

(4) 解離性障害(DSM-IV)

解離性障害とは、意識の統合が崩れ、通常とは違う変容した(性質が変わった)意識状態が生じたり、記憶の障害を生じたりする状態をいう。旧来の神経症概念に照らし合わせると、神経症の一病型である「ヒステリー」の解離型(解離症状)に相応するものである。

そこで、「ヒステリー」について述べると、「ヒステリー」とは、受け入れ難い心理的葛藤、ストレスを持ち合わせたとき、その代償として、身体的には、知覚・運動系の麻痺(しびれなどの知覚障害、失声、失立・失歩など)や亢進に置き換えたり(転換症状、転換ヒステリー)、精神的には、夢遊状態や憑依状態、健忘状態、二重人格状態を生じさせたりする(解離症状、解離ヒステリー)神経症の病態をいう。そして、現在は、この解離症状を「解離性障害」、転換症状を「転換性障害」と呼んでいる。なお、ICD-10 では両者をあわせて「解離性(転換性)障害」として扱っている。

話を「解離性障害」に戻すと、DSM-IV では、これを「解離性健忘」「解離性とん走」「解離性同一性障害」「離人性障害」に分類している。「解離性健忘」とは、忘れたい嫌な体験(外傷的体験)や大きなストレスを受けた後、重要な個人的記憶が喪失した状態をいう。「解離性とん走」とは、心理的な原因により、突然現在の家や仕事を離れ放浪にでることであり、その際、自分の生活史に関する記憶(名前、家族、仕事など)を失っている状態である。通常、持続期間は数週間以内であるが、時に長期に及び新たな生活(名前なども)を獲得している場合もある。「解離性同一性障害」は、いわゆる「多重人格」のことであり、二つ以上の人格を持ち、それらの人格が時々交代する。

「離人性障害」は、神経症の病型としては「離人神経症」に相当するものである。この障害は、自分自身や自分の身体に関する自己所属感が失われる体験である。つまり、「自分が自分でないような感じがする」「自分自身に対して、あたかも自分が外部の傍観者のような感じがする」「ものを食べても味覚がなく自分自身が食べている感じがしない」など疎外感、非現実感が表れてくる状態である。このような離人症状は、統合失調症の初期や器質性疾患の場合も出現するが、ここで述べている「離人性障害」はこれらの精神病とも区別されるような状態を指している。

解離性障害の治療については、それぞれの病態の特性に応じ、精神療法、薬物療法等を行う。なお、「解離性健忘」「解離性とん走」は、一般には自然に回復する。

(5) 転換性障害(DSM-IV)

この障害は、前述したように、「ヒステリー」の転換症状に相当する。心理的ストレスや心理的葛藤を背景に、神経学的な疾患あるいは身体的な疾患では説明できない神経症状(例えば、麻痺、知覚障害、けいれんなど)を示す障害として定義されている。例としては、他から批判された人の声が出なくなる(失声)とか、成長することに不安を感じている子供が歩けなくなる(失歩)等がある。一見、状況に応じわざとらしく症状を出しているように見えたり、疾病利得のように感じられる場合もあるが、詐病のような演技的なものでないことに注意が必要である。

治療では、支持的で洞察志向の精神療法や薬物療法が行われる。

(6) 心気障害、あるいは心気症

神経症概念では、心気神経症(心気症)に相応するものであり、ICD-10 および DSM-IV の両者とも、身体表現性障害の一病型として扱っている。

この障害は、心身の些細な違和変調に著しくとらわれ、医学的診察(検査)により否定され、医師の保証を受けてもなお必要以上にその違和変調に固執し、重大な病気ではと恐れ、悩み、それを執拗に訴える状態である。これらの人々は、繰り返し色々な病院・医院を遍歴し、受診を繰り返す場合が多い。顕著な抑うつと不安がしばしば併存し、また中には、妄想的な頑固さを持ち、妄想性障害と診断するような例もしばしばみられる。さらに、本当に身体的疾病をもっている者が、普通以上に心氣的になり、二次的に心気障害(心気症)に陥ることもある。

治療は、精神療法と薬物療法となるが、まずは、患者の苦境を共感的に理解し、安易に心気障害(心気症)の診断をつけず、身体精査をも十分行うことも必要である。また、この障害の患者は、他者との関係を結ぶために、身体的愁訴をもって自らを病気であると主張する面があり、心理的アプローチ(精神療法など)を行う場合は、できるだけ自分の感情を言語化してもらう工夫が必要である。

5) アルコール依存症

「アルコール依存症」と「アルコール中毒」といった単語があるが、この両者の言葉は異なって使われる。中毒とは、具体的に身体に有害な影響を及ぼす物質(この場合は、アルコール)を摂取することにより、正常な機能が阻害された状態であり、依存症は、快楽を得るためにやめようと思ってやめられないという状態であり、必ずしも体内にアルコールが入っていると言うわけではない。このため、依存症は、薬物・アルコール・タバコなどの物質を摂取する「物質嗜癖」だけではなく、ギャンブル・買い物・仕事などの行為に対する「プロセス嗜癖」なども見られ、近年、ギャンブル依存症(病的ギャンブリング)なども問題とされてきている。

(歴史)

20年ほど前の精神医療の状況は、アルコール中毒の人の強制入院が多く行われていた。酩酊状態(酒に酔った状態)で暴れているあるいは仕事もせずに自宅に引きこもっているなど社会的に問題が生じた状態において、家族や、時として警察などが強引に精神科医療機関に連れて行き、強制入院が行われていた(「ルポ・精神病棟」大熊一夫)。入院目的も、自宅に帰るとまたお酒を飲んで家族に迷惑をかけるので、長期的に入院を継続し続けると言う社会的な入院も見られていた。

しかし、このような強制入院に関しては、人権上にも多くの問題が指摘され、近年、酩酊状態だけを理由に強制入院が行われると言うことは少なくなり、入院治療は主に、自主的な断酒を目的とした自発的入院(任意入院)や、離脱症状や幻覚妄想などの病的体験の治療を目的とした入院などが行われている。

(疾患概念)

これらのこともあり、近年は、アルコール依存症という言葉が用いられている。アルコール依存症とは、アルコールによって病的な変化が心身に起こり、そのためにアルコールを過剰に飲み、自分自身でもコントロールができなくなってしまうものである。依存には、自分の意思でコントロールできなくなっている「精神依存」や、実際に中断すると身体に異常(離脱症状など)を生じる「身体依存」などが見られる。

アルコール依存症は病気であり、そのため、身体的、精神的、家族的、社会的問題が生じてきているものである。アルコール依存症は、意志が弱いとか道徳感が低いからとか、家庭環境が悪いとか社会的問題で生じるのではなく、病気であり、だからこそ治療が必要とされている。そして、アルコール依存症の治療法は、断酒以外に無いとされている。近年、問題とする飲酒運転常習者の多くは、アルコール依存症であるとの報告も多く、飲酒運転の撲滅には、これらアルコール依存症への治療が今後重要な課題である。

