

# 自治体における精神保健福祉施策の展開に関する比較研究

## 東京都および山口県を例にして

橋本 明\*

本研究では自治体レベルでの精神保健福祉施策を比較するために、首都圏で早くから精神保健福祉サービスに取り組んできた東京都と、大都市圏外に位置する山口県の施策を対象にその変遷を追いそれぞれの地域の特徴と問題点について検討した。

2つの自治体の精神保健福祉施策を、戦後の国の制度・政策的な変遷を軸に4つの時期に区分した結果、各自治体の施策は、第1期(昭和25～39年):無策あるいは精神科病床増加の時代、第2期(昭和40～50年):「病院から地域へ」の兆し、第3期(昭和51～62年):「働く場」の確保、第4期(昭和63～現在):「生活の場」への拡大、と重点がほぼ共通して移行している。

一方、2つの自治体の精神保健福祉施策の相違点を比較すれば、まず第2期において東京都では精神科病床数の抑制をめざしていたが、山口県では増床を容認していた。また、地域精神保健の展開をみると、東京都の場合、作業所、グループホームといった自治体独自の事業が地方精神保健福祉審議会の答申、補助金、数多くの運営団体などを背景に発展している。他方、山口県においては国の施策に沿った形で精神保健福祉サービスの充実が図られているが、社会復帰施設の整備などは遅れている。

もっとも、自治体の地域精神保健の展開の背景には、社会復帰施設の整備をはじめとする国による施策の実現が不十分であるという事実があり、現状の精神保健福祉サービスの内容は自治体の補助金、諸施設を運営する団体、立地条件などに左右されている。

**Key words:** 精神保健福祉行政, 地域精神医療, 地方精神保健福祉審議会, 地方行政

## I はじめに

本論では自治体レベルでの精神保健福祉サービスを政策的・歴史的に比較分析することを主眼とする。欧米の精神医療改革をその例にみるように<sup>1-7)</sup>、精神医療の改革とは国よりもむしろ地方政府あるいは自治体レベルの改革であり、その精神保健サービスの実施状況が精神医療改革の達成度をはかる重要な指標となる。

事情がことなるとはいえ、わが国においても精神保健福祉サービスの実施主体である自治体の精神保健福祉施策は、精神障害者の地域ケアの進展とともに重要性を増している。実際のサービス提供に関わり、「改革」への鍵を握っている自治体が、国レベルの政策決定を受けて、あるいは独自に、どのような精神保健福祉サービスを実施して

いるのかを分析することはとりわけ重要である。

ところが、近年のこの変化をも視野に入れた国あるいは自治体レベルの精神保健福祉施策、および精神保健福祉サービスの実施過程・状態を検討したわが国の研究は少なく、東京都の政策を論じたものが数少ない研究の代表として挙げられる<sup>8-10)</sup>。当研究では国レベルの精神保健福祉施策を概観しつつ、首都圏(東京都)と大都市圏外(山口県)の二つの自治体における精神保健福祉施策について比較した。

## II 研究方法

全国的にみて早くから地域精神保健サービスに取り組んできた東京都と、大都市圏外にある山口県の二つの自治体における精神保健福祉施策の変遷を追い、それぞれの地域の持つ特徴と問題点について比較検討した。

具体的な作業として、まず自治体による業務統計や活動報告、地方行政史などの文献・資料を収集し、各自治体における精神保健福祉施策、精神

\* 山口県立大学看護学部  
連絡先: 〒753 山口市桜島 3-2-1  
山口県立大学看護学部 橋本 明

医療に関する基本的統計および地域精神保健サービスの実施状況の変遷と現状を把握した。

さらに必要に応じて精神保健福祉行政の関係者にインタビューし、各自治体の取り組みについて明らかにした。また行政の出先機関として、公立精神病院、精神保健福祉センターの担当者へのインタビュー等によって情報収集を行った。

### Ⅲ 結 果

東京都および山口県の精神保健福祉施策を、戦後の国の制度・政策的な変遷を軸にして4つの時期に区分し、その時期ごとに内容を検討した(表1)。

#### 1. 第1期：精神衛生法施行時から精神衛生法改正前までの時期(昭和25～39年)

この時期に戦後の精神医療体制が実質的にスタートしたわけだが、国全体としても自治体レベルでも精神科病床の増床が主眼であった。自治体の精神保健福祉施策に関してはあまり目立った動きはみられないが、山口県では精神病院の慢性的な超過収容状態を打破すべく、昭和28年には精神衛生法にその設置を定めている県立の精神病院を完成させた<sup>11)</sup>。いうまでもなく、東京都ではすでに松沢病院が戦前から存在していた。

また、昭和20年代にはすでに全国的に公立・私立の精神衛生相談所が発足しはじめていたが、概して相談機関としてあまり活発に活動してはいなかったようである<sup>12)</sup>。山口県では宇部および岩国の保健所内に設置されていた。一方、東京都では昭和35年に梅ヶ丘精神衛生相談所が発足し、後の都立精神衛生センターの前駆的な役割を果たした。

#### 2. 第2期：精神衛生法改正から保健所における社会復帰相談事業(デイケア)開始までの時期(昭和40～50年)

第2期では精神衛生法が改正され、地域精神保健活動における保健所の第一線化が図られ、精神衛生センターが設置されることになった。また、地域の実情にあった精神保健行政を重視する立場から、地方精神衛生審議会が置かれることになった<sup>13,14)</sup>。

この時期の東京都の精神保健の動きは活発になっている。まず、昭和41年には下谷に精神衛生センターが発足し、その母体となった梅ヶ丘精神衛

生相談所は精神衛生センター分室となった。さらに昭和45年には精神衛生職親制度事業を開始する。また、もっとも注目されるのは、昭和47年に世田谷リハビリテーションセンターが発足したことである。厚生省は昭和44年に精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案を中央精神衛生審議会に諮問しているが、世田谷リハビリテーションセンターはこれとは独立に計画されてきている。精神障害者家族会(以下、家族会と略す)の請願が都議会で採択され、都知事から設立が指示されたことが設立の背景にあるという<sup>9,15)</sup>。ついで昭和48年には第1回目の地方精神衛生審議会答申(「東京都における精神病床の適正数に関する答申」)が出されている。この答申の結果、人口万対20床が適当であるとされ、精神病院の病床利用率は超過収容の状態で増床が進行しているなか、東京都は増床への融資を止めるなどして、多摩地区における精神病院の偏在化に歯止めをかけた<sup>10)</sup>。その後の病床数の動向をみると、必ずしも人口万対20床には収まっていなかったが、微増にとどまっている(図1)。

一方、山口県では昭和47年に精神衛生センターが宇部市内に設置され、宇部地区およびその周辺では民間レベルで精神保健活動の気運が高まっていた<sup>16)</sup>。ただし、山口県では昭和46年の精神科病床利用率が115%で、依然、超過収容であったが、全国平均よりも人口万対の病床数(山口県：28.1床、全国：24.3床、昭和46年)が多いことを「普及率が高くなっている」<sup>17)</sup>ととらえており、その後も着実に病床数は増え続けた(図1)。

