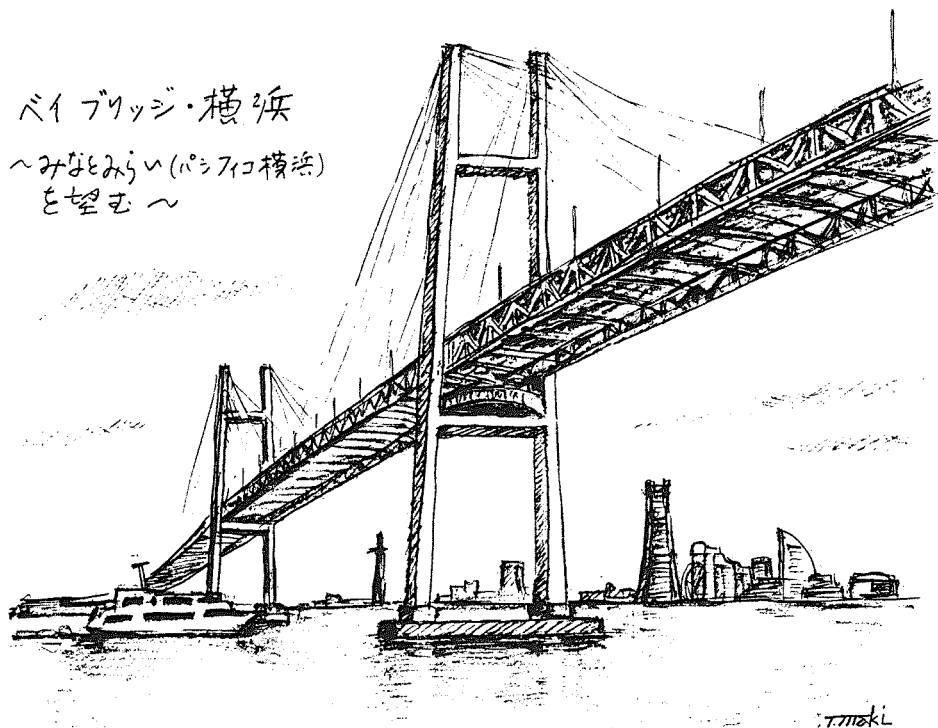


ノーマライゼーション への転換をめざして

—第3回精神保健フォーラム横浜宣言—

報告集



会期：1998年6月19日(金)～20日(土)

会場：パシフィコ横浜

主催：精神保健従事者団体懇談会（精従懇）

主 催**精神保健従事者団体懇談会（精従懇）**

共同作業所全国連絡会、国立精神療養所院長協議会、精神医学講座担当者会議、
全国自治体病院協議会 精神病院特別部会、全国精神医療労働組合協議会、
全国精神障害者社会復帰施設協会、全国精神障害者地域生活支援協議会、
全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会、全国保健・医療・福祉心理職能協会、
全日本自治団体労働組合衛生医療評議会、地域精神保健・社会福祉協会、日本医療社会事業協会、
日本作業療法士協会、日本児童青年精神医学会、日本集団精神療法学会
日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、
日本精神神経科診療所協会、日本精神障害者リハビリテーション学会、日本精神神経学会、
日本精神病院協会、日本精神保健政策研究会、日本総合病院精神医学会、
日本病院・地域精神医学会、日本臨床心理学会（以上27団体、団体名50音順）

後 援**厚生省、神奈川県、横浜市、日本障害者協議会**（他に数団体申請中）**顧 問**

内 村 英 幸（国立精神療養所院長協議会会長）
笠 原 嘉（公衆衛生審議会精神保健部会部会長）
河 崎 茂（日本精神病院協会会長）
吉 川 武 彦（国立精神・神経センター精神保健研究所所長）
黒 澤 尚（日本総合病院精神医学会理事長）
小 池 清 廉（全国自治体病院協議会 精神病院特別部会部会長）
小 池 淳（日本精神神経科診療所協会会長）
調 一 興（日本障害者協議会代表）
鈴 木 二 郎（日本精神神経学会理事長）
山 内 俊 雄（精神医学講座担当者会議代表世話人）

代表世話人

高 橋 一（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）
樋 田 精 一（日本病院・地域精神医学会）
森 山 公 夫（日本精神神経学会）

はじめに

森山 公夫

(陽和病院)

1998年6月19日朝、パシフィコ横浜の総会場の舞台裏でわたしたちは、総会開始を期待と不安の中で待っていた。幕開きの瞬間、まばらな客席が目にとびこんできて、わたしは一瞬蒼ざめた。だが、杞憂をのりこえて続々とつめかけた参加者により、間もなく客席はいっぱいになっていった。朝の電車事故により多勢が遅刻したのであった。

こうしてフォーラムは、初日より満場の熱気にあふれて進行した。

午前の第一シンポジウムでは、緊急の法改正をめぐり各層から基本的問題提起がなされ、次いで午後からの基調シンポジウムは国際的視点を踏まえて今後の日本のあるべき精神保健の方向を模索した。その夜開かれた交流集會も、多彩な顔ぶれの交流の場として盛り上がった。そして翌20日午前の第三シンポジウムでは様々なライフステージに応じたそれぞれの場でのメンタルヘルスが初めて論じられ、啓発的であった。午後の第四シンポジウムは現場での実践を踏まえて生活に密着した圏域問題を中心に、精神保健医療福祉のあり方をさぐった。そして最後の総括討論では、前日夜から運営委員の手で練りに練った「横浜宣言」が採択されて全会議は幕を閉じた。

2日間を通して全参加者は約850名、参加団体は27。わが国における精神保健医療福祉の従事者ほぼすべての層を中心に、当事者や一般市民の参加をえて、討論時間が少ないという難点はあったが、熱心な討論のすえ本フォーラムは成功裡に終わった。

思えば長い道のりであった。第一回の国内フォーラムは、改正精神保健法の実施を目前に、1988年2月京都で「精神医療従事者団体懇談会」(13団体で構成)の主催で開かれ、精神保健法の抜本改正をめざす4項目を確認した。そして第二回は、精神保健法見直しを目標に1991年11月、千葉県幕張で約600名の参加者をえて開かれ、5項目が確認された。主催団体は計19団体に増え、状況の広がりを踏まえてその名も「精神保健従事者団体懇談会」と改めた。こうして今回の第三フォーラムに至ったのである。

この間精神保健をめぐる状況は大きく変化し、精従懇も成長してきた。成長の主因は、運動の広がりである。だが副因に、わたしたちの採ってきた運動方針が挙げられよう。

わたしたちの「精従懇」では初めから、各団体のもつ差異を越え、全体の最大公約数的なコンセンサスの形成を課題としてきた。そのためこれまでも多くの難問に逢着しながら、常に忍耐強く合意形成を目指してきた。現在の変動期にあって、わたしたち従事者が合意形成に失敗したとき、行政が恣意的に各団体の意見を利用してその意志を貫徹するという不幸な事態が待っているだけである。そしてそもそも、差異を認めながら共に生きて行くというこの運動のあり方は、まさにノーマライゼーション理念に即したものである。

最後に今回のフォーラムの成功が全運営委員の熱意によること、「宣言」の実現はさらなる運動の拡大にかかることを改めて強調したい。

「第3回精神保健フォーラム」横浜宣言

わたしたちは、ここに精神保健医療福祉に従事する者として、その実践理念の根本的転換を確認する。

すなわち、管理的なパターンリズム（保護主義・社会防衛主義）からノーマライゼーションへの転換である。

精神障害者も喜びや悲しみを感じながら生きる一人の存在であって、尊厳をもった人間として復権すべきである。病いや障害を抱えながら、地域の人々と共に暮らすことは、すべての国民の普遍的権利である。

わたしたちの見解を以下に掲げ、本フォーラムの宣言とする。

1) 精神障害者の人権擁護の徹底

最近の大和川病院（大阪）、栗田病院（長野）などの精神障害者への人権侵害事件は、日本国民にとって重大な汚辱であり、こうした事件を生む要因を精神保健医療福祉の領野から根絶していくことがわたしたちの責務である。これが今回の法改正の重要課題の一つでなければならない。

具体的には、以下の項目の実現を今回の法改正に求める。

- ①精神保健福祉法の目的への「精神障害者の人権尊重」の明記。
- ②精神医療審査会機能の拡充と行政からの独立。
- ③精神医療における情報開示の推進および精神障害者権利擁護制度の新設などによる精神病院の密室性の打破。
- ④医療法上の精神科特例の廃止。精神医療の質の抜本的改善。
- ⑤非自発的入院をする際の医療環境等の施設基準の強化および手続きの厳密化。
- ⑥精神医療におけるインフォームド・コンセントの確立。
- ⑦保護者制度における監督義務の廃止。精神障害者人権擁護の視点からの成年後見制度導入の促進。
- ⑧諸法令における欠格条項および自治体条例における諸制限の撤廃。

2) 社会資源の充実と地域生活に密着した精神保健医療福祉の確立

現在の日本で圧倒的に遅れている精神障害者の福祉を整備・拡充し、膨大な社会的入院を解消するとともに、地域社会における生活の充実を図ることが当面するもう一つの急務である。このためには、

①各市町村に「精神保健福祉担当課」を必置とし、「市町村障害者計画」に精神保健福祉施策を盛り込むことを推進する。それと関連して、ホームヘルパー派遣事業・小規模作業所・生活支援センター事業等を法定化すべきである。また、「障害者プラン～ノーマライゼーション7ヶ年戦略～」については、社会資源の拡充を図るべく、数値目標を一段と高めるための十分な予算措置を講ずる必要がある。

②一方、精神医療に関しても「精神保健福祉圏域」と同様の圏域を設定し、これを軸に、救急・合

併症医療のネットワーク形成を促進する。これと前記の市町村単位の福祉サービスが十分に連携することが、地域ケアにおける要となる。これを推進する母体として、各圏域に当事者を含めた「精神保健福祉推進協議会」の設置を法定化するべきである。

3) 「障害者福祉法」による障害者施策の一本化

現在、精神障害を含めた「障害者福祉法」の成立が求められている。それにより、精神障害者福祉の圧倒的な遅れが抜本的に改善されなければならない。これが成就した時には、現行の精神保健福祉法は、新たな視点から見直されるべきである。その際には、メンタルヘルスの諸課題に対するより積極的な対応も検討されなければならない。この意味でも、今回の法改正の際に、期限を定めた「見直し条項」を附記するべきである。

4) 社会福祉財政の適正な確立

精神保健医療福祉におけるノーマライゼーションの徹底化には、当然、適正かつ十分な財政的裏づけが必要となる。従来、精神障害者に対する精神保健医療福祉諸施策の圧倒的遅れを補償することは国の責務であり、当面する財政構造改革特別法の見直しにあたって、この点への十分な配慮がなされるべきである。

5) 精神保健医療福祉の実践の質の向上

最後に、この転換期にあたり、わたしたち精神保健医療福祉従事者も、旧来の管理主義的な実践のあり方から多職種間のチーム形成に基づく共感的・支持的援助へと、大きくその実践の質的転換をはからなければならない。このためにも、臨床心理技術者などの国家資格化が早急に実現される必要がある。

わたしたちは、こうした実践の態度転換の必要性を深く自覚し、その上でわたしたちの実践の質を相互教育・相互点検を通して早急に高めていかななければならない。わたしたちの実践が真に国民の信頼を獲得するためには、以上の観点から、まず医療の質を高めること、同時に保健・福祉もそのサービスの質を高めること、が不可欠であることをわたしたちは強く自戒する。

1998年6月20日

「第3回精神保健フォーラム」参加者一同

目 次

はじめに	1
横浜宣言	2

開 会 式

開会の挨拶	吉川 武彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所)	9
主催者挨拶	樋田 精一 (フォーラム代表世話人)	9
ご 祝 辞	朝日 俊弘 (参議院議員)	10
ご 祝 辞	田中 慶司 (厚生大臣官房長障害保障福祉部精神保健福祉課長)	11
ご 祝 辞	桑原 寛 (神奈川県衛生部保健予防課長)	12
ご 祝 辞	鈴木 正次 (横浜市衛生局長)	13
祝電・メッセージ	小泉純一郎 (厚生大臣)	14
	今井 澄 (参議員議委)	14

シンポジウムⅠ 「精神保健福祉法」改正をめぐる

シンポジスト

1. 大和川病院事件を通じてみた精神保健福祉法の問題点	17
丸山 哲男 (大阪精神医療人権センター)	
2. 精神保健福祉法撤廃と精神障害者復権への道	23
久良木幹雄 (陽和病院患者会)	
3. 精神保健・医療・福祉をどう変えていくか	27
調 一興 (日本障害者協議会)	
4. 精神福祉法の改正に向けて	30
白澤 英勝 (日本病院・地域精神医学会、宮城県立名取病院)	

指定討論

1. 障害者ケアは社会的責任—保護者制度の撤廃を望む	38
荒井 元傳 (全国精神障害者家族会連合会)	
2. 現行法は医療と福祉の充実のためそれぞれの法に分離すべき	43
原田 憲一 (日本精神保健政策研究会)	

シンポジウムⅠ 討 論	45
-------------	----

シンポジウムⅡ — 基調シンポジウム — 精神保健・医療・福祉の方向 — 国際比較に立って —

シンポジスト

1. 精神保健法改正関しての利害関係の調整	57
Mr. Gilbert Sharpe (カナダ、オンタリオ州、厚生省法務局長)	
2. 精神保健改革—21世紀に向けての評価—	61
Prof. David N. Weisstub (国際法と精神医学会会長、モントリオール大学・フィリップピネル法精神医学教授職)	
3. 日本の精神保健福祉システム	71
篠崎 英夫 (厚生省大臣官房障害保健福祉部長)	
4. わが国の精神保健・医療・福祉の方向	79
森山 公夫 (陽和病院)	
シンポジウムⅡ 討 論	84

シンポジウムⅢ わが国のメンタルヘルスの現状

シンポジスト

1. 思春期のメンタルヘルス…………… 91
重松 正典 (ライフサイクルケアセンターグループ)
2. 職場のメンタルヘルス…………… 95
島 悟 (東京経済大学)
3. 老年期のメンタルヘルス…………… 102
室伏 君士 (藤沢病院)
4. 家族のメンタルヘルス…………… 108
斎藤 慶子 (戸田病院)

指定討論

1. サポートの原点を問う…………… 115
大石 敏寛 (せかんどかみんぐあうと)
2. 地域のメンタルヘルス —いま、何を問われているか—…………… 120
吉川 武彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

シンポジウムⅡ 討 論…………… 125

シンポジウムⅣ 21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開

シンポジスト

1. 総合病院精神科の参加による地域精神医療保健福祉システムの構築…………… 137
佐藤 茂樹 (成田赤十字病院、日本総合病院精神医学会)
2. どんな障害があっても一人の市民 —ふつうに暮らせるまちづくり—…………… 148
宮川 齊 (みたか共同作業所むうぶ舎、地域精神保健社会福祉協会(CMSA))
3. 保健所における地域精神保健福祉活動の実践…………… 154
三代 浩肆 (神奈川県相模原保健福祉事務所、全国精神保健福祉相談員会)
4. 医療と福祉の関係をめぐって —医療と福祉の関係はどうあるべきか—…………… 157
藤井 克徳 (共同作業所全国連絡会、日本障害者協議会)
5. 21世紀に求められる精神医療 —二次医療圏域設定とチーム医療—…………… 161
中島 豊爾 (日本精神神経学会、岡山県立岡山病院)
6. 障害者の生活支援 —十勝地方における実践からの報告—…………… 165
門屋 充郎 (帯広ケアセンター)

指定討論

1. 地域に向けた実践活動と今後の課題…………… 173
小林 美治 (千葉県財団法人 復光会 総武病院)

シンポジウムⅣ 討 論…………… 176

総括討論

当日の新聞記事から…………… 194

編集後記

開 会 式

開会の挨拶

吉川 武彦

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

ただいまご紹介頂きました国立精神・神経センター精神保健研究所におります吉川でございます。ご紹介の中にもありましたように、現在公衆衛生審議会精神保健部に専門委員会がつくられまして、その専門委員会で精神保健福祉法の改正に関する討議をしております。そのまとめ役をおおせつかつていて、こういうような席でお話することになりました。今回の第3回の精神保健フォーラムのご成功をお祈りしたいと思います。ともあれ、この精神保健フォーラムは、第1回が1988年におこなわれまして、その頃は丁度1987年に精神保健法が成立をし、そして新しい精神保健福祉というのが始まったばかりの時でした。この後1991年に第2回が開かれたわけですが、これもまさに流れの中で、新しい精神保健福祉の在り方を模索するというそうした時代が開かれたものであります。それからご存じのように次々と精神保健法、あるいは精神保健福祉法というものが出来たり、また代わったりということがございましたし、その間に障害者基本法も出来ました。このような形で障害者をめぐる環境が大きく変わったのがこの7、8年というところかもしれません。その間この精神保健フォーラムはまだ開かれておりませんでしたけれども、こうした背景を踏まえて新たに精神保健福祉法を改正するこの時期にこのフォーラムが開かれたことを私は大変喜びたいと思っております。いずれにいたしましても、今回の成功をお祈りしたいと思います。ご挨拶にかえます。

主催者挨拶

樋田 精一

(フォーラム代表世話人)

皆さん、おはようございます。今日は早いところ大勢ご出席くださり、また来賓の方々も本当にありがとうございます。ただ今吉川の方からこのフォーラムの位置づけなどについてお話がありました。が、いわゆる精従懇、精神保健従事者団体懇談会は日頃から1988年の第1回フォーラム以来、ほぼ2ヶ月に1回の会合を重ねながら精神医療保健福祉をめぐる問題について会合を重ね討議を続けてまいりました。精神保健福祉法が改正されるというこの時にあたり、精神医療保健福祉の関わるすべての団体が集まり、討論をして一定の方向を出していきたいというのがこのフォーラムのねらいであります。最後まで十分な討議が行われ、実りある会になるように願っています。よろしくお願い致します。

ご 祝 辞

朝 日 俊 弘

(参議院議員)

おはようございます。ご紹介を頂きました参議院議員の朝日俊弘でございます。まず冒頭に今日この会にお招きを頂いたことを心から御礼申し上げたいと思います。先ほど来話がありますように、この精従懇が主催する精神保健フォーラム第1回は約10年前1988年、京都で開かれたと記憶しております。実はその頃私はこちらのほうに座っておりました。今日は来賓ということでこちらのほうに座っているんですが、気持ちは引続き皆さんと一緒にこの精神医療の改革に取り組んでいきたい、こんな気持ちであることをまず冒頭にお伝えしておきたいと思います。さて、いよいよ今年から来年にかけて再度の精神保健福祉法の改正作業に取り組んでいただいているわけでありまして。しかし、のちほどいろいろご報告があると思いますが、率直に言って法改正に向けての機運といいますか、環境といいますか、エネルギーといいますか、がいささか乏しいと言うか、低調だという風に感じています。これではいけないのではないかと、是非現場の皆さんや、あるいはサービスを受ける、あるいはサービスを利用する立場の皆さんからのより積極的な法改正に向けての様々な動き、そして動きを伴った提案があつてしかるべきだという風に思います。正直言ってこの間何度も何度も法改正があつて、少々法改正に疲れてきた節があるのではないかという風に私は心配しているんですが、決してそんなことではいけないのであつて、むしろ非常に多くの問題を抱えている精神保健法を一気に大改正をすることは難しいので、5年ごとに改正をする癖をつけようということでこの間取り組んできたのではなかったのかという風に思います。是非これを機会に更に積極的な動きと提案を皆さん方からも期待をしたいと思います。さて、国会のほうであります。昨年の臨時国会でようやく長年懸案であった精神保健福祉士の法案、PSW法が可決成立を致しました。ある意味で大きな宿題を残したわけですが、ともあれ長年の懸案であったPSWの国家資格の法案が成立をした、このことをこれからどこまで最大限に活用出来るかということが課題になっていると思います。さて、今国会ではあまり報道がなされていないのでご存じないかもしれませんが、議員立法という形で精神薄弱者という用語を知的障害に切り換えようという用語を変更するための法律案を参議院のほうから提出を致しました。さっそく参議院のほうでは了解をいただいて、すぐ賛成をし、衆議院のほうへ送らせて頂きました。ただ、会期末でちょっともたつきまして、衆議院での可決成立までこぎつけることが出来ませんでした。おそらく7月下旬に開かれる臨時国会では冒頭にこの用語を変更する法案も可決成立させることができるであろうと思います。国会という立場で引続き皆さんからの問題提起を頂きながら積極的な取り組みをこれからも続けていきたいと思つています。今日はお招きをいただきまして、ありがとうございました。これからの皆さん方のご活躍を心から期待したいと思つています。ありがとうございました。

ご 祝 辞

田 中 慶 司

(厚生大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課長)

おはようございます。厚生省精神保健福祉課長の田中でございます。本日は第3回の精神保健フォーラムが開催されるにあたりまして一言ご挨拶を申し上げたいと思います。まず、精神保健従事者団体懇談会の皆様方におかれましては、日頃から精神障害者の人権の確保とそれから適正医療の推進とそれから社会復帰対策の推進ということに、いろんご尽力を頂いているということに対して、深く感謝を申し上げたいと思います。申すまでもなく、心の健康、健やかに日々をおくるということは国民すべての願いでございまして、特に精神障害者の方々が地域で安心して自立し、社会経済活動に完全参加をしていくということは、そういう社会が出来るということは、私どもの願いであり、是非最優先で実現しなくてはならないという課題であると考えているところでございます。こういう立場から障害者プランというものを2年程前につくりそれを着実に実行しているところでございます。まだまだ量的に充分ではないというご指摘を受けておりますけれども、とにもかくにも5年間で3倍に伸びてきました。これから更に5年間で3倍にすれば10年間で10倍になると、とにもかくにもそういう格好でプラン実現に向けて今全力で走っているというところでございますので、よろしくご理解を頂き、またご協力も頂ければと思っております。それから、医療に関しましては、精神科の救急医療システム、これは平成7年から全国展開をしようということで、努力をしまいたけれども、ようやく平成11年には全国の44の都道府県でこれが実施される、平成12年には45、今日度がついていないのは2つの県だけということになりました。ようやく精神科の救急というものも全国展開が出来るという状況になったわけですが、医療というもう一つ、長期入院の問題がございまして、依然として入院している方の半数以上が5年以上入院されているという状況がございまして、これはこれから是非何らかの格好で解決をしていかなければならないという風に考えているところでございます。皆様方のお知恵も是非拝借できたらと思っております。それから精神障害者の人権を確保することに関しましては、昭和62年に法律改正が出来たわけですが、それが必ずしも充分おこなわれていなかったという反省にたって、昨年来、様々なアクティブな対応をとらせて頂いております。まだまだ制度として必ずしも充分でなかったという面があるのではないかとということで今、内部で議論をしております。先程来、法改正の議論がありましたけれども、是非次の法律改正では患者さんの人権を守るということでもう一度法律を見直して、より充実したもれない体制づくりをしていきたいと考えているところでございます。朝日先生からもご紹介がありましたけれども、精神保健福祉士が昨年の12月に法律で国家資格化されたということで、来年の1月に向けて、第1号が今年度中にできるように、来年の1月には試験を実施するというところで今作業を進めております。こういう方々が、今申しましたような必ずしも充分でない精神福祉、あるいは医療、人権を守るということの分野で活躍して頂けるようにと期待しているところでございます。精神保健福祉部会の専門委員会で法律改正が進められております。朝日先生は、なかなか機運が乏しいというご指摘がありましたけれども、昨年の

暮れにご意見を各団体から頂きましたところでは、非常に多くの団体からいろいろな知恵を頂きました。皆様方が非常に精神保健福祉行政の重要性を認識して頂いているというふうにおもっているところでございます。これからどういうふうに法律を改正するのか、夏までには吉川先生が今専門委員会の長をされておりますけれども、そこである程度のまとめを、方向性を出して頂いて、これから世に問うという段階になりますけれども、是非実のある改正のプランが出来ることを期待したいと思います。なかなかとご挨拶申し上げましたけれども、今、世の中大きく変わる時期で、なおかつ合意形成というのが非常に難しい時代でございます。やはり、一步一步地をほうような努力をしながら、少しずつ制度をよくしてゆくというのが、今取りうる最大の選択肢ではないかと思っております。皆様方からも是非ご協力を頂けたらと思っております。このような中で、精神保健フォーラムのような試みが、法改正あるいはそのための運動、機運を盛り上げるということに意義があるのではないかとということで、その成果をご期待申し上げたいと思っております。本日はお招き頂きまして大変ありがとうございます。

ご 祝 辞

桑 原 寛

(神奈川県衛生部保健予防課長)

皆さん、おはようございます。ただいまご紹介に預かりました神奈川県衛生部保健予防課長の桑原でございます。本日は全国27の精神保健従事者団体の方々、ユーザー、関係者の方々がこの当地横浜に一堂に会しまして、第3回の精神保健フォーラムがこのように盛会のうちに開催されますことを心よりお喜び申し上げます。我々の生活環境をめぐる状況、あるいは社会情勢の変化は本当にめまぐるしい状況で、ストレスは増加の一途をたどっているという状況でございます。21世紀は精神の時代であるということを言われて久しいわけですが、心の健康の問題、あるいは精神疾患、精神障害者をめぐる諸問題というのは、我々地域に生きる一人一人の住民にとって大変切実で、身近な問題になってきているという状況にあるのではないかと思います。一方では、脳の科学の進展、あるいは地域精神医療、あるいは地域精神保健活動、心理社会的なリハビリテーションの実践といった成果を踏まえまして、精神障害者をめぐる問題、単に疾患という次元のみならず、障害という視点をも踏まえて、包括的な地域生活支援体制を形づくってゆくということが非常に大切だという認識に我々は今到達していると考えております。こういった状況の変化を踏まえまして、精神保健福祉行政の面でも先程来ご指摘がありましたように過去10年間の間に精神衛生法から精神保健法に、更には障害者基本法の成立を踏まえまして精神保健福祉法へという形で法体系が変化してきているという状況でございます。本県におきましても、こうした諸状況の変化を踏まえまして、心の健康づくりであるとか、あるいは精神医療の充実、精神障害者福祉対策の充実、あるいは老年性痴呆疾患の対策の充実といった4本の柱をもとに県内2つの大都市、横浜市と川崎市の方々と連携を深めながらメンタルヘルスの推進とい

うことに日々真剣に取り組んでいこうという思いを新たにしているところでございます。本日のこのフォーラムは、これからの精神医療保健福祉をどう変えていくのかという基調テーマの元に4つのシンポジウムを拝見いたしまして、それぞれに重要なテーマであろうかと存じます。こういったものを築き上げていく上で関係者の方々のネットワークづくりというのは非常に大きな事でありまして、そういう意味でも27団体の関係団体、あるいは精神医療ユーザー、患者、家族、あるいは市民ボランティア団体の方々が一堂に会していろいろ討議を行う、これからの進むべき道を探りあうというこの企画は非常に時期を得た、有意義なものであると考えております。このフォーラムの成果が間近にひかえました精神保健福祉法改正、あるいは障害者プランの見直しといった過程に充分生かされまして、あるべき方向に向けて変えていく原動力になっていくということを心より期待しております。最後になりますが、ご参集の方々のご健勝ご活躍、それから27団体のこれからはますますのご発展を心より祈念いたしまして、私のご挨拶に変えさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

ご 祝 辞

鈴木 正 次

(横浜市衛生局長)

ただいまご紹介頂きました横浜市の衛生局長の鈴木でございます。本日は第3回精神保健フォーラムの開催を心からお喜びすると共に、日頃精神保健に関する業務に携わっている皆様が、横浜市に一堂に集われましたことに対して、心から歓迎を申し上げます。本フォーラムは今回で3回目の開催と伺いました。前2回はいづれも時代の要請に応えた開催であったと伺っておりますけれども、精神保健福祉士法が昨年12月に成立し、精神保健福祉法も成立5年後の見直しを控えた今、またここに第3回の開催がもたれましたことは、誠に時期を得たものではないかと思っております。私ども横浜市といたしましても、1993年に本市の精神保健福祉施策の指針となります横浜市精神保健対策検討報告書を策定致しました。更に1994年には、横浜市の総合計画であります、ゆめはま2010プラン5ヶ年計画において施策の方向性として、地域でまず安心して生活ができる環境づくり、多様な活動の場の提供、3点目に精神科医療の充実を掲げまして事業の推進を図っているところでございます。このような基本計画に基づきまして、具体的には地域作業所やグループホーム、授産施設など精神障害者の社会復帰や自立に欠かせない施設の整備に独自に取り組んでまいりましたけれども更に独自の施策として、昨年は特別乗車券交付事業の開始を始め、また、来年の春には生活相談とかイブニングケアとかを通じまして、精神障害者の日常生活を支援する生活支援センターの第1号館を神奈川区に整備するという事で現在事業を進めております。このフォーラムの中で提起されました課題や、交わされたご意見は是非私どもの今後の施策検討に当たって参考にさせて頂き、精神障害者施策の一層の充実に努めてまいりたいと思っております。終わりに、本フォーラムのご盛会と参加されました皆様のご健勝を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願い致します。

祝電・メッセージ

小 泉 純一郎

(厚生大臣)

第3回精神保健フォーラムの開催、おめでとうございます。日頃から我国の精神保健医療福祉の発展にご尽力をいただいている皆様に、敬意と共に感謝申し上げます。今回のフォーラムで得られた成果が、我が国の精神障害者の保健医療福祉の充実に生かされるよう期待致します。政府としても昨年は第141国会において精神障害者の社会復帰の促進と地域生活支援を充実させるために精神保健福祉法を制定したところです。現在、精神保健福祉法の改正に向けて取り組んでいるところですが、今後とも担当大臣として精神障害者のノーマライゼーションの推進に向け、精一杯取り組む所存であります。今後とも皆様のご指導、ご鞭撻をお願い致します。本フォーラムの成功と貴会の発展を心から祈念致します。

今 井 澄

(参議院議員)

第3回精神保健フォーラムが盛大に開催されましたことを、心からお祝い申し上げますとともに、日本の精神保健・医療・福祉の充実と連携のために、日夜ご尽力いただいております皆様方に、敬意を表します。わたくしも、この6年間の議員活動のなかで、障害者基本法や障害者プランの策定にかかわってまいりましたが、精神障害者施策はまだ緒についたばかりであり、ノーマライゼーションはまだ言葉の域を出ておりません。現場での差別など社会復帰も遅々として進んでおりません。そういった状況下での皆様方の血のにじむご努力に敬意を表しますとともに、この問題は優れて政治や行政が力をいれるべき分野であると認識しております。私も7月の選挙で再選を果たし、国政の場から皆様方の運動と連携して、日本の精神保健・医療・福祉の前進のためにがんばる所存です。フォーラムのご成功と、皆様方のいっそうのご活躍をお祈り致します。

シンポジウム I

「精神保健福祉法」改正をめぐって

大和川病院事件を通じてみた

精神保健福祉法の問題点

丸 山 哲 男

(大阪精神医療人権センター弁護士)

1. 大和川病院事件がもたらしたもの

1) 今年は「精神保健法」が施行されてから丁度10年目に当たります。

10年前の法改正の眼目の1つは、「精神医療における患者の人権の保護を強化する」という点にありました。

ところが、今日に至っても「大和川病院の人権侵害問題」といった報告をしなければならないのは大変残念です。

このことは精神科の医療や行政の現場で、いまだ「患者の人権」が確立されていない証左であろうと思います。

そこで、私は大和川病院事件の取り組みを通じて感じた精神保健福祉法の問題点のうち、「患者の人権保障」に関し若干の報告をさせていただきます。

2) 大和川病院事件をめぐる様々な問題点や驚くべき医療実態については、夥しいマスコミ報道で皆さん良くご存知でしょうから詳しくは申し上げません。

ただ一部に、「あの事件は特殊な悪徳病院が金儲けに走り、結局診療報酬の不正請求による詐欺事件で自滅しただけのことで、他の多くの病院とは関係がない」といった意見があるようです。

しかし、大和川病院事件を単に「特殊な病院の異例なケースにすぎない」と言って片付けてしまうわけにはいきません。

とりわけ、「入院患者に対する人権侵害という点」は、決して大和川病院けの問題ではあり

ません。ほかの病院でも似たような人権侵害があちこちで起こっていますし、すべての精神病院で「患者の人権」が真に確立しているとはとても言えないからです。

この原因は、現行の精神保健福祉法自体が「患者の人権保障」について、理念的にも内容的にも極めて不十分・不徹底なためでないかと思えます。

2. 医療法における精神科特例の廃止について

1) 大和川病院の入院患者に対する人権侵害問題の根本は、医療スタッフの決定的な不足という点にありました。医師や看護婦が医療法特例の水準にすらはるかに及ばない人数しかおらず、そもそもまともな医療ができる体制になっていなかったのです。

ですから、13頁にある資料を見ていただきたいのですが、その①によりますと、

(イ) 入院時に医師の診察を受けた患者は60.0% だけでした。

(ロ) 資料⑥⑦によりますと、入院後に医師の診察がきちんとあった患者は47%でした。そして、医師の診察も1カ月に3回以上あったのは12.9%のみで、残りは月に2回以下でした。

(ハ) しかも、診察内容は資料⑧～⑬にあるとおり誠にひどいものです。

このような医療の不正に等しい実態は、医療と福祉を食物にしてきた病院経営者と、それを放置し、見逃してきた行政等の対応に原因が

ありますが、より根本的には医療法が精神科特例（21条1項但書）を設け、特例の水準以下でも処罰すらされない構造となっているところに問題があります（施行令5条）。

しかし、私はこの医療法の特例規定自体、精神病患者であることを理由に一律に他の病者と差別するものであり、憲法14条の平等原則違反だと思います。

こういう特例規定の存在が、精神病患者の差別と人権軽視を助長し、その違反に対し罰則もないことが大和川病院のように医療スタッフの著しい不足や水増しを平然と行わせることにつながっているのです。

いずれにしても、医療法の精神科特例は速やかに廃止されるべきです。

3. 精神保健福祉法(1条・12条・18条・36条)の中に、「患者の人権尊重理念」を明記すべきことについて

1) 資料の④⑤と②～④を見ていただきたいと思います。

ご覧のとおり、大和川病院では「貧困な医療実態」のほか、医療従事者が入院患者に対し、暴力・暴言などの虐待、不当な使役や保護室への隔離、その他様々な人権侵害を行っていました。

このことは、入院患者が極めて人権を侵されやすく、とくに閉鎖病棟など密室化された中では、人権侵害が一層起こり易いことを示しています。

2) そこで私は、精神医療における患者と医療者との出会いが「人間味あるもの」となるよう、精神保健福祉法の中に「患者の人権と尊厳の尊重」という理念を明確にうたう必要があると考えます。

91、12の国連決議でも「すべての患者は人道

的かつ人間固有の尊厳を尊重して処遇されること」を求めています。

そんなことは医療法（1条の2）で触れているし、医療の基礎にあるヒューマンイズムの精神や患者との信頼関係の重要性に照らして当然であり、改めて法律に明記する必要はないとの意見もあるでしょう。

しかし、この理念が「精神医療や行政の現場」の隅々まで徹底されていないから、大和川病院事件のような人権侵害が起こるのだと思います。

3) 他方で、そんな文言を法律で明記した位で人権侵害が無くなるわけがないとも言われそうです。

確かに、内容のない言葉だけでは駄目であり、「患者をかけがえのない1人の人間として扱う」という人権尊重理念の宣言は、それを実質化する患者と医療者との関係の確立を求めています。

その実質的内容としては、

第1に、「患者の人権と尊厳の尊重」は「患者の人格的自律権」すなわち、「医療における患者の主体的意思の尊重」を含んでいますから、精神医療においても「患者の自己決定権」が尊重されなければなりません。

第2に、「患者の自己決定権」の中核は「インフォームド・コンセントの原則」ですから、精神医療においてもインフォームド・コンセントが確立される必要があります。

第3に、自己決定とインフォームド・コンセントの前提として、患者には自己の判断に必要な医療情報を知る権利がありますから、精神医療に関する十分な情報を提供し、患者の知る権利が担保されなければなりません。カルテなども原則として当然開示されるべきです。

先進資本主義国と言われる国の中で、日本ほ

ど法律的にも医療行政上でも、患者の権利に対する配慮が不明確な国はありません。

「患者の人権と尊厳の尊重」を明記すると共に、その具体化として、自己決定権、知る権利、インフォームド・コンセントの原則などが、人権侵害の起きやすい精神医療においてこそ確立されなければならないと思います。

4. 入院患者への権利告知(22の4・29Ⅲ・33の3)の徹底と告知内容の拡充について

1) 大和川病院では、資料の②に明らかなように、入院時に患者に書面告知をしていたのは21.4%のみでした。

また、書面告知の内容も通信・面会の自由や退院・処遇改善請求権など入院患者の権利に関する事項を意図的に改変・削除していました。

そのため、資料③のとおり、自分の入院形態を知っていた患者は55.9%しかいませんでした。

2) このことから明らかなのは、大和川病院が入院患者に対する権利告知をいかに嫌っていたかということです。逆に言えば、「権利告知の徹底」が、人権侵害の防止上極めて有効である、ということです。

しかし、今のままでは、大和川病院のように入院患者に告知書をきちんと渡さない場合は実効性がありません。

そこで私は、この告知制度を確立するために、告知書を個々の患者に渡す以外に、すべての病室と病院内のロビーに告知事項を常時掲示するよう義務づけるべきだと思います。

ちなみに、大阪府の報告(97、8、27府の精神保健福祉審議会へ)によれば、大和川病院の看護職員39名に対する調査の結果、
(イ)「患者が行政機関や代理人弁護士に電話する

のを制限できるかどうか」について、全く理解していない者が26名(66.6%)もいました。

(ロ)「任意入院患者に退院の自由があるかどうか」について、全く理解していない者も25名(64.1%)でした。

ですから、告知事項の院内掲示の義務化は患者のためのみならず、病院職員の人権意識向上のためにも大いに意義があると思います。

3) 次に、患者に告知すべき事項は、現行法より大幅に拡充する必要があります。なぜなら、今の告知書面では告知内容が不十分であり、インフォームド・コンセントを実質化できないからです。

入院患者の権利をもっと網羅的に幅広く告知すると共に、退院・処遇改善請求の権利などは権利行使の方法も告知する必要があると思います。

5. 任意入院規定の整備について

1) 大和川病院では、資料の③～⑤にみられるように、入院患者の44%が自分の入院形態も知らず、任意入院であるのに多くの人が、入院時に保護室に隔離され、入院中は閉鎖病棟に入れられていました。

2) この原因は、イ) 入院患者への権利告知が徹底されていなかったこと、ロ) (91.12から発足した)大阪府の精神科救急体制が十分機能せず、「任意入院制度」を濫用し、救急指定病院でもなかった大和川病院に、正式にルート外で多くの患者が送り込まれたこと、ハ) 強制入院中心主義医療の問題点及び任意入院制度の重要性の認識が不十分であったこと、ニ) 任意入院患者の処遇基準が明確でなかったこと、などにあります。

3) そこで、現行法の任意入院規定(22条の3)については、次の4点を法定化すべきだと考え

ます。

1つは、「任意入院が入院制度の原則であること」の明記であり、

2つは、「任意入院以外非自発的入院を避けるためのあらゆる努力を払うべきこと」の明記、

3番目に、「任意入院は開放処遇が原則であることを明記し、併せて開放処遇基準の確定をすること」、

そして4番目に、「患者からの退院申出日時のカルテ記載を義務化」すべきことです。

6. 通信・面会の自由について

1) 資料⑩～⑳は大和川病院での通信・面会の自由に関する調査結果です。

通信・面会の制限はそれ程ひどくなかったように見えますが、この調査は私たちが病院側と4年来の攻防を繰り返した末のものですから、実態とはやや違います。

また、病院側は私たちに面会を求めた患者をターゲットに妨害していましたから、この調査結果に表れていない点がいろいろあります。

2) ところで、大和川病院の私たちに対する面会妨害は、患者への圧力や私たちに対する検察庁への告訴、弁護士会への懲戒請求、業務妨害を口実とした損害賠償訴訟、各方面への誹謗中傷文書の配布等々、あらゆる手段を使った凄まじいものでした。

途中から病院側は面会に訪れた私たちを病院の敷地内にすら入れず、私たちは門扉の外の道路わきに何時間も立ったまま、面会要求と面会妨害に対する抗議を続けなければなりませんでした。

しかし、このことは逆に患者の人権として、通信・面会の自由の保障がいかに重要であることを証明することとなりました。

3) 通信・面会の自由を確保するために、告知

書の交付・告知事項の病院内掲示が有効なことは前述のとおりです。

そして、この権利は閉鎖病棟の入院患者が院外と連絡するために不可欠ですから、この権利の妨害に対しては現行法より厳しい法的措置、例えば罰則の導入などを検討すべきだと思います。

4) なお余談ですが、私たちはこの権利の重要性を考え、大和川病院側の面会妨害に対し、代理人が原告となって損害賠償請求訴訟を提起し、先般(H10.2)完全な勝訴判決を勝ち取りました。

これは、代理人の面会権も認められたわが国で初めての判決です。

7. 精神医療審査会制度について

1) 大阪府の精神医療審査会は、大和川病院から定期報告等のあった医療保護入院患者の審査をずっとしていました。

ところが、この審査では大和川病院での著しい人権侵害を全く見抜けませんでした。

この原因は、定期報告等の審査を書類上しな行っていないからであり、この制度の実効的な運用方法が再検討されるべきだと思います。

2) 次に、患者の退院請求ないし処遇改善請求に対する審査ですが、この点については「全国的に見て申立件数も余り多くなく、患者の人権救済制度として十分機能しているとは言えない」との意見もあります。

考えられる原因として、

1つは、大和川病院の例で明らかなように、入院患者が制度の存在自体を知らず、権利行使の仕方も判らないためではないかと思います。

従って、この制度の存在と権利行使の方法を周知さへるため、患者への書面告知と告知事項の院内掲示義務を徹底すべきです。

もう1つは、入院中の患者に対する法的な支援システムが整備されていないことが問題です。

なぜなら、強制入院患者は病気や障害のハンディの中で主体的に行動すること自体が難しいのに、誰の援助もなく自力で退院や処遇改善請求をし、意見陳述や資料提出などをしようとしても、十分な成果を得られないことが多いからです。

そこで福岡県弁護士会では、以前から刑事事件の当番弁護士制度と同じ活動を、精神病院入院中の患者さんの申出に応じてやっています。

私たちがこの5年間大和川病院事件に取り組む中で、入院患者の法的支援体制をもっと組織的・恒常的なものにする必要があると考え、大阪弁護士会にその旨訴えて来ました。

そして、2年がかりの準備の末、本年5月20日によく大阪弁護士会として「高齢者・障害者総合支援センター」という組織を立ちあげ、このセンターから患者の入院先病院へ出かけ、人権問題の相談をしたり、退院請求や処遇改善請求について代理人活動を行う体制が出来ました。現在、大阪で約250名の弁護士がこのセンターに登録し、活動を開始しつつあります。

しかし、弁護士会の理事者が一番心配しているのは、資金的に会の財政がパンクしないかということです。

従って、こういう制度は本来精神保健福祉法に定め、国・自治体が全国レベルで展開する必要があると思います。

8. 行政により指導・監督制度について

1). 精神保健福祉法は、

①人権侵害に対する予防策として、

- － 1) 任意入院制度の原則化
- － 2) 入院時の告知制度

- － 3) 指定医制度
 - － 4) 大臣による患者処遇基準制度
- 等を導入すると共に、

②人権侵害が行われた場合の救済として、

- － 1) 知事への退院・処遇改善請求制度を定めています。

2) しかし、導入された人権侵害予防策はいずれも罰則がなく実効性が乏しいうえ、患者の退院・処遇改善請求も必ずしも十分機能していないとすると、現行法上患者の人権を守るには、行政による病院の指導・監督に頼らざるを得ません。

3) ところが、大和川病院事件では、資料にあるとおり、貧困な医療をはじめとする様々な人権侵害が多発していたのに、行政当局の指導・監督は病院側に対して非常に甘く、私たちにとっては誠に歯がゆいものでした。

とくに大阪府当局の対応は、最後の最後まで病院側を向いており、入院者や府・市民の方を向いていたとは到底言えませんでした。

そうした医療行政の姿勢・対応が大和川病院を長らく存続させて来た原因の1つでした。

従って、こと人権問題に関する限り、現行法の病院に対する指導・監督行政は、その基本姿勢をはっきりさせ、人権侵害に対しては厳正に対処すべきであると思います。

4) それから、私たちは10年前から大阪府に対し、府下の精神病院の医療スタッフや設備状況その他の医療情報を公開するよう請求し、大和川病院関連では、この3～4年来の府の医療監視結果を情報公開するよう要求し続けてきました。ところが、大阪府はいずれもこれを拒否して来ました。

しかし、医療スタッフの水増しその他医療上の不正を防止し、患者に病院選択の道を与えるためには、医療情報の公開は不可欠です。

こうした点でも、行政の病院に対する指導・監督の基本姿勢が問い直されるべきだと思います。

9. 以上のほか、精神保健福祉法にはまだまだ多くの問題点があり、「患者の人権を真に確立する」のは容易なことではありません。

しかし、マックスウェーバーは「職業として

の政治」の中で、政治とは、「堅い板に力をこめてジワッ・ジワッと穴をくり抜いて行くような作業である」「現実の世の中がどんなに不条理であっても断じてくじけず、どんな希望の挫折にもめでないで堅い意思をもって、不可能事をめざして粘り強く闘い抜くことである」と述べています。

患者の人権の確立・精神医療の改革にも、この「不屈の粘り強い努力」が必要だと思います。

(資料)

大阪府による「大和川病院の転退院患者の処遇・人権調査」の結果

(平成9年5月19日時点の入院者のうち、調査済み281名について)

① 入院時の医師による診察	有	171名	60.9%
② 入院時の書面告知	有	60名	21.4%
③ 自分の入院形態につき	知っていた	157名	55.9%
④ 入院時の保護室使用	有	164名	58.4%
⑤ 保護室使用の日数	1日～10日	127名	77.4%
⑥ 医師の診察がきちんとあったか	有	132名	47.0%
⑦ 診察の回数	月3回以上	36名	12.9%
⑧ 症状にあわせた投薬	有	87名	31.0%
⑨ 医師の病気の説明	有	71名	25.3%
⑩ 医師の治療計画の説明	有	43名	15.3%
⑪ 医師の服薬の説明	有	47名	16.7%
⑫ 合併症の治療	有	86名	37.9%
⑬ 看護婦のきちんとした世話	有	140名	49.8%
⑭ 病室・廊下は清潔か	はい	149名	53.0%
⑮ 病室内は適温か	はい	77名	27.4%
⑯ 電話は常時使用可か	可	208名	74.0%
⑰ 行政の電話の摘示	有	109名	38.8%
⑱ 行政への電話制限	有	49名	17.4%
⑲ 信書の発受信制限	有	55名	19.6%
⑳ 面会の禁止	有	30名	10.7%
㉑ 看護婦士等による暴力行為	有	54名	19.2%
㉒ 看護婦士等による暴言	有	64名	22.8%
㉓ まわりの人が暴力・暴言を見たか	みた	140名	49.8%
㉔ ごみ当番や配膳などでの使役	有	187名	66.5%

精神保健福祉法の撤廃と

精神障害者復権への道

久良木 幹 雄

(陽和患者会)

精神保健福祉法は当事者のニーズに全くそぐわない。国は「精神病者監護法」の時代に溯れば約1世紀の長きにわたり数百万の当事者に対し過酷な処遇を強いてきた。精神保健福祉法はただちに撤廃し、国は補償の気持ちを込めて特別時限立法により、遅くとも2020年までに欧米先進諸国の水準に到達するよう権利回復の措置を講ずるべきである。

I. 当事者のニーズに反して

およそ「保健」とか「福祉」と称する法律であるならば、その対象となる当事者のニーズにどう応えるかが主題となるべきだろう。現在の精神保健福祉法を見る限り、当事者のニーズに反するばかりか、当事者の人権を著しく侵害する「収容管理法」と称すべきだといっても過言ではない。

当事者の基本的ニーズを簡潔にまとめるならば、①病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい、②病の辛さを癒したいの二点に整理できよう。

1. 病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい

WHO（世界保健機関）の障害概念に従えば、当事者は、「傷病」(impairment)の結果「能力不全」(disability)に陥り、その結果孤独な生活、経済的窮乏、住宅や就職難、偏見や差別などさまざまな社会的不利(handicap)を蒙るという「障害者」として理解されるべきだろう。この

面では社会的不利をどうケアするかが重要な課題である。傷病から能力不全へ、その結果としての社会的不利というWHOの障害概念は、特に精神障害者の場合、しばしば逆の流れを示す。作業所に通うようになったら幻聴が聞こえなくなった、恋人ができたならヒステリーの発作が減少した、半年近く部屋に閉じこもっていたところへ気兼ねない友人がたずねてきて、いっしょに飯を食べたら元気を取り戻したといった例はしばしば聞かれる。

2. 病の辛さを癒したい。

強度の不安感に襲われたり、不眠症や幻聴、妄想にとりつかれたりしたときの辛さは言語に絶するものがある。しかしクレペリン以降の近代精神医学は長年の間「不可逆」論に侵され、「医療」そのものを放棄して疾病学に終始してきた。1930年代北米におけるソーシャルワーク運動を背景にした社会的アプローチから人間関係論が台頭、1950年代には向精神薬の発達とも相俟って生物的・心理的・社会的ケアで病は癒されるという考え方が世界の主流となり始めた。

しかしわが国では、病院への隔離収容という構造そのものが精神医学の発達を妨げ、投薬を重視した生物的ケアの考え方が根強く対症療法の域を脱し得ていないというのが実情である。最近一部従事者達の間で「病といまく付き合う」ということがいわれるが、その論法からしばしば古典的な不可逆論や不適切な医療の現状を追

認し自己満足に浸る響きが聞こえてくるのは容認しがたい。精神「病者」としての当事者が求めるのは病の辛さを癒す適切な医療である。

3. 戦慄を覚える精神保健福祉法

憲法25条は「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。精神障害の当事者が「病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい」「病の辛さを癒したい」と願うのは、腎臓や肝臓あるいは心臓に慢性的疾患を抱えている人、そしていつかは病を抱えるすべての高齢者達と同じように国民として願う普遍的な「権利」を求めているに過ぎない。国や従事者の立場や都合からではなく当事者のニーズという視点から見ると、精神保健福祉法が、いかに当事者の人権を無視し、反医学的な代物であるか、恐らく戦慄をすら覚るのではないだろうか。

さらに憲法25条はその第2項で、「国はすべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。すなわち第1項の権利を保証するために社会福祉等の努力を国の義務としている。しかるに精神保健福祉法では国によるケアを明確にせぬまま、作業所の運営一つをとっても家族に負担を求め、保護監督の責めをも負わすといった過酷な処遇を強いているのである。

4. 追及されるべき国と業界の責任

35万人もの人々が薬付けの長期拘禁を強いられ、巷で地域ケアが乏しいまま迷っているのは病のせいでも病者のせいでもない。世界の趨勢に反して隔離収容政策を推進してきた国とそれに追随し、時には圧力をかけてきた業界の責任である。

「この法案は、いやしくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をつかむこ

とといたしました」。1950年精神衛生法の提案者の一人である中山壽彦議員は国会で提案理由をこう説明した。また厚生省は犯罪との関係に加え、1952年には経済的損失との関連で「生産阻害因子」とのキャンペーンを展開し始めた。

「生産離脱者とこれらの保護にあたる家族の生産離脱をこれに加えるならば、精神障害者のために社会は、年々1,000億円を下らない額の生産を阻害されている」（厚生省公衆衛生局「わが国の精神衛生の現状並びに問題点」）としたのである。

II. 「精神障害者復権法」の制定を

精神病院への大量の隔離収容や人権侵害などさまざまな不祥事件、医療の荒廃、地域ケアの不足、家族への負担など山積する難題も、精神保健福祉法の撤廃なくしては解決の展望は開けないだろう。

いうまでもなく精神保健福祉法の撤廃だけで事は解決しない。精神病院にいる35万人の人々や地域で迷っている人々を路頭に迷わせたり、窮地に追い込んだりすることなく、当事者のニーズに対応して権利の回復に万全を期すことこそ国の果すべき責任である。

1. 精神保健福祉法の撤廃と精神障害者復権（援護）法の制定

- 1) 2000年に精神保健福祉法を撤廃し、2020年までの特別時限立法として精神障害者復権（援護）法を制定する（2001年から施行）。
- 2) 精神障害者に対する人権侵害と過酷な処遇の構造は、緊急に解決すべき特殊な課題であり、総合福祉法はこの課題を解決した後に検討する。

2. 精神障害者復権（援護）法の基本理念

- 1) すべての精神障害者が地域の人々とともに普通に暮らし、適切な医療を受ける権利

を保障する。

- 2) 永年にわたり国および精神医療関係者が精神障害者に対し過酷な処遇を強いてきた事実を反省し、精神障害者の復権を図るために格別の配慮を払う。
- 3) 精神障害者の復権を図ることは、価値観の多様性とすべての人々の尊厳を受容する心豊かな地域社会を築くために、すべての市民が共有すべき課題である。
- 4) 精神障害者の復権とケアの充実を図るにあたっては、精神障害者自身の声を民主的な手続きのもとで十分に反映させるよう配慮しなければならない。
- 5) ケアの原則：ケアは精神障害者のニーズに対応するために行うものであって、利用を義務化してはならない。
- 6) 2021年以後は総合的な社会福祉施策の中に統合を図るが、精神障害者の権利確保とケアの水準を低下させるものであってはならない。
- 7) すべての欠格条項を廃止し、一切の差別行為を禁止する（付罰則）。
- 8) 精神障害者の生活を保障するために障害年金の見直しと生活保護に特例を設ける。
- 9) 家族は精神障害者の権利擁護者であり、成人のケアについては責任を除外する。
- 10) 精神保健に関する情報は最大限公開する一方、当事者の利益とならぬ私的情報に関する守秘義務を厳守する（付罰則）。
- 11) 2001年にすべての精神病棟および付帯施設を地方精神保健機構の管理下におく。

4. ケアシステムの整備目標（2020年）

1) 住居

- ①福祉ホーム：8万人分（2015年10万人分）。
- ②グループホーム：4万人分（2015年5万人分）。
- ③共同アパート：5万人分。

- ④ファミリーケアホーム（下宿）：1万人分。
- ⑤応急住居：5,000人分（2015年1万人分）。

2) 通所施設

- ①団らん室：1地域に1か所。
- ②クラブハウス：1,200か所。
- ③当事者・家族センター：600か所。

3) 就労施設

- ①共同作業所：3万人分。
- ②就労援助：5万人分。

4) 地域医療

- ①地域精神保健センター：1,200か所（スタッフ1万2,000人）。
- ②精神科クリニック：精神科専門医6,000人。
- ③総合病院救急精神科：1,200か所（スタッフ1万8,000人、滞在期間限度7日）。

5) 精神病院

- 公立精神病院：3万床（1地方に1～5病院、スタッフ2万5,000人、入院期間原則3か月以内）。

6) 精神保健教育研究センター

- ①中央精神保健教育研究センター：全国9ブロックに各1か所。
- ②地方精神保健教育研究センター：各都道府県に1か所。

7) 精神保健教育広報センター

- 地域精神保健教育広報センター：各地域に1か所。

5. 精神保健機構

1) 地域精神保健機構

- ①市区町村別に設置：人口20万人に満たぬ場合は5万人以上の組合。
- ②評議員会：当事者3、家族1、従事者3、一般市民3の割合で、地域に在住または通勤する人の中から公募抽選（複数地域への応募禁止）／理事、人権委員、監査委員、地方評議員の選出／重要事項の議決機関。
- ③理事会：当

事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・推進と地域精神保健基金の運用／市区町村の精神保健施策に関し要請・立案。

2) 地方精神保健機構

①都道府県別に設置。②評議員会：当事者2、家族1、従事者2、一般市民2の割合で、各地域精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員、中央評議員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地方ケアシステムの整備・推進と地方精神保健基金の運用／精神病院の運営と救急精神科、精神科クリニックの監督／都道府県の精神保健施策に関し要請・立案。

3) 中央精神保健機構

①国に設置。②評議員会：当事者1、家族1、従事者1、一般市民1の割合で、各地方精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者6人、家族2人、従事者6人（常任）、一般市民6人で構成／理事長は一般市民／国のケアシステムの整備・推進と中央精神保健基金の運用／国の精神保健施策に関し要請・立案。

6. 精神保健基金

1) 中央精神保健基金

①歳入：現在の精神医療のための国民健康保険など各種健康保険からの保険金、医療保護費、措置入院費の年間相当額を繰入／現在の精神保健に関する国庫負担金および

補助金の年間相当額を繰入／2001年に国は地域ケア整備資金として1,000億円を拠出。②歳出：中央精神保健機構の事業費用／地方精神保健機構への交付金。

2) 地方精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する都道府県負担金および補助金の年間相当額を繰入／中央精神保健基金からの交付金。②歳出：地方精神保健機構の事業費用／地域精神保健機構への交付金／精神病院、救急精神科、精神科クリニックの医療費全額負担。

3) 地域精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する市区町村負担金および補助金の年間相当額を繰入／地方精神保健基金からの交付金。②歳出：地域精神保健機構の事業費用／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・運営資金。

7. その他

①診療簿には本人の署名を要するものとする。②精神病院、救急精神科では、受診後24時間以内に治療計画を提示しなければならない。③住居は、他の施設に併設または隣接して設けてはならない。④2001年にケアシステム整備10か年計画を設定する。

精神保健・医療・福祉をどう変えていくか

“シンポジウム「精神保健福祉法」の改正をめぐって”要旨

調 一 興

(日本障害者協議会代表)

近年、精神保健福祉法、障害者基本法などの大きな法的整備がなされ、社会資源も拡充しつつあるが、残念ながら医療中心・入院中心の構造を大きく変化させるには至っていない。1983年の厚生省の精神衛生実態調査で入院患者の6割近くに「近い将来の退院の可能性」があるとされたにもかかわらず、15年後の今日、当時に比べて入院患者数は減っていない。

この背景には、わが国独特の民間依存の入院医療体制があり、地域ケアサービス体制の圧倒的不足や人々の偏見があるが、これらとともに見過ごすことができない点は、精神障害者を依然として危険なものとする社会防衛論の視点、各種法律の中に残存している点である。

これらには抜本的な改善が必要であり、以下の点について述べたい。

記

〈総合的な問題〉

1. 現行法における医療と保健の部分と社会復帰および社会福祉の部分とを切り離して、後者を総合的な障害者福祉法に含める法改正を行うこと。
2. 精神衛生法の制定とその後の数次の改正で、疾病・機能障害への医療、能力障害への社会復帰訓練、社会生活上の不利益に対する社会福祉施策という3つの柱が形成されてきたので、今回の改正では、人々の誤解や偏見など

の心理的壁、そして欠格条項など制度面の壁、要するに心理・社会的な環境に対する施策を法律改正の一つの重点にすべきである。社会復帰施設を作ろうとするときに地域住民が反対するというようなことに対して効果的な法的対応をもうけるべきである。

3. 障害者基本法での精神障害と精神保健福祉法での精神障害とは、同じ用語で異なる意味を表している。このため精神障害者施策の開発と実施の面でも、国民理解の促進の面でも混乱と困難を生み出している。精神障害、精神障害者の用語、定義、概念の明確化を図ることが必要である。
4. 「保護者制度」についてはこれを撤廃し、新たに「成年後見制度」等のかたちで権利擁護や財産管理のための公的なシステムを創設すること。親を中心とした家族が、無期限で保護義務を負うことの負担は非常に重く、社会的入院の原因である。保護者規定については、現在法制審議会等で検討が進められている民法改正による「成年後見制度」に委ねるべきである。介護保険法の成立によって家族介助から社会的介助へと基本構造を変更したことは、保護者制度廃止の考え方の正当性を証明した。

〈社会復帰・社会福祉に関する問題〉

5. 市町村が社会復帰および社会福祉サービスに責任を持つ体制と、そのための財政的・人

的な条件整備を行うこと。市町村と、精神保健福祉センター、保健所、専門医療機関等の役割分担を明確にすること。

6. 市町村と協力して精神障害者の地域生活のために相談およびサービスマネジメントを行う「精神障害者地域生活支援センター」を法律に明記し、その設置運営を市町村（人口数によっては複数市町村）の義務とすること。
7. 市町村は精神障害者のための施策を立案・運営するにあたって、精神障害者団体および精神障害者の家族の団体の意見を反映するよう努めなければならないこととすること。社会福祉法人等が精神障害者のための事業を企画運営する場合においても同じとすること。
8. 社会復帰・社会福祉施設体系では「リハビリテーション」、「作業」、「生活」の類型は一応それぞれ援護寮・福祉ホーム、授産施設・福祉工場、グループホームとして制度化されているが、「地域利用」型の施設が存在しない。クラブハウス、ドロップインセンターなどが必要である。また、制度化されている施設・事業も数が不足しているので大幅に増やす必要がある。障害者施設全体のあり方との整合性、総合利用と合わせて精神障害独特の制度を設けるべきである。
9. すでに有効性が確認されているホームヘルプサービス、給食サービス、日常生活用具（とくに電話の設置と基本料金の助成。精神障害者にとっての電話は身体障害者の車いすだといわれる）、回復者クラブ（セルフヘルプ）への助成、などの地域生活支援策を法定化すること。
10. 身体障害者相談員、精神薄弱者相談員の制度は日本が誇るべき世界初のピアカウンセリング制度であり、民生児童委員制度とともに障害者の地域生活と社会参加を支えている

が、これに類似する精神障害者施策がない。精神保健福祉相談員は保健所等に勤務する公務員であり、全く異なる。その不存在が逆に「精神障害者は専門家にしか対応できないもの」という誤解と偏見を強化している。すでに精神保健ボランティアの活躍がいくつかの都道府県社会福祉協議会の実績で示されているので、法改正で取り入れるべきである。

〈資格制限の問題〉

11. 各種法令での欠格条項の見直しを行うこと。その見直しにあたっては、①障害者施策の目的が自立と社会参加（障害者基本法第1条）とされた趣旨を基礎とすること、②原則として障害関連の絶対的・相対的欠格事由は廃止すること、③資格を得るにあたって試験等があり、そこで能力選定がなされる部分については欠格条項からはずすこと、④それでもなお必要とされる条項があれば、中央障害者施策推進協議会その他の場で広く議論をすること、が必要である。また、上記の諸点にしたがって、都道府県や市町村および特殊法人等に対して、条例・要項その他の規定における障害に伴う欠格条項の見直しを国として指導する必要がある。

〈医療と保護に関する問題〉

12. 「保護者」の規定を削除すること。家族間の支持・扶養の関係は一般法である民法ですでに述べており、精神障害者のための特別な規定は不必要であり偏見を生む。後見が必要な場合にあっても、一般に適用される成年後見制度で対応すべきである。
13. 第23条は、精神障害者又はその疑いのある者を知った者はだれでもその診察や保護を都道府県知事に申請できるという規定であり、

精神障害者の自立と社会参加の理念に反する。これを削除するとともに、警察官の通報等の関連条項についても見直すこと。

14. 精神医療審査会に主として地域支援に携わる精神科ソーシャルワーカー（PSW）を加えるなど、その構成と機能を強化し、社会的入院を実際的に減らせるようにすること。
15. 医療保護入院や措置入院の制度を含めて入院形態の区分・手続き制度の見直しが必要である。自宅での療養やショートステイでの休息など入院代替方策の開発が必要とされる。病院医療の側でも、気軽に入院できて気軽に

退院でき、入院中は患者の尊厳が保障されるように改善が図られねばならない。そのためにも医療法における精神科の特例が見直される必要がある。これらの総合的検討が早急に必要である。

16. 救急医療システムの拡充の前段階として、よりていねいな相談・訪問体制が確立していれば、疾患が軽微なうちに対応できその後の回復にも大きな効果が期待できる。したがって疾患への早期対応ならびに再発防止を図るために、保健所および市町村保健センターにおける相談・訪問体制を強化すること。

精神保健福祉法の改正に向けて

―精神障害者の人権の確保、社会的入院の解消、リハビリテーションの促進の視点から―

白 澤 英 勝

(日本病院・地域精神医学会宮城県立名取病院)

「精神障害者の個人としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、適正な医療及び保護を実施し、かつ、その社会復帰の促進を図る」ことを目的に、1987年精神衛生法から精神保健法に改正された。1993年6月には同法の一部改正が行われたが、同年12月障害者基本法、1994年7月地域保健法の成立などにより、「精神障害者の福祉施策や地域精神保健の充実を図るとともに、適正な精神医療の確保を図るため」に1995年5月、精神保健福祉法が成立した。⁽¹⁾⁽²⁾

しかし、精神障害者に対する隔離収容政策と差別的な諸施策の改善は、かけ声とは裏腹に遅々として進まず、今なお、36万余の病床と34万近くの入院患者を擁しており、各種社会復帰施設が法定されたとはいえその設置数は微々たるものに過ぎず、数万にも達する「社会的入院者」を抱えているのが現状である。

この10年間、2度の法改正が行われたが、精神医療・保健・福祉の現状は相も変わらず貧困なままであり、何よりも法制度上の抜本的改正を行い、現状の改革が必要となっている。

1、精神医療・保健・福祉の現状

厚生省の統計によれば1997年6月30日現在、精神病床は361,053床、在院患者は339,726人、万対病床数は26.8床となっている。在院患者を入院形態別でみると措置1.6、医療保護29.0、任意67.3、その他2.1%であり、措置、医療保護、任意入院者の内、5年以上の長期入院者は

46.0%にも達している。又、全入院者の内、65才以上の高齢患者は29.4%を占めている。⁽³⁾

スライドは1980年以降の全国の精神病床数の推移と法改正との関係を示したものである。1980年の30万4千床が年々増加し、1988年の精神保健法施行時には35万1千床、1993年には36万3千床となり、その後微減傾向にあるとはいえ現在、36万1千床余りを数えている。又、5年以上の長期在院患者の比率はこの10年間殆ど変化なく、65才以上の高齢患者は1990年の22.0%から1997年には29.4%と大幅に増加している。

法改正により社会復帰の促進を掲げて10年になるが、こと病床数、長期在院及び高齢化患者の推移から見ると限り法の目的とは裏腹に、我が国の精神医療は依然として「収容主義」にあるとみなければならない。それはとりもなおさず現行法及びその運用の限界を示すものといえよう。

スライドに1988年以降の入院形態別年次推移を示したが、精神保健法施行後3年にして自発的入院（任意入院及びその他の入院）が50%を越え、その割合は年々増加し、1997年6月30日現在69.4%となっている。

ところで、1995年の厚生省の調査によれば、入院中の患者で閉鎖処遇を受けている者は全体の51.6%、自発的入院者の内、閉鎖処遇を受けている者は43.9%（任意入院者では44.6%、その他24.5%）に達している。1988年4月の保健

