



大阪の精神医療

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2010-07-22 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 黒田, 研二 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10466/10386

大阪の精神医療

黒田 研二

はしがき	1
<hr/>	
I 大都市における精神病院群の生態学的構造 —大阪府の場合—	5
<hr/>	
はじめに	
1. 精神病院への入院形態	
2. 精神病院の増加と機能分化	
3. 精神病院入院患者の生態学	
おわりに	
II 精神病院から地域への移行をめざして —大阪からの報告—	21
<hr/>	
はじめに	
1. 精神病院はどこまで変わったのか	
2. 地域はどこまで変わったのか	
3. 大阪府における議論と取り組み	
4. 病院と地域をつないで移行を支援する機能の確立を	
おわりに	
III 精神分裂病の呼称変更にむけて —ケアマネジメントの立場から—	39
<hr/>	
はじめに	
1. ケアマネジメントとは	
2. エンパワーメントとストレングズ・モデル	
3. スティグマの克服にむけて	
4. 呼称変更への提案	
おわりに	

-
1. 精神障害者の定義と範囲、受療の状況
 2. 統合失調症について
 3. 精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法
 4. 社会復帰と地域生活支援の施策
 5. 障害者自立支援法の成立とそれに基づく制度の変更

I 大都市における精神病院群の生態学的構造 一大阪府の場合一

はじめに

バイオテクノロジーや臓器移植の成果が、医学の進歩の象徴であるかのようにはなばなしく報道されている。日本人の平均寿命は今や世界で一位を競うようになっているし、医学と医療の進歩を疑う人は少ない。だが、精神科の医療は、はたして進歩しているのだろうか。

わが国の精神医療の進歩を疑うに足る多くの事実に私たちは直面している。宇都宮病院事件¹⁾の報道はまだ記憶に新しい。しかし精神病院のスキャンダルは今に始まったわけではなく、すでに10年以上も前から多発していたのである。悪徳病院の存在は、精神医療関係者の間では周知の事実であった。精神病院における人権侵害事件は繰り返し発生し、それに対する批判や告発もまた繰り返されてきた。しかし、精神医療の構造そのものはほとんど変化していない。現状を批判する側が少々疲れてきた頃に、宇都宮病院事件が生じたのであった。

表1は、精神病院と一般病院の医療が、この20年間にどのように変化したかを、いくつかの数字を通してみたものである。病院数は、いづれもこの20年間に1.4倍に増加している。平均在院日数は一般病院が40日余りで変わらないのに、精神病院では455日から601日へと長期化した²⁾。しかも、精神病院では、病床利用率はこの20年間に100%を切ったことがない。つまり、病院定床数を上回る患者がすし詰め状態で、年余にわたる長期間、精神病院に入院させられているのである。精神病床に入院している患者は年々増加しており、昭和59年には34万人。全国の病院在院患者125万人のうちの27%を、精神科患者が占めていることになる。100床当たり医師数をみると、一般病院では常勤、非常勤とも増加しているのに対し、精神病院では常勤医師数はむしろ減少している。しかも医師数は、精神病院では一般病院の3分の1以下の水準なのである。同じく看護者数をみても、精神病院で増加しているのは准看護婦であって、正看護婦は減少している。一般病院で正看護婦

表1 精神病院と一般病院の比較

	精神病院		一般病院	
	昭和40年	昭和59年	昭和40年	昭和59年
病院数	725	1,019	5,922	8,502
平均在院日数	455日	601日	43日	44日
病床利用率	109.8%	103.8%	78.6%	82.1%
100床当たり職員数				
(医師数)	(3.0)	(3.6)	(9.7)	(13.2)
常勤医師	1.7	1.5	6.0	7.3
非常勤医師	1.3	2.1	3.7	5.9
(看護者数)	(20.2)	(24.1)	(27.2)	(42.5)
正看護婦(士)	9.1	8.9	10.3	20.3
准看護婦(士)	4.3	9.3	10.3	14.2
看護助手	6.7	5.9	5.9	6.9

資料：厚生省「医療施設調査」,「病院報告」

が2倍に増えているのと対照的である。

なるほど悪徳病院は存在しているであろうが、こうした数字をみると、精神病院の低位状態をもたらしているのは、良心的に努力している病院もその中に含む、医療の構造上の問題であるといわなければならない。はたして私たちの社会は、精神病院に医療を求めているのだろうか。本稿では、大阪府を例にとって、社会が精神病院に何を求めてきたか、精神病院はそれにどう対応してきたのかを、歴史的、および生態学的視点から探ってみたい。

1. 精神病院への入院形態

精神衛生法には、①「自傷他害のおそれ」を必要条件とした知事による措置入院（精神衛生法第29条）、②緊急措置入院（法第29条の2）、③保護義務者の同意による入院（法第33条）、④診断確定のための仮入院（法第34条）の4つの入院形態が規定されている³⁾。これらはいずれも患者に入院の意志がない場合に、強制的に入院させることができる制度である。他科と同じように患者自身が自発的に入院することも当然あるわけだが、これまで精神衛生法にはそのような入院は規定さ

れていなかった。行政も精神科医の多くも「病識の欠如」を精神病の症状のひとつとみなし、強制的に入院させることが精神科医療の当然の処置だと考えてきた。しかし、強制的入院を当然とする風潮が、いかに精神医療を歪めてきたかは計り知れない。精神科の治療は、医師と患者の信頼関係が基盤になれば成功しえないものである。心ある精神科医はそのような患者・医師関係を作るために細心の注意を払うはずである。しかし、後にみるように、強制入院を推進するこれまでの施策は、自分が何のために入院させられるかの説明も受けず、入院に至った事態を理解もできないままに病院に「沈殿」していく多量の「患者」を生み出してきたのである。

昭和59年1年間に、全国の精神病床への入院は23万1,387件あり（「病院報告」）、措置入院は3,060件、同意入院・仮入院届出件数は17万1,961件であった（「衛生行政業務報告」）。この数字より年間の精神病床への入院の内、76%は強制入院であると推計される。大阪府だけでみると強制入院は90%になると推定されている。

精神衛生法では、措置入院に該当するかどうかの精神衛生鑑定を行うため、一般人からの鑑定の申請（法第23条）、および警察官、検察官等からの通報制度（法第24-26条）を規定している。図1は大阪市における一般申請、警察官通報、および精神鑑定の結果、措置入院あるいは措置非該当だが要入院とされた件数の年次推移をみたものである。一般からの申請は、昭和40年代前半までは年間300件を越えていたものが、その後減少し、最近では20件以下となっている。警察官通報は、この20年間毎年400件前後認められる。申請通報の総件数が低下してくるに従って、精神鑑定の結果入院となるものも減少してきているが、昭和40年代前半までは年間500件を越えていたことがわかる。措置入院数は昭和36年にピークを示している。この年、措置入院の国庫負担率が2分の1から10分の8に引き上げられ、措置入院の実施主体である都道府県の負担が軽減されたのがその理由である。同年4月16日付厚生事務次官通知では「措置入院費に対する国庫負担率引き上げ等により、自身を傷つけ、または他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者

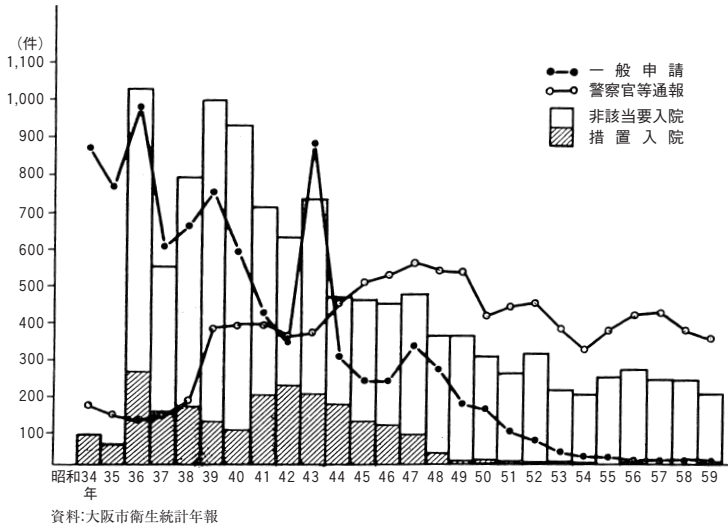


図1 大阪市内における精神障害者取り扱い状況の推移

はできるだけ措置入院をさせることによって社会不安を積極的に除去することを意図したものである」と説明している。全国的にみても30年代から40年代前半にかけて、措置入院患者は増大していった。全国では措置による在院患者は、昭和45年に7万6,532人のピークに達した。この年、全国の精神科在院患者25万人のうち31%が措置患者であった⁴⁾。

このように精神病院への入院形態には、その時々の方行政の精神衛生施策の影響が強く現れている。しかし、40年代の半ばになると、それまでの強制的な入院処遇の強化、およびその受け皿としての精神病院の乱造は、精神病院の不祥事件の多発という形で破綻を示し始めるのである。大阪府では、昭和43年から44年にかけて2度にわたって院内の殺人事件を引き起こした安田病院、43年冬、患者17名を裸にしてリンチを加えて1人を死に至らしめ、その後もそのうち6名を死亡させている栗岡病院、あるいは昭和46年院内のほとんどの患者が参加して暴動を起こした和泉丘病院などの事件が発生している。こうした事件は全国的に認められ、日本精神神経学会では、昭和45年、「精神病院に多

発する不祥事件に関連し全会員に訴える」という声明⁵⁾を公表しているほどである。

人権を侵害するおそれのある措置入院に対する批判が強くなり、その頃から大阪府でも新規の措置入院件数は減少し始める。一般からの鑑定申請も、病院が増え入院が容易になるにつれ、また保健所で実施する精神衛生相談等が普及するにつれて減少してきた。しかし、このような傾向にもかかわらず、強制入院が少なくなったわけではない。措置入院は保護義務者による同意入院⁶⁾に取って替わられただけである。特に大阪市のように単身者が多い大都市では、親族の保護義務者がおらず、市長が保護義務者（法第21条）となって入院させる場合が多い。大阪市長の入院同意書発行数は、昭和45年に1,952件とピークを示した。昭和59年には870件であるが、この数字はこの年の同意入院総数の19%が市長同意入院であることを示している。市長が保護義務者の場合、その入院への同意は、事務処理上の一過程にすぎなくなる。いわば精神病院の管理者の判断だけで強制入院が可能となる。さらに、市長は入院に同意はしても、退院や社会復帰のサポートまではしてくれない。市長同意で入院した患者では、退院にむけた外部からのプレッシャーがないため、在院期間が長期化するものが多くなる。措置入院は減少しても、別の形の「公権力による入院」が代行していたのである。

2. 精神病院の増加と機能分化

地域社会から精神病院に患者を送り込む体制が整備されるに従って、それに対応して精神病院・病床は増大していった。すでに昭和33年の厚生事務次官通知「特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数について」によって、精神病院では医師数、看護者数は一般病院よりはるかに少なくてすむように基準が設定されており、昭和35年から開始された医療金融庫からの低金利の融資とあいまって、精神病院・病床の乱造を容易にする条件が形づくられていた。

図2は、大阪府の精神病床数および精神病院数の年次推移である。

国全体の推移とほぼ同様の傾向を示しており、特に昭和30年代後半から40年代前半にかけて病院数・病床数の伸びが著しいこと、現在に至るまでその増加が続いていることが理解される。

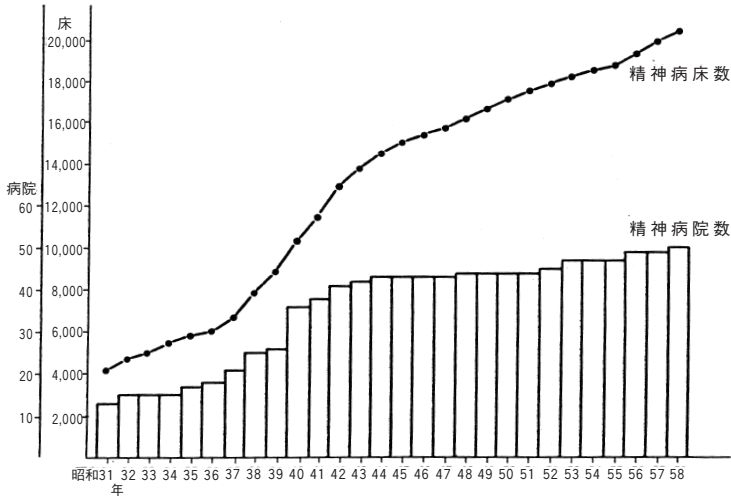


図2 大阪府内の精神病床数、精神病院数の推移

個々の精神病院の特徴を、病床の規模、入院患者の疾病構成、生活保護等公費患者の割合、平均在院日数、職員数などの指標によってみる事ができる。次にこれらの諸特性の相互関係を調べてみよう。大阪府では精神病院の在院患者の約60%が精神分裂病患者⁷⁾であり、残りは老人性精神障害、あるいはアルコール依存症などで占められている。また生活保護、および措置入院といった公費による入院患者が45%を占めている。府内の49精神病院を、在院患者の疾病構成と公費患者の割合とを組み合わせることによって、表2に示すように、「分裂病・公費型」「分裂病・保険型」「非分裂病・公費型」「非分裂病・保険型」の4つの類型に分類することができる。この4つの病院群について、平均在院日数および100床当たり医師数の分布をみると、図3のような特徴が浮かび上がってくる。すなわち、精神分裂病患者の比率が高い

表2 分裂病在院比率と公費（措置十生保）在院比率を組合せた類型化

(大阪府内49精神病院)

		分裂病在院比率	
		60%以上	60%未満
公費在院比率	45%以上	13病院 分裂病・公費型	11病院 非分裂病・公費型
	45%未満	15病院 分裂病・保険型	10病院 非分裂病・保険型

