

平成 1 1 年 3 月 1 9 日

大阪府知事

山田 勇 様

大阪府精神保健福祉審議会

会長 西村 健

大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の
生活支援施策の方向とシステムづくりについて

平成 9 年 4 月 1 1 日付、健第 5 3 号で諮問のあった標記について、別紙
のとおり答申します。

目 次

はじめに	1
第 1 章 答申に至る背景	2
一精神保健福祉施策の歴史一	
第 1 節 国の施策の経過	2
1 病院への収容	2
2 人権の擁護と社会的入院の解消	3
3 法的基盤の整備	3
4 自立と社会参加の促進	4
第 2 節 府の施策の経過	4
1 病院医療と地域活動の連携の不十分さ	4
2 こころの保健所構想の促進	5
3 地域生活支援施策の促進	6
4 生活支援のシステムづくりと当事者の参加	6
第 2 章 基本的な考え方	7
一精神障害者の人権の確立を目指して一	
第 1 節 精神障害を受け入れるということ	7
第 2 節 人権侵害の現状	8
1 社会的入院	8
2 地域住民の反対運動	8
3 地域生活支援施策の不備	9
4 欠格条項および精神科特例の存在	9
第 3 節 精神障害者に対する偏見について	10
第 4 節 施策整備にあたっての基本的な考え方	11
1 生活支援施策の枠組み	11
2 身近なところでサービスが利用できること	12

3	当事者の自己決定権が保障されること	1 2
第3章 生活支援施策の現状と今後の展開方向		1 4
第1節 現状と施策の方向		1 4
1	人権の擁護	1 4
	(1) 人権研修の推進、人材の養成	1 6
	(2) 人権侵害が起きたときの相談、取り組み体制の整備	1 6
	(3) 制度上の差別および欠格条項の撤廃	1 7
	(4) 社会復帰施設等の建設に対する反対運動への対応	1 7
	(5) 成年後見制度の確立	1 8
2	住まいの確保	1 8
	(1) 保証人や保証金についての支援施策の整備	1 9
	(2) 公営住宅の活用	1 9
	(3) グループホームの整備	2 0
	(4) 社会復帰施設の整備	2 0
	(5) 救護施設の整備	2 0
	(6) ショートステイ機能の充実	2 0
3	医療の確保	2 1
	(1) 安心して利用できる医療の整備	2 2
	(2) 社会的入院者を地域に戻す取り組み	2 2
	(3) 在宅生活への支援の充実	2 2
	(4) 早期治療への誘導	2 3
	(5) 医療関係者や救急隊員、警察官に対する研修の実施	2 3
4	相談、訪問体制の充実	2 3
	(1) 機関相互のネットワークの構築	2 5
	(2) 総合的なサービスの提供のためのケアマネジメント 機能の充実	2 6
	(3) 早期治療のための相談、訪問活動の充実	2 6

(4)	夜間・休日相談体制の整備	26
(5)	自宅から出ることができない精神障害者への支援	27
(6)	当事者活動への支援	27
(7)	スーパービジョン・システムの構築	27
5	活動の場の充実、就労・雇用支援	28
(1)	共同作業所への支援の充実	29
(2)	通所授産施設、福祉工場の整備	29
(3)	保健所におけるグループワークの充実	30
(4)	医療機関における精神科デイケア活動の充実	30
(5)	社会生活適応訓練事業の促進	30
(6)	就労・雇用支援施策の充実	31
(7)	障害者福祉センター機能の充実	31
6	啓発、地域交流の促進	31
(1)	当事者活動への支援および地域住民との交流の促進	33
(2)	精神保健福祉ボランティアの育成	33
(3)	教育現場での取り組みの促進	33
(4)	『人権教育のための国連10年 大阪府行動計画』 の具体化	34
(5)	多様な媒体を通じた啓発活動の推進	34
7	福祉サービスの充実	34
(1)	ホームヘルプ事業の実施	36
(2)	精神障害をもつ高齢者への介護施策の充実	36
(3)	精神障害者保健福祉手帳制度の充実	36
(4)	地域生活支援センターの整備促進	37
(5)	ひとり暮らしの精神障害者への支援	37
(6)	無年金精神障害者への対応	37
(7)	市町村障害者計画の策定と具体化	38

第2節 当面取り組むべき課題	38
1 『新長期計画』（“ふれあい おおさか 障害者計画”） の実現を図ること	38
2 地域での生活を支えるための施策を整備すること	39
3 障害者施策の総合化を進めること	39
4 精神障害者の当事者活動への支援施策を整備すること	39
5 精神保健・医療・福祉サービスの継続性を確保すること	39
第4章 総合的な支援システムの構築に向けて	41
第1節 当事者活動の意義および参画の促進	41
第2節 医療機関（法人）に期待される役割および地域の関係 機関との連携の促進	42
1 正しい理解の促進	42
2 地域との連携の促進	43
第3節 行政機関に期待される役割	43
1 府関係機関の役割	43
（1）府庁・精神保健室	44
（2）保健所	44
（3）府立こころの健康総合センター	45
2 市町村の果たすべき役割	46
おわりに	47
資料編	49
1．大阪府精神保健福祉審議会および臨時（生活・人権部会） 委員名簿	50
2．「生活・人権部会」審議経過	51
3．参考資料一覧表	52

はじめに

本審議会は平成9年4月に知事から「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」の諮問を受け、生活支援部会を設けて審議を行い、同年12月に中間答申を行った。しかし、その間に大和川病院事件が表面化し、精神障害者の人権侵害の実態が明らかになった事実を踏まえ、生活支援部会を生活・人権部会と改称し、精神障害当事者を含め新たな委員の参加を求め、人権を基本に据えた審議を行ってきた。また、部会に府関係部局の参加を求め、新しい審議会運営を試みた。

本答申は4章により構成されている。

第1章では、精神保健福祉施策の歴史について記述している。精神障害者に対する社会的な偏見や差別の固定化、また社会的入院といわれる問題はたぶん政策過程の中で生じたものであり、過去の精神保健福祉施策の問題点についての認識を深めることを目指した。

第2章では、精神障害者の人権の中身は何なのか、人権が保障された生活とは何かについて、精神障害当事者からの意見を中心に審議し、委員間での共通認識を深めた。

したがって、第1章、第2章の記述内容は本審議会委員の現状認識であり、問題認識でもある。本答申はこうした認識を審議の出発点としていることを理解していただきたい。

第3章においては、精神保健福祉施策の現状の問題点を整理し、今後、精神障害者の自立と社会参加を進めるために必要な施策の方向性について記述した。

第4章においては、総合的な支援システムを構築するための関係する団体や機関の役割と連携の必要性を記述した。

これまで、障害者施策から取り残される傾向が強かった精神障害者やその家族の願いを十分に勘案し、本答申で指摘している施策の整備が誠実に進められることを期待するものである。

第1章 答申に至る背景

—精神保健福祉施策の歴史—

精神障害者の自立と社会参加が基本理念に明記され、福祉施策の展開が図られるようになったのは平成5年（1993年）の『障害者基本法』にはじまる。平成7年（1995年）には『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』が施行され、医療に加え福祉施策の位置づけが明確にされた。さらに、同年12月には『障害者プラン』においてノーマライゼーションの理念の下に、身体障害者、知的障害者と同様に数値目標を盛り込んだ精神障害者施策が打ち出されることとなった。福祉施策の充実は精神障害者やその関係者にとって長年の願いであった。

第1節 国の施策の経過

1. 病院への収容

精神障害者が「治療」の対象として位置づけられたのは、昭和25年（1950年）の『精神衛生法』制定以降である。『精神衛生法』は、精神障害者の医療と保護を目的とする一方で、措置入院制度や同意入院制度の導入などの本人の意志とは無関係な非自発的な入院手続を定めた。『精神衛生法』制定は、私宅監置を廃止し、適切な医療と保護の提供を目指したものではあったが、治療の主体を当事者である精神障害者に置かず、治安的色彩が前面に出た法律であった。

当時、精神障害に対する治療方法が必ずしも確立していない状況の下で、精神病院への保護という名のもとに収容施策が選択され、精神病院の増設を招くことになった。精神障害者は精神病院に長期にわたって入院することとなり、生活の場である地域社会から隔離されることとなった。また、精神病院も社会から隔絶された場となり、精神障害者の人権を侵害する問題を多発させ、精神障害に対する偏ったイメージを形成し固定させることとなった。

2. 人権の擁護と社会的入院の解消

昭和59年（1984年）の宇都宮病院事件を契機に、精神病院内での人権侵害の実態や人権救済手続きの不備、精神障害者が治療および生活の主体として規定されていないことが国際的な問題となり、精神障害者の人権保護と社会復帰の推進を目的に昭和62年（1987年）『精神衛生法』が『精神保健法』に改正された。

『精神保健法』は、入院制度の改革とともに長期にわたって入院しているいわゆる社会的入院者が存在していることに対し、その解決を図るために社会復帰施設の整備促進を位置づけ、“病院から社会復帰施設”への施策展開を図ったものである。さらに、5年後の一部改正では、地域生活援助事業（グループホーム）を法定化するなど“社会復帰施設から地域社会へ”の施策の展開も図られようとしている。

3. 法的基盤の整備

『精神保健法』制定は“任意入院の原則”を柱にし、地域社会での生活の確立を図ろうとする第一歩であった。また、同時期に関連する法律の整備も行われ、『障害者基本法』や『地域保健法』が制定された。『障害者基本法』では精神障害者を、この法律が対象とする障害者として明記し、自立と社会経済活動への参加を目的に、他の障害者と同等に福祉施策の対象と位置づけた。また、『地域保健法』では地域保健推進の新たな枠組みが定められ、保健所の再編、役割の見直しが行われ、市町村の役割についても明確に示された。

そうした法改正のながれの中で、医療とリハビリテーションを中心とした『精神保健法』に、ノーマライゼーションの理念を具体化する福祉施策が加えられ、平成7年（1995年）に『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』（以後、『精神保健福祉法』と略）へと改正された。

『精神保健福祉法』は精神障害者に対する福祉施策の必要性とともに医療、リハビリテーションと福祉が総合的にかつ連続的に提供される必要があることを位置づけるものとなっている。