医療局長通知は任意入院に際しては「開放病棟での処遇や閉鎖病棟においても例えば本人の申し出により病棟外への出入りを可能とするなどにより、できるだけ開放的な環境で処遇することが望ましい」としている。しかし、現実には半数以上が閉鎖処遇を受けており、現下の精神医療が「拘禁の体質」を色濃く残存させたままであることを示しているといえよう。⁽⁴⁾⁽⁵⁾

以上から、我が国の精神医療は収容・拘禁型の医療であり、且つ、入院患者の長期化、高齢化に特徴を有するといえよう。

スライドは1988年以降の社会復帰施設の設置状況の推移を示したものである。社会復帰施設は1987年の改正時に生活訓練施設（精神障害者援護寮、福祉ホーム）と通所授産施設が法定され、1993年改正時に「グループホーム」が追加され、1995年の改正において社会復帰施設として生活訓練施設（援護寮）、授産施設、福祉ホーム、福祉工場の施設類型化が行われた。

スライドのように援護寮、福祉ホーム、授産施設とも僅かな増加に留まっており、ここ2年グループホームの設置数が増加しているとはいえ、1995年12月に策定された「障害者プラン」の目標値まではほど遠い現状にある。更に、これらの施設の設置状況は都道府県により地域間格差が顕著であり、設立主体に占める公営施設の割合は極めて低い水準に留まっている。

他方、市町村障害者計画の策定状況(1997.3.31)をみると、策定済みの市町村は17.9%、その中に精神障害者施策を含めている市町村は68.7%に過ぎない。このように、精神障害者の福祉施策も極めて低水準に留まっているのが現状である。

2、法改正に向けて

今次「法改正」で問われていることは、既に

みたように貧困な現状の抜本的改革にある。以下、精神障害者の人権の確保、「社会的入院」の解消、リハビリテーションの促進の視点からの考察を加えたい。

1) 患者の権利擁護に関して

1987年の法改正により、入院時の告知、退院等の請求が法定された。しかし、告知は入院手続きに関してのものであり、「国連原則」は治療への同意について、限定された例外を除き「患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行われぬ」としている。告知を法的な手続きに限定することなく、診断及び治療全般についてまで拡充することが必要であり、その内容を「国連原則」に沿ったものに改善すべきである。⁽⁶⁾

スライドは退院請求と処遇改善請求の年次推移である。

退院等の請求は、1993年が698件と最も少なく、1996年が862件となっている。退院請求の審査結果の内、「不適（請求が認められたもの）」とされたものは、1.4から5.0%となっており、これまで年間1000件を越えておらず、且つ、都道府県の格差も大きい。又、処遇改善請求の審査件数は全国で年間26件(1992年)から65件(1989年)に過ぎず、1994年以降は40件台となっている。審査結果で不適（請求が認められたもの）と認められたのは1995年の8件が最も多く、1996年は僅か1件に過ぎない。

この間、長野県の栗田病院、高知県の山本病院、大阪府の大和川病院など、精神病院の不祥事が相次いで発生しているが、これらに対して精神医療審査会は全く関与しえず、更に上記の数値を考えると、法で認められた権利を行使し得ない状況が精神医療の内部に根深く存在しているといえよう。従って、法そのものに患者の権利を明確にした条項を加えるとともに、多く

のヨーロッパ諸国が採用し、国連原則でも採択されているような市民的オンブズマン・システム（精神障害者権利擁護制度）を早急に導入することが必要である。

2) 入院制度

a) 任意入院

全入院者に占める任意入院患者の割合は68.6%（1997年6月30日）となっている。ところで既に述べたように、任意入院者の内、開放処遇、個別開放処遇の者は全体の55.4%であり、閉鎖処遇は44.6%となっている。1983年の厚生省の調査では閉鎖病棟は64%、1995年は51.6%であり、病棟の開放化の進展は遅々としたものに留まっている。この現状は任意入院の本趣からみて、殊にその処遇からみれば極めて問題が大きいといわねばならない。

他方、72時間の退院制限に関しては、厚生省の調査（1993年）によれば6月1ヶ月間の退院制限の件数は543件に達している。年間にすれば相当数が退院制限をうけていると推定される。任意入院の本趣は「本人の同意、退院の意志表明があれば退院させること、行動制限をしないことであり、これを認めた上で、なお、必要な場合に拘束制限が許されるもの」にある。⁽⁷⁾

以上から任意入院の処遇については原則として「開放処遇」とすること、本人の同意を得てやむなく閉鎖処遇とする場合には一定期間（少なくとも4wを越える場合）後に精神医療審査会に報告し、審査対象とすべきであり、又、72時間の退院制限を行った場合はその経緯を報告し、精神医療審査会の審査を行うことが必要である。

b) 措置入院

厚生省の調査（1997年6月30日）によれば措置入院患者は全体で4,772名となっている。新規措置入院患者は1990年次の2,164名から次第

に増加傾向にあり、1996年次は3,430名となっている。ところで措置入院患者の入院期間をみると5年以上の長期措置入院患者は全体の62.1%にも達している。

措置入院は公的権力による強制入院であり、その要件は既に決議されている「国連原則」に準じてより厳密且つ限定的に規定するべきであり、治療の必要性の原則を遵守する上で、この原則の対象とならない人格障害及び精神遅滞は措置入院の対象から除外するべきである。又、措置入院の審査は実地審査に重点を置く必要があり、措置入院患者全員に実地審査を行うとともに、その結果を定期報告書に添えて、精神医療審査会の審査に付すべきである。

なお、措置入院を触法精神障害者対策とのからみで、「特別措置と一般措置とに分離すべき」との意見もあるが、触法患者が必ずしも処遇困難とは限らず、むしろ問題は強制入院に関わる医療の質を設備・人的資源ともに高め、地域の実情に即して措置病床を適正に配置することが必要であり、公的病院、指定病院を問わず、措置病床の指定基準を強化するなどの医療環境の整備こそが優先されなければならない。⁽⁸⁾

c) 医療保護入院

医療保護入院者は入院患者全体の28.2%を占めている。医療保護入院の定期病状報告書は1年毎となっているが、1年以上の入院患者は全医療保護入院患者の73.9%にも達している。医療保護入院は指定医の判断と保護者の同意による入院であるが、患者にとっては強制入院に他ならない。こうした性格、及び医療保護入院の入院期間の現状をみると、定期報告を現行の1年から6ヶ月に短縮し、且つ、実地審査をきめ細かく行う必要がある。

3) 精神医療審査会の機能強化

スライドは医療保護入院と措置入院の審査件

数の年次推移である。医療保護入院及び措置入院とも入院患者の減少により審査件数は減少している。1996年では医療保護入院の定期病状報告書の審査件数は7万4千件余りであり、実地審査は5.6%に過ぎない。措置入院は定期報告書の審査は1万件余り、実地審査は半数以下の44.2%となっている。精神医療審査会の審査は「書類審査」が中心となっており、こうした実地審査の軽視は、退院請求や処遇改善請求の審査件数の少なさとあいまって、審査会機能の実効性を著しく阻害しているといえよう。更に、審査会活動の都道府県間格差、審査請求状況にみる病院間格差の是正は急務である。

従って、精神医療審査会の機能強化のために、審査会の行政からの独立、審査会への当事者のアクセス権の保障、審査会決定に対する上級機関への上訴権の保障が国際慣行からみても、最低限の規定として明記されるべきであり、圏域内の人口に配慮して審査体制を拡充し、審査会自体の情報を公開すべきである。

4) 社会的入院者の解消とリハビリテーションの促進

1983年の厚生省の調査によれば近い将来退院の可能性のある者は全入院者の57%、1991年の日本精神神経学会の社会復帰問題委員会の調査によれば、2年以上の在院患者の内、適切な地域の受け皿（社会的資源）があれば退院可能な者（社会的入院者）は33%であったと報告している。⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

上記から推計すると社会的入院者はおよそ6万から7万名にも達することになる。しかし、1997年の社会復帰施設の整備状況を見ると、1995年12月の「障害者プラン」の数値目標すら達成することが困難な現状にある。そして、厚生省の試算によれば、現在の施設受け入れ数は僅か9千名余りに過ぎず、社会的入院者に必要

とされる施設の1/6から1/7に留まっている。又、これらの各施設の設立主体をみるといずれの施設も公的機関によるものは極めて少数であり、且つ、地域間格差も大きい。障害者プランに述べられているノーマライゼーションの理念の実現、即ち、障害者の社会参加の拡大をはかるためには、都道府県及び市町村の役割を明記し、その「障害者計画」にこれらの施設数値目標を設定し、施設の整備を図る必要がある。

ところで、数万にも上る社会的入院者を解消するためには病院一地域を含めた包括的な精神科リハビリテーション体制の確立が必要となる。山根はリハビリテーションの目的を「病や障害によって生活に支障をきたしている人が、病気として治療を受け、生活者としての権利が保障され、生活の場に参入し、再定住できるように援助すること」としている。⁽¹¹⁾

又、「長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究」では「社会的入院」に関し、第1に「比較的重度の精神障害者が安心して地域で暮らせるだけの社会的資源を整備すること」、第2に「刺激に乏しい施設環境の改善と、退院やリハビリテーション促進の専門サービスを明確に位置づけること」の2点を挙げている。⁽¹²⁾

現行法のそれに関する条項は病院関係では第38条（相談、援助）が、地域関係では第6章第2節（相談指導等）及び第3節（施設及び事業）である。しかし、これらの規定は極めて一般的な規定であり、リハビリテーションの視点は全く欠落しているといえよう。そのため、病院及び地域のリハビリテーションを担う体制、スタッフは極めて限定されている。例えば、病院のOTやPSW、CPなどの常勤スタッフ数はそれぞれ1978人、2746人、1204人であり、全国平均でOT、PSW、CP一人あたりの患者数はそれぞれ170.1人、122.5人、279.5人となっている。

病床数の推移と法改正

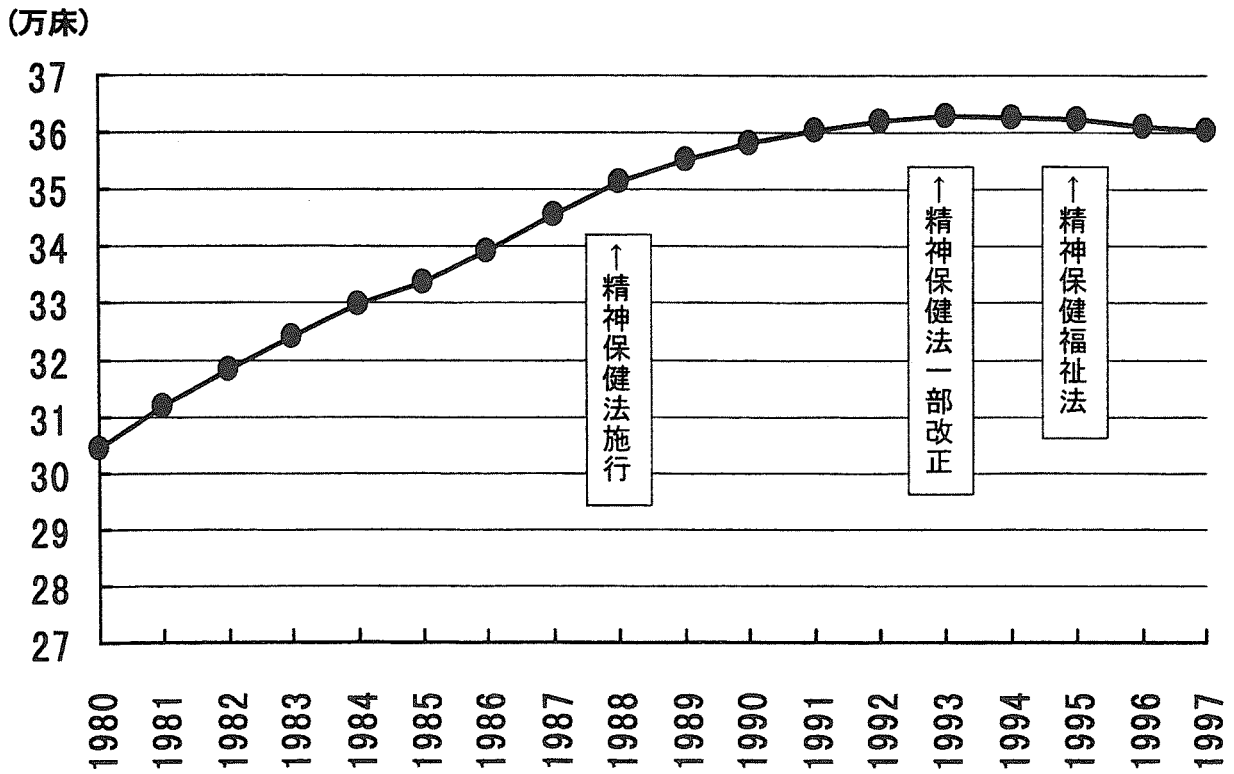


図1

入院形態別年次推移

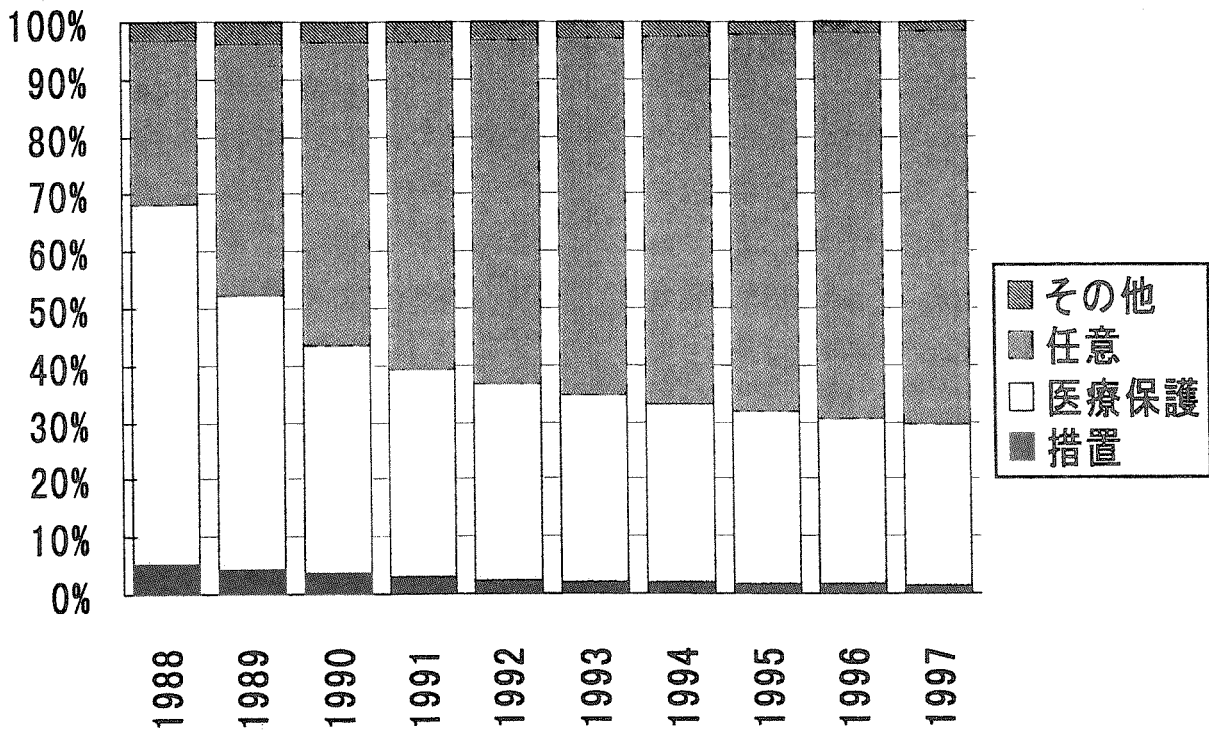


図2

精神障害者社会復帰施設の推移

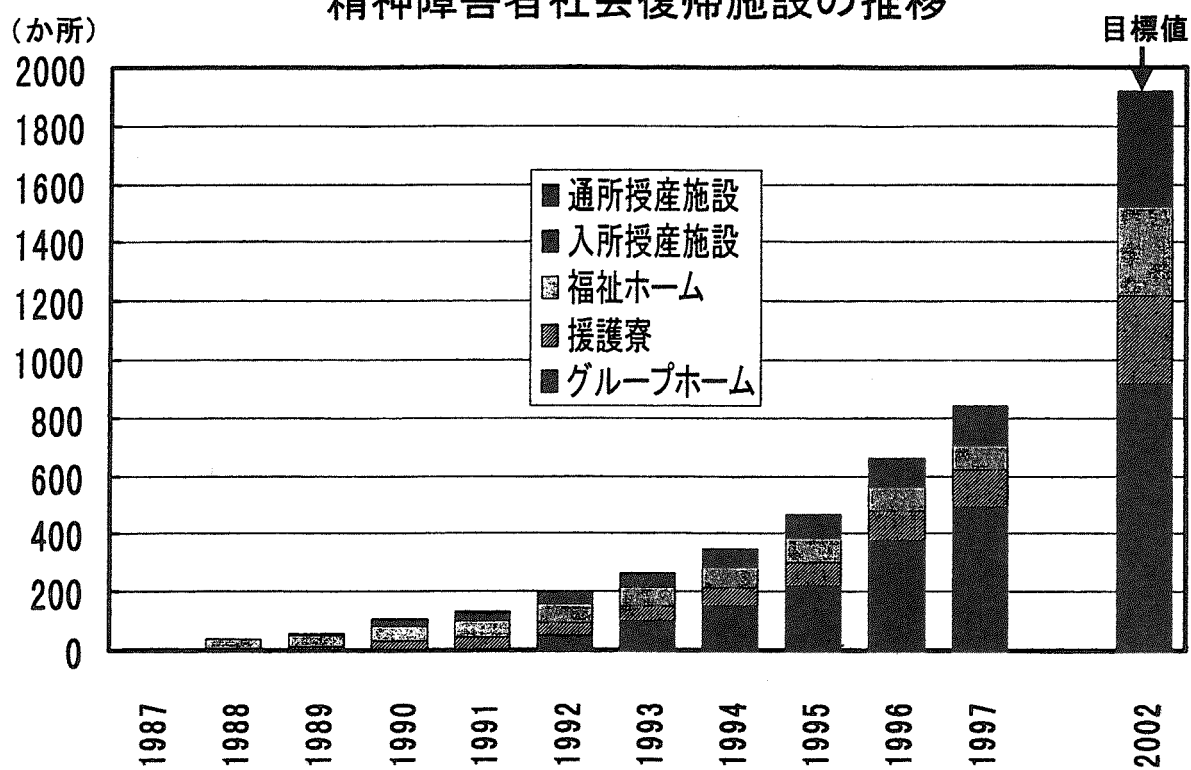


図 3

退院請求と処遇改善請求の年次推移

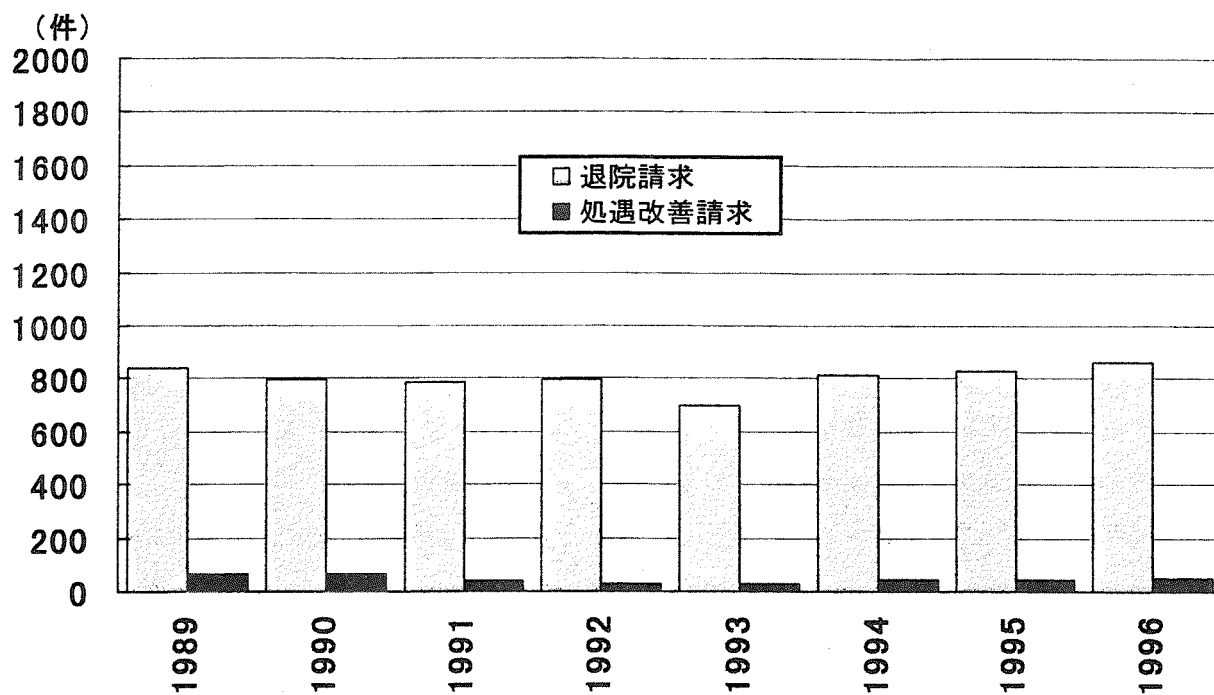


図 4

審査件数の年次推移

医療保護入院と措置入院

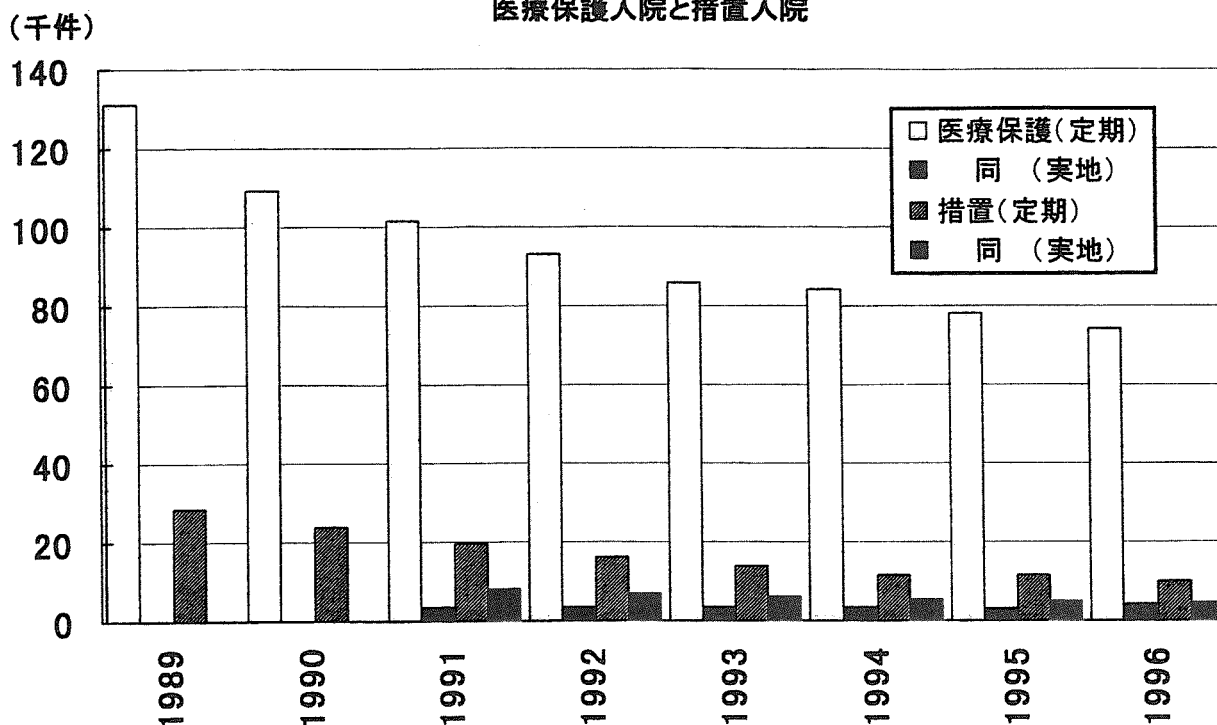


図5

他方、1996年1月の精神保健福祉センター運営要領、保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領はいずれも組織体制の中にOT、PSW、CPを配置することになっているが、実際にこうしたスタッフを配置している機関は極めて少数に過ぎないのが実情である。

こうした現状を打開するためには病院におけるリハビリテーション体制の充実を図ること、具体的にはチーム医療の観点から病院の配置基準の中に明確にOT、PSW、CPを位置付けること、地域では域精神保健福祉圏域を設定し、リハビリテーション計画と精神障害者福祉施策を推進するための地域精神保健福祉計画の策定を行い、病院—地域の連携を積極的に図ることが必要であり、一部にみられる「精神保健施設」などの新たな収容施設の法定は、従来の隔離・収容政策を改める動きに逆行するものであり、ノーマライゼーションの理念に反することは明

白である。

従って、包括的リハビリテーションの推進のために、精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健に関する役割、地域内の各種社会復帰施設や生活支援機関と病院や診療所などの医療機関との連携を強化すべき規定を設けることが必要である。

文献・資料

- (1) 精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について（依命通知）、発健医第108号、厚生事務次官通知、昭和63年4月6日
- (2) 精神保健法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）、発健医第190号、厚生事務次官通達
- (3) 障害保健福祉主管課長会議資料、精神保健福祉課、平成10年3月12日

- (4) 山崎敏雄ら、精神医療審査会の機能評価に関する研究・資料平成7年度厚生科学研究
- (5) 精神衛生法等の一部を改正する法律の施行について、健医発第433号、厚生省保健医療局長通知
- (6) 精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケア改善のための諸原則、国際連合総会決議、1993年、我が国の精神保健福祉（平成7年度版）、厚生省保健医療局精神保健課（所載）
- (7) 平野龍一、精神医療と法、有斐閣、1988
- (8) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正に関する要望、(社)日本精神病院協会、平成10年1月29日、精神保健福祉法改正に関する意見書（まとめ集）、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課
- (9) 精神衛生実態調査概要－昭和58年－、我が国の精神保健福祉（平成8年度版）、厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課
- (10) 日本精神神経学会社会復帰問題委員会、長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源及びその数の推計－全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から－、精神神経学雑誌第93巻第7号582－602頁、1991
- (11) 山根寛、精神障害と作業療法、三輪書店、1997
- (12) 長期入院患者の施設ケアのあり方に関する調査研究－全国精神病院の実情把握と「施設ケアサービス指標」の試み、ぜんかれん保健福祉研究所モノグラフNo.15、全国精神障害者家族連合会、1998

障害者ケアは社会的責任—保護者制度の撤廃を望む

荒井元傳

(全国精神障害者家族会連合会)

こういう場を与えられたのはたぶん初めてだと思います。光栄であります。「ノーマライゼーション」すなわち精神障害者が地域で医療と福祉のサービスを活用して当り前に生きる。私はこのように定義づけております。医療と福祉のサービスを活用して、あるいは道具として使って地域で一般市民と同等の条件で生活するという意味です。これは地域社会はもとより施設、病院の中でもこの条件づくりをすることは言うまでもありません。在宅地域ケアの要というのは私はやはり当事者、障害者本人と家族、一番身近に地域で生活する人たちをどう支えていくかです。相互援助の試みというような中で障害者や家族のリーダーをつくり、お互いにどう生きて行くかそれを強化することが要だと思います。21世紀に向けてそういう意味で皆さんを含めてぜひ一緒にやっていかせてください。

保護者制度ということで今日は発言の場を与えられました。言いたい事柄は他にも沢山あるんですけどもこれに付随することを申し上げたいと思います。宇都宮病院事件からの法改正が叫ばれ、厚生省は1983年にウィーンで精神衛生法の改正をするという宣言を致しました。それから丁度10年です。ここに亡くなられた方ですけれども、本間長吾さんの新聞記事があります。1987年の2月4日に朝日新聞の日曜日の朝刊です。これは全国に配られました。私はこれは非常に法改正の運動の中で画期的なことだと、法律を動かしたという記事だとにいつも言っているんです。この中で家族の気持ちという

ものをこう語っております。

本間長吾さんは全家連の理事長で、この精神保健福祉法が1987年にでてきて半年で亡くなってしまいました。癌であったということを知りながら法の改正のため全国を飛び回って、これができたら亡くなったというエピソードがあります。「私の場合は67才の妻と旅館業をしながら障害者の息子と暮らしていました。高校生の時発病した息子も今は38才です。他の子供たち4人は皆家を出てしまい、帰ってくれません。精神障害者に対する世間の酷い偏見、差別にさらされた為です。私と老婆、妻ですね、が元気なうちはどんなことでも息子を守ります。が、私も高齢です、病身です。いつお迎えがくるかわかりません。今まで私が死んだ後一体誰が息子のめんどうを見てくれるんですか。死んでも死にきれない気持ちです。こういう私と同じ様な境遇のじいさんばあさんが実は全国に沢山いるのです。」と親の心情を語り、最後のところでは次のように訴えております。「身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、身体障害者と精神薄弱者に対してはそれぞれ福祉法に国や地方公共団体が責任を持って更正援護と必要な保護をすると書いてあります。すべて社会が援護する責任を持ち、担うという建前になっています。なのに精神衛生法は保護義務者の責任がずらりと列記してあります。私もその一人なんですが、保護義務者は精神障害者に対してきちんと治療を受けさせなさい、自分を傷つけたり他人に害を及ぼさないように監督しなさい、財産を保護

してやりなさい、診療に当たる医師に協力しその指示に従いなさいと法律に書いてあります。できるだけことはやりました。これからも努力いたします。だけど実際、70、80の親に30代40代の退院してきた精神障害者の行動管理を監督せよといわれても無理というものです。もし、何か起こった時保護者を法的に責めるというのはあまりにも冷たい酷なことではないでしょうか。今までは何でも家族と病院に背負わせてきたのですが、その家族が崩壊してしまったのです。精神障害者にも福祉法をつくって回復者が自立して暮らせるよう社会の責任で援護していただきたいと思います」。

これが10年前の記事です。1987年の法改正の時は保護者問題については全家連も力がなかったというか、家族の責任を放りだすのか等々躊躇をして要求項目にも入れませんでした。その次に1993年の法改正では、家族会としては勇気を持って法改正の意見を出しました。精神保健法の見直しについてということで1992年の5月29日にその当時の山下厚生大臣に出しました。保護義務者制度について以下のいろんな条件を整えて保護義務者の規定は削除するというような意見を出しました。これは本当に勇気がある発言でした。親として責任を放棄するのかと日本的な家族意識が強い中で保護者制度というのを否定するのかというような意見もありました。そういう中で私どもはこれを主張しました。結果的には皆さんご存じのように、言葉がきついということで、義務がとられて保護者制度になりましたが、本間さんが訴えられたような中身は全く変わりませんでした。法の名称が精神衛生法から精神保健法に変わった、法の目的の中に精神障害者福祉、社会復帰増進という言葉が入った、当時の法の10条に「社会復帰施設の設置運営」ということが入った、福祉が精神保

健法の中に入ったわけです。これは本間さんのように公的責任で家族や個人の努力では足りない部分は公的責任でやるということが言葉の上では法律の法文が中に入ったわけですが。と同時に保護者制度があるということはケアも事故の責任も福祉も個人でやりなさいと言うことです。全家連の調査ですと保護者の80%が親です。最後の責任は家族です。これを精神障害者の援護の皆さんも含めて見過ごしていいのかと、それが家族会のエゴだというふうに言えるかということであると思います。

私どもは今回法改正のトップにこのことを挙げました。先程挨拶をした田中課長のほうでも初めて保護者制度のことにに関して手をつけるという形で今作業をしております。結果的には非常に困難なことが、いわゆる全廃ということは出来なさそうですけれども、かなり内容に踏み込んだ改正が行われているというふうに聞きますし、期待したいと思います。

今の我々の中で一番大きな問題は、医療保護入院の問題です。保護者の同意という形で入院をするというのが日本の精神医療の体制の中ではかなりおおきなものを占めております。外国、すべては知りませんが、どうもこういう例はありません。家族に入院をさせるという権限、ノーマライゼーションで言えば、家族と患者が緊張感なく治療に対応できるということが大切です。この緊張関係が治療開始の段階であることは、非常に私たちは厳しいと、悲しいというふうに思います。そういう意味で医療保護入院の在り方も含めて今回全家連としてはかなり思い切った発言をしております。是非お配りした全家連の意見書を是非お読み頂きたいと思っておりますし、後ろの部分に保護者制度についてかなり詳しく我々の主張が書かれております。これを是非お読み頂きたいし、ご理解頂きたいと

思います。我々としては今日お配りしたレジメの中には市町村の義務の明確化、精神障害者の権利保障、社会復帰施策福祉施策の推進という大きな課題を精神保健福祉法改正の中で要求しております。

障害者の人たちは生活者です。一番身近な自治体のサービスを受けたい、しかし偏見があるから市町村の役所には行かないと、市町村のサービスの窓口や援助はかえってプライバシーの為には良くないのではないかとということがありました。我々の作業所活動はいろんな形で市町村に要求をし、関わりを持ちました。そんな中でやはり市町村が、特に市段階ぐらいにおいてはかなり精神障害者の対策について関心を持ちつつあります。知的障害はこの法改正で多分措置の主体が市町村に変わるという流れがあります。手帳の交付の窓口を含めて精神障害について保健所中心の県行政から、市町村に向けるということはこのノーマライゼーション、地域で当り前に生活をするというわれわれのゴールからすれば非常に重要なことです。このことは是非実現して頂きたいと主張します。

精神障害者の権利保障ということについて、私どもは権利保障という形での入院制度とか今の保護者制度もすべてそれに連なるというふうに思っております。もう一つ重要なことは、法の中に、この意見書にありますように精神病院管理者は、とか、市町村は、とか、いわゆるそういう立場ですべての法文が整っております。われわれはその中で主体をユーザーに変えて、たとえば任意入院の場合、従来は「精神病院管理者は精神障害者を入院させる場合においては本人の同意に基づいて入院が行われるようにしなければならない」と、任意入院ですら主語が精神病院管理者です。我々は次の様に条文を作り替えて今厚生省に要求しております。「精神

障害者はこの法律に定める場合を除いては自らが同意しないかぎり入院を強制されない権利を有する、前項の同意は書面で行われなければならない」等々です。そういう形で法をやはり主体をユーザーに変えてそしてその権利を保障する口調に変えてくれと要求しております。これは伝染病予防法、あの公衆衛生の最たる法律ですらやはり患者の主体を中心に換えようかという流れが今公衆衛生行政の中にはあります。そういう意味では本当に別世界の問題だと思わないで取り組むべきだと思います。

社会復帰施設の充実、共同作業所は1967年からそして1987～8年から急に増え始めて現在1300、大体20名くらいの平均の通所者数ですから全国で約26000名、職員は、職員というか指導員は大体2人から3人です。これも約2600人、というような保健所、デイケアを凌ぐ最大の実践活動になってきております。ただ東京で予算総額が一作業所あたり2千万とか、ある県ではなんと1年で300万とか、非常に格差があり、皆さんが指摘するような形での運営の問題やそれから弱さがあります。我々はこれを精神保健福祉法の中で法文としてきちんと明記して、そして全都道府県で最低のところは平均的に出来るようにというような法内施設、法内事業として要求しております。我々は非常に重要な実践活動だと私たちは思っておりますので皆さんのご理解とバックアップをお願いしたいと思います。

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律改正に対する意見

’98年6月19日

(財)全国精神障害者家族会連合会

常務理事・事務局長 荒井元傳

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法)は、度重なる改正によって「病院から施設へ」「施設から地域へ」という方向性を明確にしながら、本会を含む関係諸団体が要望してきた諸施策を次々と実現してきた。しかしながら、いまだその根幹において旧精神衛生法時代の施策体系を引きずっており、ノーマライゼーションの推進と当事者の自己決定権の重視という時代の要請に適應しない側面が残されている。今回の改正に関して、本会では、特に以下の4点を主眼にした法改正を要望している。

【保護者制度の撤廃】

1. 保護者規定を廃止し、入院制度を抜本的に見直すこと(資料2)

【市町村の義務の明確化】

1. 精神障害者援護の主体を都道府県から市町村へ移管すること
 - (1) 市町村において精神障害者ホームヘルプサービス(訪問介護)の法定化すること
 - (2) 精神障害者保健福祉サービスの申請窓口を市町村に移管すること
 - (3) 他障害で実施されている手帳による福祉サービスを精神障害者にも適用すること
2. 精神障害者社会復帰施設への補助について、市町村からも補助するよう制度を改正すること。併せて、社会福祉事業法上の第一種社会福祉事業と同等の補助を講じること

【精神障害者の権利保障】

1. 精神障害者の立場から医療・福祉・権利擁

護を規定する法律に改め、精神障害者の人権に関連する条文を新たに設けること

- (1) この法律の目的に精神障害者の権利擁護を明文化すること
- (2) 治療一処遇についての一般原則を盛り込むこと
- (3) 任意入院者は、開放病棟で処遇するという原則を明文化すること
- (4) インフォームド・コンセント(説明に基づく同意)に関する条文を導入すること
- (5) 精神医療審査会を都道府県知事から独立した事務局を有する独立機関とすること
- (6) 精神障害者の権利擁護のための機関を、都道府県ごとに最低1か所、設置できるようにすること

【社会復帰施策の充実】

1. 精神障害者小規模作業所を法内事業に位置づけること
2. 患者会やクラブハウスなど当事者同士の支援活動に対する支援事業を法文化すること
 - (1) 患者会やクラブハウス、家族教室やレスパイト・サービス等、当事者・家族への支援事業の実施
 - (2) 当事者・家族による相談員制度の導入
3. 精神障害者社会復帰促進センター機能強化・委託費の増額をはかること
 - (1) 都道府県精神障害者社会復帰促進センターの設置を可能にすること
 - (2) 事業の達成のため社会福祉法人同様の税制上の優遇と公益性を認知すること

資料 2

保護者規定の撤廃

保護者規定を廃止し入院制度の抜本の見直しを行うこと

- (1) 精神保健福祉法の保護者規定を撤廃すること

現行の保護者制度は、すべての精神障害者に必要とされ、かつ無期限に適用されている。これらは実態に合わず、明らかに差別に該当する。また、社会に対して誤解を与えるおそれも大きい。

- (2) 入院者の人権確保・財産管理・居住の場の確保のために、権利擁護に当たる者を置くこと

他の障害者、高齢者への施策の整備にあわせて遜色のないものを整備する。

- (3) 保護者規定の撤廃に合わせて、入院制度を抜本的に見直すこと（20頁「『第5章 医療及び保護』に関する見直しの要点」参照）

- 1) 公務員の介入による受診の結果、2名の精神保健指定医によって入院が必要と判断され、なお入院を拒む場合には期間を定めて入院させることができる規定とする。

- 2) 配偶者、二親等以内の親族による異議申し立てを認め、これらは精神医療審査会で審査されるものとする。

- (4) 医療的に要援護状態にあり、かつ、医療に結びつかない場合に限り、公務員による受診援護が行えるようにする

精神疾患のため、衣食住あるいは近隣との関係が放置できない状態（要援護状態、

注参照）にありながら、受診を拒否する状況にあり、かつ自傷他害の要件を欠く場合に対する対応である。

- (5) 要援護状態を未然に防ぐために地域生活支援センターの機能を充実し、「訪問」「相談」「家事援助の手配」できるようにすること

地域に居住する対象者のうちで、契約が可能な者について、訪問、相談、家事援助の手配ができるようにする（契約が実態上困難な例は、公的機関のケアの対象とする）。社会生活に伴う本人の過剰な負担を軽減することによって要援護状態への移行を減らす。

指定討論

現行法は医療と福祉の充実のため

それぞれの法に分離すべき

原 田 憲 一

(日本精神保健政策研究会)

私は本研究会が一昨年一年かけてまとめた精神保健福祉法改正へ向けての提言を土台にして発言する。現在なお研究会では精神保健福祉法研究小委員会を継続して検討を続けているが、昨年の時点で本研究会が中間的にまとめた提言は次の5点である。

(1) 精神医療法と精神障害者福祉法を独立した法として分離、整備すべきこと。

精神障害者の医療、保健と福祉が密接な関係にあることは言うをまたない。しかも精神障害者の福祉が立ち後れていることから、精神保健法から精神保健福祉法への1995年(平成7)改正は一步前進と評価する向きが多かった。そして今でも肯定的意見が少なくない。

しかし、精神医療には強制的な入院、治療という重い実態があり、この止むを得ない強制医療を人権擁護の視点から適切に規制し、妥当な治療を確保する法大系と、精神障害者の福祉施策を推進していく法大系とは、根本的にその性格を異にするものである。

この基本的考えに立って現行の精神保健福祉法はふたつの独立した法に分離、純化されるべきである。すなわち、たとえば精神障害者医療法として、人権擁護に適切な配慮をした強制入院、強制治療に関する諸問題を規定する法律が独立して存在しなければならない。諸外国でも精神障害者の強制収容の手続きを取り扱う法律

はひとつの独立した明確な法律である。

そして、精神障害者の福祉対策は、これを全障害者を対象とする法大系、すなわち総合福祉法に包括させて、その推進を図るべきである。

現行法のように、基本的性格の異なるふたつの社会的営為をひとつの法の中にあたかも連携、一貫した施策遂行上適したもののごとく盛り込むことは、誤りである。強制治療に関する人権問題が曖昧にされると同時に、精神障害者の福祉問題が他の障害者福祉と切り離されて孤立化する怖れが極めて大きい。

精神保健福祉法は、その法構造において正しく改変されるべきである。

(2) 現行法の保護者条項を廃棄し、公的保護者制度を導入すること。

なるべく速やかに現行法の保護者条項を廃棄し、公的な保護者あるいは世話人制度を導入すべきである。実際に履行困難な過度の義務を保護者に押しつけて、公的な責任を果たしていないのが、わが国の実情である。

公的保護者制度は現在法制審議会で検討されている後見人制度の中で、痴呆老人などの場合とともに、精神障害者の場合も含めて適切な制度がつけられねばならない。保護者に負わせている自傷、他害の防止責任義務、および措置入院患者の退院、仮退院に関わる引取り義務条項は削除されるべきである。

(3) 精神医療審査会を準司法機関として独立させること、および上訴権を保証すること。

精神医療審査会が医療行政から独立した準司法機関として位置づけられるべきことは国際的常識である。行政から独立した審査事務局を設置すべく法の改正が必要である。

審査会の決定およびこれに基づく請求者への現状を妥当とする知事通知は、行政処分ではなく従ってきれに対する不服申立てはできない、との行政当局の解釈は是正されるべきであり、上級審査機関を設けてそれへの不服上訴権を法文として規定しなければならない。

(4) 入院形態の名称を変え、本人の同意のない入院（強制入院）を明確にすること。

現行法では措置入院、医療保護入院、任意入院、応急入院などの入院形態が規定されているが、名称上曖昧である。わかりやすく、本人の同意によらない入院（強制入院）と本人の同意

による入院とを、先ず明白に二大別すべきである。すなわち、措置入院と医療保護入院とはひとつにまとめられねばならない。その上で、強制入院の中に、自傷、他言のおそれ大なるものとそうでないものなどを区別することは必要であろう。

(5) 入院患者の権利擁護制度の検討をはじめること。

欧米諸国ではすでに公的資金援助態勢のもとに一般的になっていること制度は、精神病院の中に病院職員でない第三者的立場の人（ボランティアなど）が部屋を持ち、患者の求めに応じてその訴えを聴き、そして病院側と相談しながら問題を改善していく、というものである。

先ず準備段階として、いくつかの精神科施設においてパイロットスタディーを行って、わが国に適した施策に結実させていくことが望ましい。

シンポジウムⅠ 討 論

司会(樋田)：シンポジウムの後半を始めさせていただきます。はじめに司会のほうからお話しましたが、シンポジスト間の意見の交換ですが、先程の発言に補足したいことも含めまして、まず順番に大阪精神医療人権センターの丸山さんいかがでしょうか。追加する点、あるいは他のシンポジストに対して質問等ございますか。

丸山：特にございません。

司会：それでは日本障害者協議会の調さん、いかがでしょうか。

調：先ほど社会福祉事業法の改正という問題について作業が進んでいるという話をしましたが、実はこの問題に関連して社会援護局長と保健福祉部の幹部を含めてヒヤリングが2回ほどありました。そして2回目のヒヤリングの時に精神障害関係の制度や施設の問題について制度改革と社会福祉事業の構造改革と関連していくつか議論をしたのですが、その時に私が日本の精神保健医療福祉、特に福祉の分野が、入院中心の医療の問題を含めて先進国から30年くらい遅れていると思うという話をしましたら、社会援護局長は、「私も30年くらい遅れているとおもいます」と、厚生省の局長がそう言うんです。30年遅れているという点では同感であると。しかも精神障害者の社会復帰施設、あるいは福祉施設に対する運営補助金が知的障害者や身体障害者の施設に比べて約半分であると、何でこんなことになっているのか理解に苦しむと、厚生省の局長がそう言うんです。かんじんの精神保健福祉課や、障害保健福祉部は必ずしもそういった認識を持っていない、このズレですね、このズレは非常に問題だなと思いました。もう一つは社会福祉事業法をどういうふうにか

という中に、たとえば第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業とありますが、公益質屋のようなものが第1種社会福祉事業に位置づけられていて、精神障害者の社会復帰施設は第2種社会福祉事業となっている、それは何が根拠でそういうことになっているのか、それについても社会援護局長は私も理解に苦しむと、それは制度を作った時に別の局でつくったものですからそちらの考え方でやったのでしょうけれども、という言い方でありました。この1種と2種を今後どのように考えるかという問題も一つのテーマであります。また、社会福祉事業法のこと、たとえば小規模作業所です。いま4,700から800、もう5,000に近いと言われておりますが、精神関係は1,300というお話がさっきありましたが、全体で合わせて約8万人の比較的重い障害者が利用しているこの作業所が社会福祉事業法の外にある。社会福祉事業の範囲ではないのです。この事態、この日本の状況をどう考えるか、今後社会福祉事業法の改正の中でどう整理するかということは是非考えてほしいということは強く言いたいと思います。そのことも含めて今度は考えましょうという言い方をしました。しかしこれはそうとう追求していかないといけないと思います。私がいま一番紹介したかったことは厚生省の局長で社会福祉事業法の改正を所管する担当責任者が日本の精神医療保健福祉は30年遅れているという認識を持っているということ、実際に障害者行政をやっているところとの対応のズレというものについてちょっとご紹介申し上げたいとおもいまして、最初にちょっと発言させて頂きました。

司会：貴重な示唆をありがとうございました。

とかく私達の精神医療保健福祉の世界はたこつば的になりますが、調さんは障害者協議会の広い立場から問題を提起して下さいました。では白澤さん。

白澤：今回の法改正が医療と保健と福祉という3つの領域を含んで改正するというので、いろいろ大変なんですけれども特に医療の面で相当に問題が残っていると感じています。日本病院・地域精神医学会では、法改正の度に現状というものもしっかり捉えようということで、今回も今年の1月ですけれども日本病院・地域精神医学会の理事、評議員が所属している病院を対象にして全国で40施設、病床数にして11,519床の病床を対象にして入院の現状がどうなっているのかという調査をしました。詳細については今年の10月に新潟県の長岡市で開かれる日本病院・地域精神医学会で特別報告をする予定になっています。その中でたとえば任意入院の基準というものがどうなっているだろうかということでもいろいろ調べてみました。調査に協力してくれた病院は公立病院が比較的多いんですけれども、調査に協力してくれた病院でさえ任意入院に当たって患者さんの処遇形態を考えるとところまで、依然として至っておりませんし、たとえば痴呆の患者さんでも半数以上が任意入院となっているというような現状があります。それから隔離ですが、任意入院の患者さんで隔離や身体拘束は原則としては行ってはいけないと思うんですけれども、相当数の任意入院の患者さんに隔離や身体拘束が行われているという実態が明らかにされています。さらに長期隔離、1ヶ月を越える隔離ということですが、長期隔離されている患者さんの中にも任意入院の患者さんがいる、つまり任意入院をしていながら1ヶ月以上隔離室に収容されているという患者さんが現実にいるという、そういつ

た医療の構造と質とを何らかの形で改革をしないと、その次のリハビリテーションという問題になかなか行かないのではないかと私は思っています。今日は大和川病院のお話がありましたけれども、多くの人が入院不要であったという、不要である人を病院の中に収容しておく、そういう事実がありましたし、またそういう中で久良木さんは精神保健福祉法こそ問題で、それは撤廃すべきだということを言っているんですけれども、もちろん久良木さんの意見というものに真剣に耳を傾けないといけないというふうに思うんですけれども、私はまずきちんとした医療の改革というものを、改革のレベルをきちんと提示できるような法律にしないと現状はいささかも変わらないのではないかというふうに思っています。特に民間病院が多数を占めるところに我が国の精神医療の特徴があるんですけれども、そういう中ではなかなか変わらないと思います。もう一つスタッフの問題、これは非常に大きな問題だと思っています。ようやくPSWの国家資格化ができたんですけれども、それより以前にある、たとえばOTの国家資格が導入されてはおりますけれども現実的にOTの配置基準というのははっきり明示されておりませんし、調査した病院でもこういった人たちがどのくらいいるかということも調べてありますけれども非常に少ない。そういう中でチーム医療という、そういう視点で新しい医療をつくり上げると言ってもなかなか現実的には難しい問題を抱えていると思います。そういう意味で法の整備というものが特に急がれるのではないかと思います。以上です。

司会：それでは引き続いて全家連の荒井さん。

荒井：さきほどでほとんど言いきったんですけれども、患者会やクラブハウス、当事者どうしの支援活動に対する支援事業を法文化すること

というような、やはり地域の中で暮らしていくための当事者団体、またドロップインハウスという、ちょっと疲れた時に休息するようなたまり場的なものが非常に重要だと思います。地域の生活の中で暮らす条件整備をしていくということで、法の中で社会復帰や地域ケアに関しての条文というのはほとんど3分の1以下で、身体障害者福祉法などはそれで全文なわけですから、そういう意味ではまだまだそういう部分が少ないなと思います。

特に私のほうでお願いしたかったのは、精神医療に関して絶望感というか、現実にはそんな甘いことは言っていられないんだ、大変だ、家族も大変だ、問題があるじゃないかというような事だと思うんですけども、やはり10年前と今とはどう変わっていたかと我々は認識する必要があります。保護者制度の問題すら言いたせなかった時代があったし、そういうことが変わっているということで、精神医療がこれから、特に私が非常に意義があると思うのは障害保健福祉部に位置して、身体障害者福祉制度のベテランやその専門家の中で精神医療の現実をこの頃はある意味でチェックされるというような形があります。そこで逆に心配なのは、精神医療だけ防衛的になってしまうとか、固まってしまうというようなことがあるのかなという感じです。その点で原田さんがおっしゃったようにゆくゆくは福祉関係の障害者総合基本法と医療、これも普通の一般医療と同等の医療というような形で将来的には変わって行くのだと思うんですけども、やはりその辺を皆さんも含めて勇気をもって、全家連も会員の中で70%ぐらいはその家族が入院しているわけですね。その中で長期入院の問題を厚生省や医療界に発言するのは勇気がいります。そういう意味では私は実践と行動だと思っています。

皆さんにお願いしたいのは、手帳制度、JR運賃、高速道路、私鉄バス等について、手帳のサービス制度から外れているわけです。私は差別だと言っているんですけども、そういうことに関して全家連が200万署名ということで、全家連だけでなく皆さんに呼びかけてやりたいと思います。もうすでに請願用紙等は作っております。ぜひこの1年間で皆さんの協力を得て、10年前に全家連がやった時には50万請願でした。その4倍というわけですから大変な話なんですけれども、このことに関しては皆さまも一致して頂けるのではないかという形であげております。もう一つ、これは宣伝で申し訳ないんですけども11月16、17日に日本武道館で、一杯入れれば1万人入るんですけども、精神保健福祉法と外国の精神障害者の家族、本人との交流と、二つの目的を含めて日本武道館で大会をやります。そういう意味では終ってからもデモということになるかパレードということになるか、又そういうアピール活動もしたいと思っています。そういう意味でやはり絶望的ではなくて勇気をもって進めるということが必要なのではないかと思います。以上です。

司会：どうもありがとうございました。200万署名ということと武道館での全家連大会のお話がありました。それでは原田さん。何かありませんか。よろしいですか。

それではフロアの皆さんとの討論に入りますが、これまでのところ、冒頭の丸山弁護士から最後のシンポジストあるいは指定討論者も含めて、あるいは亡くなった久良木さんの主張も含めて共通していることがいくつか挙げられると思います。

一つは我が国の精神保健福祉法あるいは精神保健医療福祉の施策がやはり依然として精神保健法になって10年たつ今も隔離収容型である

と。地域生活を主体としたものに転換される必要がある、そういう状況にある。特に医療法の特例が今だに残っていると、精神保健福祉法が久良木さんの主張によれば撤廃すべきであると、患者主体になっていない、患者の地域での生活を保障すると言う観点からつくられているとは、運用されているとは言えないといったことが一つ共通していると思います。

次に精神保健と福祉に関してやはりこの二つを分離すべきであると。これは現在の形が医療の面、人権の面、あるいは福祉・リハビリテーションの面いずれについてもあいまいになってしまっていると。たとえば先程調さんも言われましたように作業所が社会福祉事業法の外にあるとか、あるいは身体障害、精神薄弱、知的障害といいますがそれらの福祉は国または自治体の責務とされているが、精神に関してはそういう規定が無い。もっぱら保護者が責務を負う形になっている。そういった問題がある。法を分離してそれぞれ医療・福祉共に他の障害、疾患と同じレベルまで引き上げるべきであるということ。

それから、人権の確保という点で精神医療審査会が機能していないということが大和川病院事件で見てもなく明らかであるし、これが実効を持って機能するように改められるべきではないかということです。

それから、他の障害、医療については圏域というものが設定されています。ごく身近な一次、それから二次、三次というように。しかし精神に関してはそういった圏域の設定が無い、やはり他の医療、障害と同じように身近なところでサービスを受けられる一次から二次、そういった圏域の設定がなされるべきであるということです。

それから、権利擁護のシステム、すでに外国

ではアドボカシー制度や後見制度があっても機能してはいますが、そうしたものを日本でも検討すべきではないかということです。

最後に、保護義務者の問題、前回の改正で名称は保護者と変更されましたが、実態はほとんど変わっていません。これについて、精神障害のケアの責務を誰が負うか、他の障害の場合は国または地方自治体が負う、精神ではそれを保護者が負う形になっている。明らかに憲法の下での平等に反しています。これをどうするか。これの一番ネックになっているのが医療保護入院の膨大な数です。建前として保護者の同意による入院となっている。その辺で医療保護入院のあり方というものをどうするか、というのが大きな課題になってくる。現在の保護者に代る誰の同意による強制入院かという問題が出てきます。措置入院制度と併せて一体化するかどうかということも含めて問題になるということです。

以上、何点かにわたって挙げた点が、これまでのシンポジストの発言で共通する点だったと思います。

順不同でかまいませんが、フロアの方からシンポジストの方に対する質問も含めてご発言がありましたらお願い致します。

山本：全国精神病患者集団の山本と申します。お手元にこういうチラシが配られていると思いますが、私どもの精神保健福祉法の見直しに関する意見は一枚目と二枚目でございます。緊急声明というのと、大きい見出しの付いているものです。重複するところは省きますが、今回シンポジストの方がどなたも触れなかったことで、一つだけ大きな問題があります。それは、常に悪徳病院、つまり宇都宮病院以来、悪徳病院が告発される度にささやかれて、あるいは公に日本精神病院協会などが大声で言っていること

は、日本には諸外国におけるように触法精神障害者に対する特別な施設が無い、だから病院が開放化出来ない、日本の精神病院の質が上がらないのだと、そういう逆立ちした議論がなされています。今、白澤先生がおっしゃったように、日本の医療全体が問題であって、その底上げこそが問題であるのに、触法精神障害者対策という形で突出した形で措置入院の強化という意見が、一枚目にあります緊急声明にあるように、いろんな団体から出ております。措置通院制度をつくれとか、あるいは措置解除については指定医2名でしろとか、あるいはこれは日本精神病院協会ですが特別措置と一般措置に触法精神障害者の措置と一般の措置に分けるとか、そういった非常に危険な傾向が出ております。諸外国の例を皆さんおっしゃるんですが、私昨年オランダに行きまして、オランダの保安処分施設TBSの中に入りまして、そこのスタッフ抜きに、中の患者さんたちと交流してまいりました。その時の資料を外で売っております。やはり日本でこういう施設を作らなかった、保安処分を我々は阻止してきた、この闘いは世界に誇るべきであるし、これが当事者も医療従事者も、弁護士もスクラムを組んで刑法改正保安処分に反対してきたこと、そのことを皆さんでもう一度再確認していただきたい。それに対して今ノーマライゼーションに逆行する形で措置入院を強化するという動きに対して断固として反対の意志表明をして頂きたいと思います。

それと、権利擁護の話ですが、私どもの団体には各地に患者会がございます。各地の患者会はすでにパーシェントアドボカシー、セルフケアアドボカシーを実践しております。例えばこういうやりかたもあります。私山本は誰それに私の人権の問題について委任を致しますという委任状を書いてもらいます。私の委任状を持つ

た誰それが、私と一緒に病院の処遇に対して抗議する、あるいは交渉する、そういった実践活動をしております。この実践活動については病者集団ニュースの来月号に出ておりますので、ぜひ病者集団ニュースもお読み頂きたい。こういう実践は各地患者会がそれぞれもうすでに始めていることです。こういう各地患者会の動きに対して皆さんこういう具体的な活動に是非目を向けて学んで頂きたい。こういう患者会の活動に学ぶ姿勢を皆さんがもっと積極的にもって頂きたい。それがノーマライゼーションだと思います。患者の代弁をすることではなくて、患者に学ぶことをまず皆さんにやって頂きたいと思います。

この場ではひとこと主催者の方に申し上げますが、主催者に病者集団が出したお手紙の返事はまだ頂いておりません。一枚目の裏に載っておりますが、このフォーラム自体が患者会に一切知らせずにひそかに行われているんです。前2回はすべて我々病者集団に通知がございまして、各地患者会すべてに私たちは情宣致しました。ところが今回はそれができない形で行われているというのはノーマライゼーションにまさに反する事です。まさにこれは医療従事者たちだけが患者に隠れてこっそりとこのフォーラムを開いていると言われても仕方が無い事態があります。これに対するお返事は明日の総合討論の時にでも主催者の方からぜひ頂きたいと思います。

それから、医療の質の問題で、強制入院における人権擁護あるいは不当な拘禁も問題ですが、我々が今一番大きく命の問題として悩んでいるのは、入院拒否であります。入院拒否が至るところで行われていて、これによる自殺、のたれ死というのが非常に多いです。こういう入院拒否に対する法的制裁というのを、私たちは

命の問題としてまず要求したいと思います。それから、健康保険点数との関係と推量致しますが、3ヶ月で強制退院という例も非常に多くございます。地域での生活の準備も本人の薬を飲む準備もそういうものが何もなくいきなり3ヶ月で放り出すと、そういった例が非常に多くございます。これによっていたずらに再入院を繰り返す、あるいは不幸な場合は死に至るといった例があまりに多すぎる。こういう強制退院、入院拒否といった問題についてもぜひ皆さんお考え頂きたいと思います。以上です。長くなって失礼致しました。

司会：どうもありがとうございました。触法患者の問題についてはシンポジストのどなたも触れなかったというお話なんですが、白澤さんが触法患者のための特別な法改正に関する見解をはっきりと述べておられます。要するに現在の措置病床の適正配置とそこにおける医療水準の改善といった形で対応するべきであって、まず医療の質の向上を図るべきであるということであったかと私は理解しておりますが、いかがでしょうか。白澤さん。

白澤：特別措置などの考えは、山本さんが指摘するように私は逆立ちした議論、すり替えだというふうに思っています。問題は措置入院という制度について、これを撤廃した方がいいという意見もあるんですけども、現実的にはなかなかそこに至らないのが私は現状だと思っています。少なくとも公的な権力による強制入院である以上、十分な医療を受ける権利が保障されないといけないと思っています。そういう点から見て十分な医療を受ける権利が果たして保障されているかどうかと、現状を見た時に、必ずしも現状はそうではない。極端な言い方をすれば隔離拘禁を長期間したままにしておくという例もないではない。やはりこれを何とかしなけ

ればいけない、そういう意味で措置に関しては措置入院させる医療の基準のしっかりしたものを作らなくてはいけない、というふうに思います。また、大都市と農村とでは措置入院の患者さんの数もちろん違いますし、そこにはいろんな背景があるんですけども、少なくとも地域に見合った形で措置病床というものを決めないといけないと思っています。以上です。

司会：医療保護入院も含めて、強制入院においてすら人権が保障されない、医療も保障されていないという状況の中で新たにそういった触法患者のための制度をつくることに関しては基本的には反対であるという見解だった、と思いますが、精神医療政策研究会の原田さんの抄録のほうには、措置入院と医療保護入院を一つにまとめるという見解がありますが、今の触法患者の問題についていかがでしょうか。

原田：ここで発言しましたのは医療保護入院も非自発入院であるということをやはりはっきりしなければいけないという意味です。それから今いろいろ問題になっているいわゆる「触法」患者の処遇の問題とかあるわけですが、これは精神保健政策委員研究会の意見ではなく私個人の考えになってしまっていますが、私は精神医療の措置入院もそうですし、医療保護入院も非自発的入院ですからそうなんです、もっと法的な、リーガルな、医療だけでなく法的な社会の関与が今の日本の現状ではより必要だろうという認識にたっております。ですから触法と言っているかどうか、確かに大きな事件を起こして精神障害のために普通の刑法で裁かれなかった、裁くことの出来ない場合というのが確かに一方であるわけですから、そういう人をどうするのか、それがもし精神障害者、精神病を持っている方ならばやはり精神医療はそれなりに対応しなければいけないわけですが、その場合に今よりも

もう少しはっきりした司法の、法律的な協力というか関与というかが必要ではないかなと私個人としては思っています。

司会：日精協等の主張はむしろ触法患者の処遇は非常に難しいという観点からであると思いますが、今の原田さんの主旨というのは、現在精神病院に入院すると裁判を受ける権利さえ奪われている、当り前の人として同じように裁判を受ける、措置入院になると何年病院に入れられているか分からないという状況があったり、そこでの処遇は刑務所以下であったりというようなことがあります。そういった点で措置入院の運用についてももう少し厳格にするべきである、その中で触法患者に対する対応も異なったものが出て来る可能性があるといったような主旨ではないかと思えます。この問題に関していかがでしょう。

佐々木：福岡病院の佐々木と申します。触法患者さんのことについての意見ですけれども、具体的なことを少しイメージする意味で、仮に殺人を精神病状態の時に起こした人が措置入院になったとします。そうすると精神病状態自体は数週間で治ることがあります。その時点では自傷他害の可能性はないという形になります。ところが、精神病、特に分裂病の患者さんが退院した後に薬を飲まなくなったという場合、7、8割の方が再発します。2、3割の方は薬を飲んでいても再発します。そういう事実があります。それともう一つ、再発するときには初発の時と同じような症状をとることが、一般にあります。たとえば食事ができない状態になる、暴力をふるう、などです。そういった面で殺人を犯したり放火をしてしまうというような不幸にしてそういう形で病気を悪化させる人が薬を飲まなくなり、再発すると同じことを繰り返す可能性があると思われれます。すると、民間病院

に入院した場合に民間病院というのはやはり企業という観点がありますので企業防衛ということがおそらく働くのではないかと、これは想像ですけれども、想像致します。措置患者、特に重症の措置患者さんが特に入院が長くなる、何故ならば退院した後にまた同じことをやっては困る。責任が持てない、そうゆうふうないわば行き過ぎた発想をせざるを得ない。逆にこういうやっかいな人たちはすぐに退院させてしまおうという形で措置を解除して退院させてしまう。そういったことはおうおうにしてあり得ます。こういう難しい部分に関しては、患者さんの為にもやはり公的な病院で十分に患者さんのことを中立的に考えることができる、そういう形でやる必要があるのではないかと思えます。また患者さんのことを考えますと、どうしても殺人を犯してしまうとか、そういった事に関して治療が進めば進む程罪の意識というものが治療中どうしても出てきます。その結果、患者さんにしては再び精神病状態になってしまう人、あるいは不幸にして自殺という形をとる方、あるいは精神病院に入院していることをあたかも罰を受けている、刑務所に入っているというふうに誤解してしまっずっと入院し続ける人、そういった人達がでてきます。そういう意味で患者さんたちが犯した罪を、特に治りの良い患者さんたちに関してはどうやってその罪を償って、そして真の意味での社会復帰が出来るか、そういう所を考えていく必要があると思えます。つまり、自傷他害の状態にあって犯してしまったその事自体は罪は問われませんがその後の状態を考えていく、それが大事だと思います。そういう意味で、私は日精協などが言う特別措置、特に重症の殺人・放火等を犯した患者さんを別枠で考えるということは大事だろうと思えます。出来るならば、国公立病院が

中心に動くべきことだと私は考えます。

司会：どうもありがとうございました。実際の問題として民間病院に措置のそういう患者さんが入った場合に病院の防衛的発想から必要以上にいつまでも病院から出さない、あるいはすぐに出してしまうということが起こっているということ、従って民間病院に比べて、マンパワーの充分ある、マンパワーの保障されている国公立病院で受けるようにするべきではないか、ということであったかと思いますが、いずれにしても、措置制度の運用の問題であると思います。指定病院の基準も、なにも問わないで措置指定病院にしてしまっているという問題もありますし、措置の指定病院の基準、そういったことは白澤の報告の中にもありますが、あるいはこの精従懇のフォーラムの最後のまとめのところでも出るかと思いますが、こうした基準をもう少し明確にして適正な運営をするべきである、といった問題であると思います。ストレートに措置の特別な形を作るというふうにはならないかと思いますが、山本さん、どうぞ。

山本：私ども病者集団は具体的に違法行為を行った仲間の救援活動を行い、そして私たちの中に包接して共に闘ってきました。数年前に亡くなったある事務局員は殺人を犯したことがある仲間でした。その他違法行為を行った仲間は沢山います。われわれの中に。しかし彼らは再犯をしておりません。それはわれわれが共に生きる姿勢を、メッセージを送り続けているからです。次により質の良い、本人に適切な医療が保障出来るかどうかという問題は確かに重要ですが、機械的に国公立ならば適切であり、民間ならば不適切であるという問題ではないと思います。特に国公立のみにそういう患者を集めるといふ発想自体が非常に国公立病院をゆがんだ形で機能させることになって、しかも身近で医療

