

論文

次社会における精神保健と コミュニティ・コモンズの生成

緒方由紀

〔抄録〕

精神保健医療福祉システムの次社会のあるべき姿を検討していくにあたり、現在日本では開かれた社会、つまり地域共生社会をめざした制度改革がすすめられているものの、実際はある種の危うさを孕んだ過渡的社会である。そうした現状を本稿では地域の囲い込みと新アサイラム的課題として抽出し、コミュニティ・コモンズの生成に向けて、いくつかの議論にふれながら論じた。

最新の精神保健福祉法等の改正では、メンタルヘルスに課題を抱えた人への地域での支援に関する条文が追加された。精神保健領域において支援が必要な対象を制度上広げていくことは、精神科医療の枠にとどまらない。ともすればかつてアサイラムと称された全制的施設の特徴を備えた管理体制が、地域の中に新たな姿としてつくられていくことにシフトしかねない危惧がある。そうした支援の名目での新たな囲い込みは、問題を抱えた人を対象化し、専門職による介入的側面が焦点化されがちである。さらに示唆されるのは市民として生きることからの排除の可能性である。

他方、その時代と社会情勢を映す形でメンタルヘルスの問題は次々と浮かび上がり、人々の生活、生活の場であるコミュニティなどの社会関係もそれら影響を受ける。地域サイドでは、これまで以上にさまざまな地域課題に直面し、独自の対応を模索することや固有の地域づくりが求められることになる。

これらを踏まえ、地域課題にかかわる人、組織、団体がコミュニティの構成と運営をいかに自明のものとするのか、ひとつに地域の中での回復コミュニティを形成していくプロセスに、社会的共有材としてのコミュニティ・コモンズ概念やメンタルヘルスリテラシーの向上があげられることを確認し、次なる社会への議論の方向性を示した。

キーワード：精神保健、コミュニティ・コモンズ、新アサイラム、臨床論と制度政策との相克

はじめに 地域移行をめぐる次社会への射程

筆者らは、国、地域で急速に進む脱制度化というシステム移行の検証の中で、医療モデルから福祉モデルへの拡大が、国による違いを見せつつも「脱制度化・脱施設化」とともに進んでいくことをイタリアやアメリカの取り組みをとおして確認してきた。ウォーラーステインをはじめ多くの人々が指摘するように、1968年を資本主義社会の構造的危機の始まりとする歴史の変動を基礎とした、そのもとでの精神保健福祉システムの変動をこの領域におけるパラダイムシフトとし、国際的・地域的な変動との比較方法として整理をしてきた（岡村 2020）。

そして、精神保健医療福祉領域を起点に、新しい次社会のシステムとして「多元的循環型社会」という提案をおこなった¹⁾。その一つに後期近代を構築するものとして、様々な領域における生活の改善と共に、その基底を形作る新しいシステムについて言及した。関連して、近代の脱施設化という政策・制度の動向を、1950年代からのノーマライゼーションや1960年代の精神科医療における地域移行の文脈に加えて、近代社会の方法として「福祉国家」の構築が、必然的に作り出されてきたという立場からの言及（高村 2017）や、それゆえに医師を含む専門職性としての多様な職業的機能、各々の立ち位置の分析が可能となり、さらなる論を展開する必要性を確認した。

続いて筆者が、上記研究プロジェクトのなかで注目したのは、本人不在の問題である。精神障害者が一人の市民として地域でごくあたりまえの生活を送るために、本人が存在する多様な「場」において、わが国の法制度やコミュニティが、自らが語る機会を確保してこなかったことを検証してきた（緒方 2023, 2019 他）。言い換えると、精神障害者が権利の主体として尊重され、ごくひとりの市民として「暮らしの場と質」を確保するための日本の制度設計が「本人の声」を聴くことに拒否的であったとすることができる。それが度重なる精神科病院での入院患者への虐待事件など精神科医療における患者の権利擁護のとりくみの背景でもある。さらに、2022年9月国連障害者権利委員会リポートにおける精神科医療制度、地域移行に関する日本政府への勧告内容²⁾を、国際的基準と比較し障害児者政策の現状をどのように受け止めるのか、各機関、団体での議論および検証が必要となっている。また委員会レポートでは、改善に向けた人権モデルの提唱、さらに地域社会における支援およびサービス提供の確保のために既存の評価形態を見直すことを要請しており、国として今後の方針を示すことが問われている³⁾。

このように、次社会のアプローチの検証をすすめるにあたり、制度政策ならびに実践の歴史と現実を踏まえた現時点での課題を次のようにとらえている。また、これまでの研究と今後の課題を図式化したものが図 1-1, 2 である。

i 地域移行の新アサイラム化と地域コミュニティの運営

現在日本でも障害者総合支援法のもと進みつつある脱施設化と地域移行は、医療モデルから社会福祉モデルへの推移といわれるが、実は地域社会における「セパレート・パラレル・トラック（分離された並行行路：separate parallel track）」⁴⁾の形成に傾斜していると言い換えることはできないであろうか。

あるいは、かつてゴッフマンは著書「アサイラム」⁵⁾の中で、全制的施設の有する特色として、そこで雇用されている専門的職員の自己像に支持を与えること、さらに精神病患者はというと「自分に与えられた場所を受け容れていることを示さなくてはならない」と指摘した（ゴッフマン 1993: 388-389）。他人への服従と一人の人間の個人的適応がシステムティックに混同されることが、病院によって支持されている（ゴッフマン 1993: 388）。専門職がアサイラムの構成要素に無自覚に組み込まれてしまう現実、今も変わっていないのではないだろうか。それでも、当事者本人が地域生活を送る市民であり、ひとりの生活者であること、医療を使いながらも患者役割から解き放たれることを社会的関係のなかで、関係者、専門職も実感できるようにすることが必要である。そうでなければそれぞれの役割や責任が曖昧なまま、市民や当事者不在で地域の管理体制がつかられていく危険性があるとも言えるからである。箱モノとしての施設と比較して、地域というコミュニティ空間は際限なく拡がりを持ち、居住、労働、教育ほか多様な立場からの参加者が存在する。それゆえ地域課題やテーマもさまざま、それぞれが活動する空間コミュニティを運営していくために、参加者相互の承認の方法やルールづくりなどが求められている。次社会の構想に関する検討としてコミュニティにおける「生きる形態の多様性の承認の形成」と言い換えができるであろう。

ii 精神保健の課題の変遷と地域コミュニティ

こうした次社会では、従来の医療モデルにおける障害の概念ではなく『変動を伴う「病としての障害」』という概念の導入が必要である。精神の病からの回復（リカバリー）という目標に関しては、地域における「棲む」ことの多様性ととともに、どのような形態であれ基本的には本人の承認が必要になる。しかしこのシステムは長期にわたって、その運営に当事者の意思の確認を疎かにし、必要条件にしてこなかった事実としての歴史をもっている。精神疾患はその発症から治癒に至るまでかなり複雑かつ多様で重層的な経過があることを想定しなければならない。しかも一般に考えられている以上に発病の前段階で発症に至らずに済む場合や、寛解境界期を乗り越えられず繰り返す危機と共に、慢性化にとどまる場合も少なからず見受けられる（松本 2022）。そうした現実を前に精神保健の対象とは、診断や治療、介入がなされる場合だけではない。コミュニティで生きづらさを抱えながら生活を送っている人たちの中には、不安定さや脆弱さにより、メンタル上の問題が表出することもありえる。

そこで、本稿の中心となる問いは、地域コミュニティの運営に対する重要性が言われ続け、

精神保健医療福祉システムの歴史的推移と国際状況

この領域は国際的には変形しつつも明らかにひとつの方向に移行しつつある。勿論、その動向と現状には時間的違いや概要の変形等が認められるも、現状にはそれぞれの共通と相違がある。

