

## スウェーデンにおける精神障害者支援から考える 日本の精神障害者地域生活支援の在り方

石田 晋司

### ■ 要約

スウェーデンにおける精神障害者支援の取り組みは他の欧米諸国に比べて、決して進んでいるものではなかった。しかし、精神科セクトリゼーションや精神保健福祉改革を経て、脱施設化を図り、できる限り精神障害者が地域で生活できるように支援を進展させてきている。その中で相談支援体制の構築は、精神障害者の地域生活支援に大きく貢献している。

日本においても、地域で医療機関や社会福祉サービス事業所など、それぞれの関係機関の役割と協議会等の会議の役割を整理し明確にしながら連携し、相談支援体制を構築していくことが重要である。

本人参画や協議会、行政当局は必ずしも対立するものではない。相談支援体制を構築していく中で、本人主体はどのような状況で実現できるのかを、医療機関や地域の支援スタッフ、協議会等の委員がそれぞれの立場で考え、実践していく必要がある。

### ■ キーワード

スウェーデン 精神障害者 地域生活支援 相談支援体制 本人主体

### I はじめに

障害のある人が日常生活で自分の能力を十分に発揮できる社会を築くことは、スウェーデンの障害者政策の主要な目標である。この目標は現在、民主主義と人権の追求へと移行している。障害者の課題を社会福祉の問題の枠の中でのみとらえるのではなく、社会全体の問題としてとらえているのである。障害のある人が支援を受けるだけでなく、障害のない人と同じように、市民として権利を行使し、義務を果たす機会がなければならないという考えを実現するためには、障害のある人が社会サービスの分野に閉じ込められないようにする必要がある。スウェーデン社会は、障害者を含めたできるだけ多くの市民がアクセスしやすい社会を形成するよう努めながら、幅広い問題解決の

方法を模索している (Sweden Institute, 2006)。

当然のことながらこのような政策の影響は精神障害者支援の分野にも及んでいる。スウェーデンにおける精神障害者支援の取り組みは他の欧米諸国に比して決して進んでいるものではなかった。しかし、1995年に精神保健福祉改革 (psykiatrireformen) が行われるなど、急速な脱施設化を図るなかで、できる限り精神障害者が地域で生活できるように支援を進展させてきている。

本稿では、スウェーデンにおけるこれまでの精神障害者施策について概観し、地域生活支援の現状について報告した後、スウェーデンから見た日本における精神障害者の地域生活支援の今後の在り方について考察する。

### II スウェーデンにおける精神保健福祉施策の歴史

Grunewaldは、スウェーデンの精神保健福祉の状況を4つの時代に分けている。第1期は、精神病の行為に対する原始的な考えや宗教による解釈の時期である。その解釈は、1800年代の終わりにおいても「愚者」(dårarna)であるという見方を有していた。そして、親類に世話をしてもらえない貧しい病人は施設に収容された。第2期は1800年中期から1900年前半で、「愚者」は病気であると理解し始めるようになる。精神病患者は科学的研究の対象となったのである。人道的な方向性を与える大きな一歩である。第3期は1950年までの時期である。精神障害が医学の対象となった時期であるが、まだ医学の専門家による治療方法の発展はなかった。第4期は1950年から現在に至る時期である。精神医学が新しいイデオロギーに分断されることになる。多くの者が精神科の病気は心理学的な要因によって説明することができると考え始めた。一方で、精神病の器質的原因をさらに強く確信するようになっていく。それはその当時から使用され始めた新薬の効果の結果である(Grunewald, 2000a)。

本章では、スウェーデンの精神障害者の収容の時代から脱施設化の時代への概略を示す。

## 1 収容から脱施設化へ

1823年、国は9か所の精神障害者ための収容施設をつくることを決定した。1861年には、最初の「精神疾患を治療するための病院」(kurhospitalet)が建設されている。精神科病院数は1800年代にゆるやかに増加し、病床数の増加は1900年代に入って急激なものとなる。1900年に約4,000床であったものが、1967年には約35,000床になっている。これは、当時の人口1万人当たり、約50人の計算になる(Bülow,2005; Grunewald, 2000a)。

1960年代の欧米における新しい精神医療運動の波はスウェーデンにも影響を与え、新しい精神科病院の建設決定は、1956年が最後になった。その

決定を受けて1960年代最初に建てられた、エレブロのMellringe病院とボルネスのHälsinge病院の建設を最期に、新しい精神科病院は建設されていない(Bülow,2005)。また、1967年には精神科病院の管轄が国から県(Landsting)へ移行した。そして、一般の保健と病院医療、精神医療との統合が行われ、精神保健医療の社会化と地域化の方向性が示され始めた(Stefansson, Hansson, 2001)。

