

〈論文〉

入院治療中心から地域生活へ ——なぜ精神障害の政策目的は実現しないのか——

竹村 忠憲

目 次

はじめに

第1章 我が国における精神障害者施策の歴史的背景

第1節 我が国における精神障害者施策

第2節 障害者における権利擁護の思想と政策の歴史

第2章 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の10年間
での変化について第1節 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の有効
性第2節 精神病床の人員配置と経済性（精神科病院の
経営構造的入院患者依存体質）

第3節 精神科患者の増加

第4節 入院治療の有効性

第5節 精神障害に対する地域での受け入れ拒否感

第3章 精神障害者施策が真の実効性を得るためには

第1節 精神障害者アウトリーチ

第2節 アウトリーチの手法の地域での実践

第3節 欧米諸国の政策から

第4節 精神障害者の地域での活動拠点

第4章 今後の精神障害施策について

第1節 地域における支援体制の構築にかかる経済性
とシステムの効率化

第2節 地域住民の意識変革

第3節 医療と福祉の融合

おわりに

はじめに

現行の精神保健福祉関係法は「入院医療中心から地域生活中心へ」を基本目的としている。しかし、現実には展開されている精神障害者に関する施策の実効性は、精神病院の入院患者の減少を招いていないことから、基本目的と合致しているとは言いがたい。本稿では、両者間に齟齬が生じる原因と解決する手段の糸口を探ることを目的とした。

我が国において明治以降の精神障害者の関連法がどのように推移してきたか、普遍的流れである第二次世界大戦後の障害者の権利に対する条約と、その影響下での日本における障害者関係施策の整備について、精神障害者が強制入院という人権侵害を解消するための具体的な手法、およびそれを実行するための法整備を含めたアプローチについて考察した。

まず、第1章においては、我が国における精神障害

者施策の歴史的背景をもう一度確認し、現在に至るまでの経緯をまとめる。ついで、国連の障害者権利条約の批准に至って、我が国ではどのような法整備がなされてきたかを概観し示す。

精神障害者は長い間、人権的配慮を得られない社会における危険な存在であり、隔離的な方法で長い期間多くが対応されてきたが、第二次世界大戦後の障害者に対する基本的な考えとしての「ノーマライゼーション」とその考え方から発展した国連による「障害者権利条約」は我が国における精神障害者施策においても多大な影響を与えていたことを示す。

第2章では、我が国における精神障害者にかかる具体的施策である「精神保健医療福祉の改革ビジョン」はこの10年間でどのような効力を期待され、なぜ効果が得られないかを考察する。

近年10年間に於いて、精神疾患の入院患者は30万人を推移しており、長期入院患者に至っては20万人とその約3分の2を占めていることより、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、10年経っても大きな効力を発していない。その原因として、精神病床の人員配置と経済性（精神科病院の経営体質である入院患者依存構造）、精神患者の増加、入院治療の有効性、および精神障害に対する地域での受け入れ拒否感（犯罪事件に対するメディアの取り上げ方）の4つが考えられる。

そこで、第3章ではどのような具体的方法によって、精神障害者を入院隔離ではなく、地域で生活を送れるようになるのかを論じる。

精神障害者施策が真の実効性を得るために、まずACT（Assertive Community Treatment：包括的地域生活支援）の地域での実践、その実効性について論じる。次に諸外国の例としてイタリアの政策を取り上げ、施策理念の正当性と実効性について考察する。

また、日本において、1980年代以降、共同作業所、授産施設、そしてグループホームや地域活動センター、サロン事業などとして、精神障害者の地域生活における基盤整備の取り組みは続いているが、地域における精神障害者の福祉サービスが不足している現状について考察する。

第4章では前章で述べた法律の整備、具体的方法論、そしてその根底に関わる障害者に対する基本的な人権保障を踏まえ、今後の精神障害施策について考察する。

退院促進についての報償額を入院の継続と比較して

多く算出するシステムの構築、地域での生活を維持するための財源を医療報酬から捻出し、入院に依存しなくても経済的な優位性を得られるような「政策誘導」について述べる。

また、高齢者施策である「地域包括ケアシステム」を精神障害者の地域ケアに利用するというアイデアを取り上げる。

最終章では、グローバル経済による厳しい競争と経済効率重視の社会における精神障害福祉の推進のための条件として、政策としてその経済性へのテコ入れ、市民の意識変革による地域生活の受け入れを取り上げ、それらの具体的推進条件について考察する。精神障害者を取り巻く社会にその枠組みを示す思想を持った法整備とその実効性に関して、政策のあり方についての提言をおこなう。

第1章 我が国における精神障害者施策の歴史的背景

第1節 我が国における精神障害者施策

我が国の精神障害者の施策を振り返ると、明治期から一貫して、障害者自身の意思に反して強制入院を余儀なくされてきた歴史が繰り返されている¹⁾。それ以前は全く法的規制のないまま推移しており、精神病の治療は加持祈祷に頼り、大多数の患者は私宅に監置されてきた。

明治33年（1900年）に精神障害者の保護に関する最初の法律である「精神病患者監護法」が施行されたが、同法は治安要請の強い「私宅監置」を中心としたものであった。明治から大正になり、我が国はようやく近代国家としての体制を整え、精神障害者対策を監護から医療へと進化させる必要から、大正8年（1919年）に「精神病院法」を制定し、都道府県に公立精神科病院を設置して地方長官に患者を入院させる権限を付与する制度を創設した。各県に公立精神科病院を設置する計画は予算不足のため現実化しなかったが、昭和15年（1940年）には公私の精神病床は約2万5千床にまで増加した。しかし、第二次世界大戦中は精神障害者の精神病棟での保護は全く顧みられず、戦火による消失や経営難による閉鎖で、終戦時には精神病床は約4千床にまで減少した。

戦後は新憲法の理念をふまえ、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入や、公衆衛生の向上を国の責務とする考え方が導入され、1950年に「精神障害者に対する適切な医療及び保護」を主な目的とする「精神衛生法」が制定された。同法では私宅監置制度を廃止し、都道府県に対する精神科病院の設置の義務付け、精神障害者を拘束するか否かを決定するための精神衛生鑑定医制度の新設、精神障害の発生予防、国民の精神的健康の保持向上のため精神衛生相談所や訪問指導を規

定する等、強制入院等の隔離的政策を極力排する考えがとられた。しかしながらこの法律下にあっても、昭和30年から40年代には精神科入院病棟が大幅に増設され、私宅監置に代わる病院への隔離的政策が推進される結果となった。その後、1987年の「精神保健法」の成立および改定を経て、1995年に現法である精神保健福祉法が成立し、2005年には精神保健福祉法の一部改正が実施された。下記に日本における精神科医療の歴史年表を示す。（表1）

このように、精神医療関係の歴史では、精神障害者は私宅にて閉じ込められている状況が明治以降続き、その後は精神科病院での収容治療という名のもとの監禁が長く続いてきた。ようやく1987年に制定された「精神保健法」によって社会復帰の推進という方向性を初めて得られたことになる。

もともと精神障害者は、社会に害を与える危険な存在として代々の政治権力によって社会から隔離されており、日本国が海外列強諸国と肩を並べるためにも存在してはいけない者たちであった。私宅監置から病院への収監に変化をしたとしても、第二次大戦後の復興時代、高度成長期においてもやはり同じような「危険な社会に害を与える存在」として政治的には取り扱われていたといえる。

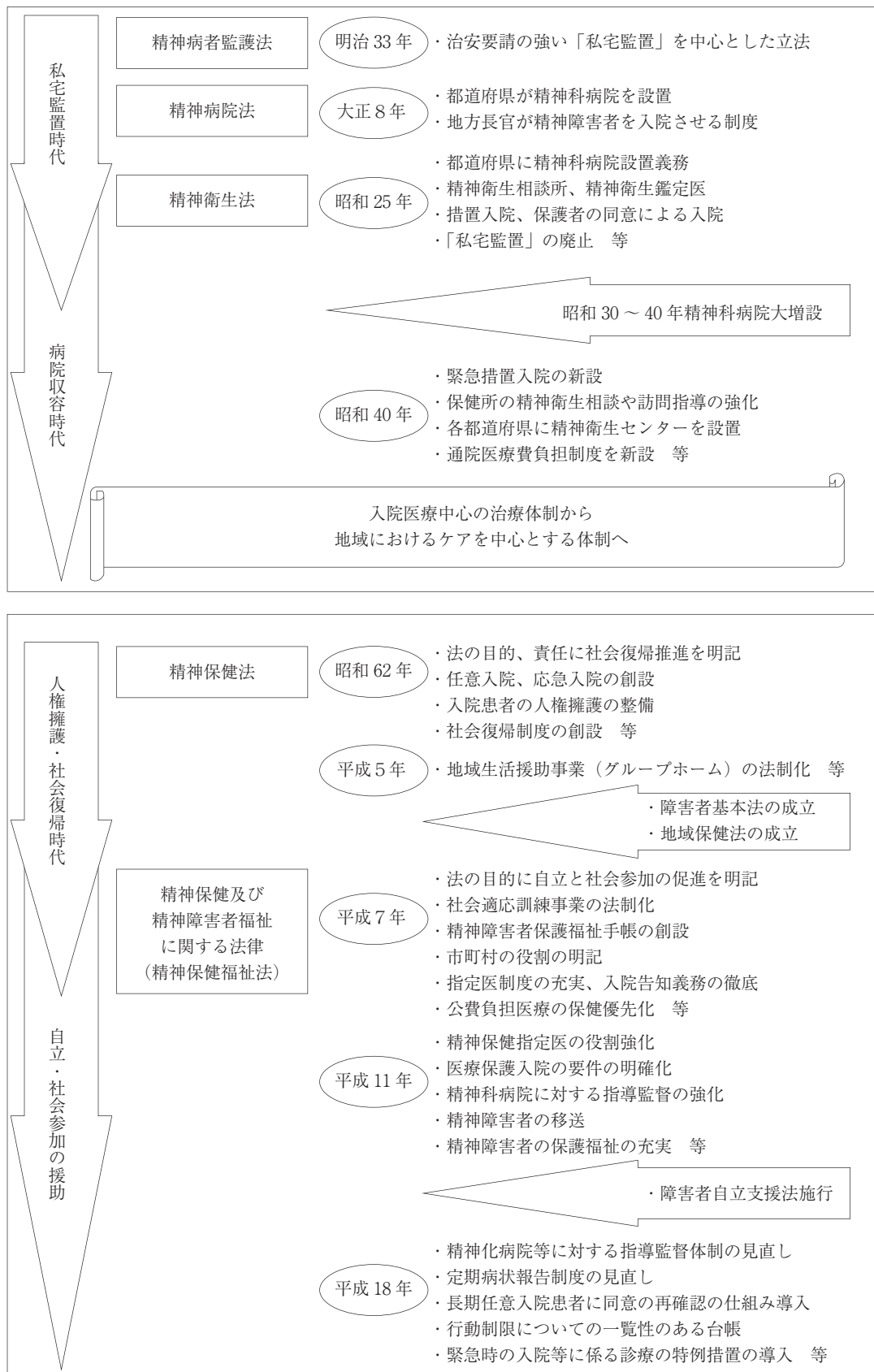
現行の精神保健福祉法は2004年9月に厚生労働省精神保健福祉対策本部より示された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を踏まえている。同改革ビジョンは「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める、ということが謳われている²⁾。第二次世界大戦後60年近く経て、ようやく精神障害者の人権が政府によって認められたことになる。