を受ける権利も奪われるということになって、数年前に出ました処遇困難者専門病棟と同じ結果を招くと思います。ですから、先程申し上げたように刑法の保安処分を阻止してきたのは本質的には何だったのか、それは違法行為をおこなった精神障害者も仲間として共に生きよう、ノーマライゼーションとして共に生きようということだったはずで。その視点を抜きにして触法精神障害者の問題を一方的に対策として述べることに、共に生きる視点ではなく対策として述べることに對して私は断固として抗議したいと思います。

司会：先程の福岡病院の佐々木先生の発言で、国公立病院へという、これについても今、山本さんから発言がありましたようにストレートに国公立病院へといくそういう発想ももう少しきめ細かな検討が必要だと思います。ちなにみちよっと申し上げますと国公立といわれましたが、国立病院はつい先程国会で成立致しました行政改革の法律で2001年までにセンター病院を除いて独立行政法人に移っていきます。ですから国立病院はというのとはなくなります。ですから残るのは県立病院になるわけですが、先程のまとめの中でも言いましたように、他の医療や障害と同じように一次二次三次という圏域を考えていくべきであると、ですから身体合併症あるいは救急であるとかそういった問題も含めて一次二次三次という段階をきちんと設定していく必要があります。そこからいきなり現在の、先程冒頭で厚生省の田中課長が救急の全国体制が出来たと言いますが、これは一次がなくなりいきなり三次という救急体制ではありますが、そういったことについては大いに我々はそういったことではいけないと考えています。基本的には一次二次三次という圏域を考えてその中でやっていくということです。ですから、いきなりス

トレートに、国公立病院にという考えももう少し細かな吟味が必要かと思います。触法患者についても、白澤さんも触れておりますし、政策医療研究会の原田さんも言われましたように、やはりもう少しきめ細かな吟味も必要かと思います。この問題に終始していますが、他の問題に移りたいとおもいますが、どうぞ。

二宮：練馬の作業所ほっとじょぶに通所している二宮と申します。当事者です。この場にそぐわないことかもしれないんですけども、ちょっと言いたいことがあって、当事者の問題で参政権と同じ様な問題が起きているのではないかと、選挙の問題です。要するに先人が血のにじむような努力をして参政権を獲得したんですけども皆選挙にいかないのと同じことがこの世界に起こっていると思います。当事者の人たちの問題で今一生懸命権利獲得とかシステムを作ったりとかやっている一方で、あまりにも当事者が、自分の身の回りの範囲だけなんですけれども、意識が低いんです。一方で権利獲得することも必要なんですけども、自分たちに教育とか、告知するほうも考えてもらえないかと。自分は作業所に通所しているレベルなんですけれども自分の身の回りの人というのは、大学卒で高学歴で普段の会話も普通なんです。ただそういう意識がお気楽とか、無いんです。せっかくここで権利を獲得する努力をしても自分たちの回りの人はただ慢然と精神障害者やっていて意識が低いので、そちらのほうのアピールも誰かにやってもらえないかと。以上です。

司会：ありがとうございます。他に、もうあまり時間が、5分ぐらいしかなくなってきましたが。

渡辺：家族会の渡辺でございます。今の精神保健福祉法、これを見ますといろいろ問題があるようでございまして、特に感じますのはユーザ

一、患者を守る法律にして頂きたい、何の為の法律かという原点に返っていい法律を作って頂きたいと思います。特にこの精神保健福祉法を見ますと福祉のことについては非常に付け足しというふうな感じでございますし、またいろいろ人権の問題もあったりして、直さないといけないことが多いと思います。他の障害者と同じように精神福祉法を独立させるか、または他の障害者福祉法と一緒にして法改正が出来ないものか、その辺をご検討頂きたい。要するに、精神障害者を他の障害者と同じように法の上で平等に扱って頂きたいということをお願いしたい。以上です。

司会：ありがとうございました。これは先程の各シンポジストの発言みんな共通していたかと思えます。特に調さんが明確にして下さったんですが、はっきり言って精神保健福祉法とはいっても精神障害者の福祉はやはり未だ無いと言っていいのではないのでしょうか。国及び自治体が負うべき責務は明記されていない、家族・保護者のみに責務が課されていると、そして第一種社会事業法の適用がないとか、膨大な数にのぼる作業所が社会福祉事業法の外にあるという、いろいろな面でまだ名だけで実際はまだ無いに等しいのではないかということは、各シンポジスト一致できるのではないかと思います。もうあと2、3分になってしまいましたが、この辺でまとめに入らせて頂きますが、よろしいでしょうか。後半の冒頭に何点かについて挙げましたのがまとめの骨子になると思いますが、繰り返すのは省略させていただきます。続いてこのフォーラムでは、午後にはこんどは国際比較の上にとってこの問題を更に広く深く検討していく、そして更に2日目を経て最終的にはフォーラムの宣言へとまとめられていく予定です。ですから今日の午後、明日と引続き皆様の熱心な

ご参加をお願いしたいと思います。簡単ではございますがまとめにかえさせて頂いてシンポジ

ウムを終わらせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。

シンポジウムⅡ — 基調シンポジウム —

精神保健・医療・福祉の方向

— 国際比較に立って —

精神保健法改正に関する利害関係の調整

——カナダでの経験から——

ギルバート・シャープ

(カナダ、オンタリオ州、厚生省法務局長)

皆さんがこのフォーラムに参加しておられること自体、公的な意思決定に関して精神保健が国際的に注目されるようになってきたことの証明である。過去数十年を振り返ると、精神保健は既存の複雑な保健システムのなかで遊離した難しい要素であったのが、いくつかの理由でそのコーディネーションの必要性が前面に出るようになってきた。

政府にとってのチャレンジは、社会のサポートに依存しなければならない人々とその家族にのしかかる重荷を軽減するための適切な構造を、如何にして作り出すか、しかも、それを限られた公的予算と能力のなかで、競合する優先順位への適切な配慮を継続しながら達成することである。カナダでは1990年代には民営化、責任体制の明確化、効率化がメインテーマとなり、我々は国民皆保険システムの最善の要素を維持しながら、精神保健サービスの運用の、より効率の良いモデルを構築することを期待された。その目的の達成のために、政府は様々な専門家、消費者、そして擁護団体などの異なる立場からの要求の仲裁を取る立場に立った。

我々が必要で価値があると認めるようになってきた、共通の目的を実現するために、政府はいったい何が出来るのであろうか？

他の西欧諸国と同様、カナダでの強制入院と治療同意に関する法的な枠組みは、過去30年にわたり発展してきた。1968年以前には、カナダの精神保健に関する法律は父権的で不明瞭なものであった。患者は、精神医療施設に無期

限に、福祉と安全の為、即ち自他の安全と危険という不明瞭な規準に基づいて収容されていた。治療に関する同意に関しては、全く考慮されていなかった。法律では、具体的に権威は明記されていなかったが、一旦入院すれば、医師に無制限の治療権が授与されると想定されていた。

その後30年に渡って、いくつかの要素の影響を受け、様々な変革が行われた。1960年代のカナダは、隣国アメリカ合衆国での人権擁護運動の影響を強く受けた。その影響で、国民は、個人の権利と国家の権威との適切なバランスに関して、考え直すようになってきた。そして、1978年には、オンタリオ精神保健法が大幅に改正された。精神科の治療に同意する能力があるかどうか決定するための手続きが明確化された。また、その決定に対して不服な場合に、再審査を要求するための控訴の枠組みも作られ、更には、代理の意思決定者の任命についての手続きも作られた。自己または他者への明確な危険性を基準にするように、強制入院の基準も変更された。そして審査委員会も適切な手続き上の保護も含んだ形で設立された。この多職種で構成される委員会は、強制入院、治療に同意する能力、そしてそれらに関連する問題に関して裁断を下すために設立された。委員がオンタリオ州内に幅広く配置されたので、問題に対して速急にそして効果的に対応できるようになった。

全ての精神科施設の患者のための人権相談と

州立病院の患者への擁護は重要な役割であった。1982年には州立病院の患者のケアに関する問題に対応する為に オンタリオ州厚生省は独立した精神障害者擁護局を設立し、患者を代表して、ケアと治療の改善を擁護の立場から主張するようになった。この擁護サービスは、1990年代初頭にはかなり拡張され、州の全ての保健サービスに適用されるようになった。しかし、このプログラムは政府の効率化という政府の公約の元で実行不可能となった。このプログラムは廃止されたが、精神科における、擁護サービスは保存された。

他の要素に目をむけてみると、この時期には最新の抗精神病薬が導入されるようになってきた。当初は、オンタリオ州でも、当時広く受け入れられていた、しかしナイーブな、薬が奇跡を起こすという考えが共有されていた。このような流れの結果は、法改正のみではなかった。脱入院化の第一波は熱意を持って実行された。病院は閉鎖され、患者はサポートが継続され、薬が大多数の患者が社会で生活することを可能にすると信じて病院を離れた。薬は完璧とは程遠いものであった。経済的サポートは病院から地域へ移行する流れの中でいつのまにか消滅してしまい、その結果、患者は入院している時には、病院のケアの完全なコントロールのもとにおかれ、病院外では、基本的には見捨てられ、忘れ去られてしまった。

患者の動きは、病院から地域へ、だけではなかった、1970年代に始まり、何年もかけて、入院病床とそれに付随する予算を、州立精神病院から総合病院や地域の病院の精神科に移行するために猛烈な努力がなされた。その目標はケアを家族により近い場所で行い、施設化に付随する偏見を減少させ、保健問題がホーリスティックなものだという認識を広めるためであった。

このプログラムは大成功を修めているが、それなりの問題がある。精神保健サービスのための予算は度々、病院のほかのニーズのために流用されてしまった。ケアの一貫性と治療の質の確保は困難であった。最も重要な問題は、総合病院に、地域でのフォローを十分に行うための資源とプログラムが欠けていることが頻繁にあったことだといえよう。

オンタリオ州では、献身的でやる気のある中核となる専門家が長年にわたり外来ケアを充実させようと英雄的な働きをしていた。しかし、この構造に内在する重大なギャップがいくつかあった。主な問題には二つのタイプがあった。病院と地域でのケアの継続性に十分な注意が払われなかったことがその一つである。また、個々のプログラムの中でも同様の問題があった。重症の精神病患者のために統合されたサービスの提供システムを創造するための努力が不十分だった。すなわち、必要な多くの要素は存在していたのだが、誰もそれらを統合しなかったのだ。

ほかの行政区域と同様に、我々の高齢化の問題にも直面している。この問題とほかの理由で、ヘルスケアの同意と拒否の問題、アドバンス・ディレクティブ（訳注：入院時に、まだ意識がしっかりしているときに、もし万一入院中に意思決定能力を失ったときにはどのような処置をしてほしいか、前もって指示しておくシステム）、そして成人の保護者の問題も、最近前面に出てきている。それらの問題に答えるべく、1990年代の初頭に、オンタリオ州は、個人の意思決定の全側面を総括的に包括する立法を行った。この改正の指針となる理念は、住民一人一人の生活への政府の介入を必要最小限に抑え、家族の保全を尊重しながらも、個人の権利を擁護することであった。

オンタリオ州の公的保護者と管財人と審査委

員会は、この新しい責任を遂行するために拡大された。例えば、この委員会は管轄内で、強制入院から老人ホームの入所のための代行意思決定者の指名まで含めた、28の異なる分野を扱う。従来、裁判所によって取り扱われてきた数々の問題が審判委員会に移行され、はるかに利用し易くなり、しかも出費も劇的に軽減された。また、別個にオンタリオ審査委員会と呼ばれる専門家による審判委員会も作られ、触法精神病患者に関する難しい問題に対して責任者、そして専門家として機能している。

ほかの州でも注目すべき動きが見られる。特にサスカチュワン州では、最近地域での外来強制治療に関する立法を行った。その結果、違反者は強制入院になることもある。いうまでもなく、これは論議の的となり、特に消費者の権利擁護団体から激しい反対の声が寄せられている。他の州は、これがどのように発展するか興味を持って観察しているが、その効果が適切に行われるまで慎重な態度をとっている。

チャレンジは多く残っている。全体的に見て、カナダの各州は次の4つの領域の問題に関心を持っている。

- (i) 病院から地域へのケアの継続性のため
の効率よいサービスの統合、
- (ii) 精神保健サービスの提供の最善のあり
方の再検討。これには治療結果の評価のため
のプロトコルの作成も含む、
- (iii) 質の高い精神保健サービスの提供を確
保するための責任体系の確立、
- (iv) 特に地域精神保健に関して必要な法律
的サポートを創造する。

他の州と同様に、オンタリオ州も総括的ヘル
スケアの再構築の最中である。現状は、全ての
西洋諸国が直面しているように、経済的制約の

みでなく、消費者、精神保健専門家、そして、
一般市民のさまざまな要求に対する応答の結果
である。1996年には独立した機構であるヘルス
サービス再構築機構が任命され、ヘルスケアサ
ービスの予算の再編成、提供、そして監視にお
いて重大な役割を担うことになった。

この機構は精神保健に関して数々のステップ
を踏んできている。機構の公表された目的は、
資源を、巨大な政府直営の精神科施設から地域
に根ざしたプログラムと市民病院に移行するこ
とにより、サービスを拡充統合することである。
ここでの大きな狙いは、政府が直接サービスを
提供する役割から、システムをマネージする役
割に移行することである。具体的には、機構は、
州内の精神科病床数を大幅に削減することを、
政府に提言した。この提言を実行には、州立の
精神病院の閉鎖と合併と民営化を含む。この提
言は、提案されたペースでは実行されなかった。
何故なら、このような変化は消費者とその家族
の生活への悪影響を最小限に抑えるペースで行
わなければならないからである。

オンタリオ政府は精神保健サービスの提供を
総括的に評価し、それに応じて法的、構造的な
サポートを行うと公約している。そのためには、
純粋に治療中心のモデルに制限されない全体的
なアプローチが重要だと考えている。とういこ
は、より広い保健決定因子、即ち、教育、住居、
就労、そして経済的サポートの問題に対処しな
ければならない。すなわち、オンタリオの精神
保健改正運動の目標は、統合された総括的な精
神保健サービスシステムを作り、最善の実践に
基づいたケアの継続性を提供し、消費者の幅広
いニーズに総合的に応えられるようになること
である。その目標に向けてどのような改正を行
う際にも、サービスを提供する地方自治体と地
域の責任を認識しながらも、同時に州全体の基

準と責任を確認する必要性を、我々は認識している。この運動を成功させるためには、政府は精神保健サービスの確保のために、専用の予算を準備する必要がある。そして、最も重要なことは、具体的な達成目標と効果の評価のための基準を作るための、詳しい実践計画がなければ、全ての努力が水泡に帰してしまうということである。

最近、オンタリオ政府は数々の精神保健イニシアチブのために多額の新しい予算を計上した。この予算の多くは積極的治療チーム（訳注：地域での治療チームが患者の治療とケアを、患者の入院から外来、住居から就労に至るまで、責任を持って、積極的に行うシステム。患者が再入院した場合にはこのチームが病棟に赴き、治療の継続性を確保する。）に使われる。これは多くの地域で、特にウイスコンシン州で、

1970年代から非常に効果的だと証明済みのモデルである。このようなチームがケアの継続のために中心的な役割を持つと考えられている。適切な地域でのサービスが確保されるまで、精神科病床の削減はこれ以上は行わない。我々は、統合されたサービス提供のためのシステムが欠落している中での脱入院化という、過去に犯した過ちを繰り返さないと決意している。

全ての精神保健関係者が参加しての協議を通して、責任感と思いやりのある精神保健改正戦略の底に流れる根本的な原則に関して、有意義なコンセンサスが得られるようになると希望している。政府に残されたチャレンジは、経済的、社会的再構築が行われている現代において、前にも述べたように、そのような原則と必要なサービスとを、如何にして結びつけるかということである。

精神保健改革

21世紀に向けての評価

デビット・ワイスタブ

(国際法と精神医学会会長、モントリオール大学・フィリップピネル法精神医学教授職)

私たちは、世界が関心を寄せた10年前の日本の精神保健法の改正の目撃者である。この改正は、他の先進諸国に比べて、精神病患者に対する日本の治療の質の悪さや人権保護の低さが批判的となり、これに日本政府が反応したために行なわれた。国際法律家委員会 (International Commission of Jurists) からの監査記録などにより、極度に悪質な治療の現状がスキャンダルになり、日本の病院関係者や政府機関や精神保健専門家たちが屈辱を受けたことを、あなたも思い出すのではないだろうか。それ以来、日本だけではなく西洋の先進諸国でも、さまざまな政治的、経済的变化を経験してきた。こういった状況の中、現在はこれらの改正を振り返り、評価し、査定する時期にきていると思われる。

1980年代後半は、西欧諸国が法改正やメンタルヘルス施設や病院の変化を大急ぎで行なっていた頃であり、当時の日本が西欧諸国に比べて、20年は遅れていたことを認めざるをえない。精神病患者の強制入院に関する司法権や法的基準に関する法的決断がきちんと発表されていた点から言えば、アメリカが先端を行っていた。しかし、例えばイタリアでは精神病院閉鎖といった革新的な変革が行なわれていたように、ヨーロッパ全土では、さまざまなコミュニティ精神保健の動向が起きていた。英国やカナダ、オーストリアといった国民皆保健 (国民保健) のある国でも、同様であった。

1970～80年代、世界は、精神医学の悪用に敏感になっていた。極端な例では、ロシアやキュー

ーバや幾つかの南アメリカ諸国では、全体主義体制のもと、精神医学が罰を与えるのに利用されていたため、嚴重な国際視察の対象におかれることになった。精神科の乱用に関する一般の関心が高まっており、報道メディアや討論会でこの話題が取り上げられるようになった。

1960年代と70年代の社会活動と法介入に関する精神病患者の状況は、他のマイノリティー・グループと同じ扱いを受けるようになった。西欧諸国では、人権擁護団体が患者や家族や専門家の要求や権利を代弁するようになり、治療サービスや保護義務権、患者の人権保護についての明確な説明が求められるようになった。そして、強制入院や、それに関連する様々な権利を制限するために裁判で証言する際の専門家の行動規範や書式手続きの見直しが要求されるようになった。

今世紀の最後にあたる現在において、政治の保守傾向や財政困難という事実のもと、ここ数十年の大規模な変革が逆行されてきている現状を、我々はよく知っている。現在の状況は、30年前とは根底的に異なっている。西欧諸国が、すでに法的に獲得してきた擁護と利益を、日本政府が具体化しようとしていたのだが、今では西欧諸国は急進的な変革とその長期影響のもと、危機が生じている。私がここで意味しているのは、東洋と西欧の政治的経済的現実の仕切り直しにおける、興味深い歴史的屈曲である。精神保健政策は国際化してきた。精神病患者とその家族の権利を守るため正しい決断をしなければ

ばならないという重圧の元、私達は、私達が共有する問題について真剣に話しあわなければならない。

法律重視現象； 社会的両極化

アメリカの強制入院に関する経験にふれずに話を進めるわけにはいかない。アメリカのこの問題を社会変化の観点でとらえたからである。強制入院に関しては、他の国の政府もアメリカをまねた。強制入院が危険がどうかの基準で、法的手段を用いて決められるようになった。この危険性に基づいた基準は1980年代から1990年代に、ドイツ、オランダ、イギリス、ロシア、イスラエル、台湾、オーストラリア、カナダなどの様々な国で見られるようになった。アメリカとは異なる入院規準と手続きに目を向けると、イギリスの精神保健法は健康と安全性の方向に進んで、患者の保護に対して、社会のより寛容な態度を反映している。これは患者の自立重視のアメリカ的なアプローチと対比される。イギリスを含む幾つかの国では、強制入院と精神病患者の権利の審査は法的な構造よりも行政的な構造で行なわれ、パネルによる決定モデルの方が、弁護士と検事の対決モデルよりも、よりデリケートにニーズに応えられると考えられた。

アメリカのこのモデルは、裁判権という形で他の国にも持ち込まれ、20年前には、精神病患者の市民権に関するいかなる事についても、法廷で戦う雰囲気が定着し、このモデルが勝利を取めたと思われた。そして、このモデルによる入院に関する法律が相次いで多くの国に取り入れられ、重症であっても危険がないならば、精神病患者は市民権を脅かされることはなく、ケアが得られないような最悪の環境に陥っても、精神病患者の自律の保持が何よりも優先されるように

なることを示唆した。

歴史は、そこで終わったのではない。アメリカや他の国において、法律と意志決定のあり方についての方向性が変わってきた。すなわち、精神病患者の権利よりも、ニーズに焦点をあてるべきだという方向性がでてきたのだ。これは、精神保健法が1950年代に逆もどりしたことを意味するのだろうか？ それとも、最近の傾向を反映した、意味ある前進なのだろうか。急進的改革が行なわれる以前の州立病院の状態は悪く、最低レベルの精神科ケアが行なわれていた。そして、効果についての確かな証拠もないまま、暴行が加えられることも多くあった。当時の経済状況がこれらの州立病院への資金を許容し、貧しく社会的にマイノリティーである多くの精神病患者に、家として州立病院が与えられていた。

科学と経済と社会的理由で、政治家が動きだした。新薬や、コミュニティサービスができたことによって、精神病患者は社会に身をおくことができるようになった。数十年間アメリカはこのモデルを経験したが、その後は精神病患者が広範囲な改革の犠牲になっているという批判が始まった。危険を基準に入院を制限しているアメリカの法的決断に対して、アメリカの精神科のリーダーたちから、怒りが表明され、裁判で強制入院を勝ち取るようになった。これには、刑務所が精神病患者で一杯になっているという社会批判と、重症ケースにおいては、裁判によって精神病施設でケアを受けることが拒否されたために、家族が崩壊してきているという背景があったからだ。そして、当時はしばしば右翼と左翼がむちゃな結託を行い、精神病患者が見捨てられ、ホームレスや犯罪に陥っているとの批判もあった。

しかし、現実はずっと複雑である。思春期や青年期の若い男性が攻撃的になり、社会的脅威

集団となっていたのも事実だが、それはほんの一握りであった。また、入院率の実証研究において、長期の強制入院者人口には、大きな変化はなかった。真の問題は、危険のある者もない者も、両者の精神病者に対応する、効果的なケアであって、法的定義ではない。

実証研究が示したことは、裁判官あるいは管理を委託されている専門家には、入院が違法であっても、精神病者への真のケアと、家族の保護と、社会秩序の三者にバランスをとれた決断の責任があるということである。過去20年間で示したことは、世界の我々が直面している問題は、自他に危険があるかどうかではなく、治療を必要としている精神病者への対応だということだ。

劇的な法改正による最初の影響は、精神科専門家や政策を作る者が、最大限に法律にそった書類を作成するなどの、防衛手段に現われた。しかし、規定が狭義に解釈され、入院率が減少するなどの適応期間が終わると、判事や弁護士や精神保健従事者や家族は、自分たちの道徳的直感にもとづいて結論を出すようなメカニズムを作り出した。

反精神医学の気風が強く、コミュニティーサポートシステムと家族への期待が実現しなかった最初の数10年の段階を経て、現在ではほとんどの先進諸国が慎重になってきている。自国の専門家をういて道徳的優位を主張し、他の国を攻撃することは正当ではない。精神保健帝国主義は終わりを告げなければならない。精神病者の現状は危くなっている。それは、制限の質に関することではなく、政府が困難な精神病患者に必要とされているサポートを躊躇しているからである。これは、数十年かけて獲得してきた精神病患者の権利が、数十年前に戻ったことを意味するのではない。逆に、精神病者が法廷で

獲得してきたものを尊重しながら、一般の文化と精神病者の日常生活と社会の統合を行わなければならないことが意味している。そして、精神病者への違法行為を防ぐには、一般大衆の態度が最大の武器となるだろうということだ。

改革の時期

日本に視点を移せば、日本は1988年の改正以来、精神医療審査会が設けられたが、審査会への依頼はほとんどない。数年前に発表された法と精神科の国際雑誌によると、1991年の申請率は0.2%であり、それによる退院ケースは11ケースである。1988年の改正による急速な変化を、国際委員会は期待していたのだが、日本の精神科入院数が30万であることを考えると、委員会が予想した以上の日本の社会構造の根強さをこの統計の数値が証明している。他の社会文化においても、同じような現実があるのは事実だが、それぞれの文化的態度には相違がある。退院の数よりも、もっと大きな問題は、病院における実際の治療の質であり、地域精神保健ケアにおいて、何が行なわれてきたかであり、何を行なうことができるかである。

日本人の著者の中には、1988年の法令が精神障害者援護の地域モデルを承認しているにも関わらず、政府がそれに必要な資金を出していないと論じている者もいる。これはおそらく、国ではなく、家族が精神病者の重荷を背負うべきだという、日本の文化と歴史によるものだろう。すなわち、国にとっては、家族に代わって面倒をみることができる唯一の最終選択が、病院だということである。つまり、国際的プレッシャーによって法改正はされたものの、日本システムの真髄では、これに満足していなかったということだ。日本社会を「福祉国家」と呼ぶことができるとしても、日本はこれだけの急速な

経済発展と進歩を経験してきたにも関わらず、日本政府の福祉発展への歩みは実に遅いと言わざるおえない。しかしながら、日本には他の先進諸国と問題を共有する責任がある。1990年代と次の21世紀への挑戦は、きびしい経済状態の中で、精神病患者の立場を明確にすることである。そして、教育を通してどのようにボランティアや家族や精神病患者へのサポートシステムを援助するのか、保険や国の協力構造からどのような援助を受けるか、現存するニーズに応えるための貴重な連携をどのようにつくっていくのか、それを明確にしなくてはならない。

人権に関しては、東洋と西欧の両方の文化圏から、私たちの批評をまとめ、それらの厳格な考えを適用していく必要がある。そして、精神病患者の人権保護と治療に関し、そしてそれらの正当性について、最低限であっても、倫理的に広く受け入れられるような、意味ある基準として明言していくことができるのかどうかを、見極めなくてはならない。さらに、精神病患者への適切なサービスの提供を保障するために、私たちが政府や病院組織に正当な要求をすれば、そこに中核的価値観があるのかどうかも見極める必要がある。

このように多くが必要とされる現実に向かって、私たちが適切なメンタルヘルスサービスのために必要としていることは、倫理的価値と法律的価値を結びつけるための、一連の基準を設けなくてはならないということだ。これには、メンタルヘルスサービスへの要求をまとめ、適切な調整ができない状態にあるのは誰なのかを見極めることから始め、たくさんのステップを踏まなければならない。これらに相違があるならば、その理由を査定し、統合的サービスと治療の継続性の発展のための活動計画を作り始めなくてはならない。実際に効果があるサービス

提供を追求している私たちにとって必要なことは、目標を設定することであり、サービス供給とサービス提供のあり方に関する、科学的に弁護できる広範囲なデータを收拾することである。これらのデータを積み重ねそれを有効に活用することによって、私たちはメンタルヘルスケアに関するより責任ある決断をすることができるようになるだろう。

さらに、地理的あるいは地域的な査定にそって、どの人口が、どのライフサイクルの時点で、最も精神ケアサービスを必要としているかを、人口統計学的に識別するための疫学的研究を詳しく検討しなければならない。法や規定で定義されている実践基準があるならば、それらの基準が有効なのかどうか、あるいは、政府や病院施設から理想実現のための適切な資源が与えられているかどうかを評価するための、実証データを集積しなければならない。私たちは患者と家族の真のニーズに向けた、新しい精神保健法の方向づけに向かって、準備をしなければならない。世界の多くのシステムがバラバラで一致していない現状にあっては、それぞれがもっているパズルを寄せ集め、皆で意味のある大きな全体像を創っていくためのコーディネーションが必要なのだ。そして、そこには予防に関する熟考された政策も組み込む必要がある。

私たちは高齢化や、地方から都市への都市人口集中化に直面している。これは、森山先生が指摘しているように、私たちの目の前の挑戦である。私たちは、効果的な医療には、日常生活を支える構造のサポートが含まれていることを、理解するようになった。これは、効果的なケアシステムにおいては、地域基盤の供給における全ての選択肢を、注意深く検討しなければならないことを意味している。病院から地域に場を移すと、その管理構造や責任構造は、政府

機関や健康・社会サービス機関の路線がバラバラになってしまう。私たちが直面していることは、これらの膨大なサービス群の調整に他ならない。なぜならば、決断を下す者にとっては、出費は重要な問題である。そのため、彼らには治療に関する基準が適切に実行されているかを監視し、さらに、それぞれの場で提供されている複数のサービス提供の、全体的な経済効率を査定する必要がある。

精神保健改正におけるモデルの移植：学んだこと、今後の展望

70年代～80年代にかけて、ほとんどの西欧諸国における精神科ベット数は確実に減少していった。これとは対照的に、過去30年間の日本における精神科ベット数は増加しており、精神病院は日本のサービス提供の中心の場として残存してきた。しかしながら、この10年間の精神科ベット数はいくらか減少してきており、日本の精神保健政策が地域との統合をサポートする傾向にあるということは、付け加えなくてはならない。精神病患者のノーマリゼーションに関する最近の法改革や、住居施設やリハビリテーションサービスを含む地域ケアへの公共資金の促進に、この政策移行が反映されている。

地域ケアサポートサービスへと突入し、劇的な変化をとげた西欧ヨーロッパ諸国の経験から言えることは、統一した大規模な政府のサポートと地域基盤への強い関心がない国では、その成果が短命であるということだ。よい例としては、大規模な収容モデルから離れ、地域モデルへの劇的な変化をとげたイタリアである。北イタリアのトリステのフランコ・バサグリアにより、斬新な地域指向改革が1960年代初期に始められ、1978年には劇的な精神保健法の改正を極めた。この急進的な事業は広報180号に基づいて

行われ、施設としての精神病院を劇的に閉鎖しようとするものだった。

このイタリアの法律の実践を追跡することは、二つの点で有意義である。一つは、イタリアの経験は特殊な文化と経済の変遷に関係しているからであり、もう一つは、この法が地方政府の構造と結びついた政策的な適応であったからだ。しかし、イタリアの区分地域にばらつきがあり、従って実践も一貫していない。公な法律制度における法とは、文書に書かれたものであり、精神保健という土壌においては、システム運営に関する一つの指針にすぎない。実際には、法律とその多様な実施のあり方との間に、本当の問題がある。先進各国における効果的な精神保健法改正の鍵は、効果的な地域サービスを促進させたり、沈滞させたりする社会-経済的要素を見出すことにある。俗に言われるイタリアの奇跡は、北イタリアのいくつかの地域で、確かに起きた。トリステやヴェロナはその例である。どこで、どのような精神保健法改正が行なわれるにしても、精神保健がかかえるパズルを解く鍵は、適切なサービスを精神病患者に開放しながら、地域サポートを重要視し続けることにある。

我々の意図に関わらず非常に重要なことは、病院を根拠地におく医療を、地域サービスへと移行させるには、資金的負荷がかかるということだ。基盤設備や人件費は、動かすことができない出費である。予算の制限の中で、新しい専門性の確立や育成を中止せざるおえない事態が頻繁に起こる。中央集権構造から小規模な地域構造へとサービス提供の転換は、その意図は行為に満ちたものであっても必ずしも効果的に実施されていない。私たちは、病院から地域へ、大規模から小規模への変遷を評価できる、初期の段階にいるのは事実である。必要とされてい

る病院施設と改革との間には必然的な関係がある。私たちには、それぞれの社会的文化的環境に最も適合するような形で、それを落ち着くかせていくことができるということを認めなくてはならない。他からモデル移植するということは、実際には意味を輸入し、それが文化的に翻訳されるということだ。これがない場合には、私たちは良い結果の可能性に対して懐疑的なだけでなく冷笑的な立場にならざるをえない。

イタリアについてのコメントは、次の記録をもって結論にしたいと思う。10年前の調査では、イタリアの長期慢性患者は15年間の間に、およそ80%減少している。この研究調査によると、これらの患者は刑法組織にも、私立施設にも収容されていない。小さな一般病院の精神科病棟と、地域保健センターや住居治療プログラムなどを含む地域基盤の施設が、必要な資源供給に真剣に取り組み、効果的に機能してきた。さらに、精神病患者にある程度の生産性を生み出させている、就労組合の強力な発展もある。イタリアが証したこれらのことは、我々の要点を裏づけるものである。すなわち、よくコーディネートされたケアによって、精神保健の現実が豊かに変わるということだ。

イタリアの奇跡と言われていることは、別に奇跡ではない。法律が、社会秩序と精神保健専門家らの活動を軽視し、脅しの道具として見なされることなく、同意をもって受け入れられた社会文化でのみ、法律が真の効果を生み出したということだ。もちろん、地域健康サービスと社会リハビリテーションとの再統合において、中心的役割を担う家族への働きかけも、この社会的・文化的変数に含まれている。

ケア供給に焦点をあてた：コストとサービスの統合

最近では、精神病の生理学的、神経学的、遺伝的基盤が強調されるようになり、精神病を医療問題として治療する傾向が主流となっているのは確かである。さらに、精神病と身体疾患の関係を効果的に記録することが難しいのが現状である。ゆえに、相互に依存し合うサービスと一般病院の治療対象に精神病をおくべきかどうかについて、話し合わなければならない。このようなアプローチにおいては、精神保健サービスを効果的なケアの継続性を含んだ形で医療を統合するような、効果的な保険が必要となる。この観点に立てば、保健の適用は重症の精神病的診断にみに限るべきではない。そうやってしまえば、治療サービス提供者が早期に治療を行おうとする動機を削いでしまう危険性がある。病院と医療費のみに限る保険金支払いの構造が、唯一の選択でもなく、最善なものとは限らない。アメリカのように、富む者に保険があり、貧者に公共施設があるような社会システムにおいては、治療と保護に必然的な相違が生じる。また、極端な医療中心型モデルでは、医療が優先され、医療ではない地域でのサポート構造は軽視される。更に、過剰に医療中心的なアプローチは、そのシステムの主目標であるはずのもの、即ち経済効率の高い弾力的な治療アプローチを常に提供出来ずにいるように見える。ゆえに、全てのタイプの精神病を、健康保険計画に取り込むべきであり、その結果さまざまなサービス供給者間の競争によって、精神保健ケアにおける最大限の経済効率が期待できるという考えは、医療以外のオプションを十分に組み込まないシステムが失敗している事からも支持される。

(医療以外のオプションの)組み込み論に反対の意見もある。その意見は精神病には種類も程度も異なる多様な病因と効果があるため、精神

科における医学診断に柔軟性をもたせなければならぬ事と関連がある。従って、コストの柔軟性に付随する問題に適切に対処しなければ、巨額な医療費支払いは避けられず、保健システムを破産させてしまうという主張である。そのような批判に対して、柔軟な保険システムは必ずしも無制限の医療費出費には結びつかないという反論もある。

極度に医療中心的な立場に立とうとも、組み込み論に立とうとも、消費者のどのグループに対して優先順位を付けるべきかは重要な問題である。経済資源には制限があり、場合によってはきびしい経済状態にあることを考慮して、非常にケアの必要が高い精神病患者に限っては、彼らを身体疾患の枠に入れ、治療を受けさせてはどうかという考えもある。それに加えて、重症の精神障害者は明らかに精神保健サービスをより以上に必要としているという意見もある。この立場は、重症精神病への治療効果の高さが証明されていること、そして重症精神病患者への虐待や差別の歴史を顧みる社会的関心の高まりに支えられている。

今やどの国の精神保健政策討論においても、精神保健サービスの配分の優先順位に関して、どのように保険金還元を行なうべきかが討論されている。どの国にも、独自の歴史と保護と保険のパターンがある。私たちにとって極めて重要なことは、表面にこそ出されなくとも、その歴史的、文化的背景を忘れてはならないということだ。1970～80年代は、一国の精神保健法を他国の法律に移植しようとした時代である。しかし、その国では効果がないような、他国が作った既成の経済構造を輸入し、それが国をパニックと怒りに落しめることが誤りであるように、精神保健法の無理な移植は誤りである。

計画や基準をもうける場合に必ず必要なこと

は、家族、仕事、方向性、さまざまな政府レベル、福祉的リーダーの有無などについての微妙な傾向（ニュアンス）を明白にすることであり、私的機関と公的機関の保険供給のバランス、精神保健専門家の訓練と教育、法的代表者の役割とモデル、法的・管理的意志決定に関する微妙な意味合いを明確にすることである。これらの相互に交差する全ての変数への注意深い分析がなくては、保険金還元システム計画は、過去数十年に起こったような、誇張され、指導を誤った法定化と同じ結末を迎えることになる。

専門家の責任としての： 継続的ケア

「病院外」施設の効果についての科学的なデータが不十分であることが、私たちの問題をさらにやっかいにしている。病院外サービスは、保健サービスと福祉サービスとの不明瞭な土壌にあるため、データの入手が難しくなる。さらに、脱入院化した患者への責任は、ボランティアや家族や地方政治などを含む、曖昧な領域におかれる。このように、地域にあっては、サービスをモニターしたり、介入の効果を調査するのは難しい。

全ての広範囲な健康システムが持つ重要な問題は、ケア継続の問題にどのように対処するかである。施設に依存する施設化した患者の全てが慢性患者とは限らないように、長期入院患者が慢性とは限らない。また、精神保健システムに属する患者の中でも、「出たり入ったり」しながら複数のサービスを利用している患者人口は実に多い。しかし、このような患者人口の中核をなす患者に対しても、法的特権には引き続き制限があり、サービスの管理と調整の問題が継続している。システム全体の意志決定プロセスには、コスト（費用）が関わっている。

ほとんどの先進経済国では、私的保険で受け

られるものと、公的保険で受けられるものがあるが、どのような時には私的保険で、どのような時には公的保険なのか、それらが曖昧となっている。そして、高度に中央集権体制であったものが、地方分権体制に移り、供給と申請が地方に移ることによって、問題はさらに困難さを極めている。このような地方管轄において、精神保健専門家が自分の専門的役割に葛藤を覚えることは多く、指示や再教育を求める声も聞かれる。

地方分散によって効率を上げ、地方問題に 대응しようとする傾向が強くなってきているが、地域格差をなくすことは難しい。最小限の統一した基準を保障するためのたくさんの例から強く言えることは、システムの地方分権化が過半数を越えてしまうと、予測不可能でコントロール不可能な政治的変化が起こってくるということだ。鋭い観察者であるロンドン経済大学のマンゲン博士は、次のように言っている。「全体を総括する効果的な管理体制がなければ、地方分権化した保健サービスと社会サービスが、利用者への統合的なサービス提供の問題を憎悪させることになる。」決定的なことは、地方分権化によって、中央と地方、地方の保健機関と福祉機関との、予算比率が変わってきたということだ。決定に関する優先権があると、特にそれが中央政府の場合には、経済的責任を削減できるようにその権威を濫用することが典型的に見られる。

英国サッチャー政権による精神保健サービス供給に関する、最近の振り返りでは、経費効率を高めるために、より小さな単位に意志決定を委ねたことによって、意志決定の価値が下げられたと述べられている。エレン・ホリングスワースによれば、英国が経験したことは、他の福祉国家でも起こっていた。地方分権化によって、

利用可能な資源は減少した。さらに、既存のサービスと新設サービスプログラム間の競争によって、残された利用可能な資源にさえ歪みが生じてきた。資源は現象し、既存と新設のサービス提供者の資源の取り合いは効果的なサービスの提供を阻害した。知識や技術があっても、精神障害者が独立して生活の質を向上するためにプログラムが提供されても、残念ながら地域に根差したサービスの成功率は極めて低かった。他の英国と同程度の経済力のある、そして同様に国民皆保険制度をとっている、同様の精神保健政策を取っている国々比べても、その効果は様々で、現時点で実際の効果に関しての理解は限られたものである。

このような厳しい現実にも関わらず、精神保健専門家と社会政策計画者は、効果的な法改正のための基本原理を明確にすために、建設的な努力を重ねているだろう。私たちは、病院施設と地域でのサポートシステムの不均衡を是正し始めている。多くの区域に、治療とリハビリテーションだけではなく、予防や教育へのサポートを含む広範囲なサービスがある。地理条件や民族など、精神保健システムが対象者の個々のニーズに応えることのできるような地方施設が、世界のたくさんの所で創り出されてきているのも現実である。また、ボランティアをなどの非公式な活動を利用して、効果的なプログラムも作られている。患者をサービスの消費者と見なし、家族は精神保健専門家の協力者として、治療とサービスを評価できる立場にあると見なされるようになり、そういった認識の重要性が受け入れられるようになってきた。

科学の分野では、何が効果的で、どのくらいのコストがかかるのかといった、患者や意志決定者に必要な知識となる信用のおけるデータが集積されている。機関や病院施設は、他の精神

衛生システムの部門との有効な関係づくりをしてこなかったことを反省し、臨床的になってきている。アメリカのような多技にわたった複数の保険システムと比べると、支払いシステムが単一の方が容易であるように見える。しかし、前述したように、厳密な医療サービスモデルから離れ、ケア供給の大きな枠組みのからなる精神保健モデルに移る時には、私と公の相違が不明瞭になる。社会改正と法改正を行なおうとしている私たちにとって、プラスとなった事は、システムの専門家たちがオープンになってきたことであろう。これは、どの先進国でも緊縮財政をかかえているため、専門家や消費者の要求に近視眼的にこたえられないため、両者がオープンに話し合い協力しながら、解決策を見いださざるおえなかったからである。

私たちは、私たちが重要だと思う精神保健システムの目的や目標を実現するために、どの病院や施設、あるいはどの実践が最適かを明確にするためのプロジェクトに乗り出さなくてはならない。私たちは、効果的で、道徳的、かつ責任ある精神衛生の仕掛けが、内部から作られていくのに必要な、十分でなくとも必要条件のリストを作成することができるのではないだろうか。また、地域に根ざした積極的で、最も良いケースマネジメントプログラムを見つけなければならないということは、広く同意されている。継続的なケアを必要としている人たちには、最小限の侵入に留まった、真に利用価値のあるような危機プログラムが与えられなくてはならない。住居に関しては、専門的なスーパーバイズのいる地域住居を提供し、それに必要な政府からのサポートを確保するために、私たちは全力をあげなくてはならない。このような政策を効果的に実施するためには、政府は精神保健サービスの利用を確保すべく、法的ガイドラインを

設定すべきである。

治療のオプションについては明確に提示され、評価されなくてはならない。進展がうまくいかない時でも、私たちが「白か黒か」の思考や言葉だけや観念的な批判に走ることは避けるべきである。患者は病院サービスと地域サービスのバランスの中にいるということが、私たちに解ってきた。これを受け入れたならば、私たちも、患者やその居場所の様々なニーズに適合する、このバランス構造に自分を置かなくてはならない。また、地方分権構造に関しては、倫理的な重要性を伝えるべき中央基準や権威基準が腐敗しないように、私たちはいかなる地方分権構造にも警戒しなければならない。私たちも見えてきたように、専門的基準を犠牲にしてまでの効率化には、疑問を投げかけ、対決すべきである。カナダのような自由社会としての福祉国家には、全ての国民に対して同じように、恩恵を行き渡らせるための基準を維持する責任がある。例外があるとすれば、短期の実験的なものでなくてはならず、精神保健のケアとサービスにおける道徳性を保障する責任を国が全うすべきである。しかしながら、あまり中央集権的になり、官僚主義的で消費者のニーズにこたえるには融通が利かなくなってしまうような落とし穴は避けなければならない。

次世紀の精神保健法改正では、消費者が生産市民の仲間入りをし、自分の幸福のために、可能な限り意志決定に関わることを、一つの目標としてかけなければならない。この目標のためには、消費者が自分達の問題意識を明確に表現出来るように援助するためのリーダーシップ訓練のための財政援助プログラムを確保しなければならない。偏見や差別のない土壌で消費者が活動できるように、精神保健の専門家と大衆への教育啓蒙をしなければならない。また私た

ちは、家族が患者に影響を与えるプロセスに全面的に関われるように援助しなければならない。私たちは、精神病者の就労援助プログラムの開発と維持に努め、心理社会的リハビリテーションのためのプログラムを評価し始めなくてはならない。

精神保健法改正において、完全な精神保健法典を創り出すようなモデルはどこにもないだろう。それぞれの社会—政治—経済文化が自分たちの計画実行路線を見つけ、中央機関と地方機関が有意義な責任の分配ができるようにしていかなければならない。一つの所ではうまくいったことでも、他の場所では忌み嫌われることもある。それは、意志決定と実行システムにおいて、色々のレベルにある意志決定者のタイプや特徴によるところが大きい。精神保健政策におけるシステム統合へのチャレンジは、どの国の政策計画者にも残された課題である。私たちが最初にしなければならない最も重要なことは、世界で共有されている価値（他の精神保健システムと共有し、専門基準や倫理の原則に関して共有している価値）と、独自の環境からなる基準や実践から生み出された基準と照らし合わせながら、自分自身のシステムを内面から振り返ることである。政府が変化を提案した時には、精神保健専門家がどのようにそれに反応するかを決定するための、モニターとなる専門基準や目標を追求する道徳責任が、精神保健専門家にある。一方政府は、精神保健システムにおける正当な専門基準の保存を、政府の目標の一つにすることを考慮しなければならない。経費削減によって、今ここで話されているようなことが妨害されるならば、全ての専門分野における精神保健システム機関が責任を持って抗議しなくてはならない。このように、サービスの質を守るためには、政府と保険会社などの企業関係者

に対して、精神保険の専門家は一団となって要求すべきである。すなわちこれには、精神保健専門家間の連携を強め、法関係者、消費者、報道を含む適切な政治的勢力と連携をはりながら、ニーズに責任をもって応えられる精神保健サービスを保障するための要求を強化していくべきことが意味されている。

このような連携を通して、精神保健サービスを必要とする人々の生活の質を向上する可能性を、公私協力して高めるような、国際的に合意された価値観を時間をかけて築き上げることが可能になる。我々は、地域によっても異なる個々の患者の精神保健ニーズに敏感に応えられるケアの継続性を確保するための方法を作り出すために最大限の努力を払わなければならない。統合無しの継続性は我々全てが共有する目標達成へ向けて、敗北を認めるに等しい。今日、私達は、精神保健政策の発展途上で、対処しなければならない重要な問題は何かに関して、理性的な人間なら極端な意見の相違がない段階まで進んできたのではないかと提案した。病院でのケアは引き続き必要であろう。地域サービス無し
の病院は収容施設に退行してしまう。公的支持のない地域サービスは頓挫してしまう。

政府と精神保健専門家との対話には、何世紀にも互い精神障害者に対してなされてきた悪を是正するという重い道徳的義務が付随する。我々が協力して法改正の基本的な原則を見出すために努力することは、我々の礼節の程度を示すものである。そしてそのような法改正を通して、専門家が協力して、自分達の訓練と資源を精神保健サービスのみならず、精神の病に苦しんでいる人々を真の民主主義のと評価されるような多元的な社会に統合できるようになるのである。

日本の精神保健福祉システム

篠崎 英夫

(厚生省大臣官房障害保健福祉部長)

それでは、私のほうから日本の精神保健福祉システムということで、お話をさせていただきますが、その前にカナダのシャープ局長からの紙上でのお提言あるいは先程のワイスタブ教授のお話等がございまして、きっと時間の関係もあると思いますので私は用意してきたものよりも少し省略をして短くして後での時間に残したいと思っております。

私は今から丁度20年程前になりますが、WHOで精神衛生の担当をしておりました。当時の地域加盟国の中を回っておりまして確かに我が国の精神医療は残念ながら非常に進んでいるという状況ではございませんでした。これは先程のワイスタブ教授のお話にもありますように、精神医療、あるいは精神保健福祉といった分野では非常に文化的といいますかその国特有の歴史的な背景が影響していることもございまして、いろいろな面で世界の先進国といわれている我が国におきましてこの分野はなかなかそうはいかないという状況でございます。そんな意味でちょっとスライドを用意してきました、今日は会場の半分ぐらい外国の方かなと思っておりましたらそうでもありませんで、英語でスライドを作ってきた意味があまりないんですけれども、せっかく用意してきましたし、区切りですし、お疲れの方もいらっしゃるでしょうから、ちょっと暗いほうがいいかなという気もいたしますので、スライドをいれながらお話をさせていただきます。

最初に「我が国の精神保健福祉システム」と

いうスライドでございまして、今日与えて頂いたテーマでございます。次にスライド移って頂いて若干背景の説明もしたほうがいいと思ひまして「精神病患者看護法、これは我が国で明治33年、1900年でございますが、それにその時の初めて法律として精神病患者看護法というのができました。一番上のブルーので、“Custoday Low for mentallyill”と書いてあると思ひますが、それから“Private cnfinement”と書いてございますけれども、いわゆる私宅監置を中心としたものでございました。その後1919年に精神病院法というのがつくられまして、全国の道府県に公立病院を設置せよと、それを義務づけられたわけでございますが、なかなか経済的な状況でそうはいかない、先進国で精神医療の担っている病院のほとんどが国公立でございます。あるいは民間といっても宗教法人のようなノンプロフィットの病院でございます。これはまず大正時代の法律で道府県に精神病院の設置を義務づけたにも関わらず、財政上の理由が多かったと思ひますがほとんどの病院が出来ませんでした。現在でも公立病院として持っていない県が未だあるような状況でございます。

次に1950年、これは第二次世界大戦後でございますが、GHQの要請で初めて精神衛生法という、近代的な法律がございまして、精神衛生相談所の設置ですとか、あるいは鑑定医の制度ですとか保護義務者の制度ですとか、今の制度の根元を成すようなものが戦後昭和25年に出来たわけでございます。それでその後丁度昭和40年

1965年になりますけれどもこの戦後すぐ出来ました法律を受けて更にそれを発展させたものが昭和40年に出来ました。ただこれは残念ながらライシャワー事件といまして、駐日米大使が精神障害者の青年に刺されたという事件を契機に世論が盛り上がりまして出来た法律ということでございます。次のスライドをお願い致します。

その後しばらく昭和40年の精神保健法の位置づけの中で保健所が精神保健のサービスをする第一線機関となりまして、やっておりました。昭和40年から昭和50年ぐらいいかけましてはご存じのように精神病院が急増した時代でございます。昭和30年に44,000床ぐらいたった病院が昭和45年には25万床というようにこの15年の間に5倍以上の精神病床ができました。それから措置入院というものが幅広く適用されておまして、現在の数十倍の7万6千人ぐらいいまであったと思いますが、そういうような状況でございました。

それで、丁度昭和59年、1984年に先程の教授のお話にもありましたきっかけでございますが、宇都宮病院事件というのが起きまして、精神病院における精神障害者に対する人権障害、人権問題、人権侵害という大きな問題が発生し、世の中に明らかになりました。それを受けて1987年に精神衛生法が改正になりまして、名前も精神保健法となりましたが、この昭和40年の法改正以来の一応大きな改革になりまして、これが現在のベースになっているわけでございますが、特に精神障害者に対する人権の擁護という観点から医療の中にいろんな仕組みを取り込みました。また、福祉施策として初めて精神障害者の社会復帰施設というものを法律で定めまして、補助制度などを設けたわけでございます。

それで次のスライドをお願い致します。これ

と平行しているんですけれども私どもの世界というか精神の方の世界では気がついていない方が多かった分野でございますが、精神以外の分野でもつまり他の障害者の世界で身体障害者あるいは知的障害者の世界ではまた時代の背景を受けていろいろな法律改正等がございました。昭和45年1970年には心身障害者対策基本法というのがございましたが、実はこの中には精神障害が入っていなかったわけでございます。身体障害と知的障害がそのもとでございました。それが平成5年1993年には障害者基本法とこの法律が改正されまして、この障害者基本法の中で初めて精神障害者も障害者の中の含むということが明らかになりました。つまり精神障害が他の知的障害、あるいは身体障害と同じ障害として扱うということがこの基本法で定められたわけでございます。

そこで次のスライドをお願い致しますが、直近の精神保健法の改正は平成7年1995年でございましたけれどもその中でこの法律の名前が今のような背景を受けまして精神保健福祉法という福祉という言葉が法律の中にはいりました。この中でいわゆるメディカルケアとかプロテクションということとヘルスとウェルフェアということが対峙して同じレベルで位置づけがおこなわれたということでございます。この平成7年の改正を受けて今の状況があるということでございます。5年ごとの見直しということになっておりますので、丁度来年がその年度にあたるということでございます。

それでこの次のスライドをお願いいたします。これが障害者プランの大きな7つの項目でございますが、ご承知のように平成8年度を初年度といたしまして14年度までの7年間の、先程申しました精神障害・知的障害・身体障害の3障害を揃えて7年間のアクションプランとい

いますか、数値目標を入れたプランを厚生省は策定を致しまして平成8年度からスタート致しました。この障害者プランを推進してゆくために私がおります障害保健福祉部というのが新たに平成8年の7月に1日に発足したわけでございます。このプランには、今申しました3つの障害が含まれておりまして、平成8年度を発射台といいますか、スタートの年にいたしまして、毎年少しづつ作っていく、そして14年度にはこういう数だけつくるということで数値目標をはっきりさせております。この後のスライドで出ますけれども精神障害者の援護寮はいくつ作るということがプランの中にうたわれておりまして、これは非常におおきな意味を持つわけでございます。先程の教授のお話にもありましたが、政府が事業をやる場合には必ず予算が必要でございます。我が国は単年度予算でございますので毎年毎年予算要求をして事業に必要な予算を確保するわけですが、経済状況が悪い時にはなかなかその予算が確保出来ないことがあります。しかしプランというものを作りますと若干この経済の状況によって影響を受けますけれども最終目標の数字を国民の前に明らかにしておりますので他の予算よりは優先的にこの予算につけられるということでもあります。これは非常に大きな意味があるわけでございます。厚生省は他に2つございます。2つというのは、一つは老人。高齢化を向かえる老人に対してゴールドプランというのがございます。それから小児化の時代で子どもをどうやって健全に生み育てていくかということでエンゼルプランというのがございまして、それとこの障害者プランを厚生省の三大プランと呼んでおりますが、3つだけ長期的な計画的なプランがあるわけございまして、その中に精神障害者の対策が組み入れられたということでございます。先程来、

我が国の精神保健の歴史の法律の変遷を申し上げましたが、ある意味ではこの平成8年度からはいままでの精神保健という体系だけではなくて、障害者全体の対策の中で位置づけが行われたということございまして、それまでは法律を改正してその法律を根拠にして予算を取って、ということございまして、これとは別のシステムで予算の獲得が出来、施策が進行しているということでございます。身体障害者は我が国で約300万人おります。知的障害者が40万人、それで精神障害者が160万人、といえますと併せて約500万人の障害者が我が国におられるわけでございます。この施策の充実といいますか、予算の上での充実から言えば一番充実しているのが身体障害者、次が知的障害者、そして一番遅れているのが精神障害者だと思います。例えば社会復帰施設を例にとりましても、その順に補助率ですとか運営費の単価が低くなっております。それで私どもは平成8年度が最初でございましたが9年度、10年度とまいりましたのでこの2年間で精神障害者の社会復帰についてのいろいろな基準の単価を、予算の単価を極力、身体障害。知的障害にあわせる努力を致しまして、ほぼそろってまいりました。これはつまり法律改正がなくてもこのプランという中で充実をしてきているということでございます。

それでこの障害者プランの基本的な考え方が7つございまして、これはつまり3障害に共通ということでございます。その前に障害者プランというのはもちろん厚生省のプランでございますが19の省庁がこのプランに参加しております。就職の問題がありますから労働省ももちろん参加しておりますし、教育の問題がありますので文部省も参加しております。それから電車にのったりあるいは自動車に乗ったり致しますので運輸省ですとかあるいは道路や橋やこうい

う建物のこともございますので建設省ですとか、合わせて19の省庁がこの障害者プランに参加をして、それぞれの役所が平成14年までにこれをこのぐらいつくるという数値目標を決めているわけでございます。それでそのプランを実行していくに当たって7つのポリシーがある、考え方があるということでございまして、第1番目が地域で共に生活するというのが一つのポリシーでございます。つまり障害のある人も無い人も病院とか施設というところではなくて住み慣れたその地域で一緒に生活をしよう、そのための予算を増やしていこうという、これが第一の考え方でございます。これは身体障害も精神障害も知的障害も同じこのポリシーでいこうということでございます。2番目に社会的に自立をする、障害者が自立をしていくことを援助していこう、それも障害の特性に応じて全部障害の人が自立をするという時にどんな形の自立というのは障害の特性によって違うとはおもいますがけれども、家に閉じ込めて誰かの世話になっているというのではなくて、自分でそれぞれ出来る範囲で自立していく、それを応援していこうというのが社会的な自立を促進しようということございまして、これも3障害共通のポリシーでございます。3番目がバリアフリーを促進していこうということで、この英語が日本語でわかるのか通じるのかわかりませんが、身体障害者の方の話で言えば階段があると車椅子が登れないということがありますし、ここでも公衆電話がみんな低くなっていますが公衆電話の位置が高いと車椅子の方が電話がかけられないということがございます。新しく出来る駅はすべて車椅子の方がホームまで行けるようにエレベーターをつけるようになっておりますし、既存の駅でもある人口以上の駅には逐次エレベーターが設置されるようになっております

が、そのようにバリア、障壁をなくしていこうと、これはなにも車椅子の方たちばかりでなくて、知的障害の方にもあるいは精神障害の方にも、まあこういう物理的なものは少ないのかもしれないませんが、社会における物理的ないろんな障壁を無くしていこうというのが3番目でございます。4番目がQOL、生活の質の向上でございます。これも社会で生活してもその人の生活の質が低いものでは仕方がないわけございまして、生活の質の向上を図っていこうということでございます。たとえばこれは身体障害者の場合でいいますと目の不自由な方の場合の生活の質の向上については非常な勢いで進んでおります。これは情報機器の進歩が著しくそれに貢献していると思いますが、視覚障害者の方は昔は白い杖で下を叩きながら道路を歩くという訓練を致しました。今もう一息というところまでいっておりますが携帯電話をもっていけばその携帯電話から発する電波で衛星までいきまして（車にあるナビゲーションシステムと同じなんですけれども）イヤホンでその障害者の方に右に何がある左に何があるということが出来るようになってまいりました。それも障害者に対してのQOLの向上になるかと思えます。そういう科学技術の進歩を積極的に取り入れるなどしてこういう障害者の生活の質を高めたいこうというのが4番目のポリシーでございます。それから5番目は、これはたまたま阪神大震災があった直後、この障害者プランが発表されたこともありまして、安全な暮らしを確保するというのが大きな一つのポリシーでございます。これはやはり障害者の方にとってはそういう災害が起きた場合は一番弱いところに影響がでますので、そういう災害が起きた時にも障害者の方が安全に暮らせるようにいろんな仕組みを普段からつくっておこうということござい

ます。阪神淡路大震災の経験を踏まえましてボランティア組織の育成でありますとか、あるいは緊急の連絡通信網の整備といったものがされております。それから6番目がこれは1番精神障害者の方に関係があるんですけども、心のバリア、いわゆる偏見を取ろうということ、なくそうということでありまして、精神障害のみならず知的障害あるいは身体障害にも社会の偏見はあるものでございます。それを取り去るようにいろいろな努力をしていこうということでございます。たとえば最近の例ですと長野で冬季のパラリンピックという身体障害者、知的障害者が参加して行われたオリンピックがございました。皆さんもご覧になって感動を受け勇気を与えられた方がおられるとおもいますが、ああいうイベントもその心のバリアを取る大きな要件になろうと思います。また、現在総理府が中心になってやっておりますが、障害者に対するいろいろな資格についての欠格条項があります。つまり精神障害者だとかこういう資格は取れない、知的障害者だとかこういう資格は取れない、あるいは身体障害者だとかこういう資格は取れないといういろいろな理由が定めてある法律がございまして、全部で100以上法律資格としてあるんじゃないでしょうか。それをなくそうということで、今どの法律のどの部分にその障害者が駄目だということが書いて在るかということがすべて調査の結果明らかになりつつあります。それでおそらく一括法で、つまり総理府がいっぺんに全部の法律からそういうことを除くというような作業を勧めるべく準備をいたしております。ちなみにこの後説明致しますが昨年の12月に成立致しました精神保健福祉士法、これは国家資格でございましてこれにはすべての欠格条項が入っておりません。あらゆる障害者も受験資格があるということございまして、これ

の第1号の法律でもございます。それから7番目が国際協力でございます。先程来カナダの先生からお話を伺っておりますが、とにかくやはりどこの国民でも回りから遅れている遅れていないというのは非常に気になるものでございまして進んでいるところに合わせようという努力をするわけでございますのでそういう意味あいからもこの障害者問題について特に国際的な連携なり協力なり情報交換なりが必要でございます。これも障害者プランの7番目のおおきな柱になっております。では次をお願い致します。このプランにはいろいろな数字が書いてあると申しましたが、今これはちょっと字が小さいかと思いますが精神障害者のたとえば援護寮、生活訓練施設につきましては平成8年度最初から83ヶ所というのが発射台でございまして、それを14年度には300ヶ所、約4倍にしようということでございます。本当はもっと4倍というのではなくて10倍とかにしたらいいという考え方もあるんですけども、実績で予算がとれても消化ができないとまたそのことが問題になってしまいますので、今までの実績でこれぐらいになっております。

社会復帰施設をつくるに当たってどうしても問題なのは地元の了解が得られないところがままあるわけでございまして、予算上は確保されていても実際プラン通り一番進んでいないのがこの精神障害者の社会復帰施設なんです。つまり予算はとれてる、とれてるけれども消化できないというのが精神障害者の社会復帰施設なんです。今ここに挙げたのは精神障害の部分だけですけれども、身体障害も知的障害もおなじようにこういう施設のプランがあるんですが、そちらはどんどん売れているんです。しかしこの精神障害者の場合にはなかなか予算がとれていても実績が伴っていないという残念なところが

あります。それから次のスライドをお願い致します。それで昨年の冬のこれも10年来の懸案でございましたPSWを精神保健福祉士として国家資格にする法律ができました。今日もこちらにPSW協会の理事長もいらしていると思いますが、PSW協会のお骨折り、それからそれをサポートする全国精神障害者家族会、あるいは日本精神病院協会他、大変多くの団体が精神障害者の人権を守るために是非必要な資格だということで、応援をしていただきました。私どもも障害保健福祉部ができて初仕事になるわけですが通常国会から臨時国会までかなり時間はかかりましたけれどもようやく成立することができました。国家資格ですのでその中身についてはいろいろ書いてありますが、私どもが一番望んでいるのは精神障害者の人権を守る資格であると思っています。国家資格で実はそういう言葉はないんです。実際読んでいただくと、どうしてかといいますと、法律を作る時には内閣法制局とかそういうところに相談しながら進めますので、そうすると国家資格で人権を守るというのは当たり前だと、人権を守らなくていいという資格は無いのであまり当たり前すぎてそういうことは書けないんだということでございまして、文言中には書いてはおりませんけれども、私どもの気持ちとしてはその精神障害者の人権を守る資格とうことが一番大きな期待でございまして、この中には簡単にいいますと相談と助言と指導と訓練と、4つの項目が書いてありまして、これは精神障害者の相談に応じる、相談に応じれば当然聞いているだけではありませんからやさしくするのが助言でもう少し強めにいうのが指導ですから、それが相談、助言、指導という仕事としてくくってあるわけでございます。もう一つが訓練でございまして、これが平成4年にすでに診療報酬上搭載されており

ますが、日常生活訓練、精神障害者に対する日常生活訓練というのを精神保健福祉の役割と位置づけておりまして、このところが従来ありました、たとえば社会福祉士というような職種と違うところがございます。現在2,600人程のいわゆるPSWの方がおられますが、私どもは将来的には全精神病院の少なくとも各病棟に一人、というような計算をしていきまして、それからこういう社会復帰施設にも少なくとも一人というような計算をしていきますと近い将来少なくとも1万人は必要ということになってきます。この4月1日から法律は実施されておりますが実際には国家試験は来年の1月頃になろうかと思っております。この5年間に限っては現在のすでにPSWとして現場で活躍されている方は非常に短い講習期間で国家試験を受ける資格を得られるということになっております。これは5年間だけです。5年後は原則大学卒、4年で受験資格というようなシステムになっております。今この精神保健福祉士のことを申し上げましたがこれも精神保健法の中で、精神保健福祉法の改正の中で何回もやろうと試みたわけでございます。しかしなかなか時間的な対応その他で出来なくて今回私どもが決断致しましたのは、別の法律で、全く別の単独の身分法というんですけれどもそれでやりました。これはある意味では予算を伴ってないわけでございます。精神保健福祉士になりたい方は自分で授業料を払って勉強して国家資格を取るわけでございますので、国としての予算は一つも出してないんですけれども、これで資格を取れば取った人はやはりそれだけ質が高いわけですから、その質が高い人が精神障害者へのサービスを行えば精神障害者に対して今まで以上の質の高いサービスを受けられるということになる、精神障害者の方が受けられるようになる、という考え

方でございまして、これはその予算とかお金とかいうものではないんですけれどもサービスの質の向上という意味では非常におおきな意味があるのではないかと思います。国家資格になれば病院の院長なり理事長なりに強くものが言えるというような気も致します。そういう意味で身分が保障されているという国家資格は、特に我が国では大事な役割を担うものではないかと思えます。あと残るは臨床心理士の国家資格でございまして、これもすぐ研究会がスタートしております、ともあれ臨床心理にこういう国家資格にしてほしいという考えが一つにまとまらなければ次に進まないということでございまして、今回は日本精神科ソーシャルワーカー協会に幹部の方のうまい舵とりで考えが一つにまとまって動いておりましたので首尾よく国家資格になったということでございます。

そこで今日の最後になりますが、大きなテーマである来年の精神保健福祉法改正をどうするんだということだろうと思えますが先程申しましたように5年ごとの見直しを行うということになっておりますので、見直しを行っております。すでにこれは前回とほとんど同じ、あるいはもう少し増えたとおもいますが関係の団体に意見を聞いて、その意見が全部あがってきております。直すべきところは、こういう点だということが全部あがってきておまして、これはもう公開されておりますが、そういうものを踏まえてどういう形で来年に臨むかということでございます。私どもは未だ法律改正をすと決断をしているわけではございません。これは法律というのは来年の1月以降の通常国会にだせるかどうか、国会の状況にもよるわけでございます。その前の時もぎりぎり5月ぐらいに決断をして法律を出したんだと思えますが、他の法律、厚生省の優先する法律の関係もあつ

