

Table 1. List of behavioral, psychological and physical symptoms

Symptoms from the list included in a primary assessment dataset of the public long-term care insurance policy

- 1 Delusion of being robbed
- 2 Fabrication
- 3 Hallucination
- 4 Changeable mood
- 5 Sleep disturbance
- 6 Verbal and nonverbal abuse
- 7 Repeated story
- 8 Loud voice or screaming
- 9 Resistant to care
- 10 Wandering
- 11 Restlessness
- 12 Request to go home
- 13 Hoarding useless things
- 14 Destroying property
- 15 Filthy behavior
- 16 Allotriophagy

Items selected from lists applied in previous studies

- 17 Inappropriate sexual behavior
- 18 Hiding things
- 19 Compulsive behavior
- 20 Hanging around persistently, repetitive questions
- 21 Lack of interest
- 22 Abnormal appetite
- 23 Urinary incontinence
- 24 Fecal incontinence
- 25 Reluctance to contact with others
- 26 Monology
- 27 Self-mutilation
- 28 Walking disturbance
- 29 Obsessed with loneliness
- 30 Dysphagia
- 31 Bradykinesia
- 32 Complaint

Table 2. Gender, age and basic activities of daily living (BADL)

	FEMALE	AGE	BADL*	MMSE
Group homes (<i>n</i> = 91)	80.7	81.4 ± 7.4	16.2 ± 3.4	13.2 ± 6.1
Nursing homes (<i>n</i> = 411)	70.5	81.3 ± 6.2	10.8 ± 5.7	14.4 ± 8.3
Long-term care hospital (<i>n</i> = 84)	71.2	80.8 ± 9.8	6.3 ± 6.2	11.4 ± 10.3
Total (<i>n</i> = 586)	72.0	81.1 ± 8.6	10.4 ± 6.3	14.0 ± 8.5

Values are % or mean ± SD.

*BADL was evaluated by the Barthel Index (/20).

MMSE = Mini-mental State Examination (/30).

Table 3. Behavioral, psychological and physical symptoms of older adults in different care settings*

	GROUP HOMES		NURSING HOMES		LONG-TERM CARE HOSPITAL	
	%	MEAN \pm SD	%	MEAN \pm SD	%	MEAN \pm SD
Request to go home	57.8	1.34 \pm 0.14	14.2	0.35 \pm 0.91	38.9	0.59 \pm 1.32 ^{a,b}
Obsessed with loneliness	56.7	1.23 \pm 1.30	15.5	0.36 \pm 0.85	23.3	0.36 \pm 0.89 ^{a,b}
Complaint	50.0	1.26 \pm 1.39	18.8	0.43 \pm 0.96	20.0	0.33 \pm 0.82 ^{a,b}
Delusion of being robbed	48.9	1.02 \pm 1.25	13.5	0.29 \pm 0.80	17.8	0.29 \pm 0.82 ^{a,b}
Changeable mood	47.8	1.12 \pm 1.36	23.6	0.59 \pm 1.04	28.9	0.43 \pm 0.94 ^{a,b,c}
Urinary incontinence	46.7	1.26 \pm 1.49	45.7	1.54 \pm 1.58	72.2	2.49 \pm 1.89 ^{b,c}
Attaching to things	40.0	0.98 \pm 1.31	18.5	0.52 \pm 1.10	11.1	0.51 \pm 0.75 ^{a,b,c}
Restlessness	36.7	1.02 \pm 1.37	17.0	0.51 \pm 1.10	33.3	0.51 \pm 1.07 ^{a,b}
Reduction of interest or morale	34.4	0.76 \pm 1.14	35.5	1.05 \pm 1.39	42.2	0.67 \pm 1.27 ^c
Reluctance to contact with others	33.3	0.72 \pm 1.10	14.5	0.32 \pm 0.82	11.1	0.33 \pm 0.63 ^{a,b,c}
Monology	32.2	0.89 \pm 1.32	18.5	0.52 \pm 1.10	26.7	0.56 \pm 1.06 ^{a,b}
Hoarding useless things	30.0	0.88 \pm 1.32	6.9	0.27 \pm 0.88	4.4	0.30 \pm 0.43 ^{a,b,c}
Confabulation	28.9	0.79 \pm 1.33	9.4	0.26 \pm 0.82	6.7	0.13 \pm 0.52 ^{a,b,c}
Verbal and nonverbal abuse	28.9	0.60 \pm 1.04	11.7	0.26 \pm 0.75	7.8	0.12 \pm 0.53 ^{a,b,c}
Wandering	28.9	0.72 \pm 1.20	11.9	0.37 \pm 1.02	6.7	0.11 \pm 0.53 ^{a,b,c}
Fecal incontinence	28.9	0.66 \pm 1.17	34.3	1.06 \pm 1.47	74.4	2.36 \pm 1.92 ^{b,c}
Hiding things	26.7	0.68 \pm 1.22	7.1	0.15 \pm 0.65	2.2	0.02 \pm 0.20 ^{a,b}
Resistant to care	25.6	0.52 \pm 0.99	14.2	0.31 \pm 0.80	10.0	0.19 \pm 0.69 ^b
Walking disturbance	25.6	0.79 \pm 1.33	41.9	1.33 \pm 1.58	86.7	3.50 \pm 1.71 ^{a,b,c}
Sleep disturbance or reversion of day and night	23.3	0.60 \pm 1.11	12.4	0.27 \pm 0.72	16.7	0.29 \pm 0.81 ^{a,b}
Compulsive behavior	20.0	0.62 \pm 1.24	8.9	0.23 \pm 0.82	7.8	0.17 \pm 0.70 ^{a,b}
Loud voice	20.0	0.42 \pm 0.94	13.2	0.25 \pm 0.78	17.8	0.26 \pm 0.80
Hallucination	17.8	0.53 \pm 1.12	5.6	0.11 \pm 0.51	5.6	0.06 \pm 0.29 ^{a,b}
Filthy behavior	16.7	0.32 \pm 0.76	8.4	0.20 \pm 0.73	15.6	0.30 \pm 0.89
Hanging around persistently	13.3	0.36 \pm 0.90	4.3	0.08 \pm 0.43	5.6	0.12 \pm 0.57 ^{a,b}
Dysphagia	10.0	0.19 \pm 0.63	8.6	0.23 \pm 0.84	24.4	1.15 \pm 0.16 ^c
Bradykinesia	8.9	0.21 \pm 0.73	10.2	0.32 \pm 0.97	1.1	0.53 \pm 1.23
Destroying property	7.8	0.13 \pm 0.52	4.3	0.07 \pm 0.45	3.3	0.08 \pm 0.47
Abnormal appetite	5.6	0.17 \pm 0.71	7.4	0.14 \pm 0.62	1.1	0.01 \pm 0.21
Allotriophagy	4.4	0.06 \pm 0.28	3.0	0.04 \pm 0.37	1.1	0.01 \pm 0.07
Inappropriate sexual behavior	2.2	0.03 \pm 0.24	2.8	0.02 \pm 0.25	0.0	0.01 \pm 0.00
Self-mutilation	0.0	0.00 \pm 0.00	2.5	0.01 \pm 0.10	6.7	0.16 \pm 0.70 ^{b,c}

*Scored with 0 for none, 1 for less than once a week, 2 for a few times a week, 3 for almost everyday, and 4 for always.

^aSignificant difference between group homes and other healthcare facilities ($p < 0.05$).^bSignificant difference between group homes and a long-term care hospital ($p < 0.05$).^cSignificant difference between healthcare facilities and a long-term care hospital ($p < 0.05$).

