

会報

昭和45年8月

第7号

御挨拶

厚生省公衆衛生局精神衛生課長 百井一郎

私は昭和33年から39年まで6年間精神衛生課において精神衛生行政にタッチしてから今日まで地方行政あるいは結核行政にたずさわっておりましたが、はからずも今回精神衛生課長として再度精神衛生の業務につくこととなりました。

この間しばらく外から精神衛生全般について勉強しながらその動きを注目して参りました。昭和30年代にも色々と複雑な問題がありましたが、ライシヤワー大使に対する傷害事件を契機として大きく昭和40年の精神衛生法の改正に進んでいったことを思い出します。しかし今日の精神衛生全般の動きを見ますと昭和30年代とまた違った多くの困難な問題があるように思われますので多くの方々の意見を十分にとり入れて積極的に対策をすすめて行きたいと存じております。

各界の諸先生方の御協力と御援助を切にお願いし、御挨拶といたします。

目次

1. 日本精神衛生連盟の法人化について…………… 1
2. 保健所の行なう地域精神衛生特別対策について…………… 3
3. 精神衛生相談員資格認定講習会の開催要領…………… 8
4. 優生保護法の実態調査の結果をみて…………… 6
5. 精神科の治療指針に関する薬品の追補…………… 7
6. 精神病院職員に対する研修計画成る…………… 4
7. フランスの最近の精神衛生…………… 10

日本精神衛生連盟の法人化について

日本精神衛生連盟ではかねてより、連盟を構成する団体の協議によつて社団法人として法人格をもつことについて審議を続けてきたが、5月25日法人化のための委員会及び設立総会が開催され、全員一致

でその定款、事業計画、予算案等必要事項が承認されたので近く法人化のための申請が行なわれることとなつた。

なお定款(案)は次のとおりである。

社団法人 日本精神衛生連盟定款(案)

第1章 名称及び事務所

(名称)
第1条 この法人は、社団法人日本精神衛生連盟(以下「連盟」という。)と称する。

(事務所)
第2条 連盟は、主たる事務所を東京都新宿区弁天町91番地におき、必要に応じて理事会の議決を経て、従たる事務所をおくことができる。

第2章 目的及び事業

(目的)
第3条 連盟は、日本における精神衛生関係諸団体との連絡を密にし、その協力により、精神衛生事業の進展をはかることを目的とする。

(事業)
第4条 連盟は、前条の目的を達成するため次の事業を行なう。
(1) 精神衛生諸団体との相互連絡と事業調整
(2) 精神衛生全国大会の開催
(3) 世界精神衛生連盟との提携
(4) 精神衛生に関する広報
(5) 精神衛生に関する資料の収集及び情報交換
(6) その他連盟の目的を達成するために必要な事業

第3章 会員

(会員)
第5条 会員は連盟の目的と事業に賛同し総会において承認された法人並びに団体とする。

(会員)
第6条 会員は、理事会で決定した会費を納入しなければならない。

第4章 役員及び職員

(役員)
第7条 連盟に次の役員をおく。
会長 1名
理事長 1名

常務理事 2名以内
理事 20名以内(会長・理事長及び常務理事を含む)
監事 2名

(役員を選任)
第8条 会長、理事長及び常務理事は、理事の互選による。

2 理事及び監事は、会員たる法人並びに団体の役職員のうちから総会において選任する。
3 理事及び監事は相互に兼ねることができない。

(役員職務権限)
第9条 会長は、連盟の最高指導機関とする。
2 会長に事故あるときは理事長がその職務を代行する。
3 理事長は、連盟を代表し、会務を統轄する。
4 理事長に事故あるときは、理事長の指名した理事がその職務を代行する。
5 常務理事は理事長を補佐する。
6 理事は理事会を組織し、会務の執行にあたる。
7 監事は民法第59条に定める職務を行なう。

(役員任期)
第10条 役員任期は3年とする。ただし再任を妨げない。
2 補欠により就任した役員任期は前任者の残任期間とする。
3 役員は、任期満了の場合においても、後任者が就任するまでは、前任者がその職務を行わなければならない。

(顧問)
第11条 連盟に顧問をおくことができる。
2 顧問は、総会を経て会長が委嘱する。
3 顧問は、会長の諮問に応じ、または会議に出席して意見を述べることができる。

(職員)
第12条 連盟に次の職員をおくことができる。
事務局長 1名
幹事 若干名
2 職員は理事長が任免する。
3 職員は上司の命をうけ職務に従事する。

第五章 会議

(種別)
第13条 会議は、総会及び理事会とする。
(構成)
第14条 総会は、第5条の会員をもって構成する。
2 理事会は、理事をもって構成する。
(権能)
第15条 総会は、この定款に定めるもののほか次の事項を議決する。
(1) 事業計画の承認
(2) 事業報告の承認
(3) その他連盟の運営に関する重要事項
2 理事会は、この定款に定めるもののほか次の事項を決定する。
(1) 事業計画の策定
(2) 総会に付議すべき事項
(3) その他必要と認められた事項

(開催)
第16条 総会は、次の各号の場合に開催する。
(1) 総会は、毎年1回以上定期に開催するほか、理事会が必要と認められたとき。
(2) 民法第59条第4号の規定により監事が招集するとき。
2 理事会は、随時開催する。

(招集)
第17条 総会及び理事会は、前条第1項第2号の場合を除いて会長が招集する。

(議長)
第18条 総会及び理事会の議長は、会長がこれにあたる。

(定足数)
第19条 会議は、構成員の二分の一以上の出席がなければ開会することができない。

(議決)
第20条 会議の議事は、出席者の過半数の同意をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(欠席者の表決)
第21条 会議に出席できない会員は、あらかじめ通知された事項についてのみ書面をもって表決をし、または、あらかじめ届出た代理人

をして出席表決させることができる。この場合第19条の規定の適用については出席したものとみなす。

(書面による表決)
第22条 会長は、軽易な事項又は急施を要する事項については、書面を送付して賛否を求め会議にかえることができる。

(議事録)
第23条 会議の議事については、次の事項を記載した議事録を作成しなければならない。
(1) 会議の日時及び場所
(2) 構成員の現在数
(3) 会議に出席した会員の数または理事の氏名
(4) 議決事項
(5) 議事の経過及び主な発言者の発言要旨
(6) 議事録署名人の選任に関する事項
2 議事録には、議長及び出席した構成員のなかから、その会議において選出された議事録署名人2名以上が署名しなければならない。