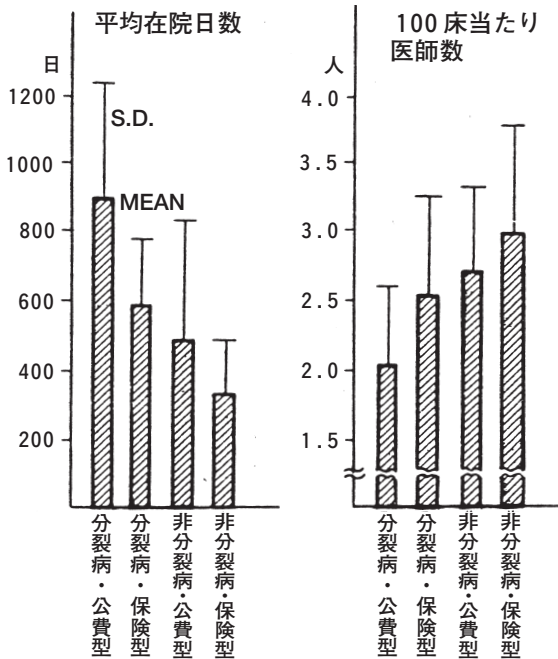


図3 病院類型別、平均在院日数および100床当たり医師数の平均値 (昭和57年、大阪府内49精神病院)

病院ほど平均在院日数は長く、逆に100床当たり医師数は少なくなる。また同じ疾患構成であれば、公費患者が多い病院ほど平均在院日数は長く、医師数は少ない。そして49病院全体としては、医師数が少ない病院ほど、長期の平均在院日数を示している。分裂病、生活保護とい

った条件で入院している患者では、受ける医療の密度は薄く、入院も長期化している様子がうかがわれる結果である。また、精神病院が、疾病構成や公費患者割合という点で機能分化してきている様子もうかがわれる。

さて、以上分析してきた府下の病院を、その特徴がわかるように地区別に図示すると図4のようになる。大阪市には単科精神病院は存在しない。地価の安い泉州地区に病院が集中していることがみてとれる。大阪市では、後にみるように入院率は高いのだが、市内には総合病院に併設された精神病床が357床あるだけなので、大阪市区域以外にある精神病院、特に遠方の泉州地区の病院に入院を依存せざるをえない。精神科医療では、退院の後も外来継続治療が必要な患者が大部分を占めており、特に分裂病では長期のアフターケアを必要としている。医療

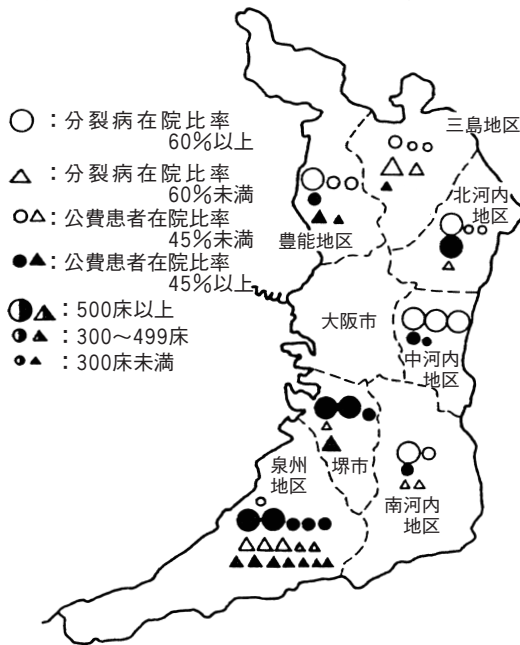


図4 大阪府内の精神病院の地理的分布
(昭和57年)

の中断によって再発、再入院を繰り返す患者も少なくないのである。大阪市内に精神病床が少ないのは、精神障害者を地域社会から排除し、遠方の施設に隔離して事足りりと考えてきた、これまでの行政施策の結果なのであるが、現在では患者の社会復帰や医療の継続性を保障する上で、大きな妨げとなっている。また、図4からは、大阪府の地区ごとに、分裂病が多い病院とその他の疾病が多い病院とが併存していることもわかる。生活保護等公費負担患者の多い病院は、泉州地区、堺市に集中しているが、その理由は次節で考察することにしよう。

精神病院の設立年次別に、病床規模、分裂病患者割合を調べてみると、表3のようになる。病床規模が大きな病院は設立年次が古いものが多く、また設立が古い病院ほど分裂病患者の割合が多い傾向にある。一方、設立年次と公費患者の割合には関連性は認められない。

表3 設立年次と病床規模、分裂病患者割合

(大阪府内49精神病院 昭和57年)

設立年次	病床規模		分裂病患者割合	
	400床未満	400床以上	60%未満	60%以上
昭和35年以前	6病院	11	2	15
昭和36年～40年	11	8	9	10
昭和41年以降	12	1	10	3

終戦直後、府下の精神病院は6病院を数えるのみであった。しかし、戦後の大阪駅周辺の浮浪者など「あぶれ者の収容施設」として精神病院は増えていった。昭和30年代前半までに、このような病院は入院患者の蓄積により経営基盤を安定させ、その後は当時使用され始めた向精神薬により入院管理が比較的容易となった分裂病患者の収容に専念するようになる。次に昭和30年代後半から40年代前半にかけて、精神病院開設のラッシュを迎えるのだが、この時期はちょうど高度経済成長期にあたる。わが国が農村から都市部への未曾有の人口移動を経験した時期でもある。この頃から精神病院は機能分化をし始める。新興

の精神病院は、大都市で経済成長を支える底辺部の労働者の中から、生活破綻者としてはじき出された人たちを、アルコール中毒あるいは精神病質⁸⁾などの病名で収容し、開設初期の入院患者を確保していった。このような病院では、入院患者の収容を維持するため、ときに暴力的な管理体制を組んでいた。昭和40年代になって多発した不祥事件は、まさにこうした病院で発生したのである。昭和50年代以降に開設した病院には、アルコール依存症や老人精神障害のみを取り扱う専門病院など、さらに機能の分化が認められる。

3. 精神病院入院患者の生態学

大阪府の地区ごとに、人口万対精神病床数と年間同意入院件数をみると図5のごとくである。精神病院が集中している泉州地区では、病床率は78と府の平均の3倍を示している。入院率をみると、泉州地区、大阪市では高く、大阪府の北部の地区では低い。その格差は約2倍である。泉州地区で入院率が高い理由として、病院が多いため他の地区より入院が促進されているという可能性も考えられるが、この説明は大阪市にはあてはまらない。精神障害者の有病率は、社会経済階層によって異なることが多くの調査によって示されている。入院率にみられる格差は、各地区の社会経済条件によって規定されている可能性が

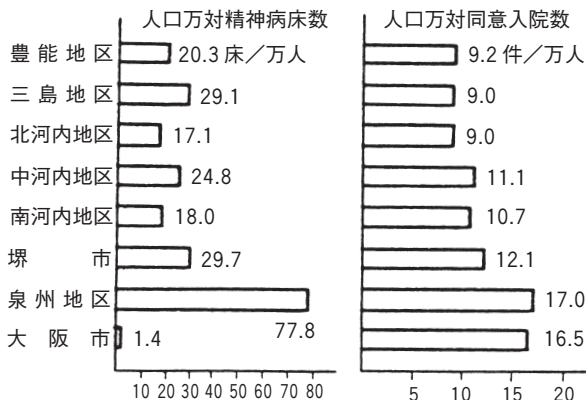


図5 大阪府の地区別精神病床率、同意入院率（昭和59年）

考えられる。ちなみに地区別の入院率と完全失業者率との相関をみると、図6に示すように強い正の相関が認められるのである。

同様の観点で、大阪市の各区ごとの入院率を調べてみよう。図7に

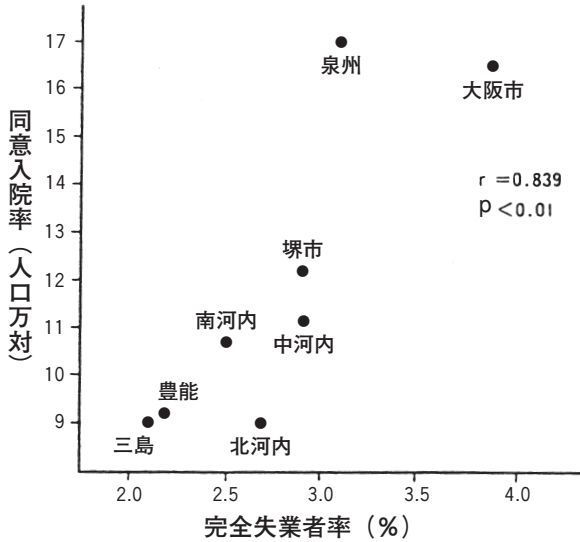


図6 地区別同意入院率と完全失業者率との相関

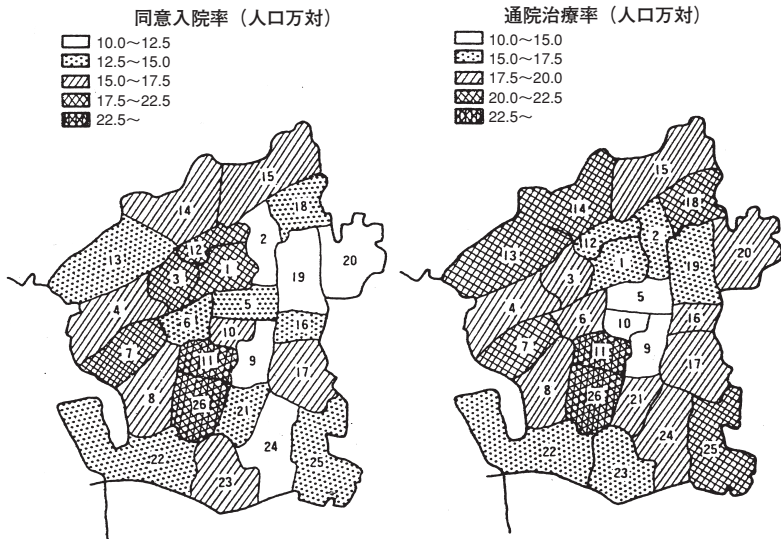


図7 大阪市の区別同意入院率、通院治療率（昭和50・51年度）

は、区別の同意入院率と、併せて精神障害者通院医療費公費負担（法第32条）⁹⁾ 申請の率（通院治療率とする）を示した。入院率では最高値と最低値の間で2.7倍、通院治療率でも2.4倍の格差が認められる。入院率は、愛隣地区をかかえる西成区（番号26）、浪速区（11）で高く、港区（7）を中心とする臨海工業地区から大阪駅のある北区（1）、隣接した大淀区（12）にかけて帯状の高分布をしている。通院医療率も、西成区、浪速区で高いが、入院率は高くない市の周辺部にも円環状の高分布を示している。

表4には、入院率、通院治療率と社会経済指標との相関¹⁰⁾を調べた結果を示した。入院率、通院治療率とも、完全失業者率、生活保護率などその地域の経済状態を示す指標と強い相関関係を示している。さらに入院率では、一人世帯率や30歳～50歳未婚者率との相関も強いものに対し、通院治療率ではこれらの指標とは有意な相関はみられなかった。以上の結果は、まず、経済的貧困度を示す指標の値が高い地区ほど、精神障害の頻度も高いことを物語っている。さらに、入院率に対しては、家族構成という要因も影響していることを示唆している。すなわち、患者の支えになる家族がない場合、入院が促進されると考えられるのである。

表4 大阪市区別同意入院率、通院治療率と社会指標との相関係数
(昭和50・51年度、大阪市26区)

	同意入院率	通院治療率
完全失業者率	0.78**	0.71**
被保護世帯率	0.73**	0.68**
一人世帯率	0.63**	0.13
30～50歳未婚者率	0.53**	0.16

** p<0.01

大阪市、特にその南部の西成、浪速などの区からは泉州や堺市の病院に入院することが多い。泉州地区と堺市は、また大阪市と並んで生活保護率が高い地域でもある。このため大阪府の南部の病院では、生

保患者の比率が高くなっている。疾病と貧困の悪循環は、社会医学の古典的命題であった。医療保障と医学のレベルが向上し、この悪循環は絶たれたように思われているが、いまだに精神疾患には根強く残っているのである。

大阪市民生局は最近、大阪市からの入院が多い府下の10精神病院に在院中の、大阪市からの入院患者2,458名の面接調査を行った。対象者のうち5年以上の在院患者は53%、10年以上でも34%を占めていた。市長が保護義務者の患者は25%、生活保護受給者は65%である。市長同意入院患者、生活保護受給者は、長期在院患者として病院に蓄積してきている傾向が認められた¹¹⁾。この調査には筆者も従事し、多くの患者と面接した。地方から職を求めて来阪し、生活に行き詰っていた頃、福祉事務所、保健所の人々が来て病院に無理やり連れて来られたのだという者、警察に保護されたら病院から連れに来たという者などが、すでに10年以上の入院患者として病院に残っている。彼らにとって、この大都市と精神病院は、その中でもがけばもがくほど深みにはまっていく蟻地獄のようなものであるに違いない。

おわりに

大阪を例にして、精神病院群と入院患者に対する生態学的分析をまじえて、大都市における戦後の精神医療の歴史を振り返ってきた。その結果、精神医療が果たしてきた社会的機能の一端が浮かんできた。「医療」という衣をまとってはいるが、精神医療は、地域社会から生活不適応者としてはじき出される人々を、人目につかないところで収容し続けるための制度であり、加えて大都市に内在する社会病理を疑似的に解決する装置だった、と結論できる。さらに、精神病院のこれまでの姿そのものが社会病理現象であると位置づけられるべきである。

この小論では、精神病院への患者収容を促進してきた行政と、その受け皿として増大してきた精神病院の姿を記述してきたが、第三の共犯者として「市民社会」があることも見逃すわけにはいかない。確かに精神病院は閉鎖的で、外部からその内側の様子をうかがうことはむ

ずかしい。しかし、我々は精神病院の内側で起こっていることを薄々知りながら、あえて見極めようとしてこなかったのではないか。精神病院の内部で人権侵害があることを知りながらも、そこに収容されている人は、我々とは異質の特殊な人たちなのだという理由で、その問題を黙認してきたのではなかったか。

一般市民を対象とした精神病患者への態度調査をみると、精神科の患者を危険視、特殊視する見方が強いことに驚かされる。精神科医療に従事し、その改善に努力している者との意識のずれは、あまりにも大きい¹²⁾。これまでの精神医療が、医療としての本当の可能性を市民に示してこなかったことに、まずその責任は求められようが、広く市民の支持を得なければ、精神医療の改革が進まないことも事実なのである。

