

表5 市町村が経験した医療保護入院制度に関わる問題(自由回答)

	行政が経験した課題
病院との連携	<ul style="list-style-type: none"> 同意ケースは病院からの連絡だけで、本人に会って状態を見させていただくことは滅多とない。 本人の処遇や財産について病院と話し合うことはない。連絡があってもどう対応するかは難しい。 患者が死亡した場合、病院から保護者解消届けも連絡もない。
行政手続き上の問題	<ul style="list-style-type: none"> 「市町村長同意事務処理要領」の運用方法に差異があり、医療機関に混乱を生じさせている。 近隣に親族がいるにもかかわらず、保護者同意が得られない場合対応に苦慮している。やむを得ず保護者となる。
保護者義務	<ul style="list-style-type: none"> 保護者になっているが、処遇や財産についての相談にのることはしていない。 財産管理など行政だけでは解決できない問題ある。 市長村長が行う保護者義務が不明確。特に、「財産上の利益を保護する」は、本人の権利との間で葛藤が生じる。

保護者様へのアンケート

ご協力いただき、ありがとうございます。アンケート用紙は全部で3頁あります。
答えるのが難しい質問につきましては、飛ばしていただいてもかまいません。できるだけ多くの
皆さまのご意見を寄せて頂けましたら幸いです。

はじめに、保護者様のご状況についてお尋ねします。

- 1) 患者様から見たあなた(法定保護者)の続柄は、どれに当たりますか。当てはまる数字に○を付けてください (ご親族でかつ成年後見人の選任を受けている場合は、二つ○をつけて下さい)。
 1. 後見人・保佐人
 2. 配偶者
 3. 親
 4. 兄弟姉妹
 5. 子
 6. その他の親族
- 2) あなたの勤務状況について、当てはまるものに○をつけてください。
 1. 正規雇用
 2. 非正規雇用
 3. 自営
 4. 無職
 5. その他 (_____)
- 3) あなたの世帯の合計年収(事業所得、給与、賃金、手当、年金等)についてお聞きします。当てはまるものに○をつけてください。
 1. 0～100万円未満
 2. 100～200万円未満
 3. 200～300万円未満
 4. 300～500万円未満
 5. 500～800万円未満
 6. 800～1,000万円未満
 7. 1,000万円以上
- 4) 患者様が入院される前は、あなたと同世帯に同居されていましたか。当てはまるものに○をつけてください。
 1. 同居していた
 2. 同居していなかった
- 5) あなたと家計を共にしている家族はあなたを含めて、(患者様ご本人は含めないでください) 何人いらっしゃいますか。
(_____) 人
- 6) あなたは結婚されていますか。当てはまる数字が複数ある場合は、数字の小さい選択肢を優先して○をつけて下さい。
 1. 未婚
 2. 別居
 3. 離婚
 4. 死別
 5. 既婚
 6. その他 (_____)

次ページに続きます

7) あなたにはお子さんがいますか。当てはまる数字に○をつけ、いる場合には人数をご記入下さい。

1. いる (_____) 人
2. いない

8) あなたの居住状況について、当てはまるものに○をつけて下さい。

1. 持ち家
2. 借家
3. その他 (_____)

9) あなたの健康状況についてお聞きします。当てはまるものをすべて選んでください。

1. 十分に睡眠が取れない
2. 食欲がない
3. 疲れやすい
4. 胃の痛みがある
5. 頭痛がある
6. 足の痛みがある
7. 腰痛がある
8. 肩こりがある
9. 特になし
10. その他(_____)

10) 医療保護入院の保護者になられてから、睡眠薬や抗うつ薬など、精神的不調に対する何らかの処方薬を服用されたことはありますか。

1. 服用したことはない
2. 現在も服用している
3. 過去に服用したことがある

次に、患者様へのご支援のようすについてお尋ねします。

11) 患者様の病状が退院可能な状態まで回復した場合、どのように対応したいですか。

1. 退院後あなた(保護者)の家に引き取りたい
2. 退院後一人暮らしをしてほしい
3. できるだけ病院で長く面倒を見てほしい
4. 地域の福祉施設(入所施設)で生活してほしい
5. その他 (_____)

12) 患者様の入院医療費の支払いは主にどなたが負担されていますか。

1. 患者様ご本人
2. 保護者様
3. 自治体の補助
4. 生活保護の医療扶助
5. その他のご親族
6. その他 (_____)

13) 最近3カ月の間に患者様と面会しましたか。

1. 面会していない
2. 面会している(_____)回

14) 最近3カ月の間に患者様と連絡しましたか。

1. していない
2. している(_____)回

次ページに続きます

- 15) 患者様の身の回りの荷物又は財産を保管していますか。
1. 保管している 2. 保管してない 3. 保管するものがない
 4. その他 (_____)
- 16) 保護者としての役目についてどのように考えていますか。当てはまるものをすべて選んでください。
1. 保護者を続けたい 2. できれば保護者を辞めたい
 3. できれば適当な人や機関に委任したい
 4. 入院の手続きはするが、それ以上は協力したくない 5. 保護者制度を廃止してほしい
 6. その他 (_____)

最後に、保護者様に対する支援体制についてお尋ねします。

- 17) 入院している患者様のことで困った場合、相談出来る人(専門家を含む)はいますか。
いる場合、あなたとのご関係又は専門職名をご記入ください。
1. いる (_____) 2. いない
- 18) 患者様の退院後、保護者義務を履行する上で必要と思われるサービスがありますか？
当てはまるものをすべて選んでください。
1. 患者様の病状が悪くなり、かつご本人が通院を拒否している場合、往診に来てくれる
 2. ご家族が休養を取りたい時に訪問して患者様の生活を支えてくれる
 3. ご家族や患者様の相談にのるため、訪問してくれる
 4. 困った時は 24 時間 365 日、いつでも相談できる支援機関
 5. 患者様の通院に付き添ったり、介護するための有給休暇制度
 6. 患者様の就職・復学等の社会復帰を積極的に支援してくれる専門家
- 19) 保護者としてお困りのことがありましたら自由に記述してください。

質問項目は以上です。ご協力いただき、本当にありがとうございました。

保護者票 B
(市町村長)

施設 ID _____

調査用患者 ID _____

医療保護入院患者の保護者業務を担当している方にご記入をお願い致します。

精神保健および精神障害者福祉に関する法律第 21 条の規定に基づいて、市町村長が医療保護入院患者の保護者となっている場合の支援の実態についてお尋ねいたします。

- 1) 医療保護入院患者に関する業務は、どちらの部・課・係で担当されていますか。
担当部署名 _____
- 2) 医療保護入院患者に関する業務を担当する部署に専門資格を有する方は配置されていますか。資格とは、医師、保健師、精神保健福祉士、社会福祉士などです。嘱託職員の方でも構いません。
 1. いる(資格名: _____) 2. いない
- 3) 過去 1 年間に、保護者として当該患者と面会したことがありますか。
 1. ある (_____ 回) 2. ない
- 4) 過去 1 年間に、当該患者について、入院している病院や関係機関の職員と今後の処遇等の話し合いを行いましたか。
 1. はい 2. いいえ
- 5) 過去 1 年間に、当該患者の財産上の利益の保護する義務で、困難を経験しましたか。
 1. はい 2. いいえ
- 6) その他、当該患者に限らず、市町村長が保護者になる上で課題と考えていらっしゃるがありましたら、自由にお書きください。

質問は以上です。ご多忙な中ご協力いただき有難う御座いました。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

「改革ビジョン」の進捗状況のモニタリングと評価に関する研究
ー精神疾患に関する理解の深化のための革新的な取組の紹介ー

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
研究協力者 織田 信生 (アーティスト)
小野さや香 (アーティスト)
山内 貴史 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)
吉川 武彦 (全国精神保健福祉連絡協議会)

研究要旨：

【目的】精神疾患を有する人の理解のために、その芸術作品を活用する革新的な取組を行っているダックスセンター（豪州ビクトリア州）の活動の紹介を行うことを目的とした。

【方法】ダックスセンターのホームページおよび豪州訪問時に得た情報をもとにダックスセンターの活動の紹介を行った。

【結果および考察】ダックスセンターは、1950年代から1980年代にカニンガムダックスコレクションの創設者であるエリックカニンガムダックスによって収集されたものを含めて、精神疾患または情緒的なトラウマを経験した人々の作品15,000点を収蔵し、芸術と創造性を通じて、こころについての理解を深め、精神疾患とトラウマについての理解を深めるなど、メンタルヘルスプロモーションに取り組んでいる。わが国には、精神疾患や情緒的なトラウマを経験した人たちの芸術活動を尊重してきた歴史があり、現在も添付資料にあるとおり、さまざまな取組が行われており、それらの取組をネットワーク化することで、国民の精神疾患への理解を深める新たな戦略を構築できる可能性がある。

【結論】ダックスセンターと連携しつつ、わが国の歴史・風土を大切にしたい、人々の心に届く啓発のあり方を研究し、それを発展させていくことが望まれる。

A. 研究目的

日豪政府の共同研究プロジェクトである日豪保健福祉協力（Japan-Australia Partnership）の第2フェーズ（2001-2007）においてメンタルヘルスがテーマになったことを契機に、日豪両国の研究者の交流が活発になった。研究分担者はその中で、精神疾患を有する人の理解のために、その芸術作品を活用する革新的な取組を行っているカニンガムダックスコレクション（以下、CDコレクション）の存在を知った。CDコレクションは、現在、ダックスセンターに発展し、さらに大きな一歩を記しつつある。本研究においては、精神疾患を有する人の理解のために、その芸術作品を