4. 自立と社会参加の促進

『精神保健福祉法』は地域社会での生活を目指す『精神保健法』のながれをさらに進め、地域での自立と社会参加をその目的に加えている。「社会復帰」が現代社会でのごく一般的な生活形態への復帰というイメージを持たせるのに対し、「社会参加」はそれぞれの価値観に基づいて多様な生活を組み立てていくことをイメージさせる。『精神保健福祉法』は、地域の中で、それぞれの価値観に基づいて、日々個々人の望む毎日が過ごせることをその目的としている。

また、国は『障害者プラン』を策定し、人口30万人を基本にした障害保健福祉圏域の設定とその圏域内での地域生活支援施策の計画的な推進を図ろうとしている。さらに、精神保健福祉士制度の導入など、精神障害者を生活者として、その人権を擁護し、住み慣れた地域の中でふつうの暮らしが維持できることを支援する施策展開を進めようとしている。

第2節 府の施策の経過

1. 病院医療と地域活動の連携の不十分さ

府においては、『精神病院法』の制定を受けてまず、府立中宮病院を開設している。『精神衛生法』の制定後には、精神衛生相談所の設置や府立病院精神神経科、公衆衛生研究所精神衛生部を開設している。

また、昭和40年（1965年）『精神衛生法』の一部改正以降、府内保健所に精神衛生相談員（現、精神保健福祉相談員）として社会福祉系職員の配置を行った。以後、府は保健所を精神保健福祉相談窓口としてきた。

昭和40年代前半（1960年代後半）には、大阪精神病院協会や大阪府断酒会、大阪府精神障害者家族会連合会などの法人設立が進められた。また、昭和50年代（1970年代後半）には、憩いの家活動への補助や高等職業技術専門校への受け入れ、社会生活適応訓練事業など先駆的な事業展開が行われていた。地域においては、保健所を核にして、グループワークや共同作業所づくりなどの事業展開が行われていた。

一方、精神病院においては、作業療法や精神科デイケア等を通じて社会復

帰に向けての取り組みもなされていたが、精神障害者の地域での生活基盤のなさや地域の関係機関との連携の不十分さ等により、長期入院を解消するに至らなかった。また、精神病院における精神障害者に対する暴力行為や拘束など人権を侵害する問題が多々みられ、治療目標が見失われかけていた時期であった。

府は治療環境の改善を図るために、病院の施設整備に関する助成を行ってきた。しかし、入院している精神障害者への社会生活の回復のための支援施策は不十分であった。特に精神病院におけるマンパワーの不足や職員の高齢化、職員への研修制度の不備などが背景として横たわっていた。入院中の精神障害者に対する病院外からの援助は、保健所からの個別訪問による援助が主たるものであった。入院中の多くの精神障害者、ことに長期にわたって入院している精神障害者は、閉鎖的環境の中で社会生活の力を奪われ、「施設症」といわれる社会生活への適応障害の状態となり、病院の中で苦悩と挫折感に満ちた管理の日々を過ごさねばならなかった。

2. こころの保健所構想の促進

府では新たな施策展開を目指すため、当時の大阪府精神衛生審議会（現、大阪府精神保健福祉審議会）に対し、「こころの保健所構想について」、次いで「精神科救急医療体制の整備について」を諮問した。

「こころの保健所構想」では、中核施設となる精神保健センターの整備と地域生活支援施策および保健所業務のあり方について、昭和63年（1988年）に答申を行った。審議会からの答申を受けた府は、こころの健康総合センターの整備を行うとともに共同作業所への運営補助事業、社会復帰施設整備事業などを開始した。

「精神科救急医療体制の整備」に関しては、平成2年（1990年）に答申を行っている。府はこの答申に基づいて、大阪精神病院協会の協力を得、「精神科救急医療体制整備運営事業」を開始している。

また、府は昭和58年策定した“障害者対策に関する大阪府長期計画”において限定的にはあるが精神障害者施策を位置づけ、平成6年3月策定の“ふれあい おおさか 障害者計画”（以後、『新長期計画』と略）では、

社会復帰関係施設などについて数値目標を盛り込んだ。

3. 地域生活支援施策の促進

『精神保健福祉法』施行後には、府は「地域交流事業」の実施や「地域生活支援センター」の整備に取り組み始めた。また、精神障害者保健福祉手帳制度の充実に努めている。こうした施策の促進を図るとともに、救急医療や社会復帰施設の整備も継続した取り組みを必要としている。

医療や福祉施策面においては、その施策内容は以前と比べると多様化しているが、量、種類ともまだまだ十分なものとはなっていない。他の障害者施策との比較においても、精神障害者が利用できる福祉サービスは立ち遅れている。

また、利用者の主体的な声をサービス内容に反映するという点でも不十分であり、精神障害者やその家族が安心できるものとはなっていない。精神障害者や家族がそのニーズに応じて、必要とするサービスを必要な時に適切に利用できるシステムづくりを進めることが緊急の課題となっている。

4. 生活支援のシステムづくりと当事者の参加

こうした背景のもとに、府は平成9年（1997年）4月に、本審議会に対し「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」を諮問した。本審議会では、同年12月に中間答申として、「地域生活支援センターのあり方」についての意見具申を行った。

平成10年（1998年）4月からは、府は大和川病院事件の反省を踏まえ、医療・福祉サービスの利用主体である精神障害者および民間人権団体の有識者を「大阪府精神保健福祉審議会」の委員として選任した。

本審議会では新委員の参加を得、人権の観点から精神保健福祉施策を見直すことを明確にするため、部会を「生活支援部会」から「生活・人権部会」に改編し、精神保健福祉サービスの利用者の視点から精神保健福祉施策の充実にむけての論議を深め、今回の答申に至っている。

第2章 基本的な考え方

ー精神障害者の人権の確立を目指してー

本審議会は、臨時委員として精神障害当事者の参加を得た。本審議会では、当事者の参加の意味を明確にするため、本章において、当事者にとって精神障害をもつことの意味、当事者が自立と社会参加に向けてどのような思いをもっているのかについて審議した内容を記述する。本審議会では、こうした審議過程を踏まえ、今後の精神保健福祉施策の基本的な考え方についての提言を行うものとする。

第1節 精神障害を受け入れるということ

人は皆、精神的・肉体的限界を超え、ストレスにさらされ続けると発病に至ることになる。逆に言うならば、発病というメカニズムによって直接死に至ることを回避し、生命の保持を図ろうとしている。精神障害も身体的疾患と同様に、まさにそうしたメカニズムのもとで個体が疲弊を来した状態であり、人は誰しものが発病する可能性をもっている。

しかし、精神障害をもつことは、偏見や差別などの社会的意味が付加されることとなり、「社会的」生命そのものが否定される事態に直面する。精神障害者にとって、精神障害を受け入れることは、まさに精神障害がもつ社会的意味そのものも含めてわが身に受けることを意味する。

精神障害者は、その精神障害を受け入れることによって新たな人生を再構築することが可能となる。しかし、「精神障害を受け入れ」「病を治す」ことにおいても、また、「障害をもって生きる」ということにおいても、精神医療の貧困さ、精神障害者を危険視する社会的偏見、さらに欠格条項等による社会的不利益等が相まって、その作業を極めて困難なものにしている。精神障害者にとっては、精神障害を受容することは高い、大きなハードルとなっている。

精神障害についての理解を促進し、精神障害者の権利を回復し、人権が侵害されないようにする施策を進める際、こうした背景に関する基本認識がなければならない。

第2節 人権侵害の現状

精神障害者の人権侵害は、主体性をもつ一人の人格として認められていない状況のもとで、生命を守るための適切な医療、生活を支える福祉サービスが提供されず、住み慣れたところでの生活を回復し維持する機会が奪われることに現れる。精神障害者の人権の問題を語る時、まず、人権侵害の実態について共通した認識を深めることが必要となる。

精神障害者に対する人権侵害は、精神病院での社会的入院、社会復帰施設設置をめぐる地域住民の反対運動、自立と社会参加を進めるための施策の不備、欠格条項等に具体的にみることができる。

1. 社会的入院

社会的入院は、第1章で述べたように精神障害者の社会的隔離を進め、精神病院の中にしか生活の場を確保してこなかった精神保健福祉施策のあり方に起因するものである。また、精神障害者に対する行動や通信・面会の制限、一律的な金銭管理は、病気による生活の能力の衰えを固定化し、自立と社会参加を目指す意欲を減退させ、地域でふつうに暮らしたいという思いを萎縮させるものとなっている。

2. 地域住民の反対運動

社会復帰施設等の設置をめぐる地域住民の反対運動は自立と社会参加を阻害する大きな問題である。地域住民の反対運動は、マスコミによる精神障害者が関係する事件の報道やこれまでの精神医療の状況が生み出した予断や偏見にもとづく部分が多い。こうした意識にもとづく反対運動は、施設設置を困難にするのみならず、精神障害者やその家族にとって大きな精神的負担となり、リハビリテーションを受ける機会や場を奪い、生活基盤の獲得を困

難にしている。

3. 地域生活支援施策の不備

国連が決議した、『精神病者の保護および精神保健ケアの改善のための原則』や『障害者の機会均等化に関する標準規則』においても、「自立に向けて構成されたサービスを受ける権利」など、精神障害者が自立と社会参加のため総合的な支援を受ける権利が明示されている。

地域生活支援のための社会復帰関係施策の不十分さは予算措置にみることができる。精神障害者に対する支援施策は医療確保のための施策が中心となっており、国では80%（精神医療費と社会復帰関係費の内訳）、府では83%（医療係と保健係主担分事業の内訳）が医療確保のための予算となっている。

精神障害者にとって適切な医療の確保は不可欠なものではあるが、こうした予算編成の偏りと地域生活支援施策の不十分さは、精神障害者の地域での自立と社会参加の促進を阻むものとなっている。また、精神障害者は公営住宅の単身入居の対象となっておらず、ホームヘルパーによる援助も受けられない状況にある。

このように、地域での生活支援施策が整備されていないことによって、退院が困難になったり、退院したとしても住環境の悪さや食生活の貧困さなど劣悪な環境下での生活を余儀なくされることとなる。精神障害者は余裕のない安心感のない条件下での生活を余儀なくされ、安心感のなさは精神的な不安定さを生じ、常に再発や再入院の危機にさらされることとなる。

4. 欠格条項および精神科特例の存在

精神保健法改正後に、栄養士や調理師、放射線技師等の資格要件において精神障害が絶対的欠格条項から相対的欠格条項に改められる等の改正が進みつつあるが、精神障害者には資格要件などで様々な領域にわたって、欠格条項が規定されている。

