

わが国における精神保健福祉施策の現状と 今後の課題に関する一考察

— 新障害者プラン策定に向けた試論 —

すけ がわ ゆき お
助 川 征 雄

〈要 旨〉

わが国の精神保健福祉施策（精神障害者支援施策）は、昭和25年の精神衛生法制定以来、長期にわたり精神科病院への入院中心で推移した。しかし、平成7年の「精神保健福祉法制定や障害者プランの実施」を契機に改革の動きが活発化し、近年、「精神障害者支援をめぐる重要課題は、精神科医療の改革と地域生活支援体制の確立」であるという認識が高まっている。

そういう中、現在、平成15年度からの実施をめざし、「新障害者プランの策定作業」が進められている。そこで、本稿では、わが国における精神保健福祉施策の現状と今後の課題を検証し、新障害者プラン策定に向けた提案を試みたいと考えた。

具体的には、まず、「わが国の精神保健福祉の現状」「障害者プラン（平成7年分）の達成度」「近年の新たな施策動向」などを検証した。その上、「精神保健福祉は国民すべての問題である」という認識に立ち、新たな障害者プラン策定に向けた提案として、「理念と位置づけ」「施策目標」「重点課題」「数値目標」などを取りまとめた。

〈キーワード〉

障害者福祉法、精神保健福祉法、障害者プラン、精神科医療改革、地域生活支援
市町村精神保健福祉事業、精神障害者福祉、ピアサポートとエンパワーメント

はじめに

わが国の精神障害者に対する精神科医療や福祉的支援施策（活動）は、長い間、国民の誤解や偏見の中に埋もれ、遅れがちであった。しかし、近年、わが国の精神障害者をめぐる重要課題は「精神科医療の改革と地域生活支援体制の確立」であるという認識が高まっ

ている。

わが国の精神障害者に対する行政施策（精神保健福祉施策）は、昭和29年に実施された「精神衛生実態調査結果」（精神障害者推計数130万、その内要入院数35万人）を「ガイドライン」として、長く入院医療を中心に実施されてきた。昭和30年代当時は精神科病床が必要とされた数の10分の1しかなかったのでやむをえない面もあった。しかし、昭和40年代からの欧米先進国の脱施設化や地域生活支援を中心とする施策への転換をよそに、国は平成5年にピーク（36万2962床）を迎えるまで延々と精神科病床の増床施策を続けたのである。その結果、わが国に巨大な精神科医療体制が出現し、宇都宮病院問題（昭和59年、院内リンチ殺人事件）をはじめとする入院患者等に対する人権侵害問題の多発をまねき、わが国の精神保健福祉施策のあり方が国際的に問われるところとなった。そのような入院中心の情勢が続いたが、一方では、昭和40年の精神衛生法一部改正のころから、保健所や精神障害者家族会などによる地域生活支援活動や体制づくりが始まった。それらの取り組みは、向精神薬の開発、その後は欧米の脱施設化—地域生活支援の進展、「国際障害者年（アジア・太平洋障害者の10年）」および国際的な人権擁護思想の高まりなどから大きな刺激を受けた。そのような中、平成5年に障害者基本法が成立し、国は平成7年度に「障害者プラン—ノーマライゼーション7か年戦略」を公表し、精神障害者施策を含む各施策の具体的数値目標をはじめて明示した。

私は、昭和40年代から今日まで、神奈川県立精神保健福祉センター、保健所などで、多くの当事者や関係者と共に精神障害者の地域生活支援や社会的復権のための諸活動に取り組んできた。本年、あらたに後進の指導にあたることになり、改めて、今後に向けた実践的でグローバルな視野に立つ「精神保健福祉理念や支援施策の計画」の必要性を感じている。

平成14年2月、国は障害者プラン最終年にあたり、「新しい障害者基本計画に関する懇談会」を設置し今後の施策の在り方の検討を始めた。そこで、この機会に「わが国における精神保健福祉の現状と課題」について検証し、「新障害者プラン策定に向けた試論」を提起したいと思う。具体的には、今年7月に日本精神障害者リハビリテーション学会政策委員会委員として取り組んだ際の論議や資料をベースに、精神保健福祉関係団体等から提出された多くの「新障害者計画への提案資料」などを比較検討しながら作業を進めることにする。

1 精神障害者支援の現状と課題

ここでは、まず精神保健福祉施策の現状を概括し、障害者プランの各事業項目別に達成度などの評価を試みることにする。併せて、平成11年度の精神保健福祉法改正から今日

までのあらたな施策動向の中から、いくつかの事業をとりあげその現状と課題を検証する。

(1) わが国の精神保健福祉の概況

わが国の精神障害者数は約204万人（平成11年度推計）である。その内、精神科病院在院患者数は約33.3万人、外来通院患者数は約170万人（通院医療費公費負担制度利用者数は57.8万人）である。これらに対応する国家予算（精神医療費）の推計額は1兆6221億円（平成11年度）で、国民医療費に占める割合は5.2%、その内、1兆2451億円（76.8%）が入院医療費である。また、精神保健福祉施策関係予算額は917億円である（平成13年度）。一方、生活保護法にもとづく精神障害者の各種扶助受給比率は、医療扶助が全入院患者の48.6%、生活扶助等が12.4%となっている（平成11年度）。これらのことは、「精神障害者やその家族の経済（貧困）問題」の深刻さを改めてうかがわせる。精神障害者は長い間、社会生活能力や作業能力障害および社会的偏見などのために、実質的には生活費が得られるような安定的な就労活動もその機会もほとんどえられない状態に置かれた。このため、両親（高齢）の収入や生活保護制度に依拠せざるをえなかったのである。近年、労働基準法の改正や障害者基本法の制定などにより、建前としては就労の機会がえられるようになったが、就労チャンスが少なく生活費を得るにはほど遠い実態である。

