

精神障害者の社会復帰支援施策の現状と課題

京都市における実態調査研究を中心に

緒方 あゆみ

あらまし

平成5年に制定された「障害者基本法」の第2条が、「この法律において『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害(以下「障害」と総称する。)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をいう」と規定していることから、精神障害者も他の障害者と同等に扱われるようになった。次いで、平成7年に制定された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(精神保健福祉法)により、精神障害者にも医療と福祉の両方のサービスが提供されるようになった。しかし、現状は、しばしば指摘されるように、精神保健福祉の歴史の浅さに加え、長年の精神障害(者)への偏見や差別から、精神障害者の社会復帰支援に関する施策は他の障害者のそれに比べて遅れているといわれる。では、その実態はどうか。

本稿では、精神障害者の自立生活支援及び就労支援施策を含めた社会復帰支援施策について、わが国および地方自治体レベルではどのような施策が現在展開されているのかの問題に焦点を合わせ、わが国の精神医療の歴史、現行の精神保健福祉法の内容、地方自治体(京都市)が現在行っている施策等を研究し、最後に、京都市内の精神障害者共同作業所への実態調査の集計結果から、精神障害者の社会復帰支援の現状と課題について考えていきたい。

1. はじめに

わが国では、障害者の雇用促進施策として、「障害者雇用促進法」¹により、一定数以上の従業員を有する事業所に対し、最低限雇い入れるべき障害者の割合=法定雇用率を定めて、障害者の雇用を義務付けている²。しかし、同法における法定雇用率の算定基準の対象は、身体障害者および知的障害者のみであり、精神障害者は含まれていない³。精神障害者は、他の障害者に比べて、障害年金等の社会保障制度や障害者手帳等の福祉制度においても取り組みが遅れていることに加え、長年の精神障害(者)に対する差別や偏見から、地域の中で安心して生活することができないでいる。このような現状の中で、精神障害者の社会復帰支援はどのように行われているのであろうか。本稿では、精神障害者の自立生活支援および就労支援に関して、わが国の地方自治体レベルにおける取り組みとして、特に京都市における取り組みの現状と課題に関する実態調査結果についてみていきたい。対象を京都市に限定した理由は、第1に、精神保健福祉法の大都市特例の施行により、京都市は独立した実施主体として精神保健福祉行政を行っているから、第2に、京都は精神医療発祥の地であり⁴、精神障害者共同作業所が最初に開設された地であるから、第3に、共同作業所への補助金制度も全国に先駆けて実施されており、精神保健福祉に対する取り組みが全国的に見ても熱心な地域で

¹ 「障害者の雇用の促進等に関する法律」。本稿では「障害者雇用促進法」と略称する。同法は1987年5月に制定され、1997年4月、2002年5月に一部改正されて現在に至っている。

² 割当雇用制度ともいう。同制度および諸外国の動向については、修士論文「障害者雇用促進施策に関する一考察 - イギリスにおける史的展開を中心に - 」を参考にしていきたい。

³ 精神障害者を含めることについては、旧労働省時代から検討されてきたが、2002年5月の改正では見送られた。

⁴ 1875年、南禅寺内に日本最初の公立精神病院(京都府癲狂院)が設立された。

あるからである。なお、このテーマについての詳細な分析・検討は、諸外国⁵の状況に関する比較検討を行った上で今後の課題として展開したい。

2. 精神障害者の定義と社会参加のプロセス

精神障害者に対する社会復帰支援施策を問題とする場合、精神疾患に罹患した人は、どのようなプロセスで社会復帰をしていくのであろうか。

2.1 精神保健福祉法⁶上の定義

一般に、「精神障害者」は精神保健福祉法第5条により定義され、「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病⁷、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」と規定されている。すなわち、精神分裂病や躁うつ病から、アルコールや薬物の依存症、神経症の病気までを含む広い括りとなっている。

2.1.2 本稿での定義

上記の定義は医学的観点からのものであり、福祉サービスを受ける場合には、疾患の程度に加えて、生活能力の程度によって障害の程度が判断される。したがって、障害者基本法第2条により、精神障害者とは、「(精神保健福祉法第5条にあげられる)精神障害があるために、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」であると定義すべきことになるといえる。また、精神障害者は、既述のように彼等に対する社会の理解不足、偏見や差別などが強いいため、他の種別の障害者に比べて、よりハンディキャップ=社会的不利が大きく、地域における生活に支障をきたしている人が多いのが現状である。

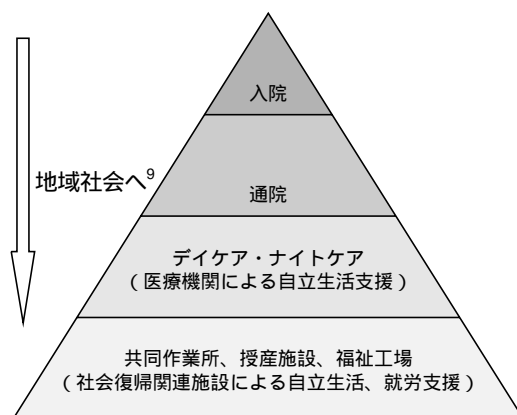
それゆえ、本稿では以上の定義に加えて、精神

障害者を「通院治療を継続し、経済的、人的支援等を得ることによって自立して生活することができ、社会参加⁸の手段として地域で就労の場や活動の場を求めている者」と定義することにする。この定義を前提として、以下では、薬を服用することで症状をコントロールできる程度にまで回復し、社会へ出て働いたり活動できたりする状態になっているのにそれができないでいる精神障害者を、社会がどう受け入れ、サポートしていくべきかについて考えていきたい。

2.2 精神障害者の社会復帰〔参加〕のプロセス

精神科医療の最終的な目標は、社会復帰の促進である。症状が回復するに従い、入院から通院、病院から社会復帰施設、社会復帰施設から地域社会へとすすんでいくのが理想である(表1)。そのためには、受け入れ体制の整備、すなわちハード=施設と、ソフト=人材の確保が必要である。各施設の内容やどの段階でどのような支援が必要かについては、3で述べることにする。