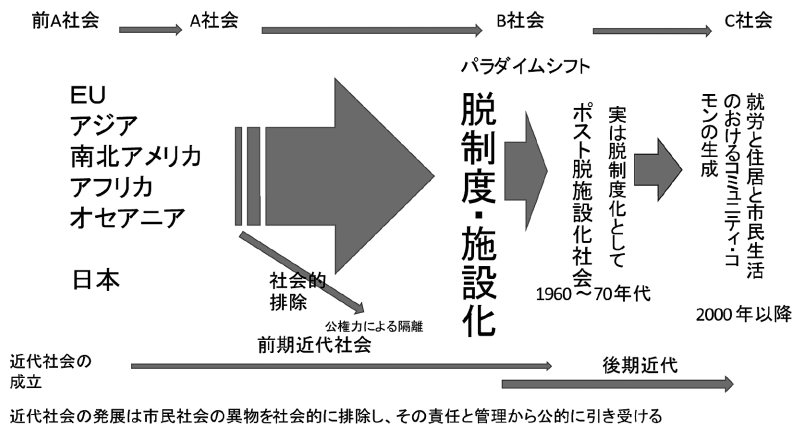


図 1-1

システムの移転・パラダイムシフト
生きる場所とその質

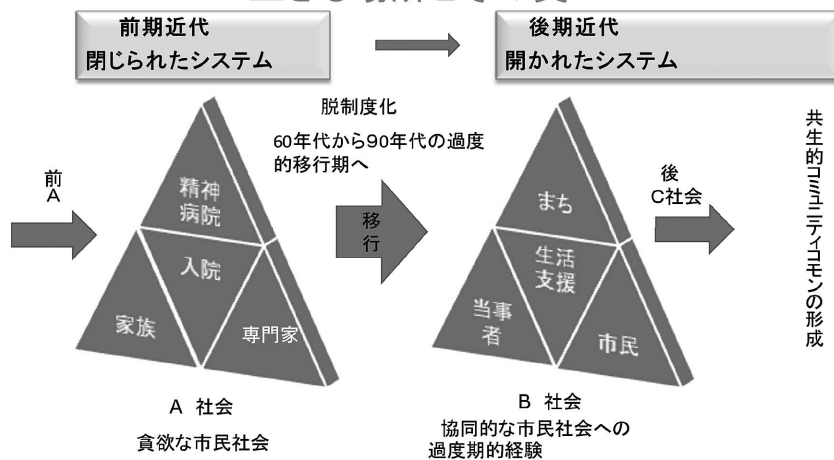


図 1-2

出所：図 - 1, 2 とも岡村（2013）p67 をもとに筆者改変

市民的関心が高いにもかかわらず、なぜ、その中に精神保健の問題が共通のものとして、実際の地域課題やとりくむべきテーマとなりにくいのであろうか、という点である。精神保健は誰にとっても身近なテーマであるが、個別的なことととられがちで、地域コミュニティでは、自分たちの問題としてとりあげにくい側面がある。しかし、認知症の人々の生活を地域で見守り、サポート体制がつくられてきているように、老いに対する社会的な受け止めおよび地域のとりくみの必要性が認知されていくことと、精神保健の問題は別の位置にあるわけではない。こう

した状態を打破するために、上記課題 i と ii と関連して最近の動向を整理し、精神保健の課題が、地域コミュニティづくりにおいて重要な課題と重なることをコモンズ概念を手掛かりに検証をおこなう。

1. 地域をめぐる議論の変遷

(1) 地域自治(ガバナンス)の課題と地域精神保健への関心の乖離

地域精神保健の課題を検討するにあたって、保健所、精神保健福祉センター、公立精神科病院、公立病院の精神科など公的機関の役割を外すことはできない。しかし住民にとって身近な基礎自治体である市町村の役割もまた重要であることに間違いはない(緒方 2005)。従来精神障害者や家族の主たる相談機関は、地域保健法にもとづく都道府県設置の保健所であった。障害者総合支援法施行以降、障害福祉サービス提供のしくみをつくる役割が基礎自治体にあることが明示され、障害福祉計画等行政計画のなかで、障害福祉の理念が指標化とともに反映させていくことが求められるようになってきた。しかしながら、1960年代後半から民間精神科病院が主として精神障害者の支援を担ってきたことからすると、精神障害者の地域生活を支える国、都道府県、市町村、それぞれの役割がどこにあるのか、とりわけ市町村の公的責任という点の認識が不足していたと言わざるを得ない(緒方 2023)。一方で地域保健、社会福祉にとどまらず、市町村のまちづくり政策とはどのようなものであったのであろうか。

本章では、まずまちづくりをめぐる国内の議論の経過として、1990年代後半から、地方分権推進とともに地域コミュニティの活性化が重要視されるようになるまでの経過を概略的にまとめる。そして現在、地域コミュニティ内の自治が叫ばれている中、どのような地域課題のテーマがあげられるのか、整理を行う。

① 地方自治体によるまちづくりから生活空間のエリアマネジメント

自治体のまちづくり政策とえば、土地利用と整備について定めた「改正都市計画法(昭和43年法律第100号)」・「中心市街地活性化法(平成10年法律第92号)」・「大規模小売店舗立地法(大店立地法)(平成10年法律第91号)」、といったいわゆるまちづくり3法があげられる。その後平成14(2002)年の改正都市計画法では「都市計画の提案制度」が設けられ、それまで都市計画の決定・変更の発議は、行政のみであったのが、地権者やNPO等にも認められるようになった。一方で、人口減少と高齢化といった近い将来にわたる構造的課題に加え、自然災害に対応できる都市のありかたや、都市の機能を維持し、持続的な都市生活を可能にするための「コンパクト都市」構想など、都市マネジメントの考え方が提唱されるようになってきた。例えば、2006年国土交通省の社会資本整備審議会の「新しい時代に対応した都市計画はいかにあるべきか(第一次答申)」、「人口減少等社会における市街地の再編に対応した建築

物整備のあり方について」という2つの答申において、インフラ整備や土地利用コントロール等を通じて都市の姿形を整えるだけでなく、もてる資源を最大限活用して都市機能を高めることの必要性が述べられている。

こうした流れを受け、自治体が地域を運営する主体との協働により、広くまちづくりを推進するという方向性が打ち出されることとなった。その一つが生活空間としての「エリアマネジメント」の登場であろう。民間の団体や事業者が、公共的な施設・空間の管理運営を単独あるいは行政と連携して担うことが期待されるようになる。同時に、建物の老朽化や人口減少が進み、管理・運営以外に、更新、再編、用途転換、さらには廃止も含めた対応が求められるようになる。公共的空間や建物をいかにマネジメントしていくのか、それらにかかる人材育成や組織化、財政基盤、地域間の連携など、1990年後半から2000年代はじめエリアマネジメントの体制整備が、自治体のまちづくりの一課題であったことがうかがえる。その中で「地域を運営する主体」の1つが「まちづくり協議会」であった。まちづくり協議会は地域課題の解決にあたる諸主体（自治会町内会、NPO、企業等）のネットワークやプラットフォームを形成する場としての役割を期待されていた。その活動拠点として「まちづくりセンター」の設置、あるいは自治基本条例やまちづくり条例に、まちづくり協議会を位置づける自治体もあった。

福祉との関連では、1994年ハートビル法（高齢者や身体障害者にも利用しやすい、特定建築物の建築の促進に関する法律）、2000年交通バリアフリー法（高齢者、身体障害者等の公共交通機関を利用した移動の円滑化の促進に関する法律）が成立し、その後2006年にバリアフリー新法（高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律）へと引き継がれていく。その間自治体は、公共公益施設や住宅等が、高齢者・障害者等にとって安全かつ快適に利用できるものとなるよう整備基準を定めて規制・誘導等を行う「福祉のまちづくり条例」を制定し、福祉の推進がまちづくり政策の主要な課題として位置づけられることとなった。

②まちづくり条例と発展プロセス

こうした自治体によるまちづくり条例は1980年代以降に本格化している。まちづくり条例の起源といわれるのは、歴史的景観の保全を目的に制定された「金沢市伝統景観保全条例」、
「倉敷市伝統美観保存条例」の2つであり、いずれも1968年まで遡る。当時は高度成長期で、公害問題の発生、歴史的景観の破壊等に対する住民運動が活発化した時代でもあった。

