

# 変わり行く日本の 精神保健医療と福祉

## — 精従懇連続シンポジウムの記録 その2 —

大島 巖「精神障害者生活援助サービスの現状と課題

—必要とされる社会資源数を当事者ニードから検討する—」

森山公夫「あるべき地域精神保健システムの基本プラン

—精神医療改革の視点から精神保健ゴールドプラン

(ノーマライゼーションプラン)を展望する—」

精神保健従事者団体懇談会

## は じ め に

大変遅くなり申し訳ありませんでしたが、94年12月4日に行われた第2回シンポジウムの記録をここに発行します。

第1回シンポジウムの記録は95年5月に「精従懇連続シンポジウムの記録 その1」として発行して、すでに多くの方々のご好評を得ています。

第3回シンポジウムの記録は、後半の録音に不備があったため、作成に難儀していましたが、調一興氏の講演をより新しい情報と情勢にもとづいた論稿に差し替える方法で編集し、「記録 その3」として近日中に発行する予定ですので、ご期待下さい。

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回以上の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するのがやっという状況に陥りがちでした。

精従懇は「地域保健法」制定に際しては「精神保健ゴールドプラン」の策定を要望し（94年9月）、「新障害者プラン」の制定に向けて具体的な提言を行い（95年10月）、積極的なビジョンづくりと政策への提言をめざしつつあります。

我々が94年9月から95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かな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。95年12月には「障害者プラン」（ノーマライゼーション7か年戦略）がすでに発表され、この記録集の発行が時機を失していることは否定できませんが、今の機会に気鋭の論者の提言をプランとつき合せて見ることは、今後の日本の精神保健医療と福祉を考える上で大変有意義なことであると思います。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こと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。

1996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（94年9月1日） .....                   | 6  |
| 「新障害者プラン」の策定に際して、精神障害者施策の充実を求める要望書<br>（95年10月28日） .....     | 9  |
| 第2回シンポジウム（94年12月4日） .....                                   | 13 |
| 開会の挨拶 樋田精一 .....                                            | 14 |
| 精神障害者の生活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ズから検討するー 大島 巖 .....                       | 16 |
| 資料1 講演レジュメ .....                                            | 29 |
| 同 図表 .....                                                  | 36 |
| 資料2 精神障害者の保健福祉ニーズ .....                                     | 53 |
| 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（ノーマライゼーションプラン）<br>を展望するー 森山公夫 ..... | 61 |
| 講演レジュメ .....                                                | 73 |
| 質 疑 .....                                                   | 78 |



## 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「精神障害者の生活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ズから検討するー」

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（ノーマライゼーション）を展望するー」

### 第3回 （1995. 1. 21）

浅井邦彦「21世紀へ向けた『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6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しました。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、関係の皆様に応じ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広がっており、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。

平成7年10月28日

厚生大臣

森 井 忠 良 殿

「新障害者プラン」の策定に際して、精神障害者施策の充実を求める要望書

精神保健従事者団体懇談会

代表幹事 高 橋 一

樋 田 精 一

森 山 公 夫

〈連名団体〉（50音順）

（社）全国自治体病院協議会 精神病院特別部会

全国精神医療労働組合協議会

（社・福）全国精神障害者社会復帰施設協会

全国精神保健相談員会

全国保健・医療・福祉心理職能協会

全日本自治団体労働組合衛生医療評議会

地域精神保健・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

貴職におかれては、精神保健医療・福祉の充実について、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。

わが国の精神保健医療・福祉対策は老人対策に匹敵する国民的課題であり、その改善のために国・自治体を含めた包括的かつ体系的な長期計画の策定が必要であることを、私ども精神保健医療・福祉従事者は以前から訴えてきました。特に昨年の「地域保健法」の制定に当たっては、地域精神保健の改善を含めた包括的な長期計画（精神保健ゴールドプラン）の策定を、厚生省に対しても強く要望させていただきました。

その後厚生省では「障害者保健福祉施策推進本部」を設置され、障害者の自立と社会参加、地域生活の支援のための施策について総合的な検討を精力的に行い、今年7月25日に「中間報告」を発表されました。その熱意と努力に私どもは敬意を表します。この報告が「ノーマライゼーション」を基本理念として「すべての人が障害の有無や程度を問わず、生き生きと暮らしていけるような社会」を目標に掲げ、身近な市町村を中心にして、障害の種別や保健医療と福祉の縦割りを越えて、障害者の地域生活を支援するための「新障害者プラン」の策定を提案したことを私どもは支持し、この「新障害者プラン」によって精神障害者施策の改善が実現することを期待しています。

しかし、これまでの精神障害者に対する国の施策は常に立ち遅れて、劣悪で閉鎖的な環境の病院に精神障害者を長期間入院させる隔離収容的な医療が処遇の中心として続いてきたことを考えると、わが国精神障害者施策を「ノーマライゼーション」の理念にかなう程に充実したものにすることは容易なことではありません。精神障害者の地域生活を支援するための制度と施策の遅れは、保健、医療、福祉各領域で今なお深刻です。保健の領域では、「地域保健法」改正で市町村の役割の強化が打ち出されましたが、精神保健は市町村の業務として位置づけられませんでした。医療の領域では、「医療法」改正による医療圏設定と機能分化構想の中で、精神科医療は内科や外科のような一般医療と同様にプライマリーケア、救急医療から専門的治療まで広い需要を持っているにもかかわらず、「特殊な医療」と見なされて、身近な医療圏の中での地域医療から排除されたままです。福祉の領域でも、「障害者基本法」の制定によって精神障害者も障害者福祉の対象として認知されましたが、他の障害者に行われている人権の擁護と福祉の多くの施策がまだ精神障害者には行われていません。

精神障害者の「ノーマライゼーション」を実現するためには、上に述べた保健、医療、福祉の制度と施策の遅れと歪みを是正するとともに、精神障害者の地域生活のために必要な社会資源を飛躍的に拡大・整備し、同時に精神科医療の供給体制を抜本的に改善することが必要です。「新障害者プラン」による精神障害者施策を充実したものとするため、当会は以下の要望項目を取りまとめましたので、その趣旨をご理解いただき、諸施策に必要な費用を確保し各自治体に配分することも含めて、充実した内容と実効性のあるプランづくりをお願いいたします。

## 要 望 項 目

1. 精神障害者の人権の擁護と福祉のための施策を充実させ、他の障害者と同等の水準の施策を保障すること。

精神障害者に対する人権擁護と福祉の施策は他の障害者に比べても著しく遅れている。人権擁護の施策としては、①道路交通法・労働安全衛生法・優生保護法・その他の差別・欠格条項の改正を行う、②精神保健福祉法の保護者制度を見直し、権利擁護のための法定代理人・後見人制度を確立する必要がある。

福祉施策としては、③福祉施策の設置・運用基準の格差を是正する、④公共住宅への優先入居を行う、⑤障害者雇用促進法を適用し、地域障害者職業センターの利用や法定雇用率の適用により、企業への就職を促進する、⑥障害者手当の適用、障害者年金制度の改善など所得保障を充実する、⑦ホームヘルプ、ショートステイ等の住宅介護援助を行う、⑧これらの福祉施策を担うマンパワーとして精神科ソーシャルワーカーと心理職を早急に国家資格化する必要がある。

2. 精神科病院の長期入院者の退院を計画的に促進し、不安なく地域生活へ移行できるように援助すること。

長期入院者の地域生活への円滑な移行を図るために、精神科病床のある病院や社会復帰施設に精神科ソーシャルワーカー等の社会復帰を担当する専門職員の配置を義務づける、各病院での退院促進計画の策定を奨励する、退院した精神障害者が地域で自立して生活するための受け皿となる社会資源を周辺の市町村で整備する、等の対策を精神保健福祉センターまたは保健所を調整・指導役（コーディネーター）として年次計画を立て推進する必要がある。

3. 精神障害者の地域生活を援助する保健福祉施策を、「市町村障害者計画」に明確に組み入れ、早急に実施すること。特に以下の施策・施設は必ずこの計画に盛り込むべきである。

- ① 市町村保健センターに（あるいは「生活支援センター」を設置し）精神保健福祉相談員を配置し、相談員、保健婦と医師等による精神保健福祉相談と訪問援助を業務として実施すること。
- ② 「住む場・生活する場」としてはグループホームを、市町村に必ず設置し、需要のあるかぎり早急に増設すること。
- ③ 「働く場・活動する場」としては「小規模作業所」を精神保健福祉法と国の政策の中に明確に位置づけ、費用の援助を充実し、市町村に必ず設置し、増設すること。
- ④ 「クラブハウス」の設置などにより当事者活動の活性化を推進すること。

4. 社会復帰施設（援護寮・通所授産施設・福祉ホーム）は人口5～10万人以上の市には必置とし、

それ以下の人口の市町村では複数の市町村で広域的圏域を設定し、人口10万人当たり各施設を少なくとも一つずつ（援護寮20名・通所授産施設20名・福祉ホーム10名で合計50名が利用できる）設置することを当面の目標にして整備すること。

5. 精神科医療についても一般医療と同等の医療圏設定を行い、一次医療圏では、診療所や一般・総合病院に「受信しやすい」精神科外来を整備し、二次医療圏を中心に総合病院有床精神科と病院間の連携を活用して、救急医療、身体合併症治療、各種の専門治療の医療体制を整備すること。
6. 精神科医療での医療法特例を廃止し、一般医療と同等のマンパワーを配置し、入院患者の療養環境（アメニティ）を改善すること。また総合病院への精神科の設置を推進すること。
7. 精神障害者の保健福祉に関する保健所と精神保健福祉センターの役割を明確に位置づけること。  
保健所は広域的圏域における中心的な機関として、精神保健福祉センターは都道府県における指導的な機関としての位置づけが必要である。
8. 精神障害者の保健福祉施策の策定・推進機構として「精神保健推進協議会」と「生活支援センター」を設置すること。
  - ① 精神保健推進協議会は広域的圏域ないし保健所圏域で当事者・地域での活動を実践している関係者・有識者を含めて構成し、そ圏域での包括的な施策の策定・推進を図る。
  - ② 生活支援センターは市町村ないし保健所圏域で相談・訪問・介護援助等の具体的サービスを提供し、関係機関のコーディネーターとしても機能する。

以上

## 第 2 回 シンポジウム

開催日時：1994年12月4日

会 場：サンケイ会館

### 開会挨拶

樋 田 精 一（精従懇代表幹事、日本病院・地域精神医学会）

### 司 会

新 保 祐 元（精従懇幹事、全国精神障害者社会復帰施設協議会）

樋 田 精 一（精従懇代表幹事・日本病院・地域精神医学会）

### シンポジスト

大 島 巖（東京都立大学人文学部社会福祉学科助教授）

森 山 公 夫（日本精神神経学会副理事長、陽和病院院長）

## ■ 開会の挨拶

樋田 精 一 （精従懇代表幹事、日本病院・地域精神医学会）

新保（司会）：只今から精従懇の精神保健ゴールドプランの策定を求めている第2回のシンポジウムをおこないたいと思います。ご承知の通り、私どもが、この精神保健ゴールドプランの策定を考えようじゃないかといった以降、急速に厚生省内部でも、精神障害者の将来計画にわたる指針をだそうという動きが見えてまいりました。とみに、それは活発化しておりまして、むしろ私どもが考えていたよりもテンポが速い状況にあります。そんな中で、では、そのテンポに追いつかなければいけないのかどうかというのは、別に致しまして、そのような、渦中でむしろ精神障害者にかかわる課題を、じっくりと考えるというのも、一つの方途だと思います。早速ですが、時間が遅れておりますので、精従懇の代表幹事でもあります、樋田より御挨拶頂きます。

樋田：只今紹介頂きました、精従懇の代表幹事の一人を務めさせて頂いています樋田です。日本病院・地域精神学会の理事長をします。この代表幹事は、日本精神神経学会それから、日本精神医学ソーシャルワーカー協会と日本病院・地域精神学会のこの三者によって構成されています。今、司会の新保さんからちょっとお話がありましたように、昨年11月の障害者基本法成立以来、事態が急速に動いています。御存知のように、政局もいろいろ動いてまして、自民、社会、連立政権が発足した7月から、与党の中に福祉プロジェクトというのがスタートして、活動しています。国内の政策課題としては、行政改革、税制、福祉の三つが、国内の課題であるとされて、行政改革、税制については一応進んでいます。福祉プロジェクトが、その一つとして進んでいるのですが、9月1日、福祉プロジェクトの中でこういうまとめがあります。「障害者基本法の考え方にに基づき、障害者についての新しい計画、ノーマライゼーションプランといったものを、まとめることを検討すると、そこで数値目標のようなものが設定出来るかどうか検討すること、都道府県、市町村計画の策定状況も念頭におくこと、3局参加で、バラバラに行っている厚生省の障害者施策推進体制についても検討すること」、これは行政改革とからんでいくと思われます。これは、9月1日段階のまとめで、9月22日には政府内に厚生省の事務次官を中心に事務局を援護局において、障害者施策推進本部というものが発足しています。この流れをうけて、精神保健課の中でも急遽、例えば公費、29条、32条の一部を保険優先に切り替えて、社会復帰施策にまわそうという話とか、あるいは障害者手帳の話であるとか、いろいろなものがでてまいりました。この中では、消費税の7%か5%かという攻防があって、それをにらんでの動きであったわけです。こういう中で、行革とからんで政府のなかでも障害者施策の一本化という動きが進んできています。その中で我々精従懇もゴールドプランに匹敵するような精神のプランを作ろうということで、このシンポジウムを連続して行っています。先の精神保健法の見直しの中でも明らかになりましたように、精神保健課だけでは、なかなか他の部局との関連があって、例えば、保護義務者の問題であるとか、その代替制度をどうす

るかという問題だとか、かなり大きな層の連携が、これから必要であろうかと思います。そういった意味で、精從懇でこの場は一つの学習会であろうかと思いますが、これを進めていく意義は大きいのではないかと思います。繰り返した、来年1月にも更に障害者協議会の調一興氏を呼んだり、いろいろ考えておりますので皆さんよろしくお願いしたいと思います。では、簡単でしたが、御挨拶にかえさせて頂きたいと思います。

## ■ 精神障害者の生活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

大 島 巖 （東京都立大学社会福祉学科）

私の報告では、精神障害者の生活援助サービスの現状と課題について、必要とされる社会資源を当事者ニードから検討する。ポイントは当事者ニードからの検討という点におきたい。

この視点は、私が研究者として一貫して持ってきたものである。私は、前の職場である国立精神神経センター精神保健研究所では精神保健計画部という政策的研究を行う部署に所属していた。政策研究には大きく二つの方向性があり、全体の社会システムの政策の中から個別の政策を考えていく立場と、個別領域のニードを集めて一つ一つ必要な政策を考えていく立場と二つある。私は後者で、ミクロ政策学の立場から仕事をしてきた。それも、出来るだけ実証的な手法を用いて問題にアプローチするよう心がけている。

また、当事者ニードの視点については、私が全国精神障害者家族会連合会（全家連）と大変深い関係を持って仕事をしていることと無関係ではなかろう。現在、東京都立大学社会福祉学科に籍をおいているが、一方では、全家連の保健福祉研究所の仕事を中心的に取り組んでいる。

さて、まずニードの考え方について整理しておきたい（資料1、資料2参照）。

最初に、なぜニードかという点である。有限の資源を配分する方法には2つあると言われている。市場を経由する方法と、公共部門を経由する方法である。特に、保健や福祉の領域では、市場原理では適切に資源配分が行われないので、公共部門を経由することによって資源配分することが基本になる。その際、配分の基準になるのがニード概念なのである。これについて、イギリスの社会政策のリーダーであるティトマスは社会市場という概念を用いて、社会市場におけるニードを、経済市場における需要と対応させて使用している。

次にニードの定義だが、三浦文夫の定義がよく用いられる。三浦文夫先生は、日本社会事業大学の学長で、近年の福祉改革をリードしてきた中心人物である。本シンポジウムで課題となるゴールドプランの策定も、その流れの中で作られたと考えることができる。

さて、その定義だが、「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたもの」である。この定義は2つの部分からなっている。一つは、「ある種の状態」が「乖離の状態」であること、福祉に欠ける状態にあることだ。もう一つは要援護状態で、これは依存状態からの回復・改善を行う必要があると社会的に認められたものを言う。いろいろな福祉に欠ける状態があるが、何らかのプラオリティをおいて資源配分を行う基準が必要になる。

次に、いま述べた基本的な考え方に基づいて、精神障害者の保健福祉ニードを一通りさらっておきたい。

まず、精神障害者の福祉に欠ける状態だが、この問題を考えやすくするために、精神障害者を2つの類型に分ける。

第一群の精神障害者は入院中の障害者である。2割～6割が地域に適切な受け皿があれば退院できると判断されるにも関わらず、そして患者本人の約6割が退院の意志をもっているにもかかわらず（精神神経学会調査、1991）、身体的な自由を制限された病棟での生活を余儀なくされている人たちである。その生活は、一般国民の生活レベルに比べて制約が多く、内容的にも恵まれていないことが多い。しかも、それが長年月に及んでいる。

いま一群は、社会生活上相当な困難を抱えながら地域生活を営んでいる精神障害者たちである。彼らの多くが経済的に困窮し、生活保護を受給し、ある人はアパート入居など住宅の確保に苦勞し、さらに、職を得たくても得られずに失業状態にあったり、対人的孤立状態に陥っていたりする。また、60歳を過ぎた高齢な親から一人立ちしたくても、それができずに家族に対する依存を余儀なくされている。

これら各群の実情をデータで確認しておきたい。

まず図表1は、厚生省の平成2年患者調査による精神障害者の年齢分布である。入院者の分布は、ほぼ50歳に分布のピークがある。精神分裂病者についても、年齢のピークは50歳前後にある。35歳～65歳に4分の3以上が分布していることになる。一方、在宅者の年齢分布だが、これも必ずしも若くない。分裂病について、40歳前後に分布のピークがある。いずれにしても、その40歳代から50歳代、そして60歳代にさしかかる年齢層の人たちの問題を我々は主に取り上げようとしていることを、ここで確認しておきたい。

そこで次に、全国の精神病院に入院する患者の施設生活の実情と福祉ニーズ調査の結果を、我々の調査結果から見ておきたい。この調査は、調査協力を申し出ていただいた全国の精神病院154施設に、精神分裂病で1年以上在院している方を対象とした調査だ。障害者本人が調査票に自ら回答し郵送で返送する方式で行ったが、6,400名から回答があり、回収率が7割と大変大きな反響を頂いた（入院群）。比較対照のために、精神保健法による社会復帰施設の入所者にも同様の調査を行っている（施設群）。

まず表2だが、入院群の基礎属性は、平均年齢が50歳、罹病年数が約20年、今回の入院期間が13年程度になる。

施設内の生活を、図表3～6までに示した。これはご存知の方なら当たり前の結果が示されているのだが、社会復帰施設群と比較すると大きな差があることに改めて驚かされる。たとえば、図表5の入浴については、入院群では週2日が半分を占めている。それに対して施設群は3日や4日が多く、「その他」には随時入れる場合が多く含まれている。この生活上の差はかなり大きいものがあるように思う。協力病院は社会復帰活動等に関して、かなり努力している病院だから、この結果は全国的には優れていると思われるが、それでもこのような差がついているわけだ。

最近、老人関連施設の施設サービス基準が出された。これは、施設生活のノーマライゼーションという考え方に基づいた基準だが、これを見ると、たとえば入浴については、最低限シャワーはいつでも浴びられるようにしなければいけないとか、入浴時間帯は午後が望ましいとか、居室に関しては二人部屋以下であるとか、食事に関しては食器は木製品や瀬戸物を中心にするようにとか、標準的なサービスを示す基準が出されている。我々からすれば夢物語のように見えるが、他の福祉領域では常識になりつつあることをきちんと認識しておく必要があると考える。したがって、社会復帰施設の状況は、他の福祉領域では常識的なことで決して特異的ではないことに留意が必要だろう。

他の調査結果を通覧しておきたい。

退院を考える時、いつも家族が登場して来る。家族問題をどう位置づけていくのかは、保健福祉施策を考慮する基本問題だろう。それに関連した資料を示しておきたい。

図表7は、先ほどの入院患者調査の結果だが、6割程度が「退院したい」、「退院を考慮している」人になると8割を占める。そのような対象者の中で、どのような退院イメージを持っているかを見ると、「家族のもとに退院したい」と回答する人が多い。たとえば、「家族にしてほしいこと」を聞くと、「退院させて面倒見る」という期待を持つ人が3割近くいる。これは、社会復帰施設の2倍くらいである。社会復帰施設の対象者の回答を見ると、家族に「特に希望はない」や、せいぜい「話を聞いてほしい」という、家族として最低限の精神的支えになる程度の期待は持つが、あまり家族に多くを期待してはいない。これは、年齢や家族状況、現在施設入所をしていることを考えると順当な判断と思うが、他方、入院患者は家族に期待をしなければ退院できないと思こんでいるのではないかと考える。これは、社会資源に関する情報が彼らに届いていないという背景もある。図表2に戻って、健な家族を見ると、入院群は施設群に比べて1割ぐらい親世代が少ないことが見て取れる。それにも関わらず、家族に対する期待が高いのだ。

続いて、図表8は、退院を促進する条件に関する厚生省の83年実態調査の結果である。この調査では、ご存知のように、退院可能性を主治医が評価する調査項目が用意されている。「条件が整えば退院可能」「すぐにでも退院可能」を合わせて約3割が退院可能と判断されている。さらに、「相当な困難があるが退院可能」の27%を加えると57%になる。その57%の退院可能性のある入院患者に、「どのような条件が整えば退院できるのか」を判断してもらった結果が図表8になる。ご覧の通り、「家族の受け入れ」というのが他を引き離してトップで4分の3を占めている。「その他の社会資源」は微々たるものだ。寝泊まりできる場所は「社会復帰施設」だが、2割程度の選択率であった。この図に若干の補足をすると、「家族の受け入れ」の76%は、保護義務者が「親」であるか「同胞」であるかによらず、この値はほぼ同じだった。また、本人年齢が高齢化するほど受け入れが大変になることが知られているが、それにも関わらず76%の選択率は年齢階層別にほとんど差がなかった。このように、本人あるいは専門家の皆さんの判断はこの調査当時このような状況だったということである。この調査は10年以上も前の結果なので最近はいくぶん変わっていると思うが、

それでも意識に潜在する部分もかなりなるのではないかと推測する。

これに対して、家族の実情を見ておきたい。

図表 9 は、家族の世代交替の状況だ。先程図表 1 で見たように、日本の精神障害者の中核は40歳代から60歳代の人たちである。ところが、その年代の人たちに、ちょうど親世代から兄弟世代への世代交代が起こっていることがわかる。そして、図表10～12の通り、世代交替に伴って、家族ケア力が確実に低下することがわかるのである。そして、図表13～15の通り、親が高齢化するにつれて、世話する能力が失われていくことがわかる。そして、結果として、現在精神障害者を世話する家族の年収や健康状態等が非常に厳しい状況にある。世帯年収は平均約 200万で、健康状態が具合が悪いと答える人が約 4 割、それから無職・年金生活という人が約 3 割という状況である。図表16に示したように、家族が生活上の困難として訴える内容は、「将来の見通しがたたない」を筆頭に様々なものがあげられているのである。

この家族の受入れの条件や受入れの意識が長期入院にも深く関わっている。図表17の通り、長期入院の背景には、受け入れに否定的な家族の意識があり、さらにその背景には、家族を取り巻く劣悪な資源的な条件があるのだ。次に図表18では、判別分析という方法で長期入院か短期入院かの別を、家族の条件でどの程度説明できるかを検討した。その結果、判別一致率で見ると、主に家族の条件で約 8 割くらい判別が可能だった。年齢や健康状態など、家族の客観的な困難条件だけでも 7 割程度の判別が可能である。これが、入院患者の受け皿に想定されている家族の実態なのである。特に、患者の年齢が50歳を過ぎる状況の中では、家族の受け入れはほとんど期待できないということが実証できたのではないかと考える。

次に第Ⅱ群の、地域で生活する精神障害者の状況を、単身生活者に焦点を当てて見ておきたい。私は、神奈川県川崎市と大変深い関係をもって仕事をしている。川崎市は、地域精神保健活動に関して全国を先んじているところがある。リハビリテーション医療センターという施設があり、そこを中心に、周辺に 100人以上の患者たちが支えられながら単身で生活している。

川崎市は、人口 1 万人当たり、精神病床数がだいたい11床程度である。そのような地域で、市内の医療機関を受療する市内在住精神分裂病者の 3 分の 1 無作為標本に対する生活実態と福祉ニーズに関する調査を行った。その結果によれば、単身生活者が全通院分裂病者の24%を占めていた。この値は、83年厚生省の調査がだいたい 5 %だから、約 5 倍ということになる。地域生活が実現するのは大変結構なことだが、その生活がどうなのかを概略しておくことにしたい。図表22の通り、「単身者」とその他、特に「家族と同居」を比較すると、建物の形態については、「木造アパート」が78%で、圧倒的に多くが木造アパートに暮らしている。また、最近 2 年間の転居の有無については、約 2 割が転居を経験している。住生活環境の状況については、「交通の便」や「通院の便」は、わりあい病院の近くに暮らしているのでまあいいのだが、それ以外については、単身群は極めて厳しい状況にある。「日当たりの具合」が不良で、「老朽化」が進み、「立ち退き要請の可

能性」が高く、そして、「今の住居への満足度」が低い、というのが本人たちが捉えた住生活環境の現状なのである。

これ以外にも、生活保護受給率が約6割であり、日中の活動の場についても、役割を持たないものが28%あり、また、支え手の面で身近な援助者に欠けること、身体合併症を持つものが家族同居群の24%に対して50%あることなど、いずれの生活面においても大変深刻な状況にあることがわかった。

以上を踏まえて、いま一度、資料1に戻って、第Ⅱ群の精神障害者、すなわち現在、地域で生活している精神障害者達は、入院中の方々に比べれば恵まれているとは言え、彼等の地域生活は、いま見てきたように様々な問題をかかえているのである。

加えて、家族の問題もある。先程触れたが、平均65歳以上の高齢の親から一人立ちしたくても、それができずに家族に依存することを余儀なくされている。彼等はかろうじて地域生活を維持しているのだが、先程みたとおり、世代交替が目前に迫っている。ここ10年のうちくらいに、それがおこる可能性が極めて高いのだ。そうすると、これまで地域で頑張ってきた、親が死ねば結局は病院に入るしかない、と語る障害者本人および家族はかなり多いのである。

以上述べてきたことは、関係者がそれぞれの職場で経験していることを、数字を用いて整理し直したまでのことである。改めて、このような形で整理してみると、他の福祉対象者、そして、たいへん豊かになった日本の一般国民の生活状況を考えて明らかに乖離の状態にあることが、あからさまになるように思われる。そして、このような状態に置かれることは明らかに「おかしい」ことであり、早急に何らかの手だてを講じなければならないことが目に見えて来るのではないかと考える。

1980年代以降、社会福祉の領域では福祉改革が盛んに進められている。これは、戦後間もない時期に問題となった、緊急的生存権の問題がある程度解決してきたので、一般国民のニーズが多様化し、その幸福追求権を満たすためには、福祉サービスにプラオリティをつける必要が生じたためである。そのために、場合によっては市場メカニズムを使いながら、必要な福祉的援助施策を考慮しなければならない状況になったのである。しかしながら、精神障害者の生活問題は、言ってみれば戦後間もない時期の緊急的生存権が問われる時代のそれとすることができるのではないだろうか。そのことを、我々はもっと一般国民に向かってきちんと発言していく必要があると思われる。

さらに、その上に立ってもう一点重要なのは、精神障害者に対する要援護性の社会的判断をどのように考えるかということである。要援護性に関しては、いくつかの基準がある。これについての詳細な議論は、時間もだいぶまわってきたので、資料2の59～61頁（本誌55～56頁）を読んでいただきたい。

とりあえず、我々が注目しなければならない問題は次の2つだろう。1つは、他の福祉対象としての公平性の基準、もう1つは、問題発生の社会的責任性の基準である。まず、公平性の基準については、資料2の64頁（本誌57頁）に述べた通りである。すなわち、この基準の科学的認識に大き