表1 イメージ図



⁵ イギリスを中心に研究していきたい。イギリスは精神医療の先進国といわれており、地域精神医療が進んでいる国である。また、精神保健法(Mental Health Act1983)は、わが国の精神保健福祉法のモデルとなっている。

⁶ 「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」。本稿では、精神保健福祉法と略称する。

⁷ 精神分裂病は、2002年8月、日本精神神経学会において「統合失調症」に名称が変更された。

⁸ 「社会参加」は、「社会復帰」に比べて当事者の主体性を尊重する言葉として近年よく用いられている。

⁹ 便宜上、上下に矢印を示したが、実際、各項目(特に通院、デイケア、共同作業所等)は並列関係である。

表 2

1900 (明治33)年	「精神病患者監護法」
1919 (大正8)年	「精神病院法」
1950 (昭和25)年	「精神衛生法」
1988 (昭和63)年	「精神保健法」
1993 (平成5)年	「精神保健法の一部を改正する法律」
1993 (平成5)年	「障害者基本法」
1995 (平成7)年	「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(「精神保健福祉法」)
1995 (平成7)年	「障害者基本計画」、「障害者プラン」
1999 (平成11)年	「精神保健福祉法の一部を改正する法律」

3. わが国の精神保健福祉施策

わが国の精神保健福祉施策はどのように進められてきたのであろうか。その歴史的背景や現行の精神保健福祉法の基本理念と、精神保健福祉施策の内容について検討してみよう。

3.1 精神医療史

精神医療行政施策に関する国の考え方の変化によって分けると、わが国の精神医療の歴史は、大きく以下の3つに区分できるように思われる(表2)。

第 期は、明治33年の「精神病患者監護法」から昭和25年の「精神衛生法」までの時期である¹⁰。この時期は、社会防衛の視点から治安対策として精神障害者を一定の場所(自宅・病院)に収容保護するという体制がとられていた。精神病患者監護法では私宅監置制度により、精神障害者は自宅において座敷牢のようなものの中で生活させられていた¹¹。その後、精神病院法が制定されたことに伴い、各都道府県に精神病院を設置することが定められ、精神障害者の収容は自宅から公立または私立病院へ移されるようになった。もっとも、精神保健行政は精神衛生法から始まり、同法により措置入院・同意入院等の強制入院が制度化され、入院中心の医療体制が確立された。

第 期は、昭和63年の「精神保健法」から平

成5年の「障害者基本法」までの時期である。精神障害者の人権を重視する国際的動向に影響を受けて精神保健法が制定されたが、これにより施設隔離政策に基づく治療体制が見直され、脱施設化、開放処遇が進められ、入院中心から外来中心の医療、社会復帰の促進を目的とする地域精神医療体制が確立されていった。精神保健法制定以降、本人の同意に基づく任意入院制度、精神保健指定制度が導入され、各都道府県に退院請求等を審査する精神医療審査会が設置された。また、障害者基本法の制定により、精神障害者も身体障害者や知的障害者と同様に「障害者」として位置付けられ、障害者保健福祉施策の対象として明記された。

第 期は、平成7年の「精神保健福祉法」から現在までの時期である。精神保健法が改正され、制定された精神保健福祉法は、医療と福祉の二本柱からなる法体系となり、法の趣旨としてさらなる社会復帰支援施策の推進を目指している。また、同法により精神障害者保健福祉手帳制度が創設され(第45条)相談・援助業務を行う専門職として、精神保健福祉士(精神科ソーシャルワーカー、PSW)の資格制度が創設された。精神保健福祉士とは、同法第48条の定義によれば、精神障害者の社会復帰を支援する人材の確保、社会復帰に関する相談・援助を行う者であり、平成10年4月から国家資格化されている。

3.2 精神保健福祉法の基本理念

¹⁰ この前にも癲狂院の設立に関する規定(明治7年)などがあるが、精神障害者を医療行政上の対象とした本格的法律は精神病患者監護法が最初である。〔大谷95〕大谷實『精神科医療の法と人権』弘文堂、1995年、46頁

¹¹ 精神衛生法制定から私宅監置制度が廃止された。

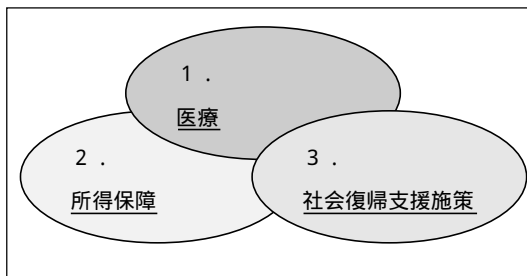
精神保健福祉法は、第1条で、「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防とその他国民の精神保健の向上を図ることを目的とする」と規定している。すなわち、同法は、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護、精神障害者の社会復帰の促進、精神障害者の自立と社会参加の促進のために必要な援助、精神障害の発生予防と国民の精神的健康の保持及び増進の4つを目的としており、精神障害者の医療、保健、福祉のすべてを網羅していることが特徴である。

また、第2条では国及び地方公共団体の義務として、第1項が、精神障害者の医療、保護、保健、福祉に関する施策を総合的に実施することによって、精神障害者が社会復帰をし、自立と社会経済活動へ参加できるように努力することを、第2項が、精神障害の発生予防と国民の精神保健の向上に向けた施策を講じることをそれぞれ掲げている。第3条では国民の義務として、「国民は精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服して社会復帰し、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない」と規定している。

3.3 わが国の精神保健福祉施策

精神障害者の社会復帰には、医＋職＋住＋仲間が必要であると考えられる。すなわち、十分な治療を受けられること、一日の居場所として働く場と住む場を確保できること、そして相談できる場、集いの場があることが必要である。したがって、これら全てを満たすためには、精神保健福祉施策として、1.医療、2.所得保障（障害年金、生活保護等）、3.社会復帰支援（自立生活支援と就労支援）の3つの側面からの施策を講ずることが必要である（表3）。

