

④ 危険性などの概念ではなく、緊急治療介入が強制収容要件となること、
 などであった。

この展開を可能とした社会的要因としては、

- ① 改革以前から精神科病床の9割が公立であったこと、
- ② 歴史的に司法精神科病棟が整備されていたこと、
- ③ 大家族構成と伝統的に受容的な家族愛が尊ばれる国民性、
 などがあげられる。

精神科医療改革の社会的背景

精神科医療改革の起こった時期は、イタリアの社会全体が激動の時期であり世情が不安定であった。その時期、イタリアでは社会運動やテロなどが頻発していた。大学では、1967年のトレント大学、1968年のローマ大学での学生運動が起こった。また、1969年には、戦後最大の労働争議が起きた。そして、ミラノやローマでは爆弾を用いたテロで多くの死者が出た。また、1978年には首相アルド・モーロが極左武装組織赤い旅団に誘拐された。そのような不安定な社会状況のなかで、1973年に改革を進める精神科医療従事者を中心とした民主精神科連合が結成された。

精神科医療改革の政治的背景

政治的には、共産党の支持が増加していた。1976年の総選挙で、保守勢力のキリスト教民主党が38.7%で第一党を保ったが、同時にイタリア共産党（現、左翼民主党）が34.4%と票を伸ばした⁹⁾。そして、この両党が精神保健改革について緊密に連携した。この両党は、キリスト教民主党左派はBasagliaのトリエステでの改革を支え、また共産党はBasagliaの同志のアレッツィアでの改革を支持したという経緯があった。そして、両党は1978年末に先進的な精神保健法案の成立を目指して計画を進めていた。しかし、こうした状況のなかで、先に述べた民主精神科連合が、1904年の法36号を廃棄するための国民投票に向けた署名集めを開始した。その結果、国民投票に必要な50万人を大幅に超える署名が集まるという事態が生じた。そのため、1978年5月、イタリア議会はこの国民投票を回避するため、新たに「法180号」を公布することとなった。なぜならば、テロが多発する不安定な社会情勢があり、国民投票の結果、もし旧法を支持されれば、準備を進めていた革新的な精神保健法の施行が危ぶまれたからであった。

改革による変化

1978年の改革後の変化を、改革が進んだ南ヴェローナを例にとって述べる。ケアの種類は、改革後に図1のように変化した⁹⁾。これによると、病院治療は減少し、デイケアや地域ケアが増加している。特に1990年以

II. 世界における精神科医療改革の取り組み

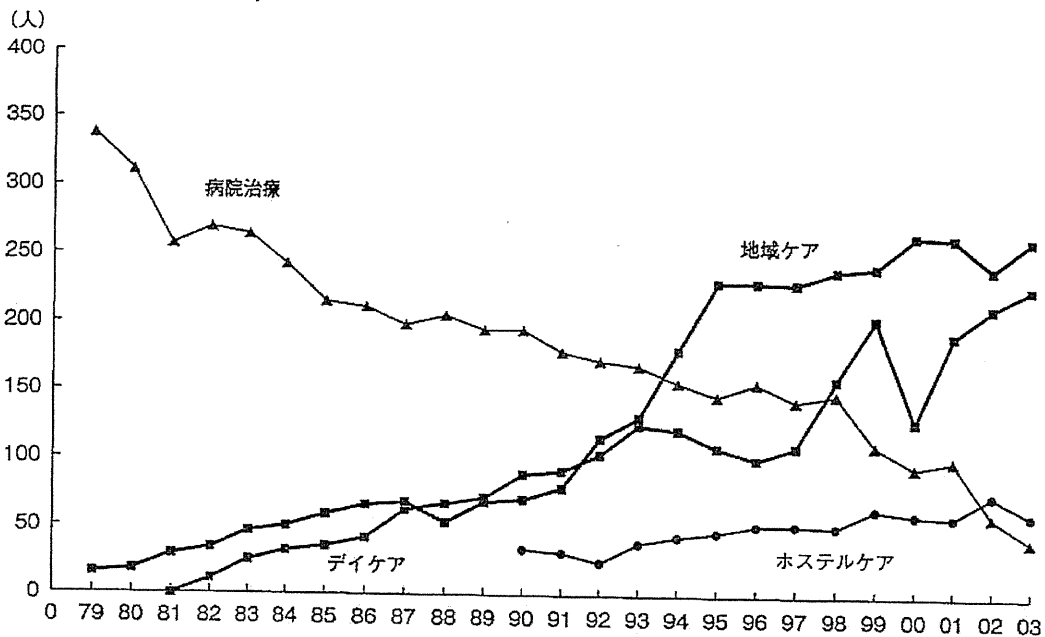


図1 南ヴェローナでのケアの種類 (1,000人中)

(Tansella M, et al. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006⁹⁾)

降の増加が大きい。また、1990年からホステルでの治療が開始され、これはほぼ横ばいとなっている。

改革の1970年代と停滞の1980年代

1970年代は社会、政治のうえでも改革の時代であった。しかし、1978年の首相誘拐事件以降、世の中は保守的な傾向に引き戻された。1980年、改革を主導したBasagliaが亡くなった。その出来事に象徴されるように1980年代の改革は停滞した。改革が、トリエステなどの一部の都市にとどまり、イタリア全国では進まなかった。確かに、法180号の成立は、改革を象徴する出来事であった。しかし、法180号はあくまで一般的な指針やガイドラインを示したものであり、各州における実施の詳細を規定するものではなかった。また、法の対象となっていない民間病院は、家族がケアしつづける患者や、SPDCに入院できない患者を受け入れた。

政治的には1980年代は、クラクシ社会党政権の腐敗の時代という意味で「泥の時代」といわれた。国家は、福祉に冷淡であり、多くの州は法180号を支持する州法の制定に消極的であった。また、この時期、改革反対派は法180号つぶしの法案を13本も国会に提出したという。それに対し、上院議員となっていたBasagliaの妻Francaらは、Basaglia派家族会を全国組織した。そして、患者の実態を全国調査する要求運動を行った。この運動の結果、保健省による全国調査が行われた。しかし、結果は

1980年代末まで発表されなかった。この時期、精神科病院はなくなりつつあった。しかし、それに代わる支援システムが不備で、患者や家族の負担は大きかった。

改革推進の1990年代

1990年代になり状況が変化し、改革の推進が始まった。政治的には1990年代初頭に、構造汚職が摘発され、連立与党が地方選挙で大敗した。そして1994年の総選挙で、与党各党が消滅した。その後、改革が再び動き始めた。1994年に、「精神保健の擁護3年計画」が示された。これは、トリエステなどの先進的地域で実証された地域精神保健サービスをイタリア全国に普及させるというプロジェクトであった。そして、その3年計画が終わると、さらに1998年から追加の擁護3年計画が打ち出された。この追加の計画では医療・看護付きグループホーム「コムニタ」の増設を奨励している。また、大学医学部精神科に地域精神保健センターの一部をゆだねて人材養成するという、ヴェローナ大学での方式を奨励している。そして、1998年、保健大臣 Bindi が精神科病院を閉めない州は予算を0.5%カットと宣言した。2000年末に保健大臣は全精神科病院の閉鎖完了を宣言した。ここに、イタリアの精神科病院がないという意味での脱施設化は完了した。

