

# 精神衛生資料

第 16 号

昭和 44 年度

特集 諸外国における  
精神衛生に関する法令集

第 3 卷

国立精神衛生研究所

# 精神衛生資料

第 16 号

昭和 44 年度

特集 諸外国における  
精神衛生に関する法令集

第 3 卷

Annual Report on Mental Health

Number 16

1969

国立精神衛生研究所

National Institute of Mental Health

Japan



精神衛生資料 第16号 目 次

フランス精神衛生関係法規 .....	3
デンマーク心身障害者リハビリテーション法 .....	155
D. H. クラーク, 「日本における地域精神衛生——WHOへの報告」 .....	165
あ と が き .....	192



# フランス精神衛生関係法規 病 院 法

——精神障害者のための闘い——  
1962年3月31日

## I. ——基本法案

保健法1838年6月30日の法 第三卷 第四編	3
公立および私立の精神病院の行政および監督	9
自治精神病院	14
精神病患者に対する救済	16

## II. ——患者の入院および退院

無料の自発的入院，臨時留置，調査	30
異 議	34
精神病患者の収容に際しての調査	34
難症精神病患者の病棟	35
16歳未満の子供の精神病院への入院	36
年少刑事被告人の精神病院における観察実施	39
無 断 離 院	40
無断離院精神病患者の搜索	41
開 放 病 棟	43
仮 退 院	47

## III. ——患者の財産（略）

## IV. ——施設の一般的機能

監 督 委 員	51
内 部 規 定	52
治療的作業	96
装備の問題	99
統計（略）	
職業養成（略）	
機能（略）	

## V. ——経済機能（略）

## VI. ——医療機能

専 門 医	112
インターン	129

薬剤師（略）	
VII. —精神科病棟（略）	
VIII. —私立精神病院で公共施設の役割を果たしているもの	
インターンの採用	137
監督委員会の機能	139
会計計画の適用	142
IX. —精神病患者と社会保証の代表（略）	
X. —病院外の諸機関	
精神衛生無料診療所，精神衛生施設および精神衛生センター	146
精神衛生および精神病予防組織	147
精神病の子防	148
精神衛生無料診療所	149
年代順発展表	150
精神病およびアルコール中毒	150

# フランス精神衛生関係法規

## I - 基本法案

保健法 1838年6月30日の法

第三卷 第四編

精神障害に対する対策

### 第一章 発見と予防

第326条 精神障害、精神欠陥及びアルコール中毒の発見及び予防は、患者の後治療が精神医学的治療又はアルコール中毒患者に対する治療の目的となっていることからいって、県公衆衛生部の業務の枠内で機能している精神衛生無料診療所 (dispensaires d'hygiène mentale) によって確保される。

### 第二章 保護の機関 (病院)

#### 第一節 一般組織

第326条の1 各県は、特に精神病者の収容及び保護 (看護) を目的とする公立病院を設置するか、当該県または当該県以外の県の公立または私立病院と、精神病者の収容及び保護に関し協議しなければならない。

公立又は私立病院と締結される契約は、厚生大臣 (le minister de la santé publique et de la population) の承認を得なければならない。

#### 第二節 病院の種類

##### § 1. 公立病院

第327条 精神病者をあつかう公立病院は、公権力の監督の下におかれる。

第328条 その全部又は一部が精神病者のために利用される公立病院の内部規定は、当該業務に関係ある規定について、保健大臣の同意を得なければならない。

##### § 2. 私立病院

第329条 精神病者をあつかう私立病院は、公権力監視の下におかれる。

第330条 何人も政府の許可なくして、精神病者をあつかう私立病院を管理し又は設置することはできない。

他の病気の処置を目的として設置されている私立病院が、精神障害者を収容する場合には、完全に隔離された場所を設けなければならない。

これらの私立病院は、精神障害者を収容するためには、政府の特別の許可を得なければなら



ない。又精神病者に関しては、本節に規定するあらゆる義務に服するものとする。

第331条 前条に定める許可が認められる条件、これらの許可が認められる場合及び許可された病院が従わなければならない義務に関しては、行政法規で定める。

### § 3. 共通規定

第332条知事及び知事又は厚生大臣の特別の委任をうけた裁判長、初審裁判所知事、治安判事、市町村長は、精神病者をあつかう公立及び私立病院を実施に検査する義務を負う。

前項の者は、公立及び私立病院に措置されて入院している者の要求を聞き、かつ、その者に関して、その者の状態を知覚せしめるに適当なすべての情報を得るように努めなければならない。

初審裁判所検事は、少くとも三ヶ月毎に一回、不特定の日、私立病院を実地につき検査しなければならない。公立病院の場合は、少くとも六ヶ月に一度とする。

## 第三章 病院への入院の方法

### 第一節 自発的入院

第333条 公立病院の院長又は担当者及び精神病者をあつかう私立病院の院長は、委託をうけないかぎり、精神障害者を収容することはできない。

1° 入院願書の作成者及び入院対象者の氏名、職業、年齢及び住所、及び両者間に存在する親族関係の程度又は親族関係が存在しない場合は両者間の関係の性質を記載した入院願書。

この願書は、申請者自身によって記述され、かつ、署名されねばならない。もしその者において記述できない場合には、願いは市長又は警視によって受理される。この場合市長又は警視はその証明書を出さなければならない。

公立病院長、担当者又は私立病院長は、この願書が市長又は警視によって受理されないときには、自己の責任をもって、願書を作成する者の身元を確めなければならない。

入院願書が禁治産者の後見人によって作成される場合には、後見人は、禁治産宣告書の抄本を証拠として提出しなければならない。

2° 入院すべき者の精神状態を証明し、かつ、その者の病気の特異性及びその者に精神病院での治療をうけさせ、かつ、そこに監禁しておくことの必要性を示す書類。

この証明書が公立病院長又は私立病院長に手渡される2週間以前に交付される場合、当該病院専属の医師の署名のある場合又は署名する医師が両親若しくは二親等内（二親等を含む）の親族当該病院の院長若しくは経営者である場合には、この証明書は効力がない。

緊急の場合には、公立病院の院長は、医師の証明書を要求せずに処置することができる。

3° 身分証明書又は入院すべき者の身元を証明するに適切な他のあらゆる書類。

入院に関する報告書の中には、病院に提出されたすべての書類についての記載がなされなければならない。この報告書は、24時間以内に、病院の医師の証明書及び上に記載されている証明書の写しとともに、バリ警視總監、県又は郡の県庁又は郡役所の所在する都市では県知事又

は郡長及びその他の都市においては市長に送付しなければならない。郡長又は市長はただちにそれを県知事に送付しなければならない。

第334条 私立病院に入院した場合には、県知事、報告書の受理後3日以内に、一人又は数人の熟練医師に、当該報告書に記載されている者に関して、その精神状態を確かめ、かつ、ただちに証言をうるために、往診することを委託するものとする。県知事は、当該医師に知事が指名する者を助手としてつけることができる。

第335条 同じ期間内に、知事は、入院している者と入院を希望している者の氏名、職業、住所及び入院理由を、1°入院している者の住所のある郡の初審裁判所検事に、2°病院の所在する郡の初審裁判所検事に通告しなければならない。当該規定は、公立病院及び私立病院に共通である。

第336条 公立又は私立病院に入院して二週間後に、第333条、後段に従って、病院の医師のあらたな証明書が県知事に提出されなければならない。この証明書は、精神障害(démence)の発作又は行動の発生することを指摘して、最初の証明書に書かれている処見を確認し、必要な場合には訂正しなければならない。

第337条 各病院には、市長が整理番号をつけ、かつ、花押をした登録簿が備えられていなければならない。この登録簿には、病院に入院している者の氏名、職業、年齢及び住所、禁治産宣告がなされている場合にはその旨及びその後見人の氏名、入院の日付、入院を訴求した親族又は非親族たる者の氏名、職業、居住地が直ちに記載されなければならない。同様この登録簿には、1°入院願書と一緒に提出された医師の証明書、2°第333条及び第336条に従って、病院の医師が当局に提出しなければならない証明書が加えられなければならない。

医師は、少くとも毎月、この登録簿に、各病人の精神状態におこる著しい変化を記入しておかなければならない。この登録簿は、同様に、退院と死亡を証明しなければならない。

当該登録簿は、第332条以下の規定により病院を実施に検査する権利を有する者が検査のためにきたときに、これらの者に対し閲覧に供しなければならない。これらの者は、検査を終えたあと、登録簿、証印、署名及び必要な場合には意見を添えなければならない。

第338条 精神病院に入院しているすべての者は、病院の医師が、病気が治療した旨を前条に規定する登録簿に記載した場合には、ただちに入院を終えることができる。

未成年者又は禁治産者に関する場合には、医師の宣告はただちに、未成年者又は禁治産者がそのもとにおかれるようになる者及び初審裁判所検事に通知されなければならない。

第339条 医師が治癒を宣告する前であっても、精神病院に入院しているすべての者は、次に掲げる者のいずれか一人により退院が要求された場合は、前条と同様に病院に入院していることを終えることができる。すなわち、

- 1° 第353条の規定により指名される財産管理人
- 2° 夫又は妻
- 3° 夫又は妻がいない場合はその直系尊属

4° 直系尊属がない場合はその直系卑属

5° 入院願書に署名する者。但し、親族会の同意なくしてこの権能を行使することに対する親族の反対の意思表示がなされていない場合にかぎる。

6° 親族会によって権限を与えられたすべての者。

直系尊属の間又は直系卑属の間において、意見の不一致があることを権限を有する者から病院長に通告されるような反対意見がある場合には、親族会はその旨を公表しなければならない。

本条の規定にかかわらず、病院の医師が病人の精神状態は、公けの秩序又は人々の安全を危険にさらすおそれがあると判断した場合には、あらかじめそのことを市長に通知しなければならない。市長はただちに、退院についての一時的な執行猶予を、24時間以内に知事に報告するという条件のもとで、命ずることができる。この一時的な執行猶予は、当該県知事が、当該措置の是非に関して、第346条の規定により反対の命令を与えなかった場合でも、2週間経過すれば当然終らなければならない。市長の命令は、第337条に規定する登録簿に記載されなければならない。

未成年者又は禁治産者の場合には、後見人のみが退院を要求することができる。

第340条 公立病院長、担当者又は私立病院長は、退院してから24時間以内に、第333条第10項の規定する公務員に対して意見を陳述し、かつ、病人を引き取る者の氏名及び居所、退院時における病人の精神状態、及び出来うれば病人が連れていかれる場所を知らせなければならない。

第341条 県知事は常に、精神病院に自発的に入院した者に関して、すぐに退院することを命ずることができる。

第342条 いかなる場合においても、禁治産者はその後見人の保護のもとにしかおかれず、未成年者は、法律によってその権限が与えられている者の保護のもとにしかおかれず。

## 第二節 強制入院

第343条 バリにおいては警視総監及び県においては県知事は、精神障害の状態が公けの秩序又は人々の安全を危険にさらすおそれがあるすべての禁治産者又は禁治産宣告をうけていない者の精神病院への強制的入院を命ずることができる。

県知事の命令には、理由が付され、かつ、その命令を必要なものとした状況をのべなければならない。この命令は、第344条、第345条、第346条、第348条の規定に基づいて出される命令と同様に、そのすべての条項が強制的に入院させられる者に適用できる第337条に規定されている登録簿と同様な登録簿に記載されなければならない。

第344条 急迫した危険がある場合で、医師の証明書による証言があるとき又は公知の事実であるときは、バリの警視及び他の都市における市長は、精神障害者に関して、24時間以内に知事に報告するという条件で、必要なあらゆる一時的処置をとることができる。知事は報告を受けたらただちに決定を下さなければならない。

第345条 公立病院長、私立病院長、又は担当者は、6ヶ月毎の最初の月に、病院に措置され

ているそれぞれの者の状態，その者の病気の特質及び治療の結果について病院の医師が記載する報告書を知事に提出しなければならない。

知事は，各々について個々に，病院への継続措置入院又は退院を宣告し，命じなければならない。

第346条 自発的に入院した者に関しては，その者の精神状態が公の秩序又は人々の安全に危険をおよぼすおそれがある場合には，県知事は，第343条第2項に規定されている形で，それらの者が他の病院にうつされる場合以外は，知事の許可なくして退院することはできないということを目的とする特別の命令を発することができる。

公立病院長，私立病院長又は担当者は，この命令に従わなければならない。

第347条 初審裁判所検事は，第343条，第344条，第345条及び第346条の規定に従って出されるすべての命令を了知していなければならない。

これらの命令は，措置された者の居住地の市長に通告されなければならない。市長はただちにその者の家族に対して入院についての意見をのべなければならない。

これらの命令に関しては，内務大臣に報告しなければならない。本条に規定する各種の通知は，第335条に規定されている形式と期間内になされなければならない。

第348条 第345条により命ぜられる報告の間に経過する期間中に，医師が，第337条の規定により設けられる登録簿に退院を命ずることができる旨を宣告した場合には，公立病院長，私立病院長及び担当者は，第352条に従って起訴されることがあるという留保のもとでただちにそのことを知事に報告しなければならない。知事はただちに決定を下さなければならない。

第349条 救済院及び私立病院は，一時的に，第343条及び第344条の規定により送致されてくる者を，第326条の規定によりこれらの者を収容することを目的とする特別な病院に送致されるまで，又はそこへ行くまでの間，収容しなければならない。

救済院又は病院のあるすべての都市においては，精神病患者を当該救済院又は病院以外の場所に留置することはできない。

救済院又は病院のないところでは，市長は，精神病患者のための宿泊所を，ホテルの中か宿泊のために貸される部屋の中に準備しなければならない。

いかなる場合においても，精神病患者は，受刑者又は刑事被告人と一緒に連行されたり，刑務所に留置されてはならない。

これらの規定は，行政権によって公立又は私立病院に送致されるすべての精神病患者に適用される。

### 第三節 共通規定

第350条 知事によって入院が命ぜられ，かつ，その家族が私立病院への入院を希望しない精神病患者は，県に所属する病院に措置されなければならない。この場合，知事は当該病院と協議するものとする。

精神状態が公の秩序又は人々の安全に危険をおよぼすおそれのない精神病患者も同様に，県に

属する病院に入院することが認められる。これに関しても知事の提案に基づいてする県会によって規制され、かつ、大臣の承認を得なければならない。

第351条 精神病院に入院した又は入院しているすべての者、その後見人、その者が未成年者の場合にはその財産管理人、すべての親族又は友人は、いつでも、病院所在地の裁判所に上訴することができる。裁判所は、検証のあとに、必要な場合には、即時退院を命じなければならない。

入院を要求した者及び初審裁判所検事は、自発的に、同じ目的のために上訴することができる。

禁治産の場合には、この訴求は、禁治産者の後見人によってのみなされなければならない。

決定は、簡単な申請に基づいて、会議室でただちになされなければならない。決定には理由は付されない。

申請、裁判及び要求に基づいておこるその他の行為は、証印のために署名され、かつ、その金額が記載されなければならない。

いかなる申請も、裁判所又は行政庁に提出されるいかなる要求も病院長によって湮滅されたり、留置されたりすることはない。このことは第355条に規定する刑罰によって担保される。

第352条 利害関係人、親族の一人、夫もしくは妻、友人の要求に基づき又は初審裁判所検事の請求により、裁判所は、会議室で、上訴を受入れない決定をもって、精神病院に入院している禁治産者を除くすべての者に関して、一時的な管理者のほかに、財産管理人を任命することができる。財産管理人は、1° その所得が、当該病人の運命をやわらげ、かつ、その治癒を早めるように使用されること、2° 前記の病人が状況が許せばすぐに自己の諸権利の自由な行使を回復することができるようにすることに意を用いなければならない。

この財産管理人は、精神病院に入院している者の推定相続人の中から選任されることはできない。

## 第四章 雑 則

### 第一節 費 用

第352条の1 第326条の適用により県によって支出される費用は、家庭及び社会法 (le code de la famille et de la sociale) 第190条に規定する条件に従い、国及び県の間で分担するものとする。

第353条 行政権によって病院に送致された者の輸送に要した費用は、輸送担当官の見積書に基づき、知事が負担する。

知事は、県会の一致した議決に基づき、毎年、その管理に属する県立病院のために、貧窮した又はその他のあらゆる種類の精神病患者の日常の費用を定める。国家の扶助を受けている居居不定の貧窮した精神病患者のために定められる日常の費用は、県及び都市の扶養を受けている貧窮した精神病患者の日常の費用と同額である。

この日常の経費に関しては、厚生大臣の承認を得てはじめて適用することができる。

各県は、自己の県の精神病者の生計費に関し、他の県及び都市と契約を締結しなければならない。この日常の経費に関しては、厚生大臣の承認を得てはじめて適用することができる。

県が、当該県の精神病者の生計費に関して、他の県、私立病院、公立の精神病院、救済院の精神科と締結する契約は、内務大臣の意見を聞いたあと、厚生大臣の承認を得てはじめて効力が発生する。これらの契約は、同じ手続きを経たときのみ変更することができる。

## 第五章 罰 則

第354条 公立病院長、私立病院長又は担当者は、精神病院に入院している者の退院が、第341条、第345条及び第348条の規定により県知事によって又は第351条の規定により裁判所によって命ぜられてすぐ、又は当該者が第338条及び第339条に規定する事情にあるときは、その者を引き続き留置することはできない。これに反した場合は、刑法第120条に定める刑罰に服するものとする。

第355条 第330条、第333条、第336条、第337条、第338条第2項、第340条、第342条、第346条及び第351条第6項の諸規定違反者、公立病院長、公立もしくは私立の精神病院の担当者又はこれらの病院で使用されている医師等によっておこされる第332条に規定する規則に対する違反者は、5日ないし1年間の禁錮刑及び12,000フランないし720,000フランの罰金刑、又は罰金もしくは禁錮のいずれかの刑に処せられる。

### 公立および私立の精神病院の行政および監督

1839年12月18日の勅令、1935年3月8日の政令および1962年1月16日の政令6248により改正

## 第一章 公立精神病院

第1条 公立精神病院は内務大臣および各県知事の権限の下において、かつ無給委員会の監督の下において責任を有する院長によって管理されるものとする。これらの権限は以下において定められる。

第2条 監督委員会は県知事の指名による5人の委員よりなり、毎年5分の1だけ更迭されるものとする<sup>(註1)</sup>。委員会の委員は県知事の報告にもとづき内務大臣によってなされない限り委員を免ぜられることがない。毎年、委員更迭ののち、委員会は委員長および書記を選任する。

第3条 (1935年3月8日政令) ——公立精神病院の行政院長は公衆衛生および体育大臣によって任命される。

セーヌ県の精神病院以外の精神病院においては、院長の席3つのうちその一つの席は、公衆

註(1) 1879年7月28日の政令(D, P, 80, 4, 55)は委員数をそれを必要とする事情があるときは、特別政令により7名にし、またただ一つの委員会が二つあるいはそれ以上の精神病院の監督に当る時は9名ないし11名に増員することを許可している。

衛生および体育省の本省の公務員で局次長以上の職務に従事し、かつ適格者名簿に記載されているものから選任しなければならない。

セーヌ県の精神病院においては、院長の席3つのうち、1つは局長、部署外局次長もしくは局次長で局長進級簿に記載されているもので、それぞれ適格者名簿にあるものうちから選任しなければならない。

以上二種類の精神病院のおのおのにおいて、本省のために確保してあるもの以外の病院長は、県知事によって提出された3名の候補者名簿から大臣によって選任される。

院長の席が欠員になったときは、県知事から推された候補者のほか、少なくとも3年間他の精神病院で行政院長を勤務したのものからも選任することができる。

二種類の精神病院の何れにおいても、院長の任命の順番は次の順位で行なわれる。

第1順位：本省

第2および第3順位：知事からの候補者。

衛生福祉長官（委員長）、人事会計低価格住居長官、衛生福祉副長官、行政業務監督官または副監督官および衛生福祉指導第一局局長よりなる委員会は毎年、公立精神病院の行政院長の役目を果すことに適任である本省職員に関し二通りの名簿を作成する。その一つはセーヌ県用のものとし他はその他の県のためのものとする。

本省職員に義務的に帰属する院長の空席を補充するに当り、適格者名簿上の候補が一人もその地位を受理できないときは、任命は第2の順位によって行なわれる。

第4条 第1条にもとづいて設立され精神病院の仕事の各分野についての全般的な監督の任に当る委員会は、院内管理、予算および会計、行政に関する諸活動、たとえば管財法、業務計画、訴訟の提起あるいは維持、経過報告書類、資金の使途、取得、借入、不動産の売却または交換、遺産贈与または寄附金の受理、必要な場合における年金の給付、病人の世話に対して結ばれる契約などについての勧告を与えるものとする。

第5条 監督委員会は毎月開かれる。同委員会はこのほか精神病院の仕事の必要事項が委員会を開くことを要する場合はいつでも県知事または副知事によって召集される。病院長および医務担当医長は委員会の会議に列席する。ただし、病院長および医長は委員会が病院の会計報告および委員会が知事に直接提出すべき諸報告について討議する際には退席しなければならない。

第6条 病院長は病院内の行政管理および病院の管財および収入管理の任に当る。病院長は、法律により規定された条件にもとづき、患者を病院内に入院および退院させる。病院長は病院の各業務の担当者を任命し、必要に応じ罷免する。ただし監督人（surveillant）、看護人（infirmier）および監視人（gardien）については医長の同意を必要とし、医長は病院長にこれらの者の罷免を要求できる。両者が合意できない場合は、県知事が裁定を下す。

第7条 病院長は病院の秩序と治安に関するすべての措置を講ずるにさいしては、院内規則内において、専らその任に当る。病院長は院内に居住する。

第8条 医療業務は、心身の管理および精神病患者の医療上および人身上の治安に関するすべての点において、前条に言及されている院内業務規則の範囲内において、医長の権限の下におかれる。医長を補佐するすべての医師、医学生、監督者、看護人および看護人は、院内規則が適用される各病院において、医療業務に関するかぎり、医長の命に従う。

第9条 医長は1838年6月30日の法令により院内各医師に課せられた義務を遂行し、その職能に関するすべての証明を発行する。これらの諸証明は医長の確認する支障のある場合以外は補佐医によって発行されてはならない。医長および補佐医の確認を得た支障のある場合は、県知事が臨時に医長および補佐医の代行をすることが許される。

第10条 医長は病院内に居住するよう義務づけられる。ただし医長はこの義務から内務大臣の特別の決定により免除され得るが、それには少なくとも毎日一回はその医療下にある精神病患者への巡回をなさねばならない。それに支障ある場合は院内在住医師にこれを代行させることができる。

第11条 精神病棟を設置しているかまたは将来設置する市民施療院 (hospices civils) の行政委員会は、1838年6月30日の法令により課せられたすべての義務を負う責任担当者を精神病棟に設け知事の許諾を受けねばならない。この場合、監督委員は新設されない。精神病棟(室)の院内規則は本法の第7条に従って内務大臣の認可を受けるものとする。

第12条 市民施療院においては、少なくとも50名の精神病患者を受け入れ治療するだけの機構が整備されていない限り、精神病棟を設置することができない。現存の精神病棟が50名以下の精神病患者しか治療できないときは、その存続について内務大臣の裁可を得なければならない。

第13条 内務大臣は職権として病院長および医長の役職の兼務を常に認可または命令することができる。

第14条 病院長および医長の待遇は内務大臣令によって定められる。

第15条 治療の手段として精神病患者による作業が導入されるすべての精神病院において、作業による生産物の用途はこれら病院の院内規則によって定められる。

第16条 救済施療院の一般行政管理に関する法令規則、ことにそれら病院の財政業務の規制、収入役の管理の監督、会計の手続は以上の条項の規定に反しない限り公立精神病院に適用される。

## 第二章 私立精神病院

第17条 精神病患者の治療を目的とする施設を設置または運営しようとする者は、その申請をその施設が設置される予定の県知事に提出しなければならない。

第18条 同申請者は次の各項を証明しなければならない。1. 同申請者が成人であり民法上の権利を行使していること。2. 同人が品行方正な生活をしていること。この点に関してその市町村長またはかつて三年以上居住した市町村の長の何れかによる証明書を提出すること。3. 同人が医学博士 (docteur en medecine) であること。



第19条 もし申請者が医学博士でない場合には、その申請者は同病院の医療業務を担当し法規によってこのことに関し特に課せられる義務に従う宣誓をなす医師を雇用することを提示しなければならない。この医師は県知事の認可を必要とし、知事はいつでもその医師の認可を取消することができる。ただしこの認可の取消しは内務大臣の裁可によってのみ最終的に決定されるものとする。

第20条 申請者はその申請書にその病院が収容できる在院者の人数と性別を記入し、許可証にその旨記入されるものとする。

第21条 申請者はその病院が精神病患者だけのものか、あるいはその他の病人をも受け入れるのかを明らかにしなければならない。後者の場合、病院の設計図を提出して、精神病棟は他の患者の治療に当てられる場所から完全に隔離されていることを立証しなければならない。

第22条 申請者は以下の各項の立証をしなければならない。1. その病院が院内外において非衛生の原因となるものが一切なく、また同病院が近隣に騒音を有するものや精神病患者を興奮させるおそれのあるものがあり同患者らに迷惑を及ぼすことのない位置に設置されていること。2. 同病院は常時良質の水を十分な量供給され得ること。3. 各部位の構成により、性別および子供と成人の別によって完全に隔離できること。回復期にあるもの、静かな患者および興奮状態にある者の整然たる分類を確立できること、またてんかん性精神病患者も隔離できること。4. 同病院が偶発性疾患におかされた精神病患者に対する特別病室および卑猥な習癖を有する患者の特別病室を有すること。5. 同病院の業務および監督のために、建築設計においても、看視人の人数設定においても、あらゆる措置が講じてあること。

第23条 申請者はまた同病院の院内規則を提示することによって、同病院の管理が良風と人身の安全の点について適切なあらゆる保証を与えることを立証しなければならない。

第24条 精神病患者の治療に当てられる私立病院の各院長は、その職に就任する前に、保証金を提出しなければならない。その額は認可に関する勅令によって定められる。

第25条 保証金は、現金で、供託金庫 (la caisse des dépôts et consignations) へ供託され、以下の条項に定められた手続および場合に、在院精神病患者の必要を満たすためにのみ使用される。

第26条 何らかの原因により、私立精神病院の業務が中止されたすべての場合には、県知事は、責任を有する院長の職責を遂行するために、臨時の管理人を任命でき、知事の命令にもとづき、供託金庫は在院患者の役に立てる用途のために、この保証金の全額または一部をこの管理人に渡すものとする。

第27条 私立精神病院の各院長は、停職、法的禁止、不在、破産、死亡あるいはその他のあらゆる原因によってその職務を中止した場合に、院長の代行を務める人物について、前もって内務省行政部の認可を得ておくことができる。このようにして認可された人物は、これら各種の場合に、病院を臨時に管理する権限を異議なく有し、かつ臨時管理人としての資格で、院長としてのあらゆる義務を負わなければならない。この臨時管理は県知事の特別の許可がない限

り決して1箇月以上にわたってはならない。

第28条 院長が何らかの理由により、上記の権利を行使することなくその職責を中断する場合は、院長の相続人または権利譲り受人は24時間以内に、病院の臨時管理を担任し、その資格において、院長のすべての義務を負う人物を指名しなければならない。このことが行なわれない場合には、知事自身がこの指名を行う。院長の相続人または権利譲り受人はなおこのほかに、1箇月以内に、新院長を選定提示して院長の職責を恒久的に遂行できるようにしなければならない。もしこの選定提示がこの期限内に行なわれない場合は、勅令による認可は異議なく撤回され、病院は閉鎖される。

第29条 私立精神病院の院長が病院内に受け入れることを認可されている在院患者数を増員することを望む時は、その目的のための認可申請をなし、かつ院長が建設させた新規建築物または追加建築物ならびにその附属建築物が新在院患者の定員数を受理収容するに適切かつ充分なものであることを立証しなければならない。この申請について規定する勅令によって増員に応じた保証金の増額が定められる。

第30条 私立の各精神病院の院長は病院内に居住しなければならない。病院付の医師も、本法令の第19条によって規定されている場合においては、同様の義務を課せられる。

第31条 認可の取消は本件に関する法規に対するあらゆる違反の場合に、とくに以下の場合に、事情の重大さに応じて行なわれる。1. 院長が民法上の権利の行使を剝奪された場合。2. 院長が認可の規定による定員数を超えて在院患者を受理収容した場合。3. 認可の命令によって指示された性以外の性の精神病患者を受理収容した場合。4. 院長が病院内で治療に当ることを希望すると申請した以外の疾患に罹患したものを受理収容した場合。5. 病院各部の構成配置がそれらの用途に適當でなくなるような改変がなされるか、または人身の安全のために規定された諸予防策が常時守られていない場合。6. 院内業務規則の風俗に関する規定に対して何らかの違反がなされた場合。7. 精神病患者に対して人間性に反する取扱いがなされた場合。8. 行政当局によって認可された医師が他の医師によって、行政当局がその選択を認めることなしに、更迭された場合。9. 院長が1838年6月30日の法令第8条の規定に違反した場合(C.333)。10. 同法令の第41条(C.335条)の実施によって院長がその宣告を受けた場合。

第32条 認可の勅令撤回に関する予審中に、知事は院長の臨時停職を命じ、第26条に従って臨時管理人を設定できる。

第33条 諸病院の認可の取消は勅令によって命令される。

#### 一 般 規 定

第34条 男性の精神病患者のための公立または私立病院は、在院患者の身の回りの世話をするために男性しか雇用できない。女性患者のための病院においては女性のみが精神病患者の身の回りの世話に当ることが許される。

## 自治精神病院 (Hopitaux psychiatriques autonomes)

1912年6月12日の政令1926年3月31日, 1949年5月21日, 1952年12月26日および1962年1月16日の諸政令により改正

第1条 エクス (ブーシューデューローヌ郡), マルセイユ (ブーシューデューローヌ郡), ボルドー (ジロンド県), カデイヤック (ジロンド県), アルマンチェール (ノール県), バイユール (ノール県) およびバサン (サヴォア県) の自治精神病院は, 以下の条件によって内務大臣および県知事の権限の下に, 院長および行政委員会によって行政管理される公共施設である。

第2条 院長は民法上のすべての行為において病院を代表する。院長は病院の秩序と治安に関するすべての措置を, 第8条に規定されている院内業務規則の範囲内で講ずる唯一の責任者である。他の業務に対しては, 院長は行政委員会の決議を執行する責に任じる。

第3条 行政委員会は公共救済事業担当の大臣によって任命された8人の委員により構成される。これらの委員のうち2名は県会議員から選ばれる。委員会の委員定数は, 公共救済最高会議 (conseil superieur de l'assistance publique) の該当部門の承諾を得て, 省令によって10名に増員できる。

行政委員会の委員の職務は無給である。

委員会の各委員の任期は4年である。

任期を終了した委員も再任されることができ。県会から選ばれた委員の委任はそれらの委員が県会の一員でなくなれば異議なく解消される。

行政委員会は内務大臣により解散されることができ, 各委員は同大臣により罷免されることができ。解散または罷免の場合は, 委員会は1箇月以内に再編または補充されるものとする。

第4条 毎年, 任期終了の委員の改選後, 委員会は議長と書記を選任する。

委員会は最小限毎月1回開かれまた大臣または知事の招請がある時に開催される。

委員会は, 委員の定数が8名か10名かにより, 少なくとも5名か6名の委員が出席しなければ議決をなすことができない。賛否同数の場合は, 長の票が裁決権を有する。

院長および医長は委員会の会議に出席し, 会議において発言権を有する。院長および医長は委員会が病院の会計報告または委員会が知事および大臣に直接報告しなければならない報告について討議する際には退席しなければならない。

討議議決の議事録は記録簿に記入される。議事録は出席した全委員によって署名される。

第5条 行政委員会は病院のすべての業務の全般的監督に任ずる。

第6条 行政委員会は以下の件について議決によって取決めを行なう。

病院の財産の賃貸借に関し, その期限が18年を超えない時の諸条件。

食糧, 被服, 備品等の購入でその期限が一年間を超えないものについてその方法および条件。

経費が10.000新フランを超えない工事・仕事およびこれと同額を超えない価格の動産の購入または売却。

これらの件の一つについての各議決は、公式の通知後30日間に、知事が職権によるか各関係者が違法に対する異議申立によって、その議決を無効としない限り、執行力を有する。

第7条 行政委員会は、知事の認可を保留して、以下の件の議決をなす。

1. 病院の財産および収入の管理法。
2. これらの財産の賃貸借で期限が18年を超えるものの条件。
3. 食糧、被服、備品等の購入で、その期間が一年間を超えるものの方法と条件。
4. 経費が10,000新フラン以上60,000新フラン以下の工事・仕事、および価格が10,000新フランと60,000新フランの間にある動産の購入または売却。
5. 次の条の5. 項に該当するものを除く基金の投資。

第8条 行政委員会は、所管大臣の認可を保留して、以下の件の議決を行なう。

1. 院内業務の決済、衛生業務および病院の機能に関係のある他のすべての業務の決済。
2. 予算、会計および、一般に、病院のすべての収入および支出。
3. 借入金。しかし30年を超える期限の借入金は参事院令によってのみ認可されることができる。
4. 不動産の取得、交換、譲渡、不動産の業務への充当、有価証券の譲渡。
5. 寄附金に由来する基金の投資、たゞし寄附金の受理が政令によって認可されたものはのぞく。
6. 60,000新フランを超える額の工事計画、価格が60,000新フランを超える動産の購入または売却。

7. 訴訟および報告書。

8. 患者の入院扶養および一日当りの費用を決めるための諸県との契約。

第9条 行政委員会は寄附金および遺贈の受理または拒否を議決する。たゞし1901年2月4日の法令によって規定されている認可を要する。

第10条 5年間を超えてはならない期限の文書による契約が、精神病院とそこへ病人を入院させようと希望する関連県との間に、これらの患者の入院扶養とその一日当りの費用の決定に対して締結されねばならない。病院と県との間に同意が得られない場合は、一日当りの入院費は所管大臣によって定められる。たゞしその額は過去5年間に認められた原価の平均を下廻ることができない。

第11条 指揮命令の職責は院長に属し、金銭出納会計の職責は収入役に帰属し、物品の会計は会計役(économe)の職責である。

第12条 院長の行政管理報告ならびに勤務行状報告は行政委員会に提出され、同委員会はその見解を形成しそれを報告書に記録し、同報告書は知事は知事の意見を加えて所管大臣に提出される。

収入役および会計役の会計報告は前年の1月1日から12月31日までに実施された業務の詳細な記述を含むものでなければならない。これらの会計報告は知事によって行政委員会の見解お

よび知事の意見を加えて内務大臣に提出される。

第13条 公衆衛生および人口大臣が医務関係人事の任免を行なう。同大臣は以下に記す行政関係人事の任免を行なう。院長、管理部書記、収入役および会計役。

管理部の雇員、収入役事務所の雇員は知事によって任命される。

インターン (internes) は競争試験によって募集され知事によって任命される。各病院の競争試験の条件は省令によって定められる。

院長は病院のすべての業務の担当者を指名し、昇任を与え免職をいい渡す。しかし、看護人および監督人は医長の承諾を得るものとする。合意が得られない場合は、知事が裁決を下す。

第14条 給与および物品による便宜、新任、昇進、退職、および大臣および知事によって任命された人員の服部規律については政令によって定められる。

院長の提案について行政委員会が議決し、大臣が認可した個々の規定によって、院長によって任命された人員の募集、昇進、服務規定および退職が定められる。

第15条 1838年6月30日の法令の実施に関する規定は上記の規定に反しない限りすべて自治精神病院に適用される。

### 精神病患者に対する救済

1937年10月13日の通牒

本官は精神障害におかされた患者の数が絶えず増大していること、これらの患者のための施設が患者で一杯になっていること、またしばしば一人の医師の手にまかせられている患者数が多過ぎることに対して、これまで幾度も本官の注意が喚起させられてきたことを貴官に対し伝達するものである。

今日に至るまで、非常に種々の理由によって、精神病を予防するための闘いはその他の社会的禍いに対する対抗策に比して劣ったものであった。すなわち、精神の諸疾患で、早期治療を受けたものは、身体上の疾患と同じく治癒できるものであり、精神病に対する予防も同じように他の疾患に対するのに劣らぬ効果をあげる可能性をもって適用され得るものである。

精神病の早期治療が与える医療上、経済上、および社会重要性は如何に強調しても強調し過ぎることはない。初期には容易に治癒できるはずの、貧困な精神病患者は、病状に適切な治癒を手遅れにならないうちに受けなかったばかりに、自分自身にも身の廻りの人々にも危険な存在となり、果ては精神病院へ職権によって強制的に収容されなければならなくなり、そこに一生留まることにもなって、一般社会に対して不生産的な重荷になるに至る。

このような理由によって公共救済最高会議はこの問題に深く心を動かされているのであるが、本官も同最高会議が満場一致で採択した議決に従って、貴官が県会の承諾を得て、貴県の精神病患者に対する救済を以下の件を基礎に再編されることを考慮されるよう切望するものである。

1. 重要な中心地に外来患者診療を行なう精神科無料診療所を創設すること。
2. 専門の婦人委員 (assistante spécialisée) の助力による社会福祉事業の設置。

3. 有資格者による医療および看護人員の手によって早期手当が確保できるような、観察および治療の開放病棟の組織。

4. 閉鎖病棟を新設させ近代化させること。閉鎖病棟は既設のものが多く、1838年6月30日の法令の保護後見規定によって律されているものである。(法典、第三部、第四編)

貴官が県会にこの重要な問題に必要な一切の細部事項を提起し、県会がこの問題を有効に討議できるようにするために、本官は本計画の各種項目について取急ぎ言及する要があると考え

る。

#### 精神科無料診療所 (Dispensaire psychiatrique)

この診療所の根本的目的は精神病患者の早期発見の手がかりを得ることとその鑑別を行なうことにある。この役割は組織的な外来診療によって、地方の状況に応じて、県の精神病院においてか、主要中心地においてか、社会衛生局 (l'office public d'Hygiene sociale) の世話によって行なわれる。このように公共の既設の組織と一体となって、この診療は県の衛生監督、学校の医療監督、児童救済、地方の衛生試験所およびある場合には私立社会事業の諸業務と緊密な連絡を保って行なわれることになろう。諸精神病院の組織内の医師たちは、1937年4月5日の政令第12条に従って、これらの診療に当ることになろう。公衆衛生保護のこれらすべての組織に必要な同意と緊密な協力は、貴官の裁決の下に、県社会衛生調整委員会によって確保され、同委員会には、1937年9月16日の通達の拡大解釈により、少なくとも県の精神科医の一人が議席を占めることが要請される。

#### 社会福祉業務

精神科無料診療所の活動は一人または数人の婦人専門委員によって確保された社会福祉業務の活動によって補なわなければならない。診察または治療に当る医師の指導の下に、これら婦人専門委員たちは、調査に当り、必要な連絡を取り、仮退院中の患者の社会復帰を見守り、治療の見込みの多い早期治療ができるようにするであろう。

精神病救済会はこの見地から同会が存在する県において大きな貢献をなすものであるが、そのような県はフランス国内にまばらに散在するに過ぎない。本官は貴官がかかる救済会の創設を奨励されることにあらゆる力を貸されるよう要請する。

#### 開放病棟

これは、1838年の法規には律されないもので、精神障害者でその周囲の者に危害を与える恐れがなく自己の入院に反対しない人々を入院させるためのものである。かかる開放病棟に精神病患者を早期入院させると、効果的予防ができ、必ず苦痛となる監禁収容から多くの患者が免れることができ、県下の諸病院諸診療施設の一般医療業務負担を軽減させる。

