

日本における 地域精神保健への勧告

デービッド H. クラーク

1968年5月30日発行



東京大学医学部附属病院精神神経科

はじめに

デービッド・H・クラーク(David H. Clark)博士は、日本政府のWHOに対する要望に基づいて、「日本における地域精神保健」の推進のため、WHOの顧問として1967年11月から1968年2月まで日本を訪れた。当時の日本の精神保健医療福祉の実態について、歯に衣着せぬ批判を含めて概説した上で勧告を行っている。

本勧告書は、2021年現在においても、学ぶべきところが多い。そのため、日本語でWebサイト上で広く参照することができるようにすべく、この度新訳を行った。現在では古くなった術語も含まれるため、現代的な訳語を用いた部分もある(P31 訳出上の留意点参照)。大意をとるために使用頂き、正確には原文を参照頂きたい。

今回の作業にあたり、クラーク勧告原文と参考資料としてDVD「クラーク先生に聴く」(2001)を快くご提供頂いた、東京集団精神療法研究所の鈴木純一所長に厚く御礼申し上げます。

表紙写真出典

表紙のクラーク博士の写真は、以下の文献から転載したものであり、著者および医学書院(株)の厚意により許諾されたものである。

鈴木純一:追悼 クラーク先生を偲んで. 精神医学 53(12): 1228-1230, 2011.

謝辞

本翻訳冊子は、JSPS KAKENHI JP21H05171の補助を受けて作成された。

翻訳

宇野晃人、澤井大和、高橋優輔、熊倉陽介、笠井清登
(東京大学医学部附属病院精神神経科)

2021年10月

目次

4	1 まえがき	
5	2 概要	
6	3 背景	
	3.1 歴史的背景	
	3.2 日本の精神保健に関するこれまでのWHO報告書	
	3.3 日本の医療サービス	
	3.4 専門職	
	3.4.1 医師	
	3.4.2 看護師	
	3.4.3 ソーシャルワーカー	
	3.4.4 臨床心理士	
	3.4.5 作業療法士	
10	4 観察	
	4.1 地域精神保健サービス	
	4.2 精神病院	
	4.3 知的障害のある人のための施設	
	4.4 医療保険	
	4.5 日本における精神医学の地位	
	4.6 精神医学におけるリーダーシップ	
17	5 考察	
	5.1 精神病院人口の傾向	
	5.2 施設の場所の選定	
	5.3 精神病院の統制	
	5.4 精神病院における高齢患者	
	5.5 重い機能障害のある人のアフターケア	
	5.6 精神療法と精神分析	
	5.7 精神保健運動	
	5.8 社会精神医学	
24	6 勧告	
	6.1 政府	
	6.2 精神病院の向上	
	6.3 精神病院の統制	
	6.4 医療保険	
	6.5 アフターケア	
	6.6 社会復帰	
	6.7 専門的訓練	
	6.7.1 精神医学専門家	
	6.7.2 精神療法	
	6.7.3 看護	
	6.7.4 作業療法	
	6.7.5 ソーシャルワーク	
30	7 謝辞	
31	訳出上の留意点	

1 | まえがき

- 1.1 日本における地域精神保健サービスの発展について政府に勧告する。
- 1.2 日本側の代表者と協働し、地域精神保健を一般保健サービスに統合するための計画を策定し、特に外来患者に対する予防や治療のための設備をととのえる。
- 1.3 知的障害のある人のための施設を、地域保健サービスの中に計画する。
- 1.4 全般的に問題点を評価し、計画指導の基礎として必要な場合には、可能な範囲で調査を行う。
- 1.5 要望に応じ、関連事項について助言し、任務を完了したときは報告書を提出する。

日本政府が顧問を要請した理由および目的は、1966年12月13日付けで西太平洋地域事務所に送付された、次の文書に述べられている。

パーソナリティ障害および知的障害を含む精神障害のある人の早期支援と適切なリハビリテーションを促進するための地域精神保健プログラムは、我が国が直面してきた緊急の社会および公衆衛生上の課題の一つである。

このような状況の下、地域における精神保健の技術を指導するための精神衛生相談所（現在7カ所、1969年3月までに46カ所に増設予定）を設置すると共に、地域における精神保健活動の第一線の行政機関として活動できるよう826カ所の保健所に新たな機能を持たせることによって、地域の精神保健活動を活性化すべく、精神衛生法が改正された。

しかしながら、保健機関と精神科病院、一般開業医、その他の地域資源とのあいだの十分な協力関係という点においては、地域精神保健サービスの一般保健サービスへの統合は、いまだ達成されていない。

精神疾患のある人に対する英国での地域ケアは、非常によく組織され発展しており、デイケアやナイトホスピタルなどのリハビリテーション機関が、地域の精神医療審査会、精神保健担当者等との連携のもと、地域または行政区の精神科病院と密接な関係を持ち、うまく機能している。

そこで我々は、現状と前述の課題を検討・評価し、地域保健を一般公衆衛生サービスに統合する方法を助言してくれる短期の顧問を要望し、特にそのような顧問が英国から派遣されることを望んでいる。

2 | 概要

オリエンテーションと厚生省幹部との面談の後に、筆者は数多くの精神保健プログラムや施設を訪問した。この際、筆者は、日本側の代表者である国立精神衛生研究所精神衛生部長の加藤正明博士に大いに助けられた。

筆者は地域的差異を見るため日本の各地へ旅し、日本中を長距離列車や車で移動する間に多くの有益な対談をした。全般的な状況を把握したうえで、いくつかの問題を明らかにするために、詳しい情報を持つ人々と話し合った。その誰もが、幅広い分野に関する多くの質問に快く、忍耐強く応じてくれた。筆者が個人的に見て考えたことから生じた観察や勧告に関して、情報提供者や訪問機関に責任があると判断されないよう、情報提供者や施設の詳細は記載していない。

筆者は8都市(東京、横浜、仙台、松本、名古屋、津、京都、大阪)と9つの都道府県において、15の精神病院(公立7病院、私立8病院)、7つの知的障害のある人のための施設、5つの精神衛生相談所と児童相談所、5つの大学クリニック、その他の保護作業場、ハーフウェイ・ハウス(中間施設)、都道府県や政府の機関など多くの施設を訪問した。また筆者は、英国の精神医学について、3~200人の聴衆に12回の講義を行った。

誰もが協力的で、理解できた質問に答えようと努力してくれたが、筆者は日本語が話せず、また英語が全く話せない情報提供者もいたので、コミュニケーションの困難が筆者の執筆作業を苦しめた。ゆっくりであれば英語を話せる日本人の医師もいた(ほとんどの医師が読むことはできた)が、深いつっこんだ会話を発展できるほど流暢に英語で話したり考えたりできる人は、ごく少数であった。このことは常に悩みの種であり、筆者の理解を制限したが、コンサルテーションを引き受ける条件として暗に織り込み済みだったと思う。

本報告書は、「背景」「観察」「考察」「勧告」の4項目に分かれている。「背景」には、日本人以外の読者のために、(識者にはよく知られている)いくつかの歴史的事実を述べた。「観察」では、筆者が見たり発見したりした重要な事柄を述べた。「考察」では、日本の精神保健の緊急の問題として重要であると考えられるいくつかのトピックについて検討した。「勧告」では、近い将来に行動を起こすことができ、かつ起こすべきで、行動を起こせば有益な結果が得られるであろうと筆者が感じた領域について記述した。

3 | 背景

3.1 ▶ 歴史的背景

明治維新(1868年)以前、精神疾患の問題は、日本の伝統的な方法で対処されていた。精神病を治すという事で評判を上げた寺院がいくつかあった。様々な精神疾患は、シャーマニズム的な方法により対処されていた。軽度の知的障害者や落ち着いた精神病者は、農村社会の中に溶け込み受け入れられていた一方で、重度の知的障害や精神病を持つ者は、流行する感染症のため急速に亡くなっていった。

1868年以降、Kraepelinなどのドイツの指導者たちが開発した精神医学の技法を含め、西洋医学の方法が広く採り入れられるようになった。1875年に京都府

癲狂院が開設された。20世紀のあいだ、日本の精神医学の発展は遅々としていた。それは、精神病およびてんかんの治療に関心を持つ、脳器質因を重視するドイツ流の方法にとどまっていた。

精神科病院はわずかしかなかった、社会的な困難を引き起こすような患者のみを受け入れる傾向があった。ほとんどの家族は患者を自宅で療養させ、多くの場合、監禁していた。戦時中の空襲が諸都市に壊滅的な被害を与える中で精神科病院がしばしば破壊され、また、戦後の混乱と飢餓により多くの慢性期統合失調症の入院患者が亡くなったことで、入院患者数はさらに減少した。

