

原 著

精神保健福祉の推進を目ざして
—— 精神保健法をめぐる諸問題の考察 ——

横 山 桂 子

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

(平成4年3月26日受理)

Toward the Promotion of Mental Health and Welfare Service
—— Some Considerations about the Problems
of The Mental Health Law ——

Keiko YOKOYAMA

*Department of Medical Social Work
Faculty of Medical Welfare
Kawasaki University of Medical Welfare
Kurashiki, 701-01, Japan
(Accepted Mar. 26, 1992)*

Key words : The Mental Health Law, human right, social rehabilitation,
mentally disordered person, comprehensive mental health service

Abstract

The Mental Health Law which was enforced in 1988 protected the human rights of mentally disordered persons and specified the introduction of social rehabilitation aid for the first time. Some new attempts — the revision of hospital admission system ; legal custody procedures for hospital admission ; newly-established facilities for the social rehabilitation of mentally disordered persons ; the obligation of mental hospital superintendent to promote social rehabilitation aid — were established.

However, there don't seem to be any actual changes in the social rehabilitation aid or actual conditions in community mental health services. What influence has The Mental Health Law had on the actual life of mentally disordered persons and their families? And what problems have been addressed by The Law?

From the point of view of mentally disordered persons and their families, I will consider the various problems about The Mental Health Law in the future.

要 約

1988年に施行された精神保健法は、精神障害者の人権を法的に保護し、社会復帰援助の導入を明記した、わが国初の立法である。入院制度の改正、入院手続への法的保護、精神障害者社会復帰施設の設置、精神病院管理者に対する社会復帰援助促進の義務づけ等、新しい試みが規定された。しかし、施行後今日に至るまで、社会復帰援助や地域精神保健サービスの実情に大きな変化はみられない。精神保健法は、わが国の精神障害者とその家族の生活実態にどのような影響をもたらし、その背景にどのような問題が関与しているのだろうか。精神障害者とその家族の視点から、精神保健法に内在する諸問題と今後の課題を考察した。

1. はじめに

わが国の精神障害者対策は、過去約90年余にわたり精神医療に偏重し、精神障害者への福祉サービスの欠落を特色としてきた。精神障害者対策の主流は、病院への長期間にわたる入院保護であり、回復途上者や回復者の社会復帰援助・社会参加の支援は、精神保健行政の守備範囲外に置かれてきた。今日でも、精神障害者のうち精神薄弱者を除けば、精神障害者は福祉施策の対象には位置づけられず、彼らのための福祉制度も福祉の分野も制度上は存在していない。

1988年に施行された精神保健法は、旧精神衛生法（1950年、1965年一部改正）を大幅に改正改称して実現したものである。改正法の目的は、総則に示されているように、「精神障害者等の医療及び保護」のみならず「その社会復帰を促進し」「精神障害者等の福祉の増進を図り」「国及び地方公共団体は、……精神障害者等が社会生活に適應することができるよう努力する義務を負う」こととなり、「国民の義務として精神障害者等の社会復帰への努力に協力する」よう求め¹⁾、社会復帰援助の推進を強調している。

改正法施行後4年目を迎える現在の状況では、社会復帰の促進を強調した法改正の趣旨は必ずしも生かされていない。「社会的入院」と呼ばれる環境上の理由による精神病院への入院患者が、依然として約7～10万人いることが推計されている²⁾³⁾。

本稿では、精神保健法改正をめぐる諸問題のうち、改正骨子となった精神障害者の人権保護と社会復帰援助の導入の2点に焦点をしばり、その現状と課題を考察する。それらの作業を通

じて、精神障害者対策の目的と考えられる精神保健福祉への今後の道筋を模索したい。

2. 法改正の経緯

精神保健法の特性を理解しておくために、まず、法改正の経緯と背景を把握する必要がある。

戦後最大の精神医療改革と期待された今回の精神保健法改正の発端は、1984年に発生した医療法人報徳会宇都宮病院事件であった。当時報道されたように、精神病院の鉄格子の中で生じた、看護者による精神障害者のリンチ死事件の発覚である。調査の進展につれて、作業療法の名目で行われていた患者の使役や医療法特例措置の基準にも充たない医師・看護者の職員構成、看護者による暴力事件や数々の違法行為が浮上がり、行政当局の指導・監督の怠慢が表面化して、わが国の精神保健行政そのものにも批判の目がむけられることになった。