Table 4. Difficulties coping with the observed behavioral, psychological and physical symptoms*

	GROUP HOMES	NURSING HOMES	A LONG-TERM CARE HOSPITAL
Inappropriate sexual behavior	4.50 ± 0.71	1.64 ± 1.29	
Verbal and nonverbal abuse	3.27 ± 1.19	2.39 ± 1.34	4.14 ± 0.90 ^{a,c}
Changeable mood	3.21 ± 1.25	2.65 ± 1.27	3.04 ± 1.43 ^a
Sleep disturbance or reversion of day and night	3.14 ± 1.32	2.31 ± 1.29	3.33 ± 1.45 ^{a,c}
Loud voice	3.00 ± 1.37	2.50 ± 1.35	3.94 ± 1.18 ^c
Hanging around persistently	3.00 ± 1.13	2.12 ± 1.41	4.60 ± 0.89 ^c
Request to go home	2.96 ± 1.19	2.30 ± 1.17	2.03 ± 1.15 ^{a,b}
Wandering	2.85 ± 1.12	2.43 ± 1.30	3.33 ± 1.63
Hallucination	2.81 ± 1.56	2.27 ± 1.24	3.40 ± 1.14
Abnormal appetite	2.80 ± 1.64	1.69 ± 1.44	1.00 ± 0.00
Restlessness	2.79 ± 1.08	2.58 ± 1.21	3.53 ± 1.33 ^{b,c}
Delusion of being robbed	2.77 ± 1.33	2.53 ± 1.35	2.75 ± 1.34
Complaint	2.73 ± 1.16	2.23 ± 1.26	2.89 ± 1.61
Resistant to care	2.65 ± 1.11	2.63 ± 1.18	3.56 ± 1.59
Reluctance to contact with others	2.63 ± 1.13	2.12 ± 1.15	3.10 ± 1.29 ^c
Walking disturbance	2.61 ± 0.99	2.28 ± 1.26	3.05 ± 1.42 ^c
Attaching to things	2.58 ± 1.11	2.34 ± 1.17	2.20 ± 1.23
Confabulation	2.58 ± 1.47	2.19 ± 1.20	2.17 ± 1.84
Destroying property	2.57 ± 1.27	2.18 ± 1.43	4.00 ± 0.00
Fecal incontinence	2.54 ± 1.17	2.12 ± 1.11	4.28 ± 1.17 ^{b,c}
Reduction of interest or morale	2.45 ± 1.06	2.38 ± 1.12	3.55 ± 1.41 ^{b,c}
Dysphagia	2.44 ± 0.88	2.26 ± 1.31	3.41 ± 1.14 ^c
Hiding things	2.38 ± 1.14	2.14 ± 1.18	3.00 ± 1.41
Compulsive behavior	2.33 ± 1.14	2.40 ± 1.44	2.57 ± 1.62
Urinary incontinence	2.26 ± 1.01	2.02 ± 1.11	4.18 ± 1.32 ^{b,c}
Allotriophagy	2.25 ± 1.50	2.08 ± 1.68	2.00 ± 0.00
Hoarding useless things	2.22 ± 1.19	2.76 ± 1.38	4.50 ± 0.58 ^{b,c}
Obsessed with loneliness	2.16 ± 0.95	2.02 ± 1.06	2.70 ± 1.01 ^c
Filthy behavior	2.07 ± 1.03	2.48 ± 1.42	4.57 ± 0.94 ^{b,c}
Monology	2.03 ± 1.38	1.95 ± 1.04	2.33 ± 1.58
Bradykinesia	1.63 ± 0.74	2.30 ± 1.24	1.00 ± 0.00
Self-mutilation	NP	1.40 ± 0.84	4.83 ± 0.41

*Scored from 1 for easy to 5 for extremely difficult to cope with the symptom.

NP, no patients had the symptom.

^aSignificant difference between group homes and other healthcare facilities ($p < 0.05$).

^bSignificant difference between group homes and a long-term care hospital ($p < 0.05$).

^cSignificant difference between healthcare facilities and a long-term care hospital ($p < 0.05$).

The frequencies of observed symptoms and the levels of difficulty in coping with the symptoms are shown in Tables 3 and 4. Requests to go home, urinary incontinence and frequent complaining were the most common symptoms in the group homes. Most of the symptoms were more frequently observed in the

Table 5. Comparison with previous lists of behavioral, psychological and physical symptoms associated with dementia

REISBERG ET AL. (1987) BEHAVE-AD	BAUMGARTEN ET AL. (1990) DBD	TERI ET AL. (1992) RMBPC	CUMMINGS ET AL. (1994) NPI	PRESENT STUDY
<i>Behavior needs urgent intervention</i> Aggressiveness	Makes physical attacks Is verbally abusive, curses Destroys property or clothing	Aggressive to others verbally Destroys property Engages in behavior that is potentially dangerous	Aggression	Verbal and nonverbal abuse* Destroying property* Self-mutilation
<i>Behavior needs intervention</i>	Screams for no reason Cries or laughs inappropriately Makes inappropriate sexual advances	Crying and tearfulness Talking loudly and rapidly		Loud voice or screaming*
<i>Resident needs monitoring</i> Activity disturbances	Wanders aimlessly outside or in the house during the day Gets lost outside Loses, misplaces or hides things		Irritability Disinhibition Troublesome behavior	Inappropriate sexual behavior Filthy behavior* Allotriophagy* Wandering*
<i>Resident needs help</i>	Is incontinent of urine Is incontinent of stool Dresses inappropriately	Losing or misplacing things Threats to hurt others Threats to hurt oneself		Hiding things Dysphagia Urinary incontinence Fecal incontinence Walking disturbance Bradykinesia Hallucination*
<i>Resident causes stress to self</i> Hallucinations Affective disturbance Anxieties and phobias		Appears anxious or worried Talking about feeling lonely Appears sad or depressive Commenting about death of self or others	Hallucinations Dysphoria Anxiety	Obsessed with loneliness

Table 5. Continued.

REISBERG <i>ET AL.</i> (1987) BEHAVE-AD	BAUMGARTEN <i>ET AL.</i> (1990) DBD	TERI <i>ET AL.</i> (1992) RMBPC	CUMMINGS <i>ET AL.</i> (1994) NPI	PRESENT STUDY
<i>Resident causes stress to others</i>				
Delusions	Makes unwarranted accusations Refuses to be helped with personal care Wakes up at night Wanders in the house at night Sleeps excessively during the day Paces up and down	Comments about feeling worthless or being a burden to others Expressing feeling of hopelessness or sadness about the future	Delusions	Delusion of being robbed* Complaint Resistant to care* Sleep disturbance*
Diurnal rhythm disturbances	Ask the same question repeatedly Empties drawers or closets Repeats the same action Refuses to eat Overeats Throws food Hoards things for no obvious reason Exposes private body parts	Arguing, irritability, complaining Waking you or other family members up at night Difficulty concentrating on a task Doing things that embarrass you Asking the same question Starting, but not finishing, things		Restlessness Repeated story* Hanging around persistently Abnormal appetite
		Comments about feeling like a failure or about not having any worthwhile accomplishments in life Forgetting what day it is Trouble remembering recent events Trouble remembering significant past events		Hoarding useless things
				Reduction of interest or morale Request to go home Compulsive behavior Changeable mood* Reluctance to contact with others Fabrication Monology

BEHAVE-AD = Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale; DBD = Behavior Disturbance Scale; RMBPC = Dementia Revised Memory and Behavior Problems Checklist; NPI = Neuropsychiatric Inventory.

