

「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ

——「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より——

岡上 和雄
石原 邦雄

I はじめに

本稿は、いわゆる「精神障害(者)」に対する社会的処遇のあり方と、これを政策的課題に具体化し、体系化していくための前提について、われわれの行った調査の結果にもとづいて検討することをねらいとするものである。

今日欧米諸国では、コミュニティ・ケアを拡大し、入院中心の精神病院機能を縮小していく方向に向かっている。端的な指標として平均在院日数の推移をみると、1960年代以降欧米諸国はほぼ一貫して低下傾向にあるのに対して、日本では逆にこれが増加しつづけ、500日を大幅に超えるまでに達して、先進国中の最高を示している¹⁾。こうした傾向を改善していくには、通院治療、在宅ケア、社会復帰のシステムを拡充していく必要が不可欠である。われわれの基本的関心は、「医療あって福祉なし」といわれる「精神障害(者)」の問題を、所得保障や労働保障をも含めた広義の社会福祉的施策としてどのように組み立てていけるかを考えることである。こうした試みのためには、いくつかのアプローチがありうるだろう。既存の法的・行政的枠組による当該の問題の扱われ方について、歴史的視点をも含めて検討を加えるのも一法である。また、既存の枠組では扱えなかった問題として、新しい問題処理システムを原理的に考察するも他の方法である。これには諸外国での制度やその運用の検討なども含まれよう。しかし本稿の立場は第3のものというべきものであって、この問題に関する国民各層の意識を捉えることによ

て、「精神障害(者)」に対する広義の社会福祉的施策についての位置づけ(のしなおし)と、具体策形成への展望を得ようとするものである。本論でも触れるように、「精神障害(者)」の問題は、対象をどう規定するかという入口の所で今日なお社会的な通念や常識が成立していない点にむずかしさがあるので、本題の政策論というよりも、その前段階での議論にとどまることになるだろうが、これも必要なステップであると考えて、「精神障害(者)」の福祉的施策の問題が社会保障・社会福祉の分野で今後幅広くとり上げられていくための問題提起という意味で書いてみたいと思う。

II 「精神障害者福祉基盤研究会」による調査の概要

上記のような問題関心から、全国精神障害者家族会連合会(通称、全家連)の滝沢武久事務局長が呼びかけ、岡上を代表として標記の研究会を組織し、三菱財団から全家連が受けた研究費によって「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」が昭和58年に実施されたのである。

精神障害者の社会復帰と福祉施策が政策課題として位置づけられるために、国民的合意形成が必要であるという認識が、この調査の企画の基本的視点である。「精神障害(者)」に伴う社会生活上の諸問題について検討を加えてきたのは、これまでのところ精神医療・保健の従事者、あるいはその周辺の研究者たちである。それらの調査研究は、官庁統計を利用するもの以外は、特定の精神病院あるいは地域社会レベルで、患者・家族の生活実

態を捉えるか、治療・援助技術の展開を志向する予後調査や効果測定に限られる傾向があった。地域精神衛生活動への展開をめざして、地域住民や家族の受け入れ態勢、精神障害(者)に対する許容度などに焦点を当てる調査研究もある程度なされており²⁾、これらは今回の調査にも参考となったが、概して政策形成という展望にまで結びつける発想は弱かったといわざるをえない。他方、全国的な世論調査で精神障害(者)の問題がとり上げられたこともないわけではない³⁾が、これも政策の面には踏み込んでいないし、国民各層を捉えるという観点にはなじまなかった。

われわれはこれまでに行ってきたいくつかの先行研究を踏まえて⁴⁾、「施策形成の基盤」を探るために、精神障害者と直接接している人々だけでなく、一般市民をも捉える必要があること、さらに政策形成には、当該の問題および政策決定過程に通じ、何らかの影響をもつ人々(オピニオン・リーダー、政治、行政担当者など)と、政策の支持・要求基盤としての大衆、の双方を捉える必要もあると考えた。以上をまとめて表わせば図1ようになる。

図1に示した四つのセルのうちの第1は精神衛生専門家(従事者)と総称できる人々である。今回の調査では、精神科医師、精神科看護者、保健婦、精神衛生相談員および精神医学ソーシャルワーカー(PSW)、作業療法士(OT)の各職種の職能団体の名簿からの無作為標本を対象とした。第2のセルは一言でいえば有識者であって、国・地方レベルの政治家、行政担当者、マスコミ関係者、研究・教育者、その他のオピニオン・リーダー層が考えられる。今回の調査では各省庁に設置

された各種審議会の委員を対象とすることによってこのセルを代表させることにした。第3のセルは精神障害者(患者)の家族である。彼らは最も精神障害者の身近にあって扶養・保護にあたっている点で、精神障害者の気持ちやニーズを代弁する位置にあると考えられてきたし、自らの困難な立場から生ずる独自のニーズをもつ主体でもあるといえる。今回の調査では資金と協力態勢上の制約をも考慮して全国調査は断念し、大阪府の全精神科医療機関にかかる分裂病圏の患者の扶養・保護にあたっている者をランダムに抽出して調査対象とした。第4のセルは一般市民である。これも全国調査をするまでの余裕がなかったため、東京都部の20~69歳の成人男女の無作為サンプルを対象とすることで満足せざるをえなかった。しかし個々の四つの性格の異なる対象群に対して共通の視角からの調査を実施するというデザインは、新しい試みであるといつてよいだろう。

できるだけ多くの対象をカバーしようとする意図から、調査は留め置きあるいは郵送法による自記式のアンケート方式を採用した。今回のものは、明瞭な仮説を設定してこれを検証するという調査ではなく、4グループ間の意識の異同を探ることをねらいとするものである。基本的に次の三つの変数群(調査項目)を設定した。すなわち、A. 態度形成(背景)要因、B. 精神障害(者)に対する態度、C. 社会復帰・福祉施策への構え、の3群である。

