
全国精神衛生連絡協議会



昭和62年3月

会報12号

目 次

全国精神衛生連絡協議会総会の報告	2
精神衛生懇話会の報告	3
全国精神保健主管課長会議（厚生省）の概要	6
公衆衛生審議会答申（62. 2. 27）	17
老人痴呆疾患電話相談事業から 一三年を経て一	22

全国精神衛生連絡協議会総会の報告

昭和61年度の全国精神衛生連絡協議会の総会が61年10月22日、青森市で行われた第34回精神保健全国大会の行事の一環として開催された。総会に先だって理事会審議があり、総会には27都道府県精神衛生協（議）会から41名の参集を得て盛会裡に終了した。

石原副会長の挨拶があり青森県環境保健部長の祝辞をいただいた後、議長に地元青森県精神衛生協会佐藤会長を選任し議事に入った。

昭和60年度事業報告・収支決算、その他61年度事業計画等の議案の審議が行われ、原案どおり承認された。議決された案件は次のとおりである。

1 昭和60年度事業報告

- (1) 総会の開催 (60. 11. 6 広島市)
- (2) 理事会及び常務理事会の開催
理 事 会 (60. 11. 6 広島市)
常務理事会 (60. 9. 4 東京都)
- (3) 精神衛生懇話会の開催 (60. 11. 6 広島市)
(講師 矢野MG ユースホステル代表 森岡まさ子)
- (4) 精神衛生全国大会への参加 (60. 11. 7 広島市)
- (5) 「地方精神衛生」誌の発行、配布 (第5号)
- (6) 会報の発行、配布 (第9、10号)
- (7) 各協（議）会機関誌の収集及び広報活動
- (8) その他

2 昭和60年度収支決算

収入の部			支出の部		
科目	金額	摘要	科目	金額	摘要
会 費	900,000	44協会分	諸 謝 金	60,000	総会、懇話会
雑 収 入	62,757	(群馬の61年度分前納を含む)	旅 費	214,740	
前年度より繰越金	41,861	預金利息 広告料・協賛金	需 要 費	598,565	印刷費他
			負 担 金	100,000	
			小 計	973,305	
			翌年度への繰越金	31,313	
計	1,004,618		計	1,004,618	

3 昭和61年度事業計画

- (1) 総会の開催 (61・10・22 青森市)
- (2) 理事会及び常務理事会の開催
- (3) 精神衛生全国大会への参加 (61・10・23 青森市)
- (4) 精神衛生懇話会の開催
- (5) 「地方精神衛生」誌の発行、配布 (第6号)
- (6) 会報の発行、配布 (第11、12号)
- (7) 各協（議）会機関誌の収集及び広報活動
- (8) その他

4 昭和61年度収支予算

収入の部			支出の部		
科目	金額	摘要	科目	金額	摘要
会 費	860,000	43協会分	諸 謝 金	40,000	総会、懇話会
雑 収 入	62,000	預金利息	旅 費	211,040	
前年度より繰越金	31,313	広告料収入	需 要 費	598,000	印刷費他
			負 担 金	100,000	
			小 計	949,040	
			予 備 費	4,273	
計	953,313		計	953,313	

5 昭和62年度事業計画

- (1) 総会の開催
- (2) 理事会及び常務理事会の開催
- (3) 精神衛生全国大会への参加
- (4) 精神衛生懇話会の開催
- (5) 「地方精神衛生」誌の発行、配布 (第7号)
- (6) 会報の発行、配布 (第13、14号)
- (7) 各協（議）会機関誌の収集及び広報活動
- (8) その他

6 昭和62年度収支見積

収入の部			支出の部		
科目	金額	摘要	科目	金額	摘要
会 費	880,000	44協会分	諸 謝 金	40,000	総会、懇話会
雑 収 入	2,000	預金利息	旅 費	132,230	
前年度より繰越金	4,273		需 要 費	613,000	印刷費他
			負 担 金	100,000	連盟会費
			小 計	885,230	
			予 備 費	1,043	
計	886,273		計	886,273	

7 役員の変更について

規約第9条により本年度で現役員の任期が満了するため役員の変更が審議され、次のとおり新役員が決定した。

顧 問 (留任) 加藤正明
富士心身リハビリテー
ション研究所理事長
(留任) 土居健郎
前国立精神衛生研究所長

会 長 (留任) 高臣武史
国立精神・神経センタ
ー精神保健研究所長

副 会 長 (留任) 中尾弘之
福岡県精神衛生協会
会長
(留任) 石原幸夫
神奈川県精神衛生協
会副会長

理事北海道 (留任) 岡本康夫
北海道精神衛生協会
会長

東 北 (新任) 遠藤 康
宮城県精神衛生協会
会長

関東甲信 (留任) 〇栗田正文
神奈川県精神衛生協
会会長

東海北陸 (留任) 庄司辰雄
静岡県精神衛生協
会会長

近 畿 (留任) 本岡一夫
大阪精神衛生協
議会常務理事

中 国 (新任) 大重彌吉
岡山県精神衛生協
会会長

四 国 (留任) 大西 寧
香川県精神衛生協
会会長

九 州 (留任) 中尾弘之

学識経験者 (留任) 石原幸夫

(留任) 〇浅尾博一
大阪府立中宮病院
長

(留任) 〇岡上和雄
国立精神・神経センタ
ー精神保健研究所精
神保健計画部長

(留任) 佐藤壹三
千葉大学医学部精神
医学教室教授

(新任) 柴田洋子
東京都精神衛生協
議会会長

監 事 (留任) 瀬川 浩
茨城県精神衛生協
議会常務理事

(新任) 蜂矢英彦
東京都精神衛生協
議会理事

〇印 常務理事

精神衛生懇話会の報告

昭和61年10月22日青森市で開催した総会に引き続き、当連絡協議会の常務理事でもある国立精神・神経センター精神保健研究所岡上和雄精神保健計画部長の講演が行われましたが、次はその時の要旨に手を加え現時点に合わせたものです。

演題「福祉型社会復帰施設をめぐる意見から」

(1) 予算にみる考え方の変化

昭和62年度精神保健関係の政府予算(案)一別記一にみられるように、精神障害者社会復帰施設関係の施設整備に重点を置いたものとなってお

り、考え方の上でも次のような変化がみられる。

ア、10数年使われてきた「精神障害回復者」という名称が用いられていない。

イ、施設概念として「福祉型」施設が登場した。そして、医療型施設(精神科デイケア施設)にこの福祉型施設を合わせて、とくに〔回復者〕という「ただし書き」を加えずに『精神障害者』社会復帰施設』と総称する形をとっている。

精神衛生法等の一部を改正する法律案要綱では、地方公共団体、社会福祉法人その他の者が設置で

きる施設として、精神障害者生活訓練施設、精神障害者授産施設をあげている。

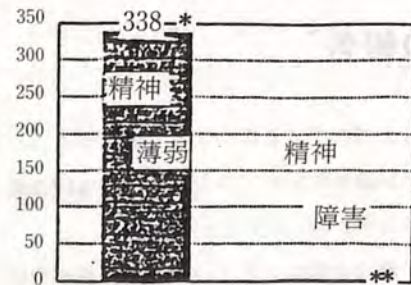
これと、予算書に記されている四施設—精神障害者授産施設(仮称、以下同じ)、同福祉ホーム、同通所授産施設、同小規模保護作業所—との間の整理が、この会報にあげた資料だけでは、一部読み取りにくい、あるいは実施面からイメージしにくい点があるかもしれないが、いずれにせよ、これらの施策が「精神障害者」の地域社会への統合の大きなステップとして発展することを願わずにはいられない。

(2) ゼロからの出発、授産施設を例に

改正要綱では、社会福祉事業法の一部改正を行うとしている。今までは、制度の上での位置づけがなかったから、比較にならないのがむしろ当然ともいえるが、たとえば精神薄弱者との比較でみると、精神薄弱者のための授産施設が338施設(入所授産施設133、通所授産施設205)に対して、同じ物差しでみれば精神障害者のためのものはゼロである。文字どおり0からの出発である(図1)

何はともあれ今後相当の努力がいることは多くの人の一致した意見のようである。

図1 授産施設の比較(全国)



* 社会福祉施設調査 59.10.