精神医療が本来あるべき医療としてよみがえるには、確かにあまりに桎梏が多い。精神衛生法が改正されても、マンパワーの水準や質の向上、医療報酬の面での改善が伴わなければ、医療の質を高めることはむずかしいだろう。また、入院以外の方法による治療やサポートの資源を大幅に拡充する必要がある。他の障害者医療と同様に、住居、就業、生活費、社会参加といった総合的施策がなければ、医療自身の効果も発揮されないのである。私たちの社会は、過去の精神医療の失敗に今、気づき始めたところである。医療提供者と行政と市民は、今後その改革のために新たな相互関係を形づくっていかなければならない。

注（2006年3月における補遺）

1) 栃木県警宇都宮署は宇都宮市にある精神病院・医療法人報徳会「宇都宮病院」の職員等5人を、1984年3月29日傷害容疑で逮捕。宇都宮署の取り調べで、同病院では3年間で200人以上の患者の不審死が判明。その内、2件の死亡事件に5人がかかわっていた。うち1件は、アルコール中毒との診断で入院していた35歳の男性で、入院から4ヵ月後、1983年12月に見舞いに来た知人に「こんなむごい病

院はない。退院させて欲しい」と訴えた。それを聞いていた看護職員が、見舞い客が帰ったあと古参患者と共謀してリンチを加え、男性を死亡させた。また、このリンチ事件以外に乱診、無資格診療も多数発覚。入院中の古参患者に他の患者の脳波や心電図検査を、無資格の准看護師にレントゲン検査をさせていた。その結果4月25日、院長の石川文之助も逮捕された。同病院の医師は事実上、院長である石川だけで、その他は医療資格の無い看護人や古参患者に医療行為をさせていた。病床数920床に対して948人が入院。石川は患者が死亡すると看護師や看護人に脳を採取するための執刀を命じ、採取した脳は東大医学部の某助教授へ研究材料として提供していた。石川は、うちの病院には東大の偉い先生がついているとPRして入院患者を集めていた。宇都宮病院における人権侵害問題は、その後、国連の人権小委員会における議論へと発展し、当時の厚生省の精神保健課長が国連の場に出向いて釈明をする事態へと展開した。この宇都宮病院事件が発端となり、入院患者の人権の保護と社会復帰の促進を要点に、1987年、精神衛生法は精神保健法へと改正された。

- 2) 精神病院病床利用率は、その後1980年代後半より100%を下回るようになった。しかし一般診療科の病床利用率と比較すると現在でも依然として高い。精神病院平均在院日数も、1980年代後半から減少する傾向を示している。解説の表2（57頁）を参照のこと。
- 3) 精神衛生法に規定されていた精神科入院形態のうち、仮入院は現在廃止されている。精神保健福祉法が定めている現在の入院形態については、解説（53～55頁）を参照のこと。
- 4) 精神病院在院患者のうち措置入院患者の占める割合は、1960年代には30%を超えていたが、その後は低下していき、現在では1%ほどになっている。
- 5) 1969年12月2日の日本精神神経学会理事会で採択され、以下の形で公表された。日本精神神経学会理事会：精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える，精神神経学経誌，72（1），117-119，1970.

- 6) 「保護義務者による同意入院」と呼ばれていた入院形態は、現在、精神保健福祉法によって「医療保護入院」という名称で規定されている。「保護義務者」も「保護者」に変更されている。
- 7) 精神分裂病という疾患名は、2002年、統合失調症という呼称に変更された。Ⅲ章および解説を参照のこと。
- 8) 精神病質という概念は、精神病と正常との中間状態あるいは人格の正常からの変異・逸脱といった意味合いで使用されてきたが、疾患概念としての妥当性には強い疑念がなげかけられている。精神医学史的にも学派によってもいろいろな意味内容を与えられてきた曖昧な概念であるにもかかわらず、精神衛生法から精神保健法に引き継がれ、精神保健福祉法においても用語として残っている。
- 9) 通院医療費公費負担制度は、精神障害者が継続して通院治療を受けることを容易にするため、1965年の精神衛生法の改正によって制度化された。しかし、2005年に障害者自立支援法が成立し、精神保健福祉法から削除されて、障害者自立支援法に基づく自立支援医療のひとつに位置づけられることになった。
- 10) ここではPearson相関係数を算出している。相関係数は、 -1 から 1 の間の値をとり、相関が全くない場合は 0 、相関が強いほど絶対値が 1 に近い値になる。ここに記載している内容は以下の論文に掲載。黒田研二：大都市における精神科患者の地理的分布の生態学的研究，社会精神医学，3，273-279，1980。
- 11) この調査については次の論文を参照のこと。黒田研二：精神病院在院患者の退院動態ならびに退院後の医療の継続に影響を及ぼす社会的要因に関する研究，大阪大学医学雑誌，39，429-442，1987。
- 12) 次の論文を参照のこと。岡上和雄，石原邦雄：「精神障害（者）」に対する態度と施策の方向づけ，季刊・社会保障研究，21（4），373-385，1986。

Ⅱ 精神病院から地域への移行をめざして 一大阪からの報告一

はじめに

精神病院の開放化運動は、良心的な医療を組み立てていこうとする医療従事者により展開された精神病院の内部からの運動であった。精神病院開放化が語られて久しいが、精神病院に長期に収容され続けている人々の生活の質は、総体としてみて、はたして実質的にどこまで改善したのだろうか。精神病院開放化は、精神保健医療システム全体の改革プログラムに位置づけられていなければ、現実を大きく変える力にはならないであろう。せいぜい個別の局所的、一時的な「美談」に終わることが多かったのは、日本に明確な精神病院改革プログラムがなかったためである。厚生労働省の社会保障審議会・障害者部会精神障害分会が2002年12月に出した報告書「今後の精神保健福祉施策について」では、「今後10年のうちに『受け入れ条件が整えば退院可能』な72,000人の退院・社会復帰を目指す」とし、そのために必要なサービスを整備すると述べているが、失われた期間の失策を挽回できるほどの明確なプログラムはここでも打ち出されていない。筆者は、精神病院の外部から、その医療の質を改善するのに寄与したいと考え、大阪というローカルな範囲で精神保健福祉の施策形成に携わってきた。本稿で述べるのは、そのわずかな経験の中からみえていることである。

1. 精神病院はどこまで変わったのか

1968年にWHO顧問として日本の精神病院の調査を行った英国の精神科医クラークは、「精神病院には長期在院患者が増加しつつあり、このままでは精神病院は無為で希望もなく、施設症化した患者で満員になる危険がある」と警告した¹⁾。しかし、その後も施設症化した患者の数は増え続け、精神病床数は増大していった。日本の精神保健施策において精神障害者の「社会復帰の促進」が目標として掲げられたのは、1987年の精神保健法の改正においてである。しかしその後も精神病床

数は増加し、90年代になってほぼ36万床で横這いを続けている。日本は今や、世界でも人口当たり精神病床数の最も多い国、精神障害者のノーマライゼーションが最も遅れた国となっている。入院中の人々のうち、79%は6か月以上の長期在院患者であり、継続して5年以上入院している人が44%をも占めている（「平成11年 患者調査」）。また精神病床の半数以上が閉鎖病棟である。1995年に精神保健法は精神保健福祉法へと改正され、法の目的にさらに「自立と社会参加の促進のための援助」が付け加えられ、障害者のノーマライゼーションは理念として掲げられているが、現状との乖離は埋められぬままである。

大阪府ではここ6年の間に、入院患者への人権侵害や医療費不正請求を行った精神病院の事件があいついで明るみにでた。大和川病院および箕面ヶ丘病院の事件である。精神病院では1960年代から不祥事があいつぎ、日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事件に関連し全会員に訴える」という声明を発表したのは1970年であったが、精神病院が持つ問題、すなわち人権侵害の温床となりがちだという問題は、30年を経過した現在も改善されたとはいえない状況にある。

1993年2月、大和川病院（大阪府柏原市、旧称は安田病院）に入院中の患者が、何者かに暴行を受け、他の病院に転院後死亡した事件が報道された。この死亡事件を契機として、過去長期にわたる不正が明確なものとなり、1997年10月に同病院は他の2つの安田系病院とともに廃院の措置がとられた。廃院に至る調査の過程で、さまざまな不正が明らかになった。入院患者に対する劣悪な医療内容、任意入院患者に対する違法な退院制限、入院患者に対する違法な隔離・拘束、常勤の精神保健指定医不在のままの医療保護入院の実施、精神保健指定医の診察義務違反、患者の代理人である弁護士への面会拒否などの実態である。

2001年6月、箕面ヶ丘病院（大阪府箕面市）の入院患者に対する不当な処遇の情報が府に寄せられ、府は8月に無通告の立ち入り調査を実施した。その結果、①医療従事者の人数を偽る虚偽報告がなされ、医療法に基づく必要数を大幅に下回っていること、②病棟の窓の内側

に設置されている鉄格子に布紐で患者を常時繋ぐなど不当な身体拘束、③病棟の清潔保持の不備、トイレの喚気不足、網戸の破損、雨漏りなどの劣悪な病院環境、④任意入院に対する不当な退院制限、⑤病棟に普段は公衆電話は設置しておらず、行政の立ち入り時のみ設置。家族宛の手紙が家族に届かないなど通信の自由の侵害、面会時に管理者が立ち会うなどの干渉を行い面会の自由を侵害、⑥病院施設の清掃、食事の配膳、要介護患者の入浴介助などを入院患者に強要、⑦特定の職員の暴力・暴言に関する複数の患者からの証言など、さまざまな問題が確認された。さらにその後、当病院の診療報酬不正請求が判明し、2002年2月保険医療機関の指定取り消しが行われ、病院から廃院届が出された。

2. 地域はどこまで変わったのか

地域の人々の精神障害に対する態度は変わったのか。精神障害に対するスティグマや偏見はどこまで払拭されてきたのだろうか。

(1) 精神障害に対する態度調査

岡上和雄らは1986年に発表した論文²⁾において、4つの集団における精神障害に対する人々の態度を比較分析している。4つの集団とは、①一般市民（東京都23区20歳から70歳までの男女）、②精神医療等の専門従事者（日本精神神経学会会員、日本精神科看護技術協会会員等）、③中央省庁審議会委員、④精神障害者家族（大阪府の精神病院に在院中および外来受診中の患者の家族）の4つの母集団からの無作為抽出標本である。4つの集団に対して、精神障害に対する態度に関する12の文章を示し、それぞれについて肯定するか否定するか回答を求めて、精神障害に対する態度を調べた。その結果明らかになったことは、①の一般市民と②の専門従事者は正反対の態度を示し、両集団間には驚くべき差異があるということであった。例えば「精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい」という文を、一般市民は51%が肯定し、11%が否定した。専門従事者では肯定は7.5%にすぎず、否定が54%であった。④の精神障害者家族は一般市民とほとんど

ど同じ回答分布を示した。③の有識者グループは、一般市民と専門従事者の中間の態度を示す意見の分布であった。この調査が実施されたのは1983年である。

筆者は2000年4月、大阪市のある区で、保健センターが委嘱をしている保健栄養推進協議会会員を対象に回答者自記式の調査を行った。対象は全員女性で、127名、年齢は50歳～70歳代が大部分を占める。回答は無記名とし、調査票を手渡したあと郵送により100名より有効回答を回収した（以下、住民グループと呼ぶ）。保健センターの事業に協力的な住民であるという点では、一般住民よりも精神障害についての理解があることを期待できる集団であろう。また、比較のために、大阪府立大学学生（社会福祉学部学生が大半を占める）および大阪市保健専門学校学生の合計199名に対して同様の調査を行った（以下、学生グループ）。学生に対しては精神保健等の専門科目の講義を実施する前に回答を求めたものである。

調査では、「精神障害の中でも最も頻度が多い精神分裂病を想定して書かれた次の文について、あなたのお気持ちや考えを答えてください。」という質問のもとで、岡上らによる調査に用いられた12の文を示し、それぞれに対して「そう思う（以下、肯定）」「そう思わない（以下、否定）」「わからない」のいずれかを選択してもらった。結果を表5に示す。

精神障害に関する12の文は、1番目と11番目の文を除いていずれも精神障害に否定的な意味づけをしかつ偏見や誤解を示すものである。これらのうち住民グループにおいて肯定（すなわち精神障害に対する偏見を伴う態度）が、否定を上回った項目は次の4つであった。「8. 精神障害者が、一人あるいは仲間同士で集まって、アパートを借りて生活するのは危険である」（肯定70%、否定9%）、「2. 精神障害者はほっておくと何をするかわからないのでおそろしい」（肯定51%、否定29%）、「6. 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにはゆかない」（肯定47%、否定28%）、「9. 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらない方がよい」（肯定

表5 地域住民と学生グループの精神障害に対する態度に関する調査

質問	選択肢	住民 グループ (n=100)	住民グループ		学生 グループ (n=199)
			精神障害者を個人的に 知っている (n=36)	知らない (n=62)	
1. 精神障害をもつ人は気のどく でかわいそうである	そう思う	71.7%	61.1%	77.0%	28.6%
	思わない	15.2%	22.2%	11.5%	32.7%
	わからない	13.1%	16.7%	11.5%	38.7%
2. 精神障害者はほおっておくと 何をするかわからないのでお そろしい	そう思う	51.0%	41.7%	58.3%	23.1%
	思わない	28.6%	44.4%	20.0%	44.2%
	わからない	20.4%	13.9%	21.7%	32.7%
3. 精神障害者の行動は、まった く理解できないものである	そう思う	32.3%	19.4%	41.0%	8.6%
	思わない	37.4%	58.3%	24.6%	66.7%
	わからない	30.3%	22.2%	34.4%	32.7%
4. 精神障害者には服薬や心身の バランスなどの自己管理をす ることをほとんど望めない	そう思う	29.3%	22.2%	34.4%	9.6%
	思わない	48.5%	58.3%	41.0%	69.0%
	わからない	22.2%	19.4%	24.6%	21.3%
5. 精神病院が必要なのは、精神 障害者の多くが乱暴したり、 興奮して、傷害事件を起こす からである	そう思う	37.0%	27.8%	41.9%	8.5%
	思わない	44.0%	58.3%	37.1%	79.4%
	わからない	19.0%	13.9%	21.0%	12.1%
6. 精神病院では外出、外泊など について患者の意見を尊重す るわけにゆかない	そう思う	46.5%	30.6%	55.7%	9.1%
	思わない	28.3%	41.7%	21.3%	72.2%
	わからない	25.3%	27.8%	23.0%	18.7%
7. 精神病院の患者を厳しい実生 活にさらすより、病院内で一 生苦勞なく過ごさせる方がよ い	そう思う	26.3%	16.7%	32.8%	2.5%
	思わない	37.4%	47.2%	32.8%	78.8%
	わからない	36.4%	36.1%	34.4%	18.7%
8. 精神障害者が、一人あるいは 仲間同士で集まって、アパー トを借りて生活するのは危険 である	そう思う	70.0%	61.1%	75.8%	22.6%
	思わない	9.0%	16.7%	4.8%	50.8%
	わからない	21.0%	22.2%	19.4%	26.6%
9. 遺伝を避けるため、精神障害 者は結婚しても子どもをつく らない方がよい	そう思う	38.4%	27.8%	45.9%	3.5%
	思わない	26.3%	41.7%	16.4%	76.4%
	わからない	35.4%	30.6%	37.7%	20.1%
10. 自分の家に精神障害者がいる としたら、それを人に知られ るのは恥である	そう思う	20.4%	16.7%	23.3%	7.1%
	思わない	44.9%	61.1%	33.3%	57.6%
	わからない	34.7%	22.2%	43.3%	35.4%
11. 精神障害者が異常行動をとる のは、ごく一時期だけであり、 その時以外は社会人としての 行動をとることができる	そう思う	31.6%	44.4%	21.7%	39.6%
	思わない	23.5%	13.9%	30.0%	14.2%
	わからない	44.9%	41.7%	48.3%	46.2%
12. 最近、糖尿病、肝臓病友の会 など患者同士で助け合ったり、 福祉行政に働きかける会が多 くできているが、精神障害者 の場合はできない	そう思う	29.6%	16.7%	38.3%	4.0%
	思わない	39.8%	52.8%	33.3%	82.4%
	わからない	30.6%	30.6%	28.3%	13.6%

