

特集・都市生活とメンタルヘルス⑧

横浜市の精神保健対策の現状と課題

田中克子

一 はじめに

近年、精神保健または心の健康への関心が高まっている。

その背景には、経済的な繁栄の一方で、家族関係や社会的なつながりの希薄化や精神的な豊かさを感じられなくなっている社会的状況が、色濃く反映しているものと考えられる。

社会の状況についての解説は、本稿の目的ではないし、それを理論的に論じることには難しい。しかし、現代社会の複雑化と多様化は広範な市民に自らの家庭生活や職業生活の中に存在する精神的な不健康感を増長し、同時に犯罪や非行等

の病理現象の中に心の不健康状態を感じているのではないかと考える。

また、精神障害者への対応のあり方が、一部の精神病院における人権を軽視した扱いが頻発したことに端を発して社会問題化し、国際的にも批判をうけ、人権擁護と社会復帰施策を含めた総合的な対策が国及び地方公共団体に迫られることとなった。

前述のような心の不健康状態についても、その原因の多くが社会的な背景を有しているなどから、単に個人の責任で解決されるものではなく、広く国民全体の課題としてより豊かな市民生活を実現する立場から、行政としても一定の責任を果たしていかなければならなくなってきた。

ている。

以下、精神保健対策の領域や変遷、本市における現状等を検討しつつ、今後の施策の方向について考察していきたい。

二 精神保健対策の対象領域

一口に精神保健対策といっても、あまりに漠然としてとらえどころがない感じがする。その理由は精神障害が従来の疾病や障害——例えば糖尿病などの慢性疾患——などの範疇では単純にとらえきれない複雑さを持つていたことによるだろう。

有名なWHOの健康概念を引用するまでもな

- 一 はじめに
- 二 精神保健対策の対象領域
- 三 精神保健対策（精神障害者対策を中心に）の変遷
- 四 横浜市における精神保健対策の現状
- 五 横浜市の精神保健対策の課題と展望
- 六 おわりに

く、健康な状態とは心身ともに健康な状態をいうのであり、これはすべての人間に普遍的にあてはまるものである。

このことから、本市が精神保健対策として、心の健康を保つ施策を行う対象はあくまでも市民全体であると考える。

人の一生にはいくつかの心の不健康が生じやすい時期がある。例えば、拒食症に代表される思春期危機、中年期のうつ状態、アルコール依存症をはじめとする薬物依存症、老年期の老人性痴呆症などである。また、精神障害の中でも最も多い精神分裂病は、青年期に始まるものが多いといわれている。全ての市民が、何らかの心の不健康状態に陥る可能性を持っているのである。

もちろん、心の不健康状態に陥っている人のなかにも、自らの力で解決の方法を見い出せる人も少なくないが、精神分裂病等による重い障害を持っていたり、アルコール依存症で社会復帰が困難な人などについては、手厚い医学的ケアを行うと同時に、行政の立場として、重点的に社会復帰に向けた支援を行っていく必要があると考える。

従来、精神障害者対策と、広く市民を対象とした「心の健康づくり」は、別個の問題と考えられる傾向があったが、自らの心の健康を保持

することと、障害に陥った人を理解しその社会復帰等を支援することは同一線上で考えねばならず、これらの対策を併せ行うことにより、精神保健分野における共生と連帯に基づいた心豊かな市民社会づくりが実現すると考える。

しかし、本論では紙幅の関係もあり、分裂病圏を中心とする精神障害者対策について、主に論じていきたい。

三——精神保健対策（精神障害者対策を中心）の変遷

精神疾患、とりわけ現在「精神分裂病」といわれている病気は、古くは「狂気」として、まれには神の意志の現れとして畏敬の対象となつたこともある。

我が国における、精神保健（衛生）関係の公的対応は明治初期の病院設置から始まったが、社会防衛的視点から、精神障害者（精神病者）が社会に害をあたえることを防ぐという視点で、閉鎖的な病院に収容され、または私宅監置といわれる制度（いわゆる座敷牢）によって家の奥深く放置され、社会から隔絶されてきた。

しかし、戦後の諸制度の改革のなかで昭和二十五年に精神衛生法が制定され、さらに、向精神薬の開発や精神療法の導入等の医療の進歩、

社会福祉諸施策の充実のなかで、徐々にではあるが精神障害者に対する対応の仕方にも変化が出てきている。

具体的には、第一に、心の病気に働きかける効果的な薬が開発されたことにより、これまで入院でしか対応できなかった精神障害者も、通院医療を受けながら社会復帰のための訓練に励むことができるようになったこと。