戦後のわが国における精神医療は、病院収容保護を優遇する医療保険制度と医療法の特例措置（1958年）に支えられて出現した1960年代以降の民間精神病院の急増を背景に、一部の精神病院における不祥事件を生み出す土壌を作ってきた。病院医療の質的低下に対し、精神障害者の人権擁護の立場から改善が求められ、国内での告発のみならず国際機関からの勧告も行われている。1968年にWHO顧問クラーク(D.H. Clark)の行った「クラーク勧告」は、その代表的なものである。定床をこえた収容と長期入院化の顕著な傾向が指摘され、国の緊急課題として改善策を取ることが要請された。国際法律家委員会(International Commission of Jurists, ICJ)も、わが国に対し再三の改善勧告を行って

きた⁴⁾。国の内外からの要望や勧告にもかかわらず、精神障害者の人権に対する法的保護や長期入院の問題が行政レベルで取り上げられることはなく、宇都宮病院事件の発覚にいたった。

この事件を契機として、わが国の精神障害者対策に対する批判が国際的規模で高まった。国連人権小委員会が関与することとなり、国際法律家委員会と国際医療専門家委員会 (International Commission of Health Professionals, ICHP) の合同調査団が結成され、1985年にわが国の精神障害者対策について来日し実態調査が実施された。この調査団報告書が、政府および国会の旧精神衛生法改正に対する決意に大きな影響を与えている⁵⁾⁶⁾。

ICJ レポートと呼ばれる調査団報告書は、日本の精神医療を、精神障害者の人権および治療においてきわめて不十分な状況にあると結論した。懸念すべき基本的な問題を、つぎの2点に要約している。第1は、入院手続および在院中の患者に対する法的保護の欠如、第2は、長期にわたる病院内治療が精神医療の大部分をしめ、地域精神医療や社会復帰援助が欠如していることである⁷⁾。これらの問題を直ちに改善する手段として、旧精神衛生法の改正と精神保健サービスの向上、精神医療従事者の専門的訓練、精神障害者の法的保護の施策化が指摘されている⁸⁾。

1985年8月、政府は国連の「差別防止・少数者保護委員会」の第38会期において、世界にむけて日本の精神障害者の人権保護の改善を言明するとともに、旧精神衛生法改正を公表した(8月13日付朝日新聞)。翌年7月には、厚生省から改正骨子が発表され、欧米並みの人権保護型立法を目ざすこと、社会復帰援助事業を盛り込んだ地域精神医療の推進をはかることが報道された(7月26日付日本経済新聞)。公衆衛生審議会は、1986年に諮問委員会を結成し、法改正に関する詳細な勧告を2度にわたって具申している。「精神障害者の社会復帰に関する意見」(1986年7月)、「精神衛生法改正の基本的な方向について(中間メモ)」(1986年12月)である。短期間に進められた急ピッチの改正作業によって、1987年9月の第109回国会において「精神衛生法等の一部を改正する法律」(法律第98号)が可決され、

1988年7月1日から「精神保健法」と改称されて実施されることになった。

1985年8月に法改正の決定を公表して以来、2年間の短期間で成立したわけである。

3. 入院患者の人権保護

法改正に際して入院医療についての見直しが行われ、入院患者の人権をめぐる法的保護が検討され大幅に改善された。入院制度の改正、入院手続と入院患者の人権保護に対する様々な法的保護の明文化、精神医療審査会の設置、精神保健指定医の権限・義務・研修制度などが含まれる。これらの対応は、国際世論の批判に応じるものであったと考えられる。

入院制度の改正のうち、人権保護の立場から特記すべきことは、つぎの3点である。第1に、入・退院については、原則として患者の意志を尊重することになり、新たに任意入院制度を設け、入院制度の中核に位置づけた。第2に、精神障害の特性によって、入院を必要とする場合で患者本人の同意が得られない場合、旧法の同意入院にかわる入院制度として医療保護入院制度が設けられた。同じ強制入院ではあるが、医療保護入院はつぎの点で同意入院とは異なる。医療保護入院のためには精神保健指定医の診察と知事の委嘱をうけた精神医療審査会の審査を必要とし、入院中は知事の委嘱により精神医療審査会が定期病状報告書をうけて入院の是非について審査を行う点である。第3は、精神医療における救急体制を整備するために、特定指定病院への応急入院制度が新設されたことである。地域精神保健をバックアップする入院制度としてその意義は大きい。

