

③

# 第 3 回 精神保健フォーラム

## 抄録集

精神保健・医療・福祉をどう変えていくか  
— ノーマライゼーションへの転換をめざして —

会期：1998年6月19日(金)～20日(土)

会場：パシフィコ横浜 会議センター メインホール

横浜市西区みなとみらい1丁目1番地

TEL 045-221-2155 (総合案内)

主催：精神保健従事者団体懇談会 (精従懇)

## 主催

## 精神保健従事者団体懇談会（精従懇）

共同作業所全国連絡会、国立精神療養所院長協議会、精神医学講座担当者会議、  
 全国自治体病院協議会 精神病院特別部会、全国精神医療労働組合協議会、  
 全国精神障害者社会復帰施設協会、全国精神障害者地域生活支援協議会、  
 全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会、全国保健・医療・福祉心理職能協会、  
 全日本自治団体労働組合衛生医療評議会、地域精神保健・社会福祉協会、日本医療社会事業協会、  
 日本作業療法士協会、日本児童青年精神医学会、日本集団精神療法学会  
 日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、  
 日本精神神経科診療所協会、日本精神障害者リハビリテーション学会、日本精神神経学会、  
 日本精神病院協会、日本精神保健政策研究会、日本総合病院精神医学会、  
 日本病院・地域精神医学会、日本臨床心理学会（以上27団体、団体名50音順）

## 後援

厚生省、神奈川県、横浜市、日本障害者協議会（他に数団体申請中）

## 顧問

内村英幸（国立精神療養所院長協議会会長）  
 笠原嘉嘉（公衆衛生審議会精神保健部会部会長）  
 河崎茂（日本精神病院協会会長）  
 吉川武彦（国立精神・神経センター精神保健研究所所長）  
 黒澤尚（日本総合病院精神医学会理事長）  
 小池清廉（全国自治体病院協議会 精神病院特別部会部会長）  
 小池淳（日本精神神経科診療所協会会長）  
 調一興（日本障害者協議会代表）  
 鈴木二郎（日本精神神経学会理事長）  
 山内俊雄（精神医学講座担当者会議代表世話人）

## 代表世話人

高橋一（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）  
 樋田精一（日本病院・地域精神医学会）  
 森山公夫（日本精神神経学会）

日 程	
6月19日（金）	6月20日（土）
9:00	9:00
9:30	シンポジウム III わが国のメンタルヘルスの現状
10:00	
13:00	12:00
14:00	(休憩)
17:30	13:00
18:00	シンポジウム IV 21世紀を展望する実践モデルの模索と 新たな活動の展開
21:00	16:00
	総括討論
	17:00
	(懇親会)

# ☆開催の趣旨

## 〔精神保健法改正と過去2回のフォーラム〕

私たち精神保健従事者団体懇談会は、精神保健に関する法改正に対応して、これまでに2回の国内フォーラムを開催してきました。

1988年2月に京都で行われた第1回の国内フォーラムは「精神医療の抜本的改革に向けて」をテーマとして、「精神衛生法」が改正されて成立した「精神保健法」の施行を前にして、改正された法をどのように捉え、わが国の精神保健・医療の改革を如何に進めていくかを広く論議する場となりました。

1991年11月幕張で行われた第2回の国内フォーラムは「精神医療は変わったか／私たちは変わったか」のテーマの下で、「精神保健法」施行後の自らの実践活動を振り返り、1993年に予定された法の見直しに具体的な提言を行うために開催されました。そこで私たちは入院者の人権保障の徹底、社会復帰施設の設置者の費用負担の解消、保護義務者制度の改善等の精神保健法改正への要請を整理するとともに、精神医療改革に必要な財政保障とマンパワーの拡大や望ましい精神保健システムに必要な医療圏域策定等の課題について提言を行いました。また、焦眉の課題であった「処遇困難患者」問題については精神保健ユーザーも交えて論議し、精神保健従事者として一致できる論点を確認しました。

## 〔精神保健を巡る内外の状況の変化〕

その後、私たちは国際的にも国内的にも激しい変動を経験してきました。国際的には、ソ連邦の崩壊後、南北問題、民族問題等が噴出し、厳しい政治経済危機の国際化の進行があり、高齢化と低成長、景気の後退の下で保健・医療・福祉制度の改革が世界各国の重大な課題となっています。一方国内的には、バブルの崩壊による長期の構造不況の中で、全社会的な構造改革の必要が叫ばれて、いじめ問題やオウム真理教問題に象徴される人々の心の空洞化とそして孤立が露呈されてきて、広い意味でのメンタルヘルスがこの国に生きる人々全体の課題となっています。

こうした中で、精神保健・医療・福祉の領域にも大きな激動が訪れています。「精神保健法」は部分的な改正(93年6月)のあと、5年の見直し期間を待たずに再び改正され「精神保健福祉法」(95年3月)が成立し、それを引き継いで「障害者プラン」(ノーマライゼーション7か年戦略)(95年12月)が策定されました。この流れは国連総会決議「精神病患者の保護及びケアの改善に関する決議と原則」(91年12月)、「障害者基本法」成立(93年12月)、「地域保健法」成立(94年6月)を背景として、これまでの入院中心の医療から、リハビリテーション、社会復帰・社会参加・地域医療・地域ケアへと精神保健モデルの転換を大きく促進し、わが国の精神保健・医療・福祉に大きな地殻変動を引き起こそうとしています。

## 〔ノーマライゼーションへの転換と私たちの限界〕

こうした法・制度改正のラッシュの中で、日本の精神保健・医療・福祉に、初めて従来の社会防衛主義からノーマライゼーションへ向けての転換が起こりつつあります。言い換えれば、従来の収容主義から社会的共生へむけての政策転換がやっと生じつつあります。このことは私たち精神保健・医療・福祉従事者が関わってきたさまざまな日々の実践や運動の成果を示していると言えます。一方でこうした新しい理念やプランのみでは現実には変えられないという事態に私たちは直面しており、私たち自身の力の限界を感じ困惑せざるを得ません。新たな地殻変動も、現場への浸透度は鈍く、また地域及び場による大きな格差を伴っています。そのため程度の差こそはあれ、依然として大和川病院(大阪府)や栗田病院(長野県)のような人権侵害事件を生み出す土壌も根強く残っています。一方、かつての古い強制的処遇の体質は私たちが従事している精神障害の予防・治療・リハビリテーションの中でも未だに払拭されていません。ノーマライゼーションとインフォームド・コンセントを具現する新しい援助実践を展開する共通認識を持つ必要に迫られていると言えます。

## 〔今回のフォーラムと私たちの課題〕

こうして今、精神保健・医療・福祉を取り巻く環境は国際的にも、国内的にも大きく変化し、その法制度と政策は地殻変動とも言える大きな転換をもたらそうとしており、その中で私たち従事者の実践や運動の成果と限界も明らかになりつつあります。日本の精神保健・医療・福祉とそこに従事する私たちは、一つの転換点を迎えていると言えます。私たちはここで改めて厳しく現状を点検し合い、その上で今後の方向の構築を確認し合っていく必要があります。

1998年秋から99年春にかけては、精神保健福祉法の更なる改正と障害者プランの見直しが予定されています。それに向けての要請を射程に入れながら、上記の趣旨のもとに私たちは今回1998年6月19日～20日の両日にわたって、第3回精神保健フォーラムを開催します。多くの精神保健・医療・福祉従事者とユーザー、関係者の皆さんが結集され、今日の転換点をどのように見据え、21世紀に向けて日本の精神保健・医療・福祉をどう変えていくか、共に語り合うことを呼びかけます。

# 目次

## 顧問あいさつ

内村 英幸 (国立精神療養所院長協議会会長) .....	7
笠原 嘉 (公衆衛生審議会精神保健部会部会長) .....	9
河崎 茂 (日本精神病院協会会長) .....	10
吉川 武彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所所長) .....	14
黒澤 尚 (日本総合病院精神医学会理事長) .....	16
小池 清廉 (全国自治体病院協議会 精神病院特別部会部会長) .....	18
小池 淳 (日本精神神経科診療所協会会長) .....	20
調 一興 (日本障害者協議会代表)	
鈴木 二郎 (日本精神神経学会理事長) .....	22
山内 俊雄 (精神医学講座担当者会議代表世話人) .....	23

## シンポジウムⅠ 「精神保健福祉法」改正をめぐって

### シンポジスト

1. 大和川病院事件を通じてみた精神保健福祉法の問題点 .....	27
丸山 哲男 (大阪精神医療人権センター)	
2. 精神保健福祉法撤廃と精神障害者復権への道 .....	29
久良木幹雄 (陽和病院患者会)	
3. 障害者(総合)福祉法の制定をとおして精神障害者差別法制の抜本的改革を .....	33
調 一興 (日本障害者協議会)	
4. 精神障害者の人権の確保、「社会的入院」の解消、リハビリテーションの促進 .....	36
白澤 英勝 (日本病院・地域精神医学会)	

### 指定討論

1. 障害者ケアは社会的責任—保護者制度の撤廃を望む .....	40
荒井 元傳 (全国精神障害者家族会連合会)	
2. 現行法は医療と福祉の充実のためそれぞれの法に分離すべき .....	41
原田 憲一 (日本精神保健政策研究会)	

### 誌上討論

1. 福祉充実の立場での精神保健法の見直しを .....	43
日本臨床心理学会	
2. 精神保健福祉法改正に関する意見 .....	45
高岡 健 (日本児童青年精神医学会)	

## シンポジウムⅡ — 基調シンポジウム — 精神保健・医療・福祉の方向 — 国際比較に立って —

### シンポジスト

1. オンタリオ州における精神保健システムの新たな試み .....	49
Mr. Gilbert Sharpe (カナダ、オンタリオ州、厚生省法務局長)	
2. 精神保健システムの国際的比較と今後の展望 .....	50
Prof. David N. Weisstub (国際法と精神医学会会長、モントリオール大学・フィリップピネル法精神医学教授職)	
3. 日本の精神保健福祉システム .....	78
篠崎 英夫 (厚生省大臣官房障害保健福祉部長)	
4. わが国の精神保健・医療・福祉の方向 .....	79
森山 公夫 (日本精神神経学会)	



## シンポジウムⅢ わが国のメンタルヘルスの現状

### シンポジスト

1. 思春期のメンタルヘルス…………… 87  
重松 正典 (ライフサイクルケアセンターグループ)
2. 職場のメンタルヘルス…………… 91  
島 悟 (東京経済大学)
3. 老年期のメンタルヘルス…………… 94  
室伏 君士 (国立療養所 菊池病院)
4. 家族のメンタルヘルス…………… 98  
斉藤 慶子 (戸田病院)

### 指定討論

1. サポートの原点を問う…………… 102  
大石 敏寛 (せかんどかみんぐあうと)
2. 地域のメンタルヘルス —いま、何を問われているか—…………… 103  
吉川 武彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

## シンポジウムⅣ 21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開

### シンポジスト

1. 総合病院精神科の参加による地域精神医療保健福祉システムの構築…………… 107  
佐藤 茂樹 (成田赤十字病院、日本総合病院精神医学会)
2. どんな障害があっても一人の市民 —ふつうに暮らせるまちづくり—…………… 110  
宮川 斉 (みたか共同作業所むうぶ舎、地域精神保健・社会福祉協会)
3. 保健所における地域精神保健福祉活動の実践…………… 113  
三代 浩 (相模原保健福祉事務所、全国精神保健福祉相談員会)
4. 医療と福祉の関係をめぐって…………… 115  
藤井 克徳 (共同作業所全国連絡会、日本障害者協議会)
5. 21世紀に求められる精神医療 —二次医療圏域設定とチーム医療—…………… 119  
中島 豊爾 (日本精神神経学会)
6. 障害者の生活支援 —十勝地方における実践からの提言—…………… 123  
門屋 充郎 (帯広ケアセンター、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会)

### 指定討論

1. 地域に向けた実践活動と今後の課題…………… 128  
小林 美治 (総武病院、日本精神科看護技術協会)

### 誌上討論

1. 地域のソフトなチームでの心理職の役割…………… 130  
藤 信子 (全国保健・医療・福祉心理職能協会)
2. 現実かレトリックか? —精神医療の転機—…………… 132  
山根 寛 (日本作業療法士協会精神障害問題担当)
3. 集団精神療法の点数の値上げと範囲の拡大について…………… 134  
長谷川美紀子 (日本集団精神療法学会)
4. 地域実践の要である作業所の法定化を…………… 136  
田中 直樹 (全国精神障害者地域生活支援協議会)

---

★第3回精神保健フォーラム運営委員会の記録…………… 137

★第3回精神保健フォーラム運営委員会の名簿…………… 139



顧問あいさつ



# 精神保健フォーラムによせて

国立精神療養所院長協議会

会長 内村 英幸

第3回精神保健フォーラムの開催にあたり所感なり提言なり述べるようにと事務局より依頼があった。何を書いてよいか迷ったのですが、臨床医として最近感じていることを述べることにしました。

## 1. 障害者の居住施設の充実

昭和62年に精神衛生法から精神保健法へ、さらに平成7年に精神保健福祉法へと、この8年間の法改正は、精神医療の基本的な考え方の飛躍的發展だったと思う。それは、精神障害者のための国連原則をふまえて、全人間的復権を目指す「リハビリテーション」理念の下に、「完全参加と平等」が謳われていることです。

現実の精神医療の現場に視点を移してみると、法改正により徐々に変化してきていると実感します。周囲にも共同作業所やグループホームができてきています。しかし、障害者が地域社会の中で生活する場がどれだけあるのだろうか。精神科病院関連グループホームなどの居住施設ではなく、自立し地域の中に根差したグループホーム、福祉ホームなどの居住施設がどれだけあるのだろうか。入院者の実態調査でも、半数近くの在院者はグループホーム、援護寮、福祉施設など整えば退院可能であろうとされている。これらの居住施設の整備はどのように進めるべきであろうか。

第三次の医療法改正の考え方は、紹介例を基本とした地域支援病院をつくり、病院機能分化をはかり、地域医療の中で完結させる方向性のようなものである。自己完結型医療でなく地域ネットワーク型医療である。精神医療を地域の中で完結させる地域ネットワーク型医療と福祉にしてゆくには、地域の中に自立してゆくグループホーム、援護寮、福祉施設に対しいかなる法整備をして支援するかが、今後の法改正で問われているように思える。理想的には障害者の医療と福祉は分離して考えるべきであろう。現実的議論をふまえて考えても精神保健福祉法の基本性格が曖昧なことはいなめず、このため本法の福祉条項をもってしても、他の身体障害者福祉法、精神薄弱者福祉法との格差は大きい。このため障害者基本法に基き基本理念、国や都道府県、市町村の役割や責務などについて本法に明記することが必要と思われる。そうなれば、居住施設など福祉分野の充実がはかれると思うのは幻想であろうか。アメリカ、カリフォルニアなどで脱施設化が極端に進みすぎるとホームレス精神障害者の問題が深刻化し、犯罪が多発し刑務所に多くの精神病者が収容されているという。医療と福祉はバランスのとれた車の両輪にならなければならないであろう。

## 2. 国民の精神保健の向上

精神保健福祉法の中で、精神障害者の医療、福祉のみでなく国民の精神保健の向上を図ることがうたわれている。これはすばらしいことと思う。しかし、最近では家庭内暴力、登校拒否、引きこもり、少年犯罪事件と青少年の心の問題が大きく顕在化してきた。わが国



の社会病理が深刻化して、不気味さすら感じる。

家庭内暴力の相談を時々受ける。挫折した痛みがいやされず、些細なことでの親への暴力を聞くにつけ、10年20年の子育ての副作用が一気に噴出してきたように見える。ある者は、「母親の期待に答えようと頑張ったのです。しかし、成績が伸びなかった。母は自分を軽蔑し何ひとつ評価してくれなかった。それなのに父親は自分を助けてくれなかった」。子育てをすべて母親にまかせ、企業戦士として働いてきた父親の家庭での存在の希薄さが浮かびあがってくる。家庭での「父親は死んだ」と言われて久しい。最近、母親が子供をしっかりと受け止めず、「母親も死にかけたか」と思われる例にも出会う。今年の中教審中間報告「新しい時代を招く心を育てるために一次世代を育てる心を失う危機―」では、「家庭を見直す」という項目をもうけ、家庭のあり方、しつけ、個性と夢について論じていて、父親の存在の希薄化を強調している。専門家によって今まで何回となく警告されてきたことではある。しかし、社会の歪みは改善されるどころか深刻になっている。医療より予防のための啓発活動も不可欠になってきたようである。

他方、子供ばかりではなく学校の先生の心の病も増えてきた。長期休職者の中で精神障害関連の疾患が年々増加し、半数近くになったといわれて久しい。東京では以前から言われていたが地方でも同じである。教師の復職審査会に10数年関与してきたが、気分障害、神経症がほとんどで、特にうつ病が多い。女性は子育て時期の30代、男性は役割が増える40～50代に多い。ところが最近、20代の若い教師、特に女性の適応障害、うつ病、心因反応などが目立っている。担任の責任負担、転勤での職場不適應などであるが、自己不全感が強く、教師に適していないようだと言わしを続けている若い教師の話も聞く。モラトリアムのまま社会に出て、とまどっている若い教師である。また、真面目で熱心すぎる、断わりきれないで役割背負い込み過ぎ、相談しきれないなど、メンタルヘルスの知識と対処行動の研修は不可欠だと実感している。子供がついてこない、離れてゆくというストレスも大きく、また、家庭での「しつけ」を学校にまかされても教師はたまったものではない。

家庭も学校も社会も西洋的合理主義、効率主義にはしっている。試験答案には○×のみでなく△もあり、勝負にはゲー・チョキ以外にパーもあり、それぞれ皆個性と強味と弱味をもっていることを無視し、無駄も余裕もある社会や生活が重要であることを忘れてしまった。豊かな自然と身体感覚的に一体化し、共生してきたわが国の伝統的な思想文化と調和をとる道はないのであろうか。精神医療従事者は、医療経験からどう関与してゆけるのであろうか、問われていると思う。

精神医療従事者は、精神障害の医療のみでなく国民の精神保健にいかに関与してゆくか広い視野と行動が求められているように思われる。

今回の精神保健フォーラム開催にあたっては、何回となく運営委員会が開かれ、多くの委員の方が出席され医療、福祉とメンタルヘルスについて熱心な討論をかさねて準備されてきた。この準備委員会の皆様方の御努力に深く敬意を表します。余裕のある心豊かな社会を創造してゆく一つの運動として充実した精神保健フォーラムになることを祈念しています。

この一年

笠原嘉（藤田保健衛生大精神科）

喜ばしいことを二つ書きたい。

その一つは、精神保健福祉士という国家資格がようやく誕生したこと。これに向けてのご関係各位の長年のご努力に、あらためて心からの敬意を表したい。

今年度からはそのための試験と教育がはじまる。その性質上チーム医療の不可欠な精神科医療にとって、そしてとくに社会復帰をもって真の目標とする分裂病の治療活動にとって、新しい資格の誕生が新しい刺激となることを信じたい。

これにつづいて、チームへの「臨床心理士」の正式な参加も是非実現させてほしい。

臨床心理士のなかには、生徒のカウンセリングなど教育畑の仕事の得意な人もおられるが（そして事実、学校カウンセラーがことのほか忙しい今日の状況が生まれているが）、病める人々と接する医療畑でその才能を発揮できる人もまたたくさんおられる。そのことを、私は自分の経験から知っている。

そういう方々の力を頂いて、精神科の医療を重層的したいと切に思う。実現に向けてのご関係の方々的一段のご努力に期待する。

\* \* \*

もう一つは、福祉面での動きである。

先日「障害者保健福祉施策の在り方」について中間報告が出たが、その当面の目標となる「障害者プラン」では、身体障害者、知的障害者、精神障害者の三者の総合化が目指されることになった。さしあたっては、共通の部分をしてできるだけ共有しようという。

一九九三年の「障害者基本法」で精神障害者が法制度上始めて障害者に加えられ、福祉施策の必要性がうたわれたのだから、当然の流れといえればそれまでだが、新しい一歩であることは間違いなく、いろいろ困難はあろうが、関係各位のご理解を得て、この道を進むべきでないか、と思う。

このことが契機になって多方面に風穴が開かないか、という期待もまた生まれる。

たとえば「障害者の雇用の促進に関する法律」の改正が一九九七年に行われ、法定雇用率が引き上げられるとともに、障害者概念のなかに知的障害者が含まれることになったが、次の改正では精神障害者も加えていただけないか。

少なくとも、十年二十年勤務した人の場合などは考えていただきたいものと思う。

\* \* \*

喜ばしいことの反面には、必ずやいささかの苦勞がともなう。

精神保健福祉士を迎え入れ「対等な一員」として遇する、というあたらしい課題が精神科の医療機関全部に課せられるのはいうまでもない。

新しい障害者福祉に関連しては、われわれはいやでも身体障害者福祉と知的障害者福祉のもつ年輪と充実度に圧倒され、その落差の大きさに溜め息をつかざるをえないだろう。とくに、他団体と同様に当事者団体能力を問われる時代が間もなくくるとして、回復者（障害者）の会の連合会、といった組織が生まれえないものか。

次の一年は、精神保健福祉法の改正である。一步一步の地道な進歩を信じたい。

以上

## 日精協の見解

日本精神病院協会  
会長 河崎 茂

医療制度及び保険制度等の改正につき精力的に検討されている。特に精神保健福祉法については、障害者の人権尊重と社会復帰対策の推進対策は進められている。此等のことを踏まえて日精協の意見を述べたい。

### 精神保健及び精神障害者福祉に関する 法律改正に対して

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」改正について、日本精神病院協会では、現行法の精神医療の実践の視点から、会員の意見を集約し、法改正要望事項をまとめましたので、ここに要望書を提出いたします。法改正にあたりましては十分にご配慮くださいますようお願い申し上げます。

#### 1. 『触法精神障害者対策』を視野にいたした法改正の検討

わが国においては、触法精神障害者対策として、世界の先進諸国に見られるような専門的な法制度が充実しておらず、ただ措置入院制度でかろうじて現実に対応しているに過ぎない。精神医療が開放医療から地域医療へ、更にノーマライゼーションの大きな動きのなかで、触法精神障害者対策については、現行の措置入院制度は対応の限界に立たされている。その具体的な場面が「最高裁 北陽病院事件判決」であるといえる。

特に触法精神障害者のなかでも、重大な犯罪（殺人、放火等）を犯したものは、一般の措置制度とは別にし、その対策を検討することを要望する。

#### 触法精神障害者の対策

1. 現行措置入院を2種類に分け、特別措置と一般措置とし、特別措置入院は触法精神障害者（重大犯罪を犯したもの、法第25条検察官通報、法第25条の2保護観察所の長通報対象者）に適用する。
2. 原則として国、都道府県立病院（政令指定都市においては市立病院を含む）及び特別に厚生省が指定した病院に入院する。ただし、指定を受けた民間病院には補助金を給付する。（\*憲法第29条③財産権）
3. 特別措置入院の解除には、2名の指定医の判断並びに精神医療審査会の審査にかけることとする。
4. 特別措置入院の費用は公費で行う。

\*参考：憲法第29条③ 私有財産は、正当な補償のもとに、これを公共のために用ひることができる。

## II. 『精神医療審議会』について

1. 触法精神障害者（重大犯罪を犯した者等）の措置解除を審査することを検討する。
2. 精神医療審査会の機能に病院管理者からの申請による公的病院、または知事の指定する民間精神病院等へ入転院希望に関する審査を行う機構をつくることを検討する。
3. 精神医療審査会の合議体の数  
現行では審査会の委員数は法で5～15人以内と規定されているが、今改正で地域の実情（万対病床数、取り扱う案件数等）に応じて合議体の数をふやせるように委員数を5～40人とする。
4. 精神医療審査会に専従職員を配置し、退院請求、処遇改善に必要な調査相談業務等を行い、会の円滑な運営を図ることが必要である。

## III. 『精神科救急医療体制の法定化』について

現在、精神科救急医療体制は最大の課題となっている。地域精神医療が推進されればされるほど救急事例は多様となり、一般科で実施されている第1次から第3次まで対応できる体制が精神科においても不可欠である。また、適切な役割分担を持ったネットワークシステムが必須となる。特に、1次、2次救急を多くの民間精神病院が担当しているが、これら民間病院からの「後送システム」がないことが大きな問題である。後方病院を法的に指定することが検討されるべきである。

指定病院には、国、都道府県立病院並びに知事が指定する公的病院、民間精神病院等を救急指定病院（第3次救急）として法定化し、民間の場合は予算措置を行うことを検討する。合併症対策も同様な体制を組むことが必要である。

## IV. 『公的精神病院の任務』について

現行法第19条の7において都道府県立精神病院の設置は謳われているが、その業務については、政令、省令等においても明示されていない。

その任務として、国、都道府県立精神病院は、『政策医療の中で民間精神病院では行い得ない業務』について実施することを法文に明示することを検討する。

また、（民間）指定病院が、その任務を代行する場合の補償（憲法第29条③）を明示すること。現行法第19条の8はその点で不鮮明となっているので検討すること。

特にI. で述べた触法精神障害者については、国の責任は重要である。

## V. 『指定医の取り消し』について

指定医に対する罰則は、精神保健福祉法第9章第52条～57条にもとづく罰則に従うべきであり、行政処分の適用には慎重を要する。取り消しが必要とされる場合は、医師法7条に準ずるべきで、情報の公開を原則とし、都道府県知事による聴聞の機会を与え処分の事由等明らかにしなければならない。

現行法では法19条の2②による指定医の免許の「取り消し」しかないが、前段階として医師法第7条に準じた業務の一時停止や再免許交付基準、講習の再受講等を含む段階的な処分を検討する。

## VI. 『保護者』について

保護者制度については、保護者の高齢化もあって、不法行為の防止義務を負わせることは困難である。選任を拒否する扶養義務者も増えてきている。

保護者の始期と終期、後見人制度の複数制、後見人を自然人に限らず権威ある機関も考える。また、精神障害者本人の意思を尊重した選任方法の検討が望まれる。

特に老人性痴呆疾患患者の財産管理に関しては早急な対応が必要であり、これらを含めて、保護者制度は全面的に再検討される必要がある。これらの問題は現在検討されている成年後見法との関連で早急な検討が必要である。

## VII. 『入院制度の見直し』について

### 1. 措置入院について

一般措置入院と特別措置入院に分ける。(II. 参考)

### 2. 医療保護入院について

現行の市町村長同意については形式的な入院同意にとどまっており、実質的な入院中の保護者義務、退院後の社会復帰への努力規定を自治体に義務づける必要がある。

### 3. 応急入院について

応急入院の指定の基準の見直しを行い、2次医療圏に2～3病院を指定する。

## VIII. 法44条[覚醒剤の慢性中毒者に対する措置]を削除する

覚醒剤慢性中毒者を精神障害者に準用する規定を削除し、覚醒剤取締法の改正で精神障害者とは別途に対策を立てる。ただし、覚醒剤精神疾患は精神保健福祉法で対応する。

## IX. 『社会復帰施策の見直し』について

### 1. 『障害者プランの見直し』-特に社会復帰施設の規定についての見直し

「社会福祉事業法」を見直し、身体障害者、知的障害者に適用されている第一種社会福祉事業と精神障害者の社会復帰施設に適用されている第二種社会福祉事業を統一し、設立、補助金、利用料などの差を解消する必要がある。

### 2. 現行の法的居住施設(法50条の2)では今後増加が予想される退院者の受入れ施設としては不十分である。

今後、長期入院者を地域において処遇するためには、現在の法的施設に限らず、多様な居住リハビリテーション施設を新たに法定化することが必要である。

1) 永住型の居住施設としての「精神保健福祉施設」(心のケアホーム)を法定化することの検討。

2) 賃貸による小規模居住施設を法定化し、経費補助等実施することの検討。

3) 現行の社会復帰施設については、施設予算の面で大幅に充実する必要がある。

4) 現行精神障害者社会復帰施設設置運営要項の検討が必要である。

例えば、(1)施設の利用は保健所長の推薦が必要となっているが、これを削除し患者にかかわっている病院、施設の長等の推薦とする現状に合わせて再検討する。



## X. 『精神障害者保健福祉手帳』について

1. 写真貼付による交通費の割引等の福祉サービスの向上を積極的にはかる。
2. 入院時食事療養費、高額療養費の自己負担額については、手帳所有者は限度額を別に設定する。

## X I. その他の要望事項

1. 『障害者の雇用の促進等に関する法律』の法定雇用率に精神障害者を含めること。  
職業リハビリテーション制度については労働省、厚生省の連携が必要である。
2. 「市町村障害者計画」の策定を市町村に義務づけ、策定の地域格差をなくし、社会資源の整備を地域毎にユーザーに必要な具体的な数値目標を書き込んでいくべきである。

## X II. 5年後の見直しを行うこと

以上

## 精神保健と精神保健福祉

メンタルヘルスは、こころの健康づくりから精神障害者のリハビリテーションまで—  
国立精神・神経センター

精神保健研究所 吉川武彦

精神障害者の発生予防や再発予防などを、かつては「精神衛生（Mental Hygiene—メンタルハイジーン）」と書いてきましたが、第2次世界大戦後、これがMental Health（メンタルヘルス）といい慣わすようになりました。しかしながらわが国では、メンタルハイジーンからメンタルヘルスへの「質的転換」に目をつぶり、メンタルヘルスを、それまで通り「精神衛生」ということばで通してきました。

ところが、WHOが疾病の早期発見や予防からプライマリーヘルス（Primary Health）やヘルスプロモーション（Health Promotion）に視点をシフトするようになって、疾病や障害をもちながらもよりよく生きることの大切さが重視されるようになってきています。もちろん、これからも疾病の早期発見が重要ですし疾病の予防活動も重要なのですが、早期発見や予防が公衆衛生そのものではないことも明らかにされています。

わが国も世界的な動向を受けて「公衆衛生」という言葉をあまり使わなくなりましたし、そのかわり「地域保健」という言葉が使われるようになりました。つまり、疾病の予防を意味した“衛生”ではなく、いまある健康をより高める“保健”や“健康増進”が重視されるようになったのです。こうした流れを受けてメンタルヘルスの見直しが図られ、メンタルヘルスの訳を「精神衛生」から「精神保健」に正しく訳して使うようになりました。

精神保健領域で考えるなら、メンタルヘルスはすべての市民のものであり、精神障害者のものではないということです。すべての市民といったのは、精神障害者を含むことはいうまでもないことです。いいかえると、精神障害者に医療的・福祉的サービスをすることがメンタルヘルス活動なのではなく、精神障害者であるか否かを問わず、住民であれば等しく享受できる精神健康にまつわるヘルスサービスをメンタルヘルス活動なのです。

わが国で、こうしたメンタルヘルスという言葉の使い方ができるようになったのは、1987年の「精神保健法」制定からでした。この法は、1950年の「精神衛生法」を改正したのですが、精神保健法には“国民の精神的健康の保持・増進”が唱われるところとなり、大きく現代的に脱皮したのです。これは、「Mental Health」が、その言葉がもつ本来の意味で使われるようになったといえますし、それはとりもなおさず世界的な動向を踏まえたものでした。

ところが、1995年の精神保健法改正によって、精神保健法は「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」となり、「精神保健福祉法」と省略して呼ばれるようになってから、“精神保健福祉”という言葉が一人歩きするようになります。この精神保健福祉は、長たらしい法律名を短縮化するために使いはじめたものであるのに、それがたちまちのうちに、精神障害者の保健・医療・福祉を表す言葉として使われるようになっていきました。

疾病の治療であれ予防であれ、疾病にかかることは“わかりやすい”ことなので、人の健やかさを論じるときでも「病気であるか、否か」を問題にしがちです。わが国の厚生行政も、その点は同じで、疾病対策がいつも優先されてきました。これが医務局と公衆衛生局の落差です。そこに楔を打ち込んだのが、1980年代後半の厚生省の機構改革で、こ

れによって健康政策局と保健医療局という編成となり、地域保健は健康政策局に位置づけられることになったのです。

つまり、疾病に罹患していても障害をもっている、誰もがいきいきと生きられるにすることが公衆衛生の新しい視点だという世界的な動向を十分に踏まえた機構改革であったといえましょう。いいかえると、健康の保持・増進（健康づくり）と疾病や障害者対策が地域という共通基盤の上にするることができるようになったといえます。ところが、このところの機構改革の流れを見ていますと、健康の保持・増進をヘルス活動というようになりその一方で疾病そのものの対策が重視されることとなり、健康の保持・増進と疾病対策は再び分断されつつあります。

その最たるものが「精神保健（メンタルヘルス）」です。ここまで述べたように、メンタルヘルスは、精神障害者を含む地域住民の精神健康の保持・増進（こころの健康づくり）を求めるものですが、これがヘルス活動としての精神健康の保持・増進と精神障害者保健・医療・福祉とに分断されてしまっています。せっかく「精神保健（メンタルヘルス）」という言葉ですべての人々の精神健康の保持・増進を図ろうとしたものが、精神障害者へのメンタルヘルスサービスは「精神保健福祉」といわれるようになったのです。

こうして厚生行政では、精神障害者へのサービスである精神保健福祉は、障害保健福祉部の管轄になり、精神健康の保持・増進は地域保健・健康増進栄養課の管轄になりました。繰り返しますが、精神保健は、もともと「メンタルヘルス（Mental Health）」を正しく翻訳したことばなので、メンタルヘルスを「精神保健」と訳すのは妥当性が高いといえましょう。つまり、メンタルヘルスは、精神障害者であるか否かを問わず、すべての人々の精神健康の保持や増進を図ることであり、そこに、Mental Hygieneが引きずっていた精神疾患の予防という概念から始まる「精神衛生」との違いがあったと考えるべきなのです。

精神保健福祉は、まさに行政用語としてつくられた言葉であり、いま、一般に定着しかけていますが、法律の名称をみてもわかるように「精神保健」と「精神障害者福祉」とが並列になっているだけで、単一という言葉ではないのです。ただ、「精神保健福祉」が一人歩きを始め、精神保健福祉士という国家資格までつくられるようになると、その言葉に一定の意味が付与されるようになりますから、私たちはよく注意を払ってほしいものです。

わが国における精神保健研究は、いまの国立精神・神経センター精神保健研究所の前身である国立精神衛生研究所で行われてきました。この研究所は研究員が30名ほど在籍し、子どもから老人までのライフステージにおける精神保健一健やかなところをどのようにして保つかを研究しています。また、ライフステージにおける精神保健だけではなく、精神保健研究を極めるための方法論の研究を医学的な見地から、また、心理的な見地や社会的な見地から行っています。

精神保健に関わる基礎的な研究から応用的な研究まで、そして臨床的な研究から行政的な研究までを、多くの所外研究者と手を組みながらすすめています。たとえば、睡眠障害を疾患としてとらえるのではなく、生活障害としてとらえることから考えています。その意味では、ポケモンもバタフライナイフ事件もメンタルヘルスの問題だと認識しています。これからも、私たちの研究所は、これまで通り精神障害者のリハビリテーションにも重大な関心を寄せますが、子どもや老人、あるいは職場で働く労働者の精神健康に重大な関心を持ち続けたいと思っています。

# 総合病院精神科を軸とした精神医療の展開を

日本総合病院精神医学会  
理事長 黒澤尚

第3回精神保健フォーラムの開催、誠におめでとうございます。

世間では、ビッグバンや構造改革といわれておりますが、精神医療に関しても、もはや根本的な構造改革が必要な時期に来ていると考えております。このような時期にこそ、精神保健・医療・福祉の関係者が一堂に集い、真剣に論を尽くし、また積極的に連携をはかることが、ユーザーのためにも大切です。その意味で、精神保健従事者団体懇談会の日頃の活動には、深い敬意の念を感じるものであります。またそれを象徴するような精神保健フォーラムの開催は、まこと感概深いものがあります。

さて、日本総合病院精神医学会は、総合医療サービスにおいて良質な精神医療を国民に提供することを旨とし、医療の質の向上と総合病院における精神医療の拡充を両輪として、今日まで活動を続けております。ここで、本学会の立場を明確にするとともに、現在の総合病院精神科では何が問題となっているかについて述べさせていただき、今後のわが国の精神医療に関して若干の提言ができればと思います。

現代の日本の社会においては、子供から老人まで様々の精神的ストレスにさらされており、メンタルヘルスの問題が重要視され、また疾病の構成も身体疾患だけではなく、心身疾患や精神疾患が増加しているといわれています。そのようななか総合病院では、自殺企図により生命の危機的状態に救命救急センターに搬送されたり、癌の治療に伴い重度の不安や抑うつ状態をに陥ったり、心身症としての摂食障害の治療を一般科より依頼されたり、大量飲酒者がアルコールに関連した身体疾患で入院した後、離脱症状（禁断症状）を起こしたり、高齢の方が入院後せん妄を呈したり、さらには老人保健施設に入所中の痴呆の方や単科精神病院に入院中の方が身体合併症を起こし総合病院に転院し治療する必要性に迫られたりなど、精神と身体を同時に診療しなければならないケースが激増しています。総合病院精神科では、このような方々に対し、積極的に一般病棟に出向いて診療し（コンサルテーション・リエゾン）、また精神病棟に入院が必要な場合（精神科身体合併症医療）にも一般科の医師と密接に連携をとり、一般科と一体となって身体疾患を合併した精神疾患の方々の治療を行なっています。

しかしながら、総合病院精神科の医療環境は以下の3点から充実しているとは言い難いのです。

第一にマンパワーの問題です。精神病院に勤務する医師数に関しては、医療法施行規則により一般科の約3分の1で良いという、いわゆる「精神病院特例」があります。将来的に精神病院特例そのものは、良質な精神医療をユーザーに提供できるようにするために、撤廃されなければならないものであります。本来であれば時代背景による経過措置であったはずのこの特例が存在するために、適応外であるはずの総合病院精神科の医師数に関しても、一般科より少なくても良いのではないかと、誤って解釈されている傾向があります。現時点においても総合病院精神科の医師数は、一般科と同等の人数が必要です。また看護者数に関しても、看護基準の届出が一般病棟と精神病棟をそれぞれ区分して届け出ることになっている上に、新看護2.5対1、2対1看護の届出要件に平均在院日数が30日以内とあり、総合病院精神科において2.5対1以上の看護基準を採用することは事実

上不可能です。しかし総合病院精神科の看護者は、身体看護と精神看護の双方を行なう必要があるため、一般科と同等の看護基準が採用されるように、今後とも強く求めていかなければなりません。

第二に治療場の問題です。平成5年に改正されました精神保健法のなかでは、第48条の「施設外収容の禁止」は私宅監置の防止目的の時代錯誤的条項であるとの解釈のもと削除されましたことは、ユーザーの人権を擁護する上で、また精神医療を一般医療に近付けるための一つの改革として、大いに評価すべきものでありました。しかしながら、医療法施行規則第10条の3にはいまだ、「精神病患者又は伝染病患者をそれぞれ精神病室又は伝染病室でない病室に収容しないこと」という条項があります。現在、伝染病予防法におきましても人権に配慮した感染症対策への転換へと改正が進んでおります。精神と身体の治療は不可分であり、よってその治療の場も柔軟に対応する必要があること、また精神保健福祉法でも今後、よりユーザーの権利の擁護が推進されなければならないこと、の理由により、医療法施行規則第10条の3は削除されなければなりません。

第三に、第3次医療法改正に関してであります。改正医療法のなかでは総合病院の名称と体制がなくなり、それに代わるものとして「地域医療支援病院」がクローズアップされてきています。地域医療の基幹的病院である地域医療支援病院に、入院治療も行える精神医療機能が必要であることは疑う余地がありません。今回の医療法改正では残念ながらこの件に関しての検討は行われませんでした。今後、地域医療支援病院の認定要件のなかに、精神病床の設置を義務づけることが必要であると考えております。

地域医療支援病院に精神病床が設置され、総合病院精神科が拡充されることにより、以下の点から、わが国の精神医療がより望ましい方向に展開されるものと確信いたしております

- ①身体と精神の包括的医療が提供できうる環境が構築される
- ②精神障害者の身体合併症医療の提供体制が整う
- ③地域において精神科救急、精神科急性期医療が活性化する
- ④最前線の精神医療を研修する一般科医が増え、精神科に対する偏見が減る
- ⑤精神疾患の早期発見・早期治療がより可能になる
- ⑥身体・精神両面からの治療を適切に行なうことにより入院期間が短縮する
- ⑦何よりもユーザーの利益につながる

以上のように、日本総合病院精神医学会は、総合病院精神科にかかる要員をより充実させることと、一般病床のなかでの精神医療の場を確保すること、地域医療支援病院に精神病床の設置を義務付け、総合病院精神科を拡充することを提言するものであります。

日本総合病院精神医学会は、今後ともわが国の精神保健・医療・福祉を構成する一員であることを自覚し、精神医療ユーザーのために、「精神保健従事者団体懇談会」の一員として尽力することを誓い、第3回精神保健フォーラムの開催に向けてお祝いの言葉としたいと思います。



## 収容主義から脱するために

全国自治体病院協議会精神病院特別部会部会長

小池 清廉

### 1. 精神病院の肥大化と「社会的入院」の増加が不祥事件を生む

＜医療は高度の公共性を持つ（諸橋芳夫）。とりわけ行動制限を伴う精神病院においては、公共性、透明性、公平性が要請される。＞ この当然の原則は守られてきたのか？

1960年代、精神病棟の開放化、「生活療法」、レクリエーション「療法」、社会復帰活動を推進しようとする人たちが集まって「病院精神医学」運動を起こした。その成果は遅々たるものであったが、何もしないで精神病院に勤めていた医師（一部）たちに一縷の望みを抱かせた。これが1969年春の医局講座制・学会告発の「金沢学会」以後、一連の精神病院批判になかで「精神病院パラダイス論」にすぎないと批判された。70年には「ルポ精神病棟」なる告発がマスコミ人によって行われ、日本医師会長武見太郎をして「精神病院経営者は牧畜業者だ」と言わしめた。若手医師たちからも「精神病院解体闘争」が起こり、いくつかの裁判に発展したが、経営者側の防御は堅く、「悪徳病院」は生き延びた。

家族や地域や保健所や福祉事務所が入院を勧め（その理由が医療の対象としての病状によるのか明確でない）、警察も司法手続きを怠って入院させる人たちを、ろくに診断もしないでもっぱら入院させたままにしている（入院時の「社会的入院」）。また、入院当初は症状があつて入院したらしいが、家族が引き取らない（実は引き取れない）、引取先がないからなどという理由付けをして、病院側は社会資源の開発や社会復帰の努力を怠ったままで、いつまでも閉鎖病棟に閉じこめておく。職員に意見をいつてきたり、看護ステーションに話を聞いて貰おうとして入ろうとすると、病状悪化というレッテルをはって行動制限、薬漬けを行う（退院させない「社会的入院」）。