#### 3. 第3期：その後の精神保健法成立までの時期(昭和51～62年)

この時期の国の施策としては、昭和50年に保健所の精神障害者社会復帰相談指導事業(デイケア)が開始されたあと、昭和57年からは通院患者リハビリテーション事業も実施されるなど、にわかに地域精神保健活動が盛んになり始めたことが挙げられる。全国的に精神障害者の作業所が増え始め、厚生省は昭和59年に作業所の社会復帰活動の実態調査を実施した<sup>18)</sup>。その結果を踏まえて、昭和62年から精神障害者小規模作業所運営助成事業が予算化され、作業所への助成が始められた。同年には精神衛生法が改正され、精神保健法が公布された。

表1 国、東京都および山口県の子精神保健福祉施策関連年表

	国の施策	東京都の施策	山口県の施策
第1期	1950(昭25)年 精神衛生法公布	昭和35年 梅ヶ丘精神衛生相談所発足	昭和28年 県立病院静和荘開設
第2期	1965(昭40)年 精神衛生法改正 1969(昭44)年 精神障害回復者社会復帰センター設置要綱案を中央精神衛生審議会が答申	昭和41年 精神衛生センター(台東区下谷)開設 昭和45年 精神衛生職親制度事業開始 昭和47年 世田谷リハビリテーションセンター開設 昭和48年 町田保健所でデイケア開始 地精審「東京都における精神病床の適正数に関する答申」	昭和47年 山口県精神衛生センター設置
第3期	1975(昭50)年 通知：保健所における精神保健業務中の社会復帰相談指導について  1982(昭57)年 通院患者リハビリテーション事業実施	昭和55年 地精審「精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について(中間)」 精神障害者共同作業所運営費補助開始 地精審「精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について」 昭和60年 中部総合精神衛生センター開設	昭和51年 宇部保健所で精神障害者社会復帰相談指導事業(保健所デイケア)開始 昭和54年 山口県精神衛生職親委託事業開始 山口県地域精神衛生活動事業開始：家族会、断酒会、山口県精神衛生協会、共同作業所に補助金交付 昭和57年 山口県精神衛生社会適応訓練委託事業(職親制度)開始 昭和59年 精神保健共同作業所運営費補助開始
第4期	1987(昭62)年 精神保健法成立 精神障害者小規模作業所運営助成事業の実施  1992(平4)年 通知：精神障害者地域生活援助事業(精神障害者グループホーム)の実施について 1993(平5)年 精神保健法改正 障害者基本法公布 1994(平6)年 地域保健法 1995(平7)年 精神保健福祉法成立 障害者プラン	昭和63年 精神障害者福祉ホーム運営費補助開始 平成2年 地精審「今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について(中間)」 平成3年 精神障害者通所授産施設運営費補助開始 精神障害者通所授産施設用地取得費補助開始 地精審「今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について」 平成4年 多摩総合精神保健センター開設 平成5年 精神障害者グループホーム運営費補助開始 精神障害者援護寮施設整備費運営費補助開始	昭和63年 地精審「精神障害者の社会復帰対策に関する意見」 平成2年 地精審「痴呆性老人専門施設の整備についての意見」 精神障害者社会復帰施設(援護寮、福祉ホーム、授産施設)運営費補助開始 平成3年 地精審「痴呆性老人対策推進についての意見」 平成5年 地精審「山口県における精神障害者の社会復帰施設整備の在り方等について(中間)」 平成6年 精神障害者グループホーム運営費補助開始 平成7年 地精審「山口県における精神障害者の社会復帰施設整備等のあり方および県立病院静和荘のあり方に関する意見」

図1 人口1万人に対する精神病床数の推移

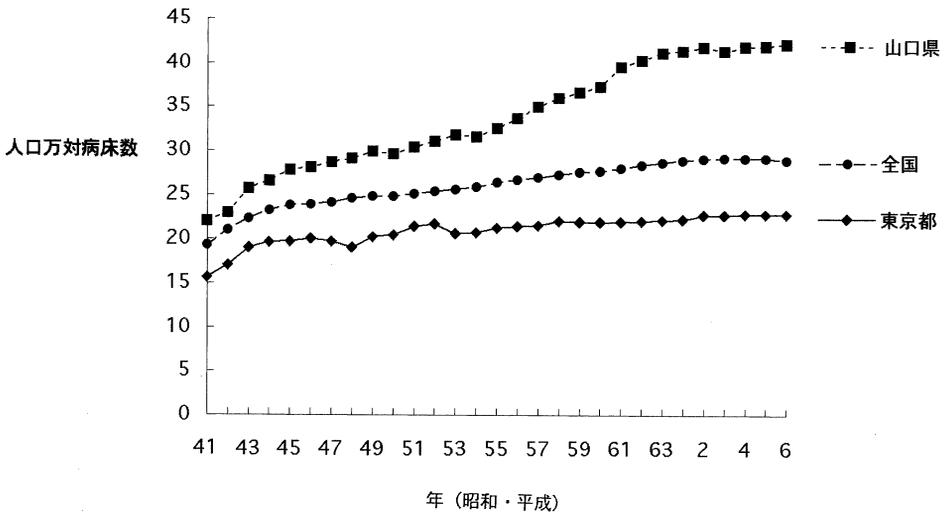
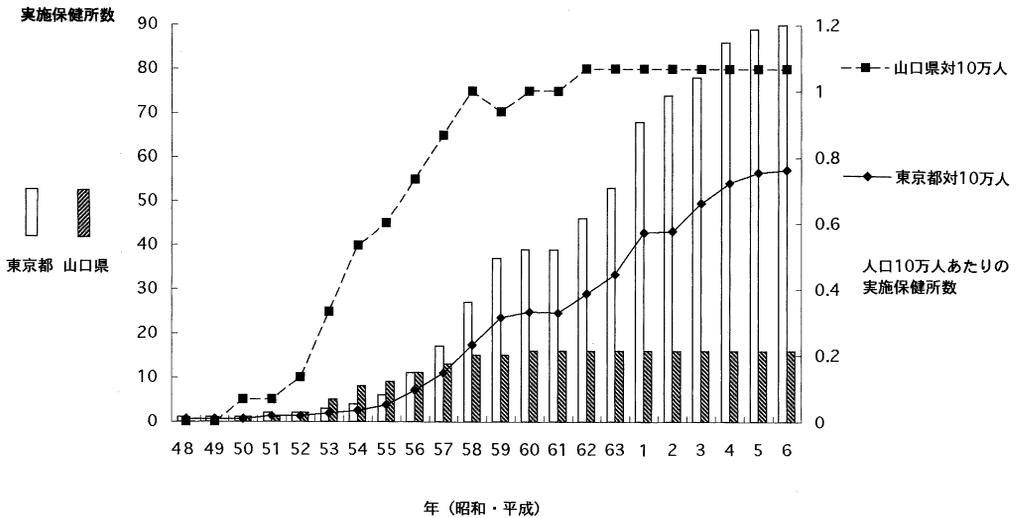