Aの態度形成要因は、4グループを設定したことに表われているように、精神障害者との日常的接触の程度および専門性の程度という違いを予想しているわけであるが、さらに各グループ内での

		〔問題へのかかわり方〕	
		直接的・日常的	間接的・非日常的
問題 知識・ 技術に ついて の 専門 性	高 い	医療・保健・福祉 従事者	有識者・オピニオンリーダー 政治・行政担当者
	低 い	患者 家族	一般市民

図1 政策形成基盤に関する国民各層の位置づけ

差異についての主要な着眼に関して、次の諸点があげられる。まず精神衛生専門従事者では、職種の違いが重視される。そして、彼らにとっては職業である精神衛生活動が、障害者観(B要因)と政策志向(C要因)にどのように関連してくるかを捉えるところに力点が置かれた。

精神障害者家族については、病者の扶養・保護の任にあたっているという立場の特殊性から、家族自身の基礎的属性のほかに、自家の患者の属性や病状(障害)の違いの影響が大きいであろうと予想した。つまり、サンプリングの際患者の診断名を精神障害の中核部分としての精神分裂病とその近縁に限定したうえで、入院・外来の別、発病からの経過年数、社会適応度の差などを重視し、家族の自家の患者に対する態度と、精神障害(者)観や政策課題に対するより一般化された態度との関連に注目した。

一般市民の場合には、性・年齢・職業などの基礎的属性と合わせて、精神障害者との接触体験の有無、幼少時に受けた親のしつけ態度などが重視された。有識者調査では職業経歴上の背景のちがいととも、社会福祉政策全般に対する態度のちがいが(福祉拡大型と福祉抑制型)が、特殊課題としての精神障害者問題に対する態度を規定するか否かに注目した。

以上のように四つのグループの共通基盤とともに、グループ内の特殊性を明らかにする努力をしたうえで、B要因(障害者に対する態度)とC要因(政策の志向性)についてはできるだけ共通項目を使用することによって、グループ間の比較検討が可能になるよう努めた。精神障害者に対する態度(B要因)については、これまでに内外でなされた研究成果を検討し⁶⁾、精神障害(者)に対する、許容的一排除的、治療的一非(反)治療的、科学的一非科学的、庇護的一自立尊重的等の観点を含む態度項目を設定して分析の軸とした。

政策への構え(C要因)については、この問題を既存のどの政策領域との関連で位置づけるかを問う設問や、より具体的な政策項目の優先順位を選択、政策形成へ向けての運動主体は誰か、世論形成の媒体としてのマスコミの報道に対する評価

などを盛り込んだ。

四つのグループに対する調査の実施過程は後注に記すとおりである⁶⁾。最終的に、一般市民759票、専門従事者6職種計1,252票、患者家族1,587票、有識者(審議会委員)287票を回収し分析に付した。分析結果は『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』と題して、全家連から報告書が出されているので参照頂ければ幸いである。以下の論述はその報告書中のデータおよび分析にもとづいて筆者らの責任においてまとめたものである。

III 「精神障害(者)」に対する態度

上にあげた四つのグループに共通して質問した12の態度項目の結果を表1に示した。

まず4グループに共通して「精神障害をもつ人は気の毒でかわいそうである(1)」という認識がみられる。同情すべき対象という位置づけは共通基盤にあるといえよう。しかし、そのことが他の面での共通認識に結びついているとは必ずしもいえない。他の項目では、いくつかの特徴をもった形で4グループ間に態度の異同がみられる。

「ほっておくと何をするかわからないのでおそろしい(2)」以下の設問は、おおむね「精神障害者」の社会的自律性に対して否定的あるいは消極的な認識を示す意見であり、日本社会での伝統的な、また多分に「偏見」と結びつきのある見解である。4グループの回答分布を通観してまずいえることは、精神衛生の専門従事者のグループが、一貫してこれらの項目に対して同意しない傾向が明らかであることである。精神障害者に日常的に接しており、かつ専門的知識・技術をもつ者として、このグループの見解を最も依拠しうるものと考えれば、他のグループは専門従事者からのズレによって、この問題に対する理解の程度を判断することができるといえよう。

こうした視点で見ると、他の3グループの中では、有識者(各省審議会委員)が多くの項目で専門従事者により近い応答を示していること、一般市民と精神障害者の家族(親族)は類似的で、か

表1 精神障害(者)に対する各グループの態度

(単位: %)

	市民		家族		有識者		専門従事者	
	肯定	否定	肯定	否定	肯定	否定	肯定	否定
(1) 精神障害をもつ人は気のどくでかわいそうである	78.3	3.8	87.3	3.5	84.5	3.9	71.2	6.2
(2) 精神障害者はほおっておくと何をするかわからないのでおそろしい	51.1	11.2	49.3	19.8	25.4	27.9	7.5	53.7
(3) 精神障害者の行動は、まったく理解できないものである	43.1	20.0	41.0	27.3	13.8	45.2	4.1	73.1
(4) 精神障害者には服薬や心身のバランスなどの自己管理をすることをほとんど望めない	31.2	33.1	38.6	31.4	15.2	42.8	3.4	78.2
(5) 精神病院が必要なのは、精神障害者の多くが乱暴したり、興奮して、傷害事件を起こすからである	50.1	28.1	51.0	27.9	11.3	66.4	10.5	71.1
(6) 精神病院では外出、外泊などについて患者の意見を尊重するわけにゆかない	44.1	19.7	42.2	24.9	30.7	25.8	3.1	72.2
(7) 精神病院の患者を厳しい実生活にさらすより、病院内で一生苦勞なく過ごさせる方がよい	24.4	26.6	34.9	31.3	12.0	44.5	1.4	75.9
(8) 精神障害者が、一人あるいは仲間同志で集まって、アパートをかりて生活するのは危険である	71.7	7.0	71.7	7.4	41.7	15.5	6.4	67.9
(9) 遺伝を避けるため、精神障害者は結婚しても子どもをつくらない方がよい	33.2	22.0	44.7	21.7	39.2	21.9	12.1	42.2
(10) 自分の家に精神障害者が居るとしたら、それを人に知られるのは恥である	28.2	32.5	53.0	20.1	19.8	43.8	11.3	40.3
(11) 精神障害者が異常行動をとるのは、ごく一時期だけであり、その時以外は社会人としての行動をとることができる	26.6	17.0	39.3	22.7	44.2	11.0	63.9	4.8
(12) 最近、糖尿病、肝臓病友の会など患者同士で助けあったり、福祉行政に働きかける会が多くできているが、精神障害者の場合はそのようなことはまずできない	27.1	36.9	27.9	51.0	33.9	37.8	4.6	78.0
サンプル数	759		1,587		287		1,252	