く貢献をしたのは、1980年に公表されたWHOの国際障害分類だろうと思われる。そこでは、精神障害も、他の障害と同じ構造を持つ「障害」があることが明確に示されているのである。同じく障害を持つために、先ほど見たような様々な生活上の困難を抱えるとすれば、同様に援助するのが行政における公平性ということになる。障害老人等が、先程の老健・特養サービス評価基準を満たす施設処遇を受けるのであれば、同レベルのサービスを、精神障害者も当然要求できるはずなのである。

そして、いま1つの基準である社会的責任性について考えてみたい。これについては、いくつかの視点があるように思われる。1つは、施設症と呼ばれるものである。施設症とは、精神病院など収容施設への長期収容に伴う、特有の症状、すなわち無感情、主導性の欠如、従順さ、非個人的なものに興味を失うなど特有の退行現象や受身的依存性を引き起こす状態をいう。これらは、精神障害者の社会的処遇に関わる「社会的不利」レベルの問題ばかりでなく、「能力障害」やさらには「機能障害」のレベルにまで絡む問題を、本来治療機能を果たすべき精神病院が生み出してしまったことを意味している。そして、その長期入院を生み出したのが国の政策であることも重要である。ご承知の通り、昭和30年以降の国庫補助とか、医療金融公庫の融資により精神病床が政策誘導的に増床され、そして、それを低医療費政策が支えたのである。いま一つ意外に精神医療関係者で議論されないことだが、国が精神障害者のための社会資源の整備を怠ってきたことがある。すなわち、昭和40年代に他の障害者たちが、高度経済成長によって向上した国民一般の生活水準に近づくべく社会資源を整備し、その結果欧米に比べてあまり遜色のない障害者福祉施策を確立して行ったにも関わらず、精神障害者は同じ障害者でありながら、その恩恵に与ることができなかったのである。そして、むしろ時代に逆行するように施設への囲い込みが進められて行った。その結果、精神病院での生活にしか生きる道を与えられなかった精神障害者たちが、病院に残留し、現在長期入院する患者の中核群を形成する事態に至っている。

このように考えると、現在、50歳をピークにする団塊の世代とも言える精神病院長期入院者たちは、社会の不適切な対応による被害者と見ることができよう。したがって、本来なら「補償」の対象になる人達だということもできるのである。このことは、良識のある一般国民にも十分理解して頂ける話ではないかと考える。我々は、もっときちんと一般の人たちにこの事実を伝えていく義務があるように思われる。

以上見てきたように、精神障害者の保健福祉ニーズについては、国の保健福祉施策全体の中で、かなりのプラオリティをおいて取り組まなければならない領域だろうと考える。これは、これまで見てきた筋道で考えれば、きわめて明かなことではないかと思われるのである。

さて、以上の前提に立って、精神障害者にとって必要な保健福祉サービスは何かを検討して行くことにしたい。このことは、いろいろなレベルで考慮しなければならないが、これから主にお話するのは、福祉にかける現状に対して、専門家サイドが判断する、必要な援助サービスの話が中心に

なる。しかし、ニードがあくまでも当事者主体に属するものという点は強く意識して置かなければならないのである。すなわち、障害者本人たちが何を望んでいるかを、まずは最も尊重していかなければならないのである。

それで、専門家が判断する必要なサービスの話に入る前に、当事者側の要望がどのようにだされているのかを見ておくことにする。ところで、いま私は「当事者」と言ったが、これは「家族」を含めて、「当事者」あるいは「当事者サイド」と呼んでいる。図表19、20は家族が希望する制度や援助サービスである。図表19が入院患者を抱える家族の場合で、図表20は在宅患者を抱える家族が必要とする援助サービスである。

まず、図表19の方だが、これを見ていただくと、病院と福祉の「中間施設」が、他の回答を頭1つ抜けて高い。これは、先ほど見た精神病院の実情に対して、もう少し生活を重視した場を期待しているように思われる。また、「共同住居」も、比較的多く選ばれており、入院患者を抱える家族の気持ちとしては、生活の場をもう少しなんとかして欲しいという希望を持っていることが見えてくる。

それから次に、図表20は在宅患者を抱える家族の要望であるが、入院群に比較して「生活の場」の要望はあまり高く出てこない。これに対して、「職場」であるとか、「デイケア」や「作業所」が高くでて来る結果になっている。もちろん、「身近に相談できる専門家」や「精神科救急システム」も多く選ばれており、入院患者を抱える家族の場合も同様であるが、入院患者の場合と在宅患者の場合の違いでは、「生活の場」を選ぶのか、「活動の場」を選ぶのかといった違いがあるようだ。

次に、精神障害者本人が必要とする援助サービスについて見ておくことにする。図24は、先ほど紹介した川崎ニード調査からのものである。多く選ばれているのは、まず「精神科救急システム」であり、次に「家族教室」だった。「生活の場」については、「公営住宅の優先入居」が多く、「グループホーム」はやや少なめになっていた。また、「活動の場」については、「同病仲間の集まり」が比較的多く選ばれていた。

以上が、当事者サイドの要援護性の判断である。これは、表明されたニード（expressed needs）ということもできよう。

次に、専門家による判断に基づいて、ニードをもった精神障害者の数を推計していくことにしたい。

資料1にもどって、援助を必要としている精神障害者の推計についてみると、障害者の全体数は、先ほどご紹介した平成2年の患者調査の結果で見ると、精神疾患で外来通院者が116万人、そして入院患者が33万人で、あわせて150万人になる。このうち、分裂病については、入院が21万人、通院が27万人で48万人ということだ。

これは、精神疾患を持つ人たちの数ということになるが、その全員が日常生活上の困難（disabi

lity)を持っているわけではない。どのくらいの人たちが、disabilityを持っているのかを考慮する必要があるが、推計値では、通院患者に関しては、全精神障害の約4割、分裂病の57%であり、入院患者については取りあえず全数としておきたい。すると、全精神障害では、入院が35万人、通院が48万人以上で合計83万人以上、精神分裂病では入院が21万人、通院が15万人以上で合計36万人以上と推計される。

36万人から83万人という数字が出たが、私の考えでは、通院の分裂病以外は除外した方が現実的に即しているように思われるので、入院の全精神障害者と通院で日常生活に困難を持っている分裂病患者を合わせて49万人を、取りあえずニードを持った精神障害者の数ということにする。

次に、必要な社会資源数の算出方法について触れておきたい。先ほど検討した福祉に欠ける状態にある2群の精神障害者ごとに考えることにする。それぞれについて、現状からより良い生活にどうリプレイスするのかを、専門家が判断をするということになる。すなわち、入院患者の場合には、主に社会的理由によって入院を継続する障害者が退院するのに必要な条件を判断をする。そして、在宅患者に対しては、現在営んでいる生活と比較して、より安定した生活を営むための条件を判断する。

援助の必要性を判断する主体については、障害者の本人の生活をよく知っている人でなければならない。したがって、当事者本人か家族、そして専門家ということになる。今日までに行われた調査データで当事者サイドが判断したもので、社会資源必要数を算出できるものは後ほど紹介する川崎調査以外存在しないために、以下では専門家が判断する数を検討することになる。

それから、把握すべきニードの内容だが、いろいろなレベルの福祉ニードが本来ある。身体障害者や知的障害者では、その範囲が広がっているが、精神障害者の場合は、当面、まず地域に最低限の生活の拠点を確保するために条件である「生活の場」と日中通っていく「活動の場」、およびサポートのニードから検討する必要がある。

そこで、まず、「生活の場」について見ていくことにしたい(図表25～28)。図表25は、精神神経学会社会復帰問題委員会が行った2つの調査を合わせた結果である。細かい説明はしないが、とくにグループホームと小規模ホステルに注目すると、人口10万人当り30人分および20人分くらいになっている。この二つを合わせて、「ホーム&ホステル」というカテゴリーでくることがよくあるが、そうすると人口10万人当り約50人分となる。この結果は、イギリスの70年代にだされたレポート("Better Services for the mentally ill", 1975)とほぼ同値になっている。図表26、27は、厚生省調査の結果である。図表26の推計値は、入院群について、「条件がそろえば退院できる」という22%に必要な社会資源、図表27は何らかの方法で退院可能という57%に対する必要数になる。表が入り組んでいて読みにくい、先ほど指摘したように、入院に関しては全体、通院に関しては分裂病でみると、ほぼ学会調査で見たのと同様の数字になって来る。

図表28は、川崎調査の結果である。川崎市は人口120万人なので、人口10万人当りの数字は表の

数字を一桁ずらせて読めばよいが、「ホーム&ホステル」に注目すると、従事者評価ではほぼ50人分となり、学会調査とはほぼ等しくなる。

続いて、「活動の場」については（図表25～28）、特にデイケアと作業所を合わせた「デイサービス」に注目して行く。学会調査では、デイケアと作業所を合わせた値が人口10万人当り85人分である。先ほど紹介したイギリスの報告書の値が人口10万人当り90人分なので、ほぼ等しい値になる。厚生省調査（図表26、27）でも、若干多めに出ているようだが、概ね同じ水準の値と考える。また、川崎調査でも従事者調査では10万対81ではほぼ同様である。

川崎調査で1つだけコメントを加える。表の読み方に関してだが、今みて頂いた従事者評価の①の列は、全体必要数ということで必要とされる人の全数を従事者調査の結果から推計したものである。従事者評価（①）と本人評価（②）を並べているが、「生活の場」については、グループホームとホステルの必要性を、本人たちは十分に高く評価していないことがわかる。しかし、川崎全市で240人分は必要というのだから、現状の整備数に比較して、本人の希望だけみてもまだ相当数を整備しなければならないことになる。また、「活動の場」については、作業所とかデイケアの「デイサービス」は、従事者評価に比べて本人評価が低くなる。③の列が現在、川崎市に用意されている社会資源の数だが、その数を引いた新規に必要な数（④⑤）を見ると、本人評価では、デイケアや作業所はマイナスになる。その代わりに「正社員で勤める職場」大きなプラスの数字になっている。つまり、「デイケアや作業所はもういいから、働かせて欲しい」という希望を本人たちが強く持っていることがわかるのである。彼らの判断が現実的なかどうかは別にして、彼らの思いは十分に受けとめる必要があると考える。

以上の結果を、概数としてまとめたのが図表30である。「生活の場」についても、「活動の場」についても、概数としての必要数はこの程度でよいかと考える。「支え手」に関しては、先ほど述べた要介護の精神障害者約50万人と見ておきたい。

さて次に、当事者が抱えているニーズに対して、日本の精神保健福祉サービスの現状がどうか通覧することにしたい。これは皆さん方、良くご存知のことだろうが、簡単に整理をしておきたい。

図表29は、援助提供主体べつに提供される援助プログラムを整理したものである。援助提供主体としては、医療機関、地域保健機関、社会復帰施設民間福祉団体、その他に分けた。

まず、医療機関の取り組みについては、これは最近メニューが増えてきた。SSTやディナイトケアなども加わっている。しかし、生活援助機能に注目すると、限定されたものであるということが分かる。また、これらのプログラムに対する経済的裏付けはされるようになったものの、有効に機能するためには十分に使い勝手のいいものではない。このことは、資料1の4頁（本誌32頁）にまとめた通りである。それから何より、医療のマンパワーとして、社会復帰援助活動の要となるPSWが、資格制度的にきちんと位置づいていないと言う大きな問題がある。

次に、地域保健機関の取り組みである。資料1の4頁（本誌32頁）に記してあるが、精神保健相談件数が、最近たいへん多くなっている。延べ数で約90万人、実数でも19万人ある。これは、援助の必要な精神障害の数を50万人として、約4割を占めることになる。それから、保健所ディケアと呼ばれる社会復帰促進事業がある。これは昨年から全国全保健所で実施されるようになったのだが、2万人を超える人達がそこに通っている。この数字は、当事者ニードの「週1日のディケア」の必要数をほぼクリアしている。保健所のこれらの活動に関しては、知らず知らずのうちにかなりのレベルにまで来ているのである。保健所精神保健業務は、昭和40年にスタートしたのだが、弱小勢力と言われながらも着々と実績をつんで、今日に至ったわけである。ただし、活動の中身がどのようなかは別問題であろう。例えば精神保健相談も、単にその入院相談、入院紹介といったレベルに留まっている相談ケースがかなりあるだろうと推測される。保健所ディケアについても、開催頻度が月に1～2回がかなりの数に上っている。保健所の担当ケースとしては、かなりカバーできるようになってきたので、中身の問題は今後の課題となろう。

3つ目のブロックである社会復帰施設、民間地域団体の取り組みについて見て行きたい。その中核である社会復帰施設は、87年の精神保健法によって登場してきたもので、現在約200施設が活動しており、徐々に地域活動の拠点になりつつある。地域活動のセンター機能については、様々な加算事業が付けられつつあり、たとえば社会復帰相談窓口事業やショートステイ、通所機能付援護寮など、センター的な機能を果たす方向性ができつつある。また、グループホーム制度が登場し、援護寮や福祉ホームの退所後の受け皿も用意されている。

いま一つ触れておくべきことは、社会復帰施設に先行して広がった小規模作業所の活動である。これは、量的にも質的にも拡大して来たことは周知の通りである。今年始めの統計では、全国に約800ヵ所設置されている。通所者も約1万4,000人と推測され、施設別に見ると、知らず知らずのうちに、医療施設に次ぐ勢力になってきた。作業所職員の数も2,000人を超えており、保健所精神保健相談員やP S Wを凌ぐ勢力になっている。

以上の通り、精神保健領域では比較的新しい取り組み主体である社会復帰施設・民間地域団体は、生活援助機能を中心的に担う存在になってきたと見ることができよう。今後は量的にどう拡大するか、質的にどう拡大するのかということが問われくるものと思われる。

その他の取り組みで、これまで触れきれなかった問題として、就労援助施策について簡単に述べる。まず、通院患者リハビリテーション事業については、確実に伸びているが、伸び方は鈍い。労働省の施策は、割当雇用制度を除いては、制度上はほぼすべて使えるようになっている。ところが、制度利用のノウハウが蓄積されていなかったり、精神障害者には使い勝手が悪かったり、今後に大きな課題を抱えている。

さて、以上を踏まえて、まとめに移ることにする。資料1の6頁（本誌34頁）に整理したが、関

連する図表として、図表30をご覧ください。

まず、生活援助サービスのうち、(a)日中の「活動の場」の整備については、ある程度のレベルまで達している。援助必要数が人口10万人対90に対して半数程度は満たされてきている。したがって、目標に対して整備計画が明確にたてられる段階にきていると言える。整備計画とは、数の面でもそうだが、質的・内容的な面に関してもそうである。ただ、この領域においては、現在、就労リハの問題が抜け落ちています。これは本人たちの要望を考慮に入れると極めて深刻な問題なので、今後その面での充実が図られる必要があると考える。

次に、(b)「サポート」や「支え手」については、保健所の活動を中心にかなり満たされて来た。また、地域の実践家の数的急増という変化もある。さらには、先進県、たとえば神奈川県などの精神保健ボランティアの広がりなどもある。

問題は、保健所に関していうと内容面の充実が必要で、そのためには、数的に極めて不十分な精神保健業務を担う専任の精神保健相談員の積極的な拡充が不可欠となる。また、作業所や社会復帰施設、グループホーム等のスタッフの資質向上が必要である。これまで、関係者の熱意に支えられて労働条件などが恵まれない中で活動が進められて来たが、今後、一般的な「仕事」として、例えば作業所指導員が選ばれるようになると、様々な弊害も生じてくると思われる。最近、東京近辺ではそのような面でいくつかの問題が出始めているのである。

いま一点、これが一番重要と言ってもいいかと思うが、日常生活面のケアを提供できる人材が、精神障害者領域では基本的に欠落している。現状では、地域の場面では家族がほとんどその役割を担っているのである。これに対して、家族に代わる日常的ケアの担い手をどうするか、これは、ヘルパー制度をどうするかに大きく関わることだが、この面の検討と早急な対応が極めて重要と考える。

さて、生活援助サービスの領域で最大の課題は、(c)「生活の場」の整備、拡充である。必要数が10万対40～50に対して、量的に決定的に不足している。これに対して、まずは、社会復帰施設やグループホームのなおい層の充実が必要になる。しかし、それだけではおそらく不十分と思われる。先進国の例を見ると、イギリスの「ホーム&ホステル」の数は、日本の人口に換算すると大体8,000人分程度である。では、イギリスにおける「生活の場」確保はどのようにしているのかをみると、かなりの部分が住宅施策で対応しているのだ。日本でも、もっと住宅施策にアプローチしていく必要があるように思われる。老人の方では、近年、シニア住宅やシルバーハウジングという、ケアを伴う住宅制度が登場して来た。精神障害者でも同様の制度がかなり利用できるように思われる。このような制度を、我々ももっと意識していく必要があるだろう。

「生活の場」に関連して、(d)家族の問題は非常に重要である。家族は、これまで地域で障害者を支えるために大きな力を発揮してきたし、これは、先進諸外国でも同様で、家族を抜きに地域ケアを語れないといっても良いほどである。最近取り組みが始まりつつあるが、家族をきちんと支えて

いく体制を、全体のシステムを構築する際に位置づけていく必要があるだろう。

以上4点は、ニーズに対応させる形で、必要な援助サービスを検討してきた。援助サービスのあり方については、サービス・システムをどう有効に機能させるかといった視点が重要になる。

まず、(e)近年、身近な対人サービスは市町村で行うという流れが、老人や他の障害者福祉の領域では明確に方向付けられている。しかし、精神障害者については、これまで法的な位置づけが不十分だったこともあり、市町村の取り組みの実績は乏しい。しかし、ここ数年の間はかなり取り組みは進んだ。図表32、33は、市町村の独自事業の実施状況、および市町村の予算以外の取り組みを把握したものである。これは、94年1～2月の調査だが、約5割の実施体が市町村独自の予算をもって精神障害者に対応しているということになる。図表33の予算を伴わない取り組みでは、精神障害者および家族の相談に保健婦さんが対応するのは約6割の自治体に上っている。また、今回のゴールドプランに密接に絡むが、図表34は、精神障害者に対して保健医療福祉計画が立案されているかどうかを見たものだが、約2割が市町村の将来計画に何らかの形で精神障害者施策が記載されている。中でも、特に老人の保健医療計画の中はかなり取り組まれていることがわかった。

以上のように、住民ニーズと身近に接する市町村では、精神障害者のニーズの高まりの中で、精神障害者への援助施策が徐々に取り組まれようとしているのである。これからはもっと、体系的に取り組めるよう制度的な裏付けを十分に図る必要があると思われる。

次に、(f)生活援助サービスに地域較差が大きいことである。資料を細かく説明しないが、都道府県レベルでみても、図表31に見るように、大きな地域較差がある。

私の住む某県の半島の先の方のいくと、家族と話していて、問題を打開する方法が見当たらず、「東京にいれば……」と、ため息しか出てこないという実情がある。このような社会資源過疎の地域で、どのように地域で生活を支える担い手を育てて行くのか、本当に絶望的な気持ちになる。その際、二次医療圏で見ると、精神病床がない地域は15～16地域しかないことに注目される。やはり、医療機関に一定の生活を支える活動の主体を育てる役割を担って頂くしかないようにも思えてくる。

このことを含めて、(g)医療機関における社会復帰対策の遅れ、地域の精神保健対策との連携の不十分さは深刻な問題である。精神病院が社会復帰活動の拠点になっていない実態があり、その中で、もう少し病院が取り組める仕組みを考えて見る必要があるように思われる。

以上は、現状を踏まえて、ニーズに対応させ必要な援助サービスのあり方を検討したが、今後新たに援助メニューを拡大するとしたらどのような可能性があるの

か、現状の改善に有効性が高く、実現可能性のあるメニューを検討する必要があるだろう。

詳細は、資料1を読んでいただき、以下では項目だけ述べる。

1つ目はホームヘルプサービスで、これは真剣に議論して頂きたいと考える。第2は、住宅政策との関係でケアを伴う住宅である。第3は、家族支援プログラムの制度化であり、第4に、生活支援センターを一定圏域に計画的に配備することである。

第5は就労援助センターである。就労対策をどう展開するのかを考えた時に、コーディネータの存在が重要と思われ、そのような人材を配置する就労援助センターが必要になる。実施主体は、社会復帰施設や、医療機関でもよいように思われる。第6に、社会復帰・福祉ニーズ表明の手がかりとして「精神障害者手帳」の積極的な活用を上げておいた。

最後に、ゴールドプラン策定を要求するのに際して、留意しておきたい点を1つだけ指摘しておきたい。冒頭に述べた通り、精神障害者に置かれている現状は、緊急的生存権に関わるレベルの問題とすることができる。これを、幸福追求権が問題にされるようになった老人や他の障害者と同列に、ゴールドプランに位置づけることを要求してよいのだろうか、きちんと考えておく必要があると思われる。

最近私は、障害者本人グループのあるリーダーの発言に胸を打たれた。彼は、精神障害者に対するきちんとした個別的対応が必要だと主張したのである。これまでたいへん厳しい対応を受け続けてきた精神障害者が、時流にのって障害者福祉にそのまま位置づいてしまうことに大きな抵抗を感じると言うのである。被爆者援護法と同様に、補償の視点を組み入れた精神障害者援護法を作り補償を要求する必要があるというこのリーダーの意見に、私は基本的に賛意を表したいと考える。このような位置づけが、従来蔑ろにされてきた、精神障害者の保健福祉施策を大きく発展させるバネになるように思われる。

このようなことは、実際にイギリスでも実現している。先ほど紹介した“Better Services for the Mentally Ill”という報告書が出された翌年に、これもたいへん有名な報告書が出されている。National Health Service(NHS)のプライオリティに関する報告書である。この中で、NHSが今後取り組むべき3大領域を設定した。その中の1つに精神障害へのサービスが明確に位置づけられていたのだ。そのくらいのプライオリティを置いてもおかしくないのが、日本の精神障害者の現状と私は考えるが、いかがだろうか。以上で、私の話を終わります。

「精神障害者の生活援助サービスの現状と課題  
～必要とされる社会資源数を当事者ニーズから検討する～」

東京都立大学社会福祉学科 大 島 巖

I. 保健福祉施策におけるニーズとは

※別紙資料参照

ニーズの定義

□三浦文夫のニーズ定義：

ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたもの

□依存状態【広義のニーズ】：ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあること、福祉に欠ける状態

→基準設定のあり方によって、結果として表れる乖離が相対的となる

□要援護状態【狭義のニーズ】：依存状態からの回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたもの

→ニーズは社会的価値体系に左右され、相対的で価値判断を含む

※「ある状態」に対して客観的な実体が存在し、その正確な把握は社会的にも専門的にも可能であることが重要

→相対的で社会的な価値判断が必要なのは、乖離の基準や要援護性の判断

その「状態」に対して、社会的な乖離と認め、社会の資源を供給するかどうかを判断するには、社会的合意が必要

→ニーズ概念は、客観的な状態と主観的価値判断の複合的概念である

II. 精神障害者の保健福祉ニーズ

1. 精神障害者の「福祉に欠ける状態」

※図表資料(1)～(23)参照

□「福祉に欠ける状態」にある精神障害者の2類型

・第Ⅰ群は、2割～6割が地域に適切な受け皿があれば退院できると判断されるにも関わらず、そして患者本人の約6割が退院の意志をもっているにもかかわらず(精神神経学会調査、1991)、身体的な自由を制限された病棟での生活を余儀なくされている精神障害者である。その生活は、一般国民の生活レベルに比べて制約が多く、内容的にも恵まれていないことが多い。しかも、それが長年月に及んでいる。

・第Ⅱ群は、社会生活上相当な困難を抱えながら地域生活を営んでいる精神障害者である。彼らの多くが経済的に困窮し、生活保護を受給し、ある人はアパート入居など住宅の確保に苦勞し、さらに、職を得たくても得られずに失業状態にあたり、対人的孤立状態に陥っていたりする。また、60歳を過ぎた高齢な親から一人立ちしたくても、それができずに家族に対する依存を余儀なくされている。

しかも、彼らの多くは親世代の家族に支えられて辛うじて地域生活を維持しているが、家族が同胞世代に世代交代したら、現状が維持できない恐れのある人たちでもある。

#### □「依存状態」についての判定

これら2群の精神障害者の生活状態が、今日の豊かな日本社会の基準からみて「乖離」の状態にあることは明らかである。こんにち、日本国民の福祉ニードは、緊急的生存権の充足から個人の尊厳、幸福追求権の充足を目標にするようになり、行政的公平性の観点から相対的乖離基準を用いるようになって来た。しかし、取り残された精神障害者の状態は、まず緊急的生存権レベルの保障を目標とした絶対的乖離基準を用いなければならない状態であると言ええる。

#### 2. 日本の精神障害者に対する「要援護性」を判断する視点

##### ※別紙資料参照

①他の福祉対象との公平性の基準、②問題発生の社会的責任性の基準が、当面は、特に重要であろう。

#### 3. 当事者サイドが表明する援助の必要性（当事者サイドからの「要援護性」の表明）

##### ※図表資料⑮⑯(24)参照

### Ⅲ. ニードを持った精神障害者数と必要とされる援助資源数

#### 1. 援助を必要としている精神障害者数の推計

(a)1990年の厚生省患者調査（サンプル調査）を用いた総患者数の推計値によれば（以下、てんかん患者を含まず）、精神疾患で外来通院している患者は116万人、入院患者は33万人、合わせて150万人だった。（図表資料①）

(b)疾患別にみると社会生活上の不利益や障害を引き起こす最も主要で重篤な障害は、精神分裂病に基づく障害である。精神分裂病患者の全国数は、入院者が21万人、通院者が27万人で、合わせて48万人である。

(c)日常生活能力に困難をもつ精神疾患患者については、入院患者と外来患者を分けて考える。外来患者について、作業所や共同住居などの社会資源を必要とする精神障害者の数をみると、精神疾病（精神障害）全体では41.3%（全国推計値で48.1万人）、分裂病では57.0%（同15.4万人）であった。これらの日常生活の介助必要度をみると、分裂病者で「日常生活の介助の必要なし」が76.2%で、残りは「簡単な介助が必要」が20.7%（同5.6万人）、「常に介助が必要」が2.0%（同0.5万人）であった。

(d)前項の外来患者の推計値に、入院患者を全て加えて、社会生活上の困難を抱える精神疾患患者数を求めると、精神疾病全体では入院が35万人、通院が48万人以上で合計83万人以上、精神分裂病では入院が21万人、通院が15万人以上で合計36万人以上と推計される。

#### 2. 必要な社会資源数の算出方法

(a)社会的援助資源が必要であると判断する基準

①入院者のうち、主に社会的な理由によって入院を継続している精神障害者が退院するのに必要な社会資源を判断するもの、②在宅者について、現在営んでいる生活と比較して、より安定して充実した社会生活を営むために必要な社会資源を判断するもの、がある。

(b)必要性を判断する主体

従来行われてきたニード調査では、主治医や担当保健婦など、ケースを直接処遇する医療従事者が判断の中心だった。ニードは、基本的には人間主体に属するため、精神障害者本人および家族の判断が本来的には極めて重要である。

(c)把握すべきニードの内容

地域生活を支えるためにまず必要となる条件は次の3つである。

①居住の場としての「生活の場」、②就労を含めた日中の「活動の場」、③相談・指導・サポートの援助であり、それぞれについて、ニードを持った障害者数と必要な援助資源を推計する。

### 3. 「生活の場」の必要数

(a)精神神経学会は、全国の精神病院に2年以上長期入院する精神障害者を対象とした入院患者調査と、外来通院する精神分裂病者を対象とした外来患者調査を行い、援助を必要とする全国の精神障害者の必要社会資源数を推計した(図表資料(25)) (大島ら, 1991; 黒田ら, 1994)。それによれば、必要な「生活の場」として、単身アパート等が24,000人分、4～5人規模のグループホームが39,000人分、10数名から20名の小規模ホステルが26,000人分、老人施設など既存の保健福祉施設が27,000人分必要と推計された。グループホームとホステルを合わせた保護的居住施設の必要数は、人口10万人当たり52.8人分となった。

