

障害者自立支援法時代の基礎自治体における地域生活支援の人材開発

山梨モデル構築への研究—第2報

～山梨県峡南圏域における精神障害者家族支援を事例として～

研究代表者：反町 誠（山梨県立大学人間福祉学部）

共同研究者：青柳 世津子・芦沢 隆子（市川三郷町役場）、石川 一仁（峡南保健所）、
石原 美穂（富士川町役場）、井上 寿美（峡南圏域相談支援センター）、上田 美穂（早川
町役場）、大塚 ゆかり・川池 智子（本学人間福祉学部）、河合 毅志（本学人間福祉学部4
年生）、神吉 まゆみ（山角病院）、窪川 眞佐美（訪問看護・ケアマネジャー）、佐藤 洋子
（富士川町役場）、佐野 千代子（南部町役場）、佐野 ゆかり（本学人間福祉学部）、
篠崎 秀仁（峡南圏域相談支援センター）、菅沼 壮（本学人間福祉学部非常勤講師）、
千枝 理紗（本学人間福祉学部4年生）、二塚 綾（甲府市社会福祉協議会）、山本 馨・
若林 澄江（南部町役場）

《五十音順》

目 次

はじめに	21
1 研究の目的及び方法、研究員の構成ならびに倫理的配慮	21
1) 研究の方法	21
2) 論理的配慮	21
3) 研究員の構成	22
4) 研究報告書の構成	22
2 精神障害者と家族支援の必要性	23
1) 精神障害の特徴	23
2) 精神障害者家族の役割	24
3) 精神保健福祉施策の流れ	25
4) 市町村精神保健福祉業務	25
5) 精神障害者家族支援の必要性	26
3 精神障害者家族支援の実際	27
第1回「精神障害者家族支援の現状～峡南地域～」	28
(石川 一仁)	
第2回「精神障害者家族支援の歴史～精神科病院・行政機関～」	32
(神吉 まゆみ・菅沼 壮)	
第3回・第4回「精神障害者家族支援の実際①・②～峡南圏域の市町村～」	35
(上田 美穂・若林 澄江・山本 馨・佐野 千代子・石原 美穂・井上 寿美・芦沢 隆子)	
第5回「精神障害者家族支援の実際③～相談支援センター・峡南保健所～」	45
(篠崎 秀仁・石川 一仁)	
4 おわりに	47

研究テーマ:障害者自立支援法時代の基礎自治体における地域生活支援の人材開発 山梨モデル構築への研究—第2報 —山梨県峡南地域における精神障害者家族支援を事例として—

はじめに

本研究は、山梨県立大学地域研究交流センター2007年度共同研究「障害者自立支援法時代の基礎自治体における地域生活支援の人材開発：山梨モデル構築への研究」の続編である。

障害者自立支援法（以下、「自立支援法」）が施行されて、2011年4月で丸5年が経過する。前回、2007年度の共同研究会（以下、「研究会」）では、地域で活動している支援者から障害種別に貴重な支援事例の紹介があった。これらの支援事例は、自立支援法による相談支援事業で取組んだ事例であった。どの事例も、住み慣れた地域で自立した生活を可能とするために支援員は悪戦苦闘している生々しい内容であった。また、事例のニーズに沿った支援は見事なものであった。その都度、竹端 寛（山梨学院大学）は「地域を変えるのは人であった。人が地域を変えていく、しかもその地域の人たちの参加をどのように考えていくかによって、その地域が良くなっていく所と変わらない所がある。」という発言が印象に残った。

自立支援法では、相談支援事業の対象を身体障害、知的障害、精神障害の三つの障害に関する支援を総合的に展開することである。相談支援事業で展開する「相談支援活動」とは、その対象者が生活を送っていくうえで生じる具体的な生活上の問題に関する相談を総合的に展開することである。例えば、精神障害を抱えた人々に対する相談援助活動には、精神障害の特徴が十分に踏まえられた内容で展開される必要がある。具体的には、生活上に生じる医療的ケアの問題も含めた相談内容に対応できることである。しかし、実際の相談支援場面では、精神障害の特徴が十分に踏まえられているのかが特に気がかりであった。

そこで、今年度の研究会では、竹端 寛氏の発言を基調として、研究対象地域を山梨県峡南圏域とした。また、その対象者を精神障害者家族支援に絞ってみた。先の研究計画書で述べたが、峡南圏域には精神科医療機関が無い、無医地域である。また、精神疾患を抱えた人に対する危機介入を担当する峡南保健所は、南アルプス市にあり、遠距離である。したがって、相談支援活動は精神科医療機関や社会復帰サービス等の社会資源が乏しい環境の中で、行われているのが現状である。そのため、相談支援活動の最前線である市町村の担当者は、孤軍奮闘を強いられているのである。

本研究会では、市町村の担当者と共に支援事例を通して、地域の特徴や町の特徴、相談支援活動の特徴などの現状を明らかにし、理解と共有を深める場面とした。

1 研究の方法及び倫理的配慮ならびに研究員の構成

1) 研究の方法

研究方法としては、市町村役場等が実際に取組んだ精神障害者家族支援の事例を取上げて研究することとなった。研究期間は、2010年8月から2011年2月までとし、毎月1回研究会を設定した。会場は、本学飯田キャンパスと市川三郷町役場とした。研究費は前回と同様に、山梨県立大学地域研究交流センターの共同研究事業の助成を受けた形で進めることができた。

2) 倫理的配慮

研究会では、11人の報告者から貴重な実践活動の報告と支援事例の紹介等があった。また、毎回、質儀応答、議論などが交わされた。それらの内容は、MD録音器を用いて録音し、直ち

に紙媒体化した段階で個人や地域の特定を避ける目的で修正を加えた。さらに、MD録音媒体は破棄した。

3) 研究員の構成（所属・職種）

研究代表者：反町 誠（山梨県立大学人間福祉学部・精神保健福祉士）

共同研究者：青柳 世津子・芦沢 隆子（市川三郷町役場・保健師）、石川 一仁（峡南保健所・精神保健福祉士）石原 美穂（富士川町役場・保健師）、井上 寿美（峡南圏域相談支援センター・精神保健福祉士）、上田 美穂（早川町役場・保健師）、大塚 ゆかり（本学人間福祉学部・精神保健福祉士）、川池 智子（本学人間福祉学部・教員）、河合 毅志（本学人間福祉学部・学生）、神吉 まゆみ（山角病院・精神保健福祉士）、窪川 眞佐美（訪問看護ケアマネジャー・保健師）、佐藤 洋子（富士川町役場・保健師）、佐野 千代子（南部町役場・保健師）、佐野 ゆかり（本学人間福祉学部・教員）、篠崎 秀仁（峡南圏域相談支援センター・コーディネーター）、菅沼 壮（本学人間福祉学部・非常勤講師）、千枝 理紗（本学人間福祉学部・学生）、二塚 綾（甲府市社会福祉協議会・社会福祉士）、山本 馨（南部町役場・保健師）、若林 澄江（南部町役場・保健師）

4) 研究報告書の構成

「はじめに」では、本研究の発会経緯や研究動機や目的などについて述べた。

1 では、研究の方法、倫理的配慮、研究員の紹介、本研究報告書の構成について述べた。

2 では、精神障害者と家族支援の必要性。

3 では、5回に亘る支援事例等を紹介した。

第1回「精神障害者家族支援の現状～峡南地域～」(石川一仁)

第2回「精神障害者家族支援の歴史～精神科病院・行政機関～」

(神吉 まゆみ・菅沼壮)

第3回「精神障害者家族支援の実際①～峡南圏域の市町村～」

(上田 美穂・若林澄江・山本 馨・佐野 千代子)

第4回「精神障害者家族支援の実際②～峡南圏域の市町村等～」

(石原 美穂・井上 寿美・芦沢 隆子)

第5回「精神障害者家族支援の実際③～相談支援センター・峡南保健所～」

(篠崎秀仁・石川一仁)

4 「おわりに」では、まとめなどを述べてみた。

2 精神障害者と家族支援の必要性

本項では、精神障害の特徴と、なぜ家族支援が必要なのかを考えてみたい。そのために、内容は「精神障害の特徴」「精神障害者家族の役割」「障害者自立支援法と精神保健福祉施策」「市町村における精神保健福祉業務」「精神障害者家族支援の必要性」について、分担執筆で構成されている。

1) 精神障害の特徴

- 精神障害者の定義としては、次の①～③がある。①精神医学定義では、「一般的に精神の病的状態である精神病、神経症、人格障害、精神遅滞等を包括した概念として精神障害を用いてきた」。②精神保健福祉法第5条では、「統合失調症、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」と定義している。③障害者基本法第2条では、「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」としている。

- 精神障害の特徴としては、一般的には「精神疾患と生活障害とを併せもつ」と言われている。具体的には、統合失調症という病気にかかり、次の①～⑤などの症状を体験すると考えられている。

①精神疾患という病気にかかっている状態である。②病気と共に生活のしづらさという障害と共存している状態である。③病気には、陽性症状といって、現実には起こっていないような考えや信念、感覚などを意味する症状を体験している状態である。④病気の経過から、陰性症状といって、他人と話したくない、何かを行う気力が殆ど無い、自分の外見を殆ど気にしないとといった状態になる。⑤また認知症状といって読書やテレビに集中できなくなり、初めての場所へはどう行けばよいかなど、新しい情報を習得するのに困難を感じる状態になる。

出典：上島国利「TEAM CARE SOLUTIONS」 Lilly, 2003.

- 精神障害者にとっては、住み慣れた地域で自立した生活を可能とするために支援サービスを充足することである。そのためには、関係者が共通認識として受け入れられるように、田中は分かりやすい説明表を提案している。

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	モデル	モデル	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）	相互作用モデル（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

出典：田中 英樹「精神障害者の地域生活支援」中央法規、2001.

