

特集 今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか

障害者団体の立場から
——障害者権利条約と推進会議を基調に——

藤井 克徳

精神障害関連の政策は、遅々として進展をみない。政策の遅滞は精神障害者に不利益をもたらすだけでなく、屁理屈にもならない政策均衡論によって、他の障害政策の進展にもネガティブな影響を及ぼしつつある。猶予の許されない事態ではあるが、闇雲に手を打てばいいというものでもない。本稿では、障害者団体の立場から、社会福祉分野の立場から、手掛けるべき政策課題を3点あげた。優先課題と言ってもよかろう。その第一は、「精神障害者の定義」の全面的な改訂である。精神保健福祉法第5条に基づく現行の定義は、疾患と障害の関係が曖昧なままで、どうみても社会福祉や労働政策の根拠法令になりそうにない。第二は、政策の遅滞を最も象徴する社会的入院問題の解消である。教科書風な政策文書はもう沢山である。「言い訳」ではなく「解消のために何をなすべきか」、この一点に集中した真摯な対応が求められる。第三は、扶養義務制度の改正である。社会的入院問題の解消が、即、負担の家族への転嫁となっては元も子もない。保護者規定の撤廃と合わせて、扶養の社会化をいかに図るか、困難な課題ではあるが精神障害分野に携わる者がこぞって立ち向かうべきである。ここにきて有利な条件が2つばかり顕在化してきた。1つは、障害者権利条約の採択であり、今1つは障がい者制度改革推進会議の設置である。関係者はこれらを熟知したうえで、最大限に活用すべきであろう。

＜索引用語：障害者権利条約 (Convention on the Rights of Persons with Disabilities),
障がい者制度改革推進会議, 精神障害者の定義, 社会的入院, 扶養義務制度＞

1. 2つの優位な条件をどう生かす

本シンポジウムのタイトルである「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」を言い渡されたときに、先ず感じたのが全く新鮮味を覚えなかったことである。何年遡っても通用するタイトルであるからであろう。20年前はおろか、30年前以上であっても違和感がなかったに違いない。このタイトルを設定した当学会の関係者に文句をつけているのではない。深刻なのは、数十年単位で本タイトルに込められた政策や実践が進展をみていないという厳然たる事実である。部分的な好転は否定しないが、「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」の本質については、問題や課題が見えていながら足踏み状態が続いていると明言でき

よう。

四半世紀以上も前に筆者が新聞に拙稿を投じた頃のことを想起した。原文の一部を記すと、「このたびの宇都宮病院事件を「此邦二生レタルノ不幸」というわが国固有の劣悪な状態を抜本的に改革していくための転機としなければならない。当局が総合的な精神医療対策の立て直しを図る中で……」（朝日新聞/論壇，1984年5月18日）とある。連想ゲーム宜しく、ここで一気に脳裏に結びつくのが呉秀三のあの名調子である。「我邦十何萬ノ精神病者ハ實ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦二生マレタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云ウベシ。精神病者ノ救済・保護ハ實ニ人道問題ニシテ、我邦目下ノ急務ト謂ハザルベカラズ」（「精神病者私

宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察」(1918年)より], 悲憤を込めての一文は今にして輝きを鈍らせることはない。改めて注意を喚起したいのは後段の「精神病者ノ救済・保護ハ實ニ人道問題ニシテ, 我邦目下ノ急務ト謂ハザルベカラズ」である。いわゆるライシャワー事件(1964年)や宇都宮病院事件(1984年)の頃からだけではなく、累々と90年余も前から「急務」とされたまま問題現象の基本構造は変わってはいない。「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」のタイトルが新鮮味を欠くのも、「変わらない」が常態化しているからに他ならない。

為政者の責任は重大である。加えて、精神医療関係者は一体何をしていたのだろうか、ついでに言いたくなってしまうのである。

しかし、問題現象をいくら嘆こうが、批判が的を射ていようが、そこから変革の端緒が拓けないのも歴史の証明するところである。実は、われわれ障害分野の全般に身を置く立場からしても、精神医療を含む精神障害者政策の遅滞は深刻かつ重大な課題である。なぜならば、この国にあって、特定の分野(この場合は障害分野全体と言う意味)の中で1つでも置き去りにされた領域を残すとなれば、いつの間にかそれが最低基準と化す恐れが少なくないからである。有り体に言えば、それほど進んでいるとは思えない身体障害や知的障害関連政策について、「精神障害分野と比べてまだましでは」とされ、結果的に置き去りにされた精神障害分野が障害分野の全体的な発展を押し留める役割を果たしかねない。それだけではない。むしろこちらの方が重大なかもしれないが、夥しい数に上る社会的入院問題についても看過できない。障害団体(NGO)が最も力を入れるべきテーマの1つは、障害のある人個々の人権問題であり、仮に社会的入院問題を人権問題の視点から捉えようとするれば、それと直接または間接の関係にある「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」については否が応でも正視せざるを得ない。