そもそもまちづくり条例は、自治体が市民ニーズや社会の動きを吸い上げながら、地区レベルの計画策定、開発協議の手続き、まちづくり活動の支援等に関する独自のしくみを創造するといった機能を有するものである。都市計画が自治事務化された2000年以降は、まちづくり条例に自治体の都市計画に関わる事項が体系的に位置づけられるなど、条例に定める内容が質、量ともに拡大した。秋田（2008）は、1970年代から2000年代初期までの年代別のまちづくり条例制定動向の分析を行い、「市民運動との連動性」や「まちづくり条例を通じた公共

性の獲得」の観点から考察を行っている(表1)。

このように、まちづくり条例は、土地利用を中心としたまちづくりの時代としての特色を確認することができる。同時に、まちづくり全般における自治体の立ち位置も条例の変遷から把握することが可能である。さらに1990年代後半以後、住民のまちづくりへの「参画」と、行政との「協働」は、自治体の計画策定においても欠かすことのできない手法となっていた。そ

表1 代表的なまちづくり関連条例の系譜(1970年代~2000年初期)

年代	自治体条例名	内容	特色など
1970年代	京都市市街地景観条例(1973) 神戸市都市景観条例(1978)	大都市の景観保全 1980年代のまちづくり条例の骨格となる協議会の設定、助成制度の採用	
1980年代	神戸市地区計画及びまちづくり協定に関する条例(1981) 世田谷区街づくり条例(1982)	地区レベルでのまちづくりのしくみを定めた自主条例の一部に、地区計画の策定手続きに関する委任状例を位置付けている。 協議会設定、助成制度あり。行政主導の住環境整備に主眼	1970年代板宿、丸山、真野地区等でのまちづくり運動の経験が活かされ、活動を制度化。本条例の目的は「住民等の参加による住みよいまちづくりの推進」 本条例の目的「安全ですみよい市街地の整備を推進」 ハード整備に特化
1990年代	真鶴町まちづくり条例(1994) 穂高町まちづくり条例(1999) 神戸市人と自然との共生ゾーンの指定等に関する条例	全域レベルのゾーニングをベースとする。 地区レベルのゾーニングをベースとする。 開発コントロール型の条例	バブル期の土地利用の混乱を受けて制定されたコントロール型条例
1990年代	豊中市まちづくり条例(1993) 世田谷区街づくり条例(1995改正) 鎌倉市まちづくり条例(1995) 三鷹市まちづくり条例(1996) 大和市みんなの街づくり条例(1998)	協議会や市民によるまちづくり活動の支援、協議会設立段階に支援を行うことができる まちづくり活動支援団体への助成、情報提供、専門家派遣費用や計画策定費用の助成 「住民参画」がキーワード まちづくりに参加する権利と責任をうたう	既成市街地における地区レベルの計画策定を主に行う 協議会の認定制度を廃止し、地区レベルの計画の提案主体として地区住民等と協議会を並列に位置づけ 1990年代半ばまでは住民参加をうたうものが主流。 まちづくり分野への住民参加の技術(ワークショップ、アウトリーチなど)が進展。
2000年初期	江江市まちづくり条例(2003) 国分寺市まちづくり条例(2004) 練馬区まちづくり条例(2005)	「協働」がキーワード 「協働と共治」がキーワード テーマ型まちづくりが取り入れられている。 自治体の都市計画をまちづくり条例にて体系化	1990年代後半からこれまでの白地地域の開発コントロール型の条例に採用されてきた開発協議、不服申立て手続きが、条例の中に採用されるようになる。 都市計画が自治事務となったことも影響

出所：秋田(2008)37-41をもとに筆者作成。

の時代背景には 1995 年阪神淡路大震災後のボランティアの台頭と 1998 年 NPO 法（特定非営利活動促進法）の成立があげられる。さらにまちづくり活動では、身近な環境、福祉、子育てといった住民ニーズに端を発したテーマ型のものが生まれ、やがてグループや組織の運営、連携を支援する中間支援のとりくみにも注目があつまようになってきた。

③行政との協働と住民自治

2000 年代になると、自治基本条例や協働のまちづくり推進条例など、まちづくりにおける市民と行政、事業者の役割や責任を明文化した条例が制定されるようになってくる。

2003 年 11 月「今後の地方自治制度のあり方に関する答申」（第 27 次地方制度調査会答申）では、「基礎自治体の一定の区域を単位とし、住民自治の強化や行政と住民との協働の推進などを目的とする組織として、地域自治組織を基礎自治体の判断によって設置できること」と提案がなされた。それを踏まえ、2004 年自治法改正（平成 16 年 5 月 26 日公布）により「地域自治区」が規定されることとなった。また、2005 年施行の「市町村の合併の特例等に関する法律（合併特例法）」（平成 16 年法律第 59 号）では、合併による地域自治区の特例のほか、時限的に合併特例区制度が導入された。市町村合併が進み、合併特例区を採用する自治体は増加したものの、地域自治区を採用する自治体は多くなかった。むしろこうした制度とは別に、都市内分権、地域内分権のしくみを独自に構築し、地域単位でその地域の自治を担う住民参加組織がつけられるようにもなった。

人口減少社会において、地域社会を維持するうえでも、ローカルガバナンス（地域統治）のしくみを構築していくことは地域づくりの必須の課題である。当然のことながら、ガバナンスの推進主体となる組織に対する権限や権能の配分、付与を図る動きは、今後もそれぞれの地域に応じた展開がなされていくことになるであろう⁶⁾。

ここまでまちづくり政策の動向を部分的であるものの、ひとつは都市マネジメントからエリアマネジメントの流れ、二つ目に、地域自治のしくみと運営組織が課題となってきたことを確認した。続いて、本稿のもう一つのテーマである精神保健と地域課題との関連について把握する。

2. メンタルヘルスが抱える課題と精神保健

ここでは、地域で包括的な支援体制の構築が重要なテーマとなっている現在、なぜ地域と精神保健の関連を考える必要があるのか、あらためて整理を試みる。時代と社会情勢を映す形でメンタルヘルスの問題は次々と浮かび上がり、人々の生活、生活の場であるコミュニティなどの社会関係もそれら影響を受ける。前章で確認したように、地域サイドではこれまで以上にさまざまな地域課題に直面し、独自の対応を模索することや固有の地域づくりが求められること

になる。

住居、教育、就労など生活の基盤において、健康は切り離せない要素であり、メンタルヘルスはその延長線上にある。とりわけ個人が、家族、地域、コミュニティといったそれぞれの生きる社会のなかでさまざまな関係性をつくることは、人生の豊かさに通じるものである。しかしこれまで地域での精神保健の問題、一例として依存や逸脱などは、特別な問題として、専門職の介入が必要であるとみなされ、医療や保健行政、司法、警察につなぐことが解決とされてきた側面がある。しかし日常生活のストレスにおいて、またライフステージ上、起こり得る不安定な状況や精神の不調は、非常に身近な問題である。そこでの問題を個人のそれとしてではなく、地域の中で受けていく方策が検討される必要がある。

まず、最近の精神保健の動向として、メンタルヘルスに課題を抱えた人を対象とした関連法制度の改正内容を簡単に取り上げ、そうした法制度だけではメンタルヘルスと地域のありようを語ることはできないことを具体的に示していきたい。

(1) 地域精神保健と相談支援体制

令和4(2022)年10月、第210回国会(令和4年臨時会)に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律案」いわゆる東ね法案が提出され、同年12月10日に成立した(令和4年法律第104号)。

今回の障害者総合支援法をはじめとする法改正全体の趣旨は、障害者や難病患者等が地域や職場で生きがいや役割をもち、医療、福祉、雇用等の各分野の支援を受けながら、その人らしく安心して暮らすことができる体制の構築を目指すとされている。

今回、精神保健福祉法も改正がなされた。精神保健福祉法第一条目的において「この法律は、障害者基本法(昭和四十五年法律第八十四号)の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その医療及び保護を行い」とあり(下線筆者)、これまで精神障害者が「医療および保護される存在」であったのが、権利擁護がつけ加えられた。主な改正事項は、医療保護入院制度の見直し、入院者訪問支援事業の創設、精神科病院における虐待についての通報義務等に関するものである。