第6章 資産及び会計

(資産の構成)
第24条 連盟の資産は、次に掲げるものをもって構成する。
(1) 設立当初における別紙記載の財産
(2) 会費
(3) 寄附金品
(4) 事業に伴う収入
(5) 資産から生ずる収入
(6) その他の収入

(資産の管理)
第25条 資産は、理事会の決定に基づいて理事長がこれを管理する。

(経費の支弁)
第26条 連盟の経費は、資産をもって支弁する。

(予算及び決算)
第27条 連盟の収支予算は、総会の議決により定め、収支決算は、年度終了後三か月以内にその年度末財産目録とともに監事の監査を経て総会の承認を得なければならない。

(会計年度)
第28条 会計年度は、毎年4月1日に始まり翌年3月31日に終る。

第7章 定款の変更及び解散

(定款の変更)
第19条 この定款は、総会において会員の四分の三

以上の同意を経、かつ厚生大臣の認可を得なければ変更することができない。

(解散及び残余財産の処分)

第30条 この法人は、民法第68条第1項第2号から第4号まで及び第2項の規定により解散する。

2 解散のときに存する残余財産は、民法第72条第2項の規定により処分する。

第8章 雑則

(委任)

第31条 この定款の施行について必要な事項は、この定款で定める事項を除いて理事会の定めるところによる。

附 則

- 1 この定款は、昭和 年 月 日より施行する。
- 2 この法人の設立当初の役員は、第8条の規定にかかわらず、別紙役員名簿のとおりとし、その任期は第10条第1項の規定にかかわらず、昭和46年3月31日までとする。
- 3 この法人の設立初年度の収支予算は、第27条の規定にかかわらず設立総会の定めるところによる。
- 4 この法人の設立当初の会計年度は、第28条の規定にかかわらず設立許可のあつた日から昭和46年3月31日までとする。
- 5 この法人の設立当初の財産は、別紙のとおりとする。

保健所の行なう地域精神衛生特別対策について

精神衛生対策の第一線機関として保健所がその重責をおつたのは昭和40年の精神衛生法の一部改正以来である。その業務内容としては、(1)精神障害者の実態の把握(2)精神衛生相談(3)訪問指導(4)患者クラブ活動等の援助(5)衛生教育および協力組織の育成(6)関係機関との連絡協調、等が主たるものであり逐年その活動により地域の精神衛生対策の向上をみてきた。最近に到り、特に都市あるいは人口の過密地域における精神衛生対策を強力に推進する必要があるところより厚生省では昭和45年度これらの地域に対し特別精神衛生対策を実施することとし、次のような「精神衛生特別都市対策要綱」を定め保健所の地域の実情に応じて必要と思われる事業内容について重点的に精神衛生対策を指向することとした。これに要する1保健所当りの事業費を60万円までとしたが、本年度はこの特別対策を実施する保健所は次の66保健所である。

昭和45年度精神衛生特別都市対策事業実施保健所一覧 (都道府県分)

県名	保健所名
北海道	旭川、室蘭、釧路
青森	青森
宮城	涌谷
秋田	秋田
茨城	水戸、那珂湊
埼玉	飯能、本庄、加須
東京	荒川、江戸川

神奈川	鎌倉、小田原、相模原、大和
新潟	新潟田、巻、三条
富山	富山
静岡	藤枝
三重	四日市
滋賀	大津、八幡
京都	宮津
大阪	豊中、八尾、藤井寺、吹田、泉大津、岸和田
兵庫	明石
島根	松江
岡山	備前
広島	福山、三原
香川	高松
愛媛	松山
高知	中央、本山
福岡	筑紫、八女、久留米
長崎	諫早、島原
大分	大分、別府
鹿児島	志布志、出水

昭和45年度精神衛生特別都市対策事業実施保健所一覧 (政令市分)

市名	保健所名
仙台	北南
川崎	中原、高津、大師
名古屋	千種、北、中村、南
神戸	東灘、灘、兵庫、長田、垂水
長崎	中央
鹿児島	中央

精神衛生特別都市対策要綱

1. 目的

人口の過密な都市その他特定地域において、在宅精神障害者の指導相談、精神衛生思想の普及等の事業を保健所活動として行ない、都市における精神衛生施策の増進を図り、もつて、公衆衛生の向上を期することを目的とする。

2. 実施主体

各都道府県及び政令市を実施主体とし、実施機関は保健所とする。

3. 実施保健所の選定

この対策は、管内人口25万人以上を有する保健所または、精神衛生別都市対策に積極的な事業計画を有する保健所が実施する。

4. 事業内容

(1) 在宅精神障害者の実態の把握

市(区)役所、学校、職場、病院、民生委員等の協力を得て、できうるかぎり、管内の精神障害者の実態を把握する。個人カードに、障害者の指導、相談等必要な事項を記録し、医療、保護の資料とする。

個人カードの秘密保持の面より、厳重に行ない、特別都市対策の目的以外に使用してはならない。

(2) 在宅精神障害者の訪問指導、相談

ア 巡回指導班による訪問指導相談
医師、心理技術者、ソーシャルワーカー、精神衛生相談員、保健婦、精神衛生担当者等による巡回指導班を編成し、在宅精神障害者及びその家族に対し、訪問指導、相談を定期的に行なう。

イ 巡回精神衛生相談所の開設

前記指導班をもつて、保健所に定期的に相談所を開設するほか、保健所以外の場所においても必要に応じて巡回相談所を開設する。

(3) 医療、保護の促進とくに通院医療制度の活用普及

要医療対象者に対し、受療の徹底を図る、とくに通院医療の公費負担該当者と認められるものに対しては、その趣旨の徹底を図る。

(4) 精神障害者の協力組織との連絡、協調

ア 精神障害者の保護のため、家族会、学校、精神衛生協会、精神病院協会及び市(区)役

所、職場等関係諸団体と連絡を密にし、精神衛生対策に協力をもとめる。

イ 精神衛生協力組織として、患者家族会、地域精神衛生協会精神病院協会等の未結成の地域にあつては、結成の促進を図る。

(5) 思想普及

ア 患者、患者家族、学校、職場、関係団体、一般住民に対し、パンフレット、リーフレット、講演会、映画会、見学会、講習会、指導者用必携等を利用して正しい精神衛生知識の普及と衛生教育を活発に行なう。