入院中の患者の人権を保護するためには、つぎのような改善がなされた。第1に、すべての患者とその保護義務者に知事に対する退院請求権と処遇改善請求権が認められ、知事の委嘱を受けた精神医療審査会が不服申立ての審査実務機関として新設された。審査会は、各都道府県に設置され、審査委員には、精神科医のほかに、法律家・その他の学識経験者が参加し、鉄格子の中の出来事に医療関係者以外の専門家の発言が届くことになった。

第2に、原則として、すべての入院患者に面会・通信・行動の自由が保障され、制限を必要とする場合には、厚生大臣の定める一定の基準に照らして行わねばならず、隔離・身体的拘束については指定医の判断が必要となった。指定医には、隔離・その他の行動の制限を行った場合には、その事実を診療録に記載する義務が課せられている。しかし、つぎの場合には、いかなる状況においても制限を加えることはできない。信書の発受、人権擁護に関連する行政機関の職員や患者の代理人である弁護士との電話や面会の制限、患者や保護義務者の依頼によって患者の代理人になろうとする弁護士との面会の制限はできない。

第3に、入院時手続への法的保護が明文化され、すべての入院患者は入院時告知を受け、患者自身の入院形態の種類や入院中の諸権利について、審査会や行政機関への連絡方法を含めて書面を添えて説明がなされねばならないことになった。

旧精神衛生法の時代には、同意入院が全入院患者の8割をしめてきたが、法改正後の状況をみると、任意入院の増加と医療保護入院の減少傾向がみられる。1990年度では、任意入院は全体の5.3割をしめ、医療保護入院は4割を割る状況になった⁹⁾。わずか3年の短期間に強制入院を必要とする患者が4割の大幅減少を示していることは注目すべき事実である。

法改正当初は、新しい制度への臨床現場の抵抗感や多少の混乱もみられ、また、医療保護入院患者の入院届や病状報告書の登場で、指定医の事務量が増加し疲労感を募らせた。精神医療審査会の位置づけの不明確さ、人権保護に関する法規程の運用が通知やマニュアルに依るところが多いことなど、問題点は残されている。しかし、入院患者の人権保護に関する制度は、形式的には次第に定着しつつある。もっとも混乱の予想された精神医療審査会による不服申立ての審査においても、厚生省報告によると、1989年度の審査状況は、退院請求825件(うち適当とされたもの795件、不適当とされたもの30件)、処遇改善請求67件(うち適当とされたもの62件、不適当とされたもの5件)と報告されている¹⁰⁾。

第三者的審査機関であるべき精神医療審査会の組織上、機能上の独立性が保障されず、その運営が各都道府県に委ねられているため、審査会活動の地域格差は大きい。その上、地域社会における社会的受け皿が整備されていない現況下での退院請求の審査では、「社会的入院」を認めざるをえない可能性も大きい。したがって、上記の数字が必ずしも精神障害者の人権擁護に対する適正審査結果を示すものとは考えられないが、制度発足1年余後の不服申立件数をみるかぎり、制度上は審査会制度が第一歩を歩み出した現状を知ることができる。

4. 社会復帰援助事業と地域精神保健の現状

改正法総則は、精神障害者の社会復帰の促進という目的規程に力点をおき、社会復帰施設の設置規定によってそれを裏付けた。しかし、現状では、従来からの長期入院治療の流れに変化は乏しく、また、改革的な対応もみられなかった。