(治療)

医療機関においては、主に精神療法と薬物療法が行われる。薬物治療は、離脱症状に対する治療、精神症状(幻覚や妄想、抑うつ状態、不安、不眠など)の治療、肝機能障害などの身体的治療が行われている。また、抗酒剤の服用も行われている。抗酒剤は、体内でアルコールの分解を阻害する働きを持っており、服用すると飲酒時に血中のアセトアルデヒド濃度が高まるため、不快感で多量の飲酒が出来なくなるものがある。シアナミドとジスルフィラム(商品名、「ノックピン」)の2種類が日本では認可されているが、これらは依存性そのものを抑える薬ではないため、医師の指導により、本人への説明を行った上で服用することとなる。

アルコール依存症にとって重要なことは、断酒であり、節酒は不可能であるということにある。アルコール依存症は、回復はあっても完全に治ることはなく、病気と上手につき合っていくことが重要である。一度、依存症になれば、二度と自分で飲酒をコントロールすることは難しく、少しでも飲んでしまえばもとの状態に逆戻りしてしまう。

しかし、アルコールを断つことはなかなか困難であり、断酒をサポートするための自助グループ(断酒会、AAなど)がある。断酒会は、依存症者とその家族によって作られた日本独自の全国的な組織であり、断酒を続けることを互いに支援し合い、近年では、酒害をはじめ、アルコール依存に対する正しい理解・知識を広く啓蒙する活動も行っている。また、アメリカ合衆国で始まったAA(アルコホーリクス・アノニマス)も、全国的な活動を広げており、断酒会と異なり、ミーティングの中では常に匿名で参加する。

6) 薬物依存症

薬物依存は、その薬物の作用によって得られる快楽を求めて、あるいはそれを中断することによる不快感を逃れるために、有害であると分かっているながら、あるいは社会的に問題があると感じながらも、その薬物の中止をすることができなくなった状態である。別の言い方をすれば、「薬物の乱用の繰り返しの結果として生じた脳の慢性的な異常状態であり、その薬物の使用を止めようと思っても、渴望を自己コントロールできずに薬物を乱用してしまう状態」(ご家族の薬物問題でお困りの方へ 厚生労働省)と言える。

アルコール依存症と同様に、薬物依存においても、快楽を得るため、あるいは不快感を避けるために中断できなくなった精神依存と、使用を中止すると幻覚、意識障害などの離脱症状(身体的な不調)などが出現するようになった身体依存がある。

我が国の薬物依存は、覚醒剤・有機溶剤だけではなく、違法ドラッグ問題や鎮痛剤、睡眠誘導剤の使用など多様化、複雑化、かつ低年齢化してきており、また、インターネットを通しての情報過多やネットを通じての商品売買など、精神保健福祉以外の分野にも多くの問題を抱えている。

薬物依存の背景には、さまざまな生きづらさがあることも少なくなく、その生きづらさを和らげるために薬物に頼ってしまう場合がある。薬物依存症からの回復は薬物を止め続けることによるのみ可能で、治療、リハビリテーション、自助グループなどが重要である。なお、薬物依存症に関しては、ダルクが薬物依存症者の回復施設として全国に開設されており、自助グループNA(ナルコティックス・アノニマス)と連動して活動、運営されている。

7) 心的外傷後ストレス障害 (PTSD)

心的外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder、以下PTSD)は、強烈なトラウマ体験(心的外傷)が原因となって心身に支障を来し、社会生活にも影響を及ぼすものである。アメリカでベトナム戦争後の帰還兵の問題行動が社会問題となったが、日本では阪神淡路大震災や松本サリン事件以降、マスメディアに取り上げられるようになった。

心的外傷によって生じるものはPTSDだけではなく、抑うつ状態やアルコール依存などさまざまなものがあり、また、PTSDの診断基準の中では障害の持続期間は1か月以上とされており、それよりも短い場合は、急性ストレス障害(ASD)と診断される。しかし、マスメディアなどでは、これらを含めた全てを時にPTSDとして報道されていることも少なくなく、医療現場の診断の現状とは異なっている場合も少なくない。

(心的外傷体験)

PTSDは、「実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した」ことを理由にしており、虐待など、長期、慢性に外傷的体験を受けて来ることによって出てくるものとは区別される。この場合、PTSDと区別して、「複雑性PTSD」という診断名が多くの臨床家や研究者から提唱されているが、現実にはマスメディアなどでは、これらは混乱した状態で使われている。

(症状)

PTSDの症状や診断については、DSM-IVなどに記載されているが、その症状には、再体験・想起(原因となったトラウマ体験が、無意識にはっきりと思い出されたり、悪夢をみたりする現象)、回避(トラウマに関係する状況や場면을、意識的あるいは無意識的に避け続けたり、感情や感覚などが麻痺したりする症状)、過覚醒(神経が異常に高ぶり不眠やイライラを生じやすい状態にある)などが見られる。

(適応障害とは)

心的外傷と関連した言葉で、近年、「適応障害」という言葉がよく使われている。重度なある

いは持続的なストレスに対する不適応反応であり、その誘因は比較的明確であり、抑うつ気分、不安、心配、無能感、日課の遂行におけるある程度の障害などが含まれるとされている。(ICD-10「精神・行動の障害」マニュアル;医学書院より)

しかし、現実にはこの名称は、本来の診断基準よりはば広く一般に使われる傾向にあり、それ程明確な誘因がなく、あるいは誘因がすでに解決しているにかかわらず、社会に十分な適応ができないという状況のみでこの診断が使われている事もあり、必ずしも、本来の医学的診断に基づいた使われ方が行なわれていないと思われる。

8) 広汎性発達障害

発達障害を考えるにあたっては、「病気」と「障害」の違いを知っておく必要がある。「障害」には、生まれ持った先天的な障害と、後天的な障害があり、このうち、後天的な障害は、もともと病気や障害を持たない人が、病気やけがなどにより治療を受けたが必ずしも完全な回復に至らず何らかの後遺症が残った場合であり、この後遺症が障害である。

統合失調症などの内因性疾患は、20歳前後に発症する病気であり、これにより、思考力の低下や意欲・自発性の低下などの「後天的な」障害を残すとされている。

これに対して、発達障害は、先天的な障害であり、生まれ持ったものである。しかしながら、外見的には、その障害が十分に把握されないために、主に、その障害による何らかの不適応症状が見られたときに、初めて診断がつけられると言うことも少なくなく、時には、成人以降になって初めて診断がなされたと言うことも少なくない。

これまで、発達障害に関しては、社会の十分な理解が得られなかったが、平成17年4月に、ようやく発達障害者およびその家族への支援について、国、地方自治体、発達障害者支援センター、国民の責務を定めた「発達障害者支援法」が施行された。

