

精神障害者を取りまく環境

—ノーマライゼーションをめざして—

山 根 寛

Environment for People with Mental Disabilities

Hiroshi YAMANE

Abstract: From the characteristic of mental disabilities, a public environment, a medical environment, a society and cultural environment, and a living environment, I considered what environment and support are necessary for people with mental disabilities. In 100-year history of the Japanese mental health, the first half was a period which people with mental disabilities are confined in house, and latter over 40 years were a period of accommodation to have named as a protection. It is these 10 years that groping to live together in the community began. A various problem of an environment which surrounds people with mental disabilities, is a barrier of an environment from the viewpoint of living. There is a city planning to lose a barrier of an environment for a physically handicapped person. That is called “barrier-free”. For people with mental disabilities also, a city planning to lose a mental barrier is necessary. The mental barrier-free city plan isn't to build a special city for people with mental disabilities. When we have thoughtfulness and courage to become a assistive device, the mental barrier-free city construction begins.

“To be yourself to be able and to be allowed to be yourself among others”

Key words: Environment, Mental barrier-free, People with mental disabilities

はじめに

同じ時間に、同じ場所にいるあなた、私、あのひと、このひと、みな同じ環境にあるといえるだろうか。ある瞬間やある状況という環境を共有していても、ひとはそれぞれ、個々が背負う、もしくは背負われた背景としての社会的環境（家族性、地域性、民族性、……）や個人の内的環境（身体特性、精神状態、……）によって、生きている現実生活のありようは異なる。同じ親と生活の場（家）という物理的に共

通といえる環境にあるきょうだいですら、個々にとっての生育環境、情緒的環境は同じではない。

病い、ましてや見えないが故にひとの不安をかき立てる「こころの病い」と診断された人たちを取りまく環境はどうであろうか。時代として場として生活を共にしていながら、その体験としての生活世界、時空間は、精神病と診断されたときから全く異なった環境となる。

本論では、こころの病いと障害の特性を述べ、そのような障害がある人たちを取りまくさ

まざまな環境を、政策などの「公的環境」、治療やリハビリテーションなど「医学的環境」、
「社会・文化的環境」、「生活環境」という文脈から分析し、どのような環境や支援が必要かを、ノーマライゼーションの視点から考える。

こころの病いにともなう障害の特性

「こころの病い」にともなう障害は、病気そのものによる心身の機能の障害 (impairment)、生活のしづらさといわれる日常生活上の障害やひととの関わりの障害 (disability)、社会との接点で受ける不利益という障害 (handicap) に分類される¹⁾。

そしてこころの病いにともなう障害には、身体など他の障害に比べて、①長期入院による二次的障害 (二次的障害の存在)、②疾患と障害の共存、③障害はそれぞれ独立して存在する相対的独立性、④障害の相互の影響性、⑤環境との相互作用、⑥個人の健康的側面の障害への影響 (健康的側面の影響)、⑦機能障害も固定されたものではない (障害の可逆性)、といった特性がある^{2,3)}。図1はこのような精神疾患と障害の関係や特性を示したモデルである。

こころの病いにともなう障害の特性を、精神分裂病を例に簡単に説明すると、以下のようになる。

[二次的障害の存在]

わが国では表1にみられるように、その平均

入院期間は他の疾患より一桁多く、また諸外国に比べて数十倍も長い。そのため、入院により生活感や基本的な生活能力の低下をまねき、「長期入院による生活感、生活能力の低下」がさらに社会参加を遅らせているという悪循環をまねいている。これは単に精神疾患の問題というより、精神保健施策や社会の無理解などが影響している。

[疾患と障害の共存]

精神分裂病という疾患とそれにともなう精神機能上の障害や日々の生活上の障害、社会参加における不利が共存している。「疾患と障害の共存」は慢性関節リウマチなど身体疾患の一部にもみられるが、精神障害では常に疾患と障害は共存している。

[相対的独立性]

精神機能上の障害があっても、本人が自分の病いや障害を受けとめ引き受けている場合は、そうでない場合に比べて、日常生活における障害 (能力障害) は少なくなる。また、能力障害とは関係なしに、精神分裂病であるということだけで社会的不利が生じることがある。このように、それぞれの障害は、互いに何らかの因果関係はあるが、それぞれが独立して存在している。

[相互の影響性]