精神障害者とその家族に対する地域生活支援を統合的に行うためには、上記の表を確認しながら多職種で情報を共有し、取組むことが求められている。(反町 誠)

2) 精神障害者家族の役割

精神障害者を身内に抱えた家族は、歴史的には多くの役割を担わされてきた。とりわけ、わが国の社会的風潮や、現在も残る「保護者制度」という制度の重み、社会的支援が未だに乏しい状況、家族が感じる孤立感、そして経済的・身体的・精神的負担を家族は抱えていた。これらは、家族が精神障害者本人に精神疾患と闘う力を付与するような情緒的支援の役割提供が拒まれる要因となっている。

次に、精神障害者家族に対する現実的な負担としては、次の5点が横たわっている。①「保護者制度」、②社会的支援の欠乏、③精神疾患に関する正しい知識や情報の不足、④主な介護者の孤立、⑤経済的・身体的・精神的負担などが存在している。

図1・図2では、精神障害者をめぐる法律と保護者制度の変遷と現行の保護者の義務を一覧表とした。

図1 精神障害者をめぐる法律と保護者制度の変遷

法律の名称の変遷	保護者制度の変遷
1900 (明治 33) 年 「精神病者監護法」 〈1919 (大正 8) 年 「精神病院法」〉 1950 (昭和 50) 年 「精神衛生法」	<ul style="list-style-type: none"> ・「監護義務者」 ・私宅監置の合法化
1987 (昭和 62) 年 「精神保健法」	<ul style="list-style-type: none"> ・「保護義務者」に名称変更 ・私宅監置を廃止し、保護義務者の義務規定を明文化 ・入院制度の変更 (任意入院制度が創設) (同意入院制度が医療保護制度となる)
1993 (平成 5) 年 「精神保健法」改正	<ul style="list-style-type: none"> ・「保護義務者が保護者」に名称変更 (義務規定の内容は変わらず)
1995 (平成 7) 年 「精神保健福祉法」 1999 (平成 11) 年 「精神保健福祉法」改正	<ul style="list-style-type: none"> ・保護者の義務規定を一部軽減 (自傷他害防止監督義務の廃止)

図2 現行の保護者の義務

<ul style="list-style-type: none"> ①精神障害者に治療を受けさせる ②財産上の利益を保護する ③医師に協力する、指示に従う ④措置入院者を引き取る ⑤医療保護入院の際に同意する ⑥退院請求ができる 	<p>※ ただし、①②については、任意入院時と退院継続時は、その義務が免除される</p>
---	--

図1・図2

出典：千枝 理紗、精神障害者本人に対する家族の情緒的関与の在り方に関する研究、2010. 山梨県立大学人間福祉学部 卒業研究論文。p 9.29.

このような社会環境の下では、多くの負担を抱えたままでは家族は本人に対して、情緒面で

の支援の提供は困難である。家族の地域生活の保障をも考慮した施策展開が必要であるだろう。
(千枝 理紗)

3) 精神保健福祉施策の流れ

呉秀三は、1918年、元医員樫田五郎と全国調査をし、その結果を論文としてまとめ、「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其ノ統計的観察」を発表した。その中で「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」＝「わが国十何万の精神病者はこの病を受けたるほかに、この国に生まれた不幸を重ねるものというべし」という有名な言葉を残している。

しかし、戦後は、宇都宮事件に象徴された日本の精神医療は国際的な批判を浴び、1987年、精神衛生法は精神保健法に改められた。精神保健法(第1条)は、その目的に社会復帰の促進と精神障害者等の福祉の増進が加えられた。また、同法(第10条)には社会復帰施設として、精神障害者生活訓練施設、精神障害者援護施設を位置づけた。そして、同法のもう一つの柱は、精神障害者の人権尊重であった。任意入院制度が導入され、入院中の患者の通信・面会は原則になった。また、入院中の精神病者の救済として、精神医療審査会を都道府県に置くことが規定された。以上のように、精神保健法では人権に配慮した法改正が実施された。1993年の精神保健法改正を経て、さらに1995年、精神保健法は現行の精神保健福祉法に改められた。同法では、精神障害者の自立と社会経済活動への参加のための援助の促進や、精神障害者福祉手帳制度の創設など、精神障害者が地域において生活できるような施策・ノーマライゼーションの視点が導入された大幅な改正が行われた。しかし、33万人の患者が現在も入院し続けており、その中には7万人の社会的入院患者が現存するといわれている。

わが国における精神障害者福祉施策では、2002(平成14)年4月より、市町村での精神保健福祉業務が本格的に開始されるようになった。また、2005(平成17)年10月31日、障害者自立支援法が成立したことにより、障害者福祉においては、障害者自立支援法の施行によりその供給システムが市町村単位で対応する時代となった。これら、サービス供給システムの変化は、地域で暮らす障害当事者やその家族にとっては、様々な影響を受けることとなる。同時に、市町村では新たな専門性が求められるのである。

山梨県の場合は、市町村合併により、大幅な組織再編が実施された。このことにより、市町村での業務等に混乱を招いている。特に障害者福祉へ取り組む姿勢や予算がまちまちであった市町村が合併により、同一対応が困難な状況が生まれている。

本研究会では、精神科医療機関が無い現状から障害者自立支援法時代における精神障害者家族支援の課題を峡南地域5町で実際に業務を担当している保健師等から協力を得ながら行うことができた。
(千枝 理紗)

参考文献：呉秀三・樫田五郎「精神病者の実況及ビ其ノ統計的観察」 創造出版 (2000)

4) 市町村精神保健福祉業務

市町村における精神保健福祉業務は、平成14年度から取組まれているが、実際には市町村保健センターや健康課で幅の広い心の健康や病気に関する相談業務を行っている。平成14年度からは、県からの移管業務という新たな市町村における窓口業務がある。例えば、自立支援医療費、精神障害者保健福祉手帳、サービスに関する相談・助言等がある。また、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(ショートステイサービス)、

精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の相談窓口でもある。（反町 誠）

5) 精神障害者家族支援の必要性

精神障害者家族支援の必要性については、精神障害者を抱える家族は、家族自身が精神障害者本人の症状を精神症状と認められない場合がある。その背景には、「全家連（全国精神障害者家族会連合会）の調査」や、卒業研究で行った「聞き取り調査」の結果においても、家族自身が精神疾患についての知識のなさが家族を苦しめている。そして、それゆえに精神疾患に対しての偏見も少なからず有していたことも分かったと述べていた。

また、精神疾患についての正しい知識や情報の不足は、家族が本人へ否定的な感情を抱いてしまうことや、自責感を高めるなどの影響を生じさせる。そのような心理的状況から脱しないことには、本人への情緒面での支援の提供は困難である。さらに、家族自身の介護負担感を高めることが明らかにされた。

家族自身が精神疾患の知識や情報の不足は、患者本人の異変等に気づきにくく、受診を遅らせる。その間の家族自身の負担は、増すと考えられる。精神疾患に関する正しい知識や情報を家族が備え、本人と関わることは本人の早期回復を促すことにも寄与するだろう。家族には、本人が受診した早い段階で、精神疾患の病理に対する正しい知識や、必要且つ利用可能な社会資源やサービスについての情報を付与できるような介入が有効であると思う。

精神疾患について知識を得る機会は、現代の日常生活において多くはないと言えよう。社会では精神障害者による犯罪等が大々的に取り上げられ、精神疾患に対する偏見を抱かせてしまいがちな風潮があることも否めない事実である。福祉教育等でも精神疾患について学ぶ機会を導入し、広く社会に精神疾患に関する知識を浸透させることは、いざ自らの家族内に精神障害を抱える者が生じた時の負担感や困難感を軽減させると考える。精神障害についての普及啓発は、精神障害者家族の負担感を高めさせない一次予防として、取り組むべき課題であると感じている。さらに、家族が悩みを打ち明けられる専門職がいない。また、家族は家族内に支援者が乏しい状況下で苦しんでいることが明らかになった。

研究会（本共同研究会）では保健師からの支援事例があった。その一つに、精神障害者本人と2人暮らしの母親の多大なる負担が伺えた。この母親は、高齢にも関わらず単独で本人の日常的な介護に努めている他、受診同伴などの役割も担わされている。また、母親は住んでいる町の精神障害者家族会に加入しているものの、家族会自体の活動も活発ではなく、他の家族との交流もない。また、住んでいる町に精神科医療機関はなく、社会資源やサービスも乏しい。そのような状況下で、母親は、どれほどの苦労や負担、そして孤立無援感を抱えているかは想像を絶するだろう。母親は、渾身の力を発揮して本人の現状の生活を維持しており、本人に情緒面での支援を提供出来る余地はないだろうと考える。

逆の事例として、卒業研究での聞き取り調査を行った家族（母親）は、精神障害者本人や母親に対して、家族内の協力体制が整っていた場合は、母親に精神疾患について学ぶ意欲を掻き立たせたことが伺えた。これは、家族内で母親が孤立せずに、家族内から理解や協力が得られたことで身体的・精神的余裕が生じたためと考えられる。

家族と接点を持てた専門職には、家族のこれまでの苦労等を受け入れ、本人の回復に向けて共に関わろうという姿勢が重要だろう。このことは、家族に安堵感を与え、孤立感や精神的負担の軽減に寄与すると考える。家族には、精神障害者本人に治療や回復への意欲を高めさせる役割を期待するばかりでなく、これまでに苦労を重ねてこられた援助の対象者であるという見

方も必要であることを忘れてはいけないだろう。

全家連による先行調査では、家族の抱える経済的・身体的・精神的負担について明示された。経済的負担については、調査に回答した家族の半数以上は、障害者本人の日常的な介護のために仕事を休んだり、辞めたりなどの影響を受けたことが分かった。そして、本人のために1か月に平均して約 6.5 万円の支出をしているにも関わらず、回答者である家族の 8 割以上は 60 歳以上であった。つまりは、精神障害者を抱えた世帯の多くは年金生活を送っていることになる。低収入にも関わらず、本人へ一定の支出をしなければならないことは、家族の精神的負担も高めさせてしまう。社会は、これら精神障害者家族の経済的負担の軽減措置を講じる必要があるだろう。

身体的・精神的負担については、本人を介護する上での日々重なる苦勞から、家族は様々な身体的・精神的不調を訴えていることが分かった。家族は、自身の身体的・精神的健康を顧みることを疎かにし一生懸命に本人の生活を支えているのだ。

それゆえに、精神障害者家族の多くは本人が病気になってから、趣味などを行う余裕さえなくなってしまうような事態が生じている。

以上のことから、研究結果から言えることとしては、想像を絶するような精神障害者家族の抱える苦勞や負担を痛感することとなった。現状において、疲労感や不安感に苛まれている家族を、精神障害者本人同様、社会的に支援していかなければ、本人と家族の良好な情緒的関与の遂行は期待できない。精神障害者同様、家族もともに援助するような社会的支援の整備が、早急に求められる課題であると感じている。