イ 保健所の実施する3歳児検診における精神衛生に関するテスト等を行ない、その結果にもとづいて、必要な指導、相談、思想普及、衛生教育等を行なう。

5. 経 費

別途通知するところによる。

精神病院職員に対する研修計画成る

厚生省では精神病院職員に対する研修計画を樹てその予算化に努力していたが昭和45年度予算で500万円予算化されたのでこれを社団法人日本精神病院協会に委託し実施することとし、先般来精神病院協会とその実施細目について協議していたが、その計画が出来上った。

厚生省としては、本年初めより表面化している一連の精神病院の不祥事故にかんがみ、今回の研修会が正常化への足がかりとしたい考えをもつており、今回の研修会に大きな期待をよせている。

なお、研修計画の内容は次のとおりであり多くの参加を要望している。

実 施 要 綱

1. 目的

日進月歩の精神医学の進展と地域社会のはげしい変転は、精神病院の様相をかえ、医療活動の向上と活発さを要請しております。

これに対処するには、あたらしい知識を修め、たかい技術を身につけ、現代の潮流を知る必要があります。これらは病院機能の高度化の基礎要件であります。

いまでも、日本精神病院協会は研修会など多くの努力をかさねてきましたが、今年度より国の協力と各関係機関の協賛をえて、全国規模で、当協会病院ばかりでなく、他の経営主体の精神病院職員等を対象に研修会をひらくことになりました。

今年度の本研修会の主眼は精神病院の近代化のためのあたらしい管理概念と技術の修得にあります。それにもまして病院並びに職員の倫理を高めることにあります。

2. 概要

現代の精神病院は多種多様の職種と部門によって特長づけられるので、研修課程も専門別にする必要があります。今年度は先ず後記の4種の課程を設けました。また、病院医療には各職種と部門をこえた協調がもっとも大切なので、この4種の研修課程の間に共通の場を設定致しました。

3. 開催地、責任者

地区	開催地	責任者	
北海道	札幌	渡辺栄市 日本精神病院協会々長	
東北	仙台	菅野多利雄 宮城県精神病院協会代表幹事	
関東	東京	田辺子男 東京精神病院協会理事長	
甲信越	北陸	大 阪	高橋清彦 日本精神病院協会副会長
中国・四国	松山	藤井清信 愛媛県精神病院協会々長	
九州	福岡	大村重人 福岡県精神病院協会々長	

4. 科目

- ① 精神病院概論—精神医療の歴史と現状を廻って
- ② 精神衛生行政—国レベルの対策
- ③ 地域精神衛生—県レベルの精神衛生と精神病院
- ④ 在院老年患者をめぐる諸問題
- ⑤ 酒精中毒者と精神病院
- ⑥ 在院者の身体疾患管理
- ⑦ チーム診療—院内各職種の協同
- ⑧ 事務能率機械化
- ⑨ 病院経理
- ⑩ 院内教育
- ⑪ 事務長論
- ⑫ 作業療法の概念と歴史
- ⑬ 作業療法組織と運営
- ⑭ グループダイナミックス
- ⑮ 作業療法と体育療法
- ⑯ 作業療法と芸術療法
- ⑰ 精神病院の防災計画
- ⑱ 精神病院における現在の課題
- ⑲ これからの精神病院—先進諸国の例

⑳ 作業療法における世界の動向と現在の課題

5. 研修課程

- A 診療部門研修課程 (院長, 副院長, 医長)
- B 事務部門研修課程 (事務長, 課長, 主任)
- C 看護部門研修課程 (看護長, 婦長, 主任)
- D 作業療法部門研修課程 (本協会のOTA資格取得者)

A 診療部門研修課程

本課程では、在院患者の疾病構造の変化とこれにともなう診療技術の進歩、ソロ・プラクテスからチーム診療への変革と精神科医の役割、院内と院外活動との連繋、地域包括医療の実際、さらに病院倫理と現在の課題や未来への展望などが説かれ、討議されます。

各地区定員 20名

日 程 表

日	9.30~12.30		13.30~16.30	
	10.00			
1	開講式	概 論①	精神衛生行政②	地域精神衛生③
2	老 人④	酒精中毒⑤	身体疾患⑥	チーム診療⑦
				16.00
3	防 災⑰	現在の課題⑱	世界の動向⑲	閉講式

B 事務部門研修課程

精神病院の事務量は近来いちじるしくふえ、また管理などの諸手続きがかわわり、旧来の処理様態では不十分となっております。さらに一般病院と異って、診療との直接的接触も多く、地域精神医療上の知識も要求されております。

本課程ではこれらの点に留意して実際に即した講義と改善法が例示されます。

各地区定員 30名

日 程 表

日	9.30~12.30		13.30~16.30	
	10.00			
1	開講式	概 論①	精神衛生行政②	地域精神衛生③
2	事務能率⑧	病院経理⑨	院内教育⑩	事務長論⑪
				16.00
3	防 災⑰	現在の課題⑱	世界の動向⑲	閉講式

C 看護部門研修課程

精神病院の様相の変化とともに看護部門も、院内の他の部門と密接な協同作業が必要となり、さらに院外にも一部の看護活動が伸びております。

これらの趨勢に焦点をあわせ、実際の具体的な

討議がすすめられます。

各地区定員 30名

日 程 表

日	9.30~12.30		13.30~16.30	
	10.00			
1	開講式	概 論①	精神衛生行政②	地域精神衛生③
2	老 人④	中毒者の看護⑤	院内教育⑩	チーム診療⑦
				16.00
3	防 災⑰	現在の課題⑱	世界の動向⑲	閉講式

D 作業療法部門研修課程

我が国の精神病院は、より一層治療的な雰囲気醸成を急がねばなりません。そのためには作業

6. 地方別日程

年	昭 和 4 5 年						昭 和 4 6 年
	9 月	10 月	11 月	11 月	12 月	1 月	
A 診療部門	17日(木)~19日(土) 関東・甲信越 北 陸	20日(火)~22日(木) 東海・近畿	11日(水)~13日(金) 北 海 道	18日(水)~20日(金) 東 北	15日(火)~17日(木) 中国・四国	20日(水)~22日(金) 九 州	
B 事務部門	17日(木)~19日(土) 関東・甲信越 北 陸	20日(火)~22日(木) 東海・近畿	11日(水)~13日(金) 北 海 道	18日(水)~20日(金) 東 北	15日(火)~17日(木) 中国・四国	20日(水)~22日(金) 九 州	
C 看護部門	17日(木)~19日(土) 関東・甲信越 北 陸	20日(火)~22日(木) 東海・近畿	11日(水)~13日(金) 北 海 道	18日(水)~20日(金) 東 北	15日(火)~17日(木) 中国・四国	20日(水)~22日(金) 九 州	
D 作業療法 部 門	17日(木)~19日(土) 関東・甲信越 北 陸	20日(火)~22日(木) 東海・近畿	11日(水)~13日(金) 北 海 道	18日(水)~20日(金) 東 北	15日(火)~17日(木) 中国・四国	20日(水)~22日(金) 九 州	
開催地	東 京	大 阪	札 幌	仙 台	松 山	福 岡	

