

本特別委員会の目的と課題

1. 本特別委員会の設置の経緯と任務

日本学術会議は、2001年4月26日開催の第136回総会において「21世紀における人文・社会科学の役割とその重要性 『科学技術』の新しいとらえ方、そして日本の新しい社会・文化システムを目指して」と題する声明を採択した。この声明は、「自然科学に偏重した『科学技術』の高度な発展」がもたらした諸問題を解決するためには、「文・理の二分法を乗り越えた新しい統合的・融合的知識」が必要であることを指摘し、国の「科学技術基本計画」の運用に当たって人文・社会科学の果たすべき役割を明確に位置づけ直すべきことを広く世に訴えるものである。この趣旨を具体化するために、日本学術会議第二部の戒能通厚部長から、社会的に喫緊の課題として突きつけられているいわゆる「触法精神障害者」問題について、日本学術会議らしい対応を示すべく特別委員会の設置の提案がなされた。それを受けて運営審議会は、戒能部長を座長とする「精神医療と法」懇談会にその検討を依頼した。そこで、同懇談会は、立法課題としてすでに政府部内で検討が開始されているいわゆる「触法精神障害者」問題について障害者のための社会システムの再構築という広い視覚から検討することによって、人文社会科学と自然系の諸科学のあるべき共同による提言をまとめるための特別委員会の設置が必要であるとの結論に達したのである。これは、学術の観点から、より長期的かつ俯瞰的な提言を行うことによって当該問題の解決に向けて助力しようとするものであって、決して立法活動に対峙する立場をとろうとするものではない。むしろ法案成立後の施行過程においても参照され得るような意味を有する総合的、かつ、より長期的な展望を包含し、日本学術会議でなければ出来ないような提言を行おうとするものである。

このような性格を有するものとして、「精神障害者との共生社会」特別委員会が2002年4月17日開催の第137回総会において設置された。本特別委員会は、総会で採択された「声明」を早期に具体化するために設置されたものであるため、他の特別委員会と異なって、審議期間は短く、委員構成も各部から同数ではなくて、人文・社会科学系の第1部および第2部、専門家である精神医学系の第7部からの関係者が多い。しかし、本委員会は、日本学術会議の基本的特徴である俯瞰的観点からの学術的考察を基礎とする検討と提案を行うべく各部からも推薦され就任した全委員の叡智を結集して、精神障害者との共生社会の「制度設計」を提示する報告を行うことを任務とする。

2. 精神障害者との共生をめぐる現状と課題

精神障害者との共生を考えるに当たって、まず精神障害者と社会との関係の現実を直視し、多角的な視点から問題の所在を明らかにする必要がある。そして、その解決に向けて積極的に取り組むべき課題を提示する必要があると言わなければならない。精神障害者との共生は、他の障害者と社会の共生における現実とを対比することをとおして問

題性がより明確になると解される。

(1) 身体障害者との共生

政府は、平成5年に策定された「障害者対策に関する新長期計画」の下で、「ノーマライゼーション」の理念を掲げて各種の施策を実施して来ている。「ノーマライゼーション」とは、障害のある人もない人も同じように社会の一員として社会活動に参加し、自立して生活することができる社会を目指すことを意味するとされる。

身体障害者が社会的活動を行うに当たって、自由に行動できないことが最大の障害となる。いわゆる健常者を前提として構築されている生活空間は、身体障害者にとっては実に行動しにくいものであり、まさしく行動の自由が剥奪された世界であると言ってもけっして過言ではない。そこで、そのような障害を無くして動き易い社会の構築が目指された。これが「バリアフリー」社会の実現にほかならない。社会の理解も深くなり、バリアフリーの促進には目を見張るものがある。これは、移動の自由の確保のための道路、建造物等の物理的施設だけでなく、情報デバイドの解消のための諸施策において成果をあげつつある。

このように、社会は身体障害者との共生に関しては、必ずしも十分とは言えないにしても着実にその実現に向けて進歩していると評価することができるであろう。すなわち、バリアフリー思想の定着とその現実化のための施策が広範囲に実施されているのである。しかし、これとの対比において精神障害者との共生は、なお遅れていると言わざるを得ないのである。その現実も後で明らかにしよう。なぜこのような差が生じるのであろうか。その理由も後で明らかにしよう。ここでは、目に見える物理的現象については、その原因とその対策に関して容易に社会の理解が得られるが、目に見えない精神的現象には不可思議さが伴い、無理解と差別が生じるため社会的に各種の障害が引き起こされることを指摘しておくにとどめておかなざるを得ない。詳細は後の考察に委ねることにする。

(2) 知的障害者との共生

知的障害者についても、従来、十分な配慮が行き届かず、まず教育の場に於いて種々の障害と差別的取扱いを受けることが少なくなかったと言わざるを得ない。さらに社会活動を行う場においても、社会人としての活動を支援する体制が必ずしも十分に整備されていなかったと言えよう。すなわち、知的障害者を社会の一員として受け入れ、その人格に相応しい対応をしてきたとは言いがたいのである。しかし、知的障害の原因が医学的・心理学等の学問的研究によって解明されるにつれて、社会の理解も深まり、知的障害者にも種々の権利と自由を保障して社会の一員として活動できる範囲が拡充されつつある。知的障害者との共生社会が実現されつつあると評価することが可能であろう。これも知的障害の原因の解明とそれへの対応が科学的に確立されてきていることに由来すると考えられる。このような科学的知見が社会の誤解と偏見を除去し、社会との共生への道を切り開いたと評価できるであろう。科学的知見に基づき、ますます有効適切

な施策が施され、共生社会は充実していくものと予想される。知的障害者に対して注がれる社会の暖かい目は、知的障害に対する深い理解に基づいて育まれたものと言えよう。

(3) 精神障害者との共生

精神障害者については、「ノーマライゼーション」は必ずしも十分には実現しているとは言い得ない状況にある。身体障害者や知的障害者の場合とは違って、社会はある種の無理解と偏見に基づき差別的な対応を示しているというのが厳然たる事実であることを率直に認めざるを得ないであろう。その内実は後で明らかになるはずであるが、私たちは現実の持つ意味を的確に把握し、そこから問題点を抽出し、その解決に向けて最大限の努力をする必要がある。

現実存在する差別的対応の原因は、けっして単純ではなく、種々の要因が絡んでいるため、かえって問題の所在を不明確にしている。そこで問題の所在を明確にするためには、多角的な観点から考察する必要に迫られることとなる。

まず日本社会の近代化の過程において、法制度が多大な影響を及ぼしていることを見逃すことは出来ない。精神障害者に関する法制度の沿革をたどるに当たっては、特に精神医学の立場及び社会福祉学の立場からの詳細な検討が重要である。いわゆる触法精神障害者の法的取扱いについては、刑事法学及び司法精神医学の見地からの精密な考察がなされなければならない。また、教育学の視点も重要であり、一般の学校教育、医学教育、社会教育だけでなく、さらにマスメディアとの関連をも踏まえた総合的な検討が要請されることになる。教育の場においてはインタラクティブな（双方向的な）関係が重要であるから、個人的経験の基礎にある感性の側面にも目を向ける必要がある。そこで本報告においては、通常の形態とは異なり、あえてその側面にもスポットライトを当てている。

精神障害者が社会人として経済活動に参加するに当たっては、経済的に自立した存在であることが必要であり、職業に従事できることが前提となる。したがって、精神障害者の雇用についても労働法学及び社会保障学の専門的観点から考察し、適切な解決策が追求されなければならない。

精神障害者との共生社会を考察するに当たっては、まず「共生」概念が生物学に由来するものであるため、自然科学的側面からその本来の意義を明らかにした上で「社会」への応用ないし類推をしていく必要がある。

精神障害者との共生を図るためには、精神医学、心理学の専門的知見が決定的な意義を有することは何人も認めるところである。精神医療はもとより、心理療法などの心理学的対応においては、関係者の主体的関与が重要な意味を有するので、その主体的側面はかなり個人的経験の深奥に関わるが、本報告ではあえてそれについても叙述することとした。精神障害者の治療に当たっては、治療施設も必要であり、その施設の在り方は工学の専門的な観点から検討されなければならない。そこで本委員会においても、これらの見地から詳細な検討がなされたのであり、この点からも具体的な問題が提起されることになる。

精神障害者との共生社会を実現するためには、財政的な側面を軽視することは許されない。これは総合政策的な観点から考察されるべき問題であり、特に経営学の専門的知見が要求されるのである。

3．精神障害者との共生社会の実現のためのアプローチ

精神障害者との共生社会を実現するに当たっては種々の困難があるが、しかし、既にその実現へ向けて先駆的な試みがなされている。その実例から私たちは多くの教訓と示唆を得ることができるであろう。そのような観点から、北海道浦河町所在の「べてるの家」及び埼玉県大里郡所在の「おにの家」と東京都多摩総合精神保険福祉センター及び埼玉県東松山市における「市民福祉プランひがしまつやま」の実践をみることにする。前者は、民間団体による意欲的かつ地道な試みであり、後者は、行政機関が積極的に取り組んでいるモデルケースとして多くの地方公共団体が注目している実践の試みである。

さらに、精神障害者自身はもとより、その家族の立場からの実践活動には経験的事実に基づく切実な主張と希望が込められており、それに応える観点からのアプローチを考えなければならないと言える。

4．精神障害者との共生社会を実現するための提言

本報告書において、精神障害者をめぐる諸問題を検討した上で、最後に、精神障害者との共生社会を実現するための諸施策を具体的に提言していくこととしたい。困難な諸問題の解決には多くの障害があることは否定できないが、私たちは真摯にこれと取り組み、解決の可能性の萌芽を摘み取るようなことがあってはならない。むしろ積極的に可能性を探求し、それを育てて現実化するように努めるべきなのである。私たちは、精神障害者に対する偏見・誤解を除去して、精神障害者の基本的人権を保障しつつ「ノーマライゼーション」を実現し、精神障害者との共生社会を構築することを強く社会に訴えるとともに、社会と協同して歩むことを希望するものである。

我が国の精神医学・医療・福祉の現状と課題

1. 精神医療・福祉の歴史と現状

(1) はじめに

1979年国際連合は、「ある社会がその構成員のいくらかの人々を排除するような場合、それはもろく弱い社会である」(国際障害者年計画)と宣言している。これは、障害を持つものが障害を持たないものと同じように社会で暮らしてゆく「ノーマライゼーション」の理念につながるものである。障害を受け入れる社会は、成熟した社会であり、文化的な社会とも言えよう。しかし、我が国の現状は、後に述べるように、精神障害に対する大きな誤解と偏見が残されている。それによって精神障害者の社会復帰が阻まれているという実態がある。

我が国の精神障害者は、1995年の障害者基本法によって、施策対象となる障害者の範囲に明確に位置づけられた。すなわち、障害者への仲間入りが正式に認められたことになる。しかし、他の障害、すなわち身体障害者や知的障害者と比較すると、それまでの施策対象としての隔たりが大きく、精神障害への施策はいまだ遅れている現状である。社会的な偏見と差別に加え、施策的な遅れも精神障害者との共生社会を築く上で克服すべき課題である。厚生労働省は、社会審議会障害者部会精神障害分会の報告書の中で、今後の精神保健医療福祉の施策の在り方を述べているが、その中に盛られている内容は、これまでの施策の遅れを取り戻すものとなる。

このような状況の中で、重大な犯罪を犯した精神障害者の問題はきわめて重要である。そのような精神障害者を特別な施設で治療することにより、一般精神科医療の開放化が進むという考えと、特別な施設を作ることが精神障害者の偏見を助長するものという相反する考えがある。現在、心神喪失者医療観察法案が国会審議中であり、どのような方向に進むかは、国会の審議の場にゆだねることとなるが、いずれの方向に進むにしても、精神障害に対する偏見是正の努力をあらゆる場面で、あらゆる関係者が行い、精神障害者との共生社会を構築すべきであろう。

(2) 我が国の精神医療・福祉の変遷(表1)

まず最初に我が国の精神医療・福祉の変遷をたどり、社会が精神障害に対してこれまでどのような対応をしてきたかをまとめてみたい。

我が国の精神医療の歴史は、わずかに100年である。1900年に精神病者監護法が制定されたが、これが我が国の国としての対応の最初である。それ以後、精神病院法、精神衛生法と変わってきたが、その基本的な方針は収容・隔離の方向にあった。1987年に精神保健法が成立し、その改正、さらに精神保健福祉法の制定という経過を経て、次第に障害者の人権尊重に重点が移ってきた。

精神病者監護法の制定以前の約30年間は、我が国の精神医療の黎明期である。1875年に我が国最初の公立病院である京都てん狂院ができ、1878年には私立の加藤てん狂

院が誕生して、精神障害者を病者として見る視点が生じた。しかし、これらの動きはごくごくかぎられた地域のみであった。

1900年に精神病患者監護法が制定され、監護義務者の制定、私宅、病院への監置許可などが決められた。1917年の全国調査では、国内の精神障害者の総数6万5千人であり、入院数は5千人であった。1919年の精神病院法により、精神病に対する公的な責任として公的精神病院を設置する考え方が、初めて明らかにされた。しかし、病人として保護するという見方は乏しく、精神障害者の処遇は悲惨なものであり、当時の東京帝国大学精神病学教室の呉秀三をして、精神病患者は精神病に罹患したという不幸に加え、日本に生まれたという二重の不幸を背負っていると言わしめた。

私宅監置という公的な責任を回避する制度の廃止は、1950年の精神衛生法の制定まで待たねばならなかった。この法律では精神病院設置を都道府県が行うとしたが、民間病院を指定病院として代行させる道が残されたため、公的病院の設置は遅々として進まず、指定病院への強制入院患者の受け入れが行われた。1954年の実態調査を契機として、精神病床は急速に増加したが、その大部分は民間であった。さらに1964年ライシヤワ事件が発生し、精神障害者の不十分な医療が社会問題化し、精神病床は一層増加した。

一方、1950年代に入って薬物治療が導入され、病状のコントロールが容易となったために、社会復帰が促進され、在宅障害者対策が次第に注目され、1965年の法律改正では通院医療費の公費負担制度が新設された。しかし、この法律改正でも警察官通報や緊急措置入院新設等保安面の強化が中心であり、精神障害者に対する対応は社会防衛的な考えが色濃かった。

1984年いわゆる宇都宮病院事件などの精神病院の不祥事件を契機に、法改正の動きが高まり、精神障害者の社会復帰の促進をはかる観点から、1987年に新たに精神保健法が成立した。この法律は規定により5年目毎に見直され、精神障害者の社会復帰の一層の促進と人権に配慮した適正な医療および保護がうたわれた。

ついで1993年に障害者基本法が制定され、障害者が社会構成の一員であることを認め、あらゆる分野の活動に参加することを基本理念とし、国が障害者基本計画を、都道府県・市町村が障害者計画を策定した。これを受けて1995年には精神保健法が精神保健福祉法となり、精神障害者の自立と社会参加の促進がうたわれ、障害者手帳制度が新設され、社会復帰施設・事業の充実が図られた。この施設の充実のために障害者7ヶ年計画がたてられ、3万人の社会復帰目標という具体的数値目標をかけた社会復帰施設の充実を目指した。

1999年の精神保健福祉法の改正では、患者の人権への配慮、保護者の義務の軽減、精神障害者地域生活支援センターの法定化、在宅福祉事業の推進、福祉サービスの利用に関する相談・助言の窓口を市町村に移すなど一層の精神障害者地域生活支援の道が開かれた。

このように、我が国の精神医療・福祉の歴史には表2のような特徴が認められる。

表1 わが国の精神医療・福祉の歴史

1875年	我が国初の公立病院である京都癲狂院開設
1878年	私立の加藤癲癲院が誕生、精神障害者を病者として観る視点が生じる
1900年	精神病者監護法公布 監護義務者の制定、私宅、病院への監置許可 しかし、精神障害者の処遇は悲惨なものであり、当時の東京帝大精神病学教室教授の呉秀三をして、精神病者は精神病に罹患したという不幸に加え、日本に生まれたという二重の不幸を背負っていると云わしめた
1917年	全国調査：国内の精神障害者 総数 6万5千人 入院数 5千人
1919年	精神病院法公布 精神病に対する公共の責任として公的精神病院を設置する考え方が初めて明らかにされる
1950年	精神衛生法公布 私宅監置という公的な責任を回避する制度の廃止 精神病院設置を都道府県に義務付けたが、公立病院の設置は進まず、民間病院を指定病院として強制入院患者の受け入れを行っていた
1954年	精神障害者実態調査：これを契機として、病床は急速に増加した 精神障害者 総数 127万人 施設収容を要する 43万人
1955年	薬物治療の導入 これ以降、病状のコントロールが容易となったために、社会復帰が促進され、在宅障害者対策が次第に注目された
1964年	ライシャワー事件 精神障害者の不十分な医療が社会問題化し、精神病床は一層増加した
1965年	精神衛生法改正 通院医療費公費負担制度が新設された。 警察官通報制度、緊急措置入院新設等保安面の強化が中心
1984年	宇都宮病院事件
1987年	精神保健法成立 この法律は規定により5年目で見直され、精神障害者の社会復帰の一層の促進と人権に配慮した適正な医療および保護の実施がうたわれた
1993年	障害者基本法制定 障害者が社会構成の一員であることを認め、あらゆる分野の活動に参加することを基本理念とし、国が障害者基本計画を、都道府県・市町村で障害者計画を策定した
1995年	精神保健福祉法制定 精神障害者の自立と社会参加の促進 障害者手帳制度の新設 障害者7ヶ年プラン
1997年	精神保健福祉土法制定 精神障害者に対する様々な相談、助言、援助
1999年	精神保健福祉法改正 患者の人権の配慮、保護者の義務の軽減 精神障害者地域生活支援センターの法定化 在宅福祉事業の推進

表 2 我が国の精神医療の歴史における特徴

- ・ 精神障害者対応は社会防衛的色彩が強かった
- ・ 精神衛生法の制定を見るまでは私宅監置が認められていた
- ・ 精神保健法が出来て人権擁護が強くなった
- ・ 精神保健福祉法の制定により福祉施策が前進した
- ・ 病院から地域移行への政策が不十分ながら進んでいる

(3) 我が国の精神医療・福祉の特徴と課題

前述したような歴史を持つ我が国の精神医療は、諸外国に見られないいくつかの特異的な面を持っている。その多くは残念ながら改善すべき事柄が多い。このマイナスと思われる事柄は、いわば 20 世紀の歴史の中で作られた負の遺産であり、それが 21 世紀に持ち込まれており、その改善が今世紀の課題となっていると言えよう。

まず、精神病床数が多いことである。欧米では人口 1 万人に対して 10 床台あるいはそれ以下であるのに対して、我が国は約 28 床という高い数字である。これは昭和 30～40 年代の精神病院新築ラッシュで急激な増床があった結果である。また、平均在院日数の長さも、外国との比較では際立って長く、最近になってやっと 400 日を切り、1 年に近づいたという状態である(表 3)。

表 3 我が国の精神医療・福祉の主要な問題点

- ・ 諸外国に比べ精神病床数が多い
- ・ 精神科病院での平均在院日数が長い
- ・ 精神科病棟の人員配置が一般科に比べ少ない
- ・ 社会復帰施設が不足している
- ・ 精神疾患や精神障害者に対する誤解や偏見が大きい

精神医療にたずさわる医師や看護婦の数も少ない。2001 年の医療法改正以前には、精神病院の法定人員配置は一般科の医師配置(医師数:患者数=1:16)の 3 分の 1、看護配置(看護師数:患者数=1:3)の 2 分の 1 でよいとされた。

前回の第 4 次医療法改正でも本質的な改善は見られなかった。それと同じように精神科の診療報酬も一般科に比較して低く抑えられている。さらに社会復帰施設も不十分な状態である。

我が国の精神科病院は民間病院が 8 割以上を占め、これも我が国特有のものである。そのため諸外国と異なり国が新たな政策を打ち出すことが困難な状況となっている。

(4) 我が国の精神障害者福祉の現状

精神障害者福祉政策が本格化したのは、1995 年の障害者基本法の制定以降のことである。もちろん、それまでも公的あるいは民間レベルで大きな努力がなされ、精神障害者福祉は進んでいた。しかし、身体障害者や知的障害者と比べると大きな遅れをとっていた。1997 年に策定された障害者プランは、約 3 万人の社会復帰計画がその内容に

なっているが、計画期間の終盤まではその整備が予定どおりには進捗しなかったが、終盤に来てそれがスピードアップされグループホームやショートステイは目標値を越えた。しかし、社会支援の要となる地域生活支援センターの整備は、目標値をはるかに下回っている（表4）

表4 「ノーマライゼーション」7ヶ年計画（障害者プラン）の達成度

	目標値	達成状況
生活訓練施設	6000（人分）	91%
ショートステイ施設	150（人分）	145%
福祉ホーム	3000（人分）	95%
授産施設	9000（人分）	66%
福祉工場	1770（人分）	27%
地域生活支援センター	650（ヶ所）	61%
グループホーム	5060（人分）	103%

障害者の地域支援は身近な地域でという趣旨で、平成14年度から障害者福祉サービスの窓口は市町村に移行した。また、ホームヘルプサービス、ショートステイなど居宅障害者支援などの支援サービス事業も拡大された。さらに平成15年度から地域支援システムの要となるべき障害者ケアマネジメントが本格的に導入されることになっている。その理念は、障害者の自己決定を尊重し、ニーズに応じた支援を行い、障害者の自立と社会参加を支援し、「ノーマライゼーション」を実現しようとするものである。そのような福祉関係の人材を確保するために、1997年度から精神保健福祉士が国家資格化され、すでに1万人以上が誕生した。

このように福祉施策は明らかに前進しているが、人材、社会復帰施設、補助金等の予算面でいまだに不十分な状態が続いている。また、福祉および医療に県単位あるいは市町村単位で地域格差がきわめて大きいことも克服しなければならない大きな課題である。すでに多くの市町村で意欲的な取り組みを始めているが、その一例として東松山市の例がある。この市では平成10年6月に「市民福祉プランひがしまつやま」を策定し、障害が固定し（障害者）として認定を受けた人だけでなく、けがや病気で一時的にハンディキャップの状態にある人も含めて、市民の誰でもが利用できる福祉サービスを目指している。すなわち、地域で受けられるサービスについて、高齢者向けのもの、障害者向けのものといった九区分を取り払い、人材や施設およびこれまでに培ってきたノウハウなどを共有して、効率的にサービスを進めている。このような取り組みは、少ない人材や社会資源を効率的に役立てるための、優れた取り組みであり、このような方策は今後の精神障害者の福祉支援を行うにあたって有用な試みと言えよう。

（5）統合失調症など精神障害者に対する偏見の実際

精神障害者の福祉施策を進める上で、誤解・偏見・差別が大きな足かせになっている。差別の実例として施設コンフリクトと呼ばれるものがある。これは、精神障害者の社会

復帰施設を地域に作るうとするときに、地域住民が反対することによって生じるものである。最近の10年間で83件もの地域コンフリクトがあったと報道されている。一例をあげれば、ある地域で通所授産施設と地域生活支援センターの建設を計画したところ、地域住民が反対したために、市が10回もの説明会や精神障害者の声を聞く会を催し、理解を求めたという例がある。しかし、それでも賛成が得られず、地域住民は反対運動を行い2万人もの署名を集めた。それでも市や関係者のねばり強い努力により、やっと署名を撤回するところまで進んだが、池田小学校事件で振り出しに戻ってしまったと報道されている。また、ある精神科病院の院長が施設建設の際に出された住民の要望書と最終的に同意した内容の文書を報告しているが、それを見ても如何に精神障害者に対する理解が乏しく、誤解や偏見を解く上での努力が大変なものであるかがうかがい知れる。

多くの市民が持つ偏見は、「統合失調症は不治の病である」というものである。しかし、これまでの研究では、社会復帰することができるまでに回復する統合失調症患者は8割以上もいることが示されている。この病気に対する誤解として、「両親の責任で起こる病気である」、「一生を通じて徐々に病気が進行する」といったものが多い。しかし、この病気になりやすい素質が遺伝する可能性はあっても、一般に遺伝病といわれるような特定の遺伝子の異常があって起こるものではない。むしろ、現在は高血圧や糖尿病などと同じように、遺伝の関与はあっても、環境やライフスタイルといった後天的な要素も大きいものと考えられている。

(6) 今後の精神保健・医療・福祉について

厚生労働省審議会（精神障害分会）報告書

厚生労働省は、社会保障審議会障害者部会精神障害分会において平成14年1月から今後の施策の検討を行い、その年の暮れに報告書をまとめた。その基本的な趣旨は「入院主体の医療から地域へ」であり、ここではっきりと地域移行を宣言している。そして、現在約7万2千人といわれる社会的入院（適切な受け入れ施設があれば退院可能なもの）患者を10年以内に社会復帰させることを具体的な目標としている。報告書の内容は、精神障害者の生活を地域の中で支援していくための方策を中心としており、それに加えて国民のメンタルヘルスの促進をうたっている。報告書は下記の6本の柱からなり、その各々について、今後の計画が盛り込まれている。

精神障害者の地域生活の支援

社会復帰施設の充実

適切な医療の確保

保健医療福祉関係職種の確保と資質の向上

心の健康対策の充実

精神保健医療福祉施策の評価と計画的推進

この精神障害分会の報告書を踏まえて、障害者10ヶ年計画が立てられ、今後5年間の新障害者プランが策定され、目標数値も示された（表5）。さらに、厚生労働省内に厚生労働大臣をトップとする精神保健福祉対策本部が設立され、これが中心になって精神障害者施策を前進させるため政策の方向性と予算的なうらづけとを行ってゆくもの

と期待される。

表 5 新障害者プランに示された精神障害者サービスの目標値

在宅サービス

	平成 14 年度	平成 19 年度
地域生活支援センター	約 610 ヶ所	約 470 ヶ所
ホームヘルプサービス		3,000 人分
グループホーム		12,000 人分
福祉ホーム		4,000 人分

施設サービス

	平成 14 年度	平成 19 年度
生活訓練施設（援護寮）		6,700 人分
通所授産施設		7,200 人分

2. 医学教育から見た「共生」と司法精神医学

(1) はじめに

精神障害者との共生を求めるとき、まず、精神障害とはなにかを知ることが必要である。その際、医学的に精神障害についてどのようなことが明らかにされ、そのことが、どれほど人々に伝えられているかが重要である。これまで、精神障害についての理解が乏しく、誤解と偏見があることはさまざまところで語られてきたが、その事情は、一般の人たちの問題にとどまらず、医師のなかにも存在する問題でもあった。と言うより、医師たちの間にこそ、精神障害に対する強い偏見が存在したとさえ言える状況が長く続いてきた。

そこで、なぜ、これまで長いこと医師のなかに精神障害に対する偏見が存在してきたかを、医学教育の立場から考察し、それに基づいて精神障害に対する誤解と偏見の生ずる理由を考えてみたい。また、「触法精神障害者の処遇」の問題と関連して、司法精神医学に関する医学教育の現状と問題点についても述べたい。

(2) 卒前医学教育からみた精神医学・医療の現状と問題点

医学部教育制度の変遷

我が国の医学部教育は、6年かけて行われる。長い間、この6年間は、1ないし2年間の進学課程（教養課程）とその後の専門課程に分かれ、進学課程では医師になるための教養を身につけるという目的で、文学や法学など、医学以外の勉強を課せられてきた。専門課程の4年間のうち前半の2年は、解剖学、生理学、薬理学などの基礎的学問を習得する期間として、残りの2年間は、内科学、外科学や精神医学などの臨

床科目の勉強に当てられてきた。

このような医学部の教育制度も、平成3年に当時の文部省が大学設置基準の緩和を打ち出し、医学部進学課程の廃止を決めたことによって、このような区分も少しずつ変化し、それにともなって医学教育は、6年一貫教育の方向へと変わってきている。

その結果、解剖学、生理学、内科学、外科学、精神医学など、講座（教室）と呼ばれる専門科目単位の講義が行われた時代から、肝臓とか心臓あるいは免疫といった一つの臓器や機能について、6年間を通してまとまった講義をしようという、いわゆる6年一貫、統合講義が行われるようになってきた。このような方式では重複や脱落が少なく、効率の良いまとまった学習が可能となる。

このような医学部の制度上の変革とともに、内容の上でも、医学生が修得すべきモデル・コアカリキュラムが示され、その修得状況を評価する共用試験(Computer Based Test, CBT)が平成17年を目途に施行されようとしているなど、大きく変わってきている。

