

精神医療の動向

井上新平

Recent trends in psychiatric care in Japan

Shimpei INOUE

1. はじめに

精神医療は変わってきたと言われている。病院ケアから地域ケアに移行し、隔離・収容ではなく人権が重視されるようになった、というわけである。特に、長年医療に携わってきた人たちが、そのような見解をもっているように思う。

その一方で、精神医療が変わったといっても、それは表面的で内実はあまり変わっていない、という意見も根強い。例えば、忘れた頃に生じる精神病院のスキャンダルに際して、マスコミがみせる見解がそれである。

このように見解が対立している中では、変わった変わらないの水かけ論は生産的ではない。本編に求められているのは、どのような変化があったのか、その変化は歓迎されるものなのか、今後どのような変化が期待されるのか、といった具体的な議論であろう。そこで、ここでは精神保健福祉法・精神病院・地域ケアの3つのテーマを取り上げて論じる。

2. 精神保健福祉法

精神医療の変化が論じられる時に、もっともよく取り上げられるのが法的側面である。

精神医療に関する中心的な法律は精神保健福祉法である。この法律の源は、精神病患者監護法と精神病院法にあり、その後、精神衛生法（1950年）、精神保健法（1988年）と名前を変えてきた。そして、その都度内容が大幅に変えられてきた。この法律には、精神障害者をどのように扱うかという社会の考えが色濃くあらわれている。そこで、最初にこの法律の変遷をごく簡単に振り返る。

2.1 歴史

当初法律の制定の動機は、社会防衛であり、医療的な配慮はほとんどなかった。精神病患者監護法では、家族が警察を経由して患者を監置する許可を受け、患者のケアにあたるようにきめられていた。事件を起こさぬことが主要な目的であった。

1950年、西洋並みの精神衛生法が制定され、ようやく患

者は医療の対象とみなされるようになった。高柳によると、この法律のもつ意味は精神障害者の救済であり、病院の建設や医療費補助に主眼があったという¹⁾。事実後述するように、この法律と引き続く政策によって精神病院の数が急増し、いわゆる精神病院ブームが起きた。

1964年に起きたライシャワー事件によって、再び精神障害に対する治安対策の側面が重視されるようになった。精神衛生法の一部改正が行われ、精神衛生センターの創設・保健所の権限強化、通院公費負担制度の新設などが行われた。医療の充実により事件を防ごうという考え方と、精神障害を早期に発見して管理していこうという考え方がぶつかった。しかし、この法改正によって、精神衛生センターや保健所が在宅患者のケアに関わってくるようになり、地域ケアが芽生えたことも事実である。

1970年代に入り、西欧諸国では病院ケアから地域ケアへの移行が試みられていた。同時に当事者運動や権利擁護運動が芽生えてきた。一方わが国では、逆に精神病床が増加の一途をたどり、ますます病院依存を強めていた。そのような中で、1984年宇都宮病院事件が起こった。そして、この事件を契機に、わが国の精神医療のあり方に対する国際的批判がまきおこり、次の法改正に結びついた。

2.2 現状

現在の精神保健福祉法は、1987年に成立した精神保健法が一部改正されたものであり、基本的な違いはない。精神保健法の要点を列挙する。

- (1) 患者を入院させるに際しては、自由意志による任意入院に勤めなければならないとした。
- (2) 強制入院や行動制限など患者の人権に関わる決定は、精神保健指定医と呼ぶ有資格者でないとできないこととなった。
- (3) 患者の権利の告知を義務づけ、通信面会の自由を保証した。
- (4) 強制入院患者の入院届と定期病状報告を義務づけた。
- (5) 精神医療審査会を新設し、病院治療の監視と患者からの退院請求などへの対応にあたることになった。
- (6) 社会復帰施設に関する規定が設けられた。

この法律の効果は大きかった。精神医療者なら誰でも感

じていると思うが、医療がやりやすくなった、任意入院に勤めるということから、医師と患者のコミュニケーションが促進された。ついで、いろいろな医療情報が公開され(といっても審査会や担当当局のレベルであるが)、風通しがよくなった。さらに、患者の権利擁護のために、弁護士やボランティアなどが参画したり、社会復帰施設に種々の職種の人加わり、精神医療のすそ野が、かなり広がった。一言で言えば、以前のパートナーシップな医療が挑戦を受け、徐々に変化していると言える。

