

変わり行く日本の 精神保健医療と福祉

— 精神従事者連続シンポジウムの記録 その1 —

朝日俊弘 「精神医療改革運動の新たな展開を求めて」

新保祐元 「精神障害者社会復帰施設の進捗計画について」

精神保健従事者団体懇談会

は じ め に

精従懇（精神保健従事者団体懇談会）は精神衛生法の改正作業をきっかけに、精神医療従事者で構成される団体の情報交換と連絡の場として1986年9月から始められました。今までに50回近い定期的な会合を重ねる他に、1988年2月には京都で、1991年11月には千葉・幕張で全国から関係者を集めて「精神保健国内フォーラム」を開催し、日本の精神医療の改革と精神保健法と制度の改善のための討論と合意を図り、国会と政府にも働きかけを続けてきました。この数年も医療法と精神保健法の度重なる改正や障害者基本法や地域保健法の成立などの目まぐるしい動きに対応して、そのつど団体間の意見交換や行政との交渉や要望の取りまとめを図って来ましたが、最近では精神保健・医療・福祉に関する法制度や政策を巡る動きが急激で、精従懇の議論は行政の動きを後追いつるのがやっとなという状況に陥りがちでした。

我々が昨年の9月から今年の1月にかけて「精神保健ゴールドプランの策定を求めて」と題して3回の連続シンポジウムを開催したのは、社会保障や医療、障害者福祉などをもう一度大きな視野から見直して、我々自身が大きなビジョンを持って、国に対して老人対策のゴールドプランに匹敵するような精神保健と精神障害者福祉のための国民的な規模の長期計画の策定を迫っていただきたいと考えたからでした。幸い3回のシンポジウムでは6人の論者から意欲的で質の高い提言がなされ、我々が21世紀に向けて新しい精神保健と福祉のビジョンを構築するための基礎が得られたと思います。この記録集はその成果をより多くの人達に共有していただき、広く国民的な理解のもとで精神障害者の医療・保健・福祉が改革されていくを願って発行するものです。多くの方々の目に触れ、活用されることを望みます。

1995年5月

精従懇幹事会一同

目 次

はじめに	1
シンポジウムの開催趣旨と日程	5
地域保健法制定に際して、精神保健の充実を求める要望書	6
第1回シンポジウム（94年9月10日）	9
開会の挨拶 森山公夫	10
精神医療改革運動の新たな展開を求めて 朝日俊弘	12
資料1 講演のためのレジュメ	13
資料2 「精神医療」をめぐる最近の法・制度改正の動向	16
資料3 「障害者基本法」の制定をめぐって	21
資料4 障害者対策に関する新長期計画	23
資料5 当面の精神保健対策について（平成6年8月公衆衛生審議会）	27
資料6 精神医療費の保健優先化影響額について	30
質疑	32
精神障害者社会復帰施設の進捗計画について 新保祐元	38
講演レジュメ	47
質疑	55

開 催 趣 旨

精神保健は数百万人の精神障害者を対象とするだけでなく、国民全体の精神的健康の増進をも含む課題である。また、入院患者な劣悪な処遇の改善や、少なくとも7万人といわれる「社会的入院者」の社会復帰の受け皿づくりなど膨大な資金とマンパワーを必要とする課題がこの領域には山積している。国は21世紀の高齢社会に向けて「高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）」（1989年12月）を策定したが、精神保健対策は老人対策に匹敵する国民的課題であり、必要とされる社会資源、マンパワー、財源について長期計画を策定する必要がある。

われわれ精神保健従事者団体懇談会（精従懇）は、昨年来「地域保健法」をめぐる議論を重ねる中で、精神保健ゴールドプランを策定することの重要性を痛感するに至った。われわれは精従懇の議論を拡大し、当事者、家族、従事者の要望を集め国民の理解を求め、21世紀の日本の精神保健の改革の流れをつくっていく手始めとして、この連続シンポジウムを開催したい。

1994年9月10日

精神保健従事者団体懇談会

第1回 （1994. 9. 10）

朝日俊弘 「精神医療改革運動の新たな展開を求めて」

新保祐元 「精神障害者社会復帰施設の進捗計画について」

第2回 （1994. 12. 4）

大島 巖 「精神障害者援助サービスの現状と課題

ー必要とされる社会資源数を当事者ニードから検討するー」

森山公夫 「あるべき地域精神保健システムの基本プラン

ー精神医療改革の視点から精神保健ゴールドプランを展望するー」

第3回 （1995. 1. 21）

浅井邦彦 「21世紀に向けた精神医療・保健・福祉政策の必要性について」

調 一興 「障害者施策の具体的な展開をめざして」

平成 7 年 9 月 1 日

厚生大臣

井 出 正 一 殿

「地域保健法」制定に際して、精神保健の充実（精神保健ゴールドプランの策定）
を求める要望書

精神保健従事者団体懇談会

代表幹事 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）

連名団体（五十音順）

（社）全国自治体病院協議会
全国精神医療労働組合協議会
（社・福）全国精神障害者社会復帰施設協会
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・福祉協会（CMSA）
（社）日本医療社会事業協会
（社）日本作業療法士協会
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
（社）日本精神科看護技術協会
（社）日本精神神経学会
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

「地域保健法」制定に際して、精神保健の充実（精神保健ゴールドプランの策定）を求める要望について

精神保健・医療と精神障害者の福祉について、日頃より深いご理解とご高配を頂き有り難うございます。

われわれ精神保健・医療・福祉従事社はかねてから、精神障害者の地域での生活を支援し社会復帰・社会参加を促進するために、地域精神保健の充実が必要であることを訴えて来ました。障害者の自立と社会参加の促進の機運が世界的に高まる中で昨年11月に改正された「障害者基本法」には、精神障害が法の対象として明記され、精神障害者の社会参加が時代の要請であることがますます明らかになっていきます。精神障害者の自立と社会参加の促進のために国が地域精神保健の改革の方向を国民の前に示すべき時が来ていると言えるでしょう。

このたび地域保健のあり方が総合的に見直しされ、本年6月に保健所法の改正により「地域保健法」が国会で制定されましたが、この機に際してわれわれ精神保健従事者は、関係の皆様の下記の項目についてご配慮いただき、わが国の精神保健について地域精神保健の改善を含めて包括的な長期計画（精神保健ゴールドプラン）を策定し、その充実をお図りいただくように切に要望する次第です。

要 望 事 項

1. 老人対策における「ゴールドプラン」に匹敵する国レベルでの精神保健に対する長期計画を策定すること。

精神保健は数百万人の精神障害者を対象とするだけでなく、国民全体の精神的健康の増進をも含む国民的な課題である。また、入院患者の劣悪な処遇の改善や、少なくとも7万人と言われる「社会的入院者」の社会復帰の受け皿づくりなど膨大な資金とマンパワーを必要とする課題がこの領域には山積している。国は21世紀の高齢社会に向けて「高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（ゴールドプラン）」（1989年12月）を策定したが、精神保健対策は老人対策に匹敵する国民的課題であり、必要とされる社会資源、マンパワー、財源について長期計画を策定する必要がある。

2. 「精神保健法」を改正し、地域精神保健に関する一章を設け、国及び自治体の地域精神保健に対する責任と役割を明確にすること。

精神保健の対象領域は精神障害者の強制入院を中心とする医療・保護から福祉、社会復帰・社会参加、更には国民全体の精神的健康へと拡がっており、これに対応する精神保健法も「医療及び保護」に偏らず地域精神保健と福祉を法の骨格として採り入れるべきである。

3. 都道府県ごとに策定された保健医療計画を点検し、適切な圏域を設定して、社会復帰施設の整

備を重点とした精神保健に関する中長期の年次計画を策定すること。

国レベルで策定される社会資源、マンパワー、財源についての長期計画と連動して、都道府県ごと、地域圏ごと、市町村ごとの計画の策定が必要である。精神保健法で定められた社会復帰施設は、まだまだ整備が遅れており、社会復帰を求める精神障害者や「社会的入院者」の需要を満たすには程遠い現状である。まず当面は必要とされる社会復帰施設の整備を中心に各圏域ごとの中長期の年次計画を作ることが適切であろう。

4. 精神保健センター・保健所・市町村保健センター は、上に述べた国・都道府県・各圏域の中長期の計画に基づいて、必要かつ十分な精神保健サービスを全国各地域で展開する実行推進機関となりうるように、それぞれの独自の役割と相互の関連を明確にし、保健婦・精神保健相談員等のマンパワーの増員を計画的に行いながら、その活動を整備・充実すること。

第1回シンポジウム

開催日時：1994年9月10日

会 場：サンケイ会館

開会挨拶

森 山 公 夫（精從懇代表幹事・日本精神神経学会）

司 会

高 橋 一（精從懇代表幹事・日本精神医学ソシアルワーカー協会）
樋 田 精 一（精從懇代表幹事・日本病院・地域精神医学会）

シンポジスト

朝 日 俊 弘（全日本自治団体労働組合特別執行委員）
新 保 祐 元（全国精神障害者社会復帰施設協会事務局長）

■ 開会の挨拶

森 山 公 夫 （精従懇代表幹事・日本精神神経学会）

高橋（司会）：「精神保健ゴールドプランの策定を求めて」という精神保健従事者団体懇談会主催の連続シンポジウムの第1回です。今回をふくめて3回行う予定であります。演者とか決まりましたのが、ほんの2週間くらい前でございます。ビラを配る暇もなかったのですが、それにしてもは沢山の方がお集まりいただきまして、感激致しております。

森山：みなさん、ごくろうさまでした。簡単にこのゴールドプラン作成を求めるシンポジウムを持つに至った結果を、ご報告したいと思います。今、改めて考えてみましたらこの精従懇の前身の連絡会議を含めると、もうすぐ10年になるかなと思います。

その間、みんなで一生涯命集まって、いろいろわが国の精神保健に関して延々と討論を重ねてきたなあ、というふうに改めて思いますが、今回のきっかけとしては、ご存知の地域保健法改正問題がありまして、この問題に対して、精従懇としてもなんらかの合意をとり、要望を行いたいということ、1年以上にわたって延々と討論をしてきたのです。一方、その間行政の動きが非常に急テンポであります。私たちがこういう問題にその場の対応でやっていくかぎりは、どうも行政の動きに押し流されるだけだということを、つくづく感じさせられたわけです。その結果、私たちとしては、むしろ今のこの精神保健の激動のなかで、私たちが考えるべき精神保健というものの像を作ってそれを基本に、厚生省に老人ゴールドプランなのみ精神保健ゴールドプラン策定を求めていこうということを決定するにいたったわけです。

その決定に基づきまして、今回第1回、第2回は12月3日、第3回は1月21日というふうに予定してまいりまして、それを今の予定ではその3回をふまえて、まず第1次案のまとめを行っていきたい。それをふまえて、さらにいろんな調査とか、それから関連関係者の方々のご意見を頂いて、さらに具体案を来年いっぱいにかけて煮つめていきたいと思いい、そんなふうにおおざっぱに考えております。

今日はそのシンポの重大な発足の第1回で演者としては、自治労の朝日さんと全精杜協の新保さん、2人をお願いしております。なお、このゴールドプラン作成を求めて、私たち精従懇が厚生省に要請にいききました。9月1日に精従懇の代表が、厚生省の精神保健課にいきまして、吉田課長と高橋課長補佐に面会してきました。お手元にありまます要望書（「地域保健法」制定に際して、精神保健の充実を求める要望について）を手渡してきましたが、吉田さんならびに高橋さんの返答としては、厚生省としても、今はむしろ障害者基本法をもとにした障害者ゴールドプランを考慮中であると、その一環として、しかもかなり重要な一環として、精神障害者のゴールドプランは厚生省としても考えは始めているということが1つです。それから、もう1つは公費負担の保険優先という点からの改正をこられた、みなさんご存じかと思いますが、そのため精神保健法改正を行いた

いと、それに合わせて場合によっては、保健法のなかに地域保健の1章を設けて、社会復帰に関して、さらに促進をうたうということも考えておけるといことも述べておりました。これは精從懇で、ずっと要請していたんですが、昨年中は精神保健課としては、あまりいい返事をしなかったんですが、急きょ、そういうことをいいだしまして改めて感じたことは、精神保健、障害者の福祉という点では、行政が急テンポで動いている。そういう状況であることを痛感させられた次第です。この辺はのちほど、朝日さんのレポートの中にも報告があると思います。そういった急テンポの動きの中で、わたくしたち関連団体が従事者がどういう態度をとっていか、なにを求めていくかというのは、決定的に重大である。そういう時期にさしかかっているというふうに思います。考えてみますと、私たちが10年かけて延々と討論してきたことが、いずれにせよ、ここ数年、1つの大きな結節点にきている。そういう重大な事態にたち至っているということを痛感させられた次第です。

では、今日からさしあたり3回にわたってこの連続シンポを行い、問題点を煮つめさらに大きな精神保健の展開の礎石にしていきたいというふうに思っています。では、みなさんよろしくお願いいたします。

■ 精神医療改革運動の新たな展開を求めて

朝 日 俊 弘 （自治労特別中央執行委員）

高橋：どうもありがとうございます。朝日俊弘先生に約1時間ですが、お話をさせて頂いて、質疑応答をうけていきたいというふうに思います。

ここに、ご紹介するまでもないと思いますが、朝日先生の紹介はこれだけでいいと思うんですが、自治労の特別執行委員ということでお話をお願いしたいと思います。これで題はいいんでしょうね「精神保健ゴールドプランの策定を求めて」そのままでよろしいかと思いますが、お手元に資料があるかと思いますがご参考にお話をお聞きしたいと思います。それでは、朝日先生よろしくお願います。

朝日：どうも、大変ごぶさたしております。今、司会の高橋さんから、改めてご紹介をいただきました、自治労の朝日です。ちょっと、冒頭に自己紹介の追加をしておきたいと思いますが、私が豊岡病院から、自治労という自治体の労働組合の本部の専従役員という形で出てきてから、ちょうど10年になります。そういう意味では、この10年間は臨床から離れてまして、ペーパードライバードです。労働組合の中央本部という立場にいましたので、そういう関係でさまざまな政治関係の委員に入らせて頂いたことが再三ありまして、先ほど森山先生からちょっとお話がありました、地域保健の関連でいえば、法改正の基本になった去年の7月に出席された地域保健基本問題研究会の委員をさせて頂きました。あわせて6月に地域保健法が成立をしたわけですが、現在その法律に基づいて、地域保健の基本的問題に関する基本指針を定めるという作業に入っていて、その基本指針検討小委員会のメンバーにもなっています。

参考までに申しますと、10月末にはこの小委員会で報告をとりまとめ、11月上旬には、大臣告示という形で、新しい法律に基づいた基本指針が出されることになると思います。そんな仕事をさせて頂いたり、あるいは医療保険審議会の国保の部会の専門委員ということで医療保険制度についても、せいぜい45分の1の影響しかありませんけど、いろんな形で参加をさせて頂いています。そんな状況にありますので、私はいま法律や制度の枠組みをどうしたらいいのかというところに、今中心的に関心をもっています。

そこで今日の精從懇のシンポジウムでは、是非、これからの精神保健を計画的に推進していくための法制度的枠組みをわれわれなりに、もういっぺんきちんと考えなきゃいけないんじゃないか、そんなところを中心に問題提起をしたいと思います。ただ、冒頭からちょっとケチをつけるようで申し訳ないんですけど、精神保健ゴールドプランというのはやめた方がいいんじゃないかと、本来のゴールドプランがもう5年たって見直しの時期に入ってまして、新ゴールドプランという形で出そうとしているわけで、いかさま、後追いの的なという気がしますので、プラチナプランでもなんでもいいんですけど、子供のプランは、エンジェルプランというんですよ。児童が、エンジェル

ランで老人がゴールドプランで精神はどうするか、ちょっといい名前を考えた方がいいんじゃないかということを最初にこれは半分冗談ですけど、申し上げておきます。

限られた時間ですからとてもすべてのことについて、問題にふれるわけにはいきませんので資料をお持ちしましたので、参考にそれをながめながら、話を聞いていただければと思います。実は、今日頂いたテーマとは、さきほどさすがに司会者もピーンときたんでしょとか、違っているんじゃないかというふうに思われるかもしれません。

資料 1

講演のためのレジュメ

< 試論 > 「精神医療改革運動の新たな展開を求めて」

— 運動の今日的な停滞・閉塞状況を、どう突破するか? —

自治労 特別中央執行委員
全国医療 事務局長

朝 日 俊 弘

1) 「1990年代は保健医療・福祉制度改革の時代！」

○少なくとも、この十年間で精神保健法を始めとする関連法・制度は、大きく変わって来たと、また引き続き今後も改革が進められていくことが想定されている。その意味では、精神医療を含めた保健医療・福祉をめぐる今日の状況は、文字通り、変革期にあり過渡期なのである。(⇒この間の主な法・制度上の改正の動向については、資料2を参照。)

○もちろん「精神医療改革運動」を担おうとしてきた私たちも、そのような法・制度の改正を含めて、「変えよう！」＝“変革期の状況”を作り出そうとしてきたはずであった。従って、私たちの思い通りであるかは別として、いま変革期にあること、そのこと自体はむしろ望むところである！

○問題は変革の本身、即ち、この間のいくつかの法・制度改正の内容が、私たちが求めてきたものとどこまで、どのように合致し、あるいは合致していなかったのか？

あるいは精神医療の実態の中で、何が改善され、何が未だ改善されていないのか？

まずこの点をできる限り正確に吟味されねばならない。

※ここでは「精神医療」という慣れ親しんだ概念を用いることとするが、当然のことながら、それは単に「医療」に限定せず、精神病患者として精神障害者に関わる「保健・医療・福祉サービス」を包含する概念として使っている。

但し、直感的に言えば、私たちもこの「精神医療」という用語からの(積極的な意味を込めた)決別が求められているのかもしれない。

2) 「精神医療は変わったか？そして、私たちは変わったか？」

第二回「精神保健国内フォーラム」(1991年11月、主催：精神保健従事者団体懇談会)のテーマとして取り上げられた問いかけの言葉は、今日の状況においても必要かつ有用である。即ち「精神医療は変わったか？そして、私たちは変わったか？」

その際「誰も、何も、変わっていない！」とせっかちに情緒的な総括をしたり、あるいはオール・オア・ナッシング的な決めつけ方は避けるべきである。今日の状況においては、あらゆる改革は漸進的であり、ステップ・バイ・ステップで進められていくものである。

○統計的な数字で見ると？

○現場で働くスタッフの実感は？

○「精神障害者」自身は、そしてその家族たちはどう受け止めているのか？

3) あえて運動主体の側の「様々な問題」にもメスを入れよう！

○精神医療改革を「精神医療という土俵の中」（あるいは「精神医療の発想の内」）だけに求めることは、それなりに純粹とは言えるが、決して戦略的ではない。

狭義の精神医療の分野に係わる課題も、大きくは保健医療・福祉全体の制度的な枠組み、引いては社会保障制度全体の在り方の中で位置づけられていくことに、もっと目を向けなければならない。○上述のフォーラムにおいても私は特に以下の点を強調した。

①反省すべきこと：精神医療にたづさわらる私たちは、あまりにも「精神保健法」にのみ囚われすぎていなかったか？ その結果として、一見、精神医療に関わりがないように見える法・制度の改正動向に対して、あまりにも無頓着ではなかったか？

②整理しておくべきこと：精神障害者・精神障害者に係わる保健医療・福祉の制度的枠組みとして、特別法としての「精神〇〇法」に依拠すべきなのか？ それとも可能な限りそのような特別法を排して、より基本的な一般法の枠組みの中に包摂して考えていくべきなのか？ が問題である。