表3 精神保健福祉施策（イメージ図）



3.1.1 医療：通院医療費の公費負担制度

精神保健福祉法第32条は、通院医療費の公費負担制度について規定している。これは、精神に障害のある人が病院等の医療機関に通院して精神医療を受ける場合に、その医療に必要な費用の95%を公費で負担する制度である（保険が優先される）。同制度は、精神疾患は長期の治療を必要とする場合が多く、安心して継続した通院治療を受けられるようにすることを目的としている。申請窓口は市町村の福祉事務所である。医療機関は2ヶ所まで認められ、例えば精神科クリニックと同クリニックに併設されたデイケアを組み合わせることができる。

3.1.2 所得保障

生活の質の向上、経済的自立を図るための施策として、障害年金制度、精神保健福祉手帳制度等¹²がある。

ア.障害年金制度

障害年金には、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金の3つの制度がある。障害基礎年金は住所地の区役所、障害厚生年金は社会保険事務所、障害共済年金は各共済組合がそれぞれ申請窓口となる。障害基礎年金には1級と2級が、障害厚生年金および障害共済年金は1級から3級までである¹³。障害基礎年金の月額支給金額は、1級が83,775円、2級が67,017円である¹⁴。しかし、障害年金の受給要件は厳しく、また、精神障害の場合は障害認定が他の障害に比べて困

¹² その他には、障害者手当制度、生活保護制度、福祉サービス利用事業等がある。

¹³ 3級より軽い障害の場合にも、一時金（厚生年金は障害手当金、共済年金は障害一時金）が支給される。

¹⁴ 平成14年度価額である。

難なため、認定されない、または認定されても級が軽くなってしまう、あるいは発症年齢や保険料の納付期間によっては年金が支給されないといった問題点のあることを指摘できる。

イ . 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者保健福祉手帳制度は、精神保健福祉法の制定により創設された制度である。手帳は1級から3級まであり、等級は概ね障害年金の等級に準ずる。窓口は福祉事務所であり、2年毎に更新される。手帳を所持することにより、税法上の優遇措置と各市町村の独自のサービスが受けられる。税法上の優遇措置としては、所得税法上の障害者控除、所得税法上の利子等の非課税、地方税法上の障害者控除、自動車税、軽自動車または自動車取得税の減免、相続税法（相続税、贈与税）上の控除がある。京都市のサービスとしては、公的施設の利用料の減免、市営住宅の優先入居等がある。

同制度は申請主義を採用しているが、手帳の所持率は決して高くないのが現状である。所持率が低い原因として、他の障害者手帳に比べてサービス内容が劣ること、精神障害者への偏見、差別から持つことに抵抗があるということがあげられるであろう¹⁵。

3.1.3 社会復帰支援施策

自立生活支援施策

ア . 相談機関

精神障害者およびその家族等の相談窓口となる機関として、保健所がある。保健所では地区担当保健婦（師）による訪問指導や、精神保健福祉相談員による精神保健福祉相談（月4回）、家族懇談会（月1回）、精神科医による精神保健福祉相談（月1回）等を行っている¹⁶。

その他の相談機関としては、地域生活支援センター、精神保健福祉センターがある。地域生活

支援センターは、地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動、他の社会復帰関連施設（保健所、福祉事務所等）との連絡調整等を行うことにより、精神障害者の自立と社会参加の促進を図ることを目的とする機関であり、平成11年の精神保健福祉法の一部改正により、地域生活支援センターは法定の社会復帰施設として設置された（50条の2）。平成7年の障害者プランでは、平成14年度までに人口30万人につき2ヶ所の地域生活支援センターの設置を目指している¹⁷。利用は登録制であるが、夜間、休日にも対応している。食事の提供も有料で行われている。

精神保健福祉センターは、精神保健福祉法第6条第1項に規定されている施設であり、精神保健福祉活動の中核としての機能を持ち、その活動内容は精神保健福祉センター運営要領に定められている。国の運営費補助を得てすべての都道府県に設置されている。京都市では「こころの健康増進センター」という名称で平成9年4月に開設した。

イ . 居住場所

(i) 精神障害者生活訓練施設（援護寮）

援護寮、後述の福祉ホーム、グループホームは、社会復帰するための中間施設として位置づけられている。援護寮は、回復途上にある精神障害者に対し、居室その他の設備を提供するとともに、専門の職員による生活指導等を行う施設である。デイケアを併設し、ショートステイもできる。1部屋4人以下で、定員は20名、利用期間は2～3年である。現在、京都府・市ともに援護寮はない。

(ii) 福祉ホーム

一定程度の自活能力の精神障害者であって、家庭環境、住宅事情等の理由により住宅の確保が困難な者に対し、生活を営むための居室が提供される。原則個室であり、定員は10名である。管理人が常駐する。福祉ホームは、社会的入院、

¹⁵ 精神障害者保険福祉手帳の表紙は「障害者手帳」であり、外観から障害種別が特定されるわけではないが、身体障害者手帳、療育手帳（知的障害者手帳）との識別は可能である。

¹⁶ その他、保健所では「社会復帰相談指導事業」として月3回デイケアを行なっている。

¹⁷ 地域生活支援センターは全国に248ヶ所ある（平成14年3月末現在）。人口30万人に2ヶ所で計算すると、設置率は31.1%、障害者プランの整備目標値650ヶ所から計算すると38.2%になる。人口規模が大きいほど設置率は高く、政令市、特別区、中核市では57.6%である。なお京都市には2ヶ所あるが、同様に計算すると人口146万人に対して9ヶ所以上（9.7）必要なので、設置率は21%となり、政令市等の平均値および全国平均よりも低い。以上の数値は、次の文献を参考にして算出した。〔小澤02〕小澤温「精神障害者地域生活支援センターの現状と今後の可能性」『月刊福祉』2002年2月号、31頁。