ただし、低所得者に対するいわゆる社会福祉事業授産を行う施設で実質的に精神障害者のために活動を行っている施設は、東京《社会福祉法人新樹会 創造印刷》、津山《社会福祉法人江原恵明会 友楽荘》にあるし、このような形をとらなくても活動している施設があることは、知られるとおりである。

(3) 授産施設はいくつぐらい必要か

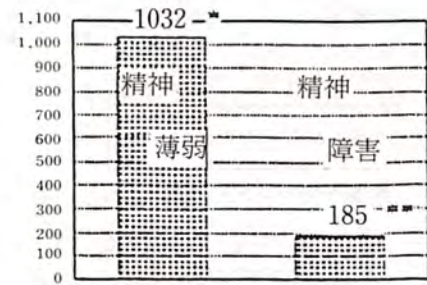
授産施設の利用を必要とする人の数は、さまざまな性格づけで存在する共同作業所あるいは福祉作業所・精神障害者小規模作業所などの兼ね合いで考えなければならないので、単純な比較は難しい点もあるが、たとえば、障害基礎年金の受給者の数からみても、少なくとも精神薄弱者授産施設と同水準の充実是不可欠と思われる。むしろ、作業所の普及状況(たぶん、精神障害者の方が5分の1ぐらいではないだろうか—図2)から考えると、それ以上の普及の努力が要るといった方がよいかもしれない。精神障害者の方がまだまだ年金を受けている率は低いし、ケアを必要とする人が当分増加し続けること(図3)などは、その傍証である。

なお、昭和58年の厚生省の精神衛生実態調査の結果から計算しても、小規模作業所と合わせて人口万対3以上(精神科デイケアも同数以上)の普及が求められている。

(4) 普及の前提となる自治体の問題意識

精神障害者通所授産施設などの運営費は、おそらく精神薄弱者や身体障害者の福祉施設と同様であろうから、地方公共団体・社会福祉法人その他のどこが実施しても、経費の負担は、国が半分、県(市)が半分ということになる。施設を作るにあたっては、社会的関心の強い老人福祉施設などでみられる法定額を越えた市町村の援助は望外としても、それでも、県や市の絶大な理解・協力が、発展のための大前提であることは、これも関係者の一致した意見のようである。

図2 小規模作業所数の比較(全国)



* 育成会調60.9. ** 全家連調60.12.
* 公設 315 ** 公設 2

(5) 実務的立場からの要望のいくつか

経営基盤が安定している既存の団体にたよらざるを得ないことはもちろんだが、それに加えて、これまで“やっとのやりくり”で支えてきた財政基盤の弱い団体の要望を汲み取ることが大切という意見も強い。

以下、授産施設だけでなく、居住のための施設を含めて、順不同でいくつかの要望をあげてみたい。

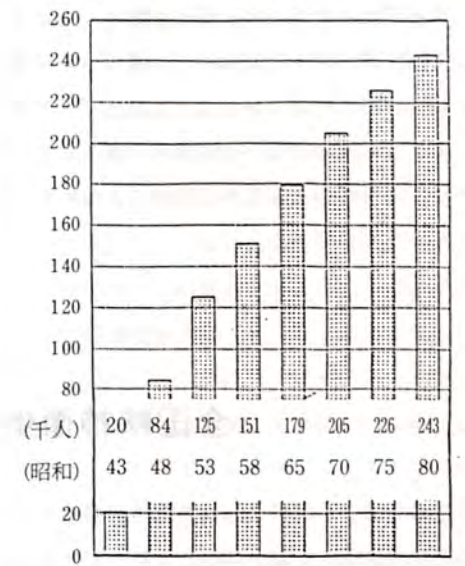
第一は、今少し容易に法人化できるよう、道を広げてほしいとする要望である。

第二には、仮に、法人化されなくても国や自治体が援助する道を開いて欲しいという切羽詰まった要望もある(後にも例示する神奈川県精神薄弱者のための「生活ホーム」は、財団法人でもよいとされる)。

第三に、大都市圏を中心に、建物を借り上げる方式(たとえば、生活寮(東京都)、精神薄弱者生活ホーム(神奈川県))を取り入れてほしいし、それこそ現実的という意見である。この要望には、借地でもよいではないか、という希望も加わる。

第四に、設置に際し、少なくとも機械的に住民

図3 何らかのケア(除、通常外来)を要する通院患者の数的推移、予測



の同意書を取る、公聴会を開くなどと即断しないよう、行政の慎重な対応を求める声も強い。〈普及啓発の良い機会〉などというのは、日本ではまだ早いということである。

(6) 共通化したい関係者の現状認識

基本的には、地域の受け皿づくりは、どこがやるべきか、というより、どこどこが積極的にやってくれるか、という問題であるということである。

次に、かりに、長期の在院者を地域社会に融け込んで貰うとするなら、家族と一緒に暮らすだけが只一つの選択肢ではないから(図4)、授産寮や福祉ホームの発展に合わせて「ごくふつうの家」を借り上げて2、3人で住めるような自治体独自の補助(たとえば、横浜市の精神薄弱者のためのグループホームなど)を推進すべきという意見である。

加えて、そのような人々を外から支えるスタッフを制度化する運動が必要という点も、今やかなり共通化している認識のようである。

最後に、精神障害全体、あるいは、いちばんサポートの対象となる可能性が強い分裂病患者でみ

でも、地域的に患者数の多寡があつて（地域プロ
ック別にみて、対人口割りの人数が、前者で1.6：
1、後者で2：1ていどの格差があると推定され
る）、数的にも全国一律ではなく、異なった地域
の間で相互理解が大切ということも加えたいと思
う。

以上、この間の何回かの関係者の集まりなどで
聞かせていただいた意見を、簡単にまとめさせて
いただいたものである。

図4

きょうだいが引き取ること

困難だと思う	84%
--------	-----

家族会リーダー（全国）

退院しても家に引き取ること

困難だと思う	64%
--------	-----

家族：約1万人（会員・全国）

ぜんかれん：日本の精神障害者と
家族の生活実態白書、1986。
ぜんかれん

全国精神衛生主管課長会議の概要

厚生省では、2月17日(火)に各都道府県政令市の
精神保健主管課長会議を開催しましたが、その主
な資料を掲載し参考に供します。議題と主な資料
は次のとおりです。

議 題

- 精神衛生法の改正について
- 昭和62年度精神保健関係予算（案）について
- 精神障害者の社会復帰について
- 老人精神保健対策について
- 精神保健研究所における研修事業について

資 料

- 1 精神衛生法改正の基本的な方向について（中
間メモ）

昭和61年12月23日
公衆衛生審議会精神衛生部会

第1 はじめに

近年、我が国の精神医療・精神保健をめぐる状
況には大きな変化がみられる。医学の進歩等に伴
い入院中心の治療体制から地域中心の体制への転
換と精神障害者の社会復帰の促進が強く求められ
ている。他方、精神障害者の人権をめぐる議論が
高まっており、現行の精神衛生法について精神病
院入院患者の人権という観点からその見直しを行
うべきであるとの意見が強く出されている。

このような中で、厚生省においては次期通常国
会に精神衛生法改正案を提出すべく、現在幅広く
検討を行っている。

当部会においては、去る10月以降、精神衛生法
改正に関して精力的に審議を行ってきたが、今
後の当部会での審議あるいは現在行われている
精神衛生法改正のための検討にも資するものとす
るため、当部会として、これまでの審議を踏まえ
た精神衛生法改正に当たっての基本的な考え方並
びに当面改正すべき事項についての中間的な意見
を取りまとめた。なお、多くの検討すべき問題を
残しているが、それについては今後引き続き検討
を行っていくこととした。

第2 基本的な考え方

精神衛生法の改正に当たっては、国民の精神的
健康の保持及び向上を図るとともに、患者の個人
としての尊厳を尊重し、その人権を擁護しつつ、
適切な精神医療の確保及び社会復帰の推進を図
ることを基本的な方向とすべきである。このため保
健、医療、社会復帰及び社会福祉を包括する総合
的施策の実施が必要である。