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、基本方針に基づき、以下の3点を達成目標として、具体的な数値目標を明記している。

- ① 精神疾患は生活習慣病と同じく誰もががかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする。
- ② 各都道府県の平均残存率³⁾（1年未満群）を24%以下とする。各都道府県の退院率（1年以上群）を29%以上とする。（この目標の達成により10年間で約7万床相当の病床数の減少が促される）
- ③ 国、都道府県、市町村の計画的な取り組みとして、これを概ね10年後に達成する。

この中の「国民意識の変革の達成目標」の考え方は、国民が「精神疾患を正しく理解し、態度を変え行動するという変化が起きるよう、精神疾患を自分自身の問題として考える者の増加を促す。」というものであり、具体的には「当面（改革第一期）の重点施策群として

表 1

(精神科医療総合サイト e ラポールより引用 <https://www.e-rapport.jp/law/welfare/02.html>)

「こころのバリアフリー宣言」⁴⁾が、国民的な運動となるよう地方自治体や各界各層に広く呼びかけ、必要な精神障害者理解に対する協力を行う、としている。

具体的には、8つのキーワードとして以下の8点をあげている。

- ① 精神疾患を自分の問題として考えていますか
- ② 無理しないで、心も体も
- ③ 気づいていますか、心の不調
- ④ 知っていますか 精神疾患への正しい対応
- ⑤ 自分で心のバリアを作らない
- ⑥ 認め合おう、自分らしく生きている姿を
- ⑦ 出会いは理解の第一歩
- ⑧ 互いに支えあう社会作り

このキーワードが示すように、精神疾患は特別な人がかかる病気ではなく、環境の変化によって誰でもが陥る心の状態であることが強調されている。そのことを踏まえて、毎年10月末の精神保健福祉週間等を中心として政府公報や公共広告、マスメディアの特集等で、集中的に知識を広く情報発信するような取組を進めている。また、検討会でとりまとめた主体別の取組を総合的に進めるため、国は障害に関する正しい知識の普及啓発に係る都道府県等の取り組みを支援し、地域単位での政策決定の場への当事者の参画の推進を図っている。これらの目標は各都道府県を中心に広報されている。

精神保健医療福祉行政の経緯についてまとめると、表2のようになる。政策の基調は精神医療の場を病院に限定するのではなく、「入院中心から地域生活中心

へ」を基本理念として、保健・福祉と一体的にとらえるところにある。

第2節 障害者における権利擁護の思想と政策の歴史 (ノーマライゼーションの思想から障害者権利条約まで)

病院中心から地域生活中心への施策の背景の基本には障害者に対する差別禁止を促進する世界的潮流がある。その流れは日本の障害者施策にも大きな影響を与えてきた。以下に国際的な権利擁護のうねりの経緯について示す。

(1) 障害者福祉におけるノーマライゼーションの思想

障害者の問題は世の東西を問わず、差別と偏見の歴史の中にあるといっても過言ではない。1950年代の後半に、デンマークの N. E. Bank-Mikkelsen は、知的障害者の入所施設における生活がきわめて非人間的な環境にあることを問題とし、知的障害者の生活条件を一般市民と同じにすべきであるという「ノーマライゼーション」の考え方を打ち出した。これは、知的障害者が「あたりまえの」「普通の」生活を送る権利があり、その生活を支える社会を構築する必要がある、ということの意味している。この「ノーマライゼーション」の考え方が現在の世界共通の障害者福祉を支える理念となっている。また、今日では障害者福祉の理念にとどまらず、社会福祉の理念としてもこのノーマライゼーションの考え方が浸透してきている⁵⁾。

表2

2002年12月	社会保障審議会障害者部会精神障害者分会報告書 「今後の精神保健医療福祉施策について」
2003年5月	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」 ・厚生労働省として取り組むべき重点施策を、普及啓発、精神医療改革、地域生活の支援、「受け入れ条件が整えば退院可能」な7万2千人の対策として、普及啓発、精神病床等、地域ケア等の3つの検討会開催を決める
2003年9月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向」
2004年3月	厚生労働省障害保健福祉部 「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」報告書
2004年8月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会」最終まとめ
2004年8月	厚生労働省障害保健福祉部 「精神病床等に関する検討会」最終まとめ
2004年9月	厚生労働省精神保健福祉対策本部報告 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」 ・「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年で進めるとして達成目標を示した。「受け入れ条件が整えば退院可能な者（約7万人）」についても併せて10年後の解消を図ることとした。

(厚生労働省ホームページより)

ノーマライゼーションを世界で初めて提唱したのは前記のデンマークの N. E. Bank- Mikkelsen であるが、デンマークの社会省担当官であった彼は、隔離的保護的で劣悪な環境の巨大施設に収容されている知的障害児者の処遇の実態に心を痛め、1951年に発足した知的障害者の親の会の活動に共鳴し、そのスローガンが法律として実現するように尽力した。彼が推進力となって作られた「1959年法」は、ノーマライゼーションという言葉が世界で初めて用いられた法律である。1963年にスウェーデン知的障害児者連盟（FUB）の B. Nirje は、デンマークの1959年法の前文にある「知的障害者ができるだけノーマルな生活を送れるようにする」という言葉に出会い、その言葉を当時のスウェーデンとデンマークでの施設の状態を批判する文書で引用した。B. Nirje は、「知的障害者は、ノーマルなリズムにしたがって生活し、ノーマルな成長段階を経て、一般の人々と同等のノーマルなライフサイクルを送る権利がある」とし、ノーマライゼーションを原理として提示した。彼の原理は8つの原則として示されている⁶⁾。

この考え方は次第に浸透し、1971年の国連にて知的障害者権利宣言」が採択され、1975年の「国連障害者権利宣言」の土台となり、1981年の「国際障害者年」のテーマを「完全参加と平等」とした国連決議へとつながってゆく。北欧の知的障害者の領域から広がったこの概念は、今日では広く障害者福祉全体の基本的な概念のひとつになっている。

(2) 「障害者の権利に関する条約」について

2006年12月の国連総会で、「障害者の権利に関する条約」(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)、いわゆる「障害者権利条約」(略称)が採択された。障害者権利条約は障害者に関する初めての国際条約で、障害者の人権や基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進するため、障害者の権利を実現するための措置等を規定している。その内容は前文および50条からなり、市民的・政治的権利、教育・保健・労働・雇用の権利、社会保障、余暇活動へのアクセスなど、障害者の権利実現のための取組を締約国に対して求めている⁷⁾。

1975年に、日本も共同提案国となり、障害の種別や程度を問わずあらゆる障害のある人を対象とする「障害者の権利宣言」が採択され、翌年には、1981年を「国際障害者年」とすることが決議された。1982年には、「障害者に関する世界行動計画」、「国連障害者の十年」(1983年～1992年)の宣言が採択された。1993年には、「障害者の機会均等化に関する標準規則」が採択され、障害者の社会的障壁を取り除くべきとの理念が示された。その間、国連では障害者差別撤廃のための条約作成を提案する動きもあったが、コンセンサ

スを得るに至らず、最終的に、2001年12月の国連総会にて、メキシコが提案した「障害者の権利及び尊厳を保護・促進するための包括的総合的な国際条約」決議が採択された。この決議で、同条約に関する諸提案について検討するため、すべての国連加盟国及びオブザーバーに開かれた「アドホック委員会」が設置された。アドホック委員会では、障害者団体も同席し、発言する機会が設けられた⁸⁾。2006年12月13日、障害者権利条約が国連総会で採択された。国連総会で条約が採択された翌年の2007年9月28日、日本は国連本部で障害者権利条約に署名し、2008年5月3日には、条約の発効条件が整い、障害者権利条約が正式に発効した。

