

第2回

精神保健国内フォーラム

報告集

精神医療は変わったか/私たちは変わったか

— 精神医療改革と精神保健法見直しへの提言 —

精神保健従事者団体懇談会

第2回精神保健国内フォーラム

報告集

1991年11月2日～3日

於：海外職業訓練協力センター

主催：精神保健従事者団体懇談会

顧問	島蘭 安雄 (WFMH '93世界会議組織委員長)
	河崎 茂 (日本精神病院協会会長)
	笠原 嘉 (日本精神神経学会理事長)
	藤縄 昭 (国立精神・神経センター精神保健研究所長)
代表世話人	道下 忠蔵 (全国自治体病院協議会)
	柏木 昭 (日本精神医学ソーシャルワーカー協会)
	森山 公夫 (日本精神神経学会)

巻頭言

代表世話人 道下 忠蔵

1991年11月2日、3日の両日にわたり、千葉市の海外職業訓練協力センターで開催された「第2回精神保健国内フォーラム」の報告書を刊行するに当たり、この会議の開催に関わった者の一人として一言ご挨拶を申し上げます。

今回のフォーラムには全国各地から、主催者の予想を上回る約600名の関係者が参加され、2日間にわたって活発な、そして熱心な討議が行われました。御多用のなかをフォーラムの趣旨に賛同され、参加していただいた各位に厚く御礼申し上げます。

関係各位にはすでにご承知の方が多いと思いますが、第1回国内フォーラムは1988年2月12、13日、国立京都国際会館で精神医療従事者団体懇談会（当時13団体で構成）の主催で開催され、精神保健法の抜本改正をめざす4項目の確認を決議いたしました。このことは当時厚生省で練られていた政・省令の作成に一石を投じたものと考えております。

この会議において、2年後を目途に第2回フォーラムを持つことも申し合わされました。同年7月から精神保健法が施行となりましたが、この法律では付則に施行後5年を目途に見直しを行ない、必要あるときは所要の措置を講ずることが定められております。

精神医療従事者団体懇談会にはさらに日本精神病院協会はじめ6団体が加わり、名称も精神保健従事者団体懇談会と変わりましたが、上途の申し合わせもあり、法見直しの時期も近づいてきましたので、第2回フォーラムを1991年秋に開催することを1990年7月の例会で決定し準備に入りました。1991年4月には精従懇と並行して運営委員会を発足させ、開催地や会議の持ち方について準備をつけさせていただきました。

不行届きの点も多かったと反省もしておりますが、参加者各位のご協力を得て、基調報告、4つのシンポジウム、そして総括討論において5項目の確認を承認していただきました。

フォーラムの決議は代表世話人の手により厚生省および国会へ提出させていただきましたが、精従懇で協議の結果、このフォーラムにおける発表や発言の要旨をまとめて報告書を作成しましたが、この報告書が精神保健法改正、そしてわが国の精神保健医療福祉体制改善の一助になれば幸いです。

代表世話人 柏木 昭

第2回精神保健国内フォーラムは盛会のうちに無事終了した。多くの人により、様々なことが語られ、わが国の精神医療のあり方に対して、その軌道修正を迫る多くの発言がなされた。然し最も強く私の印象に残ったのは、第1日目、開会式直後のシンポジウムでの全国「精神病」者集団を代表した当事者の心からの訴えである。「安心して受けられる医療にしてください」という声は未だに私の耳から消えない。重い、胸を打つ言葉だった。来会者の大多数がこの私の思いを共有して下さるのであ

う。

来年に迫った精神保健法見直しについて、国内フォーラムとしては5点（人権、福祉、医療法、強制入院、措置入院）を中心に精神医療の改革推進を計ることを確認することが採択されたが、さらにコンパクトに表現すると治療と人権と福祉を柱に点検することになるといえよう。

さて、この3つに集約される精神医療改革の諸点のうち、最も緊急度の高いものは、任意入院者の開放処遇の実現化と、精神障害者の地域生活の保障である。入院治療に関しては、自発的入院が原則であり、病院のあり方、処遇の形態は開放が大前提である。ここのところが確立されなければ、非自発的入院者の人権の保障など決してありえない。また、地域にあっては精神障害者の生活を支援するために有効な社会資源の開発、整備とネットワークの形成が必要になる。市町村が積極的に取り組み、障害者の身近なところで、生活保障を可能にする施策が展開されなければならない。

こうした体制が整わない限り、冒頭の当事者の期待に応えることは出来ないこと明白である。

代表世話人 森山 公夫

第2回国内フォーラム（幕張）は、第1回（京都）の内容をさらに前進させ、成功裡に終ることができた。これはひとえに、金杉事務局長を中心とする若手の事務局メンバーの努力と、運営委員会に結集した関係諸団体の皆さんの熱意によるところ大である。

今回の特徴は、フォーラムの開催自体もさることながら、その準備過程も大切にしたいという立場から、運営委員会を中心に、当面する精神保健、医療・福祉の問題点を熱心に討論してにつめ、同時にその討論の輪をひろげていったことにある。

この準備過程で痛感させられたことが二つあった。

一つは、ともあれ精神保健法成立後、状況は大きく変わろうとするきざしを示し、特に保健・福祉の裾野が広がっていることにより、その領域からの新鮮な問題提起を受けたということである。

もう一つは、なんとか今の精神保健状況を一步でも前進させたいという熱意が共有され、対立点はある、前進のための協力を軸にしたいという姿勢がほぼ貫かれたことである。

こうして、第2回国内フォーラム（幕張）は、わたしたちの精神保健改革運動の、あらたな出発点たりえた、と思う。この地点から、各人がまたそれぞれの方向に、改めて前進してゆくことにしたい。

確 認

われわれは、第1回国内フォーラムにおける4点の確認をひきつぎ、それをさらに一步前進させるため、今回改めて以下の5点を確認する。その確認にもとづき、われわれは今後さらに精神医療改革を推進する。

1) 精神保健法の構成(目的)は、主として①人権憲章的側面、②福祉法的側面、③医療法的側面、④強制入院法的側面、⑤社会統制法的(措置入院)側面、の5つよりなる。

今回の見直しに当たってはまず人権憲章的理念を高くかかげ、国連の「諸原則」案に照らして、すくなくとも人権に関する国際水準は確保しなくてはならない。つぎに福祉に関しては、他の障害者に対する福祉よりいちじるしく遅れている現状を打破し、市長村の取り組みを積極的に進めるとともに、従来の「医療内福祉」の壁を取り払って抜本的レベルアップをはからなくてはならない。

一方、医療面でも、他科医療に比しいちじるしく劣悪な現状にかんがみ、従来の隔離・収容的考えを一掃して、最低限他科なみの医療水準を保障し、本人が安心して受けられる医療にしていかななくてはならない。そして最後に、医療保護入院・措置入院などのやむをえざる強制入院に際しても、国際水準に照らして、あくまでもそれが「治療」を目的とすることを明確にし、その要件を厳密に規定するとともに、人権保障のためのさまざまな方策がとられなくてはならない。

2) この法の対象者の範囲は、上記5つの理念にもとづき、それぞれ異なる。

したがって「精神障害者」の定義(概念)はそれぞれの局面により、規定を変えるべきである。①ではもっとも広く、②と③はそれぞれ背中合わせの規定となり、④⑤は、③の規定内でさらに厳密に規定されるべきである。

次に、被強制入院者の人権保障のため、可能な行動制限の内容を厳密に規定すること、任意入院者に対する開放処遇の原則を明記すること、さらに精神医療審査会がより有効に機能するべく、第三者性を高め、その人権保障にかかわる権限を高めるべきである。

また、「社会復帰施設」については、国ないし地方自治体に設置義務を負わせるとともに、施設設置当事者に対する費用の「1/4負担」をとりのぞくべきである。

さらに「保護義務者制度」については、すでに家制度は日本においても崩壊している現状に照らして本来は抜本的に見直されるべきと考えるが、当面は、精神保健法上は強制入院に関して本人の権利を代弁する人間と位置づけ、妥当な家族が居ない場合には他に適当な代理人を充てることも勘案しながら、最低限監督義務規定は削除すべきであると考ええる。

最後に、施設外収容禁止規定の削除と、大都市特例の適正な施行は当然行なわれるべである。

3) 従来、精神医療の名のもとに精神障害者に対する隔離収容がなされてきた。精神医療の費用とマンパワーは、隔離収容のためのものであり、また当然、福祉分野においてもまったく不十分であった。いま、開放化と地域医療という視点から、人権保障をふまえた治療の場として精神医療(精神病院)を再生させるためには、その施設規準を厳密に規定しながら、適正な医療を保障する費用とマンパワーを質量ともに抜本的に拡大すべきである。とりわけ、拘束の場としての閉鎖病棟の場合には、国家の責任においてこれをなすべきである。福祉分野についても、まったく同様に、費用とマンパ

ワーの拡大がなされなくてはならない。

4) わが国で、真に地域保健医療・福祉が根づきうるためには、まず、精神医療が他科なみに、医療法における一次、二次、三次医療圏において位置づけられること、さらに、二次医療圏を中心に、地域における各病院・診療所・保健所・福祉事務所・作業所その他社会復帰施設などがそれぞれ孤立して存在するのでなく、自らの体質改善をはかりつつ、有機的なネットワークを形成してゆかなくてはならない。その上で、各地方自治体に働きかけ、さまざまな施策を講じるよう促す必要がある。

5) いわゆる「処遇困難例」の専門病棟問題については、きびしく論議の分かれるところであるが、すくなくとも次の4点では一致することを確認し、今後継続してさらに討議を深めて行きたい。

①われわれは、保安処分に反対するという立場を堅持し、「処遇困難例」問題の解決は、保安処分としてではなく、あくまでも治療の問題としてとらえる。②「処遇困難例」という概念には、重い犯罪に関連した精神障害者群と、精神病院などでいわゆる保護室長期使用を必要としている患者群という2つの概念が混在しているが、いずれにしても質の高い医療を保障するという視点からとりくまれねばならない。③それゆえ、「処遇困難例」という概念自体があいまいであり、厳密な使用に耐えないものである。また、こうした混乱を防ぐ意味でも、精神障害者の定義の見直しが必要であり、すくなくとも強制入院の対象から、「精神病質者」と「精神薄弱者」をはずし、「同意能力を欠く精神病状態」にその対象を限定することも検討する必要がある。④いずれにせよ、こうした問題を解決するために、質の高いチーム医療が必要であるが、それは人権擁護の観点を堅持するものでなければならず、他の施策に比べて、決して突出するようなものであってはならない。3) で指摘されたような全体の精神医療のレベルアップが絶対的に必要であり、それと共に一次、二次、三次医療圏内部の機能分化の一環としてきちんと位置づけられねばならず、さらに福祉分野の充実という視点も同様に必要である。

1991年11月3日

第2回精神保健国内フォーラム

代表世話人

道下 忠蔵

柏木 昭

森山 公夫

目 次

巻頭言	道下 忠蔵 柏木 昭 森山 公夫	
確認		
開会の挨拶	藤縄 昭	9
基調報告	森山 公夫	10
メッセージ		14
来賓の挨拶	文部大臣 井上 豊 厚生省精神保健課長 広瀬 省 日本医師会常務理事 若狭勝太郎	15
I 精神保健・医療・福祉の改革に向けて（司会 新保祐元・藤野邦夫）		17
医療の立場から	広田伊蘇夫	18
看護の立場から	桜庭 繁	22
地域精神保健活動を展望して	三代 浩肆	24
福祉の立場から	谷中 輝雄	26
〈指定討論〉	山本 深雪	27
〈指定討論〉	外口 玉子	30
〈質疑・討論〉		33
II 精神保健法の評価と見直し（司会 平泉順子・田原明夫）		39
—— 人権擁護と社会復帰 ——		
A. 入院者の人権擁護のために		
入院処遇と行動制限	村上 優	40
精神医療審査会の課題	小池 清廉	53
精神医療の現実と法改正の問題	永野貫太郎	63
〈質疑・討論〉		66
B. 社会復帰・社会参加のために		
一福祉の視点から見た精神保健法・精神医療		
障害者規定と他障害者との対比から福祉状況を見る一		
精神障害者福祉を問いかえして	神 マチ	69
他障害者との対比から福祉状況を見る	牧野田恵美子	73
社会復帰の現状	藤本 豊	86
障害者の社会復帰と社会参加	富岡 詔子	94
〈質疑・討論〉		101
C. 保護義務者制度について		
制度上の問題点	松岡 浩	106
〈指定討論〉	浅沼 守男	107
〈指定討論〉	斎藤 実	111
〈質疑・討論〉		114

Ⅲ 必要とされる費用とマンパワー (司会 工藤義雄・古屋龍太)		117
経済学の立場から	西村 周三	118
精神医療のマンパワー	広瀬 省	120
公立病院の立場から	道下 忠蔵	125
民間病院の立場から	牧 武	127
看護の立場から	前田かよ子	139
社会復帰施設の運用経費	寺田 一郎	142
日米の比較から	長谷川美紀子	147
〈指定討論〉	卜部 圭司	150
〈質疑・討論〉		152
《世界精神保健連盟1993年世界会議のアピール》 (司会 柏木 昭)		157
1993年世界会議に向けて	島藺 安雄	158
世界ユース会議の報告	小金沢正治	162
Ⅳ 望まれる精神保健システム (司会 高橋 一・樋田精一)		169
望まれる「地域精神保健システムの構築」を保健・医療・福祉制度改革全体の枠組みの中で考える	朝日 俊弘	170
精神医療におけるセクトリゼーション	浅井 邦彦	185
川崎市の経験から	西沢 利朗	191
総合病院精神医学会の立場から	守屋 裕文	193
精神科診療所の立場から	穂積 登	196
地域精神保健システムについて	吉川 武彦	198
「処遇困難者」問題について	金杉 和夫	202
〔抄録誌上討論・資料提供〕		
① 大都市特例について	浅野 弘毅	207
② 精神保健システムと社会復帰施設	新保 祐元	209
③ 精神障害者を主対象とする共同作業所の実態と課題	藤井 克徳	212
〈指定討論〉	笠原 嘉	220
〈指定討論〉	中山宏太郎	222
〈質疑・討論〉		231
総括討論		246
配布資料・参考資料		256

開会の挨拶

藤縄 昭

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

本日は、このように大勢の方が集まっていただきました。また、御来賓の先生方にもご多忙の中を御参会下さり厚く御礼を申し上げます。第1回のフォーラムは新しい精神保健法の施行を目前に控えて、1988年2月に京都で「精神医療の抜本的改革に向けて」というテーマで開催されました。今回は2年後にこの法の見直しという課題を控えて、精神医療は変わったか、私達は変わったか、精神医療改革と精神医療見直しへの提言というテーマで構想されたフォーラムでございます。

私達年配の者にとりましては、フォーラムという言葉はなじんでおりませんので、辞書に当たってみました。すると、フォーラムというのは古代ローマ帝国の都市の中央にあった大広場で商業取引の場、又は裁判・政治等の公の事どもを論ずる集会所として用いられた場所という意味だそうです。そこから世論の批判という意味が発生してきて、さらに社会的に興味深い問題を取り上げる公開討論会という意味が生まれたようであります。そういうフォーラムに取引をする、或は批判する、裁くといった意味合いが原義にあるという事を心得ました上で、本フォーラムが我が国の精神医療の未来を思い、長期的な将来への展望を持った議論が重ねられまして、実りのある提言が出来ますように願って止みません。以上簡単ながら開会の御挨拶に致します。

基調報告

森山 公夫

(陽和病院、日本精神神経学会)

I) はじめに — 状況

(1) 国際状況、1960年代の初頭のイギリス、フランス、アメリカにはじまった脱施設化 (deinstitutionalization) — 地域精神医療の潮流は、1970年代に入るとさらに西欧先進諸国の全域に拡がり、かつ人類史上はじめての「精神障害者の人権」概念が登上するに至りました。こうして1979年には、イタリアが法改正の中で、精神病院廃止をうたい、大きな衝撃を与えたのです。

1980年代に入ると、一方ではそうした人権意識の進展の中で、国連を舞台にした「諸原則」の討論がすすめられてゆくとともに、他方、脱施設化運動の弊害として、特にアメリカにおける“street people”の問題が論じられるにいたり、また特にアメリカを中心にリーガリズム (法律中心主義) に対する反省も生じてきています。そしてまた、80年代後半以降展開されてきた「ペレストロイカ」の中で精神障害者人権問題は、東欧・ソ連圏でも流動化をむかえようとしています。

こうした錯綜した状況の中で、近々国連におけるinformed consentを軸にした「諸原則」の採択がなされようとしていることは、きわめて大きな歴史的意義をもっています。いずれにせよそれは、国際的に、かつての精神障害者に対する隔離—収容の時代に代わって、いまや「精神病院の開放化—地域精神医療—精神障害者の人権尊重」ということが時の流れとなっていることを明示しているのです。

(2) ところでわが国では、こうした動きは残念ながらいちじるしく遅れました。すでに1960年代末から、精神神経学会などを中心に、こうした動きをめぐる議論はきびしく展開されてきましたし、一方現場でも開放化を軸にさまざまな芽生えが見られてきたのですが、それらが政策の変化を伴った現実的構造的変化を生みはじめたのは、ごく最近のことです。つまり、実質的には、宇都宮病院事件を契機とした、国際的批判の噴出、そして精神保健法の成立 (1987年) という政治的流れの過程で、日本における「開放化—地域化—人権尊重」という流れは、やっと緒につきはじめたばかりであります。しかもそれは、他の障害者対策からもとり残されているなど、いまだ多くの問題点を残しています。

(3) 本フォーラムの意義。1987年9月に改正された精神保健法の施行を目前にして、私たち精神医療従事者は1988年2月、京都に集り、第1回国内フォーラム「精神医療の抜本的改革に向けて」を開催し、精神保健法をどうとらえるか、日本の精神保健・医療・福祉をどう変えていくべきかを討論し、次の4点を当面の救急課題として確認しました。

- ① 患者の人権を尊重し、各職種間の協力関係および市民との連携を密にし、自発的入院・開放化・地域での医療および援助を促進する。

- ② 精神保健・医療・福祉における各種スタッフを充実させるとともに、病院における職員配置基準（医師・看護婦）については、一般病院と同等となるよう、改善をはかること、さらに、現在貧困をきわめている精神保健・医療・福祉に対する積極的財政保障を求める。
- ③ 精神障害者に対する法および条例等における差別条項の撤廃を求める。
- ④ 地域・都道府県における精神保健・医療・福祉の改善プログラムを検討し、その実現をめざす。

この第1回国内フォーラムは、限られた時間と人数ではあれ、わが国ではじめて、精神医療改革をめざす精神保健医療福祉従事者の全階層が一堂に会し、患者団体、家族団体、一般市民、行政をもまじえて徹底討論し、重要な方向性を全体で確認することができたという点で、画期的な出来事だった、ということができる。

さて、その後1988年7月に精神保健法が施行され、すでに3年が経過しました。この間、さまざまな批判はあるにせよ、日本の精神医療は、大きく変わろうとしてきています。そして一方で、かねて精神保健法成立にあたって約束されていた「法施行5年後の見直し」がいよいよ迫ろうとしてきています。

かつて第1回のフォーラムに際して私たちは「5年後の見直し」を目標にして、第2回の国内フォーラムを開催することを約した。そして今、私たちはようやく第2回国内フォーラムを実現することが可能になったのである。このフォーラムの目的は大きく見て二つあげられる。

一つは、法施行後の精神医療における実際の変動を見据え、その問題点を整理し、あるべき精神保健・医療・福祉の現時点での基本方向を、ユーザー、一般市民、行政などとの対話を通して、しかも精神保健医療福祉従事者の主体性において確認し共有することである。

もう一つは、そうした確認に立って、「5年後の見直し」としての法改正にむけて具体的提案を積極的に行っていくことである。

II) 今回のフォーラムでなにを目標とするか

(1) 法施行後3年の現在の問題

精神障害者に対する人権保障と社会復帰を両軸とするといわれる精神保健法が施行されて3年を経た現在、日本の精神保健・医療・福祉は着実に変化してきながら、さらにさまざまな問題・矛盾にとりかかまれています。これらを羅列的に挙げると次のようになります。

まず、①「任意入院」は確実に増え、既に全入院者の半数を超えています。だが、開放化の努力がまだ不十分な中であって、多数の任意入院者が閉鎖病棟に入院しているという実状があり、この事態を改善するための基本合意が必要となります。また、②「精神医療審査会」が退院請求や処遇改善の請求を受けていますが、まだまだ請求も少なく、都道府県ごとの対応もまちまちで、請求が認められて退院したり処遇が改善されるケースはごく稀です。一方③第一次医療法改正、第二次医療法改正の動きの中で、精神医療はその対象から外され、一般医療から差別されています。これに対してどう対応するか、とりわけ医療圏にどうコミットするか、病院（棟）の類型化にどう対応するかは私たちにとって重大課題となります。また④最近、厚生省研究班の報告と、守山荘問題以降の厚生省の対応の中で大きな議論のまとなっている「処遇困難例」問題についても、可能な限り私たちの合意をつくっていかなくてはなりません。さらにまた、⑤精神医療の全体的質の劣悪さは深刻であり、とりわけ施設とマンパワーの劣悪をどうするかは重大課題です。これはいわゆる「特例」の問題ともからめて、方針を考えてゆかなければなりません。そして、⑥また「精神障害者の定義」「保護義務者問題」

あるいは「施設外収容の禁止」など、いくつかの未解決の法的問題にも決着をつけなくてはなりません。

他方、⑦「社会復帰施設」は国や自治体に設置が義務づけられず、補助基準も低いため設置は進まず、全国で30数カ所にとどまっています。そうした中で、民間から起こっている「作業所」設立はいまや全国各地に拡がり、600カ所を数えるに至り、精神障害者の社会参加に光をとすもとになっています。こうした状況をふまえて、国ないし自治体は精神障害者の社会復帰へむけてさらに大きな一歩をふみ出さなくてはなりません。すなわち、⑧現在全国で35万床に達する精神科病床数は、いまだ減少の方向を示すに至っていません。可能な限り、精神障害者が地域で生活することを支援する態勢を整備することにより、私たちはこの減少を具体的に求めてゆかなくてはなりません。さらにまた、⑨精神障害に対する社会的差別・偏見は依然として強く、存在しています。

こうして法施行3年後の現在は、人権保障・社会復帰へむけて大きく変化するきざしはあるものの、さまざまな制約、矛盾が依然としてとりまき、いまだ混沌たる状況にあり、問題はきわめて重かつ大であるといわざるをえません。ここで改革をいま一歩進めるためには、私たちが基本問題をめぐってさらに一歩進んだ合意を共有し、それを是非とも予定される法改正に反映させていかななくてはならないのです。

(2) 今回のフォーラムのもち方

以上のような状況と問題構成の中で私たちは、今回のフォーラムを、以下のように4部構成で組織することになりました。

① シンポジウムⅠ「精神保健・医療・福祉の改革に向けて」

ここでは、プログラム案に示されているように、精神保健・医療・福祉の相互関連の共有、そして精神保健の本来的あり方の反省に立って当面精神保健法になにを求めるか、その法の基本的目的の共有、さらにはそれとの関連で精神障害者の定義の明確化を通して法の対象把握の共有、という作業を通して私たちのめざす精神保健・医療・福祉の改革の基本方向の共有がめざされます。

② シンポジウムⅡ「精神保健法の評価と見直し—人権擁護と社会復帰」

①の基本的立場に則しながら、とりわけ法改正の二つの柱とされた精神障害者の人権擁護と社会復帰促進がどこまで実現したかを点検し、その評価に立ってさらに予定されている法見直しにむけて、抜本的提言を共有してゆきます。

③ シンポジウムⅢ「必要とされる費用とマンパワー」

先にも触れたように精神保健・医療・福祉の改革にとって、基本的方向性の確認と併せて、具体的な費用とマンパワーの充実が不可欠です。どういう配置でどれだけの数のマンパワーを充実させ、かつ施設の充実とあわせてどのように費用を国その他からひき出すのか、いま、私たちはこういう具体的問題をめぐっても合意を形成すべき時期に入っていると考えます。

④ シンポジウムⅣ「望まれる精神保健システム」

以上の問題を総合しながら、突極的に問われてくるのが、システムないしネット・ワークとしての精神保健・医療・福祉です。ここでは一方で「処遇困難例」問題の議論を可能な限り止揚し、さらに第二次医療法改正における「病棟機能別化」をも含めて、最終的に精神医療の第1次・第2次・第3次医療圏をどう構想し、どう総合してゆくかが問われてゆくのです。

⑤ 総括討論

最後に、以上のフォーラム全体を総括し、精神保健・医療・福祉に関する提案を可能なかぎり

おいてまとめ、法見直しへの提言および精神保健・医療・福祉の改革への基本方向の確認を、簡潔なアピールの形態としてゆきます。

Ⅲ) 最後に

日本における精神保健・医療・福祉の現状は余りにも遅れ、そしてまたあまりにもひどい、いま私たちは改めて「日本に生まれたことの二重の不幸」という呉秀三の言葉をかみしめてみたいと思います。患者の不幸はまた則同時に私たち保健・医療・福祉従事者の不幸でもあります。私たちはこの状況をのりこえるために改革の広い動きをつくってゆかなくてはなりません。ただし、運動の啓蒙の時代はすでにすぎました。私たちは国際的動向と水準とを十分にわきまえながらも、この日本で、なにをどのように改善してゆくかを具体的に模索してゆかなくてはならないのです。

国連での原則案の採択の動向に見られるように、すでに「天の時」は熟しきっています。また個々の日本人は裕福とはいえなくとも、日本国家は豊裕であり、その資金を可能な限り福祉にむけるべきである。こういう意味で「地の利」も充分にあります。最後に決定的なのが「人の和」であります。

私たち精神保健・医療・福祉従事者はこれまで、とかくバラバラになり、時には対立しがちでありました。私たちがバラバラである限り、行政は権力的支配の道貫徹してゆかざるをえません。この私たちが、一方でユーザーとしての患者、そして患者家族、さらには一般市民との緊密な連携を通して、自分達内部での主体的合意を形成する時、その時はじめて真の改革への道の一つがきり開かれるのです。今回のこのフォーラムで私たちは時間をかけ討論をつくり、ゆざるべきはゆずり合いながら、無理をせず、じっくりと合意の道を探ってゆこうではありませんか。

メッセージ

衆議院厚生委員長 浜田卓次郎氏

第2回精神保健国内フォーラムが関係各位の熱意のもとに盛大に開催されますことを心よりお祝い申し上げます。常日頃より精神保健医療福祉の向上に向け御努力されておられる皆様に心よりの敬意と感謝を申し上げます。もとより日本の精神保健の課題は精神医療の向上と精神障害者の人権と福祉の確立にあることは言うまでもありませんが、それらの解決の為にも場当たりの手法ではなく、現場の皆様のご意見をもとに、国及び関係機関が連携を取り前進させる努力が必要と思います。今後とも関係各位のご活躍をご期待申し上げ、皆様のご健勝を心からお祈り申し上げ御挨拶と致します。

参議院厚生委員長 田淵勲二氏

第2回精神保健国内フォーラムの開催をお祝い申し上げます。精神保健の向上発展に努力されている皆様に心から敬意を表すると共に、この催しが実り多いものであることを祈念致します。

日本看護協会会長 有田幸子氏

第2回精神保健国内フォーラムの開催を心よりお祝い申し上げます。本来ならば出席させて頂くところではございますが、当会の理事会と日程が重なります為失礼させていただきますことをお詫び申し上げます。日本看護協会は本年7月に「精神病院は変えられるか、そして看護は」というテーマでシンポジウムを開催致しました。精神保健に関するシンポジウムは3年連続で行っております。このシンポジウムを行っている主旨は、近年看護マンパワー不足が問題視されておりますが、精神病院こそ良い看護が実践できる、という状況を作ることによって看護人材の確保をしたいからです。又、当会では現在精神保健法5年後の見直しに向けて検討を進めております。心病める患者さんが安らげる環境作りを提案して行く所存です。今後も精神保健充実の為、関係団体の方々と手を取り合って進んで行きたいと思っております。その時はどうか御協力をお願い申し上げます。

来賓の挨拶

文部大臣 井上 豊氏

御紹介を頂戴いたしました文部大臣の井上豊でございます。今日は皆さんの代表の宮崎先生がお出でになって色々お話をすればいいんですが、今日は日本医師会の若狭先生がお見えになっております。

今日は精神医療や福祉に関わる方々が一堂に会しまして勉強致したいと思っております。大変有意義な事であろうと思っております。ここには医師の方々も大勢いらっしゃいますが、今回文部省におきましても、学校教育法の一部を改正をさしていただきました。これは、今、私が受け持っている学校が65,530、その内の大学が508、短大が593、その他専門学校、各種学校がございます。この大学の中で医科大学、歯科大学が6年制であります、我々進学過程、専門過程、この6年間の教育の中を、今まで2年基礎教育して4年専門教育をやっている。これを全部突っ払って、1年から6年までどういう教育をしてもよろしい、こういう事を先ず法律で決めさせていただきました。もう1つは学位授与機構と申しまして、今まで博士、修士が学位でありましたが、学士も学位の中に入れていただきました。

お医者さんを教育するのは文部省でありますから、卒業したら厚生省にお渡しする訳ですが、そういう中で色々、私共も厚生大臣共々お話を致したい、このように考えております。そういう面につきましても、こういう所で大変恐縮ですが、宮崎先生、大浜先生、皆さんの代表でありまして、かくいう私も千葉県の選挙区で2人でペアでやるわけですが、医師会、接骨士会、そういう方々と一緒になって頑張りたい。また、看護婦協会には清水さん、大野さんが出ておりますので、そういう面でやはり政治の面でも、ひとつこういう問題をバックアップ致したい。このように考えます。今日は大変貴重な時間でございますので、極めて簡単に御挨拶をして帰りますが、大変貴重な時間を頂戴いたしました。心から感謝を申し上げたいと思っております。御静聴感謝致します。

厚生省精神保健課長 広瀬 省氏

第2回精神保健国内フォーラムが精神医療改革と精神保健法見直しの提言をテーマとして企画されましたことに対し大変感謝を申し上げます。そしてその主催に関係する学会を始めとして多くの団体が参加をして開催させることは、大変重要な事であると考えております。この2日間を通じて、4つのテーマについて、1つは精神保健医療福祉の改革、2つ目が人権擁護と社会復帰、3つ目が必要とされる費用とマンパワー、そして精神保健施設等について十分な討議を深め、実り多いことを期待致しまして、簡単ではございますが私の御挨拶と致します。

日本医師会常務理事 若狭勝太郎氏

第2回国内フォーラムが開催され、精神医療に関係される多くの皆様が一堂に会され討論・提言をされますことは、誠に時宜を得たもので心から敬意を表するところであります。また、運営委員会を中心にフォーラムの準備をされました、或は参加されました関係者の皆様にも心から感謝申し上げます。精神保健対策に関し多く提言があると存じます。関係する法令は当然精神保健法でありますけれども、その他医療法などについて大変にご関心があるかと思うわけでございますし、さしずめ1993年に予定されております精神保健法の改正に対する提言が出てくると存ずるわけでございますが、私共の個々の意見がなかなか達成するわけにはまいりません。関係者のまとまった意見が最も大切であると考えております。ご承知のように法改正にはいくつかの壁と申しますか、ハードルを越えなければなりません。第1には行政当局のご理解が必要でございますし、制度的には公衆衛生審

議会の理解が要ります。更に法案が閣議決定致しました後にも、国会を通す為には色々な障害が出ておることは御存じの通りであります。1993年と申しましても、本当に残された時間は無いと考えなければなりません。特に関係される内容をまとめる組織といきましょう、或は専任される方が本当に必要なのではないかなと考える次第であります。残された日時は本当に僅かしか無いという本日、会議が開かれ有意義のものとなって精神保健・医療・福祉の一層の発展がありますように祈念しますと共に、日本医師会も全面的に協力申し上げることを申し上げて御挨拶としたいと思います。有難うございます。

シンポジウム I

精神保健・医療・福祉の改革に向けて

日本の精神保健の課題は立ち遅れた精神医療の抜本的改革と精神障害者の人権と福祉の確立にあると言えるが、その基本法であるべき精神保健法は法の対象（精神障害者の定義）と理念・目的（精神保健における医療と人権と福祉のあり方）を曖昧にしたまま出発している。

精神保健・医療・福祉を実践し改革する立場から、法と政策、精神保健システムのありかたについて検討する。

司会

新保 祐元（恵和社会復帰センター・全国精神障害者社会復帰施設協議会）

藤野 邦夫（東京都立精神保健センター）

医療の立場から

広田伊蘇夫

(同愛記念病院)

—— 総論的に ——

プログラム全体からみまして、このセクションは総論的なものに位置づけられている、と私は受け取りました。そこで総論的に、とは云ってもこれからの討議につらなればと思いつながら話題を提供してみます。

さて、私なりの精神科医30年からみまして、経済大国としてのわが国の精神医療は、〔貧しい〕というのが素直な理解です。そこで〔貧しい〕中味を2点だけに絞って話すことにします。ひとつは精神病院における総体としての治療的力量的貧しさです。もうひとつは社会がもつ援助能力の貧しさです。これが結果として、日本の精神医療に〔貧しさ〕をもたらしているとみます。

〔精神病院の治療的力量的〕

そこです、精神病院の治療的力量的について考えてみます。最近は多少なりとも改善されてきましたが、精神病院の環境は窮屈にすぎるとみます。日本の一般住居を称して、兎小屋と云ったりしますが、精神病院の居住環境は、これと対比的に云いますとねずみ小屋にも近いとみます。この小さな居住空間に、押し合いへし合い、患者さんは生活しています。そして平均在院日数は実に500日と厚生省統計は記しています。こうした環境のなかに、図にも示しましたように35万人を越える人々が生活しています。その病床数は図1でみるように、全医療病床数の20%以上を占めています。押し合いへし合いの環境では、充分な治療は期待すべくもありません。これだけでも治療的力量的は衰弱するでしょう。

この貧しい居住空間で働く医療従事者数は図2に示してあります。図はすべて昭和40年を基準にしています。常勤医は平成2年には4,603名で、昭和40年に較べれば2倍です。病床数は平成2年で35,743床で、これも2倍程度となっております。要するに、この期間、病床数に対する常勤医比は、実態としてほとんど変わっていません。看護スタッフは約3倍となっており、この点の改善はみられます。

私は週に1回または2回だけ病院に勤務する医師を、国籍なき医師とみます。無国籍医は病院総体としての治療責任をほとんど持ち得ません。ですから病院総体としての治療的力量的を考える場合、無国籍医は除外していることをお断りしておきます。

そこで単純計算してみますと、現状はほぼ80人の患者さんに1人の医師、6.7名の患者さんに1人の看護者、というのが治療体制となります。精神病院の治療的力量的は人的にも貧困化しきっているわけです。貧乏物語といってよいでしょう。ひとりひとりの医師、看護者が、どれだけすぐれた力量をもっていたとしても、総体数の不足は治療的力量的を低下させます。量から質への転換は可能でも、その逆は不可能です。

大胆な変革が必要とみます。仮りに、わが国の精神病院の在院者が25万人になったとします。空間

環境にゆとりが出るでしょう。兎小屋程度にはなるでしょう。そして患者さん50人に常勤医1人、患者さん5人に1人の看護者体制となります。これならば、私の経験からして、なんとかがんばれると思います。治療的にもなんとか力を発揮できます。私はこの程度の数的変革を計画的に目指すべきだと考えます。

私は夢を語っているわけではありません。精神神経学会が最近発表した資料があります。

全国のほぼ4万床に相当する施設調査です。これによりますと、2年以上の在院者のうち、その33%は社会的理由で入院しているとのこと。つまり、35万人の入院者のうち、ほぼ10万人の人々が医療的理由からではなく、社会的理由から入院生活を送っている、と推定されるわけです。ですから私の問題提起は夢ではなく、現実からの発想です。

こうした現象が生じてくるのは、ひとつには治療対象が曖昧になっているからだとみます。ですから入院治療の対象を検討しなおす作業が必要、とみます。私見を述べますと、入院治療の対象は精神病、あるいは精神病様状態にあり、精神科的治療を要する人程度に限定すべきものと考えます。社会的理由は入院の対象から除外すべきものとみます。

いまひとつ云っておきたいのは、治療方針の曖昧性がこうした現象を生むとみます。要するに、入院の初期段階から、つねに社会生活への復帰を射程内におく方針をもち、何処で、どの様な生活をするのか、の治療目標を検討しつづけねばならないとみます。この視点をもたない限り、社会的理由から院内にとどまる人は増えつづけるでしょう。

〔社会における援助的力量〕

ここまで述べてきますと、第2番目の貧困問題が浮かび上がってきます。厚生省の発表によると、精神保健法施行以来、法に規定された社会復帰施設は、援護寮45カ所、福祉ホーム47カ所、授産施設41カ所になっています。この数値をみますと、日本もがんばっている、とみえそうです。しかし、実際の入所者数はこの3施設を合計しても2,000名強にすぎません。精神神経学会の報告から推定される社会的入院数、10万人を思い浮かべてみますと、精神保健法に規定されている社会復帰施設は極貧状態にある、とみるべきでしょう。法改正によっても社会における援助的力量はほとんどゼロに近いわけです。

この極貧状態にしびれをきらした家族会の人々は、自らの手で全国に法定外の施設、つまり小規模作業所を作り出しました。民衆蜂起です。これは、それだけに作業所の雰囲気は生き生きしています。蜂起というのは、つねに新鮮であり、活気に充ちているものです。その上、街中にどっしり根を下していますから、なお生彩を放ちます。しかし国家はこの活動に対し、年間、わずかに90万円の運営費しか提供していません。これも貧乏物語のひとつです。

そして今、この貧乏物語の小規模作業所の世界に、結婚離職という現象がしのび寄っています。現実の生活が、ここに働く人々の情熱を見殺しにしつつあるわけです。貧乏物語の生み出した現象です。このことを行政当局の方々は充分理解しておられるかどうか、私は熟慮を求めたいと思います。蜂起が衰退してゆく時、再び社会的理由による入院は増加の道を辿るでしょう。その時、国際社会は再び日本に、関心の目を注ぐとみます。

〔国際的動向、そしてまとめ〕

そこで国際的動向にふれてみます。1985年、WHOヨーロッパ地域事務所が発表した報告は、ヨーロッパ29カ国の精神保健の動きを総括し、〔施設精神医療は地域精神医療に道をゆずった〕と記しています。精神病院を古典的なもの、と性格づけてもいます。また先程、森山公夫さんの話しにも出ました〔精神障害者保護の諸原則〕は、国連人権小委員会での10年を越える討議を終えました。そし

て25項目からなる諸原則は、今年の国連総会に提出されています。この諸原則の基本原理は国際人権規約にもとずいています。1979年にこの規約はわが国の国会でも承認されています。である以上、この諸原則はわが国の精神保健法を見直すにあたって、よるべき規範となるわけです。このことをわれわれは確認すべきもの、とみます。

結論を云います。単純です。社会防衛、市民的秩序の確立を基軸としてきた精神保健政策を、社会参加の政策に転換することが、これからの精神医療の中心テーマになるとみます。第3図に示したグラフ、なかでも精神保健対策費の年況推移は、明らかにこれまでの政策が跡ってきた惨憺たる道を示してくれます。実態としては、措置入院という強制的社会政策費、これだけがその中味だったわけです。この図をゆっくりみていただき、発想の転換の必要性を認識していただければと思います。

註；「精神障害者保護の諸原則」は1991年12月17日、国連総会で採択された。

図1

総病床中に占める精神科病床比

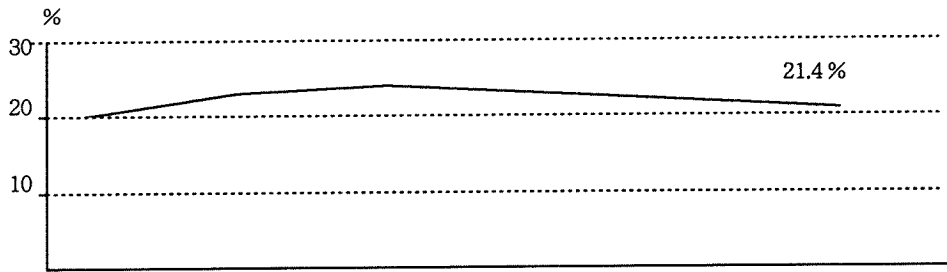


図2

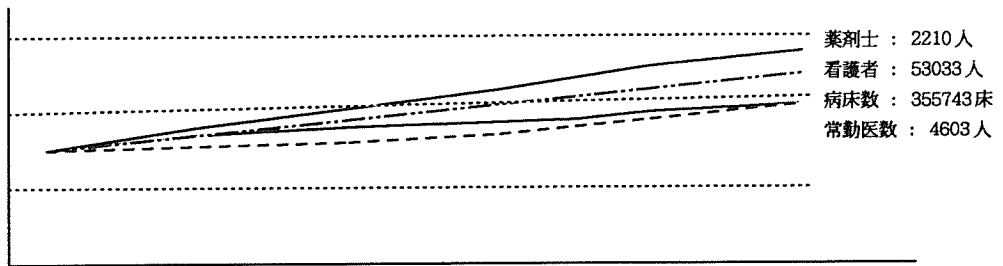
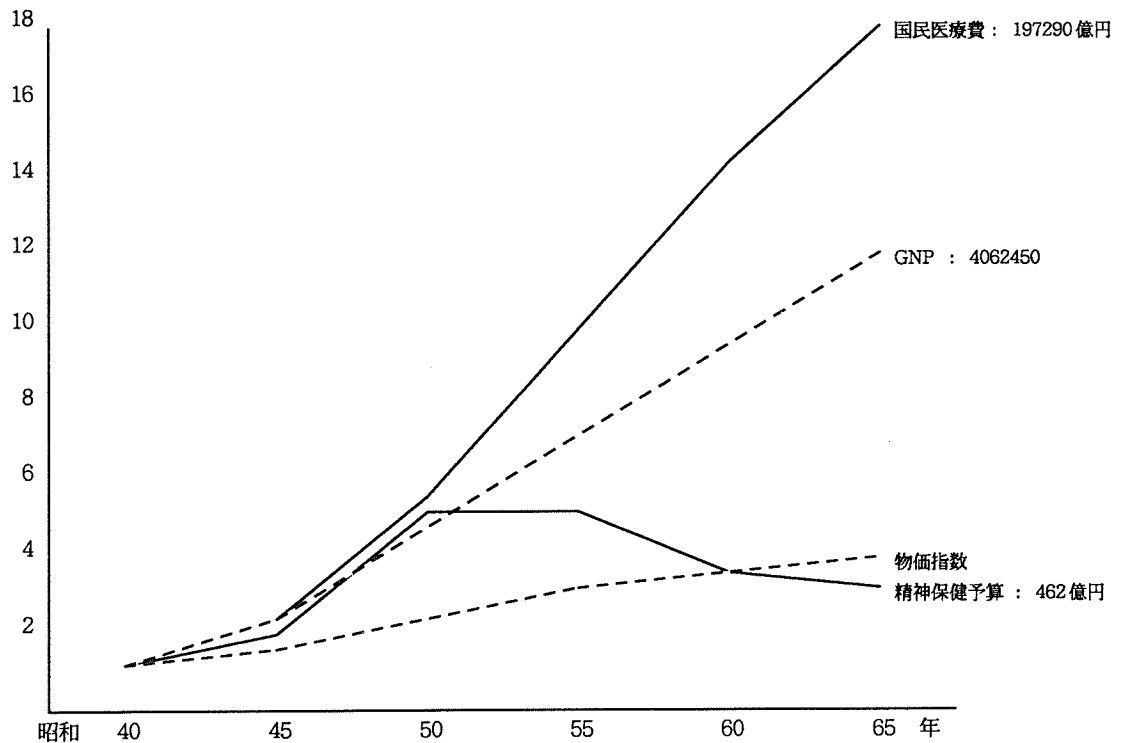


図3



看護の立場から

櫻庭 繁

(日本精神科看護技術協会 千葉大学看護学部)

1. はじめに

精神医療の場の現状を改革し、よりよいものにしていきたい気持ちはこれに携わる者、誰れ者もち、考えているところです。しかし、そこでの問題のとらえ方、方法、取り組みといった改革に向けての運動のあり方にはそれぞれの団体及び個人によって違いがあります。この違いはそれぞれの職種のおかれている環境や障害者観からくるものである以上、許容し、相互にサポートしていかなければならないものです。その取り組みや方法についての批判はいくらでもできますが、相互に学習し、検討し、あるいは協力しあうことがなければ精神障害者のおかれている社会状況からしても改革の前進にならないことはあきらかです。そこでこの国内フォーラムがこの目的の1つの場になれば社会的にも大きな存在となり、改革の原動力になりうるのではないのでしょうか。

2. 看護のかかえる問題

ところで看護の立場からこの改革の提言を述べようとするとここでの課題の極一部の領域に限定されることにどうしてもなります。それは精神医療を改革するだけの看護環境になっているのか、逆に足を引っ張ることになりはしないかといった問題が看護には存在しているからです。それらを幾つか出してみたい。看護職が精神医療の改革をいうからには、自分達の足元の改革をはかっていかなくてはならないのです。

1つは基礎教育である学校教育の場からの問題です。看護教育は戦後今回の改革を含め3回の改革が行われました。今回の改定での最大の問題は精神保健という心の健康に主眼がいてしまい、精神疾患の理解と看護、さらには精神科での実習とその時間を確保するのは各看護学校の裁量に任されることになったことです。精神障害者の理解とその看護に大きな危惧感が出てきています。現在のところ、なんとか旧カリキュラムの時間数を確保した教育内容になっていますが、国の保健医療政策が老人に向けられている中では安心はできず憂慮しています。障害者と地域住民とが共に地域の中で生活できる社会の実現をめざしていくノーマライゼーションの考えが、公衆衛生審議会の意見書にも出るなかにあって、障害を持つ悩み、苦しみに共感し、優しく、思いやりのある看護者を育てる教育は大きな壁に突き当たっているのです。

2つには、今社会問題となっている看護者の不足の問題です。賃金ベースアップの1つの施策は打ち出されましたが、解決の底が見えてこない看護者不足の問題です。1988年現在約74万人の看護者が就業していますが、需要数は81万人といわれ、その不足は病院経営にも一部では危機感を訴えるまでになっています。その不足は今後も続いていだろうと厚生省が打ち出した保健医療・福祉マンパワー確保対策と看護職員需給計画でも指摘しています。年間2-3万人の卒業生が出ているからと

いった安易な需給計画と、臨床の看護者一人一人の現状と思いをくみ取ることのない政策ではザルで水を汲んでいるようなものです。それに18歳以下の人口の急減と産業構造、国民意識の変化から看護職を生涯保障の職業としての役割はずでに失っているなかではますます困難になることは明らかです。特に精神医療の場においては、他の診療科以上に看護職員が確保できないばかりか、高齢者の看護職員によってやっと支えられています。これでは慢性化している看護者不足は解決できそうにもありません。この看護者不足の問題は色々な面から当然精神医療改革の足を大きく引っ張っていくことになりはしないでしょうか。

3つは精神医療の場におけるマンパワーとその配置の問題です。看護者の数を今以上の数で看護にあたることへの発想の転換です。そこには医療保険制度での看護職員の配置の問題が大きく存在しています。いみじくも、処遇困難患者対策に出されたマンパワーの問題は、はじめて看護基準、特3（患者1.5人に看護者1人）以上の数が出てきました。現状ではこの特3以下の特2（患者2.5人に看護者1人）以下でしか看護基準が取れないのです。つまり、精神科だから、慢性疾患だから看護者も、医師も少なくともよい、それよりもICU、外科といった救急といったところに看護者を、医師を優先するのが臨床での医療の姿だったのです。これをみてもわが国の精神障害者に対する姿勢が理解できるのではないのでしょうか。また、病気から生命を守るキュアの発想から、人間としての尊厳を守るケアの方向に医療の流れがいつても、看護に対しては診療看護の発想からいまだ脱することはできないのです。これでは訪問看護、地域精神保健活動といった精神保健活動に十分なマンパワーはつきこめません。医療保険制度は医療そのものの高度化と変化には対応していますが、マンパワーに対しての評価はなされていないのです。

3. 精神保健法との絡みの中で

精神保健法の施行は、入院時の告知というインフォームドコンセント、処遇基準にはじまる人権擁護の明確化といった新機軸を医療の場面で展開させた。当然のことではあるが患者の権利の存在は、これまでの病院の力の集中を排除し、患者・医療者関係をその構造から解き放すことにはなつたがまだ充分とはいえないのではないのでしょうか。病院に、院長に力が集中するとどうなるか。よい結果を生むこともあるが、一方でかつて非難された不祥事件にみられるように院長の、病院の力が正義となり、一般社会の道徳とか、倫理を超越する医療構造になる危険も忘れてはなりません。患者と医療従事者間との信頼関係、そして精神医療が患者のために機能していくことを考えたなら、患者と医師以外の職種に対する選択権の問題も法の運用上の問題以上に考えていく必要があります。精神障害者が患者が「より人間らしく生きること」、クオリティーオブライフの保障のためには精神医療自体が経済的にも、人的にも豊かにしていく必要があります。

4. 精神医療改革のための看護の課題

以上、看護を取り巻く問題を中心にいくつか述べましたが、これらの問題の解決方法については決定打が残念ながらありません。現在のように問題を複雑多岐、深くしてきたのはこれまで制度等はいじることはあっても問題の核心をついたところで、また社会が看護問題に関心を向けなかった、その努力に欠けていたといった反省は多々あります。そこでここで精神障害者や他の職種から支持される看護展開ができるよう、問題解決の示唆とご教授、そしてコミュニケーションがとれればと考えております。

地域精神保健活動を展望して

三代 浩肆

(全国精神保健相談員会)

1 地域精神保健 (community mental health) とは

- (1) 第一次予防 その地域社会に作用する悪影響を減少し、また人々のストレスに対する抵抗力を強化することによって、地域の全住民の中から新しい精神疾患の事例の発生率を低下させる。
- (2) 第二次予防 第一次予防の計画にもかかわらず起こる精神疾患の事例の早期発見・診断、治療を専門的組織や機関が行い、事例の持続期間を短縮することによって、地域社会の精神疾患患者の有病率を減少させる。
- (3) 第三次予防 精神疾患の結果である後遺症的な欠陥状態のある精神障害者を、その地域社会に長期間にわたって生ずる割合を減ずるために、社会復帰させる計画を組織し、その地域社会の職業的・社会的生活に完全に参加できるようにする。

地域精神保健における「地域社会」とは、地理的に限定した一定の人口集団に対して責任を負うものであり、地域責任性を前提とする。その地域責任性のもとに、地域精神医療や地域リハビリテーションを実施する。(G. カプラン)

2 地域精神保健の課題

- (1) 地域住民の精神的健康の保持・増進 (第一次予防)
 - ア 精神的不健康をもたらす生活・社会的環境の除去活動や運動。
 - イ ストレスマネージメント等の習得と普及。
 - ウ 精神的不健康者の早期発見と早期問題解決施設・機関の整備。
 - エ 精神的不健康・精神疾患・精神障害に対する理解と協力の普及。
- (2) 精神疾患者の早期発見・早期治療 (第二次予防)
 - ア 精神科救急医療機関の整備。
 - イ 精神科急性期治療病棟の充実整備。
 - ウ 地域精神医療と慢性期治療の充実。
- (3) 精神障害者の地域リハビリテーション (第三次予防)
 - ア 精神疾患と障害の共存する精神障害者の認識。

精神障害者

	障 害	
精神疾患 disease	<ul style="list-style-type: none"> ・機能障害 (impairments) 思考障害、知覚・注意・衝動・情動や気分・意志などの障害 ・機能低下 (disabilities) 社会生活能力、対人関係能力、作業能力などの障害 ・社会的不利 (handicaps) 職業・所得・住居などの不利益や偏見・差別 	健全

イ 医学的リハビリテーション。

ウ 社会的リハビリテーション。

エ 職業的リハビリテーション。

3 地域責任性の確立

- (1) 医療法に基づく二次医療圏と地域精神医療の確立
精神科救急医療と地域指定病院・病棟の整備。
- (2) 二次医療圏と地域保健医療計画（任意的記載事項）の策定
地域精神保健計画の策定。
- (3) 二次医療圏における市町村、保健所、都道府県の責任分担
地域リハビリテーションを中心として。

福祉の立場から

谷中 輝雄

(全国精神障害者社会復帰施設協議会会長)

精神保健法の柱の一つは社会復帰促進である。社会復帰促進のための中心的役割を果たすものとして、精神障害者社会復帰施設がある。平成3年度で120余の施設が活動を開始した。当初の予想をはるかに下回る。施設はできてはいても利用者が少ない。病院からの利用者が思ったほどでない。どこに問題があるのであろうか。精神病棟も変わらず、地域活動にも大きな変化がない。精神保健法の成立時の熱気はどこにいつてしまったのであろうか。

精神保健・医療・福祉の改革に期待がこめられていたのであるが、今のところ改革には程遠い現状である。

しかし精神障害者社会復帰施設のもつ問題は精神障害者の福祉施策に大きな問題を投げ掛けた。また、種々の困難さはあるものの、地域精神保健計画の中では重要な位置付けとして登場してきた。まさに地域で生活を支えることを中心に考えると、社会復帰施設のありようは今後の施策に対して重要な問題提起をしているのである。

運営費の設置者1/4の負担、運営費後払い方式など、精神保健法にもとづく「医療外施設」は対象者を患者と規定し、病院における支払い方式と同一の形をとっている。医療内福祉の領域を一步も出していないのである。

さらに利用料の徴収など他の社会復帰施設と比較してみると制度的な格差が生じてきている。「障害者」として規定し、「福祉サービス」を対応させるにすれば、他の障害者との格差がありすぎる矛盾が明確になってきた。精神障害者が障害者福祉のなかで差別されている現状が浮きぼりになっているのである。

もう一方、利用施設として利用者との契約を取り交わすあり方や地域の拠点として機能する可能性をもっている点など、今後地域精神保健活動を考えるうえで重要な役割を担っている。地域で暮らす精神障害者を支えていくためには、地域の中核に生活支援センターを配置し、社会復帰施設、地域作業所、共同住居などを計画的に配置していくことが重要なことになってきた。さらには、地域ケアの体制のなかに精神障害者に対する福祉の位置付けを明確にしていくことが大きな課題であろう。

指定討論

山本 深雪

(全国「精神病」者集団)

こんにちわ。病者集団の山本深雪と申します。この場で発言の機会が与えられたことに対して感謝の言葉を述べておきたいと思います。やっぱり、いろんな所で私達の言葉がほとんど信用されない、或は行動に対して非常に不信感を持たれて過ぎて来ざるを得なかった。そういう者の1人として、基本的に医療をめぐるでも、或は社会の中で暮らしていく生き方をめぐるでも、患者自身がどうやって生きたいのか、というところの自己決定、自己の意志、そこいらへんを大切に育んでいく、それを見守っていく、それを育てていくという共の行動があって始めて本当の意味での精神病患者、或は精神障害と言われている人達の、自分が社会で自立して生きていくという道が切り開かれていける可能性が、そこにあるのではないか、そんなふうに思っています。時間がなくて、抄録集に入ってないのですけれども、10分間という範囲内でしたので、入口でビラという形で羅列的ですが配らせて頂きました。時間の範囲内で、途中で多分切れると思います、重要なポイントというふうに思うところからのみということで、あとは羅列事項を読んで頂くということで処理していきたいと思います。

やっぱり一番大きな問題というのは、日本に於ける精神医療が一番象徴的に出た宇都宮病院事件のあの公判の法定の中で、宇都宮病院が行った医療行為が社会的な貢献として認知されて、それによって情状酌量されて認められたという事実、それが先程から言われている社会的入院という言葉で語られている言葉なのかなと思うのですけれども、やっぱり民間の医療刑務所として十分通用してきている実態が恐ろしいことに、終わっていない、宇都宮病院の事件で終わったのではなくて今も続いている、そこいらへんの実態を先ずやっぱりきちっと認識して見ておく必要があると思います。その中で、そういうふうに精神病院が利用されて来たからこそ、やはり精神病院に入ることを世間全体も怖いものとして見て、全体まるめて、きちがい何をするかわからない者という形で、入りにくいすごく敷居の高い医療にしてきてしまった。だから、先程第2次予防という形で早期発見、早期治療というふうなことを述べられましたが、例えば、そういう時にいろんな病状の中での苦しみがある時に、掛かりたい医療、掛かれる医療になっているかどうか、その時に、実はそうじゃないというところで、早期発見というのは本当は自分とか家族とか、一番は自分の筈なんです、しんどさというのを感じているのは自分自身なんです、それを訴えられない周囲との溝、訴えてはならないと思わざるを得ない溝、それがあからこそ掛かりたくても掛かれない、行こうとおもっても行けない医療になっている。そこいらへんの問題、壁をクリアーすること無しに早期発見という、やっぱり早期発見の主人公は自分自身だと思うんです。そここのところを、やっぱりできるように、自分自身が掛かりたい時に、しんどくなった時に掛かれるように、どうなっているか、そこを先ずやっぱり、医療というのは自分が求めるものになっていけるように、本当はして行って欲しいんですね。ところが現実はどうじゃなくて、全く逆の医療になっているから、自分の意志を大切にしたい、人間としての尊厳を犯されたくないと思った仲間が屍身自殺という形で、治療の手に掛かることを拒んでしまいました。彼は自分の病状の悪化もちゃんと認めておられたし、そして薬が必要だということも認めておられたけれども、そういう形で治療を拒まざるを得ない、そういうところが出来ている事態というのも、もっと

深刻に、そこまで来たことの責任ということ、やっぱり20年間語られながら殆ど前に進んで来なかったことの重さというのを何処で責任取っていくのか、そこを本当に考えていかないと、このまま精神病院に閉じ込めておけばいい場所として利用されていく、そういう中で精神医療全体が差別を受けて、その中で最も精神医療を求めている者が受けられない状態になっていく。そういう事を本当の意味で変えて行こうとするならば、やっぱりずっと真剣にその事はいろんな業界の中においても、精神科医の中においても唱え返されてきた筈ですし、文章でもいろんなところで見ておりますので、それを本当の意味で実行力のあるものにして行く体制、そこにきちっと前に突き進んでほしいと思います。具体的には、これは私なりの提案ですが、77年の世界精神医学会ハワイ会議において精神医学の倫理に関する宣言、という形で精神医学を患者自身の利益の為に、という一番基本命題を患者との共同作業で、精神科医の手によって治療を行える場にしていく。そういうふうな基本的なところを宣言として出しております。それを厳に守られる実態になって、掛かりたい時に掛かれる医療になっていく、そういうふうになれていない現実を変えて行くには、その現場を監視していくスタッフを病院の中に置いて、患者がそのスタッフとの信頼関係も含めて主治医との関係を作り上げていける、そういうふうな具体的なものまで着手というか、そのところをやって行かないと、今の精神医療の現状が変えられていく、そういうふうな希望的な観測というのは程遠いものとして私達には見えます。そして手元に「精神病者の権利について」というパンフで「ゆうの会」の山口さんが配られておりますけれども、このパンフに於いても患者の権利章典、アメリカで73年に作られてきたさまざまな宣言や権利章典の大切なところがパンフとして配られました。たぶん皆さんもご存じの筈ですし、そういうことが流れとして問題になってきているということは十分承知の筈だと思います。そのことを前に向けて行動して行く、本当に変えて行く、そのことに皆の力で進んでいく、やっぱり視点をここに据える、そのことを訴えたいと思います。

私達が精神医療の現場を変えていこうとする時に、そして現に私達自身が地域の中で暮らしているわけですが、その暮らしをしていく時に、先程の基調提起の中で、啓蒙の時代は終わったというふうに語られた意味がちょっとよく解らなかつたのですけれども、私達が暮らしていく中で傷付けられている実態、生きにくい実態というのが沢山あります。アパートの問題、保証人の問題、多々あります。マスコミの報道の問題もそうです。そういう事に対して私達は全国でいろんな人権センターの会員にもなって、いろんなマスコミとの共同各集会なりで連続での交流会とかいろんな取り組みをして来ました。そういうふうにして逆に私達自身が精神障害を歪めて伝えられている像を変えていく力になっていきたい。そうしていく中で、たぶん細々としかできないということは十分承知してはおりますけれども、その中で逆に生きていけるような、何をするかかわらんというふうに張り付けられたラベリングを剥がしていく活動をゆっくりとやって行きたい。それがすごく大切な時期に、今だからこそ来ていると思っています。それはいろんな福祉施設ということが語られる時期に、だからこそ大切なものであろうというふうに思います。

もう1つ私達にとって大切な衣食住という問題があるわけです。「住」について、さっき谷中さんが1資源としての社会復帰施設というふうにおっしゃいましたが、1資源としての公的な住宅の中での福祉枠の策定というものを、追求して行きたいと思います。なかなか福祉の中で障害として認定されなくて、今のところ単身者の公的な住宅に入れない現状があったりで、すごく難しいんですけども、私達からすれば障害の状態に関する証明書というふうな知事が発行した証明書を使用したい者が住宅の福祉枠の申請等、或は公共施設の無料パス等を利用できる時にしていく、そういうふうに来る筈ですし、している方もいらっしゃいますし、全国でも少しでも前に進めていくということで、こうい

う行き方の幅もひとつとして提起していきたいと思います。最後に時間が無いようですので、して欲しくないこととして1点だけ。重症の措置患者をまとめて面倒をみようというふうな非常に不可能な発想が提起されておりますけれども、入れ物が出来てしまったら、そこに入れられる人が増えていくことは今までも証明されてきてますし、その方向に突っ走る前に何をなすべきか、治療関係としてどういう中身をするべきなのか、したいのか、できるのか、そこにスポットを当てて頂きたい。そこから問題を考えて頂きたいと思います。以上です。

指定討論

外口 玉子

(衆議院議員 かがやき会理事長)

私は立場と致しましては、これまで30年余りの間、精神病院そして保健所、さらには地域ケア福祉センターなどに身を置きながら、心の病を持つ人達とどうしたら一緒に歩むことができるのかということを手さぐりし続けてきた、そんな立場から昨年の選挙で立法府の立場に押し出されまして、改めて自分達が現場で取り組んできた事と、それから社会全体が心病む人達が安心して自分らしく生きれるような仕組みを作る為の、法的な整備というか、いわゆる1人の市民として生活するというごく当たり前な事を保障する、そういう法的な仕組みを如何に作り上げるかという事との間に多くの大きなギャップがある事を痛感致しました。私はサービスの提供者として働いてきた中で、改めて社会全体の中での仕組み作りという事に、私達ここにお出での関連する様々な立場の方々すべて、もう一度その方向への取り組みをあまりにもして来なかった事、それを厳しく反省せざるを得ない事を改めて昨年立法府に行き気付かされているところです。そんな立場から指定討論者としての問題提起をいくつかさせて頂きたいと思います。何故これ程までに精神の障害を持つ方達の市民権の確立が我が国で立ち遅れたのかという理由のその第1は、私はやはり今までの、従来の精神科医療が、医療が出来ることと出来ないこと、医療がやれること、やってはならないことの区別をはっきりさせていくという、そういう事をして来なかった、つまり医療の枠を越えて病む人の生活全てにわたっての裁量権を善意であるかないかにかかわらず医療が取り込んで来てしまっているという、その問題を何とかしなければ様々な側面からのあらゆる取り組みということが進んで行かないのではないかという事を実感として感じさせられております。心病む人達はその病む故に持つことになるような生活する上での不器用さとか、人づきあいのまずさとか、或は自分に向けられる異質なまなざし、自分とは違った価値に対する気弱さとか、現在の社会に於ける経済至上主義のそういう中での生産性の低さとか、そういった障害を持つ人達の現在社会での生きにくさみたいなものをも全部ひっくるめて、病気の問題として固定して見做して来て、それに対して様々なアプローチ、社会的な不利益を克服するようなアプローチをしないことに、ある正当性が与えられて来てしまったのではないというふうに思います。従って、まずは社会的な不利益を克服する為のサービスを充実させるための立法、施策それをどのように進めていったらいいか、そして又これまで行政が特殊として、唯一法律としては精神保健法がありますが、それはあくまでも、やはり精神障害を持つ人達が社会的な生活が出来やすいような市民権を守るような法律ではなくて、やっぱり除者にされるような方向での法律に過ぎない、それからサービスを提供する側の意識もそうであるし、又それを取り巻く全体の社会のまなざしもそうであるというように二重三重に病む人自身の負担を重くするような全体の構造がある、そこをどう突っ払えるのかという事が大きな私達にとっての課題ではないかというふうに思います。

その為に、では一体何処からどの様に始めていけばいいのかという事を考える場合、1つは先程山本さんから話がありましたように、いわゆる他の領域では消費者保護とかユーザーの保護という事は極めて重視されるわけです。しかし、医療に於ける消費者運動の展開というのは、今まで進められて来ておりません。そういう意味では、まずは消費者保護とか、消費者の権利とか、それ

をどういうふうに日常的な中で保障していくかという事が上げられると思いますが、その1つがやはり、先程山本さんがおっしゃってましたように、自分達こそ主人公であると、当事者こそ自分の違和感や、何か自分の自分らしさが発揮できない苦痛、それは最初に察知する筈であると、ただそれを伝えたり、伝えに行くのを行動を共にしてくれたり、或は伝えたことによって自分が不利を受けない保障をされたりという、知る権利或は伝える権利、伝え合え解り合う、そういう権利を保障されるようなシステムが必要です。そういう点ではインフォームドコンセント或はインフォームドチョイスというユーザー自らが自分の違和感、自分の苦痛に対処していこうとする力を発揮しやすいような、そういうサポートシステムをどう作るかということが大きな課題ではないかと思えます。

具体的にいくつかの間私は立法府に行きまして、一体私達精神医療関係者は法律に対して、或は法的な仕組みに対してどれだけ努力してきたのだろうかとか社会防衛的な従来の精神衛生法というものがあつたけれども、本当に市民権を守る為の、今言ったような消費者の権利を保障するような法律作りということを、どれ位努力して来たのだろうかとか暗澹たる思いをすると同時に、たまたま押し出された以上は何かそこに取り組みたいと今思っているところです。大きな枠組としては、精神障害者が他の障害者と比べて非常に分断されているというか、障害者が縦割りになっています。昨年私福祉関連の八法案の改正の担当をした折りに代表質問をして色々勉強したんですが、その時にやっぱり全部福祉法が精神薄弱者福祉法、老人福祉法というように全部縦割りになっている、これももっとトータルなものにしていかなければいけないと思って、それが2つの側面から立法的にはあるんじゃないかというふうに思えます。1つは所謂いろんな意味でハンディキャップを持つ人の生活の権利を保障するという、ハンディキャップと権利保障法というか、障害者権利保障法といってもいいですが、保障法が1つ制定されていく運動というのは必要であろう、このことによって今まで何十年も私共精神医療関係者よりも先にいろんな生活支援の工夫をしてきた、生活を支える為のあらゆる方法に取り組んできた他の関連の分野の人達とも智恵を分かち合えるだろうということで、その権利保障法が1つは皆で取り組んでいかなければいけないものであろうし、その権利保障の為の具体的な社会的なサービスを促進する為のトータルな、所謂生活支援法、今は生活保護法とか色々あって、これも私共今福祉ホームが中間施設と位置付けられて以来、生活保護の切り下げがあつて、当事者の方も含めて、今厚生省交渉をし続けておりますけれども、そういう縦割りのものではなくて、もう少しトータルな生活支援法という、その2つの立法というのはどうしても獲得していかなければいけない、そういう展望を持たなければいけないというふうに立法府の立場では思えます。

では、そういうような法的な整備を進めていく上で、先ず何から始めたらよいかということが次の問題としてでできます。老人の問題、老人ケアにおいて在宅福祉という考え方、あるいは地域ケアへの転換ということを強力に打ち出していく時にどういう事を国はしたかということ、少し老人ケアの取り組みから老人は誰でもがなるということで、日本の福祉は勿論貧困ですけれども、まだ少し取り組んでいるところがあるので、ここからノウハウを我々は絶対取っていく必要がある、老人にやっ何故精神障害或は障害者にやらないのか、という論の組み立てで迫っていくしかないような気がしております。老人ケアは先ずは地域ケアへの転換をさせるためにどういう事をしたかといったら、やっぱり権限委譲、今まで権限を市区町村に徹底的に委譲して行って、身近な、暮らしの場に最も身近なところ、そういう一番基本的な行政単位である市区町村にできるだけ老人福祉計画の策定権を持たせる、ということをしていったんですね。それは厚生省内でもかなりの反対とかいろんな議論が交わされたらしいんですが、そんな社会主義的になっていう言い方をして反論した方もおいでだったと聞いてますが、先ず市区町村レベルに権限を委譲し、あらゆる地域の中で、どういような方策が必要

か、そこに利用者参加、利用者からの代表者も福祉策定委員会の中に入れるように、それから市民のいろんな立場の人達をも入れるようにということで、市区町村レベルでの取り組みということを義務付けてます。これは1993年3月末までに全市町村3,300余カ所ある市区町村で福祉計画を策定しなければならないという義務付けがされました。この中に、やはり精神障害者の福祉計画というか、市民権を獲得する為の方策をどういうふうに入れ込んでいくかということの細かいルートはあると思います。老人という枠は限られていても、その中でやがては老いていく障害者は沢山いるわけですから、そこから入って行ってより広げていくという方法はあろうかと思しますので、この2年後に控えた精神保健法の見直しに当たっては、社会復帰施設にしても市区町村に義務付けする、というそのところは、することが出来るではなくて、しなければならないという義務付けをしていく、というそういうところから社会全体の広がりの中で市民権、障害者の市民権が獲得されていく運動というのは行われていくであろうというふうに思います。それから、谷中さんがやはり触れておりました生活支援センターですが、これは例えば老人の地域ケア転換への一つの施策としてどういうふうに出して来たかといいますと、老人福祉法では在宅介護支援センターという、要するに先程言いましたサポートシステム作りの場と人というところにしますと、これは相談機能に、相談するという機能に対しての市民権を与えた訳なんです。在宅介護支援センターというものをいろんな施設で作れる、そこにたった2人の、24時間体制2人の医師以外の職員による支援センターを作る、或は今度の老人保健法の改正では、訪問看護ステーションというのを作り、そこでやはり今まで病院から派遣してケアを、派遣という形でしか、それに医療の延長線上での、診療の方からの立ち上がりの訪問看護というものは行われていましたけれども、そうではなくて地域の側で生活の困難性から派生したサービスの提供ということで、訪問看護ステーションというのが創設されています。或は生活支援センターということも、今打ち出されて来ています。そういうように生活する側から問題が派生して、その問題を解決する為に、その医師以外の所謂医療の枠外の人と利用者との契約関係でサービスが提供される仕組みが作られていくということは、日本のこれまでの医療の領域の中では初めての仕組みです。これは大変小さな芽ですけども、この芽をどう育てていくかということは、すごい大事なことです。市町村への権限を委譲することによって、地域責任性を明確にすると同時にそういう小さな目に見える単位の中でさまざまな立場の人が参加して計画作りをしていくというような方向が打ち出されています。与えられました時間が終わりましたので、やめさせていただきますが、もう一度精神の問題が特殊として括られていくのではなくて、或は他の様々な障害を持つ人達が受けているサービスを受けられないような今の状況を打破して、どうしたら横のネットワークを作りながら、そこに私達、ここにおられる関係者すべてが参加していきながら仕組み作りをしていくかということが今大きな課題だということを最後に強調させて頂いて終わりたいと思います。

シンポジウム I

質疑・討論

司会：各シンポジストの方々が社会的入院について何らかの形で触れられておりました。そして、ユーザーであります山本さんの方からは、医療とユーザーとの溝の深さを指摘され、胸打たれるものもございました。その中でいったい何が変わらなければいけないのか、その基本的なものはやはり医療の改革の中にあるんだろうというふうに思いますが、先ず、広田さんも入院医療の在り方について検討すべきだということを強調されておりましたので、広田さんから口火を切って頂く中でとりあえずシンポジストの方々、言いたい事ございましたら、御発言を頂きたいというふうに思います。

広田：私の話は皆様方とそんなに大きく食い違っていないと思います。やはり現場で日常生活をしている限りはそう大きい隔たりがあった意見が出てくるとは思わない。僕はただ基本的に考えなければならぬ事は、つまりこれまで日本の精神医療ポリシーと言いましょるか、こういうものはやっぱり予算案を見られれば解るのでして、僕の資料の中にあるグラフの一番下の線で説明しなかったのですけれども、要するに精神衛生予算というのは40年に比較していくと暫くは増えていたのが、ずっと減ってきて今462億程度になってるんです。物価指数は40年に比べれば4倍位になっている。或は国民総医療費は実は18倍以上のものになっている。或は所謂JNPですね、これはやっぱり12倍位に40年に比べてなっている。ところが不思議なことに精神医療保健対策費だけはこんなに減っている。理由は皆さんご存じの事なんです。つまり精神医療行政というものが実はやっぱり市民的秩序の確立と言いましょるか、或は社会防衛と言いましょるか、そういうものを基軸にして行なわれて来ているから、こういう予算になっている。ですから、これからは我々のポリシーは社会参加というポリシーで運動を広げていかない限り行き詰まってしまうに違いないという事なんです。社会参加という場合に、具体的に皆さんおっしゃったように、一つはセクトリゼーション、つまりある地域というものを責任を持って分担して行く事を考えなければいけない。そしてその中でケアシステムをどういうふうに確立するかという事も考えなければいけない。そしてまた社会参加という事の意味の重要性は、今まであった差別という思想を社会参加というポリシーを通して、これを取り除いて行く、これが僕は基本的に一番大事な事だろうと、これからの方向として思っています。

司会：有難うございました。それでは司会替わりまして藤野が担当します。桜庭さん今までの発言の中でお気づきの事についてお願いします。

桜庭：ちょっと思いがずれているところを言っておきたいと思うんですけども、先程山本さんおっしゃいましたけれども、その内容に対し、我々も決して患者さんの苦しみとか悩みというような部分を知ろうとする努力と言いますか、そういう事を多くの医療従事者が持てるように努力していこうという部分で、それは一番気にしているところですし、一番心掛けなければならないところだと思って

います。ですから、このレジュメにも書きましたけれども、現在の看護教育の中で、こういう障害者の看護というような部分が欠けているというような部分は、私は非常にそういう意味では危惧しているのです。救急救命というような形でインテンシブケアというような形の方が中心になってきまして、こういう障害を持つ者、病気を持つ者の悩み、苦しみというような部分を知る事の教育の必要性を常に痛切に感じていますし、そういう意味では山本さんのご指摘という部分は常に医療に従事する者が心に胸に留めておかなければならない課題ではないかと思っております。以上です。

司会：有難うございました。それでは前の方。

山口：「ゆうの会」の山口と言います。広田伊蘇夫先生並びに桜庭先生にちょっとお伺いしたいのですけど、僕はDPI日本会議の常任委員でもございます。DPIにこういう国内フォーラムの案内が来なかったことを先ず不満に申し上げます。障害者インターナショナルは身体障害者の世界会議ではなくて、精神障害者も含めた障害者の世界の人権機構として国連のNGOとしてまた動いております。現在、国連に提出されている「精神障害者保健の諸原則」についての最終案は、総会で通れば今後の事ですけれど、日本の国に対しても拘束力を持つようになるわけですね。

広田：いや、法的な拘束力はありません。その思想は尊重せざるを得ないということです。国際人権規約A項B項というのは、国会において承認しているわけです。但し、それに従わなければならないということではないわけです。但し、A項に関しては必ず4年に1回国連の人権委員会に対してA項に関する違反は有るならば有る、無いならば無いということを必ず報告しなければいけない。その報告にあたって我々がなし得るのは、政府報告に対してカウンターレポートを提出する事は可能です。それは、今回は来年の春にこれが行われる予定です。但し、今言いました諸原則ですね、これが基盤としてはA項B項というものを背景にしているというふうに読み取れるわけですけども、これは絶対的に各国が守らなければならないという拘束力としては書いてない筈です、僕も読みましたけれど。それからDPIについて（済みません、僕が運営委員じゃないものですから）、前にいらっした時にお会いもしましたけれど、前の改正の時に委員長をやっておられ、運営委員会の一員ではないものですから申し訳ありませんけれど。

山口：今広田先生が言われたような拘束力が無いとして、僕がちょっと持っている資料の中で障害者・精神障害者の定義・病名の定義に当たって世界常識と国内的に使われる常識がギャップがあり過ぎると、例えば精神障害者はその人権を認めると他の人権を阻害する恐れがあると、これ国連の人権小委員会でも言われたことです。日本の高官がね、こんな事で世界からも冷笑をかつているのに日本ではこれが常識として通っている。日本では国際疾病分類の中でも、精神障害から分けたところを、また精神障害として人権を奪っている部分もあるわけです。こんなことを人権小委員会に僕らが訴え出てもいいものですかね。また、国内フォーラムで国内的なこの事柄は、その言われる事柄は国内的な懐柔策として一つ開かれているのか、また国際常識に僕らDPIのメンバーとして精神障害者自身の声を出して、ジュネーブに一遍また厚生省の人を呼ばなアカんのか、そういうところへんがあるんやけどね。そこらへん外圧的なものも、やっぱり今の現状では必要とされるんでしょうか。これは前パネルの人で何か意見がございましたら……。

司会：今のご発言については次のシンポジウムの方が適切なご質問のようですので、もし出来れば次の時にお願ひできればと思います。

大野：全国精神病患者集団の事務局の大野と申します。私達は現在ある精神医療、そして古い体質の精神医療を多くの角度から批判してまいりました団体です。しかし一方に於いては、私達は糾弾闘争だけをやっている団体ではなく、素朴に1病患者として権利要求もやってまいりました。そしてその素朴な権利要求の中で、いつも問われること、そして要求の具体策を考えてまいりましたが、端的に言って精神障害者、或は精神薄弱者、内部疾患の障害者、それから一般の精神障害者の間にはあまりにも格差がございます。これは精神障害者差別です。具体的に申します。例えば国鉄の運賃、今JRと申しますけれども、100km以上乗りますと身体障害者の場合、内部疾患者の場合、そしてこの度この12月1日からは精神薄弱者と言われる方も100km以上は半額になります。しかし、私達精神障害者はそこから外されております。そうした権利を全体的に追求して頂きたいと思ひます。そして、全国の政令指定都市からまず声を挙げて頂きまして、交通機関無料乗車ということを具体的に進めて頂きたいと思ひます。ここに名古屋県知事の承認致しました精神障害者証明書というものがあります。これは、まずケースワーカー、そして医者が薦めないものと聞いておりますが、この証明書では現段階は、家族の税金対策、或はマル優といわれる分離課税の問題、或は自動車を買った時の自動車税にしか活用できません。私共は名古屋では名鉄、JRそれから市バス、地下鉄を追求しましたが、この証明書で乗せてくれたのは何とバスだけです。勿論規約違反です。これを手帳に変えて頂くと非常に有り難いんですが、手帳に変えた場合は、民生局から予算が出て交通局がこれに対してただで乗せてくれるわけです。まだ細かい事がいくらでもご報告できますけれども、具体的な提起として全員挙党一致でやって頂きたいと思ひます。私に早くただで乗せて下さい。以上です。

司会：はい、有難うございました。障害者の社会保障についてももう少し充実を、というような主旨のことでした。そちらのほうでご家族の方で発言、できれば今日の第Iのシンポジウムに沿った内容であることを望みたいところです。どうぞ

溪：済みません。私今属しているのは精神病院問題を考える新運動の会と精神医療を良くする会、藤沢医師のやっている会です。聞きたい人は広田先生とか外口先生です。山本さんのお話はとても私も感じて、矛盾を感じることは精神保健法によって全国に40できたという訓練施設のことです。神奈川県にも精神保健法による訓練施設というのが出来まして、発足したのが1990年の春でした。冷暖房完備とかいって、私の子供もいそいそと行ったわけです。1年位行ってたんですけども、手がのろいとか何とかで相当色々いびられちゃって、そこは普通の作業所、民間の作業所それから保健所に付属した作業所よりずっと偉いという立場でやってらっしゃいまして、すごく資本主義の工場みたいなもので、のろいと排除される、それから例えば三枚橋の委員長さんの講演がある、行かないと欠席、今日の日はやらないから行けとか、そういうようなこと色々ありましてね、男の職員で午後はいつもいなかったり、子供達が作ったエプロンを無断で売ったり、女子の方も、今までいらっしゃった所は老人施設だったそうです。その男性のYさんという方もいらっしゃった所は精神医療関係じゃない所からいらしたんです。それは本当に1隅のことかも知れませんが、うちの子は行かなくなりましたら、事もあろうに、保健所の方へ通報されちゃってうちへ電話がかかり、すごく厳しい程度の高い要求をしてるんですね。うちの子だけじゃなくって、別な患者さんもその所でいびられてって

うか、止めて行く人がどんどん多いらしくて、精神保健法による訓練施設という所は作業所よりもっと偉くって、高くって、それでもって精神医療と称して美辞麗句を並べてるけど、本当は患者いびりをやってるんじゃないかと思います。

地域医療ということについても、患者はやっぱり好きな医者の中に行きたいから、うちの子は新宿までまいります。三浦半島から。それで、いいんじゃないんですかね。地域の枠組でこういう恐ろしいめに遭っているということは、精神医学界の皆さんが知らないんじゃないかと、そういう事が精神保健法発足されてからあったということ、うちの子だけじゃなくて、よそまで逃げて行った人がいるということです。

司会：はい、有難うございました。家族の立場から障害者施設について質問が出て、外口さんの方からまとめて、できれば手短かに何かご意見があれば……。

外口：地域の中での、今問題提起して下さった方達、沢山の思いがあると思いますが、一つは地域型というか、地域で独立した生活支援センターなり、或はケアセンターなりという地域の中のケアの拠点になるような場所作りというものを徹底的に推進するような人的・財政的保障は国としてはしていないというのが今の現状です。これをどういうふうに今後財政それから人員というものを保障させていくかというのが私達の大きな課題だと思います。

精神保健法が成立してから、医療法人の中に福祉ホームなりいろんな施設が出来ておりますけれども、それはやはり医療法人からの持ち出しで作っていく方向を助成しているに過ぎないんですね。ですから、今おっしゃった方々或は私なども、出来るだけ地域で、地域型の様々な人が、様々に入出入り出来るような、そういう開かれた地域の受け皿の拠点をどういうふうで作っていくか、その作って行く時にできるだけ身近な行政である市区町村レベルで作れるような、そういう仕組みというか、条件作りをしていく為の運動を進めて行きたいというふうに思っています。

司会：どうも有難うございました。限られた時間の中で、こちらとしても非常に幅広い領域のことを検討しようとしていますので、まとめにくいんですけども、先程のシンポジストの中でもいくつかの共通の部分があります。一つは医療の中で出来ること、出来ないことをどういうふうにまとめるか、この医療の中で出来ることというのは、やはり疾病性に対する対応、それから障害の部分については福祉的な施策で、また医療とは別な領域で担当すべきではないかというようことです。このへんが次のシンポジウムの中で当然引き継がれて検討するような事だと思いますので、それに繋がればと思います。それから地域責任性の問題についてもやはり触れています。これとか或は生活支援センターとか外口さんのところでは生活支援法というふうな表現で言われていますが、この中身についてどうであるかということも、まだ言葉が足りない部分がありますので、このへんもやはり検討される内容になっています。

司会：今、藤野の方から報告がありましたように、大方そんなことでまとめられるかと思いますが、その中で、というよりも広田さんが医療を充実していくという意味では、35万中10万の社会的入院を解消すれば、医師が現在80名に1名が、50名に1名になるという指摘をされました。そして、そのことと関わるように障害の問題について三代さんお話され、また谷中さんは端的にその10万のベッドを無くしたらどうかというふうにも指摘されました。しかし、この事を進めていく為には先程ユーザー

の方々からのご発言もありましたように、様々な問題が解決されない理由がどうもあるようです。その理由がどうも障害規定というものに関わってくるのではないかと、ですから、先程ご家族のお母さんがおっしゃられた例えば授産施設がこんな状況だとかいうようなことも、実は障害の状況というものがきちりとしてないものですから、或は疾病とか障害とかというものの分類がはっきりしてないものですから、例えば授産施設が職業リハビリテーションになるのか、或は単なる憩いの場なのかといったことについてまでも、様々な問題が表出するような事が起きてしまうという結果が出てるのではないかとこのように思われます。そういう意味では精神保健法が改正されたという一つの提起で患者さん達の人権を守る社会復帰の参加を促進するという事については合意が得られた筈でございます。現況で吹き出ている、本日語られましたような問題について更に深めていく為には、障害の規定も含めて医療が担える役割、そして地域社会での福祉資源が担える役割、更にはそれぞれの施設にどのような人的マンパワーを張りつけていくのかということについて、更にシンポジウムⅡ以降についての討議に期待するという事で、本日シンポジウムⅠはこれにて閉じさせて頂きたいというふうに思います。

シンポジウム II

精神保健法の評価と見直し

—人権擁護と社会復帰—

精神衛生法改正—精神保健法の大きな2つの柱は精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進であった。法の施行後これらの目的がどこまで実現したかを批判的に点検し、抜本的な見直しを提案する。大きな矛盾をもちながら改正されなかった保護義務者制度についても改正のありかたを検討する。

司会

平泉 順子（日本医療社会事業協会）

田原 明夫（京大病院）

A) 入院者の人権擁護のために

入院処遇と行動制限

村上 優

(国立肥前療養所、病院地域精神医学会)

1. はじめに

今回の法改正は、宇都宮病院事件の批判を受けて、自発的な入院や処遇に関する基準を設け、開放化について法的に道を開いた。しかし、自発的な入院である任意入院は退院制限の規程をおくことで、いつでも強制的な入院への転換が可能であるし、また、開放的な処遇を行わなければならないという明確な規程がないために、現状の医療の改革に何等の効力を持たないとも批判されている。このために自由入院（一般入院）を適用することで、本来の自発的な入院のあり方を求める動きがある反面、書面告知の必要がなく審査逃れにこの自由入院が悪用される恐れも生じている。

現場の医療はこの「法」をどの様に受け止めているか、病院・地域精神医学会は精神保健法検討委員会を設置して2度にわたり調査を行った。

2. 入院処遇と行動制限に関して

資料2と3に調査の概要と結果をまとめている。1次調査は1989年4月1日現在の入院患者調査と施設調査で、2次調査はその病院に1990年1月に新たに入院した患者の追跡調査である。調査対象の病院は開放化を推進している病院や地域の機関病院として機能している病院にお願いした。

対象病院の開放率は全体では46.9%で全開放6施設、全閉鎖10施設を含んでいる。入院形態は1次調査の1989年4月1日現在では自由入院7%、任意入院42%、医療保護入院48%、措置入院2%である。72%の施設でマーク方式を採用し、閉鎖病棟での開放処遇や、開放病棟で行動制限を要する患者をケアしており、そのために外出制限を受けている患者は35%である。図1は自発的入院（自由入院と任意入院）率と開放率・外出制限率の相関を見た。一定の相関は認めるものの、なおバラツキが大きく、自発的入院率が高いにもかかわらず閉鎖率の高い施設や外出制限率の高い施設がある。法の改正に開放病棟の整備が追いつかないことを物語るが、医療者の問題意識も「開放化」に向いていないのではなかろうか。図2・3は病棟を、開放の程度に分けて入院形態と外出制限率との関係を図示した。開放マークなしは「完全開放」であるし、閉鎖マークなしは「完全閉鎖」を示している。ここで問題は開放病棟に自発的な入院者が多いが、それでもなお、閉鎖マークなしの全閉鎖にも20%の自発的入院者がいる事実である。

2次調査（資料3とそれに続く図表）は対象になった62施設に1カ月間に入院した965人を3ないし4カ月追跡した。1施設からは上限20人に決めて1施設に患者が偏らないように配慮した。診断（図4）は精神分裂病が最も多く43.7%、ついでアルコール依存が大多数の薬物依存16.4%、躁うつ病圏11.4%、痴呆6.7%等である。

入院形態（図5）は自由入院19.2%、任意入院51.2%で自発的入院率は70.4%にのぼる。医療保護入院は28.1%、措置入院は0.7%である。図8に示すように自由入院は薬物依存に多いが、分裂病者でも13.9%がこの入院形態である。

3カ月以内に退院する患者が66%で、その平均在院期間は43.3日である。

入院動機と入院に対する患者の態度は表1の設問をおこない、自発的な希望による入院と説得され同意しての入院を2段階に分けてみた。図7が示すように29.5%が自発的な希望による入院で、説得で同意しての入院は48%と、約80%の患者に入院の同意が得られている。この傾向は病名の中では痴呆以外、差はみられない（図6）。入院に同意した患者の入院形態は自由入院（93.6%）や任意入院（97.3%）に多くみられるが、拒否や意志表示のないまま自由入院になる場合が5.4%と小数ながらある。任意入院の場合は同意の任意性に配慮をしなければ形式的なものになる恐れがある。

入院形態と入院時の病棟では、自由入院の73.5%、任意入院の47.7%が開放病棟に入院している。言い替えると任意入院の半数以上が閉鎖病棟かそれに類した環境下にいることになる（図9）、また自由入院、任意入院の4%前後が保護室への入院（隔離）である。隔離は1/3が本人の希望による入室であるため、保護室より個室としての使用もあるが、それでも安易な隔離の使用をうかがわせる。入院期間中を通じての隔離をみると、自由入院で5%、任意入院で15%にのぼっており、問題を残す（図11）。隔離期間は平均11.8日で12時間をこえる隔離については14.5日である。

外出制限（病棟の外へでること）については自由入院の35%、任意入院の48%で行われている（図10）。期間は平均3～4週間で短い期間ではない。制限理由は自傷他害や迷惑行為、失見当識、病状不安定をあげているが、最も多いのは「刺激を避けて安静」の項目である。閉鎖病棟が果して「安静」を保障する空間であるか、疑問である。安静を保障するにはそれだけの広さと、ケアの質が問われる。

任意入院の退院制限にかんして、その必要が生じたと判断されたのは、任意入院の1割で、その半数で入院形態の変更を行っている。多くの任意入院では退院制限を要しない。これは自由入院の積極的な定義を示して導入を図る根拠となる。

信書の発受の制限は5件、電話の制限は21件、面会の制限は16件で0.5～2%と少ない。これらの行動制限は法に明記することで大幅に減少してきたのではなからうか。精神保健審査会への退院請求は10件（1%）あり、処遇改善は0件である。

3. 考 察

第1に、自発的な入院が数字の上で70%まで増えてきているが、開放率がまだ50%にも満たない現状の中で、それに見合った処遇は行われていない。開放病棟を持ちにくい条件があることを考えても、この事態は改善させなければならない。そのための財政上の支援が必要である。開放病棟の中での自由と、閉鎖病棟の中の自由は、その持つ意味合いが異なる。いつでも制限を受けかねない自由は、無言の圧力になるだろう。

第2に本人が希望しての入院が3割、病院にきたときには入院を納得している患者が3割、病院で説得されて納得する患者が2割と自発性の高い入院が精神科でも主流であることは、今後の精神医療のあり方を明確に示している。安らぎを得ることの出来る場、援助を受けることが出来る場として、病院が機能する努力を行えば、必然的に自発的な入院は増加するであろう。これまで強制的治療の理由を患者側に求めていたが、これからは医療側の体制の不備に求められるだろう。

第3は任意入院に対する外出制限などの行動制限は、約半数と多くに見られる。任意入院のあり方

について再考をようする。そのために以下の3点が検討されるべきである。

- 1) 安易な任意入院を避け行動制限を要する場合は医療保護入院の適用をする。
- 2) 任意入院者の閉鎖病棟入院に対しては精神医療審査会が関与する。
- 3) 任意入院についてガイドライン制定を法に盛り込む。

ガイドラインについては以下の点を留意すべきである。

- 1) 開放処遇の原則
- 2) 任意性のレベル。明確で自発的な入院の意志表示を原則にする。
- 3) 強制的な処置、治療（保護室や抑制、強制的な注射、ECTなど）の廃止

第4に任意入院の退院制限は、例外的な規程であり、そのことは法の中に明記すべきである。

第5に自由入院についての規程を検討する。ただし、現状では実態を伴った任意入院の確立こそが急務であることが今回の調査でうかがえる。

第6に、医療の質を高めれば強制的な治療形態は確実に減る。医療法の特例を廃し、一般医療並の人員を定数として規定すべきである。人の関わりの代わりに鍵で閉鎖して済ませている現状に終止符を打つべきである。今こそ「安かろう悪かろう」の精神医療を返上すべきである。