今日、精神保健の問題は、多様化し、複雑化す
る現代社会において極めて重要な課題になってい
る。このため、国民が自らの精神的健康の保持増

進に努めるとともに、地域においても、精神保健
対策の充実が図られる必要がある。

精神医療については、できる限り一般医療と同
様、生活の場に密着したところで適切な医療が受
けられる体制を整備する必要がある。医療形態に
ついては通院医療を推進し、入院を必要とする場
合には、できるだけ本人の意思に基づく入院医療
を進め、本人の意思によらない入院医療について
は、必要限度を超えることのないよう患者の人権
が尊重される制度とすることが必要である。

また、精神障害者の社会復帰・社会参加につ
いては、本年7月の本審議会の意見具申において述
べられた考え方に沿って、その推進のための対策
を更に強力に進めていくことが必要である。

なお、精神保健・医療に関しては、研究とスタ
ッフの養成・充実が重要であり、今後とも積極的
に取り組んでいく必要がある。

第3 当面改正すべき事項

以上のような基本的な考え方に基づいて、当面、
以下に掲げる方向で精神衛生法改正が行われるべ
きである。

I. 地域精神保健対策の推進

国及び地方公共団体が広く国民一般の精神的
健康の保持及び向上を図るための施策の実施に
積極的に取り組むべきことにつき、法律に規定
を設けることが必要であると考えられる。

II. 入院制度等

1. 入院形態の見直し

1) 自由入院の法定化

ア、現行法において規定されている入院形
態はいずれも本人の意思とは関係のない
ものであるが、患者の人権という観点か
ら本人の意思による入院を推進すべき
であつて、法律上も明確に位置付けるこ
とが必要であると考えられる。なお、他
の入院形態で入院した者もできるだけ自
由入院へ移行しやすいようにすべきであ

る。

イ、自由入院患者については本人の意思に
より退院できることが原則である。ただ
し、自由入院患者といえども病状によ
つては他の入院形態へ移したり、家族との
連絡・調整等が必要な場合があるので、
例えば72時間程度の退院制度をできるよ
うにする必要があると考えられる。

ウ、自由入院患者については、原則として
開放的処遇によるべきである。ただし、
病状によっては、一時的にその医療又は
保護のため必要最少限の行動制限を行う
ことができるものとするのが適当であ
ると考えられる。

エ、なお、「自由入院」という呼称につ
いては、他の適切なものとする必要がある。

2) 同意入院の見直し

ア、同意入院は本人の意思によらない入院
であり人権上も特段の配慮を要するもの
である。この入院形態は、入院医療が必
要であるにもかかわらず本人が同意しな
い場合に限定し、精神衛生法に規定する
指定医の診断を要件とするとともに、定
期的にチェックする仕組みを制度化する
等の措置を講じた上で、患者の医療を確
保する観点から存続させることが適当で
あると考えられる。

イ、患者の早期治療という観点から、家庭
裁判所による保護義務者選任手続きの実
態等を踏まえ、医療上必要な場合に入院
させることができるよう、例えば扶養義
務者が同意した場合に一定期間に限り入
院を認める措置が可能となるようにする
ことが適当である。

ウ、なお、「同意入院」という呼称につ
いては、他の適切なものとする必要がある。

3) 措置入院の適正化

措置入院制度の適正な運用という観点から、他の入院形態に移す場合を含め措置の解除に当たっても精神衛生法に規定する指定医の診察を要件とする必要があると考えられる。

4) 精神科救急への対応

精神科医療においても意識障害の場合など救急的な対応が必要とされる場合があるので、実施する病院等について一定の要件を課した上で、精神衛生法に規定する指定医の判断によって例えば72時間程度の短期間に限り入院が可能となるよう制度を設けることが適当であると考えられる。

2. 入院手続きの整備

入院に際しては、患者又はその保護義務者からの調査請求が保障されていること等患者の権利保護に必要な一定の事項について告知を行うよう制度化する必要がある。

3. 入院患者の人権の確保

1) 定期的な病状報告の実施

措置入院患者及び同意入院患者について、入院後の期間に応じて一定期間ごとに病状報告を徴し、入院継続の要否について定期的にチェックを行う必要がある。

2) 入院患者にかかる調査請求規定の整備

入院継続の要否その他患者の処遇に関して都道府県知事に対して患者又はその保護義務者から調査を請求することができるよう規定を整備する必要がある。

3) 入院患者にかかる審査機関の設置

1) の病状報告による入院患者の入院継続の要否及び2) の調査請求に関して、公正かつ専門的な観点から判断を行うための審査機関を都道府県に新たに設けることが適当であると考えられる。

4) 行動制限規定の明確化

入院患者の行動制限に関しては、患者の

人権擁護の観点に立って、必要最少限にとどめる。特に、入院患者にかかる信書の発受信については制限を行うことができない旨を明確化すること、また、保護室の使用等少なくとも一定の行動制限については精神衛生法に規定する指定医の判断に基づくものとする等措置を検討することが必要であると考えられる。

4. 精神衛生鑑定医制度の見直し

1) 指定要件の見直し

患者の人権に十分配慮する必要があることに鑑み、精神衛生鑑定医の指定の要件としての精神科実務経験について見直すとともに所定の研修を要件として加えるなどの見直しを行い、精神衛生法に規定する指定医として位置付けることが必要であると考えられる。

2) 指定医の業務

1) の精神衛生法に規定する指定医は、従来の精神衛生鑑定医の業務を行うほか、一定の行動制限、退院制限や同意入院患者の入院等についての判断を行うものとする必要があると考えられる。

5. 精神病院に対する指導・監督規定の整備

精神病院における患者処遇の適正を一層確保する観点から、国及び都道府県は精神病院に対して患者処遇に関する報告徴収・調査等を行い、改善勧告等必要な措置を講ずることができるようにすることが適当であると考えられる。

III. 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進

1. 精神障害者の社会復帰・社会参加の促進については、本年7月の本審議会の「社会復帰に関する意見」を踏まえ、社会復帰のための施設の設置等に関する規定や、社会復帰・社会参加の促進について、それぞれの役割分担を十分に検討した上で、国・地方公共団体並

びに民間レベルの積極的な取組みに関し規定を設ける必要があると考えられる。

2. 精神障害者の社会復帰の促進という観点から、精神病院において患者に対する相談・援助や家族等との調整・連絡等を行う職員を置く旨をうたうことが適当であると考えられる。

IV. その他

1. 法律の名称について

法律の名称については、例えば「精神保健法」というものに改めることが適当であると考えられる。

2. いわゆる大都市特例について

精神保健行政においていわゆる大都市特例を設けることが望ましいと考えるが、他の行

政分野における道府県と大都市との役割分担との整合性等に配慮しつつ、検討すべきであるとする。

3. 精神障害者の定義規定について

現行法第3条の精神障害者の定義規定については、その全面的な改正を求める意見もあるほかその範囲及び規定の仕方など種々議論を要する点が多いことから、引き続き慎重に検討を行っていくことが必要である。

4. 保護義務者について

保護義務者に係る問題については、市町村長が保護義務者として入院の同意を行うことを含め、更に検討を行う必要がある。

2 昭和62年度精神保健関係予算(案)について

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
	千円	千円	《注》
(項) 精神衛生費	63,175,422	57,907,386	(項) 精神衛生費(目) 精神衛生費等補助金については、62年度の予算から法律の規定振りにより「目」の名称が負担金と補助金に区分された。
(目) 精神障害者措置入院費等負担金	49,625,935	43,506,783	医療費単価 年額2,700,737円
措置入院費	49,625,935	43,506,783	
(目) 精神保健対策費等補助金	13,549,487	14,400,603	
(1) 通院医療費	11,679,024	12,524,321	医療費単価 月額 17,598円
(2) 同意入院費	1,259,980	1,208,034	
(3) 公費負担医療費適正化対策費	161,973	185,963	同意入院実地審査 実施率 18%
(4) 精神衛生センター運営費等補助金	448,510	482,285	
ア 精神衛生センター運営費	92,267	107,657	・酒害相談事業 43カ所 ・心の健康づくり推進事業 43カ所