*Symptoms listed in the primary assessment dataset of Japanese public long-term care insurance system.

group homes than in the other two settings. Reduced interest or morale was observed more frequently in nursing homes, and symptoms related to physical disabilities were more frequently observed in the long-term care hospital than in the other two settings.

The overall levels of difficulty in coping with the symptoms were the most serious in the long-term care hospital. In group homes, inappropriate sexual behavior was the symptom that caused the greatest stress for the caregivers, followed by verbal and nonverbal abuse and changeable mood. Requests to go home produced greater stress in the caregivers of group homes than in the other two settings. Finally, changeable mood, sleep disturbance or diurnal rhythm disturbance, and verbal and nonverbal abuse were more stressful for the caregivers in group homes than for those in nursing homes.

Discussion

Since the first report by Sanford in 1975 regarding BPSD that were mainly associated with physical disabilities, various scales to assess BPSD have been proposed. Table 5 summarizes the list of symptoms reported previously and the one used in the present study. For comparison, the symptoms are classified into the following categories: need an emergent stop, need to stop, need to watch, need to help, engenders stress for oneself, and engenders stress for surrounds. The classification presented in Table 5 needs to be validated by evidence based on psychosocial impact of the symptoms, such as caregiver's burden.

Schreiner *et al.* (2001) reported that 45.4% of Japanese nursing home residents with dementia manifested aggressive behaviors; however, few studies have addressed the frequency of symptoms associated with dementia in other care settings. In particular, because the group home for older adults with dementia is a novel type of care facility, little is known about the characteristics of residents living in these homes. According to Annerstedt *et al.* (1996), the residents of group homes had physical handicaps ranging from stage A (completely independent) to stage E (dependent on bathing, changing clothes and toileting), based on the ADL index of Katz *et al.* (1963). The present results using the Barthel Index showed some similarities in BADL. Cognitive status in group homes is also comparable to previous reports showing mean MMSE scores ranging from 9.0 to 16.7 (Colvez *et al.*, 2002; Elmstahl *et al.*, 1998a; Faxen-Irving *et al.*, 2002; Wimo *et al.*, 1995a). We initially speculated that the MMSE score of group home residents may be higher than other settings. However, study subjects in nursing homes and long-term hospitals include patients without dementia, which may have confounded the results in comparing their cognitive status. Annerstedt (1997) reported that depression and anxiety were observed more

frequently in group homes than in other types of care facilities. Elmstahl *et al.* (1998b) reported that disorientation was the most prevalent trait, and lack of vitality, dyspraxia-spatial disorientation, and depression-anxiousness followed. In this study, we also found that the symptoms associated with disorientation, anxiety and depression, such as requests to go home, obsession with loneliness, complaints, delusion of being robbed, and changeable mood, were observed frequently. One of the reasons why most of the behavioral and psychological symptoms were frequently observed in group homes seems to be that group homes enable the development of a more personal relationship between the residents and caregivers than do other facilities. Because of this closeness, caregivers become more sensitive to the residents' symptoms. In addition, some active behavioral symptoms, such as wandering or requests to go home, were observed more frequently possibly because the residents of group homes were more physically active than those in other settings. However, the observed difference in frequencies of behavioral and psychological symptoms cannot solely be attributed to either characteristics of each facility or patient's conditions from the findings in this study.

For most of the behavioral and psychological symptoms, the level of difficulty in coping with the symptoms was highest in the long-term care hospital. Long-term care hospitals usually admit many physically and mentally dependent patients with severe dementia due to stroke or other medical conditions. This finding may imply that long-term care hospitals tend to consider physical problems a higher priority, and may not be equipped to deal with the problems derived from the dementia of the patients. However, as there are likely to be many patients with behavioral and psychological symptoms and also with need of medical care, long-term care hospitals should become more responsible for the patients with these symptoms.

In group homes, the level of difficulty in coping with the symptoms was high for inappropriate sexual behavior, verbal and nonverbal abuse, changeable mood and sleep disturbance. As Wimo *et al.* (1995b) reported, the main reasons for patients' moving to institutions from group homes were behavioral disturbances and increasing demands for nursing. Thus, it may be essential to establish strategies for controlling the symptoms in order for the residents to continue to stay in group homes.

In summary, the current symptomatic traits of residents in group homes were clarified in the present study. Symptoms associated with disorientation, anxiety and depression were observed frequently, and sexual and aggressive behavioral disturbances caused a great deal of stress. The burden experienced by the caregivers as a result of the symptoms of residents was least in nursing homes. The present study clarified behavioral characteristics and the burden of coping with the symptoms of residents in different care facilities; thus it is hoped

that the findings will be useful in choosing a relevant care environment for older adults in need of care and will contribute to the improvement of eligible service provision for older adults with dementia.

Conflict of interest

None.

Description of authors' roles

J. Onishi formulated the research questions, designed and carried out the study, and wrote the paper. Y. Suzuki assisted with the study design and writing the paper. H. Umegaki and H. Endo assisted with the study design. T. Kawamura helped with the statistical design of the study. M. Imaizumi helped with the survey in the long-term care hospital. The study was supervised by A. Iguchi.

Acknowledgments

This study was supported by a Grant-in-Aid for Scientific Research, entitled Clinical Research for Evidenced-Based Medicine from the Ministry of Health, Labor and Welfare.

We thank all the staff of the group homes, nursing homes and long-term care hospital for their cooperation in this study.

References

- Annerstedt, L. (1997). Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2, 136-142.
- Annerstedt, L., Sanada, J. and Gustafson, L. (1996). A dynamic long-term care system for the demented elderly. *International Psychogeriatrics*, 8, 561-574.
- Baumgarten, M., Becker, R. and Gauthier, S. (1990). Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 221-226.
- Colvez, A., Joel, M. E., Ponton-Sanchez, A. and Royer, A. C. (2002). Health status and work burden of Alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy*, 60, 219-233.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg-Thompson, S., Carusi, D. A. and Gornbein, J. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44, 2308-2314.
- Dunkin, J. J. and Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, 51, S53-60.
- Elmstahl, S., Ingvad, B. and Annerstedt, L. (1998a). Family caregiving in dementia: prediction of caregiver burden 12 months after relocation to group-living care. *International Psychogeriatrics*, 10, 127-146.

- Elmstahl, S., Stenberg, I., Annerstedt, L. and Ingvad, B.** (1998b). Behavioral disturbances and pharmacological treatment of patients with dementia in family caregiving: a 2-year follow-up. *International Psychogeriatrics*, 10, 239–252.
- Faxen-Irving, G., Andren-Olsson, B., af Geijerstam, A., Basun, H. and Cederholm, T.** (2002). The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56, 221–227.
- Finkel, S. I., Burns, A. and Cohen, G.** (2002). Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD): a clinical and research update. *International Psychogeriatrics*, 12 (suppl 11) 13–18.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. and McHugh, P. R.** (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Greene, J. G., Smith, R., Gardiner, M. and Timbury, G. C.** (1982). Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. *Age and Ageing*, 11, 121–126.
- Katz, S., Ford, B. and Moskowitz, W.** (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914–919.
- Mahoney, F. I. and Barthel, D. W.** (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.
- Onishi, J., Suzuki, Y., Umegaki, H., Nakamura, A., Endo, H. and Iguchi, A.** (2005). Influence of behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) and environment of care on caregivers' burden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 159–168.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E. and Georgotas, A.** (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 48, S9–15.
- Sanford, J. R.** (1975). Tolerance of debility in elderly dependants by supporters at home: its significance for hospital practice. *British Medical Journal*, 23, 471–473.
- Schreiner, A. S.** (2001). Aggressive behaviors among demented nursing home residents in Japan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 209–215.
- Teri, L., Truax, P., Logsdon, R., Uomoto, J., Zarit, S. and Vitaliano, P. P.** (1992). Assessment of behavioral problems in dementia: the revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622–631.
- Wimo, A., Adolfsson, R. and Sandman, P. O.** (1995a). Care for demented patients in different living conditions. Effects on cognitive function, ADL-capacity and behaviour. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 13, 205–210.
- Wimo, A., Asplund, K., Mattsson, B., Adolfsson, R. and Lundgren, K.** (1995b). Patients with dementia in group living: experiences 4 years after admission. *International Psychogeriatrics*, 7, 123–127.



