

第12回世界精神医学会横浜大会  
精神従事者第4回特別フォーラム  
報告集

基本テーマ

精神保健福祉の変革

会期：2002年8月25日

会場：パシフィコ横浜

主催：精神保健従事者団体懇談会

第12回世界精神医学会（WPA）横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

The Reform of Mental Health Care System

代表幹事 樋田 精一

2002年8月、世界精神医学会 World Psychiatric Association (WPA) の大会がアジアで初めて、パシフィコ横浜（横浜国際平和会議場）で開催されました。この大会の主管はこの年が学会創立百周年にあたる日本精神神経学会で、精神保健従事者団体懇談会（精従懇）も早くから協力してこの大会の準備に参加してきました。そして、この大会中の一日、8月25日に精従懇特別フォーラムがメインホールで行われました。

精従懇は、1986年発足以来、精神保健福祉関連諸団体（2002年当時、日本精神神経学会等19団体）が一堂に会し、定期的に例会を持ち、精神保健法が制定されて以後の精神保健福祉の状況について、意見の交換、シンポジウム等の勉強会、国の施策に関する見解等の提出、必要な運動等々を行ってきました。これまで、フォーラムを次のとおり、精神保健法の見直し、障害者プランの制定、といった重要な課題のある時ごとに、3回開催しました。

第1回 「精神医療の抜本的改革に向けて」（1988年2月：京都）

第2回 「精神医療は変わったか／私たちは変わったか—精神医療改革と精神保健法見直しへの提言」（1991年11月：幕張）

第3回 「ノーマライゼーションへの転換をめざして」（1998年6月：横浜）

WPA 横浜大会当時の状況は、大きな社会経済的な変動を背景として精神保健上危機的な問題がさまざまな領域で顕在化してきている中で、精神保健福祉施策の立ち遅れはなお著しく、特例の撤廃を求めた医療法の改正が2000年秋以降の検討にもかかわらず不十分に終わったところに、「心神喪失者等医療観察法案」が国会に上程され、また、新しい障害者施策（10年計画）が策定されようとしていました。このような状況にどのような対応がなされなければならないのか、私たちの進むべき道を明らかにし、国に対しても必要な施策を引き出していこう、ということから、精従懇は第4回目のフォーラムを開催することとしたものです。それが、WPA 大会の中で行われた「精従懇特別フォーラム」で、メンタルヘルス、人権と医療、福祉等をテーマとする4つのシンポジウムによって構成され、当日は、WPA の大会に参加した世界の人々を交えた討論の後、日本の精神保健改革に向けた提言が採択されました。

（WPA は、大会を3年に1度、世界各地で開催していますが、今回は21世紀最初の大会にあたり、大会の基本テーマは「手をつなごう心の世紀に」Partnership for Mental Health でした。近代精神医学も日本精神神経学会と同様に100年余りを経過し、地球人類の存亡がかかると言われる21世紀にまさにその真価が問われると言え、21世紀初頭に、アジアで初めて開催される本大会はその点でも重要な位置を占めるものでした。なお、WPA の大会には、医師だけでなく精神医学に関わるさまざまな職種の人たち、患者・家族、行政関係者も参加しています。）

第12回世界精神医学会横浜大会  
精從懇第4回特別フォーラム（精神保健福祉の変革）報告集

目 次

シンポジウムⅠ 世界を覆うメンタルヘルスの危機（座長）……………藤本 豊… 1	
1. 「49歳」と「17歳」問題……………高岡 健… 2	
2. 今、我が国の司法が精神障害者の視点から問われていること －司法と精神医療、訴訟能力を中心に－……………副島洋明… 7	
3. The Diversity and Challenge of Conduct Disorder…………… Anula Nikapota …12	
シンポジウムⅡ 日本における患者の人権と精神医療（座長）…樋田精一、比留間ちづ子… 19	
1. 大和川病院事件から精神医療を問う……………里見和夫… 21	
2. 日本における精神病院（病床）に係る人員配置基準の差別……………末安民生… 24	
3. 統合失調症患者への精神科治療とリハビリテーションの統合……………澤 温… 27	
4. An International Perspective on Japanese Mental Health Law: Ethics and Policy…………… David N.Weisstub … 31	
シンポジウムⅢ これからの精神保健福祉（座長）……………高橋 一、進藤義夫… 32	
1. ケアガイドライン－新しいケアシステムの導入－……………門屋充郎… 33	
2. 精神保健福祉士の当面の課題：生活モデルの推進……………木太直人… 37	
3. 日本のソーシャルワーカーが精神保健に貢献できること～国際的観点から 見た日本の精神保健医療福祉とPSWの課題……………木村真理子… 41	
シンポジウムⅣ 日本の精神保健改革にむけた提言（座長）森山公夫、金杉和夫… 47	
1. Developing a National Strategy for Mental Health…………… Helen Herrman … 48	
2. Summary of Main Points Made at the Yokohama Symposium … Mike Shooter … 58	
3. 21世紀日本精神保健の抜本的改革に向けての提言…精神保健従事者団体懇談会… 61	

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム I

世界を覆うメンタルヘルスの危機

座長：藤本 豊（東京都立多摩総合精神保健福祉センター）

ここでは、第12回世界精神医学会横浜大会で、精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」The Reform of Mental Health Care Systemのシンポジウム1「世界を覆うメンタルヘルスの危機」について報告をする。

このシンポジウムでは、精神科医高岡健さん、弁護士副島洋昭さん、イギリスのAnula Nikapotaさんに発題をお願いした。しかし、当日Anula Nikapotaが来日されなかったため、Mike ShooterさんがAnula Nikapotaさんの原稿を代読され、最後にMike Shooterさんから、それぞれのシンポジストへのコメントを頂く形でシンポジウムが進められた。

本シンポジウムは、現在世界の各国が直面しているメンタルヘルスの問題に対して、日本と、イギリスの現状から、2ヵ国での共通点を探り出すことで、グローバルな視点に立って、メンタルヘルスの問題を解決できる糸口の方角を見つけ出したいと考えた。

日本では最近、青少年の犯罪が、また中高年ではリストラに絡む問題がライフステージ上のメンタルヘルスの問題として挙げられている。この日本の現状と他国の違いはあるのだろうか。本来は何ヵ国かの現状を見て考えていくべきテーマであるが、今回はイギリスの子どもたちの問題点と日本からの報告に終わってしまった。

子どもたちを取り巻く現状については次のよう

ないいくつかの論点が考えられる。イギリスでも日本と同じような状況にあるのだろうか。あるいは違うのだろうか。イギリスで起きていることが日本でも起きる可能性があるか。また日本だけではなく他の国ではどうであろうか。そしてイギリスで施行されている子どものメンタルヘルスの問題の解決策が日本でも有効といえるか。あるいは逆に日本での方策が他国でも有効といえるかといったことを議論する中で、新たなアイデアが本シンポジウムで得られることを期待して精従懇として企画をしたわけである。

当日は、高岡さんが10代後半の子どもたちの問題と50代前後の大人の問題に関して、それぞれの社会背景をもとにそれらの問題の病巣はどこにあるかの考察が報告された。そして、弁護士の副島さんからは、知的障害者の裁判を通して、知的障害者が抱えているメンタルヘルスの問題の指摘がなされた。その中では、精神保健医療従事者の目に映し出されない、知的障害者のメンタルヘルスに関しての鋭い問題提起がされた。イギリスのAnula Nikapotaさんからは、イギリスでの子どもを取り巻く問題の報告が行われ、またMike Shooterさんからもイギリスの子どもを取り巻く問題として、薬物使用の低年齢化しているとの報告がされた。これは今後日本の精神保健でも即急に取り組みなければならないテーマであると痛感した。以下にそれぞれの発題を掲載する。

## シンポジウム I (世界を覆うメンタルヘルスの危機)

### 1. 「49歳」と「17歳」問題

高岡 健 (岐阜大学医学部精神行動学分野)

#### はじめに

2001年4月6日付朝日新聞は、「目立つ49歳の凶行」、「殺人事件で検挙, 17歳超え最多」という見出しで、次のように報道した。すなわち、1995年から1999年にかけての5年間における殺人事件の容疑者数を年齢別に集計した警察庁のまとめによると、49歳が最も多く、とりわけ1997年以降にこの特徴が目立つ。また、強盗殺人や傷害致死などを加えた凶悪事件数全体では、17歳が最多であり、18歳、49歳がこれに続くという。

#### 1. 「49歳」問題

単年齢ごとの比較では49歳の人々による重大犯罪が多いといっても、10歳ごとに区分した集計をみると、かならずしも中年層による犯罪が多いとはいえないことがわかる (Fig. 1)。

むしろ、この年齢層が目立つのは、自殺者数の多さである (Fig. 2)。1998年における男性の自殺者数は、日本で人口動態統計が開始された1899年以来の最多数を示し、女性も1958年以来の史上第2位を示している。これらより、最近における中年層の自殺者数の急増は、「1998年問題」と呼ばれている。急増の理由に関しては、自殺者数が景気動向に依存すること、また、自殺者数は元来、50～70歳に多いという年齢依存性があり、いわゆる団塊の世代が自殺好発年齢を通過しつつあることといった指摘がなされている<sup>1)</sup>。また、団塊の世代は競り合いに強いと考えられてきたが、それは「リーグ戦」における競り合いであり、「トーナメント戦」におけるそれではなか

ったこと、「リーグ戦」に勝ち残りマイホーム主義を敗北と決めつけた同世代の者たちが、いま生き残りをかけて熾烈な「トーナメント戦」を闘っていること、したがって、団塊の世代の自殺とは、「トーナメント戦」の敗者や「トーナメント戦」にこころをすり減らした人たちの墓標であり、このような世代としての特色を踏まえた分析が必要との議論もある<sup>2)</sup>。

「リーグ戦」とは、私見によれば、終身雇用制を前提とする競争である。これに対し、「トーナメント戦」とは、敗北がすぐさま企業からの放逐につながるような競争を意味する。いわゆるリストラによる解雇は、それまでの企業-労働者文化を支えてきた終身雇用制という名の集団帰属性が崩壊しつつあることを示している。集団帰属性が崩壊しつつあるにもかかわらず、〈個〉の優位性が確立できないままであるとするなら、この世代は同一性の根拠を見失ってしまうことになる。かつては企業組織との同一化により自己を支えてきた人々が同一化の根拠を失うことは、自己および他者の生命・名誉・財産を侵害する閾値を低下させる。つまり、自殺や他害につながるのである。

いわゆる団塊の世代の自殺と他害事件は表裏一体として考えられるべきであり、両者ともに、集団帰属性の崩壊の一方で、〈個〉の優位性を確立することに成功しえなかったがゆえの結果として、理解される必要がある。

#### 2. 「17歳」問題

少年による重大事件の数に関しては、第1のピ



Fig. 1 Delinquents directed and offenders arrested, by age at the time of offence (1995-1999, National Police Agency)

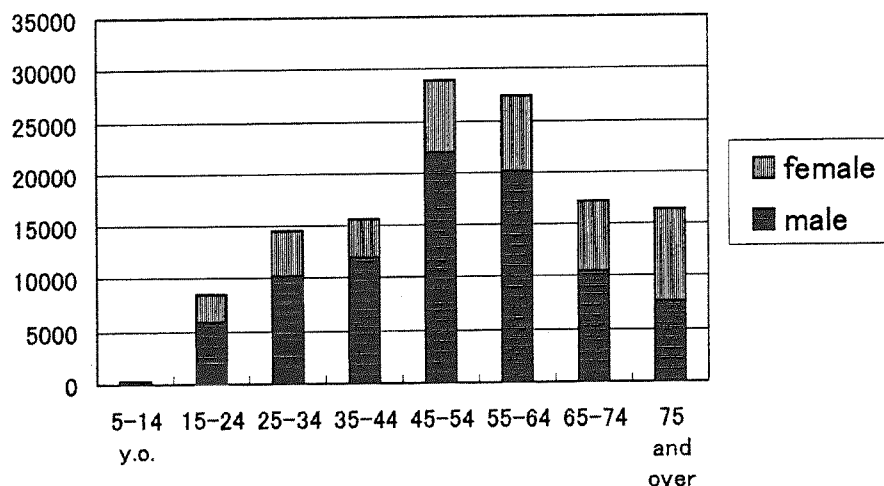


Fig. 2 Deaths by suicide (1995-1999, Ministry of Health, Labor and Welfare)

ークと呼ばれる敗戦直後や、第2のピークの1960年代に比べて、第4のピークである現在は、むしろ少ないという事実がある (Fig. 3)。それにもかかわらず、2000年に惹起された幾つかの少年犯罪が「17歳」問題と総称されるのは、Fig. 1に示されるように、他の年齢よりもこの世代が、重大事件を相対的に多く惹起しているという事実に由来している。加えて、動機のはっきりくさという理由もある。

直接の動機についてのわかりにくさはあっても、次のような挿話は、これらの事件の背景を示唆している。すなわち、ある重大事件を引き起こした

17歳の少年は、事件後の精神鑑定において、「これまでの人生で最も辛かったことは、修学旅行に出発する前の席決めです。列車では2人ずつが腰掛けるのですが、自分の隣に座る人が誰もいなかったなら、友達のいない暗いやつだと思われて、地獄です。まるで人生の落伍者だからです」と語った。また、別の重大事件を惹起した17歳の少年は、同じく事件後の精神鑑定において、「もし、人生をやり直せるものなら、運動会の時点に戻りたい。運動会のクラス対抗リレーで、自分の足が遅かったためにクラスが負け、皆に大きな迷惑をかけてしまったからです。これは、取り返しのつ

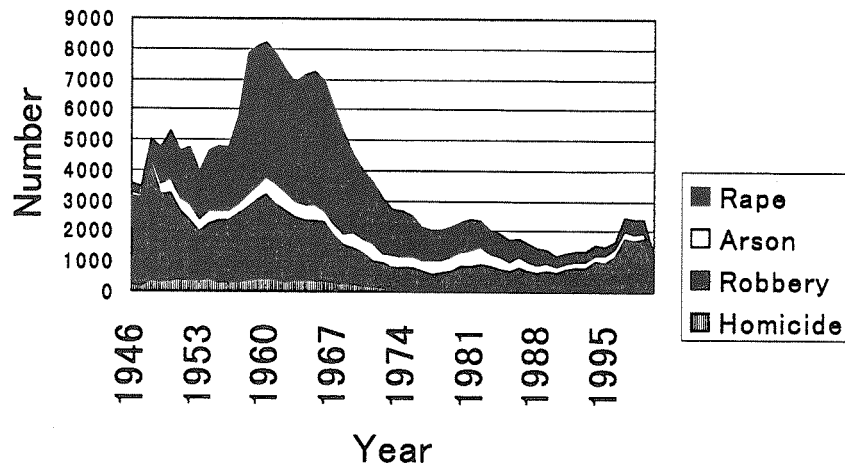


Fig. 3 Juvenile offenders arrested for felonies (National Police Agency)

かないことです」と語った。これらの言葉は、少年たちに対し、集団への同調圧力が、重大事件に匹敵するほどの強さで加わっていることを意味している。

宮台<sup>3)</sup>は、イヴァン・イリイチの「学校化社会」という概念を転用しつつ、家庭や社会が学校的価値で一元化されることを、「日本的学校化」と呼んでいる。また、芹沢<sup>5)</sup>は、中内敏夫による言葉を転用して、子どもの教育的差異にしか関心をもてなくなった家族を、「教育家族」と呼んでいる。ところで、日本の学校教育は、明治以来、戦前戦後を通じて現在に至るまで、第2次産業のために形成されてきたという特徴がある<sup>4)</sup>。当然にも、そこでは集団への同調を前提とせざるをえない。私見では、「日本的学校化」も「教育家族」も、このような集団への同調を前提とする学校のあり方を基盤にするものであるから、それらは、同調できない子どもたちに対して、多大な自己価値の低下を強いることになる。自己価値の低下は、少年たちにとって、自他の生命や誇りの尊重を失うことを意味するものであるから、自殺や他害へと至る閾値をも低下させる。

いわゆる「17歳」世代による他害事件は、上述した自己価値の低下に根拠をもつ、自殺と相即した事件として理解されるべきであり、その意味では自殺代理行為としてとらえられる必要がある

う。

### 3. 推奨——メンタルヘルスの危機と克服への原則

「49歳」と「17歳」問題は、日本におけるメンタルヘルスの危機を象徴する事態であるといえる。危機を克服する方略の原則は、人々が集団への同調圧力から解放されるということである。

職場においては、企業という組織ではなく、「トーナメント戦」にこころをすり減らした個々の人たちを支えるシステムの樹立が、必要になる。具体的には、回復に必要なだけの休息をとる権利、解雇中の十分な手当の支給、転職に際してのサポートという3点が重要である。日本では残念ながら、形式はともかくとして、実質的にこれらの3点が実施されているとはいいがたい。終身雇用制は現実に崩壊しているのに、それにかわるシステムが立ち上がっていないから、休息は企業組織からの排除のみを意味することになる。このような中で、手当と転職サポートの充実は、一見、メンタルヘルスとは無関係のように映る。しかし、これらは、終身雇用制に代わるシステムが登場するために必要とされる、最低限の条件にほかならない。終身雇用制を前提とするメンタルヘルスが成立しなくなっている以上、新しいメンタルヘルスの前提となるシステムの樹立は、焦眉の急である。

先に述べた3点を度外視したまま、自殺予防などの名目でメンタルヘルス対策を考えるとすれば、不十分とのそしりを免れないであろう。また、他方で、「正常」とされる人々以上に、知的障害者など、障害を有する人々が数多く解雇の対象となっているという現実がある。その意味で上記の3点は、障害を有する労働者のメンタルヘルスにとっても、喫緊の課題であるといえよう。

一方、学校においては、「学校化社会」と「教育家族」に象徴される現実から脱却するために、子どもと親に対して、教育の多様性・選択権・拒否権を保証することが重要となる。現在の日本では、ほとんど一律のカリキュラムによって教育内容が規定されており、多様性とは程遠いのが現実である。そして、一部の例外を除けば、居住地の小中学校へ通う以外の選択肢はなく、また、校内でどのクラスや授業を選択するかという自由もない。さらに、登校拒否数の圧倒的な増加にもかかわらず、いったん学校を離れた子どもたちが進む道は、いまだ狭いままである<sup>6)</sup>。

いわゆる「学級崩壊」や「学校崩壊」は、上述した多様性・選択権・拒否権が保証されないときに生じる現象である。これらの3つが保証されないがゆえに、子どもたちは登校する目的を失う。目的を失ったエネルギーは、学校システムの破壊へ向かわない場合は「いじめ」を惹起させ、「いじめ」をもたらさない場合は学校システムの崩壊を生じさせる<sup>7)</sup>。したがって、「学級崩壊」や「学校崩壊」の原因を、注意欠陥/多動性障害などの個人病理に求めることは誤りである。「正常」とされる子どもにとっても、また、発達障害や、その他の障害を有する子どもにとっても、多様性・選択権・拒否権の保証を通じた学校システムの変革が、メンタルヘルスのために要請されているのである。

#### 4. 司法精神医学の視点からの補足

「49歳」や「17歳」の犯罪のうち、心神喪失等と判定された人々を、保安施設へ収容しようとする動きがある。しかし、もっとも重要なのは、犯

罪や自殺の発生率を低下させることに寄与するような、社会サポート・システムの確立である。メンタルヘルス・システムは、このような社会サポート・システムの一部を構成するものに過ぎないにしても、重要な役割を果たす。また、不幸にして犯罪を惹起した精神障害者にとっては、医療刑務所や医療少年院における社会的・医療的サポートの供給こそが重要である。日本の医療刑務所や医療少年院に関する情報は、隠されている部分が多く、あまりにも多い。保安施設への収容ではなく、医療刑務所・医療少年院に関する情報公開を行い、その上にたった、それらの根底的改革の議論を開始することが、いま必要とされているといえよう。

加えて、いわゆる「17歳」事件においては、行為障害というラベルのみが、少年に対して貼り付けられる傾向がある。しかし、精神遅滞ないし知的障害という診断が、そのような診断名を与えられた人々に対する医療・保健・福祉・経済・社会・教育的サポートの提供と不可分にしか成立しえないのと同様に、行為障害という診断名も、サポートの提供がリンクしていない限りは、賦与されるべきではない。そして、賦与される際には、やはり、サポートの多様性・選択権・拒否権が、保証されることが前提とされるべきである。