これからの医学教育のめざすところ

これまでの医学教育は、医師としての専門性を獲得することに目標が置かれ、同時に、すぐれた研究者であることも指向していた。そのために、極度に専門的な事柄が卒前教育で扱われてたり、各講座の教授の興味に基づきその領域の専門的なことも教育されてきた。しかし、最近の一連の医学制度の改革は「すぐれた臨床医」、「役に立つ医師」の養成すなわち、プライマリーケア医の育成というきわめて実利的な方向が求められている。

卒前精神医学教育の変遷と問題点

) これまでの精神医学卒前教育

長い間、精神医学の講義は、精神医学総論ならびに各論に分かれ、精神医学総論では意識、知能、性格、思考、感情、行為などの基本的な精神現象についての講義が行われ、その後に、病的症状として、幻覚、妄想、自我意識の障害、意識、記憶の障害ならびに種々の症候群についての基本的な事柄が教えられ、ついで精神医学各論へと移り、内因性・器質性・心因性の各疾患についての講義が行われる、というこのスタイルが続いてきた。

その結果、精神医学教育がややもすれば専門的かつ抽象的に過ぎて、一般医学生には理解しがたく、精神医学は医学のなかでも異質かつ特異なものである、との印象を与えかねなかったことは事実である。そして、このことが、医師になった後も、臨床の現場で医師自らが、精神医療に対する偏見を持ち、患者を精神科へ紹介することにためらいを感じ、自分の患者の示す精神症状に対しても適切な理解や対応を欠く結果に結びついていたことも否めない事実である。

) これからの精神医学卒前教育

精神医学卒前教育も、医学教育の全体の流れに添って、「すぐれた臨床医」「役に立つ医師」の養成に何が必要か、プライマリーケアの現場で何が求められるかという視点で行われなければならない。

そのためには、学習目標を明確にし、学習内容とその範囲を一般の医師になる者にとって必要なものとし、学習状況を評価することをきちんとすることが求められるよう。その結果、精神現象についての医師の理解が進み、偏見が取り除かれることが期待される。

卒前精神医学教育をとおしてみた、精神障害に対する誤解や偏見に卒前精神医学教育の在り方と関係していることを述べたが、そこには医師だけではなく、一般の人たちにも共通する問題、すなわち、精神現象とその異常がかかえる特徴が関係していると思われる。すなわち、誤解や偏見が生ずる理由として以下のものがあげられよう。

）精神現象は目にみることができず、とらえどころがない。

医学の領域では、疾病の状態を実際に目で見ることができたり、異常値としてとらえられることが多い。そのようななかで、精神現象は目に見ることができず、とらえどころもなく、わけの分からないものとして受け取られる。そのことが多くの不安や恐れを呼ぶことになる。

）精神の異常は常軌を逸しており、おどろおどろしく、世界を異にしていると感じられる。

それまで、普通にしていた人がある時から様相を異にし、自分との世界を異にする様は、恐怖であり、理解しがたい驚きである。

）原因が分からず、遺伝や家系に結びつけて考える。

なぜそのような精神状態が招来されるのかも分からず、かつては悪霊や悪魔つきによるものとされていたが、近年になってもその原因を遺伝や家系と結び付ける考えが強い。その結果、意味のない差別や偏見を多くの人に与え、家族は精神を患ったものを極力隠そうとし、その結果、精神障害者が不当な扱いを受けることもまれではなかった。

）治療法もなく、不治の病と思われてきた。

長いこと、精神の病は特別の治療もなく、一度罹ったら、一生治らない悲惨な病気とされてきた。かつて「ハンセン病」がそうであったように、「らい病」と呼ばれ忌み嫌われ、恐れられ、隔離され、悲惨な生涯を送ることを余儀なくされてきた。治療の可能性があるかどうかは人々がその病気を受け入れられるかどうかにより大きな影響をおよぼすことになるのは言うまでもないことである。

）精神障害者が隔離されていた。

原因も分からず、治療法もなく一生不治の病とされ、周囲からはおどろおどろしい病として恐れられていたことから、当然、精神障害者は隔離収容されてきた。その結果はそのことの不幸にとどまらず、周囲の人の目に触れることのない、わけの分からない病気として多くの偏見や誤解を生んできたことは、他の病気にもその例をみるとおりである。

精神障害に限らず、身体的障害の場合でも、身近に障害を持った人がいたり、近しく接する機会があった場合には障害を持つ人たちに対する理解が進み、感情的にも受け入れることができることは、教育の場でしばしば経験することである。

偏見や誤解を解き、精神障害者と共生するために

これまでに述べたような偏見や誤解の生ずるいくつかの理由を解消し、解決することが、偏見・誤解の解消に役立つことになる。そこで、現在までに分かっている事柄について述べてみることにする。

）精神症状の発現する理由や精神障害の原因を明らかにする。

統合失調症（精神分裂病）やうつ病をはじめとする多くの精神疾患で、精神症状が発現する背景にドーパミン、セロトニン、ノルアドレナリンなどの神経伝達物質の異常があることが明らかになってきている。

また、精神疾患の発症には遺伝素因に環境因が関与して発症することが知られるようになり（"Two-hit" Hypothesis）、ゲノム医学の立場からの検討が進められている。このように、かつては原因の分からない病気（内因性疾患といわれた）とされていたものの発症原因がしだいに明らかとなってきている。

）精神障害の効果的な治療法が開発される。

精神症状の発現する機序のひとつとして神経伝達物質に異常のあることが明らかになるにつれて、その異常を是正する薬物が 1960 年代から開発され、効果を上げてきた。特に近年ではこれまでの薬に較べて副作用の少ない新規向精神薬が開発されてきた。これらの新規向精神薬は従来の薬が持っていなかった症状にも効果的であることも分かっている。

精神症状に対して効果のある薬が開発されて、入院治療が効果的に行われるようになったが、さらに新規向精神薬が使えるようになって、患者は入院しても短時日で退院でき、社会生活が可能となったばかりでなく、入院しなくても外来で服薬しながら治療を続け、社会生活を営むこともできるようになった。

）精神医学・医療の進歩を知ってもらう。

このような精神医学・医療の進歩を知ってもらうことが大切である。それは一般の人だけでなく、医師になるものにも正しい知識と認識を持ってもらうことが重要であることは、これまでの精神医学の教育の持っていた問題点についてはすでに述べたとおりである。その意味では最近の精神医学教育は、すぐれた臨床医の育成、プライマリーケアに役立つ精神医学の教育に目標を定めており、医学生は精神医学の進歩と現場での対応についての基本的なことが教えられている。

しかも、平成 16 年度から始まる卒後臨床研修の必修化にともない、精神科の臨床をすべての医師が研修することになっており、実際の精神科臨床の場で、精神科的素養を身に付けることによって、精神疾患に対する正しい知識、態度が身に付くものと期待される。

一方、一般の人たちにもさまざまな講演会、勉強会が企画され、啓発活動が行われているが、対象とされる数には限りがあり、必ずしも実あるものとなっていないところは今後の課題である。

表 1

精神障害に対する誤解や偏見が生ずる理由 「共生の視点」から
・ 精神現象は目に見ることができず、とらえどころがない。
・ 精神の異常は常軌を逸しており、おどろおどろしく、世界を異にしており、恐怖を覚える。
・ 原因がわからず、遺伝や家系に結びつけて考える。
・ 治療もなく、不治の病に思われる。
・ 精神障害者が隔離されていた。

(3) 司法精神医学の現状と問題点

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」いわゆる「心神喪失者医療観察制度」の制定にともない、この問題に医学教育、特に精神医学教育がどのように対応可能かを想定しておくことも、精神障害者との共生を考えるときのひとつの視点として大切なことである。

そこでまず、卒前教育ならびに卒後教育のなかでどのように司法精神医学の教育が行われているかその現状を、述べ、ついで、「心神喪失者医療観察制度」がどのように精神医学の教育に影響を与えるかについて考えてみたい。

卒前教育における司法精神医学教育

大学でどのように司法精神医学の教育が行われているかを、各大学の精神医学講座の主任教授を対象としてアンケート調査をした。調査期間は平成 14 年 10 月 7 日～同月 30 日までで、回答率は 70.5%であった。

それによると、司法精神医学の講義を行っていないと回答した大学は 10.9%で、残りの大学は何らかの形で司法精神医学の講義を行っていた。しかし、その講義はほとんどが 1 コマ(90 分前後)であり、講義内容は「精神保健福祉法」について(100%)、「刑事鑑定」(43.8%)、「民事鑑定」(43.8%)、「成年後見制度」(62.5%)、その他、犯罪精神医学、インフォームドコンセント、倫理に関連したものであった。また、講義の目標は、「精神障害者の人権と処遇」、「精神医療にかかわる法的側面」、「法精神医学の基本的な考え方と問題点」などをあげていた。

このように、卒前の精神医学教育では主として医師になるものを知っておくべき患者の人権の保護、特に精神障害者の治療に際しての人権の保護についての法律「精神保健福祉法」についての講義が中心で、一部、鑑定に関する講義が行われることもあるが、いずれにせよ 1 コマ程度の講義に過ぎないことが明らかとなった。

卒後教育における司法精神医学教育

各大学の精神医学講座の主任教授に対するアンケート調査で、卒後の精神医学教育のなかで、どのような司法精神医学教育が行われているかを尋ねたところ、次のような結果が得られた。

「法と精神医学」について、特別の教育をしていると答えた大学は58.3%で、その多くが講義(71.9%)の形で行われており、そのほかに鑑定助手、鑑定に陪席、症例検討会などの場での教育であった。

ついで、刑事、民事あるいは簡易鑑定を引き受けているかどうかを尋ねたところ、引き受けていると答えた者は70.9%であり、そのうちの52.4%は教室として引き受けていると答えたが、38.1%は個人として引き受けており、鑑定する人は教授、助教授がともに54.8%で、講師は71.4%、助手57.1%であった。

また、鑑定数は刑事鑑定、民事、簡易鑑定ともに年に0～数件にすぎなかったが、5大学で10～30件と多くの鑑定を行っていた。

このような事情は、大学以外の場でも同様であり、日本精神神経学会会員753名を対象として調査した報告でも(中谷陽二：厚生科学研究補助金研究事業、2000)、鑑定を未経験の者は全体の60%で、10件以内程度の鑑定数の者も含めるとあまり経験の無い者は92%におよんだ。一方、30件以上の鑑定を引き受けている者は全体の4%に過ぎなかった。

このように、卒後の教育、診療の場での鑑定数は特定の施設に集中しており、その場合でも相互に鑑定結果を検討する場が無く、個人のレベルで鑑定がなされていることが明らかとなった(表2)。

表2

司法精神医学教育の現状	
1.	卒前教育では精神障害者の法的側面が1コマ程度、講義されているにすぎない。
2.	卒後専門教育でも、精神保健福祉法の指定医取得のための法的側面が主で、いわゆる司法精神医学の教育はほとんどなされていない。
3.	鑑定(刑事・民事・簡易)は特定の人・施設に集中しており、相互検討の場が少ない。

司法精神医学教育が貧弱な理由

このように卒前教育のみならず、卒後の精神医学教育においても司法精神医学教育が貧弱である理由として、次のようなことが考えられよう(表3)。

イ) 研修・教育の場が少ない。

ア) 医科大学・大学医学部に司法精神医学の講座がほとんど無い。

我が国においては、医科大学、大学医学部で司法精神医学講座を持つところは1, 2を数えるにすぎない。そのために、司法精神医学が教育のなかできちんとした位置を持たないことになる。

したがって鑑定も、各個人が行っているのみで、相互批判の場も少ない。

イ) 医療刑務所をはじめとする法施設のなかに精神科医がほとんどおらず、法と

精神医学を結ぶ接点がない。

ウ)「触法精神障害者」がそれぞれの病院に分散して入院・処遇されており、個々の症例が、各病院に埋没しており、共通の場で、その処遇、治療可能性などについて議論する場がない。

以上のような理由から、司法精神医学は共通の場を持つことなく今日にいたっているとえよう。

）鑑定に関わる困難が多い。

一方、精神鑑定を行うことにもなういくつかの困難があり、そのことが一層精神医学と司法の距離を隔ててきたとえよう。

すなわち、ア) 鑑定には、てま暇がかかり、時には大論文を書くに等しい時間と労力を費やすことも少なくない。また、イ) 鑑定を行っても、業績として評価されることがほとんど無い。ウ) 行った鑑定の意味を問う場が少なく、相互研鑽が無い。すなわち、鑑定が個人レベルで行われるだけで、公的場を持たず、医学的検討の場が無いとえよう。

さらにまた、エ) 鑑定書が提出されても、それをどのように扱うかは司法の側にゆだねられており、医学の場にはフィードバックが無いことが、鑑定学の正しい発展を妨げているとえよう。

表 3

司法精神医学教育が貧困な理由	
1. 研修・教育の場が少ない.	
・ 大学に司法精神医学の講座がほとんどない .	
・ 行刑施設にもほとんど精神科医はいない .	
・ 触法精神障害者が病院に分散して入院・処遇されている .	
→	研修・教育の need が高まらない .
2. 鑑定に係る困難が多い .	
・ 手間がかかる .	
・ 業績評価がされない .	
・ 相互研鑽がない .	
・ 司法からの feed back がない .	

「心神喪失者医療観察制度」に期待するところ

このような司法精神医学のおかれた現状から、新たに制定される法律（以下、「新法」という。）により、司法精神医学に与える影響として期待するところを述べると、以下の通りである（表 4）。

表4

<p>教育的視点から 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(心神喪失者医療観察制度)に期待するところ。</p> <p>1. 司法精神医学・医療の推進</p> <p>1) 専門的治療・処遇の場の設置。 医学・医療の場 (field) ができる。 専門性の確立、研修の場、相互研鑽の可能性。 精神医療の開放化、機能分担の推進 (J-マライゼーション)。</p> <p>2) 司法と医学・医療の共通の場の設定。 相互の連携が可能。 判断の feed back が可能。 鑑定 (学) の推進。</p> <p>2. 触法精神障害者の処遇の向上</p> <p>1) 施設、処遇の経験が増す。 2) 運用者の判断能力の向上。 3) 施設・人的配置の充実がはかれる。 4) 社会復帰への連携が期待される (J-マライゼーション)</p>

) 司法精神医学・医療の推進

以下のような点で、司法精神医学・医療に好ましい影響があると考えられる。

ア) 専門的治療・医療の場が設置されることによる効果

これまで、個人のレベルで司法鑑定が行われ、いわゆる「触法精神障害者」がそれぞれの病院にバラバラに入院していたために、peer review が行われにくく、公的な場での討論がなされることが少なかった。新法が施行されれば、専門の治療・医療の場が設置され、そこで仕事をする人たちには専門性が求められることになる。また、そのような専門性を背景として、治療や処遇の正当性について相互研鑽が可能となり、結果的に司法精神医学・医療の推進に結びつくことになる。一方、精神医療の現場からみると、触法精神障害者が一般の患者と混在することが無いことから、より、開放的な処遇が可能となることが期待される。

イ) 司法と医学・医療との共通の場ができる。

新法によって、司法と医学との接点が増すことにより、これまでのようにそれぞれ独立の立場でいわゆる「触法精神障害者」の処遇が判断されていたのとは異なり、相互の連携が高まり、その結果、適切な処遇の在り方の検討も可能となることが期待される。そのことが精神鑑定の意味の明確化、質の向上にもつながるものと考えられる。

) いわゆる「触法精神障害者」の処遇の改善

ア) 専門職、専門の施設ができることによって、そこでの経験が蓄積し、処遇判断、処遇方法、予後の判断などがより、適切になることが期待される。

イ) 専門の施設ができることにより人的配置もより適切となり、処遇が適切に行わ

れることになる。

ウ) 専門施設における治療が適切に行われると、それに引き続く社会復帰への連携が可能となり、福祉の整備、推進に結びつくことになる。

司法精神医学の未来

このようにして、司法と医学・医療の連携が強まり、専門性が高まるにともない、司法精神医学の確立がはかれるものと期待される。すなわち、明確な専門性の志向が生まれ、その人たちを中心とした共通の場、すなわち研究会や学会が設立され、そこでの業績が評価されると、そのことが精神医学教育へも良い影響を与えることになると思われる。

これまで、整備されず、個人のレベルで行われていた、いわゆる「触法精神障害者」の処遇、司法精神医学の教育、修練が今後よりよい形で発展することが期待される。そのための専門施設の整備と、それにとまなう専門職の養成・確立が行われるためにも新法が役立つことを期待したい。

(4) おわりに

過去、そして現在の精神医学教育の状況をとおして、誤解や偏見の生ずる理由をあげ、それを乗り越えて共生をはかるためにすべきことを述べた。また、司法精神医学の卒前・卒後教育が医学部でどのように行われているかをみるなかで、新しい法律である「心神喪失者医療観察制度」の持つ意義について考察した。

3. いわゆる「触法精神障害者」への法的対策

(1) 寛容な社会の実現の必要性

「触法精神障害者」という概念は、刑事責任能力の無い精神障害者は、犯罪に当たる行為を行っても犯罪者とは言えず、単に触法行為を行った者であることを意味するとして用いられるようになった。しかし、犯罪とされる行為も多様なものを含んでおり、精神障害者との共生社会を実現するためには、まず、その生き方の多様性を認め、「違っている権利」を認めていくことが肝要である。触法行為すべてを咎めることなく、重大な他害行為は絶対に許容されないものとして、対応策が立てられねばならない。そのために、現在は「自傷他害」のおそれのある精神障害者に対しては、「措置入院」という強制入院措置が、行政処分としてなされ得ることとされている(精神保健福祉法 29 条)。

しかし、不幸にして、重大な他害行為が生じてしまった場合、どう対処するのがよりよい策なのかが問われる。この犯罪者対策と精神障害者への福祉政策との重なり合う部分への対応策が最も困難な課題となってくるのである。

(2) 刑事責任能力

我が国の犯罪に対応するシステムは、刑罰の威嚇により規範に違反した場合には刑罰を科すとして、人々の行動を統制することを意図するものである。しかし、精神障害の

ため、規範を理解し、それにしたがって行動する能力を欠く者には、刑罰による威嚇が及び得ない。そのため、刑罰による非難はなし得ないとされ、刑事責任無能力として、無罪とされる。

責任の理解については、諸説あるが、規範的責任論は、理性的人間を想定し、規範に遵わなかった者に対しては、応報として刑罰を科す。しかし、社会的責任論では、犯罪はもともと規範に遵い得ない弱者が犯すものとし、それらの者に再犯を防止するための教育・治療を受忍する社会的責任があるとし、保安処分一元論をとる。

犯罪学が進歩するにつれ、犯罪の原因は社会的要因等、本人の責めに帰し得ない多くの要因が関与していることを示した。犯罪防止には、ただ、刑罰の威嚇効果に期待するよりも、多くの福祉的対応が有効であることが知られるようになった。ヨーロッパの多くの国でとられる刑罰と保安処分の二元主義は、両派の妥協の産物である。ここでは、刑罰を科し得ない刑事責任無能力者には、それを補充するものとして、保安処分に対処される。

刑事責任無能力の概念も広狭があり、イギリスのマクノートン法則では、是非善悪の弁別能力を欠く者に限定されるため、非常に狭く、刑事責任無能力とされる者はほとんどいないという。アメリカのユタ州他では、責任無能力の概念を廃し、精神障害の問題は、メンスレア（故意）の有無の問題に解消し、処遇段階で考慮するとしている。

我が国では、刑罰一元主義を貫き、刑事責任無能力者には、行政処分である措置入院に対処するしかないと言われるのが現行のシステムであるが、必ずしも、刑罰一元主義が貫かれている訳ではなく、売春防止法における補導処分、少年法の保護処分、保護観察処分があり、これらは、すべて刑罰以外の特別予防を目的とした処分である。拘禁刑たる懲役・禁錮も仮出獄が許容され得る。刑の執行も、単に懲らしめを目的とするのではなく、目指すものはあくまでも社会復帰である。

責任無能力とされる精神障害者も再犯が許容されるのではなく、再犯を防止するベストな手段が講じられねばならない。

（３） 刑事責任無能力者の処遇

我が国においては、刑事責任無能力と判断される精神障害者、また、限定責任能力であるが、精神病院での治療に委ねた方がよいと検察官が判断した被疑者は、不起訴とされ、検察官により、精神保健福祉法第２９条に基づく措置入院の通報がなされる。

措置入院は、精神障害により「自傷他害」のおそれがある者を、精神保健指定医２名の診断に基づき、都道府県知事が入院措置をとるものである。その他、保護者の同意による強制入院を医療保護入院という。

何故、精神障害者は意思に基づかず入院させられ得るのか。

精神障害者は往々にして病識が無いことが多いため、保護者の同意、または、パレンスパトリエの理念に基づき、治療を受けさせ得る。

社会の他害行為防止の止むにやまれぬ利益との調和の観点から、ポリスパワーの権能に基づき、精神障害のため「自傷他害」のおそれのある者を強制入院させ得る。

一般人は、犯罪を反復する危険性を示しても、犯罪を行わなければ、刑罰による干渉を受けることはないのに、何故犯罪を犯していない者が強制入院させられるのか。

刑事責任能力の無い者は、刑罰以外のコントロール手段を必要とする。

そのため、強制入院の要件としては、刑事責任能力がない程度に、同意能力を欠くことの確認が要請される。

また、パレンスパトリエの権能に基づく場合は、本人の利益のための治療目的のため、考え得る最良の治療方法であることが要請される。

アメリカにおいては、そのため、民事収容 (civil commitment) の場合には、その要件を満たしているかの確認のため、裁判所におけるヒアリングを要件としている州が多く、むしろ、刑事収容 (criminal commitment) において、刑事責任無能力と判断された精神障害者について、収容についてより緩やかな手続きを規定しているものが多い。そして、多くの州において、司法病棟が作られている。

イギリスにおいては、責任能力ありとされた犯罪者も精神科医の鑑定意見に基づき、精神病院での治療が必要と判断された場合は、刑事裁判所により、病院収容命令が出される。特に危険性のある場合は、退院制限命令も付加される。危険性に応じて、高度保安病院、中度保安病棟などの別が設けられている。

ドイツにおいては、二元主義に基づき、刑事責任無能力者は、治療処分に対処される。

(4) 我が国で従来とられてきた措置入院による対応の問題点

不起訴で処理され、重大な他害行為の責任の所在などが不分明であるという不満が、行為者、被害者の双方からある。

表1に見られるように、ほとんどの精神障害者の他害行為は、不起訴で処理されている。しかし、刑事裁判所は、刑罰を求めて起訴をするので、刑事責任無能力と判断される者、明らかに精神病院での治療がふさわしい者については、検察官の判断で不起訴の措置がとられざるを得ない。

表1 心神喪失者・心神耗弱者と認められた者の罪名別処分結果 (平成13年)

区分	総数	不起訴			裁判		
		計	心神喪失	心神耗弱 (起訴猶予)	計	心神喪失	心神耗弱 (刑の減輕)
殺人	115(100.0)	90(78.3)	87(75.7)	3(2.6)	25(21.7)	1(0.9)	24(20.9)
強盗	20(100.0)	13(65.0)	11(55.0)	2(10.0)	7(35.0)	-	7(35.0)
傷害	145(100.0)	138(95.2)	59(40.7)	79(54.5)	7(4.8)	-	7(4.8)
傷害致死	7(100.0)	6(85.7)	5(71.4)	1(14.3)	1(14.3)	-	1(14.3)
強姦 強制わいせつ	13(100.0)	7(53.8)	5(38.5)	2(15.4)	6(46.2)	-	6(46.2)
放火	78(100.0)	64(82.1)	56(71.8)	8(10.3)	14(17.9)	-	14(17.9)
その他	316(100.0)	292(92.4)	117(37.0)	175(55.4)	24(7.6)	-	24(7.6)

注1 法務省刑事局の資料による

注2 ()内は、総数に対する構成比である。

我が国の精神病院は、私立の占める比率が高い。措置入院の要件の審査のみで、入院措置がとられるため、一般の精神病患者と混在して、治療を受け、退院判断は、病院長の判断に委ねられる。そのため、運用に不規則が生じ得、早すぎる退院、脱院、長期の入院が生じ得ることになる。地域差も大きく見られる。表2に見る通り、措置入院からの退院後他害行為を行った者の退院後の期間が6ヶ月以内の者がかなりの比率を占める。その反面、検察官の措置通報により入院した者の11年の追跡調査の結果を見ると、23.0%の者がいまだ、入院中であったという。(山上皓・犯罪学雑誌61巻5号)

表2 退院から他害行為までの期間

(平成8年～12年)

区分	他害行為までの期間					合計
	6月以内	6月～1年	1年～5年	5年～10年	10年～	
殺人	8 (32.0%)	6 (24.0%)	6 (24.0%)	4 (16.0%)	1 (4.0%)	25 100.0%
強盗	10 (58.8%)	3 (17.6%)	2 (11.8%)	0 (0.0%)	2 (11.8%)	17 100.0%
傷害	17 (34.7%)	7 (14.3%)	18 (36.7%)	6 (12.2%)	1 (2.0%)	49 100.0%
放火	4 (33.3%)	5 (41.7%)	3 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	12 100.0%

法務省の資料による

殺人のような重大犯罪は、親族が被害者である場合が71%を占める。また、病院内で生ずる場合もかなりあり、措置入院による対応しかない場合、ふたたび、家族の責任において入院治療を続けねばならないという事態が容易に生ずることになる。表3に見るとおり、入院中に惹起されたものが、殺人の5.3%、傷害致死の22.2%を占める。病院内の殺害行為がくり返される場合、措置入院の引受先がない場合も生じ得る。

表3 心神喪失者・心神耗弱者の他害行為時の治療状況調べ(平成8-12年)

区分	治療あり				治療なし				不明	合計
	入院中	通院中	その他	小計	通退院後5年以内	無断離院後5年以内	その他	小計		
殺人	37 (5.3%)	173 (38.9%)	4 (0.6%)	314 (44.7%)	107 (15.2%)	13 (1.9%)	205 (29.2%)	325 (46.3%)	63 (9.0%)	702 (100.0%)
強盗	6 (4.2%)	50 (35.2%)	1 (0.7%)	57 (40.1%)	25 (17.6%)	3 (2.1%)	36 (25.4%)	64 (45.1%)	21 (14.8%)	142 (100.0%)
傷害致死	16 (22.2%)	28 (38.9%)	1 (1.4%)	45 (62.5%)	7 (9.7%)	0 (0.0%)	18 (25.4%)	25 (34.7%)	2 (2.8%)	72 (100.0%)
放火	10 (2.3%)	160 (36.5%)	2 (0.5%)	172 (39.3%)	74 (16.9%)	12 (2.7%)	135 (30.8%)	221 (50.5%)	45 (10.3%)	438 (100.0%)

法務省の資料による

今まで、精神障害者による犯罪の発生率はむしろ低いとされる背景には、家族に

よる適切な看護、精神医療による適切な治療に負っている部分が多いと考えられる。他害行為が発生するのは、その保護の綻びが生じた場合と言え、保護者の無い状態が露呈された事態と言える。適切なフォローアップの体制を整える必要がある。

(5) 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律案」について

精神障害者の犯罪に対処する法的措置について、かねてより法務省と厚生労働省の間で協議が重ねられてきた結果に基づいて、平成14年、第154国会に表記の法案が提出された。法案の概要は次のようである。

心神喪失等の状態で重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害)を行った者に対し、検察官が地方裁判所に対して、処遇の要否を決定することを申し立て、裁判所においては、一人の裁判官と一人の精神保健判定医とからなる合議体で審判を行う。対象者には、弁護士である付添い人を付し、精神科医に対して精神鑑定を求めた上、処遇の要否・内容を決定する。

厚生労働大臣は、入院をさせる旨の決定を受けた者の医療を担当させるため、一定の基準に適合する国公立病院等を指定入院医療機関として指定し、これに委託して医療を実施する。入院を継続する場合は、原則として6月ごとに確認の申し立てを要する。

保護観察所の長は、入院中の対象者の社会復帰の促進を図るため、退院後の生活環境の調整を行う。

退院の許可を受けた者等は、指定通院医療機関において入院によらない医療を受けるとともに、保護観察所に置かれる社会復帰調整官による精神保健観察に付される。

保護観察所の長は、対象者の処遇の実施計画を定め、関係機関相互の連携に努めるとともに、裁判所に対象者の入院等の申し立てもなし得る。

提案に到る経緯は、戦後1960年に作られた「改正刑法準備草案」に基づいて、法制審議会の長い議論を経たあと、1974年に心神喪失・心神耗弱の判断をされた精神病患者に対する「治療処分」、薬物依存者等に対する「禁絶処分」を規定した「改正刑法草案」が提案されたが、「保安処分」制定に対する反対運動に会い、成立しなかった。

