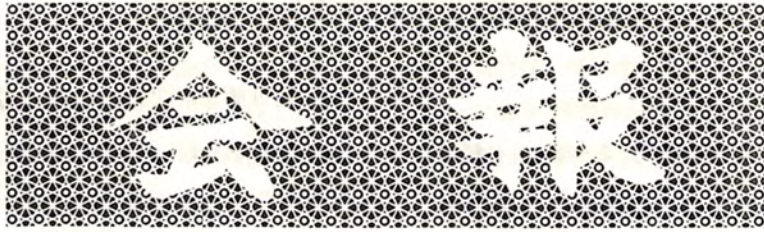


全国精神衛生連絡協議会



昭和60年9月

第9号

目次

巻頭言	国立精神衛生研究所長 高臣武史	2
保健所老人精神衛生相談事業の調査から	国立精神衛生研究所 老人精神衛生部	3
精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要	厚生省保健医療局精神保健課	5
ICJから委嘱派遣された調査団の中間報告	日本における精神科の患者の人権と治療について	8
お知らせ		13

巻 頭 言

国立精神衛生研究所着任の御挨拶

国立精神衛生研究所長 高 臣 武 史

本年4月土居所長の後任として8年ぶりに精研に戻ってまいりました。これからいろいろお世話になることと存じますが、よろしく御願ひ申し上げます。着任して間もなく医学書院の長谷川社長から「^{きつたく}啜啄」という色紙を頂きました。これは最も時機を得た時という意味だそうですが、浅学菲才の私にはふさわしくないものと恐縮しております。ただ私としてはできるだけの努力をしたいと思っております。

精研として第1になすべきことの1つは全国の精神衛生協議会や精神衛生センターとの連携を一層強化し、全国的なネットワークを密にして、精神障害者ばかりでなく、1億2千万の国民の精神健康のための活動の中核となるべきであると考えます。近年の技術革新による管理化、オートメーション化はいろいろな社会変動や家族の変容、人間関係の希薄化をもたらしました。それに伴って、社会的・心理的ストレスは急増し、各年代層でさまざまな社会病理現象がおこっています。また高齢化社会に伴って、老人問題もクローズアップされてきました。

このような時代ですので、着任して、最初に皆様に御挨拶しなければと考えましたが、4月早々から2つの問題がおこり、それにふりまわされて、今日まで皆様に御連絡できませんでした。

その第1は宇都宮病院に端を発した精神障害者の人権問題でした。国際障害者連盟 (DPI) の Donald 人権委員長、ついで国際法律家委員会 (ICJ) の Schneider 判事、Visotsky ノースウエスタン大学教授、Harding 博士等と、国際看護者委員会 (ICHP) の人たちが相次いで来日し、その都

度厚生省に呼ばれて、我が国の精神科医療の実情の説明をさせられました。つい先日(8月中旬頃)はジュネーブの国連人権問題小委員会で、小林精神保健課長が健闘されていることでしょうし、本号が発行される頃には帰国されて、皆様にもいろいろ御話があると思います。それは精神衛生法の改正を含む大きな問題になるかもしれません。

第2の問題は精研と国立国府台病院、武蔵療養所、同神経センターを統合して、ナショナルセンターをつくるということです。渡部前厚生大臣が辞められる前日、記者団にこの構想を発表して以来、その具体案が厚生省で練られ、私も何度かその会合に出席しました。国立精神衛生研究所の使命と、神経センターの研究分野や方法とは必ずしも一致しているわけではありませんが、統合し、センター化することにより、それぞれに大きなメリットがあるというので、目下鋭意検討中です。私たちは精神障害者、情緒障害者、精神発達遅滞者の治療、保育、療育ばかりでなく(このこと自体も大事業ですが)、国民全体の精神健康の保持、増進のための努力をしなければならないと考えております。そのためには今の精研を飛躍的に発展、充実させなければなりません。この統合案がどのように結着するか、これも9月頃には或るめどがつきそうですが、それまではまだまだ暑い夏が続きます。

こうした問題で、落ちつかない毎日を送っておりますが、近く皆様にお会いできることを楽しみにしております。皆様のますますの御活躍をお祈り申し上げます。

保健所老人精神衛生相談事業の調査から

1 はじめに

昭和57年11月の公衆衛生審議会の「老人精神保健対策に関する意見」具申にもとづいて立案され、実施されるようになった老人精神衛生相談事業について、今回その現状の運営状況に関する調査を行った。