(3) 社会福祉の基礎構造改革と障害者福祉関係法の推移

日本国内では、2000年から社会福祉の基礎構造改革が行われている。社会福祉基礎構造改革は、戦後間もなくして作られた従来の社会福祉制度の見直しのもとで法律改正をおこなった1990年の老人福祉法等八法改正の系譜を引き継ぎながら、90年代の少子・高齢化の新たな進展、家族機能や就業構造の変化、日本経済の低成長への移行という状況の変化に加え、社会保障構造改革、児童福祉法の改正、介護保険の創設などのさまざまな動きを考慮に入れて、21世紀型の社会福祉の構築をはかろうとするものであった。この改革では、今後の社会福祉は、自己責任原則を前提として、すべての国民を対象に自らの責任で生活を維持できなくなった場合に社会連帯の考え方に立った支援をおこなうものとされ、その基本的理念として個人が人としての尊厳をもって、家族や地域の中で、その人らしい自立した生活と社会参加ができるよう支援することとしている。

この改革を受けて、障害者関係法としては、2003年4月制定の支援費制度⁹⁾、障害者自立支援法(2006年4月)を経て、障害者総合支援法の成立(2012年6月)に至っている。

福祉関係法案の変遷について(表3)にてまとめる。

表3

1989年3月	福祉関係3審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について—健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言」
1990年6月	「老人福祉法の一部を改正する法律」公布・施行、これにより社会福祉関係8法(老人福祉法、身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法)の一部改正
1997年11月	社会福祉事業等のあり方に関する検討会による「社会福祉の基礎構造改革について(主要な論点)」の取りまとめ

1999年 4月	厚生省「社会福祉基礎構造改革について（社会福祉事業法等改正法案大綱骨子）」
1999年	「社会福祉事業法等一部改正法案大綱」
2000年 4月	「地方分権一括法」
2000年 5月	「介護保険法」施行
2000年 5月	「社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律案」（社会福祉事業法等改正一括法案）成立・公布
	・社会事業法→社会福祉法・支援費制度導入決定
2003年 4月	支援費制度施行、指定事業制度
2003年 6月	障害者基本法一部改正
2004年12月	発達障害者支援法成立、改正児童福祉法成立
2005年 6月	介護保険法改正成立
2005年11月	障害者自立支援法成立（2006年 4月一部施行、10月より本格施行）

また、障害者権利条約の締結に先立ち、国内法の整備をはじめとする諸改革を進めるべきとの障害当事者等の意見も踏まえ、政府は2009年12月、内閣総理大臣を本部長、全閣僚をメンバーとする「障がい者制度改革推進本部」を設立し、条約締結に向けて集中的に国内法制度改革を進め、障害者基本法の改正（2011年8月）、障害者差別解消法の成立および障害者雇用促進法の改正（2013年6月）など、障害者のための様々な制度改革が行われた。

2013年6月の障害者差別解消法¹⁰⁾の成立をもって、ひと通りの国内法整備の充実がなされたことから、同年10月、国会において条約締結に向けての議論が始まり、2013年11月19日の衆議院本会議、12月4日の参議院本会議において、全会一致で障害者権利条約の締結が承認された。これを受けて2014年1月20日、日本は140番目の締約国となった。

しかし、障害者権利条約（略称）批准までなぜ7年もの時間がかかったのだろうか。これは、国内法が条約の求める水準以下であったために国内法の改正を先行させる必要があったためと考えられる。つまり、条約の実行に対しての根拠法が十分でなかったのである。

このように国際的な障害者に対する権利、差別解消に対する理念の浸透は後追いながら日本にも影響を与えている。

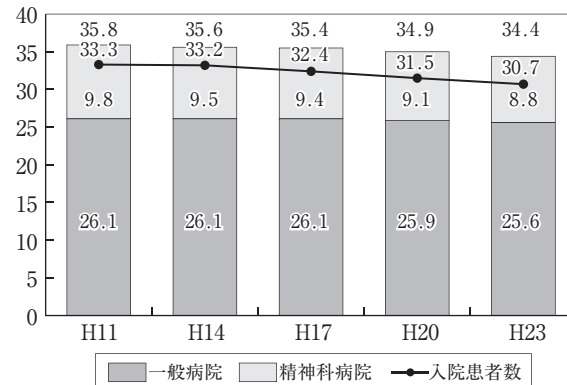
第2章 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の10年間での変化について

第1節 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の有効性

「障害者の権利に関する条約」や「精神保健医療福祉の改革のビジョン」はこの10年間で有効性が発揮されたのであろうか。

精神保健分野のデーター（図1）を見ると、近年10年間において、精神疾患の入院患者はほとんど減少し

（万床） 図1 精神病床数および入院患者数の変化
（万人）



厚生労働省ホームページより

ておらず、また、国民の意識にも大きな変革が生まれていないことがわかる。

厚生労働省が発表した『「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて（2014年7月）¹¹⁾』では、2004年9月に策定した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に基づき、様々な施策を行ってきたものの、精神科入院医療の現状は以下のとおりとなっており、依然課題が多いと次のように指摘している。

- 精神病床の人員配置基準は、医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）上、一般病床よりも低く設定されている。
- 1年以上の長期入院精神障害者は約20万人（入院中の精神障害者全体の約3分の2）であり、そのうち毎年約5万人が退院しているが、新たに毎年約5万人の精神障害者が1年以上の長期入院に移行している。
- 長期入院精神障害者は減少傾向にあるが、65歳以上の長期入院精神障害者は増加傾向となっている。
- 死亡による退院が増加傾向となっている（年間1万人超の長期入院精神障害者が死亡により退院）。

この指摘からも分かるように、日本の精神障害施策の実態は、その理念とは裏腹に、依然として地域を単位とする保健・福祉と連携した取り組みは弱く、病院による医療中心に展開されている。

では、なぜ、精神障害者施策は地域を単位とした保健・福祉と一体とした施策の転換が進まないのでしょうか。次節においてその原因の考察をおこなう。

第2節 精神病床の人員配置と経済性（精神科病院の経営体質である入院患者依存構造）

まず、入院病床数がなぜ減少していかないかを考えると、精神科病院の経済的優位性が挙げられる。すなわち、他の疾患と比較して入院にかかる経済効率が優れているということである。

具体的なメディカルスタッフの最低基準について図2、3に示す。

図 2

		一般病病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床	外来患者
				※1	※2			
人員 配置 基準	医 師	16 : 1	48 : 1	16 : 1	48 : 1	16 : 1	16 : 1	40 : 1
	看護職員※3	3 : 1	4 : 1※4	3 : 1	4 : 1※2	4 : 1	3 : 1	30 : 1
	看護補助者	—	4 : 1※1	—	—	—	—	—
	薬剤師	70 : 1	150 : 1	70 : 1	150 : 1	70 : 1	70 : 1	処方せん 75枚 : 1

※1 内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院並びに大学附属病院

※2 ※1以外の病院は、当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1でも可

※3 看護職員（看護師、准看護師）

※4 平成24年3月31日までは、6:1でも可

図 3

	精神科病院（右記以外）	一般病院併設精神病床（図1の※1）
医 師 数	$(A - 52) / 16 + 3$ $A = \text{入院患者数} / 3 + \text{外来患者数} / 2.5$	$(B - 52) / 16 + 3$ $B = \text{入院患者数} + \text{外来患者数} / 2.5$
看 護 師、 准 看 護 師	$\text{入院患者数} / 4 + \text{外来患者数} / 30$	$\text{入院患者数} / 3 + \text{外来患者数} / 30$
薬 剤 師 数	$\text{入院患者数} / 150 + \text{外来処方せん数} / 75$	$\text{入院患者数} / 70 + \text{外来処方せん数} / 75$

（精神科医療総合サイト e-らぼーより引用）

精神科病院の入院病棟では、他の疾患病棟と比較して、医師数1／2人数、看護師は入院患者3対1→4対1、薬剤師は70対1→150対1人で済むため、他の入院病院と比較して、精神科の入院病院は医師、看護師を含めたスタッフ数が比較的少なくても病院の運営が可能である。また、精神科の病院の9割は民間病院であるため、病床を減らすこと即病院の経営の悪化につながるため、国の政策として病床転換は現実には進まなかった。

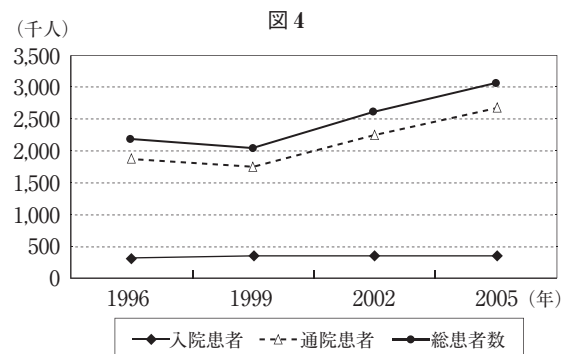
また患者側の要因としては、長期入院で地域の生活に対する意欲が減少したという点が挙げられる。

こうした現実をふまえ、個々の精神科病院の方針にもよるが、退院後の地域での生活を見据えた退院ケアプログラムを積極的に推進していないところが多い。後述する「地域ケア」にあたる専門スタッフが存在しなかったり、そもそも地域での暮らしを「家庭に返す」という狭い意味でしか捉えていなかったりすることも原因となっている¹²⁾。

