

精神に障害のある人の権利回復

—地域移行支援事業におけるピアサポートの導入・拡大と地方精神
保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画を中心として—

松本真由美

精神に障害のある人の権利回復

一地域移行支援事業におけるピアサポートの導入・拡大と地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画を中心として一

目次

序章 問題の所在..... 1

第1節 障害者観におけるパラダイム・シフト—障害者権利条約から—

第2節 人権を重視する考えの系譜

1. 世界人権宣言と国際人権規約との関連
2. 「社会モデル」、および「個人モデル」と「社会モデル」の相互作用
3. 権利条約の強調点：障害のある人の「権利回復」

第3節 精神保健福祉領域のパラダイム・シフト

第4節 地域移行支援事業におけるピアサポートの導入

第5節 精神に障害のある人の政策決定過程への参画の重要性

第6節 まとめ

第7節 本論文の構成

第8節 研究方法の選択

引用文献

第1部 問題分析編

第1章 精神に障害のある人の「権利回復」と社会的入院問題解消に向けた地域移行支援事業の概況.....13

第1節 障害のある人の権利に関する条約等と精神保健福祉領域の地域移行の施策等との関連

1. 障害のある人の人権に関する条約の重要事項
2. 地域移行に関するピアサポート施策・事業・法律の変遷

第2節 精神に障害のある人の権利回復に向けて

第3節 社会的入院問題解消に向けた変遷

1. 社会的入院とは
2. 精神障害者地域移行支援事業の概況

第4節 精神に障害のある人の地域移行に関する実践報告

第5節 まとめ

引用文献

第2章 精神に障害のある人同士による支援活動—その変遷及び先行研究.....29

第1節 精神に障害のある人同士による支援活動の歴史的変遷

1. セルフヘルプグループ

- 2. オルタナティブサービス
- 3. ピアサポート
- 第2節 地域移行支援事業におけるピアサポートに関する先行研究
 - 1. 諸外国の地域移行支援事業に関わるピアサポート研究
 - 2. わが国の先行研究の概要
- 第3節 ピアサポート研究と精神に障害のある人の人権
- 第4節 まとめ
- 引用文献

第3章 精神に障害のある人の政策決定過程への参画……………46

- 第1節 障害のある人の政策決定過程への参画の法的根拠
- 第2節 政策決定過程および実施過程への障害のある人の参画に関する国及び地方の動向
- 第3節 障害のある人の運動の変化
- 第4節 諸外国の事情
- 第5節 障害のある人の政策決定過程への参画に関する先行研究
- 第6節 まとめ
- 引用文献

第2部 調査研究編

第1章 調査研究Ⅰ 精神障害者地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果—仲間的支援と熟達的支援の意義—……………52

- 第1節 はじめに
- 第2節 研究方法
 - 1. 調査期間
 - 2. 調査圏域
 - 3. 調査対象者
 - 4. 調査方法
 - (1) 調査の手順
 - (2) 分析方法の選択
- 第3節 結果
 - 1. 調査の実際
 - 2. インタビュー内容の分析方法とその結果
 - 1) 仲間的支援
 - 2) 熟達的支援
- 第4節 考察
 - 1. ピアサポーターによる支援の意義
 - 1) 仲間的支援
 - 2) 熟達的支援
 - 2. 地域の実情に即したピアサポートの導入に向けて
 - 3. 障害者権利条約の理念およびわが国の関連施策とピアサポート導入の意義

第5節 結論

引用文献

第2章 調査研究Ⅱ 精神障害者地域移行支援事業に取り組む北海道内の3地域間比較 —地域の事業実施状況と、ピアサポートの支援の効果との関連—……………63

第1節 はじめに

第2節 研究方法

1. 調査期間
2. 調査圏域および対象者
3. 調査方法
 - 1) インタビュー実施状況
 - 2) インタビューガイド
 - 3) 分析方法

第3節 結果

1. 札幌 A 事業所の場合
 - 1) 事業の経緯と社会資源の事情
 - 2) 対象者 D 氏への支援経過
 - 3) ピアサポーターに関する事項
 - 4) 精神科病院と地域事業所の連携
2. 遠軽・紋別 B 地域の場合
 - 1) 事業の経緯と社会資源の事情
 - 2) 対象者 E 氏への支援経過
 - 3) ピアサポーターに関する事項
 - 4) 精神科病院と地域事業所の連携
3. 後志 C 地域の場合
 - 1) 事業の経緯と社会資源の事情
 - 2) 対象者 F 氏への支援経過
 - 3) ピアサポーターに関する事項
 - 4) 精神科病院と地域事業所の連携

第4節 考察

1. 地域ごとに異なるピアサポートの効果
 - 1) 札幌 A 事業所の場合
 - 2) 遠軽、紋別 B 地域の場合
 - 3) 後志 C 地域の場合
 - 4) ピアサポートを含めた地域移行支援事業の体制づくり

第5節 結論

引用文献

第3章 調査研究Ⅲ 全国の地域移行支援事業実施状況調査—ピアサポート導入状況と の関連—……………78

第1節 はじめに

第2節 研究方法

1. 一次調査

- 1) 調査期間
- 2) 調査対象
- 3) 調査方法

2. 二次調査

- 1) 調査期間
- 2) 調査対象
- 3) 調査方法

第3節 結果

1.) 一次調査の結果

- 1) 各都道府県の圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況
- 2) 各政令市の圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況
- 3) 都道府県、政令市を併せた圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況

2. 二次調査の結果

- 1) 回収率と集計結果
- 2) 実績結果の比較
- 3) 自由記述

第4節 考察

1. ピアサポート導入状況

2. ピアサポート全圏域導入群の特徴

3. ピアサポート導入困難要因ないし、導入拡大要因についての検討

- 1) ピアサポートのための人材確保の問題
- 2) ピアサポート導入に向けた体制作りの問題
- 3) 専門職、行政職の理解
- 4) ピアサポーターへの合理的配慮の必要性

第5節 結論

引用文献

第4章 調査研究Ⅳ 精神に障害のある人の地方精神保健福祉審議会への参画の概要

..... 107

第1節 はじめに

第2節 研究方法

1. 一次調査

- 1) 調査期間
- 2) 調査対象
- 3) 調査方法

2. 二次調査

- 1) 調査期間
- 2) 調査対象
- 3) 調査方法

第3節 結果

1. 一次調査の結果

- 1) 審議会の設置・開催状況
- 2) 当事者委員および家族委員の有無
- 3) 全委員数、当事者委員および家族委員数
- 4) 当事者委員がいない都道府県・政令市の今後の当事者委員委嘱予定

2. 二次調査の結果

- 1) 委員の参加要件
- 2) 委員構成
- 3) 当事者団体の代表性・公平性
- 4) 資料の事前配布の有無

第4節 考察

1. 審議会の開催と設置

2. 当事者委員および家族委員の参画の有無

3. 当事者委員参画拡大に向けて

- 1) 障害のある人の参加要件の問題
- 2) 家族委員を当事者委員の代弁者と考える点
- 3) 当事者団体の代表性・公平性の問題
- 4) 障害のある人の参画へのためらい

4. 複数の当事者委員を配置する政令市の傾向

5. 代表性、公平性

6. 合理的配慮

7. 審議会の活性化に向けて

第5節 結論

引用文献

終章 まとめと今後の課題…………… 119

第1節 本研究の到達点

1. 問題分析編のまとめ

2. 調査研究編のまとめ

- 1) ピアサポート全圏域導入群の事業実績結果
- 2) ピアサポート全圏域導入群の事業実施体制の違い
- 3) ピアサポート導入に必要な4要因
- 4) 地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画

第2節 再び、精神の障害のある人の「権利回復」

1. 専門職の関わり

2. 精神に障害のある人に対する「意識向上」

第3節 今後の課題

引用文献

資料 調査票Ⅰ
調査票Ⅱ
調査票Ⅲ

序章 問題の所在

本論文は精神障害のある人の「権利回復」の問題を、精神科病院からの地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果と、地方精神保健福祉審議会への障害のある人の参画を通して検討することを目的とするものである。本章では、特に、精神に障害のある人の権利について、障害者権利条約の視点と関連づけながら問題を提起したい。これまで障害のある人は権利の客体とみなされてきたが、障害者権利条約は障害のある人が権利の主体であることを明確に規定している。本論文では特に、権利の主体としてのあり方を示す格好の例として、地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果と、政策決定過程への障害のある人の参画から、障害のある人の「権利回復」について論じる。

第1節 障害者観におけるパラダイム・シフト—障害者権利条約から—

障害者権利条約草案作成中、第7回特別委員会のドン・マッケイ議長は「第19条はパラダイム・シフトという目標に向けた基礎となる。」と述べた¹⁾。障害者権利条約（以下、権利条約）第19条「自立した生活（生活の自律）及び地域社会へのインクルージョン」は以下の条文からなる^{註1)} 2)

「この条約の締約国は、障害のあるすべての人に対し、他の者と平等の選択の自由をもって地域社会で生活する平等の権利を認める。締約国は、障害のある人によるこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人の完全なインクルージョンおよび参加を容易にするための効果的かつ適切な措置をとるものとし、特に次のことを確保する。

(a) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として、居住地及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有する事、並びに特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと。

(b) 障害のある人が、地域社会における生活及びインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス（パーソナル・アシスタンスを含む。）にアクセスすること。

(c) 一般住民向けの地域社会サービスおよび施設（設備）が、障害のある人にとって他の者との平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要（ニーズ）に応ずること。」¹⁾

第19条がパラダイム・シフトの基礎と言われるのは、障害のある人に対する態度や対応を大きく変えるものだからである（国連のホームページより）¹⁾。第19条が障害者観の転換になる大きな意義を持つことを崔は強調した³⁾。これまで障害のある人は慈善や治療を受ける側であり、社会から保護される「客体」であり、自己の権利を主張する存在とはみなされなかった。しかし、障害のある人もまた他の人々と同様に社会を構成する一員として、自らの選択のもとに権利の「主体」として積極的にふるまうことができることをこの条文は意図している。また、これまで一般の人々が持っていた障害者観を大きく変えた点でパラダイム・シフトと言うことばが使用された。

前述のパラダイムとは、「一定の期間、研究者の共同体にモデルとなる問題や解法を提供する一般的に認められた科学的業績」のことで、トマス・クーンが提唱した概念である^{註2)} 4)。クーンは物理学者であったが、次第に科学史、科学思想史へと研究を移し、その中で考え出した概念である。現在では、クーンのもともとの意味合いを越え、ある分野に支配

的なものの見方・考え方・認識の枠組みとして広く用いられている。

また、パラダイム・シフトとはこれまで根本的な見方であった枠組みを非連続的・劇的に変えることを言う。クーンによれば、科学の基本概念として「通常科学」を想定した。「通常科学」とは「特定の科学者集団が一定期間、一定の過去の科学的業績を受け入れ、それを基礎として進行させる研究 (P12)」を意味する。この「通常科学」の中に「パラダイム」が存在する。「パラダイム」は「一連の科学研究の伝統をつくるモデル (P13)」である。」クーンは、科学の歴史の中で、競合するパラダイムが存在しない安定期と、「科学革命」の時期があることを仮定した。「科学革命」とは「ただ累積的に発展するのではなく、古いパラダイムがそれと両立しない新しいものによって、完全に、あるいは部分的に置き換えられる、という現象である (P104)。」この科学革命が「パラダイム転換 (シフト)」の事態」であり、パラダイム・シフト後は領域全体の見え方が一気に変わると言う。

このパラダイム・シフトのきっかけが権利条約第 19 条であると、マッケイは言うのである。21 世紀の今、障害のある人が権利の主体へと大きく変わろうとしている、あるいは変わらなければならない、まさにパラダイム・シフトの時が来たと言える。

第2節 人権を重視する考えの系譜

第1節で権利条約における障害のある人の人権の重要性を強調したが、人権の重要性は唐突に権利条約ではじめて示されたものではない。障害のある人の人権重視の考え方の系譜として、1 つは世界人権宣言と国際人権規約にみられる人一般に対する人権尊重の考え方がある。もう 1 点として特に障害のある人の人権については、障害が個人の問題ではなく、社会の問題と考える自身も障害を持つオリバーの「社会モデル」の考えがある。以下、それぞれの主張と権利条約との関連について述べる。

1. 世界人権宣言と国際人権規約との関連

世界人権宣言は 1948 年に国連総会において採択され、すべての人間に自由権と社会権があることを規定した。戦後、復興に向かう中で、この宣言が世界の諸国に与えた影響は大きい、「宣言」は法的拘束力を持つものではなく、人権の尊重が必須とはならなかった。また、理念として「すべての人間」の中に障害のある人は含まれるが、実際的には障害のある人は人権の枠外に置かれ、物言えぬ立場であった。

人権の保障は、自由と平等が保障されることといえる⁵⁾。自由を手に入れた人々は富を手に入れるが、得る富の多少にはそれぞれの持つ能力や条件によって差異が生じる。その差異は不平等を招くが、不平等を制限すれば自由が制限され、自由を制限すれば不平等が生じる。障害のある人はもともと持つ条件が異なるために、健常人々とは異なるスタートラインに立つ。スタートが違うにも関わらず、自由競争の中に身を置けば結果の不平等が生じることは必然である⁵⁾。結局、障害のある人は社会の中から排除されるという構造的な問題が発生した。

また、国際人権規約は 1966 年に成立し、世界人権宣言を基礎とし、人権条約の基本であり、総まとめめ意味合いを持つものである。社会権規約と自由権規約があり、前者を A 規約、後者を B 規約と言う。日本は 1979 年に批准した。しかし、規約もまた、法的拘束力を持つものではなかった。

権利条約は世界人権宣言や国際人権規約成立後も不利益を被り、権利の枠外にいた障害

のある人々に本来あるべき権利を取り戻すことを明確に主張したものである。権利条約は障害のある人々の「権利回復」に向かう非常に大きな第1歩である。

障害者権利条約は障害のある人の権利を、児童権利条約に続き認めたものであり、明確に法的拘束力を持つ条約と言う形で結実した²⁾。成立過程は目を見張るものがあり、条約成立としてはあり得ない短期間で完成しえたという²⁾。これは、議長ドン・マッケイの手腕もさることながら、障害のある人々が積極的に条約成立に参加し、「権利回復」に向けた強い願いを示したことによると思われる。

2. 「社会モデル」、および「個人モデル」と「社会モデル」の相互作用

一方、権利条約は「障害の社会モデル」と言われる。⁶⁾「社会モデル」は、「個人モデル」からのパラダイム・シフトとして1990年代のイギリス障害学のリーダーであり、自身も四肢に障害を持つオリバーによって生まれた。

オリバーは著書の中で「障害（ディスアビリティ）は個人の問題ではなく、インペアメント（身体的差異・制約）をもつ個人に対して不親切な物理的および社会的環境の問題であり、ひいてはマイノリティ（少数派）の人々をどう社会が処遇するかという社会の問題である」と述べ、障害が障害のある人個人の欠陥から発生しているのではないことを示した(P18)⁷⁾。また、個人モデルについては「障害者が経験している問題をインペアメントの直接的な帰結と見る(P37)」と考えた（両下線部分は筆者による）⁷⁾。オリバーはよくありがちな障害受容の段階モデルを否定し、フィンケルシュタインが言う「障害の意味について、健常者にとっての正常という基準を障害者個人に押し付け、『援助者/被援助者』の関係を生じさせる以外の何ものでもない(P43)」という考えを肯定し⁷⁾、障害は障害のある人個人に原因があるのではなく、社会が原因であることを強く主張した。また、オリバーは「個人モデル」と「社会モデル」を二極化し、社会の変革を強力に要請し、特に、障害のある人が社会に受け入れられないのは社会が資本主義の経済構造を重視するために、生産に貢献できない障害のある人を隔離したことによるとここでも構造的な問題が指摘された。

しかし、オリバーの「社会モデル」は「個人モデル」を対極に置き、否定するため、少なからず批判が生じた。確かに、障害は社会が作り出す面があり、社会の人々からの偏見やスティグマが障害を生産、増強することは否定できないが、仮に社会からすべての障壁を除去しても、障害のある人とない人が同一にはなり得ず、社会の問題のみを原因とすれば、必要な医療的介入も否定することにつながる。

一方、「社会モデル」と「個人モデル」の関係を対極に位置づけることなく、両者の関係を明確に述べたのが、自らも視覚障害を持つ東京大学大学院教育学研究科附属バリアフリー教育開発研究センターの星加である。星加は「個人モデル」が社会のあり方とは無関係な個人の属性が障害の原因と考えることを否定し、また、「社会モデル」が個人の属性とは無関係な社会のあり方に障害の原因を置くことも否定する。障害は個人の身体的・知的・精神的機能不全に否定的な価値が社会から付与されることで、「内的過程を経て産出され、増幅される動的なもの」と考えた(P248~253)⁸⁾。星加の主張で興味深いのは「スティグマとしてのインペアメント」である。「機能・形態に関わる差異や特徴は、個人に内在するのではなく、他者との比較を通じて関係性として成立する。指がない手をもっていることが、他の人と異なっていることを意識したことで、その機能・形態は差異として把握される。

次に、認知された差異に対して社会が与える特定の否定的なサンクションによって、障害は立ち現れることになる(P217)。」という⁸⁾。もし社会から「否定的なサンクション」を受けなければ本人は障害を認識しないかもしれないというのが星加の考えである。しかし、成長と共に誰かの否定的発言を聞くことはあり、それが本人の中に内在化し、自分は障害があると認識するようになると考えられる。その結果として、「社会的活動への参加を「主体的に」断念して不利益を甘受することによるリスク回避が「合理的に」選択されうる(P230)。」という⁸⁾。ここに、障害のある人が権利の主体として生きることの難しさが立ち現れる。障害のある人自身が「自らに対する強力な否定感情と社会的活動に関する期待値の低減(P236)」により、社会的活動を断念することが生じる⁸⁾。この過程は動的に変化し、与えられたスティグマにより本人が「権利の主体」であることを諦め、内在化するプロセスと考えることができる。

インペアメント自体は確かに個人の中にあるものだが、社会から与えられる「否定的なサンクション」によって「スティグマとしてのインペアメント」は形成される。インペアメントによる差異があってもそれに否定的意味づけがなされなければ、本人の中では「差異ある平等」が成立しえたかもしれないと考えると社会が押し付けたスティグマの負の意味は大きい(「差異ある平等」は阿部のことばであり、後述する)⁹⁾。このスティグマもまた、障害のある人が権利の主体であることを難しくする構造的な要因と考えられる。

以上、障害の発生については、自由競争の中から生まれる障害のある人を排除する社会の構造、また、オリバーが主張した資本主義社会における資本を生み出すことに貢献できない障害のある人の隔離、また、星加が指摘した社会から与えられる「否定的なサンクション」、つまり、スティグマにより、障害のある人自らが権利の主体であることを断念する内的過程、これらが複合的に関連し、障害のある人が権利の主体であることから遠ざけられてきたことがわかる。したがって、障害は社会が作り出すことを明確に示したオリバーの「社会モデル」の意義は大きく、また、それを発展させた星加による、個人の身体的・知的・精神的機能不全が社会との相互作用によって障害となることの指摘も非常に意味がある。

本論文で重視する権利条約は「社会モデル」を尊重した上で、社会との相互作用として障害を考える視点を持つ。権利条約の川島らの仮訳の前文(e)において、「障害〔ディスアビリティ〕が形成途上にある〔徐々に発展している〕概念であること、また、障害が機能障害〔インペアメント〕のある人と態度及び環境に関する障壁との相互作用であって、機能障害のある人が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものから生ずることを認め、」とある²⁾。また、第1条に「障害者には、長期の身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害(impairments)のあるものを含む。これらの機能障害は、種々の障壁との相互作用(interaction)により、機能障害のある者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げる場合がある。」と定めた²⁾。このように権利条約では、障害は社会との「相互作用」によって生じると考え、また、障害を明確に定義せず、大きな含みのある表現にすることによって、社会を構成する誰一人として権利の享受からもれることがないことを目指している。

3. 権利条約の強調点：障害のある人の「権利回復」

これまで述べてきたことから、権利条約の大きな強調点の1つは本質的には権利を享受できるはずでありながら排斥されてきた障害のある人を、人権の範疇に含めた点である。これは「権利回復」に向かう大きな前進である。

さて、すでに本文中で何度か使用している「権利回復」の用語について説明が必要と思われる。ソーシャルワークの現場では「権利擁護」が多用されるが、「権利擁護」は適切なサービスが受けられず放置される、何らかの権利侵害があるなど、すでに権利が侵害されたか、侵害されるおそれがある場合などに、できるだけ本人の自己決定を尊重し、対象者の立場に立って援助することである。しかし、本論文で強調したいのは、障害のある人がこれまで権利の場から排斥され、権利が得られなかったという事実である。したがって、用いる語は「権利回復」であると考えられる。また、「権利擁護」を使う時は専門職が対象者を擁護する関係であり、ベクトルは専門職から対象者に向く。しかし、「権利回復」は障害のある人が専門職を含む社会に向けてベクトルを伸ばすと考えられる。障害のある人が自分たちの権利を獲得するために主体的に運動する姿が一つのモデルである。「権利回復」が使用される文脈としては、たとえば、犯罪被害者の「権利回復」や民族的差別を受けた人の「権利回復」などである。本論文においては、これまで権利の枠外におかれてきた障害のある人々の権利の獲得を取り上げることから、「権利回復」の語を当てた。また、権利条約も障害のある人の「権利回復」を強調しているとよみとることができる。

権利条約の強調点の2点目として、「差異ある平等」が示された点である。権利条約は障害のある人となない人が同一であることを主張するものではない。人間の中の多様性を認め、差異を尊重した上で平等な権利を認めることを強調し、このことを阿部は「差異ある平等」とよんだ⁹⁾。法は暗黙裡に健全な成人男性をモデルとするが、女性も、子どもも、障害のある人も、人種の異なる人も、様々な多様性を認め、平等な権利をもたらすことを考え方の基本としたのが権利条約である。

さらに3点目として、「合理的配慮」にもとづく差別の禁止がある。「合理的配慮」を初めて法律に明記したのはアメリカ障害者法(ADA)である。権利条約では第2条で「合理的配慮」とは、障害のある人が他の者との平等を基礎としてすべての人権及び基本的自由を享有し又は行使することを確保するための必要かつ適切な変更及び調整であって、特定の場合に必要とされるものであり、かつ、不釣り合いな又は過重な負担を課さないものをいう。」とある。しかし、「合理的配慮」については一般の人々からの理解が得られない場合がある。この点については東の説明が明快である⁵⁾。たとえば、人々は公共の交通システムを誰の手助けも受けずに利用する。「障害のある人がバスや電車が利用できるように諸設備の改善を求めると、なぜ、彼らのためだけに「特別」のことをしなければならないのかと言う声が返ってくる。」と言う⁵⁾。しかし、交通システムが整うには膨大な資金と労働力と時間が費やされており、一般の人々も自力で移動できない所に行くために、その「特別」な恩恵にあやかってきたのであり、その点ではなんら障害のある人々と変わらない。もともと交通網を整備する時に、障害のある人の利用も想定した建設をしなかったことにこそ問題があると考えられる。したがって、これまでなかった設備を整えることは障害のある人への当然の配慮と言える。

これらのことから、「権利回復」のためには、「差異ある平等」、「合理的配慮」が担保さ

れることが障害のある人にとって重要であり、権利条約はその大きな指針である。権利条約は障害のある人を社会の構成者として受容し、「障害のある人が権利の主体」であることを強く主張する。本論文はこれらの理念を実践の場面で検証することを想定し、障害のある人が社会活動に主体的に参加するための方策を提示することを目的とするものである。

第3節 精神保健福祉領域のパラダイム・シフト

本論文は特に精神保健福祉領域に着目し、精神に障害のある人の権利について検討する。そこで、当領域で社会的入院の解消や政策決定過程への参画を含め、精神に障害のある人の人権がどのように考察されてきたかを、特に、ソーシャルワーク実践モデルの変遷を示した早稲田大学人間科学学術院の教員であり、精神保健福祉士の田中を中心に検討する¹⁰⁾。田中は、ソーシャルワーク実践モデルを3期のパラダイム・シフトと捉え、解説した。第1の転換点は1900年の精神病者監護法、1919年の精神病院法にもとづく時代である¹⁰⁾。田中は「治安モデル」とよんだ。この頃、精神疾患患者は社会から隔離され、私宅監置が公認され、精神科病院は整備が進まない上に、機能は地域の公安のための施設であった。当時は専門職と精神疾患患者の関係は専門職優位の地位が固定し、患者が十分な治療を受けられなかった。第2の転換点は1950年の精神衛生法の制定から1965年改正までの15年間とそれ以降を「医学モデル」の時代とした¹⁰⁾。クロルプロマジンの開発等、薬物による治療が進み、精神科病院が急速に整備された時期である。精神障害のある人を結核管理になぞらえ、早期発見、治療、保護が進んだという。しかし、精神科特例による精神科医、看護師の配置の少なさから、劣悪な環境下に置かれた患者もいた。第3の転換点は1988年の精神保健法施行から、続く1995年の精神保健福祉法、2000年の法改正であり、この時期を第3のパラダイム・シフトとよんだ。特に、田中は精神に障害のある人が生活主体者として暮らし、普通の市民としての自立生活を送ることを重視し、「統合的生活モデル」ないしは、「地域生活支援システム」とした。

田中が著書を著した2000年前後はノーマライゼーションの考えが広がりを見せ、精神障害のある人も含め、障害のある人の完全参加と平等に向け、新たな社会システムづくりが試みられた。田中は、特に、「個人の選択と自己決定を尊重した支援を障害のある人の参画のもとに実現すること」を強調し、これらの結果として「長期入院患者の大幅な減少、障害者計画の策定と実施、総合的な地域生活支援の実施、精神障害のある人の法定雇用率への参入、保護者制度の廃止、権利擁護制度の実質を伴った確立、オルタナティブサービスの広がり、障害当事者自身の社会的発言力の高まり」が実現できると想定した。

しかし、10年以上の時を経て、上記の多くはまだ実現をみない。加えて、2006年の権利条約成立以降、精神保健福祉の領域でも「精神の障害のある人もまた権利の主体である」という考えが、広まってよいはずである。なぜならば、社会的入院状態をはじめとして、精神疾患を持つ人たちはこれまで権利を享受する場から大きく遠ざかった人たちである。今こそ、精神保健福祉領域の専門職は人権に感度をあげ、これまで棚上げにされてきた社会的入院問題をはじめ、精神保健福祉領域の様々な問題の解消に向けて早急に取り組まなければならない、より大きなパラダイム・シフトの到来が待たれる。

第4節 地域移行支援事業におけるピアサポートの導入

ここでは、これまで述べてきた「精神の障害のある人が権利の主体である」ことの実践の一つとして、精神障害のある人の地域移行支援事業におけるピアサポートを取り上げる。ピアサポートの重要性については、理念として、また、公的文書による裏付けや、厚生労働省が示す施策、これまでの実践活動を中心に検討する。

1点目としてピアサポートを重視する理念的根拠は権利条約にみられる。第19条は障害のある人が特定の生活様式で生活するよう義務づけられないこと、主体的に自分の居住の場を選択することができることを示す。精神科病院の社会的入院問題は居住の場の自由な選択を奪っていると考えられる。また、第26条「ハビリテーションおよびリハビリテーション」では障害のある人が社会に完全に包容され、完全に参加するにはピアサポートが必要なことが条文に明記されている。これらのことから、精神科病院からの地域移行の実現には、障害のある人相互による支援としてのピアサポートの導入がぜひとも必要である。

2点目として、2003年の厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」を中心に述べる。この中に、「ピアサポート（当事者による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援」について書かれている¹¹⁾。このピアサポートは日常的なピアサポート活動を指す。さらに、2008年の地域移行支援事業の実施要綱と、2010年の地域移行・地域定着支援事業実施要綱にも、ピアサポートについて言及しているのである¹²⁾ ¹³⁾。

3点目として、全国の実践活動からもピアサポートの重要性を示すことができる。たとえば全国にさきがけ精神障害のある人の退院支援事業を実施した大阪府は、当事者支援員としてのピアサポーターの成果を示した¹⁴⁾。また北海道十勝地方では病院独自に退院支援を実施し、ピアサポーターの関与が効果をあげた¹⁵⁾。これらの実践も地域移行支援事業へのピアサポートの導入にプラスに影響したと思われる。

以上、理念と国の政策、実践の面から、ピアサポートが事業に導入されるに至る根拠を振り返った。本論文において、権利条約でいう障害のある人が権利の主体として位置づき、また、精神保健福祉領域が重視する自己決定にもとづき、主体的に地域生活を送り、社会参加の実現、あるいは「権利回復」において、大きな要の一つがピアサポートであると考える。そのピアサポーターの支援をうけ、入院生活から地域生活へと移行する対象者は他の専門職では得られない、大きな効果を受けると予想する。そこで本論文では地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果を示し、精神に障害のある人が権利の主体であることを具体的に明らかにし、また、ピアサポートの導入・拡大へとつなげることを研究の第一の目的とする。

第5節 精神に障害のある人の政策決定過程への参画の重要性

本論文の第二の目的は政策決定過程に障害のある人が参画し、障害のある人に直接関係する議案を中心に審議する機会の促進である。精神に障害のある人は精神保健福祉サービスの利用者として政策の是非を判断できる一人である。

精神に障害のある人の参画を取り上げる理由として、再び権利条約について触れる。権利条約に関わる有名なことばとして”Nothing about us without us.”がある。権利条約が特に意味を持つのは条約制定までの過程に多数の障害のある人が実際に参画したことであり、

その中で「私たちに関することは私たちを交えて決めてほしい。^{註 4) 16)}」のことばが、障害のある人の切なる思いを込めて語られた。また、条約は憲法に次ぐ法的拘束力を持つが、批准の前提として国内法が整備されること、また批准後は法律の上位に位置づくことで、各一般法は条約に則らざるを得ない。権利条約の前文(a)では「障害のある人が、政策及び計画（障害のある人に直接関連のある政策及び計画を含む。）に係る意思決定過程に積極的に関与する機会を有すべきであることを考慮し」、第3条「一般原則」の(c)に「社会への完全かつ効果的な参加及びインクルージョン。」、第4条「一般的義務」の3に「締約国は、この条約を実施するための法令及び政策を策定し及び実施するに当たり、並びに障害のある人と関連する問題についての意思決定過程において、障害のある人（障害のある子どもを含む。）を代表する団体を通じ、障害のある人と緊密に協議し、かつ障害のある人を積極的に関与させる。」とある。このように権利条約では障害のある人の政策決定過程への参画を明確に示している。

上野は精神科領域の当事者運動の歴史的変遷の中で、「今後は精神保健医療・福祉など政策決定過程への参加が重要な原則となる」ことを権利条約成立前から指摘した¹⁷⁾。その中ですでに1981年の国連・国際障害者年以降、「政策決定過程への参加が自己決定権の主要な柱」として認識されていたこと、わが国においては全国精神障害者団体連合会が1993年に精神保健法の見直し等に関する意見書を厚生省（当時）に提出し、国への要望書の20番目に「各種審議会に障害者の代表を入れること。」を提案したことを示した。

わが国は、これまで条約の批准に向け、障がい者制度改革推進会議総合福祉部会や差別禁止部会で議論を続け、前者は委員の約半数が、後者は約1割が障害のある人や家族が占めた。また、障害者基本法を改正し、2013年から10年間、障害者基本計画の策定及び監視にかかわる審議等を行う機関として障害者政策委員会が内閣府に成立し、過半数の障害のある人を含む30名の委員で協議を行っている。このように中央では障害のある人の政策決定過程への参画がなされている。これらにより地方の精神保健福祉施策決定の場での障害のある人の参画も増え、地域に密着した議論が展開し、地域移行支援事業におけるピアサポートの導入等、精神に障害のある人に直接利益をもたらす審議が期待される。

そこで、第2の目的として、地方精神保健福祉審議会における精神に障害のある人の参画によって、精神に障害のある人が権利の主体であることを明らかにすることである。

第6節 まとめ

これまでのことから、本論文は障害者権利条約が示す「障害のある人は権利の主体である」という理念を主張の根幹に置くものである。これまで、人一般が持つ人権の範疇に障害のある人が実際的には含まれていなかった反省から、特に、障害のある人の主体的権利を強調するのが障害者権利条約である。また、障害者権利条約の中の障害の概念は、個人と社会の相互作用により生じるものとし、障害のある人が権利の主体となるためには、社会の構成員として権利を享受できることを主張する。

本論文は精神の障害のある人が権利の主体として広く認知されるために、具体的には、地域移行支援事業におけるピアサポートの活躍と、地方精神保健福祉審議会の当事者委員としての参画が重要と考える。そこで、まず、本論文では精神科病院の地域移行支援事業における「ピアサポートの導入・拡大」について検討する。ピアサポートは障害のある人

自らが支援を担う者としての活動が期待でき、障害のある人が権利の主体であることを示す好例になりうると思われる。また、地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画は、障害のある人が権利の主体であることを示すもう一つの重要な例になりうると思われる。

ピアサポートの導入・拡大と地方精神保健福祉審議会への精神障害のある人の参画の実現は、これまで権利を享受できなかった精神の障害のある人が「権利回復」することと言える。しかし、障害のある人が「権利回復」することは容易ではないであろう。なぜならば、障害のある人が権利の主体となるには、障害のある人だけでなく、社会の一般の人々が、障害のある人もまた権利の主体であることを認識する必要がある、それは大きな社会変革を伴うものだからである。しかし、本論文ではあえて大きなテーマである精神に障害のある人の「権利回復」について考えたいと思う。

なお、本論文においては「障害者」「当事者」という用語の使用は極力控えた。これらのことばは障害を断定する差別的な意味合いが含まれるからである。人一般の権利の中に障害のある人を包摂するならば、対象となる人を「障害者」という別カテゴリーで括る必要はない。アメリカでは **disabled people** から **people with disabilities** へとことばの変化があり、また、イギリスでは引き続き **disabled people** を使用するが、「できない人々」という形容詞としての使用ではなく、過去分詞として「できなくさせられた人々」の意味合いで使われている。**disabled** をあえて一般的ではない意味で使用するのには「社会によって能力を奪われた人」という意味合いを強調したいためと考えられる¹⁸⁾。以上のことから、本論文では、「障害のある人」という語を当てることが多い。

第7節 本論文の構成

本論文は問題の所在を明らかにする問題分析部分を第1部とし、問題解決に向けた調査研究部分を第2部とする構成とした。第1部の問題分析については、第1章は国連の障害のある人に関する人権条約や宣言等と、精神に障害のある人の「権利回復」に向けたわが国の施策の変遷を、地域移行支援事業を中心に検討する。また、社会的入院問題解消に向けた地域移行支援事業の概況と実践報告を概括する。第2章はピアサポートの用語の整理と、地域移行支援事業に関連したピアサポートと関わる先行研究の概略を示す。第3章は政策決定過程への障害のある人の参画に関する法的根拠、実際の動向、関連先行研究から参画の重要性を示す。

第2部の調査研究については、第1章は地域移行支援事業を積極的に進めてきた北海道を対象地とし、4種の関係者に行った面接調査の結果を質的に分析し、ピアサポートの支援の効果を示す。第2章は第1章の3対象地を分け、個々の事業実態とピアサポートの支援の効果の関連について検討する。第3章はピアサポート導入による実績面での成果を検討するため、全国の自治体に質問紙調査を実施し、事業による退院者数、新規対象者数、継続対象者数を調査し、また事業実施体制およびピアサポート実施体制についても調査し、ピアサポート導入、拡大に必要な諸要因について検討を行う。第4章は地方精神保健福祉審議会への当事者委員参画について調査し、参画に向けた要因を明らかにする。

終章では、地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果と導入によって得られた成果を示し、今後の導入・拡大の諸要因の提示と、政策決定過程への障害のある人の参

画拡大の諸要因をまとめ、精神に障害のある人の「権利回復」実現に向けた考察を行う。

第8節 研究方法の選択

本論文の第2部第1章と第2章において質的研究法を採用する。質的研究は、量的研究で用いられる統計的手法ほど包括的で一般的な定式的手続きが存在しないと言われる¹⁹⁾。したがって、分析の妥当性や客観性をどのように担保するかが課題となる。しかし、統計的手法を用いることが妥当性や客観性を保障し、質的手法は単なる解釈であって一般化や普遍化のできない価値の低いものと言うことではないと思われる。たとえば、佐藤は「(定性的調査対定量的調査)のような人為的な区別よりも、調べようと思っている調査対象にとって最もふさわしいデータ収集とその分析技法を模索していくことの方が、はるかに重要な課題になってくる」と述べる²⁰⁾。このことは、量的研究と質的研究のどちらがより優れた研究方法かということではなく、取り扱う研究テーマにふさわしい研究方法を十分に吟味する必要性を述べていると思われる。では質的研究が適する領域とは何かを考えると、萱間は「質的研究の本質は、限定された現象や対象について、その詳細を、そこに属したり関わったりしている関係者や当事者のリアルな言葉をもって記述し、さらにそれらを抽象化するということによって、すでに学問の領域の中に存在している概念との関連性や関係性を見出し、位置づける機能をもつものと考えている。²¹⁾」ということであり、今回、第2部第1章、第2章で扱うピアサポートの支援の効果を関係者のインタビューにより明らかにする場合、語り手のことばをできるだけ語り手の思いや意図を読み取りながら、抽象化し、先行研究で示されたピアサポートの支援の効果と関連づけ、説明する時に、質的方法が最も適すると考えられる。

また、質的研究が研究者の一方的な解釈であるといった誤解を招く場合があるが、この点も量的研究と大きな差はないと考える。量的研究は統計的に示された結果をもとに解釈するが、研究者のある種の方向性にそって論理的に結果の解釈がなされる。統計的結果があれば自動的に考察が決まるものではない。また、質的研究は、データを分析する際に解釈が含まれるが、分析の方法を明らかにすることにより、どのような解釈を行ったかのプロセスが明確になり、その解釈の妥当性を高めている²¹⁾。量的研究、質的研究のどちらであっても、一定の解釈に至る過程が表現されることで、研究の質が担保されると考える。

2012年度に発行された日本社会福祉学会の学会誌である「社会福祉学」4冊の中の質的研究の分析傾向をみると9本の論文の分析方法は様々である。M-GTAを使ったものが2論文、Berelsonの内容分析法、SWOT分析、KJ法、計量テキスト分析、Loflandの分析が各1論文、オリジナルの手法を用いたものが2論文であった。これらの結果から、現段階では社会福祉学の質的分析手法は定式化されたものではなく、調査対象から得られたデータを最も活かす分析をそれぞれに試みていることがわかる。このことは社会福祉領域に限定するものではなく、心理学や看護学等の領域においても質的研究の分析手法はより良いものが開発途中の段階にあると思われる。たとえば、社会構成主義の言説を中心とする分析や、現象学にもとづく分析は、データの語りを分析者が丹念にすくいあげる作業と言ってよい^{22) 23)}。その過程と結果は、面接調査を実施したその分析者にしかできないものであり、面接対象者との関係性の中で紡ぎだされる。このような分析は、調査者と調査対象者との間で生み出された真実をできるだけ忠実に文字に再現することを試みている。

第2部第1章、第2章の各章で調査方法の選択理由と分析の詳細について説明する。また、第3章は量的研究法にもとづく統計処理を中心とし、第4章は集計結果をもとに考察を進める。

註1) 本論文で取り上げる障害者権利条約は、川島らの訳を使用した。政府仮訳の2007年版は複数の誤訳を指摘されている点と、英訳の問題以上に、障害者権利条約を長年研究してきた研究者が条約の理念を充分咀嚼した上で作成した日本語訳を使用したいと考え、川島らによる訳を選択した。

註2) パラダイムとは範型やモデルを表すギリシャ語の「パラディグマ」に由来する。クーンは科学者が問題の解法を学ぶ「模範的な例題解答」へと意味を転用した。

註3) レイパーソンとは素人のことである。

註4) 「私たちがなしに私たちのことを決めないで」と訳されるものが多いが、三田はそれを肯定的な表現に意識して用いており、本論文では積極的に選択した。

引用文献

- 1) Article19:Living and being included in the community. Daily summary of discussion at the seventh session 19, January 2006. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/ahc7sum19jan.html>).
- 2) 川島聡・長瀬修(2008)「障害のある人の権利に関する条約条文見出し一覧」長瀬修他編『障害者の権利条約と日本：概要と展望』生活書院, 208-297.
- 3) 崔栄繁(2008)「第8章 自立生活」長瀬修他編『障害者の権利条約と日本：概要と展望』生活書院, 185-205.
- 4) Kuhn, S. Thomas(1962) The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago Press. (=1971, 中山茂『科学革命の構造』みすず書房.)
- 5) 東俊裕(2008)「第2章 障害にもとづく差別の禁止」長瀬修他編『障害者の権利条約と日本：概要と展望』生活書院, 37-74.
- 6) 川島聡(2010)「第1章 障害者権利条約の基礎」松井亮輔・川島聡編『概説障害者権利条約』法律文化社, 1-15.
- 7) Oliver, Michael and Sapay, Bob(1999) Social Work with Disabled People. (=2010, 野中猛監訳『障害にもとづくソーシャルワーク』金剛出版.)
- 8) 星加良司(2009)『障害とは何か ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院.
- 9) 阿部浩己(2010)「第4章 権利義務の構造」松井亮輔・川島聡編『概説障害者権利条約』法律文化社 49-62.
- 10) 田中英樹(2001)「精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク—」中央法規.
- 11) 厚生労働省(2011)『(中間報告)精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向(平成15年5月15日)』我が国の精神保健福祉, 平成23年度版, 太陽美術, 460-466.
- 12) 厚生労働省(2010)「精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について(平成20年5月30日)」『我が国の精神保健福祉 平成22年度版』太陽美術, 497-499.
- 13) 厚生労働省(2011)「精神障害者地域移行・地域定着支援事業の実施について(平成23

年4月25日)『我が国の精神保健福祉 平成23年度版』太陽美術, 482-487.

14) 大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書—3年間のまとめ—(2003) 1-37.

15) 門屋充朗(2002)「帯広・十勝圏域における生活支援—帯広ケア・センターを中心として—」伊勢田堯, 小川一夫, 百溪陽三編『みんなで進める精神障害リハビリテーション: 日本の5つのベスト・プラクティス』星和書店, 32-51.

16) 三田優子(2012)「障がい者制度改革における当事者参画の意義と課題—障がい者権利条約の批准に向けて—」『社会福祉研究』第113号, 67-74.

17) 上野武治(2004)「精神障害当事者運動の意義 精神障害とリハビリテーション」126-133.

18) 杉野昭博(2006)「障害事始め 障害学の視点から「障害」を考える。」月刊ノーマライゼーション, 第26巻.

19) 大谷尚(2011)「SCAT: Steps for Coding and Theorization—明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法—」感性工学1, Vol.10 No.3: 155-160.

20) 佐藤郁哉(1992)「フィールドワーク増補版 書を持って街へ出よう」新曜社, 1992.

21) 萱間真美(2007)『質的研究実践ノート, 研究プロセスを進めるclueとポイント』医学書院, 2007.

22) ガーゲン, J. K. 東村知子訳(2004)『あなたへの社会構成主義』ナカニシヤ出版.

23) 植田嘉好子・山本玲菜・佐久川肇(2009)『質的研究のための現象学入門—対人支援の「意味」をわかりたい人へ.』医学書院.