そんなふうを考えていくと、重くなりかけた筆ではあるが、そうは言っていられない。気を取り

直してはなどと言うと仰々しいが、愚直に本タイトルに向き合うのも今を生きる筆者らを含む関係者の責務と言えよう。目に余る今日の問題現象は、決して自然災害でもなければ神の仕業でもない。明らかに人為的に創られた現象である。とすれば人為的に解消できるはずであり、そうしなければならない。問われるのは、問題現象に向き合う視点と解決への手法である。直感的に言わせてもらえば、旧来型の政策検討手法の延長線上には的確な解決策などは生まれまい。政策というのは、時として「何を論じるよりかはだれが論じるかが大切」とされるが、日本の精神障害関連政策の決定過程にあっても、まさにこの点に抜本的な改良を加えるべきである。

幸いにして、ここにきて2つの点で優位な動きがみられる。1つ目は障害者の権利に関する条約(以下、権利条約)である(2006年12月13日第61回国連総会にて採択、日本政府による署名は2007年9月28日)。遠くない時期の批准を控えて、権利条約と関連国内法の整合性が問われることになるだろうが、遅滞の著しい精神障害分野からすれば、間違いなく好転への好機となろう。2つ目は、政府内に設けられた障がい者制度改革推進会議〔以下、推進会議 2009年12月15日に障がい者制度改革推進本部(2009年12月8日に閣議決定にて設置 本部長は内閣総理大臣)の下に設置、2010年1月12日に初会合〕の設置である。障害関連政策全般に点検を加え、集中的に改革を推し進めようというものである。去る6月7日には序盤戦の成果物として「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(以下、第一次意見)が公表されたが、これなども朗報と言えよう。これら2つの動きについて、関係者の中で先ずはその内容を熟知ならびに共有することであり、そのうえで最大限にかつ戦略的に活用するという視点を携えることである。

以下、前述した2つの動きを意識しながら、障害者団体の立場から、また社会福祉分野の立場から、本タイトルに沿って改革課題の基幹部分を論じてみたい。紙幅の都合もあり、概括的な記述と

なることを予め断っておく。

2. 「精神障害者の定義」の改訂

「基幹的と思われる政策課題を数点挙げよ」と促されたら、筆者の立場からはすかさず次の諸点が順番に浮かんでくる。ただし、これらはいずれも特別に目新しいものではない。筆者の年来の主張にこだわりたいという思いがないわけではないが、それだけではない。前記した権利条約によって、新たな国際規範が打ち立てられたのであり、発展した次元での問題提起ということになる。順番に浮かんでくる課題を素直に挙げれば、①障害の定義の改訂、②社会的入院問題の解消、③扶養義務制度の改正、ということになる。これらに続いて、筆者が最も関心を払ってきた社会福祉施策や労働政策の全般的な改革、さらには非医療の立場からの精神科医療制度への注文（事実上残存している「精神科特例」の廃止を含む）、行政組織機構や政策審議システムのあり方、財政に関する基本的な考え方などが浮かんでくるが、紙幅の都合で稿を改めたい。

なお、「順番に浮かんできた課題」と記したが、現時点において重要度の高い順序と解してもらって結構である。掲げた3点のそれぞれが重要であることは言うまでもないが、それ以上にこれらの3点が有機的に結びついて一体的に政策化されることが重要なのである。その実現の暁には、日本の精神障害分野は間違いなく新たな地平を拓くことになる。精神科医を中心に精神医療関係者がこぞってこれらに関心とエネルギーを注ぐことで、新たな地平の到来時期が大幅に縮減されるのだということも付け加えておきたい。

内容に入るが、課題の第1に掲げたいのが「障害の定義」の改訂である。なぜこれを筆頭に掲げたかと言うと、「精神障害者（または精神障害）をどうみるか」が全ての関係する政策に掛かってくるからである。的確に定義付ければその下に有効度の高い政策が誕生するはずであり、逆に誤った定義の下では的外れの政策が繰り返されることになる。結論から言えば、現行の定義は問題点が