同法は、その成立過程からも精神科医療の利用手続きに関する条文が多くを占めてきている。今回の法の目的「精神障害者の権利擁護を図る」は、医療を提供する側、精神障害者を支援する側がより適正な手続きを重ねることに留まっている(入院措置を行う患者への告知について、患者本人だけでなくその家族にも告知する。従来からの「入院措置を採ること」「退院請求に関すること」に加えて、「入院措置を採る理由」も告知する等)。言い換えると、精神科医療を必要とする精神障害者は、疾病と治療の枠組みにおいて保護される存在と対象化されており、その権利を侵害しないための施策を講じていくというのが精神保健福祉法の現状であり、精神障害者の社会的な権利を本法だけで追求することには限界があるといえよう⁷⁾。

なお今般の改正では、新たにメンタルヘルスに課題を抱えた人を相談支援の対象として位置付けている。法改正の柱の1つの「障害者等の地域生活の支援体制の充実」のなかに、障害者総合支援法とともに精神保健福祉法の改正が含まれている。その一つが、障害者が安心して地域生活を送ることができるよう、地域の相談支援の中核的役割を担う基幹相談支援センターおよび緊急時の対応や施設等からの地域移行の推進を担う地域生活支援拠点等の整備を市町村の努力義務としたことである（障害者総合支援法第77条、77条の2等）。精神保健福祉法では、第46条（精神障害者等に対する包括的支援の確保）が該当し、日常生活を営む上で精神保健に関する課題を抱える者（厚生労働省令で定める）に対し、市町村等が実施する精神保健に関する相談のなかで、保健、医療、福祉、住まい、就労⁸⁾その他の適切な支援が包括的に確保されることを旨として相談・援助を行うことができるとした⁹⁾。つまり、住民にとって身近な市町村が、保健・医療・福祉の相談支援体制の整備をおこなうことをあらためて求めていることがわかる。

実際、市町村の窓口では、精神保健の課題を抱えているケースへの対応が少なくないことが予想される。あるいは福祉関係の部署での虐待、生活困窮者支援・生活保護、母子保健・子育て支援といった業務においても、問題の背景に精神保健の課題を抱えていたり、複合的な課題への支援ニーズに直面しているという現実もあるであろう。ただ、従来地域保健に関する精神保健業務は、市町村の直接業務ではなく、都道府県、政令指定都市、保健所政令市が実施主体であった。それらと関連し、改正精神保健福祉法第48条の3において、「都道府県は、市町村（保健所を設置する市を除く）の求めに応じ、第47条第4項及び第5項の規定により当該市町村が行う業務の実施に関し、その設置する精神保健福祉センター及び保健所による技術的事項についての協力その他当該市町村に対する必要な援助を行うように努めなければならない」としている。現実化市町村ごとに人口規模が異なり、さらにそれらに応じた職員体制となっていることから、どの部局でどのように担当職員を配置し相談体制を構築していくのかまさに現実の課題となっている。

そうしたなか、2023（令和5）年2月に厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部、精神・障害保健課を事務局とする「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討会」が開始され、同年9月に報告書が公表された。そのなかで、「市町村の精神保健にかかる相談支援体制の整備」と「相談支援を担う人材の育成」の2つの柱に分け、課題と今後の方策がまとめられている（図2）。

「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」報告書(令和5年9月22日)(概要)

背景

- 令和4年12月に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律」が成立し、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)第46条において、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象にできるようにするとともに、これらの者の心身の状態に応じた適切な支援の包括的な確保を旨とすることを明確化するための規定が新設された。
- こうした動向を踏まえ、今後の市町村における精神保健に係る相談支援体制整備を推進するため、令和5年2月に本検討チームを立ち上げ議論を重ね、本年9月に報告書としてとりまとめた。

概要

市町村における精神保健に係る相談支援体制の整備

【現状及び課題】

- ・8割以上の市町村が、自殺対策、虐待、生活保護、介護等の各分野において、精神保健に関する相談に対応。
- ・重層的支援体制整備事業を活用する市町村は増えたが、福祉部局と保健部局との連携が不十分な中で、相談窓口の設置が行われることで、支援の引き受け手を探すのに苦労。
- ・特に専門職の配置がない小規模の自治体では、事務職が相談を受け、適切な支援につながらないこともある。
- ・専門の相談窓口や専門職の配置は、複合的課題を専門職が抱えこまざるを得ない等により、職員の孤立や支援の停滞の課題が生じることがある。

市町村において精神保健に係る相談支援を担う人材の育成

【現状及び課題】

- ・財政や人員の制約等により継続して専門性を研鑽する体制や、組織として専門職を育てる文化の醸成、理解等が十分ではない。
- ・精神保健の担当以外の部門で相談を受けた場合、適切な支援につながらないことがある。
- ・精神保健福祉相談員として育成しても、専門以外の業務への従事により、専門職としての知識や技術を有効に活用できない場合もある。
- ・保健所の精神保健相談員による市町村支援も近年少なく、保健所等もコロナ対応で疲弊し、新任期の保健師が地域保健の経験を積み上げられない。

【方策】

- ◆相談支援で行われる「受けとめ」、「気づき」、「アセスメント」、「プランの立案及び実行」、「連携及び調整」の5つの機能を体制に位置づけるため、厚生労働科学研究班が類型化した横断的連携体制のイメージ図を、特に、保健所設置市以外の市町村の参考となるよう提示。
- ◆市町村の窓口に加え、アウトリーチ等によっても住民ニーズに気づき、相談を確実に適切な支援につなげ、医療も含めた課題を解決できるようにするため、保健師等の確保や相談支援部門への配置を進める等、保健の軸を作る必要。
- ◆体制整備のため、首長や管理職の理解を得るとともに、市町村単独ではなく、当事者及び家族の声を聞くこと、精神科医療機関の協力を得ること、保健所や精神保健福祉センターからのバックアップを受けることや、都道府県と連携して国の既存事業を活用することも有効。

【方策】

- ◆基本的に専門職が否かに関わらず、精神保健に関する知識等の水準引き上げ、潜在ニーズに気づく力を備えるため、研修等が必要。
- ◆相談支援に携わる人材の育成策を機能別に三層に整理。
 - ・「ニーズに気づく職員」には、心のサポーター養成研修等や、精神保健福祉相談員の講習に含まれる基礎的事項等の一部を受講推奨。
 - ・「精神保健部門で相談支援を主に担う専門職」には、保健師以外の専門職も含め、精神保健福祉相談員の講習受講の推進や、組織として技術の継承も含めた計画的な育成や複数配置等の工夫。
 - ・「庁内で推進力を発揮する専門職」には、戦略的かつ計画的な人事異動等による育成。

図2

ここまで、今般の障害者総合支援法、精神保健福祉法関連の改正内容から、従来の精神障害者を対象とした支援の充実だけではなく、市町村の相談体制整備が実践課題となっていることを確認した。市町村の相談支援にメンタルヘルスの課題を抱えた人への支援を含むことになったとはいえ、医療機関、保健所、精神保健福祉センターの精神保健業務そのものが移行するわけではない。なおも治療やリハビリ、回復プログラムは臨床実践的課題であるだけでなく、当然ながら診療報酬を含む制度上の問題も存在する。むしろ現在求められるのは、棲み分けとしての市町村の精神保健相談の具体的な支援イメージを描く事であろう。そのヒントとなるのが、図3の生活支援をベースにした精神保健相談体系である。地域での生活には、医療、介護、福祉、教育等々相互の連携が、それぞれの専門職により形成されていく側面がある。しかし精神保健の課題をかかえていると思われる人への支援は、本人自らが助けを求めないインボランタリーな場合など、ニーズを対象化することは容易ではない。どのように問題が可視化され、課題を抱えた人と誰が会っていくのか、相談場面にあがってくるまでのプロセスも重視される必要がある。ともすれば地域の精神保健の相談に対して、地域側の困りごととして医療や福祉サービスに即つなげることを意図した体制づくりとなることも想定される。

先述の精神保健福祉法が精神科医療、とりわけ入院手続きをめぐる変更をかさねてきた過程において、地域移行と受け入れの問題(家族の受け入れ、社会資源の少なさ)が衝突することを

