
総 説

精神保健福祉施策と精神障害者の 生活支援に関する研究の動向と課題

守田孝恵

山口大学医学部保健学科地域・老年看護学講座 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 精神障害者, 施策, 生活支援, 研究

1 精神保健福祉施策の歴史

1995 (平成7) 年に制定された精神保健福祉法が1999 (平成11) 年に改正され, さらに, 2002 (平成14) 年からは市町村が精神障害者施策として福祉サービスの提供等を担うことが法的に位置づけられた。精神保健福祉の基礎をなすこの法律の淵源は, 1900 (明治33) 年制定の「精神病患者監護法」と1916 (大正5) 年に制定された「精神病院法」に求められるが, わが国の精神障害者への社会的支援の原型は, 主に寺社などの慈善事業として精神障害者への支援が行われていたものが, 1874 (明治7) 年の医制発布を受けて, 翌1875 (明治8) 年に京都癲狂院 (南禅寺境内) が公立精神病院として初めて整備されたところに見ることができる。1900 (明治33) 年には保護に関する最初の法律として, 精神病患者監護法が施行されたものの, 施設の整備は進まず, 精神病患者の保護治療のための施設整備が課題となった。施設整備推進に向け, 1919 (大正8) 年には精神病院法が制定され, 公的責任として精神病院を設置する考え方が示された。戦後, 欧米の精神衛生に関する知見が導入され, 適切な医療, 保護の確保及びその発生予防のため, 1950 (昭和25) 年に精神衛生法が制定され, 都道府県に精神病院の設置が義務付けられ, 私宅監視が廃止された。また, 精神衛生鑑定医制度, 精神衛生相談所が規定された。

その後, 障害の発生予防から治療, 社会復帰まで一貫した施策の推進が求められる中, 精神障害者に

よる米国駐日大使刺傷事件など不十分な在宅医療体制が社会問題化し, 1965 (昭和40) 年に精神衛生法が改定された。この改正では, 地域精神衛生活動の第一線機関として保健所を位置づけ, その技術指導援助機関として精神衛生センターの設置, 在宅の精神障害者の医療を確保するための通院医療公費負担制度などが規定された。

この後, 精神病床は飛躍的に整備され, また, 医療技術の進歩と共に措置入院患者数は1970 (昭和45) 年の7.7万人をピークに減少に転じた。さらに, 社会復帰制度・施設の整備が進展し, 1974 (昭和49) 年に作業療法, デイケアが診療報酬上点数化され, 1975 (昭和50) 年に精神障害回復者社会復帰施設, デイケア施設, 1980 (昭和55) 年に精神衛生社会生活適応施設が施策として打ち出され, 1982 (昭和57年) に通院患者リハビリテーション事業, 1986 (昭和61) 年に集団精神療法, ナイトケアなどの点数化が図られた。

しかしながら宇都宮病院事件などの不祥事件が起こり, これを契機に人権擁護や適正な医療の確保を更に推進するため, 1987 (昭和62) 年の改正により, 名称を精神保健法とするとともに, 任意入院制度, 通信・面会などの権利の確保, 精神保健指定医制度, 精神医療診査会制度, 応急入院制度, 授産施設などが規定された。また, 5年ごとの見直し規定も附則に盛り込まれた。

1993 (平成5) 年の法の見直しでは, 社会復帰の促進, グループホームの法定化, 精神障害者の定義の見直し, 調理師, 栄養士など資格制度の緩和 (相

平成16年3月1日受理

対的欠格事由への改正)などが規定された。

さらに、1993(平成5)年に制定された障害者基本法の中で精神障害者が障害者として位置づけられ、福祉施策の充実が求められることとなり、1995(平成7)年の改正により、名称は精神保健福祉法とされた。その中で社会参加が目的の中に明示され、精神障害者保健福祉手帳制度、生活訓練施設・授産施設、福祉ホーム、福祉工場の4種の法的な位置づけ、通院患者リハビリテーション事業の法制化、市町村の役割の明示、医療費の保険優先化などが規定された。さらに、社会復帰を推進する人材を養成・確保する観点から、1997(平成9)年に精神保健福祉士法が制定され、精神保健福祉士が国家資格化された。

