

わが国の精神保健医療福祉施策、 100年の歴史から学ぶこと

横倉 聡

キーワード：精神保健医療福祉 精神障害者 グループホーム

mental health and medical welfare mentally-disabled persons group home

はじめに

わが国の精神保健医療福祉施策は、1900（明治33）年の精神病患者監護法制定から始まって、1919（大正8）年の精神病院法制定、1950（昭和25）年の精神衛生法制定、1987（昭和62）年の精神保健法制定を経て、1995（平成7）年の精神保健福祉法制定、2006（平成18）年の障害者自立支援法制定（現・障害者総合支援法）に至るまで、約100年の歴史が経過し、近年においては、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき様々な施策が推進され、医療、保健、福祉、雇用、居住支援等、精神保健医療福祉の関係領域の連携強化が図られている。

そこで、まず、わが国の精神保健医療福祉施策100年の歴史の変遷を概括¹⁾し、次に、今日、変貌を遂げつつある精神保健医療福祉領域のいくつかの現状について簡潔にまとめてみたい。

なお、本研究ノートは、東洋英和女学院大学死生学研究所主催の〈公開〉連続講座「生と死の語り」（2013年度）の第8回目に発表したものを基礎にして、必要に応じて内容を組み換え、修正、加筆したものである。

また、従来の「精神病院」という用語は、精神障害者を長期間に渡り入所させる閉鎖的な施設というイメージが強く、そのことを払拭させるため、「精神病院」を「精神科病院」という用語に改めるために、「精神病院の用語の整理等のための関係法律の一部を改正する法律」が2006（平成18）年に制定された。これにより、精神保健福祉法の中で用いられていた「精神病院」という用語は、「精神科病院」に改められたので、以下の論述においても、歴史上の表現に問題がない限り、精神科病院という表記を用いることにした。

1 精神保健医療福祉施策導入以前

わが国の江戸時代および明治初期までは、精神障害者への対応、例えば、精神疾患に対する治療としては、「治療」と呼ぶには程遠く、多くの神社仏閣などにおける加持祈とうや滝療法（京都府京都市岩倉の大雲寺、東京都八王子市の高尾山薬王院等）等に頼っている状態であった。精神疾患あるいは精神障害は、乱心者、狐付き（狐憑き：狐の霊にとりつかれたという一種の精神錯乱）等と理解され、家族の下で保護されるのが一般的な対応ではあったが、治安上の目的として、入牢、入檻（家庭内監置）をされることも少なくなかったといわれている²⁾。

明治時代に入り、保健衛生行政が本格的に軌道に乗り出したのは、1874（明治7）年に東京、京都、大阪に達せられた医制が公布されてからのことであり、この医制の条文に癲狂院（現在の精神科病院）の設立に関する規定があり、1875（明治8）年に公立の精神科病院、京都府癲狂院設立、1878（明治11）年に私立の精神科病院、加藤癲癲病院設立、1879（明治12）年に公立の精神科病院、東京府癲狂院（現在の都立松沢病院）が開設された³⁾。

1879（明治12）年になると医育機関で精神病学が教えられるようになり、1886（明治19）年には帝国大学医科大学に精神病学教室が置かれることになった。

2 精神病患者監護法の制定

明治30年代に入ると、専ら各地方行政に委ねられていた精神障害者に対する規制等が、全国的な規制等として制度化されるに至った。すなわち、路頭にさまよう救護者のない精神障害者の保護の規制として、「行旅病人及び行旅死亡人取扱法」が1899（明治32）年に制定され、次いで、相馬事件⁴⁾が契機となり、精神病学や精神科病院、精神障害者の取扱い等に社会的な関心が高まり、その結果、1900（明治33）年に、精神障害者の保護と社会治安を目的として、わが国で初めての法律として、「精神病患者監護法」が制定された。

精神病患者監護法の内容は、①精神障害者の監護義務者⁵⁾を定めること、監護義務者がいない場合等は、住所地、所在地の市町村長が監護の義務を負うこと、②精神障害者を私宅、精神科病院等に監置するには、医師の診断書を添えて、警察署を経て地方長官に願い出て許可を得ること、③行政官庁に監置を監督する権限を与えること、④監護に要する費用は、被監護者が負担すること、被監護者にその能力がない時は、扶養義務者が負担すること、などを骨子としていた。

しかしながら、同法の実態は、治安的要素という側面が強く、精神障害者に対する治療や保護の面は、きわめて不十分であり、一般的な対応としては、せいぜい私宅で様子を見る程度（私宅監置）⁶⁾であった。当時の私宅監置の実態は、きわめて悲惨な状況で、その実態を調査した『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』[呉秀三・樫田五郎著 1918（大正

7) 年]⁷⁾において、「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ。精神病者ノ救済・保護ハ実ニ人道問題ニシテ、我邦目下ノ急務ト謂ハザルベカラズ。」という言葉で示されている。

3 精神病院法の制定

1916（大正5）年に内務省に保健衛生調査会が設置され、1917（大正6）年に精神障害者の全国一斉調査が実施され、その結果、精神障害者総数は約6万5千人（そのうち精神科病院に入院中が約5千人）、私宅監置を含めて約6万人の精神障害者が医療を受けることができない状況にあり、また、精神科病院を含む精神障害者入所施設を持たない県が28県もあること等が明らかとなった。この結果から、精神科病院の開設に関する関心が高まり、1919（大正8）年に、「精神病院法」が制定された。

精神病院法の内容は、①内務大臣は道府県に公立精神科病院の設置を命じることができること、②地方長官が精神障害者を入院させることができること、③精神科病院に対して、建築・設備費の2分の1、運営費の6分の1を国庫から補助すること、などを骨子としていた。

しかし、公立精神科病院の建設は、国の予算不足等のため十分に進まず、わずかに、鹿児島、大阪、神奈川、福岡、愛知を数えるのみであった。

公立精神科病院の設置が遅々として進まない状況とは反対に、地域で暮らす精神障害者数は増加するが、精神保健医療福祉施策は十分な効果を挙げるに至らなかった。そして、終戦を迎えることになった。

4 精神衛生法の制定

戦後は、新憲法の成立により、医療や公衆衛生の向上増進が国の責務となり、1948（昭和23）年に、「保健所法」が制定され、保健所が公衆衛生活動の拠点となり、精神障害者対策も警察行政から公衆衛生行政へと変更された。また、精神障害者に対する適切な医療や保護等の機会を確保するため、1950（昭和25）年に「精神衛生法」が制定され、「精神病者監護法」と「精神病院法」が廃止された。