1981年には、法務省は、保安処分を殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の6罪種を犯した者にしぼった治療処分に限局し、その施設も厚生省管轄の精神病院にする等のいわゆる「刑事局案」を発表したが、それも成立するに至らなかった。

その後、「精神衛生法」の改正を経て、1999年の「精神保健福祉法」の改正の際、精神障害者による触法行為への対応策についてもしるべき検討のなされるべきことの附帯決議がなされたのを機に、法務省と厚生労働省の関係部局が学識経験者を交えて検討を重ねてきたが、2001年の池田小学校事件を機に、自由民主党を始めとする各党が対策法案作成のためのプロジェクトチームを立ち上げたのを契機として、本法案が出された。

審議の経過において、入院決定の要件である「入院をさせて医療を行わなければ心神

喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合」の「再び対象行為を行うおそれ」の判断が可能かという点に議論が集中した。

本委員会のヒアリングにおいても、精神障害者の犯罪発生率は少ないのであり、その予測を誤る率が高く、不当に拘束されるおそれが高いとの意見が述べられた。

日弁連の意見書によると、「再犯のおそれ」を処遇要件と明記することは、治安を優先させたものという他なく、精神障害者の保護や治療に力点をおく医療判断ではないことを意味するとしている。

そこで、入院決定の要件を「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」とする等の修正を加えた修正案が衆議院で可決成立し、継続審議となり、第 156 国会においては、参議院で審議が行われている。

(6) 「他害行為」を行った精神障害者に対する特別な対応策を行うことに対する論点

精神障害者の犯罪発生率は少ないのであり、「時として起こる不幸な事件」を防ぐには、精神医療の改善・充実こそが重要である（参照：イタリア：トリエステにおける入院治療廃止の実践）。との「意見」

精神障害者に対する偏見・差別を無くし、「ノーマライゼーション」を促進すべきことは、本報告の提言の主旨とするところである。しかし、「時として起こる不幸な事件」は、医療や保護が適切になされていなかった状態で起こる。その後のその対象者への対応は、十分に社会と協調していける生活環境を整備し、見守ることが必要となると考えられる。

入院判断に裁判官を関与させるのは、治安を優先させるものである。との「意見」

我が国では、「自傷他害」のおそれのある精神障害者について、精神保健指定医 2 名の診断により、措置入院が認められている。しかし、アメリカでは、この判断に人権侵害の危険があるとして、その要件の審査に裁判所でのヒアリングが義務づけられている。裁判官は、人権への配慮をなしつつ、処遇判断を行うべき任務を、従来より家庭裁判所における保護処分決定、量刑判断、DV ケースにおける保護命令などにおいて、託されているのである。

内外の精神医療の実践においては、犯罪にあたる行為を行った者への特別な医療などは存在せず、一般の精神医療と変わらない。との「意見」

刑事責任無能力・限定責任能力と判断される精神障害者は、精神障害のために規範にしたがう能力が減殺されているのであり、その面の治療が以後、他害行為をひきおこさないためには、重要である。入院決定の際の「再犯のおそれ」の判断は、治療の必要のない者を除外するために判断されると考えられる。

精神科の領域もより専門化が進むものと思われる。重大な他害行為を行った患者の場合、精神疾患の問題があると同時にその行為を行ったという問題が併存しており、このような二重の問題を持った患者にはその方面の専門知識に基づく治療法が必要であり、そのための治療法を訓練された専門家をそろえた病院を作ることが必要だとする精神科医も多いと思われる。治療と精神鑑定も行い得る司法精神医学の専門家を育てるためにも、専門病棟の設置が、対象者の多い病院での臨床経験を得る機会を与え得ると思われる。

専門病棟に入れられた者に払拭しがたい「ラベルを貼る」結果となり、隔離目的の専門病棟にならざるを得ない。との「意見」

指定医療機関での治療を確保することによって、一般の精神病院に混在していたことのため、一般の精神病患者が危険な目で見られることを避けるメリットが生ずる。「ノーマライゼーション」を進め、本人の主体性を認めていく場合、自分のした行為については、その者の能力に応じた形での何らかの責任を負うことが求められる。隔離優先の施設になるかは、設備・人員配置等の運用の問題である。その処遇面も裁判所のチェックを受けさせることによって、高度な医療体制の確保は可能と思われる。

「再犯のおそれ」の判断が不確定であるため、それが除去できたという確信が持てない以上、収容が継続されるおそれがある。との「意見」

現行の制度においても、「自傷他害のおそれ」の判断のもとに、他害行為がいまだ行われていない段階で、不定期の措置入院制度が運用されている。

医師の見立て行為は、これからどうなるのかの判断を含むもので、精神症状の病状がどうなっていくのか、それと同時に行動はどうなるかという変化の見通しを含むものだとする見解も示されている。どのような保護環境におかれれば、穏やかな生活をなし得るのかという専門的知見であろう。そのような観点から、入院の必要があるか、通院が確保されればいいのか、今の保護状況で今後も大丈夫かの判断がなされればよいものと考えられる。精神障害者の人権と社会がその他害行為からできる限り守られるという社会のやむにやまれぬ利益との調和は精神科医と裁判官の人権感覚の協働態勢により、よりよいものになし得よう。

処遇判断は、家庭裁判所でも、量刑の判断においても、専門家の意見を聞きつつ、裁判官によって行われているのである。

迅速かつ継続的な医療が困難になる。2～3ヶ月の鑑定入院期間により、治療の開始が遅れ、審判によりさらに遅れ、自宅より遠い指定入院医療機関において、過去を知らない医師によって、治療が行われることになる。との[意見]

重大な他害行為を行った後に今までと同じ治療環境で治療すべきかは問題である。むしろ、家族が被害にあった場合等、家族にはもう手に負えない場合が多いのではないか。自分の行った行為の自覚も治療の方法として、必要であろう。鑑定期間は、刑事責任能力の判断に必要なものであり、従来から必要とされたものである。

(7) いわゆる「触法精神障害者」の処遇に関する専門的研究(モニタリング研究)について

いわゆる「触法精神障害者」の処遇をより有効適切に促進するためには、精神医学者等による科学的研究が必要不可欠であり、モニタリングシステムの確立がその研究の重要な前提となる。また、心神喪失等医療観察法(案)が法律として制定され施行された後、その施行状況を踏まえて見直しを行うに当たっては、必要となる情報を収集(調査)しなければならない。その意味においても、モニタリングシステムは重要な前提をなすのである。同法(案)附則第3条第1項が、政府の努力目標として、「この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする」と規定しているのは、まさしく専門科学的研究の必要性を指摘するとともに、その質の継続的向上を要求するものであり、妥当な姿勢であると言えることができるであろう。

このようにモニタリングシステムが制度上要求される以上、法律的観点からその整備を検討しなければならない。その際、研究目的の明確化、研究対象者の人権保障、データの適正管理と目的外使用の禁止、適正なシステム運営のための各種方策を講ずる必要がある。また、モニタリング研究は、単に私的な学問的関心からなされるものではなく、あくまでもいわゆる「触法精神障害者」の処遇に資することを目的とするものである。その研究を委託するに当たっては、中立的な立場にあり、情報公開を積極的に進める機関に委託することが望ましい。かかる観点から受託期間は公的なもの、あるいはそれに順ずる機関に限ることが適当であろう。そして、委託事項として「心神喪失等医療観察法(案)の施行状況に関する調査を行う」旨を法規に明文で記載することが妥当であると解される。

(8) おわりに

以上の考察より、次のような事柄が指摘され得る。

まず、寛容な社会の実現が必須である。

従来、他害行為を行った精神障害者で責任無能力とされた者に対しては、精神保健福祉法上の措置入院制度に処遇を委ねるしかなかった。このやり方に対しては、上記に示したとおり、多くが不起訴で処理されるため、その行為内容が不分明のままとなることに、被害者・行為者双方から不満が漏らされていた。そして、早すぎる退院から生ずる早期の再犯の可能性、また、長期の収容期間となるなど、措置入院先が多くは私立病院であることや、地域差から、運用面の不均一が批判されていた。

そこで、せめて重大な他害行為を行った精神障害者については、その行為内容を明らかにし、今までの対処方法では、十分な保護・必要な医療が施されていないために生じたと推測されることから、専門家の意見をききつつ、適切・確実な処遇方法が国の責任において施されることが望ましい。このための方法には、諸種あり、種々の対処法が各国において行われているが、今回、政府案において提案されている手続きは、従来の医療モデルに最小限の司法機能を付け加えたものとして、マネジメントの観点からも

是認し得るものと思われる。

国公立の病院の中に指定医療機関を設けることによって、均一水準の医療・看護を確保し、運用においても全国統一された基準での実施が期待される。精神障害と犯罪の関連を研究する司法精神医学もその病棟において専門家を育て得ることにより、一層進むことが期待される。何よりも、社会復帰を援助し、フォローする社会復帰調整官のシステムの立ち上げが社会復帰を促進するものと思われる。

「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」という入院の要件が「再犯のおそれ」を判断させるものに変わりなく、このような不確定な判断に基づいて、不定期の収容を認めることが、人権の侵害につながるとする懸念があるが、精神科医は、従来より措置入院の判断において、将来の行動予測を含めた「見立て行為」を行っているものであり、十分な社会復帰を目指した医療を実施する施設環境。人員配置が確保され、6ヶ月ごとの審査によって、公正な評価がなされるならば、ある程度杞憂に終わることが期待され得る。今後の実施の仕方を見守っていく必要がある。

「共生」の意義と共生社会

1. 「共生」の概念とその人間社会への適用に関する問題点

(1) 基礎生物学から見た精神障害者との共生

多様な人々との共生社会

「共生」という言葉が最近では自在に使われている。もともと「共棲」と同じ意味で使われている言葉であるが、字面通り、共に生きるという意味で使われているようである。このような使われ方が流行するようになったきっかけは、1990年に大阪で開かれた「国際花と緑の博覧会（通称花博）」のテーマに「人と自然の共生」という標語がかかげられて以来と言われる。

「共生」という言葉は、生物学の学術用語の‘symbiosis’の訳語として、学術用語としては明確に定義され、明治以来確立している。生物学用語の共生は、2種の生物の間に不可分離の関係が成り立っている現象を指し、広義に使う際には、相利共生、片利共生、寄生を総括する。一般用語として使われる場合には、相利共生だけを意味する言葉である点は、学術用語と異なった使い方である。一般用語の方が、狭義に適用されるのである。具体的には、花博継承財団である（財）国際花と緑の博覧会記念協会が主宰するコスモス国際賞の目的の一つに、「人と自然の共生に貢献する業績」があげられるのに対して、説明の英訳では、‘harmonious co-existence between nature and mankind’という表現がとられ、英訳に際しては‘symbiosis’という言葉は使われない。学術用語の「共生」の定義には、「単なる共存は含まれない」とあるが、co-existenceは共存を意味する。共存というのでは、コスモス国際賞が目指すものを正確に表現することにはならないが、しかし、‘symbiosis’という用語を使えば、寄生という概念も含まれ、人が自然に寄生することを推進する業績を顕彰するという困ったことになってしまう。このように、共生という言葉に正確に対応する欧米語は見出せないのである。言葉が無いというのは、そういう概念が無いということである。

「人と自然の共生」という表現によって、自然と人とのかかわりを理想的に表現することに成功したために、環境問題が重い課題となっている時流に合っていて、共生という言葉が、閉塞した課題を打開するために使われる流行語となったのである。もっとも、だからといって、共生という概念が正しく理解され、適用されているとは言いがたいところもある。実際、最近の環境問題に係わる政府文書や環境NGOの文書などには、共生という言葉が無いものは無いといってもよいくらいである。しかし、残念ながら、科学的視点に乏しく、流行語としての共生をテーマに掲げているだけで、具体的な進め方のうちには、生物学用語のように寄生という概念を含んだ使い方をしているのではないかと皮肉を言いたくなる事例さえ無いわけではない。

多様性の創出の根幹である変異

多様な人々が共生する社会という言い方も、学術用語の「共生」とは全く独立の言葉遣いである。ここでは、ヒトという1種の生物のうちに、種内変異を統合して種という安定した生き方を求めようと訴えることを提唱する。しかし、生物にとって、種内変異があることは進化の必然であり、変異を内包することが種の進化にとって不可欠の要因である。種内変異を創出する遺伝子突然変異を、DNAの塩基配列の複写にエラーが生じる現象と説明されることが多い。しかし、生き物は30数億年前に地球上に姿を現わした初日から、遺伝子の正確な複写をすることに成功するのと並行して、一定の変異を生じることを普遍的な原理とし、生命現象の基本の柱に進化を含めることによって生き続けることを可能としてきた（生物学の基盤であるこの問題をここで詳述することは避ける）。すなわち、変異の創出を、現にあるものの複写のエラーとみなすことは、永遠に生きることにその特性がある生命現象の正しい把握に悖ることなのである。すなわち、種内変異はエラーの集積なのではなくて、進化の原動力である。

ヒトの社会に多様な個体が生きていることは常識である。経済効率を最大限に期待する現代社会では、より効率のよい個体をすぐれた個体と認識する。しかし、生き物の特性は、現にもっとも効率良く生きるものだけを生かすのではなくて、現時点では生きるための効率がかならずしも高くない個体も社会内に共存させることによって、進化に資することで、30数億年の生命を生き続けている。ヒトという種が、文化をもつようになってから効率を計算し、当面の効率だけでヒトに優劣をつけるようになったことは、生物の進化の可能性をさえ、当面の効率の犠牲にしようとすることである。ヒトの社会に多様な個体を共生させるということは、「生物としてのヒト」にとって最低限の科学的評価を求めることである。

社会教育のための理論的根拠の強化

障害者問題が、関係者の努力にもかかわらず、社会に認知される度合いが低いことはきわめて遺憾なことであり、障害者問題の改善のためには、問題の実体が正しく認識されることが不可欠である。問題の実体がより正しく、より広く周知されるように、メディア関係者の協力を得ることも必要である。そのために、メディア関係者が消化できるようなかたちでの情報提供をする作業も必要であろう。

たとえ実情の正しい紹介があったとしても、身体障害者や精神障害者が、弱者であるという理解が社会の通念となっている現実を解消するには容易でない障害があるように思われる。この問題を詰めるためには、多方面からの理論構築が求められる。

医療の発達によって、幼児の死亡率は最低に抑えられるようになった。一方、脳科学者によると、その結果4人に1人に障害が認められる事態が生じている。しかし、この事実を、「健常者」と「障害者」という図式で整理することは正しいことだろうか。健常者だけの生存を許容し、幼児死亡率を高めることは社会通念として認められることだろうか。上に述べたように、現代人に平均的な遺伝情報というもの

はあるが、生物種としてのヒトは遺伝子構成に多様性を維持することによって種としての存在を確保する。100%の平均的遺伝子保有者だけが生きるのではなく、多様な遺伝子が集団内に浮動することによって、ヒトという種の進化は営まれる。

多様な人々の社会内での共生を求めるということは、きわめて科学的な希求であり、それを妨害している社会通念の誤りは、科学の立場からもより正しい理解によって是正されるべきことである。そのための理論の構築を緊急に期待したいものである。これは、精神障害者が直面している緊急の今日的な問題の解決に役立つことではないが、障害者との共生社会を構築するという最終目標の実現のためには、広く社会的な理解を得るべき根本的な、きわめて重要な課題であると考えられる。

(2) 地域の生態系、地域の人間生活での「共生」

自然生態系・農業生態系の中でのいろいろな「共生」

「共生」は各生物の機能の分化によって生ずる生態系内での機能的多様性と深く結びついている。そこで生物学・農学の世界では、扱う生態系によって、「共生」の実態がかなり違っているように見受けられる。2例だけあげてみる。

昆虫生態学者の井上民二(故人)は、熱帯雨林で数年に一度起こる一斉開花の現象を研究するうちに、1億年の進化の歴史を持つ熱帯雨林では、生物相互間の「共生」が成熟した段階に達しているものがあるという考察に達している。長い進化の時間のなかで、無関心な状態から始まった生物相互の関係が一方的な侵害や防護の関係に移り、寄生、片利共生を通過していくが、それは激しい互いの闘いを含むものであり、そのあげくに相利共生の関係が生物集団の間に出来上がって、安定した熱帯雨林生態系が出来上がってきている。その結果として成立している共生関係は2種類の生物間で成立しているものもあれば、強者と弱者の間、数種類の動物・植物・微生物の間という複雑な関係も出来上がっている。このような熱帯雨林の長い進化の歴史をみれば、共生というものは、なまやさしく成立してくるような甘い関係ではないことが分かる。

熱帯雨林にくらべて、人間が関わる農業生態系はわずか1万年の歴史をきざんでいだけである。人間は農業を通して、よくもわるくも自然進化をはるかに上回る速度で自然をかきまわしているが、その中の共生現象は幼い未熟なものであるだけに、刻々の変化も大きいものがある。何が適切な「共生」関係なのか、生物多様性・環境保全・持続的な循環農業などという目標と「共生」とはどのような接点があるのか、学術研究のレベルはまだ百家争鳴の段階である。たとえば、田畑やその周辺にすむ虫には強害虫、弱害虫、天敵、益虫、さらには「ただの虫」が住んでいる。作物の側からみれば天敵、益虫との共生の他に、「ただの虫」との関係適切な「共生」ととらえるのか、問題提起からまだ20年未満の歴史しかない。

以上のように、フィールドワークの視点からは、現場ごとに特有の「共生」課題を抱えている。おそらく人間社会というフィールドの中でも同様に、現実の行政的な視点があるかと思えば、中世ヨーロッパ社会を念頭においた共生(生き生きとし

た共生、コンヴィヴィアリティ) の概念までさまざまな「共生」のとらえかたがある。本報告書の場合は、1 - (1)で述べたような「harmonious co-existence」という共生のとらえ方が妥当なのではないかと考えられる。

地域・農村の中での人々の共生

軽度のハンディを持つ人たちを対象とした地域福祉活動の1現場として、埼玉県立小原循環器病センター付近にある心身障害者地域福祉活動グループ「おにの家」の例を紹介する。ハンディを持つ人達の過半数は知的障害者であるが、精神障害者も含まれている(ちなみに、「おにの家」という名は、浜田広助の童話「赤おにのなみだ」に由来する。)

障害のある人もない人も「一緒に働ける職場を作ろう」、「気楽に遊びに来られるところを作ろう」と、1987年にみんなで小さな味噌屋(味噌製造)をはじめた。2人で始めたスタッフも現在は20人以上となり、1997年4月からは「こうなん福祉作業所」と位置付け、再出発している。大きく分けて3種類の活動をしている。

) 作業所の生産活動は、味噌作り班、地卵生産班、木工製品班などに分かれている。

) 地域デイケア施設「おにっこハウス」では喫茶・軽食と直売を行っている。

) 「生活ホーム小原」では6ないし7名の利用者が暮らしており、自分なりの生活・人生をつくることをめざしている。

施設全体の運営は10名の委員からなる家族会議(運営委員会)を中心に、出資協力者、ボランティア(地域の協力者)、販売・消費協力者などの力によって支えられている。もちろん、行政からの依頼と積極的な支援があって成立する運営である。

「味噌作り」は国内産米、大豆、大麦、赤穂の天塩、手作りの米麴、麦麴を使い、添加物を全く使わず、大豆は薪でゆっくり炊き、発酵は止めず、ゆっくりねかせて作る。

製品は最高の味と、健康指向を示すものであり、販売価格も一般の製品なみで消費者の評価は高い。個々の作業はていねいな繰り返し作業であるが、加工過程での製品の成長と心をおかすことができる。「地卵」も小屋内での自然養鶏であり、生産物は最高の品質を誇る。やはり個々の作業はていねいな繰り返し作業であるが、いきものと心をおかす作業である。

レストラン「おにっこハウス」は1996年にオープンしたもので、山林に近い地域の特徴を活かして、建築資材の木造部分は費用がかかっていない。特製ランチ・弁当から自家焙煎コーヒー・ケーキまで、すべて手作りの工夫をこらした日替わりのものを提供している。ここでの作業もていねいな繰り返し作業である。ハウスでは味噌、地卵、施設の手作り製品(ポーチ、クッキー、木工製品など)近所の農家の新鮮野菜、豆腐、酪農製品などの販売も行っている。

販売に協力している農家の一つは、5年前から他の仕事をやめて農業をしたくて近在に住み、すべて、あちこちに点在する休閑耕地を借り集めて(家も借家)、産直販売農家をめざして農業を始めた青年夫妻である。産直のお客には注文に応じて、

味噌や卵を一緒に送っている。

「生活ホーム小原」は1997年にオープンした。和室で明るい2階建てで、自宅で生活しにくい事情のある人達が一人一室ずつ住み、できるだけ自活している。大体は知的障害者であるが、精神障害者も一緒に住む試みを行っている。相当な困難が派生していると、スタッフは述べている。しかし、こういう試みができるのも「地域」の利点であろう。

ここに住んでいる人や通いの人のいずれも、ハンディを持つ人達の明るさと積極性には驚く。相応の給与が支払われていることにも驚くが、そのことが休日の楽しみにもつながり、労働意欲の源泉の一つになっていると、スタッフは感じている。

農産物は消費者が毎日必要とするものである。レストランで作る食べ物も毎日消費されていくものである。毎日繰り返しながら少しずつ工夫を加えて良質の農業・食料生産を続けており、ハンディを持つ人も支援するスタッフも同じ楽しさを分け合って生活しているように見受けられる。精神障害者との共生を発展させるために、「地域」という視点も一つの方向ではないかと考えられる。

2. 精神障害者との共生とは何か 「べてるの家」に見る

(1) はじめに

現代、世界でも、我が国内でも精神障害者の治療を、出来るだけ病院から、地域へとという方向が叫ばれ、疾患からの回復の一助、さらに回復者の社会内への復帰、生活が強調されている。そこでは障害者が社会でふつうに暮らせるという「ノーマライゼーション」が言われ、さらに健常者が障害者と共に暮らそうという共生へと理念は広がっている。しかし世界でも我が国でも、社会は、精神障害に対する差別と偏見に満ちており、我々はたえずそうした考え方と戦っていると言わざるを得ない。

しかしここで紹介するのは、そうしたことをはるかに突き抜けて、疾患を持つ人びと、障害者たちが社会に普通に暮らしているあるグループである。この暮らし方は、世界でもあまり類例を見ない存在であると言えよう。そしてその地域、浦河の人びとも共に普通に暮らしている。この「べてるの家」が、そこにいる人々自身が生活していることによって、私たちに示し、私たちに告げているものを知り、さらに考えなければならない。この「べてるの家」が今後の「共生」を推進するうえで大きなある一つの方向を示すことになると解されるからである。

(2) 「べてるの家」とは

概略：北海道浦河郡浦河町にある精神障害を持つ人々の共同住居であり、共同生活の組織でもある。堅く言えば、「浦河べてるの家」は、精神障害を持つ人たちの有限会社・社会福祉法人の名称である。メンバーはおおよそ100人で共同作業所、共同住居、通所授産施設などを運営している。

歴史（表1参照、文献2巻末。1994年以前については、より詳細には文献

1 卷末): 1978年4月に浦河日赤病院医療相談室にソーシャルワーカーとして向谷地生良氏就職、1978年7月、佐々木氏実氏退院祝をかねて、岡博昭氏ら精神障害の当事者たちが、回復者のソーシャルクラブ「どんぐりの会」をつくり、月1回の例会やレクレーションなどを行っていた。当時断酒会活動は始まっていたが、精神分裂病の人たちは住居として利用することや、また家族会も話し合う場にとどまっていた。

翌79年4月、浦河日赤病院医療相談室ソーシャルワーカー向谷地生良氏が、牧師不在であった浦河教会の旧会堂に留守番をかねて入居した。続いて、アルコール依存症のS氏が入居したが、まもなく自分で住まいを見つけ引っ越した。

翌1980年8月、宮島利光牧師美智子夫妻が着任し、正式に住居として提供、佐々木実氏が入居し、ついでもう1人入居して3人の共同住居になった。このころから旧会堂がどんぐりの会のたまり場になり、共同住居ともなった。1982年11月、向谷地氏は、結婚退去した。

1983年10月に札幌すみれ会と全道組織の樹立を確認しあった。これ以前から、海岸の漁師から昆布を貰ったりしている内、仕事を手伝い、早坂潔氏と宮島夫人で昆布の袋詰め内職を開始した。また宮島かあさんによって3食サービスが開始された。

1984年4月、旧会堂は、一部改装されて、宮島師によって「べてるの家」と命名された。当事者、地域有志によって地域活動拠点「浦河べてるの家」を創立した。北海道回復者クラブ連合会が結成され、浦河から10名参加した。この頃からメンバーが方々に就職して退去したり、また方々の集会で早坂、佐々木氏らが発表するようになった。

1988年、宮島牧師が離任、福島隆助牧師着任。川村敏明医師が、かつて研修医をした浦河日赤に着任した。この年、第3回精神障害者回復者の集いを開催した。同11月、昆布会社と石井氏がけんかになり、昆布が引き上げられ、全員で協議し、自主販売を開始した。以後、「地域のために」を旗印に日高昆布新製品開発、全国直送販売を開始した。翌年、「福祉ショップべてる」を開店し、紙おむつ他さまざまな商品を製作販売するにいたる。

1990年、向谷地悦子、病院退職、べてる共同作業所に専念、べてるの家改築。MUG(my tool user's group)日高の小山直氏、清水義晴氏の関与により、パソコン利用あるいは、法人としての活動展開など検討。

1991年5月、「精神障害について学ぶ会」開始。

1992年、『べてるの家の本』を発行し、3000部ほとんど直接販売。

1993年、「福祉ショップべてる」を有限会社とする。

1995年、第1回「幻覚&妄想大会」を市民参加で開催し、以後毎年開催。

映画『ベリー・オーデイナリー・ピープル』撮影開始、完成。

1996、年介護用品の店「ぼぼ」を開店した。

1999年には介護保険事業に進出し、レンタルも開始。

同年日本精神神経学会第1回精神医療奨励賞受賞。

2000年、精神分裂症者自助グループ「浦河S A」発足。

2001年、自主企画ビデオ『精神分裂病を生きる』販売開始、翌年全10巻完成。

2002年、「社会福祉法人 浦河べてるの家」設立、理事長に佐々木実氏、常務理事に早坂潔氏就任。社会福祉事業として「小規模通所授産施設 浦河べてる」施設長に荻野仁氏が就任した。

現在も日々の生活や活動は同じペースで行われ、浦河や、全国の様々な集会に参加し、製品の販売や講演を行っている。

組織と活動 : 「浦河べてるの家」の現在の組織は、形の上では、図1(文献2巻末)に示されている。「社会福祉法人浦河べてるの家」に、共同住居とグループホーム、暮らしの支援センターや、「小規模通所授産施設 浦河べてる」、地域共同作業所「ニューべてる」がある。また有限会社「福祉ショップべてる」のもとにレンタル事業なども行い、これら全てが、当事者たちによって運営されている。勿論向谷地夫妻をはじめとする数人の健常者も参加しているが、ほとんどがこうした事業には素人である。その業務の内容は、ある程度図1に記入されているので参照されたい。またこの図1の最下段にあるべてる大学、べてるどりーむばんくなどは、当事者が真剣に自分たちで考えて話し合い、行っているアイデアの所産である。

ただこの組織と活動の特徴は、向谷地氏(文献1, 2)が語っているように、「管理」もなければ、「規則」もないことである。ただ「3度の飯よりミーティング」というように、非常に頻繁に皆でミーティングを開いて物事を決めていくという。たとえばボヤが出たとき、消防や警察から責任者が出頭するように言われても、誰が責任者かわからず、全員で謝りに行ったという。商品の製作や販売もノルマがあるわけではなく、体調におうじてそれぞれ自分で申告して行く。

その現実 - 活動と思想

「浦河べてるの家」の「活動」と、そのもとになっている「思想」について書くのは、難しい。そもそも、べてるの家の人たちがこのように書かれるのを好んでいるとは思えない。しかし本を出版したり、ビデオを作ったり、方々で話をしたりしているのであるから、自分たちのこと、病気のこと、障害のこと、悩んでいることを語りたのは確かであろう。また前に書いたが(文献6)「べてる」に関わると誰もが語りたくなる、病気になる、なかには浦河に住みたいとさえ思い始めるというように、「べてる」は不思議に「人」を惹きつける。そこで「べてる」の「活動」と「思想」を考えてみたい。濱田祐三氏の言う(文献2, p 170-173)「弱さを含めてすべてを受け容れてくれる - - べてるは本当に懐の広い「場」です」に従って、私の考えを記すことにする。

