

精神保健研究

第10号 (通巻43号)

平成9年・1997年

巻頭言	大塚 俊男	
特集 精神科リハビリテーション		
特集にあたって	丸山 晋...	1
地域精神保健福祉と精神障害者のリハビリテーション	渡嘉敷 暁...	3
精神障害者のリハビリテーションに関するニーズ調査の分析	丸山 晋他...	13
精神障害の評価と障害論	岩崎晋也他...	27
精神障害の人のキャリア発達と社会的支え	松為 信雄...	35
福祉事務所の精神障害者への関わりの実態について		
一都・区内福祉事務所の実態調査から一	横田正雄他...	45
自助グループと精神科リハビリテーション	松永 宏子...	53
原著論文		
条件づけ訓練未実施のニホンザルでのP300様反応		
一受動的条件下における精神遅滞や痴呆の臨床応用モデルとして一	宇野 彰他...	59
資料論文		
精神保健領域におけるノーマライゼーション推進の視点について	竹島 正他...	67
資料		
アメリカ合衆国の「精神疾患患者の保護と擁護法」(翻訳)	北村總子他...	75
投稿規定		87
編集後記		88

大塚俊男

「精神保健研究」の第43号が発刊の運びとなりました。

今年は一昨年の阪神・淡路大震災、オウム真理教の事件に引き続いて、ペルーにおいてMRTAのメンバーによる日本大使公邸人質事件が発生し、再び人質の人達のメンタルヘルスの問題がクローズアップされています。

また、ここ数年来わが国では、米国のDOB（脳の10年）と同様に、脳科学研究の推進が叫ばれてきましたが、平成9年度の厚生省の予算では、先端的厚生科学研究分野として6本柱の研究が示され、その一つとして脳科学研究に約15億円の研究費が投入されることになりました。脳科学研究の中では、厚生省は脳を守る－脳の病気の克服－が使命であり、脳に起因する精神分裂病、うつ病、薬物依存、睡眠障害などの精神疾患も対象とされ、その克服のため一定期間で研究計画が達成され、十分な研究成果が期待できるような指定および公募課題の研究が先ず行われることとなります。当センターの研究者も公募に応じ、取り組むこととなります。同時に科学技術創造立国を目指し科学技術振興事業団が中心となり、基礎研究の推進のため戦略的基礎研究推進事業（1研究課題年間5千万円以上）が始められ、その中で脳機能の解明のための研究が進められます。

しかしながら、それだけでは解決できないさまざまな精神保健の問題－さまざまな不健康をもたらすところの問題－が現実的には存在しており、それらに対して精神医学的、社会学的、心理学的

など、学際的立場からの研究を行い、そのメカニズム、治療、予防法の確立のため努力することが、当研究所の大きな使命と考えています。またそれらの面について、国民の期待が強いことを痛感しています。それ故、精神疾患から精神保健の問題まで広い分野にわたり取り組み、行政に反映でき、国民の皆様の精神健康の維持増進に還元できるような研究を、引き続き研究所職員一同が努力してゆかなければならないと思います。今後とも関係者の皆様の暖かい御支援と御鞭撻を御願い致します。

国立精神・神経センター精神保健研究所長

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Toshio Ohtsuka: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272

特集 「精神科リハビリテーション」

「精神科リハビリテーション」の特集にあたって

リハビリテーションが単に社会復帰と訳されていた時代は過ぎ去ろうとしている。国際障害者年(1981年)で掲げられた障害者の社会参加とノーマライゼーションという言葉がキーワードとして定着して以来、リハビリテーションも「全人的復権」と訳されることが多くなった。内容が膨らみ多岐に亘るようになったともいえる。今までになかったような大変革の時代がやってきたと行って過言ではない。その大きなうねりは精神保健の分野にも波及してきている。1995年の精神保健福祉法の制定は象徴的な出来事であった。つまり地域精神保健、医療、福祉、労働、教育に跨る大きなシステムの中で障害者の医(居)・職・住を考えて行かねばならないと言うことがコンセンサスとなりつつある。

こうしためまぐるしい動きの中で、この分野における一定の視座とパースペクティブを提供することをねらったのが本特集である。

渡嘉敷先生には「精神障害者のリハビリテーションと地域」との関係を整理していただいた。次の丸山・杉山による次の論文は「ニーズ調査」のレビューである。岩崎・大島両先生には「精神障害の評価と障害論」について論じていただいた。第4番目には職業リハビリテーションのサイドから松為先生に「キャリア発達」の見地から纏めていただいた。ついで横田・五十嵐・中村の3先生には「福祉事務所における精神障害者」の処遇について、また松永先生には「自助グループ」について論じていただいた。

精神科リハビリテーションがこれで網羅されているとは思わないが、この領域での主要なテーマは論じられていると自負している。執筆者も一騎当千の研究者であり、また実践家であり、今日的な視点で論じており、その意味で本特集は、アップ・トゥ・デートなわが国における精神科リハビリテーションの現状を知る上に貴重な意見と資料が満載されていると信ずる。これを機会に大いなる実践と論議が開かれることを期待してやまない。

終わりに臨み、お忙しい中を快く執筆の労をとられた諸先生方に心から感謝申し上げます。

国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部
丸山 晋

【特集】

地域精神保健福祉と精神障害者のリハビリテーション

渡嘉敷 暁

I. はじめに

地域精神保健福祉についてはさまざまな切り口があると思うが、この小論においては、まず地域精神保健福祉の背景にある国の施策や思想的・運動的方向を、次いで地域精神保健福祉の計画策定とその推進主体の変化を感覚的にとらえ願望を加えて述べた。第二に用語を取り上げたのは、それぞれの立場が言葉に微妙に反映していると感じているので、それぞれの立場を否定するのではなくその差異を認識して活動を進めることが、地域精神保健福祉の幅と奥行をもたらすと思うからである。第三にはリハビリテーションに関与する精神科医およびチームアプローチに加わる各職種の留

意点を述べた。

II. 地域精神保健福祉の構造

地域精神保健福祉に関して図1に示すような構造があると考えられる。

一つは個々の利用者への直接的支援であり、主として1対1の活動で援助技術が発揮される場面である。二つ目は援助技術を活用する場すなわち社会復帰施設や社会適応訓練などの制度等社会資源の構築であり、一定の圏域の中で地域精神保健福祉活動の計画策定とその推進である。その主体が都道府県において本庁から保健所へ移りつつあると考える。三番目が国レベルの保健福祉施策である。

これらの基盤に、あるいはこれらの方向性を左右する世の中の動向がある。

1. 保健医療福祉に関連する世の中の動向

保健、医療、福祉は単独で存在するものではなく、その国の、あるいは地域の経済、環境、文化等と密接に関連している。

戦前の富国強兵策に基づいた結核対策や産めよ増やせよの母子保健対策ほどあからさまではなくとも、現在においても保健・医療・福祉は、これらとは一見無関係に見える国の根底にある施策の動向や思想的あるいは運動の影響を受けている。

(1) 国の施策の動向

概略は図2に示した。

① 経済の安定成長施策

医療費の高騰とくに国民健康保険の赤字は周知のことであり、介護保健制度の導入の可否にあたっては国民の負担のあり方が議論された。このことは保健福祉に関しても同様で、福祉目的税の

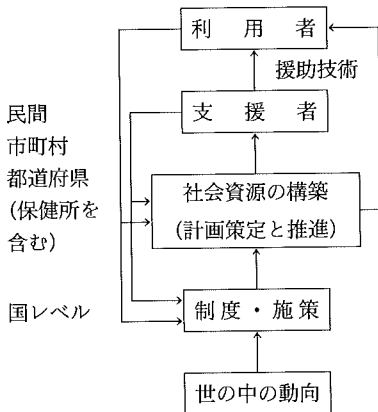


図1 地域精神保健福祉の構造

Community mental health care and rehabilitation
 埼玉県立精神保健総合センター
 [〒362 埼玉県北足立郡伊奈町大字小室818-2]
 Satoru Tokashiki: Saitama Comprehensive Mental
 Health Center, 818-2, Komuro Inamachi, Kitaadachi-
 gun, Saitama 362

1. 経済の安定成長施策
 - 働き手の意欲を保つため、税等の負担を抑制する
 - 保健医療福祉に要する国の負担を抑制する
(保健医療福祉における小さな政府)
 - 地方自治体および民間資力による社会資源の構築
2. 地方分権
 - 保健福祉における市町村格差の是認
(市町村へ保健福祉に関する競争原理の導入)
 - 市町村の役割強化
→福祉八法の改正、障害者基本法、地域保健法、精神保健福祉法等
3. 広域圏の設定
 - 財力、利用効率から市町村域、従来の保健所所管区域よりも広範囲な圏域の設定が必要
(地域保健の理念としての地域責任性、継続性または一貫性を担保する前提として必要)

図2 保健医療福祉に関連する世の中の動向

議論を想起するまでもない。

国の施策の大きな方向として、国民負担率(税金+社会保障/国民所得)を50%以下に押さえ、働き手の勤労意欲を保ち、経済の安定成長を図るという大前提がある。このためには、保健・医療・福祉に関する国の負担を出来るだけ軽くする施策がとられる。

その背景には、かつては貧困あるいは低所得世帯が主な福祉施策の対象(たとえば生活保護)で、金銭給付によって充足される貨幣的ニーズが主流であったが、戦後の高度経済成長による国民所得の向上によって金銭給付では充足されない非貨幣的ニーズ、すなわち福祉施設によるサービスや在宅福祉サービスなど高齢者や障害者などの福祉ニーズが増大してきたことがある⁸⁾。

貨幣的ニーズに対応する福祉は公共的役割として地方自治体が行っていたが、非貨幣的ニーズに対応する福祉サービスは、必ずしも公共的福祉供給システムによらなくても福祉産業などの市場的(営利的)福祉システムによる対応も可能である⁹⁾。

他方においては、公共的福祉サービスの公平性、質の硬直化などに対する批判、保健福祉は住民の最大限の自助努力を基盤とするとの考え方などもあったであろう²⁹⁾。

わが国の精神障害者福祉においてこの方向性が強くなっていることは、社会復帰施設の設置者になっている地方自治体が極めて少ないことに現われている。

② 地方分権

地方分権の効果の一つとして、従来の地域格差是正論が結局は中央集権体制の温存へ寄与してきたことを問い直すことになるといわれている。

従来、都道府県あるいは市町村間で格差がないように国あるいは都道府県が実施したり監督するシステムであったが、市町村格差の是認は、保健・福祉において市町村に競争原理を導入したことを意味する。

このことは、高齢者福祉や母子保健に関することが市町村長の選挙の公約に取り上げられ、そして今後は障害者福祉も住民の身近な問題として意識されるようになる利点もある。同時に財政規模により社会資源が構築できず、“この邦に住む不幸”の他に、“この市町村に住む不幸”も招きかねない危険性も孕んでいる。

さて、保健・福祉の領域における最近の具体的動きとしては、福祉八法の改正による市町村の役割強化、障害者基本法に基づく市町村障害者計画の策定努力規定、地域保健法による市町村保健センター等の役割の増加、精神保健福祉法による市町村の努力規定の創設などがある。

しかし、後述するように身体障害者福祉法では援護の実施者が市町村と明定してあるが、精神保健福祉法ではそうになっていない。これは障害者間の格差を示しているものであり、また精神障害者が障害者基本法の対象となっても市町村障害者計画に精神障害者施策を盛り込むために迫力を欠くことは否めない。

③ 市町村域よりも広範囲な圏域の設定

保健や福祉を市町村の責務に移行させ社会資源を構築していくためには、市町村が一定以上の財源を持つことが必要となる。財源力と人口とは必ずしも比例しないが、簡単には置き換えることも可能であろう。地域保健法制定に際し、中核市の人口が議論されたこともこうしたことを意味していたのであろうか。こうしたことから市町村域を越えた圏域、例えば老人保健福祉圏や二次保健医療圏の設定となり、さらに障害福祉圏域の設定が都道府県に求められている。

憲法第25条第2項に“国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない”とあり、地方自治法第2条第3項には地方公共団体の事務として、“住民及び滞在者の安全、健康及び福祉を保持すること”となっていることも忘れてはならない。

一方従来から地域保健の理念として、地域責任性とケアの一貫性・継続性が挙げられている。両者は不即不離の関係にあり、地方自治体が地域責任性を果たすためには、その管轄区域内に保健及び福祉に関する社会資源を構築しケアの継続性を担保することが求められている。

それ故、地域責任性を果たすためには、市町村域よりも広範囲な圏域の設定は歓迎されてよいと考える。

余談だが、こうしたことが市町村合併の一つの契機となるかもしれない。

(2) 思想的・運動的方向 (図3)

いくつかの動向を挙げるができるであろう

が、QOL (Quality of life) の向上に集約される動きが最も強いと考える。

また、保健・医療・福祉の共通の目標はQOLの向上にあり、各分野はそのための方法と考える。また、QOLの向上が疾病の治療と障害への支援を結ぶ鍵概念でもあろう。

① 消費者運動の影響

Informed Consentの源流を辿ると消費者運動に至るが、医療事故紛争の予防策として医療界に導入されたといわれる。しかし、紛争予防という医療側が身を守る消極的な面よりも、患者と医療提供側が協力して事にあたる積極的な意味を重視したい。

いずれにしても提供者側が提供するものの内容を開示し、利用者が主体的に選択する自由と権利を有するという主張の影響は大きい。

主体性の尊重は個人のレベルでは、さまざまな生き方の選択やQOLの問題へ、地方自治体のレベルでは、住民参加の行政や地域特性に基づいた地方分権型の社会の構築へと発展していく。視点を変えれば、画一的なサービスというパターンリズムからの脱却である。

② 国連・障害者の10年がもたらしたもの

1981年の国際障害者年、1983年からの国連・障害者の10年が、わが国の障害者施策、とりわけ精神障害者の福祉に与えた影響のうち障害者概念の変化とノーマライゼーションの理念が最も大きい。

障害概念が固定概念からいわば変動概念に変わったことと共に、障害の構造概念とくに能力障害と社会的不利、社会環境との関連が提示されたことによって、障害者に対する社会の責任が一層

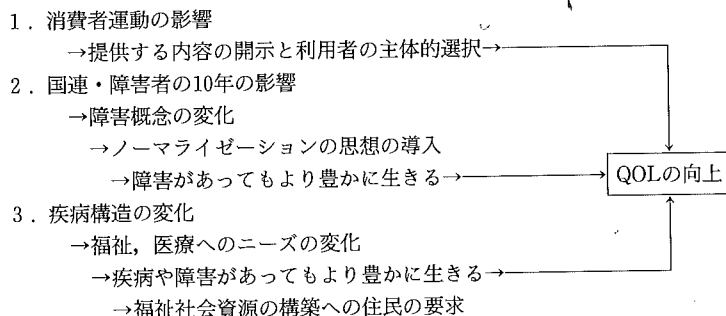


図3 思想的、運動的方向

明確になった。また①と相俟って、障害者の経済的自立のみを目的とするのではなく、精神的自立あるいは一市民としてのQOLの追求への道を開いたと思う。

③ 疾病構造の変化への対応

疾病構造が急性感染症から慢性疾患へ変わったことは、保健・医療・福祉への市民のデマンドが変わったことを意味している。

急性感染症の時代には、医療の大きな役割は生命を助けることであり、保健は予防であった。慢性疾患の時代では、保健・医療の役割は疾病予防や治療に止まらず、疾病や障害を持ちつつもより豊かに生きることへの支援機能も求められている。

障害者福祉もより豊かに生きる状況整備の一つと考えられる。

すなわち保健医療福祉の共通目標はQOLの向上に集約されるのではなからうか。

2. 地域精神保健福祉の計画策定と実施の主体

ここで述べたいのは、前述した二番目と三番目の地域精神保健福祉の計画策定とその推進の主体に関することである。

従来は地域精神保健の制度や施策の策定は国の役割、実施計画は都道府県レベルの役割、保健所は実施機関、その中間に精神保健福祉センターがあり、保健所等への技術協力や研修などを通して援助技術の支援を行なうとともに県レベルの計画策定に関して意見具申を行なう役割を担っていた。

しかし、福祉八法の改正で市町村の役割が強化されたこと、社会復帰施設が法定化され法人が設立主体となることが可能となったこと、障害者計画の基本単位が市町村となったこと、障害者プランの影響などによって従来の図式が変わってきた。

これまでは県レベルの計画策定といっても、国の一定の施策の方向性の中での実施計画であったといえよう。それは、地域保健福祉の構造として地域格差がないように国が都道府県を監督し、市町村格差がないように保健所が主体的に実施する構造（例えば3歳児検診）が基本であったからである。しかし、次第に一部は市町村が主体的に実施するが格差がないように都道府県が介入するという枠組みへ移行し（例えば1.6歳検診）、今回

の地域保健法の改正によって、保健所の市町村に対する役割は指導から援助に変わり、しかも市町村からの求めに応じ援助することとなり、主体は市町村へ移った。その先鞭は老人保健であった。

しかし一方、老人保健福祉圏、二次保健医療圏あるいは障害保健福祉圏にみられるように、市町村を基本単位としつつも広域圏を設定する方向にある。そして地域保健法では、保健所の所管区域はこれらを参酌して設定しなければならないとなっている。すなわち、広域圏の計画策定とその推進は保健所の役割となったことが大きな変化と考える。

こうした動きは国と都道府県の関係にもみられる。従来は県レベルの施策は都道府県単独事業として国の後援はなかった。しかし、平成7年度からの地域精神保健福祉対策促進事業に見られるように、国から大枠としてのメニューは示されるものの、都道府県レベルで地域の実情に応じた対策を積極的に推進する施策を計画できるようになったことは一つの例示であろう。

さて、精神保健は専門的技術を必要とする分野として保健所に残されたが、福祉に関しては、地域保健法第4条に基本指針の策定に盛り込む事項として、社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項が挙げられているものの保健所自体の事業として福祉サービスはない。

地方分権、圏域を定めての保健医療福祉の推進は、時間の遅速はあっても、元に戻らない方向性であり、地域に根ざした計画の策定と実施の推進機能が一層重視されなければならない。

精神障害者の福祉に関しこの役割を担うのは行政的には保健所であろう。

その場合に、留意する方がよいと考えることを述べておきたい。

一つは当然のことながら障害者プランが基盤となるが、社会復帰施設も作業所等も設置者が手を挙げて初めて話が始まる方式である。しかも、飛び付きたくなるほどの好条件の補助金額ではない。そのうえこの数年の伸び率は作業所を除いて高くはない。

前述したように、地方自治体立は少ない。今後障害保健福祉圏で考えていく場合、新潟県村山市

にある岩船地域広域事務組合立や長野県南安曇郡にある南安曇郡行政事務組合立の授産施設のように一部事務組合立の方法に注目しておく必要があると思う。

第二には、市町村といっても市町村のどこを窓口とするかに配慮することが必要であろう。保健所の従来からの関係では保健センターなどが挙げられるが、これには無理がある。

まず、今回の地域保健法改正で3歳児検診が市町村の業務となり、従来から精神保健に取り組んでいたところは別としても一般的にはとても精神保健福祉に手が回る状況ではないであろう。また、障害者福祉の一環として市町村に取り組んでもらうには、さらに、市町村社会福祉協議会との関連性からも障害者福祉の担当部所の方がよい。

第三には、従来のように疾病という観点からの保健から離れ住民のQOLを高める視点への変換が必要と思う。というのは、急性感染症の時代とそれに引きずられた成人病対策の時代には健康であることが何にもまして重要である、健康を損なった状態では人の幸せは達成できないという考えが根底にあったのではなかろうか。その延長線上で障害のあることは不幸であり、障害があっても生きがいのある人生を送るということは視野に入っていなかったように感じられる。いわばパターンリズムに立脚した保健であり、その観点からは、障害者のindependent livingに資する福祉という考えは生まれてこないのではなかろうか。

III. 地域精神保健に関連する用語

地域精神保健福祉は一施設や一職種で達成できるものではなく、チームアプローチやケースマネジメントなどが必要となる。

それらの基盤の一つとして、概念の表現としての用語の共有化は重要と考える。

地域精神保健福祉と一般的に言われたしたのは平成7年の精神保健福祉法成立以来である。それまで大きく4つに分けられる立場あるいは活動の拠点の違いから、地域精神保健、地域精神医療、地域精神医学、地域ケア等の言葉が、精神障害者を居住地域内で治療し支援していこうとする点で

は共通点を持ちつつも、それぞれの立場で少しずつ意味するところやニュアンスの違いを含めて使われていたように思える。

わが国で地域精神保健（当時は地域精神衛生）という言葉が使われ始めたのは昭和40年前後からと推測されるが、精神科医の中では極めてminorな分野であったことや内容も一義的に定義しにくいことなどから、言葉の持つ運命であろうが、使う人の独自の世界を反映して使われていたようである。

例えば、昭和50年代に出版された「現代精神医学体系」には、地域医療=community careの表示が散見されるし、地域精神衛生は社会精神医学や地域精神医学と同等の大項目としては扱われず、小見出し程度となっている。

それから約10年後の1984年版の精神医学大事典¹⁵⁾では、地域ケア、地域精神医学、精神衛生は事項として取り上げられているが、地域精神衛生は事項としてはなく精神衛生の中で記述されている。

1993年版の新版精神医学事典⁷⁾でも事項として地域精神医学、学校精神保健、産業精神衛生はあるが、不思議なことに地域精神医療も地域精神保健も事項としてはない。

石原、篠崎⁶⁾は、地域精神医学とは何か、臨床精神医学とどのように違うのか、そしてその原理は何かといった根本的疑問が今日すでに解決されているわけではないとしたうえで、いくつかの定義を紹介し、地域精神医学は治療、予防、地域社会の3つを指向する臨床活動を意味し、地域精神衛生サービスは地域精神医学の実践プログラムと述べている。

蜂矢³⁾は地域精神医学は地域ケア・地域精神衛生活動の実践に、理論的根拠を与えるものとしている。

一方佐々木¹⁴⁾は、臨床精神医学的視点のみでなく、はるかに広がりを持った視点が要求されるものとして精神衛生学を唱え、実践の学としての精神衛生、公衆衛生としての精神衛生であるとしている。

この3人はわが国のこの領域の第一世代に属すると考えるが、3人が一堂に会してこのテーマで討論したことはないようなので、相違点は推測の

域を脱しないが、石原や峰矢は地域精神医学を地域精神保健や地域ケアの理論的根拠としているようであるし、佐々木は精神衛生学を提唱しているところから必ずしもこれに同意せず、地域精神医学とは異なる領域を主張しているように思える。

また、「わが国の精神保健福祉」(厚生省, 精神保健課監修)では、地域精神保健福祉活動の基本的考え方は、地域社会で発生したいろいろな精神保健福祉の問題を、その地域社会全体の人々の活動によって解決していこうとすることであると規定し、その具体的内容は、①社会諸資源の活用によって、精神障害者を地域社会へできるだけ早くもどすための運動をおこす。②精神科通院治療, 精神医学的ケースワークの普及を図る。③デイ・ケア施設等の社会復帰施設を含む社会資源の充実と形成を図る。④精神障害者が社会復帰可能であることを、地域住民に理解してもらう。⑤地域社会に、精神障害のほか人間心理についての知識を普及し、明るい家庭, 明るい社会を築く運動をおこすことであると述べている。さて、地域精神保健, 地域精神医療, 地域ケアといった言葉は、大きくは4つに分かれる流れと密接に関連しているようであると先に述べた。

その流れとは、精神保健センターや保健所など公衆衛生領域を基盤とした活動, 診療所や病院の外来を拠点とした活動, 川崎市社会復帰医療センターや世田谷リハビリテーションセンターなどに代表される精神障害回復者社会復帰施設などの大規模な公立社会復帰施設を拠点とした活動, やどかりの里, 麦の郷, JHC板橋など民間の活動である。

地域精神保健という言葉は、主として精神保健センターや保健所など公衆衛生領域と総称される分野に身を置く人たちが、多くの場合G. Caplanの理論を根拠とし、また入院治療が主体であった精神医療にやや心理的距離感を持ちながら使っていたようである。そして活動対象も精神障害者の

みでなく精神健康の問題も視野に入れていた。

地域精神医療は、医療機関に身を置く人たちが、入院治療へのアンチテーゼとして精神障害者とくに精神分裂病を持つ人たちの外来治療に力点を置きながら、先駆的な所では1980年代の後半から作業所や憩いの家等を中心とする地域活動を行っていたが、公衆衛生領域の活動に違和感を感じて地域精神医療といていたようである。そして診療所あるいは病院の外来を拠点としていわば英国のdistrict psychiatryをどこかで意識していたようにも見える。

地域ケアは両者でも使っていたが、むしろ精神障害回復者社会復帰施設や民間の活動においてリハビリテーションの一環として使われていたように見えるし、外来治療と相俟って実績を挙げていったところも少なくない。

上記のように、地域精神医学という言葉は書籍では使われているが、実践の現場では使われていなかったように思える。

ところで最近地域医療という言葉がしばしば使われる。世界大百科事典¹⁾と医学大事典¹³⁾を総合すると地域医療は次のことを意味しているといえよう。

すなわち、①地域医療の概念を最初に提唱したのは1920年のイギリスのドーソン報告(脚注)であるが、地域医療という言葉で医療をとらえようという動きが見られるようになったのは1960年代以降である。②それは、健康の概念が生活概念として確立してきたのに連動している。③そして、医療も健康増進, 疾病予防, 治療, 社会復帰を総合する包括医療としてとらえられるようになった。④その結果、保健活動を積極的に評価するようになった。⑤それ故、地域医療は健康増進や疾病予防を中心とする対人保健サービスと疾病治療を主体とする臨床医学活動を融合させ、個人だけでなく地域住民を対象に行なわれ、一貫性のある保健・医療サービスとして発展させてこそはじめて

ドーソン報告: イギリス保健省から「医療およびその関連事業の将来計画」の諮問を受け、ドーソン卿を長とする委員会の中間答申。一般開業医のための基地と公衆衛生活動の拠点を統合した第一次保健センターと、それを支援する入院設備を備えた専門的なサービスを提供する第二次保健センターを地域に計画的に配置し、包括的医療サービスを国と自治体が責任をもって提供する計画。しかし、王立委員会では公的支出がかかりすぎるとして即時の実施を勧告しなかった。

効果があるとされた。⑥そうすると、地域医療 community medicine と 地域保健 community health はほぼ同義語となる、ということである。

また、松田¹⁰⁾はヘルスには健康と保健の2つの意味があり、健康問題に対処するのがヘルス・ケアであるので、ヘルス・ケアが日本的な保健・医療・福祉の保健だけを狭く指すことはありえないと述べており、橋本⁴⁾はWHOのいうヘルス・ケアは、健康増進、予防、治療、リハビリテーションを包括し、medical service と health service を包括した概念であるといっている。

そもそも保健も医療も福祉も人が人生を豊かに送る方策、手段であろう。それ故、地域精神保健福祉と医療をわざわざ除いてということもなく、また地域精神医療も一面的であろう。

community mental health care を訳さないで使うか、精神障害者の地域ケアというのも些か長いので地域ケアと省略するのがよいのか、その他の言葉でもよいが意見の一致を期待したい。

IV. リハビリテーションに関連して

これまで述べてきた福祉とは当然のことだが障害者福祉であって、障害を持っていない人をも対象とする生活保護法や児童福祉法等における福祉ではない。

リハビリテーションの究極的目標は全人間的復権であり、障害者福祉は障害を持ちつつもQOLの向上を達成するための援助の一部分であり、リハビリテーションと重なる部分が少なくない。

リハビリテーションが機能回復訓練と同義語のように使われていた時代は去り、全人間的復権を最終目的として多分野からアプローチされる時代となったことは喜ばしい。しかし、リハビリテーションは人口に膾炙されているほどには精神科医に浸透していないように思える。

林⁵⁾は、患者の症状を癒したり押さえたりするだけでは臨床家の責任を十分に果たしたとは言えない。精神医療における治療の究極的な目標は、患者を元気にして家に帰し、本人が家族や地域社会と協調して生活・機能できるようにするリハビリテーションにあると述べている。

そして、当たり前のことだが、リハビリテーションは精神科医だけでは達成できない。しかし、精神科医は主治医としてもチームアプローチの一員としても重要な役割がある。

精神科医がリハビリテーションに係わる場面としては、一つは主治医としてであり、次いで精神科デイケアのスタッフ(管理医)として、あるいは援護寮、福祉ホーム、授産施設等の顧問医としてであるが、主治医として係わる場合が最も一般的であろう¹⁶⁾。

その場合、狭義の疾病の治療ばかりでなく、リハビリテーション過程へのケースマネージャーとしての役割が重要であり、次のことに留意する必要がある。

なお、管理医の役割は野中¹²⁾が述べている。

① リハビリテーションを位置づけた治療計画

向精神薬などによる疾患の治療に最も近い位置にあるのが精神科デイケアであるが、回復過程のどの時期に利用するのが最も適切なのかを配慮する必要はあろう。④で述べるように、精神科デイケアといっても、デイホスピタル的内容のところから憩いの家的活動内容のところまでさまざまである。その辺りを考慮した治療計画が大切であろう。

② リハビリテーションへの動機づけ

リハビリテーションは、少しでも自立する部分を大きくしていくプロセスであり、そのスタートは少なくとも「参加してみよう」という本人の意志の発露であることが必要である。そのように働き掛けをしていくことは、主治医の大切な役割である。本人不在のまま家族の意向や主治医の都合でリハビリテーションが開始されるようなことは、厳に避けるべきことである。

③ とりあえずの目標の設定

リハビリテーション計画としては最終の目的はなんであれ、第一歩としてとりあえずの目標を本人と共有するとともに、最終の目的の中でどのように位置付けるのかを話し合っておくことが、治療の一貫性、継続性を図る視点から必要である。

この場合、ケースマネージメントでいう課題のブレイクダウンの考え方が有用であろう¹¹⁾¹⁷⁾。

大事なものは、主治医と本人の話し合いとともに

主治医, 本人, リハビリテーション・スタッフとの課題の共有である。

そうすることによって地域資源を活用するチームアプローチが可能となる。

④ 相手の施設機能の認識

利用者のニーズや状況と施設機能のマッチングを図る必要がある。それぞれのリハビリテーション機能には、有効性と同時に限界もあり、加えてデイケア、作業所、援護寮等々名称は同じであっても、活動の内容にしたがって果たせる機能は同じではないのが現状であり、そこにケースマネージャーとしての役割が一層増大している。

⑤ 障害受容への働き掛け

さらにリハビリテーションを行なっていく過程で障害の受容をはかる心理的アプローチは主治医として重要な役割で、依頼しっぱなしでは済まない問題であろう。

次に、チームアプローチに内包する問題について述べたい。

わが国における精神保健医療の領域における従来の職種は、医師、看護婦、保健婦等の医療領域の職種の人、あるいは心理職の人たちであった。作業療法士や精神科ソーシャルワーカーもいるが、まだ数は少ない。

また、一つの職場のなかであれば、職制による上下関係があり多くの場合医師が上に立つこととなろう。そうであっても、チームアプローチとしては一旦は上下関係から脱却して援助の方策を検討することが必要となる。

それは、チームリーダーであることとチームの一員であることの二重の立場があることを意味している。

さらに、今後リハビリテーションは一つの施設の中で自己完結することは考えにくく、むしろ他の社会資源を利用する機会が多くなっていくであろう。その場合、主治医は他の施設のスタッフと対等の立場となる。

そこで、チームアプローチを進めていくためには次のようなことを相互に留意することが必要となるであろう。

① 自分の職種の領域に関する知識と技術の向上を図ること。

医師の場合このことは当たり前のように受け取られているが、他の職種の場合には、困難な局面に当たるとやや逃げ腰となってしまう場合がないとは言えない。

② 他職種の考え方と技術を理解する素養と他職種の活動の尊重。

医師がチームリーダーとなる場合にはとくに強調しておきたい。

そうでない場合でも、医師はとかく医学の切り口から、すなわち疾病の視点から状況を見てしまいがちであるが、生活していく上での障害については疎いことを自覚しておくほうがよい。

他の職種の活動を尊重することは自分の領域を尊重してもらえることにつながる。

③ 援助課題の共有

チームアプローチの目的は、対象者のQOLの向上であり全人間的復権にある。援助課題がまちまちであってはチームで援助する意味がない。

援助課題が定まってこそ、それぞれの役割分担が生まれ、チームが生きてくる。そして、援助の幅と奥行が豊かになる。

V. おわりに

蟹は甲羅に合わせて穴を掘るといふ。私も所詮自分の置かれた立場を脱却できない。

この小論で述べたことは、冒頭で言訳したように、極めて主観的、偏った見方、行政的との批判があると思う。

しかし一方、地域計画の立案や推進には些かでも役に立つのではなからうかとも思う。

文 献

- 1) 藤井良治：地域医療。加藤周一他編：世界大百科事典Vol. 17。平凡社、東京、pp.549-550、1988。
- 2) 藤井達也：福祉社会とPHC。松田正巳、島内憲夫編著：みんなのためのPHC。垣内出版、東京、pp.155-161、1993。
- 3) 峰矢英彦：地域ケア。新福尚武編：精神医学大辞典。講談社、東京、p.603、1984。
- 4) 橋本正巳：先進国のPHCの動き。松田正巳、島内憲夫編著：みんなのためのPHC入門。垣内出

- 版, 東京, pp.140-154, 1993.
- 5) 林宗義: アジア文化における精神病院の役割の変化. 林宗義, 浅井邦彦, 高橋亨編: 精神病院を拠点としたコミュニティケア. 啓明出版, 東京, pp.7-22, 1991.
 - 6) 石原幸夫, 篠崎英夫: 地域精神医学. 現代精神医学体系第23巻B 社会精神医学と精神衛生II. 中山書店, 東京, pp.83-117, 1979.
 - 7) 加藤正明, 保崎秀夫, 笠原嘉他編: 新版精神医学事典. 弘文堂, 東京, 1993.
 - 8) 京極高宣: 社会福祉学とはなにか. 全国社会福祉協議会, 東京, 1995.
 - 9) 正村公宏: 福祉社会論. 創文社, 東京, 1989.
 - 10) 松田正巳: PHCの概念とアプローチ. 松田正巳, 島内憲夫編著: みんなのためのPHC入門. 垣内出版, 東京, pp.9-37, 1993.
 - 11) Moxley, D P: The practice of case management. Sage Publicat, London, 1989. (野中猛, 加瀬裕子監訳: ケースマネジメント入門. 中央法規, 東京, 1994.)
 - 12) 野中猛: 精神障害者リハビリテーション施設における管理医の役割. 第51回日本公衆衛生学会発表, 1992.
 - 13) 小川鼎三, 懸田克躬, 比企能達他編: 地域医療. 医学大辞典, 南山堂, 東京, p.1259, 1990.
 - 14) 佐々木雄司: 精神衛生. 西川溟八, 小泉明編: 公衆衛生学. 朝倉書店, 東京, pp.192-212, 1980.
 - 15) 新福尚武編: 精神医学大事典. 講談社, 東京, 1984.
 - 16) 渡嘉敷暁: わが国の精神障害者のリハビリテーション. 臨床精神医学 22(1): 5-13, 1993.
 - 17) 渡嘉敷暁: 精神障害者の福祉対策上のケースマネジメントに関する研究. 平成5年度厚生科学研究報告書, pp.1-97, 1994.