たびたび経験している。そこには精神疾患を理由に、地域で生活することができないのは仕方のないことと、社会や関係者間においてあきらめてきたところもあった。さらに今後もまた地域で、精神保健の課題を抱えた人を対象化し、地域で管理体制を強化することに舵を切れれば、困難を抱えた人と生活することはあたりまえではなくなり、生活の場を選ぶ権利が失われても仕方がないことになりかねない。そうなれば、メンタルヘルスは、誰にとっても共通の問題ではなくなってしまう。地域の中でクローズアップされている、例えば家族ケアとケアラー、暴力、依存、トラウマなどの問題は、相談としてあがってくるまでの時間や、その後の対応も一様ではない。むしろ地域で発生する問題を構造的にとらえ受けとめるための方策が必要である。社会はこうした問題をどのように負うことができるのか。続いて次節では社会モデルの中で議論をすすめていくことを問うていく。

市町村における「精神保健」の相談と生活支援

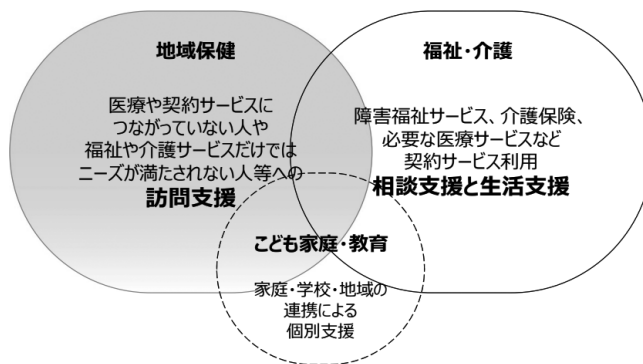


図3 市町村における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するための研修
令和5年1月20日資料¹⁰⁾

(2) 精神保健の地域化の課題 イタリアの経験を例に

地域精神保健の推進には、専門分化だけでなく、メンタルヘルス上の困難を地域の課題として地域で受けとめていくことでもある。ここでは地域で精神保健を推進していくための方法を考えるにあたり、イタリアの経験と課題について検証する。

日本では精神科病院を法制度上廃止したイタリアの改革（法180号、通称バザーリア法）について関心が非常に高い。しかしイタリアの総合病院内の精神科病棟（SPDC¹¹⁾：診断と治療のための精神科サービス）に入院経験のある当事者の手記では「理想郷は存在しない。私にはここが合っているというような場所があるだけです」（Honoka2021: 151）とふれているように、イタリア精神医療の光と影という面での抑制がいま改めて必要である。

日本におけるイタリア精神医療改革とその後の推移については、ひとつはわが国への紹介が

体験的限界を常に抱えており、全体像やシステム要素の関連が未整理のままであること。また、イタリア社会の地方分権要素の強さ、地域ごとの文化の差、さらに全国的統計が不十分であること。その上この間の紹介が制度政策的なものに偏っており、臨床的实际の比較がほとんど蓄積されてない等があげられる(岡村 2020, Honoka2021, 小田 2018 他)。

こうしたことを踏まえると、この5年ほどの間に起こっている「イタリア精神医療改革の見直し」の動向は注意深く検証する必要がある(筆者らの2017年訪問調査時のネットワークおよびその後の現地からの情報による)。もちろん一部において伝えられているように北部地域における脱バザーリア化の制度的、人的変動については、実体的にも資料的にも慎重な取り扱いが求められる。そのひとつとは、司法精神医療改革の進展と地域精神医療の動向、さらに一般精神医療、依存症、児童領域、司法精神医療に分化されてきた精神医療が、一般精神医療に統合された影響があると考えられる。推察的ではあるが2014年から2017年にかけて行われた司法精神病院の解体と、レムス(REMS: 触法精神障害者の地域の中間施設)への入院者の地域移行の影響も含まれているであろう。これは一般精神医療の地域移行と比べ、司法精神医療はより重装備の医療支援が求められるが故に地域でのケアの負担に十分に応えられるかどうか、それら負担に対する批判的言動が形成、蓄積された可能性が大きかったと思われる。同様に現在伝えられるイタリア北部の市民を巻き込む「イタリア精神医療改革」に対する批判的言動とそれらを背景とした行政改革の人的配置の変更等は、これまでの脱制度改革の蓄積を突き崩すのか、逆にいえば地域でのケア基盤がどこまで持ちこたえられるのか、慎重に調査する必要がある。

関連して、かつてバザーリアがブラジルで行った講演の中でも次のような言及がなされている。「地域精神医療の現在がマニコミオ(精神科病院)という過去の遺物でなく、今では新しい逸脱の管理の見方が、フランスセクター医療やアングロサクソン型のコミュニティケア政策とともに出現している」(ミケーレ・ザネッティ他 2016, フランコ・バザーリア他 2017)。

トリエステの病院にバザーリアをスカウトした当時の県知事ミケーレ・ザネッティは、森山との対談(2021)の中で日本の脱施設化の推進について、日本は特にイタリアを例にとるのではなく、この間のWHOの勧告をうまく利用することが必要だと強調している。そして脱施設化は「精神病院の中から始める。脱施設化は施設の中からはじめていくこと・・・つまり施設の中でユートピアをつくって、よい治療をおこなっていけばいくほど閉ざされたユートピアは自然崩壊していく。だからこそ施設の中で革命を起こすことができる」と述べている。そのうえで病院をよくしようと思っている人たちは「精神病院を閉鎖せよという闘いをしてはいけない。彼らの施設の中でよい治療共同体をつくっていけばよいのです」「段階を踏んで共同体を良くしていかなければならないのに、精神病院を閉鎖せよという過激派は危険なのです。よい共同体は過程のなかでできていくものだから、その過程を踏まずに精神病院を閉鎖したとしても共同体がなりたちません」とその方法について指摘する。

これはイタリアの精神医療改革と同時期の日本においても言えることである。1960年代以後急激な精神医療改革運動がおこるなか、当時医局員であった中井久夫のことは、臨床の重視と立場維持の闘いや寄り添い、また、その後も彼の発言は同質の意味をもつものである（中井・楡林 2010）。確かに改革には長い時間が必要であり、例えば「病棟を閉鎖する」といった言葉は、家族、地域に対し不安感を与えてしまう。「人間の本質に立ち戻り、プロセスの中で変化がおきる」ことで必ず施設にも地域にも変化が起きてくるのだと指摘する。このことは、脱制度化、地域移行に対し大きな提言としての意味をもっていると思われる（現代思想 2022 他）。

そのほかイタリア社会の光と影について、福田（1994）は自らの体験をもとに、日本では報じられることの少ない「社会国家」としての現実、国際的に名声の高いイタリア精神医療改革の影の側面について言及している。それは90年代の政治的不安定な状況の中で「バザーリア法に見るようなイタリアの精神病患者に対する法的処遇の質の高さや、それに対する国際的な名声とは裏腹に、治療の現場での精神障害者の扱いや、地域の制度的・人間的対応における欠陥や不十分さも問題になった」と指摘する。当時いわゆる犯罪として表面化する出来事とその背景に「1978年（原文は1876年との誤記）の法律180号の制定以来、推し進められた精神医療革命が、同時に公的な責任の免責と家族負担の増大を伴うことになった現状への告発がある」とする。しかも「法的な理念に程遠い精神病院の現状もあって、しばしばその恐るべき実態は『強制収容所（ラゲール lager）』の名を冠して新聞で告発されている」と具体的な事例と家族の絶望感について紹介している（福田 1994: 67）。

こうしたイタリアの理解について、あまり言及されないことのない憲法の規定を「生存権」との関連で整理することが重要だと考えられる。それはイタリア憲法が、実は精神医療の地域化として進む改編にも強い影響を作り出していることを福田の指摘（福田 1994: 115-117）から確認することができる。福田によれば、イタリア憲法における生存権規定の決定的な特徴は「それが社会生活の基礎としての『労働』に対する権利保障を基礎にした社会的生存権として強調され、個人としての国民の人間的な発展に必要な社会関係を整えることが国家の責任として明示されている」ことだとする。日本では社会権として捉えられるが、この個人と国家と直接向かい合う縦のイメージにおいてよりも、主権者である国民相互の自発的な意思の発動に基づく横の関係において、生存権が位置づけられることになる。何より国民自身がそのような社会的責任を自発的に引き受ける「連帯」の思想に支えられており、そのことがイタリアのコミュニティ支援の軸とされる「社会的協同組合」としての地域協同へと繋がっていくことを示唆するのである。