こうした観察と治療の開放病棟を設置するには貴県の精神病院の近くが便利であることが多い。

本官はかかる公共の精神病諸対策は、精神病院の医師試験に合格した医師にしかまかせられないことを強調しなければならない。それ故貴官は本官に対してこの種の開放病棟の創設につ

いて報告し、本省が精神病院医の一人を貴県に配属させ、かつ本官が開放病棟の規則を調査検討させて認可できるようにされたい。

#### 閉鎖病棟

これらの閉鎖病棟は1838年（法典を見よ）の法令による規則に従うものである。各県が一つまたはそれ以上の専門の施設を有し、すべての精神病患者が必要とする専門の手当てを身近に得られるようにすることが、不可欠のことであると思われる。オージュ、オート・ソーヌ、オート・ピレネー、イエヌの諸県にならって、まだ精神病院を県内に有しない諸県が、かかる施設創設を計画されることを希望する。

これについては公共救済最高会議により採決された基準に従い、すべての精神病院における同一医長の指揮下にある各病棟で、年間の入退院患者の動きが200名に達しないものに対して、患者数は400名を超えないことが望ましいことに貴官の注意を喚起したい。

これに対する例外は本官によってのみ特別に認可されるものである。

貴県の精神病院においてこれらの数より患者が増加した場合は、貴官は診察業務の拡大と開放病棟の組織の考慮に入れ、必要な病棟創設が考慮されなければならない。

#### 異常児の救済

精神薄弱児などの異常児の救済は本官の特に留意する件である。本官は各県内の精神病予防組織と同時に異常児の救済の実現に着手しなければならないと考える。貴官は精神科無料診療所における精神科診察に小児神経精神科診察を付加することによって学齢期精神薄弱児の早見組織を設置するよう配慮されたい。このような組織は学校医務監察業務との協同と専門の教育および婦人専門委員の協力のもとに機能を果さなければならないものである。

これに続いて、文部省による特殊学級の創設発展が望ましいが、そのほかに各県あるいは数県合同の医療ならびに教育のための開放病棟の創設を検討する要があるであろう。

本官は多くの県会が本官に示した方向にすでに努力をされており、県当局あるいは県会が率先して実現された多くのことがこの計画に容易に統合され得るものと承知している。

しかしながら本官は貴県において精神病救済事業再編のために取られる新規の企画をより高く評価するものであり、公共救済最高会議によって採択された計画内においてすでに取られた措置およびすでに設置された機関を本官に報告し、また最終的に実現される組織の完成のために貴官が県会に対し提起可能であると考えられる提案を示されたい。

さらに貴官は県会によって採択された規定を本官に報告されねばならない。

#### 県の組織および設備計画

1960年3月15日の通達第340号

精神病対策組織の問題に関する事情はわが国において近年改革が目立ってきている。実際に新しい治療法や新しい方式が実施され、特に入院期間の短縮をもたらしている。入院患者の生活状態および看護状態を改善するための大きな努力が払われてきているが、これは特に開放病

棟の設置、医師人員の増加、医療関係者および看護人員の増加、看護人および看護婦養成組織の設置に負うところが大きい。既設の施設（自治精神病院、県立精神病院、私立精神病棟、私立精神病院で公共の働きをなしているもの）<sup>(注1)</sup> の環境の近代化は新規施設の建設と同時に着手され徐々に実現されてきている。最後に、各県における精神衛生無料診療所網が設置されており、その役割は1955年5月20日の政令によるこれら組織に対する財政規則の改正によって強化促進されている。

これらの新しい要素の結合は次のような結果をもたらした。

精神病院に入院してくる人々および在院している人々の特徴が過去と比べて著しく改善されている。診療所によって早期発見が進むにつれて、患者は精神病院に入院するばかりでなく、近代的療法および精神衛生無料診療所で組織された退院後の保護活動によって、非常に早期に退院するようになってきている。そのほかに、大部分の施設において、長期間入院していた患者の退院できるものが生じてきたのである。

これに関連して精神病施設の演ずる役割が変化してきたこと。こうした施設は次第に精神病のための専門病院となっており、社会に対し危険と見做された人々が収容されていた「狂人病院」というイメージはなくなっている。

こうした事情の下では、精神病患者の入院はすでに予防機関にはじまり後療法機関に引継がれる治療の一段階に過ぎなくなっている。

それ故精神病対策に新たな進歩を実現する準備のための組織を検討すべき時期が今や到来していると思われる。

本通達の目的は、将来数年にわたり各県において取られるべき政策を決定し、従来よりも有効適切な精神病対策の真の組織となる配置を制定できるようにすることにある。

この配置は本質的には県を幾つかに地理的に区分し、その各区内において同一の医療および社会福祉機関が男女すべての患者のためにつくられ、患者の発見、可能な場合入院しないですむ治療、入院治療、および後療法の保護監督の間に不可欠の一貫性を確保できるようにしようとするものである。

この目的が一挙に達成できないのはいうまでもないことである。事実実質的障壁が数多くありそれらは少しずつしか解決して行くことができないものである。しかし各県は精神病対策の分野において計画される各個の実現のすべては、今後本通達の指示に従って設置される一般計画内に統合されることを明確に承認する必要がある。明確な方向にすべての努力が結集されてはじめて、至るところに全く申し分のない組織が将来実現できるようになるであろう。

この計画の決定には幾つかの要素を前もって検討することを必要とする。そのほかに利用できる施設および予測される需要の正確な目録も必要である。この二つの点は最初の二章におい

---

註(1) これらの行政上の施設の種類は本通達の範囲では区別されない。「精神病院」あるいは「精神病施設」という用語はこうした施設に対して無差別に使用されており、技術的な見地から、全く同様に見做し得るものである。



て検討される。第3章は設置される配置の詳細な計画を示すものである。最後に、第4章では実際のな幾つかの考慮が述べられる。

## 第一章 検討の基礎および必要文書

設置される組織の検討は数県あるいはある地方を基礎とするのではなく、考慮中の県のみ  
の需要と施設を基礎として行なわなければならない。

精神病対策の組織の根本原則は事実患者をその家族や環境から隔離することをできるだけ最  
小限にすまずことにある。それ故ある県の需要を計算するとき、その県の精神病院が他県の要  
請によって実際に入院させる患者のことを考慮に入れることは問題になり得ない。これに反し  
て、第3章に明確にされているように、県の内部にあっては、理論的計画は幾つかの地区を定  
め、それらの地区は予防、入院および後療法の諸機関としてある期間一切の設備が与えられな  
なければならない。

組織計画を立てるためには、県の人口および経済状態についての幾つかの要素を利用するの  
が適当である。そうした要素は次のようなものである。

既存の精神病院をその所管の地区に示した県の地図  
県の人口を郡別に主要集中地域に配分して示した概表  
交通機関を明確にしたもの。

道路網および鉄道網の幹線は県地図上に明示する。

現在ある交通機関について役に立つことはすべて付註に明示しなければならない。

## 第二章 利用できる設備および需要の一覧表

### 総 説

多くの場合、最も憂慮される緊急の問題は現在の精神病院の収容能力が不足していることで  
ある。

先験的には、旧来の精神病院の指導計画に関する別の通達に含まれる指示に従って実現され  
る。近代化作業を実施すると、この病床不足問題はさらに悪化するだろうと思われている。し  
かし、実際にはこの近代化作業は、精神病院が定員収容能力以上に混み合うという見込みを相  
当顕著に減少させることになるであろう。幾つかの場合には、ある期間、そうした近代化の実  
施にともなって、入院の定員収容能力を減少する結果をうむことになり得る。

このため現存の精神病院に新規のベットを作ることが、一見したところ、現在および予測さ  
れる混み合いのために起っていて諸問題を調整する唯一の解決法のように見える。

この先験的解決法をすべての場合に全く拒絶するというわけではない。しかし第4章に明確  
にされている事情の下では、この解決法は県内の精神病対策組織に起っているあらゆる問題を  
深く検討した上でなければ採るべきでない。

この目的のためには、入院実施数および期間を最小限に留めるために組織されねばならない

配置を考慮に入れて、県の精神病患者の入院についての現在および予測される需要を十分な近似値をもって定めるのが適切と考えられる。以下に解説されているこの配置の目的は精神病院を患者の発見、入院なしの看護および後療法の保護監督に当たっている病院外の組織全体に統合しようとするところである。

## 第一節 現在および予測される需要

### A—入 院

子供の問題および成人の問題を順次に考慮する必要がある。

#### 1. 子 供

精神病院に入院している子供にはその入院理由によって二種類ある。一つは精神科の治療を要する患者の場合であり、他は本来の精神病の治療に必要な作業療法に類似した再教育の技術に委ねられる患者の場合である。

##### 精神科の治療を要する子供

小児神経精神科病棟の創設は不可欠であり、そこでは県に住みついている家族の子供で精神障害におかされている子供が開放病棟による治療を受けるものとする。この分野において予測される患者の数は比較的僅少であり、この病棟を有効に組織することによって入退院の廻転は急速に行なえるはずである。つまりこの種の患者のために予測されるベット数は僅かなものである。

##### 再教育の技術に委ねられる子供

県内の遅滞度の著しい子供を入院させることは、他の解決法（公共または私立の専門施設、収容所、等）が得られなくなった場合はつねに精神病院の役割である。

I. M. P. の定義に該当する子供（教育可能児および準教育可能児）の治療に当る機関は、これに反し、なるべく精神病院外に創設されなければならない。その方が患者自身のためにも精神病院の機能のためにも望ましいことである。

しかしながら、すぐ近い将来では、精神病院内に存在する I. M. P. を中止することは、この種の子供のために新規の入院可能な施設を創設して補なわれない限り、多くの県ではそのための設備不足のために見込みがない。

いかなる場合にも、この I. M. P. あるいは同じ性質の病棟で精神病院内に附設されているものを拡張することはあらゆる手段をつくして避けなければならない。いかなる理由によっても精神病院はその病院が設置されている県の需要以外の需要に応じてはならない。

#### 2. 成 人

実施されるべき検討は以下の要素を考慮しなければならない。

##### a) 患者の出身人口

検討中の精神病院で治療を受ける患者の出身人口を先ず第一に調査するのが適切である。この調査によって、幾つかの場合、将来のある時点で、病院人口の数を相当著しく減少させることができるようになるであろう。実際、精神病院のなかにはその混雑の理由が以下の理由によ

るものがある。

近隣の一県または数県が今日に至るまで設備不十分であるか、専門の設備組織がなかった。これは以前に締結された協定にもとづき、または暗黙の合意の下に県の精神病院が数県にわたってその全体または一部を所管するよう要請された場合に当る。

また精神病院が以前に他県出身の患者を集団移転で収容するよう要請されたことがあり、これらの患者の一部は現在もお残留し治療を受けているが、これらの県からの新たな入院許諾はすでに許可されなくなっている。

この企画された調査は各県が「他県人」の患者を考慮に入れられないようにしなければならない。実際想起すべきことは、1838年6月30日の法令が各県に対し、県民のための入院を確保することを義務づけ、各県は他県の患者が精神病院内にいるため必要となった設備工事による費用を負担する必要はないことである。

さらに、多くの場合、建設中または企画中の精神病院が開発の運びとなり、ある期間がたてば現存の一部の精神病院における現在のあるいは予測される混雑に解決をもたらすことができるであろう。

#### b) 病院の「能率」改善

現在あらわれている需要を調査するに当り、精神病院の設備整備および治療法を発展させる努力が充分なされるごとに入院期間が短縮し「院内の渋滞」を減少する結果をもたらすことを忘れぬことである。

かくして最近数年間に、戦後認められた入院患者数の増加は、幾つの場合には、明らかに食い止められており、さらにこの数年間に記録された入院数の相当な増加にもかかわらず、入院患者数をわずかながら減少させることができた。一例を挙げればかかる精神病院では、次のような比較表が作成できる。

	1938年	1958年
現在の在院患者数	728	699
入院および再入院	141	781
決定的退院	88	715

この例のような病院は何も珍しいことではないが、その例から考慮された期間中に入院患者数は450%に増加しているのに、治療人口に少し減少があることがわかる。

#### c) 老人

成人のために満たすべき需要をきめるに当っては、老人問題に対し特別の場所を用意して置かねばならない。

原則としては、老人のいる場所はその家庭にあるものであり、いずれは養老院になることもある。

高齢者で精神病院に送らなければならないものは精神科治療を必要とする精神障害を有する、例外的な場合に限られる。多くの場合、必要な技術を利用し、比較的多くの人員を要する満足

すべき状態のもとで入院加療が行なわれれば、老人を比較的すみやかな期間内に家庭に戻すことができるはずである。

如何なる原因にせよ、養老院に関して県の設備が不十分であることを理由にこの分野において精神病院の需要を増大することは許されない。

さらに、衛生設備第2計画の施設に関する1956年3月24日の通達に示しておいたように、慢性病患者のために精神病「施療所」(hospices)を創立するなどということは問題外である。

### 3. 数字に表わされた要素

世界保健機構の専門家によって採決された入院収容能力の最適の数字に関する基準は、西ヨーロッパ諸国に対しては、住民人口1000人につきベット数3となっている。この比率は成人および小児精神神経精神医学に属する子供に関する需要をも同時に含むものである。

フランスにおける施設は、建設途上のもも計算に入れて、4千5百万の居住者人口を基礎にして1000人につきベット数は2.1になる。ところで、わが国の近隣諸国には、世界保健機構が目ざしている基準をはかるかに超える設備を有する国々があるのである。

この要素はそれ故県が備えるべき最適の設備を決定するために考慮に入れる必要がある。

#### B. 予防, 移動診療および後療法

入院患者ベットの実際の需要は、それによって入院しなくてもすむか最小限に止めることができる現存のあるいは創設予定の通常の病院以外の施設を考慮に入れて訂正しなければならない。

そのような施設に数えられるべきものは次の通りである。

#### 精神衛生無料診療所

ディ・ホスピタル

後治療のホーム

保護作業場

#### 1. 精神衛生無料診療所

以下の理論上の企画は中位の人口の県に適用できる。

県庁所在地には適切な敷地を与えられた精神衛生センターを設ける必要がある。このセンターは独立の場所に設置してもよいし、また、この方がよいと思われるのであるが、各科診療所内に設置されてもよい。このセンターは最小限週四回は機能を果さなければならない。多くの県においては、この診療所は二つの区域の接する点に設置され、二つの別々の医療社会福祉担当グループにまかせられて、これら二つのグループがそこで同時に仕事ができるように企画される必要がある。

住民20,000人以上のすべての都市においても、各科診療所内に独立の診療室を与えられた精神衛生診療所を同様に設備すべきである。所管地区の重要度に従って、必要な場合には、勤務人員は二つのグループをつくって仕事をするようにしなければならない。

人口密度の低い県では、住民人口10,000人以上の幾つかの集団地区とその周辺人口をひきつ

ける極をなしているいくつかの大きな村にも精神衛生診療所ないし各科診療所内の精神衛生科を設置する必要がある。

最後に、診療は特定の市町村では異った回数で行なわれることができるようにしなければならない。

## 2. デイ・ホスピタル (Hopital de jour)

この種の施設はすでに長らく幾つかの国々 (イギリス, オランダ, アメリカ) で実施されてきた。

パリ地区で二つの昼間診療所が設置準備中である。

デイ・ホスピタルとは患者がそこで昼間治療を受けて、毎晩家庭へ帰れるような治療機関である。

この種の施設では、患者を完全に入院させる必要のある療法 (たとえばインシュリン療法) を除いて大部分の近代的療法を実施できる。

デイ・ホスピタルの創設と経営は比較的費用が少なくすむ。宿泊給食上だけの費用は原則として昼食だけに限られ、かつ看護治療に当る人員を昼夜にわたって置く必要もないからである。

この種の施設が要請されるのはある程度の人口が大きく集中している所で非常に重要な業務を行なうためである。「デイ・ホスピタル」における治療は、精神療法、化学療法などを行なうことによってできるだけ患者と家族を隔絶することをさけ、従って患者が社会的適応性を失わないようにすることができる。

従って、この種の施設の創設はすべての人口密度の大きな地域に企画されねばならない。これらの施設の財政機能は入院施設におけると同じように、一日当りの料金に基礎を置いて準備されなければならない。

## 3. 後治療のホーム

きわめて多くの場合、ある種の患者の退院は社会医学的困難に当面する。ある場合には患者に家族がいなかったり、ある場合には患者が退院後家庭に復帰したことが重大な差きわりを生ずることがある。そこで患者をできるだけ良好な条件のもとに社会に再適応できるようにする過渡的な環境を与えることが必要である。

これは家庭的な形式で平均20—30ベットから構成され、患者はそこで日常生活の諸問題 (宿泊と食事) が解決されるようになっている。患者たちはこのホームにいる間に再就職できるようになるが、この過渡期中は患者の健康状態についての社会医学的保護観察が行なわれる。

## 4. 保護作業場 (Ateliers protégés)

これは患者たちが、職について生計を立てながら、社会医学的保護観察を受ける仕事場のことである。この種の仕事場は特にデイ・ホスピタルや後療法ホームの範囲内で創設することができる。

デイ・ホスピタル、後療法ホーム、保護作業場を設置することは精神衛生の分野で、精神病

院の医師と連絡して業務を行っている公共性をもつ私立団体が特に着手したがっていることである。しかしこれらに関連公共団体が自ら実現すべく努めることは一向に差し支えない。

こうした諸機関を設置することは、病院設備に関する需要をある程度軽減できるものであるが、費用も余りかからないために、一般に、比較的容易に実施できる。

従って設置組織計画は特にこの分野に病院外の機関を設置するよう強調しなければならない。

### 第三章 精神病対策機関の組織

以上のように県のベット数および予防、治療並に後療法の諸機関に対する需要がきめられたならば、これら全体を準備する組織を検討する必要がある。

この問題は、現存の精神科施設（精神病院）が精神病対策のための県の組織中に占めるべき地位を検討すること及び採択された諸対策が精神病院の機能ならびに精神病患者用病床に関する県の設備に対して如何なる影響をもたらすかを見きわめることにある。

達成すべき目的は次の通りである。

1. もっと早期に精神病患者の治療に当り、それによって治療率を高め、患者であった人々に効果的な社会医学上の支持を与えて再発を防ぐこと。この考え方に立てば患者の院内治療ならびに前治療と後療法を同じ社会医療担当グループにまかせることが必要となる。精神病院の退院患者が診療所や後療法ホームでその患者を精神病院で治療した同じ医師の手にかかることが実際必要かくべからざることである。これは患者が後療法を受けるための条件でさえある。そのうえ、精神病院の医師以上に無用の入院を避けるという目ざす目的に関心を有する人はだれ一人いないのである。

2. 自然な環境から患者を遠ざけることから起る社会に対する不適応を避けること。それ故精神病院に関するものであろうと、ディ・ホスピタルに関するものであろうと、あるいは後療法ホームに関するものであろうと、すべての施設はそれらが所管している人々にとって利用しやすくなっていなければならない。

#### (1) 一般的組織

これらの目的を達成するためには、精神病院は今後「地区」(secteur)と呼ばれる、明確に区域を限定され病院の大きさに合った地域を所管するようにならなければならない。多くの場合、精神病院の所管地区はこれまでの県になる。精神病院の各病棟あるいは病棟グループはこの地区の定められた一部を担当しなければならないが、これは「分区」(sous-secteur)と云えるもので、分区はほかに必要な治療、予防、および後療法の諸機関を備える必要がある。参考のため一例をあげると、200の病床を有する病棟で男女の患者を受け入れ、開放病棟を含んでいるものは、世界保健機構によって定められた人口1000人につき3病床の基準にもとづいて、人口約67,000人の分区を受け持つことができる。実際、最初の数年は、所管の人口は、利用できる病床数および専門医の数が不足していることを考慮に入れれば、数においてこれよりはるかに多いことになる。

男性患者だけとか、女性患者だけの病棟や病院という考えはこのわく内では維持できない。医長は診療所で自分が発見しかつ後療法では創設される種々の機関（後療法ホーム等）で続いて保護観察することになる男女の患者を受け入れることができる病棟を担当しなければならない。

このような組織は根本的な問題は一つも引き起さない。地方の偶発的なことだけがこうした改訂に反対したり遅らせたりすることがあり得る。この問題を見失わないようにして、それが可能と確認されるごとに、そして、特に新任医長の着任によって必要になった病棟の再編に際して、本指示に沿った解決策がこの問題に対して取られるようにしなければならない。

すぐ近い将来にこの解決法が維持できない場合には、同一の分区における診療を行なうことを要請される二人の医長の間には緊密な連絡が確保されるようにしなければならない。

この組織にあつては、入院病棟の医師で精神衛生の診療に当り第2章で取扱われた病院外の機関を担当する者は、これら自体の人員（アシスタント・ソーシャル（assistant social）、心理学者、書記、等）と一緒にチームで仕事をする。地区の政策の特徴は病院内および病院外のチームの各員が他のすべてのメンバーとほとんど毎日接触があることである。

このようにして患者の治療看護の継続性が最も満足すべき方法で達成される。できる限り、入院ないし再入院は避けられる。患者を入れることあるいは再び入れることは最良の状態で行なわれるが、これは社会医療チームが患者についてばかりでなく、その地区の経済的および社会的環境についても、特に同地区で得られる宿泊および種々の利用できることがらについて、熟知していることによるのである。

## (2) 個々の場合

ある場合には、県内に県の精神病医の地位が創設され、精神衛生診療所（dispensaires d'hygiene mentale）を担当している。またある場合には、神経精神科病棟が病院センターで機能を果している。最後に、幾つかの県では、私立医院の医師たちに精神衛生の診療の幾分かを見て貰うことになっている。

こうした諸活動を以下の注意を考慮して設置される地区の組織の中に統合するのが適切である。

### a) 県の精神科医

たいていの場合、県精神科医の地位が置かれているのは精神病院の設備がなく、このような専門設備がないことに対して幾分でも臨時に埋め合わせをするためである。

精神病院が新設された時には、その精神病院に配属されている医師の数を考慮して、県精神科医の地位を存続させることが必要であるかどうか検討すべきである。

人口中程度の県で精神病患者用病床数および医師数の点で充分な施設がある場合には、県精神科医の地位を存続させることは、精神病院配属の医師によって上述のわく内で、精神衛生の相談の機能が果されるから、考慮されないことになる。

人口密度の大きな県の場合や、県精神科医の地位が置かれるか計画されて地方のある種の偶

発的必要に応急的に対処することになっている時には、二つの場合が区別して考えられる。

県精神科医の地位を置くことが成人の診察を強化する需要上必要となっている。

第1の場合：県精神科医の職にある人の活動は前述の「地区」の組織に統合されることが不可欠である。それ故県精神科医は先づ精神病院での成人病棟を担当し、その病棟の大きさに応じて地区の診察に当らなければならない。

さらに、同医は県の計画による精神病対策のわく内で病院外の幾つかの任務を分担しなければならない。(アルコール中毒対策のための相談、精神衛生本来の相談、等)。こうした任務は同地区の一般方策内に統合されなければならない。こうした任務の増加にかんがみ、同医の精神病院内および院外に延長された業務は同病院内の同僚にまかせられる業務に従って軽減されることができる。

第2の場合：県精神科医は主として子供の診察に当る。

同医はそれ故同様に県の一つあるいは幾つかの不応児のための施設を担当し、特に第2章に扱われた種類の子供たちの一つあるいは幾つかの病棟で、精神病院内にあるものを担当しなければならない。

同医の成人に対する精神衛生の相談がなお必要な場合は、精神病院の医長の一人にまかせられた仕事の中に統合されなければならない。

#### b) 神経——精神科病棟

(もちろん、医科大学のある都市の大学附属病院の神経精神科は特別の役割を果すべきもので以下の指令の対象にはならない)。

おのおの場合に神経精神科病棟の活動を精神病院の各病棟に由来する組織された地区の活動に統合調整する可能性を検討するのが適切である。

たしかに神経精神科の病棟は、ある場合には、決定された地区のすべての精神病患者を治療することはできない。それ故、ある与えられた地区内の幾人かの患者の入院治療をこの病棟にまかせることによって、この病棟の医長を同じ地区の病院外の任務に、病状の重大性により、同じ人口集団出身の神経精神科病棟内では治療できない患者を受理収容する精神病院の医師と緊密な連絡のもとに参加させることができるような融通の利くやり方を検討するのが適切である。この考え方はそれ故鑑別分類業務についている神経精神科病棟の機能に真向から対立するものである。

県内に神経精神科病棟と精神病院がある場合には、県衛生部長は必ずこれら二つの病院の間の調整の問題を以上の指示の精神に基づいて特に考究しなければならない。

#### c) 開業医

精神病院の医局員で精神衛生の診察に当ることができる人員不足にかんがみ、無料診療所の機能を確保するために時に開業医の助力を仰ぐことがあった。

この種の業務は、同様に、県の各地区を所管する諸チームにまかせられた業務に統合されなければならない。



## 第四章 計画の実際的解決法と施設の限定項目

### 1. 実際的解決法

予測される地区の組織の枠内で病床および予防、治療および後療法の各種機関についての最適の設備を定めるために実行された調査検討は新規診療所、後療法ホーム、デイ・ホスピタルの創設の必要性を明らかにし、さらに県が利用すべき入院用ベット数をきめることができるようにするであろう。

#### a) 病院外の機関

この点に関しては如何なる県も自県が満足な状態にあると見做すことはできない。いたる所でこうした諸機関を發展させる場合によっては全く新しく設置しなければならない。

患者を満足に入院させる問題が近々のうちに解決できるものと思われる諸県においてさえも（例えば新規精神病院の建設とか、それまで県の精神病院に入院していた他県からの患者を帰県させることができるようになったとかによって）、満足すべき病院外の機構を設置する問題は今なお解決されないままになっている。

精神病院がだんだんと混み合ってくるのを回避できるのはこうした病院外の機構を創設することによってのみである。忘れてならないことは大概の精神病患者は重大な社会医学的な諸問題を引き起すものであるが、これらの問題は入院では片づけられないものであり、入院によってなおさら深刻にさえなるものである。必要な病院外の機関が欠けていると、こうした入院患者の退院を禁止したり、あるいは単に遅らせることによって、精神病院を晩かれ早かれ超満員の止むなきに至らしめることになり、ひいては県によってなされたこれまでの努力を水泡に帰せしめることになりかねないのである。

上に列挙した病院外の諸機関を入院施設と連絡して設置することは精神病対策組織の重要な一環であることを本官は力説するものである。こうした諸機関が設置されていない限り、病院によって施された治療は不完全なものでしかあり得ないのである。

#### b) ベット設備

前療法および後療法の諸機関を設置し諸精神病院の「回転効率」を速めても、一般的に見て精神病患者を入院させるためにわが国が利用できるベット数は非常に不十分であることは明白である。多くの県内で、将来の入院患者数と精神病院が利用できることになると予定できる近代化されたベット数の間の開きは相変わらず著しいものであろう。

一般に、最も良い解決法はこうした近代化されたベットを現存の施設を拡張することによってではなく、県の他の人口の中心地に新規の専門的設備を設置することによって建設することであろう。この新規の設備は、必要なベット数が300以上あれば、県の精神病院という形で、私立のものが公共の役割を果すということであっても、設置されるか、または、必要なベット数が300未満の場合で病院の構造が許すならば、一般病院に精神病棟を附属させるという形で設置される。後者のやり方は建設に関して比較的に経済的であるという利点もまた地区

の方策を立てる上に好都合な「計画図を描く」ことを容易にするという利点も同時に有している。

限られたベット数しか有しない精神病棟の設置の方へきめる時に忘れてならないことは、この機関は所管の地区の精神病患者の全部の治療に当る用意がなされていなければならないもので、その中のある種のものだけを治療するのではないということである。云い換えると、全科病院附属の「急性患者」用特別病棟として、その「慢性患者たち」を出して県の精神病院へ入れるというような方式は禁じられるべきものである。

県単位の精神病患者の治療看護に当るこの将来の組織を検討した後にはじめて現存の精神病院がその近代化を進める方針の実現を通して収容患者の定員を将来どのようにするかをきめることができる。

ある場合には、現存の精神病院に旧病舎の近代化に必要な「移転用」として新しい病舎の建設が予定される。こうした新病舎の建設は慎重に県の精神病設備の再編に支障をきたす恐れがない程度にしか計画されてはならない。

## 2. 計画の施設の限定項目

県に精神病院内および病院外の十分な機構を設置するために達成する目標をきめる県の設備および組織の計画は事情により以下の条件に従って決定される。

### a) 一つあるいは幾つかの精神病院を有する県

この計画は精神病院の医長によって提案される。同計画は県衛生部長によって表明された異なった見解を調整して決定される。

### b) 精神病のための設備が全くなく県精神科医が置かれている県

この計画は県精神科医によって提案され、県衛生部長によって決定される。

### c) 精神病院がなくかつ県精神科医も置かれていない県

この計画は県衛生部長によって決定される。

上記の三つの場合において、計画はもちろん県知事によって裁定され県会によって採択される。

この行政手続きの規定として、計画は県当局の手によって第1章に定められている報告を加えて本官に認可のために提出される。

本官は特定の問題を処理しなければならない場合に、この計画の設立のために貴官にとって役立ち得るあらゆる助言をこの計画を県会に提出される前に貴官に対し与える用意がある。

社会的な禍の中で精神病が占める重要性が日増しに憂慮すべき様相を呈している際に、本官は要請されている調査検討ができるだけ速やかに実施されるよう努力することに特に貴官が配慮されることを望むものである。

## II 一患者の入院および退院

### 無料の自発的入院，臨時留置，調査

1938年12月7日の通達

精神病者の管理に関する1838年6月30日の法令を改正する目的で数年来行われてきた調査研究は同法令のある規約はしばしば不正確ないし不十分な適用を受けていたことを確認するに至っている。

問題の法令に対して通常出されている批判の幾つかはもし公共行政機関が1838年の法律の精神にもっと正確に従っていたならば自然に消えるであろうことは疑いのないところである。

本通達はそれに対する法規がゆるがせになっていたり不正確に解釈されてきた問題の幾つかに対して貴官の注意を喚起することを目的としている。

#### 1 無料の自発的な入院

無料の自発的入院，すなわちその精神状態が社会秩序や人身の安全を危くする恐れがない患者を自発的な入院方法で精神病院に入れることは，1838年6月30日の法令（法典350条）の第25条(2)に由来するものである。

この問題はこれまですでに幾つもの通達の対象になっている。

特に，1839年8月5日の通達，1840年8月14日および16日の通達，およびもっと最近の1930年8月4日の通達がそうである。それ故この入院のやり方を普及させるのが不可決であるように思われる理由は相変わらず存続するものであり，この種の入院法の療法上の利点を見逃されるようなことはあり得ないであろう。

県会は無料の自発的入院が如何なる形式，状況および条件の下でなされるべきかを決定する資格があること。ただしこうした形式や条件が保健相によって認可されなければならないことを想起させるにとどめることにしよう。

しかしながら，もしこの点に関して貴県においてまだ何の規則も設定されてない場合には，自発的な入院経路で貧しい患者を入院させるについての詳細な計画を県会に提出するのは知事のなすべきことであり，貴官はこの義務から免れることはできないのである。

1840年8月14日の通達（内務省）にはこの入院のさせ方に関する政令の模範がつけられており，また1930年8月4日の通達（公衆衛生省）はこの点について貴官に更に精密な指示を与えている。

これらの通達の両方ともを参照されることを希望する。

しかし特に強調したい場合が一つある。

それは民間および軍の病院から精神病院へ移管された精神病患者たちで，他人に危害を与える恐れのない精神病患者であることが多いのにかなり一般的に職権により精神病院へ入れられてい

の人々に関するものである。幾つかの県においては、無料の自発的入院制が存在しているのに、こうした患者に対し職権による強制収容が系統的に実施されている。

このやり方にこうした精神病患者に不都合な結果をもたらす真の職権乱用があるのである。

自発的入院の依頼を家族から得ることが困難であるということを理由に云い逃れることはできないはずである。実情は、両親や友人を説得するにはもうすこし熱心に説き伏せれば充分なはずである。そのうえ忘れてならないのは入院の依頼ができるのは患者に関心があり患者の福祉のために働くすべての人であるということである。この点について役立ち得る人々の中で、家族の率先した依頼がない場合に、特に貴官の注意を喚起するのが適切であるのは、入院させる病院に属している医療関係助手および婦人福祉助手たちが果し得る役割である。

## 2 病院および施療院における臨時収容

精神病患者の病院および施療院内への臨時収容の問題も種々の指示なかんずく1854年6月6日の通達の対象となっている。

精神病患者が専門の施設に向けられるまで施療院や病院が臨時に精神病患者を受け入れなければならないことを規定している1938年6月30日の法令の第24条(法典第349条)は直接精神病院に連れて行けない人々を直ちに隔離できるようにすることだけを目的としたものであった。

それ故この臨時収容はやむを得ない場合の処置としてしか行ってはならないものであり、これよりも精神病院への直接の入院あるいは開放病棟がある場合は(新しい院内業務の規約にあるような)開放病棟の観察室に直接収容する方を優先させるのが適切である。

さらに行政監督官によって発令された規定に従って、病院または施療院における臨時の収容は四日間の期限を超えてはならない。

臨時の収容が行なわれた病室は収容を要請された種類の患者を目的として整備され組織されるように最も厳格な処置が取られなければならない。近頃の事件を見るとこのことを特に強調しなければならない。

多くの病院施設において、こうした病室はその目的に少しも合致していない。貴官がこの点について病院ならびに施療院に対して法が課している義務の重要性を行政委員会に指摘され、必要な設備をほどこすことを緊急に要請されることが肝要である。

これら行政委員会は隔離用小室および病室の設備に関して多くの精神病院が最近行った設備を非常に有効に範とすることができましよう。

また臨時収容中の患者は精神病患者の取扱について十分に訓練を受けていない人員の手にまかせないようにするのが至当である。専門家の手が得られないならば、特別病室を担当する人員を最寄りの精神病院において数箇月実習させることを企画できる。

## 3 在宅患者調査

1838年の法令(第8条および第10条)(法典第333条および335条)はあらゆる精神病患者の病院収容を検事に通知することおよび自発的に入院させることを県知事に通知することを規定している。この法令はこの通知の後での調査をすることが義務であるとは少しも規定していない。

しかしながらそうした慣例ができ上り、幾つもの場合に、こうした調査を行うことは下僚にまかされていて、そうした下僚たちはそうした調査に不可欠な才覚と配慮をもって常に当たっているわけではない。このようにして他人が、精神病があるのではないかと疑をかけられている精神病についてうかがい知るようになり、そのようなことが世間に知れわたることに対する当然だと納得できる恐れのために家族が患者を時宜を得た期間に治療させることを妨げることになっている。

こうした調査は精神病者の病理的反応を確認することだけを目的とするものであり、必要でないことの方が多いのである。精神病であることに疑問が少しもない時には、外部の調査報告は余計なものとなるし、しかも貴官によるか、検事によるか貴官の代理人たちによって直接患者を訪問すれば充分わかることである。

精神病院への収容を動機づけた事情を調査させることの有用性は県知事または検事の裁量にまかせられており、他人に対して種々働きかけることは避ける必要がある。これらの調査はそのために必要とされる経験、才覚および配慮を有する人々にまかせられなければならない。これらのうちソーシャル・ワーカー (assistantes sociales) たちが特に指定されるもので、こうした人々を優先させる方が適切である。

もし貴官自身、または検事が精神病院収容の合法性について明らかにしようと望まれるならば、貴官はいつでも患者の家族を呼び出して事情を聴取してよいことになっている。

しかしこの他にもできるだけ慎重な配慮をもって当らねばならない調査がある。

これらは行政当局または司法当局に患者および家族の財産上の事情を報告することを目的とするものである。

行政上の調査に関しては、精神病院の管理当局が必要な報告を貴官の各部に提出するために最も適しているように思われる。そのようなやり方はそのうえすでに幾つもの県で実施されており、そうした方法を一般的に普及すれば事足りるのである。

精神病院内業務の新規範例の規定は、財産管理部に施設係を置いて同部を補佐することを担当させることができるようにしており、調査を容易にするにきまっている。

病院に収容された患者の財産管理を統制するために検事によってなされる司法的な調査については、以下のような方法で実施されなければならない。

質問書が家族に渡されると同時に精神病院の管理当局に報告が要請される。

もし検事がこれだけでは不十分にしか事情が報告されていないと判断した場合には、検事は上述の方法を、病院収容の合法性を調査する際に取りることができる。すなわち婦人福祉助手の助力を要請し家族を召喚して調査し得る。

#### 4 職権による収容から自発的収容への転換

職権により強制収容された患者が全く他人に危害を加える恐れがなくなり、なお治療と監督を要するため収容を継続する必要がある場合がまれではない。

1838年6月30日の法令(法典第三部)は職権による病院収容が、この場合、自発的収容に転

換できるとは明示していない。

しかしながらこのような転換を不法なものとするものは何もないのである。何故かというに、法律によって危険な患者にだけ限られている職権による強制収容は、そのような患者が社会的に有害でなくなると同時に消滅するからである。

そのような転換措置は多くの便益を有するであろう。そのような処置は退院を早め容易にし最も好都合な時になされるようにするであろう。またこうした患者に散歩、外出およびある期間の仮退院のような当局によって入院させられた精神病患者たちには一般に許されていないこともできるようにするであろう。

たとえある県においてこのような転換が実際に取られても、それは複雑な手続きを経た後にはじめて行われるものであって、その手続きには医長による退院要請、県知事による退院の決定、ならびにその患者を自発入院の形式の患者に統合することが含まれるのである。

この手続きは一時的にもせよ治療効果に害を与えるような中断の恐れがある退院を中止することによって簡単にする必要がある。

それ故貴官は、職権による収容から自発的収容に転換することを目的とする病院医長の要請があった時には、第8条(法典第333条)に適合した書式の自発的収容の依頼が親類、患者の友人または患者に関心のある人の何れかによってなされ、かつ病院と関係のない医師によって患者を診断の上の証明書が設定されたことを確認証明しなければならない。そうして職権による収容決定を撤回すれば足りるのである。

もちろんこの手続を達成するには貴県において無料での自発的な収容を見越した規定がなくはない。

本通達に取扱われている各種の問題は貴官の慎重な検討の対象となり、その一つ一つに対して貴官が取らねばならないと思考された措置についての簡明な報告を貴官が公衆衛生大臣に提出されるよう正式に希望するものである。このことについては、そのほか将来においても同様に、精神病患者救済に関するあらゆる技術的な問題の際に、貴官において貴県の精神病院に属する医師団に相談されるのが大いに宜しいことと考えられる。

法の真の意図するところをよく考究する労を取って法を適用することは本来治療、全快、従って多くの患者の退院を容易にすることになるものである。

こういう理由により上記のように規定された措置を厳重に適用されるよう貴官が最大の関心を払われることを確信するものである。

本通達は貴官によって精神病院の院長ならびに医師ばかりでなく、精神病院および施療院の行政委員会にも通達されなければならないこと、および本通達が貴県の行政令集の中に組込まなければならないことを付加する必要がある。

## 異 議

1945年9月24日の通達

精神病医でそのことを率先して行っている人もあるように、精神病院の医師たちが共同で患者の病院収容、在院および退院の決定のあるものが起し得る異議を検討することが望ましい。

### 精神病者の収容に際しての調査

1948年3月15日の通達

精神病者の精神病院収容の際に住居において実施されている調査に関する、1938年12月7日の通達第91号（1938年12月8日の官報に発表され、1939年2月9日の法務省通達によって検事総長に通達されているもの—BOMJ, 1939年, P・19）の諸規定が常に守られているというわけではないということに対しわれわれの注意が喚起されている。