また、1993(平成5)年改正の5年後の見直し規定により、1999(平成11)年に改正が行われた。1965(昭和40)年の精神衛生法の一部改正以来、約40年近く、保健所を拠点とした活動が続いたが、市町村が福祉サービスの窓口と法的に位置づけられ、今日、精神保健福祉施策は、「転換期」を迎えることになった。市町村を実施主体とするホームヘルプサービスなどの在宅福祉サービスの法定化などが規定され、市町村と保健所の新たな役割分担や活動体制のもとで、地域精神保健福祉活動が展開されることになった。その他、精神医療審査会の機能の強化、移送制度の創設、保護者の自傷他害防止監督義務の廃止などが、2002(平成14)年度から施行された。

2 精神保健福祉施策と精神障害者の生活障害

前項で述べた法改正の積み重ねの中で、市町村の地域精神保健福祉活動の実態は多様で、保健福祉サービスの種類や内容、社会復帰施設の設置状況、療養生活上の相談体制など、全国約3,300区市町村の状況の違いが大きいことは言うまでもない。また、障害者を地域で受け入れる体制や住民の意識についても地域格差があると指摘されている¹⁾。

一方、精神障害者の障害は、コミュニケーション能力や集中力の低下、生活リズムの乱れ、感情の障害、無関心、自発性の低下などで、社会生活を困難にしがちであり、就職や住宅の確保に支障をきたすなど問題は深刻である。精神病床の平均在院日数は全国平均373.9日で、最長の徳島県が659.9日となっている²⁾。このような障害の特性や医療の継続、社

会的な状況に対応するため、精神保健福祉対策は、保健所や社会復帰施設、家族会や患者会等のセルフヘルプ・グループなどにより、地域精神保健福祉活動として進められてきた。また、地域精神保健福祉活動の方法については、一定の基準があるわけではなく、地域によって大きな差があるとも言われ³⁾、地域で生活する精神障害者をとりまく状況には、解決すべき課題が少なくない。

こうした状況の中で、精神障害者の生活障害については、すでに保健・医療・福祉・リハビリテーションなど多くの領域において研究が進められ、その成果が公にされているが、わが国においてその基盤となっているのは、1984(昭和59)年の臺⁴⁾による「生活のしづらさ」モデルである。臺は、生活のしづらさを、1)生活技術の不得手2)対人関係の問題3)仕事場の困難4)安定性の欠如5)現実離れ、の5つのカテゴリーに分類している。

一方、1980(昭和55)年に公表された初版WHO国際障害分類ICIDH(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)は、2001(平成13)年に改定され、ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)⁵⁾として、「障害」を、生理心理的機能や身体的構造における損傷を「機能障害」、行動の自由に対する「活動の制約」、社会活動への参加に対する「参加の制限」の3つに分類している。寺谷⁶⁾は、以前から、障害の分類を個体的条件(個人因子)と環境的条件(環境因子)との相互関係性において捉え、精神障害者の生活上の諸問題における個体的条件と環境的条件との関連性を主張していた。

このように、精神障害者の障害を社会的な生活の中で捉えるならば、生活の場である地域で展開される地域精神保健福祉活動の目的は、地域の精神障害者の生活をより健康で質の高い、豊かなものにしていくことに求められなければならない。しかし、日々の業務として実施される精神保健福祉活動は、ややもするとその活動の量を充実させることが最大の目的となり、障害者の生活状況に視点を置いた活動の評価がなされていないのが現状である。

3 精神保健福祉活動に関する評価研究について

地域精神保健福祉活動の効果や方法を論じた研究は、活動実績を考察したものも多く、事業の評価や

企画プロセスに関することが主である。地域を単位として地域精神保健福祉活動を包括的に考察したものとしては、1998（平成10）年に後藤ら³⁾が「地域における社会復帰促進要因に関する研究」を行っている。この調査研究は、全国の都道府県を対象に、財政力指数・病床数・家族会数・セルフヘルプ・グループ数などを指標として、1980（昭和55）年と1994（平成6）年の活動を比較したものである。その結果、地域の社会復帰態勢が発展する形態は、財政力のある都市型（東京）と、家族会やセルフヘルプ・グループを基盤とする地域型（新潟・岡山・島根）に二分されるとしている。しかしながら、この研究は、障害者からみた指標や、地域住民の意識や活動などの一般住民に関連する項目が入っていないなどの課題も残している。