これらは、地域精神保健は脱病院化が中心に来るフレーズではなく、病院という施設内治療を生活者の医療と回復とすること、地域に住む、労働の問題とも深くかかわってくることを再確認させるものである。イタリアのバザーリアらの精神医療改革のプロセスとその経験は、紆

余曲折を繰り返し、政策上精神科病院の入院を廃止しただけではなく、医療の質、臨床を高めることも当然重なる。

日本の地域精神医療、精神保健を考えるにあたり、病棟を必要としない人も確かにそこに存在している。それが地域精神保健の場での議論に続くものである。それを支えているのは専門職だけではなく、地域の協力者(地域、住民)の覚悟や本人の意思でもあることを、例えば北海道浦河町の病棟に頼ることができない経験¹²⁾に学ぶことができる。まさに地域の中でのコモンの生成につづく課題である。

3. コミュニティ・コモンの生成

(1) 地域の中でのコモンとは

第1章のまちづくりの系譜の中で、地域自治をすすめる手立て(条例等)が揃いつつあることを示した。最終章となる本章では、コモン(共有材)を手掛かりに地域の課題がどのようにリンクするのかを検討していく。

石井(2023)は、「東日本大震災からの復興とは何か」を現地の活動をとおして問い続けるなか、数百万人のボランティアが現地を訪れ、大企業はこれまでのCSR(社会貢献)の枠を超えた支援に取り組み、震災復興に貢献したい、関わりたいという理由で多様な人材が東北に還流したことをあげ、可視化された地域課題とは、外部の企業や人材がその地域と交わることのできる「余白」と述べている。また「ふるさと」を「自分の役割や居場所を感じられる場所」と定義するならば、それは「自らの意思でつくることができるもの」ではないか。「震災をきっかけに、縁もゆかりもなかった三陸の被災現場で、一人称で目の前の困難に対峙するという、苦悩と喜びに満ちた時間を過ごした私には、そんな風を感じられる」と語っている(石井2023: 62-69)¹³⁾。

上記石井が指摘するように地域の「余白」が、地域課題にかかわる場所であり、他者の存在を知る場所であることがわかる。ならば近くにいる他者の世界やさまざまな生きづらさにどのように気づいていくことができるのであろうか。中井は「世に棲む患者」(1991: 5)のなかで、統合失調症の寛解患者のほぼ安定した生き方として、「巧みな少数者として生きることである」と述べている。多数者であれば享受しうるものを断念しなければならないが、その中に愛や友情や、やさしさの断念まで必ず入っているわけではないと続く。現実には多くの患者が、家族や治療者の思いがけない生活世界をもっており、その事実をしばしば語らないとしている。

依存症の治療を長年行ってきた松本(2023)は、文学研究者の横道との往復書簡のなかで、「依存症の回復の鍵を握るのは、支援者や仲間とのつながりとなる『回復のコミュニティ』を維持することであり、酒や薬をやめているかどうかはもはや二の次である」としている。さら

に、回復のコミュニティを「自分だけではないことを知る場」であり、熊谷晋一郎氏の言葉を引用し「希望とは絶望を分かち合うこと」、あるいは、「最大の悲劇はひどい目に遭うことではなく、ひとりで苦しむこと」といった言葉が意味するものと、本質的に地続きの何かと意味づけている。

メンタルに何らかの悩みを抱える人の生活世界を知る機会となるのは、このようにつながりのコミュニティの場があることであろう。しかし治療をどこで行うかということと、当事者や市民として生きることをコミュニティのなかに求めるということは、重なる部分はあるが完全一致するものではない。回復のコミュニティには、参加者同士の相互関係や、治療者と当事者の関係など関係性がいくつも存在している。その上で住民同士の開かれた平等な関係性についても追求していくことが可能となるであろう。そこには悩みや困難を支えようとする専門家の前向きな「無力」と、当事者がかかえる力としての「無力」こそが、二つの権威化を防ぐことになる。その一つは旧来からある「専門家の権威化」であり、もう一つは、近年目立つようになってきている当事者のかかえる病いと障害という「経験の権威化」である。この両者の権威化を防ぐことこそが、当事者と専門家の連携とパートナーシップの基盤となるのである。（向谷地 2007: 89～95）

（2）メンタルヘルスリテラシーの向上

本稿において精神保健の問題はコミュニティの議論と乖離したところで起こっているわけではないことを繰り返し述べてきた。市民の一人として自分が発言する機会について、コミュニティにそのチャンスが日常的にあることが、問題を広く共有することになる。言い換えると市民の当事者化としても必要なことである。具体的な場面としては、障害福祉計画作成のプロセスなど問題の共有化、目標の数値化などは、自治体と地域の討議の成果であり、そこからその後続く実践を考えるきっかけにすることができるはずである。

現在世界精神保健機構（World Psychiatry）のトピックスにおいて、「精神疾患を持つ人々の地域ケア：2020年代に浮上する課題とその結果としての推奨事項」としてノーマン・サルトリウスは、次のような指摘を行っている。「地域精神医学に関連する1つに、商品化、つまり、損失と利益の金銭的な観点からすべてを評価する傾向」があること。「医療が社会的倫理的義務から経済的機会への転換により、民間所有の医療機関やその他のサービスが増加する。そのことが貧しい失業者へのケアの軽視にもつながり、民間の医療施設は高い給与を提供することで優秀な専門家を惹きつけているため、政府の医療サービスでは優秀なスタッフを雇用する機会が少なくなる」といった警鐘である。その結果、地域社会で医療を組織することもさらに困難になる。

そうしたなかで人々のメンタルヘルスリテラシーの向上とその重要性についての議論も注目値する。メンタルヘルスリテラシーは「精神障害の認識、管理、予防に役立つ精神障害に関

する知識と信念」と理解されているが、最近では、「精神的健康上の問題に苦しむ人々をサポートするための応急処置スキル」や「メンタルヘルス増進のための知識」もリテラシーに含まれている。Claire Henderson (2023) は「メンタルヘルス上の回避のリスクを軽減する必要性に注意を払いながら、包括的なプログラムを数年かけて慎重に開発することが望ましい。経済的機会の欠如や差別などの社会問題が精神的健康に与える影響を認識すること。助けを求める意欲を失わないこと」¹⁴⁾と重要な指摘をしている。すなわち、知識の獲得がアンチスティグマへの効果をもたらすことが言われてきているが、それ以外に援助希求の側面からは、アクセスしやすい相談体制や活動空間をつくることへの提案ともいえる。そうすることで子ども、若者世代に対してもメンタルヘルスを身近にとらえることができるようになるのではないだろうか。

(3) 次世代のコモンの生成

次社会の基盤としてのコミュニティ・コモンズの形成に関する議論として、次のような点についても検討の必要がある。

白井などが指摘するように「今日の社会の危機的な側面をネオリベ化だとすれば、その重要な視点が空間の“囲い込み”にあることは重要な課題の側面だと考えられる」(内田・白井: 2023)。今日の主要な政策課題として「子ども・地域・医療・介護・障害等」様々な領域で地域における「包括」「包摂」が、その構成要素の多元化とともに取りあげられるが、そのことは現代の空間の囲い込みと連動して考えなければならない。たとえば精神保健医療改革における脱施設化・地域移行・脱制度化では、その受け皿に「ごく当たり前の市民としての『地域生活の確保』」を前提とする。しかし「排除型社会」以後に準備される地域の多元化とは、セパレートパラレル論の文脈からすると、主体の見えない参加者の新たな一元的かつ多元化の様相を示していくことに再度注視しておく必要がある。