被害的な幻聴や妄想などの影響で、自宅に閉じこもりがちになることにより、さらに妄想的

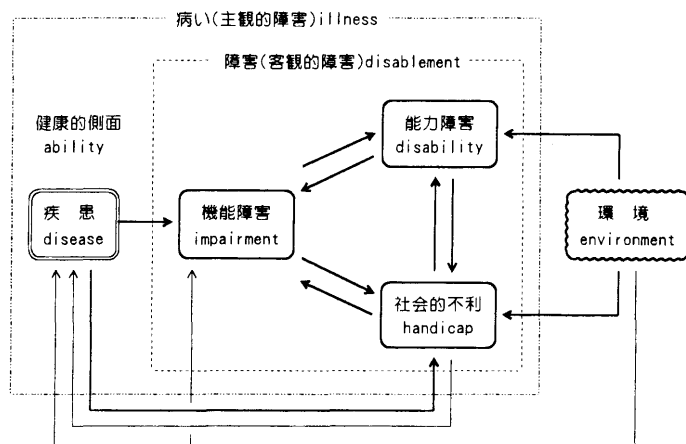


図1 疾患・障害構造モデル

表1 精神保健の法的背景の変化

年	法 律	内 容
1900 (M33)	精神病者監護法公布	監護義務規定
1919 (T8)	精神病院法	
1950 (S25)	精神衛生法公布	私宅監置廃止
1965 (S40)	精神衛生法改正	保健所業務に精神衛生
1988 (S63)	精神保健法施行	入院患者の人権擁護、社会復帰促進
1993 (H5)	障害者基本法	精神障害者も障害者扱い
	精神保健法一部改正	グループホーム
1995 (H7)	精神保健福祉法	自立と社会参加、福祉工場、精神障害者保健福祉手帳
1996 (H8)	障害者プラン	精神障害者地域生活支援
1999 (H11)	精神保健福祉法一部改正	社会参加強化
	社会福祉事業法一部改正	精神障害者居宅支援事業
	医療法一部改正	ク

な考えが強まる、会社から退職を促すようなことをいわれたことで、幻聴がさらにひどくなるといったように、能力障害が機能障害や社会的不利に、社会的不利が機能障害や能力障害に影響する。このことは見方を変えれば、日々の生活の支援や社会的不利の減少が他の障害を軽減することを意味する。

【環境との相互作用】

安心できる仲間と一緒にいるときや肩肘張らずほっとできる場所では幻聴が聞こえない、自分が好きな絵を描いているときには被害妄想にとらわれない、あるひとと一緒になら電車に乗って外出も何とかできる、同じ精神分裂病でもある会社では十分配慮され現職復帰ができる、といったように環境によって障害の程度が変化する。この「環境との相互作用」は、身体障害に比べて精神障害の方が大きい。また、相互作用の原因となる環境要因も、身体障害に対しては物理的なものが中心であるが、精神障害に対しては、人的環境や社会治安的背景をもつ法制度といったもので、生活におけるバリアとしての質的違いがある。

【健康的側面の影響】

これは精神障害に限ったことではないが、本人がどのように自分の障害を受けとめようとしているか、また趣味や特技などを含めてどのような能力や可能性をもっているかといった個人

的な因子が、障害に影響する。特に能力障害や社会的不利に大きく影響する。

【障害の可逆性】

経年と共に病状が穏やかになる初老期寛解や、環境の影響とも関連があるが長期にわたり入院していたひとでも物的人的条件がそろえば退院して社会で生活ができるようになるなど、精神の障害は固定されたものではなく、時間経過のなかで回復への変化がみられる。

公的環境—変わりゆく政策

こころの病いにともなう障害がある人たちは、どのような公的環境の元におかれているのだろうか。わが国で最初に施行された精神病患者の保護に関する法律は、1900（明治33）年の「精神病患者監護法」である。これは精神障害者を保護する初めての法律ではあったが、私宅監置を許したものであった。そのため保護という名の元に、多くの人たちが座敷牢といわれるような場所で監置される時代が続いた。

その私宅監置が廃止されたのは、都道府県に精神病院設置を義務づける精神衛生法が制定された1950（昭和25）年のことである。精神病患者監護法施行50後のことであった。この法律により医療保護は進んだが、医療法特例によるマンパワーの不足などさまざまな歴史的要因のなかで、医療より保護取容が優先し、リンチ殺人と

