

## 精神障害者と相談支援

——精神障害者地域生活支援センターの事業化の経緯に着目して——

萩原浩史\*

### 1 問題提起

筆者は1994年に単科の精神科病院へ入職し、PSWとして外来および入院患者、その家族や関係者等への相談業務を行っていた。相談の多くは医療費や入院中のこづかいの調整、生活保護や障害年金の申請、退院に向けたアパート探しや施設入所、主治医や看護スタッフとの連絡調整などであり、それらに対応するのが主な業務であった。また、急性期病棟を担当していたこともあり、身元がわからないまま救急で搬送された患者に対して、医療費の支払いを確認するため、やはり家族や関係機関との調整あるいは生活保護の申請など、医療費に関係した調整業務やそれに関連した相談への対応が多かった。その後、1996年に精神障害者地域生活支援センター（以下、生活支援センター）へ異動となったが、それまでの相談とはまったく質の異なる相談が存在することを知った。「さみしくなったから話がしたくて電話をした」「今日は入浴したほうがいいかわからないので教えてほしい」「暇なので話を聞いてほしい」などの雑談に近いものから「不眠が続いて体調がよくない」「薬が合っていないような気がする」「最近幻聴がひどい」など治療に関連した相談、さらには恋愛問題、友人間のトラブル、借金の返済、一日の出来事の報告といった日常生活における些細な相談の存在だった。しかも面接室で時間を確保して行うものではなく、日々のかかわりから何気なく行われるものであった。これらのやり取りを通じ、精神障害者は様々な日常場面で多くの困難に遭遇していること、そして日常生活上の不自由さを有することを改めて認識することとなった。

わが国の精神保健福祉の先駆者であり、「やどかりの里」を立ち上げた谷中輝雄は生活支援センターにおける相談の特徴を以下のように述べている。

「従来の相談は面接室において一定の時間を確保してのものである。時には来談者の内面的な問題を取りあげたり、過去の振り返りなど自分の気持ちを整理したりするために重要な役割をもっていた。これらは個々人の課題を考えると大切な役割なのであるが、生活支援における相談は多くの場合、面接室の外での相談と考えてよい。必要によっては従来のような面接を必要とする人には、面接室のなかで一定の期間を確保して行えるような配慮が望ましいのであるが、生活支援における相談は時に立ち話で終わる時もある。食事中や台所で相談といったような光景に出くわす。必要なときはいつでも相談に応じることができるような対応が重要なのである。（中略）密室のなかでの個別的な相談とは全く違うことなのである」（谷中1996：84）

こうした谷中の相談支援のあり方に対する考えは、1996年に生活支援センターが予算事業化されることで結実した。しかし、そこに至るまでの経緯は谷中自身が「難産であった」（谷中2003：38）と述べるように決して平坦ではなく、その後も相談支援を取り巻く状況はめまぐるしく変遷した。とりわけ1998年よりケアマネジメント養成研修事業が開始されて以降、相談支援は一定の手順に従って行われるパッケージ化された技術に収斂されつつあり、地

---

キーワード：精神障害者地域生活支援センター、相談支援、ケアマネジメント、地域生活

\*立命館大学大学院先端総合学術研究科 2009年度入学 公共領域

域における身近な相談機関として期待された生活支援センターも2006年の障害者自立支援法施行に伴い、僅か10年で廃止となっている。なぜこのような混乱ともいえる状況が続いたのか、それがどこに由来するのか確かめる必要がある。しかし、相談支援の変遷を通史として鳥瞰した研究はない。特に、今日の相談支援事業の原型となった生活支援センターが事業化され、急速に整備が進められた1990年代から2000年代における活動についてはいまだ検証されていない。

以上のことから、1970年代より「憩いの場」という地域生活の拠点づくりを先駆的に行うと同時に、政策に訴え続けてきた谷中の取り組みに着目し、生活支援センターの事業化に至る経緯をもとに、相談支援をめぐる変遷について確認することを本稿の目的とする。

## 2 わが国における相談支援の位置づけ

本論へ入る前に、生活支援センターが事業化された1990年代中頃以降のわが国における相談支援の位置づけについて整理を行う。

加瀬らは、現在の障害者自立支援法下における相談支援事業のルーツは、1995年12月に策定された「障害者プラン——ノーマライゼーション7ヵ年戦略」における「総合的な支援体制の整備」という提起によって、「身近な地域において、障害者に対して総合的な相談・生活支援・情報提供を行う事業を、概ね人口30万人に2ヵ所ずつを目標として実施する」施策が登場したことにあるとしている（加瀬ら2009:2）。すなわち「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）」を身体障害者・知的障害者・精神障害者を対象にそれぞれ予算事業化したことに始まるという。そうした点からわが国の相談支援の歴史は浅いこと、多分に主観を重んじる「充足」度合いを評価指標としていることから評価が難しいこと、障害者福祉体系自体がいまだ施設福祉を前提とした定型的な発想と実態から脱却しきれないでいることを指摘している。