そのため本通達に含まれている指示に貴官の注意を喚起する必要があると思われる。

1 精神病者の自発的な収容に際しては調査にかかからせるような指示は一つもないのである。この病院が明らかである場合にはこうしたやり方は余計なことである。単に県知事ないし検事が患者の所へ訪問するか、あるいは代理人が患者の所へ訪問すれば、患者の周囲の人々に行き尋ねなくても、収容の処置が正当な理由にもとづくものかどうかを確かめる目的は達せられるからである。

2 精神病院収容を動機づけることになった事情を調査して確認するためについては、調査はその必要が起きた場合にだけ実施されるものであり、また望ましいできるだけ才覚と配慮をもって、ソーシャル・ワーカーの手によってなされなければならない、かつソーシャル・ワーカーは家族に取って他人である人々から事情を聴取してはならないのである。

さらに、このような調査に訴える前に、貴官はいつでも両親縁者を呼びだして事情を聴取できるのである。

3 行政当局に患者またはその家族の事情を報告する目的の諸調査は精神病院の管理当局に対してなされなければならないし、病院の管理当局は必要な回答はすべて与え得ることになっている。

4 司法当局によって病院に収容された患者の財産管理を統制するために実施される諸調査は以下の方法によって実施される。

a) 家族に対し質問状が出されまた精神病院に対し問合せが行なわれる。

b) 補足的な事情聴取が必要な時は、検事は患者の両親縁者を招致してソーシャル・ワーカーの手で事情を聴取させることができる。

## 難症精神病者の病棟

1950年6月5日の通達109号

本官の関心は難症の精神病者を特別病棟にまとめれば得策であるということについて何度も喚起されたのである。実際、こういう患者が普通の患者の病棟にあるということはそのためにもたらされる絶えざる混乱からいっても、そうした患者が要する特別の手当てからいっても望まじからぬことである。

現存の難症患者用特別病棟は現在あらわれている需要のすべてを満足させるには数が少な過ぎるし、そのうえ、そのうちの大部分のものが最も重症である患者を入院させるためにしか考案され利用されていないのである。

それ故本官にはわが国の精神病のための施設のこうした欠陥に対する応急措置を講じるのである。

本官はまづ最初に「難症患者」(malades difficiles) という用語には区別できる三種の患者が含まれていることを明らかにしなければならないと考える。

1 興奮した患者。この種の患者はその破壊的行動のために入れられた病棟内において絶えざるそう乱者たる要素をなすものである。

2 司法医学上によるものであれそうでないものであれ、反社会的な精神病質者で、その行動に他の患者が堪え難く思うような障害を示す患者であるが、大体において高度の監視を必要としないもの。

3 一般に司法医学上のものである著しく反社会的な精神病質者で、行動にもっと重大な障害を有し、予謀および陰謀による犯罪行動の可能性を有するものである。

これら三つの類別のそれぞれに対応してその種の病棟を設ける、第3の部類に入る患者には特別の監視措置を適用する必要がある。第2および第1の部類に入る患者にはその病棟の組織のすべての細目にわたって特に注意深い努力ならびに普通の病棟よりも有資格勤務人員を多くふりむけることを要するだけであるが、この点は第2の部類の方が第1の部類よりも更に必要である。

このようなわけであるから、本官は現在機能を果しているある施設にとって、非常に多くの設備費をかけたなり一般的な性格を改める恐れがあったりするようなことなしに第1および第2の部類の病棟の設備を設置することを企画できるものと思ふ。

第3の部類に対応する種類の病棟については、その設備がそうした病棟が新設される施設全体の空気を少しも乱さないために、ほとんど自治的に、別の建物内にその目的のために特別に建築され設備されなければならないことは明らかである。

このようにこの問題が提起されているので、本官は公衆衛生省の管区の監察医各位に対し、必要なすべての連絡接触を取って、その衛生管区において、一方では、第1および第2の部類の難症患者を入院させることができる病棟の設備を設置することに即応できる可能性があるか



どうか、また他方では、もっと長期間にわたって、反社会的な精神病質者のための病棟を設置する可能性があるかどうかを見定められるよう要請する。

難症の精神病患者のための特別病棟を設置する問題は各県によって特に自県に関するものとして考慮されなければならないということを本官は特に強調するものである。

現在に至るまでは各県はこの種の患者を収容するために、特別病棟を有する希れな施設に依存してきた。こうした特別病室の収容能力は全国的な規模の需要全体に応じるには不十分である。

各県はここに考慮されている患者を収容するための需要に、必要な場合には諸県で共通の病棟ないし病院を設置するための県と県との協約を結んで、対処する必要に応じなければならない。

上記において本官が強調した分類の鑑別に際し患者に関心を抱かせることなく、一切の処置をすることが適切である。さらに本官は本指示の諸計画が実現されるように努力することが国益に適う理由により、本官に割当てられた予算の範囲で通常の基準による書類の作成を留保して、このような病棟の設備ないし建設の諸工事に国による参加を計画する用意があることを強調したいと思うものである。なお本官は必要とあらばこの件について社会保障局の諸施設によって作成された政府補助金のすべての要請に対して支持することを惜しまないものである。

各管区の監察医各位はその調査の結果をできる限りすみやかに本官に報告されるよう切望する。この調査が終了すれば、各衛生管区内においてこれら三部類のそれぞれに対する病棟の設置、ことに近々のうちに第1および第2の部類の病棟に関する諸計画の実現が期待できるようになることを願うものである。

## 16歳未満の子供の精神病院への入院

1961年9月13日の通達

本官はこれまで幾度も16歳未満の子供が精神病院への入院を宣告される際に時に遺憾な状態でそれがなされているということに関心を喚起させられている。

事実、ある幾つかの県においては、こうした子供たちが子供専用の病棟でなく成人の病棟に入院させられているのである。そのうえ、ある幾つかの場合においては、患者を精神病院に収容するための1838年6月30日の法令の規定に今なお訴えてそれが行なわれているのである。

この二つの問題は本官として次のような注意を言明する要がある。

### 1 特別病棟内への子供の入院

精神病対策の組織および設備計画に関する1960年3月15日の通達に記されている指示に従って、以下の三つの部類の子供たちの精神病院への収容が考慮される。

- 1 教育され得る、または、ある程度教育され得る子供で医療教育機関に属するもの。
- 2 重度精神薄弱児。
- 3 精神病的な子供ないし精神科の治療を受けている子供。

患者がどの分類に属していようと、その精神病院への入院収容は、すべての必要な医療手段、教育的心理的手段、およびその必要がある場合には、そこへ入院させられている子供たちが冒されている障害の性質が要求している治療法ないし取扱いを実施するために必要な教育手段を備えている特別病棟内においてでなければ、行ってはならないということを原則として課すのが適当である。

本項の目的はこれら三種の部類の一つ一つに対し、ある場合において、特別の設備がない時に、成人たちの中にまじって精神病院内に収容することが特例として許されるかどうかを明らかに示すことである。

### 1 教育可能またはある程度教育可能な子供

こうした患者は精神病院へ入れてはならない。ただし精神病院に行政的に付属している医療教育機関内で治療を受けるのはこの限りではない。

教育可能なあるいはある程度可能な子供の成人病棟への入院は明確に禁止されなければならない。

### 2 重度精神薄弱児

前掲の1960年3月15日の通達が明らかにしているように、程度のはなはだしい知能遅滞児は、この種の患者を公立あるいは私立の専門施設内に入院させるという最適の解決法が取れなかった場合に限り精神病院内に収容場所を得ることになっている。

しかしながら、この収容は以下の目的以外には実施することができない。

良くなる見込みのない、程度の深い精神的欠陥に冒された患者に生活と保護の十分な条件を与えるため。

または、良くなる見込みのある患者に家族内に帰すか、あるいは、その仲介の環境（通学学校、I・M・P、施療院、等）に適応させることができるようにするため。

すなわち16歳未満の者を成人病棟に入院させるのは不適当な処置であり、そうした子供たちに適切な治療をすることを不可能にする恐れが多分にあるのである。

適当な手当ができる方法を実施するのに必要な人員、設備および病室がある病棟でなければ入院収容を考慮してはならない。

精神病的でない、程度のはなはだしい知能遅滞児の成人病棟への入院は、たとえ患者が技術的な問題を生ぜしめるようなことがあるとしても、如何なる場合も決して実施してはならない。技術的な問題には家族がないこと、またはその反対に、その子供の家庭における存在が家族にとって何らかの支障を来たす、等があるけれども。

そのような解決法は成人病棟が良好に機能を果たす妨げになるし、実際また、そこに入院させられた子供にも入院の効果は何も保障できないのである。この件についての設備不足の問題の解決は、通学学校、仕事場、公共または私立の入院施設、施療院または精神病院の特別病棟、などの必要施設ないし病棟を設置する目的で県単位の規模で考究されなければならない。

### 3 精神病的な子供または精神科の治療を実施する必要のある子供

この種の患者は、全科病院または精神病院において、もちろん小児精神科の特別病棟で治療を受ける分類に属する。

実際、これら二つの場合には、入院期間を最小限に短縮できるようにするために、精神的な子供の治療には非常に特別の人員、設備および病室が必要となる。

こういう事情のもとにおいて、成人の中にまじって精神病院へ入院させることは、障害の治療や軽快化を妨げる恐れが多分にあるために非常に重大な不都合をもたらすものである。

それ故そのような入院は一律に禁止されなければならない。子供をその環境下にとどめることがその周囲の者に危害を及ぼす恐れが確実にある場合に限り、他のあらゆる可能性がない時に例外として、子供を成人病棟に収容することを臨時の処置としてもよい。

### 1838年6月30日の法令を子供に対し適用しないこと

最近の過去に至るまで、ある種の子供を精神病院に収容させる手続きを取ることは比較的普通のやり方であった。程度の甚しい知能遅滞児、教育可能なあるいは教育がある程度可能な子供に関しては、こうしたやり方は1838年6月30日の法令を誤って解釈したことに由来するものである。この種の子供は強制収容を正当化する精神病に罹っているわけではないからである。精神的な子供に対しては、こうした強制収容はほとんどの場合、法令を拡大解釈しているケースであった。障害の性質はほとんどいつの場合でも閉鎖病棟に収容する手段に訴える必要のないもので開放病棟に入れてもよいものであったからである。

強制収容の手続を遺憾ながら利用することを正当化したのは、その目的が、子供自身の利益のために、家族の責任回避の肩がわりまたは家族が治療自体を原則として拒絶しているために代行して治療するのであるということであった。

そこで、1958年12月23日の法令の条文を適用して、県知事は、判事がいない場合に、緊急の必要があれば、司法警察の官吏を通じて、初審裁判所検事に対し、場合により精神病院に附属している特別病棟に子供を入院させることを宣告するよう通告することができる。

このような事情のもとでは、家族が責任を果さなかったり、反対したりする場合に子供を入院させることができるようにするために1838年6月23日の政令に訴えることはもはや存在理由がないことになる。

ある程度教育可能な子供、教育可能な子供または程度の甚しい知能遅滞児を精神病院に強制収容することはそれ故1958年12月23日の政令による手続のために今後禁止されなければならない。

16歳未満の精神的な子供についても同様である。ただし1838年6月30日の法令の意味においてその強制収容を要求するような重大な精神障害に冒されている患者のような例外は除かれるが、そのような例外は極めて希有のことであるはずである。

## 年少刑事被告人の精神病院における観察実施

1951年11月29日の通達

精神病院が強制収容令状がない場合に、未丁年輕犯罪者が少年審判所判事または予審判事によって1945年2月2日の政令の第10条を適用して収容令の対象にされた時の入院を拒否できるかどうかを知るために法務大臣によって提出された質問に対する1951年6月19日の参事院によって出された票決の謄本が同封されているのを受取られたい。

貴官も気付かれるように、参事院は非行少年に関する条文は閉鎖病棟に関して1838年6月30日の法令によって定められた精神病院内への入院許諾の正式の条件を少しも変更してはいないと判断している。参事院は最高行政裁決として、この点について知事各位の中の幾人かが幾つかの機会に維持された立場が法律的に正当なものであるということを正しく確認したものであるが、この立場こそわが省の諸機関が法務大臣に対抗して貫こうと努力していたものである。

精神病院の開放病棟においても全科病院の神経精神科病棟においても、訴訟の当事者である未丁年者の監視の責任は、手落ちがあったという証拠がない限り、病院の管理当局側にはないということに留意されたい。実際、開放病棟という定義から云っても、これらの病棟には出入差し留めの手段が一切なく、そこに入れられた患者に対しては自由を束縛する処置は少しも取られていないのである。

### 参事院

内務，社会合同部会第354—804

エム・マスベチオル（報告書）

非行少年を精神病院内にて観察下に置くこと。

（1951年6月19日の会議）

### 勸告

参事院内務部（内務社会合同部）は法務大臣によって、精神病院が、県知事の強制収容令がない場合には、判事による収容令の公式の条文にかかわらず、非行未丁年者の入院許諾を正当に拒否できるかどうか、また拒否できる場合には、1838年6月30日の法令を改正する目的で立法権に訴えるのが、公衆衛生および人口大臣の判断するように、唯一の解決方法であるかどうか、を判定する問題の提訴を受理したが、

厚生大臣によって提出された意見書を調査の結果、

精神病者に関する1838年6月30日の法令（法典第Ⅲ部第Ⅳ編）を調査の結果、

1948年8月25日および1951年5月24日の法令によって改正された非行少年に関する1945年2月2日の政令を調査の結果、

1951年5月24日の法令によって改正されている1943年2月2日の政令の第10条は、少年審判所判事および予審判事が「未丁年者の身心の状態を深く観察する必要があると判断した場合には、同未丁年者を法務大臣によって設置あるいは認可された観察機関内に臨時に収容すること

を命令することができる」と定め、もしこの臨時収容が年少刑事被告人たちの医学的、心理学のおよび教育学的な完全観察を得せしめることを目的とするものであれば、この臨時収容は精神病患者ないし精神病患者と見做されている者を受け入れるために必要なもっと長期の条件で受理することを目的に利用されてはならない、と定められていることにより、

精神病のおそれのある未丁年者については、判事は同10条に従って、全科病院の神経精神科病棟であっても精神病院の開放病棟であってもよい病院施設へ臨時に依託することができることにより、

しかし、1838年6月30日の法令（法典第Ⅲ部）に関わる精神病院病棟への収容は同法令によって定められている条件のもとにおいてしか行うことができないこと、これらの条件は1945年2月2日の政令によっても、同政令を最近改正した法令によっても侵害されていないこと、1838年6月30日の法令は一方において自発的入院を同法第8条（法典第333条）およびその以下の条による条件のもとに、また他方では県知事の行政令による入院を同法第18条（法典第343条）およびその以下の条による条件のもとにのみ行うよう規定していること、判事の命令による収容は1838年6月30日の法令の体系（法典第Ⅲ部）の全般にわたる重大な改正になるものであって法令によってのみそのような改正が達成され得ること、により、

上記の意見書に同意する回答をする必要があるとの見解を有するものである。

## 無 断 離 院

1948年10月7日の通達

本官は治療を受けている精神病院から精神病患者が無断離院した場合に関して取かわされた通信を簡明にするのが時宜に適っているものと思ふ。

この問題に与えられるべき重要性を少しも感ずることなく云えることは、貴官の管轄下の諸施設内で起り得る無断離院の一つ一つを本官に報告されるには及ばないように思われるということである。

特別報告を作成提出する必要があるのは次の二つの状況に限ることができる。

1 無断離院の頻度が貴官に監視または病棟の組織に重大な欠陥があることを示していると思われる場合、

2 無断離院が貴官に特に上級行政当局に注意を促すに値するような事情のもとになされたと思われる場合。

しかしこれに対し県衛生部長に対しては貴官によって無断離院の各個について通告されねばならない。

そのほか、無断離院患者の搜索に際しては、関係者を見つけ出すために貴官が本官に調査を依頼されることがしばしばある。本官は隣県の知事に対し直接搜索を依頼されるのが知事各位の権限に属することであると判断するものである。

上記の指示によって、無断離院の問題に必要なあらゆる注意を払いかつ有用なあらゆる措置

を取らせて、患者の監視が最良の状況下に行なわれ、ある精神病院において現に認められるような頻度では無断離院が今後起ることがないようにされることを切望する。

### 無断離院精神病患者の捜索

公衆衛生一内務省間の通達第145号1954年4月30日付

難症患者の病棟を有する精神病院からの精神病患者の幾つもの無断離院の結果1953年の初頭に起った痛ましい事件にかんがみ、脱走した精神病患者の捜索のために現在まで採用されてきた措置を再検討しかつ県当局、精神病院および警察諸機関の間に満足すべき調整を確立することが必要であると思われる。

この問題についてとるべき態度としては、患者全般について社会が果すべき救済と保護の義務、ならびにそのようなことが起った場合に第三者を保護する上での必要な措置を考慮に入れなければならない。公安秩序を維持する責任を有する当局はある種の患者が、特定の状況のもとで、起すことがあり得る危険な行動による不測の事態の発生の可能性について知らされていることが重要である。この通報は患者が規律に反して脱出する前に治療を受けていた病棟の医長によってのみなされることできる。

一般に、想起されねばならないことは、1838年2月5日の法令に追加されている精神病院の範例院内規則の第32条項に従って、精神病院の院長はすべての無断離院について遅滞なく県知事に通報しかつその患者が治療を受けて入院していた病棟の医長によってこの件について義務として作成された状況の報告と証明を提出しなければならない。精神病院の病棟の医長各位は、各無断離院について正式に、医長の意見によって、社会秩序と人身の安全に対して患者が危険であるかどうかを明確にするような、規定に従った証明書を作成されたい。もし危険がある場合には、証明書はできる限り、如何なる人々に対してまた如何なる場所でのどのような行動にその患者が出るおそれがあるかを示さねばならない。

こうした一般的な条項が想起されたならば、ある特定の場合に取るべき措置について幾つかの点を明確にすることが必要であると思われる。県知事各位におかれては精神病院の院長または医長と連絡を取って以下の機構を用意される義務がある。

#### 1 職権によって閉鎖病棟に収容されている患者の場合

たしかに1838年6月30日の法令は社会秩序と人身の安全に危険である患者だけをこのような強制収容の手続きを取る対象とするように規定している。しかしながら、経験の示すところによれば、職権により強制収容された患者がすべて同様に危険であるというわけではない。そのうえ、ある患者の場合、精神病院に入院した当時は危険であったものでしばらく治療を受けた後ではもはや危険ではなくなっているのに、職権による強制収容から自発的な入院という形式への移動が今なおなされることできないでいるものも有り得るのである。

それ故各患者の個々の場合に取りられている処理が患者の示す特徴にできるだけ忠実に適合させられていることが肝要である。

この点について、三つの仮定が考えられる。

第一の仮定：無断離院についての病棟の医長の作成した証明書から危険があると推定できない場合。

この仮定のもとでは、精神病院院長は単に県知事に通報し上記の証明書を提出すればよい。そこで県知事は以下の第二の仮定の場合のために規定された条件による、特定の捜索手段が適宜であるかどうかを単独に判断する。しかし必要な場合にそれを率先して行うのは知事であって精神病院の院長ではない。

第二の仮定：無断離院について病棟の院長が作成した証明書が患者はまだ社会秩序や人身の安全に対して危険であるおそれがあることを明示している場合。

この仮定のもとでは、院長は知事に通報し上記の証明書を提出すると同時に、地方の警察機関または憲兵隊を通じて、司法警察の地方機関の長官である地区警視に対し捜査依頼を作成提出しなければならない。

この捜査依頼状の裏づけとして、精神病院院長は患者の身分、特徴および如何なる状況のもとに無断離院が行なわれたかということについて知るに役立つすべての明細を提出しなければならない。院長がそのほかに分管区の警察署長に対し同時に知らせなければならないものとして医長によって作成された状況証明書の中に記されていることの中で患者が起す恐れのある危険が如何なる性質のものであるかということや、患者が特に危害を及ぼすおそれのある人々はどういう人であるかということや、患者が乱暴な振舞いをしてかすようなことが起るとすればそれはどんな場所で起るかということをも明らかにした記載事項がある。純然たる医学上の記載はこの通報の中に入れなければならないものではない。

これらの通報を審査した上で、分管区警察署長は地方内だけか、諸地方にわたるものか、あるいは全国規模で捜査のための伝達を行うようにするのはどうしたら好都合であるかを考慮判断する。

第三の仮定：難症の監置患者用の特別病棟に入れられていた患者に関するすべての場合においては、精神病院院長は必ず義務として自動的に分管区の警察署長に捜査依頼状を提出しなければならない。これについての諸条件は前の二つの仮定に対するものと同様である。知事に対しても前の二つの仮定と同様に報告しなければならない。

## 2 自発的な入院の経路で監置病棟に収容されている場合

自発的入院という形式で収容されている患者で無断離院した時もなおこの形式の下にあった患者の場合、その患者が法律上おかれている管理状況を変更しなければ（自発的入院から職権による収容への変更）警察の介入が及ぶ系統的な捜査の手段は一切取られてはならない。

こうした事情の下においては、院長の報告および病棟の院長によって作成された詳細な証明書の提出を受理したならば即刻、本通達の冒頭に想起するように記されている指示に従って、県知事はこれらの報告を基礎にして、その患者が社会の秩序と人身の安全に対して危険であることを宣告し、その結果として、職権による強制収容令を執行する必要があるかどうかを慎重

に考慮判定しなければならない。

しかしながら、県知事がこの収容令を執行するのがよいと判断した場合においても、その決定は必ずしも直ちに組織的に捜査の措置を実施しなければならないというわけではないのである。

実際においても、医長が、無断離院した患者は特に危険なものではないと判断すれば、実際上一般の場合そういうものであるはずのものであるように、一般的な原則としては、警察を広く動員するような行動を起す必要はないのである。

ところがこれに反して、もし医長によって提出された報告が問題の患者は特に危険であるということを知らせるものである場合には、県知事は職権による強制収容令を発したのち、司法警察の地方分管区警察署長に捜査依頼状を提出するものとし、それには必要な情報の一切（身分、体型特徴、無断離院の模様、医長の状況証明書において患者がどんな種類性質の危険性を有するかを明確に示す事項で厳密に医学的な考慮に属するものを省略したもの）を付加しなければならない。分管区署長はそうすれば適当と判断される通達を弘めて捜査手続を実施する。

しかしながらこのようなケースは全く特別な例外的な性質しか有しないものであることが明らかである。

けれども特別の場合は特定の措置の対象とならねばならない。自発的に入院している患者で無断離院の時には1838年6月30日の法令第14条の最後から一つ手前の項に規定されている管理下（退院の際に、医師の反対により知事の裁定を待って一時執行停止になっている状態）にあるものは、本通達の目的に関しては、職権によって入院させられているものと見做されなければならない。それ故、職権による強制収容の経路によって閉鎖病棟に収容されている患者の場合に対する規定をこれらの患者に適用しなければならない。この例外的な特例は、医長が危険のおそれがあると判定した場合に、必要があれば、院長が直ちに分管区警察署長に捜査依頼を提出できるようにすることを目的に設けられているものである。

### 3 開放病棟に入院中の患者の場合

このケースは心覚えとしてここに想起するよう記されているものである。何となれば、これはその定義によっても、自由な患者に関するものであって、この仮定にあつては無断離院などということは有り得ないからである。

## 開 放 病 棟

1949年3月1日の通達

1930年10月13日および1946年9月2日の通達によって、1838年6月30日の法令の諸規定（法典第三編第四部）を適用する必要がある状態にある精神病患者の入院を目的とした開放病棟を設置することによって得られる利益に対し貴官の関心を喚起するようにしてある。

幾つかの県において得られた結果はこうした開放病棟に期待できるもろもろの可能性と利益を非常に多くの点で確認させるものであった。



それ故、本官は少くとも公共または公共用になっている精神病院の一つを備えている県にはすべてこの種の病棟を設置するようにこの運動を続けて行くことが不可欠のものであると思うものである。

しかしながら、精神病院に附属して開放病棟を設置しても幾つかの困難な点、しかも困難といっても実際に困難なことというよりかずっと理論上で困難視されている点、を解決するのに事欠かなかつたという事実によって、本官はこの種附属開放病棟の機能についての一般的な条件および精神病院の各病棟全体に対する附属開放病棟の関係を、あらかじめ本官の認可のために提出された、県知事の命令によって決定されるようにすることが必要であると判断するものである。この知事の命令は細目の適応を除いて本通達に添付されている命令型式の諸条項をそのまま踏襲すべきものであり、かつ開放病棟において治療を受けている患者が、すべての点で、対人法規の見地から病院の普通病棟において治療を受けている患者と同じような取扱いを受けるようにすることを目的とするすべての規定を設けるように義務づけられているものである。

本官は特に以下に載けてある諸点に対し貴官の注意を促すものである。

- 1 入院および退院の諸条件は普通病院において規定されているものと全く同じものでなければならない。
- 2 患者の財産は管理は一般の法律による諸型式に従って確保されなければならないもので、臨時的な病院行政当局の干渉は一切あってはならない。
- 3 開放病棟において治療を受けている患者はすべて1838年6月30日の法令によって規定された自由を保護するためのすべての型式（法典第三編）を取った上でなければ閉鎖病棟に移されることはできない。
- 4 絶対に不可能でないかぎり、精神病院に附属して設置された開放病棟は地理的に精神病院からは独立して建設されることが必要である。開放病棟には独自の名称を設けることが望ましい。

本官は貴官が本通達を受けとられると直ちに以下に掲げてある措置を取られることを最も重要なことであると考えたものである。

- 1 貴県において精神病患者に対する開放病棟が存在する場合。
  - a) その所在地および機能の限定項目ならびに行政上において精神病院に附属しているものであるかどうかということ、を本官に知らせること。
  - b) 開放病棟のうち精神病院に附属しているものについては下に添付してある県知事の命令の型式の諸規定を適用するに取はからうこと。この件に関わる県知事の命令は認可を受けるために本官に通知されなければならない。

2 もしそのような開放病棟が存在しない場合には、開放病棟を設置するために有効なあらゆる手段を取ること。

本官は貴官に対し、1937年10月31日の通達の指示に従いまたその目ざす目的すなわち精神病の早期治療のために、本官の判定を保留する例外的な事情を除いて、ここに問題とされている

病棟は精神病院の医者である資格を有する医師に委託せられる必要があることを想起されるよう注意するものである。

知事の命令の型式

精神病院に附属する開放病棟の組織を規定するもの。

……県知事は、

病院および施療院の組織に関する1941年12月21日の諸法令(1)、無料医療救済に関する1893年7月15日の法令および1839年12月18日の政令第16条のすべてにかんがみ、

……の日付の……の精神病院の監督委員会の決議にかんがみ、

県の衛生部長および県の人口部長の意見にかんがみ、

……の日付の県会の決議にかんがみ、

以下の如く命令する：

第1条 ……の精神病院に開放病棟を設置する。

第2条 この病棟は……人の収容能力を有し、その内訳は、

男……人

女……人

同病棟は……県の患者を、その家族または患者自身、地方自治公共体および社会保障金庫の費用負担で受け入れる。また収容能力がある場合には、隣接諸県の患者も受け入れる。

第3条 医療業務は精神病院の勤務者から採用された専門職の人員によって補助された精神病院の医師たちの手によって確保される。

第4条 病棟の内務は精神病院の一般規則に設けられている内務規定によって設けられている諸規則にのっとって確保される。

第5条 患者の入院および退院の諸条件は普通病院におけるものと全く同一のものとする。

第6条 患者の財産の管理は患者自身によるか、患者の代理人によって一般の法律の型式によって確保され、精神病院内に強制収容されている患者の財産の臨時の管理の干渉は一切受けない。

第7条 開放病棟において治療を受けている如何なる患者も1838年6月30日の法令の第8条および第18条(2)に規定されている形式をふまなければ精神病院の閉鎖病棟に移されることはできない。

第8条 諸病院施設のために効力を有する諸規定に従って一日当りの入院費および病院内滞在費は決められ徴集される。

第9条 ……各位はそれぞれの担当に関して本命令の執行に当る。

(1) 公衆衛生法典、第Ⅶ部

(2) 法典第Ⅲ部第Ⅳ編第333条または第343条

## 1951年2月28日の通達

本官は多くの精神病院において、1949年3月1日の本官の通達の指示を適用して1838年6月30日の法令の規定を適用する必要のない状態を有する精神病患者の治療のための開放病棟が設置されたことを認めて満足に思うのである。

しかしながら、本官に対してなされたある幾つかの質問に述べられていることや、本官に届けられた報告書および特に一日当りの入院費を規定する条項を有する貴官各位の命令を支持するために出された理由を読んだことから、本官が得た印象は、多くの場合、開放病棟の組織が精神病院内に普通病院の開放診療所に類する開放診療所あるいは精神病患者のための特定の診療所に著しい類似点を示している病棟を設置する方向に多かれ少なかれ向けられていたということである。

ところがこうした開放病棟の設置の目的はそういうものではなかったのである。本官の先任者たちの考えにおいても本官の考えにおいても、精神病院の開放病棟の唯一の目的は1838年6月30日の法令の諸規定の適用に伴う、自発的の入院という場合にあっては行われる、私権および自由の制限を、それを必要としない精神状態にある患者に与えないようにすると同時に、精神病院で任務を果している特に精神科医としての資格のある医師たちの治療を受けられるようにしようというものであった。しかしながら、本来の精神病救済の見地からも、つまり入院費の点からも、技術的な機能の見地からも、開放病棟と閉鎖病棟といわれる病棟との間には少しの差異も存在してはならないものと了解されていなければならなかったのである。開放病棟は、できるかぎり、まだ非常に世間に広く行われている偏見に対処するために、精神病院から隔離された部門でありながら、技術的および行政の見地からは、精神病院という施設全般のわく内に入れられなければならなかったわけである。

ところがある幾つかの施設においては、そこに勤務している医長たちがそれぞれ自分たちの開放病棟を要求している。また他の施設にあっては、閉鎖病棟には向けられていない専門家陣を当てることを用意しているし、ほとんどの開放病棟に対して適用できる一日当りの入院費の150パーセントに及ぶ一日当りの入院費を定めることが要求されている。

このような誤った処置がそのまま、継続されるのを許さぬようにすることが本官に必要かつ緊急なことであると思われたのである。このような誤りは非常に短期間に精神病院内の開放病棟の設置自体にも極めて有害となるであろう。

本通達の目的は本官が開放病棟の機能の中で主要な働きを果すことを望んでいる主要な特徴を明確に定めることである。

1 普通病院の開放診療所との混同を一切さけるために、この種の病棟のために、「自由病棟」(services libres)という呼称を将来は使用するのが適切である。

2 そうすることが実現可能なかぎりなるべく地形上の独立を維持しつつ、自由病棟は精神病院の一般的行政上のわく内に密接に組み入れられなければならないし、同病棟内において実施される一日当りの入院費は普通病棟の一日当りの入院費と同一の基礎で計算されなければならない

らない。すなわち1943年4月17日の政令第22条に定められているような入院条件だけを基礎として計算されなければならない。

しかしながら本官は、急性の時期における患者に関しては最もしばしば、隔離は治療手段と見做し得ることおよび特定の病室で治療を受けているという事実は前述の文によって設けられている分類の第1の部類および第2の部類に入れられなければならないという義務を帳消しにするものではないことを付加しなければならない。

自由病棟を財政上分離させて、それについての原価計算を全く比較の対象になり得ない諸病院の開放診療所のために定められている方法に従って計算することは問題とすることさえできない誤ったことである。そのようなやり方は自由病棟設置の精神をゆがめるものである。そのようなやり方は実際本来の入院計画上において自由病棟に入院してくる患者と監置病棟の中で治療を受けなければならない患者との間に遺憾としなければならない区別を生ぜしめるものである。そのようなやり方は自由病棟から特別料金、しかもこれは多くの場合非常に根拠のともなわぬやり方で計算されているもの、を支払えるだけの十分な資力を有さない患者たちを非常にすみやかに押し出してしまふ結果をもたらすであろう。

ところが、本官は最も公式な経路で、自由病棟への入院は、他のすべての配慮を度外視して、もっぱら患者が現在冒されている精神病の性質に基いてなされなければならないという主張を耳にしている。

そのうえ、自由病棟が機能を果たすための費用と普通病棟の費用との間に、普通病棟の一日当りの入院費において、特殊療法（インシュリンその他）の利益を受ける患者によってと同じ期間に特別な医療を少しも必要としない患者によっての支出が償い合っているのと同じやり方で、著しい財政支出を要しないで、補償が設けられるのであろう。

3 自由病棟は唯一の医長の指揮下に委ねられた医療単位を形成しなければならない。施設の各医長に対し特別の部を設ける可能性を計画することは問題外である。自由病棟をそのように区分するようなやり方を実施すれば起り得ると思われる諸困難は相当に大きなものであるから本官はここに定めた規則が極めて重大な性格を有することを特に強調することが不可欠であると思ふものである(1)。

(1) この立場は1960年3月15日の通達（第III章第VI項）によって修正されている。

#### 仮退院 (Sortis d'essai)

1957年6月4日の通達47号

本官はこれまで幾度も、ある幾つかの県において、精神病院において治療を受けている精神病患者の「仮退院」を行われることによって解決されている諸困難に注目してきた。

こうして、ある幾つかの県においては、患者が職権による強制収容の対象とされていた時に限り仮退院を許可する決定が下され、そのほかの場合にあっては、これに反し、公衆衛生法の第333条の規定と比較して、この仮退院の手段は自発的入院による患者に対してだけ取られている

る。仮退院の期間の最小限が定められている時も県によって異っている。最後に、ある幾つかの施設においては、この早期退院の可能性は全然利用されていないか利用されていても極めて不十分にしか行なわれていない。

そのほかの点として、「仮退院」という表現はある幾つかの場合において種々異った形式を指している。すなわち散歩のための外出、短期間の外出（24時間または48時間）、等である。こうした最後の例のような医長が各特定のケースに適応させる療法の一部をなす性質のものを統制することは問題となり得ない。

本通達の中でめざしている目的は、これに類するやり方を行っているすべての県において、以下において明確に規定されている条件によって定義されているような「仮退院」の組織を可能にするような一般的な規範を与えることである。

本官は「仮退院」が、そのような形式が可能となすすべての場合において、できるだけ広く利用されなければならないということを強く主張するものである。

実際にも、患者の社会復帰を容易にし、その職業への再就職に役立つことによって、「仮退院」は、多くの場合、回復と治療を早めることができるようにするものである。この方法は、また一方において、病院内ではその度合を判断することが難しいことがあるような良くなり方について、患者の快方に向うこと明瞭に測定する可能性も与えるものである。病気の再発の場合も、病院への迅速にして新たな諸形式をふむことを要さない復帰を可能にすることによって、仮退院はこのようにして前もっての社会復帰のための順応期間なしの決定的な退院をさせることが危険が多く早断にすぎるとされるような患者にも早期退院ができるようにするものである。

公衆衛生法典の第IV編によって規制されて入院し、かつ退院後委託されることになる人の責任のもとにそのような方法を取ってもよいような精神状態にある患者の「仮退院」は以下に載げる諸条件に応じるものでなければならない。

#### A 行政上の限定項目

1 自発的に入院している患者の場合は、仮退院は医長によって決定される。院長が承認のサインをした退院届が直ちに県知事に提出されなければならない。未丁年者あるいは禁治産者である患者がその両親または後見人以外の人に委ねられる場合は、両親または後見人は承諾を与えなければならない。

2 職権による患者の場合は、病棟の医長の理由を付した提案に基づいて、県知事によって与えられた許可がなければ、仮退院を実施してはならない。

#### B 「仮退院」の期間

「仮退院」の期間は少なくとも一箇月にわたるもので、原則として、三箇月を越えないものである。しかしながら、この期限は同じ条件の下で延期または更新することができる。ただし患者の状態がまだ決定的退院を許さぬ時も前もって再入院を必要としない場合に限る。

#### C 仮退院中の患者の監視

「仮退院」中は、患者は病棟の医長の監視下に置かれる。

また実際においても、医長が次のことを確かめることができることが不可欠である。

患者の通常生活への復帰が患者の入院を必要とした症状の再発を起させないこと。

病院内で認められた回復が社会復帰を許すに足るものであること。

患者の通常生活への復帰順応は実際困難なしには行かないものである。患者がこの仮退院の期間中に助力と支持を得られなかったならば、再発のおそれがあるものである。患者は、継続的な社会医療行為が患者のために行なわれなかったならば、このような困難を克服することができない。このような社会医療活動は医師とソーシャル・ワーク (service social) の務めである。

医療の面では、「街退院」中の患者の監視は、物理的に絶対不可能の場合を除いて、患者が入院していた病棟の医長によって確保されねばならない。この監視は各特定の場合に適当な便宜ないし都合によって、精神病院においても、あるいは精神衛生無料診療所において行うことができる。

「仮退院」の前には、この仮退院の方法を取るための具体的な準備のために役割を果すことになるのは主として精神病院のソーシャル・ワークの任務であるのに反し、「仮退院」中には、患者の監視の責任をとり、かつその役割の主役を果すのは県の精神衛生部のソーシャル・ワークの任務である。

本官は「仮退院」中の患者の社会医療上の監視を満足な方法で組織するために、このように定められた一般的な指令のわく内で、あらゆる手段をつくす必要があることを強く主張するものである。

#### D 再入院

「仮退院」の期間中のどの時点においても、患者の再入院は形式的手続をふむことなく行うことができる。患者をその住居から精神病院に輸送するのは、病院がその救急自動車および人員を以て行うものとする。

もちろん、再入院の処置がとられたことについては県知事は直ちに報告を受けなければならない。

#### E 本退院 (Sortie d'efinitive)

仮退院期間の期限が切れた際に、当該患者の精神状態がそのことを正当化するものであれば、公衆衛生法典の第IV編に規定された形式に従って退院を本格的なものとする。

#### F 財政上の規定

##### 1 一日当りの入院費

入院費は「仮退院」の期間中患者の支払うべき勘定から控除されなければならない。社会保障金庫はその所管の人々の新しい状況について報告を受けなければならない。

##### 2 財産の臨時の管理

精神病院の臨時管財管は精神病院の院長から、取られた処置 (仮退院)、その期間、もし延期

があった場合は延期、本退院になるか再入院になるかによる仮退院の修了ないし停止、について知らせられなければならない。実際に、本退院に至るまでは、患者の財産は精神病院の臨時管財官によって、医長の同意を得かつ患者の監視の任に当るソーシャル・ワークとの連絡をとりながら引続き管理される対象である。

患者が受けている各種の年金額の権利書は精神病院の収入役が保管しなければならない。また仮退院中は年金額の受取金は同収入役が収納しておく。場合に応じて医長の同意を得てこれらの受取金の金額または一部を患者に渡してよいかどうかを検討するのは臨時管財官の役目である。

これに反し、すべての場合において、患者が小銭として有している金額は「仮退院」の際に、本退院の場合のように、患者に渡さなければならない。事実、小銭の制は患者に直接必要な支出に応じられるような最小限度の金を確保することによって、患者が通常の生活に復帰するのを容易にするために設けられているものである。退院の形式が如何なるものであろうとも（仮退院であれ本退院であれ）、小銭として患者に属する金額はそれ故患者が自由に使用できるように渡されなければならない。

## IV 施設の一般的機能

### I. 監督委員 (Commissions de surveillance)

#### 委員の増員

政令1879年7月28日付 (法令集1879年第406号293頁)

第1条 公立精神病院の監察委員会の委員定数は、1839年12月18日付命令第2条 § 1において5名と定められているが、必要の場合には、内務大臣 (註1) の提議にもとづいて下された政令にしたがって7名に増員することができる。この場合には、委員の更新は7年ごとに行われる。

第2条 ただひとつの委員会が、二つあるいはそれ以上の公立精神病院の共同利益のために、1838年6月30日付法令あるいは1839年12月18日付命令により定められた権限を行使する場合には、内務大臣の提議にもとづいて下された政令により、委員会の委員数は9名乃至11名に増加することができる。