「支援」というと、目に見える物質的な支援ばかりを連想してしまいがちである。また、精神障害者家族は、本人の生活を支える日常的な身の回りの介護に追われている現状もある。しかし、精神障害者に対する「支援」とはそれらばかりではなく、目には見えない精神的な支援もあることを家族には知ってもらいたいこととして理解することが出来た。それは、心に病を抱える精神障害者には、とりわけ重要であると考えからだ。「愛の共同体」でもある家族は、それらを果たし得る力を持ち合わせていると思うのだ。

家族が良い情緒的関与を築くためには、適切な社会的支援の整備は欠かせない。精神障害者本人、そして家族への適切な社会的支援が整った上で、家族には、本人の回復や自立を高めさせるような情緒面での支援の提供を期待したい。 (千枝 理紗)

3 精神障害者家族支援の実際

本項では、「精神障害者家族支援の実際」について、5 回に亘る実践事例の報告を紹介してみたい。紹介方法としては、研究会開催順に時系列で紹介してみたい。また、紹介内容については、第 1 回目「峡南圏域における精神障害者家族支援の現状」と、第 2 回目「精神科病院家族会の変遷」ならびに、行政機関における精神障害者家族支援の歴史については、「山梨県内における精神医療保健福祉の歴史と家族支援」の概要を紹介してみたい。

第 3 回目と第 4 回目は、「峡南圏域の市町村等における精神障害者家族支援の実際」について、実践事例ごとに要約版を作成し、紹介してみたい。第 5 回目は、「峡南圏域における精神障害者家族支援の実際」として、峡南圏域相談支援センターと峡南保健所から、現状報告の要約版を掲載してみたい。

第1回 峡南地域の現状と精神障害者家族支援の実際

配布資料は、山梨県自立支援協議会作成のものである。その中に、峡南圏域の圏域診断がある。圏域の数字では、山梨県の人口が87万6千。その内の峡南地域の人口は61,206人である。基礎的な数値は、7%である。たった7%のエリアである。この資料21年10月1日現在作成。

次に、山梨県の全体の数字を説明すると、社会資源の状況では峡南圏域の表の中の、身体障害、知的障害、精神障害の数では、精神保健福祉手帳を持っている方の数が328人である。実際には、精神科の医療機関に通院をされている方は全ての方が手帳を持っているわけではないので、実数としてはこの倍、700人前後の方がいるだろうというふうに思う。

次に、日中活動系、居住系、社会参加系サービス、相談支援系というふうに、障害者自立支援法の中で定義されている、さまざまなサービスの一覧である。圏域ごとに、事業所数と定員数が書かれてある。その表でも、やはり峡南圏域は、0というふうになっている。峡南圏域は精神科医療機関が無いというお話があったが、精神科医療機関に限らず、他の資源もだいぶ乏しいエリアであることが分かる。

精神障害者の家族支援では、日々の業務が家族支援というよりも当事者支援の方を中心に行っている。そこで、精神障害者家族会に関して説明をしたい。資料①では、全国組織の家族会、県単位の家族会、保健所単位の家族会、市町村単位の家族会という地域の家族会がある。また、それぞれの医療機関では精神科病院で持っている、精神科病院家族会がある。家族会は、大きく2系統ある。資料②では、家族会組織が数年前までは全家連というのがあったが、ご承知だと思うが、使途不明金問題で解散をされた。現行は、全国精神保健福祉会連合会（みんなねつと）というところが、その全家連に代わる組織として、全国を統一している。

山梨県の家族会では、山梨県精神障害者家族連合会「しゃくなげ会」の下の、保健所単位家族会というものがあるが、あとでお話をさせてもらいたい。家族会の運営に関しては、県庁で一定の方向が出された。県の行政機関内に色々な事務局、例えば愛育会とか、食生活改善推進委員会とかの任意団体の事務局を置くことは、おかしいのではないかというような流れの中で、保健所単位の家族会は、職員が引くという県の方針になった。市町村合併がだいぶあって、町自体が大きくなった関係もあったので、それぞれの市町村独自で家族会が一応運営できているというふうにみなした。

家族会支援の歴史的な流れとしては、1期、2期、3期、4期と大きく分けることができる。第1期は行政主導で組織づくりをして、保健所の家族会が発足した。昭和47年から55年の家族会が発足した当時で、56年から62年は精神衛生法が精神保健福祉法という法律に変わる直前までのところ。法改正があって、第3期、第4期というふうになっていて、簡単に説明すると、市町村の家族会の方の主たるメンバーは、当時、措置入院という、いわゆる公費での入院がほとんどだったので、8割方が措置入院の家族の方が公費で自分の息子や娘が病院にお世話になっているからということで、多くの家族が家族会に入った時代である。次に2期、56年から62年では、物言わぬ時代といわれ、昭和56年から62年の間（全国組織化）。今までは、誰に相談して良いかわからなかったが、やはりみんなで一致団結すると勇気づけられるというようなことを実感できた時代。そういう勇気づけられた方々が県や国に対して陳情活動とかを始めた時代。当時、日本で最初にできた「あさやけ第2共同作業所」を見学したと書いてあった。

第3期は、活動する家族会時代に入った。平成元年からつい最近までの期間であるが、この時代というのは、精神衛生法から精神保健福祉法という法律が変わって、精神障害者の領域に

福祉という言葉が出てきて、各地に作業所づくりができて、地域の受け皿づくりというのがとても活発にされた時期である。地域の家族会の方々は、自分の地域にも作業所が欲しいということで熱心にお金を積み立てたりした。町や市町村や県に働きかけて、作業所を作っていたという時代があった。

資料⑧を見ていただくと、山梨県内に、○印が作業所、☆印が援護寮、◎がグループホームというような形になっているが、昭和62年、まあ63年に甲府市に「櫛の実作業所」という小規模作業所が、山梨県の第一号としてオープンした。

平成3年からは、たて続けに各地域に作業所が、実施主体は精神障害者の家族会という形で作られるようなものが多かった。また、グループホームに関しては、精神科病院の方で作ったり、あとは地域の家族会で作ったりする、2系統があった。こういった社会復帰の受け皿を家族が一生懸命作るのを後押ししたというような時代が第3期となる。第4期は、平成19年からは、先ほど申しましたように全家連が不祥事をして解散をしたというようなことと、あと県の事務局を独自に自主運営をするようにということで、事務局を移管する関係で、保健所の家族会は発展的解消して、県連に直接、市町村の家族会が続くというような時代に入り、今、県連の山梨県の精神障害者家族連合会は、もう独自で自主運営をしているような形になっている。

次のページでは、少し古いのだが、2006年版の資料である。山梨県の当時の組織である。現行は、どうなっているかということ、少し鉛筆で訂正していただきたいけど、中北保健所地区「しゃくなげ会」という、これは、無くなっている。なので、中北保健所、旧甲府保健所だが、その管内には甲府市の「しゃくなげ会」しか無く、あとの昭和町、田富町、中央市とか甲斐市には、町、市町村単位の家族会が無いエリアであった。その下、「ほほえみの会」、「葦和会」、「八峰会」、これはすでに、峡北支所の家族会がもう無くなっている。この段階においても、市町村の家族会が直結しているような段階である。東山梨地区「しゃくなげ会」というのがあったが、これは、山梨市、甲州市。これについては、東山梨地区「しゃくなげ会」というのは、これも、もう無くなっている。山梨市、甲州市が直結しているような形で、「五湖の会」、「鶴の会」、これも保健所単位の家族会があったが、みんな無くなっている。本当は、峡南保健所管内の「南天会」もこの時代の流れで保健所単位の家族会をたたむ方向で、ここ数年来の動きですが、「南天会」の支部が、6つ書いてあるが、六郷支部なんてかつてはあった。今は、「なごみ会」と「南部支部」と、「増穂支部」は、富士川町になった。あとは、市川三郷町、大勢いらっしゃるが、支部という形にはなっている。要は、管内人口が少なくて、小規模なエリアであるが、実は支部組織までであるというふうになっている。保健所単位を減らしてしまうと、現にこの峡南地域家族会の会員数っていうのは、全体で41人である。内訳は、市川三郷町で13人。富士川町で3人、早川町で1人、身延で14人、南部町で10人というような家族会の会員数なので、それぞれ単体にしてしまうと自然消滅してしまうというようなことがある。

峡南圏域担当の峡南保健所管内の家族会については、この形はまだ崩してはいない。なので、この形が残っているというふうにご理解をいただけたらというふうに思う。

次に、昨年度、厚生労働省の障害者自立支援調査研究プロジェクトとして、家族支援に関する調査研究を行い、全国の家族会の会員4,500人にアンケートを実施したその結果が出ている。これを読んでいくと面白いものにはなるが、後でじっくり皆さん読んでいただくと読み込めると思うので、簡単にコメントさせていただくと、家族の方が、実際に支援を受けたかったのに受けられなかった、情報を知りたかったのに知らなかった、精神科のご病気についての知識が

無かった等と、これは、現時点での調査でもあるが、実際、家族の方々は、いろんなことをまだ、世の中にはいろんなサービスがたくさん出てきているのにも関わらず、実際当事者の、しかも家族会という組織に身を置いているご家族の方々が、実際に実感している声だった。これを読んで、ある意味では、日々支援をしている立場として、がっかりした。まだまだ足りないんだなっていうような、そういう実態があるという意味で、峡南圏域とは直接関係する部分ではないが、家族の方々、こういう意識を持たれている方が多いという意味合いでの参考資料である。ここまでが家族会の状況である。

また、前の資料に戻り、これは、保健所のほうで精神保健福祉相談とか訪問指導、訪問をした相談件数を年度でまとめている集計を持参した。保健所には、精神保健福祉相談員と保健師がいる。昨年度、県全体に対して峡南の数字を読んでいただければと思うが、結構な数の相談を承っている。

高齢者に関しての一般相談からは、だいぶ、数字的には少なくなっているが、ご覧のような相談を受けている。これも、他の圏域の相談件数と比較しながら、峡南にもこれだけの相談があるということを手掴んでいただけたらというふうに思う。

今度は、資料無しでのお話となるが、峡南圏域は、先ほど、精神科医療機関が山梨県内に11あるが、入院のベッドを持つ診療所はたくさんあり、峡南圏域は、外来が飯富病院に月2回、山梨大学医学部のドクターが来ていて、外来を開設している。

