

NATIONS FOR MENTAL HEALTH

精神障害者と
家族のために
政府および政策立案者が
なすべきこと



Division of Mental Health
and Prevention of Substance Abuse

World Health Organization
Geneva

精神保健のための国際協力：

精神保健医療福祉の恩恵を受けていない人々のための行動計画について

本プログラムは、WHO精神保健プログラムの一部として創設され、次のような目的をもっている。

目 的

- ・精神保健問題と薬物乱用が、必要なサービスを受けることのできない人々の幸福と身体健康に与える影響について、世界中の政府と人々の関心を高めることを大きな目標としている。具体的には、まず、地域的・国際的なイベントを通じて精神保健の重要性についての意識と関心を高めること、次に、精神保健福祉の重要性に関して行政当局の意識を高め、参加を促すこと、最後に、政策決定権を持つ人が、精神保健福祉サービスを充実するための政策を支援するための環境を整えることである。
- ・WHO（世界保健機関）が定める世界6地域で、いくつかのデモンストレーション・プロジェクトをはじめめる。これは国家レベルの協調努力の可能性を示すもので、精神保健の分野での大規模なプロジェクトへと発展する可能性がある。
- ・精神保健の分野での、サービスの進展、調査、訓練に関する国家間の技術支援を促進する。

本計画の履行には、各国政府、財団、個人などから、支援がよせられた。イーライリリー基金、ジョンソンアンドジョンソン、イギリス政府、モーズレイ病院精神医学研究所（イギリス・ロンドン）、ハンブルグ市（ドイツ）、ヴィラ・ピニ基金（イタリア・キエーティ）、コロンビア大学（アメリカ・ニューヨーク）、セルヴィエ研究所（フランス・パリ）、精神衛生神経科学国際基金（スイス・ジュネーブ）から経済的、技術的援助を受けている。

この小冊子の内容については、下記にお問合せください。

Dr J.A.Costa e Silva, Director
Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse
or
Dr B.Saraceno, Programme Manager
Nations for Mental Health
Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse
World Health Organization
CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: saracenob@who.ch
Telephone: (41) 22 791.36.03
Fax: (41) 22 791.41.60

NATIONS FOR MENTAL HEALTH



精神障害者と 家族のために 政府および政策立案者が なすべきこと

**Rachel Jenkins,
Andrew McCulloch
and Camilla Parker**

監訳 新福 尚隆

神戸大学医学部
医学研究国際交流センター教授
元WHO西太平洋地域事務局
精神衛生担当顧問



**Division of Mental Health
and Prevention of Substance Abuse**

World Health Organization
Geneva

© World Health Organization, 1998

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced and translated, in part or in whole, but not for sale nor for use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Designed by WHO Graphics

目 次

第 1 章	
精神保健、精神病とは	1
第 2 章	
精神障害および関連障害の公衆衛生上の重要性	2
第 3 章	
精神障害の社会的経済的影響	4
第 4 章	
精神疾患の主要な社会人口学的予測因子	5
精神疾患を防ぐ社会的要因	6
第 5 章	
精神保健政策を立案するためには何が鍵となるか	7
政策立案のための第一歩	7
使命を明確にすること	7
精神保健に対する共通の戦略上の枠組み	8
政策形成の最終段階	14
精神保健医療福祉政策の採用	15
精神保健政策を政府の他省庁の政策と結び付けること	15
第 6 章	
精神保健法の枠組みおよび実行基準の指針	17
人権と精神保健法	18
原則および権利の行使—問題点および疑問点	19

この小冊子を読まれるみなさんへ

現在世界保健機関には191の国が加盟しています。しかしその中で、精神障害者に対してその人権を守るための政策や法律を整備している国は、約半数にも満たないと推測されています。世界保健機関は、精神障害に悩む世界中の人々が、最低限の精神保健医療福祉を受けられるように、各国政府と協力を行ってきました。

この小冊子は、そのために政府や政策立案者がなすべきことを要約したものです。近年わが国においても、精神医療の分野での法的な整備に関して、障害者の人権の保護、地域精神医療の推進という面で様々な努力が重ねられてきました。

この小冊子が、精神障害者の保健医療福祉向上のために努力を傾けられている、障害者、家族、精神科医、心理士、ソーシャルワーカー、行政担当者など関係者の方々にとって、少しでもお役に立てば幸いです。

神戸大学医学部医学研究国際交流センター教授
元WHO西太平洋地域事務局精神衛生担当顧問

新福尚隆

はじめに

WHO（世界保健機関）は、精神保健医療福祉の恩恵を受けていない人々のための、新たな精神保健計画を開始した。精神保健のための国際協力（Nations for mental health）とよばれる本計画は、世界中で増加している精神保健と薬物乱用の問題に対処するものである。社会的サービスの恩恵を受けていない人々の精神保健を改善し、心の平和をとり戻すことを目的としたものである。

精神保健と薬物乱用の問題解決には、社会、経済、政治力を結集し、教育、健康、経済発展に関する国の政策を実質的に変えることが必要になる。政府、非政府組織、国連各機関の協力のもとに、各国の持続的な努力が必要である。本計画はWHOの最重要課題の一つであり、WHOはこの意欲的な課題に積極的に取り組んでいる。他の国際機関や学術機関と共に国際会議を開催し、計画に着手している。すでに数カ国でこの計画に関連したデモンストレーション・プロジェクトのいくつかが始められている。これは、将来の発展を期し、国家レベルの協調努力の可能性を示し、実証しようとするものである。

本書は、国の保健政策を担当する担当部局、担当官、政府顧問、政策立案者へ向けられたものである。公衆衛生の立場からみた精神保健の重要性、および精神障害に取り組む施策の基盤となる社会的経済的論拠の概要を示すものである。さらにそうした施策を成功に導くための鍵となる諸条件、さらには、そのために必要とされる精神保健法の枠組みについても言及している。

本文書の執筆者は、英国、ロンドンWHO Collaborating Center, Institute of Psychiatry（精神医学研究所）のRachel Jenkins、Andrew McCulloch、Camilla Parkerである。Dr Benedetto Saraceno、Professor Malik Mubbashar、Professor Srinivasa Murthyの諸士にもご協力をいただいた。感謝の意を表する次第である。

本書が、世界の人々の、精神保健問題への意識と関心を高める一助となれば幸いである。精神保健の改善へ向けて、努力を傾けている世界各国の方々の指針となることを願うものである。