ケアマネジメントはこれらの課題を解決する要素を有しており、白澤政和は「全国のどこにおいても障害者が安心して障害者ケアマネジメントを活用した相談支援を受けられる体制が必要である」（白澤2002:64）とし、上記3事業に限らず医療機関、福祉事務所、保健所などのあらゆる相談支援においてもケアマネジメントを活用すべきであるとしている。日本相談支援専門員協会（2010）は「障害者ケアガイドライン」に示された理念<sup>1</sup>に沿って相談支援とケアマネジメントを同義とする立場を取っている。それに対して、広沢（2000）は他障害と比較して精神障害を地域で支えるサービスは極めて少なく、ケアマネジメントを導入する土壌が整っていないこと、実施のための体制整備よりも方法論の導入が先行したため、既存の援助方法との違いが明確にならず、実践現場で混乱を招くおそれのあることを指摘している<sup>2</sup>。日本精神保健福祉士協会（2008）も相談支援とケアマネジメントの混乱を認めながらも、それらの課題整理には着手していない。このように、専門職間では、両者の位置づけ方に関して見解の相違は見られるものの、ケアマネジメントの手法を身につけた人材を育成し、相談支援活動の基本としてケアマネジメントを積極的に導入しようとする点では共通する。それに対して、木全（2007）は本来、相談支援はソーシャルワークが出发点であり、実践的内実を日本語の概念で括ることで支援内容の実際を矮小化したことに問題があったとし、「生活支援」の語の方が適切であるとしている。また、ケアマネジメントにはサービスを調整し、足りない資源を作り上げていくというプラスの側面だけでなく、サービスの給付を制限し、かつ管理をするマイナスの側面があることから、相談支援とケアマネジメントを同義に扱うことは誤りであり、体制順応的発想（木全2007:117）だと批判している。

ケアマネジメントは本来、利用者が必要とするサービスの時間や量を調整する管理給付が主な業務とされているが、実際には衣（医）・食・住を始め、経済問題、家族間の調整、就労など、これまでソーシャルワークが担ってきた生活問題への対応を求められる場合が多い。その意味では、相談支援とケアマネジメントが互いに不可分の関係にあることは確かである。だが、実際には、大野ら（2003）が指摘するように、管理運営に比重をおくか、生活問題への対応に比重をおくかによって、相談支援が異なる方向へ特徴づけられていくきらいがある。

以上のことから、わが国において相談支援という援助方法は、その内容においても、評価方法においても、様々

な意味や価値を含んだまま、明確な定義をもち得ていない状況にあるといえる。

### 3 相談支援体制の構築

#### (1) 医療から地域へ

生活支援センターは国の構想から生まれたものではなく、谷中らの実践を通じて、その設置の必要性を訴え続けた結果、従来の活動を公的に追認した制度（全国精神障害者社会復帰施設協会 1997：121）である。谷中の実践は、退院先がない人たちに対する住まいの場として一軒家を借り受け、1970年に定員10名の共同住居（1年間の期限付きのケア付きグループホーム）の運営を行うことから始まった。1972年にやどかりの里の活動が始まり、1974年には街中にごく自然な形で住む場所を求め、共同住居を廃止しアパート生活への移行を始めるが、立ち退き問題が発生する。このことをきっかけに、仲間同士のつきあいを大切にすることを目的に、地域で生活する当事者が集える「憩いの家」を提供するようになる。

この憩いの家では、グループ活動、セルフヘルプグループ、相談支援、24時間の電話相談、訪問、緊急時の宿泊、地域交流など、のちの生活支援センターとほぼ同じ機能とサービスを提供している。谷中はこうした活動を公的な補助のない中で続け、同時に自らの実践を政策に反映させる活動も展開した。

#### (2) 「憩いの場」構想

1986年7月25日、社会復帰問題に関する検討委員会（岡上和雄委員長）は「精神障害者の社会復帰に関する意見」をまとめ、斉藤十朗厚生大臣に提出した。同委員会は公衆衛生審議会精神衛生部会において、精神衛生法の改正にあたって発足し、精神障害者に必要な地域での支援体制について初めての検討を行った。「我が国においてはごく少数のみに存在する精神科デイケア施設や小規模作業所等、精神障害者のために行われる昼間治療及び作業訓練並びに活動の場としての施設の十分な数の配置を行うことが是非とも必要である。さらに、我が国においてはこれら昼間の治療並びに作業訓練等の施設に比べて一層未整備な現状にある居住施設、すなわち精神障害者が社会で共同して生活し、かつ、必要な訓練や指導を受けることのできる施設の必要数の設置を行わなければならない」とし、精神障害者小規模保護作業所（仮称）、精神障害者通所授産施設（仮称）、管理人付の居住施設、ケア付の居住施設、以上の整備充実を提言している。

谷中は委員ではなかったが、たびたび岡上から実践者の立場から意見を求められた（谷中 2000：10）。その際、地域で精神障害者を支える必要な要素として「憩いの場、働く場、住む場が必要であり、できる限りこれを地域に分散させ、中心的機能を憩いの場が持つとよい」（谷中 2000：15）と提言した。これを岡上は「働く場」「住む場」、そして「憩いの場」を「交流の場」と名称を変更し、人口10万人の単位に1ヶ所配置し、その周辺に「働く場」として精神障害者小規模保護作業所（仮称）・精神障害者通所授産施設（仮称）、「住む場」として管理人付の居住施設・ケア付の居住施設を設置し、ネットワーク化するという構想をまとめたが、採択されなかった<sup>3</sup>。