3.2 ▶ 日本の精神保健に関するこれまでのWHO報告書

1953年、Paul Lemkau¹博士が、その後Daniel Blain²博士が、WHOを代表して来日した。彼らは、日本が工業の拡大と生活水準の向上に伴って、戦争と占領から立ち直りつつあることを見出した。人口は急速に増加し、多くの子どもが出生した。Blain博士は、1952年には人口1万あたり2.6の割合となる22,975人の精神科患者が入院していたことを示し「日本における病床の潜在的な需要は非常に大きい」と述べた。彼らによれば、病院は小さく老朽化しているが、職員は十分に配置されていた。Lemkau博士は「一般的に、精神療法を長期にわたって実施することは、精神療法で良好な成果を得るために必要だと考えられているが、

日本ではそうしたことが知られていないし評価されてもいない」と述べた。もっとも彼は後に「精神療法家への需要が今後数年で非常に切迫してくることはほとんど確実である」とも述べている。

Blain博士は「厚生省は精神医学に関する指導力と経験があまりにも乏しい」と述べた。彼らはこの他にも多くの意見や勧告を行い、特に専門的訓練について重点的に述べたが、それらはその後実施された。Blain博士は精神病院の病床数を人口1万人あたり10-20に引き上げることを勧告した。

1960年にMorton Kramer³博士も来日し、精神医学的統計の収集方法について報告した。

1. Report of Consultant in Mental Hygiene to Japan, June 2 - July 14, 1953.

2. Report of Consultant in Mental Health, 13 November - 12 December 1953, January 1954.

3. Report on a Field Visit to Japan, 9-22 January 1960, 13 June 1961.

3.3 ▶ 日本の医療サービス

過去15年間で日本の産業はめざましく発展した。日本国民の生活水準は、まず都市部において、次いで地方において向上した。平均余命が上昇し、結核や赤痢など主要な感染症は今や制圧されつつある。若者たちはこれまでになく健康的である。戦争直後に非常に高かった出生率は1955年までに安定し、現在では18/1000程度に落ち着いている。総人口は1966年に98,274,961人で、そのうち65歳以上が約6%、15歳未満が25%、15歳から64歳までが69%であった。現在の傾向が続けば、2000年までに若年層の割合はわずかに低下し、高齢者の割合は大幅に増加するだろう。

公衆衛生制度は都道府県ごとに組織されている。日本には46の都道府県があり、人口は平均210万人であり、それぞれが公選の知事と議会によって管理されている。都道府県によって、保健と福祉の部局が一つにまとまっていたり別々であったりする。戦前の過度の中央集権への反動として、地方自治の伝統が過去20年のあいだに発展してきた。

都道府県当局は感染症対策に積極的で、保健師を配置した保健所のネットワークを構築しており、これが結核の制圧を主導した。ほとんどの都道府県には都道府県立の精神病院があり、知的障害のある人のための施設のある都道府県もある。

国の中央では、厚生省(日本政府の12省4庁のうちの1つ)があらゆる医療サービスを統制している。多くの国々と同じく、地域精神保健サービスは、文部省や労働省など他の省とも関わりがある。日本では精神保健問題は厚生省内のいくつかの部局が担当している。

厚生省には10の局がある。公衆衛生局には精神衛生課(7課のうちの1つ)があり、精神保健組織およびソーシャルワーカーなど精神保健サービスに関わるものすべての統制と発展を担当している。児童家庭局は、知的障害のある人や非行少年を含む、ハンディキャップのある子どもを特に扱っている。

近年、知的障害のある人(普通教育の不可能なもの)のための訓練施設が発達してきている。しかし、成人の知的障害のある人を支える施設はほとんどない。

重度の知的障害のある人は、以前は長生きする傾向が見られなかった。今でも、彼らは親の家にとどまっていることが多い。精神病院に収容されている者もいる。

ホームレス状態にある青少年の非行や反社会的行動の問題は、終戦直後の数年の大きな社会問題であり、多くの施設が設置された。この問題は今では以前より少なくなっているが、施設は残っており、多くの青少年の問題に対処している。

過去15年間、日本の精神病床数を増やすための努力が成功を収めた。公立病院の建物が拡張され、小規模ながら多くの市立精神病院が建設された。こうして、1967年までに入院精神病患者人口のほとんどが私立精神病院に在院することになった。

3 | 背景

■ 精神病床

	公立病院(床)	私立病院(床)	合計(床)	総人口(人)	人口10,000人当たりの病床数
1955年	10,982	29,254	40,236	89.2百万	4.5
1966年	30,769	150,940	181,709	98.2百万	18.5

1967年には725の精神病院があった。国立病院が3、都道府県立あるいは市立が39、市立病院が683であった。平均規模は約180床で、1,000床以上のものはわずかであった。また、大学や都道府県立病院にも多くの精神科入院施設があった。

1968年の予算では、政府は3つの法律(精神衛生

法、生活保護法、国民健康保険法)に基づき精神障害のある人のために約750億円(2億1,000万ドル)を計上した。その内、約30億円が外来患者のためのサービスに使われる予定である。

1952年に市川に設立された国立精神衛生研究所は厚生省が所管している。

1. A Brief Report on Public Health Administration in Japan, 1967.

3.4 ▶ 専門職

3.4.1 医師

日本の総合大学および医科大学の数はこの間に増加した(1967年の時点で、医学部卒業生を送り出そうとしている大学は46校であった)。この課程は2年間の前期教養課程と、4年間の医学課程からなる。授業は日本語で行われるが、英語とドイツ語の教科書が広く使われており、多くの医師がこれらの言語を両方とも読むことができる。精神医学の指導は、通常、いくらかの型通りの講義と症例提示によって構成されているが、大学によっては患者診療を行う精神科への配属期間を設けていることもある。

卒業後は1年間のインターン期間があり、国家試験を経て医師免許が与えられる。多くの医師は出身の大学病院で無給医として働き、専門家への関門である医学博士号取得を目指す。

日本では米国と同様、専門分化の傾向が高まっている。英国にみられるような家庭医は、今日の都市部にお

いて稀である。日本の医療の特徴は、1人の医師とその家族が運営する小規模な私立病院が何百もあり、かかりつけの患者を診ている点である。私立の精神病院もこのパターンに準じている。

より大規模な病院は大部分が評判の高い大学病院であり、多くの患者はその外来を直接訪れる。

日本の保険制度は、医療制度において重要な部分を占めている。多くの企業が従業員のための保険を運用している。また、多くの民間保険組合と、いくつかの公的機構がある。保険料率や受益基準はそれぞれ異なっている。全体を支えるのは国民健康保険制度であり、他の保険の適用を受けていないすべての人々に最低限の利益を保障している。いずれの場合も医者が治療を行い、後に保険業者に請求するが、患者から多少の金額を直接徴収することもある。

多くの精神科医は、例えば私立精神病院で働く、大

学病院で働く、公共機関で顧問となるなど、複数の役職に就いている。精神医学の中での専門分化はほとんどなく、精神科医は皆、精神病、入院および外来患者の心

因性反応(抑うつや神経症)、障害児、知的障害のある人、てんかん、精神療法などに対応している。

3.4.2 看護師

看護師の養成訓練機関は様々あり、2年から4年で准看護師あるいは正看護師の資格が与えられる。米国と同様、まずは理論的な教育が行われ、制限付きの病棟実習を伴うが、実践的知識は卒業後に取得することが期待されている。それでも資格のある日本人看護師の数は多い。精神科看護の専門的な訓練はない。男性

看護師(准看護師、正看護師とも)の数は少なく、日本の病院の上級看護職はすべて女性が担当している。もちろん、精神病院で資格無しに看護師たちと共に働いている人々もいるが、その数は英国ほど多くはなく、また米国の状況とはほど遠い。人員補充の問題はそれほど深刻ではない。

3.4.3 ソーシャルワーカー

現在、ソーシャルワーカーは4年制大学で訓練を受けると、その後あらゆるソーシャルワークを行うことができる。これらの課程は戦後、米国の指導の下で発達し、米国流の実践と社会理論に大きく依存している。上級職の多くは、若手時代の経験から資格を認められた

人々が就いている。精神医学のソーシャルワーカーを訓練するための専門的な精神保健課程はない。近年、精神医学ソーシャルワーカー協会が組織され、訓練を推し進め、基準を確立しようとしている。

3.4.4 臨床心理士

心理学や臨床心理学の大学課程は、戦後、米国の援助のもとに発達した。臨床心理士は教育機関あるいは個人診療所でカウンセラーとして働いている。ほとんど

の精神科施設には臨床心理士がおらず、いたとしても大抵は検査と研究に従事している。

3.4.5 作業療法士

1963年5月、厚生省によって、理学療法士および作業療法士の訓練のためにリハビリテーション学院が設立され、20名の学生が入学した。1964年5月、日本に

おける第1期生となる資格を有した理学療法士および作業療法士の訓練を援助する目的で、WHOは理学療法士を1名派遣した。

4 | 観察

4.1 ▶ 地域精神保健サービス

これにはすべての精神保健サービス、特に病院外のサービスが含まれる。

地域精神保健サービスに非常に広い意味を与え、外来精神医療サービス、ハーフウェイ・ハウス(halfway house)や治療的社交クラブ(therapeutic social club)のような補助的な活動、精神衛生リーグや自殺予防協会などの自発的な活動を含める国もある。またときには、教師に性教育の方法を、テレビ局のプロデューサーに番組の改善方法を、警察に暴動を阻止する方法を助言するというような、地方自治体内の精神医学的介入までもが含まれる。