2.3 課題

現在の精神保健福祉法は、欧米の精神保健法といくつかの点で異なっている。それらが、東西の文化の違いから許容されるのか、あるいはさらに改正される必要があるのか論点となっている。現在、精神保健福祉法の見直し作業が行われているが、そこでの懸案事項を列挙する。

(1) 精神障害者の定義について

法で対象になる精神障害の概念の明確化(何を含め何を含まないか、あるいは一つの疾患でもどのような状態になれば法の対象になるかといったこと)と、病名を示す用語自体の問題がある(例えば精神病質や精神薄弱)。

(2) 医療保護入院と保護者の問題

この形式による入院は、日本独特のもので、外国から批判を受けている²⁾。しかし、入院形態を任意入院と措置入院の2つに限ってしまうと、現在医療を受けている数10パーセントの入院患者が治療を受けられず、家族やケアに当たっている人たちが困ることも確かである。この入院制度を残すのか、残すとしても保護者の扱いをどうするのか問題である。

保護者制度の廃止ないし抜本的見直しも、懸案の課題である²⁾。市町村長同意の是非、現在検討されている成人後見制度との兼ねあいなどが関連事項である。

(3) 任意入院患者の処遇

任意入院患者の約半数は閉鎖病棟で治療を受けていることが、法の精神に抵触している。

(4) 精神病院の指導監督

現在いわゆる医療監視は、地方自治体が行っているが、その権限の強化、法に違反した場合の罰則の強化などの問題がある。

(5) 精神医療審査会

精神医療審査会が有効に機能していないことは、広く認められている。問題点として、行政から独立した機関でないこと、委員の数が全国一律であり大勢の入院患者を抱える自治体では対応できないこと、機能と権限が弱いこと^{脚注)}、等がある。

脚注) 一例として、対応の遅さが指摘されている。筆者の経験であるが、患者が当局に退院請求を出してから2週間後に調査日の通知が来た。その後約3週間後に調査があった。そして、その後約20日後に決定事項が伝えられた。約2ヶ月を要している。恐らくこのような事態が一般的であろう。

(6) 人権に関わる事項

患者の人権尊重、インフォームドコンセントと情報公開、精神障害者の権利擁護のシステムづくりなどが、改正法でどう反映されるかが焦点となっている。

(7) 社会復帰に関わる事項

現在の法には明記されていない施設や事業を法定化する問題(例えば小規模作業所)、公的補助の強化、障害者手帳の内容充実、市町村の責任の明確化などが問題となっている。

(8) その他

その他にも欠格条項、医療法における精神科特例、犯罪を行った精神障害者の治療の問題など、多くの重要な検討課題がある。

以上のように、現在の精神保健福祉法がもっている問題は数多い。中でも人権に関わる事項が多い。西欧並みの法律にもっていくには、今しばらく時間がかかりそうである。特に、医療保護入院の問題は、わが国の家族のあり方、ひいては文化のあり方に関連する深刻な問題である。

3. 精神病院

わが国の精神病院には、(1)人口あたりの病床数が他国に比較して凶ぬけて多いこと、(2)病床数でみて約80%が民間病院であること、の2点の特徴がある。最初に、簡単にその歴史的経過を振り返る。

3.1 精神病院ブーム

精神衛生法(1950年)が成立した頃は、精神病床の数は非常に少なかった。1954年、厚生省による精神障害者実態調査によると、必要入院患者数46万人に対して、実際の入院患者は約3.7万人であり、10分の1以下の病床しかなかった。当時は現在のような地域ケアの考えはなく、治療イコール入院であった。従って、治療を受けないまま放置されているケースがいかに多かったかがわかる。

