

第12回世界精神医学会横浜大会

精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

2. 精神保健福祉士の当面の課題：生活モデルの推進

木 太 直 人（東横恵愛病院）

はじめに

1997年12月に精神保健福祉領域で働くソーシャルワーカーの国家資格が精神保健福祉士法として成立した。そのちょうど10年前に精神衛生法が精神保健法に改正され、精神障害者の人権擁護と社会復帰が法の理念に取り入れられ、ようやく日本も遅まきながら精神科病院を中心とした施策から地域を中心とした施策へのシフトの素地が作られたと言える。

この1987年からの10年間に、精神障害者を取り巻く社会状況は激しく変化してきた。1993年の精神保健法改正、同年の障害者基本法の制定、1994年の地域保健法の制定を経て、1995年には精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（精神保健福祉法）が成立した。また、1996年に障害者プランが初めて数値目標を伴う形で策定されている。

実は、日本におけるソーシャルワーカーの国家資格も1987年以降大きな動きがあった。1987年に社会福祉士および介護福祉士法が成立し、ソーシャルワーカーの国家資格が初めて誕生したが、社会福祉士は福祉の領域に限定され、医療領域を含まない職種として法制化された。一方医療領域のソーシャルワーカーの国家資格は、1990年頃より仮称・医療福祉士として具体的に検討されたが、関係団体間の調整がつかず成立には至らなかった。その後、1994年より日本精神保健福祉士協会の前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が国家資格化への精力的な運動を展開したのである。

精神保健法が制定されてちょうど10年後の1997年に、精神保健福祉士法が成立したのは、まさに時代が精神保健福祉士の資格を要請していたことに他ならない。精神障害者の社会復帰や社会参加の促進を担うマンパワーの養成がまったなしの状況にあったとも言えるのであろう。

国家資格化から今年ちょうど5年となる。資格が誕生して10年後つまり今から5年後の2007年までに、果たして精神保健福祉士がどのような役割を果たし得ているのか、資格化の意味がまさに問われるこれからの5年となると思われる。

そこで、まずこれまでの5年を振り返り若干の検証を行ったうえで、新たな5年の課題を自分なりに提示してみたいと思う。

1. 資格化から5年、精神保健福祉士は
その役割を果たしているか？

精神保健福祉士の国家資格は、法律の規定にあるとおり精神障害者の社会復帰と社会参加の促進を担う職種として規定された。特に、世界で最も精神科のベッド数が多く、入院期間も突出して長い日本の状況にあって、社会的入院の解消と地域生活支援の推進はまさに精神保健福祉士が担う役割として大きな期待が寄せられている。

しかし、資格化からこれまでの5年の間に、私たちはその期待にどれだけ応えられてきたのかと問われると、心もとないものがある。すでに、国家試験に合格した人は1万3千人を超え、実際に現場で働いている人はその半数を上回ると思われる。これらの精神保健福祉士が、どれだけ社会的

入院の解消を自らの使命と感じ、どれだけの社会的入院者を地域に再び戻すことを行いえたのであろうか。たしかに、この5年間にわずかながら在院患者の数は減ってきた。しかし、それは精神保健福祉士の関与と言うよりは、もっと他の因子、例えば老朽化に伴う病棟の建て替え時に施設基準によりベッド数が減ったといったことによると考える。

一方で、この5年間は地域生活支援を推進する制度的条件が整備されていった時期でもある。1999年の精神保健福祉法改正によって社会復帰施設は地域生活支援センターを加えた5類型となり、同じ年に社会福祉協議会を中心に地域福祉権利擁護事業がスタートした。また、2000年には民法の改正による新たな成年後見制度が施行され、社会福祉法の成立により福祉サービスがいよいよ契約の時代を迎えることとなった。なお、同法により従来の小規模作業所の法内施設化の道筋が立てられている。そして、今年2002年、いよいよ市町村が実施主体となった精神障害者居宅支援事業が始まった。特に、ホームヘルプサービスの導入は、従来精神障害者の居宅生活実現の隘路のひとつとなっていた生活障害あるいは生活のしづらさをアウトリーチのサービスによって補完しようとする試みでもあり、大きな期待が寄せられているところである。少なくとも従来家族による支えという極めてインフォーマルなサービスへの過大な期待や押し付けは、精神障害者の支援という社会全体が担うべき責任を放棄することであると、自戒的に受け止める必要がある。

このように、制度的には不十分ながらも社会的入院者と言われてきた人々を社会が再び迎え入れるための下地は作られつつあるが、実際には精神障害者の複雑かつ多様なニーズを充足するだけの社会サービスの充実、つまりは精神障害者が市民としての権利を享受できるだけのインフラ整備は緒に就いたばかりともいえる。

結果的には、社会的入院の解消への本格的な取り組みはこれからということになるし、その中心的な役割を果たすべき精神保健福祉士のかかわり

も不十分であったと言わざるを得ない。

2. これからの5年、精神保健福祉士は何をすべきか？

それでは、あらためてこれからの5年間、私たちは何をすべきか。社会的入院の解消に焦点を絞って考えると、やはり昔から言われてきた病院と地域の架け橋としての役割・機能をきちんと果たすことがまず求められると考える。