○運動主体の側が分散・分立する現状の中で、問題意識はますます拡散しつつあり、言わば“タコ壺的状况”が進行しつつある。それだけに、個別に当面する具体的な課題の現実的な改善・克服に向けた取り組みの徹底が必要である。と同時にその中から見通す形で、全体的状況の変革に係わる課題に関する共通認識と相互承認・相互理解の獲得がぜひとも必要である。

○少なくとも様々な状況の下で、それぞれの課題に取り組んでいる多様な運動主体に対して、画一的な“踏み絵”を踏ませるようなやり方は、早急に克服されるべきである。

4) 日本の「精神医療改革」への道程は、未だなお遠し！

○率直に言えば、私たちは、ようやく入り口に到達したばかりなのである。確かに、法・制度上のいくつか課題は着実に改善されては来ている。しかし考えてみれば、法・制度の改正によって変わり得る部分は、始めから限定的なものであることは分かっていた。

○今日求められていることは、もう一度原点に立ち返って、それぞれの現場における具体的かつ実戦的課題は何か？ それぞれの地域（せめて二次医療圏のレベルで）における政策的優先課題は何か？ そして国レベルの次ぎなる法・制度的な枠組みの改正に向けての制度・政策的課題は何か？ 改めて中・長期的な展望の下に、地に着いた運動目標の設定と、そのためのより広範な共同・協同関係の構築を構想すべきである！

○その際「制度論」と「実践論」の相互点検・相互補強の必要性を強調しておかねばならない。なぜなら、極論すれば「実践論なき制度論は机上の空論に等しい。しかし制度論なき実践論は實の河原の石積み」に等しいからである。

○残念ながら、精神医療改革を求める運動主体の形成は未だなお少数派に留まっているとの現実認識の下に、いかにしたら多数派形成が可能か？ このことにさらに意を用いるべきである。

（以上）

実はここに出したレジメは、今年の6月に京都で精神医療人権センターが開催した、学習会に使ったレジメをそのまま持ってきております。やや肩に力が入った形で「精神医療改革運動の新たな展開を求めて」とちょっと大上段にふりかぶってみました。なぜこんな問題のたてかたをしたのかというと、率直に言って今私が所属しています自治労も含めて、精神医療改革運動がいささか停滞、ないしは閉塞的状况にあるかなというふうに、やや心配をしてまして、なんとかこういう状況をお互い、突破したいものだという問題意識があります。

そんな問題意識からまず最初に第1のパラグラフで申し上げたいことは、今保健医療・福祉制度、法律がすぐく変わっている、動いている。これからの数年間、さらに変わるだろう。私たちは精神医療改革運動を担ってきた。これまで積極的に法律や制度を含めて変えようという運動をおこなってきたわけで、そういう意味では、この様々な変革期の状況をつくりだしているということは、むしろ望む所であるというふうに、まずきちんとおさえておかないといけないんじゃないか。なんでこんなことを申し上げるかというと、これは労働組合の特徴なのかもしれません。しかし、ただ単に労働組合だけじゃないと思うんですが、変わる事に対して、すごく不安感というか危惧というかが、先だって変わる事について、まま躊躇するむきが相当にあるんじゃないか。しかし、もういっぺん振り返ってみると、私たちは従来の精神衛生法体制を変えようとしてきたわけですから、その変わり方にいろいろ問題はあるにせよ、変革期の状況を作り出してきたということについては、まさに望むところという基本的な構え方をおこなうといけないのではないか、ここがひとつ問題提起です。

ところで、医療法もあるいは地域保健法も、福祉関連法もずいぶん変わってきてました。その間にもっとも中心的な法律である精神衛生法も精神保健法へ、そして再改正というふうに変わってきました。

この辺でこの間、いろいろ変わってきた内容について、どこがどう変わって、どこがどうなったのかをもう一度、精神医療の実態の中に位置づけ直して、きちんとその評価をしておく必要があると思います。

そういう意味では2番目のパラグラフですが、第2回のもう3年前になりますね。幕張で行われた精神保健の国内フォーラム、この時取り上げられたテーマ、「精神医療は変わったか、そして私たちは変わったか」というテーマだったと思います。

ただ、精神医療関係者にありがちなんですが、即座に「いや、なんにも変わっとらんよ」というふうに総括をしてみたり、つまり、どちらかというとオール・オア・ナッシング的な発想をする傾向がありはしないかと思っています。私自身はあらためていうまでもないことかもしれませんが、改革は漸進的であり、ステップ・バイ・ステップであると確信をしますから、そういう意味からすると、オール・オア・ナッシング的な決めつけ方はやめた方がいい。出来るかぎり、正確にこの間の法制度が変わった内容、そしてそのことによって実態がどう変わってきたのかを、きちんと

らえ直しておくことが必要だと、こんなふうに思っています。

一 資 料 2

< 「精神医療」をめぐる最近の法・制度改正の動向 >

自治労 特別中央執行委員

全国医療 事務局長

朝 日 俊 弘

(1) 「第一次医療法改正」に基づく都道府県「医療計画」の策定

① 1985年「第1次医療法改正」（施行：86年8月）

法第30条の三「医療計画」：都道府県は、当該都道府県における医療を提供する体制の確保に関する計画を定めるものとする。

○医療供給体制の整備を図るための基礎的な地域単位として「二次医療圏」を設定。

一般病床については、その二次医療圏ごとに「必要病床数」を算定し、病床過剰の圏域内での増床・新築を規制。但し、精神・結核病床については都道府県の単位とされた。

② 1980年 厚生省は「21世紀をめざした今後の医療供給体制のあり方」を公表。この中で都道府県医療計画の着実な実施・推進を図るため、二次医療圏ごとに地域の特性等に応じた各サービス供給体制の具体的な役割分担や連携内容等を定めるため「地域保健医療計画」を作成する方針を打ち出した。

(2) 「大池レポート」から「第二次医療法改正」へ

① 昭和63年度厚生科学研究「医療機関の効率の運用指針の策定に関する研究」－いわゆる「大池レポート」。このレポートの中では、とりわけ「医療施設類型化に関する水準値等についての一試案」が注目された。

② 1982年7月「医療法の一部を改正する法律」－いわゆる「第二次医療法改正」の成立。

ア) 医療施設機能の新たな体系化：「特定機能病院」および「療養型病床群」の創設。

但し、精神・結核病床等は除く。

イ) その他：病院業務の外部委託に関する規制。診療科名の表示等の見直し。院内表示の義務化と院外広告に関する規制の見直し。医療法人の業務範囲の拡大。老人保健施設の医療提供施設としての位置づけの明記等。

参考(1)：二つの厚生科学研究報告

① 昭和63年度厚生科学研究「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」

このレポートを受けて公衆衛生審議会は「処遇困難患者対策に関する中間意見」を具申（91年7月）。厚生省精神保健課は92年度予算で「重症措置患者専門治療病棟に係わる予算を計上（保健衛生施設等施設整備費補助金のメニュー項目として）。

② 平成2・3年度厚生科学研究「精神科入院医療及び処遇のあり方に関する研究」

このレポートの中で「精神病床数の削減および精神病床の機能分化」等について提言。

(3) 「精神保健法」の成立と5年後の見直し

① 1987年「精神衛生法」から「精神保健法」への改正（施行：88年7月）。

ア) 精神病院（病棟）への入院形態の変更（患者自らの意思に基づく「任意入院」を基本とするこ
と）。

- イ) 精神障害者の社会復帰の促進の明記と社会復帰関連施設に関する制度の創設。
- ウ) 入院患者に対する「行動の制限」に関する規制の強化。
- エ) 入院患者の処遇に関する審査を行う第三者機関として「精神医療審査会」を創設等。
- ※ 精神保健法附則第九条：「政府は、この法律の施行後五年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」
- ② 1993年6月「精神保健法」の5年後の見直し＝再改正案が成立（施行：94年4月。但し、大都市特例については：96年4月施行。）
- ア) 精神障害者の定義の範囲の明確化および用語の適正化（この改正によっても精神障害者の範囲には何ら変更はない）。
- イ) 精神障害者地域生活援助事業（グループ・ホーム）の決定化。
- ウ) 精神障害者社会復帰促進センターに関する規定の創設。
- エ) 保護義務者の名称変更（＝保護者）および保護者に対する支援規定の明確化。
- オ) 仮入院期間の短縮（⇒1週間）および法定施設外収容禁止規定の廃止。
- カ) 精神保健行政に関する権限移譲（都道府県⇒指令指定都市）等。
- ※ なお、国会審議の過程において再度、五年後の見直し条項が付された。

参考②：再改正にあたって関係団体から提出された意見・要望等

- ア) 精神障害者の定義：「精神的」状態像を中心とする定義とするかどうか。「精神病質」「精神薄弱」および「てんかん」をどう扱うか等。
- イ) 精神障害者の保護義務者に係る規定：保護義務者の責任の軽減もしくは規定そのものの廃止等。
- ウ) 社会復帰関連施設および社会復帰対策に係わる規定：社会復帰施設に関する施設側の財政負担の軽減。小規模作業所および共同住居（グループ・ホーム）の法定化等。
- エ) 地域精神保健活動に係わる規定。特に、大都市特例（現在、精神保健行政上、都道府県が有している権限の指令指定都市への移譲）の問題等。
- オ) 精神病院（病棟）への入院形態の問題：一般入院（自由入院）の承認。任意入院患者の開放処遇の原則。医療保護入院制度の改善もしくは制度そのものの廃止等。
- カ) 精神医療審査会に係わる規定：行政からの独立性の確保。その構成メンバーの見直し等。
- キ) 入院患者の処遇等に係わる規定：インフォーマド・コンセントの原則等、国連で採択された原則に基づく全面的な見直し。
- ク) 精神保健指定医制度に係わる規定：資格要件等の見直し。指定医制度そのものの見直し等。
- ケ) その他：PSW等専門職種に関する資格の制度化の問題。精神病院（病棟）に配置すべき職員の標準の見直し等。

参考③：国連の「原則」とICJ「勧告」

- i) 1991年12月 国連総会における決議：
「精神障害者の保護およびケアの改善に関する決議と原則」
- ii) 1992年4月 国際法律家協会（ICJ）調査団の結論と勧告：
「精神病患者の人権の保護と日本の精神保健法の改正に関する提案」

(4) 精神医療に関連する最近のいくつかの動向

- ① 93年7月「地域保健基本問題研究会」報告と公衆衛生審議会の意見具申。保健所法の抜本的な改正を含む「地域保健対策強化のための関係法律の整備に関する法律案」（地域保健法および母子保健法・栄養改善法等）が94年6月の通常国会において成立。（但し、施行は3年後の97年4月の予定）。

ア）保健所法を地域保健法に改め、同法に国・都道府県および市町村の責務規定を明記するとともに、

に、国は地域保健対策の基本的方向等と内容とする基本指針を策定する。

イ）保健所に関する規定を見直し、保健所を地域保健の広域的・専門的・技術的拠点として機能強化を図る。あわせて保健・医療・福祉の連携促進の観点から、保健所の所管区域の見直しを図る。

ウ）市町村保健センターを法定化するとともに、国庫補助規定を創設する。

エ）都道 ーの小規模町村に対する人材確保支援計画の策定を明記するとともに、国の財政的・技術的支援規定を設ける。

オ）都道府県から市町村に対する権限移譲：母子保健サービスの提供主体を原則として市町村に一元化。1歳6ヵ月検診の法定化。一般的な栄養指導の市町村移譲等。

カ）都道府県から保健所制令市に対する権限移譲等。

- ② 93年「心身障害者対策基本法」から「障害者基本法」へ改正（施行は一部を除き93年12月）。

ア）「対策」法から「基本」法に法的性格を変更するとともに、障害者の定義（範囲）に「精神障害者」を含めた。

イ）障害者を社会を構成する一員であること、あわせて障害者の社会参加を条文中に明記した。

ウ）新たに「障害者基本計画」の策定の項を建て、国に対しては計画の策定を義務づけるとともに、都道府県および市町村に対して障害者計画の策定を努力義務とした等。

- ③ 94年4月および10月（予定）の社会保険診療報酬体系の全面的な改定。

○4月実施分；

①甲・乙点数表の一本化、②許認可事項の簡素合理化、③基準療費の見直しと入院環境料等の新設（地域加算を含む）、④かかりつけ医師機能および診療情報提供機能等のプライマリ・ケア機能の評価、⑤特定機能病院および療養型病床群等医療機関の機能特質に応じた評価、⑥外来手術の評価と高度先進医療の保険導入、⑦難病、エイズ、障害者歯科等の評価と、精神入院医療に包括制を導入、⑧老人看護体系の見直し（介護機能を重視した評価）、⑨薬剤、検査、治療材料等の適正化、⑩在宅患者の末期医療、MRSA対策等の評価、⑪特別の療養環境の提供等に関する特定療養費制度の活用。

○10月実施分；

①付添看護・介護の解消（付添いのない看護・介護体制への移行の評価および特定介護料の新設等）、②基準看護制度の見直しによる看護・介護体制の拡充（看護婦・准看護婦を評価する体系とそれ以外の者を評価する体系とを組み合わせた看護料体系）、③在宅医療の推進（訪問看護の一般への拡大、訪問診療の評価、在宅患者への栄養指導・歯科医療・薬剤管理指導の評価等）、④基準給食制度の廃止⇒入院時食事療養費制度の創設と食事の質の向上（多様なメニュー・患者ニーズに対応した食事、特別食の評価。栄養士による栄養指導の評価、食堂の整備促進。）

- ④ 94年3月：「21世紀福祉ビジョン」一少子・高齢社会に向けてー（高齢社会福祉ビジョン懇談会）
「公民の適切な組み合わせによる適正給付・適正負担の福祉社会の実現」
「自助、共助、公助のシステムが適切に組み合わせられた重層的な福祉構造」

「年金、医療、福祉のバランスのとれた社会保障の給付構造の実現」：

年金：医療：福祉等＝5：4：1 ⇒ 5：3：2

※参考(4)：厚生省は同懇談会の求めに応じて「社会保障に係わる給付と負担の将来見通し」（試算）

を公表。以下の四つの仮定に基づくケースを想定；

- ① 現行制度のままと仮定。
- ② ケースⅠ：介護対策や児童対策等の充実を図り、その他は現行制度のままと仮定。
- ③ ケースⅡ：年金は改正後の制度を仮定。医療は効率化を図ると仮定。介護対策や児童対策等は充実を図ると仮定。
- ④ ケースⅢ：年金は改正後の制度を仮定。医療は効率化を図ると仮定。その他は現行制度のままと仮定。

(以上、但し未定稿。1994年9月)

今日は時間の関係で充分ふれることが出来ませんが、例えばちょっと見て頂きたいと思います。

資料2は精神医療をめぐる最近の法制度改正の動向ということで、私なりに気がついた、主な項目ということでもピックアップしてみました。あれやこれや、すべて細かく触れるつもりはありませんけれども、たとえば1番目のところで医療法改正が行われました。これに基づいて、都道府県の医療計画の策定が義務付けられました。すでに、都道府県の医療計画は、第2ラウンド目に入っています。だいたい5年以内に1度は見直しましょう、ということですから、最初に作った第一次計画から第二次の計画策定作業に入っているということになっています。

あらためて医療改正で、二次医療圏という地域的単位が設定されたということが、たいへん精神医療にとっても、あるいはこれから精神医療に限らず、さまざまな医療供給体制の問題や医療保険制度の運営自体のあり方まで含めて、関連してくるという意味で非常に重要な圏域設定だったと思います。

ただし、ここで問題にはなりませんでしたけれども、精神、結核に対しては都道府県の単位というふうな、一般の医療の枠から外されました。このことがさまざまな面で問題をひき起しているのではないかと、と思います。

2番目に第二次医療法改正がありました。ご存じのように、医療施設機能をさらに新たに類型化して、特定機能病院と一般病院と療養型病床群という3つのタイプわけが機能分化が一般病床については、進んだわけであります。ちなみに特定機能病院はすでに、全国60数病院が承認を受けていますし、療養型病床群、これは基本的には病床単位で承認を受けますが、すでに6000～8000病床、療養型病床群という形で承認を得ているということで、着々と法律に基づいた実態が変わりつつあるということになっています。

しかし、ここで、但しと書いておきましたように、精神、結核病床は除くということで、この医療施設機能の新たな体系化、類型化の枠にも、精神、結核は別枠で置いておかれたということになります。

(3)には、精神保健法の成立と5年後の見直しということで書いておきましたが、ここはもう、みなさんプロですから事細かに説明は省略します。ただ1点だけ、補足しておきますと、昨年の精神保健法の5年後の見直しの時点で、再度5年後に見直ししようということが、国会の審議の過程でつけられたということ、そういう意味ではもう、1ラウンド精神保健法の改正のチャンスをおう残しているということは、あらためて思いおこしておく必要があると思います。(4)に、精神医療に関連する最近のいくつかの動向ということで、冒頭でお話があった地域保健法のことについて、も、簡単にふれておきました。法律は制定されて関連する政省令は7月1日で公布されたんですが、保健所に関わる部分、あるいは権限委譲に関わる部分について、3年間の猶予期間といいますが、準備期間がおくれましたので、その部分の施行は97年の4月ということになります。

これから3年間かけて、この地域保健の新しい体制に向けて、この国・都道府県・市町村でなにごとまで準備できるのか、ということが問われているだろうというふうに思います。ここで、実は問題になりましたのが、この地域保健全体の新たな体系化のなかで精神保健をどう位置づけるか、どこをどう担うかということがじつは、問題になりました。問題になりましたが、残念ながら結論を得るに至りませんでした。したがって、精神保健については、保健所を中心として、精神保健行政を担うという形におちつきました。ただ私が参加した地域保健問題研究会のなかでも、たとえば精神障害者の社会復帰、あるいは痴呆性老人対策については、ぜひとも市町村の協力を必要とするであろうと、こういう表現を盛り込みました。ただ、その部分が法律のなかに明記できなかったという問題として残りました。

これからの精神保健のあるいは、精神保健法のあり方を考えるにあたって、いわば基本法である地域保健法との関係を、どうきちんと、整合性のある形に作っていくかがひとつの課題であろうというふうに思います。ちなみに今回の地域保健法の改正で、母子保健、栄養改善など、主たる対人保健サービスは市町村が実施主体という形に移ります。

ご存じのように、老人保健はすでに市町村ということになっていきますから、それに加えれば、老人・母子・栄養関係の対人保健サービスは主として、市町村が実施をする。都道府県の保健所はそれを専門的・技術的立場から支援する、サポートする、こういう構造に組み立て直されたということとをぜひ承知しておいて下さい。

ここで1つ大きく問題になりそうなのは、あらたに都道府県の保健所と市町村の関係を作り直すということで、現在の都道府県保健所の数の問題、逆にしていえば、都道府県保健所の所管区域をどうしたらよいか、という問題が主要な論点でした。結論的には法律ではこういうふうに書かれています。都道府県の保健所の所管区域は、医療法に基づく二次医療圏、あるいは老人保健法、老人福祉法に基づく老人保健福祉圏などを、参酌しながら都道府県が設定する、とこういうことです。参酌っていうのは通常、日常では使わない言葉なんですけど、法律用語ではあるらしいですね、辞書ひきましたら、見比べてどっちか、いい方をとったらしい、とこのような意味らしいです。参考にしないという程度のこと、当初、厚生省と当局は、二次医療圏に合致させろということ