1970年代半ばからは、老いた患者が亡くなり、新しい患者は早期に退院することで、精神科病院の減少が始まる。1975年から圏域を定めて精神医療を提供する精神科セクターゼーション(psykiatriska sektorer)を開始し、1985年までにスウェーデン全土で135箇所の精神科診療所を設立した。精神科セクターゼーションは、ひとつの組織が定められた圏域内における通院・入院患者のすべての成人の精神科患者に責任を持つシステムであるが、この政策によって精神科の外来患者サービスの強化をめざし、精神科看護師や心理療法士、社会サービスの専門職など在宅ケアチームの専門職配置の拡大を推進し、各地域で入院治療が大幅に削減されることになる(Bülow,2005; Grunewald, 2000a; Pettersson, 2000; Stefansson, Hansson, 2001)。

スウェーデンの精神保健福祉における脱施設化は、2つの段階に分けることができる。その第一段階がこの精神科セクターゼーションである。この施策によって多くの精神障害者が地域で生活することになるが、支援が困難な精神障害者は、依然として施設等に収容されており、入院や施設支援の代替施策までには成り得なかった。精神科セクターゼーションは脱施設化のスタートとしてとらえられている(Bülow,2005)。

## 2 社会資源の整備と精神保健福祉改革

病床の減少が大規模に進んでくると、地域の社会資源は準備不足になった。また、県と基礎自治

体 (kommun) の連携が円滑に行われず、支援の提供が滞っていた。精神障害者が十分な支援を受けられないなか、精神障害者の家族に負担が重くのしかかるようになった。1994年には、精神科病院に約11,000人の患者が入院していたが、その半数近くが住居不足によるものである (Grunewald, 2000a)。

脱施設化の第2段階は、1995年に実施された精神保健福祉改革である。精神保健福祉改革の目標は、これまでの施設処遇から、適切な治療方法の開発のもと、出来る限り地域でのケアを目指し、精神障害者の生活を改善し社会参加への道を広げようとするものであった。この改革において、精神疾患により長期かつ深刻な機能低下があると判定された者、良好な生活条件を得るための支援が必要である者のケアを最優先することとし、社会サービスや精神障害者の支援の計画と調整に関する基礎自治体の責任も明らかにした (Stefansson, Hansson, 2001)。

1993年には障害者を対象とする援助およびサービスに関する法律 (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS) が制定され、障害者に対する地域資源の充実が図られる。この法律に先立って、1982年に、経済的、社会的安定と生活条件の平等、社会生活への積極的な参加の促進を目的とした社会サービス法 (Socialtjänstlagen, SoL) を施行、同年、医学的予防、疾病の診断・治療、保健・医療サービスに関する法律である保健医療サービス法 (Hälsa och sjukvårdslagen, HSL) が成立している (二文字, 2002)。

### Ⅲ 精神障害者支援における行政体系

スウェーデンの障害者支援のほとんどが、国、地方自治体で運営されているが、政府とスウェーデン国会は主に障害者政策と法律を通してガイドラインを確立する。政府機関には、教育、保健福

祉、雇用を含む特定の機関に対する国家の責任がある。県は全部で20あり、保健医療の責任を担っている。基礎自治体は現在290あるが、学校と社会サービスに責任を有している。スウェーデンの公共部門の多くは地方レベルにあり、障害者は主に基礎自治体か県を通して公共部門とつながっている (Pettersson, 2000; Sveriges kommuner och landsting, 2013)。

以下県レベルの医療サービス、基礎自治体レベルの社会サービスについて紹介する。

#### 1 県が担う精神医療

基礎自治体の社会サービス部門と障害者支援は、精神医療の拡充なしには機能しない。社会サービスは精神医療と良好で密接な関係を保たなければならない。県の職員も基礎自治体の職員のようにニーズと精神医療における今後の展望を理解しておかなければならない。他の保健医療と同じように、保健医療法には精神医療の目的を示している。専門的な保健医療の責任は県にあり、良質な医療とは、①患者が安心してかかることが出来るケアを提供し、利用しやすいこと、②患者の自己決定と尊厳の尊重を前提とする、③患者と職員の良い疎通性を促進する、④予防活動の推進、としている (Pettersson, 2000)。