【特集】

精神障害者のリハビリテーションに関するニーズ調査の分析

丸山 晋¹⁾ 杉山 圭子²⁾

I. はじめに

欧米では、脱施設化の動きとともに、精神障害者が地域で生活する際に生じてくるさまざまなニーズの調査が行われ、精神障害者のリハビリテーションに関するニーズが多岐にわたって存在することが明らかになってきた^{3)7)~11)13)~15)18)20)22)}。こうした流れの中で、わが国でも今後これらのニーズをいかに把握するかが重要な問題となるであろう。

本稿では、過去に実施されたいくつかのニーズ調査を分析し、今後調査を立案する際に参考となる情報を提示することを目的とした。分析対象として、精神障害者のニーズに関する欧米の文献においてしばしば引用されている10調査に、最近わが国で実施された1調査²³⁾を加えた11の調査を用いた(表1)。これらの調査は実施目的も対象者もそれぞれに異なっているが、ニーズの動向や把握方法に関する貴重な情報を含んでいると考えられる。

Brewinらは、「ニーズ」という語の意味には、不足や欠如の状態、外部からの何らかの援助を必要

としている状態、何かを提供するようという命令的な要求といったように幅があり、この曖昧さが精神医学の文献にも反映されていると指摘している²⁾。ニーズ調査においても、この概念の曖昧さが調査内容の多様性を生んでいる。また、「ニーズの申し立てが、実際の状況を物語るだけでなく、どのような状況ならば受容できどのようなアクションが適切と考えられるかを規定する内的外的な価値体系に依存する」²⁾ことが、ニーズ調査をめぐる状況を一層複雑にしている。

そこで、分析にあたっては「ニーズ」という概念のもとで調査者が何をどのように把握しようとしているかを検討するとともに、評価の主体にも注目した。そして、調査の対象者、方法、結果を整理して記述することによって、精神障害者のリハビリテーションに関するニーズが従来の調査でどのように把握されているかを明らかにした。

II. ニーズ調査の実態

1. 対象者

表1から明らかなように、調査の対象者として、病院から地域への移行の出発点に位置する精神科退院患者や、地域精神保健サービスの利用者等が選ばれている。疾患別構成を見ると、リハビリテーションの必要性が特に高いとされる精神分裂病患者に的を絞った調査もある(①⑥⑨⑩)。

a) 精神科退院患者

アメリカおよびカナダで実施された調査②③⑤⑥は、精神科の退院患者を対象とし、退院後に必要とされるサービスを明らかにしている。

調査②は、アメリカ、オハイオ州クリーヴランドの4つの州立病院の精神科の退院患者を対象とし、アフターケア・サービスのニーズを調べたも

An analysis of the surveys of needs for psychiatric rehabilitation

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Susumu Maruyama: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272

²⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部、放送大学

Keiko Sugiyama: National Institute of Mental Health, NCNP, The University of the Air

表1 本稿で取り上げる調査の概要

	実施国	実施年	対象者	対象者数	疾患別構成	文献
1	イギリス	1960	病院外で生活する精神分裂病患者	171	精神分裂病：100%	Mandelbrote, B. et al. (1961)
2	アメリカ	1963	精神科退院患者	*	不明	Wolkon, G. H. et al. (1965)
3	カナダ	不明	精神科退院患者	747	精神分裂病：34% その他の精神病：25% 神経症：20% 人格障害・アルコール依存症：19%	Wasylenki, D. A. et al. (1981)
4	イギリス	1979	地域精神保健サービスの長期利用者	158	精神分裂病：47% 躁うつ病・情動精神病：15% 神経症的抑うつ：14% 人格障害：9%	Wing, J. K. (ed.) (1982)
5	アメリカ	1981	精神科退院患者	550	精神分裂病：60%	Solomon, P. et al. (1984,1985)
6	カナダ	1983	慢性精神分裂病の退院患者	88	慢性精神分裂病：100%	Cormier, H., et al. (1987)
7	イギリス	1984	精神科デイ・ケアの長期利用者	145	精神分裂病：57% 情動精神病：17% 人格障害：10% 神経症：10%	Brugha, T. S. et al. (1988) Brewin, C. R. et al. (1988)
8	イギリス	1984	精神科デイ・ケアの長期利用者の親族	45	精神分裂病：47% 情動精神病：27% 神経症：13%	MacCarthy, B. et al. (1989)
9	イタリア	1986	地域精神保健サービスを利用した精神分裂病患者	46	精神分裂病：100%	Tansella, M. (ed.) (1991)
10	イギリス	不明	ホームレスの為の施設に居住する精神障害者	46	精神分裂病：85%	Hogg, L. I. et al. (1992)
11	日本	1993	入院および通院中の精神分裂病患者	1250	精神分裂病：100%	財神奈川県社会復帰援護会 (1994)

*：面接に応じたスタッフが取扱った件数の合計は年間約4000件であった。

のである。調査③は、カナダの調査で、トロントの4つの病院の精神科退院患者747人を対象としている。アメリカの調査⑤では、1980年7月～12月にオハイオ州クリーヴランドの2つの精神病院を退院した患者550人を対象としてニーズの査定が行われた。カナダで実施された調査⑥では、1982年の5か月間にケベック州の5つの中央総合病院の精神科ケア・ユニットから退院した患者のうちDSM-IIIにより慢性精神分裂病の診断を受けた88人を対象としている。

b) 地域精神保健サービスの利用者

イギリスの調査④⑦⑧およびイタリアの調査⑨では、地域精神保健サービス利用者のニーズ査定が行われている。

調査④は、18才以上のロンドンのキャンパー

ウェル区の住民で、1979年の調査時において、精神科デイ・ユニットか居住ユニットに通所あるいは居住している者と、1年以上にわたって何らかの精神保健サービス（外来クリニックを含む）を受けている者、計158人を対象としている。なお、1年以上の長期入院患者は除かれている。

調査⑦は、精神科デイ・ケアの長期利用者を対象とし、Camberwell High Contact Surveyと名づけられた大がかりな調査である。18才以上のロンドン、サウス・サザークの住民のうち、精神障害者向けのデイ・センターあるいはデイ・ホスピタルに通っている者で、Camberwell Registerに登録されているサービスを13週以上の中断なしに少なくとも1年間受けた者、および、精神科入院ユニットにデイ患者として通っている者145人を

対象とした。調査⑧では、調査⑦の対象者の親族45人を対象として援助者のニーズが調査された。

調査⑨は、1979年にSouth-Verona Psychiatric Case Registerでモニターされる精神科サービスを受けた者のうち、精神分裂病と診断された46人を追跡して行われた。

c) 精神科医療受診者

調査①は、1956年7月から1958年6月までの2年間に、イギリス、グロスターの2つの精神病院に紹介されたり入院したりした精神分裂病患者のうち、1960年の調査時に病院外で生活していた171人を対象としている。

調査①はわが国の調査で、入院および在宅の精神分裂病患者を対象としている。川崎市内の精神科医療施設で受診し、かつ市内に住所を有する精神分裂病患者 (ICD-9による)のうち、入院患者については全数 (565例)、通院患者は3分の1の無作為標本 (685例)を調査対象として抽出した。

d) その他

その他に、相当数の精神障害者が含まれていると予測され、サービスを受けにくい社会的地位にあるホームレスに焦点をあわせた調査がある。イギリスで実施された調査⑩では、ホームレスのための2つのホステルに2か月以上居住し、重度の精神障害の徴候を示している46人を対象としてニーズの査定が行われた。

2. 方法

調査にあたっては、障害者本人や親族の他、利用機関の現場スタッフが重要な情報提供者とされている。各種の測定法を用い、面接や質問紙による

情報収集が行われている (表2)。また、臨床的なデータがケース・ノート等の医療記録から、サービスの提供状況に関するデータが関係機関の記録から収集されている。

ここでは調査の過程において、「ニーズあり」という申し立てを誰にさせているかに注目し、評価の主体別に調査方法を整理する。

a) 障害者本人

調査①では、病院外で生活する精神分裂病患者に質問紙 (Mooney Problem Check List) を郵送し、患者本人に個人的な問題を評価させた。調査⑪では、入院患者本人への病院スタッフによる面接、通院患者本人へのアンケートが実施された。

b) 障害者の親族

調査⑧では家庭訪問を行い、障害者の親族に対してCamberwell Family Interviewを用いた面接を実施し、障害者本人の行動や技能の問題および援助者の抱える問題を聴取した。

c) 地域精神保健担当者

調査①では、障害者本人による評価に加え、地域精神保健担当者が家庭訪問を行って本人への面接を実施し、サービスの必要性を評価した。面接では、サービスの利用状況についても尋ねた。

d) 利用機関の現場スタッフ

調査②③⑥では面接により、調査⑤⑪では調査用紙を用いて、利用機関の現場スタッフによる査定結果が収集された。これらの調査では、精神科医やソーシャルワーカー、病院のスタッフ等、障害者と直接関わりを持つ専門家が評価の主体となっている。

調査②では、医師 (40人) とソーシャルワーカー

表2 情報収集に用いられた測定法

形式 情報提供者	質問紙	面接
本人	Mooney問題チェックリスト (①)	Present State Examination (⑦) PSE-9, DAS-2, SSAPIRS (⑨) Manchester Scale (⑩)
親族		Camberwell Family Interview (⑦⑧)
利用機関 スタッフ	Functional Assessment Form (⑤) Service Needs Assessment Form (⑤) Medical Assessment Questionnaire (⑦) REHAB Behaviour Scale (⑩)	MRC Social Performance Schedule (④) MRC Social Behaviour Schedule修正版 (⑦⑧)

カー (34人) に面接を行い、9項目の施設やサービスについて、理想的な条件があったとして自分の受け持った退院患者の何%が必要としていると思うかを尋ねた。さらに、実際に患者のうち何%が理想とされるサービスを受けたと考えるかを聴取した。

調査③では、退院患者について各患者の医療記録から退院時の診断および人口統計学的情報を収集する一方、病院スタッフへの半構造化面接を行った。面接では、4つの領域のアフターケアについて、各患者のニーズの有無を問うた。その際ニーズありとされたケースに対して、実際にスタッフがどのようなアクションをとったかを聴取した。

調査⑥は、患者と精神科医への面接により、精神保健サービス利用の指示の有無と退院後7～12か月の間の利用状況を聴取したものである。

ソーシャルワーカーが担当患者のニーズ査定を行ったものとして、調査⑤がある。人口統計学的、臨床的データが収集され、Functional Assessment Form, Service Needs Assessment Formを用いてニーズの有無が査定された。さらに、退院後1年間に各患者に提供されたサービスに関するデータが関係施設から収集された。

調査⑩では、本人調査に加えて、医療スタッフへのアンケートが実施され、担当患者の生活の場、活動の場、生活支援に関する評価が行われた。

e) 調査チーム

調査④⑦⑧⑨⑩では精神科医、心理学者、ソーシャルワーカー等からなる調査チームが査定者となり、収集したさまざまな情報に基づいて総合的な判断を下した。

調査④では、スタッフに対して、障害者本人の

社会的行動について、MRC Social Performance Scheduleを用いた調査が行われた。親族には、普段どのような援助を提供しているか、本人には、サービスへの対応姿勢を尋ねた。本人の人口統計学的データおよび臨床的データがケース・ノートから、サービスの利用状況に関するデータがCamberwell Registerから引き出された。収集された情報をもとに、各人について、10種のサービスの必要性を評価し、サービス提供の有無が明らかにされた。

調査⑦⑨⑩は、体系的なニーズ査定法、MRC Needs for Care Assessment (NFCAS) により、ニーズの査定を行っている。調査⑨⑩では、NFCAS第2版(⑨はイタリア語版)が用いられた。

これらの調査では、はじめに査定基礎となる情報が収集された。調査⑦では、標準化された精神科面接(Present State Examination)が行われ、精神科医によってMedical Assessment Questionnaireが記入された。デイ・ケア、居住ケアのスタッフに対してはMRC Social Behaviour Scheduleの修正版を、親族にはCamberwell Family Interviewを用いた面接が行なわれた。調査⑨では、標準化された査定法(PSE-9 DAS-2 SSAPIRS)によって精神症状と社会的機能状態に関する情報が収集された。調査⑩では、本人への面接を行いManchester Scaleによって精神症状の重度を明らかにするとともに、REHAB Behaviour Scaleを用いてホステルのスタッフから社会的行動に関するデータを収集した。いずれの調査でもケース・ノート等を用いて、どのような介入が行われてきたかが明らかにされた。

これらの情報を用いて、まず、各対象者の機能レベルが査定された。臨床的領域(症状、行動上

表3 基本ニーズ地位の定義(NFCAS)

機能状態の査定	介入の査定	ニーズ地位
問題なしあるいは軽微	利用なし	なし
	部分的に有効なものもなく利用なし	なし
重要問題が現在または近い将来にあり	潜在的に十分有効なものが利用されている	充足
	十分有効なものなし：他に選択肢なし	充足
	十分有効なものなし：他に選択肢あり	未充足

(その後の研究で、ニーズ地位についての分類は若干の変更が試みられている。文献5, p.229および文献6, p.838等を参照。)

表4 精神障害者が地域で生活する際の問題

		問題が認められた割合 (%)
困っている問題		
調査①：病院外で生活する精神分裂病患者（本人の評価）		
	健康（身体的）	69
	経済的安定	57
	社会的関心	60
	人格	63
	家庭	45
	交際	12
	性	12
	宗教	28
	職業	39
個人的問題（Mooney問題チェックリストによる）		
調査①：病院外で生活する精神分裂病患者（本人の評価）		
健康	いつも疲れている	38
	風邪をひきやすい	20
	足の痛み・だるさ	20
	目の具合が悪い	17
	いつも頭痛に悩まされている	18
	筋肉痛	14
	ときどきめまいがする	22
	時々頭重や頭痛がする	17
経済	パートの仕事が必要	14
社会的関心	趣味を広げたい	15
	思うように能率が上がらない	14
	余暇をうまく使えない	14
	会話がうまく出来ない	14
	旅行がしたい	15
	休暇が必要	18
	交際が不十分	17
	独りでいることが多い	17
人格	自信がない	26
	臆病・恥ずかしがり	18
	ものごとを深刻にとらえすぎる	26
	人づきあいが下手	15
	他人といると気分が悪い	15
	人前で話すのが苦手	14
	人にどんな印象を与えるか不安	14
	友人がいない	15
	寂しくて仕方がない	14
	いつもくよくよしている	22
	極度に神経質あるいは緊張する	17
	極度に傷つきやすい	23
	いろいろな考えに悩まされる	14

問題行動 (MRC Social Performance Scheduleによる)

調査④：地域精神保健サービスの長期利用者 (利用機関現場スタッフの評価)

	デイ・ユニット	居住ユニット
恐慌発作と恐怖症	19	17
自発的な交流がほとんどとれない	18	21
動作が鈍い	18	18
抑うつ	17	18
活動性の低下	16	20
セルフ・ケアが不十分	17	18
その場にそぐわない会話	15	21
過剰な動き・落ちつきのなさ	12	18
敵意	12	18
注意持続困難	10	14
空笑・独語	11	11
関心を引きたがる	10	15
乱脈な交際	10	11
会話に一貫性がない	7	11
不自然な姿勢・型にはまった行動	6	6
暴力・脅迫・破壊的行動	6	8
自殺念慮・自殺企図	6	7
社会的に受容されない習慣や作法	3	8
奇妙な考えの行動化	2	3
逸脱した性的行動	1	1
その他 (摂食や記憶の障害・アルコール依存等)	33	35
上記の問題はなし	31	21

臨床的および社会的な機能状態の問題 (MRC Needs for Care Assessmentによる)

調査⑦：精神科デイ・ケアの長期利用者 (調査チームの評価)

調査⑨：地域精神保健サービスを利用した精神分裂病患者 (調査チームの評価)

調査⑩：ホームレスの為の施設に居住する精神障害者 (調査チームの評価)

問題領域		調査⑦	調査⑨	調査⑩
臨床的	精神病の陽性症状	65	70	72
	活動性の低下	23	24	33
	副作用	37	19	22
	神経症の症状	34	3	37
	器質性脳障害	6	0	22
	身体障害	41	57	46
	自己/他者への暴力	17	3	33
	厄介な行動	30	5	85
社会的	苦痛	25	32	39
	個人的衛生	32	19	57
	買い物	23	16	91
	食物の調理・調達	25	22	93
	家事雑用	36	30	39
	公共交通機関	13	11	28
	公共娯楽施設	21	11	80

教育	28	0	87
職業技能	64	30	100
交際	45	5	35
金銭管理	37	8	48
家事管理	53	19	98
意志決定	56		
行動の障害			
調査⑧：精神科デイ・ケアの長期利用者（親族の評価）			
神経症的行動		69	
動作の鈍さ・無気力		54	
行動化		82	
生活技能の不足		65	
援助を必要とする技能			
調査⑧：精神科デイ・ケアの長期利用者（親族の評価）			
個人衛生		31	
身だしなみ		31	
調理		39	
家事		39	
買い物		29	
家の管理		51	
家計		22	
子供の世話		13	
公共交通機関の利用		18	
公共娯楽施設の利用		64	
援助者が問題としてあげたこと			
調査⑧：精神科デイ・ケアの長期利用者の親族（親族の評価）			
患者の自立および自助技能の欠如		20	
破壊的・反社会的行動		19	
陰性症状		13	
患者との関わりにくさ		12	
病気の経過や予後への不安		10	
家族の負担		8	
精神病・神経症の活発な症状		7	
患者の対人関係の困難		7	
スタッフとの接触への不満		2	
患者の徘徊		2	

の問題）と社会的領域（個人的・社会的技能）にまたがる計21（調査⑨⑩では20）の機能領域について問題の評価が行われた。

つぎに、介入法の査定が行われた。NFCASにはあらかじめ、各サブカテゴリーに適した介入法のリストが用意されている。例えば、精神病の陽性症状に対する介入リストには、薬物治療や家庭訪

問、保護環境等の介入法が列挙されている。それぞれの対象者についてリストに載せられた各介入法の有効性、試行の適切さ等が検討され、それぞれに対して7種の評定のうちの1つが与えられた。

最後に各領域の機能レベルと介入法の評定とがつきあわせられ、個々のサブカテゴリーに対して、充足、未充足、なしという3種の基本ニーズ地位

表5 精神障害者が地域で生活する際に必要なサービス

	必要とされた割合(%)	提供率(%)
調査①：病院外で生活する精神分裂病患者（地域精神保健担当者の評価）		
		(調査時)
医学的・精神医学的サービス	78	62
就労サービス	20	29
経済的援助	35	88
居住サービス	17	31
社会的サービス（ソーシャル・クラブ等）	23	25
調査②：精神科退院患者（医師・ソーシャルワーカーの評価）		
		(退院時予測)
薬物治療	61	93
支持的精神療法	45	58
ケースワーク・サービス	34	41
通所型ハーフウェイ・センター	33	21
就労サービス	25	36
入所型ハーフウェイ・ハウス	22	1
集中的精神療法	19	26
デイ・ホスピタル	15	27
ナイト・ホスピタル	13	23
調査③：精神科退院患者（病院スタッフの評価）		
		(退院時紹介)
医療	96	85
住居	23	43
就労・教育	39	44
交際・レクリエーション	43	28
調査④：地域精神保健サービスの長期利用者（調査チームの評価）		
安全	12	
薬物療法	87	
家事技能の訓練	8	
セルフケア	26	
行動修正	8	
カウンセリング	27	
交際	14	
社会的査定	53	
居住ケア	57	
デイケア	90	
調査⑤：精神科退院患者（ソーシャルワーカーの評価）		
薬物療法		
向精神薬	90	
特殊なヘルス・ケア	17	
カウンセリング		
個人	85	
社会化グループ	53	
セルフ・ヘルプ・グループ	52	

グループ療法	48	
アルコール	35	
薬物	22	
夫婦・家族	19	
親	13	
余暇活動		
社交グループ	67	
レクリエーション	56	
工芸	32	
経済援助		
公的援助	52	
食料スタンプ	36	
退職給付	4	
身内への援助		
身内とのカウンセリング	48	
身内のための支援グループ	33	
日常生活動作		
経済管理	45	
家庭管理	35	
個人ケア	20	
交通機関の利用	12	
職業リハビリテーション		
職業紹介・雇用	42	
職業訓練	38	
就職前カウンセリング	37	
仕事の評価	34	
職業準備	34	
教育		
教育	26	
適切な住居の手配		
自分のアパート	25	
親との同居	23	
親類・友人との同居	21	
グループ・ホーム	20	
ハーフウェイ・ハウス	11	
配偶者と同居	9	
監督つきのアパート	8	
独立した共同アパート	4	
		(退院後1年間)
社会化サービス	79	19
個人療法	85	52
グループ療法	48	6
薬物療法	90	40
職業リハビリテーション	50	14
居住サービス	33	7

経済援助	55	60
調査⑥：慢性精神分裂病の退院患者（医師の評価）		
		(退院後7～12ヵ月)
ケース・マネージメント	76	31
職業復帰	58	8
病気に関する情報	58	50
生活技能訓練	18	12
住居の援助	38	78
余暇活動	77	31
経済的助言	45	41
往診	39	38
輸送	37	3
社会的救急	14	41
作業療法	62	48
個別的支援療法	71	77
グループ療法	48	31
家族療法	37	18
緊急時の対応	18	37
観察入院	38	81
精神科入院	36	96
薬物療法	94	90
EST	1	100
精神外科	0	—
調査⑦：通院中の精神分裂病患者（本人の評価）		
同病仲間の集まり	56	
福祉工場	47	
証明書交付事業	51	
公営住宅への優先入居	54	
家族教室事業	59	
ホーム・ヘルパー	41	
グループホーム	37	
短期間泊まれる施設	53	
精神科救急医療システム	77	
調査⑧：通院中の精神分裂病患者（医療従事者の評価）		
訪問援助	59	
24時間相談援助	37	
給食サービス	26	
短期宿泊・休息サービス	31	
入浴・洗濯サービス	17	
憩いの場・ソーシャルクラブ	61	
イブニング・ケア	32	

のうちの1つが与えられた(表3)。さらに2次評価が行われ、将来ニーズ、過剰提供、可能ニーズといった副次的地位が与えられた。

援助者のニーズに関する調査⑧では、親族への面接やMRC Social Behaviour Scheduleの修正版を用いたデイ・ケアのスタッフへの面接で得た

各種の情報をもとに、調査チームが査定を行った。

表6 サービスの必要性和提供状況(調査④)

必要性	なし	なし	あり	あり	不明
提供	なし	あり	あり	なし	
	%	%	%	%	%
安全	85	1	11	1	3
薬物療法	6	7	73	14	0
家事技能の訓練	87	0	3	4	5
セルフケア	71	0	24	2	3
行動修正	89	0	5	3	3
カウンセリング	68	1	17	10	4
交際	81	1	6	8	4
上記の内少なくとも1つ	6	0	59	35	0
社会的査定	42	0	14	39	5
居住ケア	41	2	42	15	0
デイケア	8	2	68	22	0

3. 結果

「ニーズ」という概念のもとで何が把握されているかを検討した結果、調査の内容は、精神障害者が地域で生活する際の問題および必要なサービス、サービスの提供状況に整理された。ここでは内容別に調査結果のうち主なものを整理して示す。各数値は、文献から該当するデータを抜粋、もしくは提示された値をもとに算出して得た。

a) 精神障害者が地域で生活する際の問題

調査①では、精神分裂病患者が病院外で生活していて困っている問題や個人的に抱えている問題が明らかにされた。調査④では、地域精神保健サービスの利用者の社会的行動の問題が示された。調査⑦⑨⑩では、臨床的、社会的な機能状態の問

表7 各問題領域の基本ニーズ地位(調査⑦⑨⑩)

ニーズ地位	調査⑦			調査⑨			調査⑩		
	充足	未充足	なし	充足	未充足	なし	充足	未充足	なし
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
臨床的問題									
精神病の陽性症状	85	14	1	77	23	0	67	33	0
活動性の低下	82	18	0	33	44	22	7	60	33
副作用	87	8	6	29	71	0	30	20	50
神経症の症状	52	40	8	100	0	0	24	47	29
器質性脳障害	56	22	22	0	0	0	10	50	40
身体障害	77	17	7	71	5	24	48	43	10
自己/他者への暴力	96	4	0	100	0	0	27	47	27
厄介な行動	56	28	16	50	0	50	15	46	39
苦痛	72	14	14	42	42	17	11	17	72
社会的問題									
個人的衛生	72	26	2	86	0	14	54	35	12
買い物	76	15	9	100	0	0	5	33	62
食物の調理・調達	69	19	11	88	0	13	7	30	63
家事雑用	67	17	15	64	18	18	33	50	17
公共交通機関	58	11	32	75	0	25	0	31	69
公共娯楽施設	29	32	39	75	25	0	35	41	24
教育	10	43	48	0	0	0	5	28	68
職業技能	78	5	16	27	9	64	26	37	37
交際	85	6	9	50	0	50	38	13	50
金銭管理	94	4	2	67	33	0	100	0	0
家事管理	90	5	5	100	0	0	73	13	6
意志決定	86	4	10	—	—	—	—	—	—

題が問われた。親族を対象とした調査⑧では、障害者本人の行動の障害や援助が必要な技能が問われ、援助者が抱えている問題を明らかにしようとしている。

調査結果に基づき、「問題あり」とされた者が対象者全体に占める割合を「問題が認められた割合」として表4に示す。

b) 精神障害者が地域で生活する際に必要なサービス

調査①では5種類のサービス、調査②では9項目の施設およびサービス、調査③では4つの領域のアフターケア、調査④は10タイプのサービス、調査⑤では9タイプ36種のサービスならびに7領域のサービス、調査⑥では20の精神保健サービスが示され、それぞれについて、対象者への提供が必要かどうか明らかにされた。

調査⑩では、地域生活を支える条件を、寝泊まりする居住の場としての「生活の場」、就労を含めた日中の「活動の場」、相談・指導・サポートなどの「生活支援」という3つの要素に分類している。それぞれについていくつかの項目を具体的に示して、必要性や有効性を問うている。

調査結果に基づき、各サービスを必要とする者が対象者全体に占める割合を「必要とされる割合」として表5に示す。調査⑩に関しては、生活支援サービスについて、「大いに必要」と「少し必要」あるいは、「大変役立つ」と「少し役立つ」と評価した者の合計数が全対象者数に占める割合を求めた。

c) サービスの提供状況

調査①②③⑤⑥では、サービスを必要とする者のうち該当するサービスを受けた（と考えられる）者の割合が明らかになった。これを「サービス提供率」として表5に示す。調査④では、サービスの必要性と提供の有無に基づいて設定された5つのカテゴリーに該当する対象者の割合が示された（表6）。NFCASを用いた調査⑦⑨⑩では、より細かく、各対象者について問題ありとされた機能領域の各々についてサービスの提供状況が詳しく評価され、各領域に与えられた3種の基本ニーズ地位の割合が示された（表7）。援助者のニーズを探った調査⑧では、住居、物資の援助、

一時的ケア、スタッフとの接触、情報提供や助言、心の負担、子供の世話に関して調査チームの評価がまとめられた。

III. 考 察

ニーズの把握は地域精神保健活動にとって重要な課題の1つである。今後は、わが国の現状に即したデータの収集方法を検討しながら、より適切な調査方法を開発してゆく必要がある。

冒頭でも述べたように、「ニーズ」という概念には本来的に価値の問題が含まれており、ニーズ調査の過程においてはさまざまな評価が行われる。評価の主体および内容に注目することによって、ニーズの把握方法に関していくつかのタイプを想定することが可能となろう。分析結果に基づいて、評価の主体は、サービス提供者（地域精神保健担当者・利用機関の現場スタッフ）、サービス被提供者（本人・親族）、第三者（調査チーム）の3タイプ、評価の内容は、問題、サービスの必要性、サービスの提供状況の3タイプに分類することができる。これらを組み合わせると、ニーズの把握方法として $3 \times 3 = 9$ つのタイプが想定される。調査プランを立てる際には、目的に合わせて適当なタイプを選択することによって、調査の基本的な枠組みを決定することができよう。

欧米では1970年代からリハビリテーションの理念に変革が起こり、職業的自立の可能性のある障害者だけでなく、どんな障害者でもリハビリテーションの機会を持つ権利があることを唱った「トータル・リハビリテーション(total rehabilitation)」の理念が浸透しつつあり¹⁾。この理念をニーズ調査にも生かそうとするならば、対象者の枠を広げ、入院が長期におよぶ人々や退院はしたものの従来のリハビリテーション・プロセスからこぼれ落ちていった人々にも目を向けなければなるまい。イギリスで実施されたホームレスを対象とした調査⑩や、調査④と並行してまとめられた長期入院患者‘new’ long-stay patientsのための施設に関する評価研究²⁰⁾は、「全ての障害者にリハビリテーションを」という理念を具現化する試みとして、大いに参考とすべきであろう。

「トータル・リハビリテーション」が、リハビリテーションの対象者だけでなく内容についても「トータル(全体的)」であることを目指すものであるとすれば、ニーズの総合的な把握がとりわけ重要な課題として浮かび上がってくる。リハビリテーションの目標を「障害のために人間らしく生きることが困難になった人(障害者)の『人間らしく生きる権利の回復』,すなわち『全人的復権』¹⁶⁾に置くならば、ニーズ調査では、一人の人間が精神障害を抱えながら地域で生活してゆく際に生じ得る問題を多面的に捉える必要がある。精神障害については、機能障害(impairments),社会的不利(social disadvantage),好ましくない個人的反応(adverse personal reaction)という3つの要因を考慮すべきだという指摘がある¹⁹⁾。Wingらは、障害の重さをこれら3つの要因別に査定することによって、問題のプロフィールが与えられ、ニーズについて適切な判断を下すことができると主張している²¹⁾。分析結果から、従来の調査では精神障害者の生活上の問題に関して、精神病に起因する機能障害を軸とした情報収集が行われている様子がうかがわれる。今後は、機能障害に加えて、精神障害者が被り得る社会的不利、および、自尊心や動機づけの喪失についても、十分な情報収集が必要となろう。

サービスに関しては、既存の施設やサービスを列挙してその必要性や提供状況を問うだけでなく、精神障害者の生活の質(QOL)の向上に資する多種多様な潜在的可能性に目を向ける必要があるだろう。すでにサービスとして確立され実際に提供されているもののほか、個人や民間レベルで行われているさまざまな試みや開発途上にある介入手段について、探索的な調査が必要となる場合もある。提供状況については、提供の有無を明らかにするだけでなく、より詳細な評価が求められる。調査⑦⑨⑩で用いられたニーズ査定法NFCASは、問題領域を細かく分節化しその各々について多数の介入法をつきあわせ、有効性や試行の適切さ等を考慮に入れた評価を行うことによって、きめ細かで体系的な評価を可能にしている。NFCASをめぐるっては、方法論的検討が重ねられるとともに、ニーズの把握に関する根本的な議

論が展開されており、注目に値する²⁴⁾⁵⁾⁶⁾¹²⁾¹⁷⁾。

IV. おわりに

本稿では、精神障害者のリハビリテーションに関するニーズ調査を分析し、従来の調査で採用されたニーズの把握方法と調査結果を整理し、考察を行った。本稿で提示したデータが活用され、ニーズ調査の方法論的検討が進み、地域精神保健サービスの向上につながる調査が実施されることを期待したい。

文 献

- 1) 秋元波留夫:精神障害者リハビリテーション—その前進のために—。金原出版,東京,1991。
- 2) Brewin, C R, Wing, J K, Brugha, T S: Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychol Med* 17: 971-981, 1987.
- 3) Brewin, C R, Wing, J K, Mangen, S P et al.: Needs for care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med* 18: 457-468, 1988.
- 4) Brewin, C R, Wing, J K: MRC Needs for Care Assessment Manual for Version Two/2. Unpublished manuscript. Institute of Psychiatry, London, 1989.
- 5) Brewin, C R: Measuring individual needs for care and services. In: Thornicroft, G, Brewin, C R, Wing, J (eds.): *Measuring Mental Health Needs*. Gaskell, London, pp. 220-236, 1992.
- 6) Brewin, C R, Wing, J K: The MRC Needs for Care Assessment: progress and controversies. *Psychol Med* 23: 837-841, 1993.
- 7) Brugha, T S, Wing, J K, Brewin, C R et al.: The problems of people in long-term psychiatric day care. An introduction to the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med* 18: 443-456, 1988.
- 8) Cormier, H J, Borus, J F, Reed, R B: Combler les besoins de services de sante mentale des personnes atteintes de schizophrénie. *Can J Psychiatry* 32: 454-458, 1987.

- 9) Hogg, L I, Marshall, M: Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless. *Psychol Med*, 22: 1027-1034, 1992.
- 10) MacCarthy, B, Lesage, A, Brewin, C R et al.: Needs for care among the relatives of long-term users of day care. A report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychol Med* 19: 725-736, 1989.
- 11) Mandelbrote, B M, Folkard, S: Some problems and needs of schizophrenics in relation to a developing psychiatric community service. *Compr Psychiatry* 2: 317-328, 1961.
- 12) Mangen, S, Brewin, C R: The measurement of need. In: Bebbington, P E (ed.): *Social Psychiatry. Theory, Methodology and Practice*. Transaction Publishers, London, pp. 162-182, 1991.
- 13) Solomon, P, Gordon, B, Davis, J M: Assessing the service needs of the discharged psychiatric patient. *Soc Work Health Care* 10: 61-69, 1984.
- 14) Solomon, B, Davis, J M: Meeting community service needs of discharged psychiatric patients. *Psychiatr Q* 57: 11-17, 1985.
- 15) Tansella, M (ed.): *Community-based Psychiatry: Long-term Patterns of Care in South-Verona*. Psychological Medicine Monograph Supplement 19. Cambridge University Press, Cambridge, 1991.
- 16) 上田敏: 総合リハビリテーションの理念と課題. *リハビリテーション研究* 55: 7-11, 1987.
- 17) van Haaster, I, Lesage, A D, Cyr, M, Toupin, J: Further reliability and validity studies of a procedure to assess the needs for care of the chronically mentally ill. *Psychol Med* 24: 215-222, 1994.
- 18) Wasylenki, D A, Goering, P, Lancee, W: Psychiatric aftercare: Identified needs versus referral patterns. *Am J Psychiatry* 138: 1228-1231, 1981.
- 19) Wing, J K, Morris, B (eds.): *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*. Oxford University Press, Oxford, 1981. (高木隆郎監訳: *精神科リハビリテーション*. 岩崎学術出版社, 東京, 1989.)
- 20) Wing, J K (ed.): *Long-term Community Care: Experience in a London Borough*. Psychological Medicine Monograph Supplement 2. Cambridge University Press, Cambridge, 1982.
- 21) Wing, J, Brewin, C R, Thornicroft, G: Defining mental health needs. In: Thornicroft, G, Brewin, C R, Wing, J (eds.): *Measuring Mental Health Needs*. Gaskell, London, pp. 1-17, 1992.
- 22) Wolkon, G H, Tanaka, H T: Professional's views on the need for psychiatric aftercare services. *Community Ment Health J* 1: 262-270, 1965.
- 23) 財神奈川県社会復帰援護会社会復帰ニード調査委員会: 川崎市に在住する精神障害者の社会復帰・社会福祉の現状と必要な援助対策. 財神奈川県社会復帰援護会社会復帰ニード調査委員会, 川崎, 1994.

