

第12回世界精神医学会横浜大会

精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

1. ケアガイドライン——新しいケアシステムの導入——

門屋 充 郎（帯広ケアセンター）

私がこのシンポジウムで申し上げたいことは、日本の精神保健が大変時代遅れの現状にあること、先進諸国の中で最も遅れた状況にあることを申し上げ、今後どのようにしなければならないのかについて、具体的提案をする。

日本は1900年に精神病に関する初めての法律を制定した。その法律は社会防衛を基本として、自宅に軟禁することを法的に認めるというものであったが、その後、精神病院法をつくり、治療の対象とするものの、隔離収容を社会的処遇の基本としてきた。

第二次世界大戦終了後、日本は憲法を始め、すべての社会システムを作り直すことになった。精神医療は一般医療から切り離され、独立した法律として作られたが、このことは戦前からの社会防衛の思想を引き継ぎ、強化する結果を招くこととなった。

イギリス、アメリカ合衆国などの先進諸国は1960年代に脱施設化政策を掲げ、病床削減を行うとともに、地域精神保健の政策を推し進める体制整備が続けられ今日に至っている。

日本政府が地域精神保健政策を打ち出したのは、先進諸国が地域精神保健政策を打ち出した時代とそれほど違っていない。1965年に精神衛生法の大改正が行われ、都道府県ごとに精神衛生センターが設置され、保健所が第一線機関となり、保健士が精神保健業務を担当することとなった。この法律改正はアメリカ大使ライシャワーが精神病者に刺傷されるという事件が契機となったことも

あって、社会防衛の考え方と施策が続けられた。

1965年は政策的に日本における地域精神保健の元年となったが、内容は精神病院医療、とりわけ入院医療を中心としつつ、病院精神科医の権限を地域にまで拡大し、地域管理的要素の大きなものとなった。第一次予防はほとんど実施されず、第二次予防の早期発見早期治療は隔離収容に中心がおかれ、第三次予防は家族扶養という世話による処遇を基本とし、精神医療の管理下におけるパターンリズムを基本とした専門職主導の援助構造となった。

日本では1970年前後にはイギリス、アメリカの地域精神医療について数多くの文献が紹介され、社会精神医学なる領域が最先端の精神保健として注目された。精神病院でも地域精神保健の現場でも、いよいよ日本も先進諸国のような精神医療、地域精神保健が始まるのではないかとの期待が大きくなった時代であった。

精神病院では「生活療法」というリハビリテーション方法論が、地域精神保健では再発予防のための援助論として「生活臨床」が大きな期待を持って展開された。しかし、これらは専門職主導のパターンリズムを基本としていたことから、利用者の依存を強化し自立を阻み、動機付けのない、成長を阻害する結果となった。これらは今では忘れ去られつつあるものの、精神病患者は能力障害を持ち、長期にわたり世話をされる必要のある集団として、専門職がラベリングすることとなった。

一方、国家政策は地域精神保健とは反対の施設化政策を打ち出し、精神科病床を大幅に増やす政

策がとられた。精神医療の圏域を一般医療の小さな圏域（二次医療圏）とは別に都道府県という広いエリアに、人口万対25床という枠組みを設けて低利の融資を行うという政策は、結果として精神病院の乱立を生み、病床の増加が進むことになり、施設化は現在に至る不幸の始まりとなった。加えて、精神医療に法的に特例を設け、治療スタッフが少なくても良い、病院構造が狭くても良いという医療の質の低下を招く結果となった。脱施設化なき地域精神保健政策は専門職主導とパターンリズムによる援助が中心となった。加えて精神科医の指示なき活動が展開できないという制度的制約を、地域活動の根底に据えられていたことから、地域精神保健は育たなかった。この政策は現在も続いている。

また、社会防衛の中心であった措置入院制度（強制入院）は、自傷他害の要件を満たさなくても、医療費支払いの困難な経済的困窮の者を対象とするということが公然と認められ、経済的救済という大義を持って拘禁が許されるような錯覚が人権感覚を麻痺させていくこととなった。

1988年の精神保健法成立までは、入院形態は法的に定められた同意入院と措置入院であったが、同意入院とは本人の同意ではなく、精神科医が入院を必要と認め法的に定められた家族などが同意すれば、本人が同意せずとも入院させられるというものであり、WHOなどの国際機関が措置入院はもちろん同意入院も強制入院制度であると非難されたことは当然のことであった。

日本では1993年まで、制度的に障害者とは認められず、福祉制度が劣悪であった。1995年に精神保健福祉法が成立し、中央政府の機構改革により身体障害、知的障害とともに障害者政策の統合が図られた。しかし、それぞれが長く別々に処遇されてきたことから、同じ障害者としての社会的処遇にはなっていない。また、残念なことに障害者間に差別意識が存在し、政策統合にも影響を与えている。