#### (3) 社会復帰施設の事業化

1983年の宇都宮病院事件などの精神科病院の不祥事件を契機に、国内外から精神衛生法改正を強く求められ、1987年に精神保健法が成立した。これを受けて、入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るため精神障害者社会復帰施設（以下、社会復帰施設）が法定事業化され、「働く場」の通所授産施設、「住む場」の援護寮（以下、生活訓練施設）ならびに福祉ホームを設置することができるとされた。また、社会福祉事業法第二種事業とすることにより、措置施設ではなく利用者との直接契約に基づく利用施設と位置づけ、医療法人だけでなく民法上の法人施設も運営に参加できることとした。

しかし、法定事業化当初より、①地域住民の賛成を得ること、②年間約4,000万円の補助金のうち施設運営費を国1/2、都道府県1/4、設置者1/4をそれぞれ負担すること、③社会復帰施設の設置は都道府県の義務規定ではないこと、以上の問題により整備は進まなかった。事実、1988年4月に出された厚生省医療局長通知において「精神障害者社会復帰施設設置者は、社会福祉法人、医療法人等の民間が主体となって促進を図ることを期待すると

もに、都道府県、市町村はその補完的な取り組みを行うものであること。したがって、これより、改正後直ちに地方公共団体が設置することを意味するものではない」とされ、これを根拠に自治体が社会復帰施設の設置に消極的であった。また、施設運営費の1/4を継続して捻出することは困難であり、資金面において運営を圧迫し続けた。さらに、職員配置が生活訓練施設および授産施設は入所者20名に対し施設長含め職員4名、福祉ホームは管理人1名のみだったことから、退所に向けたアパート探しや退所後のアフターフォローに手が回らない状況が続いていた。

## 4 実体づくりの展開

### (1) 全国組織化と政策提言

1990年10月に谷中らが中心となって全国精神障害者社会復帰施設協議会（以下、全精社協）が結成された。全精社協は1991年4月、厚生省精神保健課に「精神障害者社会復帰施設運営に関わる要望」を提出し、相談窓口を全施設に設置、在宅支援のための訓練指導費、事務員配置または事務委託費、代替職員の配置費用、デイサービス補助金、以上の6点を新設することで補助金の増額を要望した<sup>4</sup>。

1992年4月には、山下徳夫厚生大臣宛に精神保健法見直しに関する要望書を提出した。中でも第10条「精神障害者社会復帰施設の種類」について、「通過・訓練施設としての社会復帰施設を十分に機能させるためには、社会復帰施設を利用した後に、精神障害者の地域での生活を維持・促進させるための受け皿が不可欠である。（中略）したがって生活支援センターの創設が必要であり、精神保健法を改正し、精神障害者生活援護施設として位置づけられたい」と要望した。同時に、社会復帰施設の現行職員定数に加え、福祉ホームに精神科ソーシャルワーカー1名増員、生活訓練施設・授産施設にケアマネジメントの役割を担う精神科ソーシャルワーカー1名ならびに相談業務を担う相談員1名の計2名の増員と、それに必要となる補助金の増額を要望している。

こうした中、厚生省精神保健課は全精社協に対し、精神障害者の地域生活支援の枠組みを提示するよう求めてきた。この要請に基づき、全精社協は「地域生活支援センター試案」をとりまとめ、1993年度の予算要求の項目に生活支援センターの新設を入れた。その後、精神保健課長らとの討議の結果、内容はほぼ了承されたが、生活支援センターの位置づけについて、①地域に独立して配置、②社会復帰施設に附置、③保健所の中に配置あるいは精神保健センターのプランチ的形態、で意見が分かれた。結果、公的責任性を担保する観点から地域に独立した施設として立案させることになり、全精社協が作成した「生活支援センター（案）」を厚生省へ提出した。目的を「在宅精神障害者の日常生活を支援するため、各種社会資源を活用し、かつ、地域社会資源を開発に努めつつ、利用者が社会資源の有効活用を図れるようにマネジメント（ママ）する機能を有し、在宅精神障害者の日常生活に係わる課題に対応することを目的とする」とし、①相談事業、②ケースマネジメント（ママ）事業、③自助グループ支援事業、④憩いの場の提供事業、⑤在宅精神障害者支援事業、⑥給食サービス事業、以上の6点を事業の内容とした。また、運営補助金については「事務費（主に人件費）は、生活支援センター長を大卒10年としていること、職員を大卒精神科ソーシャルワーカーとしていることから勘案して、基準額を500万円とし、関係機関の連絡調整費を100万円加算する」とした。しかし、実施場所を「精神障害者の地域ケアの継続性、一貫性、責任制を維持するために、独立した組織として設置されることが望ましいが、独立が保持されれば、当面既存の施設に併設することができる」としたところ、財政上多額な予算を必要とすることで大蔵省の了承が得られず、またしても採択は見送られた。

### (2) 横浜市的生活支援センター構想

谷中は「実体がないと制度や法を変えることは困難であると実感」（谷中 2001 a : 268）し、政策に訴えることよりも実体づくりを優先した。まず1990年にやどかりの里において生活訓練施設と授産施設を開設した。その後、大所帯になった職員や利用者を地域に分散させること、そして法定事業化に向けた実績づくりを目的に、1992年から1994年にかけて埼玉県大宮市（当時）を中心に4ヶ所の生活支援センターを開設した。