38%、否定26%)。肯定より否定が多かったものの、肯定する人が3割を超えていた項目は以下の2つである。「5. 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである」(肯定37%、否定44%)、「3. 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである」(肯定32%、否定37%)。学生グループは、いずれの項目でも精神障害に対する否定的言辞に賛意を示すものは少なく、岡上らの調査で専門従事者が回答した結果と類似した分布を示した。調査では、さらに精神障害者を個人的に知っているかどうかを質問した。住民グループのなかでは、個人的に精神障害者を知っている人では、知らない人に比べ、精神障害に否定的イメージを持つ人の割合が少なかった。

今回の住民グループの回答の分布を岡上らが行った一般市民の回答分布と比較すると、この間に17年が経過しているにもかかわらず、精神障害に否定的イメージを持つ人の割合はほとんど変わっていないことに気づく。それではなぜ、住民グループは学生グループに比して精神障害に偏見を持つ人が多かったのであろうか。考えられる理由のひとつは、調査対象の学生の大半は社会福祉学部と保健専門学校の子生であること、このため精神障害への偏見が少ない人が一般の集団からセレクトされている可能性が強いことである。第2に、今回の住民グループと学生グループの差違は、年齢による差も一部に反映していると考えられる。日本でマスコミ等がステレオタイプな見方で精神障害者の危険性を最も強く報道したのは1960年代であった。また、精神病院と病床数の急増が図られたのもこの時代である。このように地域社会から精神障害者の隔離が進行した時代を生きてきた年輩の人々と、その後、精神障害者への地域における支援の資源が徐々に広がってきた1970年代以降に育った若年者とは、精神障害への態度に差が生じていることが考えられる。

精神障害者への接触体験を持つ人々は、持たないグループより偏見を持つ人の割合が少ないことが示された。精神障害に対する態度は、単なる医学的知識の多寡によるのではなく、体験的知識によって影響

を受けている。地域社会において精神障害者と触れ合う機会が多く形成されていれば、それだけ偏見は少なくなるとされる。地域でふつうに生活する障害者と接触する機会を奪い、精神障害者の地域社会からの隔離を押し進めた政策そのものが、偏見を助長してきた最大の原因である。地域社会からの隔離政策を最もよく表現し、象徴している実態は精神病院である。閉鎖的にかつ人々に恐怖感を与える精神病院は未だに存在しているが、そのような精神病院が存在し続ける限り、偏見を払拭することは難しいであろう。

大阪市では西成区、阿倍野区で精神障害者社会復帰施設を設立する計画が発表された際、住民の反対運動が起き、計画は暗礁に乗り上げ実現は大幅に遅れた。東成区では地域生活支援センターが開設されたものの、周囲の住民が反対署名を集め、反対ポスターを貼り、幟を立てて、センターの利用を阻止しようと運動を繰り広げた。こうした住民の反対運動の背景には、みてきたような精神障害に対する根強い偏見があるが、偏見を生みだしてきたのは社会から精神障害者を排除するメカニズムとそれに組み込まれた精神病院という存在である。この構造そのものは現在も優勢なままである。

(2) 社会福祉サービスの現状と必要量

長期在院化を防止し長期入院患者の社会復帰を図るには、地域を基盤にしたさまざまな社会的サポートを作りあげることが必要である。住居、生活保障を含む地域におけるサポート資源の欠如が、日本でかくも多数の長期在院患者を生み出してきた要因のひとつだともいえる。

それでは、精神障害者社会復帰施設などの社会福祉サービスはどれくらい整備されてきたのであろうか。表6には、障害者プランの期間(1995年度～2002年度)以降の社会復帰施設等の整備状況を示した。またあわせて、政府の障害者施策推進本部が出した障害者プランおよび新障害者プラン(2003年度～2007年度)のサービス整備目標量を示した。この表から指摘できることは以下の3点である。

第1に、障害者プランの7年間に社会復帰施設の数が増加してきているものの、いずれの施設やサービスも、そもそも目標値が低かった

表6 精神障害者社会復帰施設等の整備状況と障害者プラン目標値

	整備状況（実績値）注1			障害者プラン 目標値 2003.3.31	新障害者プラン 目標値 2008.3.31
	1998.4.1	2000.4.1	2002.4.1		
生活訓練施設（援護寮）	144施設	207施設	250施設	300か所（6,000人分）	6,700人分
ショートステイ施設	60	103	127	100 （150人分）	
福祉ホーム A型	93	113	124	300 （3,000人分）	4,000人分
同上 B型			45		
通所授産施設	126	172	216	300 （6,000人分）	7,200人分
入所授産施設	17	22	25	100 （3,000人分）	
小規模授産施設			84		
福祉工場	8	9	15	59 （1,770人分）	
地域生活支援センター	86	194	325	650	470か所
ホームヘルパー					3,300人確保
グループホーム				920 （5,060人分）	2,000人分

注1：精神保健福祉研究会監修「我が国の精神保健福祉」太陽美術、各年度版に基づく。

ショートステイ施設を除いて目標値には達しておらず、とくに福祉ホーム、福祉工場、地域生活支援センターでは目標値の半分あるいはそれ以下の達成状況である。

第2に、新障害者プランに示された5年後の目標値は、障害者プランの目標値と比べていずれの施設・サービスにおいてもわずかな進展しか望めない程度のもので、地域生活支援センターの目標値については、障害者プランの目標値の7割ほどに削減された目標値となっている。

第3に、新障害者プランの目標値を、表7に示した「長期在院患者の退院のために必要となるサービス量」³⁾と「外来受診中の統合失調症患者に必要なサービス量」^{4) 5)}を合わせた値と比較すると、現在計画されているサービスの目標量では圧倒的に不足しており、ニーズを満たすことは困難だと判断される。

3. 大阪府における議論と取り組み

筆者は、1997年4月より大阪府精神保健福祉審議会の委員を委嘱され、以降、2000年度まで知事からの諮問に対する答申および知事への意見具申の案を議論する部会の部会長として、地域生活支援および精神病院における人権擁護のあり方に関する議論に加わった。

表7 精神科1年以上在院患者のうち退院可能と判断された人に必要となるサービス量および外来受診中の統合失調症患者に必要なサービス量

種類	退院可能な長期 在院患者のうち 必要な人の割合	長期在院患者の退院の ため日本全体で必要と なるサービス量注1	外来受診中の統合失調症患 者に必要なサービス量注2
通所事業			
デイケア・ナイトケア	41.8%	32,100人分	48,900人分注3
共同作業所	12.0%	9,200	20,000
授産施設	6.1%	4,700	37,300注4
福祉工場	6.5%	5,000	
ソーシャルクラブ	19.9%	15,300	44,000
住居サービス			
生活訓練施設	32.6%	25,000人分	
福祉ホーム	16.9%	13,000	11,500注5
グループホーム	15.3%	11,800	19,900
賃貸アパート	7.6%	5,800	20,500
その他の福祉施設	1.3%	1,000	8,700
その他			
(重複あり) 訪問援助活動	78.8%	60,500人分	12,200注6
食事サービス	45.8%	35,200	
洗濯・入浴サービス	27.6%	21,200	

注1：全国の精神障害入院患者総数の推計326,000人のうち、退院可能な1年以上在院患者数を76,800名とし、それに各サービスの必要な人の割合を乗じたもの。出典：黒田研二：精神病院長期在院患者をめぐる問題，病院・地域精神医学，42(4)：26-31，1999。

注2：黒田研二，他：外来受診中の精神分裂病患者の生活を支える社会的サービスの必要量の全国推計－日本精神神経学会・社会復帰問題委員会の全国調査から－，精神経誌，99：79-90，1997。に基づく。

注3：「毎日通うデイケア」の必要量と「週1・2回通うデイケア」の必要量をあわせた数字。

注4：「保護的な職場」の必要量で福祉工場なども含む。

注5：「小規模ホステル」の必要量で生活訓練施設を含む。

注6：「ホームヘルパーの訪問」の必要量。そのほか、保健師・精神保健福祉相談員の訪問は81,600人、医療機関の職員の訪問は43,000人が必要と推計された。

(1) 大阪府精神保健福祉審議会と設置されたふたつの部会

大阪府精神保健福祉審議会は1997年4月、精神障害者の生活支援の方向とシステムづくりについて知事から諮問を受け、この課題を審議するため「生活支援部会」を設けて審議を始めた。しかしその間に大和川病院事件が表面化し、精神障害者への人権侵害の実態が明らかになったことから、部会の名称も「生活・人権部会」に改称し、精神障害当事者団体からも委員の参加を得て審議を継続し、1999年3月に審議会から知事への答申を行った。「生活・人権部会」では、当事者団体の代表から精神病院における人権侵害をいかに防止し医療の質を改善させていくか、という視点からの議論が必要であることが指摘された。当時の部会では知事から諮問された地域における生活支援の方向とシステムづくりについての見解をまとめる必要上、入院患者の人権問題

はこの答申提出後、改めて部会を編成して審議を行うことが確認された。そこで、審議会は1999年度に新たに「医療人権部会」を設置し、そこで集中審議がなされ、その結果をもとに2000年8月、知事に意見具申「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」を提出した。

「生活・人権部会」、「医療人権部会」とも委員数は11名であった。なお審議会、部会とも府民に公開され傍聴は自由である。「生活・人権部会」委員は、精神障害者の立場から発言できる当事者が2名、家族会から1名、ソーシャルワーカー3名、関係団体代表の医師3名、弁護士、それに筆者であった。「医療人権部会」委員は、ソーシャルワーカーは1名で、府精神医療審査会委員を務める知的障害者育成会理事長と大阪精神医療人権センター代表の弁護士が新たに加わった。このようにいずれの部会とも、審議する課題に応じて多様な異なる背景を持つ委員が参加したこと、それに精神障害当事者団体の代表が複数参加したことが重要な点である。背景と立場が異なる委員から構成される部会では、委員間の合意を形成していくために次のような審議運営の工夫を行った。立場が異なるために精神保健福祉についてみえている現実、あるいは受け止められている現実が異なることが想定される。だが、大きな目標、すなわち精神障害者の人権を擁護し、精神医療と生活支援サービスの質を向上させ、スティグマを払拭していくことでは、委員すべてが一致していることをまず確認した。次に、第1回目の会議で、審議すべき具体的な課題の設定を行った。表8にそれぞれ

表8 「生活・人権部会」「医療人権部会」において設定した具体的課題

「生活・人権部会」が設定した課題	「医療人権部会」が設定した課題
<ul style="list-style-type: none"> ・人権に関する諸問題 ・住まいの確保 ・医療の確保 ・相談・訪問体制の確保 ・昼間の活動の場・就労支援 ・啓発・地域交流 ・福祉施策の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ・守るべき人権とは ・精神医療審査会の強化 ・医療監視・実地指導の強化 ・人権擁護機関のネットワーク化 ・苦情解決システム・オンブズマン ・情報公開と実態調査 ・医療従事者の意識啓発 ・医療の質の改善

の部会で設定した具体的課題を挙げる。

その後は、月1回のペースで、設定した具体的課題を順次とりあげながら、「生活・人権部会」は4回の、「医療人権部会」は5回の集中的審議を行った。1回の会議は3時間ないし4時間の密度の濃いものである。会議では、毎回とりあげる課題について、現状を明らかにし、それを評価するために、大阪府の関係する部課から資料提供を受けた。とくに生活支援に関連する課題は、保健医療、福祉、住宅、労働、教育、人権というように多岐の分野にわたる。このため大阪府の関連する部局から広く事務局に参画してもらった。会議では部会委員は、積極的に自由に意見を述べることが促された。現状の評価、問題点、それを改善するために考えられる対応策などを各委員は積極的に発言し、発言内容はすべて録音された。そして毎回の審議はその都度、逐語的な議事録にまとめられた。

この逐語的議事録によって、誰がどのような内容の発言をどのような文脈で行ったかが、後から確認可能となった。年度の前半にこうしてあらかじめ設定した課題についてひととおりの審議を行い、年度後半には、それを文書にまとめる作業にとりかかった。部会委員から約半数の委員が起草委員となり、課題を分担して、議事録を参照しながら、部会委員が合意できると思われる内容を文書としてまとめ、その内容を起草委員会を設定して順次に討論しながらさらに文書として定着させていく、という作業を行った。起草委員会は「生活・人権部会」では7回、「医療人権部会」では4回開催した。起草委員会でまとめた文書は、最後に部会委員全員が出席する会議で最終的に本審議会に提出する文書として決定された。そしてさらに精神保健福祉審議会において推敲をした後、了承され、最終的に確定された。

(2) 1999年3月の答申

答申「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」(1999年3月)の特徴のひとつは、精神障害者の生活支援を人権擁護の観点からとらえていることで、人権侵害の具体的な現れとして、社会的入院、地域住民の反対運動、地