退院患者の社会的受け皿として、精神障害者社会復帰施設が第2種社会福祉事業として新設され、精神障害者援護寮、福祉ホーム、通所授産施設が法定施設として誕生した。これらの施設の設置は、いずれも任意設置であって、国や地方公共団体の場合でさえ予算の範囲に依存し、しかもその財源確保は精神保健法によって何ら保障されていない。そのため施設の設置は進展せず、1990年度までの設置状況では、援護寮32ヶ所、福祉ホーム51ヶ所、授産施設32ヶ所である¹¹⁾。設置の義務づけが規定されなかったこと以外にも、伸び悩みの理由としてつぎのような諸条件が考えられる。第1に、地価高騰により特に都市部では施設設置基準を充たす用地の確保が困難である。第2に、第2種社会福祉事業であるため、設置主体の裾野は広がったものの公的補助の確保が困難である。そのため、施設側の負担が大きく多くの施設で赤字経営になっている¹²⁾。第3に、いずれの施設も小規模施設であり、利用契約によって活用されるところから利用額が高額になり、利用者の階層が限定されてくる。第4に、経営の意志や熱意はあっても、経済的基盤の弱い任意団体や個人では設置は困難である。第5に、市町村の役割や責任が不明

確で、老人保健福祉の実施責任を担う地方公共団体が精神保健に対して消極的姿勢を示していること、などである。

法定施設以外に、精神障害者の社会的受け皿の役割を代行している施設は、生活保護施設としての救護施設、更生施設、売春防止法による婦人保護施設、回復状態の高齢者の場合には、養護および特別養護老人ホームなどである。いずれも、精神障害者の生活指導に関しては、質・量ともにマンパワー不足の悩みを抱えている。

一方、精神保健法は、入院患者の社会復帰援助と相談・援助の義務を病院管理者に義務づけ、精神医療の延長線上での社会復帰援助を位置づけた。現状では、このデイケア施設における活動が社会復帰援助の主流をなしているといえよう。独立施設型・病院併設型・診療所併設型があるが、いずれも保険診療報酬の対象となり、1990年度までの設置数は186施設となっている¹³⁾。また、法外施設として地域社会に点在する精神障害者小規模作業所に、1987年より運営費助成が行われることになり、以後急速に増加して、1990年度には188ヶ所に達している。法定施設の低迷を補う対症療法的施策と理解されるが、施設・設備・運営・専門性の向上に対し、公的機関の積極的援助と関与が望まれる。

地域精神保健の実施体制として、精神保健法は、都道府県単位の精神保健センターと地域社会の第一線現業機関としての保健所を位置づけ、保健所には精神保健相談員と保健婦を配置している。この体制は、旧精神衛生法の継承にすぎず、その再編成の必要性は、すでに、1987年に実施された総務庁行政監察局の調査で指摘されている¹⁴⁾。精神保健センターの機能や保健所における精神保健相談業務の増加とマンパワー不足が強調されている。福祉専門職としての精神保健相談員の配置も不十分で、マンパワー不足は量のみならず質的にも深刻である。精神保健相談件数の急増により、保健所が地域社会のニーズに対応できない実情を数字で示すとつぎのようになる。1982年度には約30万件であった精神衛生相談件数が、1989年度には約72万件に達し、精神保健訪問指導件数では、同約22万件から31万7千件に増加している¹⁵⁾。保健所の窮状に対応

する具体的改善策は、地域精神保健の緊急課題である。

5. 精神保健法の限界

精神保健法は、たしかに、入院患者の人権保護を具体化し、わが国の精神障害者対策を改善したものと評価することができる。しかし、社会復帰援助や地域精神保健の推進に関しては積み残し課題が多く、依然として長期入院による病院医療がわが国の精神保健の主流をなしている。つぎに示す数字がこの事実を立証するものである。

第1に、精神病床数と入院患者数の推移である。病床数は、現行法が制定された1987年34万5千床であったが、1989年には35万5千床に増加している。入院患者数の推移をみると、同じく34万2千人から34万7千人に増加し、いずれも漸増傾向を示している（ただし、病床利用率は1987年に100%を割り、1989年には97.5%まで低下している）¹⁶⁾。しかも、1983年に実施された精神衛生実態調査の結果をみると、入院患者のうち、主治医の判断によるもので約3割の患者は退院可能者と報告されている。その内訳は、「退院して社会生活ができる」8.4%、「条件を整えば退院の可能性はある」22%となっており、当時の入院患者数33万4千人をもとに推計すると、前者が2万8千人、後者が7万3千人を占め、約10万人の患者が「社会的入院」とよばれる状態にあったことが明らかにされている¹⁷⁾。社会的入院とは、退院できる状態にありながら、社会的受け皿がないために精神病院を生活の場として入院生活を続けている場合をいう。