#### ま と め

いわゆる団塊の世代の自殺と他害事件は表裏一体のものであり、終身雇用制に象徴される集団帰属性が崩壊しつつあるにもかかわらず、〈個〉の優位性を確立しえなかった結果、同一性の根拠を失うことにより生じていると考えられる。一方、少年事件は、学校的価値の支配・浸透による自己価値の低下に根ざした、自殺代理行為としてとらえられるべきである。これらはメンタルヘルスの危機であり、危機を克服するための原則は、集団への同調圧力からの解放である。職場における、休息の権利・解雇手当の十分な支給・転職サポート、そして、学校における多様性・選択権・拒否権の保証は、新しいメンタルヘルス・システムを確立するための、最低限の前提である。社会サポ



ート・システムの重要な構成要素であるメンタルヘルスを提供しないまま、犯罪を惹起した者を保安施設へ収容するといった、安易な方法を採用してはならない。

＜索引用語：精神保健，殺人，自殺，少年犯罪，行為障害＞

#### 文 献

1) 池田一夫，伊藤弘一：日本における自殺の精密分析。東京都立衛生研究所年報，50；337-343，2000

2) 吉川武彦：自殺への新たなアプローチ。ぎふ精神保健福祉，38；2-3，2001

3) 宮台真司，藤井誠二：「脱社会化」と少年犯罪。創出版，東京，2001

4) 三好信浩：明治のエンジニア教育。中央公論社，東京，1983

5) 芹沢俊介：ついていく父親。新潮社，東京，2000

6) Takaoka, K., Ikawa, N., Hirata, A. et al.: Changes in Japanese school refusal studies. Jpn. J. Child Adolesc. Psychiatr., 41(supp.); 55-61, 2000

7) 高岡 健：孤立を恐れるな！ 批評社，東京，2001

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム I (世界を覆うメンタルヘルスの危機)

2. 今、我が国の司法が精神障害者の視点から問われていること  
——司法と精神医療、訴訟能力を中心に——

副島 洋明 (弁護士)

## 1. 我が国の犯罪統計を読む

(1) 精神障害者の犯罪容疑者としての検挙人員  
政府（法務省）の2001年（平成13年）版犯罪白書によれば、警察庁の統計によるとして、「2000年（平成12年）の交通関係を除く刑法犯の検挙人員は、30万9,649名、そのうち、精神障害者は711名、精神障害の疑いのある者は1,361名（両者あわせて「精神障害者等」という）、計2,072名、交通関係業務上過失犯を除く刑法犯検挙人員に占める精神障害者等の比率は、0.67%」、「この10年間の交通関係を除く刑法犯検挙人員中、精神障害者等の占める比率は、ほぼ0.6%で推移している。」としています。

警察庁の統計には、知的障害・発達障害という障害分類はありません。一応、精神保健福祉法第5条（定義）から、知的障害者はこの精神障害（広義）に含まれていますが、はたしてどれぐらいの人数（割合）かは不明です。

## (2) 検察庁及び裁判所の精神障害者に対する処理状況

同じく2001年犯罪白書の〈精神障害者等の犯罪に対する検察庁及び裁判所の処理状況〉によれば、検察庁で心神喪失を理由として不起訴となった者は445名、心神耗弱（起訴猶予）となった者は206名で、計651名となり、また裁判所において心神喪失（無罪）となった者はゼロ（2000年もゼロ）、心神耗弱として刑の減軽理由となった者は84名、そして「平成12年（2000年）にお

いて心神喪失者・心神耗弱者の計735名のうち、436名が措置入院、64名が実刑・身柄拘束となっている」と報告されています。

その心神喪失者・心神耗弱者の735名のうち、知的障害者の占める人数は検察庁及び裁判所で計35名です。内訳として検察庁で不起訴となった者は20名（心神喪失7名、心神耗弱13名）、裁判所の判決で心神喪失（無罪）となった者はゼロ、心神耗弱を理由に刑の減軽とされた者は15名となっています。

## (3) 刑務所等矯正施設に占める精神障害者及び知的障害者の人員

2001年版矯正統計年報によれば、2001年（平成13年）に裁判で実刑判決を受け、新受刑者となった者は総数28,469名、そのうち広義の精神障害者が1200名、その内訳をみると、知的障害者が239名（0.84%）、精神病質が116名（0.40%）、神経症が136名（0.48%）、その他の精神障害（統合失調症等）が816名（2.9%）となっています。

この統計は、2001年（平成13年）度に裁判所で有罪実刑の判決を受けた“新受刑者”について調査したもので、司法統計といっても、警察・検察・裁判所そして弁護士が関与する刑事裁判の段階はすみ、刑の執行の段階での「犯罪者」の調査報告書です。有罪実刑が確定すれば、新受刑者は刑務所で10日ほどをかけて入所時調査がなされ、その調査項目は、受刑者の身上関係・職業歴・前

表1 新受刑者の精神診断及び入所度数

調査区分		総数	知的障害	精神病質	神経症	その他の精神障害	不詳	精神障害なし
1997年	総数	22,667	206	125	55	621	18	(略)
	男	21,517	195	106	42	585	18	
	女	1,150	11	19	13	36	—	
1998年	総数	23,101	187	110	95	448	178	(略)
	男	21,902	171	101	74	420	168	
	女	1,199	16	9	21	28	10	
1999年	総数	24,496	203	124	129	544	134	(略)
	男	23,289	192	117	118	497	124	
	女	1,207	11	7	11	47	10	
2000年	総数	27,498	226	170	152	652	225	(略)
	男	26,030	222	154	126	574	219	
	女	1,468	4	16	26	78	6	
2001年	総数	28,469	239	116	136	816	236	(略)
	男	26,907	224	102	107	699	208	
	女	1,562	15	14	29	117	28	

入所度数(2001年度)(注)1度とは初回の入所,10度とは10回の入所をいう。

調査区分	総数	知的障害	精神病質	神経症	その他の精神障害	不詳	精神障害なし
1度	14,294	73	48	63	345	204	(略)
2度	4,297	40	19	19	140	10	
3度	2,685	21	10	20	87	4	
4度	1,705	14	6	6	61	5	
5度	1,310	10	4	5	49	1	
6~9度	2,892	41	17	18	95	8	
10度以上	1,286	40	12	5	39	4	

(知的障害者) (1)3度以上が計126名,全体(239名)の53%

(2)5度以上が計91名,全体の38%

(精神障害者—統合失調症—) (1)3度以上が計331名,全体(816名)の約40%

(2)5度以上が計183名,全体の22%

(法務省・2001年矯正統計年報から)

科前歴・教育程度・精神状況(精神障害診断),そして知能指数など多種にわたっています。精神科医や心理士等の専門家もその判定に関与しています。

#### (4) 新受刑者の知能指数

矯正統計年報によれば,2001年(平成13年)の新受刑者(総数28,469名)の知能指数は,IQ49以下が1,158名,IQ60~69が3,592名,IQ70~79が6,195名,テスト不能者が1,830名,このテスト不能には「検査未了の者及び知能が低く検査不能の者を含む」とされています。IQ69

以下の総数は計 6,596 名、それにテスト不能の半数 (915 名) を加えると計 7,511 名となり、新受刑者総数の 25% を超える人数となります。一般には「知能」が大変低いとされる IQ 49 以下とテスト不能の半数の“人数”だけでも 2,000 名を超えています。

そうすると、刑務所での精神診断 (障害判定) による知的障害者 239 名と、この言語的知能の大変に低い人たち (6~7,000 名か少なくとも 2,000 名) の“存在”をどう理解すべきでしょうか。この人たちは、はたして本人の能力にあった適正な裁判を受けているのでしょうか。

## 2. 我が国の精神障害者に対する司法の現状

### (1) 犯罪統計の数字の分析

2001 年の犯罪統計によれば、警察の犯罪容疑者の検挙人数で 2,072 名の「精神障害者等」の人たちのうち、検察庁及び裁判所の刑事司法手続における処理状況の中で 735 名が「心神喪失・心神耗弱者」となり、そして裁判所で心神耗弱と認定され実刑となった者が 64 名であるのに、刑務所に入った新受刑者のうち、広義の精神障害者が 1,200 名、そのうち知的障害者は 239 名という結果となっています。そのうえ、新受刑者のうち IQ 69 以下が 6,596 名 (IQ 49 以下でも 1,158 名)、そしてテスト不能 (1,830 名) の半数を加えれば 7,500 名 (25%) という数字となります。その人たちは、言語的知能 (コミュニケーション能力) にハンディをもっているといえます。その〈言語的知能の低い人たち〉の中に知的障害者はもちろん、多くの精神障害者等も含まれてくるのではないのでしょうか。

### (2) 犯罪統計と我が国の精神障害者に対する刑事司法

①多くの「知能」の低い人たちが、我が国の刑事司法では精神障害 (知的障害・発達障害を含む) に伴うコミュニケーション障害や認知障害について全く無視され、法的にその障害 (ハンディ) が理解され配慮・サポートされ

べきものとは考えられてもいません。その人たちは、そのような司法 (体制) の中でどのような人間として裁かれるのでしょうか。私にはまさに無力化された姿に映ります。

②私自身の弁護経験から、我が国の刑事裁判では中度の知的障害者 (IQ 35~50) であっても、その障害の事実は弁護人にも情報開示されず、裁判では全く被告人の訴訟能力が検討されずに、当然にあるものと仮構 (フィクションナライズ) されて裁かれています。起訴される精神障害者の訴訟能力 (言語を通してのコミュニケーション能力) が法的に配慮・検討もされず、起訴され、裁判が進行し (異議を申し立てても却下され)、そして有罪という判決となっていきます。これが我が国の刑事司法です。

③我が国の司法及び司法精神医学では、被疑者 (被告人) の訴訟能力はいまだ真剣に実務的な「テーマ」ともなっていません。当然にその前提たるコミュニケーション能力 (認知・理解・供述等の能力等) も、司法精神医学としてまともな研究・論議にもなっていないのではないのでしょうか。さらに最近では、精神鑑定の中でその有罪化のための道具概念のようにになっている〈人格障害〉の問題もあります。〈医療に替えて刑罰を〉という流れに加担してはいないのでしょうか。

④裁判所は最近、訴訟能力について、「被告人としての重要な利害を弁別し、それに従って相当な防禦をすることのできる能力」(最高裁・1995年2.28・判決—重い聴覚障害をもちながら手話など第三者とコミュニケーションできる言語を全く身につけておらず、裁判の意味を伝えられない、まさに最重度のコミュニケーション障害者といえる被告人) としましたが、しかしこの判断は例外というべき扱いで、精神障害等によるコミュニケーション障害者には全く適用されていないのが現状です。今、我が国の〈精神障害者と犯罪 (司法)〉において問われるべきことは、精神障

害者の権利主体（人間としての当事者性）にかかわるこの訴訟能力だといえるでしょう。

(3) 言語的知能（コミュニケーション能力）の低い人たちの「犯罪者化」

- ①「知能」が低いということが、その犯罪の捜査と裁判において精神障害者にどのような問題としてあらわれてくるかということです。精神障害をもつ容疑者が、警察や検事の取調べにおいてその誘導や暗示に影響されて、「やっていないのに、やった」とか「わからないのに、わかっていた」などと供述することがあります。我が国の取調べは、密室の中で強い精神的な圧力をもって〈自白をとる〉ことを今でも捜査の中心にしています。さらに裁判所でも、自白は「証拠の王」の扱いです。はたして、精神障害者の中でどれほどの人が、犯罪容疑者としての「リスク」と「意味」をわかっている、自分を守れるでしょうか。
- ②私が弁護している静岡金谷町事件という中度の知的障害者の放火事件があります。その事件は、捜査官が被疑者のことを、中学の障害者学級を卒業しIQが40前後の中度の知的障害と重度の精神症状をもつ人であることをわかっているながら、その障害等の事実を弁護人に隠して、〈責任能力あり〉として起訴したものです。被告人は私たち弁護人とほとんどコミュニケーションがとれないにもかかわらず、取調官には〈放火殺人の自白〉がとられています。まさに〈虚偽自白〉というべき供述調書ですが、しかし、我が国の裁判で自白の証拠能力を崩すことが容易ではなく、そのような虚偽自白というべき調書が残念ながらまかり通っています。これが我が国の冤罪の基本構造です。
- ③精神障害者の裁判にかかわる司法関係者は、言語的知能やコミュニケーション能力の低い人たちの「自分を守る力（訴訟能力）」を無視するやり方に、少なからず良心の呵責とお

かしさを覚えているはずですが、精神医療関係者に、そのような司法（裁判）に裁かれる人たちの立場からチェックする役割を強く期待しています。

### 3. 最後に（自己紹介）

私は、精神障害者の中でも知的障害（発達障害を含む）をもつ人たちの権利擁護活動を専門としている弁護士です。知的障害者の中でもとりわけ自閉症障害をもつ人たちに不思議な縁があって、この人たちの権利擁護にかかわることが多いといえます。10年程前より知的障害者虐待事件を中心にその権利擁護と社会的告発に取り組んできました。知的障害者の虐待被害事件を通して、次第にそれと裏表の関係にある知的障害者の犯罪弁護事件に、「犯罪や事件等、警察沙汰をおこした〈悪い障害者とされる〉人たちをいかに守るか」という弁護の姿勢で取り組むようになってきました。虐待と犯罪とが表裏の関係にあるというのは、この社会では精神障害者が差別と抑圧から「弱者化」させられ、いったん社会的弱者となるとさらなる差別が加えられて〈社会的な暴力〉が殺到してくるという構造から、精神障害者（知的障害者を含む）の虐待被害と犯罪事件は生みだされてくるととらえています。

私はそのような認識から「悪いとされる知的障害者の権利を擁護しよう」と昨年5月、私の友人の弁護士らと一緒に、知的障害者刑事弁護センター（NPO）という小さい拠点を立ち上げ、我が国の精神障害者への司法のあり方の“変革”に挑んでいます。小さい取り組みでも大きなインパクトをもちえる弁護活動を目指しています。

そして我が国では今、精神障害者に対して「心神喪失者医療観察法案」というさらなる社会的弱者化へ追い込んでいく攻撃が加えられています。精神医療の場を刑務所化（隔離と抑圧の固定化）するものに他ならないといえます。いうならば、この法案によって精神障害者の「無力化」はより深まるものといえます。廃案にしなければなりません。

私の報告はこれで終わります。ありがとうございました。

文 献

1) 2001年（平成13年）度「新受刑者の知能指数（1995年から2001年まで）」の統計—2001年版・法務省・

矯正統計年報から

2) 2001年度「休養患者（刑務所での病気治療対象者）の主要病名（精神疾患を中心）とその転帰事由」の統計—同上

3) 2001年度「新受刑者の精神診断と入所度（入所歴回数）」の統計—同上

---

## シンポジウム I (世界を覆うメンタルヘルスの危機)

### 3. The Diversity and Challenge of Conduct Disorder

Anula NIKAPOTA

*FRCPsych, Consultant in Child and Adolescent Psychiatry  
South London and Maudsley NHS Trust*

#### Introduction

The diversity and challenge of conduct disorder arises in different ways not least the way in which it is understood and perceived by parents and carers. While parents in the US and UK may accept a referral to child mental health services for this problem, parents in the Indian subcontinent for example do not access services as they view such behaviours very much as a problem of discipline. Both views have credence when we consider risk factors as well as interventions. Diversity also arises in views about what conduct disorder represents in terms of psychopathology. Is it the sum of different risk factors i.e. cumulative risk with some risk factors carrying more weight than others? Or is it a disorder where there are different patterns of risks contributing to disorder. A further idea is that there are different causal processes linked to different patterns of behaviour, which nevertheless fall within the diagnostic framework of conduct disorder. On the other hand perhaps conduct disorder should be part of a broader conceptual framework resembling more the concepts used for adult personality disorder. The empirical evidence contributing to these various views have been comprehensively reviewed by Jonathan Hill earlier this year (Hill 2002).

How conduct disorder may be conceptualised in terms of research reflects how clinicians may view the disorder. It is a categorical diagnosis in both major classification systems—the ICD 10 and DSM IV. Such categorical specificity may be necessary in terms of distinguishing levels of clinical need. Earls and Mezzacappa (2002) in a recent review point out that in terms of psychopathology conduct disorder has close links with oppositional disorder and appears to share the same genetic risk factors. Hence it could be viewed in a dimensional manner. In terms of understanding the genesis of the disorder and also what may be pathways to intervention a dimensional approach may in fact be more useful. For the clinician this approach is of value as it highlights the importance of planning interventions for a child with oppositional disorder as preventive measures for conduct disorder.

#### Diagnostic issues

There are diagnostic challenges in the ways in which conduct disorder may be identified across

cultures. There will be common aspects about what constitutes acceptable behaviour and also socially disapproved behaviour among children and this was highlighted in a cross cultural study done by me and colleagues in South London. However there is also considerable evidence that the extent to which some behaviours such as defiance towards parents, aggression in the playground are accepted or disapproved may vary according to sociocultural norms. Hence where sociocultural norms favour compliance and controlled behaviour frustration may be expressed in ways described as 'internalising' or emotional symptomatology. In these contexts oppositional behaviour, defiance to family elders, may in fact represent a more serious level of disturbance. However in such contexts there may also be a lower tolerance of such behaviour. A trainee working with me who was from a traditional Islamic culture in the Middle East said that on a screening questionnaire boys scored very high in the caseness range for conduct disorder when rated in the school setting. In the country in question fathers favour oppositional behaviour especially to females such as teachers and the screening questionnaire was not weighted to take these sociocultural factors into account. On the other hand different values existed for females within the family system. She and I discussed a weighting which also looked at what would be considered socially disapproved for boys within the family context.

Both ICD 10 and DSM IV advocate the need for considering sociocultural norms when diagnosing a disorder such as conduct where psychosocial factors play an important part but the level of guidance available for clinicians is still insufficient.

It is not my intention in this paper to go into detailed diagnostic issues. However in terms of intervention accurate diagnostic assessment is required not only in terms of diagnosis of disorder but of patterns of behaviour, and of associated risk factors. It is essential to look for comorbid factors the commonest being ADHD. The clinician has to be mindful of the need to obtain details of academic competence, language ability and IQ (at least approximate through academic attainment) and to obtain information on behaviour from at the very least home and school i.e. multiple informants (Earls and Mezzacappa 2002). An appreciation of associated risk and psychosocial context is essential for there to be meaningful intervention.

Assessment of children needs also to consider their emotional state. Children with oppositional or conduct problems often have a low self esteem and little belief that they can have a more positive outcome. Consideration of a child's emotional state is another important assessment component. A 7 year old came to see me with a history of very aggressive behaviour in school although far more compliant at home. He lives with a great aunt and her teenage children having been moved between mother (who lives abroad) and this great aunt since he was 11 months old. He was very clear he was bad, didn't think he could be better but was also clear that coming to see me increased his badness because he felt labelled.



### **Prevalence**

Estimates from several large scale community studies done in the US (Costello et al 1996), UK (Meltzer et al 2000) and Canada (Offord et al 1987, 1991,) give a prevalence rate of 3-6% in children between the ages of 9-13 years. All the studies reported a marked gender discrepancy with upto fourfold increases in boys. While community based studies from developing countries are few it is clear that conduct disorder is relatively common as demonstrated in Kerala India (Hackett et al 1998). But the overall rate of disorder was far less than that reported in developed country settings. Cross national studies of child behaviour symptoms indicate a marked gender difference for externalising behaviour although the prevalence of conduct disorder may vary depending on the ways in which socio cultural norms encourage/discourage expressions of frustration/disobedience. In the clinic where I work in a socioeconomically deprived and culturally diverse area of South London, oppositional and conduct disorder are the commonest diagnostic groups between 6-14 years. The male female ratio is 3 : 1 but as we found in a cross cultural study in the area, far commoner among White and African Caribbean groups than among Asian children.

### **Risk factors**

I propose to discuss these in terms of clinical relevance. There are multiple risk factors and correlates. Understanding these are important in terms of early recognition and also identifying appropriate intervention.

There are some risk factors that have been identified as causal. It is useful to look at these in terms of risk factors relevant through the developmental trajectory and others which are more specific at certain stages. The most important causal risk factors relevant throughout the developmental trajectory are quality of caregiver involvement, disciplinary practices, experience of abuse.