域生活支援施策の不備、欠格条項および医療法上の精神科特定の存在を挙げている。また、生活支援施策は総合的な枠組みのもとに整備される必要性を強調した。具体的に7つの側面、すなわち①人権の擁護、②住まいの確保、③医療の確保、④相談、訪問体制の充実、⑤活動の場の充実、就労・雇用支援、⑥啓発、地域交流の促進、⑦福祉施策の充実を挙げ、それぞれの分野の現状と問題点を分析し、施策の方向性を示した。

特徴の第2は、精神障害当事者が委員として参画したことにより、当事者の視点からの問題提起、提言を盛り込むことができたことである。当事者の主体性の尊重、そのための自己決定権の保障、当事者活動の意義の確認、活動への支援に力点が置かれている。

第3に、多様な施策やサービスを総合的に実施していくには、施策・サービスを連携させ調整するシステムが必要になる。サービスの総合的調整については、機関相互のネットワークの構築、ケアマネジメント機能の充実、これらを担う保健所等の役割強化を提言し、施策の総合化のために府庁内に保健医療、福祉、教育、住宅、雇用、人権擁護などの関連部局による全庁的推進体制の検討の必要性を指摘した。また、府および市町村が策定する障害者計画の重要性に注意を促した。

第4に、具体的な生活支援の施策を進めるにあたって、市町村の役割を強調した。本答申で提言したホームヘルプサービスの実施は、その後の精神保健福祉法改正（1999年6月公布）で、市町村が補助する精神障害者居宅生活支援事業に盛り込まれたが、地域生活支援センターの整備なども含め市町村段階で総合的生活支援施策を発展させるには、市町村障害者計画の策定と具体化が必要となるからである。

（3）2000年8月の意見具申

意見具申「精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について」（2000年8月）では、まず、精神障害者の人権とは何かという点で審議会の基本的認識を示した。人権として日本国憲法、国連で採択されている世界人権宣言などに述べられている基本的人権が守られるべきは言うまでもないが、入院中の精神障害者

のおかれた特殊な状況を考慮すると次のような権利が保障されなければならない。①個人の尊厳を尊重される権利、②適切な治療・処遇を受け、不適切な治療・処遇を拒否する権利、③治療計画の検討に参加する権利、④インフォームド・コンセントの権利、⑤権利等の告知を受ける権利、⑥通信・面会等により自由に外部と交流する権利、⑦治療・処遇につき不服申し立てをする権利、⑧治療・処遇につき自らの権利を擁護するための第三者の援助を受ける権利、の8項目である。

次に、権利擁護を推進するための具体的課題を6つの分野に整理し、それぞれの分野の現状分析および提言を行った。6つの分野とは「精神医療審査会等の機能強化」「精神病院に対する指導監督の充実」「第三者機関としての人権擁護機関の連携強化とネットワークの構築」「情報公開・実態調査の推進」「医療従事者の意識啓発の強化」「医療の質の改善」である。

意見具申の特徴のひとつは、権利の内容は具体的に入院患者に知らされなければならないことを強調したことである。そのため、患者を主語とするわかりやすい権利内容の明文化が必要だとの結論に達し、先に守られるべき権利を8項目に整理したものを示したが、それをさらにわかりやすい言葉で表現し、ポスターとしても掲示できるようにした（末尾資料「入院中の精神障害者の権利に関する宣言」を参照のこと）。

第2に、精神保健福祉法に基づく精神医療審査会、府による精神病院実地指導、医療法に基づく医療監視など、医療の質を確保するため法律に定められた対策を強化することをはもちろんだが、大阪府内で活動している民間の人権擁護機関の役割にも注目し、人権擁護機関の協議会の設立を提言した。民間人権擁護機関として、①大阪府社会福祉協議会が設置する大阪府後見支援センター“あいあいねっと”、②大阪府精神障害者連絡会“ぼちぼちクラブ”、③（特定非営利活動法人）大阪精神医療人権センター、④大阪弁護士会が設置運営する高齢者・障害者総合支援センター“ひまわり”などがある。これらの人権擁護機関の協議会設立およびオンブズマン制度の構築を提言した。

4. 病院と地域をつないで移行を支援する機能の確立を

(1) 精神障害者退院促進支援事業

前節で述べた「答申」(1999年)にはさまざまな提言が盛り込まれたが、そのひとつが社会的入院者を地域に戻す取り組みの提言である。そのためには、ひとり一人の支援計画を策定し、その人に応じた支援体制の確立を図る必要があることを指摘した。この提言は、2000年度より大阪府で「自立支援促進会議・退院促進事業」として3年間取り組まれ、その実績をもとに、2003年度からは国庫補助による「精神障害者退院促進支援事業」となった。2003年度は16都道府県・政令指定都市で取り組まれた。

「自立支援促進会議」は、府保健所が実施するもので、精神病院から推薦された退院候補者に働きかけ、その人の退院後の地域での支援体制づくりのために関係者が話し合うカンファレンスを組織するものである。「退院促進事業」は(財)精神障害者社会復帰促進協会に府が委託して行うもので、この事業のために新たに雇用された支援職員が病院まで出かけていき、自立支援促進会議が行うカンファレンスの結果を踏まえ、作業所への外出など利用者へのマンツーマンの支援を行いながら、社会復帰の促進を図るものである。

3年間で支援対象となった人は97名。年齢は40・50歳代が6割を占め、診断名は統合失調症が8割以上を占めた。支援の結果、51名(52%)が退院した。24名は支援継続中。22名は退院に至らず支援が中断又は終了したが、そのうち約半数には退院に向けた動きがある。退院した51名の退院直後の住まいは、「アパート等の一人暮らし」16名、「生活訓練施設」14名、「家族と同居」10名、「グループホーム」8名、「福祉ホーム、その他」3名である。退院促進事業の利用者からは、支援職員が病院まで来てくれて一緒に出かけてくれたこと、地域の人が支えになってくれたこと、病院の職員もかかわってくれたことなどを評価する声が多い。その結果、気持ちが前向きになり意欲が出たという人が8割を占めた。

(2) 精神医療オンブズマン制度

「意見具申」(2000年)に基づいて新たに取り組みられるようになった事業には、「大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会(以下、連絡協議会)」と「精神医療オンブズマン」がある。連絡協議会の構成メンバーは、表9に示す通りで、行政機関、民間の人権擁護機関、医療・福祉サービスを行う医療機関・団体、学識経験者で構成され、大阪府こころの健康総合センターが事務局を担っている。連絡協議会は定例で2か月ごとに開催しており、構成機関に寄せられる情報や後述の精神医療オンブズマンの活動で得られた情報を共有し、事例検討などを通じて見いだされた支援方策を構成機関の活動において実践するとともに、必要な事項の情報公開や啓発活動を行うこととしている。

表9 大阪府精神障害者権利擁護連絡協議会の構成メンバー

-
- | |
|------------------------------------|
| 1. 社団法人 大阪精神科病院協会 |
| 2. 社団法人 日本精神科診療所協会 |
| 3. 社団法人 日本精神科看護技術協会大阪支部 |
| 4. 大阪精神保健福祉士協会 |
| 5. 大阪弁護士会(高齢者・障害者総合支援センター) |
| 6. 大阪精神障害者連絡会 |
| 7. NPO大阪精神医療人権センター |
| 8. 社団法人 大阪府精神障害者家族会連合会 |
| 9. 社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会(大阪後見支援センター) |
| 10. 大阪府保健所長会 |
| 11. 大阪府(精神保健福祉課および大阪府こころの健康総合センター) |
| 12. 学識経験者 |
-

この連絡協議会における検討の結果、2003年度から「精神医療オンブズマン」制度を発足させることになった。精神医療オンブズマンは、病院を訪問して療養環境を視察するとともに、入院患者の生の声を聴き相談支援を行い、広く精神障害者の権利擁護能力の向上(セルフ・アドボカシー)を支援することを目指している。精神医療オンブズマンは、連絡協議会の構成機関の総意のもとでその活動を保障し、構成機関のひとつである大阪精神医療人権センターに委託して実施するものである。図8に、連絡協議会および精神医療オンブズマンを含む大

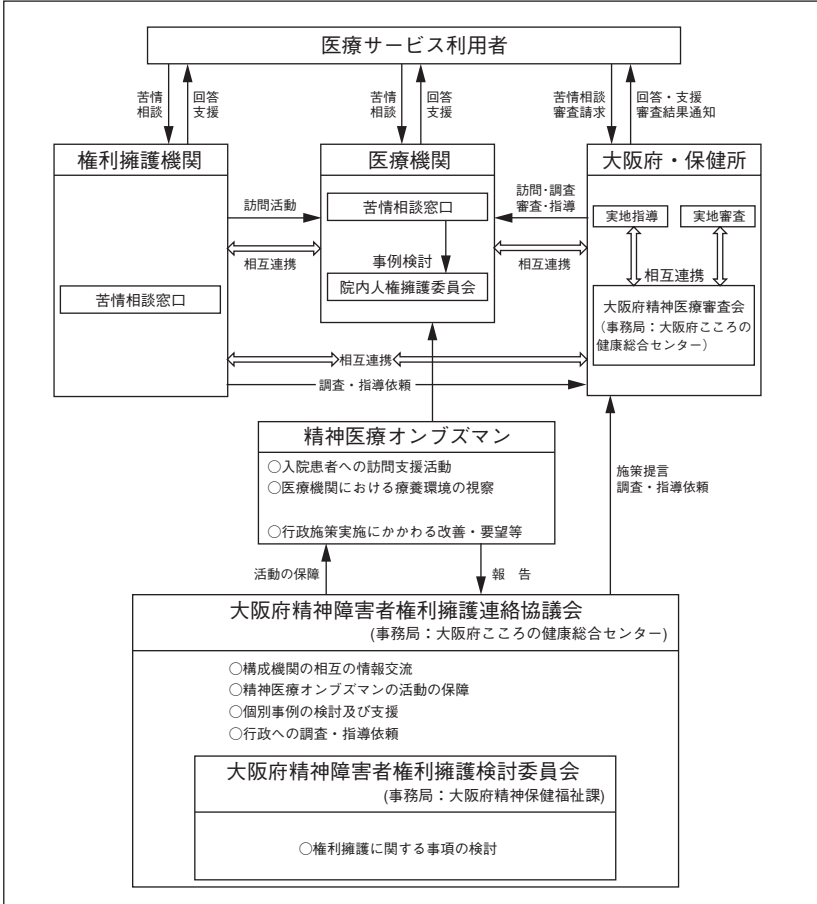


図8 大阪府精神障害者権利擁護システム概略図

阪の精神障害者権利擁護システムの概略図を示す。

おわりに

「答申」と「意見具申」は、精神障害者の人権擁護とスティグマの払拭のために、必要な施策についてかなり広範な視点から検討を加え提言を行った。だが、入院医療の質に直接責任を負っているのは個々の病院であり「答申」と「意見具申」の影響力は、その個々の医療機

関における実践に対しては間接的ではない。現在の精神科医療が抱える問題が過去の政治と行政の負の遺産であることを認識するならば、実効性のある政策は国レベルでの政治の力を必要としていることは言をまたない。おそらく大阪府における精神保健福祉に関する審議において得られた最大の成果は、ローカルな範囲の精神保健福祉の政策形成過程に、当事者、弁護士、民間の人権擁護機関が参画する方向性が明確になったことであろう。過去のパターンリズムに基づく医療において、医療提供者と行政の権力のもとで当事者は無力化させられていた。その当事者の発言力が増大することを支持し続ける必要がある。弁護士や人権擁護機関のみならず、行政も医療提供者も、当事者とその組織を支援し協働することで、新たな方向性が見え始めるであろう。

文献と注

- 1) Clark, D. H. : 日本における地域精神衛生—WHOへの報告 1967年より1968年2月に至る3カ月間の顧問活動に基づいて, 精神衛生資料, 16, 165-191, 1969.

なお、施設症 (institutionalism) とは、精神障害をもつ患者などが自由がなく刺激の少ない施設で長期に生活を強いられ、その結果、受身的依存的になった状態をいう。感情平板化、言語の貧困化、意欲低下などの状態は、疾病のためだけでなく施設症に起因することが多い。このため長期在院を避け、地域社会との緊密な関係を保つことがリハビリテーションの原則とみなされるようになった。類似の概念にホスピタリズムがある。

- 2) 岡上和雄, 石原邦雄: 「精神障害 (者)」に対する態度と施策の方向づけ, 季刊・社会保障研究, 21 (4), 373-385, 1986.
- 3) 黒田研二、他: 長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査: 調査結果の速報, 日本精神神経会雑誌, 101 (9), 762-776, 1999.
- 4) 黒田研二: 精神病院長期在院患者をめぐる問題, 病院・地域精神医学, 42 (4), 26-31, 1999.

- 5) 黒田研二, 他: 外来受診中の精神分裂病患者の生活を支える社会的サービスの必要量の全国推計 - 日本精神神経学会・社会復帰問題委員会の全国調査から -, 精神経誌, 99, 79-90, 1997.