第二には、医療機関や医療従事者の中にも、開かれた精神医療を目指す動きが生まれできたこと。

第三には、保健所等による地域での精神保健活動が、昭和四十年改正の精神衛生法にも規定され、相談・訪問等による障害者及び家族などへの支援が行われるようになったこと。

第四には、精神障害者の家族が、徐々にではあるが制度の確立を求めて働きかけを行うようになったこと、（しかし、障害者自身の自助組織などができるまでには更に時間がかかる。神奈川県では、昭和六十三年にやまゆり会という当事者組織が活動を開始した。）などをあげることができよう。

このように、精神障害者を取り巻く環境は、若干の明るさも見えているが、長い閉ざされた歴史のなかで醸成されてきた精神障害者に対する偏った見方によって、現在も精神科医療の必

要な人にも治療を受けにくい状況が生み出され、さらに、これが精神障害者の就労等社会復帰の障害ともなっている。

昭和六十三年七月施行された新精神保健法は、この現状を踏まえ、法の目的として「社会復帰の促進」が明確に述べられ、また、国民の義務として「精神的健康の保持増進に努めること」「精神障害者等がその障害を克服し、社会復帰しようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。」と規定された。同時に行

政に対しては社会復帰施設等の整備に努めるよう規定している。また、入院制度についても患者の人權に配慮して改正されている。これまで、保護義務者の同意のみで、なんらの制限もなく長期入院の一因となっていた同意入院制度は、医療保護入院として、精神保健指定医の診察を要し、知事に対して定期的な病状報告をしなければならなくなった。また、自ら進んで入院医療を受ける、任意入院の制度も同時に規定されている。また、入院患者や保護義務者が、退院の請求や処遇の改善を申請できることとなり、審査機関として都道府県に精神医療審査会を設置することとなったのである。このことは精神保健対策を進める上で大変大きな意義があると考えられる(表—1)。

ところで、精神医療等に係る対策、特に行政

事務の部分では、広域的、統一的に県の所管事務として存在して来た。

しかし、社会復帰施設の整備、デイケア等サービス業務は、県のみで義務付けられているのではないことを考えれば、県、市の役割を明確にして一層の協力をしながら施策の充実に努めなければならない。

県は、精神保健法の法施行事務への対応、例えば、警察官からの通報にもとづく精神鑑定業務や通院医療費の公費負担制度等への対応を行い、併せて、法定、法外施設を問わず精神障害者の社会復帰に係る事業への助成等を積極的に行っていくべきであろう。また、市町村が行う事業を支援し、県域全体の水準確保に努めることが重要な任務となる。さらに、市町村は、必要時に即応できる相談事業や、精神障害者や家族が求める施設の設定など、住民に対するきこまやかな対応を行うことが必要である。

精神障害者へのきこまかい対応の欠如は、精神障害者本人や家族に、医療や生活に対する不安を深め、さらには、増加している家庭生活や職場での「うつ状態」などの「心の不健康状態」に適切な相談を受けられないなど、その弊害は大きい。

精神保健の対策は単に、精神障害者自身のみならず、彼らを取り巻く家族や地域社会全体の

問題であり、市民生活に密着したこれらの問題について、県との連携をとりながら、本市としても前向きに対応していく必要がある。

四——横浜市における精神保健対策の現状

①—保健所における精神保健業務

本市における精神保健対策は、主に市内十七カ所の保健所、出張所において、地域精神保健の立場から取り組まれてきた。

昭和四十年に改正された精神衛生法によって、保健所が地域における第一線の行政機関として、精神衛生活動の中心的役割を担うものとして位置付けられ、従事者として精神衛生相談員を置くことができることとされた。

本市は、これより以前、昭和二十三年から医療社会事業員を配置しており、また昭和二十九年から三十一年にかけて三保健所に精神衛生相談所が開設されていたが、それを発展させ専任の医療ソーシャルワーカーを各保健所に配置し医療社会事業業務の一環として精神保健業務を行ってきた。

表—2は、本市における精神障害者の把握数である。これは保健所における相談や入院届、医療費の公費負担制度など保健所を経由する書類によって把握された人で医療にかかっていな

表-1 精神保健法の概要(新旧対照表)