現在のイタリア精神科医療の実態

イタリアにおける精神保健サービスの配置状況

現在のイタリアの精神保健サービスの配置状況を表2に示す¹⁰⁾。現在、イタリアの精神保健サービスは、ASLがその責任を負っている。各州内にあるASLにおいて精神保健部門の設立が義務づけられており、精神保健に関する予防、ケア、リハビリテーションの実施を任されている。各精神保健部門は、①地域精神保健センター、②総合病院精神科入院病棟、③生活・居住訓練施設（デイホスピタル、デイセンター）、④生活訓練施設としての居住施設を設置運営している。これらの施設の設置は法で定められているが、実施状況は南北差をはじめ地域差が大きい。さらに、社会資源の充実は先送りにされており、入院施設の減少に追いつかないのが現状である。

また、トリエステを例にとると現在のトリエステ地域精神保健サービスは、就労協同組合、工芸工房、当事者自助グループ、女性のための精神保健、家族との協力、5つの地域精神保健センター*2、グループホーム（12軒72人）、刑務所への出前診療、総合病院となっている。

全医療保健予算の4.9%が精神保健に使われており、これは住民一人あ

*2
24時間365日稼働。一つはトリエステ大学医学部が運営。無休。危機介入、昼間の救急、往診を行う。

表2 イタリアの精神保健サービスの配置

| サービス | 数 | 割合 (住民中) | 国の基準 (住民中) |
|---------------|--------|--------------|---------------|
| 地域精神保健センター | 695 | 1.81/150,000 | 1/150,000 |
| 外来患者施設 | 1,132 | 2.95/150,000 | not available |
| 総合病院入院患者部門 | 320 | 0.83/150,000 | not available |
| 総合病院入院患者ベッド | 4,084 | 0.7/10,000 | 1/10,000 |
| 民間精神科クリニック | 65 | 0.17/150,000 | not available |
| 大学精神科 | 19 | | |
| 大学精神科ベッド | 404 | | |
| デイホスピタル | 257 | 0.67/150,000 | not available |
| デイホスピタルベッド | 942 | 0.1/10,000 | 1/10,000 |
| デイセンター | 481 | 1.26/150,000 | 1/150,000 |
| 非病院住居施設 | 1,377 | 3.43/150,000 | not available |
| 非病院住居施設ベッド | 17,343 | 3/10,000 | 1~2/10,000 |
| 精神保健スタッフ (合計) | 30,978 | 0.81/1,500 | 1/1,500 |
| 精神科医 | 5,094 | 0.13/1,500 | not available |
| 心理士 | 1,785 | 0.05/1,500 | not available |
| 看護師 | 15,482 | 0.41/1,500 | not available |

(Piccinelli M, et al *Br J Psychiatry* 2002¹⁰⁾)

たり 55 ユーロ (日本円 7,000~8,000 円) である。5 か所の地域精神保健センターのうち1つはトリエステ大学医学部精神科クリニックがセンターを管理、医学生が地域精神保健サービスを学ぶ場になっている。また、他の4つのセンターは、人口6万弱の住民をカバーしている。また、市内唯一の総合病院マジョレ病院に「精神科診療治療サービス (SPDC)」という8床の入院施設がある。精神科救急病棟に該当し、24時間機能している。センターが主役、SPDCは脇役である。

トリエステ地域精神保健センター (視察による情報)

センターの特徴は、①小規模地域、②家族支援、③キャッチメントエリア性、④振り分け機能とされる。トリエステの人口は約25万であるが、5つの医療保健区 (エリア) に分けられているので、1つのエリアは人口約6万となる。これがキャッチメントエリアになっているので住民の側からみればアクセスしやすく、センターの側からいえば、全体を掌握しやすい規模となっている。年間500ケースを扱っているとのことであったが全医療スタッフによるミーティングで治療方針の検討が行われていた。総合病院であるマジョレ病院のSPDCとの連携もスムーズに行われているとのことであった。

視察したグループホームはカトリック系宗教団体が所有しているもので、住宅地のなかにある2階建ての普通の住宅で、「治療共同体」と呼ばれていた。利用者は9人で、日中仕事に出られる人は仕事に行っており、代わりに日中デイセンターとして地域から来ている人が2人いた。スタッフは心理士3人、教育者1人、資格のない人が2人の計6人で、24時間

3交代とのことであった。治療目標は、①自分の身の回りのことは自分でする、②他人との人間関係を保つ、③自立能力を身につけるということで、自分の病気の治療に自分で責任をもてるようにするとのことであった。さらに、治療介入のことを聞くと、医療は地域精神保健センターで計画を立てて実施することになっていて、グループホームでは生活のことを目標にして支援するとのことであった。患者の振り分けや、診断、病状の把握、治療介入などは地域精神保健センターが行うことになっていた。グループホームは利用者の負担はないとのことであった。スタッフから話を聞いているあいだに、落ち着かない患者が攻撃的な口調で話し出したが、ベテランのスタッフがそばに座って話すうちに次第に治まった。日本では入院しているような重症の患者も含まれている印象であった。

ローマの病院でもそうであったが、トリエステでも家族支援の必要性が強調されていた。病院を廃止して地域ケアに転換したため、多くの患者は家族のもとに戻ることであり、家族の負担が増大しているという事情を反映しているようであった。日本で行われているような家族心理教育の実施について、医療スタッフや家族会の方に聞いたところ、心理教育も行われているようだが、家族療法や個別面接に重点がおかれているようであった。患者スポーツ団体がさかんに活動していて、地元の労働組合とも交流があるとのことであった。

社会的協同組合（視察による情報）

1988年に元は病棟だった建物に作られた。初めは患者の働く要求に応えるため、日本にあるような共同作業所のような活動を行っていた。木工や写真撮影、ビデオ撮影などであった。その後、一般市場に合わせて変化させるということで、①図書館やミュージアム、②フロント・オフィス（秘書機能）、③ソフト制作に重点をおき、一部、④教育的意味をもつ作業所を復活させる動きもあるとのことであった。労働奨学金があり、週に20～25時間で250～300ユーロが出ることになっていて、半分くらいの方は1年間をやり遂げて、研修した職場に就職する人もいるとのことであった。両親と住んでいる人も、グループホームから通ってくる人もいう。

おわりに—日本の精神科医療改革への示唆

イタリアの健康保険システムは、2000年のWHOの調査によると、世界第2位となっている。しかし、医療の質はまだ課題がある。精神療法を伴った薬物療法はまだ不十分であり、心理教育やリハビリテーションの介入は簡単に利用できず、入院患者や重症患者には不足している¹³⁾。