Dr. J. A. Costa e Silva

世界保健機関、精神衛生および薬物問題予防部門 部長

第1章

精神保健、精神病とは

精神保健や精神障害の定義はさまざまである。本書では次のように定義する。

精神保健とは：

- ・自己の存在に関して肯定的であること
- ・自己の価値と他者の尊厳や価値を信じること
- ・思考、感情、生活管理、冒険など内面的な精神世界の動きに対処する能力のあること
- ・相互に満足できる人間関係を構築、発展、持続する能力のあること
- ・精神的ショックやストレスを自ら癒す能力のあること

精神障害には次のような状態が含まれます：

- ・精神病（認知、信念、思考、気分の障害）
- ・神経症（気分の障害、集中の障害、焦燥感、疲労感）
- ・薬物乱用（アルコール、薬物、タバコの過剰摂取や依存）
- ・人格障害（自己や他人に害を与える異常な人格）
- ・痴呆（進行性の器質性脳障害）

精神障害は、次のような原因と結果を持ちます：

- ・社会的、心理的、生物学的原因
- ・社会的、心理的、生物学的影響

精神障害は、社会的機能の障害としてでなく、心理的機能の障害に基づいて診断することが重要である。社会的機能の異常だけで精神疾患を定義するならば、社会的逸脱に精神疾患のレッテルを貼ることになる。精神疾患は社会的影響を及ぼすことが多く、社会に適合できない原因ともなるが、精神疾患といえない社会的逸脱も多く、社会的逸脱を招かない精神疾患も多い。

第2章 精神障害および関連障害の公衆衛生上の重要性

世界の人々の健康に対するニーズが大きく変化している。

- ・世界の人口の80%を占める開発途上国において、疾病の主な原因はウィルスやバクテリアなど伝染性のものであると一般に考えられていた。しかしながら、実際は、うつ病や心疾患など非伝染性の疾患が、従来の伝染病や栄養障害に変わって、障害や早期死亡の主な原因になりつつある。世界銀行の手になる、世界開発報告(The World Development Report 1993 世界銀行、1993)は、健康への投資(Investing in Health)をテーマとし、神経精神疾患は世界中の疾病の総負担の8.1%(障害を調整した生存年数の喪失、loss of disability adjusted life years)にも及ぶと算定した。その後この数字は10.5%に修正された。またこうした事実に関わらず、精神障害は世界の保健問題に占める大きさに比して、政府や国際機関の歳出計画の中で不当に低く扱われていると報告している。
- ・精神保健に関するハーバード大学の報告書(The Harvard Report、Desjarlaisら、1995)は、世界の貧しい国の精神保健に関する文献を再検討して、精神保健医療福祉の分野での国際協力の必要性を促した。この報告書は1995年国連に提出された。国連事務総長は、この報告書への賛同を表明している (Box 1)。
- ・世界保健機関は、こうした国連事務総長の意向に応える形で、「精神保健のための国際協力」(Nations for Mental Health)と題する行動計画を作成した。この計画の目的は、世界中の社会的サービスが受けられない人々の精神保健を改善することである。
- ・世界的にみた精神障害問題の大きさに関するその後の研究は以下に述べるような事実を明らかにしている (Global burden of disease—Harvard/World Health Organization/世界銀行 1996)。
 - 1) インドおよびサハラ砂漠以南のアフリカを除く世界各国では、非伝染性疾患による死亡数が伝染病による死亡数を上回る(予想に反して、死亡率が高く低収入の諸国でも、先進諸国より非伝染性疾患による早期死亡率が高い)。
 - 2) 世界中で自殺による死亡数はきわめて多く、交通事故による死亡数に匹敵する。
 - 3) 精神障害は全疾病による障害の負担の10.5%を占めているにも関わらず、その重要性は、世界的に過小評価されている。1999年に行った、世界的な調査に基づく、障害を担って生活する年数から評価した障害(DALY)の10大原因の内5つは、単極性うつ病、アルコール乱用、双極性感情障害、精神分裂病、強迫性障害といった精神障害である。うつ病のみで、世界中で障害を担って生活する総年数の原因の10%を超える。サハラ砂漠以南のアフリカを除く全ての地域で、精神病と神経症を合わせると、生涯にわたる健康年数の喪失原因の平均28%になり、サハラ砂漠以南のアフリカでは16%となっている。
 - 4) 危険な性交渉とアルコール乱用はそれぞれ、全ての疾患による健康負担の約3.5%の原因となっている。喫煙は3%である。これは、結核や麻疹による健康負担に匹敵する。
 - 5) 将来予測を行うと、西暦2020年には、精神病と神経症は、世界の総疾患による

健康障害の負担の原因として、現在の10.5%から15%に増加することが予測される（これは全ての心疾患による負担の割合より大きい）。

Box 1.

世界の精神保健に関するハーバード報告書発表に際しての国連ガリ事務総長による演説、1995年5月

「この報告書は精神保健および心の問題が世界的な問題になっていることを明らかな形で提示している。社会心理障害の原因疾患は社会の発展—および平和と安全—に影響を与える。国際社会はこれらの問題に対処するため結集しなければならない……優先順位は変わらなければならない。精神保健を最重要課題と認める国際的キャンペーンが必要である……国連は、世界の人々に精神保健を確保することを今後50年の目標の一つとして掲げ……地球上全人類の精神保健の向上と健全な心の達成を目指す。World Mental Health Reportに賛同するだけでなく、その勧告に対して実行に移すことで応えてほしい。」

第3章 精神障害の社会的経済的影響

精神障害にうまく対処できないことによる損失には、次のものが含まれる。

- 1) 自殺による早期死亡で生産力を失う（交通事故による死亡数に匹敵し、それを上回る国もある）
- 2) 精神障害者が短期、中期、長期間働けないための生産高の損失
- 3) 就労中の心の病による生産性低下
- 4) 心に障害を抱える人が起こす事故による損失（とくに鉄道機関士、航空機の操縦士、工場労働者などでは重大）
- 5) 精神障害者を抱える家族への支援による負担
- 6) 幼児期の問題（例、うつ病、行為障害など）が放置され適切に対処されなかったために、必要な教育の恩恵を受けなかった若者の失業、疎外感、犯罪
- 7) 読字障害や幼児期の特殊教育の必要性などが適切に対処されなかったことによる損失
- 8) 精神病の両親を持つ子供の知的発達の遅れ
- 9) 精神障害は早期に適切な治療を行わないと、さらに大きな損失をもたらす。