項	目	改	正	後	改	前	
1	法律の題名	精	神	保	健	法	
2	法律の目的 (新法1条)	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者等の医療及び保護 その発生の予防 国民の精神的健康の保持及び増進 精神障害者等の福祉の増進 国民の精神保健の向上 			<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者等の医療及び保護 その発生の予防 国民の精神的健康の保持及び向上 		
3	国及び地方公共団体の義務 (新法2条)	<ul style="list-style-type: none"> 医療施設、社会復帰施設、福祉施設、教育施設の充実 精神保健の調査研究の充実 その発生の予防、国民の精神保健の向上の施策を講じること 			<ul style="list-style-type: none"> 医療施設、教育施設、福祉施設の充実 精神衛生に関する知識の普及 その発生の予防の施策を講じること 		
4	国民の義務 (新法2条の2)	<ul style="list-style-type: none"> 精神保健の保持及び向上に努めること 精神障害者等に対する理解を深め、その障害を克服し、社会復帰をしようとする努力に協力すること 			(規定なし)		
5	社会復帰施設の充実 (新法9、10条)	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県、市町村、社会福祉法人等は精神障害者社会復帰施設を設置できる 社会復帰施設の種類 <ul style="list-style-type: none"> ①精神障害者生活訓練施設 ②精神障害者授産施設 			(規定なし)		
6	人権擁護対策 (新法17～19、22、27～29、33～38条)	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の入院の要否及び処遇の適否に関する審査を行わせるため、都道府県に精神医療審査会を設置する 精神保健指定医制度を導入(資格要件を厳格にしたこと、研修履修を義務付けたこと) 入院形態として、任意入院、応急入院を新たに明記したこと(入院制度等は8～14) 地方精神保健審議会を都道府県に設置し、精神衛生審査協議会は廃止 			<ul style="list-style-type: none"> 精神衛生鑑定医制度 任意入院、応急入院の規定なし 地方精神衛生審議会及び精神衛生審査協議会を都道府県に設置する 規定なし 		
7	5年後見直し規定 (新法附則9条)	<ul style="list-style-type: none"> 入院患者の処遇 信書の発受、行政機関の職員との面会については、特に制限を設けてはならないこと 施行後5年を旨として、新法の規定について検討を加え、その結果について所要の措置を講ずること 			<ul style="list-style-type: none"> 規定なし 		
8	入院形態	<p>任意入院 (自らの入院について同意する精神障害者)</p> <p>措置入院 (自傷他害のおそれのある精神障害者(都道府県知事による入院措置) 2名以上の精神保健指定医の診察結果の一致により入院させる。 診察に当たっては、指定医は厚生大臣の定める基準に従う。 退院に当たっては、精神保健指定医の診察を要件とする。</p> <p>医療保護入院 (医療及び保護のために入院の必要のあると認められる精神障害者であって、保護義務者の同意のある者)</p> <p>入院に当たって、精神保健指定医の診察を要件とする。 4週間を超えない期間入院させることができる。 保護義務者の同意がある場合には、その者の医療及び保護を図る上で(直ちに入院させなければ、その者の医療及び保護があると認められる精神障害者)</p>			<p>(いわゆる自由入院)</p> <p>措置入院 (同 左)</p> <p>2名以上の精神衛生鑑定医の診察結果の一致により入院させる。</p> <p>同意入院 (同 左)</p>		

9 入院時の告知
 病院の管理者等は、入院する者に、書面で、入院措置を採る旨及び都道府県知事に対し退院等の請求ができる旨等を告知しなければならない。

10 病状報告
 ○ 医療保護入院
 ○ 措置入院
 定期に症状を報告
 ○ 同意入院については、入院措置を採ったときの届出のみ。
 ○ 措置入院については、定期報告の規定なし。(運用上6か月毎に病状報告)

11 調査請求
 入院患者又は保護義務者は、都道府県知事に対し次の事項を請求できる。
 ① 退院の請求 ② 処遇の改善の請求

12 行動制限
 基本的な考え方は、現行通り。
 ただし、信書の送受、行政機関の職員との面会等厚生大臣の定めるものについては、行動の制限はできない。又、患者の隔離等の行動制限は指定医の認定が必要。
 病院の管理者は、医療又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。(通信・面会については、局長通知によりガイドラインを設定)

13 審査機関
 ○ 都道府県に精神医療審査会を設置
 ○ 委員数…5～15人
 ○ 合議体(精神科医3、法律関係者1、その他学識経験者1)の審査。
 ○ 10の症状報告、11の調査請求内容の審査を行う。

14 精神保健指定医
 精神保健指定医制度
 ○ 5年以上の医療経験(3年以上の精神科医療経験を含む。)を有し、厚生大臣の定める精神医療に従事し、かつ、厚生大臣等の行う研修を修了した者から厚生大臣が指定。
 ○ 従来の鑑定医の業務のほか、医療保護入院の要否、行動制限の認定等を行う。
 精神衛生鑑定医制度
 ○ 精神医療に3年以上従事した経験のある者から厚生大臣が指定。
 ○ 都道府県知事の監督の下に、措置入院等に関し入院の要否の判定を行う。