#### 社会保障機関の代理

通達1956年3月21日付

社会保障機関が、県立精神病院で行われる事業への融資を分担した場合には、社会保障機関内部の代表は増員されるということにつき、本官が何の異議も認めなかった点はすでに、通達1952年8月21日付第148号において、諸君の注意を喚起したところである。

最近この問題につき、わが県と社会事業および社会保障を担当する事務局とのあいだにさらに明確なかたちでひとつの協約が交された。

つまり、社会保障国庫理事会が1955年6月28日の会議において私の提案を受理したのであるが、この提案は次の点を旨としたものである。すなわち、公共施設としての機能を営んでいる県立あるいは私立の施設の監察委員会において、社会保障機関がその公共施設としての機能を営むために、これらの施設が行う事業に対し、強力な財政上の協力をなすこと、ならびに、その委員会委員総数の (議長を除き) 三分の一に等しい社会保障機関の代表者が置かれること、である。

この協約が、1955年7月13日付社会保障国庫通達164号により、社会保障地方公庫に告知されたことをここに報告する。

管理者が職務を停止した際には、前記委員会における社会保障機関の代表者数が、上述の条

---

註(1) 国務および公衆衛生大臣



件のもとで増加されるように、諸君としても万全を期してとりはからわれるよう、ここにお願  
いする次第である。

監察委員会の委員が、まだ5名のみの場合、どのようなときでも、政令によって7名に増  
員することができる、ということを重ねてお知らせする。

このことについて、諸君の要請があれば、必要な書類を作成する用意がある。また、而上の  
指示をお含みおきの上、今後の成行きについてご報告下されれば幸甚である。

## 2. 内部規定

法令1938年2月5日付

1953年2月20日付法令（インターン）、1959年2月14日付法令（作業療法の組織）、および  
1962年3月13日付法令（院長の辞職）により修正。

### 第1節 施設の用途

第1条 県立精神病院（もしくは、療養所、あるいは、精神療法施設）は、両性（あるいは  
男性、あるいは女性）の、患者たちだけのためにあてられるものである。

第2条 精神病院は、次の者を収容する。

1° 県、もしくは国が扶養する患者。

2° 1838年6月30日付法令第1条（参照、第321-6条）に準じて定められた契約（もしく  
は、諸契約）を実行するために県（もしくは、諸県）が扶養する患者。

3° 余地のある場合、他県、社会保険、官公署、家族の扶養する患者。<sup>(註1)</sup>

第3条 施設は、一般管理法の適用をうける患者に対する病棟と、特別管理法の適用をうけ  
る患者に対する病棟をもつ。

総数 の一般管理法の適用される病棟は、国、県、官公署、家族の支払う療養費が、最  
低クラスの費用をこえない患者にあてられる。規定の病床の、病棟どとの配備は、以下の諸枠  
にしたがって定められる。

A—男子病棟

区	床
区	床
区	床

---

男子病床総数 床（一般管理法による。）

B—女子病棟

---

註(1) 療養所には、独立した入口を有する孤立している建物を選んで、精神病患者の治療ならびに面倒をみるこ  
この困難な老人や異常見や発作のみを有するてんかん患者（*épileptiques non aliénés*）などのための病  
棟として附属させることができる。この開放病棟には、1838年6月30日付法令は適用できないが、しかし、  
予め特殊規定が定められている。

区	床
区	床
区	床

---

女子病床総数 床（一般管理法による。）

総数 の特別管理法の適用される病棟は、当規定第138条によって定められた上級クラスの療養費を公官署もしくは家族が支払う患者に対して割り当てられる。その病床配備は以下の如く定められる。

A 男子病棟

区	床
区	床

---

男子病床総数 床（特別管理法による。）

B 女子病棟

区	床
区	床

---

女子病床総数 床（特別管理法による。）

大部屋は、病床一つにつき10平方メートル以上、30立方メートル以上、の広さがなければならない。小部屋の広さは、規定にあった広さが、入院患者一名につき、立方メートル数……以上でなければならないことを考慮し、医師の意見によって定められる。

第4条 大部屋、食堂、デイルーム (salle de sejour) の入口には、それぞれの病床数や座席数を示すエナメル塗装板をかかげるものとする。

院長、緊急の場合および期間が限られている患者の場合を除き、知事の特別な許可なしに、規定された数以上の患者を入院させてはならない。また、特別な許可を認可した知事は、その旨大臣に報告するものとする。

## 第二節 管 理

第5条 精神病院は、公衆衛生大臣および知事の権限の下で、および1838年12月18日付命令によって定められた組織委員会の監督の下で、院長（もしくは、医長）によって管理されるものとする。

## 第三節 監督委員会 (Commission de surveillance)

第6条 監督委員会は、年度の最初の会議において、月一度開会される定期会議の日時を決定するものとする。これらの会議は、精神病院内で行われなければならない。しかし、臨時会

議は精神病院外で行うことができる。院長、病棟医長、施設付薬剤師は、この会議に出席し発言権が認められている。

第7条 諸議決は、会議に出席している委員総数の過半数にみちた場合に採諾される——ただし、この総数には、院長、病棟医長、施設付薬剤師は含まれないものとする。

第8条 12月の定期会議において、委員会は議決により会期中職務を遂行する委員を任命するものとする。また、その謄本を直ちに知事に提出するものとする。

第9条 欠席もしくは支障の生じた場合、議長は、委員のうち最古参のものがこれを代理するか、もしくは、議長と同じだけ長く委員をしている最年長者が代理するものとする。

第10条 委員会の議決は特別議事録に記録されるものとし、特別議事録には出席者による署名がなされ、院長の管理に委ねられるものとする。

第11条 1月の定期会議においては、委員会は議長と書記を選出し、かつ、各委員に会期中にそれぞれが遂行する監督部門をわりあて、また、これらの委員のうちから患者の財産の一時管理者としての職務を遂行すべきものを一名選出するものとする。なお、この最後のものは、任期一年とし、再選をさまたげない。

第12条 財産の一時管理者は、希望入院または強制入院の非禁治産患者の財産を保護するべくあらゆる手段を講ずるものとする。またこの場合には、精神病院理事会は、この一時管理者に対して、必要な情報、とりわけ、施設に入院を許可された患者の財産状態について知事の管理監督のもとで行われた調査を伝えなければならない。

第13条 財産の一時管理者は、「患者の財産管理簿」と名づける特別帳簿をつけるか、またはつけさせなければならない。当該帳簿には、財産を保有するすべての患者について、なされた取引き一済が記入されるものとする。

第14条 一時管理者は、財産管理をされているその患者から、金額の多少にかかわらず、金銭を受け取ること、または何らかの支出を支払うことを、禁じられている。このような金銭の出納は、出納役によってなされるものとし、当該出納役は特別帳簿に出納を記入するものとする。

患者の所有する公債および有価証券は、出納役により保管されるものとする。

患者の財産の一時管理に関するすべての出納の支払命令は、一時管理者の申し出にもとづいて院長によって下されるものとし、かつすべて委任状には一時管理者の認印を必要とする。

会計簿は、精神病院の一般会計簿に適用される諸規則にしたがって記入されるものとする。

第15条 一時管理者の要請により、または監督委員会の意見にもとづき、院長は、一時管理者を補佐する特務員を、施設の雇員のうちからひとり任命するものとする。

第16条 12月の監督委員会の会議において、一時管理者はその管理報告を行うものとする。

#### 第四節 院 長

第17条 院長は、知事の権限のもとで、精神病院の一般管理ならびに精神病院の財産および取入の管理を担当するものとする。

第18条 院長は、法に規定された条例のもとにおいて、患者の入院および退院に際して必要なことがらをとりはからうものとする。

院長は、病棟医長の権限以外の、施設の保安や一般規律に関するすべてのものの連絡業務を担当するものとする。

第19条 院長は、以下の帳簿をつけるか、もしくはその責任において院長書記につけさせるものとする。

1° 1838年6月30日付法令によって規定されている二種の帳簿（第12条・第13条および第337条・第343による。）

2° 施設内に滞在するすべての類の人々について、その所在日数を、日別、年別に記録する、病棟別の人口動態簿。

3° 入院患者の登録簿およびアルファベット順に整理した患者の人名簿<sup>(註1)</sup>

4° 職員、雇員、係員、補助員たちの登録簿ならびに履歴書。

5° 民法第80条によって規定された死亡帳簿。

6° 動産、年金、債権など施設の財産の帳簿。

7° 連絡記録および管理上の信書類などの控え。

8° 支払委任の控えをつける日誌。

9° 支出予算項目にしたがって分類してある支払い命令書類に定められている分の支出控え帳簿。

10° 取納分の有価証券の振り出し帳簿。

11° 古文書類および建造物や導管類の詳しい設計図面。

12. 第10条の規定をうける、監督委員会議事録、議事日誌。

13° 第204条の規定をうける微罰委員会の意見書ならびに口頭弁論記録。

以上の帳簿類のうち、1838年法令第12条および第18条（さらに、337条・343条）においてすでに定められているものを除くすべての帳簿には、監督委員会委員の一名による査定と認印がおされるものとする。

第20条 院長は、医長に対して医療業務に関する支出につき、書面による申請をすることを命じたのち、年間予算を組むものとする。院長は、県会予算審議会の開会される少なくとも二ヵ月以前に、知事に対して詳細な意見書をつけた上、推定消費額算定書および他の定められた書類、および監督委員会の意見書を提出するものとする。

院長は、会計年度締切り後、知事に以下のものを提出するものとする。

監督委員会が査定し、結果について確認したところの監督委員会の行政審議書にそえて、施設の行政報告書を提出するものとする。

経済および財政に関する管理報告ならびに精神的報告（compte moral）。

---

註(1) 人名簿には、患者の個人の経歴書の分類番号が記されなければならない。

院長はこれらの報告に、施設の医師によって作られた医療報告書をそえるものとする<sup>(註1)</sup>。

第21条 院長は、出納係がとりたてべき総額を確め、有効期間内に、債権割当額および種類の定められている有価証券を、会計係に委託するものとし、かつ当該会計係が請求された役務について、会計係から報告をうけるものとする。

院長は、金庫の検査を、管理期間の終了時、会計年度の終了時、少なくとも三ヶ月に一度、および不定期に、院長が適当と判断した時期に、行うものとする。

第22条 すべての金銭的支出は、院長に委託されるものとする。

第23条 前貸しの名目で在院者になされる支出、あるいは在院者の財産使用の名目でなされる在院者への支出は、それが施設の外部での購買に用いられるにせよ、施設の売店の天引き徴収に用いられるにせよ、当該病棟の医長の同意にもとづくか、あるいは、次の第182および183条にはかつての医者申請にもとづいた、書面による院長の認可をまえもって必要とするものの対象となる。

第24条 院長は、監督委員会の正当理由にもとづく意見書を添えて、建造物の維持ならびに修理の見積りを知事に提出し、知事の同意をおおぐものとする。

第25条 院長は、会計係の取引き、必要品の納入および配分を管理する。院長は、在庫状況一覧表により、定期的にあるいは申請にもとづいて、納入されている在庫品を検査するものとする。年度末ごとに、院長は、監督委員会によって指定された、委員会の委員一名の協力をえて、財産目録の検査を行うものとする。

第26条 院長は、会計係に対して、公文書により、毎日以下のことを知らせるものとする。

1° 規定によって定められた類別の扶養人口の数を、人口動態表によって。

2° 類別の普通食ならびに治療のための特別食のメニュー、性状、数量を決められた、一日の食糧。

院長は、午前回の診のまえに、その日の食餌を病棟医長にも同様に知らせるものとする。類別ならびに級別の日々の献立を示す献立一覧表は、会計係によって、会計課および調理室にも掲示されるものとする。

第27条 院長は、病棟医長に、その受持ち患者に関する書類、記録のすべてを伝達しなければならない。

第28条 院長は、監督委員会の勧告または知事の許可なしには、建造物の間取り、部屋の用途、および病棟の構造の変更を提案することはできない。

病棟医長、ならびに施設薬剤師は、提案された変更が、病棟あるいは薬局に関連があるか、施設の衛生状態に関連があるときにはいつでも、意見を理由づけ、書面によって提出するよう

---

註(1) この報告書には、とくに次のことがらをとりあげておかなければならない。人口動態、類別人口の滞在日数、監督委員会の活動、人員の状況報告書、施行された業務ならびに遂行された改善と計画中のもの、諸々の経営明細書、収支額、利潤、支払いなどの分析的かつ総合的検討、収入残額、未払い分、会計年度報告、原価および日給の決算報告、財政状態の分析、およびそれからひきだされる結論。

に義務づけられる。

第29条 改築，新築，病棟の配属変更による改修は，總會の決定に委ねられ，公衆衛生大臣の認可を受けなければならない。

第30条 院長と病棟医長のあいだに，両者の協力によってなされる処理が時宜に適するか否かに関して，意見の不一致がある場合には，事態をそのままにし，即刻，知事に，病棟医長あるいは院長がこれを報告する。この不一致がさらに存続する場合には，知事は，その旨を大臣に報告するものとする。

第31条 毎月の定例会議において，院長は監督委員会に，先月に生じた主要な出来事を報告するものとする。

院長は，人口動態，財政状況，以前に考慮された出来事の結果についての報告を提出する。

第32条 院長は，無断離院，事故，殺人ならびに自殺の未遂および既遂を知事に即刻報告するとともに，これらのことがらについて，医師が作製するように義務づけられている状況報告書ならびに状況証明書を，知事に手渡すものとする。

同じく院長は，知事に対して，職員および雇員が責めに任ずる重大な過失を，すべて報告するものとする。

第33条 院長は，施設内に居住しなければならない。1855年6月26日付通達により，予め定められている緊急の場合を除いては，院長は，知事の許可なく2日以上施設を離れてはならない。また，院長の不在が4日を越える場合には，厚生大臣の認可に委ねられねばならない。

年次休暇を除いて，病気，あるいは長期不在の場合，管理業務は知事により，病棟医長一名に委任されるものとする。

#### 第五節 出 納 役

第34条 出納役は，その職務をもって会計役の職務あるいは管理書記の職務を兼ねることはできず，収入の収納および支出の全支払いの職務のみを遂行するものとする。ただし，出納役自身の出納はこれを個人的に行うものとする。

出納窓口は，休祭日を除く，毎朝……時から，夕……時まで開くものとする。

第35条 出納役は，公会計関係法の諸規定に服するものとする。出納役の責任は公会計担当者の責任と等しくする。出納役は，貧困者救済施設の簿記ならびに会計の規定についての内閣通達，法律，政令に服するものとする。

第36条 出納役は小切手による支払いを実行することはこれを厳しく禁じられる。当該小切手が，施設に対して支払われるものである場合にも，仲介される場合にも，正式署名を受けている場合にあっても。

第37条 出納役は，特別会計の全部について窓口をひらくものとする。および，患者の財産一時管理，預金，在院中の労働報酬に関係する特別会計が必要とする補助帳簿の簿記をするものとする。また，受領書と引換えに，入院者の現金，貴重品，有価証券を保管するものとする。これら保管物件の複写は，一年ごとに院長に提出しなければならない。受領書を第三者に提出

する必要を認めない場合、受領書は患者の管理一件書類にこれを付け加えるものとする。

第38条 出納役は、決算、出納明細書、法規の規定するすべての書類を、県金庫出納役に送付する以前に、これを院長に報告するものとする。

第39条 年度末後、出納役は会計報告の複写を院長に提出する。院長はこの複写に院長の意見を付加し監督委員会に提出し、および知事に送付するものとする。

第40条 出納役は、定例の監督委員会会議に際し、要請に応じて各期、また各月に、決算ならびに出納状況を院長に提示しなければならない。

第41条 知事は、院長ならびに県金庫出納役の上申により、特別代行人の任命の申請を付けて、出納役の休暇を命ずるものとする。

#### 第六節 会 計 役

第42条 施設の経理、農産、工業の業務は、会計役に委託されるものとする。ただし、院長の権限ならびに監督の下におかれるものとする。

第43条 会計役は、公会計ならびに公会計責任に関係する法律ならびに法規の条文規定に従うものとする。会計役は身元保証を必要とされねばならない。

会計役は、職権として、次のことを行うことができる。

- 1° すべての性質の生産物、資材の受け取り、格納、保存。
- 2° 当該生産物、当該資材の分配。
- 3° 以上の執行の簿記をなし報告する。

会計役は、福祉施設の物品会計に関係する諸規定に従い、簿記に関係する全ての義務を負うものとする。

第44条 会計役は、管理部が入札を為したかあるいは正規の購入契約を為した個人、あるいは院長による購入命令で指名された個人からのみ納入を受ける。

受渡しの際は、会計役は、納入品を検査し、その品物が身質でない場合、あるいは見本や入荷帳、購入帳の条件に合っていない場合、納入品を返品し、代替品を要求する。

出入商人と支障を生じた場合、会計役は、院長に報告し、院長は、そのことについて断を下す。

第45条 会計役は、身質を証明する薬剤師の報告書を確認したものについてのみ、薬局に供すべき製品を受け入れる。

第46条 会計役は、すべてのリネン室、衣類置場、調理室、作業場、農園を監督し、酒保がある場合には、それをも監督する。

第47条 規則と院長の命令書に従って、会計役は種々の消耗品の分配を行う。あるいは会計課職員に行わせる。

第48条 会計役は分配が行われる日に、配分表を日誌に載せ、この配分に従って分配せねばならない。あらゆる食糧分配に関する、この配分表と分配の実施は、会計役によって毎日行われなければならない。

第49条 院長の同意を得るために、前日きめられる種別、等級別献立についての提案は、食餌療法を規定している第20節の規定を尊重しなければならない。

非調整食の給食と調整食の給食について、会計役は、次のことに従わなければならない。

1. 第26条の執行について、院長によって伝達される公式文書に従わなければならない。
2. 医師が各個人の処方変更を指示する回診帳の明細、あるいは緊急処方に従わなければならない。
3. 一日分の熱量摂取量、調味に対する食餌療法の費用率 (tarif) によって定められた割当に従わなければならない。

第50条 毎日の食糧消費量を証明するにあたっては、会計役は、前条に例挙された資料並びに前日の給食、分配による残余記録に則らなければならない。

第51条 会計役は、動産の維持と保存に注意する。施設の動産全般にわたって査定及び評価による一般財産目録を規定の5年毎の点検に従って、作成する。且つ会計役は、毎年、各部門で一般業務部門、作業場、農業部門の各々について作成された財産目録に載った物品は、すべて、商店への定期返品、あるいは会計役に製作され、院長及び監督委員会の構成員によって証認された破損、損傷調書によってしか消去されることはできない。

毎年の在庫品調査の際、あるいは常時、会計役の過失と認められる欠損、及び院長、監督委員会の構成員の署名する消耗、破損調書によって証明されない欠損について会計役は、責任を負う。

第52条 入札、売買契約をしない品物はすべて、法律、政令、規則の許す範囲内で、院長の命令に従って、会計役によって購入され、出納役がその支払いを行う。

第53条 出入商人の仕切書を会計役自身が認めること、あるいは施設の職員に認めさせることは、これを厳禁する。

第54条 ただし、日々の消費あるいは、酒保への供給に関する購入、及び送り状、専用小切手を必要としない小額の支出については、出納役は、病院内の物品帳簿に関する規則の諸箇条に従い、会計役の意のままに、院長の支払命令による前渡しという形式で、……を超過しない額を、会計役に交付する。その総額は、監督委員会の意見に従って、院長によって毎年決められる。

この額が支払われる際、会計役に、明細書によって、その用途を明らかにする。その明細書において、支出は予算の項目に従って分類される。院長が、この明細書に認印して、はじめて、会計役に次の新しい前渡し金が交付される。

第55条 毎月の最初の五日以内に、前月の購入、売店の在庫品を明示した大帳簿の一覧表を院長に提出する。

第56条 年度終了後、会計役は、院長に会計報告を行う。院長は、この報告を、規定に関する現状報告書と監督委員会の意見をそえて、知事の認可に付する。

第57条 会計役は、各月末に、院長に前渡費用状態一覧表を、用途、証明書、その必要の場



合には、追加前渡要求の概要表示と共に提出する。

第58条 会計役は、精神病患者作業者の労働報酬に関する月々の帳簿を作製する。各年の12月31日に患者の労働報酬の全般帳簿をつける。これらの帳簿は、出納役に渡される。会計役は、同様に、酒保の帳簿を記載する。

第59条 会計役は、施設内に居住しなければならない。

第60条 院長の意見に基づいて、知事は、代行人の任命の申請をそえた会計役の休暇願いに断を下す。

#### 第七節 雇員と管掌者 (préposé)

第61条 管理課、会計課、総務課の職員は、次のように構成されている。

##### 管理課

管理事務官、院長の管下で、連絡一般と、この規則の第19条で列挙された記載とに

帳簿係と事務員	人
管 理 係	人
収 納 係	人
会 計 係	人
管 掌 者	人

##### 会計課

##### 総務課

第62条 特別規則は、職員の募集方法、報酬、昇進条件、退職に関する規定及び制度を定める。

第63条 管理、収納、会計の職にあるものは、……時から……時まで、且つ……時から……時まで、各自の事務所に居なければならない。

第64条 これらの職員、課員は、院長の管理下にあり、直属する課長の直接命令下にあるものとする。

第65条 後の第118条で規定されている監督以外に、一般的規律、渉外業務の監督を委託される総務課の監督を置かねばならない。

監督は、個人的な干渉はできないが、院長に、監督が認めたあらゆる違反を報告する。

監督は、その他、作業患者、仕事場、農園、それらの課で雇用されている職業労働者を監督する。

#### 第八節 医療業務 (Service médical)

第66条 医療業務の職員は次のごとく構成されてものとする。

1. 医 長
2. 外科医

3. 専門医（眼科医，耳鼻咽喉科医，歯科医，放射線科助手，その他）
4. 薬剤師
5. 医学インターン及び必要があれば薬学インターン

第67条 医療業務に所属するものとして

1. 各医療業務に男女いずれかの監督人1名
2. 病棟長，病棟主任看護婦（cheftaine）又は病院勤務の修道女
3. 看護人又は修道女，又は看護婦。

これらの人員は医長や監督委員会の意見にもとづき知事の認可に委ねられる。

特別病棟（入院病棟，観察病棟，治療病棟，老人病棟，興奮患者病棟）では，平均10人の患者に一人の看護人の配属を，又普通病棟や，作業病棟では少なくとも，15人の患者に1人の病棟員の配属ができるように計画されねばならない。

4. 病棟員又は浴室，図書館，階段講堂，薬局，実験室，消毒の担当員。
5. 必要な場合は，福祉業務員又は保健婦。「薬局，実験室に関して，職員の設定は薬剤師や監督委員会の意見にもとづき，知事の認可によって決定される。

第68条 前記67条の3，4，5項に挙げられた，宗教団体に属さない，すべての人員は，彼等が属さなければならない医長や薬剤師の一致した意見にもとづき，院長によって見習いの資格を任命される。

志願者は男女共フランス国籍の21才以上でなければならない。また看護人の国家免状を持たない場合には，少なくとも初等教育修了証書を持っているか，それに相当する試験を受けなければならない。

一年の見習後，専門能力を十分に示した見習員だけが，関係した病棟の医長の合同意見にもとづき，院長によって病棟員の資格が与えられる。この条件にかなわない者は解雇される。

正規の病棟員は資格免許にうたわれている専門の理論的な実施の講義に出席しなければならない。この資格免許のみが，彼等に看護人の資格を授けることができ，又機会に応じて，より上の職務や特別奨励金を受ける権利を与えることができる。

見習員も，これらの講義を聴くことができるが，彼等は，看護人の資格取得後においてのみ前記の特典を要求することができる。

正看護人と正看護婦，正規の病棟員は204条に定められた，懲罰委員会と医長あるいは関係のある部門の薬剤師の協議された意見にもとづき院長によってしか，免職されない。

教育制度，即ち講義や考査の綱目は，別の規定によってこれを定める。

第69条 院長は，医長と協議して，病院業務の職員，それぞれの制服を定める。その制服は，特殊規定によって定められた条件で精神病院の管理の下により給与される。制服の着用は，施設内において，並びに職務中には義務づけられる。

第70条 68条の規定は，准職員に対する細則として適用される。この規定は特に募集条件，不適格による解雇，待遇の段階，昇進方法，懲罰，現行法による労働時間，週一度の休日，年の

休暇、職員の退職制度などを決定する。(註1)

#### 第九節 医長 (Medicins chefs de service)

第71条 医療業務を構成する各単位部は一人の医長の権限に置かれる。

厚生大臣が特に認めた例外を除いては、医療業務は四百人の患者を越えてはならない。(註2)  
部門の職権は監督委員会と医長と院長の意見にもとづき、知事によって定められる。

第72条 各病棟の医長は、1838年6月30日付の法規により、医長に帰する部門内の精神病院医員に課するすべての任務を自己の責任において果す。

医長は職務によって、必要とする、すべての証書を交付する。

第73条 医長は、その病棟内の患者の処遇方法、監督方法、治療方法を規定する。

医長は単独で、患者の従事しうる仕事や訓練を患者に指示する。医長は院内勤務医や医療に関する職員に課せられているすべての任務の遂行を監督する。

看護人、雇用人、病棟員が患者のために必要な注意を払うように監督する。病室や病棟の正しい管理をするように監督する。

第74条 医長は毎日、自分の病棟の患者のすべてを回診する。その回診は朝……時には始まり、病棟のインターン、又は男女いずれかの病棟看護人が、それに随行する。

第75条 医長は、回診の時に、その責任において、回診簿や薬剤簿をつけ、又はつけさせ、医療のためにノートを取らせる。

第76条 回診簿と薬剤簿は二組に分けられる。即ち偶数日用と奇数日用である。

回診簿の数は、各々の医師の担当している病棟数と同じである。

その回診簿は各々の患者名別に食餌処方指示する。

各病棟の回診の後に、回診簿は医師によって署名され会計係に引渡され、食餌処方の検査のあとで会計係から、元の部に再び送られる。

第77条 すべての種類の薬剤処方と治療処方を各々の患者名別に指示してある薬剤簿は、各病棟の回診が終ったあとで医長によって署名され、薬局に送り届けられる。

病棟インターンあるいは当直インターンは薬剤師と劇薬配付について協議する。病棟インターンは、薬局控簿から、自分個人のために自分で行なう義務がある処方の名簿を書き抜き、男女の病棟監督人のために、看護人や看護婦に委託する医療処方の名簿を書き抜きする。

第78条 医長は治療法を定める。また入浴療法やシャワー療法を命令するための資格を持つものは医長に限られる。医長は同様にただ一人、隔離病舎への隔離と強制手段の執行を命令する資格を持つ。これらの処置に関する記載は特別帳簿と男女いずれかの監督人の報告日誌に記録される。

註(1) 規約は職員の権限と安定性を保証しなければならない。住み込み看護婦の健康や物質生活の状態を規定しなければならない。家庭的に勤める……

(2) 医療業務の分割は、義務を均等にし、夫々の単位部の施設設備並びに人員の中で、各々独立の自治制の医療業務を課すようにしなければならない。これは、同一の医師が同じ患者を、普通の併発症の場合も、精神症状に於て流動する種々の変化を示すときも診療することを可能にするためである。

第79条 医長は、各々の患者について、次のものを含む患者の観察の記録をつけ、または、医長の監督下でインターンと連絡をとり、記録をつけさせる。

姓名、性別、年齢、出生地、住所、職業、入院、退院又は死亡日の記録  
病歴その原因の記録、経過。

治療の概要

必要な場合、屍体解剖の結果<sup>(註1)</sup>

退院や死亡によって終了した記録書は、毎年索引に書き込まれ、医局の記録保存所に保存される。<sup>(註2)</sup>

第80条 1838年6月30日付法令(345条)の第20条に規定された半年毎の報告と、同じ法令の(337条、343条)第12条、第18条に予め規定された帳簿に記載される医療に関するノートの外に、各医局長は前年度の医局の全般にわたり、しかも詳しい報告書と統計表を、毎年はじめの3カ月間に編纂しなければならない。<sup>(註1)</sup>

各医局の報告書は院長に渡され、精神的(moral)報告書と行政上の報告書に付け加えられる。即ち、この二つの文書は、二通監督委員会の意見とともに知事に送付される。

第81条 患者の身体的並びに精神的状態を記録する健康報告書は、各医長によって書かれ、患者の家族から求められる度毎に医長によって伝えられる。<sup>(註2)</sup>

第82条 患者が身体的に重篤な容態になる度に、医師又は、医師不在の時には、病棟インターンか当直インターンは、院長に、家族が緊急に備えることができるように報告する。

第83条 患者の死後、ただちに、当直インターンによって、その死亡と屍体の外見の状態の確認が行われる。そして死体安置所に運ばれる。

家族への死亡通知は、院長によって緊急になされる。死亡後24時間たたなければ、屍体解剖を行うことはできない。また両親の抗告書がない場合に限る。

屍体解剖は医長又は、医長の指揮下にインターンによって行われる。

屍体解剖を行った、又は指揮した医師は、特別登録書に記載すべき調書を口述筆記させ、それに署名する。<sup>(註3)</sup>

---

註(1) 記録書は、職業上の秘密を保証するため、鍵のかかる戸棚、たとえば医長の部屋、或は又各病棟内の戸棚に保存されるものとする。

(2) n°10の表の統計や編纂の事務を容易にするために、医長は各患者毎に正確な入院や退院、死亡の個人記録を作成する。この記録用紙は、フランス総統計部と協議して採用されたものと同じ形式のものとする。

註(1) この報告は以下のものを含むべきである。

a) 統計の一部分つまり、人員の一般的な動態と、入・退院様式、病原学的報告、入院中の精神病患者の精神的病状による分類、治療結果(規則に決められた人員や昼間、或いは夜間の看護人の数に比例する病棟ごとの患者数)、作業の組織化と作業患者の配分、衛生状態や合併症、事故、事件の報告、死亡原因と無断離院や自殺の条件の詳細。

a) 統計の事実と業務の働きから引き出す教訓を詳述し、望ましい改良を提案する批判的記述。

(2) これらの日付入り報告書のコピーは個人個人の観察記録の補いとして、患者の医療記録に保管される。

(3) 家族が引取方を望まない屍体は、1929年11月15日附の通達に従い、医学校の解剖教室に使用されることがある。

第84条 伝染病又は流行性疾病の場合、医師は、院長を通して、現行法令や規定によって、定められている届出をしなくてはならない。そして院長と県の衛生部に報告をした後適当な予防処置をとる。

第85条 当局宛の手紙と1838年6月30日付法令の第29条（351条）に認められている手紙以外は、医長に検閲する権利がある。必要とあらば、その担当の患者の受け取ったり、差し出したりする手紙を差し押える権利を有する。

但し、医長は、院長宛のすべての手紙を院長に、常に渡さなければならない。

第86条 1839年12月18日附法令の第10条2項によってあらかじめ規定された、厚生大臣の与える特別な許可を除いて、医長は、施設の提供する場所に居住する義務がある。

医長は、院長に無断で24時間以上欠勤することは出来ない。又、知事の許可なしに48時間以上欠勤することは出来ない。4日以上医長の不在が続くことが避けられない場合は、厚生大臣の許可を得なければならない。

医長代理職は、他の医長が施設に居る場合、他の医長によって確保されるか、あるいは代りにその不在医長の推薦に基づき、監督委員会に意見を計った上で、知事の承認を得て院長が指名した特別医長代理によって確保される。

第87条 医長は、その職務に専心しなければならない。医長は、医者を開業することは禁じられている。ただし例外として同業者に立会に呼ばれたり、司法当局あるいは官庁から鑑定医（expert）として指名されることは許される。

医長は、精神病患者の治療を目的とする私立施設の医療業務に於て、常勤医師としても顧問医師としても管理にたずさわり、関与したりすることはできない。

#### 第十一節 外科医並びに専門医（specialistes）

第88条 外科的疾患の治療は、外科医に委託される。

第89条 外科医は、手術を要するあらゆる場合に、ただちに呼び出される。

第90条 外科医、歯科医及び専門医は、医長並びに監督委員会の意見を計った上で、院長が作成した推薦名簿に基づき知事によって任命される。

#### 第十二節 薬 劑 師

第91条 薬局及びそれに附属する製剤室の業務は、一人の薬剤師の責任及び監督下に置かれ、必要な場合には一人又は数人のインターンを補佐せしめる。

薬剤師は、試験によってか、薬事取締官（inspecteur des pharmacies）と監督委員会の意見を計った上で院長が作成した推薦名簿に基づくかによって、知事により任命される。

薬学インターンは、試験<sup>(註1)</sup>によって募集される。

---

註1) 業務の規模にかんがみ、薬学インターンの採用を必要とする施設に於ては、試験による募集方法、並びに一日単位の又は定期的な業務割当及び施設に住む義務のある当該インターンに適応すべき管理規定は、第205条に予め規定された特別規定中の一規定により、医学インターンに適用すべき条項を参考にして、薬剤師と院長との協議の上取り決められる。

第92条 施設の規模にかんがみ、施設内薬剤師を置くことが適当とは認められない場合、施設は、薬事法 (lois regissant l'exercice de la pharmacie) に準拠して、その地方自治体の一薬剤師に全面的に業務を委ねなければならない。が、この場合、施設内に薬局を置くことは出来ず、又施設内ではいかなる薬剤行為も行なうことは出来ない。その地方自治体に薬剤師がない場合には、施設は、医長のいずれかに、薬剤業務の兼業 (propharmacie) を行なわせなければならない。

第93条 薬剤師は、薬局の仕入れに関する申し込みをし、薬剤の受納に際してその品質を検査する。又、薬剤師は、薬剤を調合し、配布する。

第94条 薬剤師は、その技術により医師の処方による調合を行い、且薬局方に従ってガレノス式調合を行う。薬剤師は、調剤の実施に関する法令、規則を遵守し、職員に遵守せしめる。薬剤師は、規定された規則に従い、麻薬の会計係を務める。

第95条 薬剤師は、施設の医長名が記載されている処方にしき薬剤を交付することはできない。

また、患者並びに施設に居住し薬剤の交付をうける権利をもっているところの職員、雇員、係員、賄人への与薬のためにしか交付することはできない。

第96条 薬剤師は、薬局控帳の処方あるいは、その日の内に交付された特別処方箋に従い、患者用の薬剤を看護人に交付する。

処方する薬剤が劇薬を含む場合、その劇薬は、医長の署名を附して処方し、その調合量は、数字ではなく文字で記載し、薬の使用法を指示しなければならない。薬剤師は、患者に薬を服用させることを専門に担当する当直のインターンに限ってその薬剤を交付することが出来る。

第97条 薬剤師は、薬局の業務管理に関する簿記をつけ、又は、つけさせる。そのため薬剤師は、病院施設に於ける物品簿記に関する政令の規則に従う。

この簿記の整理に必要な帳簿類は、院長によって署名され、整理番号をうたれ、少なくとも三カ月に一度は、院長がその帳簿類を検査する。

薬剤師は、会計年度末に、前年度の会計報告を院長に手渡す。院長は、その会計報告を認可した上で、それを証拠書類として会計役の会計報告に加える。

第98条 前年12月31日現在倉庫に在庫する貯蔵品と薬品の棚卸し又は在庫品検査は、年度初めに会計役並びに院長立合いの元に薬剤師によって行われる。この検査の結果は、これに協力した人々により確認、確証され、いわゆる《薬品状況》(situation des produits pharmaceutiques) と呼ばれる報告書に記録され、この報告書は、会計役の会計報告に加えられる。又、その年度中に薬剤が破損し、使用不可能と認められた場合、その薬剤の直接損害調書が作成される。

第99条 薬剤師は、施設に居住する義務がある。薬剤師がその施設に特別に勤務する場合、薬剤師は、私営薬局の所有権、又は管理権、持つこと、及びこの種の施設に於てなんらかの利益を得ることは禁じられている。

第100条 薬剤師は、病氣治療に関する化学的、生物学的分析、栄養分析及び一般的に、施設の衛生に関するあらゆる分析の仕事を担当する。薬剤師に依頼される栄養分析に関する薬剤師の報告に対して生じた結果は、薬剤師が確認しなければならない。

### 第十三節 医学インターン

第101条 医学インターンは、教育課程を修了した学生、及び最低16の正規の登録手続をふんだ正規の教育課程在学中の学生の中から、試験<sup>(註1)</sup>によって募集され、知事によって任命される。医学インターンは、フランス国籍でなければならない。

教育課程を修了した志願者は、試験に合格した後、インターンとして任命される。当該試験は少なくとも2カ月前に予告されその試験の規定条項は、審査委員会並びに院長、医長に意見を計った上で、知事の決定により決められる。審査委員会は、施設の医者<sup>(註2)</sup>の義務参加を加えた過半数が医者により構成されなければならない。

教育課程在学中の志願者は、インターンの職務を果すため、5年次並びに6年次の実施見習期間を免除されなければならない。教育課程在学中の志願者は、厚生大臣令で予め規定された条件で行われる地方試験に合格してはじめてインターンに任命される。

インターンを募集することが不可能と思われる場合、本条の前にある数項の規定に従い、医長に意見を計った上で院長が作成した推薦名簿に基づき、知事によって代理インターンが任命される。

第102条 医学インターンは、医長を補佐し、その権限下に置かれる。医学インターンの人員は、医長の人員と等しいかまたはそれ以上でなければならない。

第103条 医学インターンの任期は、三年とする。

インターンは、その職務を放棄することなく医学博士号を得ることが出来る。

精神病院の医学試験受験インターンに対しては、院長と医長の好意的な意見に基づき、知事によって4年目並びに例外的な5年目インターンの任期延長が認可され得る。

第104条 インターンは、以下の義務がある。

1. インターンは、配属された医長を、その回診時間中及び必要な場合には外来患者の診察の際に、補佐すること。

2. インターンは、回診簿と処方簿をつけ、医学的観察記録を控えておくこと。

3. 各患者の観察結果を書くこと。

4. 劇薬を管理すること。

5. 看護職員に委託することの出来ない看護あるいは処置をすること、又より一般的に医長の指示を実行すること。

6. 毎夕16時から19時の間に短い回診を行うこと。

第105条 インターンは、以下の事を確実に行う。

---

註(1) 予告した試験の前には、地方新聞、医事新聞によって、告示を十分に行わなければならない。

1. 24時間の当直。
2. 看護職員に委託することの出来ない応急処方と特殊治療の処置及び監督。
3. 死亡確認。

インターン各員は、順番にこれらの勤務を担当する。

第106条 インターンの当直表は、医長によって認可され、院長の承認印を求め、毎月1回作成され、当直室 (salle de garde) と管理事務局に掲示される。

いかなる当直の順番の変更、又はいかなる配置転換も医長による許可を受けなければならない。

いかなる事情があっても、当直のインターンは、その当直期間全体を通じて、施設の構内から外へ出ることは許されない。

当直のインターンは、その仕事のために割りあてられた部屋か、又は自分の部屋に居なければならない。患者のそばに呼ばれた場合、当直のインターンは、自分の行った場所を特別な表に表示しなければならない。

第107条 当直のインターンは、担当の医長が不在の場合に、新入院患者を受け入れるため、又、その患者に応急手当をするため呼び出される。当直のインターンは、手術を行うこと、及び処方を作ることは禁じられている。処方を作ることは専ら医長に留保される。