長期入院者の解消策とされているが、利用期間が2～3年と限定されているため、近年では福祉ホームB型（定員20名、利用期間は5年）も注目されてきている¹⁸。

(iii) 精神障害者地域生活支援事業（グループホーム）

平成5年度から事業が法定化された。1室2名まで、5～6人で共同生活を営む。世話人が食事やその他の日常生活に必要な援助を提供する。利用期間の定めはない。

就労支援施策

ア．地域障害者職業センター（ハローワーク）

平成11年度から、全国の障害者職業相談センターに精神障害者に対する専門の職業相談員およびジョブカウンセラーを配置して、職業相談、斡旋を行っており、職業準備訓練や職場適応訓練、職域開発事業等も徐々に展開されている。また、平成10年の障害者雇用促進法の改正により、精神障害者も納付金制度に基づく助成金及び特定求職者雇用開発助成金の支給対象となっている（短時間労働者も含まれる）。平成14年度からは医療機関と連携して「職場適応援助者（ジョブコーチ）による就職後の人的支援パイロット事業」の実施が計画されている¹⁹。しかし、これらの施策の対象となる精神障害者は、「精神分裂病、躁うつ病およびてんかんにかかっている者又は精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者のいずれかであって、病状が安定し就労が可能なもの」に限定され、いわゆる3大精神病以外の者（例えば神経症やアルコールの依存症）や、手帳の交付を受けていない者は除外されている²⁰。しかし、手帳を持つか否かは自由であること、3大精神病以外の人の割合も少なくないことから、これらの者を就労支援施策の対象から除外する合理的理由は見出せないであろう。

イ．保健所

精神保健福祉法第50条の4により、保健所では、精神障害者社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業ともいう）を行っている。社

会適応訓練事業は、「通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を社会経済活動への参加の促進に熱意ある事業者へ委託し職業を与るとともに社会生活への適応のために必要な訓練を行なう事業」とされており、通院中の精神障害者が、職業技能の習得、社会性の涵養、日常生活への適応など、社会復帰および自立促進を図ることを目標としている。同事業は平成7年度から法制度化され、回復途上にある精神障害者が一定期間協力事業所（職親）に通い、生活指導及び社会適応訓練を行うことにより、対人能力や職業適応力を養成し、社会復帰を促進させることを目的としている。期間は6ヶ月であり、6ヶ月毎に3年まで更新できる。委託料として、協力事業所には1日1人当たり2千円が支給される。訓練受講者に給料は支払われない。問題は、訓練を受けても、実際に就職に至る人数は少なく、就職先も協力事業所が多いことにある。

ウ．社会復帰支援施設

一般雇用が困難な者について、就労の機会を設け、社会参加を支援するための施設として、福祉工場、授産施設（入所・通所）、共同作業所がある。

福祉工場は、作業能力はあるものの、対人関係等の理由により就労できないでいる者を雇用し、社会的（経済的）自立を促進することを目的とする施設である。しかし、平成13年3月末現在、福祉工場は全国に12ヶ所しかなく、京都府・市にはない。その理由は、初期の設備投資に多大なコストがかかることに加え、福祉工場の従業員には最低賃金を保証しなければならないからであると考えられる。

授産施設は、相当程度の作業能力を有するが雇用されることが困難な精神障害者であって、将来就労を希望する者に対し、自立に必要な訓練及び指導を行う施設である。通所者には工賃が支払われる。一般的に、福祉工場は高生産性の就労の場、授産施設は中生産性の就労の場として位置付けられている。福祉工場、授産施設ともに定員は20人以上であり、利用期間の限定はない²¹。

¹⁸ 平成13年4月1日現在、全国に23ヶ所あり、設置主体はすべて医療法人である。福祉ホームB型は京都市・府にはない。〔中村01〕「福祉ホームB型の創設について」『日精協誌』、第20巻第10号、2001年、10頁

¹⁹ 〔松井02〕松井信雄「精神障害者の就労と地域生活への支援」月刊福祉2002年2月号、35 - 36頁

²⁰ ただし、手帳の交付対象者は、「精神疾患を有する者」であり、限定されているわけではない。

²¹ 授産施設の中には、利用期間を概ね2～3年、3～4年等としている所もある。

共同作業所は、就労への準備段階として、規則正しい生活と労働訓練を行う場である。定員は20名程度であり、利用期間の期限はない。福祉工場、授産施設が法定施設であるのに対し、共同作業所は法定外施設である。したがって、法定施設に比べて補助金が少ないので、運営が苦しく、家族やボランティアの協力を頼ったり、スタッフに十分な賃金保障ができていなかったりする施設がほとんどである。共同作業所については、5においてさらに検討する。

4. 京都市における精神保健福祉施策

精神保健福祉法の大都市特例の施行により、京都市は平成8年度から精神保健福祉に関するほぼ全ての事務や権限が京都府から委譲され、独立した実施主体として精神保健福祉行政を総合的に推進している。また、既述のように、京都は精神医療発祥の地と言われており、後述の精神障害者共同作業所が最初に誕生した地でもあり、共同作業所への補助金制度も全国に先駆けて昭和60年から実施され、その金額も全国で3番目に多く（年間約1600万円）、精神医療、精神保健福祉に対する取り組みは他の地域よりも熱心であるといえよう。それゆえ、地方自治体の精神保健福祉施策の先進的モデルとして、特に京都市における精神保健福祉施策の歴史、現在実施されている計画の内容、社会資源等について検討していきたい。

4.1 京都市における障害者施策

表4は京都市における障害者施策の取り組みの動向を表にしたものであるが、この外、精神保健福祉法第50条の3により、平成14年度から精神障害者居宅生活支援事業が始まることになった。同事業は、精神障害者居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）、精神障害者短期入所事業（ショートステイ）、精神障害者地域援助事業（グループホーム）からなるものである。京都市では平成13年度に一部の区で試験的に実施されたが、実際に事業がスタートするのは平成15年度からといわれている。事業実施が遅れる原因として、利用者側のニーズが把握できていないこと、ホームヘルパーの研修、事業所側の準備が進んでいないことがあげられる。なお、利用対象者は、精神障害者保健福祉手帳を所持する精神障害者または精神障害を支給事由とする年金の給付を受けている者である。提供されるサービス内容は、家事に関すること（調理、買い物、洗濯、掃除等）、身体の介護に関すること（身体の清潔保持、通院の付き添い、交通や公共機関の利用の援助等）、相談、助言に関することであり、精神障害者の日常生活への支援＝自立生活支援、社会復帰の促進を目的としている。

京都市には、障害者一般に対する実施計画として「京都市障害者いきいきプラン」があるが、精神に障害のある市民の分野については「京都市こころのふれあいプラン」で別に計画を策定し施策の推進を図ることにした。これらのプランは平成14年度までの計画であり、平成15年度からは第2次障害者プランとして統合される予定である。