【特集】

精神障害の評価と障害論

岩崎 晋也¹⁾ 大島 巖²⁾

I. はじめに

精神障害の評価を論じる場合、そもそも精神の障害をどのような構造で捉えるかという問題は避けて通ることができない²³⁾。一般に障害という言葉の意味するところは論者によって異なり、特に精神障害においては疾患と障害との関係をどう捉えるかによって、障害に盛り込まれる内容は大きく異なると言ってよいだろう。

しかし精神障害の分野において障害論は、制度・政策を推進する上では有用な概念と評価されながらも、実践における有用性についてはあまり成果をあげていない。

本稿は、近年再び盛んになってきた我が国での障害論をめぐる動向を紹介し検討を加えるとともに、実践的にも有用な概念と考えるハンディキャップ発生プロセスとしての障害論の視点から、リハビリテーションの効果の指標ならびに評価尺度の問題を論じるものである。

II. 障害構造論をめぐる近年の動向

精神障害の領域で障害を構造として捉えるとい

The evaluation of mentally disablement and the handicaps creation process

¹⁾東京都立大学人文学部社会福祉学科

〔〒192-03 東京都八王子南大沢1-1〕

Shinya Iwasaki: The Faculty of Social Sciences and Humanities of Tokyo Metropolitan University, Minamiosawa, Hachioji-shi, Tokyo 192-03

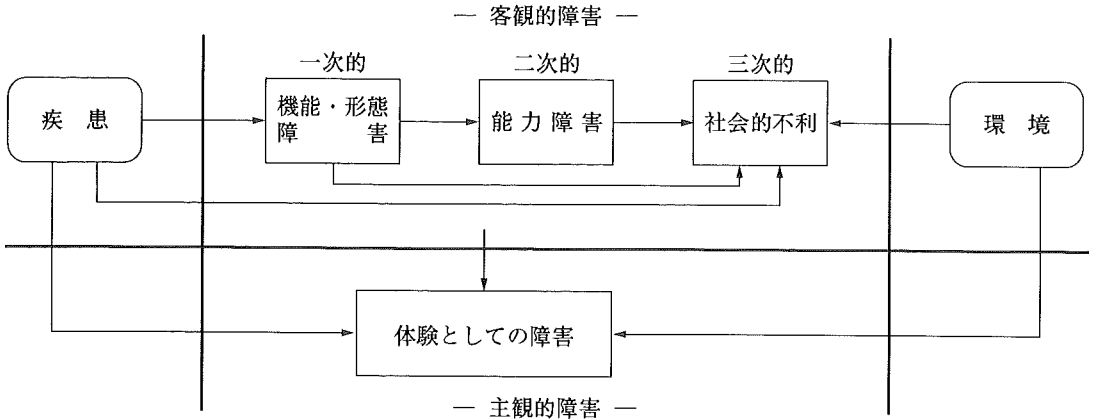
²⁾東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

Iwao Oshima: Department of Mental Health, University of Tokyo

う主張は、1981年に蜂矢によって提唱された³⁾。蜂矢による疾患と障害の構造モデルは、主に身体障害者のリハビリテーションで活用されている上田のモデルをもとに、精神障害の特性である「疾患と障害の共存」性を強調して一部改変したものである⁴⁾。このモデルは、他の障害領域と同様に精神障害者を障害者として捉える理論的基盤を提供する上で重要な役割を果たした。当時は国際障害者年(1981年)、国連・障害者の10年(1983-92年)が始まり、精神障害者への障害者としての施策の必要性がうたわれ、精神障害者対象の共同作業所も地域に展開していった時期であった。こうした時代背景もあり、精神障害者を障害者として捉える蜂矢のモデルは地域リハビリテーションに関わるものに好感をもって受け入れられた。

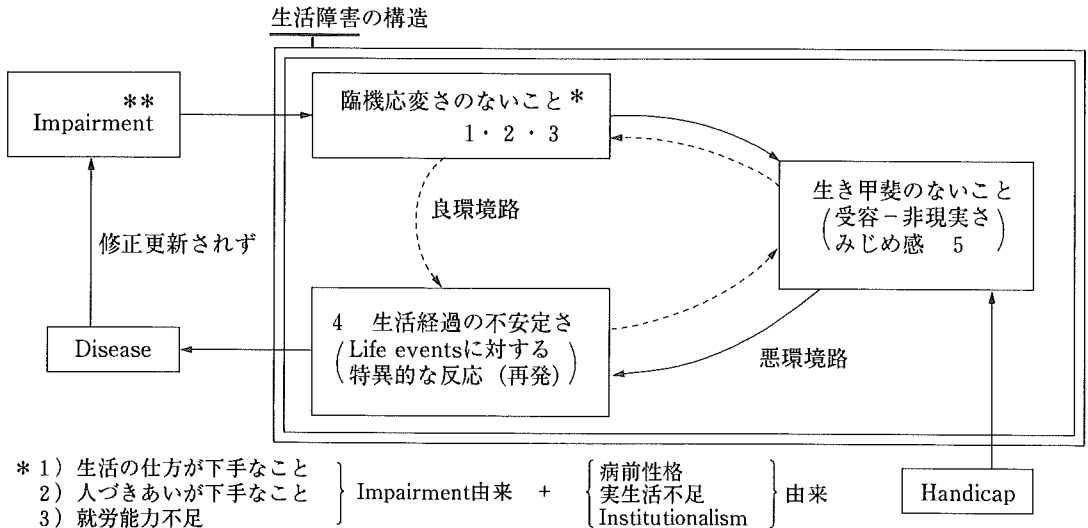
しかし、障害論をベースとした精神障害の分析や援助アプローチに関する研究はその後ほとんど進展してこなかったといえる。つまり障害構造論は、障害者としての施策を推進させる理念としては重要だが、その実践における有用性には疑問が寄せられていたのである。

こうした状況に対して、近年、精神障害者リハビリテーションにおいて再び障害構造論が議論されるようになってきた。例えば1995年の精神障害者リハビリテーション学会(学会長・蜂矢英彦)のパネルディスカッションでは「精神障害領域における障害構造論—精神障害を他の慢性疾患と同様に捉えることができるか」(パネラー／上田敏・佐藤久夫・中澤正夫)というテーマで開かれた。上田は、これまでの上田モデルを一部改訂し、環境因子を加えたモデル(図1)を発表し³³⁾、佐藤は、WHOのICIDH(国際障害分類)の改訂動向や障害論による事例分析を報告し²⁸⁾、中澤は、自らの臨床経験に基づいて精神障害の生活障害を構造化した



注：矢印は時間的継起関係ではなく因果関係である。これは絶対的規定関係ではなく、相互に相対的独立性がある。矢印は主な方向を示したもので、逆方向の影響もある。

図1 障害の構造 (上田敏, 1996)



** Stimulus set
Response set
Operation set
Imagination set } の歪み

図2 生活障害の構造 (中澤正夫, 1996)

モデル(図2)を提示した¹⁷⁾。その後も同学会では継続的に議論がなされている。

このように、再び障害論への関心が高まってきた背景には以下の点が挙げられると思われる。

第一に、WHOによるICIDHの改訂作業が本格化しており、そうした状況が我が国においても知られてきたということである。

1980年にWHOの試案という形で提起されたICIDHの改正動向は、佐藤によって精力的に紹介されている^{25)~27)}。また、1994年にはオランダの

WHO-ICIDH協力センターのデクライン博士、1996年にはWHOでICIDH改訂作業を担当しているユーストン博士の来日を機に開かれた研究会¹⁰⁾も、佐藤のマネージメントで実現している。

これらの過程で明らかになったことは、①1998年までにICIDH第二版の確定作業を終える(出版は1999年)、②精神保健領域への適用が重要な課題の一つになっている、③機能障害→能力障害→ハンディキャップという一方的な線形モデルから、環境を重視した相互作用モデルに変更がなされる

予定である、④改訂予定のICIDHは単に統計上の分類ではなく実践においても利用価値のあるモデルを指向している、⑤ICIDHと疾患を評価するICDと主観的QOLを評価するWHO/QOLの3者は相互に補完する関係にある、⑥障害によるマイナスの側面を評価するだけでなく、プラス（障害を受けていない）の側面を評価することの必要性、などである。

ICIDHの改訂作業は、現在議論が行われている段階であり、最終的な内容は確定していないが、第二版が出版されれば国際的な標準として我が国でも活用せざるを得ず、特に精神保健分野への適用が視野に入っていることを考えると、我が国でもICIDHの改訂に向けて議論をし、意見を反映させていく必要性が認識され始めてきたといえる。

第二に、精神保健福祉法への改正による精神障害者保健福祉手帳の創設により、障害認定の問題が現実味を帯びてきたことが挙げられる。

精神障害の定義の問題は、1987年、1993年の精神保健法の改正時にすでに問題になっていた²⁹⁾。現行の精神保健福祉法の第5条では「この法律で『精神障害者』とは、精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と規定しており、基本的に精神衛生法時代の定義と変わっていない。精神衛生法時代の「精神障害」を疾患の総称として使う用語法からいけば、問題がないのかもしれないが、少なくとも現行法は、障害者としての福祉施策も規定する法律であることを考えれば、「疾患＝障害」という規定は大きな問題を抱えている。

こうした状況に対して、精神障害者保健福祉手帳で採用された障害認定方式は、一定の前進をもたらしたと言える。この認定方法は、機能障害と能力障害を組み合わせて認定するもので、他の障害ですら機能障害しか評価していない現状で、障害の構造を意識し、能力障害にまで踏み込んだ試みは画期的であるといえる。しかしこの認定方式は、機能障害の評価が症状評価であること、能力障害評価があいまいであること、機能障害と能力障害の関係が不明瞭であることなど、これまでの障害論研究の遅れがもたらした大きな課題をも明らかにした³⁰⁾。

また福祉施策のみならず労働施策においても、対象とする精神障害の認定は大きな問題となっている。1996年8月に出された労働省・障害者雇用問題研究会の「今後の精神薄弱者、精神障害者等の雇用のあり方について」³⁰⁾では、精神障害者雇用義務化や実雇用率カウント方式（現行の知的障害者の方式）が検討されているが、いずれも「対象とすべき精神障害者の範囲及び実態が明らかにされていない」という理由で見送られている。

障害の範囲および実態を明らかにすることという要請は、まさに精神の障害構造をどのように捉えるのかという問題であり、この課題の重要性が増してきている。

第三に、行政における障害者施策の一元化により、異なる障害間における共通言語としての期待が障害論に寄せられていることがあげられる。

1996年8月、これまで身体障害、知的障害、精神障害を所轄する部局が3局3課に分かれていたのを一元化し、障害保健福祉部が創設された。保健医療局精神保健課は障害保健福祉部精神保健福祉課に改組され、障害者施策の総合的推進に向けて共通した取り組みが求められてきている。この一元化の流れは、これまでの縦割り行政の弊を反省して生まれてきたものであり、今後の障害者施策の体系化は、各障害間で共通する施策をベースにして、その上にオプションとして各障害固有の施策を位置づけることが予想される。その場合、精神障害領域と他の障害領域を結ぶ共通言語としての役割が、障害構造論に期待されているのである。

III. 障害論の実践的有用性への批判

精神障害者リハビリテーションにおいて、障害論を適切に位置づけるためには、制度・政策上の時代的要請のみならず、リハビリテーション実践における障害論の有用性を明らかにしなければならない。しかし、最近再燃している障害論の議論においても、その実践的な有用性・必要性は必ずしも明確になっていない。

その原因は、精神障害特有の問題として、疾患と障害の関係性の強さにあり、疾患論と切り離れた障害論を想定した場合、それが空理空論になっ

てしまうという疑念にあると思われる。

そもそも蜂矢が、精神障害分野に障害論を持ち込んだとき、この領域の特殊性として考慮したのは「疾患と障害の共存」であった。現在、精神障害分野における障害論に対する批判も、基本的にはこの特殊性に関係している（ただし障害論といっても多様であり、1980年WHO、上田、蜂矢の各モデルとも相互に内容は異なる。以下は基本的に1980年WHOモデルに対する批判である）。

第一に、機能障害→能力障害→ハンディキャップという因果関係を示す線形モデルに対する批判である。他の障害分野からもWHOのICIDHに対して、環境との相互作用が示されていないとして批判が寄せられているが、精神障害分野では、ハンディキャップの改善が能力障害や機能障害、さらには疾患の改善をももたらすことを重視して、機能障害⇔能力障害⇔ハンディキャップという相互作用性が重要である。ICIDHもハンディキャップの変化によるフィードバックは想定しているが、精神障害ではその程度が強く、一方的な因果関係でとらえることの困難性が指摘されている。

第二に、精神障害者の心理的側面を障害モデルの中にどう位置づけるかという問題である。「生き甲斐のなさ」³⁴⁾「好ましくない人格反応」³⁷⁾などという言葉で表現される精神障害者の特殊な心理的要素を、共通言語としての障害論にどう盛り込むのかという問題は重要である。WHOのICIDHでは、心理的要素は異なるスケール(WHO/QOL)で対応することが検討されており、その是非には批判が多い。なお、臺は生活障害の中に組み入れ、上田・蜂矢は異なる次元としながら、障害モデルの中に組み入れている。

第三に、機能障害と疾患の区別がつきにくいことである。上田は症状に対する捉え方について、同一の現象であってもそれを疾患のサインとしてみるか、機能障害のサインとしてみるか、その見方の違いの重要性を指摘している。つまり疾患のサインとして意味のあるものでも機能障害のサインとしては意味がないものがあると指摘している。しかしこの問題は、精神障害においてそうした意味の違いの明確なサインが見つけられていないという問題ではなくて、「疾患と障害の共存」という

特性を重視するがゆえに、疾患と異なった障害独自の視点で症状をとらえることに対する疑問が根底にあると思われる。

以上の三点は、基本的に「疾患と障害の共存」という精神障害の特性から発しており、疾患論から切り離して障害論を打ち立てることの実践的有用性を意味している。この点をもっとも明確に論じたのが岡田であり、「疾患論ときりはなされた障害論はかえって空虚なもの」となり、障害論を「疾患論を基盤に再構築」することを主張している。

IV. 疾患論を基盤とする障害論に対する検討

岡田は、「精神疾患と障害」と題する論文¹⁹⁾で、「わたしは精神科に障害論が不必要だというのはない。障害論は疾患論を基盤に再構築されなくてはならない。それなしでは障害論は、輪郭をかく空虚なものとなってしまふ」と、端的にその立場を表明している。

岡田がこれまでの障害論に対して問題としているのは、治療とリハビリテーションとの関係、疾患—障害関係の理解のあいまいさ、混乱である。特に精神疾患で何を機能障害ととらえるべきかの理解が不十分であることを指摘している。その上で、機能障害自体が疾患の外的表出であり、疾患→機能障害という因果関係の矢印で表されるものではないことや、病気はつねに生物—心理—社会的存在であり、上田や蜂矢モデルのように主観的な要素を別の次元に配することは、疾患をあまりに生物学化したものに限定しすぎることを論じている。

岡田の主張の根底には、病気や治癒という概念には本来「社会的」な要素が含まれているという理解がある。岡田は、病気を「内外環境の有害作用因子にたいする全生体の反応であって、生体における生理過程を変化させ、環境との正常な相互作用を障害して人間の社会的生産活動を低下させるものである」と定義し、治癒を「健康と病気との中間状態であって、社会的生産活動の一応の回復がその指標とされる」と定義している¹⁹⁾。つまり、本来疾患論には障害論が主張する社会的要素が含まれており、疾患を生物学に限定して、障害だけで論を立てようとすると輪郭を欠く空虚なものに

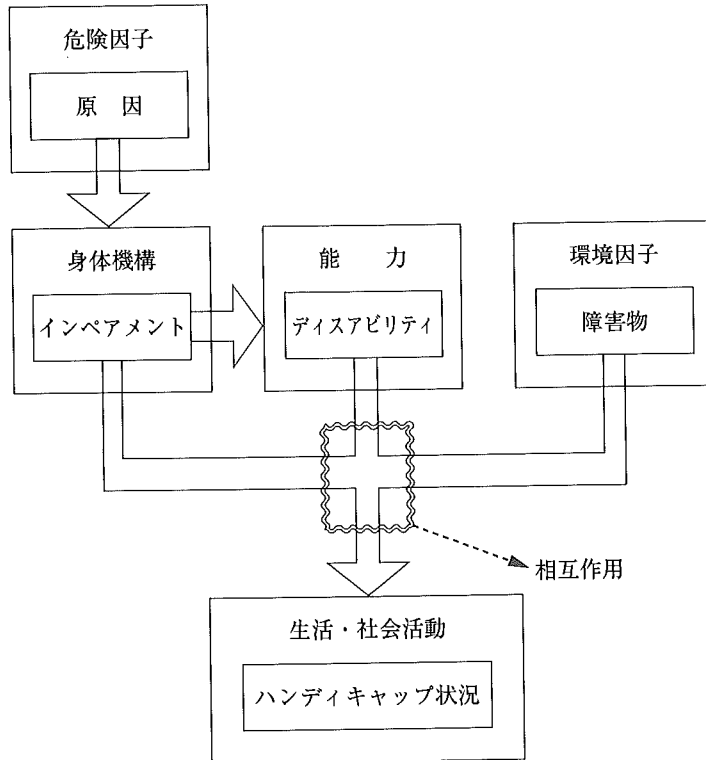


図3 カナダモデル：ハンディキャップ発生プロセス (CSICIDH & QCICIDH, 1991)
*佐藤久夫：障害構造論入門，1992より引用

なるというものである。

しかし岡田の疾患論・治療論は「社会的生産活動」を重視し、その「一応の回復」（必ずしも病前の水準にもどる訳ではないので「一応」としてある）を治療の目標としているのであり、「社会的生産活動」をハンディキャップに置き換えれば、次に述べるハンディキャップ発生プロセスとしての障害論と実質的に違いはなくなってくるのではないか。

WHOのICIDHが試案として出された以降、多くの批判と新たなモデルの提示がなされたが、それらの議論の過程で重要視されてきたのは、障害論は基本的に個体と環境の相互作用に基づくハンディキャップ発生メカニズムを解析するものであるという点である。この点を明確にしているのが、佐藤によってカナダモデルとして紹介されたモデル¹⁾²⁵⁾である(図3)。ハンディキャップは障害の全般的な状況を表す指標であり、能力障害や環境、さらにはそれらの関係性への総合的なアプローチの結果、その状況が改善される。リハビリ

テーションの最終的な指標はハンディキャップの軽減（さらにはQOLの上昇）に他ならず、個々の要素および要素間関係性へのアプローチはハンディキャップの軽減との関係性において、その有効性は語られなければならない。

岡田の危惧した障害論は、疾患、機能障害、能力障害、ハンディキャップと要素に分けることで、医師・看護・福祉・保健の各専門家が特定の要素にのみ働きかけることを役割と見なしたり、疾患への働きかけと障害への働きかけを無関係に行おうとする障害論に対してであったと思われる。

宮内は、「多分、筆者の誤解であったのであろうが」と前置きしながら、障害論が日常臨床にどう生かせばよいのか理解できなかった理由として、機能障害を医者、能力障害をパラメディカル、社会的不利をソーシャルワーカーが対応すると切り離して理解する傾向や、急性期に治療・医療、回復期にリハビリテーションをという位置づけの、非現実性を指摘している。その上で、上田の新しい

いモデルを評価し、社会的治癒をめざす治療と、適切な投薬をすることも含めたりハビリテーションを同義としてとらえている¹⁴⁾。

つまり障害論が、「輪郭をかく空虚なもの」で実践的有用性かけると批判されるのは、分解された個々の要素の評価と個別的な介入のみが強調され、その介入がハンディキャップの改善との関連性を考慮せずに語られる場合であり、今後の障害論の発展のためにはハンディキャップ発生プロセスとしてとらえていく必要があると考える。そして、この観点から評価の問題もとらえ直していかないと、岡田の危惧が払拭されることはないだろう。

V. ハンディキャップ発生プロセスにおける障害の評価

1. ハンディキャップの評価

障害をハンディキャップの発生プロセスととらえる観点にたつとき、もっとも重要な問題は、何を持ってハンディキャップの指標ととらえるのかという問題である。1980年WHOのICIDHの中でもハンディキャップの概念およびリストはもっとも困難である旨が記載されている。ICIDHで採用した考えかたは、社会的不利の評価は、対象者の所属する社会の価値規範によって大きな影響を受け、価値を直接測定することは困難であるが、あらゆる社会に共通する個人への期待を同定することは可能である。よってICIDHでは、異文化間でも共通する「生存するための役割」に限定して分類したと記してある³⁰⁾。確かに、異文化間で妥当性を有する基準を開発することは、ICIDHに限らず、国際比較研究を行う際には大きな問題となる。しかし本稿の関心である実践における有用性という意味では、仮に同一文化内にあったとしても、誰(対象者・援助者・社会一般、etc.)の価値基準でハンディキャップを認定するのかという困難な問題が発生する。以下、現段階で考えられる指標とそれを採用することの問題点を記す。

a) 社会適応度

リハビリテーションの効果測定研究において、もっとも多く採用されている指標が社会適応度ではないだろうか。江熊の社会適応度に見られるよ

うに、就業自立を最上位として、保護的就労、中間施設、在宅、入院とランク付けする考え方は、対象者の依存性・要援助性を基準にしており、一定の合理性を有している。しかし低成長時代の価値観の多様化とともに、就業に対するプライオリティが下がってきていること、次に述べる主観的QOLの重要性が認識されるに従って、この指標を単独で利用することには、一定の留保が必要となってきた。

b) 主観的QOL

主観的QOLや、自己効力感、自己イメージといった、対象者の主観的な価値観が、近年、精神障害の分野においても重要視され、いくつかの評価尺度が開発されてきている²¹⁾¹¹⁾²³⁾³¹⁾³²⁾。こうした傾向は他の障害分野におけるIL運動、コンシューマリズム、エンパワーメントといった対象者の主体性を重要視する考えとも符合しており、無視することはできない。しかし、主観的QOLと客観的QOLの関係をとってみても、両者は無関係とする研究、客観的QOLが主観的QOLの前提となっているとする研究など、まだ結論がでていない¹³⁾¹⁶⁾。さらに精神障害においては、評価方法や結果の再現性などいくつかの問題を抱えており、研究の蓄積が必要である。

c) リハビリテーションゴール

個々の対象者と援助者との関係で、設定されたリハビリテーションゴール(就業、ケア付き住宅への退院、etc.)をもってハンディキャップの指標とする考え方もある。対象者の問題意識と援助者側の問題意識の相互作用によって設定されるリハビリテーションゴールを指標とすることには、主観と客観を統合する合理的な方法であるように思われる。しかし、設定されたゴールの適切さを検証する方法が困難であることや、長期のリハビリテーションには向かないことなどの問題点がある。とはいえ、短期的な介入アプローチである課題中心アプローチ²⁴⁾を採用する場合は有効な指標となりうる。

これら3つのいずれの指標も、一定の合理性と問題性を抱えている。今後、これらの指標を使った実証研究を積み重ねていく中で、より適切な指標を検討していく必要がある。

2. 能力障害の評価

能力障害の評価尺度は、いくつか開発されており、レビューもなされている^{5)6)15)20)~22)}。

たとえば筆者らの所属する障害者労働医療研究会精神障害部会（部会長：宮内勝）では、臺の生活しづらさを参考に、生活障害を評価する精神障害者社会生活評価尺度（LASMI）を開発した。LASMIについての詳細は別稿^{7)~9)}を参照願いたい。尺度としての信頼性妥当性の検証を終え、1995年には、社会適応度別の群間比較研究を行った。現在ほぼ解析作業を終え、作業所・デイケア所属群と比べた場合の就業群の特性や全体の因子構造について報告する予定である。1997年からは、作業所・デイケアを利用開始時から一定期間ごとに評価する研究を予定しており、その際主観的QOL尺度との併用も検討している。

3. 機能障害の評価

精神障害において、症状と機能障害の区別が不明確であることは、前述したとおりであるが、臺がこの問題への一つの答えとなる研究を行っている³⁵⁾。それは反応時間とストレス応答による精神生理の計量的な分析である。物差し落としを指で挟み止める際の単純反応時間と血圧測定時の心拍変動の2指標による分類は、基本的に精神病理学的所見と併せて精神分裂病の機能的亜型分類を行うことを目的としている。しかし臺の研究は、江熊の社会適応度との関係も論じており、こうした研究の積み重ねがハンディキャップ発生プロセスに影響を与える機能障害の意味を明らかにすることになると思われる。

VI. おわりに

障害論にもとづく実証的な評価研究は、まだまだ緒についたばかりであり、クリアすべき課題も多い。本稿で触れなかった環境の評価についても、同一の環境であっても個々のハンディキャップを発生させるのに促進的役割を果たす場合もあれば、減退的役割を果たす場合もあり、その意味を一律に評価することは困難であろう。

しかし、ハンディキャップ発生プロセスととら

える障害論は、他職種間・他障害間との共通言語性も高く、まず対象者のハンディキャップの評価を行った上で、その発生要因を評価し介入アプローチを組み立てていくことの実践的有用性も高いと考える。

近年精神障害領域で、障害の特性に配慮したモデルがいくつか提起されているが、いずれも疾患と障害の共存性を重視するが故に、すべての要因が相互に矢印で関係づけられているものが多い。しかし、ハンディキャップを他の要因と同様に位置づけることは、なにをもってリハビリテーション最終的な効果の指標なのかという点をあいまいにし、かえって実践的有用性を失っているように思われる。

今後、ハンディキャップ発生プロセスととらえる障害論に基づいたリハビリテーションの評価研究を積み重ねていくことが、より実践的に有用な障害論を作り出していくものと考えられる。

謝辞 なお本稿をまとめるにあたり、宮内勝先生より有益なご指摘をいただきました。また障害論研究会（上田敏代表）における討論から、多くのご示唆をいただきました。深く感謝いたします。

文 献

- 1) Canadian Society for the ICIDH and Québec Committee on the ICIDH: The handicap creation process: analysis of the consultation and new full proposals. ICIDH International Network 4 (1-2,3), 1991.
- 2) 福井里江, 熊谷直樹, 宮内勝他: 精神分裂病患者の自己効力感—対人行動に関する自己効力感尺度作成の試み. 精神科治療学 10: 533-538, 1995.
- 3) 蜂矢英彦: 精神障害論試論—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: 1653-1661, 1981.
- 4) 蜂矢英彦: 精神障害における障害概念の検討. 障害者問題研究 44: 9-22, 1986.
- 5) 池淵恵美, 安西信雄: 生活技能の評価. 臨床精神医学 18: 193-200, 1989.
- 6) 池淵恵美: 生活技能訓練 Social Skills Training とその評価. 季刊精神科診断学 5: 173-184, 1994.
- 7) 池淵恵美, 岩崎晋也, 宮内勝他: 生活障害

- (disability) と精神症状との関連について—精神障害者社会生活評価尺度 (LASMI) を用いた分析. 精神医学 37:1041-1048, 1995.
- 8) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発—信頼性の検討 (第1報). 精神医学 36:1139-1152, 1994.
 - 9) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. 季刊精神科診断学 5:221-231, 1994.
 - 10) 岩崎晋也: WHOのユーストン博士を迎えて国際障害分類に関する研究会を開催. JDジャーナル 16(3):6, 1996.
 - 11) 角谷慶子: 精神障害者におけるQOL測定の試み—生活満足度スケールの開発. 京都府立医科大学雑誌 104:1413-1424, 1995.
 - 12) 角谷慶子: 精神障害者のQOLの特徴とリハビリテーションプログラムによる治療介入後の変化. 京都府立医科大学雑誌 104:1425-1434, 1995.
 - 13) 松為信雄: リハビリテーションプログラム評価としてのQOL指標の課題. 障害者職業総合センター研究紀要 1:1-18, 1992.
 - 14) 宮内勝: 分裂病と個人面接. 金剛出版, 東京, 1996.
 - 15) 宮内勝: 社会生活評価尺度. 臨床精神医学, 印刷中.
 - 16) 中村桂子, 二木立: ADLとQOL—在宅脳卒中患者の移動能力と外出の関係を中心に. 総合リハビリテーション 15:1065-1072, 1987.
 - 17) 中澤正夫: 「生活障害」の構造化の試み. 第3回精神障害者リハビリテーション学会報告書: 139-153, 1996.
 - 18) 岡田靖雄編: 精神医療. 勁草書房, 東京, 1964.
 - 19) 岡田靖雄: 精神疾患と障害. 精神科治療学 7(8):919-924, 1992.
 - 20) 大島巖, 伊藤順一郎: 精神科における評価尺度の基本的考え方. OTジャーナル 26:264-269, 1992.
 - 21) 大島巖, 伊藤順一郎: 精神分裂病に用いられる社会機能評価尺度. OTジャーナル 26:456-465, 1992.
 - 22) 大島巖: 社会機能と社会復帰の診断学—評価の対象領域と評価に必要とされる条件. 季刊精神科診断学 3:325-339, 1992.
 - 23) 大島巖: 精神科リハビリテーションに必要とされる評価. 季刊精神科診断学 5:145-152, 1994.
 - 24) Reid, W J: Task Strategies—An Empirical Approach to Clinical Social Work. Columbia University Press, New York, 1992.
 - 25) 佐藤久夫: 障害構造論入門. 青木書店, 東京, 1992.
 - 26) 佐藤久夫: 国際障害分類をめぐる議論の動向—1994年オランダ会議を中心に. 社会事業研究所年報 30:91-122, 1994.
 - 27) 佐藤久夫, 渡辺裕子, 岩崎晋也: WHO国際障害分類の改訂動向と「1993年の重版への序文」(訳). 障害者問題研究 23(3):81-87, 1995.
 - 28) 佐藤久夫: 国際障害分類作業における主要論点. 第3回精神障害者リハビリテーション学会報告書:125-138, 1996.
 - 29) 精神保健法規研究会: 精神保健法詳解. 中央法規出版, 東京, 1990.
 - 30) 障害者雇用問題研究会: 今後の精神薄弱者, 精神障害者等の雇用の在り方について. 障害者雇用問題研究会, 東京, 1996.
 - 31) 瀧澤るみ子, 福山嘉綱, 中島節夫他: デイケア通所中の青年期精神分裂病患者における職業意識と自己イメージ. 社会精神医学 14:70-76, 1991.
 - 32) 田崎美弥子, 野地有子, 中根允文: WHOのQOL. 診断と治療 83:2183-2197, 1995.
 - 33) 上田敏: 障害の概念と構造—身体障害者のリハビリテーションの経験から. 第3回精神障害者リハビリテーション学会報告書:114-124, 1996.
 - 34) 臺弘: リハビリテーションプログラムとその効果. 精神疾患. 医学のあゆみ 116:538-544, 1981.
 - 35) 臺弘, 三宅由子: 慢性分裂病の機能的亜型分類. 精神医学 38:127-133, 1996.
 - 36) WHO: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. WHO, Geneva, 1980. (厚生省大臣官房統計情報部訳: WHO国際障害分類試案 (仮訳). 1984.)
 - 37) Wing, J K, Morris, B: Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice. Oxford University Press, Oxford, 1981. (高木隆郎監訳: 精神科リハビリテーション. 岩崎学術出版社, 東京, 1989.)
 - 38) 財団法人全国精神障害者家族会連合会精神障害者社会復帰促進センター: 障害年金, 障害者手帳における障害評価に関する研究. 財団法人全国精神障害者家族会連合会精神障害者社会復帰促進センター, 東京, 1996.