(b)厚生省の全国の受療患者調査の結果から必要社会資源数を算出すると(図表資料(26))、通所機能をあわせもつ社会復帰施設が32,000人分必要と推計された。同様に、共同住居等は11,000人分、ホステル等は2,600人分必要と計算された[図表資料(27)には、参考までに退院可能と評価されたもの全数(57%)に対する社会資源数の推計値を示した]。

(c)川崎調査

地域レベルの調査だが、厳密な調査手続きで実施し、患者本人の要望による必要数も算出したニード調査の例を示す(図表資料(28))。

### 4. 「活動の場」の必要数

(a)精神神経学会調査によれば、「職親など保護的な職場」が45,000人分、「小規模共同作業所」が39,000人分、「毎日通うデイケア」が40,000人分、「週1-2日のデイケア」が25,000人分、「憩いの場、ソーシャルクラブ等」が64,000人分が必要と推計された。デイケアと作業所を合わせた保護的な「活動の場」は、人口10万人対84.9人分で、英国のデイサービス必要数の試算人口10万対90と類似する(図表資料(25))。

(b)厚生省調査を用いて、社会資源必要数を推計すると、精神科デイケアは68,000人分、職親制度が31,000人分、保健所のグループ活動が37,000人分、共同作業所が33,000人分、通所機能をもつ社会復帰施設が24,000人分必要と算出される(図表資料(26)(27))。

(c)川崎調査

地域レベルの調査だが、「生活の場」の場合と同様に次に示す(図表資料(29))。

※以上の結果の要約は、図表資料(30)に示す。

## IV. 地域生活援助サービスの現状

### ※図表資料(29)参照

#### 1. 医療機関の取り組み

(a)わが国の精神障害者処遇において、精神病院を中心とする医療機関の果たす役割が極めて大きい。全障害者に占める受療患者の多さに加えて、関わりの密度としても入院患者の割合が高い。このため医療機関には、精神障害者の社会復帰援助についても応分の役

割を果たすことが期待される。

(b)医療機関が社会復帰援助に取り組むべき根拠は、精神保健法38条である。同条では、「精神病院(中略)の管理者は、当該施設において医療を受ける精神障害者の社会復帰促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、及びその保護者等との連絡調整を行うように務めなければならない」と規定している。しかしながら、この規定は、病院長の努力規定に留まり、必ずしも実効を上げているわけではない。

(c)医療機関が取り組める社会復帰援助プログラムは限られている。診療報酬に基づくものでは、精神科作業療法、精神科デイケア・精神科ナイトケア、精神科訪問看護・指導、生活技能訓練療法などがある程度。このうち、精神科作業療法には、院外の企業で就職の訓練をする外勤作業や企業主に対する相談援助活動が診療報酬の適用外とされていること、精神科訪問看護・指導は、週2回までに限定していることと入院中に行う家族調整のための訪問指導や外勤先コンサルテーションの指導料は含まれないこと、生活技能訓練療法は入院中のものに限定されていることなどの問題がある。

(d)社会復帰活動や在宅支援サービスの要となるPSWは、デイケアの要員として認められている以外に診療報酬上の裏付けはない。設置人員の全国平均をみると、1精神病院当たり0.76人の配置に過ぎない。

(e)図表資料(29)に見るように、医療機関の社会復帰活動には、特に生活保障機能はあまり十分ではない。これは、医療機関の性格上やむを得ないことではあるが、精神障害者の処遇に深く関わってきた精神科医療機関の特質を考えると、何らかの改善方策を考えざるを得ないだろう。

## 2. 地域保健機関の取り組み

(a)保健所は、1965年の精神衛生法および保健所法の改正以来、地域における精神保健の第一線行政機関に位置づけられている。

(b)法43条には、精神保健に関する業務に従事する職員として精神保健相談員を定める。現在、専任の相談員は578人で、保健婦等が併任している者が1,078人いる(90年現在)。

(c)保健所の相談・訪問指導活動は、「保健所における精神保健業務運営要領」に依拠し、保健所医師の指導のもとに精神保健相談員と保健婦が協力して行う。精神保健相談件数は、92年度に延べ89.7万人で、年々増加傾向にあり10年前の3.2倍である。実相談人員は18.9万人で、在宅で要援護状態にある精神障害者48万人の39%に当たる。

(d)精神保健訪問指導件数は延べ30.9万人で、これも増加傾向で10年前の1.5倍。実訪問人員は10.8万人。また、保健所保健婦による精神障害者に対する訪問件数は26.7万人で、保健婦総訪問件数の21.7%を占める。なお、継続医療の観点から、通院治療中断者に対する訪問指導事業が86年度より開始された。

(e)75年度より精神障害者社会復帰相談指導事業が事業化され、全保健所で実施されている。デイケア的な集団的働きかけが多い。実施回数は週1回未満が7割。実人員は、91年度で2.3万人。

(f)医療機関のデイケアが地域にない保健所では、1990年度よりデイケア事業を実施。週3日以上、1回15人程度が対象。20保健所で実施。

(g)1965年より、都道府県における精神保健に関する総合技術センターとして精神保健センターが設置。直接的な対象者処遇が行われるほか、保健所等の精神保健業務が効果的に展開されるように技術指導および技術援助が行われる。

(h)保健所の精神保健業務は、最近になって広く地域に浸透してきた。対象とする障害者の数も多い。しかし、活動の内容が主に相談援助活動に限定されている。

## 3. 社会復帰施設・民間地域団体の取り組み

(a)1988年の精神保健法改正で、精神障害者社会復帰施設が設置。社会復帰施策の中核に、精神障害者援護寮・福祉ホーム・授産施設という3種の社会復帰施設を位置づける。

(b)援護寮は20人規模の居住施設、福祉ホームは10人規模の居住施設であり、通所授産施設は20人規模の通所施設、入所授産施設は30人規模の日中に作業活動を行う入所施設で

ある。精神薄弱者の地域型福祉施設をモデルにして作られたが、他の福祉施設と比較すれば、人員配置等の施設基準では最低レベル。設置主体としては、地方自治体、社会福祉法人、その他の者（医療法人、財団・社団法人）が設置可能である。社会事業法の改正により、社会福祉法人が設立・運営可能になった点は精神障害者施設にとって新しい試みである。

(c)1994年4月現在179施設が設置、しだいに定着してきた。援護寮が49施設（定員、1,320人）、福祉ホームが60施設（同600人）、通所授産施設が55施設、入所授産施設が4施設である。主に社会的理由で退院できない患者たちの受け皿としては、まだ取り組みが始まったばかりの段階と言える。

(d)援護寮と福祉ホームという居住型施設は2年の利用期限があり、通過施設である。社会的援助が必要な精神障害者が保護的な環境で永住できる場として、グループホーム制度が92年度より事業化され、今次法改正で法文に規定された。94年1月現在、83施設が運営している。

(e)社会復帰施設は、今後、在宅支援活動の拠点としての機能を高めることが期待される。まず、土曜日や日曜日に行う相談業務を公的に位置づけた社会復帰施設相談窓口事業が91年度より開始。在宅生活が一時的に困難となった障害者を短期的に入所させる精神障害者ショートステイ施設を93年度より（94年予算12ヶ所）、また通所による訓練・相談事業を併設した通所機能付援護寮（同3ヶ所）を94年度より開始した。

(f)法内施設ではないが、地域で精神障害者を支える活動の牽引的な役割を担ってきたのが小規模作業所である。小規模作業所は、全国に796箇所あり（94年1月現在、全家連調）、いまでも増加を続けている。通所者の推計数は14,000人で、精神障害者の「日中の活動の場」の中核になっている。また、有給職員数は約2,000人と推計される。

これらの作業所は、主に精神障害者家族会が主体となり、都道府県や市町村の補助金で運営されるが、87年度より精神障害者小規模作業所運営助成事業として国事業が予算化された。94年度予算では1箇所当たり100万円で360箇所に助成される。

(g)就労に関連した施策が乏しい中、就労の困難な精神障害者に職業を与え、最低賃金を保証する施設として精神障害者福祉工場が94年度より事業化される（1ヶ所）。

(h)以上のように、精神保健領域では比較的新しい取り組み主体である社会復帰施設・民間地域団体は、精神障害者の社会的不利を標的とした生活保障的援助機能を中心的に担うようになってきた。

#### 4. その他の取り組み

##### (a)通院患者リハビリテーション事業

通常雇用の就職がすぐには難しい精神障害者を対象として、一般事業所で就労の訓練を行う事業である。一般的には職親制度と呼ばれており、1982年度からは通院患者リハビリテーション事業として国制度で実施されている。94年度予算では、2,272事業所の事業費が計上されている。

##### (b)職場適応訓練

職場適応訓練事業は、1988年度より労働省が始めた通院患者リハビリテーション事業類似の制度である。事業主には委託料、訓練生には訓練手当が支給される。この制度は、精神障害者を対象として労働省が始めて主体的に取り組んだ事業であるが、関係者への周知が不十分な上、適用対象となる障害者の吟味がなされていないため十分な成果が納められてない。

(c)労働省関連の障害者雇用施策は、割当雇用制度を除いてほぼすべて精神障害者に適用されるようになった。しかし、職場適応訓練事業と同様、制度の幅広い活用には研究課題が多い。

## V. 地域生活援助サービスの課題と展望

### 1. 現状の評価と課題（図表資料(30)参照）

(a)生活保障機能のうち「日中の活動の場」の整備は比較的充実。

必要数の推計値が概ね人口万対9人分だが、目標に対して整備計画が明確に立てられる段階にある。

【課題】しかし、内容的には就労リハに対するニーズが大きい、その面での遅れが大きい。また、デイサービスの充実も本格的に取り組まれることが必要

(b)「サポート」「支え手」については、質的にはともかく保健所精神保健活動の占める比重が大きくなった。また、地域の実践家の数的急増（作業所指導員は約2,000人等）があり、「支える」体制の整備が進んでいる。さらに、先進県では精神保健ボランティアの育成が進んで成果を上げており、それに対して全国的な注目がされている。精神障害者に関わる人々に、質的な広がりが見られるようになった。

【課題】①保健所精神保健相談の内容の充実が必要。そのためのマンパワーの確保、

②作業所、社会復帰施設、グループホーム職員の資質向上が望まれる時期となる、

③精神障害者に関わるより多様な立場の人材の育成（精神保健推進員、精神保健ボランティア等）、

④「日常生活面のケア」を担いうる人材（ヘルパー等）が家族以外に欠けており、この面への取り組みが特に重要となる。

(c)「生活の場」の確保は今後取り組むべき最大の課題。保護的な居住の場を必要とする者は、万対4～5人程度必要と見積られるが、量的にも決定的に不足している。

【課題】①社会復帰施設・グループホームのなご一層の充実が必要、

②住宅施策へのアプローチも不可欠となろう。

(d)「家族」は「生活の場」を提供できる最大の資源になっている。

【課題】家族に対する支援施策が積極的に考慮される必要がある。

LANCET誌社説でも、ニーズを持つ全ての家族に家族支援プログラムを提供すべきと主張されている。

(e)市区町村における、精神障害者の生活保障的援助の取り組みは、地域の精神保健活動の活性化と関係者の働きかけに呼応して、徐々に進展している。（図表資料(32)～(34)）

【課題】障害者の生活を支えるサービスは最も身近な自治体である市町村で行うのが望ましく、市町村の取り組みの明確な位置づけが必要。

(f)生活援助サービスに地域較差が大きい。（図表資料(31)）

【課題】後進地域における取り組みの主体をどのように確保するかが焦点となろう。現状では、医療機関の役割に期待せざるを得ない。

(g)医療機関における社会復帰対策の遅れ、地域の精神保健施策との連携不十分さ。精神病院が社会復帰対策の拠点になり得ていない実態。

【課題】①医療における社会復帰対策と地域精神保健施策の連携は大きな課題、

②地域精神保健活動への医療機関の最大の役割期待は精神科救急だが、その整備は急務といえる。

## 2. 今後、重点を置くことを考慮したい施策

～既存制度の量的拡大と共に利用できるメニューの拡大を～

### a. 精神障害者にも利用できる適切な「ホームヘルプ・サービス」の導入を検討する

在宅福祉サービスの整備が進められる老人福祉や他の障害者福祉領域では、①ホームヘルプサービス、②ショートステイ、③デイ・サービスが在宅福祉サービスの三本柱とされる。

精神障害者に対する在宅サービスは全般的に遅れているが、特に「ホームヘルプ」に代表される福祉的ケアの制度的な位置づけがされていない。

### b. 住宅施策との接点を探る「sheltered housing」のモデル事業を実施する

・住宅施策として「特定目的公営住宅」「福祉型借上公共賃貸住宅制度」を利用し、一定の改造（共有スペース、相談室、管理人室など）を施して、管理人（ワデシ）を派遣する。

### c. 「生活の場」の維持・確保のために「家族支援プログラム」を用意する

・EE研究および家族介入研究の成果から、家族援助の有効性が立証されている。

→①「家族介入」「家族心理教育」を診療報酬化する。

②保健所に「家族教室事業」を導入する。

### d. 生活支援のセンター機能を持つ機関を一定圏域ごとに計画的に設置する

・単身生活者に対する生活援助を中核とした、「日常生活面のケア」を提供できる要員を配置するとともに、社会資源の包括的な利用を調整する「生活支援センター」を、一定圏域ごとに設置する。

→①社会復帰施設の事業として位置づける。さらには小規模作業所での取り組みを可能にする。

②医療機関における取り組みに、一定の条件を付けて位置づける。

訪問看護制度の活用を図る。

### e. 労働施策との接点を探る「就労援助センター」のモデル事業を実施する

・利用可能となったが精神障害者にアクセスが悪く、適切な制度利用がされていない労働施策を活用すると共に、通リハや福祉工場などとの連携を検討する「就労援助センター」のモデル事業（情報収集・マッチング機能、ジョブ・コーチ機能等）を、社会復帰施設・精神病院などで実施する。

### f. 社会復帰・福祉ニード表明の手がかりとして「精神障害者手帳」の積極的な活用を図る

・社会復帰・福祉施策が拡大するためには、当事者サイドのニードの表明が活性化することが必要不可欠で、その手だてとして「手帳」を利用する機運は熟している。「手帳」を利用できるメニューを他の障害者並に拡大する。

## VI. おわりに

～精神保健ゴールドプラン策定を要求する際、留意しておきたいこと～

・老人や他の障害者施策と横並びで良いのか？

「精神障害者援護法」をとの意見もある.....

・英国の"Better Services for the Mentally Ill"(1975)から学ぶべきこと

図表 1 平成 2 年患者調査による精神障害者の年齢構成

|        | 患 者 数 |        | 年 齢 構 成 割 合 |       |
|--------|-------|--------|-------------|-------|
|        | 入 院   | 通 院    | 入 院         | 通 院   |
| 全精神障害  | 千人    | 千人     | %           | %     |
| ～24歳   | 12.9  | 97.8   | 3.8         | 8.4   |
| 25～34歳 | 28.1  | 157.8  | 8.3         | 13.6  |
| 35～44歳 | 69.3  | 242.7  | 20.5        | 20.9  |
| 45～54歳 | 81.3  | 235.6  | 24.0        | 20.3  |
| 55～64歳 | 71.5  | 219.7  | 21.1        | 18.9  |
| 65～74歳 | 37.7  | 136.6  | 11.1        | 11.7  |
| 75歳以上  | 37.7  | 73.1   | 11.1        | 6.3   |
| 全 体    | 338.4 | 1163.2 | 100.0       | 100.0 |
| 精神分裂病  | 千人    | 千人     | %           | %     |
| ～24歳   | 6.4   | 20.3   | 3.0         | 7.4   |
| 25～34歳 | 19.5  | 53.3   | 9.1         | 19.5  |
| 35～44歳 | 54.1  | 89.4   | 25.3        | 32.7  |
| 45～54歳 | 61.1  | 61.4   | 28.6        | 22.5  |
| 55～64歳 | 48.6  | 37.0   | 22.8        | 13.6  |
| 65～74歳 | 19.0  | 9.3    | 8.9         | 3.4   |
| 75歳以上  | 5.0   | 2.2    | 2.3         | .8    |
| 全 体    | 213.7 | 272.9  | 100.0       | 100.0 |

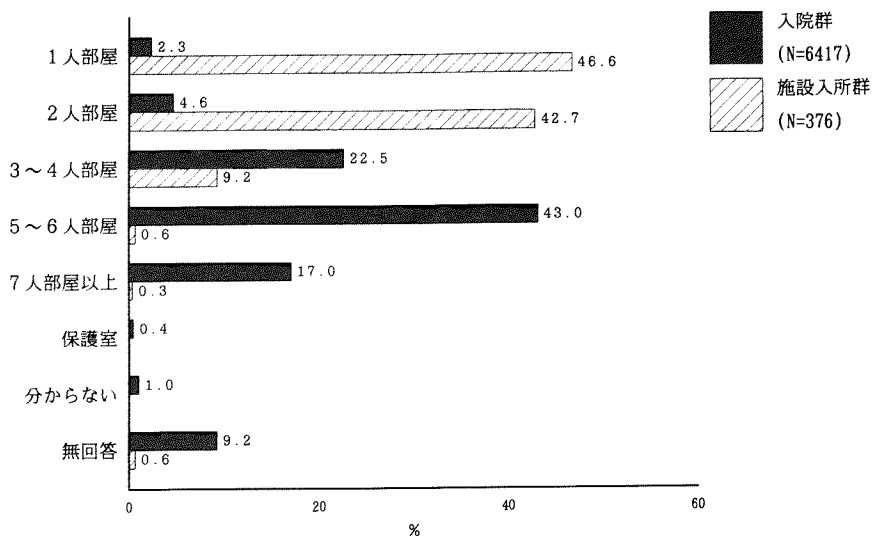
図表 2 対象者・家族の基本的属性

|              | 入院群        | 施設群        | 2 群比較(検定) |
|--------------|------------|------------|-----------|
| 性別 (男性の割合)   | 59.7%      | 65.2%      | *         |
| 平均年齢 #       | 49.3±11.5歳 | 43.5±11.2歳 | ***       |
| 平均罹病年数 #     | 21.5±10.7年 | 16.7±10.3年 | ***       |
| 平均入院期間(今回)   | 12.7年      | -          | -         |
| 健在な家族 [複数回答] | 人(%)       | 人(%)       |           |
| 父            | 1805(28.1) | 147(39.1)  | ***       |
| 母            | 2761(43.0) | 209(55.6)  | ***       |
| 同胞           | 4341(67.6) | 315(83.8)  | ***       |
| 同胞の妻・夫       | 2486(38.7) | 208(55.3)  | ***       |
| 妻・夫          | 506( 7.9)  | 13( 3.5)   | **        |
| 子ども          | 803(12.5)  | 30( 8.0)   | *         |
| おい・めい        | 2077(32.4) | 177(47.1)  | ***       |
| その他          | 342( 5.3)  | 27( 7.2)   | ns        |
| 誰もいない        | 128( 2.0)  | 9( 2.4)    | ns        |
| わからない        | 137( 2.1)  | 2( .5)     | ns        |

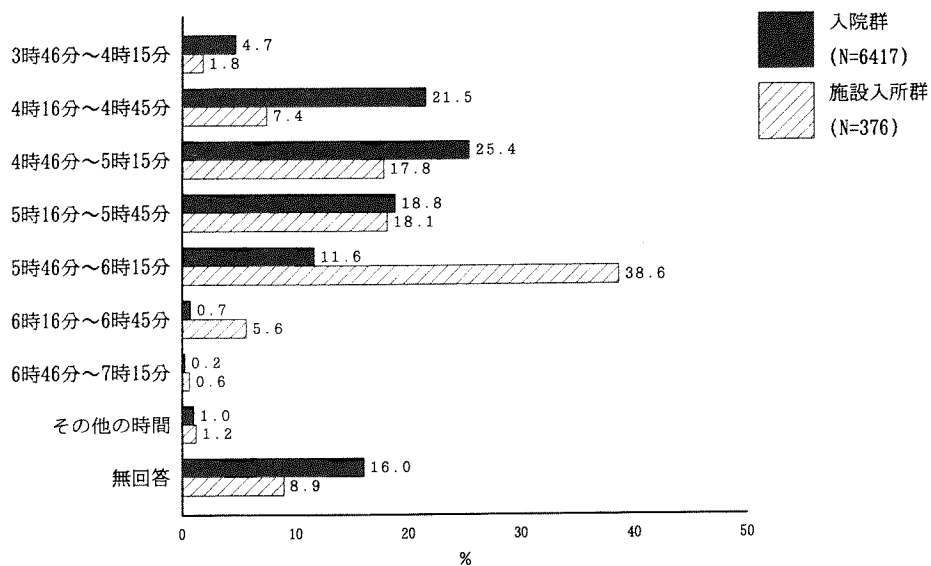
注：(＃)は平均値の差の検定、他は $\chi^2$ 検定使用。

\*\*\*  $p \leq .001$ 、\*\*  $p \leq .01$ 、\*  $p \leq .05$

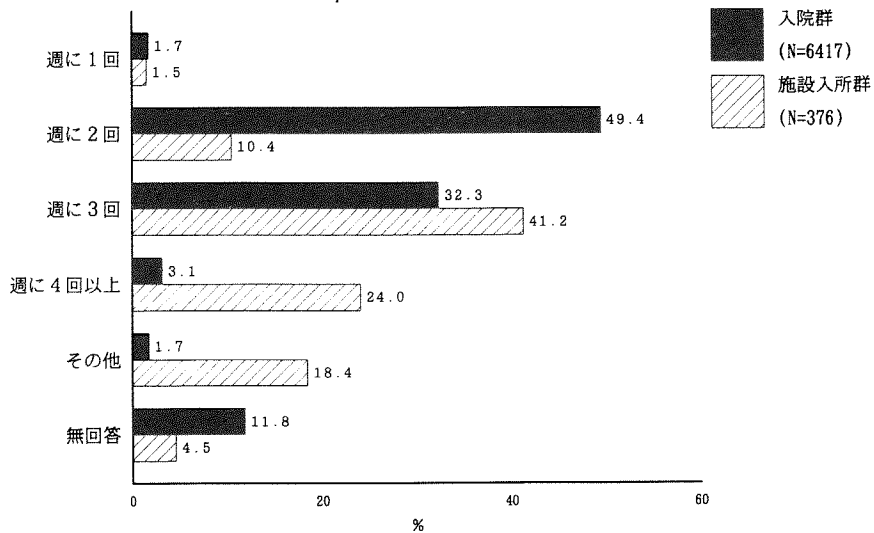
図表 3 施設内の生活（何人部屋か）



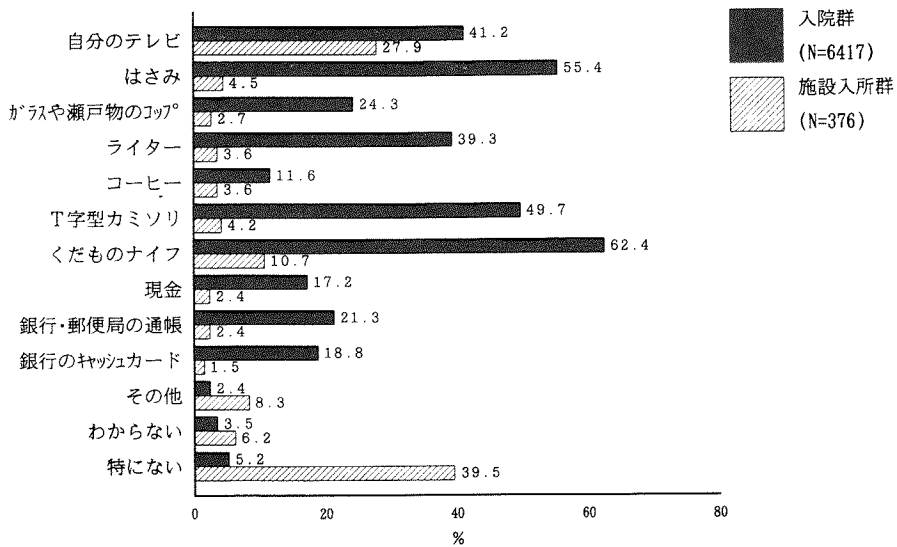
図表 4 施設内の生活（夕食の開始時間）



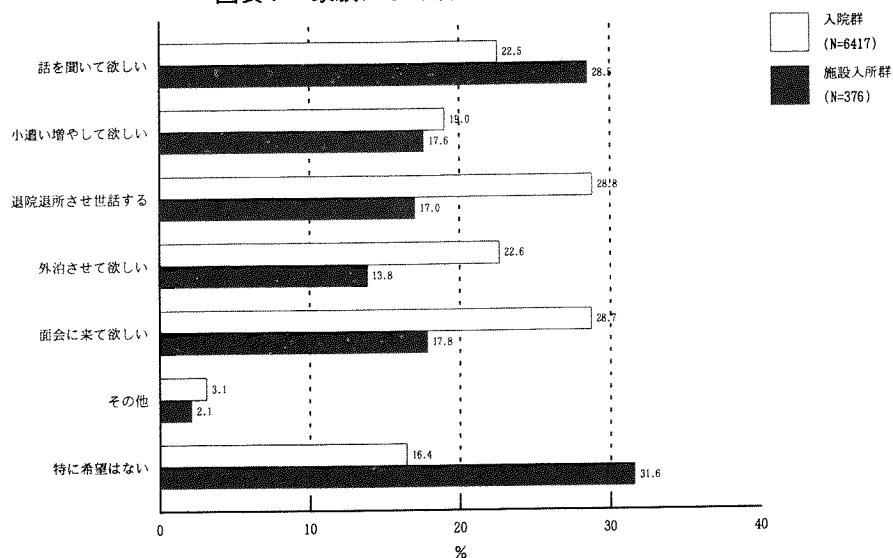
図表5 施設内の生活（入浴回数）



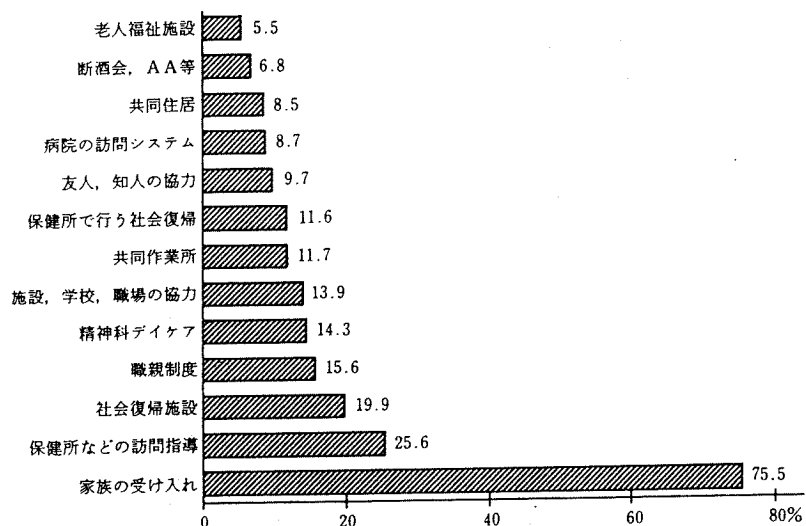
図表6 施設内の生活（所有が禁止されているもの）



図表7 家族にして欲しいこと（複数回答）



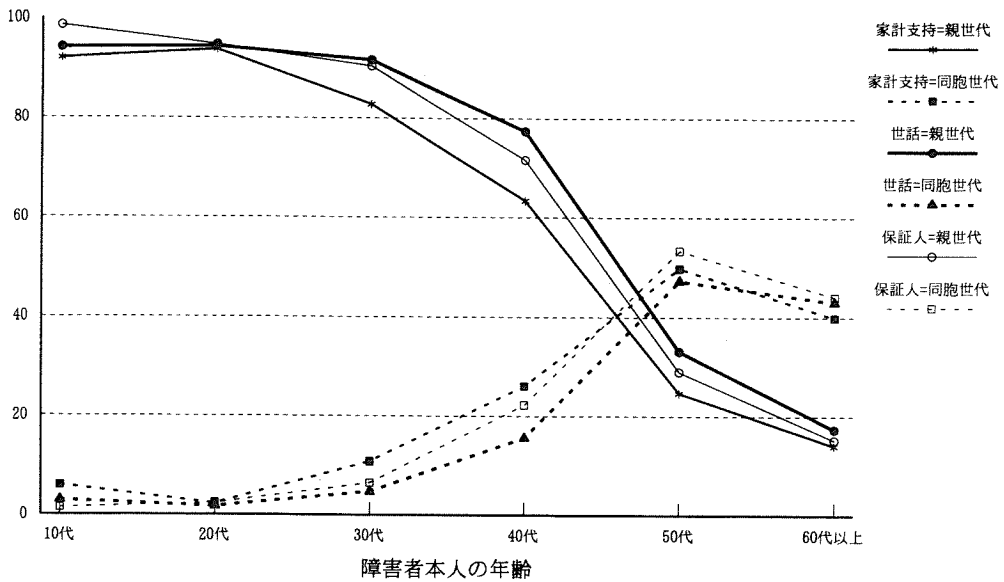
図表8 退院を促進する条件



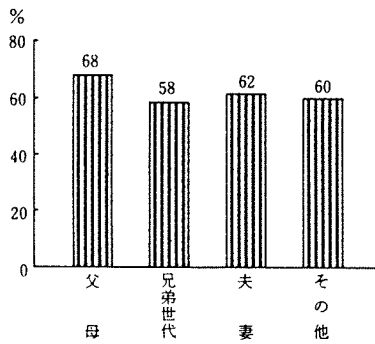
出典 厚生省「昭和58年度精神衛生実態調査報告の概要」1984年より作図

図表9 家族役割の世代交代状況

年齢別構成割合(%)

