

医療と福祉の関係をめぐって

医療と福祉の関係はどうあるべきか

藤井克徳

(日本障害者協議会・共同作業所全国連絡会)

1. 動き出した社会福祉・障害者施策の見直し 動向と精神障害者施策

「社会福祉基礎構造改革」なるものが忽然と姿を現し、社会福祉制度の根幹的な見直しがすすめられようとしている。社会福祉法人や措置制度のあり方、施設体系の見直しなど、精神障害者施策にも大きな影響が出てきそうである。

障害者プランについては、策定後3年目に入ったがその進捗状況ははかばかしくない。もともと、数値目標の低さなどで不十分さの目立つプランであったが、国財政の悪化のあおりを受けさらに後退を余儀なくされそうである。とくに、障害者プランの裏打ちを成す市町村障害者計画については、その策定状況が注目されることである。昨年(1997年)3月時点で17.9%であったが、本年は20%台とやや伸びているが低迷の域は出ていない。市町村障害者計画において、精神障害者施策がどの程度明記されているか、これも大きな注目点であるが、昨年の3分の2程度(68.7%)からそれほど好転していない。

なお、来年の通常国会において、次の障害関連の法律が改正される予定である。精神障害者の地域生活を考えていく上で極めて重要である。

- ①社会福祉事業法
- ②身体障害者福祉法
- ③精神薄弱者福祉法
- ④精神保健及び精神障害者の福祉に関する法

律

⑤民法(成年後見人制度創設)

⑥年金法

2. 現行制度の問題点(地域での実践の発展を 阻んできたもの)

精神障害者に対する地域生活支援策の拡充の必要性が唱えられて久しいが、遅々として進捗を見ない。そこにはさまざまな要因が見られ、かつこれらの要因が複合汚染ふうに関連し合いその拡充を妨げているのである。以下、その主要な点について略述する。

1) 社会福祉施策の貧困・改革の鈍足性

地域生活を支えるための社会福祉制度は、極めて希薄である。問題を詳細に見ていくと、さらにいくつかの要素に分けられる。その第一は、他障害者(身体障害者・知的障害者)対象の福祉制度との格差が甚だしいことである。第二に、遅れているにもかかわらず改革の速度があまりにも鈍いことである。第三は、社会福祉施策を促進するための根拠法令が確立されていないことである(現行の「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」は、社会福祉分野に関する本格的な根拠法令とは言い難い)。

2) 福祉的な社会資源の絶対数不足

1987年の精神保健法制定(精神衛生法からの改正)に伴って制度化された社会復帰施設であるが、その数は一向に伸びない。1997年10月1日現在で、そのすべてを合わせても348カ所に

すぎない(生活訓練施設・福祉ホーム・通所授産施設・入所授産施設・福祉工場)。これらの総定員数は6千人足らずで、実利用者数となるとその70%程度に留まっている。最大の問題点は絶対数不足であるが、設置が進まない背景として次の点があげられる。その第一は、これらの社会復帰施設を設置しようとする、法人格取得のための基本財産の準備(社会福祉法人取得に際しては、基本財産として土地が必要)や施設建築費の自己負担金(実質的には総工費の半額程度)の確保など、莫大な経費がかかることである。第二は、設置後の運営にあたって支弁される公費が非常に少なく(他障害の同類施設制度と比べて)、関係者のあいだで設置の意欲が湧いてこないということである。

結果的に、現状では生活訓練施設及び福祉ホームを中心に医療法人経営による社会復帰施設がかなりの数を占めている。それらの中には病院敷地内設置のものも少なくなく、地域生活を支える社会資源というよりは、さながら「準病室」「第2精神病院」そんなイメージである。

社会復帰施設以外に、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)や地域生活支援センターがあるが、いずれも有効値とは言い難い。

