

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たが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も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、といいますが併せて約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ていこうというのが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して。

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して。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ぬ。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ぬ。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ぬ。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。