総括すれば、日本の精神医療は1900年以来、一貫して社会防衛として役割を果たし、強制入院、

長期隔離拘束が基調として続いてきたという不幸な歴史である。

日本の精神保健活動は長期入院中心主義が施設化政策によって強化され、精神病となった人の人権は長期間軽視されてきた。この長期にわたる不幸な社会的処遇が今も精神病院の中に社会的入院と呼ばれる一群として存在し続けており、その数は10万から20万人とも言われている。そのうち約7万は退院可能との判断がなされ、現在国家としての退院計画が立てられようとしている。長期にわたる入院者の中には社会的入院者に属する者も、長期であったことから社会性の低下を招き、生活技術はもちろんのこと、対人関係障害は著しく低下し、加えて高齢化は新たな疾病を抱える結果となり、社会的入院からはずされている一群がいる。

日本の精神病は諸外国の精神病より重症化率が高く、入院治療が長期間必要なのであろうか、是非、精神医学による科学的判断を明確にしたいものである。

日本における精神医療を中心とした精神保健活動をまとめると、次のようにいえる。社会防衛政策を基本として、精神医療への中心化、施設化、医師に権限を一極集中させ、ヒエラルヒー構造を徹底させた。この結果、多様な専門職の発展は阻害され、それぞれの専門性の向上と臨床現場におけるチーム医療は進展せず、コメディカルスタッフは精神科医への従属化が進んだ。

精神病患者本人は自己決定能力の低下した存在と理解され、人権が制限されて当然といった患者理解となった。その結果は、本人に病名も告げず、治療の内容、薬の効能と副作用などの危険、疾病の将来的経過の見通しなどを本人に説明することはほとんどなされず、説明しても理解できないといった精神科医の偏見が常態化することになった。

日本社会には精神病に対する根深い偏見があり、社会復帰を阻害していると精神医療関係者は言うが、WPAのスティグマキャンペーンに示されているように、悪循環の連鎖としての偏見という観

点からすれば、当然、一般市民に問題があるだけでなく、救急体制の不備から、奇怪な行動に早く対処できないで来たことや、いったん入院すると長期化し、閉鎖的処遇が市民からの誤解を招き、退院後の的確な援助体制が不備であったことから、再発が繰り返され、精神医療への市民の信頼が低下してきた。加えて、精神病に関する報道による偏見と人権思想の低下が認められ、市民の精神病に対するマイナスイメージが蓄積されてきた。それらに異議を唱える精神医療専門職が少なかったことなども関係して、市民が危険視することを精神医療そのものが強化してきたことに注目すべきである。

医学モデルの単一構造、パターンリズムの強化、これらの専門職主導の援助構造は施設化による長期入院中心と通院者にも同様の過干渉と過保護的関与を続けることにより、患者の依存形成を強化し社会性の発達を疎外し、自我発達、人格・社会性の未熟化、人格水準の恒常的低下を招いてしまった。結果としてのインスティテューショナルリズムは現在でも、日本におけるもっとも大きな解決課題である。

以上のような現状から、今後どのような対策を行うべきかについてまとめるに言及する。

- ・社会防衛の政策転換を行う。
- ・脱施設化を国家政策とする。
- ・費用対効果について評価し、医療費財源を生活福祉へ移行させる。
- ・利用者主導、生活モデルによる援助システムを構築する。
- ・市民の精神保健サービスのために小さな責任圏域を確定する。

具体的には、次の原則により政策を転換する。

- ・特殊化から一般化への原則
- ・専門職主導から利用者主導の原則
- ・医学モデル援助システムから生活モデルを基調とした包括モデルの原則
- ・人権の原則（属性から市民権の獲得）
- ・精神保健福祉法を廃止し、大部分を一般医療

へ統合する。

- ・生活福祉領域をユニバーサルデザインを基本とした市民生活に統合する。
- ・障害者福祉法を制定し障害施策を統合する。
- ・圏域ごとにケアマネジメントシステムを設け、マネジメント機関に利用者ごとにサービスを利用できる財源を配分する。医療サービスも包括したシステムとする。

2002年3月政府は障害者ケアガイドラインを発表した。これは6年前から精神障害者のケアガイドラインが検討されてきた最終的ガイドラインである。

このガイドラインが示したコミュニティケアの基本方法としてケアマネジメントを具体的に提案した。これが新しいコミュニティケアにおける将来に向けた期待される新しいケアシステムである。

日本は2003年度から障害者ケアマネジメント事業を開始する。具体的施策内容は明確でないが、ケアマネジメントの理念と実践はコミュニティケアの方法としてすでに示され、全国的にモデル事業が展開されている。これらが生かされる施策が期待されている。

ケアマネジメントは、利用者主導を基本とする。具体的展開の原則として次の6点が組み込まれていることが必要条件である。

- 1) 個別性が重視されること
- 2) 利用者ニーズ中心であること
- 3) 生活の質の向上が図られること
- 4) 利用者のエンパワメントが図られること
- 5) 自己決定が保障されること
- 6) 権利擁護が充分であること

日本では脱施設化政策がなく、医療から地域ケアへの財源の移行もなく、医療から地域へのマンパワーの移動も望めない中で、ケアマネジメントが展開できるのかといった懸念は大きい。しかし、地域生活支援センターや各種の社会復帰施設、一部の行政などが積極的にこのケアシステムを取り入れ始めている。2002年4月から始まった市町

村における精神保健施策は、今後地域格差を生みながらも確実にケアマネジメントにより精神障害者を支えることになろう。この新しいケアシステ

ムが制度として成立することに期待して私の発言を終わる。