日本では、このように拡大された活動の形跡はほとんどない。主な機関は、精神障害者、知的障害のある人、慢性統合失調症者のための公的施設と、病院、特に大学病院の精神科外来である。

日本には829の保健所がある。もともとが結核などの感染症を管理するために発展した施設であり、公衆衛生医の指導下に保健師が配置されている。最近、一部の保健所では、職員に助言するための非常勤精神科医が配置されている。これらの保健所は、統合失調症や知的障害のある人の自宅生活を支え、必要に応じて病院に移す最初の段階において有用な役割を果たしているようである。保健所は気分障害のある人にはほ

んど関与しない。

知的障害のある人のための広範なアフターケアサービスはほとんど発展していないようである。児童家庭局が、施設を出た知的障害のある人への拡張サービスの計画を策定しておりサービス拡張計画を策定し、労働省が知的障害のある人々の雇用維持問題に関心を持つようになってきたが、まだ発展していない。地域社会には、知的障害のある人(または精神障害者)のための授産所がない。

精神医学的問題を抱える人の多くは精神科専門医を訪れる。一部は私立精神病院が経営する外来診療所を、多くは大学病院の診療所を訪れる。これらの診療所は、統合失調症およびてんかんに対応しているが、かなりの数、心因反応(抑うつ状態および不安状態)や神経症(強迫神経症および恐怖症など)も診療している。神経症と診断される患者は増えてきているが、大学病院の外来は主に無給医が担当しており、繁忙を極めているため、神経症の治療はほとんどが投薬と簡単な面接である。

一般科の医師を訪ねた多くの患者は「ノイローゼ」(ドイツ語のNeurose)と診断され、精神安定剤で治療される。

4.2 ▶ 精神病院

日本の精神病院は規模が小さく、最近建てられており(20年以上の歴史があるものはほぼ無い)、多くが私立経営であるという点で、欧州や米国の精神病院とは異なっている。しかし類似点は多い。患者の大半は統合失調症を持つ人で、多くは長期在院者であり、多くは

無気力で引きこもり、退行的であり、病棟は満床過密である。

筆者は800のうち15の病院を見学したにすぎず、筆者の主張のなかには誤りだとして棄却されるものがあるかもしれない。しかし、これらはいずれも優良、ある

いは最優良といった評価を受けている病院であり、日本における最高の病院臨床を表していると思われる。筆者は複数の情報提供者から、他の病院がはるかに低い水準にあり、その3分の1は「非常に悪い」ということを聞いた。筆者には、そのような病院は見せられなかった。以下の観察報告は、この制限を鑑みて読んで頂きたい。

患者の入院環境は、はじめ寒々としており、混雑しているように見えたが、数人の患者の自宅を訪問すると、住み慣れた自宅の環境と比べて病院の方が良好であることが分かった。食事は良く、患者は身体的に健康であるようだった。ほとんどの患者は青年か中年で、高齢者はほとんどいなかった(60歳以上は4%)。職員の配置は、数の上では、高比率の医師と適当数の正看護婦で十分整備されていた。職員と患者の関係は温かく、友好的でユーモアがあり、欧米の貧弱な精神病院で見られるような冷たい距離や軽蔑はほとんどなかった。ほとんどの病棟で患者は十分な私物を所持しており、これは欧州の古い病院とは対照的であった。一般的に、柵、二重錠、手すり、防護ガラスなど、他国の一部の病院を醜くしている安全設備はなかった。

積極的治療法やリハビリテーションの現代的手法が理解されている痕跡はわずかであった。Herman Simonの積極的治療法の原則(1926年)が依然として維持され良好な活動がなされている病院もあったが、他の多くの病院で患者の活動水準は非常に低かった。患者は何もせずに座っていたり、昼間にベッドに寝ていたり、気晴らしをしていたりしていた。ある病院では、午後3時頃だというのに、予期せぬ降雪があったからと、3分の1の患者がベッドに入っていた。注目に値する作業や活動のプログラムがあったり、ナイトホスピタルの看護を受けながら地域で働く患者のいたりする病院もあったが、多くの病院でそのようなことはほとんど行われていなかった。

あまりに多くの病棟が不必要に施錠されていた。拘束、隔離室、個室、安全区画は使われすぎていた。長期間独房に閉じ込められていたことが明らかであるような患者が少なくなかった。2つの病院では新棟が鉄柵や監視カメラなど念入りの装置を備えた安全区画となっていたが、これらは有害な孤立や退行へと導くものである。

数名のすばらしい院長たちは、患者の生活、仕事、自由に注意を向けていたが、精神病院の医師の多くは、身体的治療やカルテ作成といった因習的な役割に閉じこもっているようであった。医師たちが神経解剖学や神経病理学の研究にかかりきりになっている病院もあった。

看護師たちもまた、リハビリテーションにむけて活発な生活を指導し促すよりも、身体的看護の提供が自分たちの主な責任であるとみなすことが多いようであった。最近の急速な精神医療の発展の中で、精神病院組織は、WHOの精神保健専門委員による第三報告書(Technical Report Series No. 73, WHO Geneva, 1953)に書かれている原則に十分な注意を払わず、社会精神医学の最近の発展に関する認識も全く欠けているようであった。

4.3 ▶ 知的障害のある人のための施設

筆者は知的障害のある人のための7つの施設を訪問し、高い水準の訓練が与えられていることに感銘を受けた。これらの施設は教師の指導下であり、非常勤の小児科医や精神科医がコンサルテーションを引き受けていた。知能指数が20に満たない子どもたちも、士気の高い献身的な職員により積極的な指導をうけていた。知能指数20～60の範囲の子どもたちは実用的な技能を教えられており、社会訓練のみならず、単純作業にも積極的に従事していた。もちろん、これらの7施設は一流の施設であり、これよりも質の低い施設については分からない。情報提供者のなかには、子どもたちが直接的な医療管理の欠如のために困っているのではないかと懸念するものもあったが、そのような痕跡は見られなかった。施設数は不足している。多くの町では、知的障害のある子どもや成人は精神病院に收容されており、やっかいな問題であると認識されていることは明らかであった。彼らは退行した行動や、他の患者や職員をいらだたせるという理由で個室に閉じ込められていた。

しかし、どの知的障害のある人のための施設でも、職員たちはアフターケアやフォローアップについて不安を感じていた。昔在籍していた生徒たちをパーティーに呼ぶなどして、自分たちで対応している施設もあった。職員たちは、知的障害のある人の仕事探しを助ける職員がいないことに言及した。上述の施設は新しく、退園後10年、20年経ったとき、あるいは生徒らの保護者が死亡したときなど、誰が彼らを援助するのかと問われても、誰も知らなかった。普通学校に附設された特別支援学級学級や特別支援学校における知的障害のある人の教育は日本でよく理解されているものの、特別支援学級の数は十分ではない。

日本では、英国や欧州諸国で見られるような青少年職業訓練センター(Junior Training Centre; Occupational Centre)は、あまり発展していないようである。これらは、普通教育を受けることのできない重度の知的障害のある人が、自宅生活を続けながら毎日通うことのできるセンターである。これらはしっかりとした家庭の中等度の障害のある児(Down症候群など)を援助するのに最適であることが分かっている。子どもが毎日センターに通うことで母親に息抜きを与え、訓練は大人の生活に向けた準備となり、社会的技術を身に付けさせ、報酬付きの単純作業を教えることさえある。

筆者は、非常に重度の知的障害のある人のための施設は一つも見学しなかった。歩いたり食事することのできない不幸な人たちには、一生涯の介護と配慮が必要である。30年前、そのような人々は早逝していたが、今日では、現代の薬によってより長く生きようになっている。母親たちは長年にわたって献身的に世話することが多いであろうが、このような知的障害のある人の多くは施設での介護が必要である。このような患者が今後増加するのは明らかである。

4.4 ▶ 医療保険

多くの情報提供者は、この制度から生じる困難について言及した。この制度は日本特有のもので非常に複雑である。どの病院も、各患者がどの保険制度に属しているか、何割の利益を得る権利をもっているか、ということ調べる大きな「医事課」を維持しなければならない。この複雑さはどの患者にも困難であるが、特に精神保健サービスの利用者はその多くは思考が単純な人（知的障害のある人）、混乱している人（精神病を持つ人）、情緒的に苦痛のある人（神経症を持つ人）であり、この複雑な制度をうまく利用することが、より困難となる。筆者は、1968年には保険制度が改革され、英国のように統一された国民保険制度の話が出ていることを知らされた。これは精神科の患者に大きな利益となるであろう。