発達障害は、支援法の中では、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害(自閉症スペクトラム)、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものと定義されている。また、広汎性発達障害のうち、知的障害の無い、もしくは軽いものは高機能広汎性発達障害と呼んでいる。この中でも、近年、精神科領域で課題とされているのが、アスペルガー症候群であり、アスペルガー症候群は、自閉症の3つの診断基準(社会性の障害、コミュニケーションの障害、想像力の障害)のうち、「コミュニケーションの障害」の中の言葉の遅れなどをあまり認めないのが特徴である。

ここ数年、アスペルガー症候群への関心は高く、的確な診断がなされるようになってきているものの、まだまだ十分な理解や対応がなされていると言えず、特に成人のアスペルガー症候群に対する支援などは今後の課題と考えられる。また、発達障害の診断は、必ずしも、当初から診断が適切になされるとは限らず、その症状から、学習障害や注意欠陥多動性障害と言う診断がついていたものの、年齢が経過するに連れ、アスペルガー症候群の症状が認められるようになり、アスペルガー症候群の診断が新たにつくことも少なくない。また、アスペルガー症候群の診断に関しては、本人だけではなく、家族や周囲からの情報、生育歴の中での所見が参考とされる。

アスペルガー症候群の人には、さまざまな特徴が見られる。相手の気持ちを理解したり、楽しみや悲しみなどの感情を共有することが苦手であるが、決して周囲のことを気にしていないのではなく、むしろ、周囲の言動に過敏に反応する人も多い。また、抽象的な言葉や言葉以外の雰囲気を読み取ることが十分にできないために、他の人とのコミュニケーションができていくという問題もある。本人の症状が十分に理解されていないことにより、周囲に誤解をまねき、本人が孤立するということも出てくる。想像力や応用力に乏しい一方で、興味・関心の集中が強く、時に場にそぐわない話題を一方向的に話すと言う場合もある。中には、とても優れた記憶力を持っているため、学校での成績は優秀な人も少なくないが、逆に、不快な体験も強く記憶にとどめるため、一度強い嫌悪体験が起きると、よく似た環境を避けたり、何かのきっかけで過去の不快な出来事が思い出されパニックを生じると言うことがある。

また、知覚過敏もよく見られる症状である。聴覚過敏の人にとっては、ざわつきや人の話し声が時に強い不快・嫌悪を与えることになる。アスペルガー症候群では、この他にもさまざまな症状が見られるが、個々人によって特徴が異なるので、その人にとって何が不快なのか、どのようなことに対して理解ができないのかを十分に周囲が理解しておく必要がある。

また、その時点での対応の問題だけではなく、二次障害を防ぐことも重要な課題であり、アスペルガー症候群の特徴が十分に理解されないがために、本人のわがままである、やる気がない、ふざけているなどの誤解が生じ、結果的にいじめや不登校などにつながることも少なくない。

なお、アスペルガー症候群の診断が的確に行なわれるようになってきたのは、ここ数年の事であり、まだまだ適切に診断が受けられていないこともあり、これまでに、統合失調症や躁うつ病、人格障害と診断された人の中にも、アスペルガー症候群の診断が改めてなされる人も少なくない。薬物治療に関しては、発達障害そのものを治療するのではなく、随伴してみられる多動や過度のこだわり、興奮しやすい・パニックになりやすいなどの症状に対して行なわれる。

9) 人格障害

「人格障害」という言葉に対する一般的理解は様々で、仮にマスメディアで、「人格障害」の診断名が報道されても、多くの人は、「性格の変わった人」という感じの理解かも知れない。保健福祉の関係者でも、「人格障害」と言うと、「性格的に変な人」という感じであったり、「統合失調症や躁うつ病のような精神疾患ではないが、社会的に問題な人、薬では治らない人、治療の難しい人(決して、正解ではない)」というような認識をしている程度であり、必ずしも「人格障害」という診断が適切には使われていないのが現状である。

医学的な診断としてなされる、「人格障害」の説明としては、アメリカ精神医学会によって作られたDSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders :精神科診断統計マニュアル)による診断基準などがよく用いられる(参考1)。

つまり、その人の思考や行動パターンが、その社会から期待されるものと大きく逸脱しているために、本人や家族、あるいは周囲が持続的な苦痛を持っているという状態である。統合失調症や躁うつ病などの精神疾患が無いことが前提とされて、これらの症状は、青年期やそれ以前

までに認められ、成人期の多くに持続し、中年以降は、あまり目立たなくなることが多いと言われている。一方で、経過の中で、当初は人格障害と診断されていたものが、周期的な症状の変化などから気分障害(躁うつ病)ではないかと診断名が変更されたり、近年では、発達障害との診断の兼ね合いも問題とされている。

「人格障害」は、その症状などから、クラスター A(妄想性人格障害、統合失調質人格障害、統合失調型人格障害)、クラスター B(反社会性人格障害、境界性人格障害、演技性人格障害、自己愛性人格障害)、クラスター C(回避性人格障害、依存性人格障害、強迫性人格障害)に分類されている。

このうち、境界性人格障害に対して、狭義での「人格障害」と言う言葉が使用されることもあり、時に「境界例」、「ボーダーライン」と呼ばれる。ただし、教育関係者や知的障害者領域で仕事をしている人の中では、「境界」「ボーダーライン」という言葉は、知能検査で知能指数が、正常域と知的障害域の境界あたりにあるという意味合いで使用されることもあり、同じ言語であっても個々によって対応しているものが異なる場合があるので注意を要する。

境界型人格障害は、他人や自分がとても不安定であり、安定や冷静、一方で他者への攻撃、自己破壊的な感情や行動が時間や状況に応じて、短時間、短期間で繰り返され、他人を思うままに操作しようとする一方で、時に自殺未遂を繰り返すなどのさまざまな行動化が認められる。

「人格障害」に対する治療は、薬物療法や精神療法などが中心に行なわれるが、薬物療法は根本的な治療ではなく、合併してみられる不安・緊張、興奮、易刺激などの精神症状に対する対症療法として補助的に行なわれる。効果は、それぞれによって異なる。現実には、人格障害に対しての精神療法などを専門的に行っている機関は少なく、精神医療機関の大半は、これら対症療法としての薬物治療などを行なっているのが現状である。なお、人格障害の責任能力については、幻覚妄想状態などの精神病症状を伴う時を除き、完全責任能力とするのが原則といえる。

(参考1)

人格障害の全般的診断基準

「DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き(医学書院)」より

A その人の属する文化から期待されるものよりも著しく偏った、内的体験および行動の持続的様式、この様式は以下の領域の2つ(またはそれ以上)の領域に現れる。

- (1) 認知(つまり、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方)。
- (2) 感情(つまり、情緒反応の範囲、強さ、不安定性、および適切さ)。
- (3) 対人関係機能
- (4) 衝動の制御