て順番はまだ今もところわかりません。それから何も法律改正をしなくても数値を変えるなりあるいは予算を要求するなりすることで変えられる部分もあるわけでございますから、そういうものも総合的に勘案してどうするかを決めたい、これは別に私どもだけが決めるのではなくて審議会とかあるいはいろいろな検討の場がございましてそういうところを通じてご意見を伺いながら最終判断をしたいと思っております。ただ次にどんなところをやるのかなあとということにつきましては一番参考になるのが前回の、つまり平成7年の法律改正の時の付帯決議でございまして。いろいろ国会の中で議論はされているわけですからそれを付帯決議でいわれたことがどんなことがあるかと今ここで申し上げますと一つは手帳の問題でございまして、この手帳に基づく福祉的措置をもっと拡充しろということで、先程申しましたように3障害一緒になりました。身体障害者の手帳からみるとうんと精神障害者の手帳保持者のベネフィットといますか、利益は少ないものでございまして、私ども毎月のように関係のJRとかいろんなところに陳情に行っておりますがなかなか前進はしておりません。これも一つのおおきなテーマでございまして。それから社会復帰施設がさっき言ったようになかなか進まないというのも予算的な問題もありましょうし、それから地域住民の受け入れのこともございましてこれを何とかしなければいけない、それから診療報酬のあり方、それから精神医療審査会の運営、それから指定医の制度の充実、地域精神保健福祉の推進、それから保護者制度の検討、それから精神障害者に対する資格制限および利用制限の緩和や撤廃、これは先程申し上げました。それから精神科救急医療体制の整備促進とメンタルヘルスの推進などが付帯決議で言われております。

その辺も大きなポイントになるとおもいますけれどもともあれ今日はこういう会で皆さんで議論して頂いて、そういう議論を私達参考にさせていただきながら今後の対応を考えていきたいと、そのように思っております。以上でございます。

わが国の精神保健・医療・福祉の方向

森山 公夫

(陽和病院)

I】 歴史的転換

1960年代末以降、全世界的に大きな社会変動が始まっている。この変動を、高度情報社会化・高度消費社会化とそして高度福祉社会化およびグローバリゼーションとして特徴づけることができる。

高度福祉社会化とは、伝統的な共同体の崩壊を背景に、直接的には社会的人口構成の変化や財政の逼迫に迫られて、かつての社会防衛主義的な「福祉」からノーマライゼーション（自立と共生）をめざす福祉へという大きな転換を意味している。これを「大きな政府」から「小さな政府」へ、とも「福祉国家」から「福祉社会」への転換とも称することができる。

精神保健の領域ではこの転換は、1960年代に始まった。イギリス、フランス、アメリカなどまず、精神科ベッド数の削減（「脱施設化」）と地域精神医療への動きが始まり、この動向は1960年代末以降、「精神障害者の人権尊重」の運動とともに全先進諸国に広がっていったのである。そして1980年代後半からまた時代は転回し、改めて精神障害者の「リハビリテーション」が問われるに至った、と見ることができる。

ところでわが日本では、この脱施設化とリハビリテーションへの始動は決定的に遅れた。1960年に人口1万人対約10であった精神科ベッド数は、以後飛躍的に増え続け、1980年代に入ってもこと増加は止まらず、人口万対病床数は約28に到達するに至った。そして1987年の精神保健法改正を経て、1990年代以降ベッド占有率

はやっと減少の方向を示すに至ったのである。

この日本の遅れは、基本的には日本における社会構成のあり方とそれに基づく政治的対応の方向によるものである。高度農業社会から1868年以降急速な近代化・工業化を計った日本は、第二次世界大戦直後（1947年）には未だ51%の一次産業（農林水産業）就業者を抱えていた。これが以後、1965年（24%）、1970年（18%）、1980年（10%）、1997年（7%）と激減し、日本社会に伝統的であった農業的地縁共同体は急速に崩壊し続け、1980年以後先進国並の就業構成を示すに至ったのである。こうした旧共同体の急激な崩壊過程で社会防衛主義はむしろ強化され、精神障害者に対する個別的治療が無視され、隔離収容政策が強化されていったのであり、これが日本におけるノーライゼーション成立の遅れの社会的条件をなした、と考えることができる。

こうした旧共同体の急速な崩壊に伴う社会構造の転換と同時に急速な高齢化・少子化が出現し、それと社会保障費削減の必要とがあいまって、日本でも1980年代後半以降、社会防衛主義からノーライゼーションへの転換が模索されざるを得なくなった。精神保健の領域におけるこの転換は、1993年暮れの障害者基本法の成立、94年春の地域保健法成立、そして1995年春の精神保健福祉法の成立、さらに1996年のノーマライゼーション7カ年戦略の策定、などを転機としてほぼ1995年前後に生じたと考えることができる。

こうしてわが国の精神保健・医療・福祉の世界にもようやくノーマライゼーションの時代が訪れることとなった。だがそれはまだ、始まったばかりである。一方で未だ30数万床にわたる精神病院があり、最近の大和川病院・栗田病院事件に見られるような人権侵害は後を絶たない。他方で、精神障害者が社会で生きてゆくための社会資源はきわめて不十分であり、他の障害者対策に比しても遙かに遅れている。これには国・自治体からの財政負担の少なさに加えて、税制の関係でも私的寄付も殆どないことなどもからんでくる。

こうした「遅れ」の中でわれわれは、先進諸国の成功や失敗の例に学びながら、一方でわれわれがそれぞれの現場で模索しながら実践していることを点検し、精神障害者のノーマライゼーションの確立にむけて今後どの様な道をとって行くべきか、これを明確にし、共有してゆくことが今こそ必要なのである。

Ⅱ】 これからの精神保健・医療・福祉

1) 地域精神医療への転換

わたしたちがまず精神医療の問題から始めなくてはならないのは、現在のわが国の精神保健にとって、「精神病院」問題が圧倒的に重要な比重を占めるためである。かつての社会防衛主義の時代に、極言すれば精神障害者を隔離・収容するための収容所として増え続けてきた精神病院は、この10年間ほどの間に少しずつ変貌を遂げ始めてきた。そして今、ノーマライゼーションの名のもとに、大きく転換することを迫られているのである。

こうして転換の方向は明確である。「収容所的精神病院中心主義から地域精神医療へ」、これこれが今後のあるべき方向である。

①二次医療圏の策定と地域ネットワークの形

成；

この転換において当面する重要課題は、二次精神医療圏の策定と、救急・合併症医療を軸とする精神医療ネットワークの形成である。

周知のように、医療法改正にともなう医療圏の策定に際して、精神科のみが二次圏域の策定において外されてきている。これは決定的な欠陥であり、早急に改められなくてはならない。但し、あるべき二次圏域は、これからの再編の中で予想される「保健所圏域」(人口約30万前後)ないしはそれに準ずる圏域である。ここで留意される必要があることは、地域格差および病院遍在の問題である。

これも周知のようにわが国の精神病院は、低医療費政策のもとに私的経営を中心として発展してきており、地域の遍在性が著しい。さらに加えて、大都市・中小都市および農・漁村地区といった地域格差が大きく、これらを画一的に論ずると大きな混乱をもたらす。従ってこの二次医療圏の策定に当たっては、大都市型・中都市型および農村地区型といった三類型に分け、各地の医療機関の存在の実状に合わせて人口約30万人を目途に、実際には多くは合併型を含む準二次医療圏として策定されるべきものと考えられる。

こうしてこの二次圏域ないし準二次圏域を軸に、十分な財政的補助のもとに救急・合併症医療を充実させてゆくことが緊急の課題である。いわゆる措置入院その他の三次医療の問題は、この二次医療の充実があって始めて意味を持つてくるのである。

②「精神病院」をどう変えてゆくか

こうした地域医療への転身の中で、従来の「収容所的精神病院」から、「基本的に地域社会に生きる人間が精神の病いに陥った時に集中的な医療を受けるために一次的に入院する精神科病

院」へと転換することが必要とされる。同時に、大和川病院事件に示されたような人権侵害は、一掃されていかななくてはならない。こうして精神病院をめぐる課題は二重になる。

一つは、患者の人権侵害をいかに防ぐか、である。このためには、従来の精神科医療の密室性をどう開いてゆくか、ということが課題となる。ここでは、精神医療審査会の強化・拡充や、患者アドボカシー制度の導入、精神病院の内容の情報公開の拡大、などが必要となり、今回の精神保健福祉法改正が重要となってくる。

第二は、精神病院の医療の質をいかに高めるか、の問題である。これは、病院の施設基準にもとづくアメニティー問題、マンパワーの問題、そして医療・看護の質の問題がある。

従来の医療法にもとづく施設基準は、戦後の貧しい住宅事情を反映して1床あたり4.3m²という狭い基準をあてており、これによる病院の狭隘さが、精神病院の環境の劣悪さをもたらす最大要件の一つとなってきた。加えて、従来の精神科特例による医師・看護のマンパワー条件の低さがあり、そこに精神医療の閉鎖性・密室性が合わさって、3K（暗い・汚い・危険）と呼ばれる精神病院独特の劣悪さが作り出されてきたのである。

現在厚生省は、施設基準については「近代化資金」制度の導入により、また看護のマンパワーについては新看護体系の導入により、この解決を計ろうとしている。新看護体系の導入については、特に本年度の医療費改定においてほぼ決着がつけられたと考えられるが、施設基準や低医師数の問題については未だ基本的解決の方向が見えていない。まずこれらについて、行政の決断が求められるところである。

③問われる精神科医療の質

旧来の精神医学においては「精神病は治らな

い」という治療的ペシミズムが支配してきた。これが、精神病院の収容所性と一体となって精神医療の悲惨さをもたらしてきたのである。いま、制度の諸改革と同時に必要とされているのは、精神医学・看護学などを支配してきたこのペシミズムの克服と、新たな治療・看護・リハビリテーション理念の確立である。

新たな理念は、病者を「社会に生活する主体」（生活者）であると同時に「病いを癒し能力を回復する主体」でもある、と捉え返すところから出発する。従って、病む主体における「自己治癒能力」を中心とし、インフォームド・コンセントはこの自己治癒能力に働きかけるもの、と理解する。また、従来の心身二元論を越えた「精神としての身体」という視点に立ち、その癒し＝回復は自然の過程を踏まえたものでなくてはならないとの視点から、「回復過程論」（回復段階論）を重視する。最後に、回復すべき精神は「社会における精神」である、という視点から、従来の一対一治療・看護主義を打破して「集団」の見方を大きくとりこむ必要がある。こうしていわゆる「身・心・社会・倫理」bio-psycho-socio-ethicalな複合的視点を取り入れた新しい治癒論が、いま緊急に必要とされているのである。旧来の収容所主義にもとづく管理的医療・看護を「硬い治療主義」と呼ぶことにすれば、この新しい治療主義を「柔らかい治療主義」と呼ぶことができる。これへの転換こそが、いま求められているのである。

2) 福祉とリハビリテーション

①圏域の策定

福祉とリハビリテーションが生活する場で行われなくてはならないこと、は自明である。そのためここでは、いわゆる一次圏域としての市区町村（人口平均5～10万人）を確定し、各市

区町村に担当係を設け、精神障害者福祉の計画を策定してゆくことが求められる。この点で、今後障害者福祉法の成立にあたっては精神障害者の福祉を他の障害者の福祉を他の障害者福祉と一本化し、精神障害者福祉をレベルアップすべきである。

ところで精神の場合、リハビリテーションと治療は表裏をなしている。それゆえ、この一次圏域中心の福祉圏域と、前記の二次圏域中心の医療圏域とが密接に結合することが求められる。このためには、二次圏域中心に「地域精神保健医療福祉審議会」を設け、これを中心に綿密な、地域の実情に即した医療福祉計画の策定が求められるのである。

②社会諸資源の整備・拡充

周知のように、精神障害者のための地域の資源は圧倒的に不足している。この現状を打破するために、単に現行の社会資源の量的拡充に留まらず、あるべきリハビリテーションの方向を見届えた社会資源の質的展開が必要である。

このためには、現在の法内施設を飛躍的に増やし、特に「住まい」の解決を計ると共に、小規模作業所を法内化し、またホームヘルパー制度を導入し、さらに生活支援センターを各一次圏域に必置し、それを軸に各施設および医療機関のネットワークを作ることが必要となる。現在、精神障害者のノーマライゼーションにとりわけ「住まい」の問題は緊急課題であり、様々な多様性をもった形で解決が必要とされているのである。

③リハビリテーションの質の転換・向上

かつての社会防衛主義の時代にも「リハビリテーション」はあった。いま、ノーマライゼーションの到来とともに、「リハビリテーション」の内容も大きく転換されなくてはならない。この転換を、「管理的適応主義から、当事者の自

己実現の援助（QOLの実現）へ」と表現することができる。ここでは、治療とリハビリテーションはあくまでも表裏をなすという観点に基づき、治療の初期からリハビリ的視点を貫徹させつつ、同時にその質の改善・向上が計られてゆかなくてはならないのである。

3) メンタル・ヘルスの展開

今回のフォーラムで初めてメンタルヘルス問題が正式にシンポジウムの形でとり上げられたことが端的に示しているように、現在わが国のみならず全世界的にも一般市民をめぐるメンタル・ヘルスの危機は緊急の課題となってきている。その背景をなしているのは、伝統的地縁共同体の決定的崩壊である。この危機は、アメリカと日本とで最も著しい、と考えられる。日本ではこの地縁共同体の崩壊がきわめて急速であったため、そしてアメリカは伝統の短い多民族国家であるため、である。

ではメンタルヘルス問題を、どのような視点からとりあげるべきか。その留意点をここで挙げておきたい。

まず重要なことは、「メンタル・ヘルス」を従来の「重い精神疾患からの予防」という狭い視点から解放することである。メンタル・ヘルスの出所は確かに「予防」であった。だが現在の深刻な事態は、すでにこの範囲を越えている。わたしたちは今、頻発する社会的諸事件を謙虚に調査・研究し、身・心・社会・倫理の視点から新たにメンタル・ヘルスの方法論を創出していかなくてはならないのである。第二に必要なことは、その際社会変動に対する正確な知識を合わせ持つべきことである。これがない時、多くの評論家的発言に見られるように、いたずらに懐古主義に走ったり、規制強化を煽ったりすることに終わってしまうからである。そして第

三に必要なことは、「心の健康」の基準が自明のものと考え従来のあるあり方を克服することである。わたしたちはむしろ、現在の「危機」の克服を通して、新しい社会における「心のあり方」を、新しい人間的連帯のつくり方として模索してゆくべきである。

当面わたしたちは、メンタルヘルスの危機を孤立化と心の空洞化として捉え、これへの対処を「管理」ではなく、自己実現と多様性の確立という方向で考えようと提起している。これはあくまでも出発点であり、ここから様々な問題が深化されてゆかなくてはならない。だがまず必要なのは、こうした出発点の共有であると考ええる。

Ⅲ】 終わりに

わたしたちが今回、精神保健・医療・福祉をノーマライゼーションの立場から捉え返し、その整備・拡充・実現を求めているが、それは単に精神障害者のため、ということに留まらない。

それは広くわが国民全体にとっても重要な寄与をなすことになる。

冒頭に述べたような現在の社会変動において、高度消費社会化は人間を欲望的存在に還元する。また高度情報社会化は、人間を知的存在へと還元する。だがこの双方からは、社会的統合の方向は見えてこない。真に社会的連帯を見出しうるのは、ノーマライゼーションを理念とする高度福祉社会化ということの中においてのみである。ノーマライゼーションの実現は、このわたしたちの住む日本社会を救う道でもあることを確信して、わたしたちは運動を進めて行くことにしたい。

もう一つ重要なことは、こうしたノーマライゼーションをめざすわたしたちの運動の組み方である。今、わたしたちの運動自体も、この新たな時代状況の中で、多様性を認める開かれたものへとノーマライズされ、論争はきちんと闘わせながらも連帯を組めるよう成長していかなくてはならない、と考える。

シンポジウムⅡ 討 論

もう少し話をされたい問題があったという方がございましたらご3人の中でいただきましょ
うか。森山さん何か付け足したい・・・ご質問
でしょうか。

よろしいでしょうか。お二人に質問したいん
ですが、ワイスタブ先生に1980年代後半以降の
諸国の動向はいくつかのタイプに分かれるんだ
ろうと思うんですが、いくつかのタイプにです
ね、それでワイスタブ先生は主としてアメリカ
型とイギリス・カナダ型というふうにおそらく
提示されたと思うんですが、他のヨーロッパ諸
国も大体そのどれかに入ると考えられるのか、
また別なタイプがあるのかということちょっ
とお聞きしたい、それがワイスタブ先生への質
問で、それから・・・

ワイスタブ：森山先生のいう通りでいろんなタ
イプに分けて考えることができますと思います。
アメリカのタイプは多分法律主義タイプという
ふうに法改正を通しての法律主義と呼ぶことが
できると思います。イギリスのタイプ、それか
らイギリス連合がありますがそこでのタイプは
福祉的なタイプと呼べると思いますし、西ヨー
ロッパの国でのたとえばオランダとかその辺の
国もそのタイプに入ると思います。それでイタ
リアのタイプは急進的な変遷、変化のタイプと
呼べるかもしれません。それは3つの最も明確
に分けられるタイプということが言えるかもし
れません。その他のタイプとしては特に精神科
を乱用しての人権蹂躪の問題に関しては革命、
変化前のソ連、そういうところでの精神科の乱
用のタイプというのも他のタイプとしては考え

られると思います。森山先生が日本は改正に関
して遅れているとおっしゃいましたけれどもあ
る意味では確かにその通りだと思います。でも
それを、いろんな国で改正を行っているという
のを見ている時に注意しなければいけないのは
うまくいった国の改正をそのまま盗用するとい
ったような形で名目だけで実質が伴わないよう
な改正も沢山みられます。たとえばアメリカを
例にとりますと法律の方が社会的現実よりも優
先、重要視されている。アメリカの場合、州に
よって法律が違いますから州によっては現実よ
り法律の方が重視されていることがあるし、そ
れに対して先程いった福祉的な改革のタイプ
の中では法律はそれほどよく見えなくても社会的
現実はずっと優れている国もあると思います。
そしてイタリアのような急進的変化のタイプに
おいては法律は非常に効果的でありましたけれ
どもその効果が限られた地域だけで生きている
という形で見られると思います。

森山：よろしいですか。それからもう一つ、篠
崎部長に質問といたしますかお願いなんですが、
精神保健法改正を是非やって頂きたい、それは
改正されるという事自体が精神保健の改革にと
って重要だというふうに考えるわけですが、質
問としては変えられない理由というのは何かあ
るんですか？

篠崎：それは先程も言いましたように法律改正
というのは国会に出すわけですから国会の状
況、それから厚生省全体で法律が何本も出ます
のでその優先順位の問題もあって、これは私ど
もだけで決められないんです。ただ今やってい
る作業はそういうことも視野に入れて作業は進
めておりますが、本当に法律改正に踏み切るか

どうかはもう少し先にいかないとはっきりわからないと思います。

司会：というのが篠崎さんのお話です。確かに、今日家族会の方も見えておりますが、付帯決議の中にパブリックガーデアンシップという言葉は私は是非と書いてもらったんですけども、それは保護者制度に関わっているんですけども、この問題はやはり家族の方の意見も十分に聞いて頂いて改正がもしできるのならばどういう方向に進むのか、ことに法務省が現在ああゆう後見人制度を提起していますからこの問題とガーデアンシップという問題、現精神保健法の、これをどういうふうによく調整するかということとは是非こういう機会を通してお願いしたい、と言っておきたいと思います。それよりもわざわざカナダから見えてきて皆様方のほうからいろいろご質問おありだとも思いますので、ワイスタブ先生にご質問のある方どうぞお手をあげてご質問して下さい。ワイスタブさんは10年前にも日本に見えまして、京都でフォーラムがあったんですけども、その後もいろんな国でいろんな会議をもっておりまして、グローバルな、インターナショナルなことについて大変よく知っておられ、どういう変化があるかということもよく知っておられるし、どうすべきかということについてもご自身の考え方をお持ちですから、どうぞご質問のある方挙手をしていただけますか。私はワイスタブさんがこの話をされた中で、これは大事だなあと思った表現があったんですけども、それはコミュニティサービスの無い病院はアサイラムに変わる、収容所化する。でもパブリックサポートの無いコミュニティサービスというのはホールバイザウエイサイドという言葉が使われたんですけども、日本語に訳すのは難しいんですけども、頓挫するとでも言うのでしょうか、このこ

とは非常に大事だと思うんですね。やはりこれは行政の中におられる篠崎さんいとっても大事だし、パブリックサポートがなければこういう問題というのは途中で崩壊してしまう、けれどもコミュニティサービスの無い病院というのは収容所化するというのは事実であって、そのことを日本も乗り越えようとしてきたはずなんです。日本はワイスタブさんが10年程前に見えた頃はホスピタルオリエンティッドという方向だったと思います。精神医療の実態は。それが徐々にコミュニティオリエンティッドの方向に進みつつあるという認識をワイスタブさんはお持ちになられたと思うんですが、その当りはどうでしょうか、日本の変化は。

ワイスタブ：森山先生も非常に大事な事をおっしゃって下さったとおもいますけれども、この5年間に確かに重要な変化が起きていると思います。ノーマライゼーションに向けての動きというのが専門的にも社会的にも現実になってきている。徐々に。しかし森山先生もおっしゃったようにその変化はゆっくりとしたものであって段階的に進んでいるものである。私の目から見ると変化の一番最初の変化というのは非常に印象深い、何故なら今までと違うから。難しいのは変化の第二段階、第三段階。特にいくつかの現実が同時に起きているから難しくなる。ソーシャルワーカーなどもノーマライゼーションのために非常に重要な役割を持つ新しい専門職が作られているというのも一つの条件だと思います。これからどうやっていくのかというのが問題だと思います。ソーシャルワーカーがどのようにサービスの提供に結びつけられていくか、危険性としてはそのような仕事をする人の数が増えてより官僚的に形式だけになってしまう危険性もあると思います。実際にサービスがなければソーシャルワーカーがすることは評価

をすることだけになってしまっていて、しかもケースの量によっても決ってきますけれどもそれだけの効果をもたらすことが出来ないようになってしまう危険性もあります。それでイギリスの最近のホリングワスというアメリカの社会学者による調査によると地方分権化の結果ソーシャルワーカーが実際にやっている業務を検討した時にほとんどノーマライゼーションに役に立っていないという報告がされています。そしてどんなことをしているかという患者さんの評価をしているけれども実際に必要なことへのバックアップは出来ていない。だから法改正をすかどうかということに注目するということに対して私なりの見解としてはそのことに注目するよりは今改正されて今現在の法律がどのように効果をそうして、どのような問題があるかということをじっくり見つめることがまず第一段階ではないでしょうか。繰り返し繰り返し改正をしていくということ自体は問題の解決にはならないのではないのでしょうか。従って一度行われた改正の効果を現実のものとしてそれをそれに積み重ねていくということが大事なのではないでしょうか。もちろんガーデナーシップのことに關しての法改正は必要だということは私も原則として大賛成です。それから触法精神障害者の処遇に關しての法律もより明確にされる必要があると思います。そして一般大衆の態度に關してもやはり相当改善する余地があると思います。精神療法やその他の有効な治療法に対してのより効果的なより現実的な支払いも必要でしょう。その中のいくつかのことは法律改正を必要とすることになると思いますし、物事によってはそれが法改正の必要に結びつかないこともあると思います。物によっては政府との交渉によって改革されることもあるでしょう。たとえばガーデナーシップを改善するということ

に關してもプロジェクトのような形で実験的なプログラムをつくって見てその効果がうまくいっているということを確認した後で法改正に結びつけるという方法もあるでしょう。外国の経験を参考にして外国のそういう経験のある国からのコンサルテーションを受けてパイロットプロジェクトを組むというのも一つの方法でしょう。実際に治療に關わっている病院をプロジェクトとして政府が資金を出してそのプロジェクトを進めていくことによって地域と病院の連携のあるプログラムをつくっていくというような形でのパイロットプロジェクトをつくっていく可能性が考えられるでしょう。そして政府が法改正の前段階としてそのようないくつかの改善点を交渉のもとに実行するということがあれば法改正に向けての重要なステップとしてそれも有意義なものではないでしょうか。そのようないろいろな試みをしないで置いて、それから予算の削減をするということはもちろん改正とは逆の方向にいくこととなります。森山先生が実際の法律の実践のモデルについてお話になりましたけれども、(若干訳なし)失礼しました。強制入院の決定の運営の仕方についてのモデルについて先生はお話になりましたけれども日本では実際にそのプログラムはまだ発展していないように見受けられます。精神保健審査会は実際に出来ていますが実際の利用率を見た場合には非常に少なくして強制入院の患者さんが非常に多いということ、ですね。

司会：丁度時間がきたんですけれども、いろいろなことが発言されました。今回の今年の4月に資格化されたPSWの方々についても注文をおっしゃっていました。あるいはいわゆるPRB、審査会が実際の働きをしていないだろうと、この問題もやはりきちんとしなくてはいけないんじゃないかと。基本的にはやはりコミュニティ

ケアというものが大事なんだということを柱にしてワイスタッフさんはおっしゃって頂きました。篠崎さんからは今後の平成14年までの日本におけるアクションプログラムについて説明を頂きました。それでそれまでに他の障害者とはほぼ同一のレベルまでなんとか高めなければいけないと厚生省当局としてはかんがえているということをおっしゃって頂きました。しかし残念ながら今回改正するかどうかについてはこれは確かに省内の話合いもあるし、またそれを越えた政治的な話合いもあるだろうからはっきりとこれをするんだということはおっしゃいませんでした。これはやむを得ないだろうと思います。しかしフロアからの考え方としてはやはりコミュニティケアの継続性というのをどういうふうにするか、あるいはガーディアンシップをどういうふうにするのか、あるいはPRBをどういうふうに実際に動きあるものとするかというふうなことが午前中も話がなされました。従ってどうかその点を今回参加されて充分胸に入れて頂いておきたいと思います。それから森山さんは御自身の以前からの考え方、社会構造の中から精神医療、メンタルヘルスを捉えるとおいことを説明されまして今急速に変化しつつある社会構造の中でメンタルヘルスというのはいったい何かということをもう一介考え直す必要があるだろうと、明日の論議に続けたいということですから、この問題は明日の論議の中で続けていってほしいと思います。申し訳ありません時間がちょっと超過致しましたけれども長い間どうもありがとうございました。

ありがとうございました。以上をもちましてシンポジウム2、「精神保健・医療・福祉の方向」を終了致します。

シンポジウムⅢ

わが国のメンタルヘルスの現状

思春期のメンタルヘルス

重松正典

(ライフサイクルケアセンターグループ)

最近中学生の起こす事件が続発し、こどもの心のあり方について多くの批評がなされていますが、今回私は問題行動・不適応症状を呈しながらも自己を確立し、自立への道を模索する子供たちとの関わりを通して見えてくる思春期における現状と問題について、少し話をさせていただきます。

思春期においては、身体の著しい成長変化とともに、心理、社会的にも、それまでの親から保護を受ける対象としてのあり方から、大人を批判的な目で見て独自のあり方を模索し、他ならぬ自分自身を確立し、自立への目処を立てるという課題に直面する時期であり、その過程は自己矛盾と不安に満ちていて、まさに思春期は揺れ動く年頃であるといえるのではないのでしょうか。こうした様相は親離れ、子離れが遷延化しつつある現代においても基本的には共通しているように思えます。

この現代社会において家庭の養育機能が低下したといわれるようになって久しくなりますが、本来は家庭や学校教育の中で培われるべきこうした自我同一性の感覚がなかなか獲得しにくい状況がおきているように思えます。このような状況の中で、さまざまな心理的困難を抱えた思春期・青年期の人々が、育ち直しをし、自己を確立して、自立への目処を立てていくことを援助するには、単一の専門領域での理論、技法のみならず、心理、教育、医療、福祉を統合しながら、さらに社会生活との接点を見出していく営みが不可欠であると考えます。心理療法

や医療は、問題を抱えた本人と臨床家や医師との個別的関わりを中心に行われることが多く、その結果、個別的な状況ではかなり状態が改善しても、実際の学校生活や社会での仕事に復帰するとなると、治療場面と現実の生活の段差はかなり大きいということになります。こうしたときに、人間関係の持ち方や技能を個人の能力に応じて焦らずしかも着実に身につけていける、そして所属感・居場所の得られる場が必要であると考え、私どもはライフサイクルケアセンターを設立しました。

ライフサイクルケアセンターには、自閉症、知的障害、不登校、問題行動、神経症レベルから精神病と診断され服薬しながら社会復帰を目指すものまでさまざまな子供たちを対象として統合的援助の実践に関わってきました。この実践は、少しずつ時間をかけ、育て直しという手作りのプロセスを辛抱強く繰り返していくことであり、その中で当面の手立てをうちながら信じて待つ地道な活動といえると思います。

ライフサイクルケアセンターには、病院退院者と通院者の窓口となるケアセンターと、相談機関としてのカウンセリングセンター、職業実習・職場としての技能養成らくだ、そして不登校および学習を希望するものに対しての学力補充と療育を目的としたフリースクール・ソフィア学院があります。これらは、子供たちの成長にそって、また必要性に応じて形づくられてきました。ライフサイクルケアセンターへの入所経路は、中学校、高等学校、病院、教育相談所、

保健所、知人の紹介、その他さまざまです。相談・医療施設を転々として、疲れきった状態で入所してくるのがほとんどのようです。ここ数年に入所してきた子供たちのうち、入所以前に発育・発達上の問題で精神科や教育相談所等を訪れている子は8割を占め、また入所者60名のうち、5割前後の子が中学校時代に不登校とされています。不登校の理由は、対人関係がうまくいかない、いじめ、学業不振、家庭環境(両親の不和、経済的なもの等)、怠学、ずる休み、非行、登校禁止等、さまざまですが、1～2割が長期入院治療を要し登校できなかった子達です。

この時期のこどもにとって、不登校等の状態にある場合の、空白期間を埋める受け皿をどうするか、ということが極めて大きな問題となります。それは、同年代の仲間と過ごす日常というものが、成長、発達、人格形成上で大きな意味を持っているからです。病院を退院したものの、いざ復学しようとしたとき、その子の気持ちの中にあった学校とは違って戸惑ったり、入院や登校拒否等の不登校期間に生じた学習の遅れ、対人関係の持ち方など、大きな課題に直面することになり、その結果、家に閉じこもったり、昼夜逆転、家族以外の人と接する機会も少なくなり、社会的な発達の問題も出てきます。

特に家庭内での人間関係に著しく問題が現れ、家族相互に病理性が認められることもあり、とりわけ、対人関係のうまくいかない子供に対しては、これまでの親子と異なった関係のあり方を模索し、学習する機会を提供できるかどうかが大切であると思います。

私どもは、学校・成績・不登校といった、価値観の違いや症状を一応カッコに入れ、一人一人をひとりの人間として「どう生きていくか」と

いう観点でかかわるようにしています。すると、そのこどもが背負ってきた心の荷物の重さがまざまざと見えてきます。彼らは1週間に1回だけくる子もいれば、毎日通ってくる子もいます。カウンセリングセンター、ケアセンター、ソフィア学院を、体調や精神状態にあわせて利用してくる子、きて運動だけする子、バンドに夢中になる子、自動車免許取得に一生懸命になる子、学力補充のカリキュラムにそって学習する子、通信高校のレポート作成にいそしむ子とさまざまです。

しかし、彼らの心は短期には癒されず、いつまでも尾を引いている子供が多く見られます。また、センターに入る前から、中学の教師、同級生が悪口を言っていじめて、この子を駄目にしたと、被害的になる親や、また、いざ入所したものの腹を決めかね、被害的でいつも人を斜めに見て、他人を信じきれず、どことなく非協力的・非協動的で、それでいて主張が目立って疎通がとりにくい子供たち。前の学校をこれほどまでかと非難して入所してきながら、いつのまにか「前の学校では勉強をたくさん教えていたのに、ここはどうしてクラブと運動が多いのですか。」と勉強に強くこだわってしまい、ともにこどものことを考えていこうという足場を築きにくいということもある。こういった子供たちにご両親を交えて面接してみると、不登校時点で精神症状の悪化が見られ、幻聴と現実の区別がつかなくなっている子供も多く見られます。こういった子供には病院を紹介し、ひとまず落ち着いた段階でセンターに通ってもらうこととなります。いずれにせよ、センターにくる子供は重い過去にとらわれており、ある子供は苦い記憶ばかりにとらわれたり、ある子はかたくなに心を閉じ、ある子は強迫的な行動として表してきます。まさに、毎日悲哀の仕事を積み

重ね、疲れ果てていたようです。

こういった子供たちの言葉に虚心に耳を傾けてみると、以下のことがいえるのではないでしょうか。

1. 子供を取り巻く文化的・社会的枠組が、自分の精神的成長や能力、学習ペースに沿ったその子なりの課題を一步一步確実にやり遂げていくことを許さない。その中で、確かなものがないまま流されていく自分への焦りや不満が生まれている。しかしサインを出しても親は他の選択を認めず、一步下がることも許さず、信じて待つこともしない。
2. 成長とともに人間性の評価がなされず、学習上の評価で人間性を決められる。
3. 親や教師は、おとなしく問題がなく枠の中にいる子、親や教師にとって都合のよい子が「よい子」だとされる。
4. 何かあったとき、親や教師は子供を説教し責めるが、どうして子供たちがそうせざるを得ないかを考えてくれない。生き生きと生きることは時として問題とされる。
5. 親も先生も自分自身がその子供の年齢のときは、さまざまに悩み、失敗を繰り返してきたにもかかわらず、そのことを忘れ、あたかも万能の神のように子供に接し、共感的な理解を示してくれない。
6. どう生きていくかを教えてくれない、また、大人の中に見出すべきモデルを見出せない。内実のない空虚さに支配される。
7. 何がよくて何が悪いのか一貫して理解できない。親のしつけや言動が矛盾に満ちて、一貫性がない。

以上のように子供たちが周辺の社会に目をむけたとき、改めて彼らが伝えようとしていることは、彼らを取り巻く人間関係、家庭のあり方、

学校、社会と枠の狭い閉塞状態を常にかけているようです。

ではこの子供たちにどのようにかかわればよいのか、具体的にはどのような要素が必要なのか。これについて、センターの修了者・通所者の事例経過記録を評定した実証的研究がなされた。これによると、家族が良好に変化すること、また、自然な形で周囲の人から受け入れられ、ありのままに社会的活動に参加できることなどが立ち直りにとって重要となっています。

次に主催者からサポート校について話をするようにと行うことでしたので、少し話させていただきます。先に触れましたが、ライフサイクルケアセンターにはソフィア学院があります。ソフィアだけで資格を取り、就職していく子どもたくさんいますので、ソフィアはフリースクールではありますが、一方、ソフィア学院に在籍しながら中学校や高校にも籍を置く子供たちもおり、その場合は中学校や高校とも協力してその子どもと関わっていくこととなります。これは双方が子どものために共同作業をするという意味でサポートとも言えます。ソフィアでは子どもが落ち着いてくると、当面学習を希望する子どもが多いようです。そこで私たちは、中学生においてはソフィアに出席すれば、中学校においても出席とみなすこと、ソフィアに通うための定期に必要な書類は中学校側で用意すること、双方の定期的情報交換とスタッフの交流、行事の相互訪問、本人が希望すればソフィアで中間・期末が受けられ、採点は中学校ですること、また本人が中学校へ復学する希望が出たときのために常に学校は受入態勢をととのえておくこと、といった約束事を決めた上で受け入れております。もちろん柔軟性をもってですが、この事は全日制高校・定時制高校のお子さんをお預かりしたときも同様です。

しかし通信制高校となりますと、多少関わりが変わってきます。通信制高校においては、先生は生徒に月に2回程度のスクーリングに関わることは出来ないため、毎日通ってくるソフィアの重要性がとわれてきます。精神的フォローとあわせて、学習の補充も学校側から希望されます。たとえば、この部分は高校で教えきれないところなのでソフィアで教えてあげてほしいということや、その子の関わり方について知りたいところを電話で確認するなど、相互に連絡する回数が多くなり、関係が密になります。ソフィアからも、緊張のため受験できないこのために、作文により入学をさせていただくようお願いすることもあります。また協力高校から生徒をソフィアに紹介されることもあります。しかし、他の学校から預かるにしても、私たちは今のソフィアが子供たちにとって落ち着

いてそこから始めることが出来る場であるとすれば、子供の心の成長にとって一番大切で自然な道と考えます。その上で、中学校・高校と協力していくことは大切だと思います。その子にとって学校とソフィアに二人の担任がいるという良さを発揮していくには、子供を生かすという大前提のもとに、大人同士が立場は異なってもひとりの人間としてどれだけの信頼関係を作り共同作業できるかが、試されているように思います。これは、子供たちの自動車教習所への入所や職業実習においても大切なことだと考えています。病気であろうと不登校であろうと可能性を広げるとすれば、関わる大人同士がかたくなにならず、矛盾のない信頼関係を作っていくことが大切ではないか。ゆえに子供たちが自然でありえ、また立ち直り、自立していくことにつながると思います。

職場のメンタルヘルス

島 悟

(東京経済大学)

(スライド1)

「メンタルヘルス」を考える視点

1. 「こころ」と「からだ」の健康づくり
→ **トータル**な健康づくり
2. こころの健康には様々な段階がある
→ より高いレベルの健康を目指すことが「メンタルヘルス」活動
→ **すべて**の人にとって「メンタルヘルス」は重要課題
3. 「メンタルヘルス」は、家庭、学校、地域、職域における個別的課題であり、同時にすべての領域にまたがる共通の課題でもある
→ **トータル**な領域を視野に入れる重要性
→ 縦割り行政において横断する連携が必要
4. **トータル**な人生を視野に入れることの重要性
→ 生涯発達の観点における職業人生
5. 「生活の場」としての職場におけるメンタルヘルス
→ 職場生活の重要性

まず始めに、私たちが「メンタルヘルス」をとらえようとする場合の、基本的な視点を考えてみたいと思います。「メンタルヘルス」とは、精神的健康の保持および増進を目指す活動であると考えられます。この精神的な健康の意味についてまず吟味する必要があると思われます。ここでは次の5つの点について強調します。

第1は、心身の健康という意味合いです。「こころ」も「からだ」も健康であるという考

え方です。私たちは、こころと身体を分けて考える傾向があります。しかし、健康を考える際には、「こころ」だけではなく、「身体」をもとらえるという視点が常に求められるべきでしょう。「こころ」と身体の両者は不可分の関係にあります。この意味での「トータル」な視点が、メンタルヘルスには重要であるということが第1の点です。労働省の施策により、「こころと身体健康づくり」という活動が10年ほど前から始まっていますが、この活動により、職場の一般勤労者の中において、「こころ」の問題に対する抵抗感が少なくなり、身近な問題としてとらえられるようになったと感じています。

第2は、健康には様々な段階が想定されるということです。私たちは、つい健康か、病気か、というように考えがちです。しかし、実際には、非常に健康な状態から、重い病まで、様々なレベルがあります。「メンタルヘルス」は、より高いレベルの健康な状態を目指すことであるとすれば、全ての人にとってメンタルヘルスは大切なことであり、基本的な取り組みであるということになります。つまり自分は健康だから、メンタルヘルスは関係ないというわけにはいなくなるわけです。このことにより、メンタルヘルスの対象は、「トータル」な人間集団であるということになります。このことは、こころの問題に対する一般の理解につながり、偏見を減らす効果があると思われます。

第3は、「メンタルヘルス」は、家庭におけるメンタルヘルス、学校におけるメンタルヘルス、地域におけるメンタルヘルス、職域におけ

るメンタルヘルスというように、生活領域のそれぞれにおける個別的な課題であるだけでなく、各領域にまたがる共通の課題でもあるということです。昨今みられる様々なメンタルヘルスに関係した諸問題には、通底する基本的な諸問題の存在が想定されます。私が、こころの問題を抱えた勤労者のケアをしていますと、職場における問題、家庭における問題、近所付き合いといった地域の問題、お子さんの学校における問題などが、複合して健康に悪い影響を及ぼしている場合が少なくありません。職場だけが問題ということは、むしろ少ない印象があります。また家庭におけるサポートが弱いために、家族が支えきれず、調子を崩してしまった方にお会いすることも少なからずあります。この意味で、家庭、地域、学校、職場という4つの生活空間に分けずに、「トータル」な領域であるという観点に立って、メンタルヘルス対策を考慮することも必要ではないかと考えています。このことは厚生省・文部省・労働省などの所轄官庁にとらわれない横断的な活動の展開が、非常に重要であるということの意味すると考えています。つまり縦割り行政の弊害を打破する活動が求められることとなります。1例を挙げれば、いわゆるカウンセラーは、所轄官庁ごとにつくろうという動きになっていますが、個別性を考慮に入れながら、資格としては横断的なものが必要であると思います。

第4は、メンタルヘルスにおいては、「トータル」な人生を視野に入れることが重要であると思います。発達心理学の領域では、生涯発達という視点が強調されていますし、教育の分野でも生涯学習という言葉がよく使われます。メンタルヘルスにおいても、一生というスパンで考えていくことが求められていると考えています。このことに関しては次に述べます。

第5は、「生活の場」としての、職場におけるメンタルヘルスという視点です。常勤として働いている場合には、週に少なくとも40時間以上は職場で働いていることとなります。実際には、いわゆるサービス残業を含めて超過勤務が一般的に行われており、中には100時間以上も超過勤務をしている人もいます。仮に週40時間労働としても、職場にいる時間は、全体の時間の約1/4を占めているわけです。そうしますと、実際に職場にいる生活時間は、睡眠時間を除いた家庭で過ごす時間よりも長くなることも少なくありません。つまり私たちの全生活時間、全人生を考えてみますと、職場での生活を充実させること、言い換えれば、職場生活で高いQOLを獲得することは、極めて重要であるということになります。もちろん、まずは生活の糧を得るために仕事をするわけですが、同時に、職場は自己実現を果たす可能性のある場でもあるわけです。自己実現という硬い言葉を使わずとも、職場生活を人間的に意味のある時間にしていく観点や努力が求められると考えています。また、この職場生活を充実して、人間的な営みの場にするためには、仕事そのものだけでなく、人間関係を中心とする職場環境を整えていくことが大切であると思われます。つまり職場のメンタルヘルスを考える際には、様々な観点から、職場環境の整備を行うことが問われることとなります。

(スライド2)

ライフサイクルと「職場のメンタルヘルス」

- 1) 学生時代 (勤労者への準備期間)
- 2) 新入職員時代 (勤労者の助走期間)
- 3) 中間管理職までの時代 (勤労者としての自己確立期間)

- 4) 中間管理職時代（職場の中堅職員）
- 5) 中年期（円熟期）
- 6) 定年準備期（勤労者人生の完成期）
- 7) 定年前後（第二の人生の助走期）
- 8) 第二の人生（人生の円熟期）

人の一生を見据えた「ライフサイクル的観点」は、メンタルヘルスを考えていく上で重要です。ライフサイクルは、本来個人的な発達史ですが、個人と環境との関数でもあり、特に社会的分脈での理解が求められます。従来、ややもすれば職場における状況は、家庭環境や学校での状況に比べると、等閑視されてきた傾向があるように感じています。

さて、勤労者のライフサイクルは、通常就職から始まり、定年退職で終わりになります。しかしながら、仕事ということをとらえた場合には、学生時代からアルバイトをすることは一般的でしょうし、定年退職後も、再就職する人やアルバイトをする人は少なくありません。したがって、勤労者への準備期間としての学生時代から、第二の人生である定年退職後までを視野に入れる必要があります。ここでは次の8つのステージに分けて考えることをお示しします。各ステージに関して述べる時間的余裕はありません。第1のステージは、学生時代であり、社会に出る準備期間です。昨今の超氷河期を迎えて、この時期のストレスが非常に増大しています。第2のステージは新入職員の時代です。勤労者の助走期間ということになります。最近の職場では、新入職員の時期から競争原理を導入し始めており、以前に比べて格段に難しい時期になりつつあります。また若年勤労者自体、トラブルがあるとすぐにやめるとか、引き込みやすいといった傾向のあることが指摘されています。第3のステージは中間管理職までの時代で

す。勤労者としての自己を確立する期間ですが、モラトリアムの時代が続く人もいます。第4のステージは、中間管理職の時代です。職場の中堅職員として期待されますし、多忙な時期で、ストレスをもろに受ける時期です。第5のステージは、中年期です。円熟期ということになりますが、昨今の職場では、出向や転籍などが頻繁に行われており、厳しい状況に置かれています。第6のステージは、定年準備期です。勤労者人生の完成期を迎えることにはなりますが、大きな人生の節目を前にして悩みの多い年代です。第7のステージは、定年前後の時期であり、第二の人生の助走期になりますが、年金制度の不備もあり、こころ安らかにはいきません。第8のステージは、第二の人生であり、人生の円熟期になりますが、濡れ落ち葉ともいわれる時期です。こうした勤労者のライフサイクルに、家庭のライフサイクルが重なっていくこととなります。

（スライド3）

今日的な職場環境とメンタルヘルス

1. 労働ビッグバン：職場環境の急激な変化
2. 雇用システム（年功序列性と終身雇用性）の終焉過程疑似家族としての職場の喪失
3. 能力主義・目標管理システム・裁量労働制・在宅勤務などの導入
4. 多様な雇用形態
嘱託社員、契約社員、派遣社員、パートタイマー、アルバイトなど
5. 男女雇用機会均等法
6. 総じて、ストレスがより増大し、ストレス緩和要因—特に社会的支援体勢—の脆弱化
7. 倒産やリストラによる離職者に対する「こころのケア」の重要性

8. 過労・精神的不調・自殺

昨今の職場をめぐる状況を考えてみますと、第一に、今日、労働ビッグバンと言われていきますように、職場の環境は、この数年激変しつつあります。この変化は、とりわけバブルの崩壊過程で顕著になってきています。第2に、年功序列性と終身雇用性を基礎としたわが国における雇用システムは、急激に変容しつつあることが指摘されています。こうした根底的な変化にともなって、職場の人間の流動性が著しく高くなってきています。このことは、社会的支援システムとしての職場機能の減弱化につながる変化です。また勤労者の帰属意識の喪失にもつながりかねません。つまり疑似家族システムとしての職場の喪失体験を勤労者は味わうことになります。第3に、能力主義—つまり働きに応じて賃金を支払われる制度—、目標管理システム—つまり仕事の成果を中心に据えて、あくまで目標に達したかどうか問われる制度—、裁量労働制—就業時間を自分で管理する制度—、在宅勤務などの新しいシステム—必ずしも人間的とは思われませんが—、こうしたシステムを導入する企業が急速に増えてきています。そもそも個人の確立が曖昧なまま推移してきたわが国の勤労者にとっては、例えば、裁量労働性は自己管理が不十分な事態を招き、生真面目な文化的背景も相まって、実質的には労働時間が延長する事態もみられています。第4に、多様な雇用形態の方が同じ職場に存在するようになってきています。嘱託社員、契約社員、派遣社員、パートタイマー、アルバイト等々ですが、総じて職場の人間関係が難しくなり、流動性が高くなってきています。こうした多様な雇用形態の方が混在していることは、全体としてストレスが強くなっていることと合わせて、職場におけ

るいじめの顕在化する背景要因ともなっているようです。このいじめは新たなストレス要因となっています。第5は、男女雇用機会均等法の制定にともなう変化であり、深夜業などの規制が撤廃されていく傾向にあります。働く女性のメンタルヘルスの観点に立って、熟慮を要する問題であると思われます。第6は、これまで述べた状況は、総じて、職場におけるストレスがより増大し、ストレス緩和要因、特に社会的支援体勢の脆弱化を来す方向にあることに留意することが大切です。したがって、職場におけるストレスマネジメント（ストレス対策）の推進を考える必要があります。このストレスマネジメントには、個人に対するアプローチと組織に対するアプローチに大きく分けて考える必要があります。非常に重要な課題ですが、残念ながら、ここでは詳細を述べる余裕はありません。第7は、倒産やリストラによる離職者に対する「こころのケア」対策の重要性です。現在わが国では失業率が4%を越えていますが、今後、雇用状況はさらに悪化することが懸念されています。こうした離職者の受け皿づくりを考える必要があります。勤労者に対する「こころのケア」を行うシステムの整備と人的資源の育成が、緊急課題であると考えています。さらに、既に述べましたように、家庭、学校、地域、職域それぞれにおいて、「こころのケア」の受け皿を創成することと、人的資源の育成が必要ですが、各領域を横断する資格制度の一本化や教育の標準化などの観点が求められます。第8は、過労に起因する精神的不調、さらに自殺という問題です。昨年自殺死が24,000人を越えています。勤労者の自殺も増加しています。早急に対策を講じる必要があります。

(スライド4)

障害者雇用とメンタルヘルス

1. 障害者雇用の促進

社会的弱者に対する職場提供

多様性を前提におき、多様性を活かすような
職場づくりの

コンセプトに重要性

2. 精神的不調をきたした勤労者の雇用を守る

障害者雇用における精神障害者の雇用は、残念ながら、遅々とした歩みでしかないのが現状です。身体障害や知的障害の方に対しては、企業に雇用を確保する要請がなされていますが、精神的な病気を抱えた方に対しては、このような制度が確立していません。この背景として最も重要なのは、精神的な病気に対する一般の理解が乏しく、依然として偏見が強いことであると思われます。そもそも、障害を持つものに限らず、社会的弱者に対して職場を提供することが、もっと広範に、かつきめ細かく行われる必要があると考えています。多様性を前提におく、また多様性を活かすような職場づくりのコンセプトを、この基本に置く必要があると考えています。行政に対しても、また企業に対しても、こうした取り組みへの理解と実行を持続的に求めていく活動が求められます。これは、ひとえに文化の問題でもあり、こうした意味で、この国の文化とともに、企業文化を育てていくことが求められます。障害者雇用の問題を考える際には、障害者に雇用の機会を提供することとともに、雇用された後に障害を生じた勤労者への援助のあり方も合わせて考えることが重要です。後者に関しては、とりわけ復職過程での援助のあり方について十分な検討が必要です。

(スライド5)

企業経営とメンタルヘルス

1. 企業経営と勤労者の健康

2. 生産性・利益率と健康

3. 個人の健康と組織の健康

企業は、本来利益を優先にする社会であり、勤労者の健康は一義的な関心事項ではありません。しかしながら、雇用者には、業務関連の疾病の発生を予防することが法的に求められており、雇用者責任が存在します。この端的な例は過労死です。国は、最近では、この過労死を認定する傾向にあります。さらに、先に述べましたように、最近増加している過労状態からうつ病、さらに自殺という事態に対して、最近の裁判事例では雇用者責任を認めるようになってきています。雇用者に対して、メンタルヘルスへの理解を促す活動がさらに必要であると思われます。

本来、メンタルヘルスの考え方と企業論理は相入れないものでしょうか。働くものの健康やQOLの向上は、企業経営に関係しないのでしょうか。私自身は、経営的観点とメンタルヘルスの観点は必ずしも対立するものではないと考えています。勤労者の健康なくして、企業の繁栄はあり得ないでしょう。少なくとも、長期的視点に立てば、勤労者の健康の保持・増進は企業にとっても重要な要素となるでしょう。企業の生産性や利益率と勤労者の健康には当然関係が認められます。最近、健康な組織という用語が使われるようになってきました。コンセプトがまだ不明確ですが、少なくとも言えることは、個人の健康と組織の健康には非常に深い関係があるということです。ミクロ的視点とマクロ的視点の両方の視点が、メンタルヘルスを考える

うえで求められていると考えています。経営的観点とメンタルヘルスの観点を両立し得るパラダイムの構築が求められます。

(スライド6)

新しい労働観・労働倫理とメンタルヘルス

1. 労働は自己実現に至る道
2. 21世紀における新しい労働観や労働倫理の確立
3. 労働にまつわる文化の伝承
4. 「働くことの意味」と「生きることの意味」

労働は生活の糧を得るためにだけ行われるのではなく、究極的には自己実現の過程でもあります。しかしながら、会社人間、サービス残業、過労死に象徴されますように、自己実現の「自己」そのものが十分に成立していない感すらあります。21世紀においては、新しい労働観や労働倫理の確立が焦眉の課題であると考えられます。この意味で、労働にまつわる文化をどのように後の世代に伝えていくのかということが問われるでしょう。さらに、この問題は、「働くことの意味」とどまらず、「生きることの意味」を再考する営みともなるでしょう。21世紀まで数年です。時代の曲がり角において、真剣にこうした問題をとらえることが求められていると思われます。このフォーラムが、参加者のみならず、この国の人々にとって、こうした契機になればと考えております。

(スライド7)

「職場のメンタルヘルス」に求められるもの

—まとめ—

- 1) 職場のメンタルヘルスは、トータルな問題

としてとらえて、活動を行っていく必要がある

- 2) 職場での生活は、人生の主要な時間を占めている。そのため職場での生活の充実をはかることが重要であり、様々な観点から職場環境の整備を行うことが必要
- 3) ライフサイクル的観点は、ケースを理解し、効果的なケアを行っていく上において重要である。勤労者のライフサイクルを、学生時代から定年退職後までを視野に入れてとらえる必要がある
- 4) 激変しつつある職場環境—特に年功序列性と終身雇用性の終焉—に対応したメンタルヘルス活動の要請。とりわけ倒産やリストラにより離職を余儀なくされた勤労者に対する「こころのケア」を行うシステムの整備と人的資源の育成が重要な課題である
- 5) 社会的弱者に対して職場を提供することを、より広範に、きめ細かく行う必要がある、行政および企業に理解と実行を持続的に求めていくことが必要
- 6) 経営的観点はメンタルヘルスの観点は必ずしも対立するものではなく、両方の観点を両立し得るパラダイムの構築が求められる

以上をまとめます。

- 1) 職場のメンタルヘルスは、職域だけでは達成し得ない。家庭、学校、地域におけるメンタルヘルスと密接に関係している。したがって、トータルな問題としてとらえて、活動を行っていく必要がある。
- 2) 職場での生活は、人生の主要な時間を占めている。そのため職場での生活の充実をはかることが重要であり、様々な観点から職場環境の整備を行うことが必要となる。
- 3) ライフサイクル的観点は、メンタルヘルス

を進めていく上で重要である。勤労者のライフサイクルを、学生時代から定年退職後までを視野に入れてとらえる必要がある。

- 4) 激変しつつある職場環境—特に年功序列性と終身雇用性の終焉—に対応したメンタルヘルス活動が求められる。倒産やリストラにより離職を余儀なくされた勤労者に対する「こころのケア」を行うシステムの整備と人的資源の育成が重要な課題である。
- 5) 社会的弱者に対して職場を提供することを、より広範に、きめ細かく行う必要があり、行政および企業に理解と実行を持続的に求めていくことが必要である。
- 6) 経営的観点とメンタルヘルスを両立し得るパラダイムの構築が求められる。
- 7) 今日、新しい労働観・労働倫理の確立が求められている。

以上です。

老年期のメンタルヘルス

室 伏 君 士

(藤沢病院)

はじめに老人のメンタルヘルスの問題点の推移について、日本の老人問題の起こり初めの1970年から、今より2年先の2,000年までの30年間にわたり4期に分けて述べる。ここでは、老人人口の増加や平均寿命の延長などの推移と、その時代々々の老人に対する一般の人の社会通念や精神的な考え方などから生じた問題点に焦点を当てて見る。

I. 老人問題への対応の経緯：(表1)

1. 老人問題の起こり初めは、昭和45年に65歳以上の老人人口が、国際的に老人国といわれる7%に達した時に始まったが、社会一般にはあまり意識されていなかった。しかし老人患者が増えそれに対する病院・病棟や施設がしだいにできてきたが、その対応は老人患者を従来の

青・壮年期のもの単なる延長として扱うものが多く、また収容的マンネリズムによる抱え込みが一部では続き、その冷遇による弊害の行動抑制、薬漬け、点滴ばやりなどが、人権問題とともに非難され、しだいに昭和50年代に入り、“cureよりcareを!”ということが主張されてきた。この時代の昭和52年から、われわれは痴呆老人を含む老人精神医療に取組み始め、メンタルケアが重要と気付き心掛けてきたものを、後で述べる。

2. 老人問題の社会問題化してきたのは、昭和50年代の中頃の老人人口が10%に達した頃からで、老人の生き方を問題にした“活力ある長寿社会の構築”が目指され論じられてきた。これについては、後でニューシルバー層の出現とゴールド年齢層の対応について述べる。またこ

表1 老人問題への対応の経緯

I. 老人問題の起こり初め (昭和45年、老人人口が7%；老人国)： 老人施設・病院の抱え込み冷遇 (行動抑制、薬づけ、点滴ばやり) → “cureよりcareを!”、 メンタルケア (生き方の援助、なじみ)
II. 老人問題の社会問題化 (昭和50年代の中頃、老人人口が10%)： 活力ある長寿社会の構築 → ニューシルバー族の出現と期間の延長化。要介護・依存高齢者への対応は、健常老人対策の一環としてなされ地域や福祉になじむ。normalizationの前提として、一般の人の要介護老人への考えが、これから先の自分達の事として、違和感なく、理解・共感・許容され、シルバーシートの分かりやすさや助け合いとして広く浸透した。ボランティア活動、保健相談事業。
III. 老人対策の制度化 (昭和60年頃から)： 保健・医療・福祉の地域計画化 → 地域におけるケアシステムの構築。「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」、「福祉ビジョン」などの制定。「生活のよい質 (QOL) の回復・維持・向上」が目指され問題化。
IV. 高齢者社会の解決問題 (平成6年、老人人口14%；超老人国)： 老人への、身体的 (暴行、抑制、不潔放置) や心理的 (侮蔑、疎外、老棄；長く施設まかせ) な無視や虐待 → 介護者支援、成人後見法。

の時代には、介護を要する老人の対策は、健康老人への構想の一環として問題にされたので、地域社会や福祉対策になじみやすく受け入れられていった。さらに制度化もさる事ながら、その前に normalization という考えの基盤に必要な、一般の人の老人や病弱老人への考えが、これから先の自分達にも密接に関係ある我がこととして、違和感なく理解・共感・許容され、そして（シルバーシートの）身近な分かりやすさや助け合いなどとして、一般の人の間に無理なく自然に浸透し広がっていった。

3. 老人対策の制度化は昭和60年頃からで、保健・医療・福祉の地域計画から、地域におけるケアシステムの構築となり、周知の“高齢者保健福祉推進10か年戦略”（いわゆるゴールドプラン）が在宅介護と施設ケアの各種のサービスを柱にして、平成2年から発足した。この時期には初老・老年期に初発する特徴や意義のある抑うつ・心気症や、妄想幻覚あるいはせん妄・痴呆を示す精神障害などの固有の老人精神医療が発達してきた。また生命のみでなく、“生活のよい質（QOL）”の回復・維持・向上が重視されたのも、この時期である。

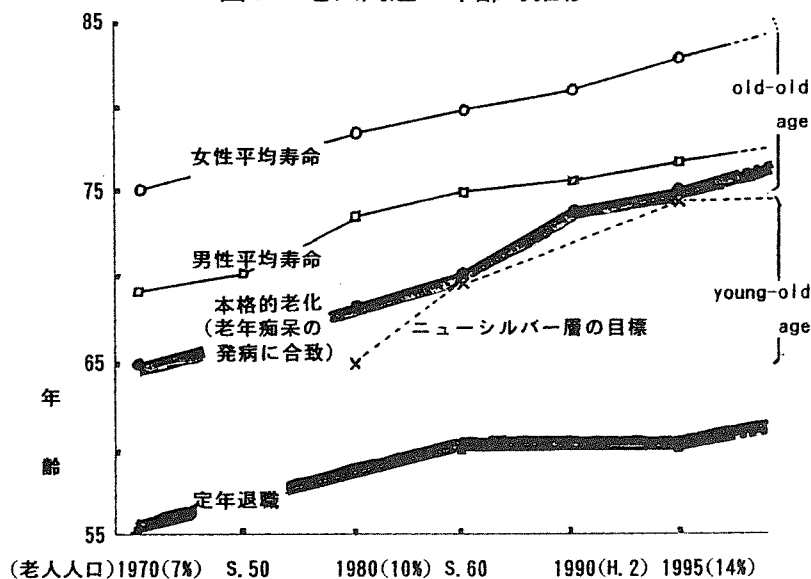
4. 本格的な高齢者社会になったのは、平成6年に老人人口が14%になり、国際的にも超老人国といわれるようになってからである。ここでは一般老人も要介護老人もその家族を含めて安心して暮らせるようにと、必要な対策の補充がなされた。すなわち“新ゴールドプラン”が1999年をめどに追加策定され、また国と自治体の財政逼迫のため、公費・措置の処遇ではなく、これに代わって2000年からは利用者負担とサービス選択の“介護保険制度”に移行することになった。さらに問題視されてきていることは、老人への日常生活の援助や介護などの対応で、老人の心身への無視や虐待がある。これには、

身体的には暴行、抑制、不潔放置があり、心理的には老人への叱責、侮蔑、疎外、特に棄老すなわち長く施設まかせなどの問題がある。しかしこのような昭和50年代前半に問題となった老人の日常対応での冷遇は、施設におけるものは昭和50年代後半のボランティア活動により、施設オープン化で比較的改善された。しかし今後の高齢化で社会・家族的にますます起こり得る、処遇の自己決定困難なための代諾問題や財産管理の代行問題などの法的に人権に関わる件が、特に痴呆老人の場合になお問題視されていて、法制化しておくということである。平成8年の法務省や日弁連の中間報告があり、その“成年後見法”は西暦2,000年から発足が予定されている。しかし法制化とは別にその前提として必要な、老人に対する家族介護者への援助や指導が重要で、これは後で述べることにする。

II. 若い老人と高齢の老人のメンタルヘルス：(表2)

先ず老人問題を、年齢的にその推移からみてみると、現在では75歳を境に、65歳以上の young-old age 若い老人層と、75歳以上の old-old age の高齢の老人層に分けている。ここでそれらの老人の生き方からみると、若い老人層では老人問題が社会化した昭和55年頃から、“活力ある老後の社会”を築くといううで、「ニューシルバーと呼ばれる老人層」の出現が起こってきた。これは男性の平均寿命が昭和50年過ぎには70歳を越え、この頃から昔の老人のように当時の55から60歳の定年退職や引退のあとにすぐ老け込まず、本格的に老化するまでの間、なお生きがいをもって社会で暮らそうという老人が多くなってきた。これはちょうど青年期というものが、自立や成熟への心理社会的なモラトリアム（猶予期間）と考えられており、

図2 老人問題の年齢的推移



その期間が結婚や子供をつくり責任をもった独立生活をする時期が年々後ろにずれて延長してきているのと同様に、ニューシルバー期は老化による老いを自覚するまでのモラトリアムともいえる。しかも本格的な老化が、これは一般老人でもアルツハイマー型老年痴呆の発病の時期に比較的合致するようにも思われ、その時期がしだいに高齢化に傾いていて、それがこの若い老人層の目指す活動限度の目標年齢にも一致していて、したがってニューシルバーの期間が後ろに延長してきている。しかし近年の経済不況は職場関係の減少で、多少とも頭打ちになっています。

次いでこれに対する75歳以上の old-old age の老人層は、もちろん元気な高齢者もあるが、一般には老化による心身の衰えが目に見えてきて、多少にかかわらず社会の（年金や各種の保障や福祉サービスで）、また家族の（一人暮らしが困難で日常生活の援助で）依存生活をよぎなくされる年齢層である。この2群にわけて述べることにする。

1) ヤングオールドの老人層のメンタルヘルス：（表3，左半分）

ニューシルバー層は今述べたように男性老人に目立つが、また女性老人も自分の時間がもて、余暇を利用して、仕事、ボランティア活動、教養サークル、旅行などの趣味生活を送るものが現われてきた。このようなニューシルバー族の出現には、各種の理由がある。①平均寿命の延長により、あまり変わらない定年退職年齢と、高齢化している本格的な老化までの期間がしだいに長くなり、その間の生き方が問題になってきた。②家族制度の変革で、核家族、少子化、共稼ぎのため老人は子供の世話になれず、定年後も自立して暮らしてゆく必要がある。③まだ働く意欲もあり、経済的にその必要もあり、それまでの豊富な知識、経験、技術を生かして、生きがいを保とうとする。④貧しい時代から豊かな時代への生き方で、昔のように老後は利己・保身的に隠居的に暮らすのではなく、目が外に向いてなお社会的で活動し豊かに生きようとする。女性は、⑤今まで長く決まった仕事をしてきたので、老後はゆっくりとこれまでできなかった趣味や楽しみをして、自由に生きる。⑥従

表3 老人の生き方と問題点

<p>ヤングオールド（65～74歳）の老人まだ、若い時からの延長や影響が持続。75歳位までは加齢の正常老化範囲が多い生活習慣病が問題—男性平均寿命76.7歳</p> <p>脳血管障害、糖尿病、心臓病、癌など知識、経験、技術をなお生かし生きがいを築く—新シルバー族、モラトリアム昔の貧しい時代のように、利己的・保全的にならず、楽しみや積極的に動く。</p> <p>女性はボランティアや旅行を、動かぬ男は濡れ落ち葉現象→ときに熟年離婚。社会参加、自己像を自分なりに実現する思い通りにゆかないと、受動的な人はうつ疎外感、能動的な人は被害感・転嫁老人の（強い）生きがいを支持・助長！</p>	<p>オールドオールド（75歳以上）の老人本格的な心身の老化現象が徐々に進行。知的や運動の活動性がめだって衰弱する病的老化病が問題—女性平均寿命83.2歳</p> <p>ア型老年痴呆、多発脳梗塞性痴呆など自分の老いを自覚して、それを受容して周囲に依存し安住の生き方をはかる。失う体験と、それによる生きる不安が問題で、自分と身近な人の関係に頼る。男性は少ないが頑固・孤高に離れたり、全面依存の老女は情意の鈍麻（ぼけ）、家族やなじみの人と共に安心・安住する周囲が受けいれてくれないと、孤独感や無用・虚無感、希死、怨恨的となる。老人の（弱い）生き方を受容・援助する</p>
---	---

来は仕事一辺倒でやってきたので、これからは年金などを頼りにして、忙しい世間を離れて休養しながら、自分達（夫婦）の健康や生活を保ってゆく。などである。

このような生き方を阻害するものとしては、ちょうどこの時期には各種の生活習慣病が起こってきたり、必ずしも気にいった適当な仕事もなく、また新しい生き方なので、気負いや背伸びなどの多少の無理もあって、その生き方がうまくゆかない場合には、特に70歳過ぎに不適應状態を起こしてくる。それは男性では、不満・憤懣や被害・攻撃的に、あるいは反対に諦め・孤高や無為に埋没したり、粗大ごみ・濡れ落ち葉現象が起こったり、ときには熟年離婚となったりする。女性では、不安・いらだちの心気症や憂うつ傾向が現われたりする。

これらに対しては、そのような老人の生き方を認め肯定的に受けとめて、老人が自分なりに生きれる場や条件を許容して、老人が満足や生きがいを得るような方向へ協力することが原則的には必要である。しかし目だった不適應状態になった時は、叱咤激励するよりも、生き方を肯定した中での方向の転換をはかることが重視

される。自分のための生きがいを→身近な人と共にとか、働いて自己発揮の生き方を→好きな得意のこをとして楽しむ生き方へとか、社会への関心を→後にのべる“世間的”な方向へ、などと変えてゆくことが重要と指摘される。女性老人の前に述べた活動は、その方向のものといえる。

2) オールドオールドの老人層のメンタルヘルス：(表3, 右半分)