【特集】

精神障害の人のキャリア発達と社会的支え

松為 信雄

Anthony¹⁾は、精神障害の人の保健福祉活動の枠組みを「recovery」という概念でまとめる。これは、障害による制約を乗り越えて自己の人生に新しい意味と目標を獲得し、態度・価値・感情・目標・技能・役割などで変化を遂げることを意味する。この概念に即した精神保健サービスには、「治療」「危機介入」「ケースマネジメント」「リハビリテーション」「エンリッチメント」「権利擁護」「基礎的支援」「自助」の8領域があり、その実施は、障害の階層構造に応じて焦点を変える必要があると指摘する。精神障害の人の社会参加のための支援は、こうした広範なサービス活動を複合的に機能させなければならない。

本論では、このことを承知したうえで、特に職業的な自立に関して、キャリア発達の課題を踏まえたワークパーソナリティの評価と育成、職業的な自立への移行、および社会的支えについての関係を検討する。

I. キャリア発達の視点

1. 障害の影響

ここでいうキャリア発達とは、「個人の生涯にわたる役割、環境、出来事との相互作用と展開」⁴⁾であり、「成人生活を通じて発達するにつれて、仕事に関する活動は個人の発達を反映する」³⁰⁾ものと定義する。キャリア発達は、リハビリテーションカ

ウンセリングの基盤となる理論であるとともに、職業リハビリテーション活動を体系的に捉える際の視点となる¹⁹⁾³⁵⁾³⁶⁾⁴⁰⁾。それゆえ、精神障害の人たちに対する心理社会的リハビリテーションの活動を進めるAnthonyらもその重要性を指摘する²⁾³⁾⁵⁹⁾。

だが、障害がキャリア発達に及ぼす影響を検討した研究は、必ずしも多くはない。松為・望月⁴⁰⁾はそれらの影響を、初期経験の制約、意志決定の能力、自己概念の形成、就職後の受障、などの側面から概観している。第1の初期経験の制約とは、受障の影響はその後の発達過程において、意志決定への参加、働く人としての自己理解、自己の能力の検証などを経験する機会を制約し、それが職業を探索する時期になって不適応を引き起こす原因となっている²⁰⁾。それゆえ、障害のある人は、受障後の早い時期から、さまざまな役割や職業に関連した課題を実際に経験することが重要であるとされる¹⁴⁾。

第2の意志決定の能力では、これが不十分なために発達過程で遭遇する課題を達成できずに失敗を繰り返し、結果的に、職業的な発達の流れをもたらす³²⁾。受障によるさまざまな経験の制約、自分で意志決定したことによる成功体験の不足⁶¹⁾、親の過剰な防衛や本人の依存性による社会的未成熟¹²⁾などが、意志決定に対する回避行動を生み、新たな課題に気付かなかつたり気付いても対処できない。また、不十分な情報収集、意志決定が許されない状況、優柔不断さなども適切な意志決定を妨げる¹¹⁾。

第3の自己概念の形成では、高いキャリアを期待しない家族・学校・職場の環境、障害そのものに対する社会の排他性、両親・教師・雇用主からのステレオタイプな断定などが発達過程で繰り返

Social support for career development of persons with psychiatric disorders

障害者職業総合センター

〒261 千葉県千葉市美浜区若葉 3-1-3

Nobuo Matsui: National Institute of Vocational Rehabilitation, 3-1-3, Wakaba, Mihama-ku, Chiba 261

返されると、否定的な自己概念を作り上げる⁵³⁾⁶²⁾。障害に対するこうした周囲の否定的な態度や反応がさまざまな経験を制約し、その結果として、自己の職業選択や訓練そして処遇の可能性を狭めたり、希望する職業が現実的でなかったり、非現実的な意志決定をする¹³⁾。

第4に、就職後に受障した人の職場適応の過程である。Hershenson¹⁷⁾は、個人の機能を、対人関係や課題遂行能力などの「特性と技能」、身体イメージ・自己の価値性・自己有用性などの「自己イメージ」、個人的・社会的な種々の「目標」の3つの領域から捉える。受障による影響は、最初に「特性と技能」の低下をもたらし、そのことが「自己イメージ」と「目標」の変更にまで波及すること、他方で、「特性と技能」の低下があったとしても、「自己イメージ」の回復や発達に応じて社会的不利に及ぼす影響が少なくなるとする。

Goldbergは、これらの論点を踏まえた構造化面接をさまざまな障害の人たちに行い、障害がキャリア発達に及ぼす影響をまとめている¹⁶⁾。それらの中で、精神障害の人に関わりが深いと考えられるものを抽出すると、次のものがある。①職業選択を強く規定するのは、受障前に形成された職業生活設計、興味、働くことの価値観である。②職業評価の最も重要な変数は、仕事への動機付け、現実的な自己評価、リハビリテーションの肯定的な見通しなどである。③人生の経歴を規定するのは、病院や施設の入所、医学的治療や療育に要した期間、障害への適応に要した時間である。④雇用の獲得とそれを維持する機会を得やすいのは、自己の制約に現実的に対処できる基本的な能力を身につけた人である。⑤障害者のキャリア発達は、連続的で継続的な過程としてではなくてエピソード的で突発的であり、入院や施設入所の処遇の影響を受け、障害特性によって規定される個別的な経歴をたどることが多い。

2. 精神障害の人の特徴的な問題

これらは、主に身体障害や知的障害のある人を対象に得られた知見だが、その幾つかは精神障害にもあてはまる。たとえば、精神障害の人の職業自立を阻害する要因をまとめたJansen²⁷⁾は、地域

社会に基礎を置いた支援体制の不備を指摘するとともに、①自己尊重性や自己信頼性の欠如、挫折に対する低い耐性、失敗への恐れ、他者との人間関係についての過剰な不安や無能力さ、などが就職への動機付けを低下させていること、②職業的な未成熟さ、成功した職業経験の欠如、自立生活に対する無能力さなどがリハビリテーションの成果を阻害していること、③実際の職業経験やその成功体験がないために、職業的な発達が未成熟な状態になりがちなこと、④職業上の目標が空想的で非現実的であったり、職業社会に参入して失敗することを畏れるあまり、実現不可能なことを承知のうえで希望する場合もあること、などを指摘する。

これらの知見は、精神障害の疾患的な特性を反映しているかもしれないが、他方で、精神医学的な症状尺度は職業自立を予測できないという指摘がある²⁾。それゆえ、障害のある人に共通する側面としての、キャリア発達の探索段階での主要な課題を乗り越えることの困難さを示すものと見なすほうが、職業リハビリテーション分野での支援を考えるのに適切だろう³⁶⁾。

II. ワークパーソナリティとその育成

1. ワークパーソナリティ

詳細にみると異なる側面があるとしても、こうしたキャリア発達に及ぼす障害の影響を精神障害とその他の障害を区分することなく論じるのは、ワークパーソナリティ(work personality)が職業リハビリテーションを考えるうえでの重要な概念となっているためである。これは、障害の種類に関わりなく、生産活動に関わるさまざまな経験を蓄積しながら、職務上の役割機能を遂行できるように発達の方向が強制される活動様式であり⁸⁾⁹⁾¹⁵⁾¹⁸⁾³⁶⁾⁵⁴⁾、準自律的な性質をもつ人格の特定分野と考えられ⁴⁴⁾、具体的な行動特性として記述できるとされる¹⁰⁾。

それゆえ、松為³⁹⁾は、前述したキャリア発達に及ぼす障害の影響を職業準備性の構成要件として捉え、「社会生活の遂行」を基盤に、職業人としての役割を果たすのに必要な「一般的な職業準備」、

特定の職場や職務の遂行に必要な「具体的な職業準備」に関わる領域からなる3層構造として、ワークパーソナリティを操作的に定義している。そのうえで、「一般的な職業準備」の領域に焦点をあて、それを構成する条件をもとに評価尺度を作成している³⁴⁾。

2. 精神障害者のワークパーソナリティ評価

だが、精神障害の人の社会復帰に関する諸研究では、多くの場合、「社会生活の遂行」と「一般的な職業準備」の諸条件は、密接な関係にあることが指摘されている。たとえば、臺⁶⁶⁾の「生活のしづらさ」は、身辺ケアや対人関係と職場での生活技能の乏しさを並列し、粥川・太田・鈴木ら²⁹⁾の精神生理学的障害と職業場面での行動特性との関連や、猪俣²⁴⁾の精神障害者の職業レディネスの構成要件もそうである。特に、職業関連項目と日常生活項目との関係を検討した岡上⁵⁰⁾は、丹野・岡上・篠田ら⁶³⁾や精神障害者職業リハビリテーション研究会⁵⁶⁾の成果を踏まえて、日常生活への問題行動に伴って職業生活上の課題が表面化することを指摘する。これらの知見を踏まえて、精神障害者職業リハビリテーション研究会⁵⁷⁾では、社会生活能力と職業能力の2次元から構成した9領域で精神障害の人を分類する。

これらの成果は、精神障害の人のワークパーソナリティの評価指標は、「一般的な職業準備」に加えて「社会生活の遂行」の領域の比重が大きくなることを意味する⁵¹⁾。職業リハビリテーション分野での評定尺度の設問項目は、職業社会の諸環境から要請される役割を果たす共通的な条件の他に、個々の障害に起因する固有の特性も含めることが必要となる³⁴⁾。そのため、最初から精神障害のある人を対象に構成された、「REHAB」⁶⁷⁾、「LASMI」²⁵⁾²⁶⁾⁴²⁾、「精神障害者就労準備チェック表」⁶⁰⁾、あるいは、野津⁴⁹⁾や精神障害者職業リハビリテーション研究会⁵⁷⁾で提示された評価項目は、いずれも「社会生活の遂行」の項目を数多く含んでいる。ワークパーソナリティの概念そのものは精神障害の特性に関与しないが、それを操作的に定義して実用的な尺度を構成する際には、その臨床像を的確にあらわすような記述を工夫しなければ

ならないのである。

3. デイケアと職業準備プログラム

このように、職場生活と地域生活の要件が不可分の関係にあることが精神障害の人のワークパーソナリティ評価を特徴付けているとすれば、それを育成する教育訓練プログラムもそうした不可分性を考慮しなければならない。そのひとつの視点は、職業自立に向けた職業準備プログラムとその前段としてのデイケアのプログラムを、内容や実施面で一層の連続性を保たせることにある。

池淵・安西²³⁾はデイケアの今後の課題のひとつに、症状・年齢・目標の3軸からその機能を明確にすることが重要であると指摘する。また、目標の特性軸においては、再発防止と生活安定を目指すのか、それとも、就労や就学等のステップアップとしての活動かを明らかにすることを求めている。その場合、職場生活と地域生活の双方は不可分の関係にあることを理解したうえで、プログラムの焦点を変えることが重要となろう。

その意味では、デイケアにおけるSST (Social Skill Training) のプログラムは、今後ますます重要な手法となろう⁴⁵⁾⁴³⁾⁶⁵⁾。なぜなら、ストレス脆弱性モデルとともに認知行動療法を理論的基盤とするSSTは、特定場面での行動変容を促すことを意図したプログラムメニューであっても、実際には複合的な成果をもたらしていると思われるからである。職場と地域生活の双方の技能向上に潜在的な寄与があるとするならば、①日常生活の自立の程度、②職場・学校・デイケア・作業所などでの役割の遂行の程度、③家族関係の様子や家族内での役割遂行、④交遊関係、⑤再発に関連した諸技能、などの広範な領域からその成果を評価することが必要となる²¹⁾²²⁾。また、職業場面で必要とされる生活技能訓練³³⁾、就労準備グループ³¹⁾、仕事探しクラブ⁶⁷⁾などの成果も、地域生活を維持する技能を伴った有効性なのかもしれない。

他方で、前述したキャリア発達に及ぼす障害の影響からすると、SSTのプログラムは、発病時期が就職前か就職後か、発病前の就業期間、入院期間の長さなどの条件によっても、働くことの意味や職業人としての役割に対する理解、職業人とし

ての現実的な能力や興味などに対する自己概念が異なることに注意して構成することが必要となろう。さらに、実際のさまざまな職業情報や勤労体験などをとおして、実現可能な目標を探索しながら職業選択に至ることを支援することが重要となる。

Ⅲ. 職業自立への移行

1. 移行に伴う課題の区分

ところで、キャリア発達の視点を踏まえて職業的な自立に向けた支援を考える場合、松為³⁵⁾はこれを、①就職とその直後の短期的な職場適応を規制する要因と、②職業生活の長期的な継続を規制する要因、に区分して論じる必要があることを指摘する。前者は、就職活動や職務との結合を図るときの直接的な規制要因であり、個人の特性と職務から要請される特性の双方が関与する。これに対して、後者は、社会的・組織風土的・経済的な諸環境との相互作用の下にあって、職務に従事してそれを維持するための要因である。この区分は、Schaloc⁵⁵⁾が、①個人特性と職務環境との交互作用を課題とする「個人—環境関係」と、②就職後の職業生活全体の支援プログラムと雇用や経済状況を反映した職場や社会生活環境との交互作用を課題とする「支援プログラム—環境関係」に区分した視点と同じである。

重要なことは、この短期的な「個人—環境関係」や長期的な「支援プログラム—環境関係」の確立と維持、および、前者から後者への移行をどのように円滑に進行させるかである。前述した、ワークパーソナリティの評価とその形成のための教育・訓練プログラムに関する論議は、「就職とその直後の短期的な職場適応を規制する要因」あるいは「個人—環境関係」の確立に向けた支援を指摘したものである。

2. 支援プログラム—環境関係の確立

これに対して、「職業生活の長期的な継続を規制する要因」あるいは「支援プログラム—環境関係」を規定する要因は、数多くある。Schaloc⁵⁵⁾はこれを、①地域社会での自立的な生活を支援する

「地域生活支援プログラム」と、②就職した職務への適応を支援する「職務適応支援プログラム」に区分し、このいずれも援助機関が関与すべきであると主張する。

前者は、地域社会での自立した生活を維持する上で欠くことのできない、日常生活の自立、それを維持させるための支援活動、職場と地域生活との調和を維持する管理などのプログラムである。これに対して、後者は、就職した人が生産的で有用な職務遂行の水準に至るまで企業が長期的に関与し、援助機関はその推進を補助する機能を果たすプログラムである。前述したように、精神障害の人のワークパーソナリティ評価では職場生活と地域生活が不可分の関係にあることを考慮すると、これらのプログラムは「社会生活の遂行」と「職務の遂行」の双方への支援と対応する。

「社会生活の遂行」を支援する社会資源には、単身向け賃貸アパートと借家、グループホーム、ホステル、その他の福祉施設などの居住資源、保護的な職場、小規模作業所、デイケア、ソーシャルクラブなどの日常活動の場、そして、保健婦・精神保健相談員、医療機関の職員、福祉事務所の職員、ホームヘルパーなどのスタッフによる訪問援助、などが必要とされる⁴⁵⁾⁵²⁾。他方で、「職務の遂行」を支援するには、職業準備訓練、職域開発援助事業、職場適応訓練、援助付き雇用や保護雇用制度、企業内授産施設の推進などのさまざまな施策を含んだ、職場の体制づくりが重要となる³⁷⁾⁴⁷⁾⁴⁸⁾⁵¹⁾⁶⁴⁾。

3. 移行に必要な場の確保

後者の「職務の遂行」を支援する活動は、同時に、短期的な「個人—環境関係」から長期的な「支援プログラム—環境関係」への移行に向けた対策でもあるが、実際には、退院から職業的自立への移行は困難な状況にある。岡上⁵⁰⁾は、それを規定する要因の多くは現実社会の中で起きるために、「実際の場合」での訓練や評価こそ必要であると指摘する。だが、実施上の困難さもあって、実際には何もしなかったり見通しの立たない試行錯誤の繰り返しに陥ってしまい、移行の困難な状況を変えることが出来ない。

ここでいう「実際の場」とは、社会復帰の過程で長期の滞在と失敗が許容され、しかも当人の関心を高める程度に魅力的な場を意味し⁵⁰⁾、ある訓練プロセスが達成できなかった場合でも後日に有効になったり、単一の訓練技法では収斂され得ない効果があることから、一般雇用にいたる前段階としてこの機能を充実することが望ましいとされる。「実際の場」での訓練は、キャリア発達に及ぼす障害の影響としての初期経験の制約、意思決定能力の不足、自己概念の未成熟などに対する有効な手段とみなされているのである。

こうした場をどのように確保するかについての示唆は、社会復帰の過程に応じて精神障害の人を分類した精神障害者職業リハビリテーション研究会⁵¹⁾の結果から得られる。そこでは、一般事業所群、障害モデル型就労群、試験就労群、授産施設・福祉工場群、作業所群、デイケア通所群、生活自立群、要生活支援群、施設内生活群の9群に区分し、それぞれの群ごとに障害の特性と配慮をもとに細分化したうえで、その群に属する基準となる事項について詳細に検討している。特に、デイケア通所から一般事業所に移行するには、作業所、授産施設・福祉工場、試験就労、障害モデル型就労などの木目細かく設定した中間的な施策を提案している。

IV. 社会的支え

1. コンボイ

ワークパーソナリティは、入職時の短期的な「個人—環境関係」に留らず、その後の長期的な「支援プログラム—環境関係」の中でも発達的な変化を遂げる。松為³⁹⁾は、こうした職務上の役割機能を果たすワークパーソナリティのみならず、キャリア発達の過程で遭遇する家族や地域社会でのさまざまな役割の遂行や役割相互の移行が円滑に遂行されるには、生涯にわたって継続される「社会的支え」が不可欠であることを指摘する。それは、障害の有無を問わず人生を全うするすべての人にとって必要だが、特に、精神障害の人はその継続的な支えが重要となろう。

「社会的支え」は、対象者が、①自己を明確に

意識し、②自分が価値ある存在であると気付いて肯定的な態度や行動が強化され、③人生の過程で生じるさまざまなストレスに対処でき、④固有の問題解決に有用な知識・技能・資源などの情報を獲得し、⑤発達の過程で一時的に退行した社会的技能の促進、などが得られる人的ネットワークによってもたらされる。

KahnとAntonucci²⁸⁾は、「社会的支え」を機能させている人的ネットワークの構造を、対象者を中心に3重円で囲む支援者からなる「コンボイ（護衛隊）」として捉えている。その外円の成員は、仕事上の付き合いなどの役割関係だけで対象者と結合し、関係の変化の影響を受け易い。中円の成員は、時間の経過とともにさまざまな機会や場所で役割を越えた深い関係を結び、対象者は外円の成員よりも親密になる。だが、役割関係が喪失するとその関係は維持されない。内円の成員は、役割関係を越えて人生の長期にわたって対象者と安定した関係を結び、きわめて親密で重要な支えを提供してくれるために、対象者はその成員に高い価値を置いている。

障害のある人の場合、家族や親族、地域の友人や隣人、関係機関の施設職員や生活支援ワーカー、就労場所での上司や同僚、各種の支援機関の職員などが、コンボイの成員となり得る。これらの支援者は、生涯発達の過程でコンボイに加わったり抜け出たりするし、内円と外円との間で移動することもある。その中で、「社会的支え」を最も規定するのが内円の成員である。それは、情緒的な支えを含むさまざまな支えを提供し、その人数が多いほど、対象者は人生の危機的な移行の時もうまく切り抜け、成員の喪失に遭遇しても対処が容易になるとされる。

2. 社会的支えの育成

「コンボイ」は「社会的支え」の根幹となることから、職業リハビリテーションに限らず、在宅支援や家族支援を含む地域リハビリテーションの活動を捉らえるひとつの視点でもある。精神障害の人の「コンボイ」を構成する人的ネットワークは、職場生活と地域生活の要件がワークパーソナリティ評価で不可分の関係にあり、またその障害

の治療回復の過程が長期に及んでキャリア発達に及ぼす影響が著しいことから、その他の障害の人たちよりもさらに重要となろう。「コンボイ」の育成は職業的な自立とその維持に寄与すると期待されるが、その育成は、地域リハビリテーション活動との一体的な推進によってのみ確保される。その意味では、精神障害の人の職業リハビリテーションは、地域の精神保健活動と不可分の関係にあるといえよう。

松為³⁸⁾は、こうした「社会的支え」としての「コンボイ」の育成に際して、次のことが重要であると指摘する。第1に、人的ネットワークは生涯にわたって不可欠であるが故に、それを育成して崩壊を予防するための適切な支援をしなければならない。第2に、専門的サービスの提供者が「社会的支え」を実践するには、対象者のコンボイの構造と機能を把握する必要がある。第3に、コンボイの内円の成員となり得る家族への支援である。家族は対象者の最大の擁護者であることが多いことから、専門家や担当者は家族に向けた「社会的支え」が重要となろう。第4に、専門家や職場の担当者が協働して対象者のコンボイを支えるには、ケースマネジメントの役割を担う人が必要となる。第5に、発達の過程をとおして自然発生したコンボイの成長を支援するとともに、新たな成員の参入を促すような支援も必要となる。第6に、「社会的支え」としてのコンボイは生涯発達の過程とともに変化することから、その成員の入れ替わりを予測しつつそれに対応する準備が必要となる。

V. おわりに

精神障害の人の雇用・就労への支援に関する論議や提案は、雇用のための条件整備の在り方がほとんど網羅されているといっても過言ではない⁶⁾⁴⁶⁾⁵⁸⁾。それゆえ本論では、新たな方策を検討するのではなくて、キャリア発達の視点からワークパーソナリティの評価と育成、職業的な自立への移行、そして社会的支えの関連に焦点をあてて、精神障害の人に関する幾つかの研究をまとめた。その結果、職場生活と地域生活が不可分の関係に

ある精神障害の人の特性からすると、これまで身体障害や知的障害の分野で蓄積された職業リハビリテーションに関する知見に加えて、特に、生涯にわたって支える「コンボイ（護衛隊）」の維持が不可欠ことが明らかになった。それは同時に、精神障害の人の職業リハビリテーションサービスの推進は、地域の保健福祉活動の全体的な枠組みから見直すことが重要であることを改めて示唆しよう。

文 献

- 1) Anthony, W A: Recovery from mental illness; The guiding vision of mental health service system in the 1990s. Psychosocial rehabilitation journal 16: 11-23, 1993.
- 2) Anthony, W A, Cohen, M R, Danley, K S: The psychiatric rehabilitation model as applied to vocational rehabilitation. In: Ciardiello, J A, Bell, M D (eds.): Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, pp. 59-80, 1988. (松為信雄訳: 職業リハビリテーションに適用される精神科リハビリテーションモデル. 岡上和雄, 松為信雄, 野中猛監訳: 精神障害者の職業リハビリテーション. 中央法規出版, 東京, pp. 71-99, 1990.)
- 3) Anthony, W A, Cohen, M R, Farkas, M D: Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Allied Health Professions. Boston. 1990. (高橋亨, 浅井邦彦, 高橋真美子訳: 精神科リハビリテーション. (株)マイン, 秦野市, 1993.)
- 4) 安西信雄: 生活技能訓練 (social skills training) と精神科リハビリテーション. 現代精神医学体系年刊判'90. 中山書店, 東京, pp. 131-157, 1990.
- 5) 安西信雄: 精神障害者の職業リハビリテーションにおける生活技能訓練の効用. 職業リハビリテーション 4: 1-8, 1991.
- 6) 安西信雄: 精神障害者の職業リハビリテーション-発展のための課題と展望-. 臨床精神医学 23: 785-791, 1994.
- 7) 安西信雄: 変わりつつある精神障害者の職業リハビリテーション. 障害者問題研究 23: 21-28, 1995.
- 8) Bolton, B (ed.): Vocational Adjustment of Disabled Persons. University Park Press, Baltimore, 1982.

- 9) Bolton, B: Assessment of employment potential. In: Bolton, B (ed.): Vocational Adjustment of Disabled Persons. University Park Press, Baltimore, pp. 53-70, 1982.
- 10) Bolton, B: Vocational assessment of persons with psychiatric disorders. In: Ciardiello, J A, Bell, M D (eds.): Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, pp. 165-180, 1988. (松為信雄訳: 精神障害をもつ人々の職業評価. 岡上和雄, 松為信雄, 野中猛監訳: 精神障害者の職業リハビリテーション. 中央法規出版, 東京, pp. 209-230, 1990.)
- 11) Campbell, R E, Cellini, J V: A diagnostic taxonomy of adult career problems. Journal of Vocational Behavior, 1981.
- 12) Chubon, R A: Career-related needs of school children with severe physical disabilities. Journal of Counseling and Development 64: 47-51, 1985.
- 13) Curnow, T C: Vocational development of persons with disability. The Career Development Quarterly 37: 269-278, 1989.
- 14) Conte, L E: Vocational development theories and the disabled person-Oversight or deliberate omission? Rehabilitation Counseling Bulletin 26: 316-328, 1983.
- 15) Davis, R V: The minnesota theory of work adjustment. In: Bolton, B (2nd. ed.): Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation. Paul H. Brookes, Baltimore, pp. 203-218, 1987.
- 16) Goldberg, R T: Toward a model of vocational development of people with disabilities. Rehabilitation Counseling Bulletin 35: 161-173, 1992.
- 17) Hershenson, D B: A theoretical model for rehabilitation counseling. Rehabilitation Counseling Bulletin 33: 268-278, 1990.
- 18) Hershenson, D B: Work adjustment, disability, and the three R's of vocational rehabilitation-A conceptual model. Rehabilitation Counseling Bulletin 25: 91-95, 1981.
- 19) Hershenson, D B, Szymanski, E M: Career development of people with disabilities. In: Parker, R M, Szymanski, E M (eds.): Rehabilitation Counseling. PRO-ED, Austin, pp. 273-304, 1992.
- 20) Holland, J L: Making Vocational Choices-A Theory of Vocational Personalities and Work Environments (2nd ed.). Engwood Cliffs, Prentice-Hall, NJ, 1985.
- 21) 池淵恵美: 生活技能訓練 Social Skills Training とその評価. 精神科診断学 5: 173-184, 1994.
- 22) 池淵恵美: 生活技能訓練 (Social Skills Training) についての文献総説. 集団精神療法 11: 89-101, 1995.
- 23) 池淵恵美・安西信雄: 精神科デイケア治療論の今日的課題. 精神医学 37: 908-919, 1995.
- 24) 猪俣好正: 精神障害者の職業レディネスを考える. 第2回精神障害者リハビリテーション研究会報告書. 精神障害者リハビリテーション研究会, 東京, pp. 59-63, 1995.
- 25) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発-信頼性の検討 (第1報) 一. 精神医学 36: 1139-1151, 1994.
- 26) 岩崎晋也, 宮内勝, 大島巖他: 精神障害者社会生活評価尺度の開発とその意義. 季刊精神科診断学 5: 221-231, 1994.
- 27) Jansen, M A: The psychological and vocational problems of persons with chronic mental illness. In: Ciardiello, J A, Bell, M D (eds.): Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders. Johns Hopkins Univ. Press, Baltimore, pp. 35-46, 1988. (松為信雄訳: 慢性精神疾患をもつ人々の心理・職業的課題. 岡上和雄, 松為信雄, 野中猛監訳: 精神障害者の職業リハビリテーション. 中央法規出版, pp. 41-55, 1990.)
- 28) Kahn, R L, Antonucci, T C: Convoys over the life course; Attachment, roles, and social support. In: Baltes, P B, Brim, O G, Jr (eds.): Life-span Development and Behavior 3, Academic Press, Boston, pp. 253-286, 1980. (東洋・柏木恵子・高橋恵子監訳: 生涯にわたる「コンボイ」-愛着・役割・社会的支え-: 障害発達の心理学 2巻: 気質・自己・パーソナリティ, 新曜社, 東京, pp. 33-70, 1993.)
- 29) 粥川裕平, 太田龍朗, 鈴木多加二他: 慢性精神障害者の職業リハビリテーションと生理的障害. OTジャーナル 24: 166-170, 1990.
- 30) 川崎友嗣: 米国におけるキャリア発達研究の動向. 日本労働研究雑誌 409: 52-61, 1994.
- 31) 熊谷直樹, 宮内勝, 前田ケイ他: 精神分裂病圏患者の職業リハビリテーション-生活技能訓練の技法を用いた就労準備グループ-. 集団精神療法 8: 154-159, 1992.

- 32) LoCascio, R: Delayed and impaired development—A neglected aspect of vocational development theory. *Personnel and Guidance Journal*, 42: 885-887, 1964.
- 33) 前田ケイ: 就労援助としての生活技能訓練. 平成2年度労働省・日本障害者雇用促進協会研究報告書4 154: 77-92, 1991.
- 34) 松為信雄: 職業評価と「障害者用就職レディネス・チェックリスト」の作成. 雇用職業総合研究所職研調査研究報告書87, 雇用職業総合研究所, 東京, 1989.
- 35) 松為信雄: 精神障害者の職業自立とその支援の考え方. 雇用と職業69: 38-43, 1989.
- 36) 松為信雄: 精神障害者の職業リハビリテーションの考え方と方法. 蜂矢英彦編: 精神科における医療と福祉. 精神科MOOK26: 164-173, 1990.
- 37) 松為信雄: 職業リハビリテーションの新たな段階. ぜんかれん情報ファイルREVIEW, 3: 32-36, 1993.
- 38) 松為信雄: 発達段階に応じた社会的支えの構造. 第3回職業リハビリテーション研究大会論文集. 障害者職業総合センター, 千葉, pp. 134-137, 1995.
- 39) 松為信雄: 職業レディネスについて. 第2回精神障害者リハビリテーション研究会報告書. 精神障害者リハビリテーション研究会, 東京, pp. 64-80, 1995.
- 40) 松為信雄, 望月葉子: 障害者のキャリア発達に関する諸問題. 障害者職業総合センター研究紀要3: 133-144, 1994.
- 41) McDaniels, C, Gysberg, N C: *Counseling for Career Development: Theories, Resources and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco, 1992.
- 42) 宮内勝: 精神障害者社会生活評価尺度をなぜ作ったか? 日本社会精神医学会雑誌2: 124-138, 1994.
- 43) 宮内勝: 精神科デイケアマニュアル. 金剛出版, 東京, 1994.
- 44) Neff, W S: *Work and Human Behavior*. 3rd ed. Aldine, Hawthorne, NY, 1985.
- 45) 日本精神障害神経学会社会復帰問題委員会: 外来受診中の精神分裂病患者のリハビリテーション・ニーズに関する全国調査. 精神神経学雑誌96: 70-75, 1994.
- 46) 野中猛: 精神分裂病者に対するこれからの職業リハビリテーション. 職リハネットワーク26: 9-12, 1994.
- 47) 野津真: 精神障害者の就労問題. 総合リハビリテーション21: 293-298, 1993.
- 48) 野津真: 職業リハビリテーション. 昼田源四郎編: 分裂病者の社会生活支援, 金剛出版, 東京, pp. 292-311, 1995.
- 49) 野津真: 精神分裂病者におけるワークパーソナリティ障害の医学的リハビリテーションにおける職業関連評価の試み. 精神神経学雑誌97: 217-238, 1995.
- 50) 岡上和雄: 精神分裂病者の職業生活の現状と課題. 職リハネットワーク26: 4-8, 1994.
- 51) 岡上和雄, 館暁夫, 大江基: 職業リハビリテーション過程における「精神障害者」(慢性分裂病者)の評価. 精神科診断学5: 153-164, 1994.
- 52) 大島巖・猪股好正・樋田清一他: 長期入院精神障害者の退院可能性と退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から—. 精神神経学雑誌93: 582-602, 1991.
- 53) Power, P W, Hershenson, D B: Assessment of career development and maturity. In: Bolton, B (2nd. ed.): *Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation*. Paul H. Brookes, Baltimore, pp. 219-233, 1987.
- 54) Roessler, R T, Bolton, B: Assessment and enhancement of functional vocational capacities; A five-year research strategy. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin* (monograph), 1983.
- 55) Schaloc, R L: Person-environment analysis—Short and long term perspectives—. In: Kiernan, W E, Schaloc, R L (eds.): *Economics, industry, and disability—a look ahead*-. Paul H. Brookes, Baltimore, pp. 105-116, 1989.
- 56) 精神障害者職業リハビリテーション研究会: 精神障害者の就労に関する機能の特性の分析および評価モデルの作成に関する調査研究. 昭和62年度雇用拡大調査研究報告書3. 労働省・日本障害者雇用促進協会, 1988.
- 57) 精神障害者職業リハビリテーション研究会: 精神障害者の就労援助システムの適用に関する研究. 平成3年度研究調査報告書11. 労働省・日本障害者雇用促進協会, 1993.
- 58) 精神障害者の雇用に関する調査研究会: 精神障害者雇用のための条件整備の在り方について(最終報告). 労働省, 1996.
- 59) 障害者職業総合センター: 精神障害者の職業リハビリテーション. 資料シリーズ11. 障害者職

- 業総合センター, 千葉, 1995.
- 60) 職業リハビリテーションシステム総合推進会議
職業能力評価専門部会: 精神障害者就労準備
チェック表の手引. 神奈川県, 神奈川, 1993.
- 61) Strohmer, D C, Czerlinsky, T, Menz, F
E, et al.: Vocational indecision and rehabilita-
tion clients. *Rehabilitation Counseling Bul-
letin* 28: 109-116, 1984.
- 62) Super, D E: *The Psychology of Careers*.
Herper & Brothers, 1957 (日本職業指導学会
訳: 職業生活の心理学. 誠信書房, 東京,
1960.)
- 63) 丹野きみ子, 岡上和雄, 篠田峯子他: 精神障害
者の就労に関する機能の特性および特性に応じ
た就労援助. *作業療法*11: 130-137, 1992.
- 64) 館睦夫, 岡上和雄: 精神障害者の職業リハビリ
テーション制度の現状と課題. *精神医学*37: 65
-71, 1995.
- 65) 東大生活技能訓練研究会: わかりやすい生活技
能訓練. 金剛出版, 東京, 1995.
- 66) 臺弘: 生活療法の復権. *精神医学*26: 803-814,
1984.
- 67) 山下俊幸, 藤信子, 田原明夫: 精神科リハビリ
テーションにおける行動評定尺度『REHAB』の
有用性. *精神医学*37: 199-205, 1995.