第3節 精神科患者の増加

わが国は海外諸国と比較して、精神病床数が多いとされている。近年、精神疾患で病院を受診する患者数は下記（図4）のように増加している。厚生労働省の患者調査では、2005年度に病院や診療所で入院あるいは外来治療を受けている精神疾患患者の総数を303万人と推定している。

この303万人のうち入院中の患者が35万人で、この数字はここ10年間ほとんど変わっていない。入院患者



厚生労働省ホームページ「みんなのメンタルヘルス」より引用

35万人という数字はわが国の入院総患者数146万人の23%に当たり、疾病種別では循環器疾患や癌疾患などを上回って精神疾患による入院が第1位となっている。

一方、近年、精神疾患で通院する患者数は著しく増加し、2005年には255万人に達した。これは気分障害圏（うつ病や双極性障害など）や神経症圏（不安障害や適応障害など）の患者が急速に増えたことによる。これらの疾患の増加の背景には、

- ① ストレス社会のなかでうつ病やメンタルヘルス問題を抱える人が多くなったこと。
- ② 精神科を受診することへの抵抗が減ってきたこと。
- ③ 精神科診療所が増え精神医療へのアクセスが容易になったこと。

などの事情があげられる¹³⁾。

平均在院日数の減少に伴い、全体として精神病床数は減るはずであるが、長期在院の統合失調症患者や認

知症患者の社会的入院患者が増加している。

さらに、入院患者の在院期間をみると、5年以上継続入院している患者がなお全体の41%を占めている。この中には、病状が安定しているにもかかわらず入院を余儀なくされているいわゆる「社会的」入院患者が多数含まれている。当面の課題は、これらの人々の地域移行をどのような方法で具体化するかである。

これまでの精神科医療の歴史的な経緯も含めて少し細かく点検すると、伊藤¹⁴⁾が整理した以下の論点が参考になる。なお、矢印の部分は筆者による論点の指摘である。

- ① 精神保健福祉法はいまだその目的に「精神障害者の医療と保護」（第1条）を謳い、精神医療に対して医療の提供にとどまらず精神障害者の保護の役割を担うことを求めている。障害者自立支援法制定（2006年）後に提案された、病院敷地内に「退院支援施設」を設置するという構想も、精神医療の傘の下で精神障害者を保護してきたこれまでの施策の延長線上にあるものである。⇒障害者権利条約の謳う「“Nothing About Us Without Us”（私たちのことを、私たち抜きに決めないで）」の理念の欠如。
- ② 措置入院や医療保護入院など本来公的医療機関が担うべき強制医療の大部分を民間医療機関に委ねてきたことの功罪についての総括をせぬまま、競争原理と経済原理に基づいて精神医療の効率化を進めようとしている。その結果、一部の先進的な精神科病院は機能分化を進めて経営上も有利となっているが、多くの病院は効率化を図ることもできず漫然とした収容型病院経営を続けている。一方、措置入院、精神科救急医療、児童精神医療、過疎地精神医療、身体合併症医療などを担うべき公的精神病床はその不採算性から病床を減らしたり閉鎖したりしている。⇒措置から契約への社会福祉政策の転換に伴う課題。
- ③ 医療法における「精神病室以外の病室への収容禁止規定（医療法施行規則10条の3）」に象徴的にみられるように、精神医療を特殊なものとして位置づけ、精神障害への偏見を助長し、身体的治療を受ける権利を妨げる施策をいまだに続けている。医師や看護師などを薄く配置し、精神科医療費を抑えてきたいわゆる精神科特例も精神障害者への差別規定であるが、現在なお実質的に続いている。⇒精神科入院病院の経営的有利性。
- ④ 精神病床配置計画が都道府県という広域な単位でなされてきたために精神医療の過疎過密の問題が広がっている。たとえば、地域精神医療と地域ケアの推進により精神病床を減らすことになった地域の病床を、収容優先の精神科病院が多い病床過密地域の増床に回すという現象さえみられ、精神

病床の地域偏在が一向に解消されていない。また、都会の精神科クリニックが増える一方で、地方都市の中核的な精神科医療機関は不採算性と精神科医不足から精神病床を撤退しつつある。⇒配置計画の地域偏在。

- ⑤ 精神障害者ための社会基盤整備に十分な財政支援がなされず、長期入院患者の地域社会への移行とインクルージョンが進んでいない。また、自立支援サービスを受けるまでの手続きが煩雑な上に、利用料の自己負担が発生したことによって、重度の精神障害者がサービスを利用する機会が減っていることが心配される。また、サービスを提供する事業体も運営補助金の減額と利用者の減少によって経営が困難になっており、サービスの質の低下と供給量の減少が懸念される。⇒地域移行への誘導政策の不在。
- ⑥ 2005年の公営住宅法施行規則の改正、雇用促進法の改正によって、精神障害者の住居確保や就労促進に対する壁が取り除かれたが、地域社会のなかでいまだ十分に活用されるにいたっていない。当事者や支援者による退院促進、生活支援、偏見克服などの活動がみられるようになったが、国や自治体がそれらの活動を財政的に支援する仕組みがいまだに創られていない。⇒地域移行への財政支援の不足。

以上が、地域移行を実現するための必要な条件ということになる。しかし、精神疾患にはそれを阻む固有の問題があることも、指摘しておく必要がある。

第4節 入院治療の有効性

精神疾患において、入院による治療が有効であることは日本における精神科医療の常識となっている。例えばうつ病を例にあげると、以前は外来治療が主体であったが、薬物療法、精神療法と並行して、休養目的の入院は非常に良好な結果を生んでいる。うつ病治療専門病棟であるストレスケア病棟の治療実践から、外来治療で難治性とされたうつ病も、入院治療の導入により回復する例を多く認めている¹⁵⁾。

うつ病の治療においては、まずは差し迫った危険の回避が重要である。すなわち、うつでは休息が大切であるが、ほとんどの場合、うつと気づかず無理に無理を重ねてしまう。これによって患者は自分自身をどんどん追い込んでしまい、結果として自殺企図を生む可能性を高めることとなるが、入院加療では自殺の危険性を回避することができる。

また、休息に専念できる状態を日常の家庭で作ることは、核家族や単身者が増加する現代の日本においては限界があるが、入院では実社会での雑音、情報過多や過度な刺激を制限し患者自身が休息できる環境が提供できる。24時間を通しての見守りを行うことは、自

殺リスクの低減と、身体管理（食事、睡眠、休息の確保）、症状の精密な検査と観察から適切な薬の選択、副作用出現時のより早い対応が可能であり、治療の進展にあわせた適切な刺激と情報の提供というより効果的な治療プロセスが提供できる。また、チーム医療の効果を発揮するのにも有効でもある。回復期における適切な刺激、リハビリテーションの開始と退院後の環境整備の時間確保も可能となる。

外来治療では孤独感や自責感を増幅させやすい点と比べると、入院治療においては、医療的要因のほか、うつ病の同質患者同士の自助作用からくる「治癒像の視覚化」等が治療有効的に作用していると考えられる。

また、当然ながら家族の負担軽減という側面も大きい。家族に対する支援施策が不十分な現行制度の要因も大きい。入院により家族の中の問題点が一時的に消失することによって、家族が対応の困難性や日常のストレスから解放される点と、近隣住民などの偏見を回避できる点も見逃せない現実的側面である。

第5節 精神障害に対する地域での受け入れ拒否感

精神障害者の社会参加を促進し、さらに地域での生活を継続させていくためには、精神障害者に対する地域住民の理解や受け入れが不可欠である。しかし、精神障害者に対しては否定的な見方、偏見が古くから指摘されている。地域住民が精神障害者の行動を理解できないために、恐ろしい、危険な存在という固定化したイメージだけで理解を拒絶したり、精神障害者は無能力で、社会にとって無益な存在と決めつけたりすることが、精神障害者と地域社会との社会的距離を拡大する大きな要因と思われる。特に統合失調症の場合は、他の精神疾患に比べて危険性を連想しやすい。住民が精神障害者に対して身の危険への不安を感じる背景には、他害行為に関連する直接的な被害者としての体験よりも、犯罪事件に対するメディアの取り上げ方が大きく関与していると考えられる。新聞記事を対象とした調査では、精神科受診歴や統合失調症などの病名が犯罪や事件と関連づけて報道される傾向が強く、他の疾患に比べて疾患の予防や研究に関する報道が少ないことも指摘されている¹⁶⁾。

第3章 精神障害者施策が真の実効性を 得るためには

国連の示す「障害者の権利条約」、我が国における「精神保健医療福祉の改革のビジョン」は総論としては成り立っても、各論は実効性を伴わないものとして現時点において浮遊している。では、どのようにしてその実効性を得ていくのか、実践例をもとにヒントを探りたい。

第1節 精神障害者アウトリーチ

「入院医療中心の精神医療から精神障害者の地域生活を支えるための精神医療への改革」¹⁷⁾では、精神障害者が地域で暮らすことを目的とした ACT (Assertive Community Treatment: 包括的地域生活支援) の有効な利用を謳っている。ACT とは重い精神障害をもった人であっても、地域社会の中で自分らしい生活を実現・維持できるよう包括的な訪問型支援を提供するケアマネジメントモデルのひとつで1970年代初頭にアメリカで考案され、多くの国に普及し、効果を上げている精神障害者の地域生活支援システムである。このシステムの基本は、保健所や医療機関が中心的な役割を担うアウトリーチ手法である。

厚生労働省は、地域保健総合推進事業「精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究報告書」¹⁸⁾においては以下のように報告している。