療法を中心とした生活療法が組織的に運営され、その効果に期待するところが大きいのであります。このような考えの下に、広くOTA教育を実施してまいりましたが、さらに本研修によって資格取得者のレベルアップを企図したものであります。

各地区定員 80名

日 程 表

日	9.30~12.30		13.30~16.30	
	9.30			
1	開講式	概 論①	精神衛生行政②	作業療法の概念と歴史⑫
2	作業療法組織と運営⑬	グループダイナミックス⑭	作業療法と体育療法⑮	チーム診療⑦
				16.00
3	作業療法と芸術療法⑯	現在の課題⑱	作業療法と世界の動向⑲	閉講式

優生保護法の実態調査の結果をみて

厚生省では昨年12月8日より10日間優生保護法全指定医師のもとに人工妊娠中絶手術を希望して来院した全婦人を対象として意識調査を行なってきたが、その結果を発表した。

その要旨は次のとおりである。

意識調査を中心とした優生保護実態調査結果の要旨

優生保護制度再検討の基礎資料として、人工妊娠中絶に関する優生保護法、全指定医師(12,201人)

の意見を求めるとともに(回答率92.0%)、昭和44年12月8日から10日間、全指定医師のもとに人工妊娠中絶手術を希望して来院した全婦人29,880名について、手術実施の有無に関係なく、その訴えや考え方(意識)に関する調査を行なった。

1. 指定医師の意見では、人工妊娠中絶を実質的に減少させるためには、「社会保障等の充実が重要で、法律の改正を必要としない」とする者97.3%、手術による母体障害については「適切な術後管理と本人の摂生によって防ぐことが出来る」とする者95.9%、また優生保護法第14条の「経済的理由により母体の健康を著しく害するおそれのあるもの」の判定については「指定医師の総合判定にまかせるよりほかない」と答えた者89.5%で、指定医師の指定方法についても、大部分の者が「現行法が民主的かつ実際に即した制度である」としている。

2. 手術を希望してきた婦人についての調査では、未婚者は全体の7.4%、職業が勤労者であるものは23.5%、夫婦の1ヶ月の収入3万円未満の者11.5%、住居「2室以下」の者33.8%である。

手術実施の有無や法律の適応(理由)に無関係に希望者があげた訴えをまとめると、「主として健康上の訴え」「社会的経済的問題を背景にした個人・家庭的の訴え」「主として経済上の訴え」等非常に複雑多岐にわたっているが、主なるものを項目別にあげると「避妊の失敗」14.1%、「これ以上子供が出来ると経済的に困る」10.6%、「これ以上子供が欲しくない」10.3%、「前の子供がまだ小さい」9.3%、「本人の疾病」7.4%、「平素身体が弱い」7.2%等で、その他種々の社会的問題があげられている。

夫婦の1ヶ月の収入別に検討すると「これ以上子供が欲しくない」「妊娠・分娩の恐怖・不安」を訴える者は収入が高い程多く、「未婚妊娠」「仕事や勉学の都合上子供が産めない」とする訴えは収入の低い者程多い傾向にある。

また、どこの医療機関でも手術を断われた場合どうするかという設問に対しては、「非合法手術を受ける」「子供を捨てる」その他の不法行為をすると答えている者が約35%に達している。

3. 中絶希望者の意識調査の結果を要約すると、各項目別の中で「25~34歳」「既婚者」「家庭婦人」「高校卒」「収入5万円以上」「自宅居住」「経産婦」がおのおの代表的なものであり、子供については「少数の子供をよく育てる方がよい」87%、女性の生き方については「女性にとっては家庭の

幸せがすべてである」が82%、中絶手術については「生活上大変な困難がある場合には、それを理由に妊娠中絶をするのもやむをえない」78%、宗教については「宗教は信ずる人だけが信仰すればよい」78%、男女関係については「セックスは神聖なもので、夫婦の間だけしか許されない」59%等である。

しかし「15~24歳」「学生」「大学卒」「未婚」「初回妊娠」「風俗業」の婦人などにはこの代表的意見からの偏りがみられ、女性の生き方「一番大切なのは男性との愛情生活」、生活目標「財産を残すよりも欲しいものを買って生活を楽しみたい」、男女関係「セックスは結婚を前提としていれば許される」あるいは「結婚していなくても愛しあつていればかまわない」、家族関係「夫婦中心に暮すべきである」と考えているものが多い。

中絶希望者意識調査の概要は以上のとおりであるが、この所見から直ちにわが国の同様の年齢・学歴・職業・妊娠歴に規定された各階層の一般的意識をこのとおりと結論することは慎重を要する。むしろ、ここでは、これらの各階層に属する女性の中で、特に妊娠中絶を必要とするに至った女性の意識が明らかになったというべきであろう。たとえば、「生活上大変な困難がある場合、妊娠中絶もやむを得ない」という考えが全体の78%で、「どんな理由があろうと中絶してはならない」という考えが4%に過ぎない事実は注目し値するが、一面この調査が中絶希望者のみを対象とした点をも考慮せねばならない。

精神科の治療指針に関する薬品の追補

厚生省は、昭和45年5月30日付官報をもって、23種類、44品目の薬価基準追補収載を告示、昭和45年6月1日から実施したが、「精神科の治療指針」に関する品名、用法及び用量、適用は下記に示す通りである。

