議」を始めている。1995年には、ピアカウンセラーの啓発・普及と支援体制づくりのために、提携するカルフォルニア・サクラメントにある「コンシューマー・セルフヘルプ・センター」で4人のメンバーがピアカウンセリングの養成講座を受講している。以後、毎年数回の技術研修を実施しているが、「ハーモニー」は1996年4月に開設されている。「セルフヘルプ」モデルの確立である。活動内容は、①リサイクルショップ、②憩いの場、③学習の場、④ピアカウンセリングである。ここでは、ピアカウンセラーの日常的な研修を特別に重視している。その研修での成果から、カウンセラーは守秘義務の責任があること、傾聴と共感を基本にしていること、専門家との共同を重視している。

(7) 浦河べてるの家

北海道日高地方にある浦河町に「べてるの家」はある。北星学園大学で地域福祉を学び、浦河赤十字病院に就職した向谷地生良 PSW と退院したばかりの4人の精神障害者たちが、空いた教会を借りて住みだした1978年からその実践は始まる。正式の発足は、セルフヘルプグループ「どんぐりの会」が借り受けた1982年であるが、この実践は、共同住居だけでなく、小規模作業所、有限会社、そして最近では「ビデオ制作」から「全国講演・行商の旅」まで幅

が広い。専門家は向谷地 PSW の他に、赤十字病院の川村医師、作業所のスタッフなど何人かいるし、経営コンサルタントの清水義晴氏の強力なサポートもある⁸。ここではメンバーは単なる利用者ではない。有限会社の社長であり、従業員であり、共同住居の世話人をしている人もいる。日高昆布の詰め合わせを主に作業所が担い、通信販売、産地直売、介護用品の販売、住宅のメンテナンス事業などを主に有限会社が担っており、両者を合わせた年商は1億円を超えている。このモットーは、「町のために何ができるか」である。実際行ってみると、そこには気負いはなく、過疎地でしたたかに生きている姿がある。しかしここが今、全国で注目を集めている。メンバーは社会貢献している意識でテレビにも取材にも講演にも応じて忙しい。関係者たちだけでなく、精神障害者本人から「普通の人々」が学ぶ何かがある。その「何か」はしばらく一緒に生活しないと分からない。

(8) 長崎・精神障害者を支える会(精神障害者本人を中心に、家族会、精神病院、保健所などの専門職で構成)

セルフヘルプグループである「長崎バッテン倶楽部」を中心としている。「バッテン倶楽部」は、平成7年からピアカウンセリングを始めており、平成9年からの3年間、SHGリーダー養成、スポーツ交流リフレッシュ事業、運動会に合わせて294万円の委託事業費を県から受けている。グループホーム2カ所の運営、作業所2カ所の運営、ピアカウンセリング2カ所で実施している。この会の中心人物は精神障害者本人である山口弘美である。グループホーム「住吉」は、山口夫妻が世話人となっている。また、彼の自宅ではいつでもピアカウンセリングを行っており、来所や電話での相談がある。

(9) ふれあいセンター

沖縄県那覇市内にある古い4階建てのビル全館がその拠点である。1995年8月に認可された有限会社「ふれあい工場」が始まりである。その後、南風原町にある「てるしのワークセンター」の付設事業である「生活支援事業(24時間オープン地域交流室)」を併合し、さらに、小規模作業所「ふれあい広場」や、グループホーム「ふれあい」(7ルーム)を運営している。運営団体も単一ではない。社団法人沖縄県精神障害者福祉会連合会と那覇市精神障害者家族会、メンバーズクラブふれあいの3団体による共同事業である。この全体を統括する所長は元南部保健所で精神保健福祉相談員であった永山盛秀 PSW である。しかし彼も80人の仲間の一人であり、センターの主人公は精神障害者自身である⁹。有限会社は精神障害者たちが主体となって設立し、その社長も精神障害者である。事業の全容は複雑であるが、業務進行は予め1週間の自己申請に基づき、毎朝の業務進行ミーティングで始まる。出張販売部、

⁸ べてるの家の木制作委員会『べてるの家の本一和解の時代』べてるの家、1992

⁹ 永山盛秀「自分たちの力で社会参加をー可能性への挑戦ー『ふれあいセンター』における試み、『ファシリテーズネット』、Vol.2.No.1.1998

バイク販売部、送迎運転班、活動部、組織部、ボランティア部、委託事業部、職親・集団アルバイト部などに分かれていおり、50 種の仕事を分担する。このモットーは「納得のいく社会参加」である。すでに精神障害者同士で6組が結婚し、その子どもたちの保育も保育班が担っている。この構想は壮大な 20 年計画を持っており、経営は今のところ大赤字だが、2000 年4月には、精神科診療所も医師、看護婦を雇用してスタートさせる予定にある。「べてるの家」と並ぶ最近の注目株である。

(10) ニフティサーブ「精神保健ホーラム」

大手商用ネットワークのニフティサーブで、「精神保健フォーラム」のホームページが開設されている。加入会員は1万人を越えており、全国規模で交流している。情報交流の中心となっている「会議室」では、窓口、自己紹介、趣味、独り言、ピアカウンセリング、伝言板、当事者活動、情報提供などがあり、データワイブライでは社会資源一覧、精神保健文書館、電子会議議事録、作品コーナーなどが掲載されている。

5 日本の事例分析

日本の代表的な精神障害者領域のオルタナティブサービスの事例調査(現地調査・電話調査・報告調査)で全体的な現状と動向を把握してきた。35 カ所で実施されている。ここで特徴点だけをまとめてみる。

(1) オルタナティブサービスの実施内容

最も多いのは、相談活動・ピアカウンセリングである。「東京あすなろ会」「JHC 板橋」「全精連の加盟団体」「やどかりの里」「ごかい」などその数は多い。これはオルタナティブサービスがセルフヘルプグループ活動を基盤に発展した経過からも理解できる。本研究では、会員内部の相談活動はオルタナティブサービスにカウントしていない。次は、小規模共同作業所の運営であり、「すみれ会」や「あすなろ会」はその代表モデルといえる。とくに「すみれ会」は、常勤スタッフの全員が精神障害者本人である。そして、共同住居・グループホームであるが、「モナミ共同作業所」「つつじ会」「WHリバーサイド」「長崎ばってん倶楽部」「ふれあいセンター」などが実施している。たまり場の運営では、「すみれ会」「勝連」「つつじ会」などが実施している。その他では、機関紙や情報誌の発行など情報活動がかなり普及している。なかでも「すみれ会」「ふれあいセンター」の情報活動は充実している。アドボカシー活動では、神奈川人権センターや大阪人権センターなど外部機関へのユーザーの協力を除いては、セルフヘルプグループ活動の枠内で(例えば、お見舞い訪問活動など)実施しているところが多い。本格的な事業経営に乗り出しているところは、「べてるの家」「ふれあいセンター」である。変わり種ではインターネットサービスの「精神保健フォーラム」である。「クライシスセンター」や「就労サポートサービス」まで実施しているところはまだ生まれていない。しかし「ふれあいセンター」

(図表を一面に挿入)

は、精神科クリニックを近々運営する計画にある。これらのプログラムの中で、特徴的なことは、ピアサポート(相互の自由な関係)やピアカウンセリング(「わたしも型」アドバイス)が増加の傾向にあることである。この背景には、地域生活支援センターの業務の柱に、ピアカウンセリングが位置づけられたことが大きい。

(2) オルタナティブサービスの運営方法

メンバーだけで運営している所では、リーダー的な個人中心運営もあれば、「すみれ会」のように「ユーザースタッフ会議」で運営の基本を協議・決定するところ、「ふれあいセンター」のようにスタッフを含むメンバー全員による直接民主主義で運営しているところなど、グループの大きさや価値観により異なっている。専門家やボランティアが関与しているところでは、運営委員会方式が多く、一部ではスタッフ主導のところも見られる。

(3) オルタナティブサービスの実施背景と契機

十分準備して、計画的に発足させた「JHC 板橋」「やどかりの里」「麦の郷」「ふれあいセンター」などでは、中心スタッフの戦略的な着眼点によるところが大きい。「すみれ会」や「あすなろ会」は横式多美子、小坂功というメンバーに強力な指導者がいて、全体を牽引していった面がある。その他のタイプでは、実践活動を蓄積した結果からプログラムの開発にたどり着いたという側面がある。

(4) オルタナティブサービスのタイプと特徴

他の障害者運動から学んだタイプでは、①「自立生活センター」モデルである。CIL (Center for Independent Living) と呼ばれるこのモデルは、アメリカにおける自立生活運動に呼応して、日本では主に重度の身体障害者分野を中心に実践されているものである。「全精連」の各グループに見られるピアカウンセリングなどは、CIL プログラムをモデルとしている。外国から学んだという点では、②「クラブハウス」モデルの「JHC 板橋」、「クラブハウスはばたき」(小平市)、「就労支援センターMEW」(武蔵野市)などがある。独自の実践から形成した③「土着自主」モデルは、「すみれ会」、「べてるの家」、「やどかりの里」、「ふれあいセンター」などがある。個別的な反差別運動から形成した④反差別独立モデルは、「藤枝友の会」、「ごかい」などである。それぞれのモデルは、精神障害者の権利擁護については共通性があるものの、オルタナティブサービスの位置づけや、プログラム管理、メンバーの役割には微妙な違いがある。例えば、ピアカウンセリングにおける責任性(守秘義務・基本の技法)は共通するものの、メンバーだけで担えるか、それとも専門家への橋渡しを基本とするかでも力点の置き方が異なる。

(5) オルタナティブサービスの効果

メンバーの言葉からは、「薬の量が大幅に減った」「専門家と話していても対等な感覚がする」「自信が持てるようになった」「責任を感じる」「病氣したことを後ろ向きに考えることがなくなった」など様々である。ピアカウンセリングでは、カウンセラー自身が楽になる体験と、同じ病氣や障害の体験つまり、「共感しやすい」「関係が作りやすい」利点の実感されている。

Borkman(1976)がセルフヘルプグループについて、「体験的知識」(experiential knowledge)を

抽出したように、オルタナティブサービスもまた、「実用的・実践的」なプログラムである。それは、Reissman, F. (1965, 1990) の「ヘルパー・セラピー原則」(the helper therapy principle) を最も公式化し、プロシューマー (prosumer) やメンター (Mentor) という新語を生み出していることでも納得できる。

(6) オルタナティブサービスの現状と到達点

黒田知篤 (1988) は、すみれ会との関わりから「広義の精神療法的効果を期待しうる要素を持つが、しかし、それゆえに治療的道具の一つとして考えるべきではなかろう。メンバー自らの発言の社会的意味を尊重し、社会活動の一つとして受け取るべきものであろう」「精神障害者の自主的活動が、どこまでできるものであるかについて、われわれはいまだ無知である」「患者会活動は、官製の(あるいは既成の)社会復帰プログラムに対しても、当事者としての視点から、当事者の生活感覚、実状に応じた考え方、思いやりにもとづく、別のプログラムを提示したり、別の味つけの仕方をするかもしれない」と述べたが、それはすでに始まっているのである。基盤としての日本におけるセルフヘルプグループの形成と発展は、別表で示した通りであるが、1960年代～70年代の「萌芽期」、1980年代の「助走期」、1990年代の「発展期」を経て、オルタナティブサービスがようやく登場した段階である。したがって、現状ではその数や種類も決して多くはない。しかしながら、地域生活支援センターのプログラムにピアカウンセリングが位置づけられたように、その発展の芽が伸びようとしているのも事実である。

(7) 専門職との関係

セルフヘルプグループによる援助が、専門家による援助と質的に異なることは、これまでも多くの研究者によって語られてきた。例えば、Borkman, T.S. (1976)、清水 (1980)、久保 (1981)、中島 (1989)、宮本 (1992)、三島 (1997) 等々である。窪田 (1992) は、既存の専門的サービスによっては解決しない問題を、自らの課題として取り組むことをあげ、岩田泰夫 (1998) は、「平行過程の原理」として「専門職とクライアントの二つの仕事は、相互に依存的で補完的であっても、決して同じではない」と説明している。これは、スチュワート (Stewart, M, 1990) がバランス理論、交換理論を提唱したことに通じる。NIMH (パンフレット) では、『相互援助グループは医師、セラピストといった専門職の代替えにはならない。むしろ心身の健康のニーズは、専門職のケアだけでは満たされないという考えで活動している。病気の治療を受けた人はようやく回復への第一歩を踏み出だしたにすぎず、長期にわたる回復期に適応することこそ最大の課題になる。また、障害にわたるハンディキャップや慢性病をかかえる人々にとって、日常生活で直面する問題はあまりに荷が重すぎる。特に回復期にある精神あるいは情緒の病をかかえる人々にとって、情緒的な支えは不可欠だ、こうした事実は専門職の落ち度ではなく、その力の限界を示しているといえるだろう。』と述べている。

オルタナティブサービスが提起するプログラムは、かつては専門職の範疇であった。だからといって、専門職の領域に「浸食」してきたと捉える人は誰もいないだろう。むしろ、積極的にオルタナティブサービスの発展を望む立場から、何らかの関わりを求めている場合が少なく

ない。しかし、事例を分析する限り、関わりの距離や濃淡は様々である。オルタナティブサービスの内部システムに専門家が関与することを積極的に認める立場から、外部システムに位置して連携を図る立場などである。この点は論議の分かれるところでもあり、さらに実践による検証が必要であろう。

(8) 行政及び民間スポンサーとの関係

日本におけるオルタナティブサービスが軌道に乗ってきたところでは、積極的に行政や民間スポンサーにコミットしている。コミットしていないのは、「反差別」モデルとニフティサーブだけである。しかし、「全精連」の苦悩がそうであるように、財政的な裏付けがあるかないかは、このプログラムの将来を左右する。「べてるの家」や「ふれあいセンター」は、その事業の一部を有限会社方式で運営しているが、今のところ明暗を分けている。「べてるの家」は大幅な収益を生み出しているが、「ふれあいセンター」は従業員に賃金を払えないほど経営は大変である。オルタナティブサービスを本格的に行政や施策に認知されるには、まだかなりの時間を要するかもしれない。しかし着実な進展が始まっていることも間違いない。

その他、他の障害者サービスとの関係や、ボランティアとの関係など広い意味で地域社会との関係も分析が必要であろう。このためには、もっと多くの実践の積み重ねを見なければならぬ。「べてるの家」や「麦の郷」の実践はこの点でもヒントを与えてくれる。

6 考察—オルタナティブサービスの展開課題

最初に、重要な文献レビューをしておきたい。メアリー・オヘイガン¹⁰の見解である。彼女によれば、オルタナティブサービスは「地域社会に貢献する機会の保障」(p3)、「自分たちの望む治療、介護、援助」(p3)であり、「強制ではなく自分たちの意志に基づくサービス」(p5)と整理されている。そのうえで、「自分たち自身でサービスを運営していくための技術と資源を求め、また自分たちの能力を活用するさまざまな機会を求めます」(P6)と表明される。「サバイバーの運営するオルタナティブが必ずしも狂気の文化を創造するわけではない。しかしオルタナティブでは狂気に価値を認め、狂っていることに地位を与えるべきだ」(p65)とされ、「伝統的なサービスが人々の求めているものを提供してこなかったから、セルフヘルプ・オルタナティブが生まれたのです」(p131)とその背景を説明する。

オルタナティブサービスは作ることも大変であるが、いかに運営されるかが大切であることは彼女も指摘している。「既存の体制に代わるもう一つの世界を創造していこうとする試みは、たくさんの可能性に恵まれているだけでなく、同時に危険にも直面している」のである。精神保健サービスと「セルフヘルプ・オルタナティブ」の理念も対比して、階層的でない責任の分

¹⁰ 中田智恵海監訳、長野英子翻訳『精神医療ユーザーのめざすもの』(Mary O'hagan ;Stopovers---On My Way Home from Mars)解放出版社、1999

かち合いも強調しているが理念や原則通りにはいつていない現状も認めている。彼女は、オルタナティブサービスについて「会員の意志決定過程への参加を原則とする」(p154)と述べるが、それは「支援者も入れるか、支援者は入れないか」(p170)の結論を開示していない。ジュディ・チェンバレンから最も強く影響を受けながらも、彼女の立場はジュディ・チェンバレンの時代よりもかなり柔軟である。むしろ「資金援助」は、安上がりという政策選択以上の意味を見いだそうとしている。

いずれにせよ、オルタナティブサービスは欧米では、①ユーザーによって計画され、資源、配分、評価されるサービス・プログラム、②SHGの成長したもの(発展型)、③公式な精神保健システムのサービスを補足するサービスと捉えられている。

すでに日本においても、身体障害者分野における地域生活支援(市町村障害者生活支援事業)では、①ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等の利用援助、②社会資源を活用するための支援、③社会生活力を高めるための支援(生活訓練プログラム等の実施)、④ピアカウンセリング、④専門機関の紹介と、フォーマルな事業としてピアカウンセリングが位置づけられている。平成12年4月からの地域生活支援センターにおいても、同様の位置づけがなされ、オルタナティブサービスの一部はフォーマルなプログラムになってきている。この効果は計り知れない。実績の積み上げによっては、求められる治療的效果やコスト効果以上のものがイメージされる。精神障害者が自分たちでサービスを担うことが考えられなかった「医学モデル」の時代からすれば、その固定観念は否応にも転換せざるを得ないだろう。オルタナティブサービスの最大の効果は、彼らの権利拡大効果である。参加の拡大は、偏見や差別の払拭へつながる。しかしその先陣を切るメンバーは大変である。第2共同作業所の所長である宮岸真澄は、こう述べている。「スタッフをやる人はみんなの中で頭角を現してくる。自分でやりたいという人は結果としてつぶれる。」「自分はたまたまみんなの世話をしていたので、スタッフの役が回ってきた。」「従来の専門家との違いは、メンバーのニーズがダイレクトにくること。メンバーの困っていることが、自分の病気に照らし合わせて考えられること。」と長所を述べながらも、

「気を使う。命令口調や偉そうに振る舞わないこと。聞き役、受け役に回る。給料は安いと思うが、これ以上もらうとみんなの反発も買うと思う。」「自分も体調によって、言葉が誤解されたりする。」「夜の会議が多く、いつも夜遅いと疲れるし、妻は機嫌悪くなる。」とスタッフとしての役割に大変な負担があることを感じている。1999年4月に札幌市白石区に設立された共同作業所「ヨベルの家」では、常勤スタッフの雇用をめぐる障害者を雇うか、健常者を雇うかの論争が内部であったという。結局、障害者は非常勤スタッフとして雇用されたが、自分たちの力がつけば常勤も目指したいと筆者に語ってくれた。

こうしてみると、日本におけるこれからの精神保健福祉システムからは、ユーザーの位置も明らかに変化してくると思われる。それはオルタナティブサービスで彼らが力をつけてくるこ

とが間違いないからである。フィラデルフィア・オフィス・オブ・メンタル・ヘルスのパオロ・デル・ベッキオ(P. Del. Vecchio)は、来日(1993)¹¹したときに「ユーザー自身による新しいサービス」の種類とその基盤としての価値観を紹介し、ユーザーをスタッフにしていることに自信を持って発言していた。カレン・ヒル(karen Hill)も来日(1997)¹²した際「経済的な驚くべき成果が実現します。つまり、援助とサービスの利用者が、その提供者となるもの」と述べている。

そこで課題となってくるのは、まず、マンパワー・研修・財政・支援・政策のあり方である。拠点としての活動の場を確保するには、事業費助成などの公的支援が欠かせない。数えられる幾つかの自治体が事業費助成に踏み切っているが、現状ではあまりにも微力である。全国 of 精神保健福祉センターを中心に、リーダー養成研修に取り組むことが現実的な出発点であろう。

次に、専門職の位置や、ユーザーとの相互の有意義な関係づくりである。全体的には、メンバーシップを基本に、オーナーシップはバックアップを基本として再構成される必要がある。その際、専門家は、指導者でも傍観者でもない。オルタナティブサービスでは、メンバーに新しい葛藤や負担を生むことも多い。実際、筆者が知っている範囲でも作業所の常勤職員をしていたメンバーがその負担から続けられなくなった例がある。専門家は、同伴的援助を基本に対応しなければならない。ユーザーの苦手なところをフォローする力量発揮が求められる。

次に、援助プログラムの開発に関する課題である。どのようなプログラムが必要になるかは、それぞれの地域と実践が選択することになるが、ここでクラブハウス方式の位置と可能性も注目されてこよう。世界クラブハウス連盟の規約に基づく、かなりがっちりしたユニットでプログラムが構成されており、どの国に行ってもプログラムは同じである。これを変えるにはその基盤となっている哲学まで遡らなくてはならない。しかし、日本の実践から世界に発信するプログラムがあっても良いだろう。同時に、自立生活プログラムから精神障害者のオルタナティブサービスが学んでいる点も先に紹介した。彼らの実践に感謝しつつ、新しいプログラムを創造する実践も待たれている。

そして、地域社会との統合の可能性に関してである。同じ困難を持つ者同士の支え合い活動としてのセルフヘルプグループとユーザー活動の価値から生み出されたオルタナティブサービスは、精神障害者本人のみを対象としたサービス提供に留まるなら、あまり発展していかないのではなかろうか。むしろ精神障害を体験した異質性を武器に、同じ精神障害者という枠組みを越えて、広く地域社会で果たす役割を発揮する共生社会形成への橋渡し機能をオルタナティブサービスに求めたい。オルタナティブサービスが、背景の理念とする Helping You Helps Me は、セルフヘルプグループの発展を限りなく求める。それは、別れて別々に作

¹¹ 「精神障害者の主張」編集委員会編『精神障害者の主張—世界会議の場から』開放出版社、pp.253-258,1994 に詳しい。

¹² karen Hill; Supporting Self-Help (岡知史訳・久保紘章監訳「セルフ・ヘルプ活動を支える」『看護学雑誌』51/1.1997

るサービスから一緒に作るサービスへ、自分たちの権利擁護のみすべての階層に連帯した地域社会全体の権利擁護へ、セルフヘルプグループから「ピアサポートグループ」への新しい脱皮の誕生を予測させるものである。

8 まとめ

アメリカでは、全米のセルフヘルプ・オルタナティブ会議が2年に1度開かれている。日本の精神障害者のオルタナティブサービスはまだ助走期の段階である。経験は浅く、力はすべてを発揮していないし、失敗もある。サービスを担う精神障害者は、実際その多くがボランティア業務に等しい報酬しか得ていない。それでも、彼らは自信をつけてきているし、何よりも自分たちの実践が社会的に評価され、定着・発展することを望んでいる。その芽は温かく見守りたいし、大切に育てたい。「政府の法的なプログラムに代わるものにはならない」(カレン・ヒル)のはもとより前提であるが、やがて地域支援システムの一翼、それも、土台のモデルを形成する試みであるかもしれないのだから。

第7章 精神障害者のエンパワーメントに関する実証的研究 ——精神障害者の聞き取り調査を通して——

1 はじめに

壹(1999)¹は、最近書き直した『精神医学の思想 第2版』の中で、精神分裂病に罹患した障害者の人生の再建についてこう述べている。「20歳で発病した人が40歳になるまでに、再建の手がかりを掴めるか否かに人生の分岐点が置かれる。その頃には、親の世代交代も起こって、良い環境、支持者(特に配偶者など)に巡り合えた人々には、穏やかな後半生が期待できる。ただし『運は準備のある人しか助けない』(パストゥール)。「穏やかな後半生」が「運」なのかどうかは別として、その「準備」に何が必要なのか。20年前にアレエティ(Silvano Arieti; 1979)²が述べた、「分裂病に打ち勝つ患者」が今、日本で活躍し始めた。彼・彼女らは、エンパワーメントの生きた教科書である。

本調査の目的は、障害者本人のエンパワーメントを促進する方法を明らかにすることにある。特に解明すべき焦点は、どのようにして精神障害者のエンパワーメントは促進されていくものなのか、精神障害者本人を対象にその要因を把握することにある。これにより、本論全体の目的でもある精神障害者に対する効果的な地域生活支援システムの枠組みと方法を検討することができ、またエンパワーメントと地域実践を志向する精神医学ソーシャルワーカーのあり方に大きな示唆を得るものと期待している。調査・研究の対象は、①実名で社会的に活躍しているスピークアウトした、②精神障害者(ICD-10のF2を基準)で、③セルフヘルプグループに所属する活動の担い手であり、④事前に調査の協力が得られた者のうち、⑤全国的分布を考慮して選定した。この結果、10名を抽出し、筆者1人で調査した。

2 調査・研究方法

調査・研究方法はフィールド(聞き取り)調査を基本とし、事前に調査の目的と趣旨を説明し、結果は実名での発表をすることを含めて了解を得たうえで、現地に出かけ、直接の半構成的面接(semi-structured interview)を中心に行った。面接は指定された非調査者の場所で行なわれた。面接時間は1事例長くても2時間以内を基本としたが、3時間を越える場合もあった。この際、面接中のメモとテープ録音の許可を了解してもらい、一部は当該精神障害者の発表

¹ 壹弘『精神医学の思想 第2版』、創造出版、1999

² シルヴァーノ・アリエティ著、近藤喬一訳『分裂病入門』、星和書店、p215、1980

したペーパーやインタビュー後の電話調査などを参考・補足して、データの収集を行った。分析方法は主に Grounded Theory 法及びKJ法を用いた。その理由は、調査の目的を得るには、数量的研究ではなじみにくいことがある。数量的データを如何に列挙しても精神障害者の人生の再建とエンパワーメントの要因を解明するには無理があると判断したことによる。また、参与観察的方法では、主観が入りすぎて調査の妥当性や信頼性を脅かす危険が強いため排除したことによる。なお、研究結果の発表にあたり、できるだけ彼らの生の声を忠実に再現することに心がけた。生きた現実を抱えた個人個人がどのようにエンパワーメントしていったのかを証明するには、彼ら自身による体験の記述が重みを持つと判断したからである。実名での報告は、彼・彼女らの意思でもあることを付言しておく。なお、調査の期間は、平成 11 年 10 月 1 日から同年 11 月 20 日までである。

事例の選択にあたり、最初の仮説を次の6点に置いた。聞き取りもこの柱を中心にして進められた。

① 内面的特質(病型や病気の程度、病気や障害の受容度、性格、社会生活体験の度合い)は何か

② 仲間の存在は影響するか

③ 専門家の支援は影響するか

④ 現在の社会的役割の存在は影響するか

⑤ 一般市民の存在は影響するか

⑥ 地域的な違いはあるのか

この結果は、考察で記述した。

3 事例のプロフィール(所属:第1肩書)

(1) 広田和子(やまゆり会:コンシューマー&サバイバー)

53 歳。女性。病名は精神分裂病。やまゆり会事務局長。84 歳になる母親と2人暮らし。今年の8月に横浜市の住み替え家賃助成制度を使って広い一軒家に転居。そこでショートステイを自前で行っている。本人自身は、生活保護(障害加算)で約 12 万弱(住宅扶助は別)の生活である。

福岡で生まれる。父方は福岡県田川出身であるが、韓国で出生。母は横浜出身。終戦の年 10 月に日本に引き揚げ。本人が4歳の時に一家して横浜磯子区に移り住む。子供時代は父が沖仲士をやっていて、よく酒を飲み、一家は荒れていた。中卒後、日立製作所戸塚工場に試験合格するものの、家庭調査で不採用となる。父はその頃、家出して赤提灯の店で働いている女性のところに転がり込んでいた。昭和 36 年に日立の下請け会社に入職。昭和 40 年に定時制高校を卒業するが、高校時代から、一家を支えるために包装工、エレベーターガール、お茶くみ、赤提灯の女給、営業事務、飲食店の賄い、焼鳥屋、縫製工、製造工、電話セ

ールスなどいろいろな仕事をやったという。

発病は36歳と遅い。昭和57年12月24日、自衛隊横須賀基地にクリスマスだからパーティをやっていると思い、出かける。守衛に「やっていない」と言われて「やるべきですよ」と言って、守衛の隙を見て基地司令部まで入ってしまい、110番通報で保護される。翌日、精神科外来を受診して、斤光院の精神科デイケアに通う。昭和62年保健所の「生活教室」に通う。その後、一時就職するが病状が悪化し、昭和63年5月に県立斤光院病院に入院。昭和63年7月から平成元年6月まで地域作業所に通所。筆者とは退院直後にキャンプで合っている。彼女が大きく変身・エンパワーメントしてくるのはそれからである。1991年に、アメリカ・セントルイスで開催された「日米障害者協議会」に生活保護受給者の立場で参加して話題（首相官邸で当時の海部首相に激励される）を呼ぶ。以降、主な海外渡航は、95年のアイルランド・ダブリンで開催された「世界精神保健連盟世界大会」、96年のニュージーランド・オークランドで開催された「アジア太平洋障害者の10年NGO会議」と「リハビリテーション世界会議」、97年のサンフランシスコでのメンタルヘルスとピアカウンセリング研修などで、世界のユーザーたちと交流する。

現在は、神奈川県精神障害者連絡協議会事務局長、希望の会、ボヘミアン、らくらくバンドなどの会員、神奈川人権センターソーシャルワーカー、「横浜生活あんしんセンター」障害者110番相談員、「横浜市障害者施策推進協議会委員」、「ぜんかれん情報誌レビュー」編集委員、神奈川県社会福祉協議会「精神保健ボランティア講座推進委員」、思春期ボランティア活動実行委員長、神奈川県立看護教育大学校非常勤講師、日本病院地域精神医学会評議委員等々、数々の活動をしている。

(2) 渡辺義和(JHC板橋;スペースピアでのピアカウンセラー)

34歳。独身。JHC板橋との出会いは5年前から。高校2年ときに病気になり、大学3年(23歳)のとき、医療機関を受診。当時、東洋大学応用社会学科福祉専攻の学生であった。大学の教授を通して受診につながっている。はじめ東京武蔵野病院を受診し、最終的に大田区にあるS病院に入院。病院から大学に通ったりして卒業した。これまでの入退院は10回近い。1回の入院期間は1年間近いものもあった。病気についての自分の理解は、不眠症と月に2から3回2日間眠込んでしまうということ。体内時計がめちゃくちゃになっている。薬は欠かせない。薬がないと眠れない。最後の入院のときにJHC板橋に出会い、それからは再発していない。分裂病の症状はなくなっている。