い人等を含めると、更に多くの精神障害者が存在するものと考えられる。

昭和六十三年度の最も多い精神障害は、精神分裂病で九千九百六十人(四一・六%)、次に、アルコール依存症の二千四百三十八人(一〇・二%)である。また、近年は高齢化を反映して老人性精神障害も増えてきている。

また、表13は、保健所における面接や訪問、活動などをまとめたものである。面接や訪問、いわゆるケースワークは、障害者本人や家族等の抱える困難な状況を解決するために個別に相談に応じ、施設や制度など様々な社会的資源を活用し支援するもので、保健所精神保健活動の

なかで最も基本的な活動である。

相談の内容は、初めて医療にかかる場合の援助、社会復帰の支援から家庭生活上の精神的不安状態まで多岐に及んでいる。

このような、面接・訪問といった活動を基本としながら、さらに保健所の活動領域は、生活教室、家族教室(アルコールを含む。)、普及啓発活動と大きく広がって来ている(表15)。

生活教室は、在宅で通院している精神障害者(精神分裂病が中心)で精神科デイケア等医学的管理の度合いが減り、服薬等の管理ができるようになつてきた人達に、手工芸や料理等のプログラムを通じて、身近な場所で人との交流に

慣れ、生活にもリズムを持たせることを目的として、全保健所で週一回程度行われている。

そこでは、集団での各種活動をとおり、ソーシャルワーカー等が精神障害者との密接な関わりの中から、適切な支援を行うものであり、大きな効果を生み出している。

家族教室は、地域の中で孤立しがちな精神障害者の家族を対象として、障害の理解や障害者との接し方についての学習活動やいろいろなレクリエーションを行い、家族の精神的な支えともなるよう活動している。

最近、一般の精神障害者の家族教室のほか、アルコール依存症者の家族を対象としたア

表-2 横浜市における精神障害者基礎把握数

保健所	精神分裂病	そう病	非定型 精神病	てか ん 簿	老人性 精神 障害	中毒性精神障害			脳器質 性精神 障害	性異 格常	神経症	心反 応	その他 の病名	合計	
						コ ー ル	覚 醒 剤	そ の 他							
鶴見	981	166	25	169	39	230	309	33	23	21	0	112	106	187	2401
神奈川	691	80	19	113	30	83	122	5	19	24	6	51	86	141	1470
西	682	67	20	98	25	105	159	18	16	26	0	57	56	154	1483
中	594	77	10	83	20	50	370	35	28	26	2	72	48	174	1589
南	902	123	24	147	29	124	233	27	13	19	2	88	84	144	1959
港南	638	136	16	126	18	128	100	8	13	9	1	73	98	138	1502
保土谷	648	106	18	116	24	84	159	19	20	24	1	50	84	151	1504
旭	721	162	20	192	36	75	144	7	13	12	4	103	137	129	1755
磯子	670	120	15	76	21	78	123	8	11	17	5	69	59	84	1356
金沢	437	110	10	93	14	146	93	9	8	9	0	99	69	126	1223
港北	703	107	14	149	31	117	182	7	31	14	1	85	121	204	1766
緑	426	90	10	91	32	76	113	5	13	17	0	42	53	168	1136
緑・北	250	87	18	90	23	72	53	2	8	7	3	42	47	71	773
戸塚	689	118	21	102	27	119	96	6	6	12	2	97	120	284	1699
栄	257	79	7	58	10	63	52	1	11	7	4	47	49	83	728
泉	396	72	7	73	33	70	82	2	10	16	0	57	69	126	1013
瀬谷	275	82	14	54	21	5	48	2	3	5	1	38	33	25	606
合計	9960	1782	268	1830	433	1625	2438	194	246	265	32	1182	1319	2389	23963
62年度	8904	1668	233	1782	370	1430	2464	182	228	261	24	1168	1192	2402	22308
61年度	8506	1504	213	1653	344	1254	2425	178	203	235	24	1035	1046	2092	20712

注) 保健所別は昭和63年度、62・61年度は合計のみ。

表一 3 医療社会事業保健所取扱件数

年度	取 扱					面 接 延 件 数					訪 問 延 件 数					
	精神	結核	成人病	特定	妊婦等	乳幼児	その他	合計	MSW 精神	PH精神	医療	合計	MSW 精神	PH精神	医療	合計
63年度	5705	60	83	42	5	7	116	6018	33905	1128	872	35905	5136	1691	191	7018
62年度	5835	65	67	42	10	7	112	6138	34295	2576	795	37666	5163	1785	220	7168
61年度	5419	45	98	28	16	11	118	5735	33085	3342	662	37089	5436	1689	189	7314