また、地域による実施状況の差や、ここでは述べなかったが司法精神病

院の存在や、薬物依存、思春期の精神科治療との連携という課題もある。

イタリアの改革は、まず先進地区で実証され、その後、国家の方針に反映され、それが州ごとに独自に実施され、全国に波及するという経緯をたどっている。州ごとの違いは大きく、ローマでは一部民間の精神科病院が復活しつつあるとのことであったが、ローマの医師からは「トリエステでは地域ケアでやれるが、ここ（大都市であるローマ）では無理」という声もあった。

イタリアの改革の原動力は、Basaglia という主導的人物の存在、改革を支持する社会的・政治的状況、トリエステなどの先進地区での取り組みと実証、WHO による効果の認定、国による基本方針の作成などがあげられよう。

今回は一部しか示すことができなかったが、トリエステにおいて精神科入院を最小限にしてケアが実施されているのは、上記のように、地域精神保健センターを中心とするキャッチメントエリアが機能していること、家族支援も行いつつ、24時間スタッフ常駐のグループホームがかなり重症の患者にも対応しており、ベッド数は少ないが総合病院の精神科入院施設が地域精神保健センターと連携しながら運営されているので、これらにより精神科病床は最小限で地域の精神科医療体制が運営されていると思われる。

(清野 絵, 水野雅文, 安西信雄)

引用文献

- 1) 水野雅文. 世界の精神医療と日本 イタリア. *こころの科学* 2003; 109: 46-50.
- 2) Traverso GB, Ciappi S, Ferracuti S. The treatment of the criminally insane in Italy: An overview. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23: 493-508.
- 3) Lemkau PV, de Sanctis CA. Survey of Italian psychiatry, 1949. *Am J Psychiatry* 1950; 107: 401-408.
- 4) Guarinieri P. The history of psychiatry in Italy. *Hist Psychiatry* 1991; 2: 289-301.
- 5) 大熊一夫. 精神病院を捨てたイタリア捨てない日本. 東京: 岩波書店; 2009.
- 6) トリエステ精神保健局 (編). 小山昭夫 (訳). トリエステ精神保健サービスガイドー精神病院のない社会へ向かって. 東京: 現代企画室; 2006.
- 7) Dell'Acqua G, Cogliati Dezza MG. The end of the mental hospital: A review of the psychiatric experience in Trieste. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1985; 316: 45-69.
- 8) de Girulamo G, Cozza M. The Italian Psychiatric Reform. A 20-year perspective. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23: 197-214.
- 9) Tansella M, et al. Evaluating a community-based mental health service focusing on severe mental illness. The Verona experience. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006; 113 (Suppl 429): 90-94.
- 10) Piccinelli M, Politi P, Barale F. Focus on psychiatry in Italy. *Br J Psychiatry* 2002; 181: 538-544.
- 11) Barbato A, et al. Outcome of discharged psychiatric patients after short inpatient treatment: An Italian collaborative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27: 192-197.

参考文献

- 水野雅文. 改革 15 年後のイタリア精神医療事情—北イタリアの精神保健サービスの現状. 精神神経学雑誌 1996; 98 (1): 27-40.
- 馬場肝作, ほか. 2002 年イタリア精神科医療制度視察報告. 日本精神神経科協会雑誌 2002; 21 (12): 8-23.

Further reading

トリエステの精神保健サービスの概要を知りたい人に.

- トリエステ精神保健局 (編). 小山昭夫 (訳). トリエステ精神保健サービスガイド—精神病院のない社会へ向かって. 東京: 現代企画室; 2006.

1985 年に出た訳本が再刊されたもの. イタリアの精神科医療改革の歴史と実態がわかる.

- Sil Schmid (著). 半田文穂 (訳). 自由こそ治療だ—イタリア精神病院解体のレポート. 東京: 社会評論社; 2005.

「ルボ精神病棟」(朝日文庫, 1981) を出した著者がイタリアの精神科医療を取材し, 日本との比較, 提言をしている. Basaglia の妻や, 関係者にも取材し改革の実態が活き活きと描かれている. 読み物としてもおもしろい.

- 大熊一夫. 精神病院を捨てたイタリア捨てない日本. 東京: 岩波書店; 2009.

改革の歴史や, 思想的背景がまとめられている. 改革の背景にある社会的背景, 思想を知りたい人に.

- 中谷陽二. イタリア精神医療の背景と思想. 日本精神神経科協会雑誌 2005; 24 (1): 44-50.

イタリア精神科医療についてコンパクトにまとめた総説.

- 水野雅文. 世界の精神医療と日本 イタリア. こころの科学 2003; 109: 46-50.

精神科医療と国民経済

松原三郎

医療法人財団松原愛育会 松原病院

精神保健福祉白書 2010 年版

中央法規

2009 年 12 月 10 日発行

8-1-7 精神科医療と国民経済

厚生労働省 2006（平成 18）年度国民医療費の概況調査によれば、わが国の国民医療費の総額は 33.13 兆円で、このうち歯科診療費、薬局調剤費、入院食事費などを除く一般診療医療費は、25.05 兆円である。国民医療費総額は国民所得（NI）の 8.88％に相当する。GDP（国民総生産）に占める総医療費の割合を国際比較すると（OECD Health Data 2008）、米国 15.3％、フランス 11.1％、ドイツ 10.6％などに比し、日本は 8.2％と主要国中で最下位であった。

一般診療医療費のうち、精神科に関する医療費（精神および行動の障害）は 1.94 兆円であり、一般診療医療費の 7.74％である。精神科医療に振り向けられる財源の総額を知ることは難しく、その国際比較も困難である。特に、障害者自立支援法施行後は、精神科部分を切り分けることができない。しかし、障害者自立支援法部分や各種行政対策費（精神科関連部分）などを加えると、約 2.3～2.5 兆円程度と推定されるが、総医療費の 7％程度にとどまっている。

精神科に関する医療費 1.94 兆円のうち、入院費用は 1.45 兆円（74.8％）、入院外は 0.48 兆円（24.8％）で、諸外国に比較して大きく入院費用に傾いている。これは、わが国の健康保険制度が比較的安価な自己負担の下で長期入院を可能にしてきたことが大きく影響している。入院治療の効率を図るために、精神病床の機能分化を促進する必要性が指摘されてきた（精神保健福祉の改革ビジョン）。機能分化の状況を見ると、2006（平成 18）年では、精神病床 35.3 万床のうち、急性期治療病棟（救急も含む）は 8686 床（2.5％）、認知症病棟 3 万 2358 床（9.2％）、精神障害 8 万 7172 床（24.7％）、その他（思春期や特定機能を含む）は 22 万 4812 床（63.6％）である。急性期治療病棟では約 3 か月間で 8 割近くの患者が退院しており、もし、急性期治療にかかわる病床を倍増（約 1.7 万床）したとすれば、年間約 6.5 万人の年間入院患者を当該病棟のみで治療することができることになる。この結果、長期入院患者病棟の削減が可能と予測されるが、実際には、長期入院患者の多くは、日常生活障害（特に操作的日常生活能力）の低下が高度な場合が多く、生活の場とともに十分な生活支援なしでは退院は困難であることが明らかとなっている（平成 19 年度精神病床の利用調査から）。急性期治療を充実させることは重要ではあるが、長期入院者の病棟を削減し、その医療費部分を急性期治療の医療費に上乘せしても、必要な住居と地域スタッフの費用までも賄うことはできない。地域移行を促進するためには、地域精神科医療のための新たな財源を確保することが必要である。特に、地域内で医療と生活を支える訪問看護費用や包括的生活支援（ACT）などが必要とされている。いずれも現状の障害者自立支援法の枠内で実現することはできず、医療保険の枠内で利用できるものでなくてはならない。

