

精神障がい者の地域生活支援 ～NPO法人ふらっとコミュニティの地域に根づいた活動～

山根俊恵^{1) 2)}、草地仁史^{1) 2)}、磯村聡子¹⁾

1) 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域

2) NPO法人ふらっとコミュニティ

Mental Health Care in Community ～ Project of NPO “Flat Community” ～

Toshie Yamane¹⁾²⁾, Hitoshi Kusachi¹⁾²⁾, Satoko Isomura¹⁾

1) Faculty of Health Science, Yamaguchi University, Graduate School of Medicine

2) NPO Flat Community

要約

2006年の障害者自立支援法の施行により、精神科障害者施策は入院治療から地域生活支援という大きな流れが来ているが、精神障害の特性に配慮した福祉サービスは少なく、医療サービスが中心である。そのため地域での精神障がい者支援の必要性を感じ、NPO法人ふらっとコミュニティを設立し、当事者、家族、専門職の支援を行いながら、地域住民と総合循環が図れるように活動を行ってきた。様々な活動は、地域で行う精神科リハビリテーション、精神障がい者の自立支援、コミュニティ・エンパワメント、共生のまちづくりなどの方向性を示すものとなり、地域に根づいていった。また、少しずつではあるが、医療と福祉の連携が図れるようになり、地域も変わりつつある。

精神疾患は、「疾病と障害を併存する」特徴があり「生活のしづらさ」は理解されにくい。精神科医療の課題とされる自殺対策、虐待予防対策、認知症支援、アウトリーチ事業（訪問支援）などの取組は「地域づくり」なしでは何も始まらない。今後、私たち一人一人が自分に向き合い、一歩を踏み出す勇気を持ち、専門職、当事者、家族、地域住民の心がつながることから地域生活支援がはじまるのではないかと考える。

キーワード：精神障がい者、精神科リハビリテーション、地域生活支援、リカバリー

I.はじめに

厚生労働省は、2011年がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に精神疾患を加えて「5大疾病」とし、2012年度以降の都道府県が策定する医療計画に反映させることを決めた。2008年患者調査¹⁾によると精神疾患患者は323万人で、がん患者の2倍以上、4大疾病でも一番多い糖尿病237万人よりも多い。なかでも自殺者が依然として年間3万人を超えていること、精神障がい者の社会的入院問題、認知症の増加など対策は急務であると言える。

また、2006年の障害者自立支援法の施行により、精神科障害者施策は入院治療から地域生活支援という大きな流れが来ている。2008年から開催された「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会²⁾」においても

「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念が明確化され、精神保健医療体系の再構築や精神医療の質の向上などに関し、様々な提言が行われている。その報告の中に①アウトリーチ（訪問支援）など地域支援体制、②認知症患者への取組、③保護者制度・入院制度のあり方等について明記してあり、「地域づくり」なしでは始まらないと言っても過言ではない。しかしながら、精神障がい者を対象とした社会資源は精神科デイケアや訪問看護といった医療サービスが中心で病院併設型が多くを占めている。社会資源を利用しているのは約1割程度^{3) 4)}で、退院しても行く先が病院の敷地内のみ、外来通院以外は自宅にひきこもっているといった精神障がい者の存

在も否定できないのが現状である。

筆者は、このような精神保健医療福祉の実態や活動を通して地域での精神障がい支援の必要性を感じ、NPO法人ふらっとコミュニティを設立した。そして、精神科医療と福祉の連携、精神障がい者の自立支援、精神科リハビリテーション、共生のまちづくり、コミュニティ・エンパワメント⁵⁾、ソーシャルサポートネットワーク構築を図るべく事業を展開してきた。本研究では、そのプロセスを振り返り、精神科医療・福祉の実態から精神障がい者の地域生活支援のあり方を検討し、NPO法人ふらっとコミュニティの地域での役割を明確にしたいと考える。