ピアカウンセリングの活動としては、現在「スペースピア」(地域生活支援センターで、国の補助金が交付されている施設)で、ピアカウンセリングの非常勤職員として活動。報酬は少額だがもらっている。この施設は平成10年の1月に開設され、実際に稼働したのは4月からである。

家族は、妹が20歳のときに難病で亡くなり、大学3年のときに、母親が亡くなり、現在父親

と2人暮らし。茨城県水戸市出身。私立城北高校に通学(御三家といわれる進学校)し、その後、引っ越しうつ病のような状況から発症した。病名は精神分裂病。JHC板橋に通うようになったのは、東京武蔵野病院のソーシャルワーカーが紹介してくれた。年金、自分の障害者年金で暮らしているが、父(64歳)は、日立製作所の部長をして定年退職。資産家なので経済的には問題ないという。東京でマンション生活をしている。2LDKで10万の家賃。将来水戸に帰るつもりはない。東京に居すぎたので、水戸に帰ろうとは思わない。帰ったら孤立してしまうという。

非常勤の仕事は、週1回の来所相談、週1回の学習会のリーダー。月2回の作業所の学習会リーダーもしている。

「JHCのメンバー300名のうち、ピアカウンセラーになった人が3人いる。スペースピアでやっているのは3名。体系だって勉強してきた人は僕だけ。実働3名だけど。自分は後釜ができるまでやる。就職できる自信がないので一般の就職はしないつもり。」など話してくれた。

(3) 山口弘美(長崎バッテン倶楽部:全精連副会長)

52歳。男性。長崎県戸次町で一人息子として生まれる。3歳とき家族で長崎市に移住。小中高校と長崎で過ごし、受験浪人を経て慶応大学商学部に入學。昭和48年大学を卒業して、大手鉄鋼メーカーに就職。大阪の阪神製造所に勤務して1年余りの27歳の時に精神分裂病を発病。北九州市にある民間精神病院に3か月入院。「会社もクビになり、離婚も経験した」と言うように、26歳で高校時代の同級生と恋愛結婚したが、病気になって離婚している。その後、服薬中断で再発を繰り返し、38歳まで計8回の入院を体験。その後、14年経つが、再発はあっても、入院せずに切り抜けてきたと言う。29歳で見合い結婚(再婚)し、昭和52年には長男を出産。「妻には病気のことを内緒で結婚した」ため、その後の入院では何度も離婚の危機があったが、やがて妻も理解してくれるようになったと言う。「まだ病状が不安定なときに働きながら薬を飲み続けるのは大変だった」と、述懐するが、生活するためにパチンコ店員、サラ金の取り立てなど職を転々したと言う。

40歳を前に、「勤めは向かない。もう転職はできない」と決意し、41歳の時に、「行政書士」の免許を取得。やがて顧客も増え、生活が安定してきたが、「深い悩みに陥った」と言うように、「自分と自分の家族のために生きるより、苦しんだ忘れられぬ体験を受け入れ、自分は精神医療ユーザーとしての生き方を選ぼう」と決意する。44歳の時である。ちょうどその頃、長崎市の保健所デイケアで、K精神保健福祉相談員と出会う。K相談員の呼びかけもあり、「自分の気持ちを理解してくれる仲間がほしい」と思っていた山口氏が中心になり、平成3年、セルフヘルプグループ「長崎バッテン倶楽部」が7人の仲間で開催した。これ以降の彼の活躍はすごい一語である。

幸い、親から受け継いだアパートが自宅敷地内にあったこともあり、平成4年4月には、長崎市で初めてのグループホーム「住吉」をスタートさせた。運営しているのは「長崎・精神障害者

を支える会」という障害者本人や家族、病院、保健所や行政の関係者が中心であるが、山口氏はこの団体の事務局長であり、家主であり、スタッフである。その後、この会はもう一つ、グループホーム「岩屋」をスタートさせている。そして、平成6年には福祉的就労の場所として作業所を開設しているし、今は平成12年開設に向けて、憩いの家的な第2の作業所を実質スタートさせてもいる。この間、山口氏は1993(平成5)年に当時、長崎県精神保健福祉センターの所長であった河崎医師の呼びかけに呼応して長崎県精神障害者団体連合会を組織化(現在12グループが加盟)し、その会長になると共に、同年の全国精神障害者団体連合会の結成では、その副代表に就任する。その年、長崎市で全国のボランティア団体の集まりがあって、そこで最初のスピークアウトを決意し実践する。以後、平成7年には、日本精神神経学会や精神病院・地域精神医学会、全国リハビリテーション会議などでシンポジストとして招聘され、千葉県・幕張で開催された「世界精神保健連盟世界大会」では、精神医療ユーザーを代表して(DPI日本会議常任委員)NHKの教育TVに出演、各新聞や雑誌などのマスコミ取材に応じるなど精力的に活動していく。平成8年には第4回全国精神障害者団体連合会の大会を長崎で開催し、その中心的役割を担っている。そして平成9年7月1日からは、精神障害者としては全国で初めて「地方精神保健福祉審議会」の正式委員(東京都の場合は臨時委員である)に選ばれている。交通事故の示談交渉や遺産分割協議など顧客もあり行政書士の仕事は今も続けているし、自宅で古金商を営む社会適応訓練事業主でもある。

(4) 坂本喜教(久留米市:「くるめ出逢いの会」世話人:「言いたい放題」代表)

43歳。男性。久留米市在住。両親(70歳前後の)と同居。他に既婚別居の妹がいる。山口群瀬高町に生まれる。高校(電気科)を卒業後、学校の紹介で、三菱工業広島造船所に就職(約6年勤務)する。転勤で成田空港で燃料給油業務に1年半従事するが、仕事上のプレッシャーもあり、25歳で発病。父が帰ってこいというので久留米に帰ってきて、福岡県内の精神病院に入院。服薬中断で再発することが多く、計5回(通算3年入院)の入院歴がある。精神科デイケアを経て、現在は精神病院の外来に通院。家が自営業(電気工事)なので、退院するとすぐ仕事はあったが、家だと甘えが出て、自分が伸びないと思い、今は別のところで仕事に就きたいと探している。経済生活は、失業保険を10月までもらっていたが、現在は障害年金(3級)でやっている。

(5) 高井武憲(帯広市:十勝ソーシャルクラブ連合会事務局長)

51歳。独身。家族との交流はあるが支援はないと淡々と話す。支援アパートで仲間と共同生活。帯広生まれ。小中高校は帯広で過ごし、立命館大学文学部哲学科に入学。大学院に進学する予定もあったが、父親が本人21歳の時に亡くなり、郷里に帰る。その後帯広で塾の教師をしばらくやっていたが、次第に一人閉じこもった生活となる。昭和57年(34歳)に帯広厚生病院に入院(2年半)。精神分裂病と診断される。通算3回の入院。退院後の職歴はない。

現在の暮らしは生活保護プラス障害保健福祉手帳2級加算で、約 11 万円。

(6)内山一男(帯広市:エンジェル会会長)

50 歳。帯広生まれ。2歳の時に両親が離婚し、父方の祖母に育てられる。小学校4年生から新聞配達をはじめ、中学を出てすぐに地元の建設会社に就職。以後、理容師になったり、さまざまな職を経験しながら全国を放浪する。18歳の時に発病。緑が丘病院に入院。以降18回の入院(通算7年)を繰り返す。最後の退院から16年になる。家族はいなく全くの単身。昭和51年から現在の支援アパートで共同生活。生活費は、生活保護に加え、障害加算で約11万円。

(7)宮岸真澄(札幌市:すみれ第2共同作業所所長)

43歳。同じ障害者と結婚して11年。北海道沼田町出身。日本で最も古い精神障害者のセルフヘルプグループの一つである「すみれ会」が設立・運営する作業所の所長である。北海道教育大学旭川分校卒。昭和53年より小学校の教員となる。23歳(昭和54年)に発病。6ヶ月入院。病名は分裂病。退院して故郷に帰ったら、親が世間体を気にして家から出してもらえなかった時期もある。発病後は、鉄工場、アルミサッシ工場、印刷工場などいろいろな仕事に従事する。「初めて精神科医に出会ったのは大学時代で、考えがまとまらなかった。不眠や体重が急速に減ってくると具合が悪くなる。病識がないとスタッフはやれない。」と話す。経済生活は、職員給与プラス障害年金2級(妻も同じ)。

精神障害者セルフヘルプグループ「すみれ会」が設立した小規模作業所。現在第1・第2共同作業所を合わせて120名のメンバーが利用している。すみれ会とは、北海道精神障害回復者団体連合会(道回連)といい、53団体1,250人の会員を要する日本最大の団体である。札幌すみれ会は2000年で創立30周年を迎えるこの分野の老舗的存在である。指導員は第1第2合わせて9人おり、全員が精神障害者本人である。

(8)早坂潔(べてるの家:住人)

「べてるの家」1984年に設立。旧約聖書の「神の家」の意味。生活の拠点であり活動の拠点である。共同住居は現在7カ所、古い家を改造して住んでいる(メンバーに大工が一人いる)。共同作業所、有限会社を持ち、メンバー約60人が利用する。年間収入1億円を越す。「全国の過疎地でこんなことやっているのはべてるしかない」と彼は胸を張る。

43歳。独身。えりも町歌別出身。家族は両親と4歳年下の弟の4人。物心がついたときは胆振地方富内で育つ。父親は当時、穂別の木工所で働いていたが、かなりの大酒飲みで、夫婦ゲンカが絶えず、母や弟と逃げて歩いたこともあるという。結局、両親は離婚し、小学校5年の秋に琴似町に移り住む。勉強は嫌いで、メンコやビー玉などでよく遊んでいたという。中学校に入り、「特殊学級」に入れられ、いじめられている。中学3年の9月、15歳で発病。学校の

先生に連れられて、昭和 45 年末に浦河赤十字病院に入院、「精神分裂病」と診断されて、昭和 46 年7月に退院。卒業証書は病院で受け取る。退院後は、恵庭町で映画技師の仕事にあり就き、住み込みで働く。恵庭には8年住むが、そこで母の死を知らされる。中1の弟は父親に引き取られ、本当に単身となる。その後、田舎に戻り、牧場で働くが、再発する。以降 16 回の入院歴がある。浦河教会の牧師の紹介で「べてるの家」に住んで、16年になる。1983 年に3人の仲間で住み始める。その年の 12 月に洗礼を受ける。10 年ほど前に、家を改造してみんなで住むようになった。現在は部屋が9つあって、女性1人を含む7人で暮らしている。彼はいつもひょうひょうとしている。講演会の挨拶は、きまって「精神分裂病の早坂潔です。時々おかしくなりますので、よろしくお願いします。」である。昆布の仕事や紙おむつの配達などをしながら生活している。

(9) 石田康夫(川崎市:グループ幸会長)。

50 歳。独身。川崎生まれ。高校までは順調に暮らす。消防署に勤務していた 20 歳で発病。地元のK精神病院に入院。具合の悪かったときは、保護室から半年も出られなかったと言う。6回の再発再入院を繰り返し、入院中の 36 歳の時に、保健所デイケアに通う。翌 37 歳で退院し、アパート生活を始める。その後、同じ病気の友人とその友人が彼のアパートに一緒に住みだし、3人の共同生活となる。その後、2カ所の作業所を順調に経過する。平成6年から生活保護を受給。10 年以上再発することなく、薬の量もずいぶん少なくなった。眠剤はもう飲んでいない。平成 11 年4月から市民団体が運営する「ふれあいの家」事務局長。会は「ショップふれあい」、「グリーンふれあい」、「喫茶ふれあい」の3事業を営む。ジャズコンサートもやる。同じ障害者のFさんが非常勤となったのでうれしいと彼は近況を語る。誰からも親しまれる人気者でグループ幸の会長。大学で臨時の講師もしている。

(10) 安里良盛 (那覇市:ふれあいセンター:精神保健回復者の会副会長)

47 歳。既婚。那覇市に生まれる。男ばかりの兄弟5人の2番目。当時の父は札幌ビールに勤めたいが今は定年退職。本人はどうせ船乗りになるのなら、と思って高校は中退する。カナリヤ諸島をベースに船乗り(太陽漁業でコック)を2年していた。その後は、夜スナックでバーテンをしていた時の 24 歳で発病。通算5回の入院歴となる。5か月から長くて8年の入院もある。病院入院中に知り合った人と 1995 年 11 月に結婚。彼女の兄も病気で今は3人で暮らしている。生活費は、障害年金と職親での手当だが、時々父が小遣いを送ってよこす。父は東京で単身暮らし。母は 45 歳で病気で亡くなる。飼料会社でフォークリフトの仕事や、滋賀県のラーメン屋など仕事は転々とした。退院してすぐ、「ふれあいセンター」に通って、2年半になる。糸満精神病院とは 20 年のつきあいになる。ふれあいセンターはこの病院ワーカーからの紹介。来年は「ふれあいセンター」がクリニックを開設する。2000 年に沖縄で全精連の大会を開催するので、その準備で忙しい(その後、彼は大会実行委員長に選ばれている)。

4 結果と分析

インタビュー調査の結果、16 の構成要素と1つの隠しオブジェクトが抽出された。抽出された項目は以下の通りである。

①【開かれた性格】

かつて、精神分裂病に見られる性格特性はネガティブイメージそのものであった。代表的なのはドイツの Kretschmer (1955) による類型論³である。分裂病気質の基本的な特徴は、「非社交的、静か、控えめ、きまじめ、変人」であり、過敏性と鈍感さという対極の性格を持つ「やせ型」タイプに分類されている。インタビューで表明された精神障害者は、誰一人この古典的モデルに該当していない。広田は、「楽天的、おおらか、大ざっぱ、面倒見がよい姉御肌。話好き。」、渡部は、「性格は自分では穏和な方だが、年に 1 から 2 回は切れる。親に対してが多い。」、坂本は、「元々暗かった。意識して明るく振る舞ってきた。考え込むタイプで、頑固な部分もあるけど、でも譲っている。」「母は小さいときから優しい性格だというのが、病気してから、より優しくなった」と答え、高井は、「明るくよくしゃべる。外向的で冗談好きだが、反面考え込むタイプ」、内山は、「外向的で、誰に対しても表裏のない性格で人望が厚い。」と自らを評価する。宮岸は、「みんなを先頭になって引っ張っていくタイプではなかった。実務的にこつこつやるのが好き。」「まわりの評価では『突っぱねるところもあるけど、根は優しい。』と言われる」と答え、山口は、「楽天的で、小さなことにくよくよしない。」、石田は、「明るく人なつっこいキャラクターで、他のメンバーに好感を与え、みんなに“やっちゃん”と呼ばれている。早坂は、「ユーモアと飄々とした」タイプでまわりから好かれている。安里は「あまり考えないでよくしゃべり、明るい性格」という。言葉は悪いが、彼・彼女らの性格特性は、「社交的で、よくしゃべり、遠慮がなく、適当にまじめ、ユーモアあふれる普通の人」である。この「開かれた性格」が必ずしも病前からの性格であったとは言いきれないが、病前からそうだったと答える人も多い。分裂病のパーソナリティは豊かである。

②【病識の存在】

精神分裂病の診断基準では、ヤスパース (K.Jaspers; 1946) によってはじめて定義づけられた「病識 Krankheitseinsicht」の有無は神経症及び「完全な寛解状態に達したかどうか」⁴を区別する重要なメルクマールとなっている。それは、分裂病を認知障害や自我障害の病気として捉える当然の帰結でもある。では、彼・彼女らはどうか。

³ クレッチマー, E、相馬均訳『体格と性格』文光堂、1960

⁴ 諏訪望『最新精神医学』南江堂 p.49.1973

広田「精神分裂病。大きな入院は1回限りであるが、時々数日間の休息入院をしている。薬を飲まないで一睡もできない。薬を飲んでも音がすると眠れない。」

渡部「分裂病です。病気のことでは、関連妄想、関連づけるのを極力やめようとするようになったこと。テレビを見ていると、関連妄想が出てきてしまうので見ないようにしている。」「今は、だれかに監視されようがもういいやという気がする。プライバシーはいいやという開き直った発想。徐々にそうなった。」「悪かったときはくすりを飲んでいても関連妄想が出てくる。四六時中監視されているという感じ。外に出ていても、つけられている、見られているという気がした。襲われるという恐怖感があった。閉鎖病棟の入院は安全になるという感じ。1週間閉鎖病棟にいた。再発、再入院はもうないと思う。」

山口「あります。ですからよく寝ることや、心配をため込まないことが大切」

坂本「精神分裂病です。周りの人の話が気になってきたら、黄色信号。落ち込みだしたら、かなり黄色信号と思っている。」

高井「自分では精神病でないと思っていた。今は病識もある。精神分裂病です。幻聴は今もある。ひどいときは幻臭や幻視もあったし、誇大妄想や被害妄想もあった。うつ的になるときもあった。」

内山「分裂病です。自分の病気は幻臭、幻視、幻聴が基本です。妄想はありません。」

宮岸「疲れをためると調子を崩す。自分で分かります。コントロールできている。」

早坂「精神分裂病です。おかしいところは沢山ある。それは治らない。調子が悪いときは自分で分かる。」

石田「非定型精神障害で、調子に波がある。全力疾走しだすと具合悪くなる。」

安里「病気は精神分裂病です。別に隠そうとしない。自覚している。薬は徐々に減らしていきたい。生活の中で精神的に疲れると眠れなくなる。」

全員が自分の病名を知っている。そればかりか、自分の症状や危険サインを認識しており、セルフコントロール力を備えている。しかし病気が完全に「治った」わけではない。広田は、いまでも、お昼まで起きることは困難だし、年に1回は休息入院をしている。彼女は自分に「オーバーホール」は必要という。内山は今でも幻聴はあるし、早坂も無理をするとすぐ悪くなることを知っている。安里は疲れの蓄積を警戒する。だからみんな薬は欠かせないと認識しているが、薬の量はかなり少なくなっている人が多く、「眠剤はもう飲んでいない」人から、「1日1回の服薬のみ」の人もある。はっきりしていることは、彼らは病気に打ち勝っているのである。

③【出発としての怒りと疑問】

エンパワーメントはどこから始まったか？という問いかけで、キー概念として「怒り」や「疑問」が抽出された。各自の発言で紹介しよう。

広田「父は日本人なのに朝鮮で生まれたから、子どもの時からよくいじめられた。就職で差別されたことはいまでも忘れられない怒りです。」

渡部「母親が分裂病であった。病院の記憶はある。ろくなところじゃあないなあという記憶。水

戸から引っ越したことは後悔している。はじめは親父ひとりが単身赴任するということであったのに、家族皆で引っ越すことになった。冗談で自分も行くといったのに。妹も巻きぞいにしてしまった。引っ越して妹はいじめにあった。自分は病気になった。怒りはあったけど、誰も責めてはいない。」

山口「日本の精神医療の貧しさに対する怒りがあった。なんで、こんなひどい病院に入院しなければならないのか!？」

坂本「疑問から始まる。自分の置かれている立場への。なぜ、発病したとって、人生が終わるようにならなければいけないのか？」「疑問に対するその答はみんなで考えていくもの。自分は10年近くかかった。」

高井「病気になったのがただ悔しかった。」

内山「貧乏だったし、病気前からどん底を味わっていました。」

宮岸「ショックでしたね。二度と人生の表街道を歩けないと思った。怒りがその後に出てきました。」

早坂「ただ精神科に入っただけで、19歳で精神障害者といわれるのか。怒りしか浮かばなかった」

石田「入院だけでなく、社会に対する怒りがあった。それが実感だよ。問題はそれをどこにどのような形でぶつけるかだ。その時はわからなかった。」

安里「偏見に対する怒りがあった。それは見返してやろうということではないが、自分たちもいろいろやれることを証明したかった。社会の偏見が強いから逆にそれが活力になっている。」

異口同音である。自分の中でのエンパワーメントの始まりは、こうした自分の置かれた状況に対する怒りや疑問が出発点となっている。いまそれを淡々と冷静に話すが、けっして忘れたわけではない。彼らを行動に駆り立てる怒りは内省化したのである。それがどのようにして始まったかを次に見ていく。

④【実践と学習】

彼らにとって、実践と学習は、動因である怒りや疑問から始まった。

広田「自分で日本の精神医療政策を勉強しだした。」

渡部「ピアカウンセリングの本格的な勉強は、1995年に10人で、カルフォルニアの施設と州都のサクラメントコンシューマーセルフヘルプセンターに行ったことである。ピアカウンセリングをやっていて、相手の相談に巻き込まれることはない。トレーニングは大事です。」

山口「名前を出すには勇気がいるが、何よりも勉強が必要だ。勉強して、日本の精神保健福祉政策が行き当たりばったりの出し方であることを知った。日本の精神医療がどう変わっていかなければならないのかを考えるようになった。」

坂本「疑問を覚えたことによって、それを解決するために情報が必要になった。でも本を読むのは嫌い。みんなの体験を聞く。」

高井「学習会で勉強する。哲学的なことを考えるのが好きだから、それも役に立っている。」

内山「機関紙を編集しているのが、結構大変だけれども勉強になる。」

宮岸「本も読んだけれどもあまり影響を受けなかった。セルフヘルプグループに関しては翻訳調で、参考にはなるけれども、切り花みたいでそのままでは日本に当てはまらない。勉強会や活動で自分も自信がついてきた。」

早坂「3度の飯よりミーティング。本はほとんど読まない。」

石田「本より、実践で学ぶことの方が大きい。自分が体当たりして、経験して、仮に失敗しても身につく。」

安里「本で読む勉強は嫌いだけど、みんなでする学習会は好き」

怒りを認識のレベルに内省化していき、疑問を認識のレベルで解明していく学習の方法は、このように各自違う。本から直接学ぶ者、学習会や体験を聞いて学ぶ者、実践で学ぶ者、さまざまである。はっきりしていることは、内発的動機づけによる自覚的な学習態度が準備されていれば、どの方法で学習しようと吸収力があるということである。

⑤【生活体験の蓄積】

当たり前だが、人の生育歴はすべて違う。彼・彼女の現在がどうして形成されてきたのか探り出すと何時間と話を聞いても足りない。何十年もの人生をわずか数十分では語れない。そこで、一つだけの質問をした。「自分のこれまでの生活体験の中で、自分の現在を作ってきたことにつながるものを1つあげるとしたらそれは何ですか？」答は以下の発言である。

広田「子供時代から苦勞してきた体験や民間の零細企業で働いてきたことも大きい。もともと自己決定ができていた。」

渡部「JHC板橋と出会ってからの方が大きいかな。」

山口「いろいろな仕事を経験して、世の中を見てきたことが大きい」

坂本「6年前に身体障害者関係の作業所で職員をやった。その時の経験は生きている。」

高井「塾の教師をやっていたこと程度だけれども、人と話すことが好きで身についてきた」

内山「放浪生活は辛かったけど、どん底を味わった強さもある」

宮岸「教師をやっていたときに似ている部分もある。人が変わっていく、いい方に変わっていくのがおもしろい。自分はメンバーの良いところを見つけをする。」

早坂「苦勞したからな、今は楽だよ。」

石田「入院していた頃、文集を作っていたことも財産」

安里「コックをやっていたから、それと海外に若いうちにいったこと」

結果は、①発病前の苦勞した体験をあげた人(広田、山口、内山、早坂)と、②発病前のプラスの体験をあげた人(高井、宮岸、安里)、③発病後の体験や出会いをあげた人(渡部、坂本、石田)に3分した。発病の年齢とは関係がない。①の広田と山口は30代で発病だが、内山と早坂は10代ですでに発病している。②高井は30代で発病だが、山岸と安里は20代前半である。③渡部は10代で、石田は20歳、坂本は25歳である。現在の年齢では、③は比較的若い。統計的にはまったく意味がない。はっきりしていることは、各自があげた体験が各

自にとって意味を持っているのであり、般化して述べれば、どんな生活体験でもプラスの蓄積を生むことは誰にとっても可能ということである。「振り返れば」という限定つきではあるが。

⑥【現存する未来との出会い】

新しい世界に触れることがどんなに素晴らしいことか、彼・彼女らのエンパワーメントをもたらすものであるか、以下の発言が証明している。

広田「1991 年にアメリカに行って、新しい世界にふれたこと。コンシューマーが主体的に生きている姿を見て、自分のスタイルで良かったのだなと自己点検できたことと、これからの自分のやりたいことが見えてきた。」

渡部「生まれてはじめての海外旅行であった。いい経験だった。やっていける自信が湧いた。韓国のクラブハウスにも行った。韓国は社会資源が少ないから、クラブハウスがJHCのサンマリーナより立派にやっていると感じた。」

山口「世界のユーザー会議で外国に行った。パーと前が開けた感じがした。希望が持てた。」

坂本「いろいろな仲間と交流している。聞くこと、見ること、すべてが新鮮。」

高井「すみれ会とか、全国大会が帯広であって、いろいろ話が聞けた。」

内山「帯広は住みやすい。こんなに社会資源がそろっているところはそんなにないですよ。あちこち見たら、ここの良さが分かった。」

宮岸「ユーザーの世界大会もそうだけど、他の障害者運動から学ぶことも大きい。」

早坂「全国飛び回っているから、むしろべてるのよさが見えてきた。べてるは、一人一人の顔、表情がよい。べてるは濃いところだよ。」

石田「海外は行ってないけど、向こうに行っていたワーカーからよく話を聞けるし、ここの活動は良い線いっていると自分でも思う。」

安里「アメリカや、喜連川とか、あちこち行って勉強になる。べてるの家とは、ファックスでやりとりしている。」

それぞれが自分のポジションから世界を見ている。そして交流している。エンパワーメントされるはずである。

⑦【実名へのスピークアウト】

彼・彼女らは全員が実名で登場している。新聞や雑誌、ラジオやTV、専門誌にも登場している。顔入り、写真入りである。ちょうど筆者が「べてるの家」へインタビューに行った日(10月4日)も、その夜のTBS筑紫哲也の「NEWS23」でも、『消された顔を取り戻した精神障害者「べてるの家」の人々』が放映された。本論が実名で彼・彼女らの言葉を伝える理由もそこにある。消された顔を取り戻しているのである。それはともかく、実名へのスピークアウトのきっかけや理由を尋ねてみた。

広田「精神障害者を名乗れるのは、本人の勇気よりもまわりの環境が大事。」

渡部「実名で登場するのは、東京に住んでいるということが大きい。テレビに出たことはないが、専門誌など読む人はこの世界の人。ちゃんと読んでくれれば、偏見差別ということにはな

らない。最初から実名であった。テレビだと、近所の人がみる。東京はいろんな人がいるから。」

山口「障害を持つ本人たちが語らなければ、説得力がないし、何も変わっていかない。マスコミに出られる人は、長崎でまだ4人だけど、増えていくでしょう。」

坂本「自分の考えがなんとなくまとまってきた頃に〈出逢いの会〉に会えた。病気には負けたくなかった。恥ずかしいことでも何でもない。堂々と生きたい。」

高井「隠しては何も変わらない」

内山「身近なところからだんだんとだったけど、『道新』に出たときは自然という感じだった。」

宮岸「最初は病院に薬をもらいに行くのでもサングラスで変装していた。すみれ会で多くの仲間にもめぐり会えて変わってきた。病気であるのに病気を否定した生き方はやめにした。胸を張って病気であることは証明していこうと思ったら、隠す生き方はとれない。もちろん、『精神病』という看板をぶら下げて歩くことではない。そんなに気張るものでもない。」

早坂「街の人は『べてるの家』のことはみんな知っている。実名はそれを少し広げただけのことだ。」

石田「作業所に通いだした頃から、隠そうという気持ちはなかった。隠していたら偏見はなくなるよ。」

安里「今年の6月にテレビに出演した。顔と実名で。実名には、ふれ合いの仲間の支えがあった。隠さない生き方を学んだ。」

地域性から「自然にそうなった」という人もいるが、隠していることへのマイナスと隠さない生き方へのプラスの判断は共通した彼・彼女らの認識である。仲間から学び、まわりの環境や支援があって、それぞれが最初の一步を始めている。しかし、この一步は大きな一步である。

【学歴の持つ意味には個人差がある】

個人の属性にとって、学歴は重要な意味を持つと思い、質問したが、その結果はかなりの個人差があった。宮岸が、「大学を出たことは自分にとって大きい。考え方の基礎は身につけていたと思う。」と言い、渡部が「大学で基礎的な学問をやっておいたことはよかった。」と言ったぐらいである。大卒の山口は、首を傾げるし、高井は「哲学が好きで大学に入ったが、飯の種にはならないよ。」と話す。広田は、「大学どころか、高校も出てないよ。出ていないけど、その分、社会で勉強したよ。」と言い、坂本は、高校電気科卒を「仕事では役に立っていたが、それ以上ではない。」と言う。石田も高校を卒業しているが、「出会いと実践から学んだ」と言うし、内山や早坂も学歴に関しては発言がない。安里は船乗りになりたくて高校は行っていない。もちろん、家が貧乏で行きたくても行けなかったという人もいる。各人各様である。したがって、エンパワーメントの構成要素としてはカウントできない。

⑧【講演・執筆活動】

講演や執筆という自己を外化することが人間の能力をどれだけ開花させるものであるか、彼・彼女らは証明する。

広田「自分を鍛え、成長させる機会」

渡部「研修会の講師やっていると自分の勉強にもなる。」

山口「TVに出たり、人前で話すことは思いつくりですね。自分の血肉になる。」

坂本「講演活動でいろいろ知識が増え、自分の幅が広がってきた。自信がつく。」

高井「司会やったりして自信がついてくる。」

内山「取材の記事は全部とってありますよ。」

宮岸「話すこともそうだけど、書くことは自分を客観視でき、自分の存在証明になる。」

早坂「月に4回は全国を飛んで歩いている。楽しいべさ。」

石田「司会をよくやる。人前でしゃべるのが大きい。自分のことを自分でしゃべるの難しい。」

安里「月1回は講演している。講演するには、文章を考えるし、やった後の満足感や、もっと自分の言葉でしゃべりたいと思う。」

彼・彼女らの多くはいま講演活動で忙しい。大学や高校で臨時講師をしたり、一部は権威ある委員会にも参加する。自分が紹介された新聞記事や雑誌はファイルにしてあるし、自分の文章は大切に保存している。早坂は、「べてるの家の人は顔がいい」とよく言うが、会ったみんなも顔がいい。文章は生き生きしており、静かな迫力感があり、筆者は全く及ばない。