欠格条項の存在は、精神障害者の職業選択の自由を侵害するとともに職業選択の幅を狭め、精神障害者に対する固定したイメージを形成する根拠とな

っている。

精神病院においては、厚生省通知によるいわゆる精神科特例が存在し、医師や看護婦については他科に比べ少ない配置が認められてきている。精神医療はこころを癒す医療であり、人間的な関わりが治療の根幹をなし、十分なスタッフの配置が必要となる。精神病院においては、作業療法士やソーシャルワーカー、臨床心理士等他職種の配置を行い、治療環境の改善に努め、精神医療の質の向上を目指している。しかし、法的にはこれらの職種の位置づけはまだまだ不十分なものであり、そうした状況の元での特例措置の存在は適切な精神医療のあり方を阻害する要因となっている。

欠格条項および精神科特例の存在は、精神障害者に対する法制度による人権侵害の問題として捉える必要がある。

第3節 精神障害者に対する偏見について

社会的偏見の除去をぬきに、精神障害者のノーマライゼーションを実現することはできない。第1節において、精神障害に対する偏見が精神障害者に対して大きな影響をもたらしている事実を明らかにした。精神障害者に対する偏見や差別の解消は、第3章で記述しているような総合的な支援施策を進めていく中で実現されていくものであるが、ここで改めて、精神障害者に対する偏見、差別をもたらしてきた問題について指摘しておきたい。

精神障害者の存在を神秘化、観念化することは、いつの時代にも行われてきたことであるが、精神障害者を「社会的防衛」の観点から「危険な存在」として扱うようになったのは近代になってからであると考えられる。

『精神衛生法』以降の精神保健福祉施策の方向性は、第1章で記述しているように、精神障害者の精神病院への長期にわたる収容をもたらした、地域の中での生活拠点を奪うことになった。精神障害者の生活の場は精神病院と自宅の中においてのみかろうじて確保されることとなり、人々が交流する地域社会の中から精神障害者の存在を隠すことになった。

精神障害者の社会的孤立を引き起こし、精神障害者に対する偏見や差別の

構造を固定化してきたのは、地域での生活を支える精神保健福祉施策の貧困さであったことをまず指摘しなければならない。府は、精神保健福祉施策の方向性の重要さおよび果たすべき役割について認識を深めることが必要である。

精神障害であることを隠す必要がなくなれば、精神障害者やその家族の負担は大きく減ることとなり、その自立と社会参加を進めることになる。また、精神障害に対する偏見や差別がなくなれば、医療を必要とする人が気軽に精神科医療を利用することができるようになり、精神障害の相談や早期治療の推進にも大きな力を発揮するものと思われる。

府は、精神障害に対する正しい理解を進めることをその責務としなければならない。

第4節 施策整備にあたっての基本的な考え方

総合的な精神保健福祉施策の企画、推進に当たっては、以下の内容を基本的な考え方として、まず、押さえておく必要がある。

1. 生活支援施策の枠組み

精神障害者の自立と社会参加の実現は以下のような枠組みのもとで整備される必要がある。

- (1) いかなる場合においても、精神障害を理由に保健、医療、福祉、生活において不利益を被ることがなく、また地域住民との共生が図れるよう「人権の擁護」のための施策が整備されること
- (2) 住み慣れた地域で暮らせるように「住まいの確保」がなされること
- (3) 状態の悪い時に、不当に拘束されたり、通信・面会の自由を束縛されることなく、いつでも適切に安心して治療が受けられ、また、医療情報の開示により、精神障害者自身が選択できる「医療の確保」がなされること
- (4) 困った時に、いつでも相談援助が受けられるような「相談、訪問体制」が整備されること

- (5) 生活の幅やエリアを拡げ、生活の質の向上を図れるよう「活動の場」が整備され、精神障害者の状態に応じて就労できるような「就労・雇用支援」事業の整備が行われること
- (6) 精神障害者自身が参画することによって、精神障害についての正しい理解が深まり、精神障害者とともに生きていくことへの共感が広がるよう、「教育、啓発、地域交流」が進められること
- (7) 地域で安心して自立した生活ができるよう、当事者の自主性、主体性を尊重した「福祉サービスの充実」が図られること

2. 身近なところでサービス利用ができること

精神障害者は症状と障害をあわせもっており、医療を継続しながら、人付き合いや就労などの日常生活上の課題に長期にわたって取り組まなければならない。したがって、前記1で述べた枠組みに基づく各種サービスは、身近なところで気軽に利用できる必要がある。住み慣れたところでの暮らしを基盤にしながら必要なサービスを利用したいという願いは、誰にとっても普遍的なものである。まして、生活エリアの狭い精神障害者にとっては、遠方のサービスの継続的な利用は困難なものとなる。精神保健福祉施策の整備にあたっては、こうしたごく当たり前の願いが実現されることが必要である。

3. 当事者の自己決定権が保障されること

精神保健福祉施策の整備を進めるにあたっては、自立と社会参加の主体は精神障害者自身であることを、まず、再確認しなければならない。従来ともすれば、精神障害者は関係者によって立てられた社会復帰プログラムを受動的に受け入れる立場におかれてきた。しかし、いま必要なのは、精神障害者自らが課題を認識し、その克服に向けて取り組んでいこうとする主体的な意欲や行動を支えることである。そのためには、多様なサービスの提供を行うとともに、その情報が精神障害者に適切に提供されなければならない。当事者の主体性の尊重という理念は、当事者が必要な情報を自由に得ることができ、それをもとに選択できるという原則、すなわち自己決定権が保障されてはじめて具体化されるものである。

精神保健福祉施策整備に際しては、精神障害者が治療やリハビリテーションの過程の中でながしている汗や涙が報われ、生きる意欲が回復できるように進めていく必要がある。また、精神障害を抱えていても、当たりまえに地域で暮らしていけるよう、精神保健福祉におけるノーマライゼーションの具体的施策を進めていく必要がある。精神障害があるからといって人生を諦めることなく、明日に向かって目標や希望をいつまでも持ち続けられるような施策の整備が行われる必要がある。

第3章 生活支援施策の現状と今後の展開方向

第2章第4節で整理した生活支援施策の枠組みに基づいて、その7つの側面から現状、課題、および今後の具体的な施策の方向について審議し、以下のよう整理をおこなった。

第1節 現状と施策の方向

1. 人権の擁護

精神障害者には、精神病院内での暴行事件や社会復帰施設の設置をめぐる地域住民の反対運動などに顕著にみられるようにその基本的な権利が侵害されている実態があり、精神障害者の人権の擁護をどのように進めていくのかが大きな課題である。

〔現状〕

精神障害者は生活のしづらさとして表現される問題だけでなく、偏見から生じる社会的な差別が様々な場で様々な形で存在しているため、その地域での生活の維持が困難となっている。

制度上の問題としては、欠格条項や施設利用時の制限の有無がある。欠格条項は職業選択の自由を阻害する問題であり、また、精神障害者の職業能力に対する固定したイメージを作り上げるものとなっている。

施設利用については、大阪府は本審議会からの要請に基づき、府および市町村の公共施設に対して利用制限についての調査を行った。回答では、各施設の規約上、利用制限が設けられているところは見られなかった。

医療の場における人権侵害の実態についても、本審議会では重要な課題として審議した。精神病院での暴行事件だけでなく社会的入院についても

精神障害者に対する人権侵害として考慮されなければならない。また、精神障害者が合併症を併発した場合に、精神障害であるが故に受診を断られたり、入院に際して付き添いを求められる事がある。必要なときに適切な医療が受けられることは基本的な権利として保障されるべきであり、阻害している要因について整理をし、その改善を進めることが必要である。

社会復帰施設やグループホームなどの設置が地域住民の予断と偏見に基づく反対運動によって中断してしまったり、同意と引き換えに精神障害者の人権侵害に関わる譲歩を余儀なくされている例もある。社会復帰施設の設置に関して、府は国の指示に基づいて地元の同意があることを補助金助成の要件としてきているが、こうした手続を必要とすることそのものが精神障害者の権利を制限することを認識すべきである。また、社会復帰施設整備促進の責任を施設設置を進めようとする者だけに課す結果となっている。

また、市町村が策定している『障害者計画』においても、精神障害者に関する具体的施策の記述が少ない。『精神保健福祉法』において、精神保健福祉施策の主体を都道府県に位置づけてきていることが背景にあるが、『障害者基本法』の制定によって、精神障害者も障害者としての位置づけがなされたわけであり、市町村において福祉サービスの進展が遅れている現状も精神障害者の基本的な権利を制限するものとして捉えられなければならない。

精神障害者の人権侵害に係わる問題に対しては、大阪後見支援センターや大阪精神医療人権センター、大阪精神障害者連絡会、大阪府同和地区総合福祉センター、大阪弁護士会「高齢者・障害者総合支援センターひまわり」等において相談窓口が開かれている。

後見支援センターでは、意思能力にハンディキャップをもつ障害者や高齢者の権利や財産を守ることを目的として開設された相談機関であり、精神障害者だけでなく他の障害者からの相談を含めて受理している。精神障

害者からの相談件数は約半数を占めており、財産や権利に関する相談が3分の1程度となっている。後見支援センターでは受理したケースについては現地に赴いて対応する場合も多く、関係機関との連携が不可欠なものとなっている。

〔施策の方向〕

精神障害者の人権の擁護に関する課題は生活全般にわたっている。その解決は、本章で述べるような総合的な生活支援施策を整備することによって実現されていくものである。本節においては、人権擁護に係わる直接的な問題についての具体的施策のあり方について記述する。

(1) 人権研修の推進、人材の養成

人権擁護の第一歩は、どういった行為が人権侵害にあたるかを明確にすることである。人と人との豊かな関係づくりのためには、まず、府民を対象とした人権教育を積極的に推進していくことが必要である。ことに、精神障害者に直接関わっている医療従事者、保健所職員、福祉事務所職員、作業所職員等の研修時の必修科目として人権研修を位置づけ、職員の人権意識の徹底を図ることが重要である。

精神保健福祉士の資格制度が確立され、精神保健福祉に関わる職員の資質の向上が求められている。府は質の高い職員の養成に努めるべきである。

また、マスコミ報道の姿勢が、多くの府民の精神障害に対するイメージ形成に大きい影響力をもっている現実がある。府は各種報道機関に協力し、関係者への人権研修を進めていく必要がある。