2 調査対象

昭和57年度および昭和58年度より本事業を実施することとなった69保健所(都道府県64、政令都市5)を調査対象とした。

3 調査方法

調査方法は調査票によるアンケートによる方法で、昭和59年10月9日に発送し、同年12月17日までに回収した。

4 調査結果

本調査票を発送した69保健所のうち、56保健所(都道府県52、政令都市4)より回収でき、回収率は81.2%であった。

1) 保健所管内の65歳以上の老人の占める割合
調査対象とした56保健所の総住民数は、10,878,363人でそのうち65歳以上の老人の人口は、1,105,285人で、総住民に対する割合は10.2%であった。

2) 保健所管内での老人の痴呆疾患の実態調査(人数、家族のニーズ等)の実施状況
老人の痴呆疾患の実態を調査している保健所は、56保健所中24ケ所で、実施率は42.9%であった。

3) 本事業の開始時期

表1の如く、今回回答のあった56保健所のうち、昭和57年度開始保健所は14ケ所、昭和58年度42ケ所であった。

4) 老人痴呆疾患等の予防の普及啓発活動状況
地域住民に対して、老人性痴呆の予防等に

関して普及啓発のための活動を行っている保健所は、56保健所のうち49保健所(87.5%)であり、講演会を行っている所が37ケ所(75.5%)で最も多く、ついでパンフレット(リーフレット)配布34ケ所(69.4%)、衛生教育12ケ所(24.5%)、研究会11ケ所(22.4%)、公報への掲載10ケ所(20.4%)などの順である。

5) 普及啓発のための活動への各種機関、団体の協力状況

56保健所中、協力が得られている保健所は49ケ所(87.5%)で、一般に協力はよく得られている結果が示されていた。

6) 相談日の頻度

老人やその家族、一般住民に対する老人痴呆疾患等に関する相談日を設けている保健所は、54ケ所であり、1ケ月に最高で8日、最低で1日、1保健所当りの平均頻度は、1ケ月2.7日である。特に相談日を設定せず、随時必要に応じて相談を受けている保健所が、2ケ所みられた。

7) 相談指導を行う担当者の職種と人数

相談指導を行う担当者は、全保健所で決められており、医師(精神科医又は他科医師)が担当者となっている保健所が53ケ所(94.6%)、保健婦が48ケ所(85.7%)と最も多く、ついで精神衛生相談員19ケ所(33.9%)、担当事務員15ケ所(26.8%)などの順である。担当者として本事業に従事している人数は保健婦が1保健所3.5人で最も多い。

8) 担当者である医師の勤務形態

医師のいる53保健所(医師数56名)のうち保健所勤務医師の所が4ケ所—うち3ケ所は嘱託医も併存—(7.5%)、嘱託医の所が41ケ所—1ケ所は嘱託医以外の雇い上げの医師も

併存一(77.4%)、その他の医師(雇い上げ医師など)8ヶ所(15.1%)であり、嘱託医が対応している所が大部分である。

9) 担当ケースの内容

全ケースのトータルは594例で、50歳代から90歳代に及んでいる。問題の内容は比較的単純なものから、複雑で重複した問題をかかえるものまでさまざまであったが、大要は次の13のカテゴリーに分けられるとおもわれる。

多い順に列記すると、ボケ+問題行動222例(37.4%)、ボケのみ113例(19.0%)、幻覚・妄想などを呈する精神病様状態53例(8.9%)、ボケ+問題行動+精神症状44例(7.4%)、ボケ+精神症状31例(5.2%)、神経症・うつ病圏のもの28例(4.7%)、病的飲酒などの問題行動26例(4.4%)、ねたきり状態15例(2.5%)、ねたきり状態+問題行動14例(2.4%)、主に介護力、経済力の不足11例(1.9%)、意識障害、夜間せん妄などの精神症状9例(1.5%)、脳卒中後遺症などの脳神経麻痺6例(1.0%)、その他22例(3.7%)となった。

ここで印象的なことは、単なるボケだけでなく、問題行動を伴ったようなケースが相談にもちこまれる場合が多いこと、幻覚、妄想などのボケ以外の問題ケースもかなり多くを占めていることであった。

10) 1ヶ月間の平均相談件数

56ヶ所中55ヶ所の保健所より回答があり、1保健所当りの平均相談件数は、4.3回(最高16回、最低1回)であり、電話による平均相談件数は1.3回(最高7回、最低0回)であった。