統合失調症患者にどのような社会的サービスが必要か

安西 信雄

Key Words

schizophrenia, social services, care management, assertive community treatment, deinstitutionalization

1 社会的サービスとは

家族や近隣、友人などによる支援はインフォーマル・サービスと呼ばれ、地方自治体や国が提供する公的な支援はフォーマル・サービスと呼ばれる。後者は従来「福祉」と呼ばれてきたものにほぼ一致するが、精神障害に限らず、近年そのあり方が大きく変貌してきている。

従来は福祉といえば貧困対策(低所得性に着目した生活保護や母子家庭への支援などの施策)であったが、イギリスにおけるコミュニティ・ケア改革の中で既存の対策は「ニードにも沿わず、非効率」と考えられるようになった。そこで登場したのが「対人社会サービス(personal social services)」の考え方である⁶⁷⁾。こうした考えの背景には、地域で自立して生活する能力に乏しい人たちを施設に収容する方式から、個々のニーズの正確なアセスメントに基づき社会資源の活用を個別に調整し地域生活を支援するケアマネジメントへの転換がある。

わが国では2000年に社会福祉基礎構造改革¹⁸⁾に関連した一連の法改正が行われ支援費制

度が発足した。この改革の基本的方向は、①サービスの利用者と提供者の対等な関係の確立(措置から契約への転換)、②個人の多様な需要への地域における総合的支援、③信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保、④幅広い要望に応える多様な主体の参入促進、⑤住民の積極的な参加による豊かな福祉文化の土壌の形成、⑥情報公開などによる事業運営の透明性確保にまとめられている。これらの根底にある「社会福祉の理念」は、「自己責任に委ねることが適当でない問題に社会連帯に基づく支援」を行い、「自己実現と社会的公正」を図ることにあるとされた。支援費制度は2003年4月に施行されたが、予想を上回るニーズの掘り起こしがあり、急激な支出拡大の結果、短期間で財政破綻をきたした。

その後、2004年10月に厚生労働省から発表された「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」¹⁹⁾では、「基本的な視点」として、市町村中心の一元的体制により地域福祉の実現を図る「障害保健福祉の総合化」、保護から自立支援へ、自己実現・社会貢献を図る「自立支援型システムへの転換」とともに、給付の重点化・公平化と制度の効率化・透明化を図る「制度の持続可能性の確保」の3つの柱が謳われた。これは社会福祉基礎構造改革の理念を

What kind of social services are needed for the community living of patients with schizophrenia

ANZAI Nobuo 国立精神・神経センター武蔵病院 [〒187-8551 小平市小川東町 4-1-1]

継承しつつ、理念と財政との両立を図る努力の成果と考えることができる。そのために採用された方法が、給付の重点化・公平化(障害認定の基準を設けて必要な人に必要なサービスを提供する)、制度の効率化・透明化(認定の仕組みを確立し、国民の前に明らかにする)ということである。

精神障害の分野では、高橋¹⁰⁾が述べているように、2003年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分会報告により、わが国の精神障害者施策の問題点と改革の方向性が明示され、それが精神医療改革については2004年9月の精神保健福祉の改革ビジョン¹²⁾に、地域生活支援については改革のグランドデザイン¹¹⁾と障害者自立支援法に結実したという流れになる。

障害者自立支援法についてはさまざまな議論があるが、障害を持つ人への社会的サービスのあり方を上記の「対人社会サービス」の方向へ転換していく可能性を持つものと考えられる²⁾。以下、統合失調症患者の実態と、必要な社会的サービスにつき検討を進める。

2 わが国における統合失調症患者の実態と「改革ビジョン」の課題

平成8年厚生省患者調査によれば精神障害を持つ患者数は217万人と推定されている¹⁰⁾。日本の人口が約1億2,500万人であるから、人口の1.7%が精神障害を持つことになる。通院・入院を含めた統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)患者は72万人なので人口の約0.6%になる。

精神科病院の在院患者は約33万人で、うち統合失調症が21万人で64.9%、血管性および詳細不明の認知症が10.9%、気分障害6.7%、アルコール5.2%である。退院患者の在院日数は、全科では40.8日であるが、精神および行動の障害では330.7日、統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)に限ると606.1日とさらに長くなる。これは退院患者から求めた平均在

院日数であるが、大島¹⁵⁾によると平成8年患者調査から実際の入院期間を算出すると平均8.5年になったという。これらの在院患者のうち地域での受け入れ条件が整えば退院可能ないわゆる社会的入院患者は諸調査から30~40%とされている¹⁵⁾。これらの患者の多くは地域生活に移行するために支援を必要としており、地域ケアの対象と考えられる。

一方、外来患者は約183万人で、統合失調症(統合失調型障害および妄想性障害を含む)が50万人で27.3%、神経症圏が24.9%、気分障害22.3%、てんかん16.7%となっている。

大島¹⁵⁾は昭和58年の精神衛生実態調査から援助サービスが必要な数を、通院では全精神障害の41%、統合失調症の57%、入院では全数が要援助と推定し、それを平成8年患者調査に適用して要援助患者数を推計した。それによると、全精神障害では通院患者64.2万人、入院者34万人で合計98.2万人。うち統合失調症では通院者21万人、入院者20.5万人で合計41.5万人と試算された。

以上により、精神保健医療福祉の改革ビジョン¹²⁾に謳われている「入院医療中心から地域生活支援中心へ」の転換と、精神科在院患者の7万人以上の地域移行の実現の成否は、精神科在院患者の2/3近くを占める統合失調症患者の退院と地域生活支援にかかっていることが明らかである。現状では、わが国の統合失調症患者71万人のうち21万人(29.6%)が入院していることになるが、地域生活支援の拡充により、さしあたり14万人(19.7%)に減少させること、すなわち統合失調症患者の約3割が入院している現状を、約2割に減少させることが課題となる。

3 地域ケアのエビデンスとケアマネジメント

米国の州立病院の病床数は1955年には56万床であったが、1963年のケネディ教書により脱施設化と地域精神医療への転換が開始され、1976年には22万床に減り、1990年には人

口万対精神科病床数は6.4床に削減された。英国でも人口万対在院患者数は1954年の35人から1970年には23人、1993年には10人に減少した⁵⁾。米国では脱施設化の結果、さまざまな弊害が明らかになった。すなわち、退院患者の50～60%は地域生活を2年間維持できず、年間の再入院率が30%も増加するなど「回転ドア現象」が著しくなり、地域でのボードアンドケアホームでの生活の質は貧しくホームレスの増加が問題となった。そこで統合失調症などの重い精神障害(Severe Mental Illness; SMI)を持つ人が地域生活を行うためには援助が必要であることが明らかになり、米国精神保健研究所(NIMH)によって地域支援プログラム(Community Support Program; CSP)が1977年から全米数カ所で開始された。これは重い精神障害者を「過去5年間のうちに6カ月以上持続した1回の入院、または12カ月の間に2回かそれ以上の入院」のどちらかを満たす者と定義し、心理社会的治療の提供、危機介入サービス、権利擁護、ケースマネジメントなどの10項目のサービスを提供するものであった。そのうち、最も成果をあげ、その後各地で追試されることになったのがウィスコンシン州マジソンで実施されたACTであった¹³⁾。