(2) 人権侵害が起きたときの相談、取り組み体制の整備

精神障害者に対する民間の人権相談窓口と行政機関との連携を進めることが必要である。また、市町村において精神障害者に対する相談窓口が設けられていないところも多く、早急に窓口が開設されるよう検討する必要がある。

また、精神病院や社会復帰施設における人権擁護を徹底していくために、

医療・福祉情報の一層の公開の徹底や利用者の権利についての周知を図ることが必要である。また、必要に応じて行政監査・指導が迅速に行えるような体制を整える必要がある。

(3) 制度上の差別および欠格条項の撤廃

障害者基本法によって、精神障害者も他の障害者と同様の位置づけがなされたが、精神障害者が利用できるサービスはまだ限られている。府や市町村において実施されている福祉施策を点検し、精神障害者にとって必要なサービスについては利用可能となるよう制度の拡充を図っていくことが必要である。府は各市町村に対しても、精神障害者に対する福祉サービスの利用が進められるように、協力を求めていく必要がある。

また、欠格条項の存在は精神障害者の職業選択の幅を狭め、職業能力についてのイメージを固定するものである。欠格条項の見直しに向けて、他都道府県と共同して国への要望を行うべきである。

(4) 社会復帰施設等の建設に対する反対運動への対応

府は施設設置に際する補助金助成について、地元の同意書の提出を義務づけてきているが、行政が地域住民の障害者差別を追認する結果となっていることを認識し、その見直しを行うべきである。

また、府は予断や偏見に基づく地域住民の反対運動については、行政として明確な方針のもとで対応するものとし、市町村や事業主体と協力し、精神障害者や精神保健福祉ボランティアの参加を得、まちづくりの一環として社会復帰施設を位置づけ、地域に開かれ、地域交流の場となるような施設運営を指導していくことが必要である。

精神障害者に対してのバリアフリー社会の実現のためには、こころのバリアの除去が最重要課題である。『精神保健福祉法』第3条には、精神障害者の社会復帰および自立と社会参加に協力するよう、国民の義務が規定されている。この法律の目的である精神障害者等の福祉の増進、国民の精神的健康の向上を図るためには、府民一人ひとりがこの問題に真剣に取り組むことが肝要である。

(5) 成年後見制度の確立

昨年『成年後見制度の改正に関する要綱試案』が法務省から発表され、平成11年度の通常国会には、成年後見制度改正のための民法改正案が提出される予定である。このような動きを踏まえ、大阪後見支援センターをはじめ福祉関係機関の役割、連携のあり方について検討する必要がある。

2. 住まいの確保

精神障害者の社会的入院を解消し、地域での自立と社会参加を進めるためには、まず、住まいの確保が必要である。住まいの確保を進めるために、府は『精神保健福祉法』に規定されている社会復帰施設整備を進めているが、住み慣れたところでの生活を保障していく観点からは、身近なところで質の良い住宅の確保をどのように進めていくかが大きな課題である。

[現状]

府が『新長期計画』に基づいて進めている住まいの確保では、グループホームの整備は進んでいるものの他の社会復帰施設整備はあまり進んでいない状況にある。また、グループホームも地域的に偏在している傾向がある。なお、府内の社会復帰施設は医療法人が設置者となっている場合が多く、『大阪府精神障害者生活ニーズ調査』および『同家族調査』（以後、『ニーズ調査』と略）の結果では施設利用者の満足度は高いものの、入所者は当該医療機関利用者限定される傾向が示されている。

社会復帰施設（福祉ホームは、適当と認められた場合には、利用期間の延長が認められている）は生活保護法上、住宅として位置づけがなされておらず、生活保護受給者にとっては利用しにくいなどの問題点がある。また、社会復帰施設から病院へ再入院となっている場合も多い。

生活保護法による救護施設の一部は、事実上、精神障害者の社会復帰支援の役割を担っている。

グループホームについては、公営住宅法の改正により、府営住宅において設置が可能となったが、府営住宅におけるグループホームは未だ実現し

ていない。

グループホームや社会復帰施設は社会的入院者の地域生活への準備の場所、地域生活支援の拠点として期待されるものであり、『ニーズ調査』においても、入院している人や若年層、また、家族からの独立希望者ではグループホームや社会復帰施設の利用希望が高く、整備の促進が必要である。

一方、一般の賃貸住宅の利用を促進することも大きな課題である。

『ニーズ調査』では、地域で暮らしている単身者の80%が賃貸住宅を利用しており、うち78%が生活保護を受給している。また、現在、親と暮らしている人たちもいずれ単身での生活を余儀なくされる事態が生じる可能性があり、賃貸住宅で生活している人たちが直面している問題点を整理し、その解決を図っていくことが必要である。

住宅の確保については、賃貸住宅利用者に単身者が多いことや住宅費を生活保護に依拠していることから、契約する際の保証金や保証人を確保しにくいこと、借りたい場所で住宅が見つげにくいことなどが問題として指摘されている。また、公営住宅の活用についても検討すべきである。

[施策の方向]

(1) 保証人や保証金についての支援施策の整備

生活保護受給者が入院した場合、6ヶ月（最長9ヶ月）で住宅扶助が打ち切られ、地域での生活基盤を失うことになる。こうした精神障害者が地域で暮らす際、住宅の確保や斡旋、住宅を借りる場合の保証人や保証金についての支援策が必要である。

(2) 公営住宅の活用

公営住宅には精神障害者の単身入居枠は位置づけられていない。しかし、民間の賃貸住宅の確保が十分になされていない現状を踏まえるならば、府は福祉枠の中に精神障害者の単身入居枠を位置づけるなど、民間を先導するような役割を果たす必要がある。

(3) グループホームの整備

公営住宅法の改正により、公営住宅でのグループホーム設置が認められており、早期に実現していくことが必要である。また、グループホームのより一層の充実を図るためには、立ち上げに対する支援策を講じるとともに地域生活援助事業において規定されている定員、利用条件等の弾力的運用、民間アパートのいくつか借りて行うサテライト方式なども導入すべきである。なお、精神障害者や支援者が中心になった法人格を持たない団体が容易にグループホームを開設できるようにすることが必要である。

公営住宅でのグループホーム設置に係る事前説明のあり方についても、その設置を進める立場から見直しを図るべきである。

(4) 社会復帰施設の整備

社会復帰施設は精神障害者が地域での暮らしを維持できるようになるための重要な施設であり、『新長期計画』を踏まえ、精神障害者のニーズに沿った方向で施設整備を進めることが必要である。また、生活保護受給者が利用しやすくなるように、生活保護基準の改正を国に対して働きかけるべきである。

(5) 救護施設の整備

府内の救護施設の中には老朽化したものがあり、地域生活へつなぐ「住まい」としてふさわしいものとなるよう検討する必要がある。

また、救護施設から精神病院への再入院も多い。地域の関係機関との緊密な連携を図る中で、自立生活支援プログラムの確立、スタッフの研修の充実が必要である。

(6) ショートステイ機能の充実

精神障害者が地域で自立して生活していく時に、精神的に不安定になる時や一人でいるのが不安な時がある。そうした時に、一時的に気軽に利用できる適切な援助システムがあれば、病院への入院がさけられることとなり、社会復帰施設等において、ショートステイ機能の充実を図ることが必

要である。

なお、緊急対応システムはバックアップ体制が非常に重要であり、地域生活支援センターや地域の医療機関との連携を進めることが必要である。

3. 医療の確保

精神病院での社会的入院や精神科特例、人権侵害事件については本審議会でも重要な課題として審議し、今後設置される予定の『医療人権部会』においても引き続き集中的に審議されることになっている。本答申では、地域での自立生活を支える視点からの医療のあり方について提言する。

〔現状〕

大阪府内での精神科医療は、精神病院52カ所、一般病院精神科50カ所、精神科診療所182カ所（平成10年4月（社）大阪精神保健福祉協議会調）において担われており、外来診療部門も充実してきている。また、医療機関はデイケアや精神科訪問看護、往診の実施や社会復帰施設の設置運営を通じて地域生活支援を進めている。

しかし、府内の精神病院において、5年以上にわたる長期入院者が40%程度を占めていることや社会復帰施設の退所理由に再入院が多い現状など、社会的入院者の解消や地域での自立生活支援の事業が立ち遅れている状況がみられる。

精神科に受診中の精神障害者が身体的合併症を併発した場合に、精神障害がある故に他科受診を断られたり、付き添いや個室使用を求められる事がある。医療関係者自身が持つ精神障害に対する意識の改革を行う必要がある。

ニーズ調査では入院中の精神障害者においては、利用したいサービスなどについて無回答が多く、特に長期にわたる入院者は地域での生活のイメージが描きにくく、退院に向けた生活設計を持ちにくいのが現状であると思われる。「外部との連絡が十分に取れない」「病院の中で何もすること

がない」「病気についての説明をしてもらえない」「合併症がでるたびに転院となる」「夜間、休日に相談できるところがない」などの問題が記入されている。

〔施策の方向〕

（１）安心して利用できる医療の整備

精神障害者やその家族が安心して暮らせるためには、夜間・休日を含め、良質の精神医療が身近なところで気軽に利用できるように整備され、そうした医療機関を当事者自身が主体的に選択できるようにすることが基本となる。

医療機関の選択が精神障害者によって主体的になされることは、治療の継続とともに精神医療の質的向上を図るためにも重要である。医療機関の選択の前提として、医療機関に関する情報（自分の生活圏にどのような精神科の医療施設があるか、医療スタッフの配置状況、医療サービスの内容等）の提供がなされなければならない。また、入院中の精神障害者、家族および病院職員に対して入院している精神障害者の権利について周知徹底を図ることが必要である。

（２）社会的入院者を地域に戻す取り組み

社会的入院を解消するためには、一人ひとりの生活支援計画を策定し、地域の中での支援体制の確立を図るとともに、院内においても試験外出や試験外泊などの準備作業に取り組む必要がある。

また、地域における緻密な支援ネットワークづくりを行うために、病院の精神科ソーシャルワーカーや福祉事務所ケースワーカー、保健所精神保健福祉相談員等の関係者が連携するための組織づくりが必要である。