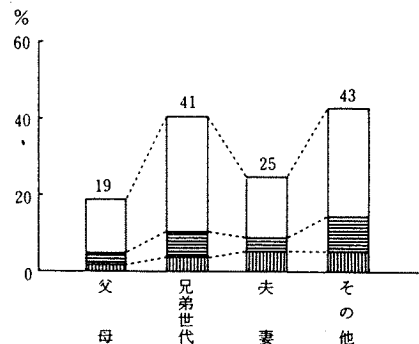


図表10 回答者別協力度 (在宅者の平均)



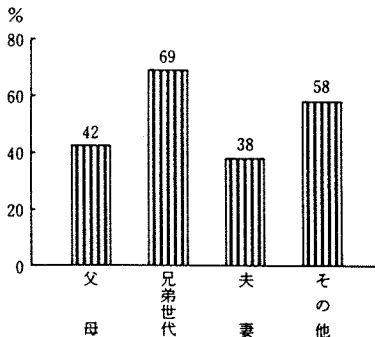
出典 全国精神障害者家族会連合会「全国家族福祉ニーズ調査」

図表11 回答者別面会の頻度 (少ない場合)



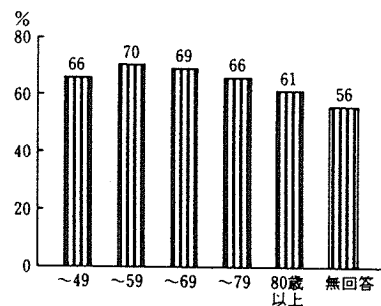
出典 図20に同じ

図表12 回答者別最近5年間継続入院の比率



出典 図20に同じ

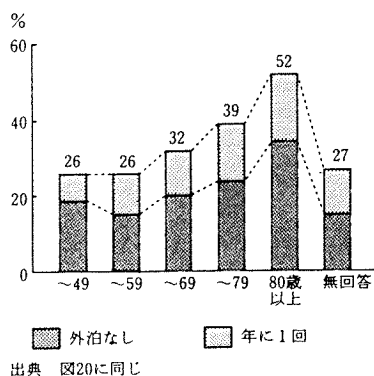
図表13 親の年齢別協力度 (在宅の平均)



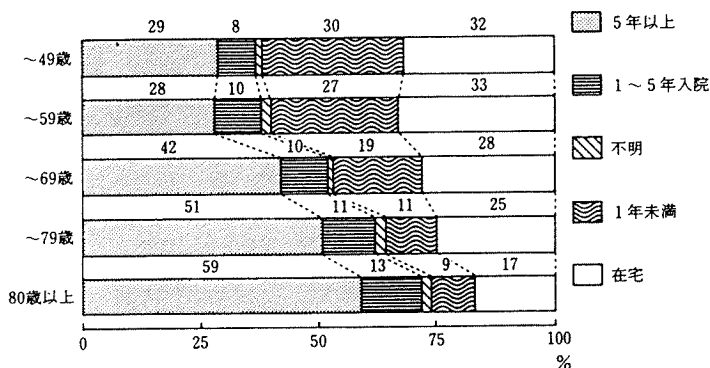
出典 図20に同じ

図表14 親の年齢別外泊の頻度（少ない場合）

（年に1回程度以下のもの）

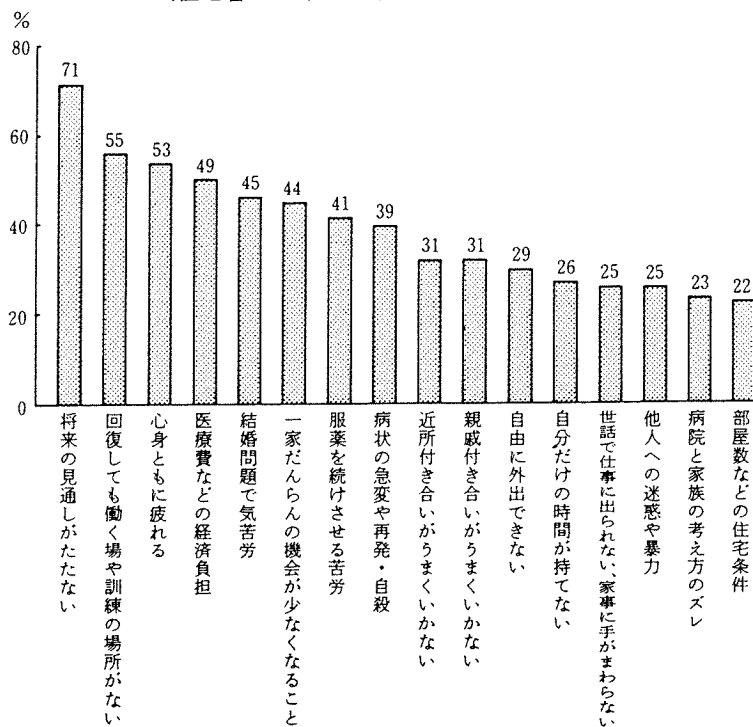


図表15 親の年齢別最近5年間の入院状況

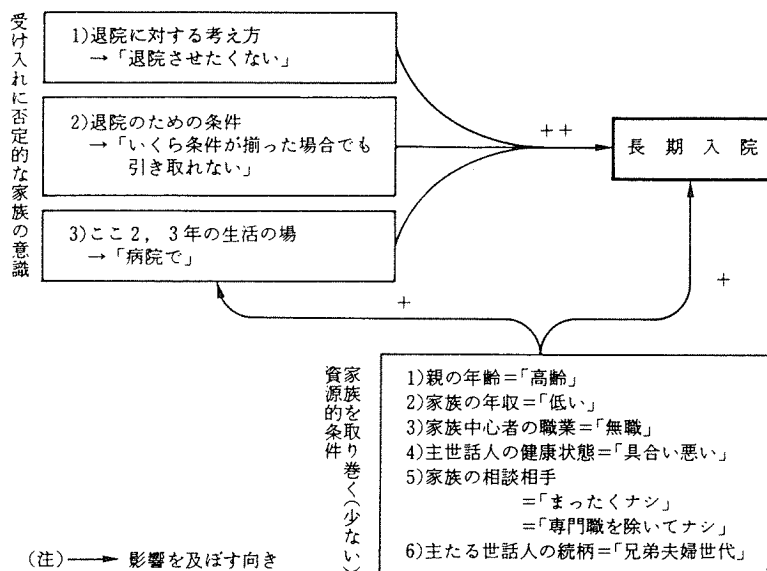


図表16 家族生活上の困難（「大いにある」＋「少しある」）\*5

（在宅者N=3,167人）



図表17 入院期間に及ぼす家族の条件\*5

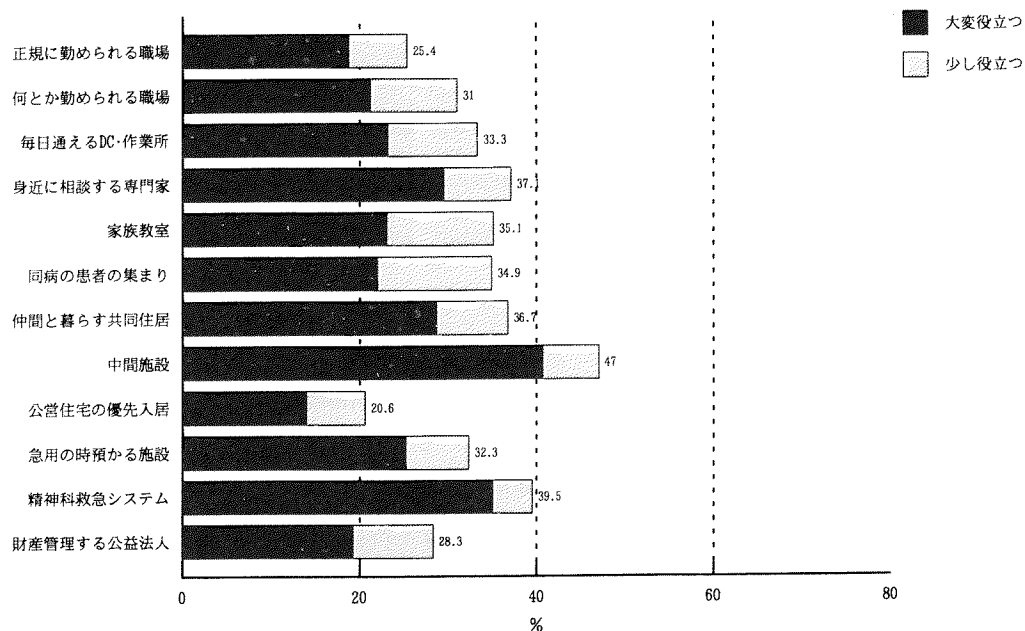


図表18 長期入院群と短期入院群の数量化理論Ⅱ類による判別分析

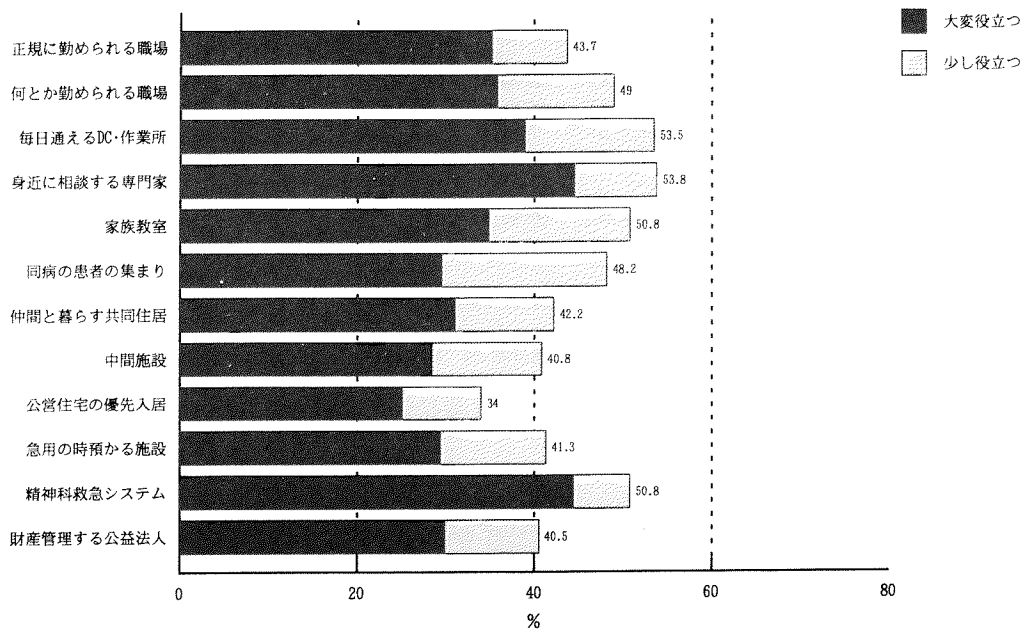
|                           | 全分析変数投入 |       | 受け入れ意識のみ |       | 家族資源のみ投入 |       |
|---------------------------|---------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                           | レンジ     | 偏相関係数 | レンジ      | 偏相関係数 | レンジ      | 偏相関係数 |
| <u>本人の属性</u>              |         |       |          |       |          |       |
| 1. 性                      | 0.011   | 0.007 | —        | —     | —        | —     |
| 2. 年齢                     | 0.144   | 0.041 | —        | —     | —        | —     |
| 3. 発病以来の経過年数              | 0.359   | 0.157 | —        | —     | —        | —     |
| 4. 居住地                    | 0.123   | 0.042 | —        | —     | —        | —     |
| <u>家族の資源的条件</u>           |         |       |          |       |          |       |
| 1. 回答者(=親)の年齢             | 0.241   | 0.067 | —        | —     | 0.673    | 0.186 |
| 2. 世帯年収                   | 0.388   | 0.185 | —        | —     | 0.517    | 0.220 |
| 3. 世帯収入源=無職               | 0.026   | 0.016 | —        | —     | 0.050    | 0.026 |
| 4. 回答者の健康状態               | 0.099   | 0.052 | —        | —     | 0.024    | 0.011 |
| 5. 親世代の同居                 | 0.117   | 0.055 | —        | —     | 0.154    | 0.062 |
| 6 a. 回答者の続柄<親>            | 0.001   | 0.000 | —        | —     | 0.007    | 0.002 |
| 6 b. 回答者の続柄<兄弟>           | 0.091   | 0.033 | —        | —     | 0.338    | 0.112 |
| 7. 家族の相談相手                | 0.101   | 0.031 | —        | —     | 0.147    | 0.042 |
| <u>家族の受け入れ意識</u>          |         |       |          |       |          |       |
| 1. 退院に対する考え               | 0.362   | 0.159 | 0.421    | 0.191 | —        | —     |
| 2. 退院の条件                  | 0.027   | 0.010 | 0.090    | 0.032 | —        | —     |
| 3. 2～3年の生活の場              | 0.621   | 0.254 | 0.812    | 0.321 | —        | —     |
| <u>病気・治療法に関する認知・生活困難度</u> |         |       |          |       |          |       |
| 1. 重症度の認知                 | 0.173   | 0.065 | —        | —     | —        | —     |
| 2. 自立の可能性                 | 0.300   | 0.073 | —        | —     | —        | —     |
| 3. 治療・生活状況の認知             | 0.094   | 0.043 | —        | —     | —        | —     |
| 4. 生活困難度                  | 0.082   | 0.044 | —        | —     | —        | —     |
| 相関比 $\chi^2$              |         | .3089 |          | .2245 |          | .1077 |
| 判別一致率                     |         | 82.4% |          | 81.4% |          | 71.9% |

注 ー: 分析に投入せず

図表19 必要とされる制度・サービス（入院）



図表20 必要とされる制度・サービス（在宅）



図表21 年齢階級別 同居の形態（在宅群；n = 2036）

|         | 対 象 者 の 年 齢 |            |            |            |            | 全 体         |
|---------|-------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
|         | ～29歳        | ～39歳       | ～49歳       | ～59歳       | 60歳以上      |             |
| 家族と同居   | 280(90.1)   | 360(86.7)  | 428(66.8)  | 283(60.5)  | 129(64.6)  | 1482(72.8)  |
| 家族以外の人と | 12( 4.0)    | 9( 2.2)    | 12( 1.9)   | 12( 2.6)   | 25(12.3)   | 71( 3.5)    |
| ひとりで生活  | 6( 2.0)     | 40( 9.6)   | 188(29.3)  | 163(34.9)  | 43(21.5)   | 440(21.6)   |
| 無回答     | 12( 4.0)    | 6( 1.5)    | 12( 1.9)   | 9( 2.0)    | 3( 1.5)    | 43( 2.1)    |
| 全 体     | 311(100.0)  | 416(100.0) | 641(100.0) | 468(100.0) | 200(100.0) | 2036(100.0) |

出典：川崎市ニード調査（通院、分裂病）、1994

図表22 現在の住居状況（住宅群；n = 2036）

|             | 同居者の形態      |           |            |           | 全 体         |
|-------------|-------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|             | 家族と         | 家族以外と     | 単身者        | 無回答       |             |
| 建物の形態       |             |           |            |           |             |
| 一戸建て(持ち家)   | 754(51.6)   | 4( 4.8)   | 44( 9.1)   | 7(40.0)   | 809(39.7)   |
| 一戸建て(借家)    | 66( 4.5)    |           |            |           | 66( 3.2)    |
| 木造アパート      | 233(16.0)   | 7( 9.5)   | 375(78.0)  | 4(20.0)   | 619(30.4)   |
| 鉄筋集合住宅(分譲)  | 66( 4.5)    |           | 18( 3.8)   |           | 84( 4.1)    |
| 鉄筋集合住宅(賃貸)  | 124( 8.5)   | 4( 4.8)   | 15( 3.0)   | 4(20.0)   | 146( 7.2)   |
| 公営住宅        | 189(13.0)   |           | 15( 3.0)   | 4(20.0)   | 208(10.2)   |
| 施設・寮など      |             | 58(76.2)  | 7( 1.5)    |           | 66( 3.2)    |
| その他         | 18( 1.2)    | 4( 4.8)   | 7( 1.5)    |           | 29( 1.4)    |
| 無回答         | 11( .7)     |           |            |           | 11( .5)     |
| 最近2年間の転居有無  |             |           |            |           |             |
| 転居してない      | 1337(91.5)  | 22(28.6)  | 382(79.5)  | 15(80.0)  | 1756(86.2)  |
| 転居した        | 95( 6.5)    | 47(61.9)  | 95(19.7)   | 4(20.0)   | 240(11.8)   |
| 無回答         | 29( 2.0)    | 7( 9.5)   | 4( .8)     |           | 40( 2.0)    |
| 【転居の場合】転居回数 |             |           |            |           |             |
| 1) 1回       | 87( 6.0)    | 40(52.4)  | 87(18.2)   |           | 215(10.6)   |
| 2) 2回       | 4( .2)      |           | 7( 1.5)    |           | 11( .5)     |
| 3) 3回       | 4( .2)      |           |            |           | 4( .2)      |
| 非該当(転居ナシ)   | 1366(93.5)  | 36(47.6)  | 386(80.3)  | 18(100.0) | 1807(88.7)  |
| 全 体         | 1461(100.0) | 76(100.0) | 480(100.0) | 19(100.0) | 2036(100.0) |

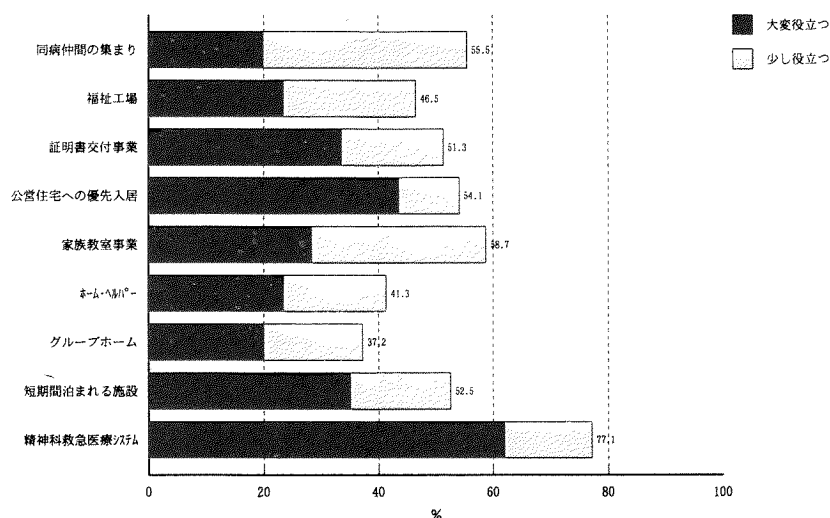
出典：川崎市ニード調査（通院、分裂病）、1994

図表23 住生活環境の状況

|              | 同居者の形態      |           |            |           | 全 体         |
|--------------|-------------|-----------|------------|-----------|-------------|
|              | 家族と         | 家族以外と     | 単身者        | 無回答       |             |
| a)日当りの具合     |             |           |            |           |             |
| 良            | 849(58.1)   | 47(61.9)  | 200(41.7)  | 15(80.0)  | 1111(54.6)  |
| やや良          | 455(31.2)   | 22(28.6)  | 178(37.1)  | 4(20.0)   | 659(32.4)   |
| 不良           | 138( 9.5)   | 4( 4.8)   | 102(21.2)  |           | 244(12.0)   |
| 無回答          | 18( 1.2)    | 4( 4.8)   |            |           | 22( 1.1)    |
| b)老朽化の程度     |             |           |            |           |             |
| 問題ない         | 732(50.1)   | 55(71.4)  | 135(28.0)  | 15(80.0)  | 936(46.0)   |
| やや老朽化        | 550(37.7)   | 15(19.0)  | 222(46.2)  | 4(20.0)   | 790(38.8)   |
| 老朽化が著しい      | 127( 8.7)   | 4( 4.8)   | 120(25.0)  |           | 251(12.3)   |
| 無回答          | 51( 3.5)    | 4( 4.8)   | 4( .8)     |           | 58( 2.9)    |
| c)交通の便       |             |           |            |           |             |
| 良            | 965(66.1)   | 36(47.6)  | 306(63.6)  | 7(40.0)   | 1315(64.6)  |
| やや良          | 422(28.9)   | 33(42.9)  | 138(28.8)  | 7(40.0)   | 601(29.5)   |
| 不良           | 55( 3.7)    | 4( 4.8)   | 36( 7.6)   | 4(20.0)   | 98( 4.8)    |
| 無回答          | 18( 1.2)    | 4( 4.8)   |            |           | 22( 1.1)    |
| d)立ち退き要請の可能性 |             |           |            |           |             |
| 可能性がない       | 1195(81.8)  | 55(71.4)  | 280(58.3)  | 15(80.0)  | 1544(75.8)  |
| 可能性がある       | 178(12.2)   | 15(19.0)  | 168(34.8)  | 4(20.0)   | 364(17.9)   |
| 差し迫っている      | 22( 1.5)    |           | 29( 6.1)   |           | 51( 2.5)    |
| 無回答          | 66( 4.5)    | 7( 9.5)   | 4( .8)     |           | 76( 3.8)    |
| e)今の住居への満足度  |             |           |            |           |             |
| 満足           | 787(53.9)   | 40(52.4)  | 211(43.9)  | 7(40.0)   | 1045(51.3)  |
| 少し不満         | 565(38.7)   | 33(42.9)  | 208(43.2)  | 7(40.0)   | 812(39.9)   |
| たいへん不満       | 87( 6.0)    |           | 58(12.1)   | 4(20.0)   | 149( 7.3)   |
| 無回答          | 22( 1.5)    | 4( 4.8)   | 4( .8)     |           | 29( 1.4)    |
| f)通院の便       |             |           |            |           |             |
| 近い           | 674(46.1)   | 15(19.0)  | 251(52.3)  | 15(80.0)  | 954(46.9)   |
| 少し遠い         | 699(47.9)   | 55(71.4)  | 200(41.7)  |           | 954(46.9)   |
| たいへん遠い       | 66( 4.5)    |           | 25( 5.3)   | 4(20.0)   | 95( 4.7)    |
| 無回答          | 22( 1.5)    | 7( 9.5)   | 4( .8)     |           | 33( 1.6)    |
| 全 体          | 1461(100.0) | 76(100.0) | 480(100.0) | 19(100.0) | 2036(100.0) |

出典：川崎市ニード調査（通院、分裂病）、1994

図表24 必要とされる制度・サービス（在宅群、本人判断）



図表25 受療中の精神障害者が必要とする社会資源の必要数＜精神神経学会調査より＞

|                    | 2年以上長期入院<br>の患者の必要数# | 外来受療中の<br>患者の必要数## | 合 計    | 人口10万人<br>対必要数 |
|--------------------|----------------------|--------------------|--------|----------------|
| 「生活の場」の社会資源        |                      |                    |        |                |
| 1. 単身入居のアパート等      | 3,621                | 20,198             | 23,819 | 19.4           |
| 2. グループホーム         | 19,150               | 19,901             | 39,051 | 31.7           |
| 3. 小規模ホステル         | 14,466               | 11,519             | 25,985 | 21.1           |
| 4. 既存福祉施設(老人、精薄等)  | 18,349               | 8,910              | 27,259 | 22.2           |
| 「活動の場」の社会資源        |                      |                    |        |                |
| 1. 職親などの保護的な職場     | 8,859                | 36,512             | 45,371 | 36.9           |
| 2. 小規模共同作業所        | 11,772               | 26,955             | 38,727 | 31.5           |
| 3. 毎日のように通うデイケア    | 11,334               | 29,122             | 40,456 | 32.9           |
| 4. 週1～2日程度のデイケア    | 6,096                | 19,089             | 25,185 | 20.5           |
| 5. 憩いの場、ソーシャルクラブなど | 19,545               | 44,373             | 63,918 | 52.0           |

注： # 大島巖ら、精神神経学雑誌 93(7):582-602, 1991. 対象は2年以上入院の全精神障害者 (n=40,073)

## 黒田研二ら、精神神経学雑誌 96(1):70-75, 1994. 対象疾患は精神分裂病のみ (n=5,168)

図表26 必要な社会資源の推計値<1983年受療患者調査より>

|                    | 入 院   |      | 通 院     |         | 入院+通院 |       |
|--------------------|-------|------|---------|---------|-------|-------|
|                    | 全 体   | 分裂病  | 全 体     | 分裂病     | 全 体   | 分裂病   |
| <u>「生活の場」の社会資源</u> |       |      |         |         |       |       |
| 6. ナイトホテル          | 2598  | 1669 | 0       | 0       | 2598  | 1669  |
| 15. 共同住居           | 4822  | 3872 | 6510    | 2641    | 11332 | 6513  |
| 17. 社会復帰施設         | 12978 | 7633 | 37399/2 | 18311/2 | 31678 | 16789 |
| 18. 老人福祉施設         | 4400  | 1372 | 14114   | 771     | 18515 | 2143  |
| 19. 精神薄弱者援護施設      | 1693  | 293  | 6045    | 865     | 7737  | 1159  |
| 20. 救護施設           | 1263  | 373  | 3034    | 666     | 4298  | 1039  |
| <u>「活動の場」の社会資源</u> |       |      |         |         |       |       |
| 4. 精神科デイケア         | 6603  | 5137 | 61710   | 26686   | 68313 | 31823 |
| 5. ナイトケア           | 577   | 335  | 0       | 0       | 577   | 335   |
| 11. 保健所のグループ活動等    | 4506  | 3144 | 32321   | 14666   | 36827 | 17809 |
| 14. 共同作業所          | 4628  | 3559 | 28416   | 13059   | 33044 | 16618 |
| 16. 職親制度           | 9521  | 6909 | 21791   | 10678   | 31312 | 17586 |
| 17. 社会復帰施設         | 9875  | 5381 | 27733/2 | 13473/2 | 23742 | 12118 |

注1：入院患者の内、条件が揃えば退院可能と評価されたもの（22％）に対する社会資源を推計。

注2：「生活の場」「活動の場」ごとに重複回答があった場合は、「場」ごとの選択数の逆数で当該項目に重み付けをし、資源数を算出した。通院患者における「社会復帰施設」は、通所と入所の両面が考えられるので、さらに1/2を重みづけた。