II. 研究方法

1. 研究期間：2005年7月～2012年2月
2. 対象地域：山口県宇部市
3. 研究方法：精神科医療の特徴（精神科病院、病床数、在宅医療サービス）、福祉状況（精神障害者保健福祉手帳所持者、自立支援医療受給者、障害程度区分認定者、福祉サービス事業者）、山口県で認証されたNPO法人の特徴について調査する。その結果とNPO法人ふらっとコミュニティの事業内容および2011年度の活動実績、社会貢献活動を照合し、地域で果たしている役割について分析する。
4. 倫理的配慮：本法人は、共生のまちづくりを目指し、活動内容を地域住民に公表している。筆者が理事長を務めており、理事会で研究の趣旨を説明し、学会発表の承認を得た。登録している当事者は、病名および実名を公表して活動している人たちである。本研究においてもプライバシーに配慮することを説明し、公表の承諾を得た。

III. 結果

1. 精神科医療の状況⁶⁾（2008年度）

山口県の精神科病院は、33病院（県立病院1、大学病院1、総合病院精神科1、民間病院30）6,142病床である。在院患者数は5,848人で、受け入れ条件が整えば退院可能な推計患者数は約730人とされている。平均在院日数は、全国は307.4日、山口県は363.8日である。

宇部市の精神科病院は、6病院（単科精神科病院5、大学病院1）1,103病床である。人口1,000対病床数は、韓国0.8、イギリス0.6、イタリア0.1、日本2.7、山口

県4.1、宇部市6.3である。精神科救急医療システムは、市内にある県立病院を基幹病院とし、輪番制がとられている。医療系在宅サービスは、精神科デイケア3ヶ所、精神科デイナイトケア1ヶ所で、いずれも精神科病院併設型である。精神科訪問看護は2ヶ所の病院が行っているが、いずれもそれぞれの病院の通院患者のみを対象にしている。

2. 宇部市の精神障がい者等の状況⁷⁾（第3期宇部市障害福祉サービス計画 2011.4.1現在）

宇部市は、本州西端の山口県の南西部に位置し、瀬戸内海に面している。人口は、174,064人で、2007年に比べて3,600人減っている。高齢化率は、25.7%で全国平均を上回っている。

精神障害者保健福祉手帳所持者数は907人で、2007年に比べて約210人増え、年々増加している。障害の等級別にみると、1級316人、2級413人、3級178人で、2級が最も多く、全体の45.5%を占めている。年齢別の内訳では、50歳台が全体の23.2%を占めており、20歳未満は1.4%、70歳以上では9.2%となっている。自立支援医療（精神通院）受給者数は、2,143人で、2007年に比べて約1,070人増え、年々増加傾向にある。障害程度区分認定の認定者は、全体で790人、そのうち135人が精神障害である。区分認定の状況は、区分1が23人、区分2が62人、区分3が36人、区分4が11人、区分6が3人であった。

地域生活活動支援センターⅡ型は1ヶ所で、市内から外れた精神科病院に併設している。障害福祉サービス事業所は、居宅介護が28事業所中19ヶ所、行動援護が1事業所中1ヶ所、生活介護が12事業所中1ヶ所、自立訓練（生活訓練）が3事業所中2ヶ所、就労移行支援が5事業所中1ヶ所、就労継続支援（A型）が3事業所中2ヶ所、就労継続支援（B型）が12事業所中5ヶ所、共同生活援助が7事業所中4ヶ所、共同生活介護が5事業所中1ヶ所、サービス利用計画作成が7事業所中6ヶ所、移動支援事業が23事業所中17ヶ所、日中一次支援事業が21事業所中7ヶ所において精神障がい者を対象としている。日中一時支援事業の年間利用回数（三障害）は14,015回、実利用者数は279名で、そのうち当法人の利用者は27名、利用回数は2,485回である。

3. NPO法人ふらっとコミュニティの活動内容

(1) 設立の目的

精神障害を持っていても社会の中で、意義のある人

生を送ることが出来るように、さまざまな活動を通して、共に考え、共に歩いていく。そして、地域住民が精神障害について考え、互いに支えあうことの出来る共生のまちづくりを目指すことが設立目的である。

本法人は、2005年11月26日に設立し、2006年3月9日にNPO法人の認証を受けた。同年9月1日には民家「ひだまり」を借り、「山口県総合・循環型福祉サービス推進事業費補助金」を受け、地域での精神障がい者支援を開始した。