「京都市こころのふれあいプラン」は、「完全参加と平等」を目指したノーマライゼーションの理念の定着とバリアフリー社会の実現に向け、

表4 京都市における障害者施策の推移

1983(昭和58)年	国際障害者年	
1983(昭和58)年	国際障害者年京都市行動計画(昭和57年～平成3年まで)	長期計画
1991(平成3)年	京都市心身障害者実態調査実施	
1992(平成4)年	国際障害者年第2次京都市行動計画(平成13年度まで)	長期計画
1995(平成7)年	障害者プラン	
1996(平成8)年	京都市障害者実態調査実施 精神保健福祉法大都市特例施行	
1997(平成9)年	京都市精神保健福祉に関する調査実施	
1998(平成10)年	京都市障害者いきいきプラン(平成14年度まで)	実施計画
1999(平成11)年	京都市こころのふれあいプラン(平成14年度まで)	実施計画

市民のこころの健康づくりに関する基本指針ならびに、今後の精神保健福祉施策の指針となるものである。シンボル事業として地域交流3事業があり、精神障害者ふれあい交流サロンの運営、こころの健康支援パートナーの養成、こころのふれあいネットワークの構築を掲げている。これは、市民と精神障害者がふれあう(=交流する)こと、ボランティアを養成することにより、精神障害(者)に対する正しい知識・理解を得て、精神障害者に対する支援活動の輪(=ネットワーク)を広げることが目標としている。また、複合的的社会復帰モデル施設整備の検討も行われており、市民に対して精神に障害のある市民の社会復帰の道筋を示すモデルとして、援護寮、授産施設、地域生活支援センターが一体となった複合的的社会復帰モデル施設の建設を計画している。しかし、精神障害者の社会復帰を進めていく施設として、このような居住場所と日中活動する場所や働く場所が同じ所にある施設が適当なのかについては疑問が残る。

その他、京都市が今後検討している福祉サービスとしては、とじこもりがちになりやすいという精神疾患の特性に配慮した福祉電話の貸与、財産管理などの権利侵害に対応するための無料法律相談事業の実施、地域で安心して暮らせる

ようにするための権利擁護サービスの実施等がある。

4.2 京都市における精神保健福祉施策

以下に、京都市における精神保健福祉施策の対象者、社会資源および提供されているサービスについて検討していきたい。

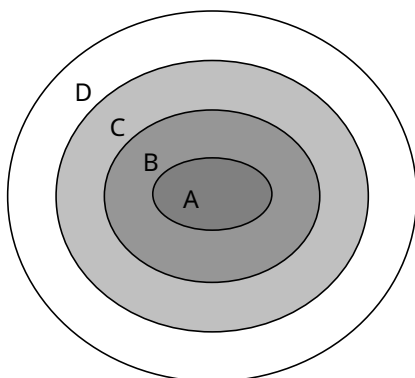
4.2.1 対象者

A.精神障害者保健福祉手帳所持者

精神科医療および精神障害者福祉の対象者であり、精神障害があるために長期にわたり日常生活又は社会生活に相当な障害を受けている者である(表5)。手帳交付者数の推移は以下のとおりである(表6)。

京都市では、平成11年1月から手帳と併せて福祉乗車証の交付を実施しており、市バス(一部民営バス)、地下鉄が無料で利用できるようになった。精神障害者の行動範囲を広げ、社会復帰を促すための手段として、現在、タクシー料金の助成事業も検討されている。その他、市の施設が一部無料で利用できる。

表5 イメージ図



- A : 精神障害者福祉手帳所持者
- B : 精神科に入院・通院している者
- C : 予備軍
- D : 健常者

A + B = 精神障害者福祉の対象者

A + B + (C) = 精神科医療の対象者

A + B + C + D = 精神保健福祉の対象者

表6 精神障害者保健福祉手帳所持者

年度	8	9	10	11	12	13
交付者数	338	451	1053	996	687	699

*平成13年3月31日現在の手帳所持者数は3879人である。

表7 通院医療費の公費負担承認状況(延べ件数)

年度	5	6	7	8	9	10	11	12	13
件数	12502	12974	5257	3266	5742	3914	6772	5178	7175

* 平成12年度の支払い件数128,544件、金額1,428,256,030円、1件当たり11,111円

表8 京都市における精神保健福祉に関する社会資源およびサービス

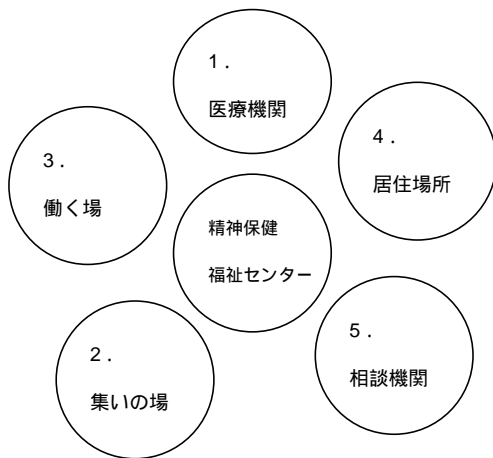
	平成10年度	平成14年度目標数	平成14年3月現在	達成率
授産施設	40人分(2カ所)	100人分(5ヶ所)	40人分(2カ所)	40%
福祉ホーム	10人分(1ヶ所)	50人分(5ヶ所)	10人分(1ヶ所)	20%
地域生活支援センター	2カ所	6ヶ所	2カ所	33%
グループホーム	23人分(4カ所)	98人分	33人分(6ヶ所)	34%
ふれあい交流サロン	0	20ヶ所	3ヶ所	15%
こころの健康支援パートナー	156人	1,000人	約600人	60%