活用する革新的な取組を行っているダックスセンターの活動の紹介を行うことを目的とした。

B. 研究方法

ダックスセンターのホームページおよび豪州訪問時に得た情報をもとにダックスセンターの活動の紹介を行った（本報告書の一部は「心と社会」146号、147号にも掲載されている）。（倫理面への配慮）

すでに公表された資料や個人情報を含まない資料をもとにまとめたものである。

C. 研究結果

1. ダックスセンターの前身であるCDコレ

クションの創設および創設者であるエリックカニングダムダックスの紹介

ダックスセンターは、1950年代から1980年代にCDコレクションの創設者であるエリックカニングダムダックスによって収集されたものを含めて、精神疾患または情緒的なトラウマを経験した人々の作品15,000点を収蔵している。

はじめにダックスセンターの前身であるCDコレクションの創設者エリックカニングダムダックス（以下、ダックス）について紹介する。

ダックスは1940年代に英国のNetherne病院の管理者であったが、1946年に芸術家をNetherne病院に雇用して芸術療法の普及に尽力した。Netherne病院におけるダックスの仕事は、英国における精神保健医療改革の一環でもあったことには注意する必要がある。ダックスは、芸術が、病院内で患者にすることを与える、診断の補助になる、患者に自己表現の手段を与える、患者の才能を伸ばすことで自信を与える、といった機能があることを示した。しかし同時に、つくられた作品に芸術としての価値も見出し、それらを保存する必要性も感じていた。ダックスの作品収集にはさまざまな目的があったが、主たる目的は精神疾患への理解を高めるための啓発であり、そのコレクションをpsychiatric artと呼んだ。

1951年にダックスは、豪州ビクトリア州の精神衛生局の初代局長として着任した。ダックスは1951年から1969年までビクトリア州の精神衛生部門の責任者として、患者の療養環境の改善、コミュニティメンタルヘルスの発展、そして芸術療法プログラムの導入などに尽力した。ダックスは、超過収容、人的資源の不足、スタッフの士気の低さなどの問題に取り組み、それらの問題を辛抱強く解決していった。ダックスによって芸術療法はビクトリア州の精神科病院における正式なプログラムとして定着していった。

ダックスは1969-1984年にタスマニアの地域保健医療コーディネーターを務めたが、そ

の間にビクトリア州の精神保健医療は大転換期を迎えた。1975年に病院と保健医療サービスの査委員会は、精神保健医療サービスはあまりに孤立しており、またコミュニティと統合されていないという懸念を表明した。ビクトリア州の精神保健医療は、1960年代から70年代にかけての「反精神医学」の激流にも晒された。1986年にはビクトリア州保健大臣はすべての保健医療サービスをコンシューマー中心の継ぎ目のないものにしていくと表明した。患者の権利運動は、1986年のビクトリア州の新しい精神保健法に結実した。この法律は、患者は最も拘束されない環境で治療を受ける権利があるとした。また入院治療は、総合病院の精神病床と集中的なコミュニティサービスで行うとして、1980年代の終わり頃には大規模な精神科病院の閉鎖が始まった。

このような中でダックスはビクトリア州の精神科病院において制作された作品が廃棄される寸前との話を聞き、3千点をタスマニアに持ち帰った。その後、ダックスとその仲間の努力により、芸術療法によって制作された作品の価値が社会に認識されるようになり、1987年に州政府から作品保存のための資材購入の補助を受けることができた。

2. CDコレクションのダックスセンターへの発展

CDコレクションは、コレクションの所蔵する作品の保全と、倫理的な配慮を踏まえた展覧会を通じて、精神保健教育のための貴重な社会資源であるダックスセンターに発展した。

ダックスセンターは、芸術と創造性を通じて、こころについての理解を深め、精神疾患とトラウマについての理解を深めるなど、メンタルヘルスプロモーションに取り組んでいる。

毎年1万2千人以上がダックスセンターを訪問している。ダックスセンターの活動は、センターで開催する展覧会、州内または国際的な移動展、中高生を対象とした教育プログラム、一般住民向けの教育プログラム、専門家向けの教育プログラム、調査研究である。

ダックスセンターは2011年10月にメルボルン大学構内に新たに設けられたギャラリーに移転し、2012年に一般向けにオープンした。

ダックスセンターは多面的な組織であって、広範な教育プログラムをもつギャラリーであるだけでなく、こころ、精神疾患、トラウマ、芸術と創造性に関心をもつ人・組織のハブの役割を目指している。

今後数年間のダックスセンターの計画は、(1)展覧会のプログラムを拡大すること、(2)包括的なウェブ・サイトによって、こころ、精神疾患、トラウマ、芸術と創造性についての情報を提供すること、(3)研究プログラムを確立することである。研究プログラムは、精神疾患や情緒的なトラウマを経験した人たちの協力を得ての芸術療法とその有効性の検証と、芸術と創造性の関係についての研究データベースの確立を含んでいる。

3. ダックスセンターのまとめた作品展示のガイドライン

ダックスセンターは作品展示のガイドラインを公表している。このガイドラインは、キュレーターに、精神疾患やトラウマを経験した人々の作品を展示するという、困難ではあるが重要な仕事を引き受けることを促すために作られた。以下にガイドラインの概略を示す。
.....

1) 作品には複数の側面がある

複数の側面とは美術的、心理学的、社会学的、医学的、歴史的、倫理的な側面等である。展覧会のコンテキストや学芸上の目的により、作品の特定の側面を優先する場合も、他の側面の存在や相対的な重要性について認識させるべきである。

2) 制作者の尊重

制作者は疎外され無力化されスティグマを受けてきた人々であるため、作品の収集や展覧会の開催の際には、特別なケアや配慮をすべきである。作品の展示方法を決定する際には、制作者の意図、その作品が制作されたコンテキストを考慮して、制作者の意向の明確

化を図るようにする。

3) 制作者から展示する同意が得られなかった作品の展示

これらを展示するのは、代替可能な作品(同等の教育的役割を担うことができ、かつ展示の同意を得ることができる作品)が存在しない場合に限定し、作品を展示することにより得られる公益が、制作者に及ぶ可能性のある潜在的な損害よりも明確に上回っていなければならない。また、匿名性を確保しなければならない。

4) 観覧者の尊重

観覧者に、作品との関わり方、および重視する側面を選ぶ自由を与える。コンテキストに関する十分な情報を、簡潔・平易・冷静な言葉で提供して、観覧者が、展覧会を観覧するか否かを事前情報に基づき判断できるよう、これら作品の内容に関する適切な警告を与えられるべきである。

5) 信頼の構築

展覧会の企画から実施を通じて、制作者と定期的に協議することを検討する。また、後でフィードバックを得る可能性を探る。独立した立場からの視点を取り入れるため消費者団体との協議を検討する。観覧者に展示団体の法的・倫理的責任について情報を提供する。利害関係の衝突を回避する。展覧会は営利を目的とすべきではないこと、またスポンサーのために展覧会の目的を妥協していると受け取られないようにする。

D. 考察

CD コレクションの公式の開設は1987年であって、それ以後だけでも20年以上にわたる努力と経験を重ねている。ダックスセンターは、1950年代から1980年代にCDコレクションの創設者であるエリックカニンガムダックスによって収集されたものを含めて、精神疾患または情緒的なトラウマを経験した人々の作品15,000点を収蔵し、芸術と創造性を通じて、こころについての理解を深め、精神疾患とトラウマについての理解を深めるなど、メ

ンタルヘルスプロモーションに取り組んでいる。この積み重ねと比較すると、わが国における精神疾患当事者の美術作品を活用した精神疾患の啓発の研究の質量は乏しいのが実態である。しかし、わが国には、精神疾患や情緒的なトラウマを経験した人たちの芸術活動を尊重してきた歴史があり、現在も資料 1 にあるとおり、さまざまな取組が行われており、それらの取組をネットワーク化することで、国民の精神疾患への理解を深める新たな戦略を構築できる可能性がある。ダックスセンターと連携しつつ、わが国の歴史・風土を大切にしたい、人々の心に届く啓発のあり方を研究し、それを発展させていくことが望まれる。

E. 結論

精神疾患を有する人の理解のために、その芸術作品を活用する革新的な取組を行っているダックスセンターのホームページおよび豪州訪問時に得た情報をもとにダックスセンターの活動の紹介を行った。ダックスセンターと連携しつつ、わが国の歴史・風土を大切にしたい、人々の心に届く啓発のあり方を研究し、それを発展させていくことが望まれる。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考資料

- 1) 全国精神保健福祉連絡協議会：平成 20 年厚生労働省障害者保健福祉推進事業「精神障害者の芸術作品の発掘・調査と普及啓発への活用に関する研究事業」報

告書およびバーチャル美術館
<http://renraku-k.jp/> (2012年3月3日最終アクセス)

- 2) ダックスセンターホームページ
<http://www.daxcentre.org/> (2012年3月3日最終アクセス)
- 3) 竹島正：革新的な啓発活動を進めるダックスセンター. 心と社会. 146号. 2011
- 4) 竹島正：革新的な啓発活動を進めるダックスセンター-カニングムダックスコレクションの誕生前-. 心と社会. 43 (1). 94-98, 2012