こうした点をふまえれば、繰り返しになるが、『変動を伴う「病としての障害」』という概念の導入ならびにコミュニティでのさまざまな生きる形態の承認の在り方が、次社会の構想には欠かせないであろう。今日までの精神医療史を概観すれば、前期近代以後、市中から異分子として大規模単科精神病院へと排除、移動が始まり、医学モデルが優勢となっていた。しかし、イタリアを含む欧米の精神医療改革が示すように、戦後、レジスタンスの運動を通して、国際的経験を基にしたノーマライゼーションのうねりの中で、法制度上また実践面においても人権剥奪態勢に対する抵抗と反論が席卷するようになる。そして本人、当事者への視点の高まりとともに、精神科医療においては改革の積み重ねの中で、システム移行としての外来医療への広がりや地域移行や地域定着といった施策が現実のものとなってきたともいえる。これは小泉(2018)の精神病理の哲学的整理に沿えば「精神分裂病(原文ママ)は大規模単科精神病院に固有の病だったのではないのか、あるいはむしろ、精神分裂病は大規模単科精神病院によって

作り出された病だったのではないかというという見方が、密やかに出てくることにもなる」。したがって「精神医療改革が進められてきたからには、狂気は、大規模単科精神病院出現以前の多種多様な状態へと回帰するのではないか」という今日的動向を見据えた意見もまた意味をもつことになる。

同様のことは中井も「今の精神科医は『薬物療方向による精神病患者』としか対面していない」としつつ、次のように現状を指摘する（中井 1982: 164-165）。「私たちはすでに 20 万人以上の慢性患者を作りだしてしまった」。一方で、診断にかかわって「私たちは『生来の精神病患者（*psychose brote*）』より、治療しやすい『薬物精神病（*pharmacopsychose*）』を選ぶことをしているのではないか、つまり薬物使用以前の分裂病をほぼ知らない」。こうした大規模施設が優位だった時代と、その社会の中でつくられてきた病や施設の中での治療であるが、次社会では、回復する主体とかわる人たち、組織、そしてその場面と方法を地域コミュニティの中に位置づけていくことの意義を本稿で確認してきた。

森越（2022）は、イタリア・トレント精神保健局長だったレンツォ・デ・ステファニーへのインタビューで、精神疾患の回復に関してたずねたところ、「病気を発症した人がいて、その人が自分に自信をもって生活することができて、住む場所や仕事を持ち、みんなとの関係性の中で、地域で過ごしていける。たとえ、幻聴が聞こえていたとしても、自分が主人公で自分の人生にいる、いわゆる一人の市民として人生の主人公である、というのが私にとっての回復なのです」と答えがかえってきたことを紹介している。イタリアと日本とは異なり、現実には必ずしも共通の視点となっているわけではないが、ここでも、自身の回復とそのためコミュニティが地域にあること、地域のなかでつくられ人々が集うことができるそうした意義について述べられている。

おわりに

ここまで、次社会における精神保健の課題をコミュニティ・コモنزとして位置付けるためには、地域の中でのライフステージ上、起こり得る不安定な状況や精神の不調は、非常に身近な問題であり、そこでの問題を個人のそれとしてではなく、近年の社会福祉をめぐる法制度においても、地域の中で受けていく方策が検討される必要があることを述べてきた。地域課題に関わる人・組織団体が、コミュニティの構成と運営をいかに自明のものとするのが問われており、地域の中での回復コミュニティを形成していくプロセスの中には、メンタルヘルスリテラシーの向上が、人々の自分のこととしての関心をもつことや共有していくうえで必要であることを確認した。

今回紙面の関係上、掘り下げることはできなかったが、新しいシステムを模索するうえでさらに重要な意味をもつのは、精神保健医療福祉における制度・政策と臨床論の相克（対立）が

あることを把握し、その克服にむけた歴史の問い直し、国際的差異の検証である。追って検討を重ねていきたい。

注

- 1) 「多元的循環型社会における精神保健システムの再構築－政策類型化を通して」(トヨタ財団2015年度研究助成プログラム 代表者緒方由紀)
- 2) 外務省による日本語仮訳 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/files/100448721.pdf>(アクセス2023.11.1)
第19条「自立した生活及び地域社会への包容 総括所見」
 41. 委員会からの懸念事項として『…d 居住施設や精神科病院にいる障害者の脱施設化及び他の者との平等を基礎とし、障害者の地域社会での自立した生活のための、自律と完全な社会的包容の権利の認識不足を含む国家戦略及び法的枠組みの欠如』
 42. 自立した生活及び地域社会への包容に関する一般的意見第5号(2017年)及び脱施設化に関する指針(2022年)に関連して、委員会から締約国への要請事項にaからfまでをあげている。精神保健医療福祉に関しては『…b 地域社会における精神保健支援とともにあらゆる期限の定めのない入院を終わらせるため、精神科病院に入院している精神障害者の全ての事例を見直し、事情を知らされた上での同意を確保し、自立した生活を促進すること』等が該当する。
- 3) 川島(2023)は、当該所見においてたびたび言及されている「人権モデル(障害者の不利益の解消方針)」と、表面上ほとんど言及されていない「社会モデル(障害者の不利益の因果関係のモデル)」、この2つの概念と関係性について論考を行っている。そこでは近時関心を集めている人権モデルが、社会モデルを改善したものと理解することには疑問を呈している。むしろ社会モデルを発見道具として活用しながら、自国内の様々な障壁を洗い出し、人権モデル(委員会の条約解釈の範型)に沿って障壁を除去することを提案している。
- 4) 「separate parallel track(別々の並行の道筋)」Lisa Waddington, Matthew Diller 2002による
- 5) かつてゴッフマンは、施設の中には、包括性(エンコンパシング)ないしは全制的(トータル)な性格をもつ施設があるとし、そうした施設は、外部との社会的交流に対する障壁、物理的施設設備自体、たとえば施錠された扉・高い塀・有刺鉄線・断崖・水・森・沼沢地のようなものに組み込まれている離脱への障壁物によって象徴されているとし、大きく施設を5つに分類している。結核療養所やハンセン病療養所に加え、精神病院のような施設を「自分の身の廻りの世話ができず、自己の意志とは関係なく社会に対して脅威を与えると感じられる人びとを世話するために設置された場所」と表現している。ここで注目したいのは、現代社会における一つの基本的な社会的取り決め(social arrangement)は、個人が異なる場所で異なる参加者と異なる権威に従って、全面的で首尾一貫したプランもないままに「睡眠をとり、遊び、仕事をする」のが通例であるが、他方全制的施設では、これら3領域を区割する隔壁がないということである。同じ事を一緒にし、諸活動の順序全体は明示的な形式的規則体系があり、様々の強制される活動は施設の公的目的を果たすように意図的に設計された単一の首尾一貫したプランにまとめあげられていると述べている。E. ゴッフマン著 石黒 毅訳『アサイラム 施設被収容者の日常世界』(1993)4~6頁
- 6) 初谷は「地域自治」と「地域運営」の用語に関して以下のように説明している。『「地域自治組織」という用語は、国・総務省やその設置による研究会では、地方制度調査会答申で提言され自治法等に法定された地域自治区等のような公法人(またはその一組織)に限定して用いられており、上記のように自治体が地域自治促進のために独自に多数設置してきた住民参加組織は、地域の公共空間において、『私的組織から何らかの公的性格がある組織まで連続的に存在している』さまざまな組織に含められて、包括的に『地域運営組織』と称されている』。(初谷勇2022 非営利法人研究会編 非営利用語辞典)

- 7) 精神保健福祉法上の行政の責任、基礎自治体と広域自治体とそれぞれの役割についても議論を重ねていく必要がある。具体的には、今回の法改正で医療保護入院の手続きにおいて家族等の全員が意思表示を行わない場合、医療機関は市町村長同意の申請ができるようになることになった（従来の「家族等」からDVや虐待の加害者を除くこと。市町村長は同意の事務に関して、関係機関等に必要な事項を照会できる等である）。特に注目すべきは、市町村長が同意者になることにより、精神障害者の権利擁護をすすめていく責任の範囲をより明確化していくことにある。なぜならば、そもそも医療保護入院の同意だけではなく退院請求を行うことができるのが「家族等」であり、単に書類上の同意者ではなく、権利を守ることが課せられていることになるからである。