(注) 回答カテゴリーのうち「わからない」「無答」を表から除いている。

つ専門家集団とは隔りがあることがいえる。もう少し個々の項目において検討してみよう。

「何をするかわからないので恐ろしい(2)」「行動が理解できない(3)」「精神病院が必要なのは傷害事件などを起こすからである(5)」という3項目は、上記のまとめを導く典型的分布を示す項目である。半数前後の市民および家族がこれらを肯定しており、肯定と否定の割合の差も大きい。これに対して有識者では、3項目のいずれにおいても否定回答が肯定を上まわっており、専門従事者の見解により近くなっている。「自己管理をほとんど望めない(4)」もほぼ同傾向にあると認められる。

他方、「遺伝を避けるために子供をつくらない方がよい(9)」「精神病院では患者の意見を尊重するわけにいかない(6)」、および「アパートを借りて生活するのは危険(8)」の3項目では、有識者も含めて専門従事者の見解とはズレが大きい。先の3項目と比べて精神障害者の具体的処遇にかかわる面では、有識者も専門従事者の見解よりずっと慎重、あるいは消極的な態度をとるといえる。

「患者自身の自助的集団活動(12)」についても有識者が市民や家族の方に近いパターンをとる。しかし、この項目では、そうした自助集団活動の可能性を認める回答の方が否定するものより多いという点の方により注目すべきであろう。当の精神障害者自身の意思表示ということは施策を検討していくうえでも基本問題であるから、これは重要な発見のひとつである。

同じく処遇にかかわる「病院で一生苦勞なく過ごさせるのがよい(7)」という設問では、家族のみ相対的に肯定が多いが、他の3グループでは否定が多数派である。家族の場合も肯定は35%にとどまるから、総じて、かつていわれたような「病院パラダイス論」は薄れているとみてよいであろう。家族が最も庇護的態度が強いということは、直接的に「精神障害者」の扶養・保護の責任を負いながら、患者との人間関係が必ずしも良いとは限らないことから出てくる態度とみることでもできよう。こうした家族の苦しい立場を最も端的に反映しているのが「人に知られるのは恥である(10)」という設問への回答である。家族の過半数(53%)

がこれを肯定しており、これは市民の肯定率(28%)と比べても大きな隔りがある。扶養・保護の任を自らに課しつつ、しかしそれを公表して患者の、また家族自身の要求を自己主張していくわけにはいかないという規制を自ら認めている事実は精神障害者家族の置かれた状況を示している。彼らは偏見の中に「肩身の狭い思い」をしながら息をひそめて、患者の回復をひたすら念じているのである。家族自身が偏見を捨ててもっとオープンになれという指摘はもっともであるが、精神科医が「患者のために」、診断書に分裂病と書かず敢えて心身症などと記す必要が現実に存在する今日の状況では、家族は恥を忍ぶか否かという以上に、事実が公表された際にさまざまな差別的な実害となつてふりかかる現実的なおそれを否定できない面がある。

以上の検討からはじめにあげた点がまとめられるわけだが、専門従事者を基準とする限り、これと市民・家族のズレの大きさが改めて印象づけられるのである。一般市民の精神障害に対する態度が何によって規定されるかを考えるとき、まずもって「精神障害」という言葉によってどのような状態がイメージされているかが問題となるだろう。今回の調査では、精神分裂病とうつ病を想定した事例を提示して、一般市民の認知を問うている⁷⁾。分裂病想定例に対しては、94%の者が「どこかおかしい」と感じ、54%が事例の状態を精神病だと判定している。これに対して、うつ病想定例では、「どこかおかしい」が63%、「精神病である」は18%に低下している。この結果をとおして一般市民では精神障害のイメージが、激しい急性期的な症状と結びつけられていることがわかる。先に挙げた表1の設問と類似した他の意識項目への回答を合わせて考えてみると、市民の過半数は「精神障害は他の身体病と同様、病気の一種であり」(53%)、「競争社会では誰でも精神障害になる可能性がある」(61%)と答えているように、精神障害を宿命的な不治の病と考えているわけではない。つまり、激しい症状を示す「病気の状態」と「治った状態」の2分法でイメージされているとみられる。これに対して専門家の間では、精神障害と

いう言葉を「急性あるいは慢性の疾病」とみるばかりでなく、「恒常的に続く病理現象あるいは“障害”」としても捉えているのである。そこで市民の場合、先の共通項目にあった「異常行動をとるのは一時期のみ……」(否定56%)のほかにも、「妄想・幻聴のある人でも、入院しないで社会生活ができる人も多い」(否定42%)、「調子の悪い状態のときにいつでも一時的に保護・治療するところがあれば、ふだんは通院するだけで充分実生活をやっている」(否定50%)、「身障者とちがって、たとえ福祉工場のようなものがあったとしても働けるとは思えない」(肯定33%)、などの項目で専門従事者の見解と大きな落差を生じ、このことが精神障害者の「社会復帰」のイメージをつくりにくくしていることは否めないのである。

このことは、一般市民のもっている「精神障害(者)」に対する知識の不足によることであるけれども、学問研究や行政の側での用語法にも問題がある。すなわち、「身体障害」における“障害”が病気の結果を指しているのに対して、“精神障害”の“障害”では“病気そのもの”と“その結果ないし経過の安定後”を区別していないために、一般市民のレベルでイメージをつくりにくくしていると考えられるのである。