精神衛生法は、「精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図る」ことを目的とし、法の内容としては、①精神科病院設置を都道府県に義務付けたこと、②長期拘束を要する精神障害者の精神科病院等施設外収容の禁止と私宅監置制度の廃止を設けたこと、③精神衛生相談所や訪問指導の規定が置かれたこと、④精神衛生審議会が新設されたこと、⑤精神衛生鑑定医制度が新設されたこと、⑥保護義務者制度が新設されたこと、⑦都道府県知事の命令による入院となる措置入院制度が新設されたこと、⑧保護義務者の同意を得て入院する医療保護入院が新設され

たこと、などであった。

精神衛生法が制定された以降、急速に従来の治療法に加えて薬物療法等が精神科治療に導入され、精神科治療に画期的な変化が生じ、その結果、精神科病院の様相が一変した。

一方、1954（昭和29）年の精神衛生法一部改正により、非営利法人が設置する精神科病院の設置及び運営に要する経費に対し、国が補助する規定が設けられたり、医療法の精神科特例が出されたり、医療金融国庫が民間精神科病院の設立について低利長期融資を始めたこと等により、急速に精神科病床が増加することとなった⁸⁾。

この時期、アメリカにおいては、1950年代の半ばから行われた精神科病床の縮小化という精神保健医療改革を踏まえながら、1963年に「精神疾患および知的障害者に関する特別教書」⁹⁾が出され、精神科病院と精神科病床の削減を主な柱とする脱施設化政策が推し進められることになった。

また、イギリスでは、1940年代から病院医療改革が取り組まれており、その後、1950年代になると精神科病床の減少策を主とした精神保健医療改革が始まったが、本格的な取り組みが始められたのは、1960年代以降のことであった¹⁰⁾。

なお、精神衛生法の制定以降、社会情勢の著しい変化、精神医学・医療の目覚ましい進歩という新しい事態に、精神衛生法が対応し得なくなってきたので、精神障害の発生予防から、治療、社会復帰に至るまでの一貫した施策の必要性が求められ、法の全面的な改正の準備が進められていた矢先、1964（昭和39）年、ライシャワー駐日米国大使刺傷事件¹¹⁾が発生し、精神障害者に対する精神医療の在り方が大きな社会問題となり、その結果、1965（昭和40）年に精神衛生法の一部改正が行われた。

この一部改正の内容は、①保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できること、②都道府県の精神保健に関する技術的中核機関として精神衛生センターを設けたこと、③通院医療費公費負担制度を導入したこと、④措置入院制度に関連した手続上の改善を図ったこと、などである。

5 精神保健法の制定

精神衛生法の一部改正が行われた以降、地域精神保健活動の整備が図られ、また、精神医学の進歩等に伴い、精神障害者の人権擁護と適正な精神科医療の確保という観点から精神衛生法の見直しを行うことに関心が寄せられた矢先、宇都宮病院事件¹²⁾等の精神科病院での入院患者医療の悲惨な実態が顕在化し、そのことを契機に国内外から精神衛生法の改正を求める声が大きくなり、その結果、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保、精神障害者の社会復帰の促進を図ること等の観点から精神衛生法を改正し、1987（昭和62）年に「精神保健法」が制定されることになった。

精神保健法は、「精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ること」を目的とし、主な改正点は、①任意入院制度を設けたこと、②入院時等における書面による権利等の告知制度を設けたこと、③精神衛生鑑定医制度を精神保健指定医制度に改めたこと、④精神医療審査会制度を設けたこと、⑤応急入院制度を設けたこと、⑥精神科病院に対する厚生大臣等による報告徴収・改善命令に関する規定を設けたこと、⑦精神障害者社会復帰施設¹³⁾に関する規定を設けたこと、などである。

なお、精神保健法が制定された際、改正法の附則に、この法律の施行後5年を目途として必要があると認められたときには、所要の措置を講ずるものとするとの検討規定が設けられたことにより、精神保健法一部改正が1993（平成5）年に行われた。

一部改正の主な内容は、次のとおりである。①精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）が法定化されたこと、②精神障害者社会復帰促進センターが設けられたこと、③保護義務者の名称が保護者に変更されたこと、④精神障害者の定義規定が、医学上の用語にあわせて見直されたこと、⑤仮入院期間が短縮されたこと、⑥精神疾患を絶対的欠格事由とする栄養士、調理師、診療放射線技師等の資格制度等が相対的欠格事由へ改められたこと、などである。

国内外の動向としては、国際連合において、1991（平成3）年に、精神障害者の人権に配慮した医療を提供するとともに、精神障害者の社会参加と社会復帰の促進を図ること等が盛り込まれた「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの改善のための原則」が採択された。

また、1993（平成5）年12月には、国内において、新たに「障害者基本法」が制定され、障害の範囲に、精神障害が明確に位置づけられ、精神障害を含めた障害者対策が、保健、医療、福祉、教育、就労、年金・手当、住宅、公共施設・交通機関の利用等に関して、総合的に推進されることとなった。

6 精神保健福祉法の制定

精神医療を取り巻く諸状況の変化、また、1993（平成5）年には「障害者基本法」が、さらに、1994（平成6）年には「地域保健法」が制定されたことなどを踏まえ、精神障害者の福祉施策や地域精神保健施策の一層の充実を図ることなどの観点から、1995（平成7）年に、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」が制定された。

なお、精神保健福祉法施行後5年を目途として、精神保健福祉を取り巻く環境の変化等を勘案し、必要があると認められたときは、法改正の措置を講ずることとするとの検討規定が設け

られた。

精神保健福祉法の概要は、①法体系全体に福祉施策を位置付け、強化したこと、②精神保健センター、地方精神保健審議会、精神保健相談員に福祉の業務を加え、名称を変更したこと、③精神障害者社会復帰施設を類型化したこと、④精神障害者保健福祉手帳を創設したこと¹⁴⁾、⑤精神保健指定医制度を充実させたこと、⑥医療保護入院の際の告知の義務化を徹底したこと、⑦公費負担医療の公費優先を見直したこと、などである。