	品名	用法及び用量	適用
内服薬	クロチアピン散 デリトン散	最初、クロチアピンとして1回10~20mg、1日3回経口投与する。その後症状の変化、副作用の発現を観察しながら漸増し、通常クロチアピンとして1回40~80mg、1日3回経口投与する。尚、年令症状に応じて適宜増減する。	精神分裂病
	クロチアピン錠(20mg) デリトン錠20mg	最初、クロチアピンとして1回10~20mg、1日3回経口投与する。その後症状の変化、副作用の発現を観察しながら漸増し、通常クロチアピンとして1回40~80mg、1日3回経口投与する。尚、年令症状に応じて適宜増減する。	
	クロチアピン錠(40mg) デリトン錠	最初、10mg又は20mg錠を使用しクロチアピンとして1回10~20mg、1日3回経口投与する。その後症状の変化、副作用の発現を観察しながら漸増し、通常クロチアピンとして1回40~80mg、1日3回経口投与する。尚、年令症状に応じて適宜増減する。	
注射薬	エナント酸フルフェナジン注射液 アナテンゾールデポー	通常1回量0.5ml(12.5mg)~1.0ml(25.0mg)を10~20日間隔で筋注又は皮下注する。 薬量及び注射間隔は病状又は本剤による随伴症状の程度に応じて適宜増減並びに間隔の伸縮を調節する。	精神分裂症

精神衛生相談員資格認定

講習会の開催

本年度厚生省の行なう精神衛生相談員資格認定講習会は例年とは、開催要領を変更する計画でその実施細目が検討されている。

その内容は次のとおり。

(1)開催回数

昨年は東京と大阪で実施したが本年度は東京で1回実施し、受講人員は2回分の100人とする。

(2)前半講義を中心としたものを実施し、後半に実習を行なうが、この実習はそれぞれの受講生の出身地区のブロック毎に厚生省で実習を行なう府県を定め、この指定されたところで必要な時間数の実技の習得にあたることとする。

(3)(1)及び(2)が終了した段階で終了証を授与する。以上がその考え方であり近く各都道府県に通知される予定である。

なお時間割は次のとおりである。

精神衛生相談員資格取得講習会実施要綱

1. 目的

精神衛生事業関係機関に勤務する保健婦に対し、

精神衛生事業を担当する者として、必要な知識及び技能を修得させ、その資質の向上を図るとともに本事業の推進に寄与することを目的とする。

2. 主催

厚生省

3. 講習期間

昭和45年9月21日(月)から昭和45年10月30日(金)まで。

(1)講義 9月21日(月)から10月9日(金)まで

(2)実習 10月12日(月)から10月29日(木)まで

(3)閉講式 10月30日(金)

日程表別表別紙のとおり

4. 受講定員

100名

5. 講習会場

(1)講義

厚生省講堂

東京都千代田区霞が関1~2~2

(2)実習

全国8地区に分け次の都道府県

北海道(北海道)、東北(宮城県)

関東甲信越(東京都)、東海北陸(愛知県)

近畿(大阪府)、中国(広島県)

四国(香川県)、九州(福岡県)

(3)閉講式
実習開催地

6. 講習内容

別表に示すとおりとする。

なお、科目によっては、レポートを提出させることがある。

7. 受講資格

各都道府県、政令市の保健所及び精神衛生センターにおいて、現に保健婦業務に従事している者

で、将来精神衛生事業に従事しようとする熱意をもち、かつ心身ともに健全であること。

8. 受講申込手続

都道府県知事及び政令と市長において管内の受講者をとりまとめ、下記書類添付のうえ、8月20日までに厚生省公衆衛生局精神衛生課あてに申込みものとする。

(1)推せん書(別紙様式)

(2)履歴書

精神衛生相談員資格取得講習会日程表

		講 義 (会 場 厚 生 省)							
		午 前 (9.00~12.00)				午 後 (1.00~4.00)			
		9.00	10.00	11.00	12.00	1.00	2.00	3.00	4.00
9/21	月	開 講 式	オリエンテーション	精神衛生行政		地域精神衛生		精神衛生法	
22	火	精神衛生概論(1)			精神衛生概論(2)				
23	④								
24	木	精神分裂病その他の精神病			てんかんおよび脳器質性障害				
25	金	精 神 病 質			精神薄弱				
26	土	アルコール中毒・薬物中毒							
27	④								
28	月	児童精神衛生			老人精神衛生				
29	火	精神科治療			精神病院管理	人権問題			
30	水	社会復帰活動			精神科医療施設				
10/1	木	社会福祉学総論			訪 問 指 導				
2	金	精神衛生相談			地域組織活動				
3	土	家 族 力 動							
4	④								
5	月	ケース・ワーク			グループ・ワーク				
6	火	社 会 調 査			地域家族会	心理テスト			
7	水	社会病理と社会福祉			労働基準法	社会福祉施設			
8	木	児童福祉法	国民年金法	生活保護法	保健所における精神衛生活動				
9	金	精神衛生の動向	自 由 討 議		講義終了式、懇親会				
10	④								

		実 習 (全国8ブロック)			
		午 前 (9.00~12.00)		午 後 (1.00~5.00)	
10/11	④				
12	月	病院実習(病院の歴史概況)		病院実習(病院見学)	
13	火	" 事例研修(児童精神障害)		" " 事例研修(思春期の精神障害)	
14	水	" " (成人精神障害)		" " (内因性精神障害)	
15	木	" " (精神病質)		" " (アルコール中毒)	
16	金	" " (更年期の精神障害)		" " (老人精神障害)	
17	土	" " (治療・処遇)			
18	④				
19	月	病院実習(作業療法)		病院実習(入院から退院までの流れ)	
20	火	" " (社会復帰活動)		" " (家族会活動等)	
21	水	病院実習のまとめ		地域における精神医療(自由討議)	
22	木	相談実習(保健所・精神衛生センター 児童相談所・福祉事務所)		相談訪問実習	
23	金	"		"	
24	土	"			
25	④				
26	月	"		"	
27	火	"		"	
28	水	"		"	
29	木	相談訪問指導のまとめ		精神衛生対策についての社会福祉活動 (自由討議)	
30	金	地域社会と(研修地 精神衛生行政(衛生部長)	修了式		

フランスの最近の精神衛生

鈴木 淳

1. 再会のパリ

「もうふたたびこの地を踏むことはないだろう。」

そう自身に言いにかけて、パリのリオン駅に別れを告げたのはマロニエの下葉が色づく1959年の初秋であった。それから11年。望外の再遊の日がめぐって

きた。十年一昔。パリは変わったろうか？ 昔のま、
だろうか？ 変化への不安、懐旧への期待。動と静
がிரいまじって落ち着きをうしなつた心がタラップ
からおりはじめたのは、バアクの休暇が終つた4月
初旬のことであつた。