【特集】

福祉事務所の精神障害者への関わりの実態について

—都・区内福祉事務所の実態調査から—

横田 正雄¹⁾ 五十嵐正仁²⁾ 中村 真³⁾

I. はじめに

地域の精神障害者に対する相談や社会復帰への援助は、医療という観点から、現在の行政の中では保健所の役割の一つとして位置付けられている¹⁾。事実、多くの精神障害者に対する相談・社会復帰援助に、専門的教育や訓練を受けた保健所の保健婦が関わっている。(保健婦の精神障害についての教育は不十分であることは指摘されているが、ここでは触れない。また、退院した後、地域で生活する精神障害者の援助には病院関係者も多く関わっているが、これについてもこの拙論の趣旨から外れるのでここでは言及しない。)ただ、公的な経済的援助がないと生計の維持が困難な精神障害者に対しては、生活の維持向上や就労援助などのケースワーク的アプローチを通して、福祉事務所の生活保護ケースワーカー(社会福祉主事)が多く関わっているという現実がある。しかし、精神障害者やそのケースワークに関する専門的教育を受けたことの少ない生活保護ケースワーカーは、精神障害者に対してどのような関わりをして

いるのか、ケースワークの上で具体的にどんな問題があるのか、などについて論じられることは少なかった。

少ない中で、1986年に島田¹⁾が「精神衛生法21条²⁾と生活保護法の医療扶助を結び付けることで、同意入院制度がある限り、福祉事務所は精神障害者を隔離・収容する機関として安易な入院に加担していくことになるだろう。」と市町村長による同意入院制度を批判し、社会復帰システムの硬直性の改善や制度・施策の充実を訴えている。

その後、精神障害者に関する法律が精神衛生法から精神保健法へ、さらに精神保健福祉法へと変わる中で、福祉と医療の連携の重要性が言われてきているが、いまだに福祉事務所における精神障害者への関わりについて論じられることは少ないままである。それ以前に、福祉事務所はどのような精神障害者にどの程度の関わりをもっているのかも分からないのが実状である。福祉事務所の精神障害者へのケースワークを考える上で基礎データが必要と思われる。そこで、今回、東京都区内の福祉事務所の精神障害者への関わりについての実態調査を行い現状把握を試みた。この分析を行い、今後の福祉事務所での精神障害者に対するケースワークを考える一助としたい。

II. 調 査

〈調査対象〉

東京都内の2区5市の福祉事務所の生活保護ケースワーカー69名、ただ人事異動で配置されたばかりのケースワーカーは、調査の負担を避けるために除いてある。

〈調査方法〉

69名のケースワーカーにアンケート用紙を配布

The realities of a concern with mentally disabled people at welfare office

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
社会復帰相談部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Masao Yokota: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272

²⁾田無市福祉事務所

Masahito Igarashi: Tanashi City Welfare Office

³⁾川村学園女子大学

Sin Nakamura: Kawamura-Gakuen Women's University

し、各ケースワーカーの持ケース数を記入してもらい回収した。保護受給者のプライバシーを配慮し数値だけを記入してもらった方法をとった。回収率は100%である。高い回収率は、予め責任者に調査依頼を行っておいたこと、また福祉事務所のケースワーカーの精神障害者との関わりへの関心の高さ、今後のケースワークの参考になるとの期待、これらの反映と思われる。

〈調査結果・考察〉

結果は表1～7にまとめてある。順次に考察を加えたい。

表1は、福祉事務所の指導形態によるケース類型別の総世帯数と精神障害の絡む世帯数をまとめたものである。福祉事務所の生活保護ケースは指導形態別にABCDの4つに分類されるが、Aケースは1ヶ月に1回以上、Bは2ヶ月に1回以上、Cは3ヶ月に1回以上、Dは半年に1回以上の訪問活動をケースワーカーが行い、助言・指導をすることになっている。つまり、Aに近づくほど密度の濃い関わりを必要とするケースということになっている。

内訳をみると、調査対象になったケースワーカーは平均で59ケース程の生活保護世帯を受け持っており、その中には概ね20ケースの精神障害の絡んだケースが含まれている。これは全生活保護世帯の34%、すなわち、生活保護世帯の3分の1は精神障害の絡んだケースということになる。この数値に対しては、調査に協力したケースワーカーの間からも「これ程高い数値が出るとは思わなかった」との声が上がっている。以前から、現場のワーカーは精神障害のケースが多いとの実感はもっていたが、今まで数値で表されていなかったため、改めてこのような形で示され驚きの声と

なったのであろう。この数値の意味するところを少し考えてみたい。

理由の一つには、精神保健福祉法への流れと重なって、医療機関が精神障害者の長期入院を控えるべく早く退院させ、在宅ケアに結びつけていこうとする流れがあるため、在宅精神障害者の数が少しずつ増えていることが考えられる。しかしながら、理由の大部分は、精神障害者の生活保障の制度が少ないことであると考えられる。精神障害者への生活保障については、精神保健福祉法32条による外来通院費の公費負担制度と年金制度があるが、外来通院費の公費負担は生活の維持に直接的には役立たないし、年金を受給するには比較的症状が重くなおかつ幾つかの要件をクリアしなければならないという制約が伴っている。国民年金の障害基礎年金は1級で月額81,825円、2級で65,458円となっているが、先ほど述べたように1・2級の該当者は症状の比較的重い人である。在宅で一般就労をしながら生活をしている人もいるが、その数は少ないと思われる。それ以外の精神障害者に対する生活保障の制度は特にない。したがって、精神障害者の生活保障の多くが生活保護制度に委ねられており、その結果が全生活保護世帯の3分の1という数値になっていると思われる。

精神障害の内訳は主に福祉事務所に提出されている診断書に基づいているが、精神分裂病、躁鬱病、非定型精神病、神経症、人格障害、アルコール依存、薬物依存、老人痴呆、その他の精神障害の数を調べた。内訳では精神分裂病が圧倒的に多く全精神障害ケースの65%を占めている。分裂病者の経済的困窮度がここでも示されている。次にアルコール依存や躁鬱病のケースが多いが、分裂病と比較するとその数は少ない。ケース類型で分

表1 ケース類型

世帯内訳	(a)総世帯数 (平均)*	(b)精神障害 の絡む世帯 数(平均)*	b/a	分裂病の件数 (割合)**	躁鬱病の件 数(割合)**	非定型 精神病 (割合)**	神 経 症 (割合)**	人 格 障 害 (割合)**	ア ル コ ー ル 依 存 症 (割合)**	薬 物 依 存 (割合)**	老 人 痴 呆 (割合)**	そ の 他 (割合)**
A	490(7.1)	196(2.84)	40%	77(39.3%)	16(8.2%)	1(0.5%)	14(7.1%)	7(3.6%)	36(18.4%)	6(3.1%)	3(1.5%)	19(9.7%)
B	760(11.01)	248(3.59)	33%	113(45.6%)	31(12.5%)	9(3.6%)	31(12.5%)	4(1.6%)	26(10.5%)	5(2.0%)	1(0.4%)	31(12.5%)
C	1823(26.42)	357(5.17)	20%	238(66.7%)	33(9.2%)	3(0.8%)	23(6.4%)	4(1.1%)	30(8.4%)	1(0.3%)	4(1.1%)	20(5.6%)
D	980(14.2)	570(8.26)	58%	468(82.1%)	13(2.3%)	5(0.9%)	2(0.4%)	4(0.7%)	26(4.6%)	3(0.5%)	18(3.2%)	43(7.5%)
計	4053	1371	34%									
平均*	58.74	19.87										

* : ケースワーカー1人あたり
** : 割合は(b)に対するもの

裂病をみると、AからDに行くほど割合が高くなっており、Dケースでは分裂病は全精神障害ケースの82%となっている。これは慢性化した分裂病のケース、特に長期入院のケースには福祉事務所では徐々に関わりを薄くしていることを示している。これに対しアルコール依存ではAからDまで同じような数値であり、それぞれのケースに応じた関わりをしていることがうかがえる。

表2は、精神障害ケースのうち居宅ケースの家族構成を示しているが、アンケート調査の中で入院ケースを入れてしまったものがあり、トータルで100%になっていない。しかし、単身世帯が圧倒的に多く、入院ケースを除いたものとの割合をみると、90%以上になることが分かる。一応家族があっても、生活保護受給のため世帯分離をして単身となっているケースもあるので一概に言い切れないが、基本はこの通りと考えて良いだろう。結局、精神障害の生活保護ケースは単身世帯がほとんどであり、社会復帰を考える上で、家族の協力が得られないという困難が伴っている。病状の把握、服薬の問題、医療機関や保健所との連携、近隣住民とのトラブル等の様々な面に生活保護ケースワーカーが関わっていかねばならないことを示していよう。これは表1により、居宅ケースではA・Bケースの割合が高くなっていることから推測される。

ここで生活保護ケースワーカーが関わった単身・居宅ケースの具体例をみておこう。(保護受給者が特定できないように、調査対象の市とは別の市のケースを選び、且つ客観的事実に大幅な修正を加えてある。)

30歳代の男性Aさん、両親も兄弟もなく親族は他市に住む伯父一人、普段の付き合いもあまりな

く、全くの単身世帯。若い頃から分裂病の診断で入退院を繰り返したが、ほとんどが入院期間で、退院後しばらくすると通院しなくなり薬も飲まなくなってしまう。また、買い物が好きで月末には生活費がなくなってしまうので、Aケースとして訪問を多くし、通院や服薬の必要性、計画的にお金を使うことなどを話し合う。ある時、Aさんのアパートの隣の部屋に住む高齢の女性が福祉事務所を訪れ「Aさんが私を脅かす。とても住んでいられない。」と訴え、どれだけ自分が困っているかを話していく。次の日には家主が来所し、「できれば、Aさんにアパートから出ていってほしい。」と話す。訪問をしてAさんに事情を聞くと、「女性にお金を貸したが返してくれないので強く言っただけで、もうそれ程気にしていない。」と言う。落ち着いたかにみえたが、その後も、その女性や家主が毎日のように来所。再度訪問すると、女性の部屋の入り口には、Aさんが書いた女性の悪口の貼紙がベタベタと貼られている。Aさんに「お金を返してもらう方法は他にあるのではないか。これだとAさん自身が不利な立場に追い込まれてしまうのではないか。」と説明したところ、後日Aさんは女性や家主と話し合い、女性が月々お金を返していくことで解決した。その後Aさんの病状が悪化、通院もしていないので、ケースワーカーは病院のPSW、主治医と相談。主治医は病状や通院状況から「入院したほうが良いと思う」との判断。この結果を伝えると、Aさんは、調子が悪いことは分かっているが病院にいくと長く入院させられるので病院に行きたくないと言う。再度主治医と相談、短期で入院し本人が退院を希望したときには退院させるとの方針を確認。Aさんは若い頃からの長期の入院経験で多少渋ったが、結局受診して入院に同意。入院数週間で退院を希望し退院。退院時に本人、主治医、PSW、生活保護ケースワーカーとで退院後の生活について話し合い、通院をきちんとしていれば、もし病状が悪化して入院しても短期間で退院できることをAさんに理解してもらおう。その後、Aさんは短い入退院を繰り返しながら在宅生活を維持していつている。

表3は、ケースワーカーの社会資源活用の現状だが、精神障害のケースで保健所と連携している

表2 精神障害ケースのうち、居宅ケースについて

家族構成	件数	平均*	SD	$\frac{X}{A+B+C}$ **
単身世帯数	762	11.04	6.3	95%
二人	166	2.41	5.52	21%
三人	49	0.71	0.91	6%

* : ケースワーカー1人あたり

** : 居宅件数(表1のA+B+C)に対する割合

表3 社会資源の活用の現状について

	合計	平均*	精神障害世帯数に占める割合
保健所と連携しているケース数	141	2.04	10.0%
主治医と連携しているケース数	204	2.95	14.8%
デイケア・作業所に通所しているケース数	189	2.73	13.7%
中間施設を利用しているケース数	13	0.19	1.0%
グループホームを利用しているケース数	15	0.22	1.1%

*：ケースワーカー1人あたり

のが約10%、主治医との連携が15%程度、デイケア・作業所に通所しているのが14%程度で、残りは1%程度となっている。残りの1%程度の少ない利用率は、中間施設やグループホームの絶対数が少ないためと思われる。二重選択も許しているのではっきりとは分からないが、一応入院を除いた居宅ケースのうち7割程度はこれらの社会資源を活用していることになろう。これは、必ずしも精神障害の専門家でない生活保護ケースワーカーが主治医や専門機関である保健所に頼る傾向があることも示しているように、生活保護法の目的である自立助長の観点^(注3)を踏まえ、これらの社会資源を積極的に活用している結果とも言える。今後、社会資源の充実とともにこの割合は上がっていくと思われる。それは、自立助長等の観点に基く積極的な活用か、監査等で社会資源の活用を指摘されることを意識した消極的活用^(注4)かを問わず、福祉事務所自体に社会資源の活用に関心な雰囲気があるためである。

表4には、ケースワーカーの社会資源の活用状況とその意識をまとめてある。保健所、医療機関、作業所は似たような活用状態であり協力的との意識をもっている。ただ、精神保健センター^(注5)だけは活用していないし、ワーカーが厳しい見方をしていることが分かる。これはセンターが身近になることや、生活保護ケースワーカーがセンターの機能や役割を良く理解していないことが影響していると思われる。

ところで保健所だが、東京都では平成9年に保健所の統廃合が行われることになっている。簡単

表4 社会資源活用の実態について (平均選択率)

保健所について	よく活用し保健所も協力的 どちらとも言えない 不十分	48% 41% 7%
医療機関について	よく活用し医療機関も協力的 どちらとも言えない 不十分	45% 52% 1%
精神保健センターについて	よく活用しセンターも協力的 どちらとも言えない 不十分	7% 49% 29%
作業所について	よく活用し作業所も協力的 どちらとも言えない 不十分	39% 42% 7%

に言えば、保健所の数が少なくなり、一つの保健所が広範な地域を管轄するようになるということである。母子保健に関することは市に移管されるが、精神障害に関わることはそのまま保健所で行うことになっている。これは、従来から精神障害に関することは保健所の役割になっており、専門家の役割も保健所の保健婦が担ってきたため、区市町村には精神障害の相談窓口もないのが現状だからであろう。統廃合により、精神障害者を地域でケアしてきた保健所がなくなったり遠くなったりすると、相談やデイケアを利用してきた精神障害者は無論のこと、ケースワーカーも親近感や便利さに欠けることになり、十分活用できなくなることが危惧される。

表5は居宅ケースの医療機関との繋がりをみたものだが、概ね7%は医療機関と繋がりがなく、繋がりのあるケースでも就労しているのは6%であり、就労していないケースが80%程度になっている。精神障害者の社会復帰を考える上で、就労は必ずしもベストなものではないが、この80%の

表5 医療機関とのつながりについて

	合計	$\frac{X}{A+B+C}$ *
1. 通院しながら一般就労をしているケース数	46	6%
2. 退院しているが就労していないケース数	649	81%
3. 通院が望ましいが通院していないケース数	56	7%
4. 3で一度も通院したことのないケース数	22	3%
5. 3で過去に通院したことのあるケース数	33	4%

*：居宅件数(表1のA+B+C)に対する割合

なかには就労を希望しても出来ないケースが多く含まれていると思われ、精神障害者の就労がいかに困難かを示しているよう。繋がりのないケースで一度も通院したことのないケースは3%で、医師の診断がないため精神障害のケースとの断定はできないが、いわゆる幻覚、妄想等の症状があり、ケースワーカーが受診を勧めたり、福祉事務所の精神科嘱託医に相談したりしているケースと思われる。いずれにしても、この7%のケースに関しては、本人の意思を尊重しつつ受診を勧めたり、保健所の保健婦が訪問して相談ののって行く等しつつ、適切な医療を保障していくことが必要であろう。

表6は、長期入院ケースだが、医学的には退院が可能な社会的入院は16%程度で、それ以外はまだ入院医療が必要となっている。最近の精神科医療では社会的入院は減ってきていると言われるので、この16%という数値が高いか低いかは議論の分かれるところだが、ケースワーカーは、これらのケースに対しては他の社会復帰施設の検討をしたり、親族への協力依頼をしたりしている。ただ、複雑な事情が絡み退院が難しいケースがほとんどで、新たな社会復帰システムを考える必要がある。それ以外の長期入院ケースはほとんどDケースになっており、年2回程度の病院訪問を行って、日用品費(院内生活費)の累積額を確認する程度にとどまっている。

以上が今回のアンケート調査の結果の概要だが、この他に各ケースワーカーに精神障害者に対するケースワークについて自由記述をしてもらった。その中には、「病識がなく受診を勧めても受診しない。一度受診してもその後病院に行かない。服薬管理が出来ず薬を止めてしまう。」等の医療に結びつけることの困難を記述してあるもの、「部屋に閉じこもりきりで、近隣の人との付き合いもなく、訪問しても拒否されてしまう。」・「アパートの住民とのトラブルが多く、なかなか解決しない。」等の対人関係に戸惑う記述、「退院するとき住宅の確保がなかなか出来ない。退院後の親族の強力が得られない。」・「就労意欲はあるが働かせてくれる場がない。」・「退院後に通う場所がなく、アパートで一人で暮らすことを余儀なくされる。」等の就労の難しさや社会資源の乏しさを指摘した記述が多く

表6 長期入院患者について

	合計	$\frac{X}{A+B+C}$ *
1. 社会的入院をしているケース数	92	16.1%
2. 1で施設を検討しているケース数	25	4.4%
3. 1で居宅生活を検討しているケース数	10	1.8%
4. 1で転院を検討しているケース数	6	1.0%

* : 居宅件数(表1のA+B+C)に対する割合

表7 ケースワーク上の問題点

	合計	問題点全体に対する割合
対住民との人間関係	8	10%
ワーカーとケースとの関係	12	15%
病状からの問題	35	44%
社会資源の問題	16	20%
その他	9	11%

あった。それを大まかにまとめたものが表7である。

各ケースワーカーはケースワークを展開しようとするが、社会資源の不足、色々な病名や症状のある精神障害に対する基礎的知識の不足、精神障害者に対する社会的偏見などにより、処遇困難となったケースを抱え苦慮している姿がうかがえる。

III. 精神障害のケースへの関わりについて

新潟大学の富樫は「精神障害ケースの処遇に際して留意すること」²⁾を次のようにまとめている。まず、厚生省の処遇方策委員会での感想を「被保護者の表面的な生活状況や病状把握は行われているが、精神障害者の処遇を展開するために不可欠な対象者の意思を十分徴収しないまま処遇が展開されているのではないかと述べ、その要因として以下の3項目を挙げる。

- ① 精神医学の基本的な事項について習得の機会が確保されていないために問題があるのではないかと。
- ② 生活保護担当のケースワーカー自身にも精神障害に対する既成概念があり、対象者に対する

配慮が不足する傾向があるのではないか。

- ③ 精神障害の場合、活用可能な他法・他施策が限定されており、このため対象者の意向を聴取する機会が少ないのではないか。

そして、彼は「精神障害者へのケースワークでは、精神障害に係わる医学的知識を基礎に社会資源等の知識をもち、対象者の病状把握や生活状況の把握から始める。」とし、障害やその内容評価の重要性を訴えている。理解すべき事項として、(1)精神障害の種類とその性質、(2)予後の把握(治療経過と治療効果)、(3)日常生活上での問題の有無とその程度、(4)障害程度の把握と年金受給の可否、(5)家族及び家族以外の人々との交流及び支援体制の有無、(6)医療機関の関与の有無、(7)保健婦の関与の有無、(8)活用可能な他法・他施策の有無と活用度合、(9)精神障害者の自立意欲とその具体的な方策をあげ、これらの把握と同時に、生活歴・病歴・社会的不利の度合によって生活上の留意すべき事項が千差万別になることを理解する必要があるとしている。

更に、自立指導においては、病名、入院期間に目がいってしまい、対象者と直接面接を行わないまま処遇し、自立の意欲・時期を失っているものがないか検討が必要で、この再検討を的確に実施するために各分野のスタッフの連携が肝要とする。

そして、障害者の社会的孤立化の進行が予想される中で、精神保健法の基本理念である人権擁護・社会復帰を進展させなければならないとし、現状の生活保護業務では、ケースワーカーは精神障害者の経済的支援が中心となるが、これまで述べてきたように対象者の意思を尊重しながら、社会的自立を目指すことが大切になるとしている。

すなわち、生活保護ケースワーカーは精神障害者に対して、経済的支援を中心としながらも、精神障害に関する事項をよく理解して社会的自立を目指すようなケースワークを展開するべきとの主張である。社会復帰・社会的自立の定義が欠けている点に不満は残るが、一応妥当な主張である。富樫があげた9項目のうち、福祉事務所のケースワーカーが弱いところは、(1)(2)(9)の精神障害の理解のところであろう。各市がケースワーカーに専門職制度を採用していない現状では、これらをカ

パーする上で研修の充実が大切になってくるが、今回の調査をもとにこの点を中心にもう少し考察して行きたい。

今回の調査では、1ケースワーカーの平均持ちケース数は60ケース程度であったが、今だに社会福祉事業法では最高持ちケース数は80ケースである。その中の3分の1が精神障害のケースであるから、多くのケースを抱えるケースワーカーは27程度の精神障害のケースを受け持つことになる。これらのケースワーカーの中には専門的な教育・訓練を受けた人^(注6)もいるが、全体的に見て数は少ない。区や市の場合、一般事務職が人事異動によりケースワーカーになるのが通常なので、多くのケースワーカーは知識や経験のないまま多数の精神障害ケースを担当することになる。素人には素人の良さもあろうが、常識的に考えて、精神障害者に対して適切なケースワークが出来るとは思われない。

そこで前述したように研修の必要性が出てくるわけだが、精神障害者の相談や自立援助の役割は保健所になっているので、福祉事務所のケースワーカーが精神障害に関する公的な研修を受ける機会は非常に少ないのが現実である。単発的な研修があったとしても、多忙でなかなか参加できないという現実もあろう。公的な研修が少ない中で、ケースワークへの必要性から熱意をもって自主的な研究会を開くグループも出てきている。例えば、T市を中心にした近隣の福祉事務所ケースワーカーは、保健所の保健婦や近隣の病院のPSWと一緒にケース研究会を定期的に開いている。筆者らが参加して分かったことは、熱意はあっても富樫のいう(1)や(2)が欠けているため苦悩しているケースワーカーの姿であり、最近の人格障害のケースに戸惑い、また家族の協力が得られず社会復帰施設も少ないためケースと共に途方に暮れるケースワーカーの姿であった。しかし、現状に失望せず生き生きとして参加している人で構成されている研究会である。また、精神障害者への関わりに熱心なM市のように、精神障害担当のケースワーカーを決め、その人たちが積極的に研修等に参加し、その内容を全てのケースワーカーに伝えたり、保健所と協力し在宅精神障害者の困っていること

を把握し処遇に役立てるなど組織的な対応をしている福祉事務所もある。

このような自主的な研究会や福祉事務所の出現は、精神障害のケースワークに希望を持たせるものであるが、それぞれの熱意に頼っているため、全体的な広がりにつながらないという欠点がある。福祉事務所の精神障害ケースが全ケースの3分の1という現状を踏まえた、公的な研修の整備・充実が望まれるところである。

IV. おわりに

福祉事務所の生活保護ケースには約3分の1の精神障害ケースが含まれており、かなりの数の精神障害者を抱えた家族が福祉事務所に生活上の支援を求めている。その居宅ケースの多くが単身世帯であり、通院はしているもののほとんどが就労できないでいる。社会的入院をしているケースも多く、就労等を中心にした社会福祉の基盤整備が出来ていないことが伺われる。社会資源の活用もそれほど進んでおらず、いわゆる社会復帰施設に通っているケースは居宅ケースの4分の1に止まっている。精神保健福祉法となった現在でも、精神障害者のリハビリテーションにおける医療機関の役割は大きい、福祉事務所の役割も在宅ケアが進むにつれ今後も大きくなって行くであろう。その役割を的確に果たし、精神障害者の適切な福祉を増進させて行くためには、福祉事務所のケースワーカーの人事制度の改善、研修の整備・充実、また各機関との連携を進展させていくことが重要であろう。

(なお、この調査結果の骨子の一部は1995年11月の日本精神衛生学会「金沢」において発表した。)

注

- 1) 保健所法第2条
保健所は、左に掲げる事項につき指導及びこれに必要な事業を行う。
九の二 精神保健に関する事項
- 2) 旧精神衛生法21条(抄)
保護義務者がいないとき又はこれらの保護義務者がその義務を行うことができないときはその精

神障害者の居住地を管轄する市長村長、居住地がないか又は明らかでないときはその精神障害者の現在地を管轄する市長村長が保護義務者となる。

3) 生活保護法第1条(この法律の目的)

この法律は、日本国憲法第25条に規定する理念に基き、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする。

なお、生活保護法では経済的自立が重視されるが、ここでは障害の程度に応じ地域社会で自分なりの生活ができるようになることの意味で使っている。

4) 監査では、精神障害のケースについての関わり方やケースの抱える問題を指摘されることはまづないが、年金受給に代表される他法・他施策の活用がなされているかどうかは指摘される。ここで述べているのは、精神障害者本人の意思や選択を尊重した上での社会資源活用と、監査を意識して取り敢えず本人に当てはまる他法・他施策の活用を形の上でやっておく場合があるということである。

5) 精神保健センターをここに入れたことについては論議があろう。ただ、センターも相談やケア等の業務を行っており、単に二次的機関として保健所指導等だけを行っているわけではないので調査対象にした。

6) 社会福祉事業法第18条(社会福祉主事の資格)

1. 学校教育法に基づく大学……において、厚生大臣の指定する社会福祉に関する科目を修めて卒業した者

2. 厚生大臣の指定する養成機関又は講習会の課程を卒業した者

一応、社会福祉主事の資格はこのようになってはいるが、任命されてから講習会を受ける者や、大学で1に基づく指定3科目(社会福祉に関する専門科目の他に法律学や経済学、教育学や心理学等で普通に大学を卒業すれば多くが修めているもの)を修めた者が多く、専門的教育や訓練を受けた者とは言い難い。

文 献

- 1) 島田文直：福祉事務所の活動を通して、精神神経学雑誌 88 (10): 777-782, 1986.
- 2) 富樫俊二：精神障害ケース処遇に際して留意すること、生活保護ケースワーク事例集II、厚生省、東京、pp. 9-12, 1993.



【特集】

自助グループと精神科リハビリテーション

松永 宏子

I. はじめに

精神病と診断された人と親族とが、不治の病と
思い人生をあきらめていた時代から、治療・退院
を念頭にいわゆる社会復帰への働きかけに歩み始
めて我が国ではまだ半世紀も経っていない。我が
国で初めてデイ・ケアが試みられたのは1963（昭
和38）年、最初の共同住居が1965年、同じ1960年
代には患者会があちこちで誕生し始め、精神科リ
ハビリテーションの分野に自助グループの萌芽が
出始めている。全国精神障害者家族会連合会は
1965年に発足をみているが、全国でそれぞれに活
躍していた精神障害者団体の組織化つまり全国精
神障害者団体連合会が結成されたのは、最近の
1993年である。偏見のために隔離され社会人として
の諸々の権利を奪われてきた精神障害者が、社
会の中に人間としての存在と復権を求める活動は
ようやく表舞台で行なわれるようになり、当事者
がいろいろの場で活躍する時代になってきている。
当事者が実名で発言し始めた現状の中で、自助グ
ループと精神科リハビリテーションの問題を考察
することとした。

II. 自助グループについて

1. 自助グループの歴史

自助グループとはセルフ・ヘルプ・グループ
（Self Help Group）の訳であり、サービスを必要
としている人たちでお互いにきずなを深め、自分
たちで援助し合っていこうと活動するグループを
表している。当事者が自分たちで互いに援助し合
うという意味でセルフ・ヘルプ・グループを相互
援助グループと表現しているものもある。

歴史的には、下層階級の人が不幸な生活状況を
改善するために相互に援助し合うための19世紀イ
ギリスの友愛組合や英米の消費者協同組合、20世
紀初頭アメリカの民族グループなどに、カッツら
はその起源をおいている¹⁾。ところでセルフ・ヘル
プという用語を図書検索すると、発展途上国関
係の報告書や出版物にかなり多く用いられ、保健
や福祉の分野よりその方面ではるかに一般的に使
われていることが伺える。提供されるサービスへ
の不満や、金持ち・先進国への依存からの脱却な
どが根底にあって、自分たちの多様なニーズに
あった援助を自分たちで行ない自立しようとの発
想から始っている。

このセルフ・ヘルプの理念は、いろいろなハン
ディキャップを持つ人々の分野にも用いられるよ
うになっていくが、長く援助される側にあつた
人々にとって、自分も相互援助の役割を果たせる
ことを認識し、自立への過程を実行していくこと
は大変な変革であり、いくつもの障害を乗り越え
てここに至っている。特に精神障害関係分野にお
いては、社会の偏見および受け身の立場に長く置
かれてきた事情の結果、サービスへの不満・専門
家への不信を意識し、当事者によるセルフ・ヘル

Self help group and psychiatric rehabilitation

国立精神・神経センター精神保健研究所

社会精神保健部

〔〒272 千葉県市川市国府台1-7-3〕

Hiroko Matsunaga: National Institute of Mental
Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa,
Chiba 272

ブに参加するということは、なま易しい仕事ではない。再発への不安・専門家への依存と自立は、精神障害者のセルフ・ヘルプ・グループを展開していく上で、現在もなお微妙な問題を引きずっている。

2. 自助（セルフ・ヘルプ）グループの概念

セルフ・ヘルプ・グループの定義については、セルフ・ヘルプ・グループの数だけあるとロビンソンらがいったとされるほど、各研究者の考えや各国の文化背景・対象によって、様々であった。しかし1976年にはキリリー (Killilea) により文献研究が行なわれ、また近年研究者の国際交流も進んで、いくつか共通する内容が整理されつつある⁴⁾。

比較的一般に受け入れられているカツツとベンダーの定義によると、セルフ・ヘルプ・グループの特徴としては(a)対面的相互交流、(b)活動の自発性、(c)活動の持続性、(d)活動の多様性、(e)人格的関わり、(f)参加することの社会的心理的意味、(g)活動目的の明確さ、(h)無力な状態からの出発等である。

多くのセルフ・ヘルプ・グループが、力のない状態から始まり、権威性を否定して、仲間の問題解決に力を貸すことで自分も成長し支えられることを目標としている。

さらにカツツらは、セルフ・ヘルプ・グループを目的別に、(a)自己表現や個人の成長に重点をおくグループ、(b)ソーシャル・アドボカシーに重点をおくグループ、(c)新しい生活様式の創造を主な目的とするグループ、(d)生活や社会の圧力から保護してもらおうと努めている極限状態の人々に対して、避難所を提供するグループ（「社会から拒絶されて人々」や「どん底」などのグループ）に類型化している⁵⁾。

III. 精神保健と自助グループ

1. 精神障害関係のセルフ・ヘルプ・グループ

精神保健分野におけるセルフ・ヘルプ・グループを考えると、二つの方向があるように思われる。ひとつは既存のサービスや専門家への不満・物足

りなさ等からスタートし新しい援助体制をとろうとするグループであり、専門家からの独立度の高いグループである。日本では、例えば全国「精神障害」者集団に属している人々の多くは、医療従事者や家族や市民への不信感や批判をバネに、病気の体験者同士で真の援助を行なうとの強い決意のもと活動に従事している。このグループに属している「藤枝友の会」の活動報告には、病気に苦しみ入院を拒否している仲間に対し、同じ病者仲間が交代で昼夜つき合い、お互いにくたくたになりながらも支えあった経験が、まさにセルフ・ヘルプの実例として報告されている。ところでこのグループが発行している「全国「精神障害」者集団ニュース」によると、全国「精神障害」者集団事務局会議には、ニュースを購読している「精神障害」者は誰でも参加できるとしている。「精神障害」者以外の人でニュースを購読している人は支援者と位置づけて、支援者のニュース発送の手伝い時には、必ず「精神障害」者が立ち合うなど、かなり厳しく線引きしようとしていることが伺える。

もうひとつのグループは、既存の医療福祉サービスの不足部分を、専門家やサポーターの力を借りながら、しかしできるだけ自分たち仲間内で改善していこうとするグループである。全国精神障害者団体連合会に所属するグループの多くはこのタイプである。一般的に保健医療関係のセルフ・ヘルプ・グループは、治療についての知識・助言などの点で、治療者との共働路線を保っているものが多い。

この問題を西欧のセルフ・ヘルプ・グループ関係の文献に見てみると、「西ドイツにおけるセルフ・ヘルプ・グループ」の中では専門家との関係の項で、専門職がますます細分化されることの問題、職員の介入による管理・子供扱い・官僚化、経済的問題、援助者への依存を上げている⁵⁾。他の文献でも、このテーマを自助グループの大きな課題にしているものが多い。原点に戻って、専門家から独立し自分たちで援助し合うことと、専門家との協力のあり方のバランスが問われている訳である。

2. 専門家との関係

前述のカッツとベンダーの定義の所でもふれたようにセルフ・ヘルプ・グループは、力を持たない状態から始まる。特に精神保健関係のグループの場合、病気の特性や治療・社会資源に関する情報・権利意識など、かなり専門家からの励まし・後押しを受けて、形成されていく例が多い。他のグループの経過を見ると、徐々にメンバーがリーダーシップを発揮し専門家から独立していく形で進んでいくものが多い。精神障害者のグループでは、病気の再発という問題が、リーダー養成や会の運営に様々な影響を与え、不安定な状況を生じやすく、しばしば専門家への依存を引きずりやすい。

精神障害者の多くは、病気の結果、社会から脱落したとの挫折感や再発への不安・自己イメージの低下などに苦悩し、相互援助について自信のない人が多い。自分も他者の役に立つ・援助役割をとることができるという経験を積み重ねることで、自助グループに参加するエネルギーがわいてくる。専門家を活用しながらセルフ・ヘルプ・グループが育ち、当事者同士の相互援助に向けて徐々に活動の輪を広げていくことが、心理的・身体的面でのサポートを目指すグループにおいては有用かつ現実的であろう。

グループ・ワーク場面においては、グループ・ワーカーなどの職員は、グループが主体的に展開し構成員とグループの可能性が育つのを見守る形でかかわることが多いが、教育や保健の分野においては、教育・啓発・情報知識の伝達・権利擁護を含め、他の分野のグループよりも、職員が専門家としての役割を取る場面が多いのが特徴である。

したがって、精神保健分野におけるセルフ・ヘルプ・グループと専門家との関係は、スタート時の無力な状態から出発し、いくつかのグループ・プロセスを経て後も、再発やグループの危機場面に際し、専門家のサポートを求めるなど、つながりが長期にわたる。自分たち仲間内だけで支え合っていくことには多少の不安も残るので、専門家とのつながりを保つ一方で、できるだけ依存しない努力もするという現状のようである。

IV. 自助グループとしての家族会

1. 精神障害者家族会の形成過程

家族会形成のきっかけは、大きくは二つに分けられる。ひとつは職員側が家族に会の必要性を呼びかけて作られたもの、もうひとつは必要性を感じた家族個人が他の精神障害者家族に働きかけた結果作られたものである。

前者は職員からの働きかけという受け身のスタートであるが、強力なリーダーの登場により、グループとしての凝集性を高め、行政への圧力団体的存在になった会と、長期にわたりスタッフの助力を当てにしながらゆるやかに活動している家族会とに分れている。一方後者の場合は当初より職員への依存はそれほど強くはないが、中心核の家族会員が消耗し燃えつき状態になる場合と、専門家の活用は最低限にして、独立した活動を続けていくいわゆる自助能力の高い家族会とに流れていくようである。

概して、家族会は専門家への不満は抱えながらも、表面的には不信や不満を前面に出さない形で関係を維持している。病気の原因・より効果的な治療法・家族が安心できるような社会資源の開発設置その他、家族会は多くの不満を将来への要望という形で表現し、その実現に向けて共に活動してくれる関係者として専門家を位置づけているようである。

精神障害者を抱え日々の世話と社会の偏見に苦悩している家族たちは、専門家との協力関係を維持しながら、家族同士で相互に助言し合ったり地域作業所を運営したりなど独自の活動を行ない自律的である。が、その一方で多くの地域家族会が、保健所や医療機関に今なお事務局をおいているなど、専門家への依存の側面を依然として残している。

全国各地の家族会が参加している全国精神障害者家族会連合会(全家連)は、1965年に結成され、31年の歴史の間に財団法人となり、精神保健福祉施設「ハートピアきつれ川」を運営し、調査・研究・出版・研修なども行なうなど強力な団体になっている。今後各地の家族会も、偏見にめげず、

独立した事務所を持ち、啓発や相互援助に従事する自助グループとして活動していくことを期待したい。

2. 外国の家族関係組織について

日本の全家連に相当するような団体として、英国に「分裂病友の会」National Schizophrenia Fellowship (以下NSF) という家族を中心とした会がある²⁵⁾。これはタイムスの記者が1970年に、孤立し疲れ切っている精神分裂病者の家族の問題を取り上げたのがきっかけで、互いにその気持ちを分かち合い理解し合うために作られたとされている。主な活動として、病者・家族の相互援助、精神分裂病の原因治療の研究・病気や障害についての教育啓蒙・偏見除去・地域ケア資源の改善開発・出版事業などである。素人にも分かりやすく書いた病気やリハビリテーション関係の文献、住居や保護的就労に関する調査研究報告書などを出版している。地域にどのような内容の設備を何人ぐらいの人が必要としているなど、きちんとした資料をつけて、行政への要望書を提出するなど、積極的に活動している。近年のベッド数削減・地域ケア推進の動きについては、地域の設備を整えることが先で、それまでは精神病院閉鎖のスピードを落とすべきだとする意見を、「本末転倒—NSF会長と厚生大臣との往復書簡」に述べている。

アメリカでは「全国精神病者友の会」National Alliance of the Mentally Ill (NAMI)が最も大きな団体である⁵⁾。NAMIは1979年に組織化され、精神障害者の家族を中心に精神病体験者・関心ある市民・専門家などで構成されている。家族の共感と相互支援・適切な対応の学習・教育啓蒙・権利擁護・調査研究などの活動を行なっている。精神疾患の原因研究に係る国の研究費の増額をかちとった運動のほか、会員を増やすことにも積極的に「地方NAMI支部を開始する第一段階」という指導書を作ったりしている。またそれぞれのニーズ別に、例えば児童思春期・少数民族・宗教的ネットワーク・ホームレス精神障害者のネットワーク・精神障害者本人会議など、特殊な活動グループを持っていることが特徴である。