精神医療と他の医療の重要な違いは、精神医療はさまざまな専門家とほとんど分離されていないことであるが、子ども、若者、犯罪のために調査と医療が必要な司法精神医療 (rättspsykiatri) に関連する者には別に専門分野がある。精神障害のある高齢者の医療を行う高齢者精神医療 (geropsykiatri) も専門的に扱われる場合があるが、ほとんどは一般精神医療 (allmänpsykiatri) において治療が行われる。青少年精神医療 (barn-och ungdomspsykiatri) は18歳未満の者に適用される (Pettersson, 2000)。

精神医療は精神病ケア (psykosvård)、一般

精神医療 (allmän psykiatri)、依存症、薬物依存 (missbruksvård/toxikomani) などに分類されている。アルコール濫用者、薬物濫用者のケアも精神科の役割であるが、精神病ケアは最も大きな分野であり、多くの患者は統合失調症の人である。一般精神医療の分野では、まず第一にうつ病や強迫性神経症などの精神疾患に関する治療を行う。

特別なケアとして強制入院があり、自傷他害のおそれがある非常に深刻な精神病の人のケアを行っている。強制入院は「精神科の強制入院に関する法律」(lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT) か「司法精神医療に関する法律」(lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV) のいずれかに従って処遇される。「司法精神医療に関する法律」で処遇されるものと「精神科の強制入院に関する法律」で処遇される者の違いは、「司法精神医療に関する法律」で処遇されている者は重大な犯罪を行い、そのために入院していることである。犯罪が深刻な精神障害の影響で行われたものであれば、裁判所はその者を精神科医療を受けさせるようにすることが出来る。罪を犯した精神障害者が退院するためには、裁判所の承認が必要である。「司法精神医療に関する法律」でのケアは特別な施設で行われている (Pettersson, 2000)。

精神医療で働いている主要な職員は、精神科医、看護師、心理療法士、社会福祉専門職、作業療法士、介護士 (skötare) などである (Pettersson, 2000)。

精神科の病床数は、精神保健福祉改革後も減少しており、現在約4,429床 (2008年) になっている (Socialsyrelsen, 2010a)。これは人口1万人当たり換算すると、4.8人程度になる。

## 2 基礎自治体が行う社会サービス

基礎自治体は障害者に対する社会サービスの責任を担っている。基礎自治体には、住民に安心できる生活を提供することへの最終責任があり、障害のある人々がいきいきとした生活を送ること

ができるようにしなければならない。衣食住に加えて、余暇、日用品、保健衛生などの生活扶助、家事援助、日中活動、その他のサービスによる在宅生活および周囲との交流の促進、社会サービスの情報提供、訪問活動、本人、家族に対する経済的手当などがそれにあたる (Berggren, 2000)。

また、基礎自治体は精神障害者の権利と社会的支援、生活保障についての決定をしなければならない。その際、県と協力して地域生活の計画を作成しなければならない。基礎自治体には障害者のための支援について県と協働する責任があり、この協働を実現するために、基礎自治体は支援計画を作成しなければならない。そして、その計画化の過程において、県、その他の公的機関、組織と協働しなければならない。これに対して、県は県の活動と他の組織の活動の協働のための計画を作成する義務がある。協働の目的は、責任の境界を明確にし、お互いに知識を共有することである。また、基礎自治体の職員は精神疾患の症状と現状の治療方法を認識しなければならない。県の職員は社会サービスが社会心理的もしくは教育的な方法を用いてどのように機能しているのかについて知らなければならない。治療という概念は精神医療分野だけに止まるものではない (Berggren, 2000)。

## 3 基礎自治体が行っている精神障害者への具体的な支援

スウェーデンにおける社会サービスの多くは、日本のサービスとほとんど同じ形態を有している。日中活動のサービス (daglig verksamhet)、ホームヘルプサービス (hemtjänst)、ガイドヘルプサービス (ledsgarservice)、レスパイトサービス (avlösarservice i hemmet)、短期入所 (korttidsvistelse utanför det egna hemmet) などである。また、恐怖症の人などが利用するタクシーなどによる移動支援 (färdtjänst) もある。レスパイトサービスは、

支援者が利用者の自宅へ訪問し支援する形態をとっている (Berggren, 2000; Grunewald, K. 2000b; Sjölenius, 2000)。

精神障害者のための住居形態が実現したのは1990年代である。特別な支援サービスの付いた住宅にはグループホーム (gruppbostad)、サービスハウス (servicebostad)、ナーシングホーム (sjukhem) などがある。住居支援 (boendestöd) は行政当局、医療支援、団体や近隣住民への連絡まで業務は幅広い。ホームヘルパーとの違いは、住居支援のスタッフは支援者が支援を提供するのではなく、利用者が自分でできるように支援する (hjälp till självhjälp) ことになっているところである (Grunewald, 2000c; SOU, 2006a; SOU, 2006b)。

