

全労働者の中に占める彼らの割合は増大しているし、最も搾取された階層を理解し、彼らへのサービスを拡大しやすい位置にいるからである。

ところで、このアプローチによる実践的な展開をみると、例えば、セントルイスのRAPの運動によって、確かに一方で多くのワーカーが自分たちの直面している疎外の根源を認識し、受給者グループと結合してNASWなどの専門職団体を拒否するようになってはいるが、全体としては、未だ大きな変化を生み出すには至っていない。まだまだ代弁的アプローチが支配的なのである。

最後に筆者は、アメリカ社会の民主化に取り組んでいる全ての労働者と同様、ソーシャルワーカーもその倫理綱領実現のためにすすんで職場での個々の闘争を担いつつ互いに支え合う必要があると、やや抽象的に結んでいるが、これも、そうした困難な現状の反映なのであろう。

Robert Knickmeyer, A Marxist Approach to Social Work, *Social Work*(Journal of NASW), Vol. 17, No. 4, July 1972.

(冷水 豊 東京都老人総合研究所)

精神医療と病院改革

(フランス)



1958年12月11日オールドナンス以来12年間にわたった病院制度改革は、1970年12月31日ロワにより一応の完成をみた。新しい病院制度の下で精神医療は従来の流れをどう変えていくだろうか。とくに、Ⅰ病院制度全体の中に精神病院はどのように統合され位置づけられるか、Ⅱ精神医療が独自に発達させてきた「精神衛生地区」制と病院制度改革が生んだ「保健地区(病院地区)」の関係はどうかを中心に考察すると……

Ⅰ 精神病院の一般病院制度への統合

精神医療の特殊性として、一般病院とはことなり病院全体が治療的環境となる必要がある。そのためにまず院内の組織や運営に種々

の特殊性が生じる。作業療法設備、専門看護職の養成と採用、患者の労働の報酬、製作品の販売、病院の行政管理責任など。また、家族、近隣、職場など外部との関係が独自の重要性を帯びる。1960年以来『精神衛生地区』制により患者の発見から社会復帰までを同一診療班が一貫して担当し地域への浸透をはかる活動がおこなわれている。このように一般医療とはことなる条件をもち、柔軟な活動態勢を必要とする領域であるため、一般病院制度への統合に際してもかなりの程度の自律性を維持する必要がある。

病院改革は精神医療行政を大きくかえることになる。まず県の責任と役割に変化がみられる。県は1938年ロワ以来精神医療の推進と

組織化の責任をになってきた。これに対して1968年7月31日ロワ第25条は、精神病院に法人格と財政の独立を認め、国の特別行政に統合する方向性を示した。精神病院を一般病院や市町村社会扶助事務所などと同じく公施設とすることで、県の管轄業務を減少し、国の後見を受けやすくする。あるいは現存の公施設に統合することが規定された。病院改革により精神医療における県の役割が縮小することはあきらかである。その結果、一般病院と精神病院の同質性が高まり相互の連絡調整が容易になるといえる。その反面精神医療を地域に根ざしたものとするための患者、家族、その他のひとびとの代表としての伴侶（県）を失うのではないかと問いが出されるだろう。しかし精神医療に必要な人間的側面を行政の地方分散や集中化の問題と結びつけて論じるのは誤りであろう。人間的側面は治療の構成要素そのものであり、いわば技術的要因として考える必要があろう。また、新制度の下では国と県代表との新たな葛藤や相互影響があらわれる場として理事会（旧監督委員会に代るもの）が考えられる。理事会の構成では県

代表の参加はむしろ強化されており、新制度が地域性や人間的側面を軽視しているとはいえない。

病院改革による変化は、精神病対策における県の独自の役割について再考する機会といえる。病院経営の負担が軽減したあとには、地区制活動や社会復帰サービスをさらに発展させる課題が残されている。在宅入院、精薄児の自宅養護、回復期患者の職場復帰などの病院外活動が地方自治体の支援を必要とする新しい分野であろう。

つぎに医療費負担の面での精神科の特質を検討しなければならない。一般病院については、外来ないしアフターケア施設が適当と思われる慢性疾患や回復期の患者が高密度医療のための病院に長期入院し高額の入院料を浪費していることが指摘されている（第5次計画委員会）。精神病の場合は、長期にわたる複雑な病気であり、労働能力や入院費の負担能力は治療の段階ごとに異なる。適切な方法で医療費を全体的に減少させるには各段階についてその前後の段階を考慮したしくみが必要である。現行制度は過度に細分化されたなかで

濫費がみられ不適切である。例えば病院から労働保護センターや老人ホームなどの施設に移れば補償が受けられなくなる上に入所費負担額の算出方法が不利となることが長期入院をもたらしめている。一方では地区診療班の活動が精神病院への入院日数を短縮し、病院の財政を困難にしている。全体的な費用負担制度を見出さねばならない。1970年ロワ第4条が回復期・治療・リハビリテーション施設を長期入院施設として別個に分類したことにより新しいしくみへの道が開かれたといえるがまだ不十分である。精神衛生地区網全体が合理的に統合され、これに対応する財政制度をもたねばならない。地方自治体による院外活動の費用負担が必要である。一般病院との関係についても原則的には同じことがいえる。