その後の精神病院の増加ぶりを図1に示した。この増加にはいくつかの要因があったと言われている。一つ目は、政府による精神病院を増やすための政策である。民間精神病院への国庫補助(1954年)や医療金融公庫による精神病院建設への優先的融資(1960年)がそれである。二つ目は、薬物療法が導入されたことである。1952年に抗精神病作用をもつことが確認されたクロールプロマジンが、その後まもなくわが国でも使われはじめた。松沢病院で広範に使用されたのは、1960年頃からである⁴⁾。薬物療法が導入されてからは、生活指導や作業療法などの心理社会療法が進み、精神科治療が非常に活気づいたといわれている⁵⁾。三つ目に、措置入院費の国庫補助率が50%から80%に引き上げられ(1964年)、地方自治体も経済的理由による措置入院を積極的に進めた。その結果同年には、措置入院患者の割合が37.5%に達した。そのために、「一部の病院では措置入院患者を病院の固定財産と考える誤った方向も出てきた」というほどであった¹⁾。これらの政策的・医学的・医療経済的な要因があいまって、精神病院ブームと呼ばれる時代が到来したと言える。

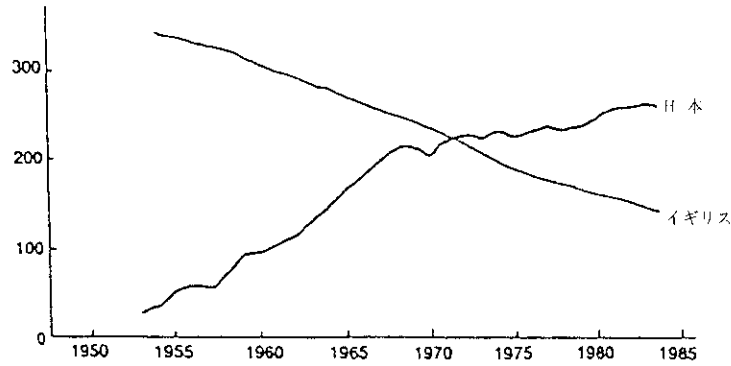


図1 日英の精神病院における入院患者数変化
(人口10万人当たりの数 (文献⁹⁾)

表1 4ヵ国における人口1万当たりの
年次精神科病床数 (文献⁶⁾)

	日 本	米 国	イング ランド	旧西ド イツ
1960	10.1	40	—	9.6
1965	17.6	35.3	30	19.5
1970	23.8	25.9	25.6	20.4
1975	24.8	15.6	21.2	20.3
1980	26.3	9.4	18.6	19.7
1985	27.7	7.2	16.1	17.7
1990	29	6.4	13.2	16.5

表2 アジア・オセアニア諸国における
精神科病床数 (文献⁹⁾)

国 名	病床数(対人口1万)		
	1983	1990	1994
日 本	27.4	29.1	28.7
韓 国	1.7	2.9	2.8
中 国	0.6	0.7	0.7
マレーシア	3.9	2.3	3.5
ニュージーランド	16.3	8.6	4.4
オーストラリア	9	7.4	5.1
パプアニューギニア	—	0.6	0.5
フィリピン	1.8	1.1	1
ベトナム	—	0.8	0.8

その後、わが国の精神病床は増え続けた。1972年には、単位人口当たりの精神病床数においてイギリスを越えた(図1)。同じ頃にアメリカも越えた(表1)。

問題は、急激な病院増加に医療が追いつけなかったことである。病床の増加に比例してスタッフの質と量が向上すれば問題はないが、現実とは違った。その上、精神医療に差別的な医療法の規定があり、精神病院では、一般診療科に比し医師数は約3分の1、看護者数は約3分の2の人員でよいとされた^{脚注)}。結果として、精神病院は隔離と収容の場になりがちとなり、人権が無視される土壌ができあがったと言える。このような土壌の中で宇都宮病院事件が起こり、

脚注) 国際法律家協会のメンバーで、日本の精神医療事情に明るいハーディング教授(ジュネーブ大学)は、次のような興味深い公式を提示している。

$$(\text{スタッフ数}) \times (\text{投与される薬の量}) \times (\text{身体抑制の度合い}) = K (\text{定数})$$