⑨【等身大の評価】

以上はお世辞でも何でもなし。しかるに彼・彼女らは、対処できていないこと、自分の力を冷静に分析してみせる。

広田「私たちは等身大の評価でよい。メンバーを美化しすぎると、本人の負担になる。」

渡部「重症の人もあるし、元気な障害者もある。当事者が参加しているからすごいという人もいるが、参加しているということだけじゃあ語れないことがあるだろう。常勤スタッフの活動を見ていて、自分にはできないと思った。」

山口「みんなに助けられて感謝しています。自分だけでは何もできないですよ。」

坂本「評価されるのはうれしいが、過大評価は負担になる。自分は、誉めてもらいたいときも、叱ってもらいたいときもある。だから、誉めてくれる人だけでなく、叱ってくれる人も必要。」

高井「自分たちにできないことは一杯ありますよ。」

内山「支えられているからやれているのですよ。」

宮岸「自分がどの程度の能力かは自分でよく知っているつもりだ。自慢するようなことはやっていないが、よくやっていると誉めてほしい。それがどんなに小さなことでも、生きる種になる。みんなの支えがあってやれているだけです。」

早坂「無理したらダメだ。自分で分かっている。これで十分。」

石田「もっと力があつたらとっくに働いているよ。」

安里「一般企業で働く力はまだないですね。」

過大評価でも、過小評価でもない。これが、彼・彼女らの実像である。

⑩【セルフヘルプグループの存在】

セルフヘルプグループと自分との関係も尋ねてみた。

広田「共感と支え合う仲間の集まりであるが、成長することと、傷つくことと両方ある。」

渡部「当事者からもスタッフからも様々な場面でエンパワメントされる。仲間との関係では、セルフヘルプグループ的なものが機能していると思っている。JHCに入った当初はセルフヘルプグループという形になっていないグループであったが、今はセルフヘルプグループができています。」

山口「本当のユーザーの気持ちはユーザーしか理解できないことに加えて、長崎では地域にいる専門家が余りにも少なかったから、自分たちで始めた。」

坂本「自分の気持ちを話せる。みんながどんどん発言するのを見て、ここでは自分の思っていることを出せると思った。」

高井「自分にとっては、いままで蓄えてきたものを放出する場です。」

内山「仲間がいる場。自分は友達に恵まれている。困ったときに相談に乗ってもらえる。」

宮岸「すみれ会にこんな言葉がある。『作業所で働いていても蔵は建たない。けれども友人は山のようにできる。』と。同じ病気をしたかけがえのない仲間ですよ。」

早坂「みんなマイペースでやっているようだけれども、いざとなったら助けてくれる。病気のことはもちろん、いろいろ生活のことにも相談している。」

石田「何も言わなくても分かり合える存在です。でもやっぱり言うかな。苦勞することもある。」

安里「助け合う同病者。すぐ通じ合えるところがよい。しかし沖縄では、セルフヘルプグループが形にこだわりすぎて、逆にブレーキになっているところもある。」

彼・彼女らは客観的に言うとセルフヘルプグループのリーダー層である。グループを引っ張っていくにはそれなりの悩みや葛藤がある。努力もいる。何か優等生的に聞こえる部分もあるが、あえて言わないだけである。言っても書かないでほしいと確認された。言うことや発表することの生産性が今のところはないと思っているからである。

⑪【社会的な役割獲得】

エンパワメントを高める最も効果的なことは、彼・彼女らが社会的役割を獲得することにある。ヴォルフエンズベルガー (W. Wolfensberger: 1992) の提唱した社会的役割価値の付与 (SRV; Social Role Valorization)⁵は、彼・彼女らの存在の証しである。

広田「自分はいろいろな顔、社会的な役割を持っている。それが自分には合っている。」

渡部「非常勤だけど、スタッフということで大いに助かっている。あるとき大家さんの親戚に12時頃声かけられて、『社会福祉法人に勤めているから』と答えた。月給は少ないけど、所属しているということが重要。インターネット仲間との飲み会でも、名刺交換で『カウンセラー』ということで通じてしまう。普通の人にはわからないことだから。」

山口「地方精神保健福祉審議会の正式委員」「全精連副会長」

⁵ 富安芳和訳『ソーシャロールバロリゼーション入門』学苑社、1995

坂本「くるめ出逢いの会の世話人、言いたい放題代表、ピアカウンセラー」

高井「十勝ソーシャルクラブ連合会事務局長。忙しいけど充実感がある。」

内山「十勝ソーシャルクラブ連合会副代表。エンジェル会会長。」

宮岸「簿記は勉強したことがないし会計全くやれない人でもやれるようになる。役割がその人を育てる。」「すみれ第2共同作業所所長。札幌市精神障害回復者クラブ事務局長。札幌市小規模作業所連絡協議会副会長。今の仕事の誇りを持っている。」

早坂「べてるの家の住人、なんでも講師」

石田「ソーシャルクラブ『グループ幸』会長、ふれあいの会事務局長」

安里「精神保健回復者の会会長」

早坂以外は全員名刺を持っている。各自が胸を張って渡してくれた。立派な名刺である。

⑫【価値観の変容】

村田(1986)⁶は「障害の相互受容と自己価値の再編」を論じたが、その内容は一層膨らみを見せ、自己価値の転換まで行き着いている。

広田「病気でなかったらただのおばさんよ。今は大変だけど充実している。」

渡部「新しい生き方を発見できた。」

山口 彼が平成7年11月18日付けの読売新聞に登場した言葉にこんな一節がある。

「精神障害者になったのは不幸なことだが、サラリーマンを続けるだけの人生に代わって、障害者のために使命感を持って生きていける幸せな人生だと感じている。」

坂本「地域での生活そのものがリハビリテーションになっているので、町の人も何かの支えになっている。たしかに、自分たち病気を持っている人を悪く言う人もいるけれども、その分、がんばろうと思うから、その人も支えになっている。以前だったら、専門家や健常者を敵視していたが、出逢いの会で変わっていった。」

高井「活動していく中で、自分の価値観が変わってきた。何かしてもらうことから、何かすること、支えることへ変わってきた。」

内山「小学生4年の時の恩師と今の仲間から教わった」

宮岸「今は生まれ変わったとしても、やはり精神障害者でいたいと思う。病気をし、障害を負ったとしても、それによって得るものも大きかった。信頼できる仲間と最愛の女房を得ることができた。決してマイナスばかりではない。今の生き方に自信を持っている。」

早坂「病気が治ってから何かをやるのではなく、病気でもいいんだと考えた。今まで病気をマイナスのみで見ていた、それでも病気とは一緒につき合っていかなければいけない。おかしいところは治らない。それをうまくしていって、いいように見せるより、おかしいところといいところがくっついている自分の全体を見てもらう。」「一人で生活していない充実感がある」

石田「自分が病気になったのは、結果論だけどいろいろな人と出会って良かった。」「12,3年

⁶ 村田信男「デイケアの治療的機能と回復過程」、『精神科治療学』Ⅰ:p.383.1986

前から変わった。病院の看護婦たちにも。やっちゃん変わったわねと言われる。1日、2日では変わらない。人生、投げたらあかんと思った。」

安里「病気になったことは、悪いとは思っていない。彼女と出会って、結婚できた。」

このように現実の生活の充実が、自己価値の転換を証明している。

⑬【良き専門家との出会い】

専門家に対する評価はかなり厳しいかと内心は緊張したが、かなり肯定的なものであった。エンパワーメントの裏側には、明らかに良き専門家の存在が必要なことを体験で語ってくれた。

広田「1990年から精神保健ボランティア講座の運営委員をしたが、そこで専門家に対等に見なされた。初めての体験だった。」「今までいろいろな専門家の影響を受けながらやってきたが、今はうまく専門家を立てながらやっている。」

渡部「JHCのスタッフは質がいい。教育されている。…安月給なのに皆よく働いていると思う。」「スタッフが自分を信頼してくれている。スタッフとの信頼関係でピアカウンセラーになっているという感じはする。スタッフから、『なべちゃん、やってよ。』そんな感じ。」

山口「精神保健福祉センターの所長や、保健所の精神保健福祉相談員、みんな私たち精神障害者のためにがんばってください。」

坂本「藤林さんは玄人市民。何でも相談できるし、言い合うことができる。対等感がある。専門家は絶対必要ですよ。情報や知識も豊富だし、薬の相談だとか、長期の旅行などに行くときはアドバイスをもらう。専門家の力を借りている。引き上げてくれる人ですよ。」

高井「やりたくてもできない、自分たちに欠けている部分に対応してくれる人」

内山「苦手な事務的なことを補助してくれる。甘えちゃいけないけど助かるよ。」

宮岸「専門家に好きなようにやって見ろ、失敗したときの尻拭いはやるからと言われた。それでみんなで作業所を作った。」「周りが僕たち障害者に自由を与えてくれた。自分たちが考え、行動することを認めてくれた。後は自分たちでつかみ取っていく。」

早坂「川村先生、向谷地さん、看護婦さん、職員さん、みんな暖かい人だよ。」

石田「ワーカーとの出会いは大きかった。専門職は兄貴みたいだ。安心してものが言えた。」

安里「主治医もワーカーも信頼できる人です。緊張しないで話せるし、対等に見てくれる。要は人間性の問題ですよ。さげすんでみる人には信頼感がわからない。」

筆者は専門家の端くれとして、これらの発言に付け加えることはあまりない。少しコメントすれば、「対等性」とは役割上の意味ではない。安里の言う人間としての対等性である。専門家が壁を作らなければ、援助関係は成立するのである。

⑭【身近な理解者の存在】

この病気に孤独感が大敵であることは、かつてフロム・ライヒマン(F. Fromm-Reichmann;

1959)⁷が述べたように、40 年以上経った今でも変わらない。筆者が体験した多くの事例において、これほどの脅威はない。もし病気に打ち負け、エンパワーメントを喪失するとしたら、孤独感に落ち込んだときである。身近な人間的絆は誰にとっても必要な生きる糧である。彼・彼女らはそれをしっかり持っている。

広田「母は最高の理解者、私を必要とする人はみんな私を支えてくれる人」

渡部「JHCのみんなと、主治医、家族です」

山口「心の支えは、家族、友人そして仏教の教えです」

坂本「家族と出逢いの会の仲間。迎えてくれる家族がいるのは大きい安心感となっている。」

高井「ルームメイトの内山さんとアパートの人たち」

内山「高井さんと同じですね」

宮岸「支えは最愛の妻です。そして自分に影響を与えた人は横式多美子さん、同期の仲間である大井さん、OTだった林さんなど大勢いる。」

早坂「べてるの家のみんなだな」

石田「姉、共同生活者、ふれあいの仲間」

安里「家族とふれあいセンターの永山さん、病院のワーカー」

身近な支えは一人ではない。一人は将来の及ぼすリスクが高い。これも強みであろう。

⑮【希望の存在】

シュナイダー (Snyder, C.R.; 1994) は、自著『希望の心理学』⁸の中で、希望について「目標に向かって保持する精神的意志と手段の総計である」と述べているように、希望はエンパワーメントを導く重要な構成要素である。彼・彼女らはどのような希望を持っているのであろうか。

広田「ずーとこの街で暮らしたい。この街は住みやすいし、商店街の人や友達も多い。精神障害者であることは街でも隠していない。」「海外ももっと行きたいし、やりたいことをやってから、ぼっくり死にたい。」

渡部「今、高校の先生と社会学の学習会を月1回やっている。個人的には、生きているうちに、論文が書ければいい。文化人類学関係のもので書きたい。それと、ピアカウンセリングをもっと広めたい。」

山口「息子は福祉系の大学に行っているんだけど、卒業したら精神の方をやりたいといってくる、うれしいね。」「これからいろいろな資源を作っていきたい。」

坂本「障害者という言葉がなくなること」「自分の存在価値を認めてほしい」「普通の家庭を持ちたい。子どもがほしい。普通の父親になりたい。普通の生活がしたい。」

高井「障害者であっても社会貢献したい。哲学の勉強はずっと続けたい。」

内山「皆さんのお役に立ちたい。楽しく生きたい。」

⁷ Frieda Fromm-Reichmann ;Psychoanalysis and Psychotherapy.1959(早坂泰次郎訳『人間関係の病理学』誠信書房、p.407-425.1963

⁸ Snyder, C. R.; The Psychology of Hope, New York : Free Press. Pp.5-6. 1994

宮岸「病気を持っていても生き生きと暮らせる社会づくりです。天からお呼びがくるまで、思う存分生きることです。」

早坂「もっと明るい未来があることを全国の仲間に伝えたい。」

石田「ふれあいの家をチェーン店にしたい。作業所の職員になりたい。」

安里「自分たちの活動を入院している人にも浸透させたい。退院する人の行き場を確保したい。」「ふれあいみたいな活動を広げたい。」

目標は高く、大きい。夢のような壮大さの中に、自己と社会へのポジティブなメッセージが込められている。

⑩【広がる仲間】

「自分にとって仲間とはどんな人、あるいは範疇の人ですか？」と尋ねてみた。

広田「第1にユーザー。でも、オープンスタンスの仲間としては市民や専門家も必要。つきあえる人が仲間。」

渡部「仲間ということでは、スタッフを含めて仲間だと思う。そこにパートナーシップがある。交流できるという意味では、市民との交流ということ。あらゆる人の心の問題である。精神障害者に限らない。『やさしいまちづくり』というのはそういうことだと思う。」

山口「精神障害者のことを理解しようとして、関わってくれる人はすべて仲間です。」

坂本「自分の思っていることを理解してくれる。自分にとって仲間は病気でない人も含んでいる。」

高井「アパートの住人みんなだし、音更リハや帯広ケアセンターの職員、自分の趣味仲間、街の人、結局みんなですね。」

内山「エンジェル会に 12 人のボランティアが関わっている。仲間ですよ。とても助かっている。」

宮岸「エネルギーは自分だけの力ではない。専門家や仲間、みんなの支援、みんなと一緒にだったからこそやっていく。」

早坂「遊びに来る人もいて20人くらいが普段つき合っている仲間」「地域の人たちとも交流している。街の人と何かをやりたい。この5、6年はそう思うようになってきた。」

石田「一緒に住んでいる2人と、ふれあいのみんな、病院や保健所の職員、数えられないよ。」

安里「ふれあいセンター全体が仲間だし、ハンディ持っていない市民も仲間と思っている」

結果は意外な感じがした。質問の背景には、仲間＝同じ精神障害者というイメージが合ったからである。仲間は支援者、つながりのある人から、同じ病気を持っていない一般の市民まで、石田のいう「数えられない」膨らみで広がっている。「自律から社交へ新たな主体像」⁹が形成されてきている。この人間としての幅の広さが、彼・彼女らのエンパワメントを確実なものとしている。

⁹ 石井潔『自律から社交へ—新たな主体像を求めて』青木書店、1998

⑰【良質な医療の継続】(隠しオブジェクト)

全員が主治医を持ち、通院し、服薬を継続している。医師との関係は良好であり、中には雑談や友人感覚でつき合っている者もいる。早坂の主治医である川村医師がよく「低脳薬、有機療法」というように、全員、投薬量はかなり少ないが、精神療法を含む治療は継続されている。

5 考察

最初の仮説に即して、ここで若干の考察を加えたい。

① 内面的特質(病型や病気の程度、病気や障害の受容度、性格、社会生活体験の度合い)は何か――。

永田(1997)¹⁰は、「分裂病の自然史」を論じ、一般に理解されている「脱分裂病化」と「晩年軽快」を認めながらも、「自然治癒力」が一方方向には動かなく、「常に自然治癒傾向と憎悪傾向、寛解過程と再発過程が並存する構造といわざるをえない。良くなればその分、悪化の力動が持ち上がると理解すべきであろう。」と臨床的体験からオブティズムの枠内にペシミズム的注意を喚起している。宮、渡会、小川(1984¹¹;1998)らは、群馬大学生生活臨床学派による分裂病の長期予後研究を1958年に逆登ってスタートさせ、25年転帰、35年転帰を発表している。第一報では、退院後の10年間の変動性経過を辿りながら、徐々に入院固定群と自立安定群にはっきりと枝分かれしていく「鋏状現象」を発見している。しかし、その両者とも分岐となる屈曲点が個人の内発的治癒力や属性の違いなのか、環境的因子によるものなのか、明確には述べていない。中沢正夫(1999)¹²は、「どちらかに分かれていくかを決める要素は多いが、病気そのものの自然経過ではなく、その人を見舞ういろいろな出来事をどう対処したかによって決まる。」と述べている。個人の内面的特質では、まず、病型であるが、10人の病型は正確には把握できていない。周辺領域の非定型タイプも若干見られるが、緊張型タイプは少ない。しかし厳密ではない。病気の程度では、結果論として「重篤な精神疾患ではなかった」と評価することは簡単である。しかし、保護室に数ヶ月入りっぱなしであったり、10回以上の入退院の繰り返しが「軽症」だったとは評価できない。病気や障害の受容度はそのプロセスも含めて快復への確かな軌道を見せている。しかし内面的特質としてではなく、身近な支援者たちの出会いや学習を含む実践活動、社会的役割の獲得などによってである。その結果、早坂に言わせれば「べてるは、病気とのつきあいがうまい。」ということになる。

¹⁰ 永田俊彦「分裂病の長期経過―その自然史的側面」、『精神雑誌』、Vol.1.pp.21-24.1997

¹¹ 宮真人、渡会昭夫、小川一夫「精神分裂病の長期社会適応経過(第一報)」、『精神経誌』、86:736-767,1984

¹² 中沢正夫「精神疾患の医療」、秋元・調・藤井編『精神障害者のリハビリテーションと福祉』、中央法規出版、PP.24-28.1999

性格は、病前は暗かった、消極的であったと答えた人は2人だけであり、元々が明るく社交的な性格によるところが大きいようである。社会生活体験は発病前の苦勞と発病後の苦勞のどちらもが、想起すればエンパワメントの土台を形成したと言えるが、むしろ自我の形成が病気によって阻害されなかった側面が強い。学歴は個人差があり、主要なファクターとはいえない。なお、「病識の獲得」や、「怒り」と「疑問」の発現が重要なファクターであったことも明らかである。

以上の考察から個人の内面的特性を結論づければ、エンパワメントには、病気による自我形成の浸食が少なく、開かれた性格の持ち主で、怒りや疑問を感じ、病識を獲得することが最初のエンパワメントであるといえる。

② 仲間の存在は影響するか――

質問の趣旨は、セルフヘルプグループを仲間と規定してのものであったが、結果は、仲間の一部がセルフヘルプグループであって、すべてではなかった。同病者に読み替えた場合は、全員がセルフヘルプグループで主要な役割を担う人々である。彼・彼女らはただグループに所属するだけでエンパワメントするわけではない。セルフヘルプグループでの実践全体、とくに学習会やミーティングの積み上げ、現存する未来との出会い、講演や執筆活動、社会的な役割獲得など、明らかにセルフヘルプグループ活動の経験からエンパワメントの足場を形成している。宮岸はこんなことを言った。「この仕事は自分に合っている。生き生きできる。しかし自分だけ生き生きできてしょうがない。」だからセルフヘルプグループ活動を継続しているのである。

③ 専門家の支援は影響するか――

専門家は一般に第二次援助システム¹³と見なされているが、彼・彼女らの感覚ではそれ以上である。精神障害を持つ一人の人間としての尊重が、彼・彼女らのセルフ・エスティームを高め、自己決定の選択肢を広げ、自信と意欲を引き出していった軌跡は明らかである。エンパワメントは専門家の存在を否定しない。むしろ、専門家の持つ力を活用する。しかし、すべての専門家ではない。彼・彼女らが求める専門家像は、さげすみのない、対等な関係を基礎に、個性を尊重し、迎合することなく、依存させることなく、力を出しおしみせず、精神障害者の可能性を引き上げてくれる、同伴的援助を惜しまない力量のすべてを発揮してくれる信頼にたる専門家である。講演や執筆活動、スピークアウトには、そのすぐ脇にこうした専門家たちの暖かい眼差しがあったことを彼・彼女たちはきちんと評価している。

④ 現在の社会的役割の存在は影響するか――

精神障害者の社会的存在としての証し、存在証明は「社会的役割の獲得」にある。自分が誰であるか、何をするために生まれてきたのか、人生の再建も価値観の転換も人との関わり

¹³ F.N.ワッツ・DH ベネット編、福島裕監訳、金子、伊勢田、蟻塚訳『精神科リハビリテーションの実践②地域の実践編』、岩崎学術出版社、pp.33-41、1991

の変化もすべて、今の基盤から出発する。社会的な自己定義の確立は、抽象的なものではない。実態を伴うものである。「役割は人を育てる」と言った宮岸の言葉は真実である。願わくは、すみれ会のように、スタッフを担う精神障害者がもっと輩出してほしい。彼・彼女らにはその力量が十分ある。

⑤ 一般市民の存在は影響するか――。

レイパーソンの関わりが援助関係における閉塞しやすい二者関係を広げる役割を持つことは、しばしば、石川(1997)¹⁴が述べている通りである。坂本は、「自分のわからないところを素直にわからないと言える。素人市民がいなければ、変な方向にまとまっていたかもしれない。専門家の方向とか、専門家が我慢する方向とか」と述懐する。レイパーソンの目は厳しく、遠慮がない。率直に指摘できる。ただ広田は、「精神障害者のためにと押しつけられては困る」という。東京あすなろ会の大塚昇(1993)¹⁵は、「今、日本では、回復者クラブのような患者会活動は、燈台のような役割を果たしていると思いますが、もう一步進めて、ボランティアや地域の人たちの協力も得て、仲間のあいだで港のような役割を果たせるようになるといいなと思っています。」と述べた実践がもう始まっている。早坂は「町の人と何かをやりたい、ここ5、6年そうなってきた。」と言う。坂本はもう一度「素人市民は、障害の苦しみは分からなくても、心の痛みは共感してくれる」ことを強調した。一般市民も病気でなくてもそれぞれが生活課題を抱えて暮らしているのである。

⑥ 地域的な違いはあるのか――。

結論から述べると、たしかに地域的な違いはあろう。例えば、北海道である。開拓民として、お互いに頼り合い排他的でなく協力し合う風土がある。本土と違い土地や家系へのこだわりがない。とくに「べてるの家」は、人口15,000人のお互いに顔の見える共同体的地域としての浦河町にある。自然環境や産業などの条件は厳しいが、隣人関係における生活のしやすさがある。顔も病気も最初から隠しようがない。沖縄も違う。先の大戦で、唯一の陸地戦を体験している。本土より、絆が強い。人間が熱い。県民の誇りも強い。インタビューした他の地域もそれぞれ違う風土・文化を持っている。

しかし、エンパワーメントの視点から地域を捉えたとき、ある共通に気づかされる。地域は問題発生ではなく、問題解決の場であるという視点である。資源は無限である。エンパワーメントしてくる精神障害者に、地域の違いはハンディではない。筆者も最近、福岡県で500人が参加したシンポジウムを体験したが、シンポジスト6人全員がスピークアウトした精神障害者である。

¹⁴ 石川到寛「福祉援助技術の実践的意義」、柏木昭・簗野脩一『医療と福祉のインテグレーション』、へるす出版、pp.13-23.1997

¹⁵ 座談会；「こころを病む体験」宮本真巳(研究代表者)「セルフヘルプ・グループの理論的背景とケアシステムへの位置づけに関する研究」平成元年度～平成3年度科学研究費補助金(一般研究(B))研究成果報告書 p.18.1993

6 まとめ

病院を中心とする伝統的「医学」モデルでは、患者役割しかなかった精神障害者たちが、今、地域ではマスコミに実名で登場し始めた。おそらく、その数もここ数年で劇的な増加になるだろう。スピークアウトする精神障害者は、社会的役割を獲得できないでいる多くの精神障害者にとって、広告塔としての役割を果たしている。川に溺れてもがく長期の入院患者にも救いの手を差し伸ばしている。彼・彼女らは、精神障害者の生活の充実に向けて、全体を引き上げる役割を担っていることを実感している。

まとめよう。エンパワーメントは、自己イメージの変化で実感できるものである。それは、認知の再構成から始まる。その強化因子は、学習と実践、現存する未来や仲間との出会いであり、体験の共有から意識の共有へと深まりを見せる。それには、専門職の対等な姿勢での協力や一般市民の支えが欠かせない。仲間の概念はこれにより広がっていく。獲得した社会的役割、希望と身近な支え手がさらにエンパワーメントを確かなものにする。個人的要因と社会的要因は、このように相互に影響し合う。

別の角度から、すなわち精神医学的ソーシャルワーカーに引きつけてエンパワリングケアを結論づければ、いままで援助者が運転し、助手席に乗せていた精神障害者を、今度はドライバーシートに乗せ、援助者が助手席でナビゲートするような関わりの変化をもたらす。ソーシャルワーカーの新しい役割は第1に、Task-oriented から Need-oriented への転換である。リスクはあるが、確実にエンパワーメントをもたらしやすい。

さて、エリクソン(Erik, H. Erikson :1959)¹⁶は、肯定的な同一性(アイデンティティ)の確立について、それが乳幼児から成熟期までのライフ・サイクルのそれぞれ固有の時間と発達課題を経て創り上げられてくることを明らかにした。彼・彼女らがしばしば言う「自己の存在証明」はこの同一性であり、肯定的な自己像の確立に他ならない。もし違いがあるとすれば、自己の過去は精神分裂病に罹患し、治療が開始されてからであり、したがって自己の現在、これまでの病者としての自分とこれからの社会的期待を統合した新しい同一性を確立する歩みに他ならない。それには、第1に、個人レベルでのエンパワーメントが伴わなくてはならない。ジュディ・チェンバレン(1993)¹⁷は、「エンパワーメントは精神保健プログラムにおいて代表的なタームになってきているが、明確な定義は確定されていない」として、精神保健ユーザーのために研究プロジェクトを立ち上げ、エンパワーメントの定義作業を進め、その評価スケールを15の要素(The Elements)で説明している。彼女が抽出したのは、情報にアクセスすること、選択できる能力、独創性、自己肯定などであるが、問題はそれらを抽出し、評価手法を開発するだけでよいであろうか。その前に大事なことはエンパワーメントの全体像、そのプロセス

¹⁶ エリクソン著、小此木啓吾訳編『自我同一性』、誠信書房、1973

¹⁷ Judi Chamberlin; A Working Definition of Empowerment: Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 20(4). Pp.43-46. 1997

と可能性を明らかにし、エンパワメントという生の技法と施策を確立することにある。林宗義はかつて「治療係数」という概念を明らかにした¹⁸ことがある。その示唆から、「エンパワメント係数」の概念とその数式化も可能と思われる。エンパワメント係数を仮に EI (Empowerment Index) とすると、その函数 EI(x)は、IF (Individual Factor; 個人の内面的特質)、SF (Support Factor; 社会的支援力の総和)、TF (時間要因) の変数による何らかの数式化が想起できるからである。この点は検証作業を含む今後の研究課題としたいが、その際、最も重要なファクターは社会的支援力の総和による介入であろう。繰り返しになるが、「怒り」や「疑問」を内省化し、隠さない生き方や「希望」を育む実践と学習の場を用意すること、現存する未来との出会いや希望につながる見通しを援助者が一緒に確保すること、社会的な役割獲得を促進することなどのために、セルフヘルプグループや身近な理解者、良き専門家、良質な医療の継続などが欠かせない。このことは、人生の再建の手がかりを壹が述べた「運」より確実にする「準備」の中身を明らかにする方法に他ならない。第2に、例えば個人レベルのエンパワメントでも、地域レベルでのエンパワメントが伴わなくては高まらない。エンパワメントは個人とグループの次元に関与しているだけでなく、地域社会の次元にも関与している。彼・彼女らが述べてきたように、エンパワメントは社会との連続性に左右される事柄であり、狭い臨床個別技術の枠内のみで成就することでも、できることでもない。効果的な地域生活支援の枠組みと方法は、技術の枠組みや方法で決着する事柄ではなく、同時に精神障害者の外延に用意されるあれこれのサービスそのもの量だけでもない。この考察をソーシャルワークの実践視点から総括的に述べておく。援助は、明らかに、その実践哲学、モデル、構造、方向性のすべての領域においてパラダイム転換を迫られている。基本は、ユーザーオリエンテッドの立場であり、専門家の役割も変容せざるを得ない。それは単純な役割の縮小でも後退でもない。むしろ逆である。地域基盤の総合的な視野と実践の広がりを意識した、大きな力量形成を実践者に求めている。ソーシャルワーカーの第2の新しい役割は、精神障害者本人のエンパワメントを促進するコミュニティサポートシステムそのものに関与する地域全体のデザイン力であり、コンサルタント力であり、ソーシャルアドミニストレーションの力量である。いずれにせよ、坂本の「病院は心を癒してはくれたけれども、成長はなかった。」という意味は大きい。エンパワメントは地域で生活する中でしか獲得されていかないからである。

【参考文献】巻末にまとめた。

¹⁸ 林宗義『分裂病は治るか』弘文堂、1982

第8章 地域ネットワークの実際

——世田谷区烏山地域での精神障害者地域生活支援を中心に

1 はじめに

精神障害者に対する地域生活支援は今後、市区町村を舞台に展開されようとしているが、本事例は、第5章の地域ネットワークを念頭に考察したものである。東京都世田谷区(人口約77万2千人)は、面積・人口とも23区のトップで、行政上、5ブロック(世田谷地区・北沢地区・玉川地区・砧地区・烏山地区)に分けられるが、その中で烏山地区(人口約10万人・面積約7.7K㎡)は、京王線沿線を中心とした地域である。