表一 4 医療社会事業・精神保健業務(集団指導・普及啓発等)

年度	集団指導(グループワーク)活動										普及啓発活動					関係機関との連絡調整等の活動										
	生活教室 回数	家族教室 回数	家族会 回数	断酒会等 回数	その他 回数	講演会 回数	学生会 回数	学生指導 回数	母親教室 回数	その他 回数	カンパリス 回数	連絡・研究 回数	作業所 回数	その他 回数	再入院 回数	死亡 回数	その他 回数	小計	継続中 の者 (中止継続 の不明分)	その他 継続中 の者 (中止継続 の不明分)	社会復帰し た者の割合 (B/A)(%)					
63年度	800	10790	205	1742	294	3183	70	1370	115	1638	88	6320	115	448	11	291	120	2623	49	355	138	1825	215	1784	24	616
62年度	821	9905	151	1632	308	2306	71	1736	114	1491	84	6424	118	634	33	1229	105	2730	52	386	138	1858	308	3944	57	444
61年度	722	7526	382	3287	—	—	80	1919	—	—	78	4961	109	496	30	1037	—	—	72	439	180	1630	165	—	—	—

表一 5 社会復帰活動状況

年度	社会復帰した者					中止した者					継続中の者					社会復帰し た者の割合 (B/A)(%)
	対象者 (A)	就労	家業 (手伝いを含む)	家事	その他	小計 (B)	職親	地域 作業所	再入院	死亡	その他	小計	継続中 の者	その他 (中止継続 の不明分)	社会復帰し た者の割合 (B/A)(%)	
63年度	701	58	8	26	10	102	6	76	47	5	49	101	405	11	14.6	
62年度	616	51	5	16	6	78	7	76	43	4	33	80	340	35	12.7	
61年度	563	38	4	18	6	66	12	62	37	2	32	71	332	20	11.7	

2 地域作業所通所結果

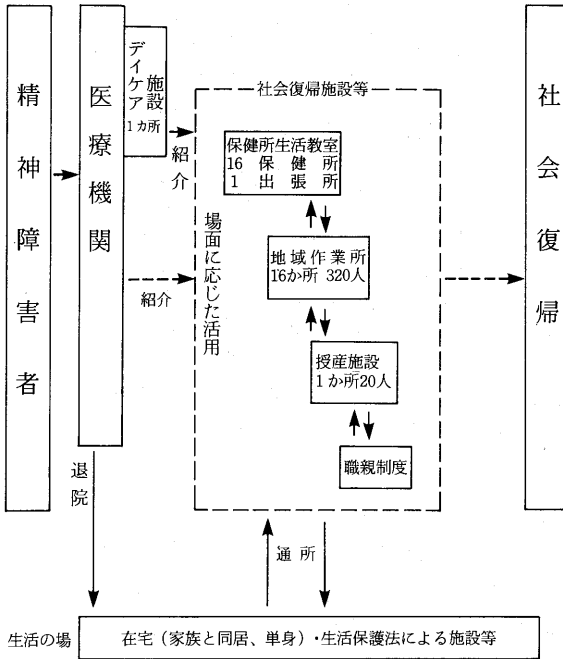
年度	作業所数	社会復帰した者					中止した者					継続中の者	社会復帰し た者の割合 (B/A)(%)
		通所者数 (A)	就労	パートアルバイト	その他	小計 (B)	職親	再入院	死亡	その他	小計		
63年度	13	360	8	14	3	25	8	11	3	39	53	274	6.9
62年度	10	272	9	5	5	19	5	9	2	24	35	213	7.0
61年度	9	264	15	5	5	32	12	9	1	42	52	177	12.1