また、長い間、「無年金問題」（障害年金を受けられない問題）が解決されていないが、これは年金を受給するための「納付要件」があまりにも画一的で厳しすぎるために生じた問題である。身体や知的障害者はその障害がわかりやすいため、年金給付は20歳前後の初発認定でほぼすべての対象者がカバーされる。しかし、精神障害者の場合は初発と初診間の時間経過が長く、その間の生活が荒廃しがちなため既定どおりの納付がむずかしいのである。そこで、これらの特性に配慮した緩和的な制度対応が不可欠なのである。「精神障害者の経済（貧困）問題」はその社会的復権のためにも、今後、一層真正面から取り組まなければならないカテゴリーであることには間違いない。

施設面では、精神科を有する病院数が1672か所（精神科病院を主とするものは1278か所）、総精神科病床数35.9万床（全医療機関の21.8%）、法定社会復帰施設数は約1000か所（約6.3万人分一居住施設は413か所、約7千人分）、法定外施設である小規模作業所やグループホーム数は約2700か所（約4.4万人分）である。因みに、社会復帰施設受け入れ定員の総計は10.7万人（外来通院者数の6.3%分）である。なお、福祉サービス等を受けるための精神保健福祉手帳取得者数は21.9万人（全精神障害者数の10.7%）である（平成13年度末）。

医療スタッフの面では、「精神科特例」により、精神科医師数は約11,000人（日本精神科病院協会会員数—平成13年度）で、一般科の3分の1、看護師数は約35,000人（日本精神科看護技術協会会員数—平成13年度）で一般科の3分の2の割合になっている。精神保健福祉士については第4回試験までの合格者数が13,043人であったが、日本精神保健

福祉士協会会員数は3,268人（平成14年11月現在）となっている。作業療法士は日本作業療法士協会会員17,000人（平成13年度）中、約1,500人程度が精神科関係施設に勤務している。

なお、わが国の精神科病床数は世界一である。因みに、全世界の精神科病床数は約185万床でその18%を占める。わが国の人口が全世界の総数58億5千万人中、1億2千5百万人で2%であることを勘案すると、その病床率は万対28となり、欧州の数値（平均10%）に比べ倍に近い。また、平均在院日数は377日（平成12年度）で、同じく欧州の数値（1～2か月）に比べ突出している。一方、入院患者の内、約32.5%は受け皿があれば社会復帰可能な「社会的入院者」であるといわれている（日本精神神経学会推計・平成11年度）。これらのことから、今、地域生活支援体制を整備し社会復帰を促進すること及び精神科病院再編が重要な課題となっているのである。

（2）障害者プランの評価

＜策定過程について＞

障害者プランは村山内閣成立後の短期間に厚生省を中心に準備作業が行われ、当事者及び関係者からの意見集約はあまりなされなかった。また、各関係省庁間のすり合わせも限定的なものであった。都道府県もこれにあわせて障害者計画を策定したが、概ね既存資料活用での対応が目立った。一方、国は全国の市町村に一定の精神障害者支援を期して「市町村障害者基本計画」の策定を通達した。その結果、策定率は86.22%（平成13年度末現在）となった。ただ、策定した市町村の障害者計画に社会復帰施設等の整備目標数値を盛り込んだところは少なかった。

＜数値目標について＞

プランの前提となった対象者数値は、日本精神病院協会調査（平成5年）による「社会的入院患者」の推計値（約2～3万人）であった。これは、日本精神神経学会はじめ関係学会調査、東京都、大阪府などの自治体調査、それに厚生省の全国実態調査推計値（17～59%）のいずれをも下回る数値であった。

＜施策内容と達成度について＞

次に障害者プランに示された「Ⅵ 各施策分野の推進方向」の中の精神障害者関連事業項目に沿って、その達成度や今後の課題を整理する。

まず、「地域でともに生活するために－1 住まいや働く場に確保」の項目では、「公営住宅のグループホームへの活用推進」があげられていた。この間、平成13年度に公営住宅法の改正があり精神障害者の住宅確保が図られることになったことは評価できる。しかし、実際に適用した都道府県はほとんどない。近年、精神障害者の単身化が増加傾向にあり、すでに21%を超えたと言う報告もある（全国精神障害者家族会連合会、以下「全家連」と略のニーズ調査・平成10年）。また、単身生活はくらしにくさや病状管理上の問