図表27 必要な社会資源の推計値<1983年受療患者調査より>

|                    | 入 院   |       | 通 院     |         | 入院+通院 |       |
|--------------------|-------|-------|---------|---------|-------|-------|
|                    | 全 体   | 分裂病   | 全 体     | 分裂病     | 全 体   | 分裂病   |
| <u>「生活の場」の社会資源</u> |       |       |         |         |       |       |
| 6. ナイトホテル          | 3718  | 2641  | 0       | 0       | 3718  | 2641  |
| 15. 共同住居           | 11732 | 8498  | 6510    | 2641    | 18242 | 11139 |
| 17. 社会復帰施設         | 31704 | 22190 | 37399/2 | 18311/2 | 50404 | 31346 |
| 18. 老人福祉施設         | 9727  | 3144  | 14114   | 771     | 23842 | 3915  |
| 19. 精神薄弱者援護施設      | 4291  | 1021  | 6045    | 865     | 10336 | 1887  |
| 20. 救護施設           | 6443  | 3506  | 3034    | 666     | 9477  | 4172  |
| <u>「活動の場」の社会資源</u> |       |       |         |         |       |       |
| 4. 精神科デイケア         | 18115 | 14393 | 61710   | 26686   | 79826 | 41080 |
| 5. ナイトケア           | 2623  | 1829  | 0       | 0       | 2623  | 1829  |
| 11. 保健所のグループ活動等    | 11694 | 9500  | 32321   | 14666   | 44015 | 24166 |
| 14. 共同作業所          | 11854 | 9176  | 28416   | 13059   | 40270 | 22235 |
| 16. 職親制度           | 19160 | 13585 | 21791   | 10678   | 40951 | 24263 |
| 17. 社会復帰施設<活>      | 25661 | 17522 | 27733/2 | 13473/2 | 52358 | 24259 |

注1：入院患者の内、退院可能と評価されたもの全数（57％）に対する社会資源を推計。

注2：重み付けに関しては、表2と同じ。

図表28 必要とされる社会資源（必要数と現利用者数）＜川崎市社会復帰ニーズ調査＞

| 社会資源の種類     | 全 体 必 要 数 |        | 現在利用者数<br>(本調査に基づく推計値)③ | 新 規 必 要 数 |      |
|-------------|-----------|--------|-------------------------|-----------|------|
|             | 従事者評価     | 本人評価   |                         | 従事者評価     | 本人評価 |
|             | ①         | ②      |                         | ①－③       | ②－③  |
| 「生活の場」の社会資源 |           |        |                         |           |      |
| グループホーム     | 447       | 152    | 14                      | 433       | 138  |
| 小規模ホステル     | 118       | 88     | -                       | 118       | 88   |
| 社会福祉施設      | 254       | 151    | 59                      | 195       | 92   |
| 「活動の場」の社会資源 |           |        |                         |           |      |
| 正社員で勤める職場   | 451       | (665)※ | 364                     | 87        | 301  |
| パートなどで勤める職場 | 687       | (478)  | 383                     | 304       | 95   |
| 小規模作業所      | 297       | (109)  | 173                     | 124       | -64  |
| 毎日通えるデイケア   | 317       | ( 77)  | 136                     | 181       | -59  |
| 週1～2日のデイケア  | 352       | (118)  | 164                     | 188       | -46  |
| 憩いの場        | 333       | (168)  | 146                     | 187       | 22   |

注：# 在宅群のみの推計値

(財)神奈川県社会復帰支援会：川崎市に在住する精神障害者の社会復帰・社会福祉ニーズの  
現状と必要な援助施策調査報告書、1994.より

図表30 必要とされる社会資源数と現在の利用者数の概数

| 社会資源の種類          | 必 要 数   | 現在利用者数           |
|------------------|---------|------------------|
| 「生活の場」の社会資源      |         |                  |
| グループホーム          | 20,000  | 600              |
| 小規模ホステル          | 30,000  | 1,700(支援寮、福祉ホーム) |
| 老人施設(老人ホーム、老健施設) | 25,000  | ??               |
| 他の社会福祉施設         | 20,000  | 8,000(救護施設)      |
| 「活動の場」の社会資源      |         |                  |
| 保護的な職場           | 30,000  | 2,300(職親)        |
| 小規模作業所           | 25,000  | 16,000           |
| 毎日通えるデイケア        | 40,000  | 12,000(病院デイケア)   |
| 週1～2日のデイケア       | 25,000  | 24,000(保健所デイケア)  |
| 憩いの場             | 20,000  | ??               |
| 「支え手」の社会資源       |         |                  |
| 保健所精神保健相談案件数     | 36～83万人 | 189,000          |
| 作業所指導員数          | (要援助の   | (2,000)          |
| 精神保健相談員数(専任)     | 精神障害者数) | (600)            |
| (保健婦兼任)          |         | (1,100)          |

図表29 活動主体別 精神科リハビリテーション・プログラムの内容と期待される援助機能

| 援助提供主体                       | プログラムの内容                       | 根拠     | 期待される援助機能  |            |            |                  | 相談援助<br>ケース・<br>マネージメント |
|------------------------------|--------------------------------|--------|------------|------------|------------|------------------|-------------------------|
|                              |                                |        | 機能回復<br>訓練 | 生活<br>生活の場 | 生活<br>活動の場 | サポート<br>所得<br>保障 |                         |
| 医療機関                         | 社会復帰促進の相談・援助、保護者との連絡調整         | 法38条   | ○          |            |            |                  | ○                       |
|                              | 精神科作業療法                        | 診療報酬   | ○          |            | ○          |                  |                         |
|                              | 精神科デイケア・精神科ナイトケア               | 診療報酬   | ○          |            |            | ○                | ○                       |
|                              | 精神科訪問看護・指導                     | 診療報酬   | ◎          |            |            |                  | ○                       |
| 地域保健機関<br>(保健所、精神<br>保健センター) | 生活技能訓練療法                       | 診療報酬   |            |            |            |                  | ○                       |
|                              | 精神科退院指導科                       | 診療報酬   |            |            |            |                  | ○                       |
|                              | 精神保健相談                         | 地域保健法  |            |            |            | ○                | ○                       |
|                              | 精神保健訪問指導                       | 地域保健法  |            |            |            | ○                | ○                       |
| 社会復帰施設・<br>民間地域福祉<br>団体      | 通院治療中断者に対する訪問指導                | 通知     | ○          |            | ○          |                  | ○                       |
|                              | 精神障害者社会復帰相談指導事業<br>(トライアングル事業) | 通知     | ○          |            | ○          |                  | ○                       |
|                              | 生活訓練施設・福祉ホーム                   | 法50-2  | ○          | ○          | ○          | ○                |                         |
|                              | 地域生活援助事業(グループホーム)              | 法50-3  | △          | ◎          | △          | ○                |                         |
| その他の主体                       | 授産施設                           | 法50-2  | △          | △          | ◎(労)       | ○                |                         |
|                              | 福祉工場                           | 通知     | △          | ○          | ○          | ○                |                         |
|                              | 通所機能付き支援施設                     | 通知     | △          | ○          | ○          | ○                |                         |
|                              | シヨースティ施設<br>小規模作業所             | 通知     | △          | ○          | ○          | ○                |                         |
| 精神障害者社会適応訓練事業<br>職場適応訓練、等    | 精神障害者社会適応訓練事業                  | 法50-4  | ○          |            | △(労)       |                  |                         |
|                              | 障害者職業センター                      | 通知     | ○          |            | △(労)       |                  | ○                       |
|                              | 障害者職業年金・障害年金                   | 障害者年金法 |            |            |            | ◎                |                         |
|                              | その他所得保障                        | 国年法    |            |            |            | ◎                |                         |

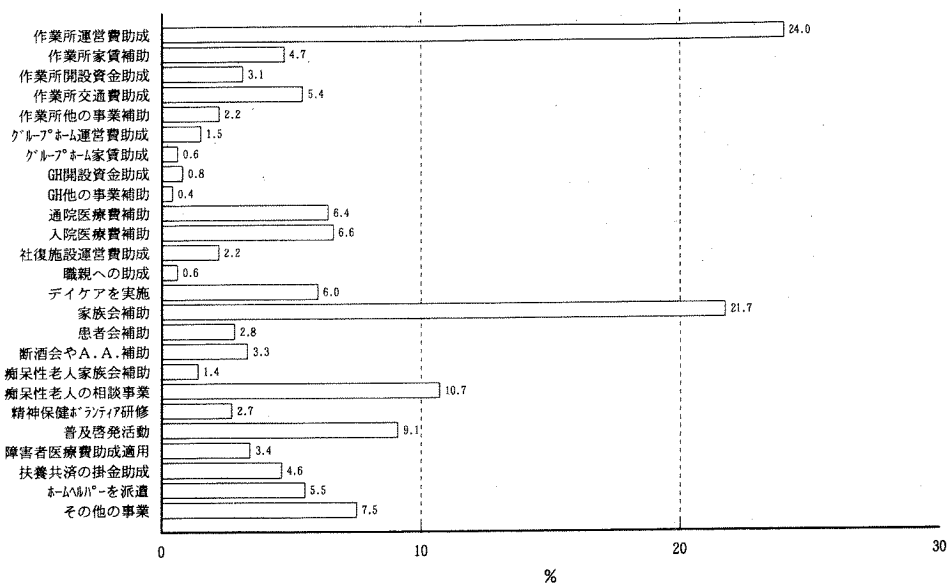
注：「根拠」で「法」とは精神保健福祉法。「障害法」は障害者雇用促進法、「国年法」は国民年金法等、を指す。  
「期待される援助機能」欄の記号は、◎ 当該援助機能の中心的機能として特に期待されるもの、○ 当該援助機能として期待されるもの  
△ 補完的機能として期待されるもの

図表31 都道府県別、管轄地域に当該社会資源のない保健所数とその割合

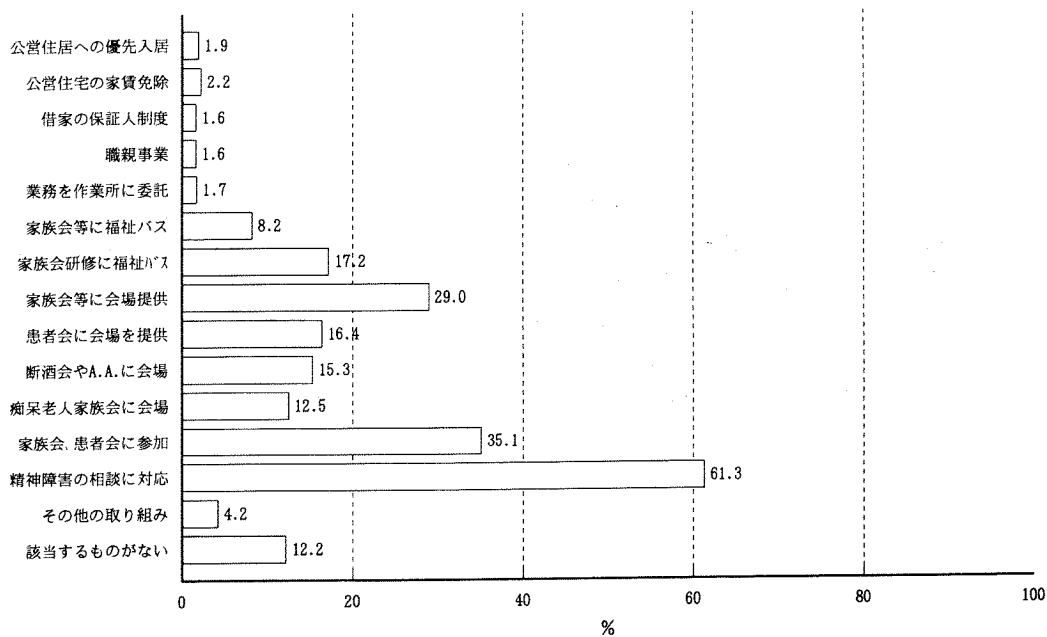
|        | 社会資源の種類   |            |            |                |              |            | 都道府県別<br>保健所総数 |
|--------|-----------|------------|------------|----------------|--------------|------------|----------------|
|        | 家族会       | 小規模<br>作業所 | 精神科<br>診療所 | 患者会・<br>回復者クラブ | 法内社会<br>復帰施設 |            |                |
|        | 所 %       | 所 %        | 所 %        | 所 %            | 所 %          | 所 %        |                |
| 1 北海道  | 18 32.1%  | 31 55.4%   | 39 69.6%   | 30 53.6% H     | 52 92.9%⑩    | 56 100.0%  |                |
| 2 青森   | 1 9.1%    | 6 54.5%    | 8 72.7%    | 10 90.9%       | 9 81.8% J    | 11 100.0%  |                |
| 3 岩手   | A         | 10 66.7%   | 12 80.0%⑧  | 13 86.7%       | 13 86.7%     | 15 100.0%  |                |
| 4 宮城   | 3 21.4%   | 5 35.7%    | 6 42.9%    | 12 85.7%       | 12 85.7%     | 14 100.0%  |                |
| 5 秋田   | A         | 3 37.5%    | 6 75.0%⑩   | 7 87.5%        | 7 87.5%      | 8 100.0%   |                |
| 6 山形   | 1 12.5%   | 4 50.0%    | 2 25.0% H  | 3 37.5% E      | 6 75.0% F    | 8 100.0%   |                |
| 7 福島   | 8 44.4%⑥  | 15 83.3%①  | 2 11.1% D  | 14 77.8%       | 18 100.0%①   | 18 100.0%  |                |
| 8 茨城   | A         | 14 77.8%④  | 13 72.2%   | 17 94.4%⑨      | 15 83.3%     | 18 100.0%  |                |
| 9 栃木   | A         | 4 36.4%    | 7 63.6%    | A              | 5 45.5% A    | 11 100.0%  |                |
| 10 群馬  | 4 33.3%⑩  | 10 83.3%①  | 1 8.3% C   | 11 91.7%       | 11 91.7%     | 12 100.0%  |                |
| 11 埼玉  | 4 16.7%   | 17 70.8%⑦  | 11 45.8%   | 18 75.0%       | 17 70.8% E   | 24 100.0%  |                |
| 12 千葉  | 6 31.6%   | 12 63.2%   | 8 42.1%    | 16 84.2%       | 15 78.9% H   | 19 100.0%  |                |
| 13 東京  | 32 45.1%⑤ | 13 18.3% F | 3 4.2% B   | 53 74.6%       | 64 90.1%     | 71 100.0%  |                |
| 14 神奈川 | 4 10.0%   | 5 12.5% C  | 12 30.0% J | 27 67.5% J     | 36 90.0%     | 40 100.0%  |                |
| 15 新潟  | A         | A          | 6 40.0%    | 9 60.0% I      | 8 53.3% B    | 15 100.0%  |                |
| 16 富山  | 5 50.0%③  | 4 40.0%    | 7 70.0%    | 8 80.0%        | 10 100.0%①   | 10 100.0%  |                |
| 17 石川  | A         | 6 60.0%    | 7 70.0%    | 8 80.0%        | 10 100.0%①   | 10 100.0%  |                |
| 18 福井  | A         | 1 12.5% C  | 7 87.5%⑥   | 7 87.5%        | 8 100.0%①    | 8 100.0%   |                |
| 19 山梨  | A         | 4 50.0%    | 6 75.0%⑩   | A              | 7 87.5%      | 8 100.0%   |                |
| 20 長野  | 1 5.9%    | 4 23.5% J  | 17 100.0%① | 17 100.0%①     | 15 88.2%     | 17 100.0%  |                |
| 21 岐阜  | 4 28.6%   | 6 42.9%    | 6 42.9%    | 10 71.4%       | 13 92.9%⑩    | 14 100.0%  |                |
| 22 静岡  | A         | 9 50.0%    | 4 22.2% G  | 17 94.4%⑨      | 16 88.9%     | 18 100.0%  |                |
| 23 愛知  | 20 47.6%④ | 29 69.0%   | 24 57.1%   | 33 78.6%       | 42 100.0%①   | 42 100.0%  |                |
| 24 三重  | 3 27.3%   | 7 63.6%    | 10 90.9%③  | 9 81.8%        | 10 90.9%     | 11 100.0%  |                |
| 25 滋賀  | 1 11.1%   | 6 66.7%    | 6 66.7%    | 4 44.4% G      | 8 88.9%      | 9 100.0%   |                |
| 26 京都  | 10 43.5%⑦ | 16 69.6%⑩  | 5 21.7% F  | 22 95.7%⑤      | 23 100.0%①   | 23 100.0%  |                |
| 27 大阪  | 19 35.8%⑨ | 15 28.3%   | 10 18.9% E | 41 77.4%       | 49 92.5%     | 53 100.0%  |                |
| 28 兵庫  | 21 51.2%② | 19 46.3%   | 19 46.3%   | 38 92.7%       | 37 90.2%     | 41 100.0%  |                |
| 29 奈良  | 1 16.7%   | 5 83.3%①   | A          | A              | 4 66.7% C    | 6 100.0%   |                |
| 30 和歌山 | 4 40.0%⑤  | 5 50.0%    | 9 90.0%④   | 8 80.0%        | 9 90.0%      | 10 100.0%  |                |
| 31 鳥取  | 1 20.0%   | 1 20.0% H  | 4 80.0%⑧   | 5 100.0%①      | 5 100.0%①    | 5 100.0%   |                |
| 32 島根  | A         | A          | 4 40.0%    | 4 40.0% F      | 9 90.0%      | 10 100.0%  |                |
| 33 岡山  | A         | 6 35.3%    | 6 35.3%    | 2 11.8% D      | 15 88.2%     | 17 100.0%  |                |
| 34 広島  | A         | 5 22.7% I  | 10 45.5%   | 17 77.3%       | 20 90.9%     | 22 100.0%  |                |
| 35 山口  | A         | 3 18.8% G  | 9 56.3%    | 11 68.8%       | 12 75.0% F   | 16 100.0%  |                |
| 36 徳島  | 2 25.0%   | 4 50.0%    | 6 75.0%⑩   | 8 100.0%①      | 7 87.5%      | 8 100.0%   |                |
| 37 香川  | A         | 2 28.6%    | 5 71.4%    | 7 100.0%①      | 6 85.7%      | 7 100.0%   |                |
| 38 愛媛  | A         | 5 35.7%    | 10 71.4%   | 13 92.9%       | 13 92.9%⑩    | 14 100.0%  |                |
| 39 高知  | 1 10.0%   | 7 70.0%⑤   | 9 90.0%④   | 7 70.0%        | 10 100.0%①   | 10 100.0%  |                |
| 40 福岡  | 21 58.3%① | 20 55.6%   | 9 25.0% H  | 35 97.2%⑦      | 32 88.9%     | 36 100.0%  |                |
| 41 佐賀  | A         | 6 75.0%⑥   | 7 87.5%⑥   | 7 87.5%        | 7 87.5%      | 8 100.0%   |                |
| 42 長崎  | 1 6.3%    | 10 62.5%   | 9 56.3%    | 13 81.3%       | 13 81.3% I   | 16 100.0%  |                |
| 43 熊本  | 4 25.0%   | 10 62.5%   | 10 62.5%   | 16 100.0%①     | 14 87.5%     | 16 100.0%  |                |
| 44 大分  | A         | 2 15.4% E  | 4 30.8%    | 13 100.0%①     | 11 84.6%     | 13 100.0%  |                |
| 45 宮崎  | 1 10.0%   | 7 70.0%⑧   | 7 70.0%    | 9 90.0%        | 10 100.0%①   | 10 100.0%  |                |
| 46 鹿児島 | 1 5.9%    | 13 76.5%⑤  | 16 94.1%②  | 15 88.2%       | 12 70.6% D   | 17 100.0%  |                |
| 47 沖縄  | 1 14.3%   | 4 57.1%    | 3 42.9%    | 6 85.7%        | 6 85.7%      | 7 100.0%   |                |
| 全 国    | 203 23.8% | 390 45.8%  | 401 47.1%  | 650 76.3%      | 751 88.1%    | 852 100.0% |                |

注：○付き数字は率の高いもの、アルファベット A～Jは率の低いものの全国順位

図表32 予算化された精神障害者への取り組み



図表33 予算を伴わない精神障害者への取り組み



図表34 老人保健福祉計画・障害者計画、保健福祉行政の将来計画に、  
精神障害者の保健医療対策や福祉対策が記載されているか

|                   |             |
|-------------------|-------------|
| 1) 保健医療・福祉の対策いずれも | 258(12.5)   |
| 2) 保健医療対策のみ記載     | 130( 6.3)   |
| 3) 福祉対策のみ記載がある    | 78( 3.8)    |
| 4) 心身障害者一般の中に含める形 | 578(28.1)   |
| 5) いずれの記載もない      | 880(42.7)   |
| 6) 内容不明のものあり      | 21( 1.0)    |
| 無回答               | 115( 5.6)   |
| 全 体               | 2060(100.0) |

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| 【1)~3)選択の場合】その将来計画(N=466) |            |
| 1) 老人保健福祉計画               | 277(59.4)  |
| 2) 老人・障害者を含む計画            | 88(18.9)   |
| 3) 市町村障害者計画               | 19( 4.1)   |
| 4) その他の将来計画               | 112(24.0)  |
| 全 体                       | 466(100.0) |

出典：

- ① 厚生省「平成2年患者調査」、1992
- ②～⑦ 全家連保健福祉研究所「全国入院入所者福祉ニーズ調査」全家連、1994
- ⑨⑩⑪ 全家連保健福祉研究所「第2回全国家族福祉ニーズ調査」全家連、1993
- ⑩～⑬ 全家連「第1回全国家族福祉ニーズ調査」全家連、1986
- (21)～(24) 神奈川県社会復帰援護会「川崎市ニード調査」、1994
- (31) 全家連review6号、1993
- (32)～(34) 全家連保健福祉研究所モノグラフ12号、1995

## 精神障害者の保健福祉ニード

大島 巖（東京都立大学）

わが国では、戦後から現在にかけて、精神障害者が主に医療の場で処遇されてきた歴史があり、そのために「精神障害者は『病者』だから、福祉の対象ではない」という、誤った認識をもたれることがしばしばあった。これに対して、近年になってようやく、「精神障害者は、単に精神疾患をもつ病者というだけでなく、社会生活遂行上の困難、不自由、不利益を有し、各種の社会的援助対策を必要とする障害者でもある」という見方が一般化してきた。この見方は、精神障害者を福祉の対象者として、人道的に扱う福祉的処遇モデルの立場に依拠したものといえることができる。

さて、これまで精神障害者が、医療対象として精神医学的な治療のみが考慮されてきた時代には、精神症状の有無や重症度が医療サービスの必要性を判断するほぼ唯一といえる根拠だった。しかし、精神障害者が他の障害者と同様、社会的援助サービスと施策の対象者となると、その必要性を判断する新たな基準が必要になる。そして、その基準は、精神障害をもつ人たちの中で援助の緊急性を判断できるばかりでなく、一般の障害者や老人など、他の福祉対象者との対応関係で、要援護性のプライオリティ決定が可能となるものでなければならないであろう。

本章では、まず、社会福祉政策学で発展したニード概念とニード評価の方法を整理・検討し、次にその観点から精神障害者の保健福祉ニードを位置づけ、その特徴を明らかにする。最後に、精神障害者の社会的援助サービス・施策における援助の緊急性について論じる。

## 第1節 社会福祉施策におけるニードとは

### 1. なぜ、ニードか

有限の資源を人間の欲求充足のために合理的に配分するための方法は、大きく分けて、①市場を経由する方法と、②公共部門を経由する方法がある<sup>9)</sup>。

市場を経由する方法は、最も一般的な方法であり、需要と供給のバランスの中で価格が決まり、その上で適切な資源配分が行われることになる。これに対して、医療・教育・福祉・各種行政活動など、市場原理に基づく方法では適当な資源配分が行われにくい領域では、公共部門を経由する方法がとられる。そして、この場合の資源配分の基準としてニード概念が用いられるのである。英国の社会福祉政策学におけるオピニオン・リーダーだったデイトマスは、経済市場における「需要と供給」に対応する概念として、「ニードと資源」を考慮し、その需給モデルを比喩的に「社会市場」と呼んでいる<sup>10)</sup>。

このようにニードは、医療・保健・福祉におけるサービス供給を適切に計画し、かつそれに基づいて適正に資源配分していく上で、最も基本的で、かつ実質的に重要な概念と考えられる。

### 2. ニードの定義

社会福祉政策学の三浦文夫<sup>10)</sup>によるニードの定義は、「ある種の状態が、一定の目標なり、基準からみて乖離の状態にあり、そしてその状態の回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたもの」である。このニード概念は、2種類のニードから構成されている。すなわち、まず、「ある種の状態」が、一定の目標なり基準からみて乖離の状態にあることを「依存状態」と呼び、三浦はこれを広義のニードとする。「依存状態」は、基準の取り方によっては、結果として表れる乖離が相対的となり、「基準」という社会の価値に依

存している。

また、「依存状態」からの回復・改善などを行う必要があると社会的に認められたものを「要援護性」といい、三浦は狭義のニードとしている。この「要援護性」の定義では、ニードはさらに社会の価値意識に左右され、相対的で価値判断を含むものになる。

ここで注意が必要なのは、「依存状態」を構成する「ある種の状態」に関しては、社会の価値意識に依存しない実体が存在することである。すなわち、「ある種の状態」に対して客観的で科学的な状態把握をすることは十分に可能である。たとえば、低所得の程度、障害に基づく日常生活困難の程度、保健・医療ニードで問題になる疾病の有無などである。ニード概念のもつこの客観性ゆえに、ニード把握に対する専門家の科学的な判断が重視されるのである。

これに対して、社会の価値判断が必要なのは「乖離」の基準設定や要援護性の判断である。「ある種の状態」に対して社会的な「乖離」を認め、その「乖離」に対して一定の資源を供給するかどうかを判断するには、社会的な合意が必要となる。

このように、ニード概念は、客観的な「ある種の状態」と、社会の価値意識に依拠する「乖離の判断」および「要援護性に対する社会的判断」の要素を含む複合概念なのである。

### 3. ニードの評価方法

#### 1) ニード把握の主体

ニードは基本的には人間主体に属する<sup>9)</sup>。したがって、当事者自らが問題の所在を明らかにして顕在化したニードが、まず優先して考慮されなければならないであろう。元来、社会福祉の諸制度は当事者の申請主義に基づいており、この面からも当事者によって顕在化したニードの意義が大きいのである。なお、この顕在化したニードは、次項で述べる市場における需要（デマンド）にほぼ相当するものでもある。

他方で、当事者が自らの「状態」を明らかにしたい場合が少なからずある。問題状況の多くが、いつも当事者本人によって適切に認識され、明確にされているとは限らないからである（潜在的ニード）。とくに、病識など自己認識のあり方に問題をかええる精神障害者の場合には、ニードが潜在化してしまう危険性は少なからずある。したがって、潜在化した問題「状態」が存在する場合には、ニードを掘り起こしていく主体の有無が問われてくる。とくに、後ほど述べるように、一般的に保健・医療ニードは当事者本人がニードの把握主体にはなりにくい性質をもっているのである。

#### 2) 「依存状態」の評価と「乖離」の基準設定

広義のニードである「依存状態」の評価には、客観的な「ある種の状態」を把握し、それが一定の目標なり基準からみて、どの程度の「乖離状態」であるかという判断がされる必要がある。すなわち、「依存状態」の評価を構成するものとして、一つに「ある種の状態」の把握と、いま一つに「乖離」を判断する基準の設定が重要である。

まず、「依存状態」の評価は、福祉に欠ける「状態」という客観的な事実を起点にしていることに注目すべきであろう。すなわち、先ほど述べたように、「状態」は実体として存在しており、それを客観的かつ科学的に把握することは十分に可能と考えられる。

さて、この問題「状態」の把握・測定自体が、「依存状態」の評価に直結している場合がある。たとえば、保健・医療のニードである。このニードでは、疾病の有無といった客観的な「状態」把握、すなわち健康問題の特定（不健康状態の記述）が、専門職によって規定された健康「状態」からの「乖離」とみなされる。これは、不健康「状態」の記述という医療専門職による「乖離」の評価が、一般の人たちや他の専門職種からは異論を挟みにくい、絶対的な重みをもつ（と認識される）評価だからである。保健管理学の田中<sup>10)</sup>は、「専門的に規定されたニード」が「真のニード」に最も近いものであると述べている。これは保健・医療ニードがもつ上記の特徴に基づく主張と考えられる。