Maternal smoking for example is a prenatal risk factor. Perinatal complications associated with maternal rejection have also been implicated in some studies (Hill 2002). Deficits in language based verbal skills independent of IQ have been implicated in a number of studies. Impairment of executive function has also been identified as linking to increase in aggression (Lynam and Henry 2001). Both these problems will have relevance once a child starts school. Social group acceptance, peer relationships are more important in preadolescence. There is evidence that peer relationships operate in different ways—association with more deviant peers could be the result of rejection by non aggressive children and this may occur in primary school age. On the other hand deviant children may get more positive acceptance from other deviant peers and are hence drawn into relationships which reinforce the conduct disordered behaviour. In older children association with deviant peers may lead to conduct problems. None of these risk factors however operate individually but are mediated by other environmental influences. For example I saw a girl of 14 years who is currently defiant, staying out all night and at risk. She is a girl I have known for years as she has a conduct disordered brother and a schizophrenic mother. She has always been socially appropriate but her current vulnerability has in part due to her resentments at her brothers aggressive behaviour and mothers very rigid and unreasoning stance about her more socially acceptable peer relationships.

There is particularly strong evidence of links between parental psychopathology, parent child rearing practices with early onset aggressive conduct disorder. Low income is another factor identified in several studies but again this is not an absolute criterion but relative to context. In developing countries where a large proportion of the population is poor by absolute standards poverty may have to be defined in terms of level of poverty i.e. abject and whether associated with degrees of family and social dysfunction. The poverty situation may also determine the meaning of the behaviour. In my experience when working in developing countries appreciation of the meaning of delinquent behaviour in children had to be linked to context. Where for example children stole food in situations of abject poverty they were brought into the social care system as 'delinquent' rather than as children in need. This was in my opinion inappropriate. Furthermore these children did not display other conduct disorder symptoms.

### **Genetic and other factors**

There is evidence of heritability for conduct disorder but the identification of risk families at present are behavioural and hence will be discussed in these terms.

There are risk factors which are physiological but again not at present clinically relevant.

### **Effective interventions**

The greatest challenge in my view arises in what we do for children with conduct disorder. It is the commonest disorder seen in generic child mental health services in the UK certainly and it carries relatively the greatest risk of long term problems. In terms of intervention there remain considerable limitations particularly where the problem is more persistent and severe. Prevalence of conduct disorder does not necessarily correlate with delinquency rates. However long term risks of conduct disorder are increased antisocial behaviour in adolescence, increased substance misuse rates as well as crime and this is particularly so for boys. There is also evidence that suggests that timing of symptoms play a part with poorest outcome associated with early severe aggressive behaviour (Earls and Mezzacappa 2002).

Effective interventions will include preventive approaches as well as interventions for children with oppositional or conduct disorder.

The clinical relevance of an understanding of risk is linked closely to preventive intervention. When considering risk and prevention there continues to be the debate as to whether measures should be targeted generally or for high risk groups. If we consider maternal smoking there is a need for widely prevalent health education in this regard about a number of risks particularly where there is a high incidence of smoking in the female population. In the UK for example where there is a high prevalence of smoking among school children and of teenage pregnancy in inner city areas there is also an argument for targeting specific interventions for a potentially high risk group.

One of the most important causal risk factors relates to family factors which include exposure of children to conflict, parental psychopathology, child rearing practices. Within the developmental trajectory it is important to look at what may be effective at preschool as well as at school age. Nurse home visitation for high risk mothers has proved to be effective and the impact established

in follow up to adolescence (Olds 1998). Preschool education such as in the Perry preschool project which also worked with families again have proved effective as well as cost effective in the long term (Barnett 1998).

There are a number of initiatives used for school age children with parents alone or where there are multiple inputs in terms of parent management combined with remedial reading help for children and work with teachers. There are also programmes which target children specifically using either a single component approach, multiple components, competency enhancement. Effects vary as do resource intensity required for these programmes (Offord 2002).

In terms of successful interventions there is accumulating evidence of the effectiveness of parent management programmes which mediate parent child relationships and promote more effective parenting including use of appropriate discipline. Issues relate however to the ways in which parents can be encouraged to access such parenting programmes and relate also to issues about the availability of resources. Initiatives such as Sure Start in the UK are a mean of targeting high risk families early but are not available in all areas. Furthermore the more dysfunctional families are less easy to engage. Programmes may be for parent and child or delivered in the form of parent group approaches. There may need to be far greater involvement of services such as health visiting. This is certainly an issue for developing countries to consider as health workers engaged in child health work are the most likely sources of information about high risk families. An important issue is the extent to which known positive aspects of child rearing and parenting can be incorporated into parent education that is generally available and how effective this will be as a preventive measure for poor parenting. Scott highlighted ingredients of successful parent management programmes which include techniques for promoting a child centred approach, teaching ways of increasing acceptable behaviour in the child, setting clear expectations, reducing unacceptable behaviour (Scott 2002). It is reasonable to suppose that this type of approach could be incorporated into general parenting education particularly in situations where this is the only way of changing parent attitudes about what are effective parenting strategies and alternative disciplinary approaches. This is certainly an issue for many sociocultural contexts where coercive disciplinary practice may be favoured. Available evidence suggests that targeting high risk groups remains an effective strategy but it is resource intensive. Working with Health workers in Sri Lanka I had to suggest only that they did allow more time for working with the more dysfunctional families in their area and also try different strategies of engaging them. More intensive work was not possible under the prevailing resource constraints.

Many of the approaches discussed thus far rely on inputs which involve joint work within primary and secondary care agencies. For example in the UK early screening of high risk groups will be done by primary care and child health services and hence there needs to be close working and consultative support between these agencies and child mental health services as well as with schools. There also needs to be liaison with adult mental health since mentally ill parents are a particular high risk group often forgotten.

Parenting issues are not the only risk factors relevant for intervention. Mention has been made of the links between executive function, language skills and later conduct disorder. This requires

attention given to those children who display impulsivity and poor planning skills even although these problems may not on themselves result in a diagnosis. I am aware of the need in our service to provide intervention for these children who may have been referred for diagnosis of ADHD which they do not have. Recognition that this is a group requiring preventive help for later conduct disorder is not universal by any means.

Another high risk group in early school age are those children who present with poor frustration tolerance, tending to respond more aggressively in conflict who are then isolated in terms of positive peer relationships.

Interventions for these groups require co-operation between screening agencies which will be school, school health and child mental health services. Approaches found to be effective to some degree include anger management skills, training on appropriate assertiveness development of problem solving skills to promote adaptive outcomes in conflict rather than confrontation.

While these approaches all focus on the child or adolescents behaviour, there is also an emphasis on considering attachment theory and hence encouraging the child to develop more positive relationships. This is based on the assumption that children with conduct disorder may have become disconnected from significant others possibly as a result of their behaviour but poor attachment may also be an antecedent risk linked to poor parenting. On the other hand the development of positive relationships can occur with other significant adults—a teacher, a mentor, extended family member.

An important ingredient of working with children and young people with conduct disorder is not only motivating them to consider change but to instil the belief that change is possible and that problems can be overcome. This is an aspect of intervention that may be a positive outcome of programmes mentioned above but particularly with older children it is my experience that discussion of these aspects can facilitate engagement of the child or adolescent.

### Conclusion

This presentation is not a comprehensive summary of conduct disorder or of interventions that may be used. The presentation has attempted to highlight some of the challenges in considering this very common disorder. Firstly is the issue of diagnostic assessment, which is sensitive to sociocultural norms, and looking at what may be risk and comorbid factors. Secondly the identification early of high risk groups and the use of feasible affordable as well as effective intervention strategies. Thirdly the use of effective interventions for the child with established problems. Finally the need for planned and coordinated approaches which involve multiagency planning and joint work.

### References

- 1) Barnett. 1998
- 2) Costello et al: The Great Smoky Mountain Study. Archives of General Psychiatry 53, p 1129, 1996
- 3) Earls F and Mezzacappa E: Conduct Disorder In Child and Adolescent Psychiatry, Editors Rutter and Taylor, Fourth edition, Blackwell
- 4) Hackett et al. 1998
- 5) Hill Jonathan: Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. Vol 43 No 1, Journal

of Child Psychology and Psychiatry, 2002

6) Lynam DR and Henry V : The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. Conduct disorders in childhood and adolescence, Editors Hill and Maugham, Cambridge University Press, 2001

7) Scott Stephen : Parent Training Programmes. Child and Adolescent Psychiatry, Editors Rutter and Taylor, Fourth edition, Backwell

8) Offord | David and Bennett Kathryn : Preventive approaches

9) Offord et al: Ontario Child Health Study—Six month prevalence of disorder and service utilisation. Archives of General Psychiatry, 44, p 832, psychiatry, 1987

10) Offord et al : The epidemiology of antisocial behaviour. Childhood and Adolescence, 1991

11) Olds. 1998

12) Meltzer et al : The mental health of children and adolescents. Great Britain Office of National Statistics, London

---

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム II

## 日本における患者の人権と精神医療

座長：樋田 精一（国立精神・神経センター武蔵病院）

比留間 ちづ子（東京女子医科大学付属病院）

1984年3月に発覚した栃木県宇都宮病院における入院中の精神障害者に対する看護者による傷害致死事件は、日本において精神障害者の人権が侵害されてきたことを国の内外に明らかにした。そして1987年、精神障害者の人権を保護し精神障害者の社会復帰を促進することを目的として精神保健法が制定された。

しかし、その後15年を経過した現在もなお1958年の医療法特例通知は生きていて精神病院入院患者に対する差別的な医療が許容されている。さらに、救急を含む地域医療について医療法の改正が重ねられてきた際にも精神医療は対象外とされてきた。

その結果、精神病院の不祥事はいまだに後を絶たず、地域医療においても精神障害者は著しく差別されて不利な条件下にある。日本では、1991年の「国連原則」が今日まで遵守されていない。

シンポジウムでは、日本における精神科の患者の人権と医療の現状と問題について概要が明らかにされ、外国からの参加者を加えて活発な討論が行われた。

里見氏（弁護士）は、大和川病院不祥事件に関わってきた経験を述べ、精神保健福祉法の精神医療審査会が患者の人権を守る点で機能していない実態を明らかにし、オンブズマン制度等、精神医療において患者の人権を守る実効性のある施策を要求した。

末安氏（看護師）は、2000年、医療法の病院の基準を見直す委員会の委員であった立場から、

日本の精神病院の対患者職員比率が不当に差別されて低いことについて論じた。討論の中で、入院患者の3分の1、約10万人が「社会的」入院者であること、これらの患者を退院させる計画なしに職員患者比率を改善することは困難であることが明らかにされた。

澤氏（医師）は、彼の医療実践を報告した。約10年の間に精神病床は600から500に減少し、外来患者実数は2,000から3,500に増加した。治療とリハビリテーションサービスの統合が精神病床を減少させるためには必要不可欠であり、またそのことが可能であることをも示した。

国際「法と精神保健学会」終身名誉会長ワイスタブ Weisstub 教授は、日本の精神保健立法に関して国際的視点からコメントを行った。入院および退院のための基準が、当面の経済的配慮に左右されてはならないし、発言力を持つ既存の団体が要求するその国だけに通用するような制限に左右されてもならないと述べ、病院の内外で行われるサービスが改善されるのを促進するために活動する専門家による国際的な委員会を設立することを提案した。

## 文 献

- 1) Ministry of Health and Welfare 厚生省：The Mental Health Law. 精神保健法. 厚健出版，東京，1988
- 2) The United Nations General Assembly 国際連合総会：Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental

Health Care. 精神疾患を持つ人々の保護と精神保健ケアの改善に関する原則. 1991

---

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム II（日本における患者の人権と精神医療）

## 1. 大和川病院事件から精神医療を問う

里見 和夫（NPO 大阪精神医療人権センター代表理事・弁護士）

## 1. 大阪精神医療人権センターとは

1984年3月に発覚した栃木県宇都宮病院における入院中の精神障害者に対する看護者による傷害致死事件は、日本の精神医療の劣悪な実態について、国の内外からの批判をまき起こした。

任意団体「大阪精神医療人権センター」は、宇都宮病院事件に大きな衝撃を受けた患者、家族、医療従事者、弁護士、一般市民らが集まり、1985年11月に精神障害者を人権侵害から救済する活動を展開することを目的として出発した。

当初は、社会から隔離された密室となっている精神病院の風通しの悪さこそが人権侵害の温床であると位置付け、“精神病院に風穴を開けよう”をスローガンとして精神病院に入院中の精神障害者に対する人権侵害について、電話相談、病院への面会活動、対行政交渉を実施し、これらの活動を通じて人権侵害の救済に努力してきた。

1988年7月に精神保健法（後に改正され「精神保健福祉法」）が施行された後は、病院への面会活動を一層強めるとともに、医療的には入院の必要がないのに退院後の生活環境が調わないために入院を継続せざるを得ない精神障害者（いわゆる「社会的入院者」）が多数存在することについて、それを著しい人権侵害ととらえ、障害のある者も普通に地域で生活できる体制づくりのため、行政への要請活動にも一層力を入れ、“病院から地域へ”を次の目標として掲げた。

このような中で、後述する大和川病院事件に対する取組みを通じて、人権センターは、精神障害者の権利擁護を担う第三者機関として社会的に広く認知されるようになった。

人権センターは、1999年10月にはNPO法人としての認証を受けた。

## 2. 大和川病院とは

大和川病院は、1963年大阪府柏原市（大阪府の最東部、奈良県と隣接）に開設された精神病院である。1993年当時、大和川病院は、定床524床で、常時、ほぼ満床状態。警察・福祉ルートの入院患者が多数であった。

## 3. 大和川病院事件とは

1969年 看護者による患者に対する傷害致死事件——第1次大和川病院事件

1979年 看護者による患者に対する傷害致死事件——第2次大和川病院事件

1993年 不明者による患者に対する傷害致死事件（傷害を受けた患者に適切な医療を行わなかった結果、患者は死亡した）——第3次大和川病院事件

大阪精神医療人権センターは、第3次大和川病院事件について、患者、家族、あるいは看護婦・士などの職員、そのほか多数の人たちからの訴えや情報提供に基づいて調査をすすめた。その結果、(1)大和川病院が医師・看護者の数を大幅に水増しして診療報酬を不正に受給していること、(2)実際には、医師・看護者が極端に少なく、満足な治療はほとんど行われていないこと、(3)そのため、患者の症状とは関係なく画一的に投薬や点滴が行われていること（画一処方）、(4)患者が看護者に質問したり、反抗的な態度を示したりすると、懲罰的に保護室に入れていること（保護室の乱用）、



などの劣悪な実態が明らかになった。

人権センターは、大阪府に対し、大和川病院における医療実態の早急な調査と徹底した改善指導を要請した。しかし、大阪府の対応は驚くほど鈍く、むしろ病院をかばおうとするかのような対応が随所に見られ、結局、大阪府が大和川病院に対する本格的な調査を開始したのは、人権センターによる要請から4年以上経過した1997年3月になってからのことであり、それもマスコミが大和川病院の問題を大々的に取り上げるようになったためである。

大阪府による調査の結果、医師・看護師などの医療従事者数の大幅水増しなどにより、大和川病院が巨額の診療報酬を不正受給していた事実が明らかになるとともに、人権センターが指摘してきた劣悪な医療実態が次々と裏づけられ、大阪府は大和川病院の開設許可を取り消すにいたったものである。

#### 4. 何故大和川病院が長期間存続できたのか

##### 1) 精神医療の劣悪な実態——国による精神科医療に対する差別

日本には、悪名高い医療法の精神科特例がある。

精神科病院の職員配置基準は、①医師の数：一般病院（患者16人に医師1人）の3分の1（患者48人に医師1人）、②看護師の数：一般病院（患者4人に看護師1人）の3分の2（患者6人に看護師1人）でよいとされている。

現実には、この基準を満たしていなくても精神科病院は運営を許されている。（医療法の精神科特例は、2000年11月の医療法改正においても、実質的に残された。）

精神病院においては、少々なことは許されるという雰囲気が存在した。

また、休日・夜間の精神科相談体制や精神科救急体制が極めて不備な中で、大和川病院は、生活保護を受けている患者、家族が引き取らない患者、他の病院で入院を断られた患者、警察が何らかの形で関与した患者などを電話1本でいつでも受け入れる病院であったため、行政は同病院を便利な

病院として頻繁に利用していた。

##### 2) 精神障害者福祉施策の貧困

大和川病院には、病気の症状としては入院の必要がなく、退院して地域で普通に生活することが可能であるにもかかわらず、家族が退院に反対したり、単身で生活しようにも退院後の住居が確保できないため、入院を継続せざるを得ない患者（社会的入院患者）が多数存在した。これは何も大和川病院に限ったことではない。厚生省も、全国で約33万人の入院患者のうち8～10万人は地域の精神福祉基盤が整えば、退院が可能であることを認めている（『我が国の精神保健 平成8年度版』）。このような社会的入院は、明らかにノーマライゼーションの理念に反するもので、精神障害者福祉施策の貧困と言わなければならない。

##### 3) 患者の権利に対する医療従事者の認識の低さ

大阪府が法に定められた患者の権利について大和川病院の看護職員（看護助手を含む）39名に質問したところ、

①大阪府健康増進課精神保健室や代理人である弁護士への電話はいかなる場合にも制限できないことについて、全く理解していなかった者が26名、一部理解していた者が7名、正確に理解していた者が6名であった。

②信書の発受信について、いかなる場合も制限できないことについて、理解していなかった者が18名、理解していた者が21名であった。

③任意入院患者の退院制限について全く理解していなかった者が25名、一部理解していた者が9名、正確に理解していた者が5名であった。

##### 4) 迅速な人権救済制度の不存在

大和川病院事件の最大の問題は、人権センターから大阪府に対する同病院での人権侵害の訴えがなぜ4年以上も放置されたのか、である。

有効な人権救済システムが存在していないのである。

法には、入院患者が知事に対して退院請求をしたり、病院内での処遇について改善請求をする制度が定められている。これらの請求が知事に対し

てなされた場合、知事は精神医療審査会に諮問し、その意見に従わねばならないことになっている。

しかし、精神医療審査会は、知事の諮問機関で、事務局も府の職員が兼務している状態であるため、行政からの独立性がなく、迅速な対応ができない。また、患者本人からの請求があってはじめて精神医療審査会の活動が開始するという構造になっているため、前述した面会妨害や手紙などの発信制限を受けた場合、退院・処遇改善請求のための委任状を渡すこともできなくなるから府への請求自体が不可能になり、精神医療審査会が全く活動できない結果となる。

大阪府による医療監視・実地調査も、前述したとおり行政が大和川病院に依存していたこともあって、事前に予告したうえでの形式的なものにとどまっていた。

## 5. 大和川病院事件の教訓

大和川病院事件は、日本の精神医療が抱える問題点の全てを顕在化させた。そこから十分な教訓を引き出すことによって、第2、第3の大和川病院の出現を阻止し、患者が安心してかけられる医療体制を実現することが求められている。

### 1) 精神科差別の撤廃

前述した医療法の精神科特例は、合理性のない差別であり、日本国憲法、国際人権規約、国連決議（「精神病患者の保護および精神保健ケアの改善のための原則」）に違反しているから、速やかに撤廃されるべきである。

### 2) 精神障害者福祉施策の充実

精神病院において、精神科ソーシャルワーカーなどのスタッフを充実し、患者の退院へ向けての計画作りとそれを実現するための準備（家族との調整、住宅の確保、退院後のサポート体制作りなど）にあたるのが可能になるように法律および施策を整備すべきである。

3) 医療従事者への研修、院外の第三者を加えた人権擁護委員会の病院内での設置等による人権意識の向上、患者の訴えの迅速な対応

### 4) 精神医療審査会の抜本的改革等

これらの問題を克服し、精神医療審査会を人権救済システムの重要な柱のひとつとするためには、精神医療審査会を知事から独立した常設の機関とし、退院・処遇改善請求も審査会に直接提出するものとする、専属の事務局体制の確立・予算の拡充を実現すること、および患者からの請求がなくとも、人権侵害ないしそのおそれを審査会が認識した場合には、職権で調査し、勧告などの措置がとれるようにすることが不可欠であり、そのための運用の改善ないし法改正が早急に必要である。