その後、1999（平成11）年に、精神保健福祉法の一部改正が行われた。

主な改正精神保健福祉法の概要は、①精神医療審査会の権限を強化したこと、②精神保健指定医の権限・義務を強化したこと、③精神科病院に対する厚生労働大臣等による入院医療の提供の制限命令等の諸規定が設けられたこと、④医療保護入院・応急入院のための移送制度が設けられたこと、⑤保護者の義務内容が軽減化されたこと、⑥精神障害者地域生活支援センターを法定化したこと、⑦精神障害者社会復帰施設の質の確保のための措置を講じたこと、⑧精神障害者の在宅福祉サービスを充実強化したこと、⑨福祉サービスの利用に関する相談・助言に対して市町村を窓口としたこと、⑩精神保健福祉センターの名称を弾力化したこと、などである。

さらに、2013（平成25）年にも、精神障害者の地域生活への移行を促進するため等を目的とした精神保健福祉法の一部改正が行われ、2014（平成26）年4月から施行された。

その改正内容は、①これまで家族をはじめとする保護者に過大な負担を課していた「保護者制度」が廃止されたこと、②医療保護入院制度における入院手続を見直すことになり、医療保護入院制度における保護者の同意要件が除外されたこと¹⁵⁾、③「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（大臣告示）」が策定されたこと¹⁶⁾、④精神科病院の管理者へ退院促進の措置が義務付けられたこと、⑤精神医療審査会の規定の見直しが行われたこと、などの所要の措置を講じることになった。

なお、2016（平成28）年7月26日に、神奈川県立の障害者支援施設「津久井やまゆり園」（相模原市）で発生した障害者殺傷事件を契機に、「改正精神保健福祉法案」（措置入院患者の退院後の計画を入院中から策定するよう都道府県等に義務付けること等）が、検討された。¹⁷⁾

以上、わが国の精神保健医療福祉施策100年の歴史の変遷を概括して分かったことが二つある。それは、一つ目は、精神科病院や精神障害者に関係する事件発生等が契機の一つとなり、精神保健医療福祉施策の制度改革が進められたこと、二つ目は、ここ20年余りで急速に医療、保健、福祉、雇用、居住支援等、精神保健医療福祉施策に関係する法制度等が整いつつあり、かつ、関係領域の連携強化が図られてきたこと、である。

次に、変貌を遂げつつある精神保健医療福祉領域の現状のうち、精神保健福祉士創設、自立支援施策、精神障害者理解促進、保護者制度、地域移行推進施策等について、それらの要

点を簡潔にまとめてみたい。

7 精神保健福祉士法および障害者自立支援法の制定

わが国の精神保健医療福祉施策は、1900（明治33）年の精神病患者監護法制定から始まって、1995（平成7）年の精神保健福祉法制定に至るまで、およそ100年の歴史が経過しているが、上記に概括した施策以外にも、1997（平成9）年の「精神保健福祉士法」の制定、2006（平成18）年の「障害者自立支援法」（現・障害者総合支援法）の制定等により、医療、保健、福祉、雇用、居住支援等、精神障害者やその家族に対する包括的、継続的な支援策が講じられるようになった。

前者の精神保健福祉士法は、1997年（平成9）年、精神科病院等の医療施設において医療を受け、また、精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用する者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のための相談援助を行う専門職の国家資格として制定され、2010（平成22）年には、法改正により、地域相談支援の利用に関する相談に応じることが加えられた。また、2014（平成26）年の精神保健福祉法改正の施行に伴い、医療保護入院者の早期退院支援のための退院後生活環境相談員を精神科病院に配置をすることになったが、退院後生活環境相談員になる職種の筆頭に精神保健福祉士が指名された。

後者の障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）では、地域での自立生活を基本に、身体障害、知的障害、精神障害、発達障害等の障害の特性に応じ、障害者の生涯の全段階を通じた切れ目のない総合的な利用者本位の支援を行うこと等に重点が置かれ、2005（平成17）年10月に制定され、2006（平成18）年4月に施行された。

この法律では、障害者施策を三障害一元化する、利用者本位のサービス体系に再編する、就労支援を強化する、支援決定の透明化、明確化を行う、安定的な財源を確保し、障害者の希望と必要性に応じて全国どこでもサービスを受けられるようにしていくこと等を目指している。また、障害者自立支援法の改正として、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が2012（平成24）年6月に制定され、2013（平成25）年4月から施行された。障害者総合支援法では、制度間に谷間のない支援を提供する観点から、障害者の定義の範囲に新たに難病等を追加し、障害福祉サービス等の支援対象とすることになった。

障害者自立支援法（現・障害者総合支援法）の制定により、精神保健医療福祉領域においては、精神障害者社会復帰施設が、就労移行支援、就労継続支援、共同生活援助等に改編されたり、精神通院医療が自立支援医療として再編されたり、新たに精神障害者退院促進支援事業等が創設されたりと、施策の充実強化が図られた。

なお、大阪教員大学付属池田小学校事件¹⁸⁾を契機に、「心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（心身喪失者医療観察法）」が2003（平成15）年に制定された。この法の目的は、心身喪失等の状況で重大な他害行為を行った者に対して、適切な処遇を決定するための手続きを定めたことと、社会復帰の促進等を図っていく、などである。

8 精神障害者への理解の促進

1995（平成7）年に制定された精神保健福祉法の第46条¹⁹⁾に規定されている正しい知識の普及等に関する啓発活動については、これまでにおいても、精神保健福祉センターや保健所等を中心に行われてきたが、本格的に、国民全体を対象として、厚生労働省内で、精神障害者への理解を促進するための啓発活動について論議されたのは、2004（平成16）年3月に「こころのバリアフリー宣言―精神疾患を正しく理解し新しい一歩を踏み出すための指針」²⁰⁾を発表するなどの活動を行った以来のことであり、2008（平成20）年4月から始められた「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」の中においても、普及啓発（国民の理解の深化）の重点的実施が指摘されている。

また、2011（平成23）年7月には、地域医療の基本方針となる医療計画（患者が多く緊急性が高いなど、一定の条件を満たす疾病に対して打ち出す医療政策の基本指針）に盛り込むべき疾患として指定してきたがん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4大疾患に新たに精神疾患を加えて「五大疾患」とする方針を決め、多くの都道府県では、2013（平成25）年度以降の医療計画に反映させることとなったこと等から判断しても、精神障害、精神疾患に対する国民の理解が深められ、日常生活において身近な障害、病気の一つとして考えられる時代を迎えることができるようになってきた。