この年齢層の老人は、一人での自立生活が困難なものが多く依存的な生活となってゆく。まして老化による病気や、寝たきりとか痴呆になると、要介護老人としてきわだち、また配偶者と死別して女性は長生きなので孤独な寡婦などが、実際には対象になったりする。このような状況や立場になると、頼る若い者との意見や希望が合わず、弱者的な老人が排除されがちになり問題になる。この際の不適應は特に老女に多く、ヤングオールドの延長の心気症やうつ状態が多く、襲われるや侵入される被害妄想や物盗られ・いじめられ・捨てられなど頼るものの喪失妄想が起こってきたりせる。いずれも内にこもりとらわれ、強迫性傾向が強かったりして、

不安・不満・不信でいらだって落ち着かず、ときには錯乱性になることもある。周囲に無我夢中で助けを求めたり、それがかなわないと「死んだ方がまし、生きていても仕様がな、早く死なせて！」などと死を望むことを言うが、これは反面に助けを求め、頼る人を欲していることを多く認める。“周囲に人あれど、人なし”という処遇状況を多く認める。

このような高齢の老人層の生き方の命題（表4）は、“生きる頼りの拠り所を得て、安心・安全・安住してゆくこと”である。ここではヤングオールドの男性老人の、社会的や自己実現の方向と違って、“世間的な生き方”が適応的で高齢老人には好ましく認められる。これは、社会的というのは、建て前の秩序の制度、利害、職業、身分、住所などの関係による人間関係の世界で、それと違って、“世間的”とは、人情的な、同世代の、地域的な、不文律のしきたりやおきてのある、同類の人間関係の結び付きの世界である。ここには通俗的な交流があり、自分や家族や近所の日常的なことが主題で、自慢、ぐち、相談、楽しみ、噂などで、気があ

表4 なじみの人間関係をつくる

<p>○「遠くの身内より、近くの他人」に類似のものを認める。</p> <p>1)心の距離の遠い身内は、他人にする（未知化、不関与）老人を叱責・侮蔑・放置・排除、面会にこない家族。</p> <p>2)心の近い他人は、身内や知人にする（既知化、なじみ）世間的な老人の集り、ダイルールのテーブルメイト。</p> <p>○“世間的”とは、人情的・同世代・地域的な、不文律のしきたりやおきてのある世界である。通俗的な交流で、自分や家族や近所の日常的な事が主題で、自慢、ぐち、心配や相談、楽しみ、噂などで、気が合って仲良しができ、老人には適した安心・安住の場となっている。</p>
--

って仲好しの助け合いなどの雰囲気と場のあ、なじみの人間関係の形成が認められる。老人憩いの家や昔の井戸端会議、現在の公園ベンチ族や施設のダイルールのテーブルメイトなどに見られ、女の世界に象徴的に表されたりしている。ここでは高齢の老人は、生きよく住みよく、安心して自分を保ってゆけるようである。

Ⅲ. 要介護老人へのメンタルケア：

広義のケアとは、ヒューマン・サービスの考えに基づくパラダイムのソフトな対応について、組織・制度的に常用されている。例えばケアシステムとか地域ケアなどである。

ここで問題にする狭義のメンタルケアは、障害による精神症状や問題言動に対して（治療的に）、心理機序やリハビリテーションの考えや方法をもってする、指導が主な援助で、各種の専門職の人が専門の施設で、そのような老人に専門に対応してゆくときには、多少にかかわらず心得て心掛けるべきものである。これは、日常生活の保護的な、常識的経験に基づく“心の通った介護”とともに、この“理にかなったケア”が必要なのである。

この老人のメンタルケアでとくに重視する心理機序の拠り所は、老年期の失う体験とそれによる生きる不安の問題である。老年期の喪失体験には各種のものが多くある。家庭では連れ合いを失い子供が離れ、社会的には引退で仕事や収入や役割を失ったり減少し、また老化による心身の健康を失い、生きがいを失いあるいは薄れてくる。今述べた失うものは、そのどれをとってもそれまでの生きる頼りの拠り所となっていたものの喪失で、したがってその影響も大きく、これからの生きる不安が起こって、ときうつ状態や心気症になったりする。これに対しては、生きる頼りの拠り所の人、場、状況、も

のを得るように、特になじみの人、仲間の人間関係をつくることも重視される。

ここで老人へのメンタルケアを、詳しく述べる時間がないので、ただ基本的なものを簡条書き的に読み上げる。①老化の衰えをもった老人の生き方を知り、すなわち態度や言動の心を理解して、それに沿って援助をすること。②心の距離の近い親近感や同類感によるなじみの人間関係をつくり、生きる頼りの拠り所を得させること。③間違いや困る言動は、障害をもちながら生きる老人の状況での、当然のものとして許容して、むしろその老人のよい点を認めて、よい付き合いをすること。④老人は昔の記憶の過去に生きるの、それを尊重して安心や安住をはかること。⑤人柄のふれあう人間関係の非言語的コミュニケーションが重要で、⑥特に、肯定的なほほえみ、同調的なうなずき、温かいまなざし、心の絆の手、なじみの挨拶をかわす、などの共感的接近が基盤に必要なこと。⑦老人に語らせ耳を傾け、その言葉の表われから知的能力や志向性を知り、心のペースに合わせること。⑧老人を孤独にしない、寝込ませない、叱責や侮蔑をし続けないこと。⑨理屈による説得よりも、気持ちに通じて心で分かるような納得をはかること。⑩昔に、あるいは日常的に習い覚えた歌、運動の技、得意な家事や仕事や趣味などの手続き記憶は、隠れた能力として無意識的に残っているので、ふさわしい状況を与えると発揮する、である。

Ⅳ. 家族介護者への指導と援助—特に痴呆

老人の在宅介護者の限界群について—

介護者の限界（燃え尽き症候群）に対する反応には、介護者の態度（人間性）、家族・家庭の状況、老人との人間関係（老人観）などにより、老人の介護の特に迷惑行動や精神症状に対

表5 在宅介護者の限界群に多い類型

1. 心情・情愛的：自分のことのように老人の心に沿って面倒見。思いやり家族（特に娘）、妄想・せん妄など手に余ると悩む。問題は自分のせいにし、仮面うつ状態に。外来や相談・指導。
 2. 友愛・理性的：自分の老人も他の老人も同様に献身的に対す。固い結び付き家族（特に妻）、自助・自省して続けて頑張る。手がかかると社会のせいにし、心身症に。福祉サービス利用。
 3. 愛護・保護的：義理の同居家族（息子の嫁）、家事・子供の事もできない、手が抜けないと一人で緊張し悩んで努力する。介護者のせいとされ心気症に。介護協力者やヘルパーが必要。
 4. 自愛・感情的：問題のある家族（義理の嫁）、老人が従わないと困る事は老人のせいにし、自分本位一方的で感情的摩擦。不安なヒステリー状態に。棄老的で施設まかせに手放したり。短期入所やデイサービスで間を置く、教育的でなく実地指導。
- 付. 迫性格の介護者：きちんとした家族（娘、息子）、倫理的な介護観、自分でやらねばと考えを押し付け几帳面にする。気や手が抜けずゆとりがない。老人の状態のせいにして、共振れし、根強い不安神経症になる。権威に頼るので外来治療！

する負担・責任の受けとめ方（ストレス形成）、起こりやすい心身の故障などについて、いくつかの目立つ類型が指摘される。その各々に対する援助の方向（ストレス・コーピング）にもふれよう。これは保健婦の訪問・聞き取り調査による104例のうち、限界群の30例についてのもので、詳細は省略し表示のみしておく。（表5）

○ 最後に、老人のメンタルヘルスは、精神面の健康を保ち、あるいは病気をしないようにするだけでなく、多少の老化や病気があっても、それらを持ちながらも、少しでも意義のある幸福な生き方を進めてゆくことが、その命題と考えられる。

家庭のメンタルヘルス

齋藤慶子

(戸田病院)

1. はじめに

いまだかつて青少年による凶悪な犯罪がまつたくなかった時代はないが、それにしても、想像をはるかに越えた奇怪な事件がつぎつぎと起きている。価値観が多様になったとしても人々の日々の暮らしの原動力である良識はわかりやすく共有しやすいものであろうが、心が働かなくなってしまったのではないかとも思えるほどの事実が目を引くのではないだろうか。これらの現象が、現代社会に提起している問題は多岐にわたっているが、事件が起こるたびに新聞、テレビ、週刊雑誌などが視聴率・購読率を高めるために、物見高くあれこれと無責任な論陣を張る。結局のところ、大なり小なり家庭が悪いことにひとつの落ちがつく。それならば、どういう解決があるかを問われると、政府高官及び中央官庁は「心の教育」の整備が急務だ、と、もっともらしく述べるのだが、本当に本質がわかつての発想なのであろうか、はなはだ疑わしい。

そのような時代の偏りについて、付け焼き刃のように「心の教育」という言葉でいかにも歯止めを果たし得るかのような施策が登場する。そもそも「心」は「教育」の営みの対象となりうるのでしょうか。「教育」を最大限に広義のとらえ方で考えたとしても、「心」そのものをどう定義するとしても、実体が漠然としたものについて、しかも、多様な心の実態の実感が乏しい教師にゆだねて解決を図ろうとする安易な発想はなじまない。案の定、しばらくすると、

「学校教育には荷が重すぎるから多方面の関係機関の連携で・・・」と論理の筋を変えてくる。根が深い背景を丁寧に掘り起こして共有していく営みが前提条件にあって、その関係性の中で当事者自らが健全化を見出だしていく場を提供することが本来の打開策であろう。その根底には家庭不信の思想が存在しての判断のあいまいさを、まず指摘したい。確かに義務教育期間は、ほとんどのこどもに関与できる機会である。人格形成過程で最も可塑性の高い時期である点からも、情操教育に大きな関心をもってこどもに接するという営みは意義がある。しかし、貧困な政治かけひきのやりとりに流されて、余りにも短絡的な操作で結局は「家庭が子育てに適切な機能を果たしていない場合が多い」という一方的な指摘で、政治が無神経に家庭に傷を負わせてしまう。そして教員養成課程で情操の世界についての教育を十分に受けたとは思えない教師たちに、遅ればせながらの関心を喚起する点では大歓迎であろうが、課題提起の仕方に奇妙な万能感が横たわっていることに注目したい。

少し前までは、こどもが「どうしてお勉強をしなければいけないの?」と聞いてくると、大抵の親は、「試験でいい成績を取れば、いい高校にすすめ、いい大学を出て、いい会社に就職ができて、たくさんのお金が得られるから、いい生活ができる近道」と答えていた。しかし、大手の銀行や企業が倒産し、キャリア官僚も常識を逸脱した人種に過ぎぬことが明白になり、今や学歴神話は崩壊した。形だけの生き方は幸

福とは無縁であった。このような事実が仮想ユートピアでしかなかったことについて、多くの人が無自覚に過ごしてきたこの国の不幸は、まさに家庭のメンタルヘルスの目指すべき課題を象徴的に浮き彫りにしているように思われる。

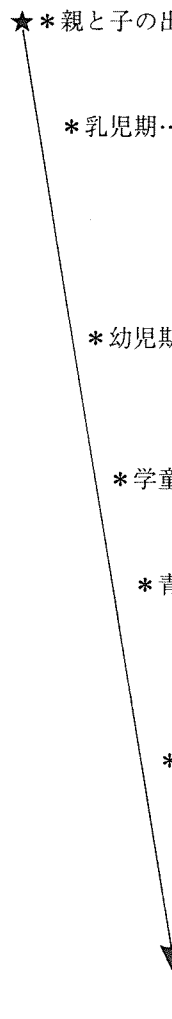
一方、高齢者の孤独死も少なくない。高齢人口の増加によって、すでに家庭で抱えきれない実態が顕著になっている。「なじみの関係」の有無によって高齢者の住みよい暮らしやメンタルヘルスが左右されるという指摘にうなずける反面、もっともその役割を担う家族をどのように支えるのか、課題は二重三重の構造を含んでいる。丁章に筋道を通した実践をするために

は、援助者自身のメンタルヘルスの安定も必要条件であろう。親子などの家族の關係に經驗的核があって、次第に地域・学校などの社会に輪が広がっていくのが自然な実態であろう、しかし、家庭が安心できる場ではなくなっている場合が少なくない時代であり、そのように基本的土壌を期待しにくい面がある。その結果、起こってくる事件を盾に、「家庭が子育てに適切な機能を果たしていない」という定説にも似た見方が幅を利かせ、おそらく深まらないであろう前述のような施策が一人歩きし始めているのである。しかし、問題の本質は、このような悪循環の構造について、広く深い視点で検討すると

表 1. 戦後史の中の変動

	両親像	家族構造	社会の趨勢
1950年代 1960年代	父親中心 教育ママ	家父長的家族 急速な核家族化 マイホーム主義	少ない経済的余裕 1962スターラ節の流行 競争学習 学歴偏重傾向
1970年代	父母否定	ニューファミリー	家庭内暴力 単身赴任の増加 第3次産業従事者が 過半数を超える
1980年代	父親の欠落	シングルマザー	「恍惚のひと」が話題 団塊の世代 Jr. が青年期 不登校児童生徒の増加 摂食障害の急増
1990年代	父母の欠落 同一化困難な 存在	夫婦別姓 おともだち夫婦 自己愛的女性 ご機嫌伺男性 出産拒否 離婚率の増加 マザコン ⇒妻コン 少子・高齢化 児童虐待・老人虐待	結婚年齢の高齢化 離婚年齢の拡大 女性の総合職 バブル経済の崩壊 企業・行政の失墜 同調で生きる団塊の世代 関心・言葉…若者もどきの 中高年 専門用語の大衆化 生活習慣病の概念の普及

表 2. ライフステージとメンタルヘルス



★*	親と子の出会い…出生前診断・生殖機能の低下(環境ホルモン物質?) 立ち会い分娩の是非 マタニティーブルー
*	乳児期…母乳信仰の強要 遊び方がわからない親 よい母の理想と現実のずれ→虐待 紋切り型の育児相談 不十分な保育施設 三世代間の支援の欠如、もしくは支配
*	幼児期…いたずら時代の抑圧 早期教育・お受験 親の娯楽優先による子の置き去り 所属感の薄い地域社会
*	学童期…転勤・転居・いじめ 料理の手抜き(既成の惣菜依存) 孤独な食事
*	青年期…父親の単身赴任 思春期の無視・攻撃などを見守れない 金銭感覚の逸脱 妻の再就労 置き去り主婦のうつ状態・キッチンドリinker
*	成年期…高齢者の世話によるストレス 健康上の不安材料の顕在化 子供の自立と親の孤立感 夫婦間の不一致が顕在化
*	老年期…身体機能の低下 高次精神機能の低下 家族や友人との死別 生きる目的の喪失

ころから明らかにしていけるものではないだろうか。

2. 家庭環境のメンタルヘルス

家庭のメンタルヘルスは、①戦後史の中での変動(表1)と、②ライフステージとの関係において家庭内に起こりやすいメンタルヘルス上の混乱(表2)との関連を抜きにしては展望できない。

簡単になにがどのように推移してきたか、家庭のメンタルヘルスにかかわる家族像の実態を戦後史の動向と関連して表1にまとめた。両親像、家族構造が変化し、当然のことながら子どもの人格形成をはじめとして、ひとの存在感に

大きく影を落としている様子を垣間見ることができよう。また、人生のさまざまな段階について、メンタルヘルス上の歪みが多くなっている事実の一部を表2に紹介した。例えば乳児期の虐待、幼児期の置き去りの指摘について、厚生省の調査では1990年代には約1100件であったものが、5年後の1995年には2722件と約2.5倍に増加している実態が報告されており、シルバーハラスメントとともに家庭のメンタルヘルスに危機が生じている警鐘となっている。端的に言えば、家族とともに過ごす時間の魅力を感じなくなった人々の存在が増え、どのように自らの健全な感覚を回復したらよいか困惑している姿がそこにあると言える。

市民一般の生活に、どのような変化が起こっているのだろうか、およその想像をしてみたい。前述のように、思いがけない事件が起こると、学校が悪い、家庭が悪い、という小さな水掛け論に終始してきたのが大概の傾向であろう。たしかに家庭の様子も変わってきている。そして、明日を担う子どもひとりひとりが発達を果たすという基本的人権の保障は、家庭を抜きにしては語れない。家族は社会の出発点という基本的な単位であることは間違いのない原点だからである。

しかし、家族を構成する両親もまた、「個の実現」について、きわめて不自由な暮らしを強いられている事実を無自覚に過ごしてきている現実があるが、どこまでもそのままにいられるという保障はない。ある日突然、人生の危機に遭遇したとき、このような仮面をかぶった構造に亀裂が入り、不確かな自分の本質に向き合う驚きは、たちまち極度の不安となって苦しみに転じる。言うなれば、家庭は社会の歪みをいち早く写し出す鏡という位置にある。一方では、健全な人間性を保ち、幸せな人生の完結をもたらす土壌もまた、家庭である。さらに、これらの事実は同時に、心身障害のある人々が安心して暮らせる条件が希薄な実態を意味してもいる。発症しなくてもすんだかもしれない潜在的な精神病理学的歪みを持っている人が、簡単に活発な精神症状を顕在化しやすい時代なのである。

人生の初期において、「なぜ、どうなっている」を徹底的に体験してきたか否かが、心豊かな知恵をもって社会参加をしていく原点に問われる。文化の違いにかかわらず、いつの時代においても、「自発性、洞察、工夫、達成」など、主体的自己を支え、他との間に協調的生活を発展していくといった営みの原動力は、学校教育

以前に家庭にあるごく平凡な機能が基本的保証となっていた。古くから人の暮らしに馴染んできた家庭機能は、《巣ごもり・やすらぎ・さまよい・羽ばたき・巣立ち》である。これは、子どものみならず、人生のどのステージにも繰り返し経験される家庭のもつ暖かな働きではないだろうか。それらは、日々の暮らしの営みの手段である「手の文化、言葉の文化、食の文化、まなざしの文化」などを通じて少しずつ模索されていく。それらの営みが豊かであるほど、人権全体が安全に守られていくのである。しかし、世代交代が進むにつれ、表1のように家庭機能の未成熟が拡大し、不十分な実態が顕在化している。貴重な家庭機能を麻痺させる社会構造に関心を向けて、一つでも打開策を講じることが緊急の課題である。決して家庭が悪いとしてかたづく問題ではない点を強調しておきたい。

基本的人権を《身体権・自由権・名誉権・財産権・発達権》の統合と捉えるならば、とりわけ発達権が人生を通じて限りなく深めれていくために、これらの家庭機能は不可欠の条件と言えるであろう。そこで、《家族の統合》も基本的人権のひとつの側面であるとしたい。そして、家族との暮らしを基本に継承されていく文化、とりわけ《手の文化、ことばの文化、食の文化、まなざしの文化》などを通じて少しずつ模索されていく。それらの営みが豊かであるほど、人権全体は安全に守られているのであるが、世代交代と共に実態は歪み、きしみを響かせている。そのような構造が拍車をかけて、人権の感覚の麻痺とも思われる切ない事件が続出する時代となってしまった。家庭が悪いのではなく、家庭機能を麻痺させる社会構造にメスを入れなければならぬし、ひとつでも打開につながる策を講じることが緊急の課題である。なにが悪いという水掛け論をしている悠長な余裕はない。

他方、『家』をめぐる、多様なライフスタイルが登場していることも承知しておかなければならない。その例として、人生の終末の儀式についての考え方がひとつの象徴として取り上げられよう。墓を作り家を守る儀式から、限らない個の発展をテーマに、自らの魂を自然に返す撒骨に関心を持つ人が少なくない。人生の多くの時間を会社人間として己を殺して暮らしてきた人々が、定年後のライフスタイルを模索していく過程で、今までにない選択に自己の可能性を託すのであろう。

社会全体の課題として何らかの手立てを講じなければならないが、だからといって性急に政治が家庭に対して短絡的に不作法な介入をしようとする危険は避けなければならない。

3. 家庭が直面している困惑を脱却するために

家庭支援の体制は、メニューの種類としてはいろいろと行われてきた。しかし質の深まりの点では不十分であったという指摘も盛んであり、エンゼルプラン、新ゴールドプランなどを始めとした新たなガイドラインに対する点検整備が必要である。「障害者プラン」では、障害の有無に拘らず、皆で肩を寄せあって生きていく社会づくりの原動力として、こどもの頃からの情操教育の重要性を指摘している。

「子育て支援対策」として、その一部には大蔵省、自治省も加わり、文部省、厚生省、労働省、建設省の4大臣合意によって策定された「エンゼルプラン」では、次のような指摘を基に「子育て支援対策事業」を進めている。

- * 急速な少子化の流れの中で子どもの自主性や社会性が育ちにくい
- * 社会保障費用を担う現役世代の負担増
- * 社会の活力低下の懸念

しかし、肝腎の子育て支援相談事業については、ごく一部でしか実施されていないし、初歩的な対応で終わっているのが実態である。

地域医療を担う民間病院で40年近く子育て支援活動をしてきた経験を参考までに例示する。出生前から母親教育、継続的な育児相談を実践してきたが、近年は妊婦の教室に加えてプレおばあちゃん教室、両親学級を実施し、建て前の教育論ではなく、「赤ちゃんを抱く、オムツを換える、お湯をつかわせる、赤ちゃんへのプレゼントを作るなど」の実感を通して役割のmotivationを自覚する機会を提供するプログラムも持つようになった。

一方、中央教育審議会「心の教育」中間報告では盛り沢山の課題をあげ、そのうち、わずかに親子手帳・父子手帳についてのみ厚生省との共同事業としている。前述のエンゼルプランに沿った実践との整合性が誠にいびつな実態が生じる懸念も大きい。教育モデルと保健・福祉モデルとのすり合わせなく独走した場合には、たとえ緻密で中身の濃い問題提起を背景にしたとしても、国民の日常生活にはなじまない。今後の経過に積極的な検討を加える必要がある。これらの施策や、1998年3月公表の中央教育審議会中間報告の批判的検討と同時に、上記のようにその地域、その人々に相応しい知恵が機能しやすくなる具体的方法の実現を目指したい。

ここで、ひとつの事例を通じて、家族・情操・教育・生活の質の関係について考察を試みたい。

Aさんは70歳になる父を引き取って同居を始めた。しばらくして父親に絵を描くことをすすめた。もともと美術、音楽には深い造詣のあったAさんの父は、すすめに応じて油絵を始めた。初期のころは極めて具象的な表現であったが、その後少しずつ痴呆がすすむにつれて、作品は

心象的な表現に変わっていった。そして、65歳で亡くなった妻の顔と二重写しになっている自画像を描いている。妻の死に号泣した祖父の姿を見て、自分を隠さずに生きることの素晴らしさを孫は心に刻み付けたというエピソードが残っている。生まれ育った信州の住まいの隣にあった寄合所の大きな樹も、奥深い美しい色でおおらかに描いている。91歳で他界される4年前まで、制作は続き、米寿の祝いに娘であるAさんや姪と銀座の画廊で三人展をし、古くからの友人知人との親交を新たにされた。そのころもすでにとんちんかんな行動や徘徊が盛んで、しばしば出先から帰れなくなることもあったが、展覧会場では来客にきちんとした対応をしており、どこが痴呆なのかと、会場で会った人々は思ったほどであった。

Aさんにとっては、気の抜けない介護の日々が続いたが、教員生活をしてきた時代の経験と、孫である息子の言葉が大きな支えであったと言う。Aさんは偏差値信仰をもったごく平均的な中学の教師であった。どちらかといえば、できる生徒には関心を向けるが、規則をひどく乱すようなことさえしなければ、生徒の人格にまで関与することはあまりしてこなかった。定年まえの10年間を、病児の教育に携わった。当初はクラス担任をする場合と違って、少しは自分の時間も取れるのがよいと期待していたようだ。ところが、怪我や病気、それもひどい苦痛が伴った日々であっても、生徒たちが自分の世界が広がったり系統的に整理できることを喜びとするひたむきな反応を実感するにつけ、どんなに悪い条件のもとでも、生徒と共存して暮らしていくことの意義がすなわち教育であることに目覚めていった。教壇に立っての画一的教育から脱却して、「今ここにあること」を共有していく関係があって始めて教育が成立することを知

ったのである。生きることの障害をもった生徒の教育から学んだ「どこまでもひたむきに生きる営み」と、同伴者として家族が果たす役割の大きさの実感とが、痴呆化が進み始めた老父を引き取る決意の原動力となった。そして、老父の孫である息子が「どの生活の質を選択するか、という課題だ」と助言してくれたことが支えであったという。

Aさんは定年後も非常勤講師として教育困難な生徒を見捨てないパートナーを続けていたが、福祉のヘルパーに助けられながら、老父が家族と共に人生を全うする道を選んだのである。50歳代にはいつてからのAさんの教師生活は、教員相互はもとより病院内の多職種の緻密な連携が不可欠の要件である経験であり、福祉の理念に裏打ちされた教育の実践であった。老父の絵は痴呆化の過程での残存能力というよりは、痴呆によって無駄な主張が整理されたことで顕在化した潜在能力と捉えたい。Aさんは病児教育の経験がなかったら思い上がりに気付かず、衰えた老父の引取りはしなかったかもしれないと言う。職業の有無に関係なく、どう暮しているかは人格に大きな影響を与え続けることである。Aさんのように、包容力を高める機会がどのように人生に出現するか、家族が家族であり続け、それなりの役割を果たし得る道の模索を絶やさない努力は、家庭のメンタルヘルスの基本的な姿勢として維持していくべきことである。

4. 結語

厚生白書もまた父親の存在が不鮮明であることをはじめとして、散漫に福祉の課題を羅列しているが、前述の中教審中間報告などもふくめて、もはや問題の指摘、羅列にとどまっている段階ではない。地域共同社会の回復に徹する多

角的系統的な具体的方法の提供の段階であることを強調したい。親と子の出会いの歪みを象徴している児童虐待の増加、誰にも訪れる高齢期の問題、国民の半数以上が「心の病」への要因となる過大なストレスを実感していることなど、家庭の実態が象徴的に示しているメンタルヘルスの実態を打開するためには、家庭がごく自然な機能を果たし難くしている社会的要因を排除するリハビリテーション概念の活用にまず着手するべきであろう。建て前だけの指導援助ではなく、時代の実態を素早く取り入れて柔軟な態勢を持つことを公的機関がまず示してほしい。

同一の地域に根差した活動であるべき保健・医療・福祉・教育の実践において、相互の関連性が乏しいことが良い知恵が生乱さない隘路となっているのではないだろうか。せめて保健所、児童相談所、精神保健福祉センターの物理的あるいはシステムの一体化によって、地域での機能的・合理的な援助体制が育っていく基盤となるであろう。地域住民が迷わずに利用できる必要がある。

さらに具体的援助技法の養成が急務である。最重要課題はメンタルヘルスのための人材養成

である。一口に医師といっても発達過程を熟知している人は少ないし、その他の専門スタッフでも礼節をもって粘り強く取り組む体制にはなっていない場合が少なくない。人材の定数も大切であるが、それよりもはるかに大切なのが、養成の内容と質であることを強調したい。

家庭機能の回復は、同時に障害者にバリアフリーな社会を保障する基本でもある。度重なる精神保健福祉法改正にもかかわらず、第1章第1条に「…国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神的健康の向上を図る…」としている法の目的がどのようにして具体化されていくのか、ほとんど実態がないことを付言しておきたい。

ひたむきに「早く・たくさん・正確に」勤勉な生活を続けてきた流れを脱却する方向が、家庭機能の回復には不可欠である点を考えていきたい。経済力・軍事力などに依存した秩序によって人々の生活の安定を図ろうとした時代の歪みを家庭が一番敏感に反映している。改めて身近なところで、そして異なる文化の共存のか脳性の模索を通じて、《良識》とは何か、を問うことが一つの課題であろう。

サポートの原点を問う

大石 敏 寛

(せかんどかみんぐあうと)

今ご紹介にあずかりました「せかんどかみんぐあうと」代表の大石と申します。

「サポートの原点を問う」ということで今日、お話をさせていただくわけですが、'91年に感染してから現在に至るまでの約7年間の中で、経験を通して、サポートについて今一度考えられればと思っております。

'91年12月に、私自身が HIV に感染しているという告知を受けました。この告知というのは今でも鮮明に覚えておりますし、多分一生忘れられない出来事になると思います。当時23歳だったわけですが、23歳の私一人が背負うには、あまりにも大変な出来事でした。これまで死というものを考えたことがなかった私にとって、この HIV 陽性告知というものは、死を身近な存在として位置づけるには十分すぎる出来事だったと思います。1年後には発症しているかもしれない、もって5年だろうというふうに考えておりました。現在、HIV の治療というのはかなり進んでおまして、感染してもなかなか発症しないような治療の進歩があるんですけれども、まだ '91年当初というのは薬の種類もあまりなく、本当に多くの友人たちや患者感染者たちが毎日のように亡くなっていったという時代でもありました。実際、私自身、次の日から渡米をしましたが、毎日のように泣き暮らすという日々が続きました。同時に、あとどれくらい生きられるのか、そういった問いを自分の中で、あるいは回りの人たちにいつ

も投げかけていました。

次に治療についてなんですけれども、私が治療を開始したのは、帰国してからということになります。ただ、すぐに治療を開始したという訳ではございません。精神的な不安というのが非常に強かったですから、すぐには治療のために、医療機関へ行くことがなかなか難しいという現状でした。たとえばどういうことが起こったかといいますと、急に頭の中でエイズという言葉が浮かび、そこからすべてネガティブな方向へ考え方がいってしまう。その当時はよくサングラスをかけて通勤をしておりました。どうしてかというと、通勤ラッシュの中で急に涙が出てきてしまうということが何度もあったからです。また、夜中に急に泣きたくなるというようなことも起こりました。当時日記に書いていたことは、常にもう死にたいという非常に強い思いでした。また、どうしてこの世に生まれてきてしまったのか、エイズという病気で差別され、偏見を持たれて生きにくい状況、それが自分の運命だとしたら、どうしてこの世に生まれてきてしまったのかということで、両親を恨んだ時期もありました。このように、非常に精神的に不安定だった時期には、なかなか医療機関へつながらずということはありませんでした。

その後、一方では精神的な不安を抱えながらも、やはり1日でも早く病気が治ってほしいというような想いもありましたし、私の場合は幸いにして友人のサポートを得ることができ、そ

ういった人々からの励ましもありまして、感染告知を受けてから約3ヶ月たってからなんとか医療機関へと出向きました。その当時はまだ薬が3種類程度しかありませんで、私は最初にAZTという薬を服薬することになりました。その当時、ドクターから生活習慣について改めたほうがいいということを言われ、たとえばタバコを当時よく吸っていたんですけども、喫煙はやめて禁煙にうつる、あるいは生ものをやめる、つまり生鮮食品に関して口にすることを一切やめるという医師の指示にしたがい、治療に専念することが大切だと思っていました。それからしばらくして、感染者としての生活に慣れてきた時に、自分の生活にだんだんゆとりができてきました。そして治療に対して考えるようになっていきました。

最初の医療機関の主治医とは治療方針について話したことはほとんどありませんでした。カリニ肺炎という、エイズの発症に伴う病気があるんですけども、その予防治療を行っている時でさえも、自分で何をしているのかわからなかったということがありました。2番目の医療機関では、主治医と治療方針について話し合ってから治療を行うようにしています。もちろん、治療については、医療従事者からみれば私自身素人であるため、私一人が判断することはできません。治療方針を話し合う時は、どういう治療を行ってほしいか、どんな治療を行うのか、また最新の治療情報などの説明を診察の時に時間をとって説明を聞き、患者である自分の意見を伝えております。これまでは医師におまかせだったのが、HIVの治療に関して私自身が変わっていった理由の一つとしては、未だエイズという病気が根治されていないためということが挙げられると思います。治療の効果が現れないという結果が仮に出た場合に、そんな結果に

も自分で納得していきたいというふうを考えるからです。一人の人間の人生を、医療従事者という第三者にまかせるには、まだまだエイズという病気は大きすぎる問題を抱えているのではないのかというふうに思いました。この頃から服薬を自分でやめるようになっていきました。先程申しましたように、一番最初の頃はAZTという薬をのんでいたんですけども、2番目の医療機関にかかる頃は、私自身投薬を一切拒否するという状況になっていきます。

'93年から、私自身がHIVに感染しているということをオープンにして、いろいろなエイズの活動を行っていくようになりました。エイズの活動を通して私自身、新しい価値感への転換というものが必要ではないかということを感じるようになりました。エイズの活動を通じて多くの人たちと出会いました。何等かの原因を抱えて現代社会で生きて行くには、あまりにも大変な生活を強いられている人々でした。そんな人々とのコミュニケーションを通して、あるがままの姿で生きられる社会の必要性を感じました。それはエイズ患者、HIV感染者も同じです。ウイルスを持っているということで闘病生活は大変ですが、社会生活が困難になるのは患者・感染者に対してサポートできる体制が現在未だ成立していないからです。私自身、非常に健康至上主義というふうに感じられるんですけども、治る病気、あるいは治るケガの人々には治療の目的、目標を与えておりますが、治らない病気、治らないケガの人々には、社会からの脱落者としての烙印を押すだけなのではないかということを感じる場合がございます。病気と闘っている人々が、社会生活の中で同じ人間と関わなければ生きていけないという社会に、一体どれだけの価値があるのかということを疑問に感じることもあります。病気・ケガで苦しんで

いる人々が、自分らしい生活を送れる健康な人々と助け合って生きていける社会というものに本来価値があるのではないかということ、活動を通して感じるようになりました。非常に健康である、あるいは治す、治るという方向にすべての医療・治療が進んでいるんですけども、まだまだエイズのように完全には治らない病気があります。あるいは、人生において寿命を伸ばすということを考えた時に、少しでも寿命を治療によって、薬によって伸ばしていくという可能性はまだあるんですが、ウイルスをもっていない人たちと同じ様な長さで患者・感染者が生きられるという保証はまったくありません。ですので一つの価値感の中でしか患者・感染者が生きられないとするのであれば、患者・感染者自身が人生に対して価値を見いだすということは、根治する薬が出来ない以上、なかなか難しいのではないかというふうに感じることもあります。

私自身、投薬は行っていないという話をしましたけれども、それはあくまでも西洋医学的な薬を飲むということに関して行っていないというだけであって、まったく行っていないという訳ではありません。私は治療というのはいろんな観点からのものがあるのもいいのではないのかというふうに考えております。私が一番大切にしているのは、自分の精神面、心の問題というものを常に解決していこうということ、日常生活で生じるストレスや体力的な疲労といったものを少しずつなくすことによって、今の状態を保っていけるのではないかということです。そうすることで、これまで非常になじみが薄かったカウンセリング、あるいはカウンセラーという方々の存在を知ることになりました。そういった方々の力を借りて、自分の気持ちを整理していくことによって、ストレスを軽減してい

くという方向になってきております。

最近の出来事なんですけれども、今年の4月から HIV 感染者・エイズ患者に対して障害者手帳の申請というものが導入されました。これは内部障害ということで、1級から4級まで申請することができます。私はこの4月から障害者手帳の4級を取得しました。4級では医療費用の免除がないために、どうして4級を申請するのか疑問をもっている人々もいました。また、私自身、見た目は健康であることから、申請の必要があるかということに悩みました。実際、障害者の友人に相談したり、あるいは WHO から障害者の基準を取り寄せて考えたりしました。結論からいうと、HIV に感染していること自体免疫機能障害であることから、全ての面において健常者としての生活を送ることは出来ないのではないかと考えました。自分では健常者としての生活を送っていると感じていても、それは長い闘病生活の中で、日常生活の制限に慣れてしまって気付かないだけなのかもしれません。そう考えた時に、申請することは私にとって重要なことなんだというふうに思いました。母は、「それはよかったね、4級ということは未だそれだけ病気が進行していないことなんだから」ということを話してくれました。確かに、私は薬に頼らない生活をしておりますけれども、級が上がるということはそれだけ病気の進行を表すことでもあります。障害者手帳の申請には多くの問題点が残されておりますが、問題を一つ一つ解決することによって患者・感染者の申請が増えていくのではないかとこのように思います。

つい最近まで、やはり私の中で、HIV の治療というものは投薬をする、あるいはすこしでも健康な状態を保っていく、それはフィジカルな面でたとえば免疫の数を少しでも上げてお

く、あるいはウイルスの数を少しでも減らしておく、そうすることで身体に症状が出てこないようにすることだと考えていたところがありました。また、医療機関の大多数の方々もそういう考え方をお持ちだったというふうにも思っていました。ところが、実は2日ぐらい前のことになるんですが、ある医療機関のドクターが、治療というものは投薬するだけが治療ではないのだと、投薬をするための準備期間というものが実際には必要になってくる訳ですけれども、待つことも治療なんだ、ということをお話してくれました。そこで私自身、実際の自分の治療を振り返ってみた時に、じゃあ一体自分自身にとって今どんな治療が必要なのかということ、それは自分の心を整理することであり、また自分自身の心に向き合うことだろうという考えに至りました。ただ、この向き合うという作業、あるいは整理をする作業というのは非常に大変な作業でもありますので、一人でやるということは難しいということもわかっております。そんな中で、今私自身が必要としているのはドクターではなくてむしろカウンセラーである、つまり心理的な側面で援助してくれる人が私のエイズの治療には必要になってくるのではないかと、いうふうに考えるようになりました。そういったところから、これまでのいろんな経験を通して、治療ということに関して考えた結論は、「治療というのは投薬あるいは病気を治すということではなくて、患者のニーズに合わせたサポートを通じ患者自身のQOLを上げること、向上を目指すことではないか」ということです。割とこれまで、病気になると病気を治す、そのためには医療機関・ドクターの指示に従う、1日でも早く健康体になる、そういったことが求められていたような気がします。それは患者自身が求めている・求めていないに関わらず、医

療機関に関わるとそういう方向に動いていく、というのが一つの社会の表れではないかと思えます。実際、私自身が薬を飲まない、拒否をするということで回りの人間あるいは家族が「どうして飲まないのか、飲まないということは死に急いでいるのではないか」というふうに疑問を持ちます。そんな人たち、そんな家族もあります。実際には私自身も、「治療とは少しでも元気になること少しでも長く生きることであり、健康な状態を保つこと」という考えにとらわれていた時には、確かに死に急いでいるのかなと考えたこともありました。けれども、「治療とは、患者自身のニーズにあった方向で医療機関なり各専門家が患者に対してサポートを行っていくことであり、それが必ずしも健康状態を向上させることではなくて、今の状態を保つことであってもいいのではないのか」と考えるようになった時に、別に自分自身は死に急いでいる訳でもないし、人生をあきらめている訳でもないんだという結論にやっと到達することが出来ました。私自身の中で、寿命に関する、人生の長さに関する問題というのは非常に大きくて、常に葛藤を強いられるものではあったんですけども、新たな価値感を持つことによって、また違う未来の見方・考え方というものを持つことができたのではないかと考えられるようになりました。

以上で私の方からの話は終わりにさせて頂きたいとおもいますが、最後に一つだけお伝えしたいのは、ありのままの自分で生きることの必要性を是非考えて頂きたいということです。たとえば、エイズ患者の方々に、職場の人たちに言えない状況というのがあります。投薬ということで資料にも載せさせて頂きましたけれども、1日のスケジュールの中で、たとえば3回、4回と薬を飲まなければならない。そん

な時に、回りにわからないように、みつからないようにということで薬を飲んでいる患者・感染者の方々が大多数だということです。また、医療費が高いにもかかわらず、会社の保険を使うと会社にばれてしまうのではないかということで、たとえば1ヶ月の治療費に何十万も負担をしなければ治療が受けられないというような

状況がまだまだ存在しております。ですから、実際に患者・感染者が治療を行うということ自体、まだまだ難しい状況であります。健康を保っていくということ一つをとっても、回りの目を気にしていかなければ治療が続けられない現状があるのだということも知って頂きたいなと思います。以上です。ありがとうございました。

指定討論

地域のメンタルヘルス—いま、何を問われているのか—

吉川 武彦

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

ご紹介をいただきました国立精神神経センターにおります吉川でございます。昨日の会合の中でも、特に夕方のシンポの最終発言者でありました森山さんが「今年このフォーラムも3回目を迎えて初めてメンタルヘルスを採り上げた」と話されました。これは今日の座長の高岡さんもそうおっしゃっていました。ご両人とも、「メンタルヘルスということを初めて採り上げた」というふうにおっしゃりながら、そのメンタルヘルスを採り上げた理由として、私たちが住んでいる社会が今いかに問題を含んでいるのか、そしてそこに呻吟する市民たちがたくさんいる、その問題を抜きにしては精神障害者のリハビリテーションも考えられないのではないか、こういう文脈でメンタルヘルスの問題を採り上げたというふうにお話しになりました。

私にとりましては、大変勇気づけられる発言をいただいたと思ってまして、今日これからお話をいたしますことも、ここまで私なりに考えてきたもの、それを皆さま方に提示しながら、また今日シンポジストとしてお話しくださいます方々に対するいくつかの質問をまた用意して参りましたのでそれを後ほどお話をしたいと思います。

私はかねてより昭和20年、敗戦の後から日本は大きく変わったと思っています。ここまではどなたもそう思われるでしょうが、その変わり方のまず第1は農業社会に入ろうとしたことです。しかしそれは農地改革というようなもので

実現しようとしたんですけれども、残念ながら昭和25年の朝鮮戦争が始まって、私たちの国はまさに軍事国へまた舞い戻っていくこととなります。そしてこの軍事を支えるのは工業でありますので、農業国を目指したはずの私たちの国はあっという間に工業国を目指すことになって、急速に発展と言いますか、その方向に突き進むことになりました。こうして戦後もう50年以上経つわけでございますが、その戦後50年という日々は、まさにこの工業化の道であったように思います。この間に、私はこの近代工業化を支えるキーワードは一体何だったのかなあと、こういうふうと考えてきて今4つのキーワードを抜き出しています。

その第1のキーワードは「スピード」であります。何をさておいても速いということがいいこと、スピードアップということを上至命令にしたということ。そして、もう1つは「生産性を上げる」ということでもあります。この生産性の問題は、現在のリストラも皆それにつながるものでありますけれども、こうした生産性向上ということを、大きな目標に挙げてきたことです。3番目は「管理を厳しくした」ということ、すなわち製品の管理、製品がいいものができるようにすることも、それから流通の管理も、あらゆるものに対して目配りがきちっときくような、生産体系を作るということで、管理化が強化されています。そしてその上で大量生産がきくためには、「規格化」をしなければいけません

んし、「画一化」を図るということがありました。これらは私は近代工業化を成功させたという意味では非常に重要なキーワードであったように思いますけれども、実は人間を見る目がこれに完全に重なっています。例えば皆さま方の中でお若い方はまだ、親から言われてばかりの人もいるでしょうし、もう親の世代の方は、自分の子どもに言ってらっしゃるかもしれない言葉として、子どもに対して「早くしろ」とこう言いますよね。「早くしなさい」。これはまさに「スピード(S)」に見合う言葉であります。

「生産性(S)」を上げるということ言えば、これは何でもたくさんやるということがいいことだ、「しっかりやれ」「頑張ってやれ」という言葉をしきりに使います。「しっかりやれ」はどちらかと言うとこれは管理の強化にあたりまして、「自己管理がよくできてないからお前さんは間違えるんだ」とこういうふうに使われます。試験問題をたくさんやる方がいいことだから、「だからやさしい問題からそれに手を付けて、最低ラインだけは確保してから難しい問題をやれ」と言って受験指導をすることもまさに生産性を上げるということと一致しています。難しい問題にチャレンジして、そしてそれに成功した時に自分の中に喜びが生まれる、こういうような喜びを基にしながら人生を歩いていくということを一切否定してしまったような最近の教育、このことが今申し上げたような生産性を上げるということに尽きます。

「管理(K)」を厳しくするという事は、「しっかりしなさい」という言葉で先ほど申しましたが、これは皆さま方の中にもまだ覚えがおありになるかもしれませんが、学校の教室の後ろのところに忘れ物グラフがあったはずで、「忘れ物をするようなのは駄目なんだ。しっかりしてない」というふうにして、忘れ物グ

ラフを作ってその人の自覚を促すという形で、学校教育は自己管理を教えてきたと思います。こうやって並べて見ますと、一番最後にあたる「規格化」とか「画一化(K)」とか「均質化」とか、こういうような意味合いはもう、すぐにおわかりいただけると思います。つまり、私たちが皆同じような人間になってしまったということから見ても、子どもを育てたり、あるいは子どもたちに教育をしたり、あるいは老人に対して私たちがある種の考え方をもつ時に、「皆と同じにしてくれなきゃ困る」というような、そうした意識がはびこっているのはまさにここから出発していると考えてもいいわけです。すなわち、私たちの社会というのは、こうした近代工業化を成功させたのですけれども、そのさせた裏側で人間の見方、育て方というもの、大きくゆがめてしまってきたことは間違いないのです。近代工業化を押し進めてきたキーワードと子育てを歪めてきたキーワードが全く同じ趣旨であったということに驚きをおぼえます。このキーワードこそS/S/K/Kなのです。

さて私はレジュメの中にも書きましたけれども、物事を進めるには、かならず何らかのツールがなければいけないと考えています。何かの道具がなければ物事は進まないのです。そしてそれを、戦術にしなければならぬと思います。どのツールとどのツールを使って戦術を組むかということ、そしてその戦術は、戦略がなければ実際に活用できないといえます。例えば、あのパルーの事件の時に、あの地下道を掘ったのはおそらくシャベルでしょう。それがツールです。どんな近代的な穴を掘るような機械があったとしても、あの狭いところに、そして音をたてないで日本大使館の下までいくことは、ほとんどできません。ですから結局はツールとしてはシャベルを使って、もっこを使ったみたいな

ものだと思います。ツールが古ぼけているから、ツールが新しい機械ではないから、戦術がうまくいかないということではなくて、どのツールをどれだけ使って、そして組み合わせで戦いに臨むかということを考えなければ、本当に戦争には勝てないと私は思っています。

地域の中のメンタルヘルスの問題を、こうした戦争というものに例えることは不謹慎であることは、私自身も十分承知しています。しかしながら今私たちの社会の中で、地域でのメンタルヘルスを考える時にツールを組み合わせ、戦術を立てて戦略を練る戦争というものを、どこかに頭の中におきながら、そこと戦いながら、どういうふうに自分たちの考え方を広げていかなければいけないのかということを私は考えてしまいます。それでこのツールの問題、戦術の問題、そして戦略の問題、これを冒頭に挙げさせていただきました。コミュニティメンタルヘルス、これが今直面している問題は、今日のシンポジストの方々から、すべて提示されたと思っています。

従いまして、私がここで抄録の2（コミュニティメンタルヘルスが直面する課題）として挙げましたことは、省かせていただきます。ただ、今あまりお話が出てこなかったのは、知恵おくれの方々や肢体不自由の方々、最近流に言えば、知的障害者、身体障害者、自閉症、さまざまなハンディキャップをもった子どもたちがおられるわけですが、そうした問題をもった人たちを個別にケアをするという点ではお話がありましたけれども、ではそれをシステムでどうケアをするのか、そのシステムケアの方法についてはあまり議論が生まれませんでした。

私は物事を進めていくのに個から出発するやり方、そしてもう1つはその対極にある一般大衆から、あるいは公衆から始める方法と大きく

2つに別れるような気がします。そのどちらも1人1人の個が住みやすくなること、生きやすくなることを求めていますけれども、個から出発するというのはどうしても問題行動をなんとか少なくしようとか、あるいは問題行動を自分の問題としてよく自覚してもらおうとか、あるいは問題行動を周りに認めてもらうようにしようとかという個の視点から物が始まります。私はもちろんそれを否定しているわけではありません。さっき申しましたが、こうして個の問題から出発するというのも1つの方法です。けれども、こういう問題を抱えた子どもたちを出さないようにする、生まれさせないようにするという、逆に言えば仮に障害児なんかでいえば、障害をもつということはいくらでもあり得ることであって、障害をもたないような子どもを育てるというのではなくて、障害をもっているでも生きられる社会を作るという、大きな衆の問題からこの視点を持ちたいと思っています。

次に移らせていただきますが、「コミュニティメンタルヘルスの戦略と戦術」として、私自身がそれを具体的にどのように考えてきたかということを中心にまとめておきました。中でもこの準備のための会合で指摘していただいたことがあるんですが、「住民を巻き込む」という言葉を私が抄録で使ったことに対して、「それは住民の方に主体がないということを行っているのではないか」とご注意を受けました。すなわち、我々が住民を巻き込んでいくというふうに受け取られるけれども、これはどうだろうかというのです。こんな疑問が私のところに寄せられました。その前後の文脈を読んでいただくとわかると思いますけれども、少なくとも今の時点で、すなわちここまで個がばらばらになってきた時点で、何とかしなければこの市民社

会は変わっていかないと考えています。市民社会が変わっていくためには、個を何とか集めていかなければいけないわけですが、その集めていく人が誰かいないければ、あるいは集めていくための思想がなければいけないだろうと思います。そういう意味で私は、「住民を巻き込む」という表現をしたわけでした。ただし、巻き込まれた住民たちが主体を取り戻せば、住民を巻き込んだ専門集団とされている人たちは、もう御用ずみです。御用ずみになったものは、1市民に戻ればいいということです。

住民を巻き込むというのは、いわばある時点の問題として捉えていただければと思っています。私たちは住民とともに、ネットワークを作っていかなければいけないし、そのネットワークには、3つのものが用意されなければいけないと考えます。一番大切なのは住民の中におけるネットワークです。しかし、住民だけでネットワークを組んでも、例えば法律的な事項であれ、あるいは医療とか保健とかそれぞれの専門的な知識であれ、それらをもっている人たちがすべて含まれているわけではありません。とすれば、こうした専門的な経験や知識をもっている人たちの間にもネットワークができていかなければいけないわけです。あるいは、地域社会の中にはいろいろと組織もありますから、その組織の人たちが集まっていくネットワークも必要でしょう。すなわち最低でも地域社会の中のネットワークは、3重に広がっている必要があると私は考えています。こうしたことに、だれを、どのような形で、この考え方にまず入れていくかということが重要です。その時点では入れるという考え方をとらざるを得ないでしょう。だけでも、もし、それぞれのネットワークが自分たちで機能できるようになれば、それが最も望ましいものだと思います。ベーシッ

ク・ネットワークというのが、地域の中における基本であることは間違いありません。

さて、先ほど「ではこれからどういうふうにしたらいいのか」というお話の中で、「これからは精神保健福祉センターであるとか、保健所というところが一定の機能を果していくべきではないだろうか」というお話が出ました。現在の精神保健福祉センターや保健所、あるいは市町村の保健センターというところに期待することは、大変私自身にすればありがたいという表現をとるべきなんだろうと思いますが、それらに期待することはできないわけではありませんけれども、現実的ではないように思います。なぜならば、こうしたセンター等におられる方々の住民に接する態度、あるいは接する姿勢というのは、ほとんどが『垂直指導型』と私が名付けているタイプだからです。「自分たちは経験が豊富で専門家であって、専門的でない人に対していろいろと指導してさしあげよう」という姿勢がベースになっているからです。これでは住民にとってはたまらないのです。それで私は、これからの地域保健というものは、垂直関係から水平関係に移らなければいけないと唱えてきました。『水平相談型』という名前を付けています。どこまで変わりうるかが、まず問われているのです。これらはかつて自分の保健所実践の中でもやってきたつもりです。こうして私たちが考えなければいけないことはいくつもあるわけですが、このような地域社会の中で私たちが本当にメンタルヘルスを広げていくために、いくつかの言葉だけをさしあげておきます。

私たちは、子どもたちを育てる時に迷惑をかけないようにしようと、こういう話をしますけれども、お互いに迷惑をかけあいながら生きていくという社会を作っていけばいいのじゃないかと思っています。ビー玉のように、丸っこく

なってチンマリ生きているのでは、他人と接する時は球と球の接点である1点でしか接することができません。ビー玉の集団になるのではなく、お互いが石ころ同士で、面と面がすれあって生きていきたいものです。ときには熱をもつかもしれないけれども、私たち自身は、ビー玉ではない石ころの世の中を作っていこうかと考えています。室伏さんが先ほど「キュアからケアへ」という展開があったと話されまし

たけれども、私は地域の中のメンタルヘルスを考える時には、それでは足りないような気がします。たしかにキュアもケアも大切です。けれども、お互いにわかちあうというシェアの考え方がなければ、社会というものは維持できないような気がしています。こんな言葉をちょっとさしあげておいた上で、後のまた討論に臨みたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

シンポジウムⅢ「討 論」

森崎：後半司会を担当させていただきます森崎でございます。どうぞよろしくお願いいたします。それでは、シンポジストの皆さま、指定討論のお2方、お席に着かれたようなのでこれから始めたいと思います。はじめにシンポジストの皆さま方、お時間が多少きつかった部分もあるかと思しますので、何か追加等ございましたらいかがでしょうか。よろしゅうございますか。それでは吉川さん、先ほど各シンポジストの皆さまにご質問等、ご準備なさっていらっしゃるということでしたので、どうぞよろしくお願いいたします。

吉川：なかなか十分な時間がないもんですから、後でこうしたディスカッションの席でというふうに申し上げました。いくつか先生方に対するご質問を用意いたしました。まず第1に、私の方から全体の方々に問いかけたかったことは「地域のメンタルヘルスというのは、要は個人個人のメンタルヘルスだけの問題ではなくて、組織的な、あるいは社会的な視点から、メンタルヘルスというものを考えていかなくちゃいけないんじゃないだろうか」ということです。今日のお話の中でも、個人の問題から出発された方もおられましたし、それから例えば鳥さんの職場のメンタルヘルスのように、もう少し大きなところから考えなければいけないんじゃないかという考え方をお出しになられた方もおられました。それぞれが自分の拠って立つところをお話になられたという点では素晴らしいんですけども、同時に個に立脚をした人は、じゃあ社会の視点でメンタルヘルスはどう考えていったらいいとお考えなのか、また、その逆の場合もできるだけ私はお聞きしたいなあと思ったので、まず第1のご質問として、それぞれのシ

ンポジストの方々からこの点についてお答えいただければありがたいなと思ってます。

森崎：ただいま吉川さんの方からご質問がございましたけれども、組織的、社会的な視点からメンタルヘルスを考えるということに関して、シンポジストの皆さま、どなたからでもどうぞご意見をいただけますでしょうか。それでは重松さんからお願いしてよろしゅうございましょうか。

重松：今のお話なんですけども、今、私どもが一番行き詰まっている点なんです。個人から始めまして、親を巻き込み（巻き込みという言葉は問題があるかもしれませんが）、そして一番身近な地域としてのお風呂屋さんとか、そういう地域から始まって、少しずつ広げてはきているんですけども。それとともに、もう1つ考えなくてはいけないのは、そういう社会全体の枠の中で、どう子どもたちが生かされるかということです。それが、今、私たちの大きな課題です。

森崎：ありがとうございます。では、各シンポジストの皆さま方からひと言ずついただければと思いますので、鳥さん、よろしくお願いいたします。

鳥：基本的には先ほど申しましたように、個人の健康と組織・集団の健康というのは密接な関係ありますので、両面を捉えなければいけないというふうに考えています。メンタルヘルスを考える場合に、切り口の1つとしてストレスということが、昨今よく使われます。ストレスということを切り口に考えた場合には、個人に対するストレスマネジメントというふうなことが求められると思いますし、組織やいわゆる集団に対しても、別のアプローチになろうと思う

んですけれども、ストレスマネジメントということが必要になってくるであろうというふうに考えています。1点付言いたしますと、例えば企業で健康管理（管理という言葉は、実は私自身も好きじゃないんですけれども、ほかに言葉がないんで使いますが）ということ考えた場合に、どうも今の意識としては健康管理をおまかせするというふうな考え方が、つまり健康管理室なりそういったスタッフにおまかせするというふうな雰囲気があるように感じています。それはやはりまずいなと思います。個人が自分の健康を管理するということが、まず第1に求められて、それをお手伝いするスタッフとして健康管理の方々がいるのですから、やはり、まずは立脚点としては、個人が自分自身の健康を見つめて、その健康保持増進のための何らかの対応を考えるということが、まずあるべきだろうというふうに考えています。以上です。

森崎：ありがとうございます。では室伏さん。
室伏：どういってお答えをしたらいいのかわからないけど、集団として、どこが対応しているかということをお願いします。私自身は主として痴呆老人をやっていたのですが、昭和54年、55年の痴呆老人対策は身体医療が主だったわけです。これに精神医療を加えるべきだと言ったのは当時の日本医師会の武見会長なんですね。精神科でない武見さん、いいブレーンがいるんだと思います。そういうことを言って、当時同じ時期ですけれども、私自身も厚生省に対して痴呆老人対策に精神医学的なアプローチをする必要があるということを進言しました。その結果できたのが、昭和55年の痴呆老人に対する研究班です。長谷川さんとかいろんな人が入っているんですが、私はその班長を務めて、そこで痴呆老人に対する疫学や問題点やその他を出して、それで痴呆老人対策というのが、昭

和50年代の後半になって盛り上がってきました。痴呆老人対策に本格的に厚生省が取り組み出したのが昭和61年でありまして、厚生省に痴呆性老人対策推進本部というのができました。その専門委員なんかもやったんですが、そこでいろんな民間の代表の方、あるいは民間施設の代表の方あるいは、各省庁、労働省と厚生省ですが、それから専門家を含めていろいろ討議して、それでできあがったのが皆さんご承知のゴールドプランですね。

それができあがって、そのあと新ゴールドプランというのが追加されて、ずっと今日に及んでいるということなんです。その趣旨は、地域における在宅介護と、施設ケアを含めた地域におけるケアシステムの構築というのが柱になっているんですね。そのへんのところでいろんな制度的なものを作る上で何となく努力してきて今の状態ができあがっているということなんです。個々に診ているのは、個人的な病院や施設ですが、大きな流れとしてはそのような動きをしてきたつもりであります。以上です。

斎藤：先ほど児童相談所とか精神保健センターなどが統合的なシステムをもつことを望みたいということをおっしゃったけれど、そのあとでひと言だけで片づけてしまったところをもう少し膨らませたらよかったかなあというふうに思います。それを申し上げました後で、最終的にいきつくところは、具体的援助技法の要請であり、それが急務だということをおっしゃったと思うんですが、結局、地域住民がいろいろな援助を求めたい、あるいは援助が必要だということ周りが気が付いていくという時に、それぞれにかかわる専門家たちの援助技法が非常に不十分であるため、かえって傷ついたりという実態が非常に多いように思いますし、ほんの少しのことで助けられることが助けられないということが

あります。

例えば、私はかつて文部省の実験指定の学校に3年間かかわって、普通学級における情緒障害児の教育について活動したことがあります。その3年間の中でその学校だけではなくて、市をあげて取り組んだ中で、いろいろな子どもがいてもいいんだ、その子どもたちはこんなふうにして抱えていけるんだ、そして抱えることにこんなふうな意味があるんだということを、その研究に参加した多くの先生方が実感し、そしてその結果がそれから10年近くその市の中に息づいていたという経験をしています。

それから保健所の3歳児健診のアフターケアにも関与したことがあります。そこで少しずつ私なりにお手伝いをしていくことが、保健婦の見方あるいは援助の仕方を変えていくということを経験しました。そのようにいろいろな専門職たちが、もう少し自分たちの業務を深めていくための体制というのが非常に必要だし、その基本になるのは、例えば医学教育の中で人権についての感覚を、理念としてではなくて実感としてどういうふうに教育していくのかというようなことが、やはり基本的に問われているのではないかなというふうに思います。以上です。

森崎：吉川さん、今4人のシンポジストの皆さまからご意見を伺ったんですが、さらに何か。

吉川：私がそれぞれの方々にお聞きしたいことがあると申し上げましたのは、まず最初にどんなお考えでおられるのかをちょっとお聞きしたかったということです。それが今先行していますので、そのお考えはわかりました。

森崎：それでは、そのほかシンポジストの皆さま同士での、ディスカッション等ができればと思うのですが、いかがでしょう。指定討論の大石さんから何かシンポジストの皆さまに対してご質問等はございませんでしょうか。

大石：はい。各シンポジストの方々がそれぞれの視点というものをもちていればそれをお聞かせいただきたいというふうに思いますけれども、私自身が常に考えているのは、例えば何か変えていくということを考えていったときに、対象者に対して、実際に顔が見えているのかどうかということですね。例えば私自身感染者ということだけではなくて、男性同性愛者ということも一方ではあるんですけども、そのときに国ですとか、あるいは地方行政ですとか、いろんな方々が対策等を講じて、いろいろAIDS問題を解決していくためにご尽力いただいています。あるいはそれは企業や学校でも同じなんですけれども、ただそこで一体誰を対象にしているのかというのがわからない、見えないというのがあるんですね。先ほども各シンポジストの方々からメンタルヘルスの面において、いろいろどういふことをされているのかというお話があったんですけども、その場合に例えば集団として一方では見ることはあっても、個々の、1人1人の人間あるいは顔が見えているのかどうかということに関して、もし何かございましたら、ひと言ずついただきたいと思います。

森崎：シンポジストの皆さまにひと言ずつということでございますね。それでは、斎藤さんの方から。

斎藤：ちょっと補足して伺いたいんですが、いろいろなケアプランを立てたりするときに、対象者がよく具体的にみえたところでやっているのかということですか。

大石：そうですね。それもありますし、あともう1点なんですけれども、例えば東京にいますと東京のやり方がすべて全国的に通用するのかなような錯覚に陥りやすいんですけども、例えば地方における特色みたいなものも出てくるかと思うんですね。もしかしたら地域、皆さんの

実際に仕事をされている地域だけの取り組みになってしまうと言われているかもしれないんですけども、もう少し比べていただいて、どういうふうにお考えになるのかということでも結構です。あるいは、どういう個と言いますか、特色と言いますか、広い枠だけじゃなくて、もう少し小さなところでどういうふうにお考えになっているのかということなんですけれども。

斎藤：私の役割は家庭のメンタルヘルスということなんですけど、家庭という枠組みで考えていったときに、それが日本全国をカバーするような基本的なものというのももちろん必要だと思いますけれども、やはりその地方地方の風土とか習慣とかあるいは、家庭そのものの習慣も重要です。ですからそういうことをやっぱり踏まえた上での地域性というものを十分に考えていかなければいけないと思います。例えばいろいろな地域でいろんなワークショップがあつたりしますときにも、やはりそこをよく把握した上で一緒に考えていくということを、私は個人的には基本にしています。

例えば東北の山村での子育てについての研究をしておられる方がいらっしゃいまして、その結果をいろいろ伺った時に「そういう田園的な、のどかなところでは子育ては問題がないんでしょうね」というふうに申しましたら「とんでもない」と、「全く逆なんだ」ということを伺ったことがあります。つまり現金収入を得るためには、若夫婦は街に小さい車を駆り立てて毎日出ていかなければならない。しかも、それは狭い農道をひた走って街へいく。ということだから、家ではおじいちゃん、おばあちゃんが孫を安全に見守らなければいけない。うっかり飛び出すとかえって危険に出会うことがあるということで、おじいさん、おばあさんたちはしっかりと自分のひざの上に乗せてこたつでテレビを

みながら子育てをする。だから、決して子どもに好ましい生活ができていないわけではないということを知って、私たちはつい田園的というところにとらわれて固定したものの考え方をしますけれども、やはりその状況にわけ入ったものの考え方ということをしなければいけないということを知ったわけなんです。まあ、それは1つの例ですが、そういったようなことが、さまざまにあるのではないかなというふうに思います。だけれども、そこに共通した部分もあるし、そしてもう1つ大事なことは、同じことを話しているつもりでも、その言葉が、共通言語になっていないというところをきちんと整理していかなければいけないということです。そういう意味で、今、WHOが率先してやっております国際障害者分類の第2版というのは、非常に好ましい方向を模索しているのではないかと思います。そういうものをできるだけ子どもは学びとりながら、共通言語をもって問題を考えていくということが基本であるというふうに思います。

森崎：ありがとうございます。それでは室伏さんはいかがでしょう。大石さんの投げかけに対して、ご意見をいただけますでしょうか。

室伏：ケアが必要だという場合、ケアにはやはり、2つの意味がありますね。大きな意味で言うと、ケアというのは、ヒューマンサービスのパラダイムという面と、それから個々の老人が障害で困っているところを何とか治す、あるいはそれを持ちながらも生きていけるようにするというような面でのケアです。後者の面は、個々の人とわたりあっていないとなかなかできないことですし、ケアというのにも、そういう2つの意味があるように思います。

森崎：ありがとうございます。

室伏：あまり答えになってないと思いますけ

ど。

森崎：じゃ、島さん、お願いいたします。

島：はい。私は個人的には個々のケース（ケースという言い方が妥当かどうかわかりませんが）、あるいは個々の精神的な問題を抱えた方に対するケアと、それから集団、あるいは組織に対して、そういった問題を抱えた方が生きやすいような組織作りといったことにかかわっております。ひと言申しますと、先ほど指定発言者の方から画一化とか規格化とかいう話がございましたけれども、例えばメンタルヘルス・システムを考える、あるいはストレス・マネジメント・システムを考える時に、それがあまりに画一化されてしまって、マニュアル化されると問題が発生するのかなというふうに思っています。ただ逆に、一定程度は、標準化する作業も必要なんだろうと思います。その上で、個別の特性に応じた顔が見えるような具体的なアプローチをしていく必要があるだろうというふうに思っております。そんなところですけど。

森崎：ありがとうございます。重松さん、いかがでしょうか。

重松：そうですね。顔が見えるかということでしたけれども、私どもとしては60名ぐらいの子どもですし、建物が狭いということもありまして、子どもの顔だけでなく、父親、母親の顔というのを知っておきたい。それとともに、次の段階として父親の顔を知っているだけでなく、父親がお酒を飲むか飲まないかぐらいのところまで全部知っておきたいと思っておりますので、大体個人的にはその部分でのかかわりは毎日繰り返しております。

森崎：大石さんよろしゅうございませうか。

大石：はい。ありがとうございます。付け加えて申し上げるならば、個々で接している場合でも、自分自身がもっている価値観というものが

あると思います。自分の価値観を出しているつもりはなくても、実際には向かい合っているその人に対して、これはどんな状況においても同じだと思うんですけども、一方的な見方しかできないということがありえます。実はその人が抱えている問題は別にあるんだけれども、明らかに面接している方々と言いますか、接している方々の価値観が、いわゆる社会的大多数の方々の価値観と重なってしまった場合には、どうしてもそこからはみ出しているところにいる人たちは、なかなか自分の本当の気持ちですとか、抱えている問題を表してくれないというか、表現するのは難しい。そういうことを感じる場合がありますので、ちょっと質問をさせていただきました。