かなり強く求めてきましたが、さまざまな論議の過程で一応、二次医療圏とか老人福祉保健とかを頭において、保健所の所管区域を設定しましょう、こういうことになりました。おそらく11月に基本指針がされます。それをうけて、各都道府県で都道府県段階の、新しい地域保健の体系をどう作っていくのか、という検討が具体的に進められるだろう。すでに大阪府では、そのための審議会が設置されて、具体的にこれからの地域保健のあり方について、審議が始まっているようで、ぜひ、それぞれの都道府県段階で、どういう地域保健の枠組みをつくりあげていくのか、そのなかで精神保健をどこがどうなのか、これは政府レベルの問題でもありますけれども、それぞれの都道府県レベルの問題でもあるということ、ぜひこの機会に知っておいて頂きたいと思います。

それから、(4)②に障害者基本法の問題についてふれておきました。少しこの障害者基本法について、ご承知のことと思いますが、その意味というか、中身について少し触れておきたいと思います。なんといいても、いちばん大きな点は、従来の心身障害者対策基本法で、心身障害者という概念のなかには、精神薄弱までは含まれるけれども精神障害者は含まれていなかった。しかし、障害者基本法へ組み替える段階で、障害者の定義あるいは対象は、意図して、明確に精神障害を含むという形で踏みこんだ。そういう意味では障害者にかかわる、文字通りの基本法というものに変わったという点が一番大きいと思います。その事とあわせて、ウ)の所に書いておきましたが、国は障害者基本計画を定めなければならない。同時に都道府県と市町村は、障害者計画の策定を、努力しなければならない。努めなければならない。これがちょっと違えます。国は義務づけられます、都道府県と市町村は、努力規定にとどまります。しかし努力規定にとどまるとはいえ、それぞれの都道府県市町村で、国が策定した障害者基本計画に基づいて、障害者計画を作る。当然この障害者計画の中には精神障害を含んだ形での計画作りということになると思います。ですから今日のテーマであります精神保健ゴールドプラン作成に向けてという事と、この障害者基本法に基づき、都道府県市町村レベルにおける障害者計画との関係をどう整理しておくのか、きちんとその中に埋めこんでいくのか、少し別枠でいくのかという問題が少し検討されて、しかるべきだろうと思います。そこでちょっとこの障害者基本法の問題については、私なりにこの間の解説を資料3に書いておきました。是非参考までにご覧いただければと思います。

「資料 3

＜「障害者基本法」の制定をめぐって＞

— 全員参加の社会づくりをめざして —

自治労 特別中央執行委員
全国医療 事務局長

朝 日 俊 弘

昨年11月の国会において議員立法で従来の「心身障害者対策基本法」が「障害者基本法」へと改正され、同年12月に公布・施行された。しかし1992年に「国連・障害者の十年」が終わったことも影響したのだろうか、この改正問題はいくつかの障害者団体の積極的な参加を別にすれば、残念ながら必ずしも

多くの注目を集める課題とはならなかった。

そこで今回は「障害者基本法」制定の意義と今後の課題について述べてみたい。もちろん法改正に至る背景として、障害者の「完全参加と平等」を目標とする「国連・障害者の十年」（1983年⇒1992年）の取り組みがあったことを忘れてはならないし、同時に国連アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）の総会では、引き続き1993年からの十年間を「アジア太平洋地域・障害者の十年」と定める決議がなされていることも、改めて想起しておかねばならない。

＜改正の主なポイントは以下の点である。＞

- ① 法律の名称を「対策基本法」から文字通りの「基本法」へと変更するとともに、法の目的および理念を明確にしたこと。その中では「障害者のための施策を経合的かつ計画的に推進し、もって障害者の自立と社会参加、経済・文化その他あらゆる分野への活動への参加を促進することを目的とする」こと。あるいは「すべて障害者は社会を構成する一員として、社会・経済・文化その他あらゆる分野の活動に参加する機会を与えられるものとする」ことが明記された。
- ② 障害者の定義では、個別的な規定を包括的な規定に改めるとともに、さらに従来は別枠で扱われていた「精神障害者」をその範囲に含めることを明記した他、国会における付帯決議の中には「てんかんおよび自閉症を有する者ならびに難病に起因する身体または精神上の障害を有する者であって長期にわたる生活上の支障があるもの」は、この法律に言う障害者の範囲に含まれることが盛り込まれた。
- ③ 国に対して「障害者基本計画」＝「障害者の施策に関する基本的な計画」の策定を義務付けるとともに、都道府県および市町村は国の基本計画を基本に、それぞれ当該の「障害者計画」を策定するよう努めなければならないとする努力規定を定めた。

もちろん、その時点では充分には整理し切れていなかった論点があったとしても、少なくとも以上の三点は前進面として積極的に評価できるであろう。しかし、これまで主体的に運動に関わってきた立場から言えば、障害者差別を明確に禁止する規定や障害者の権利侵害に対する擁護・救済の制度の創設等が盛り込まれなかったこと、あるいは「障害の発生の予防」が「障害の予防」と表現が変えられたとは言え、結局は「予防」という文言が残されたこと等、いくつかの問題点が残されていることも確かであろう。

また1990年にアメリカ合衆国で制定された画期的な「アメリカ障害者法」（Americans with Disabilities Act）と比較すれば、まだまだ克服すべき多くの課題が横たわっていることも事実と言わなければならない。

ところで今回の法律で、国は「障害者基本計画」の策定を義務付けられたわけだが、同法の付則で「現に策定されている障害者のための施策に関する国の基本的な計画」は、法に定める障害者基本計画とみなすことができる旨の規定が盛り込まれたことから、既に1993年3月に策定されていた「障害者対策に関する新長期計画」（総理府障害者対策推進本部）が、国が策定した障害者基本計画ということになる。

そこで改めて、この「新長期計画」の中身の再点検が必要となるわけである。実は、この小論の表題に掲げた「全員参加の社会づくりをめざして」というフレーズは、この新長期計画のサブ・テーマそのもののなのである。

この計画の性格は、「国連・障害者の十年」終了後の長期的な障害者対策のあり方について、中央・身障害者対策協議会が取りまとめた意見書に基づき、政府が策定した行政計画である。

(1) 基本的考え方；

- ①障害者の主体性・自立性の確立、②全ての人の参加による全ての人のための平等な社会づくり、③障害の重度化・重複化および障害者の高齢化への対応、④関連施策の連携、⑤国連・アジア太平洋障害者の十年の主導的な役割。

(2) 分野別施策の基本的方向と具体的方策；

- ①啓発広報、②教育・育成、③雇用・就業、④保健・医療、⑤福祉、⑥生活環境、⑦スポーツ・レクリエーションおよび文化、⑧国際協力。

(3) 推進体制；

- ①障害者対策推進本部を軸とした総合的・効果的な施策の実施。②地方心身障害者対策推進協議会の活用。障害者自身の参加。市町村の役割重視。③民間団体、企業、労働組合、マスメディア、障害者を含む社会の全ての構成員による行動。

残念ながら、ここではその詳細について触れることはできないのだが、重要なことは当面、この新長期計画を基本に、都道府県および市町村において、どれだけ積極的に「障害者計画」策定の作業に着手させることができるか？ という点であろう。

折しも、この春の段階で全国の都道府県および市町村において策定作業がほぼ完了した老人保健福祉計画（1990年の老人福祉法等関連8法の改正）は、法律に基づいて全ての自治体にその策定が義務付けられていた。そのため各自治体は必ずしも積極的ではなかったところを含めて、ともあれ高齢者のための保健と福祉に関するサービスの実施目標等を盛り込んだ計画を策定したのである。

（⇒ 地域の計画について、ぜひ一度その中身を点検していただきたい！）

一方、自治体レベルの障害者計画の策定は、法的には努力義務に留まっているため、それぞれの地域での計画策定を求める運動の構築が極めて重要な課題となることは言うまでもあるまい。

（以上）

実はこの障害者基本法に基づく国の基本計画は既にできているのであります。これが、実にインチキくさいといえればインチキくさい。なんでもう既にできているのかと言われるかもしれませんが、ちょうどあの1993年の段階で国連障害者の十年というのが終わりました、それが終わった時点で国としてそれ以降の障害者対策にかかわる計画プランを作ろうということとで去年の3月に、ここにありますように、「障害者対策に関する新長期計画」というものを作りました。これを是非、ご覧いただきたい。これがもし仮に精神保健ゴールドプランをその障害者基本法に基づく障害者計画の中にきちっと盛り込ませていくということであれば、既に国の段階でできているやつをどう補強していくのかという課題がどうしてもあると思います。さらに、それを基本に、都道府県と市町村でどう作らせるかということになると思います。私なりに関連する項目を抜粋しておきました。

資料 4

（覚え書き）

「障害者対策に関する新長期計画」（障害者対策本部）

— 全員参加の社会づくりを目指して —

（1993年3月）

< 同計画の中から「精神障害者」に係わる項目を抜粋 >

「第1章」 基本的考え方

- ① 障害者の主体性、自立の確立
- ② 全ての人の参加による全ての人のための平等な社会づくり
- ③ 障害の重度化・重複および障害者の高齢化への対応
- ④ 施策の連携
- ⑤ 「アジア・太平洋障害者の十年」への対応

「第2章」の3. 「雇用・就業」の項目；

(1) 「障害種類別対策の推進」

③ 精神障害者対策の推進

ア) 精神障害者の雇用の促進を図るため、勤務形態等の職能的諸条件や医療・福祉機関との連携の在り方等について検討を行い、雇用部門と福祉部門の連携を図りつつ、必要な施策の充実に努める。

イ) 精神障害者の雇用は、他の障害者のそれに比べて、社会一般の理解が遅れていることにかんがみ、その啓発を推進するとともに、社会復帰施設の整備等社会復帰対策の充実、公共職業安定所におけるきめ細かな職業相談、職業指導を実施する体制の整備、生活面からの支援体制の充実等の条件整備を図る。

(3) 「職業リハビリテーション対策の推進」

ウ) 精神障害者に関する訓練技法等の調査研究を引き続き実施し、その成果を踏まえ、施策を充実するとともに、一般の職業能力開発校における精神障害者回復者等（精神分裂病またはてんかんにかかっている者であって症状が安定しているものをいう）に対する職業訓練についてもその充実を図る。

「第2章」の4. 「保健・医療」の項目；

(3) 「精神保健対策の推進」

精神保健対策としては、精神障害者の人権に配慮した医療を確保するとともに、社会復帰対策および地域精神保健対策を推進していくことが重要である。精神保健対策の推進は、次のような基本方針に沿って行う。

① 精神障害者に対し適切な医療の機会が提供できるよう、精神科における救急医療体制、重症な入院患者や身体合併症を有する者等に対する医療体制を確立するとともに、リハビリテーション医療を推進する。

② 医療法に基づく各都道府県の医療計画において設定される二次医療圏を単位として社会復帰施設の整備を図る等社会復帰対策を一層推進するとともに、社会復帰施設の運営に関し、他の障害者福祉施設と同様に整備が推進される方策を講ずる。また、社会復帰対策における市町村の役割について検討する。

③ 国民の精神的健康の保持・増進を図り、併せて精神障害者の社会復帰を促進するため、保健所、精神保健センター等において精神保健相談の充実、社会復帰に対する支援等地域精神保健対策を一層推進する。

④ 思春期、老年期等のライフステージに応じたきめ細かい精神保健対策を推進する。特に、人口の高齢化等を踏まえ、老人性痴呆疾患治療病棟、老人性痴呆患療養病棟および老人性痴呆疾患センターの整備を促進する。

※（注）以上の精神保健対策は「福祉」の項目ではなくて、「保健・医療」の項目に記載されている点に留意。

「第2章」の5.「福祉」の項目；

(2) 福祉サービスの充実

「精神障害者に対する福祉サービスの改正には、精神保健法の改正により社会復帰施設の整備等が進んでいるところであるが、今後とも各種施策の一層の充実を図る。」

① 在宅対策の推進： エ) 在宅の精神障害者に対しては、通所型施設の整備に加え、グループホーム等生活の自立を支援するための事業等の充実を図る。

② 施設対策の推進： オ) 精神障害者に対しては、他の福祉施設との均衡にも配慮しつつ、療養、福祉ホーム等社会復帰施設の整備を促進する。

③ 障害者団体の活性化および専門職員等の養成； ウ) 精神障害者および精神薄弱者の当事者としての活動の活性化に努める。

⑤ 障害による資格制限の見直し： 精神障害、視覚障害等障害を理由とする各種の資格制限が障害者の社会参加を不当に阻む障害要因とならないよう、必要な見直しについて検討を行う。

「第2章」の6.「生活環境」の項目；

(2) 住宅整備の推進

① 身体障害者を始め、精神薄弱者、精神障害者の障害種類別の特性やニーズに応じた障害者向けの公的住宅の整備を促進するとともに、障害者の身体的特性等に対応させるための住宅改造に対する融資等の助成制度を活用する等、障害者の住宅確保対策を推進する。

< 以上 >

ちょっと抜粋ですので非常にわかりにくんですが、こういう資料がでますから是非お買い求めいただくとよろしいかと思います。中央法規出版から「障害者対策に関する新長期計画」ということで一冊のパンフレットでまとまっています。この中に新長期計画の全文がのっています。是非、可能な限り改めて目を通していただきたいと思います。この長期計画の中で精神障害というふうな記載があるところを私なりに全部ピックアップしましたが、これだけありました。例えば第2章の所で、第2章の3は、雇用就業の促進という所ですが、そこで、精神障害者対策の推進というところで雇用の促進とか、あるいは職業訓練等の問題についてこんな様な記載がされています。社会復帰施設の整備等社会復帰対策の充実、公共職業安定所におけるきめ細かな職業相談というような記載になっていますし、職業リハビリテーション対策の推進というところでは、精神障害者回復者等に対する職業訓練、こういう表現になっています。

実は話がちょっと飛びますが、このへんで精神障害者あるいは精神病者の為の法制度的枠組みを作っていくにあたって、私達の方がもう少し概念整理をしておかないといけないなとつくづく思います。例えば疾病概念なのか、障害者概念なのか、あるいは、ここについているような精神障害者回復者という概念まで必要なのか。そのへんは今後の検討課題としては是非念頭においていただきたいと思います。

第2章の4は保健医療に関する項目です。この新長期計画とは、障害者を中心に据えて、その雇用、就業とか保健医療とか福祉、住宅とかそういうふうに項目を立てています。もっぱら、精神保健推進というところは、この保健医療の項目に入っています。理由は簡単です。今の法制度上のしくみは精神保健法だからです。精神福祉法とはなっていないということが1つの問題であります。

ここに例えば精神科における救急医療体制、それから、リハビリ医療の推進、合併症対策、それから②医療法に基づく医療計画において設定される二次医療圏を単位として社会復帰の整備をはかる。ここでは、精神障害者の為の社会復帰の施設の整備をはかる基礎的な単位を二次医療圏というふうに認めているわけですから、医療の整備をはかる単位を、都道府県とし、社会復帰施設の整備をはかる単位を二次医療圏とするのはいかなるものかという問題がでてきているのではないかと思えます。それでいいのではないかという意見もありますので、いろいろ議論をしていきたいと思えます。

あと細かくは申しませんが、項目①②③④という形で記載されています。※の所に書いたように以上の精神保健対策は、福祉の項目ではなくて保健医療の項目に記載されている点に留意、ということであります。福祉の項目は何も書いてないのかというと、書いてあるんです。第2章の5、福祉の項目では、在宅対策の推進、施設対策の推進というふうに書いてあるわけですが、この程度の記載にとどまっています。生活環境の問題のところでは住宅の整備についてあえてふれてあります。その点は評価をしてよいと思います。ただ、この住宅整備の推進というところのせいかく書き込んでいただいたわけですけども、これをそれぞれの市町村段階で具体的に進めていこうと思うと、各論法としての福祉法がない為に、非常に難しい面があるという事は指摘しておかなくてはけません。

こんなふういろいろないろいろな動きの中で医療法が変わった、地域保健法が変わった、あるいは、福祉に関連する法律が変わった。そして障害者基本法ができた。こういういわば精神保健法そのものよりも、いわば上位概念である基本法的な部分が大きく変わっている。その変わっている中でどうも精神保健というところは、分野は、精神保健法がある為に、おいてきぼりにされるというか、別枠におかれるというしくみが、ずっとこの間続いてきている。私の問題意識はこれであるのかという問題意識、そこで資料1のレジメの方に戻っていただいて、3)にいきいたいと思います。

3年前の国内フォーラムの時も申し上げましたけれども、残念ながらあまり確信をもっていただけてませんでしたが、今申し上げるように、精神医療にたずさわる私達がどうも精神保健法あるいはその前の精神衛生法という、いわば特別法としての精神保健法がどう変わったか変わらないか、という所だけに囚われすぎていなかったか、もっと全体的な枠組みが大きく変わるという時代、あるいはもう少し基本的な枠組みが変わっていく事について、もっと意を用いるべきではなかったかという事が第1点、反省すべき事としてある。主要な課題は②です。整理しておくべきこと、精神障害者・精神障害者に係わる保健医療・福祉の制度的枠組み的特別法としての、精神なんとか法に依拠

すべきなのか、それとも可能な限りそのような特別法を排して、より基本的一般法の枠組みの中に包摂して考えていくべきなのか、この所の作業をもうそろそろ開始すべきではないかと思えます。具体的に申し上げれば、例えば福祉の部分をいままで通り精神保健法の中にふくましていくというやり方をとるのか、あるいは精神障害者福祉法という別枠で考えるのか。いずれにしてもせっかく障害者基本法が制定されたのであれば、それをうける各論法として、精神障害者の為の福祉的な各論法がどうしてもいる。そこがない限り、現実的な壁があちこちに出てくるだろう。とすると、精神保健福祉法という形にふくましていくのか、あるいは別枠で精神障害者福祉法をたてるのか、そろそろ議論を整理し、決断をすべきではないかと思っています。あと、あれやこれや、独語的に書いてある所はお読み下さい。ちなみに、この文章は全く私個人責任で書いたもので、自治労がこんなふうに独語しているわけではありません。朝日がこんなふうに独語しているというふうに受け止めて下さい。

資料 5

当面の精神保健対策について（意見書要旨）

平成6年8月10日

公衆衛生審議会

1 当面の施策の方向

国民に対する精神障害者に関する正しい理解について啓発普及を進めるとともに、国や都道府県のみならず、市町村、保健医療関係団体、保険者、企業、諸団体、地域住民等あらゆる関係者が、精神障害者を取り巻く諸問題を理解し、積極的に精神障害者の社会復帰・社会参加を支援していく必要がある。このためには、当面、以下の施策を総合的に推進していく必要がある。

(1) 社会復帰施設・事業の推進

社会復帰施設やグループホーム事業等の計画的かつ積極的な推進を図るとともに、精神障害者に対する社会復帰対策の充実について検討していく必要がある。

(2) 地域におけるより良い医療の推進

今後の精神医療は、精神障害者の社会復帰・社会参加を促進する観点から、地域において社会復帰施設等との連携を図りつつ、より良い医療を目指していく必要がある。

(3) 緊急時の医療体制の確保

精神障害者の在宅生活を支援し、地域の中で安心して暮らしていただけるようにするため、精神科の救急医療対策についてその整備が必要である。

(4) 地域精神保健対策等の推進

精神障害者の社会復帰の支援等や地域住民に対する相談等に対応するため、精神保健センターや保健所等における地域精神保健対策を推進する必要があるとともに、企業や保険者による職域精神保健対策への取り組みを進める必要がある。

(5) 精神医療の公費負担制度の見直し（公費優先から保険優先へ変更）

このような総合的な施策の展開の一環として、精神医療における従来の公費負担の在り方についても見直しを行うとともに、併せてこれまで十分進んでいなかった精神障害者の社会復帰対策等に