11) 面接時間

55ヶ所の保健所より回答があり、相談ケース1件についての面接時間は、平均して59.4分であった。

12) 保健婦の家庭訪問指導

相談を受けた老人についての保健婦の家庭訪問指導は、全保健所で実施されていた。

13) 医師の家庭訪問指導

相談を受けた老人について診察あるいは、指導のために医師が家庭訪問する保健所は35ヶ所(62.5%)であり、実施していない保健所は21ヶ所(37.5%)であった。

14-1) 相談ケースについての保健医療機関の協力と具体的内容

保健医療機関の協力が得られている保健所は47ヶ所(83.7%)、得られていない保健所は7ヶ所(12.5%)、回答のない保健所は2ヶ所であった。協力の得られた場合の、その具体的内容は患者の受け入れ(入院、通院)に関してが26ヶ所の保健所でみられ最も多く、ついで技術的アドバイス14ヶ所、往診の受諾9ヶ所、情報提供8ヶ所、地域連絡協議会5ヶ所などの順であった。

14-2) 相談ケースについて社会福祉機関の協力と具体的内容

社会福祉機関の協力が得られている保健所は43ヶ所(76.8%)で、得られていない保健所は10ヶ所(17.9%)、回答のない保健所3ヶ所(5.4%)であった。その具体的内容は、相談ケースについての連絡に関するものが17ヶ所の保健所で最も多く、ついで特養への入所が10ヶ所、訪問指導8ヶ所、専門的アドバイス7ヶ所、ホームヘルパーの派遣、連絡協議会の参加、民生委員への働きかけ、ケース検討会がそれぞれ6ヶ所などの順であった。

15) 一年間の連絡会議開催の回数

53保健所より回答があり、連絡会議開催の回数は、一年間に1保健所で平均2.5回(最高12回、最低1回)であった。

16) 連絡会議の開催の回数(59年4月以降10月まで)

52保健所より回答があり、連絡会議の開催

の回数は平均1.0回であった。

17) 連絡会議での討議される話題

連絡会議でよく討議される話題は、相談事業に関して話題となっている保健所が18ヶ所で最も多く、ついで痴呆性老人についての知識と理解に関してが16ヶ所、収容施設の問題に関して15ヶ所、訪問指導に関して14ヶ所などの順であった。

18) 連絡会議の人数と委員の構成

46保健所より回答があり、回答のない保健所9ヶ所、開催していない保健所1ヶ所であった。連絡会議の人数は、1保健所当たり平均17.8名(最高35名、最低3名)であった。委員の構成は、精神病院(長)および精神科医師が委員となっている保健所が45ヶ所で最も多く、ついで福祉事務所が39ヶ所、管内市町村(長)38ヶ所、保健所(長)33ヶ所、老人社会福祉施設(長)33ヶ所、精神衛生センター(長)20ヶ所、医師会(長)14ヶ所、民

生委員14ヶ所、老人会(老人クラブを含む)11ヶ所などの順であった。

19) 老人精神衛生相談訪問記録カードの作成状況と形式

記録カードを作成している保健所は51ヶ所、作成していない保健所は5ヶ所であり、使用している記録カードの形式は、都道府県で指示した形式を使用している保健所は15ヶ所(29.4%)、厚生省および都道府県で指示した形式の一部修正を使用している保健所は14ヶ所(27.5%)、厚生省の指示した形式を使用している保健所11ヶ所(21.6%)、独自に作成した形式を使用している保健所も11ヶ所の順であった。

一以降の調査結果及び考察はすべて省略一

(大塚俊男・丸山 晋・北村俊則・斎藤和子(国立精神衛生研究所):保健所における老人精神衛生相談事業の評価と問題点、精神衛生研究、No.31:153-161 1985より抜粋)

精神障害者小規模保護作業所調査結果の概要

昭和60年7月1日

厚生省保健医療局精神保健課

- 1 厚生省は、精神障害者小規模保護作業所による社会復帰活動の実態調査のため、都道府県に依頼して全国の精神障害者小規模保護作業所について、昭和59年11月1日現在時点で調査した。
- 2 精神障害者小規模保護作業所は、昭和59年11月1日現在全国で147箇所あり、通所実人員は2,196人(昭和58年実績)であった。
- 3 1施設当たりの平均は、通所人員12人、作業日数週5~6日、作業時間1日6時間であり、通所期間については、無制限としている施設が約90%になっている。
- 4 施設の作業内容は、手内職が最も多く約86%