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
			・デイ・ケア事業 A級 7カ所 B級 13カ所
イ 精神科デイ・ケア施設運営費 (精神障害者回復者社会復帰施設を名称変更)	150,553	104,884	㊦・精神衛生業務従事者研修事業 7カ所 箇所数 14カ所 (1) 入所・通所型 4カ所 (2) 通所型 10カ所 補助額 (1) 入所・通所型 (1カ所当り) 22,544千円 (2) 通所型 (1カ所当り) 1,307千円
ウ 精神障害者援護寮施設運営費 (精神衛生社会生活適応施設を名称変更)	42,325	43,219	補助額 (1カ所当り) 43,219千円
エ 通院患者リハビリテーション費	147,771	192,925	実施県 47県
㊦オ 精神障害者小規模保護作業所運営助成費	0	33,600	1 補助先 ㊦全国精神障害者家族会連合会 2 補助率 定額 3 補助額 (1カ所当り) 700千円
カ ナイト・ケア部門運営費	15,594	0	合理化廃止
(項) 保健衛生諸費	534,384	730,429	
1 保健所業務費補助金精神衛生対策費(4号経費)	223,934	260,133	(1) 訪問指導件数 46,245件 (2) 社会復帰相談指導実施保健所数 563カ所 ㊦(3) デイ・ケア実施保健所 10カ所
2 保健所運営費交付金	309,138	468,984	
(1) 精神衛生従事者の確保	118,216	214,023	精神衛生相談員

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
(2) 老人精神衛生相談事業費	190,922	254,961	老人分 230人 社会復帰分 104人 老人精神衛生相談事業実施保健所 426カ所
3 優生手術費交付金	1,312	1,312	
(項) 厚生本省	17,306	29,550	
1 保健医療行政特別対策費			
㊦ 痴呆性老人総合対策検討費	0	6,749	1 痴呆性老人対策専門家会議の設置 2 内外関係資料等の収集分析
2 精神衛生等対策費	17,306	17,255	
(1) 精神衛生指導費	1,369	1,369	
(2) 精神衛生相談員資格取得講習会費	1,107	1,107	
(3) 精神障害者等保健指導指針策定費	1,206	1,206	
(4) 優生保護対策費	1,460	1,460	
(5) 覚せい剤慢性中毒者対策費	3,253	3,253	
(6) 老人精神保健対策費	4,899	4,899	
㊦(7) 痴呆性老人保健医療指導推進費	0	3,961	・痴呆性老人臨床医等研修の実施
(8) 精神保健基本問題検討費	4,012	0	
㊦ 3 精神衛生法の改正に要する経費	0	5,546	
(項) 科学研究費 厚生科学研究費補助金	16,000	58,000	・在宅ケアに関する研究等 8,000千円 ・補助先 ㊦全国精神障害者家族会連合会 ㊦・精神保健医療研究費 50,000千円 ・補助先 研究班

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
課 計 〔保健医療局企画課一括計上分〕	63,743,112	58,725,365	
(項) 保健衛生施設整備費			
保健衛生施設等施設整備費補助	4,350,000	6,132,500	
精神病院等施設整備費	—	—	1 精神病院施設 ㊦補助基準面積の増(老人精神病棟への改築の場合) 13.2㎡→15.3㎡
			2 精神衛生センター施設
			3 精神科デイ・ケア施設 補助先、補助率 ・地方公共団体 1/2 ・非営利法人 1/3
			4 精神障害者援護寮施設 補助先、補助率 ・都道府県 1/2 ・市町村 } ・社会福祉 (国1/2、都道府 法人 } 県1/4、市町村等 ・民法法人 1/4 等 }
			㊦5 精神障害者福祉ホーム施設 補助先、補助率 ・都道府県 1/2 ・市町村 } (国1/2、都道府 ・社会福祉 県1/4、市町村等 法人 } 1/4
			㊦6 精神障害者通所授産施設 補助先、補助率 ・都道府県 1/2

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
(項) 保健衛生諸費			・市町村 } (国1/2、都道府 ・社会福祉 県1/4、市町村等 法人 } 1/4)
保健衛生施設等設備整備費補助	694,139	659,432	7 ナイト・ケア部門(精神科 デイ・ケア施設に統合)
精神病院等設備整備費	—	—	1 精神病院設備
			2 精神衛生センター設備
			3 精神科デイ・ケア施設設備
			4 精神障害者援護寮施設設備 補助先、補助率 ・都道府県 1/2 ・市町村 } ・社会福祉 (国1/2、都道府 法人 } 県1/4、市町村等 ・民法法人 1/4 等 }
			㊦5 精神障害者福祉ホーム施設設備 補助先、補助率 ・都道府県 1/2 ・市町村 } (国1/2、都道府 ・社会福祉 県1/4、市町村等 法人 } 1/4)
			㊦6 精神障害者通所授産施設設備 補助先、補助率 ・都道府県 1/2 ・市町村 } (国1/2、都道府 ・社会福祉 県1/4、市町村等 法人 } 1/4)
			7 ナイト・ケア部門設備 (精神科デイ・ケア施設に統合)

事 項	前年度予算額	昭和62年度予算額	備 考
〔社会保険庁一括計上分〕 健康づくり啓蒙事業委託費 (精神保健課関係)	36,018	34,577	委託先 健康・体力づくり事業財団
			1 精神保健思想普及費 3,856千円
			2 精神病院技術職員等研修費 4,300千円
			3 アルコール中毒対策活動費 4,833千円
			4 酒害予防対策検討費 2,150千円
			5 酒害予防思想普及費 8,534千円
			6 アルコール中毒臨床医等研 修費 6,604千円
			7 アルコール中毒等調査研究 費 4,300千円

3 精神障害者社会復帰施設について

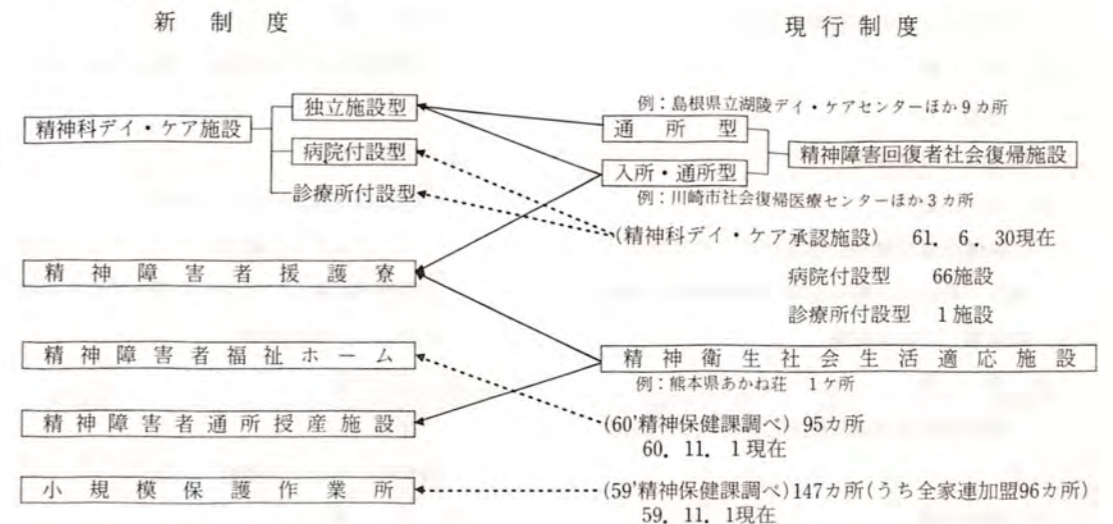
(1) 精神障害者社会復帰施設の概要

施 設 種 別	概 要
I 医療型施設	社会生活一般の機能の回復を図るために、各種の医学的ケアを必要とする者に対して、一定時間、一定の計画に基づく通院治療を行う。
1 精神科デイ・ケア施設 (仮称)	
(1) 独立施設型	定員：60名 職員：13名 医師、看護婦(士)、OT、PSW、CP等
(2) 病院付設型	定員：40名 職員：4名 医師、看護婦(士)、OT又はOT-A、PSW 又はCP
(3) 診療所付設型	定員：15名 職員：3名 医師、看護婦(士)又はPSW又はCP、 OT又はOT-A