また、大阪府の医療監視・実地調査を事前予告なく、厳密に行うことも必要となる。

### 5) 市民オンブズマンによる病院への改善提言システムの具体化

精神病院がボランティア団体メンバーの病院訪問を制限することなく受け入れ、そのメンバーが病院の施設や処遇に対する改善を提言したときは謙虚に耳を傾け、あるいはそのメンバーが患者からの相談に乗るのを認めることは、病院が地域に開かれた安心してかけられる医療機関になっていくうえで極めて重要である。

これまで精神病院は、このような病院訪問を積極的には受け入れてこなかった。

現在、大阪府において、上記の趣旨を実現するための精神医療オンブズマン制度がようやくスタートしようとしている。

### 6) 市民に顔を向けた情報公開

大阪府が行った医療監視や実地調査の結果は、現在市民には公開されていないが、精神病院の医療の質を向上させるとともに、市民に対し、正確な情報を提供するためには、これらの情報の公開は不可欠である。

### 7) 地域との連携による安心してかけられる医療体制の確立

## 文 献

1) 里見和夫：法律家の立場から——大阪大和川病院事件が語るもの。病院地域精神医学，42(1)：77-80，1999

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム II (日本における患者の人権と精神医療)

## 2. 日本における精神病院(病床)に係る人員配置基準の差別

末安 民生 (社団法人日本精神科看護技術協会, 慶応大学医療看護学部)

## はじめに

これから私が報告することは、遠い昔に過ぎ去った精神医療の悲惨な歴史ではなく、21世紀を迎えた現在も継続され、政府によって正当化されている、政府による精神障害者に対する差別的な、誤った医療政策についてである。

具体的には、長年にわたって精神病床の人員配置基準を一般病床のそれより下回ってよいとする特例が医療法に規定され、2000年の第4次医療法改正によって特例規定そのものはなくなったものの、依然として一般病床との格差を容認した、いわば特例規定を合法化した新たな基準が定められた、このような日本の政府による医療における精神障害者差別の経過について報告するが、このWPA横浜大会を契機に、我が国の医療における精神障害者に対する差別を早急に解消する方向に向かうことを、会場の皆様と一緒に確認できれば幸いである。

## 医療法改正の経過

さて我が国には、医療分野を規制する法律として、医療法、感染症予防医療法、精神保健福祉法、医師法、歯科医師法、保助看法、老人保健法、薬事法、健康保険法、等々、多くの法律がある。

とりわけ医療法は、医療提供体制の確保を図り、国民の健康の保持に寄与することを目的として、病院や診療所の開設及び管理、並びに施設整備に係る事項、医療計画その他について規定するとともに、インフォームド・コンセントなどの医療理念をも謳った医療に係る基本法とでもいうべき性

格をも有している。

これまで、医療法は数次にわたる改正を繰り返している。戦後間もない、感染症中心の急性疾患が中心の時代に、医療機関の量的整備が急務とされるなか、1948(昭和23)年に医療法が制定され、1985(昭和60)年の第1次医療法改正により、医療施設の量的整備よりも医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携の推進が求められるなか、都道府県医療計画の制度化が図られた。しかし皮肉にも、この政策は制度施行前の駆け込み増床を招き、政策意図とは逆の効果をもたらしてしまった。1992(平成4)年の第2次医療法改正は、高齢化、疾病構造の変化、医療技術の進歩等に対応し、医療施設機能の体系化(「特定機能病院」「療養型病床群」の制度化)などが図られ、1997(平成9)年の第3次医療法改正では、要介護者の増大に対応して、「療養型病床群」の診療所設置、「地域医療支援病院」の制度化などが図られた。

そして、2000年12月の第4次医療法改正では、医療計画の見直し、広告規制の緩和、医師・歯科医師の臨床研修の必修化、そして入院医療提供体制の整備が図られたのである。具体的には、病床の種別を、精神病床、感染症病床、結核病床及びその他の病床と区分されていたものを、改正後は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床及び一般病床として、それぞれの病床種別ごとに人員配置及び構造設備基準を定めることとなったのである。

### 医療における精神障害者差別

さて、長年の懸案であった差別的な医療スタッフの人員配置基準について、これから報告することとしたい。

改正前の医療法第21条は、病院が医師、歯科医師、看護師その他の従業者を有することを規定しているだけで、具体的な人員、設備については厚生省令に委ねている。厚生省令である医療法施行規則第19条は、入院患者に対する員数の標準を、医師の場合は概略「患者の数が16又はその端数を増すごとに1を加えた数」、看護師及び准看護師については概略「患者の数が4又はその端数を増すごとに1」と定めている。そして第4次医療法改正を契機に、看護職員については入院患者4人に1人が、入院患者3人に1人となった。このとき医師等の配置基準の見直しは行われていない。

一方、精神病床や結核病床などは人員配置基準について医療法の基準を下回っても構わないとする特例規定が医療法に規定されていた。

具体的には、医療法第21条のただし書きである。「ただし、政令の定めるところにより、都道府県知事の許可を受けたときは、この限りでない」とある。そして医療法施行令第4条の7には、「主として精神病、結核その他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病室を有する病院は、厚生省令で定める従業者の標準によらないことができる」とされ、厚生省事務次官通知（1958（昭和33）年10月2日厚生省発医132号各都道府県知事宛）において、入院患者に対しては、医師は概略「患者の数を精神病にあつては3をもって除いた数が16又はその端数を増すごとに1」、看護師及び准看護師は概略「患者の数が6又はその端数を増すごとに1」、即ち、医師については一般病床の1/3、看護師・准看護師については2/3、と規定されているのである。

このような特例規定が設けられた背景として、当時スタッフの確保が困難だったことや疾病が慢性的に経過することがその理由としてあげられ、そして特例基準の根拠として、当時の国立医療機

関の看護職員配置の実情に照らし合わせて基準が決まったという経緯もあるが、では、なぜ特例規定が40年以上にわたり継続され、今回もまた実質的に一部の手直ししかされずに一般病床との格差が残されてしまったのか。

敗戦後の日本は、病院、病床数も不足していたが、1950年以降、医療法人の優遇税制や医療機関への低利融資などの民間医療機関に対する支援策が打ち出され、精神病床でいえば1960年に7万床であったものが、1964年のライシャワー事件を経て1970年には20万床に急増している。こうした民間精神病院の増加に医師や看護職員の養成・確保が追いつかなかつたこともその理由となろう。しかしその根底には、精神障害者に対する隔離収容政策をこれまで一貫して政府が進めてきたことを見逃すことはできないのである。

### 厚生省の審議会での取り組み

さて、第4次医療法改正の内容は、当時の厚生省医療審議会で審議が行われてきたが、精神病床の人員配置基準及び構造設備基準については、公衆衛生審議会の精神保健福祉部会で審議された。

私も、実質的に人員配置基準等を審議した「精神病床の設備構造等の基準に関する専門委員会」の委員の一人として、精神病床の特例規定を廃止して、一般病床と同等の基準に引き上げることを求めてきたが、残念ながらほぼ現状を追認する結果となってしまった。その原因は、精神科の診療報酬が極めて低く抑制されていること、それは一般病床と比べて低い人員配置基準と表裏の関係にあるのだが、医療機関経営に危機感をもった経営側と医療費の伸びを抑制したい厚生省との利害が一致したためではないかと考えている。それは精神障害者の存在を医療機関経営や医療経済のなかだけでとらえ、社会の構成員としての権利を蔑ろにし、人間としての尊厳を傷つける、誤った認識からである。

私たちは我が国の精神病床数33.5万床がOECD諸国と比べてあまりにも過剰になっている現状から、精神病床の機能分化を進め、精神病

床数を削減することにより一般病床と同等の人員配置が可能であること、そしてその分、診療報酬を引き上げたとしてもトータルの医療費は変わらないことを主張した。そして、具体的な提案として、①急性期治療病棟、②措置入院、応急入院、精神保健福祉法34条移送による医療保護入院の患者が入院する病棟、③児童・思春期専門病棟、④覚醒剤等の薬物依存患者のための専門病棟、⑤一般病院精神科病棟（旧医療法上の総合病院精神科）については、医師は入院患者16人に対して1人、看護師は2人に対して1人が必要であり、またそれ以外の精神病床においても看護師の配置基準は入院患者3人に1人とすることが必要であると主張した。

併せて、チーム医療の観点から、精神保健福祉士、作業療法士、等の配置についても検討する必要があること、さらに精神障害者の社会参加を進めるために、外来医療の充実も大切であり、医師数や看護師数算定基準は内科などの他診療科と同等にすべきであることも提案したのである。

結果として、大学附属病院（特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く）並びに内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻いんこう科を有する100床以上の病院については、医師は入院患者16人に1人、看護師は3人に1人となったが、それ以外の一般精神病院では、医師は、入院患者48人に1人、看護師は4人に1人という現状を追認する結果となったのである。さらにあろうことか、経過措置期間、これは5年だが、その経過措置期間以降も当分の間、看護は入院患者5人に1人とすることができるというオチまでついてしまった。

### おわりに

審議会の場で一緒に奮闘した仲間である金子晃一先生も、本日この会場にお見えになっているが、

金子先生の持論、精神科医療においては「人手こそが治療の道具」である。精神科医療における隔離や拘束を最小限のものとして、早期に入院医療から外来医療に切り換えていくためには、医師や看護師等を十分配置する必要がある。

また身体合併症医療に対するアクセスの悪さも、日本の精神医療の課題であるが、国連決議（1991年）「精神障害者の保護および精神保健ケアの改善のための原則」の8（ケアの基準）は「すべての患者は、自らの健康上の適した医療的・社会的ケアを受ける権利を持ち、また、他の疾病を持つ者と同一の基準に則してケアおよび治療を受ける権利を持つ」、さらに国連原則7（地域と文化の役割）の「すべての患者は、できる限り、自らの居住する地域で治療を受け、ケアされる権利を持つ」という当たり前のことがいまだ日本では実現できていないのである。

現在、厚生労働省の社会保障審議会障害者部会精神障害分会で「精神保健福祉総合計画」（仮称）を検討しているが、そのなかで7.2万人の社会的入院をいかに解消するのが検討されている。しかし、十分な医療スタッフを配置せずにいたずらに病床を増やしてきた政府の誤った政策をここで転換し、施設から在宅へと施策の基本方向を転換すべきである。そして精神障害者が人としての尊厳を尊重され、地域で当たり前暮らすことが出来る、そのような社会をめざしていく、そうした理念をかかげて、我が国の精神保健福祉ビジョンを明確に打ち出すべきである。

残念ながら、21世紀を迎えた現在に至っても、我が国には、精神保健福祉の理念もビジョンもない、ということを経験して、私の報告を終わりたい。

（朝日俊弘参議院議員 政策秘書 小川忍氏の協力による）

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム II (日本における患者の人権と精神医療)

## 3. 統合失調症患者への精神科治療とリハビリテーションの統合

澤 温 (さわ病院)

## はじめに

1999年の統計では、統合失調症罹患患者の一日あたり受療者数は、入院患者で21万4千人であり、外来通院者数は4万7千人である。現在、日本の精神医療においてもっとも大きな問題は、この統合失調症の入院患者の内どのくらいの人々がどのようなサポートがあれば地域へ移行できるかということであろう。

統合失調症の急性期には集中的な薬物治療が中心になるが、亜急性期や慢性期には、しばしば残遺症状を残すことがあり、これが長期入院に至る理由になりやすいので、社会復帰を促進するにはリハビリテーションプログラムが中心となる。

医療において不可欠な3要素として、迅速性、責任性と継続性を筆者はあげている<sup>1)</sup>。迅速性は救急医療と関係し、責任性は救急とリハビリテーションに関係している。一方継続性はリハビリテーションに関係している。精神医療においてもこの3つは不可欠であるが、精神医療ではさらに必要なものとして人権への配慮があげられる。

## 急性期の治療および救急医療サービス

急性期の治療では、まず治療への迅速なアクセスが不可欠で、そのための手段の内重要なものは、治療者が患者にアクセスする移動精神科救急サービスであろう。薬物療法は身体的治療として不可欠である。心理療法、サイコエデュケーションは治療を患者自身が主体的に継続するようにするために重要である。

日本の精神科救急システムは、国の制度として

47都道府県と12政令都市で地域の実情に応じて、輪番で行うようにと1995年に始まり、地域によって形態はさまざまであるが、1県を除いて全てで始まったと言われている。これは夜間及び休日に救急医療が必要な患者を救急車や医療機関の車で搬送するとしている。しかし重要なのはいかに迅速に患者に適切な医療を提供するかということである。患者を医療にアクセスさせるか、医療が患者にアクセスするかを考えると、いわゆる病識の欠如した患者にとっては、無理やり患者を医療にアクセスさせるよりドクターカーのように精神保健指定医が訪問し、できればその場で医療を提供する、やむを得なければ入院させるという方が、患者や家族や救急隊にとっても負担が少ない方法となる。

さわ病院での救急医療サービスと  
移動精神科救急サービス

図1に2001年のさわ病院での精神科救急医療サービスの実態を示した。夜間及び休日の入院患者数は513人で年間の入院患者数1559人の約1/3を占めていた。しかし夜間及び休日には入院患者の約1.5倍の外来患者と、入院と外来をあわせた患者数以上の電話相談があった。外来で終わった患者では警察や救急隊による搬送は少なく、入院に至った患者では警察や救急による搬送が多かった。

図2に97年9月から2002年2月までの52ヵ月間に提供された移動精神科救急サービスの実態を示した。どの時間帯でも入院に至るより外来で

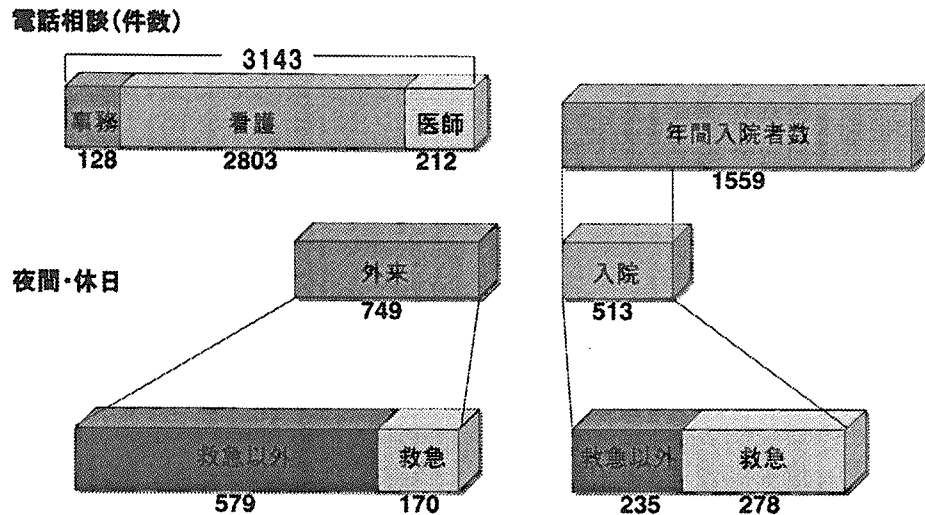


図1 さわ病院における全救急態勢の実態（'01年1月～12月）

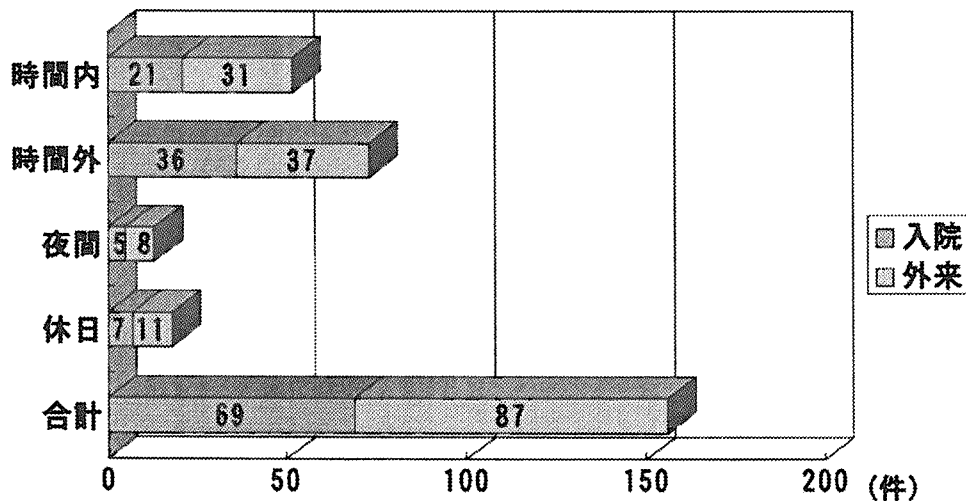


図2 さわ病院の往診の状況（97年9月～02年2月）

治療あるいはアセスメントをして終えたケースが多かった。このような外来で完結するサービスは、以前にも述べたが<sup>2)</sup>その後治療を継続させる上で入院治療よりも重要であるといえる。

#### 亜急性、あるいは慢性期への治療

残遺症状をできるだけ少なくするために、あるいは残遺症状があっても社会復帰できるように、亜急性期あるいは慢性期には、SSTを含めたサイコエデュケーションや作業療法は重

要である。しかし最も重要なのは、退院後の生活への動機付けや生活イメージをもたせるような仕組みである。その目的のためには自宅や、訓練施設への外泊は重要である。外泊により、その間の患者の態度についてスタッフは知ることができ、本人や家族も自宅や単身でアパートで生活する自信を持つことができる。またこの間訪問看護をすることで、どのように退院後サポートすればよいかについての情報を得ることもできる。

### 精神科地域ケアの4つの要素

以前から述べたように<sup>2)</sup>精神科地域ケアには①住まう場②日中の活動の場とプログラム③サポートする人々とその連携④地域の人々の理解と受容の4つが不可欠である。①の住まう場としては地域の中の一般資源であるアパート、それが難しければグループホーム、さらに福祉ホーム、生活訓練施設、救護施設などその人にあったサポートのある居住施設が必要である。②日中の活動の場とプログラムでは医療的プログラムから福祉的プログラムまで、たとえばデイケア、デイナイトケア、保健所のグループワーク、通所授産施設、福祉工場、小規模作業所、社会適応訓練事業、一般就労などこれもその人の能力とサポートの適切性が求められる。③のサポートする人々とその連携は専門家を中心とした人々の連携（これはボランティアの参加でより幅と深みを増す）を意味している。中でも訪問看護、デイケアは欠かせない。訪問看護やデイケアを行うことで入院日数や入院回数が激減することは以前に報告した<sup>2)</sup>。デイケアでは約50～65%に、訪問看護では15～30%に減少させることができる。しかし1996年7月に1374カ所の訪問看護ステーションでの精神科訪問看護の実情を調べた<sup>3)</sup>が、23.4%が訪問していたが、2.6%は精神科訪問看護はしたくないと回答し、67.4%は要望がないと回答した。④の地域の人々の理解と受容はもっとも難しいし、地域性を考える必要があり、総論化しにくい。偏見への啓発活動に尽きるがこれは地域の成長によって対応が異なっている。

### 精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数との関係について

浅井はアメリカとカナダと日本の精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数との関係について調査し報告している<sup>4)</sup>。それによると各国の人口万対の精神科病院のベッド数と地域の居住施設のベッド数はそれぞれ、11, 15で計26, 16.3, 11で計27.3, 28.7, 1.4で計30.1で、どの国でも精神科病院のベッド数と地域の居住施設

のベッド数を合計するとあまり差がないが、日本は極端に精神科病院のベッド数が多く、地域の居住施設のベッド数が少ないことがわかる。

### さわ病院での変化

図3にさわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態について示した。デイケアや訪問看護などのサポートやグループホームなどの居住施設の充実、救急医療態勢の整備にしたがって20年間に定床数は603から505床に減らすことができた。年間の入院者数は300から1300に増えた。平均在院日数は700から110日に減少することができた。外来の実人数は、2000年には1990年の1.5倍の3000人以上となった。1990年と2000年の状態を相対的にみると、46%までベッド数を減らすことができています。居住施設が増えるほど訪問看護やデイケアなどのサポートシステムが必要になるが、それらを整備すると、より重症な患者でも地域生活が可能になることを示している。残念ながら来年、大阪府は財政的理由でグループホームの単独補助金をカットするという動きを見せている。それでは再発や再入院率が増加するばかりでなく、地域への迷惑や、時には危機的状況を生むと懸念される。