第4章 精神疾患の主要な社会人口学的予測因子

精神疾患の主要な社会人口学的予測因子にはつぎに述べるようなものが含まれる。

- 1) 大都市の中心市街地には、貧困、失業、劣悪な住環境、学校教育の不備、親の精神的貧困、家族内の争いなど多様なリスク要因がみられる。
- 2) いわゆるホームレスは世界の主要都市でみられる共通の問題である。通常精神医学的サービスでは、ホームレスの精神病患者を把握しきれないことが多く、身体的、心理的、社会的問題を抱えた人々の多角的な要求に応えるため、諸機関相互の協力により、特別のサービスを提供する必要がある。
- 3) 地方における貧困（都市部で貧困が進んでいるが、地方の貧困者数もいまだに全世界の貧困者数の80%を超える）として、燃料の入手困難、季節による失業、教育訓練不足、孤立、地域社会のインフラの不備などが挙げられる。それゆえ、地方における貧困層は、搾取、疾病、自然災害、かんばつ、地域の深刻な食糧不足、飢饉などに対してとくに無防備である。
- 4) 栄養障害は、認知障害、幼児期の発育障害、ストレス、無気力をもたらす。ヨード不足など妊娠中の栄養障害は、先天性異常を起こし、幼児期の栄養障害による注意欠陥障害からは成長後の問題行動が発生する可能性がある。風土病のような慢性的な飢餓は無気力をもたらし、犯罪、売春、奴隷的な労働、暴力などの問題を生みやすい。とくに女性や子供は貧困に対して弱い立場におかれている。
- 5) 人口の年齢構成は、精神医学的サービスの需要に影響を与える。たとえば、若者は精神病、摂食障害、分娩による障害、薬物乱用、人格障害に関するサービスをもっとも必要とする。高齢者では、60歳を超えると痴呆が幾何級数的に増加し、罹患率は65歳以上で5%、80歳以上で20%に達する。さらに年齢構成は、いわゆる潜在的介護者の数にも影響を与える。世界の多くの地域で、女性が労働力に加わり、高齢の生存者数が若年者の維持能力を超えるため、介護者数は相対的に低下している。
- 6) 同一国内の異なる民族は、グループ毎に精神障害の有病率が異なることが多いが、これは少数民族が社会的に非常に不利な立場にあり、一般的な保健医療サービスを受けにくいためである。
- 7) 難民は、家族、友人、家庭、文化など数々の損失を経験している。拷問、迫害、投獄を経験したものも多く、その将来は不安定である。罹患率は初めの1~2年は高いが、人種差別による虐待や攻撃を受け続けなければ、難民の地域社会への同化にしたがって低下していく。
- 8) 所帯構成も予測因子である。一人で子育てをする片親や一人住まいの人は、精神障害や薬物乱用のリスクが非常に高い。
- 9) 戦争や内戦などの暴力行為は、すでに抱えている貧困や飢餓の問題を悪化させる。難民流入、薬物売買、心的外傷後ストレス障害が発生することがある。
- 10) 災害は特定のグループに強い打撃を与える。人口増加や都市化は、貧しい都市により多くの自然災害（例、かんばつ、飢饉、洪水、地震）や産業災害をもたらす。1967~1991年の災害被害者30億人中、約85%はアジア、11%はアフリカ、4%は南北アメリカに住んでいた。飢饉などの災害に際しては、貧しい人々が

もっとも弱い立場におかれている。彼らはもっとも危険な住環境におかれ、最少の資源しか持たず、保健医療の恩恵をもっとも受けにくい状態にある。災害被害者の約1/3は、何らかの精神障害を持つが、災害の発生しやすい地域の住民は、現在のところ必要なサービスをほとんど受けていない。多くの場合、災害の影響は被災地のみならず、その影響はより広く及ぶ。なぜなら、先進国に少数民族として住んでいる親戚も、影響を受けるからである。

- 11) 先進国で職業的地位が低い場合は、精神分裂症のリスクを2～3倍高める。さらにいったん発病すると、病気の持続期間は長く、再発の危険は高く、治療に対する反応や臨床上の成果が上がらず、行政サービスをなみはずれて多く利用し、精神病に関して、変わった見解を持つ。うつ病、不安、薬物・アルコール依存のリスクも増加する。
- 12) 先進国での失業は、自尊心の低下、うつ病、薬物乱用など精神保健にかなり悪い影響を与える。失業は、入院率の確かな予測因子である。

精神疾患を防ぐ社会的要因

社会的支援（情報、実践的援助、精神的援助）は、精神的・身体的健康を向上させ、人々をストレスから守り、社会的困難に遭遇する機会を減らす。地域社会で無理なく支援体制を作る方策は以下のとおりである。

- 1) 既存の社会的支援システム（例、家族、隣人、ヘルパー）を援助する
- 2) 新たに無理のない支援体制を作る（未亡人や若い母親の自助組織を作る）
- 3) 介護者を教育する。
- 4) 学校、警察、社会福祉、刑事司法システムとのコンサルテーション
- 5) 精神衛生に影響を及ぼす問題（例、売春、レイプ、家庭内暴力、児童虐待）への取り組みを強化するための地域社会のネットワークを構築する
- 6) 精神保健の問題、身近な治療方法、健康促進のための人および施設に関して一般大衆を教育する
- 7) 精神保健に関する教育を行って、生活の変化やストレスに対処する能力を育てる
- 8) 適正な人員・保健方針を採用する組織への就職

第5章 精神保健政策を立案するためには何が鍵となるか

政策立案のための第一歩

各組織や政府が白紙の状態では精神保健政策を開始することはない。それぞれの国が、独自の情報と全体的な保健社会政策の状況に沿って、それまでの社会歴史的背景と、政策決定に影響をもつ集団の考えを考慮に入れつつ決定される。こうした意味において精神保健政策の策定は国の関係当局が担当することがベストである。しかしながら、精神保健戦略の作成には一般的にあてはまる一定の原則がある。

まず、最初のステップとして、精神保健に関する関係各当局の役割と潜在的役割について簡単な分析を行うことは意味のあることである。これは国によって状況が違う。たとえば、精神疾患の発生率が非常に高い特定の産業、あるいは自傷や自殺によく持ちいられる特定の製品があるかもしれない。そのような場合には、そうした産業または、そうした製品の製造者は精神保健政策の策定に参加する必要がある。