医療保険制度のその他の側面は、より直接的なコメントを喚起するものである。医療サービスごとに異なる支払い率は、筆者が理解している限りでは、中央社会保険医療協議会における保険団体と医師会の代表者たちの間の論争と妥協とによって算出されたものである。しかしその委員会には一人の精神科医もいない。このことは不幸なことであるように思われる、なぜなら、現行の医療保険支払制度が、日本全国の精神医療のパターンを決定しているからである。

入院患者の治療の支払いはきちんと算出されており、比較的手厚い。医師は入院患者の治療で十分な収入を得て、病院は経済的に繁栄している。外来患者の精神医療は支払いが悪く、提供された治療の長さ、質、強度に関わりなく、一回の受診に一律の料金が支払われている。このため、個々の患者に長時間かけるのではなく、非常に多くの患者をごく短時間の面接で頻繁に診るよう、医師たちを奨励していることになる。医師にとって精神療法を行ったり、計画的で長時間の面接を行うことで生計を立てることは不可能だと筆者は聞いた。裁判所、児童相談所、都道府県の行政機関等に精神科医が助言するのに費やした時間に対しても、精神科医への支払いはない。このことは、精神科医が個人治療、特に入院患者の身体的な治療に時間を費やし、地域精神保健サービスのための仕事に背を向けることへの積極的な誘因があることを意味している。これでは、地域精神保健サービスの発展は阻害され、サービスは貧弱になるに違いないのである。

4.5 ▶ 日本における精神医学の地位

地域精神保健サービスには多くの専門家が関わっているが、精神科医はその中心的存在である。筆者の議論が進むに連れ、日本の精神医学と精神科医が、他の現代社会におけるそれらの位置づけとは異なることが明らかになってきた。

地域精神保健の発展が提案されるのであれば、社会はこれまでと違った形で精神科医や精神医療を活用するようになると考えられる。それがどこまで発展するかは、現在の社会が精神科医をどのように見て、どう活用するか、つまり、一般の人々が精神科医をどのように見ているか、他の分野の医師が精神科医をどのように見ているか、精神科医が自分たち自身をどのように見ているかによって定まるものである。

日本では、精神医学はかなり重篤な知的障害、精神病、てんかん、神経症の治療を行う、医学の小さな専門領域である。それは性病学や皮膚病学程度に重要であっても、耳鼻咽喉学ほど重要ではない。このような伝統はKraepelinおよびその後のドイツ精神科医の診断的現象学的アプローチに固く結びついている。一般の人々は精神医学についてほとんど知らない。一般の医師たちにとって、精神医学はマイナーな専門分野なのである。どの一般医師も、多くの「ノイローゼ」(ドイツ語ではneurose)を診察し治療するのが当然と思っている。こうした医師は精神安定剤、鎮静剤、良い助言、そして必要であれば患者がより良い生活を送るためにしっかりした厳しい助言によって治療を行う。一般医師がこうした患者を精神科医に送ろうと考えることは滅多にない。精神病患者を扱っている医師の多くは自らを精神科医とは呼ばない。彼らがその言葉を自らについて用いたところで、それは循環器科医とか皮膚科医以上の意味は無い。彼らは自分たちを医師、身体の医者、つまり医学の一部として見ている。患者に接する際には白

衣を着て、ほとんど機会があるごとに身体検査を行う。彼らは診断を下し、治療を行う。通常は精神安定剤が他の薬物を使用することもある。必要な時にはよりよき生活が営めるように父親のような助言をする。

日本の多くの精神科医がこの地位を受け入れ歓迎している可能性はある。なぜならその地位を受け入れることで自分たちの責任は限定され、器質的な問題のみに目を向け、情緒的な関わりや個人的な再適応を要求する神経症、精神療法、社会精神医学が提起する困難な問題に立ち向かうことを避けることが可能になるからである。

精神医学の指導者たち、特に、欧米の精神医学や力動的な精神医学について理解をしている精神科医は(深い関わりあいのない短期訪問を通して得たおおまかな印象とは対照的に)、日本の伝統的な思考や感情と欧米の近代的な科学的知識を真に統合しようと試みている。

彼らは西欧諸国における精神医学の地位を驚きと多少の羨望のまなざしで見ている。精神医学の地位は、それが誇り高く裕福な職業であるとみなされている米国で特に高い。米国では、人間と心に関する科学的研究は、人間や社会を変化させる価値のある知識と理解と方法とをもたらすという一般的な信念がある。そのため、心理学、精神分析、精神医学は一般的に尊重されている。精神分析は人間の思考と感情の不合理な側面に光を当てたと考えられており、精神分析についての知識と理解は教養のある人たちの常識の一部となっている。米国では、人々が心理的に苦しんでいるときは、心理療法家、精神分析家、カウンセラーの援助を求める。彼らはこの援助に対して高いお金を支払う。精神分析療法は医学的な資格のある精神分析家によって行われており、彼らのほとんどは一定期間の精神医

学の訓練を受けている。精神分析家より高い所得階層に属するものは、婦人科医や外科医など少数の医学専門職だけであるかもしれない。医師は皆、精神医学を知っている。一般医師が多くの患者を精神科医や精神分析家に紹介するよう、外科と対等に精神医学が教えられるところもあるほど、医学部では精神医学は良く教えられている。米国の精神科医は自分の専門に誇りを抱いており、他の医学とは一線を画していることをそれほど残念に思っていない。

英国における精神医学の位置づけは、米国と日本の中間あたりである。医学や社会の中での精神医学の位置づけは、それぞれの先進国の社会によって著しく異なっている。各国が独自のパターンを築かなければならないが、日本も現在これを積極的に行っているところである。日本が現在発展させようとしているパターンは、これからの地域精神保健サービスの型を決定することであろう。

4.6 ▶ 精神医学におけるリーダーシップ

Blain博士は1953年の報告書の中で、日本の精神医学におけるリーダーシップの問題について雄弁に次のように記している。「リーダーシップはどこにあるのか？誰がWHOの年次報告書の妥当性について研究しているのか？」(p.15)「しかし、今、本省の精神衛生課には精神科医が一人もいない」(p.15)。Lemkau博士も「これだけの大規模(毎年50億円)なプログラムにおいて中央からの刺激、顧問サービス、ある程度の統制を行うためには、少なくとも精神科医一名を含めた9人以上の職員が必要であろう。」と指摘している。

残念ながら、現在では750億円のコストがかかっているが、状況にはあまり変化はない。私がお会いした多数の上級の精神科医らは精神保健サービスの将来

筆者には、日本の精神医学は重度の精神障害のある人を扱う専門分野だと見られているように思える。従って、地域精神保健サービスも、統合失調症、てんかん、知的障害のある人へのサービスだとみられていたのである。

一方、大学病院の外来には心因性反応(うつ状態、不安状態)や神経症的疾患の患者が増えていることが観察された。筆者は、都市の知識人、特に西欧思想に接している人々の間では集中的な精神療法や精神分析への要望が高まっているのに、資格を持つ治療者を見つけられないと聞いた。従って日本の世論は医師に先んじて進んでおり、満たされない感情的な問題に対して援助を求める声が高まっているように思える。個人的な問題に援助の手を差し伸べる新しい宗教が大きく増えていることを見聞きしたことは興味深かった。

を心配していたが、中央政府の権力のある地位にある者はなかった。

Blain博士は、厚生省には精神科医が1人もいないと述べていた。筆者は省内の医師の中に現在は2人の精神科医がいると知らされた。しかし、2人とも省内では下級の地位であり、精神医学の経験は短い。厚生省の上級職に経験豊かな精神科医はいない。

政府の医療サービス、特に精神医学の専門家のリーダーシップの問題は、日本だけのものではない。どの国においても、省庁の医療部門のトップはキャリア官僚、通常は省内でキャリアを積んできた公衆衛生の専門家によって占められている一方、職能団体のリーダーシップは医療のスペシャリストが担っている。これ

4 | 観察

ら2つのグループを結びつけるには何らかのメカニズムが必要である。

精神医学には、さらに困難がある。この専門領域は多数の長期在院患者を扱い、病院の開設、職員の配置、組織に関する行政的な決定が、しばしば患者の社会復帰の可能性を決定し、数十年にわたるサービスのパターンを決定する。特に大切なのはこれらのサービスが、この専門職の中で地位のある経験豊かな精神科医によって指導されることである。しかし、このような経験は精神医学、精神科診療所、病院での長年の勤務を通じてのみ得られるものであり、省内のデスクで働くことで得られるものではない。

米国では、精神保健の監査官は各州の上級官吏であり、知事に直接に具申することができ、州の閣僚の一人であることが多い。知事はその人物を個人的に選び指名するもので、その人物は常に上級の精神科医であり、キャリア官僚であることは少なく、多くの場合、専門的に優れた人物である。英国では、保健省次席医務官の1人は精神科医でなければならず、その人物は大臣に直接具申する権利を与えられている。この人物は上級官吏であると共に、多くの場合、専門職の中でも優れたメンバーである。近年、指導的な位置にある精神科医が3年間の勤務のために保健省に入っている。