第1部 問題分析編

第1章 精神に障害のある人の「権利回復」と社会的入院

問題解消に向けた地域移行支援事業の概況

本章では精神に障害のある人が「権利の主体」であること、および「権利回復」に関わる理念について、特に、国連の障害者に関する条約・宣言等に示される視点と、わが国のこれまでの精神保健福祉施策、中でも精神科病院の社会的入院者の地域移行に関する施策や事業、関連法規をもとに考察する。近年、精神保健福祉の領域では、保護者制度や入院形態の問題、増加し続けるうつ病・認知症問題、精神疾患に関する国民の理解の深化に向けた普及啓発活動などさまざまな重点項目がある。中でも地域移行の問題は重要かつ緊急であることから、その施策に注目することで、わが国が精神に障害のある人たちの「権利回復」に向けた方向性を確認できると考えられる。また、これらを明らかにすることと関連して、社会的入院の状況を示し、社会的入院問題解消に向けた地域移行支援事業の概況と、地域移行支援事業に関する実践報告をまとめる。

第1節 障害のある人の権利に関する条約等と精神保健福祉領域の地域移行の施策等との関連

第1節では、国連の人権に関わる条約等と地域移行施策等との関連について述べ、権利条約が示す障害者観が精神保健福祉領域でどのように実践に向かっているかを、特に、地域移行との関連で捉える。表1-1は、障害のある人の人権条約・規則・原則等と、精神保健福祉領域の地域移行に関する施策・事業・法律とを一覧で示したものである。

表1-1 障害のある人の人権条約・宣言・規約・原則と地域移行関連施策・事業・法律

年	障害のある人の人権に関する条約・宣言・規則	地域移行関連施策・事業・法律
1948年	世界人権宣言	
1966年	国際人権規約	
1975年	障害者の権利宣言	
1991年	精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則 ¹⁾	
1993年	国際連合：障害をもつ人びとの機会均等化に関する基準原則 ²⁾	
1995年		・障害者プラン：精神障害者地域生活支援事業 ⁵⁾
1996年	精神保健ケアに関する法：基本10原則 ³⁾	
1999年		・精神障害者地域生活支援センターが法定化

2002年		<ul style="list-style-type: none"> ・社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書⁶⁾ ・精神保健福祉サービスの実施主体が都道府県から市町村へ
2003年		<ul style="list-style-type: none"> ・新障害者プラン⁷⁾ ・厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向⁸⁾ ・精神障害者退院促進支援事業の実施について⁹⁾
2004年		<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健医療福祉の改革ビジョン¹⁰⁾
2006年	障害者の権利に関する条約 ⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者自立支援法の施行¹¹⁾
2007年		<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援体制整備特別支援事業のピアサポート強化事業¹²⁾
2008年		精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について ¹³⁾
2009年		<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健医療福祉の更なる改革に向けて¹⁴⁾ ・障害者権利条約締結に向け、内閣府に障がい者制度改革推進会議を設置¹⁵⁾
2010年		<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者地域移行・地域定着支援事業の実施について¹⁶⁾ ・障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害者保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（つなぎ法）の成立¹⁷⁾
2011年		<ul style="list-style-type: none"> ・改正障害者基本法の成立¹⁸⁾ ・障害者虐待防止法の成立¹⁹⁾ ・障がい者制度改革推進会議総合福祉部会：障がい者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言—新法の制定を目指して—²⁰⁾ ・精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き²¹⁾
2012年		<ul style="list-style-type: none"> ・相談支援の充実等について：地域移行支援の個別給付化²²⁾ ・障害者政策委員会による新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見の提示²³⁾ ・障害者総合支援法の成立²⁴⁾
2013年		<ul style="list-style-type: none"> ・障がい者制度改革推進会議差別禁止部会：障害を理由とする差別の禁止に関する法制の制定に向けて—論点に関する中間的な整理²⁵⁾

1. 障害のある人の人権に関する条約の重要事項

人権に関する国際的な方向性は 1948 年の世界人権宣言に始まると考えられるが、世界人権宣言と 1966 年の国連人権規約については序章の第 2 節に示した通りである。

障害者の人権については 1975 年の「障害者の権利宣言」と、以下に述べる 3 つの原則が関連する。まず、「障害者の権利宣言」は、国連が、障害のある人に対する差別と不平等の撤廃について謳ったものである。翌 1976 年には「国際障害者年」を 5 年後に設けることを決議し、社会の目がようやく障害のある人たちに向けられるようになった。

障害に関する 3 つの原則は 1991 年の「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則(以下、国連原則)」と、1993 年の「障害を持つ人びとの機会均等化に関する基準原則 (以下、基準原則)」、また、1996 年の「精神保健ケアに関する法：基本 10 原則 (以下、基本原則)」がある。

まず精神障害と関わりの深い国連原則と基本原則について示す。1991 年の国連原則の原則 3「地域社会における生活」では「精神疾患を有するすべての者は、可能な限り地域社会に住み、及びそこで働く権利を有する。」、また、原則 7「地域社会と文化の役割」では「すべての患者は、可能な限り自己の居住する地域社会において治療及びケアを受ける権利を有する。」、原則 15「入院の原則」では「精神保健施設で治療を受ける必要がある場合、非自発的入院を避けるよう、あらゆる努力が払われる。」と明記している。これらから、精神疾患のために精神科病院に極力非自発的に入院させてはならないことと、精神疾患を持つ人々が地域社会で生活し、働く権利を強調している。

1996 年の基本原則は国連原則をよりわかりやすくすることを意図して設けられたものである。このうち地域移行と関連の深いものを示す。「4 精神保健ケアにおける最少規則の原則」では「地域でケアすることが可能な患者には地域医療の提供を保障しなければならない。」「患者の自立のあり方の多様性に配慮した地域精神保健ケアを支える、法的手段とインフラ〈人的資源や場所等の基盤〉を整備する。」とし、「5 自己決定」では「いかなる形態の介入であれ、事前に本人の同意を求めることが要請される。」、「6 自己決定の過程を援助される権利」は「患者が、自己決定するという事態を受け入れることに困難を覚えているのみで、できないわけではない場合、その人にとって知識のある第三者機関の援助は有効である。」など、国連原則をさらに進め、患者の自己決定を尊重している。6 はピアサポートの視点では非常に重要な原則である。精神に障害のある人が自己決定に困難を感じる場合に、ピアサポートも充分考えられる。この基本原則がわが国の 2003 年の厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」の基盤となり、ピアサポート等当事者活動の支援へとつながるものである。

一方、1993 年の基準原則は障害全般に関する原則を示す。「はじめに」の 26 で障害を持つ人が社会の構成員であり、地域社会の中で生活する権利を有すること、規則 9「家族生活と個人の尊厳」の 1 で障害のある人々は家族と共に住めるようにしなければならないと明記した。

以上の諸原則は、「国連・障害者の十年」(1983～1992 年)の間に得られた経験の蓄積が国連原則、基準原則、基本原則へとまとめられたものであり、各国の障害者、特に精神に障害のある人の政治的、道徳的基礎の構築に少なからず影響し、これらの足跡が 2006 年の権利条約に結実したと考えられる。

2006 年の権利条約第 19 条「自立した生活 (生活の自律) 及び地域社会へのインクルージョン」と、第 2 条「定義」の「合理的配慮」(いずれも序論に明記)から、社会的入院者は地域生活を送る権利を持ち、そのために合理的配慮を受けられることが読み取れる。

また、第 26 条「ハビリテーションおよびリハビリテーション（序論に明記）」は社会的入院者の地域移行の実現と明確に関わる内容を示している。これまでの原則および権利条約の考え方に則れば、わが国の社会的入院問題は早急に改善しなければならず、また、そこにピアサポートを導入することは、精神疾患を持つ人が権利の主体であることを体現する重要な機会であり、同様に地域移行する対象者にとっても、これまで剥奪されていた権利を回復することに通じる。

以上、1948 年から現在までの国連の取り組みをまとめると、精神障害のある人もまた権利の主体であること、自己決定にもとづき自分の住みたい地域で生活を送ること、自己決定過程での困難がある場合に第三者による支援やピアサポートの援助を受けることの重要性が示された。

2. 地域移行に関するピアサポート施策・事業・法律の変遷

次にわが国の地域移行と関連する施策・事業・法律の概要について述べる。

まず、1995年の障害者プランの重点項目の一つとして精神障害者地域生活支援事業が制度化され、精神障害者地域生活支援センター（以下、支援センター）の整備が目標として掲げられた。先の国連原則や基準原則に示された非自発的入院状態にある患者への適切な処遇と地域で暮らす権利の実現のために、支援センターは大きな役割を持ち、各地に設置され、1999年には法定化された。続く2002年には、社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告書では「受け入れ条件が整えば退院可能な約7万2千人の精神病床入院患者の退院・社会復帰を図ること。また、これに伴い、入院患者の減少、ひいては精神病床数の減少を見込むこと。」が明記され、行政文書の中にはじめて明確に社会的入院者の退院の数値目標が示された。また、精神保健福祉サービスの実施主体が都道府県から市町村になり、身近な地域でサービスを受けやすくなった。

2003年は新障害者プランがスタートし、基本方針の中で「障害者は、社会の対等な構成員として人権を尊重され、自己選択と自己決定のもとに社会のあらゆる活動に参加、参画するとともに、社会の一員としてその責任を分担する。」とあり、これまで社会から排斥されていた障害のある人を社会の対等な構成員として迎え入れること、また、国連原則で述べられてきた障害のある人の人権や地域生活を含め自己決定について明言された点は特筆に値する。

また、2003年の厚生労働省の精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」では、重点施策として精神障害者への正しい理解や当事者参加活動を促すための普及啓発活動、精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床数の減少を促すための精神医療改革、住居・雇用・相談支援の充実等地域生活の支援の各施策の推進、受け入れ条件が整えば退院可能な7万2千人の早期退院、社会復帰の実現を示した。加えて、「政策決定への当事者の関与の推進」、「ピアサポート（当事者による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援」など、本論の中心テーマであるピアサポートおよび政策決定への参画がすでに2003年の時点で、施策として明確に示されていたのである。このように2003年までは精神に障害のある人の人権に配慮した地域移行を加速させる方向が着実に進んだと言える。

しかし、2004年ごろから関連施策は変質していく。2001年の自民党小泉政権の誕生以後、聖域なき構造改革の名のもと、民営化、規制緩和が進み、小さな政府にともなう福祉の縮小により、2006年の障害者自立支援法の施行により、重度の障害のある人も含め、1割の応益負担を課した。小泉政権は福祉制度を持続可能なものとするために障害のある人も社会の一員として自己負担もやむなしとした。これは、明らかに国連の宣言や原則、また、憲法に反する考えである。障害のある人に「法の下での平等」「生存権」等権利の保障をせず、負担のみ課すことの誤りはその後の障害者自立支援法違憲訴訟で十分に証明された。この時期の施策は障害のある人の権利に関する視点を欠き、精神保健福祉行政も人権意識から遠のいた。たとえば「精神保健医療福祉の改革ビジョン」や、地域移行に関する事業実施要綱からも、精神障害者の人権や自己決定権、参画に関する文言は見られなくなった。

復活のきざしは、2009年の民主党政権成立後、障害者自立支援法の廃止と障害者総合福祉法の制定が決定し、内閣に「障がい者制度改革推進本部」が設置されてからである。内閣府が設けた障がい者制度改革推進会議は障害者権利条約の締結に向けた討議を行い、障害のある人が多数参画した。この会議の中では、障害者の人権について盛んに議論され、2010年6月に「障がい者制度改革の推進のための基本的な方向」を取りまとめ、障がい者制度改革推進会議に総合福祉部会と、差別禁止部会が設置され、障がい者総合福祉法までのつなぎ法が成立した。2011年の障害者基本法の改正では、定義の中に社会モデルの視点が加えられ、障害者総合福祉法の成立及び権利条約の批准に向かう活発な動きとなった。

さかのぼるがこの間、2007年に「相談支援体制整備特別支援事業のピアサポート強化事業」が開始され、地域における相談支援体制を整備・確立するために障害のある人が障害のある人の活動をサポートする場合に必要な設備整備等に補助金を出す事業が設けられた。また、2008年は2003年の「精神障害者退院促進支援事業」が「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に移り、2010年には「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」へと発展し、よりいっそうの退院支援が図られ、続く2011年の「精神障害者アウトリーチ推進事業」ではアウトリーチが強調された。2009年の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期5か年の重点施策として設けられ、今後の精神保健医療福祉のあり方等の検討が行われた。2011年には障害者虐待防止法が成立した。

これら活発な動きはあったが、残念ながら2012年に成立するはずだった障害者総合福祉法は、民主党政権の失速により、これまでの障害者自立支援法と大筋においては変わらない障害者総合支援法にとどまった。強いて注目できる点としては、第77条1や2で「地域の一般住民による障害のある人やその家族の理解と社会的障壁の除去に関する事項」の追加、第87条3で障害福祉計画の作成に、障害者及び家族の意見を反映させること、第89条の3で「障害者への支援の体制整備として、障がい者及び家族も含む構成員による協議会を設置すること」などである。地域移行については対象を拡大し、保護施設、矯正施設等を退所する障害者に対する支援も実施されることになった。

障害者総合支援法では、精神に障害のある人の地域移行・地域定着支援事業は「障害福祉サービス」の中の相談支援の中に位置づけられた。旧法の障害者自立支援法の「障害福祉サービス」は①介護給付、②訓練等給付、③地域生活支援事業、④補装具の4種であったが、新法はこれらに相談支援が加わり、その中に地域移行支援、地域定着支援、サービス利用支援、継続サービス利用支援が明確に位置づけられた。この結果、退院を希望する

人はまず指定特定相談支援事業者からサービス利用計画の作成を受け、それをもとに指定一般支援事業者が具体的な地域移行のための支援にあたり、あわせて地域定着支援として24時間の相談支援体制を整えることとなった。一応の方向性としては地域移行のためのシステムができつつあると言えるが、これまで2010年から国の事業として進められてきた精神障害者地域移行・地域定着支援事業が2012年4月から障害者自立支援法の「相談支援」に位置づけ、出来高払い的な個別給付とされた時点で、地域移行の事業から手を引いた都道府県や政令市がみられ、地域移行の取り組みが縮小する懸念がある。

2013年には障害者差別禁止法が成立し、障害を理由とする差別の解消を推進し、すべての国民が相互に人格と個性を尊重し合いながら共生する社会の実現を目指すなど、障害者権利条約の批准に向け、また、障害のある人の権利の確立に向け、少しずつ状況は整いつつあるが、2013年中には権利条約批准の方向が示されているが、社会一般の意識改革は始まったばかりとも言える。

第2節 精神に障害のある人の権利回復に向けて

第1節でみたように国連が示す障害のある人の人権に関する宣言や条約等は着実に障害のある人を社会の一員として迎え入れ、権利を享受すべき対象として明確に位置づけてきた。一方、わが国の障害者施策、中でも精神障害のある人の施策に関しては、明らかに人権侵害である社会的入院が現前と存在しながら、権利回復に向けた考えや動きがなかなか示されない。特に政局の変化によって、障害のある人の位置づけも翻弄され続けている。障害者自立支援法下では、障害のある人に権利は与えられず義務を課された。その後の、障がい者制度改革推進会議でようやく多くの障害のある人の参画が実現し、障害のある人の問題を障害のある人の力で変革する積極的な動きが見られた。しかし、改正障害者基本法においても、障害者総合支援法においても、同推進会議総合福祉部会の骨格提言は一部しか活かされず、かくも長い「権利回復」の闘いはまだまだ続けなければならない状況ではある。

しかし、考えてみればわが国の権利意識の希薄は今に始まったことではない。そもそも権利とは、自分に利得のあることを主張することや主張する能力を指す。察し合う国民性である日本人にとって、主張しなければ獲得できないことに対する抵抗は強い。たとえば、内閣府が5年ごとに実施する「人権擁護に関する世論調査」の項目に「権利のみを主張して、他人の迷惑を考えない人が増えてきたと感じる」人が2012年の調査では8割弱を占める²⁶⁾。この質問項目は権利のみを主張し続ける人は迷惑な存在であることを前提としている。これは、日常的に権利を侵害されたことのない日本人のごく普通感覚と考えられる。しかし、この感覚が邪魔をし、権利を侵害された者は権利の主張が困難になる。当然の権利の主張でさえも、わがまま、不平・不満、迷惑行為と否定的に受け取られやすいのである。特に、精神疾患の場合、全国「精神病」者集団で活躍する自身も精神疾患を持つ山本は「精神医療の今までのやり方が、自己主張をすること自体を、症状とか、困った患者というふうに抑圧、弾圧してきたという流れがあるんですね²⁷⁾。」という。自分の権利を主張したことが、専門職には「状態が悪いようだから薬を増やす方が良いですね。」と受け取られたという笑えない話があるのである。

また、精神障害の権利について活動している弁護士池原は「精神医療では患者は、自

分の状態を理性的に判断できる状態にない（病識がない）とみなされたり、自分の行動を適切に制御できない（危険性がある）とみなされたりしがちであり、実際にそうである場合があることも完全に否定できない。そのために精神保健福祉法自体が強制的に治療が行える場合を認めている。そしてこれが一般医療以上に治療者と患者の関係を引き離し、治療者の「優越的地位」を「支配的地位」にまで押し上げてしまう危険性を内包させることになってしまうのである。」と言う。池原の説明から、精神に障害のある人は自己主張を回避する傾向が生じやすいと考えられる。たとえば、あなたは病気の症状ゆえに強い主張をしているに過ぎないとか、あなたは病気で正常な判断ができないのだからと、もし家族や専門職から言われれば、本人は正常な判断ができると思えても、自分の判断能力を疑うようになる。そのために正常な判断力が保てる側面においても、自分はおかしいのではないかという気持ちを持ち、本人のもともとの障害以上に障害の範囲を拡大し、自己決定することを回避することはあるだろう。また、自分の判断力に自信が持てないと、信頼できるのは家族や専門職の判断と感じ、パターンリズムを生み出すこととなる。精神疾患の場合は、長期入院によるホスピタリズムとしての判断力や意欲の喪失に加え、疾患の症状に対する他者の介入の結果としての判断力や意欲の喪失もあり得る。

以上、述べてきたように、精神に障害のある人にとって「権利回復」することは、わが国の社会の在り方としても、また、本人の自己決定能力が潜伏化しやすい点からも、容易ではないと思われる。

第3節 社会的入院問題解消に向けた変遷

次に、これまでたびたび触れている社会的入院問題と、地域移行支援事業の概況を示す。

1. 社会的入院とは

「わが国の社会的入院問題は結核、精神、老人の3つの波を経てきた。」と安西は言う²⁸⁾。結核罹患者の中には長期入院の結果、治癒してももどる家がなく、病院に留まらざるを得なかった人たちがいる。また、家庭で面倒を見ることが困難になった高齢者が入院し、引き取り手がないうまま長期化した場合もある。これら、疾患の種類に関わらず、いくつかの事情が重なれば長期にわたる社会的入院は生じやすいといえる。

公的な文章に「社会的入院」の文言が最初に使用されたのは、生活保護法の医療援助の運営に対する指導要領であり、「結核患者に対する社会的入院」の記述が最初であることを小山が指摘した²⁹⁾。また、精神保健福祉の領域では社会的入院の定義は前出の田中によると「病状が改善されてもはや入院の必要がないにもかかわらず、住居など社会の受け入れ態勢が不十分なために、退院できず入院を続けている状態をいう。」とし、この考えが精神保健福祉の領域では広く受け入れられている³⁰⁾。

社会的入院は家族らが引き取ることができず、入院生活が長期化するにつれ、戻る場が消失し、患者自身も退院への意欲を喪失し、退院が困難になった状態が一つの例である。しかし、当然のことながら社会的入院は精神障害のある人の本来の生きる姿ではない。現在のように社会的入院が継続する状況は精神障害のある人に対する明らかな人権侵害である³¹⁾。また、田中は社会的入院の存在は、日本の恥であり、何よりも精神障害のある人の人権の問題であると言う³²⁾。

2. 精神障害者地域移行支援事業の概況

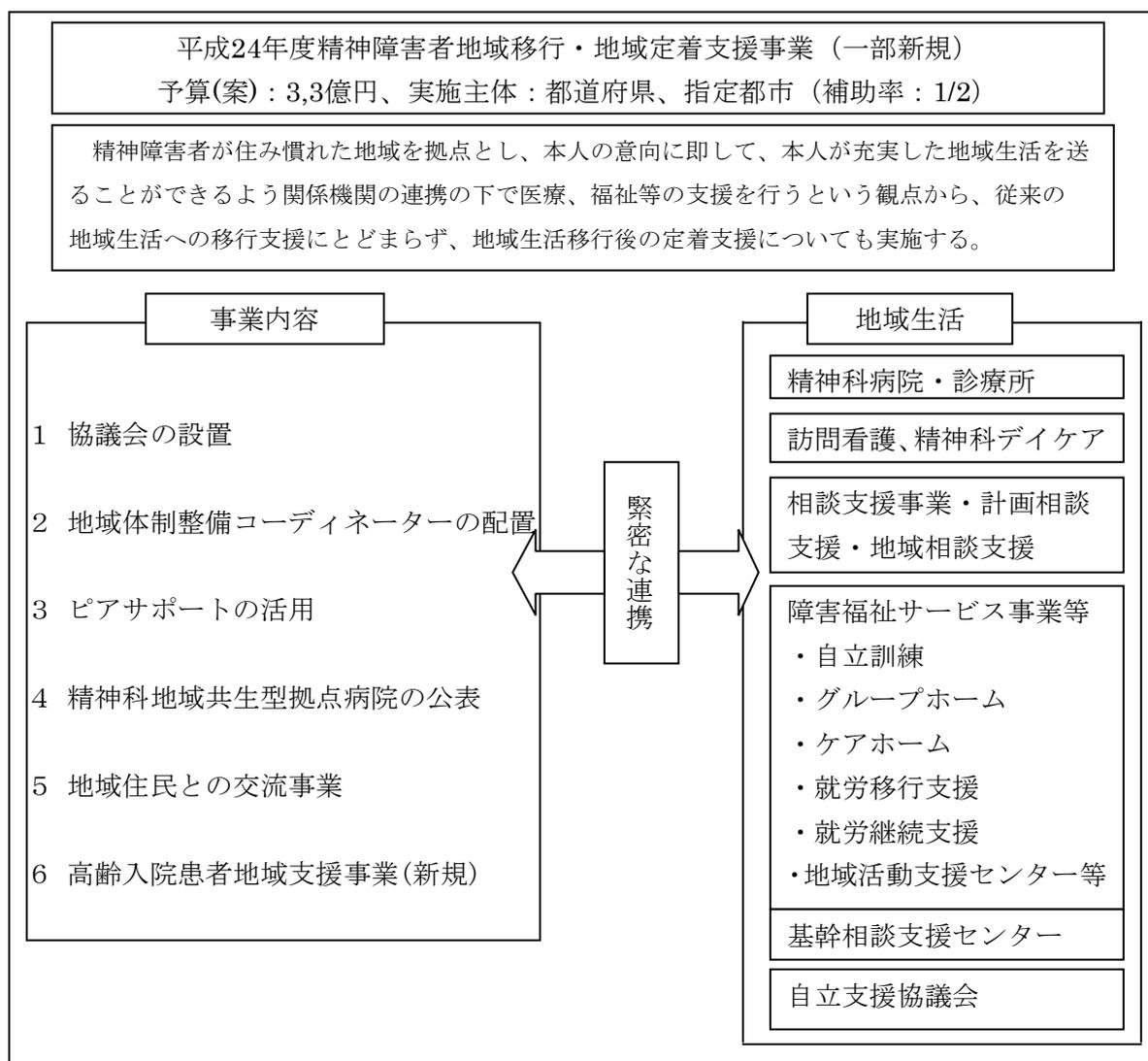
「受け入れ条件が整えば退院可能な約 7 万 2 千人」の記載が 2002 年の社会保障審議会障害者部会精神障害分会で報告されて以降、国の政策は入院医療中心から地域生活重視に転換した⁶⁾。厚生労働省は 2003 年に精神障害者退院促進支援モデル事業を開始し、続く 2004 年、2005 年と実施する自治体数を拡大してきた。しかし、30 以上の都道府県や政令市が事業に取り組んだが、その成果は捗々しくなく、2008 年度からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」に変え、これまでの自立支援員を地域側の中心的役割を担うスタッフとして地域移行推進員とし、退院への啓発活動と個別支援計画の作成や地域移行対象者の同行支援を受け持つこととした。また、圏域全体の体制づくりを行う役割として地域体制整備コーディネーターを置き、病院や施設への事業の周知徹底、社会資源の点検・開発等を実施し、退院支援全体の活性化を図る位置づけとした。これらを図示したのが図 1 である³³⁾。2010 年からは「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」に移り、地域定着も視野にいれ、移行後の生活の安定、受診の継続などのフォローや、未受診者を受診につなげるアウトリーチ活動なども強化してきた。2012 年度からは障害者自立支援法の個別給付の形態を取り³⁴⁾、同主旨のものが続いている。

しかし、特に退院実績面での成果は依然として芳しいものではない。これまでの退院実績については、民間の巢立ち会の報告書によれば 2003 年から 2005 年の精神障害者退院促進モデル事業の退院率は岡山県や長野県のように 7~8 割に至る県がある一方、3 年間の実施都道府県全体の退院率の平均は 3~4 割であった³⁵⁾。また、先のビジョンの前半 5 年が終わった 2009 年時点では約 2000 人強の退院を実現したにすぎない。事業を通して対象者への積極的な支援を行なってはいるが、退院実数という数値ではなかなか成果を示せなかった。地域移行支援事業は 2012 年 6 月の事業仕分けで抜本的改善を求められる事業に分類されている。その根拠は、退院実績の点と地域体制整備コーディネーターの効果の問題である。事業仕分けに関わる公開プロセスで示された事業概要には 2006 年からの実績が示されているが、各年対象者の 30 数パーセント、実数として 2006 年から 2010 年の 5 年間で地域移行を実現できたのはわずか 3199 名である³⁶⁾。このペースでは 72000 人の社会的入院者の地域移行を仮に当該事業のみで行えば、100 年以上も要することになり、まったく、現実的ではない。また、地域体制整備コーディネーターが精神科病院にはたらきかけるなど病院と地域事業所の連携・調整を担ってきたが、コーディネーターの配置が直接的に退院者数の増加につながっていない現状があるとみなされた。こうした点が事業の効率化、コーディネーター廃止案に至り、ついに、2013 年にコーディネーターが廃止され、事業の継続が厳しい自治体が生まれている。

古屋は成果が示せない原因として、医療関係者の協力が得られず、地域関係者との連携が難しい点、また、重篤な患者や長期入院者の退院を支援できる十分な受け皿が地域に乏しいことを指摘した³⁷⁾。加えて、現実的な問題として、民間精神科病院は経営面で、病床数の減少に対する抵抗を持つ。現行の病院が病床数を減らし、病院の機能を一部地域事業へ移行する選択肢はあり得るが、実現には多くの壁がある。また、精神科医療と精神障害のある人の地域事業所の予算配分を見ると概ね 97 対 3 の割合で、明らかに医療重視であり、このような現実の中で地域移行をすすめることは極めて困難な事情がある³¹⁾。

しかし、だからこの事業は意味がないと言う早急な結論は避けたい。事業を実施する中で着実な変化、たとえば、自立支援協議会が成立した、医療機関と地域機関の連携ができ始めたなど確かな動きは生まれており、軌道に乗るには時間がかかると思われる。重要なことは成果をより生み出すにはどうすべきかを検討することであろう。

図1 平成24年度精神障害者地域移行・地域定着支援事業体制図
(全国精神障害者地域生活支援協議会あみ 報告書より³³⁾)



第4節 精神に障害のある人の地域移行に関する実践報告

わが国の地域移行の先進事例については序論でふれた通りである。大阪府と北海道の2地域の事業は、どちらも退院後の居住の場や日中活動の場を用意することはもちろん、地域生活に不安を持つ人々に安心感を提供することを重視し、先行く仲間であるピアサポーターの協力を得てすすめ、加えて、対象者をバックアップする地域のネットワークを整えてきた³⁸⁾。北海道十勝は運営委員会、自立支援協議会を組織し、医療、地域、行政関係者及び当事者団体関係者らが参加し、地域移行対象者の経過やケア方針の検討等を行った³⁹⁾。

また、大阪は精神障害者社会復帰促進協会が事業の中心的役割を果たし、保健所、医療、地域関係者が連携を取り地域移行を進めている。また、ピアサポーターが講演会や家族教室の講師を務め、対象者に自宅を公開し、地域生活の紹介に積極的に関わってきた。

こうした先進事例に続き、国の「精神障害者退院促進支援モデル事業」としての実践は2003年度から始まり、初年度事業に取り組んだのは岩手、茨城、栃木、埼玉、長野、岐阜、静岡、三重、大阪、兵庫、奈良、岡山、山口、香川、長崎と大阪市の16の都道府県と政令市である³⁵⁾。次いで、2004年度に北海道、秋田、福島、千葉、東京都、神奈川、和歌山、広島、高知、沖縄の都道府県と、川崎市、神戸市の12自治体が、また、2005年度は山梨県、京都市が新たに事業を開始した。2008年からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」、2010年からは「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」が行われ、事業に取り組む自治体が増えたことは確実である。

しかし、これら国の事業は2003年、2008年、2010年と各々の事業要綱はあるものの詳しいガイドラインが示されず、実施主体である都道府県・政令市は事業展開に苦慮する面があった。それを補うように、各地で実践に役立てることが可能な報告書が、主に厚生労働省の「障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）」として多数出されている。また、その他にも大学や都道府県等がまとめた報告書があり、本論の趣旨を考え、特にピアサポートと関連の深いものを(1)～(3)にまとめた。

(1) 厚生労働省障害者保健福祉推進事業及び総合福祉推進事業報告書

厚生労働省は平成18(2006)年度から障害者保健福祉推進事業として障害のある人の自立支援にかかわる調査研究に対し補助金を支給し、平成22(2010)年度からは障害者総合福祉推進事業とし、研究結果を成果物として公表している。この中で主に精神障害のある人の地域移行支援事業に関する報告で、かつピアサポートと関連するものを表1-2に示した。

表 1-2 厚生労働省障害者保健福祉推進事業及び総合福祉推進事業の調査内容と実施団体

年度	調査内容	実施団体
2006年度	①精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業 ⁴⁰⁾ ②精神障害者退院促進支援事業の効果および有効なシステム、ツール等に関する調査研究 ⁴¹⁾	社会福祉法人巢立ち会 日本精神保健福祉士協会
2007年度	③精神障害者地域移行に関するモデル事業 ⁴²⁾ ④精神障害者の地域移行に係わる人材育成のための教材開発に関する事業 ⁴³⁾	社会福祉法人巢立ち会 日本精神保健福祉士協会
2008年度	⑤精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業 ⁴⁴⁾ ⑥精神障害者の円滑な地域移行を推進する地域体制整備コーディネーター等の人材養成研修プログラム開発事業 ⁴⁵⁾ ⑦会津若松市における退院促進・地域支援のための地域精神保健福祉ネットワークの構築と、精神病院機能強化の実践研究 ⁴⁶⁾ ⑧精神障がい者当事者参加型の地域支援環境づくり活動とその評価 ⁴⁷⁾ ⑨地域移行・生活支援における相談支援の機能強化方策検討事業 ⁴⁸⁾	社会福祉法人巢立ち会 日本精神保健福祉士協会 社会福祉法人会津療育会 財団法人精神障害者社会復帰促進協会 大阪府障がい者自立相談支援センター

2009 年度	<p>⑩精神障害者の地域移行支援事業の実際から見えた地域生活を安定的に支える方策と人材育成について⁴⁹⁾</p> <p>⑪精神障害者等の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業⁵⁰⁾</p> <p>⑫クラブハウスモデルによる精神障害者の自助活動実践と地域活動支援センターにおけるピアサポート活動の比較研究⁵¹⁾</p> <p>⑬精神障害者のピアサポートを行なう人材を育成し、当事者の雇用を図るための人材育成プログラム構築に関する研究⁵²⁾</p> <p>⑭自立支援法関連事業と連携を密にした小規模多職種在宅支援チームによる訪問型ピアサポートの効果と人材育成に関する調査研究⁵³⁾</p> <p>⑮精神障害者地域生活移行支援特別対策事業対象者の地域定着者の地域生活支援のあり方に関する調査⁵⁴⁾</p>	<p>財団法人精神障害者社会復帰促進協会</p> <p>NPO 法人北海道地域ケアマネジメントネットワーク</p> <p>社会福祉法人 JHC 板橋</p> <p>特定非営利活動法人十勝障害者サポートネット</p> <p>学校法人梅檀学園</p> <p>社会福祉法人桑友</p>
2010 年度	<p>⑯障害福祉分野においてピアサポートを活用するための活動実態の調査⁵⁵⁾</p> <p>⑰ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備の在り方に関する調査とガイドラインの作成⁵⁶⁾</p> <p>⑱障害者地域移行支援人材育成研究 地域移行支援(知的・精神分野)プログラムの標準化と人材育成に関する調査⁵⁷⁾</p>	<p>社団法人日本精神保健福祉連盟</p> <p>特定非営利活動法人びあ・さぼ千葉</p> <p>一般社団法人支援の三角点設置研究会</p>
2011 年度	<p>⑲地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン⁵⁸⁾</p>	<p>特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会</p>

厚生労働省障害者保健福祉推進事業が開始された 2006 年から 2008 年ごろは社会福祉法人巢立ち会と日本精神保健福祉士協会による調査報告が中心である。巢立ち会は早くから住居支援を中心とした独自のノウハウで地域移行を進めてきたこと、日本精神保健福祉士協会は全国の一部地域の調査結果の報告を通して、各地での実践活動の促進に貢献した。2009 年以降はさまざまな地域の、それぞれの事業所で地域移行支援事業を展開し、その成果を示している。

この中で、⑱の一般社団法人支援の三角点設置研究会が「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協同作戦ガイドライン」を作成し⁵⁷⁾、あわせて、「精神障がい者ピアサポート専門員（仮称）構築のための働き方ガイドライン第 1 版作成」をホームページ上に公開している⁵⁸⁾。「ピアサポート専門員」とはアメリカのピアスペシャリストにあたるもので、ピアスペシャリストのトレーニングマニュアルの和訳を基本に日本版を制作した。この中でピアサポート専門員の意義は、対象者と信頼関係が結べること、自分の経験の専門性を高めたピアサポーターは既存のサービスを当事者中心に変える力を持つこと、精神障害のある人の自尊心と社会的地位の向上に貢献することと述べている。また、ピアサポーターはチームアプローチの重要な一員として位置づき、地域の福祉事務所でピアサポーターを雇用するなどの環境調整が考えられることを示唆した。

(2) 大学による研究報告書

大学が学内研究で実施したものとして、広島県立大学、日本社会事業大学、島根大学等がある。金子らの研究は社会的入院者が退院し、地域社会で自立した生活を営むためのプ

プログラム開発に関するものである⁵⁹⁾。自立支援員に聞き取り調査を行い、退院者を支える地域のネットワークとして、精神疾患の体験者が共に支えることの重要性を指摘した。日本社会事業大学は退院促進支援および、障害者就労移行支援におけるプログラムモデルの構築を目指したものである⁶¹⁾。このプログラムモデルの中に「ピアサポーターの配置と機能」と「ピアサポーターと協力病院入院患者との体験交流の機会」について評価する項目がある。これら2項目を含むフィディリティ尺度を事業所の評価者がつけ、プログラムモデルの有効性について検討した。結果は学会誌で報告されており、本論文の第1部第3章で取り上げる。また平成19～21年度の科研費事業として島根大学の杉崎が代表する地域移行に関する研究がある⁶²⁾。杉崎らはイギリスにおける精神障害者の地域移行支援と地域生活支援の概要を述べ、精神疾患を持つ人が事業運営の中に位置づき、対象者の「メンター」としての役割を果たしていることを示唆した。いわばピアサポーターに当たる人が、対象者のロールモデルとなり、同僚として関わることが役に立ち、また、ピアサポーター自身が自信を取り戻すことが述べられた。

(3) 自治体による報告書

都道府県の報告書としては大阪府の「大阪府精神障害者退院促進支援事業報告書」(2000年度～2003年)³⁷⁾や、「地域精神保健福祉活動事例集1～11」(2002～2011年)があり、中でも2008年はピアサポートに関するまとめがされている⁶³⁾。また、昨年は「ピアの「力」～大阪府精神障がい者退院促進ピアサポーター事業～」(2012年)⁶⁴⁾が出された。北海道は2006年に「北海道精神障害者退院促進支援事業報告書」⁶⁵⁾を、島根県は2010年に「島根県精神障がい者地域生活移行支援事業報告書」⁶⁶⁾を、岡山県は2012年に「精神障害者地域移行・地域定着支援事業のまとめ」を冊子として発行している⁶⁷⁾。千葉県も同年にピアサポートに関する冊子をまとめ、ピアサポートの意義をわかりやすく示した⁶⁸⁾。

以上、多彩な報告書は各地の事業実践において多いに役立っている。実践開始初期の頃の報告書は、先進地域のピアサポートの実践報告が中心であったが、2008年以降はピアサポーターの人材育成への提言や、地域移行、ピアサポート実践に向けたガイドラインの提示がなされ、特に、2012年の市町村への事業移行により、都道府県のノウハウを市町村へとスライドするための指針が示された。また、ピアサポーターを導入する場合は雇用契約を結び、労働環境を整えること、ピアサポーターへの雇用報酬の捻出などについて、具体的な方法や報酬単価が提示され、非常に参考になる。

第5節 まとめ

以上、「権利回復」に関わる理念について、国連の障害者に関する条約・宣言等に示される視点と、わが国の地域移行に関する精神保健福祉施策、事業、関連法規を中心に考察した。国連の動きは明確に障害のある人の「権利回復」を示すものであるが、わが国の動きは2000年代前半に盛り上がりを見せながらも、その後の後退、ふたたび、2009年以降の障がい者制度改革推進会議による大きな動きと、障害者総合福祉法未成立による沈滞と、上昇・下降を繰り返し、「権利回復」の道は険しいことが窺えた。そのような中で、社会的入院問題解消に向けた地域移行支援事業の足跡と、実践報告を振り返った。

本格的に事業が開始されてから、本年でちょうど10年を迎えるが、今も、社会的入院の解消は遅々として進まず、古屋も述べたように、抜本的な課題が山積している。だから

こそ、硬直化した状態に風穴を空ける必要があり、「権利回復」の認識の広がりやピアサポート導入への期待について述べてきた。次章では、地域移行支援事業におけるピアサポートの重要性について検討するため、関連する先行研究を示し、ピアサポートの支援の効果と課題を示す。

引用文献

- 1) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための諸原則(1991)
(http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/04_02UNmental_gensoku.html)
- 2) 国際連合(1997)「障害をもつ人びとの機会均等化に関する基準原則(国連総会決議 48/96 1993年12月20日)」中野善達編『国際連合と障害者問題～重要関連決議文書集, エンパワメント研究所』151-183.
- 3) 精神保健ケアに関する法：基本10原則(1996).http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/04_01WHOmentalhealth10.html
- 4) 川島聡・長瀬修(2012)「資料障害のある人の権利に関する条約と選択議定書」長瀬修・東俊裕・川島聡編『障害者の権利条約と日本 概要と展望』生活書院 269-387.
- 5) 厚生労働省(1995)『障害者プラン』<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/plan.html>
- 6) 厚生労働省(2002)「社会保障審議会障害者部会精神障害分会 報告書『今後の精神保健医療福祉施策について』」
- 7) 厚生労働省：新障害者プラン(2003) <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonkeikaku.pdf>
- 8) 厚生労働省(2011)「(中間報告)精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向(平成15年5月15日)」『我が国の精神保健福祉 平成23年度版』太陽美術, 460-466.
- 9) 厚生労働省(2011)「精神障害者退院促進支援事業の実施について(平成15年5月7日)」『我が国の精神保健福祉 平成23年度版』太陽美術, 506-509.
- 10) 厚生労働省精神保健福祉対策本部(2004)「精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要)」
- 11) 厚生労働省(2005)『障害者自立支援法』<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html>
- 12) 厚生労働省(2007)『相談支援について(参考資料)』
- 13) 厚生労働省(2010)『精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について』
- 14) 厚生労働省今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会(2009)『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』
- 15) 障がい者制度改革推進会議(2009). <http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/kaikaku.html#kaigi>
- 16) 厚生労働省(2011)「精神障害者地域移行・地域定着支援事業の実施について(平成23年4月25日)」『我が国の精神保健福祉 平成23年度版』太陽美術, 482-487.
- 17) 障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律(2010).
<http://law.e-gov.go.jp/announce/H22HO071.html>
- 18) 厚生労働省(2011)『障害者基本法新旧対照表』
<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kihonhou/shinkyu.html>

- 19) 厚生労働省(2011)障害者虐待防止法
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/gyakutaiboushi/
- 20) 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会(2011)「障がい者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言—新法の制定を目指して—」
- 21) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課(2011)『精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き』
- 22) 厚生労働省(2012)『相談支援の充実等について(平成24年1月13日)』
- 23) 障害者政策委員会(2012)『新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見』
- 24) 障害者総合支援法新旧対照表(2012) http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/dl/sougoushien-03.pdf
- 25) 障がい者制度改革推進会議差別禁止部会(2012)『障害を理由とする差別の禁止に関する法制の制定に向けて—論点に関する中間的な整理』
- 26) 内閣府(2012)「人権擁護に関する世論調査」 <http://www8.cao.go.jp/survey/h24/h24-jinken/2-1.html>
- 27) 山本真理他(2010)「第6回精神保健フォーラム 危機のなかで人間として生きる権利を！—精神保健・医療・福祉の新たな地平に向けて シンポジウム3 このままでいいの？ 精神障害者の人権と暮らし—障害者の権利条約とわたしたちに問われるもの」『精神医療』91-128.
- 28) 安西信雄・瀬戸屋雄太郎(2004)「特集社会的入院者の退院 精神保健福祉の動向と社会的入院者の退院問題」『作業療法ジャーナル』38(12), 1090-1096.
- 29) 小山秀夫(1998)「介護保険と社会的入院について」『国民健康保険』49(12), 2-5, 1998.
- 30) 田中英樹(2002)「精神科リハビリテーションにおける精神保健福祉士の役割」精神保健福祉養成講座編集委員会(編)『精神保健福祉士養成講座3 精神科リハビリテーション学』中央法規, 47-48.
- 31) 門屋充朗(2012)「Chapter1 地域移行・地域定着を取り巻く問題 1-1 社会的入院者の退院支援と地域移行支援～総合福祉法を視野におきながら相談支援専門員に期待すること～」『支援の三角点設置研究会報告書』P5-19.
- 32) 田中英樹(2001)『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティーソーシャルワーカー』中央法規.
- 33) 地域移行・地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン(2012)「全国精神障害者地域生活支援協議会あみ」
- 34) 厚生労働省(2012)『相談支援の充実等について(平成24年1月13日)』
- 35) 社会福祉法人単立ち会(2006)「精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業」『平成18年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 36) 厚生労働省(2012)『精神障害者の「地域移行」について～精神障害者地域移行・地域定着支援事業の位置付け～』http://www.mhlw.go.jp/jigyo_shiwake/dl/h24_rv01b.pdf
- 37) 古屋龍太(2010)「退院・地域移行支援の現在・過去・未来—長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か(特集 退院・地域移行支援の現在)」『精神医療』第4次(57), 8-22.
- 38) 大阪府(2003)「大阪府自立支援促進会議・退院促進事業報告書—3年間のまとめ—」1-37.

- 39) 北海道(2006)「北海道精神障害者地域生活支援事業の概要」
- 40) 社会福祉法人巣立ち会(2006)「精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書」『平成18年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 41) 社団法人日本精神保健福祉士協会(2006)「精神障害者退院促進支援事業の効果および有効なシステム、ツール等に関する調査研究」『平成18年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 42) 社会福祉法人巣立ち会(2007)「精神障害者地域移行に関するモデル事業」『平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 43) 社団法人日本精神保健福祉士協会(2007)「精神障害者の地域移行に関わる人材育成のための教材開発に関する事業」『平成19年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 44) 社会福祉法人巣立ち会(2008)「精神障害者の地域生活移行及び定着支援推進事業」『平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 45) 社団法人日本精神保健福祉士協会(2008)「精神障害者の円滑な地域移行を推進する地域体制整備コーディネーター等の人材養成研修プログラム開発事業」『平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 46) 社会福祉法人会津療育会・財団法人竹田総合病院(2009)「会津若松市における退院促進・地域支援のための地域精神保健福祉ネットワークの構築と、精神病院機能強化の実践研究」『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 47) 財団法人精神障害者社会復帰促進協会(2008)「精神障がい者当事者参加型の地域支援環境づくり活動とその評価」『平成20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト事業実施報告概要』
- 48) 大阪府障がい者自立相談支援センター(2008)「地域移行・生活支援における相談支援の機能強化方策検討事業」『平成20年度障害者自立支援調査研究プロジェクト事業実施報告概要』
- 49) 財団法人精神障害者社会復帰促進協会(2010)「精神障害者の地域移行支援事業の実際から見えた地域生活を安定的に支える方策と人材育成について」
- 50) 特定非営利活動法人北海道地域ケアマネジメントネットワーク(2010)「精神障害者等の退院・退所を支援する地域移行推進員等の育成に関する調査研究事業」
- 51) 社会福祉法人 JHC 板橋(2009)「クラブハウスモデルによる精神障害者の自助活動実践と地域活動支援センターにおけるピアサポート活動の比較研究」『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 52) 特定非営利活動法人十勝障害者サポートネット(2009)「精神障害者のピアサポートを行う人材を育成し、当事者の雇用を図るための人材育成プログラム構築に関する研究」『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 53) 学校法人梅檀学園(2009)「自立支援法関連事業と連携を密にした小規模他職種在宅支援チームによる訪問型ピアサポートの効果と人材育成に関する調査研究」『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 54) 社会福祉法人桑友(2009)「精神障害者地域生活移行支援特別対策事業対象者の地域定着者の地域生活支援の在り方に関する調査」『平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』

- 55) 社団法人日本精神保健福祉連盟(2010)『平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告書』
- 56) 特定非営利活動法人ぴあ・さぼ千葉(2010)「ピアサポートの人材育成と雇用管理等の体制整備の在り方に関する調査とガイドラインの作成」『平成 22 年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業報告書』
- 57) 一般社団法人支援の三角点設置研究会(2011)「障害者地域移行支援人材育成研究 地域移行支援（知的・精神分野）プログラムの標準化と人材育成に関する調査」
- 58) 特定非営利活動法人全国精神障害者地域生活支援協議会(2011)「地域定着支援の充実強化に向けた事例収集とガイドライン。」『平成 23 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業報告書』
- 59) 一般社団法人支援の三角点設置研究会(2012)「精神障がい者ピアサポート専門員（仮称）構築のための働き方ガイドライン第 1 版」『独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業報告書』
- 60) 平成 16 年度県立大学重点研究事業報告書(2005)「精神障害者の地域生活支援プログラムの開発～退院促進のために～」
- 61) 日本社会事業大学（2010）「退院促進支援プログラムがより効果のあるものとするためのフィデリティ尺度開発に関する研究」
- 62) 杉崎千洋(2010)「医療・社会福祉連携による早期退院・地域移行促進と不必要な入院・入所回避策研究」『文部科学省平成 19～21 年度科学研究費補助金（基盤研究（B））研究成果報告書』
- 63) 大阪府(2009)『地域精神保健福祉活動事例集 8』
- 64) 大阪府(2012)『ピアの「力」～大阪府精神障がい者退院促進ピアサポーター事業～』
- 65) 北海道(2006)『北海道精神障害者退院促進支援事業報告書』
- 66) 島根県(2010)『島根県精神障がい者地域生活移行支援事業報告書』
- 67) 岡山県(2012)『精神障害者地域移行・地域定着支援事業のまとめ』
- 68) 千葉県健康福祉部障害福祉課(2012)『相談支援事業等におけるピアサポートの推進について』

第2章 精神に障害のある人同士による支援活動—その 変遷及び先行研究—

前章では、国連の障害者に関する条約や宣言等から「権利回復」にかかわる理念を示すことができた。しかし、わが国の地域移行支援事業に関連する施策等では、「権利回復」の認識が十分に示されず、また、社会的入院がなかなか減少しないことについて触れた。加えてこれらの改善に向け、「権利回復」の認識の広がり、ピアサポート導入の必要性についても述べた。

そこで本章では、地域移行支援事業におけるピアサポートの重要性について検討する。ピアサポートの語が先行研究等で頻繁に使用されるようになったのは、概ね 1990 年以降であるが、障害のある人同士による支え合いはそれ以前から行われており、セルフヘルプグループ、オルタナティブ・サービス等、その組織、あるいは支え合いの機能については、さまざまな呼び方がある。また、活動を行う人についてはコンシューマー、プロシューマー、ピアサポーター、ピアヘルパーなど複数の呼称がある。それぞれの定義は研究者間で異同があり、明確に定義づけることは困難であるが、障害のある人同士による支援活動の歴史の変遷を辿りながら、ピアサポートの定義を明らかにすることを試みる。また、地域移行支援事業に関わるピアサポートの先行研究から、これまでの研究の到達点と課題を示す。

第1節 精神に障害のある人同士による支援活動の歴史の変遷

1. セルフヘルプグループ

セルフヘルプグループ（以下、SHG）の始まりは 1935 年にアメリカの 2 人のアルコール依存症当事者が作った匿名アルコール依存症者の会、アルコールクス・アノニマス（AA）と言われ、また、わが国の SHG の始まりは 1948 年の日本患者同盟や 1951 年の全国ハンセン氏病患者協議会によると言われている¹⁾。諸外国においては第 2 次大戦後からあったと言われるが、SHG の定義によっても歴史は異なる。1980 年に SHG の定義を共通化する動きが見られ、その際の概念規定の基礎になったのが Katz&Bender であり、この定義の中にすでに「相互扶助のために集まってきた仲間(peer)」という語が使われていることを岡が指摘した²⁾。

SHG が生まれる背景として、山崎らは①既存の制度や技術の専門分化、高度化による人間疎外の広がり、強大なものや規制のものへの抵抗と手づくり志向の強まり、②伝統的に援助的役割を担ってきた家族や近隣、コミュニティのきずなの弱化、③人権意識や民主主義的精神とコンシューマリズムの高揚により広がりがあったことをあげた³⁾。また、SHG の効果は、当事者が援助者として尊重され、安心感や居場所が提供された準拠集団となり、環境改善効果もあり、費用負担や時間的制約が少なく、「ヘルパーセラピー原則」に則り、経験・体験に基づく知識・技術を分かち合う点にあると山崎らはいふ。「ヘルパーセラピー原則」とは Riessman のことばで、これまで援助の受け手だった人が援助の与え手になることで、新しい体験が得られ、自信を得て成長することを言う⁴⁾。また、援助の送り手となることは、専門職と向き合い、互いが主張し、援助をより良いものへ再編成する可能

性をもたらす。一方、経験・体験に基づく知識・技術とは、Borkman が「体験的知識」と名づけたもので、SHG が蓄えている知識をいい、専門家が保有する専門的知識に匹敵するものである⁵⁾。これら「ヘルパーセラピー原則」と、「体験的知識」はその後も障害のある人同士の支援の効果としてあげられることが多い。

さらには、SHG は社会的影響力を持ち、社会的・政治的变化にも結びつくという³⁾。つまり、参加メンバーの満足の提供だけでなく、SHG 全体が自分たちのグループの利益を求め、運動体として積極的に活動を行ってきた。

一方、SHG は、自助努力の強調が専門職や行政職の責任を縮小させることや、これまで批判していた精神保健福祉体制に SHG 自体が近づく可能性、専門職の機関・制度に吸収される可能性があり、SHG への専門家の関与は、SHG の主体性や自己決定性を奪う危険性、専門職の影響で、メンバー間に上下関係が生じ、仲間の平等性が失われること、あるいは、SHG が固有に持つはずの仲間同士の相互援助機能が失われる可能性を持ち、専門職の支援とは異なる SHG の長所が場合によってはマイナスに転じることがある³⁾。

以上、SHG は当事者の居場所として重要な役割を果たしてきた。しかし、SHG は生まれては消え、また生まれることを繰り返し、組織として維持することがなかなか困難である。財政的な支援がない中での継続は厳しく、制度的な支援が望まれる。

2. オルタナティブサービス

続いて、1960年代、SHG において、従来の精神保健福祉サービスに取って代わり提供されるサービスがオルタナティブサービスと呼ばれ、広がりを見せた。中心的な役割を果たしたのは精神障害当事者である Chamberlin と O'hagan である。Chamberlin は『精神病患者自らの手で (1977)』を著した⁶⁾。身体障害のある人の自立生活運動や反精神医学運動の影響による、急進的で、既存の精神保健システムを打破する強力な主張が見られる。一方、O'hagan は『精神医療ユーザーのめざすもの 欧米のセルフヘルプ活動』の中で、他者からの強制ではなく、自分たちの意思に基づくサービスを生み出すことを強調した⁷⁾。これまでの SHG は障害のある人同士の支え合いを中心とするものであったが、より発展させ、当事者が自分たちの求める福祉サービスを自ら積極的に作り出し、その生まれたサービスをオルタナティブサービスと呼んだ。