さらに「横浜市精神保健調査対策委員会」（1992年7月設置）に参加していたことから、横浜市へ生活支援センターの設置を計画に取りこむよう働き掛けた。その足掛かりとして、精神障害者の社会復帰に必要な施設数の算定、今後の精神医療のあり方等の確認を目的に、入院患者および作業所通所者それぞれ100名を対象とした社会復帰に関

する意識調査、医療機関医師への社会復帰に関するレポートの依頼等の実態調査を行った。その結果、共通の問題として、活動（就労）の場所がないこと、人との交流や相談相手が少ないこと、将来の生活に対する不安などが明らかになった。

これらを踏まえ1993年9月に「横浜市精神保健対策検討報告書」がまとめられ、①日常生活の「小さな課題」にきめ細かく対応できる場、②日常生活の基礎である「食べる」「暮らす」ことの充実、③社会・人との交流の場、④家族支援としての生活支援（ショートステイやイブニングケア）、⑤支援する側のマンパワー不足の解消、⑥医療・生活支援・就労援助などの各機関・施設のネットワーク化、以上の必要性を指摘し、生活支援センター構想を打ち出した。その後1995年3月、横浜市は在宅精神障害者の生活支援を目的に、生活支援センターを市内全18区に各一ヶ所設置する計画をまとめた。主な機能は、日常生活相談、いつでも立ち寄れるたまり場の提供、セルフヘルプグループの育成、障害者・市民の交流の場の提供などにとどまらず、不安・孤独感の解消を目的とした土日・夜間も含めた電話相談、食事・入浴・だんらん等のイブニングケア、不安回避等のショートステイも含めた24時間体制の援助を提供するものであった。

### (3) 予算事業化

1995年に精神保健法が改正され、精神保健福祉法が成立したことを受けて社会復帰施設は、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホーム、精神障害者福祉工場の4種類に類型化された。

この年、生活支援センター構想が再浮上した<sup>5</sup>。当時、全精社協は生活訓練施設、授産施設にそれぞれ1名ずつ増員を要求していたが、厚生省より「増員は困難なため、新規事業で実質的に増員を確保するのはどうか」との提案を受け、生活支援センターを社会復帰施設に附置することで検討が再開された。全精社協は1992年に作成した「地域生活支援センター構想」を練り直すと同時に、横浜市の生活支援センター構想、やどかりの里での実践資料を提出し、結果、全精社協の原案に近いものがそのまま反映されることになった。

こうした性急な検討と準備を経て、厚生省は同年12月に「障害者プラン——ノーマライゼーション7ヵ年戦略」を発表し、生活支援センターを「精神障害者地域生活支援事業」として予算事業化すると同時に、障害保健福祉圏域である人口30万人に概ね2ヶ所の設置を基準に、2002年までに全国に650ヶ所整備する数値目標を示した。これによって生活支援センターはようやく陽の目を見ることになった。

## 5 事業化した生活支援センター

### (1) 生活支援センターでの相談支援

1996年5月に「精神障害者地域生活支援事業要綱」が示された。これによると生活支援センターの目的は「地域で生活する精神障害者の日常生活支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ることを目的とする」としている。実施場所は「保健所・医療機関・社会復帰施設等の保健・福祉・医療サービスの実施機関と機能的に連携した運営を確保しつつ、かつ、夜間・休日における支援・相談等に対応する必要があることから、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設、精神障害者福祉ホームに附置して実施することを原則とする」としている。他方、生活支援センターの開設が社会復帰施設の独占とならないよう、実施主体は社会復帰施設を運営する非営利法人だけでなく、市町村が特定の団体等に委託することができるとした。

事業の内容は「(1) 日常生活の支援、(2) 相談等、(3) 地域交流等、(4) その他」とし、(1) 日常生活相談については「日常生活、社会生活上の諸般の問題解決のための相談、助言、指導を行う。面接、電話又は訪問で行い、可能な限り夕方、夜間、土曜、日曜等においても行い、急な不安、病状悪化、一人では解決できない悩み等への対応、他施設への連絡等を行う」としている。(2) 相談等については「電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続等日常的問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指導を行うとともに、必要に応じて関係機関等へ連絡を行う」としている。

ここで実際の相談内容について簡単に触れておく。新保(2000)が1998年に行った調査によると、電話相談は年

間平均1施設につき約2,300件、面接相談は約200件となっている。電話相談の内訳は、「日常感情の受容」46%、「心理的支援相談」20%、「病気に関すること」12%、「仕事に関すること」「施設の利用相談」11%となっている。また、大正大学(2000)の調査では、相談内容の内訳は、「日常生活の相談」30%、「気持ちを汲み取る相談」21%、「一日の出来事の報告」10%、「対人関係」9%、「就労」「病気や障害」6%、「社会資源について」「受診の相談」2%、「薬の相談」0%となっており、他の調査等においても共通した傾向が見られる(末安・仲野 2004; 上野 2001; 三上 2001)。これらのことから生活支援センターに寄せられる相談は、緊急対応や危機介入よりも気持ちを汲み取ることや日々の出来事を報告する「話し相手」を求めるものが多く、生活場面において生じる混乱に向き合う役割を期待されていることがうかがえる<sup>6</sup>。