3 職親事業訓練結果

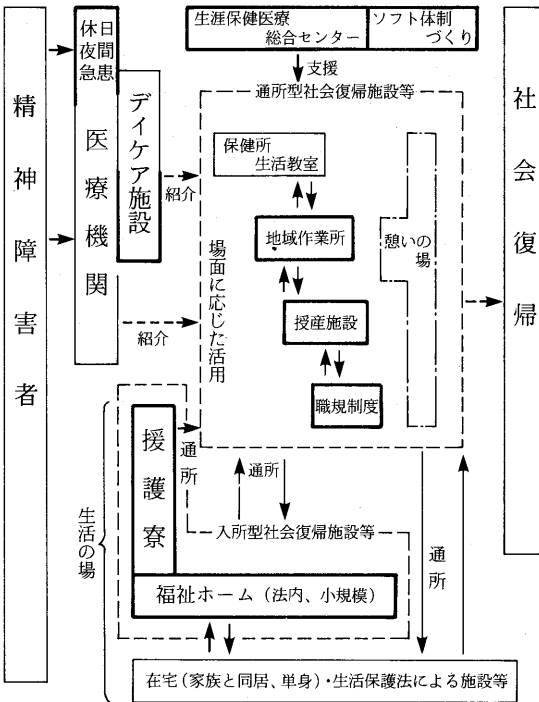
年度	職親事業所数 (市内)	訓練者数 (A)	終了した者			中止した者			継続中の者			
			就労	在宅	その他	小計(B)	再入院	在宅	その他	小計	終了した者の 割合(A/B)	
63年度	58	65	23	4	0	27	4	9	6	19	19	41.5
62年度	48	62	15	2	3	20	2	15	0	17	25	32.3
61年度	42	54	19	4	2	25	1	8	2	11	18	46.3

図一 精神障害者対策の現状と今後の展望

【現状】(平成元年度)



【展望】



* デイケア、授産寮、授産施設は生涯保健医療総合センター内にも整備される。

アルコール家族教室も多くの保健所で実施されている。
 アルコール依存症者の問題は、これまで身体的、精神的、及び社会的に種々の障害が生じてきても、まだ酒が止められない「意志の弱い人達」という認識が、一般にもまた一部の医療従事者にも存在していた。しかし、アルコール依存症は、現実には「酒」という薬物に犯された病気であり、独力で断酒を決意しても自らの意志とは関わりなく、再び飲酒をくりかえすもので

同時に本人の体質も深く関与しているのである。にもかかわらず、意志の問題ではなく、疾病としてとらえ、適切な治療が必要であるという認識に乏しかったことが、アルコール対策や早期治療を遅らせてきた一因でもある。
 保健所におけるアルコール家族教室は、アルコール依存症者の妻や親等が、同様の体験を持つ家族同士の話し合いを通じて、家族自身の生き方を見つめていく過程を、アルコール医療の

そのほかに、保健所業務の重要な柱として普及啓発活動がある。広く市民を対象に、心の健康の重要さやそれを保持するための方法、アルコールの適正な飲み方など幅広い内容で行っている。最近では社会状況を反映してか、「家族」や「職場の人間関係」をテーマとしたものも多い。さらに、精神障害者の社会復帰を支援するためのボランティア養成講座を開催するなどの取り組みもはじまっている。

② 精神障害者地域作業所

精神障害者地域作業所は、平成元年四月鶴見区に授産施設「鶴見ワークトレーニングハウス」ができるまで、精神障害者の社会復帰のためのほとんど唯一の施設であった(図-1)。

地域作業所は、二十人ほどの在宅精神障害者が集い、作業訓練や生活訓練を通じて社会復帰をめざす施設で、家族会や市民団体によって運営されている。街のなかの一軒家やアパート等を借りて、二人の指導員の指導やボランティアに支えられ活動している。

本市における地域作業所の歴史は必ずしも古くはない。昭和五十七年四月よりよい精神医療をめざすあすなろ会によって、「浦島共同作業所」が、同年七月横浜市精神障害者家族連合会(浜家連)によって「むくどりの家」が設置されたのが始まりである。本市もこの年から、これら作業所に対する助成を、県との連携の中で実施した。

以後、各区に次々と作業所開設の動きが広がり、平成元年度には十六カ所に至っており、平成二年度には更に数カ所の開設が予定されている。第一号開設以来、七年足らずの間にはほとんどの区に設置されたのである。

この間、地域作業所の社会復帰に果たしてきた役割は、計り知れないものがある。精神障害

者は長く医療のみの対象とされてきたために、社会復帰についての施設体系や支援の制度はほとんど整備されてこなかった。その中で地域作業所は、家族や関係者の熱意により開設され、さまざまな役割を担いながら奮闘してきた。また、運営経費の確保のための努力や、地域の理解を得るための調整など大変な負担を強いられている。本市としても、このような努力にこたえていけるよう最善を尽くさなければならぬと考える。

また、県の事業として行われている職親事業は、理解ある事業主のもとで就業訓練を受けるものであるが、昭和六十三年、市内では、延六十五人の訓練生が訓練を受けている。

③ 精神障害者授産施設「鶴見ワークトレーニングハウス」

精神障害者授産施設は精神保健法の第十条に規定された社会復帰施設であり、設置目的は「相当程度の作業能力を有する精神障害者に利用させて、必要な訓練を行い、その自活を促進するための指導を行うことを目的とする。」とされている。