まず「べてる」の生い立ちからみると、回復者のどんぐりの会が自発的に始まったことから全ては始まっている。そこに古い空き教会堂に居住するソーシャルワーカーと障害者の共同生活、そこが集会場になる。この自然発生的な状況は、おそら

く浦河以外でもあり得るであろう。しかしここに集まる人々は、自分じぶんの暮らしをし、少し助け合い、意見を述べ合いながら、けんかやアルコール依存者の本場に様々な事件などで、町の人々の非難にあいながら、次第に、緩いが、仲間同士で人を信頼し合う絆によるまとまりの共同体を形成してきた。

ここでソーシャルワーカー向谷地氏の存在は取り敢えずおいて、宮島美智子氏と早坂氏が漁師達からの昆布の加工を始めたことが、「べてる」の生産性の基礎になった。後でもふれるが、「べてる」は自立しており、「『べてる』に関われば、商売繁盛」と半ば冗談、半ば真実として語れることのもとなっている。

多くの障害者の共同生活や活動は、どの段階でも、行政の援助を求める。援助を受けるにはいろいろの条件が必要で、指導や制約が加わる。これは、国民の税金に関わればある程度やむを得ないことである。「べてる」は、この行政からの援助を求めなかった。ここには、向谷地氏の「なぜ障害者だけが社会復帰をしなくてはならないか」という考え方がある。むしろ地域の問題の大きさを知って「健常者や地域のためになにかをする」というのである。現在は小規模通所授産施設あるいは地域共同作業所などとして、行政側からの協力を得ているとのことである。施設や共同住居が随分増えたが、目を吊り上げてやっているわけではなく、それぞれのペースで動いている。

「べてる」は、初期はともかく、現在は家族の関与がほとんどない。メンバーは、家族から離れて暮らしているのであるが、一人一人は、家族に対していろいろ異なる思い、あるいは複雑な感情を抱いている。ビデオや書物に語られているメンバーの話は、病気あるいは障害と家族、自分の人生が深く関わっていることを教えてくれる。全国から集まっているメンバーであるから、その家族の思いはまた如何であろうか。一方現在でも親が自分の子女をメンバーに入れて欲しいと訪ねて来られている。

「べてる」の人々は、日々自分で、町のなかで、自分の暮らしをしている。これはあたりまえのことのようであるが、実は病気を持ったり、障害を持つ多くの人々の生活は、必ずしもそうではない。勿論「べてる」の人々も、症状が悪化すれば、浦河日赤などに入院する。調子の良いときは、自分自分の仕事をしたり、集まって話し合ったり、飲んだりする。ひとりでどこかへ行ったり、何人かで方々に、「地方巡業」と称して商品販売や、話しにも行く。いろいろの失敗や苦勞をし、迷惑もかけるが、「それで順調」なのである。つまり、それぞれの「弱さ」そのままに、病気とともにユーモアをもって生きていく生活をしているのである。

「べてる」の仕事は、昆布工場から軽蔑されて昆布を引き上げられたことから会社組織で本格的になった。自分たちで商売をするという予想もしなかった事業を、大変な工夫をしながらスタートした。この日高昆布の販売は、漁協の全面的協力、激励があり、小山直、祥子夫妻の協力とMUG日高の人々への紹介などがあるが、自分たちの地道な試行錯誤によるのである。前にもふれたが、障害者が地域に復帰するために仕事をするのでなく、「自分たちの仕事は、健常者と地域のために出来

ることを模索している」との考え方と実践である。浦河は、昆布と競走馬の産地である。全国各地同様、いやそれ以上に不況に苦しんでいる。先の昆布工場は、経営不振で閉鎖した。「べてる」は、紙おむつやその他の製造販売も行い、パソコン関連サービスも行い、その売上げは、年間1億円を超え、順調であり、町の産業や経済に大きい貢献をしている。まさに「べてる」に関われば、商売繁盛なのである。「べてる」の繁栄は地域の繁栄である。また病院の補助やホームヘルプサービスなども行い、まさに地域に貢献しているのである。

「地域の人と『べてる』」の関係については、初期にはいろいろの事件があり、小さい町のことであるから、精神障害者が町をうろついては困るなどの非難があった。これは、各地で聞かれる非難と同じである。しかし日高昆布の販売を始めることで、漁協やMUG日高との協力、交流によって、商売を営む同業者として迎え入れられた。

そのうちMUGの人々と「べてる」のメンバーで「べてる」の本製作委員会が発足した。その頃「精神障害について学ぶ会」が持たれた。このタイトルを「偏見・差別大歓迎！けっして糾弾いたしません」として、ふだんべてるにたいして感じていることを遠慮なく話してもらい、べてるのメンバーも「精神分裂病の です」などと自己紹介して、数十人も来た町の人々との交流が始まった。その後、「ここの集い」が続き、積極的に地域に関わるが、地域の人々へ「精神障害とは何か」とか、「社会復帰とは何か」などのいわゆる啓発活動はしない。自分たちの姿を明らかにしながら、地域に住む子ども達のための「木のおもちゃ展」などの楽しむ会合を持っている。向谷地氏は、『『地域には偏見や差別が渦巻いている』と決めつけ、啓発活動をおこなってきた精神保健の専門家自身が、じつは地域を知らず、理解していないのではないか。』(文献2, p54)という。本文の冒頭に差別や偏見といつも闘っていると書いた。地域で差別、偏見に遭遇することがあるが、それは「差別」や「偏見」に対する態度の浅さによると言うべきなのかも知れない。ともあれ「べてる」は地域で普通に受け容れられ、「べてる」であろうとなかろうと、人々は普通に暮らしていると言うことが出来る。

「べてる」の在り方の特徴の一つに、「べてる」の人々は、自分たち自身を、自分たちの集まりの中でも、外の浦河や全国方々の集まりでも非常によく語る。むしろ「べてる」に来て、自分の苦しみを話すことが出来、他の人に解って貰え、気持ちの解放が得られたと言う人も多い。「言葉を得る」と言う表現で、自分の人間としての寂しさを他者と共有出来、それから抜け出せたのであろうか。さらに当事者研究といって、自分自身をより深く理解しようとしている。例えば、河崎寛氏は(文献2 p137 - 146)、自分の爆発の原理(メカニズム)をワーカーと話すことによって、「爆発への処方箋」を書きつつある。

少し専門的に言えば、個人精神療法であったり、一種の集団精神療法ということになるのであるが、それが巧まずして自然に行われるのが、「べてる」という集団のもつ「場」の力であると言えよう。何人にとっても自分を知ることは、最も難し

いことであるが、「べてる」の人々は、当事者研究は面白いと言うのである。治療というのではなく、自分を知ると思えばこそそういう考え方が出来るであろう。また「幻聴」という、それを持つ患者を苦しめる現象を、親しみを込めて「幻聴さん」として、つき合うようになっていくのである。

たびたび言うように、「べてる」の人々は、浦河の町の人々にも、全国の行く先々でも、自分自身について隠さず語る。その最たる機会が、幻覚&妄想大会であり、笑いの中で最も話題を提供した人が、妄想大賞を獲得するという。一般に当事者が最も秘したい問題を明らかにするだけでなく、結果として多くの人に共有して貰っているのである。ここにはいわば降りている生き方と言うだけでなく、自分をすべてさらけ出しても平気という「弱さ」の「強さ」と、何よりも深い人間への信頼感があるのではないだろうか。

はじめに「べてるの家の本」 和解の時代 は、障害のある人々が、自立して行く過程で健常な人々と出会う様子が表されているように思える。次いで「べてるの家の『非』援助論」は、「べてる」の人々が、そのままいいと思え、自立している自分たちを語ってくれている。前者は、15000冊以上売れているとのことである。さらに現実の姿をよりありありと映像で表現する映画、ビデオが、それぞれ10巻作製されている。このエネルギーは大変なものであるが、やはりそれぞれのペースで問題だらけで動いているのである。

(3)「べてるの家」は何を語っているのか。

発足の当初から、自然発生的であり、かつ当事者たちが自立していることがなにより重要だということを示している。行政の援助を受けず、治療者も同じ目線で話し合っている。しかもこの自立は、辛抱した自立でなく、積極的に商売して地域のためになることを目指しているのである。勿論日々の試行錯誤ばかりであるが、それが当たり前なのである。

それは、一人一人が生の自分をきれい事ではなくさらけ出し、いわば降りた生き方をみせながら暮らしていることによるのであろう。また病気を持ち、それぞれの悩み多い人生を経ながら、その「弱さの情報公開」という魔法を用いていると表現する余裕の気持が、この活動を包んでいると言える。これは一般社会にあっても、肩肘張らない生き方の在り方を示唆しているのではないか。

すべての悩みを公開しているのであるから、精神分裂病という病名にこだわることもないので、呼称変更ということは、さしたる意味がなくなる。地域における偏見、差別ということも、それをいう地域の人々、専門家の考え方自体に意味がないのではないか。ある精神保健の会合での調査報告について、ある権威ある専門家が、実名で回答したケースについて発表者を批判したことを向谷地氏が述べておられるが、「べてる」の考え方からすれば、きわめてナンセンスであろう。

一方、「弱さの情報公開」は、言うことはできても、実際には難しいと考えられるが、「べてる」にあっては、それが可能になっている。それは「べてる」という共同体の持

つ「場」の力であろうということは、すでに述べた。それがどのようにして形成されたか、「べてる」の設立の経過と、それにいわばたえず付き添ってきた向谷地氏の存在無くしては無かったであろうと考えられる。しかし同氏は、それは、障害者たちの自然な力であると言われるであろう。

「べてる」の生活は、疾患、障害を持ちつつ生活し、地域内で暮らす様子をごく普通のものとして示してくれている。そして共生ということが、回復過程あるいは社会復帰後だけのものではないことも語ってくれている。

果たしてこのようなことが、浦河でしかできないかという問いが必ず発せられるであろう。それに対する明快な回答は、困難であろう。ただ、「べてる」の持つ「場」の力と、日々の混乱とトラブルを包みこむユーモアが、当事者の人々が感じる懐の大きさを形成し、それが現在の状況をもたらしていることだけは言える。

最後に向谷地氏と川村医師について触れたい。両氏ともこのような形で触れられることをおそらくは好まれないであろう。しかしこの両氏の絶妙な組み合わせなくしては現在の「べてる」は別の形になったかも知れない。両氏とも一見無責任に見えるが、そうでなく、まず当事者たちも健常者も、互いに同じ人生の悩み、苦しみを持っているという深い人間への関心と信頼を心底に抱いていると解される。いずれにしても、このような活動は、やはり個人の魅力と存在によって可能になることが実感される。

(4) あらためて共生を考える

本項の叙述は、日本学術会議の委員会報告書としては、極めて異色で、むしろ不適であるとの譏りは免れないかも知れない。しかし「障害者との共生」というテーマを見て、執筆者の脳裏に浮かんだのは、「浦河べてるの家」の存在であった。それは、日本精神神経学会において創設されたばかりの第1回精神医療奨励賞を「べてる」が受賞して以来この「べてる」の活動の意味をずっと考え続けさせられていたからである。

「べてる」によれば、「共生」は、障害者との共生でなく、健常者も障害者も同じなのである。まして本特別委員会発足の経緯の中に、いわゆる「触法精神障害者」に関して日本学術会議が何らかの意見を表明するという発想があるということには、かなりの違和感を覚えることになる。

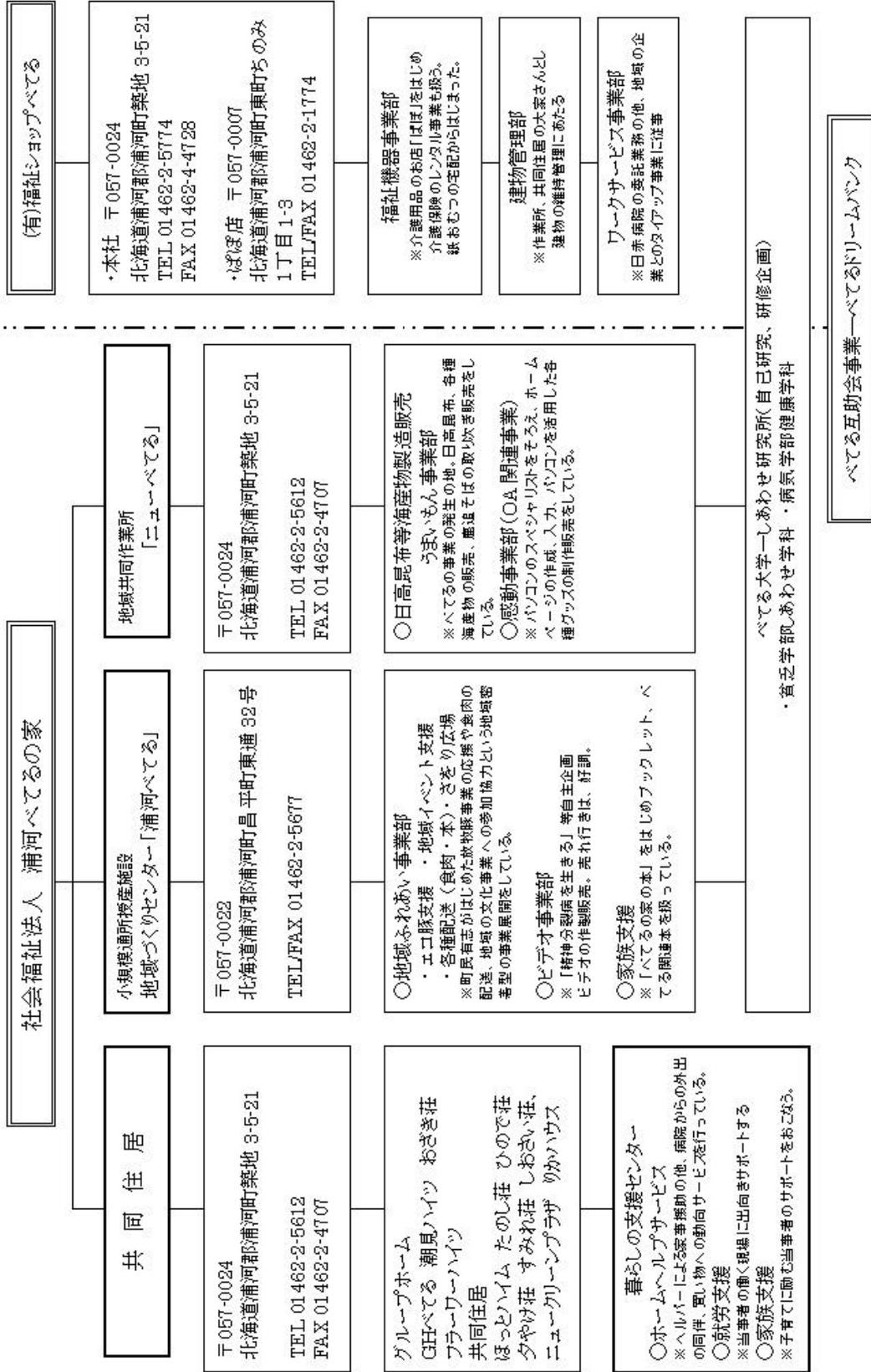
そもそも障害者も健常者も同じく社会内で暮らし、生活しているのである。障害者は、病のためあるいは、障害によって生活能力があるいは低くなっていることがある。しかし障害者も社会にあって、健常者同様、職業を持ち、社会の活性化に貢献することを求めるのは当然であろう。社会にある程度の秩序は勿論必要であり、「べてる」のように、いつも問題だらけというわけにはいかない。しかし現代社会、ことにグローバル化の進展による、効率追求を至高とする社会の趨勢は、果たして健常者にとっても幸福をもたらすのか、「べてる」は疑問を投げかけていると考えられる。

あらためて「共生」の意味について想を深くする必要を感じさせられる。

浦河べてるの家の歴史

1978.7	ソーシャルクラブ「どんぐりの会」発足、活動開始。
1979.4	浦河教会旧会堂に向谷地生良入居。
1980.8	旧会堂を正式に住居として借り受ける（佐々木実入居）。
1983.10	日高昆布の袋詰内職開始。
1984.4	当事者、地域の有志により地域活動拠点「浦河べてるの家」設立。
1988.11	「地域のために」を旗印に日高昆布の産地直送事業開始。
1992.3	『べてるの家の本』発行。
1993.7	有限会社「福祉ショップべてる」設立。
1995.5	第1回「幻覚&妄想大会」開始。 映画『ベリー・オーディナリー・ピープル』撮影開始。
1996.3	介護用品のお店「ぱぼ」開店。
1999.5	べてるの家の活動が日本精神医学会第1回奨励賞を受賞。
1999.10	介護保険事業に進出（介護用品レンタル）。
2000.8	精神分裂症自助グループ「浦河S A」発足。
2001.6	自主企画ビデオ『精神分裂病を生きる』発売開始。
2002.2	「社会福祉法人 浦河べてるの家」設立。理事長に佐々木実、常務理事に早坂潔。 社会福祉事業である「小規模通所授産施設 浦河べてる」施設長に荻野仁が就任。

2002 浦河べてるの家組織図



精神障害者との共生社会の構築に向けて

1. 精神障害者との共生社会を構築するためのマネジメント

(1) マネジメントとは何か。

日本学術会議第18期の「新しい学術体系」委員会の委員長である吉田民人氏は、「対象のあるがままの姿を記述・説明」する認識科学に対して、「対象のありたい姿やあるべき姿を計画・設計」する科学として設計科学という用語を提示している。(吉田民人「「新しい学術体系」をめぐる一つの論点整理」『学術の動向』2002年6月号)。設計という言葉はもともと工学出自の言葉であるが、理系にも文系にも共通する実学的研究の位置づけを明確にする意味で、このような対置は有益であると思われる。吉田民人氏自身が、「計画・設計」という表記で計画と設計を併置されているように、文系の諸科学においても計画や政策という用語が多用されており、経営学のキーワードである経営や管理あるいはマネジメントという用語も、文系出自の言葉として課題設定・課題解決を使命とする実学的研究の本質に深くかかわっている。ここではマネジメントの考え方を援用して、精神障害者との共生社会を構築するという課題について検討する。

一般に事物の在り方や成り行きに人為を介入させ、無介入の場合よりも望ましい結果を得ようとすることは、対象が人間であるか、自然であるか、さらには社会であるかを問わず行われており、経営あるいはマネジメントもまた、その本質は、課題解決のための活動を計画し、実行を統制し、実績を評価し、評価に基づく再計画を行うという繰り返しの中で、望ましい成果を得ようとする営みである。マネジメントは、“企業のマネジメント”というように、狭義には営利組織の運営にかかわる用語であったが、近年は病院や学校のマネジメント、さらには自治体のマネジメントなど、非営利組織を含む組織一般の運営を指す用語として適用領域を拡大しているだけでなく、「地球環境のマネジメント」、「リスクマネジメント(危機管理)」など、組織運営を超えて、現実の状況に働きかけ、望ましい状況に誘導し、望ましい状況を維持しようとする行為一般を指す用語としても重用されるようになってきている。デザイン(設計)はシステムの構造を考える営みであり、マネジメントはデザインによって決定された構造がもたらす機能为目标とするレベルに誘導、制御する営みである、という形でデザインとマネジメント、換言すれば、設計と管理(経営)との補完的関係を構想することができるが、課題解決のためのシステム設計を含めてマネジメントの役割と捉えることも、もちろん可能である。プロジェクト・マネジメントの立場がそれであるが、「精神障害者との共生社会を構築する」という課題を担うプロジェクトの一つとして本特別委員会のミッションを受け止め、ここでは、システム設計を含めた議論をすることにしたい。

(2) 課題解決の10段階

ある課題についてその解決行動をマネジメントの観点から整理すると、次のような項目について意思決定し、実行することである。

理念：当該社会あるいは組織体の理念ないし価値基準は何か？

課題：理念に照らして現状はいかなる課題を抱えているか？

目標：課題解決という目的達成のために具体的に何を目標として設定するか、換言すれば、どのようなビジョンを持って行動するか？

戦略と組織：目標達成のための戦略は何か？ また、選択された戦略に対応する組織形態は何か？

資源：当該組織体が現在持っている資源（リソース）は何か？そして、戦略遂行のためにはどのような資源があらたに調達されねばならないか？

資金、人材、施設（ハード）、ノウハウ、情報データベース、組織文化など。

制約：当該組織体にとって与件として受入れざるを得ない資源制約、時間制約（タイムリミット）、法的制約（規制）は何か？

利害関係者：その課題解決にかかわる利害関係者（ステイクホルダー）は誰か？そして、必要あるいは望ましい合意形成はいかなる点（イシュー）において、どのようなタイミングでなされるべきか？

計画：以上の諸要素にもとづいてなされる日程、予算、人員配置の決定。

実行：計画の実施（オペレーション）に必要な手順やマニュアルの決定。

評価：実行結果（実績）の把握とその評価、評価にもとづく改善案の作成と次期計画の決定。

計画し、実行し、評価し、評価に基づいて再び次の計画を立てるという plan do see の流れは、「管理のサイクル」と呼ばれることが多く、上記の10段階において直接的には 10 の計画以降の段階を指すが、日程計画を立て、ヒト（人員配置計画）と資金（予算）の配分を決める計画段階は、そこに至るまでに 理念から 利害関係者に至るまでの諸段階を先行段階として有している。

（3）共生社会形成のためのマネジメント（マクロマネジメント）

上記の10段階のステップは、社会（国や自治体）というマクロレベルと精神障害者にかかわる病院や施設などの組織体というミクロレベルの双方において想定可能である。「精神障害者との共生社会を構築する」という課題設定は、社会レベルのいわばマクロな課題設定であり、雇用関係をベースに組織構成員に対する指示権限が確立している企業や病院などと異なり、国や自治体には社会を構成する国民や住民に直接的な指示権限がないという事情が考慮されなければならないが、国や自治体は、法規制の権限、予算や行政機構というガバナンスの手段を持っており、社会に働きかけて目標とする社会（ここでは共生社会）を実現する能力と責任を有している、と考えられる。

それでは、「精神障害者との共生社会」を支える社会理念は何か？「共生社会」は、生物学的には片方だけが利益を受ける「片利共生」を含むが、ここでは日常語として「共生社会」という言葉が使われる際の通念に従って、当事者双方が利益を受ける「相利共生」の社会という意味で「共生社会」という言葉を用いると（以下、カギ括弧を外して

共生社会という言葉を用いる)、社会の構成員を障害者と健常者という2種類の当事者に区分した場合、共生社会が障害者にもたらすメリットは、不当な隔離や「治療」行為から守られるという人権の保障であることは明らかであろう。

これに対し、いわゆる健常者にとって共生社会がもたらすメリットは何か、については必ずしも自明ではない。健常者にとっては、特に「触法精神障害者」と呼ばれる障害者を隔離する方が障害者の他害行為(の可能性)から守られるというメリットが存在するからである。この点について、本委員会での議論を通して、次のように捉えるに至っている。

健常者と言えども、完全な健常者と言えるものはまず存在しないと考えるべきであって、多くの人々は、悩みやストレスを抱えて多少とも「病みつづ生きる」存在であり、健常者と(精神)障害者との境界は相対的なものに過ぎない。したがって、障害者の人権が守られるか否かということは、まったくの他人事というわけでは決してなく、潜在的には自分自身の人権が守られるか否かという問題として受止めるべきである。

福祉行政のコストという観点からみて、障害者に対する無理解、恐怖と敵意による非共生社会よりも、理解と支援に基づく共生社会の方が低コストであり、その多くが健常者である納税者の立場からは経済的メリットが大きい。

わが国が他の諸国からどの程度尊敬される国であり得るかという意味での、一国の精神的権威(真の国威)は、わが国の女性や高齢者、外国人、病人や障害者の人権がどの水準で尊重されているかということに、大きく依存する。世界で尊敬される国民になるためにも、健常者にとって障害者の人権尊重は重要な意義を持つ。

かくして、1975年に国連総会において決議された『障害者の権利宣言』が示しているように、「身体的・精神的障害を防止し、障害者が最大限に多様な活動分野においてその能力を発揮し得るよう援助し、また可能な限り彼らの通常の生活への統合を促進する必要性に留意する」ことが、わが国においても推進されなければならないが、他方で、精神障害の種類や程度によっては「自傷他害のおそれ」があることも事実であり、そのようなリスクを最小限にするという意味での、障害者自身および(他害行為の)被害者の人権尊重が図られねばならないことについても、我々は十分な配慮が必要である。他害行為の総件数において健常者によるものの方が圧倒的に多く、障害者によるものの比重が少ないとしても、他害行為から受けるリスクをできるだけ小さくすることは、共生社会にとっても重要な課題であるからである。

もしも「共生社会」が「安全社会」の対概念であって、共生と安全とが対立矛盾する価値であるのなら、安全を無視して共生を受入れることを人々に強制することはできないであろう。しかし、10年、20年という長期の実質的な拘禁状態が措置入院の名の下に多数見られるという現状が、果たして「健常者にとって安全な社会」という大義名分のもとで正当化されるかどうかは、改めて検討の余地があるはずである。共生と安全が両立可能な価値であるにもかかわらず、社会の怠慢、行政の不備によって二律背反的

な関係に置かれているだけかも知れないからである。

結局、「我々は障害者を含めて全ての人々の人権が尊重され、その人生が能うかぎり幸福となり得る諸条件を備えた社会を良しとする一方で、障害者の自傷および他害行為のリスクを最小化することが望ましい」という理念のもとで、「精神障害者との共生社会を構築する」という課題設定を行うことになるが、そこでは、「現状において精神障害者はその人生を能うかぎり幸福なものとする支援を十分に受けているとは言えないし、他方で障害者による自傷他害行為のリスクが最小化されているとは言えない」という現状認識のプロセスが前提になる。

「共生社会の構築」という課題のもとで追求されるべき目標は、「人権最大化とリスク最小化のトレードオフ関係の克服」ということになり、障害者の人権最大化の具体的な数値目標（例えば、「障害度別の平均入院期間を　　にまで短縮する」）とリスク最小化の具体的な数値目標（例えば、「障害者による他害行為の発生率・件数を　　にまで低減する」）とが策定される。

理念、課題、目標の設定に続いて、その目標達成を保障する戦略策定が可能であるかどうかということが、課題解決の全プロセスにおいて最も重要なポイントになる。現状において対立的な目標を両立させる一般的な戦略は、資源投入量を増やしてパイを大きくすることであり、障害者問題について言えば、予算と人員を増やして治療のケアも行き届き、同時に他害リスクを小さくする観察と予防を十分に行うようにすることである。国家の責任として資源投入を十分なものにする努力が払われるべきであることは、もちろんであるが、他方で理想的な資源投入を直ちに期待することがさまざまな制約から困難である実情も考慮されなければならない。

目標追求にかかわる資源制約の克服という点で、本特別委員会において紹介されている「べてるの家」の事例は、さまざまな示唆を含んでいよう。少数のコアメンバーを核として自然発生的に生まれ、成長する施設の在り方は、施設の立ち上げに要するコストが完全官製型のものに比べて割安である上に、ランニングコストの上でも生活保護費以外の外部援助をほとんど受けていない半自立型の組織体であるという意味で、コスト優位性を持っている。コスト優位性があるということは、コアになる人材養成と地域住民の理解という前提が満たされれば、財政的な負荷を最小限にしてそのような施設の広範囲な普及が可能であるということの意味し、共生社会に向けて社会全体を変革するというマクロ的な目標の達成に関して有力な戦略概念を提供している。すなわち、少数の健常者（精神科医師と支援者）を核として10～30人の障害者とが共生するという第一次共生、障害者が日用品の配達販売やサービス役務を提供する代わりに代価を受け取るという関係が地域の人々に違和感なく受け入れられているという意味での、「べてるの家」と地域社会との共生(第二次共生)、そして生活保護費の支給という資金支援を国が行う代わりに障害者自身はできるだけ自立した生活を営むことで国の負担を低減するという意味での、障害者と国との共生（第三次共生）が相まって、共生社会の有力なモデルが提示されていると言えよう。

「べてるの家」モデルで重要なことは、そのコスト優位性によって量的な普及ポテン

シャルが高いというだけでなく、「べてるの家」に住む障害者達がそこを彼らの自由意志において選択し、彼らの役割分担が居住者達の自由な議論による了解をベースとして決められているという質的なレベルの高さである。ここには、ハード的に立派な施設やたくさんの介護者がいなくても障害者の人格が尊重され得るとということが示されている点で、福祉行政の固定観念を打破する萌芽が秘められていると評価することもできよう。