（３）在宅生活への支援の充実

精神障害の治療は長期にわたる場合も多く、また、治療の中断により状態が悪くなるといった問題が生じ、治療の継続を如何に進めるかが重要である。現行の医療保険制度の中では、デイケアや訪問看護が可能であり、

地域の関係機関との連携のもとで、入院から退院後の治療の継続、生活支援にわたる一貫したケアができるよう連携システムを構築することが必要である。

(4) 早期治療への誘導

精神障害があるにも関わらず、精神科治療を受けられないでいる人は多い。その理由には、精神障害に対する偏見、精神医療に関する情報の不十分さとともに気軽に通える医療機関が整備されていない等のさまざまな理由がある。気軽に通える範囲で医療機関の整備を図るとともに、精神科医療機関による往診等を充実させ、相談があった場合すぐに対応できるきめ細かい体制整備が必要である。

(5) 医療関係者や救急隊員、警察官に対する研修の実施

精神科医療関係者のみならず医療従事者は精神障害者と接する機会も多く、その役割、責任は大きい。医療技術に関する研修のみならず、精神科医療の果たすべき役割や人権意識確立のための研修を継続的に実施する必要がある。

また、救急隊員や警察官は緊急事態で精神障害者と接することがあり、精神障害についての理解を深め、人権を踏まえつつ緊急事態に対応できるよう研修を行う必要がある。

4. 相談、訪問体制の充実

精神障害に対する偏見は根強く、患者自身精神障害の診断を恐れ、受診に至るまでに長い時間を必要とする場合がみられる。身近な場所での相談や訪問による相談体制の充実が求められている。

〔現状〕

精神障害者やその家族に対する相談、訪問窓口は、保健所、こころの健康総合センター、医療機関、後見支援センター、大阪府同和地区総合福祉センター、大阪精神医療人権センター、大阪弁護士会等において相談窓口

が開設されている。また、福祉事務所、共同作業所、社会復帰施設においても利用者に対する支援活動の一環として相談を行っており、ことに最近では、当事者活動の中での相談（ピアカウンセリング）も活発になってきており、大阪精神障害者連絡会、大阪府精神障害者家族会連合会においても相談窓口が置かれている。

保健所での相談状況は、実数の伸びはみられるものの延べ件数の伸びは少ない。相談内容としては医療相談が多いが、継続相談では社会復帰に関する件数が多くなっている。訪問活動は、対象実人数はほぼ同じ水準で推移しているが、延べ件数では減少傾向にある。

これは保健所業務が痴呆性高齢者の支援体制の整備やこころの健康づくりなど多様化してきているとともに、精神障害者への支援においても様々な相談場所が増加してきている結果だと思われる。保健所は病気の初期段階や退院後の地域生活での支援機関としての役割が大きくなっている。

こころの健康総合センターでは、来所による総合相談や電話相談が実施されている。総合相談では受診や社会生活に関する相談が多く、ことに社会生活に関する相談では、継続的な相談が必要となるケースが多くみられる。

医療機関では、医療福祉相談室等を設置して面接や電話での相談を受理するとともに往診や訪問看護を実施している。相談内容では近況報告や時間の過ごし方など身近なことが多くなっている。往診では急性期で短期に対応が求められるケースと自宅から出ることができない精神障害者で中長期的な対応が求められるケースに大別される。

共同作業所では日常的に利用者からの相談を受けているが、ことに保健所や医療機関の相談窓口が終了した時間帯での相談が多くなっており、補完的な相談窓口としての役割を果たしている。

精神障害者同士での相談（ピアカウンセリング）も日常的に行われているものであるが、とくにぼちぼちクラブ（大阪精神障害者連合会）は広域的な相談窓口を開設し活動している。内容としては、「話を聞いて欲しい」という相談が一番多く、次いで「症状」や「薬」に関する相談が多くなっている。ピアカウンセリングでは同じ体験をした者同士ということで助言を受け入れやすく、当事者の主体性の回復に大きな役割をもつものである。また、大阪府精神障害者家族会連合会も、精神障害者の家族という立場から相談活動を行っている。

大阪府同和地区総合福祉センターでは、長年にわたって府民全般を対象として“心の悩みホットライン”が取り組まれ、障害者会館や解放会館での相談体制の整備に向けての試行が行われている。

ニーズ調査の結果では、医療機関や活動の場のスタッフを相談相手とする人が多いものの、相談相手がないとする精神障害者も5%みられ、生活エリアが極めて限定されていることがうかがえる。また、ニーズでは訪問援助への希望が高く、病気や日常生活についての相談が求められている。一方、家族も様々な困難を抱えており、家族の中での葛藤や将来の展望についての悩みや不安、焦り、本人の調子が悪く自宅から出られない時への支援の要望が述べられている。

〔施策の方向〕

（1）機関相互のネットワークの構築

医療機関や保健所、福祉事務所、共同作業所、社会復帰施設、大阪精神障害者連絡会、大阪後見支援センターなど多様な団体・機関が精神障害者の相談に応じている。しかし、精神障害者のニーズは多様であり、そのニーズに応えるためには、機関相互の連携が必要となる。地域における公的機関として保健所が中心になって、関係機関が連携するためのシステムを構築し、相互のサービス情報を提供し、相互に協力し合う関係を作り出すことが必要である。

(2) 総合的なサービスの提供のためのケアマネジメント機能の充実

保健福祉関係の機関や施設、団体が多様な活動を展開するにつれ、精神障害者が地域で自立生活を維持するために利用できるサービスが増えつつある。今後、そうしたサービスの量、質の拡充を図っていくことは当然のことであるが、必要な時に必要とするサービスが適切に利用できるように、様々な領域にわたっている各種サービスを調整する機能（ケアマネジメント機能）を確立していくことも大きな課題である。

保健所はこころの健康総合センターの協力を得て、以下のような地域における支援機関が有効に連携できるよう、総合的なケアマネジメント機能を担う必要がある。

- ① 医療機関
- ② 市町村の保健福祉部門、福祉事務所、社会福祉協議会
- ③ 共同作業所、グループホームおよび社会復帰施設
- ④ 教育関連機関、子ども家庭センター
- ⑤ その他の福祉施設、就労支援機関等

また、広域的に活動している大阪府精神障害者家族会連合会、大阪後見支援センター、大阪精神障害者連絡会、大阪精神医療人権センター、大阪府同和地区総合福祉センター等とも連携を図る必要がある。

(3) 早期治療のための相談、訪問活動の充実

精神障害に対する理解の不足や偏見の存在は受診を躊躇させる要因となっている。啓発活動によって精神障害に対する正しい理解を進め、精神医療に対する垣根をなくし、気軽に相談、受診できるようにすることが必要である。また、従来、こうした啓発、相談事業を保健所が担ってきており、保健所精神保健福祉体制の充実、強化を図って、早期治療への支援を進める必要がある。

(4) 夜間・休日相談体制の整備

精神障害者が心配事や不安を生じた時にいつでも相談できるような体制づくりが必要である。いつでも相談できる場所があるという安心感は、精

神障害者のみならず家族にとっても精神的な安定感をもたらすものである。

現在、夜間・休日の相談体制は未整備であり、府立中宮病院においている精神科救急医療案内窓口およびこころの健康総合センターとの関係の中で整理、検討をし、早期の整備に努めるべきである。

(5) 自宅から出ることができない精神障害者への支援

精神障害者が利用できるサービスは不十分ながらも多様化してきている。しかし、こうしたサービスも、自宅から出ることができるときに利用が可能なものであり、調子が悪くなって自宅から出ることができない場合にはサービスの利用が限定されてしまうこととなる。こうした状況に対して、外出できない精神障害者が電話等で気軽に相談できる窓口の充実を図るとともに、精神障害者の意思の尊重に十分配慮しつつ、医療機関からの往診や訪問看護、保健所からの訪問援助の充実が必要である。

(6) 当事者活動への支援

精神障害者はサービスの利用者という立場だけでなく、ピアカウンセリングなどを通じて、サービスの提供者としての活動を進めてきている。ピアカウンセリングは当事者自身の主体的な活動であり、同じ体験を共有する者同士という共通の基盤に立ったサポートは大きな支えとなるものである。こうした活動を支援するため、活動拠点の提供などが必要である。

(7) スーパービジョン・システムの構築

精神障害者の支援を進めるための法制度や利用できるサービスは、近年大きく変化しており、相談機関はその情報を的確に把握しておく必要がある。また、そうしたサービスが精神障害者の自立と社会参加に向けて適切に提供されているか、あるいは精神障害者の人権が守られているのか等についてのチェック機能も必要である。現在では、そうした援助内容の検討は当該機関内での研修などを通じて行われているが、こころの健康総合センターや後見支援センター等の参加を得、必要な時に助言指導が得られるようなシステムをつくる必要がある。

5. 活動の場の充実、就労・雇用支援

地域での自立した生活を回復し維持していくためには、社会生活に向けてのリハビリテーションに取り組むことができ、そうした努力が生かせ、自己実現をめざすことができる場を確保することは重要な課題である。府では共同作業所や授産施設の施設整備を進めるとともに、社会生活適応訓練事業や就労・雇用支援のための施策を行ってきている。

〔現状〕

施設整備は『新長期計画』に基づいて進められているが、通所授産施設や福祉工場の整備は進んでいない。通所授産施設整備の遅れは、他の社会復帰施設と同様に設置場所の確保の困難さや設置要件、地域住民の理解不足等にその原因があると思われる。

共同作業所は、当初の家族会主体のものから精神障害者やボランティアが参画し、主体となる形へ進んできている。また、活動内容も喫茶店やサロンの活動を重視し、地域交流を目指したものへと多様化してきている。さらに、相談活動や夕食会、近くの企業での集団アルバイトの実施など部分的就労への取り組みも行われている。このように、共同作業所の役割は大きく拡大し、地域の生活支援の中心的施設としての役割を担ってきている。府内の作業所の整備数は70カ所を越えており、『新長期計画』の整備数をほぼ達成しつつある。しかし、共同作業所に対する府の補助金はここ数年増額されておらず、市町村においても補助金及び補助内容についての格差が見られる。

社会生活適応訓練事業の利用者数は減少傾向にある。減少の原因は、不況下で事業所の協力が得にくいことや希望する職種がないこと、就労を希望する者にとって就職につながらないこと等にあると思われる。また、協力事業所に対する援助体制が十分機能していないことも問題としてある。