先進諸外国では30年程前から精神科の治療は病院から地域へ移行している。その大きなインセンティブは、建て前はノーマライゼーションであり、本音は入院費より外来治療及びケア費が安いからである。ところが日本では精神科の入院医療費は先進諸外国の1/3から1/5であるため本音のインセンティブが働かない。また日本では約90%の精神科病院は私立で、ここにもインセンティブが働かない。また患者も家族も地域の偏見のため、そして近年精神療養病棟などのアメニティやプライバシーが向上し、生涯病院で過ごしたい、過ごさせたいという人々も増えている。しかし、皮肉なことに慢性患者の入院費と外来治療費があまり変わらないため、さわ病院では、地域対策や居住施設、サポートするためのデイケア施設などの初期投資は必要であるが、地域への水平移行が



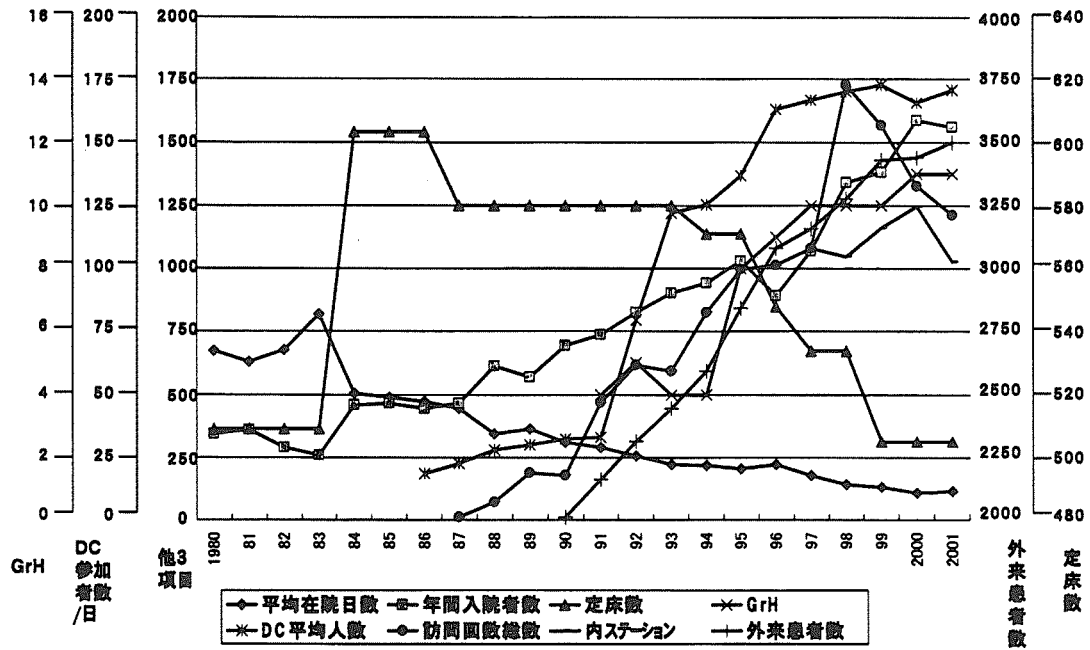


図3 さわ病院の施設及びシステムの変化と患者動態

可能になったともいえる。

日本の精神医療は常に外圧によって変えられてきた。経済的誘導という、本音やマネージドケアで動く先進諸外国の動きすべてが正しいわけではない。今後は諸外国の動きとその効果、失敗などを踏まえて独自にそして迅速に、特に慢性の統合失調症患者の地域ケアを進める必要がある。

文 献

1) 澤 温：5章 社会的ニーズに対応する精神科病院，変わりゆく精神保健・医療・福祉—精神障害の理解

と援助（乾 正，瀧本優子編），98-120，医学書林，奈良，1999

2) Sawa. Y: Innovative Practice in Psychiatric Community Care in Sawa Hospital and Japan. In: Kashima H. Comprehensive Treatment of Schizophrenia. 213-221, Springer, Tokyo, 2002

3) 澤 温：精神障害者の社会復帰を支援する訪問看護の在り方に関する研究。平成7年度厚生科学研究 精神保健医療研究事業，1996

4) 浅井邦彦：精神科医療・福祉圏域について。精神経誌，102：168-183，2000

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム II (日本における患者の人権と精神医療)

## 4. An International Perspective on Japanese Mental Health Law : Ethics and Policy

David N. WEISSTUB

*Faculty of Medicine, University of Montreal, Canada*  
*Chaire de psychiatrie légale et d'éthique biomédicale Philippe Pinel*  
*Honorary Life-Time President, IALMH*

The challenge remains in international mental health legislation trends to find appropriate balances between specific cultural norms and appropriate international mental health standards for assessment, treatment, and release of persons suffering from mental disorders.

It is important that cultural norms not be used as an excuse for inaction or substandard delivery of services. Furthermore, the international community of experts must agree upon a course of action to produce a set of guidelines which can become the point of reference for accelerating a timely delivery of improved services both in and outside hospital. Criteria for admission and release should not be compromised by short-term economic considerations nor by the local limitations imposed by the accepted corporate structures in place. It may be necessary for major re-thinking to occur, in order to link the hospital and the community in an interchange of services that will be to the benefit of patients and their families. To this end community treatment orders, intensive community treatment teams, and special follow-up procedures of care have to be applied and then monitored by responsible government agencies.

After years of questionable applications of law reform in Japan it is imperative that critical self-assessment be done to give proper meaning to both the spirit and rule of mental health law in Japan.

### Literature References

Weisstub, D & Arboled-Florez, J (2000) : An International Perspective on Mental health Law Reform. In: Okasha, A et al (eds.). Ethics Culture and Psychiatry: International Perspectives. American Psychiatric Press, Inc., Washington, DC

---

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム III

## これからの精神保健福祉

座長：高橋 一（日本精神保健福祉士協会副会長，東京国際福祉専門学校）

進藤 義夫（NPO 障害者支援情報センター理事長）

このシンポジウムでは，世界で成功している精神保健福祉システムの発展過程を参照しつつ，PSWの視点から，日本のシステムについて概観し，精神保健福祉士の課題及び政府に要請される諸施策を明らかにすることを目的として，3名の精神保健福祉士の報告をもとに検討を行った。

1) 第1発表者の日本精神保健福祉士協会会長・門屋充郎氏は，日本の精神保健福祉医療システムの流れを振り返り，一貫して社会防衛として役割を果たしてきたこと，昨今まで精神病院の病床削減計画が提示されず，33万人もの入院者のうち1/3から1/2が社会的入院であることに触れ，日本が，先進諸国の中でいかに遅れた状況にあるかを再確認した。

1995年，ようやく精神保健福祉法が成立したが，問題は山積している。門屋氏は，今後どのような対策を行うべきかについて，提案を行った。

その上で，2003年に国が各自治体で導入する「ケアガイドライン」を導入することに触れ，その展開に必要な条件や今後への期待について述べた。

2) 次に，第2発表者である木太直人氏は，「精神保健福祉士の当面の課題：生活モデルの推進」というテーマで，1997年に精神保健福祉士が国家資格として成立してからの5年間を振り返った。この5年間は地域生活支援を推進する制度的条件が整備されていった時期であるが，社会的入院の解消にむけての精神保健福祉士の本格的な取り組

みはこれからであると木太氏は指摘した。

次に，精神保健福祉士のこれからの5年間で期待される役割として，病院と地域の架け橋としての役割・機能，なおいっそうの創造的な資源の開発が重要であり，また，高齢化した長期入院者問題，精神障害者施策における「ノーマライゼーション理念に基づく生活モデルの推進」という共通理念の構築も重要であると述べた。

3) 最後に，第3発表者である木村真理子氏は，「日本のソーシャルワーカーが精神保健に貢献できること：国際的観点から見た日本の精神保健医療福祉とPSWの課題」というテーマで，世界における包括的精神保健ケアシステムを発展成功させた具体例と日本の現状を比較検討しながら，①精神保健関係予算の病院から地域への再編・移行，②精神保健専門職の主な活動の場の病院から地域への移行，③政策を実現させようとする政府の強固な意志，④精神保健サービス利用者に対する強い支援，⑤専門職と精神保健サービス利用者のパートナーシップ，⑥病院と地域の諸サービスを一体と見て精神保健ケアシステムをとらえるという6つの要素が重要であると述べた。その上で，ケアマネジメントを進めていくポイント，リカヴァリ指向のアプローチや精神保健コンシューマー主導事業，精神保健改革に向けた計画の必要性をあげた。そして，日本における精神保健福祉改革の課題について指摘を行った。

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

1. ケアガイドライン——新しいケアシステムの導入——

門屋 充 郎（帯広ケアセンター）

私がこのシンポジウムで申し上げたいことは、日本の精神保健が大変時代遅れの現状にあること、先進諸国の中で最も遅れた状況にあることを申し上げ、今後どのようにしなければならないのかについて、具体的提案をする。

日本は1900年に精神病に関する初めての法律を制定した。その法律は社会防衛を基本として、自宅に軟禁することを法的に認めるというものであったが、その後、精神病院法をつくり、治療の対象とするものの、隔離収容を社会的処遇の基本としてきた。

第二次世界大戦終了後、日本は憲法を始め、すべての社会システムを作り直すことになった。精神医療は一般医療から切り離され、独立した法律として作られたが、このことは戦前からの社会防衛の思想を引き継ぎ、強化する結果を招くこととなった。

イギリス、アメリカ合衆国などの先進諸国は1960年代に脱施設化政策を掲げ、病床削減を行うとともに、地域精神保健の政策を推し進める体制整備が続けられ今日に至っている。

日本政府が地域精神保健政策を打ち出したのは、先進諸国が地域精神保健政策を打ち出した時代とそれほど違っていない。1965年に精神衛生法の大改正が行われ、都道府県ごとに精神衛生センターが設置され、保健所が第一線機関となり、保健士が精神保健業務を担当することとなった。この法律改正はアメリカ大使ライシャワーが精神病患者に刺傷されるという事件が契機となったことも

あって、社会防衛の考え方と施策が続けられた。

1965年は政策的に日本における地域精神保健の元年となったが、内容は精神病院医療、とりわけ入院医療を中心としつつ、病院精神科医の権限を地域にまで拡大し、地域管理的要素の大きなものとなった。第一次予防はほとんど実施されず、第二次予防の早期発見早期治療は隔離収容に中心がおかれ、第三次予防は家族扶養という世話による処遇を基本とし、精神医療の管理下におけるパターンリズムを基本とした専門職主導の援助構造となった。

日本では1970年前後にはイギリス、アメリカの地域精神医療について数多くの文献が紹介され、社会精神医学なる領域が最先端の精神保健として注目された。精神病院でも地域精神保健の現場でも、いよいよ日本も先進諸国のような精神医療、地域精神保健が始まるのではないかとの期待が大きくなった時代であった。

精神病院では「生活療法」というリハビリテーション方法論が、地域精神保健では再発予防のための援助論として「生活臨床」が大きな期待を持って展開された。しかし、これらは専門職主導のパターンリズムを基本としていたことから、利用者の依存を強化し自立を阻み、動機付けのない、成長を阻害する結果となった。これらは今では忘れ去られつつあるものの、精神病患者は能力障害を持ち、長期にわたり世話をされる必要のある集団として、専門職がラベリングすることとなった。

一方、国家政策は地域精神保健とは反対の施設化政策を打ち出し、精神科病床を大幅に増やす政

策がとられた。精神医療の圏域を一般医療の小さな圏域（二次医療圏）とは別に都道府県という広いエリアに、人口万対25床という枠組みを設けて低利の融資を行うという政策は、結果として精神病院の乱立を生み、病床の増加が進むことになり、施設化は現在に至る不幸の始まりとなった。加えて、精神医療に法的に特例を設け、治療スタッフが少なくても良い、病院構造が狭くても良いという医療の質の低下を招く結果となった。脱施設化なき地域精神保健政策は専門職主導とパターンリズムによる援助が中心となった。加えて精神科医の指示なき活動が展開できないという制度的制約を、地域活動の根底に据えられていたことから、地域精神保健は育たなかった。この政策は現在も続いている。

また、社会防衛の中心であった措置入院制度（強制入院）は、自傷他害の要件を満たさなくても、医療費支払いの困難な経済的困窮の者を対象とするということが公然と認められ、経済的救済という大義を持って拘禁が許されるような錯覚が人権感覚を麻痺させていくこととなった。

1988年の精神保健法成立までは、入院形態は法的に定められた同意入院と措置入院であったが、同意入院とは本人の同意ではなく、精神科医が入院を必要と認め法的に定められた家族などが同意すれば、本人が同意せずとも入院させられるというものであり、WHOなどの国際機関が措置入院はもちろん同意入院も強制入院制度であると非難されたことは当然のことであった。

日本では1993年まで、制度的に障害者とは認められず、福祉制度が劣悪であった。1995年に精神保健福祉法が成立し、中央政府の機構改革により身体障害、知的障害とともに障害者政策の統合が図られた。しかし、それぞれが長く別々に処遇されてきたことから、同じ障害者としての社会的処遇にはなっていない。また、残念なことに障害者間に差別意識が存在し、政策統合にも影響を与えている。

総括すれば、日本の精神医療は1900年以来、一貫して社会防衛として役割を果たし、強制入院、

長期隔離拘束が基調として続いてきたという不幸な歴史である。

日本の精神保健活動は長期入院中心主義が施設化政策によって強化され、精神病となった人の人権は長期間軽視されてきた。この長期にわたる不幸な社会的処遇が今も精神病院の中に社会的入院と呼ばれる一群として存在し続けており、その数は10万から20万人とも言われている。そのうち約7万は退院可能との判断がなされ、現在国家としての退院計画が立てられようとしている。長期にわたる入院者の中には社会的入院者に属する者も、長期であったことから社会性の低下を招き、生活技術はもちろんのこと、対人関係障害は著しく低下し、加えて高齢化は新たな疾病を抱える結果となり、社会的入院からはずされている一群がいる。

日本の精神病は諸外国の精神病より重症化率が高く、入院治療が長期間必要なのであろうか、是非、精神医学による科学的判断を明確にしてもらいたいものである。

日本における精神医療を中心とした精神保健活動をまとめると、次のようにいえる。社会防衛政策を基本として、精神医療への中心化、施設化、医師に権限を一極集中させ、ヒエラルヒー構造を徹底させた。この結果、多様な専門職の発展は阻害され、それぞれの専門性の向上と臨床現場におけるチーム医療は進展せず、コメディカルスタッフは精神科医への従属化が進んだ。

精神病患者本人は自己決定能力の低下した存在と理解され、人権が制限されて当然といった患者理解となった。その結果は、本人に病名も告げず、治療の内容、薬の効能と副作用などの危険、疾病の将来的経過の見通しなどを本人に説明することはほとんどなされず、説明しても理解できないといった精神科医の偏見が常態化することになった。

日本社会には精神病に対する根深い偏見があり、社会復帰を阻害していると精神医療関係者は言うが、WPAのスティグマキャンペーンに示されているように、悪循環の連鎖としての偏見という観

点からすれば、当然、一般市民に問題があるだけでなく、救急体制の不備から、奇怪な行動に早く対処できないで来たことや、いったん入院すると長期化し、閉鎖的処遇が市民からの誤解を招き、退院後の的確な援助体制が不備であったことから、再発が繰り返され、精神医療への市民の信頼が低下してきた。加えて、精神病に関する報道による偏見と人権思想の低下が認められ、市民の精神病に対するマイナスイメージが蓄積されてきた。それらに異議を唱える精神医療専門職が少なかったことなども関係して、市民が危険視することを精神医療そのものが強化してきたことに注目すべきである。

医学モデルの単一構造、パターンリズムの強化、これらの専門職主導の援助構造は施設化による長期入院中心と通院者にも同様の過干渉と過保護的関与を続けることにより、患者の依存形成を強化し社会性の発達を疎外し、自我発達、人格・社会性の未熟化、人格水準の恒常的低下を招いてしまった。結果としてのインスティテューショナルリズムは現在でも、日本におけるもっとも大きな解決課題である。

以上のような現状から、今後どのような対策を行うべきかについてまとめるに言及する。

- ・社会防衛の政策転換を行う。
- ・脱施設化を国家政策とする。
- ・費用対効果について評価し、医療費財源を生活福祉へ移行させる。
- ・利用者主導、生活モデルによる援助システムを構築する。
- ・市民の精神保健サービスのために小さな責任圏域を確定する。

具体的には、次の原則により政策を転換する。

- ・特殊化から一般化への原則
- ・専門職主導から利用者主導の原則
- ・医学モデル援助システムから生活モデルを基調とした包括モデルの原則
- ・人権の原則（属性から市民権の獲得）
- ・精神保健福祉法を廃止し、大部分を一般医療

へ統合する。

- ・生活福祉領域をユニバーサルデザインを基本とした市民生活に統合する。
- ・障害者福祉法を制定し障害施策を統合する。
- ・圏域ごとにケアマネジメントシステムを設け、マネジメント機関に利用者ごとにサービスを利用できる財源を配分する。医療サービスも包括したシステムとする。

2002年3月政府は障害者ケアガイドラインを発表した。これは6年前から精神障害者のケアガイドラインが検討されてきた最終的ガイドラインである。

このガイドラインが示したコミュニティケアの基本方法としてケアマネジメントを具体的に提案した。これが新しいコミュニティケアにおける将来に向けた期待される新しいケアシステムである。

日本は2003年度から障害者ケアマネジメント事業を開始する。具体的施策内容は明確でないが、ケアマネジメントの理念と実践はコミュニティケアの方法としてすでに示され、全国的にモデル事業が展開されている。これらが生かされる施策が期待されている。

ケアマネジメントは、利用者主導を基本とする。具体的展開の原則として次の6点が組み込まれていることが必要条件である。

- 1) 個別性が重視されること
- 2) 利用者ニーズ中心であること
- 3) 生活の質の向上が図られること
- 4) 利用者のエンパワメントが図られること
- 5) 自己決定が保障されること
- 6) 権利擁護が充分であること

日本では脱施設化政策がなく、医療から地域ケアへの財源の移行もなく、医療から地域へのマンパワーの移動も望めない中で、ケアマネジメントが展開できるのかといった懸念は大きい。しかし、地域生活支援センターや各種の社会復帰施設、一部の行政などが積極的にこのケアシステムを取り入れ始めている。2002年4月から始まった市町

村における精神保健施策は、今後地域格差を生みながらも確実にケアマネジメントにより精神障害者を支えることになろう。この新しいケアシステ

ムが制度として成立することに期待して私の発言を終わる。

---

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

## 2. 精神保健福祉士の当面の課題：生活モデルの推進

木 太 直 人（東横恵愛病院）

## はじめに

1997年12月に精神保健福祉領域で働くソーシャルワーカーの国家資格が精神保健福祉士法として成立した。そのちょうど10年前に精神衛生法が精神保健法に改正され、精神障害者の人権擁護と社会復帰が法の理念に取り入れられ、ようやく日本も遅まきながら精神科病院を中心とした施策から地域を中心とした施策へのシフトの素地が作られたと言える。

この1987年からの10年間に、精神障害者を取り巻く社会状況は激しく変化してきた。1993年の精神保健法改正、同年の障害者基本法の制定、1994年の地域保健法の制定を経て、1995年には精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（精神保健福祉法）が成立した。また、1996年に障害者プランが初めて数値目標を伴う形で策定されている。

実は、日本におけるソーシャルワーカーの国家資格も1987年以降大きな動きがあった。1987年に社会福祉士および介護福祉士法が成立し、ソーシャルワーカーの国家資格が初めて誕生したが、社会福祉士は福祉の領域に限定され、医療領域を含まない職種として法制化された。一方医療領域のソーシャルワーカーの国家資格は、1990年頃より仮称・医療福祉士として具体的に検討されたが、関係団体間の調整がつかず成立には至らなかった。その後、1994年より日本精神保健福祉士協会の前身である日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会が国家資格化への精力的な運動を展開したのである。