主要な関係者が全て、こうした政策を必要と望ましいと納得するとは考えられない。これらの利害関係者を巻き込むためのコミュニケーションが必要である。異なる関係者は異なる議論を必要とする。産業側と納税者は経済的負担に関して対決を覚悟し、専門家と政府は疫学研究および政策の有効性を証明するための情報を必要とする。歴史的にみると、人権と倫理に関する議論を行うことが、精神保健に関する行政サービスを進めるために重要であった。精神保健政策を策定するための基盤をいかに整えるかという点に関して、質の高い渉外担当者や助言者を持つことは貴重である。

使命を明確にすること

次のステップは精神保健政策の、骨格をなす、その使命の全貌を明確にすることである。これは、精神保健サービスの目的について、関係者毎にまったく意見が異なる場合があるため容易なことではない。批判的な関係者一同が満足するか、少なくとも承諾しない限り、政策の制定には成功しない。したがって、各関係者の関心がどのへんにあるか、政策に何を期待しているか分析することは意義がある。リーダーシップの必要性は疑う余地がないが、異論も考慮に入れた戦略が望ましい。

また、この任務の中で、現状と、もっとも差し迫った問題を評価して、どちらも考慮に入れる必要がある。Box 2に精神保健政策の使命として考えらるる事項を挙げた。

Box 2.

精神保健政策の使命

- 1) 精神病の発生率と有病率を下げる
- 2) 精神病に伴う死亡率を下げる
- 3) 健康や社会的機能の悪化など、特定の精神障害に伴う問題の範囲を縮小し程度を下げる
- 4) 精神保健サービスを発展する
- 5) 良好な精神保健を促進し、学校教育等で病気に対する偏見を減らす
- 6) 精神疾患患者の人権と尊厳を守る
- 7) 一般保健医療において心理的側面のケアを促進する

精神保健に対する共通の戦略上の枠組み

任務が確定すれば、国の精神保健政策の重点項目も明解になるであろう。精神保健に対する国の要望、さらに既存の保健関連の社会基盤を分析し、それに基づいた対策を決定する。したがって国毎に精神保健政策は異なるはずである。著者らは、各国の政策に共通し、法の制定を準備する際に役立つと考えられる13項目をBox 3に示した。

つぎに13項目を検討し、精神保健政策を作成して対処した場合と問題を放置した場合の結果を分析してみよう。

1. 精神保健問題を抱えた人々の大部分が、まず援助を求めるプライマリーヘルスケア従事者の、教育、支援、資源を提供すること

プライマリーヘルスケアが精神病患者に対する唯一のヘルスケア資源であるという国が多い。精神保健専門家による、高度の二次医療システムの整った諸国でも、専門家の数に比較して精神病の有病率が高いため、精神保健問題の、大部分はプライマリーヘルスケアで扱われる。したがって、全ての国において、精神障害の全てでないに

Box 3.

精神保健政策の共通の枠組み

- 1) 精神保健問題を抱えた、大多数の人々の援助に重要な役割を担うプライマリーヘルスケア従事者への教育、支援、資源を提供すること
- 2) リフェラルの基準、治療の分担、情報の管理、情報伝達などに関してプライマリーヘルスケアと二次医療間に効果的な連結性を持たせること
- 3) 地域の専門家による健康および社会に関する包括的なサービスを展開すること
- 4) 人権保護のため、患者の同意を得ずに入院、治療を行うといった状況を管理するために精神保健法を制定すること
- 5) プライマリーヘルスケアおよび二次医療による効果的な介入と組織間の協力に関する実施指針を作成すること
- 6) 精神障害者による自殺と殺人を減らすために包括的な公衆衛生対策を立てること
- 7) 精神保健のための研究、開発戦略を展開すること
- 8) 職場、学校、保健医療制度など一般的環境における精神保健推進対策を開発すること
- 9) 精神保健問題の管理について学校職員を教育すること
- 10) サービスの受け手と介護者を政策決定とサービスの開発や提供に関わらせること
- 11) 資源が許せば二次医療において、受け手との協議のうえ、データおよび機密性の保持に関する条件を満たす、最小臨床データセットと治療結果を中心に据えた精神保健情報システムを作成すること
- 12) 政策立案者、科学関係者、精神保健サービス提供者の異なるシステムの間を効果的に連結させること
- 13) 精神衛生政策を、総合的保健政策および他政府機関の政策と効果的に連結させること

しても、その大部分を治療するためには、プライマリーヘルスケアの従事者を教育、支援し、資源を提供することが必要不可欠なのである。

いずれの国でも、軽症～中等度の患者は、身近でサービスを受けられ、偏見のより少ない少ない、プライマリーヘルスケアで治療を受けるのが最適である。精神障害がこの段階で適切に対処されないと、患者は未治療のまま放置され、必要がないのに二次医療に送られるため、重度の複雑な障害を治療すべき二次医療本来の役割が妨害されることになる。

WHOの最近の、国際協同研究によると、開発途上国と先進国のいずれでも、1次医療を受けた患者の約1/3は心理社会的に問題を抱えており、全ての慢性疾患(身体的および心理的を含む)において、うつ病がもっとも頻度の高いものである。

プライマリーヘルスケアチーム、とくに医師や看護婦は、通常精神障害を評価、診断、治療する訓練を受け、患者を専門家に紹介する時期を心得ていなければならない。医師、看護婦をはじめとする医療従事者は、大学、大学院、その後の教育課程で一般的な精神障害への対応を学んでいることが望ましい。

プライマリーヘルスケアチームは、専門的サービス体制と密接な関係を維持して、定期的な支援を受け、より重症の複雑な障害を持つ患者を確実に紹介できる体制を作るようにする必要がある。プライマリーヘルスケアチーム内では仕事のバランスを取り、取り扱い件数をうまく調整する。

専門家のサービスが存在しない国では、プライマリーヘルスケアチームに適切な教育、臨床指針、基本的な薬物を処方する能力を修得させ、重症の精神障害に対処できるよう支援することが重要である。

問題に対処した場合：有効性。患者や地域社会への適切な対応。費用効果。一次医療の高いモラル。(対処が遅れると大きな負担となる)軽症～中等度の障害者治療による好成績。