活動の場としては、精神科デイケアや保健所グループワークも重要である。府内の医療機関における精神科デイケアの実施率は高く、『新長期計

画』の整備数を実現している。保健所グループワークにおいては、実施回数は減少の傾向にある。

労働行政の分野では、就労支援の相談窓口は公共職業安定所や障害者職業センター等に設置されている。雇用支援事業としては高等職業技術専門学校への入校、障害者職業センターの職域開発援助事業、さらには各種雇用助成金制度などが図られているが、障害者雇用率の対象に精神障害者が位置づけられていないこと等、精神障害者の雇用については進んでいない実態がある。

同和地区障害者会館においては、就労支援センターとして相談活動や就労支援など多面的な支援活動を行っているところもある。

なお、各種ニーズ調査の結果では、「同じ病気の仲間に役立ち」「趣味をのぼせ」「自立生活技術を獲得できる」場や活動への要望が高い。また、「病気を明らかにして働きたい」「理解のある職場が欲しい」等、就労支援に関する希望も高く、多様な職業訓練の充実が望まれている。

〔施策の方向〕

(1) 共同作業所への支援の充実

府は共同作業所を地域への啓発活動の拠点、生活支援サービスの提供の場、精神障害者自身が主体的な生き方を回復する場として位置づけ、支援施策の充実を図ることが必要である。また、共同作業所が法的に位置づけられるよう国に働きかけることが必要である。運営については、当事者の参加が促進されるよう運営要綱の見直し、作業所職員の研修の充実が図られるべきである。「地域の福祉化」を進める観点からは、学校の余裕教室などの活用についても検討を進めるべきである。

(2) 通所授産施設、福祉工場の整備

通所授産施設は就労を目指す精神障害者にとっては不可欠な施設である

が、整備はあまり進んでいない。地域住民の反対運動に対しては、その不安や心配の内容を把握しその解決のための方法を講じるとともに、設置を進めるための手続きについて見直しを図るべきである。

また、作業能力をもちながらも一般企業での就労が困難な精神障害者が職業的自立が図れるよう、福祉工場についても整備促進を図るべきである。

(3) 保健所におけるグループワークの充実

グループワークは再発予防や規則正しい生活の回復、対人関係の改善などに寄与してきた。今後とも、他の社会復帰活動参加への準備段階としてもその役割を期待される場所である。グループワークの担うべき役割についての検討を進め、当事者の主体性を尊重した質の高いサービスが提供されるように努める必要がある。

(4) 医療機関における精神科デイケア活動の充実

継続的な医療が必要な精神障害者にとって、精神科デイケアが果たしている役割は大きい。精神科デイケアにソーシャルワーカーが配置されている場合には、日常生活上の相談や援助に応じていることも多く、その配置を進めていくことが必要である。

また、こころの健康総合センターのデイケアは、様々な課題解決に対する援助モデルを確立することやスタッフの養成、資質の向上に重点をおいて実施すべきである。

(5) 社会生活適応訓練事業の促進

社会生活適応訓練事業の充実を図るためには、まず、協力事業所の開拓が必要であり、一般企業をはじめ社会福祉法人や地方自治体の外郭団体での受け入れを進めるとともに、自治体自身が事業の中での受け入れを図ることが必要である。また、精神障害者が希望する作業内容を選択できるように情報の提供を行う必要がある。さらに、利用要件や利用期間の見直しをすることが必要である。ことに、事業主へのコンサルテーションや利用者への援助など事業所に対する支援システムを築き、公共職業安定所をは

はじめとする就労・雇用支援機関との連携を進めることがこの事業を促進するために必要である。

(6) 就労・雇用支援施策の充実

職業リハビリテーションや就労・雇用促進のための施策が行われているが、以下の内容について検討し、その実施を図っていくことが必要である。

- ・公共職業安定所に精神障害者相談員の配置を行い、相談窓口の充実を図るとともに職場の開拓を行う
- ・障害者雇用支援センターの設置を促進し、精神保健福祉機関との連携のもとに就労・雇用支援をきめ細かく行う
- ・職場での支援体制を整えるための啓発や職場研修の協力
- ・精神障害者の雇用を促進するため、障害者雇用に関する各種情報提供の充実を図ること
- ・生活保護世帯への就労支援の事業との協同した就労支援について検討する
- ・雇用支援施策と精神障害者保健福祉施策との連携を強化すること

(7) 障害者福祉センター機能の充実

障害者福祉センター（同和地区障害者会館を含む）などの社会福祉施設には、地域で暮らす精神障害者も対象として多面的な支援に取り組んでいる施設もある。今後は、身近な地域での生活支援を進めるために、既存の社会福祉施設等を活用し、障害種別を越えて相互利用が行われるよう支援方策を検討することが必要である。

6. 啓発、地域交流の促進

精神障害に対する偏見、差別は依然として根強く、精神障害者やその家族は生活全般にわたって大きな影響を受けている。精神障害についての正しい理解を進めることは、精神障害者の自立と社会参加を進めるためだけではなく、精神障害に対する早期治療を進めるためにも必要なものである。正しい理解の促進は、保健・医療・福祉・教育・労働など生活全般にわたる領域に

において積極的に取り組まなければならない大きな課題である。

〔現状〕

学校教育での取り組みは、学校保健に係わる問題を地域の問題として捉えるための事例検討会や職員の研修が行われている。職員研修については、教育センターで教育相談のためのカウンセリング技法等の研修および障害そのものについての理解を深める研修が行われているが、その内容を充実させ、成果を普及させていくことが課題である。

地域住民に対して正しい理解を促進するために、こころの健康フェスティバルや講演会等が実施されている。また、府保健所においては精神保健専門ボランティア講座を実施し、支援者の養成を図り、より実際的な理解が進むよう事業を展開している。また、大阪精神保健協議会や大阪府精神障害者家族会連合会に対して啓発活動を委託するとともに、精神障害者と地域住民との交流を目指した地域交流事業を実施している。ボランティア講座、交流事業ともまだ府内全域では取り組まれていない状況である。ボランティアの養成は精神障害者との接触機会を増やし、精神障害者への体験的理解を深めていくことになる。ボランティアが役割を發揮できるような支援のあり方を検討する必要がある。

地域交流事業（地域サロン事業）は、地域住民との交流を基本に実践的な啓発活動をしている自主的な団体に対し、補助金を交付し、その活動を支援する事業である。現在、当事者やボランティアが主体となった10団体が府からの補助金を受け活動している。精神障害者と地域住民との交流のなかでその理解を確かなものにしていく作業は、精神保健福祉対策を進めていく上での大きな役割を果たすものになると思われる。

ニーズ調査では、文化娯楽活動へ参加していない精神障害者が半数近くを占めており、「趣味をのぼせる活動」や「スポーツをする機会」「市民との交流」「地域に役立つ活動」について参加の要望がある。

〔施策の方向〕

(1) 当事者活動への支援および地域住民との交流の促進

過去の長い歴史の中で作り上げられてきた精神障害に対するイメージを変革していくことは重要な課題であり、その実現にはさまざまなレベルの取り組みが必要となる。しかし、そうした活動の中心に据えなければならぬのは、精神障害を体験した者が自分の体験を話す中で、地域住民の理解を進め、周囲との関係を作り直していく活動である。精神障害者の姿が見えるような形で、啓発活動が進められる必要がある。したがって、精神障害者がそうした活動に取り組めるように、活動拠点を提供し、交流の機会を保障するための支援を行うとともに、地域交流事業の一層の促進を図る必要がある。

(2) 精神保健福祉ボランティアの育成

保健所ではボランティア講座が開催されている。ボランティア講座を通じて地域における支援者を育成するのみならず、精神障害に対する正しい理解を進めていくことも期待される。社会福祉協議会との連携のもとにボランティア講座の充実を図っていくことが必要である。また、講座を終了したボランティアに対して、活動拠点や活動できる場を提供するとともに、活動の中で生じる問題に対して適切な助言が行えるようコンサルテーション機能の充実を図る必要がある。

(3) 教育現場での取り組みの促進

思春期は精神的に不安定になりやすく、精神障害の発病が多い時期である。また、精神障害についての正しい理解を進めるためには、教育がもつ可能性が大きいことを踏まえると、教育現場での取り組みは大きな意味をもつ。学校教育の中で、障害に対する正しい理解が進むよう、精神障害をもつ人たちへの具体的な支援を踏まえ、関係機関が協力しながら教育プログラムの開発や教材づくりを進めていく必要がある。

(4) 『人権教育のための国連10年 大阪府行動計画』の具体化

保健・福祉・医療・教育・労働の各分野における啓発、人権教育の内容に精神障害者に関する事項を含め、精神障害者の人権尊重の重要性についての理解を深めていくことが必要である。

(5) 多様な媒体を通じた啓発活動の促進

現在、大阪府こころの健康総合センターにおいて各種パンフレットや冊子が作成されているが、さらに充実させる必要がある。情報の提供は正しい理解を進めるための大きな柱である。地域が多様な価値観をもった人たちによって構成されている集団であることを踏まえるならば、啓発活動もパンフレットやビデオなど様々な媒体を通じて促進する必要がある。

7. 福祉サービスの充実

地域での精神障害者の自立生活を支援する際、福祉サービスの充実は重要な課題である。精神障害者が福祉施策の対象として法的に明確にされたのは平成5年の障害者基本法制定以降であり、その歴史は浅く、身体障害や知的障害などの他障害と比較しても施策が遅れており、早期の整備が必要である。

[現状]

ホームヘルプ事業は在宅福祉の中核事業として市町村が実施主体となっていて行われるものであり、国や府からの補助が行われている。府内市町村においては、身体障害者や知的障害者に対しては実施されているものの、精神障害単独で実施されているところはない。しかし、ニーズ調査では、現時点で日常生活上のことを自分でしていると回答している人が多いものの、単身者や家族からの独立を希望する者を中心にホームヘルプサービスについての利用希望が20～30%みられる。

高齢精神障害者の支援については、介護保険制度との関係の検討が必要である。介護サービスは精神障害の有無に関わらず提供されることになっ

ているが、認定の際に精神障害の状態が的確に評価されるかどうか、また、実際にサービスを利用する段階になって、精神障害を理由にサービスの利用ができない事態が生じないかどうか懸念される。ことに、単身で生活している精神障害者については、介護保険そのものの存在を知らなかったり、その介護ニーズが把握されなかったり、介護保険料が支払えないなどの事態の発生が危惧される。