鶴見ワークトレーニングハウスは、横浜市が昭和六十三年度に施設を整備し、平成元年四月に社会福祉法人横浜社会福祉協会により開設さ

れた授産施設で、授産科目は工業用ミシンを使用した縫製作業を行っている。

法改正に伴い比較的早い時期に施設整備がなされたことについては、保健所の生活教室や地域作業所を利用する人が増加するにつれ、就労訓練を行う施設の必要性が家族をはじめとする関係者からもこれまでに指摘されていたことがその理由の一つとしてあげられる。また、設置主体である横浜社会福祉協会の精神障害者の社会復帰対策への熱意ある対応が得られたことも重要な点である。旧鶴見第二保健所の跡地利用について、精神障害者授産施設及びボランティア、区民交流施設として再整備され、障害者と区民の交流の場としてより有意義なものとなったのである。

現状では、精神障害者の社会復帰対策はその緒にいたばかりであるが、精神保健法に基づく社会復帰施設の充実については障害者はもとより関係者の期待には大きいものがある。

しかし、これら授産施設、授産寮、福祉ホームに係わる施設・設備整備及び運営費に関する国の補助基準は民生局所管施設と比しても低い。両者の間には、措置費と補助金という基本的な相違があり、単価設定の問題のほか、精神障害者社会復帰施設の場合には、補助基準額の四分の一を設置・運営主体が負担することを前提に

しているため、法人が健全な施設運営を行っていくためには、市及び県の助成が必要となっている。

五——横浜市の精神保健対策の課題と展望

これまで述べてきたとおり、本市においては、精神保健について数々の施策を展開してきた。これは他の都市と比較しても決して遜色のないものであったと考える。しかし、新たな課題は次々に現れてきている。これまで進めてきた施策をより有効なものとして発展させていくことは決して平坦な道ではなさそうである。

ここでは、現状の課題から今後の精神保健対策の展望を、考え方と、具体的に整備しなければならぬものの両面から整理してみたい。

①—病者という視点から障害者という視点へ

一般に精神障害者というとき、分裂病に代表される『精神病』を想像し、幻覚妄想状態や錯乱した状態など（陽性症状）を思い浮かべることが多いのではないだろうか。

しかし、実際の精神障害者は、このイメージとは大きく異なる。適切な治療を受けることにより、陽性症状は短期間で消退し、継続的な医学的ケアの下では強い症状はほとんど出現する

ことはない。多くの障害者を苦しめるのはその後が続くいわゆる陰性症状である。この症状は、意欲の減退、対人関係がうまくできないことや作業能力の低下等を中心に広範囲に及ぶ。このためにすでに激しい陽性症状は改善したにもかかわらず、職を失い家庭生活が継続できなくなるものが大変多い。また、陰性症状は薬物による治療だけでは改善が難しく、ここが現状の精神医学のかかえる課題でもある。したがって、精神障害者は医療の対象という考え方は異なっており、医学的なケアと併せ、作業訓練や生活訓練等のリハビリテーションが不可欠であるという考え方が医療関係者の中でも一般化してきているのである。この意味で精神障害者は、医学的なケアに必要な『障害者』ということができると、社会的にも多く不利益な立場に置かれていくことからも、福祉的な支援を行っていかねればならない対象として存在するのである。

②—精神障害者が地域で生活するために

図1-1は、精神障害者対策の現状と展望を示したものである。現状の社会復帰施策、特に施設の中で大きく地域作業所に頼っていることがわかる。

社会復帰における、生活訓練等の重要性については既に述べたが、現状の体制でこれを十分

に行うことは到底不可能である。

まだ多くの訓練の必要な人が、在宅等で家族の支えのみで生活しているのが現状である。また、昭和五十八年に厚生省が行った実態調査によれば、精神病院に入院している人の約三分の一は条件が整えば退院出来ると言われている。

また、親の高齢化等により家庭での対応が困難になってきており、生活の場の整備は訓練の場と同様重要な課題となっている。

法体系がいちはやく整備され、施設整備に長い実績を持つ身体障害者や精神薄弱者の場合、既に訓練の場、生活の場の両面にわたり施設体系といえるものが充実してきている。精神障害者についてもこの体系を目標にしながら、既存の作業所等の充実も含め、積極的な展開をしなければならぬ。