題、さらに、民間アパートの場合は保証人問題などがかかえており、グループホームの拡充が求められているので積極的な推進が望まれる。

「3 精神障害者の保健医療福祉施策の充実」の項目に関してはプラン上に精神障害者の社会復帰施設等の整備目標数値が明示された。主な社会復帰施設の整備状況（達成度）は別添（資料1）の通りであるが、施設によっては最終的に目標数値をかなり下回ると見られる。生活訓練施設（援護寮）、ショートステイ、デイケアなどは医療法人が主体となっているため一定程度、目標数値に近づいた。しかし、福祉ホーム、福祉工場、授産施設は半数かそれ以下（20～57%）と伸び悩んでいる。多くの期待を集めた「精神障害者地域生活支援センター」は、目標の半分にも到達することができず最終年を迎えることとなりそうである。その理由としては、当事者や市民団体等を主体とした取り組みが多く見られるものの、資金や人材確保が難しいことなどがあげられる。

（資料1）障害者プランと主な社会復帰施設の整備状況（達成度）

	整備状況		達成度
	平成14年度末予定 (予算)	既整備数 (平成14年度当初)	(平成14年度当初) - % -
精神障害者社会復帰施設			
生活訓練施設－援護寮	300カ所	238カ所	79.3
ショートステイ施設	100カ所	127カ所	127.0
福祉ホーム	300カ所	146カ所	48.7
通所・入所授産施設	400カ所	230カ所	57.5
福祉工場	59カ所	12カ所	20.3
地域生活支援センター	650カ所	244カ所	37.5
社会復帰促進事業			
グループホーム	920カ所	935カ所	101.6
社会適応訓練事業	3,300カ所	2991カ所	90.6
医療施設			
精神科デイ・ケア施設	1,000カ所	978カ所(平成12年度)	97.8

（参考：「全国社会資源名簿」精神障害者社会復帰促進センター 平成14年7月「我が国の精神保健福祉」平成13年度版 精神保健福祉研究会 平成14年度）

他方、民間をベースとする小規模作業所・小規模授産所は約1,621か所に達している。プランでは「小規模作業所への助成」も明示したが、7年間、1か所110万円の助成額に変わりはなく、助成か所数とも大きな変化はなかった。ただ平成12年度に小規模作業所の小規模授産所移行についての規制緩和が図られた。このことにより、一定の小規模作業所が安定した運営基盤のもとで活動に取り組むことができるようになった。

いずれにせよ、これらの社会復帰施設整備状況を全国市町村（3217・平成14年度）規模

で見ると法定施設の整備率平均は10%弱にすぎず、身近な施設とされる小規模作業所が管内に全くないとところが全市町村の約3分の1におよぶと推計される。抜本的な検討と施策拡充が望まれるところである。

また、同じ項目の中の「精神保健福祉手帳に基づく福祉的措置の充実」「地域精神保健福祉施策の充実」については、この間、あまり大きな進展は見られなかった。保健所については統廃合が進み、これまでの地域精神保健福祉拠点としての位置から「心の健康危機管理の拠点」としての方向付けがなされた。因みに保健所数は平成8年度の852か所をピークに、平成14年4月現在では582か所と大幅な削減になっている。

「患者会活動・家族会活動への支援」については、保健所等での支援を示したのみで具体性に乏しく、当事者の力を引き出すような（エンパワーメント）、たとえば「ピアサポート活動の充実」などの施策を打ち出せないままに終わった。

さらに、同じ項目の中の「精神障害者の雇用対策の推進」については、一定の施策が打ち出され、「障害者雇用機会創出事業」「就労・生活支援事業」をはじめとするモデル事業も行われるようになった点は評価できる。しかし、プランで示した「雇用率制度の在り方を検討」に関しては、「在り方」の検討のみで「障害者法定雇用率制度」への参入が見送られたことは残念である。現実的にはこの制度に入っていないと、精神障害者が労働者として社会的に認知されにくいからである。近年、障害者の雇用確保が年々厳しくなるばかりである。そういう中で、生活のために就労を求める精神障害者が増加している。そこで、近い将来、欧州などに習い、障害者が一定の能力に応じて働き、残りの生活費をもらえるような「雇用保障制度」の制定などの抜本的な対策の確立が望まれる。

「精神科救急医療システム整備」については、平成13年度末現在、全都道府県と5政令指定都市（札幌市、横浜市、川崎市、京都市、広島市）が精神科救急医療システムを整備している。その内、24時間体制をとっているのは30都道府県と2政令指定都市である。

精神科救急は周産期救急と共に「特殊救急」という位置づけになっている。しかし、精神障害は心身一体的な事例が多いので、今後の方向としては一般救急医療の枠の中に精神科救急医療を位置づけることが望ましい。また、精神障害者の合併症についても、総合病院で治療し、精神科医が治療チームの一員としてそのチーム医療（リエゾン）に当たるべきである。東京都や大阪府においてはすでにそのような取り組みがあるので、それらをモデルに対処体制づくりを全国に広げていく必要がある。さらに、東京、大阪、神奈川のような大都市型の救急医療の在り方として、精神保健福祉圏域別に基幹病院を整備し地域責任体制により迅速に相談や医療に対応することが重要である。近い将来は、診療所や地域生活支援センター、さらにはピアカウンセリング活動との連携を視野に入れ、公立の救急医療システムと民間活動が一体となった「地域総合型の精神科救急体制」を確立することが望まれる。