マジソンのACT (Program of Assertive Community Treatment; PACT)は職員が生活の場に向いて援助すること、多職種チームによる継続的なケア、スタッフ1人当たりのケースは10人前後、24時間・週7日のサービス、短時間で頻回の援助を実施した。SteinとTest¹⁷⁾は、マジソン郡で入院施設に紹介されてきた急性期の全患者(約半数が統合失調症)を無作為に伝統的な入院治療+アフターケアとPACTに振り分け14カ月間の追跡を行った。その結果、PACT群では入院期間が有意に短く、入院率が低く(18%対89%)、自立して生活している人の率が高く、職業的予後も良好で、精神症状も改善していた。その後、同様のプログラムがシドニーでも追試され1年後の追跡で同様の結果が得ら

れた。米国のDixon⁴⁾、Mueserら¹⁴⁾は詳細な検討によりACTにより重症の精神障害者について入院期間の短縮、地域生活の安定が得られ、症状や生活の質の改善にも中等度の効果が示されたことを確認した。わが国でも厚生科学研究費により伊藤・塚田らが国府台地区でACT-Jを実践し、入院期間の短縮などの効果を確認している⁸⁾。

地域ケアの運営方法についてBachrach³⁾は、①生活の場に向いて行われる積極的支援(out-reach service)、②個別的なケア計画、③日常生活での援助、④当事者の長所を伸ばすサービス、⑤市民生活を行う権利と責任のある生活者として遇する援助、⑥危機介入体制、⑦他の機関や家族などの諸資源の調整を行う、⑧医療・保健・福祉の総合的ケア、⑨家族や友人への援助、⑩ケースマネジメントの重要性を強調している。

伊藤⁹⁾はACT-Jの経験をふまえて精神障害を持つ人に対してはACTのような直接サービス型のケアマネジメントが特に必要であることを述べている。高齢者の場合は福祉用具の貸与や住宅改造などの仲介型サービスが有効な場合も多いと思われるが、精神障害者については「サービスの前提にある安心感や安全保障感が侵襲されている場合」が多く、「本来であればさまざまなサポートが必要な人ほど、ときとしてサポートを遠ざけ周囲の人に対して拒否的」になるので、「時間をかけて作られていく対人関係の安心感が、ケアマネジメントの前提として欠かせない」こと、ACTで実施する買物同行や家事支援等の直接サービスがこうした信頼関係づくりに有効であることを述べている。

4 必要な社会的サービス

対象者に安心感や安全保障感を与えることのできる、信頼関係に基づくケアマネジメントが個々人のニーズに対応して提供されることが前提となる。ケアマネジャーは1人のケースに継

統的に関わり、さまざまなサービスを統合して供給する。その際には仲介型サービスだけでなく、現場での直接サービスも積極的に実施する。欧米ではケアマネジャーに入退院の権限や予算配分の権限が与えられているが、わが国でも関係者のチームとしてこうした機能を考慮すべきであろう。以下、Lieberman¹³⁾を参考に必要な社会的サービスを述べる。

1. 住居プログラム

期限の限定のない住居サービスが必須とされ、障害者の能力に応じた段階的な住居が利用可能で、より拘束性の低い住居に移行できることが必要とされる。アパートでの単身生活(必要に応じてスタッフが訪問指導)、共同住居(スタッフが訪問するものから常駐するものまである)、ホスピタルホステル(24時間ケア体制の地域内の共同住居)などの選択肢が用意されるべきである。わが国においても、グループホームや福祉ホームなどが増加しているが、今後より重症で生活障害の強い患者にも地域生活を可能にするために援助者付きの住居サービスの拡充が必要と思われる。

2. 危機介入プログラム

地域リハビリテーションの前提として、再発などの危機状態の際にタイムリーに対応できる危機介入プログラムが必要である。これには緊急度によって、電話での対応、家庭訪問、家庭でのミーティング、緊急宿泊施設(レスパイトケア)、入院などがある。

3. 日中の活動援助

デイケア、共同作業所、ソーシャルクラブなどがあるが、就労援助プログラムが重要である。一般の労働者と同じ職場で、ジョブコーチによる就労支援を受けつつ一定の給与を得る援助付き雇用(supported employment)の実施が必要である。

5 おわりに

国際的潮流は「いまや精神的障害のある人々

をケアする場所は病院から地域社会に代わっている」¹⁶⁾とされる。わが国の入院中心の精神障害者医療とリハビリテーションを地域中心に移行させていくために、精神障害者の地域生活支援施策をさらに充実させることと同時に、「障害を持ちつつ地域社会で生活する」ことを可能にするために精神障害者の地域リハビリテーションの発展が求められている。

地域生活の支援が必要な人に必要なサービスを提供できる仕組みを社会として設けるために、精神障害者の要介護状態の評価方法の検討を進めること、特に実際のサービス提供を評価するタイムスタディなどの実証的な検討を進めることが必要と思われる。

文献

- 1) 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 介護保険制度見直しと精神科医療, 精神障害者の要介護状態の評価について, 日本精神科病院協会雑誌 24: 28-33, 2005
- 2) 安西信雄, 瀬戸屋雄太郎: 障害者自立支援法と社会の在り方, 精神科 8: 314-319, 2006
- 3) Bachrach LL: Research on services for the homeless mentally ill. Hosp Com Psychiatry 35: 910-913, 1984
- 4) Dixon L: Assertive community treatment: Twenty-five years of gold. Psychiatr Serv 51: 759-765, 2000
- 5) 長谷川憲一: イギリス, アメリカの現状, 井上新平, 堀田直樹編: 精神科リハビリテーション・地域精神医療, 臨床精神医学講座 20, 中山書店, 東京, pp62-72, 1999
- 6) 広井良典: 日本の社会保障, 岩波新書, 東京, 1999
- 7) 広井良典: ケアを問い直す—<深層の時間>と高齢化社会, ちくま新書, 東京, 1997
- 8) 伊藤順一郎, 西尾雅明, 大島 巖ほか: 精神医療システムの改革 その理念とエビデンス—日本版ACT (ACT-J) 研究事業の成果と今後の展望, 精神医学 47: 1345-1352, 2005
- 9) 伊藤順一郎: 障害者自立支援法の実施に向けて, 精神科医療とケアマネジメント, 日本精神科病院協会雑誌 25: 14-22, 2006
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部: 平成8年患者調査, 1996
- 11) 厚生労働省障害保健福祉部: 今後の障害保健福

- 社施策について（改革のグランドデザイン案），
2004年10月12日
- 12) 厚生労働省精神保健福祉対策本部：精神保健医療福祉の改革ビジョン，2004年9月
 - 13) リバーマン RP 編（安西信雄，池淵恵美監訳）：リバーマン—実践的精神科リハビリテーション，創造出版，東京，1993
 - 14) Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al : Models of community care for severe mental illness. A review of research on case management. Schizophr Bull 24 : 37-74, 1998
 - 15) 大島 巖：精神障害者の実態：精神障害者の困難状態と援助必要性. 蜂矢英彦，岡上和雄監修：精神障害リハビリテーション学. 金剛出版，東京，pp127-133, 2000
 - 16) Shepherd G（長谷川憲一，小川一夫，伊勢田亮訳）：精神科リハビリテーションの最近の発展. 精リハ雑誌 1 : 56-70, 1997
 - 17) Stein LI, Test MA : Alternatives to mental hospital treatment. Arch Gen Psychiatry 37 : 392-397, 1980
 - 18) 炭谷 茂編著：社会福祉基礎構造改革の視座—改革推進者たちの記録. ぎょうせい，2003
 - 19) 高橋清久：わが国の精神医療・福祉施策の動向. 精神医学 47 : 1327-1333, 2005