保健・医療ニード以外でも、「乖離」を判断する基準が「絶対的な重み」を

もつものがある(絶対的な乖離基準)。その場合には、明確な「状態」の記述が「依存状態」の評価と同等の意味をもってくる。たとえば人の生存を脅かす事態の発生や、身体・精神の自由に関わる基本的人権の侵害などは、問題の特定自体が重大な意味をもつていう。

これに対して、一般の福祉ニードは、「状態」の記述のみでは基準からの「乖離」を適切に表すことがしばしば困難である。その場合には、どのような社会的価値を基準にして判断を行っているのかを明確化し、明示する必要がある(相対的な乖離基準)。たとえば、一定のADL確保であるとか、生活の質やアメニティの向上などの基準である。これらに関して、「乖離」か否かを判断する基準の設定は、「乖離」を判断する主体ごとに異なり、必ずしもすぐに普遍的な社会的合意が得られるわけではない。したがって、基準設定に当たっては十分な社会的合意が得られるように、適正で民主的な意志決定の手続きが必要となる。

なお、ニードが基本的には人間主体に属する点を考慮すれば、当事者本人が認識する「乖離」判断の重要性が理解できよう(この当事者の判断は、顕在化したニードと表裏するものでもある)。「依存状態」を判断する基準を設定する際には、本人が望む達成目標が十分に尊重される必要がある。

### 3) 社会的要援助性の決定とその判断を規定するもの

ニード評価の最終段階である、当事者の「依存状態」に対して適切な社会的サービスを提供すべきか否かを決定する段階には、複雑な意志決定メカニズムが機能することになる。この段階には、幅広い立場の人たちが決定に参加することになる。もちろん、当事者本人の意向は尊重されなければならない。家族や保健・医療・福祉の専門職種の判断も重要である。それとともに、ここでは一般社会の価値判断が重要な意味をもってくる。その理由は、一つには社会的要援助性の判断が社会の価値意識と深い関連をもち、時代状況や文化背景により相対的なものだからであり、いま一つには、供給体制を考慮する上で、社会全体の費用負担能力と配分に対する意向を無視してニードを特定できないからである。

このように、ニードの最終的な評価には、社会の合意形成が十二分に行われることが不可欠となる。判断はすぐれて価値的な内容を含み、人や立場によって大きく異なる。したがって適切で妥当な決定が行われるためには、「依存状態」の判断にもまして、適正で民主的な意志決定が行われるとともに、十分な社会的コンセンサスを形成していくことが強く要請される。

ところで、社会的要援助性を判断する基準にはどのようなものがあるだろうか。この基準には、社会的な認知がされているものと、国民意識に潜在するものがあるであろう。

社会的に認知されている基準に、まず公平性の基準がある。具体的には第一に、同様の問題をもつ要援護者に対して、公的なサービスは平等に行われなければならない。施策間に大きな格差や不平等があってはならないのである。第二に、一般国民の生活水準との比較がある。要援護者の生活が、一般国民の豊かさに比べて大きな格差があってはならないのである。

いま一つの基準に、問題発生における社会的責任性がある<sup>17)</sup>。これには、1次的な原因と2次的な原因があるだろう。まず、1次的なものとしては、公害に基づく健康障害や生活被害、景気変動に伴う失業、社会の差別行為による社会参加の制限、不幸な家庭環境や劣悪な生育環境による精神的な問題の発生などがある。また、2次的な原因としては、国が本来なら対策を講じる必要があったにも関わらず、無策のまま放置したためにより悲惨な結果もたらされたり、施設収容を進めたために施設症が生じてしまったりの問題がある。これらの問題発生に対して、国や社会は一定の責任を果たさなければならないであろう。

また、問題の普遍性も重要な基準となる。老人対策のように国民の誰もが直面する問題に関しては社会の理解が得やすいのである。

他方で、社会的認知が明確にはされていないと思われる基準(国民意識に潜在する基準)には、個人の責任論・原因論がある。たとえば、貧困の原因が怠惰によってもたらされたものと、景気変動に伴う失業によってもたらされたものでは、社会の要援助性の判断に違いが生じるものと思われる。

これは、障害者問題に関しても同様と考える。問題となる「障害」を、本人の責任に関わりなく不可抗力で負ってしまった場合とそうでない場合に、要援護性判断に若干の相違が生じるであろう。

この基準は、障害者福祉施策推進にとって不可欠で有効な視点を提供している。すなわち、障害者が、就労できなかつたり、社会関係が制限されるなど、障害者が直面するさまざまな生活上の問題をかかえているのは、本人に責任があつてのことではなく、「障害」の結果もたらされている事実を、一般国民に明確に示すことがきわめて重要だということである。社会的な援助が必要とされる生活上の諸問題は、機能障害や能力障害などの「障害」が存在するためにもたらされたという事実を明確化することが、この原因論の基準からみて、施策の推進に大きな意味をもつと思われるのである。そして、この面においても、WHOが提案した国際障害分類(ICIDH)の構造的障害論は、障害者に対する社会的理解を広げ、深める上で大きな貢献をしたと考える<sup>14,19)</sup>。

以上のほかに、当事者の実情伝達程度や接触体験の有無、そして当事者たちの自助努力の有無なども、世論形成上重要と考える。

#### 4. ニードと需要(デマンド)の関係

「某サービスに対するニードが云々」という表現がしばしば用いられる。社会サービスという供給システムに対して、経済市場の考え方を導入すれば上記の表現は、サービスに対する需要(デマンド)の状況を表したものと考えられるが、ここでニードと需要の関係を整理する必要性が生じる。

さて、ニードはある面で客観的事実として存在するのに対して、サービスに対する需要(デマンド)は、サービス供給体制に強く規定されている。すなわち、需要は特定のサービス供給体制に対する新規申請者数と既存の受給者数の合計として表され、供給との相対的關係に立つ。したがって、京極<sup>9)</sup>が指摘するように、需要はニードに比べれば主観的かつ現象的で、見せかけの側面をもっている。

一方で、ニードの中でも「顕在化したニード」は、有効に機能するサービス供給体制が整っていれば、本来的には、需要(デマンド)とほぼ等しくなる。ところが、日本の精神障害者地域援助サービスのように、ニードに対応するサービスがほとんど存在しない中では、顕在化したニードは対応されないまま宙に浮き、さらにはニードの顕在化が抑制されてしまう事態も生じる。

第9章では、想定された援助サービスに対して必要な社会資源数の算出を行った結果を示したが、実際に存在しないサービスの必要数を予測することには、当然のことながら困難が伴う。このような予測あるいは判定を、しばしば「ニード把握」と呼ぶことがあるが、この種の「ニード」は、以上みてきたように、実体的な「ニード」のごく一部を表したものにすぎないことに注意が必要だろう。すなわちこの「ニード」は、あるサービスが整備されたとすれば、救済されるであろう福祉に欠ける状態と理解すべきである。

このような区別をする理由を述べると、まず第一に、サービス供給に強く関わるのはニードというより需要(デマンド)であるから、実在しないサービスであればそのサービスに対する「需要」≡「顕在化したニード」が低く抑えられてしまう可能性があるからである。また第二に、実在しないサービスの供給形態はどのような形でも提示できるために、行政や既存の関係団体の都合により、恣意的なサービス供給形態の必要性とその「ニード」が導かれる可能性がある。

これから作り上げるべき有効で、望ましいサービスは、ニード判定の場合と同様に、対象者、関係専門職や関係団体、学識経験者、市民などの参加を求め、社会的コンセンサスを得て、妥当なものを検討すべきであろう。

## 第2節 精神障害者の保健福祉ニードの特徴

次に、以上みてきたニード論の観点から、精神障害者の保健と福祉ニード

の特徴を整理することにした。

1章で述べたとおり、社会復帰や福祉施策のニードをもつ精神障害者は、2つの群、すなわち第Ⅰ群の長期入院する精神障害者と、第Ⅱ群の社会生活に困難をもつ在宅精神障害者に分けられる。

まず、これら両群の精神障害者のニードを構成する客観的な「状態」を明らかにしておきたい。第Ⅰ群の精神障害者については、障害者本人は多くが退院の意思をもっている（精神神経学会の調査<sup>13)</sup>で57%）にもかかわらず、身体的自由を拘束する鍵と鉄格子に象徴される精神病院での生活を余儀なくされている。そしてその生活は、一般的には極めて恵まれていない。食生活、酒・タバコなどの嗜好品、テレビ・音楽鑑賞を含めた趣味娯楽、許可のいらない自由な外出・外泊、男女交際などの社会関係、居住環境における快適性（アミニティ）、すべてにわたって多くの場合制限が加えられ、かつ内容的にも貧困であり、さらにそれが長年月に及ぶ。

また、病棟内の人間関係が治療者－患者関係を軸に、医師を頂点にした階層構造を形づくっており、その最底辺に位置する入院患者たちは、スタッフの支配的な態度にさらされやすく、極端な場合には彼らの暴力・脅し・からかいを受ける可能性をもっている。このことは、報徳会宇都宮病院事件などの精神病院醜聞で衆目に明らかにされたとおりである。十分に民主的に運営された病棟においては、その階層的人間関係の改善が部分的には可能であり、そのような努力の実践もある。しかし、病棟の鍵をもつものともたざるものの人間関係における位置の差は動かしがたい。

第Ⅱ群の精神障害者については、多くの人が経済的に困窮し、生活保護を受給し、ある人はアパート入居など住宅の確保に苦勞し、さらに、職を得たくても得られずに失業状態にあたり、対人的孤立状態に陥っていたりする。また、60歳を過ぎた高齢な親から一人立ちしたくても、それができずに家族に対する依存を余儀なくされている。

これらの精神障害者が、福祉に欠ける状態にあることは明らかである。前節で触れたように、福祉に欠ける状態とは、最終的には一般社会の基準か

らみて乖離の状態をいう。生活水準は相対的なものであるが、豊かな現代日本社会における「健康で文化的な生活」水準を引き合いに出すまでもない明らかな乖離状態といえよう。

さて次に、彼らの要援護性を判断する上で、このような「状態」を生み出した原因に注目する。

この「状態」が生み出された原因については、そもそもの発端である精神疾患および、それに基づく機能障害、能力障害という1次的原因と、精神障害をもつてからの社会的処遇に関わる2次的原因に分けて考える必要がある。

まず最初は、精神疾患に基づく機能障害と能力障害の存在である。もし、これらの「障害」が本来に存在するのであれば、法の下での平等の理念からみて、精神障害者にも他の障害者と同様に福祉サービスの提供を受ける権利があることになる。

さて、この精神障害者の「障害」の問題に関しては、すでに述べたとおり1980年（昭和55）の国際障害者年を契機に発展した科学的な障害概念の普及によって、精神障害者も精神機能の障害のために生活上の困難を抱えた障害者であるという考え方が一般化している<sup>14)</sup>。多少説明を加えると、この考え方はWHOが1980年に「国際障害分類試案（ICIDH）」として発表したものが、国際障害者年運動の理論的根拠の一つとなり、さらに実践の中で確認されてきた。すなわち、障害を3つのレベルの異なる、機能障害（impairment）、能力障害（disability）、社会的不利（handicap）に分けて、それぞれの次元で多軸的に把握しようとするものである<sup>15)</sup>。もともと、WHOは国際疾病分類（ICD）によって健康問題を評価していたが、疾病構造の変化によってとくに先進諸国では慢性疾患の比重が高まり、それを適切に評価していくにはICDだけでは不十分となり、新しい障害分類（ICIDH）が必要となったという経緯がある。そして、この分類のターゲットの一つは、慢性疾患であると同時に日常生活上の障害をもった精神障害者である。実際に、WHOでは1988年（昭和63）に精神障害者のための能力障害評価尺度であるDASを作成している。

このように精神障害者は、生活上の諸困難の原因として能力障害等の障害をもっていることが国際的に認められるようになってきたことがわかる。

次に、精神障害をもってからの社会的処遇に関わる2次的原因についてみていくことにしたい。ある程度の障害があっても、リハビリテーション活動や社会の関わりによっては能力障害は未然に防ぐことができるし、かりに能力障害が残っても、社会的環境によっては社会的不利には結びつかない。しかし、わが国の精神障害者は、精神病院への長期入院によるインスティチュショナルイズムや行政的怠慢による放置、社会の偏見などによって、不幸にして罹患した精神障害という障害以上の障害（能力障害、社会的不利）を負うことになってしまった<sup>12)</sup>。

インスティチュショナルイズムは、精神病院など収容施設への長期収容に伴う、特有の症状、すなわち無感情、主導性の欠如、従順さ、非個人的なものに興味を失うなど特有の退行現象や受身的依存性を引き起こす状態をいう。これらは、精神障害者の社会的処遇に関わる「社会的不利」レベルの問題ばかりでなく、「能力障害」やさらには「機能障害」のレベルにまで絡む問題を、本来治療機能を果たすべき精神病院が生み出してしまったことを意味している。

このようなインスティチュショナルイズムの問題に加えて、その発端となった長期入院を生み出したのが国の医療政策であり、さらには精神病院に代わる社会資源の整備を怠った行政的怠慢にある点を明らかにする必要がある。

まず医療面に関しては、昭和30年代以降の国庫補助や医療金融公庫の融資等の政策誘導を受け、毎年1～2万床程度の精神病床の増床が行われ、今日、国際的な適正規模をはるかに越えて精神病床が増大した。その結果、精神病床の約8割を占める民間病院が、経営維持のために長期入院患者を含む一定数の患者を確保せざるを得ない事態を生じしめた。そして、そういった現状を固定化していったのが精神科医療の低医療費施策である。国は、医療法の特例などによって、一般医療機関に比較して極めて不十分な人員配置と、劣

悪な患者処遇を容認してきたのである。

次に社会資源の不備に関しては、1970年代に他の障害者たちが、高度経済成長によって向上した国民一般の生活水準に近づくべく働きかけ、その結果欧米に比べても比較的遜色のない障害者福祉施策を確立して行ったにも関わらず、精神障害者は同じ障害者でありながらその恩恵に与ることができなかった。行政における施策は、一定の基準からみて同等の問題をかかえているものに対しては公平な対応を行わなければならない。行政サービスの公平性の原理（公準）である。しかるに、精神障害者に対しては、政策的課題として十分な社会資源の整備が怠られてきたばかりでなく、同時期には精神病院の増床が国の医療政策を反映して進行しており、精神障害者の地域での人間らしい生活を営む可能性が摘み取られてきたのである。その結果、当時の行政的怠慢によって精神病院での生活にしか生きる道を与えられなかった精神障害者たちが病院に残留し、現在長期入院する患者の中核群を形成する事態に至ったのである。

また、詳しくは述べないが、精神障害者が主に精神病院で処遇されることによって、精神障害者は一般住民から遠ざけられ、社会の偏見が助長された点も重大である。このような社会の偏見が、精神障害者の社会参加の機会を次々に奪っているのは周知のとおりである。

以上のとおり、精神障害者に対する社会復帰・社会福祉サービスの要援護性を社会的に判断する上で重要な、客観的な障害の存在と、行政や社会の責任性が明らかになったと考える。

### 第3節 精神障害者の保健福祉ニーズの社会的な意味と、対応の緊急性

以上みてきたように、精神障害者に対する社会的要援護性は極めて大きく、援助の緊急性も高い。近年の福祉改革の動向に照らして、そのニーズに対す

る社会的援助の必要性と、国および社会の責務を明らかにして、本章のまとめとしたい。

#### 1) 取り残された精神障害者の保健福祉ニードと、一般福祉ニードの質的变化

近年の議論されている福祉改革では、改革が必要とされる背景として、貧困社会から成長社会、そして成熟化社会に至るに及んで、国民の福祉ニードが緊急的生存権の充足から個人の尊厳、幸福追求権の充足に向かってきたことが挙げられている。このために、従来の福祉ミニマム論は、アメニティ論や生活の質論へ移行し、福祉ニードは貨幣的ニードから多様な非貨幣的ニードへと変質した、とされる。これらの変化に対して、公的責任で行う公共サービスとしての社会福祉の政策原理、政策目標が問われるようになったのである。

しかし、これまでみてきたように精神障害者の福祉ニードは貧困社会のそれであり、緊急的生存権の保障や身体・精神の自由に関わる基本的人権の保護という、絶対的な乖離基準で判断され、対策が講じられなければならない段階といっても過言ではない。このような深刻な問題に対しては、近年の非公共的な福祉供給システムとの役割分担への潮流とは別個に、公的な責任性を明確にし、公的な社会的援助サービスへの供給体制を整備することが是非とも必要である。

#### 2) 社会的公正の観点からみて、盛衰できない精神障害者の格差

前項でも述べたとおり、わが国における一般的福祉ニードは非常に多様化し、「依存状態」を判断する基準が「生活の質の向上」といった段階にまで達している。このような中では、「福祉に欠ける状態」を判断する上で、相対的な乖離基準、すなわち、一般国民の生活水準や、対象者と非対象者間の生活面での格差、対象内部の格差などが、ニード判断の重要な基準となったのである。

しかし、たとえば精神病院で生活する35万人の精神障害者と、一般国民の生活レベルの圧倒的な格差は極めて明白である。さらに、一般の障害者対策が、豊かな日本社会の生活水準に配慮して、生きがい対策にまで取り組んで

いる事実を考慮すると、社会的公正の観点からみて、精神障害者の援助対策が、もはや行政的に放置できない段階にまで達していることが分かるのである。

#### 3) 問題を生みだした社会的責任と公的な「補償」の必要性

日本の精神障害者が、現在の貧しく悲惨な生活を余儀なくされている原因を考えると、単にこの障害をもった不幸に起因するばかりでなく、精神病院への収容によるインスティテュションナリズムや行政的怠慢による放置、社会の偏見による差別などによって生み出されてきたことがわかる。こういった重大な問題を生み出し、かつ放置したことに対して、国や社会は大きな責務を負っている。これまでみてきたような歴史的事実に対して、国および社会は、単に社会的援助施策を他の障害者施策並みにまで徐々に引き上げるといった対応では不十分といわざるを得ない。これまでの債務に対して、十分な程度の「補償」(保障ではなく)が、本来、考慮されるべきであろう。少なくとも、英国がつかって取り組んだように<sup>1)</sup>、精神障害者に対する援助対策の拡大を、国家が社会政策上取り組み組むべき課題の最優先事項に位置づけていくことが強く望まれる。

#### 〈文 献〉

- 1) DHSS: Priorities for Health and Personal Social Services in England, HMSO, 1976. (英国厚生省: イングランドにおける保健および対人福祉サービスの優先事項. 三友雅夫編訳: 英国の医療政策. 恒星社厚生閣, 1985.)
- 2) DHSS: Better Services for the Mentally Ill. HMSO, 1975.
- 3) 崎矢英彦: 精神障害における障害概念の検討—リハビリテーションをすすめる立場から. 障害者問題研究 44: 9-22, 1986.
- 4) 岡本正己: 体験的ニード. チヤムド論. 公衆衛生 40: 302-303, 1976.
- 5) 平岡公一: ニード論の立場から (京極高直, 小林良二, 高橋敏士, 和田敏明編: 福祉政策学の構築. 全社協, 東京, 1988)
- 6) 地主重美: 経済学からみた医療ニード. 315-319, 1976.
- 7) 京極高直: 福祉計画と福祉需要. (京極高直: 市民参加の福祉計画. 中央法規, 東京, 1984)

- 8) 京阪高直：社会福祉におけるニードと需要。(京阪高直：市民参加の福祉計画, 中央法規, 東京, 1984)
- 9) 前田大作：社会福祉におけるニードとデマンド。公衆衛生 40：320-324, 1976.
- 10) 三浦文夫：社会福祉政策論研究－社会福祉経営論ノート, 全社協, 東京, 1985.
- 11) 西三郎：保健計画におけるニードとデマンド。公衆衛生 40：304-309, 1976.
- 12) 岡上和雄, 大島巖, 荒井元博：日本の精神障害者。ミネルヴァ書房, 京都, 1988.
- 13) 大島巖, 猪俣好正, 岡田精一, 吉住昭, 稲地聖一, 丸山晋：長期入院精神障害者の退院可能性と, 退院に必要な社会資源およびその数の推計－全国の精神科医療施設 4 万床を対象とした調査から－。精神神経学雑誌 93(7)：582-602, 1991.
- 14) 佐藤久夫：。障害者福祉論。誠信書房, 1991.
- 15) 園田恭一：保健活動におけるニードとデマンド。公衆衛生 40：310-314, 1976.
- 16) 田中恒雄：ヘルス・ニード測定方法の検討。公衆衛生 40：332-336, 1976.
- 17) Titmuss RM: Commitment to Welfare. George Allen and Unwin, London, 1968 (三浦文夫監訳：社会福祉と社会保障, 東大出版会, 1971)
- 18) WHO. the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). WHO, 1980 (厚生省大臣官房統計情報部 (1985)：WHO国際障害分類試案(仮訳). 厚生統計協会, 東京)

## ■ 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

(ノーマライゼーションプラン)を展望するー

森 山 公 夫 (日本精神神経学会副理事長、陽和病院院長)

樋田(司会)：森山公夫先生は、日本精神神経学会の副理事長をしておられます。森山先生はまた、精従懇の代表幹事のひとりでもありまして、また精神神経学会でも特別委員会がこの秋からスタートしていますので、それらの活動等をふまえてお話頂けるかと思います。お願いします。

森山：只今、大島先生の方から綿密なデータとそれから文献に基づいたご報告を頂きまして、非常に感銘を受けました。私のはもうちょっとよくいえば、包括的かつ直感的な報告ですが、でもだいたいかみ合う議論になるというふうに思います。

ゴールドプラン、ないしノーマライゼーションプランで精神の問題は特記すべきものであると、大島先生のご指摘だったんですが、私もそれに同感であります。私達が精従懇で精神障害者のゴールドプランを老人のゴールドプランに匹敵するプランをたてなくてはだめだといいただいたのも、ほぼ同じような認識に基づいてだと思えますし、先程、ご紹介ありましたように、今の日本精神神経学会でもほぼ同じ視点からこの問題に取り組みはじめて、理事会の中に特別委員会を作りまして、煮詰めていきたいということになっております。

精従懇としては出来れば、来年ははじめぐらいにまず第1期の素案みたいなものを煮詰めて、——来年の1月21日(土)に第三回の連続シンポがありますから、それをふまえて素案を煮詰めて、その素案を基にしてさらに、連続シンポを一方では積み重ねながらいろいろ調査活動を行い、よりコンクリートな案に煮詰めていきたいというふうに考えております。今日の私はその素案の前提になる素々案ぐらいの所でお話をしてみたいと思います。

構成ははじめにありますように、一応3部になっておりまして、はじめにまず前提ということで話をしたいと思います。

### I. はじめに(前提)

(1)「社会防衛主義に根ざす管理的収容所精神医療」から

「ノーマライゼーションを目指す癒しの地域精神保健・医療・福祉」へ

先程も申しました、この精神の問題は老人とならんで特記すべき問題であるというのは大島先生の話とも関係しますけれども、特にここで強調しておきたいことは従来精神科医療というのは、実は社会防衛主義に根ざす管理的な収容所精神医療だったということです。従来の社会の全体的風潮がそうだったのですが、この社会防衛主義による被害をもっとも受けたのが、精神障害者であるというこの視点を落としてはいけないと思います。現在、私達が必要としているのはこの「社

会防衛主義に根ざす、管理的収容所精神医療からノーマライゼーションを目指す癒しの地域精神保健・医療・福祉へ」という大転換であるということです。ご存知のようにこの転換は1960年代の初頭にイギリス、アメリカ、フランス等に始まった、いわゆる脱施設化デインスティチューションナライゼーションの運動に根ざしております。これがやがて70年代に入ると全欧米先進諸国にひろがり、同時にその中で精神障害者運動が登場するということの中で精神障害者の人権という問題が、いってみれば人類史上はじめて社会問題として集団的に提起されました。この意味は非常に大きいと思います。

その後、この地域保健への転換という課題は80年代末よりさらに、国際的にも新たな局面に入ってきているというふうと考えられます。それを象徴する1つの事件として、1990年12月、国連における精神障害者をめぐる諸原則の採択という事件がありました。ところで、日本ではこの転換が遅れて、70年代に精神医療告発運動というかたちで始まったわけですが、それはいわば前期であると考えられます。1987年の精神保健法改正の前後からやっと体制として、この転換が動きはじめたというふうにとらえることが出来ます。但し、この方向は全世界的な動向に照らしても必至であり、今後の本格的展開をまっている。だがそれは、のちほど述べますが、決して単に自然にまっていればよいということではなくて、私達関係者、当事者、家族等が新たな合意をつくって抜本的転換への運動を起こしていく、そういう中ではじめて本格的な転換が起こりうるというふうを考えます。

## （２）「産業化社会」から「福祉社会」へ

さて、こうした精神医療、あるいは精神保健における転換というものはよりひろい人類史的意味を持つというふうを考えます。この転換は決して、独立した動きではなく、歴史的な全社会的転換の一環であるというふうに考えることが出来ます。簡単に言うと、従来の近代化、産業化の過程というものが人類に巨大な飛躍をもたらすと共に、環境破壊問題、資源問題、共同体の崩壊、南北問題、などの深刻な諸矛盾を生み出し、ここに世界観、社会観、人間観、自然観など、一切の価値観が根底から問われることになり、新たな社会形成というものが人類史的な課題として問われる状況になってきております。この転換は1960年代末からはじまっているというふうに考えることが出来ます。ところで現在、この転換する社会を特徴づける言葉として、差し当たり3つの言葉があります。1つは高度情報化社会という言葉であります。それからもう1つが高度消費社会、3番目が福祉社会で、現在こういう3つのキーワードがあるというふうに考えることができます。

これらはいずれもほぼ同時に起きた転換と理解されますけれども、このうち将来のあるべき社会像という点も含めてもっとも包括的な概念と考えられるのが、福祉社会であるといえましょう。つまりここではこの福祉社会という言葉であるべき社会を代表させ、高度情報化社会、あるいは高度消費社会というものはそれが包括する概念であるにとらえたいと思います。

ただし、ここで福祉社会というのはよく云われるように、従来の福祉国家を超えたものでなくて

はならない。つまり従来の福祉国家というのは、本質的には、社会帝国主義的な風潮に基づき、先程述べました社会防衛主義を含むそういうものが福祉国家として、だいたい1960年代末まで東西を問わず、つまり資本主義社会、社会主義社会を問わず成立していたものと考えることが出来ます。

福祉社会というのは、福祉国家に生じた諸矛盾を超えた所に成立するものでありますし、いってみればそこにおける理念は一方ではノーマライゼーション、それからもう一方ではネットワーキングというこの2つをてこをする、あるいはキーワードとする「共生」のいわゆる共に生きる社会であるというふうに考えることが出来ます。

この福祉社会における理念は、同情とか憐愍とかいうふうなものではなくて、「苦悩を通しての連帯」です。つまりその苦悩を背負っているのは決して障害者とか老人とかいう人だけではない、人間すべてが背負っているものであり、ただその苦悩のあり方がそれぞれ違うのであって、その苦悩を通しての連帯というのが、この福祉社会の構成理念であるというふうに私は考えております。しかも、この福祉社会というのは、逆に高度情報社会、あるいは消費社会というものを基盤にして成立しうるものであるというふうに考えます。言いかえると、現在この福祉社会というものをキーワードに、人類が直面している他のあらゆる環境破壊問題、資源問題等も乗り越えることを可能にするものであるというふうに考えたいと思います。

今、従来のいわゆる資本主義対社会主義という東西の対立が、ベルリンの壁の崩壊以降、消滅したことになりました。いずれにしてもその対立が消えた後、この福祉社会こそがあるべき社会像として展望されうるものであるというふうに考えます。ここで一切の世界観、人間観、価値観というふうなものは、こうした視点から変わっていくべきだろうというふうに考えます。

私たちのこの精神医療改革運動、あるいは精神保健改革運動というのは、まさにこの福祉社会実現の運動の一環であり、しかもかなり重要な一環であるというふうに考えたいと思います。