資料

入院中の精神障害者の権利に関する宣言

入院中の精神障害者は、適切な医療を受け、安心して治療に専念することができるように、次の権利を有しています。

これらの権利が、精神障害者本人及び医療従事者、家族をはじめとするすべての人々に十分に理解され、それが保障されることこそ、精神障害者の人権を尊重した安心してかかれる医療を実現していく上で、欠かせない重要なことであることをここに明らかにします。

1. 常にどういときでも、個人として、その人格を尊重される権利
暴力や虐待、無視、放置など非人間的な対応を受けない権利
2. 自分が受ける治療について、わかりやすい説明を理解できるまで受ける権利
自分が受けている治療について知る権利
3. 一人ひとりの状態に応じた適切な治療及び対応を受ける権利
不適切な治療及び対応を拒む権利
4. 退院して地域での生活に戻っていくことを見据えた治療計画が立てられ、それに基づく治療や福祉サービスを受ける権利
5. 自分の治療計画を立てる過程に参加し、自分の意見を表明し、自己決定できるようにサポート（援助）を受ける権利
また、自分の意見を述べやすいように周りの雰囲気、対応が保障される権利
6. 公平で差別されない治療及び対応を受ける権利
必要な補助者“通訳・点字等”をつけて説明を受ける権利
7. できる限り開放的な、明るい、清潔な、落ちつける環境で治療を受けることができる権利
8. 自分の衣類等の私物を、自分の身の回りに安心して保管しておける権利
9. 通信・面会を自由に行える権利
10. 退院請求を行う権利、及び治療・対応に対する不服申し立てをする権利
これらの権利を行使できるようサポート（援助）を受ける権利
また、これらの請求や申し立てをしたことによって不利に扱われない権利

大阪府精神保健福祉審議会（平成12年5月19日）

Ⅲ 精神分裂病の呼称変更に向けて ―ケアマネジメントの立場から―

はじめに

まず、ケアマネジメントとは何かにふれる。さらに、ケアマネジメントにおけるエンパワーメントについて述べ、医学的アプローチとは異なる精神障害者の支援モデルを紹介する。次に、こうしたケアマネジメントの立場からみて、精神分裂病の呼称に付随するスティグマの克服が重要かつ緊急の課題であることと、スティグマの克服を目的とした呼称変更への期待を述べる。最後に私自身の名称変更の案を提示する。

日本において、これから精神保健福祉領域でケアマネジメントを実際に担っていくのは精神保健福祉士などの資格をもつソーシャルワーカーや看護職が中心となるであろう。精神科医には、ケアマネジメントの意義をよく理解した上で、それらの職種と連携するチーム医療を組み立てていくことが求められるようになると思われる。私自身はソーシャルワーカーではないが、大学の社会福祉学部に教員として職につきソーシャルワーカーを養成する立場にある医師として、本日の与えられた課題を考察したい。

1. ケアマネジメントとは

ケアマネジメントとは何か。日本では現在、ケアマネジメントという呼び方が定着しているが、アメリカではケースマネジメントという用語が一般に使用されている。ケースマネジメントは、初めアメリカで1970年代前半に、地域で生活する精神障害者の支援プログラムに取り入れられるようになったものである¹⁾。地域で生活するうえで、クライアントが自分だけの力では必要な社会資源や様々なサービスを利用することが困難な場合がしばしば生じる。ケースマネジメントとは、クライアントのニーズに沿って、そのニーズを解決するために必要となる社会資源の活用が可能となるように、クライアントを継続的に支

援する一連の過程および機能を意味している。社会資源の中には親族や友人などのインフォーマルな人的資源も含まれている。「社会資源の活用」という概念は、この場合、仲間との関係を広げ、生活内容を豊かなものにするを含んでいる。

ケースマネジメントの考え方や実践は、その後、高齢者や知的障害者、慢性疾患患者などの支援にも広がっていった。また、ケースマネジメントの方法はイギリスでも採用され、ケント大学対人社会サービス研究所における高齢者のケースマネジメントに関する研究²⁾の成果をふまえて、1990年代前半のコミュニティケア改革において制度として取り組まれるようになった。イギリスではコミュニティケア改革の過程で、ケースマネジメントをケアマネジメントと呼び代えるようになる。マネジメントの対象となるのは個人（ケース）ではなくケアである、というのがその理由である¹⁾。日本でケアマネジメントという呼称を採用したのは、イギリスの影響を受けたものである。

日本では、2000年4月から介護保険制度のもとで、高齢者ケアの領域においてケアマネジメント（居宅介護支援）が制度化された。介護保険制度下でのケアマネジメントは、ケアプランの作成とそれに基づくサービスの斡旋・調整に重点をおいている。こうしたケアマネジメントは、“仲介的”ケアマネジメントと呼ばれる。しかし、精神保健福祉領域のケアマネジメントは、仲介的ケアマネジメントでは十分な支援効果は発揮できないことがわかっている³⁾。ケアマネジャー自身が直接的な援助者として継続的にかかわるタイプのケアマネジメントが求められている。日本において精神保健福祉領域のケアマネジメントの開発と制度化はこれからの課題である⁴⁾。

ケアマネジメントにはいくつかの含まれるべき機能要素がある。①相談と助言（counseling）、②援助をクライアントの生活の場に出かけて行うこと（out-reach）、③クライアントのニーズの把握（assessment）とそのニーズを解決するための諸資源の活用援助（planning）、およびそのための調整（coordination）と経過の見守り（monitoring）、④クライアントの代弁と権利擁護（advocacy）、⑤エンパワーメント

(empowerment)、⑥クライアントに必要な社会資源の動員、開発や制度化への働きかけ (social action)、などである。

2. エンパワーメントとストレングズ・モデル

ケアマネジメントが包含する諸機能のうち、エンパワーメントに焦点を当て、さらにそれを敷衍して述べる。なぜなら、エンパワーメントとそれを実現するためのアプローチは、精神障害をもつ人々に必要なものでありながら、これまでの医学的モデルに従って提供されてきた支援では、十分な取り組みがされてこなかったと考えるからである。

エンパワーメントも、この20数年間にアメリカのソーシャルワークにおいて発展してきた概念であり、初め黒人など社会的に抑圧されてきたマイノリティの支援において、そのパワー（心理的、社会的、政治的力量）を増強させることを意味して使用された用語である。現在では、同じような「パワーの欠如状態」に陥りがちな人々、すなわち障害者や高齢者などのソーシャルワークにおいても重要な目標概念となっている。「パワー」が意味するものは多義的である。心理的力量として、自己決定する力、自己効力感 (self efficacy)、あるいは自尊感情 (self esteem) を高めること、さらに社会的力量 (competence) や、クライアント集団が社会システムに影響力をもちうる政治的力量を高めることも、エンパワーメントは含意している。

このように多義的な内容を含むだけにエンパワーメントを日本語に訳すことは難しい。Simon, B. L. は、エンパワーメントの5つの基本的要素を記述している⁵⁾。①クライアントとの共同関係（パートナーシップ）の確立、②クライアントの弱い部分でなく強い部分に注目する、③個人と環境の双方に焦点を合わせる、④人権・責任・ニーズについての理解をもつこと、⑤権利を剥奪されてきた人々への専門家としての献身、である。

エンパワーメントを目標としたアプローチでは、クライアント（個人）あるいはクライアントをめぐる人間関係や周囲の人々（社会環境）が有する潜在的な力量に注目して、それを発揮できるように支援する

ことが重要である。そこで注目されるのがストレングズ視点 (strengths perspective) あるいはストレングズ・モデル (strengths model) と呼ばれるものである。

ストレングズ視点とは、カンザス大学社会福祉学部のソーシャルワークの研究者達が、1980年代前半より発展させたアプローチであり、精神保健福祉の領域においてまず取り組まれた。従来支配的であった病理アプローチとは正反対の視点であり、クライアントおよび地域社会のもつストレングズ (強さ、積極的側面、肯定的側面) に注目し、焦点をあて、それらを伸ばしていくような一連の原則、思考、技法から組み立てられている⁶⁾。このような取り組みは、精神保健福祉の領域だけでなく教育分野、薬物乱用者や高齢者などさまざまなソーシャルワーク分野に応用されている⁷⁾。精神障害をもつ人々のケースマネジメントのテキストとして最近出版され、いち早く日本語にも翻訳されたRapp, C. A. の本では「ストレングズ・モデル」⁸⁾ という呼び方を採用している。おそらく、15年にわたる実践をへて、技法としても洗練されてきたことを示しているのであろう。

ストレングズ・モデルにおける6つの原則とは以下のようなものである⁹⁾。①個人の弱さや欠陥よりも、ストレングズ (強さ) に焦点をおく、②クライアントと支援者の関係が支援プロセスの重要な要素であり、その関係はパートナーシップによって特徴づけられる、③クライアント自身が支援プロセスを方向づける主体である、④すべての人は学習し、成長し、変化していく固有の能力を有している、⑤支援活動は、特定の建物の中に限定されずに地域 (コミュニティ) において展開される、⑥コミュニティは、動員すべき資源のオアシスとみなされる。

さて、こうした視点よりクライアントの支援に取り組むとき、精神分裂病という病名はまことに使用しづらいものである。クライアントとの対等な共同関係 (パートナーシップ) を確立するのに、共有すべき言葉としてこの病名を使用するのが躊躇される。なぜなら、精神分裂病という病名にあまりに根深いスティグマが付着しているからであ

る。おそらくクライアントもこの病名がもつスティグマに、無意識のうちに汚染されているのではないか。そう思うと、その影響力を度外視してこの言葉を口にするのがはばかられるのである。

3. スティグマの克服にむけて

スティグマとは、古代、奴隷や罪人に押した烙印を意味していたが、転じて個人や集団の評判を傷つけ価値をおとしめるもの、恥辱や汚名、非難すべきとみなされる徴（しるし）、といった意味で用いられるようになった。精神分裂病がスティグマとなっているという場合、次のような現象を意味している。すなわちこの病名をつけられた人を、周囲の人々がコミュニティから排除すべき存在とみなす、あるいは自分たちと異なる特殊な人と白眼視する、そのような働きをこの病名が有している、ということである。

大阪市の西成区、阿倍野区では、以前、精神障害者社会復帰施設を設立する計画が立てられたが、住民の反対運動のために暗礁に乗り上げ実現ができなかった。また東成区では地域生活支援センターを開設したものの、周辺の住民が反対署名を集め、反対ポスターを貼り、幟を立てて、センターの利用を阻止しようと運動を繰り返した。

精神分裂病という病名に対して住民がどのようなイメージを抱いているかを知るために、大阪市のある区で、保健センターが委嘱をしている保健栄養推進協議会会員（127名、すべて女性で50-70歳代が中心）を対象に、調査票留め置き法でアンケート調査を行った。回答は無記名とし、郵送により99名より有効回答を回収した。「精神障害の中でも最も頻度が多い精神分裂病を想定して書かれた次の文について、あなたのお気持ちや考えを答えてください」という質問のもとで、12項目の文を示し、それに対して「そう思う（以下、肯定）」「そう思わない（以下、否定）」「わからない」のいずれかを選択してもらった¹⁰⁾。

精神障害にネガティブな意味づけをしている11項目の文のうち、肯定が否定を上回った項目は次の5つであった。

- ・「精神障害をもつ人は気の毒でかわいそうである」（肯定72%、否定

15%)

- ・「精神障害者が、一人あるいは仲間同士で集まって、アパートを借りて生活するのは危険である」(肯定70%、否定9%)
- ・「精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい」(肯定51%、否定29%)
- ・「精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにはゆかない」(肯定46%、否定29%)
- ・「遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらない方がよい」(肯定38%、否定27%)

肯定より否定が多かったものの、肯定する人が3割を超えていた項目は以下の2つである。

- ・「精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである」(肯定37%、否定44%)
- ・「精神障害者の行動は、まったく理解できないものである」(肯定33%、否定37%)

精神分裂病という病名になぜかくも根深いスティグマが付随しているかという分析をここで行う余裕はないが、精神分裂病と呼ばれている人々がこうしたスティグマによって不当に苦しめられているという事実を指摘して、議論を先に進めたい。

スティグマの存在は、精神分裂病と診断された人に対して排他的な態度を周囲の人々にとらせるだけでなく、患者本人や家族にも、直接的に否定的影響を及ぼしている。すなわち、クライアントおよびその家族が、自分達の置かれた状況を、課題解決に有効な方法で定義し、有効な方法でその状況に立ち向かうことを阻害している。疾患を受け入れ、疾患を自己管理して、有効に対処することを困難にしているのである。

人間は言葉によって思考をする存在である。その際、我々は一定の事象を概念化し、それに用語を与え、一定の意味付与を行っている。事象の概念化も、用語の与え方も、意味付与の仕方も、社会的・文化的な現象である。病名といえども例外ではない。病名には医学的に定

義づけられた意味があるが、社会的・文化的にも様々な意味付与がされている。schizophreniaの医学的定義や疾病論的位置づけ、あるいは訳語として精神分裂病が妥当かどうかに関しては、本学会において呼称問題に関する一連の議論の中で検討が蓄積されている。ここで私が問題にしているのは社会的な意味付与である。精神分裂病という用語に、これまで抜きがたいスティグマが付着しているのであれば、用語そのものを変更し、その概念に新たな意味付与をしていくことこそが重要となるであろう。新たな意味付与は、医学的課題であると同時に社会的課題である。クライアントや家族、スティグマを払拭したいと考えている人々が、共同で取り組むべき課題である。

精神分裂病という呼称の変更に伴い実現すべき目標は、次のようにまとめることができる。①この病に苦しめられている人々が、その課題解決に有効なやり方で自分が置かれた状態を定義づけることができるようになること、②医師、看護職、ソーシャルワーカーといった専門的支援者とクライアントが対等な同盟関係を築き、共通の言葉で話し合いながら、クライアントが陥った困難な事態の打開を図れるようになること、③クライアントのもつ潜在的強さ（心理的、社会的な力量）に注目し、その強さの発現を図るような働きかけが一般的になること、④クライアントの生活に重要な影響を及ぼしている親族や周囲の人々（地域・職場など）の理解を促進し、この病をもつ人々への肯定的態度を強化すること、である。これらを積極的に推進するために有効な呼称変更を期待したい。

4. 呼称変更への提案

精神分裂病という呼称の変更に関する本学会の検討が、schizophreniaという国際用語そのものの変更まで射程に入れることは、短期間では難しいであろう。しかし、アメリカやイタリアでも、クライアントと言葉を共有しながら支援を行おうとする実践家にとってschizophreniaという用語は使用しづらいものようである。Mosher, L. R. と Burti, L. の400ページを超える“Community Mental Health”¹¹⁾の中

で、この本が扱っている対象が主要には精神分裂病の患者でありながら、schizophrenia という言葉はほとんど使用されていない。アメリカではuser、consumer、survivorといった呼び方が、当事者を示す用語として使用されている。当事者自身も自らの置かれた状態をどう呼ぶか模索してきたとあってよいだろう。自らをどう表現するか。この病をもつ人が、社会の中でふつうに生活していくのに有効な表現方法を、精神科医療従事者も一緒に考えなければならない。

精神科医療従事者が追求すべきは、パターンリズムに基づく患者と医療者との関係そのものを変えること、そのことを通じて患者をめぐる社会関係そのものを変えていくことである。それを実現するためには、同時に、病名としての用語に浸透している否定的な意味付与の現実そのものをも変えていかなければならない。

精神分裂病をスキゾフレニアとそのま片仮名で表記することは、偏見がまわりついた現在の用語法より好ましいであろう。しかしスキゾフレニアという呼称では、一般の人々には、初めて耳にする際、それが病名であることすら理解できないと思われる。中井久夫氏は「最終講義」のあとがきの中で、「(精神分裂病という) その名が不適切であることには学会の合意があるが、代わりの名に合意がないのが現状である。私はさんざん考えた末、『スキゾ障害』がまだましかと思っている」¹²⁾と述べておられる。ただ、この「障害」という用語が、これもまた検討を要する多義的な概念であるので、別の呼称も検討の俎上に乗せてみたい。