ここは、精神障害者にとって都内はもとより、全国的に見ても最も充実したケアとサービスが整備されている数少ない代表的な地域の一つであり、ネットワーク活動が最近盛んな地域である。しかも、東京都板橋区に見られるような「JHC板橋」の存在といった実践面で抜きん出た組織体はその中心をなしていない。あるいは、十勝・帯広地区や「やどかりの里」、「麦の郷」など全国的にも有名な拠点施設や中心的リーダーが存在するわけでもない。むしろ後述するように大小さまざまな異なる組織体がハーモニーをなして形成している。平成11年8月には緩やかな「烏山地域精神障害者生活支援連絡協議会」が結成されている。その後、筆者はこの連絡協議会で「烏山地域の現状を発展させる方向」と題して、話す機会があった。

そこでの意見交換を含めて、ここでは、世田谷区とくに烏山地域でのネットワーク活動を事例として取り上げ、精神障害者の生活支援がどのように形成されてきたかを検証すると共に、この地域の現状を分析し、今後の地域支援システムの課題を俯瞰したい。それは、精神障害者に対する未来のサポートシステムをデザインするヒントを与えてくれるからに他ならない。

2 地域特徴

烏山地域の特徴は平成11年10月30日現在、次のようになっている。

1)大規模精神科関連施設(都立松沢病院1368床・昭和大学付属烏山病院467床・中部総合精神保健福祉センター20床の病棟及び外来、デイケア、援護寮)を擁する都内唯一の地域であること。

2)精神障害者が他の地域と比較して特段に多く(通院医療費公費負担承認数;695件、手帳交付;117件、生活保護受給;地域で267世帯、その大半は単身生活者)住んでいる地域であること。その理由は、上記病院への通院の継続という利便さに加え、公設援護寮の存在と無関係ではない。援護寮退所者の内、177名が世田谷区に居住(全退所者538名—地域生活)し、そのうち烏山地域には89.5%が生活するように、退所後のサポートに利便性があると思われる。しか

も大都市住宅街で持ち家率が低く、比較的アパートが借りやすい地域である。保健所精神保健福祉相談及び訪問件数は都内で最も多く3,300件(平成8年度)となっている。

3)精神障害者に必要な多様な生活支援事業、社会資源(行政・医療機関のみならず、作業所は世田谷区23ヵ所のうち同地域と周辺に9ヵ所、グループホーム7ヵ所、ホームヘルプサービス、イブニングケア、援護寮、福祉ホーム等)が存在し、フォローを受けやすい環境にあること。

4)地域ネットワークの拡がり(病院家族会、地域家族会、作業所、グループホーム、社会福祉協議会、民生委員児童委員協議会、ボランティアセンター、クリニック、精神病院、病院労組、関係保健福祉行政機関等)が下から(実務家レベル)手作りで形成されつつあること。

3 ケア・アウト・オブ・ザ・コミュニティの時代からの転換としての烏山地域

烏山地域は、もともと甲州街道沿いの宿場町として発展してできた地域である。都立松沢病院の前身は、明治12年に開設された東京府癲狂院であるが、これは上野公園内に当初設立されている。その後巣鴨病院など何度かの移転を経て、大正8年、当時はまったくの農村地域であった現在地に再度移転して松沢病院となっている。一方、烏山病院は大正15年に開設された医科系大学付属の単科精神病院である。昭和34年には開放制を取り入れた「社会療法」を発足させ、厚生省の「モデル病院」、精神病院の「御三家」と評された時期もあった。その後、昭和40年代後半の反精神医学運動や精神病院改革の波を「烏山病院問題」という形で直接受けながらも、自己改革を進めながら今日に至っている。この両病院とも、今でこそ都市型精神病院の代表のように評されるが、日本の多くの精神病院が一般居住地域から遠く離れて建てられた経過があるように、烏山地域もその例外ではなかった。いわば地域の外に病院施設があるのであって、病院と病院がある地域とは元々何の関係もなかったのである。しかし、この地域の特徴は他の地域と大きく異なる点がある。それは昭和30年代半ばから40年代にかけての全国的な精神病院設立ラッシュ以前に、烏山地域で言えば昭和30年代から40年代にかけての宅地化が急速に進む以前に、すでに精神病院が存在していたことである。精神病院と精神障害者が言わば「先住民」であったことが、昭和47年に「都立世田谷リハビリテーションセンター」をこの地に生み、精神障害者の社会復帰を促進する上で、地域との関係をその後、必然化させていった。つまり、長期入院からの退院や援護寮を経ての「帰るべき家」は以前の暮らしの場にはすでになく、昭和50年以降、精神障害者の多くが病院や援護寮の近くにアパートを借りて住むようになった。当初の精神障害者は「街に棲む人々」としてその生活は地域とのつながりにおいて必ずしも開放的ではなかったようだが、精神保健福祉法制定以降は、この地域における施策と実践の膨らみが次第に彼らを「住民の一員としての生活者」の位置に押し上げてきている。

4 ケア・イン・ザ・コミュニティと烏山・世田谷におけるネットワークの現在

最初に、世田谷区における精神保健福祉関連の主な答申等を紹介しておきたい。

・昭和 57 年 12 月「世田谷区における精神衛生対策の整備・拡充について」世田谷区精神衛生対策委員会答申

・昭和 59 年3月「世田谷区痴呆性老人対策委員会調査研究報告」

世田谷区では精神保健福祉に関連する調査検討報告として、国際障害者年を契機に、過去に上記の答申及び報告がなされていた。その後、近年の精神保健福祉をとりまく法制度や「世田谷区障害者施策行動 10 か年計画」等を受けて、新たな施策を検討し、実施するために平成7年1月に開催された世田谷区精神保健対策連絡協議会において、同協議会の分科会として「世田谷区精神障害者施策のあり方検討部会」を設置し、平成7年度より検討が開始された。さらに、平成7年5月に開催された第1回世田谷区精神障害者施策のあり方検討部会において、同部会の下部組織として「世田谷区精神障害者施策のあり方検討部会作業部会」を発足させた。

世田谷区精神障害者施策のあり方検討部会は平成7年度内に5回開催し、平成8年3月に中間報告をまとめ、平成9年3月に最終答申「世田谷区精神障害者施策のあり方(提言)」を発表している。この答申の中で「精神障害者の地域生活を支援するシステムはまだ緒についたばかり」と現状を評価し、在宅生活支援、就労支援、社会資源の整備と人材の確保等を提言している。

こうした動きに先行して、すでに世田谷区では「地域福祉計画」が平成7年3月に策定され、その中には各種精神保健相談の充実や精神障害者共同作業所や精神障害者グループホームへの助成の拡充等がうたわれている。また、平成7年6月には「せたがやノーマライゼーションプラン」が発表され、精神保健相談体制や精神障害者生活指導(保健所デイケア)の充実、精神障害者共同作業所の充実などがうたわれている。

これら一連の施策の後押しもあって、烏山地域では、昭和 61 年に「ちぐさ企画」と「さくら美術工房」の2カ所の共同作業所が同時に誕生している。また、福祉ホーム「烏山ハイツ」が昭和 63 年に認可され、平成5年にはグループホームである「めぐハウス」が誕生している。その後現在までの社会資源は別表①の通り、共同作業所6カ所、グループホーム7カ所、福祉ホーム1カ所、援護寮1カ所、ショートステイ2カ所、相談事業3カ所、交流の場2カ所、当事者の会2グループ、家族会3団体、デイケア4カ所、行政・医療機関6カ所等となっている。これらに加えて、福祉サイドからの施策としては、寛解状態の精神障害者を含む障害者ホームヘルパー派遣事業が全国のトップを切って昭和7年度から開始している。さらに、精神障害者ケア事業運営助成、障害者食事サービス等が実施されている。

これら精神障害者を利用対象として急速に増加したサービスメニューは、全国的に見ても特段早く始まったというわけではない。ほとんどが 90 年代に入ってからである。しかしそのメニューは豊富である。これらの背景を、沖山明美ら(1998)¹⁾は、現状の評価として「他では得にくい生

¹⁾ 沖山明美・右田周平・小川義博「援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴」(1)(2)、公設リハビリテーション連絡協議会、会報、1999

活のしやすさ」、「同じ仲間が近隣に多く住んでいる」ことで説明している。しかしながら、「他では得にくい生活のしやすさ」は本当にあるのだろうか？そこには、24 時間・365 日の生活支援が備わっているのだろうか？また、「同じ仲間が近隣に多く住んでいる」からといって、精神障害者のお互いの支え合いはあるのだろうか？自主的活動の育成が図られているのだろうか？など未来システムから見た疑問点がないわけではない。この地域における地域生活支援センターはこれからの課題であるし、救急医療のシステムが完備されているわけではない。行政が十分なニード調査を実施したわけでもない。障害者プランに数値目標も盛られていない。地域とのつながりという点においても、市民の顔が見えているか、当事者と地域社会を結ぶコミュニティグループが形成されているか、地域ネットワークが十分に張りめぐらされているかの総合的な視点からの評価は欠かせないであろう。

にもかかわらず、この地域にはネットワークが確かに動いているといった勢いを見ることが出来る。人材が群をなしていることも確かである。それが地域ネットワークという形でいま動き出している。この屋台骨を担ってきたのは、世田谷区全体の小規模作業所同士の連携と共同である。詳しくは「ゆうゆう」34 号～36 号の連載²に譲るが、平成2年度の予算要求時に「ちぐさ作業所」の代表である高山秋雄（東京都精神障害者家族連合会会長）の呼びかけで結成された「世田谷区精神障害者共同作業所連絡会」は5カ所の作業所参加から始まったが、1999 年現在 22 カ所の区内の全作業所が結集している。平成3年には、対区交渉で利用者の昼食費補助を実現し、作業所の移転補助も実現している。「あらかるとカンパニー」の鈴木邦彦は当時のことを、同連載の中で、「作業所同士の連絡会のようなものをつくりたいと思ったのは、5カ所の作業所の中で一番新しくできたけやき工房のスタッフでした」と述べているが、各作業所の運営には干渉しない、立ち入らない暗黙の了解があったようである。その後、利用者を含めたいろいろな交流が盛んになり、作業の共同受注なども始まる。連絡会の世話人（役員）も毎年入れ替わり、会場を各作業所の持ち回り方式にし、平成6年までは予算要求も毎年何かは実現するといった順風満帆期であったようである。しかし、結集する作業所の数が大きくなり、元「パイ焼き窯」の直志浩仁は「物事が決まりにくくなった」と述懐するように、結果としてお互いの顔が見えにくくなってきたことを参加者は証言している。各作業所の見学ツアーを組んだり、「作業所ガイド&マップ」を作成したり、利用者の作業所選択を可能にするシステムづくりなど利用者とスタッフが共に工夫を重ねてくるが、地域ネットワークが大きくなりすぎたことが結果としてネットワークの小分けを必然化していった。そのきっかけは、「T&E企画」の進藤義夫は「玉川地区のネットワーク形成から始まった」と証言している。烏山地域の地域ネットワーク形成の動機を「千草工芸」の高田征四郎は「今まで世作連でやってきたことを、これからは各ブロックでやる。世作連は、新しく出てきている課題にきちんと対応して取り組んでいく。そうしないと、よそのテンポに置いてきぼり

² 鈴木邦彦・進藤義夫・直志裕仁・高田征四郎・植木陽子「地域における作業所同士の連携と共同（上・中・下）」、『ゆうゆう』、No.34..35.36.1999

をくって、自分たちが守ろうとしているものがこわされてしまう」と述べている。いずれにせよ、作業所のスタッフたちが、ネットワークの再編成をかなり意識化してきた背景を知ることができる。

5 烏山地域のネットワーク評価

ここで、烏山地域のネットワーク活動を総括的に評価しておきたい。評価の視点としては、次の4点を提起する。第1に、さまざまなサービスメニューが精神障害者にとって本当に利用しやすいか、どうかである。すでに小規模作業所を中心に平成8年度には「作業所ガイド&マップ」を作成しているが、内容と活用にもっと膨らみを待たせなければならないであろう。内容面では、サービスの全量と全体構造を示す必要がある。活用面では、全利用者の手元に届ける工夫が不可欠であろう。この点で、利用者である精神障害者自身の参加が不可欠である。精神障害者本人がまだ家族や専門機関の陰に隠れており、関係者が彼らを正當に評価しているかの実践が外部の人間からは見えてこない。精神障害者をサービスの受け手としか認識していない段階からの脱却が望まれる。第2に、この地域における課題の共有化がどこまで促進されているかである。2つの大病院と総合精神保健福祉センターの存在に加え、「あかね会(烏山病院家族会)」「さくら会(前身は松沢病院家族会で、現在は世田谷区家族会)」という都内で最も歴史が古く強力な家族会の存在は、伝統的なシステムに回帰させやすく、システムの守りに回るか、自己完結的展開に誘いやすい。実際、松沢病院自体は地域ネットワークに未だ参加していない。個人レベルの参加の段階から機関レベルの参加に発展させる取り組みが求められる。一方、新しく生まれたサービスは地域に密着しているが小規模なものが大半で、いつでも分散化しその内側で固まりやすい。いずれにせよ、組織内へのフィードバック、特にポリシーレベルの意識変化がますます必要な段階と言える。それはリードする従来型の役割から、パートナーとしての控えめな役割へのシフトを必要としている。第3に、サービス供給主体の有機的な連携に関してである。ネットワーク型援助は、サービスの分断を防ぎ、サービスの継続性を保ち、サービスの開拓を促進するうえで不可欠なものである。この点では、「烏山地域精神障害者生活支援連絡協議会」がこれまで蓄積してきた実践と交流を土台に結成されたこともあって、地域ネットワークの屋台骨になることが期待される。したがって、これまで以上に「顔の見える関係」が築かれていくと展望している。第4に、生活支援事業の発展する条件を拡大する取り組みに関してである。家族会や共同作業所を中心に対行政交渉をこれまで展開し、多くの成果を生み出してきたが、さらに精神障害者本人の参加、一般市民の参加、行政の参加を含めた立体的な組織化が必要になってきている。しかしそれはヒエラルキーを持ち込むことではない。ユニオン型の水平・分権の組織化である。

6 ケア・バイ・ザ・コミュニティをめざした、これからの実践課題としてのネットワーク

ネットワークは発展型である。その志向性は、第1に、コミュニティサポートシステムー地域を基盤とした総合的な支援力の形成にある。そして第2に、精神障害者のエンパワーメントと地域社会のエンパワーメントを統合的に実践することに他ならない。すでに烏山地域では、連絡調整レベルのネットワークから有機的な連携レベルの段階に移行しており、第1段階としてのサービスの調整を中心としたネットワークは実践済みと評価できよう。その課題認識においても、供給主体の多様化に伴う弊害の是正や、知り合う、そのために集まるといった相互理解の促進、サービスの効率化とサービスの継続性の確保が確認されている。しかも、烏山地域のネットワークは、世田谷区全体の小規模作業所を中心としたネットワークの膨らみを分化・再編して、より小地域に根を掘り下げることによって、ネットワークの密度と強度を増そうとする試みである。この場合、地域ネットワークがその起点であった小規模作業所中心の発想からはかなり脱却していくことが必要になると思われる。

現在、関係者の認識の中心点は第2段階であるサービスの開拓・活用を中心としたネットワークに向かっている。サービス資源の組織化と開発・充実にむけて、何らかの協働活動に踏み込むことが当面の実践課題であろう。この場合でも、ヘゲモニーを競うことなく、御輿の担ぎ手として対等な参加が望まれよう。さらには、従来の保健・医療・福祉といった枠組みで狭く規定せず、労働、教育、住宅、文化など関連施策・機関との有機的連携が視野に入ってくるものと思われる。また、ややもするとフォーマルサービスにのみ目が向きがちだが、インフォーマルサービスの開拓がより意識されてもこよう。しかしそれはフォーマルネットワークと、ソーシャルネットワーク(自然発生・組織化)という従来の問題の立て方を踏承した個人を対象とした「ネットワーク・アプローチ」の設定への矮小化を意味するものではない。それらに加えて烏山地域では、スピークアウトする精神障害者本人がもっと育って良いと思われるが、この点でも関係者の取り組みに注目していきたい。彼らはお客さんではないのである。

さて、第3段階として位置づけたケア・バイ・ザ・コミュニティを志向したこれからのネットワークは、すでに述べたように、精神障害者本人と地域住民一般との地域ネットワークである。その場合、ニーズ主体のネットワークとは、精神障害者本人のみならず、ネットワークの幅の拡がりによって、住民もクライアントとして支援されるべき双方向のネットワークを築くことを目標としよう。支援の網の目である地域ネットワークは、その求心力として何のために、誰のために必要なのかという目的の確認、ネットワークメンバーの連結の状態によってコミュニティサポートシステムの形成を左右するからである。

7 むすび

精神障害者の自立生活支援と新しいコミュニティづくりは統合される目標である。烏山地域ははじめにも述べたように、「最も充実したケアとサービスが整備されている数少ない代表的な地域」といっても、精神保健福祉という、この遅れた分野において先進という意味だけである。しか

も散在するサービスの有機的連携は始まったばかりである。しかし明らかに地域は問題発生
場ではなく、問題解決の場である。そして、ネットワークは顔の見える関係を創り、地域をデザイ
ンすることを烏山地域から学ばせてもらった。

【参考文献】

- 1) 岡田靖雄編『精神医療』勁草書房 1964
- 2) 遠山哲夫「ホステル化しつつある精神病院」病院、34(8), 1975
- 3) 広田伊蘇夫『精神病院—その思想と実践』岩崎学術出版社 1981
- 4) 蜂矢英彦『精神分裂病のリハビリテーション』医学書院 1981
- 5) 『世田谷ノーマライゼーションプラン』世田谷区障害福祉推進室 1995
- 6) 藤間久子「ホームヘルプサービスについて」第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書 1996
- 7) 世田谷区精神保健対策連絡協議会『世田谷区精神障害者施策のあり方(提言)』世田谷区衛生部 1997
- 8) 『東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書』東京都衛生局 1997
- 9) 『障害者のしおり』世田谷区 1998
- 10) 『世田谷区の地域保健』世田谷区 1998
- 11) 沖山明美・右田周平・小川義博「援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴」(1)(2))公設リハビリテーシ
ョン連絡協議会 会報 1999
- 12) 鈴木邦彦・進藤義夫・直志浩仁・高田征四郎・植木陽子「地域における作業所同士の連携と共同(上・中・下)」『ゆ
うゆう』No. 34, 35, 36. 1999

烏山地域精神障害者生活支援関連事業の現状
(京王沿線)

1999 (平成11) 年 8 月現在
烏山地域精神障害者生活支援連絡協議会

事業の機関・名称		事業の所在地	事業の概要	備考
共同作業所	① さくら美術工房	柏谷4-20-18 光栄マンション312	牛乳パック利用の手漉き和紙づくり ゆっくりできる場所	
	② 喫茶室パイン	上北沢2-1-1	本格的な喫茶店、客も多く忙しい。 別に「パインルーム」があり、 ゆっくりできる	
	③ ちぐさ企画	北烏山6-11-11	下請け内職仕事。仕事が多く選択 できる。	
	④ フレンドパーク	上北沢4-10-8	下請け内職仕事。仕事の種類多く、 選択できる。 下請け内職仕事。夏場が忙しい。	
	⑤ 千草工芸	南烏山5-24-11	下請け内職仕事で作業中心。 ゆっくりできない。	
	⑥ まごの手便	赤堤4-35-19	緑道清掃。パソコン。夕食会等。	北沢総合支所内
グループホーム等	⑦ 第一さくらハウス	千歳烏山駅周辺	グループホーム	
	⑧ 第二さくらハウス			
	⑨ さくらハウス (高齢者住宅)	柏谷4丁目	60歳以上の方に、安心して暮らせる 居室を提供。	
	⑩ ちぐさホーム	南烏山6丁目	グループホーム	分散型
	⑪ 千草ハイム	北烏山1丁目	グループホーム	集合型
	⑫ 福祉住居 千草ハイム			
	⑬ めぐハウス	赤堤4丁目	グループホーム 青年期を対象としている	北沢総合支 所管内
援護寮・福祉ホーム	⑭ 烏山ハイツ	北烏山6丁目	烏山病院が開設したグループホーム	
	⑮ いずみ荘	上北沢2-1-7 中部総合精神保健 福祉センター	センター内の宿泊訓練部門	
ショートステイ	⑯ さくらハウス	千歳烏山周辺	一時的な休養・外泊の場	
	⑰ シュートステイ いずみ荘	中部総合精神保健 福祉センター		
相談機関	⑱ こころの相談室	烏山区民センター	毎週水曜日 第2・4金曜日 さくら会の委託で実施	
	⑲ 烏山保健 福祉センター		専門医による思春期相談	
	⑳ 中部総合精神 保健福祉センター			

事業の機関・名称		事業の所在地	事業の概要	備考
交流の場		柏谷4-20-18 光栄マンション205	平日10時～7時 祝日1時～5時 日曜12時30～5時	
		赤堤3-3-8さくら会 松原分室	イブニングケア 毎週火・木午後4時30～8時 夕食代350円 サンデースクール 第2日曜10時30～午後3時 昼食・おやつ代400円	北沢総合支 所管内
生活技能訓練		赤堤3-3-8さくら会 松原分室	ロールプレイ等の技法を取り入れ、 問題解決の技能を身につける 毎週金午前10時30～12時 家族だけを対象にする日は第2水 午前10時30～12時	北沢総合支 所管内
当事者会		赤堤3-3-8さくら会 松原分室	参加自由、月1回の例会 小旅行、見学会、ミーティング	
		上北沢2-1-1 松沢病院内	主として松沢病院利用者 土・日・祭日以外9時～4時 会費300円	
ボランティア		南烏山6-19-13-101 佐倉スミ子方	烏山上町町会婦人部の ボランティアグループ	
家族会等		柏谷4-17-3 ドミール101		
		北烏山6-11-11 烏山病院気付		
		北烏山6-12-11 ちぐさ企画気付		
デイケア等		南烏山6-22-14	デイケア利用者の家族会	
		上北沢2-1-7		
		上北沢2-1-7		
		北烏山6-11-11	ナイトケアも併設	
行政・医療機関等		南烏山6-22-14	保健婦による相談 (随時、地区担当制)	
		上北沢2-1-7		
		上北沢2-1-1		
		北烏山6-11-11		
		南烏山5-16-1 第2三沢ビル		
		上北沢2-1-7		

第9章 沖縄県における精神保健福祉の形成と発展

1 はじめに

本事例は、精神障害者に対する地域生活支援システムの最もマクロ的な実践を分析し、検討するために沖縄県を選んだ。筆者はここ数年機会があつて沖縄に行くことが多く、そこで沖縄の精神保健福祉に自然と関心を持つようになったことによる。それまでは、東京都や神奈川県、新潟県などと比較すると精神保健福祉領域では沖縄県は「遅れた県」程度の認識しかなかった。何を持って「先進県」と「後進県」を区別するのか、地域サービスの量や種類だけで判断していた筆者にとって、聞き取り調査を通して、沖縄で見て、語り、触れ合った体験は衝撃であつた。「いま沖縄がおもしろい」と言えるほど、沖縄には新しい地域生活支援システムを形成する勢いが見られる。この勢いの秘密はどこからくるのか？本土と違う歴史を背負いながら、沖縄で 21 世紀の精神障害者地域生活支援システムを拓くロマン溢れる活動と担い手たちの姿にふれたとき、秘密の謎解きに心が動いた。本事例は、この勢いの秘密、謎解きに迫る元気な沖縄からの発信である。

2 基地の街・観光の街、沖縄県

その前に、沖縄県のプロフィールを簡単に紹介しておく。面積 2,265Km²、人口 1,281,766 人(平成8年 10 月 1 日現在)、世帯数 40.5 万、53 市町村、大小 161 の島から成り立っている。沖縄の一般イメージは、かつての琉球王朝やハブの生息地、サトウキビや泡盛がすぐ思い浮かぶ。今でこそ、日本唯一の海洋県として大型リゾートホテルやマリンレジャーの基地として沖縄は全国に知られているし、最近では安室奈美恵などアイドル歌手の輩出県としてもよく話題にされている。サミットも沖縄で開催されようとしており、再び基地移設問題がよく報道されている。こうした観光県としての顔と同時に、日本最大の米軍基地の街であることも知られるようになった。

第2次世界大戦で、日本唯一の地上戦となつたのが沖縄である。その結果、県民の3分の1近い20万人以上の尊い人命を犠牲にしたことも忘れられない歴史の事実である。その後、サンフランシスコ講和条約の締結により、日本が沖縄の施政権を放棄したことで、昭和 47 年5月 15 日の本土復帰に至るまでの 27 年間、米軍の占領統治下とそれに引き続くアメリカ民政府の直接統治、そして昭和 27 年からはアメリカ民政府のもとに創設された琉球政府による統治下におかれた県である。それまでの沖縄は琉球王国として、古くから武器のない「守礼の邦」として栄えたが、沖縄の戦後の復興は、基地の強化と民政の安定を基本に特異な歩みを続けることになった。本土復帰後も、基地の街、観光の街という2つの顔を持ち、

さまざまな矛盾をかかえることになった県である。

沖縄の人口動態はどうか。那覇市 30 万、沖縄市 11.7 万、浦添市 9.8 万と都市部に人口が密集しているところもあるが、本島の中北部を中心とした膨大な基地の周りや、離島・僻地はまったくの過疎地域となっている。また沖縄は、県民の帰属意識はきわめて高く、全国一の最長寿県であり、出生率や離婚率も高い県である。暮らしむきはどうか。県民経済計算年報(1993 年度)によれば、県民所得は全国平均を 100 とした場合、68 と全国最下位を続けている。失業率も全国平均の2倍である。沖縄経済は、基地と国の財政援助、観光収入から成り立っているが、暮らしむきはけっして豊かではない。医療福祉関係予算は平成9年度で、666 億円、病院数 89 施設、クリニック数 566 施設、そして3次にわたる沖縄振興開発計画で社会福祉施設の整備が進められ、社会福祉施設数は 674 施設となっている。プロフィールはこの程度にして、さっそく本題に入りたい。

3 沖縄の精神医療保健福祉施設などの概要

まず、沖縄県の精神医療施設から紹介しておきたい。

○精神病院は 24 施設で、合わせて 5,694 床(人口万対 44.4 床)ある。全国平均は 28.8 床だからかなりベッド数が多いのが特徴である。これには後で述べるように沖縄の特殊事情も影響している。民間病院は約 85%で、入院者に占める精神分裂病の割合は、66.5%(平成9年6月 30 日現在)となっている。この点は本土(61.2%)とあまり変わらない。しかし入院形態別で見ると、福井県、三重県、茨城県に次いで任意入院率は 77.5%と4番目の高さである。

○病床を有しない精神科医療施設は 20 施設(県立総合精神保健福祉センター、那覇市立病院精神科、県立中部病院精神科、精神科クリニック 17 カ所)ある。全国平均よりはやや少ない。しかしユニークなクリニックが多い。

○精神科デイケアの承認件数は 23 施設と医療施設全体の5割を越えている。全国平均より整備率は高い。別に、痴呆老人デイケアも7施設ある。全体に医療施設は良い意味で競い合っている。

○通院患者数は、18,791 人(法 32 条による公費通院 9,854 人、52.4%)となっている。同じ人口規模の県や川崎市と比べるとかなり多い。

○後で紹介するが、沖縄県独自の「特別措置患者」が、1,118 人(入院者の 20.4%)現在も入院している。

次に、地域の援助機関を紹介する。

○県立の総合精神保健福祉センターが1カ所あるが、地域連携の良さで沖縄の代表的機関として活躍している。

○保健所は、地域別に7カ所置かれており、専任の精神保健福祉相談員が合わせて 10 名、

保健婦の精神保健福祉相談員資格取得者が113名(全153名中)いる。その内、精神担当保健婦は26名となっている。すべての保健所でデイケアを実施(デイケア専用室の整備)しており、相談件数は平成9年度で、実数3,590人(延べ17,169件)、訪問件数は実数で1,879人(延べ6,668件)と保健所活動がかなりの役割を担っている。この点は、同規模の県である秋田県の4倍、滋賀県の2倍をはじめ、九州各県を上回っている。

○また市町村でも、53市町村中37カ所で市町村デイケアを実施していることも沖縄の際だった特徴である。市町村活動は総合的に評価して全国1位の実績である。

次に、民間団体も見ておきたい。

○(財)沖縄県精神保健福祉協会はかなり古い歴史を持った団体であるが、あまり表面に出てこない。

○(社)沖縄県精神障害者福祉会連合会は、後でもふれるが、昭和63年設立の家族会連合会の法人団体として平成6年10月17日に発足し、現在地域家族会13カ所が加盟している。この他にも、平和病院家族会がある。また、沖縄県断酒連合会(地域断酒会—8カ所)やAA関連が3グループ、ダルク・グループが活動している。

社会復帰施設はどうであろうか。平成10年9月末現在の設置状況を次のようになっている。

○授産施設7カ所で、うち、通所型は1カ所で「県立てるしのワークセンター」(公立民営)がそうである。入所型は6カ所あるが、すべて医療法人立となっている。入所型施設は全国の3分の1を有しており、多いのは現在の沖縄の特徴である。

○生活訓練施設(援護寮)は4カ所で、いずれも医療法人立である。

○福祉ホームも3カ所で、これまたすべて医療法人立である。

○精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)は8カ所(総定員48名)となっている。こちらは家族会が設置運営しているところもあるが、6カ所が医療法人立である。