それ以外は、精神科の診療がない。すべて峡南地域にお住まいの方々の受診は他圏域に受診をしている形になる。

一番、最寄りの病院は、身延線を使うと住吉病院さんが近い。エリア的には峡西病院さん、北病院さん、山角病院あたりが、峡南地域のエリアから受診をされている患者さんが多い病院である。南部町に関しては、もう静岡県との県境になるから、南部町の大方の方々は、富士宮市の方が、もう静岡が生活圏域になっているので、医療機関の受診というのは県を跨いで、富士宮の医療機関を受診されている方が多いというような状況である。

峡南地域の特徴としては、そうやって、資源が少ないよ、少ないよ、病院も無いよ、というようなことを言われ続けて、もうウン十年だが、でも逆に何がすごいかというと、町の方々の機動力が、社会資源が薄い分をだいぶカバーしていると思う。私も保健所をいくつも回ったが、明らかに違うかなと思っている。

当然、町単位が小さいので、それぞれの保健師さんがそれぞれの担当地区の、精神障害者だけではなく、高齢者から母子も含めての、住民の方々のさまざまな情報を把握されていることが多い。あと、当然、受診援助をするようなときっていうのは、医療機関が遠方になるので、とても、お連れするのに大変だったりする部分を、町役場の保健師さんや職員さんが、受診をするのに困難な方については、受診援助にとっても協力的に支援をいただいていると感じている。

社会資源が無い中で、先ほどの数字のデータには載ってないが、地域デイケアという、精神科病院でもデイケアをやっているが、保健所では、平成19年までには、地域でのデイケアを保健所が実施していた。平成19年度、障害者自立支援法が平成18年にでき、いろんなサービスが細分化されて提供されるようになったことで、保健所のデイケア機能は一つの役目を終えて、それぞれ市町村単位でそういった部分を担っていただこうということで、移管作業を行った際に、峡南地域では、そんな移管作業をするよりもいち早く、平成3年から芦沢さんがいらっしゃる市川三郷町では、平成3年から開始している。

保健所並みのデイケアを週2回開設し、実施している。あと、富士川町、身延町、南部町では、町単位で、デイケアを平成19年以降、市町村にデイケア機能を落としたときに、町単位で開設しているところは少ないが、峡南は、町しかないの、人口規模は少ないながらも、早川町以外の4つの町では町でのデイケアも開設していただいている。そういった活動をする中で、社会資源を利用するにあたって、足の問題、アクセスも、身延線が縦に一本通っているだけで、移動に関してもとても、山間部にお住まいの方が多いため、そういう社会資源を利用するにしても、なかなか利用しにくいという状況を、町のほうでだいぶ移動支援っていうのは、障害者の自立支援法の中にもいろんな移動サービスはあるが、結構行政のサービスの中で障害者の移動支援なんかもやっているというような状況である。

あと、また家族の話に戻ると、家族会のお話から、先ほど、「南天会」は保健所単位での家族会があるというお話をした。でも、実際の登録というか、参加されている会員さんは、41人である。その構成メンバーさんを見ると、その家族会が発足当時に、元気にされていた、熱心に活動されていた方は、段々、ご自身の年齢が、もう47年に南天会は設立されたので、30何年？7年か、8年か、それくらい経っているが、もうご自身の年齢が高齢になってしまっていて、家族会に参加できなくて自然淘汰されていて、実際、今残られている家族会の会員さんは、そういう、当時の活動からまだお元気で活動されている方と、あとは、デイケアの他に、今は地域活動支援センターっていう形になっているが、今まで、精神障害者の小規模作業所って言われていたところに、ご自身の身内の方が通っている方々のご家族が今、中心になってきているというような状況である。

実際の具体的な家族会の活動っていうのは、これは、峡南地域に限ってではなくて、どちらかというと、行政主導型で立ち上げてきた歴史もあるので、この中では、さっきの県会家族会一覧の中で、事務局を行政の方々に頼らずに単独でやっているのは、笛吹市の「八和会」しかない。ここは、市役所の職員も何の支援もしなくて、家族だけで組織運営から会計から、すべてのことを賄っている唯一の家族会である。あとの市町村単位の家族会は、基本事務局は、それぞれの市町村の保健師さんが、旧保健所の家族会があったときには保健所の精神保健福祉相談員が事務局を持ち、支部の市町村のときには、その担当課の保健師さんが事務局を持つというような形だったが、今もそんな形でやっている。ですので、家族会の今現在の組織自体は、その行政の人がポンと手を離したら、すぐに、いつでも、明日にでも潰れてしまうというような、ちょっと弱体化しているかなというようなところと、あと、病院のほうで最近、心理社会教育というか、家族教室機能をだいぶ充実させてきているので、そういった活動に、新しく、若い世代の患者さんを持たれるご家族の方々は、そういう家族教室等に参加をされる機会が増えてはきている。

一方では、長期入院の方々とか、地域ではなかなか家族教室っていう部分を開催する機能っていうのが弱かったのが家族会の集まりを開いても、会員さんが41人いても、実際集まるのは10人前後というような、そういう開催状況の中で、ここ数年、やってきたことは、家族会にプラス患者さん、小規模作業所とか地域活動支援センターなんかに通所されている患者さんと家族と一緒に集めて、座談会というか、研修会をするというような流れで、峡南のほうの家族支援の方はされてきた。

去年は、少し動きが停滞したが、家族会の方で統合失調症が基本、中心となる家族会なので、市販の地域精神保健福祉機構のコンボで、家族向けの心理教育テキスト家族版っていうのと、当事者版っていうのを、家族会の会員さんの数、買い、研修会では、全部落とさきれないので、

これはご家族に持っていただきながら今年度の事業計画では、総会で一回研修をして、あと二回ほど、この家族心理教育テキスト家族版っていうものを使いながら、地域でも家族教室を開催していこうかなというのが、ここ一、二年の動きである。

あと、ご家族全体に対しての支援では、どちらかというと消極的な活動であるが、個々の、いわゆる当事者が医療機関にかかったりとか、病院から退院をするときっていうのは、当然、なんらかの社会資源を活用しながら、目標を達成するというようなときに、県では平成13年から相談支援従事者研修っていうのを毎年、行っており、まだ、全てのケースにとっても行きついてはいないが、複数の社会資源を使う障害者の方々には「ケアマネ」のツールをきちっと使って、ケアプランをご本人にも提示をして、ご家族にもその役割を知っていただき、そういったものをお示ししながら支援をしているところである。

ご家族の方々にも当然、ご本人の状況を支援していただくきちとしたケアプラン、参考までに一部やってきたのだが。皆さんにお配り、こんな形で、アセスメント表とか、プランニング表っていうものを、ケア会議なんかに使わせていただいて、こういったものをご本人にもお渡しするし、ご家族にも、周りの方々は協力しながらやっているっていうようなことを示しながら、リハビリのイメージというか社会復帰を、さらに強力に応援していただくっていうようなものを。なかなか、こういうことを作ったりするっていうのはエネルギーがいるものだから、本当は全てのケースにやれば良いのだが、なかなかできないので、少しずつではあるが、峡南地域の保健師さんは、県に実施している、一年に一回実施している相談支援研修っていうのも受けていただいた方も何人もいらっしゃいますし、去年は、私が異動してきた年には、管内の保健師さんが集まる定例会、研究会で情報伝達をしたり、研修をする部分で、だいたいの保健師さんに、こういうツールの使い方なんかを知り、町の保健師さんも使うことに慣れていただいているので、ツールを用いての支援っていうのが、峡南地域はちょっと、他の圏域よりも一歩リードしているのではないかと思う。それを、今も熱心に、力を入れて、ケースに関わるごとに広めているので、いずれ数年のちには、峡南地域の保健師さんは、このツールを使っている障害者を支援するやり方っていうのはもうポピュラーなやり方になると思うので、当然できることではないので、地域の精神障害者、もしくは、当然それを取り巻くご家族の方々に関わるスタッフの、スキルアップなんかもしているというのが、最近の現状である。

(石川 一仁)

第2回 「精神障害者家族支援の歴史～精神科病院・行政機関～」

本項では、前半において①「精神科病院家族会の変遷」を、後半では、②「山梨県内における精神医療保健福祉の歴史と家族支援」の報告である。

① 精神科病院家族会の変遷

- a) 山梨県には大正13年設立の山角病院、県立北病院の2病院の他に昭和30年代に創立された民間精神科病院が9病院あり、その他に山梨大学附属病院に精神科病棟がある。精神科病院（当時の山梨療養所含む）では、昭和40年代に多くの入院患者があり、当時の家族たちは、今よりよほど強い世の中の偏見のもと、「病院に入院している患者」の家族として病院に結集し、患者のために、自分たち家族が組織を作っていくことを目的として家族会を設立していった歴史がある。山角病院の家族会「心和会」は昭和40年に設立され、50年代に一度活動が停止し、昭和60年に再建されている。

再建当時の会長の言葉からは、病院にお任せではなく家族が病気を理解し、一緒になって治していくのだという意気込みが感じられた。また、家族会の会員の多くを構成していた親の立場の人たちからは、親無き後の心配の声が大きかったと記憶する。

当時全国家族会連合会も活発に活動していた時期であり、心和会の会員も全国大会に参加して、政治的な動きを実感し、募金活動や法律改正への署名活動なども行っていた。病院家族会の事務局業務は相談室のP S Wが担うことが多く、実際私も、家族会再建を目的として採用されたP S Wであり、家族とともに全国大会にも参加し、毎月の例会や泊りの旅行などに同行した。病院行事も今よりもずっと規模も大きく盛んで、家族会と一緒に活動したものである。通信やたよりを発行し、入院患者家族に周知啓蒙も盛んに行っていた。