金吉晴氏は、接尾語である「-ia」を「-病」と訳すのは一般的でない¹³⁾と指摘しておられる。確かに尿毒症、貧血症、失語症などの呼び方にみられるように「-症」の方が一般的であろう。それならば「スキゾ症」と呼ぶことも一案ではないか。私はこの案に賛意を示したい。もし、「-病」とつけて疾患であることを示すべきだという意見が強いのなら「スキゾ病」という呼称も可能であろう。しかしschizophreniaは、単一疾患を示す概念というより、一定のsymptom-complexに付けられた名称であるということに合意できるのであれば、「スキゾ症候群」と

呼んでもさしつかえないのではないかと思う。私はこの方が「スキゾ病」よりも好ましいと考える。

おわりに

いかなる呼称を採用するにしても、新しい用語に新たな意味付与をしていく作業は、医学的課題である以上に社会的課題である。精神科医はもちろん、当事者や家族、スティグマを払拭したいと考えている人々が共同で取り組むべき課題であることを、再度確認しておきたい。

文献と注

- 1) 公衆衛生精神保健研究会：精神保健福祉の新たな展開 ケアマネジメントと地域生活支援，中央法規，東京，p1-16，1998.
- 2) Challis, D. and Davies B. : Case Management in Community Care, British Crown, London, 1986 (窪田暁子他訳：地域ケアにおけるケースマネジメント，光生館，東京，1991).
- 3) 公衆衛生精神保健研究会：前掲書¹⁾，p125-145.
- 4) この課題への取り組みのためのテキストとして最近次の文献が出版された。高橋清久、大島巖編：精神障害者ケアマネジメントの進め方，精神障害者社会復帰促進センター，東京，1999.
- 5) Simon, B.L. : The Empowerment Tradition in American Social Work A History, Columbia University Press, New York, 1994.
- 6) 小松源助：ソーシャルワーク実践におけるストレングズ視点の特質とその展開，ソーシャルワーク研究，22 (1)，46-55，1996.
- 7) Saleebey, D. (ed.) : The Strengths Perspective in Social Work Practice (second edition), Longman, New York, 1992.
- 8) Rapp, C.A. : The Strengths Model Case Management with People Suffering from Severe and Persistent Mental Illness, Oxford University Press, Oxford, 1998 (江畑敬介監訳：精神障害者のためのケースマネジメント，金剛出版，東京，1998)。なお、翻訳では strengths modelに強化モデルという訳語をあてているが、この訳語

では主体であるべきクライアントを客体とみなす誤解を与えるおそれがある。

- 9) この6原則は、Saleebey, D.: 前掲書⁷⁾ p97-101, およびRapp, C. A. (江畑敬介監訳): 前掲書⁸⁾ p65-78 に挙げられている。
- 10) この調査は、2000年4月に大阪市都島保健センター所長岩瀬綽子氏と共同で実施したもので、次の文献にあげられているアンケート内容と同様の質問を追試した。岡上和雄, 石原邦雄: 「精神障害(者)」に対する態度と施策の方向づけ, 季刊・社会保障研究, 21 (4), 373-385, 1986。類似の追試は次の文献でも実施されている。(財) 全家連保健福祉研究所編: 精神障害者観の現況 '97, 精神障害者社会復帰センター, 1998。
- 11) Mosher, L. R. and Burti, L.: Community Mental Health Principle and Practice, WW Norton & Company, New York, 1989 (公衆衛生精神保健研究会訳: コミュニティ・メンタルヘルス, 中央法規, 東京, 1992)。
- 12) 中井久夫: 最終講義 分裂病私見, みすず書房, 東京, p.145, 1998。
- 13) 金吉晴: 精神分裂病とスキゾフレニア, 精神経誌, 100 (3), 191-195, 1998。

解 説

1. 精神障害者の定義と範囲、受療の状況

Ⅲ章を書いた2000年の時点は、まだ精神分裂病という疾患名が使用されていて、その名称を変更すべきか、変更するとすればどのような名称にすべきかを、学会の中で議論していた時期であった。その後、日本精神神経学会では、2002年に正式に精神分裂病を「統合失調症」という呼称に変更することを決定した。その呼称変更は、2005年の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）改正に反映され、法律の用語も統合失調症に改められた。なお、精神障害のうちの器質性精神障害に分類される「痴呆」に関しても「認知症」へと呼称変更が行われ、2005年の介護保険法とその関連法改正で法律用語の変更が行われた。このように、Ⅲ章で論じたスティグマの克服という目的のために、相次いで精神医学関連の用語の変更がなされたことは注目すべき事態である。このふたつの呼称変更は、精神医療において本来の医療の目的を阻害する偏見・誤解がいかに根深いかを示しており、その偏見を除去するための試みとして変更がなされたことが共通している。

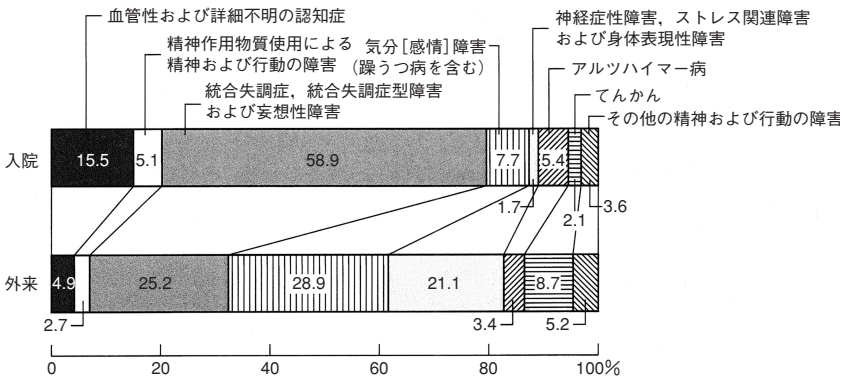
精神保健福祉法は「『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒またはその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と定義している。神経症についてもいわゆる精神症状を有する状態の場合には法に定める支援の対象とされている。一方、障害者基本法は、「この法律において『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義している。すなわち、精神保健福祉法が精神障害者を精神疾患（mental disorder）を有するかどうかという点で定義しているのに対して、障害者基本法では、精神障害のため生活の制限（disability）を有しているかどうかによって定義している。障害者基本法が規定する精神の障害者は、精神保健福祉法の規定する

精神障害者より狭義となっていることも理解しておく必要がある。

なお、2005年11月7日に公布された障害者自立支援法では、障害者の定義として、身体障害者福祉法に規定する身体障害者、知的障害者福祉法にいう知的障害者および精神保健福祉法に規定する精神障害者としている。

世界保健機関（WHO）が定めている国際疾病分類（ICD-10）では、「V. 精神および行動の障害（mental and behavioral disorders）」の大分類として、以下の10の区分を設けている。「0. 器質性（症状性を含む）精神障害」「1. 精神作用物質使用による精神および行動の障害」「2. 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害」「3. 気分（感情）障害」「4. 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」「5. 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群」「6. 成人の人格および行動の障害」「7. 精神遅滞（知的障害）」「8. 心理的発達の障害」「9. 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害」である。

医療機関に受診中の精神障害者の数は、2002（平成14）年10月の患者調査から約258万人と推計されている。その入院、外来別の疾患構成を図9に示す。入院患者では約6割を統合失調症が占め、高齢者に多



資料：厚生労働省「患者調査」2002年。

出所：厚生省の指標臨時増刊「国民衛生の動向（2004年）」厚生統計協会、2004年、110頁

図9 精神および行動の障害 疾患別患者数の構成割合（%）

い認知症はアルツハイマー病を含めて約2割を占めている。外来でも統合失調症は4分の1を占め、神経症性障害、気分（感情）障害がそれぞれ2割ないし3割を占めている。

2. 統合失調症について

入院中の精神障害者34万人のうち約20万人、外来通院治療中の精神障害者224万人のうち約60万人が本疾患の患者である。したがって、有病率は人口の0.6~0.8%程度となり、決してまれな病気ではない。

スイスの精神科医、E.プロイラーが1911年に統合失調症（群）という概念を提唱した。統合失調症は、主に青年期に発病し、脳の器質的障害はなく、後述するような多彩な、複雑な症状を示す疾患である。この疾患の生物学的基盤は現在でもかならずしも明らかでなく、単一の疾患なのか、複数の疾患群なのかも明確でない。経過は個人によっていろいろで、1回ないし数回の病相期のあと完全に回復するもの、再発をくり返したり、慢性に経過し、一定の症状が残存するもの、次第に進行し人格変化を残すものなどさまざまである。

症状として、妄想、幻覚（幻聴）などの異常体験を示すものが多い。発病初期の妄想は、他人が悪口を言う、見張られている、といった内容の被害妄想、注察妄想が多く、他人の言動をみて自分と関係づけること（関係妄想）もみられる。幻覚は幻聴が多く、指図したり馬鹿にするような内容が多い。体感幻覚、幻臭などもみられる。作為体験、思考障害（思考途絶、思考伝播、思考吹入、滅裂思考、等）など深刻な自我障害を示す場合もある。こうした明確な異常体験のほか、意欲低下、対人関係からの引きこもり、感情表現の平板化（感情鈍麻）といった、いわゆる陰性症状もみられる。

統合失調症には3つのサブタイプが区分されており、妄想が主要な症状である場合には妄想型、昏迷あるいは精神運動性興奮など行動面での障害が前景にでる場合には緊張型、比較的若く発病し発症時期が明確でなく自我障害や対人関係からの引きこもりが強い場合は破瓜型と呼んでいる。しかしこうした分類に明確に区分できない場合も少な

くない。

急性期の症状には、向精神薬が奏功する。また陰性症状や慢性期の症状にも効果のある新たな抗精神病薬が最近開発されてきている。急性期には、自分の病気を客観的に受けとめて自覚することができず、入院治療を必要とすることが少なくないが、急性期の症状から回復すると、自分の病気を受けとめることができるようになる。再発を防止するためには、少量（維持量という）の向精神薬を予防的に継続することが必要となる。

脳の生物学的な機能の変調が関与していると考えられており、薬物の作用メカニズムの研究などから大脳の神経伝達物質の異常作用に原因を求める説（ドーパミン仮説）がある。一方、心理社会的要因が発症や再発に関与しているという研究もある。再発の危険性を高める因子の研究では、周囲の重要な人（家族など）の否定的内容の感情表出（high E.E.: expressed emotion）に持続的に曝されることが再発率を高めることが確かめられている。統合失調症になりやすい何らかの素質を想定し、心理的、社会的ストレスに曝されることによって、その影響がその人の対処能力を超えると発症や再発するという仮説（ストレス・脆弱性モデル）が提唱されている。

統合失調症は、患者ごとに症状の出現の仕方や疾患の経過に特徴がある。治療やケアでは、ひとりひとりの生活史の中で発症や再発にいたる過程を理解しようとする治療者側の共感能力も重要である。リハビリテーションでは、対人関係からくるストレスの軽減（そのため家族や周囲の人々との関係の調整、周囲の人々の心理教育）と、患者がもつ能力を評価し伸ばすことに重点を置き、社会復帰の計画を患者とともに考えていくことが重要である。

なお、妄想や幻覚を伴う点で統合失調症に類似するが、引き金となる生活上のできごとが明確で反応性に生じる精神病がある。こうした精神病は、心因反応、統合失調症型反応、あるいは妄想反応などと呼ばれる。また、統合失調症と気分（感情）障害（そううつ病）の中間的な症状を示す精神病もあり、非定型精神病という病名を用いること

がある。不眠、統合失調症様症状を呈し、経過は周期性である。

3. 精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法

I章が書かれたのは1987年であった。この論文にもふれているが、1984年に宇都宮病院事件が発覚し、日本の精神医療システムが人権侵害の防止という点で大きな問題をはらんでいることが国連の場で問題となり、その動きが1987年の精神衛生法から精神保健法への改正へとつながった。日本の戦後の精神保健行政は、1950年に成立した精神衛生法、1987年の精神保健法への改正、さらに1995年の精神保健福祉法への改正というように進んできている。簡単な年表を表10に示す。

ここで精神保健福祉法が規定している精神科病院（一般病院の精神科病棟を含む）への入院形態についてふれておこう。精神保健福祉法では次に示す5種類の入院形態を定めている。このうち1998年6月末現在で、精神科に入院中の患者のうち、任意入院が69.6%、医療保護入院27.5%、措置入院1.3%であった。

(1) 任意入院は、本人の同意に基づいて行われる入院である。この入院による患者から退院の申し出があった場合は、その者を退院させなければならない。ただし、精神保健指定医の診察の結果、入院の継続が必要と求められる場合は、72時間を限り退院させないことができる。

(2) 医療保護入院は、精神保健指定医の診察の結果、精神障害者であると診断され、医療のため入院が必要と認められた者で、任意入院が行われる状態にないと判定された人を対象に、保護者の同意に基づいて入院させる制度である。本人の同意は必要ではない。保護者には、後見人または保佐人、配偶者、親権を行う者、家庭裁判所で選任を受けた扶養義務者等があたることになっている。適切な保護者がいない場合には、市町村長が保護者となる。

(3) 措置入院は、2名以上の精神保健指定医による診察の結果、精神障害のため入院させなければ自身を傷つけまたは他人に害を及ぼすおそれ（自傷他害のおそれ）があると、診断が一致した場合に、都道

表10 精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法の改正にみる戦後の精神保健福祉対策

1950（昭和25）精神衛生法制定

- ・精神病患者監護法（明治33年）、精神病院法（大正8年）を廃止。私宅監置を禁止し都道府県に精神病院の設置を義務づける。
- ・精神衛生鑑定医制度、措置入院制度、保護義務者の同意による入院制度などの強制的な入院の手続きを規定。

1965（昭和40）精神衛生法改正

- ・通院医療費公費負担制度の新設。
- ・保健所の業務への「精神衛生に関する事項」の追加。都道府県の精神衛生センターの設置の規定。

1987（昭和62）精神保健法へと改正

- ・精神障害者の人権擁護のための措置：任意入院を法に規定。精神保健指定医制度、入院患者の権利を明確にし退院等の請求の権利があることを書面で告知、都道府県における精神医療審査会制度の新設など。
- ・社会復帰の促進：精神障害者社会復帰施設を規定。