森崎：ありがとうございます。それでは、吉川さん、他にも何かご質問をいくつかご準備なさっていらっしゃるということでしたので、よろしくお願いいたします。

吉川：はい。ぜひ私がお聞きしたいことがあったものですからお願いをしておきまして、それで質問の機会を与えていただきました。まず、島さんにお聞きしたいんですけども、島さんのレジュメの「障害者のメンタルヘルス」というところに主に書かれていることなんですが、日本の中における障害者の問題と文化の問題があるという、文化論をここで提示されています。その文化的な背景の中に私たち自身が住んでいますし、障害者問題もそこにあることはもうはっきりしていると思うんですけども、じゃあ障害者問題を今後どうしたらいいか、あるいは障害者という言葉ではなくても疾患の方でもいいし、それから学校へ行かない子どもたちでもいいし、何でもいいんですけども、今の社会の中で問題視されるようなものと付き合う時に、この文化の背景というものを何らかの形で

変えていかなければいけないだろうと思う。変えていくことによって、問題を抱えている人、個々で問題を抱えている人たちが、この社会の中で生きやすくなっていくためには、文化変容をおこすきっかけとして、あるいは戦術としてはどんなものがあり得るのか、島さんにちょっとお教えいただこうと思います。

森崎：島さんどうぞ。

島：あまりお答えするだけのコンセプトというか、考えをもっているわけではなくて、むしろ吉川さんにお教えいただければありがたいと思っているんですが、ひと言申しますと、考えていることの一つは、ダイバーシティ（多様性）という言葉がよく最近表現されること gara ず。多様性ということをはひとつのキーワードとして考えています。つまり多様な人が存在するというは、それはもちろんいろんなハンディキャップを持った方もおられ得るわけですし、あるいは在日外国人という方もおられるわけですし、いろんな意味合いにおけるダイバーシティがあるんだらうというふうには思っています。ですから、障害者に関連した文化の問題というは、単に障害者の問題に限らず、そういった多様性を文化が受け入れていけるのかどうかという非常に大きな問題です。その意味でこれまでの日本は、均質なある種の文化をもってきたわけですし、多様性をある意味では排除してきたわけです。それは先程来、吉川さんもお指摘いただいていますように、こういった戦後というは（明治以降かもしれないんですが）、急速な近代化社会の中で行われた画一化ということにもかかわってくると思います。やはり、私が考えていますのは、そういった多様な人が存在するというは、まず認識するというは、あるいは受容するというは、そういったところから出発するべきなんだらうということではす。

ういった文化的なものを、どうすれば醸成していくことができるかということを考えていかなければならないというふうには思っています。吉川さんいかがでしょうか。

吉川：ええ。ありがとうございます。

森崎：吉川さん、よろしゅうございますか。

吉川：もう1つは、室伏さんにお聞きしたいなあと思っていることが2点あります。そのうちの1点は、ヤング・オールドについてです。室伏さんはモラトリアムの問題を出されまして面白い説明をしていただいたので、大変私は啓発されたんですけれども、昭和30年代は、日本の自殺者がとにかく今までで一番多い時期でした。実数にして2万5千人ぐらゐ死んでいます。最近は2万4千人ぐらゐまた死に始めて、再び自殺の問題が採り上げられるようになっているんですが、昭和30年代に死んだ人たちは、ほとんどヤング・ヤングなんですね。つまり、青年期に入った人たちが死んでいます。しかし、今はヤング・オールドがたくさん死んでいるんですね。50歳以降の自殺が、ほぼ全自殺の半分ぐらゐという時代を迎えてしまいましたが、その中でもヤング・オールドの世代がよく死ぬんです。そんなことを考えてみると、人生の中におけるモラトリアムをどんなふうには過ごしたらいいのかということが、やはり考えられなくちゃいけないんだらうと思うんですけれども、ヤング・オールドのモラトリアムにどうかかわっていったらいいのかを教えてくださいたいということではす。

森崎：室伏さん、よろしくお願ひいたします。

室伏：ヤング・オールドにどうかかわったらいいかということではすか。青年期のモラトリアムというは、1人前になって独立生活を送っていくまで、社会がいろんなことを容認しているわけではすね。それで猶予期間というのではす。

けれども、私がニューシルバーについて言ったモラトリアムというのは、老年期、つまり本格的な老化に至る間、いかに、若い老人が生きがいをもって生きていったらいいかというような、そういう老化に至るまでの間の猶予期間という意味です。どう生きていったらいいかというのは、今日お話ししたように、その人の生き方を助けていくということですね。従って、社会の中でいろんな、その人に合った職業や、楽しみや、あるいは集まりとかそういうものを作っていく必要があります。

それで、前に総務庁で、「ニューシルバーと現代世代との交流をよくする懇話会」というのがありまして、その委員なんかをやっていたのですけれども、そういう現役（現役というのは若い人たちですね）の人たちと、こういうニューシルバーという人たちとの間で、どういうふうに交流を図っていったらいいかということがひとつ大きな問題でした。そのへんがやはり、年寄りが妙に老け込まないでいくというところであって、そのことについていろいろな意見が出て報告書にまとめましたけれども、要するにニューシルバーの中に若者が入っていくという方が割合やりやすく、反対に、若者の社会の中へニューシルバーを巻き込むというのはなかなか難しいというようなことがひとつあります。それで、後はそういういろんな、さっき言いましたような世間的な催しごとみたいな、例えばいろんな会合、あるいは活動やなんかで、両者が一緒になってやっていくというようなやり方が提案されてきたと思います。ちょっと簡単ですけども。

吉川：ありがとうございます。室伏さん、もう1つだけお願いします。この精神保健フォーラムの中でよく言われることで、そして昨日のシンポジウムの中でもかなり論じられたことの

ひとつに、メディカルモデルからリーガルモデルへという考え方があります。これは、この10年ぐらいのうちに進んできた考え方だと思うんです。しかし、室伏さんがやってこられた、特に菊池病院なんかでやってこられた医療の中では、メディカルモデルからリーガルモデルという転換は恐らくなかったんだろうと思いますね。転換がない代わりに、実は私流の言葉で言えばQOLモデルに進まれたんだろうと思うんです。すなわち、メディカルモデルからQOLモデルへという転換があったんだろうと思います。間にリーガルモデルを挟まなかったような気がする。そんなふうに私は菊池病院のお仕事をわきから拝見してたんですけれども、そんな受け取り方でいいんでしょうか、お聞きしたいと思っています。

室伏：ちょっと話が少しずれちゃうかもしれませんが、我々は、年寄りに対する時には介護というものとケアというものを一応分けて考えているんですね。介護というのは、日常生活を保護的に、しかも考え方・方法としては常識的・経験的に助けて、介助なり指導というような方法で年寄りに接していく、それが介護であります。一方、ケアというのは、先ほど申しましたように、いろいろな障害を治療的に、考え方・方法としては心理機序に則った、あるいはリハビリテーションの考えに則った方法で指導なり援助というような対応をしていくということです。それで我々がそういうケアというものを確立しようと思った時、理にかなったケアというものを作ろうとしてきたんですね。これはかなりメディカルな要素を含んでおります。例えば今の介護について言いますと、徘徊というのがあれば、いわゆる迷子札を付けろ、戸締りの工夫をしろ、このごろですと、センサーを利用しろなんていう、これはまさに予防的な介

護ということになります。そうじゃなくて、さっき申しましたようななじみの仲間を作ると、その仲間と一緒に、悪い意味の徘徊というのが散歩というよい動きに変わっていくわけですね。こういうのは我々のいうメンタルケアということでもあります。これはかなりメデイカルな一面も、薬やなんかとは別に精神医学的なメデイカルな面を含んでいる方法であろうと思います。

ですから、さっき申しましたように、心の通った介護というのと、もう1つは理にかなったケアというのが、こういうお年寄りたちに対していくときには、両者ともに必要だということを強調したつもりなんですけどね。

吉川：ありがとうございます。私自身が長い間考えてきたことと、そんなにずれてないことがわかったんですけれども。メデイカルモデルからリーガルモデルへと、大きく精神保健は動いたんですね。その動いた事実と違って、私流にいう QOL モデルへ移ったのは一体何だったんだろうか。要するにリーガルモデルへ移らない、一旦移さないで、そして QOL モデルへ進展していったのはなんだったんだろうかということが、私の疑問といえますか、お聞かせいただきたい質問の内容でございますけども、大体推察はつきました。

森崎：時間が迫って参りましたので、少しフロアーの方からも何かご質問等がおありだと思いますので、いかがでしょうか。

林：東京都精神保健福祉センターの林と申します。シンポジストと指定討論者、特に大石さんとの意見があんまり噛み合っていないような印象を受けるので、あえて発言したいと思います。大石さんがいわゆる HIV 感染者であり、かつ同性愛者ということのカミングアウトしているわけですが、そういうふうになるまでには、や

っぱり疾患の受容ということがあったんだと思うんですね。あえて疾患を自分に受け入れて、自分で引き受けるという1つの覚悟があったと思います。その後で、それを世間に公表するという、もう1つの覚悟があったというふうに考えるわけです。それはほかのシンポジストの方々のおっしゃられたライフサイクルの問題で言えば、老いを受け入れるには1つの覚悟がいるだろうということ、しかも老いを受け入れた上で、自分が老人として社会に抗議して生きていくというためにはもう1つの覚悟がいるだろうということと同じです。あるいは定年という問題も同じだと思うんですね。定年を受け入れて、かつそのうえで社会で生きていくということが必要だろうと思うわけです。ですから差しあたり、大石さんの方からどういう形で、自分の疾患というものを受け入れるようになっていったか、そしてそれをあえて社会に公表したということはどうしてなのか。そのあたりをちょっと述べていただきたいと思います。

森崎：大石さんにお伺いになりたいというふうに理解してよろしいでしょうか。大石さん、お願いいたします。

大石：疾患、病気を受け入れるということについては、特定の時点で受け入れたというところは私にはないなあという気がします。きっと段階段階において、その時自分がその病気をどう理解しているのかということら向き合っても、また何年か経ってみて、新たな不安とかあるいは抱えてしまう問題が出てくるんですね。ですので、一旦は受け入れたと思っていても、またそれから問題が生じてきて、例えばパニックになる、あるいは精神的に非常に不安定になる。そのときに、どういうふうに解決すればいいのか。1つには問題を解決する方法を見つけることができたということが、やはり一番大き

なことではないのかなという気がします。それは、手段を自分の中で納得していると言いますか、持っている、あるいは誰に力を借りればいいのかということを知っているということです。そういうコンタクト・パーソンみたいな方々を、自分で目星をつけておくということです。そういったことで疾患を受け入れているといえますか、対処しているというような形になるのではないのかと思います。

あと、もう1点は、公表のことでしょうか。例えば多くの方は、私が公表したということに関して、勇気をもってということをおっしゃるんですが、私自身の中では勇気うんぬんということは全くないです。現在の HIV 患者、AIDS 患者の社会的な状況を変えていくための1つの手段として、顔を見せること、あるいは当事者として社会にどういうふうに発言していくのかということがない以上は、今の患者・感染者の状況は変わっていかないだろうということを考えました。そして、その1つの手段として、公にしようということを考えました。もちろん、そのために乗り越えなければならない家族の問題なり、職場の問題なりというものもありましたけれども、そういったものは、仲間であったり、あるいは同僚であったり、そういった方々の協力を得て1つ1つ問題を明らかにして解決することによって、オープンにできるような状況を作っていけたんだというふうに思います。

ですので私の中では、あるところまでは、病気を受け入れるというよりも病気と向き合うということができて、その次に社会に対してオープンにできた。ただそれは、オープンにすることが目的ではなくて、自分がこれからやっていくための1つの手段として不可欠な要素であるというふうに感じてオープンにした、公にしたというふうに自分では考えております。以上で

よろしいですか。

森崎：ありがとうございます。時間が迫っておりますけれども、あとお一方ぐらいはお受けできるかと思うのですが、いかがでしょうか。

増野：日本集団精神療法学会から来た増野です。私、実は沖縄の精神神経学会で、「女性と精神医学」というシンポジウムの司会をしたんです。そこでいろいろ教わったんですけども、結局吉川さんが言われた「速く、しっかり、たくさん」というのは男性社会の考え方です。つまり、これは明治以後、日本が男性優位の社会を作っていく中で、いろんな弊害が今たくさんおきているんじゃないかということです。今、吉川さんも言われた垂直型というのも男性的なんですね。それに対して、水平型というのは女性社会であって、明治までは女性の社会と文化があったんだから、そういうものを重心にした新しいフェミニズムが必要だということですが、女性、抑圧されていた女性を中心として出てきたんですね。私もそういうことを考えて、セルフヘルプグループの問題が弱いと思う。今日、大石さんが中におられますけど、やっぱり昨日から見ていると、そのへんのところが弱いような感じがするんですね。

集団精神療法学会としては、そういうものを作っていくのは、やっぱり集団療法だと思う。私なんかセンターでもって、決して垂直なことをやらないで、水平なことばかりやってきたんだけど、実際にそれができないのはそういうものを作っていくシステムとか、教育とか、いろんなものに問題があるのかなあと思うんですね。吉川さん、そうできていないなんて言わないで、先生がそれをやる立場なんですからね。そういう点で私は、横の社会、そういうグループ、よいグループ作りをできるようにする。これが、こういう運営もそうなんだけど、

グループがどうも日本人は下手で、うまくない
んですね。本当のいいグループができれば、自
然に治療共同体ができる。M・ジョーンズが言
っているように、「お互いのコミュニケーションが豊
かになれば、いいものが生まれてくる」
んですよ、自然に。そのへんをもっと是非考
えていただきたいし、吉川さんはそれを是非や
っていただきたいというふうに思います。

森崎：ありがとうございます。司会の不手際
で、十分フロアの皆さまからのご意見を伺う時
間がございませんでしたけれども、一応ここで、
ディスカッションを終えて、まとめというこ
とで、高岡のほうからお話をさせていただきます。

高岡：精神保健フォーラムにおいてメンタル
ヘルスをとりあげるのは初めてですので、興味深
く聞いていただいた方もいらっしゃる、精
従懇のシンポとしては異質だということで面食ら
われた方もいらっしゃると思います。ただ、そ
ういう中でも重要な指摘が、いくつか提出され
たと思います。とりわけ重松さん、島さん、大
石さんからは「選択」ですとか、「多様性」で
すとか、あるいは「価値観の転換」ですとか、
そういったキー・タームが提起されました。こ
れらは、ある意味では、フレキシブルなメン
タルヘルスという考え方にまとめられるものだ
ろうと思います。もう1つは室伏さん、齋藤さん、
吉川さんからは提出されたコンセプトで、戦後
から1998年の現在に至る時代・社会の変化と関
連させて、メンタルヘルスの問題を考えるとい
う提起です。これは、言い換えれば文化や、あ
るいは社会のパラダイム・チェンジと見合った
メンタルヘルスを考えていくという視点であ
ったと思います。このことは、私たち精従懇にと
って、それから、ここに参加されている方々す
べてにつながるかと思いますが、広い意味
でのメンタルヘルス、すなわちフレキシブルな

メンタルヘルスとパラダイム・チェンジに見合
ったメンタルヘルスという考え方に立脚した活
動というものが、今後の1つの大きな柱になっ
ていくだろうということを意味します。そうい
う意味では今日の「ライフサイクルと地域・職
域・家族域が交差するところにメンタルヘル
スの現状を考える」というシンポジウムは、一
定以上の意義があったというふうに、司会とし
てはまとめたいと思います。どうも、長時間に
わたりありがとうございました。(拍手)

シンポジウムⅣ

21世紀を展望する実践モデルの
模索と新たな活動の展開

総合病院精神科の参加による

地域精神医療保健福祉システムの構築

佐藤 茂 樹

(成田赤十字病院、日本総合病院精神医学会)

欧米においては脱施設化にともなう急性期短期入院の受け皿として総合病院精神科がその役割を担っているといわれているが、わが国においては精神医療・保健・福祉の機能分化が明確ではなく、総合病院精神科も精神医療のなかで特別の役割を遂行しているとは認識されていない。

精神医療ということばのなかには医療という語句が含まれてはいるが、精神医療と一般医療とは全く別のものと考えられてきた。しかし、人間が精神と身体の両方を持つ存在である以上、それぞれ単独に身体のあるいは精神の病気にかかるだけではなく、その両方に同時に罹ってしまうこともありうる。

身体合併症と呼ばれる状態は精神疾患に身体疾患が合併した状態のことであるが、これを臨床的につぶさに観察するとさまざまなヴァリエーションがあることがわかる。身体合併症のいくつかのパターンを提示してみる。

1. 身体合併症(1)：精神疾患に起因した身体症状 (図1)

①うつ病や精神分裂病に罹患していて病気の経過中に自殺企図や自傷行為により、切創や骨折や急性薬物中毒などの身体症状を生じてしまったり、②拒食による栄養障害や脱水症や長期同一姿勢保持による関節の拘縮など精神症状自体により身体症状を呈することもある。また③精神疾患の治療中に、薬疹や麻痺性腸閉塞、悪性症候群な

どの薬物による副作用が出現することがあるがこれもこのパターンの中に含めることができる。一般に精神科急性期の状態にあるときにこのタイプの身体合併症は発生しやすいといえる。

2. 身体合併症(2)：精神疾患と身体疾患の偶発的合併 (図2)

精神疾患と身体疾患が何の因果関係もなく合併する場合である。精神分裂病の人が悪性腫瘍を併発したり、うつ病に罹っていて肺炎を合併したりする場合である。

3. 身体合併症(3)：身体疾患治療中に発生する精神症状 (図3)

①肝性脳症、甲状腺疾患などにもなう精神症状、脳炎や脳血管障害後の精神症状など身体疾患や脳器質性疾患に基づいた精神症状や②医薬原性精神疾患といわれるステロイドやインターフェロンなどの身体疾患治療薬によって引き起こされる精神症状、③癌告知後のうつ状態など身体疾患への罹患や治療が契機となっておこる反応性精神疾患などがここに含まれる。

このように精神疾患と身体疾患はお互いに影響しあいながら、ときには同時に発生する。それゆえ医療においても、その患者の状況に応じて身体治療優先モードから精神治療優先モードへ、精神治療優先モードから身体治療優先モードへという機敏な転換が行われるシステムの存在が必要であろう。

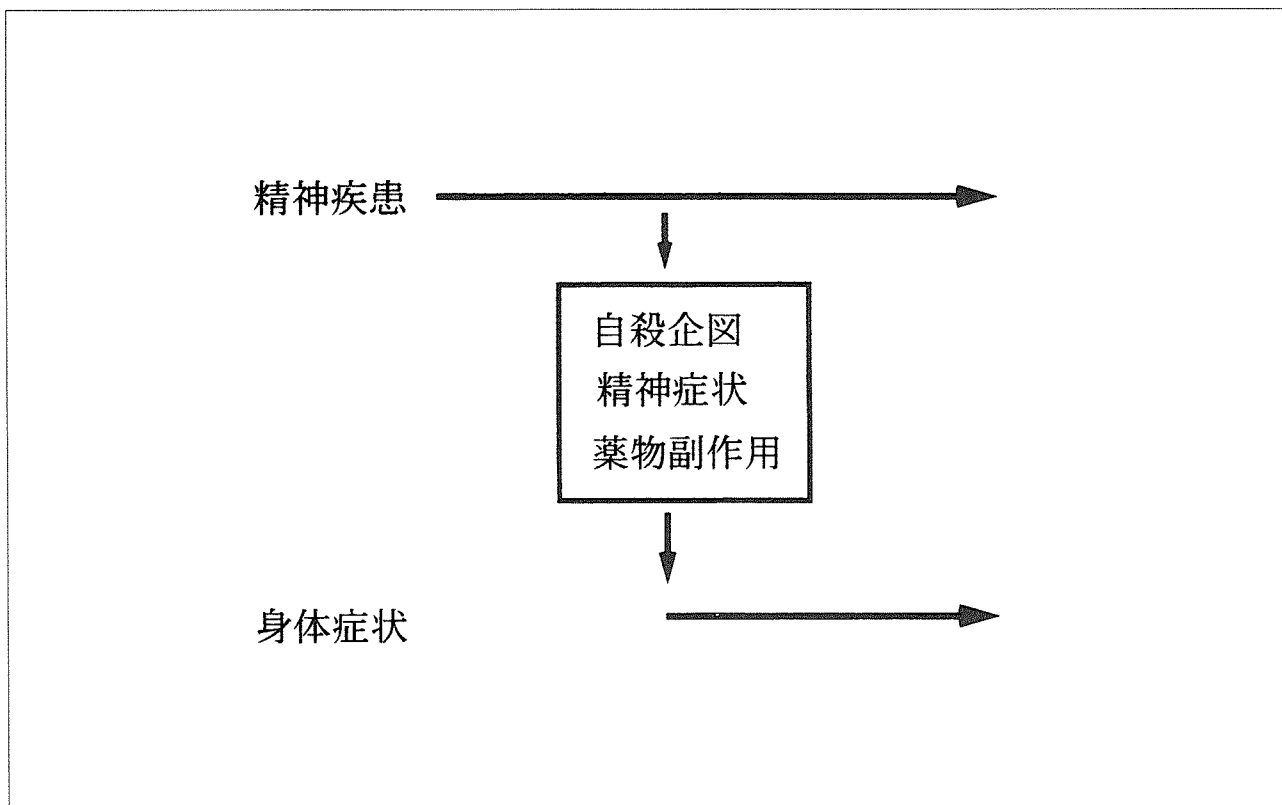


図1 身体合併症 (1) 精神疾患に起因した身体症状

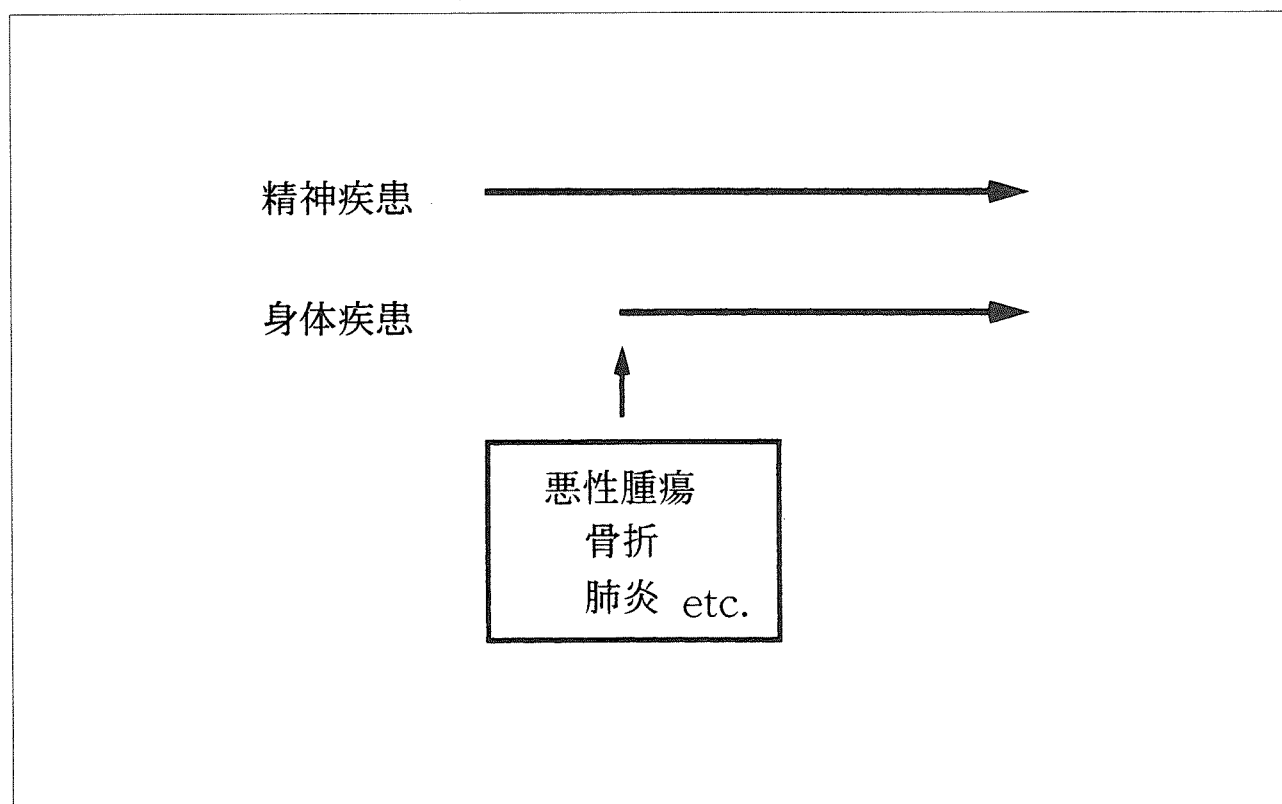


図2 身体合併症 (2) 精神疾患と身体疾患の偶発的合併

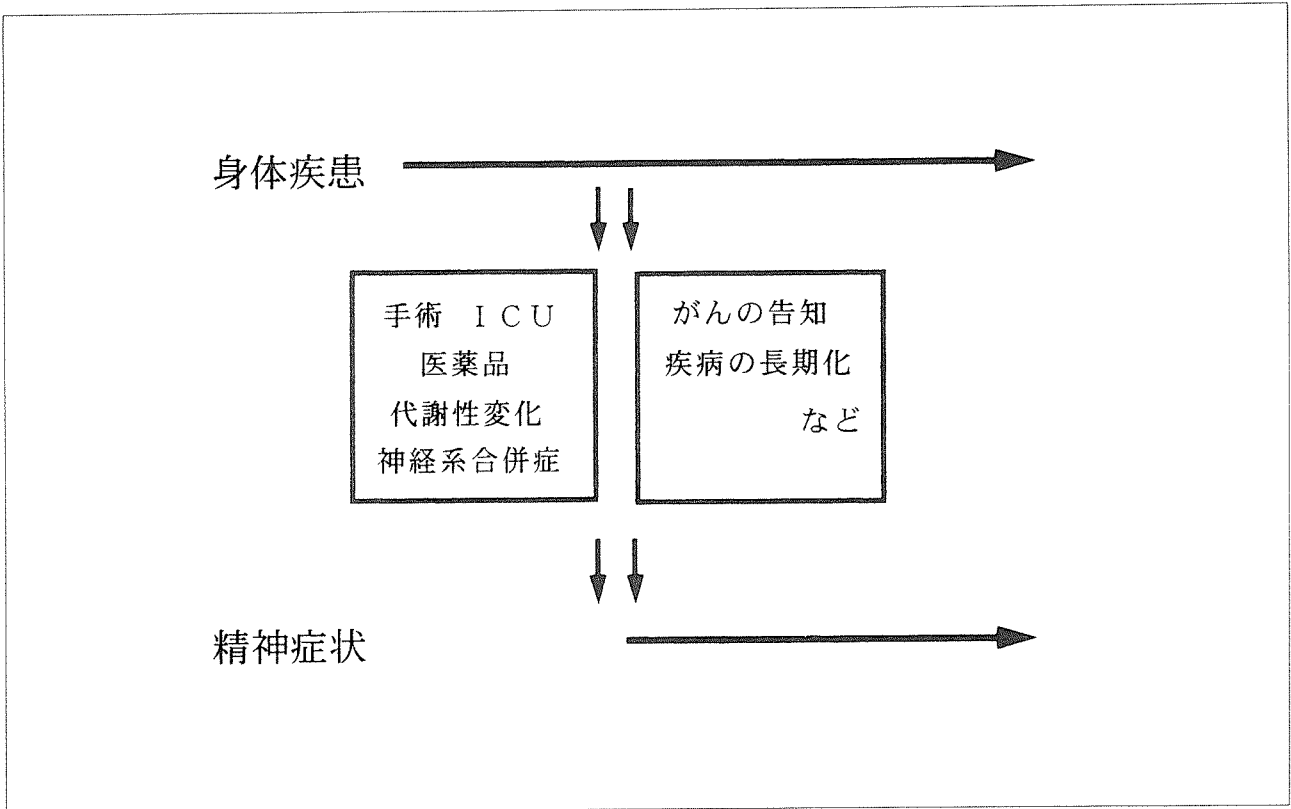


図3 身体合併症 (3) 身体疾患治療中に発生する精神症状

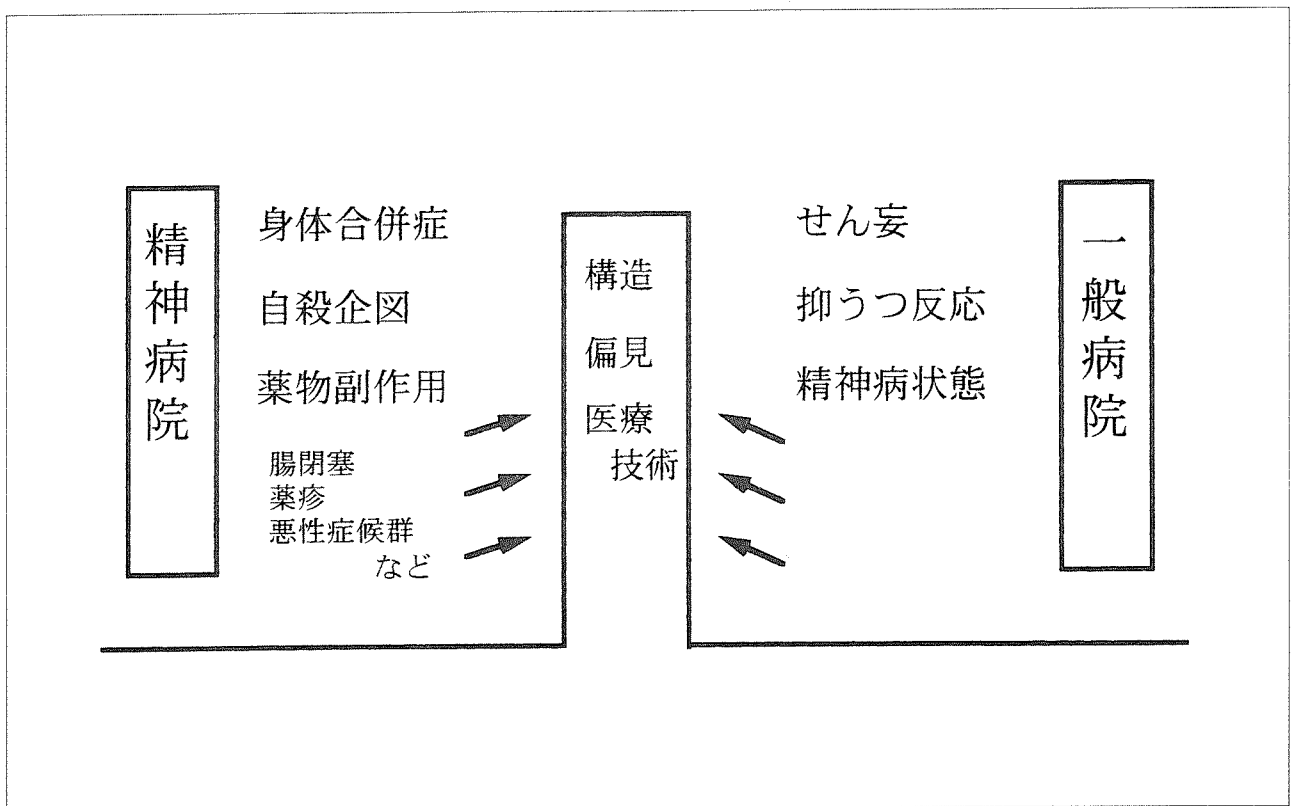


図4 単科精神病院と一般病院との関係

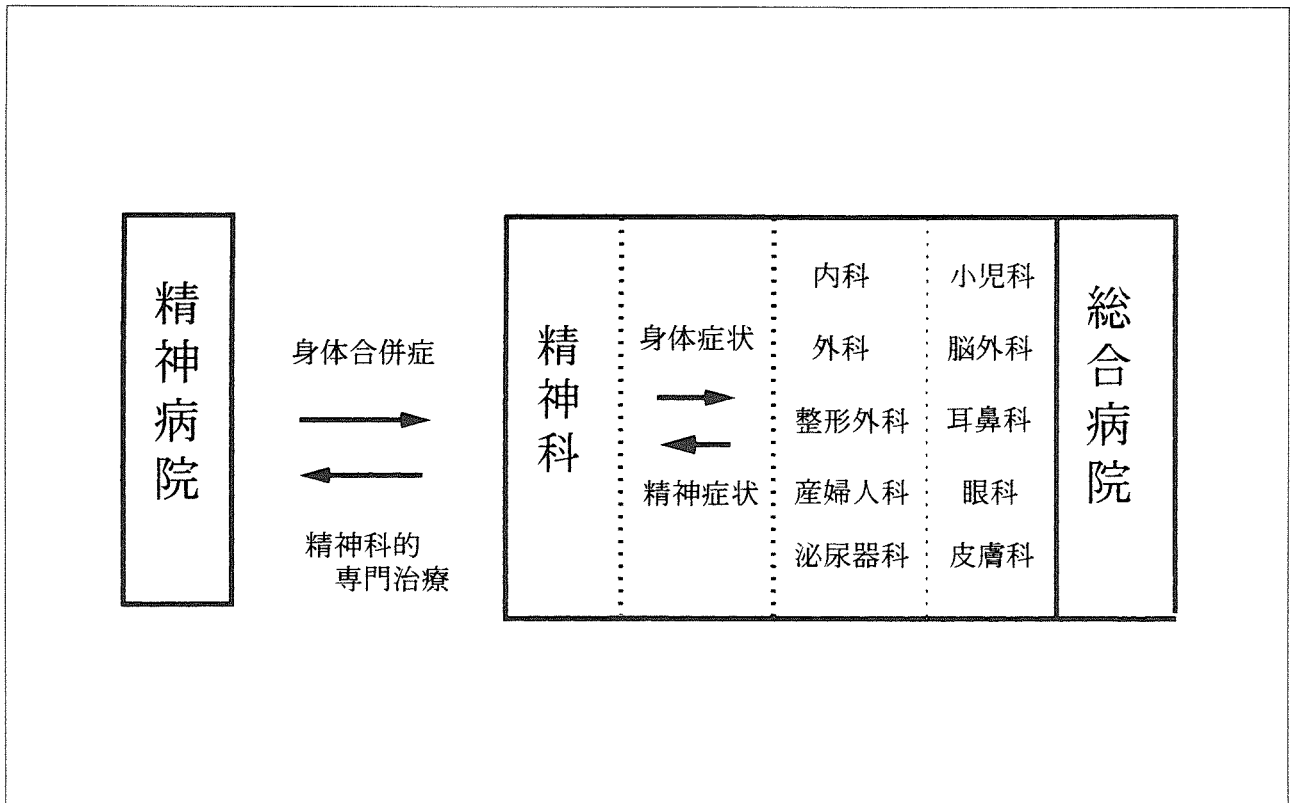


図5 精神科を有する総合病院と単科精神病院との関係

ところで単科精神病院と一般病院の相性は悪く、強い精神症状を持った患者は一般病院ではいかに重篤な身体疾患を合併していても治療困難な患者とされてしまうことが多く、単科精神病院では重篤な身体疾患の管理治療は十分に行えないことが多い(図4)。精神病床を有し、精神科急性期治療が可能な精神科を有する総合病院こそが精神-身体のあらゆる状態に対応できかつ先にのべたモード転換が極めてスムーズに行われうる場所でありうる(図5)。

このように総合病院精神科は医療においても精神医療においても極めて有用な存在であるが、精神医療において総合病院精神科が果たしうる役割を列挙すれば以下ようになる。

- (1) 身体合併症医療 (前述)
- (2) 精神科救急・精神科急性期医療

精神科の急性期は先に述べたように身体症状が起こりやすく、また初発の場合にはそれが身体疾患にもとづくものではないか鑑別が必要で

ある。そもそも急性期治療は安静と薬物療法が主体の時期であり、身体疾患治療と同様のスタンスで治療可能な時期でもある。また薬物も比較的大量が使用されることから副作用の出現にも十分な留意が必要である。従って、本来的には精神科救急・急性期治療は他科との連携がとりやすい総合病院精神科が中心となるべきであろう。

(3) 初期診断・初期治療

精神症状の初発時にはそれが何らかの身体疾患の反映ではないかという鑑別診断がもっとも必要であり、患者や家族自身も総合的な観点での診療を求めることが多いといえる。また精神科治療への導入としても、受診抵抗の少ない総合病院の方が適しているといえる。

(4) 神経症・うつ病・思春期精神疾患の治療

比較的軽症なこれらの疾患や思春期の患者は、単科精神病院での治療には抵抗を示すことが多く総合病院精神科が引き受けることが多い

ものと思われる。また、これらの疾患も身体疾患との鑑別や摂食障害のように他科医との連携が必要となることがある。

このように精神科治療において、一般科との連携を必要とする局面は極めて多く、精神医療においても両方の治療が同時に行える総合病院精神科が中継点としてより多くの役割を果たすべきであろう。しかし現在わが国においては総合病院で精神科とくに精神病床を設置している病院は少なく、かつ精神科治療施設間での機能分担も進んでいないことから、身体合併症医療や精神科救急・急性期治療に焦点を当てた総合病院精神科も少ないのが現状である。総合病院に精神病床の設置が進まない最大の要因は、一般科との医療費（診療報酬）の極めて大きい較差にある。現在一般診療科では1日入院して約30,000～40,000円かかるが、同じ総合病院内にあっては精神科では15,000円程度である。一般科の1/2～1/3であり、これでは経営上は全くお話にならず、ただでさえ逼迫している病院経営のなかでは精神科を新たに設置したり充実させようという動きは起こりようがないのである。（図6、図7、図8）

当院精神科は昭和61年に外来が設置され、ついで平成4年7月に病棟（閉鎖50床）が開設された。当初より精神科急性期治療や身体合併症治療を射程においた地域医療に貢献しうる病棟運営を考え、約6年間ほぼそのように運営してきた。

平成9年の入院数は304名であり、精神分裂病圏、気分障害、等精神病状態が約80%を占めていた（図9）。このうち急性期患者の割合をみると約70%で急性期患者中心に治療を行っていることがわかる（図10）。身体合併症に関しては

入院患者の45%がなんらかの身体合併症を有していた（図11）。治療歴を見ると当院初回入院者が57%であり、全くの初発初回治療者が36%程もいた（図12）。平均在院日数は60日を切っており、90日以内に82%が退院し、66%が自宅に退院していた（図13）。

入院経路で見ると、一般・精神をとわず他院よりの転院、院内他科よりの転科、他院よりの入院紹介等他よりの紹介によるものが38%、紹介なしが62%であるが、このうち当院救急室経由のものが70件を占めており、他院他科との連携および救急室が当科の主な入院ルートになっていた（図14）。

このように当院精神科の診療活動は救急・急性期医療、身体合併症医療を中心に院内外、地域と広く連携をとりながら行われており、二次医療圏における精神医療の中核的病院としての機能を果たしているものと思われる。

このように総合病院精神科の存在は地域医療における各機関の役割分担を明確にさせるという意味を持つものと思われる（図15）。

次に当地区の状況について述べたい。当地区には以前は単科精神病院、精神科クリニックは存在していましたが総合病院精神科はなく、身体合併症医療、精神科救急医療に関しては困難な状況にあった。当院精神科の開設により精神医療施設間の機能分担が明確となり、地域における精神医療に関するトラブルは減少したように思われる。しかし、当地区には精神保健福祉に関する資源は乏しく、精神医療施設以外の福祉施設はほとんど皆無の状況である。精神医療は単一の病院や医療施設だけによって完結するものではなく、地域における福祉施設や関連支援機関などの重層的なサポートシステムの裾野を持つことにより、急性発症から障害者のノー

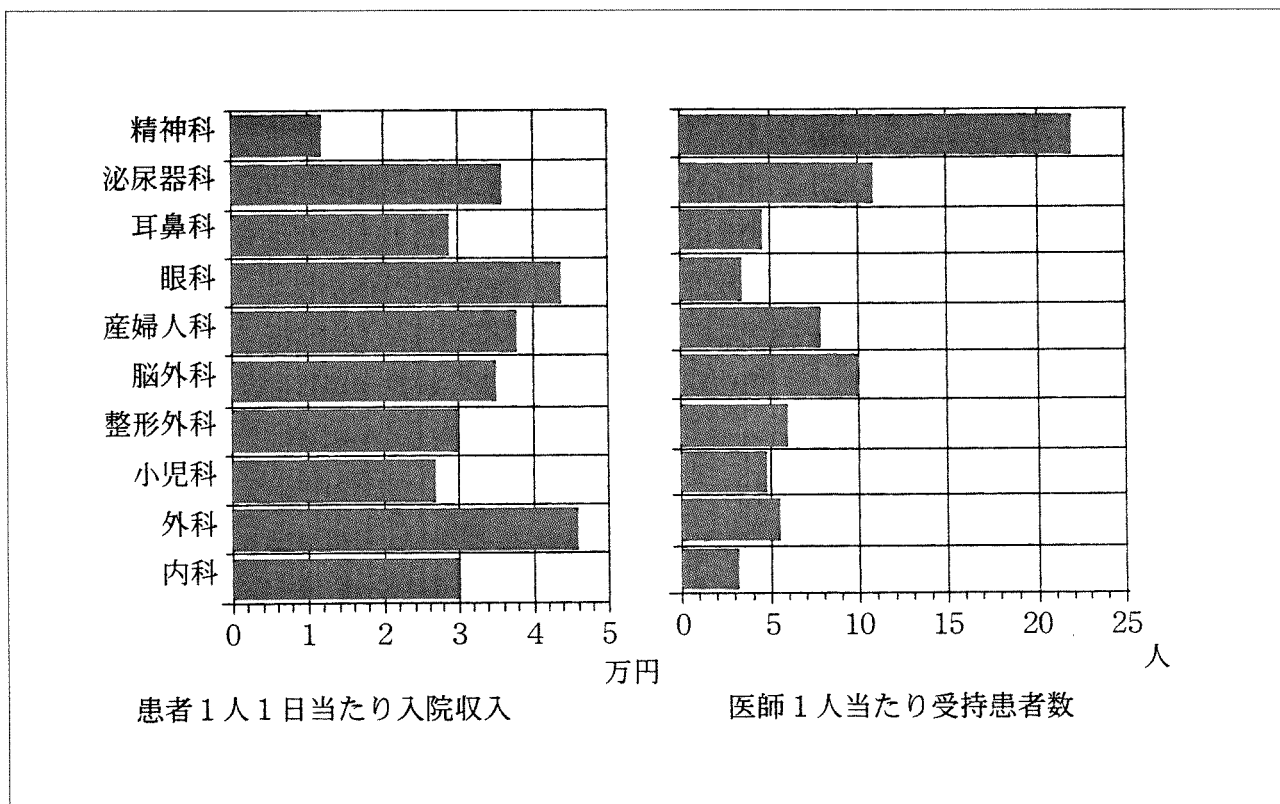


図6 各科別入院収入および受持患者数比較(1)

(1995年 A病院：精神250、一般654)

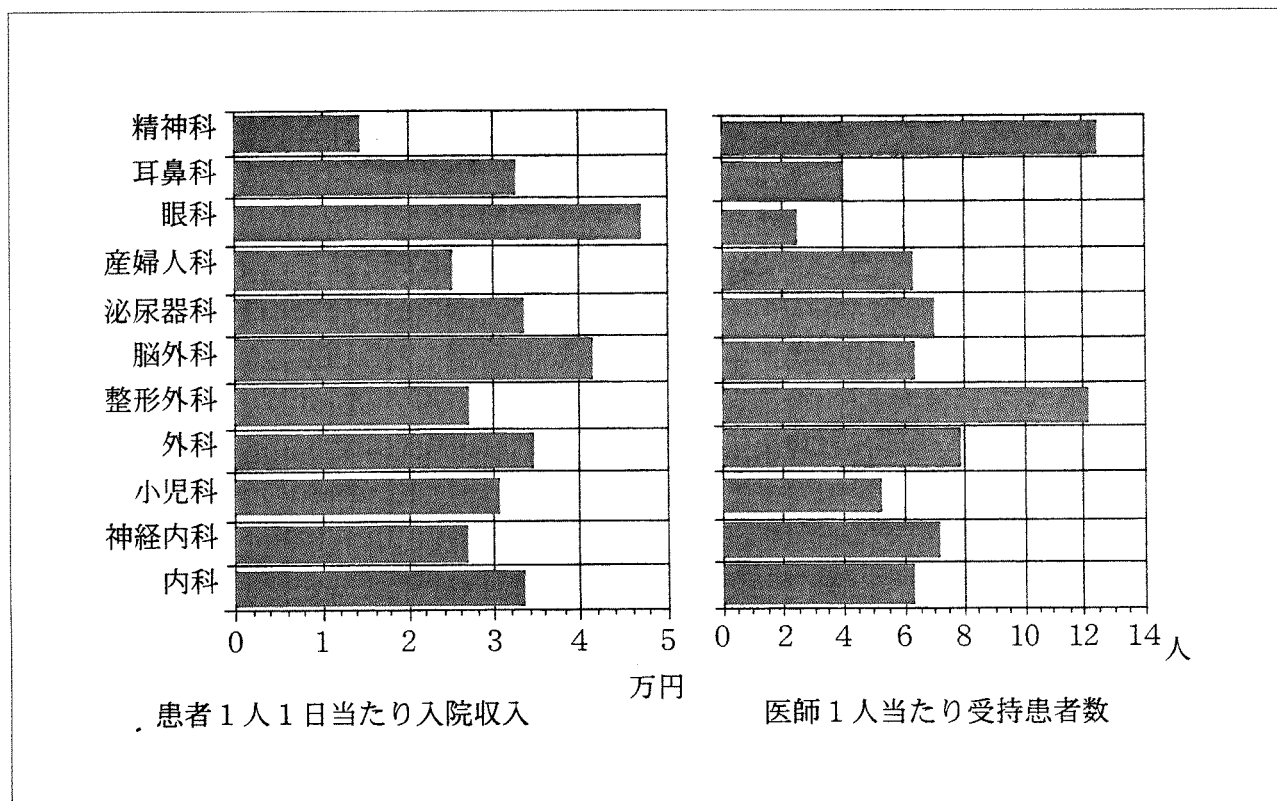


図7 各科別入院収入および受持患者数比較(2)

(1995年 N病院：精神50、一般600)

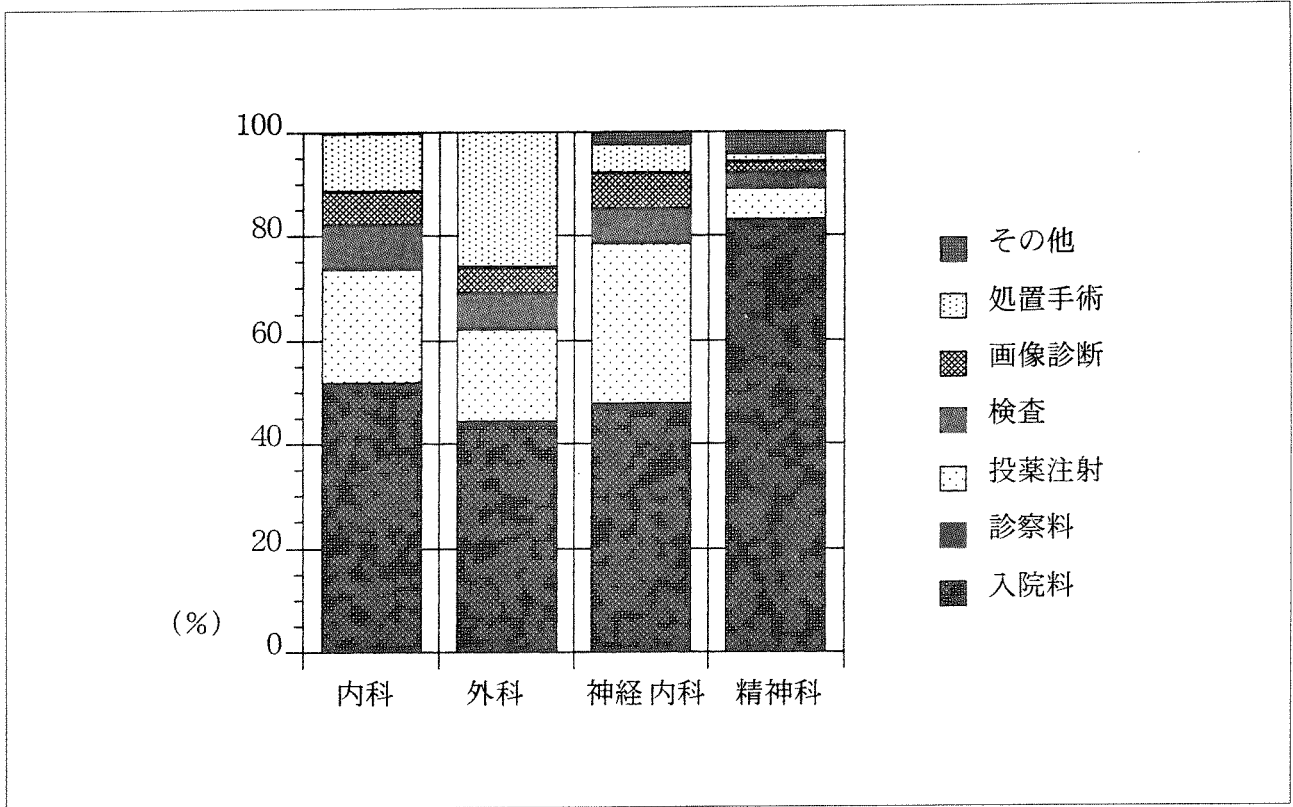


図8 入院患者1人1日当たり診療収入内訳

(1995年)

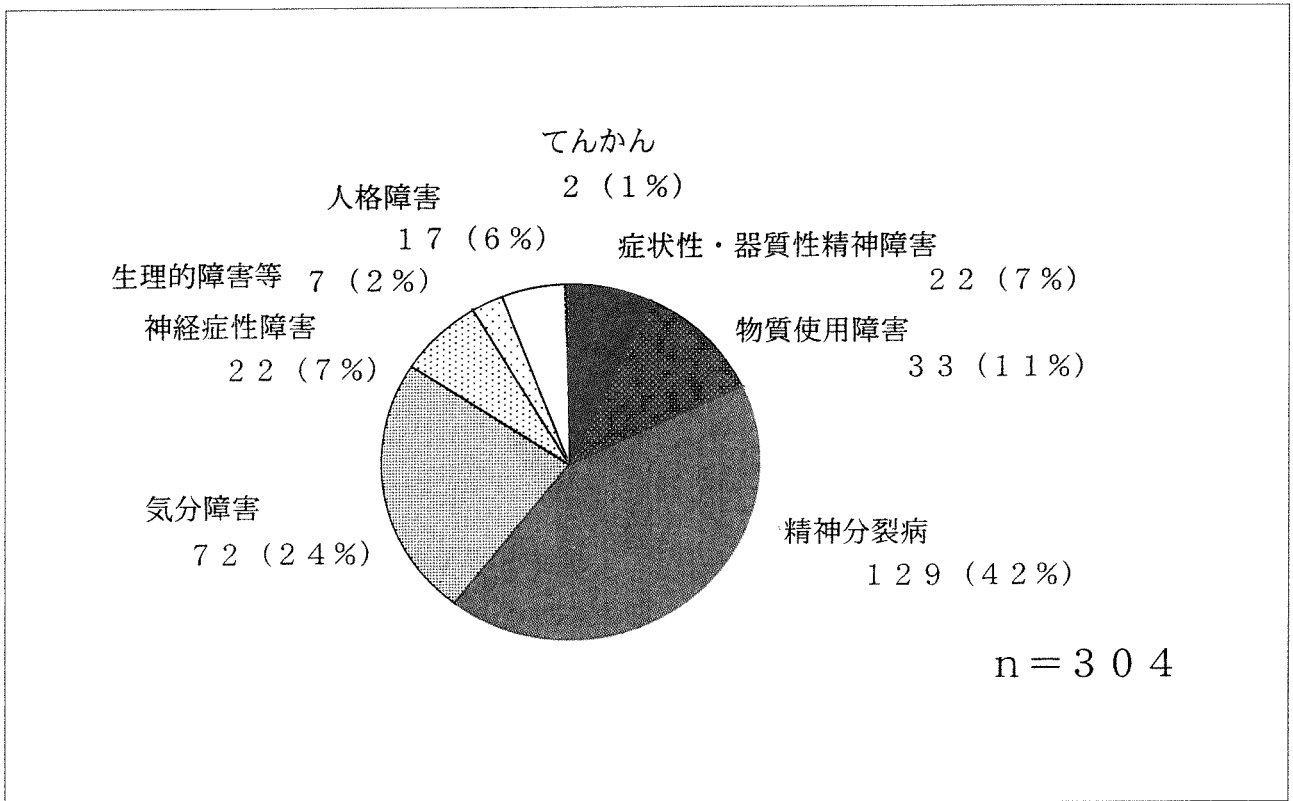


図9 1997年 入院患者診断分類

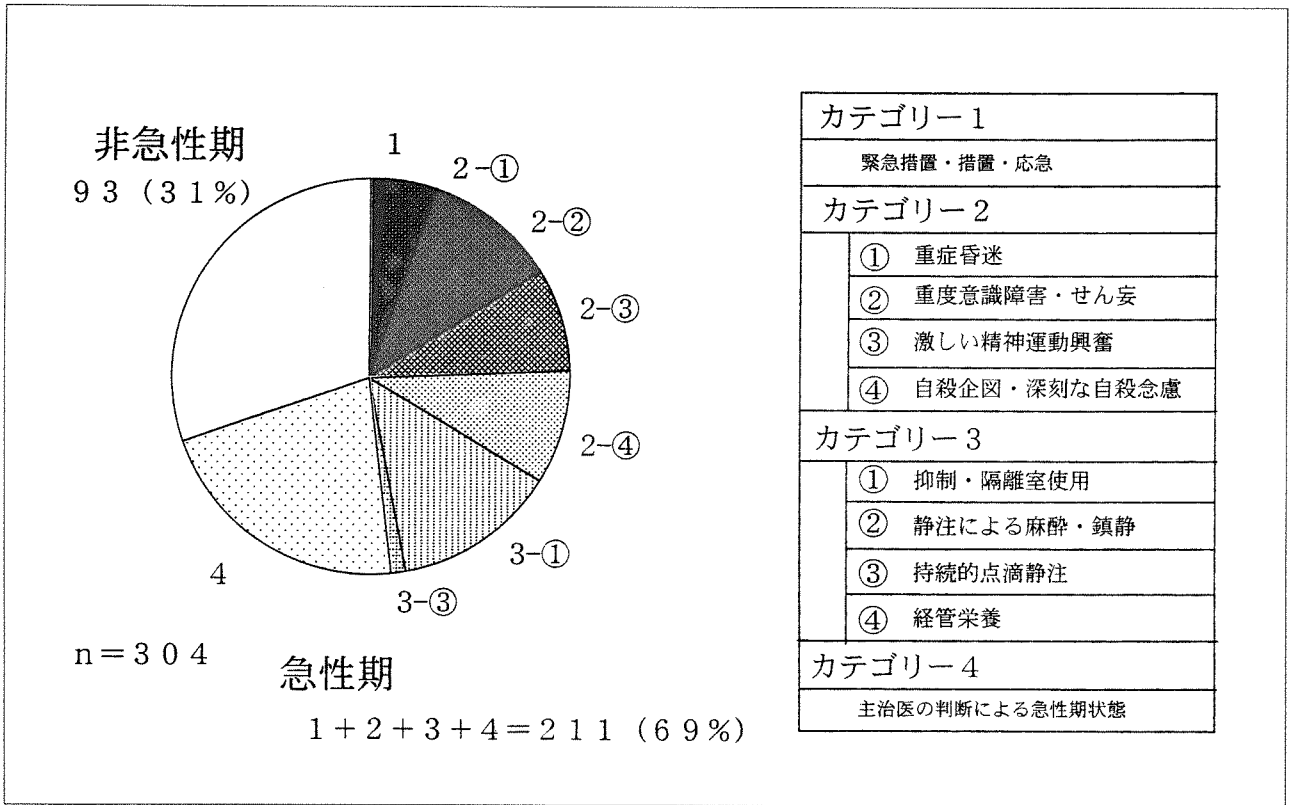


図10 入院患者中の「精神科急性期」(計見試案)の比率

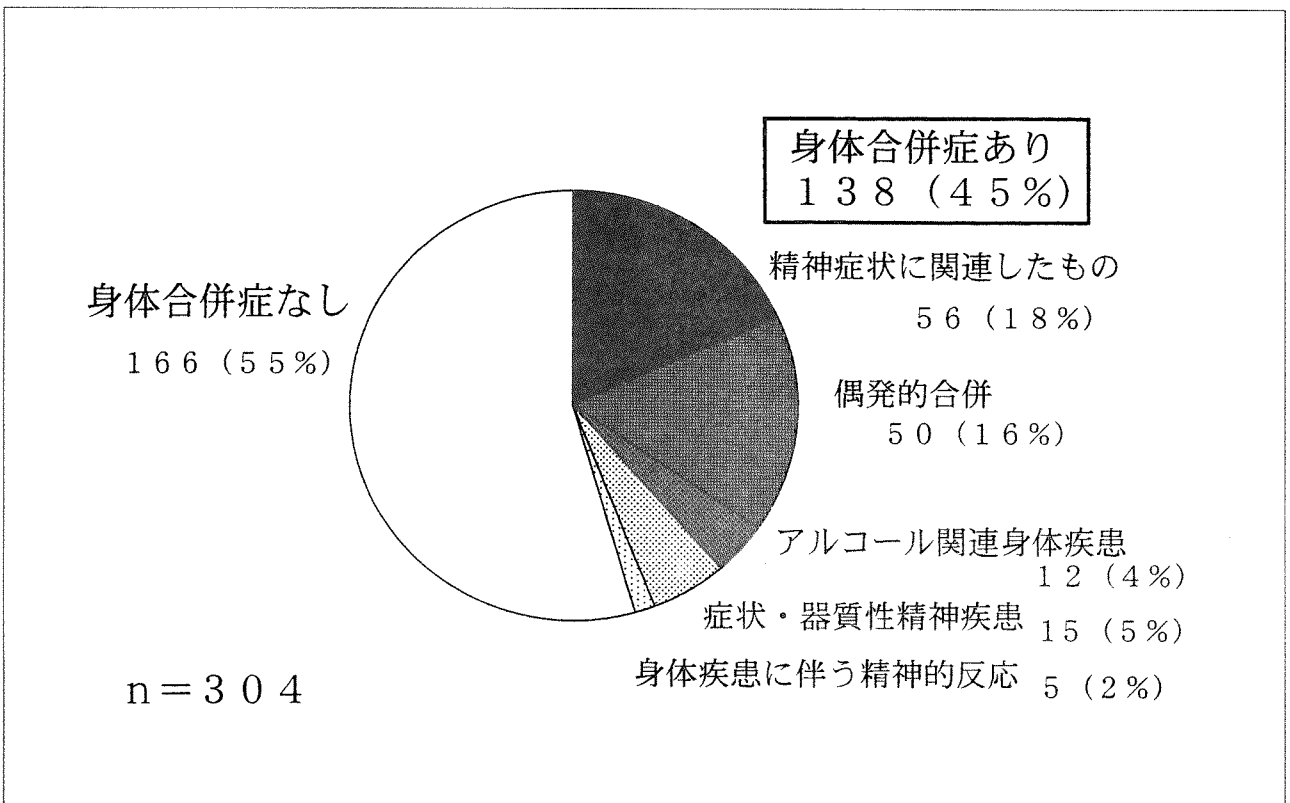


図11 入院患者中の身体合併症保有者の比率

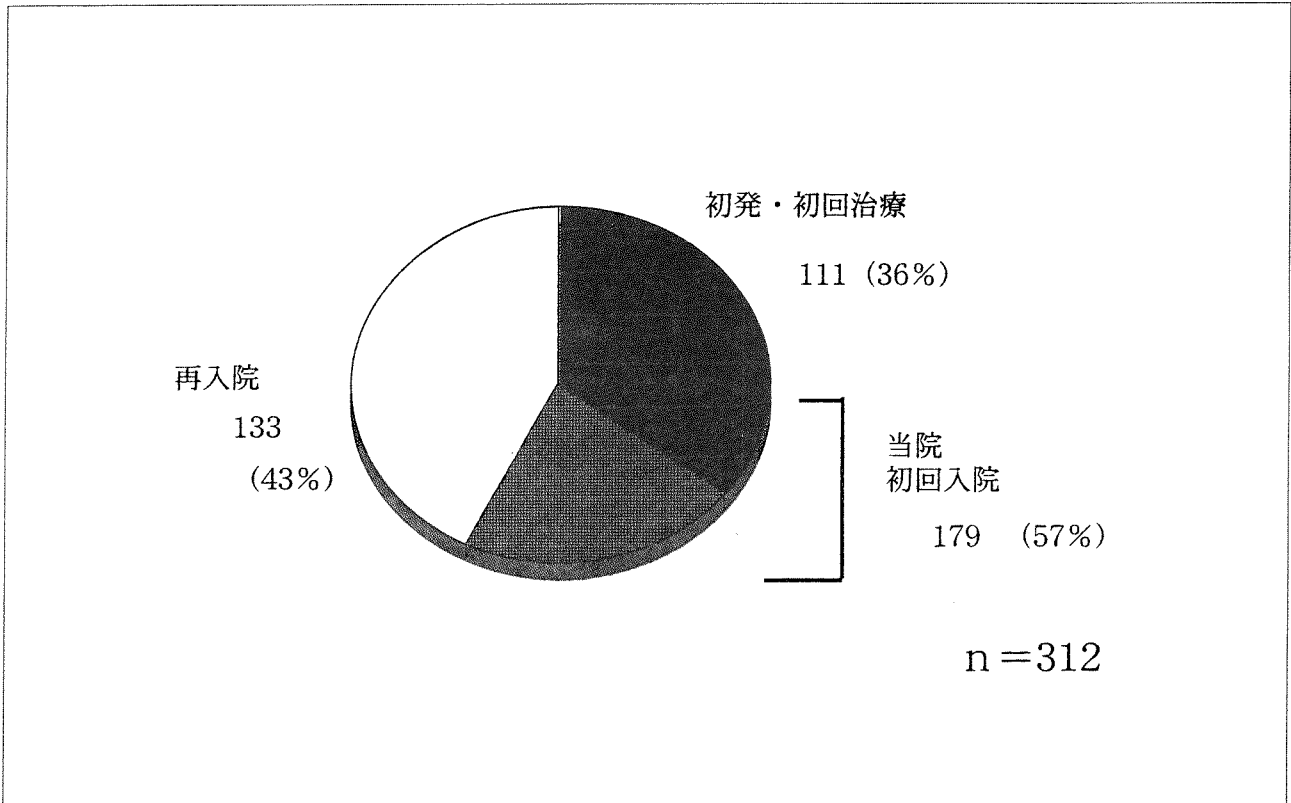


図12 初回入院者、初回治療者の比率

(1996年)

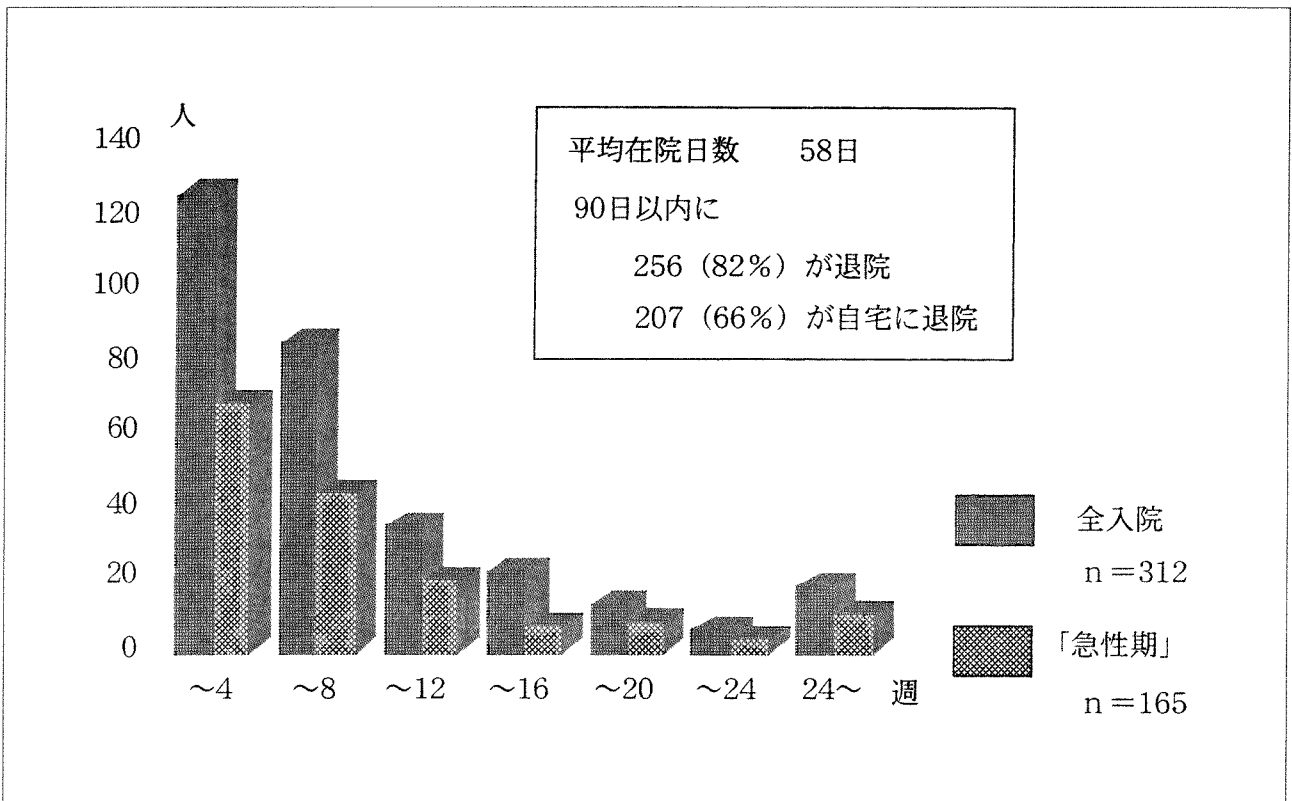


図13 入院日数

(1996年)