○小規模作業所は18カ所(総定員約350人)あるが、大半は地域の家族会が設置主体となっている。

○患者クラブは、ピープル会、芽生えの会、メンバーズクラブふれあい、院内患者会の4クラブが生まれている。平成10年に県組織として旗揚げしている。

○地域生活支援センターは、最近のことであるが、県立てるしのワークセンター1カ所となっている。

○社会適応訓練制度の利用者は61名(登録事業所37)で、沖縄県職親連絡会が最近つくられている。

なお、沖縄県の精神保健事業費は、約39億円(内特別措置費14億円強、通院医療費約16億円)となっている。

注目されるのはこれらの施策や社会資源の整備状況ではない。例えば、都道府県障害者

計画の策定は平成6年6月とほぼ平均的な時期に策定しているし、沖縄県障害者プランは全国で16～25番目の平成10年3月に策定されている。市町村障害者計画は平成11年3月末現在で71.7%(38自治体)が策定済みであるが、全国で14位の策定率である。行政施策水準は全国平均よりやや上回るものの、新潟県などのトップグループでもない。社会復帰施設は同一人口規模の秋田県や大分県と比較すると似たような状況である。小規模作業所は全国で1,500カ所あるが、沖縄の18カ所は全国平均と比較すると特別に多くも、また少なくもない。しかし全国平均の補助金は1カ所につき約600万円であるのに対して、沖縄は220万円であるから、全国平均の3分の1で運営していることになる。沖縄の社会資源が総じて全国より豊かであると評価できないし、行政の補助も十分ではない。これら社会資源の多い少ないでは、元気な沖縄や勢いの秘密の謎解きにはまだ迫れない。そこで、沖縄における精神医療保健福祉の歴史を次に辿っていくことにしたい。

4 精神障害者を地域社会が受け入れていた沖縄

戦前は、精神医療にける明治の「琉球処分」と、吉川武彦が指摘したように、2法(精神病患者監護法、精神病院法)の適用を受け、監置・入院していた患者さんはかなり少なかったようである。なにせ精神病床は戦前一床もなかったのである。本土では1875(明治8)年開設の京都府癲狂院から数えて、昭和5年で精神病院は90カ所を数え、ベッドも1万床を越えている。沖縄では昭和16年に法適用115名、非適用775名と報告されているように、沖縄県衛生年報統計によれば、昭和9年以降昭和17年までの毎年の監置者数は100名前後となっている。届出のない私宅監置の実数は不明であり、座敷牢や人里離れた監置小屋も作られていたが、大半は放置されていたわけである。本土においても事情はさほど変わっていない。昭和5年末に行政当局が把握していた精神患者数は、男性46,831人、女性26,335人の合わせて73,166人であるが、病院・施設収容は14,558人であった。昭和10年に届け出のあった私宅監置は7,200人であり、二法適用は1万人を越えたが、放置患者も青木延春(1937年)によれば、65,000人と推計されている。本土では公安上の必要から二法適用を制限していたが、各地で精神病患者をめぐる社会排斥は改善することなく、家族をして届け出のない座敷牢は戦後まで広範に及んでいたことが各地で報告されている。このように、本土と沖縄には「放置」もかなり社会背景が違っていた。沖縄に生まれ育った故平安常敏は「精神障害者による特異な事件もなかった」と報告しているが、沖縄では「放置」はある意味で、地域社会が精神障害者受け入れていたと思われる。

「精神障害者に医療を」を合い言葉に戦後の出発は始まる。本土では、精神衛生法の公布(昭和25年5月1日)により旧2法は廃止されたが、沖縄では、琉球精神衛生法が成立(昭和35年)するまで旧2法は存続していた。琉球精神衛生法では、入院も含めて医療費の公費負担制度を導入した。これは措置入院、同意入院、自由入院などの入院区分を問わず、

また通院医療にも適用したが、肝心の裏付けとなる予算の不足から、期限付きではあったが、「保護拘束」という名の私宅監置の存続を認めるという矛盾した法律でもあった。しかしこの点は本土の精神衛生法においても似たような事情を持っていた。都道府県に精神病院の設置義務を課したにもかかわらず、「設置されるまでの当分の間、代用する」はずだった「指定ベッド」を民間精神病院に依存し、公的責任を自ら値切って出発したからである。

この間、沖縄では昭和 20 年に初めて、アメリカ軍政府の G-6-54 病院（野戦病院）精神科が戦後の診療を始め、昭和 21 年には宜野座病院に精神科病室（20 床）が設置され、昭和 24 年には金武村浜田の結核療養所に隣接して 50 床の精神科病棟が設置（沖縄民政府沖縄精神病院；初代琉球精神病院院長の島常雄）されている。琉球政府は昭和 27 年に創立されたが、この年に沖縄でも保健所法の制定を見ている。昭和 29 年、琉球精神病院（保護室 20 床を含む定床 70 床）が新設される。この頃になると民間精神病院も、医師の自由開業権が認められ、島医院（昭和 26 年）、田崎医院（昭和 33 年）、たがみ医院（昭和 34 年）、天久台医院（昭和 34 年）などが相次いで開院している（こうした沖縄における黎明期の精神科看護者の苦労については文献にあげた島仲花枝のインタビューに詳しい）。また、昭和 32 年の琉球政府調査で 999 名の精神病患者（入院 76 名、私宅監置 209 名を含む）が把握され、昭和 33 年には、琉球精神障害者援護協会（現・沖縄精神保健福祉協会の前身）が設立されている。昭和 35 年には、保健所に看護課が設置され公衆衛生看護の取り組みが開始され、昭和 36 年には沖縄精神衛生協会が沖縄精和病院を設立（初代院長：平安常敏）している。こうして「精神障害者に医療を！」を合い言葉に、戦後の基礎は確立していく。それでも昭和 38 年の病床数はやっと 695 床で、当時、入院治療を必要とする精神障害者が 1,600 ～ 1,700 人と推定されていたことから、医療施設の量的な不足や質的な低さが次第に問題視されてくる。本土ではこの当時、精神病院数も 1,000 力所を越え、精神病床数も昭和 39 年 2 月末で 138,925 床と普及しだし、なお当時の欧米水準に近づく病床整備を目標としていた。

【精神衛生実態調査と病床増床】

昭和 39 年、日本本土政府の医療技術援助の一環として派遣医制度が開始されている。派遣医の岡庭武や鈴木淳の報告が当時の様子を語っているが、同じく、派遣医師の伊藤圭一は、沖縄の精神衛生対策がかかえる深刻な問題について、雑誌「精神衛生」誌上（昭和 41 年 2 月）にて、①精神病床の不足、②精神科専門医の不足、③精神病院入院費の公費扶助額の不足を指摘するとともに、生活指導、レクリエーション、作業療法の強化を訴えている。昭和 40 年に琉球政府厚生局予防課に精神衛生係が新設され、昭和 41 年 11 月、本格的な精神障害者の実態調査である「琉球政府厚生局精神衛生実態調査」が日本本土から著名な 10 名の医師たちの来沖・協力によって実施されている。

この調査結果では、「沖縄の精神障害有病率は本土（昭和 38 年全国調査で人口千対 12.9 床）の約 2 倍（人口千対 25.7）にあたる」、「沖縄における精神分裂病の占める割合は本

土と比べ極めて高い」、「7割以上の精神障害者が何らかの治療も指導も受けず放置されている」と発表された。調査対象世帯数 1,155 世帯、世帯人口 5,127 人、精神障害者と判定された者 132 人と標本数の少ないこの実態調査結果の報告がその後一人歩きしていくことになる。「沖縄の精神障害者は本土の2倍」とセンセーショナルに喧伝され、吉川武彦が「沖縄の精神衛生行政推進の上でこの調査は強力な力を発揮した」と述べているように、昭和 40 年代は調査結果を武器に、沖縄では各精神病院の増床・新設が一斉に始まっている。また、この調査結果は、本土政府への要請や「何か重大な事件が起きる」といった社会不安を煽る役割にも使われた。沖縄県に後進性があるとすれば、その原因はこの実態調査が最初にもたらしたものであり、結果はずいぶん罪深いものとなっていく。

【本土復帰と精神医療の整備】

ともあれ、昭和 47 年 5 月 15 日、沖縄の施政権返還という歴史的な本土復帰を迎えることになる。沖縄ではその準備の年、昭和 46 年に保健所法を改正して、精神衛生業務を正式に保健所業務に位置づけた。また同年 12 月には、「沖縄復帰に伴う特別措置に関する法律」が制定され、次いで昭和 47 年 4 月、厚生省関係法令の適用の特別措置に関する政令の公布がなされ、精神障害者の医療に関する特別措置を認め、当分の間、「琉球精神衛生法」第 26 条、第 5 条の規定で、公費医療受給者の医療費は復帰後も公費負担が継続されることになる。本土復帰の年に、沖縄県精神病院協会が発足し、琉球政府立琉球精神病院の国立移管がなされている。続いて沖縄精和病院の県立移管(昭和 48 年)や琉球政府立宮古・八重山両病院の県立移管なども進められている。昭和 49 年には、国民皆保険制度が本土に遅れて導入され、入院中心の精神科医療は一層広がっていく。玉木病院、糸満清明病院、沖縄中央病院など私立病院の新開設が相次ぎ、昭和 52 年には総病床数も 3,000 床を越える状況になっている。

こうした中で、昭和 49 年に沖縄精神衛生協会が創設した精神衛生相談所は県に移管され、沖縄県立精神衛生センターとして再出発している。センターは、昭和 51 年からデイケアを開始し、ほぼ本土並の精神医療の整備が進められることになる。

しかし、沖縄の本土復帰はある意味で入院医療中心のケアシステムの完成という「沖縄の本土化」をもたらしたが、もしこれが数年送れていたら事情はまた違っていたかも知れない。すでにアメリカはケネディ教書により、施設ケアから地域ケアへのシステム転換にその舵取りを急旋回してきたからである。皮肉なことに、入院中心主義のシステムは施政権変換後に本土の援助も得て、沖縄がモデルとなって進められた。

5 沖縄における新たな展開の幕開けと発展

このように見てくると、沖縄における精神障害者への良質な医療の提供、リハビリテーション、生活支援の総合的な取り組みは 1980 年代以降、とくに本格化していったのは 90 年代以

降のことである。80年代に始まる沖縄の新しい台頭は、最も「先端」をいていた入院中心主義のケアシステムの行き詰まりを沖縄自身が本土の何処よりも早く体験したことで無関係ではない。その最初のきっかけは、昭和54年9月に始まった久米島でのデイケア活動や、昭和59年開設の中間施設「社会復帰訓練センター名護農園」の取り組み、昭和61年7月からの宮古島伊良部町での地域デイケア「サシバの会」の活動など地域での取り組みが最初である。医療の方では、昭和62年に開設した平和病院など3病院の開設が新たな医療サービスの転換をもたらす契機となってきた。そして、昭和63年2月には、県内最初の小規模作業所「アトリエ種子」が那覇市に、浦添市に「あおぞら作業所」がそれぞれ地域家族会の手で開設を見ている。

昭和63年には、やどかりの里の谷中輝雄のよびかけで、「やどかりセミナー」が沖縄で開講されているが、これは以降毎年開かれるようになり沖縄県におけるネットワークづくりの柱となっている。ここら辺りまでが、沖縄の精神保健福祉の歴史といえる。

ここで、その歴史的経過から現在までの沖縄の精神医療保健福祉の推進を担ってきた人々を紹介しておきたい。

【戦後の最初の担い手；本土からの派遣医師たち】

施政権が長い間本土から分離され、医師の養成期間を持たなかった沖縄では、精神科専門医の不足はもっとも深刻な問題であった。そのため国費留学制度や本土政府の医療技術援助である派遣医師制度に頼らざるを得なかった状況にある。派遣医師の多くが沖縄での実践に熱意を燃やし、沖縄の今日を築く上でさまざまな足跡を残している。

例えば、昭和42年に派遣された蜂矢英彦（現、東京武蔵野病院）は、隔離収容が本格的に進行しだした当時に、宮古・八重山郡島にて巡回診療を開始し、早くも作業療法やレク療法などのリハビリテーションを推進している。

島成郎（しましげお）は、昭和43年に派遣医として沖縄にわたり名護の巡回診療を始めているし、昭和46年8月には、那覇（現、南部）保健所の嘱託医師として、沖縄本島南西海上約100K離れた久米島（人口約1万）の巡回診療も始めている。島は、昭和47年、宜野湾市の玉木病院に勤務しているが、この間、地域医療の推進を通して沖縄の若手医師、保健婦、精神保健相談員などに強い影響を与えている。その後、東京の陽和病院などを経て、平成6年から再び沖縄に戻り、名護市のメンタルクリニックやんばる院長として活躍している。

この他にも、琉球大学の設置と相まって、沖縄の精神医療に大きなインパクトを与えた精神科医に、現国立精神・神経センター精神保健研究所所長の吉川武彦がいる。吉川は、復帰後すぐに厚生省の医官として沖縄にわたり施策調整の仕事に携わり、その後、琉球大学医学部付属病院や教育学部などで臨床と教育の仕事に関わり、貴重な沖縄の精神医療25年の歴史をまとめている。

【保健婦活動と市町村駐在制度】

沖縄では、昭和17年に初めて国保勤務の公衆衛生看護婦（復帰後は、保健婦に名称変

更)が誕生している。昭和 26 年の保健所開設と同時に公衆衛生看護婦が保健所に配置され、合わせて市町村に駐在が始まっているが、離島などの小規模町村が多い沖縄でこの駐在制度の果たした歴史的役割は大変大きかったようである。本体である保健所の支えの下で、各離島では精神保健クリニックを年2回から4回実施してくる。クリニックを市町村で実施することで、役場がクリニック・スタッフ(精神科医師・相談員・保健婦)を受け入れるために役場に担当者を置き、患者さんや家族をクリニックに参加させるために公用車で送り迎えた。このことが市町村職員の精神保健に関する臨床経験と精神障害者の福祉課題を深める契機となっていく。こうした中で、離島に派遣された保健婦や本島の市町村に派遣された保健婦たちが、家族会や断酒会の組織化やデイケアを開拓していく。

その活躍ぶりを少し見ておきたい。久米島(具志川村・仲里村)の宮里恵美子、宮里トモ子保健婦たちは、昭和 54 年から沖縄県最初の市町村デイケアを始めている。粟国島(粟国村)の金城よし子、真喜志美千子、長嶺富士子保健婦たちは全国で初めて島の断酒会活動を組織し、酒休み2日を導入している。伊良部島(伊良部村)では、池原和子、福島えつ子保健婦が昭和 61 年からデイケアを始め、同じ時期に、伊江島(伊江村)では国吉加代子、知念加代子保健婦がデイケアを始めている。また、保健所所内保健婦では、新里厚子、喜手苺綾子、大城よし子、上地アキ子などの保健婦が保健所精神保健福祉活動の基礎を作り支えてきたし、読谷村に駐在していた玉城トミエ保健婦を始め、1件1件家庭訪問して日常実践を積み上げ、家族と住民を組織化していく。この保健婦の活動は本土からの派遣医師とは違い、沖縄生まれの地域精神保健推進に最初の主役を担ってきたものである。精神保健におけるモデル的事業は保健所本体の支えの中で、これら離島などの小規模町村から始まり、沖縄県全域に広まっていくことになる。昭和 46 年の沖縄振興開発特別措置法により無医地区にも保健婦が配置され、ピーク時には駐在保健婦 122 名と保健所保健婦数を上回る状況であった。本土復帰後の昭和 47 年から精神衛生相談員資格認定講習会の実施が始まり(駐在制度は存続する)、昭和 50 年からは浦添市、那覇市を最初に市町村保健婦の設置が始まってくる。沖縄の特徴ともいえるべき市町村活動、その原型を作ってきた取り組みにデイケア活動がある。最近でも、下地村の下地ゆか保健婦が平成8年にデイケアを始めているが、これらの市町村デイケアの大半を保健婦活動が切り開いてきた。しかし、地域保健法の施行を機に、平成9年3月 31 日をもって戦後 45 年間続いた保健婦駐在制度は廃止されている。平成9年度現在は、「沖縄県保健婦確保人材派遣支援計画」に基づき、保健所 117 名、離島支援 15 名、市町村 168 名の合わせて 300 名の保健婦体制となっている。

【沖縄保健婦たちの育ての親;佐々木雄司】

ところで、こうした保健婦たちや後で述べる精神保健福祉相談員など現場スタッフを育てた佐々木雄司(現獨協大学教授)も、沖縄の精神保健福祉の現在を語るとき忘れてはならない人物である。佐々木が琉球大学に赴任したのは、昭和 52 年の春である。当時、埼玉県精神衛生センター所長として、日本の地域精神保健活動でもすでに第一線の活躍をしてい

た。「なぜ、沖縄に？」という周囲の疑問に振り向かず、佐々木は、沖縄に限りない想いを込めて自ら赴任している。現地で、昭和 53 年5月に8人の保健婦の参加を得て、「でいごゼミ」を始めている。レポートの書き方から毎月の事例検討会、公衆衛生学会への発表指導など、琉球大学を離れ(昭和 56 年 11 月)、都立精神衛生センター所長として東京に戻っても、毎年数回は沖縄を訪れて沖縄の現場スタッフたちを育てていく。前述した真喜志美千子、長嶺富士子保健婦を始め、島袋光子、佐久川ヨシ子、比屋良キヨ子、大城節子、仲地明美、比嘉ミヨ子、親川豊子、仲嶺廣子、照屋明美、友利悦子など大勢の担い手がこの佐々木の私塾ともいうべき「でいごゼミ」から育っている。佐々木の足跡は見事と言うほかない。

【精神科ソーシャルワーカーと精神保健福祉相談員】

精神科ソーシャルワーカー(PSW)は、精神衛生協会事務局長として、沖縄精神保健福祉の基礎を築いてきた神山茂市(故人)が代表的な人物であった。沖縄各地の聞き取り踏査で誰もが言う。吉川がまとめた先の報告も、神山が協力していなかったら成し遂げていない。続いて、県庁の精神衛生係長として長い間中心になってきた玉盛尚(定年退職)や昭和 37 年に沖縄精和病院に採用された最初の PSW であった平良(安里)千代子(沖縄県立総合精神保健福祉センターを経て、1997 年3月に退職。現在沖縄県PSW協会会長)などが基礎期の PSW として、一貫して沖縄の精神保健福祉活動の裏方役を担ってきた。すべての保健所(7保健所)に精神保健福祉相談員が配置(合計 10 名)されており、仲宗根裕、安富祖朝正、花城正吉、仲本政幸などすぐれたソーシャルワーカーが地域精神保健福祉の基礎を築いてきた。民間病院では、松尾美恵子、小禄裕一、仲地修、玉木尚道などがその基礎を築いてきたし、小規模作業所の第1号である「アトリエ種子」はPSWの宮城豊子を中心となり開設しているように、現在では大勢の若いPSWが病院と地域で活躍している。

こうした中で、保健所精神保健福祉相談員であった、永山盛秀が毎日開設の保健所デイケア「ふれあい」が保健所を飛び出したのを契機に、永山自身も保健所を辞め、平成7年8月有限会社「ふれあい工場(こうば)」を設立した。彼はその後、家族会連合会の山里会長と共に、沖縄に新たな転換を準備することになる。

【家族会活動と山里八重子会長】

昭和 54 年7月久米島で沖縄最初の家族会「あけぼの会」が結成される(平成3年小規模作業所「あけぼの会」を開設)。昭和 63 年 11 月には、3つの地域家族会が集まって「沖縄県精神障害者家族会連合会」を結成している。その後、地域家族会が各地に作られ、それぞれ家族会連合会に加盟していく。

平成6年1月の全家連九州ブロック研修会の成功を機に、沖縄県精神障害者家族会連合会が同年 10 月に社団法人化し、新たな地域精神保健福祉の推進力が形成されてくる。社団法人化を契機に、従来の家族会連合会を「沖縄県精神障害者福祉会連合会」(沖縄連)に名称を変更した。これは、精神障害者の問題は家族だけが抱える、担う問題ではないという思いからであるが、ここに山里八重子会長のリーダーシップを見ることができる。高齢の

彼女は、精力的に各自治体首長への会見を申し入れて、いま沖縄全土を駆け廻っている。最近の現地での新聞(宮古毎日新聞;平成11年10月28日)でも、同月25日に宮古地区福祉会が結成され、山里会長が記念講演して現地を激励している。これに先立ち、平成8年4月には、通所授産施設「沖縄県立てるしのワークセンター」を沖福連に運営委託されている。平成8年6月には、沖福連の呼びかけで、小規模作業所連絡会や沖縄県職親会も発足している。沖福連は、ネットワーク形成と活動の拠点としての「てるしのワークセンター」(平成8年11月1日開設)を運営することになり、沖縄の屋台骨として全国的に見ても有数の連合会に成長している。

【社会福祉協議会の協力と地域展開】

沖縄における社会福祉協議会は、地域福祉推進の立場から市町村デイケアや小規模作業所の設置と運営の協力、そして地域啓発や地域組織化など重要な役割を担ってきた。中でも、昭和61年には、読谷村社会福祉協議会が地域でのデイケアを始めており、平成6年には読谷村社会福祉協議会が中心になって「SPDなごみの会作業所」を開設している。平成5年8月には、「かなんがーと集う会」という地域自治会レベルのデイケアが沖縄市泡瀬自治会公民館で開かているが、この支援スタッフも保健婦や地域の精神病院のPSW、訪問看護婦などの専門家に加え、沖縄市社会福祉協議会、地域の民生委員、母子保健推進委員、自治会長らが参加している。これは社会福祉協議会の「ふれあいの街づくり」事業を積極的に活用したものである。また、平成6年11月には宜野座村社会福祉協議会が直接「かたばる共同作業所」を開設している。今帰仁村社会福祉協議会も毎月1回のデイケアを地域で展開している。このように地域展開の推進力となってきたのが社会福祉協議会であるという沖縄の特徴がある。

【21世紀を拓く主役;精神障害者本人の登場】

沖縄でも、精神障害者自身が次第に精神保健福祉の主役に登場しようとしている。これは、平成5年の全国組織の結成が大きな刺激となっている。平成7年2月には、メンバーズクラブ「ふれあい」が毎週金曜日の夜に中央保健所にて「つどい」をスタートさせている。平成9年からは、沖縄県社会福祉センターで毎週水曜日の夜に、また、中部の人たちのためにコザ保健所でも毎週開かれるようになる。ピープル会、芽生えの会を含めて自助グループ支援が活発に展開されるようになってきた。

こうした中で、平成7年5月には精神障害者自身による本「窓辺に光を一精神病なんかこわくないー」(新里よし子著)が出版され話題を呼んでいる。また、平成9年1月には宮古島にて「コンシューマーズ交流会イン宮古集会」が500人の参加で開かれている。これらの経験を蓄積して、平成10年10月には、「沖縄県精神障害者連合会」が嬉野が丘サマリヤ人病院の患者さんたちで構成される「芽生えの会」会長の高良正生や新田宗哲たち準備会が中心になって旗揚げされた。そして、平成12年10月には、全国大会が沖縄で開かれようとしており、ふれあいの会を拠点とする「精神保健回復者の会」の面々も忙しさを増している。

6 沖縄の精神医療保健福祉;これからの課題

歴史の遺産とも言うべきベッド数の多さや、「特別措置患者」の存在(沖縄県の精神保健事業費の3分の1以上を占める)といった困難さや、転換期の保健婦活動の行方など、まだまだ不透明な部分もあるが、沖縄はいま大きく変わろうとしている。その特徴は、第1に、病院医療の改革が進行していることである。現在は、精神保健法から精神保健福祉法になって、復帰後第2の病院改革の時期になっている。病院経営者も2世になって、進出気鋭の若手の医師がほとんどで、時代に残されないように必死のようである。民間病院では、ノーブルメディカルセンター、いずみ病院、玉木病院、オリブ山病院、田崎病院、サマリヤ人病院、久田病院、平和病院、天久台病院、平安病院、南山病院、糸満晴明病院、宮里病院、新垣病院、沖縄中央病院などさまざまな病院が、医療水準を全国の平均以上に引き上げようと努力してきている。これら15の精神病院には、PSWを4人以上配置しており、訪問看護、デイケア、援護寮、入所型授産施設、グループホームなどの設置や誘致に積極的な展開をしている。沖縄の精神病院は在院患者数が依然全国平均よりも高いにもかかわらず、平均在院日数の短縮などすでに医療水準ではトップレベルになろうとしている。第2に、地域では、精神障害者の自立と生活支援を目標に、身近な地域レベルからネットワークが形成されてきていることである。そうしたネットワーキングの中心に保健所がある。こうした沖縄の取り組みの到達点と現在の担い手たちの何人かの方々と聞き取り調査を通して直接見ることができ、また貴重な話を聞くことができた。本事例の結びにあたって、最後に3つの事柄にふれておきたい。

【病院改革を進める平和病院】

最初に、最先端の医療をめざして病院改革を進める医療法人(社団)志誠会平和病院の取り組みを紹介したい。

平和病院は、沖縄県の中部東海岸の具志川市にある。風光明媚な高台に立つ病院は、昭和62年の開院当初から、積極的に新しい精神医療を実践してきた。小渡院長の熱い思いは、この10年間に、病院内では、デイケア、精神科訪問看護、ナイトケア、作業療法、精神療養病棟(A)、デイ・ナイト・ケア、精神科急性期治療病棟を次々に取り入れてきた。社会復帰施設では、入所授産施設「キャンプ・グリーンヒル」、生活訓練施設「桜邸」、福祉ホーム「小桜邸」、グループホーム「一葉邸・二葉邸」を必要に応じて設立してきた。病院は、設立当初から、スタッフが一丸となって地域に働きかけ、様々な地域活動を展開してきた。「病院祭」、「盛夏祭」などのイベントは地域の人々が2,000から3,000人も参加する祭である。そのような関わりの中で、地域に入所授産施設や援護寮、福祉ホームを建設するときには、上江洲区の自治会長や市議員、地域の地主さんたちが式典に参加し、数多くの賛辞をいただくという関係ができていた。

しかし、グループホームの建設は違っていた。地域で建設反対運動が高揚した。「見よ！子供の安全を無視した危険な設計を！」「ここで患者に追われたら子供がどこへ逃げますか」といった立て看板が貼り出され、反対表明が行なわれたのである。当時の様子は琉球新報、沖縄タイムスにも掲載されるほどだった。3年間の月日が経ち具志川市長の仲裁で、和解が成立する。このグループホーム設立問題を解決する中で、院長は地域住民との関係を一層強化し、病院のイメージ、精神障害者のイメージを変えることにエネルギーを注ぐことになる。まず、職員の精神障害者に対するイメージを変えることから始めた。次に、目に見える治療システムをとりいれ、在院日数は250日に短縮し、精神病は治らないという固定観念を変えていった。平和病院では、急性期、慢性期に分けて、ケースマネジメントを行なっている。チームで客観的に評価する際に使っているスケールは、行動評価(REHAB)や精神症状の評価(BPRS)、ラスミー(LASMI)などを使っている。さらに、病院では、「暗い、臭い、狭い」というイメージを変えることに着手する。治療環境の必要性を強調し、病院・施設などのハード面のアメニティを重視してきた。地域との交流では、広報誌「しせいかい」を発行し、見えにくい病院の中をガラス張りにしている。驚くほど立派な院内の多目的ホールは、地域住民のみなさんにも、自分たちの地域の資源として使ってほしいという思いが込められている。また創立当初は、「海兵隊」と呼ばれ、業務拡張の先陣を切っているPSWが、「地域まわり」を業務の一環として行なっている。地域住民の一人ひとりと顔なじみの関係をつくり、何かあればいつでも相談にのれる体制を作っている。

平和病院の体験と改革の意義とは何か。まず、医療経営のセンスと質のいい医療の追求を両立させるにはどうしたら良いかという命題から出発していることである。民間ゆえの採算という待ったなしの経営課題と、医療の公益性や使命の両立は民間病院と医療改革を考え際の根本問題である。小渡院長の戦略はどうか。第1に、平和病院はあくまで精神科医療の質で勝負に出ている。看護基準を引き上げ、日当点の高い精神科集中治療ユニット(PICU)を初めとする急性期治療の推進やリハビリテーションを重視する。日本では最先端の医療環境、技術、職員の質を育てることによって少ない病床数でも採算が成り立つような方向で動いている。沖縄の数多い精神病院の中で、患者に選ばれる病院づくりを考えている。第2に病院経営者が先見性と実現させる政治力を持っていることである。とくに2世代の経営者の感覚は、このままでは民間精神病院が成り立たないことを実感している。この動きは全国的な特徴でもある。時代が求める病院への転換を怠れば、病床利用率90%を割り込む時代に生き延びることはできない。経営は競争時代に入っている。この勝敗を決めるのは、よりよい医療の追求しかない。そのため、院長は海外を含め情報集めに余念がない。あらゆる人脈を活用して政府や自治体行政に働きかけている。良い病院のモデルづくりであれば、国も県も応援しやすい。そこを読んで経営の舵取りをしている。第3に院長は、働く職員に希望とやる気を起こさせていることである。経営者だけがやる気を起こしても、肝心の職員の意識が変わらなければ改革は頓挫する。経営哲学は共有されなければ成算は望め

ない。職員の発言や提案、自発的な試みを大切にしている。医療技術者としての力量発揮を重視し、研修を奨励している。新しい知識や技術で武装することを職員に迫っている。その結果、病院職員であることのプライドを獲得し、改革は加速されていく。病院への実習や就職希望者は多くなり、より質の高い職員の獲得と評判が生まれる。第4には、病院が地域に根を張ろうとしていることである。小渡院長は施設建設反対運動が高揚しても、がんとして動くことをせず「地域闘争」を繰り広げた。平和病院は「地域闘争」の余波を持っているが故に、紀伊国屋ホール並のホールを病院内に造り、グループホームを「必要以上」に立派に構え、近隣住民のご用聞き訪問をして気を使っている。院長は、今の土地と地域にこだわりを見せている。街の中にある病院を守り、育てようとしている。

このように、個別病院資本でも、その経営哲学と戦略、手腕があれば一定の改革は成し得ると見た。最後に一つだけ課題を述べておく。病院はややもすると医療のウイングを伸ばして、自己完結型になっていかないかという危惧である。病院の敷地の中にすべてを配置するやり方は、例え街中にあっても、その空間だけがライトアップされてしまう。診療所、社会復帰施設やグループホームなど分散できる機能だけは地域に再配置していきたいものである。そして将来はそれらのサービスが権限を独立して機能することを望みたい。地域の保健福祉機関との連携を自ら求める姿勢も望みたい。地域に信用され、根を張るとりくみは容易ではないが、この自己完結性をいかにクリアするかは精神障害者の選択肢を広げる意味でも重要である。基本的には、医療の守備範囲を広げない、医療の優位さで勝負する改革こそが民間精神病院に期待されるからである。