しかし、精神障害者への理解等について、精神保健福祉法第3条（国民の義務）で、「国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、及び精神障害者とその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。」と、定められてはいるものの、多くの国民にとっては、日常生活の中で、精神障害の病気や障害の実態や回復の様子等を知る機会も少なく、せいぜいなんらかの事件や事故に精神障害者が関係していることがあれば、それらのニュースを通して精神障害や精神疾患のほんの一部分の実態を理解する程度にとどまっているのが現状ではないだろうか。

全国精神障害者家族会連合会（全家連：2007年4月に解散）が実施した「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究」（1997年度）によると、精神障害者と地域社会の関係性について、「精神障害者は、一人あるいは仲間同士でアパートを借り

て生活するのは心配だ」という意見に対しては、半数以上が「そう思う」を選択しており、一人あるいは仲間同士を関係者が地域で支えるという条件を明らかにした後の質問では、「とりあえず隣人として受け入れる」という回答が8割近くを占めている、としている。そして、調査結果の分析から、「精神障害者との接触体験、精神障害に関する知識、学歴、ボランティア経験が精神障害者観に影響力を持っており、これらを射程に入れた啓発活動が重要であることが示唆された」と指摘している。

現在、精神科病院を退院してアパート等で単身生活をしながら、あるいは、グループホームという共同生活住居で暮らしながら、日中、就労支援事業や就労移行支援事業を行っている事業所や地域活動支援センター等に通い、地域社会で生活している病状が落ち着き安定した精神障害者も多く、それらの事業所では、独自の製品づくり等を行い、地域住民を対象に販売をしていること等が見受けられる。まさしく精神障害者との接触体験の場が全国各地に点在化しており、知らず知らずのうちになんらかの関わりを持つことになる地域住民が沢山いることを物語っているのではないだろうか。

また、近年では、当事者や家族による情報発信が広がっており、自らの体験を伝える書籍等が出版されている。それらの書籍を読むことを通して、精神疾患や精神障害者への理解を深めてもらいたい²¹⁾。

精神障害、特に思春期に発病することが多い統合失調症は、100人に一人が発症すると言われている。われわれの日常の生活においても、大変身近な病気のひとつである精神障害について、もっと理解を深めることが、今日、求められているのではないだろうか。

なお、最近、親の精神疾患の病気を、どのようにその子どもたちに伝え、理解してもらえるかに関する書籍等も出版されるようになってきた²²⁾。

9 精神保健医療福祉と家族の責任と役割

精神保健医療福祉における家族の責任と役割は、わが国で初めて精神障害者に対する医療と保護に関する関係法規として制定された「精神病者監護法」の中に監護義務者として位置付けたことに始まり、戦後の「精神衛生法」の中の保護義務者に引き継がれ、その後、1993（平成5）年の「精神保健法」改正で名称が保護者と変更され、さらに、1999（平成11）年の「精神保健福祉法」改正で自傷他害防止監督義務削除等を経て、2013（平成25）年の保護者制度の廃止へと、実に110余年に渡り精神障害者の家族は、家族ということだけで、過重な責務（精神障害者に治療を受けさせ、その財産上の利益を守ること等）を課せられてきた。

保護者制度が廃止される前の精神保健福祉法には、保護者の役割として、①任意入院および通院患者を除く精神障害者に治療を受けさせる義務を負うこと、②精神障害者の診断が正

しく行われるよう医師に協力すること、③任意入院および通院患者を除く精神障害者に医療を受けさせるに当たって医師の指示に従うこと、④任意入院および通院患者を除く精神障害者の財産上の利益を保護すること、⑤回復した措置入院者等を引き取ること、⑥回復した措置入院者等の引き取りを行うに際して、精神科病院の管理者または当該精神科病院と関連する精神障害者社会福祉施設の長に相談し、および必要な援助を求めること、⑦退院請求等の請求をすることができること、⑧医療保護入院の同意を行うことができること等が、定められていた。

家族制度に依拠する保護者制度は、家族だけに過重な負担を強いており、現在、核家族化、少子高齢化等の進行のなかでは、保護者のみに責務を負わせることは困難であり、また、精神障害者の医療や財産上の利益を保護すること等は、様々な法制度が整備されており²³⁾、それらの法制度によって対応可能な時代を迎えていること等から判断しても、保護者制度の廃止は、時代の趨勢からして当然の成り行きと思われる。

精神障害者の家族にとって必要なのは、過重な責務を負わせることではなく、精神障害者の家族という「当事者」だからこそ負担に感じている事柄に対する支援策を講じることが求められているのではないだろうか²⁴⁾。具体的な支援策としては、特に家族支援については、公益社団法人全国精神保健福祉会連合会の「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」報告書（平成22年3月）の中で、7つの提言（①本人・家族のもとに届けられる訪問型の支援・治療サービスの実現、②24時間・365日の相談支援体制の実現、③本人の希望にそった個別支援体制の確立、④利用者中心の医療の実現、⑤家族に対して適切な情報提供がされること、⑥家族自身の身体的・精神的健康の保障、⑦家族自身の就労機会および経済的基盤の保障）をまとめているが、それらの提言内容を一つひとつ具現化していくことが、今日、求められているのではないだろうか。

10 長期入院精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進

わが国は、長年にわたり精神科病院による入院医療中心の精神保健医療福祉施策が推進されてきたが、2004（平成16）年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」²⁵⁾が提示されたことを通して、「入院医療中心から地域生活中心へ」という新たな基本的な方策を推し進めていくことになった。その改革ビジョンの中では、受け入れ条件が整えば退院可能な者が約7万人いると示され、10年後の解消を目指してモデル事業が実施された。その後、2006（平成18）年から「精神障害者退院促進支援事業」（障害者自立支援法における都道府県地域生活支援事業のメニューのひとつ）の実施、そして、2008（平成20）年度には見直され、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」の創設、2010（平成22）年から「精神障害者地域移

行・地域定着支援事業」、さらに、2012（平成24）年からは、精神障害者地域移行・地域定着事業で行われていた地域移行推進員の活動等については、新たに相談支援体制における地域移行支援・地域定着支援からなる「地域相談支援」として、障害者総合支援法の障害福祉サービスの一つとして位置付けられ、個別給付扱いとなった。