IV 施策に対する認識

現状では精神障害者に対する福祉的施策として、国民各層に共通して問うるイシューがまだ明確化されていない。刑法改正に伴ういわゆる「保安処分」の問題や、宇都宮病院に代表されるような精神病院の不祥事、日航機墜落事故の機長の問題など、どちらかといえば公安上の問題として話題となるのが常であったから、具体的な福祉施策の内容について問うのはいくつかのグループに限り、共通にはより一般化した所で精神障害者に対する施策への認識を問う形にした。そこでのねらいのひとつは、精神障害者対策を政策として体系化させていく際に、市民はじめ各グループでどのような位置づけで考えられているかを知ることでもあった。

まず各種の福祉的施策の対象集団の中で精神障害者に対する施策がどの程度優先的に取り組まれているとみているかを、一般市民と有識者について比較したのが図2である。有識者では原爆被爆者を、一般市民では身体障害者を対策の進んだ1位にあげている。これに対して、精神障害者に対する施策が進んでいるとみる者は、市民・有識者に共通して0.4%にとどまり、難病や精薄にもまして取り組まれていない現状であるという認識は共有されている。

生活自立の困難な精神障害者に対して誰が一番責任を持って面倒をみるべきかを問うた結果が図3である。どのグループでも「国や地方自治体」が第1位を占め、「家族・親族」が3割足らずで2位という結果がみられるが、有識者グループで「国・自治体」を志向する傾向がとくに目立っているのが注目される。一方家族グループは他のグループに比べて「国・自治体」が少なく、その分だけ「本人自身」と「専門職」という選択が増え

ている。

より具体的な政策課題（の領域）について提示し、2項目選択で回答を求めた結果が表2である。専門従事者で社会復帰諸施設、思想普及が優先され、有識者も分散は大きくなるが、同様の選択順位になっている。これに対して市民と家族では、医療費負担軽減と病因・治療法の研究を優先して捉えている。第3順位は少々趣を異にして、専門従事者と家族が法律や制度の整備による体系化（精神障害者福祉法制定など）をあげ、市民は犯罪や事故の防止、有識者は病院や医療制度の改善をあげている。家族の結果に社会復帰諸施設の欄が抜けているのは、最も切実な要望をもつ集団であるので、社会復帰対策として何を望むかを問う質問を別途に用意したためである。そこでは「一生そこで仕事や生活のできる病院以外の施設」を56%の家族が選択している。老いた親の立場にいる者の多い回答者たちの切実な要望である。次いで「職業訓練や働く場の確保」の要望が強い

〔一般市民〕		〔有識者〕	
被爆者	14%	36%	被爆者
身体障害	36%	30%	身体障害
難病と精神薄弱	ともに2% →	←4%と1%	難病と精神薄弱
精神障害	0.4% →	←0.4%	精神障害

（わからない：市民30%，有識者24%）

図2 「福祉施策の進んでいる分野はどれだと思いますか」

〔市 民〕			
国や県・市	54%	家族・近親	30%
		その他	
〔専 門 職〕			
国や県・市	58%	家族・近親	27%
		5%	その他
〔家 族〕			
国や県・市	42%	本人自身	10%
		5%	その他
〔有 識 者〕			
国や県・市	76%	家族・近親	13%
		その他	

図3 「自立した社会人としての生活が困難な人に誰が一番責任を持って面倒をみるべきか」

表 2 政策課題の優先度（2項目選択）

	(単位：%)			
	市民	家族	有識者	専門 従事者
1. 偏見の除去, 精神衛生思想普及	20.6	31.6	49.1	37.8
2. 本人・家族の医療費負担軽減	42.0	58.4	12.9	21.9
3. 法・制度の整備 (福祉法制定など)	21.2	32.2	27.9	25.1
4. 病因や治療法の研究	32.5	37.6	20.0	27.2
5. 各種の社会復帰施設 (福祉工場など)	24.9	— *	56.2	30.0
6. 精神病院や医療制度の改善	16.3	12.8	26.4	29.7
7. 精神障害者による犯罪や事故の防止	26.5	13.6	1.9	23.7
8. その他	0.3	—	0.9	0.7
9. わからない・答えない	5.3	14.0	4.6	0.8

(注) 家族調査票では「復帰施設」の選択肢がない(表4参照)。

(35%)。医療・保健の領域での対策と位置づけうる「精神科救急センター」(30%)や「相談援助」(21%)などの要望も高いのは、在宅で労働を含む社会活動に参加することをもって社会復帰とするなら、こうした臨機的、緊急即応的支え手のシステムがぜひ必要であることを家族も強く感じているということであろう。

精神障害者対策を総括的にみて、既存の政策領域のどれとの関連づけを重視しながら推進するのがよいか、2項目選択で問うた結果が表3である。「医療政策とのつながりで考えるべき」とする者がどのグループでも1位を占めるが、これとほぼ同率の高い支持を得るのが「社会福祉政策とのつながり」である。医療・保健の専門従事者たちも、他のグループ以上に、かつまたみずからの活動の場である医療(政策)とのかかわりと同等か、それ以上に社会福祉とのつながりを強調している点は重視したい。他方、市民では公安的側面での対策との関連が強調されている点も、やはり無視しえない現実というべきであろう。この面では有識者も家族・専門従事者以上に公安を重視する意見をもつものが多い点にも注意する必要がある。

有識者に対しては、より具体的な政策形成につながる質問をいくつか追加した。まず「国際障害者年(1981年)における“障害者”には次のどの人々が含まれるべきか」という設問では、身体障害者(88%)、精神薄弱児(者)(76%)に次いで、

表 3 精神障害者対策をどの政策領域との関連で進めるか(2項目選択)