退院促進は、病床の規制だけで実現するものではない。病床規制に先立って地域精神保健医療福祉サービスの強化が必要である。2009（平成 21）年度は「精神保健医療福祉の改革ビジョン」の後期 5 年間の始まりの年である。今後の精神科医療の改革は、地域内にどれほど多くの居住施設と医療・生活支援サービスが整備できるかにかかっている。このためにも、地域における精神科医療保健福祉への新たな財源の投入が待たれる。

（松原三郎）

連載

地域づくりのためのメンタルヘルス講座・1【新連載】

地域のメンタルヘルスの問題は
どのように変わっているのですか？

竹島 正 宇田 英典 眞崎 直子

公 衆 衛 生

第75巻 第4号 別刷

2011年4月15日 発行

医学書院

地域のメンタルヘルスの問題は どのように変わっているのですか？



竹島 正¹⁾ 宇田英典²⁾ 眞崎直子³⁾

はじめに

メンタルヘルスの問題は、例えば、ひきこもり、自殺関連行動、虐待、暴力、アルコールや薬物の乱用、ホームレス状態など、一見すると合理的ではない行動として、私たちの前に表れる。それは精神疾患を背景にするものが多く、その解決には、精神保健医療福祉サービスが重要な役割を担う。わが国の精神保健医療福祉サービスは「入院医療中心から地域生活中心へ」と改革が進められているが^{1,2)}、この改革は、既存の精神保健医療福祉サービスにアクセスしているかサービスの近傍にある人たちは視野に入っているものの、残念ながら地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちのことを十分にとらえていない可能性がある。

本シリーズは、深刻なメンタルヘルスの問題をかかえながら、精神保健医療福祉サービスにアクセスしなかった(できなかった)人たちに目を向ける。そして、その人たちの行動に理解を深め、地域の公衆衛生活動の中で、よりよい支援を行っていく一助になることを目的とする。この1年間予定している連載計画内容を表に挙げておく。

本稿では、その第1回として、地域のメンタルヘルスの問題がどのように変わっているか、そし

表 本連載計画内容(本誌75巻4号~76巻3号まで)

- 1) メンタルヘルスの問題はどのように変わっているのですか？(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正・他)
- 2) 精神保健サービスにうまくアクセスできないのはどのような事情によるのですか？(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 3) ひきこもりはどれくらいいるのですか？ 背景にあるメンタルヘルスの問題と支援上の注意事項を教えてください(山梨県立精神保健福祉センター 近藤直司)
- 4) ホームレスとはどのような状態をいうのですか？ また、ホームレスの人たちのかかえるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(陽和病院 森川すいめい)
- 5) 自殺の危険の高い人たちの自殺リスクはどのように推移するのですか？ 支援のあり方にはどのような注意が必要ですか(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 勝又陽太郎)
- 6) 虐待、暴力を経験した人たちのかかえやすいメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えてください(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 松本俊彦)
- 7) 地域での取組を教えてください(岡山県精神保健福祉センター 野口正行)
- 8) 精神医療の取組について教えてください(大阪府立精神医療センター 籠本孝雄)
- 9) ホームレス支援の取組について教えてください(陽和病院 森川すいめい)。
- 10) 支援へのインターネットの活用について教えてください(東京大学大学院 末木新)
- 11) 地域からのこころの医療のネットワークづくりはどのように進めるのですか？(大阪府立精神医療センター 岩田和彦)
- 12) この連載のポイントをまとめます(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 竹島正)

1) たけしま ただし：国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 自殺予防総合対策センター

連絡先：☎ 187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1

2) うだ ひでのり：鹿児島県始良保健所

3) まざき なおこ：日本赤十字広島看護大学

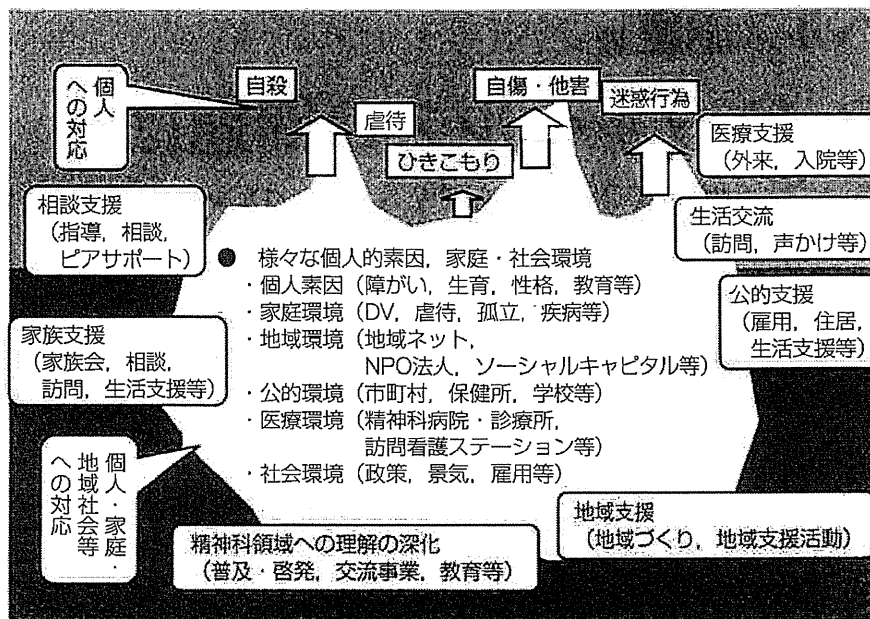


図1 精神障害者の危機事象と対応(出典：文献³⁾より)

て公衆衛生の精神保健活動に期待されていることについて述べる。

地域保健の場でメンタルヘルスの問題はどのように認識されているか

公衆衛生では「健康危機管理」が重要な課題となっている。厚生労働省の示した健康危機管理基本指針は、「健康危機管理」を医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療などに関する業務であって、厚生労働省の所管に属するものと定義している。また、この指針における「健康危険情報」を医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他の何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全に直接係わる危険情報と定義している。

健康危機管理の考え方は、公衆衛生の精神保健にも取り入れられて、「精神保健分野における保健所の危機管理に関するガイドライン」³⁾が作成されている。このガイドラインは、①平成20年患者調査で精神疾患による受療患者数が320万人を超えたこと、②自殺、ひきこもり、虐待、家