つまり、スタッフが少なく薬が増えたり身体抑制が増えたりするという関係が示されている。精神医療における人(スタッフ)の役割の重要性が端的に示されている。

精神衛生法の改正につながったことは、既に述べた通りである。

3.2 現状と今後

1994年以降は、わずかながら病床数は減少傾向にある。しかし、依然として世界のトップレベルにある。それは、欧米諸国と比べた場合でも、アジア・オセアニア諸国と比べた場合でも際立っている(表1、表2)。

欧米諸国は、表1に見るように、かつてはわが国並みの病床を備えていた。1960~1990年代にかけての脱病院政策により、病床を減少させつつ現在にいたっている。今後各国とも、病床を増やすことはないと予測される。一つは病院ケアは医療費がかさむからであり^{脚注)}、もう一つはユーザーが地域ケアの継続を強く望んでいるからである。一方、アジア各国でも、地域ケアへの志向はかなり強く、今のところ、精神病床を増やしているのは韓国くらいである⁷⁾。

脚注) 病院ケアよりも地域ケアの方が経済的という考えに対しては異論もある。例えば Leff は、病院から地域に患者を移すには十分な財政的準備が必要であり、非常によい地域精神医療は病院医療よりも安いわけではないと主張している⁸⁾。

わが国は、西歐的でもアジア的でもないという点で特異である。次項でも触れるが、西歐のような脱病院政策をとらずに地域ケアを推進していこうとしているように見える。いわばモデルがない中で進んでいると言える。

以下、現時点でよく指摘される問題点を挙げる。

(1) 過剰な病床

どれくらいの病床が適正かという基準を決めるのは、必ずしもたやすくはない。以前、ジュネーブ大学精神科のサルトリウス教授が、人口万対10以下は発展途上国で、それ以上が先進工業国だと論じていたと記憶している（WPA 地区会議、北京、1997年）。しかし、それは病院建設のための経済力を基準にした考えであろう。地域ケアによって十分な患者を吸収できる体制では、人口万対10の精神病床でも多いとも言える。わが国での病床の多寡は、あくまでも地域ケアの発展との関係で論じなくてはいけないだろう。

(2) 長い平均在院日数

1995年の平均在院日数は455日であった。最長は和歌山県の721日で、実に2年に近い。長い平均在院日数の原因は、多数の長期入院患者がいることである。入院患者の約半数が、在院5年以上である。

長期入院者が多いことがもつ問題は数多い。一つは、精神医療へのインセンティブにかかわっている。医学生や看護学生が精神病院で実習を受け、自分たちが生まれる以前から入院している患者が大勢いることにショックを受ける、という話をよく聞く。若くてやる気に満ちたスタッフを獲得しにくくなるような事態は深刻であろう。二つ目は、スタッフ自身の士気に関係する。特に社会的入院者を多くかかえると、スタッフは単なる管理者以上の存在意義を感じなくなる。必然的に医療環境が劣悪になる可能性が高くなる。三つ目は、医療の必要がないのに、社会的要請のために入院を余儀なくされているのは、人権上の問題であろう⁹⁾。

1997年度、「長期入院患者の療養のあり方に関する検討会」がはじまり、先述の精神保健福祉法改正の「いちばん大きな目玉」¹⁰⁾となっている。ようやくこの問題への取り組みが本格化した。

(3) 病院間の連携・協力体制の問題

欧米諸国を見ると、一つの地域で精神保健サービスの分業体制ができ、連携がよくとれている。つまり、急性期治療、慢性期治療、リハビリテーション、精神科救急、老年期疾患の治療、児童青年期の疾患の治療、司法精神医学関連サービスなどの各サービスが専門化され、よく連携がとれている。それに対して、わが国の精神病院は、いわばデパートのようにあらゆる商品を売ろうとしている。一つの病院で、児童から老人まで、急性期からリハビリテーションまで、すべてをカバーしようとしているように見える。いわば横並びの体制である。

精神病院の大半は民間病院なので、諸外国のように行政主導による地域システムづくりはできないという議論がある。しかし一方では、わが国の民間病院は、欧米の私立精神病院とは異なっているという指摘もある。新福は、「私立