国は来年度以降の新たな予算事業として「社会的入院の解消のための退院促進事業」の導入を予定しているようである。これは、すでに大阪府において取り組みが始まっている事業を1つのモデルとして取り組もうとしているものである。具体的には、委託を受けた地域生活支援センターが、自立支援促進協議会を組織して退院を希望する社会的入院者の自立支援計画を立て、地域生活を促進することを目的としているらしい。この事業のコーディネートと直接的支援の役割は、当然ながら精神保健福祉士が想定されていると考えられるし、支援をするスタッフが入院中の病院まで出かけて、病院の精神保健福祉士等と連携を取りながら退院希望者のニーズを充足していくことになる。いわば病院に入院している精神障害者へのアウトリーチサービスとも言える取り組みが始まるわけであり、第三者的立場の人間が病院に出入りすることから、将来的には患者権利擁護制度（ペイシェント・アドボカシー）の実現にも繋がらうのではと期待しているところである。

また、社会的入院者の地域生活を実現するためには、なおいっそうの創造的な資源開発が精神保健福祉士に求められていると思う。もちろん、私たちの今までの経験から資源開発には市民と専門職の多種多様な協働が欠かせないのであろうし、個々の精神障害者のニーズを的確に捉える専門的な感性を備え、そのニーズを充足する方法を普遍化・資源化するコミュニティワークの技術が発揮されなくてはならないと考える。

さらに、病院において高齢化した長期入院者が、その残された人生を人間としての尊厳をもって穏

やかに過ごしていただくためにどうしたらよいのか、私たちは真剣に考えるべきだと思う。ハンセン病の教訓に学ぶならば、過去の誤った政策の犠牲者であり、その政策に基づいて運営された病院の維持に多大な貢献をされた高齢長期入院者に対しては、せめてもの償いとして特別拠出の慰労年金が補償されるべきではないかと、冗談ではなく考える。間違っても、現在の介護保険のもとで要介護とされた高齢者が生活の拠点を失い、老人保健施設を3ヵ月ごとに転々としながら特別養護老人ホームの空きを待つような愚を犯すことのないようにしたいと考える。

3. なぜ生活モデルか？ 医療・保健・福祉の統合、社会的包含のために

さて、ここまでは精神保健福祉士の果たすべき役割について持論を進めてきたが、今後、精神障害者の地域生活を支える継続的ケアが多層的に保障されていくためには、精神障害者にかかわるすべての専門職や政策の意思決定者らが、その活動領域や専門性の違いを超えて真に連帯していくための精神障害者施策に貫かれる共通理念（あるいは共通言語）の構築が必要である。そして、それは「ノーマライゼーション理念に基づく生活モデルの推進」ということに尽きるのではなかろうか。

長期にわたり継続的な支援を必要とする重度の精神障害者に、医学モデルあるいはパターンリズムに基づくかかわりに終始することが、その人の生活する力を奪いかねないことはすでに検証されているにもかかわらず、日本の精神科医療は未だに医学モデルの呪縛から解放されていない。確かに精神科医療にリハビリテーションモデルが導入されたことにより、精神障害者を「精神障害を抱えた人」として捉えなおす動きは出てきたと思う。しかしなお、多くの精神科病院にはペシズムが蔓延しているように思われる。

もちろん生活モデルが万能なのではなく、あるステージにおいては医学モデルに基づく医療がむしろ有効な場合もあるが、それはごく限定された時期に行われるべきである。生活モデルでは、精

神障害者を生活者として捉えるとともに、その生活を困難ならしめる問題をその人とそれを取り巻く環境との相互作用の中に見出そうとする。このことは、問題解決のためには、問題を抱える当事者へのはたらきかけと同時に、環境つまり社会へのはたらきかけが欠かせないことを示してくれる。

そして、生物・心理・社会・政治・経済そして文化といったそれぞれのレベルを統合するモデルの模索と推進はこれからも続けていかなければならないと考える。

4. 市民そして精神保健福祉 コンシューマーとの協働

もうひとつ考えておかなければいけないことは、市民との連帯あるいは協働ということである。精神障害者の社会生活は、当然ながら障害を今は持たない第三者との関係を否定しては成立しないことは明らかであり、専門職のみによる援助には限界がある。このことから市民を対象にして精神障害あるいは精神障害者の抱える生活のしづらさを啓発していくことが重要である。そのことによって、もし自分が障害を抱えたときには、どんな支えや援助があったら良いか、あるいはどんな環境のもとで医療や社会的サービスを受けたいかという視点が醸成されうると考える。また、啓発活動の担い手はなんといっても精神保健福祉サービスの消費者である精神障害者自身である。専門家による100の言葉より当事者自らの体験に基づく一言が、精神障害への理解と共感を何倍も与えることができることを私たちは体験的に知っている。

5. 失敗する権利の保障

まとめに入りたいと思う。私がこのところずっと考え続けていることは、ノーマライゼーションとは、たとえ精神障害があっても私たちがそうであるように、さまざまな失敗を通して成長することができる社会の実現、つまりは失敗する権利、リスクを負うことの尊厳を保障していくことなのだということである。

さらに言えば、精神障害者も市民としての権利

を享受することができ、なおかつ応分の責任を担うことができることが、真の社会参加なのではないかとも考える。

日本は、精神障害者が自ら責任を負うことの免除を前提として、彼らの生活権を奪う政策を長く取ってきた。

私たちは、偶然の出会いがその人の人生を大き

く変えていくという信念をもって、また、偶然が起りえない環境は慣れてしまうと安心かもしれないが、果たしてそこに人生の意味や楽しさを見出すことができるのだろうかという問いかけをしながら、与えられた課題を解決していかなければならないと考えている。