最後に、今回閉鎖病棟のあり方には言及しなかった。しかし閉鎖病棟に入院させられた患者に対する配慮こそが重要である。このために、法の出発点として以下の基本原則を法に盛り込むことを求める。1) 必要かつ適切な医療を受ける権利の保障。2) 説明と承諾を介した治療者・患者の相互信頼に基づく治療の原則。3) 基本的人権と行動の自由を保障し、不当な制限をしてはならない。

〈資料1〉

精神保健法の処遇に関する項目

精神保健法		改正の要旨
第22条の2 (任意入院)		精神障害者を入院させる場合は、本人の同意に基づいて入院が行われるよう努めなければならない
第22条の3		任意入院の書面告知、入院同意書(1項)、退院に関すること(2項)、72時間の退院制限(3項)、その場合の書面告知(4項)
第29条 (措置入院)		改正なし
第33条 (医療保護入院)	1項 2項	指定医の診断 扶養義務者の同意による入院
第33条の3		書面告知
第33条の4 (応急入院)		新設
第34条 (仮入院)		改正なし
第36条 (行動制限)	1項 2項 3項	医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動に必要な制限を行うことができる。 信書の発受の制限、行政機関の職員の面会の制限、厚生大臣が公衆衛生審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない 隔離その他(身体拘束)の行動制限は指定医の判断
第37条 (処遇の基準)		入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる(通信・面会、隔離・身体拘束に関して)

〈資料2〉

「精神保健法検討委員会」 1次調査のまとめ

1. 1989年4月1日現在の入院者について調査し、68施設の入院患者20,814人について回答を得た。
2. 開放率は平均46.9%で、40から70%の開放率を示す施設が半数を占める。
3. 72%の施設でマーク方式を採用している。
4. 外出制限を受けている患者は35%である。
5. 入院形態では自由入院は7%、任意入院42%、医療保護入院48%、措置入院2%である。

図1 開放率・外出制限率と自発的入院率

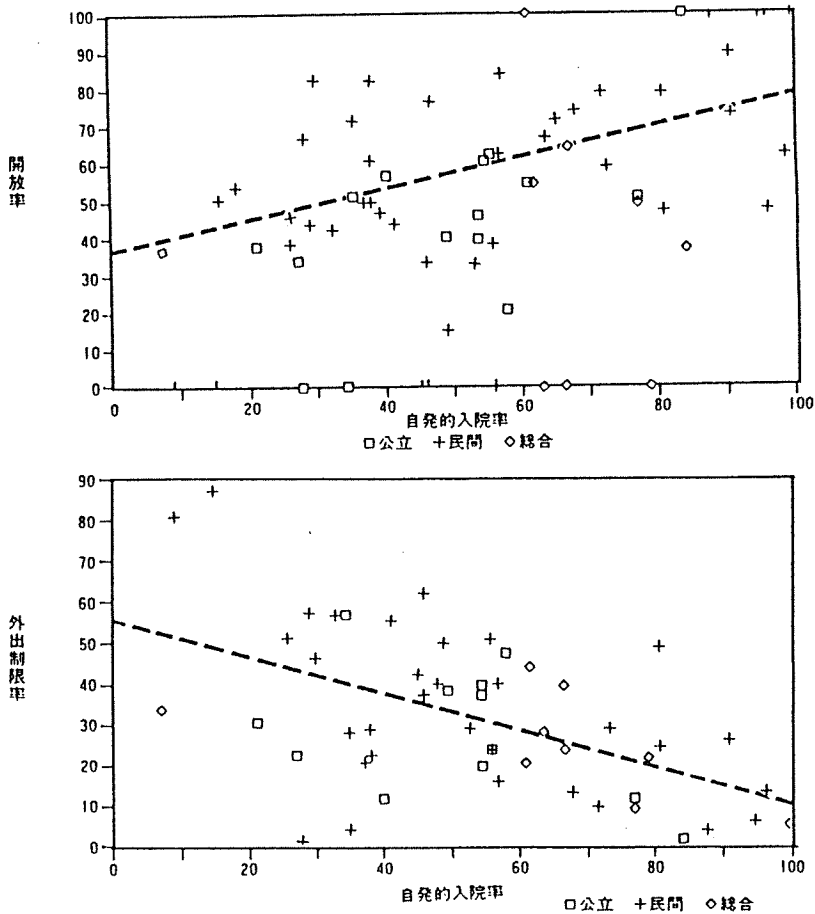


図2 病棟種別と入院形態

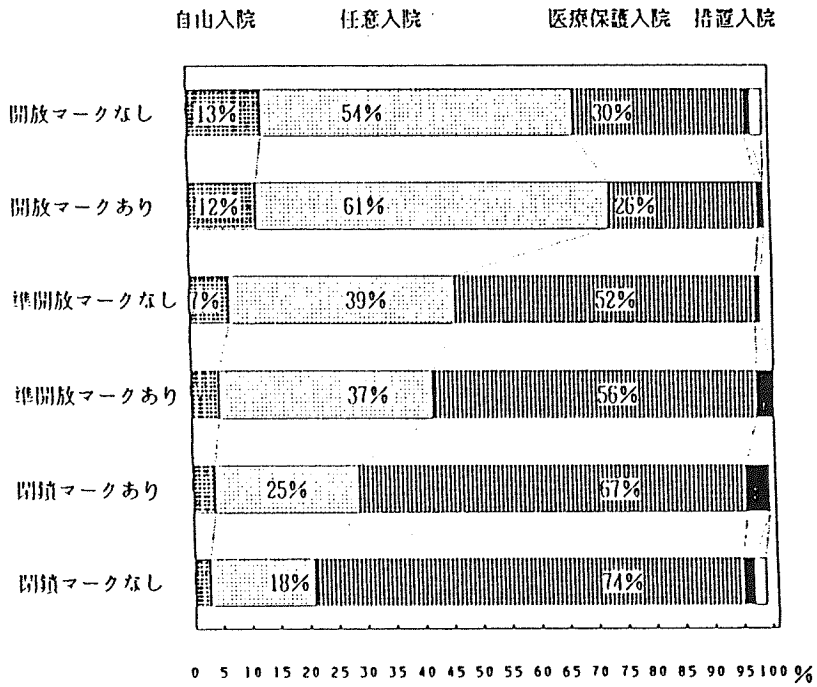
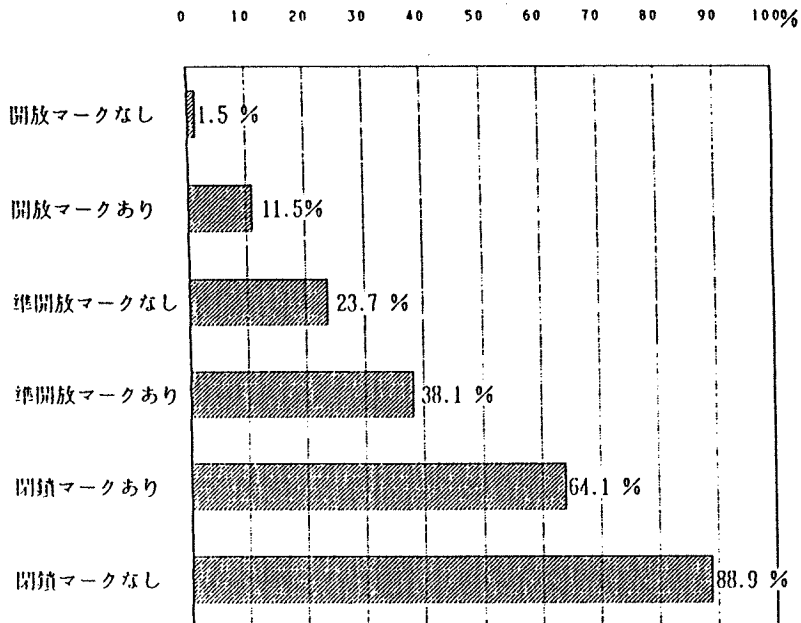


図3 病棟種別と外出制限率



〈資料3〉

「精神保健法検討委員会」 2次調査のまとめ

1. 1990年1月に入院した患者につき退院まで（入院中の者は4月末まで）経過を追って調査した。62施設より協力がえられ、965人の症例が集まった。
2. 症例の年齢は40歳をピークに正規分布を示す。男女比ではアルコール・薬物依存で男子に多いが他は差がない。病名では分裂病が43%、アルコール・薬物依存が15%である。
3. 調査の約3ヶ月以内に66%は退院している。退院した症例の平均在院期間は43.3日である。
4. 入院の時間帯は通常の診察時間帯が86%である。時間外を救急的な入院とみなすと14%である。
5. 自発的に入院する者は62%にのぼる。拒否のまま入院になる症例は11%に過ぎない。
6. 書面告知に入院後1週間以内に82%が行われる。その反面告知が行われないケースが15%にのぼるが、その中には自由入院も含まれている。
7. 入院形態は自由入院19%、任意入院51%で、これを合わせて自発的な入院形態をとる者は70%である。自由入院はアルコール・薬物依存に多いが、分裂病でも14%にこの入院形態が採用されている。
8. 入院形態の変更は5%で施行されている。その多くが自発的な入院より医療保護入院への変更である。しかし自由入院から医療保護入院への変更もあり、自発的な入院からの医療保護入院への変更についてのholding powerについて検討を要する。
9. 任意入院の退院制限を要すると判断された症例は、任意入院者の11%にみられた。その内実際に他の入院形態に変更したのは5%である。
10. 入院時の病棟はマークありの開放を含めて開放病棟に41%、マークありの閉鎖を含めて閉鎖病棟に42%入院している。保護室への入院も9%にみられた。
11. 時間外の入院では保護室、閉鎖病棟への入院が多い。これらの診療活動が救急的側面を持つことを示す。
12. 本人の希望で来院した場合の開放病棟への入院は63%である。説得での入院の場合45%（来院時は納得）～34%（病棟で納得）が開放病棟に入院している。逆に閉鎖病棟に入院した率をみると24%、40%、48%である。自発的入院動機を持って来院したことを考えると閉鎖空間への入院は率として高いと思われる。
13. 自由入院の75%が開放病棟に、17%が閉鎖病棟に入院している。任意入院ではこの率は48%、37%である。やはり閉鎖空間への入院が多すぎるのではなかろうか。
14. 行動制限の隔離（保護室への入室）は12時間以内も含めると21%に施行された。平均隔離日数は12日。4日以内が43%、14日以内が79%で、隔離の一般的な期間は1～2週間である。
15. 隔離は分裂病の精神運動興奮、アルコール・薬物依存で離脱を目的に、その他の精神病（非定型精神病など）のそう状態で多く使用される。後者は入院後しばらく経過して使用されることが多い。
16. 任意入院者の隔離は同入院者の15%にみられる。任意入院者の行動制限には何等かの限定が必要である。
17. 本人の希望による保護室入室は全症例の6%、隔離の1/3に相当する。精神科治療での保護室でない個室の必要性を示唆する。
18. 身体拘束は全症例の4%にみられ、拘束日数は平均4日、最大13日である。多動不穏や身体処置のために施行される。
19. 外出制限は全症例の57%の症例で行われている。外出制限の平均日数は39日、最大126日である。

最頻値は5～9日にあり、19日以内が47%で、半数は入院初期の1～3週間に制限を受けている。

20. 外出制限理由として医療上の理由が40%で最も多く、患者保護が22%、自傷他害19%、管理上の理由が18%であった。制限が長期化する場合は失見当識など保護上の理由や、病状不安定で医療上の理由があげられる。
21. 外出制限は医療保護入院の89%に行われている。自由入院と任意入院を合わせた自発的な人の45%にも行われており頻度は高い。
22. 外出制限は精神医療で最も一般的に行われている行動制限で、法的な規定・基準が必要であろう。
23. 通信面会の制限について、信書の制限はほとんど行われていないが、電話の制限は発信を主にして行われている(21例)。面会も同様の傾向が認められる(16例)。しかし閉鎖病棟が多く残在し、保護室入室も多くみられる現状より、この事例の数は実状を正確に反映しているか疑問である。
24. 退院請求は1%、処遇の改善請求は全くなかった。これらの請求はまだ極少ない。請求が少ない理由に検討を要する。精神医療審査会の機能に対する要望を求めたい。
25. 施設の平均在院日数が300日未満の施設では自由入院が多く自発的な入院率も高い。アルコール依存など施設の特長を有するところが多い。300～500日未満の施設は基幹施設としての役割がうかがえる。時間外の救急や措置入院も受け入れ、閉鎖病棟などを使用する率も高いが自発的な入院への努力も行われている。施設の医療努力が現れている。

図4 入院者の病名

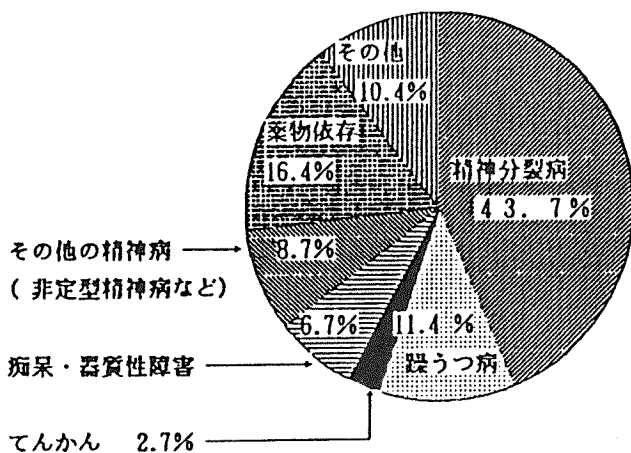
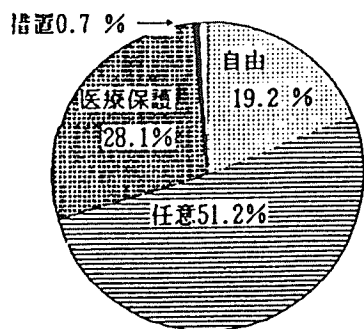


図5 入院形態

1990年 1月の入院者 965名中
(第2次調査、62施設)



1989年 4月の在院者 20538名中
(第1次調査、68施設)

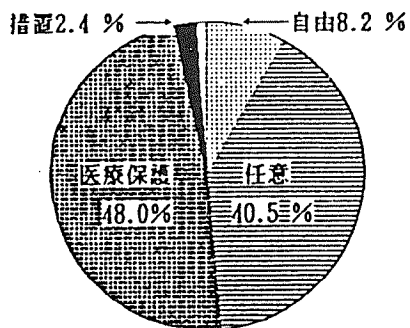


図6 入院動機と病名

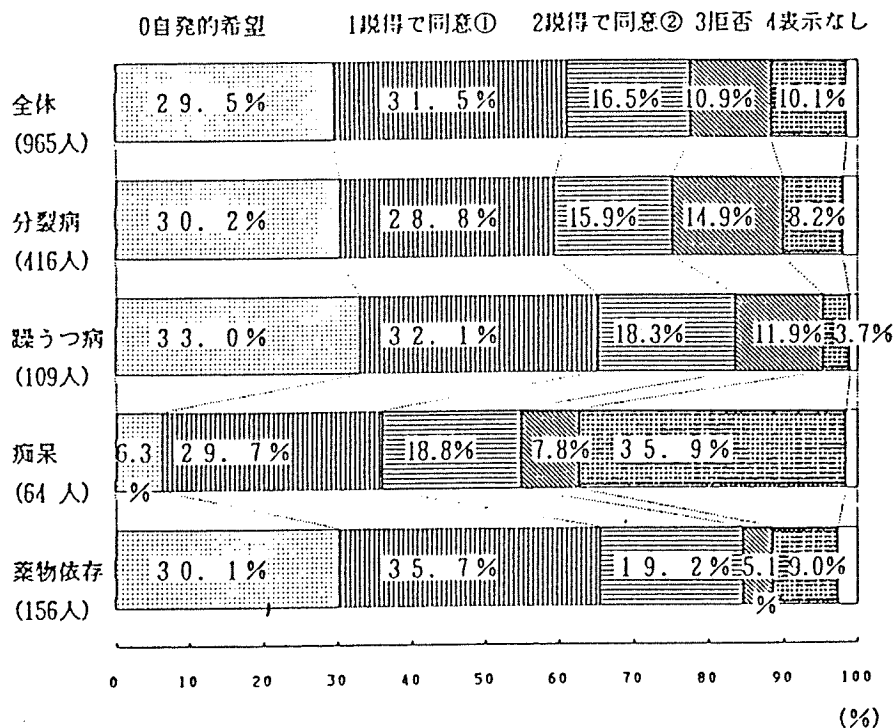


図7 入院動機と入院形態

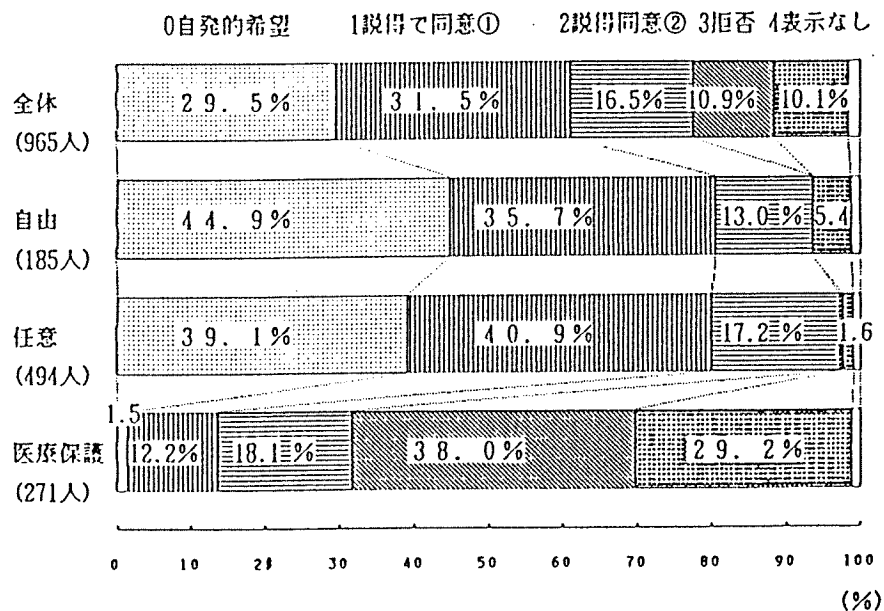


表1 入院の動機と入院に対する患者の態度

0. 患者本人が自発的、積極的に入院を希望した。
1. 家族その他（知人、福祉、保健所、他の医療機関等）の勧め、説得で、来院時あるいは診察開始時に本人が入院を希望あるいは同意していた。
2. 来院時あるいは診察開始時には入院に同意していなかったが、診察した医師あるいは病院職員の勧め、説得で本人が入院を希望あるいは同意した。
3. 患者本人は入院を拒否していた、あるいは同意しなかった。
4. 意識障害、知能障害あるいは高度の精神的混乱状態のため、本人は入院について意志表示出来なかった。
5. 都道府県知事による措置入院（緊急措置入院を含む）
6. その他

表2 任意入院者への退院制限

人数（％）

1. 退院制限を行う必要はなかった。	428 (89.2)
2. 入院継続の必要があったが、患者の意志を尊重し、退院制限を行わず退院させた。	20 (4.2)
3. 退院制限を行い、他の入院形態に変更した。	22 (4.6)
4. 退院制限を行ったが、任意入院のまま入院を継続した。	9 (1.9)
5. 退院制限を行ったが、そのまま退院させた。	1 (0.2)

(合計) 480 (100)

図8 入院形態と病名

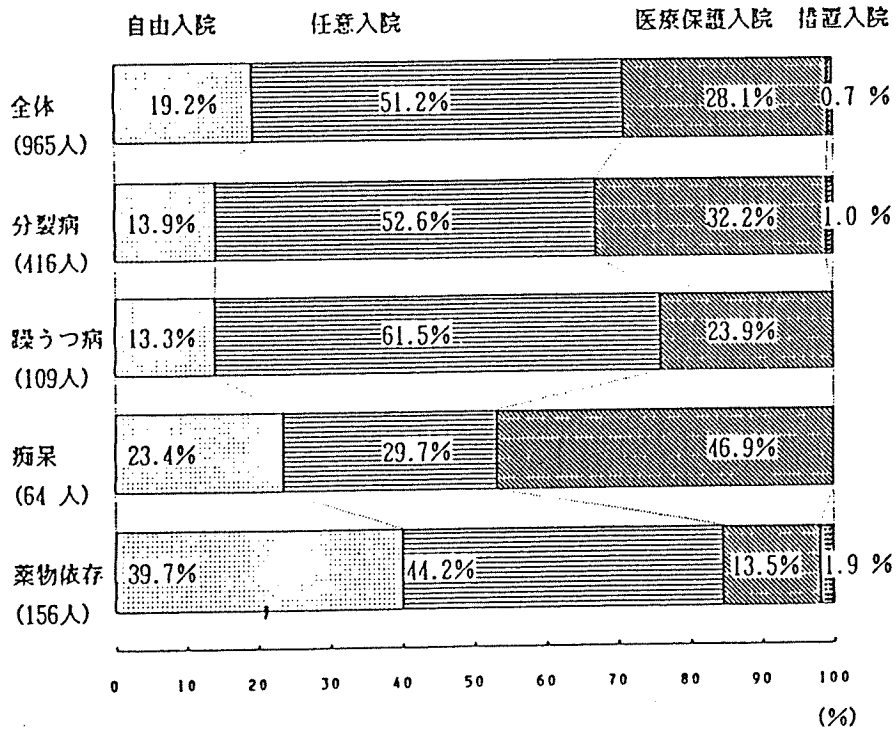


図9 入院形態と入院時の病棟

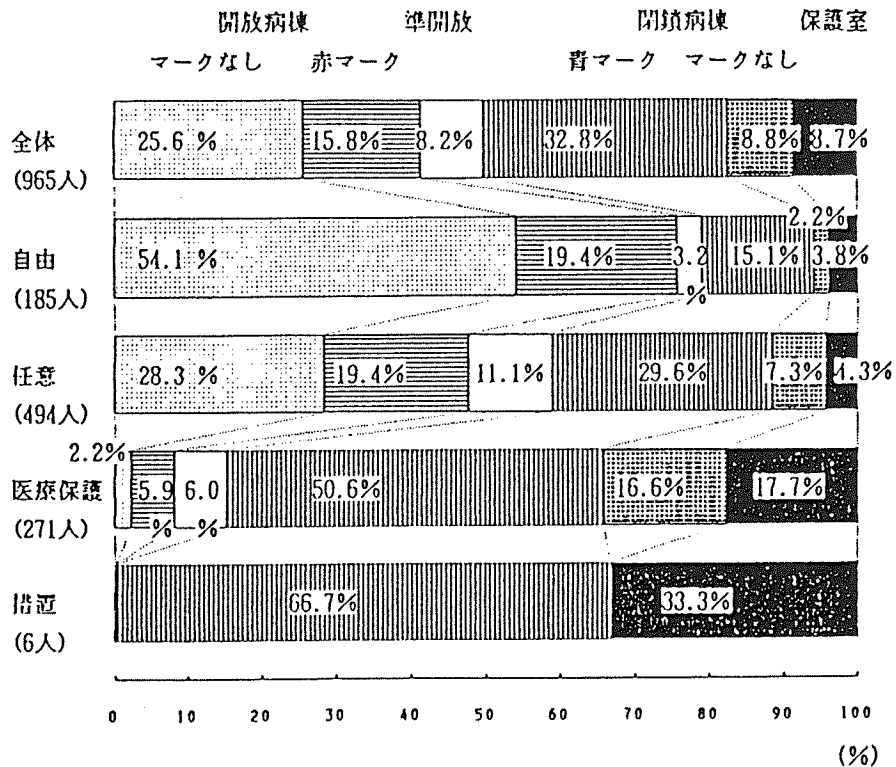


図10 入院形態と外出制限

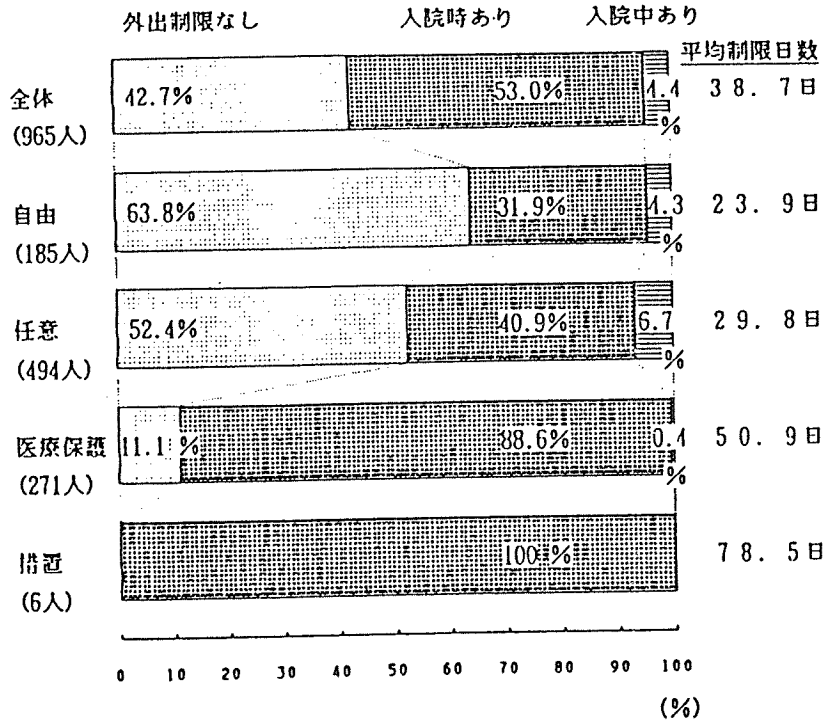
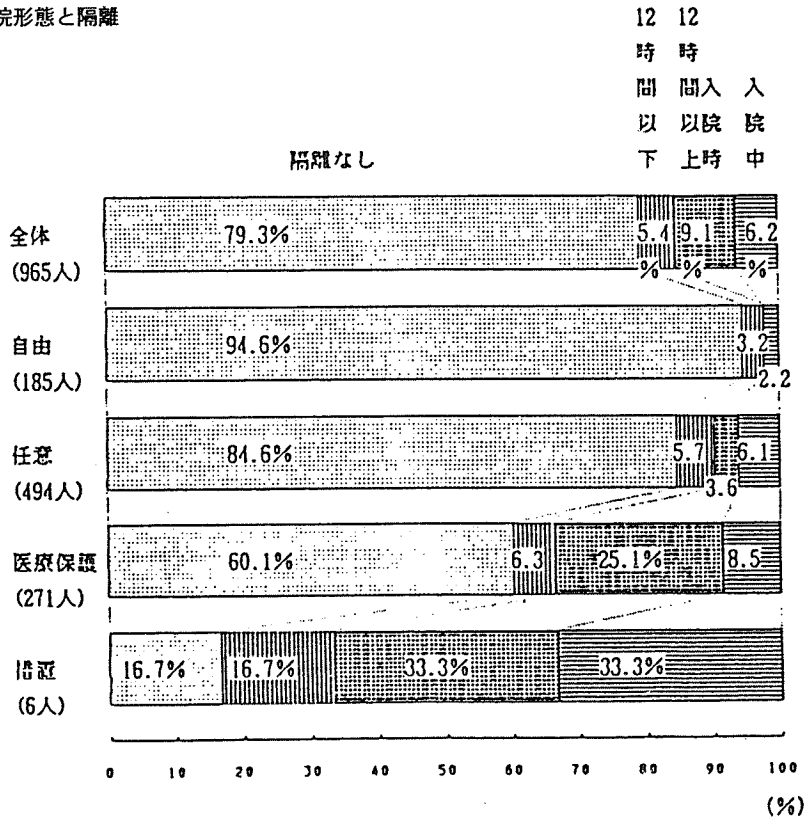


図11 入院形態と隔離



精神医療審査会の課題

小池 清廉

(京都府立洛南病院、京都府精神医療審査会)

1. 審査会活動の現状から見た問題点と改善すべき課題

(1) 少ない請求件数

精神保健法が施行され、精神医療審査会制度がわが国で初めて導入されたとき、精神病院や行政関係者のなかには、請求が続出して混乱が生じると考えたものがいたようだ。発足後の委員構成を見ても、府県による若干の差異はあるものの、精神病院経営者団体の要望がかなり反映されていると思われる。

ところが、実際の請求は少なく、処遇改善請求にいたっては、きわめて少ないことが判明した。請求件数の2年間の傾向を見ると、ほぼ横ばいで入院全患者の0.22-0.24%に過ぎない(ただし請求取り下げを除く、取り下げを含めると、それぞれ0.30及び0.32%)。

また、電話請求が認められているにもかかわらず、十分に活用されていない。審査会窓口である行政への電話相談は、都道府県による差はあるものの、請求受付件数に比べて相当に多く、最小の3(鳥取)から最大の464(東京)、県当たり平均87に達しているので、請求につながるような対応をすべきであろう(小池清廉; 全国精神医療審査会会長会議の現状、日精協雑誌、1992年2月号掲載予定)。

請求件数には、府県差、病院差がきわめて大きい。また、請求件数の実に25%が請求者によって取り下げられていることについても検討の必要があろう。

請求が少ない理由は以下のようなものと考えられる。

① 請求しづらい病院内の事情

特定病院に請求ゼロという実態があり、病院格差が大きい。これは医療看護の質の問題と関連しているであろう。

② 請求を受け付ける行政の対応

行政の対応にも差がある。患者の人権よりも病院の立場を守りかねない傾向が、地域によってはあるのであろうか。

③ 審査会の姿勢

審査会の姿勢に差があるからであろうと考えられる。

④ 地域の特性

地域の社会文化的背景や人権意識の定着状況が考えられるが、最も大きい理由は①の病院側の事情ではないかと思う。

(2) 委員の意識の格差

患者救済(不当入院や抑圧的処遇の改善)のために精神医療審査会が機能することになっているが、審査会委員の意識にかなりの差異がある。府県差があり、同一審査会内の医療委員間の意見に大きな

違いのある府県がある。審査会の権限を極力抑えようとする立場（団体推薦者に多い）と、処遇についての勧告や調整機能等を積極的に進めようとする立場の意見に分かれる（精神神経学会調査）。

法の趣旨を踏まえ、審査会が十分に機能するためには、全体会議の徹底ばかりでなく、全国的規模の研究会活動が必要である。（精神神経学会調査→精神医療と法に関する委員会；精神医療審査会の実状についてのアンケート調査、精神誌93巻6号492-505, 1991）

審査会委員の意識に大きな格差がある以上、全国的な研究会組織の発足と基準となるガイドラインづくりが必要であろう。

(3) 書類審査の限界

書類審査の限界があるのはいうまでもないが、審査間隔が措置入院で6カ月、医療保護入院で1年というのは、3カ月以内の入院が多い短期入院化傾向が定着した現状にそぐわない。書類に、処遇形態、治療方針、入院予定期間が明記されていないと、書類審査は円滑に行えないことを指摘したい。

実地審査の範囲を拡大し、審査期間を更に短縮することが望ましい。

なお、審査結果の通知文がそっけないため、請求者から不満が出ている。各審査会が工夫して説明文を添付すべきである。

(4) 審査会体制の不備

患者救済という立場から見れば、現状の合議体の開催回数（府県差がある）、委員の総数（1府県15名まで）、委員の構成（1合議体医療委員3名、法律委員1名、学識委員1名）に問題があるといえよう。また、事務当局である行政の対応にも府県差が少なくない。

委員の増員と構成の改善が必要である。都道府県によっては、明らかに少なすぎる。公正さが疑われてもやむを得ないような現行の医師（又は民間病院団体）偏重は、改めるべきであろう。

(5) 調整機能について

例えばいわゆる「社会的入院」は、入院継続の必要性はほとんどない筈であるが、審査会独自でケースワークすることができない。審査会が行政や病院に勧告することしかできないが、審査会が勧告しこれをフォローすることで調整活動を促進させることが可能である。現状では、調整機能が審査会活動に明確に規定されていないため、調整活動を行わない審査会が多いようである。

行政及び病院に対して、審査会は積極的に勧告すべきである。これは重要な役割と考えられる。そうすることによってよい影響が現れている事例がある。この勧告ないし指導的な調整は、審査会の重要な役割というべきであろう。そのような調整は現在でも可能であり、積極的に推進すべきではなかろうか。

(6) 審査会資料の公開

非公開のために、かえって人権擁護に役立っていないきらいがある。統計件数等は公開し、審査会の趣旨を定着すべきである。

(7) 望まれる第三者性の確立

委員構成、委員任命、主管行政のかかわりかた等から、第三者性が確立しているとはいいがたい事情があると思われる。

準司法機関として十分な活動ができるよう、独立した事務局とできれば専任の委員の確保が望まれる。行政から文字どおり独立すべきであるし、患者人権擁護のための公正な審査が行われるべきである。

(8) 上級審査機関の必要性

上級の審査が受けられないという現状は明らかに不満である。また、合議体の決定に不満があって

も、6カ月後でないとは再審査請求ができない。

上級審査機関としての中央精神医療審査会が必要である。

また、退院後は請求ができないことから、請求を避けるため、請求者を退院させてしまう病院があると聞く。退院後一定期間は、請求権を認めるべきであろう。

(9) 保護義務者制度の問題点

保護義務者の義務が苛酷に過ぎる現行法の問題点や、市区町村長保護によるソーシャルワークの不在や不足が、全国精神医療審査会会長会議（年1回開催）でも例年論議されている。

たとえば、高齢保護義務者の再調査指示、市区町村長保護例についての病院あて問い合わせなど、現時点で審査会が活動できる範囲は決して少なくないと考えられる。

(10) 任意入院をめぐる問題

問題があるとされる精神病院に、審査の対象になっていない任意入院や「一般入院」が多いという傾向が一部に見られる。患者の判断能力を考慮しない任意入院や「一般入院」の乱用、閉鎖的処遇下での任意入院など、インフォームド・コンセント、法の適正手続きを十分に踏まえない安易な入院のさせ方が見られる。

老年痴呆等判断能力に問題がある状態は、原則的に医療保護入院とすべきであるが、かなりの数が任意入院や「一般入院」によって入院させられている。「審査のがれ」といわれるような実態も指摘されている。

インフォームド・コンセント、法の適正手続きに沿った入院と、処遇形態を配慮した入院形式の適正化が必要である。

(11) 電話相談について

審査会の窓口である行政に電話をしても請求に結び付かず、「電話相談」で終わってしまう事例が多いのは、入院患者の心理から見てうなづけることであろう。救済への道は、電話相談を積極的に取り上げることであるが、それを受け付ける行政の対応には相当の府県差があることが、最近の調査からも判明している。例えば、電話による請求を原則的に受け付けているのは、徳島、佐賀、大分の3県のみ、電話相談の内容をわざわざ病院管理者等に報告している府県が24あった（電話相談の統計のない県もかなりある）。電話相談の内容をすべて審査会に閲覧しているのは、京都府、件数だけ報告しているのは、福島県のみであった（前掲小池論文参照）。

(12) 病院側の問題

患者や職員へ法の趣旨及び手続きが徹底しているか。審査会あての電話や請求を病棟内で優先的に保証しなければならない筈であるが、実態はどうか。職員の態度、電話代や書類・郵券の配備、保護室からの請求の保証等はどうか。医師の認識不足等、病院側の問題がまず問われなければならない。

2. 患者の人権擁護のために

精神医療審査会は、患者人権の擁護という点で、かなりの変化をもたらしつつある或はもたらす筈であるが、実態としては上記のような多くの問題をはらんでいる。その活動には府県差が大きく、法の趣旨が十分に活かされているとはいいいがたいと思われる。消極的運営に終始したり、工夫不足であったりする傾向がないわけではない。また、制度上改善すべき点が少なくないが、その改善策については概略前述した通りである。

患者人権を保証するために、審査会活動の充実と体質改善並びに制度的改善のほか、以下の活動が大切であり、これらの活動がないかぎり、審査会活動も充実したものにならないと考える。

(1) 病院側の条件づくり

病院関係者の患者に対する人権感覚を改める必要が今なおあるといわねばならない。そして、治療・生活環境を大幅に改善する必要がある。病院の施設基準、人員配置、行動制限基準、入院病床数、病棟規模（看護単位）、収容主義など処遇内容の抜本的見直しが必要である。

(2) 患者救済活動

いわゆる啓発運動も遅れているが、今後の消費者（利用者）運動ないし、ボランティア活動などに期待されるところが大きい。そのような社会的状況のなかで、患者の権利も定着していくものといえよう。

資料1. 都道府県別精神病院数・病床数及び在院患者数等の状況

(平成2年6月30日現在)

都道府県	人口 (千人 (元10.1))	精神 病院数	精神 病床数	人口万対 病床数	在 患 者 院 数 A	在 利 用 率 (%)	人口万対 在院患者数	措 置 者 数 B	人口万対 措置患者数	B/A (%)
1 北海道	5,670	130	21,844	38.5	21,555	98.7	38.0	606	1.1	2.8
2 青森	1,502	26	5,026	33.5	4,773	95.0	31.8	64	0.4	1.3
3 岩手	1,419	22	4,897	34.5	4,816	98.0	33.9	115	0.8	2.4
4 宮城	2,236	29	4,740	21.2	4,584	96.7	20.5	107	0.5	2.3
5 秋田	1,234	26	4,778	38.7	4,677	97.9	37.9	121	1.0	2.6
6 山形	1,260	17	3,008	23.9	2,980	99.1	23.7	55	0.4	1.8
7 福島	2,099	40	8,650	41.2	8,379	96.9	39.9	321	1.5	3.8
8 茨城	2,821	38	8,405	29.8	8,178	97.3	29.0	366	1.3	4.5
9 栃木	1,915	29	5,686	29.7	5,489	96.5	28.7	236	1.2	4.3
10 群馬	1,955	20	5,707	29.2	5,689	99.7	29.1	316	1.6	5.6
11 埼玉	6,290	51	11,763	18.7	11,488	97.7	18.3	557	0.9	4.8
12 千葉	5,471	51	12,053	22.0	11,574	96.0	21.2	78	0.1	0.7
13 東京	11,885	118	26,790	22.5	24,957	93.2	21.0	103	0.1	0.4
14 神奈川	7,846	57	12,540	16.0	11,850	94.5	15.1	269	0.3	2.3
15 新潟	2,481	32	7,577	30.5	7,774	102.6	31.3	135	0.5	1.7
16 富山	1,121	29	3,699	33.0	3,854	104.2	34.4	215	1.9	5.6
17 石川	1,161	21	4,089	35.2	3,879	94.9	33.4	65	0.6	1.7
18 福井	823	12	2,196	26.7	1,982	90.3	24.1	70	0.9	3.5
19 山梨	849	11	2,696	31.8	2,659	98.6	31.3	126	1.5	4.7
20 長野	2,157	32	6,008	27.9	5,623	93.6	26.1	259	1.2	4.6
21 岐阜	2,059	20	4,453	21.6	4,362	98.0	21.2	376	1.8	8.6
22 静岡	3,652	37	7,590	20.8	7,455	98.2	20.4	319	0.9	4.3
23 愛知	6,628	57	14,278	21.5	13,886	97.3	21.0	630	1.0	4.5
24 三重	1,784	22	5,382	30.2	5,414	100.6	30.3	576	3.2	10.6
25 滋賀	1,208	11	2,151	17.8	2,072	96.0	17.2	121	1.0	5.8
26 京都	2,606	22	6,971	26.7	6,679	95.8	25.6	48	0.2	0.7
27 大阪	8,747	68	21,587	24.7	20,734	96.0	23.7	169	0.2	0.8
28 兵庫	5,380	42	12,126	22.5	11,675	96.3	21.7	668	1.2	5.7
29 奈良	1,370	11	2,644	19.3	2,684	101.5	19.6	223	1.6	8.3
30 和歌山	1,081	13	2,999	27.7	2,794	93.2	25.8	171	1.6	6.1
31 鳥取	618	11	1,993	32.2	1,949	97.8	31.5	61	1.0	3.1
32 島根	789	17	2,534	32.1	2,446	96.5	31.0	36	0.5	1.5
33 岡山	1,931	23	5,884	30.5	5,347	90.9	27.7	161	0.8	3.0
34 広島	2,853	46	9,128	32.0	9,182	100.6	32.2	453	1.6	4.9
35 山口	1,588	35	6,575	41.4	6,848	104.2	43.1	485	3.1	7.1
36 徳島	834	22	4,723	56.6	4,645	98.3	55.7	293	3.5	6.3
37 香川	1,027	21	4,295	41.8	4,226	98.4	41.1	163	1.6	3.9
38 愛媛	1,525	22	5,088	33.4	4,992	98.1	32.7	332	2.2	6.7
39 高知	832	26	4,203	50.5	4,000	95.2	48.1	217	2.6	5.4
40 福岡	4,790	105	21,937	45.8	21,969	100.1	45.9	661	1.4	3.0
41 佐賀	880	19	4,480	50.9	4,301	96.0	48.9	248	2.8	5.8
42 長崎	1,577	40	8,631	54.7	8,512	98.6	54.0	146	0.9	1.7
43 熊本	1,848	46	9,154	49.5	8,910	98.0	48.2	408	2.2	4.6
44 大分	1,243	27	5,079	40.9	5,359	105.5	43.1	563	4.5	10.5
45 宮崎	1,176	26	6,204	52.8	5,936	95.7	50.5	252	2.1	4.2
46 鹿児島	1,810	51	10,343	57.1	10,557	102.1	58.3	520	2.9	4.9
47 沖縄	1,222	24	5,544	45.4	5,165	93.2	42.3	88	0.7	1.7
計	123,253	1,655	358,128	29.1	348,859	97.4	28.3	12,572	1.0	3.6
対前年計	122,779	1,648	355,334	28.9	346,540	97.5	28.2	15,036	1.2	4.3

資料：1 病院数、病床数、在院患者数及び病床利用率は、病院報告（速報表）

2 措置患者数は、厚生省報告例

3 人口は、総人口（総務庁統計局）

資料2. 都道府県別・入院形態別在院患者数等

都道府県	措置	医療保護	任意	その他	計	実地審査		
						措置	その他	計
1 北海道	606	7,094	12,409	1,462	21,571	87	0	87
2 青森	63	1,362	3,276	72	4,773	77	0	77
3 岩手	118	1,912	2,752	34	4,816	110	105	215
4 宮城	108	1,234	3,092	152	4,586	124	0	124
5 秋田	120	1,715	2,636	198	4,669	125	0	125
6 山形	54	892	1,796	238	2,980	61	514	575
7 福島	321	2,973	4,888	202	8,384	354	0	354
8 茨城	366	2,771	4,920	128	8,185	135	0	135
9 栃木	236	2,469	2,603	182	5,490	129	0	129
10 群馬	316	2,687	2,646	40	5,689	167	0	167
11 埼玉	557	5,307	4,799	848	11,511	201	0	201
12 千葉	78	4,201	6,791	505	11,575	62	0	62
13 東京	102	9,633	14,557	661	24,953	21	79	100
14 神奈川	269	6,823	4,455	294	11,841	264	0	264
15 新潟	135	3,112	4,422	106	7,775	154	223	377
16 富山	216	1,442	2,152	46	3,856	249	138	387
17 石川	65	1,645	2,129	45	3,884	63	43	106
18 福井	72	370	1,506	38	1,986	100	0	100
19 山梨	126	1,141	1,353	39	2,659	146	0	146
20 長野	259	1,336	3,436	595	5,626	286	0	286
21 岐阜	373	1,249	2,711	30	4,363	299	102	401
22 静岡	319	3,510	3,599	28	7,456	350	0	350
23 愛知	639	6,553	6,294	410	13,896	296	0	296
24 三重	575	913	3,611	243	5,342	0	0	0
25 滋賀	121	561	1,368	19	2,069	130	0	130
26 京都	48	1,923	4,210	493	6,674	64	0	64
27 大阪	177	10,247	9,640	632	20,696	14	0	14
28 兵庫	666	5,850	4,958	208	11,682	719	0	719
29 奈良	223	1,188	1,272	5	2,688	166	35	201
30 和歌山	171	1,799	824	1	2,795	211	0	211
31 鳥取	57	616	1,218	58	1,949	63	0	63
32 島根	36	425	1,633	344	2,438	0	0	0
33 岡山	159	1,639	3,116	438	5,352	0	0	0
34 広島	451	3,751	4,637	347	9,186	487	169	656
35 山口	484	3,270	3,079	15	6,848	511	264	775
36 徳島	293	2,553	1,794	6	4,646	317	0	317
37 香川	161	1,287	2,663	111	4,222	59	3	62
38 愛媛	332	3,253	1,380	31	4,996	96	0	96
39 高知	217	1,372	2,264	147	4,000	355	4	359
40 福岡	661	7,909	12,120	1,401	22,091	551	0	551
41 佐賀	249	1,219	2,557	291	4,316	270	169	439
42 長崎	145	2,186	5,678	502	8,511	33	0	33
43 熊本	402	3,867	4,587	77	8,933	420	0	420
44 大分	566	2,246	2,459	92	5,363	615	238	853
45 宮崎	246	2,874	2,582	203	5,905	296	0	296
46 鹿児島	520	4,921	5,046	71	10,558	560	656	1,216
47 沖縄	88	1,823	2,585	730	5,226	87	70	157
計	12,566	139,123	184,503	12,818	349,010	9,884	2,812	12,696
対前年	15,042	165,685	152,536	13,137	346,400			

構成比 3.6% 39.9% 52.9% 3.7% 100.0%

資料：入院形態別在院患者数は、平成2年6月末現在精神保健課調

実地審査件数は、平成元年度精神保健費等国庫負担（補助）金実績報告

資料3. 平成2年度定期病状報告書の審査件数(平成2年度 統計)

都道府県	医療保護入院届 (33-1)				定期病状報告書								その他の届			
	審査 件数	適 当	変 更	不 適	審査				措置入院者				医療保護 入院届 (33-2)	医療保 護33-1 退院届	応急 入院	仮 入院
					件数	適 当	変 更	不 適	件数	適 当	変 更	不 適				
1 北海道	2953	2953			5476	5476			1145	1145			933	3541	0	1
2 青森	977	977			859	859			107	107			221	1238	0	0
3 岩手	750	750			1421	1419	1	1	211	211			241	1131	0	0
4 宮城	811	811			908	908			189	189			290	871	0	0
5 秋田	665	665			1308	1308			192	192			0	81	0	0
6 山形	565	565			672	672			85	85			183	614	1	0
7 福島	1169	1169			2450	2450			595	595			400	1382	0	2
8 茨城	947	947			2015	2015			631	631			381	1608	0	0
9 栃木	945	945			1958	1958			419	419			270	1101	0	1
10 群馬	1002	1002			2219	2218	1		599	599			301	1215	0	0
11 埼玉	2640	2640			4127	4127			1060	1060			788	2958	1	4
12 千葉	2497	2497			3383	3382	1		125	124	1		812	2686	11	0
13 東京	6187	6171	16		7318	7269	49		41	41			2328	7185	81	0
14 神奈川	3273	3272	1		5268	5265	3		429	428	1		979	3417	0	0
15 新潟	1367	1367			2596	2596			267	267			154	1648	0	0
16 富山	626	626			1135	1135			418	413	5		197	749	2	1
17 石川	856	856			1250	1250			112	112			255	1050	0	0
18 福井	239	239			256	256			146	146			46	305	1	0
19 山梨	384	384			794	792	1	1	206	200	6		112	591	2	1
20 長野	454	454			1012	1012			455	455			168	513	1	1
21 岐阜	467	467			1018	1018			701	701			217	528	1	0
22 静岡	1438	1438			2877	2877			689	689			395	1732	0	0
23 愛知	3496	3496			5185	5185			1234	1234			977	3406	18	0
24 三重	529	529			706	706			1094	1094			164	536	0	0
25 滋賀	392	392			416	416			246	246			150	416	0	0
26 京都	1001	1001			1412	1412			74	74			411	1164	0	0
27 大阪	4859	4859			7732	7732			228	228			1902	5861	11	2
28 兵庫	2159	2156			4385	4385			1193	1193			678	2603	0	0
29 奈良	790	790			953	953			385	385			274	587	0	0
30 和歌山	468	468			1561	1561			326	326			166	589	0	0
31 鳥取	371	371			429	429			90	90			116	380	0	0
32 島根	293	291	うちきり 2		310	307	1	2	55	54	1		126	364	0	0
33 岡山	1040	1040			1174	1174			318	313	2	3	469	1029	2	0
34 広島	1791	1790	1		2876	2854	22		774	764	10		398	1650	0	2
35 山口	1077	1077			2538	2538			912	912			365	1287	1	0
36 徳島	614	614			2117	2117			564	564			187	800	0	0
37 香川	584	584			905	905			260	260			174	786	0	0
38 愛媛	1358	1357	しんさ 1		2840	2840			630	629	しんさ 1		385	1512	0	0
39 高知	714	714			1057	1056	1		399	374	25		224	915	1	0
40 福岡	2587	2587			4778	4778			957	957			970	4387	0	6
41 佐賀	648	648			944	944			467	466	1		192	775	1	0
42 長崎	858	858			1648	1643	5		276	276			287	943	0	0
43 熊本	1311	1311			3187	3187			737	732	(審査中5)		455	1494	1	0
44 大分	776	776			1941	1941			1042	1041	1		221	881	0	0
45 宮崎	913	913			2523	2523			516	516			249	1102	0	3
46 鹿児島	1530	1530			3693	3693			810	810			337	2353	0	0
47 沖縄	717	717			1310	1310			147	146	1		317	1115	0	0
計	62085	62064	18	0	106995	106906	85	2	22556	22493	54	3		73079	136	24

うちきり 2
しんさ 1

うちきり 2

しんさ 6

東京都集計

資料4. 都道府県別請求件数と審査件数

(1) 平成2年度退院等の請求について(全都道府県 平成2年度分統計)

都道府県	退院等 請求件数				取下げ等 件数				審査件数				内 訳										
	措置	医保	任意	小計	措置	医保	任意	小計	措置	医保	任意	小計	入院処遇は 適 当			要入院形態 の 変更			入院処遇は 不 適 当				
													措	医	任	措	医	任	措	医	任		
1 北海道	3	6		9		1		1	3	5		8	3	5									
2 青 森	3	9		12				0	3	9		12	3	8									1
3 岩 手	1	13		14		1		1	1	12		13	1	12									
4 宮 城	2	2		4					2	2		4	2	2									
5 秋 田	2	15	2	19		8	2	10	2	7		9	2	7									
6 山 形	1			1					1			1	1										
7 福 島	1	20		21	1	9		10		11		11		11									
8 茨 城	4	7		11					4	7		11	4	7									
9 栃 木	3	20		23	1	5		6	2	15		17	1	15								1	
10 群 馬	2	10		12		3		3	2	7		9	2	6									1
11 埼 玉	3	21		24		4		4	3	17		20	3	16									1
12 千 葉	11	33		44	1	12		13	10	21		31	10	21									
13 東 京	5	101		106		24		24	5	78		83	5	76									
14 神奈川	5	13		18	1	2		3	4	11		15	3	10		1	1						
15 新 潟	3	18		21	1	7		8	2	11		13	2	11									
16 富 山		6	1	7		2	1	3		4		4		4									
17 石 川		11		11						11		11		11									
18 福 井		2		2						2		2		2									
19 山 梨	3	11		14					3	11		14	3	11									
20 長 野	1	2		3					1	2		3	1	2									
21 岐 阜	2	7		9					2	7		9	2	7									
22 静 岡	1	26		27	1	7		8		19		19		16									3
23 愛 知	2	10		12					2	10		12	1	10		1							
24 三 重		1	1	2						1	1	2		1	1								
25 滋 賀	3	3	1	7	1			1	2	3	1	6	2	3	1								
26 京 都	7	20	2	29	1	3	2	6	6	17		23	4	16		2	1						
27 大 阪	4	88		92	1	26		27	3	62		65	2	50		1	1						しんさ取下11
28 兵 庫	6	26		32	3	19		22	3	7		10	3	4			3						
29 奈 良	3	27		30		6		6	3	21		24	3	21									
30 和歌山		3		3						3		3		3									
31 鳥 取	2	4		6		1		1	2	3		5	2	3									
32 鳥 根	3	10	2	15		1	2	3	3	9		12	3	8									1
33 岡 山	6	44	1	51		6	1	7	6	38		44	5	37			1						(継続 1)
34 広 島	8	48		56	6	29		35	2	19		21	2	18									1
35 山 口	5	8		13					5	8		13	4	8		1							
36 徳 島		9		9		1		1		8		8		7			1						
37 香 川	1	5		6					1	5		6		4									1 1
38 愛 媛	1	34		35		5		5	1	28		29	1	28									
39 高 知	4	31	7	42	1	6	7	14	2	24		26	1	23		1							1
40 福 岡	18	47		65	1	5		6	17	42		59	16	42									1
41 佐 賀	14	12		26		5		5	14	7		21	14	7									
42 長 崎		4		4						4		4		4									
43 熊 本	10	34	1	45	1	6		7	8	27	1	36	8	27									(未審査 2) 1
44 大 分	6	14		20	2	7		9	4	7		11	4	7									
45 宮 崎	3	4		7	1			1	2	4		6	2										
46 鹿 児 島	3	9		12		2		2	3	7		10	3	7									
47 沖 縄	2	5		7		2		2	2	3		5	1	2									審査中退院 2
計	167	853	18	1038	24	215	15	254	141	636	3	780	129	600	2	7	10						3 10 1

しんさ 2 継続 1
退院 2

(2) 平成2年度処遇改善請求について（全都道府県 平成2年度分統計）

都道府県	処遇改善件数				取下げ等件				審査件数				内訳								
	処請		改善		取		下		審		査		入院処遇は適			要入院形態の変更			入院処遇は不適		
	措置	医保	任意	小計	措置	医保	任意	小計	措置	医保	任意	小計	措	医	任	措	医	任	措	医	任
1 北海道																					
2 青森																					
3 岩手	3	3		6	1			1	2	3		5	2	3							
4 宮城																					
5 秋田		1		1		1		1													
6 山形																					
7 福島																					
8 茨城		1		1						1		1		1							
9 栃木	2	1		3					2	1		3	2	1							
10 群馬																					
11 埼玉																					
12 千葉		2	4	6		2	2	4				2	2			2					
13 東京		1		1						1		1		1							
14 神奈川																					
15 新潟		2		2		1		1		1		1		1							
16 富山																					
17 石川																					
18 福井																					
19 山梨																					
20 長野																					
21 岐阜																					
22 静岡		3	1	4						3	1	4		2	1						
23 愛知																					
24 三重																					
25 滋賀																					
26 京都	1	2	2	5		1		1	1	1	2	4	1	1	2						
27 大阪		4		4		2		2		4		4		4							
28 兵庫																					
29 奈良		3		3						3		3		3							
30 和歌山																					
31 鳥取																					
32 島根		1		1		1		1													
33 岡山		3	1	4		1	1	2		2		2		2							
34 広島		1		1						1		1		1							
35 山口			1	1								1	1				1				
36 徳島																					
37 香川																					
38 愛媛	1	3	1	5		1		1	1	2	1	4	1	1	1						1
39 高知																					
40 福岡	3	11	2	16	2	2	1	5	1	9	1	11	1	9							1
41 佐賀		2		2		1		1		1		1		1							
42 長崎		1		1						1		1		1							
43 熊本	1	4	1	6		1		1		3	1	4		3	1						(未審査 1)
44 大分		2		2						2		2		2							
45 宮崎																					
46 鹿児島		1		1						1		1		1							
47 沖縄																					
合計	11	51	13	75	3	14	4	21	7	39	9	55	7	37	8	0	0	0	0	0	1

東京都集計

5. 京都府精神医療審査会

1 京都府精神医療審査会の構成

	審査会委員	担当病院数 (病床数)
A班	5名	7病院 (2599床)
B班	5名	6病院 (1906床)
C班	5名	9病院 (2474床)
計	15名	22病院 (6979床)

2 2年度実績

○ 定期の報告等の審査

医療保護入院 入院届	1001件	定期病状報告	1412件
措置入院	定期病状報告	74件	

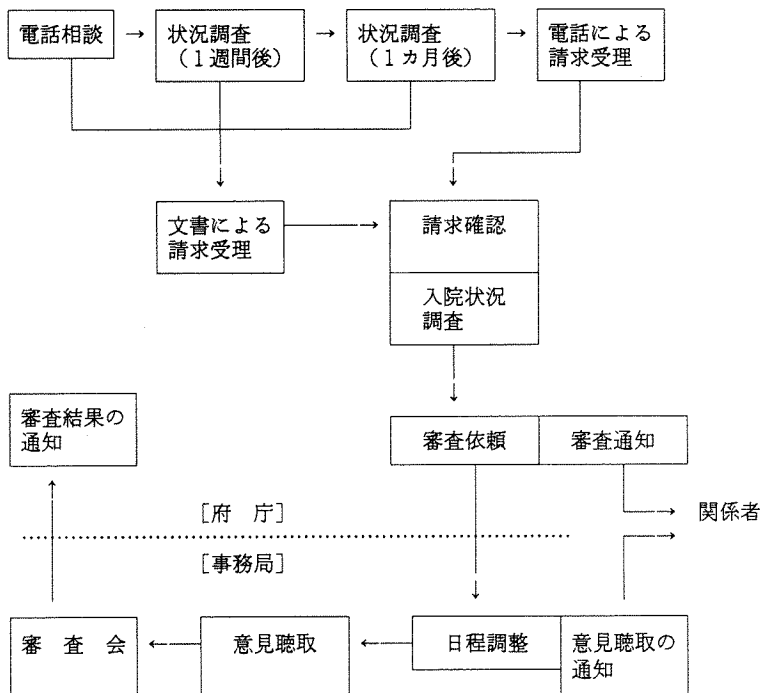
○ 退院等の請求の審査

請求件数	34件	取り下げ件数	7件	審査件数	27件
------	-----	--------	----	------	-----

3 定期の報告等の審査流れ図

	届出・報告
第2金曜	集金、審査資料作成 (コピー)
第3週前半	資料事前配付 (非医療委員のみ)
第3週金曜	審査会開催 (3班同時開催)
	事務局調査 (病院に対し電話で行う)
翌月審査会	調査結果報告

4 電話相談及び退院等の請求の審査流れ図



精神医療の現状と法改正の問題

永野 貫太郎

(弁護士、東京精神医療人権センター)

1. 入院制度をめぐる問題点

① 任意入院制度

新しく導入された任意入院制度は、任意入院患者が全入院患者に対して占める割合を年々増加させており、厚生省の資料によると、1990年においては、約53%をしめるに至っている。これを昭和58年における自由入院の割合4.9%と比較するとその違いは極めて顕著である。その一方で、入院患者が処遇されている病棟については24時間閉鎖された病棟である場合が少なくない。これでは「できる限り開放的な環境で処遇する」との理念と現実が大きくかけ離れていると言わざるを得ない。

② 退院問題

すでに改正前に行われた調査によっても、精神病院に入院中の患者（当時30万人）の約50%は、退院後の生活条件などが整備されれば通院可能とされていたが、法改正後も、精神病床は一方向的に増加し続け、現在35万床になろうとしている。これは社会復帰の施策とその実施のための人的・物質的条件整備が遅々として進まないためであることは明らかである。我々の実務の上でも、治療上の必要というよりも、むしろ退院後の条件が整っていないために退院出来ないケースの相談を受けることが大部分であり、精神病院は病院としてよりも、生活の場を提供しているにすぎない場合（それも劣悪な）が多いのである。精神病床を減少させ、患者を退院させるためには、色々な種類の、退院に向けてのサービスの提供が必要であろう。

2. 精神審査会とその運用

法によって新しく導入された精神医療審査会は、その立法の趣旨からすると、入院そのものを決定する都道府県知事や病院管理者から一定程度独立した合議体により、患者などからの退院請求や処遇上の不服申し立てを審査し、また、入院決定の適正さや、一定期間経過後の患者の症状の定期報告書の審査を中立公正に行いたいとするものであった。しかしながら、まず患者からの退院請求や処遇上の不服申し立てが少なく、特に処遇上の不服申し立ては極端に少ないのである。ちなみに厚生省の統計によると、平成2年における全国の退院請求は795件、処遇改善請求は64件にすぎない。不服申し立てがこの様に少ないのは、まず精神医療審査会制度が有効かつ効果的な、独立公正な機関として患者などに信用されていないためではないだろうか。

確かに申し立ては、直接精神医療審査会あてに提出するのではなく、各都道府県知事あてに出すのであり、不服申し立てをする側からすると、審査会は行政の一部に見えることは間違いはないだろう。又、退院請求や不服申し立てをしても、必ずしも審査委員が事情聴取に来るとは限らず、知事の派遣する医師が来たり、全く来なかったりすることもある。さらに審査会の手続きにおいても、当事者と

して扱ってもらえず、特に病院側の提出した反論書やその内容も告知されず、具体的に反論する機会も与えられていない。この点は、患者に代理人として弁護士がついている場合であっても同様の様である。また、審査結果についても、患者などの申し立てを退ける場合には、ごく簡単なきまり文句を書いた書面が都道府県知事から送られてくるだけで、具体的理由は一切書かれていない。

この様なことでは、審査会が知事から独立した機関であり、自分達の不服申し立てを納得いく方法で審査してくれるとの信頼を患者からえることは困難ではないだろうか。いずれにしても現在のところ、精神医療審査会は法改正に際して期待された役割を、十分に果たしているとはとてもいえない現状である。

3. 精神障害者の保護と国際的動向

精神衛生法から精神保健法に改正するにあたっては、国内の動きだけではなく、国連人権小委員会での政府の発言、それを引き出した国際人権団体も調査とそれに基づく勧告や、精神医療と患者の人権をめぐる国際会議なども大きな影響を与えた。現在国連では、「精神障害者の保護及び精神保健改善のための原則」(案)を今年の総会で検討することにしており、早ければ今年の総会で可決されるのではないかとされている。

この原則案はすでに10年近く前から準備されてきたもので、ようやく最終段階に入ったものである。この原則案の中で最も重要なものの一つは、精神障害で入院させられた患者にたいしても、病院で行われる治療に関していわゆるインフォームド・コンセントの権利を正面から認めていることである。精神保健法は、病院内で医療面以外の処遇については、前述の通り病院管理者の権限に制限を加えたり、患者に絶対的自由を認めたりしているが、隔離などを除き医師等の治療行為そのものに対しては、たとえそれが強制入院患者に対するものであっても何らの規制もしていない。これに対して、国連総会に提出される原則案では、投薬を含めた治療について詳細な説明をした上での患者の同意を原則としており、またその様な同意を与える能力を欠く患者の場合について、それに代替する独立機関の同意手続きについて具体的な規定を置いている。この他にも今後日本の法制度に大きな影響を与えそうな規定があるため、この原則がこのままの形で採択されるかどうか、その展開が注目される。(別紙表)

4. 法の再検討と課題

まず、前回改正の際検討課題として残された精神障害者の定義(第3条)の問題がある。これについては、WHOの新しい基準を検討中ということから、その影響はまぬがれないであろう。しかし、その他にも、精神病質、てんかんなどを精神障害にに入れて精神保健法で対処していくべきかどうかなどの根本的な問題がある。

次に、保護義務者制度の存廃の問題もある。この問題は精神保健法のみではなく、民法その他にも影響を与える大きな問題である。新法によって新たに導入された精神医療審査会については、その実績を検討し、どの様に改革したら入院患者にも信頼され、かつ実効的な権利救済機関たりうるか、実務上の面からも、また法制度、特に国際条約であって日本もすでに批准し遵守義務のある「市民的・政治的権利に関する国際条件」その他の条約、さらに被拘禁者の権利保障に関する種々の国連総会決議、特に「精神障害者の保護及び精神保健の改善のための原則」が今年の国連総会で採択された場合には、それに基づく再検討を迫られることになる。特に、審査会の独立性及び審査手続きにおいて、基本的司法手続きの導入が要求されるであろう。さらに前回見送られた未成年者の入院問題、特に親

権に基づく入院形式－医療保護及び一般入院－は自由入院の様ではあるが、事実上の強制入院、これを何歳の子供にまで認めるのか、どのような手続き的保護を与えるのかは、近く日本も批准が予想させる「国連子供の権利条約」との関連でも問題となる。さらに厚生省は、現在精神症状や問題行動のある痴呆性老人を精神病院に特別病棟を作り、そこで長期治療を行う方針を持っているが、このような人々に対する保護措置についても、従前の不服申し立てを主とするものでよいのか、検討しなければならない。

5. 「処遇困難者」問題について

厚生省の構想では、法改正の必要の無い範囲で、国公立病院に一定数の病床を持つ特別病棟を作り、そこで特別手厚く人と予算をつけ、長期保護室収容者などを対象として一定期間の治療を実施することの様である。しかし、このような病棟に入れられた患者は、その後の社会復帰に大きなスティグマを受けることは不可避であろう。この点に関して、患者側に少なくとも十分な不服申し立てなどの手段を保障する必要があり、法改正なしに実施可能かどうか疑問が残らざるを得ない。

質疑・討論

司会：御三方の報告していただいたことは、精神保健法が厚生省は精神医療の、精神障害者の人権の擁護の推進ということをテーマに掲げましたが、その人権擁護の推進が如何なる程度に進んでいるのか、或は進まないのか、そしてどういうところへんに問題があるのかということを経験院の入院形式の在り方及び審査会の活動にだいたい焦点を絞りながらお話して頂いたわけでは。不当な人権の侵害に対する防衛の在り方ということと、人権の擁護を更に推進していくということとは、少し質が違ふ問題があるだろうと思います。特に永野先生がおっしゃった、退院したいと言われても退院する場所が無いということも一つの人権侵害には違いないわけですが、積極的に精神医療が患者さん達に及ぼす人権侵害を減らそうということで、法改正が少し進められた、そしてまだまだ足りないところがあるということが指摘されたと思いますが、どなたかご意見がございませうでしょうか。

山口：「ゆりの会」の山口です。先程DPIの方の話をちょっとさしてもらいましたが、永野先生にちょっと聞きたいんですけど、今国連とか人権に関する条項というのかな、日本で日本国内で語られる人権を尊重した処遇ということはよく言われるんだけど、じゃ患者の権利とは何かということは何も言えない、言っていない。これは法できちんとしておかないと今後すごい問題になります。例えば医者が勝手に決めたインフォームドコンセントというのは、こういう事になってもおかしくない。「あなたの子供さんは、もうこれは最善を努めますけれどひょっとしたら治療上のショック死になるかもしれませんよ。」と家族に伝える。これもまあ言うたら、説明と同意です。脳死問題でもそうです。「私が脳死と決めました。今後の治療延命措置には保険はききませんよ。」というのもこれは説明と同意です。こんなことがパッと決められる。また、精神病院の病院の医者によってこんなことがパッと決められるとすごい恐ろしい。患者自身の権利は何処に存在するのか、また家族の権利は何か、これを明記した文章は残念ながら日本国内法にありません。これをどう思われますか。

永野：インフォームドコンセントというのは、最近は何しろどちらかということ、他の領域の医療関係の方々の問題として語られることが多いわけでありませうけれども、日本でもそれじゃ何も無いかと言いますと、手術する時に必ず誰かの同意を得るというふうになっておって、これも非常に問題があるわけでありませうけれども、一応ただ患者さんの側として、通常の医療であればこういう手術は受けたくないと言え、それは医師がそれでもやっちゃったという場合には、訴訟になれば必ずお医者さんの側が負けませうね。ただ精神医療のところでは問題なのはやはり、患者さんの側に要するにそういうことについて同意をする能力がないというふうにお医者さん達は考えておられる。たぶん大部分のお医者さん達がそういうふうにお考えだと思ひます。そういうふうになりますと、患者さんの同意なんか取らなくていいと、家族が同意すればそれでいいんじゃないかと、いうことでやってしまう場合がかなり多い。ただ、過去の例ですけれども、これロボットミーという脳外科といひませうか、精神科の領域

ですけれども、それを患者さんの同意を取らないでやったということについて、裁判所はやはりそれは同意は必要だといって患者さんの権利を認めるというような判例はある程度出てきています。ですから、全く無いかと言われると、それはそれなりに不完全なものですけれども、日本でもやはり少しずつ出てきている。それについてやはり今度の国連総会で問題になっている、ああいう基準というのは、より一歩進めた形で患者さんにこういう権利があるということをはっきりさせるわけですから。それに従って日本政府自体が国内法の整備をするように、というのが決議の内容になるんだろうと思います。

司会：ただ、ご質問のご主旨は、そういう場合でも日本では医療を提供する側が患者さんの権利を尊重しなければならぬという法律はあるが、医療を受ける側の人達にはこれこれこういう権利があるという、そういう法律というのが無いのではないかと、これは第1シンポでも少し患者さんの権利の主張ということが言われておったわけですが、そういうことについてはどうなのでしょう。

永野：確かに今の法律、特に医師法とかそういう法律は、お医者さんがオールマイティーに何をやってもいいと、実は薬害の訴訟なんかの時に、お医者さんに責任を追求できるかどうかということで検討をしたことがあります。その時には、医師法というのは承認されていない薬であっても、自分の知見で、負担で使う以上は医者の自由だ、というような議論がかなりありまして…。

司会：確かにおっしゃられる通り日本ではそういう患者さんの権利というのはなかなか認められてなくて、お医者さん達がほぼ何と言いますか、裁量権についてはオールマイティーみたいな感じのものを握っておる。ただ前回の精神保健法というのはそういう意味ではお医者さんのオールマイティーである意味ではかなり制限した。その為に作られたようなところのある法律だろうと思います。ですから、今までの法律というのは、お医者さんの裁量権をどうした場合に如何かにコントロールするか、ということで行政法域が出来てきているんだろうと思います。

山口：ちょっとそんなことに関連して話ししておきたいんですけど、先程医療審査会の話とか色々ありましたけど、日本ではその最高裁の判事決めるが如く、異論がなければ暗黙の了解であるとして通ってしまうようなことが非常に多いんですね。その中で人権がうやむやにされることって無いだろうか、これパネラーの人で誰か意見がございましたら。

司会：もう少し具体的に。

山口：例えば医療審査会の話でも、また他の医療看護事件に関しても、その医療訴訟以外は、じゃ医者適正かつ患者の為に治療を行なっているものである、とそれは保障されているんですね。そう思わざるを得ないのか、保障されていると断定できるのか。

司会：異論が出なければそれが正しいこととされてしまっている、ということについてどう思うか。

山口：はい、おかしさを感じませんか。

小池：日本人の医師とか患者の場合に、かなり欧米と違う、国際的な人権感覚とは違う、人権意識は出てきておりますけども、違うものがあるんですよね。例えば心臓移植にしても、医師を信じておりましたのでお受けしました、と皆言ってますね。あういうのは本当の意味のインフォームドコンセントになるのかどうかと疑問を私は持つんですけども。医師は良いことをする、患者も信頼せざるを得えんという関係があるわけですし、これがパートナーリズムという言葉がありますけども、そういう色彩が非常に強いですね。それで医師は良いことをする、という前提で法律が出来てるようなんです。ですがやはり最近では、それが間違いだという国際的な動向が出てきておまして、83年の英国法の改正でも、先程永野先生が言われたように、医療側のコントロールをかなりするというふうな形に変わってきております。特に精神障害者の場合は、ものすごい弱者ですから、一番の弱者と言ってもいいくらいですから、やはり何らかの法的な保護が無いと、ただ話し合いだけではなかなか解決がつかない問題というのは残りますね。善意の話し合いがどこまでいいかという問題があるかと思えますね。ちょっと答えにならんかもわかりませんが。

山本（真）：全国精神病患者集団の山本と申します。一つだけ、弁護士立場から伺っておきたいんですが、今の医療体制とか法律、精神保健法の中で精神障害者が強制入院はできることになってますが、強制入院された患者であっても、私の理解ですと、医療機関を選ぶ権利はある筈だというふうに思ってるんですが、そのへん法律家の目から見るといかがでしょうか。

永野：病院を選ぶ権利ということになると、要するに措置入院なんかのことを言っておられるのですか。

山本（真）：措置指定病院といっても、いくつもありますよね。だから、その中のここの病院のこの先生を選びたいという権利はあるんじゃないかというふうに思うんですが、いかがでしょうか。

永野：要するに、強制入院の場合に病院を選ぶ権利があるかということですか。ただ、知事に強制権限をあれしていますからね。法的には、精神保健法の下では選ぶ権利は認められていないと考えられると思う。

司会：法の見直しの課程で問題とすべき点はまだまだあるだろうと思いますが、一方で法の不備な点の整備とともに、やはり人権擁護の推進というのは、現場でいろんな問題を取り上げては問題にしていき、討論する輪を広げ問題の解決する力を増やしていくという形でなければなかなか推進しないと思います。そう意味では、各地での活動とそれから各地の活動の問題提起が全国に知られることがずいぶん大事なことだなというふうに考えます。

B) 社会復帰・社会参加のために

精神障害者福祉を問いかえして

神 マチ

(日本医療社会事業協会)

はじめに

日本医療社会事業協会は、「日本の医療が、真に患者さんのために役立つためには福祉とつながり、このことを果たすためには、戦後の民主主義が要請する社会事業専門家としての役割が重要である」との考えに基づき昭和28年に発足いたしました。会員の所属機関は総合病院から各種の単科病院、その他の保健医療関連機関と広域にわたっております。現会員数は約2,100名で、精神科関係機関に所属している会員も相当数おり、私もその一人です。私は21年間PSWとして勤務してまいりましたが、民間の精神単科病院以外の経験はありません。精神病院に勤務しながら精神障害者以外の傷病者に対するMSWの対応についても学ぶ機会を持たせて頂いておりますが、PSWとMSWの業務が場のちがいがからの特殊性は認められても対象者の福祉ニーズに対応する視点は全く同じであると実感し仕事をしております。これから申し述べる事も、以上の様な体験領域を出ることが出来ず、一面的な見方になるかも知れませんが、精神医療現場における福祉の実践者から、一PSWの意見としてお聞きいただければ幸いです。

人権擁護と国民的課題

① 担当患者さんの一人が再発を機に、生き甲斐でもあった業務車から外され単純な流れ作業に配転され、同時に減給される、といった事態に遭遇しました。事態の発端は、通院先であるK病院に着いた後、診察の順番待ちの間、近くの団地内で錯乱状態となって警察に保護されてしまい、職場の上司は、警察からの連絡で、彼が精神病であったことを始めて知ったという事でした。病気の回復を待ち、本人と私とで何度も人事の責任者を訪ね、業務車に乗れる様お願いしたものの精神障害者の欠格事由を理由に希望はかないませんでした。「仕事が出来ないのではなく、精神病患者ということを知った以上、フォークリフトに乗ってもらう訳にはいかない」と断われたのでした。

希望を失い、何度も退職を考えながらも、職員のサポートだけではなく同じ障害に悩む仲間達に支えられながら、10年後の現在は職場のロボット操作に就いており、意欲を取り戻しております。

② 20年近くも入院しているのに支えてくれる身内もなく、家はあるものの一人暮らしが出来るほど病気は回復していない患者さんのことで、本人の従兄弟だという人が友人、弁護士と共に突然来院されました。入院中の本人の土地を巡って、近隣者とトラブルが起きそうなので禁治産宣告申し立てをし、従兄弟は後見人を引き受けたい、との要件でした。

土地の相続問題や金融機関からやクレジット等で多額の借金を負い、困った家族が禁治産宣告の相談に来院される、といったようなことも間々ありますが、私の勤務する病院に入院している禁治

産、準禁治産者の家族関係を調査したところ、後見人や保佐人が、面会や外出外泊等を配慮し、協力的な係わりを保っている例は2割にも満たないという実態が浮き彫りにされました。

この従兄弟が後見人を申し出た患者さんの一件では、担当医と禁治産宣告について学習し、C Oメヂカルスタッフの研究会で煮詰めました。一方、私は従兄弟の相談に応じていた弁護士と精神障害者の保護義務者の役割、とくに関わりについて話し合いました。時間をかけて話し合った結果、従兄弟は「財産管理はしても、本人の入院生活に関与することは出来ない」という考えの下に、禁治産宣告申し立ては取り消してしまいました。その後も公道拡張による宅地の一部処分の一件等もあり、後任のPSWが市の職員や後見人を申し出られた従兄弟等と連絡調整に奔走しておりますが、今だ病院外に適当なキーパーソンはいません。

後見人=保護義務者という法律。そして、後見人の役割遂行に対する国の監督は甘く、ただ禁治産宣告を受けた精神障害者だけが社会から隔離される結果になっていないか、私はとても気になるます。

- ③ 精神保健法になり、任意入院が明文化されたことで精神病院の開放化が急速に進められることになりました。すくなくとも、意図は精神障害者の人権保障であり、具体策の一つとして、任意入院の明文化であり、開放化であったと思います。

私の勤務しております病院は比較的医療保護入院の多い病院だと言われておりますが、全国的には任意入院で閉鎖病棟での治療を受けている患者さんは予想をこえていると言われております。指定医制度や保護義務者選任申し立ての徹底化、定期病状報告義務等医療保護入院に付随している規制に対応するために、医療側の都合が働いてはいないか、といった点検と同時に、このような法的規制がなければ患者さんの人権は守れないのかといった両面からの検討が必要だと思います。

- ④ 精神障害者の福祉について語るとき、大前提として、人権擁護の立場から精神障害者の置かれている実態を見てみる必要があると思事例を上げてまいりました。精神障害者に対する人権侵害は、排他的国民感情、国の差別条項含有法の存続、精神病院の閉鎖性等が社会に根ずき、構造的に多発しやすい状況下にあります。精神保健法では、精神障害者の人権の尊重と社会復帰の促進を掲げましたが、任意入院の明文化は「医療内人権」であり「基本的人権」を求める世論から見れば、改善すべき点はまだまだ残されているといわなければなりません。今後は労働を規制する欠格事項の見直しや精神障害者の資産や権利が擁護されるような特別立法化に向けても検討されなければならないと思います。

精神保健法と精神障害者福祉

抗精神科薬の効用もあって、社会生活可能な患者さんが続出するようになり、社会復帰援助に力を入れる医療機関も多くなってまいりましたが、当時のスタッフ側が目標としていた「就労自立」援助活動を通して、治ったように見える人でも健康な人の様に、働いても経済的に自活出来ない患者さんの方が圧倒的に多いという事を実感し、様々な角度から、患者さんの生活の在り方を検討せざるを得ませんでした。病気が原因でそうだとしたら障害年金の対象にちがいないと思った私は、それまで（国民年金障害福祉年金は一級認定のみの頃）非認定とされていたような患者さんの障害年金裁定請求に踏み切ってみることにしました。昭和48年頃の事でした。昭和49年には、障害福祉年金二級が新設されましたが、この頃から機能障害と社会的障害を併存する障害として社会的認定が深まった様になります。精神障害者の唯一の所得保障でもある障害年金の裁定請求を通じて、問題は、精神障害者の「障害」規定であり、精神障害者福祉の確立のためにも急務の課題となっていると思いたしました。しか

し、障害基礎年金制度が新設された今なお「障害」の定義は曖昧とされており、生活保障の得にくい領域と言わざるをえません。

全国精神障害者家族会連合会は、昭和45年、心身障害者対策基本法制定年に精神障害者をも加える運動をしたにもかかわらず除かれたため、精神障害者の独自法を検討し続け、昭和55年の全国大会で「精神障害者福祉法」試案を提起したということを見聞しております。この「法」案はPSWの間でも検討されました。当時、患者さんの生活全般にわたって山積みされた問題の中でも一際「差別」がらみの問題が重く、「差別」から開放されることが先決で、精神障害者が障害者手帳を身につけていても差別されるだけではないか、と私は思い諸手を上げて賛成することが出来ませんでした。全家連の運動より遅れはしたものの、昭和50年前後から精神障害者の作業所作りの運動があちこちで興り始めました。作業所が補助金対象機関に加えられた昭和62年以降は特に増加し、東京都内だけでも平成3年度119カ所（補助金対象）と報告されています。このような活動と呼応して、昭和50年に「精神障害者回復者社会復帰施設」および「デイケア施設」運営要領が制定され、昭和57年には「通院患者リハビリテーション事業」が実施されるようになりました。

一方、この15年は病院間の隔差を広げたとも言えます。院内の開放化に力を入れる病院もあれば、人権無視の医療を行なう病院もあり、精神病院は事実上放置されていたように思います。私は、恵まれたスタッフと共に患者さんの社会復帰しやすい環境作りを模索し、そのためにまずは、精神医療の質が変わらなければならないと思って仕事をしてきました。しかし、精神病院における人権と福祉の定着の一方で、「宇都宮病院事件」が取り沙汰されてしまいました。この事件を火種とし、精神衛生法の見直しが行なわれたわけです。

昭和63年7月1日施行の「精神保健法」では、社会復帰対策が明文化され、精神障害者福祉ホーム、精神障害者援護寮、精神障害者通所授産施設が盛り込まれました。そして、第二種社会事業に位置付けられております。施行後3年、社会復帰施設の実態は、ほとんどが医療法人や社会福祉法人によって設立運営され、赤字経営だと報告されています。

「すべての障害者の完全参加と平等」を掲げた国際障害者年から10年が経過しようとしている昨今、精神保健法から上記の理念を読み取る事は出来ません。

昨今とみにあの「精神障害者福祉法」案が気になってまいりました。丁度「ぜんかれん」1991.7月号に上記法案が掲載されており、久々に目にすることができました。そして、4人の方々による座談会は非常に興味深いものでした。「医療内福祉」の充実か？「独立法」の提起か？前者は、精神保健法に福祉施策を詰めこんでいく方向であり、後者は、他の障害者同様の制度施策を願う立場を貫いています。この10年間の精神医療の変化を見れば、ただ「差別」で覆いかくされる事なく、人権擁護と社会福祉は共に歩み続けられるよう変わってきているようにも感じられます。しかし、精神医療の閉鎖性を生み出す構造的矛盾は容易には変わらないだろう事を思えば、真の福祉の定着はまだまだ多難の道程と言わざるをえません。

おわりに

これまで述べてきたことは日常実践の全てではなく、まだまだ言い尽くせない多くの問題が精神障害者の周辺に山積みされております。精神障害者の「障害」の定義が曖昧なため他の障害同様の制度施策に至らない、という事実のある一方で、精神保健法には「福祉」的内容が織り込まれ、医療ソーシャルワーカーの国家資格として、医療職の位置付けを取り込んだ「医療福祉士法」案（仮称）も提示されました。このような事態の中で、私達医療ソーシャルワーカーは「医療内…」だけではなく精

精神障害者の生活全体を網羅した「基本的人権」と「社会福祉」の観点から、精神障害者の社会的自己実現に向かって援助しているという事を強調したいと思います。そして、この考えかたは、私の所属しております「日本医療社会事業協会の基本的考え」であることも付け加えさせていただきます。

他障害者との対比から福祉状況を見る

牧野田恵美子

(日本精神医学ソーシャルワーカー協会)

1. はじめに

これまでの精神障害者の対策は、医療・保健面のみが重視され福祉サイドからの施策は不十分であった。1987年9月に精神保健法が公布され、初めて法的に精神障害者の社会復帰の促進と福祉が法の目的として掲げられた。それまで、精神障害者の福祉および社会復帰について、精神衛生法では触れられていなかったことから考えると、ここに法的な規定がされたことは評価して良いであろう。しかし、その内容は社会復帰施設の設置のみに終始しており、積極的な精神障害者の地域生活維持や社会参加についての積極的施策に欠けている。また、施設の建設や運営は、資金面、マンパワーの面で多くの問題を抱えており、入院患者の約3割は受皿があれば退院できると言われているが入院中心の医療状況は依然として変わっていない。

PSWは、精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的社会的活動を実践の基盤としているが、特に精神障害者の生活問題について、社会福祉的諸方法を用い、精神障害者とともに彼等のニーズに基づいてその問題解決にあたる。これらの社会福祉の観点から、精神保健法における福祉問題と法制定後の福祉状況について考えたい。

2. 他法特に、身体障害者福祉法との福祉理念の比較

1981年の国際障害者年の「すべての障害者の完全参加と平等」の理念、ノーマライゼーションの考え方は、精神障害者の地域生活の維持、発展にも大きな影響を与えた。しかし、すべての障害者といっても、これらの理念は、他障害者と精神障害者では大きな差があるように思われる。

精神保健法では、精神障害者の社会参加について触れていない。精神障害者にとっても、障害者自身がその障害を克服するとともに社会参加の機会を与えられ、そのための方策が講じられる必要がある。それは、精神障害者の能力や症状を無視して行なわれるものでないことは勿論であるが……。

精神障害者は、「病者」から「回復途上者」まで一括して精神障害者として括られており、医療に重点が置かれる人々も、福祉面や社会復帰を重視すべき人々も、すべてこれまで医療の枠組で扱ってきた。そして、疾病の治療それも入院中心の医療が主流を占め、精神障害者を生活者として彼等の生活や福祉を重視することは、ないがしろにされてきた。このことは、精神保健法にも依然として引き継がれており、それが、前述したような、社会復帰施設を設置することにのみ留まっているのではないだろうか。PSW協会の理念である精神障害者の生活を重視し、彼等とともに、彼等の福祉の増進をはかる事が重要であろう。勿論、これまで、精神障害者の地域生活の維持のための援助が、なんら行なわれなかったわけではない。日夜彼等のために奮闘してきた医療従事者もいる。しかし、それは病院にしる保健所にしる、従事者個人の努力であったり、少数の者の実践に過ぎず病院医療全体のもの

保健所あるいは地域をあげてとはなり難かった。

それでも、地域精神保健活動を通じて地域で生活する人々は増加し、多くのPSWはそれらの人々の生活を支える関わりの経験を積んだ。勿論、精神障害者の医療は重要であるが、それに留まらず、医学モデルから生活モデルによるアプローチが検討され、障害を持つ人も、健常者も、老人も、すべての人々が地域社会のなかで生活する事が当たり前の社会。そして、地域社会で生活する人々のために必要な施策が、障害者の種別や老人だからということに関係なく行なわれることが理想であろう。

3. 精神障害者社会復帰施設の設定、運営について

精神障害者社会復帰施設が精神保健法に規定されたが、昭和63年4月、「精神障害者社会復帰施設設置は、民間が主体となって促進を図ることを期待するとともに、都道府県、市町村はその補完的な取り組みを行なうものであること。したがって、これより、改正後直ちに地方公共団体が設置することを意味するものではない」という医療局長の通知が出された。また、精神保健法では、都道府県は精神障害者社会復帰施設を設置することができるようになっており、義務規定ではないうえに、このような通知は、地方公共団体の復帰施設建設を一層消極的にさせるものである。

1991年9月1日現在の援護寮40の52%、福祉ホーム41の78%が医療法人によるものである。このことは、施設の建設や運営など資金の面から考えて当然のことと言えよう。医療法人による施設の全てではないにしろ、病院と同敷地内での、医学的モデルの色彩の濃厚な施設では、単に住む物理的環境と名称が変化しただけという状況になり易い。復帰施設は、地域に開かれ、入所者の自発性と自立性が尊ばれ、生き生きと生活できる場でなければならない。

精神障害者社会復帰施設の職員は、精神薄弱者施設をもとに考えられている。しかし、援護寮の入所者20名に対し職員4名、福祉ホーム入所者10名に職員1名という人員配置では、社会での対人関係、ちょっとした刺激や変化に対処することが困難で不安定になり易い精神障害者の24時間ケアは無理があり、極端に言えば、夜も昼も職員がその対応に追われて過労や精神的負担を背負っている。

精神病院では、自分で決定することなどなく病院職員の言う通りにしていれば済み、そのほうが病院職員も管理しやすい。長い間、精神病院という閉鎖的な場所から施設に出れば、自由ではあるが自分で行動しなければならぬ。何でもよいようなことのひとつひとつの処理が不安になる。買い物や1カ月のお金の使い方や生活の仕方などその実際の体験を通して学び、自己決定が出来るよう施設では指導することが必要となる。

社会復帰施設は運営補助体制で運営されるため、運営費4分の1を利用者から徴収することになっているが、平成2年度から生活保護受給者に対し、「施設基準」枠を適用した。その結果、被保護受給者が利用者負担を支払うと、最低限の日用品費すら減らさなければやっていけない。

PSW協会では、1991年7月、厚生大臣宛に、以下の3点を要望した。

- ① 精神障害者社会復帰施設整備費及び運営補助基準額について、類似する身障精薄施設との格差を是正し、大幅な増額をはかること。
- ② 現行施設建設・運営費のいわゆる設置主体4分の1を公的負担とすること。
- ③ 精神障害者社会復帰施設を運営するうえで支障のないような「概算払い」を都道府県で実施するよう指導すること。

費用面から、他の福祉施設と同様に入所措置にすればよいという考え方もあるが、利用者と施設との契約によって自由に施設を利用できることは重要であろう。むしろ、今後、地方公共団体の復帰施設建設を義務づけること、民間団体の施設建設を地方公共団体が援助していく体制を作り、精神障害

者の主体性を重んじた施設ができるようにすべきであろう。

4. 他障害者の福祉施策から

他障害者の施策に盛り込まれているが、精神障害者には無く、必要とするものとして福祉工場がある。精神障害者の作業所は、昼間の居場所としての利用から就労の前訓練とさまざまなニーズに応えなければならないのが現状である。一方、精神障害者授産施設は、その内容が作業所とほとんど変わらない施設もある。

就労前訓練や雇用対策に対しては、働くことが強制されると否定的意見もある。しかし、「働きたい」「職につきたい」と希望していても適当な職場が無かったり、長期間仕事に就いていないため働くことが困難な者があるのも事実である。自分に合った時間や日数や資源を利用できれば働ける人もいる。多種の施設や対策があり、その人に応じて利用できることが望ましく、就労復帰に重点を置いた施設が作られることが望まれる。

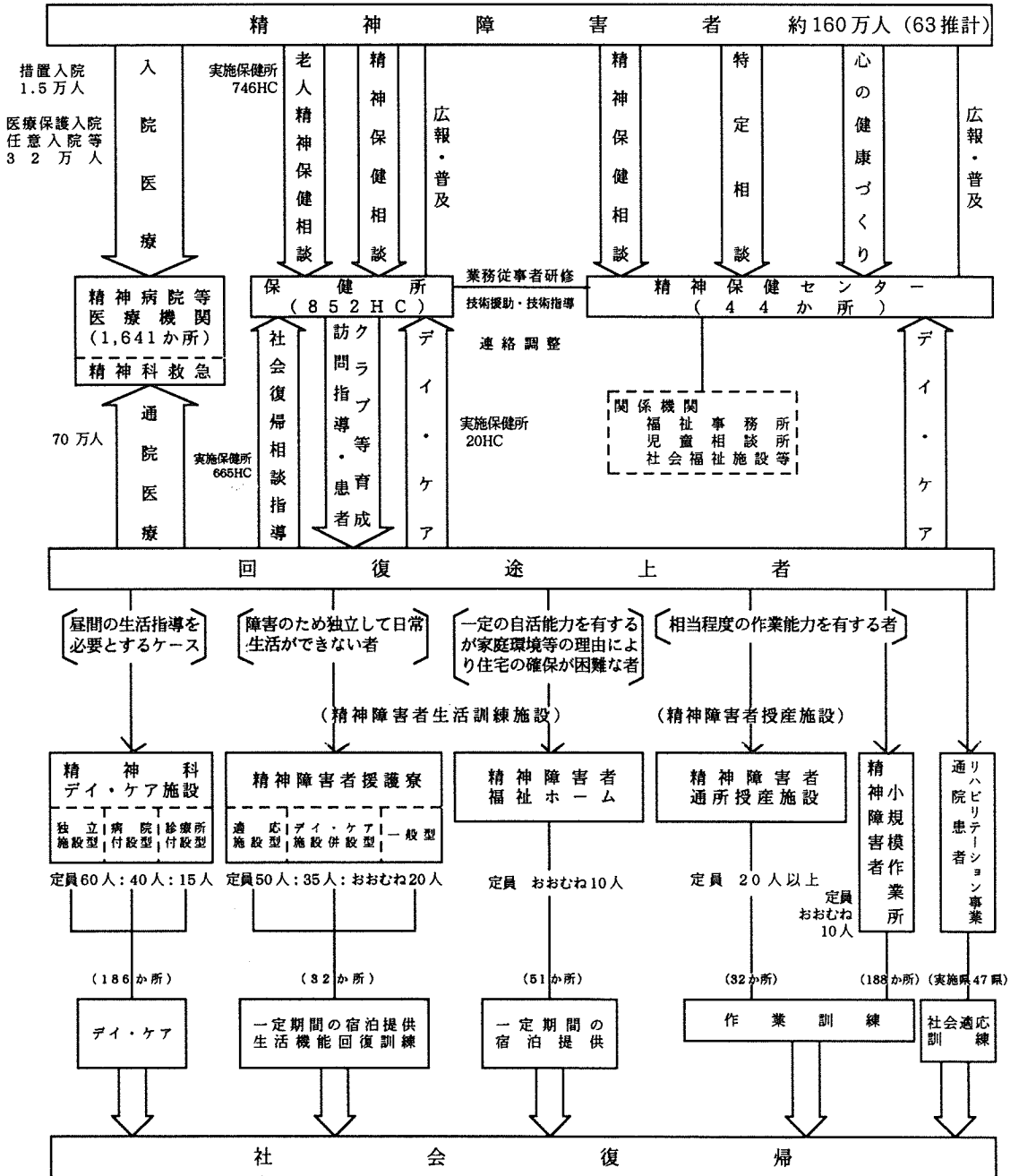
労働の分野での障害者雇用が整備されてきたが、精神障害者に対してははまだ皆無に近い。障害者雇用率については精神障害者はカウントされず、雇用納付金に基づく助成制度も適用されないが、それらを精神障害者の職場定着のための指導員や相談員を配置するなどに助成するなら、精神障害者の就労を継続させることに役立つであろう。