ついて一層の充実が図られるよう配慮する必要がある。

(6) その他

障害者基本法による国、都道府県及び市町村の障害者施策に関する計画の中においても精神障害者対策が適切に位置付けられる必要がある。

2 具体的施策

(1) 社会復帰対策

ア 中長期的な観点に立って、社会復帰施設等について計画的かつ積極的な整備・普及を進めること。

イ 社会復帰促進の技術等の研究開発を推進するとともに、精神障害者社会復帰促進センターに対し、啓発広報や訓練、指導に関する研究開発等の業務が円滑に行われるよう支援の充実を図ること。

ウ 都道府県や市町村において地域の実情に応じて実施されている在宅の精神障害者の生活訓練等の自主的な取り組みの積極的な支援、育成を進めること。

エ 社会復帰施設設の職員の研修やボランティア活動の振興など、マンパワーの養成、確保を進めていくこと。

オ 精神障害者の社会復帰を促進する観点から、プライバシー等に配慮しつつ施策の対象であることを証明する仕組みの在り方について検討すること。

カ 精神障害者の就労後の適切なフォローアップ等の支援方策について検討するとともに、地域における社会資源の情報を住民に還元すること。

キ 精神障害者の社会復帰の過程における生活上の支援が必要であることから、関係機関の連携等について検討すること。

(2) 医療対策

ア 入院医療に関し、精神病院の病棟構造を近代化し、病状に応じてできる限り開放的な環境で治療が受けられるような基盤を整備すること。

イ 通院医療やデイケア事業の推進を図るとともに、医療機関における社会復帰指導の推進や医療機関と社会復帰施設との連携を図ること。

ウ 精神医療におけるチーム医療を充実するため、臨床心理技術者や精神科ソーシャルワーカーの資格制度の創設について検討すること。

エ 精神障害者の身体合併症に対応するため、一般病院等で治療が行える体制を地域において確保すること。

オ 老人性痴呆疾患について、適切な精神医療が提供できる体制を確保すること。精神医療施設における機能分化を図り、急性期、慢性期、慢性期それぞれのニーズに応じて適切な医療を行えるような体制について検討していくこと。

カ 精神医療の公費負担制度について、医療保険の給付率の充実など精神医療を取り巻く環境の變化を踏まえ、公的医療保険制度の基盤の上に公費による負担を組み合わせた仕組みとすること。その際、国民健康保険等影響の大きい保険者の負担の問題に配慮するとともに、精神障害者の社会復帰対策の充実を図り、併せて患者負担の軽減について検討すること。

(3) 緊急時の医療体制等

ア 精神医療においても、他の疾患に関する救急医療対策と同様、地域において緊急を要する症状等が生じた場合に、迅速かつ適切な医学的対応が可能な体制を構築すること。

イ 応急入院指定病院の指定に関し、ＣＴの設置等の設備要件の見直しについて検討すること。

(4) 地域精神保健対策等

ア 精神保健センターや保健所において、精神障害者及びその家族に対する日常生活自立、就労援助等のためのきめ細かな支援を進めること。

イ 企業や保険者による職場におけるストレス対策などの精神保健活動に関し、その進め方や精神科医の関与の在り方等職域の精神保健対策について検討すること。

ウ 社会復帰に関係する各機関の相互連携を確保するため、社会復帰推進のための連絡協議の場の設置について検討すること。また、地域精神保健対策を進める上での市町村に期待される役割や市町村と他の機関との連携の在り方等について検討すること。

最後に時間もなくなってきましたので、もう既に皆さんご存知の事だと思いますが、資料５のとおり、今年の８月に公衆衛生審議会から意見が出されました。それを受けて冒頭で挨拶ありましたように来年、精神保健法の再改正があります。この話をしますと、意外と医療精神関係者の皆さん、えっというふうにおっしゃる方が多い。皆５年後だと思っていたようであります。意外な所から意外な形で精神保健法の再々改正が出てきたという事であります。その再々改正の方向がどういう内容になるかという所を読みとるのが１「当面の施策の方向」の６項目の所です。意見の要旨の内容については、２「具体的施策」に書いてありますから後でお読み下さい。この文章はざっと読んでいくと、実に読み取りにくい文章になっています。その気になって読まないと読めない文章であります。そこでその気になってどういうふうに読んだらいいのか、という事を少し解説します。

「当面の政策の方向」のところでは、「国や都道府県のみならず、市町村」というふうに書いてあるところに注目して下さい。従来、精神保健法の体系の中では、もう皆さんご承知の通りで、ほとんど精神保健法の中では都道府県知事という表現しかありません。厚生大臣は、都道府県知事は、という書き方に統一されている事はご承知の通りです。１２ヶ所、社会復帰施設の設置の所、社会復帰事業の所については市町村ができるという規定が入っているだけで、あとはすべて都道府県知事という表現になっています。そういう法体系からすると国や都道府県のみならず、市町村と書いた意味は大きいというふうに思えます。そんなふうに読んでいただきたい。その事を念頭におきながら、(１)社会復帰事業施設の推進。これはこの間、精神保健法で様々な改正が行われてきた。(２)精神医療のレベルの改善というか、よりよい医療というふうに書いてありますが、これも従来政策として出てきた延長線。新たに出てきたのが(３)緊急時の医療体制の確保という事で、精神科の救急医療対策の整備という表現になっています。前々回の改正で、応急入院という制度が制定されたけど、それとは違った意味で、より日常的な精神科の救急医療についてその整備が必要という表現が中には盛り込まれていると思います。(４)が地域保健、精神保健対策の推進。たぶん、ここではっきりと書いてありませんが、精神保健対策の中で、留意しながら、市町村をどう位置づけるのかのポイントになっていくと思います。ちなみに地域保健研究会の報告書は精神保健については、都道府県の保健所が中心的に担う。しかし、精神障害者の社会復帰及び、痴呆性老人対策については、市町村

が協力するという表現になっていますので、その所をどう法律上表現できるかという課題になるかと思います。(5)は金目の問題であります。実はこの話は随分昔から出てきた話でした。出たり引っ込んだり、出たり引っ込んだり、はやくいえば大蔵省側からは早くこれを止めろとずっと言われ続けてきました。実は去年、かなり事態的に進み始めたのですが、一旦止まりました。そして、いよいよ来年この部分について公費優先から保険優先へ法改正を行ないたいという方針を決めました。この部分についてお持ちした資料をちょっと目を通して下さい。

資料 6

精神医療費の保険優先化影響額について（満年度）

（単位：億円）

現 行

区 分	国	都道府県	被 用 者 保 険			国 保	老人保健患者負担	合 計
			政 管	組	共 済 計			
措置入院	149	50	0	0	0	0	3	202
通院医療	308	224	67	63	24	64	30	837
合 計	457	274	67	63	24	64	30	1,039

改正後

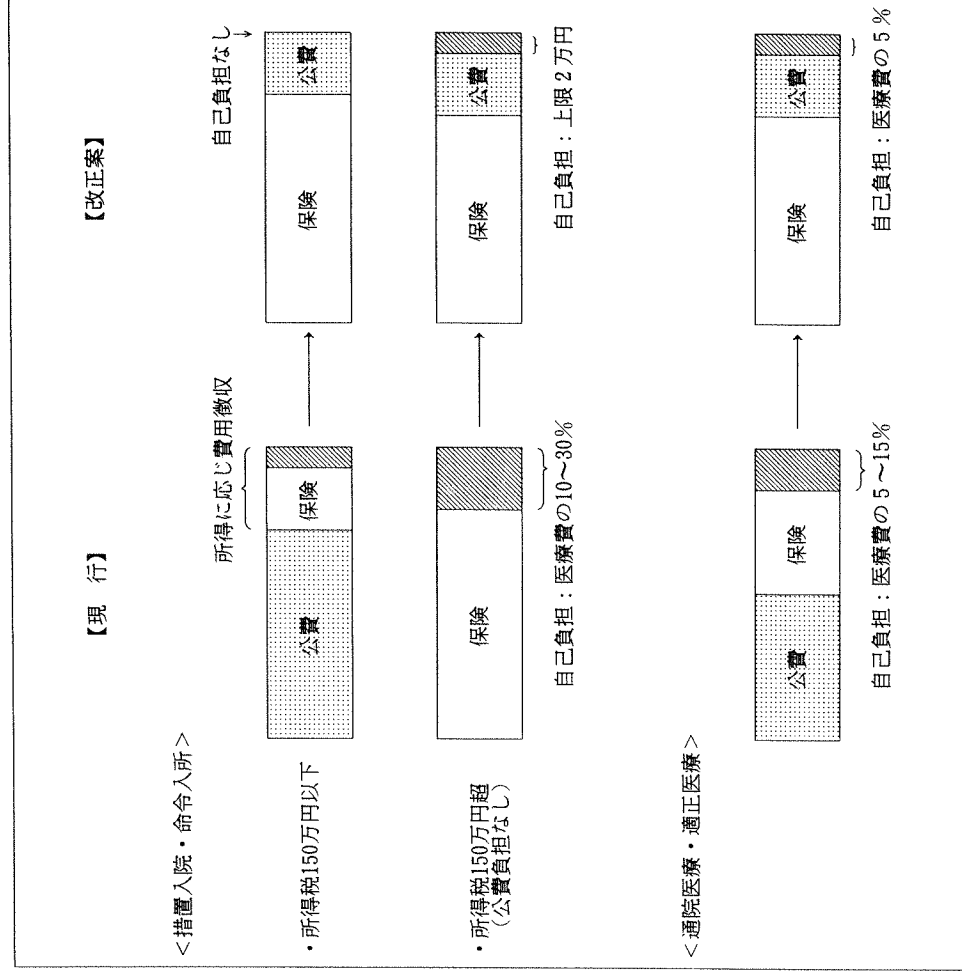
（単位：億円）

区 分	国	都道府県	被 用 者 保 険			国 保	老人保健患者負担	合 計
			政 管	組	共 済 計			
措置入院	106	21	12	7	3	47	6	202
通院医療	247	105	114	104	40	128	62	837
合 計	353	126	126	111	43	175	68	1,039

影響額

（単位：億円）

区 分	国	都道府県	被 用 者 保 険			国 保	老人保健患者負担	合 計
			政 管	組	共 済 計			
措置入院	△ 43	△ 29	12	7	3	47	6 △	3 0
通院医療	△ 61	△ 119	47	41	16	64	32 △	20 0
合 計	△ 104	△ 148	59	48	19	111	38 △	23 0



先に図がある方を見て下さい。後で数字の表を読んでいただきたいと思います。もうご存知の事だと思いますが、これは精神と結核と横並びで行われます。ですから精神の方だけではありません。

措置入院は精神、命令入所というのは、結核予防に基づく入院形態であります。現行はまず公費で8割という形で見える。残った部分を保険をきかせるというやり方になっていきます。現行の上の方を見て頂きたいと思います。改正では順番を逆にします。まず保険でやりましょう。とすると当然健保本人は1割負担だし、国保は3割負担だし、保険の種類でその負担分は違います。その残った部分に対して、公費をあてて自己負担をなしという形にしましょう。こういう事であります。一番下は通院医療についてです。これも同じような考え方です。現在はまず通院医療費の半分を公費で見ましょう。その後、保険をきかせたり、自己負担であったりということとやりましょう。医療費の5%～15%は自己負担とこうなっているのは、保険の種類が違っていけば、こうなるという事であります。これをもう一ぺん、今度は保険を先きかせましょう。そうすると先程と同じように、1割負担から3割負担までありますけれども、まずは保険で見る。残りの部分を公費で見ると

いう形で、是非この部分は自己負担が減るような形で公費を充当したい。こういうふうに適用の仕方の順番を変えるというのが、今回の提案であります。ここだけ見えますと、なるほどそうかなというふうに見えるんですが、実は私は紹介のところでもいいかもしれませんけど、医療保険審議会の国保部の専門委員であります。国保部会からしますと、これは大変な事であります。その分国保にどんとききます。数字を見ていただいたらわかりますが、国の負担と都道府県の負担というのがあります。それが改正になったら、こうなって、一番下の影響額の欄が差し引きしたかどうかという表になっていますが、はっきりと国と都道府県の負担が減ります。患者さんの負担も僅かながら減ります。しかし、医療保険のところは増えます。特に国保の部分が増えます。このところをどうするかという事をちゃんとして頂かないと、これはちょっと国保のサイドとしては困るなど、こういう議論がこれから9月～12月にかけて、私が所属している国保部会で検討される事になると思います。大変大きな宿題を頂いたなというのと、余計な事をしてくれだな、という気分もちょっとはないではないですけど、しかし、全体として患者負担が減るという事も含めて、精神結核について、特別で公費で負担をさせていくという事から一般の医療の中に組み込んでいくという流れそのものについて、これを是としながら、しかし国保の対策については、きちんとやって頂かないと困るというスタンスで対応していきたいと思います。

最後に資料5の1の(6)その他に「障害者基本法による国、都道府県及び市町村の障害者施策に関する計画においても精神障害者対策が適切に位置付けられる必要がある」という2行だけしか書いてありませんが、この部分は先程申し上げたように、精神障害がかかわる福祉の部分を、どういうふうに、法律の中に組み込むのか、別立てするのかというところを研究するという事だろうというふうに思います。従って来年の段階ではこの部分まで含めた法改正という形にはなりたくないと思いますが、しかし、当然来年の改正に向けて福祉の部分を精神保健法の中にきっちり位置づけし直すのか、あるいは別枠で組み立てていくのか、という事も含めて、論議が始まるだろうと思います。その事によって、初めて障害者基本法との基本法と各論法との整理ができると、こういう事になると思います。以上、あれかこれかとびましたんで、説明不十分な所もあったと思いますが、とありえず私の方からの問題提起という形で後はディスカッションにゆだねたいと思います。

【質 疑】

高橋：ありがとうございます。こういう話わからないんですよ。とにかく……こういう資料を集めてPSW通信っていうものを僕が編集しているんですけども、こういう資料を毎度扱っている僕でさえよくわからないんですから、さぞかし難しい話だったと思うんですけど。この際ですから、遠慮せずに聞いて下さい。

星野（大阪・光愛病院）：障害者基本法というのは、内容というのはかなり画期的なのではないかなという具合に思っていたんですけども、市町村の計画等と一応書いてあるんですけども、これ

は義務規定という訳ではないんで、これやろうと思うと各市町村毎に運動みたいなのを作っていないといけないんで、これやろうと思うと専従がいるだろうというくらいな、仕事の合間にやるなんてとても思えないんで、手をつけかねているんですよ。もう1つは、私立病院とか公立病院、医者とかは、現在患者さんの動態とかそういうものを見てると、東京都ではベットの稼働率が90%を切って、大阪でも95を切るという。外来中心の診療所が、大都市圏ではターミナル毎に駅毎にできぐらいの感じの急伸長というのがあります。そして、病院の外来はおそらく減ってきているんじゃないかなと思うんです。けれど、そういう所が少ない地域の都府県では、それも開放型の病院というのは伸びている感じはあるんですけれども、そういうような事も反映したものととして、こういうものが出てきているなという事がある。

1点目と2点目とすると、第3番目がその給食の自己負担の問題ですね、この辺の影響がどれくらいになってくるのかという、その辺もかなり影響してくるんじゃないかなと、その3点ですね。

朝日：逆にいいます。まず病院の入院時食事代について当面600円、2年後からは800円という自己負担を頂くという風になります。この10月から変わりますね。確かに0の所から600だ、800だとなるとすれば、相当に大きな負担という風にいわざるをえませんが、よく考えて下さい。従来例えば国保の人であれば通常の診療経費の3割は自己負担をしているであろう。ところで従来の方法でいえば入院時、いや、基準給食費はいくらだったか。189点ということは約2,000円。約2,000円の3割は600円。正確に計算すると570円ですから、国保の方だけ例にとっていえば570円の負担が600円の定額負担になるだけです。意外と新聞等の報道を見ている方が多いんですが、そこは正確に計算してみますが、そこは正確に計算してみますと、実態としてはそういう事ですから、健保本人は1割負担から600円負担にかかりますから、ちょっと増えますけど、しかし主たる保険である国保についていえば、そういう変化にとどまっている訳で、急にその事で入院患者が減るとかという事はない。

2番目の問題は都市部の問題と、そうでない地域の問題。だいぶ状況が違いますが……ちょっと今日、必ずしも定かな統計を持ってないんですが、確かに大都市部、特に関西の大阪、神戸あたりに如実にそういう動きがあると。東京も含めてね。ただ意外とそういう事が他の地方であるかという、案外そうでもないという事なんで、これは少し地域的な事情を見てみるとなんとでもないかな。まだ、全国レベルでその傾向をうけとめているという風にはなっていないんじゃないか。

それから1番目の問題はですね。自治労が頑張らんといかんですね。ところが、正直に申し上げますと、自治労も衛生医療評議会と社会福祉評議会と2つの評議会がある。要するに行政の機構にあわせた組織対応、当然、障害者基本法を受け持つ部分は社会福祉評議会が行う。ところが精神医療の課題はどこが引き受けていたか。私がいた事もあって衛生医療評議会が引き受けていた。ここがなかなか行政の縦割りも難しいけれど、労働組合の縦割り構造も難しい。しかし、少なくとも自治労としては障害者基本法が成立した時点で、ポスターまで作って全市町村で障害者計画を作る

うという事で、社会福祉評議会中心にそういう通達なり指示を行っていますから、是非つついて下さい。自治労本部からこういうポスターを持ってきてきている人がいる。それぞれ市町村で障害者計画を作れというのがきているだろうとやって下さい。その中に精神障害を忘れるなと一言言ってもられないと、という事だと思えます。実は、そのぶちあけた話を言いますと、私はあの自治労の特別執行委員というややこしい肩書になるんですが、特別がつきますとこれが難しいんですよ。

発言は、許されるけれど、決定権はないという非常に難しい立場にいます。そこに、決定権をもっている人がいるのでその人をつるしあげて頂ければ良いんじゃないかと思えます。意外と衛生評議会を知らなかった人がいる。ちょっとピククスですからちょっとお知らせしときます。

8日つい昨日ですね。社会制度審議会の将来像委員会という所が第二次報告というのをを出しまして、新聞にちらほら出たと思います。ちょうど、同じ日に連合の山岸会長が辞任したものですから、そっちの記事の方が大きくでちゃって、あれさえなければ、一面トップ記事で出たと思うんですが、もし、御希望があれば、第二次報告の全部をもっていますので、お渡ししたいと思いますが、その中でいろいろなこれからの21世紀の社会保障のあり方についてかなり、従来の社会保障概念とは違う形で突っ込んだ定義がなされています。その中の一つの目玉は、介護保険つまり高齢者に対する介護サービスのための第3の保険、つまり年金保険、医療保険そして、介護保険ということが提案されています。今後この第3の保険をどうつくっていくか、大変大きなテーマになるだろうと思います。おそらく、厚生省側のすでに省内に高齢者介護対策本部を設けていまして、来年の夏ごろには、なんとか新しい介護サービス供給体制と、そのための保険制度のあり方について抱負を出したいと言うことで作業を進めております。急速に進むだろうと思えます。その中では、精神とは少し違うのかもしれませんが、従来医療の枠の中で引き受けていた、いわゆる社会的入院、例えば6か月以上の長期入院とか、老人保健施設に入っている人たちについては、これは丸々医療からはずして、介護保険の方に持っていくということも含めて考えている。

ですから、医療の保険制度の基本的制度問題だということをまず、是非知っておいてください。そのことの関係で、精神医療のことで、今日のテーマに、ひきつけていうと、だからこそ、いつまでも保健と医療の枠の中でだけでやっていますと、金を取りにくくなるということは、もう目に見えています。福祉の分野については、決して、今の財政状況の中でどんだん金がつく状況ではないですけれど、しかし、相対的な配分の割合からいくと、医療の部分よりは、むしろ福祉に配分しようという流れはもう確実に出来ていますから、その流れの中で精神の部分をどう考えるかということが課題だろうというふうに、ちょっとかいつまんで言っちゃうと解りにくいかも知れませんが、そういうふうには思っています。かなり面白い話だと思えますので、また、改めて機会をもうけていきたいと思えます。とりあえず、どうもありがとうございます。