1960年代、先進国が入院から地域ケアへの動きを開始した時期に、精神病床増床誘導政策と、何よりも収益上の利点のために、民間精神病院は増加、肥大化し、「社会的入院」が蓄積し、オーナー院長は高額納税者の上位を占め、今もそうである。

「精神病院は必要悪」という容認し難い考えが、病院経営者だけでなく、社会の側（地域社会や行政）にもある。喜んで子や親を精神科に入院させている家族はいない。昨今の民間精神病院不祥事件は、以上の日本の精神病院医療の構造的欠陥から発生すべくして発生した。決して一部特殊な病院の事件ではない。

### 2. 日本の精神科医療の十不思議

日本の精神科医療の七不思議ならぬ十不思議を挙げてみよう。

- ①人口に対する精神病床数が世界最高、米国の5倍、韓国の10倍。
- ②入院者の平均在院日数も世界最長、米国の26倍、スウェーデンの30倍。
- ③精神病床の9割を民間病院が占める世界に類がない現象。そのため運営は不透明、不公正になりやすく、トンネル会社を経営するなど、営利主義が横行している。
- ④単科精神病院への隔離収容型入院中心主義。入院者が社会に出て行うレクやリハビリ活動がないか低調。

⑤病院のアメニティは先進国で最悪、病室は過密で狭く、非人間的な大病棟主義（1病棟に60人またはそれ以上を詰め込む）。

⑥病棟、病院、受付行政ともに、入院者の退院・処遇改善請求権を保証しようとしなため、請求件数は極端に低く、病院較差、県・都市較差が大きく、第三者機関であるべき精神医療審査会の委員には業界代表が多数入り込み、肝腎の人権擁護活動は極めて低調。

⑦精神科の職員配置は一般科の3分の1（1950年代の医療法特例のまま）、実態の追認か。これでは人間的な治療は成立しがたい。それに見合う低い診療報酬制度、ある程度の人員を確保している国公立単科精神病院はすべて赤字運営（原因は人件費）。

⑧総合病院精神科の未発達。先進諸国は単科精神病院の精神病床を大幅に減らし（脱施設化）、総合病院中心の医療や教育研修を受けた地域の家庭医が治療に当たっている。

⑨地域で自立を支援する人と制度が不足し、住居や福祉型施設が未発達。外国との格差。

⑩病院情報の未公開（自治体病院のみ公開されている）、精神病院は密室、利用者は入院先の選択が事実上できない。なお、公立民間病院機能分担論が民間病院の都合から出ているが、双方の情報公開がない限り、論理的な議論は始まらない。

十不思議では済みそうにない。「精神病院必要悪」論が横行し、精神病院が肥大化し、それ故に地域福祉が発達しなかったことが歴史的に証明された。また、裁判を受ける権利を奪われ、司法手続きなしにいつまでも入院継続させられる人たちもいる。「医療の傘の下」という業界宣伝にのり、隔離収容されて地域で自立する機会を奪われてきた人たちがいかに多いことか。心ある（雇われ）民間病院長は、不祥事件は氷山の一角と嘆く。

### 3. 「精神病院医療」を縮小し、通院医療を定着させ、地域福祉をつくり出そう

マスコミ記事を背景に、患者虐待をはじめとする大和川病院事件に税務署、検察、次いで厚生省、最後に地方行政が入るまでに、4年有余にわたる少数のボランティアグループ（利用者、弁護士など）による地道な活動があった。しかし、地方（保健医療福祉）行政は、癒着のためか有効な動きをしなかった。行政責任はどうなったのか。医師、看護師、事務職などの病院職員は何をしていたのか。審査会は何をしていたのか。

日本の精神科医療の歴史の中で、精神病院（経営）医師主導型もしくは専門家指導型の医療やケアは、利用者のためにどれだけ役に立ったのか、相次ぐ不祥事件を機に、国公立病院職員も民間病院職員も地方行政職員も共に、精神保健と医療を点検し直す必要がある。

これまでの調査は、「社会的入院」は入院者の30%以上から50%程度という結果を示す。大和川では、摘発後の全員診察の結果、100名が即日退院し、転院後も100名は1ヶ月以内に退院した。私の知る範囲でも、大和川入院者の7分の1の人だけが入院継続したが、福祉施設があれば入院の必要はない人であり、他の7分の6は全く入院の要はなかった。

私たちの調査によれば、住居や福祉施設（老人施設を含む）があれば、入院者の少なくとも50%は退院可能である。各県万対精神病床数と平均在院日数との間には一定の相関（ $r = 0.40$ ）がある。一般科の病床数と医療費との間には強い相関（ $r = 0.89$ ）がある（1995）。需要に応じた供給体制ではなくて、＜供給が需要を喚起する＞ことが示された。これによいとは到底思えないのである。

（京都府立洛南病院長）

# 第3回精神保健フォーラムの成功を願って

(社) 日本精神神経科診療所協会

会長 小池 淳

この度、第3回精神保健フォーラムが開催される運びになりましたことを心より喜ばしく思います。本フォーラムの顧問としてご参加の皆様にご挨拶させていただきます。

## 1. 本「フォーラム」の成功に期待する

振り返ってみますと、第1回国内フォーラム（京都）は1988年（昭和63年）2月、第2回国内フォーラム（千葉・幕張）は1991年（平成3年）11月でしたから、以後7年もの歳月が流れました。近年の「法」改正は第1回フォーラムの前年（1987年・昭和62年）の精神衛生法から精神保健法への大改正に始まりました。その後5年後の見直しとして行われた1993年（平成5年）の改正に続いて、さらにその見直し5年後を待たずに1995年（平成7年）に行なわれた精神保健福祉法への改正は、平成5年の障害者基本法の成立、平成6年の地域保健法の成立を受けて急遽行われたものですが、同法の性格を大変革する改正でありました。勿論、それ以前から同法には「福祉」の項目は少量ながら入っていたのですが、改めて法の名称に「福祉」を謳ったのですからは大変革と捉えざるを得ません。しかし、その福祉たるや極めて貧弱で多くの批判があることはご承知の通りです。今年（1993年）改正5年後見直しの年に当たり、既に本年2月に厚生省の求めに応じて各関係団体より提出された要望をまとめた「精神保健福祉法改正に関する意見書（まとめ集）」（厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課編）が出ております。通読すると各方面からの要望は出尽くしているようにも思われます。このように、この約10年、法改正も重なり、わが国の精神保健・医療・福祉は大幅に変転したと思えますが、そのような中で最近7年間、本「フォーラム」の開催がなかったことをむしろ不思議にさえ感じます。ともあれ、日本の精神医療が閉鎖的医療から開放的医療へ、入院医療から外来医療へ、そして何よりも、不十分ながら、精神障害者の福祉の充実と人権養護の一層の推進へと動きつつあることは否めない事実ですが、今回のフォーラムが、更なる新しい視点からの問題点の指摘、社会全体のなかに位置づけられた緊急かつ適正な精神保健医療福祉を目指した政策の展開、20年後30年後の社会情勢に耐え得る精神保健福祉体制の構築などの端緒となることを心より願っております。

## 2. 職種を越えて、政財界、行政を含めた全関係者の協力を

今回のプログラムでは、「『精神保健福祉法』改正をめぐって」、「精神保健・医療・福祉の方向－国際比較に立って－」、「わが国のメンタルヘルスの現状」、「21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開」という4つのシンポジウムが企画されており、それらを総合すると前項で述べた希望に大いに役立つであろうと期待されますが、

一方、たとえば精神障害者の社会復帰のための社会環境整備およびその財政問題、成年後見制度、触法精神障害者対策、認定医制度問題など抜けている課題も少なくありません。また、海外の制度に学ぶことは大切であることは言うまでもありませんが、長期的見通しに立ったわが国の生活習慣、文化、国民性に適合した制度とその運用が必要でしょう。戦後遮二無二アメリカの文化、制度を直輸入した結果、勿論よい面も多々あったことは認めますが、近年さまざまな社会面で歪みを生じてきています。行き過ぎのないよう、真にわが国の国状にあった改革を図らなければなりません。そのためには、医師だけではなく現場で従事している関係諸職種の方々の生の声を十分生かして行くべきでしょう。第2回フォーラムの主催団体は19団体（精従懇）、顧問は4名でしたが、今回は前者は27団体、後者は10名と、パラメディカルの団体や代表者が大幅に増えていますので、この点では大いに期待できます。要は、政財官民の力を結集した、わが国の文化、国状にあった、全国民・全患者さんのためのバランスのとれた精神保健・医療・福祉制度の確率です。

### 3. (社)日本精神神経科診療所協会(日精診)の今後

日精診の前身の日本精神神経科診療所医会が結成された1974年(昭和49年)の会員数は僅か61名でしたが、3年後の1976年(昭和51年)には237名と急増、以後順調に増加して本年3月現在で910名となりました。本年度中に1,000名を越える可能性も十分あります。現在全国では2,000以上の精神科を標榜する診療所があるといわれていますが、日精診も本年度から組織拡大に本腰を入れて取り組みたいと考えていますので、会員数が1,500名を越えるのもそう遠くはないと期待しています。何故このように精神科診療所(メンタルクリニック)が急増しているのかと考えてみますと、やはりそれは近年の精神保健医療福祉の動向の反映であろうと思われれます。今や精神科診療所にはフォローの風が吹いていると肌で感じます。厚生省も入院医療より通院医療に力点をおき診療報酬面でも精神科診療所が成り立つような施策を進めてきました。しかし、近年精神科を併設・標榜する診療所が増え、一方で精神科には専門医制(認定医制)がないことが様々な面で問題になっています。厚生省は2年後には認定医制度を一斉に発足させようとしています。患者さんの立場に立ってみれば誰が何科の専門医なのかが一目で分かるのでこの制度は便利ではないでしょうか。この問題は時代の流れで逆らえないように思われれますが、如何なものでしょうか。

以上述べたような変動期のなかでこれからは精神科診療所の在り方そのものも大いに議論しなければならないと思いますが、この問題に関しては紙数の関係多くを論じられません。一言だけ申しておきますと、要は、地域に根ざした個性ある精神科診療所がバランスよく全国に配置され、パラメディカルの人たちの全面的な協力を得つつ、スムーズな病診連携、診診連携のもとに、常に患者さんの人権養護を念頭に、患者さんの生活の場での多角的な地域精神保健医療福祉活動を展開してゆくことであると思えます。

私見も交え種々述べましたが、本フォーラムの成果が同じ横浜で開催予定の2002年の第12回精神医学会横浜大会の成功に発展することをと願って止みません。(以上)

### 第3回精神保健フォーラムへの祝辞

鈴木二郎

(日本精神神経学会理事長)

全国の精神医療に従事する27団体が一堂に会してフォーラムを開催されることにお祝いを申し上げます。1988年、1991年と「精神医療の改革」と「精神保健法の改正」をめぐる節目の時々すでに2回開催され、今回で3回目と努力を重ねておられる関係者に敬意を表します。

今回のフォーラムでも、1999年の法改正を目指してのシンポジウムが企画されていることは、時宜を得たものと思われまます。

時あたかも20世紀から「心の世紀」と人びとが呼ぶ21世紀に入ろうとするこの時期により良い精神医療、保健、福祉を追求することはまことに有意義なことであります。

その方向は、精神障害者の人権尊重とノーマライゼーションの実現であります。

現代は、我が国だけでなく、世界的にも民族、宗教、社会の大きい変動があり、技術革新の一方で経済の動揺があり、人びとはともすれば自己を見失いがちであります。薬物嗜癖、幼少年の暴力化もこうしたことと無縁ではありません。この時代の中で精神医療、保健、福祉は確固とした方向を見すえて進まなければならないと思われまます。

まず国内の現状を知ることは第1ですし、国際化の中で、たとえ或地域であっても他国の優れた実践を知ることはきわめて有意義であります。

こうした社会の変動と国際化の潮流の中で「精神保健福祉法」のみでなく、精神障害者を含む「障害者プラン」全般の改革が検討され、精神疾患の予防の方向が指向されるべきであります。

一方新しい21世紀に入って早々2002年に、世界精神医学会(WPA)横浜大会が本会場で開催されることが予定されております。この大会は、日本精神神経学会だけでなく、広く精神医療、保健、福祉さらには「心のケア」に携わる人びと、さらには一般市民にも加わってもらう開かれた集まりを目指しています。時期は2002年8月24日～29日で国内外からの出席者は約1万2千人程を希望しております。この2002年横浜大会は、新世紀初頭にあたって、我が国と世界、ことにアジアの精神医療、保健、福祉の新しい出発になることも期待されています。このフォーラムにご出席あるいは関係しておられる方々の絶大なご支援、ご協力をお願いいたします。

本フォーラムが、様々な視野から十分な分析を深められ、新しく実践的な活動指針を出されることを心から祈念いたします。



## 大学は孤高たりうるか

精神医学講座担当者会議

代表 山内俊雄

(埼玉医科大学)

かつて、大学は研究をして、その結果を学会に発表し、論文を書くのが主たる役割とされた時代があった。

今は、大学だからといって、社会や医療経済から離れて、孤高の生活をむさぼることは許されなくなっている。特に最近のように、医療のありようが経済原理で動くようになると、大学もなりふり構わず、同じ方向に雪崩を打って動くことになる。在院日数が28日を越えるか、あるいはそれを切るかでどれだけ医療収入が違ってくるかが分かると、一斉にその方向に向かう。そこには医療のあり方や患者の立場に対する配慮が欠落しているかに見えることもないわけではない。

精神医療にしてもしかり。入院期間が2週間か、1ヶ月かは全く人為的な区分にしか過ぎないが、それによって入院時医学管理料はかなりの格差を持つことになる。そこには、どのような急性期症状がどのくらい続いたかについては何の斟酌もない。急性期といっても、必ずしも薬を使ったり、点滴するのだけが急性期ではない。退行し、自分を取り戻すのに長い時間を要し、その間、医療者の濃密な手助けを必要とする、そんな急性期だってある。それでも看護料は30日をもって差別を受ける。

精神医療の機能分化だ、ニーズに合った精神医療の提供だといっても、鎧の下に見え隠れするのは医療経済の原理である。そのうちに、短期入院の促進により病院にいることのできなくなったお年寄りが行き場を失って、右往左往する事態にもなりかねない。

このような状況の下で、大学の精神医療も常に、精神医療はどうあるべきかを問い続け、模索を続けることになる。そのような精神医療に対する大学人の態度が、学生に反映し、精神科医の養成にも影響を与えることを大学にいる者はよく知っている。

昨年秋、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」改正に関する意見を厚生省が求めたのに応じて、全国の大学の精神科教授にアンケート調査をし、意見を聞いた。7割に近い人が問題点をいくつもあげていた。当然、大学人として関心の高い、「障害の定義」や「指定医認定」に関わる問題をあげたものが多かったが、作業療法や社会復帰に関わる問題点の指摘も少なくなかった。

今や大学における精神医療も、疾病論や原因論を科学論理の中だけで論じるのではなく、医療のあり方、特に患者に必要とされる医療についての視点にたって、学問的意味を考えることが当然のことになっている。

x x x x

それにしても、精神医療の幅は広く、いろいろの側面をもっている。一人の精神科医でも、ひとつの病院や大学でも、精神医療のすべての側面を網羅的にカバーすることはほとんど困難である、と同時に、時には有害でさえある。大学が医療経済や医療のあり方に巻き込まれるのは致し方ないとしても、大学がすべての発想を経済原理に従って進めては、大学としての役割は果たせない。また、すべての問題に大学が関与しようとしてもそれも

無理である。大学は大学としての立場で物を考え、意見を言うことによって、この広大な精神医療の世界に寄与することができるのではあるまいか。

多面的な側面を持つ精神医療に対し、それぞれが得意技で寄与することによって、それが実りあるものになる。その意味からも「精神保健フォーラム」が、精神医療の異なる領域から、特色ある意見を持って集まり、いろいろの側面についての知識や認識を深め、精神医療を推進し、同時に広い視野を持つための場になればよいと願っている。

シンポジウム I

「精神保健福祉法」改正をめぐって



# 大和川病院事件を通じてみた 精神保健福祉法の問題点（レジメ）

1998年6月19日

弁護士 丸山 哲男  
(大阪精神医療人権センター)

1. 大和川病院事件がもたらしたもの
2. 医療法における精神科特例の廃止を
3. 精神保健福祉法の中に人権尊重理念（例えば「精神障害者が人間としての固有の尊厳を尊重されること」を明記すべき）（1条・12条・18条・36条）
4. 入院患者への権利告知の徹底と告知内容の拡充を
5. 任意入院規定の整備について
6. 通信・面会の自由について  
代理人面会中の保証・保証人について
7. 精神医療審査会制度について
8. 行政による指導・監督について  
罰則規定

(資料)

大阪府による「大和川病院の転退院患者の処遇・人権調査」の結果（平成9年5月19日時点の入院者のうち、調査済み281名について）

①入院時の医師による診察	有	171名	60.9%
②入院時の書面告知	有	60名	21.4%
③自分の入院形態につき	知っていた	157名	55.9%
④入院時の保護室使用	有	164名	58.4%
⑤保護室使用の日数	1日～10日	127名	77.4%
⑥医師の診察がきちんとあったか	有	132名	47.0%
⑦診察の回数	月3回以上	36名	12.9%
⑧症状にあわせた投薬	有	87名	31.0%
⑨医師の病気の説明	有	71名	25.3%
⑩医師の治療計画の説明	有	43名	15.3%
⑪医師の服薬の説明	有	47名	16.7%
⑫合併症の治療	有	86名	37.9%
⑬看護婦のきちんとした世話	有	140名	49.8%
⑭病室・廊下は清潔か	はい	149名	53.0%
⑮病室内は適温か	はい	77名	27.4%
⑯電話は常時使用可か	可	208名	74.0%
⑰行政の電話の掲示	有	109名	38.8%
⑱行政への電話制限	有	49名	17.4%
⑲信書の発受信制限	有	55名	19.6%
⑳面会の禁止	有	30名	10.7%
㉑看護婦士等による暴力行為	有	54名	19.2%
㉒看護婦士等による暴言	有	64名	22.8%
㉓まわりの人が暴力・暴言を見たか	見た	140名	49.8%
㉔ごみ当番や配膳などでの使役	有	187名	66.5%

# 精神保健福祉法の撤廃と 精神障害者復権への道

久良木 幹雄 (陽和患者会)

精神保健福祉法は当事者のニーズに全くそぐわない。国は「精神病者監護法」の時代に溯れば約1世紀の長きにわたり数百万の当事者に対し過酷な処遇を強いてきた。精神保健福祉法はただちに撤廃し、国は補償の気持ちを込めて特別時限立法により、遅くとも2020年までに欧米先進諸国の水準に到達するよう権利回復の措置を講ずるべきである。

## I. 当事者のニーズに反して

およそ「保健」とか「福祉」と称する法律であるならば、その対象となる当事者のニーズにどう応えるかが主題となるべきだろう。現在の精神保健福祉法を見る限り、当事者のニーズに反するばかりか、当事者の人権を著しく侵害する「收容管理法」と称すべきだといっても過言ではない。

当事者の基本的ニーズを簡潔にまとめるならば、①病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい、②病の辛さを癒したいの二点に整理できよう。

### 1. 病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい

WHO (世界保健機関) の障害概念に従えば、当事者は、「傷病」(impairment) の結果「能力不全」(disability) に陥り、その結果孤独な生活、経済的窮乏、住宅や就職難、偏見や差別などさまざまな社会的不利(handicap)を蒙るという「障害者」として理解されるべきだろう。この面では社会的不利をどうケアするかが重要な課題である。

傷病から能力不全へ、その結果としての社会的不利というWHOの障害概念は、特に精神障害者の場合、しばしば逆の流れを示す。作業所に通うようになったら幻聴が聞こえなくなった、恋人ができたならヒステリーの発作が減少した、半年近く部屋に閉じこもっていたところへ気兼ねない友人がたずねてきて、いっしょに飯を食べたら元気を取り戻したといった例はしばしば聞かれる。

### 2. 病の辛さを癒したい。

強度の不安感に襲われたり、不眠症や幻聴、妄想にとりつかれたりしたときの辛さは言語に絶するものがある。しかしクレペリン以降の近代精神医学は長年の間「不可逆」論に侵され、「医療」そのものを放棄して疾病学に終始してきた。1930年代北米におけるソーシャルワーク運動を背景にした社会的アプローチから人間関係論が台頭、1950年代には向精神薬の発達とも相俟って生物的・心理的・社会的ケアで病は癒されるという考え方が世界の主流となり始めた。

しかしわが国では、病院への隔離收容という構造そのものが精神医学の発達を妨げ、投薬を重視した生物的ケアの考え方が根強く対症療法の域を脱し得ていないというのが実情である。最近一部従事者達の間で「病とうまく付き合う」ということがいわれるが、その論法からしばしば古典的な不可逆論や不適切な医療の現状を追認し自己満足に浸る響きが聞こえてくるのは容認しがたい。精神「病者」としての当事者が求めるのは

病の辛さを癒す適切な医療である。

### 3. 戦慄を覚える精神保健福祉法

憲法25条は「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。精神障害の当事者が「病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい」「病の辛さを癒したい」と願うのは、腎臓や肝臓あるいは心臓に慢性的疾患を抱えている人、そしていつかは病を抱えるすべての高齢者達と同じように国民として願う普遍的な「権利」を求めているに過ぎない。国や従事者の立場や都合からではなく当事者のニーズという視点から見ると、精神保健福祉法が、いかに当事者の人権を無視し、反医学的な代物であるか、恐らく戦慄をすら覚るのではないだろうか。

さらに憲法25条はその第2項で、「国はすべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。すなわち第1項の権利を保証するために社会福祉等の努力を国の義務としている。しかるに精神保健福祉法では国によるケアを明確にせぬまま、作業所の運営一つをとっても家族に負担を求め、保護監督の責めをも負わずといった過酷な処遇を強いているのである。

### 4. 追及されるべき国と業界の責任

35万人もの人々が薬付けの長期拘禁を強いられ、巷で地域ケアが乏しいまま迷っているのは病のせいでも病者のせいでもない。世界の趨勢に反して隔離収容政策を推進してきた国とそれに追随し、時には圧力をかけてきた業界の責任である。

「この法案は、いやしくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をつかむことといたしました」。1950年精神衛生法の提案者の一人である中山壽彦議員は国会で提案理由をこう説明した。また厚生省は犯罪との関係に加え、1952年には経済的損失との関連で「生産阻害因子」とのキャンペーンを展開し始めた。「生産離脱者とこれらの保護にあたる家族の生産離脱をこれに加えるならば、精神障害者のために社会は、年々1,000億円を下らない額の生産を阻害されている」（厚生省公衆衛生局「わが国の精神衛生の現状並びに問題点」）としたのである。

## II. 「精神障害者復権法」の制定を

精神病院への大量の隔離収容や人権侵害などさまざまな不祥事件、医療の荒廃、地域ケアの不足、家族への負担など山積する難題も、精神保健福祉法の撤廃なくしては解決の展望は開けないだろう。

いうまでもなく精神保健福祉法の撤廃だけで事は解決しない。精神病院にいる35万人の人々や地域で迷っている人々を路頭に迷わせたり、窮地に追い込んだりすることなく、当事者のニーズに対応して権利の回復に万全を期すことこそ国の果すべき責任である。

### 1. 精神保健福祉法の撤廃と精神障害者復権（援護）法の制定

1)2000年に精神保健福祉法を撤廃し、2020年までの特別時限立法として精神障害者復権（援護）法を制定する（2001年から施行）。

2)精神障害者に対する人権侵害と過酷な処遇の構造は、緊急に解決すべき特殊な課題であり、総合福祉法はこの課題を解決した後に検討する。

### 2. 精神障害者復権（援護）法の基本理念



- 1)すべての精神障害者が地域の人々とともに普通に暮らし、適切な医療を受ける権利を保障する。
- 2)永年にわたり国および精神医療関係者が精神障害者に対し過酷な処遇を強いてきた事実を反省し、精神障害者の復権を図るために格別の配慮を払う。
- 3)精神障害者の復権を図ることは、価値観の多様性とすべての人々の尊厳を受容する心豊かな地域社会を築くために、すべての市民が共有すべき課題である。
- 4)精神障害者の復権とケアの充実を図るにあたっては、精神障害者自身の声を民主的な手続きのもとで十分に反映させるよう配慮しなければならない。
- 5)ケアの原則：ケアは精神障害者のニーズに対応するために行うものであって、利用を義務化してはならない。
- 6)2021年以後は総合的な社会福祉施策の中に統合を図るが、精神障害者の権利確保とケアの水準を低下させるものであってはならない。
- 7)すべての欠格条項を廃止し、一切の差別行為を禁止する（付罰則）。
- 8)精神障害者の生活を保障するために障害年金の見直しと生活保護に特例を設ける。
- 9)家族は精神障害者の権利擁護者であり、成人のケアについては責任を除外する。
- 10)精神保健に関する情報は最大限公開する一方、当事者の利益とならぬ私的情報に関する守秘義務を厳守する（付罰則）。
- 11)2001年にすべての精神病棟および付帯施設を地方精神保健機構の管理下におく。

#### 4. ケアシステムの整備目標（2020年）

##### 1)住居

- ①福祉ホーム：8万人分（2015年10万人分）。②グループホーム：4万人分（2015年5万人分）。③共同アパート：5万人分。④ファミリーケアホーム（下宿）：1万人分。⑤応急住居：5,000人分（2015年1万人分）。

##### 2)通所施設

- ①団らん室：1地域に1か所。②クラブハウス：1,200か所。③当事者・家族センター：600か所。

##### 3)就労施設

- ①共同作業所：3万人分。②就労援助：5万人分。

##### 4)地域医療

- ①地域精神保健センター：1,200か所（スタッフ1万2,000人）。②精神科クリニック：精神科専門医6,000人。③総合病院救急精神科：1,200か所（スタッフ1万8,000人、滞在期間限度7日）。

##### 5)精神病院

- 公立精神病院：3万床（1地方に1～5病院、スタッフ2万5,000人、入院期間原則3か月以内）。

##### 6)精神保健教育研究センター

- ①中央精神保健教育研究センター：全国9ブロックに各1か所。②地方精神保健教育研究センター：各都道府県に1か所。

##### 7)精神保健教育広報センター

- 地域精神保健教育広報センター：各地域に1か所。

## 5. 精神保健機構

### 1) 地域精神保健機構

①市区町村別に設置：人口20万人に満たぬ場合は5万人以上の組合。②評議員会：当事者3、家族1、従事者3、一般市民3の割合で、地域に在住または通勤する人の中から公募抽選（複数地域への応募禁止）／理事、人権委員、監査委員、地方評議員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・推進と地域精神保健基金の運用／市区町村の精神保健施策に関し要請・立案。

### 2) 地方精神保健機構

①都道府県別に設置。②評議員会：当事者2、家族1、従事者2、一般市民2の割合で、各地域精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員、中央評議員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地方ケアシステムの整備・推進と地方精神保健基金の運用／精神病院の運営と救急精神科、精神科クリニックの監督／都道府県の精神保健施策に関し要請・立案。

### 3) 中央精神保健機構

①国に設置。②評議員会：当事者1、家族1、従事者1、一般市民1の割合で、各地方精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者6人、家族2人、従事者6人（常任）、一般市民6人で構成／理事長は一般市民／国のケアシステムの整備・推進と中央精神保健基金の運用／国の精神保健施策に関し要請・立案。

## 6. 精神保健基金

### 1) 中央精神保健基金

①歳入：現在の精神医療のための国民健康保険など各種健康保険からの保険金、医療保護費、措置入院費の年間相当額を繰入／現在の精神保健に関する国庫負担金および補助金の年間相当額を繰入／2001年に国は地域ケア整備資金として1,000億円を拠出。②歳出：中央精神保健機構の事業費用／地方精神保健機構への交付金。

### 2) 地方精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する都道府県負担金および補助金の年間相当額を繰入／中央精神保健基金からの交付金。②歳出：地方精神保健機構の事業費用／地域精神保健機構への交付金／精神病院、救急精神科、精神科クリニックの医療費全額負担。

### 3) 地域精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する市区町村負担金および補助金の年間相当額を繰入／地方精神保健基金からの交付金。②歳出：地域精神保健機構の事業費用／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・運営資金。

## 7. その他

①診療簿には本人の署名を要するものとする。②精神病院、救急精神科では、受診後24時間以内に治療計画を提示しなければならない。③住居は、他の施設に併設または隣接して設けてはならない。④2001年にケアシステム整備10か年計画を設定する。

精神保健フォーラム

基本テーマ：精神保健・医療・福祉をどう変えていくか

“シンポジウム「精神保健福祉法」の改正をめぐって”要旨

日本障害者協議会代表 調 一興

近年、精神保健福祉法、障害者基本法などの大きな法的整備がなされ、社会資源も拡充しつつあるが、残念ながら医療中心・入院中心の構造を大きく変化させるには至っていない。1983年の厚生省の精神衛生実態調査で入院患者の6割近くに「近い将来の退院の可能性」があるとされたにもかかわらず、15年後の今日、当時に比べて入院患者数は減っていない。

この背景には、わが国独特の民間依存の入院医療体制があり、地域ケアサービス体制の圧倒的不足や人々の偏見があるが、これらとともに見過ごすことができない点は、精神障害者を依然として危険なものとする社会防衛論の視点が、各種法律の中に残存している点である。

これらには抜本的な改善が必要であり、以下の点について述べたい。

記

<総合的な問題>

1. 現行法における医療と保健の部分と社会復帰および社会福祉の部分とを切り離して、後者を総合的な障害者福祉法に含める法改正を行うこと。
2. 精神衛生法の制定とその後の数次の改正で、疾病・機能障害への医療、能力障害への社会復帰訓練、社会生活上の不利益に対する社会福祉施策という3つの柱が形成されてきたので、今回の改正では、人々の誤解や偏見などの心理的壁、そして欠格条項など制度面の壁、要するに心理・社会的な環境に対する施策を法律改正の一つの重点にすべきである。社会復帰施設を作ろうとするときに地域住民が反対するというようなことに対して効果的な法的対応をもうけるべきである。
3. 障害者基本法での精神障害と精神保健福祉法での精神障害とは、同じ用語で異なる意味を表している。このため精神障害者施策の開発と実施の面でも、国民理解の促進の面でも混乱と困難を生み出している。精神障害、精神障害者の用語、定義、概念の明確化を図ることが必要である。
4. 「保護者制度」についてはこれを撤廃し、新たに「成年後見制度」等のかたちで権利擁護や財産管理のための公的なシステムを創設すること。親を中心とした家族が、無期限で保護義務を負うことの負担は非常に重く、社会的入院の原因である。保護者規定については、現在法制審議会等で検討が進められている民法改正による「成年後見制度」に委ねるべきである。介護保険法の成立によって家族介助から社会的介助へと基本構造を変更したことは、保護者制度廃止の考え方の正当性を証明した。

### <社会復帰・社会福祉に関する問題>

5. 市町村が社会復帰および社会福祉サービスに責任を持つ体制と、そのための財政的・人的な条件整備を行うこと。市町村と、精神保健福祉センター、保健所、専門医療機関等の役割分担を明確にすること。
6. 市町村と協力して精神障害者の地域生活のために相談およびサービスマネジメントを行う「精神障害者地域生活支援センター」を法律に明記し、その設置運営を市町村（人口数によっては複数市町村）の義務とすること。
7. 市町村は精神障害者のための施策を立案・運営するにあたって、精神障害者団体および精神障害者の家族の団体の意見を反映するよう努めなければならないこととすること。社会福祉法人等が精神障害者のための事業を企画運営する場合においても同じとすること。
8. 社会復帰・社会福祉施設体系では「リハビリテーション」、「作業」、「生活」の類型は一応それぞれ授護寮・福祉ホーム、授産施設・福祉工場、グループホームとして制度化されているが、「地域利用」型の施設が存在しない。クラブハウス、ドロップインセンターなどが必要である。また、制度化されている施設・事業も数が不足しているので大幅に増やす必要がある。障害者施設全体のあり方との整合性、総合利用と合わせて精神障害独特の制度を設けるべきである。
9. すでに有効性が確認されているホームヘルプサービス、給食サービス、日常生活用具（とくに電話の設置と基本料金の助成。精神障害者にとっての電話は身体障害者の車いすだといわれる）、回復者クラブ（セルフヘルプ）への助成、などの地域生活支援策を法定化すること。
10. 身体障害者相談員、精神薄弱者相談員の制度は日本が誇るべき世界初のピアカウンセリング制度であり、民生児童委員制度とともに障害者の地域生活と社会参加を支えているが、これに類似する精神障害者施策がない。精神保健福祉相談員は保健所等に勤務する公務員であり、全く異なる。その不存在が逆に「精神障害者は専門家にしか対応できないもの」という誤解と偏見を強化している。すでに精神保健ボランティアの活躍がいくつかの都道府県社会福祉協議会の実績で示されているので、法改正で取り入れるべきである。

### <資格制限の問題>

11. 各種法令での欠格条項の見直しを行うこと。その見直しにあたっては、①障害者施策の目的が自立と社会参加（障害者基本法第1条）とされた趣旨を基礎とすること、②原則として障害関連の絶対的・相対的欠格事由は廃止すること、③資格を得るにあたって試験等があり、そこで能力選定がなされる部分については欠格条項からはずすこと、④それでもなお必要とされる条項があれば、中央障害者施策推進協議会その他の場で広く議論をすること、が必要である。また、上記の諸点にしたがって、都道府県や市町村および特殊法人等に対して、条例・要項その他の規定における障害に伴う欠格条項の見直しを国として指導する必要がある。

### <医療と保護に関する問題>

12. 「保護者」の規定を削除すること。家族間の支持・扶養の関係は一般法である民法ですでに述べており、精神障害者のための特別な規定は不必要であり偏見を生む。後見が

必要な場合にあっても、一般に適用される成年後見制度で対応すべきである。

13. 第23条は、精神障害者又はその疑いのある者を知った者はだれでもその診察や保護を都道府県知事に申請できるという規定であり、精神障害者の自立と社会参加の理念に反する。これを削除するとともに、警察官の通報等の関連条項についても見直すこと。
14. 精神医療審査会に主として地域支援に携わる精神科ソーシャルワーカー（PSW）を加えるなど、その構成と機能を強化し、社会的入院を実際的に減らせるようにすること。
15. 医療保護入院や措置入院の制度を含めて入院形態の区分・手続き制度の見直しが必要である。自宅での療養やショートステイでの休息など入院代替方策の開発が必要とされる。病院医療の側でも、気軽に入院できて気軽に退院でき、入院中は患者の尊厳が保障されるように改善が図られねばならない。そのためにも医療法における精神科の特例が見直される必要がある。これらの総合的検討が早急に必要である。
16. 救急医療システムの拡充の前段階として、よりていねいな相談・訪問体制が確立していれば、疾患が軽微なうちに対応できその後の回復にも大きな効果が期待できる。したがって疾患への早期対応ならびに再発防止を図るために、保健所および市町村保健センターにおける相談・訪問体制を強化すること。

## 精神保健福祉法の改正に向けて

一精神障害者の人権の確保、社会的入院の解消、リハビリテーションの促進の視点から一

白沢英勝

(日本病院・地域精神医学会、宮城県立名取病院)

「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る」ことを目的に1987年に精神衛生法の改正が行われ、1988年7月より精神保健法が施行された。

1993年6月には同法の一部改正が行われたが、同年12月障害者基本法、1994年7月地域保健法の成立などにより、「精神障害者の福祉施策や地域精神保健の充実を図るとともに、適正な精神医療の確保を図るため」に1995年5月に精神保健福祉法が成立した。

しかし、精神障害者に対する隔離収容政策と差別的な諸施策の改善は、かけ声とは裏腹に遅々として進まず、今なお、36万余の病床と34万近くの入院患者を擁しており、各種社会復帰施設が法定されたとはいえその設置数は微々たるものに過ぎず、数万にも達する「社会的入院者」を抱えている。

この10年間で2度の改正が行われ、今回3度目の改正を迎えているが、精神医療・保健・福祉の貧困な現状を改革するためには、何よりも法制度上の抜本的な改正が必要とされている。

### 精神医療・保健・福祉の現状

厚生省は「精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と社会復帰の促進」、「福祉施策や地域医療の充実を図るとともに、適正な医療の確保」を法改正の主旨に掲げてきた。果たして、厚生省の意図する通りに、我が国のそれは改善されてきたであろうか。

1997年6月30日現在の精神病床数は361,053床、在院患者数は339,726人、万対病床数は26.8となっている。在院患者の入院形態別患者数の割合は措置入院が1.6%、医療保護入院が29.0%、任意入院67.3%、その他2.1%となっている。措置、医療保護、任意入院者の内、5年以上の長期入院者は46.0%を占めている。又、入院患者に占める65才以上の高齢患者は98,780人(29.4%)、平均在院日数は441.4日となっている。又、1995年の精神医療審査会の機能評価に関する研究・資料(精神保健課調べ)によれば、全入院者の51.6%が閉鎖処遇をうけており、任意入院者の44.6%が閉鎖処遇となっている。

以上をみると、我が国の精神医療が依然として収容型の医療であり、且つ、長期にわたる収容の結果、入院患者の半数近くが5年以上の長期入院者で、1/3近くが65才以上の高齢患者で占められている。一指標として在院患者数を5年前(1992年6月30日)と比較すると在院患者は2.1%の減に過ぎない。

他方、全国の社会復帰施設の充足状況を見ると、1997年10月1日現在、援護

寮は 129、ショートステイ施設47、福祉ホーム85、通所授産施設 113、入所授産施設15、福祉工場 6、グループホーム 492ヶ所となっており、施設受入可能人数は厚生省の試算によれば 9,026人となっている。又、これらの施設を地域からみると、都道府県により地域間格差が顕著であり、設立主体をみると全体に占める公営施設の割合は極めて低い水準に留まっている。

更に市町村障害者計画の策定状況(1997. 3. 31) をみると、策定済みの市町村は17.9%、その中に精神障害者施策を含めている市町村は68.7%と 2/3強に過ぎない。2002年の障害者プランの数値目標からみてもほど遠い現状にあり、「現状のままでは、障害者プランの達成に支障が生じることも考えられる」と厚生省自身も認めているところである。

### 法の改正に向けて

精神障害者の人権の確保、「社会的入院」の解消、リハビリテーションの促進の視点から問題の所在を明らかにし、併せて法の抜本的改正に向けて考えてみたい。

#### 1) 患者の権利擁護に関して

1988年の改正により、入院時の告知、退院等の請求が法定された。しかし、告知は入院手続きに関するものであり、国連原則は治療への同意について、限定された例外を除き「患者のインフォームド・コンセントなしには、いかなる治療も行われぬ」としており、精神科においてもインフォームド・コンセントに基づく医療の展開が求められているが、告知自体もその内容を国連原則に沿ったものに改善すべきである。

退院等の請求については、精神医療審査会(1996年)で退院請求の審査件数は 862件、審査結果について不相当と認められたものは43件となっている。退院請求の審査に関しては、これまで年間1000件を越えておらず、且つ、都道府県での格差も大きい。又、処遇改善請求の審査件数は全国で48件となっており、審査結果で不相当と認められたのは僅か1件に過ぎない。この間、長野県の栗田病院、高知県の山本病院、大阪府の大和川病院など、患者の人権を無視した不祥事が発生しているが、上記の数値を考えると、法そのものに患者の権利を明確にした条項を加えるとともに、多くのヨーロッパ諸国が採用し、国連原則でも採択されているような市民的オンブズマン・システム(精神障害者権利擁護制度)を導入することが必要である。

#### 2) 入院制度

##### a) 任意入院

全入院者に占める任意入院患者の割合は68.6%(1997年6月30日)となっている。任意入院者は平成2年に50%を越え、年々増加してきた。法によれば入院については出来るだけ任意入院につとめるとされ、その処遇は開放的処遇が望ましいとされてきた。

ところで1995年の厚生省の調査によれば、任意入院者の内、開放処遇、個別開放処遇の者は全体の55.4%であり、閉鎖処遇は44.6%となっている。1983年

の厚生省の調査では閉鎖病棟は64%、開放・半開放病棟は35%であり、1995年は閉鎖処遇の者51.6%、開放・個別開放48.4%となっている。この現状は法における任意入院の本趣からみて、殊にその処遇からみれば極めて問題が大きいといわねばならない。

他方、72時間の退院制限に関しては、厚生省の調査（1993年）によれば6月1ヶ月間の退院制限の件数は543件に達している。年間にすれば相当数が退院制限をうけていると推定される。任意入院の本趣は「本人の同意、退院の意志表明があれば退院させること、行動制限をしないこと」であり、「これを認めた上で、なお、必要な場合に拘束制限が許される」ものである。

以上から任意入院に関しては、その処遇について原則として「開放」処遇とするべきであり、本人の同意を得てやむなく閉鎖処遇とする場合には一定期間（少なくとも4wを越える場合）後に精神医療審査会に報告し、審査対象とするべきであり、又、72時間の退院制限を行った場合はその経緯を報告し、精神医療審査会の審査を行うことが必要である。

#### b) 措置入院

厚生省の調査（1997年6月30日）によれば措置入院患者は全体で4,772名となっている。新規措置入院患者は1990年次の2,164名から次第に増加傾向にあり、1996年次は3,430名となっている。ところで措置入院患者の入院期間をみると5年以上の長期措置入院患者は全体の62.1%にも達している。他方、精神医療審査会の審査状況をみると定期報告の審査件数は10,166件、審査結果により移行になったものは13件、入院継続不要は0件となっている。又、実地審査状況は、4,493件となっている。

措置入院が公的権力による強制入院であることからして、強制入院の要件は既に決議されている「国連原則」準じてより厳密且つ限定的に規定するべきであり、治療の必要性の原則を遵守する上で、この原則の対象とならない人格障害及び精神遅滞は措置入院の対象から除外するべきである。又、措置入院の審査は実地審査に重点を置く必要があり、措置入院患者全員に実地審査を行うとともに、その結果を定期報告書に添えて、精神医療審査会の審査に付すべきである。

#### c) 医療保護入院

医療保護入院者は94,827名（1997年6月30日）で入院患者全体の28.2%を占めている。医療保護入院の定期病状報告書は1年毎となっているが、1年以上の入院患者は全医療保護入院患者の73.9%にも達している。医療保護入院者の実地審査は4.7%、定期報告の審査件数は74,226件であり、審査の結果移行となったものは10件に過ぎない。医療保護入院は指定医の判断と保護者の同意による入院であり、患者にとっては強制入院に他ならない。こうした性格を有すが故に、又、医療保護入院の入院期間の現状からも、定期報告を現行の1年から6ヶ月に短縮し、且つ、実地審査をきめ細かく行う必要がある。