田中はわが国におけるオルタナティブサービスの始まりを 1960年代の病院内自治会と考えた⁸⁾。当時の自治会は専門職主導で作られたものではあるが、入院者の自主的な活動を行う一定の組織形態を持つ。その後は保健所や精神衛生センターの専門職の介入で成立した当事者団体である。たとえば 1970年設立の札幌のすみれ会等である⁹⁾。1980年代は当事者会の組織化の動きが見られ、たとえば 1983年の北海道精神障害者回復者クラブ連合会、1993年の全国精神障害者団体連合会の結成等で、当事者団体が全国組織としてつながりを持った。こうした組織の中で、自分たちの望むサービスを提供する活動がオルタナティブサービスである。内容としては相談活動を中心とする居場所としての集まりや、共同作業所の運営、機関誌や情報誌の発行、政策提言等を行う運動体としての活動等である。

オルタナティブサービスの効果は田中によれば服薬量の減少、専門職と話すときの対等観、自信や責任感を得る、前向き、ヘルパーセラピー原則を実感できることなどであると言う¹⁰⁾。特に精神障害のある人が地域生活を送る場合に、周囲からの情緒的な支えは不可

欠であり、その支援は専門職だけでは限界があり、オルタナティブサービスの効果は大きい。

一方、オルタナティブサービスに対する期待の反面、既存の精神保健福祉サービスを提供する専門職から厳しい指摘がある。たとえば田中はオルタナティブサービスの固有性を示す必要性、伝統的なサービスとの違い、オルタナティブサービス・プログラムや運営方法の特徴、当事者がすべてのサービスを担えるのかなどの疑問が示されている。これらは、専門職がオルタナティブサービスを否定したいのではなく、むしろ障害のある人の活躍を願ってのことであるが、田中に限らず、ことさら障害のある人が生み出すサービスに対する専門職の評価は厳しい。それは専門職自身も自らの専門性を問題としてきた中で、それとは異なる障害のある人の独自の役割を確認し、協働を模索する意味が込められている。したがって、当事者同士の支援活動については、支援の内容やその効果を明確にする必要がある。

従って、オルタナティブサービスの考えが強調された 2000 年前後には、オルタナティブサービスの維持・運営の問題、人材、政策面でのサポート、特に、事業費助成などの公的支援、また、リーダー養成研修の必要性、専門職と精神障害のある人の連携、地域社会全体の権利擁護への期待、オルタナティブサービスが地域生活支援システムの土台を形成することへの期待が語られた¹⁰⁾。

3. ピアサポート

ピアサポートの定義は、精神保健福祉用語辞典では「同じ問題や環境を体験する人が、対等な関係性の仲間(ピア)で支え合うこと。社会的にマイノリティであり、周囲から理解されにくい病気や障害の当事者、同性愛者、事故や事件の被害者、災害の被災者、それらの人を支える家族などがその体験からくる感情を共有することで安心感や自己肯定感を得られる。これは専門職によるサポートでは得がたく、地域生活を送る上での大きな支えの一つとして必要不可欠なものという認識が各分野で広がりつつある。」と定義している¹¹⁾。ピアサポートは精神保健の領域に限定するものではなく、医療、教育、福祉、少数民族支援などに幅広く活用されている。

ピアサポートのことばがわが国の社会福祉の領域で使用された歴史は比較的新しく、論文では 1987 年の児島美都子の「ソーシャルサポートネットワーク老人のピアサポート活動を事例として」であり、著者のアメリカでの調査研究が報告されている¹²⁾。中村(2001)は「ピアサポートサービスは当事者運動から発展脱皮した活動であり、当事者が提供・経営するサービスである。」とし¹³⁾、西山らはピアサポートを「仲間による対人関係を利用した支援活動の総称」と考え、ピアヘルピング、ピアカウンセリング、ピアチューターなどを下位に分類した¹⁴⁾。また、大石は「ピアサポートとは仲間による支援」¹⁵⁾、栄は「仲間による相互支援活動を指し、人間は知性や創造性にあふれ、支え合う存在であるという人間観が基盤にある」と述べている¹⁶⁾。相川は、ピアサポートはセルフヘルプグループをより組織的にしたものであり、また、プロシューマーは保健医療福祉サービスの受け手であり、送り手である人々で、特に報酬・給与を得ている者をピアサポーターと呼ぶとした¹⁷⁾。精神障害のある人のピアサポートの有効性を検討している坂本は「同じ問題や環境を体験した人が、対等な関係性の仲間として相互に支援を提供、受ける活動であり、多様且つ柔軟で利便性があって、サービス

の不備な点を補完、検証、是正、改革する地域生活支援システムのひとつである。」と言う。坂本の定義が現在わが国で実践されている精神保健福祉領域のさまざまなピアサポート活動を概ね網羅できる定義となっている¹⁸⁾。

ピアサポートは1904年にニューヨークで非行少年に対する支援として用いられたのが始まりと言われる。これは、非行少年に対し、同世代の成年が友だちとして支援し、更生を支えながら自らも成長していくボランティア運動である。1909年に組織化し、アメリカ全土に広がり、わが国でも1947年に日本BBS (Big brothers and sisters) 連盟が設立、非行少年のメンタルフレンドのプログラムとして定着した¹⁴⁾。その後、アメリカの精神保健福祉領域では1940年代のクラブハウスモデル¹⁹⁾、1960年代のオルタナティブ・サービス、1980年代のリカバリーなどの新しい考え方の導入にともない²⁰⁾、障害当事者が仲間の支えを得て自己決定・自己実現できる力を持つプロセスやその活動全体をピアサポートと言った。

ピアサポートの基盤となる理論としてはSalzerを上げることができる²¹⁾。Salzerはソーシャルサポート、体験的知識、社会的学習理論、社会的比較理論、ヘルパーセラピー原則がピアサポートの特徴であることを強調した。これらの一部はSHGから続くもので、当事者同士の支援グループの効果がそのまま受け継がれている。Salzerによればピアサポートの利点は、近しい体験をした人同士が、互いに理解しあい、互いをモデルとし、他者を助けることで自信を得、自分も助けられることと述べた。

また、Solomonはピアサポートを6種のカテゴリーに分けて考えている²²⁾。それらはセルフヘルプグループ、インターネットサポートグループ、ピアによるアウトリーチサービス、ピアが運営するサービス、ピアパートナーシップ、雇用されているピアである。SolomonはピアサポートがSHGを包容するより大きい概念と考える。従来のSHGは対面での支援を強調するが、ピアサポートは直接対面による相互交渉に限定せずメールによる支援も含み、また、当事者の自発的参加に限定せずアウトリーチによる支援も含まれ、これまでのSHGよりも幅広い概念を持つと考えた。その上、Solomonらはピア提供サービスということばを用い、「ピアはサービスを提供することで給与等を受けている者」とし、より専門的で雇用と結びつくものをピアサポートとした²³⁾。

アメリカではピアサポーターの養成・研修のシステムがある。ジョージア州がアメリカ連邦政府の補助金を得て運営したのが始まりで、ピアスペシャリスト養成講座として、アリゾナ、サウスカロライナ、アイオワ、ハワイ、ワシントンDC、ペンシルバニア州などに拡大している。Federiciによれば、ペンシルバニア州の場合、当初、精神保健ケアシステムの受け手である精神障害のある人がリカバリーするとは考え難く、ピアサポーターをチームアプローチの一員として迎えることに専門職は躊躇したという。しかし、既存の精神保健のサービスとピアサポートの統合を目指し、現在はペンシルバニア州内の103の機関がピアサポートサービスを提供するようになり、成果を上げているという²⁴⁾。

アメリカでピアサポートの導入が進んだのは、大統領ニューフリーダム委員会でピアサポートを新たなベストプラクティスと考え、根拠にもとづく支援としてある程度効果が認められていることによる (Solomon2007)²⁵⁾。また、ピアサポートがリカバリーに最もプラスの影響を及ぼすことをCorrigan (2005) が主張し、アメリカでの評価は高い²⁶⁾。しかし、Mowbray (1996) はピアサポーターの有効性を示しながらも、役割の複雑さ、専門職よりも低い位置づけ、役割の重圧と役割葛藤、支援者と仲間のバウンダリーの問題を指摘している²⁷⁾。また、相川はピアスペシャリストが

安価な労働者ではなく、専門性を持つ新たな職種であり、導入することで対象者、ピアスペシャリスト自身、職員、専門職者等に影響し、サービスの質や精神保健福祉システム全体に変化を引き起こす可能性は持つものの、つぶれる危険性もあることを示唆した²⁸⁾。

以上、SHG、オルタナティブサービス、ピアサポートの概念や効果を辿ってきた。SHGによる当事者同士の対面を中心とする互いの助け合いが、オルタナティブサービスを経てより組織的なサービスへと移行し、ピアサポートに至ってはサービスの提供者としての要素がより強力になった。また、アメリカではピアサポート養成プログラムがあり、支援の提供者として雇用される機会が増えている。ピアサポートによる支援は、かつての互いの支えあいから、現在では体験的知識を發揮した体系的な支援として位置づくようになってきたと言えよう。

第2節 地域移行支援事業におけるピアサポートに関する先行研究

わが国の精神保健福祉の領域で最初に「ピアサポート」の語を使用し、実践を行ったのは寺谷が率いるJHC板橋と思われる²⁹⁾。1996年に「ピアサポートネットワークセンターハーモニー」を開設した。また1998年には精神障害当事者である加藤が率いる「ピアサポートセンターこらーるたいとう」が生まれ²⁹⁾、以後、多数の団体が誕生している。たとえば2001年八王子精神障害者ピアサポートセンター、2008年ぴあ・さぼ千葉、ピアサポートグループぶーけ（青梅市）、2009年おたすけclubぴあかん（宇都宮市）等が活動を続けている。

2000年以降、障害のある人は社会で発言する機会を多く持ち、組織を作り、仲間を増やし、自らの体験を一般の人々にも広め、自分たちの暮らしやすい地域を自らの手で作ってきた^{30) 31) 32) 33) 34)}。たとえば、「ピアサポートセンターこらーるたいとう」の加藤らは全国各地でピアサポートセンター設立に向け運動を行ない³⁵⁾、補助金を得るに至った。これまで述べてきた地域移行支援事業におけるピアサポートの導入も、当事者支援活動が評価されてのことである。

しかし、ピアサポートの実践が行われ、まだ日が浅いことから、ピアサポートに関する研究は限られている。ピアサポートの定義さえ研究者、現場実践者、精神障害のある人たちの共通理解は得ていないと思われる。しかし、確実に研究は増加し、CiNiiでは「ピアサポート」「精神」をキーワードに検索すると49件、Google Scholarでは123件の論文が表示される（2013.1月現在）。

本論文で取り扱うピアサポートは都道府県・市町村が行なう精神障害のある人の地域移行支援事業に焦点化したものである。当事業でのピアサポートは「都道府県等は、精神障害者の視点を重視した支援を充実する観点や、精神障害者が自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、地域移行推進員による対象者の退院に向けた相談・助言、個別支援計画に基づく院外活動に係る同行支援等について、ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする（厚生労働省2008）³⁶⁾」と実施要綱に示されている。従って、ピアサポートの定義については前述のように研究者間で異同はあるが、本論文では「精神障害のある人の地域移行に関わるピアサポートはセルフヘルプグループが行う対面的な相互作用による直接の仲間同士の支え合いや当事者によるピアカウンセリングよりも広い概念で、特に病の体験者であることを開示し、障害のある人の体験的知識を活かし、

地域移行対象者と対等な関係を維持し、既存の精神保健福祉サービスを補い、ピアサポーターからのアウトリーチも含め、地域移行対象者の地域生活を支える仲間としての活動全般を指し、雇用や賃金が発生する場合も含む。」と考える。

そこで上記の意味合いをもつピアサポート研究についてレビューを行う。

1. 諸外国の地域移行支援に関わるピアサポート研究

諸外国においても地域移行に関する興味深い研究がある。カナダの Forchuk ら^{37) 38)}や Reynolds ら³⁹⁾ は地域移行に関わるピアサポートの支援の効果に関する研究を実施している。Forchuk らによれば TDM (Transitional Discharge Model 地域移行モデル) を実施し、ピアサポーターや看護師が介入することで対象者の在院日数が 333.5 日から 217.5 日に短縮したことが示された³⁸⁾。Forchuk ら 2 つの研究でのピアサポートとは「地域生活を送っている元メンタルヘルスサービスの利用者による援助と友情関係からなるもの」である。さらに Forchuk らの研究は、カナダとスコットランドの国による差異についても検討している。カナダのオンタリオでは 2001 年に政府が入院者に対する予算として約 7 億ドル、地域生活者に対して約 5 億ドルを費やしている。ピアサポーターについては政府から基金を受けている当事者グループからピアサポートの役割を担う人材が供給され、パートタイムで雇用されている。TDM を実施したことにより、元対象者の QOL が入院時よりもよくなり、入院コストの減少と、入院期間の短縮が見られた。一方、スコットランドはメンタルヘルス面の病床の減少と地域サービスの充実の必要性が強調され、退院をできるだけ早く進める事情が生じていた。TDM の結果、比較群の再入院は統制群の 2 分の 1 であり、退院後の対人関係のサポートの重要性が示された。TDM に関与したピアサポーターと看護師は柔軟に、熱心に対象者に対応することができた。以上、2 国間には TDM を維持できる基金や、当事者グループの自立度の違い、専門職の意識の違いはあるが、TDM 及びピアサポートが元対象者の退院後の人々の安全網になっていることが示された。

また、オーストラリアの Lawn ら⁴⁰⁾ はピアサポーターの参加により全 49 名の被験者全体で入院日数を 300 日減らし、コスト削減できたことを報告し、カナダの Nicholls⁴¹⁾ は退院後の再入院の劇的減少を示している。このように海外の研究はトレーニングを受けたピアサポーターが友人としての親密な関わり、生活技能の伝達、地域再統合に向けた関わりの結果、在院日数や再入院率、QOL の程度等でプラスの効果を数値で明確に示すものが多い。

諸外国の場合、入院者と地域生活者にあてる費用が、わが国の 97 対 3 ほど極端な差はなく、また、国の政策として病床の減少と地域重視が強調されており、地域移行しやすい背景があると思われる。さらに、平均在院日数がわが国とは比べものにならないほど少なく、ピアサポートの支援の効果を示す時に在院日数や再入院率を指標とすることが可能である。わが国では何十年にもわたる長期入院者がいるため、ピアサポートが介入しても在院日数の大幅な短縮にはならない。したがって、諸外国と同様の量的指標を用いてピアサポートの支援の効果を示すことは難しい。

一方、諸外国の研究の多くはピアサポーターの何が対象者に効果を持ったのか、介入の質については必ずしも十分に解明していない。量的差異を示しにくいわが国にあっては、むしろ質的研究が進むことが期待できる。次項ではわが国の先行研究について言及する。

2. わが国の先行研究の概要

ここでは主に精神障害のある人の地域移行及び地域生活支援に関わるピアサポート研究を年代順に概括する。

1) 2004年

加藤はピアサポートをすすめてきた先駆者の一人である³⁵⁾。「ピアサポートセンターこらーるたいとう」は、事業所の運営委員会メンバーの3分の2を障害のある人が占め、スタッフ全員が障害のある人である。2004年の加藤の報告は、障害者政策研修全国集会の分科会の紹介であるが、その中に「ピア支援員」、現在のピアサポーターについての記述がみられる³⁵⁾。また、ピアサポート活動の実践者として、ピアサポートセンターの制度化要求や、障害者権利条約や障害者差別禁止法が地域での自立生活を支援するための法的根拠になるべきことを主張した。

2) 2005年

当事者ソーシャルワーカーである加藤が、当事者のソーシャルワーク実践の可能性や課題について言及した論文を2005年に著した⁴²⁾。加藤はソーシャルワーカーである障害当事者8名に聞き取り調査を行った。その中のアルコール依存症回復者の一人が、自分を変えることができるのは自分自身だけと気づけたことで、人間関係が改善し、様々な問題を立て直すことができ、「次の人も助けたい」と願い、仲間を信頼するようになったことが描かれていた。特に、当事者ソーシャルワーカーは対象者をクライアントとしてではなく、仲間、後輩として位置づけることに特徴があることが示された。

一方、柏倉の論文は視覚障害のある人のピアサポートについて言及するものであり、精神障害のある人の地域移行・生活に関わる論文の範疇ではないが、ピアサポートの支援の効果について参考になることから、ここにあげた⁴³⁾。障害者地域生活支援センターでピアサポートを受け、回復効果が顕著な3事例と回復が進んでいない2事例に個別面接を実施した。視覚障害の場合、眼科で障害告知後リハビリにつながるまでに支援の空白期間が生じ、その期間は障害のある人自らの努力で障害受容をすることとなり、支援が届きにくい。盲学校や視覚障害者団体のピアサポートにつながれるのは運よく社会資源に恵まれた場合だという。近年は医療機関が行なうロービジョンケアと、ピアサポートの活用が少しずつ広がり、医療と福祉の連携ができるようになってきた。ピアサポートの支援の効果は「大きな安心」と「役割モデル」である。しかし、医療機関からセルフヘルプグループへのつながりは円滑でも、他の社会資源への移行が進まず、利用できる社会資源も限られ、より広く“ピアの力”を導入する必要性が示唆された。

3) 2006年

加藤の論文は地域でのピアサポート活動及び行政職や専門職のパターナリズムについて言及されたものであり、地域移行支援事業におけるピアサポートとは異なるが、障害のある人の自己決定に関する内容であり、ここに取りあげた⁴⁴⁾。加藤らは、主宰する事業所が精神障害者地域生活支援センター事業を受託されることを希望し、活動したが、行政職を中心とする一部の関係者の理解が得られず、成し遂げられなかった経過を通して、当事者が事業運営することの難しさを示した。

4) 2007年

2007年は地域移行支援事業のピアサポートの支援の効果に焦点化した研究が生まれている。坂本は地域移行支援事業の当事者支援員（現ピアサポーター）5名と自立支援員4名にグループインタビューを実施し、当事者支援員の支援内容、取り巻く環境、有効性、課題について検討した⁴⁵⁾。支援内容は、仲間関係の形成への支援、生活リズムをつける支援、ソーシャルスキルの獲得、地域生活の紹介、地域生活を楽しむ、本人のペースに寄り添う、生活情報の提供、モデルとしての役割、失敗がプラスになる体験、希望をくみ取る、仲間が基準となる役割が示され、取り巻く環境としては、相談できる対象を持つ、自立支援員の役割の明確化、ペアで支援することの強み、ケースカンファレンスに参加、病院関係者に事業の理解を促すことがあがり、ピアサポートの有効性については、当事者としての体験的知識や価値、スキル、情報が活かされること、対象者の判断基準に当事者支援員が位置づくこと、また、今後の課題としては支援終了後も当事者支援員との関わりの継続性、地域住民の理解の必要性、当事者支援員に対する偏見の除去、社会資源の理解不足、支援者と当事者の境界の問題、長期入院者の経済面の支援の必要性、地域生活を知らせる必要性、地域環境整備、専門職主導の事業展開について、また、ピアサポートの課題としては当事者・支援者としての役割葛藤、当事者支援員に対する専門職の理解不足について言及した。

山内は入院患者A氏の支援を行ったピアサポーターB氏と大学生C氏の面接調査による分析の結果、ピアサポーターの特徴は自らの入院体験や経験に基づく生活の知恵の伝達、退院後も人生観を左右する仲間との出会い、病をもった経験だけで当事者が仲間としての力を発揮できるのではなく、「対等な関係」「共感」があるからこそ支援が可能になること、普通の人としてのピアサポーターの存在の意味の大きさが指摘された⁴⁶⁾。また、精神障害のある人の地域生活支援は専門職だけで行えるものではなく、仲間や地域の人、地域そのものが持つ力も欠かせず、それらが融合し、対象者が「一人の市民」として暮らせることを示した。

5) 2008年

2008年は各地の実践が広がりを見せ、具体的な報告が出されるようになってきた。

谷本らは平均27年に及び長期入院者に対しピアサポーターを交えた交流会を実施し、ピアサポーターの言葉が退院への希望や関心を高める効果があったことを述べた⁴⁷⁾。

後藤は大阪府の退院促進支援事業の実践について、退院を阻害する要因としては、病状の不安定、病識の乏しさ、家族の反対、住居や経済問題、在宅定着支援などの問題があり、個別支援をするだけでは退院に至れないことがわかり、その改善として、地域移行推進員の配置、宿泊体験の実施、院内茶話会や地域の事業所の見学などを行い、退院阻害要因の解消に努めたことを報告した⁴⁸⁾。また、2002年から講演会や家族教室にピアサポーターが参加、当事者クラブが発足、事業の対象者に自宅公開など、ピアサポーターが活動し、効果を上げたことが示された。

平は、大阪堺市の阪南病院の2006年からの事業への取り組みについて報告し、同一法人内にある地域活動支援センター通所者を自立支援員（ピアサポーター）として雇用し、支援にあたる中で入院者がピアサポーターの励ましや共感を受けて地域移行に至ったことが述べられた⁴⁹⁾。

ピアサポートグループらしくは、ピアサポーターが病院訪問等で地域生活の実体験を語るなどの活動をし、退院後不必要な入院をせず、地域生活を続ける糧になった点、また、元気になったり、落ち込んだりの波を理解しあえた効果について言及した⁵⁰⁾。

6) 2009年

続く、2009年も実践報告が示されている。斎藤らは相談支援事業所が病院内でピアサポーターを交えた「お茶のみ会」を企画し、地域生活の紹介や、地域活動支援センターの見学等を実施した⁵¹⁾。その後、病棟内で参加者同士が話をする機会が増え、自発的に集まり、次回に聴きたいことを準備するようになり、退院に関心を持つ患者のグループ化に成功したことを示した。

日笠による事例研究では、対象者が母親との言い争いがあった後にピアサポーターが大丈夫と気持ちを受け止めたことで、安心し、笑うゆとりが生まれ、その後もピアサポーターの前では感情を素直に表現でき、気疲れせずに心のゆとりを保てたことが示された⁵²⁾。

高島は地域移行支援事業を展開するには、ピアサポーターが対象者の抱える不安に向き合う関係性、地域の生活(くらし)を伝える関係が重要なこと、対象者はピアサポーターを回復者と思うが、自分と同様通院も服薬もすることを知り、安心感を覚えること、病棟では専門職から話しかけられることもなく、話さなくなっていたが、ピアサポーターの話は季節感や日常の生活が伝わり、病棟の空気や環境を変えたという⁵³⁾。今後は地域側と医療側の連携が重要であることを指摘した。

7) 2010年

2010年は『精神医療』57号に「退院・地域移行支援の現在」の特集が生まれ、関連論文が多数出された。

望永は、ピアサポーターの効果として温かい雰囲気づくり、自身の体験を振り返り、話すことができる、本人の自尊感情の回復、活動で得た報酬で社会参加の機会が増加、支援に対する敷居を低くし、他者とのつながりを持った生活を送ることに役立つ、講演活動が家族の励ましとなり、また専門職の障害への理解を深める、対象者の体が疲れやすい、周囲の目が気になり外出が辛いなどの気持ちが理解できる、こんなことは専門職には話せないと思うことを安心して打ち明けられるなどがあがった⁵⁴⁾。これらから言えることは同じ体験を共有し、共感できることや、ささいなことでも話せることがピアサポーターの効果と言える。

河島は東京都練馬区の社会福祉協議会の協力で地域活動支援センターを作り、ピアサポーター養成講座を開催し、事業にピアサポーターを導入したことを報告した⁵⁵⁾。ピアサポーターは医療関係者の意識を変え、また、社会資源に関する情報を伝えることができたという。

また、これまで厚生労働省障害者保健福祉推進事業等で多くの成果物を出している「巣立ち会」の田尾が地域移行の試みについて報告した⁵⁶⁾。ピアサポーターは、入院中の患者の所に出向く、出張講演を行う、退院を勧誘することなどを行う。「巣立ち会」では退院訓練、退院後の住居の確保、退院後の24時間対応の支援を行うが、これらにおいて、ピアサポーターが大きな成果をあげていることが述べられた。

三橋は川崎市が2003年の事業スタート時からピアサポートを導入し、対象者の宿泊体験の見守りなどを実施してきたことを報告した⁵⁷⁾。ピアサポーターを時給800円の非常勤職員とし、名称はピアガイドヘルパーとした。ピアサポーターの効果は同じ体験をした仲間として対象者が勇気づけられ、また、ピアサポーター自身も自尊心の回復につながることであるという。

岩上は埼玉県地域移行の現状を取り上げた⁵⁸⁾。2003年から精神障害者退院促進支援モデル事業を実施し、2008年度から地域移行支援事業を受託した中で、ピアサポーターを地域移行推進員として一部圏域で雇用し、講演会などに関わったこと、また地域活動支援センターの「ふれんだむ」ではピアスタッフを3名雇用し、雇用条件は一般就労に近いものとし、効果を上げていることがまとめられた。

この他アメリカのピアサポートについて言及した福島の研究や⁵⁹⁾、ピアサポートをエンパワメントの視点で考察した矢ヶ部の質的研究や⁶⁰⁾、根本による精神科病院内での治療グループとしてのピアサポート活動についての報告があった⁶¹⁾。

8) 2011年

ピアサポートが徐々に定着する中で、2011年は内容のある報告や実証研究が示された。

島根県出雲市の地域移行支援事業に関わる岡田はこれまでのピアサポーターとの関わりの中で、ピアサポートの支援の効果は①新鮮さ②希望の提供③不安の減少④対等な関係であること、また、今後の改善点として、病院と地域の連携、ピアサポーター採用基準の明確化、ピアサポーターの研修、専門職の意見をピアサポーターに伝えるしくみ、ピアサポートに必要な条件や力を明確にする必要性を指摘した⁶²⁾。

千葉らはわが国で初めての、ピアサポートに関する量的研究を実施し、自助グループのピアサポートの有無とリカバリーの度合いの関連を比較した⁶³⁾。ピアサポートの有無とはピアサポートを受けるか行った場合であり、リカバリーの指標としてはRASとSISR-A、Bを用いた。RASとはRecovery Assessment Scaleで、24項目から成る。SISR-A、BはSelf-Identified Stage of Recovery PartAとPartBであり、Aはリカバリーを5段階に仮定し、「モラトリアム期」「気づき期」「準備期」「再構築期」「成長期」のどの時期に該当するかを表すことができる。Bはリカバリーの各4要素「希望を見出すこと」「アイデンティティの再確立」「人生の意味を見出すこと」「リカバリーの責任をもつこと」を得点化し、高いほどリカバリーの度合いが高いことを示す。この結果、ピアサポート経験あり群はリカバリー得点が有意に高かった。Corrigan(2006)のRASを用いた研究でもリカバリーとピアサポートには有意な関連があり、その知見と一致する結果となった⁶⁴⁾。

道明らは社会的入院者の退院や地域移行後の生活実現のための支援として「効果的プログラムモデル」を作成し、介入研究を実施した⁶⁵⁾。この研究は日本社会事業大学が実施した退院促進支援におけるプログラムモデル構築の研究の一部である。日本社会事業大学の研究については、すでに本論文の第1部第1章で触れた。道明らの研究は地域移行支援に関するわが国で最初の介入研究であり、ピアサポートに関する項目も含まれることから詳細に紹介したい。まず、プログラムモデルとは、問題や課題を解決するためにプログラムを立て、実施し、効果的な要素を提案するものを言う。道明らは地域生活を実現するための精神障害者退院促進支援プログラムモデルを作成し、プログラムの妥当性を評価する尺度としてフィデリティ尺度を設けた。フィデリティ尺度とはプログラムの各要素がプログラムモデルと適合する度合いを示すものである。対象は18事業所であり、プログラムのゴールと地域事業所の理念が一致している程度に応じて、高い方からI、II、IIIの3群に分類した。

プログラムモデルの具体的要素として6種の効果的援助要素を抽出し、その6要素はA「サービス提供組織」、B「プログラムの標的集団へのサービス提供」、C「利用者の関係づくりとプログラム導入」、D「入院中に行う退院準備」、E「退院促進支援についての目標設定」、F「退院後の継続

的な包括的地域生活支援体制の構築」であり、さらに、26のサブカテゴリーに分け、26の各要素が実践された度合いと、Ⅰ～Ⅲ群の事業所の新規利用者数、退院者数との相関を見た。

サブカテゴリーとしてAの中に「ピアサポーターの配置と機能」、Bの中に「ピアサポーターと協力病院入院患者との体験交流」があるが、全事業所のサブカテゴリーの実施状況の調査の結果、ピアサポーターに関する両項目とも実施困難な項目にあがった。

Ⅰ～Ⅲ群全体として新規利用者数は医療機関やピアサポーターも含めたチームとしての支援や、住居等退院先について見通せる環境があるところは新規利用者数を増やしたと考えられ、また各群のサブカテゴリーと新規利用者数、退院者数の相関結果では、各群とも「ピアサポーターと協力病院入院患者との体験交流」と新規利用者数に正の相関がみられた、ピアサポーターが入院者と関係をつくることで、入院者の退院意欲を高め、利用者につながる事が考えられる。また、退院者数ではどの項目も高い相関がみられない中で、Ⅰ群の「ピアサポーターと協力病院入院患者との体験交流」で相関がみられた。

この他、プログラムを実施する上で必要なこととして、①スタッフの配置の問題と、②事業実施後の成熟段階との関連が見られた。事業実施後の成熟段階とは、各事業所が成功事例を積み上げる段階か、基盤整備中の段階かによって達成課題は異なることが示唆された。

以上、道明らの研究では、プログラムモデルの理念を理解しているⅠ群ではピアサポートの協力が新規利用者数や退院者数にプラスの効果をもたらしたと考えられる。

9) 2012年

「支援の三角点設置研究会」の「精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦ガイドライン」や「ピアサポート専門員」育成のガイドラインについては第1章で触れた通りである⁶⁶⁾。

第3節 ピアサポート研究と精神に障害のある人の人権

本論文は障害のある人が権利の主体であることを示す具体的な実践として地域移行支援事業におけるピアサポートを取り上げようとしている。そこで、ピアサポートに関する先行研究を概観した。しかし、残念ながら、タイトルにおいても内容でも精神障害のある人の権利について明確に言及するピアサポート研究は当事者ソーシャルワーカーの加藤の報告³⁵⁾と岩上⁵⁸⁾のみである。

加藤は障害者政策研修全国集会の分科会で障害者権利条約と障害者差別禁止法について議論されたことを報告した中で、精神に障害のある者として人権が尊重されることを切に願い、また、加藤が尽力してきたピアサポートセンターを各地に設立するために、権利条約や法律が法的根拠になることや、強制医療や強制入院が人権侵害の何者でもないことを述べた。ピアサポートセンターの設立は、地域移行支援事業のピアサポートを担う人材を豊かに生み出す可能性がある。2004年に著された論文であり、権利条約成立前から強い関心を向ける姿勢は、権利を侵害された側の痛みを十分知っている加藤ならではの考えられる。また、精神保健福祉士の岩上は、地域移行支援は社会的入院者の市民権の回復・人生の選択権の回復に取り組むことが基本的な理念であることを指摘した。その上で、専門職が精神障害のある人の自立を促進する立場を取りながらも、実は阻害していないかを自戒し、ピアサポートを導入した地域移行を積極的に進める必要を示した。その他の研究に

においては部分的に人権について言及するものはあるが、障害のある人の権利と関連づけ実践を深める視点は極めて貧弱である。

わが国の人権条約の批准の歩みをたどると、第二次大戦以降に批准した人権条約は1952年成立の婦人の参政権に関する条約にはじまり、1965年の人種差別撤廃条約、1966年の社会権規約と自由権規約、1979年の女子差別撤廃条約、1984年の拷問等禁止条約、1990年の児童権利条約である。それぞれの条約成立後、わが国が批准するまでには早いもので1年、遅いものでは31年後であり、平均すると10年程の期間を要する。批准の遅さはわが国の人権意識の乏しさばかりではないとしても、国内法の整備などで時間を要している。本論文で取り上げる障害者権利条約についても条約成立後、2013年現在7年の年月が経過し、まだ批准の時期が明確になっていない。第1章でも触れたが、わが国に権利の考えが広がるには時間を要すると思われる。だからこそ、本論文で「権利回復」の重要性を示すことが極めて重要である。

以上、これまで述べてきた先行研究から、今後の地域移行に関するピアサポート研究の課題を3点指摘できる。1つは社会的入院の解消に向け、地域移行支援事業をより活発に展開するために、ピアサポートの導入・拡大につながるピアサポートの支援の効果をより明確に示す必要性である。これまでの先行研究はその多くが実践報告であり、自分たちが実施した地域移行支援事業の成果を報告している。それらの蓄積には一定の価値があると思われるが、ピアサポートの支援の効果をより深めるには、地域移行に携わるそれぞれの関係者からの聞き取り調査による質的研究が望まれる。関係者の中には専門職のみならず、ピアサポーターや事業の対象となって地域移行した元対象者も含む必要がある。それぞれは立場が異なるが、その違いを越えてピアサポートの価値が明らかに示されるならばピアサポートの支援の効果がより明確になると期待できる。

また、2点目として、将来的にはわが国においても諸外国のような入院日数の比較を行う研究が必要である。しかし、ピアサポートを導入した比較群と、導入しない統制群に関する上記の比較は、わが国にはなじまない。なぜなら入院者の中に非常に長期社会的入院者が含まれることがあり、ピアサポートの支援という単一要因によって退院に至るまでの期間の短縮は容易に導き出せるものではない。仮に差がでなかったとしても、ピアサポートの支援の効果が無いとは言い難い状況である。わが国において量的な差を抽出するならば、まず、ピアサポートの導入により退院者数や新規対象者数等の実績面の差異を明らかにする必要がある。

3点目はピアサポートを通して、障害のある人が権利の主体であることを示す理念をより強力に示す必要性である。ピアサポートは障害のある人が権利の主体として活動できる貴重な機会であり、ピアサポート研究自体が人権に関する視点のもとで行われることが望まれるが、残念なことにこれまでこの研究領域においてピアサポーターを権利の主体と捉える見方は極めて弱い。ピアサポートの支援の効果があるから導入し、なければ導入しないというのではなく、障害のある人が権利の主体であることを広く示すために、ピアサポートを導入する意義は大きいと考える。

第4節 まとめ

本章では障害のある人同士による支援活動の歴史的変遷として、セルフヘルプグループ、オルタナティブサービス、ピアサポートの概略を示し、特にピアサポートの定義を整理した。また、地域移行支援事業におけるピアサポートに関する先行研究についてまとめ、その課題を示した。ピアサポート研究をより発展させるためには、ピアサポートに関係する多様な人々への聞き取り調査を実施し、質的分析により、ピアサポートの特徴を明らかにし、概念化すること、また、ピアサポートを導入することで退院実績等に量的差異を見出せるかを示すこと、さらに、障害のある人が権利の主体であることを具現化する一つの例としてピアサポートを捉える必要性を示した。これらから、ピアサポートの意義を示すことができれば、全国各地へのピアサポートの導入・拡大につながると予想する。

引用文献

- 1) 久保紘章・石川到覚(1998)『セルフヘルプ・グループの理論と展開 - わが国の実践をふまえて』中央法規出版。
- 2) 岡知史(1990)「セルフヘルプグループの概念をめぐって：欧米の代表的な概念の研究を参照しながら」『社会福祉学』 31(1), 103-127.
- 3) 山崎喜比古・三田優子(1990)「セルフ・ヘルプ・グループに関する理論および論点の整理と考察」『保健医療社会学論集』第1号, 76-87.
- 4) Riessman, F.(1965) The “Helper” Therapy Principle. Social Work, 27-32.
- 5) Borkman, T.(1976) Experiential Knowledge:A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. Social Service Review, 445-456.
- 6) Chambarin, J.(1977) On Our Own, McGraw-Hill. (=1996, 中田智恵海監訳『精神病患者自らの手で—今までの保健・医療・福祉に代わる試み』解放出版社.)
- 7) O’hagen, M.(1991) Stopover On My Way Home From Mars. (=1999, 中田智恵海監訳『精神医療ユーザーのめざすもの 欧米のセルフヘルプ活動』解放出版社.)
- 8) 田中秀樹(2001)『精神障害者の地域生活支援—統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーカー』中央法規.
- 9) すみれ会(2010)『すみれ会 40周年記念誌 HSK どっこい俺らも生きているパート 4. すみれ会便り臨時増刊号』.
- 10) 田中英樹(2000)「精神障害者領域におけるオルタナティブサービス」『佐賀大学文化教育学部附属教育実践研究指導センター紀要』 16, 53-77.
- 11) 社団法人日本精神保健福祉士協会(2004)『日本精神保健福祉学会監修 精神保健福祉用語辞典』中央法規.
- 12) 児島美都子(1987)「ソ・シャルサポートネットワーク—老人のピアサポート活動を事例として」『日本福祉大学』 73, 1-25.
- 13) 中村幸(2001)「障害を持つ人のピアカウンセリング研究 (1)」『筑紫女学園大学紀要』 13, 343-360.
- 14) 西山久子・山本力(2002)「実践的ピアサポートおよび仲間支援活動の背景と動向—ピアサポート／仲間支援活動の起源から現在まで—」『岡山大学教育実践総合センター紀要』第2巻, 81-93.

- 15) 大石由起子(2007)「ピアサポート・ピアカウンセリングにおける文献展望」『山口県立大学社会福祉学部紀要』第13号, 107-121.
- 16) 栄セツコ(2009)「ピアヘルパー」『精神保健福祉白書 2010年版 流動化する障害者福祉施策』中央法規, 63.
- 17) 相川章子(2012)「第6章 地域を基盤にしたリハビリテーションⅡ 仲間による地域生活支援」『新版精神保健福祉士養成セミナー 第5巻 精神保健福祉におけるリハビリテーション』へるす出版, 193-200.
- 18) 坂本智代枝(2008)「精神障害者のピアサポートにおける実践課題—当事者とパートナーシップを構築するために」『大正大学研究紀要人間学部・文学部』93, 190-172.
- 19) 久永文恵(2002)「海外の事情 リカヴァリを支援するクラブハウス—米国マディソンモデルの中のヤハラハウス」『精神障害とリハビリテーション』6(2), 138-143.
- 20) 足立千啓:(2010)「ACT:包括型地域生活支援プログラム—リカバリー過程の促進を目指して;特集リカバリー志向の実践とプログラム」『精神障害とリハビリテーション』14(1), 17-23.
- 21) Salzer, M. (2002)Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines. Psychiatric Rehabilitation Skills, Vol.6, No3, 355-382.
- 22) Solomon, P. (2004)Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol.27, N0.4, 392-401.
- 23) Solomon, P.,& Draine, J.(2001)The State of Knowledge of the Effectiveness of Consumer Provided Services. Psychiatric Rehabilitation Journal, 25, 20-27.
- 24) Federici, M. (2012)「記念講演;アメリカにおけるピア活動について—その発展と将来への可能性」リカバリー全国フォーラム 2012 講演資料.
- 25)Solomon,P.(2007)「講演会;当事者運営サービスを、科学的根拠に基づく実践(EBP)に発展させるための研究的課題とサービス提供者としての精神障害当事者—日本でこの視点を導入することの重要性と展望」講演資料.
- 26) Corrigan,P, W., Calabrese, J, D., Diwan, S, E., Keogh, C, B., Keck,L.& Mussey,C. (2005)Some Recovery Processes in Mutual-Help Group for Persons with Mental Illness. Community Mental Health Journal, Vol.41, 6, 287-301.
- 27) Mowbray,C.T., Mocley,P., Thrasher,S., Bybeem,D., McCrohan,N., Harris,S. &Clover, G. (1996)Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation. Community Mental Health Journal, Vol.32, No.1, 47-67.
- 28) 相川章子(2011)「北米におけるピアスペシャリストの動向と課題」『ソーシャルワーク研究』Vol.37, No.3, 27-38.
- 29) 寺谷隆子(2008)『精神障害者の相互支援システムの展開—あたたかいまちづくり・心の樹「JHC 板橋」』中央法規.
- 30) 加藤真規子(2009)「精神障害のある人々の自立生活—当事者ソーシャルワーカーの可能性」現代書館.
- 31) 宮岸真澄(2007)「すみれ会の活動(特集 セルフヘルプ活動から学ぶ)」『精神障害と

- リハビリテーション』11(1), 16-20.
- 32) 広田和子(2003)「ピアサポート活動(特別企画 地域におけるこころの治療)--(地域生活支援ユニット)『こころの科学』No.108, 53-56.
- 33) 広田和子(2011)「ピアサポートの現場から(特集 リハビリテーション・プロセスにおける危機的状況への対応)『精神障害とリハビリテーション』15(1), 11-15.
- 34) 前田幹夫(2013)「淡路圏域でのピアサポート活動報告 当事者が地域で安心して生活していけるように」『精神科看護』244号, 57-62.
- 35) 加藤真規子(2004)「ピアサポートセンターと障害者差別禁止法、障害者権利条約」『DPI』20(1), 34-39.
- 36) 厚生労働省(2010)「精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について(平成20年5月30日)」『我が国の精神保健福祉 平成22年度版』太陽美術, 497-499.
- 37) Forchuk C, Reynolds W, Sharkey S, et al.(2007)The Transitional Discharge Model –Comparing Implementation in Canada and Scotland–. Journal of Psychosocial Nursing, 45; 31-38.
- 38) Forchuk.C., Jewell.J., Schofield.R., et al(1998)From Hospital to Community: Bridging Therapeutic Relationships. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 197-202.
- 39) Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, et al.(2004)The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11; 82-88.
- 40) Lawn S, Smith A, Hunter K.(2008)Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. Journal of Mental Health, 17(5); 498 -508.
- 41) Nicholls S(2001)Making connections: Clients newly discharged from psych hospital gain support from their peers. The Journal of Addiction and Mental Health, 4. 35.
- 42) 加藤真規子(2005)「当事者出身のソーシャルワーカーの可能性と課題」『桃山学院大学社会学論集』第39巻第1号, 125-151.
- 43) 柏倉秀克(2005)「障害者地域生活支援センターにおける”ピア・サポート“に関する一考察—名古屋市中区障害者地域生活支援センターの中途視覚障害者相談記録の調査分析から—」『社会福祉学』第46巻第1号, 86-95.
- 44) 加藤真規子(2006)「精神障害がある人々の自立生活の形成:ピアサポートセンターから—るたいとうの実践」『桃山学院大学社会学論集』39(2), 187-215.
- 45) 坂本智代枝(2007)「精神障害者のピアサポートの有効性の検討—退院促進支援事業における当事者自立支援員のグループインタビューを通して—」『大正大学研究紀要』92, 301-314.
- 46) 山内はるひ(2007)「仲間の力を活用したかわり:山本病院における退院促進支援事業の実践報告」『精神障害とリハビリテーション』11, 21-24.
- 47) 谷本三枝他(2008)「『退院はできない』と答えた社会的入院患者の社会復帰への動機づけ ピアサポーターからの言葉と社会資源見学で社会生活への関心を高める」『日本精神科看護学会誌』51(3), 244-247.

- 48) 後藤雅子(2008)「退院促進支援の現状と今後に向けて 大阪府北河内寝屋川圏域の取り組みから考える」『日本精神病院協会』第27巻第9号, 48-52.
- 49) 平則男(2008)「(事業) 退院促進の現状と地域移行支援への課題 退院困難を乗り越えるために」『日本精神科病院協会誌』第27巻第9号, 21-28.
- 50) ピアサポートグループりらく・立川メンバー(東京都立川市)(2008)「病院訪問を通して感じていること ピアサポートグループが取り組む退院促進活動」『精神科看護』vol.35 No12, 36-41.
- 51) 斎藤悟他(2009)「精神障害者退院促進支援システム構築の課題～ピアサポーターによる精神科病院内「お茶のみ会」の開催～」『病院・地域精神医学』51巻4号, 335-337.
- 52) 日笠美孝(2009)「作業療法空間でのピアサポートとエンパワメントにより退院を目指す長期入院者の一例」『病院・地域精神医学』52, 172-173.
- 53) 高島眞澄(2009)「ピアサポーターが精神科病院に風をはこぶ」『臨床心理学研究』第46巻 第3号, 42-46.
- 54) 望永和美(2010)「家族の力、他人の力—「家族だから」「他人だから」できること ピア・サポーターの力—地域生活支援センターでの活動より—」『臨床作業療法』Vol.7 No3, 202-206.
- 55) 河島京美(2010)「ピアサポーターの活動を中心に始めた退院促進支援事業—東京・練馬の地域生活支援センターの取り組み」『精神医療』57, 28-31.
- 56) 田尾有樹子(2010)「退院・地域移行 巣立ち会からの発信」『精神医療』57, 48-52.
- 57) 三橋良子(2010)「(事業) 地域への再定住のために—共感からはじまるピア・ガイドヘルパーの活動.精神医療」57, 43-47.
- 58) 岩上洋一(2010)「地域移行支援は地域の課題—精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して」『精神医療』57, 23-27.
- 59) 福島喜代子(2010)「精神保健福祉サービスにおけるピア・サポートの位置づけと米国ハワイ州におけるピア提供サービスの概要」『精神障害とリハビリテーション』14(1), 90-96.
- 60) 矢ヶ部陽一(2010)「精神障害者のピアサポートにおけるエンパワメントに関する一考察—グループ・インタビューからの事例分析」『九州社会福祉研究』(35), 43-58.
- 61) 根本忠典、大熊扶美子、太田耕平(2010)「精神科病院におけるピア・サポートの実践報告」『ピア・サポート研究』(7), 45-49.
- 62) 岡田貴子(2011)「多職種連携支援におけるピアサポートの役割と改善点について」『精神科看護』38(5), 26-29.
- 63) 千葉理恵・宮本有紀・川上憲人(2011)「地域で生活する精神疾患を持つ人のピアサポート経験の有無によるリカバリーの比較」『精神科看護』Vol.38, No.2, 48-54.
- 64) Corrigan, P.W.(2006) Impact of Consumer-operated Services on Empowerment and Recovery of People with Psychiatric Disabilities, Psychiatric Services, 57(10), 1493-1496.
- 65) 道明章乃・大島巖(2011)「精神障害者退院促進支援プログラムの効果モデル形成に向けた「効果的援助要素」の検討—全国18事業所における1年間の試行的介入評価研究の結果から—」『社会福祉学』第52巻第2号, 107-120.
- 66) 一般社団法人支援の三角点設置研究会(2012)「精神障がい者ピアサポート専門員(仮

称) 構築のための働き方ガイドライン第 1 版」『独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興
助成事業報告書』 1-61.