いわれる宇都宮病院事件⁴⁾など精神病院の不幸事件が相次いだ。

この不幸事件を契機として精神衛生法が精神保健法へ改正されたのは、精神衛生法公布から38年後の1988年であった。精神障害者の人権に配慮した医療と社会復帰の促進をはかることを主目的とした改正で、社会復帰促進に対しては生活訓練施設と授産施設に関する規定が設けられた。施行後5年目の1993年には再度見直しがなされ、社会復帰の促進に向けたいくつかの規定、精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の法定化、精神障害者社会復帰促進センターの設置が明文化された。

また障害者基本法が改正（1993）され、精神障害者が施策の対象となる障害者に位置づけられ、「社会を構成する一員として社会、経済、文化その他のあらゆる分野の活動に参加する機会」が保障された。さらに地域保健法の成立（1994）により、国や都道府県及び市町村の役割分担が示され、地域保健対策の見直しがおこなわれている。

そして、自立と社会参加の促進の援助という福祉施策の充実のため、1995年には精神保健法が精神保健福祉法に改正された。それにより、援護寮（生活訓練施設）、授産施設、福祉ホーム、福祉向上の規定が明記され、通院患者リハビリテーション事業（社会適応訓練事業）が法定化された。

この10年、法を背景とした公的環境は大きく変わり始めている（表1）^{5~9)}。精神保健・医療・福祉は、これまでの社会治安的な精神衛生法時代から、「医療及び保護」「社会復帰の促進」、さらに「自立と社会参加の促進」へと、過去の日本の精神保健の歴史においては異例な早さで転換が進んでいる。わが国の精神保健100年の歴史はその前半が私宅監置の時代、後半の40年あまりが保護収容の時代、そしてこの10年、やっと病いやそれにとまなう障害がある生活者として、共に生活する模索が始まった。

保健福祉施策の計画的推進に向け、1995年具体的な施策目標を明記した障害者プランが策定

され、グループホームや援護寮、授産施設などさまざまな社会資源の設置に関する数値目標と共に、最も遅れていた精神障害者に対する福祉の促進のために、新規事業として地域生活支援事業が掲げられた。地域社会で暮らす精神障害者の生活の相談援助をおこない、社会参加を支援するものである。さらに1999年の精神保健福祉法の改正では、精神障害者社会復帰施設に精神障害者地域生活支援センターを追加し、さらに精神障害者居宅生活支援事業（精神障害者居宅介護等事業、精神障害者短期入所事業及び精神障害者地域生活支援事業）を設定した。

医学的環境—転機を迎えた精神保健

私宅監置、保護収容、入院治療、社会復帰、社会参加と変わってきた公的環境のなかで、治療としての医学的にはどのような環境にあったのだろうか。大戦後、世界の主要国が入院は本来に必要な者に絞る精神病床数を下げてきたなかで、日本だけが唯一増床していた（表2参照）。さらに平均在院日数も主要国のなかでは一桁多い（表3参照）。

また通常、わが国の病院における医師・看護の人数は、医療法で医師は入院患者16人に1人以上、看護師は入院患者4人に1人（基本1類看護）以上と医療法で基準が決められているが、精神科は医師は入院患者48人に1人、看護師は入院患者5人に1人（2類看護）、6人に

表2 主要国との年次精神病床数比較（人口1万に対する病床数）

	日 本	米 国	英 国	ドイ ツ
1960	10.1	40.0		9.6
1965	17.6	35.3		19.5
1970	18.1	25.9		20.4
1975	24.8	15.6		20.3
1980	26.3	9.4	23.1	19.7
1985	27.7	7.2	19.1	17.7
1990	30.0	6.3	14.8	13.3
(1996)	(28.8)			

OECD Health Systems, 1991

() は筆者追加

表3 主要国との平均入院日数比較

	日 本	米 国	デンマーク	スペイン
精神疾患	325.5	12.7	17.2	107.4
感染、寄生虫	36.7	7.7	6.3	12.9
循環器疾患	80.9	7.6	10.9	14.1
全疾患	44.9	6.5	7.2	12.7

OECD Health Systems, 1991

1人（3類看護）と低い基準が医療法特例で認められてきた。看護基準については、10年あまり前までは基準看護に満たない無類看護（患者7人に対して看護者1人以下でよい、現在はその他1種から3種という名称）の病院が半数以上みられたが、近年、急速に改善がはかられて無類は1割程度になってきた。しかし医師については、未だ不十分な状況が続いており、1998年の日本精神病院協会調査では、常勤換算で医師1人あたりの平均担当患者数は45.5人、指定医1人あたり71.4人である。

これらの数値は、時代の要請など歴史的な事情があって生まれたものではあるだろうが、わが国の精神障害に対する医学的環境が、治療より保護収容を主にしていたことを示している。