精神障害者の絵画

-カレンダー作りを通して見た精神障害者の芸術活動-
織田信生

はじめに

筆者は1988年、知人の依頼で高知市にある精神科病院のデイケアで絵画講師をはじめた。また、1994年から2003年まで、高知県立精神保健福祉センターの広報デザインを担当した。そして1998年から病気や障害の理解につながるものとして精神障害者の絵画作品を使った「こころに平和をカレンダー」の制作と「精神障害と表現」というサブタイトルのある展示会の開催等の活動を行ってきた。2004年には上記のような活動を本格化させるため、カレンダーの制作に協力する各県の代表者と「こころに平和を実行委員会」を結成した。現在、精神保健医療福祉の分野でいえば、病院2カ所と児童自立支援施設、子供及び大人を対象とした絵画教室での絵画指導、また月刊誌2誌に精神障害者の美術作品の紹介等の連載、及び精神保健福祉の普及啓発にかかわるデザインの仕事をしている。

これまでの活動を通して見えてきたものについて述べる。

1. 活動の中で

病院、施設等での芸術活動

精神障害者の絵画を使ったカレンダーを作るため、高知、岩手、千葉、神奈川、大阪、福岡など全国各地の病院、施設、精神保健福祉センター、保健所を訪問した。

ほとんどの病院では作業療法、デイケアをなど、何らかの芸術活動が行われていた。ただし、この場合の芸術活動とは、絵画、書道、陶芸だけではなく、ぬり絵や折り紙、編み物といった手工芸的なもの、俳句や短歌などの文芸など芸術のさまざまなジャンルを含めてである。

病院での取り組み以外、患者個人の趣味、あるいは生き甲斐としての自発的な活動もある。絵についていえば、描くようになったのは、入院がきっかけでという人がほとんどだが、少数ではあるが、何らかの美術教育を受けた人もいた。また、ほとんどの人は月に1〜4枚くらいだが、中には描いているうちにおもしろくなり、毎日のように描いているという人もいた。

もともと、病院では治療の一環としての芸術活動であり、芸術そのものが目的ではない。患者自身も特に芸術を目的としているわけで

はなく、むしろ気晴らしや娯楽という意味で参加している人がほとんどである。しかし、自分達の活動の成果である作品に対して、何らかの社会的な評価は求めており、どこでも「絵を見に来た人」は歓迎された。いくら頑張っても、自信があっても病院では医療評価しか得られない。また、絵を作品として評価できる人もいない。訪問の際の芸術評価は、多くの場合、どちらかといえば、病気になったことで失った自信や人間としての尊厳を取り戻すという意味で喜ばれたのではない。

病院以外では施設や保健所のデイケアでの芸術活動もある。病院では絵を描くことができても、社会に出れば病院と同じようにはできない。生活することはもちろん、仕事を見つけることも困難である。それでも絵を描きたい、あるいは仲間が欲しいという患者達に、施設や保健所が果たす役割は大きい。また、このような活動に参加する人の中には、描く、あるいは表現することに意欲的な人が多く、家族の理解や地域の援助もあって、定期的に展示会を開催するようなグループもあり、表現者としての自覚を持つまでに育った人もいる。

精神障害者の絵画について

作品そのものについては、ほとんどの場合、技術的な面から見れば、不十分といわざるを得ない。病気や障害のことを考えればそれは仕方がないことであって、だからこそ芸術活動に取り組んでいるのである。しかし、そのことと患者達の作品の魅力とは実は密接にかかわっている。絵を描く時もそうだが、一般に何か創作しようとする場合、ともすれば技術優先になり、上手に描くことだけが目的となることが多いが、患者の作品には表現そのものの魅力がある。アマチュアならではの発想や自己流の描写が素晴らしいのである。その人が本来持つ人間性や表現する喜びが素直に表現されている。めまぐるしい現代社会の中で見失われていたような素朴さと暖かさを持つみずみずしい作品、あるいは常識のワクを軽々と乗り越えた表現である。

病状が悪化した場合、通常、絵は描けなくなる人が多いが、そんな状態でもまれには絵が描ける人もいる。そのような場合、傍から見ていると患者は絵に没入しており、声をかけることもためられる。黙って描き始め、周囲がまったく目に入らないような集中した状態が続き、やがて黙って描き終るのである。かなり消耗したように、しかし、満足したように見える。自分の持っている力を出し切っているのである。

一方、何らかの美術教育を受けた患者の作品は、技術的には高いものが多いが、病気になったことで自信を失っている、あるいは混乱しているように見受けられる。絵を描く、表現するということがどういうことなのか。なぜ、何のために。何を、どのように表現するかなどの創作についての悩みや苦しさが、病気や障害の悩みや苦しさと一体化してしまい、そこから抜け出すのが容易ではない。作者は病気の治療と制作という難しい状況に置かれることになる。この場合の制作は病状との危ういバランスの上になり立っている。

多くの精神障害者の作品を見た感想からいえば、年齢や地域、病気の状態、表現内容な

ど、作品をいくつかのグループにわけることができそうである。もし、そういうことができれば、それによってこれまで気がつかなかったような何か―たとえば患者からの視点で見たようなものが見えてくるかもしれない。病院に遺されていた30年ほど前の絵をみたことがあるが、当時の社会の様子までもがうかがえるような作品だった。

展示会について

病気や障害、そして生活など、さまざまな問題をかかえながら患者達は絵を描いている。病院を回って絵を見せてもらううち、そういうことを含めて、患者達の絵を一般の人に見てもらいたいと考えるようになった。もともとカレンダー制作の目的は絵を見てもらうことと同時に、病気や障害に対する社会の理解を深めるためである。

しかし、現実には病気や障害に対する差別や偏見がある。カレンダーを作る時もそうだが、患者の個人情報はどう取り扱うか。たとえば作者名をどうするか、病気や障害にふれるかなど、精神障害者の作品展には一般の美術展にはない困難がある。たとえば絵を見せてもらう時も、「障害」を前にすると、絵を見せる人も見せてもらう人も、何がしかの緊張を強いられることが多い。もともと、絵の評価自体、その人の価値観に直接言及することだけに、決して簡単なことではないが、もし、「障害」というものがその間に横たわっていなければ、お互いにもっとリラックスして話ができるのではないと思う。障害に対する社会の意識や認識が邪魔をするのである。

幸い多くの患者に展示会の意義を理解してもらい、作品を出品してもらうことができたが、課題はそのまま残っている。絵は必ずしも作者の意図したようには見られない。当然のことながら、ほとんどの場合、患者は絵と病気とを関連づけて見られることを嫌う。障害に対して偏見や差別がある限り、患者達は「見られる」ことに対して慎重にならざるを得ない。

そもそも、芸術評価というのはそのような問題を越えて、あるいはそのような問題があるにもかかわらずという「過程」を含んだ、作品という「結果」に与えられるものであるが、芸術評価が高くなると同時に作者の個人情報が多くの人目にふれることになるのであれば、多くの患者は芸術評価に尻込みするかもしれない。あまり多くはないが、そのようなことを予想し、見せたくない、評価してもらう必要はないという患者がいたことも事実である。

家族にとっても同じである。どちらかといえば芸術より治療である。こどもの絵が芸術評価をうけたとしても、素直に喜べない。もし、それが患者の人生に直接、結びつくようなものであったとしても、多くの人の目にさらされるようであれば、躊躇せざるを得ない。展覧会に出品を依頼する場合でも、時間をかけ、医療関係者、患者、そして家族とも信頼関係を築き、静かに見守るという姿勢が必要である。

このようなさまざまな制約の中で、現在のところ、ほとんどの作品は病院以外の場所では「見せる」ことも「見られる」こともない。治療する側も、治療を受ける患者も、別に芸術評価を目ざしているわけではないから、放っておけばたまっていく作品の多くは不要品となる。一部の病院では、これまでの医療活動、芸術活動の成果として作品を保管、保存しているものの、ほとんどの病院がせいぜい一定期間の保管までで、保存はできない。たまたまカレンダーを作るということがきっかけで、作品の発掘がはじまり、そのような現状が見えてきたのである。

2. 精神障害者と美術

日本における障害と美術

ここで、これまでの日本の障害者と芸術とのかかわりを振り返ってみよう。

日本で障害者の美術作品が広く世に知られ、人気を集めるようになったのは山下清(1922-1971)

の作品からである。入所した知的障害児施設で指導を受けた「ちぎり紙細工」が精神病理学者や臨床心理学者の目に留まり、画家からの評価を得た。しかし、実際、多くの人に知られるようになったのは1950年代からで、日本各地で展覧会が開催され、一躍「時の人」となった。

次に知られるようになったのは宮城まり子を中心となって設立した肢体不自由児養護施設「ねむの木学園」(1968-)の子供たちの絵である。こちらも展覧会の開催や画集の出版などにより注目を集めた。

このように日本では知的、あるいは身体障害者の美術作品がまず知られるようになったが、ヨーロッパで最初に注目を集めたのは精神障害者の作品である。1922年に精神障害者の絵画作品に興味を持った精神科医が出版した画集がきっかけとなり、その時代の画家たちの共感を得て芸術的評価を受けた。それらの作品は「アール・ブリュット」あるいは「アウトサイダー・アート」と名付けられ、作品を収蔵する美術館も開設されて今日に至っている。日本でも1993年、東京で大規模な展覧会が開催され、それ以降、精神障害者の作品も一部の人に知られるようになった。