庭内暴力、認知症、産後うつ病など、メンタルヘルスの問題が深く関連していると思われるさまざまな事象が社会的に問題になってから久しいこと、③ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題をかかえた人が多いことが明らかにされていることなどを踏まえ、社会の中でメンタルヘルスの問題は拡大しており、地域社会全体の大きな課題になっているという認識を示している。そして、精神保健分野における危機的状況とは、メンタルヘルスの問題が、個人要因、家庭要因、社会要因の重なる中で拡大し、突発的あるいは連続的に顕在化している状況であると述べ、危機的状況の背景とそれへの対応を図にまとめている(図1)。

眞崎は災害時の要援護精神障害者に対する支援についての提言の中で⁴⁾、自分が保健師となった頃は、赤ちゃんからお年寄りまで、地区分担制によって家族を丸ごと支援していたため、地域で起きていることをいち早く知り、タイムリーな介入が可能であったと振り返る。しかし、現在は保健師の業務分担制とともに分散配置が進み、個人情報保護法によって情報の把握も困難になり、地区分担で培われた先輩保健師の経験を後輩に引き継

ぐことができにくい状況になっていると述べている。また、地域の現場は、児童虐待、パーソナリティ障害を伴う物質依存障害の増加などを背景に、支援を求めることができない人々への支援の難しさに直面しているが、保健師の平時の活動の積み重ねこそ、健康危機管理の基本であるという実感があると述べている。そして、地域保健法施行以降、行政改革の波によって保健所が地域の現場から消え、保健所や保健師の役割が薄れたかの印象を持つ人もいるが、実際には、多忙な業務の合間を縫って、複雑で対応困難なケース

への関わりを続けている保健師の姿を見てきたと報告している。そして、保健師という専門職は、“医療や福祉のサービスから漏れている人々にも分け隔てなく手を差し伸べ、光を当てる支援を行うこと”を使命としており、その対象者は“一歩間違えばそのまま孤独の闇の中で社会から切り離される人々たち”であると述べている。

眞崎の提言には「災害時要援護精神障害者の支援概念図」が掲載されている(図2)。この図は、医療・福祉のデマンド(顕在的ニーズ)のまわりに、児童虐待、ホームレス、独居認知症、未受診・治療中断などの精神保健潜在ニーズを配しており、精神保健医療福祉サービスにアクセスしていない(できない)人々たちの問題に目を向けることが、公衆衛生の精神保健活動の基本であり、災害時すなわち危機的状況においても役立つことを示している。

潜在的ニーズの一端を捉える

ここまで、地域保健の場においてメンタルヘルスの問題がどのように認識されているか述べてきたが、第一筆者の関与した調査研究をもとに深めてみたい。

筆者は都道府県・政令指定都市における触法精神障害者処遇の改善の方策を検討することを目的として、医療観察法導入後の精神保健福祉法に基

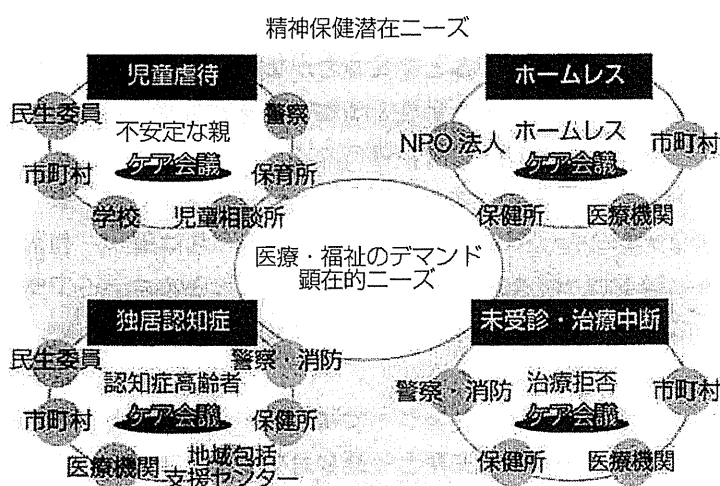


図2 災害時要援護精神障害者への支援概念図
(出典：文献⁴⁾より)

づく触法精神障害者に対する対応について、全国の都道府県・政令指定都市65か所を対象にアンケート調査を行った(回答率86.2%)⁹⁾。その結果、精神保健福祉法第24条および第26条による通報件数は、第24条における警察官の保護下でない通報や、第26条における出所後の通報の著しい増加などによって著しく増加し、通報実態は大きく変化していると考えられた。そして、通報となった触法精神障害者は、たとえ医療観察法による医療や精神保健福祉法による措置入院には非該当であっても、日常生活の自立が困難、かつ社会からの支援が届きにくい、孤立しがちな者が含まれている可能性があり、精神保健医療の観点から、通報対象者の実態把握と支援の検討を行う必要があると考えられた。

この報告の後、保健所や矯正施設において第26条通報についての聞き取り調査を行ったが¹⁰⁾、地域保健の現場からは、“帰住地を持たずに釈放された人の通報が多い”、“統合失調症で帰住地のない事例について、出所前に刑務所と保健所や地域の医療機関と調整し医療保護入院させて生活保護を受給して病院と連携して住む場所を確保したことがある。このような方法をとる以外に支援の手立てがない”、“満期釈放、病状不安定、人への信頼が乏しい、パーソナリティの問題をもつ、内省の乏しい事例は、なかなか支援の手立てがな

い”といった意見が聞かれた。また、矯正施設からは、精神障害があると反省能力がないとみなされるために、仮釈放の要件を満たさず満期釈放になるため、地域での支援が得られにくいことが述べられた。ここで気づかれるのは、潜在的で、深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちは確かに居るが、現在の社会サービスは、これらのニーズをかかえた人に向き合うようになっていないことである。

自殺予防総合対策センターでは、日本精神保健福祉士協会、日本司法書士会連合会などと連携して「精神保健と社会的取組の相談窓口の連携のための調査」を行った⁷⁾。この調査は、自殺予防のための包括的な相談支援には、精神保健的支援の窓口を担当する精神保健福祉士と、経済・生活問題の解決に向けて法的な支援を行う司法書士の連携が有用と考えられることから、司法書士の自殺予防・遺族支援に関する活動の実態を把握するための調査を行い、両者の連携の手引きづくりに役立てることを目的としており、日本司法書士会連合会に加盟する都道府県司法書士会の理事1,000人のうち500人を無作為抽出して質問紙調査を行った(回収率52.8%)。回答者のうち、業務上で、自殺既遂を経験した者は6.4%、自殺未遂を経験した者は6.8%、自殺念慮を経験した者は30.7%、自殺した人の遺族の依頼による業務を経験した者は17.8%であった。メンタルヘルスの問題をかかえる人とかかわった経験のある者は46.2%と半数近くであった。また、司法書士自身のメンタルヘルスについては3割近くが不調を訴えていた。これまでに精神保健福祉士と一緒に仕事をした経験のある者は17.8%で、成年後見を機会にしたものが過半数を占めていた。この調査を踏まえて「精神保健と社会的取組の相談窓口の連携の手引き」を作成しているが、その検討の場においては、司法書士または精神保健福祉士が支援したいと考える人たちは、日常業務で接する機会は乏しいものの、メンタルヘルスと経済・生活問題の両方をかかえた、支援の必要性の高い人たちであるという認識が共有された。