「合併症対策」については、都道府県や政令指定都市に公立や大学病院を中心とした一

定の体制がしかれているがその体制は脆弱である。そのため、ガンや腎不全などの重篤な病気にもかかわらず、他科の誤解や偏見および施設の不備などを理由に受診拒否にあい、手術や人工透析を受けられず死に至る例が後をたたない。合併症への対応は現場の精神科病院はもとより、多くの自治体が苦慮している課題なので、リエゾン精神科医の制度化はじめ、国主導による対策推進が強く望まれる。さらに、同じ項目の中の「精神科デイケア施設整備」は医療機関の積極的な取り組みにより順調に整備がすすみ目標値がほぼ達成されそうである。

「精神病棟の近代化と療養環境の改善」については、「精神病院療養環境整備事業」の実施、「精神科特例」の一部見直しがなされた。また、限定的ではあるが「近代化予算の適用」などにより、アメニティに配慮した精神科病院建て替えなども一定程度進んだ。しかし、「長期入院患者の医療の在り方についての検討」については、具体的な進展を見ずに終わった。特に、在院患者の人権擁護の面では院内での不祥事が後を絶たず（大和川病院事件、朝倉病院事件など）、抜本的な防止策や人権擁護体制の確立が急がれる。

「8 マンパワーの養成・確保」では、「精神科ソーシャルワーカー、臨床心理技術者等の資格の在り方検討推進」がうちだされた。その内、精神科ソーシャルワーカーについては平成9年度に「精神保健福祉士法」が制定され、精神障害者の社会復帰や人権擁護推進の担い手としての精神保健福祉士の国家資格化が図られた。「臨床心理技術者の資格化」についてもすでに検討に入っているが作業は滞りがちである。しかし、広い分野でのニーズに答えるため早期実現が望まれる。

「10 市町村中心の保健福祉サービス体系」の項目では「精神障害者の社会復帰や福祉施策等において、都道府県とともに身近な市町村の役割を高めること」が打ち出され、平成14年度から社会復帰相談、ホームヘルパー派遣などの「居宅生活支援事業」が実施された。身近な市町村が身体、知的障害者と同等に精神障害者の福祉サービスに取り組むことになり、福祉サービスの充実や偏見緩和などに大きな期待が寄せられている。しかし、市町村は財政や人材確保などの面で多くの課題を抱えているので、国及び都道府県の強い支援が望まれる。

「12 所得保証」の項目の中では「無年金問題の検討」があげられていた。この問題は論議されて久しいが、平成12年度にやっと38人の公開審理が行われたが請求棄却となり、全国9地裁で係争中である。引き続き、「精神障害者の経済（貧困）問題のための手当制度の創設」や「年金制度の納付規制緩和」などに向けた取り組みが必要である。

「心のバリアフリー」の事項の中では「精神障害者についての社会的な誤解や偏見の是正」「障害者週間関連事業の充実」「欠格条項の見直し」などがうたわれた。その内、欠格条項の見直しについては主要な資格制度上での見直しと相対化が進んだことは評価できる。「社会的な誤解や偏見緩和」については、具体策が示されることなく、保健所、精神保健福祉センターなどでの限られた広報活動に終始した感がある。この分野はやはり出遅

れていると評価せざるを得ない。

「障害者のコミュニケーション、文化、スポーツ、レクリエーション活動等の推進」「防災対策」および「関連施策の波及効果」の面では全国こころの美術展の開催（平成13年）など、一定の変化が見られる。

一方、障害者プランの波及効果としては次のようなことがあげられる。法定の精神障害者社会復帰施設が暫増し、小規模作業所やグループホームは大幅に増加し続けていること、今年、精神障害者がはじめて「厚生労働省社会保障審議会障害者部会臨時委員」に選ばれたことなどである。また、精神保健福祉ボランティア・グループが全国交流集会を持つに至ったことも波及効果のひとつと見てよいであろう。

これらの地域生活支援重視の潮流は国全体の予算動向でも裏付けられる。即ち、精神保健福祉関係予算は増加傾向にあり、措置入院患者数は減少し続けている。その入院医療費も平成7年度の113億円から平成13年度は54億円と半減している。一方、通院医療費公費負担数は増加を続け、その通院医療費（国庫予算）も同じく167億円から415億円と増加している。しかしながら、この7年間に国民医療費全体に占める精神科医療費の比率は約5.2%でほとんど伸びてはいない。また、先にもふれた通り、精神保健福祉予算の76.8%は入院医療費であり、福祉サービス関連連予算の割合の少なさは歴然としている。

<総括的評価>

多くの関係者の期待を担って世に出た障害者プランであったが、その第一の目標である「社会的入院問題の解消」については、その受け皿となる法定社会復帰施設や制度の不備などから、結果的に7年間で約7千人程度（達成率23%）と見込まれている。

「精神科医療改革」については療養環境の改善、病棟開放率の促進、地域における精神科救急医療システムの整備などの面で期待した水準に達していない。

「精神障害者の地域生活支援や自立促進のための施策」面では、市町村を含みかなりの自治体間格差が生じた。また、精神障害者保健福祉手帳制度、正しい知識の普及、権利擁護などの拡充についてはほとんど自治体任せで大きな進展はなかった。さらに、障害者プラン以外のものも視野に入れるならば、法定雇用率制度への組み込み、合併症対策、臨床心理技術者資格制度化、移送制度、精神障害者ケアマネジメント制度化など多くの抜本的な課題を積み残した。