筆者は、Blain博士の「中央部での精神医学の人員配置がより良くなしないと、日本の精神保健サービスは満足に発展しないだろう」という1953年の意見に同意する。

日本の精神衛生課は、厚生省に属する10局の1つである公衆衛生局の中の7課のうちの1つにすぎない。この不十分な位置づけは、厚生省内で精神保健に与えられている重要度の低さを反映している。これは、戦後まもなく厚生省が組織され、主要課題が感染症、児童福祉、社会福祉であった当時には適切な評価であったかもしれないが、現在の地位を反映するものではない。

いかなる行政官庁や局においても、ある業務の活動、支出、重要性が減少する一方、他の業務が活発になるものである。すべての近代国家では、例えば肺結核の部門は縮小する一方、医薬部門は増加している。おそらく、日本政府も時折部局を調査し、最新の優先順位によって部局を認識しているであろう。このような再評価は、優先順位を乱し、個人の昇進の見通しを危険にさらす可能性さえあるため、省内に地位を得ている人たちには常に不評である。しかし、このような再評価を時折実施するのは担当者の義務である。

国立精神衛生研究所が市川に現存し、その出版物や国際的な名声が示すように、多くのすばらしい研究業績をあげている。患者、治療施設、専門職員の数と質等についての多数の価値ある調査が行われ、全国規模の訓練制度も組織されている。しかし予算は制限されており、拡大計画は経済理由により何度も延期させられていると筆者は聞いた。

先進国は、研究に投資することが、国家の進展に不可欠であることを学んだ。日本の唯一の国立精神衛生研究所の予算を出し惜しむことは、こうした経済原理からすると誤っている。

5 | 考察

5.1 ▶ 精神病院人口の傾向

精神病院の人口にはある種の傾向が認められた。ここ15年間に新しく作られた多くの日本の精神病院は、統合失調症患者で満床になっている。訪問した病院では慢性患者が増加していく傾向がすでにあった。5年以上在院している患者数は増加しており、その多くは25才から35才の成人期前半の人々であった。普通の寿命を全うするとなれば、これらの患者はあと30年間は病院に在院するかもしれない。

日本はヨーロッパと同じような経験に遭う危険性があると思われる。ヨーロッパでは統合失調症患者が病院に集められ、身体的治療を受け、無為に閉じ込めら

れていた。患者たちは長生きし、入院患者数は増加しつづけ、病院は膨大な数の無為に希望もなく「収容された」人々でいっぱいになった。社会精神医学、積極的な治療、社会復帰の厳密な活用によってこのような傾向が逆転したのはごく最近のことである。

これについて調査を行う必要がある。慢性患者の人口の増加を把握し、将来の傾向を予測するために、在院患者を年齢別、入院日別に注意深く確認すべきである。これは定期的な確認により監視されるべきである。

5.2 ▶ 施設の場所の選定

ヨーロッパで見られた別の失敗を、日本も繰り返してしまう危険性が高まっている。最初に西ヨーロッパとアメリカ合衆国の東部に保護施設(asylums)が設けられた時、辺鄙な土地が安価だったために田舎に建設された。それらは当初は小さな施設であり、希望と積極的な治療の場であった。事故を恐れて徐々に安全対策が強化された。患者は退行し無気力になったが、良い医療によって長生きし、その人数は確実に増加していった。町から離れているので、社会復帰や地域社会との関わりは困難であった。往き来が困難なので、親族は病院訪問に消極的で、患者も自宅に行くことに消極的に

なった。地域社会とのつながりが失われた。徐々に保護施設は規模が大きくなった。新しい施設を人口の中心地からはなれた安い土地に建設するのは不経済なのである。社会復帰はきわめて困難で、患者は長期滞在になる傾向がある。施設は着実に大きくなり、最終的な経費はより大きくなる。もしも精神科の治療病棟が小規模で町の中にあれば親族との接触が維持され、社会復帰はより容易で、慢性患者の退院はより速やかになる。土地の初期費用は高いかもしれないが、施設は小さいままで、はるかに高い価値を与えてくれる。

5.3 ▶ 精神病院の統制

多くの日本の精神科医は筆者に、精神病院の基準を統制するという課題について述べた。日本には現在800を超える精神病院があり、そのうち80%は1945年以後に設立されている。そのため、ほとんどの精神病院は新しい施設であり、医師、看護師、患者といった人々が生き方を模索しているところである。非常にうまくやっている人もいるが、そうでない人たちもいることを筆者は聞いている。また精神病院の約3分の1は、専門的な精神科医療や社会療法については言うまでもなく、快適さ、衛生状態、身体的医療の好ましい水準を大きく下回っていることを知った。またこうした問題点は、院長や看護スタッフに精神医学の経験がない場合や、投資回収を求める経営者が、施設を過密にして収入をあげようと医療スタッフに圧力をかけている場合に特に深刻であることも分かった。

現在、精神病院は他のすべての病院と同じように都道府県の機関によって監査されている。この監査チームには通常医師1名がいるが精神科医であることは滅多にない。このチームは衛生上の危険や定員過剰を予防するには十分であろうが、精神医学的ケアの質を評価することはできない。

精神科施設の管理には特別な問題がある。普通の病院やナーシングホームは公共の目が入り、スキャンダルも明るみになりやすい。なぜなら帰宅した患者は自分たちの見たことを話し、親族が病院に来て不当を訴えるからである。しかし精神科の患者は妄想があるとみなされ、患者の苦情はしばしば軽視される。家族は精神病院とのつながりを明らかにしたがるが多いか、厄介な親族が閉じこめられているのを幸いと思ひ、あまり多くの質問をすることがない。精神病院では普通の病院よりも虐待が発展し増加しやすい。

そのため、日本の精神病院の基準の管理を改善し、特に社会精神医学の分野でより良い基準を奨励する必要がある。

可能な解決策の一つとして優れた国家監査制度が考えられる。このような措置(The Board of Control)は、英国において多くの施設が創設されていた時に効果的であった。監査官(コミッショナー)には高給が支払われ、経験豊富な精神科医が含まれていた——何人かは英国のもっとも有能な精神科管理者であった。彼らは病院を訪問して報告書を書き、法律によりその報告書は地方自治体で公表されなければならないことになっていた。彼らは病院の免許を取消したり、患者の退院命令を出したり、職員(医務部長を含む)を更迭したりすることができる。監査官は非常に恐れられていたが、彼らは新しい改善情報のある地域から他の地域に知らせるといった大切な教育的影響力も持っていた。近年、保健省が英国のすべての病院(全精神科病院を含む)について責任を持つようになったあとで他の管理や監査の方法が発展したため監査官は解消したが、監査官のいくつかの活動を復活させようとする運動がすでに起きている。

5.4 ▶ 精神病院における高齢患者

日本と西洋の精神病院の顕著な違いは、日本では高齢者の患者が少ない点である。精神病院における60才以上の患者はたった4%であるのに対し英国では約50%である。英国の病院におけるこれら的高齢者は、失禁したり、身体的に助けを必要とし、しばしば手足が不自由で、精神病に加えて高頻度に身体合併症を伴うので、多くの時間と注意が必要となり、看護師や医師の負担が大きい。このような負担は現在のところ日本の精神病院では感じられない。日本の精神科医は高齢者を支え、尊敬し、愛する日本の伝統的な家庭状況をその理由として挙げる傾向があり、それによって精神的に参ってしまう高齢者がより少なく、精神科医のところに行く人も少ないために、入院する人も少ないのだと推測している。

これにはおそらくある程度の真実性があるかもしれないが、また、高齢者の病気とその治療という高齢者医学の専門分野は西洋と日本では違った形で発展していくだろう。現在、日本の人口に占める高齢者の割合は英国や米国ほどは大きくない。これは古い世代の高い死亡率と1944-1948年代の多数の死亡によるものである

う。同様の人口構造はソ連、ポーランド、ユーゴスラビア等にもみられる。産業化が進む一方で人口中の高齢者の比率が増大し、拡大家族が少なくなるにつれ、より多くの高齢者が精神医学的援助を求めるようになるだろう。

しかし、英国の病院に関する入念な横断的研究によると、こうした負担となる高齢者のほとんどは老年精神障害が原因で入院させられたのではない。これらの入院患者は何年も前、若年または中年の時代に統合失調症を患い入院し、病院で年を取ったのである。英国の精神病院における現在の「高齢者問題」の多くは1920年から1950年のあいだに入院した患者である。このような患者は現在の日本の病院にはいない。しかし、現在のように慢性患者の増加が続き、現代医療によって生かされていけば、1980年代や1990年代には日本の精神病院でも高齢者の患者の数は大幅に増加するだろう。これは遠い先の問題のようにみえるかもしれないが、何らかの対策をすぐに行わなければ、大きな問題となるだろう。

5.5 ▶ 重い機能障害のある人のアフターケア

日本ではこの分野において計画性に乏しく断片的な努力しか行われてきていない。この問題の大きさを認識し、必要な対策を実行する必要がある。

他国と同様に、日本にも精神的に不自由な人たちが数多く存在している。これらの人々は充実した個人生活を送れず、簡単に施設での非生産的な生活に引退してしまうが、もし十分にスタッフのいるサービスに支えられれば独立した生活を送り、国家の経済の無駄とな