【平成版ニーズ調査の重み】

平成8年7月から10月に実施された「沖縄県における地域精神保健福祉に関するニーズ調査」(県立総合精神保健福祉センターが実施、沖縄県精神障害者福祉連合会の委託調査)は、これからの沖縄精神保健福祉を方向づける指針となるといっても過言ではない。この調査結果は、沖縄タイムズでも大きく報道された。

この調査は、精神障害者本人と家族のニーズを明らかにし、沖縄県における今後の社会復帰施設の整備促進と地域精神保健福祉施策の計画的推進の基礎資料を得る目的で実施されたものであり、全体は3つの調査から構成されている。

①入院加療中の全精神障害者(平成8年7月1日現在で老人性痴呆を除く)を対象に行った画期的な皆番調査である主治医調査。調査は依頼した有床精神科医療施設全24施設すべての協力で実施されており、回収率も91.2%(4,029人)と極めて高いものである。

②保健婦の把握する精神障害者を対象とした保健婦調査。7保健所、53市町村すべての協力を得て実施され、回収率は96.3%(1,493人)とこれも高いものである。

③県内の精神障害者家族を対象とした家族調査。入院・在宅とも30%の抽出率でのアンケート調査で行われ、回収率はやや低く38.5%となっているが、深刻な生の声が現されている。

調査の全容は報告書に譲るが、主治医調査では、退院可能性が在院患者の 53.4%を占めている。保健婦調査では、援助システムの確立やさまざまな社会資源整備の必要性が根拠づけられている。また家族調査では、家族のケア上の困難さが切実に表明されており、悩みを気軽に相談できる場や、医療を含めた職・住・友にわたる総合的な生活支援を求めていることが明らかにされている。実証研究のすごさを実感する実践的成果である。すでにこの調査結果を基に、沖縄では精神障害者を含む障害者プランや市町村障害者計画がほぼ策定の見通しにある。

【佐々木先生との偶然の出会い】

筆者は平成 10 年 11 月、渡嘉敷島に向かう船上で偶然にも佐々木雄司獨協大学教授とお会いできた。氏は、シャーマニズム研究など比較文化精神医学に造詣が深く、東大教授時代の業績である「疾病性と事例性」の概念や、「公衆衛生としての精神衛生」などで幾分の知識は持っていたが、対面したのは初めてである。そこで氏が「沖縄だからこそ」という想いで赴任した、沖縄にかけるその想いを2時間近く、淡々と聞くことができた。「ユタ」の研究（ユタは沖縄に独特の民間巫女であって、多くの精神病患者が戦前戦後を通じて病院に受診する前にかかっていた文化背景がある）や「コミュニティ精神医学の方法論へのアプローチ」など学問的情熱がその動機であった。そして「沖縄こそ地域活動の原点」と思い、研究者としての自分を育ててくれた沖縄のスタッフに報いる気持ちで「でいごゼミ」が始まっている。沖縄での4年8ヶ月は、氏をして「人生最大の収穫、ハッピーな期間」と述懐する。録音テープを持ち合わせていなかったのは残念だが、研究者としての氏の基礎と飛躍が沖縄の実践にあったことを語ってくれた。

沖縄県民の心に触れ合うのに、氏は数年かかっている。本土の人間が信用され、秘められた怒りに共鳴するには、臨床医としてのひたむきな実践しかない。それも一人一人の事例と格闘して、夜を徹した議論を積み重ねてである。保健婦や精神保健福祉相談員が力をつけていったとき、氏は後ろ髪を引かれる想いで沖縄を後にしている。氏の学問はまぎれもなく「臨床の知」である。事例検討会は何十回にも及ぶが、人を援助するすごさを実感できた。

7 むすび

沖縄の精神保健福祉は、他府県と切り離されていた特異な歴史から実際やっと始まったばかりかも知れない。実際、精神病院に入院している患者は多く、地域の社会資源も少ない。しかし、いま沖縄はハードな社会資源の大小では、けっしてその評価を語れない。沖縄には勢いがある。ふれあいセンターからは機関紙が毎週月曜日に全国にファックスで配給されてくる。それを見ると、沖縄市での「つどい」は 102 回目を迎えたことや、那覇市だけでなく、沖縄市、玉城村、あごら、アトリエ、やんばる、てるしの、八重山の「つどい」も紹介されている。その

開催場所も保健所、社協、村役場、作業所、いこいの家、社会復帰施設と多様である。沖縄の元気さや勢いの秘密は一体どこに？聞き取り調査を通して感じたのは、沖縄の歴史には一本の流れが形成されていること、その流れは人から人を通じて引き継がれ、大きな人の輪が創られてきたことにあるのではないだろうか。しかも豊かな自然と文化をその大地に継承するように、逞しい実践とその流れは歴史の逆流を許さない未来を確かに見つめたものである。市町村活動の熱心さや、精神障害者本人、専門家、一般市民の顔が見える取り組みに接していると、21世紀の精神障害者に対する地域生活支援は沖縄がスタートを切る予感がする。人々の包み込むような暖かさ、特異な歴史への怒り、未来への情熱を聞き取り調査でお会いしたすべての沖縄の人々の瞳が物語っていた。変わりつつある沖縄は、そのまま明日の日本でありたいものである。

【参考文献】

- 1) 吉川武彦編「沖縄における精神衛生の歩み」沖縄県精神衛生協会、1979
- 2) 「沖縄県の保健婦活動」、沖縄県環境保健部予防課、1997
- 3) 川添雅由編「沖縄の地域福祉実践」沖縄圏地域福祉学会・沖縄県社会福祉協議会、1997.
- 4) 「沖縄県における地域精神保健福祉に関するニーズ調査報告書」、沖縄県立総合精神保健福祉センター、1997
- 5) 「久米島25年のあゆみ」、沖縄県立南部保健所、1997
- 6) 『「でいごゼミ」記念誌——20歳をむかえて』、記念誌編集委員会、1997
- 7) 山城紀子「心病んでも一あたりまえに向かって」ニライ社、1998
- 8) 「沖縄にはじめて精神病院が生まれたころ」島仲花枝さん前編、精神看護、Vol.1.No.3.1998
- 9) 「本土研修で得た展望、それが『生活療法』」島仲花枝さん後編、精神看護、Vol.1.No.4.1998
- 10) 「離島・小規模町村における保健婦の人材確保・定着に関する研究」、平成9年度厚生科学研究、分担研究者、金城マサ子、1998
- 11) メンバーズクラブふれあい機関紙「ふれあい」ふれあいセンター、第1号～213号
- 12) 沖縄タイムス、関連記事

最後に、調査にあたって、資料提供などご協力頂いた吉川武彦先生を始め、取材先のご紹介や取材後も詳しくお話しや資料提供頂いた中央保健所の仲本政幸PSW、そして現地で詳しくお話しいただいた永山盛秀PSW、読谷村社会福祉協議会の上地武昭氏、沖福連山里八重子会長、平和病院の小渡敬先生、福の木診療所の知念襄二先生、さらに島袋富美子さんをはじめ県立総合精神保健福祉センターの皆様、また各調査先の皆様様に心からお礼申し上げる。

結 語 地域生活支援システムの近未来

本研究の目的は、近未来を展望した実践への明確な指針を提起すること、システム構築型コミュニティワークの理論をうち立てることにおいた。PSWの立場からは、精神障害者に対する地域生活支援システムとソーシャルワーク実践におけるプロフェッショナルの新たな役割であるコミュニティソーシャルワークを展望したものであった。本研究は精神保健福祉領域におけるこれまでの実践活動の主要な展開を、3部構成で論究してきた。

終章にあたり、研究課題と目的に照らして、これまでの理論展開で明らかにされた点を整理すると共に、今後の探求課題、実践レベルで何を重視し、何から始めるべきかを提示して結びとしたい。

1 本研究の到達点

第1章は、指導理念としてのエンパワメント・アプローチに関する考察であった。研究レビューを総説し、この分野における研究の始まりを踏まえ、精神保健福祉領域における適応可能性を論述した。その結果、十分な適応可能性が認められることと、すでにその実践が始まっていることを明らかにした。したがって、研究方法としても、文献紹介からだけではなく、さまざまなマイノリティグループや地域社会の生きた現実、実践の蓄積から直接学ぶ姿勢の重要性を明らかにした。そして研究が今後、概念解釈から具体的な援助理論の確立、実践の技法・スキル開発に向かっていくことを明らかにした。最後に、エンパワメントが単なる目的概念や理念としてではなく、実体概念、援助理論としてその価値を有用なエンパワメント実践に深化していくには当事者との体験の共有が何よりも重要視されてくることを結論づけた。本研究はこの視点に立って、以下の考察を展開する手がかりとした。

第2章は、精神医療と社会福祉に関する包括的な考察である。この章では、精神医療における社会福祉の視点・課題・方法を幾つかの角度から論じ、地域生活支援の枠組みを考察した。その結果、社会福祉がいかに深く精神医療とリハビリテーションに貢献しているかを明らかにすると共に、「個人生活時間」「援助活用能力」「個性的生活能力」「社会受容力」「同質性の安定から異質性の安定」など、援助実践に有効と思われる新しいキー概念を抽出した。そのうえで、社会福祉の独自性とその根拠を明らかにした。結論では、PSWのアプローチが、理念や国家政策からではなく、足下の現場実践から具体的な解決方策を構築していく必要を述べた。

第3章は、精神障害者に対する地域生活支援を論究する研究者の立場と視点を明らかにする目的と、そこで必要とされる精神医学ソーシャルワーク論を整理したものである。PSWの歴史を踏まえ、まずその機能と特徴を整理した。クリニカルに重点を置きやすい現状のP

SW論が歴史的社会的に制約され、スペシフィックに傾斜しがちであるが、コミュニティソーシャルワーク実践が重点になってくることを根拠づけた。その実践が、資源開拓・システム構築型コミュニティワークとしての地域を基盤とした拠点づくりであり、人づくりにあり、精神障害者と地域のエンパワーメントを共に促進するアプローチであることを、共通基盤としての3つの業務特性から明らかにした。また、ケアマネジメントをユーザーオリエンテッドの視点から構築する、その柱を日常業務実践に引き寄せて整理した。地域生活支援システムの関連で述べると、精神医学ソーシャルワーカーはシステム形成そのものに関与する働きに今後の役割発揮が期待されてこよう。

第4章は、地域生活支援システムの形成に不可欠な「社会的入院」の解決をめざす考察である。本研究は、長期入院の実態を実証的に明らかにして根拠づけた。そして、家族のあり方の変化、家族の高齢化、単身生活の精神障害者の増加等により、在宅精神障害者に対する生活支援や緊急時における医療支援体制の整備の必要性について、家族の高齢化が一段と進んでいる実態を実証的に明らかにした。これらのより詳しい分析は、共同研究の成果として発表される予定にある。今回の精神保健福祉法改正では保護者の過重な負担になっていた「自傷他害防止監督義務」は廃止となり、加えて、自らの意志で医療を受けている精神障害者についても保護者の医療を受けさせる義務から除外されることとなった。また、退院先としての家族という従来の施策も大きく変容することとなり、市町村の役割や福祉サービスの充実に向けた施策が強化されることになった。それら施策の基礎資料づくりに本研究は貢献できた。

第5章では、地域生活支援システムの血管とも言うべき地域ネットワークを論じた。第3部の実践事例で補強したことを序論で述べたが、地域ネットワークの考え方、目標、構造を明らかにしたうえで、ネットワーキングの手順と展開方法を精神障害者に対する地域生活支援システムの文脈に沿って論述した。また、課題としてネットワークから超ネットワークへの、つまり高次のシステムへの発展性を提起し、システム構築の根拠を論証した。

第6章は、精神障害者のオルタナティブサービスに関する国内最初の実証的研究である。調査の結果から、課題として、拠点としての活動の場を確保すること、公的支援態勢、リーダー養成研修をまずあげた。そして、専門職の位置や、相互の有意義な関係づくりが、メンバーシップを基本に、オーナーシップはバックアップを基本として再構成されることを論じた。次に、援助プログラムの開発に関する課題をとりあげ、どのようなプログラムが必要になるかは、それぞれの地域と実践で選択することになるが、日本の実践から世界に発信するプログラムを創造する実践に期待を表明した。さらに、別れて別々に作るサービスから一緒に作るサービスへ、セルフヘルプグループから「ピアサポートグループ」への新しい脱皮の誕生にも期待を表明した。いずれにせよ、日本の精神障害者のオルタナティブサービスはまだ助走期の段階であり、経験は浅く、力はすべてを発揮していない、失敗もある現状を報告し、自信をつけてきている彼らの試みを芽は温かく見守り、大切に育ていく実践者の役割を

強調した。

第7章は、精神障害者のエンパワメントに関する質的実証研究である。調査結果から、17 のエンパワメント促進強化因子を抽出し、個々の分析と全体の考察を加えた。エンパワメントは、認知の再構成から始まるが、その強化因子は、学習と実践、現存する未来や仲間との出会い、体験の共有から意識の共有へと深まり、専門職の対等な姿勢での協力や一般市民の支え、仲間の概念の広がり、獲得した社会的役割、希望と身近な支え手等である。個人レベルでのエンパワメントが伴わなう、生の技法と施策を確立することを強調した。そして、例え個人レベルのエンパワメントでも、地域レベルでのエンパワメントが伴わなくては高まらないことを明らかにした。そして、エンパワメントが社会との連続性に左右される事柄であり、狭い技術の枠内のみで成就することではなく、地域で生活する中でしか獲得されていないプロセスを精神障害者の証言から整理した。

第8章は、地域ネットワーク事例として、東京世田谷区烏山地区を分析し、考察した。烏山地区を歴史的に考察したうえで、現状の到達点と課題を外部の位置から分析し、実践課題の提起をおこなった。この考察方法は、帰納法を採り入れ、一般化を意識しておこなった。結論として、精神障害者の自立生活支援と新しいコミュニティづくりは統合される目標であることを明らかにし、どんなに先進地域でも、「精神保健福祉という、この遅れた分野において先進という意味だけ」と結論づけた。同時に、地域は問題発生ではなく、問題解決の場であることの確信と、ネットワークは顔の見える関係を広げ、地域をデザインする原動力であることも実証した。

第9章では、広域的な地域事例として、最近とみに勢いを増す沖縄県の実践を、現地での聞き取り調査を中心に、人々の担ってきた役割を中心に歴史的に考察した。そして、沖縄の精神保健福祉が、ハードな社会資源の大小では、けっしてその評価を語れないことを明らかにした。沖縄の元気さや勢いの秘密には、一本の流れが形成されていること、その流れは人から人を通じて引き継がれ、大きな人の輪が創られてきたことにあるのではないだろうか。逞しい実践とその流れは歴史の逆流を許さない未来を確かに見つめたものであり、人々の包み込むような暖かさ、特異な歴史への怒り、未来への情熱を聞き取り調査で対面できたすべての沖縄の人々の瞳が物語っていたことを紹介した。

ここで、論文全体のスタンスを述べておく。

本論は、日本における精神障害者に対する地域生活支援システムの各論的な細部まで言及していない。個別課題は、筆者を含め、多くの実践者や研究者たちがこれまで論じてきたし、今後も言及するであろう。さまざまな副次的テーマによせての研究は今後の課題である。本論はむしろ、これまであまり論じられることがなかった総合的視点より、記述した。その際、PSWの視点と方法を明らかにするためにも、エンパワメントの視点や「統合的生活モデル」の確立を視野に置いて、従来不十分だった、ないしは今まで取り上げられていなかった

た研究課題であるエンパワーメントの要因やオルタナティブサービス、長期入院の調査と提言、地域ネットワークとその事例などについても論究した。また、博士課程在学中に発表した幾つかの論文をその限りで再現したが、やや各章完結的になった側面もある。

ただ、本論の原理的主題で心がけたことは、理論と実践の二分法をいかにして止揚するかにあり、現象を説明するだけでなく、現象を予測することにあった。近未来の実践指針を提起する試みは一定達成できたと自己評価している。

2 人材としての課題

さて、精神障害者に対する地域生活支援を精神医学ソーシャルワークの実践視点から総括的に述べておく。援助は、明らかにその実践哲学、モデル、構造、方向性のすべての領域においてパラダイム転換を迫られていることが明らかとなった。本論が全体を通して強調したそれらのキー概念は、エンパワーメント、「統合的生活モデル」、コミュニティソーシャルワーク実践、地域ネットワーク、そしてシステム形成などである。基本は、ユーザーオリエンテッドの立場であり、専門家の役割も変容せざるを得ない。それは単純な役割の縮小でも後退でもない。むしろ逆である。地域基盤の総合的な視野と実践の広がりを意識した、大きな力量形成を実践者に求めている。

その前にまず、ユーザーから見てみよう。すでに本論が明らかにしたように、日本でもサービスの受け手だけの位置からサービスの担い手への移行、専門家と重なる部分の人々が登場してきている。アンソニーのいう「機能的専門家」が大半だが、ユーザーが機能的専門家として関われる利点は、宮岸も述べたように、「感覚的にわかる。突っ込んだ話ができる」この感性的理解にある。しかし難しさもある。それが常勤スタッフであれば、自分へのプレッシャー、仲間との関係性の変化、スタッフとしての期待への負担、当事者の立場になりにくいなどである。彼の解決への選択は、生活知と職業知との区別である。この使い分けができれば、岡の言う「ときはなち」はセルフヘルプグループの目標ではない。セルフヘルプグループの概念は縮小するのではなく、むしろその精神性は拡大していく。全国的に見れば、セルフヘルプグループ(SHG)は、すでに機能面において自助的な性格ではなく、互助的なし、互酬的性格である。Mutual-aidの表現は、セルフヘルプグループではなく、ピアサポートグループ(PSG)が本来であろう。ユーザーは自分のアイデンティティを大切にしている。それは精神保健ニーズの広がりの中で、彼らに新しい役割をもたらしている。精神疾患を体験した強みから、体験していなかった一般市民(Lay person)の相談まで担うユーザーが生まれている。互酬性のウイングの広げ方を会得している。弱者の市民主義を発揮することによって、紛れもなく市民の一員として垣根のない成熟した市民社会の形成に貢献しようとしている。

一般市民はどうか。自己喪失から自己創出へ向かって、この分野に参加してくるボランテ

イアの中にも、専門家と重なる部分の人たちが生まれてきている。坂本のいう「玄人市民」である。しかし多くはやはり「機能的専門家」である。彼女・彼らの強みは、専門家のような制約がないことにある。他に職業生活をしていなければ、5時で帰る必要もなければ、日曜日からといって休む必要もない。精神保健福祉分野で常勤スタッフになった場合は、生活者としての体験の強みから従来の専門家にない味を出す。ボランティア活動は、「私のため」だけでも、「あなたのため」だけでもない、「私たちのため」への止揚した新しい関係価値づくりをめざしたノーマライゼーションの立場を推進する「こころ」の運動体を各地で現出させている。それは障害をもつ者も、もたない者も同じ人間として出会い、人間同士のかけがえのないつながりの中から、人間と共同体を結合する真に主体的な市民を形成することをめざした営みに向かっている。共に生きる絆が双方向であることを各地での出会いで実感できた。

さて、再び場面を専門家に移そう。Professional の持つ言葉の意味は重い。精神医学ソーシャルワーカーに即して言えば、第3章でも考察したように、個別臨床的な実践の多くはユーザー、玄人市民でも十分に担えるし、そのほうが理性的に理解する専門家より優れている場合が多い。「統合的生活モデル」は生活者としての体験から始まる。ケアマネジメントも専門家の専売特許ではなくなってこよう。これからはますますその傾向が広がると思われる。精神医学ソーシャルワーカー自身が伝統的なアイデンティティである、クライアントを直接援助する役割へのこだわりからの転換が求められている。少なくとも、これまでの狭い関係職種中心のチームケアはその枠を拡大せざるを得ない。地域生活支援におけるこれからのチームケアはユーザーや「レイパーソン」市民、「玄人」市民を含む統合チームとして、ピアサポートやクラブハウス方式の拡大など、専門職が管理するサービスとの共存を前提に形づくられていくだろう。「医学モデル」に枠づけられた狭義の臨床チームは、「統合的生活モデル」の導入による精神障害者の地域自立生活をバックアップする多分野協働・異業種連携チームへとその輪を拡大していくことを認めなくてはならない。専門家の新しい役割と評価は、地域全体のデザイン力であり、コンサルタント力である。質的にも押し上げられてくるソーシャルワーカーの役割発揮には、狭い技術のレベルだけでなく、再びその実践価値から問われてこよう。

3 サービスシステムとしての課題

次に今後の地域生活支援システムの課題について述べる。

まず、エンパワーメントは、Swift と Levin(1987)¹が指摘しているように「結論から述べれば、エンパワーメントは力を獲得した最終状態を定義している。エンパワーメントは、価値や有

¹ Swift,C.& Levin,G.Empowerment: An emerging mental health technology. Journal of primary prevention, 8,pp.71-94, 1987

益を感知すること、力と制御力を認知することなど心のありように関係しており、それはまた社会構造の改善から生じる力の再配分にも関係している。」Rappaport (1987)²は、「自分自身の生き方は自分で決めるということと、社会の中で生きていく民主的な参加という2つのことが含まれる。」と述べている。この意味でエンパワーメントは第1に、精神障害者が生活の主体者として社会参加する力と条件が獲得できるように、本人の参加を得て形成されなくてはならない。「医学モデル」は必要以上に本人の自己決定権を無視し、援助の客体に彼らを留めてきた。精神障害者のニードは問題とされても、挑戦とは思われなかった。専門家の関心は病理や問題の特定に向けられ、長所や個性的能力には向かっていなかった。ニード・オリエンテッドのサービスシステムが形成されなければ、例えばサービスメニューを量的に確保したとしてもその管理と運営に精神障害者本人は何の発言力も持てないであろう。第2に、エンパワーメントは精神障害者の置かれた状況を改善するために個人や対人間だけでなく、政治的な力の増強と結びついた概念であることが分かる。精神医学ソーシャルワーカーの立場はこの点において伝統的な問題解決技法であるニードをアセスメントし、その充足に向けた援助を展開することからさらに転換を求められてこよう。地域志向の精神医学ソーシャルワーク実践は、日々の対面的支援をパートナーの位置で担いつつ、精神障害者に対する個別の支援を基点として地域全体の支援システムの形成を目標としているが、その重点はセルフアドボカシーを含む市民的権利の獲得に向かうと思われる。しかし、残念ながら成年後見制度一つとってもその内容は財産管理に留まりがちである。

「統合的生活モデル」に立脚した支援システムは、地域におけるトータルな医療、リハビリテーション、生活支援をその骨子とするが、その具体的支援メニューはかなりはっきりしている。例えば、市区町村を基盤としたケアとサービスで今後必要なものを列挙すれば次のような資源が必要になるだろう。①相談日の開設や訪問活動を含む日常的な精神保健相談、②数値目標を含んだ市町村障害者計画の策定促進と推進、③精神障害者保健福祉手帳による福祉サービスの拡大、④普及・啓発事業の強化、⑤ミニ・デイケア(地域デイサービス)事業の実施、⑥酒害予防教室の開催、⑦家族会支援と家族教室、家族ミーティングの実施、⑧ソーシャルクラブの育成支援、⑩ボランティアの支援、⑪各種活動の便宜や会場提供、⑫福祉バスの提供、⑬グループホームの確保や公営住宅の優先入居、⑭ホームヘルプサービスの実施、⑮小規模社会復帰施設の設置、⑯作業所や憩いの家、サロンサービスへの財政補助、⑰療養費や社会復帰訓練費の補助、⑱社会適応訓練事業の拡大と訓練費補助、⑲地域生活支援センターの設置、⑳ソフト救急サービスの実施、これらの他に障害保健福祉圏域の広域レベルでは、クライシスケアセンター、雇用支援センター、地域アドボカシーセンターなどである。それらはただこの地域にも満遍なく準備されていないだけである。もし準備されていれば、ケアマネジメントはその威力を発揮することは疑うまでもないだ

² Rappaport, J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. *Prevention in Human services*, 3, pp.1-7, 1987

ろう。地域ネットワークがそうであるように、支援システムの形成は机上のプランニングではない。社会的偏見の存在を含め、精神障害者に対する地域生活支援システムは関係する人々のねばり強い実践でしか解決のつかない課題である。

4 今後の展望

この四半世紀、日本における精神障害者を利用対象とした地域生活支援資源で最も現出したものは小規模作業所(以下、作業所)である。その数もすでに1500カ所(平成12年4月1日現在)を越え、利用者は2万5千人に達している。第1章では作業所の果たしている役割について触れ、また第2章では量的整備がまだ必要なことを述べてきた。そこで、この結語では最初に、「統合的生活モデル」に基礎づけられる地域生活支援システムの近未来という視点から、日本独特の作業所の発展史をほぼ10年の区分で特徴づけ総括し、今後を展望したい。

第1期は1973年から1982年の萌芽期である。高度経済成長の終焉とオイルショック以降の低成長時代への転換は、精神障害リハビリテーションにおいても院外作業と一般雇用の行き詰まりから、保護授産的発想で作業所が創出された。それは非医療的实践とはいえ、病者(回復途上者)の社会復帰という「医学残余」モデルを基底とした資源であった。リハビリテーション・地域生活支援資源から捉えると「微点の時代」である。続く第2期は1983年から1992年の成長期である。家族や関係者中心で細々と始められた作業所によりやがて国(87年、運営費助成事業の開始)や自治体の公的助成が始まる。国連・障害者10カ年行動計画に沿った形で、「障害者の一員へ」を目標に「障害志向」モデルが現れてくる。社会復帰から社会参加への転換が意識されてきた。地域生活支援資源から捉えると「点在の時代」である。そして現在は、第3期に位置する。第3期は障害者基本法の制定である1993年から始まる障害者プラン達成目標年次である2002年に至る「成熟期」である。在院患者の減少は1992年から始まっており、作業所の発展とけっして無関係ではないだろう。多様な自己実現と社会的自立が作業所の価値となり、「作業所」の名称がない作業所、プログラムの多様化、「作業しない作業所」など個性化時代を迎える。作業所は障害者プランの進捗をリードしつつ、他のリハビリテーション資源とくに地域生活支援の中核資源として「線の時代」を迎えつつある。作業所を利用する精神障害者はユーザー、生活者であり、「生活モデル」が実態として形成されてきた。続く近未来は2003年から始まる「進化期」であろう。作業所はリハビリテーション・地域生活支援の一資源として他の資源、後でも述べるようにとくに近未来で最も期待される「地域生活支援センター」などと連携される「システムの時代」を迎える。地域社会での「共生」や「市民の一員へ」が目標となる「統合的生活」モデルの確立期である。この発展段階では第1・2期の家族・関係者に替わり、障害者本人や市民中心立の作業所が増加するであろう。作業所はこれまで法定外施設・事業として歩んできたが、今後は多

様な分化がより広がると思われる。とくに特定非営利活動法人法や社会福祉法の制定に端を発した社会福祉法人・NPO 法人の取得と通所授産施設への切り替えが促進されると予想される。またその一部はすでに始まっているが有限会社や株式会社など一般法人への転換を志向する作業所がさらに増加すると思われる。これらの動向と発展はすでに都市部ではそのモデルも生まれているが、未だ全国的に見れば作業所は「地域格差」という不均等発展の直中にある。この事実は逆に作業所の発展がその飽和を迎えていないことを証明しているとも言える。

次に、地域生活支援システムの近未来で強く期待されながらも、障害者プランの中でもその目標整備が最も遅れている精神障害者地域生活支援センターについて、補足・考察しておきたい。

地域生活支援センターは、「障害者プラン(ノーマライゼーション7か年戦略)」の重点メニューとして、1996(平成8年)度から制度が発足し開始された。事業名は、「精神障害者地域生活支援事業」と謳われ、その実施場所が「精神障害者地域生活支援センター」である。この事業が制度化された背景には、1995(平成7)年精神保健法の一部改正「社会復帰施設から地域社会へ」による地域生活援助事業(グループホーム)の法定化や「障害者基本法」の制定、そして「精神保健福祉法」の制定といった一連の施策の流れがある。とくに、法内社会復帰施設利用後のアフターケアや地域生活支援システムを今後どのように展開していくか、その方策の一つがこの事業である。そのための方法として社会復帰施設に附設する形での事業整備が図られることになった。初年度 22 カ所、次年度 50 カ所、3 年次 96 ヶ所、そして平成 11 年 10 月 1 日現在では 153 ヶ所の開設を見ているが、「障害者プラン」では、予め地理的利便性を考慮して、対象区域の設定がなされている。その内容は、概ね人口 30 万人(障害保健福祉圏域)に概ね 2 カ所ずつを選定し、適正配置することとされており、プランの数値目標である 2002(平成 14)年まで全国で 650 カ所(援護寮のすべて、授産施設や福祉ホームのほぼ半数に併設)からみるとその整備率は 24%と他の整備目標より著しく後れをとっている。この主要な原因は、この事業が社会復帰施設附設型の制限にある。地域生活支援センターは、地域の在宅精神障害者すべてに開かれたサービスが基本となるものである。たしかに社会復帰施設自体の機能強化としての退所後のアフターケアの支援を強化する側面は重要ではあるが、その肝心の社会復帰施設の大半(社会福祉法人立は 70 カ所の開設を見ている)が精神病院付属(別に精神病院立が 63 カ所開設されている)では、結果として利用者の多く(設置機関別で 87%)は、特定の医療機関や社会復帰施設利用者に制限されやすい。幸い、精神保健福祉法の改正により、この制限は緩和され、地域単独での設置も認められるようになった。しかし、課題も多い。とくに事業は在宅福祉サービスとしてではなく、社会復帰施設として法定化されたことで、今後は施設内自己完結や施設づけさせない工夫が課題となってこよう。