他方、精神保健活動の効果に関する研究は、精神障害者個人を評価対象としたものがある。例えば、精神障害者の薬物療法やデイケアの効果を測ることを目的として、精神障害者のQOL指標の開発が1976（昭和51）年頃から欧米を中心に始められ⁷⁻¹¹⁾、我が国でも、角谷¹²⁾をはじめとする報告がある。しかしながら、これらのQOL尺度の使用は、訓練を受けた評価者が45分以上の相当の時間を費やさねばならないこと、また、施設に入所している障害者を対象としているなど、地域の日常活動の中で使用する指標としては馴染みにくいものとなっている。さらに、QOLの構成要素で最も重要とされている個人の満足感や幸福感といった指標に関しても、統合失調症の病状である病識の欠如や思考力の低下に伴う判断の正確性への疑問が指摘され、こうした事情も精神障害者のQOL評価を困難にしている大きな理由となっている。我が国では、岩崎ら¹³⁾による「精神障害者社会生活評価尺度」が作業療法などの評価に使用されている。

4 精神障害者の生活支援に関する研究の動向

先に言及したとおり、日本における精神障害者に対する地域生活支援に関する研究は、個人の生活支援についての考察に留まっている実情も否めず、総じて個別の事例的なものとなっている。あるいは、精神保健福祉業務の実践報告か、問題提起に終始している場合が多い。

その中でいくつかの論文が注目に値する。例えば、

佐藤¹⁴⁾は「地域社会の中で通院医療、相談、生活の場（住居）、作業活動の場、リハビリテーション、そして雇用が確保される」ことの重要性を指摘し総合的な地域支援のあり方について問題提起している。また、蜂谷¹⁵⁾は地域での生活支援、患者会活動、地域での支持組織づくりの重要性を述べている。セルフヘルプ・グループの概念を我が国の状況に融合させた貴重な論文といえる。吉川¹⁶⁾は、「居場所、働ける場、援助者」の「居・職・従」を基本要素に地域の課題を挙げ、職業リハビリテーションの萌芽的な論究である。その後、村田¹⁷⁾は「医・職・住」の保障を提起している。

谷中¹⁸⁾は「やどかりの里」における実践活動を基盤に、地域で生活を支える要素として①住む場、②働く場、③憩いの場を挙げ、「生活のしづらさ」や「ごくあたりまえの生活」を論じている。実践を踏まえた本格的な論究は谷中をもって始まりと言えよう。また、田中¹⁹⁾は、地域生活支援の概念とその枠組みを整理している。

5 精神保健福祉施策に関する研究の課題

精神保健福祉法にも明記されているように、地域精神保健福祉活動の目的は、精神障害者に対する地域の生活支援にある。より具体的に言えば、精神障害者への生活支援は、当事者や家族を対象とした保健・医療・福祉のサービス提供や施策の充実とともに、住民の行動や意識が障害者の生活を支え、障害者が地域でふつうに生活できる住宅環境を確保すること、食生活を支援する地域の環境を整えること、生活障害があっても生活の自立を支える支援体制を整備することなど地域の社会環境を総合的に整備することを目指した地域環境を対象とした働きかけである²⁰⁾。換言すれば、地域精神保健福祉活動の目的は、当事者、家族、地域の環境を対象とし、サービス提供のみならず、仕組み作りや体制作りなどを含んだ社会環境の整備と、それを介して精神障害者の地域生活の質を向上させることにこそ求められなければならない。

しかし、地域精神保健福祉活動がどのように評価されているかを問うならば、構造・プロセス評価においても、効果評価においても十分な方法論が確立されているとは言えない。先にみたとおり、地域精神保健福祉活動に関する研究は、個々の活動につい