グードマン (god man) やフェルヴァルタレ (felvartare) は成年後見人のことで、権利擁護、財産管理、身上看護の役割を担っているが、必ずしも法律関係者が携わっているわけではない。筆者が話を聞くことができたグードマンは、かつて精神障害者のグループホームのスタッフであったが、転職をして全く異なる職業に就きながらこの業務を行っていた。グードマンは、利用者の自己決定が可能で、相談者としての性格が強いのに対し、フェルヴァルタレは法的権限が強く、利用者の決定を代わりに行う (SOU, 2006b; Sjölenius, 2000)。

コンタクトパーソン (kontaktperson) は、精神障害者は人と接触を持つことが苦手な孤立しがちであることも多いところから、身近な相談相手として、簡単な問題を解決する手助けをしたり、余暇に時間を一緒に過ごしたりする。「社会サービス法」によるコンタクトパーソンは、通院の予約、教育コースの選択や申し込み、仕事探し、部屋探しなどの支援を行い、「障害者を対象とする援助およびサービスに関する法律」によるコンタクトパーソンは余暇活動や社会交流の推進を行っている (SOU, 2006b)。

パーソナルオンブズマン (Personligt ombud/以下POという。)の制度は、精神保健福祉改革を機に試験的に導入され、2000年から本格実施された精神障害者に特化したサービスである。POの支援の段階は、①接触を図る、②信頼関係の構築、③ニーズの把握、④支援計画の作成、⑤支援計画の実行、⑥支援の評価、⑦フォローアップの7段階に分けることができるが、これはケアマネジメントの手法と同じである (Socialstyrelsen, 2003)。POは2008年12月現在で、290あるコミュニティのうち250の基礎自治体で導入されている。活動件数は109に上り、300人分を超えるPOが活動に従事している (Socialstyrelsen, 2009)。POの支援を受ける方法は多様であるが、2004年と2007年の調査では、本人からの依頼 (sökt själv) と担当部局 (myndighet) からの依頼がそれぞれ3分の1を占めている。他に近親者・近くにいて信頼できる人 (anhörig/närstående) からの依頼、当事者の会 (brukarorganisation) からの依頼などがある (Socialstyrelsen, 2008)。

POは、現在スウェーデンの精神障害者地域生活支援にとって重要な役割を果たしているばかりでなく、その支援の在り方には、精神障害者を支援するための重要な考えが盛り込まれていると筆者は考えている。次章では、POの制度を具体的に紹介する。

#### IV 精神障害者の考えを制度に 反映するPOのシステム

本章ではPO制度の概要と具体的な活動内容を紹介する。POが与えられた業務を遂行するためには、さまざまな条件を必要としている。支援に関する大きな裁量権を与えられている一方で、一定の制限も受けている。POの制度の特徴には次のようなものがある。

## 1 POシステムの概要

### (1) 実施主体と対象者

POの活動の責任は、基礎自治体にある。小さな基礎自治体では複数の基礎自治体が共同でPOの事業を実施することができ、基礎自治体は民間に活動の運営を委託することもできるが、責任は活動している基礎自治体にある。対象者は、18歳以上の精神障害者で、長期にわたる相当程度の社会的機能障害があり、その結果日常生活に大きな支障をきたす障害を持っている者で、医療保健などの複合的なニーズがあり、さまざまな医療福祉等の関係機関の支援を必要とする者である。この中には、薬物依存との重複障害のある者やホームレスも含まれている (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

### (2) POの基本原則

POの業務は生活モデル、ストレングスの原則に則っている。つまり、当事者の生活上のニーズや要望に焦点を当て、診断や治療にこだわらない。焦点となるのは症状、問題、制限ではなく、当事者の健康状態や置かれた状況である。常に対象となる当事者が中心であって、支援者であるPOも当事者が選ぶことになっており、POが当事者を選ぶのではない。支援の過程も当事者が管理することになっている (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

### (3) POの独立性の確保と関連職種への干渉の禁止

POの役割は独立していなければならない。たいていの場合は基礎自治体が雇用主であるが、POの活動は基礎自治体が行う社会サービスとは、組織的にも、地域的にも、国や県や基礎自治体といった行政主体から独立した存在でなければならないとされている。それは関係当局に要求を出しやすくするためであり、また当事者との関わりにおいて、PO以外のすべての専門家グループの固有の仕事の枠組みに縛られずに、多様なアプロー

チを取りやすくするためでもある。

また、他職種への干渉は禁止されており、他の業務に惑わされず、“純粋な利用者の視点”(ett renodlat klientperspektiv)を貫くために関連職種とは一線を画さなければならない (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b; Socialstyrelsen. 2010b; 二文字他.2009)。