(1) アウトリーチチームのあり方

2012年（平成24年度）に、全国24道府県37機関で、36のアウトリーチチームが活動をし、34保健所がアウトリーチ推進事業に関わった。36チームのうち26チームは、病院を中心とするチームであり、病院の組織から十分に独立しているとはいえない環境であったため、兼務職員も多く、ほとんどアウトリーチに関しての専門的トレーニングを受けていなかった。しかし、このような地域活動の経験のない病院スタッフも、保健所保健師を中心とする地域関係者に同行訪問や事例検討を通じて指導を受ける中で、地域で精神障害者を支える力を高め、支援終了者の入院率を50%近くから25%に下げることができるようになった。しかし、この入院率は、重度な精神障害者とは言えない例が多いことから、決して低い数字とは言えない。チームの成長は見られたものの、アウトリーチチームのあり方には大いに課題を残す結果となっている。

(2) 保健所等の果たした役割

ほとんどの保健所は、アウトリーチ事業の手引きで求められている ① 同行訪問、② 事例検討会での助言、③ 評価検討会への参画の役割は果たしている。しかし、チームの運営そのものへの支援や人材の育成については、多くの保健所ができていないという結果になっている。一方、市町村は事例の紹介を積極的にこなうようになり、アウトリーチチームとの連携も事業を通じてできるようになっている。しかし、精神保健福祉センターは、会議に参加しているものの演習や技術的指導という本来センターが果たすべき役割を果たせていないことも分かった。

(3) 事業の地域精神保健に与えた影響と保健所のとらえ方

実施地域の保健所のほとんどがアウトリーチチームの必要性を感じるようになっており、この活動が地域精神保健にいい影響を与えていると答えている。また一方で、地域のアウトリーチ体制づくりについては保健所の役割が大きく、不可欠であると感じている。しかし、診療報酬化やその後の保健所の関わりについてはイメージがわからない保健所がほとんどであり、チーム活動の対価としての診療報酬化が整った後について保健所とチームがほとんど話し合っておらず、診療報酬化後に積極的にアウトリーチをすると答えている病院は一つに過ぎない。

このように、病院にとっても保健所にとっても「精神障害者の課題を入院に頼らず、地域で支える」というアウトリーチの意味や可能性を理解するには、本事業は効果があったことは確認できる。しかし、このような経験や認識は、実際はほんの一部の病院の一部のスタッフが理解したことである。保健所に関しても全国の保健所の7%以下がこの事業に関わってその意義を理解したに過ぎない。さらに2013年以降は、3年間続いた国庫10/10の補助事業がなくなっており、この事業の経験を生かして今後の地域におけるアウトリーチ体制づくりを進めていくには非常にたくさんの課題がある。しかしながら、本事業が日本におけるアウトリーチ体制づくりの第一歩であったこと、および今後の事業の基礎となることは間違いない。

アウトリーチ事業の対象者の側に立つ精神障害者家族会の田所¹⁸⁾は、欧米諸国での好実践を受けて、日本においてもACT事業を試行することに一定の評価をしつつも、医療を中心とした視点が強く感じられる現況にあって、果たしてどこまで福祉的なサービスが伴ってくるのか、もう少し慎重に検討をする必要があるのではないか、と指摘している。つまり精神障害者の地域生活を支えているのは、各種社会復帰施設や小規模作業所であり当事者（家族を含む）グループであり、保健・医療サービスとのネットワークを再構築するような考え方がない中では十分な機能を発していかないということである。この指摘が示すように、精神障害者の地域移行の方法としてのアウトリーチ手法については、一定の効果はあるにしても、まだ大きな広がりを見せているわけではない。

第2節 アウトリーチの手法の地域での実践

ACT-K (Assertive Community Treatment Kyoto) では、「たかぎクリニック」「ねこのて訪問看護ステーション」「NPO 法人京都メンタルケア・アクション」の連携により、京都市内での2004年6月から活動を行っている。ACT-K の中心であるたかぎクリニック院長の高木¹⁹⁾は「日本の病院医療は、重度の精

神障害者を収容するだけの施設になっており、一度入院してしまうと退院できなくなってしまう人が多くいる。重い精神障害を抱える人を地域の中で医療と福祉の両面から支える仕組みをACTという方法で実現できると考えた」とACT-K 設立の経緯を話している。

ACT-K では、精神障害者が地域で暮らしていくために、病院や施設ではなくその人の生活の場に出向く訪問によって、病気や障害によって生活しづらくなっている部分に焦点を当てて支援を行う。提供されるサービスは、重度の精神障害者が地域で生活するために必要なあらゆる援助であり、診療所だけ、あるいは訪問看護ステーションだけで提供したとしても、精神障害者の地域生活を支えることは困難であり、ACT-K では24時間365日、診療所と訪問看護ステーション、NPO の3関が協力しながら訪問サービスを提供する。スタッフの職種は多様であり、診療所に所属する医師と精神保健福祉士と薬剤師、訪問看護ステーションに所属する看護師と作業療法士、NPO の学生ボランティアなどによって構成されている。そして、スタッフ1名につき担当患者を10名程度とすることで、きめ細かなサービス提供を可能にしている。

日本におけるACTの数は、2010年末時点で12カ所に増加している。ACT-K の先駆的な取り組みは他の地域に広がりをもたせることを期待される。

第3節 欧米諸国の政策から

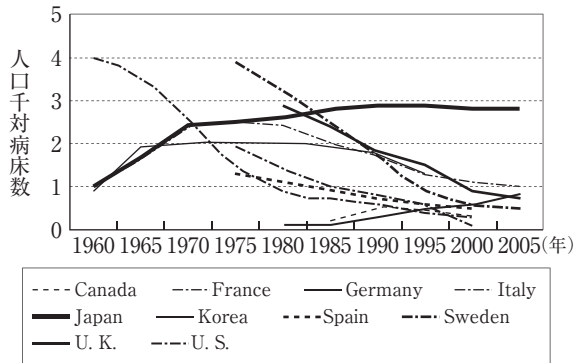
諸外国も第二次世界大戦後、精神医療サービスの考え方は「病院中心の精神医療から地域医療への変革」が主流であり、精神医療の多様化に伴い本質的な変化を迫られてきた。アメリカは1960年代から、ドイツ、フランス、英国では1970年代から、政策に基づく精神病床数の急激な減少が起きている。図5に各国の精神病床の比較をしめす。

特に精神医学・医療の分野においてイタリアは、旧態然たる精神病院での入院医療から先進的な地域中心型精神医療サービスへの、その劇的な改革によって知られている。

1904年に制定されたイタリアにおけるはじめての精神障害者に関する法律「精神病院および精神障害者に関する規定ならびに規則」では、精神障害者は社会に対する危険な存在であるとみなされ、社会秩序を守るために強制入院と隔離を余儀なくされた、いわゆる治安モデルに基づくものであった。入院は医師（精神科医だけでなく一般医も含む）の診断と警察や裁判所の命令において強制的に行われ、ひとたび精神科病院に入院となると、その入院歴は戸籍のなかに記録として残り、禁治産宣告を受け、結婚もできず、選挙権や車の免許も奪われるなど、市民権や社会的な地位などを剥奪される状況にあったという²⁰⁾。

1978年に公布された世界初の精神科病院廃絶法であ

図5 OECD加盟10か国の精神病床数推移



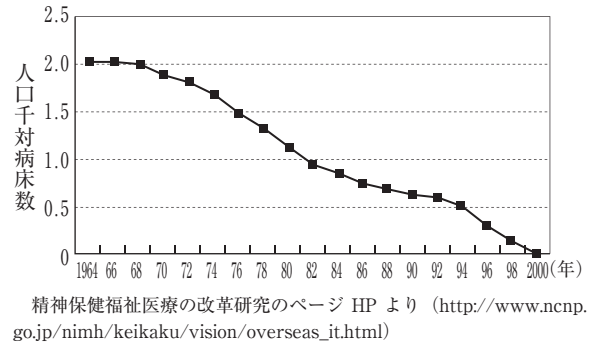
医療観察法 NET ホームページより引用

るイタリアのバザリア法²¹⁾は、精神病棟の廃絶を最初に唱えた精神科医 Franco Basaglia にちなんで名付けられ、精神科病院の新設、すでにある精神科病院への新規入院、1980年末以降の再入院を禁止し、予防・医療・福祉は原則として地域精神保健サービス機関で行うことを規定している。治療は患者の自由意志のもとで行われ、やむを得ない場合のために一般総合病院に精神疾患用に15床を限度に設置するが、そのベッドも地域精神保健サービス機関の管理下に置く。緊急に介入しなければならない時、必要な治療が拒まれた時には強制治療できるとしているが、その場合、二人の医師が個別に治療が必要という判断、治療の場は地域精神保健サービス機関以外、という条件を満たさなければいけない。また、市長あるいは市長の任命する保健担当長の承諾や、その市長が48時間以内に裁判所への通報することも義務づけられている。強制期間は7日間。延長の場合は再度手続きを踏む。本人や本人に近い人は裁判所へ抗告することもできる、と法律に定めた。

イタリアの精神医療の先進性の核心は「精神病の者に社会生活は出来ない。完治しなければ社会に出せる存在ではない」という当時常識とされていた考え方を180度転換し、「病気と付き合いながら地域で生活すればいい」という考えであった。そこには旧態の考え方からの大きな革新があり、実行できるための社会的な素地があったことは想像できる。