さて、現在、わが国では、少子化と高齢化が進んでいるが、精神障害者も例外ではなく、精神科病院に入院している長期入院精神障害者、地域社会で一人で暮らす、あるいは家族と暮らす精神障害者、さらに、各種の施設やグループホーム等で暮らす精神障害者においても高齢化が進行しているのが現状であり、実は深刻な社会問題であるにもかかわらず、これまで十分な議論があまりされてこなかった。

しかし、漸く、厚生労働省では、2012（平成24）年度予算において、長期入院精神障害者の地域移行を目指す「高齢入院患者地域支援事業」を新設することとなった²⁶⁾。高齢化した精神障害者、特に統合失調症患者は、生理的機能、身体的機能の低下が見られ、自立した生活を送ることが困難となる者が少なくない。高齢精神障害者への地域支援については、退院後の高齢精神障害者に必要な支援を明確にすることが重要であると、指摘されている²⁷⁾。

ところで、これまでにおいても病状が落ち着き安定した長期入院精神障害者の地域移行を目指す取り組みは行われてきた。具体的には、受け入れ先として、親・兄弟姉妹等、生活保護法に基づく救護施設・更生施設、老人福祉法に基づく養護老人ホーム²⁸⁾・特別養護老人ホーム（特別養護老人ホームは、介護保険法に基づく介護老人福祉施設としても定められている）、精神保健福祉法に基づく精神障害者社会復帰施設、特にグループホーム（現在は、障害者総合支援法に基づく「共同生活援助」）、単身居宅生活（年金受給や生活保護制度等を活用して）等であった。

しかし、高齢化した家族（親・兄弟姉妹等）が高齢化しつつある精神障害者を地域社会で支えるということには困難さが伴うことは言うまでもなく、また、福祉型の施設では、施設数や施設側の受け入れ態勢の限界等もあり、入居できる数は限られている。

そこで、長期入院精神障害者の地域移行の受け入れ先の一つとして考えられるのが、障害者総合支援法に基づくグループホームではないだろうか²⁹⁾。

居住系サービスの一つとしてのグループホームは、1989（平成元）年に知的障害者のグループホームとして制度が始まり、2006（平成18）年、障害者自立支援法の施行で、三障害の福祉サービスが一本化され、グループホーム（共同生活援助：夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行うもの）とケアホーム（共同生活介護：夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排せつ、食事の介護等を行うもの）に分類されたが、その後、2013（平成25）年4月の障害者総合支援法の施行に伴い、2014（平成26）年4月より、ケアホームがグループホームに一元化（「介護サービス包括型」か「外部サービス利用

型」の事業形態を選ぶ仕組みとなった) されることになった³⁰⁾。

2015年(平成27)10月時点において、グループホームを利用している人数は全国でおよそ10万人(介護サービス包括型83,987人、外部サービス利用型16,327人)を超え(『精神保健医療福祉白書』2016年版および2017年版より)、その運営等は、各自治体の条例等の基準に基づいて行われている。

グループホーム利用人数の多い順は、知的障害、精神障害、身体障害となっており、2013(平成25)年のサービス提供実績(国保連データ)では、精神障害者のグループホーム(共同生活援助)利用者数は13,282人、ケアホーム(共同生活介護)利用者数8,213人で、精神障害者の利用者の中には、精神科病院の長期入院精神障害者も多く、すでに高齢になってから利用することになった場合もあるため、利用者の高齢化が進んでいるグループホームも見受けられる。そのため、利用者の高齢化が進んでいるグループホームでは、精神疾患に併せて身体疾患のある者が増加しており、介護と看護、身体面・精神面のどちらも兼ね備えた支援体制が必要不可欠となっている³¹⁾。

グループホームの運営については、消防法、建築基準法、都市計画法等が、バラバラに規制を敷いているのが現状であり、また、報酬単価上からも厳しい運営状況にはあるが、長期入院精神障害者の受け入れ先の一つとしてのグループホームのさらなる取り組みに期待したい³²⁾。

おわりに

精神保健医療福祉施策の100年、すなわち、1900(明治33)年の精神病者監護法制定から始まって、1993(平成5)年の障害者基本法制定、1995(平成7)年の精神保健福祉法制定を経て、2006(平成18)年の障害者自立支援法制定(現・障害者総合支援法)に至るまでの約100年の歴史の変遷を概括し、また、変貌を遂げつつある精神保健医療福祉領域の現状のいくつかを簡潔にまとめてみたが、それらから明らかになったのは、精神保健医療福祉施策の喫緊の課題の一つが、高齢精神障害者支援、特に、高齢精神障害者の地域生活支援の現状と課題を明らかにし、支援関係者の有機的な連携による具体的な支援策を提示することではないだろうか。

さて、医療機関あるいは地域社会における高齢精神障害者支援の現状(見聞きしている範囲の現状)としては、

①精神科病院の長期入院の高齢精神障害者

- ・精神科病院在院患者のなかで高齢精神障害者の占める割合は依然として高い
- ・長期入院精神障害者の地域移行支援を推進している
- ・長期入院精神障害者の中には、退院することに躊躇するものも見受けられる

- ・退院を躊躇する人たちには、外部からの支援等を活用して根気強く働きかけている
- ②精神科デイケアでの高齢精神障害者
- ・高齢精神障害者に特化した少人数でのプログラムを展開している精神科デイケアが見受けられる
- ③地域活動支援センター利用者のうちの高齢精神障害者
- ・精神科病院（長期入院精神障害者）を退院して地域の地域活動支援センターを利用している高齢精神障害者や、長年、地域活動支援センターを利用して高齢化した高齢精神障害者の占める割合が高くなっている
 - ・地域活動支援センターでは、利用者のうちの高齢精神障害者に対して、様々な支援プログラムを提供する等の創意工夫を講じている場面も見受けられる
 - ・利用者の多くを高齢精神障害者とした地域活動支援センターも見受けられる
 - ・関係支援機関等と有機的連携を構築して、高齢精神障害者を地域で支援している地域活動支援センターも見受けられる
- ④グループホーム利用者のうちの高齢精神障害者
- ・精神科病院（長期入院精神障害者）を退院してグループホームを利用している高齢精神障害者や、長年、グループホームを利用して高齢化した高齢精神障害者の占める割合が高くなっている
 - ・外部の様々な支援を活用して高齢精神障害者を支えているが、支援職員の配置が国等の基準では、高齢者の特性に配慮した支援が十分に行えず、時に対応に苦慮している場面も見受けられる
 - ・K県Y市では、高齢精神障害者の特性に対処できる機能を持った新たなグループホームの創設が試みられている
- ⑤独居生活の高齢精神障害者
- ・精神科病院（長期入院精神障害者）を退院して独居生活をしている高齢精神障害者や、長年、独居生活をしていて高齢化した高齢精神障害者の占める割合が高くなっている
 - ・高齢精神障害者への在宅支援は、複合的サービスの連携支援が不可欠であることを念頭に置き、医療保険制度、介護保険制度等を活用しながら複数の専門職種の有機的な連携協力により生活支援の実践を行っている場面も見受けられる
- ⑥養護老人ホームの利用者のうちの高齢精神障害者
- ・養護老人ホームが地域の受け皿のひとつとしての役割を担っている
 - ・精神疾患を有する高齢者の支援については、養護老人ホームは、比較的肯定的である
 - ・養護老人ホームの利用者のうち高齢精神障害者の占める割合が比較的高くなっている
 - ・高齢精神障害者の特性に配慮した支援を行っているが、限られた支援職員では、時に