	(単位：%)			
	市民	家族	有識者	専門 従事者
1. 教育政策	15.3	9.3	9.2	18.6
2. 医療政策	59.7	62.0	75.6	75.3
3. 社会福祉政策	48.5	62.0	61.5	76.5
4. 人権擁護の政策	20.9	24.6	18.4	19.3
5. 防犯・治安対策	24.8	9.4	16.3	3.5
6. その他の政策	2.4	—	0.7	1.2
7. わからない	6.9	32.4	0.4	0.8

精神病者を含むとする有識者が70%おり、これは難病患者(52%)より多い。精神病者も障害者として身体障害者などの共通性を認める見方が有識者に浸透していることがわかる。また「心身障害者対策基本法に精神障害者を含めるべきか」という設問に対しては、拡大解釈して治療を終了した精神障害者にも適用すべきだとする者22%、法改正して適用を明記すべきだが31%となり、過半数の有識者がこの法の適用に積極的である。次いで「身体障害者雇用促進法の適用範囲が精神薄弱者まで拡大されている現状を踏まえて、さらに精神障害者をも適用範囲に加えるべきだ」という意見に対しては、拡大解釈で適用する24%、法改正によって適用範囲に加える22%と、約半数の有識者が雇用促進についても法の適用の推進を支持している。こうした有識者の調査結果は、身体障害者における障害の概念と同様な意味で「精神障害」における“障害”を捉える人がすでに相当数に達していることを示しているといえよう。

新しい見方が普及し、政策課題への国民的合意が形成されていく過程では、民間での先行的活動や広義の社会運動のもつ意義も重要である。「この問題を社会に訴えたり、障害者を援助する活動について、どのグループの運動や活動に一番共感をもちますか」という質問に対するグループの回答分布を図4に示した。いずれのグループでも家族会の運動に最大の共感を表わしている。精神障害者家族への役割期待の表明であり、困難な活動を続けている家族会員への激励ともなる。

一般市民のボランティア活動への参加可能性も運動の前進には欠かせない側面である。この点を市民調査で問うた結果は、「すでにそうした活動

〔市 民〕	各種の団体			本人のグループ			わからない
	家族会	専門職	一般市民	本人	マスコミ	マスコミ	
	22%	12%	8%	12%	9%	8%	27%
〔専 門 職〕	各種の団体		一般市民		マスコミ		不詳
	家族会	専門職	一般市民	本人	マスコミ	不詳	
	33%	24%	6%	21%	4%	8%	
〔有 識 者〕	各種の団体		一般市民		マスコミ		不詳
	家族会	専門職	一般市民	本人	マスコミ	本人	
	36%	28%	9%	6%	6%	11%	

図4 「どのグループの運動や活動に一番共感をもちますか」

や運動に参加・協力している」が2.1%、「機会があれば積極的に協力したい」も5.1%にとどまり、市民のエネルギーを引き出すにはなお遠い感じである。しかし、「自分にできそうなことか、よく確かめた上で協力してみたい」とする者が56.1%と過半数を占めていることは、運動をする側に検討の余地を残している。

V 各グループ内の差異と規定要因

以上、専門従事者、市民、家族、有識者という四つのグループ間の比較をしてきたが、当然ながら、各グループの内部も一様なわけではない。以下この点を検討しておくことにする。それは同時にグループ間の態度の異同についても示唆を与えるものと期待できる。

1) 専門従事者⁹⁾

今回調査対象とした六つの職種は全体として他の三つのグループとは大きく隔たった態度を示していたが、職種ごとにみれば一定の態度差を識別することができる。すなわち、精神医学ソーシャルワーカー (PSW) あるいは医療ソーシャルワーカー (MSW) は、精神障害者の社会生活の権利を尊重しようとする構えがとりわけ強く、また社会復帰を阻げる考え方に反対する傾向が顕著である。後の部分は作業療法士 (OT) にもあてはまる。保健婦は、精神障害への予防的かわりに楽観的である。精神科医師や看護婦は、社会復帰への志向性も強いが、他の従事者たちと比べると、精神障

害者を厳しい現実社会から保護しようという志向性がより強い。

また職種を超えてみられる傾向として、年齢が高まるほど、学歴が低いほど、精神障害者の社会的自律性への否定的あるいは消極的な態度が相対的に強まる傾向が読みとれる。

2) 一般市民⁹⁾

性別、職業別による態度の差はあまり認められない。これに対して、年齢による差異は明瞭であって、年齢が高くなるにつれて、精神障害者に対する同情的な見方は強くなるが、一方では彼らの社会的能力の欠如とか危険性を指摘する傾向も強くなる。特に注目されるのは、接触体験をもったことのある市民の方が精神障害者の社会的能力に対する懐疑が減少し、彼らの行動に対する理解度が増加するという調査仮設が検証されたことである。

精神衛生対策に関する意見では、精神障害者の社会的自律に対する態度との関連が強く、自律に否定的・消極的な市民は精神障害者を自分とは縁遠い事柄と考え、社会復帰施設の建設や研究費の増額にも消極的であり、逆に精神障害者の犯罪に対しては一般人と同様の罰則を適用すべきであるとする傾向がある。このことは治安対策との関連を重視する政策態度と軌を一にしている。他方、精神障害者の自律に積極的な市民は、福祉政策との関連で対策を考えようとする者が多い。

3) 有識者

職業的背景でみると、福祉・言論・労働関係者の中で精神障害者の自律に対する否定的・消極的態度が弱く、企業経営関係者において消極的態度が目立って強い。行政・医療・法曹関係者はほぼ中間である。年齢が高くなるほど精神障害者の社会的自律性に対して消極的な態度が強くなる点は他のグループと共通している。学歴については専門従事者の場合と反対に、大学卒の有識者の方が「消極的態度」が強いという結果になっていることは注意される。