### (4) 連絡調整委員会 (ledningsgruppen) の設置

POの活動ごとに連絡調整委員会が設置されている。連絡調整委員会は基礎自治体および県、社会保険庁 (försäkringskassan)、当事者団体など関係行政機関で構成されている。保健医療やケア制度の不備を補足する役割をPOが担っているので、支援体制を整えるために、連絡調整委員会の意義は大きい (Socialstyrelsen. 2000; Socialstyrelsen. 2009b;二文字他.2009)。

### (5) POに対する研修

初任者はPOの経験者から3日間の研修を2回受講する。内容は、ネットワーク、法律、交渉術、倫理、POの役割、ストレスマネジメントなどである (Socialstyrelsen. 2009a)。

## 2 ヴァルムランド県におけるPO活動と連絡調整委員会の実際<sup>1)</sup>

この節では、POと連絡調整委員会がどのようにシステム化され、地域の精神障害者の支援に貢献しているのかを、ヴァルムランド県の例をもとに具体的に見ていきたい。

ヴァルムランド県は、人口約27万人でスウェーデンの中西部に位置する。ヴァルムランド県におけるPOの活動は2002年から始まった。活動の責任は基礎自治体にある。ヴァルムランド県には16の基礎自治体があるが、複数の基礎自治体が共同でPOの事業を実施している。活動拠点を4地域に分け、基礎自治体の一つであるカールスタットにヴァルムランド県全体の責任者を置いている。POは中心部に4名、西部、東部、北部にはそれぞれ

れ2名配置されている。2010年時点で、175名（男性69名、女性106名）のクライアントを支援している。依頼元の状況は、90名の精神障害者が自分でPOに支援の依頼を行っている。次いで行政等関係機関で55名、近親者等近くにて信頼できる人が19名の順となっている。また18歳以下の子どもを持っているものが70名、スウェーデン以外の国で生まれたものが18名含まれている。すべての基礎自治体にクライアントを有している。

それぞれの地域には地域連絡調整委員会（*distriktsgruppen*）を設置し、県には県全体を管轄する連絡調整委員会を設置している。地域連絡調整委員会は、PO活動を通じた地域のネットワークの強化と地域の制度の不備等を検討することを目的としている。委員は4地域の基礎自治体の社会サービス部門（*socialtjänsten i kommunerna*）、精神医療地域担当部門（*division psykiatri*）、精神医療以外の医療部門（*division allmänmedicin*）、職業安定所（*arbetsförmedlingen*）、社会保険庁、当事者団体である社会精神保健協会（*Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH*）と精神障害者協働機構（*Föreningen för Psykiatriskt Samarbete, FPS*）の地域代表者、当該地域のPOの責任者から構成されている。委員会はPOが招集し、開催頻度は年3から4回程度で、少なくとも2回は開催される。

連絡調整委員会の目的は、目標の概要の策定、業務の優先順位の決定、業務の視点や方法の把握、PO業務の促進、財務と組織の責任である。委員はそれぞれ4地域のコミュニケーションの行政責任者（*Kommunala förvaltningschefer från fyra geografiska områden*）、精神医療地域担当部門、精神科以外の医療部門、ヴァルムランド県社会保険事務所のサービス責任者（*chefstjänsteman försäkringskassan*）、職業安定所のサービス責任者（*chefstjänsteman arbetsförmedlingen*）、ヴァルムランド県社会精神保健協会、精神障害者協働機構、ヴァルムランド

PO活動の責任者で構成されている。各機関の活動の代表者は、その機関を代表し決定を行う権利を有している。会議は半年に2回開催される。POは年に一回参加することになっている。

このようにPOを含めた各部門の責任者がこの委員会の構成員に配置されていることは、支援体制や社会資源の調整と開発の決定に強い影響力を持つことになる。連絡調整委員会の重要な役割は、支援の構造的な問題に着手することであるが、POはその構造的な支援システムの欠陥を指摘し、システムの開発に重要な役割を果たしている。これはPOが精神障害者個人の支援の連絡調整役を担っているだけでなく、利用者の視点から社会資源を構築していく役割を担っていることを意味している。連絡調整委員会はPOの具体的な業務を方向づけるだけでなく、POの対象グループに含まれない精神的な機能低下に陥っている人々の状況を改善するために、間接的に、対象グループだけでなく戦略的な指針を示す役割を担っているのである（*Socialstyrelsen. 2010b; 石田, 2011b*）。