対応に苦慮する場面も見受けられる、などが上げられる。

高齢精神障害者支援、特に、地域生活支援の場における支援の実践においては、まだまだ手さぐり状態だったり、あるいは、支援が功を奏している場も見受けられる等、支援の実践にはかなり差異が生じている。そこで、リカバリーという考え方（recovery：その人なりの生活と人生を取り戻すことが回復の目標で、症状の改善はそのための手段と位置付けるという考え方）³³⁾を念頭に置き、様々な生活の場としての地域社会で高齢精神障害者に対する生活支援がどのように進められているのか、それらの現状を把握し、そして、現状を精緻に分析し、そこから、問題点や課題を明らかにし、具体的な支援策の展開を言及することを、当面の研究テーマの一つとしたい。

註

- 1) 歴史的変遷を概括するに当たっては、『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成23年度版』太陽美術出版部発行、広田伊蘇夫著『立法百年史 精神保健・医療・福祉関係法規の立法史』批評社 2007年、および、藤野やヨイ著「我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—」（新潟青陵大学紀要 第5号 2005年3月 201頁より）に負うところが多い。
- 2) 金子嗣雄著『松沢病院外史』日本評論社 1982年 16頁より
「入牢」とは役所が精神病者を牢獄に監置することであり、精神病者が罪を犯した為に捕われて獄に投ぜられる場合と、「入牢届」によって入牢させられる場合がある。「入檻」とは各個人の自宅に「いぼり囷補理」を設けて精神病者を監護することであり、いわば、「座敷牢」「私宅監置」である。これが明治以後、1950（昭和25）年の精神衛生法の制定まで続いた、など簡潔に説明されている。
- 3) 前掲書 58頁より 東京府癲狂院の誕生について、簡潔に説明されている。
- 4) 旧相馬藩の藩主であった相馬誠胤そうまともたねの精神疾患を理由に、家族が自宅に監禁したり、精神科病院に入院させたりしたのに対して、家臣がこれを不法監禁として家族を訴える事件が起き、その経緯が十余年にわたって新聞や出版物によって報道され、その結果、精神医療や精神障害者に対する社会的な関心が高まった。
前掲書 37頁より 相馬事件について、簡潔に説明されている。
- 5) 監護義務者とは、後見人、配偶者、親権者、戸主、四親等以内の親族または居住地の市町村長の中から定められ、この監護に要する費用は、被監護者が負担することとされていた。
- 6) 警察への届け出を行い、監護義務者の責任の下で私的に精神障害者を隔離させる制度

- で、1950（昭和25）年の精神衛生法の制定されるまで続いた。
- 7) 東京、群馬、神奈川、広島、山梨、長野、静岡、埼玉、福島、岐阜、茨城、千葉、青森、富山、三重の1府14県における監置状況を丹念に観察し記録した。
呉秀三・樫田五郎著 『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』 1918年
金川英雄著 『現代語訳 呉秀三・樫田五郎 精神病患者私宅監置の実況』 2012年 医学書院
 - 8) 医療法人・個人としての民間精神科病院の病床数は、1960年には70,960床、1970年には205,470床と急増した。
 - 9) 「Special Message to the Congress on Mental Illness and Mental Retardation」, いわゆる「ケネディ教書」と呼ばれるもので、世界で最も早く、国家的な規模で精神科病院の病床数の削減を柱とする脱施設化政策を推し進めた。
 - 10) 1940年代から取り組まれたイギリスの精神科病院改革の一つの考え方に、治療共同体という考え方がある。ジョーンズは、精神科病院の全ての資源が治療共同体を作り上げるために、いかに組織されるかについて論じている。
マックスウェル・ジョーンズ著・鈴木純一訳 『治療共同体を超えて—社会精神医学の臨床』 岩崎学術出版社 1977年
 - 11) 親日家として知られるアメリカのライシャワー駐日大使が、大使館本館ロビーで19歳の少年（精神科病院での治療歴あり）に右大腿部を刺され、隣接する病院に緊急入院、少年は現場で逮捕された事件。
 - 12) 1984（昭和59）年3月、医療従事者が不足する中で、民間の精神科病院、宇都宮病院内で、看護助手らの暴行により入院中の患者が死亡したとされる事件。
 - 13) 精神障害者社会復帰施設とは、日常生活を営むのに支障のある精神障害者が日常生活に適應できるように、訓練・指導を行う「精神障害者生活訓練施設」、および、雇用されることの困難な精神障害者が自活できるように訓練等を行う「精神障害者授産施設」のことである。
 - 14) 精神障害者保健福祉手帳は、住所地の市町村を經由して都道府県へ申請し、精神保健福祉センターで判定審査、手帳・通知書の作成、そして、市町村を經由して申請者に交付され、障害等級は1～3級で、有効期間は2年間である。
2015（平成27）年度末、1級：112,347人、2級：519,356人、3級：231,946人。
 - 15) 医療保護入院制度における保護者の同意要件は除外されたが、入院に関する同意が必要とされる対象には、「家族等」が含まれており、保護者制度の実質は残されることになった。今後のさらなる法制度の改正が望まれる。
 - 16) 2013（平成25）年に精神保健福祉法の一部改正が行われ、この改正の一つに「良