5. 総括にかえて

私が、現在付き合っている精神障害者は、作業所やソーシャルクラブの会員であるが、彼等が必ず言うことは、病院には、もう絶対入院したくないということである。そのために、調子が悪いときは、仲間で「ワーカーに相談した方が良い」とか、「薬をちゃんと飲め」などと助言しあったりしている。入院せずに生活できているこれらの人々の問題で重要なのは、就労と住居の問題のように思われる。生活保護を受給している人は都市化の波で生保で借りられるアパートがどんどん消えていく。何時立ち退きを迫られるか分からない不安をもっている。地域に住みたいと希望している精神障害者の望みが叶えられるような住居—福祉ホームやグループホーム、アパートの入居の公的援助—と職業のための福祉施策が盛り込まれるような法は精神保健法のみには期待することは困難であろう。

他障害者が利用できる関係法に精神障害者を含めることや、縦割りの身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法、老人福祉法と別々に福祉法を考えるのではなく、社会的な不利を背負っている全ての人々を包括する福祉法が必要なのではないだろうか。

Ⅰ 精神障害者対策の概要（平成2年度）



II 精神障害者社会復帰施設概要

(精神薄弱者は除く)

	精神障害者福祉ホーム	精神障害者援護寮	精神障害者通所授産施設
施設 の 目的	家庭環境・住宅事情等の理由により住宅確保困難な一定程度の自活能力のある者に対して、一定期間利用させることにより生活の場を与え、社会復帰に必要な指導訓練を行う	回復途上にある精神障害者に一定期間利用させ、生活指導等を行い自立への促進を図る	相当程度の作業能力を有する精神障害者に利用させ、必要な訓練を行い自活を促進するための指導を行う
利用 対 象	家庭環境・住宅事情等の理由により住宅確保困難な者 ①日常生活において介助を必要としない程度に生活習慣が確立している者 ②継続して就労できる見込みのある者	入院医療の必要はないが精神障害のため独立して日常生活を営むことが困難と見込まれる者で社会復帰を希望する者 ①共同生活を営める程度の者 ②神経科ディケア施設、精神障害者通所授産施設及び精神障害者小規模作業所等に通える程度の者	雇用されることが困難な精神障害者であって、かつ、将来就労を希望する者
定員	おおむね 10人	おおむね 20人	20人以上
利用 期 間	2年以内を原則とする。ただし、運営主体の長が、顧問医の意見等を聴いた結果、延長について真に止む得ないものと認める場合は、1年を超えない範囲で利用期間を延長できる。		利用者各人の作業能力等を勘案して当該施設において適宜決定する。
構 造 ・ 設 備	利用者1人に対する建物面積		
	23.3㎡以上	14.9㎡以上	15.8㎡以上
設 備 の 概 要	施設に必要な設備		
	居室、娯楽室、調理室、浴室 洗面所、便所、管理入室	居室、相談・指導室、静養室 食堂（調理コーナー） 娯楽室（食堂と兼）、浴室 洗面所、便所、事務室	事務室、食堂、静養室、便所 作業室又は作業場、洗面所、 集会室（食堂と兼）
職 員	設備の概要		
	居室：原則として1人1部屋とし、1人あたりの床面積は6.6㎡（収納・調理設備を除く）以上とする。	居室：1室の定員は4人以下とし、1人あたりの床面積は4.4㎡（収納設備を除く）以上とする。	作業室又は作業場：安全に作業に従事出来る必要な設備を設ける。
食 事	管理人 1名、顧問医 1名	施設長 1名 ソーシャルワーカー 1名 専任職員 2名 顧問医 1名	施設長 1名 ソーシャルワーカー 1名以上 作業療法士 1名以上 専任職員 1名以上 顧問医 1名 (29名までは各1名とし、30人を超えて10人を増すごとにいずれかの職種1名を置く)
	原則として自炊	必要に応じて給食業務を行うことができる。	
利 用 負 担	(1) 施設の維持運営に必要な経費として経営主体が定めた利用料を負担するものとする。 (2) 飲食物費、日用品費、光熱水料等の利用者個人にかかる費用は、その実費を利用者の負担とする。		

Ⅲ 精神障害者及び精神薄弱者福祉施設の概要

	精 神 障 害 者	精 神 薄 弱 者
更 正 施 設	<p>現在更生施設について制度はない。</p> <p>〈緊急救護施設〉</p> <p>【目的】 生活保護法に基づき、入院治療を必要としない精神障害者で、すぐには社会復帰できない人を収容し、生活扶助を行い社会復帰に向けての訓練を行う。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員50名以上）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人</p> <p>【利用方法】 福祉事務所による措置</p>	<p>【目的】 18歳以上の精神薄弱者を入所させ、その更生に必要な指導訓練を行う。</p> <p>【施設形態】 通所型（定員20名以上） 入所型（定員50名以上）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人</p> <p>【利用方法】 福祉事務所による措置</p> <p>【徴収金】 通・入所者または扶養義務者の収入額に応じて徴収する。</p> <p>【施設運営費】 福祉事務所から措置費及び府から民間施設給与等改善費支弁</p>
通 所 授 産 施 設	<p>【目的】 相当程度の作業能力を有する精神障害者を対象に、自活を促進するための必要な訓練を行う。</p> <p>【施設形態】 通所型（定員20名以上）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人、医療法人</p> <p>【職員基準】 施設長(1) ソーシャルワーカー(1) O T(1) 専任職員(1) 顧問医(1)</p> <p>【利用方法】 利用者と運営主体との契約</p> <p>【施設運営費】 府より施設運営補助金、通所者からの利用料金（運営主体が定めた金額）</p>	<p>【目的】 18歳以上の精神薄弱者で雇用されることが困難な者を通・入所させ、自活及び就労に必要な訓練を行う。</p> <p>【施設形態】 通所型（定員20名以上） 入所型（定員50名以上）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人</p> <p>【職員基準・通所型】 施設長(1) 医師(1) 生活指導員及び作業指導員(3) 等</p> <p>【利用方法】 福祉事務所による措置</p> <p>【徴収金】 通・入所者または扶養義務者の収入額に応じて徴収する。</p> <p>【施設運営費】 福祉事務所から措置費及び府から民間施設給与等改善費支弁</p>

<p>援 護 寮</p>	<p>【目的】 回復途上にある精神障害者を一定期間入所させ生活訓練等を行い自立の促進を図る。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員概ね20名）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人、医療法人</p> <p>【職員基準】 施設長(1) ソーシャルワーカー(1) 専任職員(2) 顧問医(1)</p> <p>【利用方法】 利用者と運営主体との契約</p> <p>【施設運営費】 府からの施設運営補助金、利用者からの利用料金（運営主体が定めた額）</p>	<p>【目的】 職場に通勤させながら、一定期間入所させ自活に必要な指導を行うことにより、社会生活能力を向上させ円滑な社会復帰を図る。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員概ね20名）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人</p> <p>【職員基準】 寮長(1) 専任職員(2) 嘱託医(1)</p> <p>【利用方法】 福祉事務所からの委託</p> <p>【徴収金】 入所者または扶養義務者の収入額に応じて事業費の支弁額を徴収</p> <p>【施設運営費】 福祉事務所から事業費・日常諸費を支弁</p>
<p>福 祉 ホ ム</p>	<p>【目的】 家庭環境や住宅事情等の理由により、住宅の確保が困難な精神障害者で一定程度の生活能力のある人を対象に、一定期間入所させ社会復帰に必要な訓練を行う。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員概ね10名）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人、医療法人</p> <p>【職員基準】 管理人(1) 顧問医(1)</p> <p>【利用方法】 利用者と運営主体との契約</p> <p>【施設運営費】 府からの施設運営補助金、利用者からの利用料金（運営主体が定めた額）</p>	<p>【目的】 就労しているが、家庭環境や住宅事情等の理由により、生活の場の確保が困難な精神薄弱者を対象に、独立した生活を営むために利用させ、日常生活の安定を確保し、社会参加の助長を図る。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員概ね10名）</p> <p>【運営主体】 府、市町村、社会福祉法人</p> <p>【職員基準】 管理人(1)</p> <p>【利用方法】 利用者と運営主体との契約</p> <p>【施設運営費】 府から施設運営補助金、利用者から共益費（運営主体が定めた額）</p>
<p>グ ル ー プ ホ ム</p>	<p>現在制限はない。</p>	<p>【目的】 食事等の生活援助体制を備えた共同生活（グループホーム）を営む障害者に対し、日常生活での援助等を行うことにより、精神薄弱者の自立生活を助長する。</p> <p>【施設形態】 入所型（定員4～5名）</p> <p>【運営主体】 精神薄弱者援護施設・通勤寮等の施設を運営する地方公共団体及び社会福祉法人</p> <p>【職員基準】 世話人(1)</p> <p>【利用方法】 援護の実施者（府、市及び福祉事務所を設置する町）が入所決定</p> <p>【施設運営費】 援護の実施者は運営に係る必要な費用を支弁。家費・飲食費等共通経費については入居者が負担</p>

(P. S. W 通信 No.75)

Ⅳ 身体障害者・児、精神薄弱者・児関係施設一覧

分野	類型	施設区分・種別名	設置数	備考
身体障害者	リハビリテーション施設	肢体不自由者更生施設	45	厚生省 「社会福祉 施設調査」 1989.10.1 現在
		視覚障害者更生施設	16	
		聴覚言語障害者更生施設	3	
		内部障害者更生施設	14	
		重度身体障害者更生援護施設	61	
	生活施設	身体障害者療護施設	203	
		身体障害者福祉ホーム	9	
	授産施設 福祉工場	身体障害者授産施設	84	
		重度身体障害者授産施設	119	
		身体障害者通所授産施設	101	
		身体障害者福祉工場	24	
	利用施設	身体障害者福祉センター（A型）	30	
		身体障害者福祉センター（B型）	157	
		在宅障害者デイ・サービス施設	9	
		障害者更生センター	9	
		補装具製作施設	29	
		点字図書館	74	
		点字出版施設	13	
		盲人ホーム	30	
	精神薄弱者	リハビリテーション施設	精神薄弱者更生施設（入所）	
精神薄弱者更生施設（通所）			117	
生活施設		精神薄弱者通勤寮	102	
		精神薄弱者福祉ホーム	39	
授産施設		精神薄弱者授産施設（入所）	173	
		精神薄弱者授産施設（通所） 精神薄弱者福祉工場	369 3	
児童福祉	障害区分の 児童施設	精神薄弱児施設（入所）	309	
		自閉症児施設	8	
		精神薄弱児通園施設	216	
		盲児施設	22	
		ろうあ児施設	20	
		難聴幼児通園施設	27	
		肢体不自由児施設	72	
		虚弱児施設	33	
		情緒障害児短期治療施設	13	
		肢体不自由児通園施設	71	
重症心身障害児施設	62			
肢体不自由児療護施設	8			

V 身体障害者・児、精神薄弱者・児関係施設の目的と対象者等の一覧（その1）

施設の種別	種別	入(通)所・利用別	設置主体	施設の目的及び対象者
身体障害者更生援護施設 肢体不自由者更生施設 (身障法29条)	第1種	入所 通所	国・都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 許可 ただし、措置委託の対象となるのは、公立施設及び厚生大臣の指定を受けた社会福祉法人立の施設に限る。	肢体不自由者を入所又は通所させて、その更生に必要な治療及び訓練を行う。
視覚障害者更生施設 (身障法29条)	第1種	入所 通所	同 上	視覚障害者を入所又は通所させて、その更生に必要な知識、技能及び訓練を与える。
聴覚・言語障害者更生施設 (身障法29条)	第1種	入所 通所	同 上	聴覚・言語障害者を入所又は通所させて、その更生に必要な指導及び訓練を与える。
内部障害者更生施設 (身障法29条)	第1種	入所 通所	同 上	内臓の機能に障害のある者を入所又は通所させて、医学的管理の下に、その更生に必要な指導及び訓練を行う。
身体障害者療護施設 (身障法30条)	第1種	入所	同 上	身体障害者であって常時の介護を必要とするものを入所させて治療及び療護を行う。
重度身体障害者更生援護施設 (身障法29条)	第1種	入所	同 上	重度の身体障害者を入所させて、その更生に必要な治療及び訓練を行う。
身体障害者福祉ホーム (身障法30条の2)	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 届出	身体上の障害のため家庭において日常生活を営むのに支障のある身体障害者に対し自立した生活を営ませる。
身体障害者授産施設 (身障法31条)	第1種	入所 通所	国・都道府県 市町村 社会福祉法人 届出 その他の者 許可 ただし、措置委託の対象となるのは、公立施設及び厚生大臣の指定を受けた社会福祉法人立の施設に限る。	身体障害者で雇用されることの困難なもの又は生活に困難するもの等を入所させて、必要な訓練を行い、かつ職業を与え、自活させる。
重度身体障害者授産施設 (身障法31条)	第1種	入所	同 上	重度の身体障害者で雇用されることの困難なもの等を入所させて、必要な訓練を行い、かつ職業を与え、自活させる。
身体障害者通所授産施設 (身障法31条)	第1種	通所	同 上	身体障害者で雇用されることの困難なもの等を通所させて、必要な訓練を行い、かつ職業を与え、自活させる。
身体障害者福祉工場 (身障法31条)	第1種	入所	同 上	重度の身体障害者で作業能力はあるが、職場の設備、構造、通勤時の交通事情等のため一般企業に雇用されることの困難な者に職場を与え、生活指導と健康管理のもとに健全な社会生活を営ませる。
身体障害者福祉センター (身障法31条の2)	第2種	利用	都道府県 市町村	無料又は低額な料金で、身体障害者に関する各種の相談に応じ身体障害者に対し機能訓練、教養の向上、社会との交流の促進及びレクリエーションのための便宜を総合的に供与する。
在宅障害者デイ・サービス施設 (昭55.9.26 社更 178号)	第2種	利用	市町村	地域において、就労が困難な住宅身体障害者が、通所して創作的活動、機能訓練等を行うことにより、その自立を図るとともに生きがいを高める。
身体障害者更生センター (身障法31条の2)	第2種	利用	同 上	障害者とその家族が気軽に宿泊、休養でき、各種の更生相談に応ずるための便宜を供与する。
補装具製作施設 (身障法32条)	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 届出 その他の者 許可	無料又は低額な料金で補装具の製作又は修理を行う。
点字図書館 (身障法33条)	第2種	利用	同 上	無料又は低額な料金で点字刊行物及び盲人用の録音物を盲人の利用に供する。
点字出版施設 (身障法34条)	第2種	利用	同 上	無料又は低額な料金で点字刊行物を出版する。

身体障害者・児、精神薄弱者・児関係施設の目的と対象者等の一覧（その2）

施設の種類	種別	入(通)所・利用別	設置主体	施設の目的及び対象者
自閉症児施設 (児福法42条)	第1種	入所	国・都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 } 届出許可	自閉症児に対する医療、心理指導及び生活指導を行う。
精神薄弱児通園施設 (児福法42条の2)	第1種	通所	都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 } 届出許可	精神薄弱の児童を日々保護者のもとから通わせて、これを保護するとともに独立自活に必要な知識技能を与える。
盲児施設 (児福法43条)	第1種	入所	同上	盲児(強度の弱視児を含む)を入所させて、これを保護するとともに、独立自活に必要な指導又は援助をする。
ろうあ児施設 (児福法43条)	第1種	入所	同上	ろうあ児(強度の難聴児を含む)を入所させて、これを保護するとともに独立自活に必要な指導又は援助をする。
難聴幼児通園施設 (児福法43条)	第1種	通所	同上	強度の難聴の幼児を保護者のもとから通わせて、指導訓練を行う。
虚弱児施設 (児福法43条の2)	第1種	入所	同上	身体の虚弱な児童に適正な環境を与え、その健康増進を図る。
肢体不自由児施設 (児福法43条の3)	第1種	入所 通所	同上	肢体不自由のある児童を治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与える。
肢体不自由児通園施設 (児福法43条の3)	第1種	通所	同上	肢体不自由のある児童を通所によって治療するとともに、独立自活に必要な知識技能を与える。
肢体不自由児療養施設 (児福法43条の4)	第1種	入所	同上	病院に入院することを要しない肢体不自由のある児童であって家庭における養育が困難なものを入所させ、治療及び訓練を行う。
重症心身障害児施設 (児福法43条の4)	第1種	入所	同上	重度の精神薄弱及び重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、これを保護するとともに治療及び日常生活の指導をする。
情緒障害児短期治療施設 (児福法43条の5)	第1種	入所 通所	同上	軽度の情緒障害を有するおおむね12歳未満の児童を短時間入所させ、又は保護者のもとから通わせて、その情緒障害を治す。
教護院 (児福法44条)	第1種	入所	国・都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 } 届出許可	不良行為をなし、又なすおそれのある児童を入院させてこれを教護する。
児童館 (児福法40条)	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 } 届出認可	児童に健全な遊びを与え、その健康を増進し、又は情緒を豊かにする。
児童遊園 (児福法40条)	第2種	利用	同上	児童に健全な遊びを与え、児童を個別的又は集団的に指導して児童の健康を増進し情緒を豊かにするとともに、事故による傷害の防止をはかる。
精神薄弱者援護施設 精神薄弱者更生施設 (児福法18条)	第1種	入所 通所	都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 } 届出許可 ただし、措置委託の対象となるのは、公立施設及び都道府県知事の適合認定を受けた社会福祉法人立の施設に限る。	18歳以上の精神薄弱者を入所(通所)させて、これを保護するとともにその更生に必要な指導及び訓練を行う。
精神薄弱者授産施設 (児福法18条)	第1種	入所 通所	同上	18歳以上の精神薄弱者であって、雇用されることが困難なものを入所(通所)させて自活に必要な訓練を行うとともに職業を与えて自活させる。

身体障害者・児、精神薄弱者・児関係施設の目的と対象者等の一覧（その3）

施設の種別	種別	入(通)所・利用別	設置主体	施設の目的及び対象者
その他の社会福祉施設 授産施設 (社準法2条)	第1種	通所	都道府県 市町村 社会福祉法人 日本赤十字社 届出許可	労働力の比較的低い生活困窮者に対し就労の機会を与え、または技能を修得させ、自立更生を図る。
	第2種	利用	同 上	住居をもたない要保護世帯及び低所得世帯に住宅を供与する。
	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 届出許可	あん摩師、はり師免許又はきゅう師免許を有する視覚障害者であって、自営し、又は雇用されることの困難な者に対し、施設を利用させるとともに必要な技術の指導を行い、もって盲人の自立更生をはかることを目的とする。
	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 その他の者 届出	就労している精神薄弱者を職場に通勤させながら一定期間入所させて対人関係の調整、余暇の活用、健康管理等独立生活に必要な事項の指導を行う。
	第2種	利用	都道府県 市町村 社会福祉法人 届出	就労している精神薄弱者であって、家庭環境、住宅事情等の理由により、現に住居を求めているものに独立した生活を営むために利用させ、就労に必要な日常生活の安定を確保し、もってその社会参加の助長を図る。
	第1種	通所	同 上	作業能力はあるものの、対人関係、健康管理等の事由により、一般企業に就労できない精神薄弱者を雇用し、社会的自立を促進する。
保護施設	第1種	入所	都道府県 市町村 社会福祉法人 日本赤十字社 届出認可	身体上又は精神上著しい欠陥があるために独立して日常生活の用を弁ずることのできない要保護者を入所させ生活の扶助を行う。
	第1種	入所	同 上	身体上又は精神上の理由により養護及び補導を必要とする要保護者を入所させ生活の扶助を行う。
	第2種	利用	同 上	医療を必要とする要保護者に対して医療の給付を行う。
	第1種	通所	同 上	身体上若しくは精神上の理由又は世帯の事情により就業能力の限られている要保護者に対して就労又は技能の修得のために必要な機会及び便宜を与えて、その自立を助長する。
	第2種	利用	同 上	住居のない要保護者の世帯に対して住宅扶助を行う。

資料 1990年「国民の福祉の動向」

VI 身体障害者雇用納付金に基づく助成金制度の概要

番号	助成金	要件	対象となる身障者等	助成率	
1	身体障害者作業施設設置等助成金	1.新規雇入れ 2.作業を容易にする施設、設備の設置又は借上げ	身体障害者 精神薄弱者	2/3	
2	重度障害者特別雇用管理助成金 イ第1種（通勤対策等）	1.雇用（新規雇入れを含む） (1)重度障害者用住宅の新築等 (2) " 賃貸 (3)重度障害者等5人以上入居の住宅、指導員の配置 (4)通勤する重度障害者等5人以上通勤用バスの購入	重度障害者、4級以上の下肢障害者・体幹機能障害者 脳病変による移動機能障害がある者、3級以上の視覚障害者、精神薄弱者、5級の下肢、移動、体幹障害の重複者	3/4	
	ロ第2種（手話通訳担当者等）	(1)視覚障害者3人以上、手話通訳担当者の委嘱 (2)内部障害者等3人以上、健康相談医師の委嘱 (3)重度障害者等5人以上、職業コンサルタントの配置	3級以上の聴覚障害者 内部障害者、脊髄損傷による3級以上の肢体不自由者 てんかん性発作を伴う精神薄弱者、重度障害者、4級以上の脳病変による上肢の機能の障害又は移動機能障害がある者、精神薄弱者		
3	身体障害者等能力開発助成金 イ第1種（施設設置等）	1.労働大臣が定める基準に適合する身体障害者等能力開発訓練を行う事業主又はその団体、専修学校又は各種学校を設置する学校法人、社会福祉法人その他身体障害者等の雇用促進の事業を行う法人 2.能力開発訓練のための施設設備の設置又は整備	身体障害者	4/5	
	ロ第2種（運営費）	1.労働大臣が定める基準に適合する身体障害者等能力開発訓練事業の運営	精神薄弱者		運営費の3/4
	ハ第3種（受講）	1.労働大臣が定める基準に適合する身体障害者等能力開発訓練施設で雇用する（新規雇入れを含む）身体障害者等に訓練を受講させる。			賃金相当額の3/4
4	重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金 イ第1種重度障害者施設設置等助成金	1.新規雇入れ重度身障者等5人以上 2.重度身障者等10人以上	重度身体障害者 精神薄弱者	2/3	
	ロ第2種重度障害者施設設置等助成金	1.重度身障者等10人以上かつ雇用割合3/10以上 2.事業施設等の改善			
5	重度身障者職場適応助成金	1.重度身障者、45歳以上の身障者又は重度の薄弱者の雇入れ 2.適切な職場適応のための措置	重度身体障害者、45歳以上の身体障害者、重度の精神薄弱者		

障害者福祉論—介護福祉士選書—（1991年 p. 41）

Ⅵ 機能障害・能力低下・社会的不利の定義と特徴（WHO）

区分	機能障害 (形態異常を含む) impairment	能力低下 diability	社会的不利 handicap
定義	<p>保健活動の経験の中では、機能障害とは心理的、生理的又は解剖的な構造又は機能のなんらかの喪失又は異常である。</p>	<p>保健活動の経験の中では、能力低下とは、人間として正常とみなされる方法や範囲で活動していく能力の、(機能障害に起因する) なんらかの制限や欠如である。</p>	<p>保健活動の経験の中では、社会的不利とは、機能障害や能力低下の結果として、その個人に生じた不利益 (disadvantage) であって、その個人にとって (年齢、性別、社会文化的因子からみて) 正常な役割を果たすことが制限されたり妨げられたりすることである。</p>
特徴	<p>機能障害は、一時的又は永続的な喪失又は異常によって特徴づけられる。ここに四肢、器官、組織、又は精神機能系を含むその他の身体構造の奇形、欠陥、喪失も含まれる。機能障害は病理的状态の表面化 (exteriorization) を示し、原理的に器官レベルの変調 (disturbances) を表す。</p>	<p>能力低下の特徴は、人々が通常行っている活動遂行や行動が、過剰であったり不足していたりすることである。ここには一時的又は永続的なもの、可逆的又は不可逆的なもの、進行的又は退行的なものが含まれる。能力低下は機能障害の直接的な結果として起こり、あるいは身体的感覺的又はその他の機能障害に対する個体の反応、特に心理的な反応として起こる。能力低下は機能障害の客観化 (objectification) を示し、人間レベルの変調 (disturbances) を表す。</p> <p>能力低下は、一般に日常生活の基本的な構成要素とされている複合的な動作や行動の能力に関係している。例えば適切な態度での行動、身辺処理 (排泄のコントロール、清潔や食事の能力など)、その他の日常生活動作、そして (歩行などの) 移動動作などがうまくできないことが含まれる。</p>	<p>社会的不利とは、ある個人の状態や経験が標準からかけはなれている場合に、その状態や経験に対してなされる価値評価にかかわるものである。それは、その個人の活動や状態と、その個人自身あるいは彼の属する特定のグループの期待との間に見出される不一致として特徴づけられる。社会的不利とはこのように機能障害や能力低下が社会化したものであり、個人にとっての、機能障害や能力低下の文化的、社会的、経済的、環境的な結果を表す。</p> <p>不利益はその個人の世界が持つ期待や標準に合わせることに失敗したり不可能だったりするときに生ずる。社会的不利はこのように「生存するための役割」と呼んでもよいような役割を果たす上で障壁 (interference) があるときに生ずる。</p>

資料 厚生省大臣官房統計情報部「WHO国際障害分類試案」(仮訳) 1984

社会復帰の現状

——社会復帰施設の現場から見たこと——

藤本 豊

(日本臨床心理学会)

1. はじめに

現在勤務している、東京都中部総合精神保健センターのホステル（以下センター）という、社会復帰の援助施設にいての実感として、精神衛生法から精神保健法に変わったことで、病院での長期在院者の退院が多くなっているように思う。保健法施行の2年後頃より、センターの利用者の年齢が高くなっている。(資料1参照)これは寛解状態の長期在院者を、病院側がセンター利用を勧めている結果と言えよう。

病院としては、確かに寛解状態のひとを入院させにくくなっていると、ある病院の婦長さんが話していた。そうした状況だから、病院の方は何年にもわたり入院をしていた人を退院させようとする。しかし、何年も入院していたひとが、そんなにすぐに一人で暮らせるわけがない。退院したいと言っていたときには、「まだだ」といわれ退院が出来ずにもう一生病院でいいと覚悟を決めていた人が、ある日突然「もう退院していいです」と宣言をされる。

センターの利用を申し込んだ後、利用に際しての面接を始めると、「センターには来たくない」とか「病院にいられるのならばいい」という人がわずかではあるがいるのも事実である。センターの利用を始めてからも、「社会では生活できそうにないので」とのことで、本人の希望で病院に再入院する人もいる。

退院後の生活基盤を保障することをせずに、法律の条文だけを先に変えて、法律が変わったからさあ退院というのが今の現状としてある。法律が変わって一番の「被害者」は、その法律で本来は守らなくてはならない人たちだったのではないだろうか？

2. 立ち遅れている生活援助

精神病院を退院するときの一番の問題点は、その受け皿といえる退院後の住居がないということだ。長期在院や、入退院を繰り返している人の多くは、退院後に引き受ける人がいないために入院となっている場合が多い。センターを利用する人が、病院から何故直接退院出来ないかという点、退院してアパートを借りる際の保証人がいないという人が大半を占めている。

住居施設の整備に対して、国は福祉ホーム（ケア付の共同住居）の制度を発足させた。しかし、その大半は医療法人立であり、福祉ホームが病院の敷地内にあったり、病院から本当に独立した、一般社会での住居かどうかは疑わしい限りである。(注1)

さらに本来は共同住居ということで生活保護の受給が居宅基準となるところが、なにかの手違いで

施設と見なされて、1990年の第46次の生活保護の基準改定では、施設基準となったために、利用料すら支払えない状況になってしまった。(資料2参照)

一般に福祉ホームの場合、家賃と管理費を施設利用料として利用者から徴収している。この施設利用料が無ければ、国の補助金だけでは施設の運営は、経済的に難しい。1990年4月以前であれば、生活保護の場合は居宅扱いで、だいたい10万円近くが降りていた。その中から施設利用料(4~6万円)を支払った残りの6~5万円が、生活費になっていた。しかし、1990年4月からの福祉ホーム利用者については、施設基準となったために、食費の実費と入院時の日用品費を合わせて、おおよそ5万数千円程の支給になった。つまり、5万数千円から5万円の施設利用料を支払えば、生活費としては数千円しか残らないわけで、どう考えてもこの額では生活ができるわけがないのは明らかである。このために生活保護の受給者は事実上、1990年4月以降は福祉ホームには入居出来なくなってしまった。このように、一番必要な人が利用できないといった実態がある。

こうしたことは、他の障害者の人たちの状況では考えられない。その機能等を単純に比較は出来ないが、東京都には精神薄弱者通勤寮という「精神薄弱者」のひとの、福祉ホームの様な性格の施設がある。この場合だと、利用に係わる費用は無料となっているから、生活保護で施設基準の認定となっても、まあなんとか生活はやって行ける。同じ施設といってもこのように、施設運営に対してその経済的な部分で全面的に補助のある所と、ほとんどなく建物の修繕費にもことをかく福祉ホームの様な施設をひとつくりにして、考えられているのが精神障害者に対しての生活援助の実態である。

身体障害者の場合であれば、極小数ではあるが、公共住宅の提供もある。しかし、精神障害者の場合は公共住宅の提供すらないままに、生活保護費の範囲内でのアパート生活となっている。

精神障害の人の場合はアパートを借りるときには、当然病気を隠して借りなければならない。作業所に通所して就労をしてなくても、どこかに勤めていることにして、不動産屋に行くことになる。アパート一つを借りるのに10軒近くの不動産屋を廻ることも、珍しいことではない。

ようやくアパートが借りられても、東京の場合たと生活保護の範囲で借りられるアパートの大半は、築20年近くのものだったり、取り壊し予定のもので次の更新は不可といった物が多い。金額的にも地価高騰のあおりを受けて、23区内では4畳半から6畳一間でトイレ共同といった所が多いのが現状といえる。また現に借りているアパートであっても、古いアパートが多いので今の東京の「地上げ」の状況の中では、建て替えるから退去してほしいと言われることが多い。

このように、精神障害者の住居を取りまく状況は貧困であるといえる。

3. 社会復帰の現状

何とか、アパートが見つかって生活をして、どの様な生活をするのが問題となってくる。病院での暮らしの中で、「三食付」の、午前午後2時間程度の作業をし、後はベッドで横になるか、廊下を歩きまわるとかの生活を何年もしてしまうと、どの様に生活をしたらいいのかの感覚が掴めないのは当然といえる。

センターの退所者(以下OB)の場合、昼間行くところのない人が1/3近くいる。OBであればセンターに来て暇をつぶすこともでき、退所後の2~3年は半数近くの人たちが、週に2~3回はセンターに来ている。東京には作業所も120カ所近くあり、医療施設のデイケアも36カ所もあるが、単身生活者だとそうした既成の場に馴染めない人も多いのが現状である。

センターでは、OBに対しての面接や電話での相談や援助活動をしている。1990年度の延べ相談件数は約7,500件余りに及んでいる。(資料3参照)比較的気軽に相談ができることや、緊急時に短期宿

泊のできること（資料4参照）もあってか、退所後に再入院する人は約1割程度になっている（注2）。アパート生活であっても、いざというときに相談ができるところと、休息のできる場所と、それと食事の提供があれば、多くの人が再入院をしないで生活ができるといえる。

何とか病院から退院して、アパートでの独り暮らしをしてみたものの、昼間の行き場所がないこと。どんな風にして暮らしていったらいいのかわからない、本当にのんびりと暮らす場所がないというのが、精神障害者の社会復帰の現状ではなかろうか。

4. 今後のこと

いま行政側は、4～5名程のグループホームの設置を考えている。しかし、OBの実情を見ると、グループホームといったものよりも、すぐに入居できるアパートのほうが必要に思う。2. で述べたように、現在の限られた予算の中で管理人を置き、建物を維持していくというのは至難の業といえる。また生活保護受給の入居者にしても、施設基準での保護費しか貰えずに、その中から利用料を払うということになるので、事実上支払えなくなることも十分に考えられる。

住居に関して言えば、会社がアパートを借りて、社員に低額で貸す様に、行政がアパートを借りて精神障害者に貸し付けるとか、あるいは行政が保証人になるとかするだけでも、かなり現状は改善されてくると考えられる。センターで見ていると、ケア付の住居を必要とする人の数は、それほど多くはないように思う。OBの生活を見ていると、気軽に相談でき、昼間ゆっくりと過ごせ、食事のサービスを受けられる所があればいいようにも思う。という、施設を作るにはお金が掛かるという。だからといって、新たに施設を作ることはなく縦割り行政を越えて、現にある区民センター・老人会館・公民館といった施設を活用すればいい。そうした所には、食堂があったり、ホールやロビーがあるのだから。

しかし、OBと共に区民センターを利用して気がついたのだが、やはり精神障害者に対する偏見を感じた。それが公共の場の利用を阻害している。まあ、市民として利用していても、そうした公共の場というもののいごちの悪さを感じるのだから、しかたがないかもしれないが！？

今後は、特定のひとに対しての援助というのではなく、ひとり一人の住民が本当にくつろげる場とサービスがあれば、精神障害者の人たちにとっても暮らしやすい場が提供できるのではないかと考える。

注1 全国で32カ所（1990.6現）ある福祉ホームの運営主体の87.5%（28カ所）が医療法人や病院となっている。

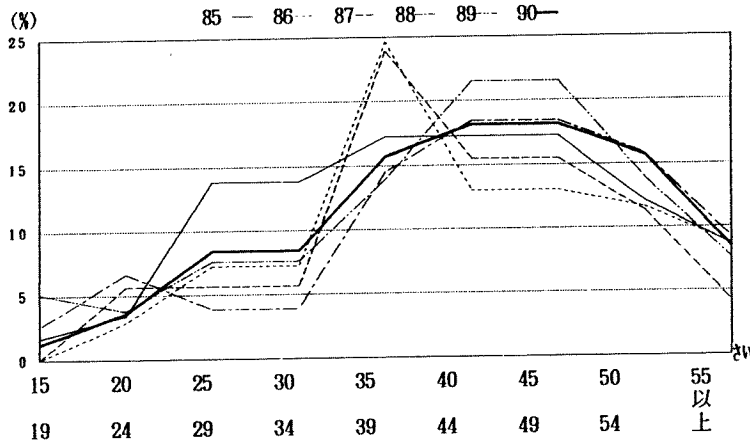
注2 筆者の3年間でのおおまかな印象であり、追跡調査等の結果ではない。

[資料1]

センター利用者年齢の年度別推移

(%)

	15~19	20~24	25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~
1985	1.7	3.4	13.8	13.8	17.2	17.2	17.2	12.1	8.6
1986	0.0	2.9	7.2	7.2	24.6	13.0	13.0	11.6	8.7
1987	0.0	5.6	5.6	5.6	23.9	15.5	15.5	11.3	4.2
1988	2.6	6.6	3.9	3.9	14.5	18.4	18.4	15.8	9.2
1989	5.1	3.8	7.6	7.6	13.9	21.5	21.5	13.9	7.6
1990	1.2	3.6	8.4	8.4	15.7	18.1	18.1	15.7	8.4



[資料2]

福祉ホーム利用者の
生活保護受給について

生活保護受給者にとって

精神傷患者福祉ホームが利用困難になった
状況とその対策

1. なぜ今年から利用困難になったか？

福祉ホームの生活保護法上の基準が、施設基準と定められたからである。

2. 昨年まではどうしていたのか？

厚生省が福祉ホームの基準を特に定めてなかった。東京都は厚生省に断ったうえで、居宅基準でやっていた。栃木県なども居宅基準だった。

3. 居宅基準から施設基準に変わると何故困るのか？

利用者が福祉事務所からもらえるお金が、住宅費がなくなり、生活費も大幅に減る。福祉ホームは道義上それ以外の利用者からも利用料をもらえなくなる。

4. 多少金額的に減っても、曖昧なままより基準をきちんとした方が良いのではないか？

基準はきちんとしたほうが良い。

しかし、減る金額は多少ではないので利用困難になる。

5. どのくらい減るのか？

東京都の場合で1カ月あたり

利用者が約1万円の減額（約69,690円から53,372円になるので、約30%の減）

経営者が約3万円の減額（ただし、都単事業認可の利用料と、部屋代を賃貸契約していた場合。）

6. これだけ減るとどんな困難が予想されるのか？

- ① 道府県の単独事業として補助金を出ていない所は、福祉ホーム経営や新設がほとんど不可能になる。出来るとすれば、精神病院付属もしくは社会福祉法人等の既存の法人に付属したものとなる。
- ② 東京都の場合で、利用者が受ける待遇が昨年までと変わらず、手にする生活費が30%減るとすれば、当然のことながら生活が困難になる。
- ③ また一方で、アパート契約をして、そちらで生活をするとなれば、今までどおりの生活保護費が保障されるので、それが出来る利用者は福祉ホームには入居しないであろう。
- ④ 補助金の出ている東京都の福祉ホーム経営者にしても、名目はともかく、月一人あたり3万円の収入減は年間360万円となる。これは低賃金の地域精神保健働者にとっては、一人分の人件費に相当する。

7. 福祉ホームの概要

① 法的根拠

1988年7月1日実施された精神保健法の第10条により、初めて法的に定められた精神障害者生活訓練施設の一つである。

資料：「精神保護法詳解」（P25）・中央法規出版

② 全国の現状

1989年9月1日現在、17箇所（9都県）が開催されている。

資料：「我が国の精神保健（平成元年度版）（P117）厚生出版株式会社

③ 東京都の現状その1

1988年度4箇所が開設、東京都が運営費を8,802,000円補助金を交付した。

資料：「東京都の精神保健（元年度版）（P74,81）東京都衛生局医務部精神保健課

④ 東京都の現状その2

1990年4月1日現在、2箇所が国基準、4箇所が東京都単独事業で計6箇所が開設している。

資料：「東京都内の精神障害者福祉ホームの現況」

8. 福祉ホームの利用料の具体的説明

例：「ふるさとホーム荒川」の場合

食費合計：35,000円

（食費明細：朝食300円、昼食400円、夕食600円、副食費2,500円）

部屋利用料：32,000円

✕ 利用料合計：67,000円（但し、今年から生活保護では計上できない）

資料：ふるさとホーム荒川内規

9. 被生活保護者の福祉ホーム利用の基準額

既に実施されている施設基準の場合（東京都一級地、41歳～51歳、単身生活者の場合）

食費：36,300円、もしくは食事を受けない場合：32,622円（一類の75%プラス二類の20%）のどちらかに日用品費（小遣い金）：20,750円を合算したものが支給されるので

※ 今年度からの支給額合計：57,050円又は53,372円

資料：第46次改定生活保護基準額表

参考：今年から実施されている居宅基準の場合（東京都一級地、41歳～51歳単身生活者の場合）

生活費：69,690円（一類100%プラス二類100%）に別途、住宅扶助：32,000円（「ふるさとホーム荒川」の場合）が加算されるので

※ 昨年度までの支給額合計：101,690円

資料：同上

10. 国の福祉ホームへの補助金額

国は1989年度一人あたり18,900円×各月の一日平均入所者数の年間各月の合計数。ただし、年間各月の合計数は120人を限度とする。

この補助金は、国が1/2、県が1/4、福祉ホーム経営者が1/4をそれぞれ負担する。ただし、利用料を徴収した場合には、その合計金額を補助金総額から引いて残りの金額を前記のように割り振る。

従って、利用料をとってもとらなくても、福祉ホーム経営者の手にする利用料と補助金の合計金額は変わらない。

11. 東京都における福祉ホームに対する単独事業の概要（年標準額）

人件費：管理人	4,611,000円（国の補助金はこの中などで調整している）
嘱託医	199,000円
事業費：施設維持費	87,000円
施設借上費	生活保護の住宅費基準の3/4（例：352,800円）
開設準備金：	309,000円
代替管理人手当：	795,600円

12. 年金取得者の場合

障害基礎年金1級851,600円、2級681,300円（いずれも年額）の収入がある。

障害加算1級24,050円、2級16,030円を付加しても、

1級の場合は施設基準の生活保護基準額より年金額の方が上回るので保護廃止となるようになった。

2級の場合は、加算があっても昨年の加算がない人とほぼ同額の生活費を手にすることとなる。

13. 国の各県に対する指示内容

生活保護の第46次改訂のなかで、3月に厚生省で行われた全国生活保護担当係長会における口頭指示と文書指示が根拠である。

その内、口頭指示は以下の通りである。

- ① この取り扱いについては結果的に昨年の方針を変更することとなった。今後、施設の数が増えると予想されるので、今回示された。
- ② 世帯認定については、入所期間が原則2年以内なので、居住地ではなく、中間施設とみるのが適当である。
- ③ 入所期間のある施設において、別世帯認定している例はない。
- ④ そのため、実施責任の入所前の居住地又は現在地による。退院後入所した場合は、従前の実施機関が責任を負う。

- ⑤ 基準生活費は食費プラス日用品費となる。食費については36,300円（老人保健施設と同格）を上限とする。なお自炊の場合、1類の75%と2類の20%（入院の外泊基準）を計上する。
- ⑥ 施設利用料は計上できない。居宅基準によらない施設において、施設利用料を計上している施設はない。
- ⑦ 厚生省精神保健課において、施設利用料の目安を示すかどうか内部検討中である。
- ⑧ 精神授産施設の工賃は、勤労収入として認定する。
- ⑨ 精神授産施設通所の交通費は、工賃のある場合は必要経費として収入から控除する。交通費の方が工賃を上回る場合は支給する。
- ⑩ 今年3月31日までに入所したものについては、従来どおり居宅基準。（入所期間は2年となっているので、いずれこのような者はいなくなる）
文書指示については、資料の生活保護実施要領（通称白表紙）24～25ページを読んでください。

14. 当面の対策

- ① 精神保健法第10条に定められた福祉ホームが、その運営要領で利用期限を2年と限ったところに、ことの発端がある。精神病院に長期在院していた人、また入退院を繰り返す外来通院者のための施設であるとすれば、実態として、利用期限を一律に定めることは困難である。

福祉ホームが法で定められてから、丁度2年経過した。2年間またはそれ以前からの利用者精神保健局に、福祉ホームの利用期限の廃止を申し出ております。

精神病院には、約34万人といわれる入院者のうち、1/3の人が退院可能といわれながら余儀ない入院を続けております。そして、その半数に及ぶ人が生活保護の受給をうけております。当然福祉ホームの入居者は、当初生活保護受給者ということになります。

今度、社会局よりの通達（精神障害者社会復帰施設に入所している被保護者の取扱いに就いて）によりますと、福祉ホームの入居者を施設入居基準に変更されるとのようですが、利用者の生活が著しく圧迫されることが予想されます。

私達は、福祉ホーム入居者に対する生活保護の取扱いにつき、行政当局に鋭意対策をのぞみ、次のとおり要望致します。

要 望 事 項

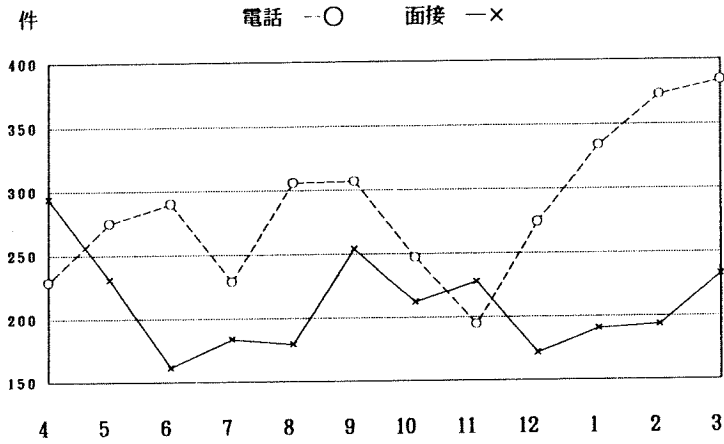
- 1. 精神障害者福祉ホームを一般住居扱いとして、入居対象者を居宅基準で処遇されるようにして下さい。

P. S. W. 通信No.74 (1990.6.15) より転機

〔資料3〕

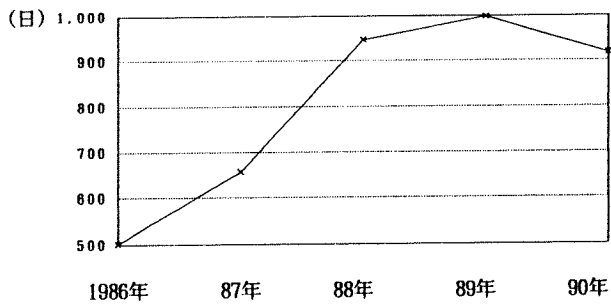
退所者の月別相談回数

1990年4月から1991年3月



〔資料4〕

センター一時泊利用延べ日数の年度別推移



障害者の社会復帰と社会参加

——作業療法の立場から——

富岡 詔子

(信州大学医療技術短期大学部作業療法学科、日本作業療法士協会)

精神科領域における作業療法の特徴、医療・福祉領域における作業療法士の全体的な配置状況の概略を述べ、最後に作業療法あるいは作業を媒介にした働きかけの場面でのインフォームドコンセントの重要性を指摘した。

I. 精神科領域における作業療法の特徴

精神科作業療法の歴史を見ると、作業療法は時にもはやされ、時に無視され、時に批判される、といったように、精神医療のありようによって木の葉のように揺り動かされながら、現在まで生きながらえてきたというのが大きな特徴です。これは身体障害者や障害児を対象とする作業療法には見られない現象です。この原因は大きく分けて3つあります。一つは、意識するしないにかかわらず、作業療法を実践する人間と作業療法の利用者である病者や障害者との人間関係を抜きにしては成立しない方法だからです。精神療法やカウンセリングと同じように、どのような人間がどのような考えに基づいて行うかによって、極端に言えば十人十色の実践が展開されます。第2は、作業療法が利用する手段としてのさまざまな仕事や遊びに対する評価が、時代や社会のもつ文化的・社会的価値観によって左右されやすいことです。経済的や基盤が弱く就職難が表面化している時代や社会と、生活の質や個性が重視される時代や社会とでは、作業療法への期待や位置づけは大きく左右されます。第3は、精神障害（ここでは精神医学的な病気によって生じる機能障害や生活上の不自由さと仮に定義しておきます）が、第三者には見えにくく、作業療法の目的や手段を理解してもらうための共通の土俵を提供しにくいことです。

車いすを利用したり、片手が麻痺したり、通常の交通機関や住宅環境が使えなければ、生活が如何に不自由であるかは当事者や第三者にも容易に想像可能です。例えば、車いす利用者への段差の解消や住宅改造の必要性は一目瞭然ですが、対人緊張による社会生活上の支障に対する、くつろげる場所、理解し合える仲間、訪問サービスなどの必要性は、社会的にもまた精神保健従事者の間でさえも理解されにくいのです。平行棒につかまって歩行練習をしている人に、仕事を探せとは誰も言わないでしょうが、これに類似した働きかけは精神保健領域では稀ではありません。精神障害の特徴と必要な援助や訓練が第三者に具体的に見えにくいのは、作業療法のみならず自立の為のさまざまな専門的なサービスの必要性とその効果が社会的に認知されにくいことの大きな要因になっています。精神障害の客観的な把握しにくさと、精神保健領域における独自の守備領域をもつ各専門家の役割を正しく評価しない（できない）風潮とは無関係ではありません。作業療法についていえば、例えば、自立への

援助としての「革細工での作品作り」と、作品を作ること自体を目的とした「革細工」は、外から見ただけでは区別できません。何の為に、どの様な作業を、どの様に組み合わせて利用し、どの様な変化を期待するか、を個々の事例性に即して検討することの重要性は理解されずに、「何かをさせる」とイコール作業療法というイメージは今だに根強く残っています。作業を媒介にした働きかけ一般を作業療法の応用と考えるならば、作業の指導場面で見られる過干渉、過介入、過保護、過大な期待、放任、努力や自主性の強制、責任の押しつけ、善意の押し売り、失敗の隠ぺい、などは作業療法の誤用の一例です。

前述した3点が微妙にからみあって、作業療法士をどのように活用するか、作業療法に必要な設備や道具や場所やマンパワーをどの程度充実するか、に関しては現場では大きな差が出てきています。作業療法に付随する人的、物的特徴は外からも見えますから、精神医療の矛盾を指摘したり批判をする時の格好のターゲット、あるいは逆に精神医療の改善をめざす時の主張の目玉に使われやすいこととなります。作業療法がユーザーである障害者の意向とは無関係に、スケープゴートになったり、時に目玉商品になったりということ自体が、わが国の貧弱な精神医療・福祉の体質を象徴しているように思われてなりません。この典型が、過去の作業療法の診療報酬の制度化をめぐる関係者の相反する対応だったのではないのでしょうか。従って、看護職や他の専門職とは異なる作業療法の技術が、わが国の精神医療や福祉の領域でどのように活用されていくかは、こと作業療法の問題だけではないのです。薬物療法、精神療法、看護、ケースワーク、職業訓練、などが有機的な連携をもって活用されてこそ、障害者のもつ健康な側面や障害の特徴に応じた具体的な解決策を本人自身が体得していく一つの機会としての作業療法が活かされるのです。それぞれの職種の役割や専門的なサービスが適切に評価され、それぞれの持ち味を発揮できるような風土と制度的な裏付けが定着しない限り、障害者の人権擁護や自己決定権の尊重も絵に描いた餅であり、チームワークもスローガン倒れになりかねません。このことは、障害者の社会参加に不可欠な、医療・福祉・教育・労働のあらゆる場でいえることではないでしょうか。

II. 作業療法士の全体的な配置状況

作業療法士の現状について、共通の理解をもってもらうために、基礎資料を提供したおきたいと思えます（詳細は資料を参照）。1966年の第1回国家試験で22名の作業療法士が誕生し、1/4世紀後の1991.7現在では5,270名、毎年700名近くが卒業するまでになりました。（社）日本作業療法士協会は、加入率83%（1991.7：4348名）で、会員の6割は30歳以下で経験年数が5年未満、また全体の1/3を男性が占めている、という特徴をもつ若い職能団体です（図1～5）。若年労働者の不足は、作業療法とは何の関係もない一般企業からの求人が養成施設に送られてくる程に深刻です。精神保健領域が若い世代にとって魅力ある職場になるか否かは、今後の人材確保に、職種の如何を問わず大きな要因になるでしょう。

(1) 作業療法士の領域

1990.4時点では協会員の約9割が臨床（障害者への直接的な作業療法サービスの提供）で働いています。勤務施設の種別は、一般病院、精神病院、リハビリテーション専門病院などの医療系施設が74.5%、身体障害者更生援護施設、肢体不自由児施設、特別養護老人ホームなどの福祉系施設が17.9%、その他が7.6%となっています（表1）。対象とする障害の種別では、身体障害が44.5%、精神障害15.3%、小児・発達障害18.3%、老年期障害が16.8%、教育・その他が6.3%ですが、年次的な推移を見ると、作業療法士数の増加は老年期障害の職域の確立と精神障害領域の比率の相対的な低下

をもたらしたといえましょう(表2)。今後の配置予測は、平成元年策定の「高齢者保健福祉推進10年戦略」(いわゆるゴールドプラン)に基づく「理学療法士及び作業療法士の需給計画の見直しに関する意見書」(医療関係者審議会理学療法士作業療法士部会：H.3.8.16)(表3)によると、福祉領域への配置率が現在の17%よりは、かなり増大していくのではないかと考えられます。ちなみに諸外国との比較では(表4)、経済大国日本が現時点の米国レベルになるには、上記の需給見直しが実現し総数16,000名が確保できる、今から8年後の平成11年です。また、約1/4世紀後にやっと北欧福祉先進国の現在のレベルの半ばに達することになります。

(2) 精神保健領域での作業療法士の配置

医療施設および精神科デイケア施設が主であり、1990.7時点では精神科作業療法の認可施設284カ所に605名の作業療法士が勤務し、精神科デイケア施設188施設に153名が勤務しています(表5)。過去3年間の変化をみると、1988～1990年の作業療法士数の増加率は1.33(3,527→4,694人)で、精神科デイケア認可施設(大・小規模合わせて)では1.37(111→153人)、作業療法認可施設では1.35(1,824→2,478人)、精神科作業療法認可施設では1.23(489→605人)と、精神病院での増加率が最も低率です。現時点での病床数から当協会が算定した医療施設における需要数(表6)から充足率を計算すると、一般病床・老人病床では28.9%、精神科病床では25.7%とそれほど大きな差は見られません。また、精神保健法で定められた社会復帰施設である精神障害者授産施設では、平成3年9月時点で32施設中の13施設(配置率40%：全精社協調べ)に配置されていますが、精神保健センターや法定外の共同作業所の配置数も含めて、今後の正確な調査が必要とされています。全体としてみると、精神保健領域での作業療法士の配置は作業療法士数の増大とほぼ平行して増加しているが、今後は老人領域との競合が表面化していくことが予想されます。

Ⅲ. 作業療法とインフォームドコンセント

作業療法では障害の種別を問わず、目的や方法、頻度や時間、およその期間や費用について説明をした上で開始するのが原則です。障害者や老人のように障害をもつ当事者の理解が得られにくい場合は家族に行いますが、「可能な限り当事者と」の原則は、医療の場であっても福祉の場であっても変わりません。なぜなら、本人自身が自らの意志で作業に取り組まない限り実施不可能であり、当事者との協力関係の有無は作業療法の成果を大きく左右するからです。特に、作業の利用に付随する金銭、時間、期間、頻度、ルールや取り決め、さらに、作業を媒介にした指導や訓練目的、などの情報提供と合意は不可欠です。こうしたことが、ごく当り前のこととして日常的に実践されない限り、作業療法は精神障害者の社会参加に逆に作用する危険性があることを指摘しておきたいと思います。

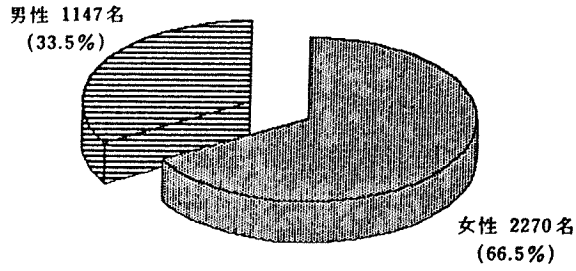


图1 男女别会员数

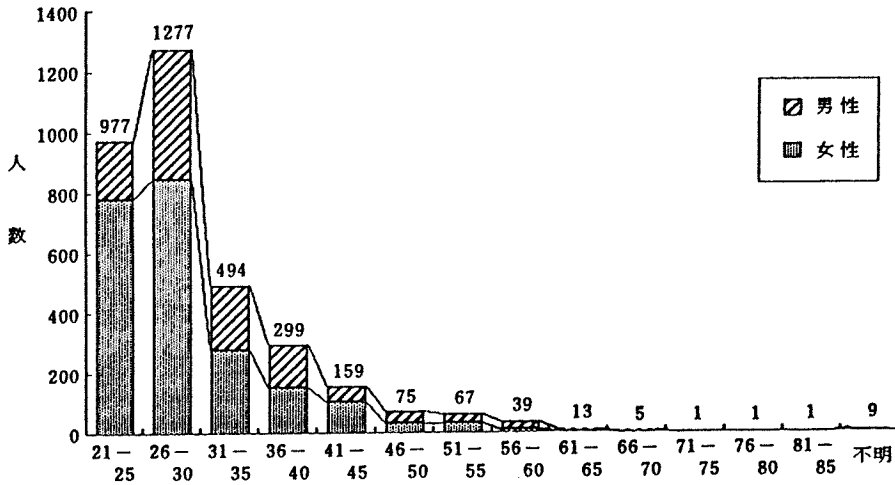


图2 年龄别会员数

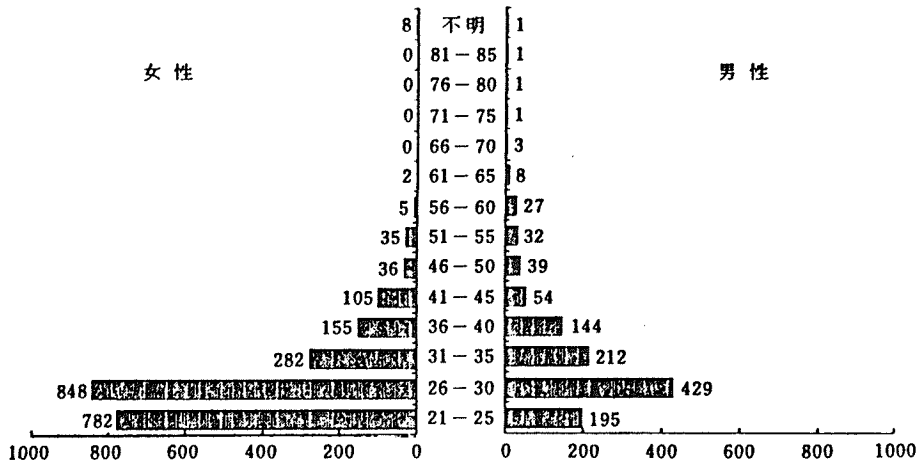


图3 年龄别性别会员数

表1 勤務条件別・施設分類別会員数（重複あり）

施設分類	常勤*	非常勤	OT以外の 職	計
医療系				
一般総合病気	729	13	7	749
リハビリテーション専門病院	351	6	0	357
国立療養所	109	3	1	113
大学病院	142	1	0	143
老人病院	214	3	2	219
神経専門病院	42	0	0	42
整形外科病院	50	1	1	52
精神病院	413	12	10	435
精神科デイケア	77	2	0	79
小児病院	28	1	0	29
総合医療療育センター	43	0	1	44
その他の一般病院	267	3	3	273
その他の医療福祉複合	29	0	0	29
その他	34	5	1	40
医療系合計	2,528	50	26	2,604
福祉系				
リハセンター（更正保護施設）	105	1	0	106
身障者福祉センター	43	14	0	57
身障者更正相談所	9	0	0	9
肢体不自由者更正施設	28	0	1	29
身障者療養施設	4	1	2	7
身障者授産施設	2	0	0	2
老人福祉センター	4	6	0	10
特養老人ホーム	33	15	0	48
肢体不自由児施設	190	4	2	196
身障児総合通園センター	30	3	0	33
小規模通園施設	19	4	0	23
精神薄弱児施設	6	0	0	6
精薄者更正施設	10	1	1	12
重症心身障害児施設	56	1	0	57
重身更正援護施設	25	3	0	28
児童相談所	4	0	0	4
デイセンター／ケアセンター	26	19	0	45
その他	14	3	3	20
福祉系合計	608	75	9	692
養護学校				
肢体不自由児	5	1	6	12
精神薄弱児	1	0	0	1
その他	1	1	0	2
養護学校合計	7	2	6	15
養成校				
専修学校	69	3	0	72
医療短期大学	74	5	0	79
養成校合計	143	8	0	151
保健所				
保健所	19	10	0	29
保健センター	25	6	0	31
老健施設	49	5	0	54
その他	2	2	0	4
保健所系合計	95	23	0	118
その他				
職業センター	0	0	0	0
リハ関連企業	0	0	0	0
補装具製作施設	0	0	1	1
その他	13	2	4	19
その他合計	13	2	5	20
不明	1	8	0	9
総計	3,395	168	46	3,609

注1）*非常勤の数には、常勤者が本務の他に非常勤で関わっている施設の数も含まれています。

2）勤務していない者を除く。

作業療法9巻4号：319～326、1990（再掲）

表2 作業療法士数（協会加入者）の領域別比率の推移

年度	会員総数	身体障害	精神障害	発達障害	老人	教育・他
1973	329	38.4%	33.8%	20.0%	—	7.8%
1978	548	46.2%	25.7%	17.7%	—	10.4%
1982	994	48.1%	24.4%	20.4%	—	7.1%
1990	3,417	44.5%	15.3%	18.3%	16.8%	6.3%

注：1990年は1990.4時点での数字を使用し、勤務せず、不明数を除いて、重複回答分を補正して各分野の比率を計算した。1973～1982年については、上野による数字（精神神経誌86:9:768:777）を流用した。

表3 理学療法士、作業療法士の需給見通し

区 分	前回推計		今回推計			
	平成7年		平成7年		平成11年	
	P	T	P	T	P	T
需 要	13,400	7,500	20,800	13,200	23,800	15,800
現状での供給数 理学療法士 1,125 名 作業療法士 700 名	14,700	7,500	14,700	7,500	18,500	10,200
今回見直し後の供給数 理学療法士 2,800 名 作業療法士 2,300 名	—	—	15,000	7,700	24,200	15,600

表4 作業療法士数の国際比較

区 分	作業療法士の数 (人)	人 口 (万人)	作業療法士1人当 たりの人口(人)	人口10万人に対す る数(人)
日 本	4,689	12,312	26,257	3.81
デンマーク	3,079	500	1,623	61.58
アメリカ	30,517	24,029	7,874	12.70
イギリス	6,802	5,668	8,333	12.00
ドイツ	3,200	6,038	18,867	5.30
スウェーデン	5,000	840	1,680	59.52

注：日本は1990年の数、その他は1988年の数（日本作業療法士協会調べ）

表5 診療報酬認可施設数及び配置職員数の推移

施設基準 の名称	年度	施設数	P T	O T	S W	C P	看護 婦	準看 護婦	助手	1日平 均人数
運動療法	1988	1,799	6,077	37	80	56	279	242	3,681	66.3人
	1989	2,026	6,604	130	111	49	174	145	4,404	60.8
	1990	2,218	7,421	136	149	74	190	130	4,654	61.6
作業療法	1988	630	33	1,824	22	16	159	93	552	40.9
	1989	742	145	2,072	44	29	95	33	605	33.0
	1990	839	121	2,478	40	37	69	17	577	33.5
精神科作 業療法	1988	227	0	489	40	43	222	111	461	76.7
	1989	240	14	457	39	28	93	44	487	68.3
	1990	284	1	605	40	45	64	48	505	66.3
精神科デ イケア (大規模)	1988	131	0	111	162	134	190	14	77	26.7
	1989	146	2	131	140	136	213	15	62	21.0
	1990	163	1	146	146	144	254	21	91	20.7
精神科デ イケア (小規模)	1988	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	1989	7	0	3	8	6	10	1	1	13.3
	1990	25	0	7	20	14	24	4	6	8.7
精神科ナ イトケア	1988	1	0	0	3	1	1	0	2	9.9
	1989	2	0	5	2	1	1	0	0	14.7
	1990	14	0	6	2	1	0	0	3	2.1

注：日本医事新報：89.7.29/90.9.15/91.9号より抜粋作成。

1988年から精神科デイケア（小規模）の分類項目が採用。

表6 医療施設における作業療法士需要数 配置基準積算基礎

（日本作業療法士協会保険委員会）

病 床 名	病 床 数	対病床数	作業療法士数
一般病床（除く老人）	1,064,259	150	7,095
老人病床	148,177	100	1,482
精神病床	352,504	150	2,350
結核病床	46,256	300	154
合 計	1,611,196	***	11,081

シンポジウム II-B

質疑・討論

司会：司会をさせられましたけども、今日のBのところでは社会復帰の促進ということも厚生省は法改正で謳ったわけですが、それはどの程度進んでおるか、このことにつきましては、第1シンポで谷中さんが具体的にその施設の現状を報告されたわけですけれども、そこからもう1歩出たところで、神さんからは医療内福祉なのか社会福祉なのかという問題であり、或は牧野田さんからは医学モデルではなくて生活モデルをとる話を、また藤本さんからは病院と地域との連携の無さといいますか、病院の中で何もできない人を作り上げた挙げ句に、地域のいわゆる施設に出てこられても、何も出来ないじゃないかという話があったと思いますし、富岡さんの方からは、作業療法士のおかれている状況、特に時にはスケープゴートのごとくにされたという話がありましたけれども。いずれにしましても、富岡さんも最後におっしゃいましたけれども、各コメディカルといわれる人達の主体性と専門性が互いに認められ、そしてそれが発揮できるような風土と制度が準備されねばならない。この制度の準備のところへんで法改正の問題もからんでくるのかも知れませんが、この福祉の推進と精神保健法とからめて何か1人か2人ご意見があれば頂きたいと思いますが。

山口：「ゆうの会」の山口です。社会復帰に合わせて、僕は藤本さんのいわゆる仲間やなあという感じになって聞いておったのやけど、実際ラベリングの問題いうのかな、治療上のラベリングだけじゃなくて、本人自身の悪いイメージの思い込みによって、本人が追込まれたり、それで生活がしにくくなっていると、こういうような現状がどういうふうに打破されていくのか。そこらへん僕らは個々にテーマ活動をやってるんですけど。また、職員さんの立場から色々社会復帰に向けて本人が抱えているイメージ、またイメージに潰されてるような状況にどのように対処されているのかちょっと教えて下さい。

藤本：非常に難しい、どういふふうに話をしたらいいか、ちょっと危惧してしまうようなことなんです。僕なんかは、結局どういふイメージがあるのかということを知ることからしか始まらないというふうに思ってます。どういふふうに生活していきたいのかというように、やはりそのへんを丁寧に聞くというともた誤弊があるかもしれないんですけど、やはりお互いに話していきながら、どういふふうに生きていくのかという、そこをお互いに検索することしかないというふうに思っています。時にはどういふふうに生活したいというのが、もうそれはちょっと無理じゃない、という部分もありますし。そのへんはもう、はっきり言うしかないだろうなというふうに思って、その中でどういふふうに生活を作っていくかというのは、あなたでしかないという、そういうふうに考えています。

増田：宮崎の精神科の病院ですが、一つ瀬病院の職員の増田と申します。階段のところ、会が始まる前に少しビラを配らせて頂いたんですけども、実は何人かにここで聞きたいなと思ってるん

ですけれども、うちの病院に入院しておられたずいぶん重い腎不全の患者さんが県立宮崎病院で透析を、唯一の救命の方法だったと思われ、人工透析を拒否されたというような、そういう事件が起こったんですけれども、その拒否された理由というのが、本人の透析に対する理解度が精神障害の為に十分でない、だから透析の適用がないというふうに考えられるというふうに、そういうことが理由で透析を拒否されたんですけれども。同じパラメの現場の者として、私達今こういう事が起きてどんなふうにこれを考えていいのか、ずいぶん困っているんですけれども。藤本さんも先程ずいぶん医療従事者の中にも根強い偏見があるというふうにおっしゃってましたし、最後に話してた富岡さんもインフォームドコンセント、作業療法のインフォームドコンセントというふうにおっしゃってましたけれども。医療を精神障害者が別の身体的な疾患を持った時のそういう場合のインフォームドコンセントというのは全く無かったわけですね。理解度がないというふうに言ってるんですけれども、可能な限り当事者に説明するというのが必要だと思うんですけれども。それが一切説明がなくて理解力がないというふうに判断されて、結局透析拒否で死んでしまったというようなことが、今まであったのかどうなのかお聞きしたいというのが一つと、あと精神障害者が精神医療以外の医療を受けるということが保障されるような法律があるのか、そのへんのことを永野貫太郎さんにお聞きしたいと思うんですけれども、よろしくをお願いします。

司会：一つ瀕病院の問題にからんでいたんですが、一つはいわゆる他科受診の問題それからインフォームドコンセントの、本人へのインフォームドコンセントということについて、精神医療関係者は今こうしてディスカッションしているわけだけれども、他の人達の対応その他のことがあったのかどうなのか、或はそのことについてどう思うかというご質問だと思いますけれども、1人2人シンポジストの中からご発言願いたいですが。

小池：入院中の患者が内科や外科の病気になる、特に入院が必要な場合は非常に苦勞致します。ここ20年間病院を捜すのにどんなに苦勞したかわからない。最近はある病院が精神科であろうと受け付ける病院ができたんです。ちょうどその頃病院の駆け込み増床が起こりまして、ベッド数が増えたということから、それが引き金になって受け付けて頂けるように最近はなりました。しかし、大変苦勞があって主治医に言わすと、私はいいんだけれども病棟の者が困るからというような一般病院の医療従事者の理解の無さといいますか、精神障害に対する対応が教育されていないとか学習できてないとか、そういう態度の問題等がありまして、なかなか入院となると非常に気を遣うと。毎日精神科から訪問看護に行っているというような現状、或は家族に無理矢理付けさせたり、70や80の親に付けさせるという苛酷なことをせざるを得んというような、こういう現状が実はあるわけです。昔よりは良くなったですけれども、医療は受けてくれるようになりましたが、入院となると非常に難しいというふうになってきてます。もっと前は、私、重症心身障害児施設に勤めていたことがありましたが、骨折が起こったわけですね。整形外科に連れて行ったらどうせついでもしょうがないでしょうということで、追い返されたことがありますね。20年以上前ですが、非常に職員が腹を立てて帰ってきたことがあります。この頃は改善されてきておるといふふうに思います。

神：他科受診のことなんですけれども、私は東京におりますので、東京は合併医療制度というのがありまして、指定された病院に手術或は内科的・外科的に精神科の単科病院で出来ない場合は、そちらに移って治療を受けるというシステムがあります。そのシステムができる前はやはり大変な思いをし

て総勢あげて病院を探して、治療が受けられるように努力をするというような事をやっていたわけですが、最近はその制度が出来てからは以前程の苦勞がなくなったという実態があります。ただ、そのインフォームドコンセントという事になってきますと、これは一般科医療以上に精神科の場合は、その同意の問題についてはかなり慎重に扱っていかないと、治療者側の思い込みといえますか、或はいい加減さというものが発揮されてしましまして、実はインフォームドコンセントではなくて、単なる押し付けであったという、或はとんでもない治療が行われていたという事になりがちなものですから、大変な問題が秘められてはいると思うんです。ただ、その病院が治療を受けられる条件が前よりは大変改善されたという実態はあります。ただ全国的にはどうなっているかということは良くわからなくて、神奈川の方等からもそういう依頼を受けたりするのですが、神奈川はあまり改善されてないというような事も聞いたりしますので、かなり地域によっては違っているのではないかなと思います。それから似たようなケースといえますか、今九州の方が言われたような事は経験した事がありまして、東京の病院でも大変精神障害者であるということで一般科で訴えが軽く扱われて、大変命を縮めてしまったという例はあって大変辛い思いをしたという実態には出会ったことがあって本当にどうしたらいいものかと根強いものを感じています。

永野：今の問題、特に透析拒否の問題に関しましては、これはけしからん人権侵害でございますから、その事自身は徹底的に糾弾されるべきであろうと思います。背景的な状況としては、全体的な医療全体の問題にも関わりますし偏見の問題も含まれますね。例えば総合病院に精神科が置かれたいのは、他科の医者やナースが反対するからであると、或は日精看が保安処分反対運動の頃になされたアンケートでも精神障害者に対する一番マイナスの印象を持っておられる方達というは、他科の看護婦さん達が一番大きかったと、一般市民よりもですね、そういう問題がありまして、やはりそれは我々があらゆる機会ですういふ人達の知識を変えていくという、その偏見を変える作業はし続けなければならないだろうし、また総合病院或はその他の他科に共同して患者さんを診ていく機会を通して、そういう偏見を変えていかなければならないだろうと思います。もう一方で精神保健法にある施設外収容禁止の項目をどのように変えさせていくのか、という事も今の神さんのご報告にありました対策を作らせていく為にも、施設外収容の禁止の項目というのは外さねばならないだろうというふうに思います。

黒木：東邦大学の桜病院の精神科の黒木といいますけれど、総合病院に勤務する者として総合病院の中の現状というか、それをちょっと報告したいんですけども、いわゆる一般病院、特に総合病院というのは全国に1,073あります。この中で精神科を持っているというのは半分に満たないですね。それから精神科を持っている所でも病床を持っているというのは、またその半分に満たない、そういう現状があります。それから我々が例えば精神科、総合病院で勤務していて、そのいわゆる他科でいろんな精神障害というか、精神病状態となった時、例えばアルコールの離脱であるとか、症状性の精神病の状態になった時に、いつも何をしてくれというか、他科の要するに何処かに移してくれという、だから一般科でいろんな精神障害が起こった場合に、それを受け止めるだけの総合病院精神科というものは、まだぜんぜん出来ていないという状況ですね、それをよく解って頂きたいと思います。

司会：医療の枠に止まらないで更に福祉の問題を考えねばならない時に、医療の側にもまだまだ問題があるぞという提起がなされたらと思うんですが、各現場で更に問題を提起され、そしてこの宮崎での問題のように、基本的な問題を含んでいる事、例えば腎臓病学適用教科書に精神障害者は腎透析

の対象ではないと教科書に書いてあるという事がこの間に明らかになったわけですが、こういうものは放置できないわけですから、全国の様々な諸団体を合わせて問題を取り組んでいくべきだろうというふうに思います。

久保：今の一つ瀬病院の問題なんですけど、これは確かに古くて新しい問題で、こういった問題が出るというも回答というか、評論的な内容しか得られないということで、非常に不満に思ってしまうんですけど、どうも、私達この10年精神医療の内部で非常に議論をして、そして今もまあいったら、内輪でこういう形で話し合っていると、和気あいあいと。そういった中で外部ではかなり精神障害に対しての差別的な状況というのはほとんど進行している、そういった事にどうも私達目を向けて来なかったんじゃないかな、これが象徴的に現れたのが一つ瀬病院の問題じゃないかなと思うんですね。こういった問題というのは教育の現場でも、例えば登校拒否という学校行かないということで精神病院が利用されていくと、そういう形で私達の医療現場というか、精神科医療の外部の問題ですね、こういった精神科医療の問題が、こう私達が知らないところでどンドンどンドン差別的に進行していると、そういったあたりに目を向けなきゃいけないんじゃないかなと、そろそろ。どうも私達は自閉的に精神科医療、或は精神病院、或は精神科の地域という、そういった中で自閉的に留まっていた、その中で私達が身内だけで色々楽しく或は議論しあっているだけではないかなと、そういったことで今回一つ瀬病院のこの事件を契機に、私達の外部で精神障害者がどういう状況であるかということ、是非調査を開始して頂きたいとそういうふうに私はここで提言したいんですが、以上です。山口県精神保健センターの久保です。

司会：保健センターの久保さんからの提言がありましたが、一方で先程藤本さんが提案されましたように、保健所でも難病者の会や老人の会や精神の患者さんのデイケアなどがありますが、そういう人達が皆一緒に集まるという試みをやっている保健所は少ないのかもしれませんが、そういういろんな障害を持った方、或は疾病を持った方達が一緒に集まれる機会を作ることも障害者の理解を深めることだと思いますし、各地での御努力をお願いしたいと思います。兎に角我々が自閉的にならないようにしていきたいと思います。

浜：私も色々とお話したいことがありますけれど、それは簡略します。精神障害者と言われている人の運転免許のことですけれどね、人権の問題のところでは私言いたかったんですけども、時間が無いと言われて、私の子供はプライベートなことで永野先生のお世話になって、ただ落っことしただけでもって鑑定になっちゃって、それは取り戻しましたね、約1年位かかって。新宿の医者とうちの子と私とで、取り戻して真っ白なのをくれたんですけど、同じ社会復帰訓練施設にいる人ですけど、何も知らない方はお上が言うてきただけで、もう警察にと保健訓練施設から保健所、保健所から警察へ行っちゃって、そこにいらなくて、取り払われっぱなしで、横浜の南の方から平塚の方かどこかへ越して行った方がいるんですね。やっぱり患者の運転免許の問題一つにしても、そういうふうに知らない人は泣き寝入りです。そこに住めなくなった人が現に精神保健法による訓練施設の職員によって、保健所、警察とやられたってことを皆さんやっぱりちょっと医療者、医療従事者、保健所、ワーカーさん、社会復帰いろんな、精神医療に関わっている人が自己批判してもらいたいと思うんですね。

司会：運転免許書に関しましては裁判するか、国会で法を変えさせるかしなきゃ仕方がないわけで共

に運動をやりましょう。

溪：ですから、一般の家族の人はそういうことを知らないで、泣き寝入りってことです。

司会：いや、そういうことでは皆さんに知ってもらっていますから。東京でも是非知ってもらって頂きたいと思います。

溪：それでは東京・神奈川・埼玉とか、そこらへんの医療従事者の人はもっとやっぱり、保健所の保健婦さんなんかは、もっと、小林信子さんの御講演を承りましたけれど、何て言ってお母さんに謝って、なんてそんなことで済むものじゃないんでね、泣き寝入りしてよそへ引っ越さなくちゃならない家族さんが現に居るわけですから、ここに居る従事者の方はもっといろんな従事者の方にそういう事をPRしてもらいたい。ちゃんとうちは取り戻しました。

C) 保護義務者制度について

制度上の問題点

松岡 浩

(弁護士)

第1 保護義務者の制度目的と問題点

保護義務者の制度目的は、精神障害者に適切な医療・保護を確保することにある、といわれている。

- ① 保護義務者は、すべての精神障害者に付されているか。
- ② 保護義務者は、精神障害者に医療・保護を確保するうえで必要不可欠な制度か。
- ③ 精神障害者の判断能力の存否・程度いかにかわらず、保護義務者を付することを要するか。

第2 保護義務者制度の問題点

1. 法定保護義務者（後見人、配偶者、親権者、唯一の扶養義務者）は患者が精神障害に罹患したことによって当然に保護義務者とされ、寛解等により終了するが、その始期・終期は明確でない。
2. 選任保護義務者については
 - ① 措置入院・任意入院の場合には、選任を受ける必要はなく、したがって、保護義務者は選任されていない場合が多い。
 - ② 法33条1項の医療保護入院の場合に限り選任を要し、同条2項および法34条の場合には選任を要しない。
3. 「すべての精神障害者」に保護義務者を付することを目的としていたが、決定・選任の保護義務者であるか否か、またいかなる入院形態かによって差異を生じ、また期限（始期・終期）も不明確である。

第3 保護義務の内容上の問題点

1. 扶養義務者に保護義務を負担させたが、扶養義務をはかるに超える保護義務を負担させたものと批判されている。（後見人、親権者は、身上監護、財産管理等の権限を有する）
2. 公的扶養に対し、「私的扶養」の優先性が前提とされているが、私的扶養も核家族化等により期待し難く、保護義務の履行はより困難といわれ、法の見直しにあたっては考慮を要する。
3. 保護義務は「公法上の義務」とされるが、僅かな例外を除いて、その履行を確保する方法が定められておらず、内容広範のわりには、その実行を伴わないものである。
4. 医療保護入院にあたっての同意権限（法33条）
 - ① 医療保護入院にあたって「入院の必要性」という医師の判断のほか、保護義務者の「同意」を要求する根拠に乏しい、といわれている。
 - ② このことは、医療保護入院形態の存続、入院要件（複数の医師による判断、判断基準の明確化など）の見直しを迫る問題を含む。

③ わが国の医療の現状、家族の協力等を理由に、現行の医療保護入院を支持する見解もある。

5. 患者の引取り義務など（法41）

① 患者の引取り義務は、措置入院患者に限られるか否か。

② 核家族化等により、患者の引取りは困難となっており、公的・私的な社会復帰（福祉）施設の充実こそ先決である。

③ 家族の支援・医療への協力、その他医療過程における家族の役割については、家族の自発的な協力のみで足りるか、法的対応を要するか。

④ 医療関係者の開放医療への努力とともに、患者の外出・外泊、面会、通信、退院などにつき、家族等の積極的協力が重要であるといわれている。

6. 他害防止義務（法22・①）

① 「公法上の義務」であるにもかかわらず、民法上の「法定監督義務者」とする説が多いが、これを否定する説もある。

② 選任されていないのに、事実上監督義務者と同視しうる者に賠償責任を課す例やこれを否定する例など、その取扱いを検討を要する。賠償義務を課した例でも賠償の現実履行は困難な例が多い。

③ 他害防止は、専門医療機関でも実行困難とされているのに、一般人にこれを期待することはなお一層困難であるといわれている。

④ 他害の場合の被害者救済は不可欠であるが、民事賠償責任を課すか否か、また犯罪被害者等給付金支給法による救済では不十分であることから、より拡充した公的救済制度の検討が必要である。

7. 財産上の利益を保護する義務（法22・①）

① 保護義務者は、禁治産後見人とは異なり、全く代理権を有せず、事実上、財産の散逸を防ぎ、収支を管理する権限のみである。

② 禁治産宣言等は、要件・手続きも厳格で、機能としても十分ではなく、被差別的制度といわれている。

③ 当面、「特別代理人」制度を設け、将来的には、身上監護や財産管理の権限を含む成年後見制度、公的後見人制度などの設置・拡充が提案されている。

8. 優生保護法における優生手術・人工妊娠中絶手術に対する保護義務者の同意権については、廃止すべきものとする説が多い。

9. その他の保護義務

① 知事に対する審査請求権限（法38の4）および②通院医療費の公費負担の申請権限（法32の3）は、その存続に異論がないと思われる。

③ 措置入院費用の負担（法31）、④患者・扶養義務者による医療等の費用負担（法49）はやむをえないが、検討を要する。

⑤ 治療を受けさせる義務（法22・①）、⑥ 医師に協力する義務（法22・②）、⑦ 医師の指示に従う義務（法22・③）は、ほとんど訓示的意義しかないと思われるが、これら諸義務の可否につき検討を要する。保護義務者は、患者の利益のため、医師の指示や協力要請に応じないことも正当とされる場合があるといわれている。

第4 保護義務者の選任手続の問題点

1. 精神障害の存否・入院の要否等について、裁判所に実質的なチェック機能を持たせるか否か。

2. 選任手続に、患者を何らかの方法により関与させることの要否。
3. 期間の設定、複数選任、解任等につき定めることを要するか。
4. 保護義務者候補者の適任性の条件は何か。
5. 保護義務者を一定の親族に限ることなく、その範囲を広くする必要があるか。
6. 保護義務者と患者との間の離婚意思、利益相反、その他保護義務の履行を期待しえない場合にも、順位変更・改任手続が機能し難い理由は何かの検討を要する。

指定討論

保護義務者制度について

浅沼 守男

(全国精神障害者家族会連合会)

1. はじめに

本日は、精神医療の改革と精神保健法の見直しにむけ、こんな素晴らしい会議に参加させて頂き有り難うございます。精神保健法も施行されて3年、精神障害者に対する諸施策も少しずつ改善されてきているように思います。

しかし、まだまだ福祉の面では他の障害者の福祉に比べかなりの遅れがあり家族の多くはせめて他の障害者並みの医療と福祉の制度を確立したいものと全家連を中心としてその前進のための活動を進めている所です。

さて、本日のテーマである保護義務者制度ではありますが、精神保健法見直しの中での重要な検討課題であり、厚生省を始め、精神保健関連団体、専門の先生方が検討、ご研究を進めているようですが、私達家族は、その改善を期待しているところでありますが、家族の立場から私見を述べさせていただきます。

1. 保護義務制度とは・何のための誰のための制度でしょうか。

保護義務制度は精神障害者の医療・保護と人権を保証しようとするためとされています。本当にこの制度が患者さん達のために機能しているのでしょうか、少し言い過ぎかも知れませんが、精神障害者を不可解な存在、何をしでかすか分からない危険な存在として扱い、その責任は家族を中心とした古い家制度に置き社会防衛を前提とした精神病患者監護法以来の発想は払拭されているのでしょうか。憲法第13条は個人の尊厳を保証し、民法第1条の2は個人の尊厳と両性の平等を規定しています。たとえ親であるとはいえ成人である子息の意志を無視して管理監督する権限が許されるのでしょうか少なからぬ疑問を感じます。

2. 何故・精神病者だれ保護義務制度が必要なのでしょう。

他の身体の傷害者や病者に保護義務制度は有りません。何故、精神病患者にだけこんな制度があるのでしょうか、やはり精神障害者は危険だからでしょうか、親が自分の子息の病気や不幸を放置しておくのでしょうか、もしそんな親がいるとしたら、それにはまたそれなりの理由が別にあるのではないのでしょうか。費用負担の事や自傷他害の場合の損害賠償など法的な面では民法の扶養義務条項（兄弟姉妹や3親等内の親族に酷ではあるが）や第714条『責任無能力者の監督責任』で担保されているのではないのでしょうか。

3. 親は、精神保健法が期待する保健義務機能を果たせるか。

少し古くなりますが、昭和62年の全家連の調査に抛りますと、保護義務者の多くは両親であり、その約75%は60歳以上と高齢者が多くなっています。所帯収入では、年収200万円未満の家庭が41.4%、

300万円未満では61%、年収100万円未満の家庭も17.7%もあります。しかも家族の健康状態はその38.7%の人達が具合が悪いと答えており、この数字から見ても、もはや家族は、経済的にも体力的にも精神保健法が期待する保護義務機能を果たすことには厳しいように思います。親としては一日も早く病気を治したい、そのためには、治療を受けさせたり、医師の指示に従ったり、医療費を支払うといったことは可能なかぎりすると思います。しかし、専門家でも予測できないという自傷他害の監督義務は、仮に家の中で不幸な事件にいたる状況になった場合でも関係機関への連絡通報すらできない状況になるのが実状ではないでしょうか。保護義務者の責任軽減のため何等かの改善措置を期待したいと思います。

また、医療保護入院の親の同意権ですが、体の病気の場合でも意識不明であれば本人の意志でなくとも入院を依頼することを思えば、精神の場合でも、こんな制度があってもとは思いません。しかし、多くの場合、退院後の家庭内トラブルの原因の一つになっているようですし、しかも、患者にとっては人権に係る問題であり、家族が必ずしも患者の利益代弁者ではありえないこともあります。特に優性保護法の優性手術や人口妊娠中絶の同意に至っては、両親といえどもこれを犯すことはできません。できれば公正な第三者機関の裁定で決めるか、患者の人権を配慮した何等かの適切な手だてを検討して頂きたいとおもいます。

4. 患者さんのため家族の実態も配慮した実効性のある制度を・

精神障害者の保護義務制度は、精神保健法だけでなく、民法との絡みもありますし、専門の先生方の中でも、保護義務制度の廃止論、保護義務の一部緩和説、不幸な事故の場合の国家保証制度など、いろいろなご意見があります。私達、家族は決してその責任を回避しようとするものではありません。できることはしたい、患者のためになるなら何でもしてあげたい、しかし、私達家族の力にも限界があります。患者さん達を、一人の人間として社会で支えるために、医療、住まい、施設、所得、労働、地域支援システムなどの充実など、制度的な施策を推進してほしいと思います。

適切な医療が保証され、訓練の施設や住まいが保証され、所得と労働の機会が提供されるなら、それだけでも現行保護義務制度が期待する機能のかなりの部分を補完することができるのではないのでしょうか。

5. まとめにかえて

保護義務制度について、家族の立場から思いつくままお話をさせて頂きました。何分法律に疎い素人のことで、かなり乱暴な意見ではないかと思えます。しかし、ご承知の通り、精神障害者には福祉法もなく、社会から疎外されてきた長い歴史があります。そして今なお、各省庁所管の法体系の中、精神障害者の人権に係る資格制限、就労制限等を含む欠格条項も残されています。

私も、家族会活動に参加して10年、最近急速に増えてきた地域作業所2カ所の代表を務め、地域単位家族会から県連、全家連の役員をしています。確かに、一時に比べれば、精神障害者対策は前進しています。

しかし、息子の発病以来14年、年齢も32歳になったが社会復帰の見通しはまだついておりません。私も70歳に後2年半、6年前に早期の胃がん手術で胃が殆どありません。私ばかりではありません、私の作業所の通所メンバーは母親はリュウマチで半身不随、父親は高齢で無職のため収入はなく母親の障害年金で細々と生活している家族もあります。

多くの家族には、深い悲しみと焦りを感じます。精神保健関係者の皆様のご理解とご協力をお願いし、まとめにさせていただきます。

指定討論

齊藤 実

(全国組織準備会準備委員)

「私の入院体験」

私は17年前、精神病院に入院しました。症状としては、何日もしゃっくりが続いたり、眠れない、便秘が5日も続くと死ぬ思いでした。普通、しゃっくりが3日も続くと死ぬといいますが、本当に5日も続いたので、何とか眠る努力はその後もしつめました。私の場合は、どうしても深夜12時まで眠れないので、12時になっても眠れない時は、3キロ走り、走り終わると缶ビールを1本飲みました。そうすると、眠れました。人に話しても不思議な症状があり、「更年期病」と主治医の診断を受け、克服する方法を手探りで工夫したものでした。

入院した病院では、私たち患者は、全く人間扱いされませんでした。手紙は検閲を受け病院で処分されて、家族と連絡を取ることができませんでした。郵便法違反にならないように病院は私製ハガキを使っていました。薬づけにされ、病棟に閉じ込められたまま、14年も入院している人がいました。病状がよくなっても、引き取り手がないまま入院している人もいました。何度か社会復帰に失敗してあきらめて、一生このまま退院しないと決めこんでいる人もいました。

病棟に閉じ込められた生活のため、気力をなくして、たまに散歩や屋上で運動する機会を与えられても、部屋に閉じこもって参加しない人々がかなりいました。このような病院生活からどんどん意欲を失って長期入院になっていく人が多いのではないかと思います。

外泊も制限され、たまに外泊を許されても家族が迎えに来て、送ってもらうことが条件でした。家族が入院の費用を稼ぐため、送り迎えができないという理由で、何年も外泊していない人もいました。

この病院では2、3年の入院はあたりまえになっていました。長期入院（人によっては、病院の人手不足を補うため、入院させられているような場合もありました）によって、意志能力や社会への適応力がだんだん低下していくのだと強いきどおりを感しました。

「保護義務者制度について」

法律として保護義務者制度をおくこと自体が人権無視といわざるをえません。この制度は医療や福祉を精神障害者に受けさせる責任を国が家族に負わせています。本来は精神障害者自身と医療・福祉との契約で治療や福祉サービスはおこなわれるものです。

精神障害者は、疾病と障害に長期につきあわなくてはならず、家族の多大な負担をかけると、負担にたえきれず、入院者をひきとらないということが容易におきています。

在宅の場合でも、通院や服薬を家族が管理するのではなく、医療者側が治療の一環として、患者と医者との関係で成立させるべきことです。

近所の人々から、警察からと通報制度はたくさんあるにも関わらず、再発した時、余病を併発した時、私たち精神障害者が自らつかえる制度やサービスは全くありません。救急車もつかえない現状は未だかわらないのです。

保護義務者として、本来は国が持つべき責任を負わされた家族は、よくこんな過ちをおかしていな

いでしょうか。これだけは家族の方々に絶対やらないで欲しいことに次のようなことがあります。

精神障害者本人の意志を無視して入院させないで下さい。だましたり、注射をしたりしてつれていくことは、あとで必ずしこりを残します。目を覚ましたら、保護室だったなんてことは、絶対にあってはならないことです。病気になったことよりも、そのことの方がずっと大きなショックで保護室の壁に頭を叩きつけたという仲間もいます。説得をして連れて行って欲しいのです。

精神障害者の持つ可能性を信じて下さい。病気になった体験談を子供が仲間に伝えている側で、「みっともないから、黙っていなさい」と押えてしまう家族がいます。これでは、だんだん自信を失って、意志決定などできなくなります。