道下（石川県立高松病院）：朝日先生の話聞いて、ちょっとコメントをと思ひまして、私も、もうそろそろ介護保険の対象者ですので、いろいろな所をリタイヤしております、審議会もまもな

くりタイヤするんですが、先程話を聞きながら、宇都宮事件以来、ちょうど10年たちまして、あれをきっかけにして、精神衛生法改正に全力投球してまいりまして、それは、一つのあれだったんでしょうけど、朝日さんも自治労にだって10年たったというさっきお話でしたが、お互いの10年それぞれので一生懸命出来るだけのことをしてきたと思います。

ただ、先程お話で非常に印象強いのが、疾患と障害、精神におけるです。身体疾患の方がはつきりしております。症状固定、それで、あとは、障害と認定するのですから…。精神については、何か今まで従来の解釈は、精神疾患と障害は、行ったり来たりするから、広い概念では、精神障害の中に、疾患者、障害者も含めると、そして、なんとなく、精神保健、厚生省で保健医療局の精神保健課で、精神障害者のリハビリテーションということで、後ほど新保さんの話があると思いますけれど、社会復帰施設とか、いろいろ運用されてきておりまして、しかし、例えばことは保健医療局に所管されている限り、社会復帰施設の補助金も2分の1です。これが、社会局の福祉の補助金ですと75%つくわけです。医療もほとんど倍額ぐらいの補助金がついておりまして、そこで、今社会局更生課、これが、福祉を担っております。身体障害者福祉法、いろいろなところ担っておるわけです。それで、今度、障害者基本法ができて、その実体法がないから、という場合に先ほど朝日先生も言われた精神障害者福祉法でいくのか、あるいは、来年、改正、今、医療費の公費負担のことで、来年、どうしても、精神保健法は、どうしても、改正されるわけです。36条のあたりですね。その時にあたって、今、新しい精神保健課長は、せんだって、ある会議でこの改正の機会に精神保健福祉法にしたいと公式の場で表明しました。しかし、その精神保健福祉法、精神保健にある限り、福祉といっても、2分の1に過ぎないわけですね。社会復帰問題で社会福祉事業法によっていると、ただ、第一種社会福祉事業によった場合は、いわゆる措置権の問題があるわけです。しかし、われわれが、いままで第二種社会福祉事業法の方が本人の主体性があるって、それを選ぶんだから、その方が、かえっていいと言っていたんだけど、それには、主体性はありますけれど、補助は2分の1しか頂けないという問題がある。第一種の措置権といって、自分の主体性がない、両者にとってはむしろ、第一種社会福祉事業法の措置権の概念を変えて頂いてその性格と考え方としては、利用者の自主性を尊重しながら、しかも、補助は75%にするという方向へ行けたら利用者にとっては、ベターではなかろうか。なんて思うわけですが、そこらの所が朝日先生も、バッチでもつて、強大な勢力をもてば出来るようになるかもしれないと希望的期待をしておるわけでございます。

そういうことで、こういう、いろいろなこと、さっき、朝日先生もいわれましたように、非常に大事な変わり目にきておりますので、若いみなさんがしっかり考えて頂いて、是非、われわれの世代で実現できなかったことを、是非、達成して頂きたい。障害者の福祉の前進のために、是非、頑張って頂きたい。

なお、来年度、要求予算では、精神障害者にも、障害者手帳が、一応、予算化がされています。

だから、交通費の軽減処置なんかとられ、現在のところは、証明書しかない。今度は、手帳がいよ

いよ交付されるというふうに進歩します。そして、冒頭に朝日先生が精神保健ゴールドプランは、あまりいいかかと、言われました。実は、この考え方は、私も、数年前から、言ってきたんですけれども、厚生省の担当課に言わすと、財源も、ただ言うのと、絵に描いたもちで、なんにもならんから、先生がそういうことを、言うんだったら、財源対策を用意しなさい。と言われて、ギョッンということになったのですが、今回、非常に、我々の力の至らなさだったと思うのです。

朝日さんも国保の負担額が大変増えてと、非常に苦しいけれど、そういう、流れだからということですが、来年度、要求予算で医療費が約 100 億あまり、減額になって、それによって、精神保健関係予算が 100 億ぐらい減になっております。やっとな、社会福祉関係で 18 億ですが、率としては、14.5% とごちそう並べでありましたが、わずか 10 数億にすぎません。医療費で 100 億以上減額されると、そういう 100 億をなにかもつと、先にわかっているけれど、このゴールドプランの財源がみえます、100 億むしりとられるのかな?と思うと、非常に残念な思いをしておりますが、むしりとられる傾向でございます。是非、みなさんの力で盛り返して頂きたいとお願ひしております。

朝日：精神保健課の希望的願望としてはあった。しかし、大蔵との関係では、ピシヤッとやられた。今の点で一つだけコメントしますと、さっき話の出した将来像委員会の第 2 次報告。これは、従来の措置主義に基づく福祉の原理を見直せと、利用者、ユーザー主体の福祉に切り換えろと、提言しますので、ですから、むしろ逆に、現行の福祉体制そのものの見直し、これから具体的な作業として、始まるんじゃないかと、その第一が、保育だと思えます。次に、老人高齢者だと思えます。

広瀬（神奈川・三吉クリニック）：資料 5 の 2 - (2) の中で、精神医療におけるチーム医療を充実するため、臨床心理技術者や、精神科、ソーシャルワーカーの資格制度の創設について、検討すること、というのが、あるんですけど、私の思いとしては、この資格化に反対してまして、これを、展開すると、今、司会から手短にということだったので、手短にならないので、今日、受付の所におかして頂きました、精神神経学会での医療費問題委員会での、ガイドラインを批判するアピールというのをしておきまして、これを、是非読んで頂ければと思います。それと、資格化に反対する理由というのは、私なりにいろいろあるんですけど、それはちょっと、おいておきまして、とりあえずこの今のお話、土俵に上って、その中だけの質問に限ってすぐ、優等生的に発言させて頂きますと、保健法の枠でいくか、それとも、福祉法の枠でいくか、そこから、考えなければいけないというお話があったんですけども、そうしますと、臨床技術者、特に、精神科ソーシャルワーカーの資格制度化ということを、ここで、今、医療対策ということで考えられるのかということとです。それと、もし、相談して、おそろく、この話はマンパワーの充実ということで、資格化ということが言われているでしょうけれど、もし、そうだとおそろくこの話は、マンパワーの充実となるのかということ、それがどうもよくわからない所でありまして、例えばアメリカでも、資格制度があるらしいけれど、実際にマンパワーとして、数が多いスタッフとして、集めているのは、州によって違うと思うんですけどメンタルソーシャルワーカーとかいう、まったく資格のない、そ

ういう従事者がいてそれが、人数を確保しやすいということで、マンパワーの充実に貢献している。ただし、それが、資格と資格のないというスタッフのヒラルキーみたいな問題をはらみながら、行われている点で、問題があるらしいとそんなふうな話を聞いたことがあるんですけど、ちょっと、その辺をからんでお話頂ければと思います。

朝日：まず、資格の問題については私は資格をつくるべきだという考えがあります。そのことがマンパワー確保につながらないのではという御意見でしたけど、私はつながると思います。それから前半の医療対策の枠の中で考えるのか、ということについては従来むしろ、精神医療関係者の皆さんが全て医療の傘のもとにおいておかないと安心できない言い方をされていた。私はその言い方をもうそろそろじめ、区切りをつけるべきだとこのように思っています。必ずしも、医療の傘のもとに考えるのではない、むしろ、その考え方を脱して欲しいというふうに思っています。

■ 精神障害者社会復帰施設の進捗計画について

新保 祐 元（全国精神障害者社会復帰施設協議会事務局長）

樋田：それでは今日の第2席ですが、全国精神障害者社会復帰施設協議会事務局長をしていらっしゃいます、新保さんにお話しをお願いしたいと思います。レジメが用意されています。

新保：皆さんこんにちは、朝日先生がたいへんメジャーな話をされて私がそのあとお話しするのがちょっと気恥ずかしいような気がします。まさにマイナーな話をしながらむしろ問題を身近なものにした方が良くないのかなという気持ちもありません。ご承知のとおり、与党が「障害者福祉対策の推進のためのプロジェクトチームをつくりました。このことについての新聞報道をながめておりましたら、先月の末に私は、茨城県にいるんですが、茨城県のいばらぎ新聞というのには、7段抜きでかなり大きく載ったんです。精神障害者の福祉政策について、他の障害者政策、すなわち身体障害者、精神薄弱者と一緒に、部局を一元化するための推進プロジェクトをつくるんだということです。ということは先程お話しがありました、障害者基本法の枠組みの中でいけば福祉法という形での方策を求めて行こうというプロジェクトができました。朝日、読売、毎日をながめると載っています。私は、新潟にこの2日目に講演に行ったのですが、たまたま休み時間にテレビをながめていましたら、テレビニュースでそのことをやっておりました。これは、新潟の地方テレビかどうかかわかりません。ですからいずれにしてもテレビでやってたんだから翌日は今日は、大手新聞にも載るんだろう、と思ってしまうて翌日新聞をながめました。載っておりません。なぜなのかなって不思議に思います。地方新聞がそのような記事に載せ、地方のテレビ局が報道したのかわかりませんが、このような放映があっても大新聞が載せないというのは、まだまだ精神障害者政策がいわば医療の枠組みの中にあって、仮に精神保健法の中に福祉的な政策がもり込まれたとはいえ、それはあくまでも精神保健の領域の関係者の枠組みに過ぎないのかな、という思いを抱いている所です。

私共が運営しております、社会復帰施設につきましても、福祉法的意味合いの強いというか、いわば厚生省の精神保健課では福祉施設としての位置付けとして社会復帰を位置付けているわけですが、実際には先程道下先生が福祉政策をきちんとすれば、措置施設になっても云々というお話もございまいたが、実際には利用施設として、それも精神保健法に基づく枠組みをなかなか超えていないということになります。このことについて私共は社会福祉を運営する当事者はどう考えているのかということになりますと、利用施設で行って構わないというふうに考えております。ただ精神保健法が成立し、社会復帰施設ができた時に、4分の1設置者負担という大きな問題がございまして、この問題をそのまま引きずった形で利用施設としての運営がなされていくとすればこれは大きな問題だ、というふうには考えております。

また、もう1つ私どもの社会復帰施設が利用施設として運用されていく過程のなかで、先程も朝日先生のご回答のなかに危惧が少しございました。これが保育所から老人問題にも移っていくだろ

うという話がありました。そのような形で動いていくだろうという想像はできましたので、利用施設のあり方を問うという意味では、費用負担も含めまして、社会復帰施設の運営のあり方というのは、かなり大きな影響を及ぼすだろうし、他の福祉施策のこれからのあり方を考えるうえで、適正なあり方に結び付いていくための社会復帰施設のあり方を求めていかなくてはならない。そのためには、不備が沢山ありますのでその不備をどう早期に是正していくかということが大きな課題だとも考えております。このことを考えていくうえで、精神保健法の枠組みの中における精神保健福祉法という形でも課題提供していくのか、あるいは全く別立ての精神障害者福祉法としての枠組みを考えていくのか、私共の協議会の中でも常に論議される場所ではあります。その解答を今、得ているわけではありませんが、個人的にはできることなら精神障害者福祉法という別枠組みのほうがいいんじゃないかというふうに考えています。それはなぜかと申しますと、精神障害者が置かれた状況は私が申し上げるまでもなく、多くの格差があらゆる面でございます。それは他の障害者と比較しても格差がある。一般市民と比較すれば、なおさらその格差が大きくなるということです。たいていへん平たくものを考えれば、法政策は人は法のもとに平等だとうたっておりますので、平等を実現する上で、もし、ごく当たり前の生活を基本にした場合に格差があるとすれば当然その格差は埋めなければいけない。そして、その格差、すなわち、マイナスイ面は政策として実現されなければならないということになりますので、このマイナスイ面がすなわち、精神障害者の福祉ニーズだろうというふうに考えるわけです。

こういうことから勘案いたしますと精神障害者の一般市民と比べた負の格差、そして他の障害者と比べた負の格差を精神障害者の福祉ニーズととらえて、そして精神障害者福祉を推進していく必要がある、というふうに思っているわけです。同時にこのことを推進する上で、精神障害者のいわば障害概念があるというのは、朝日先生が指摘したようにたいへん重要な意味があります。例えば、1つだけ例にとりますと、機能障害から発するところの能力障害、これをどうとらえるかというところがありますが、当然疾病に伴うところの能力障害が、生じることはこれはある意味では否定しえませんが、精神障害者の能力障害、例えば生活の不得手とかといったものが全て、機能障害から発生したものだろうかというふうに思えないところが多々あるわけです。それは皆さんご承知のとおり精神障害者の置かれた状況が、地域社会から誤解や、偏見を多く受けているという状況の中で医療と保護という名のもとに、長期入院を余儀なくされている結果、長く入院されておりますと当然のように働けなくなってしまう、ある通常の社会生活をなくともいい生活を当たり前に送られているというか、あるいは無理矢理送られているというか、そういう状況を呈してしまっていて、働くことの意味を失い、あるいは対人関係上の問題をあえて自分で調整しなくても、看護の方が調整して下さるというかたちで、回避する形の生活に慣れてしまっている。そして「さあ、社会復帰ですよ。社会参加ですよ。」といったときに新たな生活場面に直面したときの不安は増大するのは当たり前

です。こんな不安を、あるいはそこから発生するところの生活の不得手やしずさを、機能障害から発した能力障害ととらえていいんでしょうかという、疑問があるわけです。長期在院による、すなわち社会的要因による、能力障害というふうにも、とらえられるとも言えるわけです。

こんなことを、勘案致しますと、精神障害者の実態を変えていくうえで、私達が身近な課題をもっともっと真剣に問い詰めて、そして精神障害者の政策をどう進めていくか、ということを考えなければいけないということです。今日、私に与えられたというか、私自身がお話する予定のものは、精神障害者の社会復帰の施設の進捗のあり方についてというか、計画について、でありますが、このことを進めていくにも今のことがある程度、念頭に置かねないときちんと社会復帰施設がその役割りを担えない。あるいは、社会復帰施設をどのように進捗していこうかという、進捗意欲にもかかわる問題だ、というふうにも思うわけです。

そんな意味で冒頭こんなことをお話し申し上げたわけですが、社会復帰施設が、今年の4月1日現在で184という数字です。授産案、福祉ホーム、授産施設の各施設が大体約60と考えていただければ当たりの数字になります。全国で184の施設、これだけのものがいっぱいあったいほど精神障害者のために役立っているかということになりますと、施設を担う私共ですれば、十分その役割を担っていると思うわけですし、それを自負しているところですが、第3者、すなわち国民市民の国から見たら全然見えないというか、その存在すらどうもわからないというのが実態のようです。にもかかわらず、市民サイドでは精神障害者というか、精神病者に対する、誤解と偏見は内在され続けていますので、たいへん残念ながら、社会復帰施設の進捗には、大きな困難が伴います。

私は、このところどこにいるかわからないと言われます。いつも不在でいつもつかまらな。現在施設を建築中というか、まだ建築にいたりませんが、整備中でございます。

当初は地域中みんなの反対を受けて、ある場所を撤退せざるを得ませんでした。ようやく地域住民の同意を得て、新たな土地を選定し、その土地を買いました。全ての法律上の問題をクリアいたしましたところ、行政機関の方が、精神病のような危ない人達が来る施設を、なぜ同意したのかと同意者に迫り、同意者に対してあるという状況の中で、行政が私が設置しようとする施設を排除しようとしております。わが国の精神障害者に対する、いわば現状はまさにこんなものかな、というふうに実感しております。さまざまな形で法律は変化し、確かにおおよその進展が見られました。私共精神障害者にかかわるいわば内部の者が、精神者障害者政策は進むぞ、あるいは、それをしてこにして進めるぞ、と思っていることをどのように具体的に市民に見せ、理解を得ていくのか、ということについてかなり具体的に対処をしてはもらえん、当事者のというか援助者である私共の活動も重要な意味合いを持ちますが、やはり基本的には法政策の課題の触れざるを得ないということになります。朝日さんが各論法がないとおっしゃいましたが、なるほどその通りのような気がします。私が今反対を受けている市ではこのようにいっています。精神障害者施設に対して市町

村は関与する立場にないが、だからといって精神障害者施設を進めるかたちではないとはっきり申しております。それは政策と自治体の裁量権の問題と申しております。現況ですれば市町村にその役割を求め、その市町村という言葉がでてきたとかさまざまな話がでてきましたが、このことをどのように実態化していくかという、まず政策のあり方をきちんと問い、そして具体化させていくという必要がある。そういう意味では精進懇は極めて広範な精神医療従事者の集まりでございまして、大きなインパクトを持てるものかな、というふうにも思うところであります。

前段の話がやや長くなってしまいましたが、いずれにしても精神障害者の実数というのは、私が申し上げるまでもなくご承知のことですが、改めて数値を述べて頂きますと、これは1990年の数値でございしますが、全国の精神病院の病床数が35万 8,128床、うち入院しておられる方が34万 9,010人ということです。そして、このなかで分裂病圏の患者さんはいったどのくらいいるのかという数値がここ（レヂュメ）に出ております。そして、ここに入院しております患者さん達の中で、これは1983年の統計調査、良く皆さんが使われるところでありまして、改めてご披露するまでもないのですが、そのなかで一応今、「退院して社会生活が可能だ」といわれている方が 8.4%、「条件が整えば退院が可能だ」という方22.0%、そして「相当の困難はあるが、退院の可能性はある」という方が、26.5%となっております。この数値を1990年の入院している患者さんの先程の数値をあてはめてまいりますと、およその数値がでてくるわけですが、約42,000人程度とう数値になります。この42,000人というのは2番目で、要するに条件が整えば退院可能というこの方々を社会復帰施設の主対象にするのかというところは多少の論議があるところですが、現況の医療状況とそれから先程申しました、社会的状況を勘案いたしますと、この群が社会復帰対象群として、必要とされる対象群だろうと考えております。それは、ある程度の能力があり、社会生活を営むような力があっても、地域社会の現状からいきますと、入院している在院期間の長さも加えまして、地域社会に戻すまでの対人関係の訓練ならびに就労訓練、すなわち職業リハビリテーションまで含めまして多くの訓練を必要とすると考えております。訓練という言葉を使いましたのは、精神保健法における社会復帰の役割りのなかに指導訓練という言葉が使われているからであります。本来ならば、援助と置き換えるべきかもしれませんが、このところは一応法律的な用語で済ませていただくということにします。

ともあれ、この人たちの概数を、今の数値で追っていきましますと皆さん、おわかりいただけると思うのですが、42,000人を別にしまして、いますぐにでも退院できるという人達、この人達がなぜ退院できないでいるか。いますぐ退院できる人なのだから、受け皿がないというのはおかしいじゃないか。それはまず住宅制度そのものにも問題があって簡単に退院して住居を探すことができない、という現実があります。では、家族が引き受けられないじゃないかということになりますが、入院長期化に伴いまして、残念ながらすでに親がないとか、子供たち、あるいは兄弟は新たなそれぞれの生活を営んでいてその人がいない生活ができあがっていて、受け入れる条件が整わないかで、や