ただ、公営住宅法の改正、精神保健福祉士法制定、欠格条項の見直し、市町村精神保健福祉事業実施、文化・スポーツ振興などの面では一定の前進があった。新障害者プラン策定に当たってはこれらのことを踏まえ、本格的な脱施設化と地域生活支援体制づくりを推進し、精神障害者の社会的復権と福祉を確立する必要がある。

2 近年の新たな施策動向

＜市町村精神保健福祉事業＞

精神保健福祉法の改正により平成14年度から新たに精神保健福祉業務の一部がすべての市町村事業（3217か所 ― 平成14年度）として実施された。具体的には、①社会復帰相談やそのための施設・制度利用のあっせん、②居宅生活支援（ホームヘルパー派遣、ショートステイ、グループホームの提供体制整備）、③通院医療費公費負担制度、精神障害者保健福祉手帳の申請窓口業務などである。

全家連の調査（平成12年度）によれば、精神障害者及びその家族は高齢化、貧困、親亡き後の生活不安など多くの「福祉問題」を抱え、誤解や差別を受けやすく自ら支援を求めにくい立場におかれがちである。しかし、今年度から、身近な市町村が身体や知的障害者とともに精神障害者の福祉的支援も実施することになったので、それらのサービスの拡充や偏見緩和などに多くの期待が寄せられている。ただ、平成14年度途中の状況としては、ホームヘルパー派遣を実施している市町村が半数の約1500自治体に過ぎず、中心職種である精神保健福祉士雇用等が伸び悩むなど、市町村格差が広がっている。そこで、国や都道府県は市町村任せにするのではなく、財政支援の拡充や保健所等による障害保健福祉圏域ごとの市町村ネットワーク化などを積極的に進める必要がある。

＜ピアヘルパー養成・派遣事業＞

精神障害者へのホームヘルパー派遣事業は今年度から市町村精神保健福祉事業の一環として全国で実施されている。しかし、試行の段階から当事者や家族からヘルパー受け入れに対する不安などが出ていた。そこで、大阪府は平成13年度から、それらの不安を解消しホームヘルプサービスを受け入れやすくするために、当事者同士の助け合い（ピアサポート）に着目し、精神障害者ピアヘルパー養成研修事業を開始した。その大きな特徴は、研修を修了した精神障害者（ピアヘルパー）と障害を持たないヘルパーのペアにより研修および支援を実施することにより、当事者の自己決定やペース尊重をめざしていることである。この事業は精神障害者の大幅な就労拡大（ヘルパー就職）にもつながる極めて先見性の高い事業なので、今後の全国規模での事業拡大が期待される。

＜地域生活支援センター事業＞

地域生活支援センターは、昭和40年代に、全国各地の精神科病院からの「アパート退院者支援」（病院周辺のアパートへの退院―多くは単身者）などから生まれたものである。その後、平成11年度の精神保健福祉法改正により法第50条に定める社会復帰施設に位置付けられた。さらに、平成14年度からは、市町村精神保健福祉業務である社会復帰相談を同センターへ委託できることになった。

地域生活支援センターは、精神科医療機関（施設）付設型が主流である。因みに平成12年度に大正大学が行った調査研究（「地域における障害者の生活支援」）によると、

全国の地域生活支援センターの設置主体は約77パーセントが医療法人である。また、法定社会復帰施設への併設は84%にのぼり、その内、生活訓練施設（援護寮）への併設が53%と最も多かった。

センターのサービス内容としては、オープンスペースの利用が大半で、電話や面接による相談サービスが中核となっている。また、精神科医療（施設）付設型を反映してか夜間当直やオンコールによる夜間救急相談体制が68%の施設で取られている。なお、運営会議を設置しているところは46.2%あるが、精神障害者が参加しているところは25.9%にすぎず、利用者（モニターでもある）である当事者の参加は少ない。

今後に向けてはさらに整備を促進する動きがみられる。特に、市民団体などによる地域単独型の生活支援センター整備が拡大している。しかし、地域単独型の地域生活支援センターの多くはここ数年の間によく活動が軌道に乗りはじめたばかりで、その存在や必要性が障害者や家族に十分認識されているとはいいがたい。今後は、PRはもとより、担い手（質、量とも）や活動スペース等の充実を図り、利用者の声を聞きながらそれぞれの機能アップを図っていく必要がある。それと同時に、医療（施設）付設型にも地域型にも言えることであるが、「地域生活支援センターの地域化（中核機能化）」が大きな課題である。「地域における地域生活支援センターの位置取りや役割を明確にしていく作業」である。具体的には関係機関・団体とのネットワークや業務分担を明確にしていくことが大切である。今後の整備促進に向けては、ノーマライゼーション確立や財源の有効活用のために、「複合型（三障害統合型）の地域生活支援センターモデル」を十分視野に置いておかなければならない。また、近い将来のこととしては、24時間の危機対応や災害時拠点化などへの機能拡大も期待したい。