の施設で行われている。

また、作業に伴う収入は、通所者に1日当たり平均465円の手当を支払っている。

- 5 約80%の施設において、常勤職員が従事しており、1人当たりの報酬は、月額平均10万7千円である。
- 6 昭和59年11月1日現在の社会復帰等の状況は、昭和58年度通所実人員のうち約22%が、社会復帰し、また、約56%が通所を継続している。
- 7 施設に対する財政措置については、約65%の施設が地方公共団体等から補助を受けている。

精神障害者小規模保護作業所調査結果について

(昭和59年11月1日現在全国集計)

1 精神障害者小規模保護作業所 総数147箇所

2 運営主体

	地方公共団体	医療施設	社会福祉施設	家族会	その他	計
箇所数	3	2	2	96	44	147

3 設立年

	54年以前	55年	56年	57年	58年	59年	計
箇所数	25	14	13	25	33	37	147

4 事業に使用する建物の状況

	自己所有	借用	計
箇所数	29	118	147
平均㎡	271.2㎡	76.2㎡	

5 対象者の受け入れ状況

	希望者はすぐ受け入れる	通所を希望しても少し時間がかかる	計
箇所数	90	57 (平均1箇所)	147

6 通所人員 1日 1箇所平均 12人 (昭和58年度実人員2,196人)

7 通所期間の制限状況

	制限している	制限していない	計
箇所数	15	132	147

8 開所日数

日/週	1日	2日	3日	4日	5日	6日	計
箇所数	8	6	10	11	54	58	147

9 作業時間

時間/日	3時間未満	4時間	5時間	6時間	7時間	8時間	計
箇所数	6	8	42	71	17	3	147

10 主治医との連携

	定期的に連絡	必要に応じて連絡	連絡なし	計
箇所数	28	106	13	147

11 職員数

医 師		P SW等		そ の 他		合 計	
常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤	常 勤	非常勤
4人	22人	80人	58人	152人	265人	236人	345人

12 常勤職員がいる箇所数

	常勤職員がいる	常勤職員がいない	合 計
箇所数	117	30	147

13 通所者への手当の有無

	手 当 あ り			手 当 な し	計
	500円未満	1,000円未満	1,000円以上		
箇所数	102	21	16	8	147

平均日額 465円

14 常勤職員への報酬の有無

	報 酬 あ り			報 酬 な し	計
	5万円未満	10万円未満	10万円以上		
箇所数	11	31	51	54	147

平均月額 107,010円

15 補助の有無及び補助額

	補助あり	補助なし	計
箇所数	95	52	147

補助者 { 都道府県 72箇所
市(区)町村 77箇所
その他 22箇所

	補 助 額				計
	100万円未満	200万円未満	300万円未満	300万円以上	
箇所数	29	18	10	38	95

16 作業内容(複数選択)

	手内職	工芸等	その他
箇所数	126	24	42

17 昭和58年度通所者のうち昭和59年11月1日現在の社会復帰等の状況

対象者	社会復帰した者				通所を中止した者			通所を継続している者	不明	社会復帰した者の割合 B/A
	就 労	家事家業	その他	小 計	再入院	その他	小 計			
A 2,165人	326人	100人	46人	B 472人	167人	260人	427人	1,212人	54人	21.8%

18 経営状況

	収 入				支 出							
					人 件 費				事 業 費			
	500万円未満	1,000万円未満	1,000万円以上	計	100万円未満	300万円未満	300万円以上	計	100万円未満	300万円未満	300万円以上	計
箇所数	79	21	12	112	54	28	30	112	57	33	22	112
平均	4,091千円				3,930千円							

ICJから委嘱派遣された調査団の中間報告

以下は、本年8月1日付新聞各紙にジュネーブ発として報道された記事のもとになったレポートである。見出しは「日本に改善勧告・国際法律家委」「日本の精神医療制度に警告・国際法律家委」「日本の精神医療極めて不十分・国際委が実態報告と厳しい勧告」などで、思い起こされる方も多いと思われる。