図2 保健所デイケア実施状況の推移



\*東京都においては、1保健所で2グループのデイケアを実施しているところがあり、この場合は2カ所と数えた。

東京都ではすでに昭和48年に町田保健所でデイケアが開始されている。その後、市部・区部の各保健所（または保健相談所）でデイケアが開始されているが、この第3期（昭和51～62年）ではデイケアの整備は数量的には発展途上の段階であった（図2）。

山口県では上記の国による保健所の精神障害者社会復帰相談指導事業を受ける形で、県内最初のデイケアが昭和51年に宇部保健所で始められてい

る。その後県内の他の保健所でもデイケアは徐々に始まり、昭和60年以降は県内すべての保健所（16カ所）でデイケアが実施されている。人口あたりの実施保健所数の比較でみる限り、山口県のデイケアの充足は東京都よりも早くなっていることがわかる（図2）。

一方、通院患者リハビリテーション事業であるが、東京都では精神衛生職親制度事業（昭和45年）という形で国に先立って始められている。もっと

も、この事業による訓練者数は小規模であり、その後の展開を追ってみると近年では停滞ないしは衰退気味である(図3)。東京都の精神衛生職親制度事業については、昭和53年からこの制度を使って作業所の運営費の一部が補助されることになった<sup>19)</sup>。東京都の作業所への運営費補助は昭和56年から正式に開始されたが、これは保健所デイクアの推進とともに、昭和55年に出された地方精神衛生審議会中間答申の中で唱われていた<sup>9,10)</sup>。昭和52~55年には年平均2.3カ所の作業所の新設が

みられたが、補助開始後の昭和56~62年の期間は年平均7.7カ所、昭和63年~平成7年(本論文の区分でいえば第4期)には年平均17.8カ所が新設され、作業所が急激に増加したことを示している(図4)。また昭和56年には、地方精神衛生審議会の最終答申(「精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について」)<sup>20)</sup>が出された。この中では都内に3カ所の総合精神衛生センターを設置することが盛り込まれた。「総合精神衛生センター」とは、従来の精神衛生センターと

図3 「職親」訓練者数の推移

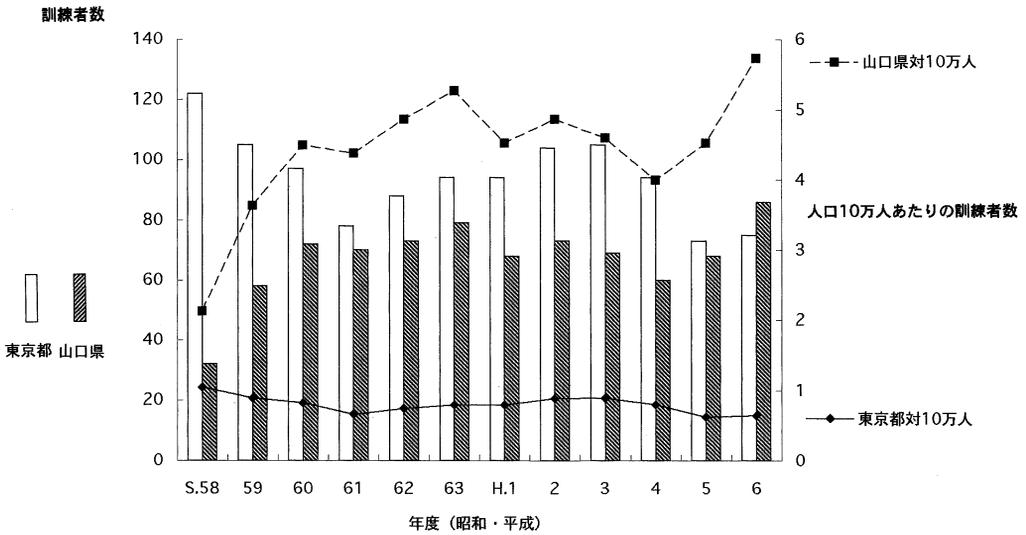
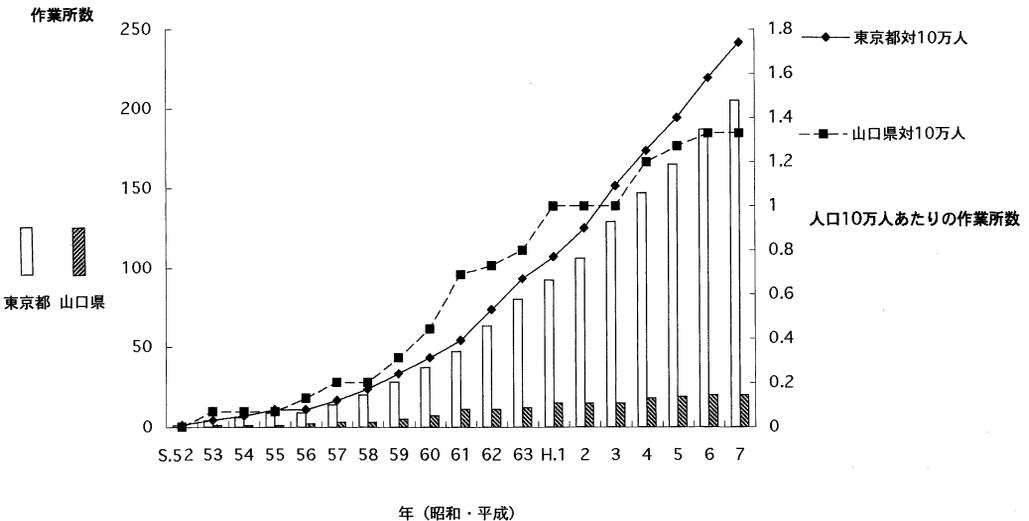