このような精神病院を含む医学的環境も、前述したように法律による公的環境の変化にともない大きな変革を求められており、少しずつではあるが確実に変化がみられ始めている。公的環境の変化でも明かなように、監護という名の下に医療より社会治安を優先した保護収容から入院治療へ、そしてより人権を配慮した医療

の確保と医学的環境は大きく変わろうとしている。昭和30年代の精神病院ブーム時に建設された病院の建て替えの時期とも重なり、多くの病院は急性期治療病棟、療養病棟と機能分化を考えた新しい病棟に切り替え、あわせて早期退院や療養生活の質に関連する作業療法、デイケア、デイナイトケアなどの設備の充実、援護寮など生活訓練施設を併設する病院もみられるようになった。

障害者プランにより当面必要な社会資源が数値目標（表4参照）として期限付き（2002年）で示されたことにより、着実に地域のなかでケアを、地域における生活の支援、居宅生活の介護をとという方向に向かっている。このことが短期医療、早期退院を可能にしている。まだ地域格差が大きく全体としての設置が遅れているとはいえ、障害者プランそのものもすでに見直しが必要とされ、新たな検討が始まっている。

文化・社会的環境—

ノーマライゼーションへの道

わが国で、精神障害者が法の下に他の障害と同等に扱われる基盤ができたのは、1993年の障害者基本法の改正以後のことである。この障害者基本法により、法律上初めて他の障害と同様に、自立と社会、経済、文化その他あらゆる分野の活動への参加を促進する対象となった。この精神障害に対する認知の遅れは、保健・医療・福祉の対象としての対処の遅れの原因となり、結果的に社会の差別や偏見を助長したとい

表4 障害者プラン数値目標

	1996	2000	対象数	
精神科デイケア	370	1,000	約50,000	原則2年、最長3年以内 自活の促進
生活訓練施設（援護寮）	98	300	約6,000	
授産施設入所	11	100	約3,000	
通所	91	300	約6,000	
福祉ホーム	79	300	約3,000	原則2年、最長3年以内
福祉工場	3	59	約1,180	
地域生活援助事業	380	920	約5,000	2カ所/人口30万人
地域生活支援事業	22	650		
小規模作業所（法定外）	960	—		

えよう。

しかし一方で、世代差、地域差はあるものの、世界はノーマライゼーションへの道を確実に歩み始めている。「病いや障害の有無を問わず、すべてのひとは自分のあるがままの状態であることができ、それがあたりまえのこととして認められること」、互いの違いを認め、それぞれの主体的な責任と協力の元に、共に生きることへの模索が始まっている。病いや障害から命を救うことから、救われた命をどのように生きるかが問題となっている。病いや障害をもつ者も、必要な治療や支援以外はひとを含むさまざまな資源を利用しながら、自らの主体的な行動と責任によって生活の自律（最大限の自立）をはかることが求められている。幸いにもまだ大きく生活に支障を来すほどの病いや障害をもたない者は、共に生活する者として、援助の必要なひとに対して、自分の生活のなかで可能な支援をする。そうした病いや障害の見方、生き方が、文化・社会的環境として浸透することがノーマライゼーションの実践への道である。

生活環境—こころのバリア

「病気はつらいけど、病気のつらさより、病気になったことの惨めさを思い知らされるのは、アパート探しや職探しなど普通に暮らそうとするときに会える差別、普通の暮らしを阻む障壁は偏見や差別というひとのこころの壁」、これは作業所や授産施設に通ってくるメンバーの声である。普通の暮らしを阻む障壁は、偏見や差別というひとのこころの壁だという。自らの心身を襲う不可解な病いとのか闘いに苦しみ、やっとその苦しみが少しやわらぎ、生活という自分の現実に向けることができるようになったに、自分の努力ではどうしようもない偏見や差別という大きな壁に出会う。精神病といわれたことで、現実という生活の環境が大きく変わる。やっと退院できたことを喜んでから間もなく、自分がおかれている現実への大いなる失望から、自分の命を絶った人たちがいた。それは苦しい病いとのか闘いのそばに付き添い少し

でも支えた者としては、なすすべのない憤りとどうにもならないむなしさに襲われた経験であった。

偏見や差別というひとのこころの障壁に苦しむのは、病いや障害をもつ本人だけではない。「声かけられても、黙っていても偏見は偏見。ひどいときもあるが、そういうときはそっと黙ってみてほしい。普通のつきあいをしてほしい。普通の会話でよい」、特別扱いしないでほしいというという家族の言葉¹⁰⁾にみられるように、家族もいわれのない偏見や差別に身を小さくして生きている。公的環境、医学的環境、文化・社会的環境が変わりつつあるなかで、最後まで変わりにくいのが生活の場におけるひとのこころのバリアではないだろうか。