第3章 精神に障害のある人の政策決定過程への参画

本論文の大きな第二の目的は政策決定過程に障害のある人が参画することである。政策決定過程への参画は障害のある人が権利の主体であることを体現するピアサポートと並ぶもう一つの大きな動きと考えられる。しかし、これまで、障害のある人は政策決定の場に位置づく機会を失ってきた人々であるが、実際は福祉サービスの利用者として政策の是非を判断できる貴重な人々になりうる。ようやく最近になってわが国でも障害のある人の審議への参画が可能になってきた。そこで、障害のある人の参画をすすめるにあたり、障害のある人の政策決定過程への参画の法的根拠、実際の動向と障害者運動の変化、諸外国の事情、関連先行研究をあげ、参画の重要性について言及する。

第1節 障害のある人の政策決定過程への参画の法的根拠

障害のある人が政策決定過程に参画する根拠については、権利条約第4条に障害のある人が自分たちと関わる領域の意思決定過程に関与すべきことが示されている。権利条約に則った法体系を築くことで、今後は、障害のある人に関連する問題は障害のある人と共に専門職らが協議することとなる。

ここ近年、わが国では、政策決定過程に障害のある人の参画が見られるようになってきた。その最も大きな動きとしては、2009年の内閣府の障がい者制度改革推進会議（以下、推進会議）の総合福祉部会や差別禁止部会への参画である。これについては序論で示した通りである。この推進会議及び2つの部会の大きな特徴は、事務当局の提案を追認する場ではなく、実質的議論を行えたことである¹⁾。推進会議は2年弱の間に36回と、非常にハイペースで集中的に会合を持ち、また、毎回膨大な資料が事前に配布され、熱のこもった議論が展開された。また、省庁ヒアリングの場では障害のある人から率直で鋭い質問が出、担当政務三役らがたじろぐほどだったという¹⁾。

その後、改正障害者基本法では、内閣府の障害者政策委員会の委員要件に障害者及び家族が明記され、実際に30名の委員のうち障害のある人が過半数を占め、協議を行ない、障害計画の策定と実施後のモニタリングを行う重要な役割を受け持っている。地方においては（都道府県等における合議制の機関）第36条2「前項の合議制の機関の委員の構成については、当該機関が様々な障害者の意見を聴き障害者の実状を踏まえた調査審議を行うことができることとなるよう、配慮されなければならない。」とあり、障害のある人の意見を聴くことへの配慮が示された。

以上のように権利条約以後、障害者及びその家族の参画が法的にも、また、実際上も示されるようになったことは非常に望ましいことである。

第2節 政策決定過程および実施過程への障害のある人の参画に関する国および地方の動向

2009年以降、障がい者制度改革推進会議の活発な活動により国レベルでは障害のある人及びその家族の政策決定過程への参画が明確に見られるようになった。これほど多くの障害のある人が国の中枢の会議に関わることはかつてないことである。関係者らは推進会議の果たした役割は日本の障害者政策史上に残るものだという¹⁾。

しかし、すべてが順調だったわけではない。たとえば障害者政策委員会は 2011 年の改正障害者基本法に明文化されたとは言え、もともとは障がい者制度改革推進会議の第 2 次意見書で「障害者政策委員会の委員構成は障害当事者、学識経験者等で構成し、障害当事者が過半数を占める」としたが（下線は著者が付記）、実際の条文では第 4 章障害者政策委員会等（障害者政策委員会の設置）第 33 条 2 で「政策委員会の委員は、障害者、障害者の自立及び社会参加に関する事業に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、内閣総理大臣が任命する。この場合において、委員の構成については、政策委員会が様々な障害者の意見を聴き障害者の実状を踏まえた調査審議を行うことができることとなるよう、配慮されなければならない。」とし、第 2 次意見書で示された「障害当事者が過半数を占める」の部分は削除された。障害のある人たちが過半数に強い思いを持つのは、後述するが、障害のある人の権利保障にとって非常に重要だからである。しかし、立法過程の交渉においては結果を残すことができなかつた。今回非常に大きな貢献をしたと思われる障がいのある人の活躍をもってしても、なお、各省庁の守旧的姿勢が変わらなかつたことが推進会議や総合福祉部会委員への調査からわかる¹⁾。今後も引き続き変革へと継続する必要がある。

障害のある人及び家族が過半数を占めることを強く要望する理由として、1 つは対等な力の発揮である²⁾。これまでの審議は学識経験者や行政担当者が圧倒的な力を示しており、障害のある人との力の不均衡が明らかであった。その力のアンバランスを、数で保障することが「障害当事者が過半数を占める」主張の中にこめられていた。もう 1 点は特に精神の障がいのある人にとって審議場面は非常に緊張と不安の高まる場であり、同じ立場の人が複数いる事によって得られる安心感が精神の障がいのある人に対する合理的配慮に通じる。また、複数での参画は精神の障がいに特化することではなく、必要があれば他の障害の人についても同様の配慮が求められる。

これらのことから、障がい者制度改革推進会議の成果と課題をまとめると、成果としては①各会議で障害のある人の参画がほぼ半数を占めたこと、②形式だけの集まりに終わらず、集中的に実質的議論が展開したこと、③障害のある人に対する各種の合理的配慮が示されたこと、④リアルタイムでの情報公開がインターネットでなされ、関心のある人が広く誰でもアクセスできたこと、⑤情報公開の内容として、推進会議の提案に対し、各省庁から寄せられた意見が公表されるなど、過程の意見も含め開示された点である³⁾。しかし、①型通りの合理的配慮では不十分である点、たとえば知的障害のある人に向けた資料にルビを振ることで合理的配慮を示したとされるが、内容をわかりやすく伝えることはルビだけで解決するものではないこと、②一部の専門職・行政職者らが障害のある人の参画に対し依然として抵抗があり、それを打ち崩しきれなかつたこと、③総合福祉部会の 55 名の委員配置については賛否両論あり、各方面の意見が聞け、何としてもこの国の障害者制度をよくしたいとの思いが骨格提言に至ったことは極めて大きな成果であるが、一方で議論を深めるにはあまりにも人数が多すぎたことが調査結果から示されている¹⁾。

では、都道府県及び市町村においてはどうかであろうか。前述のように都道府県の合議制の機関の委員の構成については障害のある人の参画は必須ではない。市町村についても都道府県に準ずることとされている。これらの条文は、非常に心もとないもので、これまで権利の範疇に入らなかつた障害のある人の権利の回復には到底至れない内容である。本来

であれば、より直接的に障害のある人の過半数以上の参画を障害者政策委員会においても、また、地方の審議会や合議制機関においても確実に明記する必要があると思われる。

第3節 障害のある人の運動の変化

今回の障がい者制度改革推進会議はこれまで述べたように障害のある人及び家族が過半数を占めたことは非常に大きな意味があったが、それと共に直接会議に参加した代表の背後には数えきれないほど多くの障害のある人たちが間接的に会議に参加した。これは会議に関する情報が即時公開されていたことによる。

これまで障害のある人々は地道な運動を繰り返してきた。精神の領域であれば全国精神障害者団体連合会や、北海道では北海道精神障害者回復者クラブ等が政府間交渉を繰り返してきた。また、今回の推進会議には全国「精神病」者集団の関口明彦が委員として役割を担った。精神に障害のある人々は声を出す場を得られれば自分たちの意見表明ができる人々である。そのしくみをどう整えるかが今回の推進会議でモデル的に示された。

そのしくみとしては中央の会議に幅広い障害のある人々の代表を委員として配置し、会議場面及び関連する情報を開示することで、委員以外の誰もが情報を共有できること、また情報を受け取るだけでなく、障害のある人々自らが意見を発信し、それらを集約し、代表の活動につなげることができた。また、階層構造を形成し、代表委員の下部組織として、意見集約を担う担当者が複数位置づき、そのもとに意見を述べたい人が誰でも発言できる枝分かれ式の構造を形成した。現在のソーシャルメディアの活用によって、今後は、障害のある人が団体に所属せずとも、単独で意見表明することさえも可能であろう。

第4節 諸外国の事情

諸外国の事情としてアメリカの審議会を概括すると、アメリカでは審議会にあたるものとして **Mental Health Planning Council** がある。州ごとに設置され、審議会を統括する連合組織もある。審議会のメンバーには当事者、家族を入れることが一般的である（たとえばアイダホ州、ワシントン州など）。中でもカリフォルニア州は審議会メンバーの構成を規定し、当事者委員を8名置くこととしている⁴⁾。またアイダホ州のように委員会メンバーの連絡先をホームページ上に公開し、一般からのアクセスを可能にする場合もある⁵⁾。福島によればハワイ州の審議会も委員の過半数は当事者と家族であり、月1回程度開催される⁶⁾。このように審議会委員構成を明確にし、審議会に透明性がある点では日本と事情が異なる。

ヨーロッパは障害のある人の連合組織であるヨーロッパ障害フォーラム（以下、EDF）が政策決定過程で積極的に発言している⁷⁾。EDFはEU加盟国に加え、ノルウェーとアイスランドの障害者団体が参加し、1996年に設立した。EDFの活躍により、交通機関や情報通信面でのアクセシビリティの向上、2003年をヨーロッパ障害者年とすることなどを実現してきた。ヨーロッパ障害者年は障害のある人自身の役割の向上の点で大きな意味を持ち、障害者行動計画が採用される契機となった。このような動きがEUの障害政策策定者らの意識を高めることに繋がった。

EDFが目に見えて大きな成果をあげることができた要因は構造化された組織を作ってきたことによる。各国を代表する障害者組織の中で1団体だけがEDFの正会員であり、

その代表障害者組織は国内の障害者の意見を集約する役割を負う。他の障害者組織はこの代表障害者組織にそれぞれの団体から集約した意見を伝える。このような階層構造により、多くの意見を反映でき、また強い団結力が形成される。また、障害のある人を中心とする団体の他、女性や青少年団体、何らかの差別を受けている団体、労働や消費者団体など幅広い組織と連携を持つよう努めている。これらの動きが障害のある人に対する差別を払拭することに結びつく。その結果として、EU に対し積極的にはたらきかけ、障害者協定の採択を求めたことや障害者権利条約批准につながった。

わが国にあっては、まず、アメリカのように審議会の委員要件について障害のある人を含むとする明確な規定がない。これまで触れたように、改正障害者基本法に、地方の合議制の機関について「様々な障害者の意見を聴き」とあるだけである。合議制の機関に審議会も含むと考えることはできるが、規定が非常にゆるやかであるため、障害のある人の参画に直接はつながらない。

一方、EDF のように、政策決定過程に積極的に関与するわが国の団体として、日本障害者フォーラム(JDF)がある。JDF は障害のある人の権利を推進するために、2003 年に障害者団体を中心に設立したものである。活動は活発で、たとえば障害者基本法や障害者総合福祉法（現障害者総合支援法）成立までの過程で、政府に対し要望や提言を行うなど、障害のある人たちの法律制定や改正に対し、主張を繰り返してきた。JDF の役員 11 名が障がい者制度改革推進会議の委員であり、総合福祉部会や差別禁止部会の委員を務めた人もあり、実質、推進会議をけん引したのは JDF のメンバーといっても過言ではない。このように、ヨーロッパの EDF 同様、障害政策の決定や実施に大きく貢献している。

第5節 障害のある人の政策決定過程への参画に関する先行研究

続いて、障害のある人の政策決定過程への参画状況に関する先行研究をあげる。

まず、知的障害のある人については 2008 年全日本手をつなぐ育成会本人活動委員会が実施した調査結果によれば、地方自治体の協議会や障害計画関連部会への知的障害のある人の参画は約 3 割である⁸⁾。今後の参画が決定しているところは約 1 割で、その他は態度保留または参画の予定がなかった。吉川は知的障害のある人の参画を阻む環境因子として、家族や専門職が障害のある人の能力を疑問視する点をあげ、「当事者を要援護者・弱者という立場に押し込めてしまい、医学モデルに陥りがちになってしまうという側面もある。当事者参画は社会変革のためには必要不可欠であり、それはとりもなおさず、社会モデルへの転換を推進することに結びついていく。」と述べている。残念なことに、障害のある人の権利に立ちはだかる大きな壁の一つが障害のある人の身近な人ということはある。特に、障害のある人に対する否定的な障害観（スティグマ）が参画を阻む場面は決して少なくなく、それを打ち破ることが重要である。

次に、笠原が実施した 2011 年の市区町村地域自立支援協議会の全国実態調査では協議会各会議への精神障害のある人の参画は 3.4%、知的障害のある人の参画は 14.6%で、身体障害のある人の参画は 71.7%と大きく開きがあり⁹⁾、精神障害のある人の参画は非常に限定的であることがわかる。笠原の調査は、先の吉川の調査と同様、権利条約成立後に実施されたものであるが、条約成立後も、また、障がい者制度改革推進会議での過半数の障害のある人の参加をもってしても、地方においては参画が明らかに増加したとは言えない

ことがわかる。障害のある人が地方の政策決定過程に参画することはまだまだ遠い道のりと言えよう。

そこで、精神に障害のある人に関しては地方精神保健福祉審議会（以下、審議会）への参画を調査することで地方の実状が把握できると考える。

ところで、本論文で審議会を問題にするのは、審議会が十分に機能すれば、大きな変革を成し得るからである。たとえば、病院関係者による患者虐待死事件が起きた大和川病院事件後の大阪府精神保健福祉審議会の動きであるが、大阪府は精神医療審査会だけでは人権侵害を防げなかったことを教訓に、外部の第三者による患者支援の仕組みとして精神医療オンブズマン制度を発足させた。当審議会で「精神科病院内での人権尊重を基本とした医療・処遇のあり方および権利養護システム」の必要を提起したのが、大阪精神医療人権センター代表で、自らも精神疾患を持つ山本深雪である¹⁰⁾。このように審議会の場合を活かし、また、精神の疾患を持つ方の貴重な意見を審議会に反映させることが可能である。

当審議会は精神保健福祉領域の重要案件について議論する場である。この審議会の組織及び運営、委員に関する必要事項は、都道府県の条例で定めることとされ、障害のある人の参画については法律上特段の取り決めがない。従って、審議会に精神障害のある人が委員として参画することは、精神保健福祉施策決定過程への障害のある人の参画に対する都道府県・政令市の積極的な意図が示されていると考えられる。

しかし、残念ながら当審議会の障害のある人の参画状況は明らかでない。精神の障がいの場合、身体の障害や知的な障害よりも、制度的にも、福祉サービスの充実度の面でも遅れており、検討される機会が少なかったと思われる。ある先行研究に、推進会議に参画している精神に障害のある人の興味深い発言があった。さいたま市の障害者職業能力開発推進会議の委員をする竹内である¹¹⁾。この会議は障害者の職業能力開発のために実施された全国で3市のみモデル事業である。専門職や行政職員で進められる会議に障害のある人の立場で参加し、竹内が感じたことは、専門用語の多用と、就労実績の強調である。竹内は、障害のある人の働くことの意味や理念を議論することこそが会議では必要と指摘している。この点は別なシンポジウムのシンポジストである今村も述べている¹²⁾。障害のある人は障害のある人も権利の主体であるという理念を一般の人も共有することを願い、そののちに、具体的な対策の検討がなされると考えるが、障害を持たない人は前例があるかどうか、具体的な対策が取れるかどうか、成果があがるかどうかでものごとを判断しやすく、障害のある人の思いを理解することが難しい。このことは障害を持たない人の視点と障害のある人の視点が異なることを示しており、こうした違いを顕在化するためにも、精神保健福祉審議会への障害のある人の参画が重要な意味を持つ。

以上、先行研究からは、地方における障害のある人の政策決定過程への参画が進んでいないことが明らかとなった。

第6節 まとめ

本章では、障害のある人の政策決定過程への参画に関する概況を示した。まず、法的根拠としては、権利条約第4条から、また、わが国の法律では、障害者基本法に障害者の参画が明記されている。実際の動向としては、2009年の障がい者制度改革推進会議委員に障害のある人が過半数参画するという画期的な機会があり、メディアを通しての情報公開が

なされたこともあって、障害のある人の運動が盛んにみられた。しかし、地方の協議会や精神保健福祉におけるこれまでの調査では、わずかの参画の機会しか示されていない。対するアメリカやヨーロッパは非常に活発で、アメリカは州によっては精神に障害のある人や家族の参画が専門職と同数であり、ヨーロッパは障害フォーラムを組織し、政策機関に意見表明するパイプを持っていた。

以上のことから、精神に障害のある人の政策決定過程への参画を考える上で、精神保健福祉審議会に関する調査は必須であり、その結果をもとに、政策決定過程への参画をすすめる要因を検討することが必要と思われる。また、これらを通し、障害のある人の「権利回復」について論究することが求められる。

引用文献

- 1) 山崎公士(2012)「障害者政策の形成・実施と当事者参画—障害者政策委員会に期待するもの」『ノーマライゼーション』1月号, 10-13.
- 2) 小澤温(2012)「『障害者政策委員会』に期待する—真の当事者参加に向けて」『ノーマライゼーション』1月号, 14-15.
- 3) ノーマライゼーション編集部(2012)「推進会議構成員・総合福祉部会構成員へのアンケート調査から」『ノーマライゼーション』1月号, 26-32.
- 4) California Mental Health Planning Council Members:
<http://www.dhcs.ca.gov/services/mh/Pages/MH-PlanningCouncil.aspx>
- 5) Aidaho Mental Health Planning Council: Membership by Region and Position 2012.
<http://www.healthandwelfare.idaho.gov/Medical/MentalHealth/MentalHealthPlanningCouncil/tabid/320/Default.aspx>
- 6) 福島喜代子(2010)「精神保健福祉サービスにおけるピア・サポートの位置づけと米国ハワイ州におけるピア提供サービスの概要」『精神障害とリハビリテーション』Vol.14 No.1, 90-96.
- 7) ベソズィ,C.(2009)「EU 政策策定過程における障害者の役割」『ノーマライゼーション』7月号, 13-15.
- 8) 長葭千恵子(2009)「報告—本人の参加に関するアンケート調査から—全日本手をつなぐ育成会本人活動委員会」『手をつなぐ』7月号, 32-37.
- 9) 笠原千絵(2011)「ローカルガバナンスと当事者参加—自治体担当者を対象とした地域自立支援協議会全国調査の分析—」『日本の地域福祉』24, 57-69.
- 10) NPO 法人大阪精神医療人権センター「扉よひらけ⑥」NPO 法人大阪精神医療人権センター発行, 2010.
- 11) 竹内政治(2009)「さいたま市障害者職業能力開発推進会議に参加して」『ノーマライゼーション』7月号, 22-23.
- 12) 今村昇他(2010)「座談会—ポスト自立支援法—これからの障害者施策と私たちの未来」『ノーマライゼーション』1月号, 14-28.

第2部 調査研究編

第1章 調査研究Ⅰ 精神障害者地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果—仲間的支援と熟達的支援の意義—

第1部では、地域移行支援事業へのピアサポートの導入と、政策決定過程への参画の重要性を障害者権利条約と関連づけ、特に「障害のある人が権利の主体」であることを中心に、精神に障害のある人たちの「権利回復」の重要性について示した。第2部は「障害のある人が権利の主体」であることを実際の調査結果をもとに明らかにすることを試みる。

第1節 はじめに

この10年あまり続いてきた地域移行支援事業の2008年の事業実施要綱の中に「必要に応じ当事者による支援（ピアサポート）等を活用しつつ」とピアサポートが明記され¹⁾、2010年の要綱では「ピアサポートが積極的に活用されるよう努めるものとする」とされ²⁾、導入が強く促されている。

しかし、ピアサポートの導入が進むためには、ピアサポートがどのような効果を持つかを明確にする必要がある。これまでの先行研究をたどると、日常的なピアサポートの支援の効果として指摘されることが多いのは、「体験的知識」³⁾や「ヘルパーセラピー原則」⁴⁾等である。また、精神科病院からの地域移行に関するピアサポートの支援の効果に関する諸外国の研究では、在院日数や再入院率、QOLの程度等でプラスの効果を数値で明確に示している。しかし、わが国の場合は対象に長期入院者が含まれるため、統制群を設けて数量的に比較しても、在院日数等で差を示すことが難しい。したがって、わが国では、これまで事業に直接携わる専門職による実践報告が中心だった。そのような中、坂本は自立支援員4名と当事者支援員5名へのグループインタビューを実施し、ピアサポートの12の特徴とその有効性を抽出した⁵⁾。また、日笠は作業療法の場面でピアサポーターによる安心感を得て退院した事例を報告した⁶⁾。これら先行研究の意義は地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果を示した点にある。しかし、本事業では今もってピアサポートを導入する自治体がなかなか拡大せず⁷⁾、その理由を考えると、ピアサポートの支援の効果が浸透していないことが大きいと思われる。特に、ピアサポートの支援の効果をより明確に示すためには、立場の異なる関係者の聞き取り調査を行い、その効果をわかりやすく示す必要がある。また、事業でピアサポートを導入するのは効果の有無だけによるものではない。国連の障害者権利条約(以下、条約)⁸⁾の理念からも事業へのピアサポートの導入は障害のある人が権利の主体として関わる点で大きな意味があることを示す必要がある。

そこで、本章は特に、地域移行支援事業を先進的に進めてきた北海道に焦点をあて、事業対象者も含めた、4種の関係者、ピアサポーター、医療関係者、地域関係者に面接調査を実施する。これら、面接結果を質的に分析し、ピアサポートの支援の効果の解明を試みる。さらに、権利条約にもとづく、障害のある人相互による支援や自立生活を推進する観点から、本事業にピアサポートを広く導入する意義について検討する。

第2節 研究方法

1. 調査期間

2010年6月から2011年8月までの期間である。

2. 調査圏域

本章では21圏域の全てでピアサポーターが事業に参加している北海道を対象地とした。北海道を選択したのは、これまで事業において、ピアサポートを積極的に導入してきたこと、また、事業実施要綱に「精神疾患を患った自らの経験を活かして、精神保健福祉の向上につなげる意欲を持ち、この事業に賛同し業務として自ら行う意志のある者」とピアサポーターを明確に定義づけ、事業にピアサポートを位置付ける意識の高さが示されていることから選択した⁹⁾。

また、事業の平均像を把握するため、事業の開始を契機に地域移行のしくみを整え、かつ、地域移行推進員（以下、推進員）からピアサポーターの紹介などの協力を得られた札幌と、後志、遠軽・紋別の3圏域を調査地域とした。調査地域は図1に示す通りである。

これら3圏域の事業開始は遠軽・紋別が2006年10月、後志が2007年度、札幌が2009年度であり、退院可能な在院患者数は札幌が523人で最多、後志と遠軽・紋別は各86人、39人と全圏域のほぼ中間（約30～80人）に位置づく¹⁰⁾。地理的には後志が道中西部、札幌が道央、遠軽・紋別が道東北部と、広く道内にまたがり、産業構造は札幌が3次産業、他は農業など1次産業を中心とする地域である。

図1 3圏域の位置



3. 調査対象者

対象は、3圏域のピアサポーター14名、事業でピアサポーターの支援を受け退院し、現在、地域生活を送る精神障害のある人（以下、元対象者）3名、精神科病院関係者3名、推進員3名である。

後志のピアサポーターは全8名で、このうち個別インタビュー対象のピアサポーター2名は事業開始から活動し、個別支援の経験が豊富である。うち1名は当事者団体に所属し、日常的に仲間をサポートしている。また、遠軽・紋別のピアサポーターは全4名で、その

うち3名が事業開始から、1名が2008年から活動し、4名いずれも当事者団体に所属している。札幌のピアサポーターはデータ収集時点では全2名で、両者とも地域活動支援センターの非常勤ピアスタッフである。

以上、ピアサポーター、元対象者、地域側、医療側の4群を調査対象とし、それぞれの立場からピアサポーターの支援効果に関する発言を聴取した。調査対象者の基本属性は表1-1に示す。

表 1-1 調査対象者の基本属性

対象	札幌	遠軽・紋別	後志	合計
ピアサポーター	男性 (50代) 女性 (50代)	男性 (20代・40代・50代) 各1名、女性 (50代)	男性(30～60代)5名 女性(30～50代)3名	14名
元対象者	男性 (60代)	(男性(40代)) ^{注)}	男性(40代)2名	3名
地域移行推進員	男性 (30代)	女性(20代)	男性(50代)	3名
精神科病院関係者	精神保健福祉士 女性(20代)	精神保健福祉士 女性(20代)	精神科医師 男性(40代)	3名

注) 遠軽・紋別の元対象者の情報は精神保健福祉士から得た。

4. 調査方法

1) 調査の手順

著者が調査対象の所属先にてインタビュー（聞き取り調査）する手法を用いた。インタビューに先立ち、各対象に本調査の目的を示し、守秘義務の遵守および研究発表と文書化への承諾を書面で得た。次いで、インタビュー過程のICレコーダーへの録音記録と内容の逐語記録化の了承を得、得られなかった場合はインタビュー内容をその場で筆記し、記載内容について、後日、調査対象者の確認を得た。

インタビューは半構造化面接とし、実施前に以下2点を伝え、内容への理解を求めた。

- ①ピアサポーターが支援に関わることで地域移行が円滑になったと思われること
- ②地域移行前後を通し、元対象者に見られる変化

2) 分析方法の選択

本調査においてはピアサポートの支援の効果の解明を目的としており、関係する4者の担当者から聴取することが最も適すと考えた。4者とは地域移行に携わるピアサポーター、事業の元対象者、精神科病院の専門職、地域移行推進員である。これらの対象に対し、半構造化面接を実施し、その結果をLoflandの分析方法によりコード化した¹¹⁾。Loflandの分析を採用したのは、発話者の意図をできるだけ反映できるようデータを繰り返し読み取り、精緻化を図る点で、本調査の分析に適していると考えたからである。

具体的な分析方法は次節で示す。

第3節 結果

1. 調査の実際

ピアサポーターへの調査は30分から1時間程度のグループ面接と個別面接を併用した。後志と遠軽・紋別では初対面の著者に対するピアサポーターの不安や緊張を考慮し、ピア

サポーターと推進員とのグループ面接を行った。このうち、後志の2名のピアサポーターには個別面接も実施し、他の調査対象者には個別面接のみを行った。録音記録への了承を得たのは、ピアサポーター10名(札幌と後志)、元対象者1名(札幌)、推進員2名(札幌と後志)、精神科病院関係者3名であった。

2. インタビュー内容の分析方法とその結果

分析方法は、Loflandらの質的分析方法を参考にし¹⁾、3圏域で収集したデータを対象ごと、特にピアサポーターの活動内容や元対象者の地域移行前後の変化とピアサポートの支援の効果と関連のある71の発話を抽出し、内容が類似する最少1から最多11の発話データが同一コードに分類され、次いで、それらの中で関連のあるものをまとめ、ピアサポーターの支援の効果としてカテゴリー化され、さらに、支援タイプに区分された。このコード化、カテゴリー化、タイプ化の作業は、まず、逐語記録のトランスクリプトを何度も繰り返し読み、発話者の意図を反映できるよう心がけながら初期コード化を試み、暫定的にコード名を振った。続いて焦点化の段階として、ピアサポートの支援の効果との関連を検討する点で重要なコード名とそうでないものを分け、より精緻化したコード名を確定した。次に、いくつかのコードのうち、関連するもの同士をグループ化し、カテゴリーを見出した。カテゴリー名についても、コード名の確定と同様の作業をし、暫定的につけた初期カテゴリーを焦点化する作業を繰り返した。これらのプロセスを複数回行い、その文脈にはそのコード名が最も適し、それらをまとめるカテゴリー名としてその用語が最も適するという段階に達するまで続けた。また、カテゴリーをより大きなグループに分類するタイプ分けについても同様に行った。

分析結果は12コードと、5カテゴリー、2タイプである。分析結果の一覧を表1-2に示したが、発話内容は紙面の関係で内容を抜粋した。括弧内は発話者を指す。2タイプは「仲間的支援」と「熟達的支援」であり、「仲間的支援」には2カテゴリーと5コード、「熟達的支援」には3カテゴリーと7コードが見出された。

1) 仲間的支援

(1) 長期入院からの回復に向けた支援：「不安に寄り添う」「できない面を許容」「役割負担への心配の軽減」

インタビューに協力した3名の元対象者は5年から通算20年の入院期間を持つ。長期入院者は外界への不安や外出への抵抗から外出後すぐにも病院に帰ろうとするが、ピアサポーターは自身の体験から彼らの不安を理解し、彼らのペースを尊重しつつ「不安に寄り添う」ことで少しずつ外出に慣れ、地域に馴染めるよう働きかけた。また、ピアサポーターの一人は「自分は家族や友人の支えがあって退院できたため、恩返しと思ってピアサポーターをやっている」と述べ、身近な支援者になるよう努めた。さらに、対象者ができないことに対し、医療スタッフは退院への力不足とみる傾向があるが、ピアサポーターは「できない面を許容」し、困難があって当たり前と認めるため、対象者は失敗を恐れず前に踏み出すことができた。ある対象者は退院が近づくにつれ、グループホームの当番を担うことへのためらいが生じたものの、ピアサポーターが丁寧に話しを聞くことは「役割負担への心配の軽減」につながった。

(2) 楽しみの提供：「新しい体験の提供」「気楽に、共に、楽しむ」

地域移行にあたり、ピアサポーターは地域生活の楽しさを対象者に伝えることを心がけ

た。対象者の望む場所に同行し、外食やカラオケなどの「新しい体験の提供」を通して、これまで自由に外出できなかった対象者に当たり前の地域生活の喜びを示した。ピアサポーターと医療スタッフの関わりを比較すると、医療スタッフでは業務上、時間上の制約から地域生活の詳細を伝えるには困難があるが、ピアサポーターは時間的に融通がきく上、何でも言いやすい気軽さがあり、対象者の大きな心の支えとなった。これらの関わりは「気楽に、共に、楽しむ」ものである。

このように、仲間的支援とは当事者性を発揮した心情的なサポートであり、ピアサポーターならではの支援と考えられる。ピアサポーターは対象者の気持ちを理解し、温かい関わりを常とし、サポートする対象者を自身とオーバーラップさせ、対象者を自分と同列に位置づけ、尊重する純粋な姿や、身近にサポートが得られない人たちのためにその役割を果たす姿勢などを特徴とする。また、対象者が不安やできないと思う気持ちなど対象者の否定的感情を受容し、困難があつて当たり前と考え、できないことを温かく見守り、同行支援時は新規な楽しい体験を行い、地域で生きる実感を対象者に伝えるなど、先に退院した者が、次に続く者を応援するかかわり方である。

表 1-2 ピアサポートの支援の効果に関する分析結果

発話データ	コード	カテゴリー	タイプ
「病院にいて、外に出ることがどれだけ恐怖かってことね。無理矢理引っ張るような感じにしないのが、PS は違う。(Dr)」	不安に寄り添う	I 仲間的支援:①長期入院からの回復に向けた支援	仲間的支援
「看護師さんに促されてもだめだった。自分は何もできないから。でも、PS が「できなくていいよ、大丈夫だよ。」と言ってくれた。(元対象者)」	できない面を許容		
「グループホームは当番あること気になって、それで退院を延ばしてた。でも PS が話を聞いてくれた。(元対象者)」	役割負担への心配の軽減		
「PS つくと、外出して寿司食った、カラオケ歌ったって話をすると(他の入院者が)すごい羨ましそう。(Dr)」	新しい体験の提供	I 仲間的支援:②楽しみの提供	仲間的支援
「看護師さんはやっぱり仕事忙しいし、仕事の範囲も決まっているから、俺たちじゃないとできないことあるんです。(PS)」	気楽に、共に、楽しむ		
「3 か月に 1 度のケア会議に PS も参加して、本人の状況、様子とか、ピアだから伝えられる思いを話してくれる。(精神科病院精神保健福祉士)」	ケア会議に参加	II 専門的支援:①専門職との仲介	熟達的支援
「(PS がいると) 患者さんの希望を医師が断ると言う話にならず、PS がいい感じで意見を言うから、雰囲気が出て、だいたいそうすればいいって感じ。(Dr)」 「PS が自然に看護師に質問してくれるので、今後のことを相談できる関係になって、受け持ちの看護師がその患者さん、どうしたらいいかを PS によく相談するようになった。(Dr)」	対象者と医療スタッフの仲介		
「アパートの一人暮らしは不安があるけれど、地域スタッフがいるから。(元対象者)」	対象者と地域スタッフの仲介		
「病院に居る時は(家族は) いやだって感じだったもの。それが正月に帰りますって言い出したんだよね。(PS)」 「正月に帰ったんです。里帰りし	家族関係の変化を見守る	II 専門的支援:②関係構築	

たんです。(元対象者)」		への足掛かり	
「○さん本人は意識していないと思うけれど、仲間だと思って遊びに行くんだけど、PSされた人がPSになっている瞬間があると、良いなと思っている。(Dr)」	サポートの継承		
「今、アパートを探していて、スタッフに頼んでいる。(元対象者)」	自主性の発露への寄り添い	II 専門的支援:③自主性の創出	
「自分がわかって、自分でだんだん学習していくんですね。やっぱり、外、出ないとわかんないんだ。(PS)」 「今は何とか一人でやってる。キャッシュカードは使えないね。興味があったら自分でやれば、覚えれば良いから。自信つけば自分で試してみるから。(PS)」	自己学習の機会を待つ		

PS:ピアサポーター Dr:精神科医師

2) 熟達的支援

(1) 専門職との仲介:「ケア会議に参加」「対象者と医療スタッフとの仲介」「対象者と地域の専門職との仲介」

ピアサポーターが「ケア会議に参加」し、精神の病や入院の経験を活かし、対象者の立場に沿った意見を述べることは、専門職が対象者やピアサポーターの役割を深く理解するきっかけになった。また、ピアサポーターが頻繁に医療スタッフと情報交換し、対象者との橋渡しをすることで「対象者と医療スタッフの仲介」を行うことができた。また、ピアサポーターは地域事業所の非常勤スタッフでもあることから、「対象者と地域の専門職との仲介」も行った。

(2) 関係構築への足掛かり:「家族関係の変化を見守る」「サポートの継承」

退院後グループホーム、あるいはアパートで暮らす元対象者が、地域生活後、家族と再会したり、再会の約束をする変化が見られた。ピアサポーターは対象者の家族との再会場面を作った訳ではなく、退院に至るまでの間、家族を訪ね、地域での暮らしについて具体的に説明し、不安を払拭し、理解を得るように努めてきた。また、ケア会議の場で対象者と家族が険悪な雰囲気になった時に、ピアサポーターが仲介し対象者の気持ちを鎮めた。長い間、家族と会わなかった対象者が実家に帰ったことは、かつて入院生活を共にし、対象者と家族の関係を見ていたピアサポーターにとっては驚きと嬉しさで、「最高のできごと」であったと述べている。「家族関係の変化を見守る」とは以上のような対応を指す。さらに、ピアサポーターの介入を受けて地域移行した元対象者が、後に続く対象者を気遣う姿は「サポートの継承」と言える。

(3) 自主性の創出:「自主性の発露への寄り添い」「自己学習の機会を待つ」

退院後、しばらくはグループホームで生活していた対象者がアパートへの転居を願い、その希望をピアサポーターが仲介して地域スタッフに伝えるなど、「自主性の発露への寄り添い」が見られた。20年を超す長期入院者では簡単な機器操作が身に付かないため、地域生活に難航する場面もあるが、それでもピアサポーターは急がせず無理強いせず、「自己学習の機会を待つ」関わりを続けた。

このように、熟達的支援とは当事者の経験知から得られた相談援助の力を指す。タイプ

名を検討する際に「熟達的」を選択したのは、物事に熟練している、習熟しているという意味あいを出すためである。「専門的支援」など、他の語も検討したが、「専門的」では、プロフェッショナルをイメージし、専門職と同様の支援とみなされる可能性がある。本章で強調したいのは専門職並みの支援をピアサポーターが行なうことではなく、専門職とは異なる、熟練した職人のような支援を実施することにピアサポートの支援の効果があると考える。具体的には、専門職と対象者、家族と対象者が対立しそうな場面に介入し、専門職や家族のことは対象者にわかりやすく翻訳し、対象者の思いを専門職や家族に伝える橋渡しをするなど、対象者の思いとシンクロナイズするような支援の在り方を言う。

第4節 考察

1. ピアサポーターによる支援の意義

本章では調査対象へのインタビューの分析からピアサポートの支援の効果を仲間的支援と熟達的支援に分類したが、それぞれの支援の意義について考察する。

1) 仲間的支援

仲間的支援は当事者性を発揮した心情的なサポート、すなわちピアサポーターならではの支援であり、地域移行支援事業で大きな力を発揮する。日笠の事例では対象者が母親と言い争った話を聞いたピアサポーターが「大変じゃなあ。でも大丈夫。」と答え、一緒に笑い、雰囲気や和んだことで対象者がいつもの自分らしさを取り戻したこと、自分の素直な感情をピアサポーターの前で表現できたことが記述されていたが⁶⁾、ピアサポーターが対象者の気持ちを理解し、本人に温かく関わることは、本研究の仲間的支援に含まれるものである。ピアサポーターはサポートする対象者を自身とオーバーラップさせ、「長期入院からの回復に向けた支援」や「楽しみの提供」に高い動機づけを持つ。加藤は「当事者出身のソーシャルワーカーたちは対象者をクライアントとしてではなく、仲間、後輩として位置づけ、そのことで目の前にいる一人ひとりの対象者との信頼関係を築くことができた」と述べたが¹²⁾、こうした対象者を自分と同列に位置づけ、尊重する純粋な姿や、身近にサポートが得られない人たちのためにその役割を果たす姿勢など、ピアサポーターの対等さと真摯さが今後の地域移行の要になると思われる。

2) 熟達的支援

熟達的支援は当事者の経験知から得られた相談援助の力を指す。本調査では「関係構築への足掛かり」、中でも「家族関係の変化を見守る」に大きな力を発揮していたことが注目される。これはピアサポーターが長期の入院により疎遠になった対象者の家族関係の調整に関わることを意味し、従来の報告には見られない重要な役割である。また、「対象者と医療スタッフの仲介」によりピアサポーターが医療スタッフ側に大きな変化をもたらすことも明らかにされた。河島は「(医療スタッフが)当事者であるピアサポーターから直接話を聞くので非常にインパクトがあり、看護師が地域を信じ、入院患者を地域へ送り出そうとする原動力となった」と述べているが¹³⁾、それにとどまらず、ピアサポーターへの認識を大きく変える機会ともなっていた。これらからピアサポーターが自身の病と障害、長年の療養と地域での生活を通じて、患者、家族、医療側、地域側のつなぎ手として大きな力を発揮することがわかる。

「自主性の創出」とは、対象者がピアサポーターによる支援を通じて安心感や心強さを

得、それが失敗を恐れず、自分で考え、試みる気持ちにつながるなどの自主性を育むプロセスを指す。これらは対象者がこれまで少なかった選択や自己決定の過程にピアサポーターが伴走することを示した坂本の指摘とも共通する⁵⁾。

岡田は「病気を患い苦しみ、入院し、精神障害のある人という偏見やハンディを乗り越えて社会復帰した経験、生き方、人生そのものがいわば専門技術にあたる」と指摘しているが¹⁴⁾、1993年の国連総会決議「障害をもつ人びとの機会均等化に関する基準原則」¹⁵⁾は「原則 3」で「障害をもつ人びととその家族は、教師としてあるいは指導者、カウンセラーとしてリハビリテーションに加わることができる」としている。本研究が示した熟達的支援は、ピアサポーターが他者への支援やリハビリテーションに高度な力を持っていることをあらためて確認させるものである。

2. 地域の実情に即したピアサポートの導入に向けて

既述のように、2010年度の事業では「ピアサポートの積極的な活用」をうたうものの、それは依然として推進員の「必要に応じた活用」の範囲内に留まるものであった²⁾。一方、本研究で示したピアサポーターによる支援の効果は専門職だけでは到底代替できないものであり、「必要に応じた活用」の域を超えて本格的に事業に導入・定着させることが強く望まれる。

ピアサポートの導入・定着にはピアサポーターを活かす仕組みづくりが重要であり、それは事業の実施主体に求められる。本研究の調査対象である北海道は2006年から本格的に事業に着手したが、各圏域の地域活動支援センターの職員を推進員とし、各センターが選考したピアサポーターを事業の一員として明確に位置づけている。また、ピアサポーターの養成や研修は北海道から委託を受けた財団法人・北海道精神保健推進協会が実施し、活動面での相談やスーパービジョンは推進員が担当する体制を整えている。三重県においても、県と市の連携による協議会の設置、関係機関の調整役としての保健所および拠点となる地域事業所の配置、複数の精神科病院の事業参加、ピアサポーター拡大に向けた養成研修の実施など、ピアサポーターを地域移行チームに組み込んだ仕組みを整えている¹⁶⁾。これらの自治体ではピアサポーターの身分や賃金を保障していることが特筆される⁹⁾。

2012年度からピアサポート関係は引き続き都道府県が管轄するものの、事業の実施主体は市町村に移行した。ただ、ピアサポートの導入にはそれぞれの地域事情が反映するため、必ずしも楽観できない状況にある。全国精神障害者団体連合会が厚生労働省交渉において「ピアサポーターが地域移行で力を発揮しているので、制度管轄が市町村に移行してもピアサポーターの人員増加のための予算を増やして下さい」と要望したのは、このような認識による¹⁷⁾。したがって、今後、ピアサポートの導入を一層推進するには、全国各地の事業実態を分析し、そのための条件を深く検討することが重要な課題となる。

3. 障害者権利条約の理念およびわが国の関連施策とピアサポート導入の意義

地域移行にピアサポートを導入する根拠をより詳しく権利条約からたどってみたい。権利条約の第19条「自立した生活（生活の自律）及び地域社会へのインクルージョン」では、障害のある人が地域社会で生活する平等の権利、ならびに社会包容と参加のための措置をとる義務を記している。このことは障害のある人が権利の主体として明確に位置づけることを示すものである。現在、条約の批准に向け準備を進めているわが国にあっては、精

精神障害のある人の社会的入院の早期解消は緊急性を要する課題であり、対象者の権利の回復が強く望まれる。加えて、ピアサポートを活かした地域移行を進めることは、ピアサポーター自身の権利回復とも通じるものであり、さらなる進展が求められる。

また、権利条約第 26 条ハビリテーションおよびリハビリテーションでは、障害のある人が最大限の自立（自律）、十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力、並びに生活のあらゆる側面への完全なインクルージョン及び参加を達成、維持するために、特にピア・サポート（障害のある人相互による支援）を活用して、効果的かつ適切な措置をとること、そのために、特に保健、雇用、教育及び社会サービスの分野において、ハビリテーションおよびリハビリテーションについての包括的（多様）なサービスおよび計画を企画し、強化し、拡張することを明記した。下線部は著者によるが、この原文は **including through peer support** である。障害のある人が社会に完全に包容され、完全に参加するにはピアサポートが必要なことが条文に明記されているのである。これらのことから、精神科病院からの地域移行の実現には、障害のある人相互による支援であるところのピアサポートの参加がぜひとも必要なことが理解できる。

また、上田は権利条約第 26 条の解釈の中で、「同じような障害を持つ「先輩」からのアドバイス（ピアカウンセリングのような）はこの点（障害のある人の自己決定能力向上の面で）有益であるが、常に得られるとは限らない(P124)。「リハビリテーションの過程そのものが「当事者参加」「当事者中心」で行われるべきであり、そのこと自体が自己決定能力を向上させることである(P126)」という¹⁸⁾。このように上田はリハビリテーションにおいて、障害者自身の主体的参加と障害者が主体的に支援することの重要性を示した。ピアサポートの強調点は、社会的入院状態にある対象者が地域移行し、権利の主体となるだけでなく、ピアサポーター自身も権利の主体として支援する側になることが、ことのほか重要な点である。権利の客体から権利の主体へと移り変わることにより障害のある人の権利が大きく回復することになる。

続いて、わが国の 2003 年 5 月の厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告は、「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」の「基本方向と重点施策 3. 地域生活.」「ウ. 気軽な相談機関や仲間・生き甲斐づくりについて」で「②ピアサポート(当事者による相談活動)、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援」が明記されている¹⁹⁾。しかし、この中間報告で重点施策として「地域で生活する精神障害当事者の活動やピアサポートへの支援」のことが打ち出されていながら、これまで十分に実施されてきたとは言い難い状況である。もし、この方向に沿った支援が行われていれば、全国では日常的な「障害のある人相互による支援」のすそ野が拡大し、多くの地域移行の役割を担えるピアサポーターが育ってきたことであろう。本章でとりあげた北海道は、1980 年代以降、当事者団体が活発に活動を展開してきた歴史があるからこそ、北海道内の全圏域でのピアサポーターの人材を得ることができたと考えられる。したがって、地域移行をさらに推進するためにも、中間報告の方向にそった施策の強化が求められる。

第 5 節 結論

精神障害者地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果を解明するために、北海道内の 3 圏域の、ピアサポーターと元対象者、推進員、精神科病院関係者に面接調査を行い、質的研究を行った。その結果、ピアサポートの支援の効果として、ピアサポーター

の心情的サポートを中心とする「仲間的支援」と、これまで蓄積した技能や経験知を発揮した「熟達的支援」が見出された。

ピアサポートの支援の効果は事業の効果的な推進にとり、極めて重要であり、今後、各自治体で実施される事業においてピアサポートが本格的に導入される必要を示すものである。導入のためには全国各地の事業実態を分析し、必要な要件を検討することが求められるが、たとえば、北海道、三重県のように都道府県の自治体と市町村の連携が取れ、関係機関の調整役を担える中心的機関ないしは人材を配置でき、推進員とピアサポーターを各圏域に配備し、医療機関が積極的に事業に関与すること、また、ピアサポーターの安定的供給のために養成講座や定期研修の実施、また活動時の相談やスーパービジョン体制を整えること、さらにはピアサポーターの身分や賃金の保障などの実現が重要になると思われる。

加えて、ピアサポートの事業への導入は、わが国が批准を準備している国連の障害者権利条約の第 19 条と第 26 条の理念の具現化でもあり、障害のある人が権利の主体であることを示すものである。これらを通して、障害のある人の「権利回復」が少しずつ実現すると思われる。

次章では、本章で取り扱った北海道の 3 地域を分け、個々の地域の事業実施体制を把握し、また、ピアサポート導入状況、事業の進展状況を捉えることで、地域の事業実態とピアサポート導入の関連を明らかにすることを試みる。

本章の一部は上野武治との共同研究で日本精神障害者リハビリテーション学会第 18 回大会(2010 年 10 月)、第 19 回大会(2011 年 11 月)、及び日本精神保健福祉士学会第 10 回大会(2011 年 6 月)にて発表した。また、同じく上野武治との共同研究で、日本精神障害者リハビリテーション学会機関誌「精神障害とリハビリテーション」誌 2013 年 6 月に掲載した論文を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 厚生労働省(2010)「精神障害者地域移行支援特別対策事業の実施について(平成 20 年 5 月 30 日)」『我が国の精神保健福祉 平成 22 年度版』太陽美術, 497-499.
- 2) 厚生労働省(2011)「精神障害者地域移行・地域定着支援事業の実施について(平成 23 年 4 月 25 日)」『我が国の精神保健福祉 平成 23 年度版』太陽美術, 482-487.
- 3) Borkman T. (1976)Experiential Knowledge: A New Concept for the Analysis of Self-Help Groups. Social Service Review, 50, 445-456.
- 4)Riessman,F.(1965) The ‘Helper’ Therapy Principle. Social Work, 10(2); 27-32.
- 5) 坂本智代枝(2007)「精神障害者のピアサポートの有効性の検討—退院促進支援事業における当事者自立支援員のグループインタビューを通して—」『大正大学研究紀要』92, 301-314.
- 6) 日笠美孝(2009)「作業療法空間でのピアサポートとエンパワメントにより退院を目指す長期入院者の一例」『病院・地域精神医学』52, 172-173.
- 7) 特定非営利活動法人十勝障害者サポートネット(2010)「精神障害者のピアサポートを行なう人材を育成し、当事者の雇用を図るための人材育成プログラム構築に関する研究報告書」『平成 21 年度障害者保健福祉推進事業(障害者自立支援調査研究プロジェクト)』.

- 8) 川島聡・長瀬修仮訳(2008)「障害のある人の権利に関する条約 条文見出し一覧」長瀬修他編『障害者の権利条約と日本：概要と展望』生活書院, 208-297.
- 9) 北海道：精神障害者地域生活支援事業の概要. 2006.
- 10) 北海道(2005)『北海道障がい福祉計画（第1期：平成18年度～平成20年度）』
- 11) Lofland, J&L. (1995) Analyzing Social Setting International Thomson Publishing. (=進藤雄三, 宝月誠 訳(1997)『社会状況の分析—質的観察と分析の方法—』恒星社厚生閣.
- 12) 加藤真規子(2005)「当事者出身のソーシャルワーカーの可能性と課題」『桃山学院大学社会学論集』第39巻第1号, 125-151.
- 13) 河島京美(2010)「ピアサポーターの活動を中心に始めた退院促進支援事業—東京・練馬の地域生活支援センターの取り組み」『精神医療』57, 28-31.
- 14) 岡田貴子(2011)「多職種連携支援におけるピアサポートの役割と改善点について」『精神科看護』38(5), 26-29.
- 15) 国際連合(1997)「障害をもつ人びとの機会均等化に関する基準原則（国連総会決議48/96 1993年12月20日）」仲野善達編『国際連合と障害者問題～重要関連決議文書集』エンパワメント研究所, 151-183.
- 16) 西村美哉(2012)「2-4 私たちの実践紹介①三重県の実践例-3.津地域の取り組み」『精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働作戦実践ブック』49-68.
- 17) 特定非営利活動法人 全国精神障害者団体連合会(2011)『厚生労働省交渉の経過 2011年5月16日』
- 18) 上田敏(2010)「第8章 リハビリテーション」松井亮輔・川島聡編『概説障害者権利条約』法律文化社, 111-129.
- 19) 厚生労働省(2011)「(中間報告)精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向（平成15年5月15日）」『我が国の精神保健福祉 平成23年度版』太陽美術, 460-466.