「べてるの家」が示唆する「生活保護と事業収入を資金源とする自律型施設の普及による共生社会の形成」という戦略の妥当性については、「べてるの家」の財務分析や地域調査（たとえば「べてるの家」の障害者達による日用品販売やサービス役務の提供という事業が、地域の零細事業者にとって「民業圧迫」となっていないかどうか、地域住民の本音のレベルで「べてるの家」が受容されているかどうか、などの調査）を行うことによって、なお検証される必要があるが、いずれにしても「べてるの家」の事例は「精神障害者との共生社会形成」に向けてNPOのはたす役割の重要性を示すものであり、海外事例の調査を含めてより詳細な調査と分析が期待される。

（４）個別施設のマネジメント（ミクロマネジメント）

共生社会形成のためにNPOの果たす役割の重要性を前述したが、精神障害者の障害レベルは多様であり、NPOでは量的にも質的にも対応できない部分があることは言うまでもない。したがって、「べてるの家」の事例は、障害者福祉行政における財政面での充実がさらに必要であることと少しも矛盾するものではないことを、あらためて強調しておこう。

本特別委員会において東松山市総合福祉エリア総合相談・訪問サービスセンターの事例について報告がなされたが、当該報告が明らかにしたことのひとつは、福祉行政に市長以下きわめて熱心な取り組みを行っている東松山市においても、身体障害者、知的障害者への対応に精一杯で、とても精神障害者への対応までには手が回らないという現状であり、人口密度が都会とくらべて希薄な地域（そのような自治体が圧倒的多数を占める）において、あるレベル以上のケアを行おうとすれば既存の自治体の枠を超えた広域的な取り組みと地方交付税に依存しない財源の確保が必要であるということであった。

制度面の改善の必要に加えて、個別施設の経営に関して望まれることは福祉組織としてのパフォーマンス（活動実績）の評価システムとディスクロージャー（開示）システムの構築であろう。

実績評価のためには、次のような点について詳細を詰める必要がある。

評価目的

組織理念によって異なる。

評価主体

だれが評価を行うか？

評価項目

一般に民間企業における主要な評価項目は、いわゆる QCD(Quality 品質、 Cost 費用、 Delivery 納期)であり、最近はこれに Environment 環境が付加される状況となっている。つまり、提供する製品やサービスの品質（品質向上）、かかった費用（コスト低減）、どれだけの時間を要したか（納期厳守）、さらに環境配慮のレベルが実績として問われ、評価される。

もっとも、障害者施設の場合、障害者や施設で働く人々の人権が尊重されているかどうかが重要な項目であるから、たんに治癒の実績を見るだけでなく、Humanity 人間性（人権尊重度）のレベルが評価されるべきであろう。モノを作るメーカーの評価と異なり、障害者の治療・生活支援サービスの提供を使命とする施設については、人権こそが最優先の評価項目であり、費用や時間の項目と並置されるべきでないとするれば、その点を考慮に入れたウェイトづけがなされる事になる。

項目別指標

顧客（障害者やその家族）満足度や従業員（施設で働く人々）満足度などの定性項目について測定指標をどのように設定するか？

評価項目のウェイトづけ

統合指標を作成するに際し、評価項目のうちどの項目をどの程度重視するのか？

評価結果の表示形態と情報開示の在り方

項目分類の体系（大・中・小分類）の整備。

ランク、点数などの段階区分の決定。

情報開示の範囲と対象(どのような情報を誰に対して、いかなる方法で開示するか？)

(5) 提言

これまでの考察を踏まえ、以下のようないくつかの提言を行うことで、結語に代える。

前節において個別の医療組織体あるいは福祉組織体の評価について述べたが、国や自治体などの社会レベルにおいても、「障害者との共生社会到達度」について評価項目や測定指標を決定し、それぞれの到達度の評価ないし格付けを行うことが望ましい。財務健全性の格付け（財務格付け）、環境配慮実績の格付け（環境格付け）などとならんで、いわば“共生社会到達度の格付け”（共生格付け）を行う評価システムの確立が望まれる。

障害者施設は営利組織ではないから売上げや利益の額で実績の評価はできない。精神障害者の施設は医療施設としての側面に加えて、社会復帰訓練施設や居住施設としての側面を持っており、医療施設としては個人別治癒実績（当該期間末における到達治癒レベル - 当該期間初めの障害度）の総計として「医療実績度」の測定がなされることが望ましい。もちろん、精神障害については身体障害や知的障害に比べて治癒実績の把握が困難であることは予測されるが、精神障害医学の知見によって、障害度の把握はそれがどれだけ精密であるかは措くとして、何らかの測定は可能であるはずである。

居住施設としての側面は、居住の快適性（アメニティ）によって評価されるべきであろう。居住の快適性を具体的にどのような測定指標によって測るかの問題が生じるが、より困難な問題は障害度の重い患者に対し、自傷・他害リスクの最小化のために何らかの拘束・監視が必要になる場合、これと障害者の人権、居住者アメニティの観点からする居住空間の開放性の評価とを、どのようにバランスさせるかという問題である。

また、費用対効果の分析という観点からは、上述した効果（アウトプット）をどのような費用（インプット）によって実現したかという点を見るために、投入資源（費用や時間）の把握を行い、これを上述した諸効果と対比させることによって、施設としての効率性の把握を行うことが望ましい。もとより、障害者施設はその機能の社会性こそが重要であり、効率性評価は施設存在の持続可能性を確保するための手段であるという位置づけが確認されねばならないが、施設の活動実績をどのように把握し、評価し、評価に基づく改善計画を策定していくのかというマネジメントの視点が、障害者施設について、現時点では脆弱に過ぎるように思われる。

本委員会においては、特別な調査費用の用意ができない資金的制約と各委員が所属機関での仕事を抱えている時間制約から、十分な事例調査と分析に基づく提言は不可能であるが、精神障害者との共生社会形成に向けて、海外事例の調査も含めて情報収集を行い、日本社会の実情に即した共生社会形成戦略の策定を、障害者自身を含む関係当事者の参画に基づいて行うことが望まれる。

また、官民を問わず情報開示の社会的要請が強まる流れのなかで、開示するに足る情報を把握するためにも、収容人員や対応相談者数などの粗い指標にとどまらない実績測定の指標が学界と施設現場との協力によって体系化されることが望まれる。

障害者との共生社会の実現に向けて、すでに制定されている「循環型社会形成促進基本法」に相当する、「共生社会形成促進基本法」の制定が望まれる。

2. 差別意識の解消のための教育

(1) 精神障害者の経験世界を「共感的に」理解することはできない。

私たちは精神障害者が生きている世界について、「当人の経験していることと同様の経験を共有する」という意味で「理解する」ということは、ほとんど不可能であると言ってよいであろう。例えば、セシュエーの『分裂病の少女の手記』の主人公「ルネ」が、どのような妄想に苦しみ、どのようなことに怯え、どのような他者の言葉に深く傷つくかについて、その心象風景をいかに正確に記していても、私たちは彼女の経験を「わがごとくのように」ありありと鮮明に追体験することは不可能である。たかだか「頭で分かる」(私たちの経験世界とどこがどう違うかという点について、「知識」として理解する)にとどまる。また、そういう精神障害がなぜ起こるか、その兆候はどのように現れるか、彼らはどのような思考法でどのように外界を解釈しているのか、などなどについての詳細な解説（例えば、アリエティ, 1980）を読んでも、やはり「知識」としては頭に入る

が、「共感的に」理解することはほとんど不可能であろう。

それでは、精神障害者の経験世界について、「共感的に」理解することが原則的に不可能である私たちは、精神障害者たちにどう対処すべきだろうか。

一つの可能性は、彼らの精神状態について、私たちの精神状態とどれほど違っているかについての「知識」(心理学や精神医学の専門的知識)を持つことである。

「精神障害」という「病気」について、それがどのような症状を持ち、どのような側面(心理特性)で健常者と異なっているかについて、正確な専門的知識を持つことは、そのような「障害者」の「治療」にあたる専門家(精神科医、カウンセラーなど)にとっては当然必要なことであろうが、一般の人たちにとっても、そのような知識を持つことが必要なのであろうか。

むしろ、一般の人が生半可に「専門的知識」の断片を「頭で理解」してしまうと、精神障害者を健常者とは「決定的に異なる」存在とみなしてしまい、「私たちとは『違う』人たち」として、遠ざけてしまうことになりかねない。「彼ら(彼女ら)は『病気』なのだから」として、近づかない方がよい、むしろ、彼ら(彼女ら)は病院なりなんなり、どこかに「隔離」して、その治療は専門家に任せるべきだ、シロウトの一般人は関わらない方がよい、という考え方に陥る。なにしろ、彼ら(彼女ら)は「別世界の人」なのだから、というわけである。

(2)「共生への道」をさぐる。

考えてみると、人が他者の「心情」を完全には理解できないということは、むしろ当然のことであり、ごく日常的に起こっていることである。このことは、従来から「他者理解」ということについての心理学や哲学がくりかえし指摘してきたことである。それにもかかわらず、私たちは多くの場合、他者とコミュニケーションはできるし、たがいに助け合うことや協力し合って何かを成し遂げることはできる。つまり、「共生(ともに生きること)」が可能なのである。

むしろ、避けなければならないことは、コミュニケーションが可能であるにもかかわらず、「あえて」コミュニケーションを試みないとか、あるいは、助け合いや協調作業を拒否するといった、見えないバリアーを作ってしまうことであろう。つまり、「完全には理解し得ない」ことを理由にして、「共生」の可能性を勝手に閉ざしてしまうのである。あるいは、先に述べたように、相手を「頭で理解する」結果、自分たちとは「違う」人間だとみなし、理不尽な差別や排除の対象とってしまうことである。そこにこそ、「共生の教育」の果たすべき役割があると言えよう。

すなわち、「共生の教育」というのは、自分とは異なる他者を「理解」することの教育であると言うよりも、むしろ、私たちがいつのまにか他者との間に作ってしまっている「見えないバリアー」(共生を妨げる障壁)を排除することの教育であると言えよう。

このような考え方から、「(精神)障害者の共生をさまたげるバリアー」を除くために、私たちがやらねばならないこととして以下の3点をあげておく。あえて、「(精神)障害者」としたのは、必ずしも「精神障害者」にかぎらず、広く一般に「障害者」と呼ばれ

る人々との共生を視野に入れて考えたいからである。

「部分的共感」を広げる：どのような障害者の経験世界についてでも、私たちも「ある程度」は自分の経験の「延長」として理解できるはずであり、私たちはそのような「部分的共感」を広げる努力をすべきである。

人権（「生活」する権利）を守る：どんなに重い障害のある人でも、やはり「人間」として生きる（生活する）権利がある。それは、たんに「生命を維持する」だけでなく、人やもの、現実の「社会」とかかわり、そこで「生活」する権利である。当然、人間として不当な差別を受けたり、幸福追求を妨げられたりするようなことは、あってはならない。

「ともに生きる」場を広げる：障害者をどこか隔離されたところ　たとえそれが彼ら／彼女らにとって「理想郷」であったとしても　に閉じこめるべきではなく、むしろ、一般の人たちの「目に触れる」ところに連れ出し、「ともに生きること」を訴え、「ともに生きる」ことの喜びや楽しさを、私たちの社会のなかで、「ともに」作り出して行くべきである。

以下では、上記の3点について、具体例をあげて説明する。

（3）「部分的共感」を広げる

障害者の生きている世界は、確かに私たちの世界とは異なっているが、「全く理解できない」というものでもない。

ドナ・ウィリアムズは、『自閉症だったわたしへ』の中で、かなり強度の自閉症であるにもかかわらず、自分にとって世界はどのように見えるか、どのようなできごとが「耐えられないほどの苦痛」か、どのような自然現象とふれあうことが至上の幸福感を味わうことになるのかについて、自らの経験世界を克明に描いて見せてくれる。それらは確かに「異常」ではあるが、私たちに全く理解できないものではない。むしろ、きわめて感動的すらある。それは私たちの心の奥底に、ふだんは隠れているが、同じような「感じ方」が潜んでいることを思わせるからである。それは世界のものごとを「言葉で意味づける」のではなく、目や耳、あるいは触覚に入ってくる刺激そのものを、そのまま、丸ごと全身の感覚で受け止めるという「感じ方」である。私たちににとっては、それはかなり「努力」を要することかもしれないが、そのような「感じ方」を自らの中に「呼び覚ます」ことは可能であり、ひとたびそれが「わかる」と、それは新鮮な感動をもたらしてくれる。

宇田川は、「自閉症の傾向がある」とされる幼稚園児との関わりの中で、つぎのような出来事を経験する（「宇田川久美子　統合保育から見えてくる『共に生きる』ことの意味　自閉傾向のある男児の「モノ的世界」と「ヒト的世界」のつながりを手がかりとして」平成14年度青山学院大学大学院文学研究科教育学専攻修士論文、2003年）。

タックン(仮名)は2階にある年長組の保育室と保育室の間の扉を開閉している。そこには、私とタックンの二人だけである。最近、私はタックンを視界にいれているだけでゆっくり関わっていなかったことを反省し、二人だけの時間を楽しもうと思う。しかし、きっかけがなかなかつかめない。まず、私はタックンの言葉をそのまま繰り返してみた。タックンはバス停の名前を言いながら、時々、意味がとれない言葉を発する。「キョッシュー。ウィーヴイー。」と言って“ヴィー”のところは唇をふるわせて音を出す。私は意味もわからないまま真似をしていると一緒に「ウィー」でためて一気に「ヴィー」と音を出すところがタックンはとても気に入ったようで、そこで、うれしそうな笑顔になる。そのうち、タックンが「いっちゃた。」と繰り返す。私は何がいったのか理解できず、バスが行ってしまったのかと思い「アア、バスが行っちゃったね。」とか「乗れなかった。待つて。」とか応答してみるが、タックンはそれに対しては無反応である。私は的がずれていると感じ、タックンの様子を見ながらよくよく考えてみると、タックンは扉が開いたとき、視界から消えることをさして「いっちゃた。」と言っていることがわかった。私は扉が開くと「いっちゃったね。」と繰り返し、扉が出てくると「出た〜。」と少しオーバーに表現する。タックンはニコニコと笑う。そして、扉が出てきても私が何も言わないでいると、タックンが「出たって言って。」とせがむ。

宇田川は、このような経験から、タックンが「モノの世界」に生きていることに気づく。つまり、タックンは身の回りのモノの物理的变化そのものを楽しむのであり、それになんらかの「意味づけ」を与えて「お話」をかぶせ、「ごっこ」の世界を創り出すという、いわば「ヒトの世界」で楽しむという楽しみ方はしない、ということに気づいたのである。そこで、宇田川は、タックンと遊ぶときは、徹底して「モノの世界」をモノの世界としてそのまま楽しむように努める。積み上げた積み木を「壊す」のも、「せっかく積み上げたものをこわす」という意味づけではなく、「積み上がった積み木が音を立ててバラバラに飛び散る」という感覚を、一緒に楽しむ。あるいは「鬼ごっこ」をしても、「鬼に追いかける」というストーリーやゲームのルールとは無関係に、ただ走ったり、隠れたり、みつけたりという「出来事」そのものを楽しむ、というようなやり方である。

そのような「モノの世界で、ともに楽しむ」ことを繰り返すうちに、タックンは、宇田川を信頼し、親しみ、ときには「甘える」ようにすらなる。そこで宇田川は、たとえ自分がタックンにとって自分のやりたいことを実現する「道具」にすぎないとしても、「道具には道具の事情がある」ことを分からせようとして、時にはピシャリと要求を拒否するのである。そのような経験をして、タックンは、ものごとにはそれぞれの「事情」があって、それを時にはしっかり「見極める」ことが必要であることを受け入れるようになる。このような経験を重ねることによって、

タックくんは、健常児たちと、「それなりに」親しく遊ぶことができるようになる。つまり、お互いが「共感的に理解」はできなくても、それぞれの「事情」があり、それに対してできるかぎり「配慮」すれば、互いに楽しく「関わり合うこと」ができることが分かるのである。

(4) 人権(「生活」する権利)を守る

T大学の学生だった小田(2000)は、千葉県M市の自主夜間中学に「算数を教える」ボランティアとして入り、そこで知恵遅れの女性の「Sちゃん」(年齢は小田より若干年上)の指導を任される(小田祐輔「障害をもつ女性とともに学んだ記録 『算数』教える中で起こった筆者自身の変化をめぐって」平成11年度東京大学教育学部学校教育学コース卒業論文、2000年)。Sちゃんはその夜間中学に10年以上通ってきているが、いまだに筆算の足し算や引き算もできない。小田も、10円玉や1円玉を数百枚用意して、筆算の「くりあがり」や「くりさがり」を教えようと試みたが、ことごとく失敗に終わる。また、180円と181円でどちらの金額が大きいかをたずねると、「181円」と答えるが、両方を四捨五入した概数で言わせると、180円の概数は200円と言い、181円の概数は180円という。「概数で言えば、180円の概数の方が大きくなるけど、それでいいの?」とたずねると、首をかしげているが、それほど不思議にも思っていないようである。

このような経験から、小田は、Sちゃんが「机の上での勉強」ではほとんど何も学習しないことを思い知らされ、むしろ、Sちゃんの「生活」に即した学習を考えるようになる。そこでSちゃんと買い物に行き、どのように買い物をしているかをつぶさに観察した。実はSちゃんは、買い物をして「代金が足りないと言われること」が恐ろしくて、多くの買い物は母親にやってもらうか、「十分大きな金額のお札を出す」ことで切り抜けていたようである。そこで、小田は、「足りるだけの金額」ということを判断する学習をさせる。すなわち、

「98円は?」「100円」
「375円は?」「400円」
「298円は?」「300円」
「229円は?」「300円」
・・・

このように、100円台で「足りるだけの金額」が言えるように練習をし、さらに、100円の金額の足し算ならば、かなりの程度、「暗算」(指折りで加算することを含めて)で計算できるところまでできると、実際にスーパーに行って彼女に「2000円で買いたい物を買う」という「実習」をさせる。これはなんとか成功するのだが、おつりをもらおうと、「このおつりなら、ほしかったもう一つのものも買えたのに!」というくやしさを経験する。それをバネにして、今度は、100円台に加えて、50単位を加えて、「足りるだけの金額」を実際の代金に50円きざみで「近い金額」を判断するように訓練する。・・・これを繰り返す内に、ついに10円きざみの「足りるだけの金額」が言える

ようになり、その計算もなんとかこなせるようになった。それ以後、彼女は自信をもって自分だけで買い物ができるようになったのである（ちなみに、メモ用紙があれば、かなりの「足し算」も正確にできるようになった）。

Sちゃんは、「時間」についても、「待ち合わせに間に合う時間」というものが分からず、いつも数時間前からじっと待っているということで対応していたが、小田は、この点についても、「間に合うには何時ごろまで行けばよいか」の見積もりを少しずつ「実際の待ち合わせ時間に近い時間」で言えるように訓練する。それと同時に、そこへ行くまでの所要時間を考えて、「何時に自宅を出ればよいか」の判断を学習させる。その場合、学校教育で使われる「針を自由に回せる時計」の針を、到着すべき時間から所要時間分を逆に回して出発時間を出すという方法は、Sちゃんには全く通用しないことが分かる（Sちゃんは、時計をどっちにまわしてよいかわからず、ただぐるぐるとめちゃめちゃにまわしてしまう）。したがって、これも順番に、

「11時に待ち合わせをします。」

「そこに行くのに、2時間かかります。」

「何時に出発すればいいですか。」

と問い、Sちゃんがあてずっぽうの時間を言ったときには、それで行くと何時に到着するかを「時計まわり」に針を動かして調べる、という方法で考えるようにした。このようにすると、「逆算する」というSちゃんにとっては「わけが分からない」方法ではなく、「もしも、8時に家を出れば・・・、10時に着くか。じゃあ、9時に出れば・・・、あっ、11時ちょうだ。」というように、ていねいに順繰りに考えるという、Sちゃんらしい計算法で、「待ち合わせ時間に合わせて家を出る」ということができるようになる。

このほか、小田は、Sちゃんの料理づくりでの「計量カップ」の使い方や、駅での電車の路線図を見て、「乗換え」の判断など、いわば、いっしょに「現場」に行き、そこで「Sちゃんのできそうな思考法」をいっしょにみつけて、それをイメージしながら、算数の「勉強」をし、ある程度できるようになったら、「実地」で試し、そこで「ができると、もっと便利だ」ということが分かったと、「もう一歩」進んだ勉強に移る、という方法で、1年間を過ごし、Sちゃんは文字通り「(実生活の上で)ひとりで、やりたいことができる」ようになっていった。

渡部信一は、従来の障害児教育で「当然」とされていた「療育」観は、どこか根本的なところで大きな誤りを犯していたのではないかと、という疑問をなげかけている（渡部信一『障害児は「現場（フィールド）」で学ぶ 自閉症児のケースで考える』新曜社、2001年）。すなわち、従来の療育の原則は、まず障害の特徴や障害の程度についての診断をもとにして、それぞれの障害の医学・心理学的な知識にもとづいた個別の指導によって、系統的に、個々の「障害」を克服するように訓練を積み重ねる、ということであった。ところが渡部は、そのような「訓練」ではほとんどなんの効果もあがらないのに、障害児が実生活の「現場」 多くの場合、健常児や一般人との関わり合いが自然に行われる で、まるでウソのように、「障害」を克服してしまう（「いきいきとした」生活が

りを示す)ことがあることを指摘する。まさに、「障害児は『現場(フィールド)』で学ぶ」のである。

障害者の「生きる(生活する)」権利を守ろうということは、実は、彼ら/彼女らを「生活者」と見ることである。特別な「訓練」を経て、そのようにするというよりも、始めから、「生活者」とみなすのである。つまり、「生きようとしている(生活しようとしている)存在」であることを前提にする、ということである。私たちが日常生活の中で、苦勞をしたり、失敗したりしながらも、「いきいきとして生きている」という、その「生活」が、彼ら/彼女らにも与えられなければならない。

(5)「ともに生きる」場を広げる。

福井県立東養護学校の重複障害児学級では、毎日(風雨雪であっても)朝の登校が終わる10時ごろから、重複障害児たちと介護者たちは全員、「おんぶ」や「車椅子」の姿で「街に散歩に出る」のである。したがって、この学級では午前中は教室には誰もいない。あらかじめ一人ひとりの子どもと「今日はどこへ行くか」を決めていることはほとんどなく、むしろ、ともかく「外に出る」ところから始まる。そこで、子どもたちが「どこへ行きたいか」、「何をしたいか」を、その都度、介護者が「聞き取る」ことになる。なにしろ、相手は重複障害児であるから、言葉はほとんどない。視線もあまり定まらない。表情も普通はほとんど「無表情」である。介護者は、まさに、「ありとあらゆる手を尽くして」子どもたちとやりとりを試みる。そのうちに、わずかな視線の動き、うめきのような声、かすかな指の動きから、子どもたちの「意図」が読みとれるようになる。

筆者も、数年前と昨年の2度にわたって、この「朝の散歩」に同伴した。一旦、バスで街の中心にまで出て、そこから各自が気持ちの赴くままに、行きたいところに行くのである。ある子どもは豪華ホテルのロビーに入り、豪華なソファにしばらく寝っ転がっていたが、やがて床を這いずりながら、「フロント」まで行く。介護の人も、一緒に、ホテルのロビーの絨毯を這い回りながら、「チェックアウト」をしている客の足下で寝そべることになる。また別の子どもは、商店街のアーケードをおんぶされながらゆっくりと歩き、なんでもないところ(たとえば、散髪屋のぐるぐる回る広告柱)をじっとみつめたまま動こうとしない。飽きるまで見させてから、本人の意思を確認してまた少し歩き出す、という調子である。また別の活発な子どもは、大型のスーパー店に入り、車椅子で売場から売場へ次々と「探検」をする。その都度、かならず店先に立っている「のぼり旗」の棒を握りたがる。筆者も一緒につきあいながら1本1本、にぎりしめて行ったのだが、これは「やみつき」になってしまった。養護学校から帰ってしばらくは、街に出て「握りやすそうな棒」を見ると、いちいち握ってみたいくなる衝動に駆られてしまった。そんななかで、自動販売機に興味をもつ子ども、ガソリンスタンドでの車のサービスに興味を持つ子どもも出てきて、そういうときは、長時間、介護者ともその場に「くぎづけ」になる。

そのように、思う存分「探検」してきた子どもたちの表情は、重複障害児とは思えな

いほど明るく、「表情豊か」であり、自分の「意思」をなんとかして私たちに伝えようとする「コミュニケーション」志向がきわめて強い。つい、私たちも、彼ら/彼女らが「一人の人間」として、さまざまな要求があり、私たちとの「係わり」を求めていることがわかり、それに「応じないわけにはいかない」ようになる。

福井東養護学校重複障害児学級の「実践報告書」を読むと、このような「街に出る」実践はほぼ10年前（1993年）からのようである。はじめはともかく「教室」という「器」を前提に考えるのではなく、一人ひとりの子どもとどんな活動ができるか、どういふことを子どもがしたいのかを介護者が丁寧に読みとり、つき合っていくという指導方針をもって接しているうちに、「他の教室」、「廊下」、「特別教室」、「病院の待合室」（病院に接して建てられており、廊下づたいで病院まで行ける）などへの探検から、ついに、「街に出る」というところまで行ってしまったという。一度行くと、かならず翌日も、その翌日も、「街に出たい」という意思表示をするようになり、結果的に、毎日、全員が「街に出る」ことになったようである。

筆者が5年ほど前に訪れたときは、障害児が街なかを散歩しているとき、一般市民の反応の中には、あからさまに「嫌な顔」を見せる場面もないわけではなかった。もちろん、いくつかの「行きつけの場所」では「歓迎」もされており、喜んで「迎え入れて」くれているところもあった。昨年、5年ぶりに訪れたが、街の反応は、まさに「クール」であり、「この街では、障害者がいるのが当たり前」になってきている様子であった。あちこちで、笑顔であいさつを交わし、話しかけられ、聞き取りにくい（「うめき」とも「叫び」とも言えない）発話をじっくり聞いてくれる様子が見られた。まさに、「地域が学んだ」という実感があった。まさに、地域全体が「（障害者と）ともに生きる場」になってきたように思われた。

明石洋子は、自閉症の我が子を育てる過程で、なんとかして障害児（者）の存在を地域が「普通のこと」として受け入れるように、障害児を支援する地域のボランティア活動をよびかけ、「自閉症の子どもをもつ親」同士の集まりを組織し、障害児のための「スケート教室」や「水泳教室」を開く、などさまざまな活動を広げて行った。最近では障害があっても地域の中で生きていく環境として、地域作業所、グループホーム、地域生活センターなどを設立し、運営しているという。ちなみに、彼女の自閉症の長男の明石徹之氏は、現在、老人ホームで働く神奈川県川崎市の公務員である（明石洋子『ありのままの子育て 自閉症の息子と共に』ぶどう社、2002年）。

障害をかかえながらも、周囲の支えさえあれば十分に社会的に貢献できることをもつとも見事に証拠立てた例としては、「ビューティフル・マインド」と題する映画にもなった、激しい「統合失調症」に苦しみながらも1994年度ノーベル経済学賞を受賞したジョン・ナッシュをあげれば十分であろう（ナサー、2002）。

（6）「共生の教育」のめざすところ

さきに、「共生の教育」というのは、「共生をさまたげるバリアーを除く」教育でなければならないとした。そしてそのために私たちができることとして、部分的共感を広

げる、人権（「生活」する権利）を守る、「ともに生きる」場を広げる、という3点をあげた。

そこで、あらためて「共生の教育」を考えると、それは、人々がこれら3点の必要性を理解し、その実現のために尽力する人材を育成するということになる。

しかし、上記であげたいくつかの例を通して見えてくることは、「共生の教育」を考えたときの「教育」は、従来の学校での「勉強」で培うとされる「知」（いわゆる「学校知」）とは、かなりかけ離れたものにならざるを得ないことは明らかである。むしろ、「学校知」からの脱皮こそが必要なことだと言わなければならない。