ひとが補助具に一バリアフリーの街づくり

法を背景とした公的環境、医学的環境、文化・社会的環境、生活環境と、こころの病いにとまなう障害をもつ人たちを取りまく環境を、さまざまな視点から見てきた。こころの病いにとまなう障害をもつ人たちを支える環境のさまざまな問題は、生活という視点からみれば「環境のバリア」といえよう。

身体に障害があるひとに「環境のバリア」をなくす街づくりがあり、バリアフリーといわれている。こころの病いや障害に対しても、「こころの環境のバリア」をなくす「こころのバリアフリー」の街づくりが必要である。こころのバリアフリーの街づくりは、特別な街をつくることではない。あのイタリアのトリエステが果敢に取り組んだ試み^{11)・13)}の一部でよい、地域で共に暮らす試みを私たちが始めることである。こころのバリアフリーの街とは、私たちひとり一人が、自分が住みたいと選んだところで、自分が一緒に住むことを決めた人と、安心して共に暮らすことができる。自分や家族が年をとっても、病気になっても、肩身の狭い思いをすることなく安心して暮らすことができる。仲間と集い支えあう場がある。ほっと休める場がある。自分の力に応じてはたらく場がある。

住む場がある。そんなひとを閉め出すことのない街をいう。

車椅子が身体の障害に対する機器・補助具であるように、こころの病いと精神機能の障害に対する補助具は、その街で共に住む私たち自身である。ノーマライゼーションの視点から、ひとが補助具になる優しさと勇気をもつとき、共に暮らすことができる「こころのバリアフリーの街」づくりが始まる。

お わ り に

わが国の精神保健100年の歴史の中で、こころの病いをもつ人々を取りまく環境に目が向けられるようになったのは、わずかこの10年のことである。それは、化石燃料という地球の遺産を食いつぶし、生産と効率を求めて走り続けた近代という時代の行きづまり（息づまり）による気づきかもしれない。こころの病いやそれにとまなう障害がある人々たちにとって必要な環境や支援は、「する」「される」「してもらう」といった関係から、病いや障害の有無・程度を超えて、お互いが主体的な行動と責任によって自己の生活の自律をはかる共に暮らす関係へ変わっていく私たち自身のプロセスのなかで生まれる。

To be yourself—to be able and to be allowed
to be yourself—among others

本稿は京都大学医療技術短期大学部が行っている公開講座の1999年度の発表に加筆したものである。

文 献

- 1) WHO: * The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). WHO, Geneva, 1980 (機能障害, 能力障害, 社会的不利の国際分類: 国際障害分類)
- 2) 山根 寛: 精神障害構造と作業療法モデル. 作業療法, 1996: 15, 434-443
- 3) 山根 寛: 精神障害に対する疾患・障害構造モデル. 病院・地域精神医学, 1997: 39, 360-365
- 4) 精神医療委員会: 精神医療緊急特集号51宇都宮病院問題, 1984: 1-114
- 5) 厚生省保健医療局精神保健課: わが国の精神保健. 東京: 厚健出版株式会社, 各年度
- 6) 山根 寛: 障害を越えて生活を支える—作業療法士の立場から—. 病院・地域精神医学, 1995: 37, 98-101
- 7) 氏家憲章: 変革期の精神病院. 東京: 萌文社, 1998: 1-128
- 8) 蜂矢英彦: 心の病と社会復帰. 東京: 岩波書店, 1993: 1-224
- 9) 石川信義: 心病める人々—開かれた精神医療へ—. 東京: 岩波書店, 1990: 1-224
- 10) 原田小夜, 山根 寛: 精神障害者の家族がおかれている現状とその支援. 日本精神障害者リハビリテーション学会第7回大会発表, 1999
- 11) 半田文穂: イタリアの精神医療改革と日本の精神医療. 精神医療, 1990: 74, 2-9
- 12) Rotelli, De Leonaldis, Melucci: 非施設化—もう一つの方法 (小林信子訳). 精神医療, 1990: 74, 13-36
- 13) Giese E: 西ドイツから見たイタリア精神医学 (竹澤千恵子訳). 精神医療, 1990: 74, 42-46