第2章 調査研究Ⅱ 精神障害者地域移行支援事業に取り 組む北海道内の3地域間比較—地域の事業実施状況と、ピ アサポートの支援の効果との関連について—

第1節 はじめに

第2部第1章においてピアサポートの支援の効果として、「仲間的支援」と「熟達的支援」の2点を示すことができた。ピアサポートの支援の効果は、各自治体によって実施される地域移行支援事業においてピアサポートを本格的に導入する動機づけとなるものである。しかし、各地域の地域移行支援事業の事業実態は異なるため、ピアサポート導入・拡大のすみやかな実現に向けた条件は地域ごとで異なる可能性もある。

第1章ではピアサポートの支援の効果という視点で3地域をまとめた結果を示したが、本章ではこの3地域の個々の事業実態を示し、ピアサポートの支援の効果との関連について検討する。

第2節 研究方法

1. 調査期間：調査データの収集は2010年6月から2011年8月までの期間であり、各対象者へのデータ収集日は表2-1に記載した。

表2-1 インタビュー実施状況

インタビュー	札幌(A)	遠軽・紋別(B)	後志(C)
ピア サポーター (p:peer)	2010年6月12日、2名のピアサポーターに対し同時インタビューを、ピア勤務先の地域活動支援センターの面接室で約1時間実施した。	2011年3月11日、4名のピアサポーターと地域移行推進員のグループインタビューを、所属するNPO法人の集會室で約1時間実施した（IC録音無し）。	2010年8月18日に8名のピアサポーターと地域移行推進員のグループインタビューをNPO法人の會議室で約1時間実施した。2011年2月25,26日に2名のピアサポーターと個別インタビューを社会福祉法人が運営する喫茶店で各1時間実施した。
元対象者 (i:ex-inpatient)	2011年2月17日、上記ピアサポーターの支援を受け退院した元対象者のインタビューを上記センターの面接室で約1時間実施した。	2011年7月5日、元対象者との直接インタビューはかなわず、精神科病院所属の精神保健福祉士から情報提供を受けた。	2011年2月25日、2名の対象者各々と個別インタビューを約30分ずつ、社会福祉法人が運営する喫茶店で実施した。（IC録音無し）
精神科病院 関係者 (h:hospital)	2011年7月14日、精神保健福祉士所属の病院相談室で約1時間インタビューを実施した。	2011年7月5日、精神保健福祉士所属の病院相談室で約1時間インタビューを実施した。	2010年9月28日、精神科医所属の病院相談室で約1時間インタビューを実施した。2011年2月25日、社会福祉法人が運営する喫茶店で約1時間インタビューを実施した。
地域移行 推進員 (c:community)	2011年2月17日、所属の地域活動支援センター面接室で約1時間実施した。	2011年3月11日にピアサポーターと共にグループインタビューを実施した（前述の通り）。	2010年8月18日にピアサポーターと共にグループインタビューを実施した（前述の通り）。

2. 調査圏域および対象者

調査圏域および対象は第1章と同一であり、表2-2に調査対象者の基本属性を示した。

表2-2 調査対象者の基本属性

対象	札幌	遠軽・紋別	後志	合計
ピアサポーター	男性(50代) 女性(50代)	男性(20代・40代・50代) 各1名、女性(50代)	男性(30～60代)5名 女性(30～50代)3名	14名
元対象者	男性(60代)	(男性(40代)) ^{注)}	男性(40代)2名	3名
地域移行推進員	男性(30代)	女性(20代)	男性(50代)	3名
精神科病院関係者	精神保健福祉士 女性(20代)	精神保健福祉士 女性(20代)	精神科医師 男性(40代)	3名

注) 遠軽・紋別の元対象者の情報は精神保健福祉士から得た。

3. 調査方法

1) インタビュー実施状況

インタビュー調査の実施状況を表2-2にまとめた。以後、Aは札幌、Bは遠軽・紋別、Cは後志を、また(p)はピアサポーター、(i)は元対象者、(h)は精神科病院関係者、(c)は地域移行推進員を指す。本調査でインタビューの手法を用いたのは研究協力者への聞き取りを丁寧に行うことで、ピアサポーターの支援の効果を明確にできると考えたからである。遠軽・紋別と後志でグループインタビューを設定したのは、初対面の著者に対するピアサポーターの緊張を和らげることを意図したためである。

インタビューに先立ち、各対象に本調査の目的を示し、守秘義務の遵守および研究発表と文書化への承諾を書面で得た。次いで、インタビュー過程のICレコーダーへの録音記録と内容の逐語記録化の了承を得、得られなかった場合はインタビュー内容をその場で筆記し、記載内容について、後日、調査対象者の確認を得た。

2) インタビューガイド

インタビューは半構造化面接とし、実施前に表2-3に示すインタビューガイドを伝え、内容への理解を求めた。精神科医の2回にわたるインタビューは特にインタビューガイドを設けず、病院の現状、ピアサポーターに関する考えを語ってもらった。

表2-3 インタビューガイド

質問項目	ピアサポーター	元対象者	精神科病院関係者	地域移行推進員
①	具体的な活動内容	住まいの状況	事業の経緯と社会資源の事情	事業の経緯と社会資源の事情
②	仕事のやりがい	日中の活動	ケース概況	ケース概況
③	仕事上の困難	退院に至る経緯	ピアサポートの支援の効果	ピアサポートの支援の効果
④	地域の社会資源の事情	ピアサポートの支援の効果	病院と地域の連携	病院と地域の連携

⑤	対象者や対象者の家族とのかかわり	事業終了後のピアサポーターとのかかわり	ピアサポーターの位置づけ	ピアサポーターの位置づけ
⑥	今後の事業への希望	—	今後の事業とのかかわり	今後の事業とのかかわり

3) 分析方法

分析は SCAT(Steps for Coding and Theorization)を用い、表 2-4 は分析例である。SCAT 分析はマトリクスの中に 6 種のデータを記述するものである。テキストはインタビュー対象者の発言、〈1〉はテキストの中の注目すべき語句や句を抜き出したもの、〈2〉はテキスト中の語句を分析者が別の言葉で言い換えたもの、〈3〉は〈2〉を説明するようなテキスト外の内容、〈4〉はテキストのテーマや構成概念、〈5〉は疑問点等である。これらを作成したのちに、〈4〉を中心にストーリーラインを書き、次に理論記述（データから言えること）に至る。

SCAT は名古屋大学の太谷が考案したもので、その長所は分析作業をスモールステップに分け、マトリクスを埋め、ストーリーラインを導き出し、分析者の恣意的解釈の入り込む余地をできるだけ減らす点である¹⁾。一方、質的分析法としてよく使用されるグラウンデッド・セオリーは、大規模、長期間にわたり取得したデータの分析に適すると言われる²⁾。また、明らかにしたいことのプロセスを見出す時に有効な分析法の一つである。

本調査で SCAT を用いたのは、従来は量的な分析が中心であった医学や看護学の領域で活用され、一定の評価を得ていること、分析手法が明確かつ小規模のデータに適用できること、テキストをカテゴリー化できるだけでなく、インタビュー対象者の語りの「深層部分の読み取り」の仕掛けがなされていることによる²⁾。「深層部分の読み取り」とは先の分析過程の〈1〉から〈4〉を経ることで、まず、対象者の語りが表出されたことばをもとに概念化されるが、〈4〉から導出されるストーリーラインによって、表面上のことばの奥に示される語り手の「深層の文脈」を導き出す試みがなされる。このようにして得られたデータの深化の点で、貴重な結果を得られることから、本調査では SCAT 分析を用いた。加えて、本調査は 3 地域間の比較を行うため、インタビュー対象者の発言を簡潔にまとめた「理論記述」が比較を容易にすることも SCAT 分析を選択した理由である。SCAT 分析は現在では、教育学、教育社会学、臨床心理学、薬学等様々な分野で活用されている。

表 2-4 本データを基にした SCAT 分析例

Ch 5/10 : C 地域の精神科病院関係者(h)の発話 10 セグメント中の 5 番目

番号	発話者	テキスト	<1> テキスト中の注目すべき語句	<2> 語句の言い換え	<3> テキスト外の内容	<4> テーマ・構成概念	<5> 疑問・課題
	聴き手	入院してる人たちの退院への意欲がすごいですね。					

		中略					
4	医師	<p>そのまんま。それから地域に出る楽しさを安全に教えてあげないとだめだよ。だからポンと出しちゃって、逆に怖い体験をして不安なばかりだけれど、ピアサポーターがいると困った時に助けてくれるっていう安定感があるから、嫌な体験にならないと、いい体験をすればそのうちね、閉鎖病棟じゃなくて、開放病棟だといつでも好きな時に行けるじゃない、それはいいかもしれないと思って、本人がその気になるよね、出すっていうより、次に行きたいとかって言われる。なんか今回も、もうピアサポーターもいい感じでそろそろ〇〇さんは開放じゃないのって言ったら本人の方から、じゃ開放病棟に行きますっていうから、あ、どうしよう…。そんな感じになってるんで、なんかねえ、そういう循環になって、いよいよなくなるんじゃないか、みんな入院患者がいなくなったらどうしようとかって思ってるんだけど、そういう感じで該当者も少なくなってる。</p>	<p>①ピアサポーターがいると困った時に助けてくれると言う安定感②ピアサポーターが「〇〇さん開放じゃないのって」言ったら開放に行きますと</p>	<p>①ピアサポーターで得られる安定感②ピアサポーターの影響</p>	<p>ピアサポーターとの信頼感</p>	<p>閉鎖入院者の変化、自発性の出現</p>	<p>ピアサポーターの促しが対象者の変化をもたらす要因についてさらなる分析がある。</p>
5	医師	<p>今のとこいいなって思ってるのは、最初は比較的、問題の少ない人から入っているから、だんだんスキルがあがってくる。みんなの。さっき(看護)科長も言ったけど、10年ぐらいの人たちはなんとかなるかもしれないと思うんだけど、30年クラスだと難しいね。なんか体験してて、僕が担当してた患者さんで、30、25くらいから入院して、30年ちょっと入院してた人が居て、残念ながら突然亡くなっちゃったんだよ。なんか不整脈かなんかで、その方はピアサポーター付いてもらってるとね、ATMの使い方から全然わかんなくて、本当にピアサポーターが苦勞してて、なんか取りつく島がないというか、どこから関わっていいか、わかんなくて、やーこれはなかなか彼は僕らを鍛えてくれるよなと思って、どうやったらその30年ぐらいの社会体験がない人に、どうやったら社会体験をまた再体験っていうか、で、社会も、目を向けてもらうか。</p>	<p>①(入院期間)10年ぐらいの人たちはなんとかなる②30年ぐらいの人にどうやったから社会体験をまた再体験してもらうか</p>	<p>①10年以内の入院者の地域移行スキルの獲得②超長期入院者の社会再体験の困難</p>	<p>超長期入院者は社会スキル獲得のハードルが高い</p>	<p>超長期入院者の地域移行・社会再体験の困難</p>	<p>社会的入院者の中でも超長期入院者への支援は特別な介入ガイドラインが必要ではないか。</p>

ストーリーライン	入院者はピアサポーターが付くことで退院への期待と不安を持つ。実際に外出し、地域生活の楽しさを体験する。医師から退院を言われ不安から症状悪化したケースもピアサポーターが付いて改善することはあった。また閉鎖病棟入院者が自分から開放病棟に移動したいと自発性を示す変化もきっかけはピアサポーターの働きかけである。しかし超長期入院者の地域移行では社会再体験の困難があり、症状悪化し、妄想再燃が起きることもあった。10年以内の入院者の地域移行スキルはスタッフらで獲得できたが、超長期入院者については課題を残す。
理論記述	・入院中の対象者は退院に対し、 <u>期待と不安</u> の相矛盾する思いを持つ。 ・ピアサポーターと対象者の信頼感が対象者の自発性を生む。 ・超長期入院者に対しては退院だけに <u>焦点化しない日常生活の取り戻し</u> のはたらきかけがある。
課題	ピアサポーターが介入することで地域移行への効果が明らかになる面と、ピアサポーターによっても退院につながらない面があり、後者については地域移行にのみ特化しないピアサポーターの役割を見出すことはできないか。

「理論記述」の中の下線部は、特に重要用語を示す。

第3節 結果

以下、3地域ごとに次の諸点(1)事業の経緯と地域の社会資源の事情、(2)対象ケースの支援経過、(3)ピアサポーターに関する事項、(4)精神科病院と地域事業所の連携の4点について記述するが、各項目の内容は複数のインタビューの発言から引用したものである。

結果の記述の際、SCAT分析のストーリーラインや理論記述を書き記した部分は文末の括弧内に記号を付した。例えば(Ac)であれば、札幌A事業所の地域移行推進員(c)のストーリーラインや理論記述に書かれている内容であることを示す。

1. 札幌A事業所の場合

1) 事業の経緯と社会資源の事情

今回対象としたのは札幌で最初に地域移行支援事業に取り組んだA事業所の活動の概略である。札幌は道内で最も遅い2009年3月から事業をスタートした。市内38の精神科病院への事業周知に時間を要し、最初は5病院9名の対象者から始まり、このうち最初の対象者D氏(以下、D氏)をA事業所が担当した。D氏の病院は事業開始前から退院者の支援を行ない、アパートを借り上げ、住居環境を整えてきた(Ac)。D氏には支援開始時から2名のピアサポーターと推進員が関わり、2010年に支援が終了した(Ac)。D氏の支援が順調だったことが評価され、A事業所は2010年3月から2人目の支援に取り組み(Ac)、対象者は2011年5月に退院を迎えたが、金銭管理面のトラブルで6月に再入院し、インタビューを実施した8月現在も入院継続中である(Ah)。その後、他の病院からの対象者も担当し、少しずつ事業への参加が拡大している(Ac)。札幌市全体では、当初年2回実施した自立支援協議会で対象者を決定したが、月1回の対象者決定会議に改め、2010年度は対象者が17名に増加し、前年度を上回る事業展開となった(Ac)。

市内には多種多様な社会資源が存在し、今回調査対象となったD氏が利用可能なものとしては精神科病院が借り上げたアパート、病院のデイケアと訪問看護、ピアサポーターと推進員が所属する地域活動支援センターが主なものであった(Ac)。

2) 対象者 D 氏への支援経過

事業利用までの経緯、その後の経過、事業終了後の様子について述べる。以下 B、C 地域も同様である。

60 代、男性、統合失調症の D 氏は早くから退院の希望がありながらも家族の理解が得られず、通算約 20 年の入院期間があった。しかし 2009 年に家族の事情に変化が起き、事業が開始された(Ai・Ac)。もともと日常生活面での自立度が高く、金銭管理能力もあり、スムーズにアパート暮らしへと移行できた例である(Ac)。退院への大きな障害は家族の同意であったが、特に推進員が家族と話し合い、退院後も病院と地域が関わりを持つことを伝え了解が得られた(Ac)。

大都市部・札幌での地域移行であり、新生活への適応困難が予想されたが、もともとの対象者の自立度の高さや症状が安定していることに加え、ピアサポーターが交通機関の利用や買い物等を支援し、混乱なく地域定着できた。現在は病院のデイケアを利用し、親族と集まる機会も持つようになり、生活の満足度は住居の寒さを除けば 100 点満点とのことである(Ai)。

3) ピアサポーターに関する事項

本項ではピアサポーターに関し、その位置づけと具体的な活動内容、対象者や家族との関わり、ピアサポートの支援の効果、仕事上のやりがいや困難、事業終了後のピアサポーターと対象者の関わり、今後の希望等について記述する。

札幌 A 事業所のピアサポーターの位置づけは、ピアサポーターが負担感を持たないよう推進員が配慮し、推進員の後方支援が中心である (Ac)。支援内容は①病院ができない支援を行う、②対象者一人では困難なことをサポートすることを中心とした。

ピアサポーターの具体的な活動内容は外出同行支援、乗り物の乗り方の伝授、銀行口座の開設、携帯電話の契約、金銭管理の仕方を検討、込み入った要件への対応などである(Ap・Ai)。また特に心情面のフォローを重視し、地域生活全般に対する不安を受け止めること、対象者が入院前と同様に何事もできると思って、実際はできなかった時の戸惑いに寄り添うことなどを心がけた(Ap)。対象者からは「多くの面倒をみてくれた。」、「親兄弟でもないのに親身になってくれた。」という言葉が聞かれた (Ap・Ai)。ピアサポーターからは、対象者の口数が少ないため、コミュニケーションを保つ点では若干困難があったが、「帰りがけ笑顔で感謝される時にやりがいを感じた。」との発言があった (Ap)。

事業終了後はピアスタッフとして働いている地域活動支援センターに元対象者が来所した折りに時々会う。

4) 精神科病院と地域事業所の連携

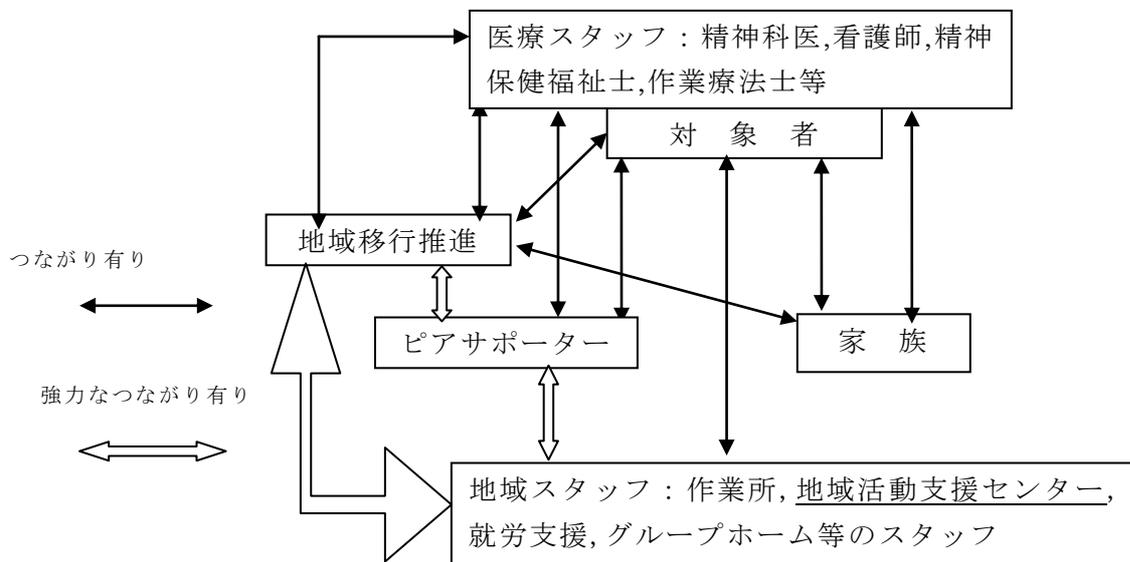
D 氏が入院した病院と A 事業所はこれまでつながりはなく、事業によって新しく関係が形成されたものの、スタッフ同士の関わりはまだ充分ではなかった。D 氏の場合は病院内でのケア会議等はなく、推進員が病院の精神保健福祉士と個別に連携を取った (Ac)。

図 2-1 は札幌の事業担当者関係を示したものである。地域活動支援センターに下線を付したのは特に関連が強いことを示す。A 事業所の場合、ピアサポーターも推進員も地域事業所のスタッフであり、三者間に強いつながりは生じているが、地域スタッフと医療ス

スタッフ、また経由するピアサポーターや推進員との関係は最小限の関わりに留まっている。また、ピアサポーターと医療スタッフの関わりは少なく、医療者側はピアサポーターを推進員の同伴者のように捉えている。ピアサポーターが金銭管理面で具体的な提案ができるなど、ピアサポーターだからこそできる支援については理解があるが、ピアサポーターを積極的に導入することは考えていない。また推進員はピアサポーターが負担を感じずに仕事をこなせる量や質についてバランスを図っていた。

2 ケース目以降はケア会議を開催し、医療スタッフと地域スタッフが顔を合わせるようになり、医療側と地域側のつながりが見られたが、ピアサポーターも含めた連携では、主に守秘義務の点でピアサポーターをケア会議や自立支援協議会等のメンバーとしていない。また、これまで病院は独自に退院支援を実施しており、ピアサポーターが事業に介入する必然性を特に感じないため、ピアサポーターが病院と地域の連携に貢献するまでには至っていない(Ah)。

図 2-1 対象者を取り巻く関係図（札幌 A 事業所の場合）



2. 遠軽・紋別 B 地域の場合

1) 事業の経緯と社会資源の事情

B 地域は精神障害者家族会が 1988 年に共同作業所を作り、2003 年に地域生活支援センターに移行、2005 年から NPO 法人となり、退院支援に積極的に協力してきた。当 NPO 法人は日中の居場所づくりや、福祉センターでの喫茶店の営業等の就労機会の提供、グループホーム開設による居住先の確保など、地域に社会資源を作ってきた。特に当 NPO 法人と精神科病院とはつながりがあり、以前から退院支援の流れが作られている(Bc)。

遠軽・紋別の事業のスタートは 2006 年からで、過去 5 年間の対象者が 5 名、うち 3 名が地域生活を送っている(Bc)。退院先はグループホームや下宿、圏域外のケアホームが中心である(Bh)。高齢者が退院する場合は特別養護老人ホームや高齢者用グループホーム、高齢者共同住居への入居となるが、空きがない場合は入院が長期に及ぶことがある(Bh)。

病院にはデイケアがないため、作業療法士が外来作業療法を行い、外来通院者と病棟患者らが一緒に作業を毎日行う(Bh)。社会見学や一泊キャンプなどの企画もある(Bh)。病院と地域のチームアプローチの面では3か月に1度ケア会議を持ち、専門職スタッフとピアサポーターがそれぞれの役割を確認する(Bh)。

2) 対象者 E 氏への支援経過

遠軽・紋別の対象者を E 氏とする(以下、E 氏)。E 氏は40代、男性、統合失調症で現在も継続支援中である(Bh)。現在の症状は軽度の感情の平板化があるが、陽性症状は認められない。本人から退院希望が出、2008年から支援を開始し、グループホームへの移行を検討している。思春期に発症したため、社会生活能力が未熟で、専門職とのコミュニケーションにやや壁がある(Bp)。家族は行方不明で連絡が取れない。体調を見ながら月1回ピアサポーターと推進員が病院を訪問し、また、対象者に地域活動支援センター来所を勧めるが、いざ出かけようとするとう緊張や不安から欠席し、医師から支援センター通所を進められるとプレッシャーに感じる(Bh)。しかし、これまで病院スタッフが付き添った支援センター通所を、ピアサポーターの送迎に切り替えると、気乗りしなかった外出がスムーズにできた(Bh)。その後、気の合うピアサポーターが一般就労し、心の支えを失うことが懸念されたが、もう一名のピアサポーターがカバーするなど、もともと複数のピアサポーターで対象者を見守る体制を作っていたため、混乱なく乗りきることができた(Bh)。E 氏の意向を尊重しつつ、退院への働きかけを継続している(Bh)。

3) ピアサポーターに関する事項

B 地域の場合、ピアサポーターはチームアプローチの重要なメンバーで、対象者が地域生活を安定して送るための様々な関わりを支援センタースタッフと協力しながら複数のピアサポーターで対応し、事業終了後も日常的な関わりを持つ(Bc・Bh・Bp)。

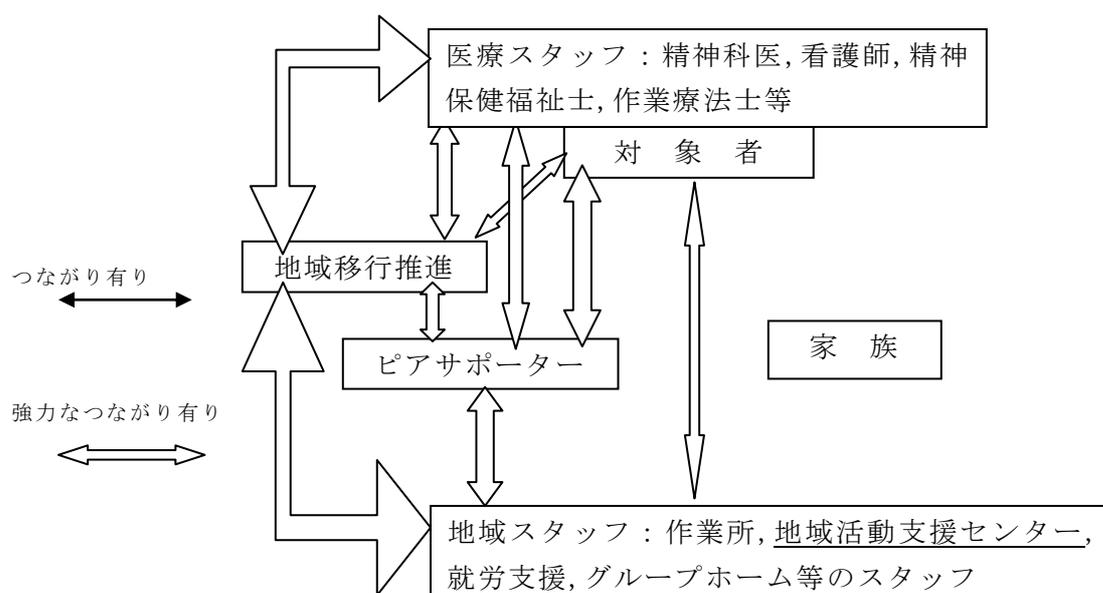
ピアサポートの支援の効果は専門職ではできない心情面のフォローや具体的な助言にある(Bc)。ピアサポーターが工作上困難と覚えることは特になかった。

4) 精神科病院と地域事業所の連携

事業開始以前から精神科病院と NPO 法人の連携があり、事業開始後は3ヶ月に1回開催するケア会議に医療側と推進員、ピアサポーターが参加し、チームで支援を行う。地域移行後も NPO 法人のグループホームに入居した人たちを中心に地域活動支援センターで継続フォローする。

図 2-2 に示すように B 地域は医療機関と地域がピアサポーターと推進員を媒介としてつながり、対象者を複数の関係者が支えている。家族は本来であれば対象者を取り巻く関係者の中に位置づくが、今回のケースは連絡が取れないためにつながりが持てなかった。また、複数のピアサポーターで対象者を見守る体制があり、ピアサポーター同士で役割分担し、対応していた。

図 2-2 対象者を取り巻く関係図（遠軽・紋別 B 地域）



3. 後志 C 地域の場合

1) 事業の経緯と社会資源の事情

C 地域は 2001 年 7 月、精神科医と精神保健福祉士らが中心となり、精神障害のある人のグループホームを立ち上げ、退院支援の準備体制が作られた。その後、2005 年に開設した社会福祉法人の訪問・介護ステーションの職員と月 1 回勉強会等でつながりを持ち、2009 年から同法人の施設の一部を精神障害者生活支援ハウスとし、うち一室を外泊体験用とした。また、同法人の多機能型支援事業所等で就労訓練を積むことができ、医療側と地域側の連携が取れている。

2007 年から精神科医主導のもとで地域移行支援事業がスタートした。2007 年から 2011 年 6 月現在の事業での退院実績は対象者 23 名中、12 名であり、医療圏 3 万人のエリアにあっては目覚ましい成果を上げている。事業の直接の担当者は地域活動支援センターの推進員と 4 名のピアサポーターである (Ch)。

2) 対象者 F 氏への支援経過

事業の支援を受け退院した元対象者を F 氏とする (以下、F 氏)。F 氏は 40 代、男性、統合失調症で、入院期間が通算 10 年以上にわたり、入院生活も良かったが気楽な暮らしがしたいと退院を希望し (Ci)、症状が安定していることから 2008 年 10 月に対象者となり、約 1 年半後にグループホームへ移行した。

退院に関わる準備はピアサポーターが付き、役所の書類の手続き、住所変更等を行った (Cp)。ピアサポーターが不安の受けとめと、具体的な援助を中心に行い、対象者の助けになった (Ci)。現在は単身でアパートで暮らし、一般就労に向けた就職活動中で、公式マラソン大会出場など趣味や余暇を楽しむ (Ci)。入院中は家族との関わりは途絶えていたが、最近になって家族に会う事を突然ピアサポーターに語った (Ci)。地域生活がきっかけで、冬眠から覚めたようだと言った (Cp)。事業終了後も F 氏とピアサポーター

が外出、外泊するなどの関係が維持されている(Cp)。

3) ピアサポーターに関する事項

地域移行支援事業でのピアサポーターの位置づけは専門職と同列であり、事業全体の中で大きな役割を果たす(Cp)。精神科医が中心となり地域移行に取り組み、看護師や精神保健福祉士らとピアサポーターが関わり、すべての支援会議にピアサポーターもスタッフの一員として参加する(Cp)。看護師らは当初は元患者という意識があり、ピアサポーターに対する否定的見方が少なからずあったが、ピアサポーターが病棟内を自由に行動する中で、友好的に病棟にとけ込み、看護師らに実力を認知され、ピアサポーターとの関係が形成され、元患者という意識が薄れ、むしろ病気の体験者として看護師も相談するようになり、見方が転換したという(Ch)。また、精神科医はピアサポーターの力を引出しつつ、過剰な負担がかからないよう、ピアサポーターや専門職スタッフらの「メインテナンス」を心がける(Ch)。ピアサポーターは人口が多くなく、人材が限られた地域にあって、貴重な戦力となっている(Ch)。

ピアサポーターの支援の内容は頻繁に病棟に行き、対象者や病棟スタッフとコミュニケーションを持つ(Ch)。対象者の同行支援や必要書類の作成はもちろん、対象者の不安を和らげることを最も心がける(Cp)。対象者は長い入院生活から楽しいと思える外出も最初は不安で、すぐに病院に帰りたいと感じるが(Cp)、ピアサポーターは無理をせず、本人の意思を尊重しながら関わり(Ch・Cp)、地域移行後もピア(仲間)としての温かい関わりが続く(Cp)。その背景には「恩返し」、「助けたい」気持ちがピアサポーターにある。

また、特にC地域の特徴として、ピアサポーターが家族調整にも関与した(Ch・Cp)。ピアサポーターと対象者が同じ時期に入院し、すでに交流があり、信頼感が成立していたことから(Cp)、対象者の家族と関わり、家族の不安が高まらないよう、退院後も地域事業所とピアサポーターがF氏を支援することを伝え、家族の心配を和らげた(Cp)。また、ケア会議の場で対象者と家族が険悪な雰囲気になった時に家族のことは対象者にわかりやすく翻訳し、また、対象者の思いを家族に伝えるなど、ピアサポーターが間に入り対象者と家族の気持ちを鎮めるなどした。家族はこうしたピアサポーターの姿を見、地域で安定して生活するだけでなく、他者を支援する役割をも果たすことに安心感を覚えた。また、家族はかつて対象者との関係でわだかまりが残り、マイナスの評価をした面はあったものの、対象者が自分の気持ちをコントロールできる姿をみてその変化を実感するなど、対象者との関係が良い方向に変化した。

ピアサポートの支援の効果は計り知れないものがあり、「街の宝」として大切にされている(Ch)。ピアサポーターが感じる困難としては、たとえば住居選び等で対象者の満足が得られず、苦勞することはあった(Cp)。

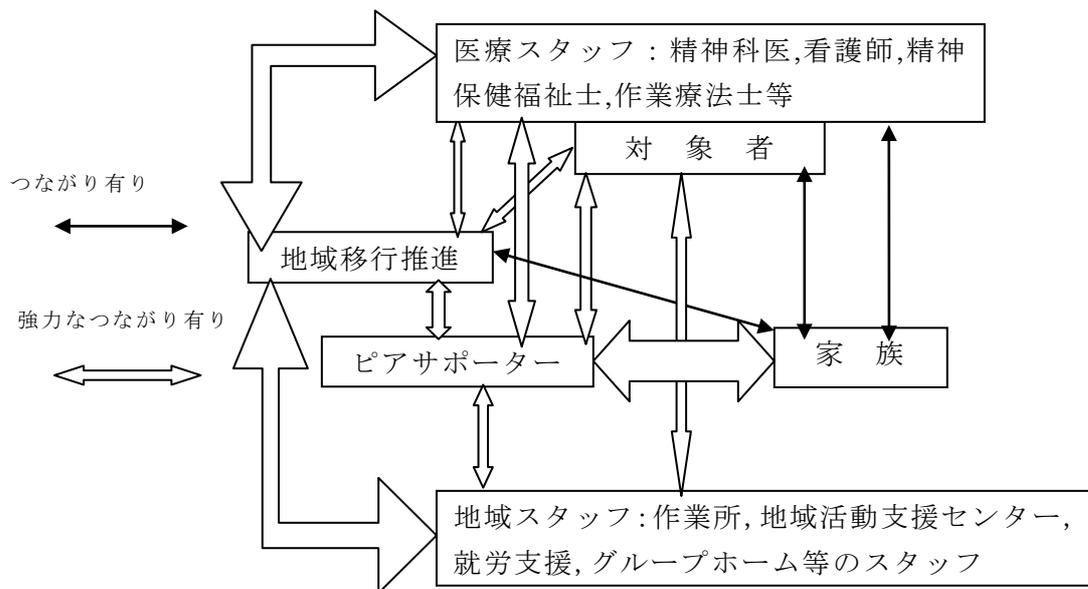
4) 精神科病院と地域事業所の連携

C地域の特徴は医療側、地域側の連携が早くから、密接にあり、特に医療側が退院後の住居、日中の居場所、就労訓練の場を熟知し、地域移行後のイメージを持てる強みがある。また、推進員、ピアサポーターらは病棟内を自由に出入りでき、医療側と日々連携があり、地域側も医療側の様子を理解できる。事業が始まったことで、これら関係者がより強く結

びつくことができた。この様子を図 2-3 に示した。医療側とピアサポーター、地域側とピアサポーターが太いパイプでつながり、対象者を取り巻く支援が固い。また他の地域と比較して特徴的なのはピアサポーターが家族と連携できた点である。この図からピアサポーターはすべての関係者と強いつながりを形成し、大きな役割を担っていることがわかる。

対象者に関する支援会議は定期的に行われ、医療側・地域側・ピアサポーターが集まる。また、ピアサポーターをはじめ、主なスタッフが集まる非公式のランチョンミーティングも月 1 回実施され、スタッフ同士の円滑なコミュニケーションに役立っている。

図 2-3 対象者を取り巻く関係図（後志 C 地域）



第4節 考察

1. 地域ごとに異なるピアサポートの支援の効果

1) 札幌A事業所の場合

地域移行支援事業において十分な効果が期待できるピアサポートであるが、地域ごとの事業実態は異なる。札幌の場合、地域移行に前向きな精神科病院はこれまでも専門職が退院支援を行っており、あえて事業を活用することへの理解がなかなか得られず、また、地域移行に消極的な病院は、周知に時間を要してきた。A 事業所は、精神科病院と地域事業所のネットワークがまだ十分に形成されていない点、地域移行推進員やピアサポート導入に消極的な点、会議等にピアサポーターの参加が認められない点など、ピアサポーターも含めたチームアプローチを行う体制にはなっていないことが窺えた。そのため、ピアサポーターが役割を担う機会が乏しく、本結果で示されたようにピアサポーターの導入に消極的な傾向が見られた。

しかし、その限られた機会の中で、ピアサポーターにしかできない生活上の具体的提案や同行支援など、専門職の隙間をぬって実施する様子があり、こうした支援のスタイルを SCAT 分析の結果から、「隙間的支援」という語で表現したい。「隙間」は何かと何かの間

という意味合いがあるが、他にも普通には気づきにくい盲点としての意味も持つ。先の「ピアサポーターにしかできない生活上の具体的提案」の面は後者の意味にあたる。「隙間」はピアサポーターにしかできない支援の盲点の部分であり、非常に重要な意味を持つ。この「隙間」が埋まることで、対象者は安心し、地域生活に踏み出すことができると思われる。ピアサポーターは「隙間」程度しか担当できないのではなく、「隙間」を埋める極めて重要な意味を持つと考える。したがって、「隙間的支援」の価値およびピアサポートの意義について、時間をかけて医療機関、地域機関に広げることが求められる。

ところで、地域移行支援事業を開始期から安定して実施できるまでのプロセスを仮定すると、医療と地域間に存在するチームアプローチが事業の進展上重要であることを伊藤や金子らが指摘している^{3) 4)}。伊藤は多職種チームを形成し、週に1回のカンファレンスを病棟スタッフ全員参加で実施したことにより、役割分担ができ、アプローチの可能性が広がったことを指摘した。また、金子は広島県内の4圏域を比較し、事業が円滑に推進している圏域では、以前から三障害の地域移行に取り組んでおり、体制構築や、関係者らのネットワークが形成されていたという。これらの先行研究を参考に、事業開始当初の、事業への理解が乏しく、医療機関と地域機関のネットワークが充分でない時期はピアサポートに関する「周知徹底期」、続いて、周知徹底後、関係者のネットワークが形成される時期を「関係機関の連携期」、さらに、安定的にネットワークが機能し、関係者の役割分担が明確な時期を「役割確定期」と考えることができる。

札幌の場合は北海道の中で最も遅く事業を開始し、圏域内に38の該当病院があり、周知には非常に労を要する。そのため、データ収集時点では、医療機関と地域機関のネットワークは充分でなく、地域移行支援事業のプロセスとしては「周知徹底期」と考えられる。しかし、A事業所は対象ケースを重ねるにつれ、各病院との連携が確実に深まっており、また、今後ピアサポーターに任せる業務の取捨選択が進み、さらなる発展が期待できる。

専門職中心に事業が展開する札幌では、「周知徹底」を図りつつ、ピアサポーターによる「隙間的支援」を展開することが期待できる。

2) 遠軽・紋別B地域の場合

一方、すでに精神科病院と地域事業所のネットワークがある遠軽・紋別B地域はピアサポートの力が十分に活かされていた。B地域は住居資源に比較的恵まれ、対象者を地域に送り出すことが可能である。したがって、もとは退院希望のない入院者もゆるやかに事業の対象に変化し、ピアサポーターが地域生活を伝える役割を担う。また、B地域のピアサポートの特徴として、複数のピアサポーターが対象者を支援する。このスタイルは個々のピアサポーターが就労している場合や、体調等で支援にあたれない場合にも、他のピアサポーターが関わることを可能とすることから、SCAT分析をもとに、「ワークシェアリング」と命名した。「ワークシェアリング」とは、一般的には、従業員1人当りの労働時間を減らし、その分で他の従業員の雇用を生み出す試みである。本章での使用は、ピアサポーターが主体的に活動できるよう役割を設け、しかし、役割の負担を考慮し、仕事を複数名で分担する支援のスタイルを取ることから「ワークシェアリング」とした。B地域では、ピアサポーターが一般就労しても、他のピアサポーターたちが対象者との関係を維持でき、常に安定したサポートを提供できることが強みとなっていた。

地域移行支援事業のプロセスに関しては、B 地域は事業開始以前から医療機関と地域事業所の連携があり、チームで支援にあたる様子がインタビュー調査結果から示されていた。ピアサポーターがチームで重要な役割を果たし、支援終了後も日常的な関わりが継続し、地域事業所に行けば複数のピアサポーターに会える安心感がある。このようにピアサポートが医療と地域のネットワークの中に位置づき、事業の体制が整った状態であることから B 地域は「関係機関との連携期」と考えられる。しかし、ピアサポーターをはじめ支援スタッフの役割はその時々事情により変わることから (Bp)、安定期に至る手前の段階と思われる。

3) 後志 C 地域の場合

後志 C 地域は医療機関、地域機関ともにピアサポーターに対する信頼が厚く、対象者の家族支援も任う。単に、ピアサポーターとの連携という意味合い以上に、積極的にピアサポートの支援の効果を期待し、仕事を任せている。特に医療機関と地域事業所の「つなぎ手としての役割」は大きく、ピアサポーターが病棟内を自由に行動でき、看護師らに実力を認知され、地域の専門職の信頼も得、看護師からも地域事業所職員からも頼りにされ、医療と地域をつなぐ役割を果たすことができた。また、対象者の家族の不安を取り除くことに貢献し、対象者と家族の「つなぎ手としての役割」も十分に果たし得た。後志の例は状況が整えばピアサポーターが家族支援に関われる可能性を示唆するものである。

また、ピアサポーターに過重な負担が生じないように、精神科医はピアサポーターを含むスタッフ全体のメンテナンスを行うなど、バックアップ体制もあった。バックアップ体制の重要性については越智らの指摘がある⁵⁾。越智らは地域のボランティアによる自立支援員に対し、研修の開催、病院の精神保健福祉士と緊密な連携ができる体制など活動しやすい環境づくりに努めていた⁵⁾。また、C 地域は定期的開催されるケア会議と、インフォーマルな集まりの両方があり、チーム全員が日常的にコミュニケーションを図り、ケア会議、インフォーマルな集まりのどちらにもピアサポーターは参加する。

C 地域の地域移行支援事業の状況は、安定的にネットワークが機能し、関係者の役割分担があり、ピアサポーターも役割を担う。特に、ピアサポーターを信頼して仕事を任せており、「ピアサポートの役割確定期」と考えられる。

4) ピアサポートを含めた地域移行支援事業の体制づくり

これまでの考察から、ピアサポートを導入するには、札幌のように地域移行支援事業に取り組んで間もない所では、「周知徹底期」と位置づけ、事業そのものやピアサポートの支援の効果について関係機関の理解を得ることが重要と思われる。周知の方法としては、他の先進的地域のピアサポートの紹介や、医療、地域関係者、一般に対し、ピアサポートに関する講演会や茶話会の実施、地域移行支援事業にピアサポートを導入しながら少しずつ理解を図るなど、ピアサポートを周知する必要がある。また、遠軽・紋別のように地域移行支援事業の体制ができ、軌道に乗っているところは「関係機関の連携期」と考え、ピアサポーターも含めた関係者のネットワークを築き、支援の密度を高めたネットワーク作りが求められる。実際にネットワークを形成する場合、中心になる専門機関ないしは専門職が定まると安定すると思われるが、今後であれば基幹相談支援事業所等が考えられる。ま

た、協議会の開催により、参加者の連携が図られるよう、定期的な開催と、協議会にピアサポーターも参加できることが望ましい。さらに、C 地域のように地域移行支援事業が安定的に実施できる発展期であれば、「ピアサポートの役割確定期」と考え、ピアサポーターに任せる職務内容を専門特化でき、状況によっては家族支援を担うことも可能である。

これまでみてきたように、地域移行支援事業の実施体制が、現在どの段階にあるかによってピアサポートの取り組みは異なると思われる。事業や医療機関、地域機関の役割の「周知徹底期」なのか、事業がより円滑に進むための「関係機関の連携期」なのか、あるいは、安定的に実施可能な「役割確定期」なのかを見定め、その地域にあったピアサポートの導入のあり方を実践することが重要と思われる。

第5節 結論

本章では北海道の3地域の事業実態とピアサポートの支援の効果について言及した。特に、A 事業所の「隙間的支援」、B 地域の「ワークシェアリング」、C 地域の「つなぎ手としての役割」が個々の地域のピアサポートの特徴として見出された。また、それぞれの違いは地域移行支援事業の進展状況とも関わっており、最初期は「周知徹底期」、中期は「関係機関の連携期」、安定期は「ピアサポートの役割確定期」と考えられた。

しかし、今回は北海道内の3圏域に限定し、その中でも一部地域をデータ化したのみであり、今後は、より広い範囲での事業実態とピアサポートの支援の効果について検討する必要がある。特に、これまで述べてきたピアサポートの支援の効果が、各地で退院実績など目に見える成果として示されれば、ピアサポートの支援の効果をより明確に言及できるだろう。さらに、成果が示された地域の事業実施体制を把握することによって、全国でピアサポート導入・拡大する際の手がかりになるとと思われる。

そこで、次章では、各自治体の地域移行支援事業実績、たとえば退院実績数とピアサポート導入の有無の関連について検討する。また、各地の事業実施体制およびピアサポート導入体制を調査することで、ピアサポート導入が順調に進む地域の要因を明らかにし、今後のピアサポート導入・拡大について考察したい。

本章の一部は上野武治との共同研究で日本精神障害者リハビリテーション学会第19回大会(2011年11月)にて発表した。また、「北海道社会福祉研究」誌2012年3月第31号掲載の論文を加筆・修正したものである。

引用文献

- 1) 大谷尚(2008)「4ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案—着手しやすく小規模データにも適用可能な理論家の手続き—」『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要(教育科学)』第54巻第2号, 27-44.
- 2) 大谷尚(2011)「SCAT: Steps for Coding and Theorization—明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な質的データ分析手法—」感性工学1, Vol.10 No.3: 155-160.
- 3) 伊藤明美(2010)「国立精神・神経センター病院社会復帰病棟での長期入院者への退院支援の実践」『精神医療』No.57, 73-77.
- 4) 金子努・越智あゆみ(2008)「広島県における精神障害者退院促進支援事業の現状と課題

- (第1報) 事業の普及・拡大に焦点を当てて『精神保健福祉』 Vol.39, No3, 202.
- 5) 越智あゆみ・金子努(2008)「広島県における精神障害者退院促進支援事業の現状と課題
(第2報) 自立支援員の機能に関する調査研究」『精神保健福祉』 Vol.39, No3, 203.