手帳制度については、現在、公共施設利用や税金面での減免措置がとられている。しかし、交通機関についての割引制度はなく、その実現を求める声は強い。府では他府県と共同で国への要望を行っているところである。交通機関運賃の割引を含め、手帳制度が地域での自立生活を支え、生活を豊かにするための制度として機能するように、その充実を図る必要がある。

地域生活支援センターは、中間答申においても主要なテーマとして審議し、国の障害者プランに基づく整備とともに、地域生活支援センターの一部機能を先行的、補完的に実施する事業を提言した。共同作業所の中には相談活動や地域交流活動、情報提供活動、生活援助活動について試行的に取り組んでいる施設もある。また、デイケアや社会復帰施設においてもそうした活動の一部が取り組まれている。生活支援サービスがこうした機関において実践されていることは、通い慣れた身近なところでのサービス提供が必要なことを示している。府は地域生活支援センターの整備を進めるとともに、現在、こうした様々な機関で取り組まれている生活支援サービスの提供が継続的に行われるように支援すべきである。また、当事者活動への支援が具体的に位置づけられることが必要である。

市町村障害者計画は、現在、大阪府内22市町（平成10年11月30日現在）で策定されている。精神障害者支援施策は、「啓発・交流の促進」、「保健医療の充実」や「福祉サービスの充実」等に関する部分で記載されているが、その内容は「検討」あるいは「府、国への要望」という段階にとどまっているものが多い。従来、精神保健福祉施策が都道府県中

心に行われていた経過があり、市町村における精神保健福祉サービスについて具体的指針やサービスの蓄積がなく、人材の育成がなされていないことがその背景にあると思われる。

〔施策の方向〕

(1) ホームヘルプ事業の実施

ホームヘルプ事業は地域での自立生活支援の中核をなすものであり、身体障害者や知的障害者に対しては「居宅生活支援事業」として実施されている。ホームヘルプは、精神障害者の自立支援のために不可欠なサービスであり、障害者施策の格差をなくす視点からも、各市町村での早期実施を目指す必要がある。また、ホームヘルパーの活動を支える体制づくり（関係機関との連携、コーディネート機能の強化、スーパービジョン体制の整備）を進め、家事援助や介護、子育て支援など自立を支援するような事業が組み立てられる必要がある。

厚生省では来年度以降モデル実施の意向を示しており、府においても早急に実施体制を整えることが必要である。

(2) 精神障害をもつ高齢者への介護施策の充実

介護保険導入に際して、精神障害者が不利益を被らないよう、介護保険制度について精神障害者や家族に周知徹底を図る必要がある。また、実際にサービス利用の際に精神障害を理由に断られることがないよう、サービス事業提供者、市町村等関係機関に周知徹底を図ることが必要である。

(3) 精神障害者保健福祉手帳制度の充実

精神障害者保健福祉手帳は、身体障害者手帳や療育手帳と同じ趣旨の制度である。しかし、精神障害者保健福祉手帳では運賃割引の利用ができないなどの格差がみられる。精神障害者の社会参加の促進のため運賃割引等の福祉サービスは他の障害者と同様に必要なものであり、府は手帳制度の充実を国や関係機関に対して働きかけるとともに、市町村の協力を求めて福祉サービスの拡大を図る必要がある。

(4) 地域生活支援センターの整備促進

地域生活支援センターは医療法人によって設置運営される方向がみられるが、医療法人によって設置された施設は、利用者が当該医療機関通院者に限定される傾向がある。府は地域生活支援センターが圏域内の精神障害者によって広く利用できるように対策を講じるべきである。市民の地域生活の支援を進めるという視点からは市町村が設置主体となる施設整備も推進する必要がある。府は市町村に対して、地域生活支援センターについての情報の提供を行い、その設置に関して市町村の参画が得られるように働きかける必要がある。

また、地域生活支援センター整備に当たっては、精神障害者の積極的な参画を求め、ピアカウンセリングなど当事者が相互に支え合う活動、食事サービスなどの生活援助活動、ボランティアや市民が参加する地域交流活動等の場として、多くの人に参加できる施設づくりを目指す必要がある。

なお、共同作業所には地域生活支援センター的な機能を担っているところもあり、地域生活支援センター機能の一部を実施する施設として位置づけ、必要な施策整備を進めるべきである。

(5) ひとり暮らしの精神障害者への支援

家族からの支援が得られず、単身で生活する精神障害者は多く、家族の高齢化に伴って、今後、ますます増加するものと思われる。公営住宅の単身入居や生活保護における住宅扶助対象の見直しについて検討を進める必要がある。また、社会的入院の中心をなしていると思われる生活保護受給中の単身の長期入院者への支援強化について、関係部局での検討を進める必要がある。

(6) 無年金精神障害者への対応

思春期に発病し、医療にかかる機会がないまま成人し、無年金でいる精神障害者は多い。こうした無年金精神障害者の生活保障の整備を国に要望することが必要である。大阪府では、重度の身体障害および知的障害の在日外国人に対しては「大阪府重度障害者特例支援事業」が実施されている。

福祉施策の充実、障害者施策間の格差の是正という見地から、精神障害の在日外国人に対してもその適用を検討する必要がある。

(7) 市町村障害者計画の策定と具体化

日常的に利用される福祉サービスは市町村を窓口として提供される必要がある。厚生省における精神保健福祉法改正に向けた専門委員会の報告の中でも、介護支援サービスや各種サービスの利用調整、一般的事務について市町村の役割強化が提言されている。精神障害者の地域生活を支援することは、『精神保健福祉法』の第2条に明記されているように、市町村の努力義務でもある。

市町村は、まず、国のこうした動向を踏まえ、障害者計画の中に人権の擁護を施策の基本にすえ、他の障害者施策と同様に、数値目標も示した具体的な計画を策定することが必要である。府は精神保健福祉施策における市町村の役割についてのガイドラインを示し、障害者計画策定や追加、見直しに全面的な協力をする必要がある。

第2節 当面取り組むべき課題

府は総合的な支援システムを計画的に構築する必要があるが、当面、以下の課題については早急に取り組むべきである。

1. 『新長期計画』の実現を図ること

『新長期計画』には、精神障害者の社会的入院の解消を目的に数値目標が記載されており、その限界性は危惧されるにしても、まず、その数値目標の達成を当面の課題として実現を目指すべきである。

なお、現在、府においては、『新長期計画』の見直し作業が進められているが、『新長期計画』見直しに際しては、現実の整備状況を参考に、精神障害者が身近なところでサービス利用ができるよう、精神障害者のもつニーズに即した方向で整備されるよう留意すべきである。

２．地域での生活を支えるための施策を整備すること

社会的入院の解消のためには、単身でも暮らしていける住まいの確保をはじめとする生活支援施策の整備が必要である。家族や援助者がいても高齢であったり、疾病を抱えている場合も多く、精神障害者の地域生活を支える施策の整備が急務の課題である。

したがって、ホームヘルプ制度をはじめ介護制度の充実や本審議会で中間答申している生活支援事業（地域生活支援センター整備）の推進を図るとともに、公営住宅でのグループホームの実施などについて、関係部局との調整を進め実現を図るべきである。

３．障害者施策の総合化を進めること

精神障害者に対する支援施策は、他の障害者施策と比べ法体系や歴史に違いがあり、立ち遅れている現状がある。それぞれの障害の持つ特性への配慮を踏まえながら、必要なサービスについては等しく利用できるよう、障害者施策の総合化を進めていかなければならない。国の審議会においても、障害の特性に配慮しながら障害者施策の総合化を図るよう提言されている。そのためには、地域生活支援サービスの窓口を市町村レベルに一本化していくことが必要である。

４．精神障害者の当事者活動への支援施策を整備すること

体験交流やピア・カウンセリングをはじめとする当事者活動は、精神障害に対する社会的偏見の中で孤立に追いやられがちな精神障害者にとって大きな力となっている。当事者活動への支援施策の整備を進める必要がある。

５．精神保健・医療・福祉サービスの継続性を確保すること

精神障害者にとっては、保健医療とリハビリテーション、福祉サービスは継続的に必要とされるものであり、またそうしたサービスの提供が連続的に行われることが必要である。したがって、そうしたサービスを提供する機関

の緊密なネットワークを構成し、サービスの利用調整と継続的支援を行うケアマネジメント機能の確立を図る必要がある。

第4章 総合的な支援システムの構築に向けて

精神障害者の自立と社会参加を進めていくための課題は、第3章で指摘しているように、住まいから医療、就労、福祉、啓発など多岐の領域にわたっている。行政機関だけではその実現は困難であり、関係する機関、団体との連携を進め、多くの人の参画、協力をもとに施策の推進を図っていくことが重要となる。また、多岐にわたっている各種サービスを当事者が必要とする時に適切に利用できるようにしていくためには、各種施策や施設間の連携を進め、サービスを調整する機能の確立が不可欠なものとなる。

総合的な支援システムの構築にあたって、大阪府は関係者へ働きかけ、それぞれの活動やサービスが総合的に提供されるように努める必要がある。

第1節 当事者活動の意義および参画の促進

当事者の主体性の尊重という原則は、まず、当事者が各種サービスの利用者であり、当事者が必要とするサービスが提供されなければならない事に基づく。さらに、精神障害者のリハビリテーションを進めるにあたって、当事者自身が重要な役割を担うこともその根拠である。

精神障害者は生活のしづらさと表現される生活面での課題をもつことがあるが、精神障害をもつ以前には、社会生活を経験してきた人がほとんどである。したがって、リハビリテーションを進めるための一つの課題は、かつてもっていた生活能力をいかに回復し、改善するかにある。また、ノーマライゼーションを具体化するための課題は、精神障害をもっているありのままの一市民として地域で暮らしていくため、身近に支え合う仲間を持つことである。その取り組みを進めるためには、当事者自身が自らの課題を認識し、その解決のための方法について自らが考え、自らが実行する主体的な生き方の確立が不可欠な要素となる。

主体的な生き方を回復するには、自らの障害を受け入れることが必要となる。その作業を可能にするのは、まず、孤立感から解放され、同じ悩みをか

かえている者（当事者）同士の中で生活者として支え合うことである。

また、精神障害者への固定した偏見を解消していくためには、精神障害者自身が地域社会の中で自立した生活を維持している姿を示すことが大きな力をもつ。当事者活動は、地域の中で、当事者同士が支え合うことによって、自らの人生や生活の主人公となろうとする活動である。