るかわりに経済に大きな貢献をすることができる。

この患者群は、高度の知的障害のある人—IQ 30～70の患者—や思考障害が持続する慢性の統合失調症、若干のてんかんの患者を含んでいる。こうした人々は、医療歴はさまざまであるが、社会的に障害を抱えている点では似ている。彼らは独立できず、結婚する可能性は低く、単純な水準の仕事はできるが複雑な仕事はできず、重い責任を負うことも、他の労働者と満足な関

5 | 考察

係を持つこともできない。彼らは定期的に調子を崩す際に医療を必要とし、しばしば入院する必要がある。

もっとも安易な解決策はこのような人々を施設に押し込むことであり、彼らはそのような施設で人生の残りを過ごすことが多い。こうしたやり方では患者の数は増加し、その結果、国の負担が大きくなる。1950年代のアメリカ合衆国では人口10,000人あたり最大40人が精神病院で非生産的かつ不幸に過ごしていた。

昔はこうした人々は農村経済に容易く吸収されていた。現在の日本では産業社会化が進んでいる。これらの障害者が都市社会に適合することは困難ではあるが不可能ではない。彼らは多くの場合、貴重な工場の従業員になり、それほど努力の要らない仕事をする。彼らには、今のところ日本に不足している社会的支援の

枠組みが必要である。彼らには地域社会の支援者との継続的な接触が必要である。現在、これは保健師や福祉職員によって提供されているが、どちらも精神医学的訓練は受けていない。彼らは熟練した職探しを必要としている。現在この職探しは労働省によって無計画に行われている。彼らは精神医学的治療を迅速に受けられることが必要である。中には以前通っていた私立精神病院から治療を受けている人もいる。しかしこうした人々に何年も、おそらく生涯にわたって、長期の支援を提供するというニーズに医学的に応えている証拠はほとんどない。

日本は原爆被爆者や傷痍軍人、引揚者のアフターケアや社会復帰問題にうまく取り組んできた。今や精神障害者は、今後の社会復帰の大きな課題として浮上している。

5.6 ▶ 精神療法と精神分析

英国と米国で「地域精神保健サービス」といえば、感情障害のある人に対するサービスが含まれる。これらの中で、カウンセリング、精神療法、精神分析は高い優先順位を持つ。すべての外来診療所では精神療法を行う専門的な時間をかなり確保している。精神分析的な精神療法に対する一般の需要は満たされていない。

そのため、日本では精神療法にあまり時間が割かれていないことを知ったのは興味深いことであった。多くの精神科医は精神分析について認識不足であり「精神分析は日本人には適さない」という自己満足的な発言で正当化している。大学病院における精神医学研修プログラムでは、神経解剖学、神経病理学、脳生化学、現象学などについて多くの指導が行われていたが、精神療法、精神分析、社会精神医学の指導はほとんど行われていない。優れた訓練を受けた精神科医たちは

Freudの著書を何冊か読んでおり、アメリカ精神医学における精神分析の重要性を知っていたが、それが自分たちの仕事には直接応用できることがほとんどないと自分たちを納得させていた。

さらに調べてみると、日本では数人の精神分析医が困難を極めながらも活動しており、知識人の間からこの種類の援助を求める需要が高まっていることが分かった。感情障害のある人々がどこで援助を受けたかについてさらに調べてみると、その答えはさまざまであった。ある人は大学精神科外来で薬物療法や支持的な精神療法を受け、ある人は内科医や一般医師による薬物療法、水治療法、湯治等によって治療している。多くの人は医学的に関心をもたれないために拒絶されたと感じ、宗教、特に精神的不安や困難な問題に救いを与えるという立正佼成会や創価学会といった新興宗教を

頼っている。

世界中どこの国でもそうであるように、日本にも情緒障害のある者がたくさんいる。その中には日本文化の影響によって特定のはけ口を強いられる者もいる(例えば、日本の女性の自殺率が世界で最も高い部類に入る)、日本的な生活様式による特有のストレスを和らげるために、特別な対処方法をとっている者もいる。しかし、それが今後も十分なものであり続けるかは疑問である。

日本は工業国であり都市国家である。伝統的な生活様式は急速に変化している。祖父母の同居が減り核家族世帯が増えてきており、女性の役割は変化し、急激に増えている若者世代は自分たちが激動する世界の主体であるときなしている。他の多くの先進国でも似たような変化が起きている。感情的なストレスに対処するためには、従来の方法では不十分になってきており、

5.7 ▶ 精神保健運動

日本政府は、地域精神保健サービスについて助言を求めるに際し、日本の地域精神保健のプログラムがなぜ今日まで成功していないのかを懸念していたようである。筆者は調査をしながら、このことを理解するよう努力してきた。日本の立場と英国やアメリカ合衆国の立場とで目につく相違は、精神保健に貢献する市民団体がわずかしか発達していない点である。これは各国の社会構造の根本的な差によるものだという説明を筆者は受けている。

英国や米国では、サービス、施設、新しい法律などの社会的発達のひとつに先だって、関心を高く持った活発な市民団体組織によって、それ以前に数十年にわたるプロパガンダ、議論、実験が行われていた。こうした人々が、動きの遅い専門家を刺激し、志を同じくする

産業社会の中で孤立している悩める現代の都会の男性(そして女性)は、個人的な援助やカウンセリングを求めている。筆者は、日本でこのような要求は確実に高まってくると考えている。多くの悩める日本人が新興宗教に行ったとしても、多くの人は、世界で最も進んだ社会が最も価値があるとみなす援助、つまり専門的なカウンセリング、精神療法、精神分析を求めよう。そして日本の精神科医は、不本意ながらもこれらを提供することを余儀なくされるだろう。彼らは今のところこの課題に対応する準備ができていない。感情障害のある人に対する適切な施設を提供するとなると、サービスは大きく変化しなければならないだろう。外来診療所は拡大しなければならず、精神医学訓練は適切な精神療法の訓練を取り入れなければならず、最終的には大学医学部のカリキュラムも変更しなければならないであろう。

人々を組織し、圧力団体となって法律を改めたり、サービスを提供したり、施設を建てたりするよう政治家に影響を与えた。

ここ20年のあいだ、英国では全国精神衛生協会が精神衛生法規を改正させるよう活発に運動をし、1959年の精神衛生法に結実した。全国精神衛生協会は先進的な青少年職業訓練センター、知的障害のある人の病院、保護作業場のスーパーバイザー訓練コース、精神障害者のハーフウェイ・ハウスを運営した。また王室や著名な政治家の出席する大規模な国内会議を毎年開催している。

また、市民団体は一般の人々に精神障害のある人や知的障害のある人のニーズを知らせ、積極的な関心をもってもらうため、講演や新聞雑誌、国営テレビの映画

や番組、地域のお祭り、バザー、慈善興行による啓発を積極的に行っている。こうした仕事から「病院友の会」のグループや、病院内のボランティアをはじめ、精神保健関係施設や精神障害者に積極的な支援を与え、専門家を支援するため多くのグループが発生した。

原爆被爆者、旧軍人、ソーシャルワーカーのための職能団体のような他の圧力団体に比べると、こうした市民による精神保健団体は日本にはほとんどない。この

ような団体が存在しないのは、精神疾患や精神病院に対する一般的な無知、恐れ、偏見の結果であると同時に、その原因でもある。これは、人々が精神疾患を理解し、それに対する偏見を払拭するための啓発プログラムが欠如していることの説明になるであろう。こうした教育プログラムがなければ、地域精神保健サービスの発展は非常に遅くなるであろう。

5.8 ▶ 社会精神医学

地域精神保健サービスが日本で盛んでない理由の一つは、日本の精神科医の多くが社会精神医学を理解していないことにある。精神科診断学、精神薬理学、脳波学、遺伝学的研究など、現代精神医学のいくつかの側面は日本でもよく理解され応用されている。精神病理学や精神分析のような他の形態のものは理解されているが活用されていない。社会精神医学は理解も応用もされていない。

比較疫学や比較文化精神医学は日本では大変よく理解されていて、いくつかの興味深い研究に応用されてきている。「社会精神医学」は特に英国でここ20年のあいだに発展してきたもので、患者とその患者の病気を社会的背景の中でみるというものである。これは患者の病気の診断と治療にも適用される。それは本質的に新しい次元であり、患者が心の悩みをもって医師を訪れた時に何が起きているかに関する、新しい見方である。精神科医はもはや単に患者の中に起きていることだけを見るのではない。精神科医は患者の周囲の環境、家族、仕事、社会的地位だけでなく、自身の感情、反応、および先入観、そして対立が起こる医療環境とそれが社会全体の枠組みの中で占めている位置など、全体的な状況に目を向ける。

この観点を発展させるにあたり、精神科医は社会科学、特に精神力動的視点に通じた社会学者や社会学者の著作を参考にした。精神科医は多くを学び、実践を変化させ、ここ20年間はその成果を実りある形で応用できたのである。