問題を放置した場合：精神保健問題や身体化の放置により一次医療が機能しなくなる。専門医への紹介が役に立たない。非能率的。モラルの低下。成績不良。

2. 紹介基準の設置、治療の分担方法、報告制度、情報伝達など、一次医療と二次的医療に効果的な連結性を持たせること

専門家のサービスが存在する国では、専門家資源を最大限に生かして、もっとも必要とする患者が適正な治療を受けられる体制を作る。診断、重症度、障害の持続期間、自傷のリスクなどを考慮した専門家サービスへの紹介と、一次医療で分担できる治療(例、投薬、身体的医療)を区別する一定の基準を設ける。

専門家は重度の障害者に専念し、プライマリーヘルスケアチーム(一次医療チーム)は症状の比較的軽い患者を治療する。一次医療チームには専門家のバックアップ(臨床指針での合意、その他の症例の検討)や、さらに高度な心理学的スキルを身につけることを要求される場合がある。

問題に対処した場合：1の結果と同じ。二次医療も最大の効果を発揮する。

問題を放置した場合：二次医療が機能しない。非能率。精神病患者は見落とされ、

重大な結果を招くことがある。

3. 地域の専門家による包括的な保健社会サービスを展開すること

各国により専門家による保健社会に関する包括的サービスを提供する能力は異なる。恵まれた国といえども、精神保健問題を解決するために精神科専門医を十分に集めることは不可能である。もっとも必要とされるところに専門家の治療が向けられるように、専門的および一次医療のサービスが適正なバランスを取って整備されることが大切である。

調査によると、長期に及ぶ施設入所は、健康と社会的機能に長期間にわたる障害を与えることが判明し、重度の精神病患者を患者本人の家庭で治療するか、患者と一般市民の健康と安全を両立させる家庭に似た環境で治療する試みが多くの国で進められている。

多くの開発途上国においては、主要な精神医療資源は、患者の家から遠く離れた精神病院である。このような場合、精神患者のための地域での診療施設を開き、病院施設を最大限に創造的に利用できるように努力することが必要である。たとえば、長期の重症患者のために中間治療施設を作り、有効利用されていない既存の建物をこれに充てることも考えられる。

重症の精神病患者に合った機能的ニーズは、食料、住居、保健医療、余暇活動、職業、家族関係、社会的ネットワークなどに関するものである。これに応えるための体制は、各国に備わった資源によって異なる。全ての国において地域社会の参加は不可欠であり、それが唯一の資源でありながら精神病患者が利用できるか否かは、患者とその介護者に対して張られたレッテルの大きさによる。

進んだ国ほど多くの包括的サービスを地域に提供する傾向がある。このサービスには以下のものが挙げられる。

- 1) 急性の重度の患者を収容する緊急用ベッド
- 2) 定期的な投薬管理、毎日の精神状態の観察を必要とするが医療スタッフの常駐を必要としない重症患者のため、家庭に模した環境での24時間看護体制の長期滞在型施設
- 3) ケアハウス
- 4) 在宅介護サービス
- 5) デイサービス
- 6) 職業訓練サービス

患者は病院内、居住設備のある施設、家庭などに分散しており、多くの専門分野のチームが必要である。コミュニティーケアという用語は在宅支援だけでなく、入院患者への医療も加えた地域でのサービスを広く意味するものとして考えるべきである。非常に急性で重度の症状が発現中の患者は24時間体制の医療と看護を、そして少数の患者は何年間も継続する看護を必要とする。

医療スタッフ（医師、看護師、心理学者、作業療法士）は、ソーシャルワーカー、ボランティア、助言や家事の担当者、保護観察官、警察、その他の関係当局と、ケアの調整が順調なことを確実にするために、密接な関係を持ちつつ仕事をしなければな

らない。

問題に対処した場合：好成績。要求へのきめこまかな対応。組織の中で患者の受ける制限と経済的負担は必要最小限である。

問題を放置した場合：患者は行き先がなく入院施設に閉じこもる。間違ったケア。成績不良。ニーズへのきめこまやかさに欠ける。非能率。

4. 人権保護のため、患者の同意を得ずに入院、治療を行うといった状況を管理するために精神保健法を制定すること

全ての国は、治療に同意することができない精神障害者の治療を行いたいと考える治療の専門家と、個人の法的権利の保護や、精神病院での拘禁や強制治療を許す環境基準に関する規制との間の、バランスを取るための法的枠組みが必要となる。詳しくは後に述べる。

問題に対処した場合：個人の権利を守りつつ、一定の条件下で強制治療を許す適正なバランス。関係者全員による権利と義務の理解。適切な要求と規制組織。基準の改善。

問題を放置した場合：その場限りの対応による法律違反。国際宣言や憲章違反。個人、利用者権利と市民権利団体、専門家の相互関係不良。人権侵害の可能性。

5. プライマリーヘルスケア（一次医療）および二次医療による効果的な介入と組織間の協力に関する実施指針を作成すること

一次医療と専門的サービスの両面におけるケアの課程で適切な質と量を確保し、一般的にケアの基準を高めることがきわめて重要である。関係のある専門家組織と協力して実施指針を作るべきである。身体的心理的保健医療の必要性、社会的ケア、住居、雇用、経済的支援または福祉給付金などを網羅する指針が必要である。

複雑な要求のある患者に対する保健医療が有効に機能するために、ケアに関する組織間の協力と協調が不可欠である。

問題に対処した場合：有効性。良好なコミュニケーション。継続性のない地域活動が避けられる。組織活動が患者を見過ごすことがない。

問題を放置した場合：効果のない介入。コミュニケーション不良。組織活動が患者を見失う。

6. 精神病患者による自殺と殺人を減らすために包括的な公衆衛生対策を立てること。

オーストラリア、フィンランド、ニュージーランド、ノルウェー、スウェーデン、イギリスおよび各国政府は、国の政策として一定の期間を限定して、数値目標を定め、自殺を軽減するための活動を開始している。国によって自殺率は異なるが、平均をかなり下回る国でも、自殺者数は交通事故による死亡数を上回ることが多い。

自殺防止には多方面からのアプローチが必要であり、中心となる項目は以下のとおりである。

1) 自殺リスクの評価とその対策について、一次医療、二次医療、社会的ケアの各

専門家を教育する

- 2) リスクの高い職業の人々（多様な職種が考えられるが、医師、看護師、農業経営者、獣医、薬剤師など）を支援する
- 3) 自殺手段への接触を減らす（例、武器、薬物、排気ガスなどに関する安全対策による）
- 4) 自殺例を徹底検証して防止策を学ぶ
- 5) 自殺理由と有効な防止策について調査する
- 6) 責任ある自殺報道のあり方をマスメディアと共に確認する