*

*

*

特集 障害者自立支援法の成立と施行

障害者自立支援法と社会の在り方*

● 安西信雄** / 瀬戸屋雄太郎***

Key Words: persons with disabilities, social security, well-being, community living, severe mental illness

はじめに

執筆依頼のタイトル「社会の在り方」を見て、たいそうと思ったが、しばらくして、このタイトルが重要であることを認識した。障害者自立支援法(以下、「支援法」と略)は日本の障害者施策の在り方、障害を持つ人への社会保障を中心とした社会の在り方を根本から変えていく可能性を持つからである。

この法案をめぐる精神科医療分野でも活発な動きがあった。後に紹介するように、諸家の見解は障害者の生活や自立を社会の側がどこまで、どのように支援すべきかということにつながっていた。たとえば、議論の焦点の一つは通院医療費公費負担からの移行に関連した自己負担問題であったが、本人負担が増すことによる医療中断の危惧や、多くの精神障害者が就労を希望しているにもかかわらず働けていない現状、さらに障害年金などによる所得保障が一部の対象者に限られ不十分にしか行われていないなどの問題が指摘された。つまり、精神障害者の自己

負担問題は、彼らの支援ニーズを正確に評価することを前提として、どのような人にどのような給付(サービス)を提供すべきか、就労機会の提供や所得保障などによる自己負担能力をどうやって高めるか、これらを国の財政の制約の中で、社会としてどのように保証すべきかという議論に発展したのである。

低所得者への負担免除など自己負担問題への対策が講じられ、支援法は施行の段階に至った。現段階では、それぞれの現場では、これまで行われてきた活動が新しい制度のもとで成り立つのか、別の組織への移行が必要か、何に重点を置くべきかなど、新制度の「活用」、新制度への「適応」に問題意識が移りつつあるように思われる。

しかし、将来への見通しをもって支援法を理解し活用を進めていくためには、これまで行われてきた議論を整理するとともに、わが国における障害者福祉施策の流れを踏まえて障害者自立支援法の意義を振り返り、精神科医療分野の課題に照らして検討を行うことが大切なのではなからうか。

そこで本稿では、文献データベース「医学中央雑誌」を用いて障害者自立支援法のキーワードで検索して得られた代表的な文献から主要な論点

* Services and supports for persons with disabilities act and perspectives of social change for the well-being of people with severe mental illness.

** Nobuo ANZAI, M.D.: 国立精神・神経センター武蔵病院(☎187-8551 東京都小平市小川東町4-1-1); Musashi Hospital, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo 187-8551, Japan.

*** Yutaro SETOYA, Ph.D.: 国立精神・神経センター精神保健研究所; National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, Kodaira, Tokyo, Japan.

を整理して考察を行った。もちろん、支援法の評価や見解は立場によって異なり、統一的な結論を得るのは難しい。さらに、現段階ではどこまでが対象となり、どのようなサービス(給付)が提供されるかが十分に知れわたっていない。したがって、正確な評価は、支援法の今後の施行実績を踏まえて行われるべきであろう。そこで、本稿では法施行前に行われた議論を整理し、今後の検討のための視点の整理を目的に考察を行った。

障害者自立支援法をめぐる 諸家の評価と見解

医学系文献データベース「医学中央雑誌」で「障害者自立支援法」をキーワードとして2006年3月に検索したところ20余文献が抽出された。そこから執筆者の立場や見解の明確さを指標として主要な文献を選択した。矢島論文¹⁰⁾に記述された支援法のねらいの概要をポイントとして整理し、そのポイントに沿って、選択された諸家の論文の指摘事項をまとめた。

1. 障害者自立支援法のねらい—厚生労働省の見解

支援法の内容については厚生労働省から各種の文書が発表されており、本号でも他の執筆者が詳述すると思われるので、ここでは当時厚生労働省の精神保健福祉課長であった矢島¹⁰⁾の論文に基づいて、ポイントの整理にとどめる。支援法のねらいは次の5点とされる(下線部は矢島の文章。他は矢島の記述を筆者が要約。なお、矢島論文は2005年8月に発行されたものであることにご注意願いたい)。

(1) これまで障害種別ごとに制度がばらばらでサービス内容や水準についても格差があった障害福祉サービスを一元化する。

身体障害、知的障害、精神障害といった障害種別にかかわらず障害者に共通の福祉サービスを一元的に提供し、サービス提供主体も市町村に一元化する。個人に給付する自立支援給付と市町村などが実施する地域生活支援事業の二つで構成し、自立支援給付として、介護給付と訓練等給付、自立支援医療、補装具を設ける。介

護給付に該当しない障害者も就労訓練や生活訓練のために訓練等給付を受けることができる。

(2) 働く意欲と能力のある障害者の就労を支援する。福祉施設から一般就労への移行を進める事業を創設し、精神障害者も雇用率の算定対象とするよう障害者雇用促進法を改正。

企業での就労に向けた訓練や職場開拓、就労後のフォローアップを一体的に行う「就労移行支援」や企業雇用が困難な者に働く場を提供する「就労継続支援」を設ける。小規模作業所の新たな類型への移行を促進し、自立支援・就労支援などの機能の向上を図るための「小規模作業所への支援の充実強化事業」の創設を予定。

(3) どんな自治体でも、既存の地域の社会資源を活用しながら障害保健福祉に取り組んでいた だけよう、規制緩和を行う。

地域の社会資源、たとえば、NPO法人、小学校の空き教室、商店街の空き店舗、空き民家、小規模作業所などを活用できる規制緩和を行い、一つの施設で異なる障害を持つ人にサービス提供できるように規制緩和を行う。また、運営主体も多様な主体の参入を認める。

(4) 支援の必要度に応じて公平にサービス利用ができるよう、手続きや基準を明確化、透明化する。

要介護認定なども準用しながらサービス必要度に関する客観的な尺度を開発し、第3者による審査会が審査・判定する仕組みを導入する。サービスを効果的に提供するために、市町村の委託を受けた相談支援事業者が公的な立場で、障害者のアセスメントや申請代行、サービス利用計画案の作成などを行う。

(5) 増大する福祉サービスの費用を皆で負担し 支え合うという考え方から、利用者負担を見直すとともに、国や都道府県の財政負担を明確化する。

原則1割負担としながらも、所得に応じて細かく負担の上限を定める。これまで補助金となっていた在宅サービス費用に対する国や都道府県の支出を義務的なものに改め、負担金とする。

2. 障害者自立支援法のポイントごとにみた諸家の見解

矢島¹⁰⁾のポイントに沿って諸家の見解を一覧表に示した(表1)。「サービス一元化」は上記の(1)に、「就労支援」は(2)に順に対応している。ただし、上記の(3)の規制緩和については、どの論文でも言及されていなかったので一覧表から削除した。(5)の費用負担については、ポイントを「利用者負担見直し」と、「国と市町村財政義務化」の二つに分けた。ポイントには含まれないが重要と思われる事項を「その他の指摘事項」としてまとめた。なお、一覧表の記載内容は筆者らの要約によること、空欄は特記すべき記述が見られなかったものであること、これらの論文の多くは2005年8月時点のものであることに注意をお願いしたい。