一方で保健所を中心とした地域家族会もこのころに多く結成され、病院家族会と共に活動していた。保健所単位、市町村単位の家族会が立ち上げられ、当然一緒に活動することも多く、病院P S Wと保健所相談員、市町村保健師らの交流もあり、日下部保健所（当時）では、定例の事例検討会も行われていた記憶がある。

b) 平成になって、家族会活動も変わって行った。法律そのものも精神衛生法から精神保健法そして精神保健福祉法と変わって行き、新薬の登場やリハビリテーションの充実、社会復帰関連施設の設立などから、家族の希望と退院したい当事者の希望との分離が出てきたように思う。現在程には家族が安心して患者を受け入れられるサービスが充実していたわけではないし、家族と離れて一人で、あるいはグループで生活していける患者は、家族との距離を保ったままデイケアやグループホームを利用して退院していった。病院にはそれだけの力が無い患者が残った感がある。こうして病院に残った患者もその家族も高齢化し、家族会活動も停滞気味になって行った。

c) 最大の家族会停滞の原因は、疾病構造の変化ではないかと思う。現在 240 万人とも言われている外来通院患者のうち、統合失調症の占める割合はかなり低い。入院患者の疾病構造とは全く逆であり、長期入院患者そのものがかなり高齢化してきている。病気の軽症化や多様化は家族の凝集性につながらず、入院期間の短縮で、病院の「入院患者」の家族は年々少なくなってきた。役員の引き受け手が無く、熱心な家族がいても、当事者が亡くなったりして、山角病院心和会でも、平成 20 年の総会で活動停止を決め、休会の状態である。

d) 一方で、家族が治療に及ぼす力は注目されており、多くの病院で心理教育や家族教室が取り組まれている。デイケアなどの外来患者や新入院患者の家族、疾病を絞った認知症や依存症の家族等に対して、専門職が心理教育プログラムとして家族教室を開く形である。

山角病院でも、平成 15 年～18 年まで毎年 1 クールずつ行った。当時の家族教室を卒業した家族が中心となって、アフターグループという家族の会を作って、今も支援センターに 2 ヶ月に 1 回集まっている。すでに山角病院ではなく他医療機関にかかっている人の家族も多く、山角病院の家族会という感じではなくなっている。ほとんどが外来通院患者の家族で、時に入院することがあっても短期間で退院して外来通院に戻る。

病院との関わりとしては、時にグループの方から P S W の参加要請が来るので、病院か、支援センターの P S W が参加して協力体制を取っている。ピアな力の強いグループである。

- e) 各病院でも病院家族会は、高齢化と会員の減少で年1回の総会と病院イベントへの参加程度のところが多い。住吉病院は、そんな中毎月例会を行っている数少ない家族会ではあるが、その秘訣は「元気な家族と元気な事務局」だそうである。ただ、話を聞くと、デイケアの家族教室との交流や、外来患者の家族を取り込んでいけているという要因が大きいように思う。全体的にみると従来の「入院患者のための家族会」と「新しい患者のための家族教室」が分かれていっており、それは本質的に違うものであると思うが、全く分けて考えている病院もあれば、兼ね合いに悩んでいる病院もあり、住吉病院のように取り込んで発展させていっている病院もあるのが現状である。
- f) いずれにしても「精神病院」が「施設」で無くなって「病院」になったところで、病院家族会の役割は無くなりつつあるのかもしれない。ただ、病院家族会には来られないけれど（高齢で遠方のため）、地域家族会には参加して、当事者がその作業所に通えるようになったという例も聞く。「診療所」に通う患者家族も多い中、これからまた患者家族が生活する地域における家族会が大切になってくるのではないかと。そしてそのキーポイントは相談支援事業所ではないかと思うが、それには地域包括支援センター並みの人員配置が必要であると思う。
- g) 山角病院の家族教室から生まれたアフターグループでは、休会中の病院家族会を再開できないかという声がある。今回の研究会でも、峡南地域の家族会も高齢化、少人数化しており、今もなお偏見の強い地域で声を上げられない家族も多いと聞いた。医療機関に入会の呼びかけや例会の広報の協力を求めるのは理にかなっている。しかし、前項で述べたとおり、「病院」単位でまとまっていく時代ではない。「地域」が家族のよりどころとなっていくためには、家族会設立の昭和の頃のように医療機関のPSW、保健所相談員、相談支援事業所、市町村保健師、訪問看護ステーション等が交流し繋がって家族と一緒にネットワークを作っていく必要がある。疾病構造が変化し、課題が多様化し、限度はあるが医療も選べる時代では、共通なのは生活している「地域」ではないか。
- h) いま、専門職は多様な医療・福祉・行政機関が出来た分、それぞれの領域で役割分担をするような仕事の仕方をしている。病院はここまで、服薬確認は訪問看護ステーションで、就労支援はここで、生活支援は地域活動センターで、といったように。私は、ネットワークづくりのキーとして、一人の人のライフヒストリーに沿って支援を繋いでいける市町村保健師に期待したい。もちろん病院PSWも医療機関から地域に出かけて行ってネットワークを構築していく役割を果たした上で。新しい「地域家族会」はそんなネットワークから生まれていくのではないかと考える。
(神吉 まゆみ)

② 山梨県内における精神医療保健福祉の歴史と家族支援

a) 精神医療保健福祉の歴史

1950（昭和25）年の「精神衛生法」により、わが国における精神科治療が始まった。その後、精神病院が開設、増床され多くの精神障害者が入院治療を受けれるようになった。

精神障害者の医療及び保護の確保を中心とした入院医療を主の治療体制から精神障害者の人権擁護に配慮した、地域ケアへの移行が求められる中、1987（昭和62）年に「精神衛生法」が改正され、「精神保健法」となり、精神障害者対策が医療・保健・福祉を包含する形で法

整備がなされ、1995（平成7）の「精神保健及び精神障害者に関する法律」が施行され今日に至っている。

揺籃期には、国内各地において精神科医療、精神障害者の社会復帰、地域精神保健活動のあるべき姿を求めて先進的な人々によって、その活動が示された。

県内においても、先達の活躍によりいくつかの、特質すべき活動を上げることができる。

ひとつは、県内の精神科病院を中心とした「山梨精神医学研究会」である。当初は医師を中心に、大学の教授を招き開催していた。その後、コメディカル・スタッフの配置により、医療従事者をも対象として今日に至っている。

この研究会は個々の病院の治療環境の改善と職員の資質の向上をもたらし、県全体の治療水準レベルを向上させる役割を担っている。

「臨床心理懇談会」は、精神科医師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、作業療法士、家庭裁判所調査官、保護観察所、少年鑑別所、児童相談所、福祉施設、大学教官、教員等の医療・保健・福祉及び教育関係者が、主に事例をとうして、各機関をより深く理解し、よりよい処遇を求めて、蜜な連携を図った。

「山梨精神医学研究会」、「臨床心理研究会」の活動は、松井紀和（山梨臨床心理研究所）が、現在の日下部記念病院長に赴任してから、氏を中心に県内の関係者が協力して発足した。研究会の活動は、山梨県における地域精神保健福祉活動の要である、1967（昭和42）年に発足した山梨県精神衛生協会（現・山梨県精神保健協会）及び1971（昭和46）年の山梨県立精神衛生センター（現・山梨県精神保健福祉センター）の設立に中心的役割を担い深く関わった。

b) 家族支援

次に、精神科病院の家族会のメンバーが同じ悩み、苦しみを持って地域社会の中で孤立している仲間に働きかけたいと、県主催の精神衛生大会において、地域家族会の設立について要望を行った。結果、1972（昭和47）年精神衛生センターを中心に、病院家族会と地域家族会が一体となった「山梨県精神障害者家族会連合会」が発足した。県下各保健所に地域家族会を立ち上げ、多くの市町村においても保健所の協力を得て家族会を設立した。

1984（昭和59）年、全国に先駆けて全保健所に精神保健相談員（現・精神保健福祉相談員）が配置されたことは、関係者の長い間の活動が結実した結果として評価に値するものとかんがえられる。

以後、精神障害者の人権擁護を基本としての精神医療及び社会復帰対策の充実、障害者基本法及び障害者自立支援法等が整備され、未だ十分とは言えないが、歴史は着実に先に進んでいる。
(菅沼 壮)

第3回・第4回 「精神障害者家族支援の実際①・②～峡南圏域の市町村～」

本項では、各発表者の参考資料を基に、①峡南圏域の地域概要、②町の特色、③支援事例の概要とアセスメント票、④峡南圏域の現状から推察される家族支援の将来的な課題の順番に掲載してみた。なお、支援事例の紹介内容に関しては、地域や個人の特定を避けるために修正を加えた上で、掲載してある。

① 峡南圏域の地域概要

ここでは、峡南圏域の地域概要を紹介してみた。また、精神障害者福祉等に関わる峡南地

域の概要と、精神障害者を支援する社会資源のデータを、表1には地域の概要、表2には精神障害者を支援する社会資源の現状を抜粋して表示した。

なお、この圏域における専門職の配置状況としては、5町（南部町、身延町、早川町、富士川町、市川三郷町）に専門職である保健師が配置されていた。また、峡南圏域5町委託相談事業として「峡南圏域相談支援センター」が1ヶ所設置されており、そこには社会福祉士と精神保健福祉士などの相談員が5名配置されていた。

【表1】 峡南圏域の地域概要と特色

	面積 (Km ²)	人口	高齢化率	精神保健福祉 手帳 取得者数	手帳取得者 年齢層	家族会	家族会 会員数
A町	369	1,320	48.6%	15	平均54歳	2	2
B町	75	18,029	31.5%	127	40歳以上86%	1	13
C町	111	16,866	28.2%	104	40歳以上80%	1	2
D町		9,470	32.9%	56		1	17
E町							

【表2】 峡南圏域で精神障害者を支援する社会資源の現状の

	作業所	地域活動 支援センター	デイケア	グループ ホーム	ケア ホーム	地域生活 支援事業	精神科 医療機関
A町	0	0	0	0	0	2	0
B町	1	2	1	0	0	4	0
C町	2	2	1	1 (定員4)	0	4	0
D町	0	2	1	0	0	2	0
E町	3	2	1	1 (定員4)	1 (定員4)	5	0

②町の特徴

A町の特徴

- ・ 間近の精神科病院まで、車で1時間前後。過疎化により、限界集落も存在する。
- ・ 地縁が保たれ、お互いをよく知っているため、他人に不安や恐怖を与える精神症状が出現しなければ、本人やその家族を排除することはない。
- ・ 在宅か入院か生活の場の選択肢が、2極化している。
- ・ 支える家族がいない。また、家族がいても6～7割は、機能していない。
(本人や家族の高齢化がその背景にはある。)

B町の特徴

- ・ 山間地が多く、交通が不便。
- ・ 平成17年に3町が合併。障害福祉の部署に保健師1名が配置されている。
- ・ 町の精神障害者家族会は、高齢化により会員数も減少し、活動休止。