当事者活動は、サービスを利用する主体者として意見を提起し、自らの社会的役割の重要性についての認識を深めつつ、関係する機関や団体との協議、協力のもとで、精神障害をもっているもありのままに生きていけるような社会づくりを目指した活動を進めている。

府をはじめ関係者においてもこうした状況を認識し、当事者の主体的な活動を支援し、当事者の参画のもとに施策展開を図る必要がある。また、当事者の権利の回復が達成されるに伴い、社会を構成する者として他の人々と等しい義務が求められることになる。当事者が社会の一員として十分な責任を担うための支援施策の整備を進める必要がある。

第2節 医療機関（法人）に期待される役割および地域の関係機関との連携の促進

医療機関（法人）は精神医療における中心的な役割を果たしてきたのみならず『精神保健福祉法』において社会復帰施設の設置主体として位置づけられるなど、今後とも精神保健福祉施策の重要な位置を占めている。医療機関は期待されている役割の重要性を再認識し、地域の関係機関との連携を深め、精神障害者の自立と社会参加を進めるためのサービスの提供に、より一層努める必要がある。

1. 正しい理解の促進

現在、精神病院の多くは「塀」と「鉄格子」と「鍵」に象徴される構造となっている。こうした経過は精神障害者に対する国の施策の反映であり、入院患者の保護という側面が一方にあるとしても、その構造を外部からみる地域住民に対して、精神病院に入院している人たちが「危険」で「何をするか

分からない」とイメージさせるような情報を発信していることも否めない事実である。また、そうした施設に収容され、治療を受ける精神障害者の諦めや挫折感は大きいものがあると思われる。

精神障害に対する正しい理解を進め、地域での主体的な生活を支援していくためには、こうした事実を一つひとつ改善していくことが必要である。近年、精神科診療所が増加していることは評価すべき事である。精神病院においても、開放的処遇あるいは地域の行事への参加などは評価すべき点である。こうした、精神医療関係者の地道な努力が精神病院のイメージを変え、精神障害に対する正しい理解を進めることに寄与すると思われる。精神病院の環境の改善を図るとともに正しい情報の発信源としての役割が発揮されるように期待するものである。

2. 地域との連携の促進

精神障害者の社会的入院の解消は精神保健福祉施策上の懸案の課題である。社会的入院の解消を図るために、精神病院を運営する医療法人によって社会復帰施設やグループホームの設置が進められている。

しかし、社会的入院といわれる精神障害者は、長期にわたって入院し、地域の中での支援者がみあたらない場合が多い。住み慣れた地域で暮らしたいという思いを実現していくのに、精神病院の努力だけでは限界がある。地域の関係機関との連携体制を確立することが必要である。

精神病院は医療に関する情報の提供とともに社会復帰施設等についての情報提供を行い、地域の関係者の参画を得た運営を行う必要がある。また、府は医療機関に対し、病院の開放化や透明性の高い、質の高い医療の実現に向けた努力をうながし、その実現にむけて積極的な協力をすべきである。

第3節 行政機関に期待される役割

1. 府関係機関の役割

精神保健福祉法においては、精神保健福祉業務は主に都道府県業務として位置づけられている。府においては、保健衛生部に精神保健室を置くとともに

に29保健所（うち、7カ所は支所）に精神保健福祉相談員を配置している。また、精神保健福祉センターとして府立こころの健康総合センターを設置している。

（１）府庁・精神保健室

府においては保健衛生部健康増進課に精神保健室が設けられ、主に社会復帰関係を主担する保健係と医療関係を主担する医療係によって構成されている。

また、昭和52年（1977年）に福祉部や建築部、労働部、教育委員会などの関係各部局による「大阪府精神障害者総合対策推進委員会」を設置し、総合的な精神保健福祉施策の推進を図ろうとしてきた。しかし、国において精神保健福祉施策が体系だてられていくにしたがって、精神保健福祉業務は主担課においてのみ進められていくことになり、身体障害者や知的障害者への福祉施策と比べて格差を生じ、総合性、整合性を欠くこととなった。

国は『障害者基本法』制定以降、組織再編を行い、障害者施策の統合化を図ろうとしている。精神障害者の自立と社会参加を進めることは、医療と福祉の連携のみならず教育、住宅、雇用など府政全般に係わってくるものであり、府においても全庁的な推進体制のあり方について検討する必要がある。

また、今後、精神保健福祉サービスにおける市町村の役割の検討が必要となるが、精神保健福祉サービスの実績をもたない市町村にとっては大きな課題になることが予測される。市町村で精神保健福祉サービスが行えるよう、具体的な作業プログラムを策定し、市町村への支援を行う必要がある。

（２）保健所

昭和40年（1965年）の『精神衛生法』の改正以降、府は保健所を精神保健福祉サービスの窓口として位置づけ、社会福祉系職員を精神保健福祉相談員として配置し業務を進めてきた。保健所においては、個別援助からグループワークの実施、断酒会や家族会の育成、共同作業所の設置などの活動を活発に展開してきた。地域のサービスが不十分な時代には、保健所精神保健福祉活動が地域精神保健福祉と同義となっていた感がある。

しかし、そうした援助も保健所が主体となっているサービスの提供が中心であり、医療から雇用まで連続したサービスの提供は不十分であった。さらに、そうしたサービスの提供も保健所へ来所できる精神障害者への援助が中心で、社会的入院者や自宅から出ることができない精神障害者に対するサービスの提供は十分なものではなかった。

また、近年、地域のサービスが多様化し、市町村をサービスの責任主体とする動きが進められており、保健所の役割についての見直しが必要となってきた。

府は平成12年度より保健所を府民健康プラザとして、再編を行うことにしている。保健所再編に際して業務体制の検討を行い、こころの健康総合センターとの連携のもとに、地域の精神保健医療福祉サービスのネットワークづくり、社会的入院者の解消や自宅から出てこれない精神障害者への援助、ケアマネジメント機関としての役割等の業務が遂行できるよう組織のあり方を見直し、人員の確保等の整備を進めるべきである。また、市町村での精神保健福祉サービスが進むよう、市町村および関係機関を含めた協議会の設置など具体的な展開をする必要がある。

(3) 府立こころの健康総合センター

こころの健康総合センターは平成6年(1994年)に設置された。こころの健康の保持増進や精神障害者の自立と社会参加を進めるため地域ケアの整備促進を目指そうとしている。

こころの健康の保持増進についてはリラックス機器の導入やこころの健康図書室の設置などを行い、こころの健康を府民一人ひとりの身近な問題として示すことに効果を上げている。一方、地域ケアの促進に関しては、府内を4ブロックに分割し、職員で担当チームを組み、地域のネットワークづくりを支援しようとしている。しかし、そうした活動も保健所との関係から脱し切れておらず、地域の社会資源が多様化する中で新たな方向づけが課題となっている。

こころの健康総合センターは、『精神保健福祉法』に規定される精神保健福祉センターとして中核的役割を担う機関である。したがって、こころの健

康総合センターは、本答申で述べているように精神保健福祉施策の実践および研究の最前線を担う必要がある。こころの健康総合センターは、調査・研究や研修、連絡会などの日常的な活動を主体的に取り組み、地域での課題を把握し、精神保健福祉施策への反映を図る必要がある。

また、保健所との連携のもとで、関係者との緊密な連携を進め、生活支援のための各種サービスが地域の中で効果的に機能するようなシステム作りの役割（システムマネジメント）を担う必要がある。こうした総合的支援システムが機能してはじめて、精神障害者が必要な時に必要とするサービスが利用できることになる。

こころの健康総合センターは、取り組むべき方向性を明確にし、府精神保健室、保健所および関係諸機関との連携をもとに業務を進めていく必要がある。

2. 市町村の果たすべき役割

精神保健福祉施策が入院医療から福祉施策の充実へと展開されるにつれ、精神障害者にとってより身近な市町村の役割が重要なものとなっている。

『障害者基本法』では、「市町村障害者計画の策定に努め、障害者の自立と社会参加を総合的かつ計画的に推進すること」が明記され、『地域保健法』においては、「身近で利用頻度の高いサービスについては市町村保健センター等において実施することが望ましい」と明記されている。また、『精神保健福祉法』においては、市町村には正しい知識の普及および相談指導の実施の努力規定が課せられ、社会復帰施設の実施主体のひとつに位置づけられている。『保健所及び市町村における精神保健福祉業務について』（保健医療局長通知）においても、市町村は保健所との協力と連携の下で、そうした事業の実施に努めるよう求められている。さらに、本答申の第3章第1節7で記述しているように、国の「精神保健福祉法に関する専門委員会」においても、市町村において今後強化すべき事業内容が提言されている。

市町村はこうした状況を踏まえ、障害者計画に具体的事業を明記し、保健所や地域の関係者の協力を得て、その実現に向けた作業に取り組む必要がある。

おわりに

本答申は「はじめに」でも記しているように、精神障害者の人権の擁護を基本にすえ、精神障害者に保障されるべき人権の枠組みを明らかにし、その枠組みに基づいて施策の方向性についての提言を行った。したがって、本審議会では従来の審議会のあり方にとらわれず、府関係部局の出席や資料提供を求め、委員間での主体的で自由な審議をもとに答申の策定を行った。

大阪府は、現在、未曾有の財政危機にあり、府政の再構築に取り組まなければならない状況にある。府政の再構築にあたっては、昨年10月に府議会において制定された『大阪府人権尊重の社会づくり条例』の趣旨を踏まえ、府民の人権の尊重を基本にすえた施策の推進を大きな柱として位置づけるとともに、すべての府民が互いの個性を認め合い、より豊かな生活を築き合うことを基本とすべきである。その際、従来あまり省みられることのなかった精神障害者の人権保障は欠くことのできない課題である。本答申が、精神障害者やその家族をはじめとする関係者に励みをもたらし、新たな人生に向けて第一歩を踏み出すことを勇気づけるものとなることを願っている。

大阪府においては、本答申に託された精神障害者やその家族の願いを十分にくみ取り、精神障害者の自立と社会参加を進めるための施策整備が財政上の理由で停滞することがないよう要望するものである。