#### 3) 精神医療審査会の機能強化

精神医療審査会は患者の人権擁護を目的に法定化されてきた。しかし、その



機能は既にみてきたように十分果たせていないのが現状である。とりわけ、精神病院の不祥事には全く無力であり、又、審査は書類審査に重点がおかれ、実地審査は軽視されてきた。更に、入院継続と処遇改善の是非については実効性のあるものとなっていない。このためには、当事者・保護者への告知を明確なものとし、圏域内の人口に配慮して審査体制を拡充するべきである。

従って、精神医療審査会の機能強化のために、審査会の行政からの独立、審査会への当事者のアクセス権の保障、審査会決定に対する上級機関への上訴権の保障が国際慣行からみても、最低限の規定として明記されるべきである。

#### 4) 社会的入院者の解消とリハビリテーションの促進

1983年の厚生省の調査によれば近い将来退院の可能性のある者は全入院者の57%と報告している。日本精神神経学会の社会復帰問題委員会の調査報告(1991年)によれば、2年以上の在院患者はの内、適切な地域の受け皿(社会的資源)があれば退院可能な者(社会的入院者)は33%であったと報告している。

1996年6月30日現在の入院患者は338,714名であり、上記の数値から推計すると社会的入院者はおよそ6万から7万名にも達している。

ところで社会復帰施設については既に述べた通り(現状の項)の現状にある。そして、これらの施設の受け入れ可能人数は厚生省の試算によれば僅か9,026名に過ぎず、社会的入院者に必要とされる施設の1/6から1/7に留まっている。又、これらの各施設の設立主体をみるといずれの施設も公的機関による設置施設は極めて少数であり、且つ、地域間格差が大きい。

こうした現状を打開するためには地域精神保健福祉圏域を設定し、包括的なリハビリテーション計画と精神障害者福祉施策を推進するための地域保健福祉計画の策定が必要である。

そのためには地域リハビリテーションの推進のために独立した章だてを行い、精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健に関する役割、地域内の各種社会復帰施設や生活支援機関と医療、保健、福祉の各関係機関の連携を強化するために、精神障害者社会復帰促進センターを見直し、各圏域毎にセンターを整備することが必要である。

国連原則によれば地域社会における生活(原則3)、地域社会と文化の役割(原則7)、保健施設における権利と条件(原則13)において「社会的入院者」の存在が精神医療、保健、福祉の貧困さに由来するものと指摘している。

社会的入院者の解消はなによりも地域リハビリテーション体制の確立とそれと結合した福祉施策の推進が必要であり、そのためにも人的資源の充実と財政的な裏付けが不可欠である。

# 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」改正に対する意見

1998年6月19日

(財)全国精神障害者家族会連合会  
常務理事・事務局長 荒井 元傳

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下、精神保健福祉法）は、度重なる改正によって「病院から施設へ」「施設から地域へ」という方向性を明確にしながら、本会を含む関係諸団体が要望してきた諸施策を次々と実現してきた。しかしながら、いまだその根幹において旧精神衛生法時代の施策体系を引きずっており、ノーマライゼーションの推進と当事者の自己決定権の重視という時代の要請に適応しない側面が残されている。今回の改正に関して、本会では、特に以下の4点を主眼とした法改正を要望している。

## 【保護者制度の撤廃】

1. 保護者規定を廃止し、入院制度を抜本的に見直すこと

## 【市町村の義務の明確化】

1. 精神障害者援護の主体を都道府県から市町村へ移管すること
  - (1) 市町村において精神障害者ホームヘルプサービス（訪問介護）の法定化すること
  - (2) 精神障害者保健福祉サービスの申請窓口を市町村に移管すること
  - (3) 他障害で実施されている手帳による福祉サービスを精神障害者にも適用すること
2. 精神障害者社会復帰施設への補助について、市町村からも補助するよう制度を改正すること。併せて、社会福祉事業法上の第一種社会福祉事業と同等の補助を講じること

## 【精神障害者の権利保障】

1. 精神障害者の立場から医療・福祉・権利擁護を規定する法律に改め、精神障害者の人権に関連する条文を新たに設けること
  - (1) この法律の目的に精神障害者の権利擁護を明文化すること
  - (2) 治療－処遇についての一般原則を盛り込むこと
  - (3) 任意入院者は、開放病棟で処遇するという原則を明文化すること
  - (4) インフォームド・コンセント（説明に基づく同意）に関する条文を導入すること
  - (6) 精神医療審査会を都道府県知事から独立した事務局を有する独立機関とすること
  - (7) 精神障害者の権利擁護のための機関を、都道府県ごとに最低1か所、設置できるようにすること

## 【社会復帰施策の充実】

1. 精神障害者小規模作業所を法内事業に位置づけること
2. 患者会やクラブハウスなど当事者同士の支援活動に対する支援事業を法文化すること
  - (1) 患者会やクラブハウス、家族教室やレスパイト・サービス等、当事者・家族への支援事業の実施
  - (2) 当事者・家族による相談員制度の導入
3. 精神障害者社会復帰促進センター機能強化・委託費の増額をはかること
  - (1) 都道府県精神障害者社会復帰促進センターの設置を可能にすること
  - (2) 事業の達成のため社会福祉法人同様の税制上の優遇と公益性を認知すること

## 指定討論

原田 憲一（日本精神保健政策研究会）

私は本研究会が一昨年一年かけてまとめた精神保健福祉法改正へ向けての提言を土台にして発言する。現在なお研究会では精神保健福祉法研究小委員会を継続して検討を続けているが、昨年の時点で本研究会が中間的にまとめた提言は次の5点である。

### (1) 精神医療法と精神障害者福祉法を独立した法として分離、整備すべきこと。

精神障害者の医療、保健と福祉が密接な関係にあることは言うをまたない。しかも精神障害者の福祉が立ち後れていることから、精神保健法から精神保健福祉法への1995年（平成7）改正は一步前進と評価する向きが多かった。そして今でも肯定的意見が少なくない。

しかし、精神医療には強制的な入院、治療という重い実態があり、この止むを得ない強制医療を人権擁護の視点から適切に規制し、妥当な治療を確保する法大系と、精神障害者の福祉施策を推進していく法大系とは、根本的にその性格を異にするものである。

この基本的考えに立って現行の精神保健福祉法はふたつの独立した法に分離、純化されるべきである。すなわち、たとえば精神障害者医療法として、人権擁護に適切な配慮をした強制入院、強制治療に関する諸問題を規定する法律が独立して存在しなければならない。諸外国でも精神障害者の強制収容の手続きを取り扱う法律はひとつの独立した明確な法律である。

そして、精神障害者の福祉対策は、これを全障害者を対象とする法大系、すなわち総合福祉法に包括させて、その推進を図るべきである。

現行法のように、基本的性格の異なるふたつの社会的営為をひとつの法の中にあたかも連携、一貫した施策遂行上適したものとごとき盛り込むことは、誤りである。強制治療に関する人権問題が曖昧にされると同時に、精神障害者の福祉問題が他の障害者福祉と切り離されて孤立化する怖れが極めて大きい。

精神保健福祉法は、その法構造において正しく改変されるべきである。

### (2) 現行法の保護者条項を廃棄し、公的保護者制度を導入すること。

なるべく速やかに現行法の保護者条項を廃棄し、公的な保護者あるいは世話人制度を導入すべきである。実際に履行困難な過度の義務を保護者に押しつけて、公的な責任を果たしていないのが、わが国の実情である。

公的保護者制度は現在法制審議会で検討されている後見人制度の中で、痴呆老人などの場合とともに、精神障害者の場合も含めて適切な制度がつくられねばならない。保護者に負わせている自傷、他害の防止責任義務、および措置入院患者の退院、仮退院に関わる引取り義務条項は削除されるべきである。

### (3) 精神医療審査会を準司法機関として独立させること、および上訴権を保証すること。

精神医療審査会が医療行政から独立した準司法機関として位置づけられるべきことは国際的常識である。行政から独立した審査事務局を設置すべく法の改正が必要である。

審査会の決定およびこれに基づく請求者への現状を妥当とする知事通知は、行政処分ではなく従ってこれに対する不服申立てはできない、との行政当局の解釈は是正されるべきであり、上級審査機関を設けてそれへの不服上訴権を法文として規定しなければならない。

### (4) 入院形態の名称を変え、本人の同意のない入院（強制入院）を明確にすること。

現行法では措置入院、医療保護入院、任意入院、応急入院などの入院形態が規定されてい

るが、名称上曖昧である。わかりやすく、本人の同意によらない入院(強制入院)と本人の同意による入院とを、先ず明白に二大別すべきである。すなわち、措置入院と医療保護入院とはひとつにまとめられねばならない。その上で、強制入院の中に、自傷、他害のおそれ大なるものとそうでないものなどを区別することは必要であろう。

(5) 入院患者の権利擁護制度の検討をはじめること。

欧米諸国ではすでに公的資金援助態勢のもとに一般的になっているこの制度は、精神病院の中に病院職員でない第三者的立場の人(ボランティアなど)が部屋を持ち、患者の求めに応じてその訴えを聴き、そして病院側と相談しながら問題を改善していく、というものである。

先ず準備段階として、いくつかの精神科施設においてパイロットスタディーを行って、わが国に適した施策に結実させていくことが望ましい。

精神科施設における権利擁護の重要性は、近年ますます高まっています。患者の権利を擁護することは、医療の質を向上させるだけでなく、患者の生活の質を向上させるために不可欠な要素です。欧米諸国では、公的資金援助態勢のもとに、一般的に権利擁護制度が導入されています。この制度は、精神病院の中に病院職員でない第三者的立場の人(ボランティアなど)が部屋を持ち、患者の求めに応じてその訴えを聴き、そして病院側と相談しながら問題を改善していく、というものです。先ず準備段階として、いくつかの精神科施設においてパイロットスタディーを行って、わが国に適した施策に結実させていくことが望ましい。

## 福祉充実の立場での精神保健法の見直しを

日本臨床心理学会

日本臨床心理学会は1961年の学会改革以降、「する側」「される側」といったそれぞれの立場にこだわりつつ、「する側」の臨床行為の持つ意味を自己点検してきました。

臨床心理学は、ある意味では暮らし難い日常生活を人が人として暮らしていくために、心理的側面から援助することといえます。しかし、私たちの行っている臨床行為の一つである心理テストは、時として「選別」の手段として使われてきました。つまり「IQが〇〇だから養護学校が適当だ」とか、「ロールシャッハテストの結果から見ても分裂病といえる」といった様に、心理テストの多くが「選別」に利用されてきている現実があります。心理テストに現れた数値はその人のほんの一部分にしか過ぎません。しかしその一部分を、心理テストの原理とは掛け離れた所で肥大化し評価する現実があるのです。その様に心理テストが評価される社会の側を、私たちは点検していく必要があると考えています。つまり臨床心理学が、弱者を排除する社会の側の論理に、加担しないようにしていかなければならないと考えています。

日本臨床心理学会はそうした立場で、第1回の国内精神保健フォーラムから主催団体として運営の一端を担ってきました。第1回国内精神保健フォーラムは、精神科患者に対する保安処分の問題が契機となり、87年の法改正の翌年に開催されました。私たちは、社会防衛的な立場で個の状況を一方的に無視し管理する保安処分に対して、異を唱えざるを得ませんでした。その後10年近くたった現在まで、93・95年と2回にわたる法改正が行われました。また精神障害者を取りまく社会的状況も、93年の「障害者基本法」の成立、94年の「地域保健法」の成立等により変化しているように見受けられます。しかし、残念ながら大和川病院や長野の栗田病院等の人権を無視した「医療」が行われる現実を視ると、精神医療の内実が変化しているとは言い難い状況も続いています。法が数年で変わっても、実態が変わることの難しさを痛感せずにはられません。

現在厚生省は、99年の法改正に向けて準備を着々と進めています。しかし、厚生省の資料（各団体からの意見を集約した「精神保健福祉法に対する主な意見について」）にある1.定義についての「精神障害者の定義を『疾患』による部分と『障害』による部分に明確に分離すること」の議論にしてもすぐに結論がでる問題とは考えられません。また2.精神医療対策に盛られている各項目についての「措置入院制度の見直し」「医療保護入院の廃止を含めた見直し」「任意入院について開放病棟における処遇の原則化」等は、精神科入院について社会防衛的な立場をとるか、あくまでも「医療」行為としての立場をとるかによってその処遇が異なります。

「医療」行為と考えれば、本人の生命に関わる危機状況以外の場合は、いかなる時でも患者本人の拘禁は不必要といえます。しかし社会防衛的な立場をとれば、本人の生命に関する危機状況に加え、「他害」の疑いが生じる場合や時において拘禁も可能になるわけです。この議論は精神科単科病院以外での精神医療について考えていく時や、合併症の治療においても問題になります。つまり他科の入院者に対しての保護という名目による精神科

入院者の拘禁の問題が生じてきます。この点に関しては医療関係者のみで解決する問題ではありませんし、今回仮に結論が出たとしても99年の法改正以降引き続き考えて行かなければならない問題といえます。

また「障害者基本法」や「地域保健法」の成立で、行政側の基礎自治体レベルにおいて「障害者プラン」の策定が徐々に進みつつあります。精神保健福祉領域で地域における精神保健福祉圏域をどうするかが議論されるなかで、地域の大切さが強調されています。何時間もかけて通院するより、近所の医療機関のほうが便利ですし、入院よりも地域で暮らす方がいいことは確かです。しかし、暮らしを軸に考えると近所の機関を利用することが必ず良いとは言えません。地域が重視されると、行政が用意した地域の中でしか暮らしが成立しなくなる可能性もでてきます。現に共同作業所の運営に関しては、基礎自治体の補助率が高くなればなるほど住んでいる自治体以外のサービスが受けられなくなっています。現在の精神障害者を取り巻く社会的状況を考えると、人によっては近所には通えないといったこともまだまだあります。地域も大切ですが、そこに暮らす人の気持ちを無視した福祉とならないように法の運用を見守る必要があります。

95年の法改正の趣旨を考えるならば、「精神障害者の福祉」こそがそこで大切にされなければならないわけです。しかし全部で57条からなる95年の改正法の中で、「精神障害者の福祉」について書かれているのは45・50・51条の3条項でしかなく、19～44条までの25条にわたっては医療についての内容となっています。その25条にわたる医療の条項の中で「精神障害者の福祉」について書かれているのは、36～38条まで精神病院における処遇について触れているに過ぎません。

このように考えると、95年の改正法においてもその内容は法の標記とは大幅に違う「精神医療法」といった内容になっていることは否定できない事実です。「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に向けてこの1年では十分な改正作業ができるとは思えません。そうした中ではこの1年で結論を出すのではなく、社会状況を見つめながら常に点検していくことが必要と考えます。今後この法の趣旨である「精神障害者の福祉」をより充実させるまで、99年の法改正時点では附帯決議ではなく条文上に、今後の定期的な法の見直し（改正）を明記する必要があります。定期的な見直しをする中で、国もまた私たち精神保健福祉に携わる者も精神障害者にとってより暮らしやすい状況を創造していけると考えます。

## 精神保健福祉法改正に関する意見

日本児童青年精神医学会

以下に紹介する文書は、1998年1月に当学会が厚生省へ提出した「精神保健福祉法改正に関する意見書」に修正を加えたものの骨子である。全文をご覧になりたい方は、京都市左京区聖護院川原町53京都大学附属病院精神科内「日本児童青年精神医学会」事務局（電話075-751-3388 ファクシミリ075-761-7336）まで請求されたい。

（第1条・この法律の目的） 目的に人権の擁護を加え、人権には発達権が含まれていることを明記すること。また、メンタルヘルスにかかわる原則を明示すること。

精神障害者に対する人権侵害事件が、いまなお後をたたない現状を改革するために、まず法の目的に人権の擁護を明記する必要がある。なお、人権は生活権にとどまらず発達権を含むことを明記すべきである。

（第5条・定義） 現行の定義を明確化し、将来はWHOによるICIDH-2の動向を注視してさらに改正を図ること。

医療、とりわけ強制医療と関連する定義は狭く、反対に福祉と関連する定義は広く、法律に記載しておく必要がある。とくに、後者については、現行法は診断名の例示であって障害を有する人々の社会参加のための定義としては適切でないため、WHOのICIDH-2の動向を注視し、改正を図ることが必要である。

（第10条・地方精神保健福祉審議会委員および第13条・精神医療審査会委員） これらの委員の任命にあたっては、十分な児童青年精神医学的知識と臨床経験を有する者が含まれるようにすること。

児童・思春期の患者に対しては、成人に関する学識経験がそのまま適用されないことがしばしばであるから、専門的経験を有する委員が不可欠である。

（第18条・精神保健指定医） 改正平成7厚告131号の厚生大臣の定める精神障害の表に示されている、児童・思春期精神障害の症例報告の規定にある「措置入院者又は医療保護入院者につき1例以上」の項目の再検討と省令第2条（研修の課程）別表の改訂を行なうこと。

指定医取得前の研修課程においては、児童・思春期に関する科目を必須のものとして含めるべきである。

（第19条・指定後の研修） 省令第2条別表に児童・思春期精神障害に関する科目を追加すること。

19条の1による研修内容に、思春期から成人に移行する過程における精神症状の背景を熟知するための思春期精神病理、および保健・医療・福祉・教育の統合的ケアシステムの意義を具体的に理解するプログラムを重視することが必要である。

（第20条～22条の2・保護者） 親権を行なうものが保護者となるに際しては、他の法規との整合性を検討すること。

民法第818条から第837条にかけての親権の内容を規定する「身上監護権」「財産管理権」「身上監護権の延長」等が関連し、かつ「親権の喪失」とも関連する。加えて『

家事審判規則』第74条に「親権代行権」に関する規定がある。これらとの整合性を図らねばならない。また、関連領域の法律である『児童福祉法』第47条に、児童福祉施設長の役割として「親権の代行」「親権や後見人に対して監護、教育、懲戒」に関する必要な措置の規定があり、また同法の第27条（都道府県のとるべき措置）、第28条（保護者の児童虐待等の場合の措置）等の条項も含めて、同法との整合性も検討されなければならない。さらに、『児童の権利条約』第19条（親による虐待、放任、搾取からの保護）との関連も、検討される必要がある。

（第22条の3～4・任意入院） 未成年である児童・思春期患者の精神科への入院にあたっては、任意入院であっても親権者の同意を得ることが必要であり、届け出が必要であること。

まず、患者が15歳未満の場合に同意能力が存在するか否かの検討が行なわれ、それが法に反映されることが不可欠である。すなわち、真に任意入院が成立し得るかどうかを検討されねばならない。次いで、患者が15歳以上20歳未満の場合には、同意能力の程度に応じた対応が必要である。この年齢では十全な同意能力が獲得されていない場合もあり得るからである。したがって、当面は、任意入院であっても親権者の同意を不可欠な要件とすべきである。

（第22条の4第4項、29条第3項、33条の3） 省令第7条・告知事項および省令第5条・任意入院に際しての告知事項に関し、年齢や能力に応じた説明がなされ、適切な文書が示されるよう配慮すること。

未成年の児童・思春期患者の入院にあたっては、その入院形式の如何を問わず、児童・思春期患者自身の「意見表明権」「同意権」を重視すべき立場を明確化する。子どもの権利を重視する立場を堅持するためにも、文書（告知書等）の検討が必要である。

（第38条の2・定期の報告および第38条の3・定期の報告等による審査） 未成年である児童・思春期患者の入院に当たっては、措置入院や医療保護入院等以外の入院形式でも、一定の期間を経た後に病状報告をさせることによって入院継続の必要性を判断し、併せて権利を擁護するために法的整備をすることが必要である。

入院継続が必要な場合は、任意入院の場合であっても、一定の入院期間（概ね6ヶ月程度）を経た後に、病状報告書を提出させる。

（第47条・相談指導等） 保健福祉統合の観点から、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所の連携に児童相談所も加えるとともに、これらの機関を同一の場所に設置して合理的運用、利用を図る方向で改正を検討すること。

（第48条・精神保健福祉相談員） は、精神保健福祉士法成立に鑑み、原則として精神保健福祉士の有資格者であることとする。しかし、臨床心理技術者の職能が機能していることも重要であり、法改正の附帯決議に指摘されている国家資格化を早期に実現して位置付けを明確にすることも急務である。

（第50条の2・精神障害者社会復帰施設の種類） 回復過程にある青年にふさわしい施設要件を配慮するとともに、共同作業所を法定施設に加えること。

（その他） 長期入院者の社会復帰・社会参加を推進するために、「長期入院者の処遇」という節を追加することが必要である。また、行政施策に関しては、国によるサポート義務を明確にした上での自治体への委譲でなければならない。



シンポジウムⅡ — 基調シンポジウム —

**精神保健・医療・福祉の方向**

— 国際比較に立って —



# オンタリオ州における精神保健システムの新たな試み

Mr. Gilbert Sharpe (カナダ、オンタリオ州、厚生省法務局長)

精神保健システムは、社会の重要な一部であり、その質は社会の健全さを測る重要な指標である。オンタリオ州は、精神保健システムの改革に取り組んでおり、その目的は、すべての市民が、必要な支援を受け、生活の質を向上させることにある。この改革は、サービスの提供方法、資金調達、そして評価の方法にわたって行われる。この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。

この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。

この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。

この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。この改革は、精神保健システムの持続可能性を確保し、長期的な成功を達成するための重要なステップである。

# Mental Health Reform : An Appraisal for the 21<sup>st</sup> Century

by *David N. Weisstub\**

A decade ago, we were witness to reforms in Japan with respect to mental health policy which drew world attention. This was so because the Japanese Government reacted, after extensive consultations, to criticisms that had surfaced in many quarters about the poor quality of treatment for mentally ill persons and the shortcomings of civil liberties protections for this, relative to other industrial nations, large population. As you will recall, inspectorates from the International Commission of Jurists were part of the record of that experience and a number of scandals about extreme maltreatment had embarrassed hospital authorities, government officials and mental health professionals alike. Since that time, not only Japan but the Western industrial nations have gone through various stages of political and economic change. It is therefore timely to look back and assess the evolution of these reforms and to project likely trends.

Admittedly, in the late 1980s, Japan was some twenty years behind the wholesale rushes for the transformation of legislation and mental health institutions in other parts of the world. Although the United States has been acknowledged as the forerunner of Anglo-Saxon jurisdictions in terms of well-publicized legal decisions and the redefinition of statutory criteria for the involuntary commitment of mental patients, there were surely other movements during this period which were radical and transformative in their own right, such as the pervasive closing of mental hospitals in Italy, various community mental health movements throughout Europe, including England, and of course legislation in jurisdictions such as Canada and Australia, which reflected their particularities, namely the existence of universal health care.

Equally during the 1970s and 80s, the world became sensitized to the practices of abusive psychiatry where in various totalitarian states psychiatrists were found in conflicts of interest, and in the most extreme instances, revealed that psychiatry could be used as punishment. In Russia, Cuba and a number of South American nations, the forensic systems in particular came under the scrutiny of

---

\* Philippe Pinel Professor of Legal Psychiatry and Biomedical Ethics, Faculté de médecine, Université de Montréal.

international observers. Because of the popular interest in the spectrum of these violations, psychiatry, more than any other area of medicine, became the subject of media attention and public debate.

The plight of mental patients in the 1960s and 70s joined the ranks of other minority groups as one of the objects of social activism and legal intervention. Advocacy groups came to the forefront in all the Western nations to represent the interests of patients, their families, and professional groups to demand the articulation and balancing of interests and rights pertaining to access to services, the need and right to official representation and guardianship; to protect the civil rights of patients, including property; and to demand a reassessment of professional standards in giving testimony to the courts or in the preparation of documentation for involuntary incarceration or the denial of a host of related rights.

At the end of this century, we are well-acquainted with the fact that movements of political conservatism and fiscal constraints have backtracked on the large-scale transformations known in earlier decades. The picture is now is profoundly different from thirty years ago. Therefore, while the Japanese legislation was going forward to try to instantiate those protections and benefits which arguably had already been achieved in other jurisdictions, in the very same period, a crisis was emerging in the Western industrial states about the availability in concrete terms of the benefits which were assumed to be part of a long-term legacy and follow-up to the radical transformations of the 60s. What I am suggesting here is that by a curious twist of history, East has met West in the reshuffling of political and economic realities. More than not, the problems of mental health policy have become globalized, and it is to that phenomenon that we should address ourselves in reflecting on our shared problems and indeed pressures for making the right decisions in protecting the rights of mentally ill persons and their families.

### ***The Phenomenon of Legalism : Social Polarizations***

We cannot begin our discussion without saying more about the American experience with involuntary commitment. This is so because the US made its mark in this area as the presumed reference point for social change. Other governments mirrored the dangerousness criterion for involuntary commitment and in some cases tried to adopt a judicialized or adversarial process to deal with commitment matters. Dangerousness-based criteria could be found in highly diversified national environments throughout the 1980s and early 90s, to include Germany, Holland,

England, Russia, Israel, Taiwan, Australia and Canada. Apart from the US, certain differences in definition of criteria and the use of procedures are worthy of comment. The English Mental Health Acts moved more in the direction of health and safety, showing more tolerance of the society for protection of the patient than the commitment to the autonomy which predominated the American-style approaches. In some jurisdictions, including England, the reviewing structure dealing with commitment and mental patients' rights became more administrative than judicial, and a panel model of decision-making was deemed more sensitive and responsive than the contestation of lawyers in the roles effectively of prosecution and defense.

This American model was indeed transported to many jurisdictions and it was thought, twenty years ago, that a triumph had been achieved through bringing to bear a confrontational atmosphere to any case which involved the surrender of civil liberties by mentally ill persons. Commitment laws were passed in jurisdiction after jurisdiction, which suggested that seriously ill but non-dangerous individuals should never be placed in civil jeopardy and that even if they were to fall into grave circumstances of lack of care, preservation of their autonomy should take precedence over any alternative course of action.

The history books, however, do not end with this broad image. Most jurisdictions in the US and abroad have reoriented their legislation and even their approaches to decision-making. Responses have reoccurred on the pendulum to concentrate on the needs more than the rights of gravely ill persons. Does this mean that mental health policy has returned to the state of paternalistic attitudes which prevailed in the 1950s? Or, rather, is there a progressive logic which could be meaningfully reflected upon which has brought us to more recent trends? Before the period of rapid transformation, the conditions portrayed in large state hospitals were very poor with a very low level of psychiatric care. Practices were often dramatic and violative without any real proof of measurable results. Economies allowed for large contributions from their budgets to these institutions and disproportionately large numbers of poor persons and social minorities were housed in these state institutions.

For scientific, economic and social reasons, legislatures began to move. This happened also at a time when new drugs and the availability of community services conjoined to make relocation socially viable. After some decades of experience with the American model, criticisms began to surface that mental patients were in fact themselves the victims of the wide-scale reforms. Certain legal decisions in the United States, which tightened commitment criteria very exactly around the dangerousness standard, were responded to by psychiatric leadership in the US with

anger and frustration, maintaining that the courts had put a virtual and effective end to any form of involuntary confinement. So, it became a line of social criticism, that the jails were becoming filled with mentally ill persons and that families were being destroyed who could not cope with the difficult cases that the courts were refusing to put under the care of mental institutions. It was often said during this period that an unholy alliance had been created between the political right and left, ending up in the same unfortunate circumstances of an abandoned mentally ill population, often homeless and moreover violent.

The reality is somewhat mixed. On the one hand it is true that a part of the previously involuntarily committed population has resurfaced as a small but significant socially threatening group within the currently institutionalized population. This component arguably has been disproportionately represented by highly disturbed and aggressive adolescent or young adult males. On the other hand, it is not true that the empirical studies that have been done on commitment rates suggest any significant long-term shift in the number of people who are being involuntarily committed. The real problem has become one of effective care and response for troubled populations, both dangerous and non-dangerous, of mentally ill persons, not their legal definition in particular.

What empirical studies have shown is that even if commitment had been done in technically-speaking an illegal fashion, the parties responsible for decision-making, whether judges of a court or members of professional groups entrusted with administrative decision-making, attended by virtue of common sense and responsibility to make decisions in a balanced fashion in order to address the real care needs of patients in distress while attending to the protection of family members and the preservation of social order. What we have found in the past twenty years is what we have referred to earlier as the global reality facing all of us in dealing with mentally ill persons who are greatly in need of treatment and not in any meaningful sense dangerous to others or even themselves.

The first wave of initial impact of dramatic changes in legislation was defensive, for example in the US, and mental health professionals and government planners went on the retreat, trying to achieve a maximal level of legalistic documentation. However, after these early adaptive periods where there were restrictive and narrowly defined applications of commitment laws, decision-makers in

the judicial system along with mental health professionals and families discovered effective means to make decisions which comported with common sense morality.<sup>1</sup>

Given the fact that we have passed the stage of earlier decades which were highly charged with anti-psychiatry rhetoric and expectations of family and community support systems which did not materialize, in most industrial countries we are now in a more cautious mood of observation. It is surely not warranted for countries to attack each other through their professional representatives from positions of moral superiority. The period of mental health imperialism should be properly put to an end. The plight of mentally ill persons is in a shaky condition now, not because of the quality one way or the other of restrictive conditions in mental health statutes, but rather because governments are hesitating to give much-needed support to a demanding and difficult population. This does not mean to suggest that the rights of mental patients should be allowed to be put back some decades worth of achievement. On the contrary, we must integrate the respect for mentally ill persons which has been achieved often through case law and through legislation into popular culture and the daily life of mental health professionals and society at large. Public attitudes will become our best defense against transgressions towards the mentally ill.

### ***A Period of Transformation***

Looking at the Japanese experience in particular, we can observe that since the 1988 reform, which gave rise to the psychiatric review board structure, very few files have been put into effect. In an article a few years ago, which we published in the *International Journal of Law and Psychiatry*,<sup>2</sup> the author noted that only a rate of 0.2% of applications came forward during the year of 1991 and that of these recommendations, discharge occurred in just 11 cases. Given a population of over 300,000 psychiatric inpatients in Japan, this reveals that the deep social structure of Japan, which gave rise to the statistic in the first place, is well-entrenched and has proven itself stronger than what was expected by the international community and probably within Japan insofar as the 1988 reforms were to have brought on a process of radical transformation. This in fact is also the reality of other social cultures, except

---

<sup>1</sup> P. Appelbaum, "Almost a Revolution : An International perspective on the Law of Involuntary commitment " (1997) 25 *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 135 at 144.

<sup>2</sup> J. Mandiberg, " The Japanese Mental Health System and Law : Social and Structural Impediments to Reform" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 413.



that there are real differences in cultural attitudes which deserve a closer review. The bigger problem, rather than the numbers in or out of hospital, is what the quality of treatment actually is for those in hospitals and what should have been done, or could be done, for community mental health care.

Some authors in Japan have argued that despite the fact that the 1988 law approved community-based models of assistance for mentally ill persons, to date there has been hesitancy by the government to provide meaningful funding. Perhaps this is related to the cultural variable historically rooted in Japan that it is the family, rather than the State, that should take on the burden for mentally ill persons. Is it the case, then, that the hospital in technological terms has replaced the family as the institutional guardian and therefore is looked upon by the state as the final and only chapter of relevance? Perhaps what has occurred is that, due to international pressure, certain legislative changes were put into place but that real alterations lying at the heart of the system cannot be traced to satisfaction.

Even if we could describe Japanese society as “welfarist” in State terms, it is not entirely surprising that, given the rapid economic growth and industrialization that Japan has experienced, the Japanese government has been slow in stepping forward to develop a welfare-oriented policy towards its population. However, this is now the responsibility at hand and one which is shared by all other industrialized nation-states. The challenge in the 1990s and for the next century will be to define the place of mental illness within a tightened economic context. How then can we activate through education, volunteer workers, and encouragements to families, a proper support system for mentally ill persons while making available assistance from corporate structures such as insurance and the state, and put together a viable partnership to respond to existing needs.

On the human rights side, we need to gather our critiques and to apply the rigour of our thinking, both in Eastern and Western cultures, to determine whether we can develop and articulate a set of minimal but meaningful standards upon which we can found a widely accepted ethic of fairness, treatment, and human rights protections for our mentally ill populations. We must determine whether there is a core set of values around which we can make legitimate claims to governments and institutions to guarantee the provision of appropriate services for the mentally ill.

In the current movement towards much-needed practicality, we must set certain standards to wed our ethical and legal values to our needs for adequate mental health services. To this end, we must take a number of steps, beginning with the grouping of those requiring mental health services and identifying in that process

those individuals who are not being adequately accommodated. We must assess the reasons for these discrepancies and begin a plan of action to develop both the integration of services and a continuum of care. In our quest for providing services that will in fact make a difference, we need to set our goals and agree to a process of widespread and scientifically defensible collection of data on our delivery of services and the manner in which we provide them. Through the accumulation and productive use of this data, we should be able to place ourselves in a position of making more responsible decisions on mental health care.

Towards this end, we should look specifically to epidemiological research to discern demographically which part of the population is most in need, during which period of the life cycle, and according to relevant geographical or localized appraisals. If there are standards which we define by legislation or codes of practice, we equally need to accumulate evidence about whether these standards are being effectuated and adequate resources provided by government or other institutions to realize these rights-oriented ideals. We must be ready to reorient mental health law reform to the core needs of patients and their families. Many of the parts of the system everywhere in the world are discordant with one another and must be re-coordinated to create a sensible puzzle which conveys some meaning in the larger picture. This should also include a well thought-through plan of action on those policies concerned with prevention.

With an increasingly aging population and the consequences of shifts that have occurred from rural to urban environments, we are faced with, as Dr. Moriyama rightly points out, challenges that need to be frontally addressed. We have come to understand that effective medical treatment must include support structures for daily living. In practical terms, this means that an effective care system must look carefully at all the options available in community-based delivery as well as in an interactive relationship between community and institutional care. As we move from hospital to community settings, the administrative structures and responsibilities become scattered along an extensive trajectory of government, health and social service agencies. What we are faced with is nothing less than a major undertaking to coordinate this vast array of services. Because costs are an issue facing decision-makers who are attempting to monitor the application of standards through courses of treatment, there is furthermore the need to assess the cost-effectiveness of the multiple sets of providers who are operating in different settings.

## ***Transplanting Models in Mental Health Reform : Lessons and Projections***

As we are aware, there has been a steady decline in the 70s and 80s of psychiatric beds in most of the Western States. In contrast, the numbers have been accelerated over the past thirty years in Japan where the psychiatric hospital has remained the major environment for the delivery of services. In the past decade, however, we may note that there has been some decrease in the number of psychiatric beds and that Japanese mental health policy has joined in the trend to support community integration. This shift in policy is reflected in recent legislative reforms associated with the normalization of persons with mental illnesses and facilitation of public funding of community care options including residential facilities and rehabilitation services.

From the experience of certain Western European nations who have dynamically entered into the process of creating elaborate community care support services, we can observe that, without unifying extensive government support and community-based interests, the improvements, if any, are often short-lived. A good case study is Italy, which moved dramatically into the community and away from the large model of the asylum, beginning with the innovative community-oriented reforms of Franco Basaglia in Trieste in Northern Italy in the early 1960s and which culminated in the dramatic mental health law reforms of 1978. This radical undertaking, premised upon the Public Law 180, had as its intention the dramatic closure of the mental hospital as an institution.

Tracing the implementation of the Italian law is useful for two reasons: firstly, because the Italian experience can be related to specific cultural and economic variables; and secondly, because the politically-oriented application of the law was attached to a structure of regional governments. The regional divisions in Italy were both numerous and diverse, and the implementation, as could have been expected, has been highly inconsistent. Their experience demonstrates that official legislation, that is, the law as it is written on the books, in the arena of mental health, is only one marker we can use in assessing the success of a given system. In fact, it is in the analysis of the interplay between legislation and its implementation that we locate in every

quarter of the world the real problems as they present themselves.<sup>3</sup> The key to effective mental health law reform throughout the industrialized nations has been to locate the socio-economic variables that have frustrated or enhanced the prospects of effective community services. The Italian so-called miracle, well-implemented in certain sectors of Northern Italy, for example in Trieste and Verona, have told us a particular story that has implications for other jurisdictions. A sustained commitment to community support while maintaining adequate relief services for mentally ill populations is the same key to the mental health puzzle wherever and however mental health law reform projects have taken hold.

Most importantly, despite our most elevated intentions, there are financial burdens which remain in the movement from hospital-based medicine to community services. Infrastructures, personnel, and physical plants remain in place with fixed costs; and with limited budgets, the creation and fostering of new professional realities are often frustrated to the point of blockage. Well-meaning movements from overly centralized structures to expected greater efficiency in small-scale delivery have not been systematically effective. We are, in fact, in the early stages of being able to assess the transition from hospital to community, from large-scale to small-scale. What we should be admitting is that it is in the inevitable interplay between necessary institutions and innovation that we will be able to locate what best suits a particular socio-cultural environment. We should always be aware that transplanting models is essentially that, and that unless there is a cultural translation that actually imports meaning we should remain not only cautious but cynical about prospects for a positive outcome.

We may conclude our remarks about Italy by documenting the following. Ten years ago, the long-term patients in Italy had dropped by approximately 80% in a period of fifteen years. The studies have revealed that in Italy, in contrast to certain other jurisdictions, the patients have not been re-found in the criminal justice system or in the creation of private institutions. Herein the cultural variable: small general hospital psychiatric wards and community-based facilities, which involve community mental health centres and residential treatment programs, have worked effectively where there has been a serious attempt to provide the necessary resources. There also have been some strong developments there in worker cooperatives where mentally ill persons have attained some degree of productivity. The overall evidence in Italy

---

<sup>3</sup> L. Burti & P.R. Benson, "Psychiatric Reform in Italy: Developments Since 1978" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 373. [footnotes omitted]

supports our key point. Well-coordinated care can alter entrenched realities in the mental health sector.

The Italian miracle has, as noted earlier, been no miracle at all. The legislation has been truly effective only where social cultures have responded sympathetically and have not viewed the legislation as a device which threatens to undermine social order or the productive life of mental health professionals. The socio-cultural variable of course includes community and health services working with families who remain the mainstay, wherever possible, of social rehabilitation and reintegration.

### ***Focusing on the Delivery of Care : Integrating Costs and Services***

Treating mental illness as a medical problem clearly has gained favour with recent emphases on the biological and neurological, indeed genetic, foundations of mental illness. Furthermore, the relation of mental illness to physical health is in the throes of being more effectively documented. Thus, it is argued that service interdependencies should be put into place and that mental illness should be part of the general hospital reality. According to this approach, what is needed is effective insurance to integrate mental health services into an effective continuum of care. From this perspective, eligibility should not be based solely on the diagnosis of a serious mental illness as this could arguably compromise the motivation of service providers to treat illnesses in their early stages. A reimbursement structure that is hospital-focused and medically-related is only one – and not necessarily the best – option. In a social system, such as that of the US, where there is insurance for the wealthy, and public facilities for the poor, a divergence of treatment and protection has been a natural outcome. Indeed, where models are overly medicalized, community non-medical support structures will be understandably downplayed. Further, an overly medicalized approach is one that appears consistently to fail to deliver on what should be the main goals of any system, namely a resilient treatment approach that is cost-effective.<sup>4</sup> The failure of systems that are not sufficiently inclusive of non-medical treatment options supports the proposition that there should be full inclusion of all types of mental illness in health insurance schemes, which, with competition amongst a variety of service providers, would maximize cost-effectiveness in the administration of mental health care.

---

<sup>4</sup> S.P. Mangen, “‘Continuing Care’: An Emerging Issue in European Mental Health Policy” (1994)

40 International Journal of Social Psychiatry 235 at 241.

There are opposing forces to the medical inclusionist position. This line of thinking is related to the idea that medical diagnosis remains elastic in psychiatry, namely, that mental illnesses differ both in kind and degree, having diverse etiologies and effects. A corollary of this is that we should address ourselves to the issue of elastic costs and avoid paying horrendous medical bills lest we bankrupt our health systems. The counter-argument to this criticism is that flexibility in an insurance system need not be equated with unrestricted expenditures.<sup>5</sup>

Whether one embraces an overly medicalized or inclusionist approach, there is still the question of which group should be prioritized. One perspective holds that, in light of limited and in some cases constrained economic resources, only those mentally ill who are in the greatest need should be given parity with treatments available for physical disability. Further, it is argued that those who face more severe mental illness are clearly in greater need of mental health services. This position draws strength from the practical consideration of evidence of the successful treatment of severe mental illness, and from the social interest in correcting the historical record of maltreatment and discrimination of persons with severe mental illness.

Debates about how to prioritize the allocation of mental health services now permeate discussions about mental health policy everywhere. Each country has its own specific history and pattern of protection and insurance, and it is extremely important that we do not forget the historical and cultural origins of the debates as they have unfolded in specific instances. Without considering the unique context and circumstances of a given jurisdiction, we could witness a repetition of what occurred in the 1970s and 80s with respect to the transplantation of mental health legislation from one jurisdiction to another. This would be analogous to those situations where countries, in panic and frustration, import ready-made economic structures which did not respond effectively to their own specific needs.

What is required in the configuration of an effective mental health policy is an articulation of the nuances in terms of family life, incentives for work, orientation of persons and various levels of government to welfare-minded initiatives. We equally need to clarify the relationship between private and public sector insurance provisions, the training and attitudes of mental health professionals, the specified roles and models of legal representation and advocacy, and the employment of judicial or administrative decision-making to effectuate whatever plans or standards are put into

---

<sup>5</sup> See also D. Rochefort, "Mental Health Reform and Inclusion of the Mentally Ill: Dilemmas of U.S. Policy-Making" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 223 at 227.

place. Without a careful analysis of all of these intersecting variables, reimbursement schemes will meet the same end as exaggerated or misguided legislative enactments did in preceding decades.

### ***Continuing Care : Assuming Professional Responsibility***

Our difficulties are further heightened by the fact that our scientific understanding of facilities and their effectiveness “out of hospital” is inadequate. Data is difficult to obtain because services often fall into the ill-defined area that exists between health and social services. This is compounded by the fact that responsibilities for deinstitutionalized patients are located in an ambiguous zone involving voluntary workers, families, and local political authorities in particular. Within these communities, there is a limited capacity for monitoring services and gaging the efficacy of their interventions.

All large-scale mental health systems must cope with the problem of a need for continuing care. In practical terms this means that we accept that long-term patients are not necessarily chronic in the sense of being institutionally dependent throughout the course of an illness. Rather, it means that there are significant numbers of patients within any mental health system who are “in and out” users of complex structures of services. Within this core population, there continue to be limitations with respect to legal entitlements and recurrent problems in the administration and coordination of services. The issue of costs permeates the decision-making process throughout the system.

We should readily admit that in almost all advance economies there are ambiguities about the parameters of private versus public entitlements and that insurance schemes, even when public, have private components and *vice versa*. Adding to the difficulties are the transitional nuances that accompany a movement from highly centralized models to localized units of delivery and application. Within these decentralized units, mental health professionals are often conflicted about their appropriate professional roles and are in need of direction and reeducation.