過保護にして、何にもさせないということもよく起こります。これは医療では看護が、作業所や施設では指導員が何でもやってしまったたり、気を使いすぎて、精神障害者にとっては負担に感じているということと同じです。人間をつぶしてしまいます。

親にしかできないこと。私たちの人格を認めて、一歩下がって支えて欲しいのです。後から見守っていて欲しいのです。忠告などなくてもいいんです。

親子の関係は、法律が規定するものではないということです。

「保護義務者制度に代わるべきもの」

保護義務者が、国や医療の下請けをやらされてきたわけですから。では保護義務者制度の代わりに何が必要なのでしょうか。

医療法については、精神科の基準看護を他の疾病と同じレベルに早急に引き上げるべきです。医療従事者のレベルアップも必須です。

保健法については、社会復帰についての国の責任を明確にして、経済的な裏付けをもつべきです。社会復帰施設が現行法では増えるわけがありません。地域サービスのマンパワーも少ないです。

一方で、他の障害者のように福祉法をつくって安心して生活できる経済的保障や、職業的リハビリテーションなどが受けられるようにしていきたいものです。

しかし、今のままでは、たとえ障害認定手帳のようなものが交付されるようになったとしても、受けとらない精神障害者も多いことでしょう。世の中全体が、受け取った方がメリットがあるという風に、せめて医者に気楽にいける雰囲気というか、環境を私たち自身が作っていきたいと考えます。そのために、勇気をもって、「私は精神障害者です」という仲間が一人でもふえていくことを願っています。

「意志能力とは」

私自身はI先生に入院中出会えたことは幸運でした。I先生は余程症状が悪い時以外は、試験外泊と称して、外泊させ、症状をみて退院させてくれました。白衣も着ず、家庭訪問も気軽にしてくれ、「心が疲れているのだからもっと休みなさい」と声をかけてくれて、私たちの全人格を否定するようなことは決してありませんでした。そして、いつも訪ねていけば、「そこ」にいてくれる存在でした。

何よりも、患者から学び医者も育つという考えの持ち主で、患者自身が何を感じているのか、どうしたいのかを第1に考えていました。そうやって私たちの能力を引き出していくのでした。具合の悪い時ほど患者会に出席させ、私たちには限りない能力があるのだということ、病を癒すのは本人の力だということを実感している人でした。先生の患者のほとんどが「自由入院」で、納得する病院をもとめて、地方まで紹介状をもって行く人もいました。

自分の意志で自分のことは決定する権利があること、その決定に自分で責任をもつことがこうやって、あたりまえのことに、私や私の仲間の中でなっていました。

病院の処遇のあり方次第で、私たちは意志能力を失わずに、持ち続けることができます。

「患者会活動」

私は15年近く患者会活動を続けてきました。こんなに続けようとは初めは考えてもみませんでした。患者会活動の中で、展望が見えない時、自殺が増えます。人は本当に落ち込んでいる時は自殺はしません。結婚したり、退院が決まると、自殺してしまった仲間がいます。精神医療の閉鎖性の中で、社会から隔離されて、社会に戻るものがこわくなるのです。

患者会の中で親しくなるだけでは、乗り越えられない問題でした。根本的にどうしたらよいのか。つきつけられているけれど、どうしたらよいのか、答えがまだ私にはわかりませんが、精神障害者が自然に生きることでできる社会作りが必要だと思います。

病名を自分で伏せるということも、患者会の中で繰返し起こっている問題です。社会の中の差別を、精神障害者自身が自分の中に取り込んでいるのです。スタートラインをとびだして走ってほしいと思います。

私たちは今、精神障害者の人権の回復、医療や福祉の充実をめざして、全国的な精神障害者の自主的な組織をつくるため準備を進めています。どんな組織にしたいか、私自身は固定的なイメージは持っていませんが、一部の精神障害者の団体が国にたいして要望をだしても相手にされないという現実があります。様々な考え方の人がいますが、1つ1つ具体的に意見をまとめていけばよいと考えます。集まった人々が良いと思えば何でもやってみればよいと思います。必要なことを重ねていくこと、ひとりの人がやっていくのではなく、様々な人が集まってやっていくところに活動の意味があるのですから。

シンポジウム II-C

質疑・討論

司会：最後のCの演題として松岡弁護士さんと全家連の浅沼さん、それから全国組織準備会の斉藤さんに話題を提供して頂きましたが、保護義務者問題に関して何かご意見の有る方ございますか。

山口：「ゆうの会」の山口です。ずっと先程のシンポジウムでユーザーの側の権利というのかな、ユーザーの側の動き方、そういうのが無視されて、サービスする側の事が言われているという事と同じく、僕は権利という事を言ったらやっぱり患者側の権利という事を言い出したら、やっぱり責任という事も追求されると思うんです。昔から日本ではお医者さんの責任、また行政者の責任、そこらへんがなかなかすっぽ抜けて、サービスを受ける個人の側の責任、家族の責任として言われるのは確かに浅沼さんの言われる通りです。確かに専門職いうかな、専門的な意味合いで生活をフォローしていく、そういう人達が作られずに、今まで親及び家族の責任とされた中で、本人の資産とか本人の守るべきものが、ないがしろにされた事実というのは忘れてはならないと思います。その中で、やっぱり今、保護観察者というか、保護の責任者というのは、これは何も家族ばかりが押し付けられる問題でなくて、やっぱり社会的にきちんとしたものを取って頂きたい、それは社会的責任として誰が担っていくというのは、また新しく制度開設というのは考えるべきだろうけれど、今は確かに浅沼さんの言われる通り、家族の責任に全部がまわってくる、若しくは本人の責任、そこらへんに非常な矛盾みたいなものを感じます。

寺田：ワーナーホームの寺田と申します。保護義務者のことで、ちょっと私の見解を話させて頂きますけれども、私は精神科の看護者をほぼ10年、それから精神障害者の方の社会復帰のお手伝いをして10年経過しておりますけれども、現在の保護義務者を私はとっても重要な位置付けたと思っています。その理由は今まで精神病院で起きています不祥事のその原因というのは、周囲の人が自己吟味の姿勢が育っていない日本の国民性、もしここに神様とかもっと自分自身を自己吟味していく人達に取り巻かれていれば、こういう事は起きなかったというふうに考えております。もう一つ精神病について、私は良識を育てるということをとっても重要視しておりますけれども、残念ながら病気を悪くし過ぎた場合には、患者さんは自己コントロールとか自己制御がしにくくなるという現実、私は経験から素直に認めています。そうした時に周りの患者さん不在の決定とか間違いを防止したり、又は病気を徹底的に悪くしない前にもっといい治療に誘導するという意味では、ご家族と患者さんとの関係というのは一番の信頼関係があると思っています。ワーナーホームの試みとしましては、患者さんの病気をコントロールする援助をすると同時に、家族指導ということに非常にポイントを置いています。患者さんだけが荷を負うのではなく、またご家族だけが荷を負うのではなく、そこにどういう制度になるかわかりませんが、それらの方々と二人三脚をする制度・施設・使途が設置されれば私はベストだと思うんですけれども、患者さんの病状に対して、又は精神状態の位置に対して、ご家族の存在とい

うのはすごく大きいんだなということを痛感させられている20年です。そういう意味では今の保護義務者というのは、ご家族が担い易いかたちで検討すればいいのであって、あんまり全面的な否定というのは賛成出来ません。

藤田：藤代健生病院の藤田と申します。精神科医です。医療の現場の実際の現象の方から少し実情を述べたいと思うんですけども、さっきのお話ありました医師の裁量権の問題という事もちょっと絡むんですが、私も医師の裁量権の適正な規定というか規制というのは当然必要かと思っています。しかし、実際の医療の現場に行きますと、私の病院は地域医療ということでかなりやってきて平均在院日数は135日、250床の病院ですけれども、1日の外来130人というふうに外来医療を頑張ってやってきているんですけど、しかし先程、保護義務者の話がありましたけれども、家族の方も非常にやっぱり高齢化されていて看るのが大変であると、そういう事もありますし、それから例えばあと行政機関にしても、保健所とかそういうところも生活保護の方とか患者さんとか具合悪くなると、何とかしてくれと、精神病院の方に皆やはり来るわけなんです。ですからうちの病院なんかむしろ、すぐ退院させるというふうに怒られることもあるわけなんですけれども、その医師の裁量権の問題ということで言えば、そういうふうに他の地域の資源が全く不足していて、或は保護義務者の制度なんか非常に不備で、その事によって精神病院に色んなことが持ち込まれると、医療の枠を越えたものが持ち込まれることによって、医師の裁量権ということが非常にあやふやになってくるところも非常に大きいのではないかと。そういうところも含めてこれから改善が必要かと思っています。

大野：精神病患者集団の大野と申します。牧野田さん、藤本さん、富岡さんが触れておられましたが、ひとことずつ。つまり住宅という問題です。この住宅という問題を我が事として考えなければならなかった事がありますので、それを語りたいのですが、前提的に精神保健法というのは、強引に人を連れて来ながら強制医療をやると、後始末の尻くくりの悪い法律だと思うんです。それは急激に連れて行かれて、説得された入院でも、出てくる方々はOTの方もおっしゃったと思いますけど、かなりの病院潰れ、例えば30数年ということはざらですね、今は。そういう方々が出て来る時に、住む家がありません。ここでちょっと個人のプライバシーに関するのですが、今日は無実の死刑囚、赤堀さんが居らっしゃるわけ。この方の住宅を借りようと思ひまして、私実は大変な難儀をしたんですよ。絶対条件が3つでございました。一つは単身者は駄目、老人61歳でいらっっしゃいますけれど駄目、それから給与証明が無い者は駄目なんです。赤堀さんも精神病患者も同じ条件下にあると思います。そしてその上に元死刑囚は駄目。無実であろうと駄目という事で、4つの難関を突破する事が未だに出来ておりません。つまり精神病院から私の方に相談される方も住宅問題に非常にお困りです。某地方ではアパート契約の中に精神障害者であるという事が判明すれば、追い出しますという契約書になっているわけです。80%までそうです。地方を申し上げるのはちょっと私躊躇します。やはり名古屋の場合も同じ事で借りられません。私が精神病院は医療をする所だと思っておりましたけれども、どうも治ってからも自分でアパートを探してこなければ、出せないとおっしゃるんですね。その中で公的住宅でございます。これは市営県営がござります。確かに福祉住宅というものはございます。皆さんはその福祉住宅というものが、どういう内容なのかご存じでしょうか。先ず、確かに一般公営住宅、或は福祉住宅と区別されていますが、一般住宅は世帯或は身障者、名古屋の場合は精神障害者もきっちり入ってます。それで申込要件はあります。ところが、福祉住宅と名のつくものは、世帯を持っている者しか駄目なんです。そして、単身者は身体障害者も精神障害者も入居できません。私は

是非皆さんに訴えたいのは、そういう様々な要件の中で、公的住宅でも、すべて何%かは精神障害者の方へきちっと割り当てられる方向を、きちっと位置付けて頂きたいと思います。確かに公営住宅の中では、スロープのいる身体障害者の方には或る程度有ります。でも私達の現実問題としては、単身精神障害者が入居できる福祉住宅は無いのです、名古屋の場合。世帯までは有ります。先ず、各地でお調べ頂きたいと思います。2、3日前も南区の福祉の田中課長とやりましたけど、私の持っている資料をどういうわけか行政がコピーを致しまして解らないと言うんですよ。福祉の政策を根本にやっている南区役所の保護課長すら解らないんです。私の持っている資料をマスキングしてるんですよ、こんな事では病気の私は治りません。録音も取りましたけれどもそれが実態です。尻くくりの悪い精神医療です。私は精神保健法に触れられないんです、逆に、撤廃ですから。むしろ尻くくりの悪いはじめの悪い皆さん方、せめて、出る時は公営住宅をきちっと向こうから取って、それでパーセンテージとして精神障害者単身者をきちっと入居できることを、各政令都市できちっとやって頂きたいと思うんです。それが1点目です。2点目はですね、どなた私を引き受けて下さいませんか。私は、実は学会ではご存じですけど、この10月26、27日海の植樹祭と言われる「海作り」が知多半島でございました。これは6カ月前から愛知県警を含めてかなりの防衛をやりました。何故というなら天皇両陛下がいらっしゃるからです。この「海作り」というのは海の植樹祭と言うもので、その頃から警察の私へのいやがらせが始まりました。これはアパート3階に住んでいますけど、夜12時きっちりになりますとパトカーが来まして、「そこの何番何番不当駐車である、ただ今すぐ退かせなさい。」を毎晩やるんです。この県警の持つてる予算というのが11億です。3人の警察官に1台のパトカーが実際に町の中を走ったわけなんです。でも私などはいやがらせをされて、それで再発したわけなんです。もちろん、いろんなアパート問題沢山有りますけれども、私に外来の診察を受けて下さる方はあって、診断書も薬も下さいますけれども、入院させる所は1軒もありません。私で良かったら何処かに入院させてくれませんか。少なくとも精神衛生法は医療と保護という事を名目にしております。その為に私がどれだけ苦労したか、皆さんにお教えしましょうか。先ず、命の電話、心の電話、愛知県医療緊急情報センター、そして様々のところに掛けても私に対する解決は無いとおっしゃるんです。入院さしてくれないんです。勿論私の外来というより、診療所をやっている私の主治医が入院を要請しても切られます。何故ですか、私が騒ぐからですか。すぐく地味な運動をやっているつもりです。それで精神衛生法が（私は撤廃です、あくまで。）機能していると言えるんですか。どんなに薬を飲んで朝6時まで寝られない。もちろん血糖値が下がってくると、また夜遊びとか、私のもつれて言いますが、食べて食べて食べまくってもこんなに痩せます。それ程具合悪くても誰も引き受け手ありません。それでも精神衛生法が稼働しているとおっしゃるのですか。やはり私を入院させないということは社会防衛論だけでも、精神法であって1患者がいろんな要件があり、警察にもいやがらせを受けながら、毎晩毎晩家の前で眠れないような状態にされながら、尚かつ具合が悪くても引き受けられなかったら、やはり私は精神保健法は社会防衛論の中でしか成立しないと断定せざるを得ません、私は。答えて下さい全員のシンポジストが。

司会：その前の方の提起も含めまして、生活支援システムということで、家族の方も含めた、或は精神障害者だけではなくて、老人とかその他の問題も含めた生活支援システムというかたちで福祉が語られねばならないということの問題提起として先程の方の問題提起も、それから大野さんの、前者の問題の提起も受け止めたと思います。保護義務者の問題に関しましては、問題点が浮彫りにされたということであって、保護義務者の問題がどうあればいいのかというところまではディスカッションはいかなかったわけです。

シンポジウム Ⅲ

必要とされる費用とマンパワー

精神保健・医療・福祉の改善のために公的財源とマンパワーの充実が必要であることは繰り返し強調されきたが、今回は具体的にどこにどのように費用とマンパワーが必要であり、どのように獲得していくべきかを明らかにして行きたい。

司会

工藤 義雄（日本精神神経学会）

古屋 龍太（国立精神神経センター武蔵病院・病院地域精神医学会）

経済学の立場から

西村 周三

(京都大学経済学部)

1. 日本の医療費政策一般について

日本のこれまでの診療報酬の設定は、入院患者に関して要約的にいうと、一方で少ないマンパワーを前提とした1患者あたりの低医療費政策と、他方で自由開業医制のもとでの病床増加の容認という形態をとってきたと思われる。私的精神病院は、若干程度存在する規模の利益を利用して、量的拡大を図り、結果としては「この診療報酬ではとても十分な医療はできない」といつつ、量的拡大の利益を享受してきたと思われる。

地域医療計画の実施により、安易な病床数増加が容易でなくなった現在、現状の病床数が本当に必要なものであるかは、医療面からの検討を加えなければならないが、一般論としては量的拡大を図るよりも1患者あたりのケアの質をいかに充実していくかが、今後の大きな課題となる。

2. 地域格差と医療計画の必要性

1989年度の国民医療費推計額約20兆円のうち精神障害のために費やされている医療費は1兆2千億円(入院10371億円、外来1740億円)と推計されているが、この額が妥当かどうかは次のような積み上げで議論するとよい。まず入院に関しては、

$$\begin{aligned} \text{精神障害入院医療費総額 (10371億円)} &= \text{1日あたり入院患者数 (327,100人)} \\ &\quad \times \text{1人あたり入院日数 (310.8日)} \\ &\quad \times \text{1日あたり入院医療費 (10,198円)} \end{aligned}$$

となる。(ただし患者数などのデータは、入手可能性により、1987年のものを用いた。)

これらの数値が適切なものであるのかどうかを検討する必要があるが、その作業に基づいて、それでは今よりどの程度多くの医療費が費やされたならある程度十分といえる診療ができるのかといった議論が必要であると思われる。もちろん、この種の作業は、より細分化した疾病分類、年齢別の検討が必要であるが、1日あたり入院医療費約1万円という現状をどう考えるかについて特に議論し、現状よりどの程度の上積みが必要かを考えていくことが議論の出発点として重要であると思われる。また同様の試算を外来患者についてもおこない、入院患者と外来患者との代替の可能性についても議論する必要がある。

これらの作業に基づいて、現実このような必要医療費積み上げ方式が、現状の医療費政策とどの程度整合性があるのか、ないのか、という問題を次のような視点から検討したい。

- (1) 地域格差の問題をどう考えるか
- (2) 診療報酬の決定方式について
- (3) 今後の患者数の見通しについて

- (4) 病院とくに私的民間病院の経営形態について
- (5) 詳細地域精神医療計画策定の可能性について
- (6) 医療費財源の見通し

精神医療のマンパワー

広瀬 省

(厚生省精神保健課長)

1. 行政のしくみ

医療関係の国家資格は、健康政策局医事課が総括的に所掌しているが、さらに、看護制度に関しては健康政策局看護課が、医療ソーシャルワーカーに関しては健康政策局計画課が、精神保健及び臨床心理業務に関しては保健医療局精神保健課が、基準看護、精神科作業療法等の診療報酬に関しては保険局医療課が所管している。

2. 活動の場

地域精神保健活動は、精神障害者に対する適切な医療の提供及びその社会復帰の促進、住民の精神的健康の保持増進という精神保健法の目的を、住民の生活の場である地域において実践しようとするものであり、そのためには、地域において、保健、医療、福祉にわたる包括的な社会資源の整備とネットワーク作りが必要となる。

今後、地域保健医療計画を作成する際に2次医療圏における精神保健に関する必要な計画の策定を行い、また、保健所においてサービス調整等を進めるとともに、地域精神保健活動の一層の充実が必要である。

精神保健法においては、精神障害者に必要な訓練又は指導を行う精神障害者社会復帰施設の設置が位置付けられ、また、精神病院は、入院患者の社会復帰を促進するため、相談、援助を行うように努めることとされているが、入院以外の患者に対しても、精神病院及び精神科診療所は、社会復帰のための相談、援助の役割をさらに積極的に担うことが望まれる。

地域の病院、診療所の外来機能に関しては、なお一層強化される必要があり、また、在宅医療、訪問看護の充実も必要である。精神科デイケアは、退院の促進や再入院の防止に役立つとともに、精神病院の地域への開放化に資するものであり、今後、精神科デイケア事業を一層拡充、整備していく必要がある。さらに、地域の精神障害者の症状の増悪に対応するためには、救急医療が必要であり、応急入院の病院の整備とともに、今後、地域における急性期の外来診療、短期入院の体制の充実が必要である。

入院医療に関しては、救急医療、急性期医療、リハビリテーション医療、生活の質を高めた長期療養等について、また、老人、思春期、アルコール、薬物中毒、身体合併症等の患者に対する医療について、病床の機能分化の推進が必要である。そのためには、これらの機能に応じたチーム医療の促進と、専門病棟の整備、運営のための精神病院の経営基盤の安定化が必要である。

特に老人精神保健については、今後、老人性痴呆疾患の急激な増加が予想され、専門病棟等の整備に加えて、地域ケア体制の強化が必要である。

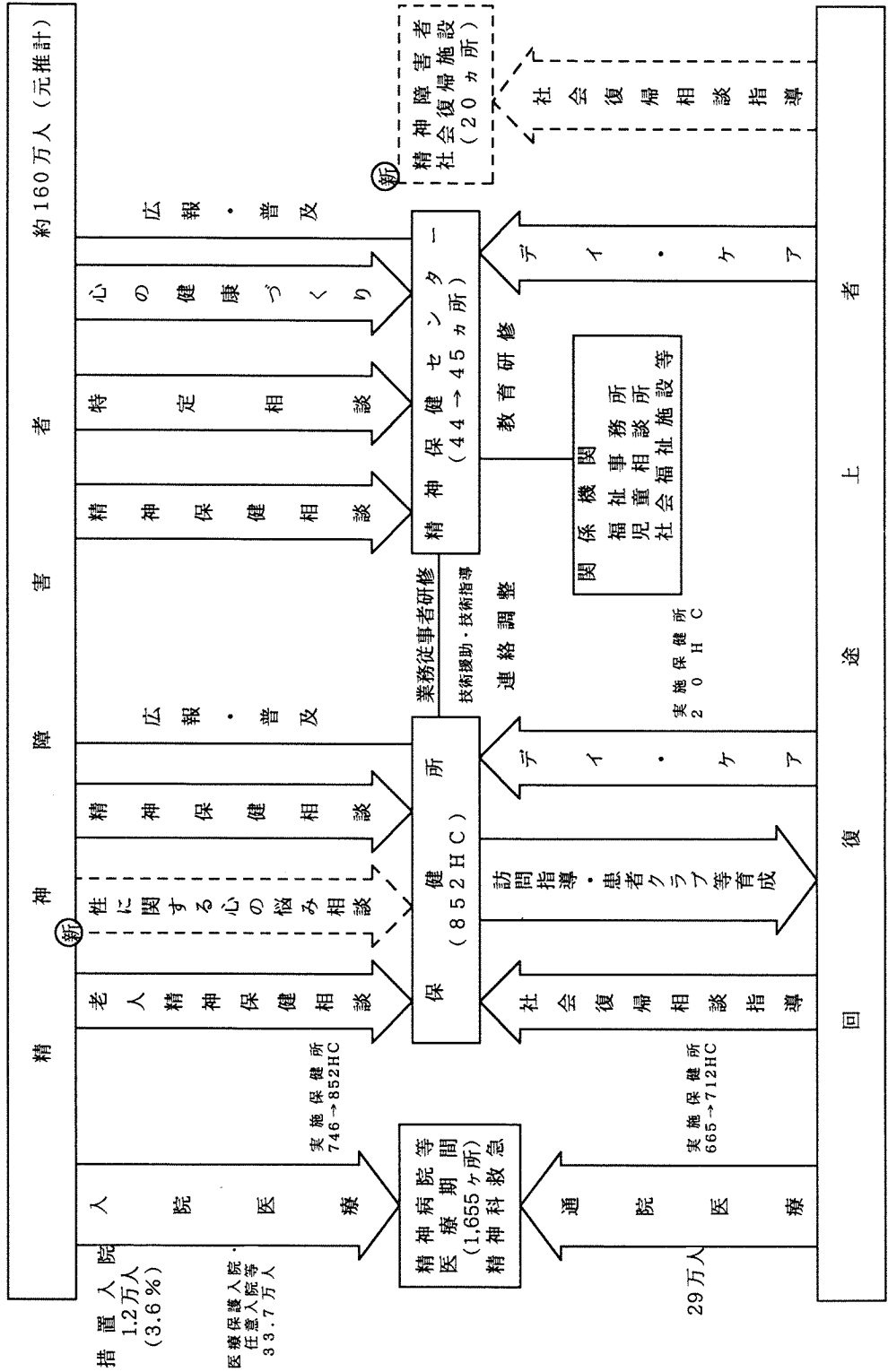
3. 活動のためマンパワー等の充実、育成

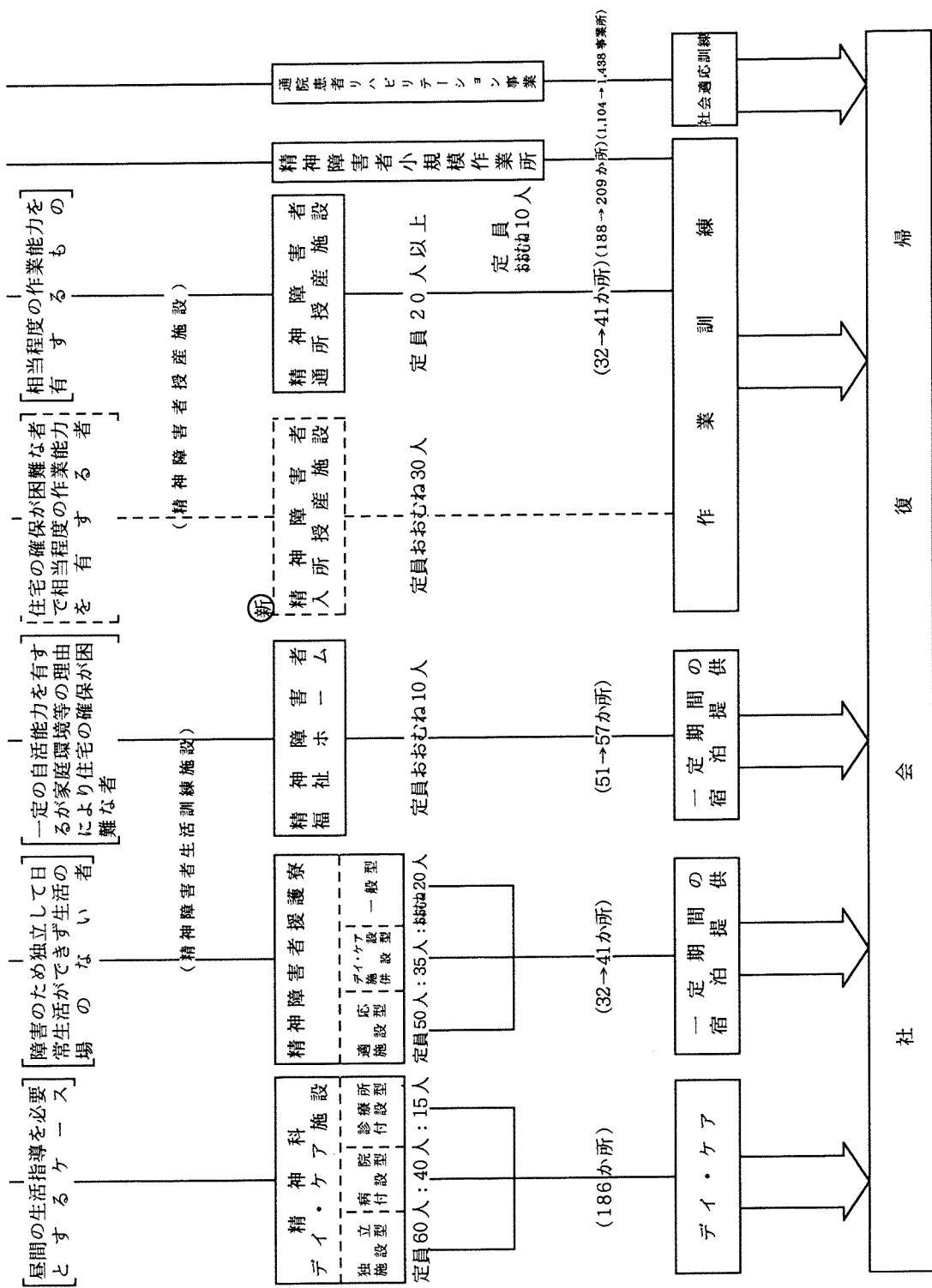
地域精神医療においては、その質を高めるために、医師、看護職員に作業療法士臨床心理技術者、精神科ソーシャルワーカー、介護者等を加えたチーム医療の一層の推進が図られるべきである。そのためには、所要の資格制度の検討や、職種間の業務分担の明確化、病棟機能等に応じたチーム医療の確立と評価が必要である。

保健所においては、その機能を強化するために、専任の精神保健相談員を配置し、保健婦、医師等の職種との役割分担、連携を進めるべきである。また、各職種の資質の向上のため、国及び都道府県において体系的な研修システムを確立する必要がある。

なお、精神障害者の社会復帰、社会参加の促進のためには、精神障害者の家族、本人、ボランティア団体等の民間援護団体を組織し、その育成を図る必要がある。

精神障害者対策の概要（平成3年度予算案）





精神保健対策の現状

1	入院患者数等		
	入院患者	349,400人	(平成2年6月30日現在精神保健課調)
	措置入院	12,566人	(")
	医療保護入院	139,123人	(")
	任意入院	184,503人	(")
	その他	12,818人	(")
	精神障害者推計数	約160万人	(平成元年10月1日の人口及び昭和38年精神衛生実態調査有病率による推計)
2	通院医療費公費負担患者数(推計)	303,090人	(平成元年厚生省報告例の承認件数×1/2)
3	精神病院等		
	精神病床	358,128床	(平成2年6月30日現在病院報告速報版)
	精神病院等	1,655施設	(")
	精神科診療所	1,765施設	(昭和62年10月1日現在医療施設調査)
4	地域精神保健対策		
	通院患者リハビリテーション事業	1,438事業所	(平成3年度予算)
		2,300人	(")
	精神科デイ・ケア施設承認数	186施設	(平成2年6月30日現在精神保健課調)
	精神障害者社会復帰施設		
	精神障害者援護寮	41ヵ所	(平成3年度予算)
	精神障害者福祉ホーム	57ヵ所	(")
	精神障害者通所授産施設	41ヵ所	(")
	精神障害者小規模作業所	347箇所	(昭和64年1月1日現在精神保健課調)
5	精神保健センター	44箇所	(平成2年6月30日現在精神保健課調)
	精神保健相談	95,543件	(平成元年度精神保健課調)
	特定相談	27,040件	(")
6	保健所	852箇所	(平成元年度保健所運営報告)
	精神保健相談	720,267件	(平成元年度保健所運営報告)
	精神保健訪問指導	317,115件	(")
	社会復帰相談指導	21,855人	(平成元年度精神保健課調)
7	精神保健指定医	7,703人	(平成2年10月31日現在精神保健課調)
	精神保健相談員(兼任者を含む)	1,656人	(平成2年6月30日現在精神保健課調)
	うち専任者	578人	(")

公立病院の立場から

道下 忠蔵

(石川県立高松病院、全国自治体病院協議会)

I 適正な精神科医療

われわれ精神医療従事者は医学医療の新しい知見や技法を吸収するとともに、医療現場でこれらを真摯に実践する、その成果を基盤にして行政をチェックし、あるいは反映させる必要があると考えている。今回の精神保健法には「精神障害者等の人權に配慮しつつ適正な医療及び保護を実施」することが謳われ、適正な医療の内容については1987年から厚生科学研究費による研究班が発足して検討が行われ、1989年報告書がまとめられたことは、大方の人がご承知のことと思う。—その概要が「精神科治療ガイドブック」として本年7月金原出版より発売されている—

全国自治体病院協議会においてもこれらのことを検討し、1986年秋「精神衛生法改正に関する意見書」を厚生大臣に提出したのであるが、そのなかの「医療」の項において精神医療のあり方について次のように述べている。「精神医療と一般医療との間に現存する格差は取り除かれねばならない。それとともに、生活の場に密着したところで適切な医療を受けることができるように、医療体制を整理する必要がある。精神医療においては通院医療が最優先されなければならない。そして、入院を必要とする場合には、本人の意思に基づく入院を基本形態とし、それを第一選択とするよう努めなければならない。更に、本人の意思によらない入院を必要とする場合には、対象範囲を限定し、適切な医療を受ける権利をはじめとする患者の諸権利が保障されなければならない。」

そして通院医療体制を充実させるための9項目の具体的提案を行ない、これらを可能にする経済措置を講ずること及び入院医療、社会復帰事業の改善を要請している。本年7月15日公衆衛生審議会によってまとめられた「地域精神保健に関する中間意見」においても地域医療の推進、マンパワー等の充実、育成が提言されていることは各位熟知のことと思う。

これらに提示されている適正な精神医療の要点を演者なりにまとめると、1. 外来医療、在宅ケアの拡充 2. 短期入院、社会復帰の促進 3. 医療スタッフの充実、チーム医療の推進等が差し当たり挙げられると思う。

II 公立精神病院経営の現況

わが国の精神医療を改善するためには、マンパワー、ことにコ・メディカルスタッフの充足が必要であり、そのため臨床心理士等コ・メディカルスタッフの資格を法定し、定数配置の措置を講ずる、これらを実現するための財政措置が緊急な課題であることは、関係者の一致した声であろう。

このことについて、現況の中で比較的マンパワーが充実していると言われている公立精神病院の経営収支の現況をご紹介します、検討の資に供したい。

結論を端的に言えば、国公立精神病院はすべて赤字経営であり、その最大の要因は人件費である。以下このことをデータで報告する。

まず経常収支（変動費用）であるが、「地方公営企業年鑑」（地方公営企業研究会編）によれば、1989年度、公立精神病院における収支状況は医業収益を100とした場合の割合でみると総費用151.8、うち給与費104.6となっている。収支差損51.8については一般会計から44.1の繰り入れを受け、なお7.7の赤字を繰り越している。1990年には診療報酬の引き上げがあり、精神科関係の引き上げ幅が大きかったと他科から羨ましがられているが、それでも毎年行われるベースアップ財源を賸いきれず、赤字の割合は年々増大の状況である。

精神科医療をできるだけ一般医療に近づけたいというのはわれわれの願いであるが、医業収支の側面から現況を比較してみる。1989年度の決算報告（地方公営企業年鑑）によれば、甲表の公立精神病院と公立一般病院の入院患者一人1日当たりの入院収益は表のごとく、精神病院9,221円、公立一般病院22,269円となっており、その診療行為別収益構成比をみると、精神病院は入院料、給食料を合わせて87.1%に対し、一般病院は45.5%、投薬・注射等医療行為による収入は一般病院51.8%に対し、精神病院はわずか12.9%を占めるにすぎない。現行の診療報酬体系におけるマンパワーによる医療技術評価の低さの故ともいえよう。

次に資本収支（固定費用）の一側面を紹介する。現在当病院において痴呆性老人専用病棟を建築中である。こうした場合、国は建築費の半額を国庫補助することになっている。しかしながら交付される補助金は建築費の20%弱に過ぎず、公立病院といえどもその大半を借入金で賸っている。半額補助といいながら実際には1/5弱にしかならない原因は基準単価や基準面積の過小にある。当病院の一例を示すと、この病棟の1平方メートル当り建築単価約28万1千円に対し、補助単価は5万2千円と実際の価格の1/5にも満たない。

Ⅲ 改善のための提言

1 適正な精神科診療報酬の確保

精神科の診療は医療機器や薬剤等よりもマンパワーの専門技術によって担われている。その技術料評価を適正に行なうべきである。

2 国の財政措置の拡充

精神保健医療福祉に対する国の財政措置を法の趣旨に則り、大幅に拡充することを要請する。

3 関係者のコンセンサスの確立と国民世論の形成

平成元年度 甲表適用公立病院の入院患者1人1日当り

診療行為別入院収益構成比較

区分	公立精神病院平均		公立一般病院平均	
	金額	構成比	金額	構成比
投薬	622円	6.7%	890円	4.0%
注射	121円	1.3%	4,123円	18.5%
処・手	67円	0.7%	3,417円	15.3%
検査	171円	1.9%	2,107円	9.5%
X線	38円	0.4%	994円	4.5%
入院	6,280円	68.1%	8,407円	37.7%
給食	1,751円	19.0%	1,728円	7.8%
その他	172円	1.9%	604円	2.7%
計	9,221円	100.0%	22,269円	100.0%

民間病院の立場から

牧 武

(牧病院、日本精神病院協会)

1. はじめに

日本の精神病院医療は、昭和63年7月1日、人権尊重と社会復帰の促進を二大柱とする新しい精神保健法が施行されたことにより、その内容に大きな変革がおこって来つつある。病床利用率は(表1)に示したように昭和61年度が平均100.5%であったものが、平成2年度では、96.2%に減少している。これまでの精神病院の経営は100%をこえる病床利用と僅かに定数を下回る常勤医師によって辛うじてバランスを保って来たものが、もはや、そのようなことは許されなくなったのである。

2. 医療費の「抑制」を見直すとき

平成3年2月19日、朝日新聞は(資料1)のように医療費の「抑制」を見直す時、という報道を行った。国民医療費の動向は(表2)に示すとおり国民所得を大きく下回っており、クォリティ・オブ・ライフの向上が言われている時、このような低額な国民医療費ではとてもやれない。国民医療費の国際比較をみてみよう。(図1)

OECD加盟国で、日本の「公的医療費」の対GDP(国内総生産)比は僅か5%で24カ国中19位という低さ。日本より低いのはスペイン、ギリシャ、ポルトガル、トルコの4カ国で、日本は先進国最低である。アメリカも日本より低いのが全国民対象の公的保険がないためで例外である。診療報酬、消費者物価、賃金の年次推移をみると(図2)に示すような80年と88年の対比でみると、賃金指数は実に103.6%の上昇、消費者物価指数は、36.3%の上昇であるのに対して診療報酬は、僅か1.2%の上昇に過ぎない。賃金や物価の上昇を吸収しようにもできない診療報酬抑制の姿をはっきり見てとることが出来る。

3. 日本の精神科医療費

日本の精神科病床数は現在34万床で、わが国の全病床数134万床の25%であるにも拘らず、精神科医療費はわが国の総医療費20兆円の約6%にしか過ぎない。内科の入院費は約35万円であるのに対して精神科の入院費は基準看護2類で約22万円、老人保健施設の29万円や特別養護老人ホームよりも安いということはもう既に言い尽くされたことである。アメリカでは(表3)に示したように、急性期は1日500ドルで1カ月232万円、実に日本の10倍である。一般の診療費が抑制されているのに精神科医療費は更にその上の抑制を強いられているのである。

4. 民間精神病院と国公立病院の格差

最近、民間精神病院と国公立精神病院との格差が非常に大きくなっている。平成2年6月における

精神病院実態調査の数値を比較してみると、まず第1にマンパワーでは100床当り職員総数を開設者別に比較すると、国立57.0人、自治体52.8人、医療法人43.2人、個人45.3人で民間病院は国公立の80%の医療体制で措置入院や医療保護入院患者の約90%を収容している。しかも、正看護婦の高齢化が目立ち、(表4)に示したように私立病院では、50歳代以上が実に60%を占めているが、(表5)に示すように公立病院は60歳以上は0である。第2に、医業経営上の格差であるが、赤字経営病院は、国立100%、自治体97%、医療法人29%個人47%となっている。毎年、国立は、2,500億円の赤字であり、自治体は4,500億円の赤字である。これはわれわれの税金で支払っている。また、100床当りの収支額を開設者別にみると(表6)の通りで補助金がなく、税金のかかる民間病院の経営が危惧される。第3に、人件費のアップについてであるが、人件費率を開設者別にみると、国立120%、自治体102%、医療法人61%、個人49%である。加えて、国家公務員は平成2年4月より5.7%のベースアップが実施され、更に、平成3年4月より3.71%のベースアップが実施されるが、これを医療職てみると、昨年は12.7%、今年は9.1%給与格差は更に拡大している。民間病院においては、現行の医業収入からこれに対応することは全く不可能である。第4に週休2日制導入は優秀な人材を確保するための必須条件である。民間病院においては、週休2日制要員を確保することは現行の医業収入からは極めて困難である。第5に夜勤手当増額の問題である。平成3年度厚生省予算で国立病院の看護婦深、準夜勤手当がそれぞれ600円と500円増額されている。民間病院ではこれに対応する看護料のアップがないと不可能であり、このままでは看護婦確保が更に困難となる。

5. 日精協医療経済委員会における精神病院の機能分化(案)

(表7)の大池試算や表8の「21世紀をめざした医療供給体制のあり方」に示されるような精神病院を一括して特定病院として位置づけ、慢性病院とすることには反対である。日精協医療経済委員会では、精神病床の機能分化(案)を(表9)に示すように作成してみた。①精神科救急病棟は、最急性期の激しい精神病状に対する集中治療を行うもので、期間は1カ月を限度とし月60~70万円。②精神科急性病棟は最急性期経過後の病状が不安定な患者で濃厚な薬物療法、精神療法を行う必要があり期間は6カ月、診療費は月約50万円程度。③精神科回復期病棟は、亜急性期から慢性期に至って軽微な精神症状を残している患者に対し、集団精神療法や生活機能訓練等を行うもので、マルメ+アルファとし、診療費は約40万円程度。④精神科慢性病棟は、種々の陽性症状を残したまま、慢性期に至り、当分退院が見込まれない患者に対する治療及びケアを行うもので、これを精神保健施設とするのかどうか、もう少し議論をすすめる必要があると思われるが、ここでは看護者よりも介護者を多くしたものにしようかと考えているところである。⑤老人性痴呆疾患については、痴呆疾患療養病棟が、老人保健法の中でみられるようになったが、いくらになるのか問題である。それに痴呆性老人の老人保健施設も含めて日精協で老人問題研究会を開き検討しているところである。

6. 次回の医療費改訂に向けて

次回の医療改訂は大変きびしいと言われております。

平成3年4月12日の中医協で次回診療報酬改訂に向け要望書を提示、医科平均で7.13%、病院6.72%、診療所7.87%の引き上げを要求した。一方、四病院団体では、(表10)に示す如く、9.96%の引き上げを要望しているところである。日精協においては(表11)に示す通り改訂を要望しているが、特に、精神科技術料の引き上げ、急性期の入院時医学管理料の引き上げ、措置患者特別管理料、措置患者外出時付き添い看護料、更には精神科チーム医療料として看護婦、准看護婦、介護者及びPSW、

CP、OT等のコメディカルスタッフを含めて治療と保護と社会復帰のための努力をしているので、これを1日1,000点要求している。

7. おわりに

最後には、何よりもマンパワーが問題になる。現在のような極度の人手不足で、3Kである汚い、きつい、危険な業務は嫌われている時に、新しい対応を考えることが必要である。これまでの基準看護の比率5：3：2をいろいろなコメディカルスタッフを含めた新しい精神科チーム医療としなければならぬ。

日本の精神医療は、もはや日本だけで考えている時代は過ぎて、世界の中の日本の精神医療というものを考えていかねばならぬようになった。先日、河崎日精協会長がジュネーブに行かれた際に「日本の精神科医療費はあまりにも安すぎる。これでは充分に患者の人権は守れない」という勧告書をもって帰られ、それを厚生省に渡しておられる。

今後の精神医療を変えるには、官民一体となった努力と思い切った発想の転換が必要ではないか。そうしなければ日本は世界の経済大国と言われるようになったにも拘らず、日本の精神障害者の不幸は、呉秀三先生の時代から一歩も変わらない、ということになるのではないかと思うのである。

表 1. 病床利用率

昭和59年	102%
昭和61年	100.5%
平成元年	97.6%
平成 2 年	96.2%

資料 1. 朝日新聞 1991年（平成 3 年）2 月 19 日 火曜日 12 版 総合 (2)

医療費の「抑制」を見直すとき

数字は怖い。表現の方法、分析の仕方によって、印象がまるで違ってしまふ。

国民医療費に関する数字もそうだ。何と比較して伝えられるかによって、人々の判断は大きく変わる。たとえば厚生省は、この数字を読む「ポイント」を 4 項目の箇条書きにして、記者発表用資料に示した。

「平成 3 年度の国民医療費は 21 兆 7 千億円と見込まれ、年間増加額は 1 兆円を超えている」「2 年度の年間増加額は、やはり 1 兆円を超えている」「元年度は 9 千億円増となっている」

ふつうの人が読めば、「日本の未来が医療費に押しつぶされるのではないかと恐ろしくなってしまうだろう。4 項目に「国民医療費の伸びは、昭和 63 年以降、国民所得の伸びの範囲にとどまるものと見込まれる」とあるのを見て、「やれやれ、よかった」と安心するかもしれない。

同じ数字を諸外国の医療費や他の経済指数と比較すると、たとえば、こうなる。

「日本人 1 人当たりの国民医療費は、先進国水準よりはるかに低い。OECD 加盟国で日本より低いのは、ポルトガル、スペイン、トルコといった国々である」

「昭和 63 年度の国民医療費の伸びは 3.8%、国民所得の伸びは 6.3% だった。以来 4 年、医療費の伸びは国民所得の伸びを下回っている。平成元年のレジャー産業の市場は 63 兆円で前年比 8.1% 増、建設投資は 73 兆円で 9.8% 増」

厚生省は、こうした比較を避けてきた。「豊かになった日本で医療費の伸びだけをなぜ抑えなければならないのだろう」と人々が疑問を抱くのを恐れたのだろうか。

薬価差益をあてにした点滴や不勉強による過剰処方、医学的には必要のない長期入院。こんなことで医療費が増えることはごめんだ。

しかし、それを制裁するという大義名分で医療費全体を抑制してきた結果、たとえば看護婦さんたちの労働条件は、日本の他の職場でもめったにない苛酷で、しかも報酬の少ないものになってしまった。それが、患者の病気の回復を損ね、安らぎを奪うという本末転倒の結果を招いている。

「国民医療費の伸び」を「国民所得の伸び」以下に抑えるという政府の目標は、中身を見直す時期がきていると思われる。

図1.

OECD 諸国の公的医療対GDP費（国内総生産）
 （厚生省の指標91年2月）

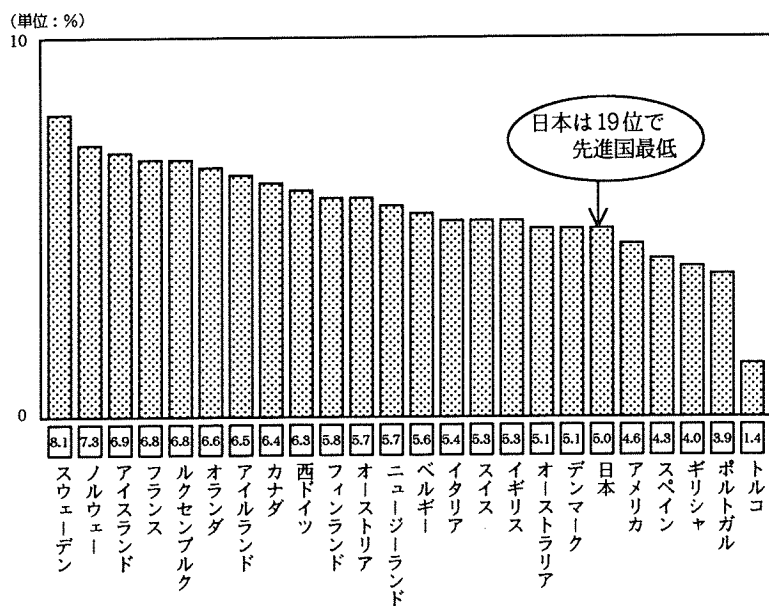
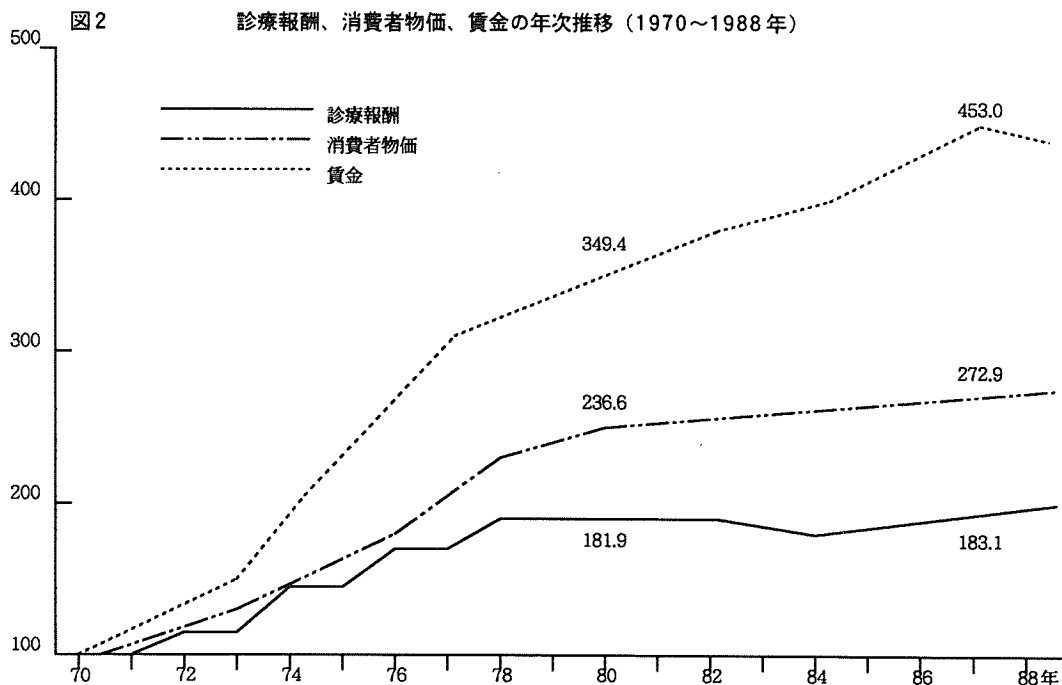


表2. 国民医療費の動向

	昭和63年度 (実績)	平成元年度 (実績見込)	平成2年度 (推計)	平成3年度 (推計)
国民医療費 (対前年度伸び率)	187,554億円 (3.8)%	196,800億円 (4.6)%	206,900億円 (5.1)%	217,200億円 (5.0)%
国民所得 (対前年度伸び率)	299.4兆円 (6.3)%	318.3兆円 (6.3)%	338.1兆円 (6.2)%	357.5兆円 (5.7)%
国民医療費の対国民所得比	6.3%	6.2%	6.1%	6.1%



注：1) 診療報酬指数は、1970年10月1日-100として、各年10月1日現在（年度中央値）で計算、薬価基準引き下げ分を含む。
 2) 消費者物価指数は、年平均。原資料では、1985年-100。
 3) 賃金は、医療業常用労働者1人平均月間賃金給与額（年平均値）。
 (資料) 「現代日本医療の実証分析」二木立著（医学書院）より。

表3. 米国精神医療施設入院（入所）費用

1989

タイプ	種 別	利用期間	1日当たり	月当たり
A	総合病院精神科	} 短期（14日）	\$ 400~500 (75,000円)	174~232万円
	私立精神病院			
	ハワイ州立病院	短 期	\$ 370 (51,800円)	161万円
B	Napa州立病院	短・長期	\$ 175 (25,000円)	77万円
	Norfolk 州立センター	短・長期	\$ 153 (21,400円)	66万円
	Lincoln 州立センター	短・長期	\$ 136 (19,000円)	59万円
D	Skilled Nursing Home	3カ月	\$ 79.3 (11,000円)	36万円
	I.C.F.(Lodge)	3カ月	\$ 60 (8,400円)	26万円
	痴呆老人用ナーシングホーム	短期（45日）	\$ 95 (13,300円)	40万円
		長期（2年）	\$ 70 (9,800円)	30万円
E	ケアホーム（ハワイ）	長 期	\$ 25 (3,500円)	11万円
	アパート	長 期	\$ 28 (3,920円)	12万円
	ホームレス用ホテル（S.F.） （部屋代のみ）	長 期	\$ 14 (2,000円)	6万円

デイケア \$80/日=11,200円

(仙波)

表4. 看護職員の年齢構成

看護婦（士）（神奈川県精神病院協会）

	20代	30代	40代	50代	60才以上	総計
基準看護承認病院	116	104	86	176	205	687
基準看護非承認病院	27	44	23	98	111	303
全病院	143	148	109	274	316	990

表5.

公的病院	20代	30代	40代	50代	60代
	32	52	27	16	0

表6. 平成2年6月精神病院100床当たり医業収支額（単位千円）

区分	国立	自治体	医療法人	個人
医業収益	24,450	29,133	29,009	24,787
医業費用	35,166	39,233	28,038	25,814
収支差額	▲ 10,716	▲ 10,100	971	▲ 1,027

表7. 大池研究班の中間報告

種別	主なサービス	主な対象	在院日数	職員配置 (入院100対)			入院換算患者 患者100人対 総職員数	病院の1床 当り総面積	(参考) 入院1人1日 当り収益	
				医師	看護	介護				相談
特別病院	特別な診断機能 特別な治療機能 診療情報サービス	3次救急対応疾患 専門チームで治療すべき疾患 診断名不明確(重症)	30日以内	9	40	8	*	70㎡以上	25,000円以上	
一般病院(棟)	比較的短期で積極的治療を 要する入院医療	一般的治療の可能な患者	40日以内 最長90日以内 を原則とする	6	25	12	*	55㎡程度	18,000円程度	
特定病院(棟) 特殊専用	伝染、結核、らい その他特殊医療	定められた特殊疾患	特に定めない	6	25	10	*	40㎡程度	13,000円程度	
特定病院(棟) 精神専用	精神科医療 社会復帰援助	精神障害	特に定めない	3	17	5	2	1	50人程度	8,500円程度
特定病院(棟) 老人専用	老人医療 生活介護 リハビリテーション	老人特有の医療を要する患者及 び慢性期の医療的管理を要する 患者	特に定めない	3	17	19	2	2	60人程度	11,000円程度
特定病院(棟) 長期専用	継続的医療管理と生活介護	一般的治療、特別の治療により 改善の見通しがなく、長期間医 療的管理を要する	特に定めない	3	25	10	*	35㎡程度	10,000円程度	
診療所	一般診療	一般疾患	---							
参考 (老人保健施設)	入所サービス 在宅支援サービス		---	1	8	20	1	1		

注 職員配置は、入院患者100人対の最低職員数、*は配置が必要なことを示している。なお、入院換算患者100人対総職員数と入院1人1日当り収益については、昭和62年度病院管理研究所(病院経営管理指標の実態分析)を参考にした。

表 8.

「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」について	
(1)	二次医療圏単位の保健と医療に関する計画の作成・推進 地域医療のネットワークの強化、医療計画の推進など
(2)	家庭医機能・通院機能の積極的評価 病・診の機能分担・連携及びプライマリーケアの充実
(3)	症状に応じた入院サービスの提供 医療法の改正を行い、病院を機能分類する ①長期療養病院（老人病院、固定費払いを選択的導入） ②高次機能病院（大学病院、国立病院など） ③一般の病院、有床診療所など
(4)	在宅医療の推進 訪問看護・介護の推進、ガイドラインの作成、機器の開発・普及（官民共同作業）などの在宅医療サービスのメニューを充実
(5)	サービスの質の向上 病院給食、寝具などの医療関連サービス業界の指導・育成 ガイドラインの作成
(6)	医業経営基盤の強化 ①会計面の整備 ②税制面からの医療法人化の促進 ③医療機関の継承支援（開業医継承支援事業） ④医療機関の業務範囲の見直し
(7)	医療を支える人の資質の向上 看護婦、OT、PTの必要な量の確保 （看護職員確保緊急5カ年計画）
(8)	適切な医療情報の提供 広告規制の緩和、保健所や地区医師会の医療情報センター的な機能の充実、診療科名の表示など →医療法の改正
(9)	保健所など公的機関の健康相談・教育機能の充実

表 9 . 日精協医療経済委員会における精神病床の機能分化案

精神病床の機能分化（案）

急性 病棟	①精神科救急病棟 (病室)	最急性期の激しい精神症状に対する集中治療を行なう。 (処理困難例・中毒性疾患を含む)	新措置入院患者、新医療保護入院患者の一部、応急入院者が対象。 (期間は1カ月を限度とする。但し、応急入院は3日)	いわゆるPICU、隔離室(いわゆる保護室)等での治療が主体。 精神科応急入院施設管理料に準じた診療料を設定する。 基準看護が原則。
	②精神科急性病棟	最急性期経過後の症状が不安定な患者、慢性期にあって急性増悪した患者に対する濃厚な薬物療法精神療法等を行なう。 (思春期精神障害も含む)	期間は6カ月。	基準看護が原則。
回復期 病棟	③精神科回復期病棟	亜急性期～慢性期に至って軽微な精神症状を残している患者に対する集団精神療法、生活技能訓練等を行なう。		OT、CP等も配備可能とする。マルメ+アルファ(機能回復訓練、作業療法等に対する分)
慢性 病棟	④精神科慢性病棟	種々の陽性症状を残したまま慢性期に至り、当分退院が見込まれない患者に対する治療及びケアを行なう。		介護者を多くする。
老人性 痴呆疾患 病棟	⑤短期治療病棟	短期集中治療機能 (6カ月)	精神症状や問題行動が特に著しい者。	介護者を多くする。 (介護料等診療報酬上の配慮が必要)
	⑥長期治療訓練	長期治療・介護機能	精神症状や問題行動がある者。 生活訓練機能	

(注) 看護婦等及び看護補助者の傾斜配置を認め、病棟別基準看護料を新設する。

表10. 四病院団体の医療費改訂要望率

週休2日制実施による給与費増加率試算

区 分	勤務時間 変化率	勤務時間減少による 不足人員率（要増加人員率）	増加率
4週4休から 4週8休へ	0.909	$\frac{1}{0.909} - 1 = 0.10011$	10 %

注. 勤務時間変化率（4週4休・週44時間×4週＝176時間である）
4週4休から4週8休へ・176時間－16時間（土曜4回）＝160時間

人件費上昇に対する改訂分 (人件費比率50%)		
	給与改訂 アップ率	補 正 アップ率
平成2年度	3.67%	3.67%
平成3年度(予想)	3.0 %	3.11%
4週8休分	10 %	10.3 %
合 計		17.08%
	(医療費換算)	8.54%

物価上昇に対する改訂分 (諸物価25%)		
	消費者物価指数	補 正
平成2年度	3.3%	3.3%
平成3年度(予測)	2.3%	2.38 %
合 計		5.68 %
	(医療費換算)	1.42 %

医療費改訂要望率 9.96%

表11. 精神科医療費改訂要望書（日本精神病院協会）

1. 精神科初診料加算	300点	14. 精神科生活適応療法（週1回）	50点→100点
2. 入院時医学管理料		15. 集団精神療法病名拡大	
イ. 入院から2週間以内	423点→450点	16. 持続性抗精神病注射薬剤治療指導料	100点→500点
ロ. 2週間を超え1カ月以内	272点→300点	17. 特定薬剤治療管理料	330点→500点
3. 精神科拘束及び隔離室加算10日を限度とし	200点→300点	18. 抗精神薬調剤料	外来 1剤 1点 入院 1日 1点
4. 医療保護患者入院時診察料	800点	19. 電気痙攣療法引上	100点→300点
5. 措置入院患者入院時診察料	1,000点	20. 痴呆患者収容治療料	イ. 180点→300点 ロ. (OTがない)250点
6. 医療保護患者特別管理料 (1日につき)	10点	21. 初老期痴呆患者収容治療料	100点
7. 措置患者特別管理料（1日につき）	50点	22. 重度痴呆患者収容治療料	イ. 6カ月以内 320点→500点 ロ. 6カ月超 200点→320点
8. 措置患者外出付添看護料	800点	23. 精神科デイケア	イ. 大規模 450点→600点 ロ. 小規模 400点→500点
9. 精神科訪問指導料		24. 重度痴呆患者デイケア	イ. 6時間未満 440点→550点 ロ. 6時間以上 660点→770点
イ. 医師	600点	25. 重度痴呆患者デイケア小規模	イ. 6時間未満 500点 ロ. 6時間以上 700点
ロ. 保健婦・看護婦	380点→450点	26. 重度痴呆患者デイケア付添加算	1回 100点
ハ. 准看護婦	380点	27. 精神科チーム医療料	1日 1,000点
10. 精神科退院時指導料	100点→200点		
11. 通院精神療法	病院(250点) 診療所(300点) →350点		
12. 入院精神療法			
イ. 1カ月以内	100点→500点		
ロ. 6カ月以内	100点→300点		
ハ. 6カ月超	60点→200点		
13. 精神科作業療法 (基準看護なしで可)	100点→330点		

看護の立場から

前田かよ子

(札幌佐藤病院、日本精神科看護技術協会)

I. はじめに

このシンポジウムで私に与えられました役割は、精神医療に必要とされるマンパワーと費用について、精神科看護者の立場から、いくつかの気づいた点を述べることでと理解しております。

II. 精神医療の特性と精神科看護の特殊性

そこで、まず私は、精神医療と精神科看護の特殊性についてお話ししておかねばなりません。皆さんもすでにご承知のように、精神医療には他の分野の医療とは多少異なった特性があることです。つまり、①医療が法的制約の中で行われること、②社会のニーズの変化によって精神医療も影響を受けること、③精神科疾患、精神障害そのものも持つ特殊性、④精神科治療の内容の特殊性、です。

とくに、精神障害つまり精神科疾患には、精神病のように原因がまだよくわかっていないものも多いことです。また、原因があるにしても、それがひとつの場合は稀で、多くは多次元的原因によるものが多いと言われていることです。つまり、①体質や遺伝といった生物学的原因、②心因や性格といった心理的原因、③環境、職場、家庭といった社会的要因、といったようにです。そうなりますと、当然のことながら、治療も、これで必ず治るといった絶対的治療法は少なく、多くは相対的治療、あるいは総合的治療が必要となるということです。そのため、精神科の治療は、①身体的治療、②精神的治療、③社会的治療、の3側面から総合的に、きめこまかく行われなければならないわけです。そうした、特徴の他に、何といたっても精神科治療の最大の特徴は、治療が人間関係の中で展開する、ということだと思います。治療者・患者関係はもちろんのこと、医療スタッフや病院職員と患者さんとの関係、あるいは家族との関係、ひいては医療スタッフ同士の関係、職員同士の関係といった、人間関係を大切にすることによって精神科医療は基本的に成り立っているからです。

そのような見方に立ちますと、精神医療の中での看護者の役割は、他の一般診療科の看護者と比較して、ことなつた、ある特殊性をもたざるを得ないと思われるわけです。つまり、看護者自身が精神疾患の特徴をよく学びよく理解するのはもちろんのこと、その上に、患者さんの特性を理解し、そして患者さんを総合的に援助できる具体的な能力、つまり関わりの能力を、日常の看護業務を通じて、向上させねばならない、ということなのです。

1. 精神科看護者の資質の向上の重要性

精神医療の中で看護者に課せられている役割は多面的です。その中で最も重要なものは、人間理解、患者理解のための知識を拡げることです。単に専門分野の知識ばかりでなく、生物学、心理学、社会学などの幅広い知識と教養とを身につけておかなければなりません。その上で、そうした知識を行使できる技量と人格的資質をみがかねばならないことです。とくに、看護者に必要とされているのは、

①患者さんに共感できる能力を養うこと、②患者さんの生活指導にはじまり治療環境づくりを積極的かつ柔軟に行う能力、③身体的ケアばかりでなく、心理的な関わりをもてる能力、④患者さんを医学的に正しく観察し、必要な情報を集め、それを医療スタッフと相互に交換し、患者理解を高める能力、⑤他の医療スタッフと協調できる寛容性の豊かな、安定した情緒と円満な人格を形成すること、さらには、⑥患者さんと関わることを通じて、自分を知ることになる一種の修練の機会として看護業務を理解できる力を持ち、謙虚に自己洞察を行うことができる資質を養うこと、⑦患者さんの家族への援助も適切に行えること、などです。

そうした観点から、私は、看護者養成の段階、つまり、看護学校の教育過程で、看護者の資質を向上させるような配慮が十分になされるべきだと考えております。具体的には、カリキュラムの中に、特殊教育や人間教育を重視したものを取り入れる必要があると考えております。

2. チーム医療の重要性

そうした看護者としての資質や能力を高めながら、他の医療スタッフ、すなわち、医師、臨床心理士、作業療法士、ソーシャル・ワーカー、ケース・ワーカーなどの人々と協力して、精神医療を支えていくことが大切です。先ずもって、そういう理念を医療従事者が共有していませんと、何を主張しても砂上の楼閣になってしまおうように思います。

私どものことで恐縮ですが、私どもの病院では、そうしたそれぞれの職種の人々が集まって定期的に症例検討会を行い、それぞれの立場からの患者さんに関する情報や理解を出し合って、患者理解を共有し、その上で、治療計画を全員の合意で作成することを試みております。そうした人々の力の結集こそが、本当の意味のマンパワーと理解しているわけです。

Ⅲ. マンパワーと費用について

以上述べてきましたように、精神科看護の立場から申しましても、精神医療の質や看護の質を規定するものは、看護者あるいは治療スタッフの資質なのであり、その資質の向上こそが重要な鍵にぎっていると思います。

マンパワーとは、医療に関わる人々の力の総体であって、必ずしも、人数の問題であるとはいえません。とは申しましても、資質のある看護スタッフが十分に人数的にも確保できないことには十分な医療や看護が維持できないことも事実です。

したがって、マンパワーの確保には、看護者の人材養成の側面から、①准看護制度の見直し、②看護婦指導者の養成、③看護学校の増設、また、看護者の定着化をはかるという側面から、④看護者の待遇改善、⑤看護者の地位の向上、および、看護者の能力の発揮という側面から、⑥雑多な業務の省力化、⑦専門的関わりへの充実、などが必要と思います。

医療制度の面からみますと、今日、精神科看護の特殊性やその評価がいまだになされずにいることは大きな問題です。とくに、現在、外来での看護料は認められていませんし、精神科看護料の特例が示すように、入院看護料も低額のままですえおかれ、治療報酬の面で精神科看護が不当に低く評価されていることを早急に改善させる必要があると思います。その上に前に述べたような看護の特殊性に対する看護料の配慮、点数化が必要とされています。

以上のような、いくつかの考えを示してきましたが、そうした改善に必要な費用については、個別的にどのように何を基準にして算出すべきか私自身はよくわかりませんし、他の演者の方々が指摘される範囲ですので、ここで詳しく述べることはさし控えさせていただきたいと思っております。

IV. おわりに

今日、患者さんの人権を尊重する立場から精神保健法の改正にむけて議論がなされ検討されております。その流れの中で、精神科看護の特殊性、重要性も再認識されてしかるべきだと私は考えております。私たちは、本来、高い水準の精神医療を求め、高い質をもった看護者を目ざしております。その意味から、そうした立場から、マンパワーの本質について述べさせていただきました。私たちは、単に経済的側面の充実を求めているわけではなく、医療の質を高めることにより、満足感を得ることができたらと期待しているわけです。

社会復帰施設の運営費用

寺田 一郎

(ワナーホーム、全国精神障害者社会復帰施設協議会)

精神障害者の社会復帰施設は、1988年7月の精神保健法の施行によって初めて法の上で制度化された。社会福祉事業法にも福祉事業として位置付けられた。このように法的に認知されたことの意味は大きいものがあった。

ところで、法改正から3年を経過した今、全国では援護寮、福祉ホーム、授産施設合計で約110カ所の社会復帰施設が運営されている。これらの施設間の情報交換と資質の向上を目的として、昨年10月、全国精神障害者社会復帰施設協議会（全精社協）が誕生した。全精社協では制度の改善要求を続けてきたが、基礎資料の収集のために本年4月から運営実態についての調査を実施した。この調査資料をもとに社会復帰施設がかかえる諸問題の内、特に運営費用について考えてみたい。

1. 運営費用（表1）

援護寮の場合、事務費合計の平均額は2,040万円、これに対する補助金は国県に市町村補助を合わせて平均1,499万円であった。補助率平均は73.5%である。

福祉ホームでは、事務費合計480万円、補助金198万円で、補助率は50.8%である。

授産施設では、事務費合計1,817万円、補助金1,323万円で、補助率は71.8%である。

社会復帰施設への補助金は事務費を対象としている。したがって、事業費に補助金は無い。

運営費の内、給料手当の項目をご覧頂くと、運営費に占めるウエイトがいかに高いかが、わかる。これに共済費、報償費を合わせたいわゆる人件費は、援護寮で1,607万円、福祉ホームで396万円、授産施設では1,491万円となる。補助金は人件費さえもカバーしきれていない。

直接支給される給料手当を年額で単純平均すると、援護寮で356万円、福祉ホームで352万円、授産施設で334万円となる。一般の会社ではどうだろうか。労働省の統計（平成3年4月～6月：中途採用者採用時賃金）では、専門的技術的職業の35～39歳で月額28万5千円である。これに賞与、臨時給を加味すると年額500万円前後とみるのが妥当なところであろう。

援護寮の人件費率は、78.8%、福祉ホームでは82.5%、授産施設で82%である。これを経営の立場から言えば、施設運営における財政の硬直性は明らかである。固定的費用である人件費に予算の大部分を取られ、柔軟な活動を展開することは極めて困難なものとなっている。

利用者ひとり当たりの事務費は、援護寮（定員20名）で月額8万5千円、福祉ホーム（定員10名）で月額4万円、授産施設（定員20名）で7万6千円となる。

2. 利用者負担と設置者負担

運営費と補助金の差額を埋めるものは、利用料、寄付金、親施設からの援助である。

生活型施設入所者の第1の経済基盤は、障害年金と生活保護である(表2)。就労収入は福祉ホームでの34.6%に過ぎない。なぜなら、利用者の80%で分裂病(表3)で、40歳代、50歳代を中心にしていて、平均約10年の入院歴を有する。このような入所者の状況をみると、利用料によって赤字分を埋めることは難しい。さらに利用者は食事代等の実費負担もある。

寄付金を運営費に当てることは、施設運営の健全性を損なうものである。

したがって、赤字分は親施設が負担することとならざるを得ない。先の調査では福祉ホームの78%、援護寮の55%が病院に併設されていた。

このような運営状況に至った原因は、2点ある。第1点は4分の1を設置者の負担としていることである。他の福祉施設には見られない奇異な制度である。この点を公衆衛生審議会は先の中間意見で次のように指摘している。「多くの施設が赤字経営であり、経営上の問題が施設整備の促進の上で障害となっていると考えられる。また、赤字経営の大きな要因として、運営費の1/4を施設設置者が負担していることが考えられる。今後、この点への都道府県の対応等精神障害者社会復帰施設の経営基盤の安定化のための方策を講ずるべきである。」

第2点は、運営費交付要綱が定める基準単価の低さである。利用者ひとり当たり援護寮87,646円、福祉ホームで10,185円、授産施設で67,587円である(いずれも丙地、月額)。この点と先に触れた1/4問題が解消されない限り、施設整備が大きく進展することは望めない。

(おわりに)

精神障害者社会復帰施設は、制度としては新しい。その故に多くの課題を抱えている。その一つはここで触れた費用の問題である。その他、処遇技術も確立していないし、医療機関や職親との連絡調整も大切な機能である。

経営管理では、経理準則が定まっていない。そのために補助金額の算定に当たって、当局側と費目の適用で混乱が見られる。職員の労働条件も良好とは言えない。一方では資質の向上も叫ばれている。

運営実態を踏まえてニーズを把握し、その上で施設体系を根本的に見直す作業が必要になるかも知れない。これからが真価を問われる時ではなからうか。

表1 運営費調（援護寮）

	給料手当	共済費	各所修繕費	報償費	旅費	消耗品費	燃料費	食糧費	印刷製本費	光熱水料
平均	14,262,641	1,385,453	402,006	423,826	289,267	530,180	159,936	153,045	81,524	848,531
最高値	21,710,671	2,313,139	2,163,000	2,496,592	875,777	1,439,861	521,897	2,114,486	250,000	1,670,255
最低値	9,696,202	0	0	0	0	20,671	0	0	0	48,165

運営費調（福祉ホーム）

	管理人給料	共済費	顧問医手当	各所修繕費	消耗品費	印刷製本費	対策外経費	事務費合計	国県補助金	市町村補助
平均	3,525,770	284,124	151,000	157,910	141,630	35,786	728,963	4,800,055	1,950,412	37,474
最高値	11,650,380	1,060,000	600,000	1,016,094	770,000	224,505	5,511,000	15,773,788	4,291,000	712,000
最低値	1,091,562	0	120,000	0	0	0	0	1,127,375	846,631	0

運営費調（授産施設）

	給与手当	共済費	各所修繕費	報償費	旅費	消耗品費	燃料費	食糧費	印刷製本費	光熱水料
平均	13,366,858	1,070,479	146,015	479,551	2,39,567	317,874	200,767	42,097	123,735	476,506
最高値	24,723,699	2,175,204	698,600	2,048,368	691,410	633,113	749,169	246,806	350,000	1,315,013
最低値	6,444,020	0	0	0	0	42,405	0	0	0	23,911

（注記）

1. 補助率とは事務費合計額に対する補助金合計額の割合である。
2. 決算書が交付要綱に準拠していない場合、可能な範囲で費目を整理した。不明なものはその他として一括した。
3. 減価償却費は除外した。
4. 合計額、補助率、費目ごとにそれぞれ平均、最高値、最低値を示した。

修繕費	役務費	その他	備品購入費	対象外経費	事務費合計	国県補助金	市町村補助金	補助金合計	補助率
108,635	496,010	339,688	885,660	40,750	20,397,744	14,359,965	631,471	14,991,436	73.5%
624,147	2,738,150	5,573,850	4,943,767	199,461	49,635,053	15,639,030	3,655,000	19,294,030	93.4%
0	6,130	0	0	0	9,771,168	9,122,767	0	9,122,767	38.9%

補助金合計	補助率
1,987,886	50.8%
4,291,000	83.3%
0	17.6%

修繕費	役務費	その他	備品購入費	対象外経費	事務費合計	国県補助金	市町村補助金	補助金合計	補助率
107,554	357,174	44,094	1,018,534	191,421	18,177,437	11,934,747	1,370,570	13,229,174	71.8%
384,000	1,067,786	749,605	4,943,767	2,252,068	29,558,563	15,447,000	5,500,685	16,351,000	100.7%
0	27,736	0	0	0	11,777,549	8,833,161	2,000,000	9,685,000	45.1%

表2 利用者の年代構成 (%)

		援 護 寮		福祉ホーム		授産施設	
10代	男	0		0		3.0	
	女	0	0.0	0.0	0.0	1.6	2.5
20代	男	12.7		4.6		18.7	
	女	11.1	12.2	0.0	3.2	17.9	18.4
30代	男	30.6		22.1		36.2	
	女	25.6	28.9	7.3	17.6	30.9	34.4
40代	男	32.9		30.2		30.6	
	女	32.2	32.7	31.7	31.2	22.8	27.9
50代	男	17.3		31.4		9.4	
	女	27.8	20.9	46.3	36.8	22.8	14.0
60代	男	6.5		10.5		2.1	
	女	3.3	5.3	12.2	11.2	4.0	2.8
計	男	173名		86名		235名	
	女	90名	263名	41名	127名	123名	358名

注1. 百分比は男女別。

表3 利用者の病名

	援 護 寮		福祉ホーム		授産施設		計	
分裂病	216名	(82.1%)	99名	(78.0%)	281名	(78.5%)	596名	(79.7%)
そううつ病	10	(3.8)	9	(7.1)	12	(3.4)	31	(4.1)
心因反応	6	(2.3)	1	(0.8)	6	(1.7)	13	(1.7)
アルコール依存	2	(0.8)	2	(1.6)	3	(0.8)	7	(0.9)
薬物依存	0		1	(0.8)	0		1	(0.1)
非定型精神病	5	(1.9)	6	(4.7)	11	(3.1)	22	(2.9)
てんかん	12	(4.6)	3	(2.3)	11	(3.1)	26	(3.5)
神経症	4	(1.5)	1	(0.8)	7	(1.9)	12	(1.6)
精神発達遅滞	2	(0.8)	2	(1.6)	7	(1.9)	11	(1.5)
その他	6	(2.2)	3	(2.3)	20	(5.6)	29	(4.0)
計	263	(100)	127	(100)	358	(100)	748	(100)

日米の比較から

長谷川美紀子

(長谷川病院 日本集団療法学会)

遊佐安一郎

(South Beach Psychiatric Center New York, U. S. A. 長谷川病院 日本集団療法学会)

本論の目的は、日米2国の精神保健に関わるマンパワーと費用の比較を通して、臨床的、臨床教育的、そして臨床管理的な知見を得ることにある。日米両国のいくつかの公的、私立の精神科施設と深く関わる機会に恵まれた我々演者は、精神科の臨床—管理テクノロジーに関する国際的相互理解に関心を持ち、特に日米2国の精神保健実践に関する政治経済的、文化的、社会的特徴を対比し比較を試みてきた。これは単に我々の知的興味のみではなく、少しでも、日米両国での患者のケアの質を向上するための糧にしたいというのが、この日米両国の精神保健サービスシステムの分析を行なう動機であった。

クロス・カルチャー的比較は、ややもすると過度の一般化の危険性はあるが、その危険性を念頭に置きながらも、そのような比較から学べることが多分にあると考えている。本論で焦点をあてているのは、入院が長期に亘り、沈殿化し易い、いわゆる慢性の「持続的重症精神病患者」(Severely and Persistently Mentally Ill Patients)である。米国では、州によって精神保健の質、政治経済的背景が著しく異なるので、便宜上、ニューヨーク州をその例にとって、日本と比較してみる。

日本と米国の精神保健システムには顕著な違いがある。米国では1960年代には大規模な脱入院化が行なわれたが、日本ではまだ行なわれていない。現在日本では精神科入院患者数は30万人をはるかに超えているのに対して、米国ではおよそ15万人にまで減少してきている。米国の人口は日本の約2倍であるから、人口一人当たりの精神科入院患者数は、日本が米国のその4倍以上だということになる。

入院期間にも著しい違いがある。日本では精神科入院平均期間は1年以上なのに対して、米国のメディケアなどの健康保険の精神科入院費用支払いは1カ月である。米国の私立病院の精神科での入院期間はそれだけに非常に制限されていて、30日を越すと、私費で入院費を支払わない限り退院しなければならない。従って、短期で退院できないような持続的重症精神病患者は、州立病院等の公的機関の世話になることになる。これに対して、日本では殆どの持続的重症精神病患者は私立病院で治療を受ける。とはいえ、日本の私立病院の入院費用は、政府による健康保険システムによって賄われるので、日本の私立病院は米国の州立病院と同じような機能を果たしているといえよう。即ち、本論の焦点である、持続的重症患者は、日本では主に私立病院で、そして米国では主に公立病院で治療を受ける。

病院の規模も対照的である。日本の私立病院の平均病床数は数百床であるが、米国の州立病院は千

床を超えるものが少なくない。脱入院化以前には数千、数万床の規模を誇った米国の州立病院の規模と数は著しく減少してきている。例えば、ニューヨーク州にあるビルグリム州立病院は、その最盛期には3万人程度の患者を収容していたが、脱入院化後の現在では、入院患者数は約2千にまで減少し、しかも現在でも年に10%程度の割合で縮小している。このような入院患者数の減少は、それ相応の地域での受皿を必要とする。米国では受皿の不十分さと相応してか、ホームレスの問題が大きく取り上げられてはいるが、同時に発展した地域住居（コミュニティー・レジデント）システムが存在していて、地域での患者のフォローを行なっている。例えば公立地域精神医療の最先端を行っていると自負しているニューヨーク州立サウスビーチ精神科センターでは、大小さまざまな規模の地域住居プログラム千床以上を直接管理または、治療提携という形で活用し、患者の社会復帰、社会生活を支持している。精神科リハビリテーション・プログラム、デイケア、外来などのフォローを充実させる努力に加えて、この「生活の場」の確保が、サウスビーチ精神科センターが、入院病床400床程度で、人口約140万人の管轄地域の精神保健サービスを全うすることを可能にしていると思われる。

これに対して、日本の入院患者数は少なくとも1988年の精神保健法改正までは着実に増え続けてきている。日本精神神経学会社会復帰問題委員会の報告によると（1991年）現在、精神科医療施設入院患者中、適切な地域の受皿、生活の場があれば退院可能な者が33%いるという。10万人以上の入院患者が退院して有意義な社会生活を営めるようになるためには、米国の脱入院化の失敗からも学ぶところが大きいだろうし、それだけに、地域住居などの「生活の場」の開拓と確保も、臨床テクノロジーの開発などに加えて、今後の重要な課題であろう。

日本と米国の精神保健経済にも大きな違いがある。米国の私立病院の入院費は1日600米ドルを越えるが、日本の私立精神病院での1日の入院費は1類基準看護で1日6千円程度で、医学管理料を加えても（1ドル130～40円計算で）60～80米ドル程度、即ち米国の10分の1である。米国の州立病院にかかる1日の費用は、その計算の仕方、そして州によってさまざまであるが、ニューヨーク州で約120米ドル程度だと見積もられる。この方が日本の私立病院に近いが、それでも米国の方が日本の約2倍である。

外来に関しても、日米間で大きな違いがみられる。米国の脱入院化後の外来重視のポリシーは、それなりの経済的配慮によっても裏付けされているようである。ニューヨーク州の外来クリニックでは、個人対象の場合30分以上の診療は1回60ドル、30分以下の場合は1回30ドル支払われる。1回の診療には薬物療法、個人療法、家族療法なども含まれ、それらの治療に使われた時間の総和で30分以上か以下かが決定されるシステムである。日本では、精神療法1回250点、精神分析で300点、約20ドルから25ドル程度であるが、所要時間の明示はないので、患者1人に10分程度かけて精神療法または精神分析を行なえば、30分で60～75ドル程度の保険支払いとなるので、一見、日本の方が米国よりも外来保険支払い率が高いかのようにも思われる。しかし、日本の外来治療の保険支払いは、すべて医師による治療のみに限られるが、米国では医師だけでなく、サイコロジスト、ソーシャルワーカー、その他の精神保健関係専門職による治療も保険支払いの対象になる。それだけに、日本では医師に治療責任が苛酷なまでに課せられ、「3分診療」と呼ばれるような治療を余儀なくされる場合が多いのに対して、米国ではより手厚い治療がマルチ・デシプリナリ・チーム、即ち多職種によって形成される治療チームによって行なわれる。

多職種治療チームによる治療は、患者のニーズに綿密に応えるためにも、確かにより好ましい治療形態だと思われるが、米国では、それ相応の専門教育システムが発展している。サイコロジストは博士課程、ソーシャルワーカーなど他の職種は修士課程を終了後、インターンなどの卒後訓練を受けた

後に始めて免許試験を受ける資格が与えられる。それだけに、医師以外の精神保健専門職の質も高く、医師がサイコロジストやソーシャルワーカーに精神療法などの訓練、スーパービジョンを受けることも稀ではない。精神科医の専門教育・訓練、卒後教育のみでなく、OTに加えて心理、ソーシャルワーカーなどの専門職としての教育・訓練システムの発展は今後の日本の精神保健の重要な課題であり、多職種の高質を向上するためにはそれなりの政治経済的な考慮が必要となる。その具体例のひとつに、多職種の専門化制度、それに相応した保険支払い制度が考えられ、その点では米国から学ぶべきことが多分にあると思われる。

また、集団療法、複合家族療法などの集団形態の場合には、1回最低60分で、1人当たり21ドルである。日本では外来診察1回分の定義が異なるが、精神療法1回250点、約20ドル弱で、米国と同程度ではあるが、残念ながらアルコール依存症と児童・思春期の特殊な感情障害のみがその対象で、持続的重症精神病患者はその対象となっていない。デイ・ケアに関しては、ニューヨーク州では1日約70ドルであるのに対して、日本では1日450点、約35ドルと半分程度である。

精神保健に関する両国の経済事情の違いは、スタッフの量と役割分担にも反映している。患者1人当たりのスタッフの数の計算の仕方も両国で異なるが、日本の精神病院ではスタッフの数が結構多い1類看護の病院でも患者4人に対して看護婦が1人の割である。それに対して、ニューヨークの州立病院ではサイコロジスト、ソーシャルワーカー、その他の多職種チームを計算に入れるが、患者とスタッフの比は約1対1である。米国での医師以外の多職種チームは、日本ではだパラメディカルと呼ばれ、基準看護などの治療の質を向上させるための専門職としては受け入れられていないのが現状である。米国ではそれとは逆で、特に州立病院と外来の精神保健センターでは1970年代から1980年代にかけてしっかりと専門教育と訓練を受けたサイコロジストやソーシャルワーカーなどが精神医療の専門職としての立場を確立し、その数も精神科医を上回り、ナースともども治療の主流となってきている。これは、薬物療法以外の、例えば個人療法、集団療法、家族療法、ケースマネジメントを行なうための専門教育・訓練が充実した精神保健専門職が精神科医と同等の治療を行なう実力を付けてきたことに加えて、給料が医師より安いことにより安価に質の高い治療を提供できるなどのメリットに負うところが多いと思われる。それに対して日本では医師が精神療法から、家族指導からときにはケースマネジメントまで一手に引き受けることが少なくない。

米国連邦政府や州政府は、最近、財政削減を余儀なくされ、精神保健に関する予算も大幅に削減され、公立精神保健施設の規模にもスタッフ数にも縮小の傾向が顕著にみられる。そのため入院治療、外来治療システムに加え、地域住居プログラムの在り方に関して、治療効率のみでなく、治療経済的観点からの見直しが必要とされ、慢性患者の公立施設での治療の一種の変換期を迎えようとしている。それに対して、日本では政府が急性期施設と療養施設とを区別する動きを見せている。急性期施設として発展するためにはスタッフの質量共に向上させる必要があるが、最近の看護婦不足、そして質の高い多職種チームを活用することを拒む経済原則を憂慮している精神保健関係者は少なくあるまい。精神保健法見直しを数年後に控え、より質の高い、患者の生活の質を高めるような治療システムを発展させるために、米国の脱入院化の失敗をも含めて、米国の精神治療システムから日本が学ぶところが多いのではないと思われる。

指定討論

ト部 圭司

(岩倉病院・日本精神神経学会)

司会：日米の精神医療費の比較をして頂きました。日本の私立病院の入院費は、アメリカの私立病院の1/10位、州立病院と比べて1/2位ということで、この大きな格差はやはり精神医療の内容に関わってくることでございますので、我が国としても更に医療費の問題を考えていく必要があるということ。一方では、その質の向上という為にはスタッフのソーシャルワーカーとか臨床心理士の質を高めていくということも必要でないかというお話でございました。ついで指定討論として岩倉病院それから日本精神神経学会のト部さんに全部のスピーカーに対する指定討論をお願いしたいと思います、どうぞ。

ト部：岩倉病院のト部と申します。医療費の問題を考える際に、私達は医療費の支給の対象となる医療活動は何かということ、それからすでに対象となっている医療活動の点数のアップについて多くの時間をさいて検討してきたと思います。しかし、そういった方法の積上げというのは一つの限界がありまして、現在の医療機関の経営安定、或は医療活動の保障はできるけれども、精神医療を改革していく為にはそれだけでは不十分であります。そこで私は、一応シンポジストのお話をある程度踏まえさせて頂きまして、精神医療の改革を促していくような、医療費の支払いシステムというものを考える事は出来ないだろうかということについて、述べてみたいと思います。

私達が病院の運営ないし経営に携わっておりますと、病院経営の安定という事に関して最後に行きつくところは患者数の問題なのです。ご承知のように医療収入は1人当たりの医療費×患者数によって総計が出てまいります。従って、病院経営という面から見れば1人当たりの収入をどう上げるか、そして患者数をどれだけ多く確保するか、ということが課題になります。ところで、この数年の医療費改定の流れは、もはや1人当たりの医療費のアップを図る事は大変難しい事態になっています。従って、精神科の病院が経営的な安定を得ようとすれば、益々患者数の依存に頼らざるを得ないということになるわけでありまして。しかし、患者数の依存に頼る精神医療の体質というのは、これまで検討されてきましたように、これはいわゆる収容所型の精神病院の象徴的な行為だろうというふうに考えられるわけです。従って、何処かで発想の転換をしていかなければいけません。すなわち、患者数の依存に頼らないかたち、精神科医療が展開できる道筋というものを今は私達は探さなければならぬのだろうというふうに思っています。これは医療費体系の根本に触れる問題ですので、先ず、そう言ってもそう簡単に答えの出る問題ではありません。そこで私は、3つの前提を置きまして1つの結論に辿り着きたいと思っています。時間がありませんので、結論だけを申し上げておきます。

3つの前提は、先ず第1は、厚生省は、或は厚生省並びに地方自治体は精神病院の改革或はリハビリ活動の進展の為に直接運営には関与してこなかったし、恐らくこれからも関与しないであろう、そしてその代わりに医療費をもって誘導して行くであろう。第2は我が国の精神医療は、精神病院を含めて民間が中心になってきたし、これからもそうであろう。従って、民間の経営が損なわれるような、如何なる医療改革も実現しないだろう。第3は精神医療の改革の道筋というのは、1つの形式として

表現することが出来るだろう。すなわち、閉鎖病棟における患者の処遇改善、自由や権利の拡大から始まり、そしてそれは精神病棟の開放化になり、オープンドシステムによる病院運営となり、コミュニティケアへと繋がっていくものである。そうしますと、第3点の精神医療の改革の道筋を促進しながら、尚かつ1と2の条件を入れて物事を考えることが出来ないだろうか。そこで私は、患者数の確保に依存しない病院経営というのは有り得るのか、そう考えていたわけですが、これは現在の精神科ベッドがそもそも多過ぎるのだ、という事に気が付けば可能な方法が見つかってくるわけです。諸外国の精神医療改革による適正ベッドの数というのは、これは色々ありまして一概に言えないわけですが、10,000対10あれば十分であろう、というふうに言われています。勿論、1つも、いわゆるメンタルホスピタルみたいなもののベッドを持たない、そういう国もあるわけですから、これは様々であるというふうに考えていいわけです。しかし、今私達が適正なベッドを設定する時に、一番現実的で信用が置けるのは、諸学会及び諸団体によるアンケートの結果、何処の精神病院でも1/3ほどの人達は社会的入院でコミュニティケアの体制が整えば、いつでも退院可能であるという現実であろうと思います。従って、私達はそこから出発すればいい、すなわち1/3の人達をこれから一生懸命退院させるように努力していけばいい。ただここでは、今の医療費体系では、これは軒並病院が潰れます。従って、それを補填するかたちの医療費の組換えを行っていかなければいけません。これはさほど難しい問題ではありません。10%の人達が退院すれば、11%の医療費アップをすればいいのです。何年か掛けて、これは年次計画として実現すればいいのですが、3年でも5年でも7年でも、皆で合意してやって行けばいいと思いますが、30%の人達に退院してもらい、そしてコミュニティケアの方に移していく。その為に30%の人達が退院できたとした時には、医療費はおよそ1.42倍になります。これは単に入院を不要としている人達がいつまでも入院を続けているという問題が解決されるだけではありません。1人当たりの職員数もその場合には現状のままです。それから病院として必要とされるアメニティやユーティリティという問題も、およそベッドの30%がなくなるわけですから、いろんなふうに利用できるわけです。そういうかたちで考えていくことが精神医療の改革を進めながら、尚かつ医療費を考えていく時の大枠として必要でないかというふうに思います。最後に、ではコミュニティケアの問題をどうするか、これは未だ我が国では本当に出発点に立ったばかりです。ただここで、非常に大雑把な計算だけ申し上げておきますと、10万人の方が全部単身者で、そして、その人達の為に1週間に1回の訪問看護を要し、週5日のデイケア等のサポートを必要とするというふうに考えましても、そこに於ける1人当たりの医療費としての出費は外来治療費合めて、およそ20万位で収まるだろうという事です。同時にコミュニティケアの進展を民間でやっていくとすれば、今のように個別にやっていくだけではなくて、もう少し医者同士、病院同士、診療所同士、或は医療関係者と家族、というような共同の出費で患者の生活圏に即したかたちで、いろんな施設を造っていくべきではないか、ということをお願い添えまして話を終わらせて頂きます。

シンポジウム Ⅲ

質疑・討論

司会：ト部さんからは、精神医療改革を進めていくためには現在の医療費の非常に困難な点を克服する為に、発想の転換をして、現在1/3位の患者さんがもし病院から退院しても経営上には支障を来さないような方法というものを考えて精神医療改革を進めていくべきだ、というような非常に画期的な御提案もございました。先ず最初に、シンポジスト間の意見の交換をして頂きたいと思いますので、どうぞ、ご発言ございましたら。はい、牧さん。

牧：広瀬先生にお願いしたいんですが、マンパワーが非常に不足して、今後どうにもならない。2人掛かって1.5人しか生まない状態で10人に1人がナースになるわけは、なかなか無いんじゃないかというような状況の中で、今後どういった方策が考えられるのか。例えば兵役に代わって福祉役といったような事、高校生の方々に老人ホームやそういったような所に、3カ月なら3カ月行って頂いて単位を取って、そういう福祉役の単位を取れたら大企業に就職してもいい、といったような事などは考えられないのか。外国人労働者だけに頼るといことも、きれいな仕事でない日本人はやらない、汚い仕事は外国人労働者にやってもらう、そういった形で人種的な差別は進んでいく、という問題も出て来やしないかなと、そのへんのところは何か厚生省でお考えございますでしょうか。