さらに今回、家族等がない市町村長同意による医療保護入院者等を中心とする、面会交流の機会が少ない等の理由により、第三者による支援が必要と考えられる精神障害者に対して、希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を役割とした訪問支援員を派遣することができるとされた。実施主体は都道府県、政令指定都市、特別区、保健所設置市ではあるが、そもそも同意者が市町村長であるので、今まで以上に各自自治体間の連携や支援のありかたが問われることになるであろう。

- 8) 今般の法改正では就労に関する変更点として、あらたな就労支援サービスとして就労選択支援が創設された。2025年をめぐりに開始される予定となっている。具体的には利用者本人の希望や能力に合う仕事探しを支援し、関係機関との橋渡しを担うサービスである。
- 9) 精神保健福祉士法も第二条が改正された（以下下線部）。この法律において「精神保健福祉士」とは、第二十八条の登録を受け、精神保健福祉士の名称を用いて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神科病院その他の医療施設において精神障害の医療を受け、若しくは精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用している者の地域相談支援（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成十七年法律第百二十三号）第五条第十八項に規定する地域相談支援をいう。第四十一条第一項において同じ。）の利用に関する相談その他の社会復帰に関する相談又は精神障害者及び精神保健に関する課題を抱える者の精神保健に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うこと（以下「相談援助」という。）を業とする者をいう。
- 10) 市町村における精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進するための研修「今こそ知りたい！タイプ別精神保健相談支援体制構築の進め方」（令和5年1月20日）
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 部長藤井千代氏、全国精神保健福祉相談員会 副会長山本賢氏の提供資料
<file:///G:/dousuru.pdf>（アクセス2023.11.1）
- 11) イタリアのSPDC（Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura）とは、総合病院内の診断と治療のための精神科サービスと訳される。1978年法律180号の精神医療改革で規定された。SPDCは、あくまでも地域精神保健サービスの一部であり緊急で一時的なものとして位置付けられている（ジョバンナ・デル・ジュエディチェ2020-3）。
- 12) 浦河赤十字病院精神科は、2001年に開放病棟を60床閉鎖、2014年10月に精神科病棟が休棟となった。その経過と取組みが小林茂（2018）「病棟がなくなった浦河の衝撃と展望」に記されている。
- 13) さらに石川は近年注目を浴びつつある「越境学習」の事例を交え、ウィズ／ポストコロナ時代の地方創生を再考している。それは、東京一極集中の是正を起点とする地方創生論、人生100年時代における個人一人ひとりのキャリア論をどのように再結合していくのかという新たな問いに対し、未来の地域社会を模索する視点をもつものである。本稿の主題である地域課題に関わる地域外からの参画のしやすさ、受入れも、これら参考にすべき方法論であると思われる。
- 14) その他にも子どもをサポートするためのメンタルヘルスの介入研究として以下のものが挙げられ

る。Laura M. Hart, Anthony F. Jorm, Catherine L. Johnson, Lucy A. Tully, Emma Austen, Karen Gregg, Amy J. Morgan Mental health literacy for supporting children: the need for a new field of research and intervention *World Psychiatry* 2023. May
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.21099> (2023.10.30 アクセス)

文献資料

- 秋田典子「まちづくり条例の発展プロセスに関する研究」日本都市計画学会都市計画報告集 No7 (2008) 37~40 頁
- 石井重成「ポストコロナ時代の地方創生を考えるーローカルキャリアと越境学習の視点から」都市とガバナンス Vol.39 公益財団法人日本都市センター (2023) 62~69 頁
- 宇沢弘文「社会的共通資本」岩波新書 (2015)
- 内田樹, 白井聡『新しい戦前』朝日新書 (2023)
- E. ゴッフマン著 石黒 毅訳『アサイラム 施設被収容者の日常世界』(1993) 4~6 頁
- 緒方由紀「法制度と本人不在」岡村正幸編著『精神保健福祉システムの再構築 非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房 (2020) 75~114 頁
- 緒方由紀「精神障害者本人の語りと『場』の再生に関する検討」佛教大学社会福祉学部論集第19号 (2023) 93~113 頁
- 緒方由紀「精神保健福祉における政策動向と地域ケアの展開」佛教大学社会福祉学部論集創刊号 (2005) 63-80 頁
- 緒方由紀「社会福祉の実践領域と市民参加」住民と参加システム研究会(財)21世紀ひょうご創造協会『地域社会と参加システムに関する学際的研究』(1999)
- 岡村正幸「ポスト脱施設・制度化社会の行方ーシステムの『人間化』をめぐるー」佛教大学社会福祉学部論集 第9号 (2013) 65~84 頁
- 岡村正幸「内と外, 排除の論理を超えて」岡村編著『精神保健福祉システムの再構築 非拘束社会の地平』ミネルヴァ書房 (2020) 1~38 頁
- 小田昌彦「イタリア精神科医療における脱施設化を考える」精神神経学雑誌 120 (2018) 640-646 頁
- 笠井清登 責任編集, 熊谷晋一郎他編著『こころの支援と社会モデル トラウマインフォームドケア・組織変革・共同創造』金剛出版 (2023)
- 川島聡「人権モデルと社会モデルー日本の条約義務履行への視座」賃金と社会保障 1817・1818 1月合併号 (2023) 72-80 頁
- Claire Henderson Challenges in improving mental health literacy at population level *World Psychiatry* (2023)
<https://doi.org/10.1002/wps.21112> (2023.11.01 アクセス)
- World Psychiatry* <https://doi.org/10.1002/wps.21112> (2023. 11. 01 アクセス)
- 現代思想総特集 中井久夫 1934-2022 青土社 (2022)
- 小泉義之『新しい狂気の歴史 精神病理の哲学』青土社 (2022)
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課「市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム報告書」(R5.9.22)
- 小林茂「病棟がなくなった浦河の衝撃と展望」『病棟に頼らない地域精神医療論 精神障害者の生きる力をサポートする』金剛出版 11~20 頁 (2018)
- 斎藤幸平, 松本卓也『コモンの“自治”論』集英社 (2023)
- ジョバンナ・デル・ジューディチェ著 岡村正幸監訳, 小村絹江訳『いますぐ彼を解きなさい イタリアにおける非拘束社会への試み』ミネルヴァ書房 (2020)
- 高林陽展『精神医療, 脱施設化の起源 英国の精神科医と専門職としての発展 1890-1930』みすず書房

次社会における精神保健とコミュニティ・commonsの生成（緒方由紀）

(2017)

中井久夫『精神科治療の覚書』日本評論社（1982）

中井久夫『病者と社会（中井久夫著作集：精神医学の経験 5巻）』岩崎学術出版社（1991）

中井久夫（楡林達夫）『日本の医者』日本評論社（2010）

Honoka Miki『イタリアの精神科に入院しました』Independently published（2021）

福田静夫『危機のイタリア 1993-1994 “社会国家” 右派政権の成立』文理閣（1994）

フランコ・バザーリア著『バザーリア講演録 自由こそ治療だ（イタリア精神保健ことはじめ）』岩波書店（2017）

ミケーレ・ザネッティ、フラチエスコ・バルメジャーニ著鈴木鉄忠他訳『精神病院のない社会をめざして バザーリア伝』岩波書店（2016）

松本卓也「臨床の臨界期，政治の臨界期：中井久夫について」現代思想 Vol 50-15 青土社（2022）120-139 頁

松本俊彦「『回復のコミュニティ』に必要とされるもの——周回遅れのアディクション治療』横道誠、

松本俊彦 「酒をやめられない文学研究者とタバコがやめられない精神科医の往復書簡」（2023）

<https://ohtabookstand.com/2023/08/saketabakoofukusyokan05/>（アクセス 2023. 10. 26）

向谷地生良「技法以前 当事者と専門家 3」精神看護 10 巻 4 号（2007）89～95 頁

森越まや『イタリア地域精神医療の思想と実践－患者・家族・支援者は語る－』ラグーナ出版（2022）

〔付記〕

本研究は、JSPS 科研費「次社会における精神保健医療福祉システムの構築～市民社会とまちなかケアの提案～」(課題番号 18K02133) の研究成果の一部である。

(おがた ゆき 社会福祉学科)

2023 年 11 月 15 日受理