多く、早急な改訂が求められる。

そこで、まずは現行の定義をみておきたい。精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）の第5条には、「この法律で『精神障害者』とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と記してある。ここでの特徴は、精神障害者＝「統合失調症……以下、疾患を有する者」という関係になっていることである。端的に言えば精神障害者＝精神疾患患者、障害＝疾患ということになる（なお、知的障害者については別法である知的障害者福祉法に位置付けられており、政策上は精神保健福祉法が主要根拠法令ではない）。こうした定義（精神障害観）と現行の精神障害関連政策の問題性や立ち遅れが鮮明に結びつくのである。長年にわたって医療偏重の政策と批判が絶えない日本の精神障害関連政策であるが、障害と疾患を一体化させるような定義からは医療政策しか生まれないのは当然と言うことになる。反対に、社会福祉政策や労働政策の抛りどころには成り得ていないということである。

ここで障害分野の全体に関わる法律として、障害者基本法を挙げておかなければならない。同法は理念法とされ、実体法である精神保健福祉法にも影響を及ぼす存在である。ここでも障害者の定義が明記されているが、その第2条で「この法律において『障害者』とは、身体障害、知的障害又は精神障害（以下『障害』と総称する）があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」とある。こちらの方は、不十分ではあるがいわゆる社会モデル的な視点が意識されたもので、精神保健福祉法と比べてはるかに広い障害のとらえ方となっている。こう見ていくと、障害の定義については、立法のうえで二重の定義がまかり通っているということを押さえておかなければならない。

次に、重視すべきとした権利条約との関連で見てみたい。条約の前文（e）項において「障害が発展する概念であることを認め」としたうえで、

障害のとらえ方について第1条(目的)の中で、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む」とある。目を引くのは「様々な障壁との相互作用により」であり、こうした考え方は世界保健機関(WHO)による「障害は環境との相互作用によるものとする」とした国際生活機能分類(ICF)の影響を多分に受けていると言えよう。機能障害を意識しながらも(医学モデル)、軸足は社会モデルに移されているのである。

なお、推進会議においてもこの点は重点的な審議事項になっている。第一次意見では、「社会モデルは、障害という属性を有する人をありのままを受け入れようとする社会の有り様そのものを問うものである。こうした障害のとらえ方は、障害者施策全般に及ばなければならず」とし、そのうえで「障害の定義は障害者施策の入り口を画する機能を有する疾患や症状の違いにかかわらずサービスを必要としている障害者をあまねく含めることが重要である」とある。これらについては、去る6月29日に閣議決定された内容であることと合わせて、注目に値する記述である。

第一次意見の記述を待つまでもなく、障害の定義は障害者施策の入り口そのものなのである。次項に掲げる社会的入院問題の背景の1つに、社会福祉施策や労働施策の不備が挙げられるが、障害の定義問題1つ解消できないということは、これらへの着手以前の段階に留まることを意味するのである。精神障害分野の関係者は、定義問題について見識と存在感を発揮すべきである。積極的に論議に関与することを切望する。

3. 社会的入院問題の解消

課題の第2は、社会的入院問題の解消についてである。この課題を掲げて、一体どれくらいの審議会や検討会などを重ねたのだろう。表立っては重点政策としながら、どれくらいの担当課長が就任と異動を繰り返したのだろう。事態の好転がな

っていないことは周知の事実であり、要するに的外れの政策が続いていると言うほかない。人権侵害にも絡む重大な問題であるにもかかわらず、不思議に思えてならないのが肝心の精神医療分野での発奮や自浄作用がみられないことである。先進諸国の実態と比較して、日本の事態が異常であることは論を争うまい。また、筆者らが30年余にわたって展開してきた共同作業所を中心とする地域生活支援の実践からしても、的確な支援策が講じられれば退院後の社会生活は可能であると確信する。こう見ていくと、社会的入院問題というのは、第一義的には異常なほどの的外れの政策に起因するのであり、的外れの政策に悪乗りをしている精神科医療関係者との合作現象と言わざるを得ない。

改めて近年の厚労省による関係政策の検討文書を概観してみた。よく知られているものとして「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004年9月)がある。テーマごとに設けられた、①心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会、②精神病床などに関する検討会、③精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会、「改革ビジョン」はこれら3つの検討会報告書のうえに取りまとめられたものである。その中に、「『受入条件が整えば退院可能な者(約7万人)』については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化など、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図る」とした記述がある。すでに10カ年計画の半分以上を経過したが、社会的入院者数も精神科医療機関の病床数もさしたる変化がない。7万人という数値設定は、達成を可能とするための過小見積りではと言われていただけに、変化がないという事態そのものが衝撃である。さらに厚労省は、昨年(2009年)9月、「改革ビジョン」の後期5カ年の重点施策として、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」を発表した。書きぶりの立派さと総括の体をなしていない「中間総括」は例の如くであり、空々しく感じるのは筆者だけではないはずである。