Although there has been a strong tendency to create greater efficiency and responsiveness to localized problems, the preservation of the principle of geographic equity remains a challenge. We are hard-pressed in many instances to guarantee minimum uniform standards, and as we increase the plurality of decentralized players

in the system, unpredictable and uncontrollable political variables come into play.<sup>6</sup> Critically, decentralization has changed budgetary relations between central, regional and local health and welfare agencies. Typically, the seeding of authority – and particularly when this is by central government – has been exploited as an opportunity to reduce budgetary commitments.

In a recent review of the Thatcher policies in England on the delivery of mental health services which derogated decision-making to smaller units on more cost-efficient bases, one author noted that the UK experience has paralleled other welfare states. Resources have become increasingly slender and the contest of wills among established and newly created service providers has compromised the effective delivery of care. Regardless of whether we possess the knowledge or technology, or indeed the evidence about the programs that can be made available so that mentally ill persons can improve their independence and quality of living, the success ratio of viable community-based services has regrettably been low. In fact, there is great variability in the experiences of countries of similar economic capacity, even those with parallel universal health schemes, in mental health policy-practices, and to date we possess limited knowledge about the effectiveness of the actual practices in place.  
7

Despite these pervasive realities, mental health professionals and social planners may still constructively apply themselves to identify the basic principles for effective law reform. We have already come some distance in redressing earlier imbalances between institutional and community-based support systems. In many jurisdictions, there are a broad range of available services that not only include treatment and rehabilitation, but also preventive and educational supports. In many places in the world, we have realistically created regional and local institutions to allow mental health systems to be more responsive to individualized needs that reflect geography, ethnicity and populations affected by specific illnesses. We have created and implemented programs that reflect the necessity of making available informal contexts for the delivery of mental health services, often involving volunteers. We

---

<sup>6</sup> As one astute observer has commented, “The common view to emerge is that, in important ways, in the absence of effective overarching administration, decentralization of governance and of health and social services can exacerbate problems of delivering integrated services to the client.” See Mangen, *supra* note 4 at 239.

<sup>7</sup> E.J. Hollingsworth, “Mental Health Services in England : The 1990s” (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 309 at 322.



have increasingly accepted the importance of seeing patients as consumers of services, and as a complement, families as coworkers with mental health professionals and patients in the process of identifying, delivering and evaluating needed treatments and services.

In the scientific domain, we are beginning to amass data which will help us become more accountable both to patients and decision-makers about what works and at what costs. Agencies and institutions are becoming increasingly self-reflective about how they can most effectively interact with other units in the mental health system. Of course, resolving many of these problems is made easier when there is a single-payer system as opposed to the a multi-faceted insurance structure that exists in jurisdictions such as the US. Despite the aforementioned tensions engendered by the reduction of health budgets, there is also a positive dimension in some of our programs of social and legal reform. This has been reflected by an emerging willingness of professional parties in the system to agree that, given the financial constraints that have become a constant and almost universal presence in the industrialized countries, there is no choice but to act according to principles of openness and cooperation in fostering solutions that are the result of recognizing a range of interests rather than attending to short-term needs of specific groups, whether they be professionals or consumers.

What we need to do is embark on a project of identifying which are the best institutions and practices realizing specific aims and objectives of our respective mental health systems. We are likely to find that we can list key elements that are necessary but insufficient in and of themselves to constitute an effective and morally responsible mental health apparatus. There is widespread agreement that we need to find the best case management programs that are assertive and community based. For persons needing continuing care, we need to implement crisis programs in the least intrusive manner. In the area of housing, we must commit ourselves to providing professionally supervised community residences and to assure necessary governmental support. To successfully implement these policies, governments should undertake to fashion statutory guidelines ensuring access to mental health services.

Treatment alternatives must be continually clarified and evaluated. We should avoid "either/or" thinking and rhetorical or ideologically-driven critiques in periods of frustration. What we have come to know is that it is through a balance between hospital and community services that patients will be properly attended to. Having accepted that, we must develop the appropriate structure to accommodate the diverse needs of specific regions and populations. We should be wary of any moves towards

decentralization that contribute to the erosion of central and authoritative standards which carry ethical significance. As we have observed, effectiveness at the expense of professional standards should be questioned and confronted. Welfare-oriented nation states like Canada still carry the responsibility of maintaining standards that can be applied consistently for the benefit of all citizens. If there are exceptions, they should only be on an experimental or short-term basis, as mental health care and services form part of a state's moral responsibility. However, we must avoid the pitfalls of excessive concentration of power at the centre, which may be overly bureaucratic and too rigid to respond to consumer needs.

We must make it an objective of mental health law reform in the next century to involve consumers of mental health services to the greatest extent possible by re-engaging their best efforts to make decisions affecting their well-being and their eventual reentry into productive citizenship. This means that we must commit ourselves to programs of funding for leadership training that will assist consumers in articulating their concerns. In addition, we must educate our mental health professionals and the public about the activities of consumers in a non-stigmatizing manner. We should also assist families who can be engaged in all the processes affecting their immediate family members. We should continue to experiment with and to sustain programs which support the employment of mentally ill persons and be prepared to evaluate programs that are conducive to psycho-social rehabilitation.

In mental health law reform, there will be no one model for creating a perfect body constituting a Mental Health Authority. Each socio-political-economic culture must find its route to effectuate a plan that can meaningfully distribute responsibility between central and decentralized bodies. What works in one setting will be anathema elsewhere. Much will depend on the character and type of decision-makers who are placed at various levels in any given system of decision-making and delivery. The challenge to integrate systems both vertically and horizontally, remains a real issue for planners everywhere. First and foremost, we must be able to reflect internally on our own systems, both in the light of universally shared values and based on relevant criteria that emerge from established practices and norms of a particular environment. Mental health professionals should have a sense of moral obligation in searching for the standards and goals that should be the motor in determining their responses to suggested changes from government. Government, on the other hand, must strive to preserve professional standards in the mental health system. Cost-cutting, which disturbs this dialogue, should be protested against by responsible agents of the mental health system in all professional quarters. It is necessary, therefore, for mental health

professionals to group together to request and even demand of government and other corporate interests, such as insurance enterprises, that responsible and quality services be protected. This means that mental health professionals should be prepared to establish partnerships with their legal counterparts, consumers, and appropriate political forces, including the media, to strengthen their requests for the guarantee of responsive and responsible mental health services.

It is through such partnerships that we can over time build towards an international consensus of values that will enhance the prospects within both the public and private sectors of improving the quality of life for persons in need of mental health services. We must give all our best efforts to devising the ways and means for ensuring a continuity of care that is responsive and sensitive to specific patients in the context of diverse locations, and tied to real reference points in mental health services. Continuity without integration would be tantamount to admitting defeat in achieving our collective objectives. We have suggested today that we have arrived at a stage in mental health policy where reasonable persons should not come to unreasonable disagreements about what are the key issues that need to be addressed. Hospital care will remain a necessity. Hospitals without community services will regress into asylums. Community services without public support will fall by the wayside.

The dialogue between government and mental health professionals carries with it the weighty moral burden of redressing the wrongs that have been done to mentally infirm persons over centuries. In fact, it will be the measure of our level of civility that we devote ourselves to finding basic principles together for creating the kind of legislation that will allow professionals to use their training and best resources to cooperate in integrating not only mental health services, but also persons suffering from mental illness, into the pluralistic society that is the measure of a real democracy.

## 精神保健改正： 21世紀に向けての評価

by David N. Weisstub

Philippe Pinel Professor of Legal Psychiatry and Biomedical Ethics,  
Faculte de medecine, Universite de Montreal

私たちは、世界が関心を寄せた10年前の日本の精神保健法の改正の目撃者である。この改正は、他の先進諸国に比べて、精神病患者に対する日本の治療の質の悪さや人権保護の低さが批判的となり、これに日本政府が反応したために行なわれた。国際法委員会 (International Commission of Jurists) からの監査記録などにより、極度に悪質な治療の現状がスキャンダルになり、日本の病院関係者や政府機関や精神保健専門家たちが屈辱を受けたことを、あなたも思い出すのではないだろうか。それ以来、日本だけではなく西洋の先進諸国でも、さまざまな政治的、経済的变化を経験してきた。こういった状況の中、現在はこれらの改正を振り返り、評価し、査定する時期にきていると思われる。

1980年代後半は、西欧諸国が法改正やメンタルヘルス施設や病院の変化を大急ぎで行なっていた頃であり、当時の日本が西欧諸国に比べて、20年は遅れていたことを認めざるおえない。精神病患者の強制入院に関する司法権や法的基準に関する法的決断がきちんと発表されていた点から言えば、アメリカが先端を行っていた。しかし、例えばイタリアでは精神病院閉鎖といった革新的な変革が行なわれていたように、ヨーロッパ全土では、さまざまなコミュニティ精神保健の動向が起きていた。英国やカナダ、オーストリアといった国民皆保健 (国民保健) のある国でも、同様であった。

1970～80年代、世界は、精神医学の悪用に敏感になっていた。極端な例では、ロシアやキューバや幾つかの南アメリカ諸国では、全体主義体制のもと、精神医学が罰を与えるのに利用されていたため、厳重な国際視察の対象におかれることになった。精神科の乱用に関する一般の関心が高まっており、報道メディアや討論会でこの話題が取り上げられるようになった。

1960年代と70年代の社会活動と法介入に関する精神病患者の状況は、他のマイノリティ・グループと同じ扱いを受けるようになった。西欧諸国では、人権擁護団体が患者や家族や専門家の要求や権利を代弁するようになり、治療サービスや保護義務権、患者の人権保護についての明確な説明が求められるようになった。そして、強制入院や、それに関連する様々な権利を制限するために裁判で証言する際の専門家の行動規範や書式手続きの見直しが要求されるようになった。

今世紀の最後にあたる現在において、政治の保守傾向や財政困難という事実のもと、ここ数十年の大規模な変革が逆行されてきている現状を、我々はよく知っている。現在の状況は、30年前とは根底的に異なっている。西欧諸国が、すでに法的に獲得してきた擁護と利益を、日本政府が具体化しようとしていたのだが、今では西欧諸国は急進的な変革とその長期影響のもと、危機が生じている。私がここで意味しているのは、東洋と西欧の政治的経済的現実の仕切り直しにおける、興味深い歴史的屈曲である。精神保健政策は国際化してきた。精神病患者とその家族の権利を守るため正しい決断をしなければならないという重圧の元、私達は、私達が共有する問題について真剣に話しあわなければならない。

### 法律重視現象； 社会的両極化

アメリカの強制入院に関する経験にふれずに話を進めるわけにはいかない。アメリカのこの問題を社会変化の観点でとらえたからである。強制入院に関しては、他の国の政府もアメリカをまねた。強制入院が危険がどうかの基準で、法的手段を用いて決められるようになった。この危険性に基づいた基準は1980年代から1990年代に、ドイツ、オランダ、イギリス、ロシア、イスラエル、台湾、オーストラリア、カナダなどの様々な国で見られるようになった。アメリカとは異なる入院基準と手続きに目を向けると、イギリスの精神保健法は健康と安全性の方向に進んで、患者の保護に対して、社会のより寛容な態度を反映している。これは患者の自立重視のアメリカ的なアプローチと対比される。イギリスを含む幾つかの国では、強制入院と精神病患者の権利の審査は法的な構造よりも行政的な構造で行なわれ、パネルによる決定モデルの方が、弁護士と検事の対決モデルよりも、よりデリケートにニーズに応えられると考えられた。

アメリカのこのモデルは、裁判権という形で他の国にも持ち込まれ、20年前には、精神病患者の市民権に関するいかなる事についても、法廷で戦う雰囲気が定着し、このモデルが勝利を収めたと思われた。そして、このモデルによる入院に関する法律が相次いで多くの国に取り入れられ、重症であっても危険がないならば、精神病患者は市民権を脅かされることはなく、ケアが得られないような最悪の環境に陥っても、精神病患者の自律の保持が何よりも優先されるようになることを示唆した。

歴史は、そこで終わったのではない。アメリカや他の国において、法律と意志決定のあり方についての方向性が変わってきた。すなわち、精神病患者の権利よりも、ニーズに焦点をあてるべきだという方向性がでてきたのだ。これは、精神保健法が1950年代に逆もどりしたことを意味するのだろうか？ それとも、最近の傾向を反映した、意味ある前進なのだろうか。急進的改革が行なわれる以前の州立病院の状態は悪く、最低レベルの精神科ケアが行なわれていた。そして、効果についての確かな証拠もないまま、暴行が加えら

れることも多くあった。当時の経済状況がこれらの州立病院への資金を許容し、貧しく社会的にマイノリティーである多くの精神病者に、家として州立病院が与えられていた。

科学と経済と社会的理由で、政治家が動きだした。新薬や、コミュニティーサービスができたことによっても、精神病者は社会に身をおくことができるようになった。数十年間アメリカはこのモデルを経験したが、その後は精神病者が広範囲な改革の犠牲になっているという批判が始まった。危険を基準に入院を制限しているアメリカの法的決断に対して、アメリカの精神科のリーダーたちから、怒りが表明され、裁判で強制入院を勝ち取るようになった。これには、刑務所が精神病者で一杯になっているという社会批判と、重症ケースにおいては、裁判によって精神病施設でケアを受けることが拒否されたために、家族が崩壊してきているという背景があったからだ。そして、当時はしばしば右翼と左翼がむちゃな結託を行い、精神病者が見捨てられ、ホームレスや犯罪に陥っているとの批判もあった。

しかし、現実はもっと複雑である。思春期や青年期の若い男性が攻撃的になり、社会的脅威集団となっていたのも事実だが、それはほんの一握りであった。また、入院率の実証研究において、長期の強制入院者人口には、大きな変化はなかった。真の問題は、危険のある者もない者も、両者の精神病者に対応する、効果的なケアであって、法的定義ではない。

実証研究が示したことは、裁判官あるいは管理を委託されている専門家には、入院が違法であっても、精神病者への真のケアと、家族の保護と、社会秩序の三者にバランスをとれた決断の責任があるということである。過去20年間で示したことは、世界の我々が直面している問題は、自他に危険があるかどうかではなく、治療を必要としている精神病者への対応だということだ。

劇的な法改正による最初の影響は、精神科専門家や政策を作る者が、最大限に法律にそった書類を作成するなどの、防衛手段に現われた。しかし、規定が狭義に解釈され、入院率が減少するなどの適応期間が終わると、判事や弁護士や精神衛生専門家や家族は、自分たちの道徳的直感にもとづいて結論を出すようなメカニズムを作り出した。

反精神医学の気風が強く、コミュニティーサポートシステムと家族への期待が実現しなかった最初の数10年の段階を経て、現在ではほとんどの先進諸国が慎重になってきている。自国の専門家をういて道徳的優位を主張し、他の国を攻撃することは正当ではない。精神保健帝国主義は終わりを告げなければならない。精神病者の現状は危くなっている。それは、制限の質に関するのではなく、政府が困難な精神病患者に必要とされているサポートを躊躇しているからである。これは、数十年かけて獲得してきた精神病患者の権利が、数十年前に戻ったことを意味するのではない。逆に、精神病者が法廷で獲得してきた

ものを尊重しながら、一般の文化と精神病者の日常生活と社会の統合を行わなければならないことが意味している。そして、精神病患者への違法行為を防ぐには、一般大衆の態度が最大の武器となるだろうということだ。

#### 改革の時期

日本に視点を移せば、日本は1988年の改正以来、精神保健審議会が設けられたが、審議会への依頼はほとんどない。数年前に発表された法と精神科の国際雑誌によると、1991年の申請率は0.2%であり、それによる退院ケースは11ケースである。1988年の改正による急速な変化を、国際委員会は期待していたのだが、日本の精神科入院数が30万であることを考えると、委員会が予想した以上の日本の社会構造の根強さをこの統計の数値が証明している。他の社会文化においても、同じような現実があるのは事実だが、それぞれの文化的態度には相違がある。退院の数よりも、もっと大きな問題は、病院における実際の治療の質であり、地域精神保健ケアにおいて、何が行なわれてきたかであり、何を行なうことができるかである。

日本人の著者の中には、1988年の法令が精神病患者援護の地域モデルを承認しているにも関わらず、政府がそれに必要な資金を出していないと論じている者もいる。これはおそらく、国ではなく、家族が精神病患者の重荷を背負うべきだという、日本の文化と歴史によるものだろう。すなわち、国にとっては、家族に代わって面倒をみることができる唯一の最終選択が、病院だということである。つまり、国際的プレッシャーによって法改正はされたものの、日本システムの真髄では、これに満足していなかったということだ。日本社会を「福祉国家」と呼ぶことができるとしても、日本はこれだけの急速な経済発展と進歩を経験してきたにも関わらず、日本政府の福祉発展への歩みは実に遅いと言わざるおえない。しかしながら、日本には他の先進諸国と問題を共有する責任がある。1990年代と次の21世紀への挑戦は、きびしい経済状態の中で、精神病患者の立場を明確にすることである。そして、教育を通してどのようにボランティアや家族や精神病患者へのサポートシステムを援助するのか、保険や国の協力構造からどのような援助を受けるか、現存するニーズに応えるための貴重な連携をどのようにつくっていくのか、それを明確にしなくてはならない。

人権に関しては、東洋と西欧の両方の文化圏から、私たちの批評をまとめ、それらの厳格な考えを適用していく必要がある。そして、精神病患者の人権保護と治療に関し、そしてそれらの正当性について、最低限であっても、倫理的に広く受け入れられるような、意味ある基準として明言していくことができるのかどうかを、見極めなくてはならない。さらに、精神病患者への適切なサービスの提供を保障するために、私たちが政府や病院組織に正当な要求をするとしたら、そこに中核的価値観があるのかどうかも見極める必要がある。

このように多くが必要とされる現実に向かって、私たちが適切なメンタルヘルスサービスのために必要としていることは、倫理的価値と法律的価値を結びつけるための、一連の基準を設けなくてはならないということだ。これには、メンタルヘルスサービスへの要求をまとめ、適切な調整ができない状態にあるのは誰なのかを見極めることから始め、たくさんステップを踏まなければならない。これらに相違があるならば、その理由を査定し、統合的サービスと治療の継続性の発展のための活動計画を作り始めなくてはならない。実際に効果があるサービス提供を追求している私たちにとって必要なことは、目標を設定することであり、サービス供給とサービス提供のあり方に関する、科学的に弁護できる広範囲なデータを収拾することである。これらのデータを積み重ねそれを有効に活用することによって、私たちはメンタルヘルスカケアに関するより責任ある決断をすることができるようになるだろう。

さらに、地理的あるいは地域的な査定にそって、どの人口が、どのライフサイクルの時点で、最も精神ケアサービスを必要としているかを、人口統計学的に識別するための疫学的研究を詳しく検討しなければならない。法や規定で定義されている実践基準があるならば、それらの基準が有効なのかどうか、あるいは、政府や病院施設から理想実現のための適切な資源が与えられているかどうかを評価するための、実証データを集積しなければならない。私たちは患者と家族の真のニーズに向けた、新しい精神保健法の方向づけに向かって、準備をしなければならない。世界の多くのシステムがバラバラで一致していない現状にあっては、それぞれがもっているパズルを寄せ集め、皆で意味のある大きな全体像を創っていくためのコーディネーションが必要なのだ。そして、そこには予防に関する熟考された政策も組み込む必要がある。

私たちは高齢化や、地方から都市への都市人口集中化に直面している。これは、森山先生が指摘しているように、私たちの目の前の挑戦である。私たちは、効果的な医療には、日常生活を支える構造のサポートが含まれていることを、理解するようになった。これは、効果的なケアシステムにおいては、地域基盤の供給における全ての選択肢を、注意深く検討しなければならないことを意味している。病院から地域に場を移すと、その管理構造や責任構造は、政府機関や健康・社会サービス機関の路線がバラバラになってしまう。私たちが直面していることは、これらの膨大なサービス群の調整に他ならない。なぜならば、決断を下す者にとっては、出費は重要な問題である。そのため、彼らには治療に関する基準が適切に実行されているかを監視し、さらに、それぞれの場で提供されている複数のサービス提供の、全体的な経済効率を査定する必要がある。



## 精神保健改正におけるモデルの移植：学んだこと、今後の展望

70年代～80年代にかけて、ほとんどの西欧諸国における精神科ベット数は確実に減少していった。これとは対照的に、過去30年間の日本における精神科ベット数は増加しており、精神病院は日本のサービス提供の中心の場として残存してきた。しかしながら、この10年間の精神科ベット数はいくらか減少してきており、日本の精神保健政策が地域との統合をサポートする傾向にあるということは、付け加えなくてはならない。精神病患者のノーマライゼーションに関する最近の法改革や、住居施設やリハビリテーションサービスを含む地域ケアへの公共資金の促進に、この政策移行が反映されている。

地域ケアサポートサービスへと突入し、劇的な変化をとげた西欧ヨーロッパ諸国の経験から言えることは、統一した大規模な政府のサポートと地域基盤への強い関心がない国では、その成果が短命であるということだ。よい例としては、大規模な収容モデルから離れ、地域モデルへの劇的な変化をとげたイタリアである。北イタリアのトリステのフランコ・バサグリアにより、斬新な地域指向改革が1960年代初期に始められ、1978年には劇的な精神保健法の改正を極めた。この急進的な事業は広報180号に基づいて行われ、施設としての精神病院を劇的に閉鎖しようとするものだった。

このイタリアの法律の実践を追跡することは、二つの点で有意義である。一つは、イタリアの経験は特殊な文化と経済の変遷に関係しているからであり、もう一つは、この法が地方政府の構造と結びついた政策的な適応であったからだ。しかし、イタリアの区分地域にはばらつきがあり、従って実践も一貫していない。公な法律制度における法とは、文書に書かれたものであり、精神保健という土壌においては、システム運営に関する一つの指針にすぎない。実際には、法律とその多様な実施のあり方との間に、本当の問題がある。先進各国における効果的な精神保健法改正の鍵は、効果的な地域サービスを促進させたり、沈滞させたりする社会-経済的要素を見出すことにある。俗に言われるイタリアの奇跡は、北イタリアのいくつかの地域で、確かに起きた。トリステやヴェロナはその例である。どこで、どのような精神保健法改正が行なわれるにしても、精神保健がかかえるパズルを解く鍵は、適切なサービスを精神病患者に開放しながら、地域サポートを重要視し続けることにある。

我々の意図に関わらず非常に重要なことは、病院を根拠地におく医療を、地域サービスへと移行させるには、資金的負荷がかかるということだ。基盤設備や人件費は、動かすことができない出費である。予算の制限の中で、新しい専門性の確立や育成を中止せざるおえない事態が頻繁に起こる。中央集権構造から小規模な地域構造へとサービス提供の転換は、その意図は行為に満ちたものであっても必ずしも効果的に実施されていない。私たちは、病院から地域へ、大規模から小規模への変遷を評価できる、初期の段階にいるのは事実である。必要とされている病院施設と改革との間には必然的な関係がある。私たちには、

それぞれの社会的文化的環境に最も適合するような形で、それを落ち着くかせていくことができるということを認めなくてはならない。他からモデル移植するということは、実際には意味を輸入し、それが文化的に翻訳されるということだ。これがない場合には、私たちは良い結果の可能性に対して懐疑的なだけでなく冷笑的な立場にならざるをえない。

イタリアについてのコメントは、次の記録をもって結論にしたいと思う。10年前の調査では、イタリアの長期慢性患者は15年間の間に、おおよそ80%減少している。この研究調査によると、これらの患者は刑法組織にも、私立施設にも収容されていない。小さな一般病院の精神科病棟と、地域保健センターや住居治療プログラムなどを含む地域基盤の施設が、必要な資源供給に真剣に取り組み、効果的に機能してきた。さらに、精神病患者にある程度の生産性を生み出させている、就労組合の強力な発展もある。イタリアが証したこれらのことは、我々の要点を裏づけるものである。すなわち、よくコーディネートされたケアによって、精神保健の現実が豊かに変わるということだ。

イタリアの奇跡と言われていることは、別に奇跡ではない。法律が、社会秩序と精神保健専門家らの活動を軽視し、脅しの道具として見なされることなく、同意をもって受け入れられた社会文化でのみ、法律が真の効果を生み出したということだ。もちろん、地域健康サービスと社会リハビリテーションとの再統合において、中心的役割を担う家族への働きかけかも、この社会的・文化的変数に含まれている。

#### ケア供給に焦点をあてた：コストとサービスの統合

最近では、精神病の生理学的、神経学的、遺伝的基盤が強調されるようになり、精神病を医療問題として治療する傾向が主流となっているのは確かである。さらに、精神病と身体疾患の関係を効果的に記録することが難しいのが現状である。ゆえに、相互に依存し合うサービスと一般病院の治療対象に精神病をおくべきかどうかについて、話し合わなければならない。このようなアプローチにおいては、精神保健サービスを効果的なケアの継続性を含んだ形で医療を統合するような、効果的な保険が必要となる。この観点に立てば、保健の適用は重症の精神病の診断にみに限るべきではない。そうなってしまえば、治療サービス提供者が早期に治療を行おうとする動機を削いでしまう危険性がある。病院と医療費のみに限る保険金支払いの構造が、唯一の選択でもなく、最善なものとは限らない。アメリカのように、富む者に保険があり、貧者に公共施設があるような社会システムにおいては、治療と保護に必然的な相違が生じる。また、極端な医療中心型モデルでは、医療が優先され、医療ではない地域でのサポート構造は軽視される。更に、過剰に医療中心的なアプローチは、そのシステムの主目標であるはずのもの、即ち経済効率の高い弾力的な治療アプローチを常に提供出来ずにいるように見える。ゆえに、全てのタイプの精神病を、健康保険計画に取り込むべきであり、その結果さまざまなサービス供給者間の競争によって、

精神保健ケアにおける最大限の経済効率が期待できるという考えは、医療以外のオプションを十分に組み込まないシステムが失敗している事からも支持される。

(医療以外のオプションの)組み込み論に反対の意見もある。その意見は精神病には種類も程度も異なる多様な病因と効果があるため、精神科における医学診断に柔軟性をもたせなければならない事と関連がある。従って、コストの柔軟性に付随する問題に適切に対処しなければ、巨額な医療費支払いは避けられず、保健システムを破産させてしまうという主張である。そのような批判に対して、柔軟な保険システムは必ずしも無制限の医療費支出には結びつかないという反論もある。

極度に医療中心的な立場に立とうとも、組み込み論に立とうとも、消費者のどのグループに対して優先順位を付けるべきかは重要な問題である。経済資源には制限があり、場合によってはきびしい経済状態にあることを考慮して、非常にケアの必要が高い精神病患者に限っては、彼らを身体疾患患者の枠に入れ、治療を受けさせてはどうかという考えもある。それに加えて、重症の精神障害者は明らかに精神保健サービスをより以上に必要としているという意見もある。この立場は、重症精神病への治療効果の高さが証明されていること、そして重症精神病患者への虐待や差別の歴史を顧みる社会的関心の高まりに支えられている。

今やどの国の精神保健政策討論においても、精神保健サービスの配分の優先順位に関して、どのように保険金還元を行なうべきかが討論されている。どの国にも、独自の歴史と保護と保険のパターンがある。私たちにとって極めて重要なことは、表面にこそ出されなくとも、その歴史的、文化的背景を忘れてはならないということだ。1970～80年代は、一国の精神保健法を他国の法律に移植しようとした時代である。しかし、その国では効果がないような、他国が作った既成の経済構造を輸入し、それが国をパニックと怒りに落しめることが誤りであるように、精神保健法の無理な移植は誤りである。

計画や基準をもうける場合に必ず必要なことは、家族、仕事、方向性、さまざまな政府レベル、福祉的リーダーの有無などについての微妙な傾向（ニュアンス）を明白にすることであり、私的機関と公的機関の保険供給のバランス、精神保健専門家の訓練と教育、法的代表者の役割とモデル、法的・管理的意志決定に関する微妙な意味合いを明確にすることである。これらの相互に交差する全ての変数への注意深い分析がなくては、保険金還元システム計画は、過去数十年に起こったような、誇張され、指導を誤った法制定と同じ結末を迎えることになる。

専門家の責任としての： 継続的ケア

「病院外」施設の効果についての科学的なデータが不十分であることが、私たちの問題

をさらにやっかいにしている。病院外サービスは、保健サービスと福祉サービスとの不明瞭な土壌にあるため、データの入手が難しくなる。さらに、脱入院化した患者への責任は、ボランティアや家族や地方政治などを含む、曖昧な領域におかれる。このように、地域にあっては、サービスをモニターしたり、介入の効果を調査するのは難しい。

全ての広範囲な健康システムが持つ重要な問題は、ケア継続の問題にどのように対処するかである。施設に依存する施設化した患者の全てが慢性患者とは限らないように、長期入院患者が慢性とは限らない。また、精神保健システムに属する患者の中でも、「出たり入ったり」しながら複数のサービスを利用している患者人口は実に多い。しかし、このような患者人口の中核をなす患者に対しても、法的特権には引き続き制限があり、サービスの管理と調整の問題が継続している。システム全体の意志決定プロセスには、コスト（費用）が関わっている。

ほとんどの先進経済国では、私的保険で受けられるものと、公的保険で受けられるものがあるが、どのような時には私的保険で、どのような時には公的保険なのか、それらが曖昧となっている。そして、高度に中央集権体制であったものが、地方分権体制に移り、供給と申請が地方に移ることによって、問題はさらに困難さを極めている。このような地方管轄において、精神保健専門家が自分の専門的役割に葛藤を覚えることは多く、指示や再教育を求める声も聞かれる。

地方分散によって効率を上げ、地方問題に答えようとする傾向が強くなってきているが、地域格差をなくすことは難しい。最小限の統一した基準を保障するためのたくさんの例から強く言えることは、システムの地方分権化が過半数を越えてしまうと、予測不可能でコントロール不可能な政治的変化が起こってくるということだ。鋭い観察者であるロンドン経済大学のマンゲン博士は、次のように言っている。「全体を総括する効果的な管理体制がなければ、地方分権化した保健サービスと社会サービスが、利用者への統合的なサービス提供の問題を憎悪させることになる。」 決定的なことは、地方分権化によって、中央と地方、地方の保健機関と福祉機関との、予算比率が変わってきたということだ。決定に関する優先権があると、特にそれが中央政府の場合には、経済的責任を削減できるようにその権威を濫用することが典型的に見られる。

英国サッチャー政権による精神保健サービス供給に関する、最近の振り返りでは、経費効率を高めるために、より小さな単位に意志決定を委ねたことによって、意志決定の価値が下げられたと述べられている。エレン・ホリングスワースによれば、英国が経験したことは、他の福祉国家でも起こっていた。地方分権化によって、利用可能な資源は減少した。さらに、既存のサービスと新設サービスプログラム間の競争によって、残された利用可能な資源にさえ歪みが生じてきた。資源は現象し、既存と新設のサービス提供者の資源の取り合いは効果的なサービスの提供を阻害した。知識や技術があっても、精神障害者が独立し

て生活の質を向上するためにプログラムが提供されても、残念ながら地域に根差したサービスの成功率は極めて低かった。他の英国と同程度の経済力のある、そして同様に国民皆保険制度をとっている、同様の精神保健政策を取っている国々比べても、その効果は様々で、現時点で実際の効果についての理解は限られたものである。

このような厳しい現実にも関わらず、精神保健専門家と社会政策計画者は、効果的な法改正のための基本原理を明確にすために、建設的な努力を重ねているだろう。私たちは、病院施設と地域でのサポートシステムの不均衡を是正し始めている。多くの区域に、治療とリハビリテーションだけではなく、予防や教育へのサポートを含む広範囲なサービスがある。地理条件や民族など、精神保健システムが対象者の個々のニーズに応えることのできるような地方施設が、世界のたくさんの所で創り出されてきているのも現実である。また、ボランティアをなどの非公式な活動を利用して、効果的なプログラムも作られている。患者をサービスの消費者と見なし、家族は精神保健専門家の協力者として、治療とサービスを評価できる立場にあると見なされるようになり、そういった認識の重要性が受け入れられるようになってきた。

科学の分野では、何が効果的で、どのくらいのコストがかかるのかといった、患者や意志決定者に必要な知識となる信用のおけるデータが集積されている。機関や病院施設は、他の精神衛生システムの部門との有効な関係づくりをしてこなかったことを反省し、臨床的になってきている。アメリカのような多岐にわたった複数の保険システムと比べると、支払いシステムが単一の方が容易であるように見える。しかし、前述したように、厳密な医療サービスモデルから離れ、ケア供給の大きな枠組みのからなる精神保健モデルに移る時には、私と公の相違が不明瞭になる。社会改正と法改正を行なおうとしている私たちにとって、プラスとなった事は、システムの専門家たちがオープンになってきたことであろう。これは、どの先進国でも緊縮財政をかかえているため、専門家や消費者の要求に近視眼的に答えられないため、両者がオープンに話し合い協力しながら、解決策を見いださざるおえなかったからである。

私たちは、私たちが重要だと思う精神保健システムの目的や目標を実現するために、どの病院や施設、あるいはどの実践が最適かを明確にするためのプロジェクトに乗り出さなくてはならない。私たちは、効果的で、道徳的、かつ責任ある精神衛生の仕掛けが、内部から作られていくのに必要な、十分でなくとも必要条件のリストを作成することができるのではないだろうか。また、地域に根ざした積極的で、最も良いケースマネジメントプログラムを見つけなければならないということは、広く同意されている。継続的なケアを必要としている人たちには、最小限の侵入に留まった、真に利用価値のあるような危機プログラムが与えられなくてはならない。住居に関しては、専門的なスーパーバイズのいる地域住居を提供し、それに必要な政府からのサポートを確保するために、私たちは全力をあげなくてはならない。このような政策を効果的に実施するためには、政府は精神保健サー

ビスの利用を確保すべく、法的ガイドラインを設定すべきである。

治療のオプションについては明確に提示され、評価されなくてはならない。進展がうまくいかない時でも、私たちが「白か黒か」の思考や言葉だけや観念的な批判に走ることは避けるべきである。患者は病院サービスと地域サービスのバランスの中にいるということが、私たちには解ってきた。これを受け入れたならば、私たちも、患者やその居場所の様々なニーズに適合する、このバランス構造に自分を置かなくてはならない。また、地方分権構造に関しては、倫理的重要性を伝えるべき中央基準や権威基準が腐敗しないように、私たちはいかなる地方分権構造にも警戒しなければならない。私たちも見てきたように、専門的基準を犠牲にしてまでの効率化には、疑問を投げかけ、対決すべきである。カナダのような自由社会としての福祉国家には、全ての国民に対して同じように、恩恵を行き渡らせるための基準を維持する責任がある。例外があるとすれば、短期の実験的なものでなくてはならず、精神保健のケアとサービスにおける道徳性を保障する責任を国が全うすべきである。しかしながら、あまり中央集権的になり、官僚主義的で消費者のニーズに応えるには融通が利かなくなってしまうような落とし穴は避けなければならない。

次世紀の精神保健法改正では、消費者が生産市民の仲間入りをし、自分の幸福のために、可能な限り意志決定に関わることを、一つの目標としてかけなければならない。この目標のためには、消費者が自分達の問題意識を明確に表現出来るように援助するためのリーダーシップ訓練のための財政援助プログラムを確保しなければならない。偏見や差別のない土壌で消費者が活動できるように、精神保健の専門家と大衆への教育啓蒙をしなければならない。また私たちは、家族が患者に影響を与えるプロセスに全面的に関われるように援助しなければならない。私たちは、精神病者の就労援助プログラムの開発と維持に努め、心理社会的リハビリテーションのためのプログラムを評価し始めなくてはならない。

精神保健法改正において、完全な精神保健権限を創りだすようなモデルはどこにもないだろう。それぞれの社会－政治－経済文化が自分たちの計画実行路線を見つけ、中央機関と地方機関が有意義な責任の分配ができるようにしていかなければならない。一つの所ではうまくいったことでも、他の場所では忌み嫌われることもある。それは、意志決定と実行システムにおいて、色々のレベルにある意志決定者のタイプや特徴によるところが大きい。精神保健政策におけるシステム統合へのチャレンジは、どの国の政策計画者にも残された課題である。私たちが最初にしなければならない最も重要なことは、世界で共有されている価値（他の精神保健システムと共有し、専門基準や倫理の原則に関して共有している価値）と、独自の環境からなる基準や実践から生み出された基準と照らし合わせながら、自分自身のシステムを内面から振り返ることである。政府が変化を提案した時には、精神保健専門家がどのようにそれに反応するかを決定するための、モニターとなる専門基準や目標を追求する道徳責任が、精神保健専門家にある。一方政府は、精神保健システムにおける正当な専門基準の保存を、政府の目標の一つにすることを考慮しなければならない。

経費削減によって、今ここで話されているようなことが妨害されるならば、全ての専門分野における精神保健システム機関が責任を持って抗議しなくてはならない。このように、サービスの質を守るためには、政府と保険会社などの企業関係者に対して、精神保険の専門家は一団となって要求すべきである。すなわちこれには、精神保健専門家間の連携を強め、法関係者、消費者、報道を含む適切な政治的勢力と連携をはなりながら、ニーズに責任をもって応えられる精神保健サービスを保障するための要求を強化していくべきことが意味されている。

このような連携を通して、精神保健サービスを必要とする人々の生活の質を向上する可能性を、公私協力して高めるような、国際的に合意された価値観を時間をかけて築き上げることが可能になる。我々は、地域によっても異なる個々の患者の精神保健ニーズに敏感に応えられるケアの継続性を確保するための方法を作り出すために最大限の努力を払わなければならない。統合無しの継続性は我々全てが共有する目標達成へ向けて、敗北を認めるに等しい。今日、私達は、精神保健政策の発展途上で、対処しなければならない重要な問題は何かに関して、理性的な人間なら極端な意見の相違がない段階まで進んできたのではないかと提案した。病院でのケアは引き続き必要であろう。地域サービス無しの病院は収容施設に退行してしまう。公的支持のない地域サービスは頓挫してしまう。

政府と精神保健専門家との対話には、何世紀にも亙り精神障害者に対してなされてきた悪を是正するという重い道徳的義務が付随する。我々が協力して法改正の基本的な原則を見出すために努力することは、我々の礼節の程度を示すものである。そしてそのような法改正を通して、専門家が協力して、自分達の訓練と資源を精神保健サービスのみならず、精神の病に苦しんでいる人々を真の民主主義のと評価されるような多元的な社会に統合できるようにするのである。

## 日本の精神保健福祉システム

篠崎英夫（厚生省大臣官房障害保健福祉部長）

日頃から精神保健福祉行政について深い御理解と多大なる御尽力を賜り、皆様に心から感謝申し上げます。

いうまでもなく、心身ともに健やかな日々を送ることは、国民すべての願いです。特に地域の中で精神障害者の方々も共に生活して行ける社会の実現は喫緊の課題であります。

こうした状況を踏まえ、厚生省におきましては、障害者の総合的な推進を図るため、平成8年障害保健福祉部を新たに設置し「障害者プラン」の着実な推進を図っているところです。更に本年は、精神障害者施策を含めた障害者保健福祉施策全般について今後の在り方についての検討がなされ、夏から秋頃に最終的なとりまとめを行う予定です。障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるようにする社会づくり（ノーマライゼーション）とリハビリテーションの理念のもと、障害保健福祉サービスの一層の充実を図ってまいりますので、よろしく申し上げます。

更に、より良い精神医療を推進するため「精神科救急医療システム」の整備、精神障害者の人権に配慮しつつ合併症を含め症状に応じた適正な医療体制の整備、精神病院の近代化の推進、質の高い療養生活を安心して送ることのできるよう長期入院患者の療養の在り方についての検討など、各種事業の推進を図ってまいります。また、精神保健福祉行政の基本となる精神保健福祉法については、平成5年の法改正における5年後の見直し規定に基づき、平成11年を目途に公衆衛生審議会を中心にその見直しの検討を行っているところです。

そして長年の懸案であった精神保健福祉士法が昨年国会で成立し、本年4月1日に施行しました。精神障害者の社会復帰のための相談援助を行う精神保健福祉士を誕生させるべく、現在、現任者の講習会をはじめ、第1回国家試験に向けてその準備を進めています。

このような中、全国から精神医療に携わる方々が一同に会して、「精神保健・医療・福祉をどう変えていくか—ノーマライゼーションへの転機をめざして—」をテーマに、ここに第3回精神保健フォーラムを開催されますことは、誠に意義深く時宜を得たものであります。

本会において、熱心な討議が行われ、その成果が、今後の我が国の精神医療の向上と精神障害者の社会復帰の促進に生かされますことを心から期待します。

最後に、フォーラムの御成功と皆様のますますの御健勝と御発展を心から祈念いたします。



# わが国の精神保健・医療・福祉の方向

陽和病院 森山 公夫

## I】歴史的転換

1960年代末以降、全世界的に大きな社会変動が始まっている。この変動を、高度情報社会化・高度消費社会化とそして高度福祉社会化およびグローバルイゼーションとして特徴づけることができる。

高度福祉社会化とは、伝統的な共同体の崩壊を背景に、直接的には社会的人口構成の変化や財政の逼迫に迫られて、かつての社会防衛主義的な「福祉」からノーマライゼーション（自立と共生）をめざす福祉へという大きな転換を意味している。これを「大きな政府」から「小さな政府」へ、とも「福祉国家」から「福祉社会」への転換とも称することができる。

精神保健の領域ではこの転換は、1960年代に始まった。イギリス、フランス、アメリカなどでまず、精神科ベッド数の削減（「脱施設化」）と地域精神医療への動きが始まり、この動向は1960年代末以降、「精神障害者の人権尊重」の運動とともに全先進諸国に拡がっていったのである。そして1980年代後半からまた時代は転回し、改めて精神障害者の「リハビリテーション」が問われるに至った、と見ることができる。

ところでわが日本では、この脱施設化とリハビリテーションへの始動は決定的に遅れた。1960年に人口1万人対約10であった精神科ベッド数は、以後飛躍的に増え続け、1980年代に入ってもこの増加は止まらず、人口万対病床数は約28に到達するに至った。そして1987年の精神保健法改正を経て、1990年代以降ベッド占有率はやっと減少の方向を示すに至ったのである。

この日本の遅れは、基本的には日本における社会構成のあり方とそれに基づく政治的対応の方向によるものである。高度農業社会から1868年以降急速な近代化・工業化を計った日本は、第二次世界大戦直後（1947年）には未だ51%の一次産業（農林水産業）就業者を抱えていた。これが以後、1965年（24%）、1970年（18%）、1980年（10%）、1990年（7%）と激減し、日本社会に伝統的であった農業的地縁共同体は急速に崩壊し続け、1980年以後先進国並の就業構成を示すに至ったのである。こうした旧共同体の急激な崩壊過程で社会防衛主義はむしろ強化され、精神障害者に対する個別的治療が無視され、隔離収容政策が強化されていったのであり、これが日本におけるノーマライゼーション成立の遅れの社会的条件をなした、と考えることができる。