II 福祉型施設	回復途上にある精神障害者に一定期間利用させ、生活の場を与えるとともに、医療的専門知識をもった職員により生活の指導等を行い、昼間は治療的作業訓練等に通わせることにより、自立への促進を図る。 定員：おおむね20名 職員：4名 施設長、PSW、専任職員2名(顧問医)
1 精神障害者援護寮 (仮称)	
2 精神障害者福祉ホーム (仮称)	一定程度の自活能力のある精神障害者が家庭環境・住宅事情等の理由により、住宅の確保が困難な者に対し、生活を営むための施設を提供する。 定員：おおむね10名 職員1名 管理人、(顧問医)
3 精神障害者通所授産施設 (仮称)	相当程度の作業能力を有する精神障害者を通所させ、必要な訓練を行い自活を助長させる指導を行う。 定員：20名 職員4名 施設長、OT、PSW 専任職員1名、(顧問医)
III 精神障害者小規模保護作業所 (仮称)	授産施設に通えない精神障害者を通所させ、作業指導、生活訓練等を行うことにより、社会的自立を促進する。 定員：おおむね10名程度 職員：1名、(顧問医)

(注) 複合型施設の設置も可能とする

(2) 現行制度と新制度との比較



(注) 枠内は補助事業である。

4 国立精神・神経センター精神保健研究所における精神保健技術者研修について

精神保健研究所における研修は、精神保健に関する公的機関及び精神病院において精神保健の業務に従事する者に対し、必要な知識及び技術を習得させ、その資質の向上を図ることを目的とするものであり、昭和62年度における実施計画は次のとおりである。

1 第29回 社会福祉学課程

(1) 対象

精神衛生センター、保健所、精神病院等において、精神保健並びに福祉指導に関する業務に従事している者

(2) 期間

昭和62年5月22日(金)から同6月11日(木)まで

(3) 研修主題

ソーシャルワークにおける家族療法的アプローチ
精神障害、情緒障害、問題行動等の諸問題に対する家族評価と治療について学ぶ。
講義、事例研究、シュミレーション・インタビューによる演習、見学など

(4) 定員

20名

2 第28回 医学課程

(1) 対象

保健所及び精神病院並びにこれに準ずる施設において、精神医学、精神保健の業務に従事している医師

(2) 期間

昭和62年10月20日(火)から同10月23日(金)まで

(3) 研修主題

小児の発達障害と精神保健
(小児期の発達障害に関する新しい医学的知見と診断・治療・療育をめぐる諸問題)

(4) 定員

20名

3 第24回 精神保健指導課程

(1) 対象

精神衛生センター所長、保健所長及び精神衛生センター等に勤務する医師

(2) 期間

昭和62年5月13日(水)から同5月15日(金)まで

(3) 研修主題

精神衛生法の改正と社会復帰
地域精神保健を推進するための法改正の主旨及び社会復帰システムにおける精神衛生センター、保健所等のあり方について

(4) 定員

20名

4 第28回 心理学課程

(1) 対象

精神衛生センター、保健所、精神病院、児童相談所及び精神薄弱者更生相談所等において、精神保健に関する業務に原則として2年以上従事している心理技術者

(2) 期間

昭和63年2月17日(水)から同3月8日(火)まで

(3) 研修主題

臨床心理技法の新しい展開
(ゲシュタルト療法、フォーカシング等心理療法の新しい技法の実習とその社会的文脈についての演習)

(4) 定員

20名

5 精神科デイ・ケア課程

(1) 対象

精神病院等において、精神科看護に従事している看護婦(士)であって、集団療法、作業指導、レクリエーション活動、生活指

導等に2年以上の実務経験を有する者(免許取得後の実務経験が2年以上であること。又、準看護婦(士)は含まないものであること。)

(2) 期間

第34回 昭和62年6月24日(水)から同7月14日(火)まで

第35回 昭和62年9月17日(水)から同10月8日(木)まで

第36回 昭和62年11月11日(水)から同12月2日(火)まで

第37回 昭和63年1月20日(水)から同2月9日(火)まで

(3) 研修主題

精神科デイ・ケア
(精神保健行政、社会精神医学概論、集団療法、作業療法、地域ケア、老人デイ・ケア、その他デイ・ケア各論についての講義及び実習)

(4) 定員

それぞれ40名以内

公衆衛生審議会答申

昭和62年2月27日

厚生大臣 斎藤 十郎 殿

公衆衛生審議会
会長 山口正義

答 申 書

昭和62年2月24日厚生省発健医第31号をもって諮問のあった件について、別紙のとおり答申する。

(別紙)

当審議会は、精神衛生法の改正について、精神病院入院患者の人権の確保、精神障害者の社会復帰の促進のための方策を中心に制度全般にわたる検討を重ね、昨年12月23日に、精神衛生法改正に当たっての基本的な考え方及び当面改正すべき事項についての中間的な意見をとりまとめた「精神衛生法改正の基本的な方向について（中間メモ）」を提出した。

今回諮問のあった改正案は、この中間メモの考え方に沿って、当面の精神医療、精神保健対策の推進のために必要な事項が盛り込まれていると認められる。

従って、当審議会としては、今回の改正案を評価し、諮問の線に沿って精神衛生法を改正することを了承する。

なお、以下の点についても十分配慮されたい。

第一に、精神保健の問題は、国及び地方公共団体のみならず、国民全体で取り組むべき問題であることにかんがみ、国民自らが精神的健康の保持増進に努めるとともに、精神障害者に対する理解を深め、精神障害者の社会復帰の援助・協力を努めるものとする旨の規定を設けることを検討すべきである。

第二に、任意入院については、新たに法律上規定した趣旨にかんがみ、症状に応じてできるだけ開放的処遇によって行われるよう、運用に当たり考慮が払われるべきである。

第三に、医療保護入院については、その入院が本人の意思によらないものであることにかんがみ、運用上その基準をできる限り明確にするよう努めるべきである。

第四に、入院手続きについては、退院時の請求に関する事項等について告知することとなっているが、この場合、入院の理由に関しても何らかの告知を行うこととすべきである。

第五に、精神障害者の医療の向上及び社会復帰

の促進のため、それに必要なマンパワーの充実が図られるべきである。

なお、最後に、精神障害者の定義の問題、いわゆる保護義務者に係る問題等については、今後に残された問題として政府においても引き続き検討が加えられるよう要望する。

精神衛生法等の一部を改正する法律案要綱

(項 目)

第1 法律の題名及び目的等に関する事項

- 1 法律の題名を「精神保健法」に改めること。
- 2 目的規定の改正
- 3 国及び地方公共団体の義務に関する規定の改正

第2 入院制度等に関する事項

- 1 入院形態
 - (1) 本人の同意に基づく入院の促進
 - (2) 「任意入院」を法律上位置付け、それに関する規定の整備を行うこと。
 - (3) 措置入院等に関する規定の改正
 - (4) 同意入院を「医療保護入院」に改め、それに関する規定の整備を行うこと。
 - (5) 「応急入院」を設け、それに関する規定の整備を行うこと。
- 2 入院手続きについての規定の整備
- 3 入院患者の処遇等に関する事項
 - (1) 行動制限に関する規定の改正
 - (2) 処遇基準に関する規定の整備
 - (3) 報告義務に関する規定の整備
 - (4) 退院又は処遇改善の請求に関する規定の整備

第3 精神医療審査会に関する事項

- 1 審査会の設置規定の整備
- 2 審査会の審査の内容に関する規定の整備
- 3 審査会における関係者の意見聴取に関する規定の整備

4 審査の結果に基づく都道府県知事の措置に関する規定の整備

第4 精神保健指定医に関する事項

- 1 指定の要件に関する規定の整備
- 2 指定後の研修に関する規定の整備
- 3 指定の取消しに関する規定の整備

第5 精神病院等に対する監督規定に関する事項

- 1 精神病院等への立入調査等に関する規定の整備
- 2 精神病院等への処遇の改善命令に関する規定の整備

第6 精神障害者の社会復帰等に関する事項

- 1 精神病院に入院中の者に対する相談・援助等に関する規定の整備
- 2 精神障害者社会復帰施設に関する規定の整備

第7 その他に関する事項

第8 施行期日等

- 1 施行期日
- 2 経過措置

第9 関係法律の一部改正

- 1 社会福祉事業法の一部改正
- 2 その他所要の改正

精神衛生法等の一部を改正する法律案要綱

第1 法律の題名及び目的等に関する事項

- 1 法律の題名を「精神保健法」に改めること。
- 2 この法律の目的を、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進並びに発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図ることとすること。
- 3 国及び地方公共団体の義務に、社会復帰施設を充実すること、精神保健に関する調査研究を推進すること及び国民の精神保健の向上のための施策を講じること加える