および私的法人立の精神病院の利用者は、国立、公立の病院の利用者とはほぼ同じで... 利用者入院費用も、公的援助（生活保護等）および国民保険、社会保険によって援助され... 欧米で有産階級が私的に費用を払う形態の私立精神病院とは、大きく異なっている。そうした意味で、日本の私立精神病院は、『私的に設立・運営されている公的サービス』と位置づけられるべきである』と言っている。筆者もこの見解に賛成である。民間精神病院は、地域医療システムを共同して作り上げていくという責務を負っていると言えるだろう。

そのためにはアイデアと実行力が必要であるが、同時にリーダーシップを発揮する機関も必要である。しかし、行政はそういった問題に対して、恐ろしく引込み思案である。公平性という呪縛から逃れられないといった印象である。

(4) 職員の研修・教育について

病院職員に対する教育の必要性が言われているが、そこには多くの背景がある。一つは、精神医療精神病院のキャンダル事件が起きるたびに、この問題が出てくる。人権に関連した事柄の教育が焦点になっている。また、最近精神科医療で扱われる疾患や病態が変化しているという背景もある。例えば、摂食障害や人格障害などの疾患や病態が扱うようになっており、以前の分裂病を中心とした治療だけではうまくいかなくなっている。さらに、療養型病棟が認可されて以来、看護補助スタッフが患者と接する機会が飛躍的に増えた。彼らへの教育は、決定的に重要であろう。

現在、このような職員教育のためのノウハウは、まだまだ不十分と言わざるをえない。教育内容をどうするか、スタッフをどのように確保するか、管理部門の支援をどうやって得ていくか、など問題は山積している。

4. 地域ケア

4.1 法律面での整備

地域ケアが目に見える形で登場したのは、1965年の精神衛生法改正以降である。この法改正により、精神保健センターが設立されるとともに、保健所が地域の第一線機関となった。そして、在宅患者の訪問や相談事業を開始した。さらに、通院医療費公費負担制度が導入され、入院治療とともに外来治療がすすめられるようになった。

その後、1969年社会復帰施設要綱案の答申、1974年デイケア点数化、1982年通院患者リハビリテーション事業、1986年ナイトケア・訪問看護の点数化など、遅々とはあるが制度化が進んだ。そして1983年の精神保健法により、はじめて社会復帰の考えが法にもりこまれた。同時に、生活訓練施設・授産施設に関する規定が設けられた。

4.2 現状

地域ケアの充実には、精神医療と福祉サービスの整備と、両者のサービスを調整する機能をもつ機関が必要である¹⁰⁾。

精神医療面では、多様なサービスを備える必要がある。プライマリーケアレベルの医療、精神科クリニック、精神科救急、入院治療に対応する病院、デイケア、精神科リハ

ピリテーション、長期入院のための病院などである。これらがバランスよく整備され、利用者からみて、適切な医療が適切なタイミングで適切な期間にわたって提供されることが望ましい。最近の傾向として、精神病床が徐々に減り、変わって精神科クリニックが急速に増えている。地域ケアへの前進であろう。また精神病院も、入院治療から外来・デイケアに重点をシフトする傾向が見られる。しかし問題点も多い。第一に、依然として病床数が多く、地域ケアが主体になったとはとても言えない。第二に、病床の機能分化があまり見られない。急性期治療と慢性期治療が十分わけられず、措置患者の扱いが一定せず、老年期の患者が一般病棟で扱われている、などである。第三に、精神科救急が普及していない。それもいわゆるハード救急が中心で、再発防止に重要なソフト救急が不十分である。第四に、デイケアは急速に増えているが、患者数が増してケアの質が落ちる危険性がある。デイケアが最終的な行き場所になると、職員の士気にも影響する。

精神障害の福祉サービスは、着実に前進している。例えば、社会復帰施設の最近の伸びを図2に示した。ここにあげた施設・事業は、精神保健福祉法で規定されたものである。中でも生活支援事業の伸びが目立っている。これは、地域での日常生活の支援、相談対応、地域住民との交流支援などを行う事業で、生活支援センターをベースにしている。センターは社会復帰施設に付属している。この事業のニーズが高いのは、これまでに生活支援をメインにしたサービスが不十分だったことを示している。図には示さなかったが、グループホームと小規模共同作業所が地域ケアの主力になっている。これらは、開設が比較的容易であり、