自殺防止策は厚生省に止まらず、部門や政府の枠を超えて作成するものである。

殺人防止策には次のような活動が考えられる。

- 1) 持続的で重症の精神病患者に対して、支援体制が不足すれば、本人および一般市民へのリスクが減少しないため、24時間看護制度を整備して、患者に適正な支援と安全を保証する
- 2) 患者家族が身の危険を感じる場合の聞き取り
- 3) リスク評価に関する保健担当者の教育
- 4) 医療の継続性維持および危険信号への注意
- 5) 患者の医療プログラムへの積極的参加を応援

問題に対処した場合：死亡率低下。社会的信頼増加。有効性（多くの場合、公衆衛生対策は二次医療より経済的である）。

問題を放置した場合：保健医療サービスの破綻。社会的信頼喪失。必要のない死。

7. 精神保健のための研究開発戦略を展開すること。

研究開発に力を注ぎ、研究結果を発表することは、精神病の原因、予防の可能性、治療とサービスの改善、ならびに自殺その他の理由による精神病患者の死亡原因等に理解を深めるうえで重要である。研究にあたり、多くの立場と専門分野からの協力が役立つ。

問題に対処した場合：効率と有効性の向上。豊富な情報を持ったスタッフ。サービスの向上。

問題を放置した場合：サービスの質と有効性低下。グローバルな研究結果に取り残されたサービス。刷新不可。旧式のサービスに固執。

8. 職場など一般的環境における精神保健推進対策を開発すること。

職場において精神病が引き起こす諸問題（例、作業効率の低下、スタッフ間の不良な人間関係、病欠、配置転換、事故）による経済的負担は非常に大きく、（たとえば、精神障害は英国においては3大病欠理由の一つである）雇用者は従業員の身体の健康と同じく精神保健に関心を向ける。

職場の精神保健対策は、スタッフ、管理者、労働組合に承認された精神保健に関する組織的な活動表明である。中心項目は以下のとおりである。

- 1) 精神的・身体的健康を共に重要と考え、健康的な職場環境を約束する

- 2) 精神障害には、家庭にくわえて職場や外の世界におけるストレスなど多数の理由が存在することを認める
- 3) 組織内のストレス増加に結びつく要素を挙げる
- 4) 組織が活動に参加していることを表明する

職場での具体的な活動には下記のものが含まれる。

- 1) 情報伝達と教育
- 2) 職場のストレスを減らすことの保証
- 3) 問題を早期に認識すること
- 4) カウンセリングと支援の利用
- 5) 精神的問題解決後に職場復帰を支援すること

問題に対処した場合：問題への理解の深まり。早期の診察。罹患率低下。経済的負担の軽減。偏見の減少。

問題を放置した場合：精神障害へ対する社会的偏見の持続。診察を受けない。経済的負担の延長または増加。

9. 精神保健プロモーション、精神保健問題の予防と管理について学校職員を教育すること

職場と同じく、学校も精神障害の予防にとって大切な場所であり、子供の精神的・身体的健康の改善と維持に参加するべきである。学校での精神保健プロモーションでは、周りに立ち向かう手段、自尊心、危険な行動への参加拒否、親になること、子育てなどを教える。

学校で行う予防活動には下記のものが含まれる。

- 1) 生命に関わる最近の出来事（例、死別）やいじめられやすい要素（例、貧困）があり、リスクに直面している生徒を支援する
- 2) リスク要因を減らす（例、いじめに対抗する手段を教える）
- 3) 摂食障害による欠席などの精神的な問題を迅速に発見し、学校への復学を手伝う

問題に対処した場合：有病率を低下、発見率向上。学校の環境改善。教育、社会、健康面での良好な影響。

問題を放置した場合：問題や精神障害のある生徒に対処できない教師。いじめられやすい生徒の切り捨て。教育の崩壊。結果不良。

10. 利用者と介護者を政策決定、サービスの開発と提供に関与させる

サービスの利用者と介護者は、まさにサービスの「顧客」であり、精神保健問題が生活に及ぼす影響と、きめこまやかなサービスが必要であることを知る人達である。当事者が参加することで、行き届いていない点やうまくいくやり方についての意見が得られるので、サービスの計画や提供がおおいに改善される。利用者がリードするサービスは受け入れやすい方法となるのは明らかで、包括的サービスの重要な部分となる。

問題に対処した場合：サービスのきめこまやかさが改善。サービスの利用者と介護者による強い関心度。

問題を放置した場合：こまやかさに欠けるサービス。低い関心度。ニーズに合わない。

11. 二次医療において、ユーザーと協議のうえ、データおよび機密性の保持の条件を満たす、最小限の臨床データセットと治療結果基準を中心に据えた、精神保健情報伝達システムを作成すること

精神保健情報伝達システムは、専門サービスの提供を計画し、様々なケアの間の調整、利用者への必要なサービスを確保するのに役立つ。システムには最低限で、患者の住所、氏名、年齢、性別、専門家の診察日を記録するが、現在では、健康と社会的機能に関する評価基準を含む最小データセットを開発中の国と地域が多い。

機密保持へ留意して、情報への良識あるアクセス手段を保証するためにも、このような情報伝達システムの開発は、サービスの利用者と介護者との協議のうえで行うべきである。技術面で情報伝達システムの規格が共通であれば、利用者が移動しても、組織や地理的境界を超えて連絡を取り合うことができる。

問題に対処した場合：計画立案と有効性の測定の支援により、より良いサービスを生む。継続性のあるケアを目指して、計画立案情報の伝達を支援。研究を支援する。

問題を放置した場合：計画、監視、調査、評価の進歩を妨害。ケアの調整が難しく、患者はケアを受けられない。非効率。

政策形成の最終段階

精神衛生政策は重要な目標を明らかに表明すること、および目標達成にいたる行動を起こすことから成り立っている。さらに、計画の一環として、またはもっと一般的な実行計画の中で、政策形成に要する期間、費用、目標時点、対象、評価、実施例に関する情報を明記する。しかしこのような情報は、目標と望み通りの成果を得るための行動に関する記述に付随するものである。