(2) 定款で定めている事業、およびその内容と2010年度実績

- ① 精神障がい者の居場所の設置と運営事業：宇部市より日中一時支援事業の受託し、フリースペースとして「ひだまり」を4回/週開設した。【延3,900人（当事者2,702人、家族17人、スタッフ619人、地域562人）】
- ② 精神障がい者のデイサービス事業：精神障がい者およびひきこもり者を対象にデイサービスを2回/月実施した。【延193人】
- ③ 精神障がい者およびその家族の相談支援事業：当事者活動「さんまの会」1回/月【延184人】、「ナイトさんまの会」1回/月【延227人】、ナイトケア1回/月【延222人】、宇部市健康福祉センターと共催にて「ひきこもり家族勉強会」全4回/年【延36人】、ひきこもり家族の会1回/月【延75人】実施した。
- ④ 精神保健・医療・福祉のネットワーク構築事業：看護学生等の実習受け入れ【延90人】、服薬心理教育「薬知っ得会」全6回/年【延140人】、社会資源活用のためのイベント「メンタルウォーク琴芝」1回/年【延150人】、当事者による医療・福祉大学等の講義【3回】、地域で生活している精神障害者と入院患者の交流「友遊運動会」に参加した。【延12人】
- ⑤ 居宅介護援助者への支援事業：宇部市・下関市において1回/月の事例検討会、「宇部市障害支援者交流の集い」において講演「親亡き後の不安を軽減するために」、研修等の講師として協力した。
- ⑥ 精神障がい者の就労支援事業：パソコン教室全5回【延35人】、就労支援事業所で作られた弁当・クッキー、デイケアや作業療法で作成された手芸作品などの販売協力をした。
- ⑦ 調査・研究事業：「精神障がい者のソーシャルサ

ポートネットワーク構築プロセス～コミュニティ・エンパワメントのシステム構造⁵⁾」、「地域で生活する統合失調症患者の服薬観とアドヒアランスの傾向⁹⁾」について研究を行った。

- ⑧ 刊行物、講演会研修会などによる自立と共生の啓蒙事業：一般講演会随時（2011年度「うつ病について」実施【延35人】）、地域交流として手芸教室1回/週【延43人】、パンDEランチ【延40人】、広報活動としてふらっとコミュニティ通信の発行2回/年とホームページ管理、地方新聞等の取材を受けた。
 - ⑨ その他、第3条の目的を達成するために必要な事業：一泊旅行随時（2011年度に門司レトロ、唐戸市場、海響館へ旅行【延16人】）、日帰りバスツアー（初詣）【延7人】参加した。
- (3) 社会貢献活動
- ① 精神障害者地域移行・地域定着支援事業：宇部健康福祉センターに協力し、退院予定の患者のカンファレンスに参加した。
 - ② 心神喪失者等医療観察制度：医療観察制度宇部地域連絡協議会に登録し、協力した。
 - ③ 青少年社会参加支援事業：山口県より委託を受け、ひきこもり者の支援を行った。
 - ④ 宇部健康福祉センター管内ひきこもり支援ネットワーク会議：ひきこもり相談窓口、通所先として登録し、会議に出席した。研修会の共催、家族会「紫陽花の会」の立ち上げなど協力した。
 - ⑤ 宇部市障害者福祉サービス計画：障害者関係団体として意見交換会に参加した。
 - ⑥ 宇部市地域自立支援協議会：委員として参加した。
 - ⑦ 宇部市障害者ケア協議会：三障害合同にて市民への啓発活動としてイベントの企画・運営（Happy Together、ハート of ふれんず）を行った。精神障がい者部会に登録し、地域社会資源マップを作成し、精神科病院やクリニックに配布するなどの活動を行った。
 - ⑧ 宇部市日中一時支援事業：宇部市より委託を受け、精神障がい者の支援を行った。
 - ⑨ 障害者自立支援法・介護保険法：要援護者のサービス担当者会議に出席した。
 - ⑩ 障害者の住まいのあんしんサポート事業：委員として参加した。
 - ⑪ 障害者を地域で支える体制づくりモデル事業：委