小回りがきくことから、その数を急速に伸ばしている。作業所では、定員がないこと、参加時間の融通がきくこと、期限がないこと、などの利用しやすさがある。反面公的な補助が少なく運営面での困難を伴うのが欠点である。これらの社会復帰施設や事業について、厚生省は、平成7年に「障害者プラン：ノーマライゼーション7ヵ年戦略」で数値目標を公表した(表3)。そこにみるプログラムは諸外国に比べてそんな色はないように思う。また、地域割の考え方が入っている点も画期的である。しかし、これで数的に十分かという議論になると、後述のような大きな問題がある。

4.3 問題点

イギリスにおける地域ケアの進展を振り返って、シェパードは、「地域におけるケアは、病院を中心とするよりも、できるだけ多くのサービスを、できるだけ多くの患者に、地域において提供しようとする... 法で定められた当局(保健福祉機関)が中心的なサービスを提供すべきで、その周囲で非公的な機関が補助的な貢献をするであろう」と述べた¹¹⁾。このような考えからすれば、わが国では、地域ケアはまだまだ存在しないと言わざるをえない。以下、問題点を挙げる。

(1) 国は、精神保健福祉法では社会復帰をうたっておきながら、上述の意味での地域ケアの考え方はとっていない。例えば、政府が策定した「障害者プラン：ノーマライゼーション7ヵ年戦略」(表3)によって、現在の入院患者の10分の1程度が地域で生活できるとしている。残りの10分の9の入院患者は、精神状態が悪くて入院を要すると見ているのであろう。そこには、最大限地域での生活を目指すというケアの基本的な考えは見られない。急激な病床の減少が危