むなく入院をしている方でございます。とするとこのような状況の中で、その方々を生活可能なのだから退院しなさいといって追い出せるのかどうか、追い出せないのだから病院に置いてやった方が幸せじゃないか、という考え方も生まれているのですから、これは大変大きな疑問があるところですが、でも現実に行って頂くところがないというのも事実でございます。とすると、このことをどう考えるかということなんです。まず、いますぐにでも退院できるんですよ、という人達が病院にいたいのか、いたくないのかという課題がひとつあります。これは私の統計調査ではございませんが、今度、大島先生のお話があるので大島先生がその辺をお話してくださるとわかるのですが、入院している患者さんの約6割がすぐに退院したいというふうにしております。そして、残りの方々が半分は退院したくないのです。そして半分、すなわち2割がわらないという回答のようです。大島先生は、こういう言い方をします。「昔から住めば都という言い方をするじゃないか、行くところも帰るところもなく、病院で生活しているんだったら、病院が都になっているんじゃないかならうか。そういう想定のもとに、こういう調査をしたんだとすればもっとこの病院にいてもいいという数値があってもいいんじゃないか、あがってもいいじゃないか」と。「だけどやっぱり病院は住めば都じゃないんだっていうことを実証したんだ。」というふうにも言っております。やっぱり病院にはいたくないんだ、退院したいんです。とすればその人たちの選択権、いわば、生活権というのは、行きたい所に行きなさい、と言えるのかという先程言いましたように家族の受け入れというのか保証されていないことになります。そして、その人たちの生活権を保障するでなくては、行きたい所に行きなさい、と言えるのかという先程言いましたように家族の受け入れ状況がない、仮に受け入れたとすれば、その家族の受け入れによって生じる新たなマイナス要素が生まれてくるという可能性があるので、その家族のいわば、生活権も含めて考えなければいけないということになります。すなわち、障害を抱えるご本人と障害を持つご家族、それぞれが幸福を追求する権利を与えられるという、枠組みを設定していかなければならない、ということです。そして、そのことを可能にしていくには、やはり医療法の枠の中で規定される、精神障害者福祉政策ではないものかどうしても必要になるのかと思えて仕方ありません。

このような精神障害者の方々ととりあえず、それにしても、社会参加をうながす方向に導く必要はあります。そのための1つの場所というか施設というか、それが精神障害者社会復帰施設だというふうに思うところです。その精神障害者が、いったい今の4万数千＋アルファという数値に対応していくには、いったいどのくらいの数が必要かということになりますと、社会復帰施設はご承知のとおり、大体定員20名前後、福祉ホームは10名前後と、こういう数値になります。そして、授産寮と授産施設、ならびに、福祉ホームが基本でございます。これに今日、政策としては、授産寮に通所機能をつけております。通所機能というのはご承知かどうかわかりませんが、来年度から、新たにオープンする施設だとお考えいただければ良いのですが、これは週5回以上、日中在宅の精神障害者の方々をケアする場所ということですので、いわば、授産寮のデイケア施設だということを考えていただければわかりやすいと思います。そして、この施設は家族の方々と協同して運営なさ

いと通達で書かれております。すなわち、働くことも困難、あるいは、就労の見込みがない、でも在宅生活は何とか営める。しかし、そのまま家に閉じこもってはいけません、その人が再発、再燃の可能性もある。ないしはそのまま生活がどうもうまくこなせないで、親亡き後に、彼が自立をしようということが困難である、というふうに想定される人たちに對して、それなりのケアをしようということとでございます。そういう施設が定員20名で来年から開所いたします。これを含めると、各社会復帰施設に周辺グループホームないしは共同作業所等を組み合せていきますと組み合せたものを仮に1ユニットと考えてみますと、精神障害者の社会復帰施設のユニットがいったい全国でどのくらい必要なのかということは、想定できることになります。

レジュメに述べたように最低値6万人ぐらゐが社会復帰施設の対象群であろうというふうに考えられます。そして、その6万人を今のユニット数の人数で割っていくことになれたいたいどのくらいの社会復帰施設が必要なのかという数値がでてまいります。1ユニットで計算してきますとおよそ人口万対5人ぐらゐの人数で精神障害者の中の社会復帰施設必要群が数値としてあがってまいります。この数値で勘案していきますと人口10万で約50人という計算になります。50人という数は、例えば援護寮、授産施設、福祉ホームというふうに開設した場合の最低の基本ユニットの人数にほぼ合致するということですね。そして、精神病の発生率等々と勘案していきますとこの50人数が、そこを利用してそのままもう次は利用者がいなくなるということではなくて、次から次に利用者が発生してくる状況になりますので、ほぼそのくらいの数値は必要だ、10万にたいして最低の1ユニットが必要だというふうに考えられます。しかし、10万人の都市に1ユニットずつ今造っていくということか当面の目標として掲げられるかという大変難しい話になります。現在も思えられるとすれば先程障害者政策は県単位で、二次医療圏は医療政策の枠組みだから二次医療圏の中で、社会復帰対策を考えていくこともやや疑問があるというふうなお話もございましたが、考えやすさという点でいけばとりあえず、それは考えやすいだろうということになりますね。そうしますと二次医療圏の中にとりあえず今言った基本的な援護寮、授産施設、福祉ホーム、三つではなくてそこに通所機能を付け尚かつグループホームを数カ所、そして共同作業所をやはり数カ所というふうな形でこれを総合的なユニットと考えますと、そのくらいのユニットをせめて二次医療圏1カ所くらいは当面造っていく必要があるだろうというふうに思っています。そして二次医療圏に1つくらい精神障害者に対応する社会復帰施設のさまざまな現況における社会資源が存在いたしませんと、社会復帰施設そのものが、地域住民の目から見えないということですね。どこの地域に行っても社会復帰施設がありますよというふうにしていいたくためにほんとかそのくらいは最低限度必要だろうと思われけです。しかし二次医療圏に1つで見えるんだらうかという疑問もあります。二次医療圏に1つというバランスの差は地域によってありますが、単純に人口比で割っていきますと、35万人ぐらゐになるかと思うんですね。35万人の人口の中に1ユニットを造ってみる。そして、それが目に見えるんだらうか、都市部なら見えるでしょうね。地方に行ってもそれこそ町村しかないよう

な地域に行ったら見えますよね。まあそれでもせめてそのくらいは、およそ 400ユニットを当面造っていく必要があるんじゃないかという気がするんですね。400ユニットというと今いった施設を個別にバラバラに分けて行きますと、まあ基本的な社会復帰施設としては5つという形態になります。年間5つ思い切って作ってみたらどうだと思っただけですね。しかし、これは難しいのかなという気がします。でも、都道府県によっては、そのくらいの政策推進を推めたところもあります。新潟県なんかはそうですね。新潟県は勿論今後も増える予定ですが、今日現在でたしか新潟県で12くらい社会復帰施設がございまして、あそこでは、共同作業所の多くが授産施設に移行する希望を持っております。ですからかなり新潟は社会復帰施設が進捗していくだろうと思いますがどうも、そういう県を1つ見てみればやってできないことは無いという思いも致します。

しかし、このことをやって行くには大変なお金がかかります。お金のことがレジュメに書いてありますので、数値はあとで読んで頂くことに致しまして、公費負担額の、だいたい倍お金がかかるかと考えて頂いていいわけです。倍お金がかかる、私が今やってる施設で数字を言った方がはつきりますので、言っておきますと、私のところでは今大反対は受けていますが、そして、へたをすると、流れて造れないかもしれません、授産寮と授産施設とそれから授産寮の通所機能をショートステイと含めた定員61名の施設を造ろうとしています。この施設にかかる工事費というか建築費が約2億3千万円です。そして公費で負担されるものが、国と県とを合わせまして1億1千万にまでいきません。ということは1億円以上の金を誰かが投資しなければ造れないということです。しかも土地は別途になります。土地はもしなければ買わなければなりません。どなたかが寄付してくれば土地代はなしで済みます。建物を建てるだけでも約1億円位のお金をワンユニット造ろうと思うと誰かが負担する。それを寄付で集めようということに仮にしたとして1億円の寄付を集めるにはもともとの母体かなりしっかりしていないと難しいという話になります。そうすると今言ったように400ユニットを造ろうとしているときに母体がしっかりしている所はどこですかって考えたら見当たりますね。まあ医療機関位でしょう。個人で造ろうとしたら大変な話ですし、個人という言い方でなくて法人でいいわけですが、法人を新たに設立しようとするためには、よほど精神障害者に理解がありそのお金を醸出し、しかもその回収を望まないという方がいてはじめて成り立つわけですからそう簡単ではありません。そう考えると当面は医療機関が社会復帰施設を造って下さるということもやむを得ないという言葉を使っているのかどうかかわかりませんが、まあ必要なことなのかなと思います。必要なことと言ったのはですね、医療機関が授産寮を沢山造りました。そして今年度も医療機関が整備する授産寮はたくさんあります。授産寮の中の半分は医療機関が造っております。

今まで病院のなかにいた生活と授産寮に移行した人の生活が、変化があったのかなかったのかというところがそこで問題になるわけです。変化があった、それもいい方に変化があったんであればよろしいということになるわけですね。とすれば、単に病院にこのまま保護しておくよりはよほどい

ということになります。そう意味では進捗を図り当事者の生活圏を拡大させるという意味では必要だというふうに思います。このことを考えるときに、まず目先のことで変わったことがたくさんあります。医療機関が造った授護寮の中で、たとえば夕ご飯の時間、病院にいるときは4時30分か、5時ですね。授護寮では6時が平均でございます。これは病院が造った授護寮ですね。それだけまず、生活のリズムの幅が日常生活に近づいてまいりました。それから、お風呂も半数近くが自由に入れるようになっていうことです。自由というのは1日中入っていいということではなくて毎日入りたければ入っていいということですね。病院におりますと、週2回ということろもないわけでは無いですね。それから比べればかなり日常生活にやっぱ近い方になってきた。それから持ち物、これだいが違います。まず刃物という方は変ですが、果物をむくナイフ、あるいは包丁等を置いてかまわない、自由に使うてかまわないというのが授護寮のおかたというか、ごく当り前の話ですね。病院におりますと、そういった物の所持を禁止している病院がかなりございます。こういうことを考えて見ますと病院が造った授護寮がいいとか悪いとか論議以前の問題としてわが国の精神医療状況と精神障害者の置かれた状況からすればそれは病院もじゃなん授護寮を造って頂いていいことですし、それによって精神障害者の方々がそれだけ日常生活に近い生活を営めるようになったということであれば、これは歓迎すべきだと思います。そういうことから勘案して病院にももう少し頑張ってもらえないかという気持ちもあります。

それから社会復帰施設を更に増加させていくという意味では、現在ユニットでなくて授護寮だけとか授産施設だけとかという形で単独な施設を持っている施設はその場に集中してということではなくて、もっと広範囲な概念でできることなら複合的に施設制を利用していいって欲しいということですね。それはなぜかといいますと1つの施設を持っておりますと、新たな施設を建設する時に、すでに地域住民の理解を受けておりますので、地域住民からそう難しいこと言われないで造りやすいということですね。共同作業所とかはかなりの日常的な集まりの中から自然発生的に大きくなって溶け込んでいくという歩みを持っておりますので、そういうところが施設整備化をするということはそう市民も抵抗が無いわけですが、新たに施設整備をしようと思ったら大変な抵抗がございました。ポーンと建物が出る「さぁなんだろう」って話になりますし、精神障害者といっても理解はしてくれません。それは「病気が治ったんだよ」といういい方を仮にしたとしてもまた、いっとうなるか解らないだろうと、いわば、冒頭の障害概念の不確定さと共に、市民はもっとそのことについて不確定さを持ちそこから誤解を増幅させておりますので、恐いというイメージが優先してしまって、施設整備をなかなか進捗させてくれないのが実態です。ですから基本ベースが無い所で新たな施設造りを必要だからといくら主張してみてもなかなか受け入れて頂けないのが現状だと思います。

ともあれ、この位のお金がかかるわけですが、そのことをじゃあ整備させていくうえに、国はもっと補助してくれたらどうなんだろうか、という気持ちも正直いってあります。社会復帰施設を進捗させていくには、個人的にお金を持って十分にそれなりの行動を出来る人がいるのかって言うたら、これは社会復帰施設だけでなく多くの場合そうですが、あることに能力があって、そしてお

金もみんな揃っているという人はなかなかありません。たいがい欠けてる物を補いあって、1つのものにして事業を進めていくということが一般的でございます。そういうことからすればある意味では公的事业ですので、この事業を推進出来るマンパワーをいかに国も政策として活かしていく必要だと思っております。現状では、大変残念ですが、マンパワーの育成も十分では無いという実態もございます。まあそれにしてもこの人なら社会復帰施設を十分運営出来るなという方がいたら、その方に国が基金を作っておりますね、その基金で当初のお金位はもちろん回収してもかまいませんが、抛出してくださる位の度量の太さが無いとなかなか前に進まない。もし、そういうことが難しいんであれば、都道府県域には地方自治体が施設を整備してそういう方に法人をつくって頂いていけばそこに事業を委託していくということを考えないとも進捗は難しいというふうに思います。実際、茨城県で今定員10名のグループホームをつくっているわけですね。このグループホームをつくって県立病院が委託してつくったんですよ。にもかかわらず、もう半年以上にもなってここに入居出来ないという状況が続いてるんですね。こういう状況を勘案すると建物をたまたまそこは民間が建てたからなんだろうかといろいろなことを考えますが、いずれにしてもよほど公的なバックアップがなければ難しい話です。特に施設整備をする土地を求める時に、土地はそう簡単などこにでも転がっているわけではありません。とすればこの土地はできることなら地方自治体を持っている用地を少なからず対応する位の方向性を示す。かならずと言われなくても方向性を示す位の物は、見せてくれませんか社会復帰施設の必要性を市民も感じませんし、又、施設を進捗しようとする者も土地を求める困難さからあきらめてしまうということにもなります。

そんなことを考えますと精神障害者の社会復帰施設を進捗していくことはそう簡単ではありませんが、取りあえず6万人という最低限度必要と思われる社会的入院の患者さんを解消する上で、とりあえずそれに必要な社会復帰施設を1200ユニットという勘定になりますが、1200ユニットの内、3分の1位は取りあえず当面目標にして進捗させる実際的な計画を今言ったような問題をクリアしながらきちんといわばプランニングしていく必要がある。それを地方自治体等の地域保健計画の中に盛り込ませていく必要があると言ふふうに思います。目の前に確かに184の社会復帰施設の実体はあるんです。しかし、その中身はよく見えない。そしてその役割がよく見えない。それは数の少なさにも大きく近因すると思います。数が少ないから、本来担うべきある役割を越えて何でも引き受けてしまっていて、さまざまな活動に手をつけざるを得ないで右往左往している。明確性がない、それは社会復帰資源の少なさにも起因するということになります。言い替えると社会復帰施設の役割がきちんと思えるようになれば当然不足する社会資源も見えてくるということになりますので、その不足する社会資源も整備していく手立てにもなるというふうに思います。こんなことを考えていくと当面は政策として一応明文化されている社会復帰施設をとりあえずみんな問題点を含めて語り合いながら進捗していくということは精神障害者の地域ケアないしは地域社会参加のために必要なことだろうというふうに思います。実数、数値についてはあとはレジメをご覧くださいとしてとりあえず私の話をこれで終わらせていただきたいと思います。

精神障害者社会復帰施設の 進捗計画について

全国精神障害者社会復帰施設協議会

事務局長 新 保 祐 元

1、はじめに

精神障害者社会復帰施設は精神医療改革とあいまって、精神障害者の地域ケアを促進する上で欠かせない施策として、精神保健法の重要な柱に位置づけられている。それは人権擁護と密接にかかわる生活権の保障を確立し、精神障害者の実態をノーマライゼーション理念にかなうものとするうえでも必要なことといえる。

このように重要な施策であるにもかかわらず、精神障害者社会復帰施設の進捗ははかばかしいものとはいえない。それは1／4設置者負担解消後の進捗状況にもうかがえる。

したがって本稿では、その進捗をうながすため、精神障害者社会復帰施設を必要とする精神障害者の概数を求め、そこから算定される精神障害者社会復帰施設関連資源を含めた、精神障害者社会復帰施設等の受け皿と総称される概数をあげ、その進捗を図るてだてについて簡易に示すことにしたい。

2、社会復帰施設等の利用を必要とする精神障害者概数

社会的入院と称される精神障害者の概数は7万人から9万人といわれている。1990年6月の精神保健課調べでの全国精神病床数は358,128床、内349,010人が入院している。このうち精神障害者社会復帰施設の主対象である精神分裂病患者はおよそ61%にあたる212,957人であった。1983年の厚生省受療患者調査によれば1)「退院して社会生活が可能」が8,4%、2)「条件が整えば退院可能」が22,0%、3)「相当の困難はあるが退院の可能性がある」が26,5%となっている。この数値を1990年の入院対象者にあてはめ、社会復帰施設等の訓練・指導・援助対象となると予測される2)と3)の精神分裂病患者についてみると、2)は20,4%で42,000人、3)は30,4%で63,000人となる。

このうち社会復帰施設での訓練効果などを期待しやすい群は2)の「条件が整

えば退院可能」とする人達である。この人達にターゲットを絞って精神障害者社会復帰施設の進捗を図ろうとすれば、42,000人の受け皿づくりを考えることとなる。1)の中にも社会的状況を勘案すれば精神障害者社会復帰施設対象者が当然含まれる。また、3)の対象者は精神薄弱者施策と対比すれば、現行の精神障害者社会復帰施設体系により重度な人達を受け入れる施設のメニー化が求められることになる。さらに1)及び3)のうちにも症状の起伏を考えれば、現行精神障害者社会復帰施設の対象者が含まれる。また、その対象の線引きが主治医によって異なるといったように、状況によって現行社会復帰施設の対象となる群があることを否定できない。したがって2)の42,000人を主軸に、その対象者をどのように考えるのかによって、社会復帰施設の利用を必要とする精神障害者の概数は変化することになる。

しかも精神障害者社会復帰施設は地域ケアを進展させる意味もふくめて、昨年永住型のグループホームを施策として制度化させた。このことは1)の人達で、家族等の引き取り手がいない群の受け皿としても活用される。また、家族形態の変化などにより、在宅で支えられなくなった人達をも対象とすることになり、外来通院患者も施設利用者となる。さらに、病院から社会復帰施設を利用し、その後アパート生活などの地域生活を享受できるようになった外来通院患者のケアなどを考えれば、精神分裂病による外来通院患者およそ222,000人の一部も社会復帰施設の対象群といえる。精神障害者の地域ケアという観点からすれば、外来通院患者の大半はなんらかの社会資源を必要としている。このことからすれば、大半の外来通院患者に対しても、精神障害者社会復帰施設を中核としたケアシステムづくりと、そのためのマンパワー確保が求められているといえる。

ともあれこうしてみると、精神障害者社会復帰施設の対象者概数は分裂病を主対象として、社会的入院の解消を図ることだけを意図しても5～6万人が最低値となる。

3、精神障害者社会復帰施設の必要概数

精神障害者の社会復帰促進に関し、これまで2次医療圏をひとつの単位としたモデルケースを求めようとしている。このことは2次医療圏における医療機関の適正配置も含めて議論されることから、圏域ごとに存在する医療機関のバランキ

や、救急医療体制の整備などもあわせて検討しなければならぬ課題をかかえている。とはいえ現況でとりあえず医療圏域毎に精神障害者社会復帰施設を、各々の医療圏域状況に照らして、必要な社会復帰施設メニューをユニットで配置することは、計画・立案及び実施のうえで現実的といえる。