員として参加した。

- ⑫ その他：「宇部市障害者就労支援ネットワーク会議」、「宇部市障害者支援者交流の集い」、「就労支援激励の会」等に参加した。

4. 山口県で認証されているNPO法人の特徴(8) (2011.3.31現在)

山口県では368団体がNPO法人に認証されている。保健・医療・福祉分野の活動をしているのが224団体である。そのうち精神障がい者支援活動（ひきこもり・不登校支援活動を除く）をしているのは9団体で、障害者自立支援法におけるグループホームなどの施設運営事業が2団体、就労支援事業が5団体である。報酬に結びつかない地域支援事業の展開をしているのは、精神障がい者家族会1団体と本法人のみである。

フリースペースは、学校や家庭・地域の中に自分の「居場所」を見出せない子どもや若者たちが集まるスペースとして全国各地で取り組まれている。山口県では、5団体が行っているが、いずれもひきこもり・不登校を対象としている。精神障がい者を対象とした「居場所」においては、地域活動支援センターがその一部の役割を果たしているが、NPO法人が行っているのは、当法人のみである。

IV. 考察

1. 精神科医療の状況

日本における精神科病院は、諸外国に比べ人口に対して病床数が多い。また、山口県の中でも宇部市はさらに病床数が多く、平均在院日数も長いため、全国に比べて入院が長期化している傾向があると言える。しかし、精神科病院の中には、認知症患者のみを対象とした病院が複数存在していることから、統合失調症患者等の入院が長期化しているとは一概に言えない。

また、宇部市は、県下唯一の県立精神科病院や大学病院精神科病棟があること、アルコール依存症治療専門病棟の存在が特徴的である。県立病院は、精神科急性医療や重症患者・処遇困難患者・触法患者等の治療実践や認知症疾患医療センターを担っている。2011年度には、大学病院以外の総合病院精神科病棟は閉鎖となり、身体合併症や全身麻酔による電気痙攣療法治療、自殺企図により高度救命センターに運ばれる患者の治療などの役割を大学病院精神科が担っている。また、アルコール依存症患者、より専門的な治療プログラムや自助グループ支援

を必要とするため入院を引き受けられない精神科病院が多くなっている。以上のことから県内の患者がより専門性の高い病院に入院するため宇部市の精神科病床数が多いと言える。

長期入院していた患者の退院支援の必要性から、精神科デイケア・デイナイトケア・精神科訪問看護を実施する病院が増えてきている。デイケアは、対人関係の拡大、ソーシャルスキルの育成をねらいとして、保健所で活発となった活動である。しかし、県から市への事業移行に伴い、宇部市においても2005年に保健所デイケアは廃止され、多くの利用者が行き場を失ってしまった。全国調査¹⁰⁾によると、登録者の年齢で最も多いのは「40歳以上65歳未満」で約6割、「20歳以上40歳未満」が約3割、利用期間に関する期限設定を設けていない施設が約8割である。生活プログラム実施状況については、「運動系・文化系レクリエーション」、「作業系プログラム」が中心で、「心理教育」、「技能訓練(SST)」、「就労支援」などは7割程度しか実施されていない。これからは、入院中に行われていたサービスの継続にしか過ぎないことが予測される。

地域生活移行に果たしている役割としては「昼間の居場所として過ごす場の提供」や「社会参加へのパイプ役」、「再発予防」などがあげられる一方で「精神科医療から地域生活リハビリの必要性」、「デイケアは院内にすぎない」、「支援範囲の限界」が報告されている。病院の併設デイケアで患者を囲い込むのではなく、地域に繋ぐことを意識することやプログラムに精神科リハビリテーションを取り入れることで社会参加できるようにケアを提供することが望まれている。