このレポートに関連するいくつかの関連事項をあげる。

- ここにのせた「結論と勧告」は、国際法律家委員会 (I. C. J.) *1の委嘱を受けた調査団独自の意見であること。いいかえればICJの構成メンバーによって討論され、まとめられたものではないこと (同委員会の新聞発表資料にそのように記されている)。
 - 調査団を構成した「専門家」3人は、ICJのメンバーではない由であること。
 - ICJがどのような内部手続で、またどのような経過で調査団のメンバーを選んだのか十分に広報されていないので、なぜこのレポートが前述報道のようにICJ自身の見解とされるのか、その関連性がつかみにくいこと。
 - このレポートは中間的なもので「調査団による最終報告」は年末までに公表したいとのことであるが、その後にICJとしての主体的な討議、まとめがあるか否か不詳であること。
- 位置づけをとらえ切れないうまま、また、短時日の調査で正確な現状把握ができるのかどうかというごく素朴な疑念が解消できぬままに会報に掲載することに問題を感じないわけではないが、一つには、新聞報道の補足という意味合い、次には、精神科医療関係の新聞記事などでこのレポートが引用される可能性があることから、第三には、問題を法的保護の改革にとどめずそれと密接不可分のこととしてケアシステムの変革を取り上げてお

り、議論のための幅を持っていることから、参考に供することにした。これらの点を御勘案の上お読みいただければ幸いである。

日本における精神科の患者の人権と治療について 1985. 5. 4~16

国際法律家委員会 (I. C. J.)、国際保健医療専門家委員会 (I. C. H. P.) 派遣団の結論と勧告

はじめに

日本の精神病院で起きた可能性がある人権侵害に対する国際的関心の高まりにしたがい、ICJは日本に専門家のグループを派遣し勧告を行うこととした。その後、新たに結成されたICHPがこの派遣団を支援することでICJ*2と協同歩調をとった。

この派遣団の日本訪問が実現できたのは、日本の精神医療人権基金によって自主的に集められた資金の提供があったからである。この訪問は日本外務省によって受け入れられ、派遣団が訪問計画をつくるにあたっては、法務、厚生両省からの積極的な協力を得ることができた。

この派遣団は3人の専門家と1人の事務局員によって組織された。

専門家

T. W. ハーディング、ジュネーブ大学法医学研究所

J. シュナイダー、イリノイ州クック郡裁判所裁判長

H. ヴィソッキー、シカゴ、ノースウエスタン大医学部精神医学教室主任教授
事務局員

C. グレイブス、ICHP 事務局長

結論と勧告

今日の状況

1. 今日の日本の精神科の保健 (医療) 体制は、精神疾病を持つ人たちの人権を守り治療をすすめる点において、きわめて不十分であるとみななければならない。この結論は、統計や各種の報告からの情報、そして厚生省、精神科医・ソーシャルワーカー・看護者・作業療法士などの個人や組織との突っこんだ討論、及び、公私立精神病院の訪問を通じて得た観察結果を根拠にしている。
2. このように考えた主な根拠を示す。
 - a. 入院手続中、及び在院中の患者のための法的保護の欠落
 - b. 顕著な長期収容処遇と、相対的に貧困な地域処遇・リハビリテーションに特徴づけられたケア体制。
3. 厚生省の方針表明では1965年以降、その傾向が逆転することを求めていたにも拘らず、精神病床在院患者が確実に増加していることに特にふれておく (1984年には33万床を越えた)。
4. 1968年のWHOコンサルタント (D. H. クラーク) の報告は、予想された変革をもたらさなかった。彼の勧告の多くは履行されないままである*3。
5. 精神病床の80%以上が私立精神病院に属しており、それらは厚生省の直接的なコントロール下にはない。精神病床の3分の2は閉鎖病棟であり、患者はきわめて長期間在院する傾向がある。
6. 病院の運営に影響する医療経済要因と家族の希望などで在院が長期化している。
7. この派遣団に委ねられた事項の中には、人権侵害あるいは不適切な治療がなされているかもしれない一つひとつのケースを調査することははいっていなかった。これらの件は当然、それに相応する地方・国の行政部局あるいは日本の

法廷が関与することである。

しかしながら、われわれの検討したところによると、今日の日本の精神保健 (医療) サービスの機構や機能上の問題 (こそ) が、例えば、患者の身体的な退化や死亡率の上昇をもたらすかもしれない許容範囲を越えた超過入院や貧しい食事 (栄養、Nutrition)、患者の肉体的酷使、患者の労働力の搾取、不当な拘禁、そして在院中の患者が病院外の友人や家族の人々と交流したり、ないしは道理にあった条件のもとに訪問を受け入れることが不可能な状態、といった事例**にみる、きわめて不適切なケア形態、深刻な人権無視を助長する状況を生んだということができる。