図4 作業所設置状況の推移



社会復帰専門施設の機能の統合を図ったもので、昭和60年に世田谷リハビリテーションセンターが発展的に解消されて、中部総合精神衛生センターが開設された。

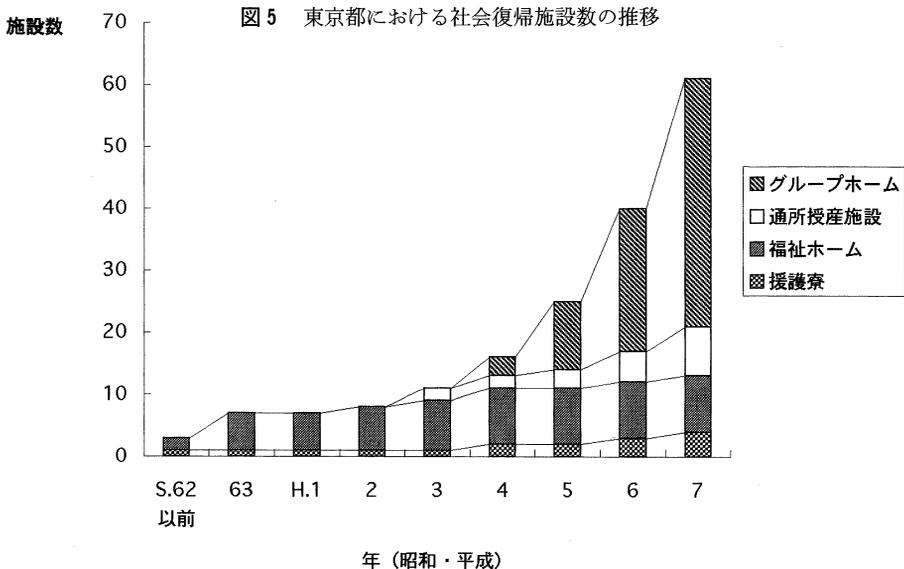
さて、山口県の場合だが、昭和54年から東京都の場合と同様に精神衛生職親委託事業を単独に開始している。人口あたりの訓練者数で示されるように、職親制度の果たす機能は、東京都と比較して高い水準で推移している(図3)。また、同年には山口県地域精神衛生活動事業補助金交付要綱が定められ、家族会、断酒会、山口県精神衛生協会に対して補助が行われるようになったほか、昭和53年より県内で最初に活動を開始した宇部・小野田地区の作業所も助成対象となった。が、昭和59年からは共同作業所運営費補助金交付要綱ができたので、作業所の運営費はこちらから賄われることになった。昭和53~58年までの6年間で3カ所の作業所が新設されたが、昭和59年以降、平成7年までに17カ所が開設され、年平均1.4カ所の作業所が作られたことになる。山口県の作業所数の増加は緩慢であるが、人口比での設置数のこれまで推移をみると東京都とあまり差はなく、近年になって東京都との違いが拡大している(図4)。

4. 第4期：精神保健福祉法の成立など国の政策が大きく変動した現在まで(昭和63~現在)

精神保健法施行(昭和63年)後の国の動きを概観すれば、平成4年に精神障害者地域生活援助事業(精神障害者グループホーム)が始まった。翌平成5年には精神保健法が改正され、精神障害者グループホームが法定化され、精神障害者社会復帰促進センターが設けられた。他方、平成5年12月に障害者基本法が公布され、精神障害者がこの基本法の対象と位置づけられたこと、さらに平成6年7月には地域保健法が成立し地域精神保健施策の充実が求められたことなどを背景に再び精神保健法の改正案が出され、平成7年5月に成立した。この改正では精神障害者の社会復帰等のための保健福祉施策の充実などが中心となり、名称も精神保健および精神障害者福祉に関する法律(精神保健福祉法)と変更された。平成7年12月には障害者プランが策定され、精神障害者の社会復帰を促進するために平成14年度までに整備されるべき地域の基盤が具体的な数値目標として示された。

さて、東京都の第4期における施策の方向としてまず第一に精神障害者の「生活の場」の確保に重点が置かれていることがあげられ、社会復帰関連施設の設置が促進された(図5)。

昭和63年度から東京都精神障害者福祉ホーム運営補助事業が開始された。これは国庫補助対象と



\* 「社会復帰施設」は精神保健福祉法に定める施設以外に、東京都の単独事業による施設も含んでいる。

ならない財政基盤が弱い家族会等の運営する福祉ホームを都の単独事業として補助を行い、その設置を促進しようとしたものである。ついで平成2年には地方精神保健審議会の中間答申（「今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について」<sup>21)</sup>）が出され、速やかに実現すべき対策として「生活の場」の確保と充実が強調されている。東京都では、精神保健法に定められたいわゆる法内社会復帰施設は施設基準が高いために施設の確保が困難であり、利用期間に制限があることなどにより、設置が進まない事情があった。そのため「精神障害者共同住居（仮称）」の設置が答申された。これは、平成3年の地方精神保健審議会の最終答申<sup>22)</sup>で「精神障害者グループホーム」と改称されて再度答申されている。その結果、平成4年度から精神障害者グループホームに対する運営費補助が都の単独事業として開始された。その後のグループホームの増加ぶりは、かつての共同作業所の増え方を想起させるものがある。また、中間および最終答申で「働く場」の確保と充実に関して、社会復帰施設用地取得費の助成が提言され、平成3年から通所授産施設施設用地取得費補助が開始された。

平成3年の地方精神保健審議会答申におけるもう一つの柱は、精神障害者の社会復帰対策における推進体制への言及である。ここでは、東京都、区市町村および民間団体の役割が述べられ、地域住民の生活と密接なかかわりを持つ区市町村の果たす役割の重要性について強調されている。

平成4年4月には、都内2番目の総合精神保健センターとして多摩総合精神保健センターが開設された。すでに述べたように、これは昭和56年の地方精神衛生審議会答申に盛られていたものである。

もっとも最近の動きとしては、平成8年10月に地方精神保健福祉審議会が中間答申（「精神障害者の保健福祉対策の新たな展開について」<sup>23)</sup>）を出していることである。この背景には平成3年の地方精神保健審議会答申以降、精神障害者にかかわる法制度が大きく変化し、従来の精神保健対策を見直す必要に迫られたことがある。同時に東京都として初めて、通院中の精神障害者を対象に生活状況と保健福祉ニーズを把握すべく「東京都精神保健福祉ニーズ調査」を実施した。今回の答申で

は、精神障害者保健福祉手帳の普及、ホームヘルプサービス事業の実施などをあげる「自立と社会参加の促進に向けた施策の推進」、用地取得費補助制度の拡大を含む「社会復帰施策の充実」、地域生活支援センターの設置などを掲げる「総合的サービス支援体制の整備」の3つの柱から構成されている。

山口県では第4期になって地方精神衛生審議会の動きが活発化してきたといえよう。

昭和63年に地方精神衛生審議会が答申（「精神障害者の社会復帰対策に関する意見」<sup>24)</sup>）を出している。これは、当審議会が昭和57年に設置した「社会復帰に関する委員会」で討議を重ねた末、「精神保健法の施行および関連諸制度の整備にあわせて、精神障害者の社会復帰を促進するための体制を早急かつ具体的に整備する必要があるとの結論に達した」（答申の序文）ために答申されたものである。

答申の中で山口県の社会復帰活動の現状、問題点、課題が次のようにとらえられている。まず保健所の社会復帰活動について、県下全保健所においてデイケアを実施していること、保健所が窓口になっている職親制度が昭和54年から開始されていること、家族会の育成および家族会が設置運営する作業所に関して一定の成果をあげていること、など年々サービスが充実していることを述べている。また、家族会については、すでに県下全域で保健所単位に地域家族会が結成されており、作業所の運営などによって精神障害者の社会復帰活動を行っていることを挙げている。ただし、精神障害者の社会復帰対策は十分とは言えず、保健所機能の充実を図るために精神衛生相談員の配置、デイケアの拡充強化、家族会の育成指導などが提言されている。加えて、精神衛生センターの機能の拡充、医療施設における社会復帰医療の促進、家族会活動の活性化、職業リハビリテーションの拡充、社会復帰施設の設置促進が答申に盛られている。答申後の平成2年からは、社会復帰施設（援護寮、福祉ホーム、授産施設）への運営費補助が開始された。

ところで、山口県の人口高齢化が全国平均を上回って進行していることから、早急に痴呆性老人対策に迫られて出された答申が、平成2年の「痴呆性老人専門施設の整備についての意見」であ