＜精神障害者の就労支援＞

全家連の実態調査（平成12年度）によれば、調査対象者の約80%が小規模作業所を拠点として福祉的な就労に従事していた。しかし、その多くが精神障害の特性に見合った環境の整ったところでの一般就労を希望していた。近年、厚生労働省の再編を契機に、精神障害者の就労支援も多様化しはじめている。それらの中、平成11年度に「精神障害者の雇用の促進に関する研究会（座長：岡上和雄）」が設けられた。しかし、期待に反して、今回は精神障害者の「法定雇用率制度」への組み込みが見送られた。その理由は、①雇用を義務付ける精神障害者の範囲を絞りきれないこと、②そのような精神障害者の職業適正の見極めや労務管理のあり方が未確立であること、③障害の不安定さ（可変障害）、④支援体制（職業的リハビリテーション）の不備などである。

今後は、福祉的就労活動と一般就労への結びつけをするための「精神障害者の職業的リハビリテーション体制の確立」が大切である。具体的には「障害者雇用機会創出事業」、「障害者就労・生活総合支援事業」（幹旋型雇用支援センターが就労と生活両面の支援をするもの。精神障害関係では和歌山県の「やおき会」と「JHC板橋」の2か所のみ）など

の成果を全国的に共有し、厚生労働省や一般企業をさらに動かしていく必要がある。

＜精神障害者のケアマネジメント＞

精神障害者ケアマネジメント制度化の動きは、平成7年度の「障害者に係わる介護サービス等の提供の方法及び評価に関する検討会」の発足にはじまる。その後、予備試行、本試行を経て、平成11年度に厚生省のモデル事業として一定の予算化が図られた。平成13年度には「障害者ケアマネジメント体制整備推進事業実施要綱」が制定され、要綱上は平成15年度から市町村が主体となり実施することになった。ところが財政的な問題などを理由に、国は平成13年度末から、「障害者ケアマネジメント体制整備検討委員会」は継続するものの、平成15年度からの市町村実施（制度化）を棚上げし、しばらくの間、技法の普及を図りたいとしている。しかし、精神障害者の自己決定を尊重したサービスを目指す新たな取り組みなので制度化の進展を期待したい。

＜保健所精神保健福祉業務＞

保健所は昭和22年の保健所法の制定により、「公衆衛生機関」に位置付けられ、その後、昭和40年、精神衛生法の一部改正により、精神衛生行政の第一線機関となった。保健所は、誤解や偏見の多い中で文字通り地域生活支援の第一線を担い一定の役割を果たした。しかし、近年は平成6年の保健所法の改正（地域保健法の制定）や行政改革によりか所数削減や再編が進んでいる。因みに、全国の保健所数は平成5年の852か所をピークに平成14年4月現在では582か所に減少している。近年は行政改革や社会変動を反映し、広域的・専門的な「心の健康危機管理拠点」への大きな転機を迫られている。具体的には、市町村への保健所精神保健福祉業務の一部移管と業務再編、精神障害者移送業務（法34条）実施、新たな精神保健相談（ひきこもり、人格障害、PTSDなど）の増加と対応などである。しかし、そのためには、専任精神保健相談員の配置増や障害保健福祉圏域を基本とした地域（市町村）調整機能の強化などが不可欠である。

＜精神障害者の移送制度＞

精神科病院への移送（精神保健福祉法第29条の2の2）は、平成14年度から都道府県や政令指定都市の首長の業務と位置づけられ実施されている。しかし、医療保護入院等の移送（法34条）は24都道府県が未実施である（平成13年度）。医療保護入院等にかかる移送制度化の発端は精神障害者を抱える家族が多額の料金を民間警備会社に支払い、自宅から精神科病院へ強制入院させている実態が新聞報道されたことである。その後、国会でとりあげられ、平成11年度の精神保健福祉法改正により制化された。しかし、対応手続きや人権擁護の面で課題を残したまま制度化が図られた。基本的な問題としては、①対象者要件のあいまいさ、②行政・指定医業務のあいまいさ、③受け入れ病院を全国でも数少ない「応急入院指定病院」に限定したこと、④対象者の人権擁護面の不備（23条との兼ね合い）などがあげられる。

全国的には法34条にもとづく対応をりはじめた府県が暫増している。しかし、それら

の例を見ると、「受診受療援助」の不徹底さや混乱がみられ問題である。国は本年度から全都道府県で実施としたいとしている。しかし、治療を要する病人に対応することは大切ではあるが、家族の負担軽減という原点や、あくまでも人権尊重に足場を置いたシステムへの早期の制度改正を進める必要がある。

<社会的入院問題と社会復帰促進事業>

大阪府は平成12年度から大和川病院問題（平成9年）を契機に「社会的入院解消事業」を開始した。具体的には保健所等を単位とする一定の圏域において精神科病院、保健所、及び社会復帰施設などによる「自立支援促進会議」を設け、それらの合議に基づいて精神科病院に専門職員を派遣し、退院促進のための支援を行うものである。事業は順調に伸びており、将来はアドボカシー（人権擁護）制度への発展が期待される。因みに、本事業は厚生労働省精神保健福祉課の15年度予算要求に、「社会的入院解消のための退院促進支援事業」の名称で新規事業として計上された。しかし、最終査定で、担う都道府県がまだ少数であるという理由から4千4百万円に減額された（計上額：1億6千万円）。