広瀬：今先生がおっしゃられている国民全体が総参加するような方式というのはあるだろうか、という検討はなされていると思います。そのやり方、実効性についてどこまでのものがあるかという事は、今後議論が必要になってくるし、保健医療福祉のマンパワーに関わる自民党から出ているような法案の問題ということを含めた時に、どのようなかたちで持ち込まれるか、という事になるんだろうと思うんですが。ただ、日本の労働者の意識がかなり変化してきている。要するに働くという事に関する感覚が10年前、20年前と全く違うという事は、はっきりさせておかなきゃいけない。それからもう一つは、企業ははっきりと労働力を求めて移動しているという、要するに経済的なものは日本だけではなく止まっていないという事もはっきりしている。日本が安い労働力を求めて当然東南アジアとかアメリカにも進出しているしイギリスにも行っている、というようなかたちを考えた時に、日本の持っている円の力という事から考えると、労働力の問題でこういう分野は日本人だけでやっていくのだという論理が本当に成り立つのかどうかというのは気になります。ですから、今でも医療の中は、医者が一番中心で他はその下にあるんだ、というものの考え方というのがあって、それが反発を受けてる部分もあるわけですけど、これからはもっとはっきりとチームの持ち方としてお互いの持っている職種をどのように理解しあい、専門性を理解し合うかということがまず一つあって、その上に外国人の場合においても、同じように割り切りようがはっきりしてなきゃ付き合えないだろう。それからもう一つは、外国人労働者が入ってきているという事は、精神医療の中で大混乱を起こそうとしている現実があるわけです。言葉が通じない、発病してしまえばやはり日本の精神医療の中でケアしなけ

ればならない。そういう事を考えていった時に、やはりそれだけのマンパワーが必要になってしまうということ。国際化の中で否応なく迫ってきている現実を踏まえた時には、外国人労働者を入れてはまずいんだという論理があることよりも、日本の中で専門性をお互いに認め合いながらチームを組める能力をどうつけていくか、ということを中心に考えておいて外国人の問題を考える。要するに体裁の言いことを言いながら問題を議論することはもう出来ない状況になった、という感じはしています。これは全く今の個人的な考え方です。先程言っているように、精神医療に於いては現状、一生懸命協力してくれている人をもっと本当にチームとして受け入れられる体制をきちっと作って行って、それに評価をしていくということを早く確立しておかないと、そういう時代が来た時にはもう追いつかなくなるし、精神医療の改善というよりも、その前に大混乱が起こってくるという感じです。精神医療の問題は単なる日本人の問題だけじゃなくて、外国人が来た時にもう起こってきている。もう労働省にしても、他の企業に関係しては当然その問題が大議論されているんですが、表面には出てきていない。しかし裏で一生懸命支えているという部分、大きな下請けのある会社のところでは、具体的に問題が起こっているというのを聞いております。それからそれを一生懸命やっている精神科医もいるし、ケースワーカーもいるということを知っています。具体的にその対策を打ち出すまでには、その日ははっきりして来るだろう、2、3年待たないで問題になるだろうという感じは持っております。ですから、外国人労働者がどうだとか何とかというよりも、そういう人達とも一緒にチームが組めるか組めないか、という能力を日本人が持っているか持っていないかが問われるだけの話だという気はしております。以上です。

司会：どうぞ、西村さん。

西村：今の議論との関連で申し訳ないですが、さっき、ちょっと言い残したことを補足させて頂きたいと思います。私は、先程卜部さんがおっしゃったのは、こういう議論が初めてこういうフォーラムで出てきたか、というふうに感じて基本的な考え方として大変正しい方向性を指摘されたのではないかとこのように理解しております。ただその場合に、押さえるべき点が2点ばかりあるのではないかとこのことで、卜部さんの議論を補足させて頂きたいと思います。先ず第1点は、結局これまでの精神科医療に対する診療報酬の体系の問題点というのは、非常に解りやすく言うと、急性期の患者さんの診療手当が低くて、慢性期の患者さんが総体的には高過ぎたというところに問題があったという認識があったのだと思います。そこで今のように1/3を退院させるという考え方が出てくるわけで、基本的に賛成ですけれども、この背後に一つこういう方向を進める場合に心配な点があります。それは診療報酬というのは基本的に、広瀬さんの横で恐縮ですけど、官僚の論理として、同じような症状の患者を一箇所にまとめることによるスケールメリットを追求しようという発想があると思うんです。私は経済学者ですから、同じ成果を上げるのだったら、もちろん我々の税金ができるだけ少なく使われる事は望ましいと思っております。しかし同時に、経済学者がこんなことを言うのは妙ですけども、同じような症状の患者さんを本当に1箇所にまとめる事が適切なかどうかという点については、医療の問題としてもう少し突っ込んだ議論をして頂きたいという感じが致します。ただ、もう一つ別個に私が指摘したい点は、医療上スケールメリット云々という議論とは別に、意外にこれまで見過ごされてきた点で経営形態の上で働き得るスケールメリットがあるのではないかと。それは言い方を変えると、先程の卜部さんの議論は、例えば、つまり一つの方法として、医療費全体の財源は確保しておいて、1/3を退院させるとそれまでの1.4倍のマンパワーで入院しておられる方を見ることができ

るというわけですから、全体のパイは確保されないといけないわけですね。全体のパイを確保しようとするんだけど、実際に患者さんの数が減ると診療報酬の点数は上がらないんじゃないかという危惧が出てくると思うんです。それは大変もっともな議論で、例えばコミュニティケアをする為の財源をちゃんとそこへ回すことが出来るのかどうかという議論が出てまいります。確かに心配で、現状のような、つまり民間病院が、要するに所有、自分達の病院は自分達の病院であるという発想でもって、コミュニティケアというようなものを考えていく場合、どうしてもむしろスケールメリットが働かなくなってしまうという可能性がある。そうすると、まず今緊急の課題はコミュニティケア等について、資本コストというのを公的に公費負担で賄っていく。これはまず第1の出発点として是非必要かと思えます。併せて先程の寺田さんのお話にもありましたように、新しい援護寮やそういった施設についてオペレーティングコストさえ賄えないような状況というのは論外であるということも併せて申し上げたいですけども。オペレーティングコストが賄えるという状況を考えていく場合に、実は先程寺田さんのお話を伺って確かに驚いたんですけども、私はしかし同時に病院が援護寮を併設していて、初期の段階において病院のお金をそちらへ回すというような形態というのもあっていいと思うんです。もちろん、それは初期の段階であって、これがずっと続いていけば、大変な事ですけども。という事は逆に言うと、私は非常に危険な言葉ですけども、精神病院の様々な形のチェーン化というのも今後進められてもいいんじゃないか、ということを指摘したい。チェーン化というのは、営利を前提としたチェーン展開というのは今沢山ありますから、非常にイメージ悪いですけども、チェーン展開をして、ある同一の経営者のもとにあるところが、一般病院も持ち、精神病院も持ち、或はコミュニティセンターも持ち、そういうふうな形でいろんな形を同時に見ていく、ということも出来ると思うんです。それは実は私はもう一つの点からも非常に重要な意味を持っていると思っています。それは有資格者と無資格者の組み合わせの問題、或はそれぞれの病院におけるどういう資格者が何人居るかという設置の基準との関連でもあります。現段階で様々な新しい職種について、有資格者を必要とするという形に進めていくということに私は基本的に賛成ですけども、どの社会でも、資格が有りさえすれば、それで何事も中身が問われないという社会というのは、だいたい停滞してしまうというのは明らかな事です。或は外国人労働の話が今出ましたけれども、私の理解では、精神科医療に携わる人達に、皆様を前にして大変恐縮ですけども、優秀な資質をもった人を集めようとするれば、一つは勿論経済的な給与の問題もありますけども、もう一つ自己実現の機会が与えられるかどうかというのは、これからますます重要になってきます。若い世代の人達というのは、大企業に働くという、そういうイメージがありますね。一生の間いろんな事を経験、援護寮でも仕事出来る、或は病院でも仕事出来る、場合によっては一般病院でも仕事出来る、こういった形で自分の資格という事は別にして、いろんな仕事を経験する事ができる可能性を広げていく為には、むしろ私は或る種のチェーン展開というのが必要であると思います。但しもう一つ付け加えたいのは、大企業に人が集中し、そして例えばこういう分野に人が余り集まらない、最も決定的な理由は今申しました事からお解り頂けるように、この職種の人達が医師を別にすれば、研修や研究をする機会が十分に与えられていないことだと思う。非常に難しいかもしれませんが、今厚生省がやるべき仕事は、例えば資本コストというのを公費負担でやっていくというのは比較的容易だと私は思いますが、それに併せて有資格者、無資格者を問わず職員のいわゆる研修・研究の為のコストというものを、かなり見ていくという案を私は提言したい。たとえばこのフォーラムに参加する旅費といったようなものを公的に保証していくというのを提言したいと思います。

司会：はい、有難うございました。まだシンポジスト間でいろんなご意見があると思うんですが、時間がなくなりましたので、それではフロアの方から何かご質問お願いします。はい、どうぞ。

山本（真）：全国「精神病」者集団の山本です。今必要とされる費用ということで基本的に私が思いますのは、1960年代に非常に安上がりな人手もいらない精神病院をたくさん作った厚生省の責任というのが一つあって、社会的入院というものは、その時代にろくな医療も受けずに入れられっぱなしの方が沢山いる、その仲間のことを私達は非常に重く感じています。つまりこの人達に必要なのは、医療費というよりは、刑事保証金です。不当な拘禁に対する国家的な保障だと思います。従って例えば、10年入院していたら1年当たり30万くれるとか、退院準備金というようなシステムを作らない限りいくらソーシャルワーカーが一生懸命なされても、この土地の値上がり、家賃の高騰に追いついていきません。東京ではアパートの敷金・権利金がかたい5カ月分ですけども、どうやってひねり出すか、みんな苦勞しているわけです。昨日から公営住宅の問題も言いましたが、それだけでは、公営住宅にボンと入るだけでは、10年20年入院なさった方は出来ません。その為にはやはり、医療費ではなくて、不当な拘禁に対する国家賠償、これをまず私は、厚生省が是非国として責任持って頂きたい。

司会：それに対し、広瀬さん如何ですか。

広瀬：今、山本さんから拘禁に関する刑事保障金的なものを出せるようにしてほしいというお話もございました。精神衛生法の元における法の論理から言いますと、このところは具体的に要求できるような形にはなっていないのが法体系かと思っております。ただ、今医療費という問題の議論が中心であったというよりも、頭の中にいつもある事はやはり33%、1/3の人の社会復帰とその後の体制をどのようにもっていくのか、それを具体的に国と県との形でどのように実現させていこうとするのか、というのがやはり新しい精神保健法で問われている部分で、そこが人権と社会復帰と言われていることです。それで3年を経て具体的な行動が出来ない、それから寺田さんからも厳しく言われているように、このままでは絶対出来ないだろうとのご指摘でした。そのへんのところを具体的に実現させるようにしていく為の施策を着実にどうしていこうかという事なんですけど、現実に来年度の予算の中に入ってきませんが、社会復帰施設運営費の1/4設置者負担、これを県が+1/4をして頂きたい、ということで現在各県と部長さん方、それから自治省とも話し合いに入っております。かなり一生懸命頑張ってますが、ただ、法が出来て3年足らずで方針がどう変わったのかという説明がございまして。このまま病院の中で1/3の人が入院し続けていく事に対して基本的にきちっとした形で整理をするという気持を精神保健法は謳っているわけであって、それを謳っていく為の努力をしなきゃいけない。その為に関係省庁と話し合いを続けたい、それで了解を求めたいという運動を現在やっております。それから、もう一つその社会復帰施設だけを作って、それでいいという事は思っておりませんので、次にアパートとか公営の住宅にどう入れるかという問題がございまして、これは平成4年度の間答申の中にありますように、共同住居論がございまして、グループホームというのを要求しております。つまり、今の公的な住宅を利用するに当たっての問題点がございまして、この時に家族とか1人は駄目だという事が入っている為になかなか難しいわけがございまして、グループホームの問題が予算的に通過すれば、グループホームを使って公的な住居に入る事はどうであるのか、という事を現在建設省と話しております。つまりグループホームに入る事は、1ファミリーとして考えていく事によって、3~4人の人が、気の合った人が入っていく事によって出来るだろう。それか

ら公的にグループホームであれば、国と県が1/2ずつ、そこをお世話する人を手当するわけですから、公的な関与がある。そういう事で共同住居として公的な施設が出来ないかという話を進めております。これも色々問題がございますが、今山本さんが言われた事は絶えず頭に置きながら、刑事保障金とか、そういう形では実現出来ませんが、具体的なものへと進むよう努力してまいりたいと、今言えることはそこでございます。来年の予算が少なくとも入った暁に、もっと先の部分を着実に伸ばせと言われることを当然待っておりますし、そうしていきたい。ただ、現実の中で3年前の法施行が具体的な方針を変えて新しい形へと動いている事に関して、行政サイドではいろんな問題がございます。法を作って3年で方針を変えるということは問題だという事を言われておりますが、そういう事ではなくて、私の方としては基本的に見込み違いの世界があった。だからそれを正してきちっとやっていきたい、という話で、建設省、自治省と関係省庁と連携を取って仕事を進めたいと思っておりますので、そのへんのところは是非御理解を頂きながら、尚厳しく見て頂ければ幸いだというふうに思っております。

司会：はい、有難うございました。ちょっと、

山本（真）：すみません、だから今言った事は基本的に建物、入れ物とか法的に援助をするという事ではなくて、患者本人の懐に入る金を増やしてほしい、年金者の問題を解決してほしい、そういう意味です。

司会：はい、解りました。時間がまいりましたんですが、もう一方だけ、はい、どうぞ。

秋元：秋元病院の秋元でございます。先生方に色々教えて頂いて感謝致しておりますけども、ただ、今山本さんのお話にもちょっとあったんですけども、結局ユーザーのサイドに立った情報がやっぱり欠けるような気がするんですね。先生方に、時間が無いですから端的にお答え願いたいんですけど、各先生方に。先生方ご自身が、或は先生方のご家族が精神障害者になられた時に、月にどれだけ費用を掛けられますか、それからどの病院に現時点入院されますか、よろしくお願ひします。

司会：難しいご質問。道下さんちょっと簡単に……

道下：私からですか。そうですね、現在の私の給料で、期間にも依るでしょうけども、いくらでしょうかね、月15万か、それ位でしょうかね。それから、もしそういう事で入院させる病院としては、私は石川県に住んでおりますので県立高松病院が一番よろしいと思います。

司会：はい、有難うございました。まだご質問がたくさん有ると思うんですが、非常に時間がオーバーしまして、次の講演がございますので、本シンポジウムはこれで終わりたいと思います。会場からのご質問が不十分だった点を深くお詫び致します。精神保健法の改革に向けて色々論議されまして、シンポジストの方もいろんなご意見も、これは視点を変えて根本的な発想の転換を行なわねばならん時期に来ていると思うんですが、患者の人権を守り、充実した精神医療を行う為には、その裏付けとなる費用、マンパワーということは勿論必要不可欠でございますので、これを充実させる為に我々、皆さん方と一緒に考えていきたいと思ひます。それでは、どうも御協力有難うございました。

世界精神保健連盟1993年世界会議のアピール

司会

柏木 昭（淑徳大学・日本精神医学ソーシャルワーカー協会）

1993年世界会議に向けて

島 蘭 安 雄

(WFMH'93世界会議組織委員長)

世界精神保健連盟 (World Federation for Mental Health, WFMH) は2年ごとに世界会議 (World Congress) を開催しています。今年は8月にメキシコで開かれましたが、明後年 (1993年) には日本で開催されます。このための組織委員会ができ、その委員長をわたくしにつとめるようにという多くの方々からのおすすめがあり、この大役をお引受けしました。浅井邦彦氏が事務局長となり積極的に活動して下さっていますが、皆様にも全面的なご協力をいただき度く、宜しく願い申し上げます。

1) WFMHについて

WFMHとはどういうものか、ということについて連盟が作成した簡単なパンフレットには、以下のように書かれています。

WFMHとは：WFMHは、世界が唯一の、国際的な、多方面の領域にわたる、非政府的な、精神保健に関する連合体で、個人、専門家の諸組織、およびボランタリーの各組織からなっています。この連合体は国連とそれに属する専門的な諸機関のすべてに対し、精神保健に関して助言を与える立場にある非政府組織 (NGO) であります。

WFMHの目的：その主要な目的は、精神疾患患者とその家族の権利と福祉を擁護・推進し、傷つきやすい人々が精神的な不健康状態になることを予防し、さらに望ましい精神的・情緒的な生長・発達を推し進めることであります。

WFMHの運営：連盟は、WFMHの活動に積極的に関与している各メンバー団体 (active Member Associations) の代表者からなる役員会 (Board of Directors) によって運営されています。事務はボランティアの事務局長 (Secretary General) のもとで行われています。1991年から1993年の期間の会長 (President) は、M. Abbott (ニュージーランド) で、副会長 (Regional Vice Presidents) の1人に浅井邦彦氏 (西太平洋地区担当) が入っています。事務局長とその補佐は、E. B. BrodyとR. Hunter (共にアメリカ) です。

委員会：委員会には幹事会 (Executive Committee)、会員資格委員会 (Membership Committee)、財務委員会 (Finance Committee)、指名委員会 (Nominating Committee)、その他があります。幹事会は役員会のすべての義務を行うための執行部で、President以下の5名と、会員資格委員会の委員長から構成されています。

総会：総会 (Assembly) は毎年、少なくとも1回開かれることになっていますが、世界会議が開かれる年 (奇数年) には、その機会に開催されます。

2) 世界会議 (World Congress) について

第1回の世界会議は1930年にワシントンで開かれました。この会議開催のそもそものきっかけは、1908年、Clifford W. Beersが「わが魂にあらうまで」(A Mind That Found Itself)と題する自己体験記を出版したことにありとされています。この書物は江畑敬介氏によって1965年の第36刷のものが邦訳されていますが、この改刷の数からもわかるように、世間に大きな反響を呼び起こしました。江畑氏によれば、Beersは1928年にアメリカ精神衛生財団の設立にこぎつけ、これの成功によって世界会議を開くことができたということでもあります。

「精神神経学雑誌」の前身である「神経学雑誌」の第32巻の雑報には、植松七九郎氏による「第1回国際精神衛生会議に臨みて」と題する報告が2ページにわたって掲載されています。会議参加国は53、参加者総数は約2,500名で、アメリカ以外の会員は180人、わが国からは三宅鉦一氏と植松七九郎氏が公認代表として参加しました。アメリカのフーバー大統領は名誉総裁として各国代表に会い、ウイルバー内務大臣も各国代表招待宴に出席して挨拶し、主催国として大変力を入れていたことがわかります。

第2回の会議は1973年にパリで開かれましたが、その後は第2次大戦のために開催がおくれ、ようやく1948年にロンドンで第3回の会議がもたれました。そしてこのときにWFMHが創立され、初代のPresidentはJ. R. Reesがつとめました。

世界会議は2年に1回の割で開かれて来ましたが、浅井邦彦氏の学会印象記に従って、最近の何回かの会議についてふれると、以下のとおりです。

1983年には7月にワシントンで開催されました。40カ国から700人を越す人々が参加し、わが国からは50人余りが出席し、開催国に次ぐ数を占めました。メイン・テーマは「心の健康を求めての個人と社会の責任—精神衛生施策の立案とサービス提供におけるボランティア、専門家と行政の協同」で、また「精神衛生に関するコミュニティの責任」と題する全体会議では、ロザリン・カーター前大統領夫人が講演と討論を行ったということです。WFMH創立の35周年に当り、そのための記念式典が行われ、またBeersに始まる精神衛生運動の75周年記念行事も持たれました。

1985年には7月にイギリスのブライトンで開催されました。この会議の準備・運営にはイギリスの全国精神衛生協会であるMINDが当り、WFMHと共催で開催され、開会式にはMINDのパトロンであるアレキサンドラ王女が出席しました。35カ国から、750人あまり(同伴者や患者・家族・ボランティアを含めると1,000人以上)が参加しメイン・テーマは「メンタル・ヘルス2000」とされました。この会議の最大の特徴は「精神衛生2000年憲章」、いわゆる「ブライトン宣言」(日本精神衛生会発行の「心と社会」の第44号、47~69ページにこれの全訳がのっています)が行われたことでもあります。その項目は、序文、一般原則、人権としての自己決定—精神保健サービスにおける意義、児童・青年および高齢者の権利、精神保健の分野におけるボランティア・セクターの役割、病院および施設を基盤とする精神障害者サービスに代わるべき施策、社会保障による援助と福祉—疾病後の自立の再建、精神保健と法、精神障害の予防と精神保健の推進、治療の選択、差別と精神保健、結論、からなっています。

1987年の会議は、10月にエジプトの首都カイロで開かれました。40カ国から、1,100人余りの会員が参加し、メイン・テーマは「世界の様々な国における心の健康」で、エジプト精神衛生協会と世界イスラム精神衛生協会が主催しました。

開催地の関係で、エジプトを始めとするイスラム諸国およびアフリカ、ヨーロッパ諸国からの参加者が多く、先進国と発展途上国がかかえている諸問題が広汎にとりあげられました。

1989年の会議はニュージーランドのオークランド市で、初春の8月に開かれました。46カ国から1,

000名余りの参加があり、わが国からは90人以上が出席しました。メイン・テーマは「メンタル・ヘルス各人の関与」で、この会議において、1993年の会議を日本で開くことがきまりました。

本年は8月にメキシコ市で開かれました。メイン・テーマは「人間と科学—精神保健のために」とされていましたが、プログラムにもメイン・テーマとしては書かれておらず、影のうすい存在でした。現代社会と公衆衛生、利用者（Consumers）、ニーズ・要求と精神保健サービスの選択、アルコールと精神保健、喫煙と精神保健、薬物依存と麻薬売買、外傷ストレスと被害者学、交差文化と少数者問題、人口と精神保健、精神薄弱と情動的安定、宗教・普遍的価値と情動発達、医用生物学的テクノロジー・人権と精神保健、社会的コミュニケーション科学と精神保健、文化間環境における教育と精神保健、難民・移住と精神保健、その他、児童や若者（ユース）、女性をテーマにしたものなど22のテーマごとに全体会議と各セッションが持たれました。

6,000人を越す人々が参加したということですが、メキシコとその周辺の国々の人々が主であったようです。外国からは約50カ国から800人余りが参加したとされていますが、全体のバランスからいうと、国際色のうすい会議でした。

なお1983年のワシントンの会議以来、毎回、本会議に先立って「精神保健協会デー」（Mental Health Association Day）の行事が催されて来ました。1989年には「コミュニティ精神保健サービスの質」、本年は「擁護、教育と行動」というテーマで、各国の精神保健運動にたずさわっている専門家、家族、利用者などが参加し、それぞれの活動状態の報告などが行われました。

3) 1993年世界会議

WFMH世界会議を日本で開いてほしいという要請はすでに10年前からありましたが、国内の受け皿などの事情で実現に至らなかったということでもあります。しかしオランダでの会議の折に1993年の日本開催が決定し、その後、段々に国内体制が整い、準備が進められて来ています。

準備状況の一部は、組織委員会で発行したパンフレット（世界精神保健連盟1993年世界会議ニュース1）や「開催趣意書」でご覧になった方が多いと思います。主催機関は「世界精神保健連盟1993年世界会議組織委員会」で、初めにも述べたように、小生が組織委員長をつとめることになりました。浅井邦彦氏が事務局長で、総務委員会の委員長も兼ね、活発な活動をしています。

会場は、なるべく多くの人々が参加しやすいところという見地から、千葉県の日暮野コンベンションセンター（幕張メッセ）とそれに隣接するO.V.T.A.（財団法人海外職業訓練協会）の協力センターに決めました。メイン・テーマは「21世紀をめざしての精神保健—テクノロジーと文化そしてクオリティ・オブ・ライフ」（Mental Health : Toward the 21st Century - Technology, Culture and Quality of Life -）としました。サブ・テーマについてはなお若干の変更があると思いますが、以下のものがあげられています。

- A. 変動する世界と精神保健、B. 人口問題と精神保健、
- C. テクノロジーとストレス、D. 精神保健と宗教・文化、
- E. アルコール・薬物乱用への対応、F. 児童・青年期の教育と精神保健、
- G. 一次予防の新しい方向、H. コミュニティケアの新しい方向、
- I. 精神障害者の職業リハビリテーション、J. 精神保健への市民参加、
- K. 精神障害者の権利と法制度、L. 臨床および研究の新しい展開、
- M. 女性、家庭と精神保健、N. 老年期と精神保健、
- O. 精神障害の看護と介護、P. 精神障害者の福祉と家庭、

Q. ユーザー活動

組織委員会に、総務委員会、財務委員会、プログラム委員会、広報・渉外委員会、旅行・登録委員会、接遇委員会、記録・出版委員会、会場・展示委員会と募金実行委員会を設け、多くの方々にご協力をいただいています。

この会議を契機にわが国における精神保健への関心を大々的に盛り上げ、それを通じて障害者はもちろん、すべての人々の精神的健康と福祉の増進に寄与したいと考えております。できる限りのご協力をお願い申し上げます。

世界ユーザー会議の報告

～世界精神保健連盟メキシコ会議に参加して～

小金沢正治

(WFMH'91メキシコ会議参加者)

世界精神保健連盟1991年世界会議は、去る8月18日～23日までの6日間メキシコシティにおいて開催された。私は世界ユーザー会議を中心に各種会議に参加し、日本を含めた世界の精神保健に関する情報に接する機会に恵まれた。会議開催中には、精神病院の見学会もあり、加えてメキシコのユーザーの活動を目の当たりにして、とても大きな衝撃を受けたことも事実である。

1. 世界ユーザー会議に参加して

私は第1日目の「リハビリテーションとコミュニティ」会議で「日本における自助グループ活動の現状について」と題して、私の所属する「東京都精神障害者団体連合会」（以下、東京連合会）の活動内容と会として大切にしていることなどを中心に約10分間発言してきた。以下がその内容である。日本の自助グループは地域的に片寄が大きく、一般的には都会程自助グループの数も多く活動も活発であり、地方になればなる程自助グループの数も少ないのが現状である。いまだに地方においては精神病に対する偏見が特に強く自助グループが作れない所も沢山ある。精神障害者及び関係機関の自覚の欠如が何よりの原因ではないだろうか。精神障害者の社会復帰に対して、自助グループの存在そのものがいかに重要であるかは周知の事実である。私自身も「つどい」という自助グループとの出会いの中から素晴らしい仲間や信頼できる先輩を知り、現在、一社会人として生活できるようになった一人である。

次に東京連合会の紹介を結成されるまでの経緯を含め、簡潔に行なった。会は、年1回の総会、毎月の月例会、役員会を中心に自分達の抱える問題などを話し合いの中から解決してきている。そして、その内容をまとめ、さらに仲間の声を掲載し毎月ニュースレターとして仲間や関係機関に郵送している。又、年に1回シンポジウムを自分達の力で開催し、精神病や精神障害者の問題を討論し、我々を取り巻く厳しい環境をどのようにすれば改善できるのかといった点での話し合いも深めている。さらに、精神保健に関する各種行事にも積極的に取り組み、あらゆる機会を捉えて自分達の場を確保するよう努力している。今年からは行政機関との直接対話も始めることができた。これからは我々が要望することをどしどし行政側にぶつけていきたいと思う。

これらの活動を通して、我々が大切にしてきたものが3点ある。その第1点は、多数決は一切とらず、たとえたった一人の反対者がいても全員が納得するまで粘り強く話し合いを続けることである。第2点はどのような考え方をもっている人であっても仲間として受け入れ決して排除しないことである。話し合いを続ける中で時として異なった意見がぶつかり合い、火花を散らすことがあっても、同じ障害をもつ仲間として、相手の意見を十分聞き、自分の意見も相手に分かってもらおう。この忍耐強

い作業を続ける中から我々は仲間づくりということを学んできた。そして第3点は、スタッフとは対等の関係を保つことである。とかく今までの自助グループにおいては、スタッフとメンバーの関係は、支える側と支えられる側の認識が強く、メンバー自身がなかなか自己発揮できにくい面があった。東京連合会では両者は対等の関係を維持しながら話し合いも作業も行なっている。そして、一人一人が責任を最後まで負うトレーニングも続けている。これらの3点が我々が自分達の活動の中から学び今も大切にしているものである。

次に、全国のユーザーの大会と全国連合会づくりの動きについて簡単に報告した。現在日本では全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会が主催し年に1回ユーザーによる全国大会が開かれ今年で9年目になる。今年は600名を越す参加者があった。そして昨年の6月から全国連合会をつくる準備会が毎月開かれている。近い将来全国レベルのユーザーの連合会が結成されることを私も強く望んでいる。

2. 世界ユーザー連盟結成される。

8月19日～23日までの5日間、世界ユーザー会議終了後、各国のメンバーが集まり世界ユーザー連盟結成に向けての話し合いが持たれた。これは1989年のWFMIHオークランド会議で提案がなされメキシコ大会で討議することが決められていたことである。多方面に渡る議論がなされ、一時はこのようにバラバラではまとまらないのではないのかとの疑念を抱く場面もあったが8月23日、6カ国のメンバーで世界ユーザー連盟が結成された。参加各国は以下の通り、ニュージーランド（議長）、アメリカ（副議長）、メキシコ、オランダ、イギリス、日本。そして、翌日24日に正式名称をはじめ、今後の活動についての話し合いが持たれた。毎年2回ニュースレターを発行することも決められた。

3. 精神病院の見学会に参加して。

8月20日にメキシコのユーザーグループに同行しテオティワカンという町にある女性専用の精神病院「ホセ・サジャゴ精神病院」の見学会に参加した。メキシコシティから約1時間、病院の送迎用のバスに揺られながら着いた病院は周囲は高い塀で囲まれてはいても、とても広大な敷地で芝生とヤシの木が植えられ環境としては申し分のない感じがした。建物は全て平屋という、現在の日本では考えられない風景であった。はじめに、スライドを使いながら病院の施設等の説明があり、続いて質問会が持たれた。かなり鋭い質問が多く飛び出し活発な説明会となった。その後、病院内を見学させてもらい、体育館、作業棟、食堂、病棟の順で全ての施設を直接見る事ができた。全ての建物はキレイなペンキで塗られ清潔な印象を持った。病棟は合併症患者以外は全て開放病棟であった。日中は患者は全員戸外に出ており、病室はとてもよく整理されていた。患者の中には芝生の上で昼寝をしている女性もいて日本の病院との違いを強く感じた。患者は全員ピンクのワンピースを着いていたが、何故かとても色彩的に美しく日本での病衣とは異質のもの私の目には映った。私が最も印象的だったことは、食堂のテーブルが3～4人掛けで日本の病院のように長いテーブルではなく、十分に話でもしながら食事ができそうであった。ただし550床の病院にしては席の数が少ない感じであった。

4. 初参加の感想

今回はじめて世界精神保健連盟の国際会議に参加することができ、とても感謝している。メキシコのユーザーをはじめ各国のユーザーとも言葉の壁を乗り越えて交流ができたことが何より嬉しかった。そして、東京連合会という世界から見れば小さな存在でしかない会の運動が世界の運動にもつながっているとの実感を得てとても勇気づけられた。

世界各国の精神障害者を取り囲む環境は違っていても、そこにいるユーザー自身が勇気を持って行動すれば、たとえわずかな改善かも知れないが社会は必ず変化していくとの希望が見いだせたように思う。ただし、そのためには5年、10年といった年月が必要なこと、そして日本の場合には諸外国で成功した事例からもっと積極的に学ぶ姿勢が必要だと感じた。

閉会式の始まる前、横断幕を先頭にメキシコのユーザーを中心に会場内に各国のユーザーが入場した。そして、一人一人が「ユーザー」と書かれた風船を持ち参加者全員にアピールを行なった。私も「JAPAN」と書かれたプラカードを持ち、頭上高くかかげて世界のユーザーの中にいた。自分自身がユーザーとして胸を張れることが何かとても嬉しく、さらに誇らしささえ感じる一幕であった。

私にとって最も印象的であったのは、閉会式の最後にメキシコのユーザーの女性リーダーが行なったスピーチであった。彼女は壇上で憶することなく両手を広げながらこう言った。「病院にいる仲間達、もう少し待って頂戴、私達はこうして今闘っているの、だからもう少し時間を頂戴。でも、たとえ何も変わらなかったとしても諦めないで、私達は闘い続けるから。なぜなら、私達にはこんなに沢山の理解者がいるの。だからもう少し待って頂戴。」私は彼女の胸奥からの叫びに手が痛くなるまで拍手を送り続けていた。閉会式が終わっても彼女は壇上から、会場の仲間達に両手を上げて大会の成功を身体全体で表現し我々も彼女に大きく手を振り続けた。

国際会議が終わり、翌早朝メキシコシティから空路日本へ帰ってきた。思えば寝不足続きの毎日であった。今思い出すとつかぬ世界の間仲達の顔が目浮かぶ。会場内で出合うたびに微笑を交わした友、そして、私の通訳として協力してくれた女性達、日本から参加した先生方、たった1週間で何と多くの人達と知り合い、さらに一人一人といろいろなテーマで話し合うことができたことか。自分でも信じられないくらい精力的に動き回った毎日であった。今まさにメキシコの仲間は闘いの中にある。彼らは厳しい環境であればある程心の炎を燃やすに違いない。私もメキシコ会議に参加したユーザーの一人として、日本の精神医療を少しでも良くするために勇気をふるい起こし地道な闘いを始めている。今の日本で大切なものは百の議論を重ねるよりも、一つの行動ではないかと思えてならない。けして話し合いを軽視するつもりは毛頭ない。しかし、行動が伴ってこそそれらの議論が活かされると思う。

私にとって、これ程までに感動的で印象的だった日々はなかった。これからの私の人生にとって得難い経験をすることができ感謝の念に耐えない。

〈資料〉世界ユース会議発表原稿

「日本における自助グループ活動の現状」

小金沢正治

(1) はじめに

日本における自助グループ活動は、とても地域的なバラツキがあります。その中において首都圏を中心とした自助グループ活動が活発です。地域的には東京、神奈川、北海道には自助グループの連合体がすでに結成され、自助グループ相互の連帯を図りつつ活動を展開しています。また、連合体がない地域においても、その地域の中心となる自助グループが存在し、活動を続けている所もあります。しかし、未だに当事者自身が自助グループの必要性に目覚めず、そして医療機関及び行政機関の無理解などがあり自助グループ自体が作られていない地域も多くあります。特に地方においては精神病に対する偏見が強く、当事者が自分は精神障害者だと名乗れない状況があり、自助グループを作る上で大きな障害となっています。

一言で自助グループといっても、いろいろなグループがあります。一般的には10人～15人程度で活動しているグループが最も多いと思われます。中には3～4人の小人数で毎週ミーティングを持っているグループもあります。そして、患者会として、病院の退院患者を中心に病院に入院している患者まで含めて多人数で活動しているグループもあります。私の所属する「つどい」という回復者クラブでは毎月1回、第2日曜日に例会を持ち、話し合いを中心に、たまにはレクリエーションなども行ない、15人程度のメンバーが毎回参加しています。一人一人が例会に来るのを楽しみにしています。自助グループが結成された経緯などにより、それぞれの自助グループはとても個性豊かです。話し合いやレクリエーションを通して仲間作りを行ない社会復帰を目指すグループや行政機関に対して具体的な要望を出し活動しているグループもあります。

一般的に自助グループとは、精神病という同じ病気を体験した者同士が共有するテーマを話し合ったり、社会復帰するために具体的にどうすればよいか、などを、気軽に相談できる場だと思っています。又精神病を経験したが故の悩み苦しみを分かり合える仲間との出会いがあり、お互いの体験から学ぶべきものが多くあります。それが、共に助け支え合っていく、そして学び合っていくことになると思います。私自身も何度「つどい」の居心地の良さに助けられてきたか分かりません。しかし、話し合いが時として考え方の違いや感情のもつれなどでトラブルになるケースもありますが、それが結果的にお互いの学びの場になっています。社会性や常識を身に付けるためにはこのようなことも必要だと思っています。誰もが安心感を持てる場になっています。

精神障害者のほとんどの人達は、地域で生活することを強く望んでいます。一般的に社会復帰といってもいろいろな考え方があります。今まではとかく、社会復帰とは仕事に就き、そして自活して地域で生活することだと考えられがちでした。

私自身それができないで強いコンプレックスを感じた時期もありました。しかし、たとえ服薬し、

病院に通院していても、自分の家族、地域社会になじんで生活することができれば、仕事をしていなくても立派な社会復帰だと思います。今でも仕事に就けないことや、服薬を続けなければいけないこと、そして通院することにこだわっている仲間もたくさんいます。一般市民に対して強いハンデキャップを持ち続けている仲間もいます。このような精神障害者自身が自らの問題を率直に話し合い、解決の糸口を見つけ出す場が自助グループではないかと考えます。自らのハンデキャップを自分の力（他人の力を借りることも含めて）で乗り越えて社会で活躍するための足場として自助グループは存在すると思います。私自身もそのようにして社会復帰することができた一人です。

次に「東京都精神障害者団体連合会」（東京連合会）の活動について述べたいと思います。1989年1月に結成され、現在、団体会員19団体、個人会員28名、賛助団体3団体、賛助会員49名で構成されています。毎月第3日曜日に月例会をと役員会を開き、その内容を伝えるために毎月ニュースレターを約300通発行しています。自分達の抱える問題を中心に討論しています。そして各回復者クラブでは取り組めない問題、たとえば、行政機関に対する要望書の提出や、東京における精神障害者の声をまとめるなどの活動を展開しています。東京連合会の特色の中に2つの大きな柱があります。一つはどのような話し合いでも決して多数決は取らない。たとえ一人の反対者がいても話し合いを重ね全会一致の結論がでるまで粘り強く話し合いを続けること。そして、「来る者拒まず」で会員であればどのような考え方ももっていても仲間として受け入れる。この考え方を貫き通して運動を展開しているのが東京連合会です。そのために多くの時間と労力を費やしていますが、考え方の違いを乗り越えて一つの運動を展開するためには有効に機能しています。そして年に1回、支援者の力も十分活用しながら自分達の力でシンポジウムを開催しています。さらにその報告集づくりも行なっています。そして、各種の精神保健に関する行事にも積極的にメンバーが参加し発言しています。今後は各自助グループが抱える問題や精神保健全般に関する問題なども取り上げていきたいと思っています。

東京以外の連合会では、スポーツ大会を行ったり、正月にどこにも行けない仲間のために作業所を開放し「正月会」などを開いている所もあります。それぞれ工夫をして活動しているのが現状です。

全国レベルでの活動としては、精神障害者の全国大会が年1回開催されています。全精社連（全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会）が主催し毎年開催地を変えながら当事者を中心に行なわれており今年で9年目を迎えています。厚生省に対する要望書を出し、又各分科会では我々が抱える諸問題を討論しています。当事者、医療関係者をはじめ精神医療に関心のある人々などが集い合い、いろいろな交流の場となっています。

(2) 自助グループ活動が抱える問題点

自助グループ活動の中で各回復者クラブでの活動では仲間が集まれる場が少ないこと、そして無料で使える公共施設が少ないことなどがあります。それでも仲間達はそれぞれ工夫をして頑張っています。私の所属する「つどい」は民間の福祉センターの1室を1回1,000円で貸してもらい例会を開いています。

しかし、「東京連合会」のように運動体として活動するためには資金的裏付けが必要となります。シンポジウムや講演会などを開催するにしても、出版物を刊行するとしても資金が必要となります。現状としては会費、カンパ、が主な収入源となっています。精神保健に関心のある民間財団から助成金を受けている連合会はありますが、行政側から資金援助を受けている所はまだまだありません。精神障害者の社会復帰に対する行政側の理解がいかに欠如しているかが良く分かります。又これは一般的にも言えることですが社会全体が未だに、精神病、及び精神障害者に対して、正しい認識を持っていないことと密接に関係する問題でと考えます。そのためにも精神障害者自身が市民権を得る

ために、あらゆる場面で自分達の声を伝えていかなければならないと思います。

次に人材の問題が上げられます。自助グループ活動や連合会活動を継続するためには、それなりの動機づけが必要です。精神障害者が抱える問題を自らの問題として、その改善、解決のために働く人は意外と少ないのが現状です。自分の病気が直り、仕事に就いて生活自体にも問題がなくなり、自助グループにすることが必要なくなり去っていった仲間もいます。精神障害者が抱える問題はとて大きな社会問題でもある筈です。その辺の捉え方がキチンとできていないと、自助グループの活動を続けることは非常に難しいのではないのでしょうか。住みよい社会を作るためにも自分自身の体験をもっと大事にすべきだと思います。そして我々は志を同じくする仲間づくりを積極的に進めていかななくてはならないと思います。

さらに、我々の活動を理解し協力してくれる援助者の不足もあります。自助グループ活動の意義を認め、共に協同して働いてくれる人達は未だに少ないのが現状です。我々の啓蒙活動の弱さを痛感しています。

第三の問題点は、「東京連合会」のような運動体として活動するためには、活動の場が必要となります。現在、我々は都立中部総合精神保健センターという公共の施設を無料で提供してもらい会合を開いています。又、事務所は地域ケア福祉センター池田会館という福祉法人の施設を無償で提供してもらっています。このような場がなければ我々の活動は不可能となります。この点、我々「東京連合会」はとても恵まれています。

以上述べましたように、〈1〉資金面〈2〉人材面〈3〉施設面の3点が大きな問題です。今後、行政機関に対して、強く援助を求めていきたいと思っています。

(3) 今後の自助グループ活動の方向性

現在の日本では家族会の全国組織はあっても、自助グループの全国組織はありません。昨年の6月に全精社連（全国精神障害者社会復帰活動連絡協議会）が呼びかけ、首都圏の連合会を中心に全国レベルでの連合会を作る準備委員会が毎月会合を開いています。来年の6月を一つの目途に全国組織をつくるべく努力しています。しかし、全国で、東京をはじめ、県レベルの連合会は3団体しかないのが現状です。このように厳しい状況の中どのようにして全国組織をつくりあげていくか問題は山積みしているように思われます。全国各地の自助グループを結集し、共有する諸問題を話し合い、行政機関に対し精神保健に関する法律の改正を含め、精神保健全般に渡る改善要求を出せる様な力強い組織体になってほしいと願っています。

そして、当事者が孤立しなくて済むようなシステム作りがこれからの課題だと考えます。私自身、「つどい」という回復者クラブのメンバーになれたお陰で仲間とも出合え、そして先輩のMさんにも、いろいろな面でアドバイスを受け、さらに信頼できる医師との巡り合いがありました。すべては「つどい」という回復者クラブの存在が私の社会復帰の原点となった訳です。この私のケースを私だけのケースとしてはいけないと思います。どのような精神障害者であっても必ず社会復帰できるシステムが必要だと思います。そのためにも、医療関係者、行政関係者と、当事者グループが継続的な話し合いを続けていけば、必ず素晴らしい社会復帰への道筋が見いだせるのではないのでしょうか。

(4) 世界精神保健連盟1993年世界会議に対する抱負

日本において精神保健に関しては未だに発展途上国であると言わざるを得ません。経済大国となった現在においても福祉、特に精神障害者に対するものは他の障害者に比べ非常に遅れています。さらに、精神障害者を取り巻く環境は厳しく、社会的にも誤解や偏見があります。報道機関の取り上げ方を見ても有力紙でさえ今も精神病を正しく認識していると言えない面もあります。

我々、精神障害者が一市民として人権を守られ、市民としての権利と義務を行使できるようにするために、当事者である我々が自分の声で社会の偏見、誤解をなくしていくべきだと思います。そのために、私が所属する「つどい」そして、「東京都精神障害者団体連合会」における自助グループ活動を継続していきたいと思います。

日本で初めて開かれる世界会議が、日本のそして世界の精神保健の改善に大きく寄与することを心より望んでいます。日本の風土として内圧による変化は少なく外圧による変化が大きいのが特徴です。1993年には皆様方の力と我々の力を合わせて、精神保健の流れを大きく変えたいと願っています。

国境を越え、同じ障害を持つ者同士が助け合いながら生きる社会を作ろうではありませんか。
以上

シンポジウム IV

望まれる精神保健システム

われわれは、いま、地域における精神保健・医療・福祉のシステムをどう構築していくか、という問題に直面している。この点について、医療法改正における地域医療圏問題、医療施設機能の体系化問題、さらには公衆衛生審議会中間意見における「地域精神保健対策」および「処遇困難患者対策」への対応を検討しながら、われわれの具体的構想をにつめていきたい。

司会

高橋

一（都立中部総合精神保健センター・日本精神医学ソーシャルワーカー協会）

樋田

精一（国立精神・神経センター武蔵病院，病院・地域精神医学会）

望まれる「地域精神保健システムの構築」を保健・医療・福祉制度改革全体の枠組みの中で考える

朝日 俊弘

(全日本自治団体労働組合政策局, 全国医療等関連労働組合連絡協議会)

1. 第1回フォーラム(京都)で提起したこと

「精神医療改革5カ年計画の立案・実行の中で、より適切な精神保健(保健・医療・福祉)供給体制の確立をめざそう！」 そのために:

- ア) 「医療計画」策定・推進過程に対する精神医療関連領域からの積極的な参画。
- イ) 一般病床と同様に、「二次医療圏域」を単位とした精神医療供給体制の整備。
- ウ) 精神医療を「特殊医療」扱いする医療法および関連規則等、とりわけ「病院の法定人員及び施設の基準等」の改正。
- エ) 関連職場・地域における実績の積み重ねと、より広範な共同戦線の構築を!

2. 大きく変わりつつある「保健・医療・福祉」の法・制度的枠組み

—「精神保健法」成立以後の主な法・制度改正を概観する—

(1) 医療供給体制に係わる動き:

① 87年 厚生省「国民医療総合対策本部」中間報告

「医療費増大を生み出す医療構造そのものを改革する本格的な第二次医療費抑制策を推進するため。」

- 老人医療の今後の在り方
- 長期入院の是正
- 大学病院等における医療と研修の見直し
- 患者サービスの向上等

⇒88.4. 診療報酬点数改定

② 90年 厚生省「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」公表

この中で、第二次医療法改正案の骨格を示すとともに、都道府県医療計画で設定された二次医療圏ごとの「地域保健医療計画」作成の方針を打ち出した。

⇒90.4. 診療報酬点数改定

○医療法改正では、病状に応じた入院サービスを提供するため、一般病床のうち「老人等長期間にわたる入院患者が主となっている病棟」と「高次機能を有する病院」に絞って機能分化を図ることとした。

○都道府県医療計画を補完・補強するとの位置づけの下に、その推進を図るため二次医療圏ごとの「地域保健医療計画」の作成を指示。そのため省内に「医療計画推進本部」を設置した。

※90年3月 厚生省は「地域保健将来構想報告書」(89.6.)に基づき、特定の保健所およびその他

の保健所への再編成を進めるとともに、保健所を「地域包括総合保健戦略の拠点」・「地域保健医療情報システムの中核」と位置づけ、保健医療情報システムの整備と総合相談窓口の設置等を指示した。

③ 90年 「医療法改正案」第118国会に提出（第121国会で継続審議）

〈21世紀をめざした医療供給体制改革の第一着手〉

- 医療施設機能の体系化（「特定機能病院」と「療養型病床群」の創設） ⇒資料1参照
- 医療に関する適切な情報提供
- 医療の目指すべき方向の明示
- 業務委託の水準の確保
- 医療法人の業務範囲として疾病予防施設の明示

(2) 一連の「老人保健法」等の改正：

① 88年 「国民健康保険法」の改正

- 保険基盤安定制度の導入
- 高額医療費共同事業の拡充・強化
- 老人保険拠出金に係わる国庫負担分の削減
- 高医療費指定市町村における運営安定化計画の推進
- ※（ア）90年の再改正で上記の暫定措置が固定化。
- ※（イ）「運営安定化計画」の下に、長期入院患者の早期退院促進運動や病院・施設への住所変更拒否運動が行われている。

② 91年 「老人保健法」の（第二次）改正

- 患者一部負担額の再引き上げとそのスライド制の導入
- 「介護」に着目した公費負担割合の部分的な引き上げ
- 「老人訪問看護制度」の創設 ⇒資料2参照
- ※（ア）この改正に先んじて86年には、患者一部負担額の引き上げ、保険者拠出金の加入者按分率の段階的引き上げ、および「老人保健施設」一いわゆる中間施設の創設等、老人保健法の第一次改正が行なわれていた。
なお、91.7.老人保健審議会の意見具申は「老人保健施設の在り方について」の中で「痴呆専門棟」の設置の必要性を提言している。
- ※（イ）この改正と合わせて健康保険法等の一部が改正され「初老期痴呆」患者の老人保健施設利用が可能となった。
- ※（ウ）公費負担割合引き上げの項目として精神病院の「老人性痴呆疾患療養病棟」が含まれることとなった。

(3) 福祉制度の抜本的改正：

① 90年度予算 「高齢者保健福祉促進十か年戦略」

「明るい活力のある長寿・福祉社会の各分野における公共サービスの基盤整備を進める。」

いわゆるゴールド・プランの策定・推進

⇒資料3参照

② 90年 「老人福祉法」等8法の改正

- 在宅福祉（地域福祉）サービスの推進：市町村の実施努力義務および社会福祉事業としての位置づけを明記
- 在宅福祉サービスおよび施設福祉サービスの市町村への一元化（施設入所措置権の市町村移譲）
- 市町村および都道府県における「老人保健福祉計画」策定の義務化

⇒資料4-①②③参照

※（ア）「老人保健福祉計画」は、市町村が「福祉の措置の実施に関する計画」を定め、都道府県は「各市町村を通ずる広域的な見地から、事業の供給体制の確保に関する計画」を定める。そのため都道府県は広域的な調整を図るための圏域として「保健福祉圏」を設定する。

※（イ）福祉関連8法とは「老人福祉法」「身体障害者福祉法」「精神薄弱者福祉法」「児童福祉法」「母子及び寡婦福祉法」「社会福祉事業法」「老人保健法」「社会福祉・医療事業団法」を言う。但し、精神薄弱者福祉法については「措置権の移譲」は含まれていない。

(4) ヒューマン・パワー確保対策：

① 91年3月 厚生省「保健医療・福祉マンパワー対策本部」中間報告

「人口の高齢化に伴う介護需要の増大、医療の高度化・専門化が進む中で、保健医療・福祉マンパワーに対する需要が増大している。」しかし「今日既に産業全体を通じた人手不足が生じており、今後さらに若年労働力の確保が一層困難となることが予想されるところから、中・長期的な視点に立った保健医療・福祉マンパワー確保対策が必要である。」

※厚生省はこの中間報告の中で、同省看護課が89.5.にまとめた「看護職員需給見通し」の見直しを行うこととし、改めて91～2000年にわたる看護職員需給見通しの作成を都道府県に指示した。

② 91年8月 厚生省「平成4年度保健医療・福祉マンパワー対策大綱」

「高齢者保健福祉推進十ヶ年戦略の推進、医療の高度化・専門化等に対応するためには、保健医療・福祉に携わる人材を確保し、その資質の向上を図ることが極めて重要となってきており、特に、看護職員、社会福祉施設職員およびホームヘルパーの確保等は、緊急を要する課題となっている。」

「このため、厚生省としては各職種の特性を踏まえ、次期通常国会に、看護職員の人材確保を図るための法律案および社会福祉施設職員・ホームヘルパーの人材確保等を図るための法律案を提出する。」

⇒資料5参照

※厚生省が示した大綱の中では、精神病院等に働く看護職員は別としても、精神保健法に規定されている「社会復帰関連施設」の職員は、現行の福祉法体系に含まれていないとの理由から、全く考慮されていない。

3. 「精神保健」の分野は相変わらず別枠扱い—これでよいのか？

(1) 反省すべきこと：

精神医療に携わる私たちは、あまりにも「精神保健法」にのみ囚われすぎていなかったか？ その結果として、一見、直接に精神医療に係わりが無いように見える法・制度改正に対して、あまりも無頓着ではなかったのか？

しかし、その他の保健・医療・福祉領域における法・制度的枠組みの変更は、否応なしに、直接・間接に精神保健・医療・福祉の分野をも規定するに違いない。

(2) 整理しておくべきこと：

ア) 精神病患者・精神障害者に係る保健・医療・福祉の制度的枠組みとして、特別法としての「精神〇〇法」に依拠すべきなのか？

：その場合には、その他の保健・医療・福祉サービスとは別枠で、特別なメリットを得る可能性がありうる。但し、その他の疾病・障害との違いを常に求められることになり、そのことが逆に差別・スティグマの再生産構造を作りかねない。

また、その他の分野における改正点が、そのまま横並びでは適応されないデメリットを覚悟しておかねばならない。

イ) それとも、可能な限りそのような特別法を排して、より基本的な一般法の枠組みの中に包摂されるべきなのか？

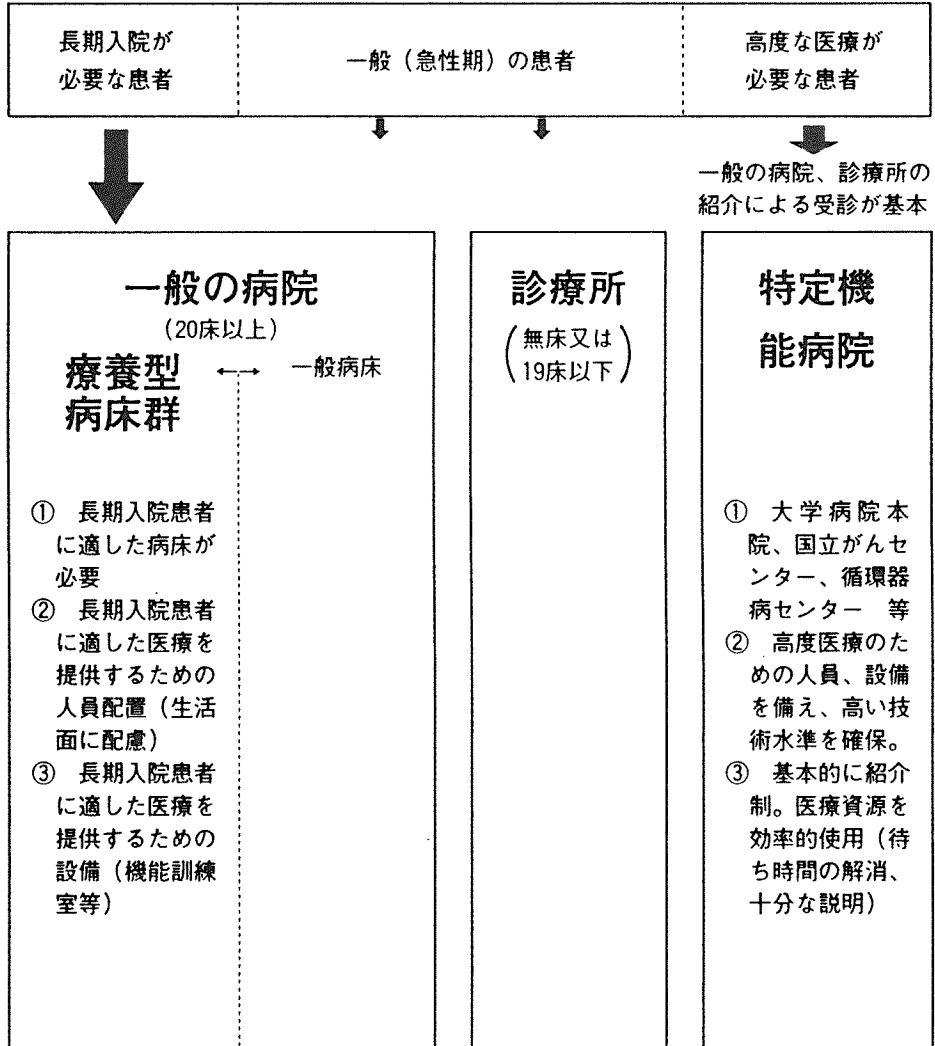
：「特殊医療」扱いを克服し一般医療との差別撤廃を求める立場からは、理念的にあり得る選択である。但し、その場合には、その他の疾病・障害との間の厳然たるギャップをどのように埋めて行くのか？ その経過的措置を考慮せざるを得まい。

また、完全にその他の保健・医療・福祉サービスと同じ枠組みで可能か否か？ そのためには現行一般法の在り方そのもの見直しが必要となろう。

※例えば、従来の「身体障害者雇用促進法」は、不十分ながらも精神薄弱者および精神障害者を包摂した「障害者雇用促進法」として改正された。

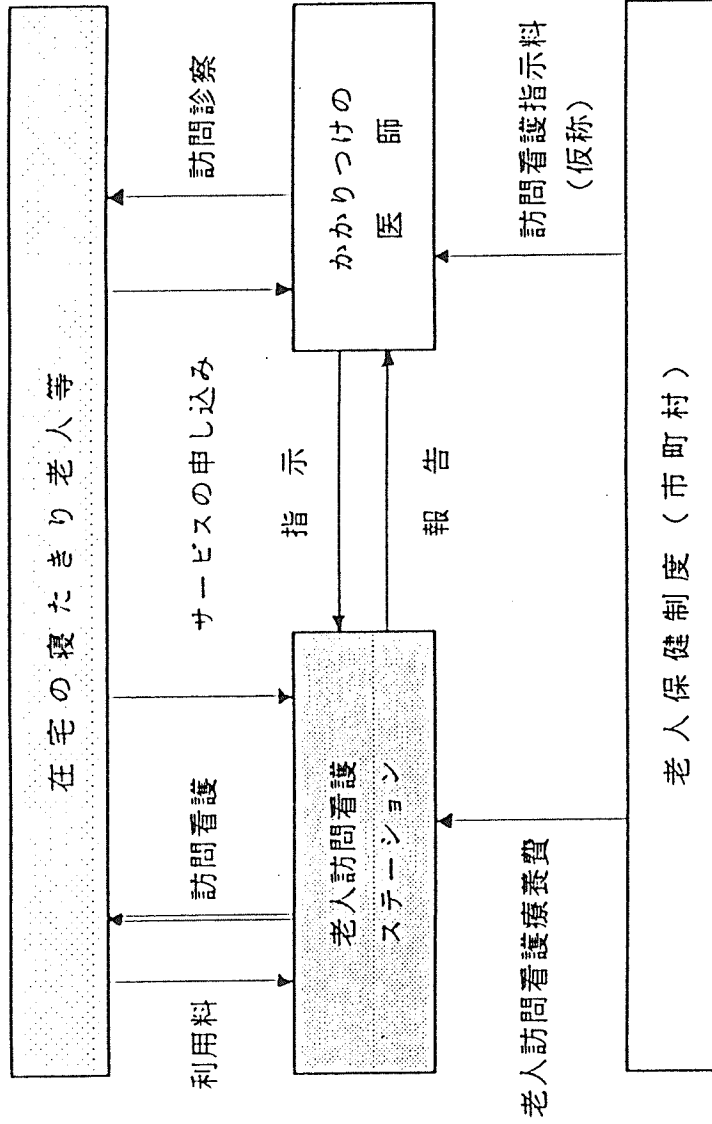
(以上)

医療法改正案による新しい患者さんの流れ



(注) 改正案では、一般の病院の中から、病院の申請に基づき、療養型病床群は都道府県知事が、特定機能病院は医療審議会の意見を聴いて厚生大臣が承認するという仕組みをとっています。

老人訪問看護制度の概要



平成3年度予算と高齢者保健福祉促進十か年戦略

事 項	元年度予算	2年度予算	3年度予算	整備目標(11年度)
1. 在宅福祉対策の緊急整備				
(1) ホームヘルパー(訪問し介護を行う者)の充実	31,405人	35,905人 (+4,500人)	40,905人 (+5,000人)	100,000人
(2) ショートステイ(特別養護老人ホーム等に短期滞在する事業)の充実	4,274床	7,674床 (+3,400床)	11,674床 (+4,000床)	50,000床
(3) デイサービス(日帰りで介護サービスを受ける事業)の充実	1,080か所	1,780か所 (+700か所)	2,630か所 (+850か所)	10,000か所
(4) 在宅介護支援センターの充実	—	300か所	700か所 (+400か所)	10,000か所
(5) 「住みよい福祉のまちづくり事業」の推進	新規 30市町村	80市町村 (新規 50市町村)	100市町村 (新規 50市町村)	—
2. 「ねたきり老人ゼロ作戦」の展開				
(1) 機能訓練の充実				
①機能訓練を行う場の確保 (市町村保健センター等の活用)	3,849か所	4,316か所 (+467か所)	4,783か所 (+467か所)	—
②機能訓練会場への送迎のためのリフト 付バスの配備	—	1,054台	1,287台	—
(2) 脳卒中情報システムの整備	—	10県	15県 (+5県)	—
(3) 脳卒中、骨折等の予防のための健康教育 等の充実	17,625百万円	17,779百万円	18,026百万円	—

	63年度 補正予算 (100億円)	元年度補正 予算追加出資 (600億円)		
3. 在宅福祉等充実のための長寿社会福祉基金				
4. 施設の緊急整備(整備費)	8,000床	10,000床 (+2,000床)	10,000床	240,000床
(1) 特別養護老人ホームの整備	150カ所	250カ所	275カ所	3,500カ所 (280,000床)
(2) 老人保健施設の整備	200人	1,500人 (+1,300人)	3,000人 (+1,500人)	100,000人
(3) ケアハウスの整備	—	40カ所	40カ所	400カ所
(4) 高齢者生活福祉センターの整備	15県	30県 (+15県)	47県 (+17県)	—
5. 高齢者の生きがい対策の推進	152市町村	304市町村 (新規152市町村)	304市町村 (新規152市町村)	—
(1) 「明るい長寿社会づくり推進機構」の設置	—	—	—	—
(2) 「高齢者の生きがいと健康づくり推進モデル事業」	508百万円	1,002百万円	1,392百万円	—
6. 長寿科学研究の推進 長寿科学総合研究経費	60百万円	60百万円	60百万円	—
7. 高齢者のための総合的な福祉施設の整備 「ふるさと21健康長寿のまちづくり事業」 基本計画策定費				
8. ゴールドプラン推進支援方策(平成3年度から実施のもの)				
(1) 福祉マンパワーの確保	—	—	15カ所	—
① 福祉人材情報センターの設置	—	—	95カ所	—
② 福祉人材バンク事業の推進	—	—	1,000百万円	—
(2) 在宅福祉サービス推進等事業	—	—	—	—

市町村老人保健福祉計画の骨子（案）

〔策定内容〕

1 現状把握	①人口構成（総数、65歳以上人口、75歳以上人口） ②高齢者のいる世帯 ③ねたきり、痴呆等の要介護老人の人数、要介護老人の障害の程度、介護 ④住居の状況 ⑤高齢者の受診状況、疾病構造 ⑥就業構造等
2 サービスの実施の現況	①ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ等の実施状況 ②機能訓練、訪問指導及び健康教育の実施状況 ③特別養護老人ホーム等への入所措置の実施状況 ④老人福祉施設の整備状況 ⑤老人保健施設、市町村保健センター等の整備状況 ⑥マンパワーの確保の状況 ⑦住民参加型サービス、シルバーサービス等の実施状況
3 サービスの実施の目標	①目標年次 ②目標年次における65歳以上人口等の経済・社会状況（1の現状把握に ③サービスの実施の目標 各種サービスを考慮し、国の定める標準を参酌して、対象者の状況 ア ホームヘルプサービス 総量 ○○人・時間分 イ デイサービス ○○人・日分 ウ ショートステイ ○○人・日分 エ 機能訓練 ○○人・日分 オ 訪問指導 ○○人・時間分 カ ねたきり予防、健康教育等 開催回数 ○○回 キ 特別養護老人ホーム等への入所措置 総量 ○○人
4 サービスの提供体制の確保	①特別養護老人ホーム、デイサービスセンター等の整備及び体制の確保 ②老人保健施設、保健事業の実施施設等の整備 ③マンパワーの確保 { ・ホームヘルパー、ソーシャルワーカー、寮母等 } { ・看護婦、保健婦等 }
5 その他	①医療施設、医療サービスとの連携に関する事項 老人訪問看護サービス（訪問看護ステーション）との連携に関する事 ②住民参加型サービス、シルバーサービス等との連携に関する事項 ③社会参加活動等の生きがい対策に関する事項 ④地域福祉活動推進に関する事項

帯の状況（単独世帯，夫婦世帯，同居世帯）

護の実態（在宅，特別養護老人ホーム，老人保健施設，病院等）

対応するもの）の推計

に応じた必要なサービス量を設定

方法

項（老人保健法改正事項）

都道府県老人保健福祉計画の骨子（案）

〔策定内容〕

1 保健福祉圏の設定	○地域における実情を勘案して、広域的に指導調整等を図るべき保健
2 現状把握 (圏域毎, 全体)	○保健福祉圏現状把握 ①人口構成(総数, 65歳以上人口, 75歳以上人口) ②高齢者のいるの要介護老人の人数, 要介護老人の障害の程度, 介護の実態(在宅, ⑤就業構造等
3 サービスの実施の現況 (圏域毎, 全体)	①ホームヘルプサービス, デイサービス, ショートステイ等の実施状況 ②機能訓練, 訪問指導及び健康教育の実施状況 ③特別養護老人ホーム等への入所措置の実施状況 ④老人福祉施設の整備状況 ⑤老人保健施設, 保健センター等の整備状況 ⑥マンパワーの確保の状況 ⑦住民参加型サービス, シルバーサービス等の実施状況
4 サービスの実施の目標 (圏域毎, 全体)	①目標年次 ②目標年次における65歳以上人口等の経済・社会状況(2の現状把握 ③サービスの実施の目標 各市町村保健福祉計画による必要なサービス量の積上げ
5 サービスの供給体制の整備 (圏域毎, 全体)	①各保健福祉圏での老人福祉施設の整備量の目標(都道府県全体も作 ・圏域でのバランスを考慮した施設の適正配置 ア 特別養護老人ホーム イ デイサービスセンター, 在宅介護支援センター ウ ケアハウス ②各保健福祉圏での老人保健施設等の整備量の目標(都道府県全体も ・圏域でのバランスを考慮した施設の適正配置 ア 老人保健施設 イ 機能訓練会場(保健所, 健康増進センター, 老人保健施設) ウ ねたきり予防, 健康教育等 ③マンパワーの確保(研修等も含む) ア ホームヘルパー等 イ ソーシャルワーカー ウ 看護婦, 保健婦, 理学療法士, 作業療法士等
6 その他	①医療施設, 医療サービスの連携に関する事項 ②住民参加型サービス, シルバーサービス等との連携に関する事項 ③社会参加活動等の生きがい対策に関する事項 ④地域福祉活動推進に関する事項

福祉圏を設定（医療計画の医療圏・広域市町村圏と整合性を考慮する）

世帯の状況（単独世帯，夫婦世帯，同居世帯） ④住居の状況 ①ねたきり，痴呆等
特別養護老人ホーム，老人保健施設，病院等） ⑤高齢者の受診状況・疾病構造

況

に対応するもの）の推計

或）及び保健福祉圏で広域的機能確保するための施設相互間の連携の方法

○か所

○か所

○か所

作成）

○か所〈保健福祉圏ごとに記載〉

○か所〈保健福祉圏ごとに記載〉

○○回（開催回数）

○人（研修計画）

○人（研修計画）

○人

平成 4 年度保健医療・福祉マンパワー対策

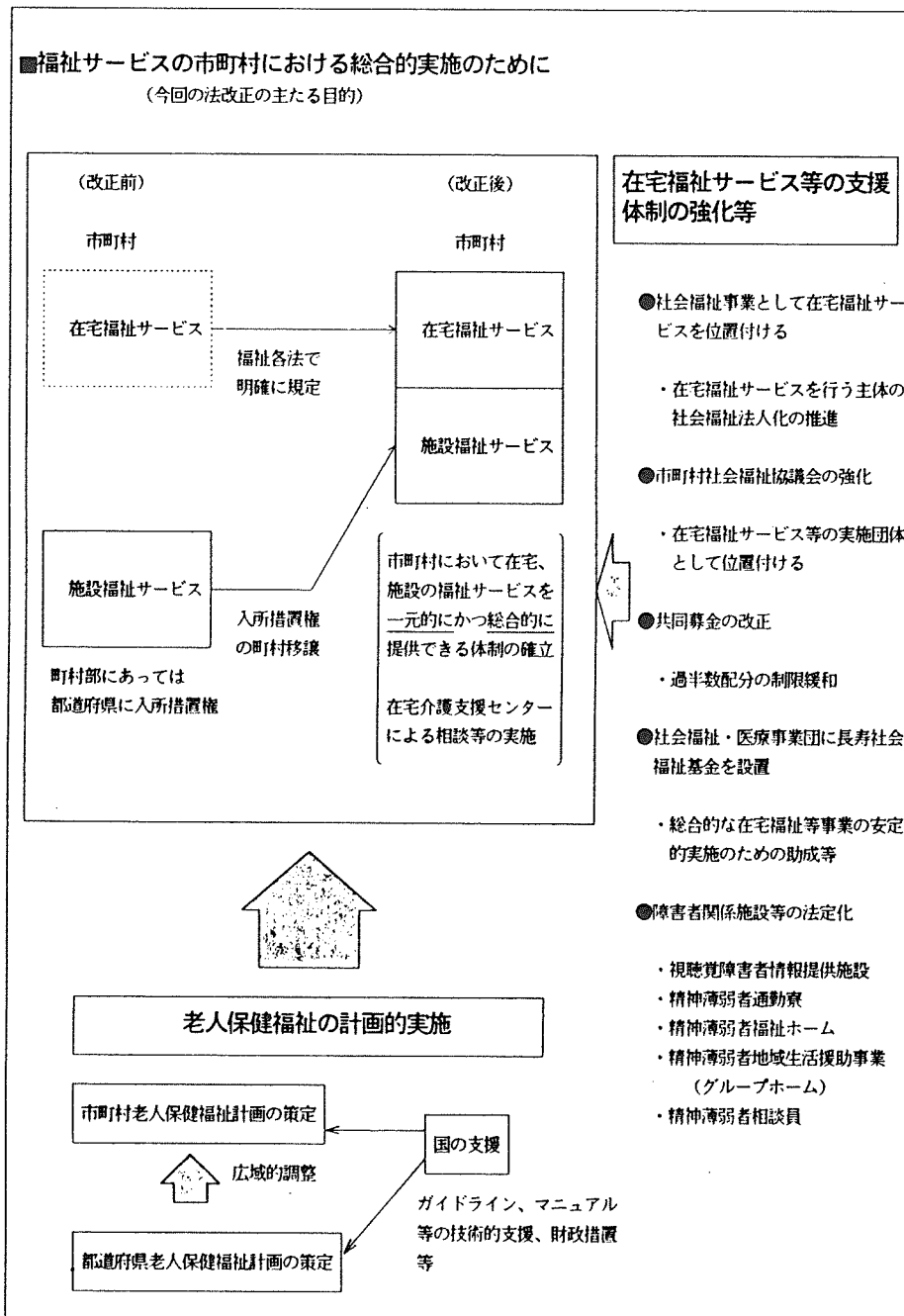
		看 護 職 員	社会
勤務条件等の改善	予 算 資 制 融 税	<ul style="list-style-type: none"> ○ 福利厚生施設（院内保育施設・宿舎）についての予算、融資、税制上の措置 ○ 省力化機器についての融資、税制上の措置 ○ 看護業務改善事業 	○ 措置費にお 軽減、福利
	そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会保険診療報酬を改定する場合の配慮 ○ 国立病院看護職員の給与水準の引上げ等 	○ 国立社会福 祉職俸給
養 成 力 の 強 化 等	予 算 資 制 融 税	<ul style="list-style-type: none"> ○ 養成施設施設整備費補助金・運営費補助金の充実強化及び融資、税制上の措置 ○ 養成施設の教員養成の充実 ○ 修学資金の充実 ○ 准看護婦の進学の拡大についての検討 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 社会福祉士 ○ 介護福祉士
就 業 の 促 進	予 算	○ ナースセンターを抜本的に改組し都道府県ナースセンターを設置（情報提供・あっせん・再教育・訪問看護）	○ 福祉人材情
社 会 的 上 の 評 価	予 算	<ul style="list-style-type: none"> ○ ナースセンターにおけるPR事業の推進 ○ 看護フォーラムの開催 	○ 上記施策と 福祉施設職
国 民 性 の 強 化	予 算 資 制 融 税	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケア実習・普及センターの設置 ○ 全国ボランティアフェスティバルの開催 ○ 省力化機器の導入促進 	

* 法的措置については、看護職員の人材確保を図るための法律案及案を提出することとしており、その内容については現在検討中。

福祉施設職員	ホームヘルパー
ける時短の推進、夜勤の厚生面の充実等	<ul style="list-style-type: none"> ○手当額の大幅な改善 ○活動費の改善 ○機動力の強化
祉施設職員についての表の創設要望	—
<p>・介護福祉士養成施設に対する予算、融資、税制上の措置</p> <p>養成施設の教員養成等の充実</p>	
報センターの拡充	<ul style="list-style-type: none"> ○段階的研修システムの拡充 ○チーム方式の拡充 ○在宅福祉サービス推進等事業の拡充 ○福祉人材情報センターの拡充
<p>あわせ、介護についての国民の理解を深めること等により、社会員・ホームヘルパーの社会的評価の向上を図る。</p>	
<p>○高齢者の介護に要する費用の貸付制度</p> <p>催等 ○在宅介護が必要な高齢者等の住環境の整備</p>	

び社会福祉施設職員・ホームヘルパーの人材確保を図るための法律

老人福祉法等（福祉関係 8 法）の一部を 改正する法律の概要



精神医療におけるセクトリゼーション

浅井 邦彦

(医療法人静和会 浅井病院)

この8月にメキシコ市で開かれた世界精神保健連盟WFMH世界会議で、WHOの中嶋事務総長が講演し、精神保健プログラムで各国が努力すべき分野を三つ指摘した。第一に、暴力、家族崩壊、保健ケアにおいて蔓延する無気力、ケアの非人間化などの心理社会的問題である。第二に、行動や心理社会的なものから来る疾病の問題であるが、こうした問題に対して各国の政府は関心を払わず、研究のための資金も不十分である。第三に、精神神経障害のプログラムのプライオリティは一次予防Primary Preventionにある。しかし、現状は、社会一般は勿論、保健ケアシステムの中ですら無視されている。世界で5億人が精神障害に苦しんでいるが、一次予防により半分は予防可能であり、残りの四分の一は二次・三次予防の対象として治療可能であり、残りの四分の一についても多くのことが出来る。

1978年WHO/UNICEFのプライマリー・ヘルスケアに関するアルマアータ宣言の中で「全ての人は、自らに関わるヘルスケアの計画、施行に関して、個人的に、又団体として、参加する権利と義務がある」と述べている。

この基本的考えに基づいて、WHOは、精神医療において、その主要な利用者である精神障害者と家族は、精神保健とリハビリテーション・サービスの立案と実施に際し、責任を持って参加して行くべきであるとし、利用者のニーズが十分に反映されることを求めている。

公衆衛生審議会（精神保健部会）の地域精神保健対策に関する中間意見（平成3年7月）によると、地域精神保健活動において、サービスの提供について圏域を考える必要があるとし、都道府県は二次医療圏毎に精神保健に関連する社会資源の把握、ニーズの評価を行い、必要な社会資源の整備にも配慮しつつ、精神保健に関して保健、医療、福祉が一体となった計画を策定して行くべきであると提言している。この提言が実体を持った精神保健政策となることが必要である。

まず、精神保健サービスをすすめてゆく地域医療圏セクトリゼーションを実現して行くべきである。

1985年の第一次医療法改正による地域医療計画の策定では、一般医療に関しては、各都道府県ごとに、医療計画の単位となる二次医療圏を設定し、この医療圏ごとに病床警備を計画実行してゆくこととし、全国の二次医療圏は345となった。しかるに、精神医療については各都道府県を全体として一つの医療圏として病床数を規定した。精神医療を地域医療計画から分離していること、しかも、病床利用率を精神科のみ100%として必要病床数を算定していることは問題であり、一般病床の84%、結核病床56%と比べても見直しが必要である。

都道府県単位の広域毎に現在の精神科病床の配置が、医療法上も公認されたわけであるが、これは、セクトリゼーションによる地域精神医療政策の推進という欧米先進諸国の例を見るまでもなく、地域精神医療を、サービスを受ける利用者のニーズにあった方向で整備してゆく原則とは全く相反する決

定と言わざるを得ない。

全国345の二次医療圏のうちほとんどの医療圏では、一般病床の2割程度の比率で、精神病院は分布している。また、ほとんどの精神病院は住宅地域に分布している。345医療圏のうち、日精協会員病院の存在しないところは48医療圏14%であり、このうち21医療圏には公的病床がある(表1)。大都市中心部一東京都の東部医療圏と大阪市医療圏では、公的総合病院の精神科病床しかない。また、日精協会員病院の存在しない二次医療圏の8割は離島などの過疎地である。

ところで総合病院の精神科については、1985年の医療法改正の参議院社会労働委員会の附帯決議のなかに「総合病院について、精神科・神経科の必置の問題を含め、その基本的な在り方を検討すること」という一項目があり、この実現を厚生省につよく求めて行く必要がある。

地域精神医療をすすめて行くには、二次医療圏をふまえたところで最低考えて行くべきであろう。

平成4年度～5年度にかけて、全ての都道府県で地域医療計画の見直しをすることになっているが、精神科病床の広域医療圏の問題も各自自治体ごとに見直しを進めて行く必要があり、公民が一体となってこの問題に取り組んで行かねばなるまい。

医療法改正と平行して、保健所法改正も進行している。厚生省の基本構想では、二次医療圏に1カ所の特定保健所という方向が検討されており、現行保健所の統廃合と再編成を行ってゆこうとしていると言う。現在の852保健所を二次医療圏の345へと近づけてゆくことになり、キャッチメントエリアが広がることはサービスの低下をまねくことになり問題である。

日本の社会・文化にあったセクトリゼーション実現には、既存の病院配置の偏在の問題や、民間病院が85%以上を占めることなど難問が多いが、少なくとも二次医療圏の中に精神科医療施設、デイケアなどの精神科社会復帰施設、精神保健に取り組む十分なマンパワーを配置した保健所などが、有機的に配置されてゆく方向が検討される必要があると思う。こうした視点の欠如したわが国の精神医療政策は問題と言わざるを得ない。

千葉県では人口約557万人で、当初12の地域医療圏に分けられていたが、見直しの結果8医療圏となった。各医療圏毎の人口万対病床数を図1で示しているが、医療圏毎の人口は24万から148万と非常に格差があり問題である。しかし、図2のように各医療圏毎に保健所と精神病院がほど良く分布されており、至適な精神科病床数となっている。各都道府県毎に地域医療計画の二次医療圏と精神病院をはじめとした精神保健資源をプロットしてみる必要がある。そして、精神医療も二次医療圏毎にすすめられるべきであることを、厚生省、自治体に提言して行くべきであろう。

各医療圏毎に最も効果的な精神保健サービスを提供するシステムを考えると、中核センターとなる病院が最低1カ所必要であり、そこでは精神科の危機介入と急性期の患者を扱える体制を組めること一即ち十分なマンパワーと救急に対応出来るハードの設備を持っていることが条件となる。総合病院の精神科や公的精神病院が少ない現状ではクオリティの高い民間精神病院が多くの医療圏でその役割を果たすことになる。この中核となる病院の周辺にそれぞれの規模に応じた、専門の病棟を持つ病院群が配置されることになる。勿論、地域に開かれた開放的病棟が中心でなければならない。病院規模にかかわらず、アルコール専門病棟、老年性痴呆疾患専門病棟、児童思春期専門病棟、神経症専門病棟、更に社会復帰施設など、多種多様な機能分化した病棟を持つ病院群が存在することが望ましい。

精神医療のセクトリゼーションをすすめて行くには、小一中規模の民間精神病院が、それぞれの特色を生かして、地域内の社会資源と密接な関連を持ち、開かれた精神病院として地域保健医療の中心的役割を担って行くことが必要である。

各医療圏毎に精神病院群(単科または総合病院併設精神科病棟)、社会復帰施設、保健所、色々な規

模の（病院または診療所付設の）精神科デイケア施設、精神科診療所、および多くの小規模共同作業所、共同住居、アパート、そして患者のたまり場としての憩いの家などが有機的に配置され、精神医療サービスの一貫性と継続性が展開されることが望ましい。

バンクーバーの例をみると、地域の中に実に数多く存在する様々なレベルの居住施設や住宅（-halfway house、ボーディングホーム、共同住居、補助金付アパートなど）が地域の中にさりげなく散在している。それも全て借家・借地で施設には金をかけず、運営費、マンパワーの費用を州政府が出している。日本では退院した患者の住居の確保が社会復帰の最も深刻な課題である。

カナタなど先進国では、広く認識され実践されていることではあるが、精神障害者のリハビリテーションにおいては、行政（国又は自治体）が主要な役割を果たさなければならない。地域社会や患者、家族といった人達が経済的な負担を全てすることは出来ないので、行政が主としてコスト（設備、運営、人件費の全て）を負担をし、運営は民間にまかせる方式である。

我国における社会復帰施設の設置は精神保健法に書かれているように、原則として、国および自治体が各地に設置すべきものであり、公設民営の第三セクター方式で民間に運営をまかせるべきであろう。

21世紀へ向けて、我国で必要とする至適な精神科病床数とコミュニティケアをすすめてゆく上での必要な社会資源の種類と量を具体的な目標として定め、今後5～10カ年計画でヴィジョンを立てて行くような国の精神医療政策を我々は求めて行く時期であると思う。

表1. 都道府県別医療計画作成状況と必要病床数・既存病床数の状況（平成元年3月31日現在）

	精神病床			日精協会員 病院のない 二次医療圏 数 (公的病床 のある所)	一般病床				結核病床	
	必要病床数	既存病床数	過不足		二次医 療圏数	過剰医 療圏数	必 要 病床数	既 存 病床数	必 要 病床数	既 存 病床数
北海道	20,683	21,005	372	4 (3)	21	5	77,476	76,175	1,860	2,460
青森	4,638	4,899	261	1 (1)	6	4	13,684	14,634	762	923
岩手	4,431	4,897	466	2 (2)	9	2	14,777	15,125	△	783
宮城	6,658	4,800	△ 1,858	0	5	1	19,476	18,394	△	1,085
秋田	4,013	4,882	869	0	8	4	12,359	12,352	△	689
山形	3,832	3,003	△ 824	0	4	0	12,463	9,620	△	723
福島	6,549	8,813	2,264	1 (0)	7	4	20,932	23,509	△	1,100
茨城	6,728	8,405	1,677	0	6	5	20,609	24,832	△	1,079
栃木	4,711	5,634	923	0	5	3	15,075	15,680	△	813
群馬	4,441	5,717	1,276	1 (0)	10	8	16,543	18,003	△	765
埼玉	14,596	11,591	△ 3,005	0	9	7	43,674	47,149	△	1,532
千葉	13,596	11,822	△ 1,436	0	12	8	34,802	40,348	△	1,962
東京	28,783	26,744	△ 2,039	2 (1)	13	6	104,819	105,409	△	4,849
神奈川	16,990	12,256	△ 4,734	0	8	8	52,340	56,344	△	2,450
新潟	5,908	7,401	1,493	3 (1)	13	3	22,700	20,099	△	1,079
富山	3,631	3,699	68	0	4	2	14,290	14,155	△	677
石川	3,599	4,109	510	1 (0)	4	2	14,867	16,737	△	641
福井	2,618	2,096	△ 522	1 (0)	4	1	9,988	9,230	△	470
山梨	1,966	2,696	730	3 (0)	8	1	8,678	7,929	△	348
長野	5,173	6,102	965	2 (0)	10	3	18,692	17,334	△	926
岐阜	4,353	4,479	126	0	5	3	16,139	17,004	△	1,024
静岡	7,931	7,570	△ 361	2 (0)	10	7	27,588	29,292	△	1,665
愛知	14,300	13,487	△ 813	0	8	4	46,968	56,179	△	2,808
三重	3,861	5,376	1,515	0	4	2	15,396	15,800	△	970
滋賀	2,473	2,190	△ 247	3 (0)	7	0	11,250	9,195	△	810
京都	6,377	7,029	652	3 (0)	6	1	27,144	29,850	△	1,751
大阪	20,957	22,115	1,158	1 (1)	4	4	71,751	98,681	△	5,270
兵庫	12,126	11,199	△ 927	1 (1)	10	2	48,919	47,496	△	3,621
奈良	3,206	2,644	△ 562	0	3	0	12,478	10,462	△	862
和歌山	2,582	2,999	417	4 (4)	6	1	11,819	11,969	△	801
鳥取	2,014	1,984	△ 30	0	3	0	6,934	5,659	△	367
島根	2,719	2,510	△ 209	1 (0)	6	1	9,914	8,135	△	497
岡山	6,150	5,744	△ 406	0	5	4	21,148	23,498	△	1,101
広島	9,167	8,761	△ 406	1 (0)	10	2	32,411	27,850	△	1,562
山口	5,509	6,426	917	0	9	5	18,357	20,690	△	1,000
徳島	3,836	4,740	904	0	3	0	12,136	11,495	△	545
香川	4,450	4,345	△ 105	1 (1)	5	0	14,460	12,837	△	800
愛媛	6,270	5,020	△ 1,252	0	6	3	20,538	18,078	△	1,126
高知	3,700	4,212	512	1 (0)	4	2	13,405	16,234	△	661
福岡	22,315	21,549	△ 766	0	10	6	54,457	64,928	△	3,546
佐賀	4,431	4,481	50	0	3	1	10,628	10,462	△	748
長崎	7,414	8,551	1,137	4 (3)	9	5	17,584	18,802	△	1,308
熊本	8,801	9,154	353	0	10	2	24,798	24,804	△	1,617
大分	5,880	4,751	△ 1,129	3 (0)	10	0	14,921	13,373	△	1,048
宮崎	5,550	6,348	798	0	6	6	13,013	13,893	△	931
鹿児島	8,566	10,104	1,538	0	12	1	24,537	20,805	△	1,653
沖縄	4,897	5,544	647	2 (2)	5	3	11,293	12,227	△	745
合計	352,971	354,556		48 (21)	345	142	1,158,230	1,212,757		63,430
										45,933

図1 人口万対病床数

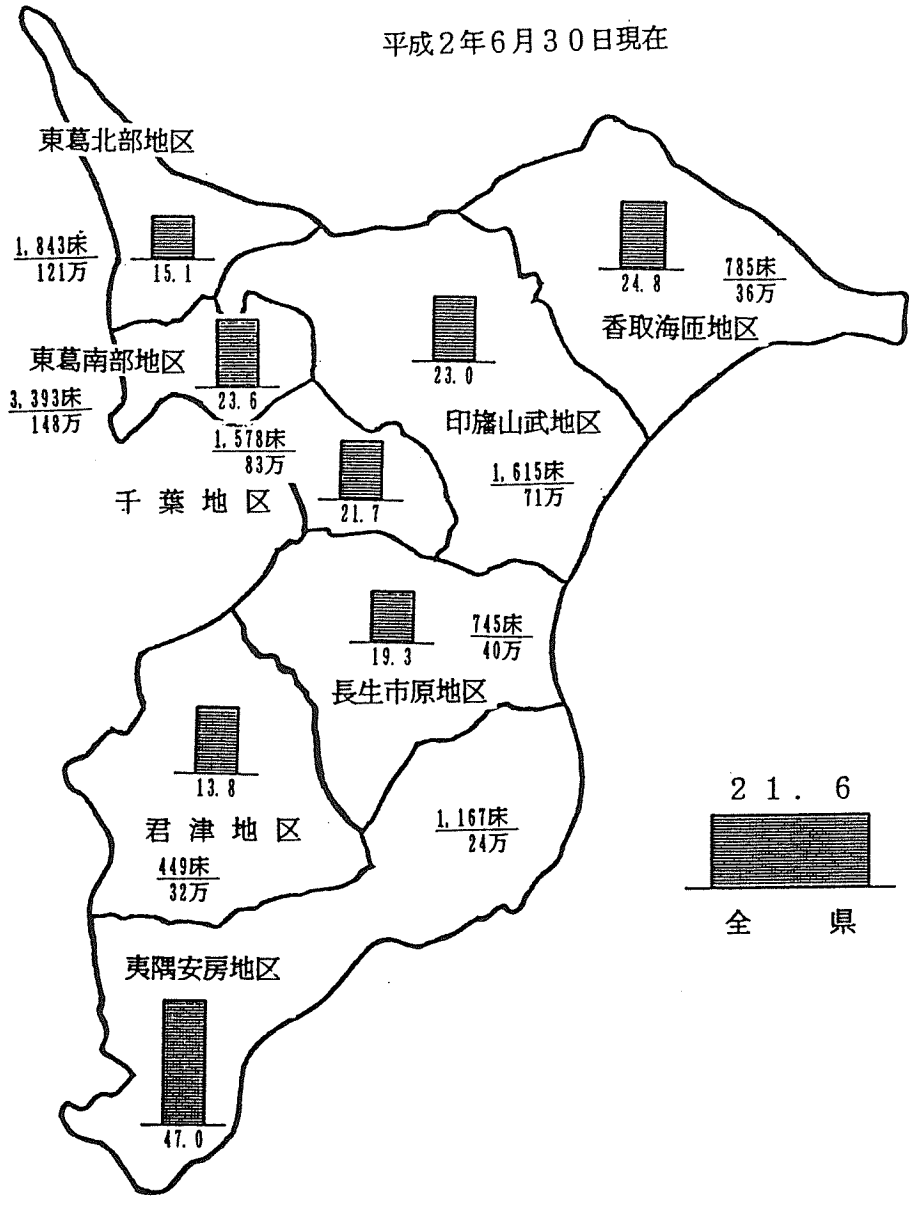
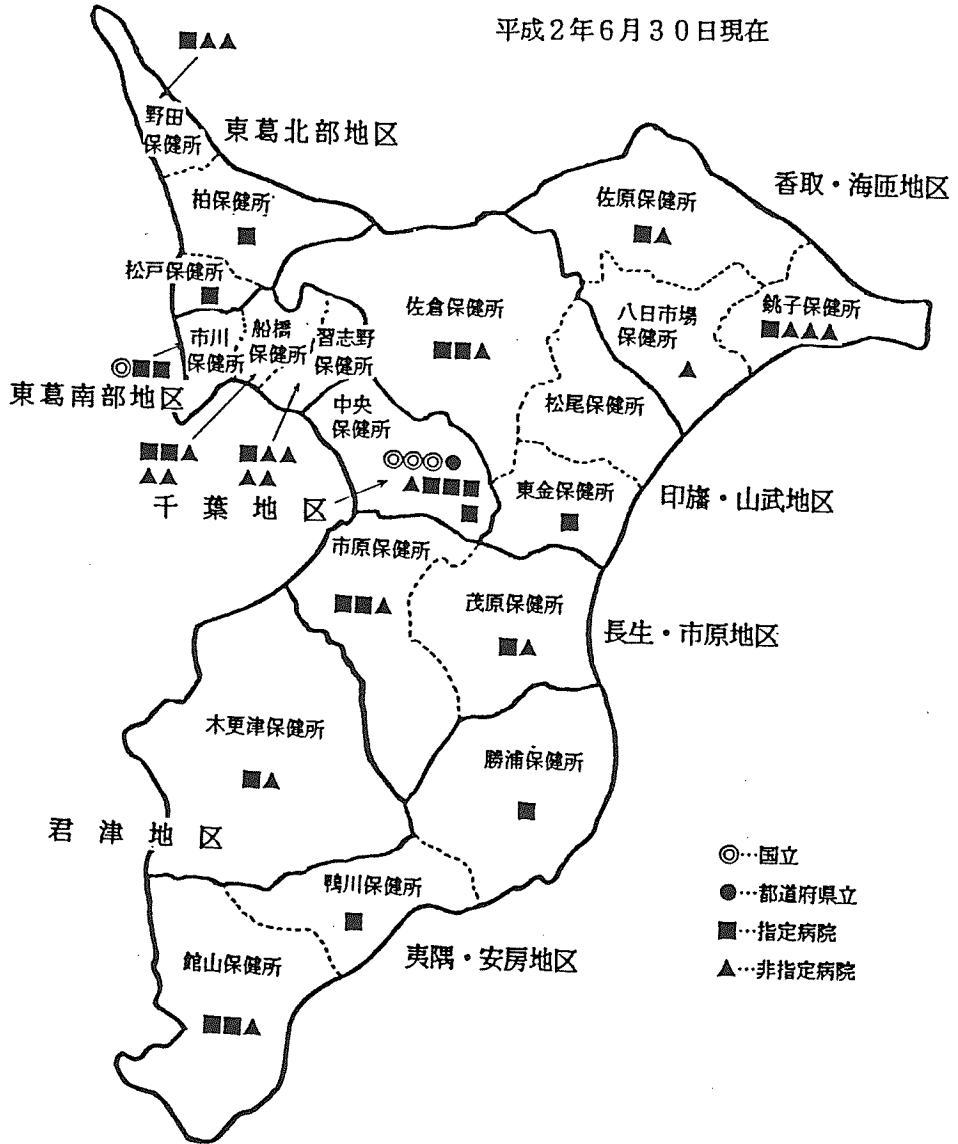