また有識者に対しては、六つの質問に対する答えの傾向から社会福祉政策一般についての態度を捉え¹⁰⁾、「福祉拡大型」と「福祉縮小型」に類別できることを確かめた。この二つの態度類型は、精神障害者観およびその対策についても明瞭な関連を示すことが確認された。すなわち、社会福祉政策を全体として拡大する方向で考えている有識者たちは、精神障害者の社会的自律に対しても積極的に捉えており、対策としても福祉施策の拡充を志向している。反対に「福祉縮小志向」の有識者たちは、対策としても「犯罪の取り締りや治安対策」との関連をより重視する傾向がある。

4) 家族¹¹⁾

精神障害者の家族は基本的に一般市民にほかならない。その点からみれば、精神障害者観を問う質問の結果で、家族が専門従事者や有識者とちがって、一般市民の結果と近似していたことは納得できることである。

属性によって態度の差異がどんな形で表われるかについては、まず年齢との関連に注意する必要がある。すでに他のグループでもみられたように、年齢が高くなるほど「消極的態度」は強まること家族についてもいえる。ここで年齢構成に着目する必要がある。家族回答者の44%が60歳以上を占め、市民ではそれが11%であるのと比べて大幅に高齢層に偏っている。このことから、家族グループの全体的な態度が精神障害者の社会的自律性に対して消極的・否定的方向に傾斜しやすい構成になっていることがわかる。そこで先にグループ

間比較であげた質問群のうち、より一般的な精神障害者観といえる三つの質問、a「ほっておくとか何をするかわからない」、b「行動は全く理解できない」、c「自己管理をすることは望めない」について、“そう思う”と自律に対して否定・消極的構えになる回答をした比率を60歳以上の者に限って家族と市民を比較すると、質問aで55%対73%、質問bで46%対71%、質問cで42%対48%というように、明らかに家族の方が低い値を示すのである。つまり、グループ全体として家族は一般市民と類似の見解を示すが、それは家族グループの年齢構成が高いことに規定されて家族の意見が精神障害者に対して、より消極的見解がもたれやすくなっている結果であって、年齢をコントロールすれば、家族の態度は市民一般よりも許容的であるといえるのである。このことは先に触れた市民内部において、精神障害者との接触体験の有無が理解と許容度を規定するという事実と関連するといえそうである。してみれば、家族は精神障害者と最も接触度が高いから、その家族の理解や許容度は有識者と同等かそれよりも高くなってよいはずであるといえるかもしれない。しかしわれわれはそこまで楽観的にはなれない。精神病の家族内発病では、いわゆる「社会的偏見」に由来する重荷(たとえば前出の「人に知られるのは恥だ」)、先ゆきの不安から生ずる負担感(家族の悩みを問う質問への回答の最高は「将来の見通しの立たない不安」の56%であった)、もろにかぶる人間関係の緊張、などによって「被害感」をもたざるをえない状況に置かれているという側面も、家族の現実である。事実、精神障害者の社会的自律に対する消極的態度項目を尺度化して、家族の各種の困難感の訴えの程度(いわば心理的ストレス度)の尺度値との関連性(ピアソンの積率相関係数)をみると、0.29と有意なプラスの相関を示し、同様に自家の患者との心理的な共感の程度を測る尺度値との相関は-0.36といっそう高い負の相関を示すのである。精神障害者に対する家族の一般的態度は、患者を抱えているという個別的条件とも少なからず結びついていることは明らかである。こうして年齢構成や現実の負担を考慮に入

れば、家族の精神障害者に対する態度の市民との結果的な類似性は、むしろ家族がこの段階にとどまっているとみるべきものであろう。「1人あるいは仲間同志でアパートを借りて生活するのは危険」と市民と同じく家族も71%が答えているのも、問題発生の客観的可能性としてみているだけでなく、身内である患者に危険を犯させたくないという心配と、万一の場合に家族は何らかの形で責任を負わねばならないという重圧を感じている結果であることを考慮に入れて解釈される必要があるだろう。

障害者を現に扶養・保護している立場の家族グループに対しては、精神障害者の処遇について独自の質問をいくつか加えてあるが、これらに対する回答は自家の障害者（患者）の状態によっても規定されている。「患者さんは当面、どこに生活の基盤をおいたらよいかと思いますか」という設問の結果が表4である。入院中か外来かで明瞭な差がある。「この先患者さんの暮らしをたてる手立てを考えていますか」という質問への回答が表5である。本人自活を期待する割合に入院・外来で大きな開きがあり、入院群ではその分が生活保護と「わからない」にはねかえっている。それにしても、外来患者であっても自活を期待できるのは

表4 患者の生活基盤をどこに置くのがよいか
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 家族と共に暮らす	18.8	81.8	35.1
2. 病院で	50.0	0.8	37.3
3. 病院以外の施設で	26.7	10.2	22.4
4. 独立して一人で	2.6	6.6	3.6
5. 仲間と共に暮らす	1.9	0.6	1.6

表5 家族の考える患者(障害者)の暮らしの手立て
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 仕事をもって自活	26.5	44.0	30.9
2. 資産を残す	6.8	8.5	7.2
3. 年金	15.6	19.1	16.2
4. 生活保護	17.5	7.3	14.9
5. 残った家族に託す	12.3	10.3	11.8
6. その他	1.9	3.0	2.2
7. わからない	19.4	7.8	16.4

表6 家族の望む社会復帰促進のための施策(2項目選択)
(単位：%)

	入院群	外来群	合計
1. 一生そこで仕事や生活ができる病院以外の施設	61.7	38.2	55.8
2. 職業訓練や働く場の確保	32.5	41.2	34.7
3. 緊急時に即応できる精神科救急センター	30.3	28.1	29.7
4. 患者・家族に対する相談や援助の充実(電話相談など)	19.2	25.9	20.9
5. 障害者自身で励ましあうグループ(仲間)づくり	12.3	10.1	11.8
6. 在宅患者のいこいの場や生活訓練に通える施設	9.6	18.3	11.8
7. 患者・回復者の住む家やアパートを得やすくする方策	9.4	9.8	9.5
8. 保健所・病院職員による在宅患者の訪問指導	6.4	7.5	6.7