り、翌平成3年にはこの答申を内容的に含んだ「痴呆性老人対策推進についての意見」<sup>25)</sup>が出された。

ついで平成5年11月の中間答申（「山口県における精神障害者の社会復帰施設整備の在り方等について（中間意見）」<sup>26)</sup>および、平成7年3月の最終答申（「山口県における精神障害者の社会復帰施設整備等のあり方および県立病院静和荘のあり方に関する意見」<sup>27)</sup>は、「精神保健法の施行後5年を経過した今日においても、社会復帰施設の整備はいまだ充分とは言えず緒についたばかりとの感を否めない」ことから具申されたものである。中間答申では、当画整備すべき社会復帰施設として、生活訓練のための援護寮等の増設、授産施設の設置、グループホームの設置の推進があげられた。また最終答申では、中長期的に整備を完了すべき社会復帰施設を市町村、二次保健医療圏、県内広域にわけて示している。

第4期の山口県においては、答申で提言がなされたにもかかわらず、社会復帰施設の設置は概してあまり進んではない。答申を経た平成7年の時点で、援護寮4カ所、福祉ホーム1カ所、グループホーム2カ所が設置されている。ただし人口比でみると、東京都と比較した場合、援護寮の設置は多く、グループホームの設置が少なくなっ

ている（図6）。

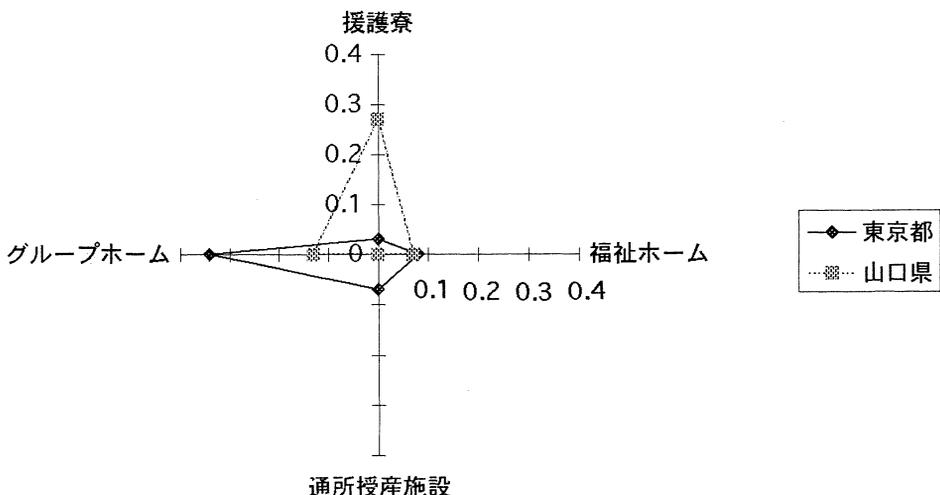
### 5. 精神保健福祉活動の規模等にかかわる基礎的なデータ

これまで、時期を追って精神保健福祉施策の内容を述べてきたが、近年の精神保健福祉活動の規模等について東京都と山口県とを比較しておきたい。ただし、ここでは近年における進展が著しく数値として比較しやすい、保健所のデイケア、作業所、グループホームについて東京都と山口県の資料<sup>28-31)</sup>にもとづいて記述したい。

まず保健所のデイケアは、図2でみたように、平成6年に東京都で90カ所、山口県で16カ所で実施されており、人口比では山口県の充足度のほうが上回っている。さらに詳しくデイケアの実施状況を比較すると、開催頻度は東京都では週1~2回が標準的である一方、山口県では月2~4回と低くなっている。また、年間（平成6年度）の1デイケアあたりの実参加人数は、東京都（ただし、特別区実施保健所は除く）では37.5人、山口県（ただし、下関保健所を除く）では30.2人であった。

つぎに作業所について述べる。図4に示されるように、平成7年に東京都で207カ所、山口県で20カ所が設立されており、人口10万人あたりの設置数でみると、東京都が約1.8カ所、山口県が約

図6 各種社会復帰施設の人口10万人あたりの設置数（平成7年）



\* 「社会復帰施設」は精神保健福祉法に定める施設以外に、東京都の単独事業による施設も含んでいる。

1.3カ所となる。また、東京都の作業所全体の3/4は15人以上の、さらにおよそ全体の1/3は20人以上の利用者を抱え、3/4の作業所で常勤スタッフの数は少なくとも3人以上である。山口県では15人以上の利用者を持つ作業所は全体の1/2であるが、9割の作業所で常勤スタッフの数が1人以下であり（非常勤のみ2カ所）、不足分を非常勤のスタッフに頼っている。

ところで作業所の財政規模を比較すると、平成6年度の東京都の実績によると作業所の運営費として1カ所あたり平均約995万円を補助している。東京都ではこの運営費の他に相談員加算（対象67作業所、1カ所あたり約90万円）、行事費（1カ所あたり約10万円）、交通費実費（1カ所あたり平均102万円）なども補助している。さらに区・市が都の補助に上乘せして補助している場合も多い。一方、山口県における作業所の平成6年の財政規模をみると、1カ所あたり県から100万円、市町村から100万円の補助が出ている。ただし、小規模の3カ所の作業所はそれぞれ50万円ずつの補助のみを受けている。また、13カ所の作業所では国の精神障害者小規模作業所運営補助事業から100万円が補助されている。いずれにせよ、山口県の作業所の財政規模は基本的に300万円以内にとどまっている。

グループホームは平成7年には東京都で40カ所、山口県で2カ所が設置されている。財政規模をみると、平成6年度の東京都による運営費補助は、1カ所あたり月額平均54万円であった。なお、運営費補助の対象は開設準備費、事業費、施設借上費である。山口県ではグループホームへの運営費補助は、精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱に定める基準額に基づいており、1カ所あたりの事業費補助は月額約25万円（平成7年12月改定の基準額）となっている。

最後に作業所、グループホームを含めた社会復帰施設の運営主体について述べておきたい。図7に示すように作業所の運営主体は東京都では運営委員会・任意団体が8割近くを占め、家族は18%にとどまっている。ここでいう運営委員会・任意団体であるが、多くは家族会を核に専門スタッフが加わるなどして成立した小規模の団体であり、財政基盤は一般に弱い。一方、山口県ではすべての作業所が家族の運営である。また、社会復帰施

設（援護寮、通所授産施設、福祉ホーム、グループホーム）の場合、東京都では運営委員会・任意団体が55%を占めるが、山口県ではすべてが医療法人あるいは社会福祉法人の運営によっているのが特徴である。

## Ⅳ 考 察

### 1. 国と自治体の精神保健福祉施策の展開との関係

結果では国および自治体（東京都および山口県）の精神保健福祉施策の展開を4つの時期に区分して述べてきた。この時期区分を国と自治体との関係などから、それぞれ簡潔に表現すれば以下のようになる。