第3章 調査研究Ⅲ 全国の地域移行支援事業実施状況調査—ピアサポート導入状況との関連—

第1節 はじめに

第2部第1章では、ピアサポートの支援の効果として「仲間的支援」と「熟達的支援」が見出された。また、第2章では、地域によってピアサポートを効果的に活かすあり方には違いがあり、それは地域の事業実態や、事業の進展状況による違いでもあることを指摘した。これら質的研究結果との関連を検討するために、ピアサポート導入による数値上の成果の有無について検討する必要がある。

そこで、本章では、地域移行支援事業（以下、事業）による退院者数や新規対象者数、継続対象者数などにおいて、ピアサポートを導入している自治体と、そうではない自治体で違いがあるかどうかを確認するため、全国の都道府県と政令市に関する調査を計画した。最初に、各自治体における事業実施およびピアサポートの導入状況に関する全般的な調査を行う（第一次調査）。続いて、この調査結果にもとづき、ピアサポートを導入している、あるいは、していない自治体に分け、退院者数や新規対象者数、継続対象者数に加え、事業実施体制やピアサポート導入体制に関わる相違点を明らかにする調査を行うこととした（第二次調査）。以上から得られた結果を比較することで、ピアサポートの支援の効果を検討できると考えられる。さらに、ピアサポートを導入する自治体の特徴を見出し、今後のピアサポート導入の促進のための課題についても検討したい。

なお、本調査における「ピアサポート」とは、厚生労働省または各地の地域移行支援事業実施要綱に沿ったピアサポートを言い、非常勤や時間給などの雇用の関係にあるかどうかは関わらない。その理由は、各地域によってピアサポートの定義や活動内容が多様であり、報酬についても講師謝礼から時給で非常勤職員として雇用、無給で交通費など実費のみの支給など、待遇も多様なためである。

第2節 研究方法

1. 一次調査

1) 調査期間

2011年12月～2012年2月。

2) 調査対象

事業の年度：2011（平成23）年度の事業

調査自治体：47都道府県、19政令市（2012年度から政令市となった熊本市は除く）

3) 調査方法

上記の47都道府県と19政令市の精神保健福祉担当課宛にメールで下記の質問項目を送付した。さらに必要な場合、電話でも確認した。

調査項目：①各都道府県、政令市の二次医療圏域数（以下、圏域数）

②2011年度の地域移行支援事業実施圏域数

③2011年度のピアサポート導入圏域数

2. 二次調査

1) 調査期間

都道府県：2012年6月～2012年10月

政令市：2013年4月～2013年5月

2) 調査対象

事業年度：2011年度

対象自治体：第1次調査と同様、47都道府県と19政令市

3) 調査方法

調査は各自治体に郵送またはメールによる質問紙調査を実施した。

(1) ピアサポート導入状況にもとづく3分類：第1次調査の結果、ピアサポートを全圏域で導入している自治体（以下、全圏域導入群）、ピアサポートを一部の圏域で導入している自治体（以下、一部導入群）、導入していない自治体（以下、未導入群）の3群に分け、調査票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを作成した（別掲資料）。

(2) 3群の数：全圏域導入群は6道県と10政令市、一部導入群は17都道府県と1政令市、未導入群は24府県と4政令市である。

(3) 調査項目

・調査票Ⅰ～Ⅲに共通する項目：退院実績数、新規対象者数、継続対象者数、事業実施主体、事業協議会開催回数、個別支援会議開催回数、地域移行推進員数、精神科病院数、事業該当精神科病院数、対象者の平均支援期間、退院後の平均支援期間、ピアサポーター養成講座の有無、当事者団体の関与の有無、個別支援会議の構成員

・調査票Ⅰ、Ⅱのみの項目：事業実施要綱作成の有無、ピアサポーター採用理由、ピアサポーターによる支援内容、雇用形態と賃金、採用方法、定期研修の有無、相談助言の機会、

・調査票Ⅱ、Ⅲのみの項目：これまでピアサポーターを採用しなかった理由、今後の採用予定

これらに加え、事業でのピアサポーターの役割、役立てる上での困難、導入に向け特に取り組んでいることを自由記述で尋ねた。

本調査票は平成18年度に実施された社会福祉法人巢立ち会の退院促進の調査票を一部参考にし、回答方式は、数値の記入か、複数の選択肢から該当するものを抽出する方法である¹⁾。

(4) 各項目の統計処理の方法

まず、回答のあった3群の比較に際し、各項目ごとの各群の分布が正規分布であるかを確認するため、Shapiro-Wilkの正規性の検定を行い、正規分布であれば信頼度の高いt検定を用い、正規分布とは言い難い場合はノンパラメトリック検定を利用する。ノンパラメトリック分析の方法は対応のない3群の比較はKruskal-Wallis検定を使用し、有意差が示された場合はSteel-Dwass法で多重比較を実施した。また、対応のない2群の比較はMann-WhitneyのU検定を用いた。

第3節 結果

1. 一次調査の結果

回収率は100%である。

1) 各都道府県の圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況 (表 3-1)

(1) 圏域数

各都道府県の圏域数で多いのが北海道の21、千葉と大阪の16、埼玉の14などで、少ないのは群馬の1、秋田、京都、鳥取、徳島の3で、平均は7.4である。

(2) 事業実施状況

都道府県の事業実施状況は、全圏域での実施は41都道府県で87.2%、未実施圏域を有していたのは6県(山形、千葉、石川、広島、宮崎、沖縄)であるが、すべての圏域で未実施の自治体はなかった。

圏域数で見ると、全圏域数350のうち事業実施圏域数は332で、実施率は94.9%であった。未実施圏域を有する6県の実施率では、山形と広島が25%、沖縄が50%、石川と宮崎は70~80%であった。

(3) ピアサポート導入状況

1圏域でもピアサポートを導入したのは23都道府県(48.9%)で、そのうち全圏域でのピアサポート導入は北海道、神奈川、長野、山梨、三重、島根の6道県(12.8%)、一部圏域でのピアサポート導入は17都府県(36.2%)であった。一方、ピアサポート未導入は24府県(51.1%)であった。都道府県でのピアサポート導入率(全圏域のうちピアサポートを導入している割合:C/A)は29.5%であり、事業実施圏域に対する導入率(C/B)は31.0%である。

続いて、地方別にピアサポート導入状況を検討すると、北海道の100%を筆頭に、関東、東北と続く(表 3-2)。東日本(北海道、東北、関東、中部)と西日本(関西、中国、四国、九州)でまとめると、事業実施率では東日本95.5%、西日本94.2%で差はほとんどないものの、ピアサポート導入においては、前者が42%、後者が14.9%と、東西でピアサポート導入率に大きな差があり、1%レベルで有意差があった(表 3-3)。

表 3-1 各都道府県の圏域数、事業実施圏域数、ピアサポート導入圏域数と割合

	都道府県名	全圏域数	実施圏域数	ピアサポート導入圏域数	ピアサポート導入割合		都道府県名	全圏域数	実施圏域数	ピアサポート導入圏域数	ピアサポート導入割合	
	北海道	21	21	21	100%		三重	9	9	9	100%	
東北	青森	6	6	0	0%	近畿	滋賀	7	7	1	14%	
	岩手	9	9	2	22%		京都	3	3	0	0%	
	宮城	7	7	3	43%		大阪	16	16	8	50%	
	秋田	3	3	1	33%		兵庫	10	10	0	0%	
	山形	4	1	1	100%		奈良	5	5	1	20%	
	福島	7	7	4	57%		和歌山	8	8	0	0%	
	関東	茨城	9	9	0		0%	中国	鳥取	3	3	0
栃木		6	6	1	17%	島根	7		7	7	100%	
群馬		1	1	0	0%	岡山	5		5	0	0%	
埼玉		14	14	9	64%	広島	8		2	0	0%	
千葉		16	13	1	7.7%	山口	8		8	0	0%	
東京		12	12	6	50%	四国	徳島	3	3	2	67%	
神奈川		5	5	5	100%		香川	5	5	0	0%	
					愛媛		6	6	0	0%		
中部	新潟	7	7	0	0%	高知	4	4	0	0%		
	富山	4	4	0	0%	九州	福岡	13	13	0	0%	
	石川	4	3	0	0%		佐賀	5	5	0	0%	
	福井	7	7	0	0%		長崎	10	10	0	0%	
	山梨	4	4	4	100%		熊本	11	11	0	0%	
	長野	10	10	10	100%		大分	6	6	0	0%	
	岐阜	5	5	0	0%		宮崎	7	6	1	16.7%	
	静岡	5	4	2	50%		鹿児島	8	8	0	0%	
	愛知	11	11	1	9%		沖縄	6	3	3	100%	
	全合計	350	332	103	31.0%							

表 3-2 地方別ピアサポート導入状況

事業数		全圏域数 (A)	実施圏域数 (B)	ピアサポート 導入圏域数(C)	ピアサポート 導入割合(C/B)%
地方					
東日本	北海道	21	21	21	100.0%
	東北	36	33	11	33.3%
	関東	63	60	22	36.7%
	中部	57	56	17	30.4%
	小計	177	169	71	42.0%
西日本	近畿	58	58	19	32.8%
	中国	31	25	7	28.0%
	四国	18	18	2	11.1%
	九州	66	62	4	6.5%
	小計	173	163	32	19.6%
	全国	350	332	103	31.0%

表 3-3 東日本と西日本の事業実施率とピアサポート導入都道府県の状況

	事業実施率	ピアサポート 導入有り	ピアサポート 導入なし	合計
東日本	95.5%	15 (65.2%)	8 (34.8%)	23(48.9%)
西日本	94.2%	8 (33.3%)	16 (66.7%)	24(51.1%)
合計	94.9%	23 (48.9%)	24 (51.1%)	47(100%)

$\chi^2=6.19\%^{***}$

$^{***} p<.01$

表 3-6 各調査票の対象数

	全圏域導入群	一部導入群	未導入群	総数
対象数	13	9	24	46

2) 各政令市の圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況

各政令市の回収率は100%である(表3-4)。

(1) 圏域数

複数の圏域を有するのは大阪市8圏域、堺市と横浜市が各4圏域の3政令市で、他はすべて1圏域であった。

(2) 事業実施状況

仙台市と千葉市、福岡市を除く16政令市では事業を実施しており、政令市の事業実施率は84.2%であった。また、複数の圏域を有する大阪市、堺市、横浜市でもすべての圏域で事業を実施しており、事業実施圏域の割合は90.6%であった。

(3) ピアサポート導入圏域数

ピアサポートを導入している政令市は11で、事業実施政令市の68.8%であった。複数

の事業実施圏域を有する大阪市と横浜市、堺市ではその全てで導入していた。事業実施圏域数に占めるピアサポート導入割合は75.9%であった。

事業実施 16 政令市のピアサポート導入に関する地方別比較は政令市の地域分布に大きな相違があるため実施していないが、東日本と西日本の比較では有意差は見られなかった。

表 3-4 政令市の圏域数、事業実施圏域数、ピアサポート導入圏域数

		政令市名	全圏域数	実施圏域数	ピアサポート 導入圏域数	ピアサポート 導入割合		
東 日 本		札幌	1	1	1	100%		
		仙台	1	0	0	0%		
	関		さいたま	1	1	1	100%	
			千葉	1	0	0	0%	
		東		横浜	4	4	4	100%
				川崎	1	1	1	100%
			相模原	1	1	1	100%	
	中 部		新潟	1	1	0	0%	
			静岡	1	1	0	0%	
			浜松	1	1	1	100%	
			名古屋	1	1	0	0%	
		小 計	14	12	9	75.0%		
	西 日 本	関		京都	1	1	0	0%
			大阪	8	8	6	75%	
西			堺	4	4	4	100%	
			神戸	1	1	1	100%	
		中 国		岡山	1	1	1	100%
			広島	1	1	0	0%	
九 州			北九州	1	1	1	100%	
			福岡	1	0	0	0%	
	小 計	18	17	13	76.5%			
合 計			32	29	22	75.9%		

3) 都道府県・政令市を併せた圏域数、事業実施状況、ピアサポート導入状況

政令市の圏域に関しては、その所属する道府県の圏域に含まれる場合もあるが、本調査を単純合計数で表すと、以下の通りである（表 3-5）

全圏域数は都道府県 350、政令市 32 の合計 382 である(B)。事業実施のある都道府県は 47、政令市は 16 で合計 63(C)、全自治体に占める事業実施自治体割合は 95.5%である(C/A)。事業実施圏域数は都道府県 332、政令市 29 の合計 361 であり、全圏域に占める事業実施割合は 94.5%であった(D/B)。

一方、ピアサポートの導入に関しては都道府県 103、政令市 22 の合計 125 であり(F)、事業実施圏域に占める割合は 34.6%であった(F/D)。また、1 圏域でもピアサポートを導入

したのは都道府県で 23、政令市で 11 の合計 34 である(E)。この数は事業実施都道府県 47 と政令市 16 の合計 63 に占める割合は 54.0%であった(E/C)。

表 3-5 都道府県と政令市の合計

	都道府県(47)	政令市(19)	計(66)A	比率(%)
圏域数	350	32	382B	—
事業実施あり	47	16	63C	C/A 95.5 %
事業実施圏域数	332	29	361D	D/B 94.5%
ピアサポート 導入あり	23	11	34E	E/C 54.0%
ピアサポート 導入圏域数	103	22	125F	F/D 34.6%

2. 二次調査の結果

1) 回収率と集計結果

各調査票の回収数と回収率は以下表 3-6、分析対象数は表 3-7 の通りである。

全圏域導入群は該当する全圏域でピアサポートを導入している都道府県 6 か所と政令市 10 か所であり、このうちの 13 か所から回答が得られた。また、一部導入群は全圏域の一部の圏域でピアサポートを導入している都道府県 17 か所、政令市 1 か所が該当し、このうち 11 か所が、また、未導入群はピアサポート未導入都道府県 24 か所、政令市 5 か所を対象とし、このうちの 24 か所から回答が得られた。

二次調査の結果、ピアサポートの導入の有無に関し、一次調査との間で異同があった。一次調査で「一部導入」で二次調査の結果は「未導入」だった 2 県と、その逆に「未導入群」で「ピアサポート一部導入」があった 2 県は、統計処理にかかわるデータでは除外した。前者の 2 県でピアサポートの導入がない場合、たまたま平成 23 年度のみ導入がなかったのか、または今後もピアサポートの導入を見送るのか、その理由が不明であり、理由によっては他の一部導入群とは異質の可能性があるのである。また、後者の 2 県も同様に除外せざるを得なかった。しかし、自由記述部分は 3 群をあわせた処理のため、一次調査にもとづく分類に添って内容を記載した。

その結果、分析対象数は表 3-7 の通りである。

表 3-6 各調査票の回収数および回収率

調査群 回収自治体	全圏域導入群 (A:6,B:10)	一部導入群 (A:17,B:1)	未導入群 (A:24,B:5)	全数 (A:47,B:16)
都道府県(A)	5(83.3%)	11(64.7%)	20(83.3%)	36(76.6%)
政令市(B)	8(80.0%)	0(0%)	4(80.0%)	12(75.0%)
合計	13(81.3%)	11(61.1%)	24(82.8%)	48(76.2%)

表 3-7 分析対象数

	全圏域導入群	一部導入群	未導入群	総数
対象数	13	9	24	46

2) 実績結果の比較

(1) 正規性の検証

3 群の比較に際し、各項目の各群の分布が正規分布であることを確認するため、Shapiro-Wilk の正規性の検定を SPSS を用いて行った。結果は表 3-8 の通りである。各項目に対し、3 群共に有意な結果を示すものはなく、正規分布を示すとは言えない。いくつかが有意な検定結果はあるが、サンプルサイズが小さいためと思われる。サンプルサイズが小さい場合、帰無仮説が棄却されにくいために「正規分布である」と判定されやすい。したがって、有意差が見られた部分のヒストグラムも参考とし、正規分布とは言い難いことを確認した。以上、正規性の検定の結果がノンパラメトリック検定を利用する根拠となる。

表 3-8 正規性の検定結果

	Shapiro-Wilk の検定			
	群	統計量	有意確率	検定結果
退院実績数	全圏域導入群	.891	.121	*
	一部導入群	.748	.005	n.s.
	未購入群	.869	.011	n.s.
新規対象者数	全圏域導入群	.887	.126	*
	一部導入群	.840	.058	*
	未購入群	.819	.002	n.s.
継続対象者数	全圏域導入群	.791	.007	n.s.
	一部導入群	.932	.499	*
	未購入群	.776	.001	n.s.
協議会開催数	全圏域導入群	.899	.154	*
	一部導入群	.917	.445	*
	未購入群	.797	.001	n.s.
個別支援会議開催数	全圏域導入群	.791	.008	n.s.
	一部導入群	.931	.528	*
	未購入群	.708	.000	n.s.
地域移行推進員数	全圏域導入群	.788	.007	n.s.
	一部導入群	.461	.000	n.s.
	未購入群	.722	.000	n.s.
精神科病院数	全圏域導入群	.844	.024	n.s.
	一部導入群	.892	.247	*
	未購入群	.594	.000	n.s.
事業該当精神科病院数	全圏域導入群	.855	.033	n.s.
	一部導入群	.935	.591	*
	未購入群	.901	.043	n.s.
対象者の平均支援期間	全圏域導入群	.956	.739	*
	一部導入群	.934	.583	*
	未購入群	.895	.005	n.s.

退院後の平均支援期間	全圏域導入群	.664	.000	n.s.
	一部導入群	.620	.000	n.s.
	未購入群	.918	.204	*

* P>0.05

(2) 退院実績数、新規対象者数、継続対象者数に関する3群間の比較

表3-9～表3-11の数値は退院実績数、新規対象者数、継続対象者数の3項目について、各3群に分類される各自治体内の各圏域の中央値の平均を用いたKruskal-Wallis検定結果である。たとえば全圏域導入群であれば、北海道の圏域の中での中央値、神奈川県圏域の中での中央値等を全13自治体について抽出したものを平均した値である。

その結果、全自治体では、退院実績数、新規対象者数、継続対象者数の3項目とも有意差があり(表3-9)、政令市では退院実績数で有意差がみられた(表3-11)。

表3-9 全圏域導入、一部導入、未導入群の実績の比較(全自治体)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	未導入群の中央値の平均	検定結果
退院実績数	7.13	2.06	1.95	11.90**
新規対象者数	7.64	4.06	2.71	7.47*
継続対象者数	11.45	1.89	1.53	8.32*

* p<.05 ** p<.01 (Kruskal-Wallis検定)

表3-10 全圏域導入、一部導入、未導入群の実績比較(都道府県)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	未導入群の中央値の平均	検定結果
退院実績数	6.63	2.46	1.56	2.57 n.s.
新規対象者数	1.67	4.36	2.09	3.34 n.s.
継続対象者数	1.33	2	1.38	2.00 n.s.

*p<.05 n.s.は非有意 (Kruskal-Wallis検定)

表3-11 全圏域導入、未導入群の実績比較(政令市)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	未導入群の中央値の平均	検定結果
退院実績数	7.38	2.88	0.05*
新規対象者数	9.88	6.83	0.30 n.s.
継続対象者数	15.25	3	0.19 n.s.

* p<.05 n.s.は非有意 (Mann-WhitneyのU検定)

次に有意差が認められた全自治体における退院実績数、新規対象者数、継続対象者数の3項目において、どの群間に差があるか多重比較を行った(Steel-Dwass法)。結果は、退院

実績数や新規対象者数、継続対象者数のいずれも全圏域導入群と未導入群の間で有意差があり、また、退院実績数については全圏域導入群と一部導入群の間でも有意差があった(表 3-12～3-14)。

表 3-12 退院実績数に関する各群の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	2.50	t<0.05*
全圏域導入群	未導入群	3.46	t<0.05*
一部導入群	未導入群	0.73	n.s.

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

表 3-13 新規対象者数に関する各群の実績の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	1.32	n.s.
全圏域導入群	未導入群	2.74	t<0.05*
一部導入群	未導入群	1.37	n.s.

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

表 3-14 継続対象者数に関する各群の実績の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	1.75	n.s.
全圏域導入群	未導入群	2.82	t<0.05*
一部導入群	未導入群	1.12	n.s.

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

(3) ピアサポーター数の比較

ピアサポーター数については、各自治体内の各圏域の中央値の平均を用いて Mann-Whitney のU検定を算出した。全自治体、都道府県ともに、全圏域導入群と一部導入群で有意差は見られたが(表 3-15、表 3-16)、政令市については、一部導入群のデータが得られず、差を示せなかった。

表 3-15 全圏域導入群、一部導入群のピアサポーター数の比較 (全自治体)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	統計値
ピアサポーター数	8.11 人	1.36 人	0.00*

* p<.05 (Mann-Whitney のU検定)

表 3-16 全圏域導入群、一部導入群のピアサポーター数の比較 (都道府県)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	統計値
ピアサポーター数	6.8 人	1.36 人	0.00*

* p<.05 (Mann-Whitney のU検定)

(4) 事業実施体制の違い

①各項目に関する3群間の比較

都道府県、政令市の地域移行支援事業における事業実施体制の違いを明らかにするため、各群に分類される各自治体内の各圏域の中央値を抽出したものを平均し、Kruskal-Wallis検定を行った(表3-17~3-19)。

その結果、全自治体では、個別支援会議開催数、精神科病院数、事業該当精神科病院数で有意差が見られた。一方、都道府県、政令市については全項目で有意な差はみられなかった。

表3-17 事業実施体制における全圏域導入群、一部導入群、未導入群の比較(全自治体)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	未導入群の中央値の平均	検定結果
事業協議会開催数	5.75	2.36	3.18	5.27 n.s.
個別支援会議開催数	45.01	7	8.65	9.55 **
地域移行推進員数	4.08	5.94	4.69	0.59 n.s.
精神科病院数	11.69	2.81	6.32	8.96 *
事業該当精神科病院数	7.54	1.86	3.5	9.42 **
対象者の平均支援期間	11.51	7.79	9.90	1.53 n.s.
退院後の平均支援期間	7.64	3.71	3.45	5.72 n.s.

** p<.01 *p<.05 n.s.は非有意 (Kruskal-Wallis 検定)

表3-18 事業実施体制における全圏域導入群、一部導入群、未導入群の比較(都道府県)

項目	全圏域導入群の中央値の平均	一部導入群の中央値の平均	未導入群の中央値の平均	検定結果
事業協議会開催数	6	3.5	2.97	3.05 n.s.
個別支援会議開催数	53.03	8.05	7.1	3.69 n.s.
地域移行推進員数	1.5	5.6	4.53	1.59 n.s.
精神科病院数	5	3.3	5.11	0.38 n.s.
事業該当精神科病院数	5.6	2.33	2.92	0.70 n.s.
対象者の平均支援期間	13.5	7.75	9.89	2.52 n.s.
退院後の平均支援期間	7.5	3.81	3.19	4.45 n.s.

n.s.は非有意 (Kruskal-Wallis 検定)

表 3-19 事業実施体制における全圏域導入群、未導入群の比較（政令市）

項目	全圏域導入群の中央値 の平均	未導入群の中央値 の平均	検定結果
事業協議会開催回数	5.63 回	3.75 回	0.30 n.s.
個別支援会議開催回数	41.00 回	15.25 回	0.10 n.s.
地域移行推進員数	5.38 人	3.67 人	0.35 n.s.
精神科病院数	15.13 箇所	12.00 箇所	0.68 n.s.
事業該当精神科病院数	8.75 箇所	5.88 箇所	0.73 n.s.
対象者の平均支援期間	11.01 ヶ月	9.00 ヶ月	0.92 n.s.
退院後の平均支援期間	7.68 ヶ月	3.33 ヶ月	0.31 n.s.

n.s.は非有意 (Mann-Whitney のU検定)

②全自治体における個別支援会議開催数、精神科病院数、該当精神科病院数に関する3群の多重比較

全自治体の結果では標記の3項目において有意差が認められたため、どの群間に差があるかを検定するために Steel-Dwass 法の多重比較を行った。その結果、個別支援会議開催数は全圏域導入群と未導入群の間で、精神科病院数は全圏域導入群と一部圏域導入群、全圏域導入群と未導入群の間で、事業該当精神科病院数は全圏域導入群と一部導入群で有意差が見られた（表 3-20～3-24）。

表 3-20 個別支援会議開催数に関する各群の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	2.2	n.s.
全圏域導入群	未導入群	2.6	t<0.05*
一部導入群	未導入群	-0.8	n.s.

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

表 3-21 精神科病院数に関する各群の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	3.0	t<0.05*
全圏域導入群	未導入群	1.8	n.s.
一部導入群	未導入群	-2.5	t<0.05*

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

表 3-22 事業該当精神科病院数に関する各群の多重比較

水準 1	水準 2	統計量	検定結果
全圏域導入群	一部導入群	2.8	t<0.05*
全圏域導入群	未導入群	2.1	n.s.
一部導入群	未導入群	-2.0	n.s.

* t<.05 n.s.は非有意 (Steel-Dwass 法)

(5) ピアサポート体制の違い

続いて、ピアサポート導入に関わる体制整備状況に関する全自治体の回答を全圏域導入群、一部導入群、未導入群ごとに集計した(表 3-23)。

「ピアサポーターの採用理由」と「ピアサポーター養成講座実施の有無」において3群間に傾向の違いがうかがえる。全圏域導入群のピアサポーターの採用理由は「事業実施要綱に沿った配置」であり、一部導入群は「先進地域の効果をもとに配置」する傾向があった。また、ピアサポーターの養成講座は全圏域導入群では8割近い自治体で実施したが、一部導入群では半分弱、未導入群では4分の1以下であった。

その他の結果についても、主な傾向を示す。「ピアサポーターの役割」のうち、支援開始前は全圏域導入群、一部導入群共に病院内説明会が多く、入院中は両群とも同行支援が多く、退院後は何らかの助言や支援を行うことが多かった。事業対象終了後の支援では群ごとの傾向はみられなかった。「ピアサポーターの雇用形態と賃金」については両群とも交通費の支給と単価に基づく謝金の支給が多かったが、単価は地域ごとの違いがあり、1,000円から6,860円、時給では740円から900円とひらきがあった。「ピアサポーターの採用方法」は養成講座修了者から選考するケースが多く、「ピアサポーターの相談支援」は両群共に概ね実施するが、「ピアサポーターの定期研修の実施の有無」はばらつきがあり、群による傾向はみられなかった。「事業への当事者団体の関与」は3群とも多くない。「個別支援会議の構成員」は3群とも類似の傾向があり、精神科医師、看護師、医療機関の精神保健福祉士、地域移行推進員、保健師はほぼすべての自治体で参加メンバーになっていた。

表 3-23 全圏域導入群、一部導入群、未導入群のピアサポート体制の比較 (全自治体)

項目	選択肢	全圏域 導入群	一部 導入群	未導入 群
事業実施要綱	作成有り	12	6	—
	作成なし	1	3	
ピアサポート採用理由 (複数回答)	担える人材がいた	3	3	—
	先進地域の事業でピアサポーターの効果が示されていた	4	7	
	専門職等からピアサポーターの採用を積極的に勧められた	1	1	
	事業実施要綱にそって配置した	8	0	
ピアサポーターの役割 (複数回答)	支援開始前：講演・啓発活動	5	4	—
	病院内説明会	10	6	
	入院中：同行支援	8	5	—
	体験通所の送迎	2	0	
	体験入所の見守り	3	1	
	引っ越し支援	1	0	

	退院後：施設通所時の見守り	2	1	—
	・服薬管理や病状管理に関する助言や支援	5	2	
	・公的機関等の利用や日常生活に関する助言や支援	5	3	
	・金銭管理に関する助言や支援	2	1	
	・福祉サービスの利用等についての助言や支援	5	2	
	・病状悪化時の助言や支援	1	4	
	支援終了後：・これまで同様の支援	1	1	
	・話し相手	2	2	
	・趣味やレジャー体験	0	1	
	・自助グループを通しての支援	1	4	
ピアサポーター の雇用形態、賃金	都道府県の非常勤職員として時給で雇用	1	0	—
	最低賃金にもとづかない時給を支給	0	0	
	交通費の支給	6	2	
	飲食費等の支給	0	0	
	金銭の支給はない	1	0	
	単価を決め謝金として支給	10	8	
ピアサポーター の養成講座	実施している	10	4	6
	実施していない	3	4	12
	その他（実施予定）	0	1	2
ピアサポーター の採用方法	行政機関がピアサポーターを公募し、選考する	0	0	—
	地域活動支援センターのスタッフの推薦	4	1	
	ピアサポーター養成講座の修了者	7	3	
	委託事業所に一任	4	1	
ピアサポーター の定期研修	行っている	9	3	—
	行っていない：	4	6	
ピアサポーター の相談を受ける 等	行っている	11	8	—
	だいたい行っている	2	0	
	あまり行っていない	0	1	
ピアサポーター の相談等にあた る人	地域移行推進員	7	6	—
	地域活動支援センターのスタッフ	4	5	
	医療機関の専門職	1	3	
	地域体制整備コーディネーター	8	3	
当事者団体のメ ンバーの事業へ の関与	ピアサポーターとして関与	5	2	1
	事業の啓発活動に協力	2	1	5
	当事者団体のメンバーの関与はない	5	3	12
	今後関与の予定がある	0	0	1
	当事者団体の関与について把握していない	2	2	0
個別支援会議の 構成員	医療スタッフ：精神科医	11	7	17
	看護師	11	8	15

(複数回答)	精神保健福祉士	13	9	18
	地域スタッフ：地域移行推進員	13	9	19
	：精神保健福祉士	13	9	11
	：ピアサポーター	6	3	0
	行政スタッフ：市町村事務職員	8	6	13
	：保健師	9	8	19
	：その他	6	7	6
その他の関係者	7	4	7	

(6) 全圏域でピアサポートを導入する5道県の概況

続いて、全圏域でピアサポートを導入する5道県の概況をまとめた(表3-24)。都道府県のみを取り上げたのは広いエリアに複数の圏域があり、そのすべてでピアサポートを導入することは、都道府県全体がピアサポート導入に対する高い意識を持つと考えたことによる。下表にあげた各項目の内容は調査票から得られた情報である。

全般的な傾向としては、地域移行支援事業の実施要綱が作成され、ピアサポーターは講演・啓発活動や地域移行対象者への個別支援である。ピアサポーターへの助言・指導はあり、主に担当するのは地域移行推進員である。

この他8割の道県で同様の傾向が示されたこととして、ピアサポーターを事業実施要綱に沿って導入し、雇用形態は単価に基づく報酬の支給、ピアサポーターの養成講座を実施し、採用方法は委託事業所が選考するか、養成講座修了者である。また、個別支援会議にピアサポーターが参加している。

ピアサポーターへの定期研修は実施する所とそうでない所があり、また、当事者団体の関与についてはピアサポーターとして関与する所とそうでない所があった。

表3-24 全圏域でピアサポートを導入する5道県の概況

	北海道	神奈川県	山梨県	長野県	島根県
事業実施要綱の有無	有り。	有り。	有り。	有り。	有り。
ピアサポート採用理由	①先進地域の事業でピアサポーターの効果が示されていた。②事業の実施要綱に沿った。	事業の実施要綱に沿った。	事業の実施要綱に沿った。	①ピアサポーターを担える人材がいた②先進地域の事業でピアサポーターの効果が示された。③事業の実施要綱に沿った。	当時者としての体験を活かした関わりができる。
ピアサポーターの活動内容	①講演・啓発活動②個別支援	①講演・啓発活動②個別支援③退院後、自助グループを通しての支援	①病院内説明会②個別支援	①講演・啓発活動②個別支援	①講演・啓発活動②個別支援

ピアサポーターの雇用形態	時給で雇用。交通費支給。日当の支給。	単価にもとづく報酬（1日 5000円など）。交通費を含む。	単価にもとづく報酬。	謝金と交通費全額支給。	単価にもとづく報酬（1回 2000円など）。交通費支給。
ピアサポーターの養成講座の有無	有り。	有り。	有り。	なし。	有り。
ピアサポーターの採用方法	地域活動支援センターで選考。	①地域活動支援センターで選考。②養成講座修了者。	養成講座修了者。	委託先の団体が選考。	養成講座修了者。
ピアサポーターの定期研修	年に 12 回。	有りの所とない所がある。	行っていない。	行っていない。	保健所が実施。
ピアサポーターへの助言・指導の機会	有り。	有り。	有り。	有り。	有り。
助言・指導者	地域移行推進員	地域移行推進員、地活スタッフ、コーディネーター	地域移行推進員	委託先の	地域移行推進員、地活スタッフ、コーディネーター、医療機関専門職
当事者の関与	把握していない。	ピアサポーターとして関与。	ない。	ピアサポーターとして関与。	啓発活動に協力。
個別支援会議への参加	参加する。	参加する。	参加する。	参加しない。	参加する。
事業実施主体	財団法人に事業委託、又は行政機関や地域活動支援センターが担当。	地域活動支援センター(相談支援事業所)、又は行政機関が担当。	社会福祉法人に事業委託。	相談支援事業所に事業委託	行政と委託事業所。

(7) ピアサポート不採用理由と今後の導入予定

「ピアサポーターを採用しない理由」及び「今後の導入予定」についての結果を示す(表 3-25)。一部導入群、未導入群の結果は概ね類似の傾向を示した。「採用予定」については、2 群とも「採用予定がない」が多く、一部導入群では 83%、未導入群では 50%だったが、未導入群の方が今後の採用に前向きで、すでに採用した自治体が 2 か所、24 年度に採用予定がある自治体が 3 か所あった。採用しない理由は一部導入群、未導入群共に「担える人材がない」「活かすしくみが整っていない」の回答が多い傾向があった。

表 3-25 ピアサポーターを採用しない理由及び今後の採用予定についての比較

項目	カテゴリー	一部導入群	未導入群
今後のピアサポーターの採用予定	ある	0	4
	採用したいが時期は未定	1	3
	採用予定はない	5	14
これまでピアサポーターを採用しなかった理由 (複数回答)	担える人材がいなかった	3	11
	専門職だけで事業を行える	1	2
	先進地域の例に疑問を持った	0	0
	予算の関係でピアサポーターの採用は難しい	1	3
	ピアサポーターを活かすしくみが整っていない	3	10

最後に、調査票全体を通して「未回答」がたびたび見られたが、自治体として把握できない場合や、同一都道府県内の複数圏域の事情が異なり、一つにしぼりきれない場合などである。

3) 自由記述

自由記述は回答の文面をほぼそのまま記載した。

(1) 全圏域導入群の自由記述

①-1 事業におけるピアサポーターの役割について

- ・支援対象者の意向にもよるが、係わることができた場合は、退院に向けた動機づけ(意識づけ)につながる。
- ・当事者としての体験を活かした関わりができ、入院患者への大きな刺激となっている。
- ・入院患者や病院職員、地域住民への普及啓発において役割を果たす。
- ・当事者視点の体験談を具体的に伝えられる。支援スタッフでは伝えられない視点であり、役割としては大きい。
- ・実際に障害を抱えながら地域で生活しているピアの話しを聞くことで、対象者の不安軽減に繋がる様子が窺える。
- ・事業開始時からピアサポートを導入したが、導入理由は事業実施要綱に示されていたためである。圏域ごと1か所の相談支援事業所に事業委託し、圏域の保健所の精神保健福祉相談員を地域体制整備コーディネーターとし、自立支援協議会を定期的開催し、関係者のネットワークを築いた。推進員とペアで対象者の個別支援にあたるが、不安の高い対象者はピアサポーターについてもらうなど、役割分担した。
- ・精神障害者自らの疾患や病状について正しく理解することを促す観点から、地域移行推進員による対象者の退院に向けた相談、助言、同行支援と一体となり活動する役割を果たしている。ピアサポーターが力を発揮できるよう推進員が考慮している。
- ・当事者の立場に立った本人主体のきめ細かな支援や、身近な相談者としての役割を果たしている。また、病院職員が退院後の地域生活をイメージしてもらうきっかけとなった。これらからピアサポーターとして十分に力を発揮していたと思われる。
- ・退院への動機づけ。

- ・入院患者に体験談を話してもらおうと患者さんたちの反応はとても良い。また、病院職員に対しても事業の理解につながっている。
- ・地域生活の経験者という立場からの助言をする役割りを果たしている。実際は要請したピアサポーターよりも、対象者にとって身近な当事者（デイケアメンバー、入院患者）によるところが大きかった。
- ・対象者に寄り添い、実体験を伝えることで対象者に退院後のイメージを持ってもらえる。病状を安定させるコツや生活上の悩みを相談できるため、力を発揮していると考ええる。
- ・病院での交流会で退院後の地域生活について情報提供をしてもらったところ、入院患者や病院スタッフに退院後のイメージができるようになった。退院実績の点からもピアサポーターが力を十分に発揮していると思う。
- ・患者向け病棟学習会での体験発表、患者への地域の事業所見学会・体験開示の案内等、家族会や専門学校での体験発表会や質疑応答で役割を果たした。

①-2 ピアサポーターを事業で役立てる上での困難について

- ・ピアサポーターの方々の中には就労している方もおり、事業への支援も難しい状況がある。
- ・ピアサポーター同士の関係(意見等の衝突、他者との意見の相違によって被害的となるなど)の困難。
- ・事業対象者が主体でなく、ピアサポーター自身の価値観で発言することがあり、修正が困難。
- ・体調面における波(欠員が出て、他のピアサポーターでカバーしたことがある)
- ・個別支援に入る場合、守秘義務を果たす事、事業対象者とのマッチングの難しさ。
- ・活動の場が少ない(多いとピアの所属機関に影響が出る)。
- ・事業対象者からの要望がなかった。
- ・活動の機会を十分に提供できない。医療機関からの理解が得られにくい。
- ・人材の確保。
- ・ピアサポーターと対象者の関係性の構築の困難。
- ・活動費が1回1,000円しかなく、幅広い活動を展開するには活動費の再検討が必要。
- ・個別支援の対象者が増えることで、ピアサポーターの負担が増え、体調を崩した。ピアサポーターに対するフォロー体制とマネジメント体制が課題であった。
- ・ピアサポーターが再入院する事がないよう地域の環境整備が必要であり、育成・活用には課題がある。

①-3 その他

- ・ピアサポーターの養成事業を社会福祉法人に委託。市内北部地域のピアサポーターの養成や普及啓発活動などに取り組んでいる。
- ・地域移行支援事業全体が縮小し、いつまで継続できるか不明。
- ・ピアサポーター養成研修を実施予定。
- ・当事者の活躍する場を設けようとしている(チャリティーコンサート)。
- ・スキルアップ研修の実施予定。

(2) 一部導入群の自由記述

②-1 事業におけるピアサポーターの役割について

- ・ピアサポーターの威力を実感している。庄内圏域ではクラブハウス庄内をモデル実施している。その中でピアサポーターが「話し隊」を開催し、当事者でテーマを決めて話し合っている。WRAPを活用し、当事者主体で行っている。特に当事者でなければわからない気持ちを組み上げるのにピアサポーターは大きな効果を発揮している。
- ・当事者が関わることで、入院患者の意識を変えることに役立っているが、職場環境・業務内容などを考慮すると、改善の余地はある。
- ・対象者の地域での生活の不安の軽減。具体的な生活上のアドバイス。
- ・充分、力を発揮していると思う。元対象者にアンケート調査をした際、ピアサポーターの存在が今後の自分の生活をイメージする時のモデルになったなど肯定的な感想が述べられた。
- ・ピアサポーターに退院までと退院後の体験談を語ってもらうことで、入院者や病院職員に地域生活を身近に感じてもらうことができる。
- ・ピアサポーターの経験が対象者の退院や地域生活に対する意欲や自信を高め、希望につながる。また、資源や支援の活用方法や事業についての理解を得る点で効果的である。
- ・入院中の患者にとってのモデル、地域へ安心して導いてくれる案内人としての役割。
- ・23年度の実績はなかったが、22年度は精神科病院へ出向き、長期入院患者への退院の動機づけ支援(地域生活の不安解消、退院後の生活イメージづくり)や病院スタッフの理解促進につながった。
- ・病院訪問事業で当事者の経験談を語ってもらい、入院患者や病院職員からの反響が大きかった。退院後の生活のイメージができ、退院の動機づけができ、協力してくれた当事者の自信にもなった。

②-2 ピアサポーターを事業で役立てる上での困難について

- ・反社会性人格障害等のピアサポーターは意見主張が非常に強く、他の当事者や支援者が振り回され、混乱した。ピア活動やピアサポーターに対し、支援者が拒否的に作用する要因になっている。これらの誤解を解くための支援者やピアサポーターに対する体系的な研修の機会が少なく、自助努力には限界があり、公的な支援がほしい。
- ・当事者を地域移行の支援に活用する考えが事業所に定着せず、モデル事業における実施で事業所に負担がないため雇用できた。今後に向け支援する予定。また、ピアサポーターも支援内容に見合ったスキルを身につけることがいる。さらに事業所の雇用に頼らず、当事者の自発的な活動等でピアサポーターの活動が認知されるようになること。
- ・当事者・支援者の立場の葛藤を感じたり、周囲が想定する以上の責任を感じることもあり、そのために体調を崩すようなことが見受けられた。ピアサポーター活動におけるこれらの問題を共に考える体制を同時に作る必要があると感じる。
- ・退院希望者の掘り起こしのため県内の他病院へも働きかけたが、理解を得るのが難しく、活躍の場がない。

②-3 ピアサポーターの導入に向け取り組んでいることについて

・23年度は受講者向け研修と新任者向け研修を実施したが、24年度は養成研修を実施予定。事業所向けにも雇用に向けた研修を開催予定だが、県では雇用は行わない。

・担える人材の確保が難しい。

・一般市民も対象としたチャリティーコンサートで事業を活用して退院した方やグループホームを経て一人暮らししている方に経験談を語ってもらい、精神科病院に長期入院している方の存在や、障害があっても支援があれば地域で生活できることを一般市民が知り、良い機会になった。当事者からのメッセージは強いインパクトを持ち、今後当事者が活躍する場を多く設けて地域移行を広げていきたい。

(3) 未導入群の自由記述

③-1 ピアサポーターについて

・24年度よりピアサポーターの養成・派遣に取り組む。

・病院勉強会で職員向けに体験談を話してもらった。元対象者が病院内の茶話会等で長期入院患者と意見交換した。ピアサポーターが個別支援に関わることは力量等から困難。入院者との交流や地域生活体験発表などの場で活躍してもらえるように配慮している。

・国の事業としてピアサポーターを採用していないが、活動しているピアサポーターは増えている。県としては活動中のピアサポーターに対しスキルアップの研修を実施している。

・地域移行推進員が個別にピアサポーターを依頼し、支援にあたることはあるが、行政が直接にピアサポーターを雇用し、支援の依頼を行うことはない。ピアサポーターを活用することは地域移行支援の有効な手段であるが、日ごろからピアと接している相談支援事業所の従事者に比べ行政にはノウハウが乏しく、直接に雇用等の関係を結ぶことは難しい。

・24年度は事業としてはピアサポーターを活用しないが、同様の内容の取り組みを他の予算で実施。

・23年度までで国からの地域移行支援の補助事業を終了している。

・熊本市ではピアサポーターを活用しているが、県では実施していない。

・当事者活動の必要性自体があまり周知されておらず、養成する仕組みや受け入れ体制が整っていない。

・委託の関係で雇用は難しい。退院意欲が乏しい方への働きかけにおいてピアサポーターの存在は安心感につながるが、交流の場を得るためには医療機関の理解が必要。

・活動の場がない。ピアサポーターへのフォロー体制が整っていない。

・試行的にピアサポーター養成講座を開催、医療機関での患者との交流、講演会や大学の講義で体験談を発表することなどを実施した。

③-2 その他

・平成24年度から個別支援会議が廃止になり、協議会にあたるものとして精神障害者地域移行支援推進会議が設置された。

・平成24年度以降協議会や地域体制整備コーディネーターの役割が減少し、平成25年度から国の補助金事業としての地域移行支援事業は実施しない。

・平成24年度以降、対象者が概ね1年から1年未満へ、主治医の推薦不要になった。支援期間の上限がなくなった。各相談支援事業所の体制が整っていないため、事業委託相談

支援事業所が調整を担っている。

(4) 3群のまとめ

以上の3群の自由記述の要点を表3-26にまとめた。

表3-26 自由記述のまとめ

	地域移行対象者に対して	関係者や一般に対して	ピアサポーター自身
ピアサポーターの利点	<ul style="list-style-type: none"> ・ 動機づけを高める ・ モデルとしての役割 ・ 不安の軽減や気持ちの理解 ・ 生活上の助言や体験的知識の伝達 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 普及啓発活動 ・ ピアサポーターに対する理解促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自信を得る
ピアサポーターを役立てる上での困難	<ul style="list-style-type: none"> ・ 一般就労中のピアサポーターの本業との両立の困難 ・ 職務遂行上の困難（柔軟性の乏しさ、責任を感じすぎる、人格障害、守秘義務の遵守の問題、スキル不足、体調不良） ・ ピアサポーターの活動の場の少なさ ・ 行政、医療機関、事業所の理解不足や固定的見方 		

第4節 考察

1. ピアサポート導入状況

一次調査の結果、ピアサポートの導入割合は政令市で約8割と高い数値を示した。また、1圏域以上でピアサポートの導入がある事業実施都道府県および政令市は過半数を越えた。このことは政令市ではピアサポートが着実に根づきつつあると評価できる。また、都道府県の中に1圏域でもピアサポートを導入する自治体が約半数あり、その圏域が県全体に波及効果をもたらし、今後、ピアサポートの導入が進展することが期待できる。

また、政令市のピアサポートの導入状況は東日本と西日本で差がないことから、西日本のピアサポート導入政令市や、すでにピアサポートを実施している西日本の府県の経験が、未導入府県に影響し、導入拡大につながることも充分考えられる。

2. ピアサポート全圏域導入群の特徴

本章の調査結果で注目したいのはピアサポート全圏域導入群の退院実績が、他群に比して有意に多かったことである。多重比較の結果からは特に全圏域導入群と一部導入群で、また、全圏域導入群と未導入群の間で有意差がみられ、また、新規対象者数、継続対象者数も有意差があり、多重比較によれば、ピアサポート全圏域導入群と未導入群に差が見られた。これらはピアサポートの支援の効果を明らかに示す結果と言え、ピアサポートの導入が、地域移行支援事業に大きな成果をもたらしたと考えられる。

全圏域導入群の退院実績数や新規対象者数、継続対象者数が多いのは、対象者が精神疾患を持つ仲間がピアサポーターとして活躍する姿を見、自分も地域で暮らしたい、暮らせるかもしれないと動機づけられることが考えられる。先行研究においては、巣立ち会の報

告書に「退院前の当事者による支援」と「退院後の当事者による支援」が退院率と相関する結果が示され、「退院前も退院後も、ピアサポートの機能が重要な役割を担い、高い退院率につながるものと考えられた。」とあり、ピアサポートの支援の効果を示唆したが、本研究の全国調査においても、ピアサポーターの活躍が退院実績につながったと考えられる。

この他、事業実施体制の中で有意差が示された「個別支援会議開催数」「精神科病院数」「事業該当精神科病院数」についても、多重比較でこれら3項目のいずれにおいても差があったのは全圏域導入群と未導入群であり、精神科病院数に関しては全圏域導入群と一部導入群との間でも差が見られた。このことはピアサポートを全圏域で導入する都道府県や政令市の個別支援会議開催数、精神科病院数、事業該当精神科病院数が多いことを示す。個別支援会議開催数が多い点については、対象者の多さや、対象者をチームで支え、必要に応じ適宜、会議を開催できる熱心な退院支援を予想させるものである。また、病院数の多さや該当病院数の多さは、地域の人口や事情にもよるため、要因を特定することはなかなか困難であるが、ピアサポートを全圏域で導入する自治体がより多くの該当精神科病院の協力を得ながら、活発に事業を展開する様子が見えるが、これらについては、さらなる調査で明らかにする必要がある。

ピアサポーター数の比較では全自治体においても、都道府県に限定したデータにおいても全圏域導入群と一部導入群の間で有意差があった。各自治体の中央値にもとづく平均値で差が出ていることから、全圏域でピアサポートを導入する自治体には担える人材がいることが予想される。

また、ピアサポート導入に関わる体制整備状況では特に「事業実施要綱に沿った配置」と「ピアサポーターの養成講座の実施」において、群間の特徴が示された。

これらのことから、ピアサポート全圏域導入群はピアサポートを含む地域移行支援事業を実施する体制が整い、ピアサポートの支援の効果が発揮でき、その結果として、退院実績数、新規対象者数、継続対象者数を増やすことができたと考えられる。

さらに、全圏域導入群のうち道県の個々の特徴に注目すると、北海道は1960年代から当事者活動がはじまり、1970年代に盛んになり、今に至っている地域である²⁾。国の事業としての地域移行が進む以前から浦河べてる、十勝の帯広ケアセンターなどでは独自の支援を行っていた。国の精神障害者退院促進支援モデル事業を実施したのが2004年からで、当初からピアサポートを導入し、2006年から本格的に事業に着手した。事業の進め方は財団法人に事業委託し、各圏域の地域活動支援センターの職員を地域移行推進員とし、この推進員と各センターが選考したピアサポーターが中心となり事業を進めた。また、ピアサポーターを非常勤雇用している。ピアサポーターの養成講座や定期研修を実施し、活動面での相談やスーパービジョンは推進員が担当する体制がある。

神奈川県も当事者活動の歴史が長く、全国精神障害者団体連合会(全精連)の小坂功氏、山口弘美氏、広田和子氏など、全国的に名をなす当事者活動家が在住している。全精連は2011年の政府間交渉においてもピアサポートのための予算の要求をするなど、活発に活動を続けている³⁾。この他、県内に当事者団体も多く、神奈川全県でピアサポーター養成事業を行い、ピアサポートを担える人材を排出している⁴⁾。

長野県はピアサポートネットワークを持ち、県単独のピアサポート事業を実施し、当事

者のつながりがある。また、古屋⁵⁾⁶⁾の全国調査によれば、全国で事業利用者数と退院者数が最も多い。県行政が積極的に事業を展開しており、ピアサポーターを含む多職種の人材を活用して地域移行を進めている⁷⁾。

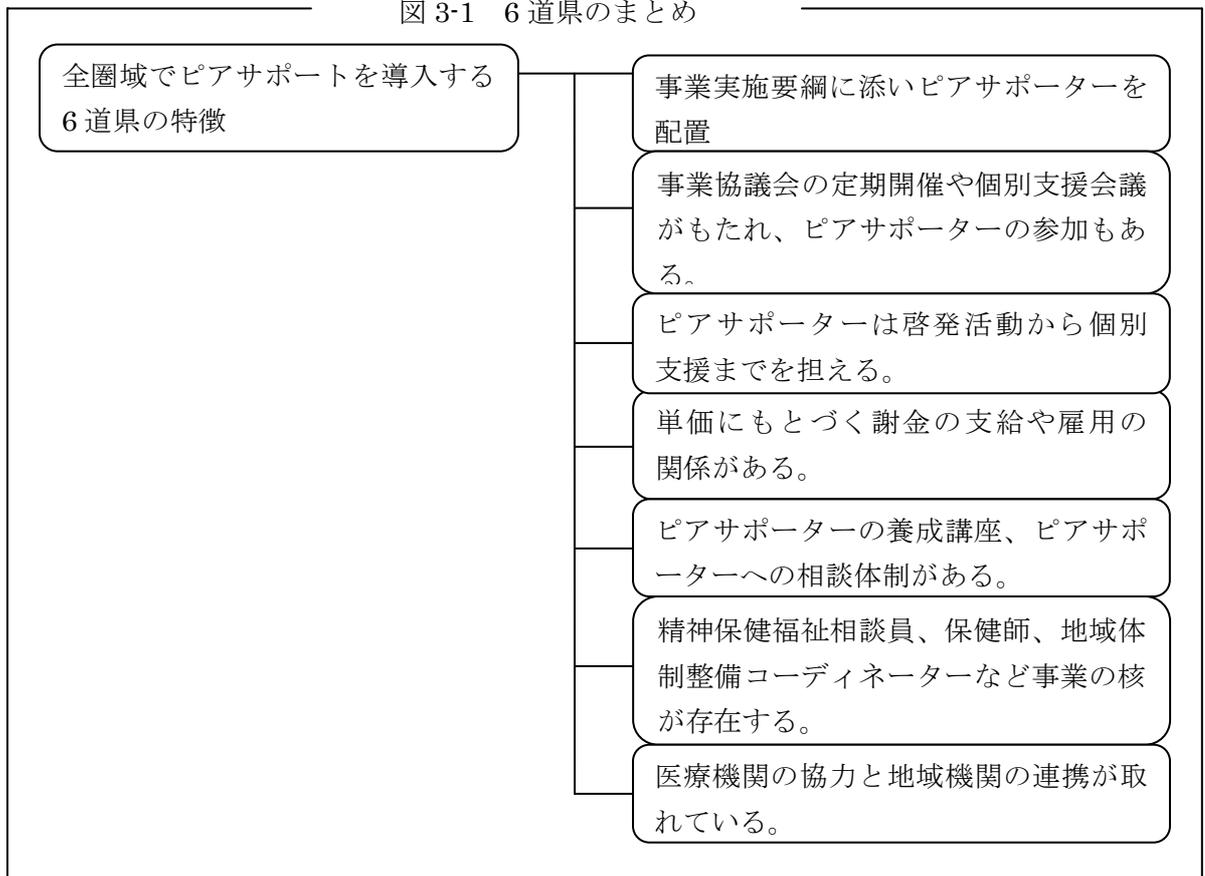
山梨県は圏域ごと1か所の相談支援事業所に事業委託し、圏域の保健所の精神保健福祉相談員を地域体制整備コーディネーターとし、事業の核が存在する。自立支援協議会を定期的実施し、関係者のネットワークを築いている。事業実施要綱にそってピアサポーターを配置し、推進員とペアで対象者の個別支援にあたる。たとえば、不安の高い対象者にはピアサポーターについてもらうなど、役割分担ができています。すべての精神科病院が事業該当病院となり、医療と地域の連携が取れている⁸⁾。