政策形成は、予め実施する分析結果から自然に発生するもので、その出発点に関して現実的でなければならない。たとえば、一次医療が不十分ならば、一般開業医または一次医療のトリアージュでは不十分で、そのような場合二次医療への紹介または診察の直後にトリアージュを実施する。数多くの入院施設を建設するような中央主導型の精神医療政策は、各国の経済力を超えるものである。他方、非専門家を専門家が指導監督をしつつ、一般の成人が、重症の障害者の世話にあたるような、地域社会に根ざした戦略が今後の取るべき道であろう。既存のシステムを全て放棄することにほとんどメリットはなく、漸進的解決法が、もっとも経済効率が高くしかも実行可能である。しかし、既存のシステムの一部には、初めからやり直したほうが良いほどひどいものがある。老朽化した病院施設や型にはまった職員は排除して、もっと地域に根ざした包括的なサービスに資金を再投資したほうが良い場合もある。病院閉鎖と病院の土地売却によって得た資金は、精神保健のサービスに再投資され、他の目的に流用されないように見守る必要がある。多くの場合、精神衛生政策は、新たな精神保健医療サービスへの投資とその展開の枠組みを作ることに焦点を絞り、サービスの提供者

について細かく規定することに拘らない工夫が必要である—これは後の問題である。

政策形成の過程で時間は重要な要素である。かなりの変化を遂げるためには、5～10年が現実的な時間であろう。これより短いのは非現実的であり、あまり長すぎても関係者の理解が得られない。政策形成に含まれる各要素によって必要とされる時間的尺度は異なる。下記にいくつかの例を挙げる。

- 1) 過去の長期入院治療サービスを包括的な地域サービスに変更 (20～30年)
- 2) 単科の病院を閉鎖 (5年)
- 3) 専門家教育を刷新、国家認定制度を制定 (5年)
- 4) 非専門家への基礎訓練制度の確立 (3年)
- 5) 精神保健法の改正 (3年)
- 6) 研究開発のため戦略を作成 (2年、最初の成果を得るまでに5年)
- 7) 情報伝達体制作成 (3年)
- 8) 国の精神健康増進計画の開始 (2年)
- 9) 良心的精神医療診療基準書の作成 (2年)
- 10) 自殺手段の入手の制限 (1～2年)

精神保健医療福祉政策の採用

採用の段階では確固たる主張と議論が必要である。国内の精神保健の改善、経済的負担の軽減、人権の向上など政策のメリットだけでなく、否定的な可能性にも言及すべきである。可能な限り確実な学術的・経済的データに基づいて討議することが望ましい。

中心的な政策形成を支援するための、コミュニケーションのための戦略を分離して展開することを考慮する価値がある。情報伝達は全ての作業を下から支えている。たとえば、現行の政策やサービスが不適切であるとする否定的な見解と、改正によって何が成就できるかを考える肯定的な見解の両方を提起することに意義がある。非政府組織は、利害の衝突なしにこれを行える。政府または重要な組織で高い地位にある人物の協力をえて、政策の形成を援護してもらうことも重要である。精神保健の問題が政府の議事日程に上ることがない限り、ビジネス、医学、科学の視点からの観念的な戦略は成功しない。そのようなことはめったに起こらない。

将来を展望するにあたって、協力機関、協力機関内部、一般の人達に新たな政策を周知させることは非常に重要である。単に情報が伝達されないために失敗した例も多い。何も伝達されなかったり、本質が伝わらず、むしろ全体像に関わらない検討中の細部ばかりに注目が集まることもある。

精神保健政策を政府の他省庁の政策と結び付けること

すでに述べたように精神保健政策は、保健政策全体や他の政策と連動させる必要がある。Box 4に精神衛生問題対策に関連のある主な政策を示す。

すべての公衆衛生対策が、身体のみでなく精神の健康を対象とすることが重要であり、したがって、以下のことが望まれる。

- 1) 死亡率の指標に自殺を含める
- 2) 罹患率の指標に関連する基準として、精神障害による罹患率も含む、または含

む予定である

- 3) 住居、社会福祉問題などに公衆衛生が介入する場合、精神保健に与える影響についての概略を述べる
- 4) 健康への影響に関する声明では、明確に精神保健について述べる

Box 4.

精神保健に連結する諸政策

- 1) Ministry of Health (厚生省) :
 - 〔1〕プライマリーヘルスケア
 - 〔2〕専門家教育および人的資源
 - 〔3〕資金の調達
 - 〔4〕基本計画の委任および規定
 - 〔5〕公衆衛生戦略
 - 〔6〕福祉サービスを受ける人を対象とした政策
 - 〔7〕保健医療要員の労働衛生
- 2) Ministry of social welfare (社会福祉に関する事項を扱う) :
 - 〔1〕精神病患者のための社会福祉給付金窓口
- 3) Ministry of Employment/Labour (労働省) :
 - 〔1〕保護的雇用も含む雇用窓口
 - 〔2〕リハビリテーションのための雇用
 - 〔3〕職場の精神保健政策
 - 〔4〕労働衛生
- 4) Ministry of Education (文部省) :
 - 〔1〕精神保健教育を学校教育カリキュラムの中の健康および社会的スキルとする
 - 〔2〕精神保健関連に関する、一般課程を含む高等教育、職業資格、通信教育および職業基準の設定
- 5) Ministry of Home affairs and criminal justice (法務に関する事項を扱う) :
 - 〔1〕犯罪精神障害者を、司法システムの中で処遇しないこと
 - 〔2〕犯罪司法体系の対象となった精神病患者の社会保障と福祉
- 6) Ministry of Environment/Housing (環境と住居に関する事項を扱う) :
 - 〔1〕通常あるいは特殊なニーズに対する適切な供給を保証/精神病患者の保護住宅
- 7) Ministry of Trade and Industry (通商産業省) :
 - 〔1〕保険会社等との連絡保持
 - 〔2〕差別防止 (一般関連)
- 8) Ministry of Finance (大蔵省)
- 9) 医学研究審議会およびその他学術研究の委託者
- 10) 専門家組織

第6章 精神保健法の枠組みおよび実行基準の指針

精神保健法の制定が精神保健政策の要である。そのための第一歩は、全ての関係者の合意を得ることのできる法律の基礎となる一般原則を定めることである。この一般原則を指針として、法的権限、権利義務の範囲を法律に規定する。Box 5に一般原則の一部を示す。