<精神保健福祉センター業務>

精神保健福祉センター（以下「センター」と略）は、昭和40年の精神衛生法の一部改正により設置された。センターは40年代から50年代にかけ、保健所と共に精神障害者の地域生活支援を進めるための中心的な専門機関としての役割を果たした。しかし、精神保健福祉ニーズの多様化や行政改革に伴い、精神障害者の地域生活支援ばかりでなく、一般住民の心の健康問題も視野に入れた「総合拠点」として様々な役割を担うに至っている。

また、平成14年度からの市町村精神保健福祉業務の実施や精神医療審査会などの本庁業務のセンター移管に伴い、行政的な役割分担、市町村や政令市センターに対する支援や連携が期待されている。さらに、多様化する地域の精神保健福祉相談に対応するための新たな技術開発や普及なども求められている。それらに答えるためには、企画調整機能の強化、技術協力や研修機能の強化、精度の高い情報収集・分析・共有機能の確立などが不可欠である（全国センターおよび国立精神・神経センター精神保健研究所などのネットワーク化など）。

3 新障害者プランへの提言

<理念と位置づけ>

新障害者プランは、「精神障害者の社会的復権や福祉の確立およびピアサポートやエンパワーメントの充実」を柱とするよう提案したい。また、「グローバル化（脱施設化、世界基準）」をベースにすえた理念及び支援体制の確立を提案したい。

<施策目標>

基本的には、精神保健福祉手帳の取得の如何にかかわらずすべての精神障害者を対象とし、精神科医療改革や地域生活支援体制の確立を目標に、必要な法改正も行うこととする。その中でも、「高齢化対策」「貧困問題」および「社会的入院問題の解消」が特に重要である。社会的入院の対象者数値については、平成11年に日本精神神経学会が「社会的入院患者数」を入院患者の32.5%・約10万人と推計した。そこで、これらの数値を10年間の取り組みの大前提にし、課題解決に取り組むよう提案したい。また、今年8月、厚生労働省が社会保障審議会において「社会的入院者数」をこれまでよりは踏み込んで71,600人と発表した。これらの数値は、これまでに行われた11の都道府県や70市町村および全家連等の関係団体のニーズ調査結果（17～59%）よりも少ない推計値である。しかし、少なくとも7万人を越える精神障害者が退院可能であると公的に認めたことになる。そこで、この数値を5か年程度の期間における到達目標とすることも提案したい。

＜重点施策＞

精神科医療改革に関する施策

精神科特例の廃止、精神科病床の削減（万対10～15床をめざす）、精神科病床の機能分化の促進、公立総合病院への精神科設置の義務づけ、精神科救急医療の24時間体制の確立、合併症体制の確立、退院計画と地域生活支援事業との連携の義務づけ、外来医療の促進、精神科訪問看護の拡充、移送制度の改善

地域生活支援に関する施策

重度医療手当および在宅福祉手当の適用、無年金者問題の解決、精神保健福祉手帳制度の充実、地域生活支援センター等の情報提供・生活支援型施設の整備拡充、公営住宅におけるグループホームの促進、市町村精神保健福祉事業の充実、相談体制の拡充（市町村窓口、保健所、精神保健福祉センター、地域生活支援センター）、社会復帰促進事業の拡充、ピアサポート活動の充実（ピアヘルパー制度化を含む）、精神障害者ケアマネジメントの制度化、文化・スポーツ及び余暇活動支援の充実、地域ケアチーム（PACT）事業雇用・就労に関する施策

精神障害者雇用率制度の適用、障害者雇用納金制度による事業主支援、重度精神障害者雇用企業の設立・育成、雇用保障制度の検討

人権擁護・偏見是正に関する施策

障害者権利擁護相談事業等の充実（地域アドボカシーセンターの設置など）、中学・高校における教育の展開（教科書への明記、ボランティア活動の導入など）

マンパワー施策

精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士の増員と必置義務化、臨床心理技術者制度の資格制度化

＜数値目標の設定＞

精神保健福祉ニーズは多様化しているため必要な事業及び整備数値目標を推計するのは

難しい面がある。そこで、本稿では向う10年間に10万人の社会的入院の解消を見越し、それらの人達の障害特性や能力に応じた居住施設をまず確保すると共に、次のような支援施策を拡充または新設するよう提案する。なお、平成14年度末の居住施設整備達成数値を約1万人分と見越し、新たな整備目標数値を約9万人分とする。