V. 精神病体験者の自助グループについて

1. 当事者グループ形成の過程

筆者がかかわっている精神科デイ・ケアでは、デイ・ケアの実践研究開始時より、本人の主体性の重視・自己決定・当事者による支え合いという方向を大切にしてきた。それは長期間受け身的な患者の立場で、日常の生活の大半を入院先の病院の日課・規則に委ねて生きてきた人々が、退院後自分でコントロールしながら生活することの困難さを実感し主体的な行き方を目標としていたからである。また当デイ・ケアのスタッフが、ピエラのソーシャル・クラブやマクスウエル・ジョーンズの治療共同体の理論・実践などを参考にしていた点などの影響も大きかったと思われる。

デイ・ケアでスタッフや仲間に励まされ元気になっていったメンバーたちが、自分たちで支え合っていくために、新しく自助グループを作る必要性をスタッフが提案したのが始まりであった。デイ・ケア開始9年後の1972年11月に、スタッフは地域で生活している元デイ・ケア・メンバーに、ソーシャル・クラブ開始の案内文を発送した⁶⁾。

スタッフからの「月1〜2回程度夕方から公民館を借りてソーシャル・クラブをやってみないか」との誘いに対し、13名のメンバーが参加し、内容や会費などについて相談の会を持ったことから始まっている。3回目の集まりで、会の名前(あった会)と幹事と会費が決まり、幹事に連絡の役割は移行した。2年後の記録には、スタッフがすぐ助け船を出す点を問題視する内容など、徐々に自立度を高めていたことが記されている。しかし力をつけつつあったグループも、中心メンバーの急死、メンバー同士の結婚を契機としたグループのとげとげしいムードなどで、例会参加者わずか2名まで落ち込んだ時期もあった。最近数年は、毎回10名程度参加の例会・旅行の他に、困った時の援助の求め方や支え合いもうまくなってきており、安定した感じでセルフ・ヘルプの機能を果たしている。

このグループに欠けていると思うのは、活動の場に「スタッフがいてくれれば間がもつ」という

程度の依存と、現在の仲間内のつき合いで満足し、新しい会員を増やすことや対外活動に消極的なことである。デイ・ケアの新しい卒業生を誘って、障害を持つ者同士で力を結集して社会に要求を出すなどの活動には、当面取り組む気が薄いようである。しかし、このグループは、仲間が躁状態の時、尽きることのない話を何日も聞いてあげるとか、不安に苦しむ友の1日6～8回の電話の相手をして落ち着くまでつき合うなど、ていねいに支えあっており、内部的にはセルフ・ヘルプの活動を行ない、互いが社会生活を維持していく過程を援助し合っている。

2. 我が国における精神保健自助グループの現状

精神障害者関係の自助グループの形成当初は専門家に励まされ、多くは上述の「あった会」の場合と似たような経過を経てきていると思われる。しかし現状に関しては、ソーシャル・アクション的な活動に積極的なグループや、事務所を持って常時支援できる体制でピア・カウンセリング(Peer Counselling)を行なっている所、会合の度に仮の場所を借りて月1回の集いを続けているグループなど、活動状況と力はさまざまである。

セルフ・ヘルプ・グループ「つどい」は、最近「つどい」200回記念誌「出会いの中で」3号を発行した³⁾。これは財団法人日本社会福祉弘済会による研究助成を受けて刊行されているが、助成金を得るための申請や原稿整理など、対社会的働きかけを自分たちで行ない、グループの記念誌を出版したという点で、歴史とパワーを感じさせるグループである。「つどい」は研究助成を受けるに当たり、自らのセルフ・ヘルプ・グループとしての活動を意味づけるためにアンケート調査を行っている。自分たちの本当に知りたいことを聞くために皆で話し合いながら何度も質問紙を練り直し、調査結果の考察は編集委員等による座談会を開催するなどの工夫をしたという。この意味でこの記念誌は、セルフ・ヘルプ・グループの手によるグループの研究レポートにもなっている。出版物が市民の目にふれることによって、自助グループが理解されていく効果は大きいので、他のグループ

にもこのような活動を期待したいものである。

全精連はビルの1フロアを事務所として借り、雑誌「ぜんせいれん」やその他の出版事業そして仲間によるピア・カウンセリングを行っている。精神病体験者の有志が、交代で事務所に詰めていて、電話相談等に応じている。板橋区で精神保健福祉活動を続けているJHC板橋は、多様な作業所活動や出版事業、サンマリーナというクラブハウスの運営、ピア・カウンセリング、自助グループ育成講座などを行なっている。JHC板橋の場合もピア・カウンセリングのための専用スペースを持っており、必要に応じた援助提供ができる体制にある。また他の事業部門に専門家が働いているため、専門家とゆるやかなつながりを持ちつつ活動しているようである。

埼玉のやどかりの里は、早くから地域での活動に取り組んできた所である。一時期精神障害者が金を出し合って職員を雇用するという我が国では画期的な形で、地域ケアを行なってきたこともあるが、社団法人となり、最近では援護寮・授産施設・福祉ホーム・地域作業所・地域生活支援センターなどを運営する大きな組織になっている。こちらの場合も里を過去に利用した人が自助グループを作り、連帯の中での自立を強調しつつ地域生活を支え合っているが、やはり他部門の職員とどこかでつながっているという精神的支えは小さくないと思われる⁷⁾。北海道の「すみれ会」は、ユーザーをスタッフとして雇用したり、リーダー格のメンバーが早い時期から実名で発言したりしてきたグループであるが、この会のメンバーも専門家とは協調路線をとっている。概して我が国の自助グループは、専門家と対立の立場をとるものは少なく、相互依存的部分も残しつつ、仲間内の自助活動を行っている。英国の自助グループの多くが、専門家の介入・妨害を警戒する内容を会則に記載しているのとは異なる方向であるが、これは日本的文化的なかもしれない。

VI. 自助グループと地域生活支援

精神障害者が身内にいることを隠し、社会の中で家族ともども小さくなって生きてきた人々が、

勇気を持って社会に実名で発言したり、政策提言に参加したりしながら、自らの人間としての存在をアピールする時代といっても、まだまだ少数である。この少数の人々の活躍が、一般市民の精神障害への理解を深めつつあるし、偏見除去が障害者の復権の機会を広げつつある。単に市民権を回復するだけでなく、治療される人・援助される人・サービスの受けての立場にあった人々が、援助する立場・サービスを供給し消費する立場（コンシューマー）・サービス立案にも参加し始めたことは、人間としての誇りを取り戻すことにも役立っており、相互に影響し合っておりハビリテーションの質を高めつつある。

専門家や理解ある一部の市民の好意だけで支えられる社会参加ではなく、自分を活用して他者と支え合いながら、普通に地域社会の中で生活していけることが、人間らしい自然の姿である。このような普通の暮らし（ノーマライゼーション）を実現していくには、自助グループがより力をつけ、専門家からもう少し独立することが望ましいと考える。現在でもグループ活動や日々の支援などについては、自分たちだけでやっているが、経済的に活動資金を集める力や権利擁護や偏見除去に向けての活動が不十分である。実際、事務局や集会の会場を、過去に利用していたデイ・ケアや保健所などの施設に依存する形では、真の意味での自立と安定した活動は難しい。自助グループは今後

ますます精神科リハビリテーションの展開に重要なので、相互援助活動の拠点としての場所の確保が地域の中に実現し、安定した支援活動が続くことを期待したい。

謝辞 セルフ・ヘルプ・グループの文献と、セルフ・ヘルプ・グループ「つどい」関係の情報に関し、ご協力頂いた三島一郎氏（日本社会事業学校専任教員）に深謝いたします。

文 献

- 1) Katz, A H, Bender, E I: Introduction: Why Self-Help? New View points, New York, 1976.
- 2) 村田信男, 大江基編: 精神保健の社会資源, 中央法規出版, 東京, 1990.
- 3) 日本社会福祉弘済会研究助成事業: セルフ・ヘルプ・グループ「つどい」の果たしてきた役割と意味(アンケート調査を通じて). セルフ・ヘルプ・グループ「つどい」200回記念誌『出会いの中で』3. 1996.
- 4) 岡知史: セルフ・ヘルプの概念をめぐって. 社会福祉学 31 (1): 103-12, 1990.
- 5) 大島巖編: 精神科リハビリテーションと家族の新しい動向. 悠久書房, 埼玉, 1990.
- 6) 精研デイ・ケア研究会編: 精神科デイ・ケア. 岩崎学術出版社, 東京, 1989.
- 7) 谷中輝雄: 生活支援—精神障害者生活支援の理念と方法. やどかり出版, 埼玉, 1996.

【原著論文】

条件づけ訓練未実施のニホンザルでのP300様反応 ——受動的条件下における精神遅滞や痴呆の臨床応用モデルとして——

宇野 彰¹⁾²⁾³⁾ 加我 君孝²⁾ 都筑 俊寛³⁾
山田 勝士³⁾ 黒木 三夫⁴⁾

抄録: 条件づけ訓練をおこなっていないニホンザル2頭でのP300様反応について検討した。実験は(1)トーンバースト音受動条件課題, (2)omitted条件課題, (3)サルとヒトの音声課題の3条件で行った。その結果, トーンバーストに対しては300msec付近の陽性波を認めなかったが, omitted条件では刺激頻度依存性に陽性波を認めた。波形は成人対照のP300と類似し, ピーク潜時は平均約330msecであった。一方, ヒトの音声には反応が得られないものの, サルの音声に対しては刺激頻度に関係なく 377 ± 8.0 msecに陽性波を認めた。このP300様陽性波はピーク潜時が有意に延長しており, ヒトの聴覚性P300成分のうちP3bに相当すると考えられた。今回の結果からサルはサル音声を認知していることが推測され, 刺激を工夫することで精神遅滞や痴呆者への応用が可能と思われた。

精神保健研究 43; 59-65. 1997

Key words: *event related potential, Japanese Macaque, passive P300, omitted stimulus*

I. はじめに

P300は, 聴覚刺激や視覚刺激によって刺激から約250-400msecに誘発される事象関連電位であり, 認知・注意力をみる一つの指標とされている。P300の被検者は, 一般には2種類の提示刺激のうち一方のみに注目するという能動的条件下で検査されるため, 重度の精神遅滞児や痴呆患者では, 実用的でないことが多い。一方, 同様の刺激方法での受動的検査条件下では, P300に相当する電位は提示された刺激頻度に影響されるという事象非関連電位としての報告²⁾⁹⁾¹⁰⁾がある。

一般に, ネコやサルなど動物のP300に関する報告の多くは, 条件づけ訓練を行って誘発電位を測定している¹⁾³⁾⁻⁵⁾⁹⁾¹¹⁾。条件付け訓練を行わないサルでのP300様反応の報告は少なく, Neville 1984, Pineda 1987などが, squirrel monkeyにて純音と純音の組合せや純音と犬の声を用い, 刺激間隔や刺激頻度を変化させることによって検討してい

P300-like potential of untrained Japanese Macaques: As a clinical model of the mental retardation and dementia in the passive condition

¹⁾国立精神・神経センター精神保健研究所
精神薄弱部

(〒272 千葉県市川市国府台1-7-3)

Akira Uno: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272

²⁾東京大学医学部耳鼻咽喉科学講座

Akira Uno, Kimitaka Kaga: Department of Otolaryngology, Faculty of Medicine, University of Tokyo

³⁾帝京大学医学部耳鼻咽喉科学講座

Akira Uno, Toshihiro Tsuzuku, Katsushi Yamada: Department of Otolaryngology, School of Medicine, Teikyo University

⁴⁾帝京大学医学部動物実験施設

Mitsuo Kuroki: Laboratory Animal Center, School of Medicine, Teikyo University

る⁶⁾⁻⁸⁾。これらは、動物が刺激にたいして受動的な状態での記録で、刺激頻度に影響されることからP3aと考えられている。しかし、P3bについては検討されてはいない。その理由として、条件づけ訓練が行われていない場合、受動的な条件のために動物が刺激に選択的な認知を行わなかったり注意を払いにくいためと思われる。

本研究では、精神遅滞や痴呆など能動的検査のできない条件下での事象関連電位の実験モデルとして、omitted刺激やサルやヒトの声など刺激音の種類を工夫し、条件付け訓練を行っていないサルでのP300様反応のP3aや事象関連電位としてのP3bについても検討した。

II. 方 法

対象は、6.2kgと8kgの雌のニホンザル2頭でいずれも8歳である。ニホンザルとの比較のため平均28歳の成人5名のデータを使用した。

2頭ともに空調が管理された動物飼育棟の中にある高さ85cm、横幅90cm、奥行き95cmの檻で飼育されている。空調は、気温 $25 \pm 1.5^{\circ}\text{C}$ 、湿度 $50 \pm 10\%$ に設定され、動物飼育棟は午前8時に点灯、午後10時に消灯される。

電極はステンレス製のスクリー電極を用い、ハロセンを吸入させながら塩酸ケタミン麻酔下(35mg/kg i.m.)にて頭皮下の頭蓋骨上に埋設した。関電極(+)は、眉間を通る正中線と両側の耳孔を通る線分の交差点(vertex)とし、電極(-)は、両耳後部に埋設した。

記録中、サルを防音室内のモンキーチェアに頭部のみを固定したが、頭部の左右の回転は自由にでき、頸部から下も自由な運動ができるようにした。実験開始前の2カ月間は準備期間としてサルを30分間から2時間の間モンキーチェアに座らせる練習を行った。記録は、覚醒時に脳波をモニターし、振幅が小さく安定していることを確認してから行った。記録時間は30分おき4回の2時間以内とし、可能な限り苦痛を与えないように配慮した。体動が頻繁な時は解放した。フィルターは0.5-30Hzとした。

音刺激はレシーバを通し、音圧は95dB pe SPL

とした。レシーバは、耳から約5cm離れた箇所にとりつけた。刺激装置は日本光電製MEP4200を使用し、データの解析、描出、描記には日本光電製ニューロパック8を使用した。

実験は3種類行なった。実験1は、ヒトのオドボール課題で用いられる1kHzと2kHzのトーンバースト(plateau: 100msec. rise/fall: 10msec)をランダム刺激する課題であり、それぞれ交互に高頻度刺激や低頻度刺激とした。サルは受動的な状態におき、高頻度刺激は80%、低頻度刺激は20%の確率とした。対照としてのヒトでは、低頻度刺激数を数えてもらう能動的条件にて行った。他の刺激条件や記録条件はサルの場合と同一にした。

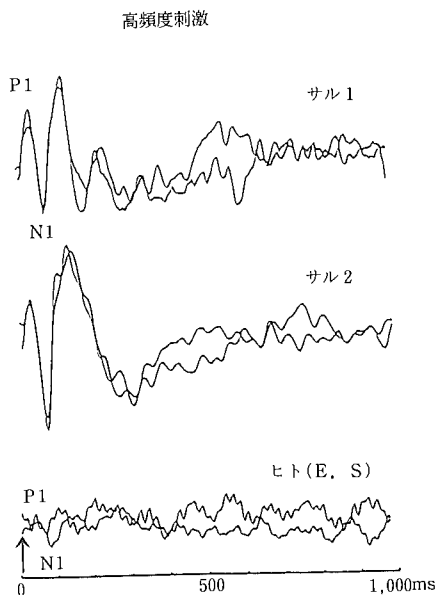
実験2は、2kHzのトーンバーストを高頻度刺激にし、抜いた音すなわちomitted刺激を低頻度刺激とする課題である。受動的な状態のサルに提示した低頻度刺激は40, 30, 25, 20%とし、それぞれに対応する高頻度刺激はすなわち60, 70, 75, 80%であった。ヒトでは、低頻度刺激数を数える能動的条件下にて低頻度刺激20%、高頻度刺激80%にて記録した。

実験3は、サルの声とヒトの声を刺激音として用いた課題である。サルの声は同種のニホンザルの声を用い、ヒトの声とともに700msecの刺激音として提示した。実験1と同様にそれぞれ交互に高頻度刺激や低頻度刺激として使用した。サルは受動的な状態におき、高頻度刺激は80%、低頻度刺激は20%の確率で刺激した。

III. 結 果

(1) 実験1 (図1)

受動的な状態であるサルに対しておこなわれた1kHzと2kHzのランダム刺激では、どちらの刺激を高頻度刺激にしても低頻度刺激にしても約50msecと100msec, 200msecか250msecに陽性成分をもつ頭頂部緩反応(Slow Vertex Response: SVR)が認められた。一方、高頻度刺激、低刺激頻度いずれに対しても300msec付近には陽性成分は認められなかった。ヒトでは能動的条件下にて、低頻度刺激に対してほぼ300msecに大きな陽性成



低頻度刺激

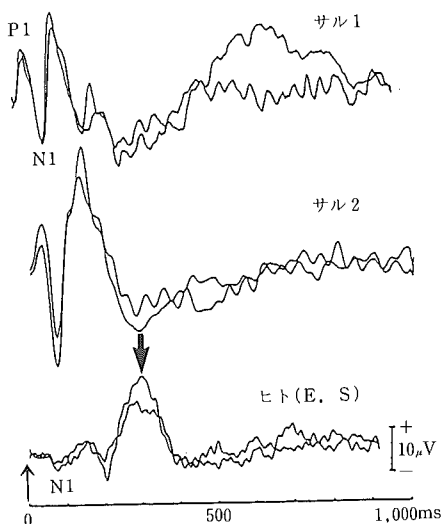
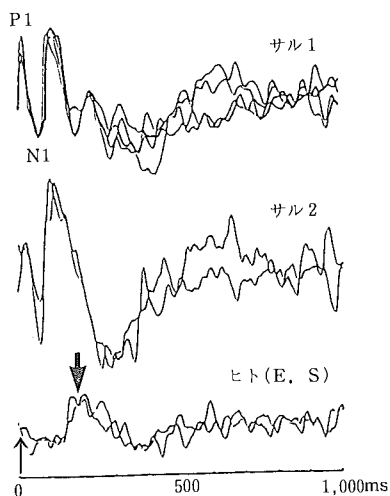


図1 トーンバースト(1kHz, 2kHz)刺激での聴性誘発電位
高頻度刺激(1kHz)80%,低頻度刺激(2kHz)20%。
ヒトの波形はCzを関電極とした。
矢印はヒトのP300成分を示した。

高頻度刺激: 2kHz



低頻度刺激: omitted刺激

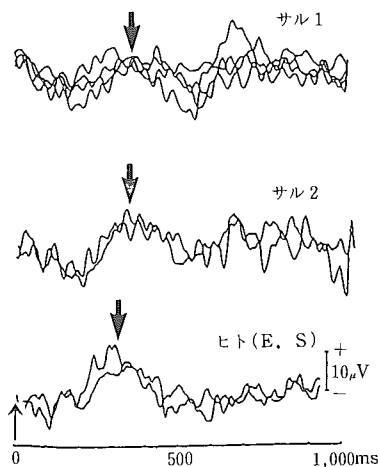


図2 サルとヒトにおけるomitted刺激による事象関連電位
高頻度刺激(2kHz)80%,低頻度刺激(omitted刺激)20%。
ヒトの波形はCzを関電極とした。
矢印はヒトのP300成分とサルのP300成分を示した。

分が認められた。

(2) 実験2 (図2, 3)

2kHzのトーンバーストを高頻度刺激, omitted刺激を低頻度刺激とした課題では, 受動的条件下のサルも能動的条件下のヒトでも, いずれも低

頻度刺激のomitted刺激に対してともに約330(±6)msecに大きな陽性波が認められた。サルの波形はヒトの波形によく類似しており, 潜時も近似していた。高頻度刺激であるトーンバーストに対してはSVRが認められた。

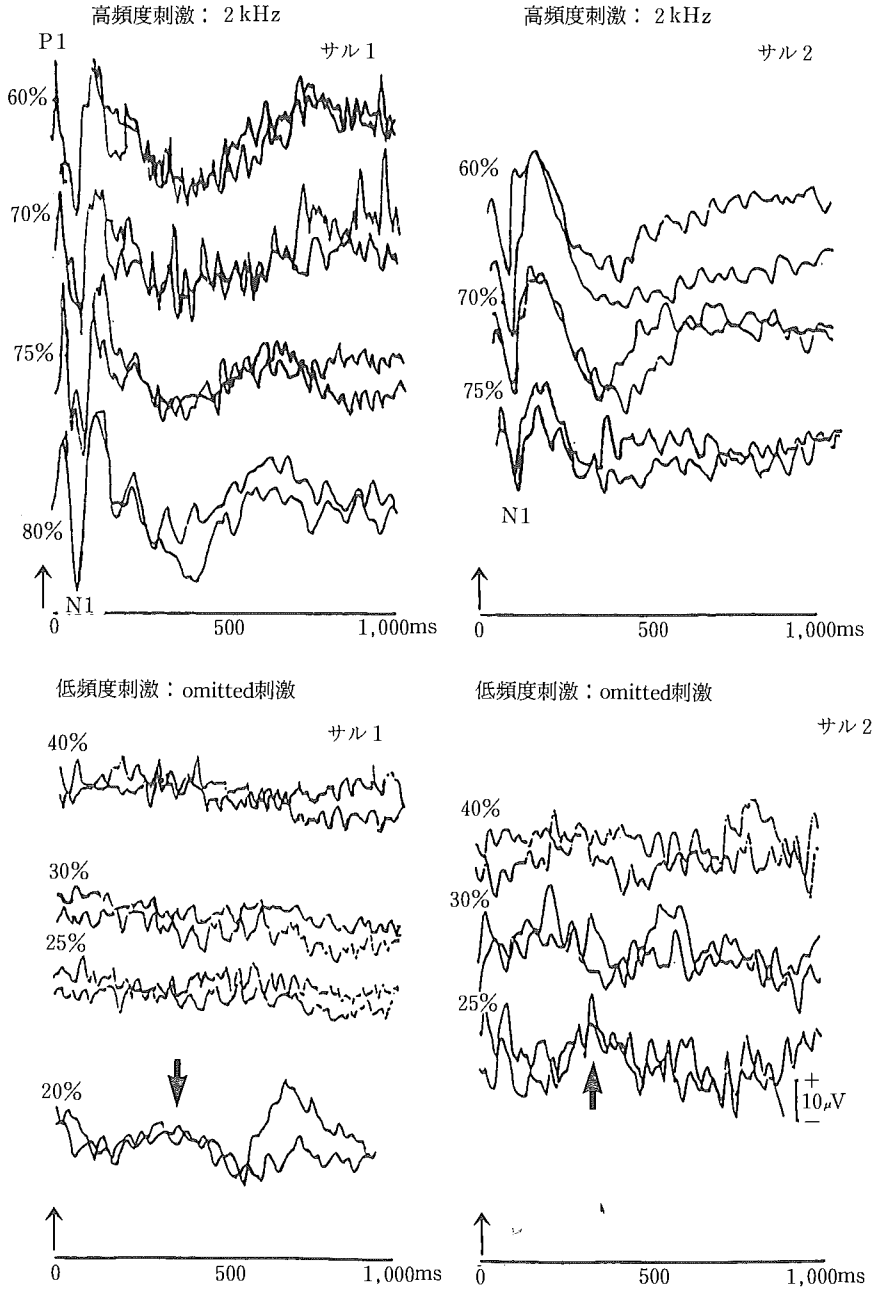


図3 omitted刺激による事象関連電位での刺激頻度の変化による影響
矢印はヒトのP300成分とサルのP300様成分を示した。

提示した刺激の頻度を変化させた時の330msec付近の陽性波は、サル1では25%をこえると出現しなくなり、サル2では、20%をこえると出現しなくなった。

(3) 実験3 (図3, 4)

サルの声と人の声をランダムに刺激した課題では、低頻度刺激のサルの声に対し、2頭のサルともに平均377msec付近に大きな陽性波が得られた。逆にヒトの声が低頻度刺激が場合は、サルの声

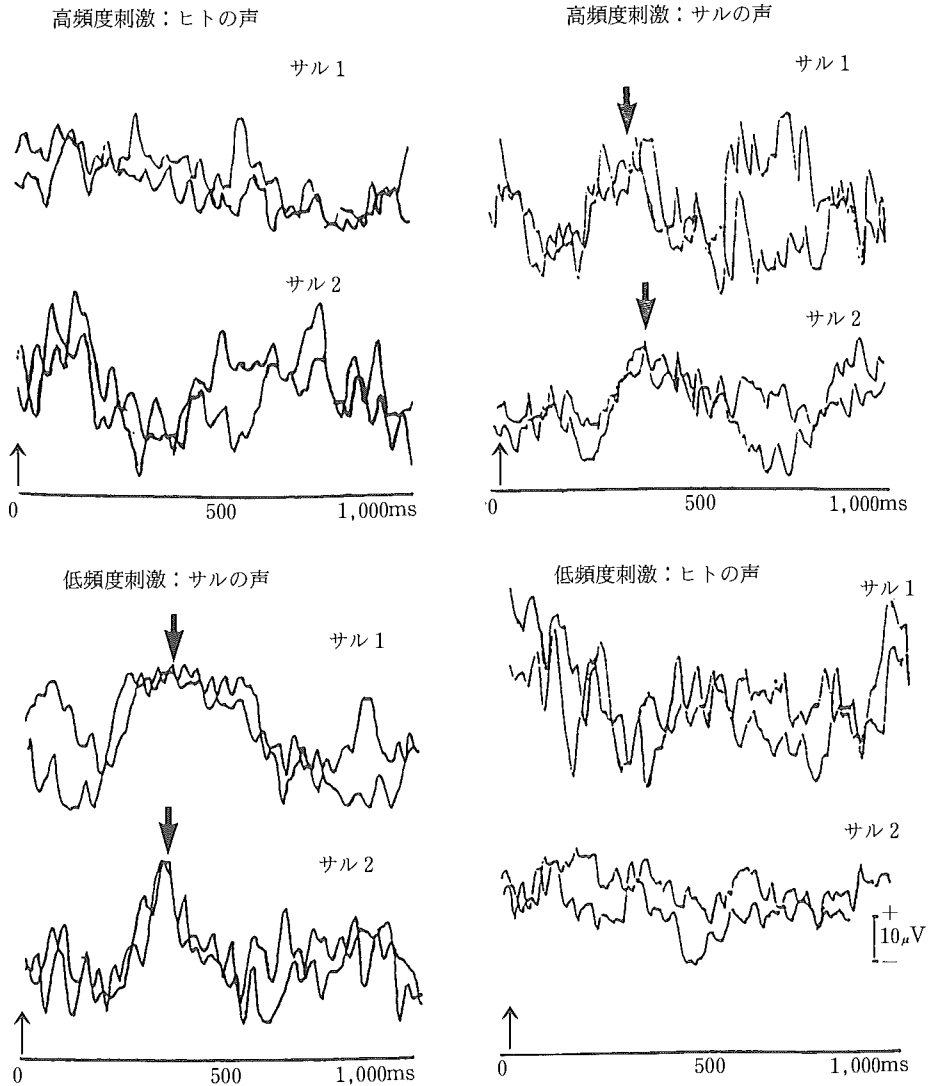


図4 サルの声/ヒトの声に対する事象関連電位
矢印はサルのP300様成分を示した。

が低頻度刺激の場合と異なり、低頻度刺激にたいする明確な反応は認めず、サルの声である高頻度刺激の約380msec (平均377sec ± 8) に大きな陽性波を認めた。この実験3での陽性波の潜時である約380msecは実験2でのomitted刺激に対する平均潜時約330msecと比較し、統計的に有意 ($t = 10.3, p < 0.01$) に延長していた。

以上の結果を小括すると、条件付け訓練未実施のニホンザルにてヒトのP300に類似の誘発反応がえられた。omitted刺激が低頻度刺激の場合、頻

度が20から25%をこえるとp300様反応が得られなくなった。一方、サルの声と人の声のランダム刺激では、どちらを80%の高頻度刺激にしても20%の低頻度刺激にしてもサルの声の刺激に対してP300様反応が出現した。omitted刺激に対する陽性波の潜時は約330sec、サルの声刺激の場合は約377msecと平均潜時が有意に異なっていた。

IV. 考 察

Squires 1975⁹⁾は、P300について早期成分と後期成分の2つに分離し、それぞれP3aとP3bと命名している。すなわち、被検者が受動的な状態に置かれているとき、被検者が刺激に対して注意を振り向けようが無視しようが少ない刺激頻度に誘発され220-280msecに出現する陽性ピークがP3aである。この性質として、提示された刺激頻度の多寡によって反応の大きさが変化する²⁾⁹⁾¹⁰⁾。もう一方は、2種類の刺激を、能動的に注意を向けたり無視することによって弁別した場合に330-360msecに誘発される陽性ピークであり、P3bとよばれている。この反応は提示された刺激頻度の多寡に影響されるよりも刺激の種類に依存する事象関連電位である。

本研究でのトーンバーストとomitted刺激のランダム刺激では、1) omitted刺激の刺激頻度が25%をこえるとP300様反応が出現しなくなり、刺激頻度に影響されたこと、2) 2頭のニホンザルのP300様反応の中では潜時が早い成分であることの2点からNevilleやPinedaらの報告と同様なP3aに相当する、と考えられた。一方、サルとヒトの声とのランダム刺激では、1) サルの声刺激のみにP300様反応が認められたことからサルは他のサルの声に注目したことになり、刺激頻度に影響されず、刺激の種類に対する選択性が認められたこと、さらに2) 2頭のニホンザルのP300様反応の中では潜時が遅い成分であること、の2点から受動的な状態での測定ではありながらP3b成分である可能性が考えられた。本研究でのP300様反応は、ヒトの反応波形に類似しているばかりでなく、潜時も近似していた。さらに、条件づけをしないサルでも刺激の種類を考慮すればP3a, P3bが出現すると考えられたことから方法論を検討する人の動物モデルとして有用と思われた。

本実験では、条件づけ訓練未実施のニホンザルの受動的条件下にてomitted刺激やサルの声に対してはP300様反応が得られたが1kHzや2kHzのトーンバーストに対しては出現しなかった。P300やP300様反応が脳の認知過程を検出する

とすれば、本実験ではサルはサルの声とヒトの声を弁別したばかりでなく、認知したことになる。サルにとっては、予期しなかったり、興味をひく刺激によって誘発される認知過程が本実験で観察されたP300様反応と考えることができよう。

このように、受動的条件下でも刺激を工夫することによりある程度の認知過程を計測することが可能と思われ、精神薄弱や痴呆例への応用が試みられる価値があるのではないかと思われた。

謝辞 本実験に御協力頂いた帝京大学医学部耳鼻咽喉科学講座研究室の斉藤江美、馬場雅子、関口礼子、古谷典子の各氏に感謝致します。

文 献

- 1) Buchwald, J S, Squires, N S: Endogenous auditory potentials in the cat: a P300 model. In: Woody C (ed.), *Conditioning*. Plenum Press, New York, pp. 503-515, 1982.
- 2) Courchesne, E, Hillyard, S A, Galambos, R: Stimulus novelty. Task relevance and the visual evoked potential in man. *Electroencephal Clin Neurophysiol* 39: 131-143, 1975.
- 3) Gabriel, M, Sparenborg, S P, Donchin, E: Macropotentials recorded from the cingulate cortex and anterior thalamus in rabbits during the 'oddball' paradigm used to elicit P300 in normal human subjects. *Soc Neurosci Abstr* 9: 1200, 1983.
- 4) Glover, A A, Onofrij, M C, Ghilardi, M F, Bodis-Wollner, I: P300-like potentials in the normal monkey using classical conditioning and an auditory 'oddball' paradigm. *Electroencephal Clin Neurophysiol* 65: 231-235, 1986.
- 5) Glover, A, Ghilardi, M F, Bodis, W I, Onofrij, M: Alterations in event-related potentials (ERPs) of MPTP-treated monkeys. *Electroencephal Clin Neurophysiol* 71: 461-468, 1988.
- 6) Neville, H J, Foote, L: Auditory event-related potentials in the squirrel monkey. *Brain Res* 298: 107-116, 1984.
- 7) Pineda, J A, Foote, S L, Neville, H J: Long-latency event-related potentials in squirrel

monkeys: further characterization of wave form morphology, topography, and functional properties. *Electroencephal Clin Neurophysiol*: 77-90, 1987.

- 8) Pineda, J A, Foote, S L, Neville, H J: Effects of locus coeruleus lesions on auditory, long-latency, event-related potentials in monkey. *J Neurosci* 9: 81-93, 1989.
- 9) Squires, N K, Squires, K C, Hillyard, S A: Two varieties of long-latency positive waves evoked by unpredictable auditory stimuli in man, *Electroencephal Clin Neurophysiol* 38: 387-401, 1975.
- 10) Snyder, E, Hillyard, S A: Long-latency evoked potentials to irrelevant, deviant stimuli. *Behav Biol* 16: 319-331, 1976.
- 11) Wider, M B, Farley, G R, Starr, A: Endogenous late positive component of the evoked potential in cats corresponding to P300 in humans. *Science* 211: 605-607, 1981.

ABSTRACT

The P300 in two untrained Japanese Macaques was investigated. All experiments were carried out in the passive condition. In the first experiment with the 1kHz and 2kHz tone bursts, P300 was found only in humans and not in the Japanese Macaques. In the second experiment with the omitted stimulus, the positive peak with a latency of 300-330msec was found both in humans and in Macaques and both waves were very similar in the shape. In the third experiment with the Japanese Macaque's voice, a large positive peak with a latency of approximately 380msec appeared, whenever monkey voices were presented as the rare or frequent stimuli. Present study shows that we can find P300-like potential even in untrained Japanese Macaques, which is similar to that in humans with the omitted stimulus. These findings suggest that these untrained monkeys are suitable as animal models of human P300.