て、個別に評価している研究が主流であり、活動や事業対象者の行動・意識の変化から活動の評価を行っているものが多くを占める。また、精神障害者の生活障害に着目して、地域の生活環境そのものを対象とした評価のあり方を主題とする調査・研究は皆無に等しい。さらに、精神障害者を対象とした実態調査については、プライバシーの保護の問題などが隘路となり、困難なものにしていることを追記しておきたい。

以上のような問題意識を基礎として、全国で展開されている地域精神保健福祉活動を手がかりに、保健所及び基礎自治体、市町村の推進する精神保健福祉施策の機能と構造を明らかにし、その評価の視点を精神障害者の生活のレベルで捉え、障害者に対する生活支援がその地域生活に及ぼす影響をも解明し、施策の目的である精神障害者に対する生活支援の効果を地域の環境の質に着目することが、今後の精神保健福祉施策の評価研究の重要な課題であると考えている。

引用文献

- 1) 大島 巖. 地域比較からみた在宅精神障害者を支える家族の協力態勢とその形成要因—その1 都市部と農村部の比較—. 臨床精神医学 1992; 21 (3) : 395-404.
- 2) 厚生省統計情報部. 2001 (平成13) 年版「病院報告」
- 3) 後藤雅博. 地域における社会復帰促進要因に関する研究. 厚生指標 1998; 15-20.
- 4) 臺 弘. 生活療法の復権. 精神医学 1984; 26 (8) : 803-814.
- 5) ICF国際障害分類改訂版 (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF)
- 6) 寺谷隆子. 精神障害者の社会復帰—生活を支える精神保健活動. 中央法規出版. 東京. 1988 : 78-88.
- 7) Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning* 1982; 5 : 69-79.
- 8) Heinrichs DW, Hanion TE, Carpenter WT. The quality of life scale. An instruments for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10 : 388-398.
- 9) Lehman AF. A Quality of Life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1988; 11 : 51-62.
- 10) Malm U, May PRA, Denker SJ. Evaluation of quality of life of the schizophrenic outpatient. A checklist. *Schizophr Bull* 1981; 7 : 477-487.
- 11) WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization Project to Develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2 : 153-159.
- 12) 角谷慶子. 精神障害者におけるQOL測定を試み. 京都府立医大誌 1995; 104 (12) : 1413-1424.
- 13) 岩崎晋也. 精神障害者社会生活評価尺度の開発. 精神医学 1994; 36 (11) : 1139-1151.
- 14) 佐藤久夫. 精神障害のベクトル. ミネルヴァ書房. 東京 1986 : 1.
- 15) 蜂矢英彦. 精神障害者の社会参加への支援. 金剛出版 1991 : 88.
- 16) 吉川武彦. 精神障害をめぐって—メンタルヘルスはいまなぜ必要か. 中央法規出版. 東京 : 1992 : 32-33.
- 17) 村田信男. 地域精神保健—メンタルヘルスとりハビリテーション. 医学書院. 東京 1993 : 148.
- 18) 谷中輝雄. 生活支援. やどかり出版. 埼玉 1996 : 149-153.
- 19) 田中英樹. 精神障害者の地域生活支援. 中央法規. 東京 1999 : 17-27.
- 20) 守田孝恵, 山崎秀夫, 山村 礎, 松本弘子. 地域で生活する精神障害者を対象とした保健婦の地域支援に関する検討. 日本公衆衛生雑誌 2001; 46 (10) : 704.

The Research Problem Related to the Mental Health Welfare Policy and Support System in Japan

Takae MORITA

*Division of Community / Geriatric Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University
School of Medicine, 1-1-1 Minami Kogushi Ube, Yamaguchi 755-8505 Japan*

SUMMARY

This paper is describing the history of mental health welfare system routed from the psychiatric patient protective law in 1900 and the law of psychiatric hospital as well as the current mental health welfare policy and diverse social support systems. It is indicated that there is a lack of research regarding to the comprehensive evaluation for the community mental health welfare services. The research related to the social support is only focusing on the individual support, clinical report, or problem statement. Therefore, the author discussed that study of mental health welfare policy should be aimed at effectiveness of the social support system through analyzing community environmental factors for people with mental illness.