質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」の策定が定められた。指針の主な内容は、①精神科病床の機能分化に関する事項、②精神障害者の居住等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項、③精神障害者に対する医療の提供にあたっての医師、看護師その他の医療従事者と精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門知識を有する者との連携に関する事項、④その他良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供の確保に関する重要事項、から成り立っている。

- 17) 今回の事件では、過去に精神疾患による措置入院歴が容疑者にあつたため、措置入院の厳格化が議論され、その結果、措置解除後の支援を強化することを中心とする「改正精神保健福祉法案」が、検討された。
- 18) 2001（平成13）年6月8日に大阪大学附属池田小学校において児童等の無差別殺傷事件が起きたこと等により、重大な罪を犯した精神障害者に対する法律の整備を求める世論が高まっていった。
- 19) 精神保健福祉法第46条では、「都道府県及び市町村は、精神障害についての正しい知識の普及のための広報活動等を通じて、精神障害者の社会復帰及びその自立と社会経済活動への参加に対する地域住民の関心と理解を深めるように努めなければならない。」と定められている。
- 20) 「こころのバリアフリー宣言」は、全国民を対象として、精神疾患や精神障害者に対しての正しい理解を促すとともに、無理解や誤解なしに行動し、誰もが人格と個性を尊重して互いに支えあう共生社会を目指すことができるように、基本的な情報を8つの柱として整理したものである。8つの柱とは、①精神疾患を自分の問題として考えていますか（関心）、②無理しないで、心も身体も（予防）、③気づいていますか心の不調（気づき）、④知っていますか、精神疾患への正しい対応（自己・周囲の認識）、⑤自分で心のバリアを作らない（肯定）、⑥認め合おう、自分らしく生きている姿を（受容）、⑦出会いは理解の第一歩（出会い）、⑧互いに支えあう社会づくり（参画）、である。
- 21) 例えば、古川奈都子著『心を病むってどういうこと？精神病の体験者より』（ぶどう社、2002年）、中村ユキ著『わが家の母はビョーキです』（サンマーク出版、2008年）、夏莉郁子著『心病む母が遺してくれたもの：精神科医の回復への道のり』（日本評論社、2012年）、ハウス加賀谷著『統合失調症がやってきた』（イーストプレス、2013年）等である。
- 22) 例えば、プルスアルハ著『ボクのことわすれちゃったの？—お父さんはアルコール依存症—』（ゆまに書房、2014年）、監修：肥田裕・文：雨こんこん・絵：はにゅうだゆうこ『きょうのお母さんはマル、お母さんはバツ』（星和書店、2017年）、等である。

- 23) 例えば、社会福祉法による福祉サービス利用援助事業（日常生活自立支援事業）、民法による成年後見制度、などがある。
- 24) 石原邦雄は、家族の一員が精神疾患に罹患するという事態をストレスサーとして捉えると、そこにはいくつかの特徴があると、指摘している。
- a) 発病時期、b) 「問題行動」としての現れ方、c) 「病識」のないこととコミュニケーションの困難、d) ステイグマと差別、e) 難治性と慢性・長期化、f) 家族がみるべきだという規範的拘束。石原邦雄著『家族と生活ストレス』一般財団法人放送大学教育振興会 2000年 146頁より
- 25) 2004（平成16）年に厚生労働省が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、精神保健医療福祉改革の基本的考え方の中の基本方針では、「入院医療中心から地域生活中心へ」というその基本的な方策を推し進めていくため、国民各層の意識の変革や、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今後10年間で進める。全体的に見れば、入院患者全体の動態と同様の動きをしている「受入条件が整えば退院可能な者（約7万人）」については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化等、立ち遅れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を全体的に進めることにより、併せて10年後の解消を図ること、などを示している。
- 26) 2012（平成24）年6月時点、精神病床数約33.8万床、在院患者数約30.2万人、診断別では統合失調症圏が57.4%、精神科病院の入院患者のうち約51.5%が65歳以上、入院期間20年以上3.3万人（11.0%）、10年以上6.7万人（22.2%）。厚生労働省精神保健福祉資料、患者調査より。多数の高齢長期在院患者が入院を継続している状況であることがわかる。
- 2014（平成26）年7月、厚生労働省内に設置された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」では、具体的方策の今後の方向性をとりまとめた。このとりまとめの中で、長期入院精神障害者の地域移行を進めるために、本人に対する支援として、退院に向けた意欲の喚起（退院支援意欲の喚起を含む）、本人の意向に沿った移行支援、地域生活の支援を徹底して実施すること等を、掲げている。
- 27) 佐久間啓他 「高齢精神障害者の地域支援の現状」 23頁より
精神科臨床サービス 第14巻1号 2014年1月 星和書店 「特集 統合失調症をもつ高齢者への医療と生活支援」
- 28) 社会的に困窮・孤立する高齢者を支援するための老人福祉施設等の役割・あり方に関する調査研究事業報告 「養護老人ホームの現状と今後のあり方～機能強化型養護老人ホームの提案～」 全国社会福祉法人経営者協議会 平成25年9月によると、約7割の施設において精神障害者保健福祉手帳取得者が入所しており、精神障害者保健福祉手帳

取得者が10%以上いる施設は約16%、精神疾患を有する高齢者に対して、養護老人ホームが地域の受け皿（すまい）としての役割を行うことについては、肯定的な回答が約8割であったと、報告している。

- 29) 平成26年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業 「精神障害者の地域移行及び地域生活支援に向けたニーズ調査」報告書 平成27年3月 公益社団法人 日本精神科病院協会の中で、長期入院患者の退院先として適当と思われる「暮らしの場」で、退院先として、グループホームが適当と思われる長期入院患者のケースが多く存在した、と報告している。
- 30) グループホームは、1989（平成元）年の知的障害者のグループホーム制度（「精神薄弱者地域生活援助時事業」）として始まり、精神保健医療福祉領域では、1993（平成5）年の精神保健法一部改正により「精神障害者地域生活援助事業」として法定化された。その後、2006（平成18）年の障害者自立支援法の施行で、身体障害、知的障害、精神障害の三障害別々のグループホーム制度が一本化され、また、グループホームは、グループホームとケアホームの二つの障害福祉サービスに分類されるようになった。さらに、2013（平成25）年4月の障害者総合支援法の施行で、2014（平成26）年4月より、グループホームとケアホームがグループホームに一元化され、「介護サービス包括型」か「外部サービス利用型」の事業形態を選ぶ仕組みとなった。
- 31) 「月刊 みんなねっと」 公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会 通巻第90号 2014年10月号 「特集 高齢化する精神障がい者にどんな支援が必要か」、この中で、グループホームの利用者の高齢化の問題に触れている。
- 32) 2017（平成29）年9月6日に、厚生労働省は、障害者総合支援法に基づくグループホームについて、入居者の高齢化・重度化していることに対応するために、世話人の配置が手厚い「重度対応型グループホーム」を新設する考えを明らかにした。また、どのような利用者が入居するかは、今後検討を重ねていくとしている。
- 33) 精神保健福祉白書編集委員会編集 『精神保健福祉白書 2015年版 改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから』 中央法規出版 2014年 164頁 リカバリーの理念について、簡潔に説明されている。
『精神科臨床サービス』 第10巻4号 2010年 星和書店 特集「リカバリー」再考：生きがいを支援する リカバリーに関する論述が多数掲載されている。