例年より春がおそい。いつもならバアクがすむと
同時にういういしい小さな若葉が梢をかざるのに、
バスの窓に映ずる老樹は寒々とし、街ゆく人々も冬
姿であつた。あの広場、この街角。窓外をながれゆ
くひとコマひとコマが一昔前に私をひきもどす。眼
のさめるような派手な濃紺のマントをまっ白な診察
着のうえちによつと羽織っていた精神科教授、寸秒
きざみの来客にいつも笑顔で応接していた早口の精
神衛生協会長、訪問者をピストル型のライターでお
どろかしながら紫煙をふかしつづけていた厚生省精
神衛生課の女課長、謹厳荘重だが眼がかぎりなくや
さしかったパリ市庁の精神衛生課長、下町のみすば
らしい1階建の建物で精神障害者対策がもう峠をこ
したと豪語していた楽天的な精神科医、年寄りの秘
書を相手に狭い部屋で細々と統計をつづけていた公
衆衛生院精神衛生部の老部長…… 浮んでは消え、
消えては浮ぶ一昔前の人々。そのうち、いく人かは
他界したが、いく人かは健在なはずだ。だが、2年
前の5月騒動以来多事多難と専門誌が伝えている。
病院の構成は、デスパンセルの職員は、市の衛生
部の顔触れは、大学の研究状況は…… はやる心を
察してか、バスはひたすらアンバリッドへ直行する。

2. あたらしき2章

初遊の折の精神病院は古かつた。「わがフランス
にかくすべきものなし。」と胸襟をひらいてくれた
厚生省精神衛生課はこちらの希望したどんな病院で
も訪問させてくれたが、多くの病院は千床規模で一
世紀近くの歴史をもち、ひろびろとした敷地に病棟
が散在し、病棟間の連絡には小型車がかかれ、病
棟の壁には蔭がびっしりとからみ、職員も患者もか
なりの年配で、病院全体が一見老人病院をおもわせ
るほどであつた。建物や人ばかりでなく、運営の基
本も1838年6月30日制定の法によって規制され、入
院のための手続き、入院者の財産保護などは往時の
まゝであつた。だから、昭和10年代の渡仏印象記が
25年後の初遊報告として十分通用しうるほどであつた。

しかし、ここ数十年、フランスは眠りつづけてい
たわけではなかつた。その間に未来への萌芽がもえ
はじめ、ことに戦後にはみごとに花ひらき、あたら
しい2章が精神科の医療史についでわえられていた。

その1章は在院患者の環境に関することであり、他
は院外治療網の形成であつた。

a 環境改善

病棟内の居住環境をどう改善するかは精神病院史
上もっとも大きい課題であつた。ビネル、エスキロ
ール以来、入院患者の精神症状にあたる居住環境
の影響性がなんどもくりかえしくりかえし注目され
てきた。1853年「入院生活、それ自身が治療である。」
との信念のもとにバルシャブは当時としては夢のよ
うな病院をカトルマルスにつくつた。1930年代、セ
リュ、レイノー、レニイ、ロジエなどの医師はおな
じような構想で病棟を改造し、病院を新築した。

これらの動きは先駆的で影響力もすくなかつたが、
第2次大戦終結とともに脚光をあびはじめた。それは
精神病院医療にもっとも大切なのは治療気候の醸
成であると強調されたからである。治療気候は、今
日という治療的雰囲気であり、鉄柵と窓格子に象徴
される監禁的慣習をやめ、入院患者を“疾病のあつ
まり”とせず“疾病をもつ人間”として待遇し、
障害された人格の再構成を図ることがある。このた
めの最初の方策は建築面での再検討であつた。まづ、
旧来の没個性的処遇をあらため、患者1人あたりの
居住空間を夜間6~10m²昼間3~8m²とし、1部
屋の居住者数を4~6人以下とし、書棚・ロッカー
などを個人専用としてプライバシーの空間をつくり
WCや浴室などの共同利用の衛生設備も3~10床単
位にできるだけ分散させ、一般市民の居住条件なみ、
またはそれより一段上とする。人格再構成のための
場合は病院の両レベルにわけ、病棟には1床2m²あ
ての家政・作業・小集会用の空間を、病院レベルでは
中央に社会センターを設けて労働・集会・クラブ・
会食・娯楽などの諸設備をつくり、市民の社会活動
を病院に移入する。治療気候の醸成をめざしたこれ
らの具体案が昭和22年に精神病院(棟)建築基準試
案として政府から発表されると、賛否と修正の議論
がわきあがり、ヌーベル・バーグ派は理想を、実務
者は財政的顧慮を主張し、両者の妥協として1948年
10月19日に最低基準がきだめられ、新設は基準以上
に、既設は基準なみに改造されることになった。そ
の好例はラヴネル、ヴナチエ、モントヴェルグ、デ
イニユなどであつた。(詳細は拙著フランスの精神
病院の建築、病院設備4巻4号1962年を参照せられ
たい。)

b 院外治療網

かなりの数の在院患者が適当な指導があるならば

院外の社会生活が可能である。退院後も治療をつづ
けると再発悪化をふせぎ、再入院数を抑制できる。
早期発見・早期治療をすゝめると要入院者がすく
なくなり、入院したとしても在院期間はみじかくなる。
これらの事実をはやくから立証せられ、精神病院に
外来診療がつけくわえられたり、一般病院なみの軽
症病院がつくられていた。なかでも1932年パリソは
モデルに精神科デスパンセルを創設し、精神病院
との一体的運営をおこなつた。わが国の概念でデス
パンセルの機能を一言でまとめると、精神科専門
の保健所兼無料診療所に相当し、週数日勤務の精神
科医(そのほとんどは精神病院との兼任)がP.S.W.
や心理専攻者などとチームをつくり、仕事の第1は
退院患者の後療法と生活指導をし、第2には精神障
害者の早期発見と早期治療をし、第3には精神衛生
上の相談にのつて精神健康の保持と増進につとめる
ものである。