2. 宇部市における障害福祉

障害者自立支援法施行により、精神障害者と他の障害者福祉が制度の上では同等になったが、精神障害の特性に配慮した福祉サービスや支援者の専門性は損なわれている。精神障害者の障害程度区分認定者は、精神保健福祉手帳所持者の約15%にしかすぎないのは、医療系サービスに偏っていること、本人や家族が望まないため必要性があっても福祉サービス利用に結びつきにくいことなどが考えられる。また、長期入院患者の地域移行が取り組まれているが、地域ケアとの連携に積極的な精神科病院もあれば、退院支援事業に全く関心を示さない病院も少なくない。親が高齢化して世話ができないため退院が困難となっているケースや帰る家がないため住居確保が必要なケースなど複数のニーズが存在している。しかし

ながら、ケアマネジメントが取り入れられているのは福祉サービス利用者の一部であるため、必要な社会資源に結びついていないのではないかとと思われる。退院支援を行う側の医療者が地域にどのような社会資源があるのか知識不足であること、医療と福祉が十分な連携が図れていないこと、「患者」あるいは「病者」という視点での医療アプローチが重視され、「生活者」あるいは「障害者」としての自立支援アプローチが不十分であること、社会的偏見があることを理由に保護的になってしまい地域とつながっていないことが課題ではないかと考える。障害者自立支援法は廃止が決定し、2010年「障害者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」をつなぎとし、「障害者総合福祉法（仮称）」に向けて2012年4月1日から一部が改正される¹¹⁾。特に注目したいのは、「相談支援体制の充実」で「相談支援体制の強化」、「至急決定プロセスの見直し、サービス等利用計画作成の対象者の大幅な拡大」といった内容である。今後、市町村に基幹相談支援センターを設置し、自立支援協議会を法律上位置づけ、地域移行支援・地域定着支援の個別給付化が図られる。また「サービス計画」においては、原則として在宅・施設に限らず自立支援法におけるサービス利用者は全員ケアマネジメントにもとづいてサービス計画が作成されることになる。そのため、利用者の生活ニーズに合ったサービスが提供できるように、地域に社会資源を作っていく必要性がある。

3. 地域に根づいた活動の体制作り

これまで精神障がい者の地域での支援活動は社会的偏見のため困難とされ、精神科病院の敷地内に社会資源が作られてきた。宇部市においては、過去に地域生活支援センターの建設予定計画が住民の反対によって中止になったという苦い体験があった。しかし、障害者自立支援法施行に向けて、障害者も住み慣れた地域で生活していく権利が認められる社会づくりが始まり、地域を拠点として民家を借りて活動を開始することにした。さまざまな活動の中で、家族会が運営していた小規模作業所の法人化問題、他の障害者に比べて社会資源が少ないこと、保健所デイケアの終了により行き場を失ってしまう人たちがいること、医療と福祉の連携不足など地域ニーズが明らかになった。そのため、当事者支援、家族支援、在宅支援者の支援、共生のまちづくり、精神科医療と福祉の連携、ソーシャルサポートネットワーク構築に向けて

事業を開始した。

民家を借りての活動開始に至っては、地域の理解が不可欠である。まずは、商店街への挨拶周り、情報を公表することなど努力した。その上で、地方新聞やチラシを配布して案内をし、自治会長の協力を得て地域住民に説明会を行った。もともと保健所や小規模作業所がある同地域で理解が得やすかったことや地域に依存するのではなく、専門職が地域に出向いて共に活動を行うということが住民に受け入れられたのだと思われる。

また、「山口県総合循環型福祉サービス推進モデル事業」を受託し、住宅改修や活動に必要な物品購入などが認められたことで活動の幅が広がった。さらに、この際の県や市との交渉をきっかけとし、行政からの支援体制が強化され「宇部市の日中一時支援事業」の受託へと拡大し、2010年度からは「青少年社会参加支援事業（ひきこもり者支援）」も受託するまでに至った。すべての活動においてボランティアや一般者の参加を可能とし、当事者と地域住民のかかわる機会をもった。さらにその活動を地方新聞などの取材を通し公表した。このような精神障がい者に対する偏見を払拭する努力が地域を変えていくことにつながったのではないかと考える。