ここでは、先に示した精神障害者概数から社会的入院の解消を図るための対象者概数を6万人とし、その受け皿を精神障害者社会復帰施設に求めるとすれば、人口比は万対5人という基礎数値によって施設整備を考えることになる。人口10万人の都市があれば、社会的入院対象者が50人ということであり、現行精神障害者社会復帰施設が1ユニット存在する（援護費定員20名が同定員20名の通所授産施設へ通って訓練を受け、医療機関からグループホームへの直接受け入れあるいは援護費からの移行を福祉ホーム定員10名が担うことで、重複利用や移行利用による時間的経過をふまえての定数50名ではあるが、社会的入院50名に対応する数値としてわかりやすい数値とした。したがって重複利用や移行経過のなかで他の社会資源が必要となる。例えば数ヶ所で15～20名の永住型グループホームを生活拠点とする。グループホームのたまり場としてのディケア的役割を定員20名の援護費通所機能が担うといった具合である。）ことが理想的であると想定できる。このユニットに福祉工場及び作業所を加えれば、授産から福祉ホームを経て、雇用に結びつかない群の保護雇用場が確保され、在宅対象者を加えた保護雇用とディケアが利用されることになる。したがって1ユニットで在宅精神障害者の一部利用を可能にし、地域生活を支える資源としても活用できるユニットになるといえる。そのためにはグループホームは8ヶ所程度を必要とすることになる。人口10万人での援護費ならびに授産施設の回転については、毎年10名づつの終了者がでると仮定した場合、5年で現状の社会的入院患者50名の受け皿となつて、この間で社会的入院の解消を図ることができる。分裂病発生率を0,5%とした場合、毎年500名の新患が想定されることからすれば、施設利用ニーズは絶えないことになる。

この数値（人口10万対1ユニット）をもって全国に精神障害者社会復帰施設を整備するとすれば、12,00ユニットが必要となる。このユニット数は1ユニットが社会的入院50名を解消するベースになることから、先に示した社会的入院で社会復帰施設利用を必要とすると想定した数値、60,000人と合致する。したがって、

理想的には人口10万人対比1ユニットの精神障害者社会復帰施設を整備することが、現況の社会的入院を解消するために最も望ましいことといえる。

4、社会復帰施設の整備・運営費用

精神障害者社会復帰施設の施設整備を図ろうとすると、いったいどのくらいのお金がかかるのだろうか。一番理解し易い目安は、毎年度の公費負担額（施設整備補助金）の倍額と考えればよい。それに土地代を加え、施設整備期間の経費をプラスすると、施設整備の実質金額が求められる。

平成6年度の援護寮施設整備補助額はおよそ国2,500万円、県1,250万円で小計3,750万円。授産施設整備補助金は国2,630万円、県1,300万円。ディケア機能をユニットに加えるなら、通所機能を整備する事になり、国1,350万円、県670万円。この3施設を1ユニットの基本施設整備とする。福祉工場を2～3ユニットに1ヶ所とし、これに福祉ホームやグループホームを加えたものが1ユニットの総合的施設整備とする。この場合基本施設整備におよそ1億円の公費負担が見込まれる。総合的施設整備を図るには、さらに3,000万円ないし5,000万円の公費拠出が必要となる。基本施設整備にしても設備整備費を算出していないことから、このことを考慮すると、1ユニットの総合的施設整備を図る公費負担額は1億5千万円といった数値になるだろう。

運営補助金は基本施設整備をした場合5,700万円。総合的施設整備を基本施設整備3ユニットに1つの福祉工場を設置し、1ユニットにグループホームを8ヶ所、作業所2ヶ所として地域生活を支えることを想定した場合、約4,000万円の運営補助金が見込まれる。したがって総合的施設整備を図ると、現行の補助単価で年間9,700万円の運営費補助を必要とする事になる。

これらの数値をベースに、前項で述べた社会的入院の解消を図る理想的施設整備は1,200ユニットであることに当てはめれば、この数値を達成するための基本施設整備費の公費負担額は千二百億円、総合的施設整備を図るには千八百億円を必要とする。このための年間運営補助金はおおよそ千二百億円となる。精神保健課の平成7年度精神障害者社会復帰施設予算から推し量れば、基本施設整備事業の進捗率は法施行から8年で13%位ということになる。

5、精神障害者社会復帰施設整備の進捗について

精神障害者社会復帰施設の整備を社会的入院の解消に当てはめて数値を求めたのが基本施設整備とした1,200ユニットである。この基本施設整備の進捗が、必然的に総合的施設整備を促すと考えられる事から、まずは基本施設整備を進める事が求められているといつてよい。それは精神医療改革の流れと並行して進められなければならない課題であることから、整備計画達成に多くの年月をかけられないほど緊急性の高いものといえる。

そこで当面考えられるのが2次医療圏毎に1ユニットということだが、それは精神障害者社会復帰施設がどの地域にもあることを示し、社会復帰施設の存在意義を高める上でも有用な方法である。地域とは住民に密着したかわりを持つてる範囲と規定すれば市町村単位であり、地域住民の生活権を保障することや、地方自治のあり方からすれば理想的ではあるが、現実性に乏しい現況にある。これまでの精神保健行政からみれば、全国におよそ850ヶ所設置されている保健所単位に1ユニットも当面きわめて有望な整備概数と考えられる。このように施設整備の配置計画を立案しつつ、精神医療のあり方と変革の流れを加速する役割を担うことを併せ考えれば、ここ数年で目標値の1／3を達成したい。すなわち400ユニットの社会復帰施設を整備する計画を立てるといふ事である。この数値は全国保健所数の半分弱、2～3保健所に1ヶ所であり、2次医療圏域数に近いものとなる。

この実現に当たつては、公費四百億円の施設整備費及び民活用なら各種法人持ち出し分四百億円を必要とする。政策的課題として公費負担分の拠出を惜しまないなら、この事業を5年で達成しようとすると同間八十億円を予算化することになる。この八十億円は地方自治体分が含まれているので、国の拠出予算としては約五十三億三千万円、地方自治体二十六億七千万円である。

問題は民活の八十億円プラス施設整備用土地の提供である。ユニットで考えれば80ヶ所、施設数で考えれば240ヶ所。法施行後の8年間分を1年で達成しようとするのだから、考えられない事だと言つてしまえばそれまでだが、この8年間で整備された施設は、施設の必要性を認識するだけでなく、まさに利益を度外視した先駆的な関係者によつて築かれ、整備されてきたといつてよい。それは1／4設置者負担があつたり、1／4設置者負担が解消されても、施設整備投資

に見合うメリットが見えないまま、精神障害者社会復帰促進を願って施設整備を手がけてきたというのが実態だからである。

したがって、施設整備の進捗は、このあたりの課題解決がなされれば、関係者の多くが、今日の精神医療状況を含めた精神障害者社会復帰対応がこのままでよいとは考えていないことを勘案すれば、現況の精神医療状況を打開する手だてとして、精神障害者社会復帰施設の整備に意欲的になると考えられる。

ここに示したように、年間80ユニット240ヶ所の社会復帰施設を整備するとした場合、都道府県あたり1～2ユニット、5施設前後の整備数となり、これまでの進捗状況推移の中で、年間この程度の進捗を図った実績を持つ道県がいくつかあることからして、その気になれば難しいとはいえないのだが、実際の施設整備進捗促進にあたっては、以下のことをふまえる事が望ましいといえよう。

1)、地方自治体による地域精神保健計画の策定を現実化するために、社会復帰施設整備のための公共用地の利用を推進する。

具体的には地域精神保健計画を関係者に周知することと並行して、施設整備の意欲を喚起する手段として、公共用地を公益法人に賃貸する用意がある事を示すなどの方法を具体化する。

2)、既存精神障害者社会復帰施設のユニット化（複施設化）を促進する。

あわせて他の障害者施設が精神障害者社会復帰施設の施設整備を図るよう促すための理解を求める。

3)、社会復帰施設整備の自己資金分についても公的貸付金制度を設ける。例えば全国精神障害者社会復帰施設協会に十億円単位の政府基金を運用させるなどの方法を取り、施設の整備計画・立案・実行及び運営等を援助する機関を設ける。

4)、社会復帰施設の運営は赤字が出ないという状況をつくる。具体的には運営補助金の増額、あるいは利用料の使途の拡大などによって、20～30年前後で投資が回収できる可能性を開く。

5)、地方自治体の責任で施設整備を行い、第三セクターないしは受け皿法人への事業運営委託を行う。この場合、地方自治体は受け皿法人を意欲的に開発する努力を、保健所・精神保健センターあるいは地精審や全国精神障害者社会復帰施設協会などと連携して行う。受け皿として新設法人を形成できるマンパワー確保も併せて考え・推進する。

6)、精神障害者社会復帰施設関連社会資源の開発を行い、施設処遇が効果的であることを示すと共に、施設処遇上の課題解決を図る施策を策定・実現する。このことによって、施設整備の必要性と地域ケアの実行性を実りあるものとするところが、精神障害者社会復帰施設の社会的認知につながり、施設整備の進捗を促す環境をつくることになる。

例えば生活支援センターの創設、精神科救急医療機関の医療圏域毎設置、職親制度の改善による働く場の確保、グループホームを核とした住居確保の拡大政策などである。

7)、施設長候補の育成は施設整備に欠かせない。マンパワーの確保が困難なために施設運営に不安をもたらすことも十分考えられることから、精神保健施設の処遇と運営にかかわる施設長候補の研修・育成に努める必要がある。このことを全国精神障害者社会復帰施設協会に委託するなどの方策が求められている。

6、おわりに

精神障害者社会復帰施設の進捗を、社会的入院の解消という当面の課題で考えてきた。そのうえで当面社会的入院の1/3が解消できる状況になれば、社会復帰施設と関係機関との連携の枠組みや関連社会資源の開発が必然的に促されていくという想定をした。したがって400ユニットの社会復帰施設を整備する事ができれば、今日の状況は大きく変化し、精神障害者の生活支援が定着していくものと推測し、400ユニットの基本施設整備実現について述べた。

精神障害者ニーズとして、病院から出たいというニーズは高い。しかし、病院から出てどうするかについては、精神障害者社会復帰施設がその受け皿となるほどの進捗が図れていないことから、精神障害者自身にとって、社会復帰施設に対するニーズがどれほどのものは押し量れないといっってよい。それは精神障害者社会復帰施設に関連する社会資源の乏しさにも由来する。これらのことについてはじっくりとかまえて、精神障害者の地域生活支援のあり方を模索する必要があるが、当面よかれとすると精神障害者社会復帰施設の進捗をはかりながら、併せてこのことについて具体化していくこともひとつの方法と言える。したがってここでは後者の立場で考えてきた。

同時に施設は公益事業でもあることから、利益を求めないにしても、事業の継

続を図れる経済的見通しなくしてその整備はおぼつかない。したがってお金のこ
とにも触れざるを得ない。

こうしてみると施設整備とその運営に関し、どちらを向いてもハードルが高い
のは精神障害者が置かれた状況に酷似しているようではない。

ともあれ、現況の打開をはかり、誰しものが夢や希望をいただける社会を願ってや
まないものであり、社会復帰施設づくりや、その運営が、当事者と運営者の双方
にとって、利用して良かった、運営していて良かったと、心の中から言えるよう
な施策の展開を求めてやまないものである。

【質 疑】

樋田（司会）：どうもありがとうございます。新保さんからは社会復帰施設を実際に造って運営して来た立場から、地域住民の抵抗あるいは地方行政の無理解から財政的な問題、それから実際少ないために何でもかんでも引き受けざる得ない運営の実態、役割が非常に見えにくくなってくる、そういったご苦労のお話を実感をもってお話されたと思います。ただいまのお話について質問のある方あるいは付け加えたい方ございましたらどうぞ。

社会復帰施設をたくさんもともと造らなければいけないことは明らかであるが、実際に増やしていくとなると大変な困難があるということですがいかがでしょうか。

他に社会復帰施設をやっておられるかたいらっしゃいますか？どなたか追加ありませんか。

新保：このレジメには確か5年間くらいの計画がのっていると思うんですが、これを財政的に考えて10年くらいが適当なのかどうか。そういったことも後で合わせて考えていただければありがたい。

それから今日はお金のこととか数のことになったわけですが、社会復帰施設が今いろんな、関係者がおられるわけですが、どのような役割期待を関係者の中でされてるのかっていうこともやっぱりきちんと合意を得ていく必要があると思んですね。そうしないと先程申し上げましたように、何でもかんでもになっている。それでいいのかっていうこともありますし、現状ではやむを得ない部分もありますが、先程申し上げたように本来ならもっと必要な社会資源、例えば生活支援センターとか、あるいはいいこの場だとか、そのいいこの場が例えば今度の通所機能にすりかえられてしまっているんじゃないだろうか、ということも含めて考えていただくことによって、社会復帰施設の役割をやっぱりみなさんでこうあるべきだということを、関係者の中から声をあげていただくということが、私どもにとっても必要なことだというふうに思います。又授産施設については訓練をすれば就労可能な方を対象をしているわけです。しかし、訓練をすれば就労が可能な方といっても、長期入院のために就労訓練をすればいいだけでなくて、生活リズムという問題は仮に何たとしても、対人関係のあり方についても援助をかなり細かに並行してやっていかないといけないという難しさがあるわけです。こういう時にかかわるマンパワーが現況では作業療法士は必置でなくなりましたので、精神科ソーシャルワーカーだけでこのことを担うのかどうか大変難しいです。

そして作業療法士の方も仮に非常勤で入っておられたとして、非常勤で計画を立て評価をするだけで就労訓練が可能なかどうか。就労訓練をしていくときに今言った対人関係における問題点を克服していく為に、作業療法士、精神科ソーシャルワーカーと共に例えば、臨床心理士等のマンパワーも受産施設には配備する必要があるんだろうといったようなことを含めて考えていきませんか、例えば労働省関連における職業訓練の中の職業カウンセラーに匹敵するような立場の授産施設におけるマンパワーとは何だろうかということも疑問に思えてくるわけです。ですからかなり社会復帰施設の役割を明確にする中でマンパワーをどのような形で配置し、どの程度その人数を必要とするのかということも合わせてみなさんの中から考えていただければありがたい。現況では授産施設

を利用して昨年度、就労ないしは就労体験をした方は全国平均18%です。これは就労体験といういかたをしたのはちょっと語弊があるんですが、就労としてカウントするのは施設によって異なりますから、一般就労をしてその施設で決めた期間、半年なり3ヵ月なりあるいは1年なりを過ぎた時には、その施設を修了したという形になりますので在籍からははずして又、もどって来た分にはまた新たなカウントになりますので、そういう形で重複する方もいるかも知れませんが、その施設でこの方はもう就労したから在籍を打ち切りましたよという方が18%ということとです。これは他の障害者と比べてどうなのかという点と決して少ない数値ではないということです。職業制度もあまりきちんと確立していない、それから社会の受け入れも決して良くないということとを勘案すれば現況では社会復帰施設はかなり努力をしている成果が見えるというふうに私は思っているんです。

ですから、もうちょっと役割を明確にし、更に周辺の社会資源も増えれば、効率的な社会復帰施設の訓練が営めるでしょうし、利用者にとってもより有効な、場所になってくれるんじゃないか、そういう場合にも冒頭、申し上げました措置施設と利用施設のかかわりの中で、利用施設としての役割を担うのではないかというふうにも思うわけです。そして利用施設の役割を担うにしても、先程のマンパワーをきちんとかと配備して、それなりの効果を上げていくうえでは、ちょっと予算が少なすぎますよ、政策上ももっとその辺を考えてくださいよ、というのが実態になるということです。

樋田：ちょっとすいませんが、ただ今の18%というのは授産施設の数字ですか！

新保：じゃなくて、全体のです。

樋田：作業療法士が必置でなくなったというのは、授産施設の話ですか？

新保：はい、そうです。

樋田：そうですか、計画はOTが書かなければいけないとか、以前はあったと思うんですが、それは今は無くなりました。

新保：今は代理で出来るんです。

樋田：じゃあ、完全にないことになっちゃう。発足当初は必要だったんですね。

新保：はい。

樋田：でも、非常勤ではOTが書かなければ、いけないのは残ってますか？

新保：それは残ってる。

樋田：授産施設にOTが必ず必要だと発足当初はあって、たくさん緩和されてきて、ちょうど精神科デイケアと似てますが、OTが必要だったのが、精神科デイケアは、国立精神の講習を受けた看護婦がいれば、いいとかっていうふうに変わってきたのと同じですか？あと非常勤のOTは必要なんですか？計画は立てなければいけない、その点は残ってるそうです。道下先生。

道下：利用者の施設利用料について、私まだ十分詳しくないので、お聞きしたいと思うんです。あまり高額でない負担できる、だいたい月2万円くらいというふうに聞いていたんです。ある県の非

常に熱心な精神病院のオーナーで、200床くらいの病院の方ですけど、この趣旨に賛成で自分で社会復帰施設をつくられたんだそうです。とにかく病院からの持ち出しが多くて、1/4運営負担のことで、私は口説かれたんですが、その先生の社会復帰施設では、結局病院からの持ち出しにも限度があるので、月に6万の利用料を頂いていた。それが昨年度からですか、その1/4自己負担が解消されるということならば、指導でいわれている2万円位の自己負担で何とか運営していけるんじゃないだろうか。明りが射してきたことを聞いたことがあるんですけど、ちょっとどんなふうな状況か、伺いたいと思います。

新保：利用料問題というのは単に、お金の問題だけではなくて、精神障害者福祉政策等に現状ではかなりからみあっている課題ということになります。

今福祉援護寮を例にとった場合は、まず食事代を福祉事務所が指定する金額の範囲でみてくれます。通例、1日1,200円が最高だと思います。ですから月額3,600円くらいになりますね。

あとは、部屋代の問題があるわけです。この部屋代の問題が利用施設ではあるんですが、措置施設と同じように施設だから出ませんよ、というわけです。ですから、部屋代をどこから捻出するかということになりますね。そうすると、本人の生活費の部分、日曜品費というところから捻出するということになります。そうすると、部屋代というか室料というか、この金額を設定するのがものすごく難しくなるわけです。

生活保護の方は入れないと決めてしまえば、お金をもらええる人、例えば2万円にしようか、3万円にしようか、部屋代を決めた金額をもらええる人を受け入れるということであれば、それはそれでいくらかでも、金額を設定できます。しかし、基本的には長期入院の方が多く、長期入院の結果、家庭が崩壊している。あるいは、家族と離散しているというようなことから、生活保護にならざるを得なかった方々がたくさんいて、そして社会的入院といわれる方々の大方が、生活保護の方なんですよね。

こういうことを勘案すると、社会的入院の受け皿という考え方をした場合には、どうしても部屋代は取れないということになってしまいますね。取れなかったら成り立たないということになりますね。ですから、このところで室料というか、部屋代ということについて、福祉事務所の方で、何らかの形でみてくれないかという思いが運営者の中には、当然出てくるわけです。これを場所によってですが、その辺を福祉事務所が理解して醸出する場所もございます。

しかし、この醸出する方法が難しいんですね、生活保護に限らず、仮に2年の期限があるわけですが、最長3年という期限があるわけですが、どんな短期間であっても、そこに居住するとなると、その施設に住居を移さなければならぬという課題が1つ出てきます。そうすると福祉事務所がそのお金をみましょうと、部屋代をみましょうといった時に、その施設がある市町村が全部、その市町村が単独で賄わなければならないという問題が出てくるわけです。だから、困るという事になるわけです。

今までの措置施設と同じように施設基準だから出せませんよ、という話になってくるわけですが、利用施設の解釈の仕方で、あくまでも利用施設で、保育園と同じだとこう考えて、法律上同じですからそう考えて、そして例えば保育園が隣町から来た人には、ちょっと高い金額を取るとか、公立の保育園の場合は設定する場所もあります。そんなふうな事も含めて、ようするに本人の出身世帯が、それぞれ利用施設なんだから、利用期間中は全ての物を賄いましょうという合意が得られるのかどうか、これも考えなければいけないことです。