病棟 (quartiers) に、稀に緊急用薬剤庫がある場合、インターンは、必要な時には、B表の物質については特にその使用を適当と認めなければならない。

第108条 当直のインターンは、重大な事故が生じる度に、その旨ただちに医長と院長に知らせる義務がある。

第109条 医学博士であるとないとにかかわらずインターンは、施設の外部と内部を問わず医者を開業することは禁じられている。

インターンの職務は、診療所医長の職務並びに公立病院、療養所あるいは他の病院施設のインターンの職務と兼任出来ない。

インターンは、施設に住む義務がある。

インターンは、医長の許可を得ることなしに又、院長の承諾なしに休暇のため欠勤することは出来ない。

配属された医長の不在の間、やむをえぬ場合を除いて、インターンには、いかなる休暇も許されない。

インターンの他の法規の条項とりわけ服務規定 (les règles disciplinaires) については、特別規定をもってこれを定める。

第110条 過失の責任が一人のインターンにある場合、院長は、自分の発議であれ、担当の医長の請求であれ、その事を懲罰委員会に掛ける。

懲罰委員会は、院長、全医長、並びに監督委員会に指名された監督委員、及び知事の代理によって構成される。



当該インターンは、一定期間中に前もって当該インターンに対して提出された懲罰理由書と一件書類を渡される。懲罰委員会は、当該インターンから事情を聴取した上で、前にある条文で予め規定された特別規定により定められた条項並びに処罰の段階に従い、懲罰の執行を知事に対して提議する。

知事は、動議決定を下す。知事は、いかなる場合にも懲罰委員会によって提議される処罰より厳しい処罰を下してはならない。知事が免職を言い渡す場合、知事は、その旨を厚生大臣にただちに通告する。

#### 第十四節 病院詰修道女 (soeurs hospitalières)

第111条 女子病棟の内部業務並びに調理室、配膳室、下着整理置場、着物及び女子患者の作業場に於ける経理の副次的管理は、院長によって作られ、知事によって認可された契約に従って、病院詰修道女に委託することが出来る。

第112条 病院詰修道女の修道女長 (la supérieure) は、女子病棟の一病棟に於て監督者の職務を果す。病院詰修道女は、一般的に、管理業務と病院業務に関しては、院長の権限下に置かれ、特に医療業務に関しては、所属する医長の命令下に置かれる。

医療業務に配属された免許状を持たない修道女は、施設に於て与えられる職業教育を受けなければならない。

第113条 修道女の業務は継続され、いかなる事情によっても昼夜を問わず中断することは許されない。

従って、その業務を担当する修道女は昼夜病院内 (section) に居住し、昼の間は、勤務時間中も、食事中も、少なくともその病棟……名の修道女が居ることが保証されない限り、その病棟を離れることは許されない。

第114条 修道女は、経理に関するその全職務部門に於て唯一の責任者である会計役の代理として行動する。

第115条 女子病棟の看護婦並びに職員は、病棟婦長 (chefs de quartiers) である修道女の命令下に置かれる。

第116条 修道女長は、病棟の各種の仕事に於ける修道女の配置について院長並びに医長と協議する。

第117条 その副次的管理が修道女に委託される経理の係員、傭員は、必要な指示を会計役から受ける修道女長、並びに経理に配属された修道女の命令下に置かれる。

#### 第一五節 医療業務の補佐職員及び下級職員

第118条 病棟監督人 (le surveillant de section) あるいは病棟婦人監督人 (la surveillante de section)、副監督人と副婦人監督人、病棟婦長及び病棟主任看護婦、看護人、看護婦、病棟職員は、医療業務並びに患者のそばで果さなければならない職務については全て、それぞれの医長の命令下に置かれる。

第119条 各医長は、その命令下に一人の病棟監督人又は病棟婦人監督人をもつ。

病棟監督人と病棟婦人監督人は、その病棟の衛生、秩序及び一般の規律を担当する。病棟監督人と病棟婦人監督人は、医学規則の厳正な実施を監督しなければならない。病棟監督人と病棟婦人監督人は、病棟の備品と動産の管理を保証する。

第120条 副監督人、あるいは副婦人監督人は、それぞれの職務に於て病棟監督人並びに病棟婦人監督人のそばにいて補佐し、不在の場合には、その代理を務めなければならない。

副監督人あるいは副婦人監督人は、浴室の監督及び病室の業務を、より専門的に担当する。副監督人あるいは副婦人監督人は、短い包帯や、吸玉 (ventouse)<sup>(訳註)</sup>等、インターンに留保されない看護処置の実施を保証する。

第121条 病棟婦長は、各自の病棟に於て、その所属する病棟監督人と同様な、規定に則った権限を持つ。

病棟婦長は、より専門的に以下の事を担当する。

- 食事の配給及び給仕。
- 病棟婦長に責任がある動産、備品、衣類の管理。
- 看護人及び患者（その衛生、清潔、看護、回診）の全体的な監督。
- 医長に提出する文書の作成、及び病棟に於ける業務上のあらゆる出来事を詳述する報告日誌の作成。

第122条 夜勤は、以下のように定められ、最少限、次のものを含む。

1. 特別な監視を必要とする病状の患者によって占められた病室に対する十分な人数の職員で継続される当直。

2. 医長の定める時間に毎晩行われる当直長 (chef veilleur) に委託された全病室の見回り。

この見回りの結果として、各病棟監督人は、毎日報告書を作成し、その報告書は、タイムレコーダーの記録と共に、医長の承認を受ける。

いくつかの病棟間に、内線電話網に加えて、呼び出し用ブザーと警報ベルがなければならない。

第123条 病棟監督人又は病棟婦人監督人は、毎朝、回診の前に、患者、職員 (population) の毎日の行動の次の頁に記載する報告により、患者と職員についての業務活動、及び前日からのあらゆる観察事実を医長に報告する。<sup>(註1)</sup>

第124条 病棟婦長が、安全のため、至急強制手段に訴えざるを得ない場合、病棟婦長は、ただちにその旨を、病棟監督人あるいは病棟婦人監督人と同時に病棟のインターンあるいは当直

---

(訳註) 膿汁などを吸い出すのに用いるもので、鐘状のガラス器具にゴム球をつけたもの。

註1) これらの報告書は、毎度別に整理された毎日の書付ではなく、製本された一冊の帳簿に書き込まれ、一般書類保管室 (les archives générales) でリストを作り、医局の書類保管室 (les archives des services médicaux) で保管される。

のインターンに知らせなければならない。これ等の人は、このために予め用意された控帳<sup>(註1)</sup>に記載した上で、その旨を出来るだけ早く当該医長に知らせ、前の条項に引用した毎日の報告書に記載する義務がある。

第125条 病棟監督人と病棟婦人監督人及び医療業務又は一般業務の職員には、いかなる処罰であろうと患者に処罰を加える事、又規則が彼等に定める管理規定あるいは医長が彼等に命ずる管理規定の条件を何事によらず変更することは、厳禁されている。

第126条 重大な過失、とりわけ勤務中の酩酊あるいは脱走の共謀を犯したいかなる職員も、担当医長の適当な意見と報告に基づき院長によって、ただちに停職処分に付せられ、必要な場合には、204条に引用した懲罰委員会の召喚を待たなければならない。

裁判上の起訴は別として、患者の身体に関する故意の暴力行為又は虐待、殴打及び婦女暴行の罪を負ったあらゆる一般業務職員、あらゆる病院職員についても同様である。

#### 第十六節 宗務の執行

第127条 礼拝の挙行は、信仰の自由の尊重を保証し、宗教上の義務の遂行を許すようなやり方で、施設の中で行われる。

共同病室に於ける公の礼禱は禁じられている。

第128条 カトリック教の宗務の執行は、院長の推薦に基づき知事によって任命された施設詰司祭に委託される。

第129条 施設詰司祭は、毎日、ミサを行ない、毎日曜、祭日には、晩課、聖体降福式及び慣例の執行を施設の中で行なう。

ミサの時間は、日曜日祭日は……時、祭日でない日は……時と定める。

施設詰司祭は、宗教的救済を求める患者並びに公務員、雇員、業務員にそれを与える。

他のあらゆる特別な臨時の勤めは、院長に許可された場合に限りて挙行することが出来る。

第130条 男女の患者は、医長に許可された場合に限り、礼拝に参加することが出来る。男女の患者は、礼拝堂の内部で完全に引き離されなければならない。

第131条 院長もしくは医長は、臨終の秘跡の授与についての当事者達の要請に基づき、施設詰司祭にその旨を知らせ、司祭が臨終患者のそばに近づくことを許可する。

第132条 施設詰司祭として施設の中に入ることを許されるカトリック教以外の宗教の聖職者は、院長の推薦に基づき、知事によって任命される。

院長は、聖職者達が各自の宗教の勤めを行うに足る場所を自由に使用させなければならない。患者、あるいは職員により礼拝参加の要請がなされる場合、その患者あるいは職員は、担当の医長の許可を得た場合に限りて礼拝に参加することが出来る。

カトリック教以外の宗教の宗教は、院長と聖職者との協定により取り決められる。

これ等の聖職者は、カトリックの施設詰司祭と同じ条件のもとに臨終患者の前に呼ばれる。

---

註(1) この控帳には、強制手段の動機、方法、継続時間並びに強制手段を加えた職員名が表示される。

第133条 施設詰司祭並びに他の宗教の聖職者は、無料で宗教を行ない、施設の扶養を受ける。施設詰司祭並びに他の宗教の聖職者は、いかなる謝礼も要求する権利がない

施設詰司祭並びに他の宗教の聖職者は、施設の近くに住んでいる場合を除き、出張費の返済を要求する権利がある。

第134条 施設詰司祭及び他の宗教の聖職者は、患者と交渉を持つ前に、医長から必要な指示を受けなければならない。

施設詰司祭及び他の宗教の聖職者は、医長から、その存在が患者に害があると言い渡された場合、患者とのあらゆる関係を断たなければならない。

施設詰司祭及び他の宗教の聖職者の交渉は、患者もしくはその家族の依頼に基づいてのみなされなければならない。

#### 第十七節 休 養

第135条 施設に居住している雇員の中でも、特別な肩書を持ち、退職手当の特権を認められない雇員に基づき、知事が決定し、必要な場合には診断書を提出して、厚生大臣の同意を得れば、休職が認められることがある。

いかなる種類の年金にせよ、現職の最終3年間に受けとった平均俸給額の半分以下の、勤続年数に基づく年金の特権を持つ30年勤続の正職員に対しては、病院勤務、兵役、非兵役を問わず施設に於て少なくとも20年勤務したことを条件として、上記の定率に達するように計算された毎年交付の終身手当が認められる。

#### 第十八節 入院、退院、死亡

第136条 関係官庁 (l'autorité) から入院等級 (l'ordre de placement) の推薦を受けた患者並びに、家族が法定の形式及び規定の条件にかなっていると認めた患者は、昼夜を問わず、いつでも精神病院に収容される。

第137条 入院の際、医長あるいはその代りに当直のインターンが入院診断書を作成し、その患者を診察し、医学上の禁忌の場合を除いて入浴を命じ、病棟を指定する。病棟では、下着と洋服を着換えてから、所持品調査が行なわれ、患者は部屋に入れられ、応急手当が施されなければならない。

第138条 家族の費用で療養する収容患者は、各種の療養費に応じて……等級 (classe) に分けられる。

収容患者の一番下の等級は、公共団体 (les collectivités publiques) の費用で療養する患者によって共通の管理規定の等級を構成する。

一日の料金及び療養費の料金は、1931年3月31日の歳出予算案の規定の制限内で、毎年予算編成により決められる。

第139条 療養費は、3カ月ごとあるいは1カ月ごとに前払いされる。収容患者の退院あるいは死亡の場合、前払いした金額は、各施設の特別規定によってきめられた条件で払い戻される。

第140条 収容患者各人は、入院の際に衣類を持参しなければならない。衣類の内容は、205条に予め規定された特別規定にきめられている。(註1)

衣類は家族の負担とする。即ち、衣類は、全て家族によりその出費で維持される。

衣類は、収容患者の退院、又は死亡の際にあるがままの状態で返される。

衣類が、死亡通知あるいは退院から6カ月以内に引き取られない場合、その衣類は施設の所有物となる。

第141条 特別料金協定 (les abonnements) は以下のものに対してなされる。

○ 男の患者の特別な奉仕業務 (le service particulier) に配属された看護人に対して。

○ 女の患者の特別な奉仕業務に配属された看護婦に対して。

○ 衣類の維持費が療養費の料金の中に含まれない場合、収容患者の衣類の維持費に対して。これらの料金は入院費と同時に、同様の方法で支払われる。

その総額は如何なる場合に於ても前年に登録された原価 (prix le revient) より少なくなることはない。

患者は常時入院可能である。但し衣類は予め認められたもの又は破損されていないものでなければならない。

第142条 県の費用でまかなわれる患者の衣服、下着及び種々の所持品は、退院の際患者に返却するために、入院時に預り品目録に記載され、特別の倉庫に預けられる。

患者入院の際、預り品目録に記載された宝石、有価証券、現金等は、受領証と引換えに直ちに出納役の金庫に保管される。(1)

患者死亡の際は、他の全ての動産、特に民法731、767、769条等により正統な相続人又は公物に属することになる、出納役の金庫に保管されている有価証券及び現金を除き、患者の私用に供した動産類 (下着類、衣服類) は施設の所有物となる。

第143条 公立施設の費用でまかなわれる患者が退院する場合、患者に返却せねばならない衣類が不十分である場合は、施設の管理者がそれを代替するもしくは補充する。

第144条 未丁年者もしくは禁治産者たる患者は、たとえ退院が許可され、又は退院命令を受けても、その身柄に関する権利所有者、もしくは、受領証に基き、患者に属する一切の物品を受けとる唯一の資格を有する正式に許可された相続人しか引渡されない。

第145条 患者が施設内で出産した場合、院長は、医師の同意を得た後に、その出産児の健康保持に必要な処置を行ない、戸籍係に出生届を出し、その旨知事に通知する。

第146条 患者が死亡した際、院長は24時間以内に戸籍係に届を出し、特別記録簿に死亡証明書作成に必要な情況報告を記入させる義務がある。

第147条 患者が自殺又は殺害によって死亡した場合、院長は死体情况及び死亡事情の確認の

---

註(1) 家族から調達された衣類は、会計役に手渡され、会計役は、着換えとして後に持参された衣類の明細受領書を交付する。

ために、一人の警部と担当医長を呼ぶ。

医長は調書を作成する。その調書は毎月の凍結財産目録 (annotations) に引続いて法定記録に記載される。

第148条 公立施設の費用でまかなわれる患者の埋葬は無料である。

第149条 埋葬は、監督委員会の見解に基き院長が採用し、知事の認可を得た法令により、規定されその料金が定められる。

#### 第十九節 日 課

第150条 各種の、身体的に健康な収容患者は、5月1日より10月1日までは午前……時に、10月1日より5月1日までは……時起床とする。

第151条 毎朝30分間は洗面及び身辺の整理に当てられる。

#### 第二十節 規 定

第152条 食餌規定は入院費に対応する諸等級によりそれぞれ定められる。食餌規定は、本規定に附加された、院長が提案した医師との合意に達した一覧表により定められる。

食餌規定は医長の文書による正当なる意見によってしか変更されない。

第153条 食餌規定は次の様に定められている。

- 一等入院患者
- 二等入院患者
- 三等入院患者
- 入院患者
- 非勤労一般食餌規定患者
- 勤労一般食餌規定患者
- 上級職員
- 補佐職員

入院者は自分の属する等級の療法の下に置かれる。……等級の患者及び公立施設の費用によってまかなわれる患者は一般食餌規定による。

規約上あるいは償還さるべきものとして施設の賄いにより供される職員の食餌は、その施設の特別規定により定められる。

各等級又は各種類に相応する三食に関する、規定に基いた献立の構成と食料品割当額の一覧表は補遺として後にあげる。(1)

第154条 週の毎日を肉食と定める。但し金曜日と魚肉の調達が可能なら金曜以外の日を除く。

第155条 食餌規定は処方に基づく医師の指示以外には個人的に変更されることはない。

第156条 回診簿の作成と給食業務のために、給食の分類が次の如く定められる。

- 1° 牛乳食
- 2° 牛乳野菜食
- 3° 処方に基く特別食

- 4° 在院者：重食餌療法，軽食餌療法
- 5° 一般食患者：重食餌療法，軽食餌療法
- 6° 勤労患者：重食餌療法
- 7° 児童：重食餌療法，軽食餌療法
- 8° 上級職員：重食餌療法，軽食餌療法
- 9° 補佐職員：重食餌療法，軽食餌療法

第157条 あらゆる等級の在院者もしくは身体的に健康な入院患者の食事は，集會室とは異なつた食堂に於て合同でとられる。但し処方に基づく医師の指示により患者が別個に食事をせねばならぬ場合，在院者が特別食餌療法を要求する権利を有する場合はこの限りではない。

必要かつ継続的な監視を確実ならしめるため全ゆる有益な処置がとられねばならない。

看護人及び看護婦の食事は，患者の食事の前後に行われる。

第158条 昼食と夕食の間に，最も激しい労働に従事する患者に軽食が提供される。児童の間食も同様規定される。

第159条 飲用或いは調理の準備に使用される水は専ら飲料水によるものでなければならず，かつ定期的検査の対象となる。

施設に供せられる肉類は，そのために，特別に派遣された獣医により検査され，検査印を押されたものでなければならない。

調達された食料品については，必要な場合には分析のために検査見本を採取しなければならない。(1)

第160条 食餌規定に関する規定の実施に関して医長により作成された適切な意見書は，院長により会計役に伝達される。会計役は調理室に引渡された食料品の正しい準備，正しい使用，各医局の係員への合理的な分配，食事に際しての清潔な容器に入れての確実なる各局への到着運搬途中の気候不順，汚染，温度の低下よりの保護等の嚴重な監視に当る。会計役はさらに，調理室及びその付属建築物，又そこに働く職員の清潔，衛生に配慮せねばならない。器具類及び食器に関しても同様である。

各々の病棟は，配膳の前に食物を温めるための加熱板又はかまど，使用後の食器を置くための流しを有する食膳支度室を有さねばならない。

患者用の食器及びテーブルクロスの種類は毎食後に，炭酸塩を加えた熱湯で処理される。煮沸により消毒可能なそれら食器の型は，病棟の用途及び収容者の状態に適合したものでなければならない。

所有地の耕作，農業及び園芸の開発は，牛乳の経済的生産の確保及び献立の多彩化を容易ならしめるために管理されねばならない。なおその収穫物は，明らかに収容者の需要を上回った時以外は，外部に販売したり，償還すべきものとして職員へ譲渡したりすることはできない。

#### 第二十一節 寝具，衣服及び衛生処置

第161条 不動産の型の撰択，衣類の撰定は，予め医長が出した意見に基かねばならない。

収容者の使用するベット及びそのスプリングは金属製とする。

柔軟な金属製薄板のついた金属製スプリングは容易に外れないようにベットの枠に固定されていなくてはならない。

第162条 寝具は次のものを含む。

十分な厚さの純毛マットレス一枚。リンネル、馬の尻毛又は羽根入りの長枕一個。枕一個。夏期一枚。冬期3枚の毛布。

第163条 興奮患者、排泄物の始末のできない患者、てんかん患者等のための特別病棟の特殊な型のベット、寝具は、患者の状態に適応するように配慮される。

第164条 病室備えつけのベットには、さらに、もう一枚のマットレスが備えられ、かつ各々のベットのそばに金属製のナイトテーブルが備えつけられていなければならない。

第165条 衣服類及び下着類は、補遣で挙げる一覧表に規定されている品々を各患者に支給できるように、又166条で定められている供給の条件に基いて、その交換が容易に行われるように、補充されねばならない。(1)

第166条 衣服類及び下着類の交換は以下の如く定められている。

シャツ、ハンカチ、ソックス、ストッキング、ボンネット、前掛、タオル等は週一回。

シーツ、枕カバー等は二週間に一回。

長ズボン、チョッキ、上着、スカート、ベチコート、靴、木靴、帽子等は必要に応じてその都度交換。

原則として、冬着は10月1日に、夏着は5月1日に支給される。冬期用の毛布は10月1日に支給され、5月1日に回収される。

各患者は、個人用として次の洗面必需用具を有する。

タオル、櫛、歯ブラシ、女子に対しての生理帯。(2)以上の物品は必ず個人用のものであること。

定期的散髪は医長(複数)の協力の下に院長によって定められる。

第167条 興奮患者及び不潔患者によって破損又は汚された物品は、必要に応じて取換えられる。

第168条 衛生的条件下に集められた汚れた下着類は、伝染病患者の寝具及び下着衣服類を適切に処理するために設備されていなければならない洗濯場に迅速に直送される。伝染病患者であることが確認された者の衣類は、さらに消毒され、適切な予防処置がなされる。

汚染された衣類の運搬には特別の車輛が当てられる。この車輛を他の目的で使用してはならない。(3)

第169条 入院患者は毎週一回の入浴、シャワーをする。

入浴は、そのために用意されている記録簿に記載され、毎週医長の承認を得ねばならない。この記録簿には同時に、患者の定期的体重測定の結果も記載される。

第170条 日常の衛生維持のため、施設の各病棟に、洗面台、脚湯器、ビデ等が備えられる。



これらの数は、医長の意見に基き、患者の人数に比例するように配慮される。

他の汚物同様最も迅速かつ最も衛生的な方法によって排出が行われねばならぬ便所に関しても同様である。

## 第二十二節 作 業 (1)

第171条 施設に於ては、患者の治療手段及び楽しみとしての作業が行われる。

73条第2項の規定に基き、医長だけが作業に従事すべき患者を指名し、それら患者の従事可能な作業の種類を指示することができる。

作業は次の三形態で組織される。

- 1° 農作業（庭仕事、園芸等）
- 2° 施設内の洗濯場、仕事場、作業場等に於ての一般作業及び家事
- 3° 治療作業所内での作業

第172条 通常、ポンプ、車輪、粉ひき機の操縦のような専ら筋肉を酷使する作業に精神病患者を従事させること、及び精神病患者を施設の局外者に任せることは禁じられている。(2)

又、一件書類及び職業上の秘密とされる文書を知らしめるような、一切の記帳業務に入院患者を従事させることは同様に禁じられている。

第173条 勤労患者の人数は制限されていないが、施設の予算作成に当り、各医長は、場合により報酬支払の対象となる、担当病棟の患者概数を院長に示す。

第174条 医長は如何なる場合に於ても、作業の一般状況、患者の衛生及び安全管理を掌握していなければならない。

医長は各々の患者の一日の作業時間を定める。如何なる場合に於ても、この労働時間は8時間を越えてはならない。

患者は作業中その任務を任された職員の監視及び責任下に置かれる。

第175条 日々の作業に対し、患者は基本報酬と呼ばれる日給を受ける。

従事する作業の性質により、この報酬は、最低から最高まで異なった額が定められている。最低の報酬額は、普通郵便一通の郵税と同額とする。又最高額は、最低額の5倍と定められている。

作業による生産物より生ずる余剰は、次のように使用される。

- 1° 後出181条に定める連帯基金への繰入れ。
- 2° 入院患者の集団的利益において為された出費の支払い。
- 3° 175条で定める作業基本報酬に加えて、患者に対する補助手当の支給。補助作業報酬と呼ばれる補助手当の額は、各患者に対し、医長によって定められる。

第176条 各作業場の長、看護人、指導員は、毎日、月間報告書に、患者の実労を、一日、半日、 $\frac{1}{3}$ 日という具合に記入する。

第177条 医長の署名のある前記の報告書は、各患者の、報酬に関する権利を明らかにする。当該患者に与えられる金額は、毎月決算され、予算に經常された予算額に基いて、振出され

る為替の対象となる。

この為は、会計係に引渡される。会計係は、その額を、基本作業報酬、あるいは補助作業報酬に関する取引を行なうため、第三者の勘定項目中の当該勘定項目に繰入れる。

患者自身から要求が生じた場合には、医長の許可、あるいは同意に基き、賦払い金は、常時、月の中間でも、決算され〔為替で〕支払うことがある。

第178条 各個人の報酬額は、会計役のつける作業報酬帳簿の、作業労働者のために設けられた個人別勘定項目貸方に記入される。

この帳簿は、院長により監査される。又もしその要求があれば、その担当患者に代って医師に伝達される。

第179条 廃止

第180条 退院する患者は、全て、作業報酬項目に預けられている金額を受けている。

第181条 一方では、予算に組み込まれた補助金により、他方では、作業治療場の余剰の一部によってまかなわれる連帯基金が創設される。この基金の中から、患者の退院、仮退院、あるいは休暇の際に、当座の必要を満たすに必要な貸付金や施与金が拠出される。

第182条 廃止

第183条 患者自身が申し出た場合、医長の許可、あるいは同意があれば、患者は、作業報酬項目に記入されている金額を自由にすることができる。

作業報酬の支払いは、受領証と引換に、現金で行われる。この支払いは、医師の許可、又は同意の下に行われる。

患者に現金で支払れた金額は、各患者の名で設けられている個人別項目の借方に記入される。

第184条 医長の同意、及び院長の命令により、作業労働患者は、自分の作業報酬の余剰を、家族のために、自由にすることができる。

第185条 患者死亡の場合、精神病者の作業報酬は施設に属する。

### 第二十三節 知的作業及び娯楽

第186条 知的作業及び個人又は団体での娯楽(ゲーム、散歩、レクリエーション、祭礼等)は患者に許される。

それは医長の指示に基いて行われる。

患者による賭博行為は、これを禁ずる。

第187条 公立施設の費用によってまかなわれる患者は、本人が申し出て、医師の許可があれば、毎月300グラムの刻みタバコ又は200グラムの紙巻タバコの無料配布を受ける。

契約によりその分量が定められた嗅ぎタバコ、或いはタバコは、家族の要求があればその出費で、医師の許可の下に、入院者に与えられる。

第188条 如何なる患者も勝手に火を起してはならない。

第189条 患者の図書館利用は自由である。左記図書館用の書籍、定期刊行物の選択、購入に先立ち、まず医長の適切なる意見が求められる。

図書の帯出は、担当医長の許可がある場合しか認められない。

#### 第二十四節 面会及び外出

第190条 家族及び友人による患者の面会は、医長により作成され院長の承認を得た書状による許可が必ず必要である。

患者の面会を許可された者の氏名は権利所有者によって発表されるものとする。

第191条 面会は数人の病棟看護人（男女）の監視の下に、面会室又は庭で行われる。特別の場合及び医長がその必要を認めた場合、面会は収容患者の病棟又は各自の部屋で行われる。

面会時間中になされる監視により食料品、禁制品の持込み、秘密の通信、患者に対する一切の依頼等が防がなければならない。

病棟の看護人（男女）は毎日の報告又はこの目的のための記録簿に、面会を受けた患者名を記入する。又面会者名簿には前記の許可の提出、患者及び面会者の氏名、患者との続柄、日付、面会時間、監視に当たった看護人（男女）の氏名、患者の態度、事故の有無等について記載する。

第192条 面会は、医長が承認し院長が認めた特別な支障が無いかぎり毎週……曜……時より……時までに行われる。

面会時間は医長の許可の下に、一定の時間内に限られる。

面会は、その結果患者が興奮した場合、又は混乱或いは事故を発生せしめた場合には、直ちに中止されねばならない。

第193条 如何なる患者も、病棟看護人（男女）の付添又は書面により施設外での患者監視の責任を負った親族及び友人に委ねられた場合のみ施設外の散歩が許される。

一切の散歩の許可は、その責任を負った親族及び友人がこれを書面により要求し、医長の承認及び院長の許可を以てなされる。

この要求書は施療記録保管所（archives médicales）に保管される。

#### 第二十五節 一般規定

第194条 施設の門は、4月15日より7月15日までは午前……時、7月15日より4月15日までは午前……時に開き、前記の第一期には午後……時、第二期には午後……時に閉まる。

第195条 門衛は如何なる者に対しても例外なく、院長より与えられた特別の命令を実行する義務がある。なお、この命令は門衛詰所内に掲示しておかなければならない。

第196条 1938年6月30日付の法令第4条（332条）により規定されたる当局者（autorités）の訪問の際、医長は常に前記当局者の規定を守るよう、予め院長より通告されていなければならない。

第197条 1938年6月30日付の法令第4条（332条）に列挙されたる者以外の局外者の施設訪問は院長の許可及び責任を以てのみ許される。

なお、この際一人以上の同伴が必要である。

第198条 院長は知事の認可の下に、患者に種々の品々及び菓子類を院長及び医師の認めた価格（原価に売場の維持費を加えたもの）で販売する食料品売場を設置することができる。

第199条 如何なるアルコール飲料及び危険な器具も、その持込みは固く禁じられている。院長は医師の要請により食料品、書籍の持込みに許可を与えることができる。

第200条 施設の被雇用者特に門衛による患者との商取引は一切固く禁じられている。

第201条 患者は担当医長の許可なく自由に金銭を所有することはできない。

第202条 管理課、医局管繕課に勤務する職員は、如何なる名目であろうと金銭を受けとることを禁じられている。たとえそれが特別奉仕の報酬であれ、公立病院収容患者のための寄託金であれ例外ではない。

寄託金は出納役のみが受けとることができる。

第203条 男子職員の女子病棟への立ち入りは、職務上その必要が生じ、医長及び院長の許可を得た場合以外は禁じられている。

この立入りは如何なる場合でも次の者のみ許可される。院長、医長、薬剤師、インターン、会計係、宗教儀式を行う施設付司祭及びその他の宗教的儀式を行う者、1838年付の法令第4条(332条)により規定されたる当局者。

第204条 前記62条、68条、70条の特別規定により、院長の任命権下に置かれている職員の懲戒処分の等級が定められている。

院長は書状により職員を召喚し、一件書類に事情を記し、かつ釈明書をとった上でこれらの処罰を言い渡す。

10日以上停職、昇級延期、格下げ、休職、免職等の処分は如何なる場合も、当該官吏と同種の職にある職員の代表最低2名を含む懲罰委員会の正当なる判断の下に言い渡される。

院長により言い渡された免職は全て知事により厚生大臣に通告される。

第205条 院長は医師、薬剤師、各局長及び監督委員会の見解に基き知事の認可を得た上で前条の規定の他に治療、衛生、懲戒、院内秩序に関する一般規定を採択する。

これらの規定は厚生省に報告される。(1)

第206条 上記の規定の写しは院長により医師及び各局長に手渡される。なおそれらの局長は自分の後任者に対し、正式に認められた追加及び修正規定を知らせておく義務がある。

4部の写し(その追加及び修正が認められた時はその都度理事(direction)によって通知される)は、その中2部が医局の書類保管所、あとの2部は管理課の書類保管所に保管される。

第207条 上記の規定は厚生大臣の認可に基く。

大臣の認可後、その本文は規則書に従って掲示される。又それを望む者には誰にでもその本文が知らせられる。

## 家族コロニー (colonies familiales) に関する規定

1944年4月13日付法令

第1条 その原文が本法令に附加されている模範規定は、家族コロニーに関しても適用され

る。

## 家族コロニーに関する模範規定

第1条 家族的宿泊センター…は、精神病者の居住及び異家族的 (hétéro-familial) 治療に当る援護施設である。

第2条 家族的宿泊センターは、精神病院の医師団に所属するひとりの管理医師によって管理される。

センターの一切の業務は、第3条の規定を除き、施設の円滑な運営の責任を負う管理医部の職権下に置かれる。

第3条 施設の規模にかんがみ必要な場合には 精神病院の医師団に所属する医長によって管理されるいくつかの課に分けることができる。この場合には、各課の医長は、担当課における患者の居住の監視ならびに治療に関して、管理医師に帰属する職権を行使すると同時に、その責任を負うものとする。

第4条 如何なる患者も、管理医師の同意なくしては、直接的にせよ、移送によるにせよ、センターへの入所を許可されない。管理医師は、時により、諸課中より患者を選択し振り分けを行う。各課の医長は、少なくとも二週間の観察の後に、引渡された患者を拒否することができる。

第5条 施設は医療行政センター、附属建築物宿泊所より成る。

第6条 医療行政センターは、入所患者の観察、及び家族的宿泊所に収容できない患者の治療のための一棟ないしは数棟の病舎を含む。これらの病舎には、精神病治療に絶対必要な専門備品が備えつけられる。このセンターは同時に、管理課、及び総務課（作業場、浴室等）を含む。

第7条 センターから離れた所にある附属建築物は、少なくとも、看護人の監視下に置かれる患者のための集会室、一室を含む。

第8条 宿泊所とは、そこに、入所患者の出入り自由の場所があり、及び養護人と呼ばれる特別な係によって患者に生活条件があたえられるところをいう。同一宿泊所内に異性の患者を収容することはできない。各養護人は、原則として、同時に3人以上の患者をうけ入れることはできない。

第9条 宿泊所は、原則として、施設及び附属建築物の周囲に集中して建てられるものとする。或は宿泊所は、監視可能の範囲内で、散在させることができるものとする。

第10条 入院患者の受け入れを希望する者は、その旨管理医師に申請しなければならない。管理医師は、受け入れ希望者の品行、収容能力等を調査の上、理由を付すことなしに、承諾又は拒否する。管理医師は、いつでも入所を中断あるいは禁止することができる。

第11条 管理医師は、入院患者に割当てべき宿泊所を指定する。養護人は、推薦された患者を、受け入れることも、拒否することも自由である。患者は、管理医師及び養護人の要請に

より、予告なしに、その宿泊所より退所させることができる。

第12条 患者を受け入れる際、養護人は、患者の看護、住居、食事、暖房、照明、洗濯等を保証せねばならない。養護人は、如何なる場合に於ても、病人であること、他人であることを考慮した上、自分の家族に接すると同様の態度で看護しなければならない。養護人は、如何なる場合に於ても、患者に対して、強制手段を用いてはならない。全ゆる暴力行為又は虐待は、時には司法人の起訴の他に、入所中止、又は禁止の処分に付される。

第13条 養護人は、収容患者の事故について、即刻、施設の管理委員会に通報しなければならない。

第14条 一切の治療は、施設がこれを行う。緊急の場合を除き、管理医師は、それを必要と判断した時は、単独で、施設外の専門医の助力を乞うことができる。センターの医師の許可がなければ、如何なる投薬も行ってはならない。投薬は施設がこれを行う。人工補整器の費用は家族の支払いとされる。

第15条 管理医師は、患者の食事、住居に関して、いくつかの条件を要求することができる。

食事は、健康上良いもの、かつ豊富で、一般に、養護人の家族と同じでなければならない。原則として各患者は、毎週、最低、4キロのパン、1リットルのブドウ酒、週4日合せて約1キロの新鮮な肉、これとは別に、野菜、牛乳、バター、チーズ等が与えられる。

部屋は、一人当りの容積が約20立方メートルなければならない。又養護人によって清潔に保たれていなければならない。部屋は適当な換気と暖房がなされる。家具は、寝具、洗面用具の他に、少なくとも、テーブル一台、椅子一脚、洋服ダンス一棹を含まなければならない。

下着類は、必要に応じて、頻繁に取りかえられなければならない。肌着は少なくとも毎週一回、シーツは毎月一回とする。

便所は、使用し易いものであって、入院患者が自由に使用できるものでなければならない。

第16条 衣類は、施設によって、各患者に支給される。衣類の管理は、金銭的にその責任を負っている養護人に任される。

養護人は、衣類の保存、管理に注意を払わなければならない。養護人の不注意により生じた、衣類の紛失、使用不能等は、養護人の負担とする。巨額の修理、及び破損衣類の交換は、施設がこれを行う。

第17条 養護人に対して、知事によって定められた、患者一人当りに対する日給が支払われる。この手当は、医局長によって割り当てられる、知事が定めた額内の、特別手当によって補うこともできる。

第18条 施設内の作業労働患者に支払われる作業報酬の額は、医局長の答申に基き、その地方の作業報酬の慣例額を考慮した上で、知事によって定められる。

第19条 入院患者は、養護人の利益のための、如何なる作業をも強制されることはない。

定職に従事する入院患者は、その雇用者より、施設から作業労働患者に支払われる作業報酬額以上の報酬を受ける。

第20条 管理医師は、患者が所有する金銭の全額、あるいは一部を、会計課の個人別勘定項目に預金することを強制できるか、あるいは強制する義務がある。

第21条 養護人は、如何なる場合も、収容患者の現金、又は有価証券を所有することはできない。必要の場合には、患者はそれらを管理課に委託しなければならない。

第22条 各々の入院患者の《茶菓代》の寄託金額は、養護人の答申の下に知事が定めた額を上回ってはならない。この額を超える分は、各自の《世襲財産》に繰り入れなければならない。

第23条 宿泊所、収容患者の監視は、管理医師の職権下に、補佐医師の監督の下で、巡回看護人（男女）によって行われる。巡回看護人は、受け持ち地域の宿泊所を定期的に視察する。巡回看護人は、宿泊所の活動状況、留意事項を管理医部に報告する。管理医師は、時々、巡回視察を行う。

第24条 監視に携わる職員は、絶えず、入院患者の部屋に赴き、部屋の管理状態、患者に供される衣類、食事の状態等を確認せねばならない。監視人は、視察の際、その目的のために各宿泊所に備えつけてある日誌に署名する。

第25条 一人以上の専門のアシスタント・ソシアルが、特に患者と一般の人びととのあいだ当該アシスタント・ソシアルは、宿泊所の管理に関する助言を養護人に与える。アシスタント・ソシアルは、管理医師又は医長に要請された調査（特に、患者と家庭との関係、休暇、退所等）にたずさわる。

第26条 施設の職員は、養護人より、如何なる贈り物をも受けてはならない。もしこれに違反した場合は嚴重に処分される。

第27条 医局長は、入院患者が、その宿泊所外を自由に往来できる時間を定める。又患者が公的場所に近づくことを禁止することもできる。

第28条 入院患者は、管理医部の署名入りの許可なくして、家族的宿泊所の周辺外を、自由に往来することは許されない。なお、この周辺とは、宿泊所の群立する敷地の全体と同一範囲である。

第29条 患者のうちの或る者には、自分の家庭であれ、患者の扶養と監視を引き受ける個人の家庭であれ、作業をするという条件の下に、長期の退所が許される。

後者の家庭での場合、作業条件、その報酬額は、管理医師との合意の上で決定される。この条件の実行は、社会復帰課によって監視される。

これらの許可は、管理医師の答申に基き、知事によって認可される。

第30条 緊急の場合に備え、センターに於ては、昼夜を問わず、監視業務が行われる。毎朝、医師一名が、医務室にいて、患者の要求にそなえる。

作業による治療は、従来、精神病院内で、尊重されてきた。その規定案については、1839年12月18日付の法令に於て、すでに触れてある。1857年の模範規定に於ては、その規定のうちの数多くの条項がこれに当てられ、その大部分は、若干を現代的に改めた上で、1938年の模範規定に再び採用された。

精神病患者の作業機構の問題は、元来、これらの患者が、一般に、身体強健であることから生じた。まず、如何に時間を費し、如何に閑暇を避けるかが問題となった。当時、作業は積極的な治療効果をもつと共に退屈をまぎらわしてくれるものと考えられていたのである。

比較的最近に至るまで、《困窮》患者によって行われる作業というものは、いわば、入院費の軽減を計るものでなければならぬと一般に考えられていた。施療団体に於て作業を有益であるとする原理の肯定は、一般に団体に対して患者が負債を負っているという観念を示す一方法にすぎなかった。長い間、精神病院は、一人当りのとるに足らぬ費用で運営されてきた。日当の僅かであることの理由の一端は、《健康患者》と呼ばれる患者が長期間入院し、経済上から行う奉仕として労働力を安価で施設に提供することによって説明されていたのである。