4. 精神障がい者の地域生活支援と共生の町づくり

民家を借りることで活動拠点が決まってからは、当事者より「自分達らしく生活していきたい」といった声が聞かれ、地域に根ざした活動が増えていった。また、彼らは「地域で生活できること、自分たちを理解して支えてくれる人の存在、仲間とのふれあいを通して、病気を受け入れることができるようになった」と語り、民家の存在を「行き場」、「活き場」、「生き場」と表現した。また、病気の体験を看護学生に語ることで、病識を強化するきっかけや、人の役に立っているという体験から更に自主性が高まって行った。

デイサービスでの活動においては、特例子会社の見学が企画され、就労に結びついた者、障害者手帳によるバスの無料手続きなど教えあう場面も見られた。これらは、病院併設デイケアと違い、地域での活動であること、当事者主体で運営されていること、何よりも仲間同士の学びあいや支えあいで成り立っていることからピアサポートに発展したと思われる。さらには、大学の講義に講師として呼ばれることや退院直後の患者を訪問して支えあうなど地域での役割も担うようになった。

ナイトケアにおいては、一人ではない楽しい団らんのひと時が過ごせること、互いに状況報告をしあうことで

「みんなも頑張っているのだから、これからも仕事頑張ろう」といった声が聞かれ、エンパワメントされた。最近では、退院前の患者が病院スタッフと共に参加するなどの変化もみられるようになり、病院と地域がつながりはじめた。それは、地域の社会資源を知ってもらうためのマップ作成や「メンタルウォークことしば」のイベントを4年間継続してきた努力の成果ではないかと考える。

手芸教室、パンDEランチ、パソコン教室においては、ボランティア主体で実施し、地域住民も参加でき、総合循環が図れるような仕組みにしている。このように関わる機会をもつことが、精神障がい者の理解につながるのではないかと考えている。

友遊運動会は、地域で生活する精神障がい者を対象にして始まり、昨年で25回を迎え、総勢約400人が参加した。行政、病院関係者、家族会、在宅の事業所、ボランティアの方たちなど多くの支援があつて、今日まで継続されてきた。今では、精神科病院に入院中の患者もスタッフと一緒に参加して地域と交流を図る場になっている。また、同地域の幼稚園児の参加もあり、精神障がい者と園児がペアになり、手をつないで借り物競走を行い、その姿を親が写真撮影するといった場面も目の当たりにする。このような状況からは、地域が偏見をもっていると思っっているのは、私たち医療者の逆偏見なのではないかと思ってしまうほどである。社会的偏見が、全く無くなったわけではない。しかし、多くの人たちの様々な努力によって、少しずつ、確実に地域は変わり始めていると思う。

5. 地域生活に必要な精神科リハビリテーション

今日では、脳科学の進歩に連動する新薬（非定型抗精神病薬）の目覚ましい開発により、外来中心治療や短期入院治療が可能となった。また、定型抗精神病薬に比べ副作用が少ないことや陰性症状にも効果があること、長期入院による二次障害が減ったことなどから医療者によってなされる服薬指導内容が遵守できればよいとされるコンプライアンスの概念から、患者の意思決定に基づく服薬管理の重要性を意味するアドヒアランスの概念が導入されるようになった¹²⁾。統合失調症の再発予防には服薬を継続することが必要とされ、治療に患者が参画することが望まれている。しかし、十分なインフォームドコンセントを受けていない者や病気や薬に対する知識教育を受けていない者もいる。また外来通院のみでフォロー可能となり主治医以外に相談できる人がいない、教育の

機会が与えられないといった権利侵害を受けていることもある。自分の病気を知り、納得した上で服薬をするといった、ごくあたり前のことが未だに出来ていないのも事実である。