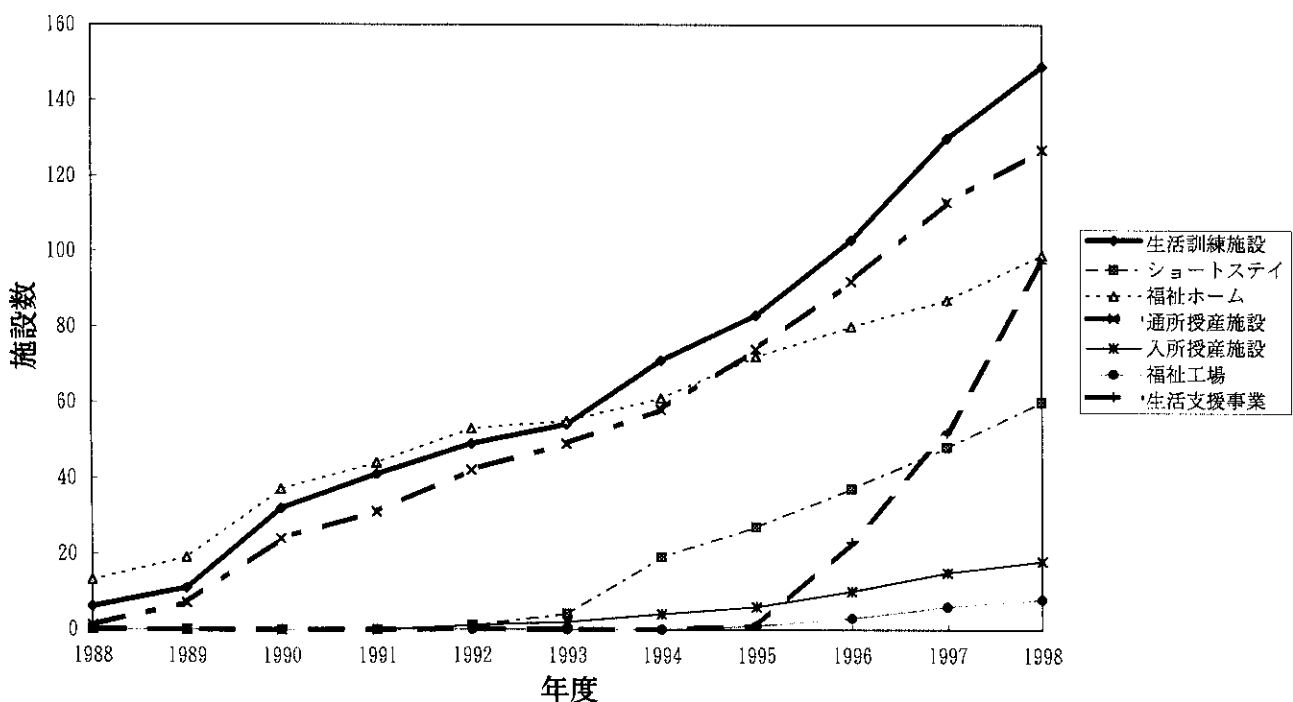


図2 社会復帰施設年度別施設数

表3 新障害者プラン数値の考え方 (浅井邦彦: 社会復帰, 病院55巻5号, pp484-489, 1996より引用)

施設・事業名	平成7年度		平成14年度		基本的な考え方	目標数の考え方		
	か所数	対象人員	か所数	対象人員				
社会復帰施設 福祉策の充実	援護寮 (生活訓練施設)		83	1,660	300	6,000	精神病院に入院している精神障害者33万人のうち数万人は地域の保健福祉基盤が整えば退院できるとされており、このため、計画期間中に2~3万人程度の社会復帰を可能とするような施設・事業を整備	2次圏域におおむね1か所
	通所機能付援護寮 (援護寮に併設)		3	60	0	0		3分の1の援護寮に併設
	ショートステイ施設 (援護寮に併設)		21	32	100	150		
	福祉ホーム		80	800	300	3,000		2次圏域におおむね1か所
	授産施設	入所	7	210	100	3,000		通所授産施設の3分の1
		通所	76	1,520	300	6,000		2次圏域におおむね1か所
	福祉工場		1	30	59	1,770		都道府県・指定都市に1か所ずつ
精神科デイケア施設		372	18,600	1,000	50,000	全ての精神病院・診療所の4分の1に併設		
地域生活援助事業 (グループホーム)		220	1,210	920	5,060	毎年100か所程度整備		
社会適応訓練事業 (通院患者リハビリテーション事業)		2,356	3,770	3,300	5,280	市町村に平均1か所		
(新) 精神障害者地域生活支援事業		0	0	650	13,000	全ての援護寮と授産施設, 福祉ホームの2分の1に併設		

(厚生省資料)

険であることは、すでに多方面から指摘されている。望ましいのは、緩やかな病床の削減であり、最終的に地域ケアが優勢になることであろう。しかし、政府の基本的な考え方は、あくまで病院ケアの重視であるように見える。

(2) 地域ケアを支える中核的な専門スタッフが不在である。病院側では、退院を促進するスタッフとして精神保健福祉士が用意された。一方地域側では、種々の専門・非専門スタッフが対応しているのが現状である。精神保健福祉センターや保健所のスタッフ、病院スタッフ(訪問看護等)、社会復帰施設のスタッフ、ボランティア等々が混ざり合って活動している。本来、中核になるべきは精神保健福祉センターと保健所などの公的な職員であろう。これらの公的機関は、医療サービスと福祉サービスの両者を提供し、同時にそれらを結びつける調整役としての機能も求められている。しかし職員数が壊滅的と言ってよいほどに少ないので、中途半端な存在に終わっている。諸外国では、かつての精神病院の職員が地域に移って公的機関のスタッフになって活動している。何度も繰り返すように、わが国では脱病院政策を取らずに地域ケアを目指している。このスタッフの問題を克服できないでいる。その他に、地域サービスのスタッフとして、現在生み出されつつあるケアマネージャーが期待されているが、誰もがイメージをつかみかねている。

(3) 地域ケアを支える治療技術がまだまだ不十分である。アメリカ精神医学会が発表した分裂病の臨床治療指針には、地域ケアを支えるための豊富な治療技術が紹介されてい

る。治療共同体的働きかけ(ケースマネジメント、地域における積極的治療プログラム、フェアウエザー・ロッジ、心理社会的クラブハウス)、リハビリテーション(生活技能訓練、職業リハビリテーション、認知的再調整と治療)、危機介入技法、家族介入などである¹²⁾。諸技法が生まれてきた背景には、過去30年以上の地域ケアをめざした実践がある。わが国がまだ輸入の域を出ていないのはやむをえないだろう。しかし、生活技能訓練や家族支援プログラムなど着実に根づき、日本的な技法が生まれつつある。