B その持続的様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲にひろがっている。

C その持続的様式は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域

における機能の障害を引き起こしている。

D. その様式は安定し、長時間続いており、その始まりは少なくとも青年期または小児期早期にまでさかのぼることができる。

E. その持続的様式は、他の精神疾患の現れ、またはその結果ではうまく説明されない。

F. その持続的様式は、物質(例:濫用薬物、投薬)または一般身体疾患(例:頭部外傷)の直接的な生理学的作用によるものではない。

第III部 精神科医療と精神障害者福祉の現状と課題

1 精神科医療

1) 精神科医療の概要

精神科医療は一般の医療と同様に医師法や医療法に基づいて行われているが、加えて、精神保健福祉法、心神喪失者等医療観察法、障害者自立支援法によっても規定されている。これらの基本的な枠組みと精神科医療の概要について通院医療、入院医療、治療内容に分けて述べることにする。

(1) 精神保健福祉法

精神障害者の医療および保護、社会復帰の促進、国民の精神的健康の保持及び増進などを目的とした法律である。昭和25年に精神衛生法として制定され、幾たびかの改正を経て、昭和62年に精神保健法、平成7年に精神保健福祉法となり今日に至る。直近の改正は平成18年10月施行にされた。

精神保健福祉センター、精神医療審査会、精神保健指定医、保護者、入院形態(任意入院、医療保護入院、措置入院等)、処遇(行動制限、隔離、身体的拘束)、精神障害者保健福祉手帳、精神障害者社会適応訓練事業等について規定している。

(2) 心神喪失者等医療観察法

いわゆる池田小事件を受けて、平成15年7月に成立し、平成17年7月に施行された。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、医療、観察、指導を行うことにより病状の改善、同様の行為の再発防止をはかり社会復帰を促進することを目的とした法律である。

検察官の申立てにより、地方裁判所で審判を行い、指定入院医療機関での入院処遇、指定通院医療機関での通院処遇、不処遇などが決定される。通院処遇においては、保護観察所の社会復帰調整官により精神保健観察が実施される。本法の規定は入院によらない医療を受けているものについては、精神保健福祉法により入院が行われることを妨げないとされている。

例を挙げると、指定入院医療機関を退院すれば、通常は指定通院医療機関における通院処遇となるが、実際には精神保健福祉法による医療保護入院となっている場合があることなどである。

本法の成立の際には、日本精神神経学会、日本弁護士連合会、当事者団体等を中心に反対運動が繰り広げられた経緯がある。反対の論点はいくつかあるが、1) 精神障害者に対する差別を助長し、社会参加を阻害することになりかねない、2) 現在の精神科医療、精神障害者福祉を抜本的に改善することこそが最重要課題である、3) 精神障害者の再犯を予測することは不可能である、4) そもそも精神障害者の犯罪率は低く、再犯率も高くない、などが主な論点であった。その結果、法案の修正が行われ、法の目的を社会復帰の促進に置き、「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」とされた。

(3) 障害者自立支援法

障害者が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるように給付や支援を行うこと等を目的とした法律である。平成17年10月に成立し、平成18年4月及び10月に施行された。自立支援医療(精神通院医療)や障害福祉サービスについて規定されている。

従来精神保健福祉法により行われていた、通院医療費公費負担と社会復帰施設等の規定は自立支援法として、再構築された。10%の定率負担、施設収入が日払いとなったことなどの問題点が指摘された。このためもあり、平成18年12月には、1200億円の障害者自立支援法円滑施行特別対策が出され、平成20年度まで1)利用者負担の更なる軽減措置、2)事業者に対する激変緩和措置、3)新法への移行等のための緊急的な経過措置がなされることとなった。また、平成19年12月7日、与党障害者自立支援法プロジェクトチームにより「障害者自立支援法の抜本的見直し(報告書)」がだされ、利用者負担の在り方、事業者の経営基盤の強化等が検討されることとなった。

(4)精神疾患推計患者数

平成17年の患者調査による精神疾患の推計患者数は、通院が267.5万人、入院が35.3万人で、計302.8万人である。国民の約40人に一人が現在精神疾患で医療を受けていることになる。これを平成11年の患者調査と比べると、通院170.0万人、入院34.1万人、計204.1万人となっていて、とりわけ通院患者が急増していることがわかる。疾患別では、統合失調症75.7万人、気分障害(うつ病など)92.4万人、神経症性障害58.5万人であり、気分障害が最も多くなっている。

2)通院医療

(1)外来通院

精神科における通院医療は、診療所、精神科病院、総合病院の精神科、大学病院などで行われているが、近年はとりわけ都市部において診療所が急増している。

通院医療では、問診による診察が行われ、治療は対話による精神療法、向精神薬による薬物療法が中心で、必要に応じて血液検査、脳波検査、頭部CT、MRI、心理テストなどが実施される。

医療機関によっては、精神保健福祉士による相談や臨床心理士等による面接を行っているところもある。また、児童青年期外来、アルコール外来など専門外来を設けているところもある。通院間隔は、初期は週に1-2回ということもあるが、安定すれば2週-4週に1回となるのが一般的である。

(2)精神科デイ・ケア等

精神科リハビリテーションの一環として、精神科ショートケア、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケアなどが行われている。デイ・ケア等は精神科通院医療の一形態であり、統合失調症等の利用者に対し一定時間、医師の指示のもとに一定のチーム(作業療法士、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者等)によって行われ、その内容は、創作活動、スポーツ、料理、レクリエーション、ミーティング、心理教育などであり、通常の外来診療に併用して計画的かつ定期的に行うとされている。一定時間とは、ショートケアは概ね昼間4時間、デイ・ケアは概ね昼間6時間、ナイト・ケアは夕方概ね4時間、デイ・ナイト・ケア概ね10時間とされ、週に4-6日実施しているところが多い。

デイ・ケア等はすべての精神科医療機関で実施されているわけではなく、一定の施設と職員の配置が備えられたところで実施されている。デイ・ケア等には10代後半から60代まで幅広い年齢層が利用していて、生活機能の維持に重点を置いている場合や就労支援に重点を置いている場

合などがあり、その目的に応じたところを利用することが望ましいとされている。

デイ・ケアの利用者は一般的には、統合失調症や気分障害が中心であるが、近年では、アルコール依存症デイ・ケア、思春期デイ・ケアなど、特化したデイ・ケアも存在する。

3)入院医療

精神科医療というと長期の入院治療がイメージされるかもしれないが、現在では、外来治療が中心で、入院となる場合であっても、3ヶ月以内が標準的である。最近では、入院患者の約6割が3ヶ月以内に退院し、短期間で外来治療に移行している。

精神科入院においても一般の診療科と同様に、本人の同意に基づいた入院が基本となるが、この場合も精神保健福祉法に基づく手続きを経て入院となる点が一般科との違いである。また、病状等によっては、本人の同意に基づかない入院として、医療保護入院、措置入院等がある。この場合も、それぞれに応じて適正な手続きが求められるが、このような精神保健福祉法による手続きが求められるようになったのは、「人権に配慮した適正な医療」を確保するためである。