こうした旧共同体の急速な崩壊に伴う社会構造の転換と同時に急速な高齢化・少子化が出現し、それと社会保障費削減の必要とがあいまって、日本でも1980年代後半以降、社会防衛主義からノーマライゼーションへの転換が模索されざるを得なくなった。精神保健の領域におけるこの転換は、1993年暮れの障害者基本法の成立、94年春の地域保健法成立、そして1995年春の精神保健福祉法の成立、さらに1996年のノーマライゼーション7カ年戦略の策定、などを転機としてほぼ1995年前後に生じたと考えることができる。

こうしてわが国の精神保健・医療・福祉の世界にもようやくノーマライゼーションの時代が訪れることとなった。だがそれはまだ、始まったばかりである。一方で未だ30数万

床にわたる精神病院があり、最近の大和川病院・栗田病院事件に見られるような人権侵害は後を絶たない。他方で、精神障害者が社会で生きてゆくための社会資源はきわめて不十分であり、他の障害者対策に比しても遥かに遅れている。これには国・自治体からの財政負担の少なさに加えて、税制の関係で私的寄付も殆どないことなどもからんでくる。

こうした「遅れ」の中でわれわれは、先進諸国の成功や失敗の例に学びながら、一方でわれわれがそれぞれの現場で模索しながら実践していることを点検し、精神障害者のノーマライゼーションの確立にむけて今後どの様な道をとって行くべきか、これを明確にし、共有してゆくことが今こそ必要なのである。

## Ⅱ】 これからの精神保健・医療・福祉

### 1) 地域精神医療への転換

わたしたちがまず精神医療の問題から始めなくてはならないのは、現在のわが国の精神保健にとって、「精神病院」問題が圧倒的に重要な比重を占めるためである。かつての社会防衛主義の時代に、極言すれば精神障害者を隔離・収容するための収容所として増え続けてきた精神病院は、この10年間ほどの間に少しずつ変貌を遂げ始めてきた。そして今、ノーマライゼーションの名のもとに、大きく転換することを迫られているのである。

こうして転換の方向は明確である。「収容所的精神病院中心主義から地域精神医療へ」、これこそが今後のあるべき方向である。

#### ① 二次医療圏の策定と地域ネットワークの形成；

この転換において当面する重要課題は、二次精神医療圏の策定と、救急・合併症医療を軸とする精神医療ネットワークの形成である。

周知のように、医療法改正にともなう医療圏の策定に際して、精神科のみが二次圏域の策定において外されてきている。これは決定的な欠陥であり、早急に改められなくてはならない。但し、あるべき二次圏域は、これからの再編の中で予想される「保健所圏域」(人口約30万前後)ないしはそれに準ずる圏域である。ここで留意される必要があることは、地域格差および病院遍在の問題である。

これも周知のようにわが国の精神病院は、低医療費政策のもとに私的経営を中心として発展してきており、地域の遍在性が著しい。さらに加えて、大都市・中小都市および農・漁村地区といった地域格差が大きく、これらを画一的に論ずると大きな混乱をもたらす。従ってこの二次医療圏の策定に当たっては、大都市型・中都市型および農村地区型といった三類型に分け、各地の医療機関の存在の実状に合わせて人口約30万人を目途に、実際には多くは合併型を含む準二次医療圏として策定されるべきものと考えられる。

こうしてこの二次圏域ないしは準二次圏域を軸に、十分な財政的補助のもとに救急・合併症医療を充実させてゆくことが緊急の課題である。いわゆる措置入院その他の三次医療の問題は、この二次医療の充実があって始めて意味を持つてくるのである。

#### ② 「精神病院」をどう変えてゆくか

こうした地域医療への転身の中で、従来の「収容所的精神病院」から、「基本的に地域社会に生きる人間が精神の病いに陥った時に集中的な医療を受けるために一次的に入院する精神科病院」へと転換することが必要とされる。同時に、大和川病院事件に示されたような人権侵害は、一掃されていかななくてはならない。こうして精神病院をめぐる課題は二重になる。

一つは、患者の人権侵害をいかに防ぐか、である。このためには、従来の精神科医療の密室性をどう開いてゆくか、ということが課題となる。ここでは、精神医療審査会の強化・拡充や、患者アドヴォカシー制度の導入、精神病院の内容の情報公開の拡大、などが必要となり、今回の精神保健福祉法改正が重要となってくる。

第二は、精神病院の医療の質をいかに高めるか、の問題である。これは、病院の施設基準にもとづくアメニティー問題、マンパワーの問題、そして医療・看護の質の問題がある。

従来の医療法にもとづく施設基準は、戦後の貧しい住宅事情を反映して1床あたり4、3㎡という狭い基準をあてており、これによる病院の狭隘さが、精神病院の環境の劣悪さをもたらす最大要件の一つとなってきた。加えて、従来の精神科特例による医師・看護のマンパワー条件の低さがあり、そこに精神医療の閉鎖性・密室性が合わさって、3K（暗い・汚い・危険）と呼ばれる精神病院独特の劣悪さが作り出されてきたのである。

現在厚生省は、施設基準については「近代化資金」制度の導入により、また看護のマンパワーについては新看護体系の導入により、この解決を計ろうとしている。新看護体系の導入については、特に本年度の医療費改定においてほぼ決着がつけられたと考えられるが、施設基準や低医師数の問題については未だ基本的解決の方向が見えていない。まずこれらについて、行政の決断が求められるところである。

### ③問われる精神科医療の質

旧来の精神医学においては「精神病は治らない」という治療的ペシミズムが支配してきた。これが、精神病院の収容所性と一体となって精神医療の悲惨さをもたらしてきたのである。いま、制度の諸改革と同時に必要とされているのは、精神医学・看護学などを支配してきたこのペシミズムの克服と、新たな治療・看護・リハビリテーション理念の確立である。

新たな理念は、病者を「社会に生活する主体」（生活者）であると同時に「病いを癒し能力を回復する主体」でもある、と捉え返すところから出発する。従って、病む主体における「自己治癒能力」を中心とし、インフォームド・コンセントはこの自己治癒能力に働きかけるもの、と理解する。また、従来の心身二元論を越えた「精神としての身体」という視点に立ち、その癒し＝回復は自然の過程を踏まえたものでなくてはならないとの視点から、「回復過程論」（回復段階論）を重視する。最後に、回復すべき精神は「社会における精神」である、という視点から、従来の一対一治療・看護主義を打破して「集団」の見方を大きくとりこむ必要がある。こうしていわゆる「身・心・社会・倫理」bio-psycho-socio-ethical な複合的視点を取り入れた新しい治療論がいま、緊急に必要とされているのである。旧来の収容所主義にもとづく管理的医療・看護を「硬い治療主義」と呼ぶことにすれば、この新しい治療主義を「柔らかい治療主義」と呼ぶことができる。これへの転換こそが、いま求められているのである。

## 2) 福祉とリハビリテーション

### ①圏域の策定

福祉とリハビリテーションが生活する場で行われなくてはならないこと、は自明である。そのためここでは、いわゆる一次圏域としての市区町村（人口平均5～10万人）を確定し、各市区町村に担当係を設け、精神障害者福祉の計画を策定してゆくことが求められる。この点で、今後障害者福祉法の成立にあたっては精神障害者の福祉を他の障害者福祉と一

本化し、精神障害者福祉をレベルアップすべきである。

ところで精神の場合、リハビリテーションと治療は表裏をなしている。それゆえ、この一次圏域中心の福祉圏域と、前記の二次圏域中心の医療圏域とが密接に結合することが求められる。このためには、二次圏域中心に「地域精神保健医療福祉審議会」を設け、これを中心に綿密な、地域の実情に即した医療福祉計画の策定が求められるのである。

## ②社会諸資源の整備・拡充

周知のように、精神障害者のための地域の資源は圧倒的に不足している。この現状を打破するために、単に現行の社会資源の量的拡充に留まらず、あるべきリハビリテーションの方向を見据えた社会資源の質的展開が必要である。

このためには、現在の法内施設を飛躍的に増やし、特に「住まい」の解決を計ると共に、小規模作業所を法内化し、またホームヘルパー制度を導入し、さらに生活支援センターを各一次圏域に必置し、それを軸に各施設および医療機関のネットワークを作ることが必要となる。現在、精神障害者のノーマライゼーションにとってとりわけ「住まい」の問題は緊急課題であり、様々な多様性をもった形で解決が必要とされているのである。

## ③リハビリテーションの質の転換・向上

かつての社会防衛主義の時代にも「リハビリテーション」はあった。いま、ノーマライゼーションの到来とともに、「リハビリテーション」の内容も大きく転換されなくてはならない。この転換を、「管理的適応主義から、当事者の自己実現の援助（QOLの実現）へ」と表現することができる。ここでは、治療とリハビリテーションはあくまでも表裏をなすという観点に基づき、治療の初期からリハビリ的視点を貫徹させつつ、同時にその質の改善・向上が計られてゆかなくてはならないのである。

## 3) メンタル・ヘルスの展開

今回のフォーラムで初めてメンタルヘルス問題が正式にシンポジウムの形でとり上げられたことが端的に示しているように、現在わが国のみならず全世界的にも一般市民をめぐるメンタル・ヘルスの危機は緊急の課題となってきている。その背景をなしているのは、伝統的地縁共同体の決定的崩壊である。この危機は、アメリカと日本とで最も著しい、と考えられる。日本ではこの地縁共同体の崩壊がきわめて急速であったため、そしてアメリカは伝統の短い多民族国家であるため、である。

ではメンタルヘルス問題を、どのような視点からとりあげるべきか。その留意点をここで挙げておきたい。

まず重要なことは、「メンタル・ヘルス」を従来の「重い精神疾患からの予防」という狭い視点から解放することである。メンタル・ヘルスの出所は確かに「予防」であった。だが現在の深刻な事態は、すでにこの範囲を越えている。わたしたちは今、頻発する社会的諸事件を謙虚に調査・研究し、身・心・社会・倫理の視点から新たにメンタル・ヘルスの方法論を創出していかなくてはならないのである。第二に必要なことは、その際社会変動に対する正確な知識を合わせ持つべきことである。これがない時、多くの評論家的発言に見られるように、いたずらに懐古主義に走ったり、規制強化を煽ったりすることに終わってしまうからである。そして第三に必要なことは、「心の健康」の基準が自明のものとする従来のあり方を克服することである。わたしたちはむしろ、現在の「危機」の克服を通して、新しい社会における「心のあり方」を、新しい人間的連帯のつくり方として模

索してゆくべきである。

当面わたしたちは、メンタルヘルスの危機を孤立化と心の空洞化として捉え、これへの対処を「管理」ではなく、自己実現と多様性の確立という方向で考えようと提起している。これはあくまでも出発点であり、ここから様々な問題が深化されてゆかなくてはならない。だがまず必要なのは、こうした出発点の共有であると考えている。

### Ⅲ】終わりに

わたしたちが今回、精神保健・医療・福祉をノーマライゼーションの立場から捉え返し、その整備・拡充・実現を求めているが、それは単に精神障害者のため、ということに留まらない。それは広くわが国民全体にとっても重要な寄与をなすことになる。

冒頭に述べたような現在の社会変動において、高度消費社会化は人間を欲望的存在に還元する。また高度情報社会化は、人間を知的存在へと還元してゆく。だがこの双方からは、社会的統合の方向は見えてこない。真に社会的連帯を見出しうるのは、ノーマライゼーションを理念とする高度福祉社会化ということの中においてのみである。ノーマライゼーションの実現は、このわたしたちの住む日本社会を救う道でもあることを確信して、わたしたちは運動を進めて行くことにしたい。

もう一つ重要なことは、こうしたノーマライゼーションをめざすわたしたちの運動の組み方である。今、わたしたちの運動自体も、この新たな時代状況の中で、多様性を認める開かれたものへとノーマライズされ、論争はきちんと闘わせながらも連帯を組めるよう成長していかななくてはならない、と考える。



シンポジウムⅢ

わが国のメンタルヘルスの現状





## 思春期のメンタルヘルス

重松 正典（ライフサイクルケアセンターグループ）

「生きていく」というプロセスにおいて乳幼児期から老年期にいたるまで、人はさまざまな課題に直面し、さまざまな思いをめぐらし、さまざまな気持ちを体験している。このプロセスの中で、親をはじめ、友達、教師、そして職場での人間関係など大勢の人と知り合い、新しい様々のやりとりが展開されていく。このような体験が持つ意味というのは、学習の成果のようにはっきりと目に見える形で現れることは少なく、またすぐには具体的な変化が感じられることもないであろう。ただし、人生というライフステージにおいて少しずつ成長を続けていくことは確かである。しかしその自己実現過程は葛藤や矛盾と表裏一体であり、その結果様々な様相を呈することとなる。特に思春期においては、身体の著しい成長変化にともない、心理、社会的にも、それまでの親から保護を受ける対象としてのあり方から、大人を批判的な目で見えて独自のあり方を模索し、他ならぬ自分を確立し、自立への目処をたてるという課題に直面する時期である。その過程は自己矛盾と不安に満ちていて、まさに思春期は揺れ動く年頃である。こうした様相は親離れ、子離れが遷延化しつつある現代においても基本的には共通しているように思える。

この現代社会において家庭の養育機能が低下したと言われるようになって久しいが、本来は家庭や学校教育のなかで培われるべきこうした自我同一性の感覚がなかなか獲得しにくい状況が起きているように思える。このような状況の中で、さまざまな心理的困難をかかえた思春期・青年期の人々が、育ち直しをし、自己を確立して、自立への目処を立てていくことを援助するには、単一の専門領域での理論、技法のみならず、心理、教育、医療、福祉を統合しながら、さらに社会生活との接点を見出だしていく営みが不可欠であるという考えに到った。心理療法や医療は、問題を抱えた本人と臨床家や医師との個別のかかわりを中心に行なわれることが多い。その結果、個別的状况ではかなり状態が改善しても、実際の学校生活や社会での仕事へ復帰するとなると、治療場面と現実生活との段差はかなり大きいということになる。こうしたときに、人間関係の持ち方や技能を個人の能力に応じて焦らずしかも着実に身につけていける、そして所属感・居場所の得られる場が必要であると考えるライフサイクルケアセンター（以下「センター」とする）を設立した。

センターには、自閉、精神薄弱、不登校、問題行動、神経症レベルから分裂病と診断され社会復帰をめざす者迄さまざまな子供たちを対象として統合的援助の実践にかかわってきた。この実践は、少しずつ時間をかけ、育て直しという手造りのプロセスを辛抱強く繰り返していく事であり、その中で当面の手立てをうちながら信じて待つ地道な活動といえるだろう。今回こういった子供たちとのかかわりを通してみえてくる思春期における現状と問題について考えてみたい。

センターには、病院退院者と通院者を担当するケアセンターと、相談機関としてのカウンセリングセンター、職業実習・職場としての技能養成らくだ、宿泊施設である清里セミナーハウス、そして不登校及び学習を希望する者に対する学力補充と療育を目的としたフリースクール・ソフィア学院がある。これらは、子供たちの成長にそって、また必要性に応じて形づくられてきた。センターへの入所経路は、中学校、高等学校、病院、教育相談所、保健所、知人の紹介、その他様々である。相談・医療施設を転々として、疲れ切った状態で入所して来るのが殆どのである。ここ数年に入所して来た子供たちのうち、入所以前に発育・発達上の問題で精神科や教育相談所等を訪れている子は8割を占め、また入所者60名のうち、5割前後の子が中学校時代に不登校とされている。不登校の理由

は、対人関係がうまくいかない、いじめ、学業不振、家庭環境（両親の不和、経済的なもの等）、怠学、ずる休み、非行、登校禁止等、様々だが、1～2割が長期入院治療を要し登校できなかった子である。

この時期の子供にとって、同年代の仲間と過ごす日常というものが、成長、発達、人格形成上で大きな意味を持っている。そこで、不登校等の状態にある場合の、空白期間を埋める受け皿をどうするか、ということが極めて大きな問題となる。また、病院を退院したものの、いざ復学しようとした時、既にその子の気持ちの中にあつた学校とは違って戸惑ったり、入院や登校拒否等の不登校期間に生じた学習の遅れに対するケアの難しさ、対人関係の持ち方など、大きな課題に直面したりすることになる。その結果、家に閉じこもったり、無目的な時間を過ごしたり、家族以外の人と接する機会も少なくなるので、社会的な発達の問題も出てくる。

特に家庭内での人間関係に著しく問題が現れ、家族相互に病理性が認められることもある。とりわけ、対人関係のうまくいかない子供に対しては、これまでの親子と異なった関係のあり方を体験し、学習する機会を提供できるかどうかが大切である。

センターではまず、学校・成績・不登校といった、価値観の違いや症状を一応カッコに入れ、一人一人をひとりの人間として「どう生きていくか」という観点でかかわり観察するようにしてる。すると、その子供が背負ってきた心の荷物の重さがまざまざと見えてくる。彼らは1週間に1回だけ来る子もいれば、毎日通って来る子もいる。カウンセリングセンター、ケアセンター、ソフィア学院を、体調や精神状態に合わせて利用してくる子、来て運動だけする子、バンドに夢中になる子、自動車免許取得に一生懸命になる子、学力補充のカリキュラムに沿って学習する子、通信高校のレポート作成に勤しむ子と様々である。

しかし、彼らの心は短期には癒されず、いつまでも尾を引いている子供が多く見られる。「〇〇の奴ムカッケー。落とし入れやがってー。先生、タイムマシン作ってよ。時間止める機械を作ってよ。やっつけてやる。あの頃は時間が長かったなあ。ムカつくなあ。ピストルで撃ちたいなあ。でも、ピストルはよくないよね。」と毎日のように叫んで、突然落ち着かなくなる子供や、「俺達をキューキューに締めつけて、いつか跳ね返りがあることを覚悟してやってるのかなあ。」と呟く子、食事時間に突然涙ぐむ女の子もいる。この女の子の話によれば、不登校をする1ヶ月前の給食の時、カレーライスが机の中にばらまかれ、カレーがスカートを汚し、食器の中は空っぽであり、同様なことが毎日繰り返された。この子は空の食器に顔を伏せて何気なさを装いながら泣き、「私のような馬鹿はあそこにはいけないと思ったから、学校に行かなかったんだ」と辛そうに述懐する。

また、センターに入る前から、中学の教師、同級生が悪口を言っていじめて、この子を駄目にしたと、被害的になる親や、入所時から、あの女の子が自分の悪口を言っている、自分はやり直そうと思っていたのに、ここも同じだ、と訴え、母親共々、周囲を巻き込んで、他の学院生を不安と不信感に落とし入れる子もいる。また、いざ入所したものの腹を決めかね、被害的でいつも斜めに人を見て、他人を信じきれず、どことなく非協力的・非協調的で、それでいて主張が目立って疎通がとりにくい子供たち。親が前の学校をこれほどまでかとは否定非難して入所してきながら、いつの間にか「前の学校では勉強をたくさん教えていたのに、ここはどうしてクラブとか運動が多いのですか。」と勉強に強くこだわ

ってしまい、共に子供のことを考えていこうという足場を築きにくいということもある。こういった子供たちに母親を交えて面接してみると、不登校時点で精神症状の悪化が見られ、幻聴と現実の区別がつかなくなっている子供も多く見られる。こういった子供には病院を紹介し、ひとまず落ち着いた段階でセンターに通わせることになる。

いずれにせよ、センターに来る子供は重い過去にとらわれており、ある子供は苦い記憶ばかりにとらわれたり、ある子はかたくなに心を閉じ、ある子は強迫的な行動として表してくる。まさに、毎日悲哀の仕事を積み重ね、疲れ果てている。

虚心に子供たちの言葉に耳を傾けてみると、以下のことが言える。

1. 子供を取り巻く文化的、社会的枠組みが、自分の精神的成長や能力、学習ペースに沿ったその子なりの課題を一步一步確実にやり遂げていくことを許さない。その中で、確かなものがないまま流されていく自分への焦りや不安が生まれている。迷いが生じて、親も他の選択を認めず、一歩下がることも許さず、信じて待つこともしないため、手も足も出ない状態に追い込まれている。
2. 成長とともに人間性の評価がなされず、学習上の評価で人間性を決められる。
3. 親や教師は、おとなしく問題がなく枠の中にいる子、親や教師にとって都合のよい子が「よい子」だとして子供たちにせまるので、子供たちは今の自分のありように焦る気持ち、不安から目をそらして生きていくしかない。しかし、目ざすべき将来には実感が持たず、あるいは全く見えてこない。子供たちの中に、持っていき場のない怒りが蓄積していく。
4. 何かあったとき、親や教師は子供を説教し責めるか、どうして子供たちがそうせざるを得ないかを考えてくれない。生き生きと生きることは時として問題とされる。  
親や教師の方が頭が硬直しているのではないか、薄っぺらな機械人間なのではないかと思えてくる。
5. 親も先生も自分自身がそのこどもの年齢のときは、さまざまに悩み失敗を繰り返してきたにも拘わらず、そのことを忘れ、あたかも万能の神のように子供に接し、共感的な理解を示してくれない。
6. どう生きていくかを教えてくれない、また、大人の中に見出だすべきモデルを見出だせない。生きていくことの大変さは教えるが、楽しさを教えてくれない。生きている実感、内実のない空虚さが子供たちを覆っている。
7. 何が良くて、何が悪いのか一貫して理解できない。親のしつけや言動が矛盾に満ちて一貫性がない。子供たちは純粋なゆえに、その矛盾に対して葛藤を感じる。

子供たちが周辺の大人の社会に目をむけたとき、改めて彼らが伝えようとしている事は、彼らを取りまく人間関係、家庭のあり方、学校、社会と枠の狭い閉息状態を常に感じているのではないかと思える。

ではこの子供たちにどのようにかかわればよいのか、具体的にはどのような要素が必要なのか。これについて、センターの修了者・通所者の事例経過記録を評定した村瀬ら（「居場所を見失った思春期・青年期の人々への統合的アプローチ—通所型中間施設に通っていた人の治療・成長促進的要因—」財団法人安田生命社会事業団研究助成論文集第3号，pp. 151-159, 1996）の実証的研究がある。これによると、家族が良好に変化すること、ま

た、自然な形で周囲の人から受け入れられ、社会的活動に参加できることなどが重要となっている。

このように、周囲からありのままの自分評価され受け入れられていく中で、自分自身を信頼し、問題行動を起こして入所した子供が立ち直った事例をあげる。

#### <家族構成・生育歴>

F（団体職員管理職） Pat の二人暮らし

Pat 2歳の時両親離婚。帰宅の遅いFに代わって、同じ敷地内にある叔母の家で育つが従兄と喧嘩が絶えず叔母に疎んじられるようになる。3歳頃には食事だけを叔母の家で摂る生活。いつも一人でいる事が多く友人と呼べる人間関係は幼稚園から中学までもてなかった。小中学校での先生の評価は、おとなしい・意欲に乏しいというものであった。中学3年時担任の教師に清掃の仕方を注意され、担任に暴力を振るう、また教室のガラスを破壊する。以来教室でふてくされ気に入らないと暴れる。相談所の紹介で来所。父親と週一度面接する条件で入所する。

第1段階：来所初日より部屋で「少年院へ送れよ。」と椅子を振り回し自暴自棄の状態がしばらく続く。

第2段階：他の入所者がある高校生に脅され財布を捕られる事件があり、Pat 取り戻しに走り財布を取り返す。以来仲間からの信頼を得る。反面家庭内で暴力を振るい何度もパトカーを呼ばれる。Pat から「家に帰りたくない。」と宿泊を希望する。（親と相談の結果。）

第3段階：Thの家で宿泊を共にする。つっぱり、暴力が消失する。Thの子供を保育園まで迎えに行ったり共に遊び始める。反面時として夜になると「淋しい」「俺のような人間は産まれてこなければよかった。」と泣き、時として夜尿をする。「死にたいと遺書を書いて先生に恨みを晴らしてやる。」というのでThが「誰に書くの。」と聞くと「幼稚園の〇〇（先生の名）に。俺を差別した。それからずっとだ。いい事ひとつもないとうちあける。

第4段階：親との面接においてPatの精神状態にふれた時、これまで「親に恥をかかず穀潰し」とPatを攻撃していたFが初めて「不憫な子です。ましてやこんな父親でしたから可哀相でした。」と悔いる。「今日は連れて帰って一緒に食事をします。」と。以来Patは毎週土日に帰宅するようになる。Pat「先生、先生の子が俺のような子供にならないようにたまには自分の子供の相手してやってよ。」と話してくる。

第5段階：TVを見ていて、Pat「ラグビーをしたい、でも俺は高校じゃないから諦めるしかない。」という。ボールを買いPatとトス練習をすると共にクラブを探し、区役所職員チームに参加させてもらう。Pat「公務員ていろんな人がいるね。先生も随分変わっているけど。」と感想をもらす。

第6段階：Pat 通信制過程の高校に入学する。Pat 同級生に恐喝され喧嘩となる。担任を通じて校長からThに会いたいとの連絡を受ける。Pat「俺はよく考えたが自分が正しいと思う。でも先生や皆に迷惑がかかるんだったら辞めようと思う。」という。Thは校長との面談時に校長から「一教師としてかかわりたい。」といわれたことを伝えた。Pat「先生の回りの人間てバカばかりだね。」その後、思うようにならない自分に腹を立てながらその都度多くの人に支えられ高校卒業、自衛隊入隊、現在に到る。

# わが国のメンタルヘルスの現状

## —職場のメンタルヘルス—

東京経済大学経営学部

島 悟

### 1. はじめに「メンタルヘルス」を考える立場—

「メンタルヘルス」は、精神健康の保持および増進を目指す活動である。この精神の健康—心身相関を考慮に入れながら、より正確に言えば、心身の健康—について、まず吟味する必要がある。ここでは次の3点について強調したい。

第1は、心身の健康という意味合いである。「こころ」も「からだ」も健康であるという考え方である。我々は、つい心身二元論の立場をとりやすい。健康を考える際に、精神だけでなく身体をもとらえるという視点は常に求められるべきであろう。両者は不可分の関係にあり、この意味でのトータルな視点は重要である。

第2は、健康には様々な段階が想定されるということである。健康か、病気か、という二分法は馴染まない。理想的に健康な状態から、重い病的な状態まで、様々なレベルがある。より高いレベルの健康な状態を目指すことがメンタルヘルスの考え方であるとすれば、全ての人にとってメンタルヘルスは大切なことであり、基本的な取り組みである。つまりメンタルヘルスの対象はトータルな人間集団である。

第3は、「メンタルヘルス」は家庭、学校、地域、職域における個別的課題であるのみならず、各領域にまたがる共通の課題でもある。昨今みられる様々なメンタルヘルス上の諸問題には通底する基本的諸問題の存在が想定されるため、トータルな領域という観点に立って、メンタルヘルス対策を考慮することが必要となろう。このことは厚生省・文部省・労働省などの所轄官庁にとらわれない横断的な活動の展開を意味する。

### 2. 「生活の場」としての職場におけるメンタルヘルス

常勤職として働いている方では、週に少なくとも 40 時間以上は職場で働いている。実際には、いわゆるサービス残業を含めて超過勤務が一般的に行われており、中には 100 時間以上も超過勤務をしている人もいる。仮に週 40 時間労働としても、職場にいる時間は、1週間、168時間の約 1/4 を占めているわけであり、実際、職場での生活時間は、睡眠時間を除く家庭で過ごす時間よりも長いことも少なくない。つまり我々の全生活時間、全人生を考えると、職場での生活を充実させること—職場生活で高い QOL を獲得すること—は極めて重要であるということになる。

また、この職場における QOL は、業務それ自体のみならず、人間関係を中心とする職場環境に大きく依存している。つまり職場のメンタルヘルスを考える際には、様々な観点から職場環境の整備を行うことも必要となろう。

### 3. ライフサイクルと「職場のメンタルヘルス」

ライフサイクル的観点は、ケースを理解し、効果的なケアを行っていく上において重要であるとされる。ライフサイクルは個人的発達史であるが、個人と環境の関数でもあり、特に社会的関係での分脈の理解が求められる。従来、ややもすれば職場における状況は、家庭環境や学校での状況に比べると、等閑視されてきた傾向がある。

勤労者のライフサイクルは、通常就職から定年退職に至るが、仕事ということをとらえた場合には、学生時代からアルバイトをすることは一般的であるし、定年退職後も再就職する人やアルバイトをする人は少なくない。したがって、勤労者への準備期間としての学生時代から、第二の人生である定年退職後までを視野に入れる必要がある。次の8ステージに分けて考える。1) 学生時代(勤労者への準備期間)、2) 新入職員時代(勤労者の助走期間)、3) 中間管理職までの時代(勤労者としての自己確立期間)、4) 中間管理職時代(職場の中堅職員)、5) 中年期(円熟期)、6) 定年準備期(勤労者人生の完成期)、7) 定年前後(第二の人生の助走期)、8) 第二の人生(人生の円熟期)である。

#### 4. 今日的な職場環境とメンタルヘルス

今日、周知のように、労働ビッグバンと言われているように職場環境は激変しつつある。特にバブル崩壊過程で顕著になっているが、わが国における雇用システム一年功序列性と終身雇用性を基礎とする一は急激に変容しつつある。こうした根底的な変化にともない職場の流動性が著しく高くなってきている。このことは、社会的支援システムとしての職場機能の減弱化につながり、勤労者の帰属意識の対象喪失にもつながりかねない。

また昨今の、能力主義や目標管理システムの導入により、勤労者のストレスはかつてなく高まっている。また裁量労働制を採用する企業が増えているが、そもそも個人の確立が曖昧なまま推移してきたわが国の勤労者にとっては、裁量労働性は自己管理が不十分な事態を招き、生真面目な文化的背景も相まって、実質的には労働時間が延長する様相もみられる。

このように、総じて、わが国の労働環境は、よりストレスが増大して、一方、ストレスを緩和する要因一特に社会的支援体勢一の脆弱化に伴い、ストレス反応が容易に出現する状況になってきている。

また、とりわけ倒産やリストラにより、離職を余儀なくされた勤労者に対する「こころのケア」を行うシステムの整備と人的資源の育成が、重要な緊急課題となろう。さらに上述したように、家庭、学校、地域、職域それぞれにおいて「こころのケア」の受け皿を創成することと、人的資源の育成が必要であるが、各領域を横断する資格制度の一本化や教育の標準化などの観点が求められよう。

#### 5. 障害者雇用とメンタルヘルス

障害者雇用における精神障害者の雇用は、遅々とした歩みでしかないのが現状である。そもそも、障害を持つものに限らず、社会的弱者に対して職場を提供することが、もっと広範に、かつきめ細かく行われる必要がある。多様性を前提におく、また多様性を活かすような職場づくりのコンセプトが重要であろう。

行政に対しても、企業に対しても、こうした取り組みへの理解と実行を持続的に求めていくことが求められる。これは、文化の問題でもあり、こうした意味で、この国の文化とともに、企業文化を育てていくことが求められよう。障害者雇用の問題を考える際に、障害者に雇用の機会を提供することとともに、雇用された後に障害を生じた勤労者への援助のあり方も合わせて考えることが重要である。

#### 6. 企業経営とメンタルヘルス

企業は、本来利益を最優先にする社会であり、勤労者の健康は一義的な関心事項ではない。しかし、雇用者には、業務関連の疾病の発生を予防することが求められており、雇用者責任が存在する。この端的な例は過労死であり、最近増加している過労状態からうつ病、さらに自殺という

事態に対して、最近の裁判事例では雇用者責任を認めている。雇用者に、メンタルヘルスに対する理解を促す活動がさらに必要である。

本来、メンタルヘルスの考え方と企業論理は相入れないものであろうか。働くものの健康やQOLの向上は、企業経営に関係しないであろうか。経営的観点とメンタルヘルスの観点は必ずしも対立するものではないのではなかろうか。企業倫理には、こうした観点が必要ではないのか。経営的観点とメンタルヘルスの観点を両立し得るパラダイムの構築が求められる。

## 7. 新しい労働観・労働倫理とメンタルヘルス

労働は生活の糧を得るためにだけ行われるのではなく、究極的には自己実現の過程でもある。しかしながら、会社人間、サービス残業、過労死に象徴されるように、自己実現の「自己」そのものが十分に成立していない感すらある。21世紀においては、新しい労働観や労働倫理の確立が焦眉の課題であると考えられる。この意味で、労働にまつわる文化をどのように後の世代に伝えていくのかということも問われるであろう。さらに、この問題は、「働くことの意味」にとどまらず、「生きることの意味」を再考する営みともなる。

## 8. 「職場のメンタルヘルス」に求められるもの一まとめ

- 1) 職場のメンタルヘルスは、職域だけでは達成し得ない。家庭、学校、地域におけるメンタルヘルスと密接に関係している。したがって、トータルな問題としてとらえて、活動を行っていく必要がある。
- 2) 職場での生活は、人生の主要な時間を占めている。そのため職場での生活の充実をはかることが重要であり、様々な観点から職場環境の整備を行うことが必要となる。
- 3) ライフサイクル的観点は、ケースを理解し、効果的なケアを行っていく上において重要である。勤労者のライフサイクルを、学生時代から定年退職後までを視野に入れてとらえる必要がある。
- 4) 激変しつつある職場環境—特に年功序列性と終身雇用性の終焉—に対応したメンタルヘルス活動が求められる。とりわけ倒産やリストラにより離職を余儀なくされた勤労者に対する「こころのケア」を行うシステムの整備と人的資源の育成が重要な課題である。
- 5) 社会的弱者に対して職場を提供することを、より広範に、きめ細かく行う必要があり、行政および企業に理解と実行を持続的に求めていくことが必要である。
- 6) 経営的観点はメンタルヘルスの観点は必ずしも対立するものではなく、両方の観点を両立し得るパラダイムの構築が求められる。
- 7) 今日、新しい労働観・労働倫理の確立が求められている。

職場のQOL ↑ : 家庭に比べて

# 老年期のメンタルヘルス

藤沢病院・清流苑 精神科医師 室伏君士

## I. 若い老人と高齢の老人のメンタルヘルス

日本の65歳以上の老人人口は、昭和45年（1970）に7%（国際的に老人国）に達し、昭和50年代の半ばに10%になり老人問題が社会問題化してきた。平成6年には14.1%（14%は国際的に超老人国）になり、さらに平成9年には15.6%に達し、30年後には4人に1人が老人と推計されている。このような老人人口の増加とその生き方との経緯から、日本の老人問題の特徴は、メンタルヘルスでは先ずは60歳過ぎ、特に65歳から75歳前後までのシルバーエイジが問題となる。ここでは特に「活力ある老後の社会」を築くといううえで、昭和50年中頃（1980）から「ニューシルバーと呼ばれる老人層の新しい出現と、その期間の長期化」という問題がある。特に男性老人（平均寿命76.7歳）の生き方が問題視される。

さらに引き続いて問題なのは、老人の増加や寿命の延長などで、老人は長く健康に生きてゆかねばならず、老化現象の本格化する75歳頃から特に80歳以後のゴールドエイジの老人層が対象となる。なかでもその数の多い女性老人（平均寿命83.2歳）が問題となる。ここでは老化や障害をもちながら生きる老人への、対応や指導のメンタルケアが重視される。

これらのことについては、すでにアメリカでは young-old age（74歳まで）と old-old age（75歳以上）に区別して扱っている。日本でも定年後の老人を、従来の衰退・弱体化するという線上でとらえていくのではなく、若い老人を実情に沿って生き方や生きがいを積極的に支援・推進してゆくものと、その後の依存生活をよぎなくされる高齢老人の援助・介護を要するものとがあり、上記のように二分化しみてゆく視点から述べることにする。

### 1) ヤング・オールド年齢層のメンタルヘルスの問題：

昭和50年（1975）過ぎには男性の平均寿命が70歳を越え、この頃から昔の老人のように定年（60歳前後）の後にすぐ老け込まず、なお生きがいをもって暮らそうという男性老人が多くなった。女性も余暇を利用した仕事、ボランティア、教養サークル、旅行などの趣味生活を送るものが現われてきた。このようなニュー・シルバー族の出現には、次ぎに述べるような各種の理由が考えられる。①平均寿命の延長により、定年と本格的な老化（old-old age）との間の期間が長く広がり、その間の生き方の意義が問題になってきた。②家族制度（核家族・少子化など）の変化により、親（老人）は子供の世話にならず、またなれず、老人は安易に暮らしてゆけなくなり、なお（定年後も）自立して暮らしてゆく必要があった。③貧しい時代から豊かな時代への生き方で、老人は昔のように老後は利己・保身的に暮らすのではなく（引退、隠居）、目が外に向いてなお社会で活動し豊かに生きようとするようになった（相応の収入も必要）。④社会の態勢としても、老人人口の増加に対し、“活力ある高齢化社会”を目指して、シルバー人材センター、老人大学、老人活動サークル、ボランティア教育、その他の地域的な老人対策などが実施されるようになった。

このような中でいくつかの生き方が指摘される。①壮年期の延長として、まだ働く意欲もあり、必要もあり（経済的）、それまでの豊富な知識、経験、技術を生かして、生きがいを実現する。特に男性に多い。②今まで長く決まった仕事をしてきたので、老後はゆっくりとこれまでできなかったこと（趣味や楽しみ）をして、自由に生きる。これは多少とも余裕のある人で、特に女性に多い。③従来は仕事一辺倒でやってきたので、これからは年金などを頼りにして、忙しい世間を離れて休養しながら、自分達（夫婦）の健康や生活



を保ってゆく。これは昔流の考えの人に多い。ニュー・シルバーといわれるものは、①と②、特に①の方向が多かった。これらは定着して、現在ではニューという言葉は省かれた。このような生き方は、青年期が自立・成熟への心理社会的モラトリアム（猶予期間）の延長ならば、同様にヤング・オールド期は老いを自覚するまでのモラトリアムともいえる。

このような生き方を阻害するものとしては、それまでの延長として各種の生活習慣病がちょうど発病してくることが多く、健康面の不安が特に男性に多い。また近年の経済的不況は、必ずしも気にいった適当な仕事も十分になく、自分の意に反することも少なくない。ここでは新しい生き方なので、背伸び、気負い、自己納得など、多少の無理もあってその生き方がうまくゆかない場合には、特に70歳過ぎに不適応状態を起こしてくる。それは男性では、不満・不平→憤懣・攻撃あるいは孤高・無為に埋没（粗大ごみ・濡れ落ち葉現象、ときに熟年離婚）、女性では不安・いらだちの心気・抑うつ傾向などが起こったりする。

これらに対しては、周囲の人はそのような老人の生き方を肯定的に受けとめて、老人が自分なりに生きれる場や条件を許容し、老人が満足や生きがいを得るような方向へ協力することが原則的に必要である。しかし目だった不適応状態になった時は、叱咤激励するよりも、生き方を肯定した中での対象の転換をはかることが重視される。自分のため（生きがい）→他人のため（身近な人と共に）、働いて自己発揮の生き方→生きることを楽しむ（好きな得意のことを、特に人と共にする）、関心を社会的→世間的（後述）などである。

これについては、現在は“ゆとりのない社会”ともいえる。時間に追われるせわしさ、常に気をつかうきびしい人間関係、狭い住みにくい空間のわずらわしさ、ゆるやかな気分になり続けられない世知辛さ、決まった生き方をしないと許容されない窮屈な社会的制約など、心の豊かな生活を送りにくい不自由さがある。しかしこのような中で、若者に見られる楽しむ生活を目して、フリーターや会社で我慢して一時的に稼いで、遊び・旅行・恋愛に日をついやすのも、このゆとりのない社会での生き方と肯定されたりもする。これは老人でも類似で、社会活動になじみにくいヤング・オールドの老人にも、ゆきづまった時の一つの解消方向と思われる。この自分なりの（自由な）、人と付き合いながらの生活に心を移した生き方は、事実これに引き続くオールド・オールドの年齢層には、同様の後述する世間的な生き方が適しているように認められる。老女の好む趣味のサークル活動、老人会や旅行、ボランティアなどは、世間にとけこむ一つの可能性を与えるものでもある。

## 2) オールド・オールド年齢層のメンタルヘルスの問題：

この年齢層の老人は一人での自立生活が困難なものが多く、多少にかかわらず社会（年金、保険などの保障）や家族（日常生活の援助）に依存しなければ、生きてゆけなくなる。まして病気（老化病、痴呆をはじめ寝たきり）になると、要介護老人としてきわだち、また配偶者と死別して孤独（多くは寡婦）の例などが、実際には対象となるものが多い。このような状況や立場になると、時勢の変化や昔と現代の考えの違いで、頼る若い者との意見や立場が合わず、弱者的の老人が排除されがちになったりして、問題となったりする。

この際の不適応は特に老女に多く、ヤング・オールドの延長の心気・抑うつが多く、また被害妄想的（物盗られ・いじめられ・捨てられ・嫉妬妄想）になってくるものがあったりする。いずれも内にこもりとらわれ、強迫性傾向が強かったりして、不安・不信でいらだって落ち着かず、ときには錯乱性になることもある。周囲に無我夢中で助けを求めたり、それがかなわないと「死んだ方がまし、早く死なせて！」など希死的のことも言うが、こ

れは反面には助けを求め、頼る人を欲していることを多く認める。“周囲に人（他人的な家族）あれど、人（同情・同調してくれる頼る者）なし”という処遇状況のことが多い。

このようなオールド・オールドの老人層の生き方の命題は、“生きる頼りの拠りどころの人、場、状況を得て、安心・安定・安住してゆくこと”なのである。ここではヤング・オールドの老人の社会的や自己実現の方向と違って、“世間的な生き方”が適応的となってくる。“世間的”とは、人情的な、同世代の、地域的な、不文律のしきたりやおきてのある付き合いや行ないの続く世界である。ここには通俗的な交流があり、自分や家族や近所の日常的なことが主題で、自慢、ぐち、相談、楽しみ、噂などで、気があって仲好しとなる人間（友人）形成がある。この雰囲気の世界では、老人どうしの同調的なうなずき合い、温かいまなざし、肯定的なほほえみ、ゆるやかな安心のふれ合いがある。このような過去に根差して生きる世界のほうが高齢者には生きよく住みよく、自分を保ってゆける。