(4) 精神障害に対しての社会的偏見が強いために、地域ケアの発展が阻害されている。社会復帰施設を建設しようとしても、住民の反対にあって実現しないという事例をよく聞く。精神障害者は怖い、何をするかわからないといったステレオタイプな見方を助長するものとしてマスコミの存在が言われている¹³⁾。それは事実であろうが、病院とマスコミの対話が不足していることも問題であろう¹⁴⁾。

(5) 病院依存の気持ちが一般に強いことも、病院ケアから地域ケアへの移行を妨げている。例えば、日本精神病院協会が行った報道機関へのアンケートの中で、社会復帰施設を作る主体として望ましいのは、精神病院が圧倒的に多かった。社会福祉法人や地方自治体という意見は非常に少なかった¹⁵⁾。現在精神病院は、福祉サービスを取り込むべく機能再編をしているが、そのようなニーズが一般国民にもあるということだろう。しかし、そのような病院への期待が、パターンリスティックな治療の土壌になってきたとも言え、変革が求められているのである。

5. おわりに

わが国の精神医療における病院ケアと地域ケアのバランスは、諸外国には例を見ない。きわめて緩やかに病床を削減しつつ大部分の病床を温存し、同時に地域ケアの拡大を少しづつ図っている。精神病院が、医療と福祉の両面をカバーしようとしており、利用者もそれをある程度是認しているように見える。その行き着く先の予測は難しい。ひとえに、病院の動向にかかっている。

参考文献

- 1) 高柳功：精神保健福祉法と精神病院。こころの科学, 79巻, pp43-48, 1998.
- 2) 国際法律家委員会編：精神障害患者の人権, 国際法律家委員会レポート, 広田伊蘇夫・永野貫太郎監訳, 明石書店, pp163, 1996.
- 3) Mino Y., Kodera R., Bebbington P.: A comparative study of psychiatric services in Japan and England. *British Journal of Psychiatry*, Vol.157, pp416-420, 1990.
- 4) 岡田靖雄：精神科慢性病棟 松沢病院1958-1962. 岩崎学術出版社, pp155-161, 1979.
- 5) 風祭元：日本における精神病院の歴史。こころの科学, 79巻, pp26-31, 1998.
- 6) 新福尚隆：世界の精神医療と精神病院。こころの科学, 79巻, pp32-36, 1998.
- 7) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課監修：我が国の精神保健福祉(精神保健福祉ハンドブック)平成8年度版, pp154-167, 1997.
- 8) Julian Leff：英国における精神分裂病リハビリテーション・プログラムの実際。「精神医療セミナー石川'96」講演記録集, 変わりゆく精神医療, 精神分裂病治療における医療の役割, pp27-69, 1997.
- 9) 篠崎英夫：新春対談21世紀の精神保健医療福祉に向けて。日本精神病院協会雑誌, 17巻1号, pp8-22, 1998.
- 10) 林宗義, 井上新平：バンクーバー便り1. 臨床社会精神医学(Clinical Social Psychiatry)の実践。臨床精神医学, 15巻, 10号, pp1709-1715, 1986.
- 11) ジェフ・シェパード：病院医療と精神科リハビリテーション—英国における歴史的展開。斎藤幹郎, 野中猛訳, 星和書店, pp52-55, 1993.
- 12) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, Vol 154 (Supplement), pp1-63, 1997.
- 13) 岡田靖雄：精神疾患患者への偏見をつくるもの(第2報)—新聞記事の分析—。社会精神医学, 12巻, 1号, pp37-43, 1989.
- 14) 井上新平：もっとマスコミへの接近を。日本精神病院協会雑誌, 16巻11号, pp30-33, 1997.
- 15) 三船和史：報道機関へのアンケート調査, 精神障害者の社会復帰と精神医療の現状について。日本精神病院協会雑誌, 16巻7号, pp7-42, 1998.