精神保健法が制定されてちょうど10年後の1997年に、精神保健福祉士法が成立したのは、まさに時代が精神保健福祉士の資格を要請していたことに他ならない。精神障害者の社会復帰や社会参加の促進を担うマンパワーの養成がまったなしの状況にあったとも言えるのであろう。

国家資格化から今年はずっと5年となる。資格が誕生して10年後つまり今から5年後の2007年までに、果たして精神保健福祉士がどのような役割を果たし得ているのか、資格化の意味がまさに問われるこれからの5年となると思われる。

そこで、まずこれまでの5年を振り返り若干の検証を行ったうえで、新たな5年の課題を自分なりに提示してみたいと思う。

1. 資格化から5年、精神保健福祉士は  
その役割を果たしているか？

精神保健福祉士の国家資格は、法律の規定にあるとおり精神障害者の社会復帰と社会参加の促進を担う職種として規定された。特に、世界で最も精神科のベッド数が多く、入院期間も突出して長い日本の状況にあって、社会的入院の解消と地域生活支援の推進はまさに精神保健福祉士が担う役割として大きな期待が寄せられている。

しかし、資格化からこれまでの5年の間に、私たちはその期待にどれだけ応えられてきたのかと問われると、心もとないものがある。すでに、国家試験に合格した人は1万3千人を超え、実際に現場で働いている人はその半数を上回るとされる。これらの精神保健福祉士が、どれだけ社会的



入院の解消を自らの使命と感じ、どれだけの社会的入院者を地域に再び戻すことを行いえたのであろうか。たしかに、この5年間にわずかながら在院患者の数は減ってきた。しかし、それは精神保健福祉士の関与と言うよりは、もっと他の因子、例えば老朽化に伴う病棟の建て替え時に施設基準によりベッド数が減ったといったことによると考える。

一方で、この5年間は地域生活支援を推進する制度的条件が整備されていった時期でもある。1999年の精神保健福祉法改正によって社会復帰施設は地域生活支援センターを加えた5類型となり、同じ年に社会福祉協議会を中心に地域福祉権利擁護事業がスタートした。また、2000年には民法の改正による新たな成年後見制度が施行され、社会福祉法の成立により福祉サービスがいよいよ契約の時代を迎えることとなった。なお、同法により従来の小規模作業所の法内施設化の道筋が立てられている。そして、今年2002年、いよいよ市町村が実施主体となった精神障害者居宅支援事業が始まった。特に、ホームヘルプサービスの導入は、従来精神障害者の居宅生活実現の隘路のひとつとなっていた生活障害あるいは生活のしづらさをアウトリーチのサービスによって補完しようとする試みでもあり、大きな期待が寄せられているところである。少なくとも従来の家族による支えという極めてインフォーマルなサービスへの過大な期待や押し付けは、精神障害者の支援という社会全体が担うべき責任を放棄することであると、自戒的に受け止める必要がある。

このように、制度的には不十分ながらも社会的入院者と言われてきた人々を社会が再び迎え入れるための下地は作られつつあるが、実際には精神障害者の複雑かつ多様なニーズを充足するだけの社会サービスの充実、つまりは精神障害者が市民としての権利を享受できるだけのインフラ整備は緒に就いたばかりともいえる。

結果的には、社会的入院の解消への本格的な取り組みはこれからということになるし、その中心的な役割を果たすべき精神保健福祉士のかかわり

も不十分であったと言わざるを得ない。

## 2. これからの5年、精神保健福祉士は何をすべきか？

それでは、あらためてこれからの5年間、私たちは何をすべきか。社会的入院の解消に焦点を絞って考えると、やはり昔から言われてきた病院と地域の架け橋としての役割・機能をきちんと果たすことがまず求められると考える。

国は来年度以降の新たな予算事業として「社会的入院の解消のための退院促進事業」の導入を予定しているようである。これは、すでに大阪府において取り組みが始まっている事業を1つのモデルとして取り組もうとしているものである。具体的には、委託を受けた地域生活支援センターが、自立支援促進協議会を組織して退院を希望する社会的入院者の自立支援計画を立て、地域生活を促進することを目的としているらしい。この事業のコーディネートと直接的支援の役割は、当然ながら精神保健福祉士が想定されていると考えられるし、支援をするスタッフが入院中の病院まで出かけて、病院の精神保健福祉士等と連携を取りながら退院希望者のニーズを充足していくことになる。いわば病院に入院している精神障害者へのアウトリーチサービスとも言える取り組みが始まるわけであり、第三者的立場の人間が病院に出入りすることから、将来的には患者権利擁護制度（ペイシェント・アドボカシー）の実現にも繋がらうのではと期待しているところである。

また、社会的入院者の地域生活を実現するためには、なおいっそうの創造的な資源開発が精神保健福祉士に求められていると思う。もちろん、私たちの今までの経験から資源開発には市民と専門職の多種多様な協働が欠かせないのであろうし、個々の精神障害者のニーズを的確に捉える専門的な感性を備え、そのニーズを充足する方法を普遍化・資源化するコミュニティワークの技術が発揮されなくてはならないと考える。

さらに、病院において高齢化した長期入院者が、その残された人生を人間としての尊厳をもって穏

やかに過ごしていただくためにどうしたらよいのか、私たちは真剣に考えるべきだと思う。ハンセン病の教訓に学ぶならば、過去の誤った政策の犠牲者であり、その政策に基づいて運営された病院の維持に多大な貢献をされた高齢長期入院者に対しては、せめてもの償いとして特別拠出の慰労年金が補償されるべきではないかと、冗談ではなく考える。間違っても、現在の介護保険のもとで要介護とされた高齢者が生活の拠点を失い、老人保健施設を3ヵ月ごとに転々としながら特別養護老人ホームの空きを待つような愚を犯すことのないようにしたいと考える。

### 3. なぜ生活モデルか？ 医療・保健・福祉の統合、社会的包含のために

さて、ここまでは精神保健福祉士の果たすべき役割について持論を進めてきたが、今後、精神障害者の地域生活を支える継続的ケアが多層的に保障されていくためには、精神障害者にかかわるすべての専門職や政策の意思決定者らが、その活動領域や専門性の違いを超えて真に連帯していくための精神障害者施策に貫かれる共通理念（あるいは共通言語）の構築が必要である。そして、それは「ノーマライゼーション理念に基づく生活モデルの推進」ということに尽きるのではなからうか。

長期にわたり継続的な支援を必要とする重度の精神障害者に、医学モデルあるいはパターンリズムに基づくかかわりに終始することが、その人の生活する力を奪いかねないことはすでに検証されているにもかかわらず、日本の精神科医療は未だに医学モデルの呪縛から解放されていない。確かに精神科医療にリハビリテーションモデルが導入されたことにより、精神障害者を「精神障害を抱えた人」として捉えなおす動きは出てきたと思う。しかしなお、多くの精神科病院にはペシズムが蔓延しているように思われる。

もちろん生活モデルが万能なのではなく、あるステージにおいては医学モデルに基づく医療がむしろ有効な場合もあるが、それはごく限定された時期に行われるべきである。生活モデルでは、精

神障害者を生活者として捉えるとともに、その生活を困難ならしめる問題をその人とそれを取り巻く環境との相互作用の中に見出そうとする。このことは、問題解決のためには、問題を抱える当事者へのはたらきかけと同時に、環境つまり社会へのはたらきかけが欠かせないことを示してくれる。

そして、生物・心理・社会・政治・経済そして文化といったそれぞれのレベルを統合するモデルの模索と推進はこれからも続けていかなければならないと考える。

### 4. 市民そして精神保健福祉 コンシューマーとの協働

もうひとつ考えておかなければいけないことは、市民との連帯あるいは協働ということである。精神障害者の社会生活は、当然ながら障害を今は持たない第三者との関係を否定しては成立しないことは明らかであり、専門職のみによる援助には限界がある。このことから市民を対象にして精神障害あるいは精神障害者の抱える生活のしづらさを啓発していくことが重要である。そのことによって、もし自分が障害を抱えたときには、どんな支えや援助があったら良いか、あるいはどんな環境のもとで医療や社会的サービスを受けたいかという視点が醸成されうると考える。また、啓発活動の担い手はなんといっても精神保健福祉サービスの消費者である精神障害者自身である。専門家による100の言葉より当事者自らの体験に基づく一言が、精神障害への理解と共感を何倍も与えることができることを私たちは体験的に知っている。

### 5. 失敗する権利の保障

まとめに入りたいと思う。私がこのところずっと考え続けていることは、ノーマライゼーションとは、たとえ精神障害があっても私たちがそうであるように、さまざまな失敗を通して成長することができる社会の実現、つまりは失敗する権利、リスクを負うことの尊厳を保障していくことなのだということである。

さらに言えば、精神障害者も市民としての権利

を享受することができ、なおかつ応分の責任を担うことができることが、真の社会参加なのではないかとも考える。

日本は、精神障害者が自ら責任を負うことの免除を前提として、彼らの生活権を奪う政策を長く取ってきた。

私たちは、偶然の出会いがその人の人生を大き

く変えていくという信念をもって、また、偶然が起りえない環境は慣れてしまうと安心かもしれないが、果たしてそこに人生の意味や楽しさを見出すことができるのだろうかという問いかけをしながら、与えられた課題を解決していかなければならないと考えている。

---

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム III（これからの精神保健福祉）

3. 日本のソーシャルワーカーが精神保健に貢献できること  
～国際的観点から見た日本の精神保健医療福祉と PSW の課題

木村 真理子（日本精神保健福祉士協会，関西学院大学社会学部教授）

1. はじめに

世界で包括的精神保健ケアシステムを発展させ成功した過程には次の共通要素が含まれている。

①脱施設化政策と同時に、精神保健関係予算を病院から地域に再編，移行させていること，②精神保健専門職の主な活動の場を病院から地域へと移していること，③政策を実現させようとする政府の強固な意志，④精神保健サービス利用者に対する強い支援，⑤政策を実現させるために，専門職が専心し協働すること，⑥病院と地域の諸サービスを一体となった精神保健ケアシステムとしてとらえることである。

諸国で地域精神保健ケアシステムを構築した成功例を見ると，精神保健専門職は対人処遇技術，リハビリテーション専門職としての技術をこえてより広い知識や技能が求められているように思われる。政策の分析，社会計画，サービスの管理運営，葛藤の解決，地域組織化などの技術も必要とされる。今こそ，精神保健関係諸専門職が協働し，また精神保健サービス利用者とも協働する時であると思われる。

2. 包括的精神保健ケアシステムを発展成功させる要因～脱施設化成功例を元に

包括的精神保健ケアシステムを発展成功させる要因について，上にあげた6項目のうち，④については後述することにして，残りの5項目について，実際例をあげながら説明と考察を加える。

〈予算の移行〉

まず第1の要素は，精神保健関係予算を病院から地域に再編・移行させることで脱施設化施策をはっきりと打ち出すことである（①）。

表1に，アメリカ・カナダ・オーストラリアの人口10万人に対するベッド数を示す。現在精神科病床数は，ここにあげたすべての国が人口10万対50床前後の数に落ち着いている。さらに少ない病床数におさえた州も見られる。これらの脱施設化に成功した国々では，きちんと新たな予算措置に基づいて計画的に脱施設化施策が推進されている。特に，病院サービス中心に使ってきた精神保健予算を，地域を拠点とするサービス中心へと移行・転換される計画が作られ，実施されている。

まず，例として，カナダ・オンタリオ州をあげる。オンタリオ州では，「精神保健改革とは何か」を「病院サービス中心に使ってきた精神保健予算を，地域を拠点とするサービスに振り向ける，拠点を地域に移す」と定義し，10年間で病院予算から対地域サービスへと予算を転換する計画を立てた（図1）。1992年の時点では，地域サービスに2割程度の予算しか組み込まれていなかったが，10年後で予算転換が実施され，2003年には，地域サービスに60%，病院ケアに40%の割合で配分されている。重症の精神病をもつ人々の精神保健ケアに用いられる州立精神病院の縮小や閉鎖の計画は現在も進行中で，州全体に62のACTチーム，包括的，積極的地域介入支援を提供するメンタルヘルsteamを導入実施している。このよう

表1 人口10万人あたりの精神科ベッド数 アメリカ、カナダ、オーストラリアの州の比較

州	計画年度	病床数	人口	新財源の有無
ウィスコンシン州・デーン郡	1990	43	3,000,000	○
オハイオ州	1992	42	11,000,000	○
ブリティッシュ・コロンビア州	1986/1987	64	3,150,000	○
	1992	56		
	1995	46		
ニューブランズウィック州	1991	116	728,000	×
	1995	92		
	1998	55		
ニューサウスウェールズ州 (オーストラリア)	1990	63	5,870,000	○
	2000	25		
オンタリオ州	1992	58	9,800,000	○(2000)
日本	1997	290	120,000,000	???

注：数値はベッドの設置数で、利用数ではない。

オハイオ州の数値は1日あたりの平均利用統計数に基づき、触法病床を含む。

出所：オンタリオ州保健省（1994）Putting People First, 厚生省『わが国の精神保健』他

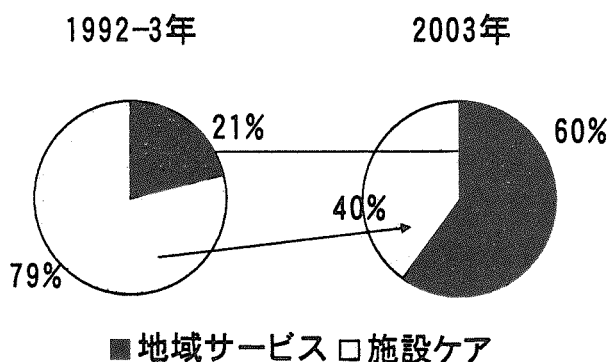


図1 オンタリオ州精神保健予算の移行計画

に、脱施設化改革をいかに進めてゆくかの青写真がつくられきちんと実施され、その計画がほぼ完了に近づこうとしている。

もうひとつの例として、1970年代初頭に地域を拠点とする包括的ケアシステムを作ったウィスコンシン州デーン郡をあげる。デーン郡では、現在、病院予算は15%、地域サービスに精神保健予算の85%がつかわれている。この予算配分は、経済効率もよいと報告されている。1人が1年間病院に入院する費用で、地域では27人をケアすることが可能であり、地域中心の予算配分は、費用対効果からみても、経済効率もよい。

#### 〈スタッフの移行〉

予算を病院中心から地域中心へと転移させることで、スタッフを病院から地域に移すことができる(②)。これにより地域におけるケアの場を増やすことができ、多職種が共に働く方法を相互に学ぶことができる。スタッフの移行にあたっては、以前から地域資源を創設し活用してきた経験者が病院にきて、病院から地域への移行に関する教育を病院のスタッフに対して行うことで、徐々に病院スタッフが地域で働く方法を学んでいった。

現在病院で行っていることを地域で行うために、地域で働く人材がどれだけ必要か、これまで医療施設中心に使われてきた予算を地域の資源と人材に転換してゆく政治的、行政的決断が必要である(③)。理念とともに、現実的な実践の評価に基づき、必要な地域資源や専門職の種類と数は先進諸国ですでに算出されている。

#### 〈包括的支援システム〉

地域を拠点として治療から生活の支援、社会参加に関する支援を行う包括的システムを目指して、デーン郡は1970年代初頭から脱施設化の計画を進めてきた。表2にデーン郡の支援住宅について、施設の数と利用者数をあげる。濃厚な支援体制の

表2 デーン郡の支援住宅（2001年の資料）

濃厚な支援から薄い支援の順 (上から下へ)*	施設数	許容人数	年間利用者数**
グループホーム	9	82	93
受け入れセンター	1	20	139
クライシスセンター	9	9	182
短期ケアホーム	3	3	40
成人ファミリーホーム	35	35	48
賄い付き下宿	3	12	16
集合アパート	4	40	45
総数	64	201	536

\*典型的なグループホームは、6～8人の利用者が居住し、最低でも5.5人のスタッフが1日24時間常駐している。集合アパートでは、1人のスタッフがアパート全体の管理を担当している。

\*\*利用者の変動があるため、当該年度の利用人員は許容人数よりも多くなる。

表3 デーン郡人口10万人あたりの専門職者数（郡の精神保健サービス専門職者数）

職種	総数	人口10万人あたりの数
精神科医師	10	2.50
正看護婦（士）	45	11.25
ソーシャルワーカーおよび類似修士号保持者	70	17.50
免許取得心理士	3	0.75
学士（大卒）スタッフ	80	20.00
資格なし臨床スタッフ（精神保健テクニシャン）	30	7.50
総数	228	59.50

組まれたグループホームから、支援体制の薄い集合アパートまで、いくつもの種類の支援住宅が整備されている。利用者の必要な支援の度合いに応じてより支援の濃厚な資源に移行したり、逆に支援の薄い資源に移行したりできるわけである(⑥)。すでに見た北米およびオーストラリアで精神科病床を削減している地区は、類似の包括的ケアシステムを精神保健改革で進めていて、病院のベッドを地域に移行させる方策を実行している。

表3に、人口10万人あたりの精神保健サービスに従事する専門職者の数（郡の精神保健サービス専門職者数）を示す。地域で提供されるのは医療的ケアを含む支援だが、看護職が圧倒的多数というわけではなく、それ以外の職種が多く参入して

相互に協力した支援体制を組んでいることがわかる(⑤)。地域ケアサービスを提供する精神保健チームには多職種の連携、協力体制がつけられている。さらに、機関相互の連携調整が進んでいる。州立精神病院は州の管轄であるが、郡は地域の精神保健サービスを提供する責任をもつ。郡は地域を拠点として、服薬管理、医療サービスとリハビリテーションを含むケアの連続性を保障する包括的ケアを提供する。郡の役割は、サービスの監視役割で、サービスは住民に親和性をもつ民間機関に委託している。

### 3. ケアマネジメントとチームで働く体制

北米脱施設化の過程で生じた課題は種々あるが、

州立病院の中に設置されていた種々の機能が地域になかったこと、服薬管理をはじめとして、地域に病院と同じようにケアを提供する人材がいなかったこと、地域の散漫なサービスをコーディネートする調整役がいなかったこと、日中のプログラムの不足、支援責任の所在の不明確だったこと、インフォーマルなネットワークを構築する支援を利用者は必要とすることなど、種々の機能の不足があった。このような課題を乗り越えるためにも、とくに重症の精神病を持つ人々に対してケアマネジメントは必要であり、有効であった。

重症の精神病を持つ人々を支えるケアマネジメントにはサービスの包括性とケアの連続性が必要である。包括性の中で、利用者は機能を向上させる支援をうけて、濃厚なケアからより自立的なケアに移行してゆくことができる。ケアマネジメントによって包括的な支援を提供するためには、地域資源を充実させ、地域の諸機関を連結・調整する役割をする機関に対して十分な権限を委譲することが重要である。また、多職種が協同し、情報を共有し、職種間において役割を共有しつつ専門的役割を持つことも重要である。さらに、機関同士の相互の葛藤を解決することが大切で、こうした協働によって生み出される集積力が有効であると証明されている。

#### 4. 精神保健サービス利用者への支援 ～リカヴァリ指向のアプローチ

リカヴァリとは精神病からの回復を指す。精神病は不治の病でなく、回復するということが近年、専門職、心理社会的リハビリテーション領域で関心が強まっている。また、コンシューマー自身が回復（リカヴァリ）ということ積極的に自らの体験として語り始めた。そして、コンシューマーが自らの精神病回復の過程を、精神保健機関を利用して間もない人々に経験として伝えることで、自分の人生を切り開き、希望をもって生きることができるようになるという形でサービスを提供することを利用者は積極的に模索し始めている。

これをさらにすすめて、利用者が自ら支援を提

供する活動に参画することを政策的に支援することをリカヴァリ指向のアプローチと呼び、北米やニュージーランドの例においては、政策としてサービスに導入する方向性を示している精神保健政策が見られる。

ここで認識しておかなければならないことは、リカヴァリは個別で多様性を持つ体験であることである。一人のリカヴァリの過程がそのまま他人に共通するわけではない。また、支援する専門職が利用者のリカヴァリを信じ、希望をもって支援にあたることが重要である。

リカヴァリ指向のアプローチをサービスに導入すると、利用者がサービスや計画立案に対して必然的に積極的に関与することとなる。また、利用者の従来の精神医療サービスの使用頻度が減少し、医療コストが抑えられる。自らが自分の症状やライフスタイルの選択に責任を持ち、自己統制が生まれる。