第2に、1988年度のわが国の精神医療費の推計額は1兆1,641億円であるが、その86%に相当する1兆円余りが入院医療費に該当している¹⁸⁾。第3には、精神病院の平均在院日数の動向をみると、もっとも長期化した1985年の536日からみるとやや減少傾向にあるものの、1988年は509日、1989年は496日を示し大勢に変化はない¹⁹⁾。第4に、前述のとおり社会復帰施設の設置は、きわめて酷しい状況に置かれているため施設数の増加速度は鈍いことが予想できる。

このように考えてくると、精神保健法改正の

基本姿勢が病院精神医療に偏り、その結果、社会復帰援助や地域精神保健の推進が置き去りになった事実が浮び上がってくる。つまり、法改正は医療政策の枠内で積極的に取り組まれ、入院患者の保護には手厚い対応を行ったが退院しようとする患者や地域社会で生活する退院患者や家族には法改正の恩恵を与えていないといわざるをえない。この不平等な発想が、法改正に際し、精神障害者の概念の修正を見送り、保護義務者制度を温存して精神障害者家族の過重の負担を積み残す結果を招いている。

改正の基本路線を示した公衆衛生審議会の意見書では、精神障害者に対する新たな見解が示されている。「精神障害者は単なる病者というだけでなく、社会生活遂行上の困難・不自由・不利益を有する障害者であり、……彼らの社会生活の援助体制づくりには、地方公共団体の衛生部門と福祉部門の密接な連携を必要とする」

（「精神障害者の社会復帰に関する意見書」1986年）ことが具申されている。法改正に際し、精神障害の概念をめぐる精神医学界において議論が沸騰したが、結論としては、旧法の概念を踏襲し、精神障害者の定義の見直しは、今後の検討課題として見送られることになった。わが国の伝統的見解では、精神障害は長期的治療を必要とする疾患ではあるが、固定的障害とはいえないと考えられ、疾患である以上は医療の対象であって固定的障害でない以上福祉の対象とはなりえないと考えてきた。

しかし、長期療養を必要とする精神障害の場合には、疾患によってもたらされた状況が生活上の様々な障害を生み、精神障害者の社会生活における生活のしづらさという社会的障害状況を生み出していく。その意味で、精神障害者の多くは、疾患と生活上の障害をあわせもつ、病者であると同時に障害者であると理解すべきである。この共通理解に立つとき、はじめて精神障害者対策における医療・保健・福祉施策やサービスの連携の必要性が認識されてくる。特に、地域社会で生活する回復途上者の生活を支えるためには、医療・保健のみならず精神障害者福祉施策の展開が不可欠である。彼らの社会的自立には、医療・保健サービスに加えて、段階的

リハビリテーション（医学的→社会適応のための→職業的リハビリテーション）の流れの中での生活の再構築が必要であるし、さらには、地域社会における彼らの生活を支えるための生活支援体制が求められる。たとえば、地域社会における生活の場の確保、社会参加促進のための職業訓練体制の整備、生活支援組織のネットワーク化、在宅ケアの拡充、ケース・マネジメントの強化は早急に解決されるべき課題である。

精神保健福祉とは、精神障害者とその家族の立場に立って、精神障害者の社会的自立のために彼らの健康と生活をより十分に保障する包括的施策であると考ええる。その実現への方策には、行政のセクショナリズムの否定と多くの専門領域の連携・協働作業が要求される。病院精神医療を中心に展開されている精神保健の現状、福祉施策の対象として精神障害者を除外している現状を考えると、わが国における精神保健福祉実現への第一歩は、まず、精神保健法改正に医療サイドから精神保健福祉の視点を貫徹することであり、また、同じ視点に立って精神障害者福祉法を制定することであろう。これらの政策策定を通じて、精神障害者対策における医療・保健・福祉の連携を基本的に方向づけ、臨床現場で細々と展開されている三者連携サービスの制度的保障を提供すべきである。