精神科においては入院治療においても、精神療法と薬物療法が中心であることは外来治療と同様であるが、外来とは異なり、対人関係や1日の行動を直接把握することや頻回の診察が可能となることで、治療効果を高めることができる。また、必要に応じ行動制限(外出制限や隔離等)により、刺激を避けることで、病状の安定をはかりや問題行動を予防し病状の改善を図ることもある。

(1)任意入院

精神科では、本人の同意に基づく入院を「任意入院」と言い、そのための手続きが必要になる。先に述べたように、精神科においても「任意入院」が基本であり、医師は「本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」と定められている。現在は全精神科入院者の概ね2/3が任意入院であるが、内科や外科などとの入院との違いは、本人の同意があることの確認のために「任意入院同意書」に自ら署名する必要があることである。したがって、この同意書のないままの任意入院はありえないこととなる。また、「任意入院」の場合、本人から退院の求めがあった場合には、退院させなければならないが、「精神保健指定医」が病状から入院継続が必要と認めるときは、72時間に限り退院制限ができる点も一般科の入院と異なる点である。72時間経過後は、退院となるが、さらに入院継続が必要であれば、次に述べる一定の条件の下に「医療保護入院」として強制的に入院を継続する場合もある。

(2)医療保護入院

本人の意志ではなく、「保護者」の同意に基づく入院を「医療保護入院」と言い、強制的な入院であり、一定の条件が定められている。まず、「精神保健指定医」が精神障害のために入院が必要と判断したうえで、「入院の必要性について本人が適切に判断することができない状態」と判定する必要がある。全精神科入院者の概ね1/3が「医療保護入院」で、具体的には、幻覚妄想状態などの精神病状態や認知症で判断力が低下した場合などが想定されている。その上で、「保護者」の同意がある場合に限り「医療保護入院」が可能となる。

ここで言う「保護者」は精神保健福祉法における「保護者」であり、後見人又は保佐人、配偶者、

親権を行う者、及び扶養義務者が「保護者」となると定められている。一般に「保護者」は一人であるが、未成年の場合は親権者すなわち両親の同意が必要である。したがって、どちらかが入院に反対した場合は「医療保護入院」は困難である。とりわけ、精神症状の背景に虐待等がある場合には「虐待の疑いのある親の同意が必要」となり、矛盾を感じることもあるが、法による手続きとして両親の同意が必要とされている。「保護者」の同意は、「人権に配慮した適正な医療」の実施のために必要な手続きであり、違反した場合は、「不法監禁罪」の適用があり得るとされている。

また、「精神保健指定医」は五年以上の臨床経験があり、三年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を有する者で、一定の知識及び技能を有すると認められる者を厚生労働大臣が指定する。精神保健指定医には多くの職務が規定されていて、五年ごとに研修を受講し、更新することとなっている。

(3)措置入院, 緊急措置入院

稀な場合として「措置入院」がある。この入院は、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために「自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ」がある場合で、「精神保健指定医」2名の判断が一致した場合に限られる。通常は、精神障害による自傷他害行為のために警察官に保護され、警察から保健所に連絡(精神保健福祉法第24条通報)があり、保健所による事前調査の結果指定医の診察が必要と判断され、その後2名の指定医による診察の結果「要措置入院」と判断された場合である。診察時には「保護者」に保健所等から連絡があり、診察に立ち会うこともできる。「措置入院」は、都道府県知事、指定都市市長の命令による入院で、「保護者」の同意がなくても入院となり得る点でも「医療保護入院」と異なる。「措置入院」は、全精神科入院者の1%未満にすぎず、措置入院は国立都道府県立病院または民間の指定病院でなければ受け入れることができない。

緊急措置入院は、夜間等のために措置入院の手続きが実施できない場合に、72時間に限り入院できるとするもので、一人の指定医の判断に基づいて行うものである。一般には、夜間休日等の精神科救急医療に限って実施されている。

措置入院者が入院継続をしなくても自傷他害のおそれがないと認められた場合は退院させなければならない。医療費は各種公的医療保険制度を適用し、自己負担分を原則として公費で負担する。ただし、所得税額が年額150万円を超える場合は2万円の費用徴収がなされることとなっている。措置入院には、警察官の通報(法24条)以外に、一般人の通報(法23条)、検察官の通報(法25条の1)保護観察所の長の通報(法25条の2)等による場合がある。

(4)応急入院

応急入院は緊急な医療の必要性を認めるものの、疎通が取れないために保護者が確認できない、緊急時、夜間等のために保護者と連絡が取れない場合に、保護者の同意がなくても72時間に限り入院できるとするもので、任意入院が困難な場合である。これも救急医療場面で行われることが多い。

(5)精神科救急医療

入院中心から地域生活中心へと大きく変化する中で、地域で生活する精神障害者にとって、安

心して地域で暮らしていくために、精神科救急医療の役割は一層重要なものとなっている。

精神科救急医療は一般の救急医療とは全く異なった体系で運営され、都道府県ごとに独自の体制で行われている。これには、「本人が拒否している場合救急車では搬送できない」「このため搬送が困難な場合がある」「一般の救急病院には精神科病床がない」「精神科での入院には、医療保護入院、措置入院など精神保健福祉法に基づく入院形態をとらなければならない」「このため24時間入院受け入れのできる精神科病院がきわめて少ない」など様々な背景がある。

厚生労働省は、平成7年度に精神科救急医療システム整備事業を予算化し、平成18年度では47都道府県に整備された。また、平成17年には精神科救急医療センターの整備を開始し、平成19年10月現在で、9カ所に整備されている。

現在の精神科救急医療システムは、自治体によって異なるものの、どちらかといういわゆるハード救急(措置入院、医療保護入院レベル)が中心であり、ソフト救急(任意入院、外来治療レベル)の充実が今後の課題である。

(6)移送制度

精神疾患を有し、精神障害のために患者自身が入院の必要性を理解できず、家族や主治医等が説明の努力を尽くしても本人が病院へ行くことを同意しないような場合に限り、知事が保護者の同意の下に精神保健指定医の診察を受けさせ、診察の結果、要医療保護入院と判断された精神障害者を応急入院指定病院まで移送する制度である。

本制度の立案過程では救急医療との関連も検討されたが、現在では、「家族等が説得の努力を尽くしても本人の理解が得られない場合に限り緊急避難的に行うもの」とされている。人権上の配慮等実施に当たっては慎重な運用が求められている。

4)精神科治療

主なものとして、精神療法と薬物療法がある。

(1)精神療法

一般に行われているのは支持的な精神療法で、その内容は不安感、恐怖感等の受容、症状への対処、対人関係や日常生活についての助言などである。また、リハビリテーションや社会参加に向けた支援も行われる。

(2)薬物療法

ほとんどの場合、抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬等による薬物療法が実施されている。抗精神病薬はパーキンソン症候群様の副作用が見られることがあり、副作用予防のため、抗パーキンソン薬が処方されることもある。