図2 保健所数と精神病院数



川崎市の経験から

西澤 利朗

(川崎市精神保健相談センター)

東京と横浜の中間に位置している人口115万の川崎市では、精神保健法成立後の平成元年、衛生局内に川崎市精神保健対策検討会を発足させ、翌年、社会復帰対策を中心とした報告書「川崎市に於ける精神障害者社会復帰対策の現状と今後の在り方について」を、学識経験者等で構成される川崎市精神保健推進会議に提出した。

報告書は、社会復帰対策に関して、①生活維持支援領域 ②リハビリテーション領域 ③医療領域 ④ネットワーク・市民参加 ⑤行政領域のそれぞれについて基本目標ならびに整備計画目標を集約したものである。そして、整備計画に沿って当面の検討作業として次の重点目標を設定した。

1. 総合的調整機能の拡充強化
2. 生活援助体制の確立と施設整備
3. 精神科緊急・救急医療体制の確立と施設整備

さらに、将来的な川崎市精神保健総合対策構想では、精神障害者の人権尊重と社会復帰施設整備対策の実現をめざすと共に、より具体的には24時間体制の医療及び生活援助体制を確立する方向を明示している。そこでの求められる主要機能としては、次の4つの事項に関し、それぞれ整備・設置が必要とされた。

1. 精神保健推進室（課）仮称の設置

川崎市に於ける精神保健対策を推進するための総合的調整機能を充実強化し、精神保健総合対策構想案の作成と推進、大都市特例に伴う準備、精神保健対策構想に基づく計画・立案・予算化作業を行う。

2. 川崎市精神保健推進会議の常設設置

川崎市における精神保健に関する重要事項を審議し、精神保健行政に対し意見具申・答申を行う。推進会議の構成は、市長の任命により市民代表・専門家・学識経験者・行政で構成する。

3. 川崎市精神保健事業団（仮称）の創設及び精神保健会館（仮称）の建設

精神保健対策構想の実施、及び諸施設の建設・運営に際しては、民間諸団体や民間施設活動事業の協力と連携がなくては地域精神保健計画は設立しえない。これらの充実強化には、市長を中心とした精神保健事業団の創設は欠かすことができない。

また、家族会・当事者グループ等の民間諸団体・ボランティア育成等の諸活動の拠点となる施設（会議・研修・事務局）である精神保健会館が必要である。

4. 生活援助センター（仮称）の設置

精神障害者の地域生活を支援するための本格的な専門機関は従来から設置されておらず、再発を防止し、かつ地域社会での生活の安定を促進し、障害者のノーマライゼーションを推進するためには、障害者の地域生活に密着した24時間対応できる機関（生活援助センター）の設置が最重要課題であり、かつ緊急を要するものである。

総合病院精神医学会の立場から

守屋 裕文

(東京都立広尾病院)

総合病院精神医学会は、これまで一年半以上にわたって医療法改正における地域医療圏問題、医療施設機能の類型化問題、精神保健法見直しの問題について検討を加えてきた。今回のフォーラムでは、これらの問題に対する本学会としての基本的見解を述べてみたい。

1. 地域医療圏問題

近年、医療の進歩と高齢化社会への移行に伴い、国民の医療に対するニーズも変化してきている。精神科においても、精神分裂病のみでなく他の精神疾患群（神経症、思春期精神障害、軽症うつ病、老年期精神障害、脳器質性精神障害など）の受診加療が増加する傾向にあり、これまで以上に幅広く、きめの細かい多様な対応が望まれている。一方、我が国の精神医療が閉鎖性、拘禁性、人権軽視、長期在院化の傾向などから、国際的批判を浴びたことは記憶に新しい。とくに、長期にわたる精神病院入院治療が大きな比重を占め、上に述べた精神疾患の多様性に対応してゆくためには非常に不十分な医療体制にしかないことが指摘されてきた。

平成2年に、我々が総合病院精神科（538施設中、回収242施設）に対して行ったアンケート調査では、70%の施設が「総合病院精神科が扱う疾患のうち、最も多いのは分裂病圏ではなく、神経症圏やうつ病圏の疾患である」と回答し、対象となる精神疾患が変化してきていることが示された。また、1年間の初診患者が年間300名以上あると回答した施設も70%に及び、さらに34%の施設が身体科から精神科に診察依頼があった患者は初診患者の1/4以上あると答えている。一方、全国の総合病院精神科の外来統計調査をみても、全外来患者に対する精神分裂病患者の割合は10~20%であり、身体科からの依頼患者の割合は20~50%、身体科に入院中の患者で精神科の治療を受けている併診患者は常時20~50名いると報告されている。これらの結果は、精神科が全体の医療ならびに精神医療の中で精神病のみを対象としていたのでは、もはや国民のニーズに答えきれないことを示すものといえよう。

総合病院精神科の受診者がこのように多く、また身体科の中に精神科治療が必要な患者が少なからずいるにもかかわらず、実際の医療体制は極めて貧弱である。すなわち、全国の総合病院（1,073施設）のうち精神科が設置されているのは、約47%しかなく、さらに有床の精神科をもつ総合病院はわずか22%にすぎない。

ところで医療法では、一般病床については2次医療圏が定められているが、精神病床については都道府県単位の、より広い医療圏となっている。地域に結びついた精神医療の発展のためには、精神病床についても一般医療と同じ2次医療圏を設定し、きめの細かい精神医療システムの配置が望まれる。それを早急に実施することが困難であれば、精神医療機関の過疎地域には既存の総合病院に精神病床を設置することが急務で、それなくして日本の精神医療は「地域精神医療を軸とすべき」とする世界

の大勢に再び遅れを取ることにならう。現在、総合病院精神科は地域の中核的機能を担いつつあり、これらを軸として地域精神医療の再編を行い、国民のニーズに合った精神医療の提供を目指すことが、現実的な解決策のひとつといえる。

2. 医療施設機能の類型化問題

国会で継続審議となった「医療法の一部を改正する法律案要綱」によると、一般病床に関しては特定機能病院及び療養型病床群の制度を設ける方向で検討されている。一方、精神病床の機能類型化については、精神科独自に模索されているのが現状ですが、この問題に対する我々の考え方をここで明らかにしておきたい。

第一の点は、特定機能病院の設置基準のひとつとして、精神科設置が盛り込まれなければならないということである。特定機能病院は高度な診断機能、特別な治療、診療情報を主なサービスとし、その主たる対象疾患は3次救急対応患者、専門家チームで治療すべき疾患などとなっている。上記の対象疾患の中には急性薬物中毒の患者、心筋梗塞の急性期の患者、腎移植などの臓器移植の患者、悪性腫瘍の患者などが少なからず含まれることは当然予想される。一方、これらの疾患に対する精神医学的関与が強くなり求められてきていることは、近年のリエゾン精神医学の急速な発展が証明している。我々の調査によれば、都内のA大学病院では身体科に入院中の患者で精神科の治療を受けている併診患者が常時50名ほどおり、また都内のB総合病院（全450床）精神科では他診療科からの依頼患者は年間235名、C大学病院（全947床）精神科では808名もおり、高次機能をもつ病院ほど院内での精神科の需要は増加傾向にある。このような状況を踏まえれば、より高次の機能を課せられる特定機能病院に精神科が必要であることは明らかであろう。

第二の点は、既存の総合病院が一般病院として届け出、その中に療養型病床群を申請した場合、総合病院精神科病床は現在の診療報酬のもとではその採算の低さから療養型病床群のひとつになる危惧がつきまとう。昭和62年度の関西労災病院における金子の調査によれば、精神科入院の単価は1日11,292円であり、病院全科の平均23,252千円に比較して最も単価が低くなっている。すなわち、1床当りの収入は悪く、同数の病床をもつなら内科病床をもつ方が採算に合うというのが現状である。このような精神科の不採算性の問題と、他科に比べて入院期間が長いという精神科の特徴を併せ考えると、病院経営者が精神科をよりマンパワーが少なく済み、しかも長期の入院が前提となる療養型病床群として位置づけてくることは想像に難くない。一方、総合病院精神科は開放病棟が多く、急性期の患者や身体合併症患者を多く抱えている。そのため、高い精神医療の質を確保するためには、少なくとも内科病棟と同程度のマンパワーが保証されなければならない。総合病院精神科には、単科の精神科または精神科主体の病院が中心となって検討されるであろう精神科における医療類型化についての諸問題とは別の、こうした要素があることを提示しておきたい。

3. 精神保健法見直し問題

ところで、精神保健法改正にあたって検討すべき事項は、精神障害者の定義、保護義務者問題をはじめ数多くあるが、ここでは精神保健法48条（以下48条と略す）、いわゆる収容外禁止事項について触れておきたい。48条で「精神障害者は、精神病院又この法律若しくは他の法律により精神障害者を収容することの出来る施設以外の場所に収容してはならない」とうたわれている。この法律条項は旧精神病患者監護法において認めていた私宅監置制度を廃し、精神障害者の医療及び人権確保を図る趣旨で作られたものといわれている。しかし、時代の変遷とともに48条の存在する理由も薄れ、今ではこの

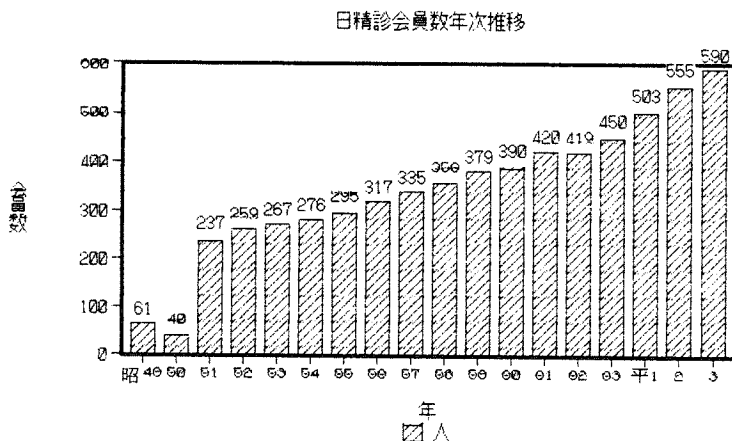
条文は精神障害者を治療してゆく上で、障害にすらなっている。昨年度の我々の調査では、精神障害者を入院させている総合病院117のうち33病院（28%）で精神科の患者と他科の患者を一緒に入院加療する、いわゆる混合病棟の形態をとっていた。この病棟形態は、独立した精神病床をもちにくい現状においては、今後も増加してゆくことが予想される。ところで48条が厳密に適用されると、一般病棟での精神障害者の入院治療は困難となる。また合併症患者の一般病棟での治療についても、我々の調査で、この法律を理由に難色を示されたことがあるとの報告もみられた。このような状況では、精神障害者が真に必要とする医療を十分に受けることができないと思われる。我々はこの問題を解決してゆくために、「48条」が精神医療の現状に適合すべく、速やかに改正され、精神障害者がその病状に合った適切な治療を受けることのできる、よりふさわしい治療環境が保証されることを切望する。

精神科診療所の立場から

穂積 登

(南大塚診療所・日本精神神経科診療所医会)

精神科診療所の推移について概略を説明する。昭和20年以前にも精神科診療所の原型は存在し、精神科医師がサイドワーク的にクリニックを開設していた例はある。昭和30年代に都市部に精神療法実践のためにクリニックを開設した例の他、脳波計が普及しはじめ、その専門性をもとにクリニック形式にて診療する例も現れてきた。また、昭和30年代に薬物療法が普及して、病院の精神科治療において、入院患者が二極性を見せはじめるに及んで、精神科を外来にて治療する傾向が芽生え、そのためのクリニック開設も散見するようになってきている。一方ではまた、街中における精神障害者の相談が増えはじめ、診療所開設の需要が増大してきた。50年代に入って、クリニック開設の伸びは急速に高まってきている。しかし、古い時代の精神科診療所の開設状況に関する資料は乏しい。昭和49年になって精神科診療所医師会が発足し、その開設状況が明確になった。下図にその経過を示す。



このような流れの中で、東京都においては、精神科診療所の流れを示すクリニックとして荻野会長が開設した五和貴診療所が、その先駆的役割をとっているであろう。開設は昭和43年で、この時期に診療所の中の5業種（医師、ケースワーカー、心理士、事務、生活関連者）のチーム医療を志し、地域の保健所や家族と連携して患者の開放治療を黙々と実践しはじめた診療所である。ここでは、小人数の患者を入院させ、小さな建物の中で生活させていくという診療所のもつ構造から、当時の病院における開放病棟での管理を前提とした作業療法などと異なり、公共の施設である公園やプールを利用して作業療法を推進する他、日常生活の場を市中に求め、そこでの生活指導をしていった。当時、病

院の閉鎖性に対して起こった色々な社会的論議を耳にしなが、黙々と次の時代に来るべき治療活動を実践していたと言えよう。40年代後半からはこのような先例を踏まえた診療所もちらほら見られるようになり、私も昭和52、3年に“みのりの家”という精神科作業所を診療所の付属施設として発足させた。当時、デイケアを目差したものであったが、医療上の認可が下りず、また保険点数上も殆ど収益に寄与するところはなかったので、全くの出費を迫られる結果になった。当然、財政的には困難になったが40年代から続いていた精神科開放治療に対する社会的関心が高く、ボランティアが参集して都の援助を取り付け、運営委員会を結成して、独自で経営していくようになった。精神科診療所が独自の考え方でデイケアを開設し、それを作業所という形態にせよ、ボランティアが参集して継承していったという意義はある。当時、私は川崎や松沢で設置されたリハビリテーション・システムに対し、制度上の固さを感じていた。何よりも、6カ月のリハビリで終了するという制度は、精神障害者が社会復帰する時に示す回転現象にそぐわないものとして違和感を感じていた。デイケアは社会生活で疲れた患者さんのオアシスになるべきだと考えた。さらに、リハビリテーションという医療上のルールにのせていることにも不満があった。精神科医療は患者さんに強制的に薬を服ませ、病院で管理してその自立性を奪う部分がある。さらに異常体験を背景にして自明性を失っている患者さんに医師が指導性を発揮する部分がある。従って、この過程で医師が患者の自立性を奪い依存性を植え付ける構造を継承した、医師によるリハビリテーションは患者の精神的独立を回復するものではない。精神科リハビリテーションは患者の自我の独立を前提としたものでなければならないはずである。その意味で、精神科デイケアが、患者自らが求めるオアシスの構造になっていることは重要な意味があると考えた。さらに、援助者としてケースワーカーや心理士が中心になっているとはいえ、素人のボランティアが面倒をみるという構造が自我の独立に関しては重要な意味を持つ。偶然ながら患者の自我の独立を図りたいという私の願望をうまく実践する結果になった。このような診療所の持つ柔軟性が、その後、多くの精神科医に認識されて、それぞれ独自の考え方で個性的なクリニックを開設するようになってきている。東京の例をあげるならば、錦糸町のクボタクリニックは「治療より人を生かす。」をモットーに、地域との連携をもとにした作業所を開設している。ここでは、他病院の患者さんを援護するような作業所、自分の診療所の患者さんが主体的に参加している作業所、さらにまた、患者さんたちが作品やその他を販売する店舗経営を行う傍ら、クリニック内に医療としてのデイケアを作っている。患者さんのニーズに合わせて、また家族会やボランティアたちの要求にも合わせて多様性のある作業所づくりを目差しているといえよう。また、蒲田の高橋クリニックではデイケアだけを設置しているが、こちらは「一緒に楽しく生きる。」をモットーに、医師は、患者さんに医師自身がしたいことをしてもらい、一緒に楽しく生活できるように演芸関係の人を呼んだり、ジャズダンスをしたりして、非常に明るい生活を取り込むように心掛けている。また、千住の幸仁クリニックの板橋先生は、作業所デイケアに飽きたらず、都市部の家族会が最も強く要求している福祉ホーム、グループホームの設置をめざし、江戸川に新しく診療所を建設して、1階を診療所、2階をデイケア用集会所、3階・4階を宿泊施設とした。これは入院ではない。このように精神科診療所は医師により全く独自の個性をもった治療構造を持つに至っている。現在、精神科診療所医会は、全国のクリニックの精神科的発展を考え、医師会の中で全く独自に行動できるよう、法人化を進めている。私たちは精神科医療の多様性と独自性を広く認識してもらい、医療保険の上でもそれなりの援助を得られるよう、希望している。荻野会長を中心に細々ながら続ける精神科診療所の歩みの側面を訴えながら皆さんの理解を求めたいと思う。

地域精神保健システムについて

—地域精神保健専門部会の討議を省みて—

吉川 武彦

(国立精神・神経センター精神保健研究所)

住民が住み慣れた場・圏域

地域保健は、いうまでもなく地域住民の健やかさに関わる。人が身体的、精神的、社会的存在であり、地域保健は地域住民のあらゆる健やかさに関わることとなる。また人は、ライフサイクルを歩むが、地域保健は、地域住民のどのライフステージにおける健やかさにも関わりを持つ。

健やかさに関わるということは、単に疾病の予防や、疾病の早期発見を目的とした保健活動をいうわけではない。重要なのは、住民の保健行動を喚起するような働きかけを行うことであろう。さらに重要なのは、対人保健サービスにかかる地域保健活動は、圏域を念頭において進められなければならないことである。いかえれば、地域保健医療計画に基づく第2次地域保健医療圏を念頭においた対人保健サービスを行うことが必要になる。すなわち、「住民にとって住み慣れた生活の場に近い圏域内で提供される（平成3年7月、公衆衛生審議会中間意見）」ということである。地域精神保健としてその例外であるはずはない。

対人保健サービスは、母子保健、成人保健、老人保健等の各々のライフステージにおける健康づくりを行うほか、こころの健康づくりを含む精神保健活動があるが、疾病対策の上でも急性・慢性伝染病対策をはじめ、成人病対策、難病対策、精神病対策等と極めて多岐にわたって行われている。

地域保健と精神保健

地域保健の目標は、地域住民のひとりひとりが「健康に生きることができるよう援助を行う」である。目標実現のために、以下のことを目指す。

- ① 地域を多様なものにし、疾病を負いながらも、障害をもちながらも住民が、生き生きと生きられるような地域社会づくりを行う。
- ② 啓発活動や健康教育、健康相談活動等の保健活動を活発に行い、これらを通じて地域社会を活性化し、明るい、健康な街づくりを行う。
- ③ 健やかさから病いまで連続性とモザイク性を強調する新しい健康思想を普及し、病む人や障害をもつ人を支えるネットワークづくりを行う。
- ④ 健やかであると思っている人にも、健やかさが脅かされていると思っている人へも、健康に生きることへの援助を行う。
- ⑤ 疾病や障害の予防と早期発見、アフターケアのほか、疾病や障害をもたらず身体的・精神的・社会的要因を早期発見し、その予防に努める。

精神保健は、地域保健を構成する重要な要素で活動を根底から支えるものである。いいかえると、精神保健は地域保健の一分野である。したがって、地域において展開される精神保健活動、すなわち地域精神保健活動は、次のような基本理念にしたがって展開し実践されなければならない。

- ① 疾病や障害を負っている人も負っていない人も、住民一人ひとりが精神的に健康な生活を送ることができるような地域社会づくり
- ② 啓発、教育、健康相談を通じての精神保健活動。精神保健思想を普及し、地域社会を活性化して精神的に開放された明るい街づくり
- ③ 新しい健康思想と精神的健康とは何かということを考える住民とともに、病む人や障害をもつ人々を支えていくネットワークづくり
- ④ 精神的に健やかかであると思っている人にも、健やかさを脅かされている人にも、精神的に健康に生きやすくなる援助
- ⑤ 精神的不健康の予防や早期発見を行うほか、アフターケアや再発予防に努め地域社会や家庭におけるその要因の早期発見、予防

精神医学、衛生学、精神衛生、公衆衛生、地域保健そして精神保健

ヨーロッパに始まった『精神医学』は、現象学的方法と生物学的方法によって、「精神疾患（精神病）」を疾病単位として分類し、治療法を開発しようとしてきた。つまり精神医学は医学の一分野であり、人のある特異な現象に関して「疾病性（Illness）」を重視して、精神疾患の原因を明らかにしようとするとともに、精神疾患の診断と治療を行うのである。

『衛生学（Hygiene）』は、医学の重要な基礎学問で、疾病をはじめ広く健康障害を引き起こす原因と社会的条件との関連を追うもので、疾病を含む健康障害を社会条件によって予防し、再発を防ぐことを研究・実践する。

『精神衛生（Mental Hygiene）』は、精神疾患や精神健康障害を引き起こす原因と社会的条件との関連を追う。したがって、精神医学との関係は深い。しかし、精神保健（Mental Health）に発展するまでの道のりは長い。

『公衆衛生（Public Health）』は、人々の健康を問題として疾病を扱い、健康障害の一つとして疾病を扱う。その限りではわが国の「公衆衛生」学は、「公衆・衛生」学の理解にとどまっていたといえるし「公衆保健（健康）」学に発展していかなかったところの問題があるといえることができる。

『地域保健』は、公衆衛生の実践的側面で従来は公衆衛生活動ないし地域公衆衛生実践と呼ばれてきたものである。実践的な場面で公衆衛生という言葉が消えつつあるのは、地域住民から期待がヘルスを中心にするものになってきたからである。衛生という言葉には含みきれない内容をもつ公衆衛生・「公衆・保健（健康）」の展開が期待されているからであろう。

『精神保健（Mental Health）』は、その人が示す特異な現象を本人や周りの誰かが問題にされてケース化することに注目し「事例性（Caseness）」を重視する。ケース化が、制度や経済状態、地域社会の人間関係などの社会的要因によるものか、その人の精神生活史や精神発達過程に関わるものなのかを見極めようとするものである。

精神医学と疾病性、精神保健と事例性

精神医学は、『疾病性（Illness）』の次元で原因を探り原因の除去を行うほか、医学的診断を行い、治

療（Cure）を行う。医学的診断技術とは、生物的な手段によるものばかりではなく、心理社会的手段によるものもある。治療技術と治療方法も同様で、薬物治療などの生物的治療のみならず、精神療法や社会療法などもある。

精神保健は、『事例性（Caseness）』の次元で原因を探り原因の除去に向けて働きかけを行うほか、心理社会的診断を行い、集団的・個別的な処遇（Care）を行う。原因の除去に医学的手段を利用することもある。心理社会的診断には、医学的診断が応用されることもある。処遇には、医学的治療技術を活用し、処遇を円滑に進めることも重要である。

精神医学と精神保健は互いに排除しあうものではないが、混同してはいけない。精神医学と精神保健は、ケースをみる視点が疾病性から見るのと事例性から見るのとの違いがあるからである。

地域精神保健活動の3分野

1. 積極的精神保健（Positive Mental Health）

いまあるこころの健康をより高めることを目指す。こころの健康増進とっていい。目的は、こころの筋肉マンづくりをすることでも、こころの鉄仮面づくりをすることでもない。障害、なかでも精神障害をもつものにあっても、もたざるものにあっても、その人のこころの健康をより高めることはポジティブメンタルヘルスという。こころの健康に関する意識の改革を起ささせるための基礎研究から実践まで幅が広い。精神保健思想の啓発、精神健康に関わる教育、精神保健相談のための理論と方法を開発する。

2. 支持的な精神保健（Supportive Mental Health）

こころの健康を損ないつつある人（こころの病に陥っている人）やすでにこころの健康に障害をもつ人（広義の精神障害者）、こころの健康障害から回復しつつある人（精神障害回復途上者）や回復したがなお援助を必要とする人（精神障害回復者）に対して、必要な援助内容と援助方法を検討し、具体的援助体制を整備するための基礎的研究と実践活動をいう。支援するためのサポートシステムに關することや、支援するための拠点配置と拠点づくりに關することがサポーターティブメンタルヘルスである。

3. 総合的精神保健（Total Mental Health）

国際連合が提唱した国際障害者年（1981年から1990年）の「行動計画」に盛られた理念（A63で「社会は、全ての人々のニーズに適切に、そして最善に対応する」ことが求められているし、「（社会は）文化的・社会的な生活全体が、障害者にとって利用しやすいように整える義務を負って」おり、「（そのことは）単に障害者のみならず、社会全体にとって利益となる」といってきた上で「ある社会がその構成員のいくらかを閉め出すような場合、それは弱く、もろい」といったことを指す）とノーマライゼーションの思想を踏まえた生きがいのもてる地域を生み出すための考えと実践をいう。

地域保健における精神保健

結核対策、母子保健、成人保健、難病対策、老人対策のどの領域も精神保健に関わりがある。すべての保健活動に精神保健的な視点で関与すると同時に、精神障害者対策という専門領域を持つのが精神保健活動であろう。

- ① 精神保健は、その地域保健実現の大きな担い手。目標実現のためには、精神保健的地域診断を行い、地域住民の精神保健ニーズ分析をする。
- ② 精神保健は、ケース化に注目し、「事例性」を重視する。制度や経済状態、地域社会の人間関係な

どの社会的要因を重視する。

- ③ 個別的には事例性の次で原因を探り原因の除去に向けて働きかけを行う。集団的・個別的な処遇を行う。ケースマネジメントを行う。
- ④ 精神保健は、地域住民が住みやすい地域づくりを目指す。ボランティア活動を喚起し、地域支援体制（地域サポートシステム）をつくる。
- ⑤ システムは3層（オフィシャル、プライベート、ベシック）つくる。

さらに、ここで地域精神保健における精神保健システムのユーザーが誰であるのかについて触れておきたい。一般には、精神科医療システムのユーザーは精神障害者と考えられている。それはそれで是とするが、精神科医療システムのユーザーは、本来は地域住民である。精神障害者は地域住民の一人として精神科医療システムを利用するのである。精神保健システムは精神科医療システムを含むものであるが、これまでに述べたように精神保健は、積極的精神保健、支持的な精神保健、さらに総合的精神保健の各フェースをもつものであることから、精神保健システムのユーザーが精神障害者にとどまるものでないことも明らかであろう。

このことをサプライ側が自覚することなくしては、地域における精神保健システムのさらなる構築ができるとは考えられない。精神科医療システムはもとより、広く精神保健システムが地域住民のものになるよう図られなければならないことを、地域保健から精神保健を考えてきたものとして強く指摘しておきたい。

公衆衛生審議会「処遇困難患者対策に関する中間意見」 ——「重症措置患者専門治療病棟」構想の問題点について

金杉 和夫

(陽和病院、第2回精神保健国内フォーラム運営委員会)

私のこの発表には二つの目的がある。一つはこの国内フォーラムを主催する精従懇とフォーラム運営委員会での「処遇困難患者」問題に関する討論を紹介し報告することである。二つ目は「処遇困難患者対策」、具体的には「重症措置患者専門治療病棟」の設置の構想について、主に批判的観点から問題点を指摘することである。前者は運営委員会の報告者としての役割、後者は個人としての意見と理解して頂きたい。

さて、今年7月に公衆衛生審議会が中間意見として発表した「処遇困難患者対策」は、精神保健・医療・福祉従事者の間に多くの議論と批判、疑問を引き起こしている。

この中間意見で述べられている基本的認識は「その病状や問題行動により病院内における治療活動に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者については、長期間保護室で処遇され必ずしも十分な治療が受けられる状況になかったり、また、他の患者と同じ病棟内で処遇されることにより一般の患者が開放的な環境でより良い治療を受けることを妨げている要因となっている。」というものであり、その具体的対策は「処遇困難患者を専門的に治療するための病棟を試行的に整備する」すなわち、重症の措置入院患者を充実したマンパワーを投入して集中的に治療する専門病棟を設置するという措置入院制度の強化策である。

日本の精神病院の治療と処遇の現状は極めて貧困で劣悪であることを我々は認めざるを得ない。全国精神病院入院患者のおよそ0.5～1%、すなわち約2千人の患者が数カ月あるいは数年以上にわたって保護室に隔離され続けている事態（後掲の資料参照）は日本の精神医療の貧困さを象徴している。精神病院で十分な治療を受けられず劣悪な処遇を受けている患者の治療を改善し、人権が保障される処遇を行うために政府が積極的な対策を行うことを我々は要求し続けており、今回の「処遇困難患者対策」がそのような精神医療の改善策の第一歩であるなら、われわれ精神保健従事者は当然これを歓迎し協力するだろう。しかし、今回の「中間意見」が1990年10月の「丹羽代議士刺傷事件」を契機に精神障害者の犯罪行為に対する治安対策を強調し、精神医療の開放化を危険視する議論が高まったことを背景に急速に政策化されてきたこと、また具体的な対策として打ち出された専門治療病棟が「重症の措置入院患者」を対象としていることを見れば、この構想が政治的には「他害の恐れ」の強い患者に対する保安処分の代替策として位置づけられていると危惧せざるを得ない。

保安処分制度の導入は精神障害者と国民全体に対する人権の侵害を憂慮する反対の声によって、これまで繰り返し挫折してきた。我々精神保健従事者は今回提唱されている「処遇困難患者対策」が医療上の改善策の形を取りながら、保安処分の代替策として精神障害者を危険視し差別を強化し、不当な拘禁を強いる制度として機能する恐れがあることを憂慮し、慎重に対応しなければならない。

我々はこの問題の重大性を認識し、今回の国内フォーラムを準備する過程で運営委員会と精従懇で

討論を重ね、議論はまだ不十分で、一致した結論を得るには到らず、更に討論を継続し深める必要があるが、およそ次のような共通の認識は得られている。

- ① 精神障害者に対するいわれのない差別という視点から保安処分に反対する立場は今後も堅持すべきであり、「処遇困難患者」問題の解決は保安処分としてではなく、医療の問題として考えなくてはならない。
- ② 精神病院で長期保護室使用などの非人道的処遇を受けている患者群に対して、人権擁護と治療の改善を図る必要がある。
- ③ 「処遇困難患者」がどのような問題を持った、どのような範囲の患者群を指しているか曖昧である。「処遇困難」という言葉は精神医療の劣悪さを覆い隠す概念であり、用語としても不適當である。容易に治療ルートに乗り得ないという意味では「重症例」などの言葉が妥当である。
- ④ これに関連して精神障害者の定義の見直しが必要であり、少なくとも強制入院の対象から精神病質者と精神薄弱者をはずす必要がある。
- ⑤ 「重症例」問題は精神医療全体の質の向上と福祉を含めた精神保健システムの充実によって解決されなければならない、そのための専門の治療システム、専門病棟が必要とされる場合でも、適切な医療圏の設定の中に位置づけ、それだけを突出させないことが必要である。

「処遇困難患者対策」は既に「重症措置患者専門治療病棟」の整備費として厚生省で来年度の予算要求に乗せられ、大蔵省との折衝、国会での予算審議の段階に入ろうとしている。精神保健従事者はこの「対策」について早急な対応を迫られているのであるが、我々の討論の中での精神保健従事者のこの「対策」に対する態度は十分に煮詰まらず、現状では反対論ないし慎重論と条件付賛成論に分かれている。反対論ないし慎重論はこの構想の保安処分的な性格を強く危惧する立場である。条件付賛成論はこの構想の危険な面には十分な歯止めを掛けて、日本の精神保健を充実させるために（治安圧力を医療改善に変えていく形で、世論の理解が得られる形で、精神保健の資源を増やすために）活用していくべきだという立場である。このため、今回のフォーラムでのこの問題についての発表は、私が「重症措置患者専門治療病棟」構想について批判的観点から問題点を指摘し、中山宏太郎氏が構想を支持する立場から指定討論を行う、言わば両論併記の形をとることになった。

我々精神保健従事者の「処遇困難患者対策」についての議論が煮詰まらず対応が遅れている原因の一つは、この「対策」が対象としている「処遇困難患者」の概念と範囲が曖昧であり、具体的施策である「重症措置患者専門治療病棟」の内容と目的が不明確で、背後に保安処分の実質的な導入の意図が透けて見えるというこの構想そのものの不透明さであると思われる。しかしそれ以前の問題として、いわゆる「他害の恐れ」のある「犯罪性」の精神障害者への対応の問題を含めて、精神保健従事者自身が「処遇困難」といわれる問題を回避し、十分な主体的な取組みを怠ってきたことも、この重大な時期に我々の対応を遅らせている一因であると思われる。

以下では「処遇困難」といわれている問題について議論を深め、「重症措置患者専門治療病棟」構想への対応を決めていくために必要と思われるいくつかの論点を私見を含めて提示し、今後の議論の手掛かりにして頂きたいと思う。

(1)病院・治療者の主観的印象で「処遇困難」と見做される事例の中には種々異なった困難さ（問題）を持つ患者群が混在しており、それぞれの問題に応じた実態の把握と治療改善の対策が行われる必要がある。

「処遇困難患者対策」立案の主要な根拠となっている厚生科学研究「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」（1990年4月）の研究としての信頼性に対して多くの批判が行われてい

る（日本臨床心理学会、日本精神神経学会「保安処分に反対する委員会」、横田泉、白沢英勝など）。それらの批判の要点は①「他害の恐れ」のあるいわゆる「犯罪性」精神障害者と精神病院で治療や処遇が困難と見做される「処遇困難例」という異なった視点から得られる二つの概念を混同し、研究の対象と目的が混乱している。②処遇困難であるか否かの選別を病院・治療者の主観的な印象に任せ、処遇を困難にしている治療者側の要因を十分客観的に検討していない。③処遇困難である原因を患者個人の要因に還元し、「暴力行為」「過去の犯罪行為」「人格要因」などとの関連性を十分な検討なしに強調している。④処遇困難者を犯罪可能性の強い危険な患者と見做し一般の精神医療から排除し、特殊な治安対策の対象としていく方向に道を開く結果に陥っている、などである。

厚生科学研究は処遇困難例に対して、社会で重大な他害行為を犯した精神障害者が、精神病院に入院しても暴力行為を繰り返し、保護室に長期隔離されたり、他の患者の治療や病院の開放化の妨げになっているという誤った安易なイメージを作り出してしまったのではないかと思う。しかし調査のデータを見ると、「入院中の暴力行為」と「保護室生活」には高い相関があるが、「犯罪歴」と「入院中の暴力行為」には相関関係はなく、犯罪歴があることと入院して暴力行為のため保護室に長期隔離されることとは関連がない。私の知る事例から見る限り、社会での他害行為のために措置入院した患者の殆どは一般の急性期症状に対する治療で対応でき、保護室長期使用者にならない。一方保護室長期使用者の大半は社会での犯罪歴はなく、入院形態も措置入院ではなく医療保護入院である。精神症状が改善しないために集団生活と対人関係に適応出来ず、予測が難しい暴力その他の迷惑行為のため、あるいは水中毒等も含めた自傷的行為のため保護室生活を余儀なくされている場合が多い。他害による措置入院者や保護室長期使用者とは異なったタイプの処遇困難例として、精神症状とは関連の薄い生活上、対人関係上の「問題行動」によって治療者や他の患者に迷惑、厄介と受け取られ、しばしば「人格障害」と呼ばれがちな患者群があると思われる。以上は限られた経験からの主観的印象に過ぎないが、処遇困難例が多様な問題を混在させた、まるごと一つのものとして取り扱うのが困難な範疇であることを理解する助けにはなると思う。「処遇困難」というキーワードによって全く別の実態の把握と解決策を行うべき問題が結び合わされてしまっていると思う。

(2)犯罪予防に対する精神医療の役割は医療として可能な範囲に限定されるべきである。

第二の論点は、犯罪予防に対する精神医療、精神保健の役割をどう考えるか、現行の精神保健法で既に保安的な役割を担っている措置入院と医療保護入院を含めた強制入院制度をどう評価するかという問題である。この問題は我々精神保健従事者が正面から検討することを回避し、対応を怠ってきた分野であると思う。私は昨日の討論の中で、精神医療が医療として出来ることと出来ないことをいっしょくたにして取り込んでしまうことによって、精神障害者の福祉と人権を阻害しているという指摘が多く論者からなされたことに強い印象を受けたが、保安という分野においても、医療として出来ることと出来ないことを明確にすることが重要なポイントであると考えます。

「精神障害者」による犯罪（他害行為）は本人にとっても、家族と周囲の人々、社会にとっても不幸な事態であるから、精神医療は医療として出来る範囲でその予防に努める責任があると言える。しかし、患者の犯罪可能性は精神医療が対象とすべき病状に関連した障害のごく一部であり、犯罪の予防はその患者の治療の目的の一部に過ぎない。

精神医療は主として精神病への医学的治療として発達してきており、精神病症状（錯乱、妄想、作為体験など）による犯罪行為の可能性への予防的な対応は現在の精神医療の技術（薬物療法、精神療法、ケースワークなど）である程度までは可能である。一方で「精神病質」、人格障害、性行動異常、「精

神薄弱」をもつ人々による犯罪行為の可能性は対象としての理解としても、予防的な治療技術としても現在の精神医療では対応出来ないと言えるだろう。従って精神医療が犯罪の予防に果たすべき役割は精神病症状による犯罪可能性への医療としての予防的対応に限定すべきであり、精神保健法の問題としては、措置入院の対象（精神障害者の定義）から「精神病質」と「精神薄弱」を除き「精神病」または「精神病状態」のみとする必要がある。

犯罪予防への医療としての対応のために、現行の精神保健法の強制入院（措置入院、医療保護入院）以上に法的制度を付け加える必要はない。現状の精神医療の問題点は患者の他害性への配慮が不十分なことではなく、むしろ過剰なことにある。必要以上の「他害の恐れ」によって長期間患者が十分な治療を受けられないまま拘禁され、患者の人権が侵害されていることが問題であろう。強制入院者の治療と処遇の改善（閉鎖病棟の環境設備改善、マンパワーの充実など）、人権擁護（処遇の基準と審査の強化など）を更に強化する必要がある。

(3)「重症措置患者専門治療病棟」の問題点

第三の論点として、この構想そのものの問題点とこれが実施された場合に危惧されることを指摘したい。

現在明らかにされているこの構想の要点は次のようである。

- ① 措置入院患者のうち重症の患者を対象とする。
- ② 人口4百万～5百万人に1つ、全国で20カ所程度設置する。
- ③ 当面は全国3～5カ所の国公立病院で試行する。
- ④ 豊富なマンパワーを投入して集中的治療を行う。

「中間意見」の筋書きは前半の処遇困難患者の現状、問題点を述べた部分では保護室長期使用者が主な対象であるように強調しながら、後半の今後の取組みの具体的方針では「重症の措置入院患者」が対象に選ばれてしまう点が不自然で、唐突である。対策の主眼は保護室長期使用者から「他害の恐れ」の強い「犯罪性」の精神障害者に移っている。

この計画が完了した時点でも病棟数は全国で20カ所程度であるから、一つの病棟が県の枠を越えた広い地域を対象とすることになり、地域的な医療圏とは隔絶した治療システムになる恐れが強い。広い地域から少数の患者を選び出すと他害の危険性の高い（起こした事件が重大な）患者が優先されるのではないか。当面は全国で3カ所となればその恐れは更に強まる。マンパワーの充実が強調されるが、治療効果を高めるための治療技術、人材養成は準備されているのか。治療効果が上がらず収容が長期化し回転の乏しい孤立した施設になる恐れはないか。

以上から危惧されることは「重症措置患者専門治療病棟」が他害の危険性の高い（重大な事件を起こした）患者を全国から選び出して、地域医療から隔絶し、長期間収容する保安処分の代替施設となることである。

(4)現在の精神医療で十分な治療を行うことが困難な保護室長期使用者等の「重症例」への対策は、個別病院の治療改善、更に地域の精神保健・医療・福祉システムの充実を通して、下のレベルからの試行、研究を積み重ねて推進すべきである。

「処遇困難患者対策」が「丹羽代議士刺傷事件」を契機に当初の思惑を越えて政治的に加速されたことは、その立案に関与した道下氏と中山氏も認めているとおりである。我々はこうした政治的圧力をいったん押し戻した上で、保護室長期使用者等の治療の行き詰まった「重症例」への対策や他害性

が問題となる患者への対策を、構築されるべき精神保健・医療・福祉システムの中に適切に位置づける努力に着手すべきであると考える。

資料 最近の病院調査から見た隔離の実態

	保護室数 (定床に対する%)	使用者数 (入院数に対する%)	長期使用者数 (入院数に対する%)
--	-------------------	--------------------	----------------------

1988年12月31日（日本精神病院協会、1,003病院250,349人について集計）

日精協	? (2~3)	5,068(2.0)	—
-----	---------	------------	---

1989年4月1日（病院・地域精神医学会、68病院20,814人について集計）

病・地	759 (3.5)	559(2.7)	1カ月以上 130(0.6)
-----	-----------	----------	----------------

1990年6月30日（日精協842病院216,025人、国公立58病院18,102人について）

日精協	—	3,367(1.6)12時間以上	1年以上 802(0.4)
自治体	609 (4.6)	430(3.2)	1カ月以上 183(1.4)
国立	234 (4.8)	129(2.7)	同 89(1.8)
合計	—	3,926(1.7)	1,074(0.46)

1990年1月中（62病院に1カ月に入院してきた965人の入院初期の処遇について）

病・地	—	20.7%	30日以上 1.9%
-----	---	-------	------------

以上の数字から推定すると、保護室の定床に対する割合は3%前後、使用者（隔離されている患者）の入院者に対する割合は2%前後、長期使用者は1カ月以上が0.5~1%というところか。

誌上討論①

大都市特例について

浅野 弘毅

(仙台市デイケアセンター)

大都市に関する特例とは、本来都道府県が行うとされている事務のうち、指定都市（注1）が行うことができる事項を定めたものである。地方自治法に、その範囲が明記されており（注2）、児童福祉・身体障害者福祉・精神薄弱者福祉・老人福祉・母子保健・生活保護など18項目におよんでいる。

一方、精神保健行政については、目下のところ都道府県知事が管理、執行しなければならない事務（注3）と定められており、指定都市には事務が委譲されていない。

さきの精神保健法改正の折り、大都市特例の問題が話題に上がったが、指定都市間の足並みがそろわず見送りとなった経緯がある。

1986年（昭和61）年3月、法改正に先立って厚生省は24の団体に意見を求めているが、そのなかで全国保健所長会は「指定市等の大都市においては、必要に応じて、都道府県知事とあるのを保健所を設置する市長と読みかえることができることとすべきである」との見解を表明している。

そのほかにも、市区町村の責任を明らかにすべきであるとする意見がいくつか寄せられた（注4）。

さらに、同年7月に公表された公衆衛生審議会の『精神障害者の社会復帰に関する意見（7月意見書）』でも、「社会復帰に関する市区町村の役割の明確化」がうたわれている。

ところが、同年12月11日に出された全国知事会等（注5）の申入れでは「（精神障害者の社会復帰）施設の設置主体は、（略）社会福祉法人等民間とすべきであり、地方公共団体が設置主体となることは適当でないこと。また、当該業務の性格からみて、市町村が設置主体となることは、およそ不可能ではないかと思われること。なお、民間が設置主体となる場合においても、地方公共団体の補助を求めることがないようにされたいこと」が述べられているのである。

その結果、同年12月23日に示された、公衆衛生審議会精神衛生部会の『精神衛生法改正の基本的方向について（中間メモ）』は、つぎのように述べるに至るのである。「精神保健行政においていわゆる大都市特例を設けることが望ましいと考えるが、他の行政分野における道府県と大都市との役割分担との整合性等に配慮しつつ、検討すべきである。」

また、1987（昭和62）年2月の『精神衛生法の一部改正についての公衆衛生審議会の答申』では、市区町村の責任や大都市特例については、全く触れずじまいに終わっている。

こうして、大都市特例問題は、今回の改正に盛り込まれず、積み残しとなったのである。

その後、精神保健法の見直しに向けて、公衆衛生審議会精神保健部会に「地域精神保健対策に関する専門委員会」が設置された。1990年（平成2）年7月に初会合を持って以降、10回にわたって審議を重ね、本年7月に『中間報告』をまとめている。

そのなかでも大都市特例に触れており、「精神保健行政に大都市特例を設けることは、昭和61年の

公衆衛生審議会『中間メモ』に示されているとおり望ましいと考えられるが、特に地域精神保健の分野についても大都市に特徴的な問題の解決に資するものと考えられる。地域精神保健活動においては、生活の場に密着した地方公共団体の参加が重要であり、大都市特例を中心に、市町村の役割の充実について検討が必要である。」と強調していた。

それが、7月15日付けで公表された公衆衛生審議会精神衛生部会（部会長・保崎秀夫慶応義塾大学医学部教授）の『中間意見』では、「精神保健行政に大都市特例を設けることは、昭和61年の本審議会精神衛生部会『中間メモ』に示されているとおり望ましいと考えるが、特に地域精神保健活動においても大都市に特徴的な問題の解決に資するものとする。また、地域精神保健活動においては、生活の場に密着した地方公共団体の参加が重要である。」というふうに微妙に表現が変わっている。すなわち、大都市特例についての明確な言及を避けたのである。

さて、法の見直しの刻限が間近に迫っている。もっとも小さな指定都市でも100万人近い人口を擁しており、大きなところは県に匹敵ないし凌駕している現状にある。周知のとおり、これからの地域精神保健活動は、できるだけ住民の生活に密着した場で展開されることが望ましい。そのためには、指定都市は都道府県と同等に精神保健業務を担当すべきである。

しかも、全市的な拠点施設のみでなく、各区毎にリハビリテーション施設を配置し、精神障害者の社会復帰・社会参加に責任を果たすべきであると考えられる。

（注1）地方自治法には「政令で指定する人口50万人以上の市」と規定されているが、今日指定にあたっては人口100万人程度が目安とされている。現在指定を受けているのは、札幌、仙台、川崎、横浜、名古屋、京都、大阪、神戸、広島、北九州、福岡の11市である。

（注2）地方自治法252条の19〔指定都市における事務の特例〕

1. 児童福祉に関する事務、2. 民生委員に関する事務、3. 身体障害者の福祉に関する事務、4. 生活保護に関する事務、5. 行旅病人及び行旅死亡人の取扱に関する事務、5の2. 精神薄弱者の福祉に関する事務、6. 母子家庭及び寡婦の福祉に関する事務、6の2. 老人福祉に関する事務、6の3. 母子保健に関する事務、7. 伝染病の予防に関する事務、8. 寄生虫病の予防に関する事務、9. 食品衛生に関する事務、10. 墓地、埋葬等の規制に関する事務、11. 興行場、旅館及び公衆浴場の営業の規制に関する事務、12. 結核の予防に関する事務、13. 都市計画に関する事務、14. 土地区画整理事業に関する事務、15. 屋外広告物の規制に関する事務。

（注3）地方自治法〔別表第3の12〕

精神衛生法の定めるところにより、病院を指定し、精神衛生鑑定医を監督し、精神障害者若しくは覚せい剤の慢性中毒者又はそれらの疑のある者につき精神衛生鑑定医をして診察させ、必要と認める場合には精神病院又は指定病院に入院を命じ、並びに入院及び仮入院の届出を受理し、退院及び仮退院を許可し、訪問指導させる等の措置を講ずること。

（注4）日本精神病院協会、全国自治体病院協議会、日本弁護士連合会、全国衛生部長会、全国保健所長会、全国精神衛生センター長会、全国精神衛生相談委員会など。

（注5）全国知事会、全国都道府県議会議長会、全国市長会、全国市議会議長会、全国町村会、全国町村議会議長会の6団体による連名の申入れ書。

精神保健システムと社会復帰施設

新保 祐元

(全国精神障害者社会復帰施設協議会事務局長)

1. はじめに

精神障害者社会復帰施設を運営する私どもは、精神保健サービスを担い得る社会資源（システム）が絶対的に不足していると考えています。ノーマライゼーション思考に基づく在宅ケアを推進するという時代の潮流からすれば、施設処遇の展開は時代の波に逆行するばかりではなく、地域で精神障害者を支えようとしてきたさまざまな活動に水をさすことになりかねないという危惧を抱きつつも、社会復帰施設の展開に心血を注ごうとするのはこの理由によります。

わが国の精神保健システムは、施設処遇においては医療としての病院しか存在しなかったと言っても過言ではありません。しかも法は施設（病院）外収容を禁止していたことから、社会復帰対応も疾病に対するシステムの拡大でした。このような状況下で、精神障害者の人権を擁護すること、社会復帰の促進を図る上での社会復帰施設の設置を二本の柱とした精神保健法が施行されたわけです。この法施行に伴う社会復帰施設への期待は、社会的入院やホスピタリズムによる生活の不得手を抱えながら、これまでのように突然社会に押し出されずにすむ、あるいは地域生活への受皿を形成する上での役割を担えるということや、地域に住む精神障害者が社会復帰施設を利用することによって、地域生活の質を高めたり、就労に結びついたりすることや、症状の悪化を入院にいたらしめないように利用する等の役割を担い得る施設としても機能する必要性を求められているといってもよいでしょう。

それは今日のわが国の精神保健システムの遅れからすれば、この施設運営を通して、さまざまな精神障害者支援を構築していく試みであり、成しとげなければならない課題だと思われました。

2. 社会復帰施設の展開

それにしても精神障害者の施設づくりには、他の障害者の施設の遅れることおよそ40余年あまり。他の障害者施設処遇の歩みは様々な問題を内包しながらも、それぞれの障害者に対する生活権を確立する処遇を遂行してきたといえます。脱施設化の波に洗われつつあるのもその一過程であるといえましょう。この間、精神障害者に対する生活権の確立、あるいは社会参加への手立ては、市民社会の偏見に押しやられるかのように、精神病院という施設の中で看護され保護されてきた歴史が主であり、一部の人々によって精神障害者の人権を尊重しつつ病院外処遇がなされてきたといってもよいでしょう。これらの地域ケアともいべき歩みが精神障害者社会復帰施設づくりに示唆するものは大きいといえます。ともあれ先行する他の施設が脱施設化の波の中で、施設処遇の在り方を地域に根ざして模索しつつある現在、精神障害者の施設づくりが、他の施設処遇の歴史の中で施設中心の処遇を遂行してきた過ちを繰り返すことのないようにすることが大事なことです。同時に、精神障害者社会復帰施設が、

医学管理や施設管理という理由で精神障害者の地域管理の一端を担うことのないよう、施設に関わる地域及び地域生活者とはどのような存在であるのかということに、いつも心を配ることを忘れず、生活の営みの延長線上にある施設として利用されるようにしなければならないと思います。

このことを可能にしていくには、まずもって対象者ニーズの高まりが必要です。この意味での社会復帰施設が果たす役割は、自分の意見や主張をすることが不得手な精神障害者に対し、ミーティングなどをおして障害者自身が困っていることを明らかにしていく過程を経て、自助組織や患者会を育成することが大切な役割になります。次には市民社会の意識変革を求めなければならないでしょう。このことが最も困難を要することかも知れません。しかし、人はどんな状況にあっても人として生きていく権利があることを認めあえる社会を構築していくことは、すべての人がこの地上で支えあって豊かに生きていくための責任です。このことを認識できる社会を求めていくことによつてのみ偏見は除去されていくことになります。このような意識の高まりが、精神障害者に対応するマンパワーへの熱い視線を注ぐことになり、必然的にマンパワーの質の向上が図られていくことになります。この循環を少しでも推し進めることによつて、精神障害者施設の処遇の在り方が総体的に意識化されて実践の向上に結びつくという展開が求められているといえます。

このような施設づくりへの思いと共に、社会的入院の解消は現実的課題です。そのために必要な社会復帰施設数は、あわせて七百とも千ともいわれています。にもかかわらずその施設整備は遅々として進んでいないのが実情です。

3. 社会復帰施設の展開を阻むもの

精神保健法が施行されるころ、精神障害者社会復帰施設の法文化に期待する関係者の声は、日増しに高くなっていました。ようやく精神障害者も他の障害者と同様の社会資源が整備され、社会復帰・社会参加が促進されて、地域での生活を支援するシステムが構築されるようになるという期待でした。様々な生活支援のための社会資源の中核施設としての社会復帰施設という位置付けは、法が施行される直前まで、関係者が望んでやまない思いであり、そのような法施行であると考えられていました。

ところが大変残念なことに、施設整備に多額の資金がいることを覚悟してもなお、施設運営で毎年恒常的に赤字運営を余儀なくされるという経営不安を抱える施設であることでした。仮に国の補助基準額の枠内で初年度の運営を賄う予算を計上したとしても、人件費の高騰や昇給財源等を勘案すると、現行制度では次年度にはその手当に苦慮し、年々赤字が増大して経営に行き詰まる施設がでてくるのが危惧されています。しかも補助金の交付が、大半の府県で運営年度の半年を経過した後に交付されることから、給料の遅配が現実のものとなっている施設が複数で見られるところです。筆者の施設では、給料遅配や支払いの滞りを招かないための銀行からの借入金の利息だけでも毎年百万円にも達します。これは運営上の必要利息でありながら利息の補填はありませんので、その分を上乗せした資金手当てが必要になります。他の障害者施設では考えられないことですし、このような施策があつていいものかと忿懣やるかたない思いにかられることがあります。このような実態が大きく影響して、社会復帰施設は法施行後3年を経過した今、約百二十施設しか整備されておりません。これは当初の期待からしてきわめて少ない数字としか言いようがありません。

なぜこのようなことになってしまったのでしょうか。それは精神障害者の障害概念が明らかでないため、疾病と障害の併存概念が疾病論に比重を置くため、精神障害者は社会復帰施設を利用することによつて疾病が癒される、治る（＝社会復帰できる）可能性が高いということに依拠するようです。したがって受益者負担を求めるのは当然だという考え方が優先されますので、精神障害者の社会復帰

施設は社会福祉事業法においても第二種社会福祉事業に位置付けられることになったといえます。これはとても不思議なことです。このことを授産施設に照らして見てみますと、社会福祉事業における授産施設は、社会的に弱い立場にある者に対し、経済上の保護を行う事業として位置付けられています。ですからその運営如何によっては社会的弱者に対して不当な搾取となる恐れが多分にあると予測されますので、このようなことがないように規制する必要があります。したがって授産施設は原則して国、地方公共団体もしくは社会福祉法人に限ってこの事業を運営させることになっております。その他の者が授産施設を運営する場合は許可を必要とするとして、この事業の重大性、すなわち人格の尊厳に重大な関心をもつ事業であることから、第一種社会福祉事業に位置付けられるものとなっています。精神障害者の授産施設だけがなぜ第二種社会福祉事業に位置付けられるのでしょうか。精神障害者は社会的に弱い立場ではないとでもいうのでしょうか。施設を運営する当事者としては納得しがたいことです。

4. 社会復帰施設と対象者理解

このような現実を打開していくには、精神障害者の社会復帰施設の役割と共に、施設を利用する精神障害者とはいったいどのような人たちなのかという対象者理解が不可欠と思われる。

前項でもふれたように、これまで（今でも）精神病者と精神障害者は同意語のように使われてきました。それは疾病と障害が併存するという言葉でくくられてきたように思われます。しかし、疾病がもたらした障害と、長期入院による弊害としての障害の違いさえ明らかにされていません。

昨今、生活の不得手といった課題を生活障害と概念化していることが多いようですが、それにしては精神障害者に対するケースマネジメントも確立されていません。

障害の規定が困難であるなら、ある一定の線引による医療の役割、社会復帰施設の役割、他の福祉資源の役割等を、それぞれが担い得る可能なものと限界を示す尺度を設定していく必要があるのではないのでしょうか。その尺度が精神障害者の障害規定を明らかにしていくと共に、医療受給権を含めた精神障害者の生活権を確立していく手立てになると思います。

精神障害者社会復帰施設はこれらの課題を求めらうえでも、重要な役割を果たし得る場面をもっていきといえます。偏見の除去なしに障害を規定することが精神障害者をさらに追い詰めるという考えも理解した上で、精神障害者の社会的復権に向けて、少なくとも他の障害者並みの施策を実現する意味で、この課題はさけて通れないものと考えます。

精神障害者を主対象とする共同作業所の実態と課題

藤井 克徳

(共同作業所全国連絡会事務局長)

はじめに

—精神障害者共同作業所設置運動の概要—

我が国においては、精神障害者に対する社会福祉や就労・雇用に関する根拠法令は未だ確立されていない。他の障害者、すなわち身体障害者ならびに精神薄弱者に対してはそれぞれ福祉法が、また労働法令としては、「障害者の雇用の促進等に関する法律」が制定されているが、これも身体障害者が適用、精神薄弱者が準適用で、精神障害者は実質的に除外されている。精神障害者対策は、専ら精神保健法を拠りどころとするもので、同法は、あくまでも医療法であることから、その対策は、医療分野を基調としている。1988年7月の改正で、ようやく社会復帰施設（援護寮・福祉ホーム・通所授産施設）が明記されたが、社会福祉事業法上は、他の障害者対象の同種施設より格が下位の、第2種社会福祉事業として扱われている。このため、財政的裏付けも乏しく（例えば精神障害者通所授産施設の場合、精神薄弱者通所授産施設の約2分の1の運営費）、加えて入所期間の制限などがあり、待望されていた割には量的な伸びは見られない。その他通院患者リハビリテーション事業（いわゆる職親制度）や保健所デイケアなどの社会復帰・社会参加を援助するための制度や事業があるが、全体としては、きわめて不十分で有効性に欠ける。

こうした状況の下で、共同作業所や小規模作業所といわれている法定外施設（以下、共同作業所という）が急速な伸びを示している。1970年代後半から設置し始め、1980年代に入って、全国的規模で展開され、現在精神障害者を主対象とした共同作業所の総数は、600カ所におよんでいる。地域的には都市部への偏在傾向が見られるが、全都道府県で設置され、こうした施設の動きと関係しながら、都道府県・政令指定都市において独自の補助金制度が図られている（1990年度現在42都道府県9政令指定都市で制度化され、462カ所を対象としている）。なお、国においても法定外施設とはいうものの、その増勢ぶりに押されたかたちで具体的な対応が求められ、1987年度より「精神障害者小規模作業所運営費補助」が施行され、一定数に限り1カ所年額80万円が支給されることになった（1991年度より90万円に改訂）が、補助額ならびに対象作業所数からみて実効性のあるものとは言い難い。

共同作業所が増え続ける最大の要因は前述したとおり、精神障害者に対する社会復帰対策の不備にあり、こうした不備な状況を補完するものとして生まれてきた。しかし、今や現行対策の補完や代替にとどまらず、現実的な社会資源として独自の位置を確保しつつある。当面増え続けることは必至で、むしろ今後の社会復帰対策のあり方に示唆を与えるものになっていくのではなからうか。

ただ、共同作業所をめぐる課題は少なくない。法定外施設であることに起因して人的・物的条件は

乏しく、また実践の方法や内容も体系化されたものにはなっていない。共同作業所をより安定させ、その有効性を高めていくためには、これらの課題の解決についての努力、すなわち政策的な方向付けを図っていかなければならない。

1. 実態調査の目的及び方法

(1) 調査目的

以上のように現実的な役割を担っている共同作業所であるが、そのあり方をめぐって深い検討が求められるが、その実態となると必ずしも明確ではない。これまでも行政調査としては、厚生省精神保健課が（1984年11月）、又全国精神障害者家族会連合会（1987年4月）や共同作業所全国連絡会（1988年10月）で調査が実施されているが、全体としては概要の掌握に力点がおかれ、細部におよぶものにはなり得ていない感がある。また設立の歴史そのものが浅く、これまでの調査が開設後間もない時点を対象にせざるを得なかったが、ここにきてようやく開設後10年近く、またこれを超えるところが増え始め、運営や処遇面でも徐々に安定をみるようになり、この時点での調査の意義は少なくないものがある。

とくに、これまでの調査は、施設機能面への着目となると十分ではない、また都道府県・政令指定都市の補助金制度の充実度などもかかわって、地域間すなわち都市部とそれ以外の地域で実態に相当の差異が見られることになり、これらについても明らかにしていく必要がある。

そこで、本実態調査の目的を次の2点にポイントをおくことにした。

- ① 共同作業所の施設機能の実態を明らかにし、職業リハビリテーションに関する活動や事業の中でどのような位置にあるのか、とくに類似した活動・事業である作業療法や保健所デイケアとの相違性・共通性を探究していくうえでの資料を得る。
- ② 相対的にみて補助金制度が高い水準にある東京都内の共同作業所とそれ以外とを比較し、このことが共同作業所の実態にどのように影響しているのか、地域間の比較を試みながら、とくに経済基盤と処遇内容・施設機能との関係について探ってみる。

なお、これらの目的を達成しやすくするために、個々の共同作業所の実態をできる限り詳しく調査することとし、調査対象を予め限定する方式で行なった。

(2) 調査方法

共同作業所全国連絡会に加盟している共同作業所で第10次加盟作業所・施設実態調査で回答のあった作業所のうち、精神障害者が利用者の80%以上を占め、かつ開設後1年以上を経ているところ限定した。これらの条件に該当する61カ所の共同作業所に郵送によって調査及び回収を行なった。41カ所から（東京地域21カ所、それ以外20カ所）回答があり、回収率は67.2%であった。調査の期間は1990年5月21日から、6月9日までで、財政に関する事項については、1989年度の決算書を、利用者数や利用日数等については1990年4月度をもとにした。記入者は原則として施設長とした。

2. 調査結果の概要とその特徴

(1) 概況について

共同作業所の概況を掌握するために、10項目を設問した。その概要は表1の通りである。

全体的には、小規模で経営基盤は、それほど安定しているとはいえないが、職員体制および開所日数・活動時間などからみて、かなり本格的な職業リハビリテーション施設、社会復帰施設の形態を

とっている。精神障害者通所授産施設と比較した場合、例えば占有延床面積では、授産施設の最低基準が316㎡に対し、その42%にあたる131.8㎡、運営費の基準月額補助も1,620万円（91年度予算）に対して940万円（平均）と厳しい条件にある。しかし、職員数は非常勤を合わせると、授産施設職員数と同数のほぼ4人を確保し、活動時間も同様で、むしろ利用者数と職員数の割合は共同作業所の方が有利な条件を呈している。

なお作業種目については、一作業所当たり平均2.7種目で、大半は下請作業で占められている。下請作業だけというところは、22カ所（53.6%）となっている。下請作業の内容は、製造部門が中心となるが、最も多いのは紙加工19カ所、次いでサービス業10カ所、電機器具8カ所、プラスチック製品8カ所となっている。これに対して自主製品を製造しているところは、自主製品製造のみが2カ所（14.9%）、下請作業と並行しているところが17カ所（41.5%）となっている。自主製品製造で、作業種目として最も多いのが、縫製10カ所、次いで木工5カ所、農耕5カ所となっている。

作業種目全体の平均工程は5.2工程で、このことから作業は比較的簡易で、単純なものであることが推測される。なお、利用者一人当たりの月額平均工賃は、7,647円であるが、作業種目で区別すると下請作業のみの作業所の平均が7,306円、下請作業と自主製品を並行している作業所で7,138円、自主製品製造のみの作業所の平均が15,543円とかなり開きがみられる。

次に活動時間についてであるが、1990年4月度の総活動時間1カ所平均（146.6時間）の内容をみていくと、次のような内訳になる。作業時間64%、ミーティング7%、スポーツ・レクリエーション活動6%、学習活動2%、フリープログラム2%、休憩（昼食含む）19%、その他3%で、作業時間が全日程の3分の2、休憩時間を除くと大半を占めている。

次に東京地域とそれ以外の地域とを比較してみたい。

大きな特徴が二つみられるが、その第一は、作業場のスペースにある。東京地域の占有延床面積95㎡に対し、それ以外の地域は、174㎡で、東京以外の地域がほぼ倍にあたる。さらにこれを1日平均通所者数（1990年4月度）で割ると、東京地域が通所者一人当たり6.4㎡、それ以外が13.4㎡で、東京地域の狭さは際立っている。東京における土地・住宅事情の厳しさを反映するものとしてとらえることができる。第二に、運営費についてであるが、東京地域がそれ以外と比べ圧倒的に多いことがあげられる。年間1カ所平均運営費は東京地域の16,007,002円に対し、それ以外は8,243,400円で、これと関わって公的補助金も東京地域の14,535,200円に対し、それ以外は4,011,500円となっている。特に公的補助金については3.6倍もの開きがあり、東京地域がかなり高い水準にあり、このことから、常勤職員数がほぼ1名分多いなど有利な条件が見受けられる。こうした運営費の格差は、作業所の活動（実践）内容や職員の身分保障、さらには安定度にも大きく影響してくるものと思われる。

なお、平均開所日数（1990年4月度）についてもやや差があるが東京地域の場合、東京都の補助金要綱上、週6日間開設（A・Bランクの場合）が条件で、このことが影響しているものと思われる。

(2) 利用者の概況

調査対象の41共同作業所の利用者総数は898人で、このうち精神障害者は872人（男性547人・女性325人）となっている。年齢構成ならびに生活形態、診断名、社会生活能力等についてはグラフ1～8までに示す通りである。年齢構成は、30歳台と40歳台で全体の約3分の2（63%）を占めている。生活形態別にみていくと、家族との同居が3分の2の67%（581人）、単身生活24%（205人）、入院8%（65人）となっており、それほど多くはないものの、入院者が利用していることは注目できる。診断名は精神分裂病者がその大半の83%（668人）を占めている。推定発病年齢については20歳未満と20歳

台を合わせて84% (578人) に達している。社会生活能力面では、全体としては一定の水準にあるが中間的な層もかなりいる。

作業所入所直前の状況については在宅（とくに行き場がない状況）が最も多く36% (285人)、次いで入院19% (153人)、保健所デイケア18% (145人)、病院デイケア11% (90人) の順になっている。作業所の紹介者については、保健婦が32% (255人) と最も多く、次いで医師21% (171人)、P S W 17% (136人) の順で家族が独力で情報を得て本人に伝えている数も7%ある。この他、入院回数は、1～2回が44% (280人)、3～5回33% (208人)、最終学歴については高校卒業・中退が48% (353人) と最も多く、次いで中学校卒業25% (185人)、大学卒業・中退18% (136人) となっている。

なお、東京地域とそれ以外の地域の比較では、それほど際だった特徴は認められにくい、生活形態と紹介者の項で若干の差異がある。生活形態面で東京の家族との同居40% (293人) と単身生活30% (146人) に対し、東京以外ではそれぞれ75% (288人)、15% (59人) となっている。また、紹介者についても、東京の医師11% (55人) と、P S W 18% (90人)、保健婦41% (201人) に対し、東京以外ではそれぞれ36% (116人)、16% (46人)、17% (54人) とかなり特徴が見られる。とくに保健婦の部分でかなりの開きがあるが、それは保健所の機能や活動の発展度と関係があるものと推定される。

(3) 共同作業所の実践および機能をめぐって

精神障害者のための社会資源が非常に乏しいなかで、共同作業所が地域生活の援助を含めた昼間 (Day) の総合的な活動の場になっている。個々の作業所が機能面での重点をどこにおいているのか、またそれとかかわって実践はどのように展開されているか、これらについてたずねてみた。

共同作業所の機能については、41作業所中「病状の安定・改善」の1位選択作業所が34% (14カ所)、「働く場」1位選択作業所が29% (12カ所)、「就業に向けての訓練の場」1位選択作業所が21% (9カ所)、「憩い・交流の場」1位選択作業所が12% (5カ所) という傾向を示している。力点のおき方は多様であるが、全体としては、働く場および就業にむけての訓練の場、すなわち職業リハビリテーション分野に力点を置いているところ (51%) と、病状の安定および憩いの場、すなわちデイケア的な目的に力点を置いているところ (46%) に大別される。さらにこれらの機能別に特徴を探ってみた。まず賃金 (1990年4月度一人当たりの平均) については、「働く場」1位選択作業所が9,946円、「就業へ向けての訓練」1位選択作業所が10,330円、「憩いの場」1位選択作業所が4,619円、「病状の安定・改善の場」1位選択作業所が6,346円と機能別によりはっきり傾向が示され、職業リハビリテーション分野に力点を置くところは相対的に高く、障害程度とも関係していることも考えられる。また利用者の通算利用期間については、「就業に向けての訓練の場」1位選択作業所が2年0カ月で他は2年6カ月と開きが明らかにある。

(4) 保健所・医療機関との連携〈省略〉

(5) 職員の病状理解〈省略〉

(6) 就業援助活動〈省略〉

(7) 今後の課題 (政策面を中心に)

この間、精神障害者の社会復帰対策をめぐっていくつかの動きがある。一つは公衆衛生審議会・精神保健部会の「地域精神保健対策に関する中間意見」(1991年7月15日)であり、今一つは労働省・障害者雇用対策課からの「重度障害者対策を中心とした障害者雇用対策の積極的な推進」(1991年8月)

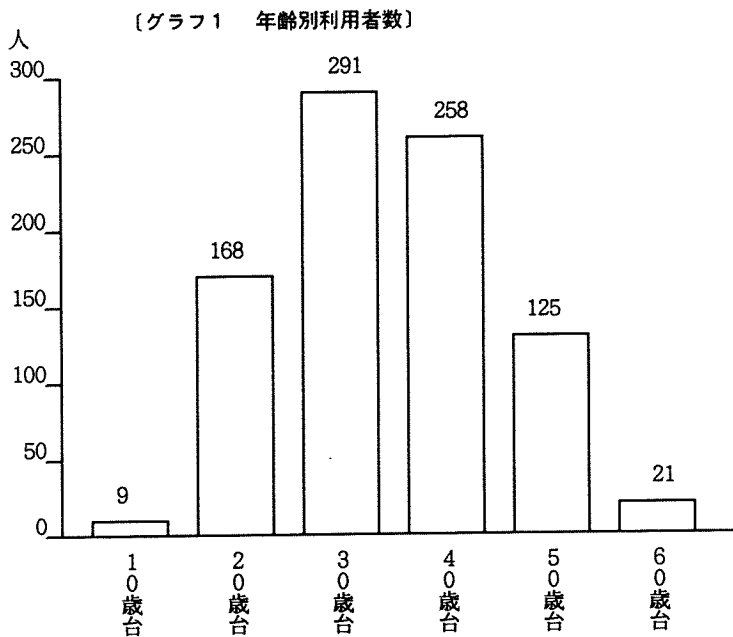
である。精神に障害をもつ人々の生活や雇用の面で新たな方向を示しているが、全体的には旧来の医療中心主義的な対策の域を出るものとは言い難い。社会福祉面や職業リハビリテーションの分野がいかに粗末なものであるかは、政府予算を見れば明白である。1991年度精神保健課予算は約446億7千万円（前年度比92%減）であるが、このうち、いわゆる社会復帰関係予算は15億9千万円（社会復帰3施設の運営費・小規模作業所・通院患者リハビリテーションの各事業の合計）で、精神保健対策費全体に占める割合は、わずか3.6%にすぎない。こうした傾向は本年8月下旬に発表のあった1992年度概算要求でも同様で、あれほどまでに社会復帰対策の充実が叫ばれているにもかかわらず、好転の兆しが見られにくい。この現状に不思議な感覚さえ覚える。とくに医療関係者はこうした状況をどのように受け止めているのか。もちろん、その多くは無頓着であったり、関心が薄いということはないはずであろうが、その対応に機敏さが見られないことについては、気になるところである。

精神保健法改正を一年半後にひかえ、かつ「国連・障害者の10年」の最終年を明年にひかえた現時点で共同作業所の立場から当面の課題を列挙してみたい。

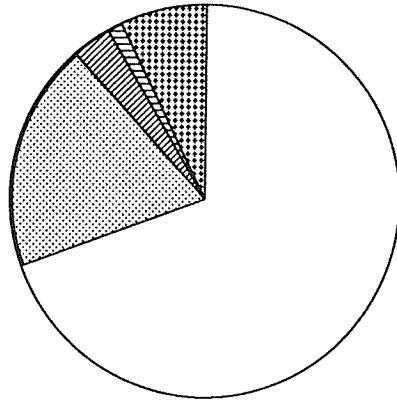
- ① 精神保健法の改正に際して、社会福祉的な分野に関する条項をどのような視点でとらえていくのか。すなわち医療法としての精神保健法に社会福祉的な条項を入れることは、おのずから限界があり、結果的には中途半端なものになってしまうということが懸念され、慎重な検討が必要。
- ② 共同作業所については、すでに600カ所を越えており、本格的な制度的基盤の確立が求められる。現在すすめられている厚生省の「授産施設制度のあり方についての検討」（1992年3月最終報告予定）に位置づけて授産施設制度や職業リハビリテーション対策の見直しとともに、その政策的な方向性をはっきりさせていく必要がある。
- ③ 「障害」（Disability）についての評価スケールを確立していかなければならない。今後、社会福祉や就労分野での対策を構築していくうえで、「障害」についての共通で客観的なとらえ方が求められよう。医療分野や共同作業所等社会福祉・職業リハビリテーション分野が連携して科学的な「スケール」を作成していく必要がある。

〔表1 実態調査回答共同作業所の概況〕

概況項目		全体平均	東京地域平均	東京以外の地域平均	
設立経過年数		5.1年	5.0年	5.2年	
占有延床面積		131.8㎡	94.8㎡	173.8㎡	
年間運営費予算額（1990年度）		12,220,000円	16,007,200円	8,243,400円	
公的補助金総額（1989年度）		9,401,000円	14,535,200円	4,011,500円	
職員数	常勤職員	2.8人	3.3人	2.4人	
	非常勤職員	1.1人	0.5人	1.8人	
利用者月額平均工賃（1990年4月度）		7,647円	5,456円	10,067円	
一日平均利用者数（1990年4月度）		13.9人	14.8人	13.0人	
開一 所日 活動 お時 間 よび	開所日数（1990年4月度）	21.8日	23.1日	20.4日	
	始業	平日	9時14分	9時15分	9時14分
		土曜日	9時32分	9時46分	9時02分
	終業	平日	16時07分	16時13分	16時01分
		土曜日	13時04分	13時07分	12時56分
	一日の総活動時間	平日	6時間57分	6時間55分	6時間59分
土曜日		3時間32分	3時間23分	3時間55分	

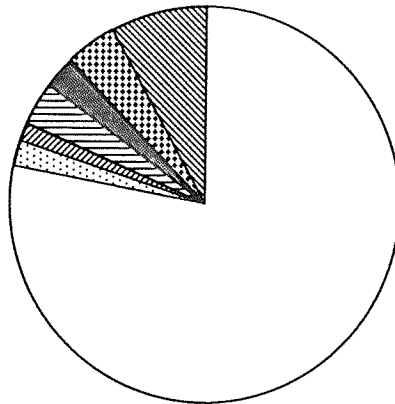


〔グラフ2 利用者の生活形態〕

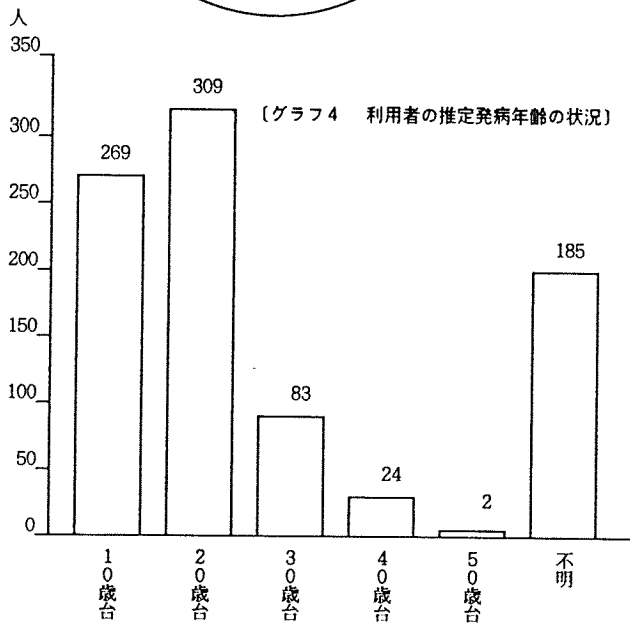


項目名	人	%
家族と同居	581	66.6
単身生活	205	23.5
グループホーム	15	1.7
その他の生活施設	6	0.7
入院	65	7.5
合計値	872	

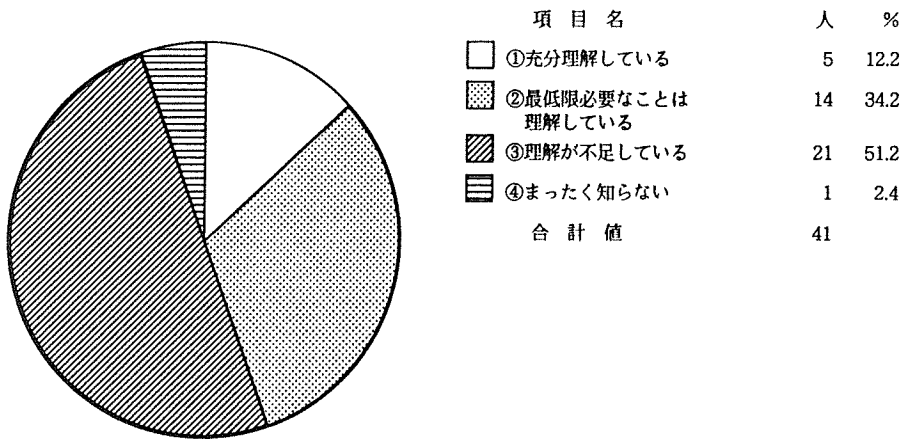
〔グラフ2 利用者の主障害状況〕



項目名	人	%
分裂病	668	76.6
そううつ病	24	2.8
非定形精神病	18	2.1
神経症	34	3.9
てんかん	23	2.6
その他の精神障害	37	4.2
不明	68	7.8
合計値	872	



[グラフ10 職員の業に対する理解]



[表2 就業者の延べ人数]

業 種 名	職親利用者延べ人数		就業延べ人数	
	人数	割合	人数	割合
一般事務	0	0.0	9	3.2
販売店員	1	1.2	20	7.2
生活衛生サービス	3	3.6	12	4.3
食品・その他のサービス	2	2.4	20	7.2
農林漁業	1	1.2	5	1.8
金属加工業	9	10.7	15	5.4
電気機械器具製造	5	6.0	23	8.2
食品製造	6	7.1	23	8.2
紡糸・繊維製品製造	5	6.0	11	3.9
木工、紙製品製造	38	45.2	45	16.1
印刷・製本業	4	4.8	16	5.7
建設業	2	2.4	12	4.3
土木・運搬業	1	1.2	9	3.2
清掃・単純労働	5	6.0	38	13.6
その他	2	2.4	21	7.5
合 計	84人	100%	259人	100%

指定討論

地域精神保健システムと大学の医療・教育

笠原 嘉

(藤田学園保健衛生大学、日本精神神経学会)

私は大学の医療教育という立場から簡単なコメントをさせて頂きとうございます。色々申し上げたい事がたくさん有るのでございますが、要点を絞りますと、こういう事になろうかと存じます。一つはやはりこれから大学の精神科が果たす役割と致しまして、昨日あたりからもお話が出ておりますような、チーム医療と申しますか、そういうものの研修の場を提供する義務があるのではないかと考えております。つまり、若い医師だけではなくて、ソーシャルワーカー、或は臨床心理士の若い方に出来る限り大学の精神科へ近付いて頂きまして、そこで若い医師と一緒に修練して下さいというふうな場を提供する義務があると考えております。これは若いドクターにとりましても、早くから対等の立場でソーシャルワーカーとか臨床心理士と一緒に過ごしていく、そういう経験を早くから積む必要がございます。そういう意味で大学の教育機構を利用致しまして、そういう方向へ向かうべきであろうと存じます。ただ、一つ難関がございます。大学という所はだいたい23の診療科がございまして、その周りにまた30講座位の基礎医学という講座がございまして、なかなか精神科だけの独自の意見を聞いてくれません。従いまして、先程からお話に出てますような老人科でございますとか、或は小児科でございますとか、色々な所とタイアップして、ソーシャルワーカー、臨床心理士を受け入れていくという方向に進むべきであろう。つまり、言葉を変えますと、先程、朝日先生のお話にもありましたが、精神科だけでなく、少し良く周りを見ながら物事を進めていく、そのサンプルを大学は果たすべきであろうと考えております。それが、一つのこれから大学が果たし得る、比較的現実的に果たし得る一つであろうと思いますが、ただ、ソーシャルワーカーとか臨床心理士、そのものの教官的な、教育に携わるような方を大学としては持ちたいんでございますが、これが残念ながら、国家資格が無いという理由でもって、いくら要求しても文部省によってはねられます。従いまして、この資格化という事も同時に進めるべきであろうと存じております。それから第2の問題は、これは可笑しい事を言うとお思いかもわかりませんが、学位と申しますか、医学博士でなくてもよろしいんでございますが、何か学位というものを狭い意味の医学、或は狭い意味の精神医療だけじゃなくて、保健でございますとか、福祉でございますとか、そういう領域の論文が出てきて、それを医学部教授会が認めるというふうな時代を一刻も早く来させたいと思います。思います、実は少しお恥ずかしい事であり、又私共の努力が足りないと言われればそれまででございますが、ただ今極めて滔々たる波は生物学的な客観的なデータを必要とする研究でございまして、そういうものでございませんとなかなか学位をくれません。学位なんかいいではないかと言いたいところでございますが、やはり何か学位とか、そういうふうな目標がございますと、大学の中でそういう研究、或はそういうグループが育ちます。もし無理でございましたら、これはどう

しても、何かそういう医療・保健・福祉を加味したそういう事の出来るお医者という意味での認定と
いうようなものが要るのではないかと、これは大学に居りまして、そういう事を思う者でございます。
第3は、もう少しやはり現実的な事でございますが、これは私共自身の自浄作用と申しますか、お互
いがお互いをチェックする為にでございますが、大学の精神科関係の教官になる人は、御自分の専門
の狭い意味の精神医学の研究ペーパーのみでなくて、保健でございますとか、或は福祉でございます
とか、そういう面につきましての副論文的なものを持っておる事を以て条件とするというふうに出来
ないであろうか。これはかなり現実性がございます。私共大学の教官がそういう意識を持てば良いわ
けでございますから、これは少し現実性があるかと存じます。第4は、最後でございますが、精神
医療という領域は身体医療と並ぶほど大きな領域でございます。しかし依然として精神医学は臨床科
の中の1学科に過ぎません。2学科も3学科もほしいというのは無理でございますが、昭和30年代に
第2講座の申請が相次ぎましたように、私はやはり、こういう本日のようなシンポジウムの延長上
には保健・福祉を問題とするような、第2の精神医学講座、或は精神医学でなくてもよろしいんでござ
います。医学の中の周辺にそういう講座がもう一つ出来ないか、というふうな事を考える者でござ
います。以上でございます。

指定討論

処遇困難者問題について

中山宏太郎

(京都大学病院・日本精神神経学会)

中山でございます。通常は京都大学病院で医者をやっております。といっても外来をやったり、それと若干病棟へ行くことと、これ以外は教育者ではございませんので、一応教育職なんです。教育者というよりは、もう何か霞を食って生きとるような感じで、世の中の動きを、変な言葉ですが、象牙の塔の上から眺めとるような心境です、この頃は。それで今日、処遇困難問題ということで議論をしなきゃならんのですが、私これは実は、ちょっと非常に個人的な感情を申し上げますと「遥けくも来つものかな」という感慨があります。と言いますのは、確か1980年、札幌で精神神経学会がございました時に、時の日精協の会長であられた高橋清彦先生と地域医療問題について、日精協の考えを是非ご変更願いたい、1次2次3次診療圏の形成というものは、これはもう決定的に大事な事なんだから、という事を申し上げたんですが、その時やはり、協会内でそういう事は精神科は別枠だという考えが強いので、その今度の医療法改正に伴う診療圏構想には精神科は乗れないんだという事を伺いました。それはそれなりに、内部の事情もお有りになったんだと思いますが、それから10年経ちまして、今日皆さんの報告を聞いておると、だいたい必要性に関しては認識された、おそらくこれから5年10年掛けて、或は毎年毎年それぞれの地域で2次医療圏の中での診療者、或は福祉関係、それから保健所等々の広い組織化が行なわれるだろう、という事が期待出来るというふうに思っております。実はこれは今日になって初めて解ったことじゃなくて、いろんな会合でこの問題が次第に自分達の責任問題として自覚されているという事が解っておったわけです。その間私もWPAでデリバリーシステム、デリバリーパターンズ・オブ・サイカイアトリック・トリートメントでしたか、そういうふうな国際会議も開いたりして、それなりに、あんまり象牙の塔ばかりには居らんんだ積もりなんですけども、そういう認識を持っております。ただ、やっぱりそれは未だ非常に不十分であって、というのは精神科だけじゃないわけですよ、他の科で2次診療圏、3次診療圏とって作っているけども、殆どが未だ単なるテーブルプランです。その具体的施行に関して各都道府県は非常に困惑しておるという状況があります。それから最近もう一つ大きな問題は、富裕圏と言いましょか。例えば東京・千葉・埼玉・神奈川或は大阪といったような所と、場合によっては名古屋が入りましょかね、そういう所と富裕でない自治体との間に非常に大きな格差が生まれてきている。東京の方は自分達が出来ておられるかもしれない、事実出来ておるんです、羨ましい程出来ておるんです。しかしながら、それは東京都という10兆を越す自己財源を持った巨大な自治体を背景にしておるのであって、これ鳥取や島根や山口だとか或は鹿児島なんかでは到底望むべくもないことです。ここで基本的な問題は大法螺を吹きますと、いわゆる地方交付税の配分を変換しないと、もう地方での福祉というのは無理じゃないかと、これを国会がどう処理するのか、或は誰かが問題提起していくのかというこ

とが一つ問題になっているんだろうというふうに思っております。労働力不足に関しても色々考えがあるわけですが、あんまり議論を広げちゃってもいけないと思いますので、一応医療圏構想というものと、処遇困難の問題というのが絡みあっているという認識は持って頂きたい。私は処遇困難問題の専門家ではありませんけども、それだけの専門家ではない積もりであるということです。第2に申し上げたいのは、実はライシャワー事件の時に精神科の医療関係者、或は行政官庁、国会というものがどういうふうに動いたか、ということをおしは私なりに丹念に追ってみました積もりです。大学というのは、そういう事を勝手にやる自由はあるわけです。結論として申しますと、討論資料の1-2の所に書いてありますが、現実の精神科医療が国会議員の注目を集めるのは、患者が虐待された事件、例えば宇都宮病院問題であり、或は十全会病院問題であるわけです。或は患者が加害者となった事件、ライシャワー事件とか丹羽事件とかいったような事件であります。こういう時にしか、殆ど立法府の関心を集めない領域というのは精神科であるということは、これは世界共通の認識であります。その点でイタリアの法律が制定した、成立したプロセスというのは、あれは共産党と一部精神科医の選挙協定として出たという非常に特徴のある仕事なんですけども、大抵はこういう事件を巡って起こってきます。イギリスのメディアムセキュアユニットというのは、ブロードモア退院者が毒殺魔ですね、毒殺が大好きな人、出したら又毒殺して3人程死んじゃった。それから奥さんを殺す人がいまして、2人殺してブロードモア退院したら又3人目も殺し掛けた、というふうな事件で、これまた国会で大問題になって、メディアムセキュアユニットを作ってブロードモアから治療を行なう事によって、社会復帰まで一貫して治療して、やって行くんだというセキュアユニットを各地域、日本では言えば3次医療圏に当たるレジオンというのを作っておりますが、そういうものを作って行くプロセスがあったわけです。従いまして問われるのは、このような事件の時に医療者が何を政治的要求として準備するのが適切かという事だと思います。例えばライシャワー事件の時には国会と政府首脳部では保安的要求が優位を占めましたけども、40年改正では、かねてより医療者が推進を唱えていた外来医療にも受診者側に対する経済手当が設けられました。これが昭和52年の通院精神療法費という診療者側に対する経済的手当を待って今日の外来的、外来診療の拡大を可能にした。第2には、その当時保健所に精神科医療といいましょうか、精神保健を義務付けるというのがありました。第3には、全家連が形成されたのもその時だったわけです。第4には生活保護法の適用を拡大し、といいますのはそれまでは所得倍増政策に書かれてある通り、措置入院という公安的な入院を使いなさいという35年の12月に生まれた所得倍増政策という国土計画庁の計画案に則る線で進められて来たわけですけども、やはり措置入院ではいかんという事で生活保護、世帯分離策というようなことを入れられたんです。結構この準備してある事をこういう機会にゴンゴン主張していくと、それなりに聞き入れられるというのが、ライシャワー事件の時の教訓ではないかと思っております。向こうが保安的な要求を出してきたから、直ちにこちら側はそのまま保安的なものをやる必要はないわけです。医者はあくまでも医療を通じて、ということでは出来ないうわけです。それを何かあまりにも素朴に保安的要求だから危ないとおっしゃるのは、ちょっと私は納得が出来ない。ただ、今度のは研究はもう2、3年前に出ておったわけですけども、丹羽兵助先生の事件がありましてから、急に私共呼ばれてどうするかという事を聞かれたわけで、皆さんに詳しい報告をしたりというような時間が無かった、という点に関しては、やはり皆さんの危惧というのは理由のないものだとは思っておりません。そして、そういう皆さんの危惧を一つ一つ丁寧に聞きながら皆と一緒にやる。つまり2次医療圏15が一つのセキュアユニットを持つ、という形で事を推進して行って頂きたいと思うわけです。そして、この15医療圏というのは、場合によっては県を越えるわけですけども、これに関しては特別な方法を考えなきゃならないと思っております。

次に一番多いのは定義に関する問題でございます。例えば1959年83年のイギリスのメンタルヘルスアクトはメンタルイルネス（アンデファインド）と書いてあります。これはどういう事かという、その定義に関して、或は定義の適用に関しては、各自の医者に委ねますと、医者は医者基準をもっておやりになるでしょう、という意味なんですね。だから結局この場合でも、誰が処遇困難者かという事は15の地区の2次診療圏のお医者さん方が寄って良くお考えになって、現在自分のところの処遇困難者として扱わなければならない人はこの人である、というふうにお決めになればいいわけです。それから、ここでもう一つ僕はオペレーショナリズムという事を書いておきましたが、これはもう歴然たる学術用語でございまして、一定の操作によって一定の結果が得られるものを、操作によって定義するという定義の方法、これは厳然とあるわけです。だからこれを非科学的などと言う人があるとすれば、それは勉強不足というより仕方が無いわけです。最後に名前問題について言いますと、確かに重症患者、或はマラードディフィシルなんてフランス語もありますけども、例えばフォーレンジックペーシェントとかインセインオッフエンダーとか、或は何でしょうか、ブロードモアペーシェントとかいうもっと極端なのがあるわけで、我々としてはフォーレンジックとかクリミナルとかいうのは拒否した上で処遇困難というのを取った。しかし処遇困難というこれを実際に使って患者との対話の中で使える言葉なのかどうか、このところを良く吟味しなければならないと思っております。

討論資料 『処遇困難問題について』（中山宏太郎）

本年9月28日フォーラムの最終打合わせ会議で、表記のシンポジストの労を事務局の責任者である金杉氏が引受けて下さり、小生は指定討論の機会を与えられることとなりました。

〔目次〕

- I. 医療計画の必要性と条件
 1. 〔精神科医療における保安の現実と危惧〕
 2. 〔政治過程と人権〕
 3. 〔現代の人権問題〕
 4. 〔国家を取り巻く環境〕
 5. 〔精神科医療費増計画は可能か？〕
- II. 研究報告書の成立過程での問題のとらえ方と今後のポイント
 1. 処遇困難患者の調査の意義
 2. 今後のポイント

I. 医療計画の必要性と条件

I. 1. 〔精神科医療における保安の現実と危惧〕

処遇困難患者問題が複雑な議論を呼ぶのは、精神科医療が近代国家のもとで再編されて以来、『保安』という要素を含んでいるからに他なりません。例えば、フランス革命の際の『人権及び市民権宣言（1790）』は『人は法的手続きを経た場合に限りて拘留される』としましたが、それと前後して、狂