三重県は今回の調査では回答が得られなかったが、参考資料によれば、県と市の協力関係があり、保健所を関係機関の調整役とし、社会福祉法人夢の郷を中心に早くからピアサポーター養成講座を開き、ピアヘルパーの養成講座もあり、ピアを雇用する環境が整っている⁹⁾。同じく古屋の報告では、精神科病床1床あたりの予算が三重県は16355円と全国一予算単価が高く、事業利用率も高く、退院者数は全国4位の実績である⁶⁾。

島根県は出雲市を中心にピアサポート活動を展開し、ピアサポーターにあたる人材が豊富で、NPO法人「こころの森」のピアサポーターが事業のピアサポーターとしても協力している。¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾。自立支援協議会が定期的開催され、保健所、相談支援事業所「ふあっと」を中心に医療と地域の連携が取れている。また、事業利用率は全国3位である。

これらの点から、全圏域でピアサポートを導入する自治体は地域移行支援事業全体をすすめる仕組みを持つと言える。それらを図3-1にまとめた。

図 3-1 6 道県のみとめ



3. ピアサポート導入困難要因ないし、導入拡大要因についての検討

これまでのことを通して、ピアサポートの導入困難要因と拡大要因について検討する。この二者は表裏一体の関係にあると思われる。困難要因を解消することができれば、ピアサポートの導入・拡大が期待できる。

調査票の結果によればピアサポートを採用しなかった理由として一部導入群、未導入群ともに「ピアサポートを担える人材の不足」と「ピアサポーターを活かす体制の未整備」を多数の自治体があげている。一部導入群、未導入群はピアサポーターの養成講座を実施する所が少なく、人材の不足が補われていない可能性がある。また、自由記述からは「ピアサポーターのスキル不足、体調が崩れる、柔軟性の乏しさ、責任を感じすぎる、人格障害、守秘義務遵守の問題、本業との両立の困難」が関連をうかがわせる。また、「しくみの未整備」については、専門職の連携がとれているか、事業に病院が協力的かなどピアサポートの導入だけでなく、事業を実施できる体制が整う必要があるが、自由記述からは「行政のノウハウの乏しさ」「病院の理解不足」「事業所の展開不足」「活動の場の少なさ」があがった。

これら調査票の「事業実績結果」「地域移行支援事業の実施体制の違い」「ピアサポート体制の違い」「ピアサポーター未導入自治体の不採用理由」「ピアサポートを全圏域で導入する5道県の概況」「自由記述」をまとめるとピアサポートの導入に関する困難要因かつ導入拡大要因を4点にまとめることができる。

1) ピアサポートのための人材確保の問題

まず、ピアサポートのための人材確保について考えたい。全圏域導入群の5道県の多くはピアサポート養成講座を実施する傾向があるが、一部導入群および未導入群では「ピアサポーターを担える人材」不足があり、加えて「ピアサポーターの養成研修の実施」が全圏域導入群に比して少ない傾向があった。ピアサポーターの養成研修を実施することで人材を確保できる可能性が考えられるが、養成研修を実施しない背景には、養成する機関やノウハウがない、養成しても事業にピアサポートを導入する目途がない、養成の必要が認識されていないなどが考えられる。そもそもピアサポーターの養成は養成に限局した問題というよりも、地域の当事者活動や地域事業所等において日常的にピア活動が実施される、あるいはピアスタッフが存在するなど、精神に障害のある人々の力を発揮する場が存在することと関わりがあろう。地域でピアが活躍する広いすそ野の中から地域移行支援事業でピアサポートを担う人材が生まれる可能性があり、養成を実施しない、人材が確保できない背景には、地域の当事者活動の乏しさやピアスタッフ等の不在が考えられる。

一方、精神障害のある人の中で力のある人は一般就労に向かいやすく、ピアサポーターを兼ねられる融通の利く人が少ない可能性がある。その反面、志願者はいてもピアサポーターに見合ったスキルが整わない場合もありえる。岡田は「当事者なら誰でもよいとは思いません。患者さんの障害や苦しみ、痛みを共感する力を持ち、そのうえでそれを患者さんたちやほかの専門職のスタッフ、サポーターにわかりやすく伝え、人間関係をつむいでいける力、それを支援活動に活かしていける力、幅広い社会経験、協調性、責任感などが必要とされると思います。」と述べる¹³⁾。こうした力が最初からピアサポーターに必要な訳ではなく、養成研修、定期研修等を経て一定レベルのサポート力を形成・維持できる

しくみを整えること、また、これらのしくみが整うことによってピアサポーターに安定的に活動の場を供給する体制が求められる。安定的な活動の場として、入院者や医療スタッフに事業を周知する病院訪問や茶話会をピアサポーター参加のもとで実施する、一般市民向けの啓発活動にピアサポーターの協力を得ること等が考えられる。ピアサポーターのスキルによっては対象者の個別支援にあたることも可能であろう。

ピアサポーターが育つことで、ピアサポーターの活躍の場が拡大し、定期的な雇用の機会につながり、将来的には一般就労と同列に位置づくという好循環が生まれる可能性もある。

以上のことから、精神障害のある人の力を活かした地域の中での土台づくりと、同時並行で、地域移行支援事業に特化したピアサポーター養成講座の実施が重要と思われる。

2) ピアサポート導入に向けた体制づくりの問題

2点目は、ピアサポート導入のための体制づくりの問題である¹⁴⁾。具体的には、まず、全圏域導入群は事業実施要綱に沿ってピアサポーターを配置し、要綱通りに事業を実施する体制がもともとあるか、すみやかに作れることが推測できる。たとえば事業委託できる相談支援事業所や地域活動支援センターがあるか、あるいは行政自らが事業をすすめることができ、地域体制整備コーディネーターや地域移行推進員の配置、協議会の設置・運営、かかる費用を国の補助金その他により捻出、自治体によっては要綱に「必要に応じ当事者による支援（ピアサポート）等を活用しつつ、退院・退所及び地域定着に向けて主に次の支援を行う。」と明記、これらに沿ったピアサポーターの配置ができるといった傾向が見られる。一方、一部導入群は要綱に沿った配置ではなく、先進地域のピアサポーターの効果により当該地域でもピアサポートを導入するケースが多く、試行的に実施した可能性も含まれる。

また、事業の核になる人材がいるとも考えられる。全圏域導入群の6道県はこの核となる人材が存在している。具体的には地域体制整備コーディネーターや推進員であり、協議会や個別支援会議を運営し、医療機関や地域機関の協力や連携を図っている。コーディネーターは保健師や精神保健福祉士が担うことが多い。このしくみや核となる人材が存在する中にピアサポートを組み込んだ体制整備を整えればピアサポートの導入が進むと思われる。

島根県は保健所の保健師が中心となり、市町村、医療機関、地域機関、ピアサポーター、家族会らの協働体制が整っている^{10) 11)}。ピアサポートの養成についてはピアサポーターを含む自立支援ボランティアを保健所が養成し、登録ピアサポーターが病院訪問、体験外泊、同行支援、退院後の支援等に関わる。また、ピアサポーターの活動費を予算化している。これらの実現は保健師の成相によれば「精神科医療機関をはじめ関係機関が常に「当事者中心」のネットワークを構築してきたとすることがあげられる。」と言う¹⁵⁾。島根県の保健所・保健師が核となった事業の体制構築を一つの前例とし、各地がピアサポートを導入した地域移行・地域定着を進めることは十分に可能である。

また、本データで全圏域導入群は個別支援会議開催数が多かったが、83%の道県でピアサポーターが個別支援会議に参加していた。個別支援会議は地域移行対象者への支援計画立案、支援者の役割分担、支援開始後の経過等を関係者間で共有する。会議を通してピア

サポーターと専門職が顔見知りになり、ピアサポーターを支援する関係も築かれやすい。こうした対象者を取り巻く関係者同士のつながりが、地域移行支援事業の体制をより強固にするものと期待できる。

3) 専門職、行政職の理解

3点目として関係する専門職、行政職の理解が重要な要因と思われる。調査票の自由記述によれば、「行政のノウハウの乏しさ」「病院の理解不足」「事業所がピアサポーターを活かしきれない」「活動の場の少なさ」が示されたが、関係する専門職や行政職がピアサポートの理解や価値を認識しきれない様子と、理解や価値の認識がありながらもピアサポートを導入できる金銭的・人的余裕がないことも考えられた。

Chamberlin は著書の中で「精神病院では患者と職員間に大きな深い溝があります。患者は、病的で、信頼する価値のない、絶えず指導を必要とする者とみなされ、逆に職員は、有能で、知識のある、指導者とみなされます。大部分の患者と職員はこのような固定的な見方を信じています。この溝を越えて患者と職員との対話を成立させることは困難です。」と記した¹⁶⁾。1977年の著書であり、精神科病院の状況が現在は大きく変化したと考えたいが、しかし、現に、自由記述の中には、ピアサポートに対する医療専門職の理解不足がみられた。また、O'hagan は「わたしたちは、他の市民と同じ権利を持ち、同じ責任を果たし、同じ機会が得られることを望んでいます。精神医療ユーザー・サバイバーの権利を法律が保障しなければなりません。わたしたちが他の市民と同じ機会をもつことを政府は保障しなければなりません。」と述べている¹⁷⁾。O'hagan は、当事者にも当たり前の権利があり、それを与えてほしいと主張した。まさに障害者権利条約が示す障害のある人が権利の主体であることを、精神に障害を持つ O'hagan は条約が成立する以前から主張していた。

また、ピアサポート導入に向けた金銭的・人的余裕がない点については、平成 24 年 4 月以降、障害者総合支援法にもとづく個別の支援に対する給付の方式に変わったことで、地域事業所が地域移行支援事業に対して消極的になる、あるいは、行政が事業実施を打ち切る場合も中にはあった。専門職・行政職の協力がピアサポートの導入には欠かせないものであり、国の事業として予算がついている時だけの一時的な盛り上がりではなく、ピアサポートを含めた体制作りを息長く継続する姿勢が関係者に求められる。具体的には、「支援の三角点研究会」の報告書の中に、訪問指導によってピアサポーターの報酬を生み出す方法が示されており、ピアサポーターに単価にもとづく報酬を支払うこと、あるいは雇用する事は十分に可能である¹⁸⁾。

4) ピアサポーターへの合理的配慮の必要性

4点目として、ピアサポーター個人の問題が支援の妨げとなることがある。自由記述欄には「ピアサポーターのスキル不足、体調が崩れる、柔軟性の乏しさ、責任を感じすぎる、人格障害、守秘義務遵守の問題、本業との両立の困難」があがった。しかし、ここにあがるものは精神疾患を持つ人に対する合理的配慮によって解消できるものがある。

たとえば、「ピアサポーターのスキル不足」は養成研修や定期研修、また日ごろから相談できる関係性をピアサポーターと専門職の間で形成することにより緩和できる。

「柔軟性の乏しさ」「責任を感じすぎる」などについては、ピアサポーターが担う役割を明確にすることで改善の可能性がある。

「人格障害」等によりピアサポートに携わることが困難な場合については、ピアサポーターを選考するシステムを整える、養成研修、定期研修を実施する、試用期間、雇用期間を設定するなど考えられる。また、ピアサポーターの仕事内容、ピアサポーター像が障害のある人の中で徐々に浸透することで、次第に適任者が集まることが期待できる。

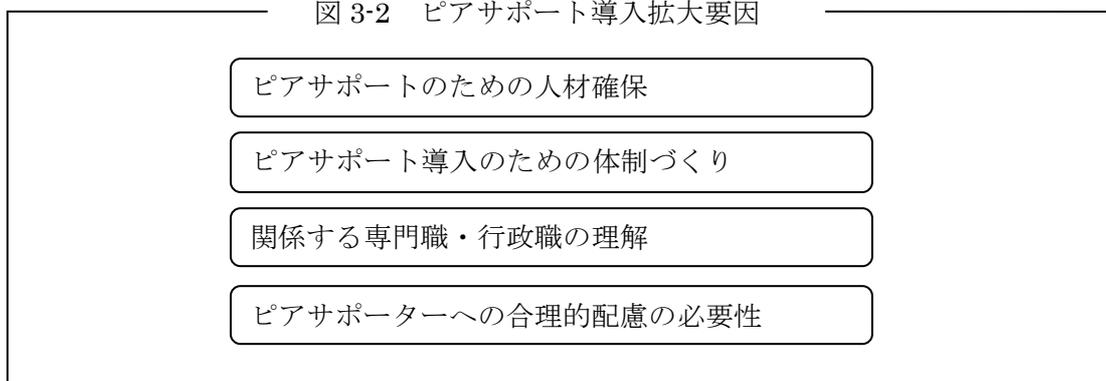
また、ピアサポーターが攻撃的な様子をする、落ち込みが激しく職務に影響するなどの場合は、話を十分に聴く環境を作ることによって改善することが考えられ、ピアサポーターの力をより引き出すための周囲の配慮が必要と思われる。

「守秘義務の遵守」についてはピアサポーターに限定することなく、専門職の中でも遵守できない人もいることから、研修等を重ねることが求められる。

「本業との両立の困難」については、ピアサポーターをどのような雇用条件で採用するのか、雇用時間や賃金等について契約を取り交わすことにより、個々のピアサポーターが本業とのバランスを取ることが可能となろう。雇用契約を取り交わすことについてはすでに支援の三角点の「ピアサポート専門員ガイドライン」の中で明確になっている²⁰⁾。

以上、図の 3-2 にピアサポート導入・拡大に関する 4 要因についてまとめた。しかし、それでもなお、実際にピアサポートを導入するかは最終的には自治体や委託事業所の判断である。ピアサポートを導入するにはピアサポートの支援の効果を実感することはもちろん、導入のために声をあげる人が必要である。それは、精神に障害のある人が権利の主体として生きることを尊重し、実現に向けた一つのスタイルとしてピアサポートに取り組むことを積極的にすすめる声である。声をあげるのは、精神に障害のある人自身や、専門職、行政関係者、研究者を含む多くの人々であろう。

図 3-2 ピアサポート導入拡大要因



第5節 結論

本章は、地域移行支援事業にピアサポートを導入したことによる成果を確認するため、まず、全国 47 都道府県と 19 政令市の地域移行支援事業におけるピアサポートの導入状況を調査し、続いて一次調査をもとに自治体を、ピアサポート全圏域導入群と一部導入群、未導入群に分け、退院実績数や新規対象者数、継続対象者数の分析を行った。さらに、各自治体の事業実施体制およびピアサポート導入体制に関わる 3 群間の相違を明らかにするため、質問紙調査を実施し、それらの結果から、ピアサポートを導入する自治体の特徴を

見出し、ピアサポート導入・拡大の要因を検討した。

その結果は以下のとおりである。

1. 全自治体の実績調査結果：ピアサポート全圏域導入群は退院実績数、新規対象者数、継続対象者数において未導入群との間に有意差があった。また、退院実績数では一部導入群との間にも有意差があった。

2. 地域移行支援事業における体制整備状況：ピアサポート全圏域導入群は、ピアサポーター数、個別支援会議開催数、精神科病院数、事業該当精神科病院数において、一部導入群か、未導入群との間で有意差があった。

3. ピアサポート全圏域導入群の特徴：①事業実施要綱に添ったピアサポーターの配置がなされる ②事業協議会の定期開催や個別支援会議がもたれ、ピアサポーターの参加もある ③ピアサポーターは啓発活動から個別支援までを担える ④単価にもとづく謝金の支給か、雇用の関係である ⑤ピアサポーター養成講座、ピアサポーターへの相談体制がある ⑥精神保健福祉相談員、保健師、地域体制整備コーディネーターなど事業の核が存在する ⑦医療機関の協力と地域機関の連携がある。

4. ピアサポート導入・拡大の4要因：①ピアサポートのための人材確保 ②ピアサポート導入のための体制づくり ③関係機関の専門職、行政職の理解 ④ピアサポーターへの合理的配慮が示された。

これまでのことから、ピアサポート導入の効果はもちろんのこと、それだけでなく、これまで各章で述べてきた、精神に障害のある人が能動的に社会に参加し、権利の主体として地域移行にあたることの意義を念頭におき、ピアサポートの導入・拡大に向け、関係機関が積極的にピアサポートの導入をすすめることが非常に重要と思われる。

引用文献

- 1) 社会福祉法人巢立ち会(2006)「精神障害者退院促進並びに地域生活移行推進モデル事業報告書 退院促進を効果的に行うためのシステム構築」『平成18年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業』1-74.
- 2) 門屋充朗(2002)「帯広ケア・センター 帯広・十勝圏域における生活支援一帯広ケア・センターを中心として」伊勢田堯, 小川一夫, 百溪陽三編『みんなで進める精神障害リハビリテーション：日本の5つのベスト・プラクティス』星和書店. 32-51.
- 3) 全国精神障害者団体連合会：<http://www18.ocn.ne.jp/~zenseirn/>
- 4) 神奈川県(2010)『平成22年度地域移行支援事業講演会資料』1-24, 2010.12.3.
- 5) 古屋龍太他(2011)「精神障害者地域移行支援にかかわる自治体の取り組みとアウトカム評価～都道府県における事業実績の格差を中心に～」『日本精神障害リハビリテーション学会第19回大会発表抄録集』P52.
- 6) 古屋龍太他(2012)「精神障害者地域移行支援に関わる事業実績の都道府県格差～全国の受託事業所調査を通して～」『日本精神障害リハビリテーション学会第19回大会発表抄録集』P99.
- 7) 大池ひろ子(2007)「長野県の地域生活移行の取り組み—入所施設及び精神科病院からの地域生活移行—」『ノーマライゼーション障害者の福祉』第27巻.
- 8) 山梨県立精神保健福祉センター(2010)『平成22年度精神保健福祉センター所報』1-17.

- 9) 三重県(2010)『三重県精神障がい者地域移行支援事業ハンドブック』
- 10) 島根県健康福祉部障がい福祉課(2010)『島根県精神障がい者地域生活移行支援事業報告書 (平成 19～21 年度)』 1-138.
- 11) 「ふあっと」20周年記念誌刊行委員会編(2007)『ふあっと 出雲の精神障害者の福祉を支援する会 20年の軌跡』やどかり出版.
- 12) 東美奈子(2013)「地域移行・地域定着支援におけるピアサポーター活動：ふあっとモデル」『精神科臨床サービス』第13巻第1号, 57-61.
- 13) 岡田貴子(2011)「多職種連携支援におけるピアサポートの役割と改善点について」『精神科看護』38(5), 26-29.
- 14) 一般社団法人支援の三角点設置研究会(2012)『精神障害者地域移行・地域定着支援のための官民協働実践ブック』
- 15) 成相房枝(2012)「保健所がコーディネーターとなって進める精神障がい者の地域移行からアウトリーチまで：地域ネットワークを活かした島根県の取り組み (特集 精神障害者の地域移行からアウトリーチまで)」『保健師ジャーナル』68(4), 306-316.
- 16) Chambarin, J.(1977) On Our Own, McGraw-Hill. (=1996, 中田智恵海監訳『精神病患者自らの手で—今までの保健・医療・福祉に代わる試み』 解放出版社.)
- 17) O'hagen, M.(1991) Stopover On My Way Home From Mars. (=1999, 中田智恵海監訳『精神医療ユーザーをめざすもの 欧米のセルフヘルプ活動』 解放出版社.)
- 18) 一般社団法人支援の三角点設置研究会(2012)「精神障がい者ピアサポート専門員 (仮称) 構築のための働き方ガイドライン第1版」『独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業報告書』1-61.

第4章 調査研究Ⅳ 精神に障害のある人の地方精神保健

福祉審議会への参画の概要

第1節 はじめに

第1部第3章において精神に障害のある人自らが権利の主体として主張することの重要性を指摘した。また、第2部第1章から第3章のピアサポートに関する調査結果から、障害のある人が地域移行でピアサポーターとして多大な効果を発揮することを示した。

本章においては地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画について取り上げる。精神に障害のある人がより直接的な方法によって自分たちの権利を行使し、自分たちの生活環境をより良いものに変えていくには政策決定過程への参画が考えられる。精神に障害のある人が審議会等に参画し、たとえば、社会的入院状態にある人を、ピアサポートの力で地域に導けることを主張した場合に、その説得力は格段に大きい。また、障害のある人の発言は、障害のある人が権利の主体となり得ることを、具体的に示すことであり審議会を構成する関係委員に与える影響は非常に大きいと予想する。

そこで、本章は各地域の精神保健福祉に関する重要な課題を議論する場である地方精神保健福祉審議会への精神障害のある人の参画拡大を図ることを念頭に置き、まず、審議会への参画状況について調査し、参画拡大に向けた要因を検討することを試みる。

第2節 研究方法

1. 一次調査

1) 調査期間

調査は2011年12月から2012年2月までの期間である。

2) 調査対象

調査対象は全国47都道府県と19政令市である。2012年4月から政令市となった熊本市は、今回の調査対象を平成23年度の地方精神保健福祉審議会に限定したことから除外した。

3) 調査方法

各都道府県、政令市の管轄部署に平成23年度の審議会設置の有無、開催の有無、当事者委員・家族委員の有無、当事者委員及び家族委員数、当事者委員がいない場合の今後の委嘱予定についてメールまたは電話を通じて調査した。

2. 二次調査

1) 調査期間

調査は2012年7月に実施した。

2) 調査対象

調査対象は複数の当事者委員を置く地方自治体である。

3) 調査方法

該当する地方自治体に委員構成、委員の参加要件、当事者委員委嘱の際の代表性・公平性・資料の事前配布の有無についてメールまたは電話を通じて調査した。

第3節 結果

1. 一次調査の結果

メールで返信を得たのが 31 都道府県、11 政令市、電話で確認できたのが 11 都道府県、5 政令市、公開されているホームページ上での確認が 5 都道府県、3 政令市であり、すべての都道府県、政令市から情報を得ることができた。

1) 審議会の設置・開催状況

(1) 設置状況

表 4-1 地方精神保健福祉審議会の設置・開催の有無

	設置有り	設置なし	開催有り	開催なし
都道府県(47)	41	6	38	3
政令市(19)	18	1	17	1
全自治体(66)	59	7	55	4

表 4-1 のように、41 都道府県が審議会または精神保健福祉協議会を設置し、福井、兵庫、鳥取、愛媛、香川、宮崎の 6 県は設置がなかった。政令市は福岡市を除く 18 市で設置していた。設置しない自治体は三障害を併せた協議会等で代替していた。

(2) 開催状況

41 都道府県中、青森、奈良、沖縄県を除く 38 都道府県と、千葉市を除く 17 市で審議会の開催はあった。開催しない理由は重要議題がないとの解答だった。

2) 当事者委員および家族委員の有無

表 4-2 地方精神保健福祉審議会における当事者・家族委員の有無

	当事者委員のみ	家族委員のみ	当事者・家族委員ともあり	当事者・家族委員ともなし	審議会開催なし	審議会設置なし
審議会を設置する都道府県(41)	3	24	8	3	3	6
審議会を設置する政令市(18)	0	7	7	3	1	1
審議会を設置する自治体(59)	3	31	15	6	4	7

表 4-2 は審議会における当事者・家族委員の有無を都道府県、政令市、全自治体ごと示したものである。都道府県及び政令市両自治体を合わせると審議会を設置する当事者委員の配置は 30.51%、当事者委員及び家族委員の配置は 81.36%である。

都道府県のみでの結果では、審議会を開催する 41 件のうち当事者委員を配置する都県は、岩手、福島、東京、千葉、山梨、長野、和歌山、高知、福岡、長崎、大分の 11 件、家族委員のみを置くところが 24 件、当事者・家族委員共に置くのは 8 件だった。下線で示す都県が両委員を配置する所である。当事者及び家族委員を配置する都県は 41 審議会設置自治体中 85.37%であるが、当事者委員に限れば 26.83%である。当事者委員の所属は把

握できた範囲では、全国精神障害者団体連合会や精神障害者医療人権センター等関連団体の役員であり、家族委員では家族会の所属か公募委員である。当事者委員、家族委員共に配置しない県が3県あった。

政令市のみ結果では、審議会を設置する18件中、当事者委員を配置するのは、仙台、川崎、相模原、新潟、大阪、堺、北九州市の7市で、これらはいずれも家族委員も配置し、家族委員のみをおくところが7件だった。当事者委員及び家族委員を配置する政令市は18審議会設置自治体中77.78%で、当事者委員に限定すると38.89%である。当事者委員の所属は全国精神障害者団体連合会、断酒会を含む当事者団体スタッフ等である。当事者委員、家族委員共に配置しない政令市は3市だった。

第2部第3章で示したピアサポート全圏域導入群との関連については、都道府県では山梨県と長野県が、政令市は川崎市、相模原市、堺市、北九州市の4市が当事者委員、家族委員ともに配置し、自治体全体の約57%である。

当事者委員を置かない都道府県の理由として数件から回答を得た。回答はメール返信時に記載があったか、電話の中で情報提供されたものである。それによれば、①条例による委員の参加要件に障害のある人を含んでいない、②家族を委員とする事で当事者の意見も聴取可能とみなす、③当事者団体が複数あり、どこに委員を委嘱するか結論が出ていない、④当事者自身が委員の重責を考え、引き受けないの4点であった。これらの理由については考察で詳しく述べる。

3) 全委員数、当事者委員および家族委員数

(1) 全委員数

表 4-3 地方精神保健福祉審議会の全委員数

全委員数	8~10人	11,12人	13,14人	15,16人	17,18人	19,20人	21,22人
箇所数	5	3	13	18	5	6	1

表 4-3 は審議会の全委員数を7区分し、それぞれに該当する自治体数を示した。審議会の全委員数の平均は14.81人で、最頻値は15,16人であり、審議会委員数13人から16人の所が多い。

(2) 当事者委員数

都道府県で当事者委員を置く場合はいずれも1名の委嘱だった。表 4-3 にあるように15人前後の審議会委員のうち、当事者委員の数が1人ということは、当事者委員に占める割合は7%弱である。

政令市は表 4-4 に示すように1~3人のばらつきがあり、3人を委嘱するのが大阪府堺市、2人を委嘱するのが神奈川県相模原市と福岡県北九州市である。

表 4-4 地方精神保健福祉審議会の当事者委員数 (政令市)

当事者委員数	1人	2人	3人
箇所数	4	2	1

家族委員数については都道府県も政令市もほぼ1名の配置であり、2名を置くのは北海道と相模原市のみである。

4) 当事者委員がない都道府県・政令市の今後の当事者委員委嘱予定

当事者・家族委員共に設けていない自治体のうち、佐賀県、静岡市、神戸市は次期改選

時に委嘱の予定があった。他 3 自治体の当事者委員委嘱予定のない理由として、「当事者団体が育ったばかりで委嘱に至らない」、「他の審議会委員とのバランスから委嘱できない」、「当事者に依頼したが了解が得られなかった」の 3 点があがった。

2. 二次調査の結果

1) 委員の参加要件

3 市はいずれも精神保健福祉審議会条例に以下の参加要件を上げている。「委員参加要件：①学識経験者、②精神障害者の医療に関する事業に従事する者、③精神障害者の社会復帰の促進又はその自立と社会経済活動への参加の促進を図るための事業に従事する者」である。それらに加え、相模原市は「市の住民」、堺市は「市長が適当と認める者」と明記している。これらの記載が当事者や市民の参画を可能にする。北九州市は特に追記はないが、委嘱した当事者 2 名は共に社会復帰事業従事者であることから参画可能だった。表 4-5 中の北九州市の社会復帰事業者及び当事者委員の括弧つきの数値は、当事者委員 2 名が社会復帰事業者でもあることから両カテゴリーに重複していることを示す。表 4-6 の(13%)と(26%)も同様であるが、26%のうち 13%は社会復帰事業者かつ当事者委員を示し、残り 13%は家族委員である。

表 4-5 複数当事者委員を配置する政令市の職種・専門別人数

	学識 経験者	精神医療 従事者	社会復帰 事業者	当事者 委員	家族委員	その他	全数
相模原市	3 名	3 名	4 名	2 名	2 名	1 名	15 名
北九州市	6 名	5 名	(2 名)	(2 名)	2 名	0 名	15 名
堺市	4 名	4 名	5 名	3 名	1 名	1 名	18 名

- ・学識経験者：医学部を含む大学教員、弁護士
- ・精神医療従事者：精神科医療機関の医師、精神保健福祉士
- ・社会復帰事業者：社会福祉協議会、相談事業所、職業安定所、通所施設連絡協議会、地域作業所連絡会等役員
- ・当事者委員：当事者団体、断酒会、精神医療人権センター役員等
- ・その他：市議、民生委員、公募委員

表 4-6 複数当事者委員を配置する政令市の職種・専門別の割合

	学識 経験者	精神医療 従事者	社会復帰 事業者	当事者委員と 家族委員	その他
相模原市	20%	20%	27%	27%	7%
北九州市	40%	33%	(13%)	(26%)	0%
堺市	22%	22%	28%	22%	6%

2) 委員構成

表 4-5、表 4-6 は複数当事者委員を配置する政令市の委員の職種・専門別人数と割合である。相模原市と堺市では学識経験者、精神医療従事者、社会復帰事業者、当事者委員及び家族委員の各々が 20 数%で、ほぼ均等に配置されていた。北九州市は学識経験者が最も多く、ついで精神医療従事者である。

3) 当事者団体の代表性・公平性

当事者委員選出方法は、自治体が当事者団体のバランスを考慮し、数か所の団体に打診している。たとえば、当事者団体として知名度のある団体、広域にわたり活動する団体、アルコール依存症関連の団体などである。また、薬物関連強化の必要性から薬物に詳しい団体を意図的に選出した市もあったが、いずれも選出に根拠を持たせていた。

4) 資料の事前配布の有無

相模原市と堺市では委員からの希望があり、資料の事前配布がなされていた。

第4節 考察

1. 審議会の開催と設置

審議会の設置と開催の有無については、審議会の設置が任意のため、三障害あわせた協議会をもって審議会とするとところや、設置はしても開催しない都道府県や政令市がある。近年の精神保健福祉行政は精神障害のある人の地域移行をはじめ、解決すべき問題が山積しているため、審議会の設置がない、あるいは開催がない場合、精神保健福祉に関する地域に密着した議論はなされていない可能性が推測されるが、今回の調査では詳細は明らかではない。

2. 当事者委員および家族委員の参画の有無

審議会への精神障害のある人の参画の多少を考察するため、他障害と比較した。ここでは 2009 年に実施された全日本手をつなぐ育成会が実施した障害者施策推進協議会、障害者自立支援協議会、障害者計画策定作業部会への知的障害当事者参画に関する全国調査結果を示す。この調査結果は一部 3 章でふれたものである。回答があった 34 都道府県のうち 10 か所（岩手、埼玉、東京、神奈川、千葉、愛知、大阪、兵庫、広島、高知）で知的な障害のある人の参画があった。本データでは全 47 都道府県中精神障害当事者の参画は 11 か所であり、知的障害のある人の参画と概ね同様である。育成会の調査と、本データ共に参画があったのは岩手県、東京都、千葉県、高知県の 4 か所であり、知的障害のある人と精神障害のある人の参画における重なりは少ない。これは育成会の調査対象の協議会や部会と今回の調査対象の審議会では、会合の質に違いがあることや、積極的に活動する障害者団体が知的と精神の領域では異なることによると考えられる。いずれにしても知的障害のある人も精神障害のある人も、当事者参画数は限られていることが理解できる。

また、第 2 部第 3 章で示したピアサポート全圏域導入群のうち、審議会に当事者委員を配置する自治体との関連を調べたが、都道府県では約 3 割、政令市で約 6 割であり、ピアサポートを導入する自治体と、審議会に障害のある委員を配置する自治体の関連は見られ

なかった。

3. 当事者委員参画拡大に向けて

各自治体の今後の当事者委員の委嘱予定がある所は3自治体と限られ、内閣府の障がい者制度改革推進会議の活況が地方に及んだとは言い難い状況である。そこで、障害のある人を委員に委嘱しない理由として示された以下4点をもとに、当事者委員参画拡大について検討したい。

1) 障害のある人の参加要件の問題

1つは、条例による委員の参加要件に障害のある人を含んでいない点である。地方精神保健福祉審議会は、2003年の精神保健福祉法の改正により、設置が、それ以前の必置から任意設置となり、委員の参加要件については条例で定めることとなっている。多くの自治体は「学識経験者」、「精神障害者のための医療従事者」、「社会復帰活動を行う事業従事者」に限定し、障害のある人の参画については示していない。

しかし、改正障害者基本法では内閣府の障害者政策委員会の参加要件は以下のように明確に、「障害者、障害者の自立及び社会参加に関する事業に従事する者並びに学識経験のある者の内から内閣総理大臣が任命する」とある（下線部は著者が付記）。また、地方においては都道府県等における合議制の機関についてその委員の構成は「当該機関が様々な障害者の意見を聴き障害者の実情を踏まえた調査審議を行うことができることとなるよう、配慮されなければならない。」とし（同じく下線部は著者が付記）、地方においても障害のある人の参画を示してはいる。また障害者総合支援法の地方公共団体設置の協議会では「自立支援協議会の設置：地方公共団体は、単独で又は共同して、障害者等への支援の体制の整備を図るため、関係機関、関係団体並びに障害者等及びその家族並びに障害者等の福祉、医療、教育又は雇用に関連する職務に従事する者その他の関係者により構成される協議会を置くように努めなければならない。」とし（同じく、下線部は著者が付記）、障害のある人や家族の参画について触れた。このように障害関係の会議が当事者の参画を明文化することは、これ以前の時代と比較すれば格段に進歩したと言えよう。しかし、審議会においては、審議会を規定する精神保健福祉法に障害のある人の参画に関する条文がない。現在、精神障害者に特化した精神保健福祉法を単独で成立させる意味があるかが問われており、障害者基本法等に明記するか、または精神保健福祉審議会条例の中に明確に謳うことが強く望まれる。

岡田は「欧米では、各地域に当事者が直接会議で精神医療の問題を発言できる専門委員制度があると聞いています。日本でも地域の生活や入院している仲間の現状をピアの立場からきちんと、わかりやすく発言できる力をもったピア委員を養成することが望まれます。」と述べており、精神障害のある人の参画がぜひとも必要である¹⁰⁾。

2) 家族委員を当事者委員の代弁者と考える点

これまで精神障害のある人の意見表明に関しては、家族を委員として委嘱することで、当事者の意見を聴取可能と考える傾向があった。笠原の調査結果では知的・精神障害のある人は家族の参画を前提とすると回答した自治体が複数あった²⁾。しかし、家族は本人の代弁者ではなく³⁾、個々独立した権利主体であり、障害のある人の意見は障害のある人か

ら、また、家族の意見は家族から聴取することが望ましい。

また、家族を代弁者とする背景には、障害のある人の議論に関わる能力についての懸念がある。しかし、障害のある人が審議会で十分議論に加われないとすれば、障害のある人の力量の問題なのか、審議に参加できる配慮が行われないからなのかは十分に吟味する必要がある。権利条約第 19 条については本論の序論で触れたが、すべての障害のある人が地域で生活する平等な権利を持ち、地域社会への参加のための効果的かつ適当な措置をとることを明記するものである。したがって、審議会に精神障害のある人が参画するための効果的で適当な措置は開催する側に求められる。たとえば議事に関する資料が適切な形で事前配布される、障害のある人が意見を言える時間を保障することや、他委員が精神障害のある人の意見表明を尊重することなどがその例である。

また、笠原の地域自立支援協議会の全国実態調査の中で市町村が挙げた当事者参画困難理由に、協議できる障害のある人がいないというのがあった²⁾。笠原は「議論についてこられる障害のある人のみ参画可能ということであればいわゆる社会モデル、すなわち社会の側が障害者の社会参加のために改善するという権利条約を貫く捉え方からは遠い状況と言える。」と述べている。参画する障害のある人の力がいかんなく発揮できる配慮は審議会主催者側に求められるものである。権利条約第 2 条「定義」の「合理的配慮」に示されるように、審議会に参画するための必要かつ適切な変更及び調整を行うことが早急に必要と思われる。

3) 当事者団体の代表性・公平性の問題

これについては 6) で触れる。

4) 障害のある人の参画へのためらい

調査の回答に、障害のある人に参画を打診しても承諾が得られないというものがあつた。参画の機会が得られるが、なぜ承諾しないのか、その意味を考えることから、障害のある人の参画への道ははじまると思われる。

障がい者制度改革推進会議総合福祉部会に委員として参加した知的障害のある奈良崎委員の発言を三田は引用している⁴⁾。「人はいろいろな障害があつて、いろいろな支援が必要だし（中略）私たちに聞いてほしい。（中略）委員になるときも国の人が『どういふ支援があつたらあなたは委員になってくれますか？』とは聞かない。それだと、会議に参加しても“お客さま”になっているだけ。」とある。このことから障害のある人は自分たちにまず聞いてほしいと考えていることがわかる。また、必要な支援の内容についても、こういう支援が必要なだろうと先回りで支援をするのではなく、必要な支援の内容について各障害のある人に尋ねてほしいことを要望している。しかし、これまではそうではなかったために、障害のある人は参画をためらってきたことが考えられる。

また、もう 1 点として審議会で意見表明しても他の委員から反応が得られず、議事が進展しない場合や、審議会自体が形骸化し、障害のある人に限らず参加者の意見表明の機会が乏しいことも考えられる。後者については 8) で触れる。前者については障害のある人の意見が全体の議事進行に沿わない、または、全体に対する反対意見の場合、検討されることなく消滅することがある。委員同士議論した上で結論がでるのであれば、仮に障害の

ある人の意見が通らなかったとしても、納得は得られる。しかし、阻害されていると感じる場合は居心地の悪い議論の場となる。他の参加者が意図的に阻害しているのではないかもしれないが、各委員との距離があれば、十分な審議の場とは言えない。三田は「障害者のニーズに関しては当事者が専門家であるが、尊厳を持って生きる人として同じテーブルにつく、その際に個別の支援ニーズを聴くことができるか、そして席につくだけでなく、他の委員と同様の決定権をもつことができ、さらに決定の過程に参加できるかが、障害者側から問われているのだと思う。」と述べている⁴⁾。障害のある人の参画に向け、審議会主催者側や関係委員の意識変化や協力が非常に重要であると思われる。

これまでのことから、当事者委員参画拡大に向け、以下の3点を示すことができる。

1. 関連法規及び審議会条例に障害のある人や家族の参画を明記する
2. 障害のある人の意見は障害のある人から聴取し、家族の意見は家族から聴取する
3. 精神に障害のある人に対する審議会設置者側や関係専門職の理解を築く。

4. 複数の当事者委員を配置する政令市の傾向

複数の当事者委員を配置する3政令市のうち、相模原市と堺市は全委員の4分の1ずつを学識経験者、医療従事者、社会復帰事業者、当事者及び家族とし、4種の均等な委員配置に努めていた。各市は公募委員も含め、様々な人が審議会に関われるよう配慮した結果、自ずと障害のある人が参画しやすい環境が整ったと言う。委員構成にバランスを持たせる発想はアメリカの審議会に見られ、カリフォルニアの審議会は32名の委員中、当事者委員と家族委員が8名ずつ、4名の権利擁護者、12名の専門職で構成され、この他に8人の行政担当者が加わり、権利擁護者も含め障害のある人と家族が半数を占める⁵⁾。また、ハワイ州も過半数を占めることを福島が報告している⁶⁾。

わが国においても、精神保健・福祉サービスの利用者である障害のある人の多様な要望や意見を安定的に聴取するためには、従来のサービス提供者主体の審議会からの転換が求められる。4種の委員種のバランスを取る相模原市、北九州市、堺市の動きはわが国では先進的と言える。

この当事者委員複数体制は3)の(1)で触れたが、関連する法律に当事者委員の参画を明記すること、また各自治体の条例に複数、ないしは過半数配置を記すことによってすみやかに可能になる。現に相模原市と堺市は条例に「市の住民」、「市長が適当と認めるもの」と明らかに記載されており、これらの意義は非常に大きい。この改正に向け、障害のある人と関連専門職が声をあげることが求められる。

また、精神に障がいのある人の参画は、特に、過半数を占めることが重要である。その理由として、1つは精神の疾患の多様性を考えると、複数の疾患に関わる委員の参画が望まれ、自ずと委員の数が増える。2点目として、審議会の場で発言することは誰にとっても緊張の場面であるが、特に精神疾患や障害を持つ当事者委員にとっては緊張や不安は大きい。当事者委員の複数配置はそうした緊張の軽減につながる。3点目として、これまで、障害のある人と専門職者らとの間に力の不均衡があり、そのバランスを取る意味でも過半数が望まれる。

そこで、当事者委員参画拡大に向けた4点目として次のことを示す。

4. 障害のある人の参画は、複数ないしは過半数配置とする

5. 代表性・公平性

これまで障害のある人の代表性、公平性の担保から、活動実績のある障害者団体の関係者が委嘱される傾向があり、障害者個人として審議会に参画する例は少ない。活動実績のある当事者団体に委員を委嘱する場合、自治体が活動を把握でき、補助金を支給しているなど、自治体側が当事者団体の情報を持っている。また、当事者団体に属する障害のある人は、組織の中で日常的に障害者問題に関する学習や討議を行い、意見表明ができると考えられ⁴⁾、複数の障害のある人の意見の集約が期待できる。しかし、精神保健福祉サービス利用者の思いを幅広く聴取することを考えれば、当事者団体の関係者に限定することなく、障害のある人誰もが参画可能なシステムを築き、その中から人選することが適当と思われる。このことは当事者委員に限定するものではなく、全委員を如何に公平に選出するかに関し、行政の真摯な対応が求められる。

5. 委員の参画における代表性・公平性の担保

6. 合理的配慮

3. の4) で触れたように障害のある人が審議会委員を務めるための配慮と支援についてはこれまでも指摘されている^{3) 12)}。政策の受益者である障害のある人は、政策の良否についての判断ができ、自分たちが必要なものを訴えることができ、彼らの声はより良い制度設計に通じる。サービス利用者側からの意見表明は障害のある人の主体的権利であり、また、利用者がサービスを最も良く理解している一人であることから、審議会への障害のある人の参画は貴重な情報提供者を迎えることと理解できる。

障害のある人に対する具体的な配慮としては、たとえば、知的障害のある人が参画する会議では資料の事前配布、ルビをふる、休憩時間の保障、カード利用、このカード利用とは審議の理解が困難で進行速度を遅らせ、わかりやすくしてもらう時のイエローカードや、審議の中断を申し入れる時の意思表示に使われるレッドカードや、同意や理解したことを示すブルーカードであり、すでに国際会議では使用されている⁴⁾。これらは精神障害のある人にも汎用できると思われる。今回、資料の事前配布についてのみ調査したが、2市で資料配布されていた。今後は、精神障がい者に特化した具体的な配慮についても、障害のある人から意見を聴取し、活かすことが考えられる。こうした合理的配慮は障害者権利条約の内容からすれば、当然なすべきことと言える。そこで6点目のポイントは以下である。

6. 障害のある人の参画のための具体的な合理的配慮の実施

7. 審議会の活性化に向けて

審議会の多くは開催が年に1、2回と少なく、議論や発言が乏しく、形骸化し、「日本において審議会は全体として不評の傾向にある。」との指摘がある⁸⁾。本来は地方の精神

保健福祉施策決定の場として重要な役割を持っているが、その役割を審議会が果たせていないとすれば、障害のある人の参画以前の問題であり、障害のある人の参画の動機づけは高まらないと推測する。

中央障害者施策推進協議会委員へのアンケート調査結果によれば、「現行の審議会や検討会への信頼はほとんどないように思う。それは、行政主導で進められているからにほかならない。行政が作成した原案の承認機関に成り下がっている所にその原因がある。審議会（中央協議会を含めて）のあり方を抜本的に改革する必要がある。」と指摘する¹³⁾。障害のある人が参画しても意見表明を期待されるわけでもなく、添え物になるとすれば障害のある人に参画を促しても了解は得られないであろう。また、自治体によっては今後も障害のある人の委嘱に対し積極的な動きが見られないが、その背景には、審議会自体が精神保健に関わる重要な審議の場になっていない可能性が窺える。

審議会の議論の活発化には複数の要素が関わると思われる。たとえば、会議時間の多くが提案説明に終始し、残りわずかの時間で審議を進めるため、議論にならないという審議時間の問題や⁹⁾、行政担当者、学識経験者や事業者、障害のある人の3者の力関係が対等でなく、情報量、政治力では行政担当者と学識経験者や事業者の力は圧倒的との指摘もあり¹⁰⁾、対等性の問題もある。

そこで、審議会に意味を持たせる提言として古川と植野を参考としたい¹¹⁾¹²⁾。古川の北海道釧路市の障害者施策推進協議会は、会議を障害のある人との真摯な意見交換の場として活用する意図を持ち、委員の6分の1は精神障害のある人である。質のよい会議を実現する要因は、専門職側が障害のある人に手を差し伸べることだと言う¹¹⁾。また、千葉県の植野は「従来型の、行政主導の計画素案による話しあいではなくて、障害者や施設関係者、問題意識を持った市民、県民など様々な人々が集まり、白紙の状態から官民共同による議論が始まった。議論は、委員会の枠にとどまらず、数多くの障がい者団体、地域行政団体などへのヒアリングをはじめ、県内各地での数多くのタウンミーティングにも知事をはじめ委員会関係者が総動員で、できるだけ多くの県民の生の声を丁寧に聴取した。（中略）担当職員は会議の議事録を作り、裏方に徹した。障害者の声をできるだけ政策に反映させたいという意気込みが「官」の関係者の強いモチベーションとしてあった。」という¹⁷⁾。これらの実践例は、行政側、専門職側が障害のある人や市民の声を聴く姿勢を持ち、活発な意見交換がなされたことを示す。今回の調査でも、いきなり審議会での活発な討議とはならないまでも、協議会等で複数の障害のある人と意見交換ができていたことを示した三重県の例があり、今後期待が持てる。

障がい者制度改革推進会議や総合福祉部会はこれまでに比べ格段に障害のある人の参画を見た。これを今後どのように全国各地の動きへとつなげていくか、また、地域移行支援事業でのピアサポートの導入拡大の一つの戦略として、各地の審議会への障害のある人の参画が待たれる。

7. 審議会の議論の活発化

第5節 結論

以上、審議会における精神障害のある人の参画は各都道府県・政令市においては1名の

参画さえ 3~4 割しか実現できず、障害のある人を複数擁する自治体はわずか 3 か所のみであった。このことから地方では精神に障害のある人の審議会への参画の機運が十分に高まっていないことが示された。また、複数体制を取るこの 3 政令市は先進的であり、意識の高さがうかがえる。

権利条約が示すように障害のある人が政策や計画に係る意思決定の過程に積極的に関与することは当然の権利であり、憲法の参政権の点からも国民に与えられた当たり前の権利である。このことをあえて強調しなければ、参画の権利を行使できないのがこれまで権利の主体として社会に参画することができなかつた、障害のある人の置かれてきた状況である。障害のある人はすべての点で障害を負うのではなく、一部サポートが必要な面を持つ一般の人である。

本章では全国の都道府県及び政令市の審議会で精神に障害のある人の参画の拡大に向け、①関連法規及び審議会条例に障害のある人や家族の参画を明記すること、②障害のある人の意見は障害のある人から聴取し、家族を代弁者とせず、家族の意見も家族から聴取すること、③精神に障害のある人に対する審議会主催者側や専門職の理解、④当事者委員を複数ないしは過半数配置とすること、⑤委員の参画における代表性・公平性の担保、⑥当事者参画のための具体的な合理的配慮の実施、⑦審議会の議論の活発化について示した。

上記を実践することによって、障害のある人は専門職や行政関係者らとともに審議に参加し、精神保健福祉の重要案件について対等に議論する関係を築くことができる可能性はある。その結果、福祉サービスの利用者側からの貴重な意見を政策決定過程に反映することが可能となる。また、最近では政策決定過程への参画のみならず、政策実行過程への参画も想定され、計画策定、実行、実行後のモニタリングも含め総合的に障害のある人が関わるしくみづくりへと発展することが期待できる。

障害者権利条約は「障害のある人は権利の主体」であることを強調してきた。本条約は障害のある人が主体的に社会参加するために社会の側に何ができるかを示したものであり、審議会への精神障害のある人の参画という具体的な場面で権利条約の理念が活かされることが今後ますます重要になると思われる。また、現実問題として、地域移行支援事業におけるピアサポートの導入、定着、拡大を推進することは、障害のある人の「権利回復」に向けた大きな一歩になると思われる。そうした議案について積極的に発言することが障害のある人の参画によっていつそう実現することとなる。

本章の一部は上野武治・中村和彦との共同研究であり、日本精神保健福祉学会第 1 回大会(2012 年 6 月)、日本精神障害リハビリテーション学会第 20 回大会(2012 年 11 月)にて発表した。

引用文献

- 1) 長葭千恵子(2009)「報告—本人の参加に関するアンケート調査から—全日本手をつなぐ育成会本人活動委員会」『手をつなぐ』7月号, 32-37.
- 2) 笠原千絵(2011)「ローカルガバナンスと当事者参加—自治体担当者を対象とした地域自立支援協議会全国調査の分析—」『日本の地域福祉』24, 57-69.
- 3) 吉川かおり(2009)「政策決定過程における当事者参画の意義」『ノーマライゼーション』

7月号, 10-12.