従来の「学校」では、どうしても、個々の生徒の「能力」が問われる。

ところで、「能力」という言葉にはどうして「力」という漢字がついているのであろうか。それはおそらく、何かの「はたらき」をもたらすモト（原因）という意味を含んでいるからであろう。つまり、「能力」があれば、いろいろなことが「できる」。能力がないなら、いろいろなことが「できない」。また、いろいろなことが「できる」のは、「能力」があるからとされ、いろいろなことが「できない」のは、「能力」がないためだ、とされる。このような観点から、「障害者」を見ると、「障害者はいろいろなことができない」「それは『能力』がないからだ」「いろいろなことができるようになるには、『能力』をつけさせるべきだ」「『能力』をつけるための訓練が必要だ」ということになる。そうして、隔離された「訓練の場」で、ひたすら「反復練習」をさせることになる。このような状況では、「生活」が失われ、なんらかの形で「共感」が多少とも可能な人間としての尊厳が失われ、私たちの社会の側での「受け入れる」ための理解や方策がないがしろにされる。

ところで、「能力」と言わずに、「できること」と言っただろうか。どんな障害をかかえている人でも、「何か」はできる。何か、人々をよろこばせ、楽しませ、また、「ありがたい」とされることができるのである。それは、かならずしも、「障害者にしては・・・」とか、「障害者の世界だから・・・」といったものとは限らず、私たちの社会で、私たちと一緒に生きるこの世界で、掛け値なしに「よいこと」とされるべきことである。そういう「よいこと」が、どんな障害を持つ人も、なんらかの支援（人の支え、道具の支え、環境の支え）のもとに、「できる」のである。それはなかなか見えないかもしれないし、外に「あらわれている」とは限らない。まして、「訓練」などで引き出されるとは限らない。むしろ、なにげない「生活」のなかで、なにかの拍子に、ふと「かいまみられる」ものであり、「意外」なこととして「発見」されることの方が多いだろう。しかし、「この人にはこれができる」ことが発見されたときに、それを周囲の人が喜び、大切にし、それを支援してあげることで、「ますます『できる』ようになる」。

「共生の教育」というのは、私たちが障害を持つ人たちにそのような可能性を見て、それを支え、それを喜び合い、ともに「よきもの」をつくりあっていけるように、人、社会を変えていく（教育する）ことである。

「理解できない」心的特性に焦点をあてるのではなく、どこかわずかでも「理解できる（共感できる）」ところに焦点をあてる。「できない『能力』」に焦点化するのではなく、

「できること」を一つでも発見し、それを喜び、育て合う。障害者をどうにかして私たち（いわゆる「健常者」）に「近づける」方策を練るよりも、私たちが障害者にどこまで近づけるかの方策を練る。こういうことを、個人一人ひとりだけでなく、地域全体、社会全体に広げていこうというのが、「共生の教育」のめざすべき目的である。

3. マスメディア

(1) ニュース報道と偏見の是正

精神障害者との共生を考えるに当たって、マスメディアのきわめて重要な役割に注目する必要がある。マスメディアは、私たちの社会生活において必要な基本的知識を提供するとともに、時代の魁として一定の指針を提示して社会の潮流を形成する力を有している。民主主義社会における世論が政治的に決定的影響力を持っていることは言うまでもないことであり、その世論形成にマスメディアが大きな影響力を持っていることも明白である。これは、ひとり政治の場面だけでなく、広く社会的事象に関わる場面においてあてはまる。

マスメディアによるニュース報道の局面において、報道の仕方によっては重大な誤解と偏見を生じさせる危険があることは否定できないであろう。このことは、ニュース報道機関としてのマスメディアが、つねに自覚しなければならない点である。いわゆる「触法精神障害者」問題に関して、特に留意されているのは実名報道の回避である。この点はかなり実現されていると言えるであろう。これは、報道関係者が意識的に十分に配慮していることの表れと評価できる。精神障害者である被疑者の実名の公表により無用な干渉を受け、本人及び家族等の関係者が多大な被害を被ることが多いので、それを避け得ることの意義は実に大きいと言えるのである。ところが、精神病院への通院歴に関しては安易に報道されることが少なくない。たしかに、迅速さを競うニュース報道の現場においては、情報が不確実な段階でも出来るだけ読者や視聴者の関心事に焦点を合わせて報道することに全力を尽くすことは理解出来ないわけではない。しかし、単に精神病院への通院歴を報道することによって重大な偏見を生じさせる虞が多分にあることに注意する必要がある。ある犯罪的結果が発生した場合、それと精神障害との間の因果関係を証明することはきわめて困難であると言える。そうであるにも拘らず、精神病院への通院歴があることを公表すると、そのことによってあたかも精神障害が犯行の原因となったかのような予断を生じさせることになる。精神障害者に対する偏見が強い場合、そのような予断はより強化されるのである。その予断は、さらに偏見を強化するのであり、そこに悪循環が生ずることとなる。この悪循環は断ち切れなければならない。その悪循環を断ち切るのに絶大な力を発揮するのが、社会教育機関としてのマスメディアである。

(2) 社会教育機関としてのマスメディア

生涯学習が定着しつつある現在、国民一般の知的要求には強いものがある。その知的

要求に応えるべく、マスメディアも大量の有益な情報を提供しており、国民の知的関心の強化に役立っていると評価できよう。その意味において、マスメディアによる報道には、社会教育効果が顕著であると言える。そこで正確な知識・情報を一般国民に提供して、市民意識を適正に形成して、社会的偏見を除去するために、マスメディアに対して大きな期待が寄せられている。特に精神障害者に対して一般社会の偏見が根強いので、精神障害に関する知識の普及について多大な期待が寄せられるのである。すでに検討した結果、明らかになったように、精神障害に関する無知・不正確または不十分な知識、誤解が精神障害者に対する偏見をもたらし、精神障害者との共生を妨げている。したがって、精神障害者との共生社会を構築するために、マスメディアによって分かりやすい知識・情報提供の増大化を要望したい。

精神障害に関する知識を分かりやすく一般市民に提供することには、困難がともなう。専門家である医師等にとってさえ、細分化した医学の各分野の専門知識を正確に理解し的確に叙述することは、かなり困難になっていると言ってもけっして過言ではないであろう。専門家ではないマスメディア関係者にとっても、専門科学知識の難解さは同じであろうし、表現力に秀でているマスメディアの関係者のきわめて優秀な表現力をもってしても、それを一般国民に分かりやすく叙述することは容易であるとは言えないであろう。このような事態が、精神障害に関する国民一般の情報格差を生じさせ、精神障害者に対する偏見を助長させていると解することができる。このような不都合は、専門家が専門外の人にも理解できるように努めることの不十分さに起因すると考えられる。そこで、精神医学の専門家集団は、精神医学に関する知識の普及について大いに努力する必要があると言わなければならない。すなわち、専門家集団はマスメディアの関係者と連携を強化して、専門知識の普及に尽力すべきであり、日本学術会議もそれに協力する必要があることを認め、努力しなければならないのである。

4. 心理学的対応

(1) 精神障害者の共生社会を考えるに当たって

この主題の意義と問題

「精神病者との共生社会」を考えるという主題とその趣旨を生かそうというとき、時代に伴う社会の変遷と現実を何よりも先ずはっきりと認識することから始めることが欠かせない。社会から画然と区別して、学校・施設・病院にいわば隔離して管理・保護するという従来の考え方から、人権尊重とか「ノーマライゼーション」の強調によって、障害者一般についての社会の考え方・対処・対応の仕方が変化・移行しつつある。こうした時代の移り変わりという現実を前にして、これまで別格・特殊視されてきた精神障害者についてまでも、もはやこれまで通りには放置して置けなくなったのは、当然のなり行きである。こうした時代への認識は、法律・制度や精神医学を中心とする医療一般における専門家の見方・考え方にも少なからぬ影響を与えるはずであるし、望ましい将来の社会の在り方を考える上でも、重要

な示唆を与えずにはおかない。すでに医療においては、従来の病気を治すという立場から、日常生活における予防、生活における心構えや行動、健康への関心・努力の仕方などという側面へと重点が移行しつつある。したがって、患者の同意ないし意向を無視して医療を進める従来のやり方は、たとえ専門家としての医師による処置・処方と言えども許されなくなっているし、また患者自身の努力なり協力を抛らなければ医療の効果が充分には挙げられないことも理解されるようになってきている。インフォームド・コンセントが重視されるのも、その趣旨にほかならない。この時期、精神病患者一般だけでなく、「精神障害者」と冠せられる人たちに対しても、社会がどのように共生しようとするのかを考える場合、その構成員である一人ひとりの個々人が、同じく構成員の一人である障害者をどのように受け容れ、いかに理解し、どう接し、どんな風に対応するかという心構えないし心の問題が基本になる。そのためには、たとえ法律や医療の専門家であっても、患者・障害者と全く同格・同等の人格者であり、対等な社会構成員の一員としての相互理解が、その出発点でなければ、なかなか共生社会を構成・維持していくことは難しい。そこで、来るべき共生社会のためには、社会全体、特に専門家とされる人たちが、どのように心構え・心の問題を理解して、それを実現できるかによって共生社会の出来栄が決まってくると言ってもよい。

これまで本委員会において検討してきた事項

-) 法制度の整備
-) 医療施設・医療対応
-) 社会福祉・経済支援、生活支援

など、いわば外側からの専門家による環境・社会的な支援体制の整備を欠くことは勿論できないが、さらに共生の実を挙げるためにどうしても欠くことのできないのは、

) 障害者および障害者に関わる総ての人、更には障害者を受け容れる社会一般における内面的な心のありようを考慮しなければならない。

内面的な心の問題

) それには報告された「ベテルの家」のような雰囲気と対応による共生のことが望ましいが、あそこはすでに出来上がった状況のものである。あれと同じようなものを今から作ろうとしても、なかなかおいそれとはできるものでない。あそこに到るまでには、関係者によるなみなみならぬ努力と工夫があったものに違いない。おそらく、障害者の内面的な心の持ち方、体験の仕方についての親身の深い理解の上に立って、それまでの障害者の心のいわば厳しい防衛を解き放ち、無理やこだわりのない、思うさま伸び伸びと自由・闊達に振舞えるような生活環境や人間関係を作るための条件や対策、障害者への接し方、援助の仕方などについて、予め、あるいは徐々に現在のようなものに仕上げてもらったものと考えられる。

) そこに到る道程を忖度しながら、いささかでもそれに近づぐために必要ないし効果ある条件を探ってみたい。それには、本当はあそこ同様の対象と活動の経

験がないと分からないことが多いと考えられるが、現在、それは無理であろう。触法精神障害者とは問題そのものが必ずしも同じではないため、隔靴搔痒の感なきにしもあらずとは言え、これまで40年近く、やはり障害児者に関わってきた自分自身のこれまでの経験を基礎にしながら、多くの心理臨床家たちが今日までに築き上げてきた、障害者の援助、治療、指導、援助を求めるクライアントへの対応などへの一般的に重要なし不可欠とされている臨床上の心理的な諸問題について、いくつかの条件を検討することにしよう。

心理臨床の立場から

）心を考えるに当たって、「生ける人間」という存在における活動者をいま主体と置けば、特に心理臨床の立場からすれば、心の問題とは、日常生活への適応における、その主体の体験の内容とその様式（仕方）の問題と置くことによって具体的に考えることができる。

）その体験は一般に意識的とされやすいが、実際にはその活動の大部分は意識に上らないままに、しかも主体自身の意図や努力によって進められている。心理的な問題や困難などが、意識されているばあいは、当人自身が意識的に自らを律し、制御すればそれでよいが、意識に上らないながら、しかもそれを当人が自分でそうしているような場合は、それを自分自身でコントロールすることが難しい。これまでの当人の過去を背負いながら、いわば意識外に自分がやっていることだからである。意識に上らない自己活動を自分のコントロールのもとに組み入れていくには、自己活動をそれなりに拡張・制御できるまでに主体の体験の仕方が変化し、あるいは成長しなければならない。この変化・成長は、結局、当人自身がそれを為し遂げていかなければならないが、独力でそれを達成するのは容易でないので、それをうながす援助者の適切な援助が望ましい。

）障害者との共生社会における心の問題というとき、障害者自身の側における心の在り方の問題と、障害者を援助・支援する側の気持ちの持ち方・援助の仕方の両者を分けて考えなければならない。

（2）援助・支援者の側の問題

我が国では心理臨床の歴史が浅く、現在ただいま試行錯誤中

）心理学における一般法則定立的な研究では、被験者の心理的な動きだけを調べるから、いわゆるアームチェア心理学者然として自らを埒外に置きながら、その場に設定された実験条件だけを取り上げれば足るとされてきた。しかし、実際には実験者ないし調査者が実験・調査条件に直接・間接に影響を及ぼすことは既に明らかである。

）まして、人が人と直接に関わる心理臨床の場合では、援助者・支援者・検査者・治療者の側の、相手に対する気持ち、態度、ものの考え方、人柄などが直接的に影響を及ぼす。教育や指導など、普通健常の相手に対してもそれは当然だが、特に障害者は相手に対して非常に鋭く相対し、相手の心の在りようによって、心を

開きもすれば抵抗もし、あるいは頑なに閉じ、あるいは怒りをもって暴発してしまいかもしれない。というよりも、自分の心に触れようとする相手を拒否もすれば無視にも到るのが当然と心得るほうが当たっている。

）障害者に対しては従来から保護者・管理者・専門家中心の立場がとられてきた。

(ア) 保護・管理・医療の責任において

(イ) 障害者は自分自身で自らの適応行動に責任がもてないので

(ウ) 障害者に聴くよりも、保護者・管理者・医師が障害者にとって良かれと思うように、対応してきたが、それが障害者にとって本当によいかどうかは分からないままである。

）したがって、保護・管理・医療の立場を離れて、この人たちのために心理的な治療なり援助をしようという試みは、森田療法を除けば、我が国においては第二次大戦以後になって始まり、それも徐々に進みつつあるという意味で、現在もお様々な試行の段階にあり、その成果は将来に期待されるところである

）一般に障害者は、普通の意味での病人ではない。障害という宿命を抱き、その障害を背負いながら生涯を生活していくことになるが、それは障害についての話である。障害者その人は、障害を担っているということを除けば、健常の人と変わりがなく、普通の心をもって一個の人間として生きようとしている、という障害者に対する基本的な認知と理解がどうしても必要になる。

相手中心の難しさ

）専門家として振舞いたくなる。

(ア) こちらはテスターないし治療者・援助者としての専門家であるから、専門的立場からの間違いな助言ないし援助は、それを受け容れ、それに従うのが当然という気持ちで相手に接し易い。だが、相手はそれなりに一個の主体的人間であるから、自分で納得し、その気にならなければ、いかに間違いなく、優れた、当人のためになるはずのものでも、本気でそれを受け容れたり従ったりすることはあり得ない。こちらがそう言った以上、相手はそうしているに違いないとして疑わないでいると、事態は全く期待通りにはいっていないことに気付いて愕然とすることが少なくない。

(イ) 教育相談の経験から：大学を卒業して、付設の相談室で相談に当たった初期、1950年頃の話である。その最初は知能検査の結果からの助言であった。親も子もその場では神妙に聞いていたので、性格検査も加えて、進学・進路について様々な助言をした。しかし後になって、それが全く受け容れられていないのに驚くと同時に、こちらの側だけでよいと思うことだけを話しても、それが言いつ放しでは役立つに気が付かされた。こんなことが度重なるに連れて、相談者中心の態度では相談そのものが成り立たないという反省から、たとい助言を求めにやってきた来談者でも、本当に役立つ相談のためには、その人の気持ちを中心にして話を進めなければならないというので、来談者中心の相談ということになった。たまたまその当時、カール・ロジャースというアメ

リカ人が講演に来て、ノン・ディレクティブ・サイコセラピーという自著の成り立ちについて、これと同じような経験を話した。非指示療法として知られたもので、その後クライアント中心カウンセリングとして、世界的に有名になったものである

) カウンセラーの心得

(ア) ロジャースの来談者中心カウンセリングは、カウンセリングの分野に留まらず、心理療法の分野においても、あるいは障害者の援助においても、あるいは学校における教師の生徒指導なり、スポーツ・アスリートの指導・監督に於いても、その他あらゆる人間関係においてスムーズな運びのために、基本的な条件とされるようになっている。

それには、先ず(a) 相手を受け容れる：受容；相手のことば・態度の受容、相手による差別、こちら側の好みや偏見、生活観などに捉われない。(b) 相手をよく聴く；まず傾聴。相手の話を、相手の考え、思っていること、したいこと、好悪・愛憎・敵意・攻撃性など感情の動きなどに対して、批判・反論・異論などを差し挟まず、感情に巻き込まれず、ひたすらに聴く。(c) 相手の気持ちになる：共感・共感的理解；話を聴きながら、相手の気持ちになって、なるべく充分によく理解するということが大切とした。今日これをカウンセリング・マインドなどといって、広く知られるようになっている

(イ) 相手がどんな人であれ、その人の気持ちになって充分によく聴くというのは、その人の考えなり話に同意したりそれに賛意を表することを決して意味しない。その人の本当の気持ちをまさに本音において理解しようとするためである。また、聴いてもらう側からすれば、普段聞き飽きている批判や説教を全くされることなく、自分の気持ちを本気で充分に聴いてくれる人がいると感ずることによって、偽ることなく素直に本当の自分自身になって、自らを表現する気持ちになれることが期待される。さらに、普段は自分自身のことさえもあまりよく分かっていないままに、世間に流されながら過ごしているのに対して、充分に聞いてくれる人に会って、浮世のしがらみから自分自らを解き放し、本当の自分になることを通して、今まで気付かなかった自分自身に直面し、改めて自分というものを感じ、理解することによって、自分の在り方、考え方、感じ方に少なからぬ変化をもたらすことが期待されるからである。

) こちらの考えを押し付けたくなる。多くの場合、障害者を普通健常者の目で見ると、どう見てもだめな考えや態度、やり方と映るので、もっと普通のやり方でやらせたいという気持ちになり易い。そこで、もっとこんな風にしなさいとか、そんなにしては駄目だとか、こちらの考えややり方を押し付けたくなるが、そのような押し付けはたいいていの場合、まず殆ど受け容れられないか拒否されてしまう。自分のやり方は普段どおりにやっているのであるから、そのおかしさやできなさに彼らは気付いていないし、駄目だとも感じていないからである。それにもかかわらず押し付ければ押し付けるほど、口先だけ、そのときだけのやり過ぎか、

こちらを喜ばせるためだけ、あるいは嘘の返事でごまかしてしまい易い。しかし、本当に気付けば、自分で変わろうとし、変わっていくものである。その際、彼らには気付く能力もないし、気付いても変わっていくことができないだろうというのは偏見に属するといつてよい。むしろ彼らに対して、キツ気付くだろうという基本的な信頼感がどれほど持てるかによって結果が左右されるといつてよい。この場合の気付きというのは、何も意識に上らなければならないわけでもないし、ましてや、それを言語化することが大切なわけでもない。彼らが、変わろうと思ひ、変わろうと努力し、いくらかでも変わることができれば、それで充分である。そのような状況においてならば、援助の働きかけも、その効果もそれなりに期待できるからである。

障害受け容れの難しさ

) 脳性マヒ児者を受け容れる。

(ア) 難しかった私的経験。障害児者といつても、統合失調症者でなく、脳性マヒと言われる人たちについての場合であるが、始めのうち大変に苦労した。それまでは神経症者の治療が主であったから、表情や姿勢などの他は、相手についての気持ちが外見に左右されることは、まず無かった。しかし脳性マヒの人に接し始めた頃は、恥ずかしながら相手の不自由な体の部位をまともに正視できなかつた。例えば、自分の前に立つたマヒの子が緊張のあまり、身体を捻じ曲げるようにしてそっぽを向き、片方の腕は真っ直ぐに伸ばして突っ張り、他方は肘と手首をいっぱいまで曲げ込み、手掌をかたく握り締めた姿に接しては、その姿を正視するに忍びず、どうしても目を背けないではいられない。緊張でこわばった顔が左右に触れ動いてしまう時の表情・しぐさ、片足が突っ張って倒れそうになる足腰など、できないのに正視しようとする自分の目は口ほどにものを言うのであろう。努力すればするほど、彼らはいっそう緊張して、不自由が増し、動けなくなってしまう。

正常者を基準にしてこの人たちを眺めれば、相手に対するその姿・態度・身のこなしなどは全くしつけがなっていないかに思える。気持ちがしっかりしていないからだという風にも受け取れる。さらにはこんな姿にならざるを得ない宿命の子に対する、かわいそう、不憫、哀れみなど、普通の子とは違う特殊な人間に対する同情心に捉われてしまう。それらは全て不自由な動作や姿に対する自分の拒否反応に他ならない。そのような拒否反応をしてしまう自分自身についての嫌悪感に最も苦しめられた。それでも彼らのそんなに緊張してしまう力を弛める手助けをしたり、動かない部位を動かせるように援助したりしているうち、だんだんに彼らのそれが障害の為せる業であることが分かってくる。

(イ) そう分かっていても、なお正視に堪えなかつた気持ちも、その後しばらくの彼らとの接触で、いつの間にか解消した。その不自由な格好や余計な緊張、意図とは逆に動いてしまう手足などをじっくり見定めようとしても、彼らはい前のように緊張しないどころか、却ってリラックスするし、勝手に動いてしま

う手や足を対象にしなが、「これには閉口だね！」「そんな風に動かしちゃ駄目だね」などと二人で共に笑い合えるほどになってきた。この辺りから、この子たちとの対話は正常の子たちと全く変わらないものになってくる。この子たちのための動きの訓練が本当に始まるのは、そのような気持ちになっていってからのことであった。

) 自閉症児者での経験

(ア) 脳性マヒ児者のために始まった私たちの動作法、すなわち自分で自分の身体を動かすというプロセスをじっくりと体験することを通して、それまでの望ましくない体験の仕方の変化を期待しようとする方法が、自閉症児者にも有効だと分かったので、この20年ほどの間、その指導・援助に取り組んでいる。見かけは全く異常・突飛で理解を超えるような動きをしたり、不可解な考えを示したりするので、何か別の世界の間人であるかのように思われるが、そのつもりでよく見ると、普通の人でも持っているような心の一面が極端に強調されているだけで、それ以外には普通の人と全く変わらない相手であることが分かる。

(イ) 彼らは、自らはこちらに要求するが、こちらの要求には全く無関心で、コミュニケーションができないものとされている。しかし、それは見かけ上のことであって、彼らは自分が要求されているということを実際には分かっていると理解するほうが当たっている。ただ、すぐさまそれに応えようとしただけであるから、彼の心に合わせて、適切なやり方で待つことができれば、要求に応えてくるものと考えることが大切である。だが、ただいたずらに手を拱いて待つだけでは相手はのって来ない。命令しても駄目、怒っても駄目である。無理やりやらせようとするれば暴れるだけのことである。この辺の呼吸が相手によって違うので難しい。しかし、一般的に言えばこちらの要求に応えてのってくる。のってこられるようにしながら、のってくるのを待つ。大切なのは相手中心ということになる。

(ウ) 自閉したがる心を開かせる。この子たちは、ともすれば自分だけの世界へ入り込んでしまいやすく、そのために外からのコミュニケーションに応じようとしな。その心に迫ることができれば、応答が返ってくる。ことばでは容易でない。私たちは、身体を動かすことや筋緊張の仕方を感じるという体験の仕方で働きかける。この子たちがからだの動きをもって外界へ働きかける窓口が多様・雑多なので、たった一つを残して、他は全て閉じてしまう。残されたただ一つの窓口を通してこちらの要求を伝える。相手もやはりその窓口だけを通して応答することになる。それ以外の窓口で勝手に働きかけることはできない。そこで初めてコミュニケーションが相互に成り立つことになる。他者からの要求に自分が応えるという、いわば初めての体験がこの子たちにとって、それまでの体験の仕方に大きな影響をもたらすことは、その後の動き、コミュニケーションの仕方の変化を見れば歴然である。

-) 障害者についての理解の仕方の基本
- (ア) 障害者を正常者からの連続と見る。絶対的・断絶的・特殊的・病的とは見ない。
- (イ) 脳性マヒの肢体不自由は、脳の病変のため、からだの動かし方が下手なだけである。
- (ウ) 自閉症者の興奮は、彼の置かれた条件なら自分でもこうしたいと思えるような共感的理解である。
- (エ) 精神障害者も実際に接してみると、普通の人間と変わらないと思われる。
-) 障害児者の言動の異常性を断絶的に見るのは、こちらが受け入れ・受け止め、あるいは共感、理解しきれないからであると言ってよい。
- (ア) 例えばイメージ面接中の体験は危険か。イメージに自律性があるから、どこまで勝手に進行してしまうか分からず、コントロールできないという恐怖心に耐えられないため、危険ということで片付けやすい。
- (イ) イメージの自律性に対応できるだけの当人自身の技法的な未発達をすり替えて、方法そのものの危険として排除とし易い。こちら自体の未熟から、重要・有効なイメージ技法発展の芽を摘み取ることになりやすい。
- (ウ) 父親殺しのイメージ。催眠中の自由イメージで、『父親が浮かんできた。いつものように怖い顔をしている。その頸を自分が包丁でスパッと切り落とし、頸からバーっと血が吹き出た。床に転がった父親の頭を自分が足蹴にし、踏みつけているというイメージ』で机面に泣き伏した青年は、覚醒後、そのイメージのことは忘れていたが、家で父親に正面から対面しても、今までのように怖くは感じなくなって、むしろ近親感を体験し、進んで自らいろいろ話せるようになった。
- (エ) 今日では、面接にイメージを用いることによって、言葉によるばあいにはとてもできないような援助・治療効果のあることが明らかになっている。ただし、精神分析における自由連想のように、自然・自発的に生じるイメージだけでは、そのイメージの自律的な進行に手を拱いているだけで危険も予想される。その際、特定の課題を出してその自立的な進行に介入し、より有効なイメージになるよう、課題イメージの適用の仕方を工夫する必要がある。ボーダーラインの患者に対する工夫として行われるようになったものに次のようなものがある。
- (オ) 技法検討：壺イメージ、抽斗にしまう、三角形イメージ。
- (カ) 仮想現実：イメージに限らず、現実から離れて仮想の場面において、あたかもそこが現実場面であるかのように振舞うという、ヴァーチャルな世界についても、批判があつて、なかなか適用されにくいのが、これも用い方によっては非常に大きな効果をもたらす得る。ここでも、自らは実際の経験のないままに、はなから有害ときめつけることをせず、その有効利用

の方法を開発されるのが望ましい。

- * 例えば、スポーツ・アスリートにおけるイメージ・トレーニング。
- * 日常生活におけるイメージ・リハーサル。
- * 心理劇・社会劇のような即興劇・ロールプレイ。
- * 「べてるの家」も、ある意味ではヴァーチャルな村作りということができよう。

援助や治療の限界を早とちりで決めない。

）治療・改善の限界と感ずるのは、限界を方便にした自己弁護にすぎないことが多い。『全て尽くした』といっても、それは自分にできる範囲での全てに過ぎない。限りなく治療・改善の方法はあり得るし、日々進歩・発展しつつある中で、今のところ自分にできるのはここまで、これからもなお試みてみるという見方が必要である。

）自分にできないことは自分の限界であるが、それに連れて相手の変化もそこが限界であるとは言えない。相手に限界だと告げることの危険性に配慮しなければならない。限りなく望ましい変化へ近づける努力・工夫が必要である。例えば、半側無視のケースで、「あなたのは極くまれなケースで、治療の方法はありません」と言われ、自分はもはや廃人になるほかないという絶望感で生きる気力を喪い、やる気をなくし、家に閉じこもってしまったある男性が、不自由な半身の動きを取り戻すに連れて、無視していた視野の半側をも自由に認知できるようになった例では、自分のからだについてのイメージ、自体像の片側を取り戻すことによって回復した。その際、脳卒中から来る不自由な片麻痺部分の動きを取り戻すための心理的な技法が有効だったにもかかわらず、それが適用されなかったところに問題があった。

）定説に捉われない。「この子は脳性マヒだからもう治ることはありません」、「片マヒの手は無いものと思って、しまっておきなさい」、「屈筋と伸筋がアンバランスで、伸筋が強すぎるから、それを弱めるように手術しましょう」などとしてきた従来の助言は、脳性マヒにおけるの脳の病変はけっして治らないから、動けるようにはならないという当時の定説を基にしたものである。だが、実際には「この子は生涯ねたきりで過ごすでしょう」と言われた脳性マヒの子が、適切な訓練で立って歩けるようになり、今では普通学校へ通っているという事例も少なくなっている。

障害の見方・考え方

- ）脳性マヒ、自閉症への対応の経験から
- ）不具合を矯めるよりも、可能性を見出し、それを伸ばす
- ）障害者の問題行動の過去や予測を重視するよりも、現在の体験を大切にす。過去や未来もあるが、それらに捉われない。