<p><u>ヤングオールド（65～74歳）の老人</u>          まだ、若い時からの延長や影響が持続。          75歳位までは加齢の正常老化範囲が多い          生活習慣病が問題—男性平均寿命76.7歳          脳血管障害、糖尿病、心臓病、癌など          まだ十分ある余力の経験、知識、技術を          生かして、生き方や生きがいを築く。          昔の貧しい時代のように、利己的・保全          的にならず、楽しみや積極的に動く。          女性はボランティアや旅行を、動かぬ男          は濡れ落ち葉現象→ときに熟年離婚。          社会参加、自己像を自分なりに実現する          思い通りにゆかないと、受動的な人はう          つ疎外感、能動的な人は被害感・転嫁          老人の（強い）生きがいを支持・助長！</p>	<p><u>オールドオールド（75歳以上）の老人</u>          本格的な心身の老化現象が徐々に進行。          知的や運動の活動性がめだって衰弱する          病的老化病が問題—女性平均寿命83.2歳          ア型老年痴呆、多発脳梗塞性痴呆など          自分の老いを自覚して、それを受容して          周囲に依存し安住の生き方をはかる。          失う体験と、それによる生きる不安が問          題で、自分と身近な人の関係に頼る。          男性は少ないが頑固・孤高に離れたり、          全面依存の老女は情意の鈍麻（ぼけ）。          家族やなじみの人と共に安心・安住する          周囲が受けいれてくれないと、孤独感や          無用・虚無感、希死、怨恨的となる。          老人の（弱い）生き方を受容・援助する</p>
--	--

付言しておくところのような“世間的な交流（人間関係）”は、老人を親近感や同類感的（なじみ）に分かり（理解し認識される）、たがいに共感、許容、助け合いをしあって、人間愛に育まれてある状況の雰囲気が、実は“normalization”とか“地域ケア”という理念の、心的な基盤となっている。ここで youngとold の老人の生き方を対比しておく。

## II. 老人の精神障害（特に痴呆老人）へのメンタルケア

日本における精神病院在院患者調査（厚生省、1996.6月末日）では、精神障害者の入院数は 341,041名で、そのうち痴呆患者が35,500（10.4%）を占めている。また厚生省（1993）の調査では、精神科入院患者の60歳以上の者は34.2%（60～69歳；19.1%、70歳以上；15.1%）である。ここで60～69歳の者については、その66%が精神分裂病、5.6%が痴呆を含む老年期器質性精神病であるが、70歳以上では29.3%が分裂病で、老年期のそれは48.7%を占めることが注目される。このような傾向は、近年しだいにめだってきている。

ここで痴呆老人は1990年の厚生省発表では全国で約 100万人である。そのうち在宅は74

.4%で、入院・入所の7割は女性である。さらに平成7年の厚生省発表では痴呆老人数は126万、20年後には260万人と推計されている。現在分裂病は入通院含めて50~60万人といわれているが、いかに痴呆老人の問題が今後も大きいか分かる。しかも前記したように、今後の日本では old- old age の老人の増加が特徴で、痴呆老人の発生率も多くなっていく。痴呆老人の有病率は、65~69歳は1.5%、その後5歳増えるごとにほぼ倍増し、80歳代では14~28%になる。このような中で、心身の虚弱・障害をもつ老人への対応は、精神面では基本的には健常老人に対するものと同じで、その最極端例の痴呆老人でも共通するところがある。ここでは痴呆老人へのメンタルケアの原則的のものを表示しておく。

### 痴呆老人へのメンタルケア

障害をもちながらの生き方（老人の態度と言動）を理解し援助人柄の触れ合う人間関係の非言語的コミュニケーションが優先  
微笑み、うなずき、まなざし、手、挨拶の交わしの共感的接近  
老人に語らせ耳を傾け、その志向性を知り心のペースに合わせ  
心の近いなじみの人間関係で、生きる頼りの拠り所を得させる  
ふさわしい状況を与え隠れた能力（手続き記憶）を発揮させる  
理屈による説得よりも、気持が通じ心で分かる共感的納得を！  
老人を孤独にしない、寝込ませない、叱責・蔑視をしないこと  
老人の間違った言動は許容し、よい点を認めよい付き合いを！  
老人は過去に生きるの、それを尊重して安心・安住をはかる

ここで特に重視されケアの基本となっている、なじみの人間関係の意義について述べる。  
①問題行動や精神症状が消退する。②感情や意欲が活発化し楽しげに暮らす。③痴呆老人の生きがいはこのなじみの人間関係にある。④なじみの自然で最も近いのは家族である。  
⑤老人となじみになると介護も円滑にゆく。⑥在宅介護や地域ケアの基盤もここにある。

#### Ⅲ. 老人の家族・介護者の援助

老人は、依存・介護なしには生きてゆけなく、周囲（特に家族介護者）との人間関係が、老人の生き方に決定的な役割を果たす。この際には、従来からの老人との人間関係（融和的な情愛感）、世話や介護の加重的負担による心身の疲労、特に老人の精神状態や行動障害への対応の困難などが、よい相互関係の成否を左右する。なかでも老人に対する対応の態度が重視される。老人の日常生活の援助や介護の処遇において、老人への身体的（暴力、抑制、不潔放置）や心理的（叱責、侮蔑、疎外、拒否）の、無視や虐待が問題となる。これは特に老人の周囲への迷惑言動が甚だしい時に強調される。この際に老人の示す悪い点のみをかき集めて問題にすると、その老人は限りなく困り者・厄介者で、ときには一緒に住めないように思われ、一生入所を求めて家族が老人を連れてきたりする。しかしそのような場合でも、老人のよい点を認めよい付き合いをしてゆくと、困る点は自然に解消するのを認めたりする。このような上では、“対応でよくも悪くもなる老人”、あるいは“問題行動を問題にせず”や“異常言動はその状況の老人の生き方”と心得ての対処が必要である。これらは老人の人権に関わる事柄も多く、われわれも留意してゆかねばならないことと銘じている。“自分にされて嫌なことは老人にせず、老人のためになるようにする”ということが、当然のことと受けとめられる。老人に対しては、“馴染みの関係になり、生きる頼りの拠りどころを得させ、安心・安住をはかること”が命題である。

# 家庭のメンタルヘルス

戸田病院 齋藤 慶子

## 1. はじめに

いまだかつて青少年による凶悪な犯罪がまったくなかった時代はないが、それにしても、想像をはるかに越えた種類の事件がつぎつぎと起こっている。これらの現象が、現代社会に提起している問題は多岐にわたっているが、事件が起こるたびに新聞、テレビ、週刊雑誌などが視聴率・購読率を高めるために、物見高くあれこれと無責任な論陣を張る。結局のところ、大なり小なり家庭が悪いことにひとつの落ちがつく。それならば、どういう解決があるかを問われると、政府高官及び中央官庁は「心の教育」の整備が急務だ、と、もっともらしく述べるのだが、本当に本質がわかっての発想なのであろうか、はなはだ疑わしい。

そもそも「心」は「教育」の営みの対象となりうるのであろうか。「教育」を最大限に広義のとらえ方で考えたとしても、「心」そのものをどう定義するとしても、実体が漠然としたものについて、しかも、多様な心の実態の実感が乏しい教師にゆだねて解決を図ろうとする安易な発想はなじまない。案の定、しばらくすると、「学校教育には荷が重すぎるから多方面の関係機関の連携で…」と論理の筋を変えてくる。根が深い背景を丁寧に掘り起こして共有していく営みが前提条件にあって、その関係性の中で当事者自らが健全化を見出だしていく場を提供することが本来の打開策であろう。しかし、貧困な政治かけひきのやりとりに流されて、余りにも短絡的な操作で結局は「家庭が子育てに適切な機能を果たしていない場合が多い」という一方的な指摘で、政治が無神経に家庭に傷を負わせてしまう。少し前までは、こどもが「どうしてお勉強をしなければいけないの?」と聞いてくると、大抵の親は、「試験でいい成績を取れば、いい高校にすすめ、いい大学を出て、いい会社に就職ができて、たくさんのお金が得られるから、いい生活ができる近道」と答えていた。しかし、大手の銀行や企業が倒産し、キャリア官僚も常識を逸脱した人種に過ぎぬことが明白になり、今や学歴神話は崩壊した。形だけの生き方は幸福とは無縁であった。このような事実が仮想ユートピアでしかなかったことについて、多くの人が無自覚に過ごしてきたこの国の不幸は、まさに家庭のメンタルヘルスの目指すべき課題を象徴的に浮き彫りにしているように思われる。

一方、高齢者の孤独死も少なくない。高齢人口の増加によって、すでに家庭で抱えきれない実態が顕著になっている。「なじみの関係」の有無によって高齢者のメンタルヘルスが左右されるという指摘にうなずける反面、もっともその役割を担う家族をどのように支えるのか、課題は二重三重の構造を含んでいる。丁寧に筋道を通した実践をするためには、援助者自身のメンタルヘルスの安定も必要条件であろう。

## 2. 家庭環境のメンタルヘルス

家庭のメンタルヘルスは、①戦後史の中での変動(表1)と、②ライフステージとの関係において家庭内に起こりやすいメンタルヘルス上の混乱(表2)との関連を抜きにしては展望できない。

市民一般の生活に、どのような変化が起こっているのだろうか、およその想像をしてみ

たい。前述のように、思いがけない事件が起こると、学校が悪い、家庭が悪い、という小さな水掛け論に終始してきたのが大概の傾向であろう。たしかに家庭の様子も変わってきている。そして、明日を担うこどもひとりひとりが発達を果たすという基本的人権の保障は、家庭を抜きにしては語れない。家族は社会の出発点という基本的な単位であることは間違いのない原点だからである。

しかし、家族を構成する両親もまた、「個の実現」について、きわめて不自由な暮らしを強いられている事実を無自覚に過ごしてきている現実があるが、どこまでもそのままではという保障はない。ある日突然、人生の危機に遭遇したとき、このような仮面をかぶった構造に亀裂が入り、不確かな自分の本質に向き合う驚きは、たちまち極度の不安となって苦しみに転じる。言うなれば、家庭は社会の歪みをいち早く写し出す鏡という位置にある。一方では、健全な人間性を保ち、幸せな人生の完結をもたらす土壌もまた、家庭である。さらに、これらの事実は同時に、心身障害のある人々が安心して暮らせる条件が希薄な実態を意味している。発症しなくてもすんだかもしれない潜在的な精神病理学的歪みを持っている人が、簡単に活発な精神症状を顕在化しやすい時代なのである。

古くから人の暮らしに馴染んできた家庭機能は、《巣ごもり・やすらぎ・さまよい・羽ばたき・巣立ち》である。基本的人権を《身体権・自由権・名誉権・財産権・発達権》の統合と捉えるならば、とりわけ発達権が人生を通じて限りなく深められていくために、これらの家庭機能は不可欠の条件と言えるであろう。そして、家族との暮らしを基本に継承されていく文化、とりわけ《手の文化、ことばの文化、食の文化、まなざしの文化》が豊かであるほど、人権全体は安全に守られているのであるが、実態は歪み、きしみを響かせている。そのような構造が拍車をかけて、人権の感覚の麻痺とも思われる切ない事件が続出する時代となってしまった。家庭が悪いのではなく、家庭機能を麻痺させる社会構造にメスを入れなければならないし、ひとつでも打開につながる策を講じることが緊急の課題である。なにが悪いという水掛け論をしている悠長な余裕はない。

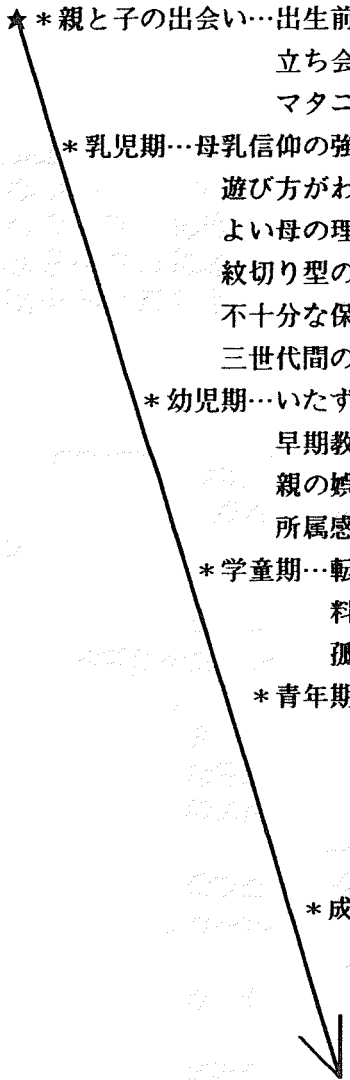
他方、『家』をめぐる、多様なライフスタイルが登場していることも承知しておかなければならない。その例として、人生の終末の儀式についての考え方がひとつの象徴として取り上げられよう。墓を作り家を守る儀式から、限らない個の発展をテーマに、自らの魂を自然に返す撒骨に関心を持つ人が少なくない。人生の多くの時間を会社人間として己を殺して暮らしてきた人々が、定年後のライフスタイルを模索していく過程で、今までにない選択に自己の可能性を託すのであろう。

### 3. 家庭が直面している困惑を脱却するために

家庭支援の体制は、メニューの種類としてはいろいろと行われてきた。しかし質の深まりの点では不十分であったという指摘も盛んであり、エンゼルプラン、新ゴールドプランなどを始めとした新たなガイドラインに対する点検整備が必要である。これらの施策や、1998年3月公表の中央教育審議会中間報告の批判的検討と同時に、最重要課題は、メンタルヘルスのための人材養成である。一口に医師といっても発達過程を熟知している人は少ないし、その他の専門スタッフでも礼節をもって粘り強く取り組む体制にはなっていない場合が少なくない。人材の定数も大切であるが、それよりもはるかに大切なのが、養成の内容と質であることを強調したい。



表2. ライフステージとメンタルヘルス

- 
- ★ \* 親と子の出会い…出生前診断・生殖機能の低下（環境ホルモン物質？）
    - 立ち会い分娩の是非
    - マタニティーブルー
  - \* 乳児期…母乳信仰の強要
    - 遊び方がわからない親
    - よい母の理想と現実のずれ→虐待
    - 紋切り型の育児相談
    - 不十分な保育施設
    - 三世代間の支援の欠如、もしくは支配
  - \* 幼児期…いたずら時代の抑圧
    - 早期教育・お受験
    - 親の娯楽優先による子の置き去り
    - 所属感の薄い地域社会
  - \* 学童期…転勤・転居・いじめ
    - 料理の手抜き（既成の惣菜依存）
    - 孤独な食事
  - \* 青年期…父親の単身赴任
    - 思春期の無視・攻撃などを見守れない
    - 金銭感覚の逸脱
    - 妻の再就労
    - 置き去り主婦のうつ状態・キッチンドリンク
  - \* 成年期…高齢者の世話によるストレス
    - 健康上の不安材料の顕在化
    - 子供の自立と親の孤立感
    - 夫婦間の不一致が顕在化
  - \* 老年期…身体機能の低下
    - 高次精神機能の低下
    - 家族や友人との死別
    - 生きる目的の喪失

## サポートの原点を問う

大石 敏寛 (せかんどかみんぐあうと)

### ●はじめに

カクテル療法という複数の薬の併用は、これまで多くの入院患者や死者を出してきたエイズへの治療において画期的な成果をおさめつつあります。日本を含め先進諸国のエイズによる死亡率は低下し、また、欧米諸国ではエイズ患者のために作られたホスピスも、昔は順番待ちという状況から、入所者の減少によって施設数が減ってきているという話もききます。身体的な健康の回復から考えれば、あきらかに前進していると考えられますが、しかし、現実には医療の進歩に患者の心理的側面やライフスタイルがそぐわないという現実も存在しているのです。

### ●治療

カクテル療法は、確かに画期的な治療法ですが、治療を行う患者にとっては、大きな決断が必要とされます。米国では、カクテル療法に対して患者が

「Good」という思いでは始める時期ではなく、「Excellent」と思うようになってやっと始める時期だというドクターがいるくらいです。それは、一度始めた治療は、なんらかの理由で中断することで、治療を開始する前より悪い状況になることがあるからなのです。薬を飲むにあたり、生活の制限やライフスタイルの見直しが必要とされるこの治療法は、患者一人の思いだけでは、なかなか難しいものがあるでしょう。

・ 食事制限  
・ 時間制限  
・ 1日の水分摂取

	行 動	内服薬
5:00	食事禁	
6:00	食事禁	
7:00		AZT+3TC+IDV
8:00	食事禁	
9:00	朝 食	
10:00	500mlの水分摂取	
11:00		
12:00	昼 食	
13:00	食事禁	
14:00	食事禁	
15:00		AZT+IDV
16:00	食事禁	
17:00	500mlの水分摂取	
18:00		
19:00	夕 食	3TC
20:00		
21:00	食事禁	
22:00	食事禁	
23:00		AZT+IDV
0:00	食事禁	
1:00	500mlの水分摂取	

### → メンタルヘルスの役割とは

1. ライフスタイルによっては、治療を行わない患者がおります。  
治療を行わないことで、「ダメ患者」と思わないようにサポートしていく。
2. 治療を開始しても、継続が困難な場合があります。  
継続が困難になった患者に対して、一方的な服薬指導は患者を追い詰めることにつながります。どうして継続が困難なのか患者と向き合うことで、継続が容易になることもあるでしょう。
3. 治療の効果が思わしくない患者の場合。  
他の患者と比較して、データが思わしくない場合、精神的に追い詰められます。そんな場合は、新しい治療の切り替えだけでなく、心のケアも行う必要があるでしょう。

2013  
Dr. P. Nees & Associates



「わが国のメンタルヘルスの現状」指定討論

## 地域のメンタルヘルス

—いま、何を問われているのか—

国立精神・神経センター精神保健研究所

吉川武彦

### 1. はじめに

この討論を通じて、いま、メンタルヘルスにかかる地域状況を明らかにし、これまでとは異なった切り口でコミュニティメンタルヘルスを考えなければならない。その切り口としてコミュニティメンタルヘルスの戦術と戦略について触れたい。

戦争のツールが石や竹槍や刀だけのとき、それに馬が加わったときとは戦術も変わる。これに鉄砲と車が組合わさったとはいえ平面的な戦術しか考案できない。飛行機や潜水艦がツールに加わるようになって、空中から地下までが舞台になって戦術が展開するようになった。コンピュータ社会における戦争は、ツールに質的变化をもたらしたともいえ、戦術はいつそう複雑になり、ますます戦略が重要視されることになった。さまざまなツールの開発を受け、戦術は複雑化し、戦略の善し悪しが結果を左右するようになったのである。

個々の戦術を最大限にパワーアップして臨めば、戦争に勝つというものではないことは歴史が証明してくれる。乏しいツールでも、鍛え上げられた戦術になるし、数少ない戦術を巧みに組み合わせて用いるという戦略がなければ、戦争には勝てない。戦略のバックボーンになるのは技術ではなく歴史観である。歴史観とは、ものごとを時系列的にみる力といってもいい。攻撃も撤退も戦略である。攻めも引きも戦いであることを認識したい。

### 2. コミュニティメンタルヘルスが直面する課題

いま、待ったなしでこころの育児のあり方が問われている。ごくふつうの少年が起こすさまざまな事件をどのように理解し、これにどう対処するかをコミュニティメンタルヘルスとして考えないわけにはいかない。これは、従来からは母子保健が担ってきたものであるが、すでに精神保健と母子保健が互いに手をつなぎあって地域保健をすすめるところに来ている。もちろん地域保健だけで対処はできないので学校教育もこれに頼んでほしい。

ストレス性の障害をコミュニティメンタルヘルスとしてとらえることも、緊急の課題である。これまでは、自分づくりがうまくいったからなんとか“自分で解決”することができたし、自分で解決できないことがおかしいといわれてきた。それが、産業メンタルヘルスが重視されるようになり、産業界だけで自己完結的に行えなくなってコミュニティメンタルヘルスに課題解決の期待がかかっている。

これまでは、生まれ育った地域で生活をしたいという障害児や老人をどのように支援するかということ地域保健の課題としてきたし、精神障害者の地域生活支援を地域保健の重要な課題としてきたが、地域保健における精神保健—コミュニティメンタルヘルスには、これらに横断的に共通する問題をえぐり出して解決を図ろうとするものである。つまり、ひとつひとつのテーマを解決しようとする処方があるのではなく、コミュニティメンタルヘルスの戦略を立て、その実現のための戦術を練り、戦争のツールを選択することが求められていると考える。

Spad. 子育て管理

### 3. コミュニティメンタルヘルスの戦略と戦術

では、戦略は何か。これは、すでに述べたが、「生まれて育ったこの地で癒されたいし死にたい」という市民の願いの実現であろう。これを共通基盤として地域ごとに戦術を組み立てる必要がある。すなわち、そこに地域性がある。その地域性を無視しては、コミュニティメンタルヘルスの実現は図れないと考える。もちろん、実際の戦術は、個々の問題ごとに立てる必要もあろう。ただ、共通基盤をしっかりと認識した戦略をもち、戦術を組み合わせ、ツールを選択する必要がある。

その戦術の一つに、地域住民を巻き込むネットワークづくりがある。個々の住民が、地域を自分のものとして捉えることができるようにすすめるためには、地域住民のコミュニケーションが高まらなければならない。そのコミュニケーションを高めるために、地域におけるベシックネットワークをつくる必要がある。このベシックネットワークは、住民による住民のためのネットワークであるが、そのネットワークづくりには精神保健関係者の関わりが必要なことがある。

さて、ベシックネットワークづくりにはいくつかの戦術があるが、そのひとつはボランティア養成であろう。つまり、ベシックネットワークの核になるボランティアを養成しようというのである。子育てから老いに至るまでの地域精神保健の一端を担ってもらおうボランティアの養成をすすめたい。その戦術を成功させるためには、徹底した情報公開が必要である。その理由は、情報開示によって住民自身の自己選択が可能になるからである。

### 4. 戦術のパターン化を図り一般化をめざす

これまでの地域保健活動を「垂直・指導型」の活動と位置づけ、これからの活動は「水平・相談型」でなければならないといい続けた。いま、保健所の再編が行われつつあるのも、この垂直・指導型地域保健から水平・相談型地域保健への転進が遅れたために地域住民からの信頼が得られなくなったからである。ごくひらたくいっても、地域活動が識者の「指導型」から住民の「選択型」に変化してきたことから、そのことはいえる。さて、より具体的なことを述べておかなければならない。

戦術が成功するためには、ツールをどこまで使いこなすかということが問われることになる。これを考えるには、老人保健法を例にとるのがわかりやすい。老人保健法では、この法の目的を達成するためにいくつかの事業を立てているが、保健関係事業には6本の柱がありこれを「老人保健6本柱」といっている。その柱の第1は、“情報提供と啓発”であり、第2は“健康教育”、第3は“健康相談”、第4は“健康審査と精密検診”、第5は“リハビリテーション”であり第6が“訪問活動”となっている。つまり、この6つをツールとして地域老人保健をすすめるというのである。

### 5. おわりに

さて、いま、地域で求められている育児環境の構築に向けて、コミュニティメンタルヘルスは、どのようなツールを使って戦闘を挑み、戦術を組み立て、どのような戦略を実現しようとするのであろうか。これまで、たびたび「子どものこころの育ちが危ない」ということをいつてきたが、こころを育てる育児を戦略とするなら、戦術には何を使えばいいのであろうか。そのときに老人保健法のツールであった6本柱をどのように組み立てるかが戦術となろう。そして、精神障害者のリハビリテーションをすすめるための戦術もまた、この6本柱で考えていくことが重要であることを認識したい。

シンポジウムⅣ

21世紀を展望する実践モデルの  
模索と新たな活動の展開



欧米においては脱施設化にともなう急性期短期入院の受け皿として総合病院精神科がその役割をになっているといわれるが、わが国においては精神医療・保健・福祉の機能分画が明確ではなく、総合病院精神科も精神医療のなかで特別の役割を遂行しているとは認識されていない。

そもそも精神医療は、その語句のなかに医療という文字を含みながら、一般医療とは別のもので考えられてきた。精神医療は高度に発達した一般医療技術や、インフォームド・コンセントやターミナル・ケアといった新しい医療思想の恩恵に十分に浴しているとはいいがたい。しかし、医療が総合的に行われるものであるならば、脳の機能的表現である精神も人体の機能の一部である以上、精神医療も一般医療との強い緊密な連携を保つ必要があり、その上で独自の専門医療としての発展が求められるべきであろう。

身体疾患の一症状として精神症状が現れることもあり、精神的・心理的ストレスの結果として身体症状が出現することもある。また身体疾患の治療中に、抑うつや錯乱といった反応的な精神状態を呈することもあり、精神疾患がもとで、自分の体を傷つけたり、自らを死に追いやろうと試みてしまうこともある。このように精神と身体は不可分の関係にあり医療においても、その患者の状況に応じて身体治療モードから精神治療モードへ、精神治療モードから身体治療モードへという機敏な転換がなされるシステムが必要であろう。

単科精神病院と一般病院の間のハードルは高く、強い精神症状を持った患者は一般病院ではいかに重篤な身体疾患を合併していても治療困難な患者とされてしまうことが多く、単科精神病院では身体疾患の管理治療は十分に行えないことが多い。総合病院精神科こそが両者を橋渡しし、かつ先にのべたモード転換が極めてスムーズに行われうる場所である。

精神医療において総合病院精神科が果たしうる役割として以下のようなものがあげられる。

#### (1) 身体合併症医療

##### ① 精神疾患、精神症状に起因した身体疾患、症状

- ① 自傷・自殺企図によるもの：急性薬物中毒、切創・刺創、骨折など
- ② 精神症状にもとづく身体症状：拒食による脱水・栄養障害、長期同一姿勢保持による関節の拘縮など
- ③ 向精神薬副作用によるもの：パーキンソン症候群、水中毒、尿閉、腸閉塞悪性症候群など

##### ② 身体疾患と精神疾患が偶然合併したもの

精神疾患と併発した身体疾患との間に直接因果関係のないもの  
精神分裂病と悪性腫瘍、うつ病と肺炎の合併など

##### ③ 身体疾患治療中に発生する精神症状

- ① 症状性・器質性精神疾患：身体疾患や脳器質性疾患にもとづいた精神症状  
肝性脳症、甲状腺疾患にともなう精神症状、脳炎、  
脳血管障害後の精神症状など

②医薬原性精神疾患                   ：ステロイドやインターフェロンなどの身体疾患治療薬によって引き起こされる精神症状

③身体疾患が契機となっておこる反応性精神疾患：癌告知後のうつ状態など

## (2)精神科救急・精神科急性期医療

精神科の急性期は(1)の①のような身体症状が起こりやすく、また初発の場合にはそれが(1)の③の①によるものではないか鑑別が必要である。そもそも急性期治療は安静と薬物療法が主体の時期であり、身体疾患治療と同様のスタンスで治療可能な時期である。また薬物も比較的大量が使用されることから副作用の出現にも十分な留意が必要である。従って、本来的には精神科救急・急性期治療は他科との連携がとりやすい総合病院精神科が中心となるべきであろう。

## (3)初期診断・初期治療

精神症状の初発時にはそれが何らかの身体疾患の反映ではないのかという鑑別診断がもっとも必要であり、患者や家族自身も総合的な観点での診療を求めることが多い。また精神科治療への導入として、受診抵抗の少ない総合病院の方が適しているといえる。

## (4)神経症・うつ病・思春期精神疾患の治療

比較的軽症なこれらの疾患や思春期の患者は、単科精神病院での治療には抵抗を示すことが多く総合病院精神科が引き受けることが多い。また、これらの疾患も身体疾患との鑑別や摂食障害のように他科医との連携が必要となることが多い。

このように精神科治療において、一般科との連携を必要とする局面は極めて多く、両方の治療が行える総合病院精神科が中継点としてより多くの役割を果たすべきであろう。しかし現在わが国においては総合病院で精神科とくに精神病床を設置している病院は少なく、かつ精神科治療施設間での機能分担も進んでいないことから、身体合併症医療や精神科救急・急性期治療に焦点を当てた総合病院精神科も少ないのが現状である。総合病院に精神病床の設置が進まない最大の要因は、一般科との医療費（診療報酬）の極めて大きい較差にある。現在一般診療科では1日入院して約30,000～40,000円かかるが同じ総合病院内にあっても精神科では15,000円程度である。一般科の1/2～1/3であり、これでは経営上は全くお話にならず、ただでさえ逼迫している病院経営のなかでは精神科を新たに設置したり充実させようという動きは起こりようがないのである。

当院精神科は昭和61年に外来が設置され、ついで平成4年7月に病棟（閉鎖50床）が開設された。当初より精神科急性期治療や身体合併症治療を射程においた地域医療に貢献しうる病棟運営を考え、約6年間ほぼそのように運営してきた。

平成8年の入院数は312名であり、このうち救急外来経由の入院が96件（31%）、精神科急性期状態にあった患者は210名（67%）であった。また何らかの（他科医の診療を必要とする程度の）身体合併症を保有していた患者は137名（44%）であり、精神科急性期状態にある患者においても同率の44%に身体合併症がみられた。また精神科初回入院者は111名（36%）であった。平均在院日数は58日であった。

院内外との連携状況は、院内他科からの転科入院が36件、他院（精神病院、一般病院）

からの転入院が19件、他院からの紹介入院が29件、その他警察関与入院が16件、保健所よりの紹介入院が7件であった。また平成8年の精神科救急外来数は554件であった。このように当院精神科の診療活動は救急・急性期医療、身体合併症医療を中心に院内外、地域と広く連携をとりながら行われており、二次医療圏における精神医療の中核的病院としての機能を果たしているものと思われる。

当地区には以前は単科精神病院、精神科クリニックは存在していたが総合病院精神科はなく、身体合併症医療、精神科救急医療に関しては困難な状況にあった。当院精神科の開設により精神医療施設間の機能分担が明確となり、地域における精神医療に関するトラブルは減少したものと思われる。しかし、当地区には精神保健福祉に関する資源は乏しく、精神医療施設以外の福祉施設はほとんど皆無の状況である。精神医療は単一の病院や医療施設だけによって完結するものではなく、地域における福祉施設や関連支援機関などの重層的なサポートシステムの裾野を持つことにより、急性発症から障害者のノーマライゼーションにいたる幅広いニーズに応えうようになるものと思われる。

平成3年の北総精神科医会の発足を端緒に当地域における地域連携の模索が始まり、平成9年には成田地区精神障害者家族会「なりた会」、精神医療施設従事者・保健所職員・市職員を中心にした成田地区精神保健従事者の会が発足し、平成10年には成田市における総合的な精神医療・保健・福祉システムを構想していくための「成田市精神保健福祉推進協議会」が発足することになった。この協議会は、市単位のものとしては千葉県内では船橋市に次ぐもので、精神医療保健福祉の関係者と成田市が一体となり当市における精神医療保健福祉について検討していくものである。

このように精神科救急・急性期医療、身体合併症医療を中心にした総合病院精神科（有床）の活動は地域における精神医療の整備に極めて有効であり、精神医療と一般医療を緊密に連絡するという役割も有する。こうした精神医療における機能分担がさらには医療と福祉との本来的な機能分化を促進し、さらにはそのことを基礎とした地域における統合的な精神医療保健福祉システムの構築をも可能にするものと思われる。

## どんな障害があっても一人の市民 ～ふつうに暮らせるまちづくり～

みたか共同作業所むうぶ舎  
地域精神保健社会福祉協会 (CMSA)  
宮川 齊

### 1. 三鷹市～こんな街からの報告です

発展する新都心新宿から西へ中央線で20分 東京全体では中央よりやや東 標高50～60m ほぼ平坦 西に野川(この部分40数m 日本有数の巨大水車) 東に玉川上水・神田川 中央に仙川 面積16.4km<sup>2</sup> 人口16.2万人 地方交付税不交付団体 医師である元市長が公衆衛生に注力し下水道100%達成日本一 コミュニティ行政 市民会議(市民参加の仕組み) 23区と多摩の接点 「ふれあいをもつしあわせ都市」(高環境・高福祉)

#### <精神保健福祉関係>

- ・市民は意識していないが精神病院が多い 市内病院で約1300床 隣接市に約400床
- ・87年まで、地域の社会資源は「三鷹保健所のデイケア活動」だけ
- ・88年、市内最初の精神障害者共同作業所、市民運動から発足 同年、家族会発足 いずれも他市に比べ早くはない
- ・91年、市基本計画に「精神障害者の自立促進」 他市に先んず 市民の動き
- ・92年、社会福祉協議会「精神保健ボランティア講座」開講 以後毎年
- ・93年、ボランティアグループ「おいしい会」「一葉会」発足 96年からは「ほのぼのふらっとCafe」も
- ・96年、市基本計画(改訂)に「精神障害者施設の整備・充実」
- ・現在、作業所9箇所 人口比では都内最高の設置率 補助金も都内最高クラス
- ・97年、統廃合で保健所が無くなった 市民の健康を守る自治体の姿勢が問われる
- ・マスタープランが必要だが、行政内に精神保健福祉の蓄積・要員少

### 2. 「精神障害」との出会い～むるっく相談室で

- ・市民の市民による市民のための相談室 一切無料 何でもどうぞ 相談員はボランティア 多くの専門家の協力
- ・地域の労働運動や様々な分野の市民運動を行なう人々が出会った
- ・ベースである地域に気づく 具体的には基礎自治体 自治 市民によるまちづくり
- ・映画会等のイベント 「たべもの村」をたまり場に交流会 孤立化した都会の暮らしに人々のつながりを だれもが暮らしやすい街を自分たちの手で
- ・85年夏設立 毎月1000円の会費 100人以上の会員 マンションの一室で相談活動開始
- ・始めて初めて気づいた「こころの病」の多さ 相談件数の3割強 精神病院の多さ



- ・86年秋、相談員のためにカウンセリング講座開始 市福祉職員や保健婦にも参加を呼び掛ける よその街には“共同作業所”というものがあるという…
- ・87年夏、「三鷹に精神障害者の共同作業所づくりを進める会」発足 学習会 作業所づくりへ この時点で市内に家族会無し
- ・88年4月、みたか共同作業所（むうぶ舎）発足

### 3. 障害を持ってこの街で～むうぶ舎の歩み

- ・五つの理念～発足にあたり関係者が何日も何日も夜遅くまで話し合った
  - ①出会いと憩いの場：退院後、街の中につながりを作り出す“場”が必要
  - ②生活体験の場：生活技術以前の社会で暮らすイロハを身体で覚えること
  - ③働き場：人間としての全体性の回復のために
  - ④市内関係機関のネットワークづくり：作業所だけで人は生きられない
  - ⑤街の人々への精神障害の理解のための働き掛け：専門家だけでは駄目 街が変わる事
- ・当初、ボランティア団体の事務所に間借り カネとヒト求めバザーを
- ・90年、自前の事務所 雑多な企て 不思議なエネルギー
- ・93年、メンバーも増え第二作業所 “憩いの手づくり工房”と“リサイクルショップ”に分化 同時に、広く市民に向けた心の電話相談室「めんたるこーる」開設
- ・96年、多様化するメンバーのニーズの中で“働きと出会い”にポイントを絞り第三作業所「食茶房むうぶ」開設 命の源“食”＝職 会合の出来る和室 ギャラリー コンサート 配食サービス 時給700円を越す
- ・街の中で街の一員として生きる 住民協議会への参加（厚生部会委員、コミュニティまつり、運動会、盆踊り等） リサイクルショップは地域の商店会に参加 英語教室受講
- ・自治体の計画に積極的に提言、参加
- ・96年の第三新設に際しては他団体と協力して市と交渉（市の補助金を3分割提案）

### 4. 障害を越えたつながり～街を変えるために

- ・現状を良くするには自分たちのことだけでは駄目
- ・90年、市の基本計画策定（1991～2000）を前に、市内の様々な障害者団体・作業所に呼び掛け“障害者も一人の市民として計画に意見を”反映させようと「三鷹市障害者福祉懇談会」結成 意見書提出
- ・懇談会は会合を定例化、組織化 障害に関わる団体・個人の連絡機関として成長
- ・92年の「福祉プラン21」策定に際し計画案検討市民会議委員に（存在を認められる）
- ・仕事を受注するため「三鷹市障害者ワーククラブ」結成 市より公園清掃を団体委託 また市役所内の売店、高齢者住宅1階に喫茶店開設運営 奮闘中

“どんな障害があっても一人の市民”のほんとうの実現はたやすいことではない。しかし、その過程で様々な学びと人間としての成長をもたらせてくれる、やりがいのある、希望のある企てだ。  
 （別紙「むうぶ舎活動図」）

精神保健への幅広い理解を広げようとするむつろがの地域の中心に広がる人のつながりの輪。ユニークな活動の輪をご紹介しましょう。

毎回の例の「大バザール」  
参加団体は10を数え、にぎやかな祭りに色彩をそそぎます。  
・MAM、三鷹市研福会、花いっせ、ピカピカ、たべのぼり、アジアカ、会、親の会、西市民生協...

精神保健を考える集い  
毎回テーマを持ち、広く精神保健への関心を呼び起こそうと、「おおきき会」と共催で行っています。講演会、シンポジウムから、当事者が生の声を語る場となっています。

中原店 1988～  
〈建いの半フツリ工房〉  
ミニ講座  
自給自足  
修理と再生  
下請け仕事  
高層と平屋のホコトでつながるフツリの空間。

三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター  
三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター

参加しています  
三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター



小さな音楽会  
クニノカ (古楽器)・ハーブ・韓国風踊り・アムステルダム  
めんとらこころ  
心の電柱目録空  
火・木・土  
10:00～2:00

食茶房むつろ 1996～  
〈働きと出会いの場〉  
食をベースに街の暮らしを

三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター  
三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター

三鷹に精神障害者の共同作業所をつくり進める会  
市民活動の中から芽を出したむつろがの会には、ゆるやかな人のつながりの輪が広がります  
金曜日は、おみやげの夕飯会

新川店 1993～  
〈川が流れるが、石は作らな下流仕事〉  
豆腐アクリ、たれと産物とん、アクリ、藍染め

三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター  
三鷹市障害者福祉協議会  
三鷹市障害者ワークセンター

新川中原住民協議会  
厚生部のメンバー  
として、コミュニティセンターでは、月/回ワークショップを開催しています。

公南会  
新川中原地区の商店会に加盟

またかホフアンセンター  
おいしい会  
月初めの土曜日に集まっています。

またか保健所  
あおき会  
三鷹市家族会  
第4木曜日

「おいしい会」,  
「あおき会」の活動と連携  
しています。

社会教育会館  
おいしい会  
毎月最終日

街をこぞり  
地域精神保健  
社会福祉協会  
(CMSA)

館のボランティア講座から誕生。精神保健に関わる問題を、仲間と一緒にしめじりと話し合える場。

### 3. 保健所における地域精神保健福祉活動の実践

神奈川県相模原保健福祉事務所

三代 浩 肆

#### 1 神奈川県内における保健所地域精神保健福祉活動の変遷

##### (1) 昭和40年代

- ◎ 精神衛生法改正（昭和40年）「保健所を地域における精神保健行政の第一線機関として位置づけ、精神衛生相談員を配置できることとし、在宅精神障害者の訪問、相談事業の強化」
- ア 未治療及び医療中断の精神障害者に対する通院及び入院治療の援助
  - ☆自己決定の原則を尊重した個別援助（ケースワーク）の展開
- イ 家族教室の開催
- ウ 家族教室から地域家族会への組織化援助

##### (2) 昭和50年代

- ア デイケア（生活指導教室）の実施
  - ☆集団援助（グループワーク）の展開
- イ ポストデイケアとしての地域作業所創設活動
  - ☆地域援助（コミュニティワーク）の展開
- ウ 地域作業所連携調整の推進
- エ 精神保健ボランティアの育成援助
- オ 精神障害者団体の育成援助

##### (3) 昭和60年代～平成10年

- ア 地域作業所の複数化及び機能分化の支援
- ◎ 精神保健法施行（昭和63年7月）「精神障害者社会復帰施設規定の新設（精神病院から社会復帰施設へ）入院中の精神障害者の人権擁護規定の新設」
- イ グループホーム創設活動の支援
- ◎ 精神保健法改正施行（平成6年4月）「グループホームの法定化（精神障害者とは「精神疾患を有する者」と定義）道府県の事務を政令指定都市に委譲（平成8年4月）社会復帰施設から地域社会へ」
- ◎ 障害者基本法成立（平成5年12月）「精神障害者の対象規定（障害者計画の策定）」
- ◎ 地域保健法成立（平成6年6月）「保健所は、都道府県、指定都市・中核市（地方自治法）、政令で定める市（人口30万人以上）又は特別区が設置する」
- ◎ 精神保健福祉法改正施行（平成7年7月）「精神保健福祉相談員の業務に精神障害者の福祉に関する相談及び指導を追加（精神障害者保健福祉手帳制度の創設）市町村は都道府県の事務に必要な協力をするとともに、必要に応じて、精神障害

- 者及び家族等からの相談に応じ、指導するよう努めなければならない」
- ウ 生活支援のネットワーク創設活動
- エ 生活支援拠点創設支援
- ☆ケースマネジメントの展開

## 2 地域精神保健医療福祉の課題

- (1) 精神保健の課題（ヘルスマデル 市民・精神疾患患者・精神障害者）
  - ア 精神的健康の保持増進
  - イ 精神的不健康の予防
  - ウ 精神的不健康の早期発見
  - エ 精神的不健康の早期問題解決
- (2) 精神疾患患者医療の課題（メディカルモデル 精神疾患患者）
  - ア 精神科救急医療システムの整備
  - イ 医療中断者の人権擁護と継続的地域医療システムの構築
  - ウ 精神医療の内容充実及び精神医療の守備範囲・役割の明確化
  - エ 精神疾患患者の医療に関する法律の整備
- (3) 精神障害者福祉の課題（ソーシャルモデル 精神障害者）
  - ア 障害者福祉の一元化（精神障害者、身体障害者、知的障害者、難病者等）
  - イ 障害者福祉の実施主体の市町村一元化
  - ウ 精神障害者福祉施策、施設、プログラムの整備拡充

## 3 これからの保健所の役割

- (1) 都道府県保健所（二次医療圏域）
  - ア 精神的健康の保持増進
  - イ 精神的不健康の予防
  - ウ 精神的不健康の早期発見
  - エ 精神的不健康の早期問題解決
  - オ 精神疾患患者の早期発見、早期治療の促進と精神医療機関との連携
  - カ 医療中断者の人権擁護と継続的地域医療提供のコーディネート
  - キ 精神障害者の社会復帰、福祉に関する総合相談
  - ク 精神障害者の地域生活支援資源の情報提供とコーディネート
  - ケ 家族への疾病及び障害理解の教育的プログラムの提供
  - コ 自助グループ、家族会の支援、ボランティア等地域マンパワーの育成と活用
  - サ ケースマネジメントの実施
  - シ 地域精神保健福祉ニーズ調査及び施策の計画立案
  - ス ノーマライゼーション社会の構築と地域社会の構築
  - セ 社会資源の創設と地域社会の組織化
- (2) 指定都市（地方自治法）保健所の役割
- (3) 中核市（地方自治法）、政令市、特別区保健所の役割
- (4) 市町村保健センターの役割

## 医療と福祉の関係はどうあるべきか

### 1、動き出した社会福祉・障害者施策の見直し動向と精神障害者施策

「社会福祉基礎構造改革」なるものが忽然と姿を現し、社会福祉制度の根幹的な見直しがすすめられようとしている。社会福祉法人や措置制度のあり方、施設体系の見直しなど、精神障害者施策にも大きな影響が出てきそうである。