精神医療と芸術のかかわり

現在、精神障害者の美術作品としてもっとも古い作品を保管しているのは、東京都立松沢病院(1879-)である。これらは当時の患者の様子を知るための数少ない貴重な作品であるが、特に医療活動の一環として意識的に収集、保存されたわけではなかったため、作品としての詳細は不明なものが多い。

精神障害者の美術作品に関係したものであれば、山下清を世に送り出した精神病理学者の式場隆三郎が1938年に、当時、特異な建築として噂になっていた建築を紹介した本(「二笑亭奇譚」)が古い。

しかし、絵画をふくむ芸術的な活動は、近年の作業療法、デイケア活動の活発化を待つまでもなく、古くから患者みずから手で行

われていたことは間違いない。先に紹介した松沢病院では患者の描く歴代院長の肖像画や精密な手製のカルタもある。また、欧米では1940年代から盛んになった芸術療法がやがて日本でも試みられるようになり、1963年には日本芸術療法学会も設立され治療に芸術活動を用いることが研究実践されている。

ただ、多くの作品を保存している一部の病院も、作品の公開については医療記録、個人情報として慎重を期する必要がある、また、病気や障害に対する差別や偏見も根強いことから、一般美術作品と同じように公開することは難しい。したがって全体としてみれば芸術作品としての評価を得ることもなく、これまで患者たちが作ってきた膨大な作品は忘れ去られ、そのほとんどは破棄されてきたのである。

障害と美術

医療もそうだが、美術も他の多くと同じように明治時代に西欧諸国からもたらされ、それまで日本にあった「医療」、「美術」にとって代わって発展してきたものである。その間、さまざまな苦難を乗り越えてきたわけだが、いまとなってはそのような時代があったということさえ忘れ、もともといまと同じようなものだったと信じて疑わない。さらに新しいものを、あらゆる意味でより価値の高いものを求め続けている。

障害者作品の芸術評価についても、いくつかの新しい見方がはじまったのはつい最近なのである。前に述べた山下清の作品が紹介された時代の、一般の認識は、「障害を克服し、健常者と変わらないような」というのが評価を受けた作品であり作者だった。つまり技術的な部分が評価されたのである。その次はねむの木学園の「元気で、明るい」、あるいは「かわい、楽しい」という作品が広く社会に受け入れられた。障害を感じさせないということが評価されたのであろう。そして、最後が「変わっている」である。これは教育に「個性」が重要視されはじめたこととかかわりが

あるように思える。いずれの見方も社会の変化、時代の流れと対応しているように見える。

さて、作品の芸術評価ということでは、ひと口に障害といっても実はさまざまである。筆者は盲学校、聾学校、小学校の障害児学級、身体障害者施設など、精神以外のさまざまな障害者施設にも見学に行ったが、絵を描くといっても同じようにはできない。描くこと自体が困難な障害もある。当然のことながら障害によっても表現に特徴がある。同じ基準で評価できる部分があれば、できない部分もあるわけである。「障害者美術展」といった展覧会も最近では少なくないが、単なる芸術評価だけではなく、医療保健福祉的、あるいは教育的、評価も含まざるを得ない。

そのような流れの中で、さまざまな障害者作品が芸術評価を受け、今日のように多くの人の目にふれるようになったのであるが、障害の理解という面ではまだまだ不足している。特に精神障害の場合、病気や障害が外部からは見えにくく、さまざまな誤解や偏見をまねきがちである。患者の内面を表現した芸術作品を通して病気や障害についての理解を深めるという方法は、同じような制作過程をへて創作する芸術家の共感を得やすいのではないか。

3. 作品の評価とこれからの課題

「芸術」とは

今日の日本での障害者作品への評価の高まりは、医療からのものではなく、芸術からのものであるということに注意する必要がある。近代美術を引き継ぐべく変化して来た現代美術は、それまでの一般の芸術観を一変させ、「わかりにくい作品」と「わかりやすい作品」に別れたように見える。その結果、一般の人から見れば、「訳のわからないもの、おもしろいもの、変わったもの、かっこいいものが芸術」のような混乱も生じている。

「アート」という言葉の広がりも混乱に拍車をかけた。もともと「芸術」そのものも、一般の理解を得られているとはいえなかったが、

かつて「文化」という言葉がそうであったように、いまや何でも「アート」である。ではいったい何が「アート」なのか。「アート」と「芸術」は同じなのか。患者の作品はいったい「芸術」なのか、「アート」なのか。このことについて患者達はいったいどのように「芸術」を理解しているのだろうか。

筆者はたまたま病院のデイケアのプログラムが終わったあと、ある患者に頼んでモデルになってもらい、毎月4回(1回1時間程度)、5年間ほど油絵を描いた。最初、具象的に描いていた時は、見ていた周りの患者達は「変わった絵だ」と言うばかりだったが、やがて何枚か描いた後で抽象的な表現に変え、たちまち「ピカソだ」ということになった。つまりわからないというのである。

芸術とは何か。普段、簡単につかっているこの言葉を、実際に多くの人にわかりやすくすることは難しい。時代によって形が変化し、人によって見え方が異なるような存在である。したがって、これが「芸術」であり、これは「芸術」ではないと断定することも、実は非常に難しい。「人間にとってぜひとも必要なもの」、あるいは「生きる力の源」という漠然とした言い方しかできない。むしろ障害の作品を通して、いま私達は「芸術」の新たな姿を発見したのかもしれないのである。

作品の評価について

これまで、何度も述べたように、多くの場合、患者自身は別に芸術作品を作ろうと思っている訳ではない。治療や娯楽として取り組んでいる場合がほとんどなのである。降って湧いたような芸術評価は場合によっては幸運となるかもしれない。しかし、精神障害者の場合、医療の視点から見ればこれは冒険であり、場合によっては治療に重大な影響を及ぼしかねない。また患者の社会での生活を考えた時、個人情報公開の問題もあり、芸術的評価を受けることが混乱を生むおそれがある。また、障害者全体の作品ということで考えれば、芸術としての評価を得られなかった作品

はダメな作品なのかということも課題として残る。作品の評価は、単なる芸術評価ではなく、患者の人生を肯定するような「人間的な評価」でなければならない。芸術だけではなく医療保健福祉、教育の分野からの評価とサポートが必要である。

芸術についていうなら、現状ではその価値の一部分である経済的な側面や人気といった部分が強調されすぎているように思われる。金にもならないと人気がないといったものも、芸術の中にはあるのである。それでもなお取り組む人がいるのである。

また、伝統的なもの、たとえば陶芸や書道、手工芸的なもの。さらに視野を広げれば俳句、短歌などの文芸もある。これらも芸術という広い世界の重要な部分を占めており、しかも生活の中に溶け込んでいる。病院での取り組みによっては、さらに活動を活発にすることができる。すでに芸術は一部のエリート、あるいは単なる趣味のためのものではない。患者を含む一般の人が、芸術本来の魅力や力、価値を理解し、共感し、楽しめるような存在でなければ、やがて芸術は生活には直接に関係のない、単なる贅沢品や見せ物となってしまうであろう。

目的は社会に病気や障害についての理解をうながすことである。その方法のひとつとして芸術評価があり、さらに精神医療保健福祉の分野からの新しい社会的評価を作るのである。事実、患者の芸術活動はすでに医療の中で行われているが、それ以外に病気や障害の理解、人間として共感を得るためのものとして、保健福祉分野でも活用できるのではないかと。

そもそも芸術評価というものが、そのような考え方を含むものであつて欲しい。もちろん現状では偏見や差別はある。しかし、それを少なくし、やがて取り除くためにも、新しい評価と評価を受け入れてくれる作者、作品を見つけなければならない。作品を遺す努力をしなければならぬ。

この試みそのものが、芸術の分野にとっても、医療保健福祉の分野にとっても、すでに

普及啓発活動である。

ここに平和を実行委員会活動歴

1997年：高知県立精神保健福祉センターの協力を得て、精神障害者の絵画等による表現活動を発掘・収集する活動を開始。

1998年：高知県の精神障害者の絵画作品を使ったカレンダーを制作・販売し、原画の展覧会を各所で開催。以後、カレンダーは毎年制作。1999年：岩手、千葉が参加、3県となる。

2000年：神奈川が参加、4県となる。

2001年：2月、高知県土佐山田町立美術館（現在は香美市立美術館）で発掘・収集された絵画・造形作品などをもとに初の展覧会『精神障害者と絵画—なぜ絵をかくのだろうか?』を開催（出展者36名、出品点数約300点）。10月、埼玉県大宮で開催された公衆衛生学会会場で作品を展示。（出展者10名、出品点数30点）2002年：福岡が参加、5県となる。

2003年：大阪が参加、6府県となる。この間、精神障害者の絵画等による表現活動の発掘・収集を継続。美術手帖（美術出版社）2月号の特集『心の秘密—アートの衝動』に3名の作品（7点）が紹介される。