## V. 日本における精神障害者ための 脱施設化と地域支援体制の構築

これまで、スウェーデンにおける精神障害者支援の歴史と現状、POを中心とした地域生活支援の体制について述べてきた。スウェーデンと日本における精神障害者支援の最も大きな違いは、スウェーデンの多くの支援が、県、基礎自治体等の公的機関で行われているのに対し、日本における精神医療、社会福祉事業のほとんどが民間で運営されている点である。スウェーデンの脱施設化は他の先進諸国と比較しても劇的なものであったが、それはほとんどの支援機関が公的機関であるため、病床数の削減と地域支援への移行が計画的に行われ、比較的スムーズに進行したからである。脱施設化による病床の削減によって医療機関が財

政的問題に直面することはないであろうし、スタッフの雇用問題も医療機関で働いていた職員が、需要の増加した地域の支援者として働くことも可能である。

一方、日本においては、医療機関が民間運営であることから診療報酬等の誘導のよって脱施設化を図ろうとしているが、順調に進んでいるとはいえない。しかし、民間運営であることによるメリットも考えられる。日本の医療機関は民間であるがゆえにアクセスを容易にし、選択肢を豊富にすることもできる。これは社会福祉事業にも言えることである。

脱施設化においては、現在入院している人に退院してもらえるようにアプローチすることはもちろんであるが、いかに入院することなく生活できる環境を整えるかも重要である。通常、病気で数カ月も入院することはかなりの長期入院と考えられる。精神科の入院も1カ月を超える入院はなくなるように配慮されるべきである。精神障害者ができる限り入院をすることなく、地域で生活できる日本における条件をスウェーデンの地域支援を参考にしながら考えてみたい。

## 1 早期発見と地域定着の重視

早期発見には普及・啓発の推進と精神医療へ容易にアクセスできる状況をつくることが重要である。普及・啓発は、行政はもちろん、精神科病院や診療所も役割を担える。精神科病院ではすでに、残念ながら単なるイベントとしてのみ認知されているところもあるが、地域の住民に呼びかけてフェスティバルなどの催しを行っているところも多い。このような活動が精神疾患に対する偏見をなくし、予防と早期発見の一助となるように工夫されることが必要である。

また、精神科の診療所は近年増加しているが、診療所の医師以外の専門職合計は1名弱でスタッフが少ない（羽藤, 2012）。羽藤は、「ケースワ

ーカー1名を配置するだけで、入院先を見つけることも、職場、学校、精神科病院、他科の医療機関、福祉施設、介護施設などと連携をとりやすくなる」と述べている（羽藤, 2012）。診療所を拠点に精神保健福祉士が地域で活動することにより予防や早期発見の役割を果たす可能性は高い。また、もし入院したとしても、短期間で退院しやすい状況を整えるためには、診療所に病床設置を推進するのも一案であろう。

社会福祉サービスにおけるショートステイの推進も地域定着に欠かせない事業であるが、空室であることが多いと財政的に行き詰ってしまう。地域定着を推進するためには、これまでのサービスより幅広い利用が求められる。例えば気分転換のための利用、支援の継続性を高めるための定期的な利用、通常的生活より贅沢をするための利用など、生活の質を高めるために活用することも考慮すべきだろう。

教育の場における啓発活動も重要である。心の問題は小学校から大学まで学校において大きな問題になっている。スクールソーシャルワーカー等の配置により、学校を中心として心の問題について関心を広げていくことは、地域における啓発活動の力となり、精神障害者の地域定着に貢献するであろう。

## 2 社会資源開発のための専門職の配置

どのような形態でシステムを整えても、障害者すべてがそのシステムで変わることなく支援され続けることはありえない。状況が変動し、システムが古くなるからである。膠着したシステムの中では、新しい課題は支援の対象とならない。

POは、POの役割を果たしながら、それが新しい課題に挑戦できる仕組みを有している。なぜなら、PO自身が裁量権を持ち、精神疾患によって地域で困難を感じている人に対して柔軟に対応できるからである。POの対象者には、ホームレス



の人や日本における医療観察法の対象者、発達障害の人もある。支援の隙間を埋めるためには、常に状況が動いていることを認識し、そのための社会資源を準備しておかなければならない。特に精神障害者を対象とする場合、日本においてこの役割を担うのが最も妥当なのは、地域活動支援センター I 型の精神保健福祉士であると筆者は考えている。相談支援専門員が PO にもっとも近い日本の専門職であると考えられるが、介護給付による一件につき定額の報酬を与えられる仕組みでは、状況が変動する中での新しい社会資源の役割や社会資源開発の遂行、また地域で支援の対象になっていない障害者を支援することは、極めて困難である。