半数以下であり、「残った家族に託す」もどれほど確実な保証であるかはおぼつかないところであれば、「わからない」を含めて家族の悩みは深刻である。

社会復帰を促進するための施策の要望をまとめた表6についても精神障害の程度や置かれた条件の違いによってバリエーションは大きく、政策としても幅のある対応が求められるのである。

VI 今後の施策へ向けて

この調査結果を踏まえて、精神障害者の福祉施策を考えていく際の課題として以下の諸点をあげることができよう。

(1) 〔正当な「病者観」の普及活動〕

一般市民の多くが“精神障害”“精神病”を非日常的現象に限定しがちであったり、「病状があると社会生活ができない」と思いがちであったりする点から考えると、依然として普及活動はつづけられなければならない。

(2) 〔身体障害者と社会的に同様の意味合いで“障害”概念を構築し、表現を検討すること〕

「精神“障害”」の概念が疾病と“障害”を未整理のまま混然と含んでいる現状では、外部にイメージを伝えにくいし、対応システムを考えるうえでも混乱が生じやすい。

(3) 〔心身障害者対策基本法に「精神障害者」

を含めるためいっそうの理解を求めること]

有識者の多数が積極的に賛意を示している。この問題は、さらに課題を整理し理解の輪をひろげることが求められる。

(4) [働く場の具体化]

専門従事者の調査結果では“福祉工場(的機能)”についての有用性がきわめて高い比率で認められている。本来の意味での「福祉工場」の設置には、どのような人に対してどのようなものを用意すればよいかという問題の詰めが必要だが、類似の資源開発は積極的に進める時期にきていると考えられる。

(5) [自立困難者をめぐる問題の精密分析と「精神障害者」本人のニーズの把握]

「自活が困難と思われる“精神障害者”の今後の暮らしの手立て」「将来の生活の場」という深刻、困難な問題については、ひきつづき調査をひろげ、さらに精密に分析を加える必要がある。今回の調査でも家族のニーズが現実の困難度、活用できる資源の量・質などに影響されることが示されたが、背景となる地域差なども考慮に加える必要があり¹²⁾、さらには何よりも本人のニーズをどのようにして把握するかという問題も早急に検討をすすめる必要がある。

(6) [専門職と家族の対話活動のつみ重ねを工夫すること]

今回の調査で顕著に表われ、かつ注目しなければならないこととして、専門従事者と家族の間に横たわるいちじるしい認識のギャップがある。それは、おもに「精神障害者」の自律性を認めることについて表われているが、その理由の解明をすすめるとともに、たとえば、小規模共同作業所活動、共同住居活動など「問題共有の場」を通じて、ギャップを埋める作業を組立てる必要がある。

(7) [家族会活動の推進と「精神障害者」の自助活動の支援]

他のグループから共感する運動体の1位にあげられた家族会は、当然独自に発展しなければならないが、さらに今回の調査で各グループからその可能性を評価されている「精神障害」をもつ人たちの自助活動などについても、支援体制を明らか

にしていくことが求められる。

以上、まだ体系的な政策を考えるには距離があるが、精神障害者に対する社会福祉的施策の前進のために必要と思われる点をまとめた。はじめのところで「医療あって福祉なし」と記したが、精神障害者の「福祉」が政策的な位置づけをもってなされる必要のあることをある程度まで示しえたとすれば本稿の一応の目的は達せられたと思う。本稿では意識して触れなかったが、現に存するところの「精神医療」の側に問題の多いことはかなり広く知られている。その改善もぜひ必要なことであるが、われわれの考えでは、それを医療内部の問題としての努力だけでは解決していかない。精神障害者を福祉の対象として位置づけ施策を体系的に整備していくことが、医療のゆがみを正していく大きな基礎条件になってくると考えるのである。

近年ようやく、精神障害における「障害論」がとり上げられるようになってきた¹³⁾。これをいっそう深めることは、精神障害(者)と社会福祉の接点を確定していく基礎固めになると期待される。また、この調査のプロモーターであった全国精神障害者家族会連合会(全家連)では、続けて大規模な調査を実施中である¹⁴⁾。とりわけその中で、全国の各種の社会復帰プログラム(共同作業所、デイケアなど)に参加している精神障害者3,000名以上に対してアンケート調査することになったのは画期的なことといえよう。こうして家族のみならず、障害者自身も発言し、また社会保障や社会福祉政策の専門家の方々の参与も得ながら、精神障害者対策が新しい発展を遂げることを期待し、われわれも努力を続けたいと思う。

(注)

- 1) 宗像恒次『精神医療の社会学』弘文堂、144頁、1984年。
- 2) たとえば、加藤正明他「精神衛生並びに精神障害に対する認識および治療の態度に関する研究」『精神衛生研究』10号、1962年、山村道雄他「精神障害者に対する家族の態度調査」『精神医学』9(12)、1967年、進藤隆夫「精神障害に対する住民の意識態度」『公衆衛生』32(3)、1968年、Guido M. Crocetti et al. (加藤正明監訳)『偏見・スティグマ・精神病』星和書店、1978年。

- 3) 内閣広報室『精神衛生に関する世論調査』1971年。
 4) 岡上和雄「わが国の精神衛生行政, 精神障害者福祉」佐藤孝三他編『社会精神医学と精神衛生Ⅱ (現代精神医学大系23B)』中山書店, 1979年, 国立精神衛生研究所『精神衛生における地域の需給システムの実態把握と評価法の開発に関する研究』(特別研究報告書), 1982年。また, 精神障害者福祉を初めて体系的にとりあげ, 筆者らも参画した田村健二他編『精神障害者福祉』相川書房, 1982年, などを参照されたい。

- 5) Gilbert and Levinson の Custodial Mental Illness Ideology Scale (CMI), Cohen and Struening の Opinions about Mental Illness Scale (OMS), Baker and Schulberg の Community Mental Health Ideology Scale (CMHI) 等を検討し, 日本の実情に合わせて改変した。