2004年：4月1日、将来の精神障害者アートの拠点施設設立を目的に会則を作り「ここに平和を実行委員会」を全国組織として発足。10月、初の全国規模の展覧会、『精神障害者と絵画—なんやろ・絵・なんやろ』展を開催。同じく神戸で開催された「第18回世界社会精神医学会」会場で、カレンダーの原画等を展示。2005年：10月、神奈川県鎌倉市生涯学習センターにおいて、『精神障害者と表現—ふとしあわせ』展を開催（出展者31名、出品点数200点以上、その他に地元の病院、作業所からも出展）。12月、大阪で開催された精神科リハビリテーション学会に参加し、会場にカレンダーの原画を展示。

2006年：10月、岩手県盛岡市で「精神障害と表現—ぬくたまりINもりおか」を開催（出品者、地元を含めて30名、出品作品約100点）。11月、東京都北区北トピアで開催され

た第49回日本病院・地域精神医学会に参加し、絵画と写真（200点以上）を展示。

2007年：10月、静岡県浜松市のNPO法人遠州精神保健福祉をすすめる市民の会が主催する10周年記念事業に参加し、絵画を出品。11月末から、オーストラリアのメルボルンで開催された「2007世界社会精神医学会総会」で絵画を展示（出品作家11人、出品数120点）。日本での作品の保存や評価について発表した。2008年：12月、千葉市で「もうひとりの私」展を開催。出品作品はスケッチブック、ノートなどをふくむ100点余り。

2009年：2月、京都市で開催された「豪州との交流にもとづく全国精神障害者作品展—心の世界—作品を多角的にとらえる」に作品を出品。オーストラリア、メルボルンにあるダックスコレクション所蔵の作品、全国精神保健福祉連絡協議会が全国から募集した作品、松沢病院、洛南病院、嬉野温泉病院が保存する作品などと一緒に展示した。

2010年：3月、高知市文化プラザかるぼーとで『描く展』を開催。この展覧会は開催初日に展示されたのは2009年のカレンダーの原画と、カレンダーの原画選考に応募した作品のみ。会期中毎日、ワークショップを行い、共同制作でできた作品を順に展示した。（共同制作7点、その他の作品約40点）。10月、神奈川県鎌倉市障害学習センターで『精神障害と表現—いきいき生きる展覧会』を開催。地元神奈川県神奈川県の作者12人の作品を中心に展示した。2011年：9月、『ぬくたまり IN 久慈』展を開催。地元メンバーの申し出により東日本大震災で被災した岩手での開催となった。会場は久慈市合同庁舎ロビー。地元岩手の『風の会』の作品を中心に約80点を展示。ワークショップ開催するとともに、被災地にも出かけ交流を行った。

なお、ここに平和を実行委員会の活動としては、現在は岩手、千葉、神奈川、高知の4県である。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）

「精神保健医療福祉体系の改革に関する研究」

分担研究報告書

精神保健医療福祉体系の改革のモニタリングの詳細分析

研究分担者 立森 久照 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研究協力者 河野 稔明 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
赤澤 正人 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
廣川 聖子 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
趙 香花 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
長沼 洋一 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
研究代表者 竹島 正 (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究要旨：

【目的】最新の精神保健福祉資料データによる精神病床利用者の数的状況に基づいて精神保健医療福祉の改革ビジョンの進捗を明らかにする。

【方法】厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部（局）長に文書依頼を行い収集した全国の精神科医療施設などの状況についての資料を、同課の許可を得て二次的に分析した。このデータはわが国の精神科病院等のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。1996年から2009年調査のデータを使用した。

【結果】改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均残存率28.8（目標値24以下）、退院率23.1（同29以上）、統合失調症等による在院患者数183,700人（同15万人以下）であった。2009年の精神科病院等の在院患者総数は310,738人であり、前年比で2,533人の減であった。統合失調症等の在院患者総数は前年比で2,673人の減、一方で認知症を含む器質性精神障害のそれは前年比で885人の増（64,329人）であった。認知症等、統合失調症等ともに人口10万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているという特徴は2009年時点でも変化はない。統合失調症等はほぼ全ての県で人口10万対患者数が減少傾向にある。約4分の1の県が既に目標値を達成した場合の10万対在院患者数の水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県も1割程度存在する。平均残存率は概ね減少傾向にあると言えるが、近年は29.0、28.8、28.8とほとんど変化がみられない。一方で退院率の推移は一貫した傾向がうかがえないものの、一定の改善はみられた。退院率は在院期間が1年以上5年未満の群と5年以上の群では明確な差があり、1年以上5年未満の群では約4分の3以上の県が退院率の目標値である29以上を越えているのに対して、5年以上の各群で目標値を超えている県は外れ値を除いて存在しない。

【結論】改革ビジョンの目的のひとつはいわゆる社会的入院による長期在院の解消にあると考えられる。新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均残存率の改善等（34.8→28.8）から、新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。ただし数値目標の達成にはこの取り組みを続ける必要がある。一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一定の改善（21.7→23.1）は見られたが、数値目標の達成には課題が残る。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層の加速させることが必要であると思われた。そのためには、約4分の1の県が既に目標値を達成した場合の10万対在院患者数の水準に達していることから考えても、この水準からの隔たりが大きい県で如何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵であろう。

A. 研究目的

2004年9月に公表された「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(以下、改革ビジョン)の前半5年の成果の評価と後半5年に向けた見直し「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」(以下、あり方検討会)にて実施された。2009年に公表の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書」では、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で掲げられていた平均残存率24以下および退院率29以上に加えて、統合失調症と認知症に関する目標値の設置の必要性を指摘した。前者は今後5年間でその人数を約15万人以下にするとの目標値が設定された。後者についても「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド(認知症と精神科医療)とりまとめ」(以下、検討チームとりまとめ)では、退院に関する目標として2020年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2カ月とすると記されている。

本研究は1996年から現時点で最新の調査である2009年までの精神保健福祉資料のデータを用いて精神科病床を有する病院(以下、精神科病院等)における在院患者の数的状況や改革ビジョンの数値目標の推移を分析することにより、改革ビジョンのこれまでの進捗を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神障害・保健課では、毎年6月30日付で、精神保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部(局)長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設などの状況についての資料を得ている。

この精神保健福祉資料のデータはわが国の精神科病床を有する病院(以下、精神科病院等)のほぼ悉皆と見なしうる調査により得られたものである。本研究では1996年から2009年

調査のデータを使用した。

2. 方法

1996年から2009年の精神保健福祉資料の精神科病院等の患者についてのデータを用いた二次解析を厚生労働科学研究として実施した。人口10万対の数値を算出するためには、総務省統計局公表の各年10月1日現在推計人口を使用した(<http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.htm>)。

在院患者総数、症状性を含む器質性精神障害(F0)(以下、認知症等)および統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)

(以下、統合失調症等)による在院患者、改革ビジョンで数値目標とされた平均残存率、1年以上在院者の退院率(以下、退院率)について最新の全国値を明らかにし、それらの年次推移を分析した。都道府県(以下、県)ごとの認知症および統合失調症等による在院患者数の最新の状況およびそれらの人口10万対在院患者数の推移を県間で比較した。県ごとの平均残存率、1年以上在院者の退院率の最新の状況と年次推移を分析した。結果に示した図は変化を捉えやすくするために軸の下限が必ずしも0ではない。誤って読み取ることを避けるために軸の目盛ラベルを確認されたい。

なお精神保健福祉資料の調査内容は年により多少異なるため、集計項目によっては1996年以降の全ての年の数値がない場合がある。また2009年の一部の数値は前年度の報告書で既に報告したものもある。しかし前年度の報告した数値は先行調査の結果に基づいた暫定値のため、両報告書間で数値が異なる場合は本報告書の数値が確定値である。

(倫理面への配慮)

本研究は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課が、都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部(局)長に文書依頼を行い収集した、全国の精神科病院の状況についての資料を、厚生労働科学研究として、精神・障害保健課の許可を得て二次的に分析したものである。データは施設ごとの集計値として報告されており、そこには個

人を特定可能な情報は含まれていない。

C. 研究結果

1. 改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

2009年の精神科病院等の在院患者総数は310,738人と前年から2,533人の減であった。在院患者総数は図1に示したように一貫して減少傾向にあることが分かる。

改革ビジョンの数値目標の最新の状況は平均残存率28.8(目標値24以下)、退院率23.1(同29以上)、統合失調症等による在院患者数183,700人(同15万人以下)であった。

統合失調症等の在院患者数は前年の186,373人から2,673人の減少であった。図2に示すように統合失調症等による在院患者総数も一貫して減少傾向にあることが分かる。

平均残存率の推移を図3に示した。概ね減少傾向にあると言えるが、近年は29.0、28.8、28.8とほとんど変化がみられない。平均残存率の改善が示すように、新規入院者がより短期間に退院できるようになったことは新規入院患者の退院の様子を示した図4において実線で示した2009年と破線で示した1999年の比較からも明らかである。

一方で退院率の推移は一貫した傾向がうかがえない(図5)。退院率は1年以上継続して在院した患者が1年間にどれくらい退院するかかの指標であるが、在院が長期に継続するほど退院が発生しづらくなると推測される。在院期間別の退院率を県ごとに算出し、その分布を在院期間別の退院率ごとに箱ひげ図で示した。図6から在院期間が1年以上5年未満の群と5年以上の3群では退院率が明らかに異なることが読み取れる。1年以上5年未満の群については約4分の3以上の県が退院率の目標値である29以上を越えているのに対して、5年以上の各群で目標値を超えている県は外れ値を除いて存在しない。