### 3 地域支援体制の構築と協議会等の役割の明確化

PO が地域の柱として活動できるのは、連絡調整委員会の存在があるからである。日本において、この役割を担っているのは協議会である。協議会は、支援体制のあらゆる場面を監視する役割を担っている。この協議会の委員は、支援をマネジメントする支援者と行政当局者であるべきである。また協議会の委員に情報を提供し、現場の現状を伝えるのは、地域で活動している様々な支援者である。それらの支援者もそれぞれに会議を開き、現状を伝える役割を担う。協議内容は、社会資源の開発のみでよいだろう。大切なことは、その協議会が機能しているのか、現場と相互に影響を与えあっているのかということである。協議される課題は、現状で解決可能なものと不可能なものがある。直ちに着手できることは遅くとも次回の障害者計画に盛り込み、時間が必要なものは、検討することを決定する必要がある。そしてそれらの構造を検証するシステムが必要である。

また、どのような事柄を協議しているのかを障害者から見ても分かりやすいものにしなければな

らない。社会福祉事業の追加や増大、社会資源の開発を考える場合、財源不足を理由に提案が通らないこともあるが、支援には常に財源が必要である。財源についても検討できる体制が必要である。

これらの支援の構造を支えるためには、現場レベルでの連携が最も重要である。民間での運営が主である日本においては、この連携が重要な課題となるであろう。連携による関係機関の役割分担を行う必要がある。その中での社会福祉事務所や保健福祉センター等行政当局の役割を明確化し、民間レベルでの業務の限界性についても協議すべきであろう。協議会等会議の役割を整理し明確にすることも大切である。また、業務が達成されているかを検証するシステムも必要となる。

### 4 長期入院者への退院支援

長期入院者の退院支援は、最も困難な支援のひとつである。状況を動かさないと、入院している精神障害者自身もはや退院を望んでいない場合も少なくない。直接、入院前の地域で生活ができるようにしようとしても、困難が増すであろう。障害者自立支援法の施行に伴って廃止されたが、精神障害者の社会復帰施設として利用されていた生活訓練施設を参考にした住居施設の創設や病院の近くに公営住宅を設置することも考えられる。財政的にも特別な配慮があつてしかるべきである。

## VI おわりに

支援される当事者がいて、柱となる支援者がいて、その周囲にさまざまな機関など社会資源を配置した支援体制図を描くことは容易である。障害者の自己決定やエンパワーメントを重視することを法律や通達に文章化することや協議会の方針とすることもできる。

しかし、そのようなこれまで蓄積されてきた考え方や手法を地域で具体的に実践していかなけれ

ばならない。最終的には国家レベルでの認識が得られるように働きかけなければならない。そのためには、ミクロレベルからマクロレベルまでを一連とする具体的なシステムを考案する必要がある。精神障害者の支援に精神科医、看護師、ソーシャルワーカーなどの多職種に渡る専門スタッフが関わるのはスウェーデンも日本も同様である。どの職種においても利用者にスタッフの視点を押しつけざるを得ない場面が生じ、強制的な支援が必要になることもある。

このような状況の中で、POは例外的な支援者である。POは利用者から与えられたPOの業務だけをもっぱら利用者の意思に沿って行い、その結果得た価値と知識を社会的に拡大していく専門職である。POは、純粋に精神障害者から吸い上げた生活の実情や意見を地域の会議で検討し、社会資源の開発に結び付けている。その意味では、ある程度自己決定を見込める精神障害者が対象となる。利用者の自由度が高まる分だけ、POの利用者に対する権限は弱くなる。しかし、POが築いた連携は利用者に対する権限となる。このように本人の意見をできる限り尊重できる支援者の存在をつくり、地域レベルの支援体制を確立することで、結果として利用者本人と行政当局など権限のある組織が意見を交換できるシステムを構築しているのである。それは最終的に精神障害者個人に届く相談支援体制を形成するためのシステムである。POは単なる仲介型のケアマネージャーとして紹介されていることもあるが、エンパワーメント型、あるいは社会資源開発型のケアマネージャーと考えられる。POにとって仲介は重要な役割である。しかし、それをどのように行うのか、そして、精神障害者との関わりの中で得たものをどのように社会に還元し反映させていくのかに、その活動の意義がある。

本人参画や協議会、行政当局は必ずしも対立するものではない。関連機関や住民と連携し、ネッ

トワークを形成する地域生活支援の要となる相談支援は、相談支援をする支援者だけでは成り立たない。支援している一人ひとりがどのような役割を持つかを明確にすることが重要である。その時、本人主体はどのような状況で実現できるのかを相談を受ける支援者だけでなく、連携しているスタッフ、協議会の委員等が役割を確認しながら、それぞれの立場で実践していかなければならないのである。