こと。

第2 入院制度等に関する事項

1 入院形態について

- (1) 精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならないことを規定すること。
- (2) 自らの入院について同意する精神障害者の入院形態として、「任意入院」を法律上位置付け、次の事項を規定すること。
 - ア 精神病院の管理者は、その入院に際し、任意入院者に対して退院等の請求に関すること等を書面で知らせ、自ら入院する旨を記載した書面を受けなければならないこと。
 - イ 任意入院者から退院の申出があった場合には、その者を退院させなければならないこと。この場合において、精神病院の管理者は、その者の医療及び保護のため入院を継続する必要があると第4の精神保健指定医（以下「指定医」という。）が認めたときは、当該者に対し、3—(4)の退院等の請求に関すること等を書面で知らせ、72時間を限り退院制限を行うことができること。
 - (3) 措置入院等について、次の事項を規定すること。
 - ア 指定医は、措置入院及び緊急措置入院の必要があるかどうかを判定するに当たっては、厚生大臣が定める基準によれなければならないこと。
 - イ 措置の解除及び仮退院に当たっては、指定医の診察を要件とすること。
 - ウ 緊急措置入院の入院期間の限度を72時間に改めること。
 - (4) 同意入院について次の事項を規定するとともに、その呼称を「医療保護入院」

に改めること。

ア 入院に当たって、指定医による診察を要件とすること。

イ 家庭裁判所による保護義務者の選任がなされるまでの間、扶養義務者の同意により4週間を限り、入院させることができるものとする。

ウ 精神病院の管理者は、医療保護入院により入院している者を退院させたときは、10日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならないものとする。

(5) 「応急入院」を設け、次の事項を規定すること。

ア 対象者は、指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要があると認められた者であって、直ちに入院させなければその者の医療及び保護を図る上で著しく支障があると認められたものであること。

イ 入院は、厚生大臣の定める基準に適合するものとして都道府県知事が指定する精神病院に限り、72時間を限度として、認められること。

ウ 精神病院の管理者は、応急入院の措置を採った場合には、直ちに、当該措置を採った理由等を、都道府県知事に届け出なければならないこと。

2 入院手続きについて

入院を行う場合においては、精神病院の管理者等は、当該措置に係る者に対し、3-4(4)の退院等の請求に関する事項等について、書面で知らせなければならないこととする。

3 入院患者の処遇等に関する事項

(1) 信書の発受、都道府県その他の行政機関の職員との面会その他の事項であって

厚生大臣の定めるものについては、行動の制限は行うことができないものとする。とともに、患者の隔離その他の著しい行動制限であって厚生大臣が定めるものについては、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないこととする。

(2) 厚生大臣は、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができることとし、精神病院の管理者は、この基準を遵守しなければならないものとする。

(3) 精神病院の管理者は、措置入院者及び医療保護入院者の症状等を、厚生省令で定めるところにより、定期に、都道府県知事に報告しなければならないものとする。

(4) 精神病院に入院中の者又はその保護義務者は、都道府県知事に対し、退院又は処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めることができることとする。

第3 精神医療審査会に関する事項

1 都道府県に、精神医療審査会（以下「審査会」という。）を設置すること。

ア 審査会の委員は、5人以上15人以内とし、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者（指定医である者に限る。）、法律に関し学識経験を有する者及びその他の学識経験を有する者のうちから、都道府県知事が任命すること。

イ 審査会は、精神障害者の医療に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員3人、法律に関し学識経験を有する者のうちから任命された委員1人、その他の学識経験を有する者のうちから任命された委員1人をもって構

成する合議体で審査の案件を取り扱うものとする。

2 都道府県知事は、次の場合には、審査会に審査を求めなければならないこととする。

ア 定期の報告及び医療保護入院者に関する入院時の届出を受けた場合その入院の必要があるかどうかに関しての審査

イ 退院又は処遇の改善のための請求を受けた場合その入院の必要があるかどうか又はその処遇が適正であるかどうかに関しての審査

3 審査会は、必要があると認めるときは関係者の意見を聴くことができることとする。また、2-イの審査をするに当たっては、審査の請求者及び当該審査に係る患者の入院している精神病院の管理者の意見を聴かなければならないものとする。ただし、審査会がその必要がないと特に認めた場合にはこの限りでないものとする。

4 都道府県知事は、審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でない認められた者を退院させ、又は精神病院の管理者にその者を退院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならないものとする。また、退院等の請求を行った者に対しては、審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知するものとする。

第4 精神保健指定医に関する事項

1 指定の要件

(1) 現行の精神衛生鑑定医制度を見直すこととし、厚生大臣が、次に該当する医師のうち必要な知識及び技能を修得したと認められるものを、その者の申請に基づき、公衆衛生審議会の意見を聴いて指定

する「精神保健指定医」制度を創設すること。

ア 5年以上診断又は治療に従事した経験（3年以上精神障害の診断又は治療に従事した経験を含む。）を有すること。

イ 厚生大臣が定める精神障害に関する診断又は治療に従事した経験を有すること。

ウ 厚生大臣又はその指定する者が行う研修（申請前1年以内に行われたものに限る。）の課程を修了していること。

(2) (1)にかかわらず、厚生大臣は、指定医の指定を取り消された後5年を経過していない者その他指定医として著しく不適当と認められる者については、公衆衛生審議会の意見を聴いて、指定をしないことができることとする。

2 指定後の研修

指定医は、5年ごとに、厚生大臣又はその指定する者が行う研修の課程を修了していなければならないこととする。

3 指定の取消し

指定医がこの法律若しくはこの法律に基づく命令に違反したとき又はその業務に関し著しく不適当な行為を行ったときその他指定医として著しく不適当と認められるときは、厚生大臣は、公衆衛生審議会の意見を聴いて、その指定を取り消すことができることとする。

第5 精神病院等に対する監督規定に関する事項

1 厚生大臣又は都道府県知事は、必要があると認めるときは、精神病院の管理者に対し、当該精神病院に入院中の者の症状又は処遇に関し、報告を求め、立入調査等を行うことができることとする。とともに、精神病院の管理者又は入院についての同意をした者等に対し、その入院のための必要な手

続きに関し、報告等を求めることができることとする。

- 2 厚生大臣又は都道府県知事は、精神病院の管理者に対し、第2—3—(2)の厚生大臣が定める処遇の基準に適合しないと認める等のときは、その処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができることとする。

第6 精神障害者の社会復帰等に関する事項

- 1 精神病院に入院中の者に対する相談・援助等について

精神病院の管理者は、精神病院に入院中の者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、必要な援助を行い、及びその保護義務者等との連絡調整を行うように努めなければならないこととする。

- 2 精神障害者社会復帰施設について

- (1) 精神障害者の社会復帰の促進を図るため、地方公共団体、社会福祉法人その他の者は、次に掲げる精神障害者社会復帰施設を設置することができることとする。

ア 精神障害者生活訓練施設

精神障害のため家庭において日常生活を営むのに支障がある精神障害者(精神薄弱者を除く。)に対し日常生活に適應することができるように居室その他の設備を利用させ、必要な訓練及び指導を行うことによりその者の社会復

帰の促進を図ることを目的とする施設

イ 精神障害者授産施設

雇用されることが困難な精神障害者(精神薄弱者を除く。)に対し自活することができるように必要な訓練を行い、及び職業を与えることによりその者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設