十年来、事態は根本的に変わった。精神病院は、従来の収容所とはかけ離れたものになり、大量かつ迅速な収容人口の移動により、積極的看護を行う施設になりつつある。施設の患者も変わってきている。例えば、確かに社会的援助の受益者数はいまだに精神病院に於て大きな割合を占めているが、「有料入所者」と呼ばれる患者の数は、社会保険加入者数の漸次的増加に対応して、絶えず増加している。さらに、この種の患者の変化は、社会層の変化に限定されるものではない。実際のところ、いくつかの理由で、かつてはどうにもならない場合以外は収容所に頼らなかった患者達が、現在では、多くの場合、その障害の初期の段階で精神病院を訪れるのである。最後に、精神衛生無料診療所、及び仮退院の制度の進歩もまた、より迅速な退院を奨励することにより、入院料期間の短縮に貢献しているのである。さらに加えて、治療方法自体が数年来目ざましい進歩をとげていることを忘れてはならない。

精神病院の患者の変化と同時に、この変化は年々著しくなっていくのだが、作業機構の医学的データも、いくつかの施設又は病棟で行われている各種の実験によって、根本的な修正がなされた。これら種々の実験は、往々にして医学的発想は対立するものの、そこから、明確な一般的結論が引き出されるのであって、その最も重要なものを挙げれば次の通りである。

1° 作業は、もし次のような条件であったなら、治療的效果は大きい。

——作業は、各患者の性格、可能性、回復状況等に適應するように、できる限り多種多様であること。

——作業は、純粹に象徴的な報酬とは別種の報酬の対象となること。

——経済的利益を、一律には求めないこと。

2° 作業機構は、治療上欠くべからざる要素の一つではあるが、病院に於ける社会生活の機構の一面でしかない。

3° 患者のこの社会生活への参加は、全ゆる形態の下に、積極的であり、受動的であってはならない。

4° 患者は、自分の作業の生産物の恩恵に浴さなければならない。この生産物のうちの一部は、現金で患者に与えられるべきである。なぜなら、金銭の取扱い自体が、ほとんどの場合、治療的效果を有するからである。さらに、金銭の取扱いは、最高級の社会復帰テストであり、



また、患者に与えられた仕事の実施そのものがもたらすテストを補うものである。これらの様々な試みが行われた結果、管理上のいくつかの困難が、患者自身のために、機構の理想的システムのできる限り柔軟な運営を妨げるということが明らかとなった。1952年8月21日付通達148号は、すでに、若干の施設に於て、近年程度の差こそあれ顕著となってきたこれらの困難に触れている。会計検査院も、最も興味あるものに数えられる試みがまさしく行われているいくつかの施設や病棟に於ては、実際に変則的な帳簿がつけられている点を指摘した。今日までのところ、上層裁判権や国家会計本部がこの種の試みに対して大幅の理解を示した場合にのみ、これらの困難を、一時的に回避することができたのである。

1954年8月20日付の指令131号により、精神療養施設に取り入れられた病院会計制度の改正に従って、当本部は、技術顧問と国家会計本部の協力を得て、社会衛生常任会議の精神病委員会に於て、いくどか取りあげられた問題に関する詳細な研究を企てた。この研究の結果、内部規定に於ける前述の修正及び本部指令の起草に至った次第である。

その目的というのは、かつては、合法的に、医局の責任者を管理課の責任者に対立させるおそれのあった障害を排しながら、如何なる場合に於ても、患者の作業機構を容易にすることである。実施された主な試みから結論を引き出し、その結論を会計や管理規則制定の必要に適合させながら、医学的要請を見失わない範囲内で、以下の指令書は、全ゆる施設や業務に、目標とする機構のための最良の《処方箋》を与えなければはならない。言うまでもなく、これらの指令書の適用は如何なる場合も、今までに払われた努力を無に帰する結果を招いてはならない。追求される目的は、進行中の試みを整理し、試みがなされている業務そのものに於てその試みを強化し、それによって他の業務や施設への普及を目指すことである。

第一章に於ては、以後《治療作業》(travail thérapeutique)という言葉で示される患者の作業に関する一般的機構の指示が明らかにされる。

第二章では、実施されるべき管理と会計の機構について概説する。最後の章に於ては、問題とする活動が全面的にあるいは部分的にせよ行われるように、1901年の法令によって認定された組合の協力を求める種々の条件についての一般的指示が与えられるのであろう。

## 第一章 一般方針

この章は、治療作業の機構自体及びその報酬について、病院の管理者と医師団等を導くべき諸原則を提示し、かつ喚起することを目的とする。

### 第一節 治療作業の機構

若干の一般論を述べた後に、可能なるさまざまな機構形態が叙述されるであろう。

#### § 1. 一般論

まず第一番目に、適当な時期に患者を《作業に従事させる》決定を行ない、患者に課せられる作業の種類を選択し、その作業の実施条件や報酬条件を定める権限は、医長だけがこれを有することを喚起しておく必要がある。

第二番目に、各施設や、各病棟に対して、活動の選択、これらの活動のそれぞれに割り当てられる患者数、部屋の装備や各種職員の充当又は配分のためにとらなければならない措置、これから述べられる指示の方向で実施するに当って可能な種々の解決策間の撰択等、要するに、治療作業の機構そのものに関する一切は、この指令書によって示されている節圏内で、《医長の提案によってのみ決定される》決定の対象となるべきである。

1958年2月4日附の法令は、患者によって完成される、列挙されたさまざまな作業のタイプを修正した。新条項171によって定義されている最初の二種類の作業は、古典的な作業活動の型に対応するものである。この古典的作業活動の型は、かなり以前より、全ての施設に於て実施されているものであって、機構の一般の方針の範囲内で、特に問題は提起しない。

実際にこの通りの目的そのものといえる《治療作業所内での作業》については、事情は全く異ってくる。

すでに、1952年8月21日附の通達148号は、これらの作業活動の改善の必要を強調しているので現在この点について長々と力説することは必要なさそうである。次のことのみを指摘するに止めよう。すなわち、各々の施設は、全ゆる範囲のできる限り多種多様な作業活動、少なくとも、定期的に様相を一新するような作業活動を患者に供する、職人的な型の治療作業所の設立に配慮せねばならないということである。これらの作業所は、別棟に於てであれ、それとは異なる部屋に於てであれ、機能を果さなければならない。一般的に言って、同一の病棟でこれら二つの可能性を試みる事が望ましいが、新たに建設される施設は、この二つの可能性を予め準備している。

要するに、治療作業所内で実施されている作業活動の全範囲は、多種多様であるばかりでなく、はば広いものでなければならない。特に、治療のある段階で、ある患者に対して、経済的利潤なしに、一般的には《低水準作業》と呼ばれている初歩的作業を課す可能性を予め考えておくことが絶対に必要である。

同じ建物内でも、さらには同じ病棟内でも作業療法場の機構様式は多様である。本質的には施設が、それ自身で全ての設備、材料を供給する（公社事業）か、あるいはそれらの供給のため施設が第三者、即ち請負人または1901年の法令による組合と取引きをする（手間賃労働）かにより、二つの機構の型に区別される。しかし、この二つの機構の型は一般的参考としてのみ挙げたものであって、多くの《変型》が生じることはいうまでもない。

臨時の依頼によって組合業務に提出される一般的問題は、くわしくはこの通達とは別の章の対象となるもので、さしあたって、この章では触れない。作業療法場での治療的作業組織に組合を参与させる問題は、本章及び第二章に於て、事実上おこりうる問題として述べることにする。

機構の様式のいかに拘らず、いかなる場合においても部屋の必要な設備を行なう権限、実地教示および実地指導を担当し、作業場の健全な運行を監督するために必要欠くべからざる指導者を配属する権限は、施設がこれを持つ。

## 1. 第一の仮定——公社事業

材料及び用具は、施設によってのみ供給されるものとする。

施設は、問題となる作業の性質に適合するあらゆる種類の用具、材料、必要品を獲得しなければならない。これがいわゆる《公社》事業である。

生産品は、施設内部で消費するためだけにあてられることもできる。また反対に全部または一部分を外部に販売することもできる。外部への販売は、施設自体によってか、あるいは精神病院がこの目的のために契約を結んだ、1901年の法令による組合によって、確実に運営されるものとする。施設それ自身が生産品の販売に当る場合、この販売は、種々の機会に、施設内部に於て小売りの形で行なうことができる。また、取引地域の請負に対して卸し及び半卸して販売を行なうこともできる。

生産品が、全てあるいは一部分内部消費に保留されると仮定した場合一常にそうであるように一施設に対し理論上の譲渡が行なわれると考えられる。

いずれにしても、いかなる手続きが生産品を活用するために採用されるにせよ、生産品の販売価格ないし譲渡価格（即ち、第三者への実際上の販売、施設への理論上の譲渡）は、できるだけ施設が投資した費用（材料、必要品、燃料、設備償却）、工賃の見積りに見合う出費を支弁するようになされねばならない。この見積り〔価格〕は、1954年8月20日附指令131号第224条に立てられた方針に従って、即ち、量的、質的な既知の結果を考慮して行なわれる。しかし、この条項がいわゆる《低水準》の作業〔業務〕に適用され得ないことは言うまでもない。

## 2. 第二の仮定——手間賃労働

材料及び用具は第三者によって供給される。材料、必要品、さらに用具も全てあるいは一部分、契約に従って、手間賃労働の請負人ないし1901年の法令による組合によって施設の自由に供せられる。これが、いわゆる《手間賃労働》である。生産品は予め規定された金額、即ち、施設によって調達された貸与総額－工賃、部屋、用具、設備償却費、消費された燃料、必要の場合、供給品の補充－を支払うべく定められた金額の払い込みと引き換えに、請負人ならびに組合に手渡される。

この方法は、施設の業務を簡素化する利点を持つ。施設は、これによって、作業労働の生産品を外部に売りさばく方法を捜す必要がなくなるからである。しかし、この方法は若干の不都合を伴うこともある。例えば、治療上の価値が僅かしかないものかどうか、一時期かぎりの仕事かどうか、引渡しに遅れることに厳しくないかどうかということを厳密に選択しないで仕事を受理してしまう危険がある。したがって、医長はこの組織の方法を採用する場合、とりわけこの契約を手間賃労働の請負人と結ぶ際、契約期限の作成を特に慎重に監督せねばならない。利益を目的としない組合と契約を結ぶことは特に望ましいであろう。手間賃労働の請負人と契約を結ぶと仮定した場合、支払い金額の決済を保証するために、保証書が当事者から厳しく要求されねばならないことは当然である。

## 第二節 治療作業への報酬

### 収容患者の基本報酬及び補充補充報酬

収容患者の《報酬》(pécule)という用語は、治療作業の報酬を定義するのに十分ではないが、全く同義の他の名称に代えることもできないようである。それ故、修正模範規定ならびにこの指令書に於ては、この伝統的用語を用いてある。

法律上の見地よりすれば、収容患者の報酬は賃金とはみなされない。報酬の付与は、患者に働くよう仕向け、自己の労働に興味を抱かせるために設けられるものであって、それだけで患者の社会復帰の一要素を構成する。なぜなら、一般社会に於ては、労働力はいくつかの基準によって報酬が支払われるからである。精神病院に於ては、この基準は一般社会に於けるものと勿論同じではない。それは経済的基準のみによるのではなく、医学的な基準でなくてはならないであろう。

収容患者の報酬の付与は、生産品、あるいは、より一般的に言って、労働に基づく利益を型通りに付与することに関係づけてはならない。全て労働は、利益になろうとなるまいと、主観的要素、客観的要素という二つのカテゴリーに準拠して報酬が与えられねばならない。客観的要素は、労働の実働時間とその生産高によって引き出され、主観的要素は、患者の払った努力そのものによってのみ医師が患者の精神状態について知りうるすべてを尺度としてのみ、測定され得るものである。

これらの考察は、模範規定の修正によって労働報酬に改革がもたらされたことを証明している。模範規定の修正とは、伝統的な収容患者の報酬の他に《補充報酬》の観念を取り入れることである。伝統的収容患者報酬は、《基本報酬》という名称を取ることにあり、単に《報酬》という場合は、この二つの観念を含む総称的術語となったのである。

基本報酬は、模範規定第175条に予め規定され、本質的に労働時間を裏づけとする。その上、施行された仕事の部類に従って変る。

補充報酬は、模範規定第175条乙に予め規定され、模範規定新171条に列挙された初めの二つの部類の活動をしている患者と同様に作業療法場で働いている患者も、その恩恵に浴することができる。補充報酬は、各患者に対して、一方では患者の労働による利益を基準とし、他方では上に詳述したような条件において評価すべき患者の払った努力の大きさを基準として決定される一つまり、経済的利潤の皆無の患者といえども、そのことが医師にとって治療上、正当かつ必要であることが明白である場合、補充報酬の恩恵に浴することができるのである。

以上は、各施設、各病棟において強化されねばならない治療労働の組織に骨組を与えるべく、公けにすべきと思われる。一般的、重要な指令である。各病棟の内部では、既に独自の率先的発意が実施され、或いは実施される用意が整っているのであって上述の指示は、これら独自の率先的発意が適応され得る、或いは適応されるべき一つの骨組を示したものに過ぎないことを強調しておく次第である。

## 第二章 管理及び会計の条項

前章で奨められた条項を実際に施行するに当って、次に詳しく述べるようないくつかの管理及び会計の条項の序論を述べる必要があろう。

この章には、二つの節があり、第一節では労働を、第二節では収容患者の報酬及び連帯基金を扱う。

### 第一節 治療労働の機構

前章に於いては、模範規定新175条で規定された第一部類及び第二部類に包括される労働をただ記憶にとどめるために引用しておいたが、本章に於いても同様に、これらの労働が、精神病院に於ける会計草案の施行に関する1954年8月20日付指令の条項に従って、支出収入の見通し並びに命令書の対象とならねばならないことを喚起するにとどめる。従って、次の諸指令は作業療法場で実施される治療労働のみに関するものである。

予算の見通し、取引きの施行及び財政の結果の問題が順次検討される。

#### § 1. 予算の見通し

労働が、公社事業として行なわれるか、手間賃労働として行われるかによって、次の二つの場合を区別する必要がある。即ち、前者は、施設が用具、材料を供給する場合であり、後者は用具、材料が第三者、即ち請負人もしくは、組合によって供給される場合である。

##### I 公社事業

これに関する指令は支出、収入、会計課に於ける生産品の受領高を対象とする。

##### 1. 支 出

##### A 繰り入れ形式

用具、材料、さまざまな必要品の購入に関する支出の見通しは、次の勘定項目に記載されねばならない。

##### a) 用 具

作業療法場でもっぱら使用される償却用具に対する見通しは、23-41項細目《病院の設備並びに用具》に繰り入れられる。この細目は、n°21,416の下に述べられ、《作業療法場の設備及び用具一式》という表題をつけられる。

作業療法場及び他の病棟で一様に使用される償却用具に対する見通しは、この用具の種類と対応する予算項目の、細目でたてられる。

##### b) 材料、必需品

僅価の材料、必需品（それらのために在庫品は置かれぬが）に対する見通しは、654項《治療労働及び社会生活、作業療法》65にたてられる。

高価な、あるいは在庫品として置かれる材料、必要に対しては、次の二つの見通しをたてることが望ましい。

その第一、314項《治療労働のための材料》の購入のための見通し。

その第二、655項《労働と再適応》に於いて仕入れられる材料、必要品の使用に対する見通し。この第二の見通しは、314項に関する収入見通しによって補整されねばならない。655項は、次の二つの細目を包括する。その一つは、生産品が施設で使用される仕事に対し、その二は、販売に予定された製造品に対してである。

上記 a, b に定められていない作業療法の総ての支出（人件費、部屋の維持費、消費燃料）は、諸項目並びにそれらの種類に対応する項の細目に於ける見通しの記載の対象となる。

#### B 見通しの立て方

上記の諸項目に関する見通しは、個々の医長の申請に基づいて立てられる。各医長は、薬剤師が薬品の消費料について申請する場合と同じ条件で、その見積りを院長の定めし時期に院長に提出する。

.21-416項《作業療法場の設備及び用具一式》、314項《治療労働のための材料》、654項《作業療法》、655項《労働と再適応》は、それぞれ同一医長の権限下に置かれた作業場ないし作業場グループ別の細目を含んでいる。この細目に計上された予算額は、各医長が管理する。医長は、取引きの実施に関する次に定められた諸条項に従ってその予算額を自由に処理し得る。このようにして計上された細目は、予算資料に加えられる勘定項目別の取引きの拡張欄に記載される。

#### 2. 生産品の簿記への記帳

次の三つの場合に区別される。

A 生産品が償却品である場合。この償却品の価格は、5-753項《作業療法場の生産》の貸し方に記載される。一方、21項《固定資産》の当該細目に同等の金額が借り方に記入されねばならない。

B 生産品が、その価格もしくは数量のために、在庫品として管理されることが必要と考えられる。償却品である場合。

生産品は、353項《作業療法場の生産品》に於ては、貸し方とする二重記載によって在庫品として記帳される。

C 在庫品として管理されない生産品が、非償却品である場合。

この場合、生産品は、特別会計財産目録の対象となる。

発売及び使用に際して、353項《作業療法場の製造》は、部門6《種別委託》の項の借方によって貸方に記入される。この目的のために用いられるのは、大抵の場合、605項《完成生産品》である。この項は、販売される生産品のための特別細目を含む。

#### 3. 収入

収入は、生産品の販売収益によって構成される。収入は、予算の見通しに於て7674項《生産品販売収益》に繰り入れられる。

#### II 手間賃労働

手間賃労働を扱う場合、予算の見通しを立てる時に、生産品の簿記への記帳を案ずる必要はなく、ただ収入、支出のみを考えればよい。

## 1. 支 出

もっとも、この仮定に於て、施設が、労働を行なう第三者の出資分担額を補うための必要品を獲得しなければならない場合のみ、材料、用具の支出を予め用意すればよいのである。

これらの購入見通しは645項《作業療法》に記載される。

この種の作業を可能にするために、特殊な設備配置がされねばならない場合、設備償却は、681条《償却》の特別細目に記載される。

## 2. 取 入

貸与と引替に第三者が払い込む金額は、次の番号、表題、即ち、7675項《手間賃労働の生産品》中に設けられる新項目に繰り入れられる。

### § 2. 取引の実施

この節に於ては、次の問題が検討される。購入の実施、在庫品管理、支出決算、収入の取り立て。これら種々の問題は、原則として、公社事業を仮定した場合にのみ提起される問題であるが、以下に行なう詳述は、手間賃労働を仮定した場合に必要な補充必要品の購入にも等しく適用されることは言うまでもない。

#### I. 購 入

材料、必要品の購入は、原則として、医長の申請に基づき、この問題に適用される総則に則って出納係によって行なわれる。

しかしながら、これらの購入は、薬品の購入の場合にとられる実際上の措置にならって、医長により、医長が自由に処置しうる予算額の範囲内で、前もって会計係の承認を得た上で行なわれることが往々にして望ましいのである。

いずれの仮定に於ても、購入総額が、購入を行なう業務のために設けられた条項の許す予算額の枠を超えない限り、いかなる場合にも、出納係は購入の可否について自ら判断することはできない。

#### II. 在庫品管理

材料、必要品、製造品の在庫は、一般の在庫管理に適用される条項に従って、出納係によって管理される。

しかしながら、施設の会計課の会計プランの導入に関する1952年11月28日付通達145号乙の435項を適用することにより、医長は作業療法場の在庫品を管理することができる。その際、医長は、次の二種の帳簿をつけるかあるいはつけさせるものとする。

受領高の月毎の明細書の集成もしくは、受領高の当座帳により作成される受領高帳簿、移出の明細書の集成もしくは、在庫品の移出控え帳により作成される移出帳簿

これらの帳簿は、314項《治療労働のための設備》、353項《作業療法場の生産》に一般会計として記載される必要品の移動、即ち、その受領、移出を書き留めるためのものである。これらの帳簿のいずれにも、材料、検定済製品に関する取引について、勘定項目ないしは欄が設けられている。必要品、材料、製品はただその量が帳簿に記入されるだけである。

受領量の総計は、手持ち在庫品を測定するため定期的に移出量総計と比較される。受領量と移出量は、その見積りを立てるに必要な資料（仕切書、見積り書等）が、1952年11月22日付通達145号乙の432項に予め規定された条件に於いて、医長の許に届けられるに従って決定される。

この会計結果は、出納係がつける在庫品の一般会計簿に加わえられ、更に、各月末に、出納係の在庫品仕訳帳と在庫品台帳の種類別の要約索引カードに総括して転記される。

医長は、補遺に示されている範例に則って、生産品の報告書を作成するか、或いは作成させる。

他方、製造品の結果、製造品の用途は、654項《作業療法》に繰入れられる必要品の購入及びその用途と同じく、医長の責任に基づいて索引カード及び明細書に記載された特別会計財産目録に記される。

上記の報告書は、場合によって、この目的のために利用することができる。

### III. 支出規定

あらゆる支出は、原則として慣用規則に従って出納役によって支払われる。

しかし、作業療法に必要な細かい物品、材料の購入については、前渡金管理者を介して支払いを行なわせることが望ましいと思われることがしばしばある。

その際、場合によって、施設の作業療法場全体に対して、管理者一名が、大規模な作業所または作業所群に対して、管理者各一名が任命される。

財産管理体系文書は、管理者に許される前渡金総額、財産管理を委託された職員に支払われるべき保証額及び補償額、職員がそろえなければならない証書類及び、職員が頭初の額で任務を続行できるように、再委任をうけるための証拠書類を提出しなければならない周期を定めている。

### IV. 収入の取立て

作業療法場が、手間賃労働の体系の下に運営されている場合、収入の取立ては、何ら特別な問題を提起しない。

その代り、労働が施設自身による公営事業として行なわれる場合には、次にあげるような特殊販売例を認める若干の規則が必要である。

一人もしくは若干の第三者への一括販売。

即座小売販売。

施設内で催される慈善バザーでの公開販売。

#### 1. もしくは若干の第三者への一括販売に関して。

購買者は、支払命令者によって振出された領収証によって出納役の金庫に決済する。

#### 2. 即座小売販売に関して。

商品は、現金支払いで購買者に手渡される。

出納係、収納係の仕事が過重になることを避けるために、支出の所で指示した如く、施設全体に対して集金管理者一名を、大規模な作業場、あるいは作業場群に対して集金管理者各一名



を任命することが望ましい。

但し、同一職員が一度に、二つの職務を兼ねることができる。

財産管理体系文書は、既出の支出管理のところで、指示されている細目と同じ細目、つまり管理者に支払われるべき保証額及び補償額、及び、領収された総額が、出納役の金庫に入れられる周期を提示しなければならない。この最後の点に関しては、出納役金庫への納入は、管理者が作成し、院長が検印する、各日毎の、製品種類別の、次のような項目別の販売売上げ明細書に基づいて行なわれる。

一日の製品販売量

販売単価

売上げ総額

販売収入明細帳に記載された販売製品量は、在庫品に関しては、在庫帳に記入された出庫品量と一致しなければならない。

他の物品に関しては、特別会計財産目録の記載に一致しなければならない。

### 3. 慈善バザーでの販売に関して。

この販売方法について施設は、次の解決法の一つを用いることができる。

#### A. 慈善バザーもしくは祝祭市の主催者である施設による直接販売。

この場合、金銭取扱いは、収納管理の資格を持つ、一人もしくは数人の職員の責任の下に行なわれる。ただこの機会にのみ、この資格で職務に当る職員は、保証金の支払いを免除される。

#### B. 慈善バザーもしくは祝祭市を開催する組合への物品委託。

この場合、組合は、販売売上げ額と売残り品を返却する。その際この組合は売上げ管理者として行動する。

#### C. 慈善バザーもしくは祝祭市を主催する組合への販売品譲渡。

この場合、組合は、売上げ高を報告する必要はない。譲渡は慈善バザーもしくは祝祭市の前に行なわれ、あらかじめ価格が決定される。

## § 3. 経済収支

このパラグラフでは、支出、収入、いわゆる収支に関しての問題が引続いて取扱われる。

### I. 支 出

医療を目的とした作業場で行なわれる仕事の名目で、原子算に計上された種々の支出は、これらの仕事の総費用を決定するために、原子算に続く修正予算の一項目に一括される。この項目に記載された総額は、施設内で運営している各作業場あるいは作業場群にあてる支出の引出しを規定する付属表の中でこまかく振り分けられる。原子算の段階で、支出の各小計は、医長の権限下にある作業場あるいは作業場群の利益と損益を明らかにするために、且つ、後出の連帯基金の所で註解される模範規則新第175条乙の規定が適用されるように、収入と比較される。同規定は、医療を目的とした作業場の実際の費用を明らかにするために、年度末に、適用される。このために、経費の総括報告は元価配分控除表で提出される。

1954年8月20日付訓令で廃止された類似規定との類推によって、農園での治療を目的とした作業に関する、医療作業場に従事する指導者（moniteur）の報酬は、作業場の原価計算の中へ入っている基本支出の中へ組入れられる必要はない。この報酬は専ら、612,2項《看護病院職員》に繰込まねばならない。

## II. 収 入

各作業場または作業場群の業績を決定するために斟酌すべき収入は、次のように構成されている。

第755,3項《製品販売額》と第767,5項《手間賃》の所に記載された総額

第755,3項《医療作業場の生産品》に記入された固定資産化扱いの生産品

元価帳簿の中で、振替品となった消費消耗品の高。その価格は、生品が外部で購売された場合の価格と同じである。

## III. いわゆる収支、損益と利益

損益は、施設の一日の費用の計算に算入される。利益は、病棟別に分配される。利益は精神病院の模範規則の新第175条乙による条件で使用される。すなわち、

a) 一群の患者のために行なわれるある種の支出への融資。作業療法場の利益は、病棟あるいは施設の中で社会生活を組織しようとする患者の文化的、娯楽的活動のためだけにのみ支出すると考える必要はなく、単に、利益は施設の支出予算の枠内で、この件について採用された規定の《補足》、補充となると考えるべきである。更にいかなる場合でも、各病棟において、この名目で支払われる支出総額は、利益総額の三分一を越えることはできない。

b) 病棟連帯基金の給付

c) 補充労働報酬の給付は、伝統的な労働報酬に加えられる。これら二つの問題は、この章の第二節の中でより詳細に扱われるであろう。

上のa), b), c), の見出しの中で、見込まれた利益を前もって振り分け、年間を通じて必要に応じ、この予算額を使用するのは、各病棟の医長の仕事である。

## 第二節 労働報酬と連帯基金

### § 1. 労働報酬

労働報酬についての改変は模範規則を改正する布令によって定められたところであり、すでに第一章第二節で述べた通りである。

すでに指摘したように、基本労働報酬と補充報酬の二つの要素を区別する必要がある。

#### I. 基本労働報酬

模範規則の改正された第175条の第3項は、ある簡単な実際のデータを参考として基本報酬の最低額を定めている。この指数は適切であると思われる。知りうる限り、かなりの施設において見られるように、これらの規定が効果的に適用されない場合には、監督官庁は、これらの規定が効果的かつ直接的に適用とれるように注意をはらう必要がある。

同様に、最低と最高を定めた最高率の設定が、空文にならないように注意する必要がある。

る。

基本報酬は、従来通り一日の費用の構成要素の一つであり、予算項目《報酬》の細目650—0と650—1に繰入れられる。

この機会に、農園で作業する患者の報酬は、一般予算の項目《報酬》に記入され、事業予算に載せる必要のないことを喚起しておきたい。更に、施設の公務員の代りに家事作業に使われている患者の報酬は、公務員によって精神病院に、償還されねばならない。これに関する収入は、事業を扱った節で取扱われる。

## II. 補充報酬

第一章の詳述で、補充報酬付与の特徴と条件を述べた。財政機構の観点から、更に次のような詳述が必要である。

補充報酬としての、医師の自由に委ねられた歳出予算額は、次の二つの細目を含む項目650—2《補充報酬》に記載される。

a) 650—20《医療を目的とした作業場で働く患者の補充報酬》この項目の下に、作業場超過収入の振分け枠内で、医長の割当の経費が記載される。(本章第一節 § 3. のIIIを参照)

b) 650—21《一般病棟及び農園で働いている患者の補充報酬》この名目の支出予算は、事業出費の一部であり、一日の費用構成要素に組込まねばならない。この二つの型の作業場における仕事の報酬条件の調和を保つために、予算編成準備期間内に、必要な予想を立てることは医師の職務である。

勿論、各病棟のために、小項目650—20と650—21の各細目を提示する必要がある。

## III. 労働報酬の支払

患者と対する基本報酬と補充報酬の支払いに関する会計行為は、次のような行動指針に従って実行されねばならない。

従来通り出納役の帳簿に、勘定で記載された報酬の実施は、個人別には行なわない。

個人別の計算は、会計がこれを行ない、会計は、常に各患者に、個人別計算書の差引残高の一部あるいは、全額を支払う用意がなければならない。

同様に従来通り、報酬金額を受取り、保管し且つそれを処理する許可は、管理当局者の干渉なしに、病棟医長によって与えられる。

多くの施設では、一看護職員（監督、別棟長）の手に、病棟あるいは別棟の患者への報酬額が現金で、一括して支払われるのが慣例である。この職員が、会計に受領書を出して、患者に分配するまで現金を保管する。

しばしば引合いに出されるこの慣例の一つの根拠は、監禁患者によって出された受領書は何の価値もないということである。

そこで1836年6月30日付の法令は、おそらく、監禁患者の行為は、《精神喪失のために》その有効性に異議を唱えられることもあり得るという状況を予想しているのであろう。

しかし、この法令は、患者の法律的無能力を強く規定するものではない。更に、この慣例は、

管理面でのかなりの不都合をもたらし、又はっきりした心理学的理由にてらして医学的見地から一層重大な不都合を包含している。

それ故に、今後は報酬勘定は、出納役の帳簿に載る勘定であろうと、個人勘定であろうと、患者に返還された金額のみが借方に記入されるものとし患者は、その金額に対する受領書を出すものとする。この金額は、医長の許可あるいは同意を得た受領書を出納役に提出する会計によって、あるいは直接、出納役の金庫から当事者に払戻される。後者の場合、会計によって記帳される個人計算書の目録をつくるために、あらゆる処置が講ぜられる。

## § 2. 連帯基金

模範内部規定の変更を定める条令は、1938年の規則の第179条を廃止した。第179条の内容は、患者には受取らせずに、《退院の際の最低報酬として保管される》一定金額まで行なう報酬の蓄積を予想していた。

古い規則のこの規定は、すでに時代錯誤となった。精神病院での患者の在院が、一般的に非常に長かった過去に於ては、そして、自己負担による治療効果が強調される以前は、この規定は正当であった。多数の患者にとって、退院の際に、自由にできる金があるという必要性はもはやなくなったのである。

そのかわりに、この点に関して痛切な問題を提出する患者もあり、患者に多大な物質的援助が確保されるかどうか退院の条件となる場合も往々にしてある。しかしこの援助の方が、更に何週間も入院しているよりは費用がかからない。ところで、患者が経済的に特に苦しい場合、古い方式による退院時収入は、常に極めて不十分であった。

それ故この古い規定は廃止され、《連帯基金》への出来る限りの参加に変わったのである。この連帯基金は、各病棟の枠内で運営されねばならない。この新しい方式によって、真に援助が必要である患者に、奨励資金の形あるいは償還を必要としない救助を確実に行なえるようになるであろう。

内部標準規則の新第181条が指示する通り、連帯基金は、予算に計上された補助金と、作業療法の作業場の一部超過金とによって維持される。

予算に計上された補助金の支給は、各病棟に平等に分配されねばならない。以前すでに明らかにした通り、作業療法の作業場での利益の連帯基金への充当は、各病棟ごとに行なわれる。場合によって、連帯基金の管理は、1901年の法令で表示された組合に委託されねばならない。その際、組合は、支出管理者の資格で介入し、次の章で指示される条件で組合が行なう活動について報告しなければならない。

治療を目的とした作業のよりよい機構のために採用されるべき管理と会計組織についての規定は以上の通りである。

最終の第三章の中で、これらの指示は、すでに再三にわたって触れた、1901年の法令による組合が、この問題について、演じる役割に関して、若干の詳述を提供する。

### 第三章 治療的作業の組織への組合の参加

#### 1. 概 論

1901年7月1日付の法令に明示された組合を治療作業組織の諸段階に参加させることができることは、先に述べた詳述のなかで幾度も繰返し喚起したところである。以後この種の試みは多くの施設で実施され、しばしば非常に満足すべき結果が得られた。これらの試みは続けて行なわれるべきであるが、いかなる施設や病棟に対しても、試みの組織的一般化に賛同し得るとは思えない。最もすぐれた治療法の選択に関わる領域、そのために主治医の鑑定のみ委ねられねばならない領域にあつては、ある一つの組織的方式を称讃するような絶対的立場を取ることは、実際にできないと思われる。

それゆえ、医長は、個人的傾向、担当病棟の特性、各病棟のあらゆる偶然性を考慮に入れて、最も適切と思われる解決策を選ぶ権限をもっている。更に前章で簡単に指摘した様に、同一病棟内で二つのタイプの機構を同時に併用することも妨げられない。その上いかなる解決策を選ぼうと、この点に関して下された決定が、将来の制限された範囲内でしか拘束されないという事は明白である。精神病院の管理者と医師に対して他の領域と同じように、実行された体験から教訓を引き出す為頻繁な交際を持つことを勧告する次第である。

#### 2. 組合の果たしうる役割

1901年7月1日付の法規によって、組合は管理者や医師に対して若干の業務を免除することができる。それらの業務に対してはより柔軟性のある組織の介入が望まれる。

a) 外の市場の踏査もその業務の一つである。単に治療の方針上から、不必要な製品を作業療法で生産することは非常に不適合である。組合は、この領域において、施設の管轄内で販路調を永続的な任務の一つとして、担当することができる。のみならず作業療法場内部の活動の方針の決定でさえも、ある程度、この予備的調査に依存している。

b) 組合は手間賃仕事の請負人にかかわることができ、それと同等の役割を務めることができる。勿論、一般的に施設は商業的企業よりもむしろ利害関係のない組織と交渉するほうが好ましい。

c) 組合は、業務部門 (service) の連帯基金の管理を担当することができる。しかしながら、この職権以上に、組合は勿論より一般的に、退院する患者に、必要な物質的、精神的補助の一部を与えることも可能である。

d) 同様に組合は、病棟あるいは施設内で社会生活の一般的制度において、一つの役割を果たすことができる。すなわち、団体外出、祝祭、慈善バザー、戸外遊戯の様な種々の運動の計画の担当である。

この種の組合が、《患者と退院者との交友団体》《救済協会》、上等段階にある組織の支部（例えば、フランス精神衛生連盟支部、又は海の十字架 (croix marine) 協会連盟支部）として組織される場合、設立される組合の権限を明確に決定し、職務の割当を明白に定めるために、組

合と施設間で協約を定めねばならない。

### 3. 組合の構成

1901年付の法制度のもとで成立すべき組合の構成について、詳細に指示を与える必要はないであろう。これらの組合は定義によって、自発的に成立すべきものである。

しかし、大抵の場合、組合の創設そのものが、治療管理の構成員もしくは施設の監視や運用に参加している職員によって促進されたということは事実である。

すべての場合、これら組合の運営に対し、患者の家族や退院者、勿論、更に、施設機関において、何らかの形で組合に援助をもたらすことができる、あらゆる職員や構成員の関心を引こうと努めるべきであることは当然である。

これらの組合の管理に関しては、大抵の場合に、病院管理者や医師との間に、何らかの関係があったほうが望ましいと思われる。つまり、当然必要なこの関係は、法的にというよりもむしろ實際上、組合の理事会における医療管理担当者の代表者の間で具体化されるべきである。しかしながら、このような措置は、絶対的な義務の対象とはならない。

### 4. 施設の財政援助

組合が組織される場合、当該施設は、組合に、実質的な財政援助を出資するのが極めて望ましい。

いくつかの業務を引き受けるこの種の組合が存在するからといって、施設からあらゆる精神的負担が除かれるわけではない。施設は、施設全体の業務の正しい組織に対して責任を持たなければならないからである。組合に頼るべき場合は、状況に応じて組合に最も適切であると判断される組織上の業務に限る。しかし、経済上の配慮から、このような選択を決定してはならない。組合に頼るか否かを決めるにあたって、そのために、当然組織に課せられるべき経費の削減を統一的に期待することは妥当ではない。

施設が、この種の組合に許可することのできる援助は次の三通りである。

発足に対する補助金の許可

一年間の運用補助金の許可

決められた用途に対する補助金の許可

勿論、この補助金の許可は、それが何に利用されたかについての施設側の監査を受けないわけにはいかない。

前二項の補助金の場合、施設から会計係の手に給付された時から、補助金は組合の所有権に属する。会計係はその受領証を渡し、組合は、その規約に規定された目的と、組合、組織間の契約条項に従って、資金を運用する。

第三の補助金の場合、組合は、支給された金額が、施設によって示された要望に従って用いられたという証拠を報告しなければならない。提出された証明は施設の会計報告に加えられる。

この三つの場合いずれも、1935年10月30日付の法令（官報10月31日、1149頁）の諸規定が認めた監査権の行使は、常に施設の監察委員会もしくは管理委員会の権限に属する。そして、こ

これらの委員会は私立の慈善興業組織に対して予算証明書や会計報告証明書と共に、その活動の結果を示すすべての書類を提示させる。

治療的作業に適用できる管理規定の財政規定を緩和すれば、現代の治療法の本質的な局面を著るしく発展せしめるはずであり、このことは特に、そのような活動がまだ未発達の状態にある若干の施設の場合について言えることである。これらの高く評価されている諸規定は、実際に、各病棟の可能性や場所的条件を考慮に入れた幅の広い条項の採用を可能とするであろう。

本官は、この発展を非常に重要視する。なぜならば、すでに強調したように、病院における患者の生活組織の一局面に他ならない治療的作業は、あらゆる他の治療を実施する上での欠くべからざる補足手段であるからである。

ある病棟で行なわれるような生物学的治療が如何に完璧な治療であっても、身体強健な患者が一日中何も仕事をしないならば、それだけでは十分な治療であり得ないのである。

模範規則の修正を記載した法令の諸規定は、その県の精神病院の内部規則において再び取り上げられねばならない。裁決された諸規定は、監察委員会の承認を得た後、本官の認可に委ねられねばならない。作成された起草文が模範規則と同一の場合には、知事がその承認を与えることができる。本官にはその旨を報告するだけでよいのである。

### 報 告 書

日付	消 費 量											製 品						備 考							
	使 っ た 材 料				工 賃			他 の 出 費				消費量	日付	名目・数量・重量					要約						
	名目	数量	重量	単価	総額	時間	1単位	割合	総額	性質	単価	合計		日付	名目	数量	重量		要約						
														合計											
														単価											
														総額											

#### 4. 設備の問題

##### 精神病院における病棟業務の配属変更

1947年2月17日付通達

病棟の配属の変更が、前もって私の認可を懇請せずに、精神病院内で行なわれてきたという事については、繰り返して注意を促してきた。

この問題については、1938年2月5日付の法令に付加された、精神病院の職分に関する、模範規定29項の明文を喚起する次第である。その明文は、《病棟の配属の変更を含む、再建、新設、変更に関する計画は、県会の議を得て厚生大臣によって承認されたものでなければならない》旨を規定している。

一方では、精神病患者にあてられた施設の活動を国家的立場で整理し、他方では、各施設の正常な運営を監督する任にある中央官庁だけが、提出された配属の変更が望ましいものであるか否か、又各病棟によって、あらかじめ立てられた計画通りに実際に行なわれ得るか否かを判断することができるということを、実際に、強調しておかなければならない。

従って、今後は、上に述べたような指示に従い、精神病院内で検討された配属の修正と変更については、本官の認可を求めて下されば幸甚である。

##### 精神病院における現在の収容能力

1949年4月22日付第96号通達

当本部が最近行なった部分的調査の結果、収容能力に関して若干の施設から提供された情報が正確でないことが明らかになった。というのは、戦争行為に起因する収容能力の減少や部屋の老朽が考慮に入れられていないし、1938年の模範規則により決められた計算の規則が算出に当たって守られていなかったからである。