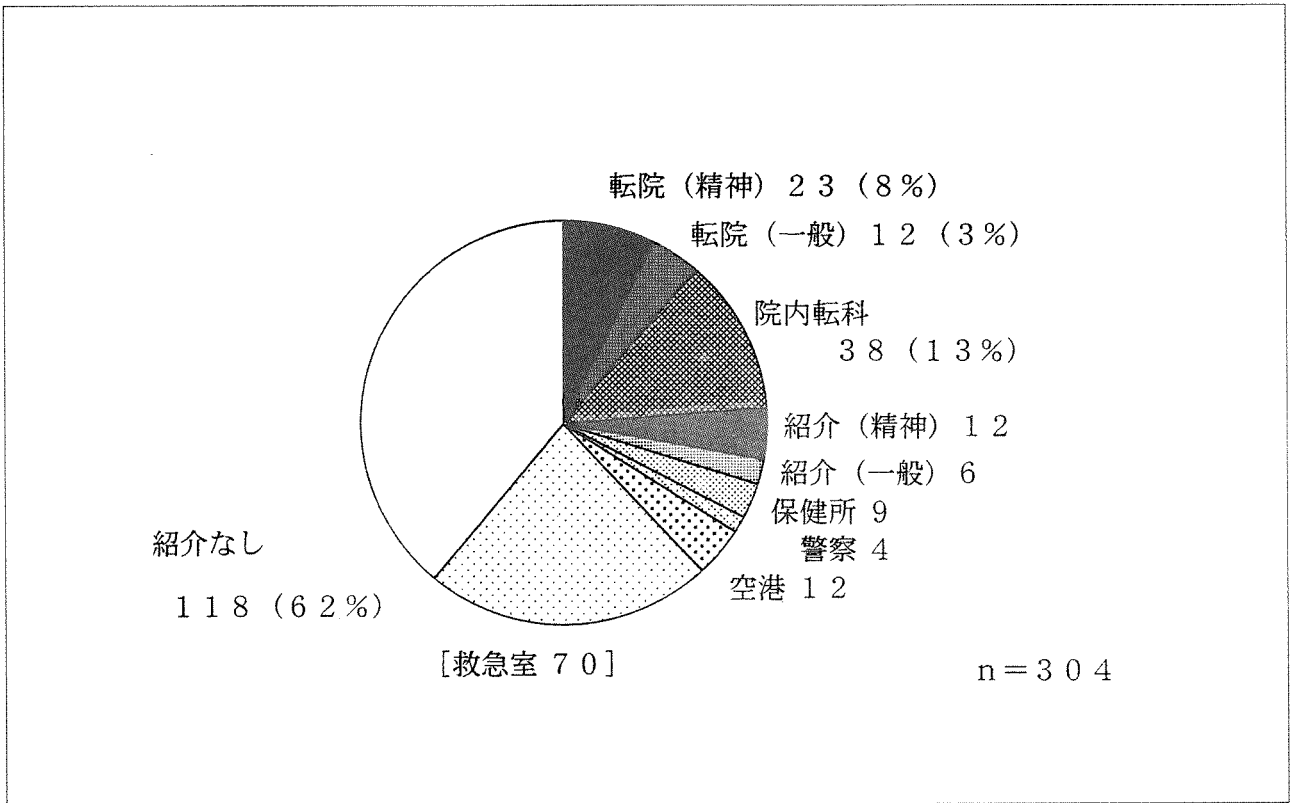


図14 入院紹介経路

(1997年)

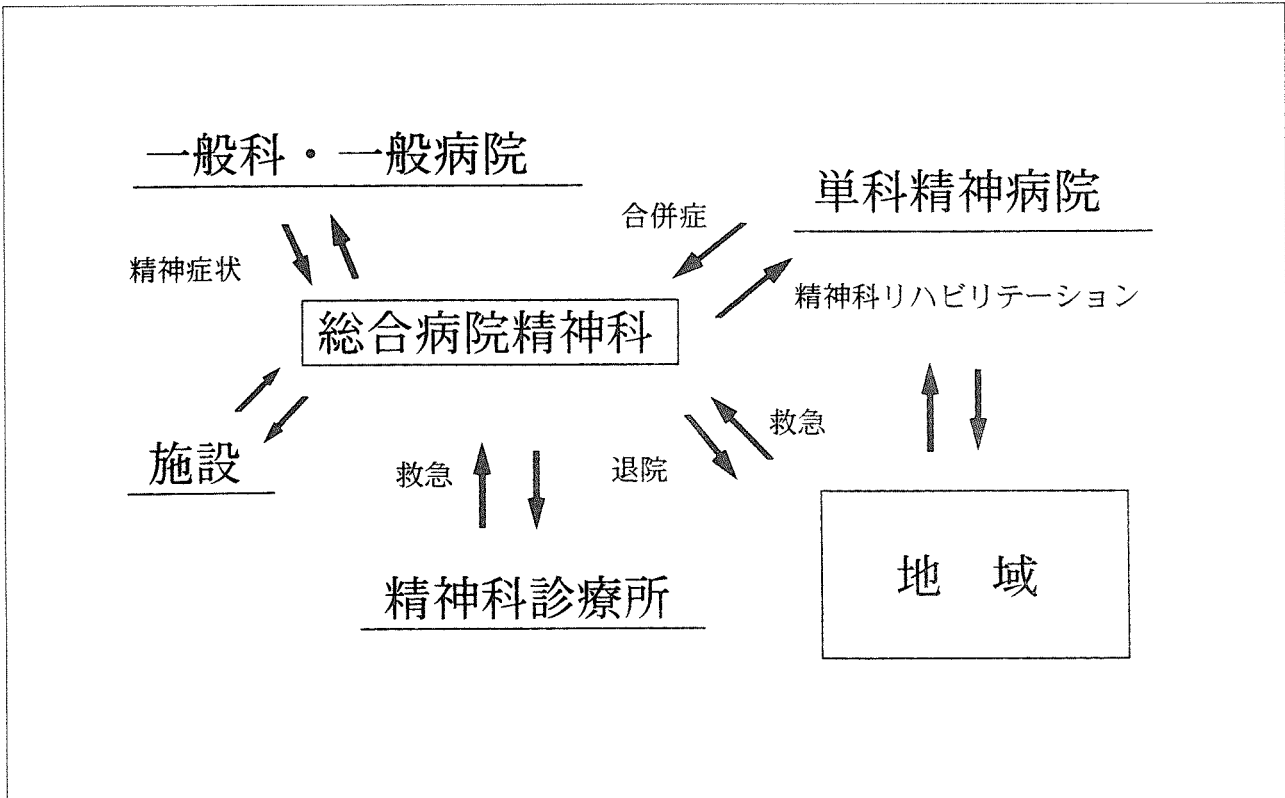


図15 二次医療圏レベルにおける総合病院精神科を含んだ医療連携

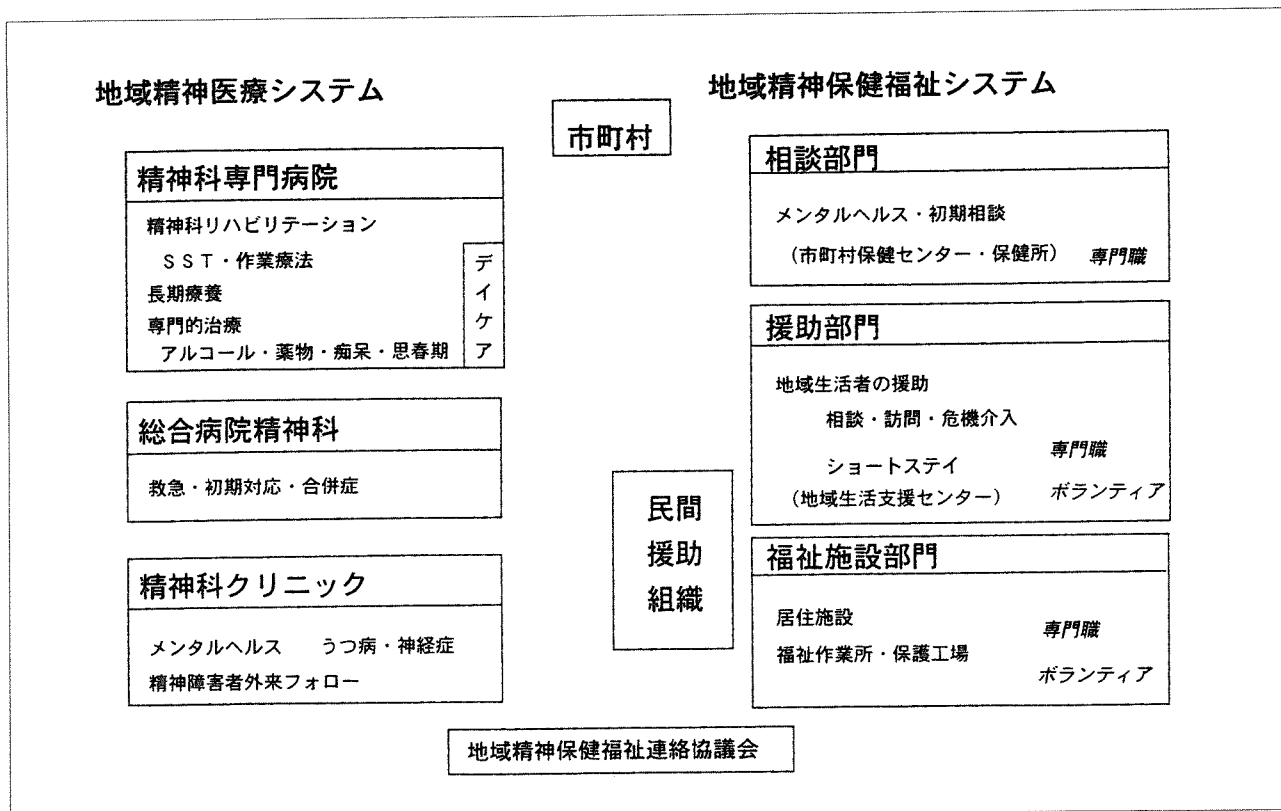


図16 地域精神保健・医療・福祉モデル

マライゼーションにいたる幅広いニーズに応えるようになるものと思われる。

当地区においては平成3年の北総精神科医会の発足を端緒に当地域における地域連携の模索が始まり、平成9年には成田地区精神障害者家族会「なりた会」、精神医療施設従事者・保健所職員・市職員を中心にした成田地区精神保健従事者の会が発足し、平成10年には成田市における総合的な精神医療・保健・福祉システムを構想していくための「成田市精神保健福祉推進協議会」が発足することになった。この協議会は、市単位のものとしては千葉県内では船橋市に次ぐもので、精神医療保健福祉の関係者と成田市が一体となり当市における精神医療保健福祉について検討していくものである。図16のようなモデル概念を元に地域システムの整備が徐々に進められていく予定である。

このように精神科救急・急性期医療、身体合併症医療を中心にした総合病院精神科（有床）

の活動は地域における精神医療の整備に極めて有効であり、精神医療と一般医療を緊密に連絡するという役割も有している。こうした精神医療における機能分担がさらには医療と福祉との本来的な機能分化を促進し、さらにはそのことを基礎とした地域における統合的な精神医療保健福祉システムの構築をも可能にするものと思われる。

どんな障害があっても一人の市民

～ふつうに暮らせるまちづくり～

宮 川 齊

(みたか共同作業所むうぶ舎／地域精神保健社会福祉協会 (CMSA))

三鷹からまいりました。先程、この会合の前の昼食をとりながらの打ち合せでもちらと申し上げたのですが、何となくこの場で発言することのぎこちなさを感じています。それは精従懇という団体が非常に専門家の多いことと関係があるかもしれません。私、専門家と聞くとすぐ、昔、たしか片桐ユズルという詩人が“専門家は保守的だ”とうたったことがふと頭をよぎってしまうのです。

ただ、昨日一日ここで話を聞いていてチラと、時代の流れかなあと感じました。私の所属しているのは地域精神保健社会福祉協会 (COMMUNITY MENTALHEALTH SOCIAL-WELFARE ASSOCIATION) といいますが、コミュニティメンタルヘルスという言葉がたくさん聞こえたからです。

こんなことを前置きにお話を始めたいと思います。

私の話のタイトルは、司会の神さんとの話し合いの中から私の中に浮かんできたものです。言ってしまうと、これが目標であり結論であるようなタイトルです。

1. 三鷹市～こんな街からの報告です

いまから話しますのは、医療とか保健とか福祉とかの方法論としての抽象的な“地域”ではなくして、私の暮らしている三鷹の街の具体的な報告です。

この街は発展する新都心新宿から JR 中央線に乗って西へ約20分、23区と多摩の接するとこ

ろです。いろんな意味で狭間という感じがします。面積約16km²、東西約5 km、南北約4 kmくらいで、自転車でぐるぐる回れる規模の街です。人口約16万人。これ以上増えると困るけれど、結構体力のある大きさです。今年度の予算は一般会計570億円くらい、そのうち福祉関係が32.3%と割りと多いと思います。過去において結構福祉に力を入れてきた街です。

20年以上前からコミュニティ行政というものが発達しておりまして、市域を7つに分け、住民協議会が作られ、コミュニティセンターがあります。それぞれに年間約1億円の予算が市から出され、そこを基本的に住民が管理する実質的な自治区が作られています。また、基本計画や福祉計画が立てられるときに市民会議という方策をとり、市民の意見が反映するような仕組みを採用しております。

私がいま三鷹の街のことをやや詳しく話したのは、私達の運動が街の在り方と密接に結びついているからです。

精神保健関係についてお話しますと、この街は精神病院が多いのが特徴です。16万人の人口に1300床、人口比では全国平均の3倍くらいではないでしょうか。たぶん昔、田舎だったからたくさん出来たのだと思います。市民はこれを知りません。

いま、1300床という言い方をしました。この世界ではそういう言い方をするので言いましたが、実はこの“床”という言い方は何となく私の感覚に合いません。ベッドというのは眠ると

ころだと思うのです、夜に。病院のベッドというのは、そこに横になっていないといけない状態だから、入院してそこにいるのだと思います。ところがこの商売に入って病院に行ってみますと、寝ていない人が大勢いるわけです。あるいは寝ていたくもないのに寝かされている人がいる。普通に考えて10年もベッドに寝たままということはないでしょうから、“1300床”という表現をすること自体に非常な違和感を覚えます。

87年まで、地域の病院以外の社会資源は「三鷹保健所のデイケア活動」以外にありませんでした。88年に、市内最初の精神障害者共同作業所が市民運動から生まれ、同じ年に家族会が発足しています。これはいずれも全国的にみて決して早くはありません。しかし、91年に作られた2000年までの現在の市基本計画には「精神障害者の自立促進」という文言がきちんと入っています。これは全国的にみて早いと思います。それは先程述べましたように、基本計画を作る時に市民参加のシステムが比較的早い時期からある程度機能していたことを意味していると思います。市民参加や福祉の土壌があるため、いったん動きだすと早いのです。現在、様々な運動の中で自治体の基本計画に精神の問題をきちんと位置付けようという流れがありますが、三鷹では91年に出来た現在の基本計画に既に精神のことが入っています。そのため予算などが比較的早くきちんとついています。

92年から、社会福祉協議会に「精神保健ボランティア講座」が開講しました。これも全国的にみたら決して早くはないと思います。これは私も関わっていたボランティア活動推進協議会で、今後はこの分野のボランティア活動が必要だと提言し、実施されたものです。以後、毎年開講され、現在3つのボランティアグループが

生まれ、活動しています。88年から10年経った現在、精神障害の作業所が9箇所になりました。人口比では都内最高の設置率だと思います。補助金も10年前は市独自のものはありませんでしたが、現在では都と同額及び施設整備費で、Aランクでは総額年間約3,000万円、都内最高クラスだと思います。市民の動きとそれに応えた行政の成果です。しかし、法的な裏付けがないものですから、常に私達と行政との力関係の上に成り立っているとも言えます。そのため折々に請願を出したりしています。96年には、市基本計画（改訂）にあたり「精神障害者施設の整備・充実」が加えられました。

97年、統廃合で三鷹の保健所が無くなりました。お隣の武蔵野になったわけです。ちなみに人口は三鷹が約16万人、武蔵野が約13万人ですから、両方合わせるといわゆる二次医療圏の約30万人になります。精神保健に対してそれなりのことはやっていますが精神保健のマスタープランは三鷹にありません。そのため、熱心な職員はいますが、その熱心な力が今後どのような方向に向かっていくか、危惧せざるを得ない部分がございます。市民の健康を守る自治体の姿勢が問われます。

2. 「精神障害」との出会い～むるっく相談室で

さて、10年前に三鷹で精神障害者の作業所がどうして生まれたか、お話したいと思います。

85年、13年前ですが、三鷹の中で消費者活動や自然保護運動、障害者運動、あるいは労働運動など、いろいろなことをやっている人間が「たべもの村」というレストランで交流会をしていく中で、自分たちの街のことを余りに知らないことに気づきました。逆に言えば、暮らしの基盤である地域、具体的には基礎自治体に気づい

たわけです。市部とはいえ23区に隣接し、都市化が進んでいて、お互いが孤立して住んでいる。ちょっとした困ったことにも相談する人がいない。行政に相談窓口はあるが敷居が高い。そういうことが出てきて、私達はボランティアで市民相談活動を始めました。孤立化した都会の暮らしに人々のつながりを作りたい。だれもが暮らしやすい街を自分たちの手で作ろうというわけです。一月1,000円の会費で、最盛時には百数十人の方が会費を出して下さり、マンションの一室を借りて、一切無料、何でもどうぞという市民の市民による市民のための相談室を始めました。専門家の弁護士や医者、教師が色々アドバイスしてくれました。

相談活動が続ける中で、心の病が非常に多いことに気づきました。3割以上です。その時点まで三鷹にこんなに精神病院が多いとは知らなかったのです。私達は相談活動の中で一つのニーズを発見し、その解決のため精神科医を招いたり、保健婦やワーカーを招いて勉強会を始めました。市の職員にも参加を呼び掛けました。こういった中でよその街には共同作業所というものがあることを知ったのです。私自身も病む可能性がある、そして私が病んだとしても、私はこの三鷹ですっと生きていきたいと思っています。そこで私達は生きられるための方法の一つとして作業所を作ろうと考えました。87年夏、「三鷹に精神障害者の共同作業所づくりを進める会」が発足し、88年に私達の作業所が生まれたわけですね。

3. 障害を持ってこの街で～むうぶ舎の歩み

10年前、発足にあたり多くの人間が何日も何日も夜遅くまで話し合い、理念としていくつかのものにまとめました。

その一つが出会いと憩いの場、二つ目が生活体験の場、三つ目が働き場の場です。この三つは狭い意味でのいわゆる作業所の働きだと思いません。しかし、作業所の中で職員とメンバーとが相対して気持ちの良い空間に浸っているだけでは何も変わらないわけです。また、作業所だけで生きられるものではありません。私達は市内関係機関のネットワークづくりを四番目の働きと考えました。同時に、関係者だけの間につき合っているのは普通の暮らしではありません。ですから、三鷹の街のすべての人が精神障害について理解してくれる道をめざす働きも私達の仕事だと考えました。

こういった五つのことを話し合っただけですが、10年経って、そんなに間違っていない方向だったなと感じています。

普通、暮らしについて衣食住という言い方をしますが、私達は医衣食職住友遊とっています。こうしたものをどうやったら自分のものとする事が出来るか、それを基本に活動してきました。

当初、作業所自体、場所を借りることが困難だったので一戸建の事務所をもつボランティア団体の事務所に間借りして始めました。カネとヒト求めバザーを行い。精神保健への理解の機会ともしました。90年には自前の事務所を得て移転し、メンバーが増えてきた93年には第二作業所を作りました。その時、性格づけをしました。一つは比較的ゆったりした時間の流れる、病院から戻ったばかりの人にも入りやすい“憩いの手づくり工房”です。ただ世間の風も入りにくくなりますが、そういった場所も必要ではないかということです。もう一ヶ所は“リサイクルショップ”。バザーをやって最高は200万円を越えたときもありますが、その残り物が案外売れる、そこで大家さんの理解の下に建て替え

の時、店舗形式にしました。精神作業所などという看板を出しているわけではなく、世間の人々が自由に出入りできるショップです。最初はカウンターでうつむいているだけだったメンバーが次第に顔を上にあげ、やがては結構面白い冗談をお客さんと交わすようになっていきます。この頃、広く市民に向けた心の電話相談室「めんたるこーる」も開設しました。

96年、私達はコンセプトをはっきりとさせた三つ目の作業所を作りました。メンバーはかなり仕事ができます。少々の支えがあれば、相当のことができるのです。しかし、アルバイトの試験を受けにいったら落ちて帰ってきます。たまたま入っても、食後に薬を飲んでいてそれは何なんて聞かれると、相手に他意はないのですが、それでぎくくとして翌日から行けなくなってしまいます。社会が変わってくれて、もっと企業が受け入れてくれればよいのですが、そうならない現状では作業所制度を活用して一般の職場に近いものを作ろうと考えました。それがレストランの食茶房むうぶです。

私は90年の初夏にイタリアのトリエステに4日間いました。北イタリアの五月は非常に良い季節で晴天が続いていましたが、朝から夜遅くまでフランコ・バザリアのあとを辿るように街の中をぐるぐる回りました。そこで出会った素敵なレストランが私の頭の中にしみついていた。病院を開放して街に出ていったメンバーが食事をする場所であり、街の誰でもが入れるとっても素敵なレストランなのです。

メンバーの仕事を作るにあたって、いったい何の仕事が良いかと考えました。物を作るのも良いのですが、ずっと買ってくれないと困ります。販路を永久に拡大しないとなりませんから。しかし、人間であればかならずものを食べます。食べ物はしっかりしたものを食べたい。そうい

うことで、私の頭の中のトリエステのイメージ、そして職員でとても食に関心を持っている者がいて、レストランを作ることにしました。

レストランを作るにあたって、食事を扱っている作業所だけでなく世間の普通のお店もたくさん見学しました。また、決まった場所の周囲の食べ物屋の味と値段、雰囲気などを調べ、マーケットリサーチも行ないました。そんな風にして作り出したレストランの工賃の目標は500円としました。売り上げによる変動制で、スタート1年後の目標です。一般のごく普通の方は笑うかも知れませんが、作業所の現実をご存じの方は逆に驚くかもしれません。私達の従来の工賃は100円台から200円台です。500円というのはかなり冒険の目標でしたが、最初の年の3ヵ月目にクリアしました。現在、2年目ですが700円を越えることがあります。お金だけじゃないよという方もありますが、お金は非常に大事です。多様化するメンバーのニーズの中で“働きと出会い”にポイントを絞った第三作業所が「食茶房むうぶ」です。命の源の“食”を職として、会合の出来る和室やギャラリーを設け、コンサートなども行なっています。

お店という形はすごく良いと思います。メンバーは一般にコミュニケーションに不得手ですが、不得手だからといってクローズドな場所にいるのではなく、むしろ世間の風に吹かれていくと結構出来るのです。習うより慣れろだと思つづくと思います。

私達は街の中で街の一員として生きることを考えの基本に置いています。先程、申し上げた地域の住民協議会にも参加し厚生部会の役員をし、運動会や盆踊りなどに参加しています。リサイクルショップは地域の商店会の会員となっていて大売出しなども一緒に行ないます。また、三鷹市の計画作りなどにも積極的に参加

し、発言しています。

4. 障害を越えたつながり～街を変えるために

世界全体が幸福でなければ私は幸福ではない、と言ったのは確か宮沢賢治だったと思いますが、私達の仕事もそうだと思います。現状を良くするには自分たちのことだけでは駄目です。私達はベースを基礎自治体である三鷹市と考えていますので、三鷹市を良くしなければうちのメンバーは幸せにならないと、市の基本計画や福祉計画の策定に積極的に参加しています。

90年に、市の基本計画（1991～2000）策定を前に、“障害者も一人の市民として計画に意見を”反映させようと、西三郎氏と私が市内の様々な障害者団体・作業所に呼び掛け「三鷹市障害者福祉懇談会」を結成し、意見書を提出しました。しかし、私達の狙いはそれだけではありませんでした。普段の自分の仕事だけで精一杯で、横に結びついていかない障害者団体をつなげていこうというのが本筋でした。懇談会は会合を定例化して組織化し、障害に関わる団体・個人の連絡機関として成長しました。92年の「福祉プラン21」の策定に際しては、存在を認められ計画案検討市民会議委員を出しています。そこから仕事を受注するため「三鷹市障害者ワーククラブ」が生まれました。市より公園清掃や市

役所内の売店の経営を受託、また新しく出来た高齢者住宅1階に喫茶店開設し運営に奮闘中です。

最初にお話しましたように、私は精神保健プロパーの人間ではありません。私が話しているのは精神保健だけでなく、むしろまちづくりの話です。一人の人間として安心して生き、暮らしていける街をどうやって作るか、これが私のテーマです。そういった意味で私達の仕事が必要とするのはまず常識です。次に地域の知識、そして専門領域の知識です。

保健から見たとか、また医療や福祉から見たとか、そういった色々なモデルがありますが、そういったサービスを統合し体现して生きる主体としての生活者、市民としてのモデルがあって良いと私は考えます。

タイトルにかかげた“どんな障害があっても一人の市民、普通に暮らせるまちづくり”は、これを翻訳するとノーマライゼーションになると思いますが、このほんとうの実現はたやすいことではありません。しかし、その方向性をもって進んでいくと、その過程で様々な出会いがあり、様々な学びがあり、生きていて良かったなどと思わせられることがたくさんあります。私はそういった希望に向かってこれからも進んで行きたいと未熟ながら思っています。

精神保健への幅広い理解を
広げようとする市民会の地域の
中に広がる人のつながりの輪
をユニークな活動を通して紹介しよう

全国事例の大パナー
おれも100%を
おれも100%を
おれも100%を

参加団体は10を数え、にき中
かなは察りに色彩を七色です
・MAAM・三鷹市障害者会・老い味
・七ツト・たへ・村・アニア
会・親の会・西市民会館...

参加しています

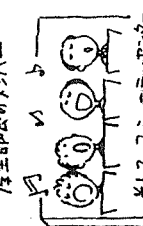
三鷹市障害者福祉懇談会

三鷹市障害者アーツクラブ



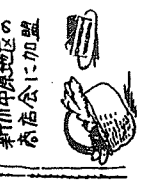
小ざび音楽会
クハカ(音楽家)
ハーブ・韓国舞踊
アマチュアバンド
舞いも
木登り

新川源住民協議会
厚生部会のメンバー

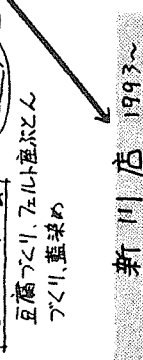


そして、ミニミニセンター
では、月/回、ユースと
メンバーが楽しんで
やっています。

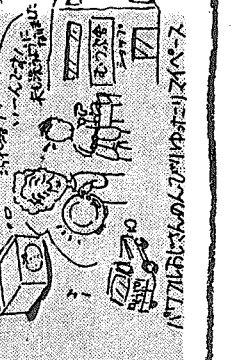
公南会
新川中原地区の
商店会に加盟



ものづくりの会
豆腐づくり、左利き座るとん
づくり、藍染め



新川店 1993~
〈川柳がが、石心作(下語体)〉
ごっこに
おれも100%を
おれも100%を
おれも100%を

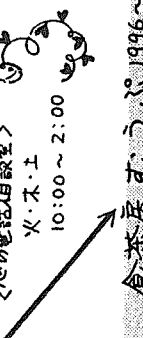


またか共同作業所
三鷹市障害者会
新川源住民協議会



市民活動のなかから芽を出したものが合にはゆるやのび人のつながりの輪が広がります

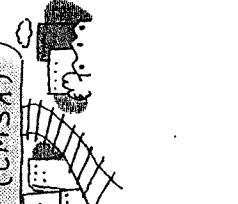
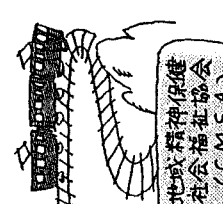
心んころ
〈心の癒し工房〉
Y. S. E
10:00 ~ 2:00



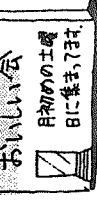
食茶房むうば 1996~
〈癒しと出会いの場〉
食をベースに作る菓子作り



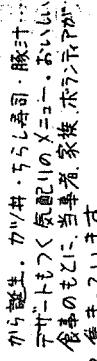
住とこえ
地域精神保健
社会福祉協会
(CMSA)



またかホランテック
おいしい会
月初の土曜
日に集まっています。



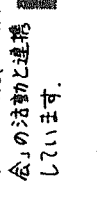
センターでの精神保健ボランティア講座
から誕生。カツ井・5らし高司・豚江...
テザートもつく気配りのメニュー、おいしい
食事のもとに、当事者、家族、ボランティアが
集まっています。



またか保健所
あおぎ会
三鷹市家族会
第4木曜日



「おいしい会」,
「一葉会」の活動と連携
しています。



社会福祉会館
二葉会
毎月
奇数月の最終
日に集まっています。



館の所で行った講座
から誕生。精神保健
に関する問題を、詳
かにしつと話し
合っています。

保健所における地域精神保健福祉活動の実践

三代 浩 肆

(神奈川県相模原保健福祉事務所、全国精神保健福祉相談員会)

ただいまご紹介頂きました三代でございます。私が全国精神保健福祉相談員会に所属するものですが、そちらからの推薦をいただいておりますが、本日ここで話させていただきますことは、すべて私の私見でありますので、まずお断りしておきます。与えられたテーマが保健所における地域精神保健福祉活動の実践ということでございます。今日までのとりわけ神奈川県内での地域精神保健活動がどうであったかということに触れさせて頂いて、将来に渡る地域保健の施策としてどういうものが必要か、あるいはそれを市町村、都道府県、国、あるいは民間とでどう分担をしたらいいのかということで施策的な観点からの提言をさせて頂ければと存じております。

まず、神奈川県における精神保健の保健所における活動でございますけれども、レジュメに箇条書きで整理させて頂きましたが、1965年の精神衛生法の改正に基づいて本県下の活動が動き始めます。まず川崎市、次に神奈川県、それから横浜市と、専任の相談員を福祉職で配置していく、さらに複数配置していくということが60年代後半には、さっそく展開され始めるわけです。当初の地域での展開はメディカルモデルで始まりますが、公衆衛生モデルの導入、さらにソーシャルワーク方法論としての個別援助（ケースワーク）、自己決定の原則を大事にしながらかわっていくというものでした。1970年から、今日の午前中にもお話がありましたが、吉川先生が厚生省にいらっしゃる頃に特別都市対策事業というメニュー事業がございまして、

その予算で家族教室を開催するとか、あるいは障害者の方々のデイケアが試みられたりしました。1970年以降は、ご存じのように病院精神医療がいろいろと議論される時代でございました。この時に神奈川県下の地域の特徴といたしましては、保健所が中心となって家族教室を開催するようになりました。その家族教室を更に家族会への組織化として援助することで地域家族会が1970年代から1975年にかけて神奈川県下くまなく各保健所単位に設置されました。そのことは、1980年代からの地域作業所づくりの時に、地域家族会が市町村と補助金問題を直接交渉ができたことで大きな成果を挙げてきました。

国により1975年からからは特別都市対策事業から社会復帰相談事業として予算化されるようになり保健所でもデイケアを始めるようになります。そしてポストデイケアとして何かを地域に用意しなければならなくなります。各保健所が模索をするわけですが、ちょうど1981年の国際障害者年を契機に県は新しい施策展開として、地域作業所に対する補助金制度と職親制度を打ち立てるわけです。神奈川県では市町村が作業所に補助金を出すものに県が2分の1補助するという仕組みを最初から打ち出してまいりました。ですからまず市町村にその予算化を願うわけですが、それには地域家族会が重要な役割を果たしました。更に1985年代になりますと、作業所連絡協議会に加えて職親会、精神保健ボランティア協議会、当事者の連絡協議会等が成立をしてくるわけです。更に作業所が地域で複

数化する時に必ず機能分化していく、授産に近い作業所、あるいはいこいの場に近い活動であるとかです。更に作業所の調査などしますと大体20%の方々が単身者であります。そうすると20人規模のところだと既に4～5人近くの単身者の方を抱えている。そうすると当然グループホームの問題が登場いたします。それでグループホームの創設を地域ぐるみでどうやっていくか、地域での社会資源の創設に、保健所のワーカー等もコミュニティワークの展開として参加していきました。更にグループホームや作業所のメンバーの方々の土日やイブニングの時間帯でのいろんなサポートの問題が課題となりました。地域での生活支援をトータルに進める拠点が必要だということが作業所の指導員や、多くの従事する方々から意見が持ち上がってまいります。当然行政もそれについてどう対応していくかということの議論を進めていったわけです。そうしたことがこれまでの大きな流れであったかと思えます。

さて、地域での今後の精神保健の課題として、どうしたものをも更に充実していく必要があるだろうかということをございます。一つにはポジティブメンタルヘルスの課題を地域でどう展開してゆくかという大きな課題があります。もう一つは、精神医療の整備の問題であります。これは昨日の白澤先生あるいは原田先生のご指摘の通りでございまして、私があえて重ねて申し上げることはございません。日本の精神医療から福祉的機能や司法的機能を分離することです。本来医療は医療としてのきちんとした治療のできる環境や条件整備をまずすることです。欧米のことを見ましても、社会復帰や地域ケアを進めるには、救急医療のシステムが併せて用意されるわけであります。そうした救急医療システムの整備の問題があります。それからもう

一つ日本では1965年以降、保健所は地域精神保健の拠点と位置づけられますが公衆衛生モデルでの地域保健であり、地域医療が不在のままの片肺飛行でした。欧米ですと脱施設化をする時にその職員は、ほとんどが公務員でありますから、地域に異動する、転勤するということが地域医療へシフト替えできたわけです。もう一つ地域側で重要なことは、クライシスインターベーションの問題があります。医師、PSW、保健婦等からなる危機介入チームが二次医療圏ごとに編成されれば、地域医療の一部を担うだけではなく、地域で生活している方々へのケアや社会復帰施設等に対してクライシスチームが機動力を持ってサポートする。あるいは入院を出来るだけ回避できるような形でのサポートをする。こうした機能を将来的にどこが担うべきなのか、もしかしたら都道府県の保健所だとかがこういった機能を担うというのも一つの在りようかとも思います。

それからもう一つ精神障害者の福祉の問題でございませけれども、これは既に厚生省でも身体障害者・知的障害者と共に精神障害者、難病の方々を含めた「障害者福祉法」の検討がされております。是非私は精神障害者も併せて障害者福祉法というものを一元化したものを整理をするべきだと思います。精神障害者福祉の実施主体は既に身体障害者福祉等がすでに市町村でするので、精神障害者の地域ケアを始めとする福祉の問題は市町村の事業ということに当然なっていくべきだというふうに思います。

それからもう一つ大事なことは、基礎自治体としての市町村の問題であります。介護保険法が2000年から実施されるわけであります。この介護保険を実施するに当りましても、事業実施については広域連合だとか一部事務組合を町村を越えて構成しないと、町村財源を圧迫すると

いうところが全国的にかなり多かろうと思います。最終的にはこうした広域連合や一部事務組合が更に再編統合されて新しい基礎自治体の形成というのがやはり21世紀に期待される、またそうでないとある程度の財政規模を持たないと施策の展開がむつかしいと思います。

精神障害者の福祉の問題は今後、市町村が実施主体として中心になって進める。しからば都道府県は何をするのか、ということになってまいります。今一度急性期治療の問題、救急医療のシステムの問題があります。ドクターカーを含む危機介入チームなど医療的側面の整備は広域的であり、市町村単位でやることはかなり無理があろうかと思えます。そういったことを担っていくのが都道府県の役割ではなかろうかと思えます。これからの都道府県保健所の役割ということで、レジュメのア～エまでの、いわゆる精神的不健康の予防、早期発見、早期問題解

決等そういったことを本来的には市町村レベルで行うことなのでありましようけれども、これを保健所あるいは精神保健福祉センター等が支援する、あるいは技術援助をするというような関わりは必要でしょう。今後障害者の福祉の問題は市町村が中心となって今後は実施していくということになれば、今の宮川さんの三鷹での実践活動でありますとか、あるいはこのあと藤井さんや門屋さんにお話頂く住民と共に地域を作りあげていくというプロセス、それがなくしては地域によるノーマライゼーションということは進まないだろう、常にそうした市民運動が、あるいは当事者を含めた市民運動が行政や議会に要求をしていくというのが本来の民主的な社会ではないかというふうに思っております。時間がまいりましたのでまず第一段としてはここで終わりにさせていただきます。

医療と福祉の関係をめぐって

医療と福祉の関係はどうあるべきか

藤井克徳

(日本障害者協議会・共同作業所全国連絡会)

1. 動き出した社会福祉・障害者施策の見直し 動向と精神障害者施策

「社会福祉基礎構造改革」なるものが忽然と姿を現し、社会福祉制度の根幹的な見直しがすすめられようとしている。社会福祉法人や措置制度のあり方、施設体系の見直しなど、精神障害者施策にも大きな影響が出てきそうである。

障害者プランについては、策定後3年目に入ったがその進捗状況ははかばかしくない。もともと、数値目標の低さなどで不十分さの目立つプランであったが、国財政の悪化のあおりを受けさらに後退を余儀なくされそうである。とくに、障害者プランの裏打ちを成す市町村障害者計画については、その策定状況が注目されることである。昨年(1997年)3月時点で17.9%であったが、本年は20%台とやや伸びているが低迷の域は出ていない。市町村障害者計画において、精神障害者施策がどの程度明記されているか、これも大きな注目点であるが、昨年の3分の2程度(68.7%)からそれほど好転していない。

なお、来年の通常国会において、次の障害関連の法律が改正される予定である。精神障害者の地域生活を考えていく上で極めて重要である。

- ①社会福祉事業法
- ②身体障害者福祉法
- ③精神薄弱者福祉法
- ④精神保健及び精神障害者の福祉に関する法

律

⑤民法(成年後見人制度創設)

⑥年金法

2. 現行制度の問題点(地域での実践の発展を 阻んできたもの)

精神障害者に対する地域生活支援策の拡充の必要性が唱えられて久しいが、遅々として進捗を見ない。そこにはさまざまな要因が見られ、かつこれらの要因が複合汚染ふうに関連し合いその拡充を妨げているのである。以下、その主要な点について略述する。

1) 社会福祉施策の貧困・改革の鈍足性

地域生活を支えるための社会福祉制度は、極めて希薄である。問題を詳細に見ていくと、さらにいくつかの要素に分けられる。その第一は、他障害者(身体障害者・知的障害者)対象の福祉制度との格差が甚だしいことである。第二に、遅れているにもかかわらず改革の速度があまりにも鈍いことである。第三は、社会福祉施策を促進するための根拠法令が確立されていないことである(現行の「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」は、社会福祉分野に関する本格的な根拠法令とは言い難い)。

2) 福祉的な社会資源の絶対数不足

1987年の精神保健法制定(精神衛生法からの改正)に伴って制度化された社会復帰施設であるが、その数は一向に伸びない。1997年10月1日現在で、そのすべてを合わせても348カ所に

すぎない(生活訓練施設・福祉ホーム・通所授産施設・入所授産施設・福祉工場)。これらの総定員数は6千人足らずで、実利用者数となるとその70%程度に留まっている。最大の問題点は絶対数不足であるが、設置が進まない背景として次の点があげられる。その第一は、これらの社会復帰施設を設置しようとする、法人格取得のための基本財産の準備(社会福祉法人取得に際しては、基本財産として土地が必要)や施設建築費の自己負担金(実質的には総工費の半額程度)の確保など、莫大な経費がかかることである。第二は、設置後の運営にあたって支弁される公費が非常に少なく(他障害の同類施設制度と比べて)、関係者のあいだで設置の意欲が湧いてこないということである。

結果的に、現状では生活訓練施設及び福祉ホームを中心に医療法人経営による社会復帰施設がかなりの数を占めている。それらの中には病院敷地内設置のものも少なくなく、地域生活を支える社会資源というよりは、さながら「準病室」「第2精神病院」そんなイメージである。

社会復帰施設以外に、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)や地域生活支援センターがあるが、いずれも有効値とは言い難い。

3) 市町村行政の無責任性

高齢者や身体障害者と異なって、精神障害者に対する市町村の行政責任は法的には何ら規定がない。したがって、障害者プランにもとづく市町村障害者計画にあっても精神障害者に関する記載はあいまいなものに留まっている。しかし、精神障害者も住民の一員であり、基礎自治体における格差のない対応が求められる。具体的には、①精神障害者に関する施策の権限を、現行の都道府県から市区町村に委譲する②障害者基本法第2条第2項を改正し、市町村障害者計画の策定を義務規定とする、が急がれよう。

4) 求められる医療機関(医療関係者)の姿勢転換

社会福祉制度が立ち遅れている主要な要因は、前述してきたとおり、法制面の不十分さに尽きよう。加えて、こうした状態を放置してきた問題についても、明確にしておく必要がある。そこには、「医療中心主義」「医療完結主義」こうした考え方が横たわっていたように思う。もちろん、医療は精神障害者の処遇のベースを成すものであるが、その視点のみで地域生活全体までもというのには無理がある。疾病(症状)偏重の精神障害観に社会福祉分野の育成が阻まれ、今日の医療偏重の施策体系につながっているのである。行政とあわせ、医療機関の責任もまた問われるところであろう。

3. 地域生活支援の基本視点と近未来像

1) 堅持すべき4つの視点

- ① 即応性
- ② 総合性
- ③ 系統性
- ④ 選択性

2) 地域生活を支えていくための4つの基本施策

具体的には、①働く場・活動の場、②生活の場(住まい)、③所得保障、④人的支援、の4分野の施策で、これら一つひとつの質と量をいかに豊富にしていくか、ということである。

ここで大切なことは、4つの基本施策は決して精神障害者に限られたものではないということである。すべての障害者に共通しているといっておかろう。もちろん、この基本施策に加えて障害種別からくる固有のニーズへの対応は十分に成されなければならない(精神障害者の場合は、医療や保健分野は不可欠である)。身体障害者や知的障害者の地域生活支援策について

もまだまだ十分ではなく、その水準アップに向けては全障害がこぞってとり組んでいく必要がある。以下、4つの基本施策について近未来像まで言及できるかどうか別として、あるべき姿について略述する。

① 働く場・活動の場

まず第一にあげられるのは、働く場・活動(アクティビティ)の場についてである。言い換えれば昼間の有意義な過ごし方をどのように形づくるのかということになる。障害の程度や年齢などの条件から、①一般就業(雇用タイプ)、②高生産性の就労の場(福祉工場タイプ)、③中生産性・トレーニング機能の就労の場(授産施設・作業所タイプ)、④就労にこだわらない活動の場(福祉型デイケアタイプ)、の4タイプが必要となる。

一般雇用タイプについては、現行の「障害者の雇用の促進等に関する法律」への全面適用が早急に実現されなければならない。雇用関係が継続するか否かは、種々の要因によって規定されようが、ここでは本人への直接支援策に限って記すこととする。詰まるところ、人的な支援が基本策である。支援のポイントは二つ、すなわち①就職時および就職後一定期間(最初の1カ月が大切、最大6カ月)の同行勤務②長期にわたる相談・励まし・訪問支援、である。それを担う人がポイントとなるが、就職直前に在籍していた社会復帰施設のスタッフを含め柔軟に考えていく必要がある。ボランティア的な形ではなく、制度化していくことが肝要である。

福祉工場タイプ、授産施設・作業所タイプ、福祉型デイケアタイプについては、本人の能力や適性、関心、年齢などの条件によって選べるようにすべきである。同一の基礎自治体内に、あるいは同一の運営組織で複数の授産施設や作業所を運営している場合は、交流や移籍できる

仕組みを確保しながら、上記の視点に沿って機能を分かち合うことが有効と思われる。なお、医療機関におけるデイケアが増えているが、利用者を見ていくと特別な医療ケアの必要ないケースも見受けられるという。これらについては、非医療機関としての福祉型デイケア制度を創設し、社会福祉・社会教育的な視点からのサービスや活動内容が提供されるべきである。また福祉工場タイプや授産施設・作業所タイプについては、仕事上の共通課題を多く設定しながら他障害との共同利用についても積極的に推進していくべきではなからうか。

② 生活の場・住まい

第二の施策は、生活の場(住まい)である。生活全般を通して最も長い時間身を置くのが生活の場、すなわち住宅(住居)である。それだけに住環境の持つ意味は大きく、疾病や障害の安定の可否に関係する場合もあろう。

その基本形態は3タイプであり、支援策のポイントは人的な支えということになる。3タイプとは、①一般物件借り上げ(または自己所有)による独立生活(单身または夫婦)、②グループホームでの生活、③家族(親または兄弟姉妹)との同居生活、である。これらの生活形態ごとに、あるいは個々の障害やニーズに応じて、ていねいな支援策が必要となる。生活の場についての今後の予測としては、单身住まいがその多くを占め一般住宅借り上げ方式に傾斜していくものと思われる。住宅探しの最低要件として、①遮音性が高いこと②住宅街であること(好利便性)③風呂(シャワー)付き④長期借り上げ可(更新手続きは繰り返しながら)などがあげられる。支援の内容は個々によってまちまちであるが、生活の場探しの時点にはじまって、とくに大切なのはヘルパーによる支援である。それも毎日短時間(10分間程度)ずつ、あるいは週に2~3

回で1回につき数時間、また食事供給のみの支援、一戸建て住まい(自己所有などの場合)でかつ単身者の場合は草むしりや塀の管理など環境整備面での適切なアドバイスなど、いろいろなパターンが考えられる。人的以外の支援策としては、家賃の補助や公営住宅の優先入居策なども有効であろう。

グループホームについては、そのあり方についてさらに深い検討が求められる。なぜならば、他人と居を共にすることそのものが不自然であり、プライバシーを最大限に尊重されなければならない住まいというテーマにあって、これに逆行しかねないからである。精神病院や大規模施設より一歩前進、そんな考え方がすすめられてきたかもしれないが、そろそろ本来的な姿を想定しながら制度や施策の構築を図っていくべきではなかろうか。もし、グループホームが有効性を発揮するとすれば、次のような場合であろう。その一つは、寂しいなどの理由で本人の意思でグループホームでの生活を希望する場合である。もう一つは、グループホーム制度を拡大解釈的に活用し、一定のエリア内に個々に住宅(自室)を確保するというもので、その総体をグループホームと捉える方式である。東京や他障害では既に試みられているが、例えばマンションの各階ごとにそれぞれが部屋を借り、ケアラーはその中間階に住むというパターンである。また半径150mぐらいの範囲に、同じく5～6人のそれぞれがアパートやマンションの部屋を借りケアラーはそれらの中ほどに住むというパターンなどが考えられる。近くに仲間がいることで寂しさを紛らわすことができ、食事を

含めた日常生活面での援助が専任のケアラーから受けられるというものである。この場合、もはやグループホームというものではなく一般住宅借り上げ方式の一形態と見た方がよいのかもしれない。

家族との同居タイプについては、同居者の大半が高齢化した親であり、家族もろとも支援していくという視点を欠いてはならない。例えば、障害がある者が買い物をして帰り、膝や足に故障があって表に出にくい親がそれを調理するといった事例はよく目にする。この場合、障害がある者がグループホームに、あるいは親が老人ホームに、となったとしたらたちまちその家の生活は成り立たなくなってしまうであろう。当人たちが同居生活を希望するのであれば、障害者施策と高齢者施策とを連結させ、ぎりぎりまでその生活形態を尊重し手厚く支援していくものでなければならない。

③ 所得保障(本文割愛)

④ 人的な支援体制(本文割愛)

以上、障害がある人々の暮らしぶりや地域生活支援のあるべき方向について述べてきた。医療中心主義・入院中心主義的な処遇が長かったわが国にあって、「地域生活支援」は制度的にも実践的にもようやく緒についたばかりである。まずは、自治体施策を含む公的な制度基盤を着実に固めていくことであろう。同時に、個々に対する支援の内容・方法の体系化やネットワークづくり、偏見や無理解に対する対応など、実践面についてもそれぞれの地域特性を生かしながら、これを発展させていかなければならない。

21世紀に求められる精神医療

—二次医療圏域設定とチーム医療—

中 島 豊 爾

(日本精神神経学会、岡山県立岡山病院)

I. はじめに

21世紀に求められる精神医療を構想するとき、その基本理念を根本的に転換する必要がある。とりわけ精神障害者に対するかつての精神衛生法体制下での隔離・収容主義は、社会防衛主義思想がその元凶であったことを深く認識すべきである。今日求められるべき新たな基本理念とは、「ノーマライゼーションをめざす地域精神保健」であることは全世界的潮流からみて明らかである。社会防衛主義からノーマライゼーションへ、という基本理念の根本的転換は、以下の三つ精神保健の原理を変革することが含意されている。即ち、

1. 社会政策原理の転換
2. 施設への隔離収容主義医療から地域での包括的保健医療福祉へ、という精神保健の場の転換
3. 管理的・強制的医療からインフォームド・コンセントを前提とし、自然治癒概念を包摂した「癒し」の医療へ、という精神医学・治療原理の転換このための計画は、地域内の関連社会資源の飛躍的な整備・充実と精神科医療供給体制の抜本的改革とが車の両輪の如く一体的に推進されなくてはならない。また上述の新たな精神保健理念が広く国民に受容され、定着するよう精神保健関係者は努力しなければならない。

更に本計画は長期的展望のもとに、大胆且つ慎重に推進されるべきである。その為に一期を10カ年とし、その完遂には二期20カ年を要する

ものとする。そして行政は、上述した基本理念を踏まえて、財政的支援を含むあらゆる対策を誠実且つ強力に推進する義務を果たさなければならない。

II. 地域精神保健・医療・福祉体制の確立

1. 精神保健・医療・福祉圏のきめ細かな設定

これまでの医療法・老人保健法・障害者基本法・地域保健法等の改正・成立の流れを勘案して、あるべき精神保健・医療・福祉圏を次のように設定する。

「一次圏域」；人口約5万人平均地区（全国約3000カ所の市町村）
各医療機関によるプライマリーケア、ソフト救急
市町村保健センターでの相談・社会復帰活動
生活支援センターの設置など

「二次圏域」；人口約30万人平均地区（全国約400カ所の保健所圏域）原則的にはこの圏域内で保健・医療・福祉の諸課題が完結し得る基幹圏域

「三次圏域」；都道府県及び政令指定都市計画立案、研究、研修、高度医療など

2. 住む場・働く場・憩える場の保障

○出来るだけ一次圏域内で提供

- (1) 住む場；全国で約10万人分以上を確保

○生活訓練施設・福祉ホーム・入所授産施設・グループホーム等の法内施設の整備（利用者の選択権を保障）

…各一次圏域毎に約20名分以上を整備（但し、現在既に地域間格差があるので、先進地域では更に上積みされ得るものとする）

○永住型の単身生活可能な住居の確保、公共住宅への優先入居、共同住宅の支援

(2) 働く場；

○通所授産施設、福祉工場等の法内施設の整備・拡充

○精神障害者社会適応訓練事業の拡充

○小規模作業所の支援

○障害者雇用の促進

(3) 憩いの場；

○生活支援センターの設置等

3. 所得保障

地域で生活をしていく為には適切な経済的保障が不可欠である。医療費や住居等に対する全面的な公費援助が整備されているという前提で考慮しても、疾病と障害を抱えて単身で生活していくためには、最低限、生活保護法の生活扶助基準相当額は必要であり、年金額の引き上げ、福祉的就労の賃金引き上げ等が本人の能力に応じて弾力的に講ぜられる必要がある。加えて、無年金者問題の解決、他の障害者福祉との格差の解消等が早急に図られる必要がある。

4. 施策の策定・推進機構の確立

(1) 「精神保健推進協議会」の設置

○各二次圏域に設置

○精神保健医療福祉従事者・当事者・家族・市町村関係者・有職者の代表によって構成し、当該圏域における広義のメンタルヘルス問題をも含めた包括的精神保健・医療・福祉施策の策定・推進を図

る。

○保健所がコーディネーターの役を果たす

(2) 「生活支援センター」の設置

○各一次圏域に、各市町村の責任において設置

○地域の実状を勘案しつつ、当該地域における精神保健・医療・福祉サービスを具体的に提供し、且つネットワークづくりの中心機関として機能する。

5. ホームヘルプ制度の確立

在宅介護制度の拡充と連動する形で精神障害者へのホームヘルプ制度を確立していく

6. 精神保健専門職、ホームヘルパー、精神保健ボランティア等の育成・充実

新しい精神保健の基本理念・原理を踏まえた精神保健専門職、ホームヘルパー、精神保健ボランティア等を育成し、その数を大幅に増やし、各分野・圏域に適切に配置すること。

Ⅲ. 精神科医療供給体制の抜本的改革

1. 精神科病院の改革

(1) 基本的方向

今日のわが国の精神科病院の8割以上がいわゆる民間精神病院によって占められており、且つ病院間格差、地域間格差そして地域偏在等の問題を抱えている。しかも医療法特例によって全ての精神科病院・病棟は一般科医療に比して著しく低い人員基準下に置かれ続けてきた。このような現状は、かつての社会防衛主義に基づく精神障害者への対策という基本思想によって導かれた結果であり、今後のノーマライゼーションの理念に基づく新しい精神科医療を構築していく為には、公私立の別を問わず現在の全ての精神科病院・病棟の抜本的改革は絶対に成し遂げられなければならない最重要

課題となっている。

なお、既存の民間精神科病院は今後、地域精神保健にとって必要な社会資源の一つであるという認識の下にその活性化を図ると共に、あるべき医療内容を展開していく為の要件を整えるべく、必要な法的並びに経済的環境を整備していく必要がある。

更にこれら社会資源が無い地域では、新たな医療供給施設を設置していくことが必要となろう。

(2) あるべき精神科病床数

一般精神病床数を、今後10年間で現在の2/3に削減する。その後については、10年後に見直すものとする。

但しこれは、次の(3)に述べる構造改革と連動しながらその一環として一体的に推進されるべきものであり、単なる削減のみを目指すものではない。

(3) 精神科病院の構造改革

① アメニティーの確保

施設基準を老人施設並にすることを目指す。但しこれは時間を要するため、当面十年間は、最低限例えば病室1人当たりの面積を4.3平米から6.4平米へ、1病室当たり4床以下に、等を目指す。

② マンパワーの充実

○医師数の見直し；特例撤廃の方向。

但し、当面10年は2倍(24:1)を目指す。

○コ・メディカルスタッフの大幅導入によるチーム医療の推進

○看護；新看護体系への移行

③ 急性期治療・慢性期治療の機能別化の推進

④ 人権保障制度を確立する

○開放化の推進（任意入院者は開放処遇を原則とする）

○医療審査会のあり方の適正化

⑤ 情報の公開とピア・レビュー体制の確立

⑥ 財政上の手当て

○診療報酬体系の抜本的改善（他科並に倍増する）

○補助金制度の拡大

2. 一般病院・公的病院の位置づけ

(1) 一般病院（含、総合病院）への精神科病床設置の推進

○地域における窓口としての一次医療並びにリエゾン・コンサルテーション医療を担う

○二次医療圏（病院規模によっては三次医療圏）での精神科救急・身体合併症医療を担う

○地域医療センターとしての役割を負う

(2) 公的精神科病院は、二次医療圏における役割を明確化し、民間病院との役割分担を図る。

3. 精神科診療所

○一次圏域に最低1ヶ所の(有床)診療所・デイケアを設置

○二次圏域を中心とした病・診連携の確立

4. 専門病棟の整備

アルコール及び薬物中毒・依存関連専門病棟、児童・思春期専門病棟、老人専門病棟等
なお、とりわけ痴呆性老人のケアに対しては精神科医療の重要課題として、積極的に取り組むべきである。

5. 精神科救急・身体合併症問題への対策

(1) 精神科救急医療；二次圏域を中心に構想されるべき。内容的には三次救急の整備に留まらず、同時に一次、二次のソフトな救

急体制の整備も速やかに行うべき。担当機関は一般病院精神科の役割を重視し、精神科病院・診療所を含めたネットワークを形成して対応。

- (2) 身体合併症医療；同様に一般病院精神科を重視し、二次医療圏を中心にしながら体制整備を行う。

以上は、日本精神神経学会、平成9年度通常総会における「精神保健・医療・福祉システム検討委員会」（森山公夫委員長）の報告の抜粋であるが、一部演者による改変があることをお断りしておく。

精神障害者の生活支援

—— 十勝地方における実践からの報告 ——

門 屋 充 郎

(帯広ケア・センター)

1. 精神医療の現実と功罪

精神障害者にとって日本に生まれたる不幸が今もなお続いていることへの憤りが、私の実践の原動力となってきた。これ程に豊かな社会を創造してきた日本社会が、精神障害者問題をこれ程までに貧困なまま放置し続けていることの功罪を最初に指摘しておきたい。

約30年前、私はPSWとして精神医療に関わり始めた。総合病院精神科の経験は一般科と呼ばれる他科の医療といやおうなしに日常的に比較できる状況にあった。総合病院で他の診療科を一般科と呼ぶことは、とりもなおさず精神科は特殊科としてあり、医療の中でも明らかに差別化された特殊領域として存在してきた。その差別は医療制度によって区別（差別）され、診療報酬もコストが低く抑えられ、医療の中で明らかな社会的不利を持ち続けてきた領域である。増えなければならない総合病院の精神科が増えない現実が日本の状況を如実に示している。私はこの30年、精神医療は医療の中でさえ特殊化され、社会の偏見を専門的に補完する役割を担い、社会的要請としての長期隔離収容を受け入れてきたという功罪があると指摘し続けてきた。未だこの現実には解決されていない。この精神医療の功罪を指摘し改善を促すことの一つとして、生活支援の活動に集約される実践を行ってきた。現在も続く精神医療状況は、依然として隔離収容、自由の剝奪、責任回避を容認し依存を強める状況が継続されている。その状

況が疾病と障害に加わる施設症を作り続けている。この現実を学問としての精神医学が医学の基本理念をもって精神医療を評価し、状況を発展的に変化させる理念と方法を提示できずにいることも由々しきことである。

2. 十勝地域の実践

北海道の南東部、北は大雪山系。西は日高山脈、東は釧路との境となる丘陵地帯、南は太平洋へと続く約1万1千km²の大平原である。夏は30度を超え、冬はマイナス30度となり、日照時間は長く全国有数である。基幹産業は日本の食糧基地と呼ばれる農業である。この地は北海道の行政区として『十勝』と呼び1市17町2村があり、帯広市は十勝の中核都市として大平原の中央に位置している。地理的条件、交通アクセス、精神医療機関の偏在などから、十勝地域全体が精神医療に関しては完結型診療圏となっている。この診療圏は全国で唯一の二次医療圏と三次医療圏が重なっている地域であり、二次医療圏としては全国一広く東京・神奈川・千葉よりも広い圏域である。この広域医療圏に約36万人の住民が暮らしている。十勝地域の精神医療は、1953年に自治体立の病院が開設されたことから始まった。1969年から1995年までは6病院970床が十勝地域の精神病床であったが、1995年に総合病院の1つが経済的理由で精神科を閉鎖するなどして現在は871床である。病床利用率は80%前後であり、人口万対在院患者数は19床

以下と少なく、平均在院日数は270日前後と短い。当地は万対病床数が20であっても、質の高い精神医療と多様な社会資源があり、それぞれが協力と連携によって補完することにより十分であることを証明してきた。

3. 十勝の地域精神医療

1965年の精神衛生法改正は地域精神衛生活動が中心の課題であった。1970年代は地域精神保健活動が全国で展開された時代である。しかし、地域活動が住民の精神的健康と福祉のために展開されたとは言いがたい。入院中心の精神病院医療が早期発見をして収容促進を行い、アフターケアとして地域と関わっていたがすべからず医療最優先の活動であった。当地においては1967年から精神科医療機関、保健所、児童相談所、教育機関、裁判所等のスタッフ20名から50名ほどの規模で精神衛生事例会議が毎月数年間続けられ、関係者の精神障害者援助についての合意形成に大きく役立ち、その後の実践の土台を作ったと考えている。保健所の嘱託医制度がない時代からPSW、精神科医による保健所への定期訪問が現在まで続けられている。精神医療過疎地域への月3回の定期巡回診療、相談、訪問等が地域精神医療として展開されてきた。早期発見、早期治療、アフターケア、継続医療など様々な取組、入院医療から外来医療へと進められた。医療も常に患者本位を目指し続け、働く患者のための夜間外来は2つの医療機関で20年ほど前から続けているように様々な工夫を重ねてきた。

4. 病院精神医療の限界を感じて

現実の精神科リハビリテーションは総体的に社会的復権を含みリハビリテーションとはいえない。実質的にも社会復帰活動になっていな

い。むしろ結果的に病院内リハビリ活動は長期入院を招くことに貢献してきた。長期滞在型の医療は、作業療法などの院内リハビリの拡大や超過入院傾向の解決として付属施設化を促進し、社会復帰活動を行っていると誇ってきたが、それらの治療構造を私は精神医療の奥座敷と呼んで批判してきた。社会性の再獲得を含みリハビリテーションは、様々な技法の開発と訓練によっても決して効果的結果が得られていないことは、全体として入院総数が減少せず、在院日数が長く、社会的入院者が多数存在するといった日本の実態が証明している。精神医療の中核機能は疾病の治療と症状の改善にある。たとい疾病が完治せずとも社会生活の条件によっては生活を続けることができ、医療は慢性疾患指導の対象として関わる必要がある。しかし、精神医療は生活支援までも含む機能の拡大を続けてきた。社会生活成立はきめ細かな生活支援システムがあれば多くの精神障害者の社会生活が可能である。社会生活をしている限り、様々な状況が役割取得を促進し、経験をうみ、成長の機会が与えられ、エンパワーメントが高められる。この社会生活成立の条件整備が精神医療から独立して提供されることが重要である。精神医療は治す者と治される者との当然の関係を土台に独特な治療環境を形成している。その関係性がリハビリテーションの限界を生むことに気づいた私たちは、ほぼ25年ほど前から病院精神医療の限界を見据えることとなった。加えて、デイケアを含む外来機能を拡大していくことも、地域精神医療の展開も、地域精神保健福祉活動も、精神医療の包括的な関与が続く限り、精神医療機能の拡大としてあり、精神障害者の自立化には役立たないと考えてきた。生活支援においても世話する者とされる者の関係が固定すると、精神医療同様に依存を強め施設症化を

招き自立を疎外する弊害のあることに十分注意しなければならない。

5. 病院の機能を限定的に考えること

精神医療の不幸は疾病の難しさだけにあるのではない。むしろ、社会の精神病に対する特殊視が偏見を生み、精神医学が偏見を補完し、家族は偏見から自らの生活を守るために精神病となった家族を排除せざるを得ない構図が定着してきた。病識の問題として精神病に対する社会のマイナス評価が影響していることは明らかである。家族の気持ちが分かる、患者の気持ちが分かるからこそ精神医療は肥大化せざるを得なかったことも理解できる。しかし、私はこの現実にあっても病院の機能を限定的に考えることが重要と考えてきた。精神医療は疾病を治すこと、症状を軽減すること、再発を予防することなどが中核の機能である。医学的リハビリテーションも中核機能に含まれるが、職業リハビリや社会リハビリ、教育リハビリなどの機能は社会に専門施設を持つことが重要である。それ以外の機能は社会の一般資源化の方向を目指して、資源開発することがごく当たり前と考えて活動してきている。その社会に用意される精神保健福祉活動を総称的に生活支援と呼び、当分は医療との相対的關係から生活支援システムの構築を拡大する必要性を強調しておきたい。

6. 私たちの生活支援

精神医療機関の施設化を防ぐことは重要な課題である。施設化は施設症というとても厄介な障害を引き起こす。この障害を改善するために精神医療は大変多くの時間と労力とコストをかけ続けてきた。この問題は過去の負の遺産として取り組まなければならない重要な課題である。このことに気付いていた私たちは、疾病と

障害を持っていても社会生活成立のためのプログラムと社会資源開発が急務と考えてきた。精神障害になっても社会に暮らしつつ、病状が悪化した時には社会資源の一つである精神病院を利用するという、ごく当たり前の本人主体の医療の在り方にすることが重要である。本人の自立(律)の視点をもって経験を見守ることが大切である。

地域社会の中での精神保健活動の活性化を民間の活力で図ると共に、自治体の総合計画などに代表される行政政策にも位置付け、特定分野別政策から一般政策へと社会資源開発の条件整備を図る。マチづくりに社会資源を組み込むための合意形成には、地域社会のリーダーの理解と協力体制が必要であり、常に社会活動の成否にはボトムアップとトップダウンのバランスのとれた実効ある戦略を持たなければならない。理屈は簡単であるが実効は何時も困難である。私たちの活動を成功させるためにはまず精神医療従事者に理解してもらうことが重要である。その次に家族の社会的過剰役割から開放することであり、負担を軽減する配慮である。これらの活動を安定的に供給するためには実践の最大公約数を制度化することが必要であった。退院促進、社会復帰活動はどこでも同じように進んでいく、家族の元に退院できる者から始まり、単身アパート生活、共同生活などと、退院を促進させてきた。しかし、生活技術が自立生活困難で家族が同居を拒んだ場合には病院に取り残されてしまう。この人達を退院させる条件整備が社会資源作りとして取り組まれた。1981年私たちが運営する16名が暮らせるケア付住宅が開設された。ここから帯広・十勝の生活支援のシステム作りが始まった。たとい病院が設置した社会資源であっても設置者たる病院の付属施設化や私物化、機能拡大としては取り組まなかつ

た。5つの病院から退院した者を同時に受け入れるという完全オープンシステムで運営された。その後の多様な資源開発は、どこが運営主体であろうと、社会資源は公共性が保障され、誰もが利用できる開放性を貫くシステムが出来上がった。これが十勝方式である。

8. 現在ある社会資源

なんといっても住居資源は基本といえる。精神障害者専用の食事・入浴・相談援助等のケア付き住宅は、法内施設の援護寮（20名）とグループホーム（7名）が各1か所。アパート形式ケア付が9か所105室、協力住居は50室以上。通所資源として法内施設の地域独立型デイケア、独立型生活支援センター、授産施設（54名登録利用）。共同作業所5か所（70～80名利用）自助グループはアルコールが10グループ、分裂病中心が9グループと連合組織、摂食障害グループがある。ネットワーク機能を持つ複数の精神保健福祉組織が20市町村と精神医療・保健・福祉関係者と当事者と家族を含みほぼ網羅してある。精神保健福祉関連行事も全国規模を含み開催されている。いずれにしても人口の割には資源が多く、施設も制度もシステムもプログラムも、ほぼ日本の精神保健福祉の資源を一覧できる。

9. 社会資源開発の実績が制度を創設させてきた。

北海道は住居資源の開設数年後に補助金制度を作り、作業所への補助金制度も任意団体にも適用できるようになり改正し、無医地区へのサテライトクリニック制度を作るまで、私たちは25年も実績を示し続けつづけて制度新設にも影響を与えてきた。各種の社会資源に通所するために必要な交通費負担を軽減するために助成す

る制度も始まり、自助グループの活動資金や行事、ボランティア講座への補助金制度もできた。国の精神障害者地域生活支援事業の制度化に対しても我々の活動が多少の参考資料を提供することもできた。

結果的に見ると、多様な社会資源が用意されると退院基準が変化し、資源のない時代には考えられなかった状態像でも退院の可能性が検討されるようになってきた。また、生活支援は再発予防に明らかに貢献している。これらの活動の基底にあるものは信頼である。当事者と私たちの信頼から始まり、スタッフ同士の信頼、行政との信頼、住民との信頼、信頼できる者同士の活動が資源開発を進め、内容が豊かに育まれることを確信してきた。