さて、精神障害者も含むこの障害者地域生活支援センターに関して、全国社会福祉協議

会・心身障害者団体連絡協議会は平成 12 年1月、『障害者地域生活支援センター基本構想』を発表した。この内容についても若干コメントしておきたい。ここに盛り込まれた内容は、よりよい地域生活支援の制度化と運営を願って、政府主導ではなく、民間の日本の主要な障害児・者の団体で構成される「研究会議(プログラム委員長;佐藤久夫)」が提言したという特徴において画期的なものである。今後の政策化と盛り込まれた内容の具現化に期待をかけたい。

内容面でその特徴を大まかに紹介すると、第1に、基本構想の発想は、①障害種別現行3事業の総称ではない、②これらの単なる改善案でもない、③必要なサービスの開拓まで行う、地域生活を強力に支える拠点として全く新しい歴史的な役割を持つものとされている。第2に、センターの基本的性格を総合性・個別性・即応性・利便性・責任性・参加性・開拓性の7つのキータームでまとめている。第3に、センターの具体的機能内容を障害者のニーズを中心に情報提供・相談・サービスの提供と創出・連絡調整とネットワーク形成の4つに置いている。第4に、地域生活支援システムの中核機関としてその具体的運営体制とシステム相関図を提示している。第5に、設置に係わる都道府県・市町村の法的義務の明記と障害者計画への反映を提言しているなどにある。これらの基本的な視点と内容は「あり方」の基本としては理解できる。

しかしながら、この報告書は僅か 23 頁の冊子という制約もあって、実践に移す視点から捉えるならば、幾つかの点で不鮮明なところや疑問点がある。第1の特徴で言えば、「制度化される場合は、現行3事業の発展・総合という形が予想される」と述べられているが、仮に3事業を統合すれば施設規模は大規模化しやすい。限られた財政能力の市町村が果たしてその負担に耐えられるか、とくに基幹型センターの場合、結果として柔軟な運営ではなく施設化(硬直化)していかないのか、必要なサービス資源の開拓と整備も担いうる力量を人材面でも権限面でも具備できるものなのか等の危惧である。第2に、相談窓口の設置に関しては、既存の相談機関、とくに児童相談所、保健所、福祉事務所など公的相談機関との棲み分けをどのように考えていくのか、仮に 24 時間・365 日のオープン体制を組むとすればどのような人的配置を考えているのか、具体的には触れられていない。現状の精神障害者地域生活支援センターは、多くを期待されながらも少ない人員配置もあって 365 日稼働は極めて少ない。「他の社会資源を有効に活用する地域特性」で出来ているとすれば、今のところ精神病院か施設併設の利点としての施設機能からの補完だけである。この場合でも、スタッフの勤務はローテーションに縛られやすく、労働条件は極めて厳しい現実にある。第3に、人材面で「既存の資格制度を越えた新たな資格と権限を制度化していく必要がある」としているが、「当面は原則として社会福祉士や精神保健福祉士または一定の経験・研修等を経たピアカウンセラー」とあり、新たな資格と権限の中身は示されていない。とくに危機介入からサービス資源の開拓までのオールランドプレーヤーには相当な力量を要請されるものであり、その資格要件の具体化が望まれよう。第4に、「その役割は当然、総合的なものとなら

ざるをえない」とされているが、結果としてセンターへの期待過剰とならないであろうか。精神障害者の場合、センターの目的は、地域で生活している精神障害者の日常生活の支援や日常的な相談への対応、そして地域住民との交流を支援することによって、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることが直接のねらいにある。しかし、実施すべき具体的事業内容とその方法は、置かれている地域の条件や実施主体の考え方、財政力などによってかなり幅があり異なる。共通して言えることは、精神障害者の生活のしづらさをカバーするため、精神障害者の求めと必要に応じた福祉的支援が中心事業となっている。そのため、ケースマネジメントを支援技術に、情報提供やピアカウンセリング、交流室の提供など具体的サービスの幾つかを用意した形で展開されている。もし総合的な役割をとる機能が求められるならば、それ自体どのサービス提供機関にとっても不可能なことではあるが、施設の自己完結的展開を生み出す恐れがないとは言えないだろう。センターは関係機関とのネットワーク型援助が基本となる。そのためにはむしろ軽装備で保健・医療・福祉サービスの実施機関やセルフヘルプ・グループ、地域家族会、ボランティアサークル、地元地域などとの有機的な連携が欠かせない。そのためにも報告書も指摘しているように、センターの運営は何よりも利用者や関係機関・団体・グループ、地域社会の意見が反映できるように参加型の運営形態を取る必要がある。運営方針の柔軟さはむしろ総合的な機能を果たし得ないからこそ必要とされるものであろう。

以上の疑問点は筆者の理解不足による認識も多分にある。今後の関係者の議論と具体化の段階で詰めていき、一つひとつ解決していきたいものである。

では地域生活支援センターのこれからの課題と役割は何か、若干述べておきたい。

どんなによりよい事業を展開しようと想っても、残念ながら思いだけでは事業も施設も実を結びにくい。とくに、地域住民の理解と協力を得ることの難しさは精神保健福祉分野に関わる者たちの共通認識にある。だからこそ作るときのプロセスが大事になるということを強調しておきたいし、そのためにも地域に組織基盤を作ることとをまず先行させることが何よりも求められよう。実際の運営では、何と言ってもスタッフ配置数と期待されるサービスとの矛盾（関係者の過剰期待によるものもあるが）が最大の課題にある。常勤スタッフ3名（内、1名はPSWを必置）では、求められる事業内容を消化することは至難の業である。とくに24時間サービスはかなりの困難が予想される。無理をすれば、スタッフの加重負担やバーンアウトすら生みかねない。したがって、開設に当たっては、市町村のスタッフ加算配置に自治体側にも十分な配慮を求めたいものである。また運営に際して、ボランティアの参加やインフォーマルサービスとの結びつき、新しいサービス資源の開拓など、意欲的な取り組みも実施主体にかなり求められていることは報告書が強調する通りである。そのためには、センターだけで担うのではなく、ボランティア講座の開催や様々なイベントが関係機関のネットワークで取組みられることにも期待したい。地域生活支援システムにおけるセンターの役割は、比喩的に表現すれば町の「コンビニ」である。その限りでの総合性が求められるのであって、

全てをまかなうものではない。平成11年度より、労働省と厚生省が協力した新しい施策「障害者就業・生活総合支援事業」の試行が始まっている。この取り組みの中で「障害者就業・生活支援センター（仮称）」が徐々に開設を見ているが、精神障害者地域生活支援センターでの指定も今後増加することが期待されている。その際、精神障害者の就労ニーズに応えるためのセンターの機能で最も重視されているのがさまざまな関係機関とのネットワークである。今後は地域生活支援センターが抱え込み型ではなく、地域ネットワークの中核的機能を果たしていくためにも、地域単独型が増設されていくことに期待をかけたい。

最後に、結論を述べる。本研究はPSWの立場から日本における精神障害者に対する地域生活支援システム理論を、エンパワメント・アプローチを中心として考察してきた。近未来を展望した新たなシステムの視点と枠組みは、第1に、「統合的生活モデル」に立脚したものであり、医療、リハビリテーション、社会福祉に代表される生活支援の様々なサービスメニューの創出が待たれている。精神医療はより地域にシフトする形で、「社会的入院」を解消し、危機対応とフォローの役割を担っていかなければならない。精神障害リハビリテーションは精神障害者の適応と成長を願って、その施設整備と技術的深化を一層めざさなければならない。生活支援の方策では、住む場、働く場、所得保障、交流の場、在宅福祉サービス、権利擁護の全てにおいてその充実が期待されている。そのためには第二次障害者プランの策定が視野に入っよう。第2に、それらの社会資源の創出が個々バラバラに布置されるのではなく、利用者主体のシステムとして起動することを強調してきた。その方法は個別的にはケアマネジメントの手法に依るが、精神障害者の置かれている状況から捉えるならば、より求められる方向は専門家・家族・ボランティアの狭い担い手だけではなく、ピアサポートやセルフヘルプグループに代表される障害者本人の力の見直しや、広範な市民の参加による地域ネットワークの形成が実践の戦略眼となろう。そのアプローチの中心がエンパワメントである。第3に、そのシステム・モデルは、世界のベスト・プラクティスに共通するグローバル・スタンダードな視点を一層必要としながらも、同時に個々の地域が置かれた条件、ローカル特性を自己分析的に踏まえたローカルな視点で形作られていこう。

本研究ではそれらを包括的に論じてきたが、より細部の論証では考察しきれていない点も多い。とくにPSWの立場からはその実践分析が自己課題として今後に残っている。それらの幾つかは実証研究で解明しなければならないものであり、参与的観察ないし介入的調査で一層明らかにしていかなければならない共同研究の課題でもある。しかし本研究は実践事例の検討を含め、多角的な視座から考察し、その実践方向と展開方法を提示してきた。あとはそれぞれの地域性を活かした実践が広がることを期待したい。また、本論は全体を通じて、この分野における社会福祉学とソーシャルワーク実践の位置、貢献、有用性を総括的な視座から論証してきた。今後の精神保健福祉士の働きに期待をかけたい。

未来展望した新しい社会システムは、国際障害者年に国連総会が宣言した「完全参加と平等」を障害のあるなしに関わらず、すべての構成員に保障できる福祉コミュニティを築くこ

とにある。我々の実践はまだまだその過渡期である。近未来におけるこの分野でのソーシャルワーク実践が、精神障害者の地域生活支援を〈線〉の時代から〈面〉の時代へ、ケア・イン・ザ・コミュニティから地域ぐるみのケア・バイ・ザ・コミュニティを志向していることを強調しておきたい。この〈面〉の時代まで到達するためには、精神医学ソーシャルワーク実践の幅と目標水準を一段と引き上げなければならない。結語ではこれ以上多くを述べないが、精神医学ソーシャルワーク実践は、ユーザーを含む市民の中に理解者、協力者を広げていくアウトリーチな実践が中心をなしていく。それがやがて地域住民の共通の願いとなる真に人間的な文明社会を未来展望としながら、まずは足下のそれぞれの地域でネットワークを拡大する中で、地域の特定「解」を十分分析した目標の設定と共有化を図り、取り組みの優先順位を決めるといった、将来構想や実践活動計画の青写真づくり、デザイン作業から始めなくてはならない。地域生活支援は精神医学ソーシャルワーカーにとって、タスクゴールだけでなく、地域の保健福祉力を形成していくプロセスゴール、リレーションシップゴールが総合的に問われる実践である。そのためにも、エキスパートたるすぐれた実践家を今日の時代が求められており、本論が求めてやまない精神医学ソーシャルワーク実践の豊かな広がり
に期待をかけたい。

参考文献一覧

序論

- 1 小島蓉子『障害者福祉の考え方』（社会福祉士養成講座編集委員会編『改訂 社会福祉士養成講座③ 障害者福祉論』）中央法規出版、pp. 3-41、1992
- 2 寺谷隆子編『精神障害者の社会復帰—生活を支える精神保健活動』中央法規出版、1988
- 3 谷中輝雄『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版、1993
- 4 WAPR ; International Practice in Psychosocial / Psychiatric Rehabilitation. 1999
- 5 池末美穂子・佐藤久夫・本家慶昭・森川栄一『「精神障害者」の』ミネルヴァ書房、p11、1986
- 6 蜂矢英彦『精神障害者の社会参加への支援』金剛出版、1991
- 7 吉川武彦『精神障害をめぐって—メンタルヘルスはいまなぜ必要か』中央法規出版、pp. 32-33. 1992
- 8 村田信男『地域精神保健—メンタルヘルスとりハビリテーション』医学書院、p148、1993
- 9 谷中輝雄『生活支援』やどかり出版、1996
- 10 谷中輝雄ほか『生活支援Ⅱ』やどかり出版、1996
- 11 秋元治留夫・調一興・藤井克典『精神障害者のリハビリテーションと福祉』中央法規出版、p、128、1999
- 12 牧野田恵美子『精神障害者の地域生活』一橋出版、1999
- 13 高橋清久・大島巖編『ケアガイドラインに基づく精神障害者ケアマネジメントの進め方』、精神障害者社会復帰促進センター、1999
- 14 Anthony, W. The community support system : an idea whose time has come and stayed. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston , 1984
- 15 Special Issue on Community Support System; Psychosocial Rehabilitation Journal Vol. 12, No. 3. 1989 (地域支援制度研究会訳「アメリカにおける精神障害者に対する地域支援システム」障害者職業総合センター、1992)
- 16 壹弘『精神医学の思想 第2版』創造出版、P271, 1999
- 17 Peterson, R. “What are the Needs of Chronic Mental Patients ?” The Chronic Mental Patient Problems, Solutions and Recommendations for a Public Policy, American Psychiatric Assn. P39-49, 1978
- 18 Ludwig von Bertalanffy; General Systems, (長野・大田訳、『一般システム理論』みすず書房、P51, 1973
- 19 館野受男、池田貞夫、野崎和義訳『ルーマン社会システム理論』新泉社、P24. 1998
- 20 小島蓉子・岡田藤太郎『ソーシャルワークの根源』誠信書房、pp165-172, 1989
- 21 ジョン・L・キャスティ（佐々木光俊訳）『複雑性とパラドックス—なぜ世界は予測できないのか？』、白揚社、1996
- 22 ・エドガール・モラン（古田幸男・中村典子訳）『複雑性とはなにか』 国文社. 1993
- 23 イアン・スチュアート（須田不二夫・三村和男訳）『カオスの世界像—非定形の理論から複雑系の科学へ』、白揚社. 1998
- 24 B. G. グレイザー・A. L. ストウス（水野節夫ほか訳）『データ対話理論の発見』、新曜社. 1996
- 25 ケンティン・スカー編（加藤尚武ほか訳）、『グランドセオリーの復権—現代の人間科学—』、産業図書、

1987

- 26 パーバ・ルデイス (杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳) 『コミュニティーケアハンドブック』、ミネルヴァ書房、1997
- 27 大橋謙策・千葉和夫・手島陸久・辻浩 編 『コミュニティソーシャルワークと自己実現サービス』、万葉舎、2000

第1部

- 28 Braye S, Preston-Shoot M : Empowering Practice in Social Care. Open University Press, 1995
- 29 Hadley R, Cooper M, Dale P, Stacy G : A Community Social Worker's Handbook. 1987 (小田兼三, 清水隆則監訳: ハンドブック: 地域福祉と進める技術, コミュニティ・ソーシャルワーク. 川島書店, 1993)
- 30 Hartman A : The Professional is Political Social Work, NASW, 38(4), July, 1993.
- 31 Hegar RL, Hunzeker JM : Moving toward Empowerment-Based Practice in Public Child Welfare. Social Work, NASW. 33(6), 1988
- 32 Henderson P, Armstrong J : Community Development and Community Care : a strategic approach. Community Care, A Reader. Macmillan, 1993
- 33 伊藤葉子「ソーシャルワークにおける SRV (Social Role Valorization) に関する一考察——SRV 登場の背景を中心に」、日本社会福祉学会第 42 回全国大会報告要旨集, 1994
- 34 岩田泰夫『新しい援助の潮流——セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践』、やどかり出版, 1994
- 35 スーザン・ケンプ: ソーシャルワークにおける「エンパワーメント」の概念をめぐって. 日本社会福祉学会関東部会, 講演資料, 1995
- 36 北野誠一「ヒューマンサービス, エンパワーメントそして社会福祉援助の目的. ソーシャルワーク研究」, 82, 1995
- 37 小松源助「ソーシャルワーク実践におけるエンパワーメント・アプローチの動向と課題」、ソーシャルワーク研究, 82, 1995
- 38 河野正輝「社会福祉における人権論の課題——イギリスにおける研究動向の紹介」、社会福祉研究, 鉄道弘済会, 57, 1993
- 39 河野正輝「在宅ケアにおける質と基準」、ジュリスト増刊高齢社会と在宅ケア, 有斐閣, 1999
- 40 久保美紀「ソーシャルワークにおけるエンパワーメントの論点——power をめぐって」、日本社会福祉学会第 42 回全国大会報告要旨集, 1994
- 41 久保美紀「ソーシャルワークにおける Empowerment 概念の検討——Power との関連を中心に」、ソーシャルワーク研究, 82, 1995
- 42 久保美紀「ソーシャルワークにおけるエンパワーメントとアドボカシー——ソーシャルワーカーの専門的行為とし」、日本社会福祉学会第 43 回全国大会報告要旨集及び資料, 1995
- 43 窪田暎子「アルコール依存者の回復をエンパワーメントの視点からみる. ソーシャルワーク研究」, 82, 1995
- 44 Lee JAB : Introduction Return to Our Roots. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1989
- 45 Lee JAB : The Empowerment Approach to Social Work Practice. Columbia University Press,

1994

- 46 松下拓『健康問題と住民の組織活動』、勁草書房、1981
- 47 Messinger R : Empowerment : A social worker's politics, Practical politics : Social work and political responsibility. Silver Spring, MD, NASO In M. Mahafey & J.W. Hanks, 1982
- 48 三毛美予子「エンパワーメント・ベースのソーシャルワーク実践理論の批判検討」、日本社会福祉学会第44回全国大会研究報告概要集、1996
- 49 Miley KK, Omelia M, Dubois BL : Generalist Social Work Practice, An Empowering Approach. Allyn Bacon, 1995
- 50 Mullender DWA : Empowerment Through Social Action Group Work : The Self-Directed Approach. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1991
- 51 中村佐織「ソーシャルワークにおけるエンパワーメントの意味——アセスメントとのかかわりから」、ソーシャルワーク研究, 82, 1995
- 52 ノーマライゼーションの現在シンポ実行委員会編『ノーマライゼーションの現在——当事者決定の論理』、現代書館、1992
- 53 O'Connell B : From Service to Advocacy to Empowerment. Social Casework, Family Service Association of America, April, 1978
- 54 大橋謙策『地域福祉の展開と福祉教育』、全国社会福祉協議会、1991
- 55 ヘレン・H・パールマン (松本武子訳) : ソーシャルワーク——問題解決の過程. 全国社会福祉協議会、1967
- 56 Payne M : Social Work and Community Care. Macmillan, 1995
- 57 Persons RJ : Empowerment : Purpose and Practice Principle in Social Work. Social Work with Groups, The Haworth Press, 14 (2), 1991
- 58 Pindehughes EB : Empowerment for Our Clients And Ourselves. Social Casework, Family Social Association of America (FSAA), 64 (6), 1983
- 59 Ramon S : Psychiatry in Transition : THE BRITISH AND ITALIAN EXPERIENCES, Pluto Press, 1988 (川田誉音訳：過渡期の精神医療——英国とイタリアの経験から。海声社、1992)
- 60 Rappaport J : Studies in Empowerment : Introduction to the issue. Prevention in Human Service, 1984
- 61 Riessman F : Restructuring Help : A Human Services Paradigm for the 1990s'. American Journal of Community Psychology, 1990
- 62 Social Service Committee : Community Care : Service for People with a Mental Handicap and People with a Mental Illness. HC664, HMSO, London, 1990
- 63 Solomon BB : How do we really empower families? New strategies for social work practitioners. Family Resource Coalition—FRC Report, 1985
- 64 Solomon BB : Black Empowerment : Social Work in Oppressed Communities. New York, Columbia University Press, 1976
- 65 Staub-Bernasconi S : Social Action, Empowerment and Social Work : An Integrative Theoretical Framework for Social Work with Groups. Social Work with Groups, The Haworth Press, 1991
- 66 棚橋紀子 : Empowerment の概念から見た地域福祉実践——ソーシャルワーカーとしての活動を

- 通じて、日本社会福祉学会第42回全国大会報告要旨集、1994
- 67 谷口政隆：知的障害者の福祉——自己主張と脱施設化の歩み、臨床精神医学、23(7)、1994
 - 68 谷口政隆：公的介護保険とケアマネジメント、福祉展望、東京都社会福祉協議会、1995
 - 69 寺谷隆子：メンタルヘルス・コンシューマーによるセルフヘルプ活動、JHC 板橋、1992
 - 70 Walker A: Community Care Policy: From Consensus to Conflict "Community Care. a reader", Macmillan, 1993
 - 71 渡辺洋一：エンパワーメントを志向したソーシャルワークに関する一考察——社会福祉の固有性の視点から、ソーシャルワーク研究、82、1995
 - 72 Wolfensberger W: Normalization: The Principle of Normalization in Human Services, "National Institute for Medical Research" (中園康夫、清水貞夫編訳：ノーマリゼーション——社会福祉サービスの本質、学苑社、1982
 - 73 川上武、岡上和雄編著『福祉の医学』、一粒社、1973
 - 74 田村健二、坪上宏、浜村晋、岡上和雄『精神障害者福祉』、相川書房、1982
 - 75 大田義弘、佐藤豊道編『ソーシャルワーク』、海声社、1984
 - 76 蜂矢英彦編『精神科における医療と福祉』、金原出版、1990
 - 77 佐藤久夫『障害構造論入門』、青木書店、1992
 - 78 「特集 PSW の現状と課題」、日本精神病院協会雑誌、Vol. 11, No. 10. 1992
 - 79 児島蓉子『新・社会リハビリテーション』、誠信書房、1994
 - 80 奥野英子：「社会リハビリテーション」の概念の体系化に向けて、日本社会福祉学会第43回全国大会研究報告概要集、1995
 - 81 津山直一、「総合リハビリテーション研究大会」『総合リハ』1990
 - 82 徳永純三郎、『精神科リハビリテーション学』ヘルス出版、1998
 - 83 今村義典「臨床医学としてのリハビリテーション」『総合リハ』、17巻1号、1989
 - 84 田中英樹『精神保健福祉法時代のコミュニティワーク』、相川書房、1996
 - 85 大島巖「川崎市における精神障害者福祉施策の現状と課題」、川崎市委託研究報告書、1997
 - 86 岡上和雄監修『精神障害者の地域福祉』、相川書房、1997
 - 87 福祉士養成講座編集委員会編、『障害者福祉論』、中央法規出版、1999
 - 88 濱野一郎・野口定久編『コミュニティワークの新展開』、みらい、1996.
 - 89 松永俊文・野上文夫・渡辺武男編著『現代コミュニティワーク論』、中央法規、1997
 - 90 京極高宣『改訂 社会福祉学とは何か?』、全国社会福祉協議会、1998
 - 91 太田義弘・秋山薊二編『ジェネラル・ソーシャルワーカー社会福祉援助技術総論一』、光生館、1999
 - 92 福祉士養成講座編集委員会編『三訂社会福祉士養成講座 社会福祉援助技術各論・I』、中央法規、1999
 - 93 全国精神保健相談員会・田中英樹編『精神保健相談』、萌文社、1995
 - 94 多田羅造三・小田兼三編『医療福祉の理論と実際』、中央法規出版、1995
 - 95 柏木 昭編著『三訂精神医学ソーシャル・ワーク』、岩崎学術出版社、1996
 - 96 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修『日本の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』、平成8年度版、厚健出版、1997
 - 97 拙稿「精神保健領域におけるエンパワーメントアプローチ、精神障害者リハビリテーション学

会誌」、vol. 2. 金剛出版. 1997.

- 98 日本PSW協会編『これからの精神保健福祉』、へるす出版、1997.
- 99 中村優一監修『ソーシャルワーク倫理ハンドブック』、中央法規、1999
- 100 ジェフ・シェパード著、斉藤幹郎・野中猛訳『病院医療と精神科リハビリテーションー英国における歴史的展開』星和書店、1993
- 101 ジョアン・バラクロウほか編著、児島美都子・中村永司監訳『医療ソーシャルワークの挑戦』、中央法規、1999
- 102 R. A. ドルフマン著、西尾祐吾・上讀宏道共訳『臨床ソーシャルワーク』、相川書房、1999

第2部

- 103 疾患概念と用語に関する委員会、精神分裂病の呼称を検討する委員会「Schizophrenie の歴史」精神神経学雑誌第98巻第4号、1996
- 104 田中英樹、他「特集；分裂病の名称は変更できるか」精神保健ジャーナル『ゆうゆう』29号、1996
- 105 Malcolm Payne (杉本敏夫・清水隆則監訳、社団法人日本社会福祉士会監修)『地域福祉とケアマネジメントーソーシャルワーカーの新しい役割』、筒井書房、1998
- 106 湯浅典人「ソーシャルサポートに焦点をあてた援助についての考察」、『社会福祉学』36-1号、1995
- 107 「特集 精神科リハビリテーション・ー生活・就労・ネットワーキングー」、『こころの臨床』、第14巻増刊号52号、1995.
- 108 拙稿「いきいきと働ける場をー社会資源への地域の体制をつくる」、『ナースアイ』Vol. 4、(4). 1991
- 109 拙稿「家庭看護を支える社会的サービスとネットワーク」、『老年精神医学雑誌』Vol13 (10)、1992
- 110 安田雪『ネットワーク分析ー何が行為を決定するか』、新曜社、1997
- 111 J. リップナック他、正村公宏監修『ネットワーキング』プレジデント社、1984
- 112 小松源助「ソーシャル・サポート・ネットワークの実践課題」『社会福祉研究』第42号、1988
- 113 ハーバート・ブルーマー、後藤将之訳『シンボリック相互作用論』勁草書房、1991
- 114 福西勇夫編『ソーシャル・サポート』現代のエスプリ、No. 363、至文堂、1997
- 115 松岡による翻訳「Vivian, Lindow; Self-Help Alternatives to Mental Health Services, MIND, 1994)」
- 116 Judi Chamberlin ; On Our Own; patient controlled alternatives to the mental Health system. MIND, 1977 (和訳文献; 中田智恵美監訳・大阪セルフヘルプ支援センター『精神障害者自らの手で』解放出版社、1996
- 117 河野仁志「『すみれ会』の社会生活の相互援助」『北海道作業療法』12巻1号、1998
- 118 門屋充郎「社会復帰施設は社会モデルを中心にー精神病院付属の施設から社会史源へー」『日本精神病院協会雑誌』Vol. 12、No. 9. 1993
- 119 高橋克典「帯広・十勝における精神障害者支援活動と地域ネットワーク」『幸福の帯広』東洋大学帯広・十勝調査団報告書、1997
- 120 音更リハビリテーションセンター編『精神科リハビリテーションおとふけ1996年度事業概要』1998

- 121 永山盛秀「自分たちの力で社会参加を一可能性への挑戦—『ふれあいセンター』における試み、『ファミリーズ・ネット』、Vol. 2. No. 1. 1998
- 122 中田智恵海監訳、長野英子翻訳『精神医療ユーザーのめざすもの』（Mary O'hagan ;Stopovers---On My Way Home from Mars）解放出版社、1999.
- 123 「精神障害者の主張」編集委員会編『精神障害者の主張—世界会議の場から』開放出版社、pp, 253-258, 1994 に詳しい。
- 124 karen Hill ; Supporting Self-Help （岡知史訳・久保紘章監訳「セルフ・ヘルプ活動を支える」『看護学雑誌』51/1. 1997
- 125 壹弘、藤原豪、「精神病院における患者の自治活動について」、病院精神医学、Vol. 1, pp19-30, 1957
- 126 前田ケイ 監訳、シュワルツ、W. 他編『グループワークの実際』PP8~9, 相川書房、1978
- 127 桑原治雄、杉村巧平、「患者クラブ活動（ひろばの試み）」、公衆衛生, 43 (3), pp203~206, 1979
- 128 AA日本出版局編『無名のアルコール中毒患者たち—アルコール中毒からの回復—』, AAニホン・ゼネラル・サービス・オフィス, 1979
- 129 近藤蕎一他訳、『地域ぐるみの精神衛生』, 星和書店, 1979 (Caplan, G. :Support Systems and Community Mental Health. 1974.)
- 130 川田誉音, 「『セルフ・ヘルプ・グループ』について」, 公衆衛生, 45-8, pp635-639, 1981
- 131 久保紘章, 「セルフ・ヘルプ・グループについて」, ソーシャルワーク研究, 6-4, pp250~256, 1981
- 132 Gartner. A./ Reissman. F., Self-Help Group in the Human Services, Jossey-Bass, San Francisco, 1977, (久保紘章監訳, 『セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際』, 川島書店, 1981
- 133 AA World Service INC, (1990), Alcoholics Anonymous Comes of Age (AA日本出版局訳, 『12ステップと12伝統』, AAニホン・ゼネラル・サービス・オフィス, 1982)
- 134 高知県断酒新生会, 『断酒会・依存より創造へ』, 社団法人高知県断酒新生会, 1983
- 135 『障害者の自立生活』, 障害者自立生活セミナー実行委員会, 1983
- 136 永田勝太郎, 「日本心身医学協会—セルフ・ヘルプ・グループの立場から」, 日本心身医学協会報, 6 (1), pp16~21, 1983
- 137 蜂矢英彦、村田信男, 「家族会・友の会活動と精神科医療」, 臨床精神医学, 12 (12), pp1477~1488, 1983
- 138 荒田稔, 「精神障害者社会復帰活動連絡協議会の動き」, 地域保健, 12 月号, pp1-6, 1985
- 139 高松里, 「日本の SELF-HELP GROUP に関する文献と研究の現状」, 人間性心理学研究, 4, 1986
- 140 Farguharson. A. 著, 輪湖史子訳、外口玉子監修, 「セルフ・ヘルプの機能と役割」, 看護学会誌, 51 (1), 48-53, 1987
- 141 伊東秀夫「精神障害者による連絡協議会の発足」, ソーシャルワーク研究, vol. 12. No. 2, pp32-35, 1987
- 142 久保紘章, 『自立のための援助論—セルフ・ヘルプ・グループに学ぶ—』, 川島書店, 1988
- 143 遠山照彦, 「『主役』の登場—動き始めた回復者たち」, 『ゆうゆう』, 第1号, pp18-21, 1988
- 144 Hill. K., Helping You Helps Me, A Guide Book for Self-Help Groups, 1984, (外口玉子監修、岩田泰夫・岡知史訳著, 『患者・家族会のつくり方と進め方』, 川島書店, 1988)
- 145 窪田暁子, 「セルフ・ヘルプ・グループの意義—回復者クラブ・ソーシャルクラブ等の育成の方法—」, 全国精神障害者家族会報, 1988