第1期：無策あるいは精神科病床増加の時代。精神衛生法が制定されたが、国レベルにおいても自治体レベルにおいても、精神保健福祉施策と呼べる具体的な動きはみられない。

第2期：「病院から地域へ」の兆し。精神衛生法が改正され、保健所が精神保健活動の第一線となり地域精神保健が法的に認知され、精神衛生センター、地方精神衛生審議会も設置されるなど、自治体レベルで精神保健政策を進める体制が整備されはじめたが、入院医療中心であることに変わりにはなかった。が、東京都では先行的な事業（精神衛生職親制度、世田谷リハビリテーションセンターの設置など）を開始している。

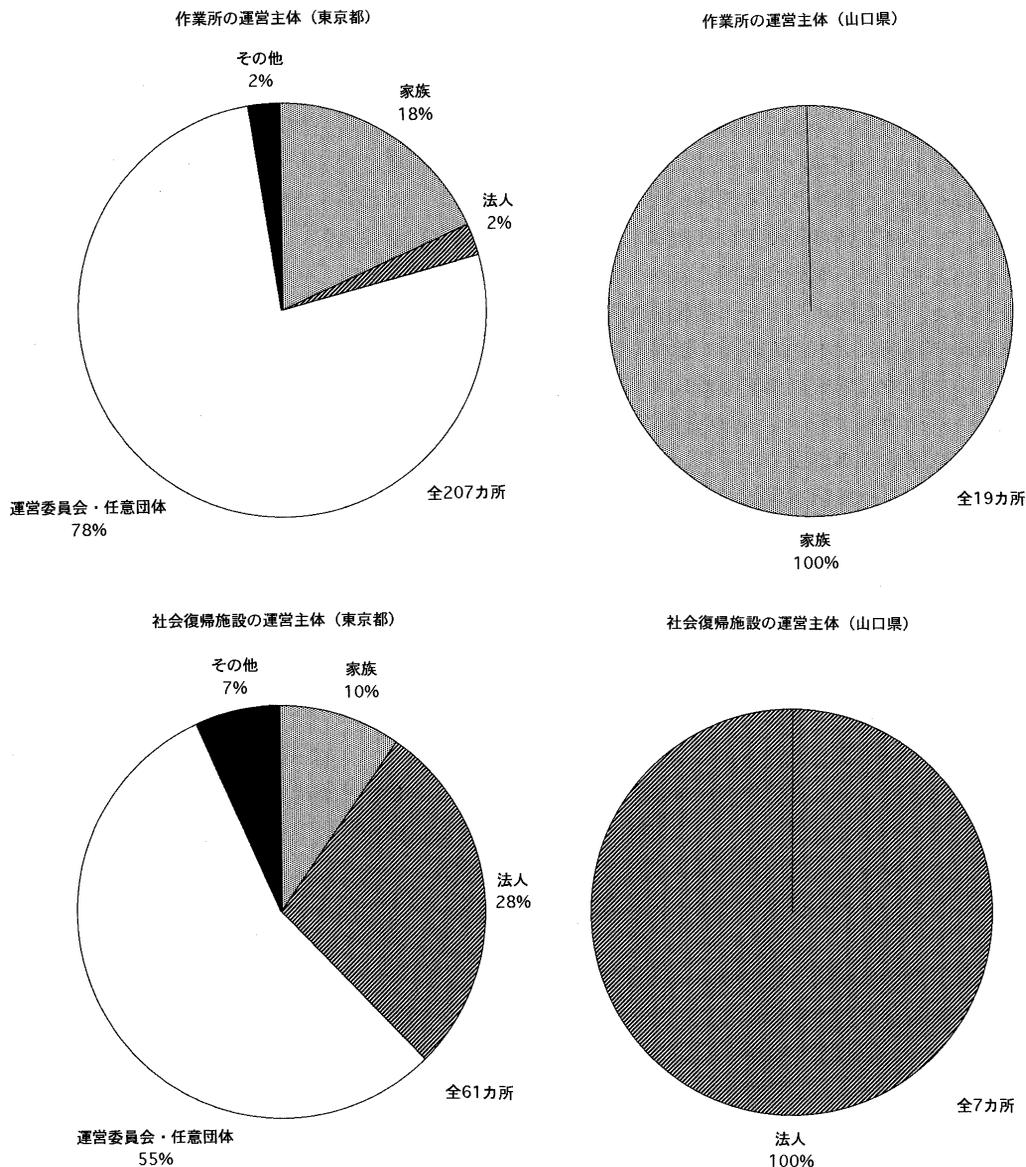
第3期：「働く場」の確保。第3期は職親制度の活用や作業所への補助など、東京都、山口県ともに国の政策に先立って事業を開始しており、それが精神障害者の「働く場」と関わっているのが特徴である。

第4期：「生活の場」への拡大。この時期になると、国レベルでの精神保健福祉対策が活性化してくる。そして、従来の精神保健対策に福祉が加わったことで、社会復帰施設、グループホームなどの精神障害者の「生活の場」の整備が施策の柱となっている。東京都では自治体独自の施策を実施して精神保健福祉サービスの充実を図っている一方、山口県では国に追随する形で社会復帰施設の整備を推進しているが、その設置数は少ない。

### 2. 東京都と山口県の精神保健福祉施策の比較

考察の1でも示されているように、東京都と山口県の精神保健福祉施策は大筋において軌を一に

図7 作業所および社会復帰施設の運営主体（平成7年）



\*「社会復帰施設」は精神保健福祉法に定める施設以外に、東京都の単独事業による施設も含んでいる。

展開している。だが、詳細においては両者で異なっており、ここでは精神保健福祉施策の相違点とその背景について検討したい。

1) 精神科病床について

まず第2期の精神科病床数の認識について、東京都では増床抑制を目指していた一方、山口県では増床を容認していた点について検討しておきたい。

東京都では昭和36～44年にかけて民間病院への低金利融資により大幅な精神科病床の増加がみられ、人口万対19.9床（全国：23.9床、昭和46年）になった。それでも病床利用率は104%で超過収容であったが、昭和48年の地方精神衛生審議会答申では都内の精神科病床数の増加抑制が提言された。その理由として、精神病院の建物の老朽化、病院スタッフの不足などにより、これ以上の増床

は医療内容の低下を招くとの危惧があったためという<sup>10)</sup>。

ところで昭和46年当時の山口県では、すでに述べたように人口万対の精神科病床数は全国水準を上回っていたのだが、病床利用率は115%と、東京都に比べてかなり超過収容の状態であった。この超過収容が増床を継続させる要因になったと考えられる。その後も精神科病床数は増加し続けたにもかかわらず、高い病床利用率はなかなか改善されなかった。全国的にみると、病床利用率は昭和40年代半ば以降には100%前後で推移していたのだが、山口県では増床に増床を重ねても入院患者があるという状況であり、病床利用率が100%を割ったのは平成5年以降である<sup>30)</sup>。