また数値目標はまだ示されていないが、目標値の設置の必要性を指摘されている認知症についても在院患者数の状況をここに示す。

2009年の認知症等による在院患者数は64,329人であった。前年の認知症等の在院患者数は63,444人であったので885人増えていた。増加傾向は1997年以降一貫して観察された(図2)。認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者のおよそ1年間の退院の様子を図4に点線で示した。入院から195日(=6.5カ月)から225日(=7.5カ月)の間に半数が退院し、約1年(11.5カ月)で6割強が退院していた。

2. 県別の改革ビジョンの目標値の最新の状況とその推移

人口10万対在院患者数の大小の地理的な分布を把握するために2009年の県別の人口10万対在院患者数に基づいて県をそれぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように5つに区分し、その結果を日本地図上に色の塗り分けで示した。色が濃い県は人口10万対在院患者数が多いことを示す。図7が認知症等、図8が統合失調症等についてである。双方とも人口10万対在院患者数が多いのは日本の周縁部、特に四国の太平洋側と九州に集中しているのが特徴である。この特徴はこれまでの傾向と変化がない。

次に県別に1997年から2009年にかけての人口10万対在院患者数の推移を検討した。

図9に示すように、認知症等の推移は、明確に増加傾向にある県と、より少数のほとんど変化のない県に大別され、明確に減少傾向を示す県はない。明確に増加傾向にある県には、この間の人口10万対患者数が2倍から3倍にあるといった顕著な増加を示す県も複数存在する。

統合失調症等については、ほぼ全ての県で人口10万対患者数が減少傾向にある(図10)。図中に破線で示したのは、目標値(統合失調症等の在院患者数15万人以下)を達成した場合の人口10万対在院患者数の118である(15万人を2014年時の予測人口で除して求めた)。約4分の1が既にこの水準に達している一方で、この2から3倍の水準にある県も1割程度存在する。

平均残存率および退院率の高低を日本地図上に色の塗り分けで示した。塗り分けの規則は人口 10 万対在院患者数と同じである。図 11 が平均残存率、図 12 が退院率についてである。双方ともその分布に明確な規則性は観察できず、人口 10 万対在院患者数のように数値の高い（もしくは低い）県が特定の地域に集中していない。

図 13 に 2009 年の県ごとの平均残存率と退院率の散布図を示した。実線は両指標の目標値である。平均残存率は 24 以下、退院率は 29 以上が目標値なので、両指標の目標値をととも達成した県は、2 本の点線で分けられた 4 つの領域のうち左上にプロットされる。図から明らかなように 2009 年時点において目標をととも達成した県はない。ただし、いずれかの指標が目標を達成した県は 1 割程度存在する。また両指標間に相関は認められない。（なお図には示していないが、鳥取県の退院率が飛び抜けて高かった。これは病院の統廃合にともなう患者の移動が調査時期である 6 月にたまたま発生したためと推測された。鳥取県の施設数が前年比で 1 減っていること、これまでの同県の退院率の推移、および同様の事象が以前に他県で生じた際に病院の統廃合による影響であったことを確認できたこと、などから考えて、この推測の蓋然性は高く、この年の鳥取は外れ値として扱うのが妥当であろう。）

図 14 は図 13 に加えて県ごとの人口 10 万対精神病床数を円の面積で表したものである。両指標と 10 万対精神病床の間には関連は認められない。

図 15 は図 13 に 1999 年の散布図を重ねたものである。1999 年（×印）と 2009 年（○印）比べると、左方向へのシフトは明らかな一方で、上方向へのシフトはそれほど明確でない。つまり平均残存率は目標値に近づいているが、退院率はそうではない傾向がうかがえる。

県別の平均残存率の推移は、多くの県で目標値に向けて減少傾向にあるか、目標値の水準を保って推移していた（図 16）。退院率に

については全国値の推移と同様に県別でも明確な傾向が認められない県が多い（図 17）。

D. 考察

精神保健福祉資料の 1996 年から 2009 年調査のデータを用いて精神科病床を有する病院における在院患者について二次解析を行った。これにより悉皆と見なしうる調査に基づいて、わが国の精神科病院等における統合失調症等、認知症等による在院患者数、改革ビジョンの数値目標である平均残存率と退院率の全国および県の最新の状況および推移を明らかにできた。

改革ビジョンの目的のひとつはいわゆる社会的入院による長期在院の解消にあると考えられる。新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均残存率の改善等（34.8→28.8）から、数値目標の達成には十分ではないものの、新たにそうした状況を生じさせない点では改革の成果が伺えた。一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一定の改善（21.7→23.1）は見られたが、数値目標の達成には課題が残る。

あり方検討会報告書には「上記目標（筆者注：平均残存率 24 以下、退院率 29 以上）の達成により、約 7 万床相当の減少が促される。〔誘導目標〕」との記載があるが、両指標の高低と人口 10 万対の精神病床数に特に関連がみられなかった。もちろん両指標の改善が人口あたり病床数の減少に反映するまでには一定の時間的な遅れが想定されるため、この結果をもって誘導目標の達成が難しいと短絡的に捉えるべきではないが、今後の動向を注視した上で指標の改善が人口あたり病床の削減を誘導する効果が薄いのであれば、方策の見直しも検討する必要がある。

統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層加速させることが必要であると思われた。そのためには、約 4 分の 1 の県が既に目標値を達成した場合の 10 万対在院患者数の水準に達していることから考えても、この水準からの隔たりが大きい県で如

何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵を握る。認知症を含む器質性精神障害の精神病床の在院患者数の増加が著しい地域があることは注視が必要と考えられた。ただし認知症については精神科医療だけでなく、その地域の医療、介護の全般を把握した上で、評価することが必要であろう。

認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者は入院から195日(=6.5カ月)から225日(=7.5カ月)の間に半数が退院し、約1年(11.5カ月)で6割強が退院していた。検討チームとりまとめでは、認知症の退院に関する目標は「2020年度までに、精神科病院に入院した認知症患者のうち、50%が退院するまでの期間を、入院から2カ月とする」とされていた。精神病床に新たに入院した患者は入院から45日(=1.5カ月)から75日(=2.5カ月)の間に半数が退院し、約1年(11.5カ月)で9割近くが退院していたことから分かるように、これは後10年弱で、精神科病院に新たに入院した認知症患者(認知症治療病棟に入院した患者)の退院までの期間を精神病床全体と同等にすることであり、かなり意欲的な目標と思われた。認知症疾患治療病棟に新たに入院した患者の退院の様子を精神病床に新たに入院した患者全体の退院の様子と比較した結果から、認知症患者は1年以内の退院が困難な者が多いことが分かる。既に認知症患者の過半数は在院期間が1年以上である。認知症患者が精神病床に留まり続けることのないよう認知症の医療・福祉・介護の体制を構築することが必要であると思われた。

E. 結論

悉皆と見なしうる調査に基づいて改革ビジョンの数値目標の現況とこれまでの推移を全国および県ごとに明らかにした。これにより改革ビジョンの前半5年間の進捗を示すことができた。

新規入院者の在院期間の短縮や在院期間が一年以内の動態の指標である平均残存率の改善等から、新たにそうした状況を生じさせな

い点では改革の成果が伺えた。ただし数値目標の達成にはこの取り組みを続ける必要がある。

一方、すでに長期在院となった者の地域移行に関しても退院率に一定の改善は見られたが、数値目標の達成には課題が残る。長期在院者の中核をなす統合失調症の在院患者数の数値目標の達成にはその減少を一層の加速させることが必要であると思われた。そのためには、約4分の1の県が既に目標値を達成した場合の10万対在院患者数の水準に達していることから考えても、この水準からの隔たりが大きい県で如何にして改革の取り組みを進めて行くかが鍵であろう。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

I. 参考文献

- 1) 精神保健福祉対策本部. (2004年9月). 精神保健医療福祉の改革ビジョン. 2006年3月に <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> より入手.
- 2) 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会. (2009年9月) 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 2009年12月に <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> より入手.
- 3) 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム第2ラウンド(認知症と精神科医療)とりまとめ. 2012年1月に <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xah3-att/2r9852000001xal3.pdf> より入手.