1941年ユイとアゼマンはパリで27のデスパンセル
をひらいたが、制度として国の補助金が交付され
たのは戦後であつた。1950年代にはデスパンセル
がいたるところでつくられ、1956年には全国で475
をかぞえ、約14万人が把握され治療をうけ指導され
ていた。このころ精神病床数は約8万で在院患者11
万という相当の超過収容であつたが、時の責任者た
ちは精神病院の増床よりもデスパンセルの増設に
熱心であり、この院外指導治療施設の網をつくるこ
とによって精神病床の増床速度をおそくしようとす
る意図がうかがわれた。いや、それどころか精神病
床減少計画さえみられた。もしデスパンセルが人口
50万の地域に8ヶ所、精神科救急ベット10床、ア
フタケア40席がつくれるなら、精神病床は500床
つまり万対10床でよいとポメルらは予想していた。
当時のフランスの精神病床数は万対25を上下してい
たので、ポメルの予想数では既存の精神病床の過半
数が無用となる。WHOは必要病床推定数を万対30
としていたので、ポメルの数はその半にあたる。も
しポメルの予想が現実化したら、フランスのみならず、
世界の精神衛生の施策に大きな革命とならう。
デスパンセル積極推進派の代表ポメルの楽天ぶりに
するどい批判をする専門医もたくさんみられたが、
大勢はかなりバラ色であつたことは否定できなかつた。

院内環境改善と院外指導治療網。前者を入院患者
の人間化Humanisationと名づけると、後者は精神科
医療の社会化Socialisationであらう。そのいづれもが第
2次大戦を契機としてまったく急激に発展した。こ
の理由を問うまえにつきの事実には想いをさせる必要

がある。

それはナチス占領下の出来事であつた。占領への
レジスタンスの方法として農家は食糧供出をこぼん
だ。街の人々は縁故をたどり監視の目をのがれて飢
餓をしのいだ。だが、自由なき患者にはそれができ
なかつた。レジスタンスが激しくなればなるほど、
病院の食糧はすくなくなつた。病院当局と自治体が
懸命になつたが、その力にも限界があり、病室内に
は栄養失調があらわれ、やがて飢餓死亡となつた。
この時に手をこまぬいて見るよりほかにする術がな
かつた職員の唯一の逃避口は未来であつた。死を宣
告したその足で秘密の場所で同志たちと来るべき平
和時の対策をねつたのが、人間化と社会化であつた。
初遊の折も、この度も異口同音につたえられる秘話
のたびごとに私はビネルを想ひ、エスキロールを偲
んだ。

3. 地域概念の定着

1950年代の諸経験は1960年3月15日と63年7月17
日の両通達に集約された。「精神病院はもはや唯一
無二の治療機関ではなく、予防から後療法までの包
括的保健医療機構の一部分にしかすぎない。」と、
精神病院の役割の変化がのべられている。さらに、
両通達では精神病院をもふくむ包括的保健医療計画
の立案と実施責任を県衛生部におおせいる。

当然のことながら包括的保健医療計画には一貫性
と効率性がつらぬかれていなければならない。一貫
性とは予防・相談・治療・社会復帰の一連の流れが
ひとつのアイデアで統べられることであり、アイデア
の具現責任者は1人がのぞましい。効率性には行為の
主体と客体の双方の相関で成立するが、主体の側では
業務範囲が狭ければ狭いほど質量ともに責任がよく
はたされ、客体にあたる住民の側では日常的便宜性
が高ければ高いほど主体からの作用をうけやすい。
この一貫性と効率性の地理的表現を地域secteurと
よび、精神衛生行政上では県より狭く、市町村より
広い単位とし、そのsecteurに精神科医療上必要な
すべての施設を設けて自己完結性をあたえようとし
た。もしsecteur内の自己完結性が不十分のときは、
数secteursで第2次、県で第3次の補完的機能を考
えることにした。

フランス中部で大西洋岸に近いM県でのsecteurs
をみると附図のようになる。フランスの人口はわが
国の約半分強で県数は約倍数であるから、1県あた
りの平均人口はわが国のおよそ4分の1程度となる。
M県の総人口は約33万をかぞえ、700床の県立精神
病院(■印がその所在地)がただひとつの精神医

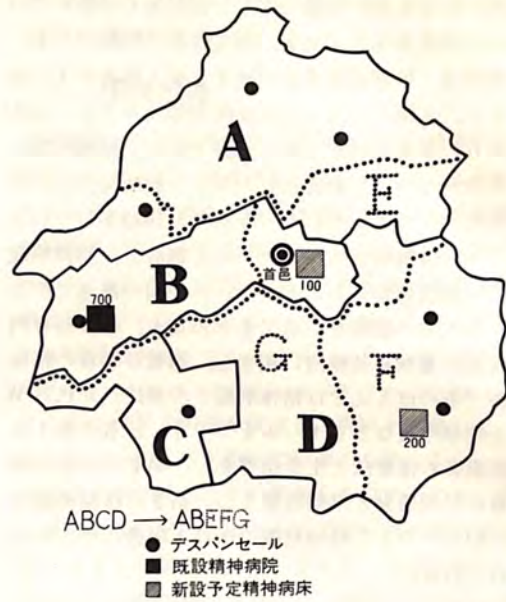
療施設であった。1950年代に首邑(◎印)にデスパンセルを設けたが、1960年の通達によって secteur を決め、デスパンセルを増加させることになった。そこで県全域を4分し、1分域の人口を8万前後とし、A B C Dのsecteurを設置し、町村人口の密集度町村の希望、医師の熱意によりAには3、B2、C1、D2、計8のデスパンセルを創設した。他方、700床の精神病院を4等分し、A B C Dの病棟群をつくり、A病棟群医長はAsecteurを、D病棟群医長はDsecteurの責任者となり、A病棟にはAsecteurの患者を、D病棟にはDsecteurの患者を入院させた。つまり、secteurと病棟とを一致させたのである。旧来の考えでは県立精神病院という単一体は消えて、secteur立4病院の集合体となった。

人口割secteur、県立病院のsecteur化が幾何学的にまったく公平におこなわれたが、数年経過してみるとこの平等方式に矛盾が生まれ、首邑のあるBssecteurのデスパンセルでの把握・指導・治療患者数は他よりもかけはなれて多く、要入院患者も多数で待機患者が出ているのに反して、Csecteurはデスパンセル取扱者数もすくなく要入院患者数も少数である。また、D地域の半分(F)ではデスパンセル活動の大半が退院患者の指導に追われている。