#### 謝辞

POに関する資料を快く提供して下さった、Anna-Greta Wirsénをはじめとするヴァルムランド県のPOの皆さんとカールスタット大学の皆さんに心よりお礼申し上げます。

#### 注

- 1) ヴァルムランド県のPOの活動状況は、ヴァルムランド県のPOの責任者であるAnna-Greta Wirsén氏から提供していただいた資料、Reglemente Ledningsgruppen Personligt Ombud Värmland、Riktlinjer för Distriktsgrupper Personligt Ombud Värmland、STYR-OCH LEDNINGSDOKUMENT -År 2007 och 2008 för verksamheten Personligt Ombud för funktionshindrade i Värmland-、STATISTIKUNDERLAG TOTALT Personligt Ombud Värmland 1:a halvåret 2010に基づいて作成した。

#### 参考文献

- 石田晋司他2010「スウェーデンのPersonligt ombud制度から考える日本の指定相談支援事業の課題」『総合社会福祉研究』第36号. pp.109-116
- 石田晋司2011a「スウェーデンの精神障害者地域生活支援を担うPersonligt ombudの支援観: ヴァルムランド県における調査をもとに」『社会問題研究』第60号. pp.119-127
- 石田晋司他 2011b「構造的エンパワーメントにおける精神障害者を支援するスウェーデンのPersonligt ombudの役割」『発達人学論叢』第14号. pp.143-149
- 二文字理明 2002「障害者－ノーマライゼーション思想の成熟」『スウェーデンに見る個性重視社会』桜井書店pp.103-121
- 二文字理明他 2009「スウェーデンにおける精神障害者の支援に関する基本資料の翻訳と解題（I）－社会庁通達2000年度第14号（社会庁）2000および新しい専門職の誕生・PO（社会庁2009）－」『発達人間学論叢』第13号. pp.1-20

- 羽藤邦利 2012 「精神科外来診療の概況」『精神保健福祉白書2013年版－障害者総合支援法の施行と障害者施策の行方－』 pp.143
- Berggren, B. 2000. *Hur kommunen organiserar sina insatser*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER. 74-80
- Bülow, P. 2005. *Psykiskt funktionshindrade i samhället -Epidemiologi, omfattning och behov-*. Hydén, L. (red.) Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Studentlitteratur, 83-103
- Grunewald, K. 2000a. *Den psykiatriska vårdens historia*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER. 12-20
- Grunewald, K. 2000b. *Individuella insatser*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 146-155
- Grunewald, K. 2000c. *Bostad*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 156-166
- Pettersson, S. 2000. *Hur landstingen organiserar sin slutenvård och öppenvård*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 66-73
- Sjölenius, B. 2000. *Juridik och psykiskt funktionshinder*. Grunewald, K. (red.) Psykiska handikapp. LIBER, 226-261
- Socialstyrelsen. 2000. Socialstyrelsens meddelandeblad nr 14/2000 November 2000
- Socialstyrelsen. 2003. Mål & metoder. Att arbeta som personligt ombud.
- Socialstyrelsen. 2008. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud (PO) till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport för 2007
- Socialstyrelsen. 2009a. Uppdrag att följa och vid behov utveckla verksamheter med personligt ombud (PO) till personer med psykiska funktionshinder – lägesrapport för 2008
- Socialstyrelsen. 2009b. Ett nytt yrke tar form - Personligt ombud, PO
- Socialstyrelsen. 2010a. Tillgång på vårdplatser
- Socialstyrelsen. 2010b. Personliga ombud -ledningsgruppens spejare i välfärdssystemet
- Statens offentliga utredningar (SOU:100). 2006a. *Boende och fritidsfrågor*. Ambition och ansvar. 241-264
- Statens offentliga utredningar (SOU:100). 2006b. *Psykiskt funktionshinder-åtgärder för delaktighet och tillgänglighet*. Ambition och ansvar. 323-346
- Stefansson, C-G. Hansson, L. 2001. *Mental health care reform in Sweden, 1995*. Acta Psychiatrica Scandinavica. (104) 82-88
- Sveriges kommuner och landsting. 2013. kommuner landsting och regioner ([http://www.skl.se/kommuner\\_och\\_landsting](http://www.skl.se/kommuner_och_landsting))
- Sweden Institute. 2006. Sweden.se-The official gateway to Sweden. Swedish disability policy

(いしだ・しんじ 四天王寺大学准教授)