- (2) 精神障害者の社会復帰に要する費用に関する補助規定を置くこと。

第7 その他に関する事項

その他所要の改正を行うこと。

第8 施行期日等

1 施行期日

この法律は、公布の日から起算して1年6月を超えない範囲内において政令で定める日から施行すること。

2 経過措置

この法律の施行に伴い、施行の日において精神衛生鑑定医である者については指定医とみなす等所要の経過措置を設けること。

第9 関係法律の一部改正

1 社会福祉事業法の一部改正

精神障害者社会復帰施設を經營する事業を社会福祉事業法上第二種社会福祉事業と位置付けること。

- 2 その他関係法律について、所要の改正を行うこと。

レホン相談」、広島市教委の「こころの健康相談室」、大竹市教委「こころの電話」等、覚えているだけでもこれ位あるのですから、もっと沢山できているのではないかと思います。老人相談に関しては、県看護協会が主催している「老人看護電話相談」の他、加計町立病院の電話相談等がありますが、それだけ相談窓口という意味での電話相談の重要性はもちろんのこと、電話をつかっただけの相談ということの意味が認識されてきたと考えて良いだろうと思います。

昭和五十八年四月から当協会が県の委託を受けて始めた電話相談も早や三年を経過しました。電話を通じての相談ということなので、相談員の任務について私としては、どこまでお役に立てるか、自分に何ができるのか、不安な気持ちのまま、この大切な業務につかせて頂いたのを今でもはっきりと覚えています。始めた当初は、相談件数も少なく、「本当にこういう電話相談が必要とされているのだろうか」という思いもありました。しかし、この心配は相談を受けていくに従いなくなってきました。というのは、たとえ一件の相談であったとしても、内容の重みは大変なもので、ましてや老人を抱えて外へ相談に出る余裕のない人達にとってはやはり電話だけが専門の相談機関へとつながる媒介だということを実際の相談の中で感じたからです。

表1を御覧になればお気づきになると思います。58年と59年は相談件数がほぼ同じになっています。これは、58年度に何回か新聞等でこの電話相談事業の紹介が掲載されたため、その月に限り相談件数が60件にまで増えたこととも関係しています。この事は、相談機関を求めている家族が多いにもかかわらず、実際には相談窓口さえ思いあたらず、家庭の中で孤軍奮闘している人が多いという現実のひとつの表われではないかと思います。そういう訳で月々の平均からみますと二年目、三年目と実質的に相談件数は増えてきています。

電話相談の難しさ

ところで、電話をかけてこられる多くの方は、「これこれの事で困っているから、こういう事について相談したい」という風にはっきりとその主訴をまとめて話されるわけではありません。「母が少しずつ呆けているんです」「もの忘れがひどいです」から始まって、あとはいかにこちらが、電話をかけてきた人の状況や気持ちをくみとることができるか、いかに話をじっくり聞けるかです。何を相談者が求めているかが理解できないため返答に困ってしまうこともありますし、もしかして相談者の状況や気持ちにそぐわないアドバイスをしてしまったこともあったかも知れません。実際に相談を受け始めてまず体験したのは、電話を切った後、果して今の相談の受け方で良かったのだろうかと自問自答することでした。幸い、時々困った時に気軽に何回も電話を利用して下さる方もありますが、多くの方は一回の相談で、ちょっと聞いてみようという気持ちでかけられています。具体的な社会資源や制度の問い合わせに関しては比較的簡単にお答えすることができるのですが、介護上の具体的な問題や心身のストレスについては話される場合には、いかに相談を受ける側が相手の気持ちや状況、又老人の状態を理解し受けとめられるかによって、相談の中味が変わってきます。話をする側も聞く側も、心の底から話ができただけか、心が触れ合っているかによって、表面的な問題は解決できなくとも、介護されている方の気持ちが少し楽になる場合もあるでしょう。この辺の難しさについて、私は電話相談独特の触れ合いというものを感じずにはいられませんでした。

直接お会いしてお話をする場合には、お互いの顔の表情が判りますし、わざわざ出向いてきたという事自体、もうある程度関係というのはおのずと吹き上がっています。

これに比べて電話で相談する場合には、色々な場合が考えられます。気軽に利用できるというこ

老人痴呆疾患電話相談事業から

—— 三年を経て ——

広島県精神衛生協会

電話相談員 山下望美

最近、新聞で各関係の電話相談が開設されているのを読む機会が多くなってきました。県医師会

の「思春期ホットライン」、県警の「ヤングテレホン」「暴走族——〇番」、広島法務局の「いじめテ

とから、何か自分が動くところまでは気持ちがいていなくても、まず話をしてみようという段階から、せっぱつまってどうしようもなくなったぎりぎりのところでやっとかけた電話までありますし、直接介護にたずさわってなくても、遠く離れて暮らしている親の事が気になる娘からの電話等。相談を受ける側としては、できるだけ詳しくお話をお聞きして一緒に考えたいという気持ちでいても、ちょっと仕事のあい間に、「老人を預ってくれる施設を教えて貰っておこう」と、ただ施設の住所と名前だけ聞かすつもりで電話をかけて来られる方。しかし、お年寄りの状態や家族が施設入所を考える時の状況は、それぞれの家庭で違っており、適切な治療や対応をする中で、家庭での問題行動が治まり、「これなら家で看れる」という風に状況が変わってくる場合もあります。そういう事で、相談を受ける側としては「ちょっと待って下さい、今、そのお年寄りの様子はどうですか」「どんな事で困っておられるのですか」と具体的に細かいところから聞いていこうとするのですが、電話をかけてきた人にとってはそんな事を話すために電話をかけたのではない、早く施設を教えてくれれば良いのに…という気持ちしかなく、その辺のところ、こちらの気持ちが上手く伝わらずにはがゆく思ったりする経験もありました。これほどはっきりと気持ちのずれることは少ないのですが、これと似たような状況は起こりやすいのではないかと思います。

しかし、もう一方で電話相談の利点というものも強調したいと思います。千葉大学の中島紀恵子先生は、「ぼけ—理解と看護」（時事通信社）の中で次のように書いておられます。

- (イ) 相談する側が、必要なときにもっとも必要としている情報を個別的に受け取ることで、できる密度の高い情報網である。
- (ロ) 相談する側が、主体性をもって聞く用意がある。

(イ) 電話という双方性のメディアを通して互いの心に深くかかわることが可能である。たとえば、電話を受けて相談に応ずる側が、家族の声のトーン、いいよども、いいまわし、発言の仕方などから、本音や葛藤のさま、家族内の親密さあるいは孤立、老人との関係などを相当程度把握することができるので、いまの状態に見合った助言が可能です。

私はこの他に匿名でも相談できるという事を付け加えたいと思います。痴呆が恥だという偏見をもっていたり、嫁という立場上周囲との関係を配慮して、困っているのになかなかこへも相談できないという人達には、氏名を伏せたまま相談できることはひとつの救いになるかも知れません。私がこの相談を受け始めた当初は、「少なくとも、これとこれとこれを聞いて…」という風に、住所、氏名はもちろんのこと、電話番号や老人の年齢、生活歴、身体状況、家庭状況等、全体の状況を把握するのに洩れがないようにと専用の記録用紙を準備して、それにそって話を聞いていこうとしていました。しかし、実際相談を受け始めると、名前を言いたがらない人が多い上に、話の内容は、かけてきた人のペースでその人にとって重要なところから進められていくものですから、こちらの思いが先行してしまうと、本当に大切なところを上手く聞けなくなったりしてギクシャクしてしまうのです。住所や氏名に関しても、相談者が御自分で言われる場合は別にして、細かいところまで無理に聞く必要はありません。大体の居住地と名前がわかっているならば、再び電話があった時に、以前こういう相談のあった人だという事がわかって便利な位で、あとは相談の内容によって連絡をとる必要がある場合や、相談者が具体的に何か依頼された場合を除けば、あらかじめ決められた項目を順番に聞いていくよりも、電話で相談者の投げかける内容に耳を傾けることの方がいかに重要かということ、体験として実感しました。

アフターケアや治療的に早期発見するという点に関して、こういう相談の受け方で良いのかという迷いもありましたが、それは目的ではなくて、結果として出てくるものであるというふうに現在は考えています。(この点に関しては色々な考え方があってと思うのですが、何か御意見を頂ければと思います。)