図 1：精神病床の在院患者数の推移

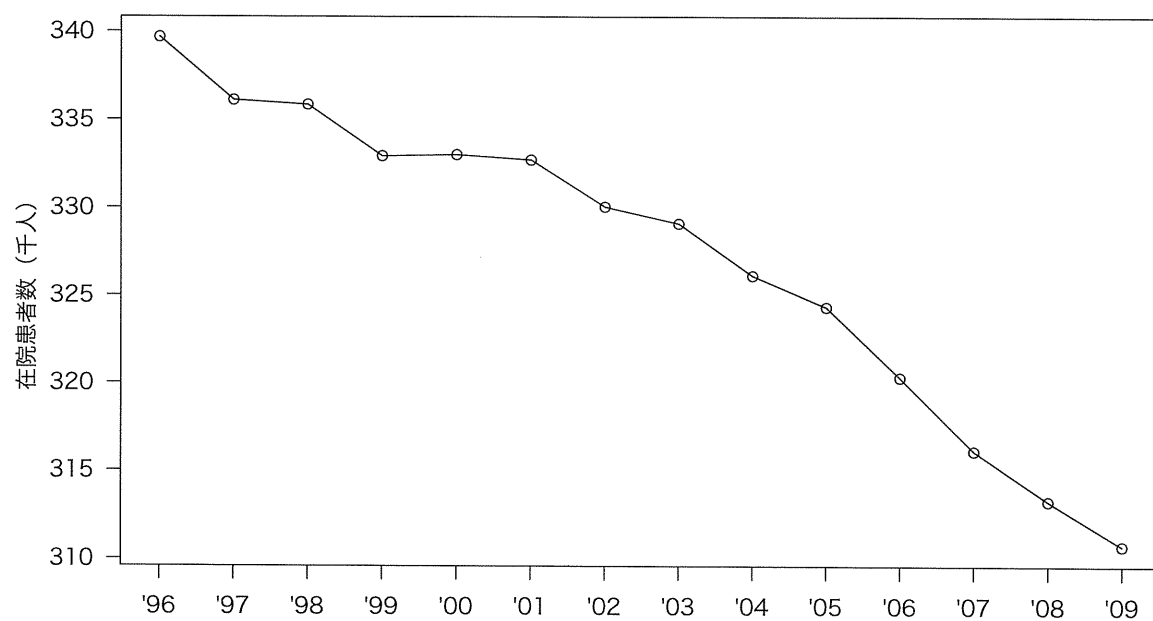


図 2：認知症等 (F0) と統合失調症等 (F2) による在院患者数の推移

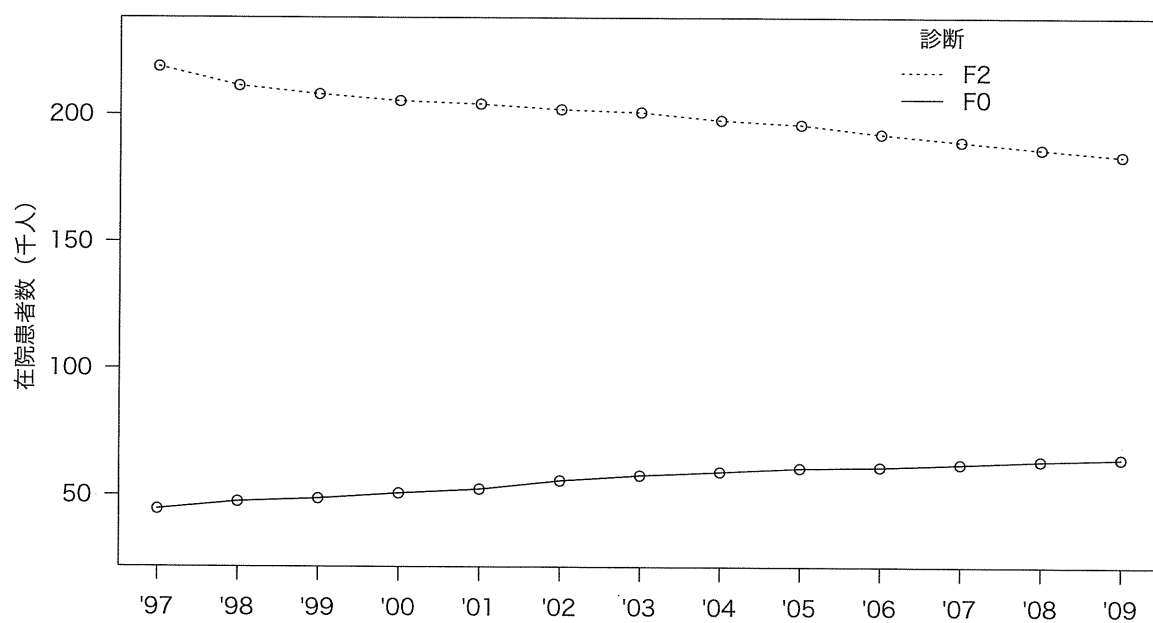


図 3：平均残存率の推移

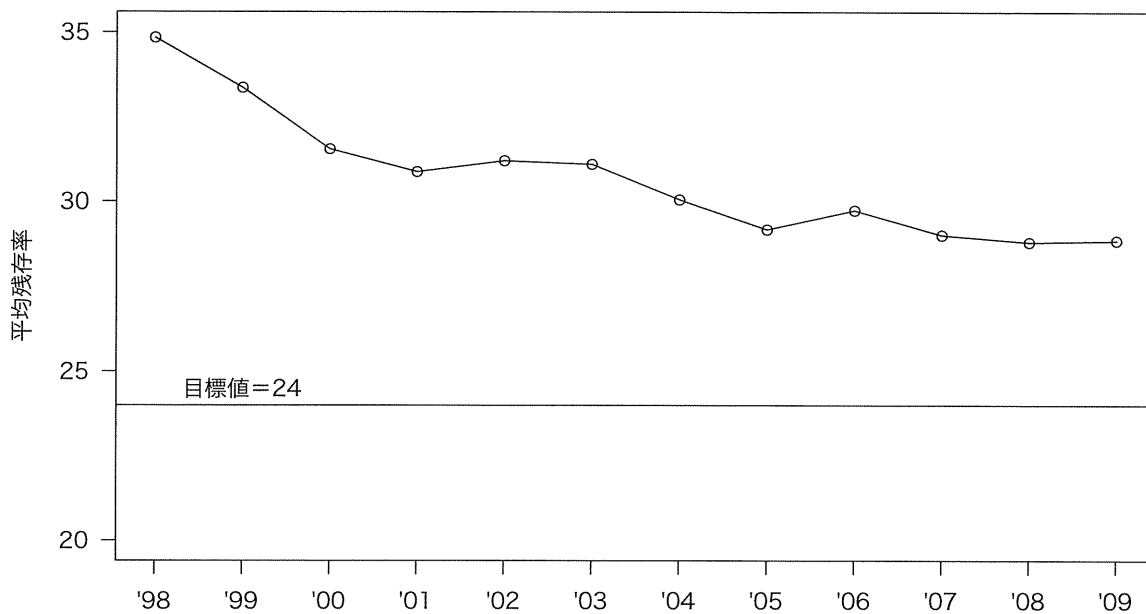


図 4：新たに精神病床に入院した者の退院の発生状況

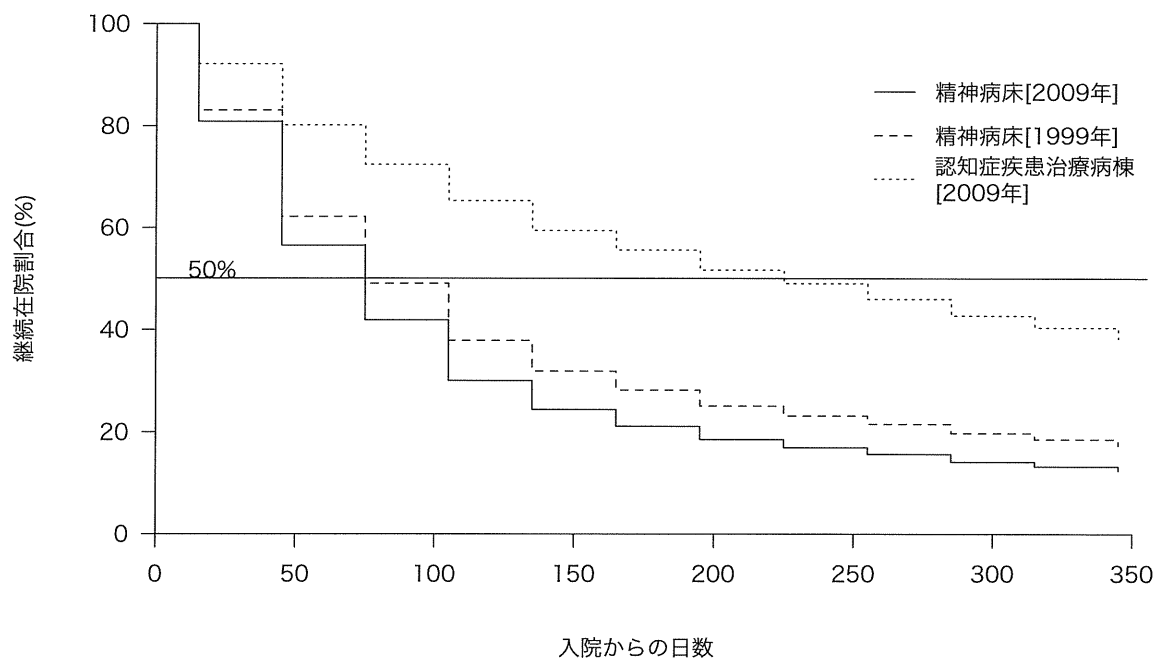


図 5：退院率の推移

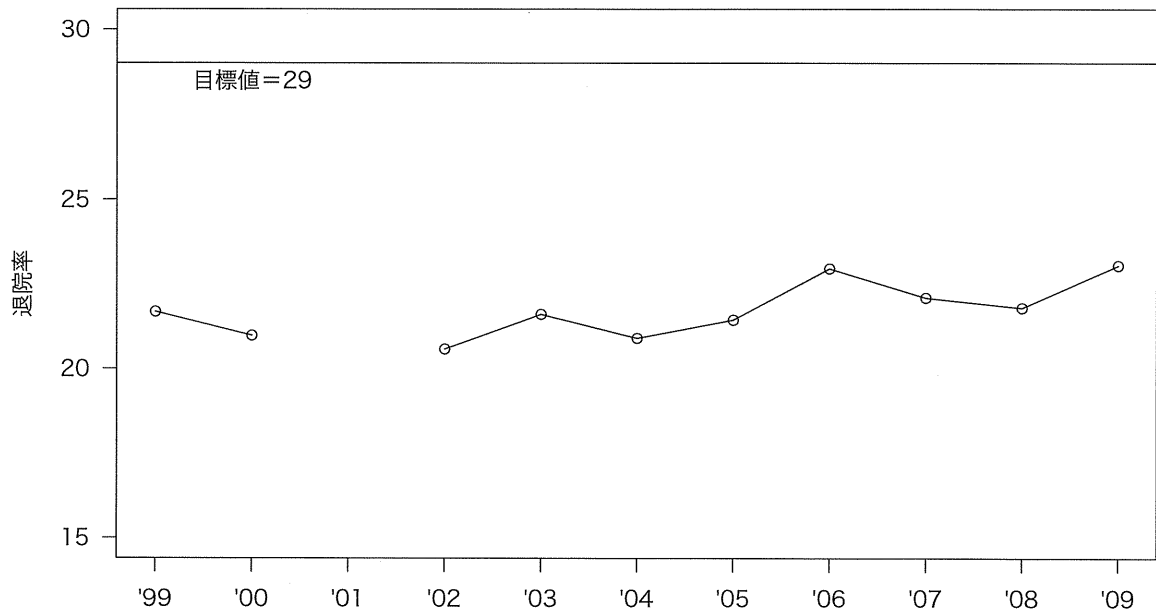


図 6：在院期間別の退院率の県ごとの値の分布の比較

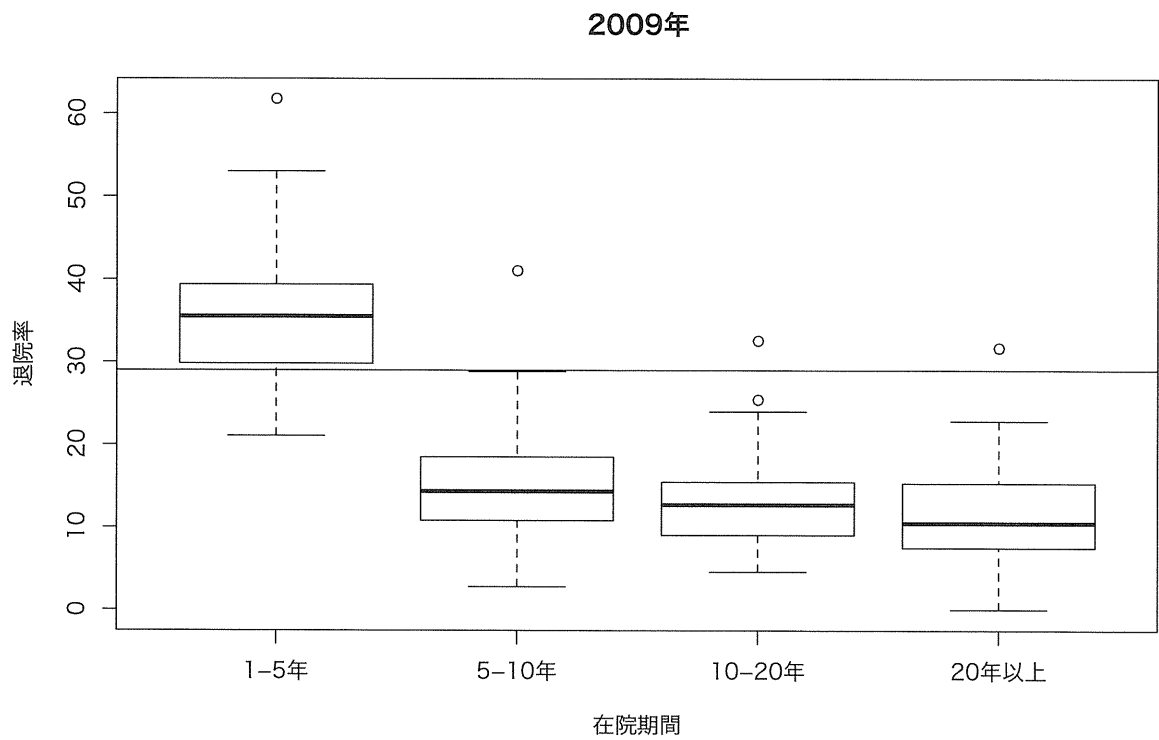