3) 市町村行政の無責任性

高齢者や身体障害者と異なって、精神障害者に対する市町村の行政責任は法的には何ら規定がない。したがって、障害者プランにもとづく市町村障害者計画にあっても精神障害者に関する記載はあいまいなものに留まっている。しかし、精神障害者も住民の一員であり、基礎自治体における格差のない対応が求められる。具体的には、①精神障害者に関する施策の権限を、現行の都道府県から市区町村に委譲する②障害者基本法第2条第2項を改正し、市町村障害者計画の策定を義務規定とする、が急がれよう。

4) 求められる医療機関(医療関係者)の姿勢転換

社会福祉制度が立ち遅れている主要な要因は、前述してきたとおり、法制面の不十分さに尽きよう。加えて、こうした状態を放置してきた問題についても、明確にしておく必要がある。そこには、「医療中心主義」「医療完結主義」こうした考え方が横たわっていたように思う。もちろん、医療は精神障害者の処遇のベースを成すものであるが、その視点のみで地域生活全体までもというのには無理がある。疾病(症状)偏重の精神障害観に社会福祉分野の育成が阻まれ、今日の医療偏重の施策体系につながっているのである。行政とあわせ、医療機関の責任もまた問われるところであろう。

3. 地域生活支援の基本視点と近未来像

1) 堅持すべき4つの視点

- ① 即応性
- ② 総合性
- ③ 系統性
- ④ 選択性

2) 地域生活を支えていくための4つの基本施策

具体的には、①働く場・活動の場、②生活の場(住まい)、③所得保障、④人的支援、の4分野の施策で、これら一つひとつの質と量をいかに豊富にしていくか、ということである。

ここで大切なことは、4つの基本施策は決して精神障害者に限られたものではないということである。すべての障害者に共通しているといっておかろう。もちろん、この基本施策に加えて障害種別からくる固有のニーズへの対応は十分に成されなければならない(精神障害者の場合は、医療や保健分野は不可欠である)。身体障害者や知的障害者の地域生活支援策について

もまだまだ十分ではなく、その水準アップに向けては全障害がこぞってとり組んでいく必要がある。以下、4つの基本施策について近未来像まで言及できるかどうか別として、あるべき姿について略述する。

① 働く場・活動の場

まず第一にあげられるのは、働く場・活動(アクティビティ)の場についてである。言い換えれば昼間の有意義な過ごし方をどのように形づくるのかということになる。障害の程度や年齢などの条件から、①一般就業(雇用タイプ)、②高生産性の就労の場(福祉工場タイプ)、③中生産性・トレーニング機能の就労の場(授産施設・作業所タイプ)、④就労にこだわらない活動の場(福祉型デイケアタイプ)、の4タイプが必要となる。

一般雇用タイプについては、現行の「障害者の雇用の促進等に関する法律」への全面適用が早急に実現されなければならない。雇用関係が継続するか否かは、種々の要因によって規定されようが、ここでは本人への直接支援策に限って記すこととする。詰まるところ、人的な支援が基本策である。支援のポイントは二つ、すなわち①就職時および就職後一定期間(最初の1カ月が大切、最大6カ月)の同行勤務②長期にわたる相談・励まし・訪問支援、である。それを担う人がポイントとなるが、就職直前に在籍していた社会復帰施設のスタッフを含め柔軟に考えていく必要がある。ボランティア的な形ではなく、制度化していくことが肝要である。

福祉工場タイプ、授産施設・作業所タイプ、福祉型デイケアタイプについては、本人の能力や適性、関心、年齢などの条件によって選べるようにすべきである。同一の基礎自治体内に、あるいは同一の運営組織で複数の授産施設や作業所を運営している場合は、交流や移籍できる

仕組みを確保しながら、上記の視点に沿って機能を分かち合うことが有効と思われる。なお、医療機関におけるデイケアが増えているが、利用者を見ていくと特別な医療ケアの必要ないケースも見受けられるという。これらについては、非医療機関としての福祉型デイケア制度を創設し、社会福祉・社会教育的な視点からのサービスや活動内容が提供されるべきである。また福祉工場タイプや授産施設・作業所タイプについては、仕事上の共通課題を多く設定しながら他障害との共同利用についても積極的に推進していくべきではなからうか。