日本の精神障害者施策のひとつのモデルとしてイタリアの施策は取り上げられることが多い。人口の規模や政治体制、医療機関の数、それよりもまして歴史の変遷の違いによりイタリアを完全に模倣することは困難と考えられるが、ヒントは隠されている。1970年代のイタリア二大政党²²⁾は精神病院を閉めるための法律を制定するために「病院がなくても患者を支えられること」「患者を支えるために、もっと良い装置、つまり地域精神保健サービスがある」という点を証明し、ともに手を取り合って制定を後押しが、その背景には、精神病院をなくすことは正しいということが国民からの支持があった。いっぽうわが国で、精神病院をなく

図6 イタリアにおける精神病床数の減少



精神保健福祉医療の改革研究のページ HP より (http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/overseas_it.html)

そうという機運が国民の意識として高まることはありうるのかと考えると、積極的に「なくそう」というよりは、地域での生活支援を充実してゆこうという考え方が広がっている。例えば、各地域での居場所や生活の拠点作りに日本型のアプローチの特色がある。

第4節 精神障害者の地域での活動拠点

京都府を例に挙げると、京都府亀岡市に統合失調症やうつ病、高次脳機能障害といった精神疾患を抱える人のための通所施設「圭の家」(亀岡市篠町)が1991年に開設され、病気や治療、偏見に不安をもつ患者たちの貴重な居場所となっている。また、京都府舞鶴市ではまいづる福祉会が1977年より精神障害者に就労場の提供と地域での生活保障を担ってきた。また京都府南部では、1997年から「洛南作業所」、2003年から「ワークショップ野の花」などが宇治市で活動している。

このように1980年代以降、共同作業所、授産施設、そしてグループホームや地域活動センター、サロン事業などとして、精神障害者の地域生活における基盤の取り組みは続いている。

現行の障害者総合支援法においては、身体、知的、精神の3障害がどのサービスも受けることができるようになったことで精神障害に特化したサービス提供がわかりにくくなったが、それ以前の体系においては2009年では日本国内での知的障害者関係施設約4,500か所に比較して精神障害者施設は約1,200か所となっており、精神障害者施設は知的障害者の1/4の施設数である²³⁾。

一方、知的障害者の総数が約54万人に対し精神障害者の総数は320万人であり、6倍の差がある。施設数と障害者の対応数は必ずしも一致しないし、精神障害者の場合は精神科病院とデイケア施設があり障害者施設としてカウントされないのサービスの量的な比較が困難である。しかし、いずれにしろ地域における精神障害者の福祉サービスが不足している現状がうかがえる。

第4章 今後の精神障害施策について

精神障害患者に対して入院加療を実施する場合は、診療所や病院精神科での外来治療（主に薬物療法と精神療法）では効果がない場合である。入院を選択する利点としては、入院という治療方法が確立され、その有効性が確認されている点が第一に考えられる。言いかえれば、従来の外来治療を補強し社会生活を継続可能とする治療方法が確立されていない、あるいはそれが煩雑であるためにシステムの構築が困難であること、入院治療と比較して高額な費用がかかること、さらに必要な専門職の不足などが存在するということである。しかしながら、前述したように病院や保健所が連携した ACT によるアウトリーチの手法は、経済性について工夫すれば、効果を発揮する余地は十分にある。

第1節 地域における支援体制の構築にかかる経済性とシステムの効率化

地域における支援体制を確立するには、① 退院促進についての報償額を入院の継続と比較して多く算出するシステムを構築すること、② 地域での生活を維持するための財源を医療報酬から捻出すること、③ 退院者がいない状態であっても病院側の関わりに応じて保険点数化されるシステムの見直しなどがあり、そうした要点を整備することにより、ACT の採算性を保証する政策誘導に期待したい。現に前述の高木は著書「ACT-K の挑戦」²⁴⁾で在宅支援診療所と訪問看護ステーションとを組み合わせた事業運営であれば、採算性は十分であると示している。

視点を変えて、今後の地域における支援体制として、現行の高齢者の地域支援システムである「地域包括ケア」²⁵⁾との融合についてもアイデアとしてあげたい。

これは、現存する社会福祉のシステムに精神障害者アウトリーチの手法を付加するというアイデアで、高齢者福祉分野における地域支援のシステムとしての地域包括ケアのサービスに精神障害者の具体的ケアを付加することである。

地域包括ケアシステムは、高齢者にその日常生活圏内でさまざまなサービスをトータルで提供する体制のことであり、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援サービスの5つで、これらを分断して提供するのではなく、すべてを一体として考え、利用者のニーズに合わせて切れ目のない支援をしようというものである。日常生活の中でこれらのサービスを適切に提供できるよう、日常生活圏域は利用者の家まで30分以内で駆けつけられる「中学校区」を想定している。

地域包括ケアを推進していくために厚労省では、

- ① 在宅医療や訪問看護の充実など医療との連携強化

- ② 24時間対応の定期巡回・随時対応サービス等の創設による在宅サービスの強化など介護サービスの充実

- ③ 健康寿命を延ばすための介護予防に向けた取り組み

- ④ 見守りや配食、買い物といった生活支援サービスの推進

- ⑤ サービス付高齢者住宅など高齢者の住まいの整備

の必要性を指摘している。

今後予想される要介護の高齢者の増加に対して、病院や特別養護老人ホームなどの施設入所ではなく、高齢者の尊厳を重視し、住み慣れた地域の中の在宅で暮らせるよう支援することが望ましいというのが厚労省の考えである。2010年度に厚労省が行った調査でも、自分や家族に介護が必要となった場合、自宅で介護を受けたいという人が7割以上だったことから在宅支援の体制強化が求められていることがわかる。

厚労省の委託研究事業である地域包括ケア研究会の報告書²⁶⁾では、地域のなかに存在する介護保険サービス（共助）、住民主体のボランティア活動（互助）、セルフケアの取り組み（自助）が断片化されているとして、今後は「自助、互助、共助、公助」を役割分担しながら連動して提供できるシステムの構築を強調している。

この高齢者福祉分野における地域支援の「地域包括ケア」のシステムを精神障害者の地域ケアに利用するというアイデアはけっして絵空事ではない。可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう目指す「地域包括ケアシステム」は、高齢者のみならず、難病患者、重症心身障害児者、精神障害者など、地域生活を営む上で支援を必要とするすべての人を対象とすることができるのではないかと予想できる。この地域包括ケアシステムが上手く構築されれば、地域ごとのネットワークは、高齢者の枠を超え、精神障害者支援も包括できるのではないかと考えられる。だが、それを実現するにはいくつかの壁を越える必要がある。

第2節 地域住民の意識変革

「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を国が示したにもかかわらず実行できていない事実に向き合うとき、経済的な問題性のみならずその必要性についての認識の欠如が医療関係者、当事者家族を含めた関係者にあることが推察できる。ましてや一般市民はメディアから得られる精神障害者の一方的なマイナスイメージによって、必要な認識の醸成を絶たれている。池田小学校事件²⁷⁾以降、一時抑えられていた精神障害と事件を単純に結びつけた報道が最近も見られる。

「精神保健医療福祉改革ビジョン」でも普及啓発への取り組みが述べられている。しかし、知識の向上を狙いとした啓発活動の効果はあまり大きいものではない。もっとも有効なのは多くの精神障害者が地域で生活し始め、人々と触れ合う機会を増やすことである。そのようなソーシャルインクルージョン²⁸⁾活動を支える、たとえば「偏見克服活動助成制度」²⁹⁾などの創設も有効ではないか。

同時に精神障害者の実態についての正しい理解を得るために、学校教育での充実も市民の意識変革においては重要であろう。精神障害者施策が現在の地域社会のつながりを得られるよう精神障害者の地域生活を促進することを目的として地域住民の意識変革を画策する。その実行における産物として、地域の再構築という地域住民の関係性を促進すること、副産物として、地域住民が精神障害者の正しい理解を得ることが期待される。

半澤³⁰⁾は今日の家族機能の弱体化の逆境をチャンスととらえる考え方を示している。つまり現代社会における家族機能は、その人的労力を特定の家族に頼りすぎている点に大きな問題が生まれ、介護離職などの社会現象を生んでいる。高齢に伴う心身機能の低下での家庭生活を支えるために、家族以外の公的サービスを活用したり提供したりといった生活の場で人のつながりを確保していく仕組みを社会が保障するという発想の転換である。「精神障害者の世話は家族が全面的に担う」という家族扶養の前提を見直し、「精神障害者の病状安定、対人関係、社会生活の安定という課題を地域社会全体で保障する」という前提で、それぞれが担うべき機能を作り出す。たとえば、ホームヘルパーは数を確保するだけではなく、通院や訪問看護といった継続医療の確保、日中の居場所や役割の確保するように機能することによって生活を支えることができる。家族に代わる機能の全体像を明確化し、共通の目標を見出し、各々のサービスをつなぐためにケアマネジメントという効果的な方法を活用すべきであると示唆している。この主張は先の ACT の実践でも明確になっている「医療と福祉の融合」がこれらの問題を解くキーとなる。

第3節 医療と福祉の融合

では、具体的に医療と福祉の融合とは何を指すのだろうか。一般的に社会福祉の現場では支援をモデル化するとき、医学モデルと社会モデルと表すことがある。

1980年に WHO（世界保健機構）は障害の概念をめぐって、以下の3つのレベルの障害を示した。障害の医療モデルともいわれる「国際障害分類」(ICIDH)である。

- a) 機能障害 (Impairment)：心身の形態または機能が何らかの形で損なわれている状態

- b) 能力障害 (Disability)：機能障害の結果として生ずる活動能力の制限または欠如

- c) 社会的不利 (Handicap)：機能障害または能力障害によってもたらされる社会的な不利益

障害をこのように分類し、機能障害が社会的不利を生むのであるから、機能障害の改善を行うことによって社会的不利が軽減されるという、いわゆるリハビリテーションの有効性を示しているモデルといえる。