選択された論文の「立場」は、精神科病院(民間)1件、自治体病院2件、精神科診療所1件、こころの健康増進センター1件、家族会1件、人権センター1件であった。以下、ポイントに沿って検討する。

a. サービス一元化

猪俣²⁾は、「谷間に置かれていた精神障害者福祉を他の障害者に引き上げるものと評価できる」と肯定的に評価し、鈴木⁶⁾、山下¹²⁾も同様である。しかし、松原は精神障害はその特性(障害が固定せず不安定であるなど)のために3障害横ならびでは不利になる可能性を指摘し、小松⁵⁾は、「3障害」に限定せず、「継続的に生活の制限を受ける人」に広げるべきではないかと述べている。伊藤³⁾は、障害者施策の理念や障害者の定義などを総合的に見直す必要性を指摘して、今回の支援法では社会保障費抑制が優先されているのではないかと危惧を述べている。

b. 就労支援

労働政策との連携の必要性が指摘されている²⁾¹²⁾。また、「働きたくても働けない重度障害者への配慮」が必要であること、小規模作業所などで「今の生活が維持できていることも評価すべきではないか」と指摘されている²⁾⁵⁾。松原⁶⁾、山本¹¹⁾の指摘も後者に類似のものと思われる。

c. 手続き・基準の明確化

要介護認定制度における一次判定項目だけでは精神障害者の特性が反映されないとの指摘が多い³⁾⁶⁾⁸⁾。的確な評価方法が確立されるまで、伊

藤³⁾は手帳の活用を、山下¹²⁾は利用者ニーズ優先を提案している。小松⁵⁾、山本¹¹⁾、伊藤³⁾は利用者(障害当事者)を含めて判断を行うべきとしている。より正確な評価が行えるよう猪俣²⁾は評価項目の再検討を、山下¹²⁾はタイムスタディの実施を提案している。

d. 利用者負担見直し

利用者負担の増大は避けるべきこと、世帯単位でなく個人所得に準拠すべきという点で意見は一致している。負担増は受診抑制や病状悪化を招くことが指摘され³⁾、所得保障の必要性も指摘されている⁵⁾¹¹⁾。

e. 国と市町村財政義務化

経費の義務化を歓迎する意見²⁾⁵⁾がある一方で、財政基盤の乏しい市町村では実施は困難ではないかという意見⁶⁾¹²⁾がある。さらに、社会資源が乏しくサービスを利用できない地域に対しては社会基盤整備のために国の財政支援が必要という意見³⁾や、自立生活を希望する障害者のニーズに対応して予算を組むべきという意見¹¹⁾がある。

f. その他の指摘事項

長期入院患者への対策をはじめ精神科医療改善との関連する指摘が多い²⁾⁶⁾⁸⁾¹¹⁾。居住支援サービスについて、小松⁵⁾は、「重度であっても介護の必要がない人は住まいの利用ができないのではないか」という危惧を述べ、伊藤³⁾は、「居住支援サービスは障害程度別に入居先の振り分けは行わないこと」が必要と指摘している。山下¹²⁾は、「日本の障害保健福祉予算は他の先進諸国より少ないので、福祉への配分につき国民的コンセンサスを得る取り組みが必要」と述べている。

考察—精神障害の自立支援からみた 障害者自立支援法の意義と課題

以上のように諸家の見解は、精神障害者への生活支援・就労支援サービス拡充への期待感と同時に、支援法が適切に運用されて実際のサービス改善につながるかについての危惧や改善策が表明されているとみることができる。それぞれの立場により、さまざまな意見があることも汲みとれる。これらの見解を踏まえつつ、精神障害者への今後の自立支援の在り方を考えるために、基礎構造改革からグランドデザイン、支

表 1 障害者自立支援法のポイントごとにみた諸家の見解

著者	立場	サービス一元化	就労支援	手続き・基準明確化	利用者負担直直し	国と市町村財政義務化	その他の指摘事項
松原三郎 ¹⁾	日本精神科病院協会	精神障害は不利(障害は固定せず不安定)	就労支援を訓練等給付から切り離すべき	介護保険の一次判定項目は精神障害の特性を反映しない。専門知識を持つ人によるケアマネを支給決定に組み入れべき	所得算定基準を世帯所得から個人所得に変更すべき。「重度かつ継続」は疾患単位でなく「継続的治療を要する者」にすべきこと	身体や知的の9分の1にすぎない精神福祉予算が今回の法施行で埋められか(市町村財政逼迫でサービス整備は進まない?)	医療機関との関係を重視(デイケア利用、医療機関も条件により地域生活支援事業者とみなすこと)
猪俣好正 ²⁾	自治体病院	各間に置かれていた精神障害者福祉を他の障害者に引き上げるものと評価できる	労働政策との連携、備きたくても働けない重度障害者への配慮が必要(授産施設や小規模作業所はどうなるか?)	精神障害について追加された「行動関連項目」だけで障害程度を判定できるか?	低所得者や重度障害者への配慮、本人の収入に応じた負担制度であるべき	長期入院の社会的入院者も対象に含めるべき。市町村がサービス必要量を適切に積算できるか?	
伊藤哲寛 ³⁾	自治体病院	サービス利用の共有化であり、自己負担率の高いところで共通化を図らうとするもの(新自由主義下の社会保障費抑制)		認定は当面手帳を活用し、基準設定は当事者を入れてネットワークで評価されるよう時間をかけて検討	応益負担の強化は受けるべきサービスを受けない人を増やす	サービスが乏しい地域の社会基盤を整備するために国の財政支援が必要	サービス申請・利用のためにはサポートが必要。居住支援サービスは障害程度別に入居先の振り分けは行わないこと。
鈴木仁史 ⁴⁾	精神科診療所	{3 障害の福祉施策の統合(一本化)という意味では歴史的にみても意義深い		一次判定に精神障害の特性が反映されないなら二次判定(審査会による判定)が重要(専門医師の判断が必要)	自己負担基準は複雑で利用者に理解しにくく事務上も混乱を予想。自己負担増による受診抑制による悪化は避けるべき	精神科医療を一般医療と同格にし「医療法」に合流すべき	
山下俊幸 ⁵⁾	こころの健康増進センター	他障害と共通の枠組みで福祉サービスが整備されることは望ましい	社会通応訓練、ジョブコーチ等と連携させること、雇用率算定を「みなし」から「義務規定」に改正すること	精神障害では介護におけるようなタイムスタディのデータはないので、利用者ニーズ優先により支給決定をすべき	自己負担を増やさない。本人収入を基準に、負担上限を設定すること	日本の障害保健福祉予算は他の先進国より少ないので、福祉への配分につき国内的コンセンサスを得る取組みが必要	
小松正泰 ⁶⁾	家族会	{3 障害」に限定せず、「継続的に生活の制限を受ける人」に広げられるべきではないか	「働くこと」は大切だが、小規模作業所などで「今の生活が維持できていること」も評価すべきではないか	認定審査会では医療モデル点の評価も行うこと、障害当事者等を含めた構成とすること	世帯単位の考えは廃止し、個人所得に準拠(本人が雇用負担がでできる社会基盤づくり)	予算的経費化は歓迎	重度であっても介護の必要がない人は住まいの利用ができないのではない
山本深雪 ⁷⁾	精神医療人権センター		精神障害者の「生き辛さ」「生活のしづらさ」(状態の波や脱外感、外で出ることの意義)に配慮すべき	障害程度区分はほとんど身辺自立の項目で、本人でなく周囲の判断(これでは本人の納得は得られない)	所得保障がなく、福祉サービス拠点が乏しい中で、負担を一般並みにするのは生活破壊	「はじめに予算削減ありき」抑制でなく、サービス総量増大を希冀する障害者のニーズに対応して予算を組むべき	精神科病棟を半減させ、精神障害者の地域での暮らしを実現することが急務