10. 提言にかえて

精神病となった日本人が、適切な医療が受けられ、疾病と障害を持ちつつも、一人の人間としての尊厳を全うでき、ごく当たり前の生き方が可能な生活保障がいつも目標である。当面は過去からの負の遺産の整理と解決を図り、犠牲となってきた精神障害者を解放することであり、今一つは、負の遺産を生み出した精神保健福祉の構造を抜本的に改正し新たなシステムを構築することである。具体的には精神医療の拡大機能を分離し、独立したりハビリテーションシステムを創造し、生活支援に集約されるシステムの確立を行うことである。この構造改革によって新しい精神医療が生まれ、精神障害者が障害を持たない日本人同様の人生を送ることができる社会システムを構築させなければいけない。

この構造改革の要は、独立した権利擁護機関の創設によって精神保健福祉システム全体を監視し、各施設・機関の役割機能の限定化と分化

と独立性と専門性の確保を行い、精神障害者に情報を開示し、彼等自身の自己決定により必要に応じて社会資源を利用する体制を保障することである。

21世紀の精神保健福祉は以下の課題について吟味することが急務である。

私論ではあるが参考までに資料を付けさせていただく。資料1は精神保健福祉活動の現在から未来へ向けた『概念図』であり、資料2は『精神科治療・リハビリテーション・生活支援』の関係を整理した。資料3は概念図の将来図にしたがって帯広・十勝の活動を当てはめた資源一覧である。

- ・目標理念の構築と合意形成
- ・目標理念に沿った中・長期的ビジョンの策定
- ・中・長期ビジョンを実現するための具体的プランと数値目標（障害者プラン）

1. 精神医療における日本型脱施設化の推進。

(36万床から20万床へ)

中核機能に限定し拡大機能を分離する
一部専門施設化の分離（触法等）

長期入院者の生活の場優先施設の創設と医療からの分離

老人精神障害専門病棟の増設と一部医療からの分離

リハビリ施設と生活支援施設（住宅政策を含む）の増設と医療からの分離

医療財源（診療報酬）の適性化（大幅値上げ）

2. 医療・リハビリテーション・生活支援の機能分化と独立性・専門性の確立

施設・制度・マンパワー・財源等の再配分と適性配置。

3. 退院促進と生活の場の確保及び経済保障。

4. 精神障害者の法的差別である欠格条項の撤廃。

5. 精神障害者の家族を法的、社会的役割からの解放。

6. 監視権限を有する第三者機関としての権利擁護機関の設置。

7. 精神保健福祉法の抜本改正（個別法から一般法へ）

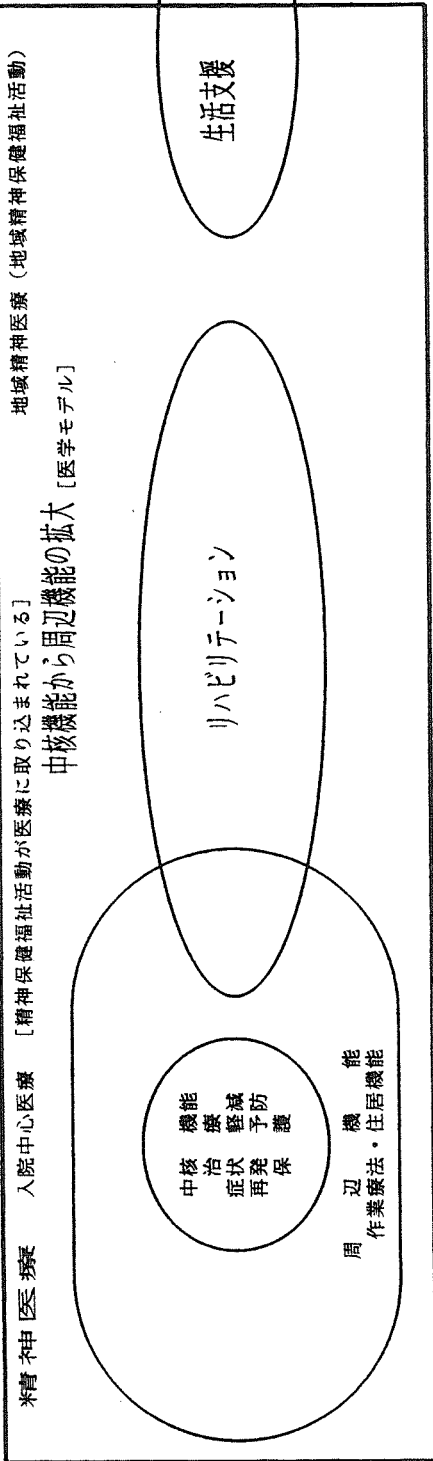
精神保健医療を（一般）医療と同じ法律へ

精神保健福祉を障害者法と（一般）福祉法へ

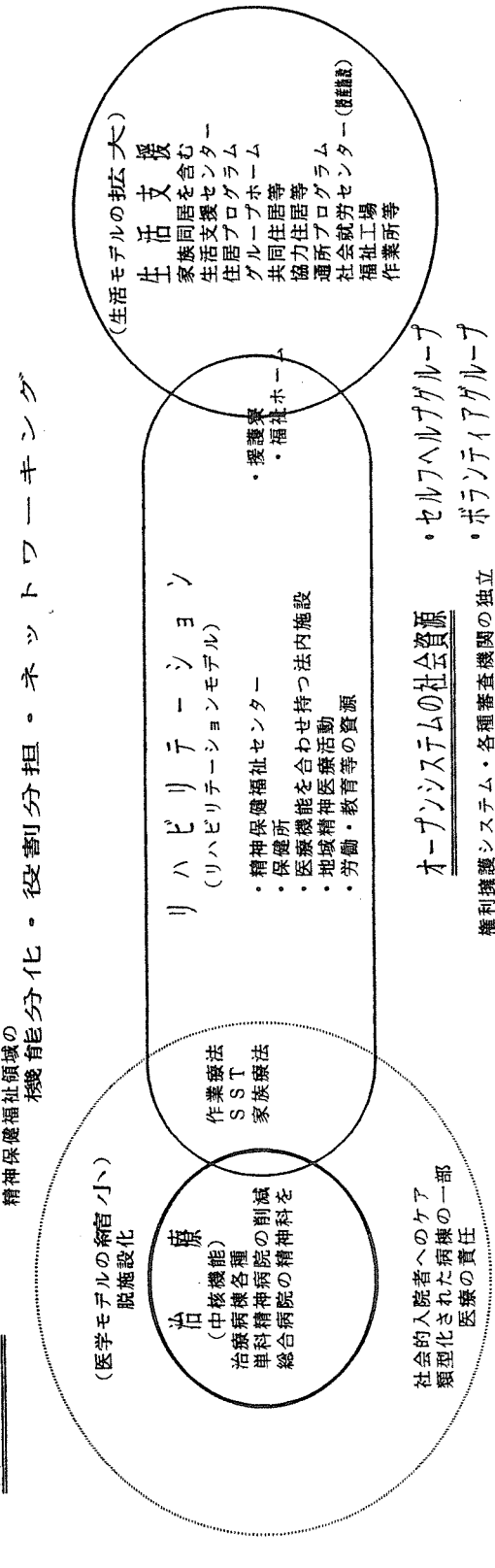
精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ

精神医療の一部を精神医療の法律へ

現 在



将 来



資料1 『日本における精神保健福祉活動の現在と未来の概念図』

各種社会保障法制・制度・政策

(障害者基本法・精神保健福祉法)

医療法と関連する法律

総合リハビリテーション法

障害者福祉法

療
治
[医学モデル]

治療・症状軽減・治療的洞察・病状予測と資源活用の有効適切な時期の決定
治療環境(物理的・人的等)薬物療法等

リハビリテーション
[医学モデル] [生活モデル]

特定環境と援助技術による機能の改善原因は問わない。現在から出発し未来へ現在有効な能力評価と実際に必要な技能と支援教育・補助手段の吟味活用・資源調整

生活支援
[生活モデル]

ノーマライゼーションの達成
一般社会資源の活用
住居・日課・余暇の保障
障害を補完するサービス
本人の選択・自己決定
生活の質の向上・自己実現

精神科治療機関
精神病院
新規患者への集中治療
長期化予防
専門病棟化
長期入院者の処遇
病棟類型化
痴呆病棟等
総合病院への精神科併設
リエゾン精神医療
合併症患者の治療
外来クリニックの役割

[医療機関内から独立型へ]

医学的リハビリテーション
身体リハビリテーション
社会リハビリテーション
職業リハビリテーション
教育・訓練等
人材・能力開発

生活ベースとしての多様な支援
住宅アプローチ・ティサービス
作業所等
保護・援助付・過渡的試労と職場
当
[生活支援センター]
総合相談・訪問援助体制
(ケースマネージメント)
食事等各種サービスの提供
社会資源紹介・調整
就業支援
社会資源ネットワークと開発

地域社会生活支援サービスシステム

精神保健行政
精神保健センター・保健所等
公的
精神保健
公的
精神保健
公的
精神保健
公的

地域生活支援システム
法的後見制度
権利擁護機関

ボランティアネットワーク編成
コーディネーター機能と
各種精神保健団体等

医療

人口万対病床数 24.7(29.0)
 〃 在院患者数 18.8(27.5)
 10年間の人口万対在院患者数の変化
 22.3(28.3)人より18.8(27.5)人へ減少

病床利用率 74.0%
 平均在院日数 275日
 マンパワー(病床数に対し)
 医師 28.7
 看護婦(士) 3.16
 P S W 59.4
 O T 81.09

単科精神病院	開設	10平均病床
道立緑が丘病院	1953	161.2
国立十勝療養所	1964	250
私立柏林台病院	1965	127
* 厚生連帯広病院	1965	70
* 社福協会病院	1966	36.4
* 法人大江病院	1969	154
		88.5
		871
		435.4

外来クリニック
 萩原医院 1974
 田中医院 1979
 杉原クリニック 1990
 サテライトクリニック
 本別町立病院 1995
 *の病院より医師派遣
 出張外来サービス
 広尾保健所 大江病院
 新母保健所 道立緑が丘病院
 訪問看護等(地域活動部門を含む)
 道立緑が丘病院・国立十勝療養所
 帯広厚生病院・帯広協会病院
 大江病院

生活支援

帯広ケア・センター 1991
 通所授産施設 20名員 73名員
 保護施設:帯広市リハビリセンター 7名
 保護施設:帯広市いせい園 1名
 保護施設:帯広市障害センター 3名

朋夢共同作業所 1986 37名
 ぶどうの木 1993 16名
 朋友荘 1982 16名
 悠夢ハイツ 1988 20名
 石田荘 1993 5名
 ひまわり荘 1998 10名
 ノボ・ホーム・ハイローヤル 1995 7名

・住居資源
 1988 9名
 1995 12名
 1995 16名
 1996 16名
 1996 10名
 50名以上

・通所資源
 とかち共同作業所 1988 26名
 クローバー作業所 1991 10名
 ゆうゆう舎 1996 10名

・セルフヘルプグループ
 セルフヘルプグループ連合会
 十勝ソーシャリティ
 帯広たまりば会
 エンジェル会
 レモンクラブ
 あおぞら会
 つくしの会
 やまばとの会
 たけのこクラブ
 音更リハセン0B会

断酒会 6グループ
 A A 7グループ
 N A V A 1グループ

道立音更リハビリテーションセンター 1984
 支援 20名定員
 [医療] デイ・ケア 40名定員

保健所社会復帰学級 1977 25人
 帯広:アカシア学級 1980 12
 新得:さくら学級 1988 16
 池田:コスモス学級 1988 14
 本別:たんぽぽ学級 1989 12
 広尾:ラッコ学級

北海道単独事業
 十勝圏域精神障害者社会復帰支援システム事業
 帯広ケア・センターと5カ所の保健所

・地域型
 上士幌町:心のダイヤ 1992
 帯広市: あいあいの会 1995
 あいあいの会 1996
 あいあいの会 1997
 あいあいの会 1998

職業リハビリ/帯広ケアセンターと職安の提携
 保健所の通院リハビリ事業

ネットワーク資源(一部)
 十勝 P S W 研究会 1969
 家族会 1970
 十勝精神科医会 1970
 精神保健連絡協議会 1973
 十勝精神障害者社会復帰促進協会 1981
 ボランティアアソシエーション 1986
 生活支援会議 1991
 作業所交流会 1994
 十勝地域保健推進部会
 精神保健福祉推進部会 1997

地域に向けた実践活動と今後の課題

小林 美 治

(千葉県財団法人復光会総武病院看護部長)

私は看護の立場から、地域に向けた実践活動と今後の課題について、1.所属施設がある船橋地域の状況について 2.総武病院の地域に向けた実践活動の状況について 3.今後の課題について の三つの視点について述べさせていただきます。

1. 船橋地域の状況

船橋市は東京の南部に近接し、人口54万人、昭和63年船橋市の精神障害者基礎調査によれば、船橋在住の精神障害者は約5,000人（外来通院患者約4,000人、入院者約1,000人）であり、福祉対策を必要とする精神障害回復者は約600人となっています。

現在では、精神科医療施設は4施設1,327床、各施設には精神科デイケアが併設されています。また、精神神経科のクリニックが6ヶ所開設されています。

社会復帰に関しては、船橋保健所のデイケア、小規模作業所、船橋心の福祉センター「オアシス」が機能しております。

船橋市ではノーマライゼーションの理念に基づいて精神障害者のリハビリテーションを推進し、社会経済参加を促進していくため、地域住民の理解と協力が必要となることから平成8年より市・関係団体・家族会等が連携し「精神保健福祉ボランティア養成講座」を開催しており、次第に関心も高まり効果をあげてきています。

2. 総武病院の地域に向けた実践活動

総武病院は昭和28年に開設、精神神経科の単科の医療施設（471床）として地域のニーズに応じて以来45年になります。近年、地域精神医療の推進を図るため外来医療の充実・精神科デイケア・訪問看護・精神保健相談等への応需体制の強化を図っています。

また、要入院治療の場合でも対象の健康上の問題、個別性、生活背景、生活の自立度等を考慮し、早期退院を目指して入院診療計画の策定、医療・看護・社会復帰計画の策定と見直し、退院指導をチームで行い、専門職種間の連携を密にし、家族の理解と協力を得るよう努めています。

当院の現況をみると急性期の患者への対応と長期入院を経て退院する群の二極化傾向が見られ、高齢者及び合併症への対応が課題となっています。

1) 急性期の患者へのリハビリテーション

急性期の患者の治療は、可能な限り外来通院などで支えていくが入院治療を必要とする場合でも3ヶ月以内の退院を目標に治療プログラムが組まれております。

①対象の理解と適切な治療、特に、インフォームド・コンセントにより患者への説明・同意に基づいて診療を行い、不安・苦痛の緩和を図る。薬物療法、精神療法、活動療法等で健康の回復を促進させる。

- ②診療・看護・社会復帰計画の立案・実施・評価・修正により適切な援助を目指し、患者の個別性に配慮し治療的なアプローチを行う。
- ③入院前の社会生活を維持するための環境調整を行い、健康な生活リズム、患者の自己決定能力を高める、ADL能力の向上、対人関係の改善を図る。
- ④家族の理解と協力を重視し、疾病に関する相談・助言指導、患者を支える者として家族の悩み、面会・外出泊の促進、家族の治療への参加・協力体制を重視する。
- ⑤社会生活を続けるために、対象となる人が疾病を受容し、社会資源の活用、社会経済参加の確保に向け働きかける。

2) 長期入院となった患者のリハビリテーション

長期入院者のリハビリテーションを進めるにあたっては、患者側の条件（病状の改善、対人関係、通院の見通し等）、受入れ側の条件（住居の確保、経済問題、環境調整等）を考慮にいれ対応する必要があります。

①日常生活の自立訓練

挨拶、礼儀作法、身だしなみ、清潔の保持、ADLの自立、行動の承認、指導訓練によりその人に応じて社会生活への自立を目指す。

②診療・看護・社会復帰計画の立案・実施・評価・修正

対象の個別性等に配慮し訓練計画・適切な援助、活動参加への動機づけを行う。

③自立を促す生活環境づくり

患者の関心を高める種々の活動プログラムを多種目用意し、患者の自己決定能力を尊重しながら進める。

④家族の理解と協力

疾病への理解、家族の不安・悩みへの理解、相談への対応、面会・外出泊の促進、家族の治療への参加・協力体制の重要性、退院に向けた準備を計画的に進める。

⑤地域社会での自立に向けて

社会資源の活用、困った時の相談窓口・対応の仕方、デイケア・訪問看護の活用、地域ネットワークの活用、就労の促進を図る。

3) 地域に向けた活動

リハビリテーション活動は、患者の入院当初から始め、患者の個別的な特性、病状の程度にも配慮しながら進めていく必要があります。当院では院内の施設を利用して行われる治療的な活動とともに地域社会の中で行われる諸活動にも患者と一緒に参加するようにしています。

①地域社会の資源を活用して参加できる機会をもつ

公民館での演芸大会やレガートコンサート、ポートアリーナでの病院交流会等

②地域自助グループへの参加

断酒会、AA東葛グループ、NA等

③精神保健福祉活動への参加

精神保健講演会、精神保健の集い、精神保健フォーラム等への参加

④社会適応の促進に向けて

ナイトケアグループ、職場訪問、社会見学、グループ旅行等

種々の活動への参加により、対象の健康的な側面が見られ、言語表現を促すことになって行動的な面を発揮し地域に向けて行動していくことが数多く見られます。

私達は対象となる人に良く説明し、合意を得て医療看護活動を推進するとともに専門職種間

の情報の共有、家族や関係機関と密接に連携しその人なりの生活が地域社会においてできることを目指していきたいと思います。

3. 今後の課題

精神障害者が社会に参加していくためには、住むところ、働くところ、支えてくれる組織等は重要なことといえます。

船橋市精神保健福祉推進協議会では市内を4つの地域に分け、各地域の精神障害者の多様な福祉・医療の要望に応えられるような対策がとられることを望んでおります。授産施設・生活訓練施設・福祉ホーム・グループホーム・小規模作業所等が関係機関・市民の理解と協力により設置できるようにしたいと念願しています。

また、セルフヘルプグループへの関わりについても積極的に関心に向け協力していきたいと考えております。

シンポジウムⅣ 討 論

金子：それでは早速ですが、シンポジウム、「21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開」に関して総合討論を始めたいと思います。しかし時計をみていただくとおわかりのように時間が少ししかありません。フロアの方との討論を十分にとっていたのですが、残念ながら時間的余裕がないようです。しかし今ほどシンポジウムのなかで各演者からご提案がありましたことは、次の総括討論にもつながることでもありますので、そこでもフロアからご発言をいただければと思います。

6名のシンポジストと指定討論の方のお話を要約いたしますと、保健・医療・福祉と縦割りではなくそれぞれの機能を自覚して連携をはかるのだということでした。特に精神医療、精神病院に関しては精神医療に機能を純化しろ、そうでないと精神保健・医療・福祉システムの構築はうまくいかないということでした。

まずは保健の分野ということで、宮川さんから市民モデルという概念を提示していただきました。また三代さんからはクライシス・チームを保健所が提供したらどうかのご意見をいただきました。簡単にはいかないということでしたが、実際に市民モデルを各市町村、各地域で進めていくために必要なものは何だろうかという点について、宮川さんと三代さんからお話をいただきたいと思います。宜しく申し上げます。

宮川：必要なものは、まず意志、いや気持ちですね。街のなかでやるとしたらまずは自治体の計画にのせることです。次にその裏付けとして財政的なことが必要です。だいたいこのような順番になっていると思いますが、ごくごくオーソドックスなことをきちんとやることだと思

います。つまり市民の意志を自治体がきちんと具体化して実行できる体制を作ることです。簡単にまとめすぎたかも知れませんが。

金子：ありがとうございました。それでは三代さん、お願いします。

三代：市民モデルということでしょうか。地域で障害を持った方々が生活していく上でソーシャル・サポートのネットワークを含めてどのような支援が必要であるのかということについては、各シンポジストからも具体的なプログラムが提示されたので、重複は避けてお話しします。私は支援メニューはかなり出そろったのではないかと思います。それを都市部と地方というようにローカリティーを考慮した上で、住み易い、生活しやすい地域を作るために、そのプログラムをどう構築し、どう要求し、どう運動をおこしていくのかということが重要です。そのような運動を各地で展開していくことが、本当に日本に民主的な地域を作っていくことになるのではないかと思います。

金子：ありがとうございました。福祉の分野に関しても、精神だけ特別であるのはおかしいのではないかとということでした。他障害との統合が成って、その中で精神を論ずることが必要であるということです。このことに関してもただ手をこまねいていられない状況にあることは異論のないところと思います。

次に医療の問題ですが、医療機関が地域を抱え込むのではなく、医療機能に純化するというご意見が多かったですが、「社会的入院ゼロ作戦」とか「10万ベッドを減らそう」とか、かなり大胆なご意見も出てきました。今ご発言をいただかなかったシンポジストの方から、具体的

にはどう進めていったらどうかとか、ご自分のお気持ちを付け加えていただいて、ご意見をお願いします。

まずは一般医療の一分野の精神科ということであると総合病院ということになりますが、佐藤さんからお願いします。

佐藤：発表のなかで申し上げましたが、精神医療はあくまで医療の一部であるということを忘れてはいけません。ただ単に患者さんを入院させておくということではなく医療的なサービスを行うことを考えると、当然に入院期間は短くなっていくはずです。特にベッドをもった総合病院精神科の機能が充実しその数が増えてきますと、必然的に平均在院日数を短くすることが必要になります。一般科との比較にさらされますと、一般科、内科や外科は20日を切るような平均在院日数でやっているわけですから精神科だけ数百日というわけにはいかないのです。一般科に遜色ない医療を行うと入院期間は短くできるはずです。私たちの立場からは、総合病院精神科を充実することによって、精神医療は医療機能にかなり純化されてくるのではないかと思います。

金子：ありがとうございます。それでは次に中島さんから、抜本的な改革を、ということでもございましたが、具体的にはどうすればよいのかということについてお願いします。

中島：難しいご質問ですが、医療は医療に、福祉は福祉に純化した上で協力関係ができることがベストであると思います。しかし現実には、ある程度資本の蓄積した精神病院が、福祉へも乗り出していっていると思います。つまり人食いアメーバがその触手を地域へも伸ばしてきたと…。今のは取り消します。失言でした。(笑) そういう形になりますと、日本の殆どがそうですが、十分な地域ネットワークができていない

地域では、患者さんは一旦病院の門をくぐらないと福祉を受けられないという状況が起こるわけですね。いたずらにその方向に進むのはやはりまずいだらうと思います。医療の限界というか、やるべきことを明確にしていかないと患者さんにとっては利用しにくいものになってくる可能性があると思います。それからもう一つ、「抜本改革」と申し上げましたが、そのためにはきちんとした行動計画を立てて、行政もそれに耳を傾けて一緒にやっていかなくてはなりません。予算がないところでいくら作れと言ってみても社会資源の普及は資本をもっているところにしか作れないというのが現状であると思います。

いずれにしても、病院のなかでいわゆる社会的入院の方々がどんどん高齢化していつ、もう一度命の花を咲かせることができるかも知れなかった人々がそのまま病院のなかで亡くなっていっている現実に対して、医療従事者は罪の意識を待たなければいけないと思います。

金子：ありがとうございます。それでは次に藤井さんにお伺いいたします。社会的入院を減らそうというお話がありましたが、そのためには何が必要なのでしょう。

藤井：社会的入院を減らすためには、住むところや働くところなどの社会復帰施設が足りないからだとよく言われますが、私はむしろそれは第二義的であって、民間病院の経営が成り立つのであればこれだけの病床を減らすことができますよ、というようなことが本来の原因ではないかと思います。佐藤さんのお話にもありましたが、精神科の診療報酬は他の診療科に比べて差別的な扱いをされています。つまりまともな通院医療だけでは経営していけないという問題があり、医療経済を含めた構造的な問題がある。

と思います。そのことをもっと国民的なテーマにしていく必要があります。しかしながら矛盾しますが、いろいろの税金の番付をみますと精神病院が上位に入っているという現実もあります。いずれにしても民間病院の経営問題とあわせて考えていく必要があるだろうと思います。そしてそのことを解決していくためには、やはり一番身近にいる医療従事者がどう立ち上がっていくのかということです。一旦みた矛盾から目をそらさない体質が本当にあるのだろうか。そのことをぜひ持ち帰っていただきたい。あわせてこの問題を、政治の表舞台、つまり国会などで議論できるようなことも作っていく必要があるだろうと思います。以上です。

金子：ありがとうございます。それでは同じ質問で恐縮ですが、門屋さんからご追加などありましたらお願いいたします。

門屋：私は地域で活動していますが、やはり最大の問題は精神医療だと思います。今現在は医療の問題抜きにして地域はあり得ないですね。宮川さんのように市民運動のなかから活動を始めますと医療の問題抜きにしてもあり得るのかも知れませんが、私のように医療のなかから活動を始めますと、精神医療の問題があまりにも大きすぎて、まずはこの問題を何とかしないといけないというように思います。

私は、日本型脱施設化運動はこれからの10年で進めていかななくてはならないと思っています。少なくとも10万床は減らすべきです。そこで先ほども出ましたように経済的なことが問題ですから、10万人分の医療経済で浮いた部分をどのように再配分していくかを、きちんと試算して検討するべきです。例えば医師の数を2倍にするという案が先ほど出ましたが、これとてベッドを減らすことによって実質的に医師の数は増えるわけです。これら構造改革にもっと真

剣に取り組まないといけない時期だろうと思います。これによって精神医療は歪められてきた、歪められなければいけなかったと申しましょうか。この問題の解決なくしては我々の活動は成り立ちません。

もう一つ付け加えますと、福祉と医療というように分けますが、私は「福祉」という言葉にいささかの抵抗があります。それは今までの福祉は施設福祉や措置福祉であったということです。こういった福祉全体の流れも今まさに変わろうとしています、それが今まだあるんですね。逆に言いますと、知的障害の方の今までの施設福祉と、精神医療の精神病院施設福祉からノーマライゼーションへの変化の双方をみてみますと、知的障害のノーマライゼーションの方が少し遅れているのではないかと、精神障害の方が少し進んでいるのではないかと思います。もちろん障害の特性という問題もありますが、私は福祉にはあまりこだわらない、むしろ生活という部分にシフトを変えていくという考え方を望みたいと思っています。以上です。

金子：ありがとうございます。今ほど門屋さんには福祉サービスの措置から選択への転換という、もう一つの大事な問題もご提起していただきました。それでは指定発言の小林さんの方から、ご追加などございましたらお願いします。

小林：特別にはないのですが、長期にわたり入院している患者さんの場合、きちんと看護面からも捉えて適切に評価していくことが必要だと思います。看護計画でもあるいはリハビリテーション計画でもそうですが、その辺を見直ししながら修正し対応していくことが大事だと思います。以上です。

金子：ありがとうございます。

山本真理：すみません。門屋先生に一つ質問させて下さい。

金子：それでは手短にお願いします。

山本：はい。抄録のなかで見逃せないところが2行ございますので質問させて下さい。126ページの下の方、「一部専門施設の分離（触法等）」とあります。それから127ページに「精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ」とおっしゃっていますが、これは触法精神障害者に対する特別な施設を作るという意味でしょうか、あるいは刑法改正、治療処分導入ということまで考えておられるのでしょうか。

金子：それでは門屋さん、お願いします。

門屋：最後の「提言にかえて」というところはあまり厳密に考えておりません。そういう無責任なことを申し上げたら失礼かも知れません。一番最後のところは先ほども書いてあることを読んでいただきたいということです。実は私の考え方の7番目のところはこうです。精神保健福祉法をもし変えていくのであればノーマライゼーションからということです。バンク・ミケルセンが特殊法から一般法に変えるべきであると唱えたわけですが、それに基づけば、先ほどから論議があるように、精神医療も医療法のなかで論じられ、例を示せば特定医療とか厚生医療とか財源的支出を伴うような特定の医療、精神医療でいえば措置医療ですが、このようなものについてのみ精神保健法という精神保健の特別な立法として残す部分であると思っています。

もう一つは、「限定的な部分を刑法へ」ということですが、刑法と書いたところに問題があるのかも知れませんが、他の法律の対象と重なる人たちが現実にいるということは否定できない部分があると思います。それについても検討課題の一つであるという意味で書きました。これを提言するというわけではありませんが、今後このような分離をしていかないと、一番苦し

い手の掛かる部分を全て医療が包括してしまう、縛ってしまうことが起こりますし、今までの精神医療の歴史はそうであったと思います。それはもうやめなければならないという考え方をもっています。ですから具体的に刑法ということではありませんが、そういった分け方をそろそろ考えてはいかかかということ捉えていただければと思います。よろしいですか。

金子：ありがとうございます。この問題は次の総括討論にも続く問題でもありますので、ぜひそこで深めていただきたいと思います。

時間ですのでまとめさせていただきますと、まず医療の問題は医療機能に純化して一般医療の一分野として精神医療サービスを提供できるような体制に抜本的改革を行わなければならないということでした。また福祉の分野は精神障害だけ特別なのではなくて他の障害と一緒になかでもし精神に特別な手当が必要なのであればその中で特別なことをやればよいのではないかということでした。それから最後に保健の観点からですが、市民のなかにも当然ながら精神疾患に罹患する方もいらっしゃるわけですから、長期の入院の方が社会に出ていった場合ばかりでなく、皆さん市民の一員として同じサービスが受けられる、同じ地域で暮らしていけることが大切であるとまとめられるように思います。

以上が、精神保健・医療・福祉システムの在り方に関しましてノーマライゼーションを具現化する方策であり、またシステム自体のノーマライゼーションも必要であるとまとめられるのではないのでしょうか。

以上でシンポジウム、を閉じさせていただきます。ありがとうございます。

総括討論

総 括 討 論

総合司会：金杉 総括討論に先だちまして、全国精神「病」者集団山本真理さんよりカンパ要請の申し入れがありました。山本さん、一言どうぞ。

山本：今回の精神保健フォーラムは私ども全国精神病患者集団の抗議文にありますように、患者に秘密に行われておりますので患者の参加があまり多くありませんが、それでも沢山の当事者の仲間が参加しております。年金や生活保護で暮らしている仲間にとって3,000円の参加料は非常に大きな負担でございます。従って今、前からカンパ袋をまわしますので参加している当事者であつて皆で人数割にしたいと思ひますが、是非カンパのご協力をお願い致します。参加している当事者の方でこのカンパの欲しい方は出た所に病者集団の机がございますので、終わった後にそちらにおいでくださいませ。おわけいたします。皆さんよろしくお願ひ致します。

司会高橋：ただいまより、総括討論を始めさせていただきます。司会は、当フォーラム代表世話人の高橋一、樋田精一、森山公夫です。よろしくお願ひします。

司会高橋：それでは総括討論に入っていきますかと思ひます。限られた時間でございますので本来ならば二日間のシンポを振り返つてからということになりますが、今までの全部のシンポをまとめてご意見なりある方から頂戴したいと思います。

山本：全国病者集団の山本と申します。お手元に私どもの出した決議案が、小さい半ピラがあると思うんですが、この二日間のフォーラムの中でちらちら聞こえる声で、私どもが非常に危惧していることがございました。今回の精神保

健福祉法見直しに各団体からいろいろな意見が出ておりますが、病者集団の緊急声明にありますように措置入院の解除を難しくするとか司法的関与を入れるとかあるいは退院後6ヶ月の強制通院制度を課すとか、そういった措置入院の強化に向けた意見がさまざまな団体から出ております。これに対して私どもはフォーラムの主催者に対してお手紙を出しましたがまだお返事は頂いておりません。お手元に病者集団としてこれを決議して頂きたいというのを配りました。1、措置入院の治安的強化に反対する。措置解除のハードルを高くすること、措置解除決定や解除への司法的関与に反対する。措置通院制度に反対する。2、触法精神障害者に対する特別な対応、病棟に反対する。3、いかなる形態でも「処遇困難者専門病棟」新設に反対する。先程門屋先生が一番手のかかる部分に精神医療が縛られて、それで日本の精神医療は遅れているんだということをおっしゃいましたが、これは非常に危険な発言です。私ども精神病患者集団の中で語り継がれているあるドクターの発言がございます。私が入る前ですから1970年代の刑法保安処分が新設されるかどうかその時の闘いの時にあるドクターに病者集団の会員が「先生は何故保安処分に反対なさいますか」と聞きました。そのドクターはこうおっしゃったそうです。「自分の患者をもつていかれたら僕は医療は出来ませんから、だから僕は反対します」ここに医療者としての自負とプライドがあると思ひます。皆さんは手のかかる、あるいは触法であるという仲間をノーマライゼーションから排除なさるのでしょうか。ここに集まっていられる方はもちろんドクターだけではありませ

ん。しかし我々当事者を癒そう、あるいは我々の要求に応えよう、何等かのサポートをしようという活動をなさっている方々だと思います。その方々とは触法ということでその対象から目の前からその人たちを追い出そうとするのでしょうか。もう一度皆さんの職業的プライドを持って頂きたいと思います。自分の目の前から自分の患者を連れていかれたら医療ができませんね、というごく単純なそして最も原則的な医療者としての対応を皆さんが皆さんがとれるのか否か、そのことをまず皆さんに問いかけたい。そしていまこの精従懇の中に入っている団体からの意見でありますのでフォーラムとして決議するのは難しいということはあるかもしれませんが、しかし最低限この3点の決議を第3回精神保健フォーラムとして、ノーマライゼーションの確立とおっしゃる以上、すべての当事者を、我々は決して一部の仲間を切り捨てたところでのノーマライゼーションを望みません。病棟の開放化も望みません。我々はすべての仲間と共に生きるそういう体制を生きること、そのことこそノーマライゼーションであると思います。それは触法精神障害者であろうが困った患者であろうが我々が仲間として共に生きてきました。実際に我々は共に活動し共に生きてまいりました。こういう患者会が全国に沢山ございます。我々そういう実践を重ねてまいりました。日精協がおっしゃる北陽会の事件の患者さんとも事件後私どもは友人になっております。そういった具体的な活動を私たちがする中で我々はすべての仲間と共に生きる、反保安処分の原点をもう一度皆さんが確認して下さること、そしてノーマライゼーションとは何か、誰かを省いたノーマライゼーションなのか、そのことを皆さんに問いかけたいと思います。是非しっかり議論して頂きたいと思います。よろし

くお願い致します。

司会高橋：では一つ一つ、事前にご意見を頂いておまして、この2日間の討論を踏まえて幹事会の方で検討させて頂きましたので、森山代表のほうから説明をさせていただきます。

森山：ただ今の抗議と質問に対してお答えしたいと思います。第1点は、前回のフォーラムの時に当事者団体に対して予め連絡しながらやってきたのに今回しなかったのは何故かという点に対してお答えしたいと思います。その前にこの私たちの精神保健従事者団体懇談会、通称精従懇の性格を改めて確認しておきたいと思います。私たちは約10年前の精神保健法改正の際に精神医療保健福祉従事者の団体が集まって、これに向けて活動し、同時に精神保健医療福祉を改善したいという意志で集まりました。最初はおそらく10数団体ぐらいだったかと思います。それ以降10年間にわたって活動を続けてきたわけですが、ご存じかと思いますがそのそれぞれの諸団体はそれぞれ立場を異にし、場合によっては意見が対立する場面もございました。しかしながら現在の状況の中でさし当り従事者の立場でも基本的な精神保健医療福祉改革という点で立場の違いを乗り越えてどうやってコンセンサスを確認していくかということが重大な課題であるというふうに考えて活動を続けてまいりました。従ってある時にはその活動は非常に蝸牛の歩みのように一歩一歩であり、時には遅かったかもしれませんが。しかしながらそういう基本方針でやってきた為にこの精従懇が段々大きくなって今回の27団体というふうなことになったわけです。こうした活動のスタイルといたしますか、これはますます重要なスタイルだと考えましてこれからも是非継続したいというふうに考えます。つまり精神保健医療福祉改革の視点からどうやってお互いに対立を越えて同意点

を探していくのかということに重視したいということでもあります。以上の観点から私たちは当初から当事者あるいは家族の発言に耳を傾けるということは一貫して努力してきたつもりですし、現在でもその姿勢に変りはありません。ただし今回のフォーラムの準備にあたって第2回の時の準備と様々に状況が変わってきております。その中で私たちはこの準備を始める1年半ぐらい前ですか、様々な状況を考え、特に当事者団体の置かれている状況を考えてその状況の中では第2回の時のように事前に各団体に呼びかけて準備を行っていくということは妥当でないというふうに判断しました。

山本：具体的におっしゃって下さい。様々とは何ですか。

森山：従って各団体の広報を通じて当事者家族等にも参加を呼びかけるというふうに判断しました。従って今回も当事者家族の参加を大いに歓迎しますし、発言を歓迎しているつもりであります。それが第1点、次に第2点にこの決議案の中に3つの項目をいれてほしいということでもあります。これは先程山本さんも言われたようにノーマライゼーションという立場が基本であるということは私たちも確認していますし、この後の宣言にもそれを基調として書いております。たとえば私個人としてはこの3つの提案に賛成ではありますが、しかし残念ながら未だ精従懇全体としては具体的にこの問題を議論しておりません。従って、今日はこの宣言として残念ながらこれを取り入れることは出来ません。ただし、重要な課題として昨日から今日にかけての討論の中で具体的にもなされていますが、重要な検討課題として私たちに残されている課題だというふうに認識して今後に残していきたいというふうに考えております。以上です。

司会高橋：これが幹事会の結論であります。

本田：全国精神病者集団の本田といいます。今のご説明が非常によくわかりにくかったのは1回目2回目の時に当事者や当事者団体患者会も家族の方も含めて声をかけられてきた状況と今回とは違うんだという現状認識がおりなんです、その違うんだと、当事者に呼掛けにくい状況があるというふうにご判断なさっているのだとすれば、その根拠を具体的にはっきり示して頂きたいと思います。

森山：具体的にいいますと当事者間に様々な葛藤や混乱があつて、今回の第3回に第2回と同じように各団体に声をかけるという形でやれば、さらに混乱を広げるものになるだろうというふうに判断したからであります。(山本氏発言しようとする)

ただし、ちょっとお断わりいたしますが、これは私たち精従懇としての判断であります。

山本：精従懇としての判断だそうですけども各団体の意見が違う、いろんな意見がある、多様な意見がある、それこそ患者運動の豊かさです。それに対して意見が違うから、そしたら自分の気に入ったところにだけ声をかけるというのは問題ですが、各団体に声をかけるというのが何で問題になるんですか、何故混乱になるんですか、私には全く理解できません。

星野：実際に混乱があつたからでありまして、実際、僕らも精神神経学会で当事者運動のシンポジウムをやろうと思って2年か3年前に各団体に担当理事が回ったんです。あれを呼ぶんだつたらつぶしに行くということも実際に言われましたし、それを我々は取捨する自信はないです。そういう事態は十分に予想されますのでその時に一体どうするのかということがあります。当事者運動に我々が関与して調整をしていくというようなこともおこがましいし、というような判断もあつたと思います。そういう中で

全部によびかけて同席できないという論理で行われればこの場は混乱するだろう、混乱してもいいだろうというようなフォーラムであってよいということで精從懇が判断したならばそれはそれで成立しただろうけれども、そうは判断しなかったということで、これは主催者側の判断であるわけですから、その事について僕は今森山先生がおっしゃった内容で仕方がなかったというふうに現在は思っております。以上です。

山本：私どもはシンポジストに誰を呼ぶか呼ばないかということの問題にしているのではなくて、フォーラムをやるという事実自体が広報されなかったということの問題にしているんですよ。つまりフォーラムをやるという事実が広報されずに患者に隠されたままで秘かに行われようとしたということ自体を私達は抗議しているんです。私たちが呼ばれなかった、シンポジストにならなかったことを抗議しているのではありません。

星野：山本真理さんは日本精神神経学会の会員です。会員に対しては学会の機関誌を通じて広報しております。そういう意味では広報がされなかったということはありません。

山本：違います。私はたまたま学会員であったから知ったんです。これが私が学会員でなかったら病者集団はっさい何も知らないままに精神保健フォーラムは開かれていました。そして病者集団が知ったのが遅かったために私どもの全国の仲間にお知らせすることが出来ませんでした。どう考えてもこのフォーラムは患者に隠れてやろうとした意図があるとしたら我々には思えません。そのことを問題にしているんです。シンポジストに呼ばなかったなんてケチなことを言っているのではない、公開性のことを問題にしているんです。患者に公開する気があったかなかったか、そのことを問題にしているんだ

よ!!

渡辺：家族会の、東京つくし会の渡邊でございます。今日この会にお招き頂きまして本当にありがとうございます。お礼申し上げます。家族として今全国に約300万人ぐらいいると想像されるわけございまして、またその家族を代表するわけではございせんけれども一言お願いを申し上げたいと思います。昨日久良木幹雄さんのご意見が精神保健福祉法を撤廃して精神障害者の復権をお願いするというご意見が代読されました。このご意見は非常に大切だろうと思ひまして、このご意見を無駄にしないようにして頂きたいというふうに思ひます。私も現在の精神保健福祉法は障害者の人権を無視し差別したものであるのではないかと、要するに日本国憲法で保障されております法の上での平等というものに反するもので司法上許せない問題だろうと思ひます。これに對しましてカナダのダビット先生もおっしゃっております。政府と精神保健専門家の方々に声を大きくしてお願いしたいのですけれども今まで精神障害者に対してなされた悪を勇氣を持って道徳的に礼節をもって是正して頂きたいと思ひます。そして心の病で苦しんでいる障害者を真の民主主義的な社会で地域で共に生活できるようにして頂きたい。以上お願いでございます。

〇〇：私は香川県からまいりました。そして資格というところで、はて困ったと思ひました。それでボランティアとして名前を書きました。香川マインドというボランティアのグループに入れて頂いております。そしてどうしてこの会を知ったかという、香川県の精神保健ニュースというのが毎月発行されております。それに書いてありまして、たまたま私が来る機会ができたわけで、本当にこの会に出られてよかったなあと思ひしております。先程の山本さんがおっ

しゃっている意味は良くわかったんです、わかったんですけれども私のような全然従事者といわれるかどうかわからないような者もここにに入れて頂きました。そして全プログラムを聞かせて頂いてボランティアとしてこれからもっともっと一生懸命にやっていきたいな、ボランティアがどんなに大事なもののなのかということをしひしと身を感じまして、これを香川マインドのみんなに伝えたいと、そのように考えております。どうぞこれからもこういう会を開いて頂いて、そして精神保健フォーラム横浜宣言、これを見せて頂いて本当に素晴らしいものができつつあるんだなっていうことを思いまして本当に感謝しております。ありがとうございました。

本田：再度、確認したいんですが、全国病者集団の本田です。混乱を避けるためにというご理由を挙げられましたけれども、混乱を避けるという論理とやっかい者を排除するといういわゆる保安処分思想の決定的な論理ですね、この基本的な違いをご説明下さい。

森山：混乱を防ぐというのはテーマで何とか討論できるようにしたいということであります。やっかい者を防ぐという考えは全くありませんでしたのでその点は誤解のないようにお願いしたいと思います。

本田：ではなぜ、私たち精神病者が混乱をこのフォーラムに持ち込むというふうな憶測だと思うんですが、そういうものがたつたのか、その辺の根拠が先程の主催者側の発言でも私のは非常にわかりずらかったんですが、たとえばそれはどこかの患者会がつぶしにくるとかいう話があったとかいう話は出ましたけれども、それはあくまで具体的な根拠ですか、では具体的にどの団体がこちらのフォーラムを混乱に陥れたりつぶしにかかったりということの予見が出来る根拠を提供するような具体的な行動、材料を提

供しているのかその団体名を教えてくださいか。

司会高橋：いろいろここでは固有名詞な避けたいと思います。発言されていない方、どうぞ。

佐藤：岡山から来ました佐藤ともうします。現在短大の教員をしておりますが、バックグラウンドは臨床心理学で、臨床心理学会の運営委員でもあります。日本臨床心理学会は主催団体の一つでもありますし、たまたま今回私は代表として運営の方には関わっておりません。主催団体として、今の問題については責任を負わなければいけないんですが、ちょっと個人的な意見を述べさせていただきたいと思います。これは2点あります。病者集団の方がこの第3回のフォーラムの情報が大変遅れたというご意見があります。これについては星野さんからの話でいろいろと懸念されたんだなということは今理解できたところなんです、主催の具体的なことで最後に決断されたということでは今回それについては意見を言うことが出来ません。しかし大きな反省として、これを行うことについてアクセスしにくいところにいる人が沢山います。それはノーマライゼーションの最も基本的な問題です。車椅子の方が階段のあるところにアクセスできません。そういったことを配慮していくのがバリアフリーとうことです。病院の中におられたりいろいろ患者、ユーザーの団体がいろいろなグループでおります。そういうところで私たちは従事者の団体のフォーラムですが、これにユーザーの方たち、それから家族の方たちが参加できるように連絡をするということは大変大事なことだと思います。その点では今後の運営に是非反映して頂きたいと思っています。これはノーマライゼーションの基本的な課題だと思います。

それからもう1点は、今日の最後の方、北海

道の門屋さんのご発題は生活の領域の支えを医療からきちんと離して、医療がどこまでも屋根を伸ばさないようにしなければいけないというご主旨とその実践を見せて頂いて、大変私は感銘しております。これは絶対必要な事だと思っています。しかしその中で、医療があまりにも羽根を伸ばさない為ということで整理する時に、触法された、そして精神症状があるという方、やはり精神症状をちゃんと医療として受ける権利があるわけです。これについて門屋さんはまだ未熟な考えだけれどもということで言われましたが、山本さんが指摘されたようにこれはやはり危険な方向に行く恐れを持ちます。この点については今後絶対に処遇困難病棟やこういう保安処分的なものを阻止するという観点を含めてこの精徒懇でもきちんと議論していかなければいけないと思います。その点についてはこの決議に盛り込めるかどうかはいろいろな団体の問題があると思いますが、山本さんの提起された3点ですね、これを私としては非常に大事なことで、特に処遇困難病棟といったものは今後公的病院を整備するときに問題になっていきます。それで決議の中には精神科特例を廃止するということが入っています。それと処遇困難病棟は非常に矛盾することです。どなたかのシンポジストの方の発言にもありましたけれども、特別に治療が難しい方に特別の病棟を作るとかいう問題は全体の底上げをまずしなくては行けない、まずその具体的には特例廃止というところではありますがそれが先であって、そこからさらに困難な者をどうしていくかということはこれからの問題だと思います。それで処遇困難者というのを固定して考えるというのはこれはWHOの障害者概念にも反するわけです。処遇困難というのは関係の中で出てくるという

ことです。処遇困難者という固定的な概念ということをもう一度考え直して、処遇困難ではなくて非常に難しい悪い処遇をしている病院のほうが現にまだまだ沢山あると、その関係をきちんとおさえることのほうが必要だと思います。以上です。

寺澤：自治労の静岡の寺澤ですが、主催者の方が寄り合い所帯で大変運営にはご苦労されていると思いますが、精神病患者集団からの一定の提起、抗議については5月11日付けで出されていることで若干時間はあったと思うんです。今後運営の中でこの点については、私たちも病者集団の問題提起に対しては受け止めて今後考えていく必要があると思いますが、主催者側のご苦労もあると思いますがその辺はまずお願いをしたいと思います。私が発言させて頂きたいのは、宣言が配布されておりますがまだ提案されていないところで先にこの中で一定の見解をお聞きしたいと思いますが、自治労というのはご存じの通り地方公務員の組合でその関係で2の部分に関係するわけですが、市町村に基本的に障害者福祉の施策を身近なところでサービスを受けるという形での流れについては理解できます。その場合に、この間やはり精神医療が県レベルで捉えてきたものを軸足としては二次医療圏に移そうということで②については二次医療圏のところで福祉も医療も考えるというような形になっておりますが、やや具体性に欠けている部分があるのではないかと思います。今、静岡の場合も保健所が福祉事務所と統合されまして健康福祉センターとなりまして保健所の位置づけが大変薄くなっている部分があります。そういう意味では、推進協議会というものをどこがリードするか、あるいはどこがコーディネートするかという時に、たとえば精神保健福祉センターが県下に一つというのが現状だと思いますが

それを保健所とミックスするような形の地域精神保健福祉センター的なものをここに二次医療圏の中に考える、その上で①の市町村の問題なんですがこれも様々な議論がされておりますが、障害者プランがまだ2割しか達成されていない、その中でも精神の部分がはいていないところがいくつかあります。そういう点では、にわかには各市町村に精神保健福祉担当課を必置するという形ですばり書かれているということについては、この障害者プランの達成状況あるいは地域保健法の動向によって市町村の業務が大変手いっぱいになっています。そういう点では、流れ、方向性としては市町村が障害者福祉という観点で受け持つということは理解出来ますが、トップにまず市町村にということ掲げる前にまず二次医療圏の問題を整理する、その中のたとえば推進協議会には必ず市町村の代表が入る等の運営の中で今後市町村の役割については明確にしていく、そういうふうには私としては考えて頂きたいと思います。最後に昨日カナダのワスタブさんから社会保障制度がある一定の水準を維持した上で地方分権が考えられないと本当に格差が生じるということをお話があったと思いますが、とりわけ日本の今の分権の進め方については仕事だけが市町村あるいは住民の側にしわ寄せされているという状況がありますので、その今の状況の中での圏域、エリアについての考え方については是非ご一考頂きたいということです。以上です。

司会高橋：宣言の話が出てきましたので、時間が迫ってまいりましたので、先きに提案をしてから討論しないと形がおかしくなりますので、第3回精神保健フォーラム横浜宣言の提案のほうを先にさせていただきます。

司会森山：提案致します。皆さんの目から見ると不十分なところもあるかと思えますけれど

も、この案を作るのに合計4、5回に渡って会を開いて練り直したものです。基本的な線をご理解頂ければとまず考えています。では読みます。(宣言文は3ページに掲載)

為金：具体的なことでいくつか提案したいんですが、二次医療圏の話が出てきておりました議論の中で、だけど精神病院というのは現実に遍在しますし、二次医療圏の中で総合病院で精神科をもっているのは45%ぐらいなんです、現実には。現在の精神科単科病院というのを見てきたときに、5年以上入院している方が5割ということをおっしゃいました。そして65歳以上の方が3割ということもおっしゃいました。一方で、50歳以上の方はもう6割を占めているわけです。ということは、これから10年を過ぎましたら結局いまでもいくつかの病院がつぶれていっていきすけれども、現在病院の多くは精神科単科病院である必要があるかどうか。むしろ精神病床の削減の話がありますが、そういうふうな問題が出てきておられますし、二次医療圏の議論をする時に精神病院が遍在しますし自分たちが生き延びていくためにはどうするんだと、こういう死活問題になってきます。そしたらそこで地域でネットワークを作ると言ったところで誰がどうリーダーシップをとってやっていくのかと、自分たちの生き延びる策をどうするのかということと医療のあり方ということとをきちんとリーダーシップをもってやっていかないと本当の地域でのネットワークというのは出来ないだろう、経営の問題というのはいまにかぶってきます。純粹にいままで病院でやってきたことを地域でやるというふうに意識転換がスムーズにいけばいいですけども、実際これからその辺の本音の泥くさい話があるだろうと私自身は感じていますのでそういうことが一つ問題提起です。

2つ目は、実は厚生省も数字をあまり出して

いないんですが、60歳以上の看護婦がもう2万人を越えています。日精看の会員が3万人です。その2万人の方が多分精神病院で就労しているだろうということは推測がつかます。大阪の私は大阪の中宮病院の為金というんですが、大阪大和川病院では現実に70～80歳の看護婦が仕事をしておりました。更に給料で言いますと、新聞報道になりましたけれども夜勤手当を含めても10万円なんです。年金をもらっていて小遣い稼ぎに勤めているというのが実状なんです。大和川病院に限らず、多くの精神病院では、看護婦不足の問題が深刻です。

そういう実状を変えないことには精神病院の状況というのは変わっていかない、基本的に変わらない、その辺の問題意識がアピールの中から抜けていると思います。それから、たとえばカルテ開示や定期病状報告とか保護室の隔離についての記載の義務の問題があります。しか48人の患者さんの診察をして、なおかつ記録をして、というのは土台無理な話です。そういうふうな裏づけのない法律をいくらつくっても、守れないような法律ではどうにもなりません。極端に言ったら大和川の場合でも業務改善命令を出しました。しかし、業務改善命令をだしても一切の罰則規定の何もありません。結局行政は業務停止までやりましたが、本当に悪徳病院を変えていくなればきちんと業務改善命令だけでなくそれが効かない場合には業務停止命令までやる、そこまでやっていかないと、若干の罰則規定だけでは済みませんけれどもそういうことをやらないと、状況はやはり変わっていかないだろうと思います。昨日丸山弁護士の方から医療監視がありましたと、医療監視の中で患者さんの処遇の問題で医療監視の時に調査をしましたと、その時に厚生省の処遇基準そのことすら知らない医療従事者が半分以上おりますと

いう報告がなされました。大変重みをもって受け止めるべきだろうというふうに思います。いくら法律をつくったところで守られない法律を作ってもどうにもなりませんし、法律を守らないような施設に対しては業務停止命令を出すとか、たとえば処遇の問題で一番の話は暴力の問題、いくらアドボカシーどうのこうのと言っても現実にアドボカシーを実際にしていくに当たってはアドボカシー礼賛者がこられてその人にカルテの内容を言うわけにはいきません。プライバシーの問題もあります。アドボカシーとしてどういう方を承認するのかというふうな具体的なプロセスだっていると思います。抽象的なことではなくてそういうふうな実践なり、たとえばその暴力という患者さんとのスタッフとの暴力、そういうところと言ったところで誰がどう暴力として認定するのか、そういうようなプロセスだっシステムだっ伝わっていかないといつまでたっても甘えの構造というのは変わっていかないだろうなというふうに思います。昨日の久良木さんの論文というのはずいぶん辛らつに受け止めました。しかし理念と現実の問題とどう融合していくのかそのことをきちんと実践なり具体的に、たとえば患者さんの人権を守る、人権を守るということは具体的にこういうチェックをすることだ、そういうような行動の定見なしにいくらお題目を言っても駄目だろうと、僕はそのアピールの中にそういうふうな主旨を是非入れて欲しいと思います。どうもありがとうございました。

司会樋田：ただ今のはこのアピールの修正意見でしょうか。もし修正でしたら具体的にここにこういう言葉を入れろと。受け入れるということですか。はい、どうも。

先程のそちらの自治労の方も言われた二次圏域のことうんぬんというところですけども、

大きい2番の①②というところで障害保健福祉圏域というのが実際に進行していてそれはほぼ二次圏域で策定されています。そこに精神が入ってこないのが問題ということで一応触れてあると思います、それから先程の山本さんの提起の問題に関しては非自発的入院をする際の医療環境等の施設基準の強化及び手続きの厳密化ということで、そういう形で盛り込んであると考えています。一応これはこの2日間のフォーラム全体をまとめるという形で繰り返し参加団体の間で討議して皆が合意できるものとしてこういうふうにまとめたんですがこれに関していかがでしょうか、更に意見を求めたいと思います。

本田：全国精神病患者集団の本田です。度々申し訳ありません。お時間がないところ申し訳ないんですが、やはり宣言の冒頭にうたっているように、管理的なパターンリズム、保護主義、社会防衛主義からノーマライゼーション、このノーマライゼーションというのは共に生きる、共に支えあう、それは健常者も障害者もそうやっていく社会を作っていくんだという事をおうたいになっているんだと私たちは考えております。ですから私どもが3点、3点しかお願いしていないはずですが、それはここで書かれている非自発的入院というのはこれは強制入院ですし、これははっきり書いて頂きたい、ということが具体的にお願ひしたいことですが、あと私どもが出しているこの3点、措置入院の治安的強化に反対する、触法精神障害者に対する特別な対応病棟に反対する、処遇困難者専門病棟新設に反対する、というのはこの第1点の私達精神障害者の人権を守ることを徹底するということの正に具体的なテーマであると私どもは考えております。というのは、私どもは18日の日に厚生省と交渉をしておりますが、その段階でもすでに日精協はじめこの措置入院の治安的強化

並びに触法精神障害者に対する司法的関与等、具体的な提案がもう出てきているんですね。こういうことは、たとえば私もそういう意味では触法精神障害者です。ですからたとえば私のような人間を隔離収容してしまうようなことをこれまでも精神保健福祉法というものはやってきたし、

それを皆さんはある意味では支えてきていらっしゃるわけではないですか。現場では。ですから私どもはその精神医療をできるだけより良いものにしたいというふうに考えていらっしゃる従事者の方やご家族の方に今厚生省が正に密室で法改正の議論を行っているところの中にこの3点が強烈な内容で盛り込まれているということはこの主催者団体の方も資料を通してご存じなはずで、この3点を、なぜ一番目の、たとえば9番目10番目11番目というふうな具体的な形で盛り込めないのか、それは5番目にはいつているんだというふうにおっしゃいますが、それはあまりにもこれは抽象的な表現すぎて具体的な説得力がありません。たとえば私たち精神障害者がこの5番目の項目を見てもこれは一体具体的に何を意味するのかははっきり理解することはできません。ですから私ども全国精神病患者集団としてはできるだけ多くの人にわかりやすく具体的に法改正がこういう危険な方向で向かっていて医療従事者の方々も含めてそういった保安処分的な危険な法改正には一線を画する、反対をするんだということを是非この1点目の精神障害者の人権擁護の徹底というところに、9番目10番目11番目という形で盛り込んで頂きたいというふうにお願ひしたいと思います。以上です。

司会樋田：そのことも含めて議論してまいりましたが、6月15日、ある団体が厚生省と交渉した資料がこちらにあります、その時の厚生省

の発言として、いわゆる特別措置の議論がされていないが難しいのかなと思っている、と。そして犯罪事件を犯しても今後も犯す可能性があるということと重度で手がかかるということとを混同してはならないということを厚生省は言っております。我々は、15日現在入手している資料ではこの特別措置という話が出てくるということは把握していません。日精協の提案の中にあることは承知しています。もしそういうものが出てきた場合には精従懇の中で当然議論をしていきます。処遇困難病棟設置反対ということは第2回フォーラムで充分議論して我々の方針として確認しているところでもあります。そういうことで、非常に具体的な点になると先程為金さんも言われましたが、個々の具体的なことになるとこの宣言文でとてもまとめきれないということで参加団体がみんな合意できる線でこの宣言とさせて頂いたわけですが。

本田：私どもは別に全国の精神障害者を代表している団体ではございません。全国にいくつかある患者会の全国組織の一つに過ぎないということはおわかり頂いていると思います。ですから私どもが全精神障害者の声を代表しているというふうな思い上がった考えも持っておりません。ただ今おっしゃったのは15日現在の交渉のお話だったようですが、それはどの団体の交渉でしょうか、どの団体でも結構ですが、私どもは18日に厚生省と対話をしております。その点18日の厚生省交渉の中でこの3点について厚生省の課長補佐が何と応えたかということ、これについては勉強中である、勉強させてくれと、そういう返答の仕方です。継続交渉という形になっています。ですから15日にそういう話が出たと、ただ私どもは18日にそういう回答しか頂いていないので改めて危機感を強くしておりますし、これは決して病的な妄想ではないと思います

が、その点いかがお考えでしょうか。

星野：この宣言をまとめる過程で病者集団の方からそういう提起があるということは充分に承知していますし、山本さんと先程の方の論理展開は個人的には納得できる、賛成します。ただし議長団の方から処遇困難病棟についてについては2回目の時にすでに結論をだしているということでもあります。現在特別措置入院の動きがそういう形で提起されているということも充分承知した上で危惧があるということは確かなわけですからそのことについて今後充分に精従懇の中でも検討していきたいと思うし、今回までの過程の中で充分討議が出来なかったということについては申し訳ないと、我々も思っておりますし、議長団もそうだと思います。但し先程申し上げましたように構成団体が非常に沢山になってきまして、この宣言文をつくるにも2日前からずっとすりあわせをやってきまして5回どころか数十回の修正が入っているわけで、それだけ練り上げてきたものです。今日はこの段階でなんとか認めて頂きたいなあというのは正直なところですよ。あと今後提起されたことを十分に勘案した検討を行っていききたいということでも承知して頂きたいと僕は思っているんですがいかがでしょうか。

司会樋田：どうもありがとうございました。それでは時間もだいぶたってきましたけれども、ここでこの宣言を提案どおり採択していいかどうか拍手で確認したいと思います、お願いいたします。(拍手)

本田：全国精神病患者集団としてはこの決議にはこの宣言は認めることはできません。以上です。

司会樋田：わかりました。それでは先にすませて頂きますが先程カンパの要請がありました。先程報告がありまして、「5万596円集まりました。ありがとうございました」というメッセー

ジが寄せられました。それでは宣言が採択されたところで、代表幹事から閉会の挨拶をさせていただきます。

司会高橋：どうも2日間長い間ごろうさまでした。なんか空調の関係で私もちょっと風邪がみになりましたが他にもお身体をおこわしになった方がいらっしゃるかなければいいと思います。大変ご苦勞さまでございました。おかげさまで今回のフォーラムは参加者829名でした。大変沢山の方にお集まり頂きまして精從懇としては安心してるところであります。今の宣言にもありますけれども、日本の医療とか福祉制度は人口の高齢化、最初にありましたが日本経済の国際化の流れを受けて変革を余儀なくされているということが確認されたと思います。この変革に応じるために今回のフォーラムに参加された皆様が現場実践の中で大きな視野と、また個人の生活を尊重するような個別的なケアを

重視する視点、この2つを同時に持つという実践を現場に帰ってされることを望むものであります。最後になりましたが、このフォーラムの準備にあたりまして日本精神神経学会の事務局の牧さんをはじめ多くの皆様にお世話になりました。大変ありがとうございました。拍手をお願いいたします。(拍手)

それから開会の冒頭の挨拶でもありましたように第一シンポジウムでシンポジストを快く引き受けて頂きながら開会直前になくなられました故久良木幹雄さんに対する感謝と哀悼の意を参加者全員でもう一度確認させて頂きまして第3回精神保健フォーラムの閉会の辞といたしたいと思います。どうもありがとうございました。**総合司会：金杉** ありがとうございました。以上をもちまして第3回精神保健フォーラムのすべてのプログラムを終了いたしました。皆様お疲れさまでした。

法改正めぐり意見続々

きょうまで精神保健フォーラム 患者代表ら訴え

横浜

精神保健福祉法の改正を前に、二十一世紀の日本のメンタルヘルスがどうあるべきかを考える全国集会「精神保健フォーラム」が十九日、横浜市西区みなとみらいのパシフィコ横浜で始まり、全国の精神科医、研究者、ワーカー、ユーザー（患者）など七百五十人が参加した。二十日まで。



精神保健福祉法改正に向けて多くの意見が出された精神保健フォーラム＝パシフィコ横浜

主催は、精神科の医師、病院、ワーカー、作業所などの団体からなる精神保健従事者団体懇談会。同フォーラムは、精神保健に関する法改正に対応して行われており、一九八八年と九一年に続いて三回目。

この日はまず、「『精神保健福祉法』改正をめぐって」と題したシンポジウムを開催。弁護士や患者、患者の家族、障害者団体代表、医師らが、それぞれの立場から精神保健福祉法改正に対する意見を発表した。

患者の代表で、今月急死

した久良木幹雄さんが、集會に向けてまとめていた文書も公開された。その中で久良木さんは「精神障害の当事者が『病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい』と願うのは、腎臓（じんぞう）や肝臓に慢性的疾患を抱えている人たちと同じように、国民として願う普遍的な『権利』を求めているにすぎない」と訴えている。

「当事者のニーズに対応して、権利の回復に万全を期すことこそ、国の果たすべき責任である」と訴えた。

このほか、①精神保健福祉法の医療に関する部分と、福祉に関する部分に分けて、福祉に関する部分は別の法律にするか、障害者福祉法に盛り込むべきか②ほかの障害者と違って、保護者に多くの義務が負わせられている。この保護者制度を撤廃すべきだ③などという指摘が、次々と挙げられた。

二十日は、「わが国のメンタルヘルスの現状」と、「二十一世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開」の二つのシンポジウムと、総括討論が行われる。参加費は専門家が九千円。学生、ユーザー（患者）、家族、一般が三千円。

1998.6.20
神奈川新聞
(朝刊)

編集後記

先週私のクリニックのある東京練馬区の精神保健福祉関係者連絡会の地域ブロック会が保健相談所で開かれたので出席した。この連絡会が中心となり昨年からの区内の精神障害者を対象に「精神保健に関するニーズ調査」が区当局とは別個に自主的に行われた。その調査の報告会が今年の7月に開かれ、参加者228名のうち当事者が126名で、質疑応答は当事者たちの熱心な発言で埋めつくされた。この日のブロック会は当事者を含まない従事者の集まりだったが、調査と報告会の盛り上がりを受けて今後の方針を話し合うことが目的だった。会ではこの地域の社会資源に不足しているニーズに応える「生活支援センター」を作ろう、「地域精神保健福祉協議会」を作り下から行政を動かして行こうという方針が確認された。財政難を理由にして行政当局の動きは鈍いが、我々がフォーラム横浜宣言で確認した「精神保健福祉圏域」の設定→「精神保健福祉推進協議会」の設置→社会資源の整備・拡充の流れは、行政リーダーシップが欠如したまま、押し止めることの出来ない勢いで地域の当事者・従事者から沸き起こってきていると感じた。／リーダーシップの不在といえ、この横浜フォーラムも責任ある事務局体制を作れず、多くの人々をハラハラさせご迷惑を掛けたことをお詫びしなければならない。それでも日本の精神保健の現状を憂う沢山の人の熱意に支えられて無事にフォーラムを終えることができ、感謝に堪えない。金も力もない寄り合い所帯である精従懇の不思議なパワーは精神医療・保健・福祉の現場で苦闘する従事者の心意気に支えられている。／この報告集のフォーラム運営委員である香田真希子、野口弘之、藤本豊、宮川齊の各氏が行った。一時は絶望視された年内刊行を実現させたのはひとえに藤本氏のミラクルパワーであった。私は最後まで藤本氏の足を引っ張ってご迷惑を掛け、最後の最後にこの編集後記だけを書かせて戴くことになった。／表紙カットは精従懇と精神保健フォーラムを終始一貫支え続けていただいている精神神経学会の牧敏雄事務局長に腕を振るっていただいた。横浜フォーラムが21世紀の日本の精神保健改革に希望を託す架け橋となることを願いたい。(1998.11.12 金杉和夫)

第3回 精神保健フォーラム報告集

発行日 1998年11月28日
編集委員 金杉 和夫 (日本病院・地域精神医学会)
香田真希子 (日本作業療法士協会)
野口 弘之 (日本作業療法士協会)
藤本 豊 (日本臨床心理学会)
宮川 齊 (地域精神保健・社会福祉協会)
発行者 第3回精神保健フォーラム運営委員会事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷5-25-18
ウイングビル52内
日本精神神経学会内
☎ 03-3814-2991 Fax 03-3814-2992