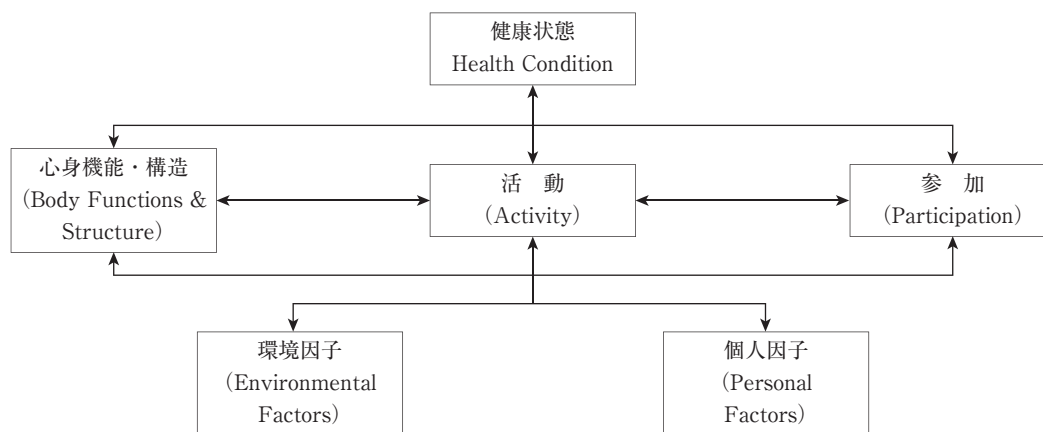
WHO は2001年、「国際障害分類」(ICIDH)に代えて、「国際生活機能分類——国際障害分類改訂版——」(ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health))を採択する。ICF は、主に人間の生活機能の観点から障害を位置付けるもので、アルファベットと数字を組み合わせた方式で分類リストが作られている。人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の3つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成され、各構成要素間のダイナミックな相互作用の中で障害がとらえられている。ICF では個人因子としての障害は無視することができないが、社会参加を促進する要因としての環境因子に注目されている。すなわち、障害を社会的障害 (Handicap) とすれば視覚障害者の点字ブロックや車いす利用者の段差解消、エレベータなどが環境因子として社会参加を促進する要因となる。ICF が分類している「生活機能」とは、本人の生活に関することであり、従来の様々な専門支援の縦割では、その全体を把握して、適切な支援につなげることは無理ともいえる。図7に概念図を示す。

ICIDH を医学モデル、ICF を社会モデルと位置付けると、精神障害者は ICIDH における医学モデルに拘束されていると印象付けられる。なぜなら精神障害の場合、その症状は常に服薬や心理療法などの治療、医療的ケアが必要とされ、治療をうけ続ける患者という立場がきまとう。生活習慣病や持病というものの概念的には似ているが、生活の全般に主治医の精神科医師が意見を持つことになる。

日本の大学医学部・医科大学において、社会モデルを意図した治療についての教育を十分に受けておらず、その体制にも弱い。ACT に代表されるアウトリーチ的な社会生活を目的とした活動を行える医師は本流ではなく、ある意味篤志的な考えを持ったほんの一部の実践家に過ぎないということも考えられる。大学の医学教育においても、今後社会モデルが重要視されることを期待したい。

また、地域医療について、住民を巻き込んだ予防医療、医療と継ぎ目なく提供される福祉、これらを一体的に提供する医療と福祉の一体化というのが一般的な概念はなっている。地域医療について若月³¹⁾は、「医療はすべからず地域医療であるべきで、地域を抜きにした医療はありえない。あえて地域医療というのはい

図 7



かに地域がないがしろにされているかということの裏返し」と述べている。このように地域医療という概念そのものが、現代の病院中心の医療に対するアンチテーゼであり、精神障害者医療についても同じ意義を持つ。しかしながら、地域医療の対象となる中心的地域は、過疎化の進む農村、限界集落であり、精神障害者が多く存在する都市、人口密集地には「地域医療」の本流とはなっていない。精神医療が他の疾患と異なり、地域医療との融合としてクローズアップされない点はここにある。

この医療モデルと社会モデルの融合が「医療と福祉の融合」と考えられ、精神障害者の支援においては、必須の条件に結論付けられる。日本の精神障害者の施策は財源配分でここに決定的に焦点が当てられていない。

おわりに

障害者権利条約が国連決議で採択され、日本もそれを批准した。精神障害者の施策としても、「入院から地域での生活へ」と明確に国は示している。2016年4月には障害者差別解消法が施行される³²⁾。しかしながらその実行については陽の目を見ていない。ここに障害者施策の構造的問題を垣間見える。

本稿では精神障害者を中心に施策の実効性の不全について、その原因と具体的な解決策について政策、制度的しくみを中心に考察してみた。しかるにその本質的な問題点はこれらの政策や制度を支える基盤にあるような印象もうける。その事に気づき、専門家、関係者、家族、そして当事者がアクションを起こさない限り何も変化は起きないことは自明である。

グローバル経済による厳しい競争と経済効率重視の社会における社会福祉の推進は、政策としてその経済性に起因する面、市民の意識変革に地域生活の受け入れを可能にする面、そして、それらを具体的に推進していくための医療関係者を中心としたスタッフの育成なども不可欠な条件と考えられる。そして、イタリア

をはじめとした諸外国における実践のヒントを得た日本における地域での取り組み、そしてその枠組みを支える「具体的な思想を持った施策」が不可欠である。

前述の ICF の概念において、社会モデルでは、障害を主として社会によって作られた問題と見なし、基本的に障害のある人の社会への完全な統合の問題としてみる。障害は個人に帰属するものではなく、諸状態の集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されたものであるとされる。したがって、この問題に取り組むには社会的行動が求められ、障害のある人の社会生活全分野への完全参加に必要な環境の変更を社会全体の共同責任とする。問題なのは社会変化を求める態度上または思想上の課題であり、政治的なレベルにおいては人権問題とされる。このモデルでは障害は政治的問題となる。

精神障害者を取り巻く社会を考えると、そして、その枠組みを示す法整備とその実効性について、本来の人間観や地域で生活を送るという基本的な、人にとつての当たり前が、経済優先化施策の中に埋もれてしまう現在社会への警鐘としたいと願う。

今後の研究については、今回の研究で積み残した2つのことを考えていきたい。ひとつは、日本における地方自治体の精神障害者に関する個々の取り組みの現状把握とその差異や有効性についての問題である。2つ目は社会保障制度をターゲットとし、先進国での異なる医療制度と精神障害者の施策について、経済的観点から先行研究をもとに日本における実効性について探っていきたい。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご意見をいただいた、京都府立医科大学の徳永大作先生、山下達久先生、精神科医の有賀やよい先生、京都大学医学部の十一元三先生、そして多大なるご教導を賜った修士論文指導教員の大矢野修教授に感謝申し上げます。

また、協力していただいた京都府精神保健福祉総合センターの職員の皆様、日常の議論を通じて多くの知識や示唆

を頂いた政策学研究科の皆様、心から感謝の気持ちと御礼を申し上げたく、謝辞にかえさせていただきます。

註

- 1) 藤野ヤヨイ 我が国における精神障害者処遇の歴史の変遷——法制度を中心に—— 2005 新潟青陵大学紀要 第5号 より引用、加筆

日本の精神福祉の状況は、依然として患者に対する人権蹂躪が存続しており、かつては1983年の宇都宮病院事件では死のリンチで有名となったが、事件以降も5年間で23件の問題事件が確認されており、2001年でも朝倉病院事件、箕面ヶ丘病院事件などで人権侵害・不当入院措置・診療報酬不正請求が明らかとなっている。2013年に国際連合人権理事会は日本に対し、精神障害者の非常に大勢が自らの意思に反して長期間に渡って社会的入院されていることや、身体拘束と隔離が過剰に用いられていることを警告し、日本は、全ての精神病院を訪問監査する独立組織を立ち上げること、また外来ケアとコミュニティケアを充実させ、入院患者数を削減（脱施設化）するよう勧告している。

- 2) 精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）精神保健福祉対策本部 平成16年9月 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>
- 3) 平均残存率とは、前年6月1ヵ月間の新入院患者のうち、前年6月～当年5月の各月末時点までの累計退院患者数の平均値 $\{((\text{前年6月の退院患者数}) + (\text{前年6月～7月の退院患者数}) + (\text{前年6月～8月の退院患者数}) + \dots + (\text{前年6月～当年5月の退院患者数})) \text{の合計}\} / 12$ で割った値を、前年6月1ヵ月間の新入院患者数で割り、%で表した平均退院率を1から引いた値となる。平均退院率+平均残存率=1 (100%)
- 4) 平成16年（2004年）3月、厚生労働省は「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」によって、「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会報告書」及び国民向け指針「こころのバリアフリー宣言～精神疾患を正しく理解し、新しい一歩を踏み出すための指針～」をまとめた。精神保健福祉普及運動週間（10月22～28日）キャンペーンに使用されることが多い。
- 5) ノーマライゼーションの理念は共生原理に基づく新たな地域連帯思想として結実している。実質平等を権利として承認する社会は、障害の有無にかかわらず、一人一人が生活主体者として認識され、相互に個性を尊重し合う社会を基盤としている。換言すればこの原理は、平均的な状況からの逸脱を許さない社会、少数者を偏見により差別しようとする社会が、いかに非人間的で不正常な社会であるか、を認めることにより成り立ちえる。したがって、価値観の異なるいかなる少数者もお互いに違うことこそを誇りを持ちつつ相互に尊重し、多様性こそを認め合いつつ共生し得る地域社会を築くことがノーマライゼーションのゴールとされるのである。その意味では、この理念は、国家社会間や他民族間の共生原理としての今日の意義をもっている。（福祉辞典より）
- 6) ノーマライゼーションの8つの原理 ① 一日のノーマルなリズム ② 一週間のノーマルなリズム。仕事や余暇は、地域にある一般のものを利用しなければならない。③ 一年のノーマルなリズム。④ 一生のノーマルな経験。⑤ 本人の選択や願いの尊重。⑥ 男女がともに暮らす世