おわりに—既存の支援対象者モデルを見直す

第一筆者は、自治医科大学卒業の精神科医数人と共同して、わが国のかかえる今日的な精神医療・精神保健福祉の問題に焦点を当て、地域で精神医療・精神保健福祉に従事している者が、現場で気づき、悩み、考えていることを意見交換し合い、これからの精神医療・精神保健福祉の向上に貢献していくことを目的として「地域からこころの医療を考える会」を発足させた。この第1回研究会は2011年1月22日に大阪で開催されたが、その中で、精神科病院の機能分化と精神科クリニックの普及が進む一方で、複雑な問題をかかえた患者の受け入れ先が狭まっているという報告があった。このことが全国的な現象であるならば、精神保健医療福祉の改革への関心が高まる一方で、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちは孤独の闇の中で、社会から切り離されていくことになる。

さて、厚生労働省が2010年に発足させた「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」(以下、「検討チーム」)においては、アウトリーチ体制の具体化、精神医療の質の向上、認知症等の高齢障害者対策、精神病床のあり方等、新たな地域精神保健医療体制の構築について検討を行っている。その検討の中心課題は、2010年6月の閣議決定「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」にある、①精神障害者に対する強制入院、強制医療介入などについての検討(いわゆる「保護者制度」を含む)、②「社会的入院」を解消するための精神障害者に対する退院支援や地域生活における医療、生活面の支援に係る体制の整備、③精神科医療現場における医師や看護師等の人員体制の充実のための具体的方策、などである。

この検討について最も気になるのは、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちのことが、ほとんど組上に載せられておらず、既存の精神保健医療福祉サービスにアクセスしているか、サービスの近傍にある人たちのこ

とが話題の中心となっていることである。

公衆衛生の精神保健活動の現場を熟知している者は、「検討チーム」において議論されていることが、どれだけ地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に役立つのか、公衆衛生の精神保健活動の強化につながるのか、しっかりモニタリングしてほしいと思うし、筆者もその問題を発信していきたいと思う。

精神保健医療福祉の改革に、既存のサービスに充てている専門スタッフを、地域に潜在している深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちの支援に振り向ける方向性がないならば、精神保健医療福祉改革は地域社会からは支持されないであろう。

前述の「検討チーム」の第3回の資料に「地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像」が示されており、支援の届いている程度をX軸に、重症度をY軸にして、①医療・支援を受けていない重症者、②虐待・独居者、生活環境の困難を有する者、③早期支援を要する者、④何らかの医療・支援を受けている重症者、⑤地域生活を継続している者、⑥退院に向けた入院中の者の6つのグループに分類している⁸⁾。ここで考えておく必要があるのは、①または②に区分される人たちは、精神保健医療福祉の領域からは主たる支援の対象とは考えられておらず、その存在も、ていねいな公衆衛生の精神保健活動なしには見えてこないことである。すなわち、この図は、三次元にして、Z軸に可視化の程度を組み込むことでリアルさを増す(図3)。

精神保健医療福祉と公衆衛生の精神保健活動は互いに結びつく必要があるが、その関係は決して連続した平面ではないことを強調して、この連載を始まりとしたい。

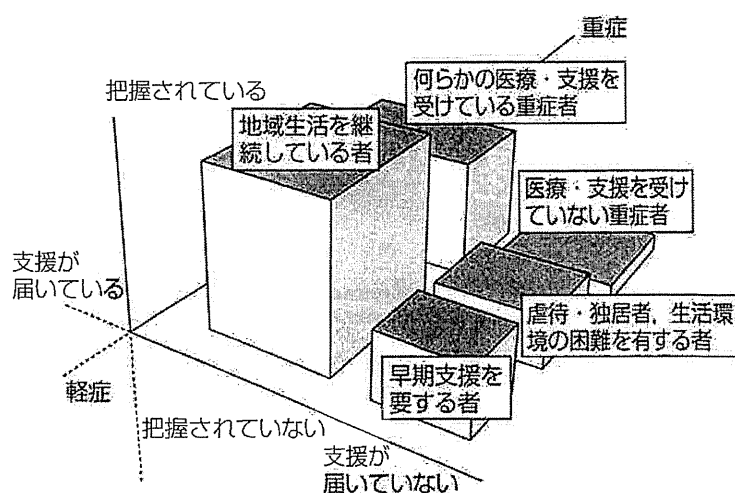


図3 地域生活支援を要する精神障害者の多様な状態像
(文献³⁾の図表を引用改変)

文献

- 1) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2004
- 2) 厚生労働省「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて，2009
- 3) 宇田英典，高岡道雄，石丸泰隆，他：精神保健分野における保健所の危機管理体制に関するガイドライン．平成22年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「健康危機発生時における行政機関相互の適切な連携体制及び活動内容に関する研究」(研究代表者 多田羅浩三)，印刷中
- 4) 眞崎直子：検討が求められる「平時における効果的な支援のあり方」と「災害時支援の必要量」．公衆衛生情報40(11)：24-26，2010
- 5) 竹島正，小山明日香，立森久照，他：触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究．平成21年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」(研究代表者 吉住昭)総括・分担研究報告書，pp 61-82，2010
- 6) 竹島正，三井敏子，金田一正史，他：精神保健福祉法第26条による通報となった者の実態把握．平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)「重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究」(研究代表者 平林直次)総括・分担研究報告書，印刷中
- 7) (独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター：精神保健と社会的取組の相談窓口の連携のための調査報告書，2010
- 8) 厚生労働省：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 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/other.html#syakai>(最終アクセス 2011/2/26)

「臨床精神医学」 別刷

アークメディア

特集

これからの
精神科地域ケア
—統合失調症を中心に—

II. 関連法と政策の方向性

障害者自立支援法 —制度改正の視点

竹島 正¹⁾ 滝脇 憲²⁾

Key words: 障害者自立支援法, 精神科地域ケア, 地域協働型支援, 支援付き住居

1 はじめに

障害者自立支援法は障害者および障害児がその有する能力および適性に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるようにすることを目的として2005年に公布され、2010年には、支援対象に発達障害を追加するとともに、応益負担から応能負担に変更するなどの改正が行われた。