一般原則に関する合意を受けて、法律の目的と目標を決定する。法律の目的と目標を明確にするために、Box 5に示した5つの一般原則を、一つずつ詳細に検討してみよう。

1. 個人および個人の社会、文化、民族、宗教、哲学的価値を尊重する

原則1はその他の一般原則も包含するもので、(差別撤廃規定を除いて)法律の枠にはめることがもっとも難しいと考えられる。その実現のために必要とされることには、下記が挙げられる。

- 1) 適切な職員教育
- 2) 有効な監視体制
- 3) 通訳の便宜
- 4) 告訴の手立て
- 5) 権利擁護のためのサービス

2. 個人のニーズを十分に考慮する

関係者は、健康と社会的ケアに関する個人のニーズを適切に評価する必要がある。とくに、個人(およびその介護者)の意見を考慮することが大切である。そのために、健康、住居、社会的ケアなどのサービス担当者が緊密に連携し、個人の意見を取り入れる仕組みを作る。

3. ケアや治療を行う環境への制限は最小限に止める

本人の同意のない(公的な)入院措置は最後の手段として法律に規定すべきである。この原則の実現は次のことでもって可能になる。

Box 5.

精神保健法制定のための一般原則

- 1) 個人および個人の社会、文化、民族、宗教、哲学的価値を尊重する
- 2) 個人のニーズを十分に考慮する
- 3) ケアや治療は、ケアの提供と個人の安全、家族ならびに公共の安全が共存する範囲で、最小限の規制のもとに行われるべきである
- 4) 各人の自己決定能力と自己責任能力の向上を目指したケアや治療を提供する
- 5) 各人が到達しうる最高レベルの健康で心の安らぐ状態を目指したケアや治療を提供する

- 1) 拘禁理由を明確に規定すること
- 2) 公的権力による拘禁が行使される場合、その乱用を防ぐ手続きが保証されること
- 3) 拘禁理由がなくなった場合、退院させる義務
- 4) 拘禁の決定を独自に再検討する委員会の設置

4. 各人の自己決定能力と自己責任能力の向上を目指したケアや治療を提供する。

ケアと治療について、個人が選択と決定の機会を持つという原則ががきわめて重大である。

そのために法律は次の点を保証すべく努める。

- 1) 精神科治療は厳しく制限され明確に規定された状況のもとでのみ、しかも、もっとも制限の少ない方法を選んで行われる
- 2) 個人に自分自身での決定能力がなければ、その希望や感情を察知するための手続きが取られる
- 3) 治療と拘禁に関する情報の入手が容易に可能とされる
- 4) 機密保持のための規定が施行されている

5. 各人が到達しうる最高レベルの健康で心の安らぐ状態を目指したケアや治療を提供する

ケアの質と継続性の問題に加え、治療を受ける「権利」の問題を提起する。この原則には、より一般的な問題、たとえば個人は安全な環境で適切な治療を受けるべきで、当人の健康と安全または他人の安全に関わる理由によってのみ自由を拘束されることも含まれる。

- 1) 例外として明確に規定された状況を除いて、個人は友人や家族との接触を制限されるべきでない。
- 2) 虐待、搾取、放置から精神障害者を守るための厳重な法的な手続きが取られていること。

人権と精神保健法

法律制定者は、一般原則にくわえて、市民的政治的諸権利に関する国連規約、地域の人権宣言など国際人権条約に明記された義務を守る必要がある。これらの条約および宣言で取り上げられている課題は、個人の強制的拘禁および同意を得ない強制治療に、直接関連している。こうした条約は、自由、非人道的治療、プライバシーなどの項目を含んでいる。

自由への権利

自由が制限されるのは、規定した条件においてのみである。精神保健法規のもとで個人が拘禁される場合、つぎに挙げる要件を満たすものとする。

- 1) 精神障害を証明する客観的な医学的見解が存在する
- 2) 精神障害の症状基準に応じて拘禁が合法性を持つ
- 3) 拘禁の合法性が継続するのは精神障害の持続に応じる
- 4) 拘禁の合法性を開示して裁判所または独立した裁定者により迅速に検討される

5) 拘禁の決定を定期的に検討する

非人道的・屈辱的治療からの解放

一般的な病院環境、隔離部屋、強制治療状況における「満足すべき実施基準」の規定を考慮する必要がある。

プライバシーへの権利

強制治療、面会、郵便物の検閲、本人および私物の検査に関する満足すべき実施基準を設定することも必要とされる。

原則および権利の行使—問題点および疑問点

サービスの受け手、介護者、専門家、利害関係のある第三者と協議を行い、政府は人権条約に定められた義務を遂行する必要がある。こうした協議を行う際の議題となりうる。精神保健法で扱うべき主要事項をBox 6に示す。

Box 6.

精神保健法規で扱う問題点

- 1) 公共保護と個人の保護のバランス
- 2) 精神障害および精神病の定義
- 3) 精神病質障害を含むべきか否か
- 4) 自己の健康を害するだけの精神障害に対して拘禁は妥当か
- 5) 拘禁の決定に関して、独立した検討委員会を迅速に設置することが必要か
- 6) 精神障害にどの治療法を選択するか
- 7) 個人の同意なしに治療を行って良いときとは
- 8) 強制治療の決定に個人の過去の希望を考慮するか
- 9) いかにして個人に合った有益な治療法であるかを確かめるか
- 10) 個人はケアと治療を受ける権利を持つものなのか
- 11) 治療を受ける権利、または最小限に規制された治療を受ける権利を、保証するときに、そのための医療資源はどうなるのか
- 12) サービスの受け手と介護者を関与させる方法
- 13) 独立した調査機関の必要性
- 14) 緊急事態への対処
- 15) 精神障害予防と精神的健康増進を促進するための法律の立案

あとがき

著者のDr. Rachel Jenkins博士は、英国厚生省で精神保健の担当者として、長らく英国における地域精神医療政策の立案、実施に携わり、現在はロンドン大学精神衛生研究所の中の精神保健に関するWHO協力センターの所長として活躍されている魅力的な女性の精神科医である。専門は精神衛生政策で、アフリカをはじめとして、多くの発展途上国での精神衛生法規整備のために、尽力をされている。この小冊子は、彼女とそのグループの、活動から生まれたものである。そうした背景のために、内容的に人権擁護の姿勢、最小限の制限のもとでの治療など英国の精神保健法の、源となっている哲学が強く反映されている。(新福 尚隆)