効率性をたかめるには各secteur間の不均衡を是正し、secteur内での需要に適した施設をつくり、県内で唯一という精神病院をも再検討する必要がある。もつとも高い需要のある首邑とその附近をsecteurとして独立させ、社会適応に支障ある患者を多数かかえている地区も一単位としてみ、いままでのA B C Dの4secteursをA B C D E F Gと5分する。精神病床も古くからある700床以外に、Esecteurの総合病院に100床、Fの慢性病院に200床の精神病床をそれぞれ併設し、デスパンセルと病床の距離を短くして、secteurとしての自己完結性をたかめる。また、後療法観察宿泊所をEに、30~40人対象の保護工場をG、E、Fに設けて近隣のsecteurからも利用させ、県レベルでは既存の県立病院700床の一部を改造してアルコール中毒のための特殊病棟150床をつくって、補完的機能をもたせる。このあたらしい案が1970年度から実施されることになっている。

ここで問題となるのは精神病床数である。あたらしい計画では既存の精神病院700床に、EとFの併設精神病床300床がくわわり、あわせて1000床と、人口万対では33となる。この数はWHOの必要病床数に近く、フランス厚生省もM県衛生部も財政計画におこみずみである。しかし、1950年代のボ

☒ Secteurの分けかた



メル業績がしめすように、ヌーベルバーグ派は病床建築費用は浪費であると極言し、その費用を院外治療施設に廻せばもっともっと少ない経費で多くの患者を社会のなかで治療できると反駁していた。厚生省精神衛生課も県の当事者も「もしそうなら望ましいことであり、その晩には遊休病床を別途に役立てよう。」と、いたつて悠長であったが、その実は現精神病院や併設先の一般病院が老朽化し、建て替えの時期であり、今回の計画によって数の上で一時的に増床であっても、やがては精神病床数は減少し、万対病床数は英国なみに20以下に減ることと予想していた。

地域精神医学Psychiatrie en secteurは最初に人口数を尺度とする平等分割方式でかなりの広い範囲を対象としていたが、やがて状態別の患者数を目安とする処遇方式に移り、対象地域も特殊性を重んずるようになった。その機構もはじめはデスパンセルと精神病院の2要素と単純であったが、いまではそれらに後方中間施設、保護工場がくわわって多元的となった。

Secteurを決定し、その自己完結性の度合をさだめるにはゆれうごく資料をたえず把握し正確に判断する必要がある。いままではごく表面的な規格化された資料が県衛生部に年一回提出されていたにすぎず、衛生部長はこの貧しいデータで行政区劃にとらわれてsecteurを決め、しかもひとたび決定すると10年近くも変更しなかった。効率性を重んずるなら、secteurの広さも活動も患者中心に力動的に評価されなければならない。そのためには県レベルに

評価のための専門家が設けられるべきである。この専門家はフルタイムではなく、むしろ臨床との兼任がのぞましい。評価業務と専門家雇用のための補助金は申請さえあれば厚生省として考慮することになっている。一昔前も大都市では社会衛生部を衛生局のなかに設置し、結核、性病、癌、母子衛生とならんで精神衛生課がつくられ、その課長は精神病院長かデスパンセルの長たる医師が医師が兼務していた。しかし、奇妙なことにいまでも厚生省の精神衛生課長は医師ではない。

4. これからの事ども

1950年代にはじまった精神病院の院内環境整備はいまなおつづけられている。法改正や通達があっても一朝一夕でたちどころに改善されることはないのだから、それは当然であろうが、それにもまして、改善のための費用分担のむづかしさがある。県立の場合の多くは、県が $\frac{1}{2}$ 、地方社会保障基金が $\frac{1}{2}$ 、国が $\frac{1}{2}$ 、それぞれ負担するのであるが、アルジェリア戦争、政変などで国家財政の転用・節減がなされ、病院関係はあとまわしにされる。なかでも、精神科関連費は最後列となる。あれやこれやで今年現在でも第一次大戦の弾痕そのまゝの病棟を使用している病院があるし、かつての馬小屋を作業センターとしている施設もみられた。これらのことから推して、精神病院の工事は1980代までもつづくであろうし、そのころには40年代の新築病院も陳旧化するだろうから、今世紀末でも工事がみられるであろう。

デスパンセルは1950年代の後半から1960年代にかけてそれこそ驚くべき伸長率をしめし、どの大都市、どの県でもデスパンセル網が形成され、受診者数も毎年のびてはきているが、デスパンセルの配置はかなり偏在し、網はあらく、これからもれる村落も多く、きめ細かさが要求せられている。デスパンセルの建物も仮寓が多く、貧相で、地域住民のもつイメージとはほど遠く、改築・拡大が叫ばれている。職員や物的装備についても問題があり、受持患者数にくらべてすくない人員、室内装飾すら満足にできない経常費など、多くの不満がある。しかし、国民1人あたりの所得が彼らの数分の1といふ国民にとって、これらの不満は逆にむしろ羨望に近いものであった。

1960年代の後半になるとデスパンセル機能の限界がそろそろ見えはじめ、精神科専門職員との接触時間をますということから、デイ・ホスピタルがとりあげられ、ごく一般的な民家を改築したり、あるいは小規模病院をたてたりし、パリでは18、その他

の都会でも疾病別に数ヶ所のデイ・ホスピタルをもっている。デイ・ホスピタルは数分ケアのデスパンセルと24時間ケアの精神病床との中間に位置するもので、主として精神病院の前方機能として位置づけられている。

おなじく1960年代の後半にはじまった地域 secteur化は、前述の例でもみられるように行政ベースのり、発展の一途をたどり、逆行の兆しはみられなく、むしろよりよき展開のために secteur内の自己完結性と secteurの細分化がおこなわれつゝある。

以上のほかに、小児精神衛生網の独立、老人の精神障害者通園施設、青年医師による諸運動など注目すべき変化が数多くみられた。あるいはこれらのことがより重要な報告事項であったかも知れない。しかし、わが国の現状からみて、大戦後の経緯がさらに必要と考えられたので、精神病院の内外のことにかぎった。フランスは元来、多様の国である。ひとつの思潮が目立っても、かならずその傍らには異なる数種の潮流がある。ここに述べたのは異邦人の眼に映じた顕化例のみであって、視界外の事象や非可視光域での試みは除かれていることをあらためて付記しておく。

(鈴木先生は国立下総療養所に所属し、国立病院管理研究所の教育部門を担当しており、厚生省公衆衛生局精神衛生課の併任技官としても活躍中でありまます……事務局)

昭和45年8月1日 発行

発行人 村松常雄
 編集人 百井一郎
 発行所 東京都千代田区霞ヶ関2の1
 厚生省公衆衛生局精神衛生課内
 金国精神衛生連絡協議会
 印刷所 千葉県市川市市川南2-7-2
 株式会社 弘文社