社会精神医学は英国における精神医学の実践を大きく変えた。地域精神保健サービスが発展してきたのはこうした背景に基づいている。これらの原則の多くは1953年にWHOが出版した精神衛生専門委員会の第三報告書に示されている。この勧告を応用したことで、英国の精神保健サービスに大きな利益をもたらした。

精神病院の中で大変革が起きつつある。職員の特権のヒエラルキーを維持するためではなく、患者の役割が再検討され、患者の社会復帰に焦点を当てて病院の社会組織が再構築されてきている。こうしたことから開放制、産業療法(industrial therapy)、ハーフウェイ・ハウスが登場してきたのである。

非常に多数の患者を社会復帰させることや、さらに調子を崩させるような、逆境的な社会因子の役割を把握することによって、病院外の精神科サービスの大きな発展につながった。すなわち、保護作業場、ホステル、デイケア、治療的社交クラブなどの地域精神保健プ

ログラムである。またこれらの流れにより、ソーシャルワーカーの職域が大きく広がった。

これに関連して、政府に対して強力な政治的圧力を及ぼすようになった英国の市民精神衛生団体の運動に、精神科医がより意図的に参加するようになった。こうした市民団体はまた、自殺予防協会(Samaritans)のような組織で精神保健サービスに積極的な貢献をしているボランティアも生み出した。

また、治療共同体という方法も社会精神医学的アプローチから出てきたものである。この方法では、小規模な施設にいるすべての人(患者、看護師、医師、他すべての職員)が顔を合わせてミーティングを行い、お互い対等に話し合った。これは反社会性パーソナリティ障害のために開発されたが、現在はあらゆる精神疾患の患者に応用されている。主な方法は、定期的な共同体内でのミーティングの後に、職員による振り返りが行われ、重要な出来事について、注意深く社会的に分析され、自由なコミュニケーションを行い、役割を分析して役割の境界を曖昧にして、ロールプレイと現実検討の機会が提供される。基本的な原則は、寛容、平等主義、民主化、同意に基づく決定、そしてピアグループによる社会的な統制である。この方法は集中的で、全員、特に職員に、多くが求められる。職員は、グループでのコミュニケーションにおける効果的なスキル、精神療法的に物事を見極めることと柔軟な性格を獲得し、職業上の防御的な反動形成の多くを放棄する準備をしなければならない。

このアプローチとこれらすべての研究が、普通に働いていた精神科医の生活に与えた影響は顕著であった。英国の精神科医は現在、病院、外来クリニック、そして地域社会で働いている。病院内では患者の環境を調整するにあたり、看護師や、その他の職員と共にチームとして働いている。外来クリニックではソーシャルワーカーと非常に密接に協同し、ソーシャルワーカーの報

告や活動を大いに頼りにしている。地域社会では患者の家を頻りに訪問し、家庭医や地域のソーシャルワーカーや保健師とよく相談する。精神科医は診断、そして薬物治療、身体的治療や精神療法などの治療においては専門家と言える。しかし詳しく聞き取ることや、治療の大部分においては看護師、ソーシャルワーカー、一般開業医、家族あるいは他の患者といった他のメンバーの方が積極的に働いているかもしれない。

英国で「社会精神科医」(Social Psychiatrist)と自ら名乗る精神科医は限られているが、この観点は英国での実践に広く浸透している。従って、ほとんどの精神科医が自分の専門的な仕事の一部として、地域活動に何らかの形で従事している。

筆者が日本を訪問し講演を行った際に、こうした考え方がほとんど知られておらず理解されていないことに気が付いた。しばしば抵抗に遭い、自分にとって職業的に不利となってもなお、これらの考え方を提唱しつづけてきた先駆者はわずかながらいたのである。しかし多くの日本の精神科医がMaxwell Jonesの著書を読んでいながら、それを実地に適用しようとした人はほとんどいなかった。地域精神保健サービスの発達が遅れていること(同様に精神病院における活動性と自由が欠けていること)について数多くある理由の一つは、日本の精神科医のあいだで社会精神医学の現代的な原理の理解が欠如している点であることは疑う余地がない。

6 | 勧告

6.1 ▶ 政府

日本政府に対して、精神保健サービスの現在の組織について真剣に考慮するよう勧告する。地域精神保健サービスが十分に発展していないという理由で、筆者の勧告が求められた。筆者の調査は、精神病院の長期入院患者の数は着実に増加しており、今後も増加し続ける可能性が高く、日本経済への負担が増大していく

という警告すべき状況を指摘している。

筆者は注意を向けるべき領域を多数指摘したが、特に、精神医学の中央管理の問題が極めて重要であると考えられる。この領域では、1953年のBlain博士の報告書以来、ほとんど変化がない。

従って、以下のように勧告する。

6.1.1 精神保健は公衆衛生、児童福祉およびその他の部門と対等な、独立した部局とすべきである。

6.1.2 厚生省は職員の配置に注力すべきである。長期的な計画として、有能で、十分な訓練を受けた若い精神科医を職員として採用すべきである。短期的には、著名な専門家(退職した教授など)に新設の精神衛生局を指導してもらうため、出向や特別雇用の形式の可能性を検討すべきである。

6.1.3 国立精神衛生研究所の業務を強化拡大し、予算を増額すると共に、国立国府台病院のより多くの臨床設備を、研究や教育のために精神衛生研究所に割り当てるべきである。

6.2 ▶ 精神病院の向上

日本では非常に多くの統合失調症患者が精神病院に入院している。患者は長期収容によって無気力状態に陥り、国家の経済的負担は増大している。社会療法、作業療法および治療共同体によるこうした患者たちの治療について、英国、ヨーロッパおよびソ連では、かな

りの経験がある。厚生省は、このような知見を精神病院の職員に提供し、入院患者の着実な増加を防ぎ、積極的な治療と社会復帰を推進するための積極的な措置をとるべきである。以下の方法を勧告する。

6.2.1 日本における講義

日本訪問中、筆者は社会精神医学およびその例として英国の一精神病院(訳者注:フルボーン病院)における変化について何回か講義を行ったが、聴衆にとって

興味深いものであったようだ。今後さらに日本人や外国人による講演が、あらゆる層の職員を対象に計画されることが望ましい。

6.2.2 再教育コース

現在日本で活動する人の講義や、ヨーロッパにおける実践について、動画や情報を用いて、選ばれた病院

職員への再教育コースの提供を、国立精神衛生研究所が企画することが望ましい。

6.2.3 有望な病院管理者の海外での研究制度

地域社会で積極的に治療的な業務を行う施設の実践に派遣される長期研究制度を推奨する。このような派遣は一年間の長さとし、患者との積極的な活動と社会精神医学への直接の関与を含むこと。このような機会は訪問先の国の言葉を流暢に話せる人に対しての

み開かれる。世界保健機構、英国文化振興会およびその他の公的団体が、財政面や手配を援助する用意があろう。短期の研究制度や視察旅行は価値が非常に限られているので、推奨されるべきではない。

6.2.4 優れたプログラムに関する日本国内での情報交換の改善

各病院が他の病院における優れた取り組みについてほとんど知らないことに驚かされた。厚生省は優れたプログラムのある施設において、視察訪問、専門家

向けの公開日の設定、カンファレンスを奨励すべきである。以下のプログラムは、より広く知られるべきである。

- (1) 国立武蔵療養所 …… 患者の仕事と職業プログラム。非常に広範な活動。
- (2) 初声荘病院 …… 演劇療法および患者自治プログラム。
- (3) 城西病院 …… 地域との関係が極めて良好。夜間のホステル。
- (4) 森山病院 …… 産業療法(実験室用動物飼育)。
- (5) 三重県立高茶屋病院 …… 社会復帰プログラム。患者は金銭を扱い、町の授産所に出かける。
- (6) 国立秩父学園 …… 非常に低い知能指数の知的障害児の教育。
- (7) 大阪府立砂川更正福祉センター …… 非常に良い社会復帰と保護的作業への患者の配置。

6.3 ▶ 精神病院の統制

精神障害者の医療の水準を上げるため、厚生省は精神病院に対する国家的監査官を設けることを考慮すべきである。それには新しい法律が必要となろう。この監査官は常勤で高給の精神科医およびその他の専門家(指導員、ソーシャルワーカー、看護師)から構成されるべきである。少なくとも年一回、監査官は日本のすべての精神病院を訪問し、各病院について十分な報告書を書き、勧告を含めてその報告書を公開する義務を課されるべきである。この新しい法律は、監査官の勧告に基づいて精神病院の資格をとり消す権力を政府に与えるべきである。

監査官が一つの病院を訪問し、調査し、東京に戻って報告書を書くには、三〜四日かかるであろう。1000カ所の病院を一年のあいだにカバーするには、少なくとも20人の監査官が必要となる。