権利条約でのこの点の記述はきわめて厳しい。例えば、第19条（自立した生活及び地域社会への包容）の(a)項には、「障害者が、他の者との平等を基礎として、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の生活施設で生活する義務を負わないこと」とある。社会的入院問題が、「特定の生活施設で生活する義務を負わない」と矛盾することは明々白々である。社会的入院問題だけでも条約の批准要件に抵触するのでは、こんな見方もあるくらいである。

第16条（搾取、暴力及び虐待からの自由）の1項には、「締約国は、家庭の内外におけるあらゆる形態の搾取、暴力及び虐待（性別に基づくものを含む。）から障害者を保護するためのすべての適当な立法上、行政上、社会上、教育上その他の措置をとる」とある。先の通常国会で「障害者虐待防止法案」が浮上した折に、精神科医療関係者より同法に「精神科医療機関を含まないように」との働きかけがなされたとされている。「社会的入院問題を含めて、精神科医療機関での処遇が虐待と無縁ではないことの裏返しでは」とする見解があるが、あながち穿ったとらえ方とも思えない。

なお、推進会議の第一次意見でもこの課題は明記されている。「政府に求める今後の取組に関する意見」と前置きしたうえで、「（社会的入院）を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備について、総合福祉部会における議論との整合性を図りつつ検討し、平成23年度内にその結論を得る」とある。

社会的入院問題に向き合ううえで強調したいのは、解消できないための理由をいくら挙げ連ねたところでそこからは何も生まれないということである。「解消できないことの言い訳」を重ねるのではなく、構えの基本を「解消するためにどうするか」とすべきである。いずれにしても、精神障害関連政策を発展させていくうえで、否、障害分野の全体を権利条約の水準に近づけていくうえで、

社会的入院問題の解消は絶対的な条件である。政策面での「正解」はみえているのであり、問われているのは実現への戦略・戦術づくりである。

4. 扶養義務制度の改正

課題の第3は、扶養義務制度を改正することである。具体的に言うと、直接的には家族負担の軽減と言うことになろうが、より本質的には当事者である本人の尊厳に結びつくテーマなのである。

まずは、家族制度や扶養義務に関する民法上の規定を概観しておきたい。関係条項を抽出すると、①725条・次に掲げる者は、親族とする。1号 六親等内の血族、2号 配偶者、3号 三親等内の姻族。②730条・直系血族及び同居の親族は、互いに扶け（たすけ）合わなければならない。③752条・夫婦は同居し、互いに協力し扶助しなければならない。④877条・直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養する義務がある。2項 家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等以内の親族間においても扶養の義務を負わせることができる。となる。家族制度が制定されたのは明治時代であるが〔明治31（1898）年〕、その基本が今も変わっていないことに驚かされる。

こうした民法上の規定から、少なくとも次の3点が問題点として浮かび上がってくる。1点目は、個人がひとたび社会生活につまずいたとき、親や配偶者を中心に家族への負担が集中、集積するということである。障害を有した場合などはその典型で、時に「扶け（たすけ）合う」ことは難しく、生涯にわたって一方的に親が「扶ける」事例も少なくなかろう。いわゆる「保護者規定」（精神保健福祉法第20条1項、第22条1項、同2項）で、家族に対する義務や負担が付きまとうのも、民法の規定に由来するのである。

2点目は、社会保障政策や社会福祉政策における公的責任を曖昧にする温床に成りかねないことである。民法の影響もあって、個人に事が生じた場合には、当事者（家族）もまた社会の風潮も「第一義的に家族が責任を果たすべきでは」、さら

には「最終的には家族が面倒をみるべきでは」となるのである。有形無形で政策上の家族依存は常態化し、結果的に社会福祉政策における公的責任の後ずさり（時には放棄）を容認するものとなっている。

3点目は、障害当事者の尊厳からも看過できないということである。長期に家族の庇護の下で生き続けなければならないとすれば、無意識のうちに自己の主張を抑制したり（過度な遠慮や我慢を含む）、「自分は厄介者では」と思い込んだり、次第に自立心が萎えていくのも当たり前なのかもしれない。人権に関わる問題であり看過してはならない。