界。⑦ ノーマルな経済水準。⑧ 施設はノーマルな場所にノーマルな環境で作られ、利用者が効果的に地域にとけ込める機会が与えられなければならない。

- 7) 締約国は定期的に条約に基づく義務の履行等について報告書を国連に提出し、その内容は各国の専門家で構成される「障害者権利委員会」により締約国に対して様々な勧告が行われることになるため、国内だけでなく国外からもモニタリングされることになる。
- 8) 障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）（Convention on the Rights of Persons with Disabilities）
- 9) 従来の措置制度から支援費制度に変わり、障害者の自己決定に基づきサービスの利用ができるようになった。しかし、導入後には、サービス利用者数の増大と財源問題が生じ、2005（平成17）年11月に「障害者自立支援法」が公布された。障害者自立支援法の財源として、介護保険制度を共有化する目論見があった。
- 10) 障害者差別解消法2013年6月 本則6章26条、附則9条からなる法律であり、「障害を理由とする差別の解消」を推進することによって、全ての国民が、障害の有無によって分け隔てられることのない共生社会を実現することを目的として、国の責務として、障害差別解消の基本的な方向、差別解消措置に関する基本的な事項等を含む「基本方針」を策定し、行政機関等（独立行政法人等が含まれる）および事業者は、「障害を理由とする不当な差別的取扱い」によって障害者の権利利益を侵害してはならないことを義務付ける。障害を理由とする差別としては、「不当な差別的取扱い」（障害者であることのみを理由として、正当な理由なく、障害者に対する商品やサービスの提供を拒否すること）と「合理的配慮の不提供」（乗り物への乗車に当たっての職員等による手助けなど、障害者から何らかの配慮を求める意思の表明があった場合に、その実施に伴う負担が過重でないにも関わらず、必要かつ合理的な配慮を行わないこと）の2類型がある。
- 11) 『「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて』（2014年7月）退院促進にかかる現状と方向性を示している。主に退院後の住居について明記されている。病院内グループホームについては賛否がある。
- 12) 退院後の生活を「家庭に返す」という結論に固執しやすい傾向を持つことは、精神保健にかかわるソーシャルワーカーの退院支援計画の中でも問題視されている。（中野加奈子 医療ソーシャルワークにおける「退院援助」の変遷と課題 佛教大学大学院紀要 第35号（2007年3月））
- 13) うつ病等の気分障害患者数は100万人を超えうつ病患者数は平成8年からの12年間で約3.5倍となっている。
- 14) 伊藤哲寛（精神科医）1940年生 公衆衛生審議会委員、全国自治体病院協議会常務理事、日本精神神経学会理事、日本病院・地域精神医学会評議員、日本弁護士刑事法制委員会助言者
- 15) 徳永雄一郎 ストレスケア病棟における入院治療の適応—外来・入院の比較検討—精神科治療学 第24巻03号 星和書店 2009年
概要「社会的認知の広がりとともに、治療の困難性も明らかになりつつあるうつ病は、これまで外来治療が主体であった。うつ病治療での休養における療養環境は、

薬物療法、精神療法とならんで、非常に重要な要因である。うつ病治療専門病棟であるストレスケア病棟の治療実践から、外来治療で難治に移してきたうつ病も、入院導入により回復する例を多く確認した。その理由として、外来治療では孤独感や自責感を増幅させやすい点が指摘できる。一方の入院治療においては、医療的要因のほか、うつ病の同質患者同士の自助作用からくる「治療像の視覚化」等が治療有効的に作用する。」

- 16) 板山稔、高田絵理子、田中留伊 精神障害者および精神保健福祉に対する地域住民の思いに関する記述的研究 弘前医療福祉大学紀要 4 (1) 2013
- 17) 内閣府 平成26年度版 障害者白書 3. 精神保健・医療施策の推進
- 18) 「精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究報告書」2014年3月 一般財団法人日本公衆衛生協会 分担事業者 柳 尚夫 兵庫県洲本保健所長
- 18) 財団法人 全国精神障害者家族会連合会は2007年に破産・解散し、後継組織として、公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会（みんなねっと）と、2007年創設された NPO 法人地域精神保健福祉機構がある。
- 19) 高木俊介 1957年生まれ。京都大学医学部卒業。光愛病院（高槻市）、京大病院精神科、ウエノ診療所を経て、現在、たかぎクリニック（京都市）を開設。
- 20) 21) 石川 かおり 葛谷 玲子 イタリアにおける地域精神保健医療システム 岐阜県立
- 22) イタリア共産党（PCI）とキリスト教民主党（DC）を指す。
- 23) 平成23年の厚生労働省障害者自立支援法への移行調査によると、旧体系、新体系を合わせた知的障害者援護施設数は4,536に対し、精神障害者社会復帰施設は1,202となっている。
- 24) 高木俊介「ACT-K の挑戦」ACT がひらく精神医療・福祉の未来2008 批評社
- 25) 高橋 紘士（編集）地域包括ケアシステム 2012 オーム社
- 26) 「地域包括ケア研究会の報告書」地域包括ケア研究会 平成20年度 老人保健健康増進等事業
- 27) 池田小学校事件 2001年6月8日、大阪教育大学附属池田小学校に刃物を持った男（宅間守・当時37歳）が乱入。児童8人が死亡、教師を含む15人が重軽傷を負った。
- 28) ソーシャルインクルージョンは、「全ての人々を孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」という理念である。EU やその加盟国では、近年の社会福祉の再編にあたって、社会的排除（失業、技術および所得の低さ、粗末な住宅、犯罪率の高さ、健康状態の悪さおよび家庭崩壊などの、互いに関連する複数の問題を抱えた個人、あるいは地域）に対処する戦略として、その中心的政策課題のひとつとされている。2000年12月厚生省（当時）「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」
- 29) 「偏見克服活動助成制度」ハンセン病、部落差別、セクシャルマイノリティなどの偏見をなくすための活動助成制度として利用されている。主に各地方自治体での条例で定められる。
- 30) 半澤節子 長崎大学医学部保健学科「新障害者プラ

ン」～精神障害者に関する評価と課題～ 月刊「ノーマライゼーション 障害者の福祉」2003年4月号

- 31) 若月俊「村で病氣とたたかう」2002 岩波新書
- 32) 国際法的には「障害者差別禁止法」であるのに、日本においては「障害者差別解消法」となっている。国際法の提示した障害差別禁止立法の理想からは、不十分な法律ともいえる。理由としては、障害差別とは何かという定義がなく、禁止される「不当な差別」の意味があいまいだという点にある。紛争が多かった教育分野や交通機関の利用に関して、本法に基づいた効果的な紛争解決が図れるのか、という疑問が残る。障害者差別とは何かという定義がない限り、何に対して罰するのかが不明確となっており、法的拘束力がどれくらいの意味を持つのかを疑問視される。

引用・参考文献および資料

- 精神医療 2006 No. 43 特集 精神障害者のためのアウトリーチサービスの可能性 批評社 2006
- 三野宏治 日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察 立命館大学大学院先端総合学術研究科 CoreEthics Vol. 6 2010
- 高木俊介 藤田大輔 こころの科学 実践アウトリーチ入門 日本評論社 2011
- こころの科学 109号 特別企画「精神医学・医療の国際比較」日本評論社 2003
- 平成25年度地域保険総合推進事業 精神障害者アウトリーチにおける保健所の果たすべき役割に関する研究 報告書 一般財団法人 日本公衆衛生協会 2014
- 高木俊介 監修 精神障害者地域包括ケアのすすめ 批評社 2013
- 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店 2009
- 平成26年度障害者白書 内閣府 2015
- 板山稔 他「精神障害者および精神保健福祉に対する地域住民の思いに関する記述的研究」2013
- 佐藤久夫 北野誠一 三田優子「障害者と地域生活」中央法規 2002
- 三野宏治 「日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察」2010
- 坂本沙織精神障害者地域生活支援の国際比較 海外社会保障研究 No. 182 2013
- 宇野木康子「精神障害者をめぐる制度と政策——日本とアメリカの就労支援の視座から——」社会関係研究 第16巻 第1号 2011
- 乗田但馬「佐久総合病院・若月俊一と農村地域医療の課題」立命館経済学 第59巻・第6号 2011
- 林谷啓美 田中諭「精神障がい者が地域で生活していくための支援活動に関する課題と展望」園田学園女子大学論文集第48号 2014
- 障害者福祉研究会「国際生活機能分類——国際障害分類改訂版」中央法規 2002
- 伊藤順一郎「精神病院を出て、町へ」 岩波ブックレット 2012
- 伊藤哲寛「精神科医療供給システムをどう変えるか——負の遺産を乗り越えるために——」 医療観察法. NET 2009

厚生労働省「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性（長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会取りまとめ）」<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>2015

中村義行「障害理解の視点——「知見」と「かかわり」から——」佛教大学教育学部会紀要 第10号 2011
草薙厚子「僕はパパを殺すことに決めた」講談社 2007