II 「精神衛生地区」と「保健地図」

両制度の目的は原則的には一致していることが条文の検討からあきらかである。いずれも地区内の資源と需要を対応させることを目的として、その範囲には予防とアフターケアも含んでいる。目的が一致していることから

2つの利点が考えられる。まず、保健地図の整備により保健医療施設全体のなかでの精神科部門のおくれが明きらかにされる。とくに各保健地区、地方ごとに事情があきらかとされ、保健医療施設計画の実施上の優先順位に作用するであろう。また地区内の各種専門科間の連絡調整がおこなわれることから精神科と一般医療部門との連携が容易となる。一般病院への精神科医の派遣、一般内外科医の協力、カルテの改善、医療費支払い団体の介入など。

両制度ともに人口規模による地域区分である。保健地図が5~20万人、平均10万人を適度とみなすのに対して、精神衛生地区では7万人と若干ずれる。しかし、大都市、中都市、農村などの条件の異なる地域での診療の機会均等のために精神科チームがおこなった研究を参照することで、両制度の地域区分を一致させることは可能と思われる。精神衛生地区が先きに決められていることが問題となるが、漸次保健地図の区分に一致させていく方針がとられている(1972年)。精神衛生地区を孤立化するのは時代錯誤である。さらに昨

今、社会福祉、教育、輸送、市町村などの領域でも地域区分が進められていることを考慮した地域区分としなければ、保健地図の孤立化を招くことになるだろう。

地区内の病院連絡調整制度のなかでの精神病院の位置づけは、(条文の検討から可能と思われるいくつかの形のうち)、一般病院と同質化させつつ精神衛生地区制に必要な独立性を保障する形をとるのが望ましい。

地区内の連絡調整の形について1970年ロワには、予防(保健教育、精神医療にとって重要な一般開業医との関係など)などを公的病院サービスのなかに新らしく加えているのみで、とくに規定していない。問題となるのは、地区内精神医療の連絡調整を担当する行政管理機関を別個に設けるか、または病院(一般病院か精神病院か)とするかである。グレゴワール報告は一般病院を推している(精神病院は遠隔地にあり不便である、収容所とみなされている一般病院入院患者の1/5が精神科治療を要する…ため)。当面の対応策としては病院が適切であろう。但し、必ずしも、単一方式に限らず大都市では完備した精神衛生施設、人口密度の小さい

地域では一般病院という風に地区の状況に応じて決めるのが適切だろう。同時に、長期的には精神医療のみの連絡調整担当機関を補足的に設ける必要があるか否かを精神科チームが研究すべきだろう。

私立精神病院については、1970年ロワ第31~34, 41, 42条がその公的サービスとしての位置づけを規定していることが評価される。

Ⅲ 病院改革の背景(精神医療の動向に照して)

(1) 医学的には、都市化の波に伴うアルコール中毒、薬物中毒など精神障害の増加の動きのなかで精神病院の役割が問い直されている。病院はその収容所的構造の全廃を意図しているが、現段階では技術的にも経済的にも精神病院が特権的医療施設であるとの状況がある。

(2) 行政的には、結核、ガン対策などに同様に精神医療においても公施設のあり方が今日の行政の需要に対応しないと見える。技術的、行政的、財政的にミニマムの個別性が保

障され、適切な機関が担当するような柔軟性をもつ管理が求められている。また、連絡調整政策を成功させる機会となりうるかとの期待もある。精神医療の古い構造を打破して公的保健サービスの枠内で新たに整備しなおそうとの意図がある。この点で病院法は2つの危険をはらんでいる。一つは病院技術の専門分化の流れに逆らう危険、いま一つは市民やその代表を利用者行政のための反省や協力のために有効な存在というよりむしろ行政にとっても一種の障害とみなす危険である。

(3) 政策との関係では、国土の新らしい行政区画を推進する一翼をになうのではないかと問いが出されうる。

P. LIGNEAU, Les institutions psychiatriques et la réforme hospitalière, *Droit Social*, n° 6, 1972, pp. 249-262.

(阪上裕子 国立公衆衛生院)

入院日数に関する 実態調査報告

(フランス)



公立病院の外科部門と私立外科病院とを対比させて、入院加療を受けた患者の入院日数について行なわれた実態調査の結果が発表された。この調査は、オーベルニュ地方(フランス 南部中央山地の北側から中央部にかけて地域)の公立病院(hopital public)と私立病院(clinique privée)について行なわれたもので公立病院8, 私立病院14を対象としたものである。1968年中に3回に分けて行なわれた実態調査で、公立病院の患者402名, 私立病院の患者541名についての資料が集められたが、これらの資料によって、入院日から手術

までの間の日数, 入院日数, 手術回数, 手術の質と大きさなどの諸事項がとり出された(この調査で社会経済的条件についての考慮が行なわれていない)。

この調査によると、平均入院日数は私立病院で9.4日, 公立病院で21.0日であり、公立病院での入院日数がより長いものとなっている。60日間以上の長期入院の場合(これには後にみるような特殊な事情があるが)をみても、私立病院では全体の1%にすぎないのに対して、公立病院では9%となっている。従ってまた2週間以内の比較的短期の入院の場合を