### (3) この抜本的転換の具体像

さて、この抜本的転換です。つまり、「従来の社会防衛主義に根ざす、管理的収容所精神医療からノーマライゼーションを目指す、癒しの地域精神保健・医療・福祉へ」というこの抜本的転換は、先程も申し上げましたように、私達が手を拱いていればおこるというふうなものではなくて、改めてネットワーキングをつくり、ネットワーキングの運動をもとにして実現しなくてはならない。しかも、現在でている諸矛盾を全体的に共有し、それへの克服へのプランを共有していかななくてはならない、そういうものであるというふうに考えます。

この抜本的転換の具体像を考えたいと思いますが、まずそれには制度的転換（場の転換）、それから関係性の転換、それから思想の転換、それからさらに教育体制の転換等を伴わなくてはならないというふうに考えます。まず、制度的転換というところで、2つの点を同時に行っていかなければならないと考えます。

## I. 制度的転換

まず第1は、当然のことながら、地域精神保健体制の転換であります。これは今の大島先生の講演とだぶってくる所です。まず、ノーマライゼーションの実現をめざして、妥当な「圏域」を、つまりとりわけいわゆる1次ないし2次の保健・医療・福祉圏域をきめ細かに設定し、同時にネットワーク化としての運動の推進舞台を設定し、その圏域における諸資源の充実、拡大を含めた諸政策の立案、実現を目指すということが必要になってきます。

ところで、これと同時に必要になってくるのが、従来の精神医療の収容所性を解体し、これを癒しの場へと再生するという、こういう努力であります。つまり、先ほども申しましたように、現在のこの転換はどこの国でもまず、脱施設化運動として、起こっているわけですが、その脱施設化という問題がやはり、この転換の重要なかぎをにぎってくるという所があります。

したがって、上記のことと軌を一にしながら、妥当な脱施設化、つまり言い換えれば病床数削減でありますけれど、そのプランをたてることで、それを軸にして補助金、診療報酬の抜本的見直しを前提に、人権尊重に基づく精神医療のアメニティー・ホスピタリティー・クオリティーというものの根本的な改革を図り、癒しの場へと再生するという、これが必要なことでございます。

私は現在、精神病院の院長をしておりますが、私のいる精神病院でも、十数年前から開放化ということをやっとやってきて、病院の改革というのをやっておりますけれども、まだまだ、収容所性というのを克服できていません。これはおそらくこの病院でも、一生懸命やっておられる所ほど、痛感している所だろうと思います。この収容所性を解体し、克服するというのはたいへんな事ですし、自分たちの中の努力だけでは、もう出来ないということは、おそらくみなさんどなたも、痛感しておられる所だろうと思います。

## II. 関係の転換

さて、以上の制度的転換とともに、2番目に関係の転換ということが同時に必要になってきます。かつて、患者とよばれていた存在は、言ってみれば医療のマテリアルであったわけですが、とりわけ、収容所の中ではマテリアル性は、強いものとしてあったわけです。それが、地域医療、地域保健という視点からは当然、患者は基本的人権をもった生活者へと転換されなくてはならない。生活者であり、癒しの主体であるということになるわけです。したがって、治療者はかつてのような権威的な術を施す、上からの施術者ではなくて、癒しの行為における援助者である。治療者と患者の関係は苦悩を通しての連帯ということではなくてはならないということになると思います。

さらに、治療者はかつて、医師が権威的頂点にたって、看護師がその次の位置にいて、というふうな、ヒエラルキー構造のもとにあったわけですが、その構造を解体しさらに、PSW、臨床心理士、OTなどを加えた複数的な、かつ民主的な「チーム」として再生しなくてはならないということになります。

### Ⅲ. 精神保健・医学思想の転換、治療思想の転換

さて、この収容所医療から、地域保健へという転換は、こうした制度の転換、関係の転換の他にさらには医学思想の転換、ならびに治療思想の転換を同時にともなわなくてはなりません。精神の病は、いやこれは別に精神の病に限らず、病気一般は、かつては患者を病院に収容してその中でマテリアル視する中で作られてきたものです。だがいずれにしても、精神の病はいまやかつてのマテリアルとしての身体（脳）に起きた異変を原因とするというそういう捉え方から転じて、生活者の苦悩、孤立により生きる身体、つまり身に生じた変調という、そういう捉え方に、転換されていかざるをえない。

生活者というのが、いずれにしても、キーワードとなってくるというふうに考えます。それから、当然、病気のとらえ方の展開にともない、治療というものも当然変わってくる。かつては、治療というのは、上から術を施すという考え方からなりたっていたわけですが、今はつまり、地域保健の視点からはインフォームド・コンセントを尊重し、本人の自己治癒力に基づく、癒しの思想、癒しの行為であるという形へ転換されなくてはならないというふうに思います。

こういった、インフォームドコンセントを尊重し、本人の自己治癒力に基づく癒しの行為という考え方、これを、わたくしは「柔らかな治療主義」と呼ぶことにしてきました。

ちょっと、余談になりますが、最近、中井久夫さんが、同じ柔らかな治療主義という言葉を使って、ほぼ、わたしと同じ考えを述べております。したがって、こういった「柔らかな治療主義」という言葉は、決して私個人の思いつきでない、というふうに思いを新たにしたい所であります。

### Ⅳ. 精神保健・医学・看護教育体制の転換

さて、それに加えて4番目に、精神保健・医学・看護教育体制が同時に転換されなくてはなりません。これはちょっと、議論が非常に大きな所になりますので、今日は議論としては、省略させて頂きたいと思います。

#### （4）10年計画二期のゴールド（ノーマライゼーション）プランを

さて、以上は前提ですが、最後にこの転換をどういう見通しで、行おうとしているのかということ、ごく簡単に提起してみたいと思います。私たちの考えるゴールドプラン、ないしノーマライゼーションプランというのは、一応、10年単位で考えているわけですが、私たちが、当面考える、この大転換をおそらく10年一期だけで考えるとおそらく無理であると考えます。10年というのはひと時代なわけですが、私は、10年二期がおそらく必要であるというふうに考えます。

一方で、先ほど日本は遅れているというふうに申し上げました。諸外国の例はいろいろわたしたちも、教訓として学ぶことができます。それから、もう一方で変換はやはり、改めて当事者に対する被害を最小限に食い止めなくてはならない、つまり、失敗を出来るだけ最小限にしないなくてはなら

ないということがあります。したがって、ある意味では綿密、慎重に、そして、別の面では大胆にという、こういう両面性が要求される転換であります。そういう所から考えるとまず、10年計画として、妥当な線を打ち出し、さらに10年たった所でその成果を検討し、第二期の計画として問題点をおし進めていくと、そういう2段がまえの考えが必要であろうと考えます。したがって、抜本的転換にはさしあたり、20年という歳月を有するというふうに考えるわけです。

さて、以上が前提であります。今日はことからの性質上、この制度的転換という点にしばって、問題提起したいと考えます。したがって、制度的転換の2つ、つまり、地域精神保健の展開、それからいわゆる、せまい意味での精神医療の転換、この2つがいわば車の両輪として重要になってきます。

## Ⅱ. 収容所的医療の解体と「癒し」としての精神医療の再生

### (1) 収容所的精神病院の解体と癒しの場への再生

ところで、これから先は順番を逆にいたしまして、収容所的医療の解体と、癒しとしての精神医療の再生を、まず討論していきたいと思えます。というのは、先ほども申し上げましたように、どこの国でもまず、脱施設化運動として変革が起こってきているということがございますが、やはり、この日本でこれだけふくれあがっている精神病床をこの10年で、どこまでもっていくのか、これがやはり全体のプランの1つの中心になっていかざるをえないという、そういう問題があります。したがって、こちらの方を先に討論してゆかざるをえない、ということになります。

さて、まず問題は現在34万床を抱えている収容所的精神病院の解体と、その癒しの場への再生という、これが中心問題の1つになってきます。ご存知のように、現行の精神病床の9割近くが、民間病院のものであり、しかも、今後もその状況に大きな変化が考えられない以上、民間病院の再生と活性化を図ることが極めて重要な課題になってきます。しかも、病院というのは本来、公共性をもつ、社会資源であり、しかも精神病院は、強制性というものを、必然的にともなわざるを得ないがゆえに、その公共性はより強い、病院一般におけるよりも、より強いと考えざるをえません。その視点から、きちんとした一方では規制、もう一方では援助ということが同時になされるべきであると考えます。

さて、そういった前提のもとに、まず第一に中心課題としての脱施設化、病床数削減について、これをどう考えるかは、非常に重要な所になってきております。実は諸外国における現在の万対病床数の変化を知りたいと思って、いろいろ見たんですが残念ながら、そういう資料がないんです。大島先生お持ちでしょうか。

厚生省の出している資料は、1982年までの資料しか出ていません。ところがさらに大きな変化が全世界的に、起きているわけでその後の最近までの変化をもふまえた資料を、残念ながら私は入手することができませんでした。

どなたかおもちでしたら教えて頂きたいのですが…。

いずれにしても現時点で、全世界的な動向は、ほぼ3つに分けられるだろうと思います。つまり万対病床数が10以下のところ、これはイタリアとかカナダとかアメリカとかそういうところだと思います。2番目のグループが、万対病床数が10代。これはおそらくフランス、ドイツとかヨーロッパ諸国が該当するように思います。3番目のグループが万対病床数が20以上のところ、おそらく北欧諸国が依然としてそうだし、日本もちろんそうです。そういう全体的状況の中で日本の万対病床数を日本社会の特性を考えながらどこまで減少していくのかというのが一つの重大課題だと思います。ところでこの減少に関して現在までのところいろんな案がでていますが、大体次の3つに収約されると思います。7万床という案、9万床という案、そして3分の1という案というふうに考えられます。7万床というのは学会の調査に基づいた社会的入院数が約7万というところからきています。9万床というのは実は私どもがかつて書いた厚生省の班研究の中で出した数字です。ところで私はむしろ大ざっぱにはほぼ3分の1というふうに考えるのが妥当ではないかと現在では考えています。3分の1にして大体、万対病床数が18とかその前後位になると思いますが当面その位を目安にして考えるのが日本の世界における位置、日本の社会の特性・資本主義の進捗状況を考えて妥当ではないかというふうに考えております。この問題は更に議論の中で煮詰めていきたいと考えています。第1期計画の中でこうした3分の1なりなんなりという数字を実現し、第2期計画はその進捗状況をみてさらにその先を考えて行くべきだと考えています。

さてところでこの脱施設化運動と合わせていくつかの問題が込みになって行われなくてはならないというふうに考えます。さしあたり、以下の4つか5つが連動して変わっていかなくてはならないと思います。ちなみに脱施設化のところで私今年の1月に当事者の紹介のもとにカナダを訪れまして、あちこち見学しまして、まずかなり強いインパクトを受けました。さっきの7万床か9万床かという問題も、これは地域の社会資源の進行とともに評価は変わってくるわけですね。カナダの例でみても最初の共同住居はかなり自立度の高い人たちしか入れなかった。ところがそれが実現されてゆく中でまわりも、つまり従事者も経験を積み重ねることにより自立度のより低い患者さんもそういう共同住居で受け入れられるようになっていった。そういう過程があるようです。したがってこの何万床かというのは実は、当面調査の対象になりますけれども、そういう状況の変化の中で変わりうる数字だということを考えなくてはならないと思います。

さてこういった脱施設化と関連して変化しなくてはならないのは、第1に施設基準の問題です。おそらくみなさんもそうでしょうし、私がやっぱり大きな衝撃をうけたのは、老健施設とか痴呆性老人専門病棟とかの出現ですね。あそこで思いきって施設基準を良くして非常に立派なものができるということを見て、精神病院はあの位でなくてはならないと痛感したわけです。そういうものを実現しなくてはならない。従ってこれをどうするかというのは施設基準の規制と補助金で実現していかなくてはならないと思いますが、その規制の数値も移行期間とそれから将来的な目標と分けて

考えていかななくてはならないと思います。やはり癒しのある場であるためにはその施設がきちんとくつろげる場でなくてはならない、そのためにはまず空間がゆったりとしていなくてはならない、立派でアメニティーがよくなくてはならない。これはごくあたりまえのことなんだけれども私なんか改めて老健施設等との出現で痛感させられたことであります。それが第1で、2番目がマンパワーであります。現在ご存知の様に看護に関してはそれから医師に関しても、精神科特例がございます。これはやはり精神科特例をはずし、十分なマンパワーを備えたものでなくてはならないというふうに考えます。ただこの十分な、充分さというのはどこに設定するかというのは非常に難しい問題で、従ってさしあたりは、特例をはずす、一般科並みにする。あとはもうひとつはボランティアの導入を考える、そういうところで当面は考えていく必要があるのではないかと考えます。これは看護だけでなく医師も同じです。それからいわゆるコメディカル・PSWおよび臨床心理士等の資格化の問題がここで出てきます。病院が流動化するには、特にこういったコメディカル特にPSWとか心理士が入ることが非常に重要だと思います。これはなんとか実現したいなと私個人は考えます。それから3番目に人権尊重度、へんな言葉ですが人権尊重がどこまで浸透しているかということですね。それと開放度。こうしたものを審査会による審査ともうひとつピアレビューがどこまで推進することができるか、このことが非常に重要になってくると思います。以上3つに加えて4番目にここに欠かすことのできないのが医療経済のレベルアップということになります。まず、病棟構造を根本的に変えていかななくてはならないわけですから、そのために補助金がないとどうしようもないということになります。私どもの病院なんかは基本的にガラスばりの経営ですけれども、実際のところ病院をきれいにしたいあるいはアメニティを良くしたいと思ってもお金が無いわけですね。この点では病院を社会資源としてきちんと位置づけ、妥当な補助金を出してもらえないというふうに考えています。現在近代化資金というものが出されるようになってきていますが、これをもっと受け入れやすくしていくことが必要だと思います。同時に診療報酬上のレベルアップがないとならないということも当然のことです。この2つ、補助金並びに診療報酬上のレベルアップつまり医療経済のレベルアップということが以上のことを実現させるためにも不可欠であるということは、いくら強調してもしたくないと思います。さて、そういったハードの面が変わると同時に医療の質が変わっていかなくてはならないと思います。つまり単にハードが変わればいいだけでなく、精神医療従事者が精神疾患というものに対する考えを含めてすべて自己変革していかななくてはならない。そういう課題をかかえています。精神医療の質の転換というのは先程いいましたようにやわらかい治療主義への転換です。これはかつて収容所の時代にももちろん治療ということが言われていたわけですが、その中ではショック療法であり、生活療法であり、トータルプッシュ療法でありという形でとにかく障害者をグリグリ追い込んでいく、そういう基本的な姿勢が治療というものに色濃くにじみついてきたわけですね。こういった治療を硬い治療と呼ぶと、今われわれは治療ということに対する考え方を根本的に変えていかななくてはならないと思います。つまり治るのは

本人の自己治癒力にあるのであり、我々はそれを援助するんだ、そういう方向に根本的に変わっていかないといけない。このためにさっき言いましたように民主的チーム医療が確立されて、その中で複眼的、多角的援助が提供されるようになってはならない。それからもうひとつは、ご本人の経過に応じた治療ということが必要になってきます。かつての治療はいうならば、のっぺらぼうな治療主義とでもいうべきものでありまして、現在の経過、状態に応じた治療目標をたてるということがなかったといって過言でないと思います。従ってこれは、急性期、回復期、社会復帰期という問題、加えて合併症治療の問題それから高齢化の問題そして救急医療の問題、これをきちんと総合的に考えていく必要があると思います。ここで出てくるのが療養病棟の問題でありますけれども、時間がないのでまた必要に応じていろいろ議論していきたいと思います。

さて以上が精神医療、主として精神病院という場の変革の視点でありますけれども、ここで考慮すべき問題として、実際、民間病院が質を変え、再生していかないといけないわけですが、それを行政の力のみでしようとするとは非常に大きな限界というのが当然あります。また様々な格差という問題をどう考えていくのかということが同時に考えていかななくてはなりません。第1に地域格差の問題がありまして、例えば東京と地方では常に10年の違いがあるとよく指摘されているところではありますけれども、こういう違いの中で問題をどう考えていくのか。ここでは、早い遅いだけではなくて、地価の問題、物価の問題とかいろんな地域差があります。2番目が病院の規模別の格差、大病院、小病院あるいは有床診療所、こういうふうなものをどう考えていくかが問題です。現在例えば厚生省で出されているプログラムは大病院にとっては非常に有利であるけれども、中小病院にとっては非常に困ったものであるという意見が出されていますが、そのへんの問題も今後検討していかなくてはならないと思います。

## （2）診療所問題

以上、病院の問題ですが、次に診療所という視点からみるとどうかという問題があります。実はここのところ空白にしてありまして、準備不足です。ただ、最近、点数改正の中で診療所が非常にやり易くなってきていて、非常によいことだと思っています。ここではあらためて診療所を全体的なネットワークの中でどう位置づけ直すのかという課題が生まれてくると思います。

## （3）ネットワーク形成

いずれにしても精神医療の場が、ネットワーク形成ということの中ではじめて、再生可能になってくることを最後に述べておきたいと思います。一応二次医療圏というところを軸にネットワークというものを考えていくことが必要になってくると思います。これによって、その圏域における最も緊急の課題のひとつである救急医療とか合併症対策等に備えることが可能になるだけではなくて、そこでお互いの同僚診査（ピアレビュー）ということを行っていくための母体にもなるそう

いったネットワーク形成を、これから模索していかななくてはならないと考えます。

### Ⅲ. ノーマライゼーションを目指す地域精神保健の構築

最後に、ノーマライゼーションをめざす地域精神保健の構築という問題にふれたいと思います。これは先ほど大島先生が、非常に綿密に語られたところでありますので、私が若干その上をちょっとなぞる形になります。

冒頭にも触れました現在の社会的大転換というものは、一方で地縁・血縁共同体が決定的に崩壊したということを含んでいます。現在の政治状況の変化とかもそのことに関係すると考えます。私たちがこれから地域共同体というものを作っていかなくてはならないわけですが、これは決して与えられるものではない、あるいは与えられたものではない、住民がネットワークングによって作っていかなくてはならないものである。これが私たちが当面している新しい地域、あるいは地域共同体というものであると考えます。言い換えると関係をいかに作っていくのかということが、私たちにとって人類史的な課題でもあるといえると思います。

#### (1) 圏域の設定

さてそこで、地域精神保健ということを語る場合に、まず第一に「圏域」というものをどう設定するのかということが重要になってきています。一方で近年医療全体あるいは老人問題をめぐって、二次圏域の設定という問題が大きく焦点化されてきているようです。精神保健も、ここでは全体と歩調をあわせる意味で二次圏域を中心に考えることが妥当と思われる。ただし、周知のように現在各都道府県単位で設定されている二次圏域は、人口・広さという点で著しい格差がある。ともに人口も10倍以上の格差がある。それから広さという点でも、広いところと狭いところとでは20倍以上の格差がある。こういう格差があって極めて多くの矛盾を含んでいます。一応二次医療圏は、人口平均35万人とされていますが、今全体の状況の中で精神保健の場合もこれを基準として考えながら、しかも人口・広さ等が大きすぎる場合にはさらに適当なサブ医療圏を設定するというふうに、きめ細かく設定していくことが絶対に必要なことになってきます。

以上まとめて、圏域問題に関しては二次ないし準二次精神保健医療福祉圏域を中心に当面考えておきたいと思います。尚、現在地域保健法の成立の中では保健所がほぼ二次圏域にひとつ設定されると同時に、市町村単位での地域活動の活性化の必要が叫ばれております。方向としては、保健所圏域が二次圏域、それから市町村が一次圏域という方向になっていくことが予想されるわけです。地域精神保健を語る場合にこのことも充分に視野に入れながら取り組んでいく必要があらうかと思われます。

## （２）「地域精神保健推進協議会」（仮称）の設定

さて、圏域問題に関してはさし当り以上にとどめたいと思います。次にその圏域の中でどこが地域精神保健を推進するのか、誰が推進するのか、推進母体をどう形成するのが重要になってきます。ここで当然どなたもお考えになると思いますが、「地域精神保健推進協議会」というものを設定する必要があるということになります。

この協議会というのは、当然その地域における精神保健従事者、正確にいうと精神保健医療福祉の従事者それから当事者、家族、ボランティア、有識者などが集まって協議会を作る。地域によってはこれがあまりにも膨大になりますから、代表委員会が構成されることが必要になってくると思われまふ。この協議会ないし代表委員会がその地域における精神保健施策を立案し、かつ推進する母体となる。と同時にその地域におけるネットワーク作りの中心となる。こういうことになるかと思ひます。さらにいえば、その地域における運動の推進の構成は言ってみれば代表委員会、推進協議会そしてさらに大きなフォーラムという形で運動を推進していくという形が望ましいと考えます。

## （３）諸資源の充実

以上の前提に基づいて、三番目に諸資源の充実ということをおきたいと思ひます。これは実は大島先生の報告の方が綿密に述べられております。まず大事なことは作業所の充実・拡大そして共同住居の充実・拡大であります。私の記憶に新しいところでは、かつては絶望的に見えた精神医療状況に大きな流動化をもたらしたのは、やはり作業所の新設であったと思ひます。そういった意味で、作業所をどんどんもっと増やしていくというのは重要なことと思ひます。

あわせて、ワンテンポ遅れましたが、最近やっと財政的に成立するようになり始めた共同住居の充実拡大が重要になってくると思ひます。実は１、２に関して先回、今座長をしておられる新保さんが「社会復帰施設のユニット」という構想を報告しておられます。これは１ユニット50人で共同住居と作業所を、——共同住居も援護寮、それから福祉ホーム・グループホームがありますし、作業所と申しますのもいろいろありますけれども、その両方を、いわば抱き合わせにして１ユニットと考えて１ユニット50人。50人を対象とするのを１ユニットと考える。人口10万人の地域に、１ユニットできれば全国で6万人の方々を退院してもらえろという報告がありました。今日、先程の大島先生の中でも10万人に50人というのがありました。いずれにしてもこういう考えを参考にして従来の実績を踏まえて、さらに拡大、充実させていく。これによる大きな流動化を起こしていくというのが非常に重要だと思ひます。

次に、新たな問題としてこの間出てきているのが、「生活支援センター」の問題だと思ひます。この必要性はすでにあちこちで語られております。これは言ってみれば諸活動のセンターであるだけでなく、ネットワークのセンターでもあり、その地域における地域保健活動の足場としての役割をも果たしてくれる重要なものであると考えます。これを差し当たり、最低二次医療圏にひとつと

考え、さらにそれを元にして拡大していくが必要になってくると思います。

実は、最近聞いたのですが、横浜市で平成8年度までに、横浜市は18区あるのですが、各区に生活支援センターを作るという構想を進めているということです。（どなたが詳細ご存知ですか？）非常にびっくりするやうらしく感じたところです。すでにこれは、現実化する可能性は非常に大きくある。これが実現することによって状況はさらに一步進むと考えられます。

さて、その他今日は詳しく触れられませんでした、二次医療圏内における救急医療の問題、合併症対策の問題があります。いずれも、先程申し上げましたようにネットワーキングの中で実現するしかないと言えます。医療圏域内における医療機関それから保健福祉諸施設、それらがきちんとしたネットワークを組むということが大前提になってくるかと思います。

さらに加えてマンパワーの育成・充実。これは先程、大島先生の方からも指摘されましたが、このところはぴったり一致しました。まず、専門職員のきちんとした配置、ヘルパー制度を実現すること、ボランティアの育成、こういうことが緊急の課題として重要になっていると思います。

以上の諸資源の充実ということを背景にして、様々な活動が行われていかななくてはならないことになるわけです。この様々な活動となりますと、改めて一次医療圏でなしうること、二次医療圏ないし三次医療圏でなしうること、そして国レベルでなさなくてはならないこと、こういう構造的な展開が必要になるということが、ここで改めて問題になってくるわけです。つまり、国レベルで法の改正、国家としての補助金をつけることが一方で絶対必要になってきますし、二次医療圏レベル、あるいは都道府県レベルでやられるべきことが、きちんとやられないとだめだ。それらを背景にしながらもう一方で、一次医療圏で先進的にできることもあるし、とにかく一次医療圏でないとなしえないこともある。そういう構造的な実現がそろそろ本格的に問われる時代に入っていると考えます。

以上、大ざっぱですが報告致しました。

## 「あるべき地域精神保健システムの基本プラン」

――精神医療改革の視点から精神保健ゴールドプラン

（ノーマライゼーションプラン）を展望する――

### I] はじめに（前提）

#### （１）「社会防衛主義に根ざす管理的収容所精神医療」から

「ノーマライゼーションを目指す癒しの地域精神保健・医療・福祉」へ

この転換は1960年代初頭に始まった英・米・仏における脱施設化運動に根ざし、これがやがて70年代に入ると全欧米先進諸国に広がり、精神障害者運動の登場の中で「精神障害者の人権」問題が人類史上はじめて当事者により提起された。その後この地域精神保健への転換の課題は、80年代末よりさらに新たな局面に入ってきている。（1990.12, 国連諸原則の採択）

日本ではこの転換は遅れ、70年代に始まった精神医療告発運動をその前史とし、1987年の精神保健法改正の前後からやっと体制として動き始めたところである。だがこの方向は、全世界的な動向に照らしても必至であり、今後の本格的展開を待っている。

#### （２）「産業化社会」から「福祉社会」へ

上記の過程は独立したものではなく、歴史的な全社会的転換の一環である。従来の近代化・産業化の過程は人類に巨大な飛躍をもたらすと共に、環境破壊問題・資源問題・共同体の崩壊そして南北問題など深刻な諸矛盾を生みだし、ここに世界観・社会観・人間観・自然観など一切の価値観が根底から問われることになった。1960年代末からこの転換は始まったと考えられる。

現在のこの転換する社会を特徴づける言葉として、「高度情報社会」・「高度消費社会」そして「福祉社会」などがある。このうち将来のあるべき社会像という点も含めてもっとも妥当なものが「福祉社会」であり、これが後二者を統合するものと考えことにする。但しここで福祉社会とは、従来の社会帝国主義的な社会防衛主義に基づく「福祉国家」を超えた所に成立する、ノーマライゼーションを軸にネットワークングを梃子とする「共生の」社会であるとする。その主旨は、「同情」ではなく「苦悩を通しての連帯」である。これは高度情報社会・消費社会において可能となる。

いま旧来の資本主義対社会主義の対立に代って、この福祉社会こそがあるべき社会像として展望されるべきである。一切の世界観・人間観・価値観などがこうした視点から変わるべきではないであろうか。現在問題とされている QOL などこうした視点から重要である。

### (3) この抜本的転換の具体像

#### I. 制度的転換

##### ①地域精神保健の展開

ノーマライゼーションの実現をめざして妥当な圏域（二次ないし準二次保健・医療・福祉圏）をきめ細かに設定し、同時にネットワーキングとしての運動の推進母体を設定して、その圏域における諸資源の充実・拡大を含めた諸施策の立案・実現をめざす。

##### ②精神医療の「癒しの場」への再生

上記のことと機を一にしながら妥当な脱施設化（病床数削減）のプランを立て、それを軸にして補助金・診療報酬の抜本的見なおしを前提に、人権尊重に基づく精神医療のアミニティー・ホスピタリティー・クオリティーの根本的な改革を図り、「癒しの場」への再生をめざす。

#### II. 関係の転換

「患者」は今やかつての様に医療の「マテリアル」ではなく、当然基本的人権を持った「生活者」であり、癒しの主体（「当事者」）である。「治療者」は今やかつての様な権威的施術者ではなく、癒しの行為における援助者であり、両者の関係は「苦悩を通しての連帯」でなくてはならない。さらに「治療者」は、かつての医師/看護者間における様なヒエラルキー構造を解体し、PSW・臨床心理士・OTなどを加えた複眼的な民主的「チーム」として再生しなくてはならない。

#### III. 精神保健・医学思想の転換。治療思想の転換。

精神の病は、かつてのマテリアル＝身体（脳）に起きた異変を「原因」とするという捉え方から、生活者の苦悩・孤立により「生きる身体（身）」に生じた変調という捉え方に転換されるべきである。また「治療」も、上から押し付けるものでなく、インフォームド・コンセントを尊重し本人の自己治癒力に基づく癒しの行為（これを「柔らかな治療主義」と呼ぶことが出来る）へと転換されるべきである。