その上、中央官庁は、非常に多くの場合、精神病院に併合された特別の病棟については断片的な情報しか得ていない。

一方、1950年会計年度から、完全であると同時に正確な参考資料に基いた予算に関する予想をたてることを可能にする為に、そして更に、是非必要である精神病学上の設備の合理的な計画の念入りな作成の為に、本官は公立及びそれに相当する精神病院の全般的な財産目録の作成に取りかかることを決定した。

従って、出来るだけ速やかに、いずれにしても、1947年7月17日までに、以下の情報を送られるよう、願ひする次第である。

1° 貴県の公共もしくはそれに相当する精神病院に於て、現在使用されうる入院病棟の総面積の報告。入院病棟には、寝室だけでなく、食堂や集会室をも含めるのが望ましいことを念のため、明言しておく。

2° 本通達の補遺の範例に規定された形式により、当該施設の各病棟の階数別、部屋別の—



覧を記したものを。

はじめの2つの項目に関する数字は、最高の正確度をもって記入されなければならない。

3° 一般に使用される各技術設備、即ち、調理室、洗濯場、給水場等の最大限の可能性の報告。

4° 次のものを記載した一覧表

a) 施設に附属する業務部門と、その現在の実数

b) 施設の医療設備（外科室、薬局と調剤室、放射線及び電気療法の設備）に関する、あらゆる有用な記載

5° 施設の敷地の総面積と耕作地の面積の報告

6° 比較的近い将来に行なわれるべき、現在進行中の計画、即ち、施設全般の収容能力や、1つまたはそれ以上の病棟の受入れ能力の拡張に関する、簡略な記載。

### 装 備 計 画 案

1960年3月15日付通達

#### 古い精神病院に関する基準計画

1960年3月15日付通達

1958年10月10日付通達ですでに強調した如く、特に一般病院や養老院及び精神病院の場合は、遠からぬ未来に、検討の対象となっている収容施設で行なわれるべき装備工事を準備し調整する基準計画を立てることが必要である。

一般病院や養老院に関する指令は後日発せられる旨を指示しておいた。

その指令は補遺に添付しておくことにする。

一般病院の場合、あらかじめ立てられるべき設計計画は、施設が必要とする種々の医学的規律に応じて、病棟を列挙する必要がある。

精神病院の場合、問題はこれとは違った形で提出される。なぜならば、ごく稀な例外を除いて、病棟全体が、同一の治療法を受ける患者を収容するべく運命づけられているからである。従って、計画を立てるには、第一に近代化の工事が行なわれた後に何人の患者を収容出来るかという収容能力の決定に従わなければならない。精神的疾患との戦いの組織に関する別の通達によって、予防、入院、後療法に関する各県の装備計画についての有用なあらゆる指令はすでに提出されている。従って、精神病院の基準計画は、精神的疾患との戦いに関する県の完全な装備計画の作成をまっしてはじめて、可能となるのである。

若干の施設に於ては、精神病院の基準計画がすでに立てられていることは承知している。いずれの場合でも、その県の採用する装備計画が特にあらゆる二重の使用を避けるために、現存の精神病院のためにすでに立てられた基準計画と抵触しないかどうかを検討することが望まし

い。

本通達の補遺 I に述べられている一般的原則に従って立てられる基準計画の目標は、現代治療学の諸要求に即応し申し分のない収容条件を患者に保証する緊密な施設の設置である。或る種の病棟の集中化、老朽建築の廃止もしくは再転換、それなくしては現在実に多くの施設の改良が抑制される病室あるいは病棟の新設を確実に実現することによって、より良き運用をはかることが問題である。

この領域に於ける建築家の役割は重大である。しかしながら、計画についてと同様に、共同作業が絶対に必要であって、これに対して、当該業務の長（院長、医長、会計係）はそれぞれ協力を惜しんではならない。院長または医長はこの問題について、表明された種々の観点の調整に努めなければならない。こうして起草された基準計画は、それぞれ関係する問題について、各県の保健衛生局長及び住民局長に委ねられるのである。

建築家の報酬に関する1958年10月10日付通達に予め規定された条項は、精神病院の基準計画の作成に関しても適用される。

基準計画の作成後に問題となる所謂計画の実施に関しては、以下（補遺 II）に、精神病院の詳細な設備を扱う上で採用されるべき、解決策に関する若干の勧告が述べられている。

## 補 遺 I

### 基準計画の作成に関する一般的原則

#### 第一章 基準計画の作成に必要な〔参考〕資料

以下に関する調査〔情報〕を出発点として研究が行なわれなければならない。

- a) 精神病院が設置されている町
- b) 施設それ自体

- a) 精神病院が設置されている町

特に、その町の都市計画上施設が負わなければならぬ拘束を考慮に入れるためには、一般病院及び養老院の基準計画に関する1958年10月10日付通達によって規定された資料と同じ資料が必要であろう。

- b) 施設

基準計画の作成に当って建築家に渡されるべき必要欠くべからざる資料は次のものである。

以下のものを示す0.002mmの全体の図面

方位

敷地面積

水準カーブ

主たる風向き

あらゆる病棟及び建物の位置と名称

現存する建物の各水準を示す1 mを1 cmで表わしたモザイク地図

全体の図面と現存する病棟のモザイク地図は、各施設が前もって作成し、基準計画の作成が出来るように建築家に提供しなければならない基礎資料である。これらはまた、施設において基準計画の実現に参与しそれを決定しなければならぬすべての人達（院長、医長、会計係等）にとって、欠かすことの出来ない工事資料である。

各病棟の最適及び最高の収容能力と、現存病棟及び予想される病棟別のその配分の明細表予想されるベット及び病棟の出来る限り詳細な計画。これは、連絡セクターの要求に応じるためのものである。精神病院に関するセクターの概念規定は、精神疾患との戦いの組織に関する通達の中で、明らかにされている。

## 第二章 一般的考察

### 第一節 序 言

基準計画に関する研究は、新設の精神病院に是非とも必要とされる極限の概念に近づくように行なわなければならない。即ち……

村型（ヴィラージュ） ベット数25を単位とし、ベット数が最高50床の病棟に組分けられ、眺望を保ってしかも堅くない土地の上に配置される。

一般病棟の設置。病棟が接近しすぎて、患者に迷惑を及ぼさないようにすること。（主要な風向き騒音 etc）

入院病棟のすぐ近くの技術〔治療〕ブロック。

管理事務所に比較的近い所にあつて、外部に広く開かれた村の一種の中心をなす社会センター。社会センターの近くに運動場を設ける。

一般病棟の設置については、医学的要請と公共団体の経営〔生活〕上の必要性とを共に考慮に入れなければならない。

### 第二節 全体的プラン

この研究では、現状の全体的プランをも同様に考慮に入れなければならない。

古い精神病院は不調和な建物から成っているために当面の問題として以下のものがあげられる。

保存すべき建物

遠からぬ将来に撤去すべき建物

場合によっては建築すべき建物

a) 保存すべき建物

まずこの種の建物から再組織が行なわれなければならない。

これらの建物は、基準計画を立てる上の基礎となる。

一般的に、問題は、年月がたつにつれて大きくなりその将来が論議の対象となる主要な建物であって、標準からかけ離れた建築物は問題とするにあたらない。

しかしながら、ある場合には、これらの建築物といえども、もしそれを基準計画の中に加えても支障がなければ、有効でありうるのである。しかし、それ以外の場合、これらの建築物の維持は、あらかじめそれらの配置変更を行ない、基準計画に於いて施設の運営上の改善をもたらす可能性のない限り、問題とはならない。

基準計画の研究の段階で、それぞれの建物に与えられる用途は、以下の注意事項を考慮に入れてより良き組織が得られるように、討議されるべきである。

#### b) 撤去すべき建物

これは、老朽、設置条件の悪さ、組織上の問題から、遠からぬ将来に消えてゆくべき建物のことである。

#### c) 建築すべき建物

入院用建築物の建築は、県の装備プランの枠内で行なわれる研究は、県の装備プランの枠内で行なわれる研究がこの意味の結論を出した場合にのみ、検討されるべきものである。

### 第三節 解決すべき諸問題

この諸問題とは、1958年10月10日付通達ですでに扱われた、病院の基準計画の作成のために提起される問題とは別種の問題である。実際、精神病の治療は、患者を系統的に床につけることを必要としない。この点から言って、精神病患者の収容条件は、比較的収容能力の小さい分散した別棟から成る建築的構想を強いこそすれ、概して一般病院の場合に考慮されるような、《集団（ブロック）》式構想は必要としないのである。従って、現存の精神病院に対して行なうべき改装工事は、施設の諸要素を垂直面ではなく水平面に分割するような建築方針のなかで考えるべきである。

精神病院の基準計画を立てるに当って、解決すべき最も切実な諸問題を以下に列挙するが、これらの各々の問題に関する研究は、次の第三章の一節に取り上げられている。

#### I. 全体的プラン改作

II. 薬局、実験室、専門診療室のような一カ所の《技術ブロック》に再編成されるべき専門的建物の散在

III. 新設、改良あるいは再編成されるべき、社会医学チーム、アシスタントソーシャル、医務秘書、インターン、看護師、心理学者 etc に必要な建物の欠如あるいは不足

IV. 管理課、一般病棟、寄宿舎、種々の職員の宿舎のような建物の不足、不適合もしくは老朽

#### V. 社会センターの欠如

VI. 多数の患者を収容していないながら、看護単位に分割されておらず、また、その構造及び配置のために、精神病院の治療法にもはや即応しない入院病棟

以下に見られるのが、これら種々の問題の規定に関する一般的指針である。

### 第三章 基準計画の作成の枠内で調整すべき諸問題の研究

#### 第一節 基準計画の改作

##### § 1. プランの全体的構成

古い施設のプランを検討すれば多分、出来る限り解放しておくことが望ましい施設の内部の入口を全体的にまたは部分的に塞いでしまういわゆる《栓（bouchon）式》の建築の問題が見出されるであろう。訪問者がぶつかるおそれのある、入口に直接した構造は、出来る限り避けなければならない。これとは反対に、病院の入口は、古い病院やいわゆる《監禁された〔鍵のかかった〕設計部分》において屢々生ずる幽閉的印象を出来得る限り少なくするように、風通しをよくするよう努めるべきである。

他の場合、入口は空地に開かれている。この種の入口の位置を変えるべきか否か、プランの構成を改変するべきか否かを研究することが望ましい。同様に、施設が十分な構造力をもった一体を構成せず、利益の中心（例えば社会センター）を求めることによって再組織しなければならない場合も時折に見られる。

施設に親しみやすい性格を与えるような装置を探究し、精神病院に牢獄のような様相をもたらす一切の要素を取りのぞくよう努力することが必要である。

緑地帯は、患者が利用出来るように、患者の手によって設けられるべきである。

##### § 2. 入口に関する諸問題

###### 1. 入口の数

入口の数は、職員や訪問者の便を計るためにも、経済的理由（門衛所の職員の増加、浪費 etc）のためにも、必要最小限に制限するように努めなければならない。二つの入口、すなわち、その一つは一般病棟への原料品の搬入のため、もう一つは訪問者及び職員用のための、この二つの入口で、十分であると考えべきである。決定された基準計画、殊に通路《往来》の可能性〔便宜〕を考慮に入れば、この二つの入口は屢々混同しても差支えないであろう。

###### 2. 一般人の受入れ

門衛室の隣りに、小さな待合室を設ける必要がある。訪問者はここで、病院内の行くべき場所を指示される。

この方向指示は、雨天の場合にも保護された、非常に明瞭かつ正確な見取図の掲示によって容易に行なわれる。病院の内部には必要な標識と掲示板を設けて、訪問者に道をわからせるようにする。

門衛室は、各病棟及び管理事務所と電話連絡ができるようにしなければならない。

###### 3. 〔往来〕通路

村形式の精神病院における通路の問題は、以下の入所が容易に行なわれるように、綿密な研究の対象とされなければならない。

管理病棟に入る患者とその家族  
患者が入院中の治療病棟に入る家族  
社会センター及びブロックへ行く患者  
病棟と外部を往来する職員

一般病棟に搬入される生産品及び商品

通路は、少くとも入院病棟に関しては、便利さを考慮に入れながら、精神病院をして、それにふさわしい《村（ヴィラージュ）》の構想から遠ざけてしまうような硬直性を出来る限り避けるように、設計されなければならない。

この設計の検討に当っては、当然収容ゾーンの外に置かれて、しかも人目につかぬ外部への出口をもつような死体置場を、どこに設けるべきかについて、検討することが望ましい。

施設の内部の通路に関しては、次のものを区別する必要がある。

1° 一般通路

2° 補助通路

1° 一般通路

一般通路は自動車が通れるものとする。しかし、これは費用が高つくので、出来る限り、その距離を短いものにしなければならない。

一般通路には夜間照明を設ける。

一般通路の仕上げは、工事の完了をまって行なわれ、工事場に一般資料を運ぶための重車輛の通行が終ってから、完了すべきものである。

2° 補助通路

これには、散歩の通路を仕事用の通路とがある。専ら患者のために設けられるこれらの通路には、自動車類が入りこむことのないよう注意すべきである。

通路の研究に於ては、出来るならば、乗入れ禁止の境界に、自動車（訪問者及び職員のもの）用の十分に広い駐車場を予め準備しておくべきである。これらの駐車場の構造は、内部規定による問題である。

スクーターとオートバイの駐車に関しては上述の駐車場の近くに、専用の場所を設けるべきである。自転車とモーター付き自転車の駐車場の問題は、第6節《入院病棟》で扱われる。

病棟間の地下道は禁じるべきであり、また屋根付き廊下も一般的に不要なものである。

## 第二節 特別な部屋の分散

薬局、実験室、診療室、特に、放射線及び外科の診療室のような部屋が分散していることは、必然的な職員の増加と共に、時間のロスという点で、機能面に重大な支障をもたらすものである。

それゆえ、これらの部屋を《技術ブロック》と呼ばれる同一の建物の中に集中させることが必要である。この《技術ブロック》は、更に、そこで行なわれる種々の訓練に携わる専門家間によりよい関係を保証するという長所もそなえているのである。

このブロックは、次の2つのゾーンに図式化することが望ましいであろう。

A. 技術ゾーン（薬局、実験室、場合によっては医学図書室及び講堂）ここへは患者は入れない。

B. 診療ゾーン、これは反対に、患者のためのもの。外科、放射線、物理療法、口腔科、E・E・G、耳鼻科、眼科、生理学等及び、県の社会衛生義務に包括される、精神衛生診療の、専門家のあらゆる診療室。

現存の薬局及び実験室が不十分あるいは不適當な場合、技術ブロックへのそれらの併合は、必ず行なわなければならない。

諸技術の発達の可能性を考慮に入れ、このブロックを、容易に変形かつ拡張下さるように設計することが望ましい。

先に1952年8月21日付通達148号で指令した如く、各精神病院には、その場で手術を行なえるような外科ブロックを備えることが望ましいと、最近まで思われてきた。

この通達以来、精神病学特有の治療上の可能性は著るしい変化を示すようになった。更に病気の発見の進歩によって、段々と、患者が錯乱を示しはじめたら、すぐに、精神病院に収容することができるようになった。かくして、現在、精神病院で治療を受けている患者は、もはや、数年前の治療を受けた患者と同じような特性を示してはいないのである。このようなわけで、精神病患者を、手術のために、一時的に一般の病院に収容したとしても、多くの場合、もはや、以前に認められたような支障を来たすことはなくなったのである。

このような次第で、現在に於ては、外科手術は最寄りの病院で行なうことにした方がよいようである。従って多くの場合、医療ブロックに、簡単な設備を準備しておくだけで、簡単な外科手術、ギプスの製造、場合によっては、特殊なケースとして、応急の手術の施行に、十分対処することが出来るであろう。

しかし、場合によっては精神病院が一般病院から離れた所に存在すること、及び、精神病院で治療を受ける患者数が多いことを考慮に入れなければならない。

外科ブロックが不可欠であることが明らかになった場合、これは極めて稀なことであるが、それは、この問題に関する病院の規格に準拠したものでなければならない。この場合手術を終えた患者の連搬が容易に行なわれるように、このブロックを、入院棟と連結するように作ることが望ましいであろう。

### 第三節 各社会医療スタッフに必要な部屋の欠如もしくは不足

各医療部門に対して、そこで働くべき社会医療スタッフ、即ち、医長、監督長、社会保健婦、医務秘書、インターン、心理学者用の十分な一棟の部屋を予め準備することが必要である。他ならぬこの場所で、各部門の生活が組織され、種々の職員間の接触が確立され、また、医師をその協力者たちによって、医療記録の分類や或る種の臨床診察（examens cliniques）や家族の面会が行なわれるのである。医長室は、社会医療スタッフの集会を行なえるだけの広さをもったものでなければならない。この棟にはまた、臨床診察室と待合室をそれぞれ一室ずつ設け

なければならない。

このような医療《P・C》(poste de commandement (司令部))の設置に関しては、種々の方式が考えられるであろう。これをすべて、技術ブロックに集中させることもできる。反対に、各医療部門の枠内で、それぞれ独立させて設置することも出来る。この場合、それぞれの《P・C》は当該医療部門の入院病棟の一つの近くか、或いは、これらの病棟の一つに直接的に連結させて設置することになるのである。

#### 第四節 管理課、一般病棟及びインターンの寄宿舍の不足、不適格、荒廃

##### § 1. 管理棟

多くの場合、現在、精神病院の患者、職員人員に認められる変動は、管理にあてられる部屋の不足をもたらしている。

普通見られる院長あるいは医局長(médecin-directeur)、会計役及び管理事務官(secrétaire de direction)等にあてられた事務室以外に、事務器械用の事務室。臨時の管理者用の事務室、監視事務官(secrétaire à la tutelle)用の部屋も予め用意することが望ましい。書類保管室(les archives)の問題も同様に検討されなければならないであろう。管理棟の検討の際、これ等の(院長あるいは医局長(médecin directeur)の)事務室を、家族の管理上の手続、とりわけ患者の入院の際の管理上の手続を最大限に簡略化するため一カ所に集めるようにしなければならないということは忘れてはならない。このため、これ等の部屋と直接関連して、受付係用の事務室及び小応接待合室を設置することが望ましい。

監察委員会用の会議室は、この機関の会議中以外、他の使用にあてられるべきであろう。

##### § 2. 一般病棟

ある病院に新設された病棟と一般病棟を区別するものは何もない。調理室は、食餌療法の調理室を利用しなければならないという事実は強調すべきことである。自動車等の車輛のガレージの問題も同様に検討されなければならない。

これまで、設計があまりメカニックではない一般病棟では、若干の患者が仕事に駆り出されてきた。とりわけ患者人員の変動の回転を速める現代の治療方法の発達にかんがみ、このような人手の利用は、次第に減少されつつある。従って今後は、精神病院の一般病棟の機能を一般病院のそれと同じものと予め考えてよいであろう。

##### § 3. インターンの寄宿舍と各種職員 の 宿 舎

###### a) インターンの寄宿舍

施設で職務に従事するインターン全員のために読書室と食堂、配膳室、当直室を予め用意しておくことは、絶対に必要である。

他方、インターンの宿舎は、必要条件(独身、子供のいない夫婦、子供のいる夫婦)に応じて割り当てられる小室が並ぶように設計しなければならない。

インターンの募集が困難を生じる場合、インターンの寄宿舍にふさわしい設備を置く重要性は、強調されなければならない。医長につき、2人のインターンの最低基準に基づき、その寄



宿舎の必要条件は、検討されなければならない。

b) 各種職員の宿舎

施設の医域内の詳細な見取図で、アシスタント・ソーシャル看護人、看護婦、見習看護生用の宿舎の設置の可能性を検討することが望ましい。このような宿舎があれば、これ等の職種について現実に認められた募集困難を多くの場合、実際に防ぐことが出来る。

第五節 社会センター (Centre social)

社会センターは、入院患者に提供された娯楽の大部分を兼備している所であり、患者の社会活動が行なわれなければならない所でもある。社会センターは、訪問者に見せる場所ではなく、永続的な団体生活の場所でなければならない。社会センターは、どこにでも建てる事が出来るわけではない。社会センターの敷地は、外部への見晴しの良い、病院の中で一番快適な区域になるような場所を選ばなければならない。

患者達は、社会センターで次の様なものを見出すであろう。即ち、理容室、患者が場合によっては家族と食事することが出来るカフェテリア、砂糖菓子の陳列ケース、郵便葉書、新聞の売店、患者の仕事場。

社会センターは、同様に治療作業場、図書室、賑やかな遊びと静かな遊びのための部屋、講堂、芝居小屋、集会所、礼拝堂、場合によっては他の宗教のために予定してある部屋を含む。

社会センターが運動競技場の近くにある場合、それは望ましいことであるが、社会センターは、その上、体操部屋とシャワー設備を含むだろう。

建築上の設計は、できるだけ快適なようにこれ等各種の要素を組み合わせなければならない。

看護職員の宿舎設置の問題は、他に解決方法が見い出せない場合、この機会に検討することが出来るだろう。

第六節 入院病舎

興奮状態の患者と温和しい患者に対する特別病棟の設置を予測する必要はない。病舎は下に表示された条件の元に、全ての治療方法の実施を可能ならしめるよう十分柔軟性を持たせて作られた同じ設計図に従って近代化しなければならない。

しかし、次の特別な二つの場合を予測しなければならない。

○ 精神薄弱者および老人用の病舎、この問題は第6節の§3で論じられている。

○ 1950年6月5日の第109号の通達に引用された第III部類に対する定義に一致する、司法医学上のあるいは司法医学上ではない扱いの困難な患者用の病舎。これ等の病舎は一地方あるいは数地方計画に予想されており、従ってこの指示の範囲内にとどまるものではない。

ある特定の場合、開放病棟に入れる患者と結核患者の入院に対して、特別な建築上の構想を検討する必要が事前に起った。次の意見を考慮に入れ、この構想は、より慎重なものでなければならない。

○ 結核患者は、特に設計された病舎を必要としない。極く少数の保菌者は、数年間継続される組織的な追跡調査の後に、伝染力がある間は、この種類の患者の隔離と治療の医学的必要

に応ずるために特に適切に選ばれた普通の単位に収容してさしつかえない。

#### ○ 開放病棟

各精神病院で開放病棟の新設をすすめられた場合、開放病棟は、閉鎖病棟の建物から分離し、そこに専用口を備えつけるよう見越しておくことが事前に必要であると思われていた。施設の中に設置される開放病棟は、医長一人にのみ委任するというのも同様に最初から決定されていた。

現在、治療および入院の方法および患者の収容について、我国（フランス）の近隣諸国に於ても同様に認められる発展を考慮に入れ、いくつかの病舎の閉鎖病棟を次第に減らしながら精神病院を最大限に開くことが欠くべからざることでありと明らかにされている。

従って各病棟には、開放病棟を設けなければならない。部屋の近代化の範囲内で開放病棟と閉鎖病棟の間には、建築上の設計についていかなる区別もなされていない。

開放病棟用の別の入口をあえて作るには及ばない。

#### §. 古い病舎の設備に関する原則

##### a) 階数（niveaux）と階段の検討

各入院病舎が、看護単位に分割しうよう十分に良好な状態にあるかどうかを検討することが望ましい。なお看護単位は、25のベットを超えてはならない。

この検討は以下のことを考慮に入れてなされねばならない。

##### 1. 病舎の階数

##### 2. 階段の数

##### 1. 階数について

すでに、二階のあるいかなる病舎もそれ以上高くすることは出来ないであろう。

屋根裏における夜間専用部屋（locaux de nuit）の設置は、病舎が一階である場合、及び屋根裏に新設される特別病室あるいは共同病室が、照明と換気に関して規定に則った必要条件を満す場合に限って、検討の対象となるであろう。

他方、三階に屋根裏部屋の設置が実現される度に、試みられた検討の範囲内で、専ら一階と二階の基準に基づいて、患者用の部屋の利用を考えるのが妥当であろう。三階の部屋は、これらの部屋の換気や照明が十分に行なわれる限り、場合により作業療法の仕事場及び遊び部屋等に再転用することが出来るであろう。この様にして、これ等の部屋は、普通は一階に置かれる昼間専用部屋（locaux de jour）の不足を一部分補うことが出来る。

消防活動に関する規則に従って、階段は、木材ではなく、《固い材質》で作られなければならない（1954年8月13日の法令、及び1954年8月13日の第54-第856号の政令）。

この問題に関する現在の状況を維持するために、このことが原因で事故が起きた場合には、所有者団体の責任が嚴重に問われる。

従って、多くの場合、新しい階段の設置が必要である。

病舎の看護単位の区分は、同様に、以下に述べる条件において一般に階段の新設を必要とす

る。

従って、それぞれの特別なケースに於ける検討は、技術的要請と火災予防上の要請とを同時に考慮に入れて行なわれなければならない。

要するに、特別な場合を除いて、守られてきた二階という規定を考慮に入れ、病舎にエレベーターを予め用意する必要はない。

この問題に関する、施行の詳細についての補足的指示は、1章の補遺IIに述べてある。

#### b) 看護単位の検討

一看護単位は、最高25人の患者に必要な昼と夜の入院病院以外に、職務の自律性を確保するために欠くことの出来ない医療室と勤務室を含まなければならない。

##### 1. 入院病室 (locaux d'hospitalisation)

新しい精神病院を建設する場合、収容能力を決定するために守られてきた表面積規格は次の通りである。

共同病室 (chambre collective) .....	1人の患者につき 6 m <sup>2</sup>
休憩室 (salle de séjour) .....	// 3 m <sup>2</sup>
作業療法の仕事場 (atelier d'ergothérapie) .....	// 2 m <sup>2</sup>
食堂 (salle à manger) .....	// 1 m <sup>2</sup>
個室 (chambre individuelle) .....	// 9 m <sup>2</sup>

ベッドの4分の1は個室に置かなければならない。

これ等の基準に基づき、申し分のない状態で現在の治療法が行なわれるよう、現存する病舎の近代化が行なわれなければならない。

入院病室の設置は、次の注意事項を考慮に入れなければならない。

##### ○ 個室

個室に2台目のベッドを取りつけることを避ける解決法が特に追求されなければならない。

上に記された規格に基づき、25のベッドからなる看護単位は、少なくとも6つの個室を含まなければならない。

これ等の個室の3分の2 (即ち最低4部屋) には、個人用の洗面台がなければならない。

患者の一時的隔離あるいは特殊治療の実施を可能にするため、保護され、特に防音された数部屋が看護単位の集団ごとに設置されねばならない。

##### ○ 共同病室

共同病室の検討は、現存する大病室を3台から6台のベッドの部屋に分割するようになされなければならない。6台のベッドは、超過してはならない限度である。

共同病室は、出来るだけ仕切られ、患者各人の個定した家具を入れなければならない。

##### 2. 衛生設備

看護単位ごとに個室の洗面台とは別の衛生設備が寝室の近くの一つ所に配置され、最大限以下の要素を構成する。

- 3台あるいはそれ以下のベッドにつき1つの洗面台
- 9台あるいはそれ以下のベッドにつき1つの局部洗浄器と1つのシャワー
- 1つの浴槽しかない1つの浴室
- 10台あるいはそれ以下のベッドにつき1つの便所
- 簡単な下着の洗濯桶と物干し場

### 3. 医療室と勤務室

単位の自律に必要な各種の部屋に関する新築について設けられた規定は以下のとおりである。

- 病棟長の事務室
- 雑用部屋
- 押入れと戸棚付きの下着整理置場
- 患者の着物置場
- 必要な整理戸棚
- 配膳室、この部屋は、食堂の隣りに置かれ、可能な場合には、外部に直通する入口がついている。配膳室は、いくつかの簡単な料理の調製がそこで出来るように、又、そこで冷蔵庫の取り付けが出来るように設計されなければならない。塵箱、及び捨てるべき荷箱、使用済の物品等の整理の問題は、特に検討されなければならない。

付属部屋及び必要設備の数に関して上述した諸規定は、各看護単位の設備を検討する際に考慮に入れなければならない。上述の指示に従って古い病舎を可能な限り組織しようとする傾向があるのは実際に望ましいことである。

他方、50のベッドを持つ新しい病舎は、2つの各看護単位に個有な部屋に加えて、以下の部屋を含まなければならない。

- 医師の事務室
- 家族面会室
- 治療室
- 職員の着物置場

いかなる場合にも、現存する病舎の近代化の範囲内で、これ等の部屋は、2つの看護単位以上の共用物でありえないようにしなければならない。

最後に、自転車置場用に、各入院病舎に付属する1部屋が、予め用意されなければならない。

#### c) 病舎の外部の検討

患者用の《中庭》が、庭に配置されるべきであろう。土壌の性質に基づく特別な場合を除いて、これ等の庭の固い物質（碎石舗装等）による完全舗装は、避けなければならない。

十分に発達した全ての病棟では、《空堀》は、廃止されなければならない。これ等の庭の塀は、出来るだけ感じが良いように設計されなければならない。あまり整然とした幾何学的な形式は、つとめて避けなければならない。高い塀は、禁じられている。

出来るだけ、病舎の各看護単位ごとに、個有な庭を造ることが望ましい。

中庭式庭園 (coursjardins) の設備の詳細は、補遺IIに論じられている。

#### §. 精神薄弱者と老人患者の病棟

これ等の病舎の特徴は、一階建築であることである。

この病棟に適用すべき表面積規格は、下に明確にされた一般的規格と類似している。

場合によりこれ等の病棟が設置される規定は、精神病治療活動の組織に関する今日の通達に定められている。

これ等の病棟は、配置上隔てられていなければならない。これ等の病棟は、これまで精神生活に適さなかった、あるいはもはや適さない病棟と、いわゆる《精神病患者》の間で用いられる治療法とは異った治療法を行なう病棟を合併する。

これらの病棟は、以下の病室を含む。

○ 低い〔精神〕水準の知恵後れの子供の病室

○ 成人精神薄弱者の病室

○ 老人患者の病室

a) いわゆる教育不可能な低い〔精神〕水準の知恵後れの子供の病室 (少年、少女用) 教育不可能な子供の病舎の建築設計は、以下の諸原則からヒントを得るべきであろう。

昼と夜の病室の配置は、少年少女の精神年齢、肉体年齢及び適応能力に従い、男子と女子を8から12のグループに分けることを可能にするであろう。

特に発達した衛生設備は、子供の頻繁な用たしの時、職員の側からの移動〔距離〕が最短でなければならぬ必要上、各休憩室あるいは、各寝室に隣接するようにする。衛生設備は、子供の身長に合った諸器具、使用を便利ならしめるため都合のよい高さを持つ洗浄用大桶、下着保管室を含む。

同様に、下着整理置場及び、屋外への簡便な排水口を備えた汚れた下着の置場は、特に検討されるであろう。

全ての部屋の大規模な換気並びに床洗いの便宜は、予め用意される。

男女共同の小病室は、隔てられた位置に配置される (およそ10%のベット)。この病室は、13才以下の子供ならば男女共同でもよい。ただし、6才以上の少年少女は、別に共同病室を使用できるという条件付である。

最後に、少年少女のため、昼間専用部屋の一部は、出来る限り屋外に張り出して、幼稚園のような型の《教室》に設計されるべきであろう。

b) 精神薄弱の成人男女

このような病棟が存在すれば、知恵後れの子供達が、年齢のために、成人病棟に移る際、いかなる社会復帰 (réadaptation sociale) も不可能であることが明らかになった場合でも、新たな適応性喪失を避けることが出来よう。他方、成人病棟は、精神薄弱者と精神病患者との間の往々にして不幸な混淆を防ぐであろう。又、成人病棟は、上述の考察からヒントを得るであろう。

### c) 老人患者の病室

老人用特別病棟の設置の便宜は、いずれの施設でも、一律に解決することの出来ない専門的問題である。即ち、この病棟は、精神病院によって管理された部門の構成人員において占める老人の割合次第なのである。

老人の割合がさして高くない場合、老人患者を、他の患者達と一緒にの種々の看護単位に分けることが出来る。もっとも老人患者のためにそれらの看護単位の内部に、比較的独立した病室を予め準備することは止むをえぬ位置である。この場合、単位構成員の年齢の変動の割合は、平均の人口統計の状態を反映しているにすぎない。

実際にフランスの人口に於ける60才以上の老人の割合は現在約16%であることに注目すべきである。

反対に、老人の割合がもっと高い場合、単位の老人の割合の増加は、再適応の治療の実施を妨げる。その際、病院に老人用病棟の新設を考えるべきである。その場合、この病棟は、社会適応能力の程度に応じて、老人患者の分類ができるよう、いくつかの単位を含まなければならない。

例として以下のものがある。

——道を間違えることなく行き来するのに十分な位置確認の出来る老人用の単位。

——開放された入口を持つ単位。そこでは、患者の残存能力と身体状態に応じたあらゆる活動を行なうことが出来るであろう。

——中位の〔精神〕水準の単位。そこでは、危険な彷徨をさせないよう庭に囲いをつけるべきであるが、それでも単純な活動を試みることが出来る。

——低い〔精神〕水準の単位。そこでは、もはや社会適応能力の問題は實際上提出されない。そこでは、ただ機能低下とガチズム〔大小便の失禁状態〕の抑制に努力が払われる。

老人達は、精神病院の患者の中でも常に最も身体看護を必要とする人々である。従って、老人用単位には、看護と診察の医術を実施するために必要な器具と全ての職員が特に十分予め準備されなければならない。

老人用病棟の配置は、老人の身動きの不便を考慮に入れるべきであろう。従って、老人単位は、常に庭と水平の一階に作られる。床は洗うことが出来るが、冷たくも固くも、又滑りやすくもないようにする。便所には、手摺を要するであろう。踏段付の坐ることの出来る浴槽が使用されるべきである。

家具類は、老人の身動きの不便さに応じて選ばれるであろう。従って、テーブルも、低い肘掛け椅子もいけない。暖房は、老人達が習慣的に寒がることを考慮に入れ、特に検討されるべきである。廊下には予め手摺が備えられるであろう。

建築上の設計は、老人が日頃慣れ親しんでいる事全てから老人を遠ざける現代様式を避けるべきである。

不具の老人の指導の難しさを考慮に入れた配置が追求されるであろう。即ち、昼間専用病室、

寝室及び衛生設備は互に接近していなければならない。

低い〔精神〕水準の老人単位に於ける換気と防臭は、特に注意を払うべきである。

勿論、全ての必要な衛生設備を予め備えるとしても、ある施設で備え付けることが出来た洗淨用流し台のような特殊な設備は、全て避けた方がよい。洗淨用流し台は、ガーチスムを防ぐ方法を追求するよりも、ガーチスムに向くように予定されている。

又、家族がその患者を見舞う際に、共同入院患者達の癡疾状態を見せないようにすべきであろう。〔共同病室を仕切った〕小寝室は、この場合どの部屋よりも欠くことのできないものである。

## 補遺II 近代化すべき古い精神病院の詳細な設計図の範囲内で実現すべき内部設備に関する勧告

原則として、近代化すべき古い精神病院の詳細な設計図の範囲内で実現すべき内部設備の詳細は、普通の精神病院の場合、一般病院で治療を受ける患者に採用された解決法と比較して、精神病患者にあてる入院病舎にいかなる特異性も与えることを避けるのと同様に、検討されなければならない。

しかしながら、多くの場合、工事主任は、建築家に対して、精神病院の入院病舎について心配され得る偶発事件あるいは事故を容易に起しやすい設備を全て避けるよう種々な注意を払う必要を指摘している。この心配され得る偶発事件とは、例えば、とりわけ窓からの投身自殺のようなものである。

この様な注意を払う事は、内部設備に関する詳細な問題を論じるにあたって実際に欠かすことの出来ないことである。しかしながら、このような精神病院に特有の解決法の追求は、いくつかの細かい点（階段、窓等）にのみ関係すべきであり、上述した様々な用意周到さは、牢獄のような特徴を施設に与えることに貢献しこそすれ、現代の治療法を考慮に入れた場合、無用であることが明らかとなった。

このような次第で、設備に関する詳細な問題を取扱ってきた〔従来の〕方法を明確に述べる事が適切であると思われたのである。というのは、特別な注意を払う必要があるからであり、反対にはまた、患者の安楽を保証するように専ら努めながら一般病院の構想に於けるような問題の扱い方をすることが今後のために望ましいからである。

これ等各種の問題点は、病舎の設備に本質的に関係するものであり、以下に引き続き検討される。

## 第一章 階 段

精神病院の階段は、その出入口に鉄格子あるいは、木の組格子による締切がついていることが非常に多い。

締切が現在も相変らず踊り場に必要であるとするならば、そのような止むをえぬ処置は病院

施設全体に適用されるような火災に対する規制にのみ基因しているのである。

この規制にかなうように、鉄格子と木の組格子は、一般に使用されている型に従って考案された、踊り場の上に置かれる非常戸口に代えられなければならない。この非常戸口は出来るだけ広くガラス張りにしなければならない。

現存する《階井》〔階段を取り付けるための空間〕の廃止は、実施されなければならない。階段は、桁板を重ねて作らなければならない。階段の仕切壁は、階段の一番上に設けなければならない。

踊り場間階段は、まっすぐな階段になるであろう。いかなる場合にも踏段が不安定な階段を用いることは出来ない。

踏段の仕上げは、いわゆる《滑り止め》という型に属するであろう。

つき出た〔踏段〕の段鼻は、出来るだけ避けなければならない。又これ等の踏段の上張りは容易に洗えるものでなければならない。

桁板と歯状板より上、各段の水平約1.1mのところ到手摺が配置されるであろう。

階段の明かるさは、自然光と人工照明とを問わず、往々にして墜落の原因となる視覚上の錯覚を起こさせないように特に配慮される。

行なわれた検討の範囲内で、取り決められた方針が、階段の窓ガラス並びに電燈の掃除を確実に行なう便宜を考慮しているかどうか注意すべきであろう。このための梯子の取り付けが、踊り場に限ってたやすく行なえるようにすることを忘れてはならない。

## 第二章　　ド　　　　ア

あらゆる治療病棟、並びに患者が収容される全ての部屋のドアは、外部に通ずるものとする。とりわけ、看護病棟の入口のドアに適用される。

ドアは、一般に取手があり、採用すべきシステムとしては、ボタン式よりも、把手付きのものであること。錠は、使用が容易な小さい寸法の標準型の鍵を備えた普通の型のものとする。

扉の表面はざらざらしてはならない。塗装してあるか、あるいは丈夫な材料で被覆したものでなければならない。両開き戸は、通行の頻繁な部屋にしか採用すべきではない。

扉の羽目板は、特に入念な細工を必要とする。

一般的に、個室、大部屋、休憩室、食堂等のドアの羽目板は、十全な上塗りを施す必要がある。経済面及び利用面で、従来、高く評価すべき結果を示したドアのシステムは、ドアを、縦に〔高さの方向に〕長方形もしくは正方形の三枚の羽板目板に分けて作る方式である。

このようにすれば、羽目板だけのドアにすることもできるし、また、磨ガラスあるいは、透明ガラスを一枚から三枚ほど取りつけることもできる。この方式は、別棟のあらゆる部屋に適用することができる。



### 第三章 窓と窓ガラス

入院病者に於ては、安全ガラスを系統的に使用する必要は全くない。

この方式は、保護室にのみ採用すべきものである。一枚ガラス或いは、セミ・ダブルガラスが、一般病院と同様、系統的に使用されるが、特別に防音設備が必要とされる幾つかの部屋、もしくは、看護病棟の場合は例外とする。