障害者自立支援法による改革のねらいは、①障害者の福祉サービスを一元化する、②障害者をもっと働ける社会にする、③地域の限られた社会資源を活用できるよう規制緩和する、④公平なサービス利用のため手続きや基準を透明化・明確化する、⑤増大する福祉サービスなどの費用を皆で負担し支え合う仕組みを強化することであり¹⁾、サービスの必要量が増大しても持続可能な制度となるよう設計されたが、その附則において、すでに法改正の検討が始まっていることに注意する必要がある。吉川は障害者自立支援法について、3障害(身体障害、知的障害、精神障害)共通の施策を策定するとともに、新たな障害者福祉を目指したという意味では、障害者基本法(1993)と社会福祉法(2000)に淵源をもつという。そして、社会福祉法は「個別給付型社会福祉」を脱却して「地域生活支援型社会福祉」を目指したものの、障害

者自立支援法の制定をめぐっては従来型の「個別給付型社会福祉」への期待があったことに触れ、それを如実に示すこととして、法制化の検討段階で「障害(者)福祉サービス法」という名称が用意され、それが「障害者自立支援給付法」となり、「障害者自立支援法」に落ち着いた経過があることを紹介している。そして、障害者自立支援法を含めて、新たに制定される法はそれぞれの時代背景を背負ったものであり、その背景が変化すれば法そのものも改正されるが、朝令暮改のような政策決定でよいはずはなく、法も制度時代とともに成長させていかなければならないと述べている²⁾。

筆者は2003年から2004年にかけて「精神障害等に関する検討会」の一員として「精神保健医療福祉の改革ビジョン」(2004, 以下「改革ビジョン」)の策定に関与したが、「改革ビジョン」の公表されたわずか1カ月後に、「今後の障害保健福祉施策について」(改革のグランドデザイン案)が公表され、障害者自立支援法創設が本格化したことに当惑した記憶がある。筆者の当惑は、精神衛生法(1950)に始まり、50年以上をかけて、精神保健医療福祉にわたる法律に整備されてきた精神保健福祉法の方向が変わったことに由来する。岡上は、3障害共通、一元的サービス提供の旗印のもと、2002年に閣議決定された「新障害者プラン」が政府自身によって弁明されることなく廃棄され

A viewpoint for the revision of the Act on Services and Supports for Persons with Disabilities

¹⁾ TAKESHIMA Tadashi 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 [〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1]

²⁾ TAKIWAKI Ken NPO 法人ふるさと会

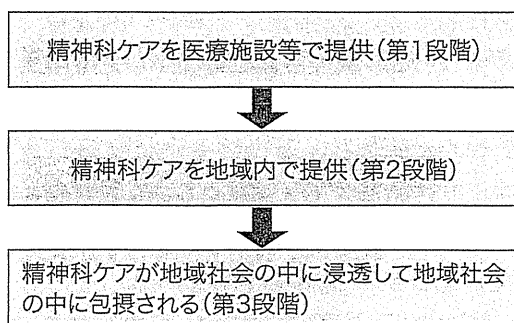


図 わが国の精神保健医療の発展

たことに疑問を呈する。また、障害者自立支援法によって国の政策が「福祉から労働へ」「“自立”の強調」の流れ一色になる一方で、精神障害者が、教科書的な記述にはあまりみられない、だるい、(動作が)鈍い、疲れやすいなどの自覚症状を訴える者が多いことに触れて、各種統計における就職率が10%かせいぜい20%である就職率が、なぜ障害者自立支援法によって大きく進むといえるのかという疑問を述べている⁴⁾。

本稿においては、これらの論点と精神保健医療福祉のマクロ状況を踏まえて、精神科地域ケアを含めた障害者自立支援法のあり方、特に、地域ケアを支える基盤について考察する。

2 精神保健医療福祉のマクロ状況からみた精神科地域ケア

厚生労働省精神・障害保健課は、毎年6月30日付で都道府県・指定都市に報告を依頼する調査(以下、630調査)を行っているが、第一著者はその企画実施に参与している。630調査は、わが国の精神保健医療福祉の現状を把握し、施策推進の資料とすることを目的としており、全国の精神科病院、社会復帰施設などの協力によって継続され、わが国の精神保健医療福祉に関する貴重な資料となっている⁵⁾。630調査の結果をもとに、「改革ビジョン」スタート時の2004年と改革前期である2007年を比較すると、精神科病院の在院患者は改革開始時より約1万人減少して31.6万人になったものの、65歳以上の高齢患者の割合は40.7%から45.5%に大きく増加していた。また、在院期間別では、「1年未満」と「1年以上5年未満」の患者

数はあまり変化がなく、「5年以上」が減少していた。「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である平均残存率と退院率は、平均残存率は徐々に低下しているものの、退院率はほとんど変化がなかった。精神障害者社会復帰施設などは、入所施設、通所施設とも、障害者自立支援法に基づく新たな施設類型への移行が進んでいたが、利用者の属性では、入所施設利用者は通所施設利用者に比べて高齢であって、性別では男性が約3分の2、女性が3分の1であった⁶⁾。「改革ビジョン」の新たな目標値とされた統合失調症の在院患者数を2015年までに約15万人とすることについては、2006～2009年の3年間で1.0万人減少して18.2万になっているものの、目標値の実現にはさらなる加速化が必要と考えられた⁷⁾。

このように、改革ビジョン前期には、「改革ビジョン」を実現する施策の効果が表われてきたと考えられるものの、それは限定的であり、「改革ビジョン」の実現のためには、これまでの延長線上にない大胆な政策展開が必要とされることはいうまでもない。

さて、この特集にも紹介されているように、各地で、包括的医療の試みと地域ネットワーク作りが行われている。わが国における精神保健医療の発展は、精神科ケアを医療施設などで提供すること(第1段階)、精神科ケアを地域内で提供すること(第2段階)、精神科ケアが地域社会の中に浸透して地域社会の中に包摂されること(第3段階)の3段階に区分することができる(図)。筆者は、わが国の精神科地域ケアは、第2段階から第3段階への過渡期にあると考えているが、過渡期には、精神科地域ケアの提供される地域社会そのものの状況も考えておく必要がある。

3 地域社会の状況

第6回世帯動態調査(2009)によると⁸⁾、調査までの5年間に平均世帯規模は2.9人から2.8人へと減少し、単独世帯の割合は19.8%から20.0%、核家族の割合は62.5%から64.2%にそれぞれ増加しており、小家族化・核家族化が一層進んだ。また、

「生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書」⁹⁾は、現下の厳しい雇用情勢のもとで、就労を希望しても就労に結びつかない人、就労意欲を失い社会から孤立している人に対しては、一般就労による経済的自立だけでなく、日常生活自立や社会生活自立を支援して社会とのつながりを結び直す支援が重要となることを指摘している。また、貧困の連鎖を防止するために、生活保護世帯の子どもに対し、学習支援や社会とのつながりを結び直す支援も重要であり、こうした支援には「社会的な居場所作り」が極めて重要と指摘している。そして、「精神保健分野における保健所の危機管理に関するガイドライン」¹⁰⁾は、①平成20年患者調査で精神疾患による受療患者数が320万人を超えたこと、②自殺、ひきこもり、虐待、家庭内暴力、認知症、産後うつ病などのメンタルヘルスの問題が関連していると思われる事象が社会問題となってから久しいこと、③ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題を抱えた人が多いことが明らかにされていることなどから、社会の中でメンタルヘルスの問題は拡大しており、地域社会全体の大きな課題になっているという認識を示している。実際、精神病初回発症例の早期支援・早期治療のための聞き取り調査を行ったところ¹¹⁾、精神病初回発症例は、ひきこもり、不登校、非行、自傷、児童虐待、摂食障害、発達障害などの事例に埋もれるように存在する可能性があり、子どもの抱えているメンタルヘルスの問題は、しばしば家族の問題と密接に関係しており、その解決には、家族全体の支援や、基本的生活を身につける段階からの支援が必要と考えられた。