相談以外の機能として、各社会復帰施設や共同作業所の利用および就労支援のための関係機関のあっせん・調整を含めた情報提供、福祉事務所や保健所・医療機関などの情報提供、食事や入浴などのサービス提供、憩いの場の提供、仲間づくりや自主的活動の支援、セルフヘルプやピアカウンセリングの支援、保健所や医療機関などとの連携による危機対応、ボランティアの育成、地域住民との地域交流活動を通じて偏見などを取り除くための啓発活動、社会資源の開発などに努め、精神障害者の多様なニーズに添えていくことが求められている。さらに厚生省の要望として、行政の対応が午後5時まで、日曜祝祭日が休みであることから公的機関の役割を補完する意味で365日24時間対応が盛り込まれることになった<sup>7</sup>。この背景には、障害者プラン策定時において入院患者約33万人のうち2~3万人は地域の保健福祉基盤が整えば社会復帰が可能とされ、そうした人たちも含めた支援を想定していたと考えられる。

以上のように、これまで公的機関や医療機関では提供できなかったサービスがきめ細かに示された反面、職員配置が常勤職員2名、非常勤職員2名の計4名、設備は社会復帰施設との兼用とされただけでなく、年間約1,500万円の補助金では人件費の掛かるベテラン職員を置くことが難しく、運営の実情は脆弱なものであった。

## (2) 批判と問題点

こうして生活支援センターはいくつかの問題を有しながらも障害者プランの目玉事業として予算事業化され、地域における精神障害者の生活と相談を支援する中核的な役割を担っていくことが期待された。しかし、これらは社会復帰施設の職員増員の要求に対する実質的な代替措置であり、結果、生活支援センターは社会復帰施設のアフターケア機能を強化する事業に位置づけられてしまった。また、社会復帰施設の大半が精神科病院立であったことから、すべての在宅の精神障害者へ広く開かれたものとは言い難く、利用が特定の医療機関や社会復帰施設の利用者等に限定されやすい問題を抱えることになった。こうした問題に批判が集まり、例えば全国精神障害者家族会連合は以下の見解を示している。

「全国で家族会等が取り組んでいる作業所は現実的に生活支援センターの機能もはたしています。厚生省の制度は法内施設に付置するので、全国的に数は限られており、また援護寮・福祉ホームなどは病院付設のものが圧倒的に多く利用者が限定され、この事業の趣旨である地域に密着し、誰でも利用できることはむずかしいし、先に述べたとおり早急な増設は困難です。多くの障害者は「今」地域で生活しているのです。待てません。そこで全家連は、作業所やグループホームのような全国に多数普及している事業にこの機能を付与できないかを要望しましたが取り入れられませんでした。要綱では自治体の長が団体に委託できることになっていますが、多くの市町村が取り組むまでは時間がかかります。これを仮に「地域生活支援センターB型」で形式や予算が異なってもよいとして、ぜひ、この実現に粘り強く運動し、がんばりましょう」(『ぜんかれん』No.351 1996.4 p7)

これ以外にも、過疎地において人口30万人圏域は広範囲すぎる(宮代 1998: 43)、日常生活支援に対する理解が十分でないまま実施すると機能を活用しきれない危険性(名川 1998: 70)、在宅福祉サービスではなく社会復帰施設に法定事業化されたことによる施設内自己完結への危惧(田中 2001: 262)などの批判を受けた。しかし、事業そのものへの期待は大きく、積極的に推進する声も一方では多かった(田中 2001; 池末 2001; 名川 1998)。これを裏付けるように、事業化初年度の1996年は47ヶ所開設予定のところ22ヶ所に留まったが、1997年は52ヶ所、

1998年は97ヶ所、2000年には217ヶ所と急速に設置されていった。

### (3) 事業化による混乱

1999年の精神保健福祉法改正により、生活支援センターは社会復帰施設として法定事業化され、従来の社会復帰施設に附置せずとも単独で開設できるようになった。これを受け補助金が年間約2,000万円に増額され、職員配置も施設長1名・精神保健福祉士1名以上・社会復帰指導員3名以上の5名へと見直しとなった。その位置づけも精神保健福祉法第50条の2第6項「地域の精神保健及び精神障害者の福祉に関する各般の問題につき、精神障害者からの相談に応じ、必要な指導・助言を行うとともに、第49条第1項の規定による助言を行い、併せて保健所・福祉事務所・精神障害者社会復帰施設等と連絡調整その他厚生労働省令で定める援助を総合的に行うことを目的とする」と新たに規定されることになった。さらに、利用者のプライバシーにかかわる業務が多いことから、職員が職務を遂行するに当たって、個人の身上に関する秘密を守らねばならないことを特に規定した。

この改正に合わせて、2002年4月から各種相談・助言等に関する精神保健福祉サービスの実施主体が保健所から市町村に移行となった。そして、この年に3障害共通の「障害者ケアガイドライン」が示され、市町村もしくは市町村が委託する生活支援センターがケアマネジメントの実施主体に規定された。また、2002年は障害者プランの最終年度であることから同年12月に「障害者基本計画」が閣議決定し、その前期5年間において政府の重点施策を新たに策定した「重点5か年計画（新障害者プラン）」が示された。これによると在宅福祉サービスに関しては、精神障害者ホームヘルパー約3,300人分（新規）、グループホーム5,060人分から約12,000人分、ショートステイ150人分から約5,600人分、と数値目標の大幅な見直しが行われたが、生活支援センターは当初の650ヶ所から約470か所に下げられている。その理由として、2002年の時点で達成率は6割程度ではあったが、整備の進展は社会復帰施設の中で最も著しかったこと、平成15年度から市町村がすべての障害者に関する相談業務<sup>8</sup>と斡旋・調整を担うことで、身近な相談窓口はある程度確保される見通しが立ったこと、「箱モノ」である社会復帰施設よりも在宅福祉サービスの基盤整備を優先したこと等が推察される。こうして生活支援センターは身近な相談先としてだけでなく、在宅福祉サービスの調整機能を兼ね備えたより公益性の高い事業へと変わるようになった。