服薬心理教育「薬知っ得会」は、毎年、地方新聞などで公募して4年間にわたり実施している。専門職による一方的な知識教育ではなく、共に学び合うこと、仲間との支え合いなどからアドヒアランス向上を目指している。グループの中では、「過去にあった幻聴や妄想が薬によって消失したので、もう病気が治ったのかもしれない。薬を止めようかと思う。」など本音が語られる。すると「自分も同じことを思っ、薬を止めたことがある。暫くは頭もすっきりして調子が良かったけど、数か月後には、幻聴が始まって入院になった。薬は止めない方が良いと思う。」とメンバーが意見を述べた。さらに、他の人は、その意見をどう思うのか、同じような体験はないのかなど話し合う。同じ病気をもった仲間だからこそ共感し合い、最終的にどうするかは自分で結論を出す。服薬の必要性を専門職が伝えるよりも仲間の言葉の方が、説得力があるものである。薬を飲み続けるということは容易いことではない。障害をかかえながら地域で生活していくことは並大抵ではない。私たちが考える以上に辛く、困難であるため、些細な事がストレスとなって生活がしづらくなってしまい、結果として再発してしまうこともある。入院中に服薬指導したからといって継続し続けることは難しい。退院後も病気や薬の知識を得る場や自分と向き合う時間、共感できる仲間の存在が大切なのだと思う。

6. 精神障がい者の地域生活支援に果たしている役割

NPO法人を設立し、地域で活動を始めて5年が経過した。精神科医療が、地域生活中心となった今、病院から地域への包括的リハビリテーションが求められている。しかしながら、医療中心の在宅サービスは、医療的な立場から患者に関わりをもち、専門家が主体となって対応していくといったメディカルモデルが中心である。地域で生活している当事者の持っている力は何か、何を希望しているのかといったストレングスモデルに関わり、一緒に行動するなかで彼らの持っている力のすばらしさを実感してきた。本法人は、彼らにお世話をしたわけではなく、共に歩んできたといった表現が正しいのかもしれない。その歩みを振り返り、本法人が精神障がい者の地域生活支援に果たしている役割について以下にまとめる。

① 当事者主体の地域づくりと社会参加

活動拠点の民家「ひだまり」が、通院先の病院の敷地内ではなく、地域に存在していることの意義は大きい。デイサービスや当事者の会など利用者主体で運営し、活動をしている。ここには「自己決定・自己主張・自己責任」やピアサポートの仕組みがあると思う。また、自分たちが主体となって活動していくという当事者の想いがあり、社会参加へとつながっている。NPO法人びあ・さぼ千葉は、仲間が仲間を支える仕組みづくりを目的として、精神障害をもつ当事者たちが中心となって設立している¹³⁾。ここには専門家という人の存在はなく、皆がスタッフで、自分たちのセンターを自分たちで守り運営していくという主体性をもっている。当法人は、通常は専門職ではない職員が一人であるため、当事者が主体的に取り組まざるを得ない環境であることが良かったのかも知れない。

主体性をもった行動ができるようになってくると、交友関係が増え、色々な事に目が向き始め、社会に参加して行く機会が増えてくる。地域での役割を見つけたり、就労に結びついたり、元々その人がもっていた社会に戻ったりする者もいる。その人なりの社会参加のあり方の支援がそこにはある。ひだまりへの参加をきっかけにして自分らしさを取り戻し、少しずつ地域に繋がっていくのではないかと思う。

② 精神障がい者のリカバリー

ひだまりは、デイケアや就労などの社会資源に結びついていない人の通院先以外の唯一の行き場といっても過言ではない。また、余暇を過ごす場、仲間と触れ合う場であると同時に身近な相談の場所である。通所先の多くは土日が休みである。ゴールデンウィークなど長期休みがあるとたちまち行き場を失い、時として生活のリズムが崩れて病状が悪化する人もいる。土曜日や祭日の開設、夕食を共にする機会は、独り暮らしの人にとっては一家団欒のような場となっている。

最近リカバリーという言葉をよく耳にする。本来は「回復」という意味であるが、病気や障害を持った人たちが、自分自身を取り戻すことがリカバリーではないかと思う。病気や障害になることで仕事や友達、生活を失ったり、今まで行ってきたことが上手いかなくなったり、生活が困難になる。病気に対する治療を行い、徐々にリハビリテーションを行い、社会資源を使うことで回復してくる。そして、人とかかわりの中で希望や夢をもつようになり活動が増えてくる。その人がその人ら