そういうことを考えていきませんか、実はその利用料の設定をした時に、困るのは生活保護の方ということになるということです。そういう問題を抱えておりますが、一般的には1/4設置者負担が無くなつてからは、およそ月平均20,000円くらいです。そのうちの内訳は、10,000円くらいは部屋代ということになります。そして5,000円くらいが共通費という形になります。共通費というのは、電気代とか水道代とか、残りは5,000円くらいは今、いろんな諸活動費に当てられるということです。ですから、平均すると1/4設置者負担が無くなると、20,000円くらい、これが援護寮、そして、授産施設の場合は何らかの授産活動をやっておりますので、作業報酬からいただくということになるのが通例ですけども、少ない所で月額500円位、一般的に1日200円位頂いてるのが多いです。

なぜかといいますと、おやつ代とか、そういったものです。いわばそこに係る実費をご本人の実費を負担して頂くというのが通例です。

森山：1/4設置者負担というのは運営費ですか？

新保：そうです。

森山：従来、それがあったのが、設置者負担が利用者に転嫁されざるを得なかったんですが、それが無くなったという話なんですか。1ユニットというのは？

新保：当面の目標としては、二次医療圏に1ユニット作っていいこうということです。

その内訳として、援護寮20名のが1つと、通所、授産施設が1つと、福祉ホーム10名が1つということです、そうすると30名ということです。そのあとはグループホームで考えていくと、これが1ユニットという意味ですか。総合ユニットと書いてありますので、この中に基本ユニットと総合ユニットという書き方をしたと思うんですが。

広瀬：先程病院が施設をやるのをやむを得ない、それでもいいだろうというお話があったんですが、でも、それと今の都道府県ごとにとという単位なんですけども、やはり今の病院の偏在ということからすると、こう地域から外れた山奥とか、その辺に偏在しているという問題から、そこに施設ということになってきますと、結局精神病院が地域から離れたところにあるという、そこで暮らすという部分が解消されないまま、移行してしまう問題があると思うんでやはり、都道府県ごとというユニットがまずいいのか、という気がしたのが1点です。それからもう1つマンパワーの問題ということで、心理士、ソーシャルワーカー等が、特に職業訓練というような位置付けで、いわれた所が

あったと思うんですけども、今現在、仕事をする力が無くて、それを高めれば、就職できるという状況なのか。おそらくそうでは無くて、少々力があって仕事させてもらえないという状況がもっと、大きいんじゃないか。そうすると訓練で高めるということではなくて、かなり多量の薬を使いながらやっているという所でも、うその人がもうベストを尽くして、最大限やったとしても受け入れられないという、職場の実態があるだろうという所からすると、やはり訓練とか高めるというそういう所にマンパワーを高めるという問題でない問題が、まず、一時的にあるだろうという所がすごく、気になったんですけれども。

そういう意味で、障害者の社会復帰という問題設定自体がそもそも、本当は違っていて、健常者社会の障害者復帰みたいな、そういう問題設定が語られたあとにやむを得ず、出てくる所も背負っていくんで、そういう部分があるんだろうなということ、あと、ホームを造るということも、予算の問題でいけば、特に病院ではまずい、やはり問題がある中では、公共団体がですね、県営住宅とか、市営住宅とかそういう所をもっと開放していくという問題がまずあって、その後にこう出てくるものなのかと印象受けただけですけれども。

樋田：第1点ですが、新保さんの話は、病院がこういうものを造るのはやむを得ないというお話、それに対して現在の病院が偏在した所にあっては、そういう所でいろんな算を併設してもですね、本当の問題解決にはならないという意見で、ただ新保さんのお話は、実際問題として、土地であるとか、お金であるとかの出し手がいらないと、そういった力を持った者が、今のところ病院ぐらいしかないという現実があるというお話だと思うんですが、国なり自治体がどれだけお金を出せるようにするかということが1つ大きな課題になるかと思っています。

それから訓練という用語については、新保さんのお話にも、あえて法律用語で統一するというお話がありました。精神保健法、社会復帰施設はみんな何とかの訓練、何とかの訓練という、言い方をしています。実態としては、訓練ではない、あえて使いますといったお話だったんですね。

新保：1点目の質問の打開策だけ、話しておきますけど、山の中に全部偏在しているとは思いますが、そういう所も確かに多いのは、事実です。そういう所に援護寮や何かを造って、どうするのだろうか。先程言ったように、少なくとも生活のあり方の変化というのは現実には顕著に見えておりますので、とりあえず、生活訓練を営むステップとしての援護寮ぐらいじゃないかと思うんです。

そして、そこにいわばブランチのように都市部の方にグループホームなり、あるいは授産施設などを設置していくことを考えていく、そうすれば、現況の枠組みの中では施設の展開は私も個人がやるよりは、かなり、安いと思います。

できることなら、それは誰もがそのように出来るような条件が、整う社会であって欲しいと思います。けども、現況では、それも1つの選択肢で、1つの方法かなということです。

精從でこれから議論をしていく問題だろうと思いますが、やはりかなり強く、自治体が土地を

提供するといった方向を我々としては追求したいと思います。

手林（群馬・三枚橋病院）：新保さんの話を、興味深く聞きました。援護寮へ移って、毎日お風呂に入れるとか、刃物を持てるっていうのは、病院の開放化とか、病院の中での入院生活の工夫で行われますが、取り組みは全体の病院の中でいえば、少数だと思うんです。そういう状況ですから地域でのケアのいいものは、もっと欲しいなあ、という感じはするんです。

私は、ここ15年ぐらい地域化の努力をいろんな人たちとやってきていて、今の病院の周辺には、授産施設が1つとグループホームが今、6カ所あるんですけども、デイケアを始めてる所なんです。やってて非常に不合理なのは、今、具体的な数字を持ってきたので、概数でいうしかないんですけども、20人規模の授産施設に職員4人という基準で確か年間2,000万下回ります。デイケアは大規模でいくと50人で、専任職員が3人で、それも現場で実際やってて、50人に3人っていうのはあり得ないわけですけども、仮にそれを正比例的に20人対象でっていうふうに考えていくと、2倍どころじゃないんです。1人あたりのケアに注ぎ込めるお金がですね。だから私は、新保さんの努力に是非期待するんですけども、最も、基本的な所はその精神保健法という社会復帰施設へ行くのが、医療系のデイケアに行くのが、その活動に投入出来るお金が一緒じゃないと、それはもう、選択のしようがないとか、私達の地域だと本当に近い地域に授産とデイケアがあるんです。それは、職員との関係みたいな所で利用者は、だいたい選んでいるんですけども。活動のバリエーションとかあるのは住み込める人的な接触の等々については、非常に勝負がついてるような所があって、我国では経済原則で縛られますから、今後医療機関は社会復帰施設にとっても手が出せないと思います。そういう意味で予算的に国ははっきり地域ケアも医療に取り込んできている気がするんです。デイケアを中心としてですね。そういう意味では、私は精神保健分野のこのかっこつきでいうゴールドプランの話し合いの中には、朝日先生が言われる意味での、国の考え方としての医療から福祉へとというふうな考え方。そしてそれと同時に医療の中で現場からいうと、精神病院をどう整理するのかというのを、もうはっきりしていかないと又今のようない経済誘導してる限りにおいては、医療が又、地域ケアまでやっていくというふうにならざるを得ない感じがするんです。ですからそういう意味では、社会復帰施設の方では、是非まず第一に金を医療と対等に、二重にケアしたら医療が二重にケアするのと同じによせというのにしないと、我国の精神障害者ケアをずっと医療が担い続けるような気がしてしょうがないんです。

新保：今の論法は極めて長い間語られつつある話し方だというふうに思っています。現実の授産施設を造った某病院が、授産施設をデイケアに切り替えちゃった所もあるわけですから。これは大変な事です。正直言って、経済原則からいったら、その方がいいという事になっちゃいますから。しかし、これが起きているのはなぜかといったら、やはり医療の枠組みの中の社会復帰施設の展開が基底にあったかだと思ってるんです。ようするにその1/4設置者負担そのものです。精神病者はある程度の治療なり、何なり受けければ症状がよくなるとかというふうな形での受益者利益がはっきり

と見える。他の障害者より特に知的障害者と比べた場合です。そんなような事から、いわゆる受益者負担というのをある意味では当然という形で、スタートした部分がある。しかもかなり経済的には国の支出が増えるわけですから、低いところそこでその設定数値を押さえてそれをスタートさせたものですから、こういう問題が起きてきたというふうに思うんです。とすれば、医療の枠の中で、例えばデイケアと同じようなお金を取れるようにしてしまうと考える方がベターなのかという疑問が湧いてくるんです。やはり枠組みは精神保健福祉ではなくて、精神障害者福祉という枠組みを考えると、他の障害者政策と同様のお金を取れる方がいいんじゃないかなと思うか、そして、先程おっしゃられましたように医療が地域ケアを進めていくという事になると、大変な問題が起きてきますので、精神障害者の生活の地域管理だけは許さないようにする。許さないようにするという方は語弊があるかもしれませんが、医療はやっぱり医療の枠の中で精神病という病、すなわち疾患を治療する事に専念して戴き、そして、地域に戻ったら、これは生活者ですから勿論疾病を持っていたとしても、それは病気を抱えた生活者ですから、そういう意味では生活者としての権利を保障するという事を優先しなければいけない。そういう意味でも福祉法の理念にかなうような形で社会復帰施設ないしは、他の関連資源をもっときちんと法律の中に位置づけて統合化していく必要があるんじゃないというふうに思います。そうしながら、きちんとお金を獲得できるようにしていくという事が、私は個人的には必要だというふうに思っております。

樋田：ただいまの話に関しては、精神障害者社会復帰施設が、こう精神保健法によっていろいろな作られてきているけれども、障害者としての位置づけがなされてないです。多くの段階で、障害者でない者はこれは患者であるから、自己負担がじゅうき者負担が伴うのは当然であるというのは、今までのシステムですね。ですから障害者基本法の中に位置づけられてそれがどういうふうに、今後実態化されていくかという課題が出てくるんじゃないかと思うんですが、前の方どうぞ。

山口（日本集団精神療学会）：短いコメントが1つと、それから初歩的な質問が1つございます。先程の朝日先生のお話と同じように新保先生のお話、明解で勉強できて、来て良かったなと思いました。疑問点は、先程の三枚橋病院の先生のお話と重複しますけど、新保先生のお話を伺っておりまして、私達が、先生がおっしゃる社会復帰施設の進捗計画を、進めていく中で一番何かネックかというか、言いかえれば、一番大きな糸口、あるいは突破口はなんだろう。それに優先順位がつくかどうか。一番目は何で、二番目は何でそういうものがあるかどうか。あるいはもちろん同時に全ての事をやるべきかも知れませんが、そこは新保先生の今までの経験を通して、直観的な事でよろしいんでございますけれども。そしてもちろんはっきりさせておきたいんですが、例えばユエザーあるいは私達、ケアテイカーあるいはコミュニティですね、地域社会のいろいろな状態とか状況とか、等々の条件によって違いがでてくるんじゃないかと思うんですが、先生方におまかせすると同時に、私達、精神保健従事者が、攻め口があるとすれば、一番何が大事でとりあえず、何からスタートすべきかという事を教えて欲しいんですけど。

樋田：時間が迫っているのです、やり取りは完結にしたいと思いますが、ただ今の質問は、社会復帰施設を増やしていくのに隘路は何かという事で、これは先程の新保さんのお話にあったと思うんですが地域住民の抵抗、地方自治体の行政当局の無理解、それから土地が手当しづらい、それからお金ですね。それに順位があるかというんですが。本当にできる事なら、いっぺんに解決していききたい事ですね。順位はちょっとつけられません。まず1つだけ言っておきたいのは、社会復帰施設を国が本当に進捗したいなら、少なくとも20年もたったら経営できるくらいのお金は下さい、という事です。

今までのお話の中で見えているのは、国ないし自治体が土地を提供するという事は可能性が高いと見えただんですが、どうですか。ちょっと質問ですが、生活保護の場合には住宅扶助がありますね。それは社会復帰施設に入るとそれが削られてしまうというような話と理解してよろしいですか。

新保：そうです。

樋田：これは自治体によっては自治体の裁量によって、支払われる事もあるとそういう事なんですね。

星野：新保さんの話も朝日君の話もだいたい理解できたと、思ってるんですけど、ここは今、ようするに身内の会議なんですよ。こんな話を身内の会議でやってもしょうがない。ようするに金を握ってるのは、官僚と国会議員ですから。朝日君にも、聞きたいんですけど、例えば政権をとって社会党の議員が朝日さんの言うことをどれくらい理解してくれてるのか、新保さんの話を議員の前でなくちゃしょうがないじゃないかと、そういうふうには僕は思っています。というのは100人に1人が精神病の発生率があるという、地方議員まで入れれば遠縁まで行けば1人くらい絶対相談にかかってくると思っ、だからあらゆる機会にそういう人に会ったら、話をしようと思ってるんですが。そういう意味では、今日話されたお話というのは、身内っていうか医療保健関係者の決意を固めて行くには非常にいい機会であつたと思うんですけどこれが金を実際握っている人達にどういう形で浸透させていくのかっていう方針を朝日君は、言わないとおかしいと僕は思いますね。

朝日：「まさか私に飛んでくるとは思いませんでしたけど、2つだけ。

今の状況で政権を取った村山内閣に直言を申し上げても極めて厳しいだろう。概算要求ご覧になったと思うんですけど大蔵のシーディングがきつくて、例えばこの名前を借りた本来のゴールドプランを新ゴールドプランにしようと思ってもそれが通らない。その財源をどうするか、消費税か、こういう財源問題に必ずぶつか。両方答えを出さないと政府としては出せないという状況にあるので、そういう意味では我々がじゃあどこまで財源問題について判断あるいは提起にできるか。裏返しの話になるんで、そこを留意して出さないと難しいと思います。それから、もう1つは身内の話だということですけど、行政の側からすると、精神医療関係バラバラやないか、言ってくるのとあっち、こっち、あれや、これやええかげんなことばかりいうてきてるといふのがあるんです。だからこれ申しわけないけど、実際それぞれの分野から出されている要求が内部でぶつかりあいし

て、つまりそういう意味では、どう今の政治にぶつかるといふことと裏表の問題として我々の内部固めがまだまだ足りないと思います。

比留間（日本作業療法士協会）：先程の朝日先生のお話で福祉体系事態自体が大きく揺れているだろうというふうな事もありましたし、私たち従来から社会復帰というのは何んなだろうというのがありますし、新保先生が社会復帰施設の役割機能がどうかという事について今、現実社会復帰施設のそのものの設置にまだ違う面で大きな抵抗が生まれてきているのかなというのを実感したわけですね。先程の予算書等を見ますと社会復帰施設の中で考えられることとか単位を考えたときに社会的入院者の70%近くがすでに高齢の方たちであって社会復帰して家庭で引き取るということが非常に難しい状況です。そうすると例えばそれを老人枠や病院類型化の中であてはめてもいい形で地域化はできないだろう。それから今後の政策の公衆衛生審議会の先程の朝日先生の資料5の2の具体的施策がどうしても社会復帰対策と医療対策というように別れてしまう。デイケアの中で細かく見なければいけない、いわゆる手をかけられるような部分、また社会復帰施設でなければいけない、社会復帰施設としての存在意識の中において対応をしてあげないと彼らは生きられないという、我々は何をしてあげたいんだろうというのが残りますと、その辺の中身の事を整理しないで施設の事だけ言うと、やっぱり金のバランスの問題に返されてしまうんじゃないかというのがあります。それから例えば雇用がいかに近づけるかということにつきましても東京都の労働局の平成6年度事業計画案を見ますと障害者能力開発の項目の中に精神障害者の雇用という項目はあるんですがこれは、どちらかというと雇用という問題ではなくて福祉という問題で扱ってらんですね。福祉的対応ということになっている。そうするとやはり一般企業の中に精神分裂病の回復者を雇用してくれといってもこれはやはり非常に大きな抵抗があります。身体障害者についても1000人で0.16の雇用率、法定雇用率をあげようとして、それまでにやはり20年かかっているという状況からすると職業相談の窓口のあたりでもきめ細かなフォローをしないと、実際的な社会復帰施設の一般化していきながら地域保健法やらの基本法と社会復帰施設の精神保健法のそのものあり方を考えていかないと対策にならないで、非常に社会復帰施設の関係者の負担の方が大きいんじゃないかと思います。そこがプランの検討するところだなと感じました。

樋田：今のお話しは新保さんのお話しの中にもあったと思うんですが、社会復帰施設が圧倒的少ない現状では各地でそれぞれの施設が何でもかんでもやらざるを得なくなってくる。それはこういう施設のない病院も同じですね。居住のための援助があるとか身辺の援助であるとかなんでもかんでもやらなきゃならないそういう病院もあっちこっちありますし、まあ1つの悪循環があると思います。時間が迫っているのでもう少しはいいっていきいたいと思いますが、現在の政権が出来た時から、与党がプロジェクトを作っています。3つプロジェクトがあって、大きいのは税金ですね。それと福祉問題、特に福祉プロジェクトには与党の政権維持の生命をかけてると言えます。これ

財源の問題がからんではいきりいえば消費税ですがそれを通す形にしても福祉を強力に全面的に出していくようなことで、実は今週水曜日に与党の福祉プロジェクトの座長これは自民党ですが、江藤さんという二期目の代議士で46歳ぐらゐの大分選出の人ですが、会ってきているんです。そこでそういう話も聞いてますが、現在与党で自民、社会、さきがけ、三党でもって福祉プロジェクト約20名で9月1日に第7回を開いている。そこでせっついているのが官僚大蔵の壁ですね。与党福祉プロジェクトが要求しているのが、ばらばらの三局を統合して総合的な福祉対策を出せないのかっていうようなことでやっていると事でした。できれば来年4月からにでもめどがつくようにしたい。それは結局、それをはっきり打ち出せないといわゆる消費税の問題もクリアーできない。もう1つには、全国社会福祉協議会これは十数年以上前からその中の研究資料の中で、やがて福祉財源は行き詰まるので福祉は保険制度を導入する必要があるというのがかかなり十数年前から出ていて、それが具体的な形になってきたのが介護保険の構想であらうかと思います。その中で福祉の財源はかなり保険の枠組みでやっていく方向に今後出ていくんだらうかと思います。その限りでは政府の負担は、直接国民の税金である負担で減ってくる代わりに保険税、国保税、介護保険料といった感じの方向がみられると思います。その辺はこれから来年にかけていろいろな面で大きく変わらうとしています。その中で朝日さんとも言われたように精神保健関係者の団結ですね。統合といえますか、そういったものは今後益々必要になってくると思われるので、精従懇としても周りの方々を集めて結集して頂きたいと考えます。またこのシンポジウムは、2、3ヵ月づつ間をおいて継続して行きます。尚、福祉プロジェクトの話によりますと名称はノーマライゼーションプランでやらうとしている話でした。ゴールドプランは老人向け、ノーマライゼーションを打ち出そうとしてると、今のところそれに官僚が引っ張られて抵抗してるという感じのようです。終りの方せわしいまじめになりましたけども、取りあえず第1回目のシンポジウムを終わりにしたいと思います。どうもみなさんありがとうございました。

次回は12月3日です。3回目が1月21日の予定になっておりますので引き続きご参加下さい。

— 変わり行く日本の精神保健医療と福祉
— 精神懇連続シンポジウムの記録 その1 —

編集発行：精神保健従事者団体懇談会

〒113 文京区本郷3-38-11

本郷スカイビル

日本精神神経学会内

☎：03-3814-2991 Fax：03-3814-2992

発行日：1995年5月27日