しかし他方で、厚生労働省は障害保健福祉施策の統合を目的に、2004年10月12日に「今後の障害福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」（以下、グランドデザイン案）を提案した。主に、①市町村を中心とするサービス提供体制の確立、②効果的・効率的なサービス利用の促進、③公平な費用負担と配分を示し、従来の施設体系の抜本的な見直し等も示唆したものだ。この背景には2003年にスタートした障害者支援費制度が初年度より財源不足に陥ったことを受け、安定財源の早急な確保に迫られたものであり、グランドデザイン案が示された1年後の2005年10月には障害者自立支援法が成立、翌2006年4月から施行と加速度的に進められた。これにより障害種別によるサービス体系の縦割りは廃止となり、施設は「箱モノ」単位から「事業」単位へ再編された。そのため2005年度末の時点で開設していた450ヶ所の生活支援センターも事実上廃止となり、これまでの実践に対する検証もなく2006年10月より「相談支援事業」を必須事業とする「地域活動支援センターI型」へ再編され、その役割を終えることになった。

## 6 おわりに

精神障害者には継続した支援がなければ、日常生活における些細な変化や混乱をきっかけにあつという間に生活破たんになりやすい特性がある。そこで訓練や指導あるいは医療といった側面だけでなく、食事の提供から夜間の電話相談、愚痴や不安解消の話し相手まで、日常のありとあらゆることへの対応が必要とされていたが、公的な事業として行う必要性は認識されなかった。そのためソーシャルワークにおける援助方法のひとつである相談支援の予算事業化、すなわち相談支援体制が公的に保障されたことは画期的な出来事であった。他方、社会復帰施設は補助金の低さと人員不足による運営上の問題を慢性的に抱えていたことから、相談支援を新規施策の一つとして予算事業化するよう働きかけることで「ヒト」と「カネ」を捻出させる戦略的なねらいもあった。それは1990年代以降、施策や理念なども含む精神障害者の社会復帰に関するさまざまな整備が、急速に進められた動きと合致するものだった。

そこにケアマネジメントという新しい手法が導入されたことが、相談支援の役割や定義に混乱を招く要因となった。大野ら(2003)が指摘するように、ケアマネジメントには効率や効果、サービスの管理を重視し、公的負担を抑制する政策的な側面がある。そのため介護保険制度においては、管理業務に時間がとられ、当事者の意向や生活問題を把握する相談業務が事実上、機能していない状況が続いているという<sup>9</sup>。障害福祉サービスの分野においても同様の問題が起こっている。そもそもケアマネジメントは支援方法のひとつに過ぎず、精神障害の特性に必ずしも適切であるとはいえない面がある。むしろ谷中が述べているように、場所や時間にこだわらず、時には愚痴や他愛のない日々の雑談に向き合うことが重要となる場合が多い。しかし、それらを相談として対応するかについては、精神保健福祉従事者の間でさえ十分な理解やコンセンサスが得られているとは言い難い。

筆者が勤務していた精神科病院では、当時、病棟や外来、関係機関等からの電話が絶えず鳴り続け、秒刻みで調整を行っていたが、本稿にてくりかえし述べてきた些細な相談や雑談は緊急性という観点から後回しされがちであり、肝心の生活実態の把握には限界があった。その後、異動先の生活支援センターではそれまでの業務とは一転し、来所者と一緒に食事作り、ビデオ鑑賞、時には閉所時間を過ぎても他愛のない雑談に興じる毎日がつづいた。こうした日常的なかかわりから「電球が切れたけど交換の仕方がわからない」などの些細な相談を受ける機会が増え、「障害」や「疾病」とは異なる生活上の困難さを知るようになった。また、来所時に毎回「そちらへ行きます」とのことわりや、「用事はないけど暇なので」といった電話をかけてくる人が何人もいたが、筆者はそれらも不安解消のひとつと解釈し、相談として受け止めるよう心がけた。これらを通じ、相談支援を必要としている人たちは「障害者」「病者」である前に「生活者」であり、着目すべきは「障害」「疾病」以上に「生活」そのものであることを強く実感させられた。

相談支援は実績や結果を「形」として表しにくいいため、外部からも実体が見えにくく、きめ細かいサービスを行っても評価されにくい性質がある。同様に、精神障害も「形」では表しにくく、障害を他者に伝えること自体に困難さが伴う。したがって支援の継続に必要となる「ヒト」と「カネ」を捻出するため、それぞれに一定の線を引き、枠に収めざるを得なかったことには必然性があり、理解できる。しかしその結果、相談支援が管理運営の見地から数値化しやすいものに組み込まれ、サービス量や時間数の調整が業務の主要な内容として優先される今日の状況は問題である<sup>10</sup>。障害者自立支援法ではサービス量や時間数は「障害」と「疾病」の程度のみで算出され、本人を取り巻く「生活」状況は原則として勘案されない仕組みになっている。こうした仕組みの下、機械的にサービスを調整し、時に不必要なモニタリングを行うことが相談支援といえるのかは、大いに疑問が残るところである。