* 精神障害者ふれあい交流サロンには、地域生活支援センターが含まれる。

* 平成10年度 = 京都市こころのふれあいプラン実施前

* 授産施設は通所授産施設をさす。京都市に入所授産施設はない。

表9 イメージ図



* 京都市の精神保健福祉施策は、表9のように、精神保健福祉センター(京都市こころの健康増進センターを中心に展開されている。

B. 精神科に入院・通院している者

平成13年3月末現在での京都市の人口約146万人のうち、精神障害者推定数²²は、18,834人である。うち、精神病院に入院を要する者²³は4,380

人、在宅のまま、精神科・神経科医の治療または指導を要する者²⁴は7,300人である。表7は、通院医療費の公費負担承認状況(述べ件数)を示したものである。

4.2.2 京都市における精神保健福祉に関する社会資源およびサービス

京都市における精神障害者の社会復帰支援に関する社会資源数、京都市こころのふれあいプランで示された数値の目標達成率をみることにしよう(表8)。

以下では、京都市における精神保健福祉に関する社会資源とサービスについて、医療(病院、診療所、デイケア・ナイトケア²⁵)、集いの場(ふれあい交流サロン等)、働く場(授産施設、共同作業所)、住居(福祉ホーム、グループホーム)、相談機関(保健所、地域生活支援センター等)の5つに分けてみていくことにする(表9)。数値は、平成14年3月末現在のものである。

²² 人口に昭和38年精神衛生実態調査の有病率12.9(千人対)を乗じた推計値

²³ " " 有病率3.0 "

²⁴ " " 有病率5.0 "

²⁵ デイケア・ナイトケアとは、精神科リハビリテーションの一つとして、生活リズムや対人関係を身につける訓練を行うものである。デイケアは日中に6時間、ナイトケアは夕方から4時間程度行なわれる。併せて行う場合もある。

表 10 精神障害者共同作業所数の推移

年度	7	8	9	10	11	12
共同作業所数	10	9	9	12	17	22
定員	227	223	224	313	475	551

医療機関：入院設備のある病院は13ヶ所あり、外来のみの病院は18ヶ所、医院・診療所は67ヶ所、デイケアを行っている施設は21ヶ所(うちナイトケア併設は5ヶ所)である。

集いの場：ふれあい交流サロンは3ヶ所ある。その他に、自助グループ等がある。

働く場：通所授産施設は2ヶ所、共同作業所は24ヶ所ある。共同作業所数の推移は以下のとおりである(表10)。

平成10年度以降、共同作業所数が急速に増加している背景として、平成11年度から「京都市こころのふれあいプラン」が実施されていること、市が補助金を出して設置を進めていることがあげられるが、これらのことは、換言すれば、他の障害に比べて精神障害者を対象とする法定施設(福祉工場や入所・通所の授産施設)の整備が進んでいないこと、精神障害者がなかなか一般就労につながっていないことを意味している。

居住場所：福祉ホームが1ヶ所、グループホームが6ヶ所ある。グループホームは、6施設中2施設が病院の敷地内にあり、退院した者の社会復帰の通過地点として利用されている。また、設置主体は6施設中4施設が医療法人または社会福祉法人であり、2施設が共同作業所である。

相談機関：精神保健福祉センター(京都市こころの健康増進センター)、保健所(11区+3支所=14ヶ所の他に、地域生活支援センターが2ヶ所ある。どちらも通所授産施設に併設されている。うち1ヶ所は京都市こころの健康増進センター内にある。同センターでは、こころの健康についての情報提供、広報活動、地域交流活動(バザー、コンサート、レクリエーション等)、デイケア、授産施設、電話・面接による相談援助活動、法律相談、ボランティア養成(こ

ころの健康支援パートナー)等の活動を行っている。地域生活支援センターおよび通所授産施設は社会福祉法人が設置主体である。

5. 精神保健福祉施策の中心的課題 就労支援について

精神障害者の社会復帰支援施策の中でも特に重要なのが就労支援施策である。以下に、京都市における就労支援施策の実施状況、およびその課題等を検討していきたい。

5.1 精神障害者の就労支援施策

京都市の就労支援施策が、他の地方自治体と同様に進まない背景として以下の点があげられる。第1に、精神障害者は障害者雇用促進法の法定雇用率の算定基準に含まれていないため、事業主側が精神障害者の雇用に積極的に取り組んでいないこと、第2に、精神保健福祉法が施行されてからまだ日が浅く、他の障害の障害者施策に比べて精神障害者の社会復帰支援施策、特に就労支援施策が進んでいないこと、第3に、精神障害(者)に対する正しい知識、理解がないために、地域住民が必要以上に不安視していることである。

精神障害者の場合、その障害の性質から、集中力が持続しなかったり、人見知りをしたりする傾向がある。したがって、精神障害者の就労支援を進めていく場合には、集中力が持続しない点については、パートタイマーやアルバイトの形態から始めて、1日の就労時間を短くするか週に何日かの出勤にする、休憩時間を多くとる等の配慮が必要である。また、服薬管理、通院の配慮も事業所側に求められる。人見知りをすることについては、職場の理解に加えて、ジョブコーチ制度を採用したり、グループ就労を進めたりすることも有効であろう。

表 11 通院患者リハビリテーション事業（保健所）の実施状況

	登録事業所数	委託数	訓練登録者数(満了、中断、継続)	訓練延べ日数
平成9年度	78	43	94(5、12、67)	9,526日
平成12年度	98	54	124(12、45、67)	11,338日

*中断には家庭復帰も含まれる。

通院患者リハビリテーション事業(保健所)の実施状況は表11のとおりである。稼働率(委託事業所数を登録事業所数で割った指標)は、平成9年度、平成12年度ともに55.1%であり、全国平均の23.6%を上回っていた²⁶。

業所について、利用者²⁷について、利用者の生活および所得について、就労支援施策について、京都市の精神保健福祉施策について、職員の要望等(全30項目)(カ)回収率:87.5%(24施設中、21施設)

5.2 アンケート調査

では、地域精神保健福祉施策の実態はどうか。以下は、精神保健福祉の現状や精神障害者の社会復帰支援施策の実施状況を正確に把握し、今後の課題を明確にしていきたいという目的意識から、精神障害者の社会復帰施設のうち最も数の多い共同作業所の運営実態と、そこでの社会復帰支援の一般就労への効果について理解するため、京都市内の精神障害者共同作業所の職員にアンケート調査を行った結果である。