4 地域協働型支援の試み

このように現在の社会は、個々の家族や構成員、さらには地域社会自体の脆弱性が露出しやすく、精神科地域ケアや障害者自立支援サービスは、そのことを踏まえたサービス提供を考える必要がある。「支援付き住宅推進会議」では、家族の援助が得られない高齢者などが住み慣れた地域で暮らしつづけることが極めて困難な現実があること、

とりわけ生活に困窮する単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症など)の重層的な生活課題(「四重苦」)をかかえる人が、住まいを含めた社会的な「居場所」を失いやすい問題があることに注目して、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援について検討している。そこでそこから要約引用する^{12,13)}。

「支援付き住宅推進会議」の中核をなす「ふるさとの会」は、主に生活に困窮する者を対象に、地域の中で、安定した住居を確保し、安心した生活を実現するよう支援するNPO法人を中心としたグループである。「ふるさとの会」には、2010年2月時点で1,108名の利用者があり、地域のアパートに694名(ふるさとの会の地域生活支援センターなどを利用)、借り上げ共同住居(生活支援スタッフが24時間常駐)に295名が暮らしている(他に就労支援事業の利用者が119名)。このうち、借り上げ共同住居の利用者295名は、認知症の人118名(40.0%)、要介護認定を受けている人159名(53.9%)など、さまざまな生活困難な事情をかかえた高齢者が多い。また、地域のアパート居住者も高齢化しており、5年後、10年後には、介護や病気の問題がさらに深刻になってくる。

本来、単身(ひとり身)であること、介護を必要とすること、年をとること、障害をもつことは、それ自体「苦」とするべきものではない。それが「苦」となるのは、〈自助〉や〈互助〉がないことにより、〈共助〉(介護保険など)や〈公助〉(生活保護など)だけでは地域生活の継続が困難になり、また、受け入れる施設やサービスが非常に限られてくるためである。

自助を「家族的ケア」と規定するなら、家族機能はあまりにも脆くなっており、家族に代わって「家族的ケア」を果たす存在が必要になっている。介護保険に即して考えるならば、介護保険のサービスは、ケアプラン、すなわち基本的に計画に従って提供されるが、認知症やメンタルヘルスの問題を抱える人の支援は、しばしば計画どおりには進行せず、個々の生活に合わせて食事や排せつなどのケアをしていくことが必要になる。また、認知機能の障害が生活障害にならないためには、時間、空間、人とのつながりを断ち切らない

ための、日常生活の中でのコミュニケーションが大切になってくる。これらも重要な「家族的ケア」である。また、よく見守りが大事だといわれるが、要介護で認知障害などがあると、多くの場合、近隣の気づかいや、医療・福祉サービスへのつながりだけでは生活が成り立たなくなる。通院が必要だとわかっていても、同行する人がいなければ意味がない。在宅医療にしても、食事や排せつの世話をする人がいなければ、適切な療養環境にはならない。このように、医療・福祉サービスができるには限界があることを明確に認識しておく必要がある。

「家族的ケア」を含めた日常生活支援と、見守り、医療・福祉サービスのコーディネートを提供する「地域協働型支援」があるならば、単身の高齢者で、要介護、障害(統合失調症・認知症など)などの重層的な生活課題を抱えていても、住み慣れた地域で暮らし続けることのできる可能性がある。また、「家族的ケア」を新たな社会的雇用の場に活用していくことも考えられるであろう。

「支援付き住宅推進会議」と「ふるさとの会」の取り組みは、精神科地域ケアの提供や、障害者自立支援法に基づくサービスの円滑な実施とも密接に関係するであろうし、新たな長期在院を予防していくうえでも、一定の効果があると考えられる。精神保健医療福祉の従事者は、自分たちのサービスが成り立つ場に関心を高める必要がある。例えていうなら、どんなすばらしい料理を提供しようとしても、料理を盛りつける器に相当する「家族的ケア」「地域協働型支援」がなくてはならない場合があるということだ。

5 おわりに

内閣府に設置された障がい者制度改革推進会議は、2010年6月には「障害者制度改革の推進のための基本的な方向」の第1次意見を、2010年12月には第2次意見を報告した。第1次意見の基本的考え方には、①すべての障害者を「権利の主体」である社会の一員としてとらえる、②何人も障害を理由とする差別を受けない権利を有することを確認する、③障害者が受ける制限は社会環境との相互作用や社会との関係性によって生ずるとい

「社会モデル」的認識を踏まえる、④すべての障害者が家族への依存から脱却して自立した生活を営む権利を有することを確認する、⑤障害者の自立および社会参加の支援などのための施策を総合的かつ計画的に推進して共生社会の実現を図る、ことがあげられた。そして第2次意見には、改革の基本的方向性として、①「障害者基本法」の抜本的改正、②「障害を理由とする差別の禁止法」、③障害者総合福祉法(仮称)の制定があげられた¹⁵⁾。障がい者制度改革推進会議は、国際連合における障害者権利条約の日本政府による障害者権利条約の署名(2007)を踏まえて、その批准に向けての国内体制の整備を進めることを求めている。

これらは国際社会の動向を踏まえた大きな枠組みであるが、精神科地域ケアや障害者自立支援法に基づくサービスは、このような大きな枠組みだけでは具体的にならない。本稿では、これらのサービスの成り立つ場として、「家族的ケア」と「地域協働型支援」を紹介したが、社会福祉法の目指した「地域生活支援型社会福祉」ともつながるかもしれない。3月11日の東日本大震災は、わが国の社会全体に深刻な影響を及ぼしているが、誰もが住み慣れた地域で暮らし続けるための住まいと生活の支援を含めて、わが国の社会システムや制度をよりよい方向に発展させる大きな契機にもなるかもしれないし、そのようにしていく必要がある。

文献

- 1) 厚生労働省：<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/02/tp0214-1.html>
- 2) 吉川武彦：障害者自立支援法について思う。地方精神保健29, 2010
- 3) YAHOO!百科事典：<http://100.yahoo.co.jp/>
- 4) 岡上和雄：政策形成と当事者活動。社会精神医学(日本社会精神医学会編)：医学書院，東京，pp420-426, 2009
- 5) 精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ「かえるかわる」：<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/index.html>
- 6) 竹島 正，趙香 花，河野稔明ほか：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—「精神保健医療福祉の改革ビジョン」前期におけるマクロ実態の変化—。平成22年度厚