障害者プランについては、策定後3年目に入ったがその進捗状況ははかばかしくない。もともと、数値目標の低さなどで不十分さの目立つプランであったが、国財政の悪化のあおりを受けさらに後退を余儀なくされそうである。とくに、障害者プランの裏打ちを成す市町村障害者計画については、その策定状況が注目されるところである。昨年(1997年)3月時点で17.9%であったが、本年は20%台とやや伸びているが低迷の域は出ていない。市町村障害者計画において、精神障害者施策がどの程度明記されているか、これも大きな注目点であるが、昨年の3分の2程度(68.7%)からそれほど好転していない。

なお、来年の通常国会において、次の障害関連の法律が改正される予定である。精神障害者の地域生活を考えていく上で極めて重要である。

- ①社会福祉事業法
- ②身体障害者福祉法
- ③精神薄弱者福祉法
- ④精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律
- ⑤民法(成年後見人制度創設)
- ⑥年金法

### 2、現行制度の問題点(地域での実践の発展を阻んできたもの)

精神障害者に対する地域生活支援策の拡充の必要性が唱えられて久しいが、遅々として進捗を見ない。そこにはさまざまな要因が見られ、かつこれらの要因が複合汚染ふうに関連し合いその拡充を妨げているのである。以下、その主要な点について略述する。

#### 1)社会福祉施策の貧困・改革の鈍足性

地域生活を支えるための社会福祉制度は、極めて希薄である。問題を詳細に見ていくと、さらにいくつかの要素に分けられる。その第一は、他障害者(身体障害者・知的障害者)対象の福祉制度との格差が甚だしいことである。第二に、遅れているにもかかわらず改革の速度があまりにも鈍いことである。第三は、社会福祉施策を促進するための根拠法令が確立されていないことである(現行の「精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律」は、社会福祉分野に関する本格的な根拠法令とは言い難い)。

#### 2)福祉的な社会資源の絶対数不足

1987年の精神保健法制定(精神衛生法からの改正)に伴って制度化された社会復帰施設であるが、その数は一向に伸びない。1997年10月1日現在で、そのすべてを合わせても348カ所にすぎない(生活訓練施設・福祉ホーム・通所授産施設・入所授産施設・福祉工場)。これらの総定員数は6千人足らずで、実利用者数となるとその70%程度に留まっている。最大の問題点は絶対数不足であるが、設置が進まない背景として次の点があげられる。その第一は、これらの社会復帰施設を設置しようとする、法人格取得のための基本財産の準備(社会福祉法人取得に際しては、基本財産として土地が必要)や施設建築費の自

己負担金(実質的には総工費の半額程度)の確保など、莫大な経費がかかることである。第二は、設置後の運営にあたって支弁される公費が非常に少なく(他障害の同類施設制度と比べて)、関係者のあいだで設置の意欲が湧いてこないということである。

結果的に、現状では生活訓練施設及び福祉ホームを中心に医療法人経営による社会復帰施設がかなりの数を占めている。それらの中には病院敷地内設置のものも少なくなく、地域生活を支える社会資源というよりは、さながら「準病室」「第2精神病院」そんなイメージである。

社会復帰施設以外に、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)や地域生活支援センターがあるが、いずれも有効値とは言い難い。

### 3)市町村行政の無責任性

高齢者や身体障害者と異なって、精神障害者に対する市町村の行政責任は法的には何ら規定がない。したがって、障害者プランにもとづく市町村障害者計画にあっても精神障害者に関する記載はあいまいなものに留まっている。しかし、精神障害者も住民の一員であり、基礎自治体における格差のない対応が求められる。具体的には、①精神障害者に関する施策の権限を、現行の都道府県から市区町村に委譲する②障害者基本法第2条第2項を改正し、市町村障害者計画の策定を義務規定とする、が急がれよう。

### 4)求められる医療機関(医療関係者)の姿勢転換

社会福祉制度が立ち遅れている主要な要因は、前述してきたとおり、法制面の不十分さに尽きよう。加えて、こうした状態を放置してきた問題についても、明確にしておく必要がある。そこには、「医療中心主義」「医療完結主義」こうした考え方が横たわっていたように思う。もちろん、医療は精神障害者の処遇のベースを成すものであるが、その視点のみで地域生活全体までもというのには無理がある。疾病(症状)偏重の精神障害観に社会福祉分野の育成が阻まれ、今日の医療偏重の施策体系につながっているのである。行政とあわせ、医療機関の責任もまた問われるところであろう。

## 3 地域生活支援の基本視点と近未来像

### 1)堅持すべき4つの視点

- ①即応性
- ②総合性
- ③系統性
- ④選択性

### 2)地域生活を支えていくための4つの基本施策

具体的には、①働く場・活動の場、②生活の場(住まい)、③所得保障、④人的支援、の4分野の施策で、これら一つひとつの質と量をいかに豊富にしていくか、ということである。

ここで大切なことは、4つの基本施策は決して精神障害者に限られたものではないということである。すべての障害者に共通しているといっておかろう。もちろん、この基本施策に加えて障害種別からくる固有のニーズへの対応は十分に成されなければならない(精神障害者の場合は、医療や保健分野は不可欠である)。身体障害者や知的障害者の地域生活支援策についてもまだまだ十分ではなく、その水準アップに向けては全障害がこぞと取り組んでいく必要があるだろう。以下、4つの基本施策について近未来像まで言及できるかどうか別として、あるべき姿について略述する。

#### ①働く場・活動の場

まず第一にあげられるのは、働く場・活動(アクティビティ)の場についてである。言い換えれば昼間の有意義な過ごし方をどのように形づくるのかということになる。障害

の程度や年齢などの条件から、①一般就業(雇用タイプ)、②高生産性の就労の場(福祉工場タイプ)、③中生産性・トレーニング機能の就労の場(授産施設・作業所タイプ)、④就労にこだわらない活動の場(福祉型デイケアタイプ)、の4タイプが必要となる。

一般雇用タイプについては、現行の「障害者の雇用の促進等に関する法律」への全面適用が早急に実現されなければならない。雇用関係が継続するか否かは、種々の要因によって規定されようが、ここでは本人への直接支援策に限って記すこととする。詰まるところ、人的な支援が基本策である。支援のポイントは二つ、すなわち①就職時および就職後一定期間(最初の1カ月が大切、最大6カ月)の同行勤務②長期にわたる相談・励まし・訪問支援、である。それを担う人がポイントとなるが、就職直前に在籍していた社会復帰施設のスタッフを含め柔軟に考えていく必要がある。ボランティア的な形ではなく、制度化していくことが肝要である。

福祉工場タイプ、授産施設・作業所タイプ、福祉型デイケアタイプについては、本人の能力や適性、関心、年齢などの条件によって選べるようにすべきである。同一の基礎自治体内に、あるいは同一の運営組織で複数の授産施設や作業所を運営している場合は、交流や移籍できる仕組みを確保しながら、上記の視点に沿って機能を分かち合うことが有効と思われる。なお、医療機関におけるデイケアが増えているが、利用者を見ていくと特別な医療ケアの必要ないケースも見受けられるという。これらについては、非医療機関としての福祉型デイケア制度を創設し、社会福祉・社会教育的な視点からのサービスや活動内容が提供されるべきである。また福祉工場タイプや授産施設・作業所タイプについては、仕事上の共通課題を多く設定しながら他障害との共同利用についても積極的に推進していくべきではなかろうか。

## ②生活の場・住まい

第二の施策は、生活の場(住まい)である。生活全般を通して最も長い時間身を置くのが生活の場、すなわち住宅(住居)である。それだけに住環境の持つ意味は大きく、疾病や障害の安定の可否に関係する場合もあろう。

その基本形態は3タイプであり、支援策のポイントは人的な支えということになる。3タイプとは、①一般物件借り上げ(または自己所有)による独立生活(単身または夫婦)、②グループホームでの生活、③家族(親または兄弟姉妹)との同居生活、である。これらの生活形態ごとに、あるいは個々の障害やニーズに応じて、ていねいな支援策が必要となる。生活の場についての今後の予測としては、単身住まいがその多くを占め一般住宅借り上げ方式に傾斜していくものと思われる。住宅探しの最低要件として、①遮音性が高いこと②住宅街であること(好利便性)③風呂(シャワー)付き④長期借り上げ可(更新手続きは繰り返しながら)などがあげられる。支援の内容は個々によってまちまちであるが、生活の場探しの時点にはじまって、とくに大切なのはヘルパーによる支援である。それも毎日短時間(10分間程度)ずつ、あるいは週に2~3回で1回につき数時間、また食事供給のみの支援、一戸建て住まい(自己所有などの場合)でかつ単身者の場合は草むしりや塀の管理など環境整備面での適切なアドバイスなど、いろいろなパターンが考えられる。人的以外の支援策としては、家賃の補助や公営住宅の優先入居策なども有効であろう。

グループホームについては、そのあり方についてさらに深い検討が求められる。なぜならば、他人と居を共にすることそのものが不自然であり、プライバシーを最大限に尊重されなければならない住まいというテーマにあって、これに逆行しかねないからである。精神病院や大規模施設より一歩前進、そんな考え方がすすめられてきたかもしれないが、そろそろ本来的な姿を想定しながら制度や施策の構築を図っていくべきではなかろうか。もし、グループホームが有効性を発揮するとすれば、次のような場合であろう。その一つは、寂しいなどの理由で本人の意思でグループホームでの生活を希望する場合

である。もう一つは、グループホーム制度を拡大解釈的に活用し、一定のエリア内に個々に住宅(自室)を確保するというもので、その総体をグループホームと捉える方式である。東京や他障害では既に試みられているが、例えばマンションの各階ごとにそれぞれが部屋を借り、ケアラーはその中間階に住むというパターンである。また半径150mぐらいの範囲に、同じく5~6人のそれぞれがアパートやマンションの部屋を借りケアラーはそれらの中ほどに住むというパターンなどが考えられる。近くに仲間がいることで寂しさを紛らわすことができ、食事を含めた日常生活面での援助が専任のケアラーから受けられるというものである。この場合、もはやグループホームというものではなく一般住宅借り上げ方式の一形態と見た方がよいのかもしれない。

家族との同居タイプについては、同居者の大半が高齢化した親であり、家族もろとも支援していくという視点を欠いてはならない。例えば、障害がある者が買い物をして帰り、膝や足に故障があって表に出にくい親がそれを調理するといった事例はよく目にする。この場合、障害がある者がグループホームに、あるいは親が老人ホームに、となったとしたらたちまちその家の生活は成り立たなくなってしまうであろう。当人たちが同居生活を希望するのであれば、障害者施策と高齢者施策とを連結させ、ぎりぎりまでの生活形態を尊重し手厚く支援していくものでなければならない。

### ③所得保障(本文割愛)

### ④人的な支援体制(本文割愛)

以上、障害がある人々の暮らしぶりや地域生活支援のあるべき方向について述べてきた。医療中心主義・入院中心主義的な処遇が長かったわが国にあって、「地域生活支援」は制度的にも実践的にもようやく緒についたばかりである。まずは、自治体施策を含む公的な制度基盤を着実に固めていくことであろう。同時に、個々に対する支援の内容・方法の体系化やネットワークづくり、偏見や無理解に対する対応など、実践面についてもそれぞれの地域特性を生かしながら、これを発展させていかなければならない。

## 4、まとめ



# 21世紀に求められる精神医療

## —二次医療圏域設定とチーム医療—

中島 豊爾（日本精神神経学会，岡山県立岡山病院）

### I. はじめに

21世紀に求められる精神医療を構想するとき，その基本理念を根本的に転換する必要がある。とりわけ精神障害者に対するかつての精神衛生法体制下での隔離・収容主義は，社会防衛主義思想がその元凶であったことを深く認識すべきである。今日求められるべき新たな基本理念とは，「ノーマライゼーションをめざす地域精神保健」であることは全世界的潮流からみて明らかである。社会防衛主義からノーマライゼーションへ，という基本理念の根本的転換は，以下の三つ精神保健の原理を変革することが含意されている。即ち，

1. 社会政策原理の転換
2. 施設への隔離収容主義医療から地域での包括的保健医療福祉へ，という精神保健の場の転換
3. 管理的・強制的医療からインフォームド・コンセントを前提とし，自然治癒概念を包摂した「癒し」の医療へ，という精神医学・治療原理の転換

このための計画は，地域内の関連社会資源の飛躍的な整備・充実と精神科医療供給体制の抜本的改革とが車の両輪の如く一体的に推進されなくてはならない。また上述の新たな精神保健理念が広く国民に受容され，定着するよう精神保健関係者は努力しなければならない。

更に本計画は長期的展望のもとに，大胆且つ慎重に推進されるべきである。その為に一期を10カ年とし，その完遂には二期20カ年を要するものとする。そして行政は，上述した基本理念を踏まえて，財政的支援を含むあらゆる対策を誠実且つ強力に推進する義務を果たさなければならない。

### II. 地域精神保健・医療・福祉体制の確立

#### 1. 精神保健・医療・福祉圏のきめ細かな設定

これまでの医療法・老人保健法・障害者基本法・地域保健法等の改正・成立の流れを勘案して，あるべき精神保健・医療・福祉圏を次のように設定する。

「一次圏域」； 人口約5万人平均地区（全国約3000カ所の市町村）

各医療機関によるプライマリーケア，ソフト救急

市町村保健センターでの相談・社会復帰活動

生活支援センターの設置など

「二次圏域」； 人口約30万人平均地区（全国約400カ所の保健所圏域）

原則的にはこの圏域内で保健・医療・福祉の諸課題が完結し得る基幹圏域

「三次圏域」； 都道府県及び政令指定都市

計画立案，研究，研修，高度医療など

## 2. 住む場・働く場・憩える場の保障

○出来るだけ一次圏域内で提供

### (1) 住む場；全国で約10万人分以上を確保

○生活訓練施設・福祉ホーム・入所授産施設・グループホーム等の法内施設の整備（利用者の選択権を保障）

…各一次圏域毎に約20名分以上を整備（但し、現在既に地域間格差があるので、先進地域では更に上積みされ得るものとする）

○永住型の単身生活可能な住居の確保，公共住宅への優先入居，共同住宅の支援

### (2) 働く場；

○通所授産施設，福祉工場等の法内施設の整備・拡充

○精神障害者社会適応訓練事業の拡充

○小規模作業所の支援

○障害者雇用の促進

### (3) 憩いの場；

○生活支援センターの設置等

## 3. 所得保障

地域で生活をしていく為には適切な経済的保障が不可欠である。医療費や住居等に対する全面的な公費援助が整備されているという前提で考慮しても，疾病と障害を抱えて単身で生活していくためには，最低限，生活保護法の生活扶助基準相当額は必要であり，年金額の引き上げ，福祉的就労の賃金引き上げ等が本人の能力に応じて弾力的に講ぜられる必要がある。加えて，無年金者問題の解決，他の障害者福祉との格差の解消等が早急に図られる必要がある。

## 4. 施策の策定・推進機構の確立

### (1) 「精神保健推進協議会」の設置

○各二次圏域に設置

○精神保健医療福祉従事者・当事者・家族・市町村関係者・有職者の代表によって構成し，当該圏域における広義のメンタルヘルス問題をも含めた包括的精神保健・医療・福祉施策の策定・推進を図る。

○保健所がコーディネーターの役を果たす

### (2) 「生活支援センター」の設置

○各一次圏域に，各市町村の責任において設置

○地域の実状を勘案しつつ，当該地域における精神保健・医療・福祉サービスを具体的に提供し，且つネットワークづくりの中心機関として機能する。

## 5. ホームヘルプ制度の確立

在宅介護制度の拡充と連動する形で精神障害者へのホームヘルプ制度を確立していく

## 6. 精神保健専門職，ホームヘルパー，精神保健ボランティア等の育成・充実

新しい精神保健の基本理念・原理を踏まえた精神保健専門職，ホームヘルパー，精神保健ボランティア等を育成し，その数を大幅に増やし，各分野・圏域に適切に配置

すること。

### Ⅲ. 精神科医療供給体制の抜本的改革

#### 1. 精神科病院の改革

##### (1) 基本的方向

今日のわが国の精神科病院の8割以上がいわゆる民間精神病院によって占められており、且つ病院間格差、地域間格差そして地域偏在等の問題を抱えている。しかも医療法特例によって全ての精神科病院・病棟は一般科医療に比して著しく低い人員基準下に置かれ続けてきた。このような現状は、かつての社会防衛主義に基づく精神障害者への対策という基本思想によって導かれた結果であり、今後のノーマライゼーションの理念に基づく新しい精神科医療を構築していく為には、公私立の別を問わず現在の全ての精神科病院・病棟の抜本的改革は絶対に成し遂げられなければならない最重要課題となっている。

なお、既存の民間精神科病院は今後、地域精神保健にとって必要な社会資源の一つであるという認識の下にその活性化を図ると共に、あるべき医療内容を展開していく為の要件を整えるべく、必要な法的並びに経済的環境を整備していく必要がある。

更にこれら社会資源が無い地域では、新たな医療供給施設を設置していくことが必要となろう。

##### (2) あるべき精神科病床数

一般精神科病床数を、今後10年間で現在の2/3に削減する。その後については、10年後に見直すものとする。

但しこれは、次の(3)に述べる構造改革と連動しながらその一環として一体的に推進されるべきものであり、単なる削減のみを目指すものではない。

##### (3) 精神科病院の構造改革

###### ① アメニティーの確保

施設基準を老人施設並にすることを旨とする。但しこれは時間を要するため、当面十年間は、最低限例えば病室1人当たりの面積を4.3平米から6.4平米へ、1病室当たり4床以下に、等を目指す。

###### ② マンパワーの充実

- 医師数の見直し；特例撤廃の方向。但し、当面10年は2倍(24:1)を目指す。
- コ・メディカルスタッフの大幅導入によるチーム医療の推進
- 看護；新看護体系への移行

###### ③ 急性期治療・慢性期治療の機能別化の推進

###### ④ 人権保障制度を確立する

- 開放化の推進(任意入院者は開放処遇を原則とする)
- 医療審査会のあり方の適正化

###### ⑤ 情報の公開とピア・レビュー体制の確立

###### ⑥ 財政上の手当て

- 診療報酬体系の抜本的改善(他科並に倍増する)

○補助金制度の拡大

2. 一般病院・公的病院の位置づけ

(1) 一般病院（含、総合病院）への精神科病床設置の推進

○地域における窓口としての一次医療並びにリエゾン・コンサルテーション医療を担う

○二次医療圏（病院規模によっては三次医療圏）での精神科救急・身体合併症医療を担う

○地域医療センターとしての役割を負う

(2) 公的精神科病院は、二次医療圏における役割を明確化し、民間病院との役割分担を図る。

3. 精神科診療所

○一次圏域に最低1ヶ所の（有床）診療所・デイケアを設置

○二次圏域を中心とした病・診連携の確立

4. 専門病棟の整備

アルコール及び薬物中毒・依存関連専門病棟，児童・思春期専門病棟，老人専門病棟等

なお、とりわけ痴呆性老人のケアに対しては精神科医療の重要課題として、積極的に取り組むべきである。

5. 精神科救急・身体合併症問題への対策

(1) 精神科救急医療；二次圏域を中心に構想されるべき。内容的には三次救急の整備に留まらず、同時に一次、二次のソフトな救急体制の整備も速やかに行うべき。担当機関は一般病院精神科の役割を重視し、精神科病院・診療所を含めたネットワークを形成して対応。

(2) 身体合併症医療；同様に一般病院精神科を重視し、二次医療圏を中心にしながら体制整備を行う。

〔 以上は、日本精神神経学会、平成9年度通常総会における「精神保健・医療・福祉システム検討委員会」（森山公夫委員長）の報告の抜粋であるが、一部演者による改変があることをお断りしておく。 〕

# 障害者の生活支援

十勝地域における実践からの報告

門屋 充 郎

## 1. 精神医療の現実と功罪

精神障害者にとって日本に生まれたる不幸が今もなお続いていることへの憤りが、私の実践の原動力となってきた。これ程に豊かな社会を創造してきた日本社会が、精神障害者問題をこれ程に貧困なまま放置し続けていることの功罪を最初に指摘しておきたい。

私は約30年前総合病院精神科のPSWとして活動を始めた。総合病院では一般科と呼ばれる他科の医療といやおうなしに比較できる状況にあった。総合病院の精神科は特殊科としてあり、医療の中でも一般科と明らかに差別されて特殊領域として存在してきた。医療制度によっても差別され、診療報酬もコストが低く抑えられ、医療の中で明らかに社会的不利を持ち続けてきた領域である。本来役割からいっても増えなければならない総合病院の精神科が増えない現実が、日本の精神医療状況を如実に示している。私はこの30年、精神医療は医療の中でさえ特殊化され、社会の偏見を専門的に補完し、社会的要請の長期隔離収容を受け入れてきたという功罪があると指摘し続けてきた。未だこの現実には解決されていない。この精神医療の功罪を指摘し改善を促すことの一つとして、生活支援の活動に集約される実践を行ってきた。残念ながら精神医療状況は、依然として隔離収容、自由の剥奪、責任回避を容認し依存を強める状況が継続されている。その状況が疾病と障害に加わる施設症を作り続けている。これらの現実を精神医学が医学の基本理念をもって評価し、状況を発展的に変化させる理念と方法を提示できずにきたことも由々しきことである。

## 2. 十勝地域の実践

北海道の南東部、北・西・東が大雪山系と丘陵地帯にかこまれ、南は太平洋へと続く1万1千km<sup>2</sup>の大平原である。夏は30度を超え、冬はマイナス30度近くなり、日照時間は長く全国有数である。基幹産業は日本の食糧基地と呼ばれる農業である。この地は北海道の行政区として『十勝』と呼び1市17町2村があり、帯広市は十勝の中央に位置している。地理的条件、交通アクセス、精神医療機関の偏在などから、十勝地域全体が精神医療に関しては完結型診療圏となっている。この診療圏は全国で唯一の三次医療圏と二次医療圏が重なっている地域であり、二次医療圏としては全国一広く東京・神奈川・千葉よりも広い圏域である。この広域医療圏に37万人弱の住民が暮らしている。十勝地域の精神医療は、1953年に自治体立の病院が開設されたことから始まった。1969年から1995年までは6病院970床が十勝地域の精神病床であったが、1995年に総合病院の1つが経済的理由で精神科を閉鎖するなどして現在は871床である。病床利用率は80%前後であり、人口万対在院患者数は19床以下と少なく、平均在院日数は270日前後と短い。質の高い精神医療と多様な社会資源があり、精神保健福祉の協力と連携によってネットワークができています。

## 3. 十勝の地域精神医療

1970年代は地域精神保健活動が全国で展開された時代である。しかし、地域活動が住民の精神的健康と福祉のために展開されたとは言いがたい。入院中心の精神病院医療が早期発見をして収容促進を行い、アフターケアとして地域と関わっていたがすべからず医療最

優先の活動であった。当地においては1967年から精神科医療機関、保健所、児童相談所、教育機関、裁判所等のスタッフ20名から50名ほどの規模で精神衛生事例会議が毎月数年間続けられ、関係者の精神障害者援助についての合意形成に大きく役立ち、その後の実践の土台を作ったと考えている。保健所の嘱託医制度がない時代からPSW、精神科医による保健所への定期訪問が現在まで続けられている。精神医療過疎地域への定期巡回診療、相談、訪問等が地域精神医療として展開してきた。早期発見、早期治療、アフターケア、継続医療など様々な取組、入院医療から外来医療へと進められた。医療も常に患者本位を目指し、働く患者のための夜間外来は2つの医療機関で20年ほど前から続けているように様々な工夫を重ねてきた。外来通院者は人口の80人に1人と多数である。

#### 4. 病院精神医療の限界を感じて

現実の精神科リハビリテーションは総体的に社会的復権を含みリハビリテーションとはいえない。実質的にも社会復帰活動になっていない。むしろ結果的に病院内リハビリ活動は長期入院を招くことに貢献してきた。長期期滞在型の医療は、作業療法などの院内リハビリの拡大や超過入院傾向の解決として付属施設化を促進し、社会復帰活動を行っていると言ってきたが、それらの治療構造を私は精神医療の奥座敷と呼んで批判してきた。社会性の再獲得を含みリハビリテーションは、様々な技法の開発と訓練によっても決して効果的結果が得られていないことは、全体として入院総数が減少せず、在院日数が長く、社会的入院者が多数存在するといった日本の実態が証明している。精神医療の中核機能は疾病の治療と症状の改善にある。たとえ疾病が完治せずとも社会生活の条件によっては生活を続けることができ、医療は慢性疾患指導の対象として関わる必要がある。しかし、精神医療は生活支援までも含む機能の拡大を続けてきた。社会生活成立はきめ細かな生活支援システムがあれば多くの精神障害者の社会生活が可能である。社会生活をしている限り、様々な状況が役割取得を促進し、経験をうみ、成長の機会が与えられ、エンパワーメントが高められる。この社会生活成立の条件整備が精神医療から独立して提供されることが重要である。精神医療は治す者と治される者との関係を土台に独特な治療環境を形成している。その関係性がリハビリテーションの限界を生むことに気づいた私たちは、ほぼ25年ほど前から病院精神医療の限界を見据えることとなった。加えて、デイケアを含む外来機能を拡大していくことも、地域精神医療の展開も、地域精神保健福祉活動も、精神医療の包括的な関与が続く限り、精神医療機能の拡大としてあり、精神障害者の自立化には役立たないと考えてきた。生活支援においても世話する者とされる者の関係が固定すると、精神医療同様に依存を強め施設症化を招き自立を疎外する弊害のあることに十分注意してきたつもりである。

#### 5. 病院の機能を限定的に考えること

精神医療の不幸は疾病の難しさだけにあるのではない。むしろ、社会の精神病に対する特殊視が偏見を生み、精神医学が偏見を補完し、家族は偏見から自らの生活を守るために精神病となった家族を排除せざるを得ない構図が定着してきた。病識の問題として精神病に対する社会のマイナス評価が影響していることは明らかである。家族の気持ちが分かる、患者の気持ちが分かるからこそ精神医療は肥大化せざるを得なかったことも理解できる。

しかし、私はこの現実にあっても病院の機能を限定的に考えることが重要と考えてきた。精神医療は疾病を治すこと、症状を軽減すること、再発を予防することなどが中核の機能である。医学的リハビリテーションも中核機能に含まれるが、職業リハビリや社会リハビリ、教育リハビリなどの機能は社会に専門施設を持つことが重要である。それ以外の機能は社会の一般資源化の方向を目指して、資源開発することがごく当たり前と考えて活動してきている。その社会に用意される精神保健福祉活動を総称的に生活支援と呼び、当分は医療との相対的關係から生活支援システムの構築を拡大する必要性を強調しておきたい。

## 6. 私たちの生活支援

精神医療機関の施設化を防ぐことは重要な課題である。施設化は施設症というとても厄介な障害を引き起こす。この障害を改善するために精神医療は大変多くの時間と労力とコストをかけ続けてきた。この問題は過去の負の遺産として取り組まなければならない重要な課題である。このことに気付いていた私たちは、疾病と障害を持っていても社会生活成立のためのプログラムと社会資源開発が急務と考えてきた。精神障害になっても社会に暮らしつつ、病状が悪化した時には社会資源の一つである精神病院を利用するという、ごく当たり前の本人主体の医療にすることが重要である。それはとりもなおさず、私たちが本人の自立（律）への視点をもって経験を見守ることが大切である。

地域社会での精神保健福祉活動の活性化を民間の活力で図ると共に、自治体の総合計画などに代表される行政政策にも位置付け、特定分野別政策から一般政策へと社会資源開発の条件整備を図るべきである。マチづくりには社会資源を組み込むための合意形成には、地域社会のリーダーの理解と協力体制が必要であり、常に社会活動の成否にはボトムアップとトップダウンのバランスのとれた実効ある戦略を持たなければならない。理屈は簡単であるが実効は何時も困難である。私たちの活動を成功させるためにはまず精神医療従事者に理解してもらうことが重要である。その次に家族の社会的過剰役割から開放することであり、負担を軽減する配慮である。これらの活動を安定的に供給するためには実践の最大公約数を制度化することが必要であった。退院促進、社会復帰活動はどこでも同じように進んでいく、家族の元に退院できる者から始まり、単身アパート生活、共同生活などと、退院を促進させてきた。しかし、生活技術が自立生活困難で家族が同居を拒んだ場合には病院に取り残されてしまう。この人達を退院させる条件整備が社会資源作りとして取り組まれた。1981年私たちが運営する16名が暮らせるケア付住宅が開設された。ここから帯広・十勝の生活支援のシステム作りが始まった。たとい病院が設置した社会資源であっても設置者たる病院の付属施設化や私物化、機能拡大としては取り組まなかった。5つの病院から退院した者を同時に受け入れるという完全オープンシステムで運営された。その後の多様な資源開発は、どこが運営主体であろうと、社会資源は公共性が保障され、誰もが利用できる開放性を貫くシステムが出来上がった。これが十勝方式である。

## 7. 現在ある社会資源

なんといっても住居資源は基本といえる。精神障害者専用の食事・入浴・相談援助等のケア付き住宅は、法内施設の授護寮（20名）とグループホーム（7名）が各1か所。アパート形式ケア付が9か所 105室、協力住居は50室以上。通所資源として法内施設の地域独

立型デイケア、独立型生活支援センター、授産施設（54名登録利用）。共同作業所5か所（70～80名利用）自助グループはアルコールが10グループ、分裂病中心が9グループと連合組織、摂食障害グループがある。ネットワーク機能を持つ複数の精神保健福祉組織が20市町村と精神医療・保健・福祉関係者と当事者と家族を含みほぼ網羅してある。精神保健福祉関連行事も全国規模を含み開催されている。いずれにしても人口の割りには資源が多く、施設も制度もシステムもプログラムも、ほぼ日本の精神保健福祉の資源を一覧できる。

#### 8. 社会資源開発の実績が制度を創設させてきた。

北海道に住居資源の開設数年後に補助金制度を作らせ、作業所への補助金制度も改正させ、無医地区へのサテライトクリニック制度を作るまでに25年も実績を示し続け、通所するため交通費負担を軽減するために助成する制度も始まり、自助グループの活動資金や行事、ボランティア講座への補助金制度もできた。国の精神障害者地域生活支援事業の制度化に対しても多少の参考資料を提供することもできた。

結果的に見ると、多様な社会資源が用意されると退院基準が変化し、資源のない時代には考えられなかった状態像でも退院の可能性が検討されるようになってきた。また、生活支援は再発予防に明らかに貢献している。これらの活動の基底にあるものは信頼である。当事者と私たちの信頼から始まり、スタッフ同士の信頼、行政との信頼、住民との信頼、信頼できる者同士の活動が資源開発を進め、内容が豊かに育まれることを確信してきた。

#### 9. 提言にかえて

精神病となった日本人が、適切な医療が受けられ、疾病と障害を持ちつつも、一人の人間としての尊厳を全うでき、ごく当たり前の生き方が可能な生活保障がいつも目標である。当面は過去からの負の遺産の整理と解決を図り、犠牲となってきた精神障害者を解放することであり、今一つは、負の遺産を生み出した精神保健福祉の構造を抜本的に改正し新たなシステムを構築することである。具体的には精神医療の拡大機能を分離し、独立したりハビリテーションシステムを創造し、生活支援に集約されるシステムの確立を行うことである。この構造改革によって新しい精神医療が生まれ、精神障害者が障害を持たない日本人同様の人生を送ることができる社会システムを構築させなければいけない。

この構造改革の要は、独立した権利擁護機関の創設によって精神保健福祉システム全体を監視し、各施設・機関の役割機能の限定化と分化と独立性と専門性の確保を行い、精神障害者に情報を開示し、彼等自身の自己決定により必要に応じて社会資源を利用する体制を保障することである。

- ・目標理念の構築と合意形成
- ・目標理念に沿った中・長期的ビジョンの策定
- ・中・長期ビジョンを実現するための具体的プランと数値目標（障害者プラン）

##### 1. 精神医療における日本型脱施設化の推進。（36万床から20万床へ）

中核機能に限定し拡大機能を分離する

一部専門施設化の分離（触法等）

長期入院者の生活の場優先施設の創設と医療からの分離

老人精神障害専門病棟の増設と一部医療からの分離



リハビリ施設と生活支援施設（住宅政策を含む）の増設と医療からの分離  
医療財源（診療報酬）の適性化（大幅値上げ）

2. 医療・リハビリテーション・生活支援の機能分化と独立性・専門性の確立  
施設・制度・マンパワー・財源等の再配分と適性配置。

3. 退院促進と生活の場の確保及び経済保障。

4. 精神障害者の法的差別である欠格条項の撤廃。

5. 精神障害者の家族を法的、社会的役割からの解放。

6. 監視権限を有する第三者機関としての権利擁護機関の設置。

7. 精神保健福祉法の抜本改正（個別法から一般法へ）

精神保健医療を（一般）医療と同じ法律へ

精神保健福祉を障害者法と（一般）福祉法へ

精神医療の極めて限定的な部分を刑法へ

精神医療の一部を精神医療の法律へ

（帯広ケア・センター所長）

# 地域に向けた実践活動と今後の課題

千葉県 財団法人復光会総武病院看護部長 小林 美 治

## 1. 船橋地域の状況

船橋市は東京の南部に近接し、人口54万人、昭和63年船橋市の精神障害者基礎調査よれば、船橋在住の精神障害者は約5,000人（外来通院者約4,000人、入院者約1,000人）であり、福祉対策を必要とする精神障害回復者は約600人となっています。

現在、精神科医療施設は4施設 1,327床、各施設には精神科デイケアが併設されています。また、精神神経科のクリニックが6ヶ所開設されています。

社会復帰に関しては、船橋保健所のデイケア、小規模作業所、船橋心の福祉センター「オアシス」が機能しております。

船橋市ではノーマライゼーションの理念に基づいて精神障害者のリハビリテーションを推進し、社会経済参加を促進していくため、地域住民の理解と協力が必要となることから平成8年より市・関係団体・家族会等が連携し「精神保健福祉ボランティア養成講座」を開催、次第に関心も高まり効果をあげてきています。

## 2. 総武病院の地域に向けた実践活動

総武病院は昭和28年に開設、精神神経科の単科の医療施設（471床）として地域のニーズに応じて以来45年になります。近年、地域精神医療の推進を図るため外来医療の充実・精神科デイケア・訪問看護・精神保健相談等への応需体制の強化を図っています。

また、要入院治療の場合でも対象の健康上の問題、個別性、生活背景、生活の自立度等を考慮し、早期退院を目指して入院診療計画の策定、医療・看護・社会復帰計画の策定と見直し、退院指導をチームで行い、専門職種間の連携を密にし、家族の理解と協力を得るよう努めています。当院の現況をみると急性期の患者への対応と長期入院を経て退院する群の二極化傾向が見られ、高齢者及び合併症への対応が課題となっています。

### 1) 急性期の患者へのリハビリテーション

急性期の患者の治療は、可能な限り外来通院などで支えていくが入院治療を必要とする場合でも3ヶ月以内の退院を目標に治療プログラムが組まれております。

#### ①対象の理解と適切な治療

インフォームド・コンセント／不安・苦痛の緩和／薬物療法・精神療法等で回復促進

#### ②診療・看護・社会復帰計画の立案・実施・評価・修正

対象の個別性等に配慮し適切な援助／治療的なアプローチ

#### ③入院前の社会生活を維持するための環境調整

健康な生活リズム／患者の自己決定能力を高める／ADL能力の向上／対人関係の改善

#### ④家族の理解と協力

疾病に関する相談、助言指導／患者を支える者として家族の悩み／面会・外出泊の促進／家族の治療への参加・協力体制の重要性

#### ⑤社会生活を続けるために

疾病の受容／社会資源の活用／社会経済参加の確保

## 2) 長期入院となった患者のリハビリテーション

長期入院者のリハビリテーションにあたっては、患者側の条件（病状の改善／対人関係／通院の見通し等）、受入れ側の条件（住居の確保／経済問題／環境調整等）を考慮にいれ対応する必要があります。

### ①日常生活の自立訓練

挨拶／礼儀作法／身だしなみ／清潔の保持／ADLの自立／行動の承認／指導訓練

### ②診療・看護・社会復帰計画の立案・実施・評価・修正

対象の個別性等に配慮し訓練計画・適切な援助／活動参加への動機づけ

### ③自立を促す生活環境づくり

患者の関心を高める種々の活動プログラム／患者の自己決定能力を高める

### ④家族の理解と協力

疾病への理解／家族の不安・悩みへの理解／相談への対応／面会・外出泊の促進／  
家族の治療への参加・協力体制の重要性／退院に向けた準備

### ⑤地域社会での自立に向けて

社会資源の活用／困った時の相談窓口・対応の仕方／デイケア・訪問看護の活用／  
地域ネットワークの活用／就労の促進

## 3) 地域に向けた活動

リハビリテーション活動は、患者の入院当初から始め、患者の個別的な特性、病状の程度にも配慮しながら進めていく必要があります。当院では院内の施設を利用して行われる治療的な活動とともに地域社会の中で行われる諸活動にも患者と一緒に参加するようにしています。

### ①地域社会の資源を活用して参加できる機会をもつ

公民館で演芸大会、レガートコンサート／ポートアリーナで病院交流会

### ②地域自助グループへの参加

断酒会／AA東葛グループ／NA

### ③精神保健福祉活動への参加

精神保健講演会／精神保健の集い／精神保健フォーラム

### ④社会適応の促進に向けて

ナイトケアグループ／職場訪問／社会見学／グループ旅行

種々の活動への参加により、対象の健康的な側面が見られ、言語表現を促すことによって行動的な面を発揮し地域に向けて行動していくことが数多く見られます。

私達は対象となる人に良く説明し、合意を得て医療看護活動を推進するとともに専門職種間の情報の共有、家族や関係機関と密接に連携しその人なりの生活が地域社会においてできることを目指していきたいと思えます。

## 3. 今後の課題

精神障害者が社会に参加していくためには、住むところ、働くところ、支えてくれる組織等は重要なことといえます。船橋市精神保健福祉推進協議会では市内を4つの地域に分け、各地域の精神障害者の多様な福祉・医療の要望に応えられるような対策がとられることを望んでおります。授産施設・生活訓練施設・福祉ホーム・グループホーム・小規模作業所等が関係機関・市民の理解と協力により設置できるようにしたいと願っています。

## 地域のソフトなチームでの心理職の役割

藤 信子 : 瀬尾 医院

(全国保健・医療・福祉心理職能協会)

### 1. 地域における精神保健チーム

従来の入院医療におけるチームのように、同一機関内に多職種の配置が可能な場合と異なり、精神医療機関の資源に乏しい地域の診療所では、必然的に保健所、作業所など精神保健・福祉機関やまた学校等の教育機関との連携が多くなっていく。専門機関が都市部程充実していない地域において、リハビリテーション、メンタルヘルスをすすめるために、地域における想定される利用者層と、現在提供可能なサービスの特徴を見ることでチームの今後のあり方を考えたい。

ここで取り上げる当診療所は政令指定都市に隣接する人口10万弱の市にあり、この市と周辺の町における数少ない精神科医療機関であるために、都市部の診療所と比較すると教育機関からの相談が多いことが一つの特徴ともいえる。この診療所で心理相談を開始して4年間で経験したことから、地域の中でできるソフトなチームの特徴と、そこでの心理職（以下CPとする）の役割について概観する。

地域におけるソフトなチームとは、利用者を巡る一時的、機関を越えた多職種・役割の連携のことをここではそう定義したい。

#### ①チームの例

子供の「問題」では以下のような人々、機関がまず関わってくる。

家族

医療機関：精神科医，CP・・・

学校：担任，養護担当，教育相談担当・・・（校長）・・・（教育委員会）・・・

子供の問題では、親が直接に診療所に相談にくる場合より、学校からの紹介で相談にのることになる場合に、家族と学校の子供に対する見方は一致していないことが多く、ここにチームという観点からのとらえ方が生かされる。

- ┌ 家族：対応になれている，その子への対応で融通が効く，
- └ 学校：集団への対応，学習の進み方への不安，事故等への不安

学校側としては、当然ながら精神科や心理相談に問題の除去（症状の改善，登校の再開その他）を期待し、学校集団への適応を望みがちである。家族にしてみれば、極端な場合は学校での問題児扱いを受け、クラスから排除されるのではないかという不信感を持つ場合もある。この学校，家族はそれぞれ一つの集団と見なすこともできるが、それを図示したのが、図である。この2つの集団はいずれも子供にとって、育つ環境であるが、それぞ

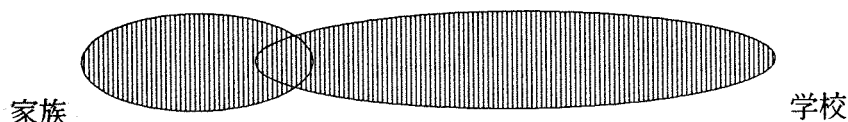


図 学校集団と家族集団

れの集団の課題・価値を持つために集団内のメンバーである子供に対する期待を持つ。通常はそれは目立たないが、「問題」が起きた場合には先に述べたようなギャップを生じる

こともある。このギャップの認識と、子供がこの二つの集団の中でメンバーとして落ち着けるように、調整していく過程に双方から距離をとれる位置で心理相談がある。

## ②心理相談の具体的なポイント

家族に対して：発達水準等の構造を理解するために心理検査やプレイセラピー等も含んだアセスメントも行いながら、家庭での期待、学校での獲得目標等を家族と考える。ここでは家族の不安を受け止められるかがポイントになる場合が多い。今のように学校の力が強く、その価値観に従うことが当然であるかのような傾向では、学校の意見と違うことを主張するのは、難しいと感じる家族は決して少なくないからである。

学校に対して：子供の発達の段階に起こる葛藤と問題との関係等も含め理解を得、宿題の軽減をはじめ環境調整をお願いすることが多い。その時に医療機関の心理相談は、「すすめられたにせよ、来院してきた人」にしか会えない、来院を決めるまでの葛藤を克服しているから、相談をうけても効果がやすいことを説明しておく。これが学校でいろんな問題をかかえながら、相談に結びつかない先生の苦労とは違い、心理相談の働ける限界であるという説明は過大な期待と幻滅の結果へとならないためには必要なことだと考える。

このように地域においてソフトなチームが機能するためには、それぞれの集団一例に述べたのは家族、学校そこにこの場合診療所という機関も子供にとって一時的に属する集団となるわけであるが、自らの集団（家族も含むが一応機関と言ひ換えられる）の機能、価値観等についてメンバーに何ができるのかを他に明確にしていく必要がある。それぞれの特徴と限界を知ることで連携が可能となるのである。