平成24年度の障害者自立支援法の一部改正に伴い、相談支援事業はさらに見直しされることになっている。財政上の問題も含め崩壊しつつあるものが新たに再構築されるのか、これらに対する検証と提言を今後の課題としたい。

## 注

- 1 「障害者の地域生活を支援するために、ケアマネジメントを希望する者の意向を踏まえて、福祉・保健・医療のほか教育・就労などの幅広いニーズと、様々な地域の社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結び付けて調整を図るとともに総合的かつ継続的なサービスの供給を確保し、更には社会資源の改善及び開発を推進する援助方法である」とし、相談支援とケアマネジメントが同義に使われている。
- 2 ケアマネジメントには、次のような問題もある。看護師やヘルパーなど主たる業務が相談支援ではない職種であっても、国が定めた条件を満たせばケアマネジメントの実施が認められていることから、専門性の違いが支援過程に表れやすく、サービスの調整等にばらつきが生じやすい。
- 3 「憩う・休む・くつろぐ・遊びといった地域の中に「安心の保証」の場は当時は受け入れられなかったのであった」(谷中2003:38)。
- 4 相談窓口に関しては9月付で実施され、「精神障害者社会復帰促進事業(社会復帰相談窓口)」として1991年度から予算化された。当時の社会復帰施設の運営費が低額であったため、①施設で行っている相談業務を事業化して運営費に上積みを図る、②在宅の精神障害者に対して土曜日・日祝祭日の相談を受けることで公的機関の対応できない部分を埋める、以上の側面があった。しかし、当時は社会復帰施設そのものが少なかったという根本的な問題があったものの、既に在宅の精神障害者への継続的な支援、しかも夜間や休日に相談できる場の確保が必要であることが認識されていたと考えられる。
- 5 「全精社協にとっては、突然、精神保健課から提案された感じであった」(谷中2001a:268)。

- 6 これらの相談に対し、従来の機関ではなく生活支援センターが対応できた理由を坂根実季陽は以下のように述べている。「支援センターは、他の資源もしくは現状の制度の中の狭間にいる人であったり、埋もれている状況に対応できる機能を持ち、従来の概念にこだわらない、人や資源とのジョイントが可能な、柔軟に活用できる場であった。「何もしない」ことに意味があったり、「ただ傍にいる」ことができるということが必要とされた」（坂根 2001:305）。
- 7 「365日・24時間開業とは考えていなかった。（中略）精神保健福祉サービスはいつでも、どこでも提供できることが大切なこととはいえ、まさか地域生活支援センターに降りかかってくるとは思わなかったのである。行政の対応が午後5時まで、日曜・祭日が休みであることを補完することが大きな役割になっていたのである。このことを引き受けないかぎり、地域生活支援センターの誕生はなかったであろう」（谷中 2001 a: 269）。
- 8 障害者自立支援法によってこれらの業務は、従来より「市町村障害者生活支援事業」「障害児（者）地域療育等支援事業」「精神障害者地域生活支援事業（精神障害者地域生活支援センター）」を運営してきた民間事業所へ「相談支援事業」として委託されることになった。しかし、市町村事業に位置付けられたことから一般財源化による地域間格差の問題等が表面化している。
- 9 大野勇夫は、介護保険制度におけるケアマネジメントが介護問題の対応のみにとどまり、生活上の問題に対応できていないこと、それらの社会的要因をとらえようとしていないことなどを指摘している。詳細は大野ら（2003）に詳しい。
- 10 谷中らも1992年の時点で生活支援センターにケアマネジメント機能の付与を構想している。それは「憩いの場」的機能をもつ相談支援機関が、日常の些細なことから退院支援など膨大な時間と労力を要するものまで、包括的に支援することを想定していたと考えられる。しかし、実際には生活の細々とした相談への対応よりも、業務内容や評価指標が明確なケアマネジメントが政策上においても重視されている。