例として、コンシューマー主導のケースマネジメントの創設により、濃厚な支援によるケアからステップダウンする例、卒業する例がウィスコンシンのソアなど、いくつもの例から報告されている。コンシューマーが精神保健領域の活動に参画すると、支援が自らの経験を生かす親和性をもったものに変わり、新たなエネルギーが生み出され、相互支援意識や自己に対する強さに気づくきっかけができる。仕事に従事するために状態を良好に保ち、セルフケアやセルフコントロールの力を強める機会となる。経済的にも、このことは政策担当者にとっても魅力的なはずである。が、この政策が経済効果のみを目的として、サービスの画一化やサービスの縮小に動く危険が常にあることも注意しておかなければならない。

#### 5. 精神保健コンシューマー (ユーザー) 主導事業

利用者が計画策定過程に参加するだけでなく、精神保健サービスを利用者自身が運営するという考え方がある。実際、相談事業、組織開発事業やビジネスなどによって、専門的精神保健サービス

への依存度が減少するとの研究成果があらわされている。このような事業も、利用者の力を実感する〈エンパワメント〉の機会となるとともに、利用者の社会への参加を積極的に進める方法でもあるといえる。このようなコンシューマー主導事業は世界各地で近年盛んになってきた。このような活動は、専門職や行政に対しては、コンシューマーが精神保健システムを教育し、利用者の側から意見を述べ、改革する力になりうる。

カナダにおける地域精神保健分野の利用者参加に関する研究は1990年代まであまり見られなかったが、1980年代に当事者組織が実施したバンクーバー精神病患者協会(MPA)運営による住宅利用者の精神保健状態の評価研究では、再発率や入院率の低下する成果が報告されている。カナダの連邦政府は精神保健の達成を国の保健政策の重要課題とし、州政府は地域精神保健計画策定に対する利用者の参加とセルフヘルプを支援している。今後、専門家と利用者間で情報を交換できるよう、いっそうの研究がなされるべきであろう。

オンタリオ州では、1980年代後半から1990年代初頭にかけて、地域精神保健の予算が大幅に増額されただけでなく、当事者グループの運営による事業が州政府の先導事業として予算が確保された。この動きはさらに発展し、1993年にはオンタリオ州の精神保健政策として「消費者/回復者がサービス提供者となる肯定的な役割を特に支援する政策」と位置づけられた。

現在オンタリオ州の36の消費者/回復者開発事業(CSDI: Consumer/Survivor Development Initiatives)が州政府の資金によって運営されている。各事業に対する年間予算の平均は約730万円(165万円~1687.5万円)である。事業の内容は、組合方式の事業が6件(宅配サービス、清掃業、レストランなど)、これら6件の事業および同様の新規事業への支援を行う事業協会に加え、28の事業は消費者/回復者に対する支援活動を目的とした組織で、行政区などの法令の下で当事者グループの相談や組織化などの直接支援を提供している。これらすべての組織は民主的で独立した

組織であり、最後の1組織を除いては利用者による運営である。これらの組織の構成員は平均90名で、組織に対する補助金要件は、利用者が直接サービス提供に関わっていることである。

消費者/回復者開発事業(CSDI)が利用者にもたらした成果として、利用者自身の精神保健状態および従来の専門的精神保健サービスとの関係について、次の3点が特筆すべき事柄として報告されている(Trainor, et al., 1997)。

- 1) 精神保健サービス利用率の減少 [CSDIの利用により入院率が48.36%から4.29%へと減少し、外来患者としての来院率の減少も認められた。]
- 2) 地域の精神保健以外の領域への活動に参加することにより、地域の多様な交流が促進され、さらに、自信、自己統制、コーピング、自己の選択能力の向上などの効果が知覚された。
- 3) CSDIを通じて、サービス、地域資源、権利、疾病の性質を含む精神病に対する利用者の持つ知識が増加が認められた。

CSDIのアプローチは、これまでの病院や地域を拠点とする専門家による精神保健サービスモデルとは異なっていることが明らかであり、このようなプログラム評価の研究成果は、今後さらに蓄積される必要がある。

カナダ国内では、現在3州が特別の資金を消費者/回復者開発事業へ投入している。この姿勢は、州政府が利用者主体の事業運営の重要性と有効性を認めているからである。

精神保健サービスの領域は、長い間専門家が先導してきた歴史を持っている。しかし、利用者/回復者もこの領域の助言者、計画立案者、そしてある場合にはサービスシステムのスタッフの一員でもある。セルフヘルプや当事者組織の持つ回復力を支持することも専門職の役割であることはすでに周知のとおりであるが、今、さらに積極的にこの立場をすすめる、「彼らが実際にサービスを提供する組織を統制することもあり得るのだ。もし、彼らがサービスモデルから支援を提供されるだけ



であるなら、彼らはいつもクライアントの役回りを演じることになってしまうから」とすることが求められる。いくらよいサービスを受けていたとしても、受けるだけでは受給者の役回りを変えることはできない。自分自身や他の人々のために前線に立ってセルフヘルプや相互支援モデルで行動する能力を試していくことは重要である。

今後の精神医療保健福祉領域のプログラム評価は、利用者が計画策定過程にパートナーとして参加している場面のみならず、代替的精神保健事業運営に参加している分野でも行われ、その効果が測定される必要があろう。

## 6. 専門職と精神保健サービス 利用者のパートナーシップ

今日、精神保健医療福祉政策やサービスを創設する上で、また、これらを実施するにあたって、利用者の関与は必要不可欠である。サービスは利用者を生かすためにあるといってもよいだろう。そこで、利用者によるサービスの評価、リカヴァリ指向を意識する精神保健専門職として機能するシステムレベルの教育が必要となる。利用者と専門職が共にパートナーシップをもって政策を作り、サービスを開発し、さらに人材養成をおこなって行くことを、これまで以上に積極的に推し進めて行くためには、精神保健専門職と利用者、家族のパートナーシップが必要である。

## 7. 日本における精神保健改革の課題

今まで見てきた、先進例を元に、日本の精神保健における改革課題をまとめてみたい。このようなシステムの改革にあたっては、時限を定め、改革の項目を明確にし、優先課題を明らかにし、その進行状況を確認しながら進めて行くことが必要となる。

まず第一に、日本の精神医療保健福祉はどこに向かおうとしているのかその方向性を明確にして、目標に向かった取り組みと評価の財源の確保がもとめられている。特に、いつまでに、どのような方策をもって、何を目指して、精神科の病床を削

減して行くのか、地域にどのような代替的方法を構築して行くのか、その過程はどのようにモニターして行くのかなどの具体的方法と財政的裏付けが必要である。

各々の国や地域の特性を生かした改革が必要とはいえ、日本の知見だけでなく、世界の地域ケアや心理社会的リハビリテーションの成果に基づく最良の実践を日本でも目指すべきであるという合意が、残念ながら今の段階ではされていないように思われる。

第二に、日本におけるケアマネジメントの内容の整備は今後さらに必要とされている。精神保健専門職は、病院の専門分化された環境で働く体制とは異なる働き方を、ケアマネジメントを軸にした地域支援の体制のなかで、相互に学び合って行くことが求められているといえる。

また、現在の日本のケアマネジメントでは、現在病院で長期入院をしてきた人口に焦点をあてたケアマネジメント体制が人材、支援体制、技術の点で十分開発されてはいない。人手をかけて人間的なケアを目指す政策の方向性が明確に示されない状態では、ニーズ中心のケアマネジメント、利用者のエンパワメントという方向が空疎なものになってしまう。

第三に、日本ではサービス利用者が、有給でやとわれて、ユーザースタッフ、コンシューマースタッフとして作業所や生活支援センターで働いている人々はいまのところ大変少ない。また心理社会的リハビリテーション領域に経験や資格を身につけた精神保健サービスの利用者を積極的に採用する方向性は政策的に示されてはいない。

日本はこれから包括的地域ケアシステムを開発してゆく時期にあるが、ここで、単に包括的なサービスをそろえるのみにとどまらず、理念やサービスの方向性にリカヴァリ指向のアプローチを盛り込む政策を作ってゆくことが求められる。

また、今後さらに、専門職がコンシューマー主導事業の意義を認識し、政策的な支援や代弁を行ってゆくことを望みたい。

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム IV

## 日本の精神保健改革にむけた提言

提案者・座長：森山 公夫（陽和病院長）

共同座長：金杉 和夫（金杉クリニック）

日本ではメンタルヘルスの危機的状況が急速に深刻化しつつあり、にもかかわらず精神保健ケアシステムの改革はきわめて遅れている。こうしたきびしい現状をどう変革するのかが、本フォーラム全体を通じてのテーマである。そのため、まず先行する3つのシンポジウムで現状のおくれを分析し、それらを集約するかたちで本シンポジウムでは今後の改革の方向について具体的提言をすることをめざした。

本シンポジウムではまず、先行した3つのシンポジウムのまとめが報告された。第1シンポジウムについては座長の藤本豊（臨床心理）が、第2シンポジウムは樋田精一（精神科医）が、そして第3シンポジウムは高橋一（精神保健福祉士）が、それぞれ担当した。その内容については、本誌の各シンポジウムの報告を参照していただきたい。

次いで招待シンポジストの Herrman, Helen 教授（St. Vincent 病院，前 WHO アジア地区担当官）が講演を行った。現在メンタルヘルスと精神障害の問題は、全世界的に職場・学校・家族で重要な問題になっており、国の戦いとして教育・福祉分野の協力のもとに一般保健サービスへの統合をはかるべきである、という主張がなされた。

以上を踏まえて、森山公夫が「21世紀日本精神保健の抜本的改革にむけての提言」と題する具体的提言を行い、以後これについて議論が交わされた。とりわけ、イギリス王立精神科医会会長 Mike Shooter 氏が依頼に応じて、「国家の道徳性はその国の精神の病への扱い方で評価される」という立場から刺激的な指定討論をした。特に、イギリス保健サービスのナショナルプランでは心臓病・癌とメンタルヘルスが3つの優先課題となっていること、だが政治家が社会の矛盾や犯罪をコミュニティー医療とメンタルヘルスに肩代わりさせようとする問題があり、精神保健の法が公衆秩序の法律にされる危険があることなどが指摘され、現在イギリスで危険な人格障害者を特殊病院に入院させるための法を政府が準備し、これに精神医学界が反対していることが報告されて、印象的であった。

最後に、世界各国での精神保健を推進するために国際的な専門家のワーキングチームをつくる必要があるという Weisstub 教授（カナダ）の第3シンポジウムでの提案を追加して、「提言」は会場で承認され、本シンポジウムは終わった。以下にその提言を掲げておく。

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム IV (日本の精神保健改革にむけた提言)

# 1. Developing a National Strategy for Mental Health

Helen HERRMAN

*University of Melbourne and St Vincent's Mental Health Service*

Thank you for the invitation to contribute to the important discussion of mental health care reform in Japan. I am honoured to do so. I am aware of the role of the Federation and its constituent Associations, in discussing and supporting change. I have learned a little of the history of psychiatry, and mental health policy in Japan. However I offer my contribution from an international perspective. I had the opportunity to work with the World Health Organization in its Western Pacific Region while the regional strategy on mental health was developed in 2001.

Japan is among the 37 countries and areas of the Western Pacific Region of the World Health Organization to pledge unanimous support for a strategy on mental health—the first of its kind in the Region. The strategy is part of a WHO-led effort to start collective action on mental health. The strategy marks the beginning of a commitment to promote mental health as much as physical health. Its recommendations are consistent with the World Health Report 2001, *'Mental Health: New Understanding, New Hope'*, released globally in October 2001.

The strategy will help guide the Western Pacific countries in drafting policy on the rights of people with mental illness to competent and humane treatment and care. It will also support countries to plan health services for people living with mental disorders. In addition, the strategy will help countries to identify and consider the impact on community mental health of such issues as conflict and the number of internally displaced persons, mass migration from overpopulated urban centres with inadequate health and social services, and the increasing number of people over the age of 65.

The countries in the region are diverse. As well as Japan, there is for instance China (1.3 billion population), Australia (19 million) and Kiribati (80,000 population). However in most countries in the region, and most parts of the world, mental health has been neglected. Both globally and regionally, WHO has significantly increased the attention it pays to mental health.

I shall now describe the strategy<sup>1)</sup>: the background, the case for action, the goals, and the key elements. I believe this provides a critical framework for considering and supporting the reform of the mental health care system in Japan.

---

1) World Health Organization, Western Pacific Regional Office, The Regional Strategy for Mental Health, 2002.

## 1. BACKGROUND

The terms mental health, mental illness, brain disorder and mental disorder have been used in different ways. Professor Norman Sartorius has defined mental health, in terms of three features: first, the equilibrium found within an individual—the ability to think and learn, and the ability to understand and live with emotions; second, the harmonious relationships with others who are close; and third, the tolerance and selfless support offered to society and its members<sup>2)</sup>. The inseparable links between mental and physical health have been demonstrated.

Mental illness or mental disorders are terms that refer to morbid states that are characterised by the incapacity to function in the personal and social roles usual for others of the same age and sex in the same culture. These disorders reflect a disorder of brain function and often of the function of other physiological functions, for example the immune and digestive systems. The most serious and frequent of the disorders are depression and related disorders, schizophrenia and other psychoses, dementia, and alcohol and other substance abuse and dependence. Intellectual disability and epilepsy are sometimes included as mental disorders and sometimes not. In both, disorders of brain function and disorders of behaviour are often present and WHO and many national health agencies traditionally expect mental health programmes to deal with these disorders.

Mental health programmes are expected to deal with the prevention and treatment of these disorders. They are also expected to make a major contribution to the promotion of mental health and to the use of mental health skills and knowledge in general health care. The latter means that they should facilitate the use of knowledge and skills stemming from mental health and behavioural sciences to deal with problems such as staff burnout, improved doctor-patient relationships, and enhanced compliance with advice concerning health.

## 2. THE CASE FOR ACTION

There are several pressing reasons for countries to begin to act now to promote mental health and deal with mental disorders<sup>3)</sup>.

**2.1 Our knowledge has increased** so that we understand today how large is the burden of mental and neurological disorders for all countries, developed and developing, and how it goes hand in hand with poverty and physical illness.

There is a growing recognition of the disability, lost productivity and death caused by mental disorders. In the Western Pacific Region, mental and neurological disorders represent 15% of the total disease burden, based on disability-adjusted life years (DALYs)<sup>4)</sup>.

Mental disorders are common in all countries, although there are differences in the types of prevalent disorders by gender and age group. For instance, alcohol abuse is more common in men

---

2) Sartorius N. "Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mental health". In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing Mental Illness: Mental Health Promotion in Primary Care*. Chichester, UK, John Wiley, 1998: 61-67.

3) Sartorius N personal communication.

than in women. Depression is more common in women in most countries. In all countries, mental disorders are linked to poverty—the rates of mental disorders are higher in people who experience relative social disadvantage<sup>5</sup>). Several common disorders typically have their onset in young people, including depression, substance abuse and epilepsy, as well as schizophrenia and related psychotic disorders. However, no age group is spared: there is a high prevalence of mental disorders among children and adolescents as well as among adults and the elderly. Mental disorders always affect as well the lives of those close to the individual.

The economic costs of mental disorders are high. Direct costs include costs of health and social services, but there are also other costs, including lost employment and productivity, the impact on the productivity and social function of families, and premature death.

**Suicide** is an important public health problem closely linked to mental health. In several countries of the Region suicide is a major cause of mortality. Approximately 390,000 deaths were reported from suicide in the Region in 1999<sup>6</sup>) and it is estimated that at least 1 million people in the Region attempt suicide each year. People living with mental disorders and those abusing alcohol and drugs are at increased risk of attempted or completed suicide. People suffering social and economic stresses, including indigenous populations, are also at risk.

## 2.2 Change of the human and social environment

Changes in the human and social environment are affecting mental health adversely, and increasing the risk of mental disorders. Globalisation, disasters, armed conflict and violence, migration of people, unemployment, work stress, unwanted pregnancies and family disruption are all affecting people in the Region. This is reflected in more dissatisfaction, more crime, more intolerance and more discrimination against those who are different.

These factors are associated with increased rates of mental disorders including depression, anxiety, alcohol and substance abuse, and a decline in overall mental health. People become more likely to develop illness, and less able to cope with its effects individually and in the family. Social support that has maintained people in the community is failing. The world and its tasks are becoming more complex. People with marginal capacity cannot function in it.

The impact of these factors also makes it harder to gain access to health services because of cost, distribution, or stigma. Communities need to be supported by strong and effective health services if they are to play an increasing role in improving mental health<sup>7</sup>).

---

4) *World Health Report 2000*. Geneva, WHO: Statistical Annex.

5) Desjarlais et al, *World Mental Health*, OUP, Oxford, 1995.

6) *World Health Report 2000*, *op cit*, Ref. 4.

7) Desjarlais et al, *op cit*, Ref 4.

### 2.3 Population changes

Population growth and increased survival at all life stages also mean that more people in developing as well as developed countries are reaching the age groups at risk for mental disorders. This includes adolescents and young adults, the age groups at risk for schizophrenia and the common mental disorders such as depression, and substance abuse. It also includes older people, at risk for dementia.

### 2.4 The emergence of new mental disorders

The emergence of new mental disorders includes the behaviour disorders of youth, the mental health consequences of HIV infections (7-10% of all those with AIDS will end their life with years of dementia), the spread of food-borne viral diseases, and the abuse of new drugs.

### 2.5 Mental and neurological disorders are likely to increase in the years to come

There is every indication that the absolute and relative numbers of mental and neurological disorders will increase in the years to come. The above factors contribute to this ; and in addition, changed patterns of substance abuse, and the successes of medicine leading to survival of people who would previously have died, for instance those with brain injury.

### 2.6 Effective ways to treat and prevent mental and neurological disorders and to promote mental health

Perhaps most important of all the reasons for the new pressure to develop mental health programmes, today we have the means to treat and prevent mental and neurological disorders and the associated disabilities, and to promote mental health.

There are new and effective treatment techniques, including psychological and social treatments, for most mental disorders<sup>8)</sup>. These include anti-depressant, anti-psychotic and anti-convulsant medicines, short-term cognitive and other psychotherapies, and family support and education, and psychosocial rehabilitation for people living with schizophrenia and related disorders. Primary and general health care services can competently deal with the majority of mental disorders. We have discovered the powerful role that families can play in dealing with mental disorders if properly instructed and supported.

We also know that primary prevention including avoidance of nutritional deficiencies and brain trauma in early life could result in a significant reduction in the incidence of a number of the disorders. We have evidence that mental health promotion efforts are effective and have low cost.

## 3. THE REGIONAL STRATEGY FOR MENTAL HEALTH<sup>9)</sup>

The regional strategy for mental health is designed to provide general principles and guidance for countries formulating policies and programmes on mental health. The strategy places mental health in the context of public health and incorporates approaches to mental health promotion, and

---

8) Desjarlais et al, *op cit*, Ref 2 ; World Health Report, *op cit*, Ref 4.

9) *Op cit*, Ref 1.

the prevention and treatment of mental disorders. The three basic goals are :

- to reduce the human, social and economic burden produced by mental and neurological disorders<sup>10)</sup> including intellectual disability and substance abuse ;
- to promote mental health ; and
- to give appropriate attention to psychosocial aspects of health care and the improvement of quality of life.

Six key elements will be used to achieve these goals.

### **3.1 Advocacy : provide information and advice about mental health, and mobilize regional resources for services and health promotion**

In most countries, mental health is poorly understood and little valued, and the limited mental health programmes available continue to use an obsolete approach, isolated from other health and social services, and uninspired by modern public health. A shift in perspective and the wider adoption of new concepts are needed.

To this end, advocacy should be directed at increasing awareness of decision-makers and the general public on the importance of mental health. Furthermore, policy-makers, programme planners and implementers have to be convinced that mental health is part of public health and that new approaches are required to mental health promotion and to the prevention and treatment of mental disorders. The stigma and discrimination affecting those with mental disorders and their families must be reduced.

### **3.2 Providing health services : enhancing services to people with mental disorders and their families**

In this region as elsewhere, only a minority of people with treatable mental disorders receive treatment. This is because the stigma of mental illness discourages many people from seeking treatment, because services are scarce and poorly distributed in many countries and because material and human resources for mental health programmes are often lacking. Poor access to effective treatments, including treatment for depression and psychosis is common across the Region, contributing to avoidable disability, much of it in young people and persisting into later life.