近年では、比較的副作用の少ない薬が開発され、抗精神病薬では非定型抗精神病薬といわれるもの、抗うつ薬では選択的セロトニン再取り込み阻害剤(SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤(SNRI)などがよく使われるようになっている。

5)精神科病院における処遇

(1)行動制限

入院中に、その医療または保護に欠くことのできない限度において、必要な制限を行うことができる。具体的には、外出制限、電話や面会の制限などである。ただし、信書の発受の制限、行政機関の職員や患者の代理人である弁護士との面会制限はできない。

(2)隔離, 身体的拘束

隔離とは保護室と呼ばれる外から施錠のできる個室に一人だけ入室させることを言う。自殺企図や自傷行為が切迫している場合、他の患者に対する暴力行為や器物破損行為が認められる場合、興奮、不穏、他動、爆発性などが著しい場合等に、医療及び保護のために行われる。身体的拘束はベッドに綿入り帯等を使用して、一時的に身体を拘束し運動を抑制するもので、自殺企図や自傷行為が著しく切迫している場合、多動または不穏が顕著である場合などに行われる。12 時間を越える隔離及びすべての身体的拘束は、精神保健指定医でなければできないとされ、隔離は少なくとも毎日 1 回、身体的拘束は頻回に医師の診察を行うとされている。

(3)精神医療審査会

精神障害者の人権に配慮しつつ、その適正な医療及び保護を確保する観点から、昭和 62 年の改正により新たに設けられたもの。1 合議体は医療委員、法律委員、学識経験者を含む 5 人の委員で構成され、医療保護入院届、措置入院・医療保護入院の定期病状報告書の審査、入院中の者等からの退院請求または処遇改善請求について審査を行うこととなっている。審査会と国連人権 B 規約との関係に関し、独立した第三者機関に該当するかどうかが問題となるが、独立した審査が担保されていることから、独立した第三者機関(改訂第二版精神保健福祉法詳解)とされている。平成 13 年度までは、都道府県、指定都市本庁において精神医療審査会事務が行われていたが、より独立性・専門性を高めるために精神保健福祉センターに移管された。しかし、自治体とは完全に独立した第三者機関とするべきであるという意見も根強い。

6)心神喪失者等医療観察法

本法成立の背景については、先に述べた。ここではその概要について述べる。

(1)審判の開始

本制度の対象者は、殺人・強盗・放火・強姦・強制わいせつ・傷害致死・傷害などの重大な他害行為を行い、心身喪失または心神耗弱が認められて、不起訴処分となるか、無罪または執行猶予等が確定した人である。対象者について、検察官が地方裁判所に申立てを行うことにより審判が開始される。

(2)審判

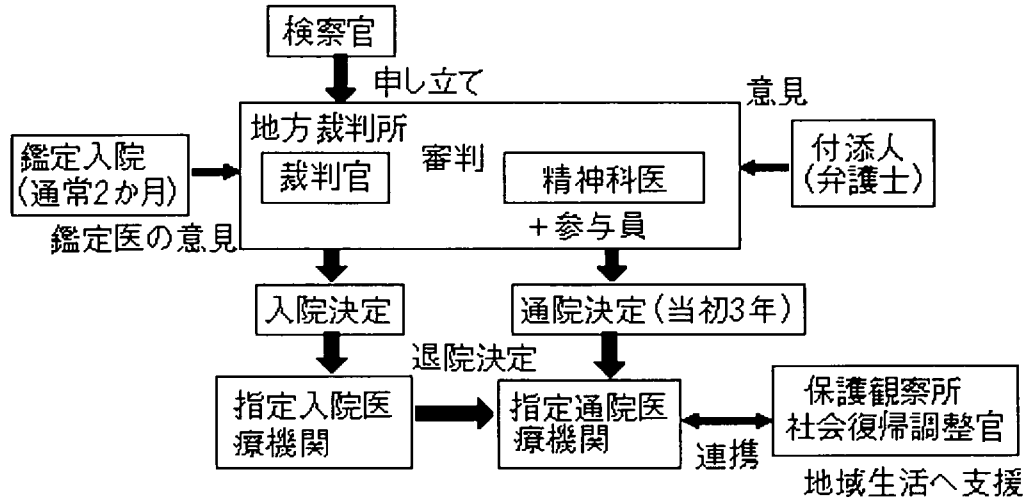
地方裁判所では、裁判官と精神保健審判員(精神科医)各 1 名からなる合議体により審判が行われ、必要に応じ精神保健参与員(精神保健福祉士等)の意見も聴いた上で、本制度による処遇が決定される。検察官からの申立てがなされると、原則として鑑定入院命令が裁判官から発せられ、精神科病院に入院し鑑定医による鑑定が行われる。鑑定期間は原則 2 ヶ月で、この間には通常一般的な精神科医療が行われる。また、保護観察所により生活環境の調査が行われる。

心神喪失者医療観察法の手続き

【対象行為】 殺人、強盗、放火、強制わいせつ、強姦（以上の未遂も）、傷害

【対象ケース】①心神喪失で無罪、心神耗弱で執行猶予が確定

②心神喪失・耗弱で不起訴



(3) 付添人

本人及び保護者は弁護士を付添い人に選任することができる定められている。申立てがあった場合、最初の審判とその抗告審の場合には、付添人がいなければ必ず付添人を付さなければならないとされている。しかし、退院許可申立や処遇終了申立などの審判の場合には、付添人がない場合であっても、裁判所がその精神障害の状態その他の事情を考慮し、必要があると認めた場合に限り職権で付することができる定められている。

(4) 審判の結果

入院決定、通院決定、不処遇、却下などの決定がなされる。

(5) 指定入院医療機関における医療

入院決定を受けた人は、指定入院医療期間に入院し医療を受けることになる。指定入院医療機関は、一定の基準に適合する必要があるため、厚生労働大臣が指定する。平成19年12月現在では、14病院(国関係12カ所、都道府県関係2カ所)となっている。

入院中には、退院後の社会復帰の促進を図るため、保護観察所による生活環境の調整が行われ、退院には裁判所の退院許可決定が必要である。また、入院を継続する場合は、6ヶ月ごとに入院継続確認決定を受ける必要がある。本制度による医療は、すべて国費により負担される。

(6) 指定通院医療機関における医療

通院決定を受けた人、退院許可決定を受けた人は地域において指定通院医療機関による医療を受けることとなる。通院期間中は保護観察所の社会復帰調整官による精神保健観察が行われる。精神保健観察は継続的な医療を確保することを目的として、その通院状況や生活状況を見守り必要な指導を行うとされている。また、精神保健福祉法に基づいて「都道府県・市町村」による相談

や障害者自立支援法に基づく「障害福祉サービス」による「援助」も行われることになる。

(7) 地域社会における処遇

地域社会における処遇では保護観察所に配属された社会復帰調整官を中心に、地域処遇に携わる機関の協力を得て、処遇の実実施計画を定め、処遇方針の統一と役割分担の明確化を図るとされている。保護観察所は、協力体制の整備、ケア会議の開催など関係機関相互の連携確保を図ることとしている。