- 6) 四つのグループに対する調査のサンプリングおよび実施状況は以下のとおりである。

一. 一般市民調査

母集団: 東京都23区在住の20歳以上70歳未満の男女

調査対象選択方法: 選挙区を抽出単位とした確率比例抽出法

調査方法: 郵送留め置き法 (回収は調査員が行なう)

回収状況: 1,000票配布し, 有効票759票

実施時期: 昭和58年1月

二. 精神衛生従事者調査

母集団:

1. 日本精神神経学会会員である医師
2. 日本精神科看護技術協会会員である看護婦等
3. 日本看護協会会員である保健婦
4. 全国精神衛生相談員会会員である精神衛生相談員等
5. 精神医学ソーシャルワーク協会会員である PSW
6. 作業療法士協会会員である OT

調査対象選択方法: 各会員名簿による, 個人を単位とした系統抽出法

調査方法: 配布, 回収ともに郵送

回収状況: 2,298票配布し, 有効票1,252票

実施期間: 昭和58年6~8月

三. 有識者調査

母集団: 各省庁設置の審議会所属の審議会委員

調査対象選択方法: 行政管理庁編『審議会総覧』(昭和58年版)からの有意抽出

調査方法: 配布, 回収ともに郵送

回収状況: 1,005票配布し, 有効票287票

実施時期: 昭和58年3月

四. 精神障害者家族調査

母集団: 大阪府所在48病院で受療中の精神分裂病及び非定型精神病患者の家族

調査対象選択方法: 大阪府・大阪府精神病院

協会・大阪府家族連合会の協力を得て昭和58年6月末現在在院中の者の4分の1, 同月中に受診した外来患者の10分の1を無作為抽出

調査方法: 配布, 回収とも諸施設に依頼

回収状況: 3,770票配布し, 有効票1,587票

実施時期: 昭和58年10月

- 7) 提示された分裂病およびうつ病の想定例は以下のようである。

問 6 あなたの知っている人で次の(イ), (ロ)で述べているような人がいたとしたら, その人についてあなたはどう思われますか。(イ), (ロ)のそれぞれについてお答え下さい。

(イ) 【第1例】 三郎さんという人がいます。大分前からひどく疑い深くなり, 誰も信用できず, すべての人が自分のいうことに反対していると思いこんでいます。町を歩く知らない人までが自分のうわさをしたり, あとをつけて来ると感じる場合があります。この前も自分の悪口をいうという見ず知らずの人をなぐってしまったことがありました。またこの前の夜は妻が他人と同様, 自分をワナにかけようとしているという, ひどくののしった上, 妻をなぐり殺すぞとおどかしたということです。

(ロ) 【第2例】 山本氏はふだんは元気のよい人です。しかし, 3ヶ月ぐらい前から眠りが浅くなり, 朝起きたり勤めに出るのがおっくうになり, その頃から職場でも仕事はかどらなくなりました。奥さんの話ですと, 過去の些細な失敗を次々に思い出しては自分自身を責め, うつうつしたり, いらいらしていることが多く, 生きる希望がないと, めっきり元気がなくなったとのことです。少し前人間ドックで体の方の詳しい検査を受けましたが異常はありませんでした。

- 7) 専門従事者調査については, 前記の報告書において, 宗像恒次(国立精神衛生研究所)と稲岡文昭(国立公衆衛生院)が共同で詳細な検討を加えている。また宗像は市民調査と専門従事者調査を用いて「精神障害に対する社会的態度」(宗像恒次『精神医療の社会学』弘文堂, 1984年所収)をまとめている。

- 9) 市民調査および有識者調査については, 和田修一(国立精神衛生研究所)と平岡公一(社会保障研究所, 現明治学院大学)が共同で前記報告書において検討を加えている。

- 10) 以下のような甲乙で対立する意見を六つ提示して, その選択結果を尺度化した。

問 今後10年間のわが国の福祉対策の方向を考えたとき, 次のような対立する意見があります。各々について, あなたの意見は甲・乙どちらの意見により近いですか。1つだけ選んで○を付けてください。

甲 「福祉対策は, 生活困窮者や障害のある人を中心に援助を行なうべきである。」

乙 「福祉対策は、全ての市民のニーズに応えられるようにすべきである。」

- 11) 家族調査については前記報告書において石原および大島巖（東京大学医学部保健学科大学院）がまとめている。
- 12) 国立精神衛生研究所が実施した熊本県と宮城県における全県的な家族調査は多くの項目が今回の大阪府での家族調査に対応しており、われわれは現在3府県での比較分析に着手している。石原邦雄「精神病長期療養者の家族に関する二地域調査」『精神衛生資料』25号，1982年。
- 13) 蜂矢英彦「精神障害者論試論——精神科リハビリテーションの現場からの一提言」『臨床精神医学』10巻，1653-1661頁，1981年，安藤三郎ほか「精神疾患における疾患と障害」『神奈川県精神医学会誌』34巻，89-96頁，1984年，台 弘「慢性分裂病と障害概念」『臨床精神医学』14巻，737-742頁，1985年。

- 14) 全家連組織創立20周年記念事業の一環として4本の調査を実施中である。①全国家族会員の無作為標本1万5000名のアンケート調査，②全国の単位家族会約800の組織形態と活動状況の全数調査，③全国の各種社会復帰プログラムに参加している精神障害者3,000名以上のアンケート調査，④全国の保健所を通しての各地域の社会資源の状況調査。

なお，全家連ではこれらと並行して，全家連社会福祉問題研究会において，社会福祉学者，精神医療従事者（医師，ワーカー）らとの共同作業により，『精神障害者の社会福祉対策への提言』（ぜんかれん号外，1985年）を発表している。

（おかがみ・かずお

国立精神衛生研究所社会復帰相談部長）

（いしはら・くにお 東京都立大学人文学部助教授・
国立精神衛生研究所客員研究員）