(3) 障害者の側に期待する変化

心理臨床の立場から

) 障害者への基本的な対応

(ア) 外的に現れる言動や障害そのものへの直接的な処置や治療というよりは、日常生活において、その人の主体が何を(体験の内容)、どのように(様式・仕方)、体験するか、しているかに重点を置いて考え、対応・援助すること。

(イ) 障害者に接している時の彼の体験を理解するには、ただいま・ここでの体験を中心にする。過去の経験や未来のあるべき姿も全く無視するというわけではないが、それは必要なものに限り、しかもそれを今ここで取り上げるのではなく、参考程度にとどめる。

) 体験の内容・対象

何に注意を向け、心にこだわり、心を乱し、不安にするのは何か、いつ・どんな時に興奮するのか、誰を憎み、誰を怖れるか、心を落ち着かせ、穏やかになるのはどんな状況の時か、他者を受け入れたり拒絶するのはいかなる場合かなど、様々な条件についての体験が、これまでよりも個人的なサヴァイヴアルのためにも、社会生活においても、より共生できやすいように変化することに重点を置く。

) 体験の様式・仕方

(ア) ある内容・対象についての感じ方、体験の仕方には程度の差がある。

(イ) その対象について前後を忘れ、周りの状況も分からないほど強烈に興奮し、自分で何をしているのか分からなくなるようなものがある。

(ウ) その同じ対象・内容について体験しているにもかかわらず、自分とは関わりがなく、他人事のように、あるいは映画やテレビの画像を見ているような気分・感じ方で、しかも自分自身がそれを体験していることは確かであるようなものもある。

(エ) 主体による障害の受け入れ・拒否

* 「べてるの家」での幻覚から「幻覚さん」への体験の仕方の変化は、その例である。

* 身体障害の受け取り方の例を取れば、「私の身体が動かないのは障害というのではなく、ただ不自由なだけだ」(橋本元総理の父上)がある。肢体不自由という概念の起源。

* 逆行性全健忘症者:(病床で世話をする奥さんに対して)「こんなに自分に尽くしてくれるのは自分の妻に違いないと、頭の中では分かっているが、どうしても自分の妻だという実感が持てない」。治療の目的は過去の健忘部分を回復させることではなくて、奥さんを妻として受け容れられるような、実感的体験の仕方の回復・受容。

(4) 心理的援助のための道具と技法

これまで述べてきたのは、心理的な援助や治療のための心構えや態度などを中心

にしたものであった。臨床的なベテランや人間的な達人であれば、名人芸的なやり方も自由・即席的にできるかもしれないが、そこまでに到らない普通の人間が現場でいくらかでもそのようなことを実現しようとするためには、具体的な接し方・扱い方のモデルないし型のあるのが望ましい。そうした要請に応えるものとして、多くの先達によって、これまで様々な方法、理論、技法、プロセス、事例などが提出され、それぞれがそれなりに有用・有効とされ、成果を挙げてきた。

従来から医療と言え、機械・器具および薬剤などがそのための道具として用いられてきた。それに対して、心理臨床では、相手との心と心との相互的な対応の仕方が基本的な道具ということになる。その道具がどれほど有効に使えるか、いかに有用なものとして生かせるかが重要な課題になる。

18世紀中ごろから始まった、フランスを中心とする欧米の個別・臨床的な心理的援助法は、第2次大戦以後急速に発展し、現在もなお開発途上にある。現在のところ、方法も理論も多種・多様であるが、それらは今後の発展に伴い、幾つかのグループに、あるいはさらに進んで全体を統合した一つの基本的な理論にまとめられることが望ましい。ここでは、将来にそれを期待しながら、現在、我が国で行われている心理臨床的なものについて、いちおう現状を要約・列挙する。それらをいかに利用・活用するかは、それぞれの好みなり力量に任せることになる。

面接法：個人面接を主とし、複数・集団をも含む。

）ことばを道具とするもの：知的理解・納得などを旨とする。

(ア) 心理相談

(イ) カウンセリング：ロジャース法

(ウ) 自由連想法：精神分析

(エ) 現存在分析

(オ) 論理療法

(カ) 自己論面接

）イメージを道具とするもの

(ア) 自由イメージ

(イ) 課題イメージ

(ウ) 直観像

(エ) 夢分析

(オ) 自律訓練、自己催眠

(カ) 壺イメージ、抽斗イメージ

(キ) 三角形イメージ

(ク) 催眠

(ケ) ボディー・イメージ

(コ) その他

）動作を道具とするもの

(ア) プレー・セラピー

- (イ) 箱庭療法
- (ウ) ボディー・ワーク・各種
- (エ) 漸進弛緩法・リラクゼーション法
- (オ) 臨床動作法
- (カ) 気功法・太極拳
- (キ) その他

行動

-) 行動療法
-) 認知行動療法
-) 行動分析法
-) 動作法
-) その他
-) 家族
- (ア) 親子相談
- (イ) 親子活動
- (ウ) 親子ロール・プレイ
- (エ) 家族生活
- (オ) 家族療法
- (カ) その他

集団

-) 感受性訓練 (Tグループ)
-) エンカウンター・グループ、出会いグループ
-) 活動集団グループ
-) キャンプ
-) サイコドラマ、ソシオドラマ
-) 自助グループ・各種
-) その他

生存体験

-) 森田療法、作業療法
-) 自律訓練、自己暗示法
-) イメージ法、軟蘇の法
-) ヨガ、座禅
-) フォーカシング、心身感体験
-) 自己コントロール、自己制御
-) 臨床動作法、体験療法
-) ゲシュタルト療法
-) 交流分析
-) その他

地域

-) コミュニティー支援
-) 地域相談
-) 地域生活相談
-) 地域福祉
-) その他

(5) 職業専門分野としての臨床心理学とその問題

ここで心理臨床としたのは、心理的な問題を持ち、それに悩む人を心理学および医学の立場から心理的な方法によって個別・具体的に対応しようとする援助・治療的な活動を指しての謂いである。それは、生理学や生物学を基礎とする立場とは一線を画すものであり、それがいよいよ科学的と言えるようなものになってきたのは19世紀の始めごろから、フランスを中心にして、ヒステリーや二重人格、催眠などの研究としてリエボー、シャルコー、ジャネーなど、医師によって進められた。フロイドの精神分析がヨーロッパからアメリカに移入されるに及んで、精神医学者と共に心理学者が関与するようになり、第一次大戦のシェルショック、第二次大戦の戦争神経症および戦後の退役軍人への心理的なケア、その後のPTSDなどに、精神医学者と並んで心理学者が重要な役割を果たすことになる。平時に戻ってからは、さらに新たな臨床心理学が発展したので、1943年、コネチカット州に始まった心理学のライセンスの制度は、精神科医の猛烈な反対にもかかわらず1950年までにアメリカ全州に及んだ。そこでアメリカ心理学会もPh.D.と5年の臨床経験者を対象に、臨床心理学、カウンセリング心理学、産業心理学について試験によるディプロマの資格を設けることになった。すなわち、ここには従来には無かった心理臨床に関する臨床心理学という全く新しい科学的分野が成立・誕生し、精神医学から離れて独自の展開を進めつつある。ちょうどその頃、心理療法が保険で認められることになったので、この分野がさらに大きく発展することになった。

冒頭から述べてきた「(1) - 心理臨床の立場から」および「(2) 援助・支援者の側の問題」、「(3) 障害者の側に期待する変化」などは、精神障害者と直接に接する精神医学者が、臨床心理学者と共に気づき、考え、試し、実施してきたプロセスの中で重要な問題として構築してきた成果の概要である。ことに心理的な側面を中心にして、微妙な人間心理の動きを援助者として自分自らを省み、さらに相手のためにどのような心の変化、体験の仕方の様相などについて、それが臨床心理学の主要な課題であり、そのため特別に訓練された臨床心理学者を中心にして、精神医学者と共に試行錯誤して辿りついたものである。

我が国では、心理学が哲学の分野に属していたので、戦後アメリカの心理臨床が入ってきたとき、大学では受け入れが容易でなかった。状況は精神医学でも同様だったようであるが、患者の心にどう対処するかというようなことは、客観的・科学的な心理学にはなじまないとされてきたからである。そのような風土の中でも、心理臨床

へのニーズが徐々に高まり、今日のように大きく展開することになった。アメリカにおける新しい科学的な臨床分野として誕生・発展してきた臨床心理学は、我が国の医療においても、心理診断・心理療法が保険点数に認められたことも幸いした。この心理臨床は、医療分野に限らず、教育分野・産業領域をはじめ、その他、人間の心に関わるどの分野においてでもその独自の役割が大きく認められるようになった。それに歩調を合わせて、心理学専攻で心理臨床分野に活動する者が増大したので、その身分と責任の保証の立場から、1990年、文部省認可の財団法人・日本臨床心理士資格認定協会による臨床心理士の資格制度を発足させた。2003年1月現在の臨床心理士の資格取得者は、大学院修士課程における心理学科、臨床心理学科専攻者と精神医学者その他の医学者を含めて10,000人を越えるまでになった。現在の課題として、心理臨床の職業専門家として臨床心理学出身者のための国家資格制度に向けて検討中である。

アメリカを中心にして極く最近展開されつつある様々な心理的援助のための道具と技法の受け入れ、導入・試行などに、臨床心理学者の貢献はきわめて大きい。こうした外国からの輸入品に加えて、我が国独自の方法や理論、具体的な技法なども開発されるようになって、この分野の重要性の認識と期待は著しく大きくなりつつある。にもかかわらず、アメリカに較べて我が国における心理学者の社会的な活動は、きわめて制限されている。心理学に関する国家資格の制度が未だに制定されておらず、この分野における職業専門家としての位置づけが曖昧なためである。「精神障害者との共生社会」の構築に必要な・不可欠な心理的な側面の対応において、将来の現場で具体的に中心的な役割取りを取るべき人たちが、自己の責任において自由かつ積極的にこの分野で貢献できるようになることを期待したい。

5. 精神障害者との共生のための施設

精神障害者との共生を促すための支援施設などについて技術的観点から考察する。

我が国では歴史的にみて精神医療が治療という名のもとに施設収容になっていた面があった。そのことは現在までも尾を引いており、諸外国にくらべると平均在院日数はかなり長いことに反映されている。もちろん重度障害で長期入院を必要とする患者もいるが、治療法の進歩もあって治癒する患者はきわめて多く、1年未満の入院で80%が退院できるという。また、これまでは症状が完治した後の生活を家族に依存していたので、地域における生活や社会復帰のための社会基盤が整備されないままになっていた。それに加えて、社会的偏見が強いことや、医療機関が社会復帰に積極的に取組まなかったこともあろう。このような理由から病院の収容施設化が助長されてきた側面は否定できない。

現在は1995年に改正された精神保健福祉法にのっとり地域支援システムの構築が進められ、このような問題の解消が、次第に図られている。それまでは身体障害者や知的障害者に交付される保健福祉手帳は精神障害者に対しては無かったが、同法の改正に

よって保健福祉手帳の制度が取り入れられ、医療とともに福祉制度を受けることが保障されるようになった。

表1は精神障害者社会復帰施設の一覧を示す。ここに示す社会復帰施設は、社会復帰の促進と社会経済活動に自立して参画できるようになることを促進する目的で都道府県が設置し、市町村あるいは社会福祉法人が事業の実施にあたる。表に示すように障害の程度や状況に応じた各種の事業が整えられつつある。なお、表中の補助率とは〔 〕内は国、都道府県、設置者の順で整備費の補助率、()内は国、都道府県、市町村の運営費の補助率を示す。なお、都道府県が設置者であるところも増加している。それらにもとづいて各地で開設されて事業が開始されており、実効も次第に挙がりつつある。

このようにしてこれまで閉鎖的であった精神障害者に対するケアが、家庭や社会に早く復帰できることを目指す解放的なケアへと変化しており、そのためのシステム造りが全国的に進められている。このシステムにおいては、精神障害者地域支援センターが中心となって障害者の生活相談、障害者の自発的自立的活動を支援する地域交流活動、地域住民のボランティアの参加導入、住居、就職などの情報提供などが行われる。しかし、現実にはまだ地域支援センターを含む社会復帰施設は十分とは言えず、早急な整備が望まれる。

また、通所授産施設や福祉工場のような社会復帰施設は、障害者が社会の一員として経済的にも自立できることを目指している。そこで行われる作業は、社会経済活動の一端を担うことから、業者から仕事を受けるのは下請けの内職の仕事が多い。しかも委託する業者の多くは小企業であり、景気動向に強く影響されて仕事を回すかどうかの選択にむらがあるのも事実である。また、納期に間に合わせることを要求され、納期に間に合わなければ自ずと仕事が施設に回らなくなる。社会復帰施設だからという甘えは最小限に留められるべきではあるが、その結果、仕事が貰えない、だから仕事を間に合わせなければならない、という強制力がかかりすぎないように留意する必要がある（安藤春彦『精神科医は何をしてくれるか』1996年、195頁）。

このような精神障害者の社会復帰事業は、始められてから日が浅いこともあるが、まだその意義や事業内容が社会的に広く認知されていない。多くの方は、自分とは無縁のことだとか、これには関わりたくないという旧来の考えを払拭できないことが根底にある。身体障害者や老人の介護の場合は、バリアフリー化、介護支援機器やリハビリテーション器具の開発と普及、ボランティアを含む介護活動の広がりなどが進んで、社会的に受容が図られており、精神障害者の場合とは大きな隔たりがある。精神障害者についても、同じように心のバリアフリー化を進め、生活支援活動などへの参加がもっと浸透する必要がある。それにはまず精神障害は不治の病であるとか、伝染するとかの古くからの誤った考え方を無くすることが大切である。そのためには、治療によって治癒した事例や支援や社会復帰の取組みについて、今よりも広く公知される必要がある。また、医療機関で行われている精神科の治療が、もっと開放的に行われ、医療内容をボランティアなどにも分かるようにすることが望まれる。そうすれば、普通の病気と同じものであるという認識が、その人達を通じて次第に深まるであろう。精神障害者による凶悪

犯罪など負の側面だけがマスコミによって興味本位に取上げられることも、一般の誤解を生んでいる大きな問題である。報道の在り方についても、何らかの工夫が必要であると言わざるを得ない。

精神障害者の人権と社会復帰の意義が認知されることによってはじめて、障害者自身が地域コミュニティの一員としての自己を確立し維持することが可能となる。障害の程度によって地域から受けるサービスはさまざまであろうが、それを準備し受けることが無理なくできる必要がある。社会復帰の効果を上げるには、市町村や保健所のほかに、家族会、ボランティア、セルフヘルプグループなどの地域生活を支える人達の理解と協力が大切であり、家庭と地域の連携が求められる。最近のように、元気な高齢者が増加すると、自分たちも何か世の中のために役立ちたいと考える人も多いとのことである。中心となる適任者を軸として地域生活者のグループが生まれれば、積極的な支援を期待できよう。ある市町村では、地域通貨制度があって助けあいなどにその仕組みが利用されている。そのようなボランティア活動によって地域通貨を受け、逆に自分が介護を要するようになると、それを使って優先的にサービスが受けられる仕組みができて運用されてもよい。大切なのは、地域生活者が主体的に支援活動を展開できるような仕組みをつくることであろう。

日本から家族を伴って英国へ長期出張したことのある人が言うには、当初は障害をもつ自分の子供のことが大変心配であったが、地域サークルがその子供を暖かく迎え入れてくれたという。そのときのことがよい思い出として今でも忘れられないそうである。これは、ボランティアによる地域活動の仕組みがよく整っており、地についた活動が日常的になされていることを示している。それには宗教的背景もあると考えられるが、この種の活動を当然のこととする社会通念ができている成熟社会であるからだと言える。我が国においてもそれを当然とする社会が1日も早く到来することが望まれる。

最後に、別の観点からの技術的な課題について述べてみたい。それは、身体障害者や老人介護で開発された介護支援機器やリハビリテーション器具と同じように、精神障害者の治療や介護に役立つ機器に必要なものがないかという点である。それには精神科医と工学者や技術者とがタイアップしてそれを見出していくことが必要である。現在のエレクトロニクス技術を使えば、きわめて高度な機器を生み出すことが可能である。必要不可欠な機器を開発して活用すれば、医療に役立つところは大きいであろう。例えば、心身に対しては適度のストレスがあることが必要だと言われており、また、閉ざされたところに人が閉じ込められしかも外部からの情報が何日間か遮断されると幻覚を生じると言われている（稲垣佳世子「情報への飢え」波多野誼余夫・稲垣佳世子『知的好奇心』1973年）。このことを考慮して、病室などには望ましい環境を人工的に作り出すことが有効かもしれない。また、少ないスタッフで患者の容態を正しく把握するためにはリモートセンシング技術がもっと活用されてもよいのではなからうか。同様のことが社会復帰施設での介護・支援などでも模索されてよい。

以上、精神障害者との共生のための施設などについて工学的視点から考察した。現在、病棟や病室の質的改善が図られつつあり、より開放的なものにする取組みが進行してい

るが、さらにこれを推進する必要がある。また、社会の受入れについては、まだ多くの課題があるものの、それを解決し精神障害者を社会の一員として苦しみを分かちあいながら福祉社会づくりを目指さなければならない。

表1 精神障害者社会復帰施設（熊本県のホームページから）

	事業の概要	補助率等
精神障害者生活訓練施設 （援護寮） 精神保健福祉法第50条の2）	入院の必要はないが、独立生活が困難な精神障害者に生活の場を与え、必要な生活訓練等を行う。 （利用期間原則2年以内、県施設は原則1年以内）	{ 1/2 1/4 1/4 } (1/2 1/2 -)
精神障害者福祉ホーム （精神保健福祉法第50条の2）	ある程度独立した生活が可能な精神障害者に対し生活の場を提供し、必要な指導等を行う。（利用期間原則2年以内、県施設は原則1年以内）	同 上
精神障害者通所授産施設 （精神保健福祉法第50条の2）	相当程度の作業能力を有するが雇用されることが困難な精神障害者に必要な職業訓練や指導等を行う。県内施設は通所型のみ。 （県施設の利用期間は原則1年以内）	同 上
精神障害者福祉工場 （精神保健福祉法第50条の2）	作業能力はあるものの、対人関係、健康管理等の理由で一般企業に就労ができない精神障害者を雇用する。	同 上
精神障害者地域支援センター （精神保健福祉法第50条の2）	地域で生活する精神障害者の日常生活への支援、日常的相談への対応、地域交流活動等を行う。	同 上
精神障害者グループホーム （精神保健福祉法第50条の3）	地域において共同生活を営む精神障害者に対し、食事の世話等の生活援助、相談指導を行う。	(1/2 1/4 1/4)

6. 精神障害者の「地域で暮らす」をどう支援できるか

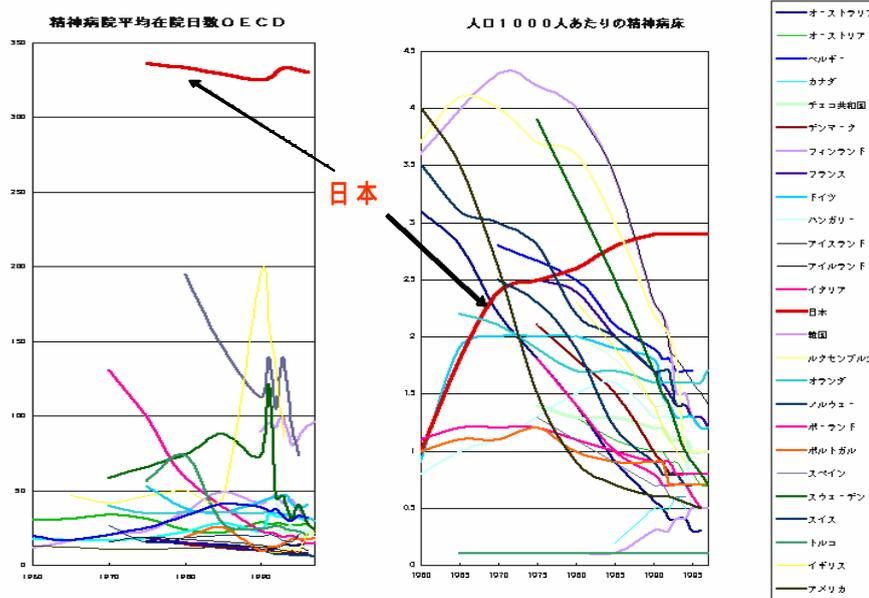
東京都立多摩総合精神保健福祉センターの支援活動の事例

本特別委員会において、東京都多摩精神保健福祉センターのリハビリテーション部主任技術員・藤本 豊氏によって「地域で暮らす」の報告が行われた。その報告内容を紹介しつつ、精神障害者の支援として何が重要かについて考えることにしたい。

東京都立多摩総合精神保健福祉センターは、精神保健および精神障害者福祉に関する法律 50 条-2 の規定「精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者が日常生活に適応することができるように、低額な料金で、居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする」に基づいて設置された生活訓練施設である。日本では精神障害者の入院日数が他国に比べて極めて長く(表 1 参照。以下、表は藤本氏が提供したものである。)その多くは精神障害者の社会や家庭での受け入れが困難なための「社会的入院」にある。

表 1

平均在院日数と病床数

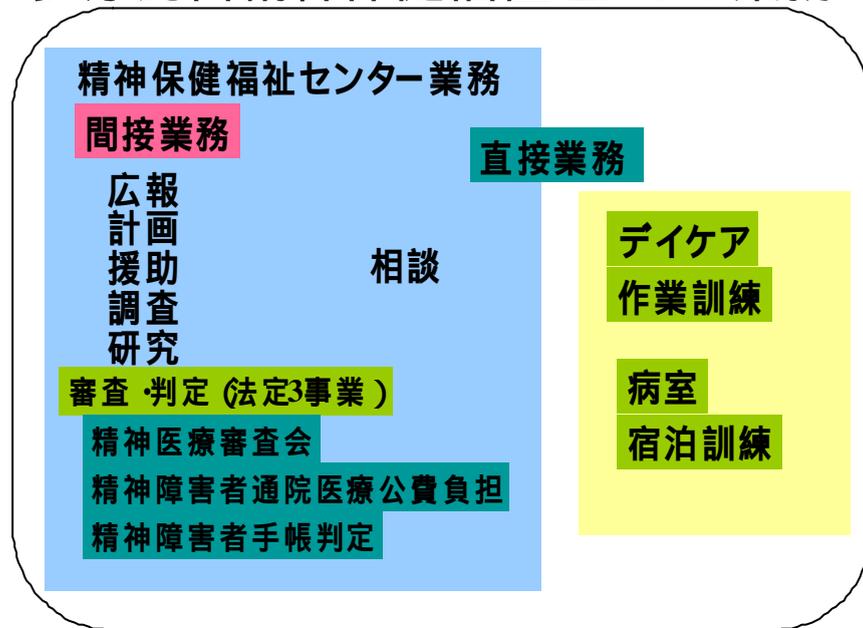


多摩総合精神保健福祉センターは、このような精神障害者の社会復帰に関わる問題を解決することを目指して、東京都がその基幹的施設として設置されたものである。見学に訪れた者が「立派ですね！」と驚くことが少なくないというが、それは、一般の人々が精神障害者やその施設に対して如何に暗く貧困なイメージを抱いているかを示唆するものであろう。施設は単に概観に留まらず、その業務は、広報、調査、研究などの間接的なものから、精神障害者を対象とする相談、作業訓練、生活訓練などの直接業務まで多岐に亘り(表 2) 設備面と同時に人的面でもきめ細かい活動が展開されている。

藤本氏は心理学専攻のバックグラウンドを持っておられるが、同施設の直接業務を扱うリハビリテーション部に所属して、社会復帰を目指す精神障害者に24時間体制で生活、精神面にわたる指導、訓練、援助をしておられる。

表2

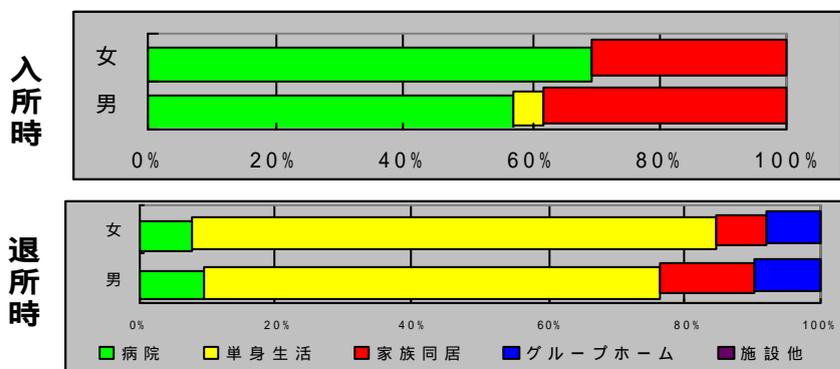
多摩総合精神保健福祉センターの業務



精神障害者の入院・退院時の住居形態をみると、過半数が入院時は家庭に居住していた（家族と生活していた）が、入院期間が長期化することとも関連して退院時に家庭に戻れるものは減少し、その多くは単身生活をするようになる（表3）。

表3

入退所時の住居形態



このような状況は、それまで家庭や病院で保護され自立した生活の経験のない障害者が、初めて一人で地域で生活することを迫られることであり、その新しい生活に適應するためには、さまざまな様々なスキルや知識の養成・訓練が求められる。本センターは、そのような必要に応えるべく、障害者が退院後、地域で単身で生活する（生活できる）までの間、そのスキルや知識の指導・訓練を受けられる中間的場として、重要な役割を果たしている。藤本氏はここで生活を共にし、入居する個々の人の特性に応じて、ひとり暮らしができるようきめ細かな指導や相談を行っている。また一人暮らし後も、必要な支援や相談も継続して行い、障害者が社会で暮らす上でのよりどころとしての役割を果たしている。

さて、精神障害者が地域で暮らすためには、医療についてさらに職業や昼間の居場所の確保と住居の確保が求められる。

これら医療、働く場（昼間の場）、住居の種類（形態）がどのように保障されているかの現状は、表4から表10までにある通りである。

表4

<p>地域で暮らすための制度など</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 医 <ul style="list-style-type: none"> - 医療 ● 職 <ul style="list-style-type: none"> - 仕事・昼間の居場所 ● 住 <ul style="list-style-type: none"> - 安心して住める場

表5

<p>医（治療の場）</p> <ul style="list-style-type: none"> - 病院（入院・通院） <ul style="list-style-type: none"> - デイケア - クリニック

表 6

働く場（昼間の場）	
仕事の間(一般雇用)	
	職場適応訓練制度
	特定求職者雇用開発助成金
	トライアル雇用
	職域開発援助事業
	職務施行法
	自立支援事業
	社会適応訓練事業
	ジョブガイダンス事業
	障害者就業・生活支援センター
	特例子会社制度
	社会適応訓練
	福祉工場
作業・憩いの場	
	通所授産施設
	共同作業所
	生活支援センター

表 7

都内の作業所の経費

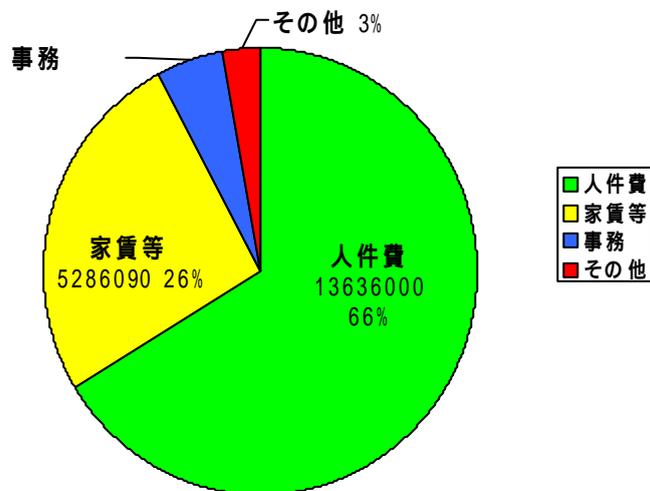


表 8

住い
・生活訓練施設
・福祉ホーム
・グループホーム
・ショートステイ
(精神障害者地域生活援助事業)