しく生きることがリカバリーである。地域に自分の居場所があることは、その第一歩につながっていると思う。

7. 活動の限界と課題

現在行っている様々な活動は、障害者自立支援法などの事業にはない活動でボランティアによるものが中心であるため報酬が伴わない。NPO法人は、営利を目的としていないため、これらの活動は必要不可欠であると考えられるが、活動拠点となる家を借り、運営をしていくためには経済的な基盤がないと継続が困難である。現在は、趣旨に賛同し入会された方の会費、企業の寄付、日中一時支援事業の委託費により何とか運営を行っている。しかし、より専門性のある事業展開を目指すために専門職を雇用することは難しい。

クラブハウスは、ニューヨークのファンテンハウスが原点で、当事者と専門家が協働して運営していくという理念をもっている。クラブハウスを名乗るのは世界クラブハウス連盟に登録することが必要で、日本でもいくつか登録されている。できれば当事者と専門家が一緒に運営を考えていくような仕組みを作っていきたいと考えている。土屋は、「私たち専門家の視点だけですべてを決定していくのではなく、当事者も含めて決定して、それを尊重して行く¹⁴⁾」ことが大切であると言っている。これまで本法人が行ってきた活動は、まさに当事者と共に作り上げてきたものであると思う。

V. 結語

日本は、東北大震災や原発によって被災者の方たちの生活の場、仕事の場、地域のつながりなどが一瞬にして消滅してしまった。また、復旧・復興が叫ばれているなかで、心のケアのあり方を見直す機会となり、新しい地域づくりが始まっている。精神疾患は、他の障害と違って「疾病と障害が併存する」特徴がある。しかし、病気に対する知識はある程度あっても障害による「生活のしづらさ」は理解されにくい。自殺対策、認知症サポーター養成、虐待予防対策、アウトリーチ事業などの取り組みによって精神科医療や地域生活支援の方向性が示されたが、「地域づくり」なしでは何も始まらないのではないだろうか。

精神障がい者の人たちが住み慣れた地域で自分らしく生活ができるためには、私たち一人一人が現在の自分のできることは何か、自分に向き合い、一歩を踏み出す勇気をもつことだと思う。そして、専門職、当事者、家

族、地域住民の心がつながることから地域生活支援が始まるのではないだろうか。

【参考文献】

- 1) 厚生労働省. 平成20年患者調査の概況, 2008 ; 1-20
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/index.html>
- 2) 厚生労働省. 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書, 2009 ; 1-56
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>
- 3) 精神保健福祉協会. 我が国の精神保健 平成21年度版. 株式会社太陽美術, 2009.
- 4) 山口県健康福祉部健康増進課. 山口県における精神保健福祉の現状. 山口県, 2003. 5) 山根俊恵他. 精神障害者のソーシャルサポートネットワーク構築プロセス～コミュニティ・エンパワメントのシステム構造～. 日本精神看護学会誌. 特例社団法人日本精神科看護協会, 2010 ; Vol. 53
No3 : 144-148.
- 6) 精神保健福祉白書編集委員会. 精神保健福祉白書 2012年度版 東日本大震災と新しい地域づくり. 中央法規, 2011 ; 187-200.
- 7) 宇部市. 第3期宇部市障害福祉サービス計画. 宇部市, 2012 : 10-12
- 8) 山口県NPO法人データベース.
<http://npo.pref.yamaguchi.lg.jp/>
- 9) 楫野由美子他. 地域で生活する統合失調症患者の服薬観とアドヒアランスの傾向～地域服薬教育参加者のDAI 30の結果から～. 日本精神看護学会誌. 特例社団法人日本精神科看護協会, 2010 ; Vol. 53
No3 : 159-163.
- 10) 主任研究員 末安民生. 精神科医療の地域移行に関する効果的介入方法の検討. 社団法人日本精神科看護技術協会, 2009 ; 170-209.
- 11) 厚生労働省. 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律について 法律の概要, 2011 ; 1-10.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaiseihou/
- 12) 日本精神科看護技術協会監修. 精神科看護白書 2004→2005 第5章薬物療法の変遷と看護. 精神看護出版, 2009 ; 134-142.
- 13) NPO法人ぴあ・さぼ千葉.
<http://blog.canpan.info/piasapo>
- 14) 土屋徹. 土屋流「当事者主体」的アプローチ. 精神看護出版, 2010 ; 28