#### IV. 精神保健・医学・看護教育体制の転換

#### (4) 10年計画二期のゴールド(ノーマライゼーション)プランを

現行のあまりにも立ち遅れかつ問題の多い精神保健を抜本的に改革するには、単なる個人の努力の積みかさねではどうにもならないことは明かである。当事者・家族との意見調整を踏まえ、10年計画として基礎的プランを立て、行政の力を借りながら同時にネットワークにより運動として精神保健の改革を達成してゆくしかない。

但し失敗を最小限にいとめながら抜本的改革を行なっていくとする時、10年計画二期が必要と考える。第一期の達成度に基づいてさらに第二期に問題を進めるべきであると考えから。

## Ⅱ 収容所的医療の解体と「癒し」としての精神医療の再生

### (1) 収容所精神病院の解体と癒しの場への再生

現行の精神病床の9割近くが民間病院によるものであり、今後もその状況に大きな変化が考えられない以上、民間病院の再生と活性化を図るしかない。病院は本来公共性を持つ社会資源であり、しかも精神病院は強制性を伴うが故にその公共性はより強い。その視点からきちんとした規制と資金援助などがなされるべきである。

#### ① 中心課題としての脱施設化＝病床数削減について

現行の約34万床、人口万対病床数約28、しかも大部分は劣悪な環境という収容所的状况を変える上で中心的課題は脱施設化＝病床数削減である。

第一期計画； 7万床 ・ 9万床 ・ 1/3

第二期計画； 上の進行状況をみてさらなる削減を。1/2 及び 1/3 ・ ———

#### ② 基本的諸基準のレベル・アップ

##### イ) 施設基準；

従来の4.3mm<sup>2</sup> から8mm<sup>2</sup> へ。但し移行期として6.4～5.8mm<sup>2</sup> はみとめる。いずれにせよ病室の広さを従来の3/2倍以上に。

##### ロ) マンパワー

看護；精神科特例をはずし、基本一類以上。

医師；現行の3/2倍にはもってゆく。

コメディカル；PSW ・ 心理士の資格化の必要性

ハ) 人権尊重度・開放度； 審査 ・ ピアレビュー

### ③医療経済のレヴェル・アップ

補助金；現在の近代化資金をもっと受け入れ易く

診療報酬；「精神療法料」などを中心に3/2倍以上にし、他科なみに。また施設改善評価されるように。チーム医療の評価

### ④精神医療の質の転換

イ)「柔らかな治療主義」への転換

インフォームド・コンセントを尊重し、本人の自己治癒力への援助を行なう癒しを軸に

ロ) 民主的チーム医療の確立と複眼的・多角的援助の提供

ハ) 治療的機能別化の推進

急性期・回復期・社会復帰期、合併症・高齢化問題・救急医療ユニット

療養病棟問題・まるめ問題

### ⑤考慮すべき問題

イ) 地域格差

ロ) 病院の規模別格差； 小規模病院・有床診療所などの位置づけ

## (2) 診療所問題

## (3) ネットワーク形成

医療諸機関が二次医療圏などを軸にネットワークを形成してゆくことが重要である。これによりその圏域における救急医療・合併症対策などに備えると共に、ピア・レビューの母体ともなりうるから。

## Ⅲ」 ノーマライゼーションを目指す地域精神保健の構築

地縁・血縁共同体が崩壊した現在、「地域（共同体）」とは与えられるものではなく、住民がネットワーキングによりつくっていくものである。

### (1) 圏域の設定

妥当な圏域をどう設定するかはきわめて重要な問題である。近年、全体的に二次医療圏設定の問題が焦点となってきた。精神保健もここでは全体と歩調を合わせる意味で二次（医療）圏を中心に考えることが妥当と思われる。但し周知の様に、現在各都道府県単

位で設定されている二次医療圏は、人口・広さといった点で著しい格差（１０倍以上に上る）があり、きわめて問題である。ここでは、人口平均３５万人とされる二次医療圏を一応基準として考えながら、人口・広さが大きすぎる場合はさらに適当なサブ医療圏を設定するという形をとる方向で考えたい。以上をまとめて、二次ないし準二次精神保健・医療・福祉圏域と呼ぶことにする。なお現在地域保健法の成立により、市町村単位での地域活動の活性化（一次医療圏）が予想され、この点もすでに十分に視野に入れておかななくてはならない。

## （２）「地域精神保健推進協議会」（仮称）の設定

その地域における精神保健従事者・当事者・家族・ヴォランチア・有識者などがあつまり協議会をつくる。必要に応じてこれから代表委員会が構成される。この協議会ないし代表委員会が、その地域における精神保健諸施策を立案しかつ推進する母体となる。同時に、その地域でのネットワークづくりの中心となる。

さらに云えば、（代表委員会）－（推進協議会）－（フォーラム）という形が望ましい。

## （３）諸資源の充実

### ①作業所の充実・拡大

②共同住居の充実・拡大；この①・②に関しては既に新保が社会復帰施設「ユニット」構想として報告している。（１ユニット５０人。対象として６万人を考えるならば、人口１０万人の地域に１ユニット）

### ③「生活支援センター」（仮称）の設置

諸活動のセンターであるだけでなくネットワーキングのセンターでもあり、いわばその地域における地域保健活動の足場

④救急医療（ユニット）・合併症対策をネットワークとして保障する。

⑤マンパワーの育成・充実；専門職員・ヘルパー制度・ヴォランティアー

## （４）メンタルケアマインドを浸透させ、差別・偏見を解体し、住む場・憩いの場・働く場などを拡大してゆく諸活動

## 【質 疑】

樋田：ありがとうございました。今、森山先生から包括的にいろいろな問題が出されたと思いますが、残った時間で、質疑・質問とかありましたら…。

森（京都・洛南病院）：森山先生に質問なんですが、精神医療の再生というところで、まずは国際的にも脱施設化ということでベット数の削減というのがひとつの軸になるというお話がありましたが、ベットの自然減の問題をどう読み込んでおられるかというのをお聞きたいと思います。

私の病院は単科の公立精神病院で開設50年になります。日本の増床政策がとられたのが1960年代に最も激しかったと思いますから、おそらく私の病院の事情というのは全国平均値よりはもう少し古い人達を抱え込んでいると思いますが、退院できない人達について調査をしました。結論だけを話しますと10年後に退院できない70才以上の方が、300床の約3分の1になります。10年後に退院できない、そのまま年をとっていくと想定したときに、60才以上の人たちが全体の病床数の2分の1になります。そうするとゴールドプランというのは、10年をひとつの目途にしたときに、私の病院で言えば10年後に3分の1のベッドが削減するというのは自然の流れになるのです。退院できない人達を調べてみると、20年以上の長期在院者に非常に大きなピークがあって、あとの人たちは棒グラフにしてみると、山が非常に低いのです。現在、すでにベッドは減っています。関東の方では関西よりもう少しベッドの減少というのが進んでいて、病床利用率が90%位になっているという話を聞いたりもします。そうであれば、例えば私の病院では、特別の手を打たなくても老人を新たに収容していくことを戒めさえすれば、10年の時間経過を考えた時に、自然減として大体3分の1のベッドの削減というのはあるなあと考えております。もちろん、ゴールドプランそれ自体非常に大事なことと思っていますが、多分近代化の流れの中で、今の自然の流れの中でベッドの削減というのは自然に進んでいく事態というように思えますので、その時にゴールドプランにメリハリを持たせる、そして自分達の理念というのを盛り込む。それからきちっとせめぎあいを持つところは持つというふうにするためには、単に漠然と3分の1のベッド削減と言わずに、主体的な努力でどれだけを減らすのか、自然減をどれだけ見込むかというふうに、二つの問題に分けないと、少しメリハリがなくなってしまうのではないかというのがこの質問の趣旨です。

森山：おっしゃるように、現在、病床数が、あるいはベッド占有率がずっと減ってきております。今日資料を持って来なかったのですが、1990年からでしたか、100%を割りはじめたのは。確かに東京の方がより激しいということがあって、「何も減らすといわなくなったら自然に減ってっちゃうよ。」ということをよく言われます。

ところで、自然減を言われている現象なんですけど、なかなか分析が難しいのですが、私の病院でもその問題が大きいです。自然減と言いますけれども、例えば、練馬区ですさまじい勢いで作業所ができて、診療所ができてきた、それからグループホームができ始めたり、こういう流れがあ

ります。これによって、かなりの人達が在宅で支えられるようになってきた、ということがおそろしく大きいと思うのです。だから、自然減と言われていることの中のかなりの部分が新しい社会資源の出現によって、外で支えられるようになってきたことによるのではないかと考えています。

これ以上の分析は大島先生のご意見を伺いたいところですが、いずれにしても、病床数が現実的に減っていくにしても、当面推計の中で10年間で、どこまで大体持っていくのか、ある程度の数値目標を立てておくことが必要だろう、それが合わせて外の社会諸資源の充実等々を考えていくのにも必要になってくるだろうと思います。そういった点からあえて病床数削減の目安を考えていくことは絶対必要なのではないかと私は考えます。

樋田：只今の病床数削減のことにしましては、次回、精神病院協会の浅井先生がお見えになりますので、更につめた話があるかと思います。つけ加えますと、最近全国的傾向として病床数は減っています。それから入院期間も短縮しています。最近入院する人達は昔のように、何年も入院しない、これは全国的な傾向ですから、それもあわせて確かに10年後には社会資源の増加の中で自然に3分の1にはなるだろうという意見は多いですね。

手林（臨床心理学会）：先程の、お二方のお話しの中での一つ具体的に申し上げると住まいのケアの新保さんが前回おっしゃった、50人はユニットとしてという考え方はそれはそれでにおいて、私が申し上げたいのは、ケアの中身の問題もこの議論にぜひ入れて頂きたいと思うのです。と言いますのは、私の勤務している病院は三枚橋病院なのですが、ここ15～10年程かけての動きなんですけれど、当初10年間位は長期入院されている方の社会復帰ケアというのは、例えば、食事自立というものを前提にして充分動けたのです。271床の病院で約80名位の方は、食事自立で地域で生活するというので可能だったのです。ところが、70～80名の方が、そういう形で退院された後は、結局入院中にそれなりの練習いろいろ試みるのですが、食事ケア付きにどうしても、踏み出さざるを得なくて、現在それを許す制度は小さい単位で言いますとグループホームなわけです。実はこの食事の内容というのはデイケアという制度としては医療機関が行うケアになっている。つまり私は今、とりあえず食事のことで申し上げましたが、現在病院に長くいる人が地域でどういう生活が出来るかという時の制度と同時に、中身のケアのこともこの議論の中に是非加えていくべきだと思いました。

樋田：当然かと思いますが…。シンポジストの方、お答えになりますか。

大島：食事の問題は、ケアの要になると思います。グループホームも食事を通してのケアです。これをどうしていくのか、一つのポイントだと思います。それに関しては、診療報酬のデナイトケアが入ってきて、食事が二食提供される形になります。これをどう見ていくか、一つのポイントになります。もう一つは地域の方でやるとした場合、ホームヘルプをきちんと位置づけるということだと思います。

先進国、私は主にイギリスをイメージしておりますけれども、その中ではコミュニティワーカー

という形でハウジングアソシエーションと組んでホームヘルプ的なサービスをしている人がかなりいるわけです。それをどうワークに導入していくのか、全然見通しは持てませんが、真剣に議論していく必要があるようです。

樋田：プランを我々もいろいろ考えていかななくてはならないわけですが、質の問題を考えるのは当然必要かと思います。ちなみに病床数の問題も、日本精神病院協会の主張ですと、単に病床数だけでは割り切れないものがある。地域のナーシングホームあるいは、ボーディングケアホームそこへいくと、日本の精神病院より悪いのはいくらもある。そういうのも考えると、単に病床いくらとは言えない話もありますし、今後、我が国でもあるいは作業所共同住居そういった場合も中身の問題をやはり考えていく必要があるかと思いますが、森山先生。

森山：今出された通りで、旧来の収容所医療といいますか、その体質がずっと病院だけでなく、いろいろなケアの場にも残っている。やはり病院の責任だと思います。ゴールドプランという中で、手林さんが指摘されたみたいに、医療なりケアの質の問題を同時に問われていかななくてはならない。この質を転換させていくということを、同時に問われていかななくてはならない。このことはとりわけ、私たち従事者の責任であると考えます。

樋田：他にいかがでしょうか。

資格化の問題が当然のように森山先生のレポートの中にありましたが、資格化の問題が暗礁にのりあげているのは、心理、PSWともMSW協会、日本看護協会の反対に遭遇している。精神保健課はそういう団体の反対を押し切っては実施できないと言っている。看護関係の方もおられますが、その辺についてはいかがでしょうか。

寺沢（自治労）：資格の問題ではないのですが、今日は静岡天竜の保健所から参加している。森山先生のⅢ－(1)圏域の設置のところにに関してこれからいろいろな所で論議したり、実情を踏まえた形でということになると思うが、二次医療圏、準二次医療圏といった時に、先生も言っているが、格差が著しいということになると全体と歩調を合わせる意味合いをもう少しお聞きしたい。それから、市町村単位での地域活動活性化が予想させるという中身です。天竜というところは、南北90kmくらい、静岡にありながら愛知県と長野県に接している。患者さんによっては静岡にいて愛知県とか長野県の病院に通っている状況を考えた時に、一律に期待とか想像できないかと思いますけれども、とりあえず、ここで言われている予想される活性化の内容、あるいは期待度を一次医療圏ではどんなことが、計画の中で考えられるのか、もう一つは言われている内容はわかりませんが、推進協議会これは絵もかきやすいと思いますが、先程の圏域とからんで意識のあるものが呼び掛けてやっていく、というところから始めていくのか、システムとして考えていくのかということで、この辺の意味合いをお聞きしたい。

最後に大変細かいのですが、作業所、共同住居、これも私ども静岡の状況でいうと、家族会、いわゆる任意の団体の方たちにしわよせがいつている部分はかなりあったと思いますが、これに代わ

え方をすれば、もっと権限なり中身もそれに沿ったものであっていいかなと思うが、実際は例えば補助金が出ているということでの行政側のいろいろな圧力がかかったり、行政のあまりの補助金の乏しさゆえに従事者の方も大変劣悪な労働力になっている。そんなことを考えると、その点についての改善点をお聞かせ頂ければと思います。いろんな質問になりますけれども…。

森山：いろいろ難しい質問が出されましたが、第1点が市町村に期待する内容は何かということ。

1番目に関しては、私がお返事するのは適当ではないかと思いますが、むしろ自治労の方にお聞きしたいところですが…。ごく一般論で地域保健法で市町村に対人サービスが移るところで、市町村が単位になっていくだろうし、精神の対人サービスをどう盛り込んで行くかが課題だろうと思います。

2番目の推進協議会の問題は、制度化する方向で要求していったらどうかと思います。これが制度化されたとしても、地域精神保健のネットワークングがもつ運動的な意味合いは消えないと思います。例えば東京でもいろいろな区で、これに近いものが現実にありますけれども、そうしたものを一応全国化していく。場所によっては死んだような状態のところもあるでしょうし、ネットワークングの母体となって活性化していくところがある。それがだんだん時代の中で、全体の活性化が行われていくというのが重要だろうという点では、やはり制度化されるべきであろうと考えています。

3番目の作業所の問題ですが、これも私がお答えするのはあまり妥当でないと思いますが、地域差というのは先程もありましたように、非常に重要で、私はどうしても東京都とか練馬区という現実の中から考えてしまって、おそらく静岡の方とは言葉は同じようなことを使っていても、具体的なイメージはかなり違うものになっているんだろうということです。例えば、私のいる練馬区は、人口60万人ですけれども、今年1月の段階で既に作業所が19あって、診療所が11あって、精神病院は4つあります。作業所はさらにすごい勢いで増えようとしているとか、そういう状況で、そうなってくると同じ作業所でも様々な作業所があって、作業所間の役割分担もあって、非常に多様な展開になってきているところがあります。願わくば、いろいろな地域で作業所がだんだんに、多様な作業所ができてきて、活性化するのを望みますが。

樋田：第1点のことで、自治労の方はいかがでしょうか。市町村における精神保健の取り組みを自治労としてどう考えているか。

佐々木（自治労）：自治労からの質問に自治労が答えるのも、非常に打合せが不十分ですが、私は自治労で衛生医療を担当している佐々木と申します。まず、市町村がどう精神を担っていくのか。これは地域保健法がらみで、ずいぶん議論になったところです。自治労としましても、この委員会に委員を出しながら、今できる規定からぜひ市町村が積極的に精神保健にかかわれるように、ということです。地域保健法の中にどう盛り込ませるか。議論をずいぶんして参りました。結果的には法律ができる前段の基本計画の中には、その部分を盛り込ませることができたが、法律は必ずし

もそうではなかった。そこをあけて、その後法律をどう推進するかというので基本指針が策定され、11月に厚生大臣諮問答申という形で、12月に勧告として出たはずで、その中には、今読み上げますが、市町村は精神障害者の社会復帰うんぬんの部分に保健所の協力のもとに実施することが望ましいと、きちんと一項書き込むことができましたし、保健所の役割の部分も、ぜひ市町村と連携をとりながら、福祉と保健と医療の連携をとってやっていくんだと、きちんと書き込まれたことがありました。厚生省の答弁ではないんですが、厚生省はこれをうけて、本来であれば地域保健法の改正の時に、関連法ということで、精神保健法もこれにあわせて改正することが望ましかったが、その時点でキャッチアップができなかったということで、今回いろいろな問題を含んでないですが、来年法改正をすると、その中でできる限り、市町村の中で精神保健をどう担っていくのか、そして福祉との連携を含めてどうしていくのかというあたりが、来年2月に提案され4月が変わる、精神保健法の中に書き込んでいくことができるかということが、今、自治労としては議論しながら、総力をあげて皆さんとの協力ののもとに、できる規定から市町村が積極的にこの精神を福祉と連携をとって担っていくことを、ぜひ、地域保健法の基本指針を受けた形で、精神保健法を変えさせていきたいということを考えています。

それから、障害者基本計画、これがそれぞれ市町村での計画を策定するという、これも努力義務という形になっていますが、これについても、市町村が出来る限り計画を立てるように、厚生省がガイドラインを作って、精神も含めるという部分をきちんと盛り込んだガイドラインを作って、市町村に計画を立てさせるような方向でいくことになっています。そういう意味では、自治労としても、黙って計画が出来るのを待つのではなく、出来る限りそれぞれ市町村で精神を含めて福祉との連携をとった計画をたてられるような方向にもっていきたいと、2月に精神保健週間を予定していますけれども、大きな課題として今後取り組んでいこうというのが、自治労の考え方です。

樋田：今、お話にありました答申というものを、もう少し正確に。答申を出して、そこに書き込ませたという。どこの何という答申なのか。

佐々木：これは地域保健法を見て頂ければ分かりますが、それを具体的に推進する為に、基本指針を作るということで、8月から基本指針小委員会が厚生省のもとに作られまして、この間議論をしてきました。11月1日に公衆衛生審議会から厚生大臣に対し、諮問として厚生大臣が答申をするということで、この中身は、今日は私は出先から来たものですから、資料を準備できなくて大変申し訳なかったけれども、地域保健法にかかる基本指針ということで、後ほど何らかの形でおいえますので、お配りして頂ければと思います。これが11月1日に出されまして、12月に大臣勧告という形で出されました。ここの基本指針は地域保健を具体的に進めるということで、他の法律が変われば、例えば精神保健法が変われば、若干ここの中身が変わってくるということです。精神保健法の中にもっと地域の受皿うんぬん含めて書かれることができれば、ここの中身が若干も変わってくるということで、関係法律が変われば、これは変わりうるものなのです。この効力は大臣勧告と

ということもありまして、地域保健を進めるうえで、各都道府県においてかなり権力があるという、実行する上での権力がある基本指針であるということで、ぜひ私どもも活用していきたいと思っています。

樋田：我々も活用していきたいと思います。ただいまのは地域保健に関する基本指針の勧告ということですよ。

新保：今のことに関連して予想される現実の状況は、大島先生の図表④をご覧くださいと思います。が、およそ将来計画を地方自治体が策定しているところが2割程度というご報告がございました。まさに今はその程度というところで期待されているというか、活性化が予想されていると考えてよろしいかと思います。2割程度のところはおおかたの、先程の自治労のお話がありましたように、障害者基本計画に基づいて、市町村が2割程度のところはもう既に策定しているというふうにお考え頂いてよいと思います。この意味におきましては、森山先生が活性化が予想されるというようにおっしゃっているのだと思います。よいしょしているわけでもありませんが、間違いなくその辺は言えます。そしてそれと関連しまして、地域精神保健推進協議会のシステム化というか、制度化の問題は、今のことと関連して都道府県が取り組んでいます。保健所の話を森山先生がしましたが、保健所の保健福祉推進サービス会議のことをおっしゃっていたかと思いますが、それはどこでもずっとやっていますが、かなり、10年来、おさなりの形でやっているんですが、例えば私の茨城でも障害者基本法ができてから、精神障害者も障害者に含まれたからということで、生活福祉部の中に、障害福祉課というのがあります。その中に、心身障害者対策の為の施策推進委員会があり、そこには精神が含まれてなかったわけですが、茨城県でも障害者基本法ができてからは、障害者施策推進協議会というのができまして、私が精神の代表ということで委員に入って、茨城県内の障害者の施策を推進するうえで、精神障害者も一緒に考えていくシステムができており、他県でもおそらくできていることだと思います。そういう状況ですので、問題はどこかで策定したものに、追認する形のような委員会になったのではまずい、当事者ニーズをくみあげた形で論議されるような委員会が設置されていく必要があるということだと思います。3番目の作業所の拡充、家族への依存が大変高いという問題がありますが、地方へ行く程そうなんです。地方へ行きますと、作業所がない地域がたくさんあります。しかし、作業所の必要性は叫ばれているものですから、ある意味では、大変失礼な言い方をすると、保健所の1つの活動に作業所づくりがなっているわけです。家族会に、地方へ行けば行く程、力がないものですから、家族会とタイアップする形で、いわば保健所主導で共同作業所が作られる。できた後は、家族におまかせになってしまう。家族の側にそれなりのマンパワーも資金もないまま、作業所を運営させられていくという現実がかなりあるのです。

この辺は、もうちょっと補助金も含めた制度的な課題、マンパワーの課題も含めて、十分に考えていかないと、先ほどのご報告の中で、2000名という共同作業所にかかわる職員の方々の生活の課題も含めて、ちゃんと考えていかなければならない課題かなと思います。以上です。

樋田：地域格差が非常に大きいということ。例えば、東京都の場合には、それぞれ市町村の補助金・東京都の補助金、例えばAランクをとりますと、1000万を越す額が双方からでる。そういうのが全くない地域では、家族の労働奉仕によって行われているので、単純に作業所何箇所といっても、我々としても考えなければならない点があるかと思います。

星野：おふたりのを聞いていると、よくわかるところと、わからないところがあります。ひとつは越川記念病院というのがありまして、つぶれていくというのが、ほぼ決まったみたいです。一方では、大阪の大和川病院というのは、宇都宮病院に匹敵するような病院なんですが、厚生省が本腰をいれて査察に入るとというのが情報として最近入っています。

そういうところから見ますと、つい最近、山陰地方に勤めている医者に会ったんですけども、地方の医者は何を言っていたかという、「患者にも人権があるんだって」というようにびっくりしていたと聞きました。あの頃は、弁護士さんからもよく聞きました「法が国民を教育していく」そういうような意味があるんだというようなことを言っていたことを実感として感じた訳です。

日本全体の構造からいいますと、円高も含めて非常に産業の高度化が出てきて、官僚制に対する批判というのが一方で出てきている訳です。精神医療も全体を通しては、おそらく異端を切っていくとか、めっちゃうちなところを切っていく、右も左も切って標準化されていく、官僚化のひとつの流れではないかと思います。

善し悪しは別としまして、そういうことになっていくだろうと思います。その時に、ここに書かれている森山先生の「抜本的展開の具体像」のところで、関係の転換とか精神保健医学思想の転換、治療思想の転換とか書かれています。

内容については、同意したいところがたくさんあるわけですが、実際のところ、理事会でいろんな大学の教授が理事に入っているか見るわけですけど、こんなことを考えている人はいないのです。森山さんが考えているのであって、これが精神科の医者の今の教育を担っている人達の中で、大勢を占めているなんて考えられない訳です。森山さんひとりで考えているのは結構なんですが、それがどう政治化していくのか、大衆化していくのか、大勢を占めていくということがないと、これは独語でしかないという感じがします。

例えば、関係の転換ということで民主的チーム、他職種との民主的なチームへと再生しなくてはならないといっているけれども、国立大学には、臨床心理士とかOTとかPSWとか私立大学の医学部よりもいない訳です。ほとんどいないんです。一番国民の税金を使って、医者を養成している大学でチームワークを習うことができないという、そういう事態が厳然としてある訳です。これは心意気はいいけれども嘘だと思います。これはおかしいというか現状を認識していないと思う。決意表明としてはいいけれども…。

医学思想、治療思想の転換とか書かれているのも、これもそうだと思うが、こんなことを考えている人はいないし、今の中では精神病理学よりも、生物学的な精神医学の方が主流を占めてきている。

教授になってくるのもそういう人が多い訳です。だから中井さんとか森山さんのような人はなれないんです。中井さんというのは精神病理学の教授として最後の世代だろうと思う。

そういうようなところで肝心の若い医者がどんどん再生産されていく場所では、そういう体制がある訳です。そういう意味で大島先生にひとつお聞きしたい。この前、朝日くんが話したわけですが、ひとつは保健法は障害者基本法のところで、自治労が頑張らなくてはいかんということと、もうひとつは、新たな大学闘争が必要であるとおっしゃった。何か腐ってきているんじゃないかと思っている。先端的なことをやっているようにみえて、焦点が定まらないようなことをやっているのではないか。大島先生の言われたことは非常によくわかった。立派な研究だと思いますし、非常に参考になりました。そういうことをやっている方が大学にいてどうなのかということをお聞きしたい。

樋田：時間の関係で大島さんに答えて頂くのはやめようかと思いますが、医者を養成する大学ではないんですね。数年前の日本精神神経学会総会で地域精神保健とかそういったことを大学の先生方は教えてくれなければ困るということを某教授に言ったんですが、「教えろといわれても私たちはなにも知りません」と言うんです。「何をどう教えていいのかもわからない」と、それに地域に行く医者なんていませんよというのが、数年前の大学教授の言葉です。

去年ですか、精神神経学会で専門医制度の検討委員会がありますが、その委員長が報告を、大体のプランを出したんですが、その中のミニマム・リクワイアメントとして、最小限地域精神保健をやるというのが、精神科の臨床医として必要だということを入れるべきだと、私は発言したんです。そういうことを言うと家族精神医学だの芸術なんかも入れろ、ということになってもっとかかってしまうと、そういう認識なんです。ですから、諸々の精神医学のひとつのランチとしか精神神経学会は考えていない。それでは困ると申し入れているんですが、なかなか通じない状態です。

時間の関係ではしょっていきますが、今日のお二方の発表の中で、いくつかの議論になる点があったかと思います。例えば、大島さんの中の就労援助センターのモデル事業開始がありますが、現在障害者職業センターというのは各地域に障害者職業センターというのがあります。これはかなり利用できる形になっていますが、それをどうするかという視点が必要だろうと思います。生活支援センターでも推進協の中で地域障害者福祉センターというのがある訳ですが、それを精神の障害者ももっと利用できるように、改変すべきであるという提言が推進協からなされています。それとの関連はどうか、あるいは保健所でも精神保健協議会というのがどの保健所にもあって、地域によっては、いろいろ働きかけをして活性化しているところもあるし、形だけのところもあります。そういうのをどうするかという問題もあるかと思います。いずれにせよこのシンポジウムは、連続して行われるわけでありまして、予告しましたように、1月には推進協、今の障害者協議会を代表しておられます調さん、日精協から浅井先生がお見えになります。

時間が30分ほどオーバーしましたが、これで本日のシンポジウムを終わりにしたいと思います。

変わり行く日本の精神保健医療と福祉  
— 精従懇連続シンポジウムの記録 その2 —

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：1996年 5 月17日