1993（平成5）精神保健法改正

- ・精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の法定化。
- ・政令指定都市について大都市特例の規定をもちこむ。
- ・精神障害者社会復帰センター（全国1カ所）を新設。

1993（平成5）障害者基本法成立

- ・法律が対象とする障害者に精神障害者が含まれることを明記。
- ・国（政府）は障害者基本計画を策定。
- ・市町村、都道府県にも障害者計画の策定の努力義務を課す。

1995（平成7）精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）へ改正

- ・法の目的に「自立と社会参加の促進のための援助」を追加。
- ・精神障害者保健福祉手帳の制度を創設。
- ・福祉工場や社会適応訓練事業（職親の協力を得て行われるリハビリテーション事業）を法定化。
- ・市町村の役割を明記（精神保健福祉に関する正しい知識の普及啓発、相談指導）。
- ・措置入院及び通院医療費公費負担制度の財源に関し、保険優先の制度とする。

1997（平成9）精神保健福祉士法成立**1999（平成11）精神保健福祉法改正**

- ・人権に配慮した医療の確保のため、精神医療審査会の機能強化、医療保護入院の要件の明確化。
- ・緊急入院が必要となる患者の移送制度を創設。
- ・保護者の自傷他害防止監督義務の廃止。
- ・社会復帰施設には、地域生活支援センターが追加されて5種類となる。
- ・精神障害者福祉を推進する上での市町村の役割の強化。
市町村を単位とする在宅福祉サービス（ホームヘルプサービス、ショートステイ事業、グループホーム）を規定（在宅福祉サービスの拡充は平成14年4月施行）。

2003（平成15）心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律成立**2005（平成17）障害者自立支援法成立、精神保健福祉法改正**

- ・精神障害者社会復帰施設、通院医療費公費負担は障害者自立支援法に移行。

府県知事（政令指定都市の場合は市長）が、その者を都道府県立精神病院または指定病院に入院させる制度である。指定医の診察は、一般人からの申請、警察官からの通報、精神病院管理者からの届出等によって行われる。この入院形態では本人や保護者の同意は必要ではない。措置入院の費用のうち、医療保険で給付される費用以外の費用は公費で負担することになっている。

(4) 緊急措置入院は、精神保健指定医の診察の結果、精神障害のため自傷他害のおそれが著しく、緊急に入院措置が必要と診察された場合、1名のみ指定医の診察に基づいて72時間に限って知事（政令指定都市の場合は市長）が入院措置をとることができる制度である。

(5) 応急入院は、精神障害者で、直ちに入院させなければその者の医療および保護をはかる上で著しく支障がある場合、72時間を限り、本人の同意がなくても知事の指定を受けた病院に入院させることができる制度である。精神保健指定医の診察に基づくことが必要で、緊急のため保護者の同意を得ることができない場合に、指定精神病院の管理者が入院させる。

精神科の入院治療では、疾患の性質上、患者が自分の病気を自覚して自分から治療を受けることができず、患者本人にとっては非自発的な手続きで治療を開始せざるをえない場合がある。しかし、安易にこうした入院形態に依存して治療を行うことは、治療効果という点から問題であるだけでなく、患者の人権保護という点でも問題をはらんでいる。このため患者の人権を保護するための諸制度が設けられている。

精神科に非自発的な形態で入院させる場合には、精神保健指定医による診察が必要である。精神保健指定医は5年以上診断または治療に従事、うち3年以上精神障害の診断または治療に従事し、その他一定の資格条件を満たした精神科医である。医療保護入院や措置入院の必要性の判断、治療上の行動制限の必要性の判断は精神保健指定医でなければ行えない。精神保健指定医としての不当な行為に対しては指定医の取り消し処分が設けられているが、1999年の法改正で、一定期間の職務停止処分も創設され、診療記録義務の範囲が拡大された。

精神病院管理者は、非自発的な入院患者に退院請求等の権利があることを、入院時に書面で告知しなければならない。なおこの告知は、症状に照らして4週間を限度として延期できる旨の例外規定が設けられている。非自発的入院の場合、行政に対する入退院の届出報告義務があり、入院が継続する場合、措置入院は6か月ごとに、医療保護入院は12か月ごとに知事に対して病状を報告しなければならない。

精神医療審査会は、都道府県知事（政令指定都市の場合は市長）の附属機関として設置されているもので、措置入院、医療保護入院の要否について、定期病状報告をもとに審査する。また、入院患者から出された退院請求や処遇改善請求の審査を行う。精神科入院患者の人権に配慮し適正な医療を確保するため、専門的立場から中立公正な審査を行うことが期待されている。

精神病院入院患者の処遇の原則が、厚生省告示によって定められている。入院患者に対する信書の発受の制限、行政機関の職員等との電話・面会の制限を行うことはできない。そのほか、保護室への患者の隔離（12時間以上）など一定の行動制限は、精神保健指定医の判断を必要とし、行動制限を行った場合、その旨を診療録に記載しなければならない。

日本の精神科病床数は表11のように、戦後から最近までずっと増加傾向を示し、1960（昭和35）年に9万5千床だったものが1990（平成2）年には36万床にまで増えた。現在やや減少傾向を示している。人口1万人当たりの精神病床数は約28床で、日本は世界で最も人口当たりの精神病床数が、従って入院中の精神障害者数が多い国となっている。精神病院在院者のうち数万人の人々は状態が安定しており、社会復帰が可能だと考えられているが、退院可能であっても地域で生活を支える社会資源が乏しく、入院が継続しているのが現状である。日本全体でみると入院患者の約半数がすでに5年以上の長期在院患者で占められている。精神病床の半数以上が、現在でも閉鎖病棟である。

社会保障審議会障害者部会精神障害分会は、2002年12月に出した報告書「今後の精神保健福祉施策について」において、今後10年のうち

表11 日本の精神科医療の推移（1950～2003年）

	精神 病院数	精神 病床数	人口万対 精神病床数	精神病床 利用率(%)	平均在院 日数
1950	133	17,686			
1955	260	44,250	5.0	111.1	287
1960	506	95,067	10.2	106.2	333
1965	725	172,950	17.6	108.0	434
1970	896	242,022	23.8	104.7	455
1975	929	275,468	24.9	102.0	487
1980	977	308,554	26.4	102.3	535
1985	1,022	333,570	27.6	101.9	536
1990	1,049	359,087	29.1	97.3	490
1995	1,059	361,714	28.8	94.3	455
2000	1,058	358,153	28.2	93.1	377
2001	1,065	357,385	28.1	93.2	374
2002	1,069	355,966	27.9	93.1	364
2003	1,073	354,448	27.8	92.9	349

注1：精神病院数は単科病院の数（1970年までは12月末、'80、'85年は6月末、'90年以降は10月1日）。

注2：平均在院日数は次式で示される。年間入院患者延べ数/0.5×（年間入院患者数+年間退院患者数）

資料：厚生労働省医療施設調査・病院報告

に受け入れ条件が整えば退院可能な7万2千人の退院・社会復帰をめざすと述べ、そのために必要なサービスを整備するとしている。

4. 社会復帰と地域生活支援の施策

1987年の精神保健法への改正は、精神病院入院患者の人権保護と社会復帰の促進を目的としており、この法改正において、精神障害者社会復帰施設が創設された。1993年6月の法改正では、グループホーム（精神障害者地域生活援助事業）が法定化された。その後、1993年11月に成立した障害者基本法において、対象とする障害者に精神障害者が含まれることが明記されたことにより、精神障害者の福祉法を制定することが要請され、1995年、精神保健法は「精神保健及び精神障害者

福祉に関する法律」に改正された。この法改正では、法の目的に「自立と社会参加の促進のための援助」が追加され、精神障害者保健福祉手帳制度が創設され、福祉工場や社会適応訓練事業も法定化された。また、1999年の精神保健福祉法の改正で、社会復帰施設は地域生活支援センターが追加されて5種類となり、市町村を主体とする在宅福祉サービス（居宅生活支援事業）が規定された。

以上の経緯のもとで、精神障害者の在宅ケアのための次のような諸サービスが整備された。在宅福祉サービス（居宅生活支援事業）としては、次の3つの施策が実施されている。すなわち、①グループホーム（精神障害者地域生活援助事業）：4、5名の精神障害者が共同で生活し、世話人が配置され食事の世話などを行う。②ホームヘルプ（居宅介護等事業）：精神障害者のいる世帯を訪問して家事援助などの生活支援サービスを提供する。③ショートステイ（短期入所事業）：家庭でのケアを一時的に受けることができないときなどに、生活訓練施設（援護寮）に短期間滞在することができる制度。以上の3つである。

精神障害者社会復帰施設には次の5種類がある。①生活訓練施設（援護寮）：日常生活に支障がある精神障害者に対し、日常生活に適應することができるよう、低額な料金で居室その他の施設を利用させ、必要な訓練および指導を提供して社会復帰の促進を図る施設。②福祉ホーム：低額な料金で居室その他の設備を利用させ、日常生活に必要な便宜を供与することにより、社会復帰の促進および自立の促進を図る施設。③授産施設：雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金で必要な訓練を行い、また職業を与えることにより、社会復帰の促進を図る施設。④福祉工場：通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を雇用し、社会生活への適應のために必要な指導を行うことにより、社会復帰の促進および社会経済活動への参加の促進を図る施設。⑤地域生活支援センター：精神障害者からの相談に応じ、助言指導を行うとともに、保健所、福祉事務所、社会復帰施設などとの連絡調整、および地域生活を支援するた

めの援助を総合的に行う施設。精神障害者社会復帰施設は、社会福祉法で定める第2種社会福祉事業に含まれる。これらの社会復帰施設を設置・運営できるのは、都道府県、市町村、社会福祉法人、医療法人等である。

精神障害者社会適応訓練事業とは、通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を、精神障害者の社会経済活動への参加促進に熱意ある者に委託して、職業を与えとともに、社会生活への適応のための訓練を行う事業である。

このほか機能的には授産施設に類似しているが、精神保健福祉法上に規定はない精神障害者小規模作業所がある。小規模作業所に対しては、精神障害者社会復帰促進センター（財団法人全国精神障害者家族連合会）を通じた公費による運営助成が行われ、都道府県や市町村によっては独自の助成制度が作られてきた。

5. 障害者自立支援法の成立とそれに基づく制度の変更

2005年10月に障害者自立支援法が国会で成立した。この法律により、これまで身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、精神保健福祉法、児童福祉法によって、それぞれ別々の体系で実施されてきた障害者・児の福祉サービスは、新たな制度のもとで一體的に提供されることになった。施行は2006年4月1日（一部は10月1日）である。

この法律の骨子は以下のような点にある。(1) 自立支援給付として、障害福祉サービス、自立支援医療、補装具の購入などに要する費用を支給する。給付を受けようとする者は、市町村等に申請を行い、支給決定等を受ける。(2) 利用者負担を1割とする。家計に与える影響を考慮して低所得の者には、給付割合の引き上げや補足給付を行うなど、負担の軽減措置を講じる。(3) 市町村・都道府県が行う地域生活支援事業を定める。(4) 市町村・都道府県は、国の定める基本指針に即して障害福祉計画を策定する。(5) 自立支援給付に要する費用は市町村が支出し、その1/4を都道府県、1/2を国が負担する。

障害福祉サービスは介護給付と訓練等給付に分かれる。介護給付と

して10種類のサービスが規定されている。①居宅介護（ホームヘルプ）、②重度訪問介護、③行動援護、④療養介護、⑤生活介護、⑥児童デイサービス、⑦短期入所（ショートステイ）、⑧重度障害者包括支援、⑨共同生活介護（ケアホーム）、⑩施設入所支援である。

訓練等給付として4種類が規定されている。①自立訓練（機能訓練、生活訓練）、②就労移行支援、③就労継続支援、④共同生活援助（グループホーム）である。

自立支援医療は、これまでの更生医療（身体障害者福祉法）、育成医療（児童福祉法）、精神障害者通院公費負担（精神保健福祉法）をあわせて、新たに創設されるもので、低所得者や継続的に相当額の医療負担が発生する者に給付対象を重点化する。

地域生活支援事業には①相談支援、②コミュニケーション支援・日常生活用具、③移動支援、④地域活動支援、⑤福祉ホーム等が含まれている。

これまで障害種別ごとに分立した33種類の既存施設・事業体系は、6つの日中活動および居住支援に再編する。6つの日中活動とは、介護給付として①療養介護、②生活介護、訓練等給付として③自立訓練（機能訓練・生活訓練）、④就労移行支援、⑤就労継続支援（雇用型、非雇用型）、および、地域生活支援事業のうちの⑥地域活動支援センターである。居住支援には施設への入所および居住支援サービス（ケアホーム、グループホーム、福祉ホーム）がある。また、三障害共通の事業も可能である、社会福祉法人でなくともNPO法人等でも参入が可能である。小規模作業所については、障害福祉計画に基づき、一定の設備・人員の基準を満たすことを要件として、生活介護、就労移行支援、就労継続支援、地域活動支援センター（市町村委託事業）などに移行することが想定されている。

サービス支給決定では、まず、市町村において全国共通の調査項目に基づき、障害者の心身の状況のアセスメントを行い、障害程度区分の一次判定を行う。介護給付を希望する場合は、市町村におかれる審査会において二次判定が行われ、障害程度区分が認定される。さらに、

社会活動や介護者、居住等の状況の評価、サービスの利用意向の聴取、訓練・就労に関する評価を経て、サービスの支給決定がなされる。

以上みてきたように、1980年代後半から精神保健福祉政策にさまざまな改革が導入されてきたが、精神障害者のノーマライゼーション推進には、まだ多くの課題が未解決である。障害者自立支援法に基づき導入される新たな障害福祉システムを活かしながらノーマライゼーションの推進を図ることが要請されている。

参考文献

- 1) 千代豪昭・黒田研二編著：『学生のための医療概論 第2版』，医学書院，2003.
- 2) 黒田研二・竹内孝仁編著：『社会福祉士養成テキストブック16 医学一般』，ミネルヴァ書房，2001.
- 3) 三野善央：『レッスン とうごうしっちょうしょう』，メディカ出版，2003.
- 4) 精神保健福祉研究会：『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』，各年度版，株式会社太陽美術.
- 5) 『障害者自立支援法 新法と主要関連法新旧対照表』，中央法規，2005.