C町の特徴

- ・ 平成22年に2町が合併。
- ・ 50歳以上の精神障害者の単身世帯や高齢化による老障介護力の低下が目立つ。
- ・ 精神障害者家族会は、会員の死亡により後継者はなく、新規加入者もほとんどない状況。

D町の特徴

- ・ 山間地が多く、交通が不便。

- ・静岡県と隣接。生活圏・医療圏は、静岡県が主。
- ・精神障害者の単身世帯や、親の高齢化により老障介護問題を抱えるケースが増加。
- ・医療機関が遠方であり、通院の負担が大きい。
- ・社会資源が不足している。
- ・精神疾患への偏見が背景にあるのか、地元の役場ではなく、他の地域へ出向いて相談をする傾向がある。

③支援事例の紹介からみた精神障害者家族支援の概要

ここでは、4事例の概要を紹介してみたい。紹介された支援事例の資料と質疑応答時の逐語録から、「家族のニーズと支援内容」と「本人のニーズと支援内容」を記載してみた。また、「アセスメント票」も掲載してみた。

なお、報告者は町役場保健師と峡南圏域相談支援センター精神保健福祉士である。

〇〇太郎氏 男（支援者：保健師）

母親のニーズ：（70歳）

- ・治療の中断による緊急入院の回避のために、怠薬→病状悪化→緊急入院の悪循環を断ち切るためには、母の役割が大きいと判断。
- ・ぎりぎりの状況で、母が役場に助けを求め、強制的に入院するというパターンを繰り返している。

母親への支援：

- ・疾患、病状、受診のタイミング（早期対応）を理解してもらう。
- ・受診時に母も同伴し、家での様子を主治医に報告する。
- ・病院との連絡も、保健師から母に、役割が移行できるように具体的にそのつど相談・助言を繰り返し、丁寧に対応した。

支援の結果：

- ・現在は、母が役割を担えるようになり、本人・母ともに自己管理が可能となったため、折に触れて声掛けをすることで、継続して様子を把握している。

太郎氏のニーズ：

- ・怠薬→病状の悪化により、緊急入院を繰り返している。
(母への暴言暴行もあった。)
- ・病識が不足しているため、今後も内服薬の継続は難しいのではないかと不安。
- ・役場職員による強制的な搬送→緊急入院がパターン化しているため、行政への不信感が募り、信頼関係を築くことが難しい。

太郎氏への支援：

- ・定期的な通院が継続できるように支援する。
- ・定期訪問を計画したが、本人の緊張が異常に高くなり、拒否的であるため、経過観察中。
- ・病気や治療の必要性を理解できるように支援する。
- ・自ら病院と連絡が取れる等、良い状態で治療が続けられるよう行動変容を促す。

アセスメントのための整理票①

太郎 さん 43 歳 障害名 (統合失調症)

<p>(どんな人?) strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がっしりと太った体型で背中を丸めている。 ・母と二人暮らし。不規則な生活で食事も別なことが多い。 ・人と話すのが苦手なようで、緊張して体がふるえる。自分から話すことはない。 ・訪問もいやがり、断りたいと言う。 ・学生時代のことを思い出し、突然に同級生や先生に電話をかけた。御礼参りをしたこともあった。 		<p>趣味</p>	<p>金銭面</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害年金を受給中(国年2級) ・家のローンもあるらしい 	<p>これらの情報からどんなことが理解され、考えられたか?</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人間関係が少ない。 ・苦手。 ・受け入れが良くない。 ・外にはあまり出ていない。 	<p>適正なポジション (どうなればOKか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病気のこと、治療の必要性を理解し、治療が中断されない。 ・作業所等に通所でき、規則的な生活ができる。 ・母が子の状況について病院と連絡がとれたり、よい状態で治療が続けられるような行動がとれる。
<p>(生活史)</p> <p>出生 S42</p> <p>高校卒業 S50</p> <p>20代</p> <p>30代</p>	<p>仕事に就く。急な入院。治療は中断し、言動がおかしくなる。</p>	<p>在宅。父への暴力のため、N 家族が入警した。父への暴力のため、N 家族が入警した。</p>	<p>閉じこもり。生活に困り、入院。生活に困り、入院。生活に困り、入院。</p>	<p>生活史・治療の情報が整理され、考えられたか?</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療、生活ともよい状態が続かない。 ・役場に相談するのは症状が悪くなってから。強制的な入院の形になる。本人との関係が作れない。 ・母も訪問は乗らなく拒否的。 	<p>ここからどんなことが理解され、考えられたか?</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院、内服の管理が本人にまかされている。 ・病気にについて受け入れていないようだ。 ・家の生活でもどんなところが困難と感じているのか、把握できないケース。
<p>(治療歴)</p> <p>HS、10月初診 O 医院</p> <p>HI6.11月～HI7.2 N 病院入院①</p> <p>HI8.12～HI9.6 N 病院入院②</p>	<p>(日常生活)</p> <p>把握なし</p>	<p>食</p>	<p>衣</p> <p>いつも同じ物を着ていることが多い。</p>	<p>日常生活の情報からどんなことが理解され、考えられたか?</p>	<p>現在 (ミスポジション) (どう困っているのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療が中断しがち、母も症状が悪くならないと相談してこない。 ・人と会うこと、話すことに対して緊張が強い。 (保健師の考えで本人、家族からは明確には聞かれていない)
<p>住</p> <p>持ち家、自分の部屋あり</p>					

〇〇花子氏 女 (支援員:保健師)

両親のニーズ:

- ・関わりが浅いこともあり、家族の思いが受け止め難く、保健所からの情報と町役場の PHN が自ら得た情報に食い違いがあり、アセスメントが難しい。

両親への支援:

- ・保健所との連携により、的確な情報の把握が必要。家族と町の PHN と保健所の 3 者面談を試みたい。

花子氏のニーズ:

- ・年齢 (35 歳) なりに扱ってほしいとの思いがある。
- ・発症後、医療機関を転々としており、治療が中断していた。
- ・就労意欲がある。
- ・次から次へと新しいことを試したがる。

花子氏への支援:

- ・思いを受け止めつつ、一般的な 35 歳年りの自立した社会生活 (現実のイメージ) を伝えていく。
- ・自活するために生活スキルを習得する必要がある。
- ・医師と信頼関係を築くことで医療が継続できるように支援する。
- ・作業所の通所から開始し、その後も相談・支援を継続する。
- ・周囲が振り回されないように、統一した態度で接する。

アセスメント票①

(どんな人) strengths: 氏名: 花子氏 性別: 女性 年齢: 35歳 診断名: 統合失調症

・穏やかな性格で人当たりが柔らかい。
 ・笑顔が素敵。・趣味は音楽鑑賞。
 ・物事をじっくり考える慎重なところがある。
 ・新しいことを次々に試したが(父より)
 ・子ども扱いには嫌で35歳として扱ってほしいと思っている。

・親元について、親からいつまでも子ども扱いされていると感じている。35歳として扱うとともに、35歳とは世間ではどの程度で自立した生活を送っているのか伝えていくことも大切。
 ・次から次に新しいことを試したがため、周囲が振り回されず統一した態度で接していくことが必要。

・病氣のことをきちんと理解できて、みんなの力を借りながら治療を続け回復できる。
 ・目標を実現させるために、ケアプランの実行。
 ・就労のための準備訓練をして自信をつける。
 ・自立した生活をするための生活スキル(家事、金銭管理、人付き合い等)の自信をつける。
 ・就職して自立した暮らしができる。

・H7年ごろから発症していたとも考えられるが診断にいたらなかった。
 ・信頼できる医療機関や医師との出会いがなかったようなので、今後、医師との信頼関係が出来、医療が継続できるように支援していく。

・今後就労準備に向けての支援を開始。作業所から開始。その後のことは相談しながら。

・生活に関しては親元で生活するうえでは支障がないが、今後完全に自立を目標とすると、金銭管理や家事面で再度評価が必要。

(生活史) S49 H7.3 H7.4~ H12.4~ H17~

出生: 短大卒
 間(ア) 東京でアルバイトを転々としながら
 郷(引) 他県にてカウンセリング

治療歴: H21.12月HP初診
 ①H22.7月より1か月 医保入院

(日常生活)

平日	休日
起床 6:30	
風呂 7:00	
朝食 8:00	
作業所 9:30	
昼食 12:00	
退所 15:30	
帰宅 16:00	
夕食 19:00	
就寝 0:00	

食 ・食器の片づけは手伝う ・調理もできる	衣 ・身だしなみはその場に合った服装は整えられる ・いつも化粧はしない
住 ・1回一部店になっている ・自室有り ・お風呂に長時間入りたい(人に会う前は必ず入りたい)	金銭 ・自立支援医療申請予定 ・家の手伝いで貯めた約00万円を自己管理している

家族構成

父 65	運送業(時々)	体調不良(自宅療養)
母 61	美容院経営	入所中
祖母 88	入所中	
姉 33	別居	既婚 子どもあり
弟	別居	

・今回受診に関しては、保健所へ直接相談があったケース。
 ・両親ともに熱心で、10年間娘のために様々な研修や病院に足を運んでいた。
 ・父は昨年体調を崩してから、本調子ではない。
 ・母は仕事が忙しく、月曜以外は時間が取れない。受診等付き添わない。
 ・生活上の細かな問題点について娘の感情をさかだてないためか態度がはっきりしない。
 ・家事手伝いにお金を出してあげていた。

〇〇次郎氏 男 (支援員: 保健師)

家族のニーズ:

- ・病状を判断して、早期に受診させることができない。

家族への支援:

- ・両親・弟とも、病気を理解する。

次郎氏のニーズ:

- ・病状の認識と判断し、自ら受診することができない。
- ・通所の利用や外出をしたい、友達を作りたい、就労したいとの発言が聞かれる。(実行には至らず)
- ・5年程前に約2週間、作業所に通所した経験がある。
 (人間関係に困難を感じ、仕事内容にもついていけなかった。)

次郎氏への支援:

- ・病気を理解し、体調管理ができ、受診時に主治医に伝えることができるように支援する。
- ・就労準備として、他の作業所の通所を促す。

アセスメントのための整理票①		次郎氏	35歳	障害名 (統合失調症)				
<p>(どんな人?) strengths:</p> <ul style="list-style-type: none"> 身長165cmくらいでずんべりした体系 表情が豊い おとなしい 返事は出来るが自分で判断して行動できない <p>趣味 ゲーム 読書(ホラー系)</p> <p>金銭面 自分のお金はなくこづかいをもらう</p> <p>これらの情報からどんなことが理解され、考えられたか? ・別に自分の好きなタイプ ・おとなしく受け取りが必要</p> <p>適正なポジション (どうなればOKか)</p> <ul style="list-style-type: none"> 自分や家族が病気について理解し、体制が管理でき病院長診や先生に体のことを伝えることができる 仕事に就いてお金をもらいたいという希望を持っているので、準備として作業所に通うことができる 								
(生活史)	S50 出生	幼稚園~小4	小5~中3	中卒後	就職(H4)	H6	H12	H22.2
	<p>兵庫県で2人兄弟の長男として生まれる</p> <p>1歳で生活</p> <p>年長組のとき大地震がありショックを受ける</p> <p>学校に行きたくないというところもあり父親にさらされた</p> <p>A D 小に転入、D 中学校</p> <p>転校して友達付き合いが難しくなると、学校へ行くのを嫌がるようになった</p> <p>女子が面談部をみてくれ卒業まで続けていた</p> <p>成績はよくなかった</p> <p>何とか通った職業訓練校建築家1年間通学から通う運れが</p> <p>おじが月に2回来る</p> <p>1家が2階建てになり1年半かかった</p> <p>近頃の工務店に就職したが思い思いをして2週間やめた</p> <p>田親スピンショップが大切と悪い思いをして2週間やめた</p> <p>再就職が相模原に来ない、その後T病院を受診する作れないと</p> <p>水中毒でT病院に転院入院送される</p>	<p>生活史・治療史の情報からどんなことが理解され、考えられたか?</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学校時代おとなしい性格で同様の友達がなく学校に行かなくなっていった(人間関係をつくるのが上手でない) ・難病なところがあっても我慢が甘やかされて育って早く母子分離が母親本人ができていない ・家族・本人とも再発を判断して自分たちから病院にかかることが出来ない 	<p>ここからどんなことが理解され、考えられたか?</p> <ul style="list-style-type: none"> ・声かけや支援しながら外に出る機会を増やす 	<p>現在(ミスポジション) (どう困っているのか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業所に行く、外に出ようという気持ちを持ってはいるが、なかなか行動に移せない ・家の中で過ごすことが多い 				
(治療歴)				H4.4		H17.5~17.8		H22.2~H22.7
				S市の精神科病院 1ヶ月入院		T病院入院		水中毒のため M病院に入院 T病院へ
(日常生活)				食	母親が準備したものを食べる	衣	身だしなみは整えられる	
	6:00 起床			朝食	母が準備してくれるジュースをよく飲む			
	12:00 昼食							
	21:30 就寝			住	町営住宅に住んでいる			
								日常生活の情報からどんなことが理解され、考えられたか? ・日常生活面で家族の支援が必要

〇〇さくら氏 女 (支援員：精神保健福祉士)

夫のニーズ：

- ・夫婦仲良く、穏やかに暮らしていきたいとの思いがある。
- ・夫も精神障害者（2級）であり、今以上の負担はかけられない。
- ・さくら氏の迷惑行動により、地域住民とのトラブルが発生し、人間関係が悪化。

夫への支援：

- ・夫へのサービス提供。（作業所の通所・ホームヘルプサービス・相談員等）
- ・さくら氏の定期的なレスパイト入院やショートステイの利用。（介護保険も申請し、多様なサービスを併用。）
- ・毎日、誰かの目が行き届く支援体制のマネジメント。
- ・さくら氏の通院付添いの不安や負担感を確認し、必要に応じて支援者も付添う。
- ・無理ない範囲で夫の地域活動への参加を促す、近所とあいさつをかわす等により、近隣住民との関係づくりの努力。
- ・精神症状や障害特性など、地域住民に理解してもらえるように啓蒙する。
- ・支援者側が民生委員等と顔が見える関係づくりをおこない、緊急時の支援などにも協力していただけるように巻き込んでいく。

応答の逐語録から、精神障害者の家族支援に関わる峡南地域の特色と将来的な課題を推察してみる。

全国的に高齢化が進む中、峡南地域も例外ではない。むしろA町においては、高齢化率が48.6%と平均を大きく上回り、限界集落も存在するなど、事態は深刻化している。そして、この現象は他の地域においても同様の影響を精神障害者やその家族に及ぼしている。

保護者や介護者として、本人を支え続けた親が高齢化し、要介護状態に陥ったり、死去することにより、当事者である精神障害者の生活が揺らぎ、問題が顕在化するという事態や、高齢化した精神障害者の単身世帯の増加につながっている。

また、精神障害者家族会の存続危機や弱体化も、家族の高齢化が一つの要因となっていた。そして、長期間社会との関わりを閉ざし続け、怠薬により入退院を繰り返し、二次障害的に病状が悪化し、慢性化している精神障害者やその家族との関わりに苦慮し、孤軍奮闘する町役場の保健師や相談支援センターの精神保健福祉士の姿も浮き彫りになった。

質疑応答の中で、深夜に電話相談を受けた相談支援センターのマネジャーが、町役場保健師と連絡を取り合い、共に緊急訪問をおこなっているという現実が語られ、隙間を埋めて対応する精神保健福祉士や町役場保健師の現場の厳しさを知ることとなった。

長年の怠薬や、依存した非社会的な生活を、自立に向けて行動変容させるべく、本人や家族にアプローチし、継続して支援をするプロセスには様々な困難が伴う。そして、地域における支援では改善や解決の手立てがなく、ぎりぎりの状況まで悪化し、緊急医療保護入院に至り、入院生活が行動変容の転機となる事例も多い。

むしろ、このような事例は、本人のみならず家族も含めてアセスメントをおこない、在宅という場で自立や行動変容が可能なのかを見極めた上で、支援の方向性を見出す必要性があるのかもしれない。

なぜならば、そのような状況に至った過程には、何とかしようと家族なりに奮闘し、困難が重なることで疲弊し、また暴言や暴力などに妥協せざるを得なり、どうしてもならないわが子を抱えながら高齢化していった家族の歴史が内在していることが推測でき、そのような経過をたどった本人や家族が皆一律に、在宅において自立や社会参加や就業への支援を望んでいるとは限らないと思えるからである。何とかしたいと思いつつも、事態を開きできないまま高齢化し、自立した社会生活を営むことが困難な子を残して先立つ、親の不安や心配は図りしれない。

峡南圏域相談支援センターマネジャーも報告書の中で「家族の状況は様々であるが、これまでの事例等から、保護者の高齢化率は高く、親から兄弟の代になってきている。相談支援を行う中で、先が見えず混乱し、悩み苦しんできた当事者の状況とその家族が悩み抱え込んできた状況は、当事者とその家族にしかわかない。」と記述している。

前述の報告の通り、峡南地域は、各町ごとに異なった地域特性があった。例えば、地縁関係が精神障害者やその家族を温かく支えているが、病識の不足もあり、畏怖感を与える精神症状が出現すると地域での受け入れが困難となるA町、医療圏や生活圏が県外を主体とし、近隣住民の関係が薄く、精神障害者への地域住民の偏見からか、他県に敢えて赴いて受診や相談をする傾向があるD町などである。しかし、どの町にも共通した現象も数多く語られていた。

これらは、峡南地域だけではなく、他の地域にも共通する現象が内包しているのではない

かと推察する。

以下に、() 内に見解を述べながら、共通した現象を列挙する。

ア) 親の高齢化に伴う現象

- ・前述したとおり、保護者であり、介護者として役割を果たしてきた親の高齢化に伴い介護力が低下している。
- ・それと同時に閉会や活動休止や会員の減少に至った家族会も増えている。
- ・親の認知症の発症、入院、要介護状態などにより、本人とともに親の支援も必要とする事例が増えてきている。

(長期にわたって家族で踏ん張り、抱え込んで対応してきた事例ほど、支援が必要な状況に至った時に、他者を受け入れ難い土壌が形成されている。

そのため、関係づくりやサービスの導入など、対応に困難を極めることが多く、専門職としての熟練した技能が必要とされる。

そして、事例によっては多職種によるチーム支援も必要とされるため、困難事例においては、個別のマネジメントのみならず、チーム支援のマネジメント能力も必要とされる。

また、このような事例は、方向性の決定や支援体制の構築に至るまでに、支援者の多大なエネルギーと粘り強さや、数ヶ月もしくは年単位の時間を必要とする。

この現象は、親に保護者や介護者としての責任と義務を強いてきた施策の弊害と言えるのかもしれない。)

イ) 前述したとおり、親の施設入所や死去により、高齢化した精神障害者の単身世帯が増加している。

(親が健在なうちに、自立した社会生活を獲得した精神障害者は支援を必要としないが、発症後、長期間にわたり、怠薬等により入退院を繰り返し、または引きこもり、親の保護や介護に依存して社会との関わりを閉ざしてきた精神障害者が、親亡きあとに単身生活を自立して問題なく送ることはほぼあり得ない。

そして、親亡き後の我が子の将来を容易に推測できる親の心情や苦悩は、計り知れない。

すでに、親の高齢化に伴う問題は、拡大してきており、今後高齢化が加速した時には、町役場の保健師と相談支援センターの精神保健福祉士・主治医や保健所等の限られた人的資源やこれまでどおりの社会資源では対応できない時代が、近い将来に訪れることは明らかである。

これまで精神障害者を抱えて保護し続け、高齢化してきた親たちが、安心して老い、先立つためには何が必要なのであろうか？また、親たちは、何を望んでいるのだろうか？)

ウ) 交通の便の悪さと精神科の医療機関が峡南地域にないことから、通院の負担が大きい。本数の少ない電車やバスを乗り継ぎ、通院をしているのが現状である。

(親が高齢化し、本人も障害年金支給者であった場合、経済的に余裕のある世帯は少ないことが推測される。であるならば、交通費も負担になる。

また、一人で行動できない場合は、家族等の付添を必要とするため、日程を調整する必要がある。遠方であるため、受診のつど1日を費やすことになる。

更に、それ以前に外出を嫌う精神障害者の場合は、医療機関が遠方であるが故に、通

院の精神的な負担は大きく、通院を拒否する可能性が高くなるため、治療の中断に拍車をかける要因にもなる。

入院し、軽快退院をしても上記の理由から、病状悪化時の早期治療などタイムリーで適切な治療や定期受診の継続が物理的に不利な地域であるため、病状管理に影響を及ぼしている可能性は否めない。