【資料論文】

精神保健領域におけるノーマライゼーション推進の視点について

竹島 正¹⁾ 寺峰いつ子¹⁾ 須藤 恵子¹⁾
 橋詰 宏²⁾ 大島 巖³⁾ 吉川 武彦⁴⁾

I. はじめに

高知県は人口81.5万人、その18.6%が65歳以上の高齢者である。県都である高知市に人口が集中する一方、市町村の54.7%は人口5千以下の市町村で、その多くが中山間の過疎地域にある。このため県政においても、県都を中心とした都市化対策とともに、中山間地域の活性化が重要な行政課題になっている。

これからの精神保健福祉対策においても、このような地域の状況を踏まえながら、地域社会との生きたつながりのなかで、障害者の自立と社会経済活動への参加を実現することが求められている。

今回の研究では、地域住民と精神障害者を対象にしたアンケート、精神障害者による地域福祉サービスの試みをもとに、精神障害者のノーマライゼーションを実現する方向について検討したので報告する³⁾。

II. 地域住民へのアンケート

1. 研究の目的

地域住民の精神保健ニーズや精神保健福祉についての考え方を知らため、高知市民を対象にアンケート調査を行った。

2. 研究の方法と手続き

アンケート調査と結果の分析は、精神保健協会企画調査委員会と合同で実務チームをつくって行った。アンケート案の作成に当たっては、既存のアンケートを素材にしなが⁴⁾⁶⁾⁷⁾次のような方針ですすめた。

- (1) 一般の県民にわかりやすいように、アンケートの用語や構成に検討を加えた。
- (2) アンケートを行うことが精神障害者に対するマイナスのイメージをつくらないように注意した。
- (3) 精神障害者に関連した事件報道のあり方について、地域住民の意見聴取を行った。

調査期間は1994年11月から1995年1月で、高知市内の3地点、旧市街（住宅と商店が混在した地域）、高層住宅、郊外のニュータウンの居住者を対象に実施した。

配布方法は、民生委員協議会や精神保健福祉センター職員による個別配布で、アンケートは無記名自己記入式、回収は郵送によった。アンケートの回答は、配布世帯のなかで代表した1名に依頼する形をとった。

3. 研究結果

アンケートの配布総数は1,575世帯で、回収率は647世帯（41.1%）であった。回収率は旧市街

A research and opinion about normalization on mental health area

¹⁾高知県立精神保健福祉センター

〔〒780 高知県高知市丸の内2-4-1〕

Tadashi Takeshima, Itsuko Teramine, Keiko Suto: Kochi Prefectural Mental Health Center, 2-4-1 Marunouchi, Kochi-shi, Kochi 780

²⁾高知医科大学神経精神科

Hiroshi Hashizume: Kochi Medical School

³⁾東京都立大学（現東京大学）

Iwao Oshima: Tokyo Metropolitan University

⁴⁾国立精神・神経センター武蔵病院

リハビリテーション部

Takehiko Kikkawa: Musashi Hospital, NCNP

45.8%, ニュータウン33.3%, マンション39.1%で, 旧市街で回答が最も多かった。

旧市街の回答が多かったのは, 下町的な環境で, 民生委員の活動が浸透していることと, 近傍の地域に精神障害者社会復帰施設の建設が計画されていることによると思われた(調査時期に施設設立に反対する住民が署名運動を行っていた)。

地域住民へのアンケート調査の概要を述べる(以下の数字は, 特に断りがなければ, 回答のあった647世帯を母数に百分率で算出し, 無回答等は省略した)。

回答者の年齢は, 30歳未満6.9%, 30代16.5%, 40代18.5%, 50代18.2%, 60代25.2%, 70歳以上14.4%で, 60代が最も多かった。

性別では男性が33.8%, 女性が66.2%で, 女性が約3分の2であった。

「あなたの身近に, 精神障害になった人を知っていますか」という質問には, 25.0%が「いる」と回答し, その内訳は「身内にいる」43.2%, 「近所の人」37.7%, 「友人」8.0%, 「職場の人」8.0%であった。回答者総数のうち, 「身内にいる」者は10.8%と多く, 「精神障害者」は, 地域住民自身にとって決して縁遠い存在ではない。

精神障害者に対するとらえ方(表1)では, 「一度, 精神障害になると治らない」15.8%, 「精神障害の主な原因は遺伝だ」12.1%と, 「治らない」あ

るいは「遺伝疾患」と単純にとらえる者は少なかった。しかし, 「誰でも精神障害になる可能性がある」「精神障害者と家族は, 社会の偏見にさらされてたいへんだ」以外の項目は「どちらともいえない」という回答が多く, 地域住民がアンケートに回答するのに判断の拠り所とする材料を, あまり持ちあわせていないことを表すものと思われた。

このことは「精神障害者に対する考え方を得たところ」に明瞭であった。情報の入手経路について, 「テレビ・新聞・雑誌の報道から」61.5%, 「自分自身の経験から」38.2%, 「なんとなく」32.9%の順で多く, マスコミを通しての一方通行的な情報と, 個人的な体験・伝聞をもとに判断していることが多かった。情報の出所が限定されていることは, 出来事を多角的に, 自分で考える機会を乏しくしていると思われた(表2)。事件報道などが大きく報道されると, 「一を聞いて十を知る」的に強いマイナスイメージが精神障害者全体に固定しやすいことが懸念される⁵⁾。

事件報道において, 「精神障害者を障害者の人権を守る観点から匿名扱いすることについて」と「匿名扱いする理由として病歴報道を行うことについて」の意見を求めた。匿名報道については, 「障害者だからといって匿名にする必要はない」37.1%, 「障害者だから匿名が適切」30.1%, 「わからない」27.4%と回答が分かれたが, 「精神科治

表1 精神障害のとらえかた(単位%)

設 問 の 内 容	回 答		
	そう思う	思わない	どちらともいえない
一度, 精神障害になると治らない	15.8	40.0	43.4
薬やカウンセリングは, 精神障害の治療に有効だ	66.5	8.3	24.0
だれでも精神障害になる可能性がある	60.0	19.2	19.8
精神障害の主な原因は遺伝だ	12.1	47.0	40.0
精神障害者の行動は不可解で, 犯罪に結びつきやすい	27.0	23.2	48.5
精神障害者の病状が悪いのは一時期だけであり, ふだんは社会人としての行動がとれる	34.5	18.1	46.4
精神障害者と家族は, 社会の偏見にさらされてたいへんだ	68.0	12.2	18.2
精神障害者が, 病気や障害のために働けなくても仕方がないことだ	29.5	37.7	31.2
精神障害者が, 一人あるいは仲間同士でアパートで生活するのは心配だ	60.7	12.2	25.8

無回答と少数回答(自由記載分)は省略, N=647

表2 精神障害者に対する考え方を得たところ (単位%)

テレビ・新聞・雑誌の報道から	61.5
自分自身の経験から	38.2
なんとなく	32.9
友人・知人の話	32.1
本・ビデオ・映画で	24.9
家族の話	16.7
精神科医療機関の行事(文化祭など)に参加して	9.1
精神保健福祉センターや保健所などの公的機関を通して	7.6

重複回答あり, N=647

療歴の事件報道が精神障害者に対する見方にどのように影響するかについては、「精神障害者を危険視する見方が強くなっている」という回答が58.9%と多く、そのほかは「報道には特に影響されてないと思う」17.8%、「わからない」19.5%であった。このことは「事件報道を見ると、危険と思わざるを得ない」という一般的な住民感情を表わすものであり、新聞やテレビの視聴者である地域住民の声として、マスコミ関係者も一考を要する結果と思われた。

精神障害者のための組織や活動について「知っている」という回答があったのは、「断酒会・匿名断酒会(A.A.)」54.6%に続いて「精神障害者の共同作業所や授産施設」45.1%、「精神保健福祉センター」25.0%、「精神病院や保健所のデイケア」24.9%、「精神科通院患者リハビリテーション制度(職親制度)」17.4%、「精神障害者家族会」13.0%、「精神障害者のグループホーム(共同住居)」8.5%、「さんかく広場(精神障害者通所授産施設)の設立運動」7.0%の順であった。

「共同作業所や授産施設」について「知っている」という回答が多かったのは、知的障害や身体障害の領域を含めて、バザーや催し等を通して、活動が日常的に地域住民に知られ、馴染んだものになっている結果と思われた。

精神保健の広報活動においても、「精神障害者」「心の健康」「メンタルヘルス」といった言葉や情報に、地域住民が馴染み、違和感を持たないようにになっていくことが必要であろう。

「両親が高齢で、しかも一人で独立して生活することが困難な精神障害者を誰が中心になって援助するのがよいか」についてたずねたところ、「障害者なので、老人や身体障害者、精神薄弱者と同

様に行政でサービスを受ける」73.0%、「受診している病院」8.8%、「近所の人やボランティア」7.0%、「両親以外の家族」6.6%という回答が得られた。一般論として、精神障害者を地域福祉の対象、地域社会の一員と考えることには、地域住民の支持はできてきたものと思われる。つまり、地域での個別の具体的な合意形成が問題になろう。

「精神障害者が、行政の支援のもとに、ボランティアや市民の協力を得て、高齢者や障害者の福祉活動に貢献することをどのように思うか」という質問には、「できることがあれば、自分から協力したい」7.1%、「頼まれたらできる範囲で協力したい」51.3%、「特に協力するつもりはない」9.4%、「わからない」28.1%であった。「特に協力するつもりはない」の理由は、「精神障害者に福祉活動を行うトレーニングができていないから」31.1%、「精神障害者だから」16.4%、「活動の拠点がないから」13.1%、「世間の偏見が妨げになるから」4.9%などであった。

このことから、精神障害者の活動が目に見えるものになっていけば、約60%の地域の人たちが協力者と成り得ることを示していると同時に、少数は精神障害者との関わりを避け、あるいは反対の意志を示し続けると考える必要があろう。精神障害者の社会復帰施設設立の運動が地域との摩擦を引き起こす事例が報告されているが⁹⁾、反対する人たちと、どこで妥協点を見出すかを考えるのに役立つ結果と思われた。

4. 結果および簡単なコメント

以上の結果を、本論の趣旨に沿ってまとめると次のようになる。

(1) 地域住民にとって精神障害者は決して縁遠

- い存在ではない。しかし、精神障害者を正しく理解していくための機会が不足している。
- (2) 精神障害者も障害者として、地域社会の一員ととらえる考え方は、一般論として育ってきている。
- (3) 精神障害者を正しく理解するためには、精神保健に関わる活動が、地域住民の目に触れ、精神障害者自身が顔の見える存在になるよう取り組みを充実することが課題である。

III. 精神障害者本人へのアンケート

1. 目的

精神障害者の生活ニーズを把握し、必要な社会資源の整備に役立てていく目的で、精神障害者本人を対象とした意向調査を行った。

2. 研究の方法と手続き

アンケート調査と結果の分析は、地域住民調査と同様、精神保健協会企画調査委員会と合同で実務チームをつくって行った。アンケート案の作成に当たっては、既存のアンケートを素材にしながら次の方針ですすめた。

- (1) 県内の精神障害者自身の生活ニーズを直接把握し、社会資源の整備に役立てるよう計画した（これについては、別個に分析の予定である）。
- (2) 精神障害者本人の社会活動への参加の意向についても調査した。

調査期間は1994年11月から1995年1月で、医療機関、地域共同作業所、保健所デイケア等を通して、手渡し、あるいは郵送により協力を求めた。アンケートは無記名自己記入式で、本人から求めのある場合は、各機関の職員が質問内容についての説明を行った。回収方法は、直接郵送、あるいは調査協力機関で一括して郵送あるいは持参によった。配布総数は960通で、重複して配布された者には、1通のみ回答を求めた。

3. 研究結果

アンケート配布総数960通のうち、560人(58.3%)から回答を得た（以下のアンケート結

果の概要については、特に断りがなければ回答のあった560人を母数に百分率で表したもので、無回答等は省略した）。

回答者の年齢は、20歳未満2.3%、20代9.6%、30代23.9%、40代38.6%、50代18.8%、60歳以上7.0%で、平均年齢は43歳であった。

性別では、56.7%が男性、42.1%が女性であった。

世帯の構成は、「家族といっしょに生活している」人が67.6%、「一人で生活している」人が26.8%、「家族以外の人といっしょに生活している」が2.9%であった。生活保護は26.3%、障害年金は46.6%が受給していた。

住居は「一戸建ての持ち家あるいは分譲マンション」が60.4%、「借家・アパート」28.4%、「公営住宅」5.5%、「施設・寮」0.7%であった。

借りている場合の家賃は「2万円以上3万円未満」が43.6%と最も多く、「3万円以上5万円未満」20.5%、「1万円未満」12.8%、「1万円以上2万円未満」11.3%と続いていた。家賃から見て、半数以上が老朽化した木造アパート等に住んでいるものと思われた。

生活費の主な出所は、「障害年金などの年金」34.4%、「家族の扶養による」27.0%、「生活保護費」19.3%、「本人が働いて得た賃金」10.2%、「貯金や遺産などの蓄財や利子」2.7%であった。

生活していて困ったとき実際に相談相手になるのは、表3の通りであった。「家族」が71.6%で最も多く、「病院の医師」46.0%、「病院のソーシャルワーカー」31.2%、「同じ病気の仲間」23.7%と

表3 生活していて困ったときの相談相手（単位%）

家族	71.6
病院の医師	44.3
病院のソーシャルワーカーや相談室の職員	30.0
同じ病気の仲間	22.9
保健所や市町村の保健婦	21.1
福祉事務所のケースワーカー	13.2
同じ病気ではない友人	9.1
近所の人・大家さん	7.3
民生委員	4.1
その他	13.4
特になし	3.4

複数回答あり、N=560

表4 ひとりで生活していて困ったこと (単位%)

孤独・不安	
夜さびしい, 不安でたまらない	31.8
もしもの時に相談する人がいない	20.8
健康管理・生活管理	
アルコールやタバコが増える	29.2
自炊に困る, 偏食になる	29.2
糖尿病や高血圧など健康管理が難しい	9.7
ギャンブルで生活費がなくなる	7.8
日常生活の基本的なこと	
身の回りの片付けができない	28.6
入浴, 散髪, 身の回りのことがおっくう	20.1
対人関係・社会生活の技術	
訪問販売や宗教の勧誘に困る	25.3
近所付き合いなどに悩む	22.7
生活費のやりくりで困る	17.5
公共機関の利用法がわからない	17.5
自分の病気を大家に話すべきか迷う	14.3
キャッシュカードの使い方がわからない	10.4
火やガスの始末に自信がない	7.8
住居の問題	
アパートや家を借りる保証人がいない	12.3
精神障害を理由に入居を断られた	10.4
敷金・礼金が払えない	8.4

重複回答あり, N=154

表5 現在あるいは将来必要な生活支援サービス(単位%)

気軽に受診できる救急医療サービス	58.2
昼食や夕食を気軽に安く食べられるところ	51.8
ストレスや疲れがたまったときに低価格で利用できる短期の宿泊や休息サービス	47.7
昼間の憩いの場や申し込み制で利用できるクラブ	47.7
ボランティアの人たちと精神障害者が運営するクラブ	47.0
夜間や休日に受けられる電話や面接による生活相談	44.6
ホームヘルパーによる訪問福祉サービス	40.5
弁当の宅配サービス	36.6
夕方から入浴や洗濯に気軽に利用できる小さな福祉センター	33.0

重複回答あり, N=560

続く。自分の生活や障害について、率直に話すことができる相手は身近な人、医療関係者が優位になっているところに日常的な交流の範囲の狭さがうかがえる。ここでは同じ病気の仲間が相談相手

表6 精神障害者が高齢者福祉などの社会活動に参加することについて(単位%)

参加したい	34.6
参加したくない	18.6
わからない	41.3
無回答	5.5

N=560

として4番目にあげられている点に注目したい。

単身生活者に、ひとりで生活していて困ったことについて質問した結果を、「孤独・不安」「健康管理・生活管理」「日常生活の基本的なこと」「対人関係・社会生活の技術」「住居の問題」の項目にまとめたのが表4である。「夜さびしい, 不安でたまらない」「自炊に困る, 偏食になる」「生活費のやりくりで困る」など、単身者のかかえる課題の多くが、生活支援サービスと生活技術の習得で解決していける可能性があると思われた。

アンケート回答者全体の生活支援サービスへの要望について表5にまとめた。「具合の悪いときに気軽に受診できる救急医療サービス」, 「食事・短期宿泊・憩い・生活相談などに利用できる小規模な生活支援センター機能」が望まれている。

このような生活支援センター機能の利用希望について、「登録制で、必要な援助の受けられる有料の生活支援センター(クラブ活動, ホームヘルパーの派遣, 憩いの場の提供, 24時間の生活援助相談, 就労時の援助など)があったら、登録を希望するか」についてたずねたところ、「有料でも希望する」28.8%, 「特に必要がないので登録しない」32.1%, 「わからない」32.3%という回答を得た。この結果から、一定の利用契約のもとに、有料でサービスを行う方法も検討すべきと思われた。

「精神障害者が、適切な援助のもとに、高齢者や障害者の福祉活動, たとえば給食の宅配などを行うことにより地域の福祉づくりに貢献すること」について意見をたずねたところ, 34.6%が「参加したい」という希望を述べた(表6)。

4. 結果および簡単なコメント

精神障害者に行ったアンケートの結果を、本論の趣旨に沿ってまとめると、次のようになる。

(1) 精神障害者を取り巻く社会的な条件は厳し

- く、将来の不安を感じている者も多い。
- (2) 精神障害者自身、自らの障害を生活のレベルでとらえている者も多く、身近な精神科救急サービスと生活支援を受ける場が開設されることを望んでいる。
- (3) また、精神障害者の約3分の1が、持てる能力を発揮し、もっと社会といきいきした交流をもって暮らしたいと考えている。このことから、精神障害者も、必要な援助を受けながら、社会に対しても何らかの役割を果たしていけるよう、活動の場を用意していくことが望まれる。

IV. 高齢者への給食宅配サービスの試み

1. 目的

高齢者福祉ニーズの増加に対応して、精神障害者が福祉サービスの提供者になる試みの実現可能性を模索するため、高齢者への給食宅配サービスを試行した。

2. 研究方法・手続き

IIの地域住民調査から、地域住民の約60%は精神障害者の社会活動を受け入れる基盤があること、

IIIの精神障害者本人調査から、精神障害者自身も高齢者福祉などの社会活動に参加することを3分の1以上が望んでいることがわかった。

これらの結果を裏付けるとともに、将来の実施に向けた予備調査を兼ねて、高齢者世帯への給食の宅配サービスを行った。

実施にあたっては、高知市保健福祉センター、高知県中央保健所、高知市内の在宅介護支援センター等と連携を取った。対象は、紹介を受けた16世帯24人（介護者を含む）で、週1回ずつ、5週連続で計5回実施した。

宅配を担当したのは、精神保健福祉センターを利用しての精神障害者の社会活動グループのメンバー、精神保健福祉センター職員、精神保健ボランティアで、一部、高知医科大学の学生実習の協力を得た。

宅配の実施前には、社会活動グループのメンバーと精神保健福祉センター職員が個別訪問を行い、食事の好み、食べにくいものがないか、宅配の希望時間などを調査した。その結果、夕食の宅配を希望する人が多かったため、午後4時を目安に宅配を行うこととした。宅配する弁当の調理は、高齢者に食べやすい弁当づくりを心がけてくれる店舗に依頼した。

表7 宅配サービスの結果

-
- 1) 対象者の条件
- (1) 高知市内の在宅高齢者等で福祉サービスを要する人とその家族
 - (2) 精神障害者による社会活動の試みという主旨を理解のうえ希望のあった人
- 2) 実施数
- 週1回で5週連続の計5回、約16戸24人に宅配を実施
- 3) 利用者の感想
- 利用してよかった (13戸)
 感じがよかった (15戸)
 宅配サービスの継続を希望する (13戸)
 よい試みである (12戸)
- そのほか、「社会復帰の場が増えることがよい」「良く説明をしてくれた」などの好意的な意見が多かった
- 4) 宅配に当たった精神障害者、ボランティアの意見
- 大きな社会学習になった
 自分たちの活動が人に役に立つということがうれしかった
 ぜひ続けてやりたい
- 5) 職員間の話し合いによる意見
- 大いに意義のある活動で、精神障害者の社会活動と高齢者福祉が結びつくことが体験できた
 継続実施には交通手段、マンパワーなど課題がある
 調理は既存の弁当屋さんに頼んで宅配のみというのも十分意義がある
 新たなネットワークづくりにつながった
-

宅配チームは3班編成とし、各チーム1台の車に、社会活動グループ2名、ボランティア・実習学生1名、職員1名が乗り、5～6世帯を担当した。挨拶、弁当の手渡しと説明は主に活動グループのメンバーが行い、聞き取りアンケートについて職員等が協力することとした。宅配サービスの利用については、弁当1個について300円を宅配利用者から負担してもらい、社会活動グループの収益とした（弁当代実費は別個に研究費から支出した）。

3. 研究結果

実施概要は表7にまとめた。

わずか5回の宅配であったが、給食サービスを提供する者も利用する者も得るものは大きかった。宅配の実施前には配達先とのコミュニケーションの取り方に不安があり、練習の機会を持とうという話もあったが、「かえって心配になる」というメンバーの声もあり、「仲間同士で普通にやれば、結果は自然に出てくる」をモットーに臨んだ。精神障害者の社会活動グループのメンバーから、給食宅配をしていくなかで、「弁当にメッセージをつけてはどうか」「自分たちで作っているハーブ茶をサービスしては」という提案があり、実行に移された。

宅配サービスをしていくことで、「知らない人に声をかけるのは恥ずかしい。ドキドキする。緊張する。」と言った人、声も出せないほど緊張した人、落ち着かなかった人など様々であったが、「やってみて、みんなに喜んでもらえてうれしかった」「笑顔が見えて、元気をもらった」「社会が見えたと感じた」などの感想があった。

一部参加した実習学生も自分から役割を探し、日常の実習よりも明るく能動的な動きが見られた。

何よりも宅配した世帯から熱烈な支持者を得ることができたことは大きな喜びであった。

4. 結果および簡単なコメント

今回の5回の試みでもわかるように、給食宅配サービスを待ち望んでいる高齢者や障害者は多い。少しでも給食サービスのメニューを多くすることにより、利用者が選択できるシステムが必要とさ

れている。そして、その一翼を精神障害者の社会活動で担うことができれば、その社会的意義は大きいと思われる。

今後の課題は、この試みをどのように長期的な事業に結びつけるかにある。現在、高知市では高齢者の給食サービスを充実する計画をもっているが、配達の問題が壁になっているという。地域共同作業所等の取り組みとして実現の可能性を検討する必要がある。

V. ま と め

地域住民アンケートの結果、精神障害者に対する偏見の解消には長期的な啓発活動が必要であることと、地域住民の側にも、精神障害者を同じ社会の仲間として理解していこうという動きが見られることがわかった。

また、精神障害者の側にも、自分たちの障害を生活レベルのものとして理解し、必要な支援を受けながら、社会人として積極的な役割を担っていこうという人たちが多くいることがわかった。

そして高齢者への弁当の宅配サービスの試みは、精神障害者の社会活動の具体例を確認することができた。

高齢者はサービスを受け取り、精神障害者に感謝をおくる。精神障害者は新たな活動の場と自信、他者への信頼を得る。精神保健福祉サービス従事者やボランティアは、高齢者と精神障害者の間に生まれる交流から発見を得る¹⁾。社会は障害者からメッセージを受け取り、そこに新たな発見があることに気づく。

つまり、精神保健福祉サービスが、社会資源を消費するだけでなく、社会の成熟に重要なモデルを提供する役割を担うということが出来る²⁾。

今回の調査は、「はじめに」で述べた「地域社会との生きたつながりのなかで、障害者の自立と社会経済活動への参加を実現すること」の、実現可能性を示唆するものであった。

VI. おわりに

この調査は(財)地域社会振興財団の研究助成をも

とに、高知県精神保健協会企画調査委員会の協力によって、高知県立精神保健福祉センターで実施したものです。共同研究者は次の方々です。

伊藤 博子 (土佐病院)
 織田 信生 (デザイン, 版画家)
 武田 廣一 (さんかく広場)
 谷脇 守 (高知新聞社社会部)
 中内 茂 (高知市福祉事務所長)
 森 美穂 (高知県精神保健協会)

また、地域共同作業所 野いちごの場所の野村みちよさん、精神保健福祉センター生活環境事業部の皆様、またアンケート調査にご協力いただいた県内の精神障害者、医療機関、共同作業所、グループホーム、保健所の職員の皆様、高知医科大学公衆衛生実習の参加者の皆さん、あたたかいご配慮をいただきました高知県精神保健協会池田久男会長、自治医科大学精神医学教室宮本忠雄前教授、公衆衛生学柳川洋教授の各先生方に厚くお礼申し上げます。

文 献

- 1) 金子郁容：ボランティアもうひとつの情報社会一。岩波新書，岩波書店，東京，1992。
- 2) 吉川武彦，竹島正編：地域精神保健実践マニュアル。金剛出版，東京，1995。
- 3) 高知県立精神保健福祉センター・高知県精神保健協会企画調査委員会：精神保健福祉の新たな展開のために。高知，1995。
- 4) 国立精神・神経センター精神保健研究所：心の健康についての国民意識に関する調査研究報告書，1991。
- 5) 正高信男：なぜ，人間は蛇が嫌いか。カッパ・サイエンス，光文社，東京，1994。
- 6) 大島巖編：新しいコミュニティづくりと精神障害者施設—「施設摩擦」への挑戦—。星和書店，東京，1992。
- 7) 竹島正，平井右助，井上新平他：地域住民の精神障害者に対する見方について—地域調査をもとに—。社会精神医学 15：230-236，1992。

【資料】

アメリカ合衆国の「精神疾患患者の保護と擁護法」(翻訳)

北村 総子 北村 俊則

解説

アメリカ合衆国のWeicker上院議員が、州の施設に収容されている精神疾患を有する者および知的障害者についてその収容状態を9か月にわたって調査した結果、施設に収容されている上記の者は全米でおよそ40万人と推定され、施設内で様々な虐待を受けていると推定されるものの、人権擁護の任にあっている者に十分な権限が付与されておらず、従って調査も十分に行えない現状が明らかとなった。こうしたことから、施設から独立した人権擁護機関の必要性も認識された。そこで、この調査結果に基づき、Weicker上院議員は、「精神疾患患者の保護と擁護法1985年」と題する法案を1985年4月23日に合衆国議会に提出した。その後様々な審理を経て、1986年5月23日に「精神疾患患者の保護と擁護法」という名の法律として合衆国議会で制定された。

この法律は、施設にいる精神疾患を有する者(定義については本法参照)の現況に鑑み、州および地方政府による彼等の保護と擁護の充実を実現すべく、連邦政府が州および地方政府に対して一定の拘束力を持つものである。

また、第II章の権利章典は、精神保健制度法の第V章を廃止して、本法に組み込まれたものである。連邦政府は、第II章に規定されている諸権利の重要性を再確認し、各々の州が精神疾患を有する者が必要とする保護とサービスを受けられるよう法律を見直し、また改正するよう求めている。

ところで、この法律は、1988年、1991年、1992年に改正され、さらに1996年6月にも改正された。ここで紹介するのは、92年改正までを含むものである。

なおこの法律に付された番号、Public Law 99-319、とは、この法律が第99合衆国議会で制定された319番

目の法律であることを示している。また、Public Law 99-319は、合衆国政府のGovernment Printing Officeから会期毎に公刊されているUnited States Statute at Largeに収録されている法律に付されている番号である。アメリカ合衆国の連邦の法令はこの他に、合衆国議会の委員会が編集し、West Publishing Co.が出版しているUnited States Code(略称U.S.C.)がある。この法令集も連邦のオフィシャル版である。ここに掲載した翻訳には、U.S. Statute at Largeで用いられている番号を採用したが、U.S.C.も広く利用されていることから、Public Lawの番号の上にU.S.C.の番号も併せて記載した。例えば42 USC 10801とある場合、U.S.C.の中で、42がPublic Health and Welfareに関する法令を収録したものであることを示し、801以下が「精神疾患を有する者の保護と擁護」という法律の本文となり、Statute at Largeの101項に対応する条文となっている。尚U.S.C.には解説つきのUnited States Code Annotated(略称U.S.C.A.)がある。改正や立法過程についての記載があり、便利である。条文番号はU.S.C.と同じである。

謝辞 この法律を翻訳するにあたり、慶應義塾大学法学部客員教授時国康夫先生に大変貴重なご助言を賜ったことをここに深謝いたします。

文献

- Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act of 1986, Pub. L. 99-319, 100 Stat. 478 (1986).
 Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Amendment Act of 1988, Pub. L. 100-509, 102 Stat. 2543 (1988).
 Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Amendment Act of 1991, Pub. L. 102-173, 105 Stat. 1217 (1991).
 Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Amendment Act of 1991, Pub. L. 102-321, 106 Stat. 377 (1992).

Translation- "Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act" in the United States.

国立精神・神経センター精神保健研究所
 社会精神保健部

{〒277 千葉県市川市国府台1-7-3}

Fusako Kitamura, Toshinori Kitamura: National Institute of Mental Health, NCNP, 1-7-3, Kohnodai, Ichikawa, Chiba 272

(翻訳)

精神疾患患者の保護と擁護法

定 義

第I章 保護および擁護を目的とする組織

A. 組織の設立

調査結果と目的

42 USC 10801.

第101項 (a) 連邦議会は以下の事実を認める。

- (1) 精神疾患を有する者は虐待および重大な危害にさらされている。
 - (2) 精神疾患を有する者が未成年者である場合と、その者が法的に能力を有していて、かつ家族が関与することを選択する場合と、その者が法的に無能力で、かつ法定後見人、財産管理者あるいは他の法的代理人が家族である場合には、その者の家族が、その者の権利を擁護するにあたり、重要な役割を果たす。
 - (3) 精神疾患を有する者は、治療を受けていないばかりか、適切な栄養、衣服、健康管理および適切な退院計画等について看過されている。
 - (4) 精神疾患を有する者の諸権利に関し法律が遵守されていることを監視する州組織は多岐にわたり、かつ不十分なものが多い。
- (b) この法律の目的は以下のとおりである。
- (1) 精神疾患を有する者の諸権利が保護されることを保障する。
 - (2) 州をもって精神疾患を有する者の保護および擁護を目的とする組織を設立し機能させることを援助する。この組織は、
 - (A) 合衆国憲法、連邦および州の制定法を確実に施行する活動を通して精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ、擁護する。
 - (B) 精神疾患を有する者に対する虐待や介護怠慢にかかわる事実についてこの組織に報告のあった場合、あるいはこのような事実が発生したと信じるに足る根拠がある場合はその事実を調査する。

42 USC 10802.

第102項 この章のために下記の用語を定義する。

- (1) 「虐待 (abuse)」とは、介護や治療を行う施設の従業員が承知のうえで、あるいは無謀に、あるいは意図的にとった行為の結果、または行為を怠った結果、精神疾患を有する者に傷害もしくは死をもたらすこと、あるいは傷害もしくは死をもたらしたであろうことを意味する。このような行為または怠慢には次のものが挙げられる。
 - (A) 精神疾患を有する者に対する強姦または性的暴行
 - (B) 精神疾患を有する者に対する殴打
 - (C) 精神疾患を有する者に身体的抑制をかける際の過度な力の使用
 - (D) 精神疾患を有する者に対する、連邦および州の法律や規則に合致しない、身体的抑制または化学物質による抑制の使用
- (2) 「認可された組織 (eligible system)」とは、発達障害者援助および権利章典法のC節にもとづいて、発達障害者の諸権利を保護および擁護するために州に設置された組織を意味する。(42 USC 6061)
- (3) 「施設 (facilities)」とは、病院、ナーシング・ホーム、精神疾患を有する者のための地域施設、宿泊と介護のための施設、ホームレスのための一時的収容施設、拘留所および刑務所を含むが、必ずしもこれらに限定されない。
- (4) 「精神疾患を有する者 (individuals with mental illness)」とは次の者を意味する。
 - (A) 州の法律および規則の下で認定された精神医療専門家が、重篤な精神疾患または情緒の障害があると認める者、および、
 - (B)(i) たとえ現住所が不定であろうとも、介護または治療を行う施設の入院患者または居住者、
 - (ii) 介護または治療を行う施設へ移送さ

れる者を含め、これらの施設へ入院する過程にある者または、

- (iii) 犯罪に対する有罪判決の結果服役する以外の理由により地方自治体の収容施設に強制的に収容された者。
- (5) 「介護怠慢 (neglect)」とは、介護または治療を行う施設において、サービスを供与する責務を負う者が犯す過失による作為または不作為で、その結果精神疾患を有する者に傷害もしくは死をもたらした、またはもたらしたであろうこと、あるいは精神疾患を有する者に傷害もしくは死をもたらす危険にさらすことを意味する。この怠慢には、精神疾患を有する者のために適切な個別プログラム計画や治療計画を策定しないこと、あるいは実行しないこと、精神疾患を有する者に対して適切な栄養、衣服または健康管理を提供しないこと、あるいは精神疾患を有する者の為に安全な環境を用意しない作為または不作為を含み、これらには適切に訓練された十分なスタッフを維持しないことも含む。
- (6) 「厚生大臣 (Secretary)」とは、厚生大臣 (Secretary of Health and Human Service) を意味する。
- (7) 「州 (State)」とは、各州、コロンビア特別区、プエルトリコ、グアム、北マリアナ諸島、アメリカ領サモア、バージン諸島、および太平洋諸島信託統治領を意味する。

交 付 金

42 USC 10803.

第103項 厚生大臣は、下記の組織を設立し、運営するために、認可された組織に対してこの章にいう交付金の割当をしなくてはならない。

- (1) 第105項の要件に合致する組織で、かつ
- (2) 次の目的で計画された組織
- (A) 精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護する。
- (B) 精神疾患を有する者の虐待や介護怠慢にかかわる事実が当該組織に報告される場合、もしくはそのような事実が発生し

たと信じに足る根拠がある場合、その事実を調査する。

交付金の使用

42 USC 10804

- 第104項 (a)(1) 認可された組織はこの章にいう交付金を、州の機関および州内で業務を行う非営利団体との契約を締結するために使用してもよい。この章で契約締結の資格を得るためには下記の条件を必要とする。
- (A) 精神疾患を有する者に治療もしくは(擁護を除く) サービスを提供するいかなる機関からも独立した機関であること。
- (B) 精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護する能力を有する機関または団体であること。
- (2) (1)の規定を実行するにあたって、認可された組織は、精神疾患を有する者の保護または擁護を行っている団体であって、精神保健サービスを受けたことがある、もしくは受けている者またはこのような者の家族によって運営されている集団を特に含む団体と契約を締結することを考慮しなくてはならない。
- (b)(1) 認可された組織が公益法人である場合は、その組織の所在する州政府は、その組織に対し、この章にいう交付金の5パーセント以上はいかなる会計年度においても、運営費として義務づけることを要求してはならない。
- (2) 認可された組織はこの章にいういかなる交付金の10パーセント以上はいかなる会計年度においても、この章の規定を行うための専門技術的援助と訓練の費用として使用してはならない。
- (c) 認可された組織はこの章にいう交付金を、連邦の施設にいる精神疾患を有する者で、認可された組織による代理を求める者に代理を供するために使用することができる。このような組織からのこのような者の代理人は、州法や他の連邦法に沿ったこのような組織の居

住者の他の代理人に付与されるすべての権利や権威を付与される。

組織要件

42 USC 10805

第105項 (a) 精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護するために第103項により州に設置される組織は、