5.2.1 調査概要

- (ア) 調査名:「京都市における精神保健福祉の現状と精神障害者の社会復帰支援施策に関するアンケート調査」
- (イ) 調査対象:京都市内の精神障害者共同作業所(全24ヶ所)の職員
- (ウ) 調査方法:調査票を配布し、回収時に施設見学と活動内容等に関してインタビューした。
- (エ) 調査期間:2001年1月末～3月上旬
- (オ) 質問項目:運営主体について、共同作

5.2.2 集計結果の概要

運営主体について 全体の19%がNPO法人であり、そうでない残りの81%も、うち53%がNPO法人の申請を検討中であるとの回答であった。申請のメリットとしては、社会的認知が得られるという意見が75%と一番多かった。

共同作業所について 精神障害者共同作業所は、保健所のバックアップをうけて家族会や医療従事者等が中心となって立ち上げられている²⁸。同作業所を開設した理由は、「区になかったから」が35%と一番多い。しかし、現在も区によって数にバラツキがあり、休日や夜間に利用できる地域生活支援センターも2ヶ所しかなく、利用者は住所地の区以外からも通っているのが現状である。ただし、共同作業所の活動内容はさまざまであり、利用者は興味のある所を選んで利用している。このことから、極端に少ない区については今後数を増やしていくべきであるが、共同作業所間、区役所や保健所間、医療機関等のネットワークをさらに充実させてカバーしていければよいと考えられる。

場所の選定に関しては、家主の理解があった(40%)、地域の理解があった(30%)というのが

²⁶ 1999年度実績の数値である。就労率(訓練終了後または訓練中止後に雇用契約(パート、アルバイトを含む)を結んだ割合)の全国平均は25.3%である。〔立石01〕立石宏昭「精神障害者社会適応訓練事業」の現状-全国調査から-」『厚生指針』、第4巻第10号、2001年、16頁。なお、京都市はデータが公表されていないため、比較できなかった。

²⁷ 利用者とは、施設利用者=共同作業所の通所者のことである。「メンバー」と呼んでいる施設が多かった。

²⁸ 「家族会が中心となって」が18%、「保健所等、行政機関のすすめ」が12%だったが、保健所のバックアップが大きかったという声が多かった。

最も多い回答である²⁹。しかし、開設前の挨拶や説明会の際に、精神障害者の施設ということで地域住民から反対運動が起きたため、その場所を諦めたとか、やむなく引越をしたというケースもあった。定着した共同作業所は、地域住民とのふれあい活動に力を入れている施設が多く、近所のバザーやお祭りに参加したり、自主イベントを開いて交流を図ったり、町内会活動に参加したりして、積極的に地域住民と関わる努力を行っているといえる。

設置準備から開設までの準備期間の平均は約1年であり、補助金が得られるのは開設後1年からなので、平均約2年間自主運営をしていることになる。

利用者について 男女比は、男女半々または男性が多いと答えた割合が89%に達した。年齢層の特徴は、男性は30代から40代が多く、女性は各年代に平均しているようである。また、60代以上の人が在籍している施設も多く、高年齢化、平均年齢の上昇を感じているという回答が41%あった一方、10代(18、19才)や20代前半の層が増えているという所も18%あった。若年層の増加の原因としては、共同作業所の中にひきこもりや自閉症の人を対象としている施設があること、神経症の利用者が増加していることを指摘できるであろう。施設利用期間について、開設して3年未満の施設の回答の平均は「開設時から現在に至る」であり、開設して3年以上5年未満の施設は平均1年9ヶ月、開設して5年以上の施設は平均5年3ヶ月であった³⁰。

共同作業所に通うための申請は、保健所を通じてというのがほとんどであった。共同作業所側もそれを望んでおり、利用前に医師に問い合わせ状を送付したり、保健所や医療機関のデイケアを終えた人を条件にしていたりする所もあった。医療機関との連携については、必要に応じて主治医やケースワーカーに連絡・相談する体制がとられている。家族や配偶者とは、家族会を結成したり、家族懇談会等を開催したりして話し合いの場を確保する(48%)、必要に応じて電話で連絡をとっている(43%)という回答が多かった³¹。

利用者の生活及び所得について 同居と一人暮らしの比率は、すべての施設で同居が一人暮らしを上回った。一人暮らしは、女性よりも男性が多く、一人暮らしの理由としては、家族(特に母親)の高齢化があげられる。

障害年金の受給率は、「50%以上」に73%の回答があった。精神障害者保健福祉手帳の所持率は、「90%以上」に61%の回答があった。手帳に関しては、私鉄やJRの運賃の優遇措置を求める声が85%と多かった。身体障害者および知的障害者の手帳を所持している場合にはこれらの優遇措置があるので、障害別による格差をなくして欲しいという意見が多かった。

共同作業所での収入の月平均については、最も多い層は5千円～7千円未満だった。また、生活保護の収入認定の問題から、作業をセーブしている人がいるという回答もあった。生活保護を受給している割合は高く、所得保障の問題は切実である。

就労支援施策について 共同作業所から通所授産施設に移った人がいるかという点については、半数以上の施設においてゼロだった。利用期間の長さからしても、社会復帰、一般就労へのステップが途中でとまっているのが現状である。保健所が行う通院患者リハビリテーション事業の参加者も同様の結果だった。その原因は、授産施設の数が多いことにある。それゆえ、保健所だけでなく、障害者職業センターもトライアル雇用やジョブコーチ制度等を実施して積極的に就労支援施策を展開していくべきであろう。そのためには、事業所側の協力が不可欠であり、障害者雇用促進法の改正も必要である。

通院患者リハビリテーション事業に関しては、職親(協力事業所)の従業員規模数は、回答のすべてが40人以下であり、障害者雇用促進法の対象となる従業員規模の会社(常用労働者数56人以上)はなかった。職種は清掃業務が半数を占めた。制度の課題としては、事業所の拡大、終了後のフォローを求める意見が多かった。

京都市の精神保健福祉施策について 京都市障害者こころのふれあいプランについて、評

²⁹ 複数回答での数値である。

³⁰ に関して、開設して「5年以上10年未満」と「10年以上」の施設で利用期間の平均の違いはみられなかった。

³¹ 複数回答での数値である。

価すると答えたのは回答数中27%であった。否定的な意見の多くは、プランの目標数値について達成度の低さを指摘していた。今後必要とされる社会資源として、地域生活支援センター(48%)、グループホーム(43%)を求める意見が多かった³²。