## 参考文献

- 広沢昇（2000）「精神障害者に対するケアマネジメントの現状と課題」『精神保健福祉』31（1）、47-52.
- 池末亨（2001）「地域生活支援センターの要として活動を展開するために必要なこと」『Review』10（1）、8-11.
- 加瀬昭彦（1997）「横浜市の障害福祉計画ができるまで」『Review』5（2）、16-21.
- 加瀬進他編（2009）『相談支援事業自己評価マニュアル 平成20年度障害者保健福祉推進事業「相談支援事業機能強化のための評価に関する調査研究事業」研究事業報告書』.
- 公衆衛生審議会（1986）『精神障害者の社会復帰に関する意見』.
- 木全和巳（2007）「「障害者自立支援法」における「相談支援事業」の現状と課題」『日本福祉大学社会福祉論集』117、101-122.
- 三上雅丈（2001）「必要な人が必要なときに利用できる地域生活支援センターへ」『精神保健福祉』32（4）、302-303.
- 宮代隆治（1998）「問題提起Ⅰ 支援センターの位置づけ」『第19回障害者地域生活支援システム会議』社会福祉法人全国社会福祉協議会 心身障害児者団体連絡会議、42-45.
- 名川勝（1998）「「市町村障害者生活支援事業」など（生活等支援3事業）」『筑波大学リハビリテーション研究』7（1）、67-70.
- 大野勇夫他編（2003）『これでよいのかケアマネジメント 実践現場からの提言』大月書店.
- 坂根実季陽（2001）「問われる地域生活支援センター本来の役割」『精神保健福祉』32（4）、304-305.
- 新保祐元（2000）「生活支援センターの利用ニーズと実践活動に関する調査報告」『Facilities Net』3（3）、4-18.
- 白澤政和（2002）「障害者ケアマネジメントに関する国の考えと政策展望」『ケアマネジャー』4（6）、62-65.
- 末安民生・仲野栄（2004）「生活支援センター事業と活動に関する調査 訪問活動に焦点をあてて」『Review』12（4）、46-48.
- 住友雄資（1997）「精神障害者福祉施策小史」『Facilities Net』1（1）、41-50.
- 社団法人日本精神保健福祉士協会（2008）『良質な相談支援を支える地域のしくみ作りに関する人材育成研修プログラム開発』.
- 社会福祉法人全国精神障害者地域生活支援協議会編（1996）『精神障害者地域生活支援センターの実際』中央法規.
- 社会福祉法人全国精神障害者社会復帰施設協議会編（2002）『精神障害者生活支援の体系と方法 市町村精神保健福祉と生活支援センター』中央法規.
- 大正大学大学院人間学研究科社会福祉学専攻社会福祉実践分析研究／障害保健福祉研究班（2001）『地域における障害者の生活支援Ⅲ 精神障害者地域生活支援センターの実践』.
- 田中英樹（2001）『精神障害者の地域生活支援 統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』中央法規.
- 特定非営利活動法人日本相談支援専門員協会（2010）『新しい相談支援事業の方向性をふまえた相談支援専門員および事業所育成のあり方に関する開発』.
- 上野容子（2001）「東京都の実践からみた区市町村と生活支援センターの役割と連携」『Review』10（1）、12-15.
- 谷中輝雄（1996）「第3章地域生活支援センターの役割と機能」社会福祉法人全国精神障害者地域生活支援協議会編『精神障害者地域生活

- 支援センターの実際』中央法規, 63-110.
- 谷中輝雄 (1997) 「社会復帰施設と生活支援事業」『Facilites Net』1 (1), 2-3.
- 谷中輝雄編 (2000) 『精神障害者の生活の質の向上を目指して 全精社協 10 年の歩み』やどかり出版.
- 谷中輝雄 (2001a) 「地域生活支援センターへの期待」『精神保健福祉』32 (4), 267-270.
- 谷中輝雄 (2001b) 「日本における市町村中心の地域ケア」『Facilites Net』4 (3), 23-26.
- 谷中輝雄 (2003) 「地域生活支援センターの役割」『精神医療 第4次』(31), 37-43.
- ゆうゆう (1994) 「精神障害者と共に生活するノーマライゼーションにむけて施設はどんな役割を果たすか」『ゆうゆう』22, 30-31.
- ゆうゆう (1996) 「横浜市精神障害者地域生活支援センター これはスゴイ! 各区にできる 24 時間の「生活支援センター」」『ゆうゆう』27, 18-23.
- 全国精神障害者家族会連合 (1996) 『ぜんかれん』351, 7.

# People with Mental Disorders and Consultation Services: Focusing on the Development of Community Life Support Centers for People with Mental Disorders in Japan

HAGIWARA Hiroshi

Abstract:

This paper examines how the state recognized the necessity of community life support centers for people with mental disorders and institutionalized such centers, through focusing on the activities of Yanaka Teruo, who provided a group home in the beginning of 1970s so that people with mental disorders can live in community. Yanaka's effort increased recognition of consultation services for people with mental disorders; community life support centers were formally institutionalized by the state in 1996. These centers began to support various needs, but as the community life support centers became public institutions, more and more functions were demanded of the centers. Especially, after care guidelines for disabled people were issued in 2002, there came to be confusion between conventional consultation services and care management which is care procedures based on manuals published by the state. It is difficult to evaluate the quality of consultation services. For this reason, state administration has tended to adopt quantitative means of evaluation. However, the author emphasizes that is a mistake to assess the management of consultation services in this way.

Keywords: community life support center for people with mental disorders, consultation services, care management, community life

## 精神障害者と相談支援

——精神障害者地域生活支援センターの事業化の経緯に着目して——

萩原浩史

要旨:

本稿の目的は、1970年代の初めより共同住居を開設するなど先駆的な取り組みをしてきた谷中輝雄らの実践に焦点を当て、精神障害者地域生活支援センターの事業化をめぐる経緯についてまとめることである。本論文では次のことを確認した。①谷中らの努力によって精神障害者への継続した相談支援の重要性が認識され、1996年に精神障害者地域生活支援センターは事業化し、多様なニーズに対応することになったこと、②一方、公的に期待される機能は肥大化していったこと、③2002年に「障害者ケアガイドライン」が示されて以来、従来の相談支援とケアマネジメントは同義に使われる状況に至っていることである。結論として、相談支援は実績や結果を評価することが難しい。そのため、行政は数値化しやすい評価を採用している。しかし、サービスの管理運営を重視する現在の状況は大きな問題である。