The integration of services into general health care, and links to other sectors in the community, will enable (1) the early recognition and treatment of mental health problems and mental disorders, and (2) continuity of care close to home, family and employment for people with persistent disabilities.

Therefore, access to appropriate care requires :

- treatment and care of mental and neurological disorders in the primary health care network,

---

10) Including epilepsy and dementia, but not cerebrovascular disorder (stroke), which in the WHO divisions is included in cardiovascular disorders.

supported by specialist mental health services,

- and links to (1) social services, housing, employment and disability support ; and (2) the wider community, including self-help groups, family and natural support groups, traditional healers and other community agents and leaders, including teachers, police and the religious community.

### 3.2.1 *Improving the integration of primary health care and provision of effective interventions*

In half of the countries and areas in the Region, less than 1% of the health budget is spent on mental and neurological disorders<sup>11)</sup>. Priority needs to be given to providing resources for essential medicines, and for treatments and support of care (often through links with other government and nongovernment sectors), including psychosocial rehabilitation and employment support.

Integrating mental health care and primary care should become a priority in all countries. A recent global WHO study<sup>12)</sup> demonstrated that 20% of all consumers at the primary care level have some mental disorder, and that most of these patients do not receive appropriate treatment for the mental disorder. Especially in countries where resources are limited, this integration is an essential element for the development of mental health care, including the treatment and prevention of disorders.

When it comes to specialist mental health services, WHO supports the replacement of asylums by other forms of service, a process known as 'deinstitutionalisation'. Large isolated asylums perpetuate the separation and stigmatisation of people with mental disorders, and their professional and family carers. They cannot provide modern services close to where people live, and in the least restrictive environment possible. Modern mental health care includes community-based treatment, rehabilitation and disability support, including treatment in primary health and general hospital settings, and support for families.

People living with persistent disabilities related to psychotic and other disorders have a particular need for community-based or residential psychosocial rehabilitation, disability and employment support, and support for their families. In addition there needs to be limited provision of secure hospital accommodation with a rehabilitative environment for a small minority of people with complex and persistent disabilities for whom care and treatment in a less restrictive environment is not appropriate.

There is often a gap in coordination between various government and nongovernmental agencies providing services and assistance. The lack of coordination between sectors is also an important reason for the widespread failure to provide services and support to the most needy with multiple problems, such as those who are members of disadvantaged and minority groups.

People with mental illness and their families often consult traditional healers and traditional leaders. It is important in any country to assess to what extent they can be helpful to people with

---

11) WHO Mental Health 'Atlas' Project, 2001.

12) Ustun, TB, Sartorius, N (eds). *Mental Illness in General Health Care : An International Study*. Chichester, Wiley, 1995.



mental illness and use this knowledge to develop mutual understanding and a system of referral between traditional and modern medicine.

### 3.2.2 *Reorienting and training relevant personnel in mental health skills*

The health workforce in most countries needs support to develop the attitudes, skills and knowledge needed for modern mental health care.

Mental health professionals also need continuing education, support and supervision, and their conditions of work that support the delivery of appropriate standards of personal care. This will contribute to the prevention of professional burnout and their better performance.

### 3.2.3 *Support for consumers and families and their inclusion in treatment and policy-making*

Governments need to promote development of family and consumer self-help and advocacy associations. These have an important role in assisting individuals and families, and can help to involve consumers and families in policy-making and service management. These groups should be supported by education, moral recognition and material assistance.

The role of consumers and family carers as participants in policy-making and service management is receiving support in some countries. This is an important development in the process of ensuring the responsiveness, humanizing and standards of care in services, and will be supported by WHO.

### 3.2.4 *Addressing the psychosocial aspects of health care*

In general, mental health programmes should facilitate the use of mental health skills and knowledge in general health care provision, for example to improve compliance with treatment prescription and doctor-patient relationships. The needs of people living with HIV/AIDS and their families, for instance, will be best met when clinicians in general health services consult and liaise with mental health professionals, or are trained in principles of mental health care.

Research and evaluation of health service outcomes should consider the measurement of disability and quality of life as well as physical and mental symptoms of disease.

## 3.3 **Mental health promotion**

Mental health promotion and effective preventive measures for illness and suicide, can be achieved when policy-makers in the education, welfare, housing, employment and health sectors make decisions which improve rather than compromise the population's mental health. Decisions in all these sectors can result in improved social connection ; less discrimination on grounds of race, age, gender or health ; and improved economic participation<sup>13)</sup>. Intersectoral action can achieve public health programmes designed to prevent epilepsy and intellectual disability associated with brain damage from trauma, infection and malnutrition. Mental health professionals and services have an important advocacy role in facilitating intersectoral action and working with decision-

---

13) Victorian Health Promotion Foundation 1999.

makers. They also have a direct role in identifying and intervening in primary care with groups at risk of depression and alcohol abuse.

Addressing the needs of vulnerable populations can make a significant contribution to mental health promotion as well as to the prevention of mental illness and suicide. Governments, in consultation with other partners and organizations, can consider investing in programmes for selected 'at risk' groups (e.g. young people, elderly people, rural populations, indigenous populations, and displaced or immigrant communities). Such groups may often be identified with defined settings (such as schools and workplaces) and sectors (such as transport and environment). Settings approaches to health promotion coordinate activities between several sectors over a sustained period, with a view to achieving results in such areas as improved social connection, and reduced discrimination and violence. Specific examples include: providing support to families to improve nurturing of children and to reduce the chances of child neglect and abuse; examining the culture of bullying in schools; investigating the use and conditions of labour; and care of older persons.

To strengthen the evidence base and to stimulate work on mental health promotion in the countries it is proposed:

- to develop programmes showing that mental health can be promoted through social interventions. To support this, the evidence linking mental health with its critical determinants, including social support, educational experiences, employment and working conditions, and freedom from violence, abuse and discrimination will be collated with particular regard to the situation in the region;
- to develop and use appropriate indicators of mental health (and associated aspects of function and quality of life) and its determinants where needed.
- To develop specific guidelines concerning the promotion of mental health in different socio-cultural settings.

### 3.4 Policy and legislation

Several countries in the Region have no mental health policy. National legislation, policies and plans of action for the promotion of mental health and the prevention and treatment of mental disorders will either have to be developed where none exist or reviewed to ensure that they are consistent with current principles and approaches.

In particular, legislation regulating compulsory or voluntary treatment of people with mental disorders is lacking in several countries, and in need of review in many others. The appropriate legal protection for individuals with mental disorders needs to be ensured. Laws that respect the rights of individuals with mental disorders to dignified and effective care, and policies that ensure access to these services, are needed.

The policies and plans related to health care should emphasize the integration of mental health care into mainstream health services, and should consider the links between traditional healers and community leaders and the health system. An important issue that needs to be addressed while

formulating policies and plans is the financing of mental health care. Monitoring standards of care is not yet widespread in the Region, although in some countries there are emerging efforts to apply specific criteria within accreditation of general health services. The regular monitoring of service standards needs to be included in national or regional policies.

### **3.5 Encouraging the development of a research culture and capacity**

It is important that countries improve their capacity to undertake quantitative and qualitative research and evaluation relevant to service standards and improvement, and to mental health promotion.

Improvements in mental health depend, to a large extent, on a culture of research and evaluation. Countries need research capacity in both qualitative and quantitative disciplines. They also need management capacity, to gather and use evidence and to effect continuing changes in practice and tradition.

Reliable information about mental health and disorders is lacking in many countries in the Region. Priority public health-oriented research such as collection of basic planning information through national mental health surveys needs support. More needs to be done to assess the costs of mental disorders and to investigate cost-effective approaches to the management of disorders in developing countries. The development and use of appropriate approaches to evaluating mental health promotion programmes and interventions are also needed. Indicators of the social determinants of mental health, quality of life and disability, as well as measures of illness, need to be developed.

To date, universities, researchers, mental health service providers and communities interested in mental health determinants and outcomes have had limited interaction with each other. Efforts have to be made to facilitate interaction among these various groups.

### **3.6 Suicide prevention**

Suicide prevention is a specific issue that draws on all five of the strategies described in this document. Although suicide prevention is often considered under the heading of service provision, in fact achieving reductions in numbers of suicides in any country will require analysis of the situation and formulation and implementation of a programme directed to specific problems. It will involve :

- improving the treatment of mental disorders ;
- introducing and monitoring a broad approach to mental health promotion, including for instance attention to employment, social connection and rapid change in traditional ways of life ;
- population approaches to alcohol and drug abuse, including demand reduction and harm reduction strategies ;
- controlling the means of suicide, such as access to agricultural poisons, and control of domestic gas supplies and car exhausts ; and

- the mental health care and protection from self-harm of prisoners.

#### 4. CONCLUSION

Each country will need to set clear priorities and take action in these areas in order to effect change and improvement in mental health in the years ahead. Professionals and advocates in mental health will need to team up with and engage colleagues in general health and public health. The next steps include governments, professionals and advocates working together to :

- analyse the mental health of the population and develop policies, legislation and programmes that reflect emerging perspectives ;
- overcome public fear and ignorance ;
- develop the technology needed for prevention, treatment and rehabilitation programmes suitable for the social and cultural conditions and differences in the country ;
- integrate mental health care into general health care ;
- reorient services from hospital-based to community mental health care ;
- develop a culture of research and evaluation.
- ensure that mental health promotion is added to general health promotion programmes.

All of this will call for continued management of change over the years ahead, and recognising that programmes are developed with a long-term perspective. The opportunities also exist to share expertise and experience among countries in the region. The movement for change in Japan is already advocating change in these directions. There is the chance now for changes in Japan to illuminate, and to gain strength from the international consensus.

---

第12回世界精神医学会横浜大会  
精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

シンポジウム IV (日本の精神保健改革にむけた提言)

## 2. Summary of Main Points Made at the Yokohama Symposium

Mike SHOOTER

*President, Royal College of Psychiatrists*

- The morality of a country can be judged by the way it treats its mentally ill. Where mental illness is respected, where it is treated like any other illness and resources are put into treatment services, the country itself can be respected. Where it is not respected, where it is met with prejudice and fear, where the mentally ill are hidden away or punished, the country cannot be respected.
- I would not presume to “instruct” another country on how best to set-up mental health services, but there are some parallels with the way our own Government in the United Kingdom has made mental health one of its three main health priorities, along with the treatment of heart disease and cancer. We, too, have a National Service Framework and some of our experiences with trying to put that into practice may be useful. I would highlight four main areas :

### 1. Numbers

- a) It is easy for services to be overwhelmed by the number of patients referred to them. Services will need to make a careful distinction between what the public may DEMAND, what they really NEED, and what it is possible for a service safely to PROVIDE given the resources available. Quality of services must not be sacrificed for quantity.
- b) Psychiatrists need to be clear about what is a psychiatric problem, that they can treat, and what is a socio-economic problem, that they cannot treat. If they had their way, politicians would make psychiatrists responsible for poverty, public order, suicide rates and teenage pregnancy! All of these have socio-economic components over which we have no power.
- c) Sometimes psychiatry makes this more confusing by our systems of classification (ICD and DSM) that appear to extend the concept of mental disorder beyond the boundaries of illness. Are “grief reactions” really illness when they are the normal (and necessary) reactions to personal loss? Can “post-traumatic stress disorder” be called an illness when it is the expectable reaction of anyone to major catastrophe? Should we talk about “conduct disorder” in children when it is the understandable behaviour of children living in socially deprived families?

- d) Consultant psychiatrists need to examine their rôle within multi-disciplinary treatment teams. It is a waste of resources if they become “bogged down” in lower levels of work in primary and secondary care. They should be freed to make use of their training and experience as “consultants” in the proper sense of the word—seeing the most difficult cases, advising on others and acting as managers and leaders of services. This relies on a change of attitude—on the willingness of other members of the team to take on some of the responsibilities currently done by psychiatrists, and on the willingness of psychiatrists to give them up.
- e) The aim of all mental health services should be to help patients, together with their carers, to take as active a part in their own treatment as possible. They should be empowered to take charge of their own lives rather than be made reliant on the decisions of others.

## 2. Image :

- a) We have a paradox. Listening to the public, the media who represent them and politicians who live off their headlines, you would think that the mentally ill are a small minority who are treated by lazy and incompetent doctors. And yet our clinics are overflowing with ordinary people demanding more and more help from skilled and conscientious psychiatrists run off their feet in trying to satisfy them!
- b) The reality is that one in four of us will develop a mental health problem in our lifetime and every family in the land will be touched by mental illness in one way or another. All of us are vulnerable as we are to any other illness. There is no THEM and US. Until this is truly understood, mental illness will still be feared and the image of the mentally ill and psychiatry will still be awful. Part of the responsibility of Government is to help redress that image, by confronting stigmatizing attitudes wherever they arise.
- c) Mental health legislation is necessary to allow mental health teams to make decisions on behalf of patients whose illness has temporarily made them incapable of making them for themselves. Any Mental Health Act should be fair, workable and effective. A patient’s liberty should not be taken away without offering treatment in return that cannot be offered in any other way. That treatment should be given in as least restrictive an environment as is compatible with the patient’s safety. Mental health legislation should be exactly that. It should not be used as a public order act in disguise.
- d) Resources should be put into mental health promotion and the prevention of mental illness, as much as the treatment of illness once it has arisen.

## 3. Change :

- a) All services will need to change from time to time to reflect our growing knowledge of the causes of mental illness, the pattern of its distribution and how best to provide for its treatment. But change needs to be evidence-based. Too often it has appeared to be driven by dogma to the point of change-for-change’s sake. Services cannot satisfactorily treat patients if they are undermined by this lack of stability.
- b) As services are modernized, a false distinction has sometimes been drawn between community

services (seen as ‘good’ and ‘successful’) and in-patient services (seen as ‘bad’ and a sign of ‘failure’). They are equally necessary and complementary parts of any mental health service ; but in-patient work has got left behind, starved of expertise and resources. Similarly, less ‘popular’ sub-specialities in psychiatry—such as work with prison populations, the learning disabled and children—need special attention if they are not to miss out in the competition for limited resources.

- c) Government money allocated to mental health services must be tracked down to its proper targets. It is all too easily diverted by managers into other areas with a higher public profile —such as reducing surgical waiting-lists. New services cannot safely be provided unless they are properly funded. Psychiatrists should not be blamed for failures due to under-funding.
- d) Social conditions, such as housing, are just as important to mental well being as psychiatric treatment. It is no good getting diagnosis and treatment right if patients are then put back to live in conditions that are guaranteed to make their illness worse.

#### **4. Recruitment**

In most countries, mental health services have a problem with recruitment. We cannot attract enough people into psychiatry, psychology, mental health nursing and social-work to meet the needs of services. If all the above lessons are learnt, the morale of the professionals will be lifted, recruitment will improve, patients and their carers will get a better service and everyone will work more co-operatively together. If the lessons are not learnt, morale will deteriorate, recruitment will get even worse, services will be poor and everyone will blame everyone else. It should be an easy choice for Governments to make!

---

## 第12回世界精神医学会横浜大会

## 精従懇特別フォーラム「精神保健福祉の変革」

## シンポジウム IV（日本の精神保健改革にむけた提言）

## 3. 21世紀日本精神保健の抜本的改革に向けての提言

2002年8月25日

精神保健従事者団体懇談会

## 1. メンタルヘルスの危機の時代への対応

現在、日本は世界各国と同様、急激な社会変化の中で深刻なメンタルヘルスの危機の時代に突入している。この克服に向けて、2つの真摯な取り組みが必要である。

- (1) 学校や企業や地域社会および家庭などで、人間性を尊重し合えるあり方を模索する。
  - (2) 誰もが安心して利用できるように、質の高い精神保健・医療・福祉の包括的システムを作る。
- 克服への中心理念は、「パートナーシップ」（連帯）である。

## 2. 精神科医療の抜本的改革

この改革には、ノーマライゼーション理念に基づく次のプランの実現が必要である。

- (1) できるだけ速やかに現行の精神科病床数約36万床のうち1/3の病床を減らし、「社会的入院」を解消する。同時にマンパワーや医療費などにおける他科との格差を解消し、医療の質を高める。また、ニーズに十分対応し切れていない領域については、公的な責任でより高度な医療の充実を図る。そのために、年次計画を策定する。
- (2) 精神科医療も他科と同様に1次・2次・3次の医療圏を整備し、2次医療圏を中心に救急・合併症対策を軸にして、地域住民のニーズに依って行く。
- (3) 精神障害者の人権を擁護するために、オン

ブズマン制度の導入、精神病院の情報公開等、実効性のあるシステムを確立する。

さらに、これらの延長上に、精神保健福祉法の抜本改正が求められる。

## 3. 多様な福祉の充実

障害者基本法のもと、精神障害者福祉施策は他障害と同等に量的に充実されるだけでなく、精神障害者の主体性重視という質的転換を必要とする。このために国および地方自治体は強い意志を持ち、マンパワーの充足と市民との連携を実現する。

- (1) すべての精神障害者の社会参加を可能とするために、多様な社会サービスに基づく生活権が保障されなくてはならない。特に、現在の貧困な住居施策の抜本的改善、総合的な雇用施策、権利としての所得保障を実現する。
- (2) 上の課題は、医療圏と連動した保健福祉圏域の実施により、具体的な数値目標をもって計画されなければならない。また、諸サービスが活用されるために、市民を含めた福祉の支援ネットワークを確立させ、そのための総合的・包括的なケアマネジメントを機能させなければならない。

## 付記

なお、日本でのこうした精神保健改革の実現を促進し、さらには必要に応じて世界各国の改革の促進にも資するべく、国際的な専門家による相互点検と相互助言のためのワーキングチー



ムをつくることが重要である。

---

## Proposal for Fundamental Reform of the Japanese Mental Health System in the 21<sup>st</sup> Century

The Japanese Federation of the Associations for Mental Health Professionals

### 1) Actions in an Era of Mental Health Crisis

As in other nations, Japan is facing a serious mental health crisis as it is experiencing drastic social changes. To overcome this challenge, the following two measures are recommended :

1. To prioritize human relationships between and among people at schools, workplaces, families and communities.
2. To improve risk intervention through a comprehensive network of psychiatric medical professionals, mental health campaigns and enhancements to the social welfare system.

The core concept of these two measures is PARTNERSHIP.

### 2) Fundamental Reform in Psychiatric Medicine

The reform is recommended based on philosophy of normalization with the following three steps :

1. To reduce the present number of inpatient beds (approximately 340,000) by one-third which is estimated as social hospitalization, and to enhance the quality of psychiatric care by enlarging manpower, government budget allocations and square footage of medical facilities. In addition, to provide high quality medical care with public responsibility juvenile and adolescence mental health and substance addiction.
2. To establish primary, secondary and tertiary geographical areas for psychiatric support as found in other fields of medicine inside communities, and to respond to community needs by establishing a psychiatric emergency system and care system for physical diseases with the focus on secondary medical areas.
3. To advocate human rights of the mentally disabled by establishing effective measures such as promotion of the independence of the Prefectural Psychiatric Advocacy Council from the government, introduction of mental health ombudspersons and enhancement of information transparency in mental hospitals.

### 3) Promotion of Social Welfare That is Sensitive to Various Needs

Under the Fundamental Act for the Disabled, the official social welfare policies for the mentally disabled need not only focus on quantitative fulfillment but also qualitative transformation, which respects the self-direction of the mentally disabled. For this, national and local governments are recommended to maintain strong will in order to establish manpower fulfillment and cooperation with their citizens.

1. Various social services need to be guaranteed for living rights of the mentally disabled including socially hospitalized “patients” to promote their social participation. Special attention is necessary for fundamental improvement of poor conditions of housing, reexamination of comprehensive employment measures and income security as basic entitlement.
2. The above measures need to be planned with concrete numerical goals by establishing public health and social welfare geographical areas in cooperation with medical geographical areas. For these services to be fully utilized, a social welfare support network including citizens needs to be established and comprehensive care management needs to function effectively.

**Appendix:** It is important to form an international working team consisting of mental health specialists for mutual professional inspection and advice in promoting the above mental health reforms in Japan and contributing to such reforms in the international arena.

---