エ) 精神障害者やその家族を支援する社会資源が乏しい。

(表に示したとおり、バリエーションの少なさ以前に、サービス量が相対的に不足している。

特にA町は、介護保険の事業所2ヶ所が自立支援法のホームヘルプサービス提供地域として登録している以外に、精神障害者の自立やその家族を支援する社会資源が存在しない。

繰り返しの記述となるが、今後、高齢化した精神障害者の単身世帯や、要介護状態もしくは認知症状が出現した親が更に増加する将来に備えるには、どのような人的・物的社会資源を必要とし、地域の社会構造の見直しが必要であるのか等の打開策を、早急に検討する時期にきているのではないだろうか。)

オ) 地域住民のみならず、本人や家族の病識不足により、偏見による生活のし難さや自己管理不足によって入退院を繰り返したり、長期にわたり就労できず閉じこもっているなどの問題が発生している。

(A町では、地縁関係が精神障害者の住みやすさを可能にしていたが、地域住民の病気への理解が深まれば、通院による地域生活の可能性が高まり、地域力の強みが更に活かされるのではないかと思われた。ただし、このまま高齢化が進行し、地縁関係が崩れてきたときには地域力を社会資源にすることは難しくなる。

また、D町からは「地域住民に精神障害者への偏見があるのか、地元の町役場ではなく、他の地域に向いて相談をする傾向がある」との報告があった。

意見交換をおこなう中で、保健所の精神保健福祉士や他町の保健師からも、敢えて遠方の医療機関を受診する傾向があるとの発言があった。

これらの発言から峡南圏域では、今もなお精神障害者に対する偏見は色濃く残っていることが推測される。

地域の中で本人も家族も安心して生活を営むためには、地域住民の偏見を取り除く必要性があることは明らかである。

「誰もが、またどの家庭にも起こり得ることであり、病識不足や偏見による心無い他人の言動が、引きこもりや被害妄想の増悪などの二次障害を引き起こす可能性があることなど。」住民教育をおこない啓蒙するとともに、A町のように近隣の協力が得られる地域に変容できれば、更に安心して生活することができるのではないだろうか。

本人や家族の病識不足や服薬や病状管理の問題について、今回の報告から浮き彫りになったのは、怠薬や治療の中断により、入退院を繰り返し、病状の管理不足が長期化している事例や引きこもり期間が長期化している事例に、継続した治療を動機づけし、生活リズムを整える、デイケアや作業所に定期的にまた、継続して通うことを提案しても、行動変容することは難しく、また家族(特に高齢化した親)に関わり方の行動変容を求めるとも難しいという現実であった。

医療機関までのアクセスが悪さから、通院等治療を中断しやすい地域特性を持つ峡南

地域において、退院後もその人なりに自立した行動変容が継続できるように、また、長期化した怠業や引きこもり等の依存した生活の悪循環を断ち切り、生活を立て直すための、本人のみならず家族も支援する中間施設のような（グループホームやケアハウスなど）社会資源の設置なども一つの支援方法ではないだろうか。

報告から推測された将来起こり得る問題に対応するためには、これらの課題に対応できる専門職の増員と育成が必須となる。

今後は、熟練した対応を必要とする多重問題の事例が増加することも予測されることから、今のうちに熟練保健師や精神保健福祉士などと行動をともにしながら、新入職員や新人が技術を磨く必要もある。また、困難事例への個別対応のみならず、チーム支援のマネジメント能力や地域のニーズを把握し、必要とする社会資源を提案し、開発する能力や、地域住民を教育・啓蒙することができる、力のある専門職の育成が必要とされているのではないだろうか。

(窪川 眞佐美)

第5回 「精神障害者家族支援の実際③～相談支援センター・峡南保健所～」

本項では、前半において①「峡南圏域相談支援センターにおける相談実績」等の報告と、後半においては、②「峡南保健所における受診援助の実際」についての報告である。

①「峡南圏域相談支援センターにおける相談実績」

〈峡南圏域相談支援センター設立の経緯〉

平成18年障害者自立支援法施行に伴い、峡南6町の担当者が地域生活支援事業の必須事業の検討がされた。事業の大半は、6町歩調を合わせる形で要綱等が策定された。その中でも、相談支援事業については町単独設置が困難なので広域委託の方向になった。平成18年12月に指定相談支援事業を取った、「くにみ会」が委託を受けることとなる。

平成19年4月、市川三郷町の協力のもと、六郷ふれあいセンターの事務室と相談室を借用し、相談支援専門員2名と地域療育コーディネーター1名の計3名のスタッフを配置し、訪問・来所・電話相談を開始した。現在は、平成21年度より県委託事業（圏域マネージャー）を受け、1名が配置されるなど計5名のスタッフ体制で相談支援事業を継続している。

相談業務は、24時間、365日に対応を行っている。また、相談支援に伴う関係機関との連携を密にして困難事例等への対応を行っている。さらには、施設入所者や入院中の方で地域生活を希望する「地域移行」の相談や、障害者の権利擁護を意識した支援も行っている。

相談支援に対する基本的な理念は、相談支援者が諦めない意識を持ち、障害を持つ方が、その人らしく、当たり前暮らせるよう寄り添って相談支援を行うとしている。

〈相談支援内容〉

a)生活関係、b)就労関係、c)福祉サービス関係、d)医療保健関係、e)教育関係、f)その他と多岐にわたっている。これらの相談支援を行うことで、障害者とその家族支援を展開している。

〈町村別人口及び手帳交付者数〉

町村名	人口	身障手帳	療育手帳	精神手帳	手帳保持者数
市川三郷町	18,112	880	118	129	1,127

西八代郡計	18,112	880	118	129	1,127
富士川町	17,147	745	123	91	959
早川町	1,373	103	14	11	128
身延町	15,570	993	144	127	1,264
南部町	9,561	502	61	51	614
南巨摩郡計	43,651	2,343	342	280	2,965
峡南圏域計	61,763	3,223	460	409	4,092

人口：平成 22 年 10 月末現在

身体・療育・精神手帳：平成 22 年 10 月末現在

〈峡南圏域相談支援利用者数〉

H		実人数	身体障	重症心身	知的	精神	発達障害	高次脳	その他
21 年 度	障害者	148	24	3	63	56	2	0	0
	障害児	29	1	2	19	1	2	0	4
	計	177	25	5	82	57	4	0	4

(篠崎 秀仁)

②「保健所の受診援助の実際」

保健所における受診相談とは、医療にかかりたいという方の相談を受けること。具体的には、どのようにして医療に繋げるのか、そのための段取りを組むことも受診相談だと思う。また、当日、介入して医療に繋げることも受診援助といえる。

ここでは、4種類の受診援助を紹介したい。

a) 受診相談

- ・ご本人が直接的に相談される場合は、少ない。
- ・ご家族等が相談される場合は、多い。

b) 受診のためのマネジメント

- ・医療機関の選定（情報提供）
- ・家族受診（つなぎ）
- ・受診日の決定
- ・受診に際しての留意事項等を協議、調整
- ※リスクマネジメント（警察官通報、23条通報）

c) 当日ご本人が受診するためのお手伝い（事例の紹介）

- ・事例A（統合失調症） 再
58歳 女 父親と同居
- ・事例B（ひきこもり） 新規
36歳 男 両親の母屋の離れに独居
- ・事例C（アルコール依存症） 新規
66歳 男 妻と2人暮らし
- ・事例D（アルコール依存症） 再
45歳 女 両親、姉家族と同居

d) ハード救急

(精神保健福祉法警察官通報対応)

- ・ 24時間365日オンコール
- ・ 調査⇒移送⇒診察の立会い⇒告知

平成21年度 受診相談の対応数

	電話相談	来所相談	訪問相談
峡南保健所	289	68	105
県全体	3,202	396	765

(石川 一仁)

4 おわりに

精神障害者に対する相談支援活動に必要なことは、精神障害者のニーズである精神科医療ケアと生活支援サービス等が満たされなければならない。今回の研究会では、精神障害者家族支援について、山梨県行政機関や、精神科医療機関および相談支援事業所の取り組み経過などを紹介していただいた。また、市町村では支援事例への取り組み経過等を紹介していただいた。

それらの結果、峡南圏域には精神科医療機関が無い、無医地域であっても、様々な家族支援システムや地域ネットワーク、支援方法などが組み込まれた実践報告であったことが分かった。そして、峡南圏域では、限られた人的・物的資源を「峡南圏域流」に機能させた実践活動があったことが発見であった。

しかし、そろそろ地縁関係の地域力に依存できなくなる時期が訪れるであろう。その時に向けた新たな社会資源の開発が必要なのかもしれない。その一つの提案としては、山間部の集落の中に比較的、人の交流が認められる場所などを探す。その場に、日中活動の場と住む場所を兼ねた「峡南圏域流」の混合型グループホームを建てる。その結果、新たな福祉サービスの創設に繋がり、雇用の場の確保にも繋がるのではないのか。

また、現状維持であると峡南圏域の現実課題である精神科医療ニーズは満たされる時期を失ってしまうであろう。医師の確保には、前記のグループホームに定期的な医師の訪問型診療の空間を設けておけば、診療所機能も果たせるのではないだろうか。合わせて、精神疾患の治療に必要な医療的ケアが受けられるとなれば、統合失調症をはじめ、認知症の方、薬物依存の方、アルコール依存症の方など精神疾患を抱えた人たち、身体的慢性疾患の方たちなど、さまざまな生きづらさを抱えた者たちの居場所となるかもしれない。

精神疾患は、身体疾患と同様に時には緊急対応が必要な時もある。また、通常に通院生活では、継続的に保証された環境が整備されていることが必要でもある。精神障害者やその家族にとっての頼みの綱である県立北病院までは、役場から60kmも離れていた。仮に役場の公用車を使用しても片道2時間を必要とする距離であった。その環境は、いつになったら改善されるのであろうかと思うと不安全感が残ってしまった。

事例の報告者や研究会の参加者らは、昼の業務を終えて大学まで駆けつけてくださった。月に1回とはいえ、ご家族等の大きな犠牲のもとで成り立っていた研究会であった。この場を借りて、参加者およびご家族の多々たちに御礼を申し上げたい。(反町 誠)