通院期間は原則として3年間(裁判所による通院期間延長決定により、2年間の延長が可能)とされ、これを経過すると期間満了により本制度の処遇は終了となる。通院中は精神保健観察に付され、医療や生活の状況について、社会復帰調整官が見守ることとなる。この間、病状により裁判所の再入院決定により指定医療機関への入院に移行することや処遇終了決定により満了前に本制度の処遇が終了となることもある。

2 精神障害者福祉と就労支援

精神障害者の保健福祉施策は精神保健福祉法、障害者自立支援法に基づいて施行されている。これまで精神障害者の福祉は精神保健福祉法に基づいて実施されていたが、平成17年11月に障害者自立支援法が制定され、平成18年4月から一部施行、同年10月には精神保健福祉法から社会復帰施設の規定が廃止され障害者自立支援法が全面施行された。

1) 障害者自立支援法

障害者自立支援法は障害者が有する能力及び適性に応じて、自立した日常生活又は社会生活を営むことが出来るよう、障害者の福祉の増進を図ることを目的としている。

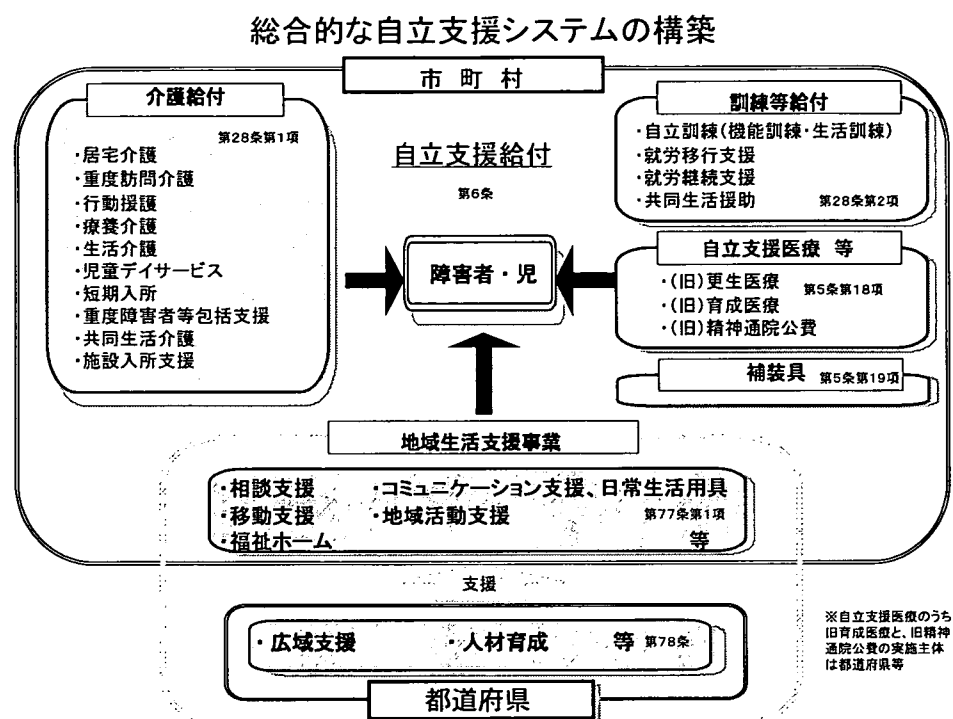
(1) 障害者自立支援法のポイント

- ① 障害の種別(身体障害、知的障害、精神障害)に係わらず、障害のある人々が必要とするサービスを利用できるよう、サービスを利用するための仕組みを一元化し、施設・事業を再編
- ② 障害ある人々に、身近な市町村が責任をもって一元的にサービスを提供
- ③ サービスを利用する人々もサービスの利用量と所得に応じた負担を行うと共に、国と地方自治体が責任をもって費用負担を行うことをルール化して財源を確保し、必要なサービスを計画的に充実
- ④ 就労支援を抜本的に強化
- ⑤ 支給決定の仕組みを透明化、明確化

(2) 障害者自立支援法の全体像

障害者自立支援法による、総合的な自立支援システムの全体像は、自立支援給付(障害福祉サービス、自立支援医療)と地域生活支援事業で構成されている。障害者自立支援法のサービスの主体は市町村であり、都道府県の役割は専門性の高い広域支援・障害福祉サービス事業者や自立支援医療を行う医療機関の指定と監督・人材育成・不服請求の審査等がある。

図1(厚労省障害者自立支援法説明図)



障害者自立支援法のサービス体系は旧体系と異なり、障害種類別でないこと、機能別であること、日中活動と居住を分離することが特徴となっている。

(3) 介護給付・訓練等給付制度

障害福祉サービスの利用にあたっては、原則として本人(18歳未満の方については保護者)が市町村の窓口へ申請する。市町村は利用申請に基づいて①障害者の心身の状況(障害程度区分)②社会活動や介護者、居住等の状況、③サービスの利用意向、④訓練・就労に関する評価を把握、の上で、支給決定を行う。介護給付の対象サービスの場合、主治医の意見書が必要になる。特に精神障害者の場合心身の状況を判定する障害の程度区分が軽く出やすいため、医師意見書に基づいて二次判定(審査会)で区分の認定を行う。訓練等給付サービスを受ける場合は障害程度区分の認定は必要ない。利用者負担はサービス量と所得に着目した仕組み(1割の定率負担と所得に応じた月額上限の設定)になっている。

(4) 自立支援医療費制度(精神通院医療)

精神疾患のため通院による治療を受ける場合、医療費に継続的な負担がかかる。一定の精神障害に該当する場合、通院医療の負担軽減を図る制度が自立支援医療費制度(精神通院医療)である。通常医療保険では医療費の3割が自己負担となるが、自立支援医療を併用した場合、自己負担は原則1割に軽減される。本制度は通院医療に係る診療・薬剤・往診デイ・ケア等も対象となる。自己負担は医療費の原則1割負担であるが、世帯の所得水準等に応じてひと月あたりの負担に上限額が設定されている。

(5)地域生活支援事業

市町村が行う事業

- ①相談支援事業: 福祉サービス利用の相談、情報提供、住宅入居当支援、成年後見制度利用支援等
- ②コミュニケーション支援事業: 手話通訳の派遣等
- ③日常生活用具給付事業: 障害者の特性に応じた用具の給付
- ④移動支援事業: 1人で外出するのが困難な者への支援
- ⑤地域活動支援センター: 通所による創作的な活動や生産活動、社会との交流促進など、多様な活動の場の提供
- ⑥その他の事業: 福祉ホーム事業、生活訓練等事業、生活サポート事業、社会参加促進事業

都道府県が行う事業

- ①専門性の高い相談事業: 発達障害支援センター運営事業、障害者就業・生活支援センター事業、高次脳機能障害支援普及事業 他
- ②広域的な支援事業: 都道府県の相談支援体制整備事業、精神障害者退院促進事業
- ③サービス・相談支援者、指導者育成事業: 障害程度区分認定調査員等研修事業、相談支援従事者研修事業、サービス管理責任者研修事業 他
- ④その他の事業: 情報支援等事業、社会参加促進事業 他