8. ともあれ、われわれの主要な関心が、虐待に関する個別的直接的な事例にあるのではなく、制度全体及び、日本における精神保健 (医療) サービスの新しい方策や法的保護の新しい形態をつくる好機である点に向けられていることを強調しなければならない。これらのことが精神病患者の人権を十分に尊重し、人間的で効果的なケアを提供する条件をつくり出すことができるのである。
9. 精神病の治療、精神病に対する態度に関して多くの人々が日本の文化的特殊性を強調した。確かにこのことは無関係ではなくかつ重要ではあるが、人権に関して誰もがもっている人間としての欲求と、その基本的な側面については、文化的因子を超えてあるものと信じている。特に、近代技術と経営については急速かつ成功裡に進んでいるの対比して、日本における精神科ケアの質を評価することはのぞましいことであり、また、日本における精神病に対する烙印の問題や、病者が被っている社会的差別の強さに目を注ぐことも時宜にかなうことである。
10. 精神病を排除し、彼らのケアについて十分な資源を提供せず、病気の後までもこれらの人々

に烙印を押すのは、ほとんどの社会にみられる傾向であり、各国は、さまざまな方法でこの問題に取り組んできた。他の工業国では、総合的な精神保健（医療）サービスについて幅広い、変化に富んだアプローチが行われたが、それらもたらした利益は日本政府によっても検討することができる。ある一国のシステムのみを真似ることは適当ではなく、日本社会のニーズに見合って取り入れる必要がある。とりわけ重要な点は、在院の間を通じて行われるふさわしいケア・質のよい治療と同じレベルで、退院後の社会復帰のためにそして地域社会を拠点にしたサービスのために、十分な財源が提供されることである。

11. 日本の精神衛生法の改正は遅きに失している。他の諸国におけると同様に精神疾病を病む人々の権利と精神科医療の技術の進歩に見合うよう法律の全規定の点検を行う必要がある。日本国憲法及び日本も関係国 (a State Party) である市民的及び政治的権利に関する国際規約で述べられている権利は、現時点 (の日本の制度) では精神疾病を患う人に対して十分には保障されていない。この欠陥は矯正されなければならない。

他の諸国における現在の法は有効に検討されるべきであるが、日本に適合する法制度モデルについては、サービス面の問題と同じく、日本社会の現実に合わせると同様、現に存在する法、行政制度を考慮に加えなければならない。精神衛生法を比較検討するための情報はWHOから得ることができる。本人の意志によらないで入院させられた精神科の患者の権利の保護に関する欧州議会閣僚委員会によって採用された勧告は、もちろん検討されるべきであり日本の状況に当てはめてみるべきである。

12. 今までに述べた深刻な問題があるにも拘らず、われわれはもちろん日本に以下のような事実が

あることにも留意している。

- 精神保健（医療）におけるケアが効果的かつ総合的な形で発展するために必要な知識を持っている精神科医師及び他の保健医療従事者がいること
- これらの問題を認識し、かつ、取り得る方策を検討することに意欲を示す地方レベル、国レベルの公務員が存在すること。この点は、国際団体に対する日本の公的な声明によっても反映されている。
- 精神科問題の改善を成功させようと決意している関連市民の存在。例えば、弁護士、法律学者、ソーシャルワーカー、患者及び家族の団体の存在。

13. これらの人々の努力は今日まで、精神病に対する広範な抵抗、無関心、偏見によって停滞させられてきたし、同じく行政のかなりの不活性化によって停滞させられてきた。これらの人々の努力は、地方自治体、中央政府によって、そして専門団体及び国際団体によって奨励されるべきである。

14. 私立精神病院、国公立施設では、以前から開放治療によるアプローチ、社会復帰プログラム、外来クリニックなどを含めた革新的プログラムを充実させているところもある。このような発展はまだ限られた不十分なものであるが、今後の変革の秀れた基盤として見落せない。

速やかに行うべき措置

15. 意見を求めた人のすべてが、精神保健(医療)サービスについても精神衛生法についても改善すべき点があると信じていた。
16. 日本のような先進工業国にふさわしい近代的で効果的な精神保健（医療）システムをつくるのは、日本がこの分野で他の工業国に著しく遅れている事実からみて骨が折れることであろう。サービスが発展するにつれて、やっている中から多くの選択肢が出てくるであろうし、サービ