保護義務者制度という前近代的家族制度の残壊も、また、わが国の長期入院を特色とする病院治療を温存する一因になっている。保護義務者制度によって、わが国では、家族から孤立している单身者を除いて、家族は精神障害者の治療・監護・社会生活に関し一切の責任を背負う立場に置かれ、社会における受け皿の役割を果たすことを期待されている。保護義務者には任期はなく履行能力の低下とは無関係に命ある限り監護等の責任を持つ点で、民法に定める扶養義務関係規定よりはるかに重い扶養責任を担うことになる。しかも、精神保健法による家族への社会的支援は皆無に等しく、過重な負担に疲れ切った家族は、患者の退院に消極的になる。

全国精神障害者家族連合会では、専門家の助力をえて、家族が果して社会的な受け皿の役割を果たしうるかどうか、その実態を調査した。

1985年から86年にかけて行われた調査結果によると、家族の高齢化と世代交代に伴う監護・介護能力の低下、社会的受け皿としての家族の限界が指摘され、家族にかわる社会的受け皿としての生活福祉施設の整備が望まれている²⁰⁾。社会的受け皿の役割を専ら家族に依存する精神保健法の保護義務者制度は、精神障害者の社会参加に歯止めをかけ、公的責任の回避を正当化している。変貌する現代家族の実態や任意入院制度の導入による精神障害者の自主性の尊重と矛盾したこの保護義務者制度については別稿にて考察したい。

6. ま と め

「入口を見て出口を見ない」今回の法改正は、包括的精神保健対策への第一段階の通過を意味するものであって、終着点への到達と理解されるべきではない。改正法施行後再度来日調査したICJの第二次調査団は、その報告書において改正内容の不徹底さを詳細に指摘している²¹⁾。「基本的な精神病院システムは変化していない」「患者は、コミュニティベースの施設を利用することを奨励されていない」「患者は、コミュニティベースのアフターケア・プログラムに計画的に移ることを期待できないばかりでなく、住居・仕事、あるいは支持ネットワークの援助を受けることもできないというシステム上の欠陥がいまなお残存している」という批判は、サービス供給者の立場に立って行われた今回の法改正の限界を鋭く指摘するものである。改善されるべき問題として、十分な訓練を受けた専門的治療者集団の不足、低い診療報酬、長期入院によって高齢化した患者群への対応、地域社会の社会資源不足、地域の施設や諸機関と病院との連携の欠如、病院査察機関の欠如と査察体制の必要性などに触れ、その改善にむけて勧告を行った²²⁾。

改正法付則には、施行後5年(1993年)を目途に、必要な場合には再検討を行うことができると規定されている。今回の改正によって積み残された検討課題は多く、しかも、それらはいずれも精神保健政策の根幹に関連する重要課題である。本稿の主題とした精神障害者の人権擁護と社会復帰援助の促進に関する問題に限定して、

今後の検討課題をまとめるとつぎのようになる。

第1に、社会的入院患者の受け皿を地域社会に整備し、アフターケアに必要な人的資源も含めた条件整備を行うことである。精神障害者福祉法の制定による生活福祉型施設の設置が望まれるが、この方策だけでは対応しきれない難題を含んでいる。患者数が7～10万人の多数に達すること、民間精神病院の経営に直接的に影響を与えることである。わが国では、明治以来民間精神病院依存型の精神衛生行政を展開しており、現状では、病院数にして8割、病床数にして9割を民間病院に依存している。社会的入院患者の行方は、民間精神病院の存亡に関わる結果を生む場合もある。精神保健福祉に関する政策上の見通しを立てて長期間にわたる計画的な方向づけが必要となろう。当面の実現可能な具体策としては、精神病院間や精神病院内における機能的分化の方向と必要な条件整備の方向、精神障害者社会復帰施設の設置の義務化、救護・更生施設等の福祉施設における精神障害者受け入れ体制のための専門性の強化、そのための施設職員の再教育の方向が考えられる。