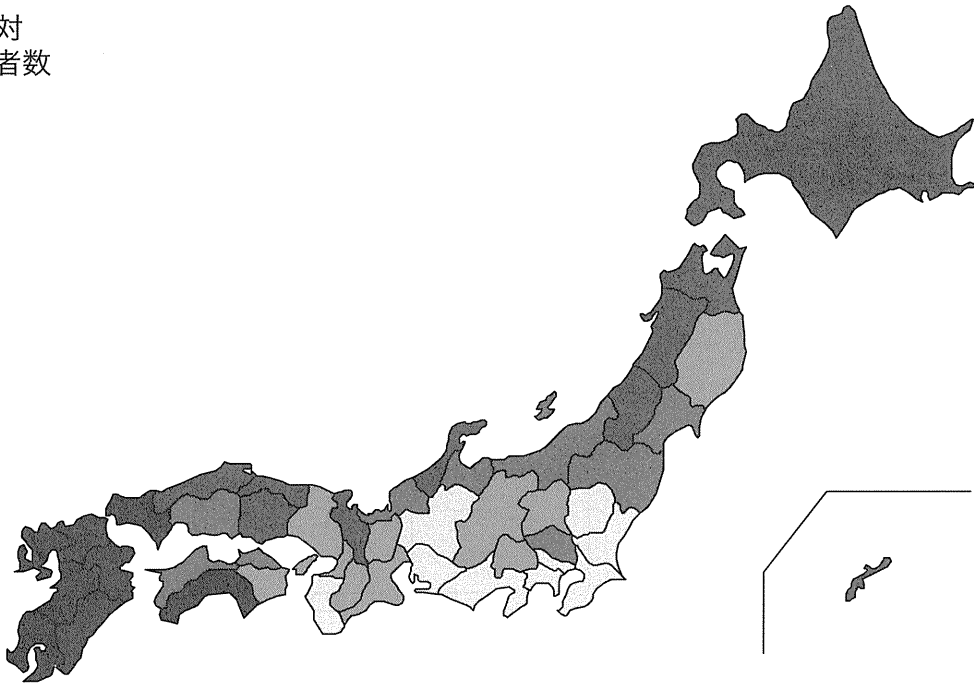


図 7：2009 年の県別の認知症等（F0）による人口 10 万対在院患者数

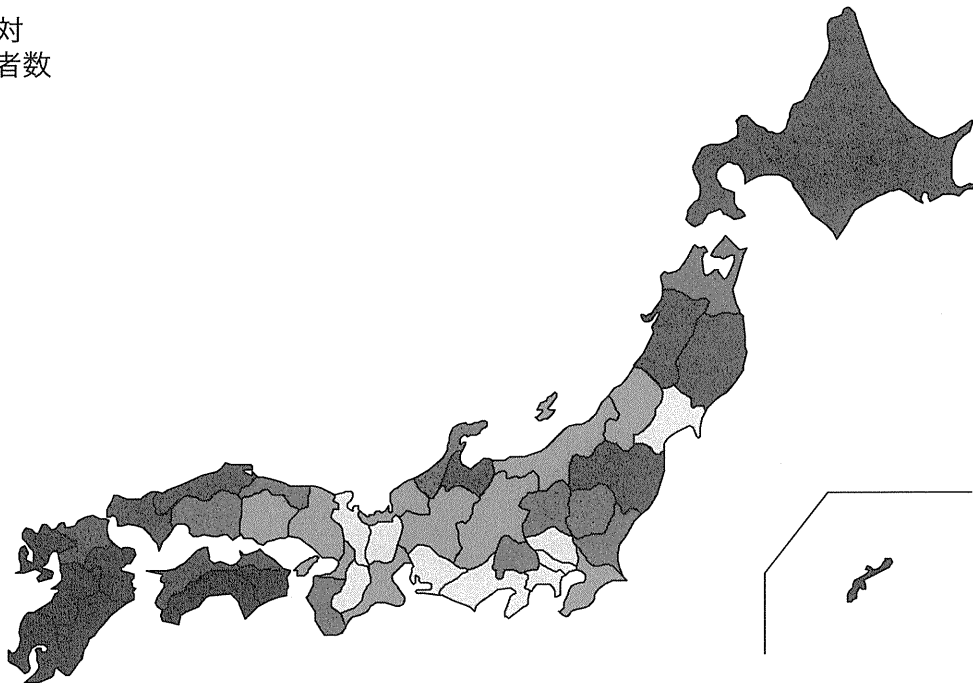
人口10万対
F0在院患者数
2009年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は人口 10 万対在院患者数が多いことを示している。

図 8：2009 年の県別の統合失調症等（F2）による人口 10 万対在院患者数

人口10万対
F2在院患者数
2009年



注：それぞれの区分にほぼ同数の県が含まれるように 5 つに区分した。色が濃い県は人口 10 万対在院患者数が多いことを示している。