支援の内容

又、電話相談による支援の内容として、これも中島紀恵子先生が簡潔にまとめておられるので、ここで再び引用させて頂くと次のように分けられます。

- (イ) 相談する側の“いま”の気持ちがあるがままに聞き入れること。(受容すること)
 - (ロ) 必要な情報を提供すること、また提供するための努力をして結果を知らせること。
 - (ハ) 看護方法(対応の仕方が基本)を教えること。
 - (ニ) 家族みずからでは探せないであろう資源、たとえばサービス制度活用に関する基準、訪問看護者やボランティアの活用ルート、入院施設などの探索と紹介、そして開発などです。
- 幸いにも当協会の事務局は、県立精神衛生センターの中に置かれていますので、相談者が希望される場合には、電話だけでなく、センターの相談室を借りての面接相談、又センターの外来診察等も受けられ、単に他機関の紹介にとどまらず、電話でお聞きした相談内容をそのまま受けて面接や治療へとつなげることもできます。そういう意味で多機能性を合せ持つという便利さもあります。

電話相談の統計から

・電話をかけてくる人

それでは、具体的にどういう方が電話をかけてこられるかと言いますと、表2を御覧になればおわかりになると思いますが、嫁と娘が半数以上を占めています。わずか三年間の統計だけで傾向を判断するのは危険だとは思いますが、女性が主にお年寄りの介護を荷なっているという現実と照らし合わせてみるとなるほどという件数ではありま

す。ただ、この三年間で電話をかけてくる人やその内容にも変化があり、一年目には嫁の方が多かったのが、二年目、三年目と娘が相談する件数が大きく上回っています。しかも、この電話をかけてきた娘というのは必ずしも同居して実際に介護している人ではなく、介護は嫁がしているが、心配で自分でも相談してみようと思ったりした場合とか、老夫婦が田舎で生活しているので、離れてはいても娘が主な介護者になっている場合とか、いろいろな状況があります。

・相談の内容

次にどういう内容の相談が多いか、ということについてですが、これも表2で分類はしているものの、一概に数で傾向を判断するのもどうかという気持ちも私自身の中にあります。というのは、入院・入所の問題という項目ひとつについても、話を聞いていると、適切な治療を受ければ家で家族が看れそうな場合もあり、その事をこちらが相談者に伝えると、それなら、と今度は「専門の病院はどこか」という質問に変わってきたりすることもあります。また、老人の性格・行動上の問題についての話をしているうちに、老人と介護者の以前からの人間関係が浮きぼりになってくるのはもちろんのこと、老人をとりまく家族や親族との人間関係の難しさに話が進んでくることも多くあります。更に、介護の大変さを家族の方からお聞きしていると、今度はいかにその負担を軽減していくか、ということで社会資源についての話題に変わって行くこともあります。表2は、主に相談の中で話し合われた事項を絞ってどれかの項目に入れていますが、痴呆老人にかかわる相談は、単にある一点に問題があるということにとどまらず、多様な方面に、その問題が表われる場合がほとんどです。

最近の傾向としては、この事業の開設当初に比べ、痴呆の状態に関する初歩的な(やや見当はずれともいえる)質問が減少してきたと同時に、失禁や食事、入浴の介護等、日常生活の具体的な介

護の仕方についての問い合わせが多くなってきました。これとともに、介護者自身のストレスについて焦点が当てられることも多くなってきたように思います。

相談を受けての対応

それでは、上記のような多岐に渡る相談を受けて、具体的にどのような対応ができるかということになりますが、先程、電話相談の支援の内容で記述しましたように、各々の相談のニーズによって、医療機関の紹介、具体的な介護の方法についてのアドバイス、利用できる社会資源の紹介等の他、現在表われている問題行動の理解のための助言等、今の状況の中で何ができるかを一緒に考えていくという立場に立ってお話を聞いていくよう心がけております。又、前述しましたように、介護者のストレスに焦点が当てられた場合にはカウンセリング的機能を果すことも多くなってきたように思われます。

相談の内容は、相談を受ける側の話の聞き方(対応の仕方)によって随分変わるのではないだろう

〔表1〕
相談者の続柄別件数

	58年度	59年度	60年度	計
嫁	57	36	63	156(21.5%)
娘	55	87	140	282(38.8%)
息子	13	5	38	56(7.7%)
妻	13	13	24	50(6.9%)
夫	4	4	2	10(1.4%)
本人	6	6	18	30(4.1%)
機関	11	22	40	73(10.0%)
兄弟姉妹	6	1	3	10(1.4%)
その他の親族	5	7	13	25(3.4%)
知人	6	0	12	18(2.5%)
不明	5	1	11	17(2.3%)
計	181	182	364	727(100%)

か、ということ、この三年間の経験で感じてきました。電話相談を始めた当初、こちらが相談を受けて何か具体的な形で相手に返してあげたいと、りきめばりきむほど、話の聞き方も相談者のニーズとはずれたギクシャクしたものになり、通り一辺の回答に留まってしまう傾向があったようです。電話相談がどれほど機能できるかということについて、欲張り過ぎていたのかも知れません。相談内容の変化は、行政や関係機関の啓蒙活動が普及してきたこととの関連もあると思いますが、相談の内容とそれを受けての対応というのは、相談員のひとつの出会いの結果としての表われとも考えられます。そういう意味では、沢山の出会いと触れ合いの中で、反対に相談員の側も多くのことを相談者から学ばせて頂きました。

微力であるかも知れませんが、今後も、ひとつひとつの出会いを大切にしながら、より一層この電話相談が皆様のお役に立てるよう頑張りたいと思います。

〔表2〕
相談の内容別件数

	58年度	59年度	60年度	計
診断・治療の問題	40	38	69	147(20.2%)
入院・入所の問題	25	23	50	98(13.5%)
人間関係の問題	34	45	50	129(17.7%)
性格・行動上の問題	50	39	90	179(24.6%)
介護の仕方について	19	10	39	68(9.4%)
社会資源の問い合わせ	7	6	15	28(3.9%)
その他	6	21	51	78(10.7%)
計	181	182	364	727(100%)

事務局だより

- 1 役員の改選が行われ、総会報告のとおり一部新任の役員の方にも加わっていただくことになりました。改めて協議会活動の発展に励んで参りたいと思います。
- 2 昭和62年度の総会は、11月6日に精神保健全国大会の開催が予定されていますので、その前日の11月5日(木)京都市において開催する予定に

しています。

懇談会については、特別講演にかえ、地域における精神保健活動についての事例報告と話し合いの場としたいと考えています。よろしく願い致します。

- 3 事務局では、皆様からの本協議会の運営に参考となるような御意見、その他精神保健に関連する興味ある事例等の投稿をお待ちしています。

昭和62年3月発行

編集・発行 高 臣 武 史

発行所 〒272 市川市国府台1-7-3

国立精神・神経センター

精神保健研究所内

全国精神衛生連絡協議会

... (faint text) ...

表 1

表 1-1 資料整理表

	項目	2011年	2012年	2013年	計
①	...	10	10	10	30(11.7%)
②	...	5	5	5	15(5.4%)
③	...	7	7	7	21(7.6%)
④	...	12	12	12	36(12.9%)
⑤	...	4	4	4	12(4.3%)
⑥	...	8	8	8	24(8.7%)
計	...	36	36	36	108(39.3%)
⑦	...	4	4	4	12(4.3%)
⑧	...	3	3	3	9(3.2%)
⑨	...	12	12	12	36(12.9%)
計	...	39	39	39	117(42.2%)
計	...	75	75	75	225(81.5%)

... (faint text) ...

表 2

表 2-1 資料整理表

	項目	2011年	2012年	2013年	計
①	...	10	10	10	30(21.2%)
②	...	5	5	5	15(10.6%)
③	...	7	7	7	21(14.8%)
④	...	12	12	12	36(25.4%)
⑤	...	4	4	4	12(8.5%)
⑥	...	8	8	8	24(16.9%)
計	...	36	36	36	108(75.7%)
⑦	...	4	4	4	12(8.5%)
⑧	...	3	3	3	9(6.4%)
⑨	...	12	12	12	36(25.4%)
計	...	39	39	39	117(84.3%)