第2に、精神医療審査会が実質的に人権擁護の機能を遂行するためには独立性と中立性を確保することが必要であり、そのためには、つぎの要件を充たすよう検討されるべきである。精神保健法によって財源の裏付けが保障されること、病院に対する査察および指導の権限を持つこと、合議体委員の選任方法について再検討されること、患者および家族のプライバシーを尊重しうる範囲内で患者および家族の人権擁護のために必要な場合の情報公開(たとえば患者の代理人である弁護士への情報伝達と情報交換)を認めること、各都道府県審査会の全国連絡会議を組織化し、頻繁な情報交換を行って相互啓発をはかること、などである。現状では、年に1回委員長会議が持たれ、活動状況報告や事例研究を通じて法改正にむけて審査会のあり方を検討している。この当事者の意見や反省が尊重される方向で、今後の改正作業が行われることが望まれる。

第3には、保護義務者制度の抜本的見直しと精神障害者対策に対する公的責任の明確化とそ

の明文化が必要である。第4に、精神障害の概念を拡大し、国際社会に通用する精神保健福祉の包括的システムとサービスへの途を開くべきである。第5に、精神保健センターと保健所の再編成によって、地域精神保健機構を改革・拡充し、地域精神保健活動の拠点となりうる機関を整備すべきである。地域社会における精神保健活動の拠点が中心となって、福祉機関や施設サービスを巻きこみながら精神障害者地域ケア・システムの構築と専門性の向上を実現していくことができる。地域社会の精神保健福祉センターや在宅ケア精神保健福祉チームの実践については、パイロット・スタディを試行することも考えられる。

最後に、精神保健福祉サービスを提供する人

的資源の確保と資質向上のための教育・研修体制の整備の問題がある。まず、専門的に訓練された医師・看護師や精神医学ソーシャルワーカー、臨床心理士、精神科作業療法士等による治療チームの資質向上は、精神保健福祉に関するソフト面での最重要課題である。

これらの課題の取り組みには、行政レベルでの協働とともに、公・私の協力体制が必要である。国および地方公共団体は、精神障害者の基本的人権擁護に対する責任を取得すべきであり、また、民間機関は公正な立場に立って今後の方向を検討すべきである。過去において、医療と福祉の谷間に置き去られてきた約160万人の精神障害者とその家族のために、今こそ、社会的公正と政治的英断が求められている。

文 献

- 1) 厚生省保健医療局精神保健課(1988)新精神保健法—法令/通知/全資料—, 初版, 中央法規出版, 東京, pp 15—16.
- 2) 緒方 剛(1991)精神医療と福祉を考える—行政の立場から—, 臨床精神医学20, pp 156.
- 3) 総務庁行政監察局(1989)精神障害者の社会復帰をめざして—その現状と課題—総務庁の調査結果から—, 初版, 有斐閣, 東京, pp 5—6.
- 4) 国際法律家委員会(1986)日本における人権と精神病患者, 初版, 「精神医療人権基金」運営委員会, 東京, PP 11.
- 5) 国際法律家委員会(1986)前掲書 pp 15—28.
- 6) 国際法律家委員会(1988)日本における人権と精神病患者その2, 初版, ICJ 調査団受入実行委員会, 大阪, pp 4—5.
- 7) 国際法律家委員会(1986)前掲書, pp 105—108.
- 8) 国際法律家委員会(1986)前掲書, pp 108—112.
- 9) 厚生省保健医療局精神保健課(1990)我が国の精神保健平成2年度版, 初版, 厚健出版, 東京, pp 370.
- 10) 緒方 剛(1991)前掲論文, pp 153—154.
- 11), 13) 厚生省保健医療局精神保健課(1990)前掲書, pp 43.
- 12) 緒方 剛(1991)前掲論文, pp 157.
- 14) 総務庁行政監察局(1989)保健衛生に関する現状と問題点, 初版, 大蔵省印刷局, 東京, pp 100—122.
- 15) 厚生省保健医療局精神保健課(1990)前掲書, pp 156.
- 16) 厚生省保健医療局精神保健課(1990)前掲書, pp 372.
- 17) 総務庁行政監察局(1989)3)と同じ pp 5—8.
- 18), 19) 厚生省保健医療局精神保健課(1990)前掲書, pp 169.
- 20) 全国精神障害者家族連合会(1986)日本の精神障害者と家族の生活実態白書, 初版, 財団法人全国精神障害者家族連合会, 東京, pp 137—140.
- 21) 国際法律家委員会(1988)前掲書, pp 13—15.
- 22) 国際法律家委員会(1988)前掲書, pp 16—23.