表 9

グループホームの形態

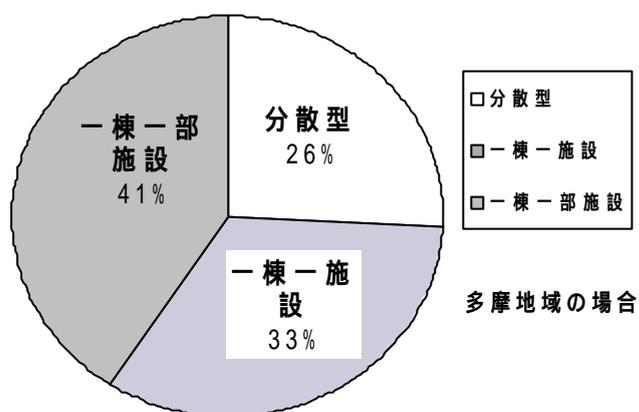
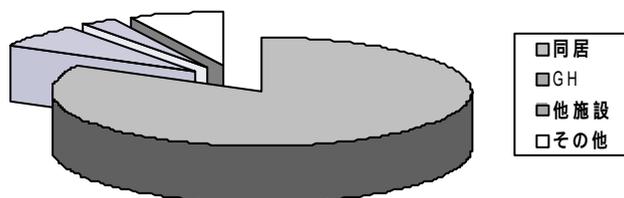


表 10

ショートステイ利用者の住居形態



多摩総合精神保健福祉センター 2001年

さらに家事や生活上の援助はホームヘルパー制度ができ、それを利用することができる。

こうした医、職業、住まいにわたる制度や施設を、それらが利用できる時間、曜日に
 ついて一覧すると、表 11～表 13 の通りである。

表 11

ホームヘルパー
<ul style="list-style-type: none"> ・家事援助として <ul style="list-style-type: none"> - 掃除 - 洗濯 ・生活支援として <ul style="list-style-type: none"> - 来客者 ・援助者側の安心感

表 12

時間帯別利用可能施設

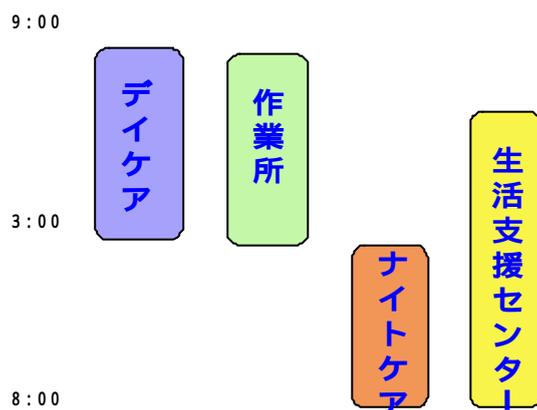


表 13

曜日別利用可能施設

月 火 水 木 金 土 日



ここから明らかなことは、障害者に対して住まい、しごとの場は制度的にはかなり整備されてはいる。しかし、それら提供されているものを、自分の状況やニーズに応じて適宜選択しうまく活用することは、障害者にとって容易なことではない。そこには、相談相手や援助が得られるか否かが問題である。藤本氏の仕事には、いわば点のように存在する諸制度や施設と障害者とを適切に結ぶ役割を担っているものと言える。

先にもみたように、精神障害者の多くは、退院後、家庭に戻れず、それまでほとんど経験したことのない単身で生活することになる。このことは、家族に相談や支援を求めることも困難であることを意味する。したがって、障害者が「地域で暮らす」ためには、日常生活上のスキルや知識、地域や職場での人間関係に関わる知識や態度の習得・訓練は勿論であるが、その訓練後も、上記のような障害者のための諸制度や施設が適切に取捨選択され、効果的に活用されるための相談相手や支援者は、（家族にそれを求めることが困難な）障害者にとって欠くことができない。

リハビリセンターには、24 時間体制で障害者の生活を見守り、社会で生活する際、必要な日常生活、人間関係、職業などに関連する技術や知識、態度などについての指導、訓練を行うための施設 ホステルが設けられている。そこでは、近い将来アパートでの単身生活を可能にするために、約 10 ヶ月の期間、炊事、買い物、金銭管理などの日常生活スキルから、仕事や昼間の場の探索と就労訓練も平行して行っている（表 14）。

表 14

ホステルでの援助

援助項目	1～3ヶ月	4～6ヶ月	7～9ヶ月	10～12ヶ月	OB (1年間)
生活環境に慣れる	ホステルの個室生活に慣れる	ホステルの日常生活に慣れる	積極的に社会に参加して行く	アパートの生活に慣れる	地域での一人暮らしに慣れる
自炊訓練・金銭管理	自炊の基礎練習	一部自炊	三食自炊		
日中の過ごし場所		作業所/ 仕事探し	定期的な作業所通就労		
住所確保	キーパーソンへの連絡		キーパーソン・福祉との調整	アパート探し・契約・引越	

藤本氏は、このようなホステルにおける精神障害者への生活訓練・教育・援助プログラムに 24 時間体制で関わり、ホステルからアパートでの単身生活後も相談や援助に継続的に携わっておられる。さらに退所後も随時連絡し状況を把握し相談相手にもなり、継続的な支援を行っている。

精神障害者の医療・福祉に関わる制度や施設の整備が重要なのは言を待たない。しかし、それと同時に重要なのは、「点」のように存在するこのような制度や設備を、真に求めている者によって選択され活用されることである。それは障害者の努力だけでは不可能であろう。そこに制度や施設などハードを活かし制度・施設と障害者を結ぶ役割を果たし得るソフト、人材が強く求められる。この人材には、人間の心理やその障害についての深い洞察を持つこと、広い社会的視野、暖かな成熟した人格が重要であることは勿論であるが、さらに「地域で暮らす」ことに関わる日常生活上の技能や知識も、自身豊かに持つこと無しには、その役割は果たせない。それは、藤本氏が報告された同センターでの仕事から、伺うことができる。

これまで「社会的入院」を余儀無くされてきた障害者が「地域で暮らす」ことは、今後一層求められるだけに、このような資質を備えた人材の養成確保は極めて容易ではない課題であろう。それは、制度の制定や施設の設置・整備の陰にあって目立たないが、そのような人材こそ制度や施設を活かすキーであろう。

最後に、精神障害者が「地域で暮らす」ことを進める上で必須の、障害者を迎える一般の人々に対する教育の必要性を指摘したい。精神保健福祉センターに来所した人々が、その建物をみて「立派！」と意外とも感嘆ともとれる反応をすることを藤本氏は述べられたが、そこには一般人の「障害者観」や偏見が反映されている。

偏見、とりわけ精神障害者に対する偏見についての社会・発達心理学の研究は多くはないが、一般の人々において精神障害者に対する認識は「地域で暮らす」ことを可能とするにはほど遠いのが趨勢である。近年、共生の重要性や少数者への差別の是正などが強調される中で、障害者への「理解」や共感も高まりつつあるかに見える。しかし同時に、精神障害者は「怖い」「危ない」「何をするかわからない」といった否定的なものとの偏見は依然として根強い。その結果、「共感」が受容、共生に結びつくよりも、自分とは距離をおいた存在として遠くから同情しているという態度に留まっている。このことが、障害者施設の建設案が出されると、必ずといっていい反対運動が起こる背景であろう（坂本真土「精神疾患患者と身体疾患患者のステレオタイプ」『現代のエスプリ 384 偏見とステレオタイプの心理学』1999年、162-171頁、中村真「精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向（1）：日本国内における実態調査」『川村学園女子大学研究紀要 12』2001年、199-212頁、中村真・川野健治「精神障害者に対する偏見に関する研究：女子大学生を対象にした実態調査をもとに」『川村学園女子大学紀要 3』2002年、137-149頁）。

このように一方で理解や共感も示しながら、同時に自分とは距離をおきたい危険な存在だとの偏見も抱く、精神障害者に対する両義的な態度は、どのように変化させることができるであろうか。その一つは、精神障害者との接触体験であることを多くの研究が明らかにしている。この場合、直接の交流に限らない。間接的な接触によって偏見は是正され、態度は変化する。家族や知人に精神障害が生じたことがきっかけで、精神障害について情報を得たり自ら勉強することになる。このように、最初は否応なしに関心を抱き、次第に積極的に情報を求める中で、それまでの「怖い」「危険」といった否定的

な偏見を打破する契機となっている（浅井暢子「精神障害者に対する意識と変化」『社会心理学会第40回大会発表論文集』1999年、234-235頁、坂本・前掲）。

また子どもの場合、親が障害者に対してどのような態度を示すかが子どもの障害者観に大きく寄与することも報告されている（向田久美子「子どもの偏見に及ぼす親の影響について」『性格心理学研究6』1998年、82-94頁）。

このような知見に照らすと、精神障害者との共生や理解を概念的レベルで強調することでは、偏見の解消にはならないことは明らかである。一般の人々に、精神障害者への否定的な態度や偏見を助長する方向の情報ばかりが強調され先行する風潮が著しいが、より公平な情報を提示する教育的働きかけが必要である。とりわけ一定の態度や偏見が形成されつつある子どもに対する教育はきわめて重要であろう。

7. 精神障害者との共生のための雇用をめぐる問題点

(1) 精神障害者の「自立と社会参加」

施設中心から在宅支援へ

日本における精神障害者の処遇は、社会防衛や治安対策の観点から出発し、施設における精神障害者の医療および保護を経て、次第に、地域におけるケアを中心とするように発展してきた。その背景には、精神医療の進歩や欧米諸国の脱施設化運動の影響があったとされている。

そのことは、精神障害者に関する法律の展開過程に明確に現れている。すなわち、1987年にそれまでの精神衛生法が精神保健法に改正され、「精神医療における人権の確保」と「社会復帰の促進」がうたわれ、社会復帰施設が法定化された。また、1993年に改正された精神保健法は、精神障害者地域生活援助事業を法定化し、精神障害者社会復帰促進センターを創設した。他方、1993年に制定された障害者基本法（心身障害者対策基本法の改正）が、その2条において、障害者を「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、長年にわたり日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者をいう」と定義することによって、精神障害者を他の障害を持つ者と同列に位置づけることが明確化された。さらに、1995年には、精神保健法が改正され、精神保健福祉法となり、その第1条において、その法目的として、その前からあった「社会復帰の促進」に加え、精神障害者の「自立と社会参加の促進のために必要な援助」を追加したのである。具体的施策として、精神障害者保健福祉手帳制度が創設されたことと、通院患者リハビリテーション事業が法定化されたことが注目される。

精神保健福祉法は、さらに1999年にも改正（2002年度から施行）され、在宅精神障害者に対する福祉施策の充実のために、精神障害者の生活に関わる地域支援が市町村の任務とされた。社会復帰施設（具体的には精神障害者地域生活支援センター）、地域生活援助事業（グループホーム）、訪問介護、短期入所（以上3者を精神障害者居宅生活支援事業という。）、そして社会適応訓練事業が、市町村

の業務と位置づけられた。これによって、精神障害者に関する施策の中心が医療から身近な生活支援に移されることが明確となり、また、精神障害者の地域生活に関わる支援が他の障害と同じレベルで位置づけられることになったのである。

精神障害の特質

以上のとおり、今や精神障害者も、身体障害者や知的障害者と基本的に同一の次元でとらえられるようになったわけである。そこで、精神障害者にとっても、その福祉のためには、) 経済活動への参画、) 職業への従事、) 家族生活の安定、) 医療サービスの適切な受給、) 福祉サービスの適切な利用、) さまざまな社会活動への参画、) 文化活動への参画や娯楽の享受が必要であることが明らかとなった。

しかしながら、精神障害が他の障害と異なった性格を持っていることも否定できない。ここでの関心事である雇用保障の観点に限って考えても、精神障害は、次のような特徴を持つと言えるであろう。

) 多くは原因が不明なこともあり、急性期の精神症状は抑えられても、なかなか完治まで達しないという特性がある。軽症の精神疾患を除き、症状が軽快して退院しても、能力障害を有したまま社会で生活していくことになり、精神障害については、医療を必要とする「傷病者」の側面と、福祉を必要とする「障害者」の側面の両方を持っている。

) 外見上分からないことと、社会の偏見が強いこととの双方から、障害の存在を知られたくないという希望が、他の障害の場合よりも強い。そこで、プライバシー保護がとりわけ重要な意味を持つことになる。

) 企業に採用された後に精神障害を持つに至る者が1万3000人もおり、しかもそれが大企業に多いという現実がある。精神障害者の雇用保障を考える際には、この採用後の障害者をどのように扱うかが重要な問題となる。

(2) 精神障害者の雇用の実態

一般雇用

精神障害者の数(上記精神保健福祉法5条の定義「精神分裂病、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」に該当する者のうち、知的障害者を除く。)は、平成11年で204万人、うち入院中の者は33万人、外来の通院患者は171万人となっており、また手帳の交付を受けている精神障害者は平成13年3月末で約19万1000人である。しかし、公共職業安定所(職安)における、精神障害者である有効求職者は、平成12年度末で9342人とどまっている(平成7年度末の3648人の2.6倍とはなっているが)。そして実際に職安の職業紹介によって就職した者は、平成12年度末で1614人(平成7年度末は1236人)にすぎない。

他方、平成10年度障害者雇用実態調査によれば、全国の民間企業(従業員5人以上)に雇用されている精神障害者(適応訓練の対象となる者)は5万1000人

となっており、事業規模別に見ると、従業員100人から499人の事業所で雇用されている者の割合が36.2%で最も高く、次いで従業員30人から99人で雇用されている者の割合が35.7%となっている。雇用されている精神障害者のうち、採用前精神障害者は3万8000人、採用後精神障害者は1万3000人となっている。雇用されている精神障害者のうち、採用後精神障害者が占める比率は、従業員500人から999人の事業所で61.6%、従業員1000人以上の事業所で49.0%となっており、比較的規模の大きい事業所で採用後精神障害者の割合が高くなっていることが注目される。

採用前から精神障害を持っていた者の雇用形態は、パート46.9%、正社員40.6%となっており、一般労働者の正社員比率が減少しつつあるとは言え7割を越えていることを考えると、採用前精神障害者において正社員の比率が低いことが明らかである。

作業内容は軽作業が多い(正社員で37.1%、パートで66.4%)。1ヶ月あたり賃金は、7万円から15万円未満が最も多く(正社員で74.1%、パートで56.7%)、精神障害者が低賃金で雇用されていることが分かる。

精神障害者の出勤状況や職務遂行能力を見ると、ほぼ所定どおりに出勤している者は、正社員で79.3%、パートで71.6%である。職務能力については、基礎体力(69.1%)、持久力(52.9%)については問題がないとする事業所が多いが、とっさの事態に対する判断力(49.8%)、職務遂行の能率(36.8%)、動作の機敏さ(38.6%)等については、問題があるとする事業所が多い。

職場適応面では、出退勤等の労働慣習(78.5%)、健康管理(66.8%)、勤労意欲(60.5%)については問題がないとする事業所が多いが、精神的なタフさ(39.5%)、円滑な人間関係(22.4%)については問題が多いとする事業所が多くなっている。

精神障害者の全体としての能力については、問題ないとするものが44.4%となっており、平成5年の調査時(19.7%)と比べてかなり高くなっている。

以上の数値は、精神障害者も、健常者と比較すると相対的に能力が劣るとは言え、一定の配慮をすれば、十分労働者としての就労に耐え得ることを示している。

精神障害者の福祉就労

平成11年10月1日現在、精神障害者の福祉就労の実態は、以下のとおりとなっている。

精神障害者授産施設。これは、「雇用されることが困難な精神障害者が自活することができるように、低額な料金で、必要な訓練を行い、及び職業を与えることにより、その者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設」(精神保健福祉法50条の2第3項)であり、通所授産施設と入所授産施設とから成る。後者は、住居の確保が困難でかつ多少の介護があれば日常生活が可能な対象者に居住の場をあわせて提供するものである。通所授産施設は、施設数150、通所者数3355人であり、入所授産施設は施設数21、在所者数417となっている。

障害者1人1ヶ月当たり平均工賃は、通所授産施設で2万4000円、入所授産施設では9650円となっている。

）小規模通所授産施設。無認可の小規模作業所（通常、共同作業所と呼ばれる。）が民間主導ででき、地域活動の拠点的存在となっていたが、社会福祉法人の認可を受けるのは難しかった。そこで、常時10人程度の利用者でも法人格がとれ、かつ基本財産も不動産を持たず1000万円という少額で法人認可を行えるようにしたのが、小規模通所授産所である。

）精神障害者福祉工場。これは、「通常の事業所に雇用されることが困難な精神障害者を雇用し、及び社会生活への適応のために必要な指導を行うことにより、その者の社会復帰の促進及び社会経済活動への参加の促進を図ることを目的とする」（精神保健福祉法50条の2第5項）施設である。利用者との間で労働契約を締結する点に特徴がある。工場は、最低賃金以上の賃金を支払うことになる。しかし、現在、施設数9、在所者数158人とどまっており、その役割は限定されている。一般企業との連携や、官公庁が外部委託する仕事の受注などが可能になるような努力が必要である。

）社会適応訓練。これは、精神障害者を一定期間事業所に通わせ、集中力、対人能力、仕事に関する持久力を涵養するもので、医療リハビリテーションの一環であるが、雇用に至る前段階の職場実習としての性格も持っている。全国2691の事業所で4306人の精神障害者を対象に行われている。

（3）精神障害者の雇用促進政策

障害者雇用促進法による精神障害者の位置づけ

一般に障害者の雇用については、障害者雇用促進法が中心的な役割を果たしているが、平成14年の同法改正により、「精神障害がある者」が新たに定義され、精神障害者が雇用促進政策の対象とされることが明確化された。同法2条6号とそれを受けた施行規則1条の4によれば、同法でいう「精神障害がある者」とは、「精神保健福祉法条2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者」もしくは「精神分裂病、そううつ病又はてんかんにかかっている者（前号に掲げる者に該当する者を除く。）」であって、「症状が安定し、就労が可能な状態にあるもの」とされている。

具体的施策

）まず、求職活動への準備段階における支援の施策として、医療機関等と連携した精神障害者のジョブガイダンス事業が実施されており、平成12年度で、75の医療・保健・福祉施設等と職安の連携により、575人が対象とされている。また、地域雇用支援ネットワークによる精神障害者職業自立支援事業が、平成12年度で29人を対象に実施されている。

）職安による求人の開拓、職業指導、職業紹介を積極的に進めるために、各都道府県の障害者重点職安に、精神障害者ジョブカウンセラーが配置されている(47人)。

) 労働習慣の体得、仕事への適性を見極めるための支援措置として、地域障害者雇用支援センター内の作業場(トレーニング社)で模擬的な就労体験をさせる施策、地域障害者職業センターにおいて、支援者をつけて現実の事業場で労働習慣の体得をはかる職域開発援助事業、求職者である障害者について、その能力に適合する作業の環境に適応することを容易にするために、事業主に委託して行う都道府県の適応訓練制度(都道府県は障害者雇用対策法の規定にもとづいて障害者に対して手当を支給することができる。)、障害者のトライアル雇用のための障害者雇用機会創出事業、さらに、精神障害者地域生活支援センターが企業と業務請負契約を締結し、指導員つきで数人の精神障害者のグループを企業に送り込んで就労してもらう(平成13年から東京、千葉、福岡の3箇所で行われている。)といった施策が展開されている。

) 職安による就職後の助言・指導も実施されている。

) 助成金としては、政府は、精神障害者についても、雇い入れた事業主に対して、障害者雇用納付金制度にもとづく助成金(設備、施設の整備や介助者、教育訓練などのため)を支給することができる(39条の13)。平成12年度はのべ691人について支給された。また、特定求職者雇用開発助成金(事業主が支払った賃金の一部分<企業規模に応じて4分の1または3分の1>を1年間支給する。)の制度がある(平成11年度は241人)。

なお、雇用保険法施行令改正により、平成14年から常用就職支度金の支給対象として「精神障害者」が追加された。

(4) 残された課題

地域の中で精神障害者との共に生きていくためには、最終的には精神障害者の自立が求められる。とりわけ経済的な自立が必要であり、精神障害者が納税者となることを最終的な目標とすべきである。そのためには、福祉的な就労のみならず一般就労の支援も積極的に行うべきである。障害者の雇用義務の対象が身体および知的障害者に限られている点は改善される必要がある。

精神障害者の雇用を促進する施策は、徐々に展開されているが、その規模はきわめて限定されており、現在なお、就労機会を求めているが現実に就労できない精神障害者が多数存在するのが実情である。精神障害者の雇用の促進等に関する研究会報告書「精神障害者に対する雇用支援施策の充実強化について」(2001年8月)が指摘するとおり、) 精神障害者の特性に合った支援策(時間や期間が弾力的に設定できる職業リハビリテーション)、) 医療・福祉施策から雇用への円滑な移行(段階的な職業リハビリテーションの充実)、) 採用後精神障害者への対策、) 社会全体の理解の促進が急務である。

精神障害者の雇用を積極的に進める観点から重要とみられる検討課題は、障害者雇用促進法が身体障害者や知的障害者について設定している企業や官庁の障害者雇用義務(原則として従業員の1.8%)を精神障害者に広げるべきか否かである。

精神障害者を雇用義務の対象とすることは、当事者や家族を勇気づけ、「ノーマライゼーション」を進める有力な方法である。たしかに、雇用義務の設定にあたっては、精神障害者雇用のノウハウの蓄積、採用後障害者の問題の扱い、プライバシー保護など、幾多の問題が解決される必要があり、そのような前提条件を抜きにして直ちに雇用義務のみを設定することには問題があるとも考えられる。これまでの雇用支援措置の拡充とその成果の周知徹底、対象となる精神障害者の把握・確認の方法の確立、採用後障害者の実態把握などの条件整備を急ぎ、できるだけ早期に精神障害者を雇用義務の対象とする制度を確立すべきである。

提言

これまでの考察を踏まえて、精神障害者との共生社会の構築へ向けて、以下のように提言する。まず、当面の諸課題を明らかにし、それらの解決についての方策を提示したい。そして、今後の長期的な課題として取り組むべき事項に言及し、共生社会の充実への道標となるようにしたい。

1. 当面の課題とその解決策

(1) 精神障害者に対する誤解・偏見・差別の解消 「ノーマライゼーション」の実現に向けて

教育

精神障害は、本来、共に社会で暮らしている人が精神疾患に罹患したことによるもので、うつ病、神経症、統合失調症のいずれも人として平等である、この認識から発し、精神障害者に対する差別を無くするためには、偏見の是正、正しい知識の普及・啓発に努める必要がある。精神障害に対する正しい知識の普及は、誤解や偏見の是正に最も基本的なものである。そのためには学校教育が一番効果的であろう。したがって、文部科学省や厚生労働省の関係省庁との連携を密にして、教科書の見直しなど効果的な方策をとるべきである。

また、一市民として、私たちは、「部分的共感」を広げるように努める必要がある。すなわち、精神障害者の経験世界について、私たちにも「ある程度」は自分の経験の延長として理解可能であるから、そのような「部分的共感」を広げるべきなのである。

共に暮らす機会

精神障害者を隔離するのではなく、一般の人たちの目に触れる機会、相互交流の機会を増やし、私たちの社会で「ともに生きる」場を広げていくべきである。

マスメディア

精神障害者に対する差別を解消するためには、国民に多大な影響力を持つマスメディアの協力が必要である。マスメディアは、偏見を助長する記事を避けるよう注意を払う一方で、正しい知識の紹介と精神障害者と一般住民との交流を促進するようにすることが期待される。精神医学界は、科学ジャーナリストに的確な医学知識などを提供して国民一般に啓発の機会を与えるようにするため、マスメディアと密接に交流する場を作るべきである。

共生社会実現による国民にとってのメリット

障害者と共に生きることから生まれる他者へのいたわり、優しさを自己のものとすることは、自分自身の人格・魂を高める契機となり得る。人格成長の機会を確保するという意味で、共生社会が目指す「ノーマライゼーション」は、障害者の人権の問題であると共に、健常者の人権の問題でもある。また、一国の精神的権威（真の国威）は、我が国の高齢者、病人や障害者などの人権がどの水準で尊重されているかに、大

きく依存する。世界で尊敬される国民になるためにも、健常者にとって障害者の人権尊重は重要な意義を持つ。これらのことを国民は認識すべきである。

(2) 精神医学・医療の推進・発展

医学教育

医師になる者に対し、正しい精神疾患への理解を持たせ、人権に配慮した対応能力を身に付けさせるべきである。

医療の充実と研究の推進

今後の精神医療では、より人権に配慮した高度で適正な医療が求められる。精神疾患・障害の特性から、特に多職種専門家によるチーム医療の提供が重要である。そのためにも専門職種の確保と質の向上が望まれる。また、医療の充実と誤解・偏見の解消のために精神疾患の原因の解明、治療法の開発研究を積極的に進めることが不可欠である。さらにその成果を一般の人達にも分かりやすく伝えるべきである。

いわゆる触法精神障害者の処遇

他害行為を行った精神障害者で責任無能力とされた者に対しては、精神科医と法律家の協働による適切・確実な処遇方法が国の責任において施されることが望ましい。このための方法には諸種あり、種々の対処法が各国において行われているが、今回、政府案において提案されている手続きは、従来の医療モデルに最小限の司法機能を付け加えたものとして妥当であると考えられる。また、モニタリングシステムを確立し、処遇に関する科学的知見を積極的に蓄積して、処遇の科学化を図るべきである。

司法精神医学の確立

いわゆる「触法精神障害者」が適切な治療と処遇を受け、社会生活への復帰を促進するために、医学と司法が同一の場で治療や処遇を検討できる場を設け、そのための専門施設を設置し、専門家を養成し、彼らの社会復帰に向けてのシステムを確立すべきである。これらの活動を通して、司法精神医学の確立が期待される。

(3) 精神障害福祉の充実・発展 地域生活支援のために

地域生活支援の充実

市町村を中心とする地域生活の支援を充実させる必要がある。現在、少しづつ広がりを見せているケアマネジメントシステムを活用して、精神障害者のニーズに応じた支援が行われるよう工夫されるべきである。また、その観点から地域生活支援センターの役割も大いに期待される。気軽に相談できる支援体制が精神障害者には必要であり、小規模なものが数多く作られ、きめ細かい支援が行われることが望ましい。

多くの一人暮らしのホームヘルプサービスが必須である。身体障害者の場合とは異なり、精神障害者に対しては話し相手の援助が重要であり、そのためにホームヘルパーに対する特殊な教育も必要である。

社会復帰施設の充実

生活訓練施設、グループホーム、福祉ホーム、授産施設などの社会復帰施設の充実が急務である。これらの施設が地域の中に作られ、地域住民との交流が活発化されることが望ましい。

(4) 就労支援

地域の中での精神障害者との共生を確立するためには、精神障害者の経済的自立を促進することが重要である。そのためには、次の課題の解決が急務である。

精神障害者の特性に合った支援策（時間や期間が弾力的に設定できる職業リハビリテーション）の確立

医療・福祉施策から雇用への円滑な移行（段階的な職業リハビリテーションの充実）

採用後精神障害者への対応策

社会全体の理解の促進。

また、福祉就労のみならず、一般就労を促進するために、現在、障害者雇用促進法によって身体障害者や知的障害者について設定されている企業や官庁の障害者雇用義務を、種々の条件を整備した上で、精神障害者にまで広げるべきである。

2. 今後の課題とその解決策

(1) 精神障害者との共生社会の形成に向けて、今後、海外の事例を含む情報の収集を行い、日本社会の実情に即した共生社会形成戦略の策定を、障害者自身を始めとする関係当事者の参画に基づいて行うことが望まれる。

(2) 障害者との共生社会の実現に向けて、現在、論議されている障害者差別禁止法の趣旨を生かしつつ、すでに制定されている「循環型社会形成促進基本法」に類する「基本法」の制定が望まれる。

(3) 評価システムの確立

精神障害者との共生社会の実現のために具体的な目標を掲げてプログラムを進める上において、評価システムが重要であり、適切にプログラムが進行しているか否かをチェックする（モニタリング）ための評価システムの開発・確立が必須である。評価項目については、今後、検討しなければならないが、それぞれの医療施設および福祉施設においては少なくとも、以下の項目が不可欠である。

人権の尊重

医療実績

障害者の生活の質

障害者の自立と社会参加

障害者の地域貢献

地域社会の受容・満足度

誤解・偏見の是正

費用対効果

個別の医療組織体または福祉組織体の評価と同時に、国や自治体などの社会レベルにおいても、「障害者との共生社会到達度」について評価項目や評価指標を設定し、それぞれの到達度の評価ないし格付けを行うことが望ましい。財務健全性の格付け（財務格付け）、環境配慮実績の格付け（環境格付け）などと並んで、いわば「共生社会到達度」の格付け（共生格付け）を行う評価システムの確立が望まれる。しかし、このシステムが、本来の「共に暮す」、「共生」を硬直した社会制度となることが無いようにしなければならない。