資料2 新障害者プラン策定に向けた提言

(居住支援)		
精神障害者生活訓練施設（要入所生活訓練者）	5,000 ヲ所	10,000 人分
グループホーム（公営住宅活用も）	10,000 ヲ所	50,000 人分
精神障害者療護施設（65歳以上で要介護者・約30% ——平成8年度調査、福祉ホームB型を転換、30人定員）	1,000 ヲ所	30,000 人分
ショートステイサービス		10,000 ヲ所
(生活支援)		
精神障害者地域生活支援センター （10万人に1か所に改める）		1,200 ヲ所
ホームヘルプサービス （総数の10%を前提。ピア・ヘルプ事業を含む）		10,000 人分
(就労支援)		
精神障害者小規模通所授産施設 （既存の小規模作業所の切り替えを前提として新規追加）		1,500 ヲ所
精神障害者福祉工場 （各都道府県および政令指定都市に2か所程度）		120 ヲ所
精神障害者就業・生活支援センター （各都道府県および政令指定都市に2か所程度）		120 ヲ所
(マンパワー)（精神科特例廃止を前提、新規施設等想定）		
精神科医師 30,000 人、看護職員 50,000 人、作業療法士 3,000 人、精神保健福祉士 50,000 人、臨床心理技術者 5,000 人、ホームヘルパー 12,000 人 （新規モデル事業）（ピアサポートやエンパワーメントプロジェクト）		
相互支援センター（クラブハウス）		60 ヲ所

<職員配置義務施設>

精神科病院、精神障害者社会復帰施設、精神障害者相互支援センター、市町村、保健所、精神保健福祉センター、精神科デイケアに必要な専門職の配置を義務づける。

<計画の圏域設定>

新たに人口10万人を単位とする障害保健福祉圏域を設定し、地域完結型の精神障害者支援体制を整備する。そのために、まず、市町村障害者基本計画の策定と法定化された都道府県及び市町村地域福祉計画への組みこみを図る。また、国は全国的に目標達成のためにモデル（地域）を設定する。さらに、新障害者プランの進行管理のために、年次計画及び障害保健福祉圏域ごとの結果および今後の計画を毎年度末に公表する。併せて、新障害

者プランの進捗状況の監査及び精神保健医療福祉施策全般の評価（モニタリング）のための第3者機関を設置することなどを提案したい。

おわりに

以上、わが国の障害者プランの7年間の精神保健福祉施策達成度や近年の新たな施策動向などを点検し、その現状と今後の課題について総括した。また、新障害者プラン策定に向け一定の提案も取りまとめた。

いずれにせよ、今回の新障害者プラン策定は、わが国を精神保健福祉にも手厚い地域社会（国家）に再編する歴史的な取り組みの第二弾である。その成功のためには、先導役である行政関係者が世界の趨勢や当事者および広く民間活動にさらに目を開かなければならない。施策の中身としては、「精神保健福祉はすべての国民の問題である」という認識を広く国民の間に定着させる取り組みが大切である。また、精神障害者の自立促進（ピアサポートとエンパワーメント）や生活（経済）基盤を安定させるための雇用および福祉手当等の拡充や適用も欠かせない。さらに、少子高齢化社会における限られた財源の有効活用や支援の質やメニューを高め、豊かにするためにも、民間サイドの新たな起業（例えば、地域生活支援関連での「クラブハウスモデル活動」など）を奨励する「アイデア施策」も積極的に進める必要がある。なお、精神障害者社会復帰施設整備については、社会福祉基礎構造改革の理念に沿い「脱施設化」は尊重しなければならないが、社会的入院問題でも明らかかなように絶対数が不足している。そこで、5年程度の時限で特定財源を確保し整備を完遂する必要がある。

【参考資料・文献】

1. 『障害者プランの概要』我が国の精神保健福祉・平成13年版 平成14年
2. 『国民衛生の動向』（厚生統計協会） 平成13年
3. 『全国厚生労働関係部局長会議（厚生分科会）資料』（厚生労働省） 平成14年1月
4. 『精神障害者の保健・医療・福祉の総合計画（仮称）に盛り込む主な内容（厚生労働省社会保障審議会福祉部会資料）』（厚生労働省） 平成14年7月
5. 仙波恒雄『最近の精神科医療の課題とこれからの方向性について』（日本精神科病院協会） 平成14年
6. 『新障害者プランへの提言』（日本精神障害者リハビリテーション学会） 平成14年8月
7. 『21世紀日本精神保健の抜本的改革に向けての提言』（精神保健従事者団体懇談会）平成14年8月
8. 『精神障害分会報告書（案）に対する案』（全国精神保健福祉相談員会） 平成14年9月
9. 『新障害者プランでなすべきこと』（全家連レビュー42号） 平成14年8月
10. 『精神障害者の保健・医療・福祉の総合計画（仮称）に関する要望』（日本病院・地域精神医学会） 平成14年7月

- | | |
|--------------------------------------------|----------|
| 11. 『世界の精神科医療事情』（日本精神病院協会雑誌・vol.16 - 8） | 平成9年 |
| 12. 柏木昭、助川征雄、寺谷隆子ほか『新精神科ソーシャルワーク』（岩崎学術出版社） | 平成14年10月 |
| 13. 『全国統計から見た日本の精神障害者の現況』（全家連モノグラム26） | 平成12年 |
| 14. 『地域生活本人の社会参加等に関する意識と実態』（全家連モノグラム27） | 平成12年 |
| 15. 『精神障害者のホームヘルプの進め方』（全家連） | 平成12年 |
| 16. 岡上和雄『精神障害者のホームヘルプサービス—そのニーズと展望』（中央法規） | 平成12年 |
| 17. 『全国社会資源名簿』（精神障害者社会復帰促進センター） | 平成14年度 |