(6)障害福祉計画の策定

市町村及び都道府県は、国が定める「基本指針」を踏まえ、平成23年度までの新サービス体系への移行を念頭に置きながら、平成18中に平成20年度までを第一期とする障害福祉計画を作成する。障害者自立支援法の基本理念は以下の通りである。

- ① 障害者の自己決定と自己選択の尊重
 - ② 市町村を基本とする仕組みへの統一と三障害の制度の一元化
 - ③ 地域生活移行や就労支援等の課題に対応したサービス基盤の整備
- また障害福祉サービスの数値目標設定等基盤整備の考え方は下記の通りとしている。
- ① 全国どこでも必要な訪問系サービス(ホームヘルプほか)
 - ② 希望する障害者に日中活動サービス(自立訓練、就労移行支援等)を保障
 - ③ グループホーム等の充実を図り、施設入所・入院から地域生活への移行を推進
 - ④ 福祉施設から一般就労への移行を推進

(7)費用負担

都道府県の負担及び補助

- (1) 市町村が支弁する障害福祉サービス・自立支援医療費等の費用の25/100
- (2) 市町村の地域生活支援事業に要する費用の25/100

国の負担及び補助

- (1) 市町村が支弁する障害福祉サービス・自立支援医療費等の50/100
- (2) 都道府県が支弁する自立支援医療費の50/100

(3) 国の予算の範囲内で下記の費用を補助することができる。

市町村が行う介護給付費等の支給決定に係る事務処理等の費用の 50/100 以内

市町村及び都道府県の地域生活支援事業に要する費用の 50/100 以内

2) 精神保健福祉法

精神保健福祉法の目的は第一条で精神障害者の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加のための必要な援助を行い、ならびにその発生の予防、その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする、としている。

(1) 精神保健福祉相談

市町村、保健所、精神保健福祉センター、地域生活活動支援センターで実施

(2) 精神障害者の医療については第Ⅲ部 1 に記載した。

(3) 精神障害者社会適応訓練事業

当事業は就労が困難な通院中の精神障害者を対象として都道府県・指定都市が一般の事業所に訓練を委託して行う職親制度事業である。利用者は協力事業所に一定期間通いながら、作業を通して、集中力・対人能力・仕事に対する持久力及び環境適応能力等を向上させ社会復帰を図っている。期間は 6 ヶ月であるが、3 年まで延長できるとしているところが多い。

(4) 精神障害者保健福祉手帳

精神障害のある人が、一定の障害にあることを証明するもので、この手帳を持っていることにより様々な支援が受けられる。各種税金の控除、生活保護の障害者加算、自治体の独自のサービスが提供されている。精神障害のため日常生活や社会生活にハンディキャップのある人が申請することにより交付される。入院・在宅による区別や年齢制限はない。現在利用できるサービスの種類が少ないが増えると手帳取得者も増えるであろう。

3) 障害年金

国民年金に加入している期間中に障害等級表に該当する程度の障害者となった場合であって、一定の保険料納付要件を満たしているときに障害基礎年金が支給される。また、20 歳前の障害者については、その者が 20 歳に達したときから障害基礎年金が支給される。厚生年金の加入中に傷病により国民年金の障害基礎年金対象となる障害(1 級、2 級)が発生した場合は、障害基礎年金に加えて障害厚生年金が支給される。また、障害基礎年金に該当しない軽い障害であっても厚生年金の障害等級(3 級)に該当するときは独自の障害厚生年金が支給される。

4) 地域生活支援

(1) これまでの経過

わが国の精神医学は明治 7 年に医制が發布され公立・私立の精神病院が開設されたことに始まる。昭和のはじめ頃から病院の中で患者は日中は病室から院内の作業所で軽作業に就く等入院生

活に変化をもたらす試みが進められ、次第に院外で働く試みが活発化した。戦争末期・終戦後は停滞したが、抗精神病薬による治療の登場で昭和 30 年代には院内・院外作業は活発化し、退院に向けての準備として行われるようになった。昭和 40 年精神衛生法の改正は地域での相談体制をつくり、公費による通院医療支援を盛り込んで在宅障害者の医療支援を開始した。医療・保健・福祉・当事者や家族会の改善の提言を受けて精神保健福祉法の福祉施策は推進された。平成 5 年障害者基本法が成立し、精神障害者も障害者として基本法に位置づけられたが施策は精神保健福祉法のもとで推進された。しかし、精神医療積年の課題である入院中心から患者の地域生活への移行が進まず抜本的な改革が必要となった。一方、身体・知的障害は平成 14 年支援費制度が導入されたが利用者の増加・増え続けるサービスの費用の増大、地域間格差、精神障害は支援費に入っていない等の課題を解決するために障害者自立支援法が制定された。障害者自立支援法は平成 17 年 11 月制定され、平成 18 年 4 月から精神通院医療費とホームヘルプサービスが開始され、平成 18 年 10 月には精神保健福祉法の社会復帰施設に係わる規定が廃止され、障害者自立支援法は全面施行となった。

(2) 医療費の負担軽減(精神通院医療)

この制度は精神障害者の通院医療の負担軽減を図るもので、通常医療保険では 3 割が自己負担となるが、精神通院医療を併用すると 1 割に軽減される。しかし医療費の原則 1 割負担は、更に負担軽減のため世帯の所得水準等に応じて上限額が設定されている。また通院医療に係る診療・薬剤・往診・デイケア等も対象になるが、それぞれの機関が指定医療機関として登録しなければならない。また患者は受診の際、受給者証と月額上限管理表を提出し上限額までの自己負担金を支払う。受給者証と上限管理表を持参しないと自立支援医療が適応されず 3 割負担することになる。

(3) 住まい

地域で生活するには住む場所の確保が第1である。

グループホーム(共同生活援助)は障害者が日常生活の援助を受けながら共同生活をして自立をめざす生活の場である。精神保健福祉法のもとでは国、都道府県、区市町村の補助金で運営されていたが、障害者自立支援法では訓練等給付と利用者負担で運営されることとなり、入居者の宿泊日に基づいて支払われるので事務が煩雑で事務量が増大した。入居希望者は障害程度区分認定調査を受け、入居決定と自己負担額が決まる。グループホームの定員は 4 人以上とされた。

ケアホーム(共同生活介護)は共同生活をおこなう住居で、入浴や食事の支援が受けられる。介護給付と利用者負担で運営され、障害程度区分認定が必要となる。

福祉ホームの利用者は介助を必要とせず自炊が出来る程度に自立し、継続して就労(福祉的就労を含む)できる見込みある人である。利用期間は 2 年程度。定員 10 人以上とされた。地域生活援助事業に位置付けられ、負担金ではなく補助金で運営される。