4) 三田優子(2012)「障害者制度改革における当事者参画の意義と課題—障害者権利条約の批准に向けて—」『社会福祉研究』113号, 67-74.

5) California Mental Health Planning Council Members:

<http://www.dhcs.ca.gov/services/mh/Pages/MH-PlanningCouncil.aspx>

6) 福島喜代子(2010)「精神保健福祉サービスにおけるピア・サポートの位置づけと米国ハワイ州におけるピア提供サービスの概要」『精神障害とリハビリテーション』Vol.14 No.1, 90-96.

7) 山崎公士(2012)「障害者政策の形成・実施と当事者参画—障害者政策委員会に期待するもの」『ノーマライゼーション』1月号, 10-13.

8) ノーマライゼーション誌編集部(2009)「中央障害者施策推進協議会の委員に尋ねる—アンケート調査にみる特徴点」『ノーマライゼーション』7月号, 30-33.

9) 笹川吉彦(2009)「社会保障審議会障害者部会の改革を望む」『ノーマライゼーション』7月号, 16-17.

10) 小澤温(2012)「『障害者政策委員会』に期待する—真の当事者参加に向けて」『ノーマライゼーション』1月号, 14-15.

11) 古川幸男(2012)「釧路市における当事者参加型の障がい福祉施策の推進について」『ノーマライゼーション』1月号, 34-35.

12) 植野圭哉(2009)「丁々発止の議論に参画して....」『ノーマライゼーション』7月号, 24-25.

終章 まとめと今後の課題

第1節 本研究の到達点

本論文では、今まで権利の主体となることができなかつた精神に障害のある人の「権利回復」の可能性を、ピアサポートの導入と、政策決定過程への参画と言う具体的な事象を通して検討した。その背景には障害者権利条約の存在がある。あらためて、権利条約の成立過程を辿ると、障害のある人の権利に特化した条約は、障害のある人から非常に望まれながら、当初、世界の多くの政府は権利条約の制定に消極的だったと言う¹⁾。新しいものを作成する負担と、既存の人権条約の中に障害のある人も含まれることがその主な理由であった¹⁾。しかし、理念としてはそうでも、たとえば、性別や人種の差異によって、人権を保障されないばかりか、明らかな差別を受けてきた人たちはいた。だからこそ、それぞれに特化した女性差別撤廃条約、人種差別撤廃条約が成立したのであり、障害のある人についても、障害者権利条約を成立させる必然性があったという¹⁾。

現実として、消極的な政府を動かしたのは、NGOや障害者団体の粘り強い努力による¹⁾。権利の外に置かれた人々が自分たちの声で訴え、権利を回復してきたのである。そのめざましい活躍には目を見張るものがあった。

本研究では障害者権利条約が示す「障害のある人は権利の主体である」という理念のもとに、それを体現するものとして、精神科病院からの地域移行支援事業におけるピアサポートの支援の効果とピアサポート導入・拡大の検討、並びに政策決定過程への障害のある人の参画およびさらなる参画の創出について考察を進めてきた。

序章では障害者権利条約第19条が障害者観におけるパラダイム・シフトであり、権利の客体と見なされてきた障害者が、権利の「主体」であることを示した。もちろん、これまで述べてきたように、本条約以前にも障害者の権利を示す条約や宣言、あるいは障害のある人に対する社会の変革を求める声はあった。しかし、最も明確に障害者の立場に立って、障害者が権利の「主体」であることを示したのは本条約が最初である。障害者が権利の「主体」であることが、障害者を取り巻く専門職をはじめ、一般の人も含めたすべての人々が当たり前のこととして理解することで、障害のある人の生き方そのものが大きく変わると予想される。

精神保健福祉領域に関しては、いっそう障害のある人の人権の問題は重い。特に、わが国には諸外国に比べあまりにも多くの、長期間にわたる社会的入院の問題があり、障害のある人が権利の主体であるという理念からは、極端にかけ離れた事態である。社会的入院問題のみならず、その他の面でも、他障害以上に、自己決定や社会参画の面で遅れていると考えられ、精神の障害のある人たちの早急な「権利回復」が求められる。

そこで、本論文では精神に障害のある人が権利の主体であることを示す、一つの典型的な例として、地域移行支援事業におけるピアサポートを取り上げた。ピアサポートは、精神疾患の経験者であることを開示し、自分たちの持つ体験的知識を活かし、地域移行対象者と対等な仲間としての関係を基盤とする支援活動である。実施するピアサポーターは、まさに、地域生活を主体的に生きる生活者である。彼らが各地の地域移行支援事業において力を発揮するなら、専門職や行政担当者、また、一般の人々に、ピアサポーターの存在

と価値を認識させる貴重な機会となろう。

また、もう1つは障害のある人の政策決定過程への参画であるが、わが国においては長らく障害のある人は審議の蚊帳の外におかれ続けた。しかし、権利条約の理念を考える時に、障害のある人の問題は障害のある人の積極的な参画を得て審議することが重要と考えられる。精神保健福祉の領域において、精神に障害がある人の政策決定過程への参画を示す重要な指標の一つは、地方精神保健福祉審議会への参画と思われる。そこで、本論文においては、ピアサポートの導入拡大と審議会への参画をメルクマールとし、精神に障害のある人が権利の主体となりうることを示そうと試みた。

1. 問題分析編のまとめ

第1部の問題分析編の第1章は、精神に障害のある人が権利の主体であること、および「権利回復」の必要性について、国連の障害者に関する条約、宣言等に示される視点と、わが国のこれまでの精神保健福祉施策、中でも地域移行に関連する施策や事業、関連法規をもとに検討した。その結果、国連が示す宣言や条約等では着実に障害のある人を人権の範疇に位置づけるようになってきたことが窺える。しかし、わが国の精神保健福祉施策に関しては、たとえば、障害者自立支援法下では、障害のある人の権利を侵害し、義務を重く課すことがあった。また、障がい者制度改革推進会議が示した骨格提言の一部しか改正障害者基本法にも、障害者総合支援法にも採用せず、変革の難しさが示された。この他、社会的入院の現況を示し、社会的入院問題解消に向けた地域移行支援事業の概況と、関連する実践報告をまとめた。地域移行支援事業が開始されて10年を経たが、社会的入院問題の解消は牛歩の歩みである。このままでいけば40年、50年と入院していた方々が地域社会にもどることなく、生を終えることとなろう。人権の点からは、あってはならないことである。しかしながら、多数の実践報告は地域移行支援事業を進める関係者に多くの示唆を与え、実施や継続の重要性を示すものであったし、さらなる実践に大きな期待がかかる。

第2章ではピアサポート関連用語の整理と地域移行支援事業と関わるピアサポート研究の概括を行った。セルフヘルプグループ、オルタナティブ・サービスを経て、ピアサポートは支援の送り手としての位置づけがより明確になり、また、ピアサポートに関わる先行研究ではピアサポートの支援の効果が多数、散発的に示された。今後の研究の課題として、1つは地域移行支援事業に関わる多様な関係者からの聞き取り調査実施の必要性、2つ目はピアサポート導入による実績面での効果の検証、3つ目として、障害のある人が権利の主体であるという理念を体現するものとしてのピアサポートの意義を示すことの重要性の3点を指摘した。

第3章では、本論の第二の目的である政策決定過程への障害のある人の参画に関する法的根拠、実際の動向と障害者運動の変化、諸外国の事情、関連先行研究をあげた。2011年の改正障害者基本法により、障害のある人の参画が法律に明文化されるようになり、また、実際の参画状況としても、障がい者制度改革推進会議をきっかけに障害のある人の政策決定過程への参画が国レベルでは増加傾向にある。しかし、地方においては、参画の機会は決して多くなく、また、精神保健福祉の領域においては参画状況が十分に示されていない。諸外国の例として、アメリカでは日本の精神保健福祉審議会にあたる **Mental Health**

Planning Council があり、州によっては精神に障害のある人や家族の参画が専門職と同数である。また、ヨーロッパは、障害フォーラムを設立し、障害のある人にかかわる重要事項について障害のある人が意見を表明する機会を持ち、それらが政策に活かされていた。これらのことから、地方精神保健福祉審議会への参画に関する調査の必要性和、審議会への参画拡大の要因を検討する必要がある。

2. 調査研究編のまとめ

第2部では「障害のある人が権利の主体」であることを実際の調査結果をもとに示すことを試みた。ここからはピアサポートに関する3調査結果を体系的、総合的に記述するため、章ごとのまとめとせず、分析結果を縦横に関連付けて検討したい。

1) ピアサポート全圏域導入群の事業実績結果

まず、調査結果で注目したいのはピアサポート導入の効果が量的調査の結果から示されたことである。ピアサポートを全圏域で導入する自治体と未導入の自治体の間で退院実績数と新規対象者数、継続対象者数で有意差が見られた。このことから、ピアサポートの導入が、地域移行支援事業に実績上の大きな成果をもたらしたと言える。

退院者数、新規対象者数、継続対象者数、これら3点の有意差を第1章の質的分析結果と関連づけて考察したい。第1章でピアサポートの支援の効果として仲間的支援と熟達の支援をあげた。

仲間的支援は対象者に寄り添い、親身になって支援する心情的なサポートであり、これまでも多くの研究者や実践報告で指摘されているピアサポーターならではの支援と考えられる。ピアサポーターは対象者の気持ちを理解し、温かい関わりを常とし、サポートする対象者を自身とオーバーラップさせ、対象者を自分と同列に位置づけ、尊重する純粋な姿や、身近にサポートが得られない人たちのためにその役割を果たす姿勢などを特徴とする。また、対象者が不安やできないと思う気持ちなど対象者の否定的感情を受容し、困難があっても当たり前と考え、できないことを温かく見守り、同行支援時は対象者にとって楽しい体験になるよう配慮し、地域で生きる実感を対象者に伝えるなど、先に退院した者が、次に続く者を応援するかわり方である。

熟達の支援は当事者の経験知から得られた相談援助の力を指す。本論文では「熟達の」とし、あえて「専門的」としなかったのは、「専門的」は、プロフェッショナルをイメージし、専門職と同様の支援が精神に障害のある人でもできるとみなされる可能性があることから避けた。本論文で強調したいのは専門職並みの支援をピアサポーターが行えることではなく、専門職とは異なる、熟練した職人のような支援を実施することにピアサポートの支援の効果や価値があると考え。具体的には、専門職と対象者、家族と対象者が対立しそうな場面に介入し、専門職や家族のことばを対象者にわかりやすく翻訳し、対象者の思いを専門職や家族に伝える橋渡しをするなど、対象者の思いとシンクロナイズするような支援の在り方を言う。ピアサポーターは自身も精神疾患を持ち、多くは入退院の経験者であるから、どんな支援が必要かを、心情的かつ具体的に把握できる。加えて、ピアサポーターはピアサポートを行う動機づけが高く、「恩返し」や「助けたい」気持ちで対象者を支える。これら「仲間的支援」と「熟達の支援」が生み出す安定感が対象者を地域へと導き、

退院実績数、新規対象者数、継続対象者数として現れたものと推測する。

2) ピアサポート全圏域導入群の事業実施体制の違い

次に、各自治体の地域移行支援事業における事業実施体制の違いであるが、第3章の調査結果から、「ピアサポーター数」「個別支援会議数」「精神科病院数」「事業該当精神科病院数」の4点で、主に、全圏域導入群と一部導入群の間で有意差が示された。本調査結果やこれまでに公開されている自治体の報告書等によれば、ピアサポートを全圏域で導入する自治体の傾向は、事業を要綱に添って実施し、要綱に明記されているピアサポーターを配置していること、事業協議会を定期的に行き、個別支援会議も持ち、ピアサポーターの参加もあること、ピアサポーターの役割は啓発活動から個別支援まで多岐にわたること、ピアサポーターに対して単価にもとづく謝金を支給するか、雇用の関係にあること、ピアサポーターの養成講座を実施し、人材を確保し、ピアサポーターへの相談体制を持ち、ピアサポーターが継続して支援に当たれる環境を維持していること、専門職の中で当事業の核になる人が存在し、医療機関の協力と、医療と地域の連携が取れていること等が示された。これらの事業実施体制があることで、全圏域導入群は「ピアサポーター数」や「精神科病院数」、「該当精神科病院数」で一部導入群との間に差が生まれたと思われる。また、全圏域導入群と未導入群では「個別支援会議開催数」に差があり、全圏域導入群では関係職種との連携のもと、密な支援をおこなっていることが考えられる。

これらの結果と、第2章の北海道の3地域差を関連づけて検討すると、A事業所の場合、地域移行に前向きな精神科病院はこれまでも専門職が退院支援を行っており、あえて事業を活用することへの理解がなかなか得られず、また、地域移行に消極的な病院は、周知に時間を要してきたため、精神科病院と地域事業所のネットワークがまだ十分に形成されていない点、地域移行推進員やピアサポート導入に消極的な点、会議等にピアサポーターの参加の理解が得られない点など、ピアサポーターも含めたチームアプローチ体制が確立していないことが窺えた。そのため、ピアサポーターが役割を担う機会が乏しく、ピアサポーターにしかできない生活上の具体的提案や同行支援など、専門職の隙間をぬい、専門職ではなかなか気づけない面での支援を実施する傾向があり、これを「隙間的支援」と捉えた。また、事業が円滑に進むには、事業を開始してからの年月や進展状況も関わり、A事業所は事業開始後まもないこともあり、医療機関の事業への理解が乏しく、医療機関と地域機関のネットワークが充分でなく調査時点では「周知徹底期」と考えられた。

一方、すでに精神科病院と地域事業所のネットワークがあるB地域はピアサポートの力が十分に活かされていた。B地域は住居資源に比較的恵まれ、対象者を地域に送り出すことが可能である。したがって、もとは退院希望のない入院者もゆるやかに事業の対象に変化し、ピアサポーターが地域生活を伝える役割を担っていた。また、B地域のピアサポートの特徴として、複数のピアサポーターが対象者を支援する。地域事業所等ではピアサポーターが主体的に活動できるようピアスタッフとして役割を設けることがあるが、役割の負担を考慮し、仕事を複数名で分担する支援のスタイルを取ることがあり、これを本論文では、「ワークシェアリング」と表現した。この体制は、ピアサポーターが就労や体調不良等で支援にあたれない場合にも、他のピアサポーターが関わることを可能とする。また、何らかの事情で信頼するピアサポーターが辞めても、他のピアサポーターたちが対象者と

の関係を維持でき、常に安定したサポートを提供できる利点があった。

地域移行支援事業の進展状況に関しては、B 地域は事業開始以前から医療機関と地域事業所の連携があり、チームで支援にあたる。また、ピアサポーターがチームで重要な役割を果たし、支援終了後も日常的な関わりが継続し、支援の全体が軌道に乗っていることから B 地域は「関係機関との連携期」と考えられた。

C 地域は医療機関、地域機関ともにピアサポーターに対する信頼が厚く、対象者の家族支援も任なう。ピアサポーターはピアサポーターならではの支援の効果を期待され、仕事を任されている。ピアサポーターが病棟内を自由に行動でき、看護師らに実力を認知され、地域の専門職の信頼も得、看護師からも地域事業所職員からも頼りにされ、医療と地域をつなぐ役割を果たすことができた。また、対象者の家族の不安を取り除くことに貢献し、対象者と家族の「つなぎ手としての役割」も十分に果たし得た。C 地域の例は状況が整えばピアサポーターが家族支援に関われる可能性を示唆するものであり、特に医療機関と地域事業所、家族と対象者の「つなぎ手としての役割」は大きい。C 地域の地域移行支援事業の進展状況は、安定的に医療機関と地域機関のネットワークが機能し、関係者の役割分担があり、ピアサポーターも役割の一翼を担う。特に、ピアサポーターの特性を把握し、信頼して仕事を任せており、「ピアサポートの役割確定期」と考えられた。

以上、北海道の 3 地域の比較からも、ピアサポートを積極的に導入できるところはピアサポートも含む事業実施体制が整っていた。

3) ピアサポート導入に必要な 4 要因

これらをまとめると、ピアサポート導入・拡大に必要な 4 要因、ないしはピアサポート導入の困難要因として、「ピアサポートのための人材確保」「ピアサポート導入のための体制づくり」「関係する専門職・行政職の理解」「ピアサポーターへの合理的配慮の必要性」が考えられた。今後、各自治体がピアサポートの導入を図るには、専門職や行政関係者が上記の実現に向け、ピアサポートを含めた体制づくりを具体的に進めることが必要と思われる。関係者が体制づくりをする時にも障害者権利条約の理解と尊重が欠かせないことは言うまでもない。

4) 地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画

最後に政策決定過程への障害のある人の参画については、第 4 章において、地方精神保健福祉審議会への精神に障害のある人の参画について取り上げた。その結果、都道府県の当事者委員の参画は約 3 割、政令市の当事者委員参画は約 4 割であった。また、障害のある人の参画に関し先進的な、複数の当事者委員を置く 3 政令市の結果からは、3 市とも審議会委員は、学識経験者、精神医療従事者、社会復帰事業者、当事者委員および家族委員の 4 種の人数のバランスを考慮した委嘱を行い、委員の参加要件に障害のある人が参画可能な文言をつけ、委嘱する当事者委員の代表性・公平性を考慮し、事前資料を配布するなどの配慮がみられた。こうした先進的な政令市がある一方、審議会の設置・開催が無い所や、委員の参加要件に当事者が含まれないことが当事者委員の参画を阻み、また、当事者の参画能力に関する不安について言及する自治体もあった。

これらのことから、第 4 章では全国の都道府県及び政令市の審議会での精神障害のある人

の参画の拡大に向け、①関係法及び審議会条例に障害のある人や家族の参画を明記すること、②障害のある人の意見は障害のある人から聴取し、家族を代弁者とせず、家族の意見も家族から聴取すること、③審議会主催者側や関係側の精神に障害のある人に対する理解、④当事者委員を複数ないしは過半数配置とすること、⑤委員の参画における代表性・公平性の担保、⑥当事者参画のための具体的な合理的配慮の実施、⑦審議会の議論の活発化を提示した。これらのことは、社会の理解と具体的な配慮があれば、障害のある人の審議会への参画が可能であり、こうした具体的な一つひとつを達成することにより、精神に障害のある人が主体的に権利を行使することへとつながると思われる。

第2節 再び、精神に障害のある人の「権利回復」

1. 専門職の関わり

これまで、国連が示す障害のある人の人権に関する宣言や条約等、中でも特に障害者権利条約は障害のある人を権利の主体と考え、社会の一員としてメインストリームに位置づけてきた。一方、わが国の障害者施策、中でも精神障害のある人の施策に関しては、明らかに人権侵害である社会的入院の問題がありつつも、「権利回復」に向けた動きがなかなか示されてこなかった。

精神の障害のある人の「権利回復」を考えるにあたり、これまで、わが国では全般的な権利意識の希薄と、精神に障害のある人に生じやすい自己決定からの回避についてはすでに触れた。これらはどのように払拭することができるだろうか。

本論の第2部第1章でピアサポーターとかかわりのある専門職は、ピアサポートを通して彼らの力を認識し、元入院患者としての見方から精神疾患の経験者、かつ地域生活者、かつ自分たち専門職の相談相手へと見方が変化したことが示され、ピアサポーターの「熟達的支援」に対する専門職の信頼が生まれていった。このような変化はピアサポートを「障害者」という枠の中で見るのではなく、チームアプローチの担い手の一人として見ていることによる。地域移行支援という共通の目標に向かって、力を出しあい、良い所を評価しあい、互いを尊重する姿勢である。互いの尊重は、互いの権利を侵害しないということでもあり、障害のある人の権利に対し意識を高めることになろう。このような関係者同士の理解があれば、ピアサポーターが仲間的支援と熟達的支援のスタイルを発揮し、地域移行支援事業のチームに確実に位置づけることができるだろう。声高に障害のある人の「権利回復」に向けた専門職の役割の提示ではないが、専門職と障害のある人の日常の身近な関わりの中に「権利回復」は存在すると考えられる。

一方、障害のある人の「権利回復」を考える上で避けて通れないのがスティグマの問題である。オリバーは、障害のある人が社会に受け入れられないのは社会が資本主義の経済構造を重視するために、生産に貢献できない障害のある人を隔離したことであると指摘した。星加は、障害は個人の身体的・知的・精神的機能不全に否定的な価値が社会から付与されることで、「内的過程を経て産出され、増幅される動的なもの」と考えた。つまり、障害は外から与えられる「否定的なサンクション」、いわゆるスティグマによって生じるもので、他者との関係性から成立すること、しかし、その結果、社会的活動への参加を主体的に断念すること、つまりスティグマの内化が示された。

本論文では権利侵害は経済に貢献できない人々を排斥する外的な要因と、障害のある人

自らが社会活動を断念し、「権利回復」を願わない内的要因の 2 つの複合要因により成立すると考えた。特に根が深いのは、後者の自分自身が自分に対して持つ否定感情である。この思いは動的に変化し、障害のある人は次第に権利の主体であることを諦めることがありえる。そのきっかけは外から与えられた「否定的なサンクション」ないしはスティグマによるものであったとしても、本人の中に内在化して以降は自分自身が「権利回復」への意欲を喪失することが生じる。

また、池原は精神医療において治療者優位、あるいは治療者が支配する関係が形成されやすいことを指摘し²⁾。精神疾患の場合は、スティグマの内在化がいつそう深刻である。池原は精神に障害のある人に焦点化した自己決定能力の喪失の説明もしたが²⁾、精神疾患ゆえに自己決定ができないとみなすことは、広い意味での星加の「否定的なサンクション」である³⁾。専門職が意図的にサンクションを与えていないとしても、本人の自己判断を待つ、あるいは、引き出すことへの十分な配慮をせず、専門職が結論を用意するなら、精神に障害のある人の主体性を奪い、社会的に障害を作り出す可能性はある。改善のためには、正常な判断が十分にできない人に対しても、周囲が、可能な限り時間をかけて関わり、いずれ正常に判断力できることを伝え続ける必要がある。

精神科病院の長期に及ぶ社会的入院者は、再び「自己決定」可能な、「主体」としての存在を取り戻す必要がある。本論の第 2 部第 1 章において、ピアサポートの支援の効果として「自発性の創出」が見出されたが、これは、実は非常に大きな意味を持つのである。地域移行に向け準備する中で、地域移行の対象者が機器類をうまく使用できない場合があった。その際、ピアサポーターは使用方法を伝え、「待つ」ことを繰り返した。また、その場でできなくても、いずれまた試みると考え、「あきらめない」姿勢を貫いた。ここにピアサポートの熟達した支援の技がみえるのである。

障害のある人の「権利回復」に関する要点をまとめると、1つは「否定的サンクション」の回避である。池原、星加の説明から、障害のある人の身近な人が「否定的サンクション」を与えることで、障害を生み出し、障害を固定することが有り得た。岩上の「専門職が精神障害のある人の自立を促進する立場を取りながらも、実は阻害していないかを自戒し、ピアサポートを導入した地域移行を積極的に進める必要を示した。⁴⁾ を、第 1 部第 2 章で示したが、障害のある人の「権利回復」の視点からも、専門職のあり方が問われる。

もう 1 点は、ピアサポートと協働でチーム支援をすすめることと、障害のある人の参画を前提に審議をすすめることである。地域移行支援のチームは対象者の退院をすすめるために協働し、審議会は障害のある人と共に議論を深めることである。これらは、障害者権利条約でも示されているソーシャル・インクルージョンの実現である。実際の支援の場や審議の場に障害のある人が含まれることが「権利回復」の近道であろう。

2. 精神に障害のある人に対する「意識向上」

精神に障害のある人が権利の主体であるためには、その具現化の一つとしてピアサポーターが支援の担い手として明確に位置づく必要があり、ピアサポート導入のための直接的な方略としては、地域移行支援事業の諸施策にピアサポートが明記されることが重要と思われる。たとえば、事業実施要項に「ピアサポーターを置くこととする」とし、「必要に応じ」などのあいまいな表現は避け、ピアサポートの導入を確実なものとするのである。

しかし、ピアサポートを必置とすれば、体制が整わないか、あるいはピアサポーターになりうる人材が見つからない自治体もあろう。人材の育成は、より以前からピアサポートを含む当事者活動等を積極的に進めておく必要がある。本論で繰り返し取り上げた 2003 年の厚生労働省精神保健福祉対策本部中間報告「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」の「ピアサポート（当事者による相談活動）、クラブハウス等の当事者活動や作業所活動等の支援」が進んでいれば、地域移行支援事業のピアサポートの担い手は育っていたはずである。したがって、上記の支援を早急に具体化させることが求められる⁵⁾。

また、もう 1 点として、2012 年 12 月に「新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見」が障害者政策委員会から発表された⁶⁾。この中の「IV 分野別施策の基本的方向 ①、医療、介護等【14 条】（1）医療について ①社会的入院及び強制医療の解消並びに地域移行について」の中で、入院者の削減に伴い精神科病院の経営が困難とならない政策的なバックアップや、精神障害者の強制入院や強制医療の廃止に向け、代わりになるシステムの開発・研究を障害者の参加を条件に行うことが明記された。

これまで地域移行支援事業がすすまない原因の一つに精神科病院が経営上の理由から退院させたがらないという大きな事情があった。この点の改善が期待できる方向性がようやく示されたことになる。また、強制入院・強制医療に代わるシステム形成にあたり、障害のある人の参画を得ることも示された。この 2 点はこれまでに比して大きな進歩と評価したい。しかし、厳しい見方をすれば、障害者基本計画の文言に沿うことは義務ではないことから、実現の確からしさは保障されない。したがって、精神科病院の経営をどのように保障するのか、強制入院・強制医療に変わるシステムとは何かを明確に示す具体的な検討に入ることがぜひとも必要である。

その上で、わが国の障害のある人の「権利回復」が実現するためには社会の人々の意識の向上が重要である。

障害者権利条約の第 8 条「意識向上」は以下のことを示す。

- 1 締約国は、次のための即時的、効果的かつ適切な措置をとることを約束する。
 - (a) 障害のある人の置かれた状況に対する社会全体（家族を含む。）の意識の向上、並びに障害のある人の権利及び尊厳に対する尊重の促進
 - (b) あらゆる生活領域における障害のある人に対する固定観念、偏見及び有害慣行（性及び年齢を理由とするものを含む。）との闘い。
 - (c) 障害のある人の能力及び貢献に対する意識の促進
- 2 このため、締約国が講ずる措置には、次のことを含む。
 - (a) 次のために、効果的な公衆啓発活動を開始し及び維持すること。
 - (i) 障害のある人の権利を受容する態度の育成。
 - (ii) 障害のある人に対する肯定的認識及び一層高い社会的意識の促進。
 - (iii) 障害のある人の技能、功績及び能力並びに職場及び労働市場への貢献に対する認識の促進。
 - (b) すべての段階の教育制度、特に幼年期からのすべての子どもの教育制度において、障害のある人の権利を尊重する態度を促進すること。
 - (c) すべての媒体（メディア）機関が、この条約の目的に合致するように障害のある人を描写するよう奨励すること。

(d) 障害のある人及びその権利に対する意識を向上させるための訓練計画を促進すること。

このように、第8条はあらゆる場面でこれまで障害のある人に向けられた差別等を取り除く意識の向上を社会の側に求めている。精神障害のある人に対してはこれまで「行動や権利を制限されるのは仕方ない」とすることがあり、それが、正しくないことを柳が指摘している⁷⁾。今一度、精神障害のある人への理解と受容が求められる。具体的には、ピアサポートの導入拡大や審議会への当事者参画を通して、行政担当者や専門職にありがちな精神障害のある人に対する思い込みを払拭し、同じ立場に立つ人々ととらえることであろう。

これまで保護の「客体」だった人が権利の「主体」になり、これまで世話をされる立場だった人が役割を任されることは非常に大きな意味があり、地域移行支援事業におけるピアサポートの導入と審議会への参画はことのほか重要であり、これまで本論で言及してきた通りである。

クーンの言うパラダイム・シフトは「既存のパラダイムでは説明できない非連続的な事象の出現」である⁸⁾。今後は障害のある人が発言力を増し、講演会などによる地域啓発活動のみならず、実践報告や学会発表等を多数生み出すと予想する。それが沸点に達し、これまでの専門職中心のあり方では立ち行かなくなり、障害のある人の声を聴き、彼らの力を充てにする時が本当のパラダイム・シフトである。その時に、専門職は障害のある人が示すものを共有し、彼らと共に精神保健福祉の新たな発展を築くことになろう。専門職と精神障害のある人が同じ立場で、互いに力を出しあい、精神に障害のある人の主体的な地域生活の実現を築くことが強く待ち望まれる。

第3節 今後の課題

これまで、ピアサポートの導入・拡大及び審議会への当事者参画状況に関しデータ収集を行ったが、今後に向けた大きな課題も明らかになった。1点目としてピアサポートの支援の効果を強調する視点が中心のため、ピアサポートのマイナス面についてはほとんど言及していない。ピアサポートは精神障害当事者が担う活動であることから、様々な場面でピアサポーターへの配慮が必要になることが十分に予想される。しかし、配慮の内容について詳述できるものを、本論文は持ち合わせていない。また、2点目として研究方法上の問題である。北海道の一部地域に限定したデータ収集であり、北海道は地域移行支援事業に積極的な自治体であることから、それを一般化することには困難があると思われる。また、第2部第3章で扱った都道府県の調査は、事業実施主体が各圏域の相談支援事業所の場合が多く、都道府県によっては事業実施状況の把握が不十分な場合はあり、データの精度の点で課題を残す。

もう1点として、精神に障害のある人が権利の主体であることを強調しすぎると、障害のある人の中でも能力の高い人を想定したと誤解を招くおそれがある。障害のある人の支援の効果の主張は、障害のある人の中に、力を持つ障害のある人と、力を発揮する際に多くのサポートが必要な障害のある人という二階層を生み出す可能性がある。力のある障害のある人は一般の人たちと同列に位置づくが、多大なサポートを受けざるを得ない人は再び権利の枠から外れ、権利回復がより困難な位置に追いやられることが起きうる。しかし、権利条約は障害のある人の範囲を限定せず、理念としてはどのような人も権利の主体とな

り得ると考える。本論は、障害の重い人も含め、「権利回復」を考えてきた。しかし、実際上、多くの配慮が必要な方々については踏み込んだ考察ができなかった。

今後は、引き続きピアサポートに関する全国各地のデータ収集に努め、可能な限り、各自治体の各圏域の地域移行支援事業実施主体に直接はたらきかけることを試みたい。これらの結果をもとに、ピアサポートの導入状況を確認し、より多面的にピアサポートの支援の効果と地域移行支援事業の体制づくりを検討する必要がある。また、これまでピアサポートを導入していなかった自治体が導入後、どのように変化したか、実績面、事業実施体制、ピアサポート体制等を調査することで、ピアサポートの支援の効果がより明確に示され、導入・拡大を図ることができると思われる。さらに、審議会への参画に関しては行政担当者と当事者委員に直接面接することにより、審議会への障害のある人の参画に必要な要件を、より鮮明に見出したいと考える。また、これらのデータ収集及び発表を通して、「精神障害のある人が権利の主体」であることを広く伝え、特に行政機関や現場の専門職に情報提供することが論文の書き手としての使命であると考えている。そのことを肝に銘じ、さらに、研究を進めて行くことを課題としたい。

引用文献

- 1) ドン・マッケイ講義録(2010)「障害者権利条約はこうして生まれた 私たちの社会を変えるために」『日本障害フォーラム』1-47.
- 2) 池原毅和(2002)「精神障害のある人の人権. 関東弁護士会連合会編, 精神障害のある人の人権」明石書店. 11-35.
- 3) 星加良司(2009)「障害とは何か ディスアビリティの社会理論に向けて」『生活書院』.
- 4) 岩上洋一(2010)「地域移行支援は地域の課題—精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して」『精神医療』57, 23-27.
- 5) 厚生労働省(2011)「(中間報告)精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向(平成15年5月15日)」『我が国の精神保健福祉, 平成23年度版』太陽美術. 460-466.
- 6) 障害者政策委員会(2012)「新「障害者基本計画」に関する障害者政策委員会の意見」. http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/seisaku_iinkai/pdf/kihon_keikaku/honbun.pdf
- 7) 柳尚夫(2012)「保健所に求められる地域精神保健における新しい役割: 地域移行・地域定着からアウトリーチまで(特集 精神障害者の地域移行からアウトリーチまで)」『保健師ジャーナル』68(4), 273-280.
- 8) Kuhn, Thomas.(1962) The Structure of Scientific Revolutions, University of Chicago Press.(=1971, 中山茂訳『科学革命の構造』みすず書房.)

記入年月日
記入者名
連絡先アドレス

精神障害者地域移行・地域定着支援事業に関する調査票 I

平成23(2011)年度についてお尋ねします。すべての項目の当てはまるものに御記入、または○をお付けください。

I ピアサポーターについてお尋ねします。

(注)主に事業実施要綱に沿った形で、精神の病を持つ人びとに支援をお願いする場合を指し、非常勤として雇用の関係にあるかは問いません。

問1 貴都道府県、政令市は当事業実施要綱を作成していますか。

- ①作成している ②作成していない

問2 当事業でピアサポーターを採用した理由（複数回答可）

- ① ピアサポーターを担える人材がいたため
② 先進地域の事業でピアサポーターの効果が示されていたため
③ 専門職等からピアサポーターの採用を積極的に勧められたため
④ 事業の実施要綱にそって、ピアサポーターを配置したため
⑤ その他(具体的に)

問3 ピアサポーターにはどのような役割をお願いしていますか（複数回答可）。

- 1) 対象者の支援開始前 ① 家族や一般へ向けた講演・啓発活動
② 入院患者や医療スタッフに向けた病院内説明会
③ その他：(具体的に)

- 2) 対象者の入院中 ① 同行支援 ② 体験通所の送迎
③ 体験入所の見守り ④ 引っ越し支援
⑤ その他：(具体的に)

- 3) 対象者の退院後 ① 施設通所時の見守り
② 服薬管理や病状管理に関する助言や支援
③ 公的機関や銀行の利用等、日常生活に関する助言や支援
④ 金銭管理に関する助言や支援
⑤ 福祉サービスの利用等についての助言や支援
⑥ 病状悪化時の助言や支援
⑦ その他(具体的に)

4) 事業での支援終了後

- ① 3) 同様の支援
 - ② 話し相手
 - ③ 趣味やレジャー~~④~~一歩助けを請うるプを通しての支援
 - ⑤ その他 (具体的に)
-

問4 ピアサポーターの雇用形態、または賃金

- ① 自治体の非常勤職員として時給で雇用している。 時給額_____
 - ② 最低賃金に基づかない時給を支給する。 時給額_____
 - ③ 交通費の支給 : 全額支給、一部支給 (どちらかに○)
 - ④ 飲食費等の支給 : 全額支給、一部支給 (どちらかに○)
 - ⑤ 金銭の支給はない。
 - ⑥ その他: (具体的に)
-

問5 ピアサポーター養成講座について

- 1) ピアサポーター養成講座の実施
 - ①実施している、 ②実施していない
 - 2) ①の場合の実施運営主体 : _____
 - 3) その他: (具体的に)
-

問6 ピアサポーターの採用方法について

- ① 行政機関がピアサポーターを公募し、応募者の中から選考する。
 - ② 地域活動支援センターのスタッフが推薦する人の中から選考する。
 - ③ ピアサポーター養成講座修了者で希望する人の中から選考する。
 - ④ その他: (具体的に)
-

問7 ピアサポーターのための定期研修について

- ①行っている (年に_____回)、 ②行っていない

問8 事業にかかわる専門職スタッフがピアサポーターの相談を受けたり、助言や指導を行う機会がありますか。

- ①行っている、 ②だいたい行っている、 ③あまり行っていない

問9 問8で①②に回答した場合、ピアサポーターの相談、助言、指導にあたるのは誰ですか。

- ①地域移行推進員、②①を除く地域活動支援センターのスタッフ、③医療機関の専門職
 - ④地域体制整備コーディネーター、⑤その他 (具体的に)
-

問10 当事者団体のメンバーが事業に関わることはありますか。

- 1) ある ①ピアサポーターとして関与、②事業の啓発活動に協力
③その他_____
- 2) ない
- 3) 今まではないが今後活用の予定がある。具体的には_____
- 4) 当事者団体の関与について把握していない。

II 当事業全体についてお尋ねします。各圏域ごとに御回答下さい。

各圏域名は記号や番号で表記いただき、事業実施主体には○をお付け下さい。
以下、該当する箇所に数字を御記入ください。

	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域
事業実施主体	行政機関・地域活動支援センター・その他（ ）							
事業協議会開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
個別支援会議開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
地域移行推進員数	人	人	人	人	人	人	人	人
ピアサポーター数	人	人	人	人	人	人	人	人
精神科病院数								
事業該当精神科病院数								
対象者の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
退院後の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
平成23年度の 新規対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
退院実績数	人	人	人	人	人	人	人	人
継続対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人

	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域
事業実施主体	行政機関・地域活動支援センター・その他（ ）							
事業協議会開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
個別支援会議開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
地域移行推進員数	人	人	人	人	人	人	人	人
ピアサポーター数	人	人	人	人	人	人	人	人
精神科病院数								
事業該当精神科病院数								
対象者の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
退院後の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
平成23年度の 新規対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
退院実績数	人	人	人	人	人	人	人	人
継続対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人

	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域
事業実施主体	行政機関・地域活動支援センター・その他（ ）							
事業協議会開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
個別支援会議開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
地域移行推進員数	人	人	人	人	人	人	人	人
ピアサポーター数	人	人	人	人	人	人	人	人
精神科病院数								
事業該当精神科病院数								
対象者の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
退院後の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
平成23年度の 新規対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
退院実績数	人	人	人	人	人	人	人	人
継続対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人

Ⅲ 当てはまるものに御記入、または○をお付けいただき、自由記述部分にも御記入下さい。

問 1 1 個別支援会議の構成員をお知らせください。（複数回答可）

- 1) 医療スタッフ：①精神科医、②看護師、③精神保健福祉士、④その他（_____）
- 2) 地域スタッフ：①地域移行推進員、②ピアサポーター、③その他（_____）
- 3) 行政スタッフ：①市町村事務職員、②保健師、③その他（_____）
- 4) その他の関係者 体的に) _____

問 1 2 ピアサポーターは当事業の中でどのような役割を果たしていますか。また、十分、力を発揮していますか。

問 1 3 ピアサポーターを当事業で役立てる上で困難となることがあればお教え下さい。

以上お尋ねした以外で、貴都道府県、政令市が、ピアサポーターの導入に向け、取り組んでいることがあればお教えください。

尚、事業実施要綱や事業にかかわる具体的な資料がございましたら、ぜひ、お送りいただきたく存じます。どうぞよろしく願いいたします。

御協力ありがとうございました。

記入年月日

記入者名

連絡先アドレス

精神障害者地域移行・地域定着支援事業に関する調査票 II

平成23(2011)年度についてお尋ねします。すべての項目の当てはまるものに御記入、または○をお付けください。

I ピアサポーターについてお尋ねします。

問1 貴都道府県、政令市は当事業実施要綱を作成していますか。

- ① 作成している、 ② 作成していない

問2 当事業でピアサポーター(注)を採用した理由(複数回答可)

(注)主に事業実施要綱に沿った形で、精神の病を持つ人びとに支援をお願いする場合を指し、非常勤として雇用の関係にあるかは問いません。

- ① ピアサポーターを担える人材がいたため
② 先進地域の事業でピアサポーターの効果が示されていたため
③ 専門職等からピアサポーターの採用を積極的に勧められたため
④ 事業の実施要綱にそって、ピアサポーターを配置したため
⑤ その他(具体的に)

問3 ピアサポーターにはどのような役割をお願いしていますか(複数回答可)。

- 1) 対象者の支援開始前 ① 家族や一般へ向けた講演・啓発活動
② 入院患者や医療スタッフに向けた病院内説明会
③ その他:(具体的に)

- 2) 対象者の入院中 ① 同行支援
③ 体験入所の見守り
⑤ その他:(具体的に)

- 3) 対象者の退院後
- ① 施設通所時の見守り
 - ② 服薬管理や病状管理に関する助言や支援
 - ③ 公的機関や銀行の利用等、日常生活に関する助言や支援
 - ④ 金銭管理に関する助言や支援
 - ⑤ 福祉サービスの利用等についての助言や支援
 - ⑥ 病状悪化時の助言や支援
 - ⑦ その他（具体的に）
-

4) 事業での支援終了後

- ① 3) 同様の支援
 - ② 話し相手
 - ③ 趣味やレジャー活動を通じた支援
 - ④ 一斉助成金を通じた支援
 - ⑤ その他（具体的に）
-

問4 ピアサポーターの雇用形態、または賃金

- ① 自治体の非常勤職員として時給で雇用している。時給額_____
 - ② 最低賃金に基づかない時給を支給する。時給額_____
 - ③ 交通費の支給：全額支給、一部支給（どちらかに○）
 - ④ 飲食費等の支給：全額支給、一部支給（どちらかに○）
 - ⑤ 金銭の支給はない。
 - ⑥ その他：（具体的に）
-

問5 ピアサポーター養成講座について

- 1) ピアサポーター養成講座の実施
 - ①実施している、
 - ②実施していない
 - 2) ①の場合の実施運営主体：
 - 3) その他：（具体的に）
-

問6 ピアサポーターの採用方法について

- ① 行政機関がピアサポーターを公募し、応募者の中から選考する。
 - ② 地域活動支援センターのスタッフが推薦する人の中から選考する。
 - ③ ピアサポーター養成講座修了者で希望する人の中から選考する。
 - ④ その他：（具体的に）
-

問7 ピアサポーターのための定期研修について

- ①行っている（年に_____回）、 ②行っていない

問8 事業にかかわる専門職スタッフがピアサポーターの相談を受けたり、助言や指導を行う機会がありますか。

- ①行っている、 ②だいたい行っている、 ③あまり行っていない

問9 問8で①②に回答した場合、ピアサポーターの相談、助言、指導にあたるのは誰ですか。

- ①地域移行推進員、②①を除く地域活動支援センターのスタッフ、③医療機関の専門職
④地域体制整備コーディネーター、⑤その他（具体的に）
-

問10 当事者団体のメンバーが事業に関わることはありますか。

- 1) ある ①ピアサポーターとして関与、 ②事業の啓発活動に協力
③その他
-

2) ない

3) 今まではないが今後活用の予定がある。具体的には

4) 当事者団体の関与については把握していない。

問11 個別支援会議の構成員をお知らせください。（複数回答可）

1) 医療スタッフ：①精神科医、②看護師、③精神保健福祉士、④その他（_____）

2) 地域スタッフ：①地域移行推進員、②ピアサポーター、③その他（_____）

3) 行政スタッフ：①市町村事務職員、②保健師、③その他（_____）

4) その他の関係者：

Ⅱ 当事業全体についてお尋ねします。各圏域ごとに御回答下さい。

各圏域名は記号や番号で表記いただき、事業実施主体には○をお付け下さい。
以下、該当する箇所に数字を御記入ください。

	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域
事業実施主体	行政機関・地域活動支援センター・その他（ ）							
事業協議会開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
個別支援会議開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
地域移行推進員数	人	人	人	人	人	人	人	人
ピアサポーター数	人	人	人	人	人	人	人	人
精神科病院数								
事業該当精神科病院数								
対象者の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
退院後の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
平成23年度の新規対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
退院実績数	人	人	人	人	人	人	人	人
継続対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人

	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域	___圏域
事業実施主体	行政機関・地域活動支援センター・その他（ ）							
事業協議会開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
個別支援会議開催回数/年	回	回	回	回	回	回	回	回
地域移行推進員数	人	人	人	人	人	人	人	人
ピアサポーター数	人	人	人	人	人	人	人	人
精神科病院数								
事業該当精神科病院数								
対象者の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
退院後の平均支援期間	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月	ヶ月
平成23年度の新規対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
退院実績数	人	人	人	人	人	人	人	人

継続対象者数	人	人	人	人	人	人	人	人
--------	---	---	---	---	---	---	---	---

Ⅲ ピアサポーターを採用していない圏域についてお尋ねします。

問 1 2 当事業でこれまでピアサポーターを採用していない圏域で今後採用の予定はありますか。

- 1) ①ある（ 年頃を予定）、②採用したいが時期は未定、 ③予定はない
 2) 1) で①の場合、何圏域で採用しますか。 圏域数：_____ 箇所

問 1 3 これまでピアサポーターを採用しなかった理由(複数回答可)

- ①ピアサポーターを担える人材がいなかった
- ②専門職だけで事業を行なえる
- ③ピアサポーターを採用した先進地域の例を知り、疑問を持った
具体的に
- ④予算の関係でピアサポーターの採用は難しい
- ⑤ピアサポーターを活かすしくみが整っていない
具体的に
- ⑥その他（具体的に） _____

Ⅳ 自由記述部分に御記入下さい。

問 1 4 ピアサポーターは当事業の中でどのような役割を果たしていますか。また、十分、力を発揮していますか。

問 1 5 ピアサポーターを当事業で役立てる上で困難となることがあればお教え下さい。

問16 以上お尋ねした以外で、貴都道府県、政令市が、ピアサポーターの活用に向け、取り組んでいることがあればお教えてください。

尚、事業実施要綱や事業にかかわる具体的な資料がございましたら、ぜひ、お送りいただきたく存じます。どうぞよろしくお願いいたします。

御協力ありがとうございました。

Ⅱ ピアサポーターについてお尋ねします。

問1 当事業でピアサポーターを採用する予定はありますか。(注)

(注)主に事業実施要綱に沿った形で、精神の病を持つ人びとに支援をお願いする場合を指し、非常勤として雇用の関係にあるかは問いません。

①ある(年頃を予定)、②予定したいが時期は未定、③予定はない

問2 これまでピアサポーターを採用しなかった理由について(複数回答可)

- ①ピアサポーターを担える人材がいなかった
- ②専門職だけで事業を行なえる
- ③ピアサポーターを採用した先進地域の例を知り、疑問を持った

具体的に

-
- ④予算の関係でピアサポーターの採用は難しい
 - ⑤ピアサポーターを活かすしくみが整っていない

具体的に

⑥その他(具体的に)

問3 ピアサポーター養成講座について

- 1) ピアサポーター養成講座の実施
 - ①実施している、②実施していない
- 2) ①の場合の、実施運営主体は
- 3) その他(具体的に)

問4 当事者団体のメンバーが事業に関わることはありますか。

- 1) ある ①事業の啓発活動に協力