## 2) 自治体での地域精神保健の発展

第2期以降になると、東京都と山口県の双方において地域精神保健活動が次第に盛んになってきている。

東京都の特徴的な事業は世田谷リハビリテーションセンターを発展的に改組・転換した総合精神衛生センター、作業所とグループホームである。これらの発展には民間での社会復帰活動の影響が多かれ少なかれあるが、地方精神保健福祉審議会の答申が与えた力が大きい。とりわけ作業所とグループホームは審議会答申を経て運営費等の補助金要綱が作られ、それが引き金となって事業が発展した。

他方、山口県では東京都におけるような地方精神保健福祉審議会答申の積極的な役割をみだすことはできない。昭和63年に審議会答申が出された時にはすでに県下すべての保健所でデイケアが実施されており、作業所への補助金事業も開始されていた後であった。平成2年には、援護寮・福祉ホーム・授産施設へ、平成6年にはグループホームへの運営費補助が開始され、平成5年および平成7年の審議会答申の内容は、社会復帰施設の整備に重点がおかれた。が、その後の社会復帰施設の設置は十分とはいえない。

だが見方を変えると、東京都が作業所やグループホームに関する単独事業を推進しなければならなかった背景には、国の精神保健福祉対策の遅れがあったうえに、精神保健法に基づく社会復帰施設の設置基準を満たすのが困難であるという事情を考慮しなければならない<sup>21,22)</sup>。これは地価が極

端に高い東京都に限らない。山口県においても、国の設置基準の高さは社会復帰施設の整備が進まない理由であることに変わりなく、地方精神保健審議会の答申においても指摘されている<sup>27)</sup>。結局、いずれの自治体にしても精神保健福祉法による施設設置は進まないことにはかわりなく、東京都のように単独事業に多くの財源を充てることが可能な自治体においては、財政基盤の弱い任意団体を援助することで社会復帰施設の設置・運営が期待できることになる。

こうしてみると、法による社会復帰施設の設置基準が簡単にはクリアできず、やむなく自治体独自で要綱を定め、国の設置基準よりも低い施設整備を進めているという解釈もできよう。東京都の単独事業の代表ともいえる作業所、グループホーム、さらに平成8年の地方精神保健福祉審議会の中間答申にみられる地域生活支援センターなどは、どれも小規模であり設備投資を要しないものばかりであり、社会資本の蓄積という観点からは、将来も存続しうる社会資源とはなりえない可能性もある。

したがって、第一義的に推進されるべきことは国による精神保健福祉施策の見直しであり、法内の社会復帰施設の充実であるはずである。だが今後憂慮されるのは、精神保健福祉行政に果たす自治体の役割が強調されるにしたがって、本来果たすべきであった国の役割が曖昧にされることである。

## 3) 補助金、運営主体、立地条件

上記に述べたように、法内の社会復帰施設の整備が進まない状況では、自治体の補助金の差がサービスの質・量を左右することは間違いない。また、自治体による補助金は、法の規定をはなれてさまざまな運営主体に施設運営への道を開くことと深く関連している。

東京都による比較的潤沢な補助金は、弱い財政基盤しか持たない新たな任意団体を生み出し、小規模施設がさらに増加することにもなる。また、それぞれの任意団体を支える他の背景として、首都圏の福祉・心理系の大学・専門学校卒業生などの「労働市場」から多くの人材を確保しつつ発展していくことも見逃すことができない。

さて、山口県では精神保健福祉法に定める社会復帰施設の設置が中心であり、運営費は国庫補助

に負うところが大きい。したがって法人格をもった団体が精神障害者の社会復帰施設を運営することになる。そのため、東京都でみられたような財政基盤の弱い任意団体による小規模施設の設置・運営はおのずと限られたものになる。わずかに作業所が保健所の強い援助のもとで地域家族会によって運営されているが、自治体からの補助金の少なさなどから常勤職員を多くは雇用できない。

しかし、仮に山口県の補助金が潤沢であれば、例えば作業所の常勤職員を増加させ、より多くの利用者を受け入れ、さらには第二、第三の作業所へと分離・発展させていくことは可能となろう。また、保健所デイケア、家族会活動は長期の蓄積があり、地域精神保健への関心は比較的高いと考えられるので、小規模施設を担う任意団体の形成も可能であろう。

ただし、立地条件からくる制約についても検討する余地がある。すなわち、東京都における事業の展開を促進した条件として、大都市の生活基盤を忘れることはできない。鉄道・バスといった公共交通が網の目のように張りめぐられ、しかも比較的安価にそれを利用できることで、社会資源を容易に渡りあるく可能性が開かれているのである。

だが、東京都と同様の都市機能を人口密集地の広がり小さい山口県に期待することはできない。保健所デイケア、職親、作業所、グループホームなどの有機的なつながりは、人口密集地で交通アクセスがよいという「都市型」の条件を備えてこそ可能になる。山口県の家族会の調査によれば、交通アクセスが悪いうえに交通費補助もないために、作業所の通所をあきらめるケースがあることが指摘されている<sup>32)</sup>。これを克服するとしたら、交通費補助とともに交通網の整備を行政は覚悟しなければならないだろう。山口県では「都市型」地域は一部であり、一つの社会福祉法人あるいは医療法人がさまざまな社会復帰施設を近接地域に設置することで、利用者のニーズを満たすといういわば「施設集積型」の展開も選択肢として考えられよう。

以上、東京都と山口県とを比較して検討したことを一般論にまで広げて考えることが可能であるとすれば、自治体の精神保健福祉サービスの充実にとって「鍵」になる要素として次のことが挙げ

られよう。ただし、繰り返すように国の社会復帰施策の遅れから、自治体が国の施策の不足を補完しているという状況下であることを強調しておきたい。

1. 自治体の補助金：特に社会復帰施設について複数の常勤スタッフの雇用を前提にした潤沢なものである必要がある。

2. 財政基盤の弱い任意団体：これらの団体は、精神保健福祉センターや保健所の援助活動などの蓄積の上に成立してきている。全国的にこうした団体は、家族会をはじめとしてすでに存在していると考えられるが、それらの団体が精神保健福祉活動を担う場合には、自治体の補助金に左右される。逆に補助金が多ければ、新たな任意団体も育つことになる。

3. 立地条件にみあった社会資源の分布：都市部でない地域での交通アクセスの悪さは、社会資源の有機的なつながりを制限するものとなっている。そのため、さまざまな社会復帰施設を近接地域に設置することを検討されてもよからう。

### 3. その他

最後に、精神保健福祉行政に関する資料を収集する段階で気が付いたことについてつけ加えておきたい。

東京都の場合、資料の収集は比較的容易であった。都立の図書館、都庁の資料室などに精神保健福祉行政関係資料の蓄積があり、さまざまな事業の要綱類は「東京都の精神保健福祉」<sup>28)</sup>、「東京都の精神保健福祉活動資料」<sup>29)</sup>といった冊子に一括して収められている。一方、山口県の場合、「山口県の精神保健の現状」<sup>30)</sup>という県内の状況を把握するのに便利な冊子があるが、要綱の類は収められていない。したがって行政の精神保健担当者の手を煩わせつつ、答申や要綱の種類や所在を把握するのにかなりの時間がかかった。