監査官はもちろん、物理的基準、患者の過密、衛生、食事に関心を持つであろうが、主な関心は精神科医療水準の向上、保護作業場、ナイトホスピタル、外来診療、生活維持サービスの提供などに向けられるべきである。また職員の数、訓練、質を調査し、職員の研修計画を奨励すべきである。

6.4 ▶ 医療保険

厚生省は保険支払いのパターンが医療行為に与える影響に関心を持つべきである。現在のパターンは、指摘されているように、入院患者を増やすことを積極的に促し、外来サービスの発展を阻害している。このために多くの長期入院患者数が日本の重荷になるという影響が出てしまう。従って厚生省は、支払いパターンの変更を迫るべきである。この変更はもちろん、関係団体との妥協によってのみ実現可能であるが、厚生省は以下の原則を要求すべきである。

外来患者診療に対する報酬を現在より高くし、患者の状態が許す限り医師が入院治療ではなく外来治療を手配するよう、積極的な動機付けを医師に与えるべきである。

働けない在宅患者に対する給付を現状よりも高くし、家族が患者を自宅に連れて帰ることを奨励するようすべきである。病院の中に患者をとどめておくよりも、親族を説得して自宅で療養する方が社会にとって安価(かつ回復期の患者のためにより良いこと)である。

精神療法は、1回のセッションにつき30分から1時間という長い時間と、高度な訓練を受けた精神医学的技術を必要とする専門的な治療形式だと認識されるべきである。支払いは少なくとも、外科医が外来手術を行う場合に外科医に与えられるものと同程度、できればそれ以上の金額を支払うべきである。

6.5 ▶ アフターケア

6.5.1 治療（投薬と精神療法）、長期的なフォローアップ、地域社会にいる統合失調症患者のための社会的支援を提供する、精神科医およびコミュニティソーシャルワーカーがいる外来診療所の必要性が大きい。これは、治療意欲を持った適切な職員の配置を条件とし、保健所、大都市では精神保健センターで提供できるであろう。大学の精神科外来は、特別のフォローアップ外来のために職員の時間を確保できるように、財政面を含めて援助される必要がある。私立精神病院は、退院患者のためにもっと広汎な外来設備を用意するように（保険給付への変更によって）奨励されるべきである。

6.5.2 地域精神保健スタッフ（ソーシャルワーカーと保健師）には精神医学の訓練が必要である。彼等のなかには、これまで何も指導を受けていない人がいる。厚生省は大学の学部などの機関に対して再教育コースを設けることを奨励し、これらのコースに参加する職員に対し支払いを行うべきである。

6.5.3 価値があると認められた地域社会の特殊施設の大きなニーズがある。

（1）ナイトホスピタルは、日本でも二、三の病院で発展してきた。患者は昼間、町へ仕事に行き、夜は病院に戻り宿泊する。これは推奨すべきである。

（2）ハーフウェイ・ハウスおよびホステルは、この原則を論理的に拡張したもので、施設から離れた町や都市にある建物であるが、ここで知的障害児や慢性統合失調症患者が働きながら生活出来る。このようなホステルには訓練を受けたソーシャルワークの職員が必要である。

（3）デイホスピタル（デイケア）は、夜は家族と共に過ごす患者の治療のための施設である。そのような病院は、成人の精神病患者に積極的な治療を、慢性患者や高齢者の患者には作業と訓練を提供できる。病院は、医師、看護師、ソーシャルワーカー、作業療法士など有能で適切な職員が必要であるが、病床の費用を節約することになる。

（4）保護作業場は、精神障害者を支援するのに最も価値があることが示されている。これらの工場は、地元産業との協力、手工業のスキルと障害者管理の経験を持つ監督者、満足のゆく契約を結ぶエネルギーのある管理者、さらにソーシャルワーカーを必要とする。このような授産所は、病院、地方自治体、任意団体、政府がスポンサーとなった有限会社により英国で発展した。厚生省の精神衛生および児童福祉の部局は、どのような発展方法が日本に最も適しているか検討すべきである。

（5）治療的社交クラブ（Therapeutic social clubs）は、地域社会でなんとか平衡を保っている精神障害者の様々なグループに対してかなりの価値があることが分かっている。精神科医の支援の下にソーシャルワーカーによって運営され、患者が必要に応じて社会的レクリエーションや専門家の援助を得るために定期的に訪れることのできる社会的センターを提供する。

6 | 勧告

私宅で精神障害者の治療を行うことを禁止した1950年の精神衛生法の条文の改正を考慮する時期に来てしていると提案したい。1950年には必要な改革で

あったが、それから18年、急性の精神疾患患者は病院に来る時代となったため、この法律は、落ち着いた回復期にある患者の退院を妨げているのである。

6.6 ▶ 社会復帰

厚生省は、精神障害者のケア、支援、社会復帰のための新しい法律を起草するために、労働省と協議すべき

である。現在の明らかなニーズは以下の通りである。

6.6.1 精神障害者、彼らに仕事を与える意図のある雇用主、現在の空き状況を登録する責任を持つ専門の労働省職員を社会復帰の専門家として指定し訓練する。

6.6.2 統合失調症患者、てんかん患者、知的障害のある人のための地域社会内の保護作業場を設立する。

6.6.3 授産所を設立し、物資を手配し、製品を販売するために、レムプロイ(英国)に匹敵する政府出資の組織を発展させること。このような組織には理事会に経営学者が必要で、利益を上げず損失を被る可能性があることを受け入れるとりきめを必要とする。

6.6.4 精神疾患に関する現行の労働法を見直し、必要があれば改正すべきである。

6.7 ▶ 専門的訓練

専門家の訓練を改善する必要がある。この問題は最終的には専門職自身に依存しなければならないが、厚

生省は訓練の改善を推進させる支援をすべきである。

6.7.1 精神医学専門家

日本には精神科医として国家的に認められた資格はない。精神医学における医学博士の学位は限られた数の医師しか持っていない。この学位は主に研究に関する資格であり、必ずしも精神科の患者を治療したり、社会精神医学の実践を行ったりする医師の能力の尺度ではない。免許を持った医師であれば、誰でも精神病

院を開業できる。厚生省と日本精神神経学会は、この問題を検討すべきである。心理医学のディプロマ(英国)あるいは神経学および精神医学の試験委員会(アメリカ合衆国)のような国家的に認められた資格を設定すれば、基準を確立し高めることになるだろう。

6.7.2 精神療法

医師と精神科医が精神療法のより良い訓練を得ることが必要である。現在は数か所の大学病院だけがこの訓練を提供している。精神療法研究所が近い将来東京

に設立されるよう期待する。これは積極的な奨励を受けるべきである。

6.7.3 看護

日本に精神科専門看護師の資格化が必要である。これには大学院レベルの資格コースをつくることが考えられる。この資格は、長い経験を持った看護者(特に男性)に対して開かれるべきである。精神病院の病棟責任を持つ看護主任、特に看護長への昇進には、この免許を持つ必要があるようにすべきであろう。この免許

は経験(例えば二年の精神科看護)、現任訓練(精神医学、心理学、応用社会科学、作業療法などの講義)、そして試験に基づいて取得するのが良いであろう。各大学は日本精神科病院協会および大学の適切な学部の協力のもと、このような訓練を設置する可能性を検討すべきである。

6.7.4 作業療法

近年、作業療法の学校が開設され卒業生を輩出しているが十分ではない。厚生省はより多くの学校の開校

を奨励し、経験はあるが資格のない多くの作業療法士のための再教育コースを手配すべきである。

6.7.5 ソーシャルワーク

現在のソーシャルワークの発展は健全であるが、加速すべきである。国立精神衛生研究所で現在行われて

いる訓練コースを拡大するための資金を提供すべきである。

7 | 謝辞

筆者は、この視察を準備し、これに伴う複雑な手配をスムーズに行うために配慮をしてくださった国立精神

衛生研究所の加藤博士と同所員の方々、そして厚生省に対し、感謝の意を表する。

■ 頒布先

政府：

厚生大臣
厚生省
日本政府
東京、日本

外務大臣
専門機関セクション主任宛
国連部局
外務省
東京、日本

上席調整官
国際業務課
厚生省
東京、日本

第二秘書
日本国大使館
マニラ

世界保健機構

西太平洋地域事務局：

RD
LHS
ADHSs
STAT
PIO
LRO (9)
RAへの回覧のため1部
レジストリ

その他：

担当者
国際連合開発計画
東京、日本

D. H. クラーク博士
医長
フルボーン病院
ケンブリッジ、英国

世界保健機構代表者： 世界保健機構代表者
台北、台湾

世界保健機構

本部：

レジストリ(6)
MH/HQ
TP/HQ
LR/HQ

訳出上の留意点

- ・ 大意をとることに重点をおき、日本に一致するものが存在しない海外の精神保健サービス・施設等に関する用語等は、必要に応じてカッコ内に原文を示した。
- ・ 用語等が当時と現在とで異なっている場合には、病名、障害名などは現在汎用されているものとしたが、適切と考えられる場合に限り、当時のものを採用した。

例：統合失調症、知的障害、精神衛生、厚生省、46都道府県