更に、地域の中で精神障害者が生活者として安心して暮らしていくためには、単に施設整備のみならず、支援する人のつながりが大切である。今後整備を進めていくこれらの施設を援助の拠点として、現在、要援護老人について進められている地域ケアシステムと類似した、保健、医療、福祉関係機関等の連携と地域住民の理解に基づく、支援ネットワークづくりに取り組む必要がある。

現在、本市では平成四年度オープンを目標に

生涯保健医療総合センターの開設準備が進んでいる。地域ケアシステムの支援を行うために整備される中核的施設である同センターには、精神障害者の社会復帰を支援するためのデイケア、援護寮等の施設や相談機能等が包含されており、同時に精神保健ボランティアの育成など地域における精神保健活動をソフト面からも支援していくことが期待されている。

また、職業的リハビリテーションや企業就労の支援等の問題は、本来的には県の労働政策にかかわる施策であるが、今後、市としても施策への反映を検討しなければならない課題であろう。

④—当面の重点課題

(ア)精神科救急体制の確立

精神障害者は、時として不安状態に陥ったり、急なうつ状態等になる場合がある。これが昼間であればかかりつけの主治医での受診や、保健所の対応が可能であるが、夜間や休日となると、診察を受けたり、入院したりする診療窓口はほとんど皆無である。

こういう状況に対する県の対応としては、精神保健法に基づき、警察官通報等の精神鑑定を要する、「自身を傷つけ、他に害を及ぼす者」を対象とした、夜間、休日緊急医療体制がある

のみであって、内科、外科等他科で行われているような救急医療体制は、いまだ整備されていない。

法による精神鑑定とは異なり、症状が悪化したときに、安心して受診できる夜間・休日の診療窓口の開設は、長い間の精神障害者や家族の強い要望であると同時に、医療関係者や消防局から強く対応を求められてきたところである。

本市としては、精神保健対策の一環としてこの体制づくりに前向きに取り組んでいきたいと考ええる。

(イ)施設の整備と充実

精神科救急医療体制が医療への入り口だとすると、医療から社会復帰に移行する出口の部分の充実も必要である。そのための施設としては、通院医療の一形態として十分な医学的管理のもとで治療・指導を行う精神科デイケアを医療機関の協力を得ながら整備を進めていく必要がある。

また、今後の展望として現在一カ所のみのもので産施設を、授産科目を多様なものとし、より地域に根づいた施設として日常利用圏に配慮しながら整備していかなければならないと考える。

さらに、地域作業所については、地域に定着した施設として、その重要性は変化する事は無い。今後とも設置の促進を図るとともに、たと

えば憩いの場の機能を併せ持った形での展開など、新たな充実を図っていくことも重要である。

(ウ)生活の場（住居等）の整備

精神障害者の社会復帰の阻害要因のひとつに生活の場の欠如がある。

長期間に及ぶ入院のために家族や社会との結びつきが薄くなったり、親の高齢化のために障害者を日常的に保護することが困難になり、在宅で適切に受け入れられる生活の場がない精神障害者が多い状況がある。退院して単身生活としても周囲の支援が得られず、症状が悪化したり、再び入院となることも少なくない。

新精神保健法では、精神障害者生活訓練施設として、手厚い医学的なケアが必要な人を対象とする援護寮と、自立して日常生活を送られる人のために住居を提供する福祉ホームがある。今後これらの整備を積極的に推進していく必要がある。また、大都市においては、これら比較的大規模の大きい法定施設ではなく、四〇五人規模の小規模福祉ホームの展開も必要となるだろう。

六—おわりに

先日、本市の総合計画「よこはま21世紀プラン」の基本計画の見直しと、平成六年度までの

第三次実施計画が発表された。この中の「健康な市民」の章において、精神保健対策は四つの大きな柱の一つとして位置づけられている。これまで述べてきた精神障害者対策だけでなく、高齢社会に向けての対応として、痴呆性老人等短期集中治療施設を始め種々の対策を打ち出している。内容的にはこれまでと比べ密度の高いものとなっていると考える。これを画餅とする

ことがないよう最大限の努力をしていく必要がある。

本市は人口三百十九万人を有する日本第二の大都市である。

精神保健対策、とりわけ、施設整備等の対応は法的には地方公共団体にとって努力規定とされているが、それをもって対応を怠ることがあってはならない。「よこはま21世紀プラン」にお

いても国際社会への対応として、単に一都市の課題にとどまらず「国際平和や地球的課題への貢献」を掲げている。その国で精神障害者がどのように処遇されているかはその国の文化水準を表す最も大きな指標だといわれる中で、本市としても大都市としての責任にある対応をしていきたい。

△衛生局保健部担当課長▽