(1) 次の事柄をなす権限を有するものとする。

(A) 精神疾患を有する者に対する虐待や介護怠慢の事実が報告された場合、またはそのような事実が発生したと信じるに足る根拠がある場合はその事実を調査する。

(B) 州において介護または治療を受ける精神疾患を有する者の保護を確実にを行うために、行政的、法的、その他適切な救済策をとる。

(C) 次の者に代わって行政的、法的、その他の救済策をとる。

(i) 精神疾患を有する者であった者で、かつ

(ii) 州の居住者。

ただし、上記の者が介護または治療を行う施設を退院した日より90日以内に発生した事項のみを対象とする。

(2) 精神疾患を有する者に対して治療もしくは(擁護を除く)サービスを行う州内のいかなる機関からも独立している。

(3) 介護または治療を行う州内の施設に立ち入ることができる。

(4) 第106項に従って、次の者の全ての記録を閲覧、入手できる。

(A) その組織のサービスを受ける者で、その者、またはその者の法定後見人、財産管理者、その他法定代理人がその組織に記録の閲覧、入手を認めた場合。

(B) 下記の者(すでに死亡した者、もしくは所在不明の者を含む)

(i) 精神的または身体的状態のためにその組織に対して記録の閲覧、入手を許可できない者、

(ii) 法定後見人、財産管理者、その他法

定代理人を持たないか、もしくは州が法律上の後見人になっている者、

(iii) その組織が苦情の申立てを受理した場合、または(苦情または他の証拠によるもので)監視もしくは他の活動の結果として虐待もしくは介護怠慢が行われたと信じるに足る根拠がある場合、その苦情を申立てた者または虐待もしくは介護怠慢を受けた者;および、

(C) 精神疾患を有し、法定の後見人、財産管理者、もしくは他の法定代理人を有する者で、その組織が苦情の申立てを受理した場合、またはその者の健康もしくは安全が重大かつ急迫した危機にさらされていると信じるに足る証拠がある場合で、下記に該当する場合。

(i) この代理人が、この代理人の氏名および住所の受領に基づき、この組織によって接触を持たれた場合;

(ii) その組織がその状況を解決するためにその代理人に援助を供与した場合、および、

(iii) この代理人がその者に代わって行為しなかった場合、もしくは行為することを拒否した場合。

(5) 社会保障法(42 USC 1396)第XIX編に基づいて、(b)項の要求する情報を提供するために厚生大臣および州の計画を遂行する州の機関と取り決めをなす。

(6) 下記の事項を行う諮問委員会を設置する。

(A) 精神疾患を有する者の諸権利を保護および擁護するにあたって実行すべき政策およびその優先事項についてその組織に助言する。

(B) 委員会には次の人々を含む。即ち弁護士、精神医療専門家、一般人で精神疾患について精通した者、精神保健サービスの提供者、精神保健サービスを受けた経験のある、または、受けている者、およびその家族。委員会の構成員の少なくとも60パーセントは、精神保健サービスを受けた経験のある者または受け

ている者とその家族によって構成されなければならない。

- (C) 精神保健サービスを受けたことがあるか、あるいは受けている者、もしくはその者の家族が委員長を務める。
- (7) 1987年1月1日およびそれ以降毎年1月1日、厚生大臣とその組織が存在する州の精神保健機関の長に対して、前会計年度中に行ったその組織の活動、業績、および支出を記載した報告を作成し、送付する。
その報告には、諮問委員会の活動およびその組織の機能についての諮問委員会による評価を記述している、諮問委員会が用意した部分を含む。
- (8) 公衆に、組織が確立した優先事項、および組織の活動にコメントする機会を年単位で与える。
- (9) 精神疾患を有する者がその組織のサービスを十分に利用することを確実にするために、その組織の利用者もしくは将来の利用者のための、また、認可された組織が本法の本章およびIII章の規定に従って機能することを確実にするために、精神保健サービスを受けたことがあるか、もしくは受けている者、精神疾患を有する者の家族、またはその者もしくは家族の代理人のための、不服申し立ての手続きを確立する。
- (b) 厚生大臣および社会保障法(42 USC 1396)第XIX章に基づいて州の計画を遂行する州の機関は、その州の認可した組織に対して年次調査報告の写しと、その組織の存在する州の中で精神疾患を有する者を介護もしくは治療する施設に関し、社会保障法第XVIII章およびXIX章(42 USC 1935 et seq. and 1936 et seq.)に従ってなされた欠陥是正計画を提供する。この報告もしくは計画は、完了日より30日以内に利用されなければならない。
- (c)(1)(A) 州に設置された各々の組織は、103項に基づいて受領した交付金を通じて、精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護するために、運営権限を有する。
- (B) 複数の委員による運営委員会を有する

民間の非営利団体、もしくは複数の委員による運営委員会を有する公的組織として運営権限が組織されている州においては、この運営委員会はその組織の方針および手続きに従って選出される。運営委員会は以下のように構成される。

- (i) 広く代表しているか、もしくはその組織からサービスを受ける利用者が必要とする事について知識を有する(1990年10月1日以前に選出される)会員で、かつ、
- (ii) 民間の非営利団体として組織された運営権限の場合には、この組織の諮問委員会の委員長を含む、広く代表しているか、もしくはその組織からサービスを受ける利用者が必要とする事について知識を有する会員。
- この章で用いたように、「広く代表しているか、もしくはその組織からサービスを受ける利用者が必要とする事について知識を有する会員」という文言は、精神保健サービスを受けたことがあるか、もしくは受けている者、およびその者の家族を含むと解される。
- (2) (1)項の下で確立された運営権限は、
- (A) 組織の計画、立案、実現、および機能に責任を負う。また、
- (B) (A)項と一致して、年次の優先事項を諮問委員会と共に発展させる。

記録の閲覧・入手

42 USC 10806

- 第106項 (a) 精神保健サービスの提供者が連邦法または州法に基づいて秘密を保持して保管することが要求されている記録を第105項(a)(4)により閲覧・入手した認可された組織は、(b)に規定されている場合を除き、このようなサービスの提供者に要求されるものと同じ範囲でその記録の秘密を保持するものとする。
- (b)(1) (2)で規定されている場合を除き、第105項(a)(4)に従って記録を閲覧・入手した認可された組織は情報の当事者である者に対して

記録の中の情報を開示してはならない。この情報の開示が禁止されるのは、その者への精神保健サービスの提供を監督する責任を有する精神保健専門家が、このような情報のその者への開示がその者の健康に有害であると決定し、文書による決定をその組織に通知した場合である。

(2)(A) もし(1)に従って、情報の開示がその者に対して拒否された場合は、

- (i) その者、
- (ii) その者の法定後見人、財産管理者、法定代理人、
- (iii) (B)に言う、個人の代理をする認可された組織は、

その情報を審査するため、およびその情報の開示が該当する者の健康に有害であるかどうかを決定するために別の精神医療専門家を選任することができる。もしその精神医療専門家が、専門的判断にも基づいて、その情報の開示がその者の健康に有害でないと判断した場合には、その組織はその情報を当事者個人に開示することができる。

(B) 認可された組織は、次の者に代わって(A)(iii)に従って精神医療専門家を選任することができる

- (i) 州が法定後見人になっている者。
- (ii) 州以外の法定後見人、財産管理者または法定代理人をもっている者で、この者に対して(1)に基づいてその者が情報の閲覧、入手を拒否されてから合理的な期間内に、これらの後見人、財産管理者、もしくは代理人が(A)に基づいて情報を審査するための精神医療専門家を選任しない場合。

(C) 第105(a)(4)項および本項に従って、認可された組織が精神疾患を有する者の記録を閲覧・入手することを州の法律が禁じている場合、第105項(a)(4)および本項は、下記の期日のうちいずれか早い日以前にはこのような組織に対して適用しない。

- (i) その組織が前記の禁止に服さなく

なった日。

(ii) 1986年5月23日より2年が過ぎた日。

(3)(A) この章で「記録(record)」とは、介護および治療を行う施設のあらゆるスタッフによって用意された報告、または施設で生じている虐待、介護怠慢、そして傷害といったできごとを記述している報告、およびこのようなできごとを調査するためにとられた手段を調査することを委託されている機関によって用意された報告、並びに退院計画記録を含む。

(B) 認可された組織は、本項の(a)および本項の(b)(1)および(2)の規定に従って、(A)に規定された類型の記録を閲覧・入手するものとする。

訴 訟

42 USC 10807

第107項 (a) 認可された組織、州の機関または第104(a)項に基づいて認可された組織と契約を締結した非営利団体は、連邦裁判所または州裁判所に精神疾患を有する者に代わって訴訟を提起するのに先だって、適切な行政上のあらゆる救済手段を、時機を失することなく講じ尽くすものとする。行政上の救済手段を講じるにあたって、その組織、機関または団体がこのような精神疾患を有する者に関しての事項が合理的な期間内に何等解決されないと判断した場合は、訴訟の提起を含めこれに代わる救済手段をとることができる。

(b) 精神疾患を有する者に対して重大な危害が差し迫っている時、これを避けるか、または排除するために提起される訴訟については、前記(a)は適用されない。

B. 行政に関する規定

申 請

42 USC 10821

第111項 (a) 認可された組織は、厚生大臣に対して申請書を提出しないかぎり、この章にもとづいて交付金を受けることはできない。各申

請書は次の内容を含むものとする。

- (1) この章に言う交付金からその組織に支払われる金額は、精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護するために設立された組織の存在する州で入手できる連邦の補助金以外の資金にとって代わるものではなく、このような資金を補うために使用されることを保障すること。
- (2) その組織が、精神疾患を有する者に擁護サービスを提供するために、また、精神疾患を有する者が未成年者か、法的能力者であるが、反対しないか、あるいは法的無能力者であり、法定後見人、財産管理者、もしくは他の法定代理人が家族である場合に、その組織がサービスを提供する利用者の家族とともに働くために、訓練された、または訓練を受けているスタッフを有することを保障すること。
- (3) その組織、いかなる州の機関、または第104項(a)に基づいて、その組織が契約できる非営利団体も、精神疾患を有する者が州以外の法定後見人、財産管理者または代理人を有する場合、これらの後見人、財産管理者または代理人がその精神疾患を有する者に代わってとった措置と重複した措置をとらないことを保障すること。ただし、これらの法定後見人、財産管理者もしくは代理人がその組織に援助を要求する場合はこの限りでない。
- (4) 厚生大臣が規則により規定するその他の情報。
- (b) 訓練されたスタッフに関する、この章の(a)(2)に基づいて要求される保障は、精神保健サービスを受けたことがあるか、あるいは受けている者、およびその者の家族による訓練の供与によって満たしてもよい。
- (c) 適用期間および保障期間
この章に基づいて提出された申請書は4年の期間有効であり、かつこの章に基づいて要求される保障は同様に4年の期間有効である。

交付金割当方式および再交付

42 USC 10822

- 第112項 (a)(1)(A) 本項(2)の規定を除き、かつ第117項に言う歳出額の範囲内で、厚生大臣は、同117項に従って一会計年度に支出される金額の中から第103項に言う交付金を認可された組織へ割当てするが、その決定方式は下記の根拠に等しく準拠して、厚生大臣が規定する。
- (i) 認可された組織が存在する各州の人口、および、
 - (ii) 各州の一人当りの相対的所得によって重み付けした人口。
- (B) 前記(A)(ii)に言う「一人当りの相対的所得」とは、合衆国の一人当りの所得と州の一人当りの所得の商(比)を意味する。ただしその州がグアム、アメリカ領サモア、北マリアナ諸島連邦、太平洋諸島信託統治領またはバージン諸島の場合はその商(比)は1とみなす。
- (2) 前記(1)の規定の如何にかかわらず、しかも第117項にいう歳出の範囲において、
 - (A) 一会計年度の歳出総額が少なくとも1千3百万ドルである場合、
 - (i) 各州、コロンビア特別区、プエルトリコ各々の認可された組織に割り当てられる金額は、下記の金額のいずれか高いものとする。
 - (I) 14万ドル、もしくは、
 - (II) (3)項に基づいて決定された金額と12万5千ドルの合計。また、
 - (ii) グアム、アメリカ領サモア、北マリアナ諸島、太平洋諸島信託統治領とバージン諸島の認可された組織に割り当てられる金額は下記の金額のいずれか高いものとする。
 - (I) 7万5千ドル、もしくは、
 - (II) (3)項に基づいて決定された金額と6万7千ドルの合計。また、
 - (B) 一会計年度の歳出総額が1千3百万ドルを下回る場合、下記の州のうちの認可された組織については下記のとおりである。

- (i) 各州、コロンビア特別区、プエルトリコ各々の認可された組織に割り当てられる金額は、(3)項に基づいて決定された金額に加算して、12万5千ドルを下回らないものとする。また、
- (ii) グアム、アメリカ領サモア、北マリアナ諸島、太平洋諸島信託統治領とバーキン諸島の認可された組織に割り当てられる金額は、(3)に基づいて決定される金額に加算した金額が6万7千ドルを下回らないものとする。
- (3) 1988年10月19日以降において、117項に基づいて一会計年度の割り当て交付金総額が、1973年リハビリテーション法100(c)(1)による労働大臣発表の最新の消費物価指数の上昇率を越えて前会計年度の割り当て交付金総額を上回った場合は、厚生大臣は、(2)(A)項の(i)(II)および(ii)(II)並びに(2)(B)項の(i)および(ii)にいう各々の交付金額を、(この(3)項によりこれまでの年度においてすでに増額された最低交付金額を含めた) そのような最低交付金額に対し、(A)と(B)の差額に等しい金額が117項による直前の会計年度の交付金総額に占めると同率で増額するものとする。
- (A) 最低交付金額の増額が行われる当該会計年度の117項による交付総額
- (B) 直前の会計年度の117項による交付総額
- (b)(1) 下記(A)または(B)の理由により、第117項に基づいて一会計年度に割り当てられた全歳出額が認可された組織に交付されない場合、その交付されない額はその額の範囲内で、その他の認可された組織に再交付される。それは次の理由による。
- (A) 認可された組織が該当する会計年度の交付金の申請を提出しなかった。
- (B) 認可された組織が、その交付金の金額を使う意図のないことを長官に通知した。
- (2) 厚生大臣が決定する、認可された組織への一会計年度の交付金で、使用できる期間内にその組織が必要としないと厚生大臣が

決定した時は、その部分の交付金を他の認可された組織でこのような決定がされないところへ再交付できる。

- (3) 厚生大臣は自己の定める日または複数の日に、(1)と(2)に基づいて再交付をする(ただし、厚生大臣がそのような再交付の意志を官報(Federal Register)に登載してから30日を経過していること)。ある認可された組織に対する再交付額は、該当する会計年度におけるその組織の当初の割り当て額の割合で決められる。ただしその組織が該当する期間内に必要とし使用できる額を、厚生大臣が見積って、この額を超える分は再交付額より減額される。このように減額総額は、再交付額が減額されない他の組織に対して同じ方法で再度割り当てられる。ある会計年度にある認可された組織に再交付された額は(a)に言うその会計年度の交付金の一部とみなす。

交付金の支払い

42 USC 10823

- 第113項 各会計年度に厚生大臣はこの章にいう交付金から認可された組織のそれぞれに支払いをなす。一会計年度に認可された組織に支払われた金額とその年度末に支払われずに残った額は次の会計年度にこの組織に対し同じ目的で使うことができる。

厚生大臣の報告

42 USC 10824

- 第114項 (a) 厚生大臣は、発達障害者援助と権利章典法第107(c)項(42 USC 6006)に基づいて要求される報告のそれぞれに次の内容を記述した別個の説明を含めるものとする。
- (1) この章にいう交付金の援助を受ける精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護する組織が行った事業、業績および支出についての説明に次の事項を含む。
- (A) これらの組織の奉仕を受ける精神疾患を有する者の総数の詳細。
- (B) これらの組織が行う事業の種類の説明。

- (C) これらの事業に関連してケアまたは治療を行う施設の種類の説明。
- (D) これらの事業が開始された方法の説明。
- (E) これらの事業の結果達成した業績の説明。
- (2) 次の説明、
- (A) この章にいう交付金の援助を受ける精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護する組織。
- (B) 精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護するために州が実施する事業。
- (C) 精神疾患を有する者の諸権利を保護し、かつ擁護するために、精神疾患を有する者用の居住施設が設立した機構。
- (D) これらの組織、事業および機構間の調整。
- (3) この章に言う交付金で設立された組織の数と、それらの組織の各々について公立または民間非営利の区別の詳細。
- (4) 精神疾患を有する者の諸権利の保護および支援を向上させるための、事業とサービスについての勧告と、この章に基づいて設立された組織では充足できなかった事業やサービスの必要性についての説明。
- (b) (a)項に言う各々の説明の作成にあたり、厚生大臣は第105項(a)(7)に従って厚生大臣に提出された報告中の情報を利用した含めるものとする。

技術援助

42 USC 10825

第115項 厚生大臣は、この章にもとづいて行われる事業に関連して、認可された組織に専門的技術援助を提供するために、117項にいう交付金の2パーセントを越えない額を、このような援助のためのこのような組織が求めるものと一致して、使用するものとする。

管 理

42 USC 10826

第116項

(a) 一般

厚生大臣は、物質乱用および精神保健サービス局局长を通して本章を実施しなければならない。

(b) 規制

1991年11月27日以降6カ月を越えない時期に、厚生大臣は本章のおよびIII章を実施するために最終的な規制を公表しなければならない。

歳出の承認

42 USC 10827

第117項 この章にいう交付金として、1992会計年度は1億9千5百万ドル、1993年から1995年までの各々の会計年度に必要であるとして、この金額の歳出が承認されている。

第二章 精神疾患を有する者のための権利章典のリステイトメント

権利章典のリステイトメント

42 USC 10841

第201項 米国議会の意見は次のとおりである。即ち、精神保健制度法(42 USC §9501 et seq.)の第V章に述べられていたように、各州は精神疾患を有する者が必要とする保護とサービスを受けることを保障するために、必要に応じて州法を審査し、改定しなければならない。さらにこのような審査と改定をする場合、精神保健に関する大統領委員会の勧告と下記事項を考慮するものとする。

- (1) 精神保健サービスを受けるために、プログラムに参加しあるいは施設へ入居する者には下記の権利が認められる。
- (A) 下記の環境と条件で、適切な治療とこれに関連するサービスを受ける権利。
- (i) そのような患者の人格的自由を最大限尊重する。
- (ii) そのような自由を制限する場合は、患者の治療上の必要事項、法律上の適用しうる要件および裁判所による適用しうる命令に応じて必要な制限範囲にのみ限定される。

- (B) 個人別に明文化した治療計画またはサービス計画を受ける権利（この計画は当該患者の入所後直ちに作成されなければならない）、このような計画に基づく治療を受ける権利、治療と関連サービスの必要事項の定期的審査と再評価を受ける権利、そしてこのような計画の適切な改訂を受ける権利で、この改訂には、患者がプログラムへの参加を中止しあるいは施設から退院した後に必要となる精神保健サービスを説明するのに必要な改訂が含まれる。
- (C) 患者に提供されるべき精神保健サービス計画に、患者の能力に適する方法で常時参画する権利（(B)項に規定された計画の作成と定期的改訂へ参画する権利も含む）。さらにここにいう参画に関して、下記の事項を理解するために患者の状態と理解能力に適した文言で合理的な説明を受ける権利。
- (i) 患者の全般的な精神状態と、もしこのプログラムまたは施設が患者に健康診断をした場合には、患者の全般的な身体状態。
 - (ii) 治療の目的。
 - (iii) 勧められた治療の性質と起こりうる重大な副作用。
 - (iv) 特定の治療が適切とみなされる理由。
 - (v) 特定の訪問者との面会が不適切である理由。
 - (vi) 適切かつ利用可能なその他の代替的な治療、サービス、および精神保健サービスを提供する施設の種類の。
- (D) 治療計画に基づいて立てられた治療方法、もしくは方針に、患者が告知を受けた上で自発的にした書面による同意が無い場合に、その治療計画に基づいて立てられた治療方法を受けない権利。ただし下記の治療は除く。
- (i) 緊急の場合で、該当する治療がすでに責任ある精神医療専門家の書面による指示に基づくものか、または同時に正式に文書化されている場合。
 - (ii) 裁判所の命令で治療プログラムを受けるとかまたは施設への強制入院に服する場合に適用される法律に基づいて許可されている場合。
- (E) 患者が告知を受けた上で自発的にした書面による同意が無い場合に、実験に参画しない権利、このような実験への参加について適切な保護を受ける権利で、この権利には、行なわれる手続、予想できる利益、他の代替的治療に比べた場合の利点および起こりうる苦痛や危険について合理的な説明を受ける権利、および同意を取り消す権利および機会も含む。
- (F) 拘束や隔離を受けない自由の権利。ただし緊急な場合で、該当する拘束もしくは隔離が責任ある精神医療専門家の書面による指示に基づくものか、または同時に正式に文書化されている場合、治療方法もしくは方針、または拘束もしくは隔離はこの限りではない。
- (G) 患者を害悪から合理的に保護し、患者の個人的必要事項に関するプライバシーを守る、人道的な治療環境に対する権利。
- (H) 患者の記録の秘密保持に対する権利。
- (I) 患者が要求する場合、その患者の精神保健ケアの記録を閲覧・入手する権利。ただしその患者が閲覧・入手することを拒否された下記の情報・資料を除く。
- (i) この記録の中で、第三者が秘密保持の確約を条件に提供した情報。
 - (ii) この記録の中の特定の資料で、これを患者が閲覧・入手することはその患者の健康にとって有害であると、関係している精神保健サービスに責任ある保健専門家が文書により決定した場合。ただし当該患者が選んだ同様の資格を有する保健専門家に対してはこの特別な資料を提供することができる。そしてこの保健専門家は専門的判断により、患者がこの資料の一部または全部を閲覧・入手できるようにすること

ができる。またさもなくばこの資料の中の情報を患者に開示できる。

- (J) 在宅介護または入院介護の場合、通常の前定時間内に他の者と個人的に話し、電話および郵便を簡便にかつ合理的に利用し、かつ訪問者と面会する権利。ただし、この患者を治療する精神医療専門家が、特定の訪問者への面会拒否が治療上必要と判断する場合、この精神医療専門家はこの拒否を書面で指示しており、その指示がその患者の治療計画に含まれていれば、特定の、限定され、かつ、合理的な期間内はこの面会拒否を行える。この面会拒否の指示にはその理由が付されるものとする。
- (K) この節に規定されている諸権利について、患者の状態と理解力に応じた文言で入所の時直ちにまたその後定期的に告知を受ける権利。
- (L) この節に規定されている諸権利の侵害に関する不服を申し立てる権利。この権利には、プログラムのために、または施設によって用意された公正で時宜を得、かつ公平な不服処理手続きで、不服についての審査を受ける権利が含まれる。
- (M) (J)項の規定の如何にかかわらず、本項および法律のその他の条項に規定された諸権利を理解し、行使し、かつ保護するための援助を得る目的で、下記のサービスを利用する権利（個人的にコミュニケーションをするための機会と施設を含む）。
- (i) プログラムまたは組織の中で受ける、権利保護サービス。
 - (ii) 当該の人が利用するために計画された州立の精神保健組織の中で受ける権利保護サービス。
 - (iii) 精神疾患を有する者の権利を保護し、かつ擁護するために第I章に基づいて設立された組織。
 - (iv) 資格のある擁護者。
- (N) この節に規定された権利を、報復行為

を受けることなく行使する権利。なお適切で当然受けられる何らかの治療を拒否されることもこの報復行為の一部である。

- (O) 退院に際し、他の精神保健施設への適切な紹介を受ける権利。
- (2)(A) 本項に規定されている権利は、その他の制定法上の権利や憲法上の権利に追加されるべきものであってこのような権利を損なうものではない。
- (B) (1)(D)項と(I)項に規定されている、記録の秘密保持と記録の入手・閲覧に関する諸権利は、患者がプログラムへの参加を終了または施設から退院した後も、当該の人にかかわる記録について適用されなければならない。
- (3)(A) この章に規定されている諸権利の行使に対する報復行為を受けて、精神保健サービスのためのプログラムへの参加や施設への入所資格のある者がそれを拒否されることはあってはならない。
- (B) この節の規定は、下記の義務または拘束などを要求するものではない。
- (i) 個々の精神医療専門家や保健専門家が自己の臨床上の判断と異なる治療を義務づけられること。
 - (ii) 患者の治療に第一に責任を負っている精神医療専門家の治療への同意を当該の人が拒否した結果として、その専門家の臨床上の判断に従って適切な治療ができない、または実施できなくなった場合、その患者をプログラムへの参加を中止させ、または施設から退院させることを防止すること。
 - (iii) そのプログラムに参加したり施設に以前に入所したが、提示された治療に同意しないため、その参加や入所の目的を達成できないことが再三あつたいかなる人をも参加させたり入所させることをプログラムまたは施設に要求すること。あるいは、
 - (iv) 診断や評価の目的のみでこのプログラムに参加し、あるいは施設に入所し

ているいかなる者に対しても治療サービスを行うことをプログラムや施設に義務づけること。

- (C) 患者の諸権利を行使または保護するにあたって、プログラムに参加し、または施設に入所した患者を援助するために患者の弁護士または法定代理人は下記に合理的にアクセスできるものとする。
- (i) 当該の人。
- (ii) その人が治療を受け、居住し、あるいはアクセスしたプログラムまたは施設の地域。
- (iii) 患者の書面による許可に従って(1)Iに規定されている、患者の診断、治療および関連サービスについての記録や情報。
- (D) プログラムと施設の各々は、このプログラムに参加しているかあるいは施設に入所しているすべての人の、本項(201項)に規定されている諸権利を、理解されるよう患者の能力に合う文言で列挙し説明した告示を掲示しなければならない。各々のこのような告示は、すべてその形式および内容に適合するものとし、すべての適切な場所に掲示されなければならない。
- (4)(A) (1)の(D)項もしくは(E)項に記載されている治療または実験に同意する権利を行使する能力がないか、あるいは同(1)の(H)項もしくは(I)項に規定されている記録の秘密保持とそれを閲覧・入手する権利、もしくは(3)(C)(iii)項に規定されている許可を与える権利を行使する能力がないと管轄裁判所が決定した場合は、患者の権利あ

るいは許可を代行する後見人もしくは代理人として裁判所が選任する者が、上記に言う権利を行使するかあるいは許可を与えることができる。

- (B) 患者が、州法に従って、法的拘束力のある権利を行使し、あるいは許可を与えるのに十分な年齢に達していないという理由で、(1)の(D)項もしくは(E)項に基づいて、治療または実験に同意する権利を行使する能力に欠けている場合、あるいは同(1)(H)項もしくは(I)項に言う記録の秘密保持もしくは閲覧・入手する権利、もしくは(3)(C)(iii)項に言う許可を与える権利を行使する能力に欠けている場合、その患者に代わって親または法定後見人が上記に言う権利を行使し、また許可を与えることができる。
- (C) (A)項と(B)項の規定に関係なく、精神保健サービスを受けるために患者がそのようなプログラムに参加したり施設に入所するに際し、そのプログラムや施設に雇用され、または報酬を受ける者は、その患者の後見人あるいは代理人として行動することはできない。

第三章 用語の解釈

42 USC 10851

- 第301項 (a) 第I章と第II章の規定は精神疾患を有する者のために新しい権利を創設するものとして解されてはならない。
- (b) 本項の趣旨として、用語「精神疾患を有する者」(individuals with mental illness)は、第102項(3)に言う定義と同じ意味を有する。

投稿規定

1. 本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所の研究員の研究に関連する他誌に未発表の原著論文、短報、総説、症例（事例）研究および資料、さらに研究所外の研究者への依頼を含めた特集論文を掲載します。
 2. ◇原著論文は、400字詰め原稿用紙で原則として50枚以内とします（図表も各1枚を1頁と計算）。データ解析にもとづいた原著論文の構成は、原則として以下のようにして投稿して下さい。原稿の第1頁には、論文の和文および英文タイトル、全著者の和文および英文の氏名（学位の表示はしない）、全著者の所属機関の和文および英文の名称および筆頭著者の連絡先を記入して下さい。第2頁には、200字以内の和文抄録と英文で5つ以内のKey words (Index Medicusのsubject headingsを参考として下さい) を記載して下さい。論文の本文は第3頁より記述を開始し、原則として、I. はじめに（または緒言など）、II. 対象と方法、III. 結果、IV. 考察、文献さらに独立の1頁に100語以内の英文Abstract、(付録：必要があれば加え、研究に用いたスケールの部分的紹介などを入れて下さい) および図表（図および表は各1点ずつ別紙に注釈などを含めて書く）などの順に綴じて（ただし論文の性格によっては、読者の理解を容易とするためにセクションの分割を他の型式とすることも可能です）、正1副2計3通を編集委員会あてに投稿して下さい（投稿先は下の8項参照）。症例（事例）記述にもとづいて書かれる原著論文および症例（事例）研究の構成は、原則として上記の〔III. 結果〕の節を〔III. 症例（事例）〕などとし、他の部分は上記に準じて下さい。
◇短報は主として予備的な報告をあつかいますが、論文の性格上は原著論文なので、400字詰め原稿用紙で原則として15枚以内とし、体裁は原著論文のそれに従って下さい。
◇総説は400字詰め原稿用紙で原則として70枚を超えないものとし（図表も各1枚を1頁と計算する）、原著論文と同様に英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsをつけますが、セクションの区分などの体裁は内容の理解が容易であるように適宜著者が工夫して下さい。
◇資料については、英文Abstract、和文抄録およびKey wordsは除きますが、その他は長さも含めて原著論文の体裁に準じて下さい。
◇特集論文は編集委員会の決定したテーマによる依頼原稿で構成し、400字詰め原稿用紙で原則として30枚以内（図表も各1枚を1頁と計算する）とします。論文のセクションの構成は総説に準じて著者の決めたものとなりますが、英文Abstract、和文抄録および英文Key wordsはつけません。
 3. 論文はワードプロセッサを用いて作成しプリントアウトしたものを提出して下さい（その際、頁のレイアウトは、1頁を400字の整数倍にし、それを第1頁の最下行に明示して下さい。）論文は受理後にフロッピーディスクでも提出して頂きます。型式は別に指示します。
 4. 外国人名、薬品名は原語を用いて下さい。専門用語は、わが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要がある場合は訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
 5. 文献は本文中に引用されたもののみを以下の要領で記述して下さい。
 - A. 文献は筆頭著者の姓 (family name) のアルファベット順に番号をつけ（同一著者の場合は発表順）、本文中にはその番号で引用して下さい。
 - B. 雑誌名はIndex Medicusの表示に準じ、省略のピリオドはつけません。
 - C. 著者名は3名以内の場合は全員、4名以上の場合は3人まで書き、あとは他 (et al) と省略して下さい。
 - D. 文献の記載は、雑誌については、著者名：論文題名。雑誌名 巻：最初の頁—最後の頁、西暦年号。の順とし、単行本全体の場合は、著者名：書名。発行所、発行地、西暦年号。とし、単行本の中の論文は、著者名：論文題名、著者（編者、監修者）名：書名。発行所、発行地、pp.最初の頁—最後の頁、西暦年号。として下さい。訳本は原書を上記にしたがって記載し、（ ）内に訳本を上記に準じて記載して下さい。
- 記載例
- 1) American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III-R. Amecicah Psychiatric Association, Washinton, DC, 1987. (高橋三郎, 花田耕一, 藤縄昭訳: DSM-III-R. 精神障害の分類と診断の手引改訂3版. 医学書院, 東京, 1988.)
 - 2) 藤縄昭: 精神療法とエロス. 弘文堂, 東京, 1987.
 - 3) Otsuka, T, Shimonaka, Y, Maruyama, S et al.: A new screening test for dementia. Jpn J Psychiatr Neurol 42: 223-229, 1988.
 - 4) 高橋徹, 藍沢鎮雄, 武内龍雄他: 不安神経症の難治性経過について—初期病像ならびに性格特性とのかわり. 精神衛生研究 31: 25-40, 1984.
6. 依頼原稿以外の原稿は、編集委員会で複数の査読者を依頼しその結果により採否を決定します。その際、必要な修正を著者に求めることがあります。また投稿規程から著しく逸脱したり、判読の困難な原稿は査読せず著者に返却します。
 7. すべての掲載論文は、別冊50部のみを作成し著者に無料進呈します。
 8. 論文投稿先：〒272市川市国府台1-7-3 国立精神・神経センター精神保健研究所内「精神保健研究」編集委員会 (1995. 3. 31改訂)

精神保健研究

編集委員

大塚俊男 稲垣真澄 内山 眞
加我牧子 白井泰子 丸山 晋

編集後記

ここに「精神保健研究」第43号をお届け致します。

今回の特集は「精神科リハビリテーション」です。丸山晋先生に中心になっていただき、斯界の専門の先生方にご執筆をお願いする事ができました。それぞれにお忙しい先生方から原稿を頂戴でき感謝しております。精神科リハビリテーションは、当研究所にとって重要な研究領域のひとつです。それぞれの御専門の領域によらず読者の皆様のお役にたてていただけるものと思います。

本号では特集の他に原著1編、資料2編を掲載しました。当研究所の幅広い研究活動の一端をくみ取って頂けるかと存じます。

本誌は国立精神・神経センター精神保健研究所のofficial journalであり、研究所内の研究発表の場であると同時に、研究所の外に開いた窓の一つでもあります。インターネットの時代ですが、ペーパーレス時代とはならず、印刷物は新たな意義を持って生き続けるはずで。

次号から、編集委員も委員の体制も変わる予定になっていますが、精神保健研究所内外のコミュニケーションをよりよいものにするため、今後もこの雑誌を育てていけますよう皆様の変わらぬご支援をお願いいたします。

(M.K.記)

精神保健研究

第43号

(1997年3月29日発行)

(非売品)

編集責任者——大塚俊男

発行者——国立精神・神経センター
精神保健研究所

〒272 千葉県市川市国府台1-7-3

PHONE 047(372)3501,0141

FAX 047(371)2900

Journal of Mental Health

Number 43, 1997

Official Journal of the National Institute of Mental Health, NCNP, Japan

CONTENTS

FOREWORD T. Ohtsuka

SPECIAL ARTICLES: Psychiatric rehabilitation

Preface to special articles. S. Maruyama	1
Community mental health care and rehabilitation. S. Tokashiki	3
An analysis of the surveys of needs for psychiatric rehabilitation. S. Maruyama, et al.	13
The evaluation of mentally disablement and the handicaps creation process. S. Iwasaki, et al.	27
Social support for career development of persons with psychiatric disorders. N. Matsui	35
The realities of a concern with mentally disabled people at welfare office. M. Yokota, et al.	45
Self help group and psychiatric rehabilitation. H. Matsunaga	53

ORIGINAL ARTICLE

P300-like potential of untrained Japanese Macaques: As a clinical model of the mental retardation and dementia in the passive condition. A. Uno, et al.	59
--	----

REPORT

A research and opinion about normalization on mental health area. T. Takeshima, et al.	67
--	----

TRANSLATION

Translation— "Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act" in the United States. F. Kitamura, et al.	75
--	----

Information for contributors	87
---	----

Editorial Notes	88
------------------------------	----