ただし、民法の改正となると相当な時間とエネルギーを要することになる。一方で、現実問題として社会的入院問題の解消に当たっても直ちに家族負担の課題が問われることになる。あるべき方向を見据えながら、当座の打開策についても踏み込んだ対応が求められる。その点で、例えば「こころの健康政策構想会議」が提唱している「家族支援専門員制度構想」を含む家族負担の軽減策などは重要な指摘である（2010年5月）。なお、家族支援に関連しての権利条約での記述は、前文の(x)項において、「また、障害者及びその家族の構成員が、障害者の権利の完全かつ平等な享有に向けて家族が貢献することを可能とするために必要な保護及び支援を受けるべきであることを確信し」とある。

精神障害分野の根底に横たわる家族制度、扶養義務制度の問題であり、これ以上の先延ばしは許されない。優先順位を上げるべき課題である。

5. むすびにかえて

稿を閉じるに当たり、以下の2点を強調しておきたい。第一は、運動論を打ち立てることである。前述した通り、政策上の「正解」は見えているのであり、実現への戦略や戦術を設計することである。社会から後押しされる運動とは、先ずは関係者の「ひとかたまり」が問われることになる。精神障害分野にあっては至難と思われるが、そんな

ことを言っているのは事態の好転などあろうはずがない。当たり前のことかもしれないが、専ら障害当事者のニーズに心を寄せ合うことであり、大きな団体は小さな団体を気遣い、主張の強い団体は抑制に努めることなども「ひとかたまり」への基本要件と言えよう。もう1つ大切なのが「媚びない」を実践することである。全国精神障害者家族会連合会が破産に追い込まれたのも、全国精神障害者社会復帰施設協会が事実上の解散状態に置かれているのも、厚労省との行き過ぎた相互依存があげられ、とくに団体の側からの「媚びる」が主因であることは周知の事実である。繰り返してはならない。団体という貴重な社会資源の喪失に留まらず、精神障害分野への社会の信用が失墜してしまうのである。運動の生命線は、相手が誰であっても気兼ねをしないということである。人権の問題とも深く関連する精神障害分野にあって、「気兼ねをしない」は欠いてはならない視点と言えよう。

今1つ強調しておきたいのが、障害当事者を中心に据えるという考え方を徹底することである。権利条約は内容面が素晴らしいだけではない。制定の過程に大きな価値があったのである。実質的な論議が始まった2002年7月から特別委員会での仮採択が成った2006年8月までの約100日前後の中で、NGOによって幾度となく繰り返されたフレーズがあった。それは、「Nothing About Us Without Us=私たち抜きに私たちのことを決めないで」である（国連に傍聴に行った筆者も、議場の中で何度もこのフレーズに接した）。そして、権利条約の中に次のような形で根を下ろすことになった。第4条（一般的義務）の3項においてであるが、「締約国は、この条約を実施するための法令及び政策の作成及び実施において、並びにその他の障害者に関する問題についての意思決定過程において、障害者（障害のある児童を含む。以下この3において同じ）を代表する団体を通じ、障害者と緊密に協議し、及び障害者を積極的に関与させる」とした。

このことは、立法過程において大切にすべきは

言うに及ばず、社会参加や社会活動のあらゆる場面で問われることになろう。社会福祉施設や医療機関にあっても例外ではない。障害当事者の意思を尊重するための具体的な仕組みや仕掛けが図られなければならない。

政策面の研究や論議、そしてそれぞれの持ち場での実践が重要であることは言うまでもないが、これらのベースに本物の運動づくりと当事者本位の徹底が座らない限り、本稿の主題である「今後の精神医療保健福祉はどうあるべきか」の本質には迫れないのだということを再度強調しておきたい。

引用文献

- 1) 「障害者の権利に関する条約」(谷博之議員ホームページ内「障害者の権利に関する条約 和文テキスト(公定訳文案/2009年3月3日版)」(<http://www.tani-hiroyuki.com/shogaijoyaku090303.html>, last visited 20 July 2010))
- 2) 呉 秀三・樫田五郎：精神病患者私宅監置ノ實況及

ビ其統計的觀察。東京帝国大學醫科大學精神病學教室，p. 138, 1918

- 3) 精神保健対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン(平成16年9月)，p. 1
- 4) 「こころの健康政策構想会議」提言書(平成22年5月28日)，p. 21

参考文献

- 1) 障がい者制度改革推進会議「障害者制度改革の推進のための基本的な方向(第一次意見)」(平成22年6月7日)
- 2) 心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会「報告書」(平成16年3月)
- 3) 精神病床等に関する検討会「最終まとめ」(平成16年8月)
- 4) 精神障害者の地域生活支援の在り方に関する検討会「最終まとめ」(平成16年8月)
- 5) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(平成21年9月24日)