スや訓練の形態について、そして、精神疾病を持つ人の法制上、裁判上の保護の問題について選択がすすめられることになる。

17. 現在の日本における精神保健（医療）システムに存在する深刻な問題に関して、われわれは最小限の反応として以下の行動計画が組まれるものと信ずる。

精神衛生法の改正

- (現行法第33条にもとづく“同意”入院を含む) 自らの意志によらない全入院ケースについて独立機関⁹による審査 (review) を行うこと。この審査は、入院後短時日 (最長1ヶ月)、その後は少なくとも年に2回実施される必要がある。

- (審査を行う) 独立機関としての審判所は、都道府県レベルで機能するように設置する。この審判所のメンバー構成は、保健医療関係者、法律家、精神病患者家族、その他の一般市民である。

この審判所がすべての申し出に迅速に応じかつ障害なく審査が実施できるように国と都道府県は事務局員と十分な資材経費を用意する必要がある。事務運営は法手続の基本概念に一致するものでなければならない。

- (法律で定めるべきことの中には) 職員配置、治療水準に関する審査、個々の苦情の受理・調査にもとづく審査を行うための定期監査の規定がなければならない。苦情処理手続は複雑でなくかつ迅速に救済できるようにすべきである。

- すべての在院患者にその権利が十分に伝えられること、そして前記の審判所や彼らを選んだ代理人 (例えば家族、友人、主治医でない医師、弁護士) に対して手紙や電話で自由に連絡がとれる規定。

- 独立した有資格者から患者が援助、助言を得ることができる旨の規定

- 精神病院内において発生したすべての人身傷害事件を記録し、それらの事件がどこの所管であるかを探査できる独立機関にそれらを報告すべき旨の規定。

精神病院内で発生した死亡は (すでに重篤な身体疾病に罹患している高齢者の場合を除き) すべて独立した手続によって定期的に調査されなければならない。この手続の中には解剖も含まれる。

精神保健（医療）の改善、再検討

- 厚生省と都道府県は、精神病のための地域ケアプログラムや社会復帰プログラムを広く発展させるために、関係者を督励し、また必要な財源を供給する必要がある。

- 医療費支払制度 (点数制度) は今日の精神科治療のあり方や精神科患者のニーズに見合っ設定されるべきである。現在のところ、早期退院のために集中治療の形態を設置するより、より以上に、一層刺激的な在院期間短縮策がとられる必要がある。あらゆる形の外来患者ケア、地域ケアに対して重点的に診療報酬を設定すること。保健所に設けられた外来クリニック、保護的な作業施設、看護者やソーシャルワーカーの家庭訪問、危機介入サービス、服薬継続の指導、患者クラブ及び退院患者に必要な援助と指導を提供するその他の活動に対しては、国及び私的保険基金から十分な資金が出されるべきである。

最近入院した患者のニーズは、まず社会復帰プログラムにあることに留意する必要がある。もちろん病院内のものであっても社会復帰プログラムに対しては十分な資金が提供されるべきである。

- 保健医療担当の部局は、現に存在する“長期在院”患者の社会復帰を促進し、新しい患者の不必要な長期在院を防ぐために、精神病院が行っている活動について綿密に事情を聴

取、監視 (monitor) すべきである。

- また新しく精神科に入院した患者の平均在院期間は相当程度短縮する可能性があり、これによって在院患者全数も減少させることができる。
- はるか以前に入院した患者のうちには (特に高齢患者)、そう遠くない将来、自立して生活できるには至らない者もいることを認識すると、このような患者のためには、例えばグループホームとかホステルなどの、ある程度のケアと生活条件が整った資源が用意されなければならない。
- 退院患者のために必要な住居、社会のサポート、職業などを保障するためには、自治体行政部局、社会局 (社会サービス)、産業の協力体制が不可欠である。退院患者の雇用を促進する政策も検討されるべきである (例えば、税の減免措置)。

精神保健 (医療) 分野における教育、訓練の改善

- 精神科医師
社会復帰と地域精神保健 (医療) ケアに特に重点をおく教育、訓練。
(すでに他の臨床科で存在するような) 一定の認定実施計画にもとづき、精神科医のために公に承認された訓練プログラムをつくるのが有効な具体例となると思われる。
- 他の精神保健 (医療) 従事者
看護者、心理技術者、ソーシャルワーカー、作業療法士に対しても、社会復帰や外来患者のケアに焦点を合わせた訓練と経験が必要である。今日、これらの人の技術は主として施設内のケアに向けられている。
- すべての保健 (医療) 従事者
人権問題、保健 (医療) 制度と裁判制度の間の関係などの理解をより確実にするために、医学的倫理学及び医療の法的側面についての教育が強化されなければならない。