- 146 谷口明宏,「当事者組織活動へのソーシャル・サポート・ネットワークの方向ー重度身体障害者への自律生活支援活動を中心としてー」, 社会福祉研究, 42, 1988
- 147 山手茂,「日米の“セルフ・ヘルプ・グループとその社会的背景に関する比較”」, 昭和 62 年度科学研究費補助金研究成果報告書,「日米の“セルフ・ケア”、“セルフ・ヘルプ”の日米比較」, 1988
- 148 平岡英三、前田千代子、葉真寺満里子,「ソーシャルクラブとセルフヘルプ・グループ」, 精神科Mook, No. 22, pp288-296, 1988
- 149 黒田知篤,「患者会の周辺」, 精神科Mook, No. 22, pp288-296, 1988
- 150 グリーン・渡部律子,「1980年代の米国におけるセルフ・ヘルプ・グループの実践と研究の動向」, ソーシャルワーク研究 pp15-18, 1989
- 151 斉藤学,「セルフ・ヘルプ・グループはなぜ必要か」, こころの科学, 23, pp22~27, 日本評論社, 1989
- 152 堀田和一 他,「セルフ・ヘルプ・グループ」, 山口隆、増野肇、中川賢幸編,『やさしい集団精神療法入門』, pp285~302, 星和書店、1989
- 153 外口玉子、伊藤ひろ子、小松博子,「精神障害者のリハビリテーション過程を促進するケア提供システムに関する研究」,『昭和63年度井の頭病院研究紀要』, 1989
- 154 中島紀恵子,「日本のセルフ・ヘルプ・グループーその活動の意味ー」日本保健医療行動科学学会年報,『健康問題とセルフケア／ソーシャルサポート・ネットワーク』, Vol. 4, pp21~32, 1989
- 155 『くらしの知恵』, 全国精神障害者家族会連合会, 1989
- 156 岩田泰夫,「精神障害者へのソーシャルワーク」, こころの科学, NO. 29, 1990
- 157 伊藤ひろ子,「セルフヘルプ・グループと専門職ー精神障害者のセルフヘルプ・グループ成立の特徴とその支え手をめぐって」,『こころの科学』, 第 29 号, 1990
- 158 伊藤ひろ子,「精神障害回復者クラブ連合会づくりの過程ー“共に生きる仲間”づくりをめざすー」,『精神障害と社会復帰』, 10 (1), 1990
- 159 増野肇、谷中輝雄,「対談：セルフヘルプ・グループの成長とその役割」,『精神障害と社会復帰』, 10 (1), 1990
- 160 遠山照彦,「支え合う4人組ー分裂病のインフォーマルグループのもつ治療効果について」, 第 86 回日本精神神経学会発表, 精神神経学雑誌, Vol. 92, p904, 1990
- 161 荻澤健志,「ニューヨークファウンテンハウスの実践」,『ぜんかれん』, No. 279-283, 1990
- 162 平野かよ子,「セルフ・ヘルプ・グループの機能と構造について」, 日本赤十字看護大学紀要, 4, 1990
- 163 山崎喜比古、三田優子,「セルフヘルプグループに関する理論及び論点の整理と考察」, 保健医療社会学論集, 1990
- 164 住友雄資、谷中輝雄,「精神障害者の自助活動」, 精神科Mook, No. 26, pp268-274, 1990
- 165 谷中輝雄,「わが国の当事者運動の流れと今後について」, 精神医療, No75, pp2-15, 1990
- 166 「精神病」者グループごかい編,『わしらの街じゃあ!』, 社会評論社, 1990
- 167 HSK『どっこい俺らも生きているーすみれ会20周年記念誌』, すみれ会便り, No. 206. (臨時増刊号), 1990
- 168 「『自立センター』設立への道すじ」, 障害者自立生活問題研究会, 1991

- 169 生駒芳久,「アメリカの精神障害者社会復帰施設ファンテンハウスに学ぶ」, 東雄司編,『精神障害者・自立への道—和歌山からの報告』ミネルヴァ書房, pp206-223, 1991
- 170 Ratzka, A. D. 著, 河東田博他訳,『自律生活とパーソナル・アシスタント』, 現代書館, 1991
- 171 伊藤伸二,「セルフヘルプ・グループ言有会の25年の軌跡—吃音を治すから吃音とつき合うへ」, 日本人間性心理学会第10回大会発表論文集, 1991
- 172 アルコールシンドローム編集部,「自助グループを考える」, アルコールシンドローム, No. 25, 1991
- 173 三田優子、大島巖、山崎喜比古、園田恭一,「精神障害回復者のセルフ・ヘルプ・グループの実態と意義」, 社会医学研究, 第10号, P91~95, 1991
- 174 小宮敬子,「薬物依存者の家族グループにおけるメンバー間の相互支援と専門職の支援のあり方」,『集団精神療法』, 第7巻第2号, 1991
- 175 中輝雄,「精神分裂病の自助活動」, 社会精神医学, Vol. 14. No2, pp105-110, 1991
- 176 村田信男,「『自助グループ』について」,「現代のエスプリ」, No. 283, 1991
- 177 Pembroke, L. 著, 小林信子訳,「イギリスにおける精神医療のユーザー運動」, ノーマライゼーションの現在シンポ実行委員会,『ノーマライゼーションの現在』, 現代書館, 1992
- 178 宮本真巳,「セルフヘルプ・グループの現状と課題」,『講演集・セルフヘルプ・グループ』, 東京都精神医学研究所・医療看護研究部門, 1992
- 179 斉藤学,「こころとセルフヘルプ・グループ1~2」,『こころの科学』, pp43-44, 日本評論社, 1992
- 180 浅野十糸子,「癒しと自己変革から始まる—セルフヘルプグループの機能」
- 181 大阪セルフヘルプ, 情報センター,『セルフヘルプハンドブック』, 1992
- 182 岩田泰夫,「セルフヘルプグループに関する専門職の陥り安い落とし穴」,『セルフヘルプ・ハンドブック』, 大阪セルフヘルプ情報センター, 1992
- 183 遠山照彦,「目でみる精神医療史—第10回精神障害者患者会の歴史」,『ゆうゆう』, 16号, pp66-71, 1992
- 184 患者の権利法をつくる会編,『あなたが医療の主人公』, 大月書店, 1992
- 185 東京都精神医学総合研究所・医療看護部門編講,『講演集・セルフヘルプ・グループ』, (藤井、野口、近藤、村山、石川、窪田)、1992
- 186 窪田暁子,「Self Help Group 論の検討—成立の社会的背景からみたその特徴」, 東洋大学大学院紀要第28集, 1992
- 187 窪田暁子,「Self Help Group にみる類型について—AAタイプとその特質をてがかりに—」 東洋大学児童相談研究, 第12号, 1993
- 188 宮本真巳,「ヒーリング・システムとしてのセルフヘルプ・グループ」,『解放社会学研究』, 1993
- 189 東京都精神医学総合研究所・医療看護部門編,「セルフヘルプ・グループの理論的背景とケアシステムへの位置づけに関する研究」, 1993
- 190 後藤雅博,「精神障害者の福祉施策としてのセルフ・ヘルプ・グループに関する研究」, 平成5年度厚生科学研究, 1993
- 191 岩田泰夫,「セルフヘルプグループと専門職その4・専門職のセルフヘルプグループへの支援」, 精神障害と社会復帰, Vol. 12, No. 2, やどかり出版, 1993
- 192 中田智恵海,「障害者とセルフヘルプグループ」, 地域福祉研究, No. 21, 1993

- 193 岩田泰夫,『セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践』,やどかり出版,1994
- 194 岡知史,「セルフ・ヘルプ・グループの機能についてーその社会的機能と治療的機能の相互関係」,大阪市立大学社会福祉研究紀要,4,1985
- 195 岡知史,「セルフ・ヘルプ・グループへの専門的援助について」,地域福祉研究, No. 14, 1986
- 196 岡知史,「地域の当事者(セルフ・ヘルプ・グループ)を援助する専門機関」,第36回日本社会福祉学会,1987
- 197 岡知史,久保紘章訳, H.Karen 著,「セルフ・ヘルプ活動を支える」,看護学雑誌,51-1,1987
- 198 岡知史,「抄訳;西ドイツにおけるセルフ・ヘルプ・グループーこの10年の発展」,大阪市立大学社会福祉研究紀要第6号,pp67-79,1989
- 199 岡知史,「セルフヘルプグループの概念をめぐる」,社会福祉学31-1号,1990
- 200 岡知史,「欧米のセルフヘルプグループの概念規定について:その思想的・歴史的背景から」,大阪市立大学社会福祉研究紀要,第7号,pp47-58,1990
- 201 岡知史,「終戦後結成された日本のいくつかの自助的相互扶助組織について:地区内網羅的当事者組織としての分析」,上智大学社会福祉研究,平成2年度年報,1991
- 202 岡知史,「セルフヘルプグループの働きと活動の意味」,看護技術,34(15),1998「セルフヘルプクリアリングハウスーその実例と問題点」,上智大学社会福祉研究,平成3年度年報,1992
- 203 岡知史,「『わかちあい』『ときはなち』『ひとりだち』の運動ーセルフヘルプグループ(本人の会)をいかに理解するか」,月刊福祉,77(1),pp64-68,1994
- 204 岡知史,「セルフヘルプ・クリアリングハウス:それはなぜ必要なのか」,月刊福祉,77(2),pp58-63,1994
- 205 岡知史,「セルフヘルプ・グループの援助特性について」,上智大学社会福祉研究,平成7年度年報,pp3-21,1994
- 206 岡知史,「地域福祉の主体:地域福祉の住民組織化と主体形成」牧里每治・野口定久・河合克義編『地域福祉』,有斐閣,pp163-177,1995
- 207 岡知史,『セルフヘルプ・グループ(本人の会)の研究第5版』,自費出版,1995
- 208 岡知史,「難病の子を持つ親の会ー役員との面接調査から浮かんだセルフヘルプグループとしての活動と問題点」,上智大学社会福祉研究平成7年度年報,pp25-52,1996
- 209 岡知史,「当事者組織・セルフヘルプ・グループ」,日本地域福祉学会編,『地域福祉事典』,中央法規出版,pp126-127,1997
- 210 岡知史,「セルフヘルプグループの働きと活動の意味」,看護技術,34(15),1998
- 211 岡知史,「セルフヘルプグループの参加的調査」,上智大学社会福祉研究平成9年度年報,1998
- 212 岡知史,「セルフヘルプグループとは何かーその「なりたち」と「はたらき」」,大阪セルフヘルプ支援センター編,『セルフヘルプグループ』,pp14-20,1998
- 213 岡知史,『自立と解放のためのセルフヘルプグループ「わかちあい」から「ひとりだち」「ときはなち」へ』,星和書店,1999
- 214 園田恭一,「セルフ・ケア・グループの意義と課題」,保健婦雑誌,46-11,1990
- 215 より良い医療をめざすあすなろ会編,『仲間と共にーあすなろ会25年の歩みー』,1994
- 216 精神障害者の主張編集委員会編,『精神障害者の主張』,解放出版社,1994
- 217 全国精神障害者団体連合会編,『全精連結成大会&全国交流集会報告集』,1994
- 218 日本ファンウテンハウス友の会翻訳,『ファウンテンハウス研修資料』,1994

- 219 窪田暁子,「精神障害者の社会復帰とクラブハウスモデルー患者役割からの脱出とスタッフ・メンバーの共働の相互関係ー」, 東洋大学社会学部紀要 32-1 (通巻第 45 集), pp49-66, 1994]
- 220 松田博幸,「セルフヘルプ・グループと専門職者による専門性の共有の課題」, 社会問題研究 第 43 巻第 2 号, 1994
- 221 松田博幸,「地域におけるセルフヘルプ・グループへの支援をめぐる一考察」, 地域福祉研究, No. 23, 1995
- 222 平野かよ子,『セルフ・ヘルプグループによる回復ーアルコール依存症を例として』, 川島書店, 1995
- 223 松永宏子,「精神障害者のセルフヘルプ・グループを中心としたニーズに関する研究」, 平成 7 年度厚生科学研究, 1995
- 224 寺谷隆子,「クラブハウス方式の地域活動」, 精神医学, 第 37 巻 1 号, 医学書院, 1995
- 225 岩田泰夫,「エンパワメントー自分で自分をエンパワメントするー」 桃山学院大学社会学論集, 第 30 巻第 1 号, pp1-36, 1996
- 226 岩田泰夫,「精神医療におけるアドボカシー行動によるエンパワメントー」 桃山学院大学社会学論集, 第 30 巻第 2 号, pp59-92, 1997
- 227 JHC 板橋,『コンシューマーセルフヘルプ活動におけるピアカウンセリング研修記録集』 1997
- 228 野上温子,「障害者の自立とピア・カウンセリング」, 福祉相談第 7 号, 東京いきいきライフ推進センター, 1995
- 229 日本社会福祉弘済会研究助成事業,「セルフ・ヘルプ・グループ『つどい』の果たしてきた役割と意味(アンケート調査を通じて)セルフ・ヘルプ・グループ『つどい』200 回記念誌『出会いの中で』」, 1996
- 230 外口玉子編,『地域で生きる支えー地域ケア福祉センター 10 年の歩み、そして現在』, かがやき会地域ケア福祉センター, 1996
- 231 谷中輝男,『生活支援ー精神障害者生活支援の理念と方法』, やどかり出版, 1996
- 232 セルフヘルプシリーズ 1~8, セルフヘルプ運動を進める会編, 1995~1997
- 233 A. H. カッツ著, 久保紘章監訳,『セルフヘルプ・グループ』, 岩崎学術出版, 1997
- 234 三島一郎,「セルフヘルプ・グループの機能研究に関する批判的再検討」, 日本社会事業大学編,『社会福祉システムの展望』, pp399-412, 中央法規出版, 1997
- 235 三島一郎,「セルフ・ヘルプ・グループと外的システムの間の連関・連携についての検討」, 日本社会事業大学研究紀要, 第 43 集, pp59-70, 1997
- 236 広江仁,「クラブハウスの関係性の日本における実践の展望」,『精神医学ソーシャルワーク』, No. 37, pp63-67, 1997
- 237 丹羽薫,「精神障害者福祉の第一線に当事者パワーを活かすー JHC 板橋のプログラム展開の中でー」, (岡上和雄監修,『精神障害者の地域福祉』), pp229~252, 相川書房, 1997
- 238 松永宏子,「自助グループと精神科リハビリテーション」, 精神保健研究 43 号, pp53-58, 1997
- 239 松永宏子,「精神保健とセルフヘルプ・グループ」,『心の健康』, 第 46 巻, 第 504 号, pp12-19, 1998
- 240 花岡正憲,「文化活動としての精神保健ボランティア」,『心と社会』, 第 29 巻 1 号, pp13-15, 1998

- 241 岩間文雄,「セルフヘルプグループへの支援—専門職が担うことの出来る役割とは何か—」ソーシャルワーク研究, Vol. 23, No. 4, pp13-18, 1998
- 242 増野肇,「ピアカウンセリング」,『心と社会』, 第29巻1号, pp86-91, 1998
- 243 岡上和雄編,『「精神障害」を生きる』,「現代のエスプリ」, No. 367, 1998
- 244 石井潔『自律から社交へ—新たな主体像を求めて』青木書店 1998
- 245 「アメリカにおけるオルタナティブ運動と日本への提案」齊藤明子『レビュー』No. 28. 1999
- 246 Antze, P. "The Role of Ideologies in Peer Psychotherapy Organization: Some Theoretical Considerations and Three Case Studies" The Journal of Applied Behavioral Science. 12 (3), p323-346. 1976
- 247 Arntson, P. &, "Social Support in self - Help Groups" :in Albrecht (eds,). Communicating Social Support, Newbury Park, 1987
- 248 Bibian Lindow, "Self-Help Alternative to Mental Health Services", MIND, London, 1994.
- 249 Borkman, T. "Experiential Knowledge: A New Concept for Analysis of Self-Help Groups" Social Service Review, Sept, p445-456. 1976
- 250 Borman, L. D. "Characteristics of development and growth" In M. A. Lieberman & L. D. Borman (Eds.). Self-help groups for coping with crisis (pp. 13-42). San Francisco : Jossey-Bass. 1979
- 251 Carol T. Mowbray, David P. Moxley (eds,), "Consumers as Providers in Psychiatric Rehabilitation" International Association of Psychosocial Rehabilitation Services. 1997
- 252 Chamberlin Judi, "On Our Own: patient controlled alternatives to the mental health system". MIND, London E15 4BQ. 1988
- 253 Farquharson, A. "A guide to competency profile of human service professionals working with self-help groups" Victoria, Canada, University of Victoria. 1990
- 254 Gutierrez, L., Ortega, R. M., & Suarez, Z. "Self-help and the Latino community" In T. J. Powell (Ed.), "Working with self-help" (pp. 189-217, 218-236). Silver Spring, MD; NASW Press. 1990
- 255 Gussow, Z., Tracy, G. S. "The Role of Self-Help Clubs in Adaptation to Chronic Illness and Disability" Social Science and Medicine, 10, 407-414. 1976
- 256 Katz, A H, Bender, E I "Introduction :Why Self-Help? New Viewpoints" New York, 1976
- 257 Katz, A H, Bender, E I "Self-Help Groups in Western Society :History and Prospect" Journal of Applied Behavioral Science, 12 (3), 265-282. 1976
- 258 Katz, A. H., Hedrick, H. L., Isenberg, D. H., Thompson, L. M., Goodrich, T., & Kutscher, A. H., (Eds.). "Self-Help :Concepts and Application" Philadelphia Charles Press, 1992
- 259 Kurtz, L. F. "Ideological differences between professionals and A. A. members" Alcoholism Treatment Quarterly, 1 (2), 73-85. 1984
- 260 Humphreys, K., & Woods, M. D. "Researching mutual help group participation in a segregated society" Journal of Applied Behavioral Science, 29 (2), p181-199. 1993
- 261 Hurvitz, N. "Peer Self-Help Psychotherapy Groups ; Psychotherapy Without Psycho Therapists" Roman, P. M. and Trice, H. M. (Ed) "The Psychology of Psychotherapy" New York, Jason Aronson. 1974

- 262 Killilea, M. "Mutual Help Organization: Interpretation in the Literature/Support Systems and Mutual Help" (Ed.). G. Caplan & M. Killilea, New York, Grune and Stratton. 1976
- 263 Levine, M. "Self-Help Groups, in Principle of Community Psychology" (Ed), M. Levine & D. Perkins. p234-257. 1987
- 264 Levine, M. "An Analysis of Mutual Assistance" American Journal of Community Psychology, 16 (2), p167-188. 1988
- 265 Levine, M. "How Self-Help Works" Social Policy, Summer, p39-43. 1988
- 266 Levy, L. H. "Self-help groups: Types and psychological processes" Journal of applied behavioural sciences, 12 (3), 310-322. 1976
- 267 Levy, L. H. "Mutual Support Groups in Great Britain: A Survey" Social Science Medicine, 16, 1265-1275. 1982
- 268 Lieberman, M. A., Bond, G. R. "Problems in Studing Outcomes in Groups ; Self Help Groups for Coping with Crisis" 323-340, San Francisco, Jossey-Bass. 1982
- 269 Lieberman, M. A., Borman, L. D. "Self Help Groups for Coping with Crisis, Origins, Members, Processes and Impact" San Francisco, Jossey-Bass. 1979
- 270 Lieberman, M. A. "Analyzing Change Mechanisms in Groups ; Self Help Groups for Coping with Crisis" 194-233, San Francisco, Jossey-Bass. 1982
- 271 Maton, K. I. "Moving Beyond the Individual Level of Analysis in Mutual Help Group Ressearch: An Ecological Paradigm" The Journal of Applied Behavioral Science. 29 (2) , p272-286. 1993
- 272 OHagan Mary, "Stopovers On My Way Home From Mars" A Winston Churchill Fellowship report on the psychitric survivor movement in the USA, Britain and the Netheriands. London. 1993
- 273 Pinker, Roy. "An Alternative View" In Social Warkers: Their Role and Tasks. London. Bedford Square Press. 1982
- 274 Powell. T. J "Self-Help, Professinal and Informal Help" , National Association of Social Workers. Inc., Silver Spring, Maryland. 1987
- 275 Powell. T. J "Self-Help Organizations and Professinal Practice" , in Powell, T. J. (ed). Working with Self-Help. National Association of Social Workers. 1990
- 276 Powell. T. J. (Ed.). "Understanding self-help : Frameworks and findings" Newbury Park. CA: Sage Publications. 1994
- 277 Riessman, F. "The "Helper" Therapy Principle" Social Work, 10 (2), 27-32. 1965
- 278 Riessman, F. "Restructuring Help: A Human Services Paradigm for Community Psychology" 18 (2), p221-230. 1990
- 279 Robinson, D., Henry, S. "Self-Help and Health ; Mutual Aid for Modern Problems" Martin Robertson and Company. 1977
- 280 tewart, M. "Expanding Theoretical Conceptualizations of Self-Help Groups" Social Science and Medicine, 31 (9), p1057-1066. 1990
- 281 Toseland, T. W., Hacker, L. "Self-Help Groups and Professional Involvement" Social Worker, 27 (4), 341-347. 1982
- 282 Tyler. R. W. "Social Policy and Self-Help Groups" , Journal of Applied Behavioral

Sciences, 12 (3), 444-448. 1976

- 283 Zinman, S., & Harp, H. T. "Reaching across ; Mental health clients helping each other"
Riverside, California Network of Mental Health Clients. 1987

第3部

- 284 壹弘 1『精神医学の思想 第2版』、創造出版、1999
- 285 クレッチマー、E、相馬均訳『体格と性格』文光堂、1960
- 286 諏訪望『最新精神医学』南江堂 p. 49. 1973
- 287 富安芳和訳『ソーシャロールパロリゼーション入門』学苑社、1995
- 288 村田信男「デイケアの治療的機能と回復過程」、『精神科治療学』I : P. 383, 1986
- 289 Frieda Fromm-Reichmann ; Psychoanalysis and Psychotherapy. 1959 (早坂泰次郎訳『人間関係の病理学』誠信書房、p. 407-425. 1963
- 290 Snyder, C. R. ; The Psychology of Hope, New York : Free Press. Pp. 5-6. 1994
- 291 石井潔『自律から社交へー新たな主体像を求めて』青木書店 1998
- 292 永田俊彦「分裂病の長期経過—その自然史的側面」、『精神科雑誌』、Vol. 1. pp. 21-24. 1997
- 293 宮真人、渡会昭夫、小川一夫「精神分裂病の長期社会適応経過（第一報）」、『精神経誌』、86:736-767, 1984
- 294 中沢正夫「精神疾患の医療」、秋元・調・藤井編『精神障害者のリハビリテーションと福祉』、中央法規出版、PP. 24-28. 1999
- 295 F. N. ワッツ・D. H. ベネット編、福島裕監訳、金子、伊勢田、蟻塚訳『精神科リハビリテーションの実際②地域の実践編』、岩崎学術出版社、pp. 33-41、1991
- 296 石川到覚「福祉援助技術の実践的意義」、柏木昭・篠野脩一『医療と福祉のインテグレーション』、へるす出版、pp. 13-23. 1997
- 297 座談会；こころを病む体験）宮本真巳（研究代表者）「セルフヘルプ・グループの理論的背景とケアシステムへの位置づけに関する研究」平成元年度～平成3年度科学研究費補助金（一般研究（B）研究成果報告書 p. 18. 1993
- 298 エリクソン著、小此木啓吾訳編『自我同一性』、誠信書房、1973
- 299 Judi Chamberlin ; A Working Definition of Empowerment : Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 20 (4). Pp. 43-46. 1997
- 300 林宗義『分裂病は治るか』弘文堂、1982
- 301 安積・岡原・尾中・立岩著『生の技法（増補改訂版）』、藤原書店、1995
- 302 岡田靖雄編『精神医療』勁草書房 1964
- 303 遠山哲夫「ホステル化しつつある精神病院」病院、34 (8), 1975
- 304 広田伊蘇夫『精神病院—その思想と実践』岩崎学術出版社 1981
- 305 蜂矢英彦『精神分裂病のリハビリテーション』医学書院 1981
- 306 『世田谷ノーマライゼーションプラン』世田谷区障害福祉推進室 1995
- 307 藤間久子「ホームヘルプサービスについて」第3回精神障害者リハビリテーション研究会報告書 1996
- 308 世田谷区精神保健対策連絡協議会『世田谷区精神障害者施策のあり方（提言）』世田谷区衛生部 1997

- 309 『東京都精神保健福祉ニーズ調査報告書』東京都衛生局 1997
- 310 『障害者のしおり』世田谷区 1998
- 311 『世田谷区の地域保健』世田谷区 1998
- 312 沖山明美・右田周平・小川義博「援護寮退所者居住地域の偏在性とその地域特徴」(1)(2)
公設リハビリテーション連絡協議会 会報 1999
- 313 鈴木邦彦・進藤義夫・直志浩仁・高田征四郎・植木陽子「地域における作業所同士の連
携と共同(上・中・下)」『ゆうゆう』 No. 34, 35, 36. 1999
- 314 吉川武彦編「沖縄における精神衛生の歩み」沖縄県精神衛生協会、1979
- 315 「沖縄県の保健婦活動」、沖縄県環境保健部予防課、1997
- 316 川添雅由編「沖縄の地域福祉実践」沖縄圏地域福祉学会・沖縄県社会福祉協議会、1997.
- 317 沖縄県における地域精神保健福祉に関するニーズ調査報告書」、沖縄県立総合精神保健福祉セ
ンター、1997
- 318 「久米島25年のあゆみ」、沖縄県立南部保健所、1997
- 319 『「でいごゼミ」記念誌——20歳をむかえて』、記念誌編集委員会、1997
- 320 山城紀子「心病んでも一あたりまえに向かって」ニライ社、1998
- 321 「離島・小規模町村における保健婦の人材確保・定着に関する研究」、平成9年度厚生科学研
究、分担研究者、金城マサ子、1998
- 322 「沖縄にはじめて精神病院が生まれたころ」島仲花枝さん前編、精神看護、Vol. 1. No. 3. 1998
- 323 「本土研修で得た展望、それが『生活療法』」島仲花枝さん後編、精神看護、Vol. 1. No. 4. 1998
- 324 メンバーズクラブふれあい機関紙「ふれあい」ふれあいセンター、第1号～213号
- 321 沖縄タイムス、関連記事

結語

- 322 Swift, C. & Levin, G. Empowerment: An emerging mental health technology. Journal of primary
prevention, 8, pp. 71-94, 1987
- 323 Rappaport, J. Studies in empowerment: Introduction to the issue. Prevention in Human
services, 3, pp. 1-7, 1987
- 324 日本社会事業大学『ケアマネジメントの実践的研究とそのシステムに関する研究』、1998

共同研究の博士論文使用に関する承諾書

田中英樹提出（日本社会事業大学大学院）予定の博士論文「日本における精神障害者に対する地域生活支援システム—精神医学的ソーシャルワーカーの視点から— Investigation of the Community Support Systems for Persons with Mental Disability in Japan : A Viewpoint of Psychiatric Social Worker」の1章に、全家連保健福祉研究所の委託共同研究である「病院家族会全国福祉ニーズ調査」結果の一部が、田中英樹氏の文責において使用されることを承諾します。

研究機関名

(財)全国精神障害者家族会連合会

保健福祉研究所

承諾者氏名

所長 岡上 和



承諾日

平成12年3月8日

謝 辞

大学院に在籍して、はや6年が経つ。四半世紀経ってから、母校で再び学べたことの喜びを、まず母校に感謝したい。思えば日本社会事業大学を卒業するときに、当時何人かの指導教授に大学院進学を進められた。その時は「まず実践を積んでから」と表向きの格好をつけ、実際は暮らしを成り立たせるのが先決で、同時に研究者になる自信も持ち合わせていなかった。論文らしきものを初めて著書で発表したのは、34歳のときである。ソーシャルワーカーとしての意識的な実践はそのときから始まった。外化が実践自体を意識化させたのである。40歳になり、研究者になる道を意識しだした。そして、現在、研究者の末席に何とか座っている。

薄学な研究者の卵を何とか孵化させてくれた本学大学院の教授の皆さんに、改めて感謝申し上げたい。とくに指導教授の大橋謙策先生には、言葉に尽くせない学恩を頂いた。酒も一緒によく飲ませて頂いたが、本学の愛すべき伝統である。本論文を含め、大学院在学中に上梓できた18冊の著書と24の論文、3本のビデオ監修、14の学会発表は、その細部の隅々までのご指導して頂いていないものの、研究の価値や視点、研究者の堅持すべき姿勢の全体において、師から身近に深く学ばせた頂いた。同輩の野川、小野、宮城ら日本地域福祉研究所の皆さんにもお礼を言いたい。PSWの良き理解者である、京極学長、佐藤久夫教授、寺谷隆子教授にも、折に触れ暖かくかつ厳しい貴重な助言を頂いた。改めて感謝申し上げたい。全家連保健福祉研究所の岡上和雄所長、大島巖事務局長にも感謝申し上げたい。また、ご心配をかけた精神保健ジャーナル「ゆうゆう」のスタッフたち、東洋堂企画出版の皆さん、日本精神障害者リハビリテーション学会の面々にも感謝申し上げたい。

本論文によせる研究者の立場はコメンタールなものではない。理論的創造は緒についたばかりで、近未来を少しばかり照らす幻灯か、櫛の様なものである。漕ぎ手の立場は違っても同じ精神保健福祉という船に乗っている実践者たちである。実践者が多く乗り合わせることで、船も大きなものに取り替えなければならない。理論も同じである。本論は一つの到達点に過ぎない。研究は永遠に未完である。まだまだ薄学、不十分な本論の書き換える時がくることを願ってやまない。

最後に述べたい。研究者としての真価が問われるのはこれからである。経験主義では立ちゆかない。実践的実証研究にとってフィールドは財産であり、共同研究は威力である。大橋教授には、これからのご指導も改めてお願いしたい。

平成12年4月29日

田中 英樹