引用・参考文献

朝日新聞取材班著 『妄信 相模原障害者殺傷事件』 朝日新聞出版 2017年

- 石川信義著 『心病める人たち—開かれた精神医療へ—』 岩波新書 122 1990年
- 石原邦雄著 『家族と生活ストレス』 一般財団法人 放送大学教育振興会 2000年
- 大熊由希子・北野誠一他編著 精神保健福祉士養成テキストブック 4『精神保健福祉論』
ミネルヴァ書房 2008年
- 大熊一夫著 『ルポ・精神病棟』 朝日文庫 1993年
- 太田順一郎・岡崎伸郎編 『精神保健福祉法改正』メンタルヘルス・ライブラリー 33 批評社 2014年
- 金子嗣郎著 『松沢病院外史』 日本評論社 からだの科学選書 1982年
- 川上武編著 坂口志郎・藤井博之編集協力 『戦後日本病人史』 農文協 2002年
- 川上武著 『現代日本病人史』 勁草書房 1988年
- 『現代思想 緊急特集 相模原障害者殺傷事件』(10月号) 第44巻第19号 青土社 2016年
- 一般財団法人 厚生労働統計協会編 『国民の福祉と介護の動向 2014/2015』 第61巻第10号 2014年
- 一般財団法人 厚生労働統計協会編 『国民の福祉と介護の動向 2016/2017』 第63巻第10号 2016年
- 厚生労働省編 『厚生労働白書』(平成26年版) 2014年
- 厚生労働省編 『厚生労働白書』(平成28年版) 2016年
- 小坂富美子著 『病人哀史 病人と人権』 勁草書房 1984年
- 新版精神保健福祉士養成セミナー編集委員会編集 新版精神保健福祉士セミナー 2『精神保健学—精神保健の課題と支援』 へるす出版 2012年
- 『精神医療』編集委員会編 太田順一郎・中島直責任編集 『精神医療 特集 相模原事件が私たちに問うもの』86号 批評社 2017年
- 精神保健福祉研究会監修 『改訂第二版 精神保健福祉法詳解』 中央法規出版 2002年
- 精神保健福祉白書編集委員会編集 『精神保健福祉白書 2015年版 改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから』 中央法規出版 2014年
- 精神保健福祉白書編集委員会編集 『精神保健福祉白書 2016年版 精神科医療と精神保健福祉の協働』 中央法規出版 2015年
- 精神保健福祉白書編集委員会編集 『精神保健福祉白書 2017年版 地域社会での共生に向けて』 中央法規出版 2016年
- 星和書店編集委員編集 『精神科臨床サービス 相模原事件から見てきたこと：措置入院制度と社会包摂の課題』第17巻3号(通巻第67号) 星和書店 2017年
- 谷野亮爾編集委員代表 『解説と資料 精神保健法から障害者自立支援法まで』 精神看護出

- 版 2005年
- 公益社団法人 全国精神保健福祉会連合会 「精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究」報告書 平成22年3月 平成21年家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会
- 中村ユキ著 『わが家の母はビョーキです』 サンマーク出版 2008年
- 夏莉郁子著 『心病む母が遺してくれたもの：精神科医の回復への道のり』 日本評論社 2012年
- 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会 精神保健福祉部 高齢精神障害者支援検討委員会 編 「高齢入院精神障害者の地域移行支援に関する現状と課題」第1版 2014（平成26）年10月
- 日本精神保健福祉士養成校協会編集 新・精神保健福祉士養成講座 4『精神保健福祉論』 中央法規出版 2010年
- 野中猛著 『心の病 回復への道』 岩波新書 1373 2012年
- ハウス加賀谷著 『統合失調症がやってきた』 イーストプレス 2013年
- 蜂矢英彦著 『心の病と社会復帰』 岩波新書 276 1993年
- 肥田裕監修 雨こんこん文 はにゆうだゆうこ絵 『きょうのお母さんはマル、お母さんはバツ』 星和書店 2017年
- 広田伊蘇夫著 『立法百年史 精神保健・医療・福祉関係法規の立法史』 批評社 2007年
- 藤野ヤヨイ著 「我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—」 新潟青陵大学紀要 第5号 2005年3月
- プルスアルハ著 『ボクのことわすれちゃったの？—お父さんはアルコール依存症—』 ゆまに書房 2014年
- 古川奈都子著 『心を病むってどういうこと？精神病の体験者より』 ぶどう社 2002年
- 古屋龍太責任編集 福祉臨床シリーズ編集委員会編 『精神保健福祉に関する制度とサービス 第2版』精神保健福祉士シリーズ 7 弘文堂 2014年
- 松本昭夫著 『精神病棟の二十年』 新潮社 1994年
- 八木剛平・田辺英著 『日本精神病治療史』 金原出版 2002年
- 『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』 平成23年版 太陽美術出版

Learning from 100 Years of the History of Mental Health and Medical Welfare Measures in Japan

YOKOKURA Satoshi

Abstract

In Japan, the mental health and medical welfare measures started in 1900. About 100 years have already passed. In recent years, various client-centered measures have been promoted based on the philosophy of “from hospital-based care to community-based support.” Today in the relevant areas of mental health and medical welfare, the cooperation among medical care, health care, welfare, employment, housing support are strengthened.

In this paper, I will first summarize the historical changes in the past 100 years of mental health and medical welfare measures. Second, I will discuss the main issues in the field of mental health and medical welfare that is undergoing a rapid transformation these days.