## II. 病院のチームと地域のチーム

このような地域のチームと、従来の病院のチームにおけるCPの役割を見ることで、チームの特徴を見直してみたい。

病院においては各職種としての役割、視点が見えやすい。この場合も患者に対する見方は、それぞれの職種が各集団に属しているところから生じるものと言える。CPの役割はここでは患者の現在の問題を、その認知・思考の特徴という内的枠組みに沿った視点から捉えることで、体験の理解を深め、それを患者に伝えることである。この役割がチームの中で機能するためには、CPの理解したことをチームの他の職種に伝え、内的構造という視点からの理解という側面についてチームのメンバー間や患者とのつなぎ役となることである。地域におけるチームにおいても、先の例に示したように相談の対象者の内的枠組みからの理解を伝えることで、チームが共通認識を得るようなつなぎの役割は同様である。ただし、地域のチームは病院のチームと違い、そこでの生活を援助することが目的であるために、内的構造の特徴も例えば防衛機制などは「現在のその人の生活するためのしやすさ」との理解を強調する方が实际的である。地域ケアがすすむに従って、それぞれの集団では各職種が熱心さ故に、そこでのメンバーとしての課題を意識せず期待してしまう機会が増えることも考えられる。リハビリテーションにおいては大切なことは、対象者が選択することである。そのためには内面への理解を深める視点は欠かせないと思う。一方このような多様な職種や関わる人々の中でのチームにおいて、自らの役割や限界の認識を持って機能するためには、アイデンティティを保ち責任を持ちうる心理職としての資格が必要となってきた。

## 現実かレトリックか？－精神医療の転機

日本作業療法士協会精神障害問題担当 山根 寛

### はじめに

1950年の精神衛生法公布は、精神障害者の医療・保護の提供が目的であった。しかし、法の特例や国庫補助などが精神病院ブームを引き起こし、精神医療の歴史は適切な医療より収容を強化する歩みとなった。宇都宮病院事件(1984)を契機として精神保健法が成立(1988)するまでに38年、そして障害者基本法(1993)、精神保健福祉法、障害者プラン(1995)と、精神医療開放化のうねりが終わり、入院医療中心の治療体制から外来診療、地域ケアへと精神医療の転換が始まり、数年が過ぎようとしている。

やっと、精神医療がリハビリテーションに目を向ける時代が来たといえよう。この外発動機による転換は、真のノーマライゼーションの実現に向かう現実なのか、それとも医療経済構造の近代的衣替えにすぎないレトリックなのだろうか。

### 精神医療転機の原因

救命・延命医学の進歩の代償として現れた「高齢化」、「病いや障害をもちながらの生活」という新たな課題が医療の転機となった。その医療の転機に伴い、リハビリテーションも、ADL(日常生活活動)訓練をして社会復帰という治療医学の後療法的な初期の役割から、早期リハビリテーション、QOL(命・生活・人生の質)の維持・向上、ノーマライゼーションの実践へと、リハビリテーション本来の姿に回帰し始めている。

短期治療、早期退院、暮らしの中でのリハビリテーションという流れは、これまでの階層的治療からトータルリハビリテーションへの移行を意味する。その医療全体の転換の流れを受けて、また医療経済の逼迫から、精神病の治療構造も多様化と共に転換を余儀なくされている。

### 曖昧になる輪郭と問われる専門性

治療構造の転機により、医師とそれを補助する看護で成り立っていた職域に、多くの新しい職種が生まれ参入するようになった。保健、医療、福祉、教育……とこれまで縦に分かれ分業状態にあった各領域の連携が必要となり、職種間、領域間の輪郭が曖昧になってきた。それは社会を形成していたさまざまな共同体という殻が崩壊した、社会そのものの変化とも重なるものである。日常と非日常、正常と異常の境界が曖昧になる社会そのものの変化の中で、分裂病、神経症といった病気や障害の輪郭も曖昧になってきている。

そうした治療や援助を提供する者、治療や援助のユーザー、それぞれの輪郭がはっきりしなくなるときこそ、専門性が真に問われるときといえよう。授産施設や共同作業所の指導員、看護、作業療法士、臨床心理士、精神科医、ケースワーカー、保健婦……その順序を問わず、必要とされる治療や援助の構造に応じたチームアプローチが求められている。

## 集団精神療法の点数の値上げと範囲の拡大について

日本集団精神療法学会  
理事 長谷川美紀子

集団精神療法は、精神科専門療法として診療報酬の対象として認められている。そして、集団精神療法の技術を得るための訓練技法は集団精神療法のみならず作業療法、生活技能訓練など、他の全てのグループワークにおいても必要なものである。

この集団精神療法の訓練は、学会でも最も力を入れているものであるが、日本においては低い金額でかつ狭い範囲で点数が認められているにすぎない。そのため、全国1200あまりの精神病院や、全国2650以上の診療所で何処でも行われているところまでは至っていない。

そこで、私たち日本集団精神療法学会としては、厚生省に妥当な点数值上げを以下のように要求しつづけている。

### (I) 平成7年9月提出の次期診療報酬の改定に関する要望書

前回お願いしました入院集団精神療法が点数化されたことは、当学会会員その他の治療者一同が大変に感謝しています。以来、その影響で当学会員の診療・教育・研究意向もかなり高まってきています。

今回は、以下の3点について要望いたします。

1. 現在入院後6 か月は、集団精神療法が認められていますが、その後も継続的に許可され

ることを要望します。

入院集団精神療法

- ① 急性期集団精神療法 (6 か月まで) … 自己洞察を深めるために必要
  - ② 回復期集団精神療法 (12 か月まで) … 心的構造のより深い層の自己洞察を深め、対人関係を改善するために必要
  - ③ 回復期集団精神療法 (12 か月超え) … 外界での適応能力を強化していくために必要
- ・①②③は病状、病気の質などによって各人異なるが、①で全コースを終了する者 60～80% ②で全コースを終了する者 20～40% ③に至るもの 20%である。
- ・集団精神療法を施行中、精神保健指定医が最低1名参加していること。

2. 入院中の患者において、個人精神療法と集団精神療法とを同日に併用して行い、それぞれ算定できるように認可していただきたい。

集団精神療法の中で明らかとなってくる問題点、例えば精神的危機が察知された場合

には、信頼関係のある指定医がさらに個人精神療法を行うことによって、より効果的に回避

できることが明らかであり、入院期間の延長に繋がらないからである。

- i. ①+個人精神療法(集団精神療法と同時に施行中の患者の約30%)
- ii. ②+ " ( " 約10%)
- iii. ③+ " ( " 約10%)

職種名や〇〇療法といった枠組み、権威によって自分を支えることができていた古い体制をどのように超えるか、曖昧な輪郭の中でこそ、自己のプロフェッショナルアイデンティティを支える真の専門性が問われる。それは、病気とは、障害とは、生活とは何かという、ノーマライゼーションからの問いでもある。

#### 取り残されてきた精神障害問題

本来、障害の起因疾患や原因がなんであれ、個人としての日常生活や社会生活に制限や不自由をもたらす場合、あるいはそれが予測される場合は、適切な医療を受けることはもちろん、早期から一貫した継続的、包括的なリハビリテーションが不可欠である。しかし、精神障害は当事者にも第三者にも、その障害が具体的に見えにくいという特徴もあり、保健・医療・福祉の面で不当かつ不公平な処遇を受けてきた。新「障害者基本法」においてもまだ公平な扱いにはなっていない。

#### 精神医療の近代的衣替えの問題

この転機の中で、病院の建てた援護寮に住み、病院のデイ・ナイトケアに通い昼夜2食と入浴を済ませ、やっと夜8時に寮に帰ると訪問看護が待っている。これが、社会的入院の是正や「入院医療から地域ケアへ」の姿といわれては困る。近代的(?)に衣替えした医療の抱え込みにすぎない。過渡期の現象にとどめたい。

#### 作業療法士からの提言

形骸化した伝統的作業療法の負債を引き受け、わが国における作業療法の先駆者達の歩みを尊重しながら、真のリハビリテーションの理念・技術をと、実践してきた作業療法士の立場から2, 3提言する。内容は、現時点においては取り立てて目新しいものではない。このフォーラムに参加する私たちが、現状のさまざまなバリアを抜けて、実践しようということこそが最大の提言である。

1. 起因疾患や原因を問わず、生活に障害をもつ人々に対する公平かつ平等な処遇を  
(障害者基本法における平等処遇、福祉法の一本化など法の整備から)
2. リハビリテーションサービスに対するユーザーの自己決定権を
3. 急性期に対する適切な医療と長期療養者の生活環境の整備を  
(短期治療、早期リハビリテーション、地域ケア、質の高い療養環境の実現に向け、医療による抱え込み、コロニー化現象を防止)
4. 障害の有無を問わず、個人の生活と意味を大切に  
(個の主体的責任による自由の保障)

#### おわりに

真のノーマライゼーションは、個の意味の世界の平等によって実現されるものではないだろうか。個々の立場の利害を抜け、このフォーラムが本音が語られる場になること願って、紙上討論に参加する。



3. 入院外の集団精神療法も1年間は出来るように要望します。
  - ・精神保健指定医の参加が条件(終了後、署名)

以上のうち、1および2は集団精神療法の質の向上と、社会復帰促進に関することですので特に要望いたします。

## (II) 平成9年2月提出の次期診療報酬の改定に関する要望書

日本の集団精神療法の点数化につきいろいろのご高配を賜り、当学会会員その他の治療者一同が大変に感謝しています。今回の点数見直しに際し、前回から要望してまいりました要望を改めてお願い申し上げます。

今回実施したアンケート調査に基づき以下の点について要望します。

1. 外来及び入院集団精神療法を6か月との限定をはずすこと。
2. 集団精神療法の点数を引き上げる。
  - 通院; 270点→350点
  - 入院; 100点→200点
3. チーム医療の実現のために、集団精神療法においては、デイケアと同様に医師を兼務可能にすること。
4. 精神障害者の家族に心理教育的な集団精神療法が必要です。通院集団精神療法の対象に精神障害者の家族を入れること。
5. 個人精神療法と集団精神療法を、同日に行えるようにすること。

## 地域実践の要である作業所の法定化を

全国精神障害者地域生活支援協議会 田中直樹

精神障害者作業所が各地でつくられるようになって20年あまりが経つ。地域の中で草の根的にはじまったこの活動は、精神保健福祉領域における新たな実践の場として、関係者の期待と注目を集めながら全国に広がり、現在では1,300を超える箇所を数えるにいたっている。

そして、この間の飛躍的な数の増大は、作業所の活動内容を大きく膨ませてきた。当初の内職・下請け作業仕事を中心としたものから、自主製品の開発や店舗の経営等のサービス業といった「作業」メニューの広がりのもとより、ソーシャルクラブ的な場であったり、援助者・被援助者という関係を越えた新しい関係構築の場であったりと、多面的な広がりを持つようになっていった。それは、一方で低劣な補助金による運営という厳しい条件下にありながらも、やはり、暮らしの基盤である地域という場所で、そこを利用する精神障害者の生活場面に直面し、そこにかかわる者すべてが相互に伝えようとしてきた中でこそ生まれてきた貴重な成果といえる。

精神障害者の「生活支援」のあり方が問われるようになって久しい。地域生活支援センターが制度化されるなど、ようやく国レベルでもこのことについての施策化がはじまってきたが、「生活支援」が生活の中でこそ行われるべきであるという視点の弱さは否めない。社会復帰（福祉）施設も医療も、それぞれの人の生活の中で、その必要に応じて利用されるものであり、何よりもまず、一人ひとりの精神障害者の生活の中から、支援策を検討・構築していくことが必要である。

作業所は、そのことを具体的に示しつつけてきた。精神障害者が地域で暮らしていこうとするときに、ある時は休息地として、ある時は隠れ家として、そしてある時は進出の拠点として、利用者それぞれが自らの暮らしを守り支えるための「場」をつくってきた。生活のあり様が人それぞれであるように、生活に直結したそれらの実践は常に新たな課題を提起し、次々と新しいの場や活動を生み出していった。作業所は第2・第3と増設され、グループホームや社会復帰施設の設立、さらに会社を組織するところも現れてきた。

にもかかわらず、作業所の制度上の位置づけは極めて低い。不当に低い。法の後ろ盾はおろか、95年12月に発表された「障害者プラン」においても事実上無視された形となっている。そのような中で、今年4月に施行された精神保健福祉士法の附則における現任者の対象施設に作業所が加えられたことの意義は大きい。それは、ともすれば「しろうと」性のみが作業所の特徴として語られがちであった従来の傾向に対し、その業務に社会的責任を負う専門職が作業所にも存在することが、国において認知されたということであり、言い換えれば、作業所が他の「専門」的機関と並ぶ活動を行っているということの認識への足がかりになるものといえよう。

現在国で進められている社会福祉基礎構造改革等の動きは、わが国の社会福祉を大きく変えようとしている。精神保健福祉法における施設・事業もそのことと深く関連していくであろう。施設福祉から地域福祉へという流れは社会福祉領域において既に大きな潮流であるが、精神障害者福祉は、その圧倒的立遅れのためにその施設体系すら未成熟のままこのうねりに突入していくことになる。地域実践の先駆である作業所に、その法的基盤を整備し、精神障害者の生活支援に一層の広がりを保障していくことがより強く求められる。

## 第3回精神保健フォーラム運営委員会の記録

1997年8月23日 第1回運営委員会（於：機山館）

出席14団体、29人。基本テーマ、開催の趣旨、プログラムの概要、準備日程、事務局体制、予算、会場について。

1997年9月27日 第2回運営委員会（於：機山館）

（第62回精神保健従事者団体懇談会と同時に開催）

出席14団体、29人。「開催のお知らせ」（西沢素案）の検討。

1997年10月25日 第3回運営委員会（於：機山館）

出席15団体。「開催のお知らせ」（最終案）の検討、

主催・参加団体の呼びかけ、顧問の要請、運営体制の提案。

1997年11月22日 第4回運営委員会（於：機山館）

（第63回精神保健従事者団体懇談会と合同会議）

出席15団体、32人。「開催のお知らせ」の確定、朝日俊弘参議院議員、

阿部弘樹厚生省精神保健課長補佐から精神保健福祉法改正の検討課題等を聞く。

1997年12月20日 第5回運営委員会（於：精神医学会事務所）

出席17団体、36人。各シンポジウムの内容と構成、

シンポジスト・司会者の人選、参加団体の確認。

1998年1月24日 第6回運営委員会（於：パシフィコ横浜）

（第64回精神保健従事者団体懇談会と合同会議）

出席20団体、40人。各シンポジウムの内容、プログラムの確認。

会議後会場見学を行い、中華街で懇親会を行った。

1998年2月28日 **第7回運営委員会**（於：精神神経学会事務所）

出席17団体、28人。プログラムの最終決定、今後の準備日程・会議予定、抄録の編集、当日の会場運営、収支予算、登録受付状況。

1998年3月28日 **第8回運営委員会**（於：機山館）

（第65回精神保健従事者団体懇談会と合同会議）

出席19団体、35人。シンポジウムI「『精神保健福祉法』改正を巡って」について、シンポジストの白沢、久良木両氏を交え討論した。

1998年4月25日 **第9回運営委員会**（於：機山館）

出席16団体。当日の会場運営体制・スケジュールについて。

1998年5月30日 **第10回運営委員会**（於：機山館）

（第66回精神保健従事者団体懇談会と合同会議）

出席20団体。シンポジウムIII「わが国のメンタルヘルスの現状について」について、シンポジストの島、重松、大石、森崎、室伏の各氏を招き、討論した。「精神保健フォーラム横浜宣言」の草案、当日の運営について討論。

1998年6月18日 **第11回運営委員会**（於：パシフィコ横浜）

各シンポジウム・運営全体の最終確認、打合せ。

1998年6月19日・20日 **精神保健フォーラム**

（於：パシフィコ横浜）

1998年6月27日 **第12回運営委員会**（予定）

反省、総括、事後処理事項について。

1998年7月25日 **第67精神保健従事者団体懇談会**

（予定）

フォーラムの報告。

## 第3回精神保健フォーラム運営委員会名簿

(社)全国自治体病院協議会	上野豪志 川副泰成 田原明夫 分島徹 金子晃一
全国精神医療労働組合協議会	小暮明彦
(社福)全国精神障害者社会復帰施設協会	荒井洋 星野久志
全国精神障害者地域生活支援協議会	田中直樹 岸野ミチル
全国精神保健福祉センター長会	林一好
全国精神保健福祉相談員会	天野宗和 四方田清 小谷野博
全国保健・医療・福祉心理職能協会	岡部紘一 伊東秀幸
全国自治体労働組合衛生医療評議会	米田幸夫
地域精神保健・社会福祉協会	上野容子 宮川斉 田口明美
(社)日本医療社会事業協会	堀内久子 須田美代子 神マチ
(社)日本作業療法士協会	野口弘之 香田真希子 向後祐子 石井政江 宮下精二 塩原直美 長谷川和美 奥原孝幸 原沢祐子
日本児童青年精神医学会	佐藤泰三 斉藤慶子 高岡健 佐藤喜一郎
日本集団精神療法学会	長谷川美紀子
日本精神医学ソーシャルワーカー協会	西澤利朗 佐藤三四郎 高橋一 木太直人 池田幸雄 中戸川一郎 山田恭子
(社)日本精神科看護技術協会	糸井宏 斉藤道男 遠藤厚子 山田元大
(社)日本精神神経学会	森山公夫 星野征光 中島豊爾 牧敏雄
日本精神保健政策研究会	松下昌雄
日本総合病院精神医学会	佐藤茂樹 黒木宣夫 金子晃一
日本病院・地域精神医学会	樋田精一 古屋龍太 塩田宗光 金杉和夫 小田敏雄 広田和子
日本臨床心理学会	藤本豊 稲森晃一 村上則子

### 第3回 精神保健フォーラム抄録集

**発行日** 1998年6月19日

**編集委員** 金杉 和夫 (日本病院・地域精神医学会)

香田真希子 (日本作業療法士協会)

野口 弘之 (日本作業療法士協会)

藤本 豊 (日本臨床心理学会)

宮川 斉 (地域精神保健・社会福祉協会)

**発行者** 第3回精神保健フォーラム運営委員会事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷5-25-18

ウイングビル52内

日本精神神経学会内

☎ 03-3814-2991 Fax 03-3814-2992

日臨心  
藤本

## 「第3回精神保健フォーラム」横浜宣言

わたしたちは、ここに精神保健医療福祉に従事する者として、その実践理念の根本的転換を確認する。

すなわち、管理的なパターンリズム（保護主義・社会防衛主義）からノーマライゼーションへの転換である。

精神障害者も喜びや悲しみを感じながら生きる一人の存在であって、尊厳をもった人間として復権すべきである。病いや障害を抱えながら、地域の人々と共に普通に暮らすことは、すべての国民の普遍的権利である。

われわれの見解を以下に掲げ、本フォーラムの宣言とする。

### 1) 精神障害者の人権擁護の徹底

最近の大和川病院（大阪）、栗田病院（長野）などの精神障害者への人権侵害事件は、日本国民にとって重大な汚辱であり、こうした事件を生む要因を精神保健医療福祉の領野から根絶していくことがわたしたちの責務である。これが今回の法改正の重要課題の一つでなければならない。

具体的には、以下の項目の実現をわたしたちは今回の法改正に求める。

- ①精神保健福祉法の目的に「精神障害者の人権尊重」の明記。
- ②精神医療審査会機能の拡充と行政からの独立。
- ③精神医療における情報開示の推進および精神障害者権利擁護制度の新設などによる精神病院の密室性の打破。
- ④医療法上の精神科特例の廃止。精神医療の質の抜本的改善。
- ⑤非自発的入院をする際の医療環境等の施設基準の強化および手続きの厳密化。
- ⑥精神医療におけるインフォームド・コンセントの確立。
- ⑦保護者制度における監督義務の廃止。精神障害者人権擁護の視点からの成年後見制度導入の促進。
- ⑧諸法令における欠格条項および自治体条例等における諸制限の撤廃。

### 2) 社会資源の充実と地域生活に密着した精神保健医療福祉の確立

現在の日本で圧倒的に遅れている精神障害者の福祉を整備・拡充し、膨大な社会的入院を解消するとともに、地域社会における生活の充実を図ることが当面するもう一つの急務である。このためには、

①各市町村に「精神保健福祉担当課」を必置とし、「市町村障害者計画」に精神保健福祉施策を盛り込むことを推進する。それと関連して、ホームヘルパー派遣事業・小規模作業所・生活支援センター事業等を法定化するべきである。また、「障害者プラン～ノーマライゼーション7か年戦略～」については、社会資源の拡充を図るべく、数値目標を一段と高めるための十分な予算処置を講じる必要がある。

②一方、精神医療に関しても「障害福祉圏域」と同様の圏域を設定し、これを軸に、救急・合併症医療のネットワーク形成を促進する。これと前記の市町村単位の福祉サービスが十分に連携することが、地域ケアにおける要となる。これを推進する母体として、各圏域に当事者を含めた「精神保健福祉推進協議会」の設置を法定化するべきである。

### 3) 「障害者福祉法」による障害者施策の一本化

現在、精神障害を含めた「障害者福祉法」の成立が求められている。それにより、精神障害者福祉の圧倒的な遅れが抜本的に改善されなければならない。これが成就した時には、現行の精神保健福祉法は、新たな視点から見直されるべきである。その際には、メンタルヘルスの諸課題に対するより積極的な対応も検討されなければならない。この意味でも、今回の法改正の際に、期限を定めた「見直し条項」を附記するべきである。

### 4) 社会福祉財政の適正な確立

精神保健医療福祉におけるノーマライゼーションの徹底化には、当然、適正かつ十分な財政的裏付けが必要となる。従来の精神障害者に対する精神保健医療福祉諸施策の圧倒的遅れを補償することは国の責務であり、当面する財政構造改革特別法の見直しにあたってこの点への十分な配慮がなされるべきである。

### 5) 精神保健医療福祉の実践の質の向上

最後に、この転換期にあたり、わたしたち精神保健医療福祉従事者も、旧来の管理主義的な実践のあり方から、多職種間のチーム形成に基づく共感的・支持的援助へと、大きくその実践の質的転換をはからなければならない。このためにも、臨床心理技術者などの国家資格化が早急に実現される必要がある。

わたしたちは、こうした実践の態度転換の必要性を深く自覚し、その上でわたしたちの実践の質を相互教育・相互点検を通して早急に高めていかなければならない。わたしたちの実践が真に国民の信頼を獲得するためには、以上の観点から、まず医療の質を高めること、同時に保健・福祉もそのサービスの質を高めること、が不可欠であることをわたしたちは強く自戒する。

1998年6月20日

「第3回精神保健フォーラム」参加者一同



# 第3回精神保健フォーラム

## プログラム

### 基本テーマ

精神保健・医療・福祉をどう変えていくか  
— ノーマライゼーションへの転換をめざして —

会期 1998年6月19日（金）～20日（土）

会場 パシフィコ横浜 会議センター メインホール

横浜市西区みなとみらい1丁目1番地

TEL 045-221-2155（総合案内）

（会場への交通案内・付近地図—末尾に掲載—）

主催 精神保健従事者団体懇談会（精従懇）

共同作業所全国連絡会、国立精神療養所院長協議会、精神医学講座担当者会議、  
全国自治体病院協議会 精神病院特別部会、全国精神医療労働組合協議会、  
全国精神障害者社会復帰施設協会、全国精神障害者地域生活支援協議会、  
全国精神保健福祉センター長会、全国精神保健福祉相談員会、全国保健・医療・福祉心理職能協会、  
全日本自治体労働組合衛生医療評議会、地域精神保健・社会福祉協会、日本医療社会事業協会、  
日本作業療法士協会、日本児童青年精神医学会、日本集団精神療学会、  
日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会、日本精神衛生会、日本精神科看護技術協会、  
日本精神神経科診療所協会、日本精神障害者リハビリテーション学会、日本精神神経学会、  
日本精神病院協会、日本精神保健政策研究会、日本総合病院精神医学会、  
日本病院・地域精神医学会、日本臨床心理学会（以上27団体、団体名50音順）

後援 厚生省、神奈川県、横浜市、日本障害者協議会（他に数団体申請中）

### 顧問

(50音順)

内村英幸（国立精神療養所院長協議会会長）  
笠原嘉（公衆衛生審議会精神保健部会会長）  
河崎茂（日本精神病院協会会長）  
吉川武彦（国立精神・神経センター 精神保健研究所所長）  
黒澤尚（日本総合病院精神医学会理事長）  
小池清廉（全国自治体病院協議会 精神病院特別部会会長）  
小池淳（日本精神神経科診療所協会会長）  
調一興（日本障害者協議会代表）  
鈴木二郎（日本精神神経学会理事長）  
山内俊雄（精神医学講座担当者会議代表世話人）

### 代表世話人

高橋 一（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）  
樋田 精 一（日本病院・地域精神医学会）  
森山 公 夫（日本精神神経学会）

## 開催の趣旨

### 〔精神保健法改正と過去2回のフォーラム〕

私たち精神保健従事者団体懇談会は、精神保健に関する法改正に対応して、これまでに2回の国内フォーラムを開催してきました。

1988年2月に京都で行われた第1回の国内フォーラムは「精神医療の抜本的改革に向けて」をテーマとして、「精神衛生法」が改正されて成立した「精神保健法」の施行を前にして、改正された法をどのように捉え、わが国の精神保健・医療の改革を如何に進めていくかを広く論議する場となりました。

1991年11月幕張で行われた第2回の国内フォーラムは「精神医療は変わったか／私たちは変わったか」のテーマの下で、「精神保健法」施行後の自らの実践活動を振り返り、1993年に予定された法の見直しに具体的な提言を行うために開催されました。そこで私たちは入院者の人権保障の徹底、社会復帰施設の設置者の費用負担の解消、保護義務者制度の改善等の精神保健法改正への要請を整理するとともに、精神医療改革に必要な財政保障とマンパワーの拡大や望ましい精神保健システムに必要な医療圏域策定等の課題について提言を行いました。また、焦眉の課題であった「処遇困難患者」問題については精神保健ユーザーも交えて論議し、精神保健従事者として一致できる論点を確認しました。

### 〔精神保健を巡る内外の状況の変化〕

その後、私たちは国際的にも国内的にも激しい変動を経験してきました。国際的には、ソ連邦の崩壊後、南北問題、民族問題等が噴出し、厳しい政治経済危機の国際化の進行があり、高齢化と低成長、景気の後退の下で保健・医療・福祉制度の改革が世界各国の重大な課題となっています。一方国内的には、バブルの崩壊による長期の構造不況の中で、全社会的な構造改革の必要が叫ばれて、いじめ問題やオウム真理教問題に象徴される人々の心の空洞化とそして孤立が露呈されてきて、広い意味でのメンタルヘルスがこの国に生きる人々全体の課題となっています。

こうした中で、精神保健・医療・福祉の領域にも大きな激動が訪れています。「精神保健法」は部分的な改正（93年6月）のあと、5年の見直し期間を待たずに再び改正され「精神保健福祉法」（95年3月）が成立し、それを引き継いで「障害者プラン」（ノーマライゼーション7か年戦略）（95年12月）が策定されました。この流れは国連総会決議「精神病者の保護及びケアの改善に関する決議と原則」（91年12月）、「障害者基本法」成立（93年12月）、「地域保健法」成立（94年6月）を背景として、これまでの入院中心の医療から、リハビリテーション、社会復帰・社会参加・地域医療・地域ケアへと精神保健モデルの転換を大きく促進し、わが国の精神保健・医療・福祉に大きな地殻変動を引き起こそうとしています。

### 〔ノーマライゼーションへの転換と私たちの限界〕

こうした法・制度改正のラッシュの中で、日本の精神保健・医療・福祉に、初めて従来の社会防衛主義からノーマライゼーションへ向けての転換が起こりつつあります。言い換えれば、従来の収容主義から社会的共生へむけての政策転換がやっと生じつつあります。このことは私たち精神保健・医療・福祉従事者が関わってきたさまざまな日々の実践や運動の成果を示していると言えます。一方でこうした新しい理念やプランのみでは現実には容易に変えられないという事態に私たちは直面しており、私たち自身の力の限界を感じ困惑せざるを得ません。新たな地殻変動も、現場への浸透度は鈍く、また地域及び場による大きな格差を伴っています。そのため程度の差こそはあれ、依然として大和川病院（大阪府）や栗田病院（長野県）のような人権侵害事件を生み出す土壌も根強く残っています。一方、かつての古い強制的処遇の体質は私たちが従事している精神障害の予防・治療・リハビリテーションの中でも未だに払拭されていません。ノーマライゼーションとインフォームド・コンセントを具現する新しい援助実践を展開する共通認識を持つ必要に迫られていると言えます。

## 【今回のフォーラムと私たちの課題】

こうして今、精神保健・医療・福祉を取り巻く環境は国際的にも、国内的にも大きく変化し、その法制度と政策は地殻変動とも言える大きな転換をもたらそうとしており、その中で私たち従事者の実践や運動の成果と限界も明らかになりつつあります。日本の精神保健・医療・福祉とそこに従事する私たちは、一つの転換点を迎えていると言えます。私たちはここで改めて厳しく現状を点検し合い、その上で今後の方向の構築を確認し合っていく必要があります。

1998年秋から99年春にかけては、精神保健福祉法の変更な改正と障害者プランの見直しが予定されています。それに向けての要請を射程に入れながら、上記の趣旨のもとに私たちは今回1998年6月19日～20日の両日にわたって、第3回精神保健フォーラムを開催します。多くの精神保健・医療・福祉従事者とユーザー、関係者の皆さんが結集され、今日の転換点をどのように見据え、21世紀に向けて日本の精神保健・医療・福祉をどう変えていくか、共に語り合うことを呼びかけます。  
(1997年11月22日)

### 参加申込（登録）について

所定の郵便振替払込用紙（送金手数料不要）の「払込人住所氏名欄」に記入の上、「通信欄」にも必要事項（参加者の氏名、職種、勤務先）を記入して、参加費をご送金下さい。払込と同時に参加者として登録されます。（領収書は、郵便振替払込の受け取りをもって代えさせていただきます。特にフォーラム事務局の領収書が必要な方はお申し出下さい。）なお、参加申込みは、払込用紙1枚につき1名として下さい。

参加費：事前の参加登録者 8,000円（当日申込みは、9,000円となります。）

学生・ユーザー・家族・その他の方は、3,000円（当日のみ）

事前登録申込締切：1998年4月30日 郵便振替口座：口座番号：00190-4-666432

加入者名：精神保健従事者団体懇談会

### 宿泊・航空券・懇親会のご案内

別紙の旅行社（近畿日本ツーリスト）の案内をご覧になり、直接、各自で旅行社にお申し込み下さい。

## 日程

6月19日（金）		6月20日（土）	
9:00		9:00	
9:30	受付		
10:00	開会式		シンポジウムⅢ
	シンポジウムⅠ		わが国のメンタルヘルスの現状
	「精神保健福祉法」の改正をめぐって	12:00	（休憩）
13:00	（休憩）	13:00	シンポジウムⅣ
14:00	シンポジウムⅡ		21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開
	精神保健・医療・福祉の方向 —国際比較に立って—	16:00	
		17:00	総括討論
17:30			
18:00			
	（懇親会）		
21:00			

# 第1日目 1998年6月19日(金)

開会式 9:30～10:00

あさひ 44

開会の挨拶 笠原 嘉 (公衆衛生審議会精神保健部会長)  
主催者の挨拶 樋田 精一 (日本病院・地域精神医学会理事長)  
来賓の挨拶  
メッセージ紹介

シンポジウムⅠ 10:00～13:00

## 「精神保健福祉法」改正をめぐって

わが国の精神医療を大きく規定してきた精神衛生法は、数次にわたる改正を経て精神保健福祉法となって今日に至っている。しかし、わが国の精神障害者は、あらゆる面において今なお著しく困難な状況におかれている。この現実に対する抜本的改革への展望を追求する。

司会：糸井 宏 (日本精神科看護技術協会)  
樋田 精一 (日本病院・地域精神医学会)

シンポジスト：

1. 大和川病院事件を通じてみた精神保健福祉法の問題点  
丸山 哲男 (大阪精神医療人権センター)
2. 精神保健福祉法撤廃と精神障害者復権への道  
久良木 幹雄 (陽和病院患者会) 野川
3. 障害者(総合)福祉法の制定をとおして精神障害者差別法制の抜本的改革を  
調 一 興 (日本障害者協議会)
- ② 4. 精神障害者の人権の確保、「社会的入院」の解消、リハビリテーションの促進  
白澤 英勝 (日本病院・地域精神医学会)

指定討論：

1. 障害者ケアは社会的責任 — 保護者制度の撤廃を望む —  
荒井 元 傅 (全国精神障害者家族会連合会)
2. 現行法は医療と福祉の充実のためそれぞれの法に分離すべき  
原 田 憲 一 (日本精神保健政策研究会)

総合討論

【 休 憩 13:00～14:00 】

## —基調シンポジウム—

精神保健・医療・福祉の方向  
—国際比較に立って—

現在、精神保健・医療・福祉のあり方は、国際的にもさらに大きな変動を示しつつある。こうした動向をふまえて今回は、国外より著名な講師を招聘し、国際的な視野から、わが国の精神保健・医療・福祉のあり方をあらためてとらえ返すと共に、今後の展望を見出していきたい。

司 会：浅井 邦彦（日本精神病院協会）  
広田伊蘇夫（日本精神神経学会）

通 訳：遊佐安一郎（長谷川病院）

シンポジスト：

## 1. オンタリオ州における精神保健システムの新たな試み

Mr. Gilbert Sharpe (Director, Legal Branch at Ministry of Health,  
Province of Ontario, Canada.  
カナダ、オンタリオ州、厚生省法務局長)

## 2. 精神保健システムの国際的比較と今後の展望

Prof. David N. Weisstub (Honorary President, International Academy of Law  
and Mental Health, Philippe Pinel Professor of  
Legal Psychiatry, University of Montreal, Canada.  
国際法と精神医学会会長、モントリオール大学・フィ  
リップピネル法精神医学教授職)

## 3. 日本の精神保健福祉システム

篠崎 英夫（厚生省大臣官房障害保健福祉部長）

## 4. わが国の精神保健・医療・福祉の方向

森山 公夫（日本精神神経学会）

総合討論

【 休 憩 17:30～18:00 】

懇親会

18:00～21:00

「レストラン バーグ (VAGUE)」(パシフィコ横浜 展示ホール内、海の見えるレストランです)で開催いたします。参加希望者は、別紙の旅行社の案内をご参照の上、早めにお申し込み下さい(参加料金は、別途事前振り込みとなります)。

2日目 1998年6月20日(土)

シンポジウムⅢ 9:00～12:00

## わが国のメンタルヘルスの現状

こどもや若者たちによる死傷事件から老人への虐待に至るまで、社会を根底から揺るがすような事態が頻発している。

こうした「心の危機」の状況において、「管理」ではなく、自己実現と多様性の保証を軸とするメンタルヘルスの方向が、今こそ確立されねばならない。

これらの実態について、乳幼児から老年期に至るさまざまなライフステージの次元と、家庭、学校、職場、地域といった生活の場の次元が交差する地平から問題提起を試みたい。

司会：高岡 健（岐阜大学）

森崎美奈子（ソニー（株）厚木テクノロジーセンター 健康開発センター）

シンポジスト：

1. 思春期のメンタルヘルス

重松正典（ライフサイクルケアセンターグループ）

2. 職場のメンタルヘルス

島 悟（東京経済大学）

3. 老年期のメンタルヘルス

室伏君士（国立療養所 菊池病院）

⑦ 4. 家庭のメンタルヘルス

斎藤慶子（戸田病院）

指定討論：

1. HIV感染者の治療－メンタルヘルスの役割とは－

大石敏寛（せかんどかみんぐあうと）

2. 地域のメンタルヘルス－いま、何を問われているか－

吉川武彦（国立精神・神経センター 精神保健研究所）

総合討論

【 休憩 12:00～13:00 】

## 21世紀を展望する実践モデルの模索と新たな活動の展開

障害者プランの実現に向け、障害保健福祉圏域が設定されようとしているが、精神科医療は、未だ二次医療圏域に位置づけられていない。精神障害者が、その生活する圏域の中で、必要とする保健・医療・福祉サービスを利用できるのでなければ、真のノーマライゼーションは達成されない。各分野の実践をモデルとして提示し、新世紀に向けた精神保健・医療・福祉のあり方を模索する。

司 会：金子晃一（全国自治体病院協議会 精神病院特別部会）  
神 マチ（日本医療社会事業協会）

シンポジスト：

1. 総合病院精神科の参加による地域精神医療保健福祉システムの構築  
佐藤茂樹（成田赤十字病院、日本総合病院精神医学会）
2. どんな障害があっても一人の市民 ―ふつうに暮らせるまちづくり―  
宮川 斉（みたか共同作業所むうぶ舎、地域精神保健・社会福祉協会）
3. 保健所における地域精神保健福祉活動の実践  
三代浩肆（相模原保健福祉事務所、全国精神保健福祉相談員会）
4. 医療と福祉の関係をめぐって  
藤井克徳（共同作業所全国連絡会、日本障害者協議会）
5. 21世紀に求められる精神医療 ―二次医療圏域設定とチーム医療―  
中島豊爾（日本精神神経学会）
6. 障害者の生活支援 ―十勝地方における実践からの提言―  
門屋充郎（帯広ケアセンター、日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）

指定討論：

1. 地域に向けた実践活動と今後の課題  
小林美治（総武病院、日本精神科看護技術協会）

総合討論

05  
総括討論 16:00～17:00

「精神保健福祉法」改正と「障害者プラン」見直しへの提言を中心とするアピールをまとめ確認する。

司 会：高橋 一（日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会）  
樋田精一（日本病院・地域精神医学会）  
森山公夫（日本精神神経学会）



# 「第3回精神保健フォーラム」会場（パシフィコ横浜）案内

## 交通のご案内

### ■鉄道ご利用の場合

【東京方面より】

東京駅 → (JR東海道線 約25分、JR横須賀線 約29分) → 横浜駅  
 → (JR京浜東北線 約41分) → 桜木町駅

品川駅 → (京浜急行線 約15分/快速特急) → 横浜駅

渋谷駅 → (東急東横線 約37分/急行) → 桜木町駅

【関西・中部方面より】

東海道山陽新幹線 新横浜駅 → 横浜市営地下鉄 約15分 → 桜木町駅

→ JR横浜線 約15分 → 桜木町駅

### ■飛行機ご利用の場合

【成田空港より】

JR成田エクスプレス → 約90分 → 横浜駅

リムジンバス(約90分) → YOKOHAMA City Air Terminal → タクシー約10分

【羽田空港より】

東京モノレール約23分 → 浜松町駅 → JR京浜東北線 約38分 → 桜木町駅

リムジンバス → 約40分 → 横浜東口バスターミナル

京急空港線約6分 → 京急蒲田駅 → (京浜急行 約12分/特急) → 横浜駅

### ■お車利用の場合

【東京方面より】 (東京駅より約30分)

首都高速 横羽線 横浜公園方面 → 横羽線みなとみらいランプ 約1分 → 横浜

東横線 (東横つばさ線 ベイブリッジ線) 横浜方面 → 横羽線みなとみらいランプ 約1分 → 横浜

【関西・中部方面より】

東名高速横浜IC → 狩場IC(約10分) → 狩場IC → 横浜方面 約8分 → 約1分 → 横浜

### ■桜木町駅より

【徒歩】 ランドマーク・ウィングス・スクエアを抜け約15分 →

【バス】 市営バス④のりばパシフィコ横浜行き (130、131、140、141系統) 約5分 →

【タクシー】 約5分

### ■横浜駅より

【電車】 JR京浜東北線・東急東横線 約3分 → 桜木町

【バス/東口そごう(1F)バスターミナル】

市営バス④のりばパシフィコ横浜行き (141系統)

約10分 →

【タクシー/東口ポルタ(B2F)内タクシーのりば】 約10分 →

【シーバス(海上バス)/横浜そごう駐車場(1F)隣りシーバスのりば】

約10分 →

### ■みなとみらい地区駐車場 (公共駐車場：有料)

みなとみらい公共駐車場 (パシフィコ横浜地下)	1,200台(普通車のみ)	24時間利用可
みなとみらい公共駐車場 (展示ホール隣り屋外)	323台(大型・バス可)	9:00~21:00
臨港パーク駐車場	100台(普通車のみ)	10:00~21:00
みなとみらい4丁目駐車場	440台(大型・バス可)	24時間利用可

ウィングススクエア横浜、横浜ランドマークタワー、横浜美術館にも専用駐車場あり。



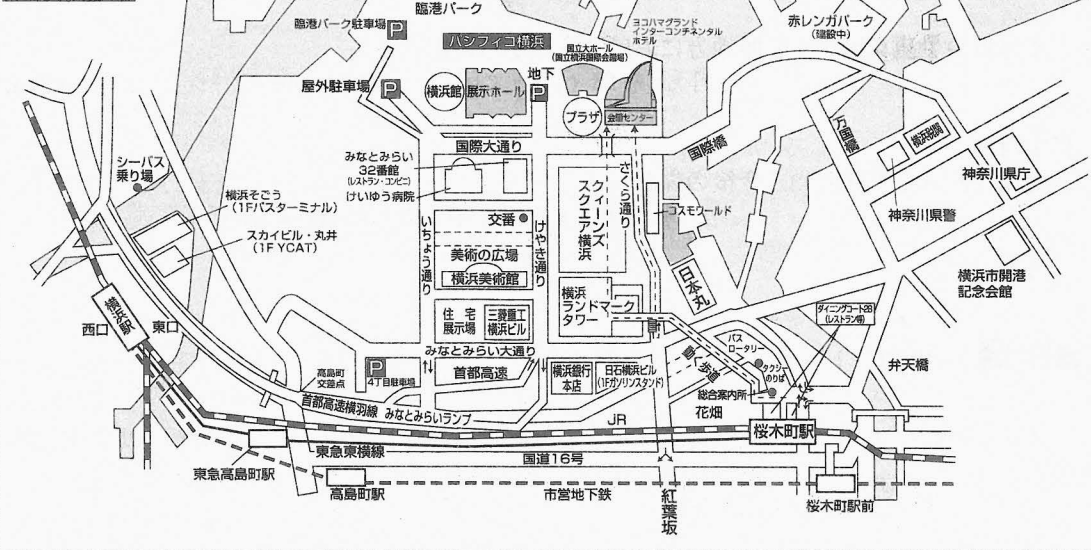
**パシフィコ横浜** 株式会社横浜国際平和会議場  
 〒220 横浜市西区みなとみらい1丁目1番1号

総合案内 ☎045-221-2155  
 交通案内(テープ) ☎045-221-2166

## パシフィコ横浜 周辺マップ

1997.10現在

----- 徒歩



### 第3回精神保健フォーラム 事務局

〒113 東京都文京区本郷5-25-18 ウイングビル52内

日本精神神経学会 事務局 気付

TEL 03-3814-2991 FAX 03-3814-2992