表2 医療・福祉の時代変化のキーワード

人権：措置から契約へ、施しからサービスへ
福祉：低所得者救済(所得移転)とともに対人社会サービス(personal social service)の拡充へ
社会：共同体/家族関係の外部化・社会化；子育ての外部化，高齢者の経済的扶養＝年金制度・身体的扶養＝介護保険(障害者支援が現在課題に)
分散：多数を1カ所に集めた集中型ケアから，生活の場(地域)で行う分散型ケアへの転換
地域：施設単位のサービスから，地域連携のもとで計画的で調整された効率の良いサービスへ
市場：「財政＝公，供給＝私」のもとで市場原理による供給増大と効率化(公の調整機能が必要?)

援法への流れを振り返り，精神障害を中心に，今後のわが国の障害者対策の在り方を検討する。

1. 基礎構造改革からグランドデザイン・支援法への流れ

昭和26年(1951年)に制定された社会福祉事業法が時代に合わなくなったとして約50年ぶりの大改革が行われた。それが2000年に一連の法改正として結実し，支援費制度を生み出した社会福祉基礎構造改革である⁷⁾。この改革の基本的方向は，①サービスの利用者として提供者の対等な関係の確立(措置から契約への転換)，②個人の多様な需要への地域における総合的支援，③信頼と納得が得られるサービスの質と効率性の確保，④幅広い要望に応える多様な主体の参入促進，⑤住民の積極的な参加による豊かな福祉文化の土壌の形成，⑥情報公開などによる事業運営の透明性確保にまとめられている。これらの根底にある「社会福祉の理念」は，「自己責任に委ねることが適当でない問題に社会連帯に基づく支援」を行い，「自己実現と社会的公正」を図ることにあるとされる。

周知のように支援費制度は2003年4月に施行されたが，予想を上回るニーズの掘り起こしがあり，急激な支出拡大の結果，短期間で財政破綻をきたした。その後，2004年10月に発表された「今後の障害保健福祉施策について(改革のグランドデザイン案)」では，「基本的な視点」として，市町村中心の一元的体制により地域福祉の実現をはかる「障害保健福祉の総合化」，保護から自立支援へ，自己実現・社会貢献をはかる「自立支援型システムへの転換」とともに，給付の重点化・公平化と制度の効率化・透明化をはかる「制度の持続可能性の確保」の三つの柱が謳われた。これは社会福祉基礎構造改革の理念を継承しつつ，理念と財政との両立を図る努力の成果と考える

ことができる。そのために採用された方法が，給付の重点化・公平化(障害認定の基準を設けて必要な人に必要なサービスを提供する)，制度の効率化・透明化(認定の仕組みを確立し，国民の前に明らかにする)ということである。

精神障害の分野では，高橋⁹⁾が述べているように，2003年12月に発表された社会保障審議会障害者部会精神障害分科会報告により，わが国の精神障害者施策の問題点と改革の方向性が明示され，それが精神医療改革については2004年9月の精神保健福祉の改革ビジョンに，地域生活支援については改革のグランドデザインと支援法に結実したという流れになる。

2. 障害者福祉施策のあるべき姿と精神障害者の自立支援

少子高齢化社会の到来と経済の低成長のもとで，近年，社会保障をどのように組み立てるべきかの議論が活発に行われている¹¹⁾¹²⁾。これらの議論に共通にみられるのは，人権の尊重と個別ニーズに対応したサービスの提供，医療や障害者施策をそれぞれ個別にみるのではなく統一的に捉えること，社会の在り方として経済とのバランスを保つ，その際にサービス提供者・供給者双方のインセンティブを重視するという視点である。

これらの新しい動向を「医療・福祉の時代変化のキーワード」として表2にまとめた。

これらのうち，「人権」，「福祉」，「社会」，「分散」の項で述べたことがらは支援法にも組み入れられているものであり，時代変化への対応として共通の認識になりつつあるように思われる。

「地域」の項については，支援法ではじめてケアマネジメントが制度として実施されるわけであるが，これが計画的で調整された効率のよい，ニーズに対応したサービス提供として機能する

かどうかが問われている。「市場」については、介護制度の施行により市場原理によって介護サービスは全国で急速に供給量を増やすことができたが、支援法で同じようにサービス供給を増大させることができるかどうかは、市町村の取り組みに大きく依存している。支援法のサービス一元化や就労支援などの理念については表1に示したように不十分さの指摘や実現への危惧は述べられているが、理念自体には異論は少ないように思われる。

まとめ

精神障害分野では改革ビジョンなどで述べられた「入院医療中心から地域生活支援中心」への転換が期待されるが、支援法はこれまで乏しかった地域生活支援を実現する役割を担っている。理念のレベルではある程度の社会的コンセンサスは得られていると思われるが、これを社会制度として実際に運用するためには、財政基盤の確立とともに、必要な人に必要なサービスが提供されるように、公平で効率的な判定基準と運用の仕組みが求められる。また、当事者の参加と協力を得つつ、精神保健福祉の専門家が支援法の実際の運用をモニタリングして、改善のためのエビデンスを積み上げていく努力が今後必要と思われる。

文 献

- 1) 広井良典, 日本の社会保障. 東京: 岩波新書; 1999.
- 2) 猪俣好正, 自治体病院からみた精神保健福祉施策のグランドデザイン. 臨床精神医学 2005; 34: 1003-7.
- 3) 伊藤哲寛, 障害者自立支援法案の是非をめぐって—グランドデザインから障害者自立支援法へ. 臨床精神医学 2005; 34: 1053-9.
- 4) 国立社会保障人口問題研究所(編集), 社会保障制度改革—日本と諸外国の選択. 社会保障研究シリーズ. 東京: 東京大学出版会; 2005.
- 5) 小松正泰, 家族会からみた精神保健福祉のグランドデザイン. 臨床精神医学 2005; 34: 1037-41.
- 6) 松原三郎, 障害者自立支援法は精神障害者に何をもたらすか—精神科病院の立場から考察する. 臨床精神医学 2005; 34: 993-1001.
- 7) 炭谷 茂(編著), 社会福祉基礎構造改革の視座—改革推進者たちの記録. 東京: ぎょうせい; 2003.
- 8) 鈴木仁史, 精神保健福祉法第32条の行方と自立支援医療制度. 臨床精神医学 2005; 34: 1009-23.
- 9) 高橋清久, わが国の精神医療・福祉施策の動向. 精神医学 2005; 47: 1327-33.
- 10) 矢島鉄也, 精神保健福祉施策のグランドデザイン—意義と目的. 臨床精神医学 2005; 34: 983-97.
- 11) 山本深雪, 「障害者自立支援法」の枠組みを検証する. 精神医療 2005; 39: 34-41.
- 12) 山下俊幸, 地域を支える立場からみた精神保健福祉施策のグランドデザイン. 臨床精神医学 2005; 34: 1025-35.
- 13) 八代尚宏, 日本経済研究センター(編著), 社会保障改革の経済学. 東京: 東洋経済新報社; 2003.

* * *