このように、第三者が精神保健福祉業務の全体を理解しようとする時、情報源へのアクセスという点で東京都と山口県では大きな差がみられる。

本研究は平成8年度文部省科学研究費補助金（奨励研究A）より助成を得て行われた。

（受付 '97.7.24）  
採用 '97.10.20）

## 文 献

- 1) Haerlin C. Community care in west Germany: concept and reality. *The International Journal of Social Psychiatry* 1987; 33: 105-110.
- 2) Kardorff Ev. Reform über Modellprogramme: Zur Psychiatriereform in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialpsychiatrische Informationen* 1984; 2: 18-36.
- 3) Mangen SP, Rao B. United Kingdom: socialised system-better services? Mangen SP. *Mental health care in the European Community*. London: Croom Helm, 1985; 228-263.
- 4) Mosher LR. Recent Developments in the Care, Treatment, and Rehabilitation of the Chronic Mentally Ill in Italy. *Hospital and Community Psychiatry* 1983; 34: 947-950.
- 5) レン R. モンチャー, ロレンゾ・ブルジ. コミュニティメンタルヘルス—新しい地域精神保健活動の理論と実際—. 東京: 中央法規出版, 1992; 26-33, 356-385.
- 6) Schrameijer F. New comprehensive mental health authorities in the Netherlands. *The International Journal of Social Psychiatry* 1987; 33: 132-136.
- 7) Tansella M, De Salvia D, Williams P. The Italian psychiatric reform: some quantitative evidence. *Social Psychiatry* 1987; 22: 37-48.
- 8) 蜂矢英彦. 精神障害者の社会復帰対策に果たすべき行政の役割—東京都地方精神衛生審議会答申の意味するもの—. *障害者問題研究* 1983; 33: 22-32.
- 9) 蜂矢英彦. 精神障害者の社会参加への援助. 東京: 金剛出版, 1991; 72-74.
- 10) 藤野邦夫. 東京都地方精神保健審議会のあゆみ. *東京都立中部総合精神保健センター研究紀要* (平成3年度) 1992; 第7巻: 105-111.
- 11) 山口県文書館編. *山口県政史 下*. 1971; 964-965.
- 12) 精神衛生相談所とその活動状況. *精神衛生* 1955; 第43号: 4-7.
- 13) 佐々木雄司. 精神衛生, 西川瀨八, 小泉 明編. *公衆衛生学*. 東京: 朝倉書店1980; 192-212.
- 14) 平田豊明. わが国における地域精神衛生活動の歴史. 増野 肇, 近藤喬一編. *精神衛生活動の実際*. 東京: 金剛出版, 1982; 42-44.
- 15) 蜂矢英彦. 精神分裂病の治療と社会復帰. 東京: 金剛出版, 1977; 105-106.
- 16) 宮崎博子, 他. 精神障害者も住みやすい地域づくりをめざして—地域との交流活動を通して—. 第40回山口県公衆衛生学会研究発表要旨集 1993; 91-92.
- 17) 山口県総務部. *山口県衛生行政概要*. 1971; 76-77.
- 18) 厚生省保健医療局精神保健課. 精神障害者小規模作業所調査結果の概要. 1985.
- 19) 東京都中部総合精神衛生センター. *東京都の精神衛生だより* No. 3. 1985.
- 20) 東京都地方精神衛生審議会. 精神障害者社会復帰医療対策の基本的あり方と東京都の役割について (東京都地方精神衛生審議会答申) 昭和56 (1981)年12月.
- 21) 東京都地方精神保健審議会. 今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について (東京都地方精神保健審議会中間答申) 平成2 (1990)年9月.
- 22) 東京都地方精神保健審議会. 今後の精神障害者社会復帰対策のあり方について (東京都地方精神保健審議会答申) 平成3 (1991)年7月.
- 23) 東京都地方精神保健福祉審議会. 精神障害者の保健福祉対策の新たな展開について 中間答申 平成8 (1996)年10月.
- 24) 山口県地方精神衛生審議会. 精神障害者の社会復帰対策に関する意見 昭和63 (1988)年3月.
- 25) 山口県地方精神保健審議会. 痴呆性老人対策推進についての意見 平成3 (1991)年7月.
- 26) 山口県地方精神保健審議会. 山口県における精神障害者の社会復帰施設整備の在り方等について (中間意見) 平成5 (1993)年11月.
- 27) 山口県地方精神保健審議会. 山口県における精神障害者の社会復帰施設整備等のあり方および県立病院静和荘のあり方に関する意見 (具申) 平成7 (1995)年3月.
- 28) 東京都衛生局医療福祉部精神保健課. *東京都の精神保健福祉* (7年版).
- 29) 東京都立中部総合精神保健福祉センター. 平成7 (1995)年度 東京都の精神保健福祉活動資料.
- 30) 山口県環境保健部健康増進課. 平成7 (1995)年山口県における精神保健の現状.
- 31) 山口県精神保健協会. *せいしん* 1995; No. 29
- 32) 山口県精神障害者家族会連合会. 精神障害者共同作業所の現状—平成7年度山口県内における精神障害者共同作業所 (全20カ所) に対するアンケート (平成7年7月実施) から—

# A COMPARATIVE STUDY OF LOCAL MENTAL HEALTH AND WELFARE POLICIES IN JAPAN: CASES OF TOKYO METROPOLITAN GOVERNMENT AND YAMAGUCHI PREFECTURE

Akira HASHIMOTO\*

**Key words:** Mental health and welfare policy, Community psychiatry, Local advisory council on mental health and welfare, Local policy

In this article the mental health and welfare policies of the Tokyo Metropolitan Government and Yamaguchi Prefecture were analyzed, and the features of their development and problems were discussed. The results are as follows:

a) The emphasis of the mental health and welfare policies both of Tokyo and Yamaguchi experienced changes according to national policies and is to be divided into the following four periods and key concepts.

The 1st period (1950–1964): no policy or increase of psychiatric beds

The 2nd period (1965–1975): dawn of “from hospital to community”

The 3rd period (1976–1987): workplace for the mentally ill

The 4th period (1988–present): accommodation for the mentally ill

b) During the 2nd period, in terms of increase in psychiatric beds, the Tokyo Metropolitan Government tried to limit increase, whereas Yamaguchi Prefecture accommodated it.

c) In the field of community mental health, the most remarkable development in Tokyo in recent years is that the number of workshops and group homes grew dramatically. The original policy of the Tokyo Metropolitan Government to subsidize such small institutions was recommended in the report of Local Advisory Council on Mental Health and Welfare (*Chiho-Seishinhokenhukushi-shingikai*). As a result many voluntary groups operate those institutions with help of subsidy. On the contrary the development in Yamaguchi is slow, because the establishment of institutions for rehabilitation was mainly implemented by the regulation of national law which demands high costs for its building and land.

d) The original policies of the Tokyo Metropolitan Government, however, is based on the premise that a shortage exists of institutions for rehabilitation regulated by Mental Health and Welfare Law. In this situation, therefore, the development of community mental health depends on a subsidy from local government, development of voluntary groups, and accessibility to social services.

---

\* School of Nursing, Yamaguchi Prefectural University