- 法の専門家
精神保健 (医療) 問題の理解をすすめるための訓練
- 地域社会の指導者及び一般の人々
地域社会の中で、より多くの患者のための精神保健 (医療) ケア制度になるように改革をすすめてゆくためには、精神病患者に対する一般の人々の態度を変えさせ、精神病の烙印を減少させるための保健教育が平行して行われなければならない。
慢性の障害を持つ精神科の患者に対しては、身体疾病のために障害を持つに至った患者と同じく、福祉サービスの利益を受けることで同一の権利があるべきだし、社会復帰サービスに関しても同様の参加権が保たれるべきである。

18. われわれは以上に述べた変革が国家的に優先されるべきものと信じている。精神保健 (医療) 法制及びサービス体系を研究するために広い分野からの参与のもとに臨時審議会が内閣総理大臣によって設置されることは、国家的優先課題と呼ぶにふさわしい時宜にかなった措置と思われる。

- * 1 International Commission of Jurists、1957年に設立された法律家を委員とする非政府機関。設立目的の中核をなすものは、司法部及び法律職の独立を強化推進し、罪に問われた人々のための公正な裁判を促進することとされる (規約4条)。地理的に広く代表する法律家25~40名によって構成され、本部はジュネーブにあり、国連経済社会理事会、ユネスコ、ヨーロッパ理事会における諮問的地位を得ている。
この委員会の活動は、刊行物発行、講演、集会、会議、TV・ラジオ番組の編成及び放送、その他委員会の目的達成に沿う各種活動

となっており、その他に属する活動は従来法的秩序・政府機構の乏しいところを中心という。わが国にもこの委員会のメンバーがいるが、今回の調査団の委嘱派遣について連絡等は行われていない由である。

なお国連経済社会理事会のもとに国連人権委員会及び専門家で構成される人権小委員会 (差別防止及び少数者保護小委員会) があり、人権問題が一国の利益を越えた問題でもあるところから非政府機関 (すなわち市民レベル) の一部にオブザーバーとしての参加・発言を認めている (諮問的地位)。逆にいえば、その非政府機関の質が人権小委員会の活動の質を規定するともいわれている。

- * 2 International Commission of Health Professionals
- * 3 7月31日付のICJの新聞発表 (8月1日付日本の新聞記事) によると、同報告中の国家監察官制度、新精神衛生法の制定、精神科医に対する資格認定制度が例示されている。
- * 4 報道等にみられた具体例を指しているものと思われる。
- * 5 いわゆる第三者機関の意味で、行政及び当事者から独立していること、手続が明らかであってそれが保証されていることなどが要件とされる。

お知らせ

1 第33回精神衛生全国大会の開催

期 日 昭和60年11月7日 (木)

会 場 広島郵便貯金会館ホール

広島市中区白島北町19-1

大会テーマ ライフサイクルを通じた心の健康づくり—その理解と実践—

式次第 (1) 大会式典 (厚生大臣・日本精神衛生連盟会長表彰、挨拶等)

(2) 記念講演他

主 催 厚生省、(財)日本精神衛生連盟、(財)健康・体力づくり事業財団

共 催 広島県、広島市、呉市、広島県精神衛生協会、広島県精神病院協会、広島県精神神経科診療所医会

後 援 最高裁判所、総理府、警察庁、法務省、文部省、労働省、(社)日本医師会等

2 昭和60年度全国精神衛生連絡協議会総会等の開催

日 時 昭和60年11月6日 (水)

総 会 14時~15時

懇話会 15時10分~16時30分

演 題 「煎り豆に花が咲いた」

講 師 森 岡 まさ子 (矢野M・

Gユースホステル代表)

会 場 地方職員共済組合 鯉城会館5階サロ
ン

広島市中区大手町1-5-3

広島県民文化センター内

事務局だより

1. 今年度の精神衛生全国大会は、「お知らせ」欄のとおり11月7日広島市で開催されます。また大会前日の11月6日は当連絡協議会の総会と併せて精神衛生懇話会を開くことになっておりますので関係各位の御出席をお

待ちしております。

2. 各都道府県の精神衛生協会の情報交換誌である「地方精神衛生」の原稿をお願いしておりますが未着のところも見受けられません。総会開催のときまでにはおとどけしたいと思いますので至急お送り下さるようお願いいたします。

昭和60年9月 発行

編集・発行 土居 健郎

発行所 〒272 市川市国府台1～7～3

国立精神衛生研究所内

全国精神衛生連絡協議会