人を徘徊させたものを違警罪の対象とし、1838年には拘禁の正当性は拘禁後の司法審査で担保されることとしたことにそれが見られます。西ドイツの州法である精神保健法は、ドイツ連邦基本法（憲法）の同様な人権保障の枠をはずす法律であります。我が国の精神病患者監護法、精神衛生法及び精神保健法はいずれもこの枠組みを逃れることはできませんでした。監護とは「他人に害を与えないように監督し必要とあれば監置すること」であり、保護とは「自身を傷つけあるいは他に害を及ぼさないように監督する」義務であります。

ですから、『精神病患者』集団が、「日本では刑法に保安処分制度というのは現在ありませんが、私達は保安処分され続けている」と主張するのは理のあることです。

そして、処遇困難患者問題が出るとその中に『保安』問題を見いだすことは容易であり、とくに現在の我が国の精神科医療の貧困さを考えると、それが『保安』強化につながることを危惧して警戒を強めるのも一理あることと言えましょう。

とりわり、この問題の政治的社会的背景と見なされるのが、厚生科学研究開始の契機となったのが精神保健法制定時の保安への要求であり予算要求の契機となった故丹羽兵助代議士襲撃事件であることは否めない事実でありますから、この危惧は素直な意見であろうと思います。かえって、私共のようにこれらの契機を医療水準の向上の力に転化すると言うのは危惧する人々には一種の詭弁と写っているのであろうと思います。

I. 2. [政治過程と人権]

しかし、論争は理想的には鋭く対立しているかにみえますが、対立する論者である精神科医療従事者の存在基盤をなしている現実の精神科医療に相違がある訳はありません。他方、現実の精神科医療が国会議員の注目を集めるのは、患者が虐待された事件か患者が加害者となった事件であります。保安的要求と人道的要求が鋭く対立するのもこのような事件に際してであります。

したがって、問われるのは、このような事件の時に医療者が何を政治的要求として準備するのが適切なかでありましょう。

たとえば、ライシャワー事件（昭和39年）の時には、国会と政府首脳部では保安的要求が優位をしましたが、40年改正ではかねてより医療者が推進をとんでいた外来医療にも受診者側に対する経済的手当が確保されました（第32条）。これが他の疾患とは別に特に認められたのは「通院治療中断者に加害者が多い」との判断によるという事情は認めるにせよ、昭和52年の通院精神療法という診療者側にたいする経済的手当と合俟って今日の外来診療の拡大を可能にしたのです。

第2に、40年当時は保健所における精神衛生業務の設備が地域管理網の形成として警戒されましたが、現在の保健所精神保健相談員をそのような役割とみなすことは困難でありましょう。これは、法改正後の医療者のたえざる努力によって危惧を医療への努力に転換できることを示していると考えております。

第3に、全家連もその時に形成され、現在ではコンシューマーサイドの意見表明機関としてますます重要となっています。

第4には、生活保護法の適用を拡大（同意入院）して、措置入院患者増加の停止したことでありましょう。

それに引換え、保安強調路線の人々は何を手にしたのかはっきりしないと私は考えています。この事件とその後の経過からみて、医療者が敗北したとは考えていないのです。それにはラ氏及びその近辺から保安圧力がかからなかったことも関係していきましょう。

また、私達の世代はこれを契機として、先輩達の後をついで保安処分制度問題を視野に入れることができたのです。

I. 3. [現代の人権問題]

こういう結論を述べるのは、個々の医療者の努力と時流のなせることなのだと思うのです。『時流』というあいまいな言葉を使いましたが、これは、海外における精神障害者の人道的処遇の報道、ソビエトにおける精神医療の政治的乱用の報道など国会議員だけでなく広く国民に知られたできごとが何処かで底流をつくっていると考えられますから時の流れと言ったのです。

この流れは、1つの国の国内で生じたというより、国際機関の影響から生まれているように思います。

たとえば、1983年イギリス精神保健法の改正の契機の1つはヨーロッパ裁判所の判決でありましたし、オランダも同裁判所で敗訴しいろいろな改革が検討されたと言います。1990年には、フランス精神保健法の改正旧西ドイツの禁治産及び監護制度の廃止と保護者制度の新設が行われ、ベルギー、オランダ法の改正もおこなわれましたが、新法律は患者の権利をうたっており、人及び財産の裁判所による保護を一層明確にしています。

これら欧州諸国の動きの背景をなしているのは、ヨーロッパ裁判所の動きであります。それを受けて国連人権委員会が『精神障害者の人権擁護とサービス改革の為の諸原則（案、1991）』を採択し、国連総会で採択されようとしていることも重要であると思います。

戦争捕虜に関するジュネーブ協定に始まる国際条約は国連による各種の人権宣言とか人権に関する条約につながり、婦人、子供の問題について精神病者にたどりついたのです。そして、再来年このメッセで開かれるWFMHでは、『諸原則』の国連総会採択を受けて、『精神障害者擁護10年』の提案がなされるはず。この提案はWFMHのフラッシュ氏に私が直接おこなったものであり、彼は即座に賛意を表したのです。実は児童の人権宣言が10年間の運動を経て人権規約になったのをまねたに過ぎないのですが、運動の継続発展のためには有効な方策だと思うのです。

次に、『諸法則』の起草に政府間機関であるWHOの精神保健部が深く関与していることを指摘しておきたいと思います。『諸原則』作成に際して医師と法律家は鋭く対立しニューヨーク医科大学の精神科医フリードマン教授は法律家ダエス女史がつくった草案の全面廃棄を訴えるという極論を提唱したほどでした。結局、実現可能な案を提示したのはWHOであったのです。

そして、今、WHOは、日本政府や精神病院協会と連携を作りつつあることを知っておいて頂きたいのです。かって、WHOのコンサルタントであるクラーク博士の日本政府に対する勧告は、その発表の記者会見の場で厚生省から無視されたと言われていました。このことは、我が国精神科医療政策を批判する人がよく引用していましたが、今後そのようなことは起こりにくい状態になっていると私は思っているのです。

I. 4. [国家を取り巻く環境]

国際化とかグローバルゼーションという言葉がよく見かけられますが、これは国家の性格を変えるものではないでしょうか。アパルトヘイト問題に端的にみられることですが、国民の搾取・人権侵害の上に繁栄する国は、この世界からボイコットされるのです。国家は、とくに経済的にうまくいっている国家は、その国民を搾取することは許されない事なのです。さらに経済的にうまくいっていない国家に援助することも求められるのです。

アメリカの弁護士ゴスチン氏は京都国際フォーラム（1987）で、アメリカと日本に精神科医療の『経済的乱用』が最も顕著に見られると指摘しましたが、アメリカはその後の情報では地方自治体とボランティア活動の中軸にして相当なストリートピープル処遇改善を行っているようです。

国家は当面の経済活動を若干後退させてでも人権擁護を行わないといけなとかんがえているのですが、こういった国家のおかれている状況の変化を感じているかいけないかで、処遇困難者『対策』にたいする姿勢が異なってくるように思います。

この問題を巡っているいろんな人と話し合っただけで痛感したのは、医療者の心が今までの精神医療政策によってひどく傷つけられていることでした。それは痛ましいことであり、医療政策の改善によってしか癒されないと考えます。『どうせ、十分な財政措置を講じないし、保安処分の厚生省版に使うだけだ』と主張して止むことがないのです。そして『今までの政策を見よ』と言われると、反論する元気は無くなりほしくないまでも衰えます。前川レポートとそれに続く内需喚起政策は10年間で400兆円の公共投資増額を約束していますが、精神科医療は医療全般とともに『公共投資』ではないでしょうか。

交通や治水などの土木工事だけが公共投資ではありますまい。教育、福祉、医療と言った分野の整備はその質を改善しなければならない社会基盤であり、公共投資であることをはっきりさせるべきなのです。病棟改造は、その一部であろうと思います。公民館、市民ホールと比較しないまでも一般的な住宅と精神病院があまり違い過ぎてはいけません。精神科の病室は人の住むところなのです。

さらに、英国と米国の医療費に占める精神科医療費はいずれも13-14%であります。此の20年間の我が国の精神科医療費は7%足らずで、1兆2,000億円程度ですから、パイを2倍にして2兆4,000億円を振り向けてもらうという主張はあながち不当とは言えますまい。

1. 5. [精神科医療費増計画は可能か？]

パイを増やしてもらえないから、国庫や都道府県の特別の支出を求める発想には質的限界があります。国庫支出には、特別の理由つまり『保安』という要求がついてまわるといふこともあります。これらの財源が重要なものであることは理解しておりますが、国庫支出の総額は年間5百億円つまり精神科医療費の5%にも達しないのですからこれにばかり熱を上げているのは問題なのです。自治体の支出はもっと少ないでしょう。ですから90%を占める保険医療費がもっとも重要なのです。

次に、医療費の場合、医療機関とその利用者間に支払基金が介在し、直接的な市場はないと言っただけです。措置入院費にしても支払うのは国庫ですが病院への支払い額を決定しているのは支払基金なのです。支払基金を構成しているのは、保険者つまり市町村の国民保険組合、共済組合及び企業と被保険者つまり保険者の住民、組合員、雇用人であり、さらに学識経験者が参加しているのです。

したがって、この基金やその運用に当たっている国会に支出の増加を納得してもらえよう『医療計画』が作成されねばなりません。彼らにとって、行政たると、民間病院たると、公立病院たるとを問わず、精神科医療費の支出先であることには変わりないのです。支出先が良質で無駄のない医療を提供する計画を提出しなければ支出を増やさないのは、ばく大な基金を付託された者としては当然のことではないでしょうか。

ふりかえって、行政と医療者団体が相互に批判するのは当然としても、医療計画を作成しようともしないかみえる現状は早急に改められねばならないと考えられます。医療者の行政不信は先に触れましたが、その傷をなめてばかりいたのでは、不幸は患者をおそい続けるばかりでしょう。個々人の経験は別として、精神科医療の戦後史は行政先導型の発展をとげたことを無視するのはいささか奇異でもあります。

保護室を長期使用している例の多くについては精神科医療に一定の保安的機能を率直に認め、それを人道的医療によっておこなうことをためらうことはないと思います。人権擁護機構の整備は必須であります。

地域医療から、このような特殊機能までを総合的にカバーする医療計画と医療費の倍増が必要なのです。

今回(1991.7.14)の公衆衛生審議会の意見具申は『地域精神保健対策』と『処遇困難患者対策』が一对として提出されており、いずれもが345の第2次医療圏の設定と各医療圏内での計画策定を求めていることを無視すべきではないのです。

そして、処遇困難者対策はこれを背景に考えられているのであり、予算要求過程の政治的契機ばかりに目を奪われてはいけなないと思います。

国家、自治体と医療者が、この計画の策定に踏みきり、医療の質の向上を通じて精神障害者にサービスを提供することが今求められているのです。日精協と自治体病院協議会はこれを理解しはじめていけると言うのが私の現状認識であります。

Ⅱ. 研究報告書の成立過程での問題のとらえ方と今後のポイント

Ⅱ. 1. 処遇困難患者の調査の意義

刑法の保安処分制度とは異なるにせよ精神科医療に保安的機能があることをまず率直に認めるにしても、患者の処遇に当たっては拘禁をできるだけ避けること、患者の復帰すべき社会から地理的にも人間関係的にも隔離されてはならないという配慮がなされるべきでありましょう。

与えられた研究主題は『精神科医療領域における他害と処遇困難性』というものでした。これは、精神科患者の他害それも深刻な他害にどう対処するのかということなので、精神科医療が含む重大な問題であります。これへのアプローチは、いろいろ考えられました。犯罪統計、フォローアップ、症例検討等の方法も考えることは出来たのです。

研究班が精神病院アンケートという方法をとったのは、精神病院の抱えているこれと関連した問題点を明らかにしようとしたからに他なりません。つまり、医療者の日常的現場の問題として病院関係者を巻き込むことと、現実の精神科医療の問題点を医療者及び世間に訴えることにその意図をおいたのであります。その心は、法は変われど、保護室の患者には法の保護が至らないことへの憂慮でありました。

そして、『院内で問題行動があり、それにより病院の治療活動に著しい困難がもたらされる程度にいたっている』こと以外には言及しませんでした。これは、医療者がどのようなことを問題視しているかを広く捕えるための工夫です。定義がはっきりしないとして大いに悩ませたようでもありお叱りも受けましたが、処遇困難というのは医療スタッフの質と量、さらに同じ医療チームであってもその活動性には変動があり、もっと極端にいうと医者と患者の相性すら入ってくる領域ですから、定義をしてもさして意味を持たないと考えたのです。従って、結論は『現在の日本の精神科医療の水準で、保護室を長期にわたって使用せざるをえないもしくは危険を覚悟で退院させざるをえない患者が、全国で何人いるのか』を推定する資料を得ることでありましたが、この形の退院は研究の性格上質問に含ませることには無理を感じましたので省いたわけです。

調査の科学性をうんぬんされる向きもありますが、ここまでは、調査の目的をしぼる政策上の配慮なのでありますから、むしろ調査の基本的姿勢とでもいって頂きたいのです。数値の確かさは、上述

のように主観的要因が強いことから、アンケート調査であることから限界はあります。

それより報告書をご理解頂くには、これが『全国』調査であり地域的ばらつきは大きいと推定されるのですから、県単位あるいは医療区単位で政策を決定する基礎統計とはなりえないことが肝要なのです。つまり、各地の政策決定のためには各地のニーズの実態を調査し直さなければいけないということを注意していただきたいのです。

医療の質を問題にしていなかという向きもありますが、長期保護室使用者が400名というのは、まさに医療の質の悪さを示すには十分ではないでしょうか。

なにもしなくてよいとは誰もいわれません。この点を数字で明確に示すことにこの調査の意義があり、その後の医療政策に資することを狙っているのです。

Ⅱ. 2. 今後のポイント

400の保護室長期使用自体が深刻な問題ですが、それを取りまく閉鎖病棟の巨大さは一層大きな問題でありましょう。各病院でいろいろな工夫が行われていること、医療を良くしようとすればするほど財政的に割りが合わなくなるという現状はしているつもりであります。しかし、先に述べたように、医療費を増額してもらうためには医療計画を持たねばならないと思っていますし、個別病院内の努力では対応できない医療費の決定機構が出来上がっていることを認識して頂きたいのであります。

身近な医療の改善から着手すべきであるとの主張もわかります。

わたし自身、出来たら2次医療圏構想がもう少し具体化しそこでの医療水準向上の目途がたってからこの問題に着手したかったとの思いはあります。

しかし、時は既に来ていたのであります。

順序がひっくりかえっても目標をとらえようと判断したから、処遇困難者病棟の試行に賛成したのであります。

いまは、足並みをそろえるべき時だと思っています。これがこの施策の第1のポイントであります。

もちろん、人権擁護機構及び次のような医療機構の批判的な参加がなければこのような施設が乱用される可能性なしとはしません。判定委員会という構想は、このような施設を乱用からまもるために院長、病棟主治医が医療に専念しその判断が県知事によって尊重されるようにする保障機構として考えられたのです。これは、直接入院することを一応排除した形の運営を考えている病棟なのですから、もとの病院もしくは病棟が引取る誓約をしなければ入院は不可とすべきだと思います。さらに、もっと根本的なことは、第2次診療圏内の各種精神科医療の機関が1つのネットワークを作り、この施設の適正な運用を協議するシステムを作ることです。

また、私は、試行は県内で行うべきであると思っています。鹿児島県の患者を福岡のこの施設で治療すべきではないと思っています。医療として好ましくないだけでなく、鹿児島県が県としての責任を逃れ南九州にこのような施設を作ることを阻害すると考えるからであります。

また、犯罪者ばかりをこの施設に集中させるとの意図であろうとの批判もあります。しかし、上記の判定委員会の適正な判断とその医療圏に属する医療者がこの施設の利用を慎重に考えて頂くことで、『犯罪性精神障害者施設』のレッテル貼りが起きないように注意して頂く他はないのです。『処遇困難』という名は好ましくなく、たとえば、患者さんに『あなた、処遇困難施設に行ってみませんか』という時いかにも使いにくい言葉ですから、なんとかいい名前がないかと考えています。ただし、『処遇困

難』という言葉が『犯罪』とか『司法』という言葉をはっきり否定した結果であるという点にもお気付きください。

最後になりましたが病棟スタッフの獲得と訓練は何よりも重要な第2のポイントです。もし、経済的理由でそれがうまく行かなければ、この病棟は危険なものとなりますから、立法府及び行政府はこれに十分留意し其のような手当を実施することで、この施策の趣旨が広く理解されるよう計らって下さるよう心から祈っています。

そして、これを契機として、国、自治体、医療従事者が早急に2次医療圏の整備、精神科医療全体の底上げにとり組む方向を目指して頂くようお願いしたいのです。

〔完〕

シンポジウム IV

質疑・討論

司会：誌上討論というのが3題設けてあります。これは時間の関係でそういうふうに運営委員会の方でさせて頂きましたが、浅野さんの方から詳しい事は誌上を見て頂くということで、ひとこと何か、特に政令指定都市の問題に加味して、お願いします。

浅野：大都市特例については、誌上に資料を提出してございますので、御覧頂ければよろしいんですが、昨日今日の議論の中で2次医療圏を単位に医療計画を策定すべきだという議論がありますし、それから今回の法改正の折りに地方公共団体に精神医療、或はリハビリテーションについて責任を持たせるべきだという、そういう議論があります。その両方の交差する所に大都市特例問題があるかというふうに私は考えております。基本的に精神保健については、先程のシンポジストの話にもありましたけれど、住民に密着した所で展開される方が望ましいという事ですから、現在の政令指定都市は県にも匹敵する位の規模を持っておりますので、政令指定都市がやはりきちんと精神保健全般にわたって責任を持つような、そういうシステムになっていく必要があるのではないかという問題提起です。

司会：この問題ですが、現在精神保健に関しては都道府県が所管しているんですが、これをなるべく生活に密着した所で考えていって欲しいというのが学会等の運動なわけです。現在の段階は大都市特例、せめて大都市ですね、そこでは、そこが責任を持ってやるという事で、という問題提起ですが。仙台それから川崎が一つのモデルとして出されたんですが、先程の話では川崎では大都市特例に見合うように準備が進んでいる感じのお話がありましたが無うでしょうか。

西沢：精神保健法の見直しがいくつかの課題がございますけれども、例えば保護義務者であるとか、精神障害者規定の問題であるとか、あるんですが、その中の一つとして大都市特例の問題が法の見直しの過程で出てくることは、十分予測出来ます。つまり積み残しの課題として残っておりますので、川崎の場合でも、もちろん大都市特例を前提にして、つまり県知事業務が川崎市におりてくるという事を前提にして、精神保健全般について考えていかなければいけないというような意識は持って進めておると思います。

司会：仙台も割合、前向きなんではないですか。

浅野：具体的には未だ動いておりません。ただ、いずれ大都市におりるだろうというのは時間の問題だという認識はあるようですが。

司会：10個余りあります大都市、必ずしも前向きではないというふうに厚生省に行った時には伺っております。これを通して更に市町村、出来れば市町村まで責任主体をおろしていきたいというふうに我々は考えております。それでは、続いて社会復帰施設に関して全国精神障害者社会復帰施設協議会から、新保さんから、ひとことお願いします。

新保：私の方も一応、精神保健システムにおける社会復帰施設という事で、レジメに載せてございますので、それをお読み頂くという事で、後はこれまでの討論を通して感じた事だけをひとこと言わせて頂きます。

これまでの討論の中で、精神保健の対象者は地域住民であるという認識を持つ、というようなことが話されておりました。これは又当然だろうと思うんです。その一人一人であるユーザーに叶う施策を用意する必要があるというのも、これまた当然な事なんです。出来ればその一人一人のユーザーがユーザーに叶う、いわばニーズに基づいたものでチョイスできる社会資源がワイドバリエーション化されていくという事が望まれるのは、これまた当然な事なんですけども、そういった事を推し進めていく上で、現時点で法施策化されているのが私共の社会復帰施設だというふうに思っております。この社会復帰施設が円滑に運営されないという状況にあるという事は、私共の協議会の谷中、寺田がこれまで話して来た通りであります。このような状況で他の社会資源を整備していったとしても、その社会資源が本当にユーザーのニーズに叶うものになるのだろうかという事に対しての危惧を持っております。まずもって社会復帰施設をどのように位置付けていくか、その為には当然対象者に対する理解をどうしていくかという事も含めて、改めて法改正に向けて前向きな検討を皆さんと共にしていきたいというふうに思っております。それを具体的に進めていく為には、やはりソーシャルなクライシスインタベーションに対する対応を含めて社会復帰施設の在り様を問うていくという事が大事なんだろう、というふうに感じました。以上でございます。

司会：有難うございました。社会復帰施設に関しては、主体は障害者、或はユーザーである、その方向で改革は進められるべきである。具体的なネックになっているのでは、私の伺ったところでは、国1/2の補助、1/4都道府県の補助、残る1/4が利用者負担になっていますが、この残る1/4の利用者負担も都道府県負担にしたいということで、当面、現在は問題になっているかに聞いております。

それでは、共同作業所の問題について共同作業所全国連絡会の藤井さんですが、(今日欠席されております)藤井さんいच्छらないんですが、誌上の問題点をまとめて、もう一度司会の方から指摘、提起させて頂きますと、先ず、精神保健法の枠内で精神障害者の福祉を考えていくには限界があるんじゃないか、とこれまでの共同作業所の活動を通しての一つの見解です。それからもう一つ、今後の方向としては、精神障害者に対しても他の障害者におけると同じように、職業リハビリテーションの方向、職業リハビリテーションに関する政策的な方向性を、やはり我々研究して打ち出して行く必要があるんじゃないかという事です。もう一つは精神障害者が他の障害者に比べて著しく対策に遅れをとっていますが、これは一つには、先程自治労の朝日さんからもありましたように、いろんな面で精神障害者が無視されて策が進められている。その一つには精神障害者が障害者として認知されていないという問題がある、非常に大きいだろうと思います。そこで、その認知を得る為に、やはり障害の評定、スケールですね、色々な関連行政等に説得力のあるスケール、そういったものについても研究する必要があるんじゃないか、という提起が藤井さんの誌上討論の中になされています。以上

です。

司会：それでは望まれる精神保健システムとあって、これからの方向、昨日からの討論も加えまして、かなり多方面に亘って、シンポジストからの発言、指定討論、或は誌上討論等ありましたが、これを更に討論を深めていって、総括討論にまで引き継いでいきたいわけですが、早速ですがどうでしょうか。まず、シンポジスト間で補足なり、討論がありましたら、一定時間をそれに当てたいと思います。引き続きまして、フロアからの討論に移っていききたいと思います。初めに、シンポジスト間の討論ですが、……では、朝日さん、ひとこと何か。……特にない。では、浅井さん如何でしょうか。

浅井：取り立てて今は、ございません。

司会：それでは、西沢さん。

西沢：1点だけ付け加えるような形で話したいんですけども、地域に於ける精神障害者の置かれている状況を見た時に、川崎の場合でも、尚かつ生活の豊富化というところまで見ると殆ど達成し得ていない。恐らく川崎が非常に熱意をもって展開したのとはほぼ同質のような規定で、現在で言えば精神障害者社会復帰施設、或は地域作業所、或は今日お話になりました精神科の診療所、それが或は病院もというふうに言える所があるかとは思いますが、非常に職員のボランタリー的な熱意をもって展開をされているけれども、今ひとつ冷静に全体的なシステムというところを考えて、自分達のいる所を規定し直すという事がどうしても必要だろう。それでもう一つ大きな全体の中で何がやっぱり不足しているのかという事を見定めて、自分達の居る場からそれに向かって進み始めるという事がないと、やっぱり社会復帰施設はどう考えてみても通過施設にしか過ぎない部分がありますし、限界は既に見えているんだと思います。そう意味では新たな模索を、川崎の場合は行政が非常に先行しましたけれども、病院とクリニックと社会復帰施設と、或は保健所というような形でもう一度組直しながら考えていく必要があるだろうという事を是非言いたい。それからもう一つ、保健所の事を殆ど触れる事が出来なかったんですけども、やっぱり保健所は法施行業務と もう一つは心の健康作りに象徴されるような普及啓発、或は教育相談というレベルがこれから強化されていく方向を歩むという事が見えているんだろうと思います。そう意味では、現在保健所の中で行なわれている生活援助に向けた具体的取り組み、或は保健所そのものを生活援助機関と変える事が出来るかどうか、というぎりぎりのジレンマ状況を追いながら川崎の保健所にいる相談員、或は保健婦さんが模索しているわけですけども、それも一度立ち戻って考えると、どうもそういう動きに保健所が編成し得なくて、むしろ広域の住民を対象にした、先程言いました普及啓蒙、教育指導というところを集約されて行くのではなかろうかという、ちょっと悲観的ですけども、そういう事を客観的に冷静に熱意を越えて見る必要があるのではないだろうかという事をひとことだけ付け加えておきたいと思います。

司会：はい、有難うございました。それでは、守屋さん。

守屋：今の討論を聞いておまして、特に処遇者困難問題、金杉さんの最後にお話頂いた、いわゆる政府からの圧力をもう一度押し戻してという、その言葉を聞きながら、僕が感じた事ですけども、何故こういう、例えば今回の丹羽事件、そういう問題が出て来ないと、隔離室使用の人が長期間、ど

の位長く隔離室使用されている人がいるのか、又こういう問題をこうしなければいけないのかという事が私達の問題になって来ないのか、その前に何故僕達医療者関係者がこういう問題を、ライシャワー事件も同じだと思うんですけれども、何故後追いだけをしていかなければいけないのかと、そしてこの問題が出てきて政府から何かをしろと言われて、やって、何かやると又問題が出て来る。そういう、どうして僕達自身の体質の中に後追いをしていくものがあるんだろう、という事が一つ僕の感想です。

それからもう一つは、昨日のシンポジウムの中で宮崎県の病院の方がおっしゃってた、精神病院に入院中の患者さんの医療というのが十分にされ得ない、このところというのは色々な問題がある中でも、僕自身が総合病院の中にいますと、一番患者さんが本当の意味での医療を受けられない、これは何故なんだろう、もっとこのところに僕達が力を入れていかなければいけない。本当に僕自身が精神病院にいた時と総合病院に今いると比較してみた時にあまりにも精神病院の中にいらっしゃる患者さんが、私達の努力も足りないけれども、本当の意味で普通の人と同じ医療を受けられてないという事を感じましたし、これをどうしていったらいいのかという事も又すごく大きな問題じゃないかなと感じています。

司会：はい、有難うございました。では、穂積さん。できるだけ後のフロアの討論を確保したいので簡潔にお願いします。

穂積：家の子供を預けておきたいよというお婆ちゃんとか、それからお爺ちゃん預けていきたいよという奥さんとか、そういう人が非常に困ってるのが町中ですけど、診療所がベッドを持つということが現在条例で禁止されている。あちこちで、20ベッド以下のベッドを持てば、そういう事が非常に便利になるんですけど、国の方で難しい事言って診療所を不自由しておりますので、非常に皆さん迷惑しているんじゃないかと思えます。

司会：これは先程までのお話で触れられてい wasn't でしたが、診療所も20床以下のベッドを持てるようにしたいというような提起ですね。本来診療所は20床以下を持っていい事になっているんですね。それが制限されているんだということですね。それでは吉川さん、お願いします。

吉川：私は昨日、一昨日と山口におりました。山口で更正事業施設全国会議というのをやってまして、そちらに出てました。そこで問題になってましたのは、会長の吉村さんもおっしゃってますが、更正事業関係施設で既にはぼ50%の、入所者の50%精神障害を持っている。精神障害と共に他の障害を持っている人も全部ひっくるめると、70%位そうした精神障害、或は精神に何らかの問題を持った人達が入っている。ですから、更正事業施設といって、これは主として生活保護関係の施設ですけども、こうした施設の中にこれだけ精神障害者の人達がいる、我々はもっと精神障害者に対してももっと学びたいし、それからこれだけやはりそういう役割を負っているという事を精神保健関係者にもやっぱり知ってほしいという事をさかんに言われて帰って来ました。私は特に第4分科会では、この地域精神保健活動、その中に今自分達がどういう役割を果たしているか、というそういう分科会に私は出ましたし、そこで2つの施設の現在精神保健に関わる、特に精神障害者の社会復帰という事に関わる精神保健活動の実態をお話を伺いまして、それはそれはかなり劣悪な条件の中で精神障害者に対する援助という事をこうした福祉関係者も極めて大きな努力を払っているというその実態をこの

席でも又お伝えをしておかなければいけないかなと思っています。

司会：はい、有難うございました。では、金杉さん。

金杉：処遇困難の問題について中山先生の方からご討論がありましたので、それについてちょっと述べたいと思いますけれども、一つには、処遇困難対策に関しては医療圏構想の中で考えているのだという事をおっしゃられたと思います。処遇が困難である患者さん達をどうするか、それを身近な医療圏の中から考えていくという事は当然考えられるべき事だと思うわけですが、その面から言いますと、今回の重症措置患者治療病棟は15の2次医療圏に1つというような事で、普通の県だと1つでは足りないという、何県にもまたがるような規模の地域に1つ作られるという事になるわけです。そういう意味では、地域精神保健、地域の医療圏のシステムというような事を生かした上で行う対策としては、守備範囲が広過ぎるという事が先ず言えるのではないかと思います。ですから少なくとも2次医療圏を中心に取りあえず、医療圏構想を考えるとすれば、2次医療圏の中で処遇困難の問題をどうするのか、というところが出発点になるべきではないかと思います。それから2番目にライシャワー事件の例を引かれて、これは守屋先生も今指摘されたところでですけど、こういう世間の注目を浴びるような治安上の大きな事件が起きないと、精神医療従事者自身も社会も精神医療の改善という事に本気にならない。これは確かに非常に我々自身反省しなくてはいけない事だろうと思います。保護室の長期使用の問題というのは、この事を契機に大きな問題として再認識されて来ていると思いますけれども、僕自身も自分の病院の事を考えましても、色々な努力をして、結局保護室に入れざるを得なくて、保護室に入った事で当面の問題が解決して、そのまま長期化していく。そういう我々自身の努力の足りなさ、患者さんが保護室にいる、閉鎖病棟にいる、それで今問題が起きてなければ問題にされない。入ってしまった事で納まるといようなかたちで問題にされない、そういう精神医療の在り方は反省しなくてはいけないんだろうと思います。それから、そういう事件を契機にして、ライシャワー事件の場合にはいくつかの外来地域医療の充実が図る事が出来たという事ですが、僕自身不勉強で良く知りませんでした。なるほどなと思って感心しましたが、今回の問題に関して言うと、ライシャワー事件の時に勝ち取られた4つの事と今回の重症措置患者治療病棟とだいぶ性質が違うということは明らかだと思います。今回の構想については自傷他害を要件とする措置入院、その中でも重症の人ということで保安そのものの強化という点に目的が置かれた対策ですから、これを契機に精神医療全体の改善を図るのだという意味で推進していいものではないだろうというふうに思います。あとは処遇困難の定義の問題については、まず処遇が困難であるというところから出発して対策を考えていくというご主旨だろうと思いますけれども、今回の場合にはやはり守山荘の事件があってといつか、それ以前から他害性という事に重点が置かれてこの問題が取り組まれているわけで、処遇困難ということも他害性に引き寄せられて研究され対策が立てられて来ているわけですね。ですから、そう意味では他害への対策ということが最初からの目的として先行しているわけで、操作主義という事とはちょっと違うのではないかと。実際に厚生科学研究の調査で上がって来ているケースについては、中身を見ると色々な問題が混ざりあっているという事を感じるわけです。特に保護室を長期に使用している人達というのと、社会で犯罪行為があった人というのは、それほど重なり合わないといつか、直接には関係の無い問題であるという事を私自身は非常に強く感じますので、それを一緒にたにして対策を講じるという事は、やはり基本的に出発点が過ってしまうのではないかといつかを強く感じています。

司会：今までシンポジストからひとことお願いしましたが、金杉さんから中山さんの発言に対する批判があったわけです。中山さんもちょっと解りにくかったかと思いますが、40年のライシャワー云々というのは39年にライシャワーアメリカ大使刺傷事件があって、40年に精神衛生法が改正されたわけです。それはやはり今回と似ていて保安市の圧力が非常に強いその中で地域保安管理体制を強化するという観点から、例えば精神障害者は通院医療費公費負担制度というのが出来て、それによって地域の患者を管理する。第一線機関は保健所であると位置付けられて、40年の法改正によってですね。そう事があった、にも拘らずその後の我々の運動によって、それは必ずしも保安の強化をもたらしてはいないではないかというのが、中山さんの論旨であったと思うんです。中山さんから金杉さんの発言に対して反論したいという事がありますので、なるべく簡潔にお願いします。

中山：15医療圏というのは広過ぎじゃないかとおっしゃいますが、例えば東京は千万越えますから、2ユニット、15床ずつ2ユニット。だいたい関東南部はだいたい各県とも2ユニットずつという配置になりますね。一方で四国になりますと、これはインターリージョナルになるわけで、総人口4県合わせて450万だから、15床要るのか要らないのか検討したりして、恐らく山陰だとか北陸だとかは、うちはそんなに要らないという区域も出てくると思います。いずれにしてもこれは、私が申し上げているのは一つのモデルというか考え方であります、実施段階では必ず再調査をして、しかも自分の、その2次医療圏でこの患者に関しては頑張るから保護室を出すからそんなに要らない、というのがあって、やっぱり自分とここでは出来ないから頼むというのが初めてその上の3次医療圏の施設へ行くのだと、そうやって再調査に依るより仕方がないわけです。全国調査と地域調査、実情調査というのは別ですから。それは一応私が申し上げたのは、一つの考え方であるというふうにお考え願いたい。それから保護室と犯罪とは関係無いとおっしゃいますが、それはおかしいんじゃないですか。じゃ何故保護室をそんなにお使いになるのか、それは非難さるべき事でしょう。そしてもう一つ付け加えますと、既にこの調査は外国語に翻訳されております。イギリス人は言いました。イギリス全土探しても1日1晩を越えて保護室にいる奴はいないんだ、と。それは非常な人権侵害だと。僕らが今それを政府共々一緒に考えているんだからと言ったら、暫く待とうというのが返事ですよ。保護室に入れておくという事が如何にひどい事かという事をまず確認して頂きたい。僕はその点に関して皆で話していると、割とケロッとして保護室に入れている。調査でも、まさかあんな結果が出ると思わなかったんです。つまり隠すと思ったんです、私は。そしたらケロッとしてなんぼでも返事を出してくる。中には実態と違うご返事をなすった病院があるのも存じております。それから以前から気に掛かっていた保護室に入っていたその人がその間に亡くなっておられたというのもあります。しかし、保護室に入れるという事が、赤堀さんがいるから刑務所で考えたら解ると思うけども、独房へ入れるという事が如何にひどい事か、そんなことは刑務所でも許されない事なわけですよ、それに対して鈍感過ぎるんじゃないかというのが、私の医者になって以来ずっと続いている怒りです。だからそれを無視されたんではどうしようもないという事なんです。

司会：それでは以上でフロアの発言討論に移っていきますが、では手を挙げた方ひとことお願いします。

大野：保護室の事を非常に心を痛めたようにおっしゃいました。ところが皆さん保護室に入れる側ですね。私達は入った側です。私の場合も4日入りましたけれども、これは入れられたんじゃないくて占

抛しました。だけど、体験者です。今日はこの前提でお話しますけれども、中山先生は本当に保護室がしんどいんだとおっしゃいますけども、保護室にテレビカメラがついている事をご存じなかったです、昨日の段階で。それから私が今日こんなしんどいのに来たのは、実は保護室に1年間2回入っていた人、しかも丹羽さん事件の守山荘に入っていた人の依頼を受けて来たんです。お前は真面目だから頑張ってきてと言われたんですよ。その方と知り合ったのは丹羽さん事件以降ですけれども、お前はそんな悪い事をやるA君に対して何故防御権だと言って守るのか、というふうに電話掛かって来てからです。守山荘病院の私の防御権の問題、皆さんに配ってありますから、はしょりますけども、その守山荘の患者さんがAさんの事を思いやって、というより私の糾弾だったんですよ。お前は刃物で国会議員を殺すような人間を防衛するのcaという事で毎晩毎晩電話掛けられ続けました。その方が実を言うと、守山荘病院で1年間2回経験のある人なんです。私は彼との話の中で、悪い奴を助けるというんじゃなくて、権利がある防御権の、という話をして。今彼が言っているのは、守山荘病院のAさんですけども、Aさんこそが最も防衛されなければいけない人だと言っています。保護室に2回入った人がBさんとして。その方が言うのはどういう論理かという、先ず精神医療というものは無かったと言っています、彼は。保護室に1年間2回入った人は、無かったと。多少学会で聞いていると先生方も一生懸命頑張っておられるようだし、まあ、いい医者もあるんじゃないですか、少し探してみましょか。いいものもあるんじゃないですか、と申し上げたら、私はどつかれました。お前未だ医療を信じているのか、そんなものは有りゃしなかったんじゃないかという保護室体験者が、まず私に告発に行き来いと私を送り出したんですよ。Aさんそのものを、つまり丹羽さんを刺した今某病院にいらっしゃる、その人こそが最も弁護されるべきだということを、まず伝えます、彼の事を。中山先生が、話がずれましたけども、あなたは保護室の経験が無いわけですけども、保護室にいる者の、入った私達のしんどい事を同情してもらわんでええですわ、まず。保護室の中で私はナースコールを付けてもらいたい。一般病棟は、ナイチンゲールの発想から含めて、医者・看護婦を呼びたい時はナースコールが有りますわ。それすら保護室に無いんですよ。プライバシーも無いんですよ。私は映像をずっと見られ続けたんです。私はもちろん裸でいました、保護室は、覚えています。それでシーツを巻いていました。ハンガーストライキです、もちろん。でも一番最初にやった事は、その保護室の中を覗かれるプライバシーを侵害されるそのカメラに向けて私はトイレットペーパーをべたべたにして、投げ付けてその監視カメラを防衛したんですよ。それを含めてあなた体験があるんですか。ある当事者から先ず保護室のしんどさを聞くべきでしょう。どうやってもらいたいのか私達に聞くべきじゃないですか、あなた。

山本（真）： すいません。もう一言だけ言わせて下さい。病者集団の山本です。

400人の保護室長期使用者がお気の毒だという中山先生にひとつ伺いたいんですが、今回の道下先生を班長とする調査が、精神医療の中で患者が人権を犯されているから気の毒だということで出発したのだったら、処遇困難者という言葉は患者には使えないと中山先生おっしゃいました。使えない管です。本当に今彼女が言ったように、保護室にいる400人一人一人に聞き取り調査するべきです。あなたはどうしてほしいですか、僕はあなた達の問題を解決したいです。話に行くべきです。それを何もやらないで、しかも本人の個人情報を盗んだのはあなた達じゃないか。道下先生は焼き捨てるとおっしゃった。個人調査表については一切他には漏らしていない。しかも病者集団の前で完全に破棄することを私達に約束して下さいました。これは盗んだ個人情報です。そんなに凄まじい、気の毒だと思っらんだらば保護室にいる400人にあなた達は聞き取り調査をするべきです。一人一人にあなたは

何をしてほしいですか、私は何が出来ますか、あなたに対して何が出来ますか、と聞いて回るべきです。

司会：はい、それでは手を挙げた前の方。

山本（深）：矛盾だらけというのが、はっきり言って中山先生のレポートを読まして頂いた感想です。私達病者集団は確かに、今刑法に保安処分がないけれども、今まで保安処分され続けているというふうに言いましたが、それがまさか処遇困難施設を入れる為の言い訳に使われると、そういうふうに理解されるとは全く思っていません。私達がこういう事を言わなきゃならなかったのは、今までもずっとと言われて来てますけども、私達が一人の人間として当たり前前に生きていくことができない状況があまりにもあり過ぎるじゃないか、そのことの告発として言ってきた訳であって、決してそれがいい状態である、いや、むしろそういう事をしてほしい、そういう事が精神医療の改革の為につながる、そういう思いで言ってきたのでは決してありません。だから、こういう形での私達の発言の引用の仕方についてやめて頂きたい。

それから次にライシャワー事件があった時に、保安処分の強調路線の人々が政治的に何を手にしたのか、全然はっきりしないという形で考えていらっしやる。私は信じられません。ライシャワー事件のあった後、保安処分の強調路線をとっていた人達は実質的なものを手に入れたと思っています。それは、その後ずっと病床数の数字にもはっきりと現れている日本の強制入院のあの数字の中で、中山先生が京大の中で数字をちゃんと見ておられながら、何が日本の精神医療の中で進行してきたのか、ライシャワー事件をきっかけにして進んで来た、何故日本に於いてだけ、世界の中で何故日本に於いてだけ、こんなに信じられない民間の病院において強制入院が堂々で行なわれてきたのか、こういうのを行なってきた実態というのは私達はそこに見ています。つまり実質的な保安処分がライシャワー事件以降の経済的な国家からの援助ということになされてきたというふうに思っています。

だから、私達の仲間も午前中に申しましたように、ずっと60年代以降強制入院を無茶苦茶されて来たメンバーが、今社会に出られないからといって、出る時にせめてその退院保障ぐらいするのが当たり前だろう、その時の付けを取るのが当たり前だろう、そういうふうに申しました。私達が一番痛めつけられて来ている部分はそこらへんであって、私達の仲間の中でも退院する時に困難を迎えているのはその部分です。その時に青春時代を犯された部分です。その事を中山先生がご存じない訳はないと思います。にも拘らず、何故こういう形で保安処分の強調路線を取った人達がライシャワー事件以降、何も手にしていないというふうな事を言えるのか、私は、これははっきり言ってすごく欺瞞的だと思います。中山先生はその事をご存じない訳はない。

それから次に、中山先生の、私は多分本心がここらへんにあるのではないかという事でお聞きしたいんですけども、支出先が良質で無駄のない医療を提供するような計画を提出しなければ、国会から資産のお金が出ない。その1点で、多分これは非常に正直な発想でものを書いておられるのだと思います。じゃお伺いしたいんですが、中山宏太郎先生は今まで精神神経学会の中の保安処分委員会の委員長として勤めて来られました。であれば、何故、国から予算を取るための方策として、処遇困難施設、或は重症措置患者施設、そういう所からお金を取ろうというふうに考えることをなされたのか、私は素朴な疑問として感じます。それは、中山先生が精神神経学会の保安処分委員会のメンバーとして実態を本当に見つめて来られたのであれば、まず精神病院の中のあのベッドとベッドの幅の狭さ、人間として安心して住める空間でない現状、そうした細かい事を全部ご存じの筈ですし、まず、医療

が医療として成っていく最低限の所にお金を注ぎ込ましていき、昨日から話されてきた事を全部踏まえて、最低限精神医療が民間刑務所ではなくて、医療施設としてなっていく為の所にお金を注ぎ込ませていく、そういう基本的な所にお金を注ぎ込ませていく方策を何故取れずに、処遇困難施設という所から発想されていったのか、その事を責任もってお答え頂きたいと思います。

司会：済みません。中山先生もうちょっとお待ち下さい。ただ今の方の発言の中で、例えば40年以降の保安処分強調路線は何を獲得したかに対して、それ以降精神病床数はずっと増え続けている。それから、平均在院日数も増え続けている。そして少なくとも1/3の人が必要がないのに精神病院にいて外に出る事が出来ない、そういう中に貫徹されているではないか、という事が一つと、それからもう一つは、非常に率直なところ、保安処分路線に便乗しなければお金が取れないんじゃないか、そのへんが中山先生の本心じゃないだろうかというような指摘。二つ重要な指摘があったと思いますが、中山先生のお答えちょっと待って頂いて、先程から手を挙げている方、前の方の方、お願いします。時間が限られているのでなるべく簡潔にお願いします。

多田：八王子「赤堀さんと共に闘う会」の多田と申します。先程聞いていまして、中山先生は保護室に精神病患者を入れるのは非常に苦痛に耐えないというような事をおっしゃいましたけれども、それからこそ、処遇困難者病棟を作るのだということを言われていますけれども、一つ考えてほしいんです。今日本の精神病患者は35万人程が精神病院に入院させられていますけれども、その中の6割強が強制入院させられ、或は閉鎖病棟に入院させられているんです。そうして10%以上の人達が30年間以上にわたって精神病院に入院させられています。そういう事を捉えて中山先生は、だからそういった現状を変える為にも、処遇困難者病棟が必要だと言われる。そうかもしれませんが、そこには大きな重大な誤りがあると思います。それと申しますのは、処遇困難者病棟というのは、確かに新しく作られる病棟ではありますが、決してその精神病患者に対する考え方は新しいものではない。今まで通り精神病患者は危険な存在である、社会的に危険な存在である、犯罪を犯しやすい存在である、そういう発想から精神病患者に対する処遇困難者専門病棟新設がたくらまれているんだ、そう思うわけです。私達は多くの労働者と共にこのような新しい保安処分攻撃、処遇困難者専門病棟新設の攻撃に対して反対して行きたいと思っています。

私達は本当に過去40何年間、精神医療に苦しめられ、今また、処遇困難者専門病棟という、何時自分が入れられるかわからない、そういった病棟が造られる事を目の前にして心の底からの危機感を持っています。中山先生、ひとつ真剣に答えて頂きたいんです。

私達は決して精神病患者という危険な存在ではありません。人間です。私達一人一人の人権を確保する上で、或は精神障害者全体の解放を勝ち取る為にも、中山先生がかつて保安処分反対の先頭になってやって来られた、そのことを今一度思い返して頂いて、処遇困難者病棟造りを今一度「待った」をかけて、原点から考え直して頂きたいと思うわけです。先日も松沢病院に金子院長に会いに、交渉に行きましたけれども、そこでは松沢病院当局は処遇困難者病棟と言っているけれども、うちでは重症保護病棟と呼んでいるという事を言われました。そして重症保護病棟を今度、来年造るという事も言われました。松沢病院、病院支部の松沢病院分会との交渉で明らかになった事ですけれども、松沢病院当局は厚生省の予算を使って重症保護病棟という名の処遇困難者病棟を造ろうとしています。それに対して多くの自治労の人達とか、松沢病院分会の人達とか、民生局支部の人達が反対に立ち上がっています。処遇困難者病棟建設予定とされた別の病院に於いても、多くの労働組合の人達が反対運動

に立ち上がっています。今日ここに、このフォーラムに参加された全ての皆さん、どうか私達精神障害者と共に処遇困難者専門病棟新設に反対するように行動に立ち上がって下さい。そして、今すぐ早急に求められている事は、処遇困難者病棟、処遇困難者としてリストアップされた950人の名簿を焼き捨てる事です。これを直ちに実行して下さい。

私達は最後まで闘うつもりです。皆さんどうか共に闘って下さい。

司会：有難うございました。では、青木さん。どうぞ。

星野：こっちが先に挙げているじゃないか。

司会：なるべく短くお願いします。

星野：議長、こっちから先にしゃべらせて下さい。

司会：今の方の方が先に……。

星野：さっきからずっと挙げているんだよ、俺。中山さんの先程言っていた保護室からの、非常にまあ、自分の臨床家としての位置から言うと、非常に耐え得ないことであるとおっしゃいましたが、そこで僕は、中山さんは論理をすりかえたと思います。保護室からの開放が何故この処遇困難病棟につながるのか、これは嘘じゃないか。

あの道下レポートの調査の中では現在をどれだけ変えていくのかというところの回答が多かったわけですね。

それと、今回道下レポートからはほぼあの資料を使いながら、意見具申というものになっていくわけですけれども、あの問題については、今度は重症措置をという具合に対象が変わっているわけです。で、中山さんなり道下さんなりが盛んに言うことは、治療がされないで放置されているわけだと、保護室の、400人の、特に重症の、長期の人が。長期にわたってこんな状態を放置するのは許されない、と言われて来た。

ではその為の方策を考えようと言った時に、今回の保安市の圧力に対して、メディカルのサイドに何とか取り込もうというような事で来られたように思うわけですが、それが今回の病棟を造るということにつながっているという、それは強引な結びつけであって、それは言い方はおかしいです。

そうじゃなくて、中山さんが操作的な概念だというようにおっしゃっていますが、処遇困難という形になっていった要因というものは色々あるという事は、中山さん自身認められておられるし、そしてその概念が、ある病院によっては変わるという事をおっしゃるし、或はある病院からある病院に移る事によって、その患者さんが良くなっていくという事もあるんだ、というような事もおっしゃっているわけですね。

であれば、何故処遇困難になったのか、という事をもっときちっと検討されなくちゃおかしいと僕は思います。そういう要因をちゃんと見ていくという事は臨床家としてやるべきじゃないか、先程病者集団の方が、一人一人に会いに行かれるべきじゃないかということをおっしゃいましたけれども、これは僕は、例えば学会あげてやってみるとか、或は厚生省が予算取って、それはもう一回きちっと会ってみよう、何がしたいのか、どういう事をするのか、これはやってもいいわけです。呉さんは昔

やったわけですからね。そういうような事を学会として、笠原さんもいることだからやりましょうと提案して、厚生省からといって会いに行きましょう。そういう提案したっていいわけです。実際の一つ一つの病院における処遇困難性というものが様々に違うだろうという事を僕が思っているわけです。

先日も京都で合宿をやって、処遇困難といわれるケースについての検討をしてみましたんですが、まあ、それぞれなりに開放化をやって来ている所でも、やっぱりマンパワーの不足、決定的にそこで具体的な事が出来ない、関与できない。基準看護をとってても3人～5人位の勤務しか組めないというような、現在も情けない状況があるわけです。そういうような事にメスを入れないで、ここに移して、じゃここで良くなったら、元へ返すという具合に中山さんおっしゃっていただけるわけですが、返されるべき元の病院は何も変わってないわけですから、また悪くなっちゃうということになるわけですね。

そこらへんの問題も含めて、問題を考えて頂かないと、先程の言い方というのは、非常に僕は乱暴だというふうに思います。以上です。

司会：はい、わかりました。それでは、記録の都合がありますので、発言者の所属とお名前をお願いしたいんですが、ただ今の発言の方は光愛病院でよろしいのでしょうか、星野先生。

星野：はい、結構です。

司会：青木先生だと思いますが、ちょっと青木先生お待ち頂けますか。中山さんにひとこと発言して頂いて、それも踏まえてお願いします。

中山：先程も申し上げましたように、出来るだけ丁寧にお答えしていきたいと思います。山本さんの第1の点。つまり昭和40年以降、病床増加が多いじゃないか、というご発言がございましたが、これは施策的に見ますと、35年12月に発表された所得倍增計画の中に、労働者を移動させなきゃならないから、その時に病人を連れて行くわけにはいかないと、従って、その者を精神病院に入れる必要がある。その時に保険だとか、或は生活保護法とかいうものを使わないようにしなさいと、措置入院をもってこれに充てなさいという形で書かれているわけです。所得倍增計画というのは10年間の計画でございます。従って昭和45年までは、労働力移動の為に精神病者を国の病院に預けて働きに行きなさいという政策をとったわけです。その時に措置入院という形をとっていたのに対して、昭和38年頃から精神科医側の抵抗が始まるんです。全然ベッドが増えないという事があったわけです。それを解決する為に厚生省やいろんな人が考え出したのが、生活保護法の世帯分離を導入して、いわゆる措置入院という公安上のものじゃないようにしようじゃないかというのが実現したのが、実はライシャワーの後の改正だったわけです。

そういうわけですから、ライシャワー事件がベッド数増加を来したと分析するわけにはいかないわけです。

第2に、計画は金を取るためかとおっしゃいましたが、私がそこで書いておりますのは、処遇困難対策の金なんていうのは、実は知れておまして、フルスケールで動き出したとして、施設費が100億、運営費が年間100億程度です。私がここで申しておるのは精神科の医療費を1兆2千億から2兆4千億にする為には、各医療計画をきっちり出さないとお金はもらえませんよ、とそういう事を申し上げているわけです。

措置入院費が現在300、とにかく税金から出ているお金が500億、都道府県から出ているのが500億より少ない。だいたい90%以上が保険医療費から出ているわけです。それを増やそうと思ったら、それ位の事をやらなきゃ出ませんよ、と。

皆さん何か言うと、人員がおらんのだ、人員がおらんのだとおっしゃるけれども、計画も立てずに金をよこせと言ったって誰がよこしますか。考えてください、そこのところを。それから、それで山本さんのお答えにさせていただきます。処遇困難は金の為にやっておるんじゃないありません。

次にちょっと多田さんの問題を置いて、星野先生の意見に、或はお叱りにお答えしておきますと、やはり僕は、今、民間病院でも県立病院でも非常にマンパワー不足はひどいと思います。そして、しかも、だいたいこんなことを言って何ですけど、医者はいよいよ疲れきっていますわね、それで無気力ですわ。わしはわりとのんびりやらしてもろてるけれども、しかしながらこの現実には避けられない。そして、民間がどんどん県立病院に預かれと行ってやってるでしょう。あなたのとこだって、中宮大阪府立病院にお願いに上がる場合だってあるわけでしょう。こういう現実があるのに、保護室収容と処遇困難病棟のつながらないなんて言ったって何言ってるんだ、という事があるわけです。

次に現在の病院の医療というのは定食みたいなものですね。お子様ランチに、若い人向けランチ、女性ランチにダイエットメニュー、やはりそれを如何に個人別の治療計画に組変えていくかということ、ここで取り入れなきゃいかんわけです。それをやろうという、変えるべきところが無いといわれるが、実際これが動き出すのは、一番早いところでも2～3年掛かるわけです。その間に2次医療圏の整備をちゃんと考えるべきじゃないでしょうか。

最後に、多田さんでしょうか。危険な存在というふうに見なさないでくれとおっしゃるけれども、誰だっけ見なしたくはないわけですよ。だっけ開放病棟で出来なくて、閉鎖病棟に引っちゃうわけで、閉鎖病棟でもうまくいなくて、保護室へ入れられちゃうわけですよ。そしたら、やっぱりその人が、保護室じゃなくて閉鎖病棟或は開放病棟で、或はコミュニティの中で皆と暮らしていけるような事というのは、色々権利の問題も含めて考えていかなきゃいけないのであって、精神科医がこれを避けて通るわけには僕はいかないと思います。危険な存在と見なすなと言ったって、お互い危険になる場合はあるわけですから、そうじゃないようにするのが治療だと僕は思っています。

司会：はい、では、どうぞ。なるべく短い時間をお願いします。

青木：精神神経学会、青木です。精従懇のまとめを見まして、すべての団体が保安処分には反対しているという事ではまとまったというふうに報告があったんですが、もしそうであるならば、現行の措置入院制度がそもそも保安処分なんですね。ですから、その保安処分制度をさらに強化する方策としての今度の案というのに、当然皆反対しなきゃいけない筈だったと思うんです。ですから、そのあたりに何か、措置入院制度に対する甘い考えが残ってるんじゃないかと思うんですね。現行の措置入院制度は予防拘禁制度です。その危険性を予測して無期限に拘禁する制度ですね。こういう事が一般の市民には許されないわけです。危険性だけで予防拘禁するという事は、何故病者はそれが許されるんですか。それが一つ保安処分制度が許されない一つの重大な問題なんです。

それからもう1点。何故病者だけが国家権力によって、一方的に心を捻じ曲げられるような事を許されるのですか。そういう、私はこれを国家権力による強制的な心操作というんですけれどもね。このデモクラシーの国家に於いて、注目を与えるような強制労働があるようですけれども、思想・心を変える為に国家権力が力を尽くすという事は許されない筈なんです。この2点に於いて保安処分制度は

将来に於いて必ず廃止されなければならない制度であるという事ははっきりしてるんです。措置入院制度もそうです。ですから、この間の国連の人権委員会の案をご覧になってもわかるように、もうすでに公権力による強制医療制度というものは、緊急医療制度に近くなっていますね。日本の措置入院制度のように何年も入れておく、平均で6年だなんて、そんなデタラメな制度はもうあり得ないんです、実際に。それなのにその上に、そういう施設を造って、更に措置入院制度を強化しようというのは、もう時代に流れに完全に遅れをとっているというか、逆行しているという制度だというふうに思っています。

一つ、我が国の精神保健法の一つ問題点は、医療内容についての、深刻な哲学がないという事ですね。例えばインフォームドコンセントドクトリンにしても、国連の人権委員会の案では非常に悩み多く色々考えている。例えばサイコサージェリー、精神外科については、どういう無能力者、インコンピテントにはやってはいけないという事をちゃんと明記してある。そういうような時代であって医療の内容について、インフォームドコンセントドクトリンで考えるという事がないんですね、この精神保健法には。だから危険なんです。こういう保健法の上に、さらにそういうような制度を上乗せすれば、必ず重大な人権侵害が起きる。我々非常に難しい難問に遭遇しているんだけど、そういう基本的な世界の流れを考えながら、その流れの中で考えなきゃいけないだろうというふうに思っているんです。最後にひとことだけ言いますが、これは余りにも結論だけで、何を言っているのか解らないかもしれませんが、我が国の量刑制度が非常に遅れているという事です。懲罰主義の量刑主義がまだ横行しているんですね。その中で精神医療、精神病院が、そのしわ寄せを食って監獄の下請けみたいな事をやっているという事態が一つ大きな問題になっている。

世界の量刑制度は人道化の方向に向かっております。例えばスウェーデンなんかは、一般予防の為に犯罪者は拘禁しますけれども、健康で文化的生活を保障する。場合によっては外に働きに行く。そういう制度をやって行けば、こういうような精神病院の苦悩というものは、どんどんなくなっていくという事は明らかになっています。これは歴史的な考察から明らかになっていますが、ここは省略致します。以上です。

司会：はい。量刑制度と言いましたが、要するに青木先生のは、精神医療が刑事政策の下請けをしているという理解でよろしいかと思いますが。

星野：ちょっとしゃべらせて下さい。中山さんの方からそういう話で、もちろん僕は、中宮病院の方にお頼みすることもあるし、中宮から頼まれることもあるという事を先に言っておきます。もう一つは、時間が余らないので、これは中山さんが保安処分委員会の委員長時代にまとめられた保安処分に反対する意見書というものがあります。これは今読んで、なかなか格調高く大したものだと思いますが、その中に一番最後の理由、理由が7項目ありまして、医療と保安の基本的理念の相反性を挙げなければいけないという事をおっしゃっています。その後、犯罪を犯した患者さんであっても、何よりも医療は貫徹されなければいけないという具合に書かれて、保安処分というのは改正草案、法制審議会、法務省の見解から明らかなように社会防衛を目標として個人の利益に反しても、これを隔離拘束するものであるという具合に定義しまして、「精神医学医療が、かかる目標の為に自らの診断法、治療法を供する事は精神医学医療の本質を失わせ、これを刑事政策の道具へと落としめることに他ならず、決して行われるべき事でない」というふうに書かれています。

この観点からしても、今回の施設がそういうものにならないのかどうかという事が問われていると

いうふうに僕は思います。それと保安処分の代替策ではないというふうにおっしゃいますけども、刑法の中に新設される保安処分だから反対であるという事ではなくて、それも勿論反対なんだけれども、保安処分的なものじゃないかという心配を皆しているわけですよ、そうじゃないという事をもっと丁寧に言わなきゃ、それは皆反対しますよ。そういう事に対してもう少し丁寧な説明が要ると僕は思います。

司会：申し訳ありませんが、短くお願いします。

赤松：済みません、日本臨床心理学会の赤松と申します。昨日から手を挙げながら、ぜんぜん指されなかったので、時間オーバーと思いましたが、出しゃばってきました。昨日からなもので言いたい事いっぱいあるんですけど簡単に致します。

今の処遇困難病棟の事で言えば、今日の午前中のシンポでも、医療外の経済学者から似たような人達を集団で集めて区分けしていくという事は非常に問題だという事が言われてて、医療の中にどっぶり潰かっちゃっていると、とにかく抱え易いように、対処し易いようにという所で、その開放病棟とか沈殿層病棟とか、これはずっと前、10年前に生活療法問題捉え直しで、裁判にもなっていたという事があるのに、処遇困難例病棟が出来てきて、そういう所からお金を、中山先生あんまり大したお金じゃないということ言われたけれど、何百億と掛けて、それが守山荘病院の問題で、開放化を維持する、保つ為に処遇困難例病棟と言われながら、結局は開放化に行く人達は手が掛からないから、そっちはお金が掛けられないんですよ。そうするとそういう人達が昨日からのシンポジウムでずっと出ているように、町の中で暮らせない、暮らすにはそこで従事する人達が自分の給料をそこに費やして、遅配の中でやるしかない、或は生活保護を受けていると同じような10万足らずの給料で、作業所作りなどをしているわけですよ。そういう所にどの位の人達が行こうと思っても、行けないから、1/3の約10万の人達が、今病院で暮らしている。そこは手が掛からないからって、今後お金が掛けられないで、処遇困難例病棟に何億、それから措置入院患者に何億、医療保護の手続きをする人達にまた何点つけるなんていうような形が予算として考えられているそうですよね。それはすごい問題だと思うんです。そういう形で費用が掛けられるとしたら、本当の精神医療の開放にはならないと思います。それが1点ともう一つは、先程、笠原先生なんか言われて、私などが申し上げるのは申し訳ないんですけども、私も精神民間病院に30年余おりました、色々考えてきたんですけど、昨日の看護の代表として桜庭さんが、「医療の中というのは医師を頂点としてピラミッド構成の中で、看護が自分達の独自性を持ちにくい」ということを言っている。その前に広田先生が、非常に暗い、精神病院は暗い、狭いどうしたらいいか。さっき中山先生は医者皆無気力ですと言ったけど、高給を取ってられて、無気力にならないで下さい。もっともっと先生方のお金の、私なんかもうすぐで定年だけれど、私より10年20年下の人が4~5倍の給料取っているんですよ、お医者さんは。そういう中で、私は、だからって日頃出し惜しみするつもりはないけれども、自分の身体を駄目にしてでもやらざるを得ない3K的な事があるんですね。それで、私達はさっきから出ているんだけど、3K的な仕事は安い労働で、それは嫌われると出てるけれど、誇りを持てば一番大事な仕事です。訪問に行っても掃除も出来ない人の所を掃除をしてきて良かったね、というのは私はすごく嬉しいです。そういうのが誇りが持てないで、そういうのは安い労働だから、安い賃金のがやればいいという、そういう形ですと傾斜になっていて、医者を頂点にずっと傾斜になって、その一番下に行くのは何も働けない患者さん達。だから、昨日山本さんが、患者の気持を聞いてほしい、患者の権利という事を言われてても、それに

本気になって皆答えようとしていますか。本当にそれに本気になって答えるという事だったら、丹羽事件を起こした人と話し合う事ですよ。それで、一人一人その病棟に送るんじゃなくて話していく、それがマンパワーが無いから今出来ないということはあるけれど、そういう何だろな、もう一つ言いたいのが、司会者の顔を見ていると申し訳なくてしょうがないんですけども、看護が今、職離れしていますよね。それは3Kだと言われるけど、そうではないと思います。3Kでも誇りを持ってばやれる事です。だけれど、医者補助診療でお手伝いとしてやるから、今私が勤めている東京足立病院で、主任クラスになる高看を出ている看護師が、僕らは看護学校で看護の勉強をして、看護の判断をきちんと持って来るんですよ。それが病院に来て全然発揮できない、医者の言うなりです。私が30年も経験持っても、週1回の、広田先生はそれを無国籍医者といわれたけど、無国籍医者が12~13人いる中の半分はいます。そういう週1回来られるお医者さんが、僕が来ない間は外泊させないで下さい。外泊させない間に一生懸命、それはまずいと思って、させていたら注意されて、控え目にしていたら離婚になった方もいます。そういう形で孤独な人をどんどん作っていくような医者の無頓着さがあるんです。

だから、笠原先生がさっき社会福祉の勉強、心理学の勉強、そういうものを医者がきちんとして指導できるようになっておっしゃったけれども、私は、それでは医療チームは組めません。だから、これは今後の大きな問題で精神保健法の見直しは2年後で整えないでほしいと思います。あと5年掛けても10年掛けてもいいから、今度それが出たら半世紀ぐらいずっとその精神保健法でいっちゃうわけですよ。それを考えたら怖い感じがします。だから医療の中で、もし医者の他に看護パラメディカルいろんな人間を置いてやるんだとしたら、皆が独自性を発揮できるように、これは私は医者よりも偉くなろうなんて思って言っているわけじゃないですよ、皆が自分達のやっていることを、きちんと独自性を発揮していく、その独自性を保てれば、患者さんの意見、患者さんの独自性をもっと聞ける筈です。そういうような医療にしていくか、それが今の医療法や医師法の中で出来ないんだしたらもう医療は縮小して、私達は医療外に出るしかないと思います。ただ、その出る時に、昨日の「やどかりの里」をやってきた人や地域でやっている人達が、さんざん言われたように、そこが安いところで国が施策したらば、もうとつてもやれません。だから、そこをちゃんと見据えた上で本当の抜本的な改革を今しないと、精神保健法がここで2年後に形つくられても、日本の精神医療は絶対良くなりません。それについてお聞きしたかったんですけど、どうも済みません。

司会：それでは総括討論に入る前に、シンポⅣのまとめをちょっと行ないますが、簡単に言いますが、あらゆる面にわたって、これからの精神保健システムについての問題提起がなされたと思います。特に2次医療圏の中で色々なものを考えていくこと。大学に於ける医師教育を含めて考えていくことが重要であるということでもまとめられるかと思えます。その中で、特に重症措置専門治療病棟に関しては保安処施設ではないかという危惧が強く出されたと思います。

総括討論

司会 道下忠蔵

柏木 昭

森山公夫

柏木：それでは総括討論に入ります。2日間にわたり4本のシンポジウムの柱で熱心な討議を進めてこられました。主催者側の精從懇と致しましては、ここで一つのアピール文を作りまして、私共の間で一応の一致を見たところまで確認したい、そういう事でこの総括討論に替えたいという気持を持っております。まず、最初この主旨について、森山さんからご説明願いたいと思います。

森山：この確認の主旨をもう一度ちょっとご説明したいんですが、この精從懇はこのプログラムに書いてあります諸団体から構成されています。この精從懇ないしこのフォーラムで確認する事というのは、諸団体の内部での決議に拘束されております。従って、この精從懇も、このフォーラムもこの場で決議するという形には、なり得ないということをご了承頂きたい。その確認は、従って精從懇にしても、フォーラムにしても、諸団体の間でぎりぎり譲り合って、ここまではお互いに確認できるということを確認する、そういう形になるのだという事をご了承頂きたいと思います。

柏木：そういう枠組でアピール或は確認をこれから行ないたい、総括討論にしたいと思っておりますけれども、先程の病者集団の方からの質問へのご返事を道下さんからしたいというご希望がありますので、最初にそれを5分とりまして、その後この確認の作業に入りたいと思います。よろしくお願い致します。

道下：病者集団の山本さんでしたか。ここで改めて質問して私に回答してほしいというご希望ですね。

柏木：正確に言いますと、総括討論に入る前にしてほしいということでありましたけれども、これから引き続き総括討論に入りますという司会の言葉を受けて、こういう形になっておりますので、ご了承下さい。

山本（真）：例の道下先生が班長の調査研究ですが、あの中を中心となっているアンケートについて、もちろん処遇困難者という言葉が患者に使えない位ですから、当然にも本人の同意は得てない調査だと思います。そうですね。従ってあれは明らかに個人情報盗んだプライバシー侵害で人権侵害ですので、まず、それに基づいた調査研究自体が破棄されるべきですが、一応私共としては950人分のリス

トについて、我々の前で破棄すること、そして更にその950人のリストに関しては、他にコピーもない、コンピューターにも入っていない、法務省にもコピーさせてない、その事を確約して頂きたいと思います。

道下：解りました。

大野：あのですね、学会で先生は、あのリストアップについては「廃棄することは吝でない」とおっしゃった事はご記憶にありますね。そうですね。

道下：はい。

大野：じゃまず、山本が申しましたように、あらゆる所に、あの時おっしゃったのは石川県立病院の金庫の中に保存してあるとおっしゃいましたけれども、今のところ移動しておりませんか。

道下：してません。

大野：従って、それはコピーもされてない、インプットもされてないことはご確認出来ますね。それで私共は、その時先生がおっしゃったように、我々病者集団とそれを燃やしたいという私達の意向に対しては、先生が快諾して下さった事をここで確認させていただいてよろしいですね。それでは日を改めてリストアップは廃棄された事を確認したいと思います。リストアップは廃棄されました。今後、病者集団或は研究班と共に日程を調整して私達全員の前、病者集団代表の全員の前でリストアップを廃棄することを確認したいと思います。有難うございました。お世話様です。

道下：はい、はい。

柏木：それでは、今のお話し合いで確認の作業に早速入らせて頂きたいと思います。では、森山さん、どうぞ。

森山：先程述べましたような前提でこの確認を作りました。この間も、一昨日それから今日と、このフォーラムを踏まえて何回も集まってぎりぎり詰めたものが以下の案であります。読み上げます。

「我々は第1回国内フォーラムに於ける4点の確認を引き継ぎ、それを更に1歩前進させる為、今回改めて以下の5点を確認する。その確認に基づき、我々は今後更に精神医療改革を推進する。

1. 精神保健法の構成（目的）は主として①人権憲章的側面、②福祉法的側面、③医療法的側面、④強制入院法的側面、⑤社会統制法的側面の5つより成る。

今回の見直しに当たっては、まず、人権憲章の理念を高く掲げ、国連の諸原則案に照らして、少なくとも人権に関する国際水準は確保しなくてはならない。

次に福祉に関しては、他の障害者に対する福祉より著しく遅れている現状を打破し、市町村の取り組みを積極的に進めると共に、従来の医療内福祉の壁を取り払って抜本的レベルアップを図らなくてはならない。

一方、医療法でも他科医療に比し著しく劣悪な現状に鑑み、従来の隔離収容の考えを一掃して、最

低限他科なみの医療水準を保障しなくてはならない。

そして最後に医療保護入院、措置入院等の止むを得ざる強制入院に際しても国際水準に照らして、あくまでもそれが『治療』を目的とする事を明確にし、その要件を厳密に規定すると共に人権保障の為の様々な方策が取られなくてはならない。」

言い忘れましたが、1. がほぼ総論的なものなのですが、尚この1. 2. 3. 4. はフォーラムのシンポジウムのⅠ. Ⅱ. Ⅲ. Ⅳ. のほぼレジュメに当たっております。5. が今問題になっております、いわゆる処遇困難例の問題に関して書いてあります。

次に2. はちょっと各論的になっておりますが、「この法の対象者の範囲は上記5つの理念に基づきそれぞれ異なる。従って、精神障害者の定義(概念)はそれぞれの局面により規定を変えるべきである。①では最も広く、②と③はそれぞれ背中合わせの規定となり、④⑤は③の規定内で更に厳密に規定されるべきである。

次に被強制入院者の人権保障のため、可能な行動制限の内容を厳密に規定すること。任意入院者に対する開放処遇の原則を明記すること。更に精神医療審査会がより有効に機能するべく、第三者性を高めその人権保障に関わる権限を高めるべきである。

また、社会復帰施設については、国ないし地方自治体に設置義務を負わせると共に、施設設置当事者に対する費用の1/4負担を取り除くべきである。

更に、保護義務者制度については、既に家制度は日本に於いても崩壊している現状に照らして、本来は抜本的に見直されるべきと考えるが、当面は精神保健法上は強制入院に関して本人の権利を代弁する人間と位置付け、妥当な家族が居ない場合には他に適当な代理人を充てる事も勘案しながら、最低限、監督義務規定を削除すべきであると考えます。

最後に、施設外収容禁止規定の削除と大都市特例の適正な施行は当然行なわれるべきである。

3. 従来、精神医療の名のもとに精神障害者に対する隔離収容がなされてきた。精神医療の費用とマンパワーは隔離収容の為のものであり、また当然福祉分野に於いても全く不十分であった。今、開放化と地域医療という視点から、人権保障を踏まえた治療の場として、精神医療(精神病院)を再生させる為には、その施設基準を厳密に規定しながら適正な医療を保障する費用とマンパワーを抜本的に拡大すべきである。とりわけ拘束の場としての閉鎖病棟の場合には、国家の責任に於いてこれをなすべきである。福祉分野についても全く同様に、費用とマンパワーの拡大がなされなくてはならない。

4. 我が国で真に地域保健医療福祉が根付き得る為には、まず、精神医療が他科なみに医療法における1次2次3次医療圏において位置付けられること。

更に、第2次医療圏を中心に地域に於ける各病院・診療所・保健所・福祉事務所・作業所・その他社会復帰施設等がそれぞれ孤立して存在するのではなく、自らの体質改善を図りつつ有機的なネットワークを形成していかななくてはならない。その上で各地方自治体に働きかけ、様々な施策を講じるよう促す必要がある。

5. いわゆる処遇困難例の専門病棟問題については厳しく論議の別れるところであるが、少なくとも次の4点では一致することを確認し、今後継続して更に討論を深めていきたい。

① 我々は保安処分に対抗するという立場を堅持し、処遇困難例問題の解決は保安処分としてではなく、あくまでも治療の問題として捉える。

② 処遇困難例という概念には、重い犯罪に関連した精神障害者群と精神病院等でいわゆる保護室長期治療を必要としている患者群という2つの概念が混在しているが、いずれにしても質の高い医療を保障するという視点から取り組まれねばならない。

③ それ故、処遇困難例という概念自体が曖昧であり、厳密な使用に耐えないものである。容易に治療ルートに乗り得ないという意味で重症例等の言葉が妥当であろう。また、こうした混乱を防ぐ意味でも、精神障害者の定義の見直しが必要であり、少なくとも強制入院の対象から精神病質者と精神薄弱者をはずし、同意能力を欠く精神病状態にその対象を限定することも検討する必要がある。

④ いずれにせよ、こうした問題を解決する為に、重症者用の専門病棟はあり得ても、それは人権擁護の観点を堅持するものでなければならず、他の施策に比べて決して突出するようなものであってはならない。3. で指摘されたような全体の精神医療のレベルアップが絶対に必要であり、それと共に1次2次3次医療圏内部の機能分化の一環として、きちんと位置付けられねばならず、更に福祉分野の充実という視点も同様に必要である。

1991年11月3日 第2回精神保健国内フォーラム

代表世話人 道下忠蔵・柏木 昭・森山公夫

道下：この扱いについて報告したいと思いますが、一つはこれをもって代表世話人、その他顧問も含めて厚生省、それから衆参両院の厚生委員会にもっていきたいというふうに思っております。それから一応それを含んで頂きたいと思います。

司会：それでは討論に入りますので、どうぞ、挙手をもって。

不明氏：ちょっと発言させて頂きたいのですが、よろしいでしょうか。

司会：どうぞ。

不明氏：僕は全国精神病者集団に属している者ですが、普通の人間が様々ないやがらせ、公的いやがらせによって、狂気へと追込まれていくというその例を見付けましたので、ちょっとこれ新聞の投書ですけど読み上げます。

「2人の子供も片付き、老後は夫婦静かに暮らしたいと思っています。ところが1年程前から、近所の主婦2人から謂れの無い疑いをかけられ大変困っています。どうしたら良いでしょうか。この2人とはそんな深い付き合いは無いのですが、この中の1人の家に空き巣が入り、私とその犯人にされたようです。最近では他の人達も誘いこんで、私が外出をすると私にわかるように跡をつける等のいやがらせをします。こうなったのも、私の行動に問題があるのではないかと反省をしてみたりしますが、心当たりはありません。ただ、何事も他人に対しては一步下がってしまう方です。2人と周りの主婦はこのいやがらせゲームを楽しむように接して来ます。私は疲れました。千葉県P子」

こういう投書がありましたけれども、普通の人間がこうした日常的ないやがらせによって、だんだん尾行妄想や被害妄想、そういったものに取り付かれてそのまま狂気へなだれ込むという、そうした現実がもしあるのならば狂気は普遍的な問題だと思います。そして、狂気を治そうと思ったら、その狂気に追込まれた本人だけでなく、こうしたこの投書に見られる2人の主婦のように、社会的弱者というか一步下がって考えてしまうような、そういう人間に対していやがらせを行なう社会の体質そのものを変えていかなければいけない。社会そのものを精神病治療の対象としなければいけないと僕は思います。その点についてはどうお考えでしょうか。お答え頂きたい。

司会：この時間、非常に限られております。確認についての討論をしたいんですが、私個人としては今のご発言については本当にその通りだと思います。非常に不幸な事が今起こりつつあることもよく解りますし、医療従事者、或は福祉従事者も含めて、

不明氏：あの物理的には、患者本人を治療するのは、

司会：ちょっと私は答えているんですけども、

不明氏：一人一人ですから簡単ですけど、社会全体を治療するとなると、1億人全てを治療しなければいけなくなって物理的に不可能ですね。だから、出来ないとは思いますが、出来る限りその妥協案で。

司会：私、今答えておりましたけれども、それについては医療従事者、福祉従事者も含めてそういう事について、本当に当事者の意見も聞きながら、敢えてその人を苦境に追込めるような、そういう処遇はしないように我々の仕事を点検し専門性を高めていかなければならないということを普段から戒めておりますので、私はそういう新聞投書が事実であれば非常に不幸な事だと思います。それについては、事ある毎に私共は教訓としてもいきいたいし、我々の自己点検の基準にもしていきたいというふうに思っております。この時間は済みませんが、確認ということについての討論を進めてさせて頂きたいと思っておりますのでどうぞ宜しくお願い致します。挙手をもってお願い致します。

司会：はい、どうぞ。

溪：精神医療を推進するという事について、さっき、吉川先生ですか、あの先生なんかがいらっしゃる所で、私話したかったんですけど、昨日の私の発言をお聞きになったかどうか資料を持っていなかったもんで、昨日帰って探しましたんですけど、ありましたんですが、柏木先生は昨日の午後の私の発言を聞いていらしたかどうかちょっと解らないんですけど、精神保健法は発効になってから、新たに訓練施設というのをやっている、推進している時点で、私が精神病院問題を考える市民運動の会の溪さゆりでございます。非常に人権侵害的な事件が起きている。にも拘らず、それはみんな患者家族が泣き寝入りして、他所へ越して行っているという、そういう事実があるわけです。私なんぞはそういうふうに保健所から通報されちゃって、あやうく免許も取り上げられそうなところを永野弁護士なんぞに頼んで取り戻したりして、何もしてないんですよ、何もしてないけれども、動揺したという変な所で変に見られちゃってという、そういうふうな事はありましたんです。ですけれども、そういうのは何処にも取り上げられないし、だいたいこの会が行なわれること自体も、たまたま樋田精一先生から遠足のお便りの中に来ただけで、誰も教えてくれない、さっきのお話じゃございませんけど、ライシャワー事件の頃、家族会が出来た時分からやってきて、保安処分反対というやってきたんですけど、私なんか死んでもいいと思っているのか、とにかく今、夫が死んで自分も身体の具合悪いかで、どうしても出て来なくちゃしょうがないんで、出て来たんで、一つは処遇問題というのがあります。

それから、さっき申し上げたのは柏木先生お聞きになったかどうか解りませんが、精神保健法を推進する為に造った訓練施設という所で、精神とは余り関わりなかったような方がいらっちゃって、そ

してどどん尻ひっぱたいて怠け者だ、弛んでいる、ブスだ、ということで沢山の所員が辞めていく、そして、その所員達にだまって戦争反対、湾岸戦争があれば、また病者が出来るということで、その職員は朝日新聞横浜支局で（今日持ってきました、探したらありましたけれども）そういう所で戦争反対の良い事をやっているかのようにやって午後は帰っちゃって、メンバーの人達に内緒でどうも減ってる、おかしいといってそういう所で売っている、そういう事をやってらっしゃる方が現にいらして、その方は出世したそうですけど、そういう事が行なわれている事実というのを掘んでおいてもらわないと、推進推進といって何でも地域の訓練施設を増やすということで困る。

推進ということは結構なんですけど、地域総ざらい、さっき中山先生がおっしゃいましたけども、あの時そうでしたね、確か退院してきた者を全部警察官が訪問するという制度が行なわれようとなって学会も立ち上がって全家連も出来たんですよ。私の記憶ではそうですが、そういうふうな地域地域という事をおっしゃいますけど、地域の危険、怖さというのをやっぱり患者とか、患者と共に生きて苦しんでいる家族というのとは一番良く解っているんで、例えば病者集団のように発言できないけれども、非常にそういう事に敏感で動揺するという患者が沢山いて、そして、うようよしているという事もやっぱりこういう人達の立場に立って頂きたい。それからさっきの処遇の問題ですけど、処遇も患者さん達だけの事じゃないんで、私達も皆含めて処遇問題は、何時、誰が、どうなるか、先生方はそうじゃないかもしれませんが、私なんかは眠れないと不安状態になりますと、何時どういう事で私も処遇者にされるかもわからない、そういう事も思います。もう一つは、これ締めですからあれですけど、家族さんで、私の短歌の友達で10年前からずっと中野でやってきた方、その方が二つか三つ、皮工芸の、樋田先生なんかは知っています、名前は言いませんけど、この間、今日の話について色々言いました。私も行きたいけど行く暇がないと、後20年頑張るって作業所やってかなきゃいけないけども、最初は給料も出せなかったんだと、そういうふうにやってきたんだみたいな事をずっと色々話して下さいまして、「じゃ私なんか何もやって来なかった」「いやいや溪さんは最初からずっと71年からずっと頑張るって色々やってきたんだから、大きな事やって来たんだから、大丈夫よ、鬱なんかならないでよ」と言われましたけど、とにかくそういうような陰の見える力ということ、中山先生とか、そういう先生方は皆さんお給料取りでいらっしゃいます、大変失礼な言い方でございますけど、私共は本当に今や亭主が亡くなり年金暮らしで、今度は子供の将来どうしようかなんて色々悩んでいるんですけども、そういう望める精神保健システム、システム推進する陰の人権侵害という事が一例あります、ここに新聞の資料があります、それをちゃんと踏まえて頂きたいと思います。調べて頂きたいと思います。名前もわかっています。

柏木：どうも有難うございました。今、おっしゃった中でやはり地域医療については、確かにそういう危険な側面もあります。地域精神医療というのを、両刃の剣という側面がありますので、私達は十分それに気を付けていかなきゃならない。それについてはどういうふうに我々を自己規制し、或は我々の技術というものを点検していくかということにつながるような事も考え、それを含めてこの確認といったようなものもしたいと思っておりますので、宜しくお願い致します。

山本：全国精神病者集団の山本です。皆さんのお手元に病者集団でビラを撒かせて頂いて、フォーラムご参加の皆様へということで、先程のシンポジストの方で「こういう事件がこないといつも後追いで僕らは」とおっしゃいましたけれども、何故そうなるかという、患者の意見を聞いていないからなんです。それで私共は皆さんと共に同じテーブルについて、これから一体何が出来るのか、私達は

変わったか、精神医療は変わったかというテーマですが、これから精神医療改革で何が出来るかについては、患者と医療従事者と共に同じテーブルについてやっていきたい。だから、精従懇を、精神保健関係者団体懇談会にして頂いて是非参加させて頂きたい。その上で、今回の確認についても議論したいと、そういうのが私共の願いです。それについて事務局には既に申し入れしてございますが、ここにご参加の皆様がそれぞれご自分の団体に持って帰って、ご自分の場所でもう一度皆さんで、我々患者団体、別に病者集団だけ入れろとは言いません、幅広く病者の仲間を入れてくれることを皆さんで議論して頂きたいと思います。宜しく申し上げます。

柏木：有難うございました。ご意見として伺っておきます。何かありますか。

道下：さっき、ちょっと言いかけたんですが、この確認がですね何か、これ詰めに詰めた問題なものですから何か確定稿みたいになっちゃって、皆さん何かその為に却って意見言いにくいじゃないかっていうことなんですが、勿論詰めたんですけれども、個々の文章に問題があればその場で直せますし、あと基本的に抜け落ちている問題とか何とかいうことがあれば、これ指摘して頂いたら、それ以降の会合の中で更に生きていく、ということでは是非ご活発に討論をお願いします。

司会：では、そちらの方、どうぞ。

赤松：臨床心理学会の赤松ですけれども、詰めて詰めて書かれたというんですけども、私から見ると、詰めて詰めてというよりも、非常にこう、何か曖昧模糊として非常に解りにくい、どうとでもとれるという感じがして気になりますけれども、先程申し上げたところに関連するマンパワーのところ、ちょっと昨日今日のシンポジウムで皆さんが発言されたのを大事にして頂きたいと思うんですけど、さっきも言いましたけど、昨日の午前中の看護を代表しての桜庭さんの、やっぱり看護の独自性が今の精神医療の中で持ちにくいという、そういう中が、私は看護者の絶対数の足りなさ、若手が足りなくなるとい、今日のお話の中にもありましたけども、医療の中で、医師の力が強すぎて、しかも法律の上で医師の補助診療という役割の中で付くというところで、今日看護の質を高めるとい話も看護の立場から出ましたけど、そういう意欲を持たせられない関係に看護がずっと歴史的に位置付いて来たと思うんです。そういう中に今度コメディカルとして心理ワーカーがやっぱり補助診療として位置付くわけですけど、お手伝いが嫌だなどと言っているわけじゃないんですけどね、当然経験の中で自分達が見てきて、患者さんと話して、自分達の本当に考えた意見があるわけですよね。それが医者との関係で病院の現場できちんと話せません。こちらから一生懸命伝えても医者の方からは何も伝わらない。医者の頭にだけコメディカルからも看護からも色んなところからの情報が入っているけれど、ご自分が1人で動くという、これはもっと質のいい医療をやっている現場もあるかもしれませんけれど、民間病院の大部分が、私はそうだと思います。それで、それを随分色々言っていくと、非常にうるさがられて、私も職員の処遇困難例になって、いつのまにかいるという、そういう実感がするんですけれども、そういう意味では、本当に人が足りないんですよね、だから、マンパワーという、本当に必要なんですけども、独自性が生かされる関係、何も医療の医師の下の補助診療じゃなくて、あの、足立病院のデイケアには手芸の先生、絵画の先生が来てるけど、そういう素人のところで関わってくれる患者さんとのつながりに患者さんは一番そこに行きます。もう絵画の先生なんか一番好きだということ、本気になって関わってくれるから、だから、そういうところをひとつ考え

て厚生省にこれを持っていかれるんだったら、やっぱり補助診療にただ資格化、私達をしちゃえば、それはチーム医療として1日1,000円入れれば、すぐ私達も病院の事情は知っていますから助かるということも一方ではわかりますけれども、でもこの法律が決められると、やっぱり精神衛生法が38年続きましたよね、私半世紀それで縛られると思うんです。だから、今よっぽど考えて頂かないと、本当に患者中心の医療というものが出来なくなると思う。福祉医療と言われているわけですから、やっぱり底の広がりを根本的に考え直してここでは当たってほしい。そういうのが少しでも組み込まれる文章に少し考えて頂きたいと思います。

それから、もう一つ処遇困難例のところも先程の中山先生とのやりとりで重症者用の専門病棟だったらどうも良くて、それが通っていくのかななんて、良くわからないんですけど、ふと思わされて、これを読みますと、どうもそうなんです。そこまでここで討論されていないですよ。だから、先程病者集団の人はその調査は捨ててほしいと、それでやっぱり守山荘の問題なんか私もやっぱり私達が医療の中で、というのか患者さんととことん話す関係をどこまで持てるか、中山先生言われたように無気力になっているというのが本当に見えるんですけど、法律に守られて、今度の法律改正は、私は患者さんの為じゃなくて、職員を守っていると思います。というのは、任意入院があって医療保護入院がありますよね。医療保護入院という形で書類を書けば、患者さんがどんなに文句を言おうが、何を言おうが、書類を書けばそれは通るわけです。審査会も昨日のシンポジウムの話のように、どんどん訴えは減っている、それが医療に従事していて皆実感で知ってると思うんだけど、恐れるに足らずにと職員が思っていると思うんです。これは危険だと思うんですよ。やっぱり、とことん医療保護入院が決まる前ももっと精神医療がとらえ直されてきた経過の中では、とことん患者さんと話して注射で入院させたり、騙して入院させたりするのはよそうという事で、半日も1日も外来で時間を掛けて患者さんと話すという場面が最近減っています。もう書類を書けば、任意入院は勿論かわまないですよ、でも任意入院にしても本当に患者さんがどこまで考えたかというところがあって、私達は病院の中で任意入院に関しては、看護婦さんも私達も患者さんと一緒になって話すというところで、皆があなたの治療に協力しようということ、協力しますということ、患者さんが決意したら私達も協力します、というそういうお互いの誓約書を作っています。そうでもない、もう形式でダーッと流れていく。そういう中で本当に医療の向き合いがなくなっていると思うんです。だから、処遇困難例病棟が造られて色々区分けがされるというのは、非常に気になるし法律がそういう努力をしないように囲っていきみたいところが、気になるのでそこらへんを含んで、今後検討して頂きたいと思います。

柏木：解りました。その後については、まだどちらにも進んでいないわけで、最低このへんのところが一一致するであろうというところに、今後討議を深めていかなければならないというふうに書いてありますので、今後それに当たっていきたいと思います。それから、もう一つ看護の独自性については、やはり確認書だけで済ませようと思っているわけではないので、いろんな我々の今後の活動を待ってやっていかなければならないということ十分に良く解っております。

赤松：看護だけじゃなくて、今後のコーメディカルといわれる私達心理ワーカーの資格の問題ですね、私はこれは資格化されて整合性よく整えられると、今医療はある意味で形が整って万々歳だと思うんです。だけれど、私10年20年後パラメディカルは医療の現場から離れていくと思います。主体性を持ってないし、独自性を持ってないで、医師の指示のもとに動いていたら、自分達のやり甲斐がなくなる、なくなるといったら変ですけど、患者さんとの関係で必要な事は一生懸命してきた積みりです。それ

でしている積もりですけど、そういうのが、やっぱりそういう形で位置付いてピラミッド型の構造がより強められたら、20年前の医療改革と同じものが後10年後20年後に来ざるを得なくなると思うんです。ですから、今のうちに考えて頂きたいと思いました。

司会：解りました。他にご意見は？ ちょっと待って下さい。まだ発言していない方、あなたどうぞ。

山口：「ゆうの会」の山口です。DPIの常任委員もやっております。国内常識と国際常識を比較すると、ものすごいギャップがある。僕は特に費用とマンパワーのところで発言したかったんですけど、日本で厚生省が元になっている精神障害者数は160万人。これは国際常識に見合ったものじゃないんです。日本で、てんかん協会、僕なんかも属していますが、てんかん協会国際会議とか開き、また、エPILEPSY-INTERNATIONALなんかで発言し、また国会でも八代英太氏が確認した事柄は1%、100万人を超える人口がてんかん患者である。このてんかん患者を含む精神障害者を日本では考えているわけです。その中で精神障害者総数は日本国民の、160万人ということは日本国民の1.3%です。そこから、てんかん患者、エPILEPSY-INTERNATIONALがてんかん患者を1.3%と見ております、を抜けば分裂と躁鬱とアル中と薬物依存による精神障害者は0.3%の中で、区分けせねばならない。これは名誉市民になっている一流の日本の精神科医、もしくは今年もまたニューヨークかな、で表彰を受けた、やっぱり世界で発言できるだけの一流の精神科医から見れば、おかしな数字なんです。僕もDPIの人間として言わせてもらえば、こんな非常識な数字を掲げる日本というのは、再来年また世界の精神医学会から笑われるじゃないか、こんな事を基本数にしては日本はいけない。世界に通用する人口数をきっちり割り出して、そこに対する対策及び財源を確保するには600万は最低要ると思います。それだけの行為が今までは秘密裡にされている、というよりもひた隠しにされていたように見えるんです。これは昔、確か僕らでも調べたところでは、政治がからんでいるではないか、そういう事も海外で言われたことあるんですよ。そこらへんを頭に入れながら、人口数をきちっと世界に通用するものとして、また、僕は今出しているDPIの基準に照らし合わせてちゃんと叶うようにして頂きたい。それだけです。