職員の要望等 職員の待遇改善、補助金の増額を求める意見が最も多かった(35%)³³。その他、精神障害者が社会参加していく上で最重要点としては、周囲の理解(55%)が最も多く、次いで支援体制・ネットワークの構築(20%)が多かった³⁴。現在、区ごとの関係機関の連絡協議会(精神保健福祉連絡協議会)の設立が進められているが、行政、市民を巻き込んだ圏域を超えたネットワーク作りが求められているといえよう³⁵。

共同作業所の職員が一番深刻に受け止めている問題は、補助金の支給に関することであった。京都市精神障害者共同作業所通所訓練事業補助金交付要綱(平成13年4月1日最終改正)第8条によると、補助金は、年2回(4月、10月)にそれぞれ6ヶ月分を概算払の方法で交付するものとするとしているが、実際は期日通りではなく、遅れがちになっているため、年度始めの運営が特に苦しいという実態がある。また、補助金支給の審査の関係上、開設して1年間は補助金がないため、準備期間からしばらくは自分達の資金でやりくりをしなければならない。さらに、他の法定の精神障害者社会復帰施設、他の障害の共同作業所と比べて補助金の基準額が低いため、職員の身分保障が十分にできず、例えば長年勤務しても給与を上げられないといった問題もある³⁶。

5.2.3 小括

このアンケートは、回答を選択肢式にせず自由記述式にしたため、統計的処理になじまないものではあるが、調査結果として以下のことを指摘できるであろう。

第1に、共同作業所は、作業所によって全く性格が異なり、全般的には、利用者は女性より男性、若年層よりも中・高齢層が多く、利用者の高齢化や利用期間の長期化が指摘できるが、どのような活動を行うか、どこに重点を置くか(就労準備、ミーティング、創作活動等)で性別・年齢層等はまちまちである。第2に、共同作業所の開設および運営に関して、地域住民を巻き込んで積極的に活動している作業所がある一方、周囲の理解がなかなか得られないでいる作業所もある。第3に、他の機関との連携については、自立生活支援を進めていく上で、医療機関・保健所、社会福祉協議会等とは良好に行われているが、就労支援に関しては情報があまり届いていないように思われる。なお、これに関連して、内職やオリジナル製品を販売している共同作業所が多いが、作業所の職員や家族が受注先、販路を開拓しているため、その点についての支援・協力を求める意見があることを見逃せない。

6. 今後の課題

以上の検討により、精神障害者の社会参加を進めるにあたり、今後進めるべき施策として以下の4点をあげることができるようと思われる。第1に、ハード面では、夜間や休日にも対応できる地域生活支援センターをどの区の住民も近くで利用できるように早急に整備すべきであろう。そのため、グループホームや福祉ホーム等の住む場の確保も必要である。また、精神科医療救急システムの整備・促進も求められる。第2に、日中の活動の場や働く場の確保も必要である。多くの共同作業所は、補助金の問題等から狭いスペースで内職的な仕事をしている所が多い。そのため、社会の経済状況の影響を受けやすく、工賃も低いいため、経済的自立が困難になっている。それゆえ、第3に、就労支援については、精神障害の特性に配慮した施策を展開すべきであり、その人の能力を最大限生かせるような職場で働くことができるようにしていくべきである。こ

³² 複数回答での数値である。その他には、ショートステイ、レスパイトサービス、福祉工場等の回答があった。

³³ 複数回答での数値である。2位は利用者とのコミュニケーションについて、3位は工賃の増額・助成であった。

³⁴ 複数回答での数値である。

³⁵ 平成12年度実績では、精神保健福祉連絡協議会は7行政区で発足している

³⁶ 例えば、精神障害者通所授産施設では、平均勤続数に応じて給与が加算される。

れを実現するためには、保健所の通院患者リハビリテーション事業だけでなく、地域障害者職業センターの訓練や事業に、より多くの人に参加できるような施策の展開が急務である。その他にも、働く場の確保として、最低賃金が保障される福祉工場の整備や保護雇用制度の導入も検討されるべきである。第4に、精神障害(者)について地域住民に理解される施策を展開すべきであろう。この点で京都市が独自に行っている「こころの健康支援パートナー」のようなボランティア養成講座は有効であり、各区で定期的に行われている共同作業所やデイケアの作品展等のイベントで市民との交流の機会を増やし、市民が抱いている不安を解消し、偏見や誤解をなくす努力を続けていくべきであろう。

精神障害者の社会復帰施設が増え、就労の場も拡大することによって、精神障害者の自立生活や社会復帰が可能となり、精神障害者の社会参加につながってゆくものと考えられる。

参考文献

- 京都市保健福祉局編『平成13年度京都市の精神保健福祉(平成12年度実績)』
 京都市保健福祉局編『平成10年度京都市の精神保健福祉(平成9年度実績)』
 京都市保健局地域医療課編「京都市こころのふれあいプラン」平成11年
 厚生労働省『厚生労働省統計表データベース』<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/index.html>
 [佐藤01] 佐藤進・児島美都子編『私たちの社会福祉法』法律文化社、2001年、200 - 211頁
 [大谷95] 大谷實『精神科医療の法と人権』弘文堂、1995年
 [大澤02] 大澤英司「精神障害者へのホームヘルプサービスとケアマネジメント」『日精協誌』第21巻第3号、2002年、35 - 38頁
 [中村01] 中村健二「福祉ホームB型の創設について」『日精協誌』第20巻第10号、2001年、6 - 11頁
 [立石01] 立石宏昭「『精神障害者社会適応訓練事業』の現状 - 全国調査から - 」『厚生指標』第48巻第10号、2001年、16 - 19頁
 [小澤02] 小澤温「精神障害者地域生活支援センターの現状と今後の可能性」『月刊福祉』2002年2月号、30 - 33頁
 [松井02] 松井信雄「精神障害者の就労と地域生活への支援」『月刊福祉』2002年2月号、34 - 37頁

[脱稿日 2002年3月31日]