② 生活の場・住まい

第二の施策は、生活の場(住まい)である。生活全般を通して最も長い時間身を置くのが生活の場、すなわち住宅(住居)である。それだけに住環境の持つ意味は大きく、疾病や障害の安定の可否に関係する場合もあろう。

その基本形態は3タイプであり、支援策のポイントは人的な支えということになる。3タイプとは、①一般物件借り上げ(または自己所有)による独立生活(単身または夫婦)、②グループホームでの生活、③家族(親または兄弟姉妹)との同居生活、である。これらの生活形態ごとに、あるいは個々の障害やニーズに応じて、ていねいな支援策が必要となる。生活の場についての今後の予測としては、単身住まいがその多くを占め一般住宅借り上げ方式に傾斜していくものと思われる。住宅探しの最低要件として、①遮音性が高いこと②住宅街であること(好利便性)③風呂(シャワー)付き④長期借り上げ可(更新手続きは繰り返しながら)などがあげられる。支援の内容は個々によってまちまちであるが、生活の場探しの時点にはじまって、とくに大切なのはヘルパーによる支援である。それも毎日短時間(10分間程度)ずつ、あるいは週に2~3

回で1回につき数時間、また食事供給のみの支援、一戸建て住まい(自己所有などの場合)でかつ単身者の場合は草むしりや塀の管理など環境整備面での適切なアドバイスなど、いろいろなパターンが考えられる。人的以外の支援策としては、家賃の補助や公営住宅の優先入居策なども有効であろう。

グループホームについては、そのあり方についてさらに深い検討が求められる。なぜならば、他人と居を共にすることそのものが不自然であり、プライバシーを最大限に尊重されなければならない住まいというテーマにあって、これに逆行しかねないからである。精神病院や大規模施設より一歩前進、そんな考え方がすすめられてきたかもしれないが、そろそろ本来的な姿を想定しながら制度や施策の構築を図っていくべきではなかろうか。もし、グループホームが有効性を発揮するとすれば、次のような場合であろう。その一つは、寂しいなどの理由で本人の意思でグループホームでの生活を希望する場合である。もう一つは、グループホーム制度を拡大解釈的に活用し、一定のエリア内に個々に住宅(自室)を確保するというもので、その総体をグループホームと捉える方式である。東京や他障害では既に試みられているが、例えばマンションの各階ごとにそれぞれが部屋を借り、ケアラーはその中間階に住むというパターンである。また半径150mぐらいの範囲に、同じく5～6人のそれぞれがアパートやマンションの部屋を借りケアラーはそれらの中ほどに住むというパターンなどが考えられる。近くに仲間がいることで寂しさを紛らわすことができ、食事を

含めた日常生活面での援助が専任のケアラーから受けられるというものである。この場合、もはやグループホームというものではなく一般住宅借り上げ方式の一形態と見た方がよいのかもしれない。

家族との同居タイプについては、同居者の大半が高齢化した親であり、家族もろとも支援していくという視点を欠いてはならない。例えば、障害がある者が買い物をして帰り、膝や足に故障があって表に出にくい親がそれを調理するといった事例はよく目にする。この場合、障害がある者がグループホームに、あるいは親が老人ホームに、となったとしたらたちまちその家の生活は成り立たなくなってしまうであろう。当人たちが同居生活を希望するのであれば、障害者施策と高齢者施策とを連結させ、ぎりぎりまでその生活形態を尊重し手厚く支援していくものでなければならない。

③ 所得保障(本文割愛)

④ 人的な支援体制(本文割愛)

以上、障害がある人々の暮らしぶりや地域生活支援のあるべき方向について述べてきた。医療中心主義・入院中心主義的な処遇が長かったわが国にあって、「地域生活支援」は制度的にも実践的にもようやく緒についたばかりである。まずは、自治体施策を含む公的な制度基盤を着実に固めていくことであろう。同時に、個々に対する支援の内容・方法の体系化やネットワークづくり、偏見や無理解に対する対応など、実践面についてもそれぞれの地域特性を生かしながら、これを発展させていかなければならない。