司会：解りました。ご意見として伺っておきます。他に、どなたか。どうぞ。あっ、ちょっと待って下さい。後ろの方をお願いします。

青木：精神神経学会の青木です。今、赤松さんのお話で気が付いたんですが、今処遇困難例の5の④重症者用の専門病棟はあり得もというの、これは各精従懇が皆これ同意したんですか、あり得るといふ事について。これは確認事項で共通項としてここに列記したという事であれば、これは一部は了承してないのではないかと、ということをお聞きしたい、或は確認したいというふうに思います。それから、もう1点は前頁の方の2の家族、保護義務者制度のところ、小さな事ですが、本人の権利の代弁となっていますね。普通国連の人権委員会なんかの案ですと利益になっていますね。本人の利益になっていますね。たいした事ではないですけど。最初の方、ちょっと確認したいです。

柏木：では、森山さん。

森山：最初のあり得もというの、それを賛成するか、反対するか議論が分かれるところなんで、

この文書は要するに、とにかく突出させたものではない、ということに重点が置かれているわけですね。別にだから各団体がすでにそれを作ることを認めたとかそういう意味ではないんです。

青木：それで各団体がOKなら私は別に構わないんですが、あり得るといって、厚生省はじゃ作ってもいいのだな、というふうには取らないかなというふうに思ったんです。

森山：そういう意味ではないというふうに、今お答えを頂きましたので、時間が本当に5時で閉めなければなりませんので、あとお1人だけ、さっきから手を挙げておられた方をお願いして、これで討論を打ち切りたいと思います。

山本：全国病者集団の山本深雪と申します。治療というのは今までもずっと治療という名前であって来たわけですから、前段の項に「本人が望んで安心して休息できる医療に変わらなければならない」、その1文をまず入れて頂きたいと思います。その基本的なものが無いと、ここでは括弧付き治療というふうに書かれていますけれども、やはりどういう治療なのかということで、社会治安的に要請されてきた治療というところとの区別をやっぱり私達としては、その具合が悪くなった時に安心して掛かれる医療に変わらなければいけないというものを、医療従事者内部の声として挙げて頂きたいと思います。それは前文の1の前でも結構です。それと先程から言われている④のところですけども、一番最後の5の④のところですけども、やはり今厚生省が予算も具体的に付けて重症措置病棟というのを造ろうとしているという状況が片一方である時に、こういう文章で出す事というのは、非常に疑問を感じます。むしろ、④で言うのであれば、先程からの確認であれば、長期保護室に入れられている患者の背景の調査等から始めるべきでなければならない。そこに、そういうふうな形でもし重症者という言葉を使うのであったとしても、そういうふうになっている実態の調査から始めなければならない。そこで止まりだと思えます。あり得てもという表現はあり得ないと思えます。

柏木：解りました。その点今までの段階で、このところ、ここまで一致したという事の確認でありますので、今後ご意見を伺いながらこれを検討していきたいというふうに私共は思っております。それから、前文のところに、安心して掛かれる医療というご意見も勘案しながら、私達は考えて検討していきたいと思えますが、この確認文については、その扱いについては、ちょっと森山さんに伝えて頂けますか。

森山：前文の方に関しては、確かに、敢えて『治療』というふうに書いたのは、今まではむしろ危険性に基づく、何て言うのかな、危険性ということを中心にした考えだったというふうにむしろ考えて、それに対して敢えて治療というふうに書いたんですが、確かに、山本さんがおっしゃるように、これだけではちょっと誤解を招くということがあるとすれば、また、表現を付け加えることを考えてみたいと思えます。

司会：それでは、お約束の時間でございますので、申し訳ありませんが、これで閉じたいと思えます。済みませんが、確認を決定したいと思います。確認これでよろしいでしょうか。もし賛成でございましたら、拍手をお願い致します。(会場拍手) それでは、どうも有難うございました。

〈配布資料①〉

第2回精神保健国内フォーラムにご参加の皆様へ

精神保健従事者団体懇談会に参加の各団体の皆様は、日頃から精神医療の現場で、「精神病」者の医療保障、人権擁護、社会復帰に向けた努力を続けておられることと思います。

そうした医療従事者である皆様に対して、私たち全国「精神病」者集団は、「精神病」者の利益を代表すべく、第1回国内フォーラムにおいて意見表明を行いました。私たちは医療従事者との意見交換・議論を通して、共闘の道を探ろうと参加したのです。しかしその場においては、私たちと精神医療従事者との意見交換を十分にできず、刑法学者や専門家からの発言に終始しました。私たち全国「精神病」者集団としてはフォーラムに「参加」したというより、「添え物」として扱われたという感をぬぐえませんでした。

しかも第1回フォーラム以降、精神保健従事者団体懇談会は私たち「精神病」者の意見を聞く機会を作るどころか、懇談会が如何なる活動を行い、そこでどういう議論が行われているかさえ、私たちに報告がないままです。

この間に精神医療の分野で、87年に「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」という厚生科学研究班（ちなみにこの研究班の最終報告書については班員である松沢院長金子氏自らが「インチキで信用できない」といっています。松沢分会ニュースより）が発足し、89年10月には、公衆衛生審議会内部に「処遇困難者に関する専門委員会」が作られ、本年7月に公衆衛生審議会から「処遇困難者に関する」中間意見が出され、「処遇困難者専門病棟」の「試行的実施」が提言されました。「処遇困難者専門病棟」試行的実施についてはすでに92年度概算要求で項目として予算化されています。この研究班や公衆衛生審議会のメンバーには、精神保健従事者団体懇談会の中心的メンバーが入っていました（例えば道下忠蔵氏、中山宏太郎氏）。この事実について参加なさった皆様はどのようにお考えでしょうか？

私たちは別紙にあるように、この「処遇困難者専門病棟」作りを精神保健法体制をより治安的、反医療的、反人権的にする、保安処分そのものであるとして反対の意志表明を行ってきました。現在の日本の精神医療の実態を改善し、患者本人のための、患者の要求する医療を実現するためには、精神医療の消費者である私たち「精神病」者の意見を聞くことは欠かせないはずではないでしょうか？厚生省はいままで常に私たち「精神病」者の意見を無視してきていました。その上で厚生省は「処遇困難者専門病棟」作りを私たち「精神病」者に押し付けてきたのです。それでは皆さん精神保健従事者団体懇談会はどうだったのでしょうか？前記のように「添え物」としてフォーラム当日に意見表明をさせただけです。私たちはアリバイとして利用されただけではないでしょうか？

懇談会を精神医療改革のための場とするには、私たち「精神病」者団体を参加同じテーブルで議論することが原則です。私たちはそのための協力は惜しみません。精神保健従事者団体懇談会の門戸を開き、全国「精神病」者集団はじめ多くの患者集団を入会させ、私たちは共に歩んでいくことを要請します（その場合懇談会の名称の変更は必要かもしれませんが）。

全国「精神病」者集団

連絡先 名古屋市南区呼続4-14-15
健幸荘A301 大野方
TEL 052-821-1313

〈配布資料②〉

『処遇困難』例対策問題についての精神科医全国共闘会議の見解

91.11.2 ～3 処遇困難者問題の討論に寄せて

第2回 精神保健国内フォーラム (於いて 千葉)

精神科医全国共闘会議と中山宏太郎との討論経過

と書記局としての見解

いわゆる『道下レポート』と

『公衆衛生審議会－処遇困難患者対策に関する中間意見－』

————「集中治療病棟」構想の問題点について————

目次

I. はじめに

- ① このパンフレットを発行する経緯
- ② 日本精神神経学会91年5月総会と全国「精神病」者集団からの批判
- II. 精神医療・精神病院はどのようにして変革されるのか？
- ① 保安処分反対運動と精神衛生法批判・精神医療批判
——変革の道筋を巡る二つの傾向——
- ② 精神衛生法から精神保健法へ——何か変わったか？
- III. 道下レポート－公衆衛生審議会意見具申は、保安処分導入に連ならないのか？
- ① 処遇困難者専門施設に対する道下・中山の位置付けとその検討
——『枕言葉』としての「何よりも治療・・・」——
- ② 日本の権力構造・支配構造の転換と保安処分問題の位置
 - ②-1. 保安処分思想と湾岸戦争における情報操作
 - ②-2. 国家権力の保安処分新設策動の変遷
- ③ 「処遇困難例対策病棟－集中治療病棟」はどのように位置付けられているのか？
 - ③-1. 道下レポートにおける処遇困難例対策病棟の位置
 - ③-2. 中山の主張とその批判的検討
 - I. 日本－イギリスの彼我の違いはどこからくるのか？
 - II. 閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックではない？
 - III. 「処遇困難例の存在は開放化を阻害してきた」か？
 - IV. 開放化を阻む要因
 - V. 精神医療と保護・保安機能
- IV. 処遇困難患者対策施設－集中治療病棟は保安施設か？
 - ① 保安処分とは何か？
 - ② 集中治療病棟の位置
- V. 結語

〔1〕はじめに

① このパンフレットを発行する経緯

91年7月15日に、公衆衛生審議会から「処遇困難患者対策に関する中間意見」が「地域精神保健対策に関する中間意見」と同時に意見具申として公表されました。

（後者については、別の機会にゆずることとしますが）前者についてこれまで主に京都の、保安処分に反対する運動をこの20年余共に闘ってきた精神科医全国共闘会議と中山宏太郎との間で、1年余にわたる論争が続いてきました。

この問題については、今回の意見具申を導くもとになった、厚生科学研究報告書「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」（以下道下レポートとする）が、昨年4月に公表されており、討論はもちろんこの道下レポートに対する評価をめぐってであります。

なんらかの態度表明をしなければならない、との気持は精神科医全国共闘会議としては、早い時期からありましたが、この道下レポートに深く関わった中山宏太郎（文中敬称略）がこの討論過程に参加していたことから、一方的な態度表明はさらなる混乱を招くことも考えられ苦慮してきました。

しかし、この期に及んでなんらの態度表明をしないことは、これまで20年余にわたる保安処分反対運動を担ってきた全国の有意のひとたちに対し、無責任であろうということもあり、この討論の経過について、この精神保健国内フォーラムの場を借りて、公けにしたいと考えました。中山以外は、道下レポート、更に今回の意見具申に批判的であります。

我々は、こうしたグループ内部の意見が割れている時、対立している意見をこのグループの中で正式に表明させることなく、一方的な態度表明をすることはやめよう、ということにしたわけです。

つまり、我々はあくまで民主的にことをはこびたい、と考えたわけです。この道下レポートや今回の意見具申について全く評価できず保安処分そのものである、との評価を持つひとたちにとっては、こうした我々の態度はにえきらぬものにうつるでしょうが、運動グループ内部での討論で決着がつかず、なんらの態度表明もできず、かといって事態が進行していくにまかせることもできない現在の時点では、上記のように『両論並記』でいくより仕方がない、というのが結論です。従って、書記局見解と中山の意見を同時的に発表する、という形態をとることにしました。この国内フォーラムの場に集まられた皆さんに、こうした我々の立場を以下のように表明したいと思います。

② 日本精神神経学会91年5月総会と全国「精神病」者集団からの批判

さて、公衆衛生審議会のこの「意見具申」なるものが、道下レポートの『成果』を主要な根拠としていることは、最早周知の事実であります。一方では、精神科医全国共闘会議の書記局メンバーも委員として関与していた日本精神神経学会の保安処分に反対する委員会でもこのレポートの検討が同時的に進められ、本年5月の学会総会で、批判的見解が公表されました（日本精神神経学雑誌 第93巻8号-91年8月）。ちなみに、この学会では、全国「精神病」者集団を中心とする病者団体から、この道下レポートに対する批判が評議員会-総会を通じて展開されました。その、主要な論点は、

1. 調査の対象となった患者さんの情報は本人の了解なしに、集められたものであり、また医師の守秘義務に違反して、業務上知りえた秘密を他に漏らしたことになり、重大な違法行為である。（今回

の「処遇困難者」「犯罪行為者」を研究班に『密告』している。) 協力した精神科医は、大部分この日本精神神経学会の会員であるから、学会としての態度を明らかにすべきである。

2. このレポートではいわゆる処遇困難性によってきたるところを一方的に、個々の患者の属性に求めているけれども、病院—治療者側の問題には一切触れていない。日本の精神病院—精神医療は、病者の「処遇困難性」にその問題点を帰すほど改革がなされているのか。この調査には、医師はどのような治療をしてきたのか、その治療の結果なぜギブアップしたのか、がなく、医師の敗北宣言と医療らしき医療をしていない現在の精神医療を改善しないまま、こうした動向を許すならば、「管理のしやすい患者」のみを確保し・・・医師は「治療する」使命感も薄れ治療技術も低下し、「手におえない患者」を追放することのみに腐心し結果は精神医療全体が荒廃の一途を辿る・・・宇都宮病院事件の発覚から、まだ10年も経過していないではないか。

3. 我々にも、医療・医師を選択し、拒否する権利はあるはずだ。(国連人権宣言48.12.20第3条・・・すべての人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する)

4. 一番気掛りなことは、この「処遇困難者病棟」の中で、いかなる治療をするのかが、不鮮明なことで、若干述べられていることは、マンパワーを十分手当てすることくらい。治療内容は何も述べられてなく、ロボットミーなど精神外科の導入はしない、ともかいてない。

5. 更に、この「処遇困難者病棟」でも「対応が困難な重度の症例や長期化した症例を治療する施設が必要になってくる」ことを宣言しており、74年の法務省—法制審議会が刑法改「正」案の中にもりこんだ「保安処分」を想起する。ゆくゆくは「手におえない刑事犯になった患者」を医療現場から放逐していくことを示唆していると思えない。(精神衛生法撤廃連ニュース 第18号 91.4.7より)

などです。1.の点については、学会評議員会の席上で原資料について、厚生省の了解の上に廃棄することについてはやぶさかではない、との道下の表明がありました。その他の批判については、十分に応えられたとはいえない状況で終わりました。

(1.の点についても、道下氏がいうように、原資料が廃棄されるというならば、その結果についても廃棄されるべきである、と考えるのが常識でしょう。しかし、道下は研究班は既に解散していること、批判が色々あることは知っているが、なんらかの修正などあらたな態度表明はしないと声明している——91.9.28精神保健従事者団体懇談会—精従懇での発言——)のは、問題である、と考えます。

刑事手続きになぞられるのは、いささか不適切かもしれませんが、例えば捜査令状なしの家宅捜索で得られた証拠は証拠として認められない、ということと同様に、不法—不当な方法で入手された情報の利用は、その情報がどれだけ意味あるものであっても、利用されてはならない、従って解析に使用することもまして許されない—つまり本人の了解なしに収集された資料については廃棄される、というのがプライバシー保護の現在の世界の趨勢である、ということからいえば、前記の道下氏の態度表明だけでは、問題が十分に残されている、とも考えられます。蛇足になりますが、犯罪などを犯した場合、その犯罪の故に本人の情報を法に基づいて司法当局が得ることが許されるわけで、今回の調査の対象となった「処遇困難者」が、すべてこの調査の対象となることが許される、ということにはならないでしょう。また、触法患者といえども、司法当局以外のものが、適正な法的手続きを経ることなく、更にその本人の了解なしに、その個人情報を得ることが出来るか、といえれば絶対可能なことと言いつつはできないのではないのでしょうか。不法・不当な情報収集との批判に対しては、そうでない根拠を研究班が解散した現在でも明らかにする責任はあるでしょう。)

〔Ⅱ〕精神医療・精神病院はどのようにして変革されるのか？

Ⅱ-① 保安処分反対運動と精神衛生法批判・精神医療批判

——変革の道筋を巡る二つの傾向——

さて、われわれは60年代後半における関口進医師の保安処分反対理論の魁となる論文以降、日本の保安処分反対運動を全国の同様の意見をもつひとたちと共に闘ってきました。保安処分反対の運動は、単に刑法の中に保安処分を新設させないことだけを目標にするのではなく、精神病院・精神医療・精神衛生法の中の保安処分思想そのものにも焦点をあてていく運動と連動しなければならないと考えてきましたし、この考えは現在も変わりません。

また、保安処分思想は、抽象的な思想ということだけでなく、精神病院・精神医療、それを基礎づける精神衛生法が、実体として現在の日本の社会の隅々までに浸透しているものだ、ということ認識し、大学から各地の精神病院に就職していったひとたちの開放化の運動の大きな流れをつくりだしました。

同時に、個別悪徳精神病院の告発闘争も闘われ、日本精神神経学会の学会活動、「精神医療」という雑誌による理論活動、精神科医全国共闘会議—精神科医共闘ニュースの発行による闘いの理論・宣伝活動などをこの20年余継続してきました。

こうした運動の結節点となったのが、よくもわるくも、精神衛生法の改「正」—精神保健法の成立でありました。精神保健法については、これまで色々な場所・色々なメディアを通じてその批判を展開してきましたので、ここでは割愛します。

この精神保健法の成立の過程での論議でも現れたわけですが、精神医療の改革をどのような路線で実現していくのか、という問題をめぐっての二つの傾向であったわけです。

さてどういう論議かという、改革をどのような方策で実現していくのか、という路線をめぐってでありました。一方は（中山は、といってもいいでしょう。）言わば、政治的な上部構造に接近し、そこに政策提言を行うこと、国会議員レベル、厚生省レベルとの接近によって、改革をしていく、できる、と思っている、といっている、といっている、といっている。我々の大部分は、概してそういう立場をとらなかった、ということです。

中山は、政治的上部構造からの改革を主張してきたし、実際の行動もそうであったと思います。

我々の大多数は、この路線には懐疑的でした。中山の特徴として、主張が時に自分固有の意見なのか、厚生省の役人がいっているのか、論議の過程で判然としない時がよくあります。自分の意見がいつの間にか、厚生省をそういうふう動かしているかのように、言い方を変えれば、そうとしか聞こえなかったり、我々に思われたりするのです。だから、たびたび「そんなに言うなら、厚生省に入って思う存分やったらどうだ、もっとも入れてくれるかどうかは別問題だが・・・」という話もとびかう状況でした。

こうした上部構造からの改革という問題意識については、実は精神衛生法改「正」問題の時の論議においても、「改革の運動といったところで、何程のことが出来たんだ、それより法改正にもちこんだ方が早いではないか」という主張が弁護士の方からなされました。精神衛生法批判という一点においては一致するものの、改革の方策については大きな違いがあり論議をする上でも、非常なもどかしさを感じたものです。「法改正はできる、今後については現場のあなた方医師の問題だ」というわけです。「そんなことはわかっている。しかし、改革運動をしていくにも、この法改「正」は医師の手をし

ばり、自由な医師－患者関係を疎外するんだよ」ということをいくらいっても、全く通用しなかったのです。

むしろ、医者の手足を縛る（指定医）ことを通じて精神医療の改革の端緒を開くという考え方でしよう。そこまで言うなら、単に第三者機関とか、アドボカシーなんてことをいわないで、国費で弁護士を個別病院に全部配置し、医者－看護婦と同じように、三交替勤務をさせて、患者の人権を守る仕事をしてもらいたい、と弁護士さんのできるはずもなくやる気もない筈のことももいったわけですが、人権擁護の日本の現段階としては、そこまでの段階ではない、と日本の法律家の官僚－在野も含めた合意で現在の精神保健法になったということでしょう（勿論、精神科医の若干の協力はあったでしょうが）。

② 精神衛生法から精神保健法へ——何か変わったか？

前者の立場からの改革という場合、法であり、行政の通達であり、何よりも人の問題（メンバー）があります。その場合、日本の行政－国家権力に対する精神障害者－患者さんたちの思いはどういうものなのでしょうか。過ぐる1973年・1983年の精神衛生実態調査では、精神科医、家族団体、精神障害者団体はこぞってその実施に反対しました。東京・大阪など大都市府県で、中止－保留があいつぎました。当時の朝日ジャーナルに、「信頼のないところに調査はなりたない」とかいう内容の記事が掲載されました。そうです、精神障害者団体は、この日本という国に、信頼をおいていなかったのです。そのことは、今回の精神保健法の成立で、回復されてきているといえるのでしょうか。

「精神衛生法は精神保健法になったけど、私達の生活はちっともよくなるまい」という声は、日常臨床の中で、一杯聞きます。精神障害者団体とこの20年余の刑法改「正」－保安処分新設阻止運動－精神医療改革の闘いの中で出会ったし、現在も共闘してきていますが、この法・行政の通達・人 に、彼等が信頼を寄せるようになった、と言えるのでしょうか。

精神病院に入院している患者の30%弱は医療保護（生活保護）を受給しています。また、外来患者でもそうです。単身生活している患者、生保世帯の患者さんが、生保受給のために、どんなに屈辱的な扱いを受けているか、それが強まりこそすれ、かってより弱まることは現在のところありません。わずかなアルバイト収入でも、収入認定されるし、生保の中で切り詰めて貯金していても、ばれてカットされたり、働けないのか、と厭味をいわれたり、妊娠すれば、生保なのに子供を生むのか、といわれたり・・・。

彼等の福祉・医療を司る厚生省にこのような、精神障害者の生活実態に思いを寄せるひと－お役人が増えたのか、そういうことを主体的に考え、政策立案していくひとたちが増えたのか？ そう考えれば、精神保健法の成立過程においても、政策立案主体として自らの変革の過程で、精神衛生法の改「正」を打ち出したというより、宇都宮病院問題を頂点とする全国の精神病院内不祥事が、国連の人権問題部門で問題になる、という段階で動いたというのが、歴史的事実でしょう。

そういえば、当時の小林精神保健課長は、そうした時期においても、まだ「日本の強制入院率はそんなに高くない」とジュネーブにおいて、大うそをついていたではありませんか！（注：当時の同意入院を強制入院としない立場をとり、強弁したのである。）

かくして中山以外の我々の大部分は大衆運動によって行政に迫る、ということは考えるけれども、行政に全面的に依拠する、というふうにはどうしても発想することができないのです。ただし、20年余の闘いの過程で、思想としての保安処分粉碎の闘いや、精神医療現場における開放化の闘いは、よ

く担ってきたけれども、患者さん総体の生活基盤を改善していく地道な取組みが不十分であった、という反省はあります。そういう面では、行政が実際の金を握っているのであるから、精神障害者の基本的人権としての、生活費、住居の問題、労働する権利、憩いの場所一つどえる場所の確保など、議員（国会、地方議会両方）へのはたらきかけや、行政レベルへの働きかけなどは、今後大いにやっていくべきと思います。

中山との討論過程において、際立って食い違った視点は、この行政－国家権力と我々との関係という点に一番象徴されたと思います。

〔Ⅲ〕道下レポート－公衆衛生審議会意見具申は、保安処分導入に連ならないのか？

① 処遇困難者専門施設に対する道下・中山の位置付けとその検討

——『枕言葉』としての「何よりも治療・・・」——

さて、日本精神神経学会の保安処分に反対する委員会の見解では、

- I. 保安処分をめぐる
 - 1. 「処遇困難例」を巡る議論の発生
 - 2. 保安処分を巡る議論の回顧
 - 2-1 保安処分を巡る動向と日本精神神経学会
 - 2-2 80年代における行政の動向
 - 2-3 日本弁護士連合会における保安処分批判の回顧
- II. 厚生科学研究「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」の検討
 - 1. 「処遇困難例」概念について
 - 2. アンケートならびに実地調査の結果とその解析について
 - 2-1 病棟内での生活について
 - 2-2 「処遇困難性」に関与する患者側要因の抽出に関して
 - 2-3 「処遇困難性」に関与する治療者側要因の抽出に関して
 - 2-4 全国アンケート調査と実地調査の関連とその問題点について
 - 2-5 「処遇困難性」の重症度を巡る問題
 - 3. 処遇困難例対策について
 - 3-1 「処遇困難例対策が精神医療の開放化に寄与する」との主張について
 - 3-2 集中治療病棟への収容と退院をめぐる問題
 - 3-3 サーレム・A・シャーの意見に照らして、一般精神病院の治療回避について
- III. 厚生科学研究の性格と「処遇困難性」を見る視点
 - 1. 厚生科学研究の性格のまとめ
 - 2. 「処遇困難性」を見る視点

という項目からなっており、この道下レポート全体を厳しく点検・検討した上で、科学研究としてもその科学性への疑問を提示し、調査主体としての研究班の恣意性を指摘しています。

この保安処分に反対する委員会の見解に、精神科医全国共闘会議は、中山一人を除いてすべて同意します。中山はこの日本精神神経学会保安処分に反対する委員会の委員長をしてきたということもあり、この研究報告－更に『意見具申』と連なる思想－対策が、保安処分思想－保安処分そのものであ

る、という批判が多く、多くの精神科医師—患者さんたちからあることに対し、明確に応える義務があるという点から、この1年有余の議論の大半を費やしてきたのです。

しかし、この1年有余の討論は、残念ながら平行線を辿ってきました。我々の怠慢といわれればそれまでですが、保安処分に対するという点では、一致するものたちの内部矛盾として処理したい、と思ってきたことも事実です。しかし、この「処遇困難患者に対する対策」が意見具申され、当該施設の設置が正式に予算要求される段階に至って、このまま何も態度表明することなくこの国内フォーラムを迎えることはできないという結論に達し中山と同時にこの文書を公けにすることに至ったものです。さて、今回の道下レポート—公衆衛生審議会意見具申に結果していく考え方について、中山は

「全国に、何の治療の方策も見出せずに、年余にわたって保護室に収容されている患者がいること、これに対する施策はこれまでなかった。これを放置することは許されない。」ということのみから、出発したのだといえます。この点については、「留保付きで」我々も同意します。しかし、この研究の動機が、決してこれだけではないというのは、次の証拠によって明らかです。

とりわけ、この道下レポートの前書きには、

「我が国では、諸般の事情で刑法に保安処分制度が定められておらず、他害事件を起こした触法精神障害者は、起訴、裁判の過程でその責任能力に応じて、矯正施設（医療刑務所を含む）で受刑するか、精神保健法により精神病院に強制入院となって医療及び保護を受けることになっている。しかし、これら精神障害者の中で精神病院においても処遇困難とされたり、退院後も事件を繰り返す、社会から非難される事例もみられる。昭和62年精神衛生法の改正に当たり、これらの事例の解析と対策の確立も必要と思われたので、・・・」この研究をすることにした、

と書いており、この文書を読む限り、保安処分制度がないので、触法患者に対する対策が十分でない、とこの研究主体が考えているとしか思えない展開になっています。また、諸般の事情で保安処分制度がない、という点については、この「諸般」こそ我々精神科医全国共闘会議の結成から、現在にいたるまでの闘いや、日本精神神経学会の保安処分反対決議を生み出した全国の刑法「改正」・保安処分紛争—精神医療の改革の闘いの大きな運動の結果として現在まで、保安処分の新設を阻止してきている—まさに中山もその保安処分反対の論陣を張ってきたわけですから、この道下レポートの処遇困難者対策についての研究の位置付けについては、釈明する必要があります。ちなみに道下氏も日本精神神経学会の71年保安処分反対決議には賛成の票を投じたとのことでした。

また、道下が全国「精神病」者集団との対話をした時の記録に、〔今次精神保健法を成立させるには、犯罪性精神障害者の問題を、精神医療関係者としても、それなりの対応をしてもらわないと、・・・〕という要請が、国会議員サイドから、（道下本人に直接ではないが）あり、

「・・・なんとかしてこの精神保健法を通したいから、そのために反対する人たちのあれに対して、ちゃんとかういうこともしていますという手立てをつくしておかないと、国会で通らない可能性もある。それで専門家として協力していただきたい、という要請が実はあった。しかし、まてよこれは保安処分ではないだろう、ということを僕は確認しました。・・・」（厚生省の考え方は保健法をなんとか通したいと、そうすると『精神病者の人権ばかりいって被害者の人権はどうなるのか』という批判があると、それに反論のデータが欲しいと、そう考えてこの研究テーマをやってほしいと、厚生省が考えてというのが実は、ということですね。）という質問に答えて、「はい、そうです。」と、その間の事情を極めて率直に話しています。

この精神保健法成立の過程での、道下氏の奮闘ぶりは詳細にわかるわけであり、しかも保安処分

ないことを確認したうえでこの研究を引き受けるというそれなりの注意をされていることと、また犯罪を犯した精神障害者に対し、日本精神神経学会の保安処分反対の決議の主旨として「・・・犯罪を犯した精神障害者には、なによりもまず治療が必要・・・」ということを道下氏が踏まえておられたことは、この会見記録からも率直にこれまた、留保付きですが、認めたいと思います。

それは更に、この会見記録にイギリスの実情の説明のあとに、・・・「犯罪を犯そうが、何をしようがいま精神病状態にある患者さんなんですね。やっぱり医療でいくわけですね。そこへんに、司法が介入してくると、治療がね、あるべき姿の治療が、さっきあなたが管理と言われたけど、司法的関与が強すぎて非常にやりにくい場合があるんですね。」とも述べられています。

我々も、不幸にして犯罪を犯すに至った精神障害者について、精神病状態にある限り、医師の責任として最大限の関与と治療の努力を惜しんではならない、という立場はあたりまえのことですが堅持したいとおもいます。

道下のいうように、司法的関与が強くなりすぎると精神科医の腕が揮いにくくなる、という一面的な問題でなく、一刻も早い治療への導入がギクシャクしてしまうということは、現在の精神保健法でも日常感じるところですから、この点に関しても同意したいと思います。

さて、こうしてみると、この研究の動機は、研究主体の何よりも治療という「純粋な意気込み」や中山のいう最初の大前提としての『長期保護室収容からの解放』—このような非人道的な状態を年余にわたり、放置してきた医師・病院責任者に全く危機感がないように感じられる、という『怒り』は信ずるにしても、こうした前提的な政治的動きが露骨にあったという事実がある以上、この道下、中山らのその「純粋な意図」は歪められてしまう、と見るのが自然ではないでしょうか。

実際のところ昨年10月の愛知守山荘病院入院中の患者の丹羽代議士死傷事件以後、この行政の動きが加速した、という事実はその危惧を、如実に現しているではないか、と考えます。

道下は早くから、自治体病院の役割として、措置入院患者—所謂処遇困難例などを積極的に受け入れていくことを表明していました。それは、上記のように中山も主張しているような、「何よりも治療・・・」という点での精神科医としての義務感に負うところではあるでしょうが、一方では「しんどい患者を私立病院が一手に引き受けている。公的病院は経営的にも、親方日の丸だ」という日精協からのやゆともやっかみとも非難とも言える主張に対して、こうした「処遇困難例」を一手とはいかないまでも、引き受けることによって、自治体病院の位置を飛躍的に公的に認めさせ、政治的立場を強化したい、という意図があったのではないかと推測するのは、下衆のかんぐりというものでしょうか。また、この処遇困難病棟—集中治療病棟の設置が予定されている福岡太宰府病院では、「県当局の合理化攻撃に対し、これを受け入れることによって、取引き材料にすべきだ」という主張が、自治労県支部からなされており、「これに反対する医師などやめさせてしまえ！」との暴論も公然となされているようです。(資料：「処遇困難」患者(重症措置患者)集中治療病棟に関する中間意見———太宰府病院医局有志 91年8月 など)

こうして見ると、道下、中山の「精神障害者にはなによりも治療・・・」「保安処分でないことの確認・・・」の発言も単なる「枕言葉」にしかうけとれないと考えるものですが、いかがでしょうか。

② 日本の権力構造・支配構造の転換と保安処分問題の位置

②-1. 保安処分思想と湾岸戦争における情報操作

さて、保安処分問題に関しては、それが導入される、されないにしても、その時代の政治―支配の構造や支配的イデオロギーと密接に関係していることは、今更強調することもないでしょう。また、その時代、時代において、精神科医が、法律家が、社会が、また国家意志として、どのように精神障害者をみてきたのか、によって処遇や法的位置もかわる、ということもわかっていたでしょう。

ナチスドイツにおいては、精神薄弱者の安楽死をその母親が政府に請願し、それが認められたことから一挙的に全体化し、精神障害者、さらにはゲルマン民族の血の優勢を主張するユダヤ人の大量抹殺に至った、ということはつとに有名な歴史的事実であります。ナチスドイツは極めて特殊であった、などといわないでください。日本においても、保安処分自体も、労働嫌忌者に労作処分（強制労働）を課すことが論議されたり、実際に日本の「刑法改正仮案」（昭和15年）にはちゃんと入っていたり、また日本精神神経学会の保安処分反対決議と同時に廃棄するという付帯決議がされた（1971年6月15日）刑法改正問題研究委員会（中田修委員長）の「刑法改正に関する意見書一、二、三次意見書」では、労作処分や去勢が含まれていたわけですから、そんな昔の話ではないことはわかるでしょう。

西欧先進国において、精神障害者の人権が重んじられるようになってきている、ということは色々な紹介でよくわかることですが、今回参考にされたというイギリスだって、インド・中国を初めとする植民地支配と帝国主義的侵略の結果としての現在の「人権」であること、その侵略の結果は、現在でも全く過去のものではなく、その悲惨な影響は世界各地に残されていることを忘れてはいけません。中国の首脳が、「天安門事件」以後の中国の人権問題を、外国首脳に追及された時、人権、人権というなら、中国は150年前（阿片戦争のこと）に戻って論議しなければならない、といったことですが、これはこの限りにおいて、一理ある言葉でしょう。

ここでは、以上のことを蛇足的に前提にした上で、刑法改「正」―保安処分新設問題における権力の意図性の構造的変化に論及してみたいと思います。

イラクのクウェート進攻を直接的契機にした湾岸戦争は、イラクの一方面的敗北に終わりました。侵略という点においては、イスラエルはパレスチナのひとたちの土地を奪うことを現代的にもやっているし、あの時点においては同罪の立場にあったことは、周知のことでしょう。その周知のことが、同罪な問題として、焦点にならなかったのは、テレビ報道を中心にした情報戦争―情報操作において、アメリカ―多国籍軍側が圧倒的に勝利したから、といっても過言ではないでしょう（侵略という問題からいえば、アメリカ合衆国自体先住アメリカインディアンの土地に侵略してできた国ですから、おおきな顔はできないはずです）。

あの間もこの間の国会における論議においても、こうした武力に劣る被侵略民族のひとたちの主張がどれだけ正当なものであっても、国連を中心にした国際政治―国際貢献の錦の御旗がまかり通り、掃海艇の派遣―実自衛隊の海外派兵の第一歩であるわけだが―が「実現」していったのです。ここでは、これまで自衛隊―違憲の主張など、全くといっていいほど顧慮されなくなってしまったし、民社・公明はいうにおよぼず、社会党もこの波にのみこまれてしまったのです。

②-2. 国家権力の保安処分新設策動の変遷

ひるがえって、刑法改「正」―保安処分新設をめぐる国家権力の動きを年代を区切る形で見ると、

1970年代―正面からの刑法改「正」―保安処分新設の策動

80年代―国家秘密法の制定という形

90年代―暴力団取締り法、更に処遇困難施設もここに入るだろう。

90年代は、国民―現在の政治形態では、国会に議員をもつ既成政党―の合意をとりやすいような戦

術に転換してきているとみるべきでしょう。先の掃海艇の派遣やPKO法案などでは、既に述べたように、国連を中心にした一国際的貢献という言葉が飛びかったのですが、国際秩序－国際平和という美名の下に特に先進諸国の思惑がどのへんにあったのかを考えれば、そんな単純なものではなかった、ということが次第に明らかになってきているといえましょう。

国家権力の支配の方向性として、正面からの攻撃は、所謂一般的民主主義者もその反対に回らせてしまうから、得策でないという戦略的読みはあると考えるのが正解ではないか、と思います。「権力構造のソフト化」とでもいみましょうか、例えば「暴力団取締り法」にしても、暴力団そのものを対象にするかの如き宣伝がなされたものの（逆に正面きった反論がしにくい効果をねらっている）、対象はいかようにも広げられる構造になっているそうですし、実質的な権力の狙いが貫徹されれば結構、ということでしょう。

そういう視点から見ると、今回の「処遇困難対策施設」－「集中治療病棟」構想も一見「何よりも治療」ということを主張している点において、合理性があるように見えるというべきで、その証拠に「保安処分反対の委員長も取り込む」形になり、また道下をはじめとする日本精神神経学会の「保安処分に反対する決議」に賛同したひとたちも、この「何よりも治療・・・」という主張において、取り込んでいったのです。現代の政治支配構造の転換の意味するところとは、「暴力団取締り法」においてもそうですが、その（対象）概念の意性こそ意味がある、ことに注意したい、と思います。

まさに、「地獄への道は善意のバラがしきつめられている」といえるでしょう。

③ 「処遇困難例対策病棟－集中治療病棟」はどのように位置付けられているのか？

③－１．道下レポートにおける処遇困難対策病棟の位置

イギリスでも、保安処分はあるわけで、ブロードモアを初めとする保安処分施設の悲惨な実態がつい最近明らかになったばかりです。今回のこの道下レポートの地域精神医療対策の根幹として、セキュアユニットの人口450万に1ヶ所の設置の提起はイギリスをモデルにしているわけですが、イギリスの現状が、このシステムで十分な体制になっているのか、という点がどう見てもハッキリしないのです。この場合の「十分な」体制とは、保安的という意味ではないことは前提ですが、「十分」であるならば、「マインド」の活動など、現在もどうして必要なのでしょうか。マインドの活動はもっと強化されるべきである、と関与してきたひとたちはいっています。イギリスの現状を冷静に良い点、悪い点を率直に分析するべきではないでしょうか。このセキュアユニットを参考にすると、としても前提に厳然と「保安処分施設」が存在している、ということ、それこそが問題なのです。

（ただし、そうした反省が議会－委員会を通じて明らかにされ、なんとか改革していこうとしているという点については、学ぶべきでしょう。）

そういう視点から道下レポートの「4. 処遇困難例対策に関する意見」（85頁以下）と、「参考資料2. 欧米特殊精神病院等概要」を見てみることにしましょう。前項においては、

「1. 指定病院の整備と強化——・・・二次医療圏（345ヶ所）に1病院を目処に、指定精神病院（施設基準を制定）を再編成し、措置入院患者及び処遇困難な患者（軽度）を受け入れ治療する・・・これにより、一般精神病院の開放率が高められることになる。」

「2. 集中治療病棟（仮称）——指定精神病院で、対応困難な中度以上の処遇困難例は、原則として国公立精神病院に集中治療病棟を設置し、治療する。」とあります。1. 項については、指定病院の整備と強化が、何故開放率を高めることになるのか、がこれだけしか書いてないので、さっぱりわ

かりません。精神衛生法改「正」が政治日程にのぼった頃の全国の閉鎖率が、推定80%以上（注：開放・閉鎖の基準も国として決っていないし、またキチンとしたデータもないのは、現在も相変わらずであることも大問題）あり、この80%閉鎖拘禁ということは、当時の精神科医の総体としての判断が「80%も『処遇困難』—開放病棟でやれない患者だ」というものであったともいえるわけで、これまで我々が関与する病院での開放化の取組みの歴史からは到底容認できないパーセンテージであります。（昭和61年12月1日現在61%が閉鎖病棟—今回の意見具申に記載—根拠は？）このような判断をしてきた精神科医たちが、どうして指定病院の再編成がされれば、開放化をしていこうとする、といえるのでしょうか。現在でも、任意入院（voluntary）の患者が沢山閉鎖病棟に拘禁されているわけで、その現状からも我々の危惧は十分に根拠あるものといえるでしょう。

後の項、「欧米・・・」では、カナダ、アメリカ、イギリスを視察しており、ここではイギリスが参考になっているので、ロンドンのベスレム・ロイヤル病院、デニス・ヒル・セキュアユニットの報告を見ると、たしかにマンパワーは、「充実」していますし、施設そのものの面積など日本では到底考えられないようなひろさをもっていますが、この紹介記事からだけでは、若干のデータが掲載されているものの、その「充実」ぶりなど、これまたサッパリわかりません。また、歴史的な紹介が前段でしてありますが、イギリス全体の精神医療の中での位置が、現在のどのようになっているのかもわかりません。なによりも、ここに収容されているひとたちは、また、英国マインドは、ここをどのように評価しているのでしょうか。

こうしてみると、わからないことばかりで、こんな政策提言と、視察報告をもとによくもよくも「集中治療病棟」が提言されたものだとあきれてしまいます。それとも、我々の道下レポートの読み方が間違っているのでしょうか？

ちなみにその110頁に、参考資料として、Interpolの統計による日本とイングランド・ウェールズの犯罪発生率（10万人対、1981）の比較が掲載されていますが、再掲しますと、

	殺人・未遂	強盗	性犯罪
日本	1.5	2.0	4.6
イ・ウ	1.5	46.0	39.4

という表です。殺人・未遂が同率であることと比較して、強盗・性犯罪の23倍、20倍という極端な違いが目立ちます。しかしどういいうわけで、これがとってつけたように、掲載されているのかは不明です。

さて、イギリスをモデルにした、といいながら、この道下レポートでは、この程度にしか紹介されず、それでもってこのシステムを導入するというのは、あまりにも乱暴といってもいいでしょう。これは、公的資金（我々国民の税金！）を使ってなされた研究ですから、厚生科学研究の名にはない科学性を具備することを要求されていることは、当然のことでしょう。

道下、中山はこの道下レポート公表後、色々な雑誌に処遇困難対策問題について、その間の事情や、追加的意見を発表していますが、これは今回の政策提言の根幹となる研究であったことから、そうした雑誌への追加的発表という形でなく、このイギリス型システムの分析を報告書の中に学ぶべき点、批判すべき点を厳密に区分けした上で提出するのが、本筋というものでしょう。あくまで、公的なも

の、公的な研究という性格をもつものに対する責任とはそういうものではないか、と思います。

また、日精協雑誌はこの問題で特集を組み、中でも批判的、あるいは危惧の念を抱く内容のもの、その他でも色々な批判（代表的には、先に紹介した日本精神神経学会保安処分に反対する委員会見解）が出ている現在、国の精神医療政策の根幹を変更するような、政策提言を行うにあたって、批判・危懼が根拠あるものか、そうでないものかが、十分検討されたとはとても思えないスピードで意見具申がされていることは、到底容認できません。

③-2. 中山の主張とその批判的検討

1. 日本-イギリスの彼我の違いはどこからくるか？

さて、上記二者が、色々書いているものを検討してみましょう。ここでは中山の

1. 「処遇困難例について」-日精協雑誌 V o 1. 9 N o. 1 0 (1990年10月)

2. 処遇困難患者問題と刑事責任能力——厚生科学研究報告書「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」をめぐって——精神神経学雑誌 V o 1. 93 N o. 6 (1991)

を中心にしたいと思います。本人もこの中で自分のいいたいことはほぼ書き尽しているといっていることから、適切であろうと思われるからです。まず、1. では、

1. 処遇困難例の定義（定義とイメージ〔私見〕）をめぐって、Refractory patients という言葉を使用するに至った経過をのべ、たとえとしててんかんの難治例という場合

「発作をどうしてもとめられないことを意味し、その“どうしても”というのは、“自分では、自分の病院では”という程度の意味しかない場合が多い。・・・てんかんセンターで、病型・投薬・生活態度の再検討をしてもらおうこととなろう。・・・自分の病院でしていたよりは、より有効な治療法を見付ける可能性が高くなるのが、期待されているのである・・・」

といい、それと同じように、スーパースペシャリストの必要性に言及している。そこから、イギリスのForensic Psychiatrist という資格の紹介、イギリスの医療システムの紹介をしています。そこでの

「・・・地域保安ユニット (Regional Secure Unit) は1983年に設立されたのが最初であるから、処遇困難例・難治例治療センターを主催するこれらの超専門医がどのような評価を得るかは、まだ決定できない。」また、

「著者のイメージする処遇困難例は、従って、これらの比較的新しい治療組織に基づいているのであるから、治療組織と無関係に患者のなんらかの特徴によって定義するという性格のものではない。」といいきり、

「特定の症状・行動だけが問題となるのではなく、その症状・行動に当該医療機関が対応できないという事態を問題として捉えるのであり、同じ症状・行動であってもある医療機関では問題であっても、他の機関では、あるいは同じ機関の次の年には問題とならないこともある。では、事例性 (case ness) であろうと言われると、とまどうのである。それよりは、物理学でいう操作主義的定義なのだと思う。というのは、操作、われわれの場合には広い意味での治療行為を問題として捉えることが重要だと思うからである。」とこの項を結んでいます。

物理学的操作主義かどうかはさておくとしても、処遇困難例の中山なりのイメージを率直に書いているように思われます。さて、処遇困難例をこのように定義するなら（私見とわざわざ断っているのは、道下レポートの研究班でも、処遇困難例の定義に四苦八苦して統一的なものをまとめあげること

ができなかったことを象徴しているように思われますが) 道下レポートの処遇困難例の個々の事例の問題行動のとりあげ方は、この中山の主張に照らすとどういうことになるのか、と矛盾を感じ当惑すら覚えてしまいます。全国「精神病」者集団－精神衛生法撤廃連の批判を待つまでもなく、中山の意見では個々の患者の属性を問題にするのではなく、ある医療機関で処遇困難であり、またある機関に移ることによりそれが解消される、また同一機関においても、翌年にはそういう事例であることが解消されることはありうる、ということを知っているわけです。実は、こうした意見は日常臨床をきちんとやっているところ程ほぼ常識的に認識されているところでもあります。

我々精神科医全国共闘会議－中山のこの間の論争の主要な点の2つ目は、処遇困難性のよってきたる根拠について、両者がほぼ同一の認識に立ちながら、その改革－改善の方策を巡っては相違するという点でした。中山の認識をそれなりに正しいとするなら、そこからの解決の方策は、まず一つの医療機関で駄目で、他の機関ならよかった、という原因また、同一機関で年によって処遇困難性が違うことの原因がまず、分析・解析されなければならない、と考えるのが必然ではないでしょうか。つまり、処遇困難例とされる個々の患者の属性に依拠するのでなく、現在の貧困な日本の精神医療の現場の現状によって、その「処遇困難性」は左右される－まさに「相対的な概念」ということなのでしょうが－という認識から出発するならば、到達すべき目標は自ずから定まる、というのが書記局の認識です。

また、こうした「処遇困難性」の定義が私見といいながらも、まかりとおるならば、道下レポートに麗しくふられた「厚生科学研究」の科学の意味はどういうものになるのか、説明に困ります。中山が委員長時代にまとめられた「日本精神神経学会の保安処分に反対する決議・その意見書」では、周知のように「犯罪を犯した精神障害者にはなによりも治療・・・」という論拠と、また「精神障害者の再犯を予測することは不可能である－不確実な予測表による予防拘禁は許されない」という論拠によって保安処分に反対する根拠としています。この不確実な予測表・・・という意味は、「科学的に予測できない」という意味でもある、と考えることが出来るでしょう。一方において科学的であることを主張し、他方ではこのような概念の相対性を主張するということが、「物理学でいう操作主義」ということなのでしょう。この保安処分に反対する委員会の意見書での理論構成と、この論文での理論構成には明らかな相違がある、と考えるので中山はこれに真摯に答えるべきでしょう。

Ⅱ. 「閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックではない？」

われわれの大部分は民間精神病院に勤務しています。現在の民間病院では、患者さんの生活空間の狭さ、患者自身が独りになれる空間がないこと、それとなによりも医師・看護者を中心としマンパワーの不足が患者さんに十分なことをしてあげられなくて、不満をつのらせてしまう、従って処遇困難性を拡大再生産している最大原因になっていることを残念ながら知っています。比較的めぐまれた公的病院にしても十分といえないことは周知のことでしょう。この研究班がこの問題に意図的ではないにしても、殆ど触れることがなかったことは、やはり「意図的」といわれることは避けられないのではないか、と思います。

また、気掛りなのは「どのような評価を得るかはまだ決定できない」ような超専門医と中山が認識している、まさにその評価の定まらないようなものを日本に導入したいと考えている点です。更に言うならば、イギリスの精神医療システムを絶対的とはいわないまでも、相対的に評価しているわけですが、道下レポートにも紹介されているイギリスでは、地域精神医療システムが一応あり、その中で

二次医療圏の中に、こうした施設があるわけですから、日本の全県一区（それも、まだ計画策定の段階で、一応実施に移されたのはベッド数の総量規制だけと考えられる）でろくな地域サポートシステムもない現状とは、基盤が全く違うということが論議のまず大前提としてなければならぬはずです。さて、中山は次に、

2. 何が地域保安ユニットを生んだか？

2-1 NHSと1959年法 2-2 スペシャルホスピタルの運命

2-3 ヤング事件・アイリフ事件とアーボルト委員会・パトラー委員会

3. メディアム・セキュア・ユニット

4. 閉鎖病棟は保安ユニットである？

5. ポリティカル・アビューズからエコノミック・アビューズへ

6. おわりに

と論を進め、2から3においては、イギリスの精神医療変革の歴史を紹介し、NHS（1948）の誕生によって、イングランドでは精神医療がこの時一般医療に統合され、地域精神医療システムが運用されるようになったといい、オープンドア政策、治療共同体、コミュニティケアという概念が脚光を浴びるに至ったことを紹介し、その反面として

「患者が自己の人間としての尊厳と自由を享受する為には全く正当なこれらの概念の追及は、一方でわが国でいえば1次・2次医療圏に相当する地域一般及び精神病院及び福祉サービス機構が、“困難な、あるいは危険な（difficult or dangerous）”患者に対応する能力及び意欲を失わせたといわれている。」と結んでいます（31頁）。

我々の間での中山との討論でも再三にわたって主張されたことですが、ここでも強調されていることは、イングランド全体の閉鎖病床が、いわゆるスペシャル・ホスピタルの病床も合せても約3000床であり、総人口4700万人に対するこれが閉鎖的処遇のすべてであるといい、4. では、これを受けて

「わが国の人口がイングランドの約2.7倍であるにしても、20万床余りの閉鎖病棟を有することは異常なものと映っても仕方があるまい」とし、日本の精神医療の現場の貧困と政策の貧困を憂い、この20万の閉鎖処遇について

「閉鎖病棟を正当化する根拠は、次の3つしかない：救急、危険性ないしリスク、放置すれば自己の健康を著しく損なうこと。これが、20万も存在するとは、読者も主張しないだろう」更に

「閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックになっているのではなく、職員、家族、行政そして国会がその態度を変えねばならないのではなかろうか？」『『イングランドなみの保安施設』とは、わが国では、閉鎖病棟を1万床以下にすることにほかならない」

と結論しています。

5. 6. では、ソ連における精神医学の政治的乱用からときおこし、現在の日本の精神障害者に対する処遇は経済的理由による不当な拘禁といってもいい、と主張し西欧先進国はそれからの脱却をはかりつつあり、大いに学ぶべきであるという。また、結論的に「処遇困難例とは、精神科閉鎖病棟を如何にして開放化するかという文脈の中で、初めて意味を持つのである。」といっています。

引用がいささか長くなってしまいましたが、閉鎖空間の彼我の比較、批判的検討とそれを絶対的に縮小していくことに直ちに着手しなければならない、という提案については、同意します。たしかにイギリスにおいては、NHS体制の中に、精神医療が位置付けられ、オープンドア政策、コミュニティケアシステムなど世界の精神医療システムの範となるようなシステムが、世界に先駆けてなされ

たし、その時その時で現状の分析を国として行い、改善すべき点について法改正も含めて対処してきたことがわかります。であるとの認識があるなら、道下レポートの中にそのことが何故厳密・詳細に紹介されなかったのでしょうか？先に述べた理由—公的な性格を持つ研究—政策提言していく場合の原則という点からいえば、サボタージュとしかおもえません。その際、日本の厚生行政—精神医療政策への批判が必然的に必要となるわけですが、自由に書くことの出来る雑誌にはこのように書き、政策提言する場合には、それをはしょるといえるのでは、論理構成の正確性—公正性を欠くことになると考えます。

とりわけ、最後の方に下線で引用したように、閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックになっているのではない、との断定的な結論は全く同感であり、そうであるなら余計にここに焦点を合せる論理展開になっていくべきであろうと考えます。道下レポートの患者の特性—属性に焦点を合せた展開の仕方とここで中山の論理立てのくいちがいは一体どう説明したらいいのでしょうか？

以上、論文1について検討してきました。次いで2の論文の検討に入ります。

Ⅲ. 「処遇困難例の存在は開放化を阻害してきた」か？

この論文においても、前論文とほぼ同一の主張がなされていると考えてよいでしょう。構成は、はじめに

1. 精神医療と保護・保安機能
2. イギリス型保安処分との関連
3. フランス型保安処分および国連精神障害者人権宣言案との関連
4. 日本と「報告書がとりいれたイギリス」
5. 刑事施設における精神医療の役割
6. 刑事責任能力判定における精神医学の役割の変遷
7. 精神医学積極主義の修正

おわりに

となっており、処遇困難例に関する諸氏の意見（12名と一団体）の具体的検討を行うと共に、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスの刑法—保安処分—責任能力・責任無能力の歴史的変遷と現在の段階について概括しており、サマリーとして読むには便利な論文となっています。結論的には、抄録的な前文に著者の主張がまとめられているのでそれを引用すると、

「・・・報告書（道下レポートのこと・・・注）の目標は、コミュニティケアの潮流を一層促進する中で、処遇困難とされる人をもこの潮流につつまこむことであり、保安処分制度の代理を目指したのではない。さらに、精神医学が刑事責任能力と関係する以上避けて通れないのが保護・保安問題なのであるから、刑事責任能力判定とその後の処遇について精神医学・医療の役割に一定の限界を設ける必要がある。法律・裁判所が過度に精神医療に侵入することは法積極主義（legal activism）と呼ばれるが、精神医学・医療が刑事法・裁判所と微妙な関係を持っている領域、即ち刑事責任無能力制度と無能力者等の処遇の領域で過度に自己の論理を主張することを精神医学積極主義（psychiatric activism）と呼ぶこととする。

精神医学積極主義をとれば、第1に精神医療は処遇不能な精神障害者を引き取ることとなり、人道的な方法で治療が出来ないことで非難を受け、入院中あるいは退院後にその患者が犯した犯罪で更に非難を受け、結局は精神医療に対する信用の失墜を招いて精神障害者一般に対する差別を助長し

コミュニティケアの展開も一層困難にすること、第2には『精神病者はすなわち刑事責任無能力者である』と主張することとなり、この主張は精神病患者に対する差別であり、かつ刑法の一般予防機能を損なうことは明らかであるから、精神医学積極主義を採るべきでない・・・」

と述べています。責任能力問題については、それなりに傾聴すべき点があることは認めるとして、先に論文について批判的検討を提起したようにここでもイギリスのシステムを積極的に取り入れる、とした道下レポートの中の位置付けについてであります。道下レポートの中のイギリス・イングランドの精神医療システムの紹介の仕方とその評価があまりにも杜撰で、この紹介の仕方ですべてを根拠にすべきでないとの批判については前段にて詳述した通りです。

この論文では、

「・・・『報告書』が優先的に提起しているのは、イングランドの地域治療体制である。ブロードモアではなく、そこへの入院命令を発する刑事裁判所でもない。『報告書』がこの選択をした第1の理由は、開放処遇のためにそのあい路となる処遇困難者を都道府県立病院が引き受けるべきだとする主張があるからにはほかならない（道下、式場、小田、花輪、藤本、堀田ら）。このような現場の主張が正しいと直ちに言おうとは思わないが、これを無視して開放化を展開せよと主張することは到底できない。そのようにすれば、病棟の開放化をしない理由を提供してしまっただけであろう。日本で精神病院の開放を言う時、それは私立精神病院の自発的気運がなければ実現できない。」といい、

「その第2の理由は、（ロンドンの前記施設を紹介し）・・・セキュア・ユニットに地域性を持たせた、つまり他の精神病院とのネットワークの一環として難病治療病院の役割を期待することもここに由来する。」「保安を重視すれば、『報告書』はマキシマム・セキュリティ施設を欠く不完全なものとの批判（小田、加藤）が出よう。しかし『報告書』はその提起した施設を地域にある他の精神医療機関とのネットワークの中に位置付けなければ医療機関としてのアイデンティティの形勢に困難を生じると考えたのである。これは同時に特別病院を将来の検討対象にとどめた理由である。

「立法がこの点を配慮した法律を作らずあるいは行政機関と医療関係者がこの点に十分配慮してこの施設の活用を図らなければ、特別病院必要論が台頭してくるのは必然であろう。」

と述べ、更に道下レポートでは、高価な治療費、マンパワーの充実、医療区の設定による地域性の確保、小数病床による乱用防止効果の期待などの配慮をしているといい、「代理人としての弁護士との関与（藤本）、入院患者に与える強いスティグマを回避する等の慎重な配慮（永野）など今後なお検討されるべきであり、拙速な導入には賛成できない（永野）し、更に筆者は地域性を確保せずにスタートさせ、例えば北海道の患者を東京の施設に長く入院させたりしてはならないと考えている。」

「・・・臨床心理学会は『400人の保護室常時使用に更に処遇困難施設をつみあげようとしている』かに言うが、それは曲解と言うほかはない。400人の保護室常時使用のすべてが保護室から出られるようにすることが『報告書』の願いなのであるから、曲解を解いていただきたい。」と4.の項を結んでいます。

処遇困難とされる人をコミュニティケアの潮流に組み込むことをその目標とするとして、イギリス型の地域精神医療ネットワークの中にこの施設を位置付け、「医療施設」としてのアイデンティティが失われないようにしたい、といひまた400人の保護室長期収容者を保護室から解放していくことがこの報告書の願いというわけです。

IV. 開放化を阻む要因

道下レポートでもそうですが、この中山論文においても、「処遇困難例の存在」が一般病院の開放化を疎外している、という論議に対しその根拠を失わせるために、この施設に長期保護室収容者を集める、というのです。しかし、われわれも含め色々な開放化の体験を持つひとはこの意見に対し、同意するでしょうか？開放化を地道に進めてきたひとはこんな論議にたいし、怒るでしょう。これでは「処遇困難」例を排除することによって、これまでの開放化の実践活動が成立したということになるではありませんか。実際の開放化の過程では、患者を他施設に転院させることによって開放化が成立した、ということは実感としても実際としてもなかったのです。ここでは、精神鑑定はバンバンやり、臨床実践の報告など一度も見たり聞いたりしたことのない小田など実際に開放化のかの字も実践したことのないような曲学阿世のえせ学者らのこうした主張を「直ちに正しいとはいわないが、これを無視して開放化を展開せよと主張することはできない」といっています。では聞きましょう、我々の中山に対しての「開放化と処遇困難例の存在とは実践的には無関係ではないか」という論議もまた、無視できないではないか、と。

客観的に論議、データを採取しているかのごとき組立てをしながら、自己の都合のいい方の意見に実は重きをおくという、これこそ「物理学的操作主義」ならぬ「操作主義」というべきではないでしょうか。実際に中山は病院における開放化の過程がどのようなものであり、どのような苦勞を伴うものなのか、またその苦勞の後の喜びは病院職員・患者さん双方にとっていかに大きなものか、またそれを疎外するものはなになのか、ということを実践的に知らないのではないか、だからこのような小田のような意見を、「無視できない」などどいってしまうのではないかと思うのです。

しかし、これまで我々の知る限りの開放化を実践してきた病院関係者はおしなべて、そんなに無理をしなくても7割は開放化できる（但し8～9割となるとかなり難しい問題をはらむ）といえます。

また、開放化を阻む要因とは、「処遇困難者」の存在だけでないことは、明らかです。施設面の問題は大きいですが、それよりも何よりも施設・病院のまずトップが開放化していくことが治療者－患者関係において極めて大事な治療関係の転換になるという認識を持っていないことです。そのもとでは看護を初めとするスタッフが開放化への志向をもつはずもなく、持ったとしても非常にゲリラ的な動きしかとれない、という経験はよく聞きます。

意見具申に付けられた厚生省のデータによれば、全入院者数35万で、そのうち18万余が任意入院です。精神保健法になって、「自由意志」による入院が5割を越したということです。任意入院とは、いうまでもなく自由意志による入院を示すにもかかわらず、あいかわらず閉鎖病棟に入院させられている任意入院者が沢山いるという現状を中山はどう考えるのでしょうか。それでよとした厚生省の指導があるからにほかなりません。これは、開放化を阻む要因ではないのか？法的違法状態を許す厚生省一國の責任ではないのか？こうした厚生省の姿勢こそ開放化を阻む要因ではないのか？そういう視点は中山の論文からは残念ながらうかがうことはできません。

こうして考えてくると開放化を阻む要因についての中山－道下レポートにいう、或いは小田らの主張に根拠がないことが明らかとなります。

さて、400人の長期保護室収容の患者さんたちを、全部解放することがこの報告書の願いというわけですが、保護室や隔離空間というものは、3つあれば3つある使い方、5つあれば5つの使い方をしてしまう、ということは臨床的には常識的な事実です。道下レポートに紹介されたサーレム・A・ジャーがいうように、「これだけが独立してはいけな。巨大になると刑務所化してしまう。また、一般病院がこのような患者に対し無責任になってしまう。・・・」ということは、日本にこのような施設が出来ても、危惧されることであると同時に、現在の上記のような行政の無責任状態では、「処遇

困難例対策施設—集中治療病棟」があればあるほど、そのような使い方がされる、ということが十分に懸念されるのではないのでしょうか。

願い、希望、そのように私が（中山が）思っている、そう主張してきた、ということから離れて国家権力は、権力のその時の意志・意図によって政策を決定すると見るのがあたりまえでしょう。今年山形での病院・地域精神医学会でも道下は「愛知・守山荘事件」でこの動きに加速がついた、旨言明しています。

厚生省の精神保健担当官はほぼ3年毎に部署を変わり、連続した精神医療行政を企画立案して実行に移しているとは、とても思えません。そうした中でこの処遇困難対策施設—集中治療病棟ができることは、おおきな禍根を残すことになるでしょう。また、中山は永野の「スティグマ」問題、拙速な導入には賛成できない、ということに同意しておきながら、また太宰府病院における厚生省のこの施設づくりの説明では、西日本全域から患者を集めることもありうる、ということが言われていることを考えるならば、せめて「自分の意図に反する」と積極的に中山自身が声を上げるべきと思うが如何？

V. 精神医療と保護・保安機能

精神医療に保護・保安の機能がついてまわることは、臨床上やむをえないこととして存在しています。しかしながら、現在の日本において、その「ついてまわり方」が、世界の趨勢から当然のことといわれるような範囲であるかどうか、問題なのであります。ここでのイングランドとの比較における中山の主張については、この点において異論はありません。いはば不要・無用な拘禁を「そぎおとす」ことが国の政策として貫徹されることを前提にした上で、であります。

道下レポート—中山は、そのそぎ落としを、処遇困難者を現在の精神病院から処遇困難対策施設に移すことによって、その環境を整えるのだ、といえます。「さあ開放化の条件が整ったよ」と。中山は主張する「(処遇困難対策施設に)移管されたケースは年限を区切り、そして軽快したら、もとの病院に返すのだ」と。しからば、その元の病院は、何も変わる方策が与えられていないのだから変わりようがない。中山も先に認めるように、処遇困難のよってきたる原因は患者側にあるのではなく、まさに病院—治療者側にあるのであるから、そこが変わることがないことを前提にしてどうして、「患者を期限を区切って返す」ような無責任なことが出来るのか？またまたストレスのみちあふれた場所に移すということを主張することになります。これは大きな矛盾です。

以上、中山の2つの論文を引用しつつ、批判的に検討してきましたが、結局のところ、道下レポート—中山は、「保安圧力」を、先に詳述したようにメディカルサイドに取り込むことによって、かわすことを意図したと思われませんが、〔Ⅲ〕で述べたように「権力構造—支配構造の転換」の中では、保安処分思想の実現が戦前のようなダイレクトな形では出現しようもなく、ソフト化した形で実現される、ということに気付いていないか、意図的に無視している、といえるでしょう。

日本の精神医療の矛盾・悲惨な生活実態・精神病院のありように対し、この間の行政側の対応は、そのよってきたるところの総てが、「処遇困難例」であるかのように展開されている、というのはいいすぎでしょうか？それらのよってきたるところはこれまでの立論から明らかなように、国際的な圧力がなければ、なんらの態度変更をしてこなかった国家—厚生省の無能・無策—そしてなによりも精神科医の怠慢によるでしょう。中山・道下に「解放されなければならない」といわれた400人の長期保護室収容患者さんこそいい方便にされたともいえなくはありません。

また、道下レポートの段階では、長期保護室収容者を解放していく、なによりも治療を・・・という主張がされ、中山もその線に沿ったかたちで発言していました。また、討論の中では、措置入院者が必ずしも処遇困難例ではない、むしろそうでない場合も多い、という実態についても認めていました。しかし、今回の意見具申においては、措置入院の中の重症者と対象が変化しています。

道下レポートでは、処遇困難例のうち、同意入院が77%、措置入院が17%であり、圧倒的に同意入院（現在のには医療保護入院）が多いことが明らかにされています。（同報告書 12頁-図7・34頁）圧倒的に多い同意入院者を問題にすることなく、意見具申の中で措置入院者をあえて問題とし、ここに対策の焦点を当てたことは、道下レポートの当初の対象・意図とは明らかにずれるのではないのでしょうか？

また、意見具申の中で、マンパワーの充実を飛躍的にする必要があるといい、診療報酬の面でも一般患者と同一の体系になっておりこれも「改善」しなければならない、としていますが、「診療報酬の改善」をするにしても、中山が「処遇困難性のよってきたる原因は、処遇困難例の患者の特性にあるのではなく、治療者側-病院にある」としていることからすると、「処遇困難例を作り出す病院-治療者側」の要因によって、診療報酬の改善の算定をしなければならないということにならないのか、つまり、宇都宮病院のようなとんでもない病院ほど高い診療報酬を出す・まあそんなことはありえないが-といささかへそまがりな質問もあえてしたくなります。この算定は大変難しい、いや不可能な計算をすることになるでしょう。老婆心ながら言いそえておきます。

いずれにしても、道下レポート、公衆衛生審議会意見具申、中山論文の中での様々な矛盾、政治的に変遷していく対象者の範囲などに対し、中山個人の意図・主張が厚生省・公衆衛生審議会のそれとずれる、それも大きくずれていることに対し、中山がキチンと異議を唱えることは彼の最低限の義務である、とこの章での結語としておきたいと思えます。

〔Ⅳ〕 処遇困難例対策施設-集中治療病棟は保安施設か？

① 保安処分とは何か？

以上、中山の論文の批判的検討を中心に、道下レポート-公衆衛生審議会意見具申にも触れる中で、今回の集中治療病棟構想に対する検討をしてきました。さて、この処遇困難対策施設-集中治療病棟に対して、保安処分-保安施設ではないか、又はそれに道を開くものだ、という批判が広汎にされてきています。

一方、先にも触れたように、道下はこの厚生科学研究を依頼された時「待てよ、保安処分ではないだろうね」と念を押した上で引き受けたと述べていますし、中山も先に引用した論文の中でも「保安処分-保安施設でない」「保安処分の代理を狙ったものでもない」と言い切っています。

日本精神神経学会の保安処分に反対する決議に同意し、これまで保安処分に反対する意見を主に吐いてきた人がこれを保安施設でないといい、また保安処分に反対する委員会の前委員長まで、保安処分ではない、保安処分施設でない、というわけですから、この一点において混乱が混乱を呼んでいるのもむべなるかな、と思われれます。では、保安処分とはあらためてどういうものなのか、という原点に返って検討してみることが必要になってくるわけです。まず、オーソドックスに保安処分をみることにしましょう。保安処分の定義として

「保安処分というのは、主として特別予防の目的をもって設けられた、刑罰以外の刑法上の法効果をいう。刑罰は責任に相応する応報であり、したがって特別予防という観点からみた場合、刑罰にはその本質の面からする制約があるので、これを補充するものとして考案されたのが保安処分である。」(刑事政策講座第3巻・保安処分・2頁・西原春夫「保安処分論」)。また、

「保安処分Sichernde Massennahme とは、既に犯罪を犯した者の再犯を予防し、または、犯罪をなす危険性ある者に対し刑罰と異なる意味において用いられる犯罪予防処分である。この処分は、教化または改善方法erziehende oder bessernde Massennahme によって対象者を社会生活に応化させ、あるいはこれを社会より隔離することによって社会それ自体を犯罪から救うことを目的とするものであって、例えば・・・精神障害者を収容して彼等の犯行を未然に防止するとか、また麻薬中毒者を拘置して禁断処分を行い、もって将来の犯罪を防止するが如きはみな保安処分に属する。

保安処分は、その犯罪予防目的の点より見れば、刑罰とその性質を同じくする。しかし、今日の刑法機構上、刑罰と保安処分とは、その概念が全然異なるものとせられている。その区別せられるところの主たる根拠は、刑罰は一定の犯罪行為をなしたことに対する反動として科するものであって、その本質は害悪である。したがって、刑罰は人の意思にもとづいてなされた行為についてのみ科せられるべきであって、意思無能力者や、具体的犯行をなさない者に対しては、これを科すべきでない。故に、犯罪の未然防止を目的とする保安処分と刑罰とは概念を全く異にするものであるとされるのである。

これに対し、刑罰の最終目的は社会を犯罪から防衛することにあり、応報も威嚇も結局その社会防衛手段を全うする条件に過ぎぬと見るものにとっては、範囲の有無、責任能力の有無にとられる必要はなく、危険性の程度にしたがって社会を犯罪難から救うことでは刑罰も保安処分も全く同一であると主張する。・・・」(刑法と刑事政策・昭和43年増訂版・有斐閣・保安処分と犯罪の予防・198頁・正木 亮)

といわれています。(注：保安処分：Sicherungsmaßnahme とも)

刑法改正準備草案理由書の保安処分の章で吉川経夫、安平政吉は、「それでは、現実のわが国家社会生活において、保安処分という問題に関し、どういう種類のものが最も必要とされているかを考えるとき、そこにさしあたり、その対象として何人の念頭にも浮かび上がってくるのは、(イ)かの精神障害者によってなされる犯罪防止への処置と(ロ)ヒロポンその他覚醒剤ないし麻薬中毒者によってなされる犯罪に対する処置とである。」とあからさまにしています。これに対し、日本精神神経学会の保安処分に反対する決議・意見書では、

「第一に我々が指摘せねばならぬのは、精神障害者及び酒精薬物癖者に、保安処分を課す理由は、同理由書中にあげられていないことである。単に『(保安処分の)対象として何人の念頭にも浮かび上がって来るのは』とのべるが如きは、精神障害者に対する偏見に発していると断ぜざるを得ない。・・・」(1971年8月)と厳しく批判しました。このような意見は何も日本の精神科医だけではありません。アメリカのブルース・エニス弁護士は

「考えても見よ、ある者が正気であれば彼がいかに危険であると考えられようと、将来彼がしでかすかもしれないことのために自由を奪うということはありえない。アメリカでは受刑者の85%は再犯を犯すことがわかっているにもかかわらず刑が満期に達するとその日のうちに釈放する。ところが、ある者(前科者を含めて)が精神障害であると考えられれば、将来彼が何をしでかすかわからぬという理由で彼から自由を剥奪することができるのである。なぜそういうことになるのであろうか。われわれは正気の人々の予防拘禁は禁じているのに、何故狂気の者の予防拘禁を許しているのであろうか。いわゆる狂気

の者に対する差別的処遇を認めていくいわれは全くないし、このことはいろいろな機会に批判・非難をうけるべきことである。」と述べています（精神医学の囚われ人・寺嶋・石井 新泉社・1974）。このエニス弁護士は法律家としては希有、と述べていいほど、また素朴と述べていいほどの立論は現在でも新鮮な響きを持ち、われわれの胸をうちます。さて、日本精神神経学会の同意見書は、保安処分に対する論拠として、上記に加えて、

2. 精神障害者・酒精薬物中毒者に対する（犯罪の）確実な予測表が存するとは考えていない。

3. 精神障害の診断、責任能力の判定の困難さを指摘せねばならない。・・・精神障害、責任能力、将来的危険性の三要件は、実際には著しく軟化したものであり、刑事法において個人の自由を拘束する要件として用いるに耐えないものであると考える。

4. 治療処分は、予防拘禁、保安拘禁と同様に用いられるものであり、従って政治的弾圧の手段たらしめるのは容易である。

5. 保安処分を主張するものの中には、これにより治療・教育が行われるかに主張するものがあるが、我々はそのようには考えない。

6. 保安処分制度の導入は、刑事政策による精神科医療に対する不当な圧迫であるとする。

これに加えて1975年8月、同委員会は追加意見書を提出しました。そこには、

7. 最も基本的な見解として、医療と保安の基本的理念の相反性を挙げねばならない。精神医学・医療は、個々の精神障害者自身の利益を目標として診断、治療を行うのである。刑事裁判における精神鑑定も、その本旨は被告人を刑罰という非難から治療へともち来らすことにある。一方保安処分は今回の刑法改正草案、法制審議会および法務省の見解に明らかなように、社会防衛を目標として個人の利益に反してもこれを隔離・拘束するものである。精神医学・医療が、かかる目標のためにみずからの診断法・治療法を供することは、精神医学・医療の本質を失わせ、これを刑事政策の具へとおとしめることに他ならず決して行われるべきことではない。

と、これまた格調高く、厳しく保安処分反対論を述べています。

保安処分に対する論拠として、この意見書は今だにその価値を十分に持つものと思われませんが、保安処分思想—その法体系への組み込みの歴史的意味については、島成郎が、

「近代社会は一方では、『自由』な労働力をつくりだしてその経済を発展させましたが、他方では『自由な意志』をもつ市民を成員とする社会の共同意志として法国家をつくりました。この過程は裏返せば、労働力とならないものは無価値なものとして捨てざり、『自由な意志』なきものは市民として認められず除外されるものであったといえますが、この両者に該当するものとして『精神障害者』が国家の祭壇にあげられたのではないのでしょうか。（沖縄での医療実践の中でみた精神障害者の実情の分析と、ナチスドイツの精神障害者殺害の歴史的事実に触れて、更に）人類近代文化の数々を生んだドイツ、優れた技術のもと世界有数の高度近代社会を築いたドイツがただ一人の政治指導者の意によってこのような『野蛮な奇蹟』をなしえるのでしょうか？ むしろわたしは、精神障害者は民族—社会にとって役立つはずをもたらずのものであって、その管理と保護に労力と金をかける価値はないと判断する近代国家の論理が極致にまで進んで、その最も合理的解決としての大量抹殺がはかられた、すなわちこの悲劇は決して一煽動政治家の狂気の沙汰によってではなく、近代国家の理性的判断によったのだと考えるのです。そしてこの恐怖の『安楽死』計画立案に世界的に著名な精神科医が多く参画していたことを知る時、決して遠い他国の過ぎ去った事件として看過すわけにはいかないのです。

私は今保安処分新設を目論む刑法改訂の作業と議論のなかに、天皇制日本とナチス・ドイツで極端な形で示された精神障害者の処遇のなかに『民主主義』諸国家にも共通する近代国家理念を見ないで

はいられません。・・・」(「 」内下線は原著による)。「保安処分」に思う一保安処分新設阻止のために・雑誌 精神医療 臨時特別号・1980年11月 精神医療委員会発行 代表 藤沢敏雄 編集 森山公夫)と述べているのをそのまま借りて、分析にかえておきましょう。

以上、色々な文献・論文・見解・意見書を引用、参照してくる中で保安処分一保安処分イデオロギーが、近代国家の成立と不可分なものとしてあることを知るとともに、その中において近代国家日本の法理論の構成における保安処分を必要とする論拠が「何人の念頭にも浮かび上がってくるのは・・・」という差別・偏見に基づく一言で導入の理由とされていることを見る時(高名で権威とされる法律家のいかにげんさがこれほど「念頭に浮かび上がってくる」文書も珍しいといえますが)、保安処分思想の恐ろしさを改めて感じるとともに、日本の法体制の根幹をなす刑法の根本的思想がこのような差別感を基盤にしていること、それも日本国家が組織した法制審議会の思想の本流であった(と過去形でいえるかどうかとも怪しいのですが)事実を知る時、うすら寒さすらも感じるとともに、日本の法律家は、エニス弁護士の「法の下での平等」というしごくあたりまえの思想をわきまえているのか、とも思われてくるのです。

② 集中治療病棟の位置

さて、保安処分とは、あくまで刑法の中に位置するかどうか、ということですからそういう観点から見れば、今回の集中治療病棟構想はそうでないとはっきり言い切ることが出来ますし、また、今回の集中治療病棟構想が刑法改「正」の提案を伴うものでないし、裁判官の入院命令など司法的関与を言っていないわけですから、刑法改「正」の一環として付随するそのための施設ではない、という意味で保安処分ではない、と言えらると思います。つまり、刑法にいう保安処分ではないのです。

道下レポート・中山の立論の中では思想・気持としては、法律家の関与を医療現場に出来るだけさせないメディカルモデルの貫徹を主張しているように見えます。精神障害者の人権擁護のために身銭をきって献身的に働いている弁護士を除いては、少数者の権利擁護など歯牙にもかけず、国や大企業にこびへつらう判決ばかり出している現在の日本の裁判官一法律家の法思想は、先の吉川一安平の思想とどれほどの差があるのでしょうか。それが日本の法思想をリードしているわけですから、こんなやつらにこれ以上関与されてはかなわん、という意味であれば、その限りにおいては賛成できましよう。

愛知・守山荘事件の時、厚生省は議員連中から、対策がないのかと散々せめられたといわれますが、その時この道下レポートを提示することで、なんとかその攻勢を回避したと聞きます。立法府の感覚も吉川一安平の感覚と大差ないものであることは想像にかたくないわけですから、厚生省もこの道下レポートの存在に「救われた」わけでしょうが、そういうことであればあるほど、集中治療病棟の位置は、「保安処分施設」としての機能を要求されつづけるでしょう。先の学会意見書(その1)の最後に、

「最後に精神衛生法に一言ふれる。精神衛生法は、戦後の精神医療の法的基盤をなしているが、その運用は措置入院を中心としてなされてきた。しかるに、措置入院について、厚生次官通達(昭和25年5月)は、『法第29条の規定による知事の行う入院措置は、公安上必要とする強制的措置であるので・・・』と述べ、措置入院が公安上のものであることを明らかにしている。措置入院患者は、昭和44年の全入院患者24万余名中、7万5千余名を数え、30%余りに達している。かくして、同法は精神科医療を、社会防衛的立場から歪曲せしめた一因となっていることを指摘せねばならない。」

と結んでいます。この意見書提示以降20年が経過しますが、今回の意見具申の添付資料を見ると、

全入院者数約34万5千、その内措置入院者は1万2千5百人です。つまり、4%弱になっています。公安上必要とする強制的措置入院者が当時30%で現在4%という数字は、厚生省のいう「公安上」—これは危険性ということでしょうが—の強制措置の必要性が激減している—つまりそういう患者が激減している、という証拠になります。実際は数字上のものであって、措置入院が必要と判断した当時の精神科医の判断の問題と、出来るだけ措置入院にしないで、と行政的に誘導した厚生行政の結果として、歴史的事実として十分記録に留められねばなりません。

今回の意見具申の中で、「措置の中の重症措置」患者をこの施設に集めるというわけですから、中山が委員長当時にまとめたこの意見書の中の措置入院と厚生行政に対する批判的位置付けについての考え方についても、相違がないのか、あるのかもハッキリさせるべきでしょう。

〔V〕結語

以上、さまざまな観点から、道下レポート—中山の主張を検討し、政府諸資料、刑法学者の見解、その批判などを詳細にみる中で、保安処分—保安処分イデオロギーのよってきたる歴史的位置を明らかにしてきたと思います。

そういう中で、集中治療病棟—処遇困難例対策施設を見る時、刑法改「正」を前提にしていなくても、「刑法にいう保安処分」ではないことは断言出来るにしても、保安処分施設の「代理」を要求されていることは一目瞭然ではないでしょうか。

むきになって、「保安処分ではない」と言いはっても、「何よりも治療・・・」といっても、国家の要請するものは、保安処分施設なのです。たとえ肥え溜めに（保安処分）に花（治療）を一杯ちりばめ底を隠しても、保安処分は保安処分です。

さらにいうならば、「暴力」という行為、縛るという行為は、一般人がすれば、暴行、逮捕、監禁という立派な刑法上の罪です。しかし、警官がすれば、公務執行になり、教師がすれば「体罰」あるいは美しい言葉の「愛の鞭」になり、精神病院ならば、「抑制」という言葉に変身します。国家の意図を奈辺にみるか、という立場によって、暴行も「愛の鞭」に見えるし、暴行そのものに見える、ということです。島の主張するように、それが近代国家の必然であった、またあるとするなら、ただ「見える」だけでなく、時代によっていかようにも変質すると考えるべきでしょう。意見具申では、二次医療圏の設定を地域精神保健対策の項では触れながら、処遇困難患者対策の項では触れていません。中山は、一貫して二次医療圏の中でこの施設を位置付けるよう主張してきましたし、道下レポートでもそうです。この施設が、二次医療圏の中に組み込まれ、地域の医療施設・コミュニティとの関係が図られなければ、帰る病院地域のない患者さんたちがここに溜っていきます。

保安処分施設ではないか、という危惧は、刑法上の保安処分施設だけを心配しているのではありません。その心配の心は、「社会に帰ることができず、一つの施設に危険な患者としての烙印を押され無期限に収容され、よくなっても受け入れてくれる施設・地域がない」そういう状態を保安処分じゃないか、と認識することに対して、（刑法にいう）保安処分ではないから、という理由からだけで、間違いだとはいえないでしょう。中山のいう「曲解」ではなくむしろ、正しい認識であると思います。

日本の精神医療体制を10年、20年の長期的展望に立って変革していこうとするならば、まさに「処遇困難例を生み出す」精神病院の現状にこそメスをいれるべきでしょう。さらに、任意入院の多くを閉鎖病棟に入れていることなど、現状をそのまま容認している厚生行政にキチンとメスを入れるべき

です。まあ、そのように厚生行政が展開されるのを望むことは、百年河清を待つに等しいというのが我々の認識です。

最後に保安処分に反対する委員会前委員長としての中山、保安処分反対の決議に賛同した道下両氏に、

「行路ノ難ハ山ニモアラズ水ニシモ非ラズ、タダ人情反覆ノ間ニ在リ」(白楽天)という言葉に添えて問いましょう。

「反覆—変心して信義を裏切ること—ノ心、アラザルヤ否ヤ」と。

[了]

(16)

金曜日

伊藤夫医師

同愛記念病

院の厳しい

発言で静を閉

鎖が責し

く社会復帰

を促す体制

も厳しいの

で患者さん

の人生はわ

び

い

精神科病院

の入院患者は

約三十五万

人、平均の入

院日数は約五

百日しかく

三人に一人

にあたる約十

万人の患者は

「社会的入院

」を抱えている

が書らす所が

ないために病

院にいる人た

だ。

精神医療にかかわる人々が率直な意見を話し合う第2回精神保健国内フォーラム(主催・精神保健従事者団体協議会)がこのほど千葉県で開かれた。精神障害者の人権を重視する精神保健法が施行され三年。理想とかけ離れた現状報告に、法改正に向けての課題が浮き彫りになった。

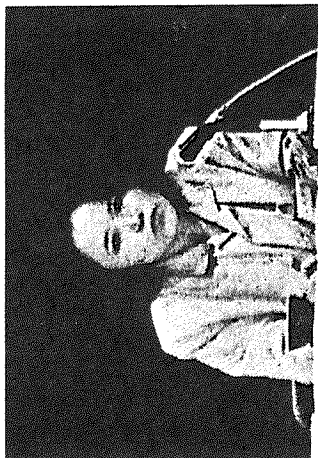
精神医療も変革が

国内フォーラムから

「真し、寂しい、わびず、低レベルの医療を医師らは、開放的な医療に。それが日本の精神医療院は信頼できない。早稲田大学にフォーラムは広田期治療の重要性は患者が調査した。その結果、本人

「真し、寂しい、わびず、低レベルの医療を医師らは、開放的な医療に。それが日本の精神医療院は信頼できない。早稲田大学にフォーラムは広田期治療の重要性は患者が調査した。その結果、本人

閉鎖的看護避けられず 患者の社会復帰に遅れ



「患者のかけがえのない医療にしてほしい」と訴える山本ふか

おぼろげにいまが、今、はかりたい、時にかかると、患者を医療サ一ビスの「サ一(消費)と成る加者も多かった。飛院議員(社会党)の山口王三子(消費)の分岐で進んだ「サ一」保護の権利保障を医療にも実現すべき。病院が患者さんの人生に影響を持らなければならない。国立肥前療養院の村上優

深刻なスタッフ不足

山本深

らざる医療にならなと分析した。精神科病院の看護者数は、医療法の特別で一般病院に比べて少ないことが認められているが、特別廃止を求めている。一方、看護婦(士)は「と職」と言われて待遇が減少している。見方が残る精神科はさらに人がないという。神奈川県精神科病院に勤務する看護婦(士)約千人のうち約六〇%が五十歳以上

全国的に「高齢化」が目立ち。日本精神病院協会の牧武医師(救病院)は「マンパワ一」の不足は深刻。救兵制には反対だが、若者が一定期間を看護職に就く福祉役でも作りたいほど」と述べた。

◆外国人導入
これに対し、広瀬省・厚生省精神保健課長は「医療も国際化の時代を迎えている。チーム医療も工夫して

対処したい」と、病院への外国人労働者の導入を示唆した。余島からは、「言葉が十分通じない外国人に心の医療が可能かどうか」と不安の声も。牧医師は「精神科のベッド数は医療全体の二五%を占めるのに、医療費は六%。これでは十分な医療と医療費の改善も要望した。

らざる医療にならなと分析した。精神科病院の看護者数は、医療法の特別で一般病院に比べて少ないことが認められているが、特別廃止を求めている。一方、看護婦(士)は「と職」と言われて待遇が減少している。見方が残る精神科はさらに人がないという。神奈川県精神科病院に勤務する看護婦(士)約千人のうち約六〇%が五十歳以上

◆医療刑務所
「まず三人に一人を病院から出してください。それをしなれば、病院は民間医療刑務所と言われても仕方ない」と、全国「精神病一者集団」の山本深雪さんは医療で訴えた。「社会で書らせる人を

金曜日

伊藤夫医師

同愛記念病

精神医療は変わったか

国内フォーラムから

中

精神科病院への入院や処遇に不満がある患者は、各県にある精神医療審査会に救済を請求することができるとして設けられた制度だが、フォーラム参加者の間ではその実効性を疑う意見が多かった。

◆沈黙する患者

平成元年度の請求審査件数は全国で二十四件で、そのうち処遇改善を求めたのは八十六件にすぎない。請求件数が一、二件という県も福井、三重、滋賀などみられた。医療者側では「改善すべき課題は多い」と認める病院の中で、患者の不満が少ないとは思えないのだが。

この原因について、京都府立洛南病院の小池清廉医師は「病院内に（請求しづらい事情がある）」と語った。病院に患者の人格を守る雰囲気があれば、弱い立場にある患者は沈黙を守りがちという。現に、特定の病院に請求がゼロという実態がある。

会場の元患者からは「医的に見直す部分はあると思師は善意の人という前提を」と答えた。見直し、患者の権利を明文化した法律を作るべき」という意見が小池医師も法

◆病院が強制

東京都中部総合精神保健

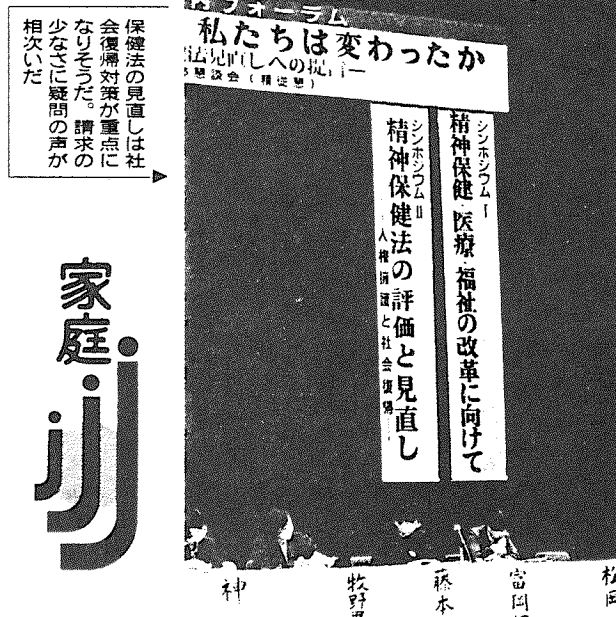
疑問多い保健法の実効性

センターの藤本豊さん（臨床員の生村善郎医師は「兵庫床心理士」は一病院では、改善請求しかない。これは働く意思を示す患者は予後精神保健法が病者の絶望をすると病状が悪いと、病の深さを物語るだけ」と文書で報告。実態改善のためは貧しいのに、（退院したのならば）不服は言うな、患者に送るべきと提案し働けというパターンを強制してはいるのでは」と反省を述べた。

兵庫県精神医療審査委員 科医が多いの審査会の開

◆評価高い熊本

ちなみに、熊本県では平成元年度に三十三件の請求があり、四件が処遇改善請求だった。熊本では、ほぼ全部の審査で患者から直接意見を聞き実地審査もしており、その点での評価は全国的に高い。しかし、「退院相当」と判断したケースはない。



保健法の見直しは社会復帰対策が重点になりそう。請求の少なさに疑問の声が相次いだ

家庭

少ない患者の不服請求 勧告権持たない審査会

③ 病院に対する強い勧告
 僅も少なく書類審査が中心

審査委員の三村孝一医師（運沢病院）は「仮に退院が適当と判断しても病院の内外に社会復帰を支える体制がない場合も多い。入院を続ける一方で、地域の保健婦や社会福祉事務所に退院に向けての協力を指示し、結果的に早期の退院につながる人も多い」と、数字に表れない成果があることを説明している。

精神医療は変わったか

国内フォーラムから

下

患者の社会復帰対策で、**がなる場合が多い。子供が** 見直しの要望が強いのは、**病氣とはいえ、親に数々の** 「保護義務者制度」。精神 義務を負わせるのは社会の 保護法では、精神障害者に **責任転嫁** という見方が強ま 保護義務者を適定し、治 療への協力、入院への同意 全国精神障害者家族会連 合併の浅沼守男さんは「親 には患者の親

の引き取りな
どを義務づけ
ている。
保護義務者
には患者の親

貧しい社会復帰体制

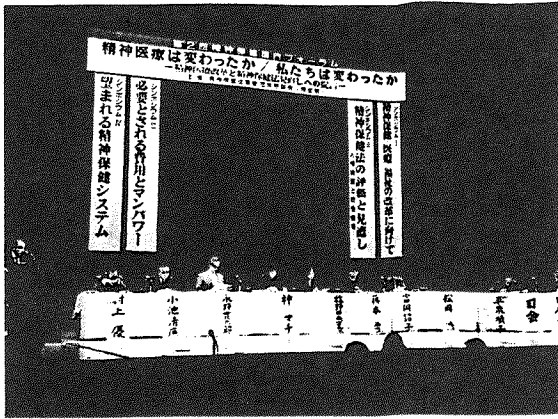
と訴えた。親の七五％は六 十歳を超え、年収も三百万 円以下が大部分。法の趣旨 に沿った監督的な保護は現 实的にも無理という。 その親たちが中心となっ て運営する小規模共同作業 所は全国で六カ所所増え 平均の運営費は約五百万円 だが、公的な補助は半分ど まり。月収は指導員で五万 円前後、通所者が数千円程 度と低い。 「これだけ厳しい条件の 活保護を受けることが多

い。しかし、福 祉ホームに入居 する人の保護費 は安く、施設利 用料を払うと数

「賃金を求めたい」と、強い 不満が出された。 二年後に予定される精神 保健法の改正に向けて、実 効力のある地域精神医療・ 福祉を求める声は強まって いる。行政も積極的な対応 をしなければ、宇都宮病院 事件のときと同様に、外国 から「経済繁栄の裏側に人 権意識の低さがある」と再 び指摘されそうだ。

中で、活発な活動が続いて いる。これは、**貧しい社会** 復帰体制に対する民衆の蜂 起(ほうき)と考えるべき だと、広田伊藤夫医師(同 愛記念病院)は語った。 「財政的な裏付けのない対 策では絵にかいたモチにす ぎない。このままでは、他 者を借りようにも、家賃が高 保証人もおらず、病氣も隠して借りるのは困難と いう。 策を進める意思がないのな り、不当な拘禁に対する補

家族だけに責任転嫁 財政裏付けない対策



第2回精神保健国内フォーラム報告集

発行日：1992年5月26日

発行：精神保健従事者団体懇談会

編集：第2回精神保健国内フォーラム報告集編集委員会

連絡先：国内フォーラム運営委員会事務局

〒113 東京都文京区本郷3-38-11 本郷スカイビル7階

日本精神神経学会内

☎ 03-3814-2991 FAX 03-3814-2992

印刷：(有) 青 稲