窓の構造は、特に細かい注意を用する問題である。即ち、その目的は、患者が窓を開けることが出来ること、窓から人を落す危険性を避けつつ通風できることにある。

格子の使用は、牢獄の感じを与えるから、避けなければならない。このことに関しては、後に十分な指示が与えられる。

上述の必要性をできるだけ考慮した種々のタイプの窓が検討され、この数年間に実用化された。しかし、全てが、若干の支障を持っていた様である。その中でも、特に、取り付けや取り変えに要する費用、或いは、掃除の困難さを指摘しておく。

このような次第で、特殊な窓の構造の使用は、逃亡を試みるおそれのある患者を収容するべき部屋以外には、適用しないことを明らかにする。

従って、一階の部屋の窓は、普通のタイプのものであって、いかなる特徴も持っていないものとするべきである。

二階の窓についても同様である。但し、特別な保証を必要とする患者を収容する為に用いられる部屋はこの限りでは無い。

この場合、患者の意のままになる《開き戸の扉》を備え、中太の格子によって外部から保護された、所謂《スペイン風》の窓が、最も支障が少ないと思われる。

個人の家に於けると同様、患者が日光によって眠りを妨げられないように寝室の窓を暗くする装置が不可欠である。

従って、完全に密閉しない掩蔽装置が重要になってくる。睡眠療法の部屋だけは、完全な掩蔽装置を備えていなければならない。

### 第四章 床と壁の舗装

長期間に亘って、精神病院の床と壁の舗装に使用された材料は、陶器用砂岩やファイアンスや更には、舗石ぐらいのものであった。

現在では、近代技術によって、他の方法に頼ることが可能になった。

しかしながら、次の絶対的条件を考慮に入れなくてはならない。

- 床に過度の弾性を与え、ひいては、職員の疲労を増大させるような舗装は避けること。
- 治療と収容にあてられた全ての部屋に於ては、容易に洗える舗装を行なうこと。
- 患者の生活を安楽にすることに意を尽くし、かつ、出来る限り経済的な構造にすること。
- 非常に滑らかな塗装の上に入念に塗られるリノリウムは、これ等の要求に合致し、更に、

精神病院に於て特に必要な防音を、一層確実にするというを指摘しておく。

床から羽目板の高さまでは、洗濯可能な材料を用いた塗装が望ましい。

それより高い所は、医長の指示を考慮に入れて、部屋を明るくするためにペンキ塗装を行なう。

最近では、種々の実験、色彩の選択という問題のもつ重要性が、異論の余地なく明らかにされた。

この点に関しては、専門家たちが、心理学者と共に、環境に応じた色彩の利用に関して、極めて進んだ研究を行なっている。

## 第五章 仕 切 り

### 部屋の分割と設備

補遺 I に指示した如く、各病棟の近代化に関する研究によって、各々の建物を最大限、25のベッドの看護単位に分割することが可能となるであろう。

この研究により、数十人もの患者が詰め込まれるような広い大寝室は当然、廃止される。

病棟の完全な改良が、直ちに可能であるか、最近は部分的にしか為され得ないかによって、次の二つの場合が区別される。

a) 病棟が完全に改良される場合、大寝室は、天井に至る仕切りで、個室或いは、最高六人迄収容する共同部屋に分けられる。

部屋の分割は、医師の意向や、治療上の必要性に応じて、柔軟に処置される。

このようにして、共同部屋に於いても、状況に応じて個室或いは、数台のベッドを備えた部屋に改良することが出来る。

これ等の仕切りや、小寝室の設備は当然、建物の厚さ、構造によって定められる。

以上の事を考慮に入れて、建築家は、採用可能な解決法を研究する義務がある。

b) 多くの場合、病棟全体を、直ちに全面的に改良することは不可能であるが、数十ものベッドのある大寝室を維持することは、これ以上困難である。

従って、ある期間までに、完全に改良することが出来無い病棟は、将来の計画の実施を待たず、暫定的な処置により、小寝室に改良することが望ましい。

患者の生活条件、治療条件を著るしく改善するような費用のかからない工事が、常に問題になってくる。

精神病院において、現在の病棟を分割するには、種々の構想によることが出来よう。なぜならば、改良すべき部屋の広さが、或る部屋は、他の部屋の二倍というように、著るしく変わるからである。小寝室への分割は、計画段階の研究であり、あらゆる解決法が、探究されるべきである。

小寝室の配置は、その適用がどの程度、容易であるかによって定められる。次の如くである。  
——部屋の中央に、周囲との往来通路をもって、穂状に、小部屋を分割する場合、支壁や、窓、

ドア類を、当初の設計のままにしておく。遺憾ながら、この方策には、往来通路を増加するという不都合さがある。

——一般に最も不適当な方向に設けられる側面の往来通路の場合、小部屋分割は、この通路に面して行なわれる。

——中央に往来通路を設ける場合。小部屋はこの通路の両側に配置される。

——不規則に往来通路を設ける場合。向かって正面と平行あるいは直角に設けられ、小部屋の収容能力と奥行は、種々なものになる。

部屋の広さが許される限り、中央に設けられた往来通路であれ、位置のずれた往来通路であれ、これ等の解決方法の一つを選ばなければならない。

小寝室に分割すること自体の設計は、収容能力の如何によって、検討しなければならない場合が往々にしてある。

この問題に関して、しばしば異議が唱えられるが、それは、共同部屋を小寝室に分割することが、結局、その収容能力を減少するということである。ところで、実験の結果、小部屋分割は、この解決法が充分研究され、適用されれば、必ずしもベット数を減少することにはならないことが、明瞭になった。

小部屋分割が、効果を發揮するには、仕切りの高さを、最低1.80mとし、豊富な材料を用いなければならない。

最後に、小部屋に分割された共同部屋と同様、個室に於ても、ベットは出来るかぎり、正面に並行に置かれ、日光で、患者の神経をいらだたせないようにしなければならない。

## 第六章 電 気

職員が操作する電気設備全般については、考慮する必要はないであろう。

電気設備に安全装置をつけなければならないのは、特別の注意を要する患者を収容する部屋だけで良い。

これらの部屋の数は、工事の一般的計画の中で決定される。

その他のすべての部屋に於ては、スイッチとコンセントを、患者が直接利用出来るようにしなければならない。

休憩室や衛生室にプラグ付きコンセントを使用するに当っては、コンセントに対して何らかの注意を払うべきである。

一般的な照明は、周囲を明るくする形式で考案されるべきである。今でもしばしば見られるような、電球と薄い鉄板の笠による旧式の照明は、薄暗い光で、気が滅入るような雰囲気を生むものであるから、天井に取りつけられる電球か、蛍光灯に、とりかえることが望ましい。

休憩室では、壁にとりつけられる反射燈や床スタンドを使用する。

個室、或いは共同部屋では、一般の病院と同様に、各々のベットに現在広く用いられている設備のような個人用反射燈を取りつけなければならない。夜間照明には、全く特別な注意が払

われる。

共同部屋の場合、患者の一人が治療を受けるのに、患者全員の目を覚ましてしまうような、あらゆる集合的照明システムを避けねばならない。

患者の治療が行なわれる場所だけを部分的に照明できるような装置が検討されるべきである。床に備えられた信号燈は、患者が目を眩ませずに歩けるようにしなければならない。

ある病棟では、電気換気装置や電気通風機の設置が考慮されなければならない。これらの電気装置は、少なくとも一時間に一度換気が行なえるよう的確に設置されねばならない。

衛生室では、一般規則に従って、スイッチやコンセントは外部に備えられる。

電気剃刀は、不慮の事故が避けられるような装置によって使用されねばならない。

このために、洗面所の近くに感電死する危険性の全くない、鏡のついた脱衣室を設けるべきである。

各病棟には多くの電線が配置される。同様に各業務部門や看護病棟には、少なくとも一台の内線電話が備えられ、そのうちの何台かは、必要な場合には外線に通じるようにする。

## 第七章 衛 生 設 備

便所の型は英国式の通常のものとする。しかしながら水槽は高所にあってはならない。また、便器に直結する排水装置か渦巻式排水装置を設けることが望ましい。

便所の室内は、適当に換気され照明される。便所は、普通の高さのドアで開閉される。ドアには、患者が中に入っている、必要な場合に職員が入ることの出来るような装置をつける。鉄道の便所に用いられている設備（空き、使用中を示す指示器、ドアを開けられる特別の鍵）

洗面器、浴槽、シャワーは、標準の型とする。患者が化粧や洗面を行なう場合は、少なくとも、プラスチック製のカーテンで確実に隔離される。湯が、60度を越えてはならないのは勿論のことである。病棟ごとに、水と湯と混合機が備えられる。

洗面器の上には、鏡と、化粧洗面道具を置く棚をつけねばならない。

衛生室の床は、滑り止めが施される。

シャワー室には、木製或いはゴム製の格子蓋を備える。

## 第八章 防 音

精神病院に於ては、防音の問題が特に重要な関心事となる。

それは、入院している患者が冒されている障碍の性質、多少なりとも騒々しい日中の職業的活動、患者が受ける治療方法などのためである。

この問題に於ては、三つの場合が考えられる。

——外部からの騒音に対する部屋自体の防音。

特に重要なのは、騒がしい患者を一時的に隔離するべき《保護》室の防音である。

外部に騒音が伝わるのを防ぐような防音材が使用されなければならない。(第九章参照)

——室内に騒音が伝わるのを防ぐための部屋の防音。

これは、睡眠療法のための部屋の場合である。外部より来る騒音からこれらの部屋を隔離し、また当然、部屋自体の防音が行なわれるように、特殊な設備と特別な材料を用いるあらゆる処置がとられなければならない。

——休憩室、出入口、通路の部分的な防音。

休憩室や通路では、騒音の伝播を極力避けねばならない。

使用しうるシステムの一つは、《isorel》《isophon》式等の吸音テックス (plaques perforées) を天井に張る方式である。

諸外国の病院の大部分、更には、フランスの病院において用いられているこの方法は、満足な結果を与えている。

## 第九章 保護室と睡眠療法室

a) 保護室——保護室は一般の部屋と同じ性格を保たねばならない。事実《独房》の方式は、大部分の精神病院に於て、廃止されている。この方式は、精神病患者の治療の現在の必要性と可能性に適合してはいないのである。現代の治療法の発達にかんがみ、現在まだ残っている独房は廃止すべきである。

現在は、基本的に各看護病棟につき一室の割合で、上述のような防音装置を設えた《保護》室を設けるだけで十分である。

保護室のドアは、安全ガラスの羽目板 [一枚ガラスの意] を備えて、患者の監督が出来るようにし、死角が無いようにしなければならない。

保護室には、洗面台も便所も設けられない。どのような形式のものにせよ、のぞき穴は廃止されるべきである。

b) 睡眠療法に用いられる個室、或いは共同部屋は、ただ次の点でのみ一般の部屋と異なる。即ち、その特徴は、外部の騒音に対する出来る限り完全な防音装置と、完全な掩蔽装置と、場合によって、適当な色のペンキ塗装をした壁を備えることである。

他の細かな点 (家具類、衛生設備等々) は、一般の入院病棟と同様に扱われる。

## 第十章 暖房

暖房設置の方法と、燃料の選択は、精神病院に於て、一般病院のそれと異なる問題を提起しない。従って、工事主任が、病棟それぞれの偶然性を考慮に入れて、しかるべき方法を採用する権限をもっている。

新建築の場合は、天井を通す暖房装置を勧めることが出来るとしても、反対に、病棟の近代化 [改良] の場合は、そのような暖房装置は大工事を招くという理由で採用することが出来ないであろう。しかしながら、病棟全体の設備を完全に改良する場合には、このような方法を採用することが出来る。

現在ある設備の改良だけを検討する場合、火傷の危険性を避ける為、暖房器には十分な保護装置を設けるべきである。《保護》室で採用される暖房装置は、患者自ら、暖房器を取り扱うことを禁じるものでなければならない。

## 第十一章 中 庭

### a) 一般的な設備

庭については、患者に日陰を与えるために木を植え、芝生や花壇を作らなければならない。

患者が閉じ込められているという印象を抱くことのないよう、例えば彩色したプラスチック製の高さ1.50mの格子で柵を作り、それに接して常緑葉の生け垣を設ける。経済的に許される範囲内で、庭を快適なものにするあらゆる試みが為される。即ち、鳥の檻、噴水、池（勿論、余り深く無い）あずまや、等々の設置である。

ミニアチュア・ゴルフ場の他に、投戯場、小規模のクロケット場、球戯場等の遊戯場を設け、社会センターの近くには、運動場を設ける。

### b) 便所

これまで、しばしば、中庭に通ずるように戸外の便所を一箇所に集める努力が払われてきた。この種の便所は、直接通風わなされるので、便所から発生する臭気の為、患者、職員、訪問者にしばしば迷惑を及ぼす。

便所を一箇所に集めることは、患者の多数が収容され、看護単位に分割されていない病棟に於てしか、効を為さない。それ故、患者の生活状態は、いまだに著しく共同生活に依存している。

しかしながら病棟の改良の場合に、このような便所を存続させることが望ましいときには、共同便所のような外観を残さないよう注意すべきである。

このような便所に為される換気に関する進んだ研究が行われるべきであろう。

### c) 回廊と庇

数十年前には、建物の正面にそって、気候が不順な時、居ることが出来る保護庇が、取り着けられることが望ましいと思われた。

これによって、或る程度、昼間部屋の不足を補っていた。

このような屋根付きの回廊の幅が広げれば広いだけ、一階の部屋を暗くするというのである。一方昼間部屋や、作業療法の仕事場が設けられてから、庇は余り重要ではなくなった。

しかも、回廊の維持はなかなか困難であるから、上述のような支障を来す場合には、庇は廃止されるべきである。特別な理由の為、維持することが望ましい場合には、患者の休憩室を暗くしないように、透明な材料を用いて、回廊の庇を設けねばならない。

最後に、患者の一部が、農業や、戸外の活動に従事する田舎の施設に於ては、入口のすぐ近くに、外套をかける部屋や、靴を置く場所を設けることが望ましい。

## VI 医 療 機 能

### 1. 専 門 医

#### 外部から呼ばれて来る開業医の指名と謝礼の条件

1958年8月14日の通達

1952年8月21日の通達第148号は各精神病院に入院患者の病状によっては必要となることがある検査や治療を実施するために必要な機械器具を設備するのが有益であるということを特に強調したものであった。

しかしながら、こうした補助的な検査や治療のあるも幾つかのものは医長たちによっては実施できず、放射線科専門医、肺結核専門医、耳鼻咽喉科医、心臓病専門医、婦人科医、等のような外部の医者を招致して助力を求めることが必要である。

同様に、精神病院の大半のものにおいては、最も多く行われている外科的治療は精神病院の治療室 (bloc technique) で外部から来る外科医の手で行なわれている。歯科の治療も同様にこのようにして外部からの歯科医によって行なわれる。

新しい療法が実施されるようになってから、この数年にこのような専門医の活動の幅が相当に広まることになっている。そういうわけでそうした専門医の指名および謝礼額の諸条件に関する一般的指示を与えることが必要になっている。

しかしながら、以下の指示は精神病院が脳波検査のための専門医を呼んで助力を求めることができる条件についてはふれていない。事実、この問題は非常に複雑なため次回に発することになっている別の通達の対象になることになっている。

×

次の二種類の事情が起り得る：

1° ある幾人かの開業医が診療に定期的に、はっきり定った回数、例えば週に一回とか2回とか、で呼ばれる。

2° 特別の場合に、非常にまれにしか呼ばれず、また前もって相談を求められる回数がきめられない専門医。

そのほか、推賞すべき解決法において、精神病院についてかあるいは精神病室についてによって区別する必要がある。

#### I 精神病院に関する指示

##### 1° 定期的に呼ばれる開業専門医

大半の精神病院において定期的に呼ばれる専門医というのは特に外科医、放射線科医、眼科医、耳鼻咽喉科医、肺結核専門医および歯科の場合が多い。

#### a) 指名の条件

指名の条件は1938年2月5日の命令に付加されている範例規約の第90条によって定められていて、それには「定期的に精神病院へ呼ばれる専門医は、精神病院勤務の医長および監督委員会の意見に従って、院長によって作成された推薦者名簿から知事によって指名される」。

推薦指名簿は県衛生部長へ提出され、衛生部長はその意見を付して裁可のため知事に提出しなければならない。

指名がなされると、特に指名当事者の任務および報酬条件を定める契約が指名された専門医と結ばれる、精神病院の法律上の組織に従って、契約の署名に精神病院を代表するものは：

県の精神病院にとっては、県知事または、知事の委任によって、精神病院長であり、監督委員会の意見に従って代表する。

独立精神病院にとっては、精神病院長であって、行政委員会が契約計画に同意を与えた後で、契約を行う（もちろん、これには認可の規則による即定項目が留保されるものとする）。

公共施設の機能を果している私立精神病院にとっては、監督委員会の意見に従って精神病院長が代表して契約署名する。

推薦者名簿に載せられることになる開業専門医の選択自体に関しては、明らかに精神病院に勤務中の医長の意見によってきめられなければならない。各専門分野について医長たちにとって最も傑れた資格と技倆を有しかつ求められる任務を熱心に遂行しようとするに最も期待がかけられる開業専門医を提案推薦するのが医長たちの務めである。多くの場合、ある種の専門分野に対しては、諸病院の一医師にまかせるように医者たちが望むと思われるが、本官はそのような方法がなるべく数多くとられるように取はかられることに対しては全く有益なやり方であると考えている。

たしかに改正された1943年4月17日の政令第110条は、諸病院の医師、外科医、専門医が分管区衛生監督官によって許された規則外の特例を除き「幾つもの病院施設において同時に勤務することはできない」と規定している。

字句通りに取れば、この条文は本通達が目ざしている場合には該当しない。何故かというに諸精神病院は衛生法典第七部および1943年4月17日の政令によって目的とされている「病院施設」ではないからである。しかしながら、こうした事情のもとにあってはこれらの禁止令を考慮に入れた方がよく、かつ諸病院の医師、外科医または専門医を精神病院の諮問医として指名するに先だって得ておかねばならない規則外の特例を分管区の衛生監督官から得ておく必要があると考える。それに、一般的には、そのような規則外の特例を得るのは困難ではないはずである。何故かというに、そのような指名は事実諸病院の専門医に真の補助勤務を依頼するのではなく、精神病院に対しては、それよりはるかに負担の少ない定められた協力を求めるに過ぎないものであるからである。

最後に、ある場合には、精神病院の医長たちは精神病院が設置されている県の外や、さらにはその病院の該当衛生管区外で開業している専門医を推薦することも考えられる。



そのような専門医を指名することは、推薦された一人または数人の専門医の特別の技術能力によって必要であると確認されることができる。

しかしながら、精神病院から遠く離れて住んでいる専門医に定期的に依存することは、特別の例外の場合にだけかつ他に解決法が一つも見当たらない時に限り許可されるべきである。

それ故、将来においては、精神病院が所在している県内で業務を行っていない専門医の指名が要求されるに、提案を分管区衛生監督官に提出して、同監督官が、その特定の場合に、推薦された専門医の住居が遠く離れていることが医療上に重大な困難を引起さないかどうか、また、引起す場合は、同じ専門の他の医者で精神病院からそれほど離れて住んでいない者を指名できないかどうか、を決定することができるようにすることが適切であろう。

この際起る諸問題は専門医の住所と問題の精神病院との間の実際の距離の多少に応じて検討しなければならない。これに比べると行政上の区画である県や衛生管区の区分はそれほど問題ではない。また実際においても、該当する精神病院の地理上の位置によって、他県や他の衛生管区に住んでいても、その精神病院が所在している県内に居住している同じ専門の医師よりも、行き来の便利な専門医を頼む方が実際に役立つであろう。

#### b) 報酬の条件

精神病院へ定期的に呼ばれる専門医は他のすべてのやり方よりも先づ歳費の形に基づいて報酬を受けなければならない。

一般に、これらの専門医は定期的に精神病院に来て毎回ある定った数の診療ないし施術をするものである。それ故これら専門医たちの報酬は先づ第一に精神病院にきて仕事をする時間の多少に従って決定されなければならない。

しかしながら、これらの専門医が、放射線科医、外科医、歯科医または他の専門医の何れであるかによってこうした決定の仕方にある程度の差異をつけなければならない。

#### a) 一般の専門医

(肺結核専門医、耳鼻咽喉科医、眼科医等)

支給すべき歳費はこれら専門医に要求される時間の多少に応じて決定されなければならない。

これをベースにして、本官はこの歳費を次のように設定できると考える：

一箇月当り勤務 2 回に対し歳費1200新フラン。

一箇月当り半日勤務 7 回に対し歳費12000新フラン。

参考のためにあげられているこれらの額は最少および最高の限界額と見做されるべきものとする。

これらの眼界内で各専門医にパート・タイムで要求された勤務も計算に入れて、これら専門医の受け取るべき歳費の額を決定するのは貴官の権限に属するものである。

#### b) 歯科医

歯科医は上記の専門医と同様なやり方で報酬を与えられなければならない。しかし補綴義歯類の製作費を通算総計した費用は、歳費のほかに、歯科施術の各名義による定められた料金に

基づいて支払われるものとする。

この料金表にない補綴具については、それに最も近い料金中の補綴具に対する料金に準じて支払料金を定めるものとする。

#### c) 外科医

外科医に対して採用される報酬の方法は上記の諸専門医と同様にしなければならない。また上記の専門医のための歳費の限界も同様に外科医にとっても有効なものである。

しかしながら、外科医が精神病院内で勤務した時間だけでなく、診療および外科医の手を借りる必要のあったケースの数とその度合をも考慮することが適切である。毎年前年の業績を参考にするものとする。

#### b) 放射線科医

放射線科医も上記の諸専門医と同じ条件でかつ同じ限界の歳費で報酬を受けるものとする。

しかしながら、この種専門医の勤務量は実際に自ら放射線検査をしかつその所見を述べた時間を考慮して測らなければならない。もちろん精神病院の人員によって付随した作業（例えばネガの現像など）を行うために費やされた時間は計算の中に入れてはならない。

×

これら専門医が精神病院へ出かけるための交通費はもちろん専門医に支払わなければならない。この点については目下施行中の医療補助金制度（医療補助金の県条令範例の第44条）を参照のこと。

### 2° 診療のため時おり呼ばれる医師

#### a) 指名の条件

原則として上記の場合に定められている条件と同じである。

しかしながら、精神病院に務めている医長は特定のケースの治療に必要な専門分野の医師を、知事による同医師のあらかじめの指名なしで呼んで助力を得る可能性をいつでも有しているようになっていなければならない。しかし依頼された診療については毎回精神病院の行政当局に通報されなければならない。

この専門医を呼ぶことが繰り返しても将来も行われるような場合にだけ上記の手続きによる指名が考慮されなければならないものとする。

## II 精神科病室に関する指示

改正された1943年4月17日の政令の規定に従って、精神科病室は専門分野の医療のためには病院内の医師を呼ぶものとする。もちろん、該当する専門医は病院規則に規定されている条件によって報酬を受ける。

しかしながら、ある場合には、精神科病室が付属している病院に精神科病室の患者に必要なが起り得るすべての専門の科がないことがある。また精神科病室の患者は病院自体の患者数よりも多いこともあり、入院期間がもっと長いので普通の入院患者の必要とする以上の必要がいつも起るものである。

こうした事情のもとでは、ある特定の場合には、施設は病院外の専門医に依頼することができる必要があるのは明らかである。

通常のやり方で選抜試験が必要な専門医に関する毎に、入院施設、または外来診療所に関する医師採用に関する病院規則（1943年4月17日の政会の第47条を参照のこと）によって定められた条件に従って指名できるようにする必要がある。

これに反し、時たま不時に呼ばれる専門医に関する場合には、この種の指名を行うことは問題とはならない。こうした場合には、本通達の純然たる精神病院に関する指示を参照のこと。

### 精神病院内における脳波検査業務の組織

1959年7月8日の通達

精神病院内で療養している患者の治療に当るために外部から呼ばれる専門医に関する1958年8月14日の通達第340号b3によって、本官は脳波専門医の採用と報酬によって起される諸問題は特定の指示の対象になることになっていることを貴官に示しておいたところである。

本通達はそのためこの点について上記の条文にある指示を補って完全なものとするものである。

しかしながら、精神病院において脳波を利用することがもたらす利益にかんがみ、この機会に脳波検査業務が組織されるべき一般的な条件についてのある勧告を貴官に与えるのが必要であると思われたのである。

脳波検査業務の精神病院内における組織はそうにして組織された脳波研究室が精神病院で治療を受けている患者ばかりでなく、精神衛生無料診療相談所で発見された患者や、また、開業医から差向けられた患者があれば、そういう患者にも利用できる方が便利であることを考慮に入れて立案されなければならない。

本官は実際設備された施設が精神病院の所管地区に起る需要の全部に応じることができるようにすることが望ましいということに貴官の注意を喚起するものである。

よいと思われ解決法のうちで、精神病院に関するものかあるいはある病院の精神科病室に関するものかによって区別する必要がある。

#### I ある病院内の精神科病室に関する指示

二種類の事態が起り得る：

病院内に神経精神科病棟があってそこに脳波研究室が設置されまたその病棟に病院の医師が業務に当たっている場合、精神科病室の患者に関する脳波とその所見はこの脳波研究室で病院の医師によって実施されなければならない。

病院に神経精神科がない場合、脳波研究室に設置すること。

脳波検査業務の所在場所、脳波計の取扱者（女性）の養成、および女性秘書を置くことに關する以下の指示は病院内の精神科病室にも該当する。

脳波担当医の指定に関しては、病院規則によって規定された条件内で指名を用意する必要がある。

ある。

## II 精神病院に関する指示

そのような業務の組織は機器取扱および事務局の人員および専門医に関する各種の問題を提起する。

これらの諸問題は以下の注意を考慮に入れて処理されなければならない。

### A 取扱者および秘書

#### a) 取扱者

この業務に当る者は、一方では、精神病患者に対して検査に協力してもらえよう態度で接することができるように精神病患者に対する経験があり、また、他方では、専門的教育があり実地の訓練を受けている必要がある。

大半の場合には、これらの条件を満足させる担当者を直接採用できないことがあるから、病院に勤務している医長の同意を得て、病院長または医師である病院長は、すでに各医療に勤務している看護人（男）または看護婦で国家免状によるか認可によるかによって業務につく資格のある者を選任するのが適切である。

この担当者は必要な研修を受けなければならないか、それらの研修は以下のものを含むものでなければならない。

サルペトリエール病院のような病院での専門病棟において組織された専門教育：

幾つもの実習期間を完了することを、うち一つの実習は精神病院または病院の神経精神科の脳波研究室における長期にわたるものであること。

これらの実習の場所は問題を考慮中の病院の脳波研究室の機能を確保するために指名された医師の意見に従って選択される。

この研修期間は平均して12箇月から18箇月になるように設定すべきものと思われる。

もちろん当該精神病院が実習および教育についてこの期間の費用を負担するものとするけれども、同病院は、この脳波用機器取扱者がこれらの研修を終了したのち、一定期間当該病院において専任の看護人（男）または看護婦としての役割を勤めることを確保するために必要な措置を取ることが了承されているものとする。

#### b) 秘書

脳波部に秘書を置くことは同部の重要性がある程度に達しない限り必要ではない。

秘書はそうようになって設置されると取扱者のある幾つかの任務を引き受けることになる。それらは分類、通信、インデックスの整理、等である。秘書は取扱者が不在のときには担当医を助けて初歩的な技術的任務を進んで買って出るとは有益なことである。

### B 医師

#### 1° 採用

精神病院内の医師中に脳波の機能を確保するために必要な技術を具えた者が一人もない場合には、専門医の助けを得る。

このようにして助けを求めて呼ばれた医師が有していることが望ましい特定の訓練と知識にかんがみ、またこの種の調査法を専門としている専門医の数がまだ限られていることから、脳波専門医の採用は、神経精神科医であり、そのうえ、脳波学において確実な技術を有する者の中から優先的に選択する特別の保証を有する条件で行なわなければならない。

それ故、病院に勤務する諸医長および監督委員会の意見に従って病院長が作成した1938年2月5日の政令に付加されている規則範列の第96条に定められている推薦名簿が貴官および県衛生部長の意見をそなえて本官に提出されねばならない。

本名簿はそこで社会衛生恒久諮問委員会内にこの目的のために設置された小委員会の一つ、精神病委員会に廻されその意見が求められる。

本件について同委員会が態度を決定したあとで、当該精神病院の脳波研究室を担当運営するのに最も適切な資格を有すると本官が考える専門医の名を本官から貴官に通知する。

これに引続き、このようにして貴官が入手された情報を考慮に入れて脳波部担当医の指名手続きを取り、かつ特に指名された専門医の任務と報酬条件を、本通達中に明確にされた条件に従って決定する契約の締結の手續を取行なわせるのは貴官の権限である。

## 2° 業務のやり方

上記の指示によって明らかであるように、各精神病院に脳波をその場で検査できるように必要な人員と設備をそなえることが必要である。

それ故、現在もなお見受けられるような専門医の居宅で脳波を取りその所見を得るようなやり方である状態になるべく早く終止符を打つことが適切である。

一方、脳波部の満足な機能は担当専門医が精神病院において専任取扱者によって記録された脳波を分析解釈してはじめて得られるものである。このようにして専門医は自分のもとで脳波が種々の特質を示す患者のために新しい脳波を記録させかつ必要と判断する賦活を事情により行なうことができるのである。

こういう事情のもとでは、精神病院に例外的にしか来ない専門医の自宅に脳波を送って所見を迎ぐやり方は精神病院の脳波部の機能を果すやり方としては廃止されなければならない。

## 3° 報酬条件

上述において本官が指示したように、脳波電図研究室は以下のように機能を果すことが望ましい：

- 入院患者のため；
- 精神衛生無料診療所から送られた患者のため；
- 場合により開業医によって送られた患者のため；

これら三つの場合において、報酬の条件は次のように支払われるものとする。

### A. 精神病院の医長以外から選択されている担当医

- a) 入院患者または精神衛生無料診療所から送られてきた患者

この担当医は他の外部から呼ばれてきている専門医たちのために定められたものと同じ歳費

によって報酬を受ける，すなわち：

一箇月当り半日勤務が2日に対し年1200新フラン。

一箇月当り半日勤務が16日に対し年12000フラン。

こうした専門医に要求される業務を考慮して貴官が当該専門医が受領すべき歳費の額を決定されねばならないが，上記の諸額を最高限度とする。

注意しなければならないのは，精神衛生無料診療所から送られてきた患者のために担当専門医が脳波を取りその所見を与える場合には，県の精神衛生業務と精神病院との間に契約の締結を見ることが必要であるということである。この契約は特に脳波を担当する専門医に対する報酬ならびに設備費の償却に対して，精神衛生無料診療所から送られてきた患者の人数割りによって県の精神衛生業務部が担当すべき基準となる財政上の限定項目を定めるものとする。

b) 開業医によって送られてきた患者

脳波検査業務を担当する専門医は，病院側が入金総額のうちから脳波部の実費および回収費を先に徴収したのち，外来診療に対する病院の規則に定められた条件によって謝礼を受けとる。

B. 担当専門医が精神病院の医長の一人である場合

精神衛生無料診療所より送られた患者

県の精神衛生の諸施設と結ばれた契約の範囲で，同医長は社会衛生無料診療所内で適用される料金表に従った謝礼で報酬を受ける。

開業医によって送られた患者

同医師はこの業務に対して，精神病院によって受け取られた謝礼から先取りすことによって，社会衛生無料診療所内に適用される謝礼に基づいて同様に報酬を受ける。

## 2. インターン生（内勤医）

### 待遇と便宜

1946年5月23日の通達

本官は医学インター生の採用に関して，他方の精神病院が大きな困難に当面していることに注意を払ってきた。

こうした困難を緩和させるために，インター生たちによって果されている機能に対し無償でなく有給にするのが得策であるということが本官に幾度も示されてきている。

大蔵大臣と合意に達したのち，本官は貴官に対しセーヌ県の精神病院においてインター生たちに支払われているものと同額の歳費を地方の精神病院のインター生にも支給することに反対するものではないことを通知する。

そのうえ，インター生採用に関して起きている困難の非常に一般的な原因の一つは，地方の精神病院が，一般に，大都市から離れた場所にあり，そのためインター生たちが最寄りの全課程を具えた医学部ないし医学校に定期的に通うことを難儀なものにしていることである。

インター生たちが自己の勉学のためになす交通を容易にするために，本官は精神病院がこ

の交通費の一部を負担することを許可する用意がある。この一部負担は半額でインターン生に定期を支給することで行なうことができる。

インターン生採用のために精神病院にあらゆる便宜を許すことが得策であるから、本官は貴官に対し上記の措置を採用するように該当県会に勧告するために必要な手段を取るための配慮をまかせるほかはない。

注意：1962年3月5日の通達および1962年3月3日の政令を見ること。

### 精神病院による第5年目および第6年目の実習を免除されたインターン生募集のための選抜試験組織

1953年2月20日の政令

第1条 公共精神病院または公共の役割を果している私立の精神病院で第5年目および第6年目の実習を免除されてはじめてインターンを務められる修業年限で修学中の医学生をインターン生として募集採用しようと望んでいる病院は、公衆衛生および人口大臣および文部大臣によって1951年3月21日の政令による規則に準拠して作成された名簿上に記載されなければならない。

第2条 修学中の学生からの募集採用は以下に載げる第12条および第13条の規定を留保して、試験に基づく選抜後に実施されるが、この選抜試験は原則として毎年各衛生管区において管区の本政令の第1条の条件に応じた全精神病院に対して行なわれる。

第3条 選抜試験の日時および選抜の対象となるインターン生採用数は、該当諸県の知事の同意を得て、精神病院がこうした採用方法によって埋めようと希望する現在のあるいは将来予定されているインターンの空席数を考慮に入れて、公衆衛生の管区監督官によって定められる。

この日付けと選抜試験に廻される採用数は公衆衛生監督室によって少なくとも二箇月前に発表され、同時に医学に諸大学の医学部長および諸医科大学の学長は通知される。

第4条 選抜試験の受験許可を得るためには、受験希望者はフランス国籍を有することおよび有効な16科目の復習修了証を証明しなければならない。

第5条 選抜試験は原則として衛生管区の中心の都市で行なわれる。

選抜試験審査委員は以下の構成である。

委員長：衛生管区監督官

同地区の医学部所在地（医学部所在地がない場合は医科大学所在地の）の諸病院からの内科医一人および外科医一人、これらの二名の審査委員は抽選によって指名される。

インターン生を募集する各精神病院の医長の一人が抽選で指名される。

医学部も医科大学のない地区においては、一人ずつ選ばれる内科医および外科医の審査委員は衛生管区の中心地がその勢力範囲内にある医学部の所在地の外科医および内科医たちの間から選ばれる。

審査員になるように求められた精神病院の医長の数が4名に達しない場合には、前項にある

精神病院に属する精神病院の他の一人またはそれ以上の数の医師、またそれがない場合には、同地区の他の精神病院から他に一人または数人の医師を同じ条件で、精神病院から4名の審査委員が出るように指名される。

第6条 選抜試験には以下の試験が含まれる：

I. 審査員に答案筆者名を知らせない筆記試験

a) 神経系についての解剖学および生理学の試験（試験時間2時間）。

b) 内科病理学試験および外科病理学試験（両試験を含せて3時間）。

以上二種の試験のそれぞれが0から20点までの間で採点される。

採用許可を言い渡されるためには、受験者はこれらの試験の全体に対し30点以上を取っていないなければならない。

II. 口頭試問

内科、外科または産科の急患一例を前にして如何なる処置を取るかについてを目当てとする口頭試問、受験者には考える時間を10分間および問題の解説のために5分間与えられる。

この試験は0から20点にわたって採点される。

第7条 選抜試験の一般的監督は試験審査委員に託され、審査委員は特に答案を読むことに適用すべき諸規則を定め、選抜試験が秩序正しく不正なことなく行なわれることを保護するためのあらゆる措置を講じる。

第8条 選抜試験に廻されたインターン生の空席数の範囲内で、採用されるためには、受験者は審査委員会によって定められた点数以上の点を取っていないなければならない。

審査委員会によって定められた最小限の点数を得ている補欠者名簿を設け、採用予定者で就職しなかった者があればそれに代らせるものとする。

第9条 合格者は選抜試験の成績順に空席中から自分の好むものを選ぶ。

しかしながら、公共の役に立っている私立の精神病院については、インターン生は病院管理当局の承認を得なければならない。

合格者でインターン生の職に就かないもの、あるいは就いても、勤務の実績が上らないものはすべて選抜試験によって得た物を失う。

第10条 選抜試験の費用は該当する諸精神病院のそれぞれによって、公衆衛生および人口大臣によって定められている病院の最大ベット数に比例して、分担される。

第11条 セーヌ県の精神病院のインターン生採用のための現行の諸規定は何も変更されない。しかし、セーヌ県の精神病院のインターン生のポストのほかにパリの衛生管区の精神病院のインターン生のポストにも採用できるように審査委員会によって定められた最小限の点数を得た補欠者名簿を各選抜試験の際に作成するものとする。

第12条 一公共施設の役割を果たしている数箇の精神病院を管理している団体または協会でそれらの団体の施設に共通の選抜試験によって修学中のインターン生を採用しようと希望するものは該当する諸精神病院の提案に基づいて公衆衛生および人口省によって各グループに対して



定められる条件に従って選抜試験を行うことを認可されることが出来る。

第13条 精神病院で今までそこで働く修学中のインターン生を第5および第6年月の実習を免状された学生を受け入れる権利をもっている病院および施療院に共通の選抜方法によって採用してきたものは、これまでの特定の採用方法を保持することが許されている。

#### 精神病院のインターン生の採用

1953年3月26日の通達

医学学習に関する1949年4月16日の政令を改正する1951年3月21日の政令1951（1951年3月24日の官報）によって、文部省および公衆衛生および人口省の共通通達によって定められた名簿に載っている精神病院および療養所の選抜試験で採用されたインターン生に対し、文部大臣は医学修業年限の第5および第6年目に当てられている実習に免除が与えられた。

しかしながら、この免除は上記のインターン生が衛生管区の選抜試験によって、病院の選抜試験によらないで、採用されるということを条件にしている。

上記の規定の恩恵をインターン生たちに受けさせることができる施設の最初の名簿が1952年9月18日の官報に発表されている。これを補なう名簿が近く発表される予定である。

これらの規定により本官は療養所および精神病院のインターン生に関する条文に幾つか修正を加えてこれらの精神病院がすべてそれらに与えられている便宜を得られるようにすることにしたのである。

これらの改正点には以下の説明がいと考える。

1953年2月20日の政令（1953年3月17日の官報）は医学インターン生の採用条件を定めている1938年2月5日の政令に添付されている精神病院の内務規定範例の第101条の諸規則に改正をもたらしてくれる。

この政令はそれ故精神病院に対して3月17日の官報に発表されている2月20日の第二の政令によって定められた条件で組織される管区の選抜試験によっても第5年目および第6年目の実習を免除される修学中のインターン生を採用する可能性を与えている。

この第二の政令は選抜試験の組織に関して有用なすべての明細を指示している。すなわち、受験資格、試験審査委員会の構成、試験の採点法、を特に明示している。

ある特定の場合（セーナ県のインターン生たち、実習免除の学生を受入れる認可をすでに得ている中央病院と共通の選抜試験によってインターン生を採用する私立精神病院で公共の役割を果たしている病院および精神病院）についてはそれに該当する特定の条文の対象となる。

貴官におかれては本指示を考慮に入れて、貴県における精神病院の内務規定の修正を目的とするあらゆる有効適切な措置を講ぜられたい。

了承されていなければならないことは、精神病院が2月20日の政令によって改正された規則範例の第10条の作成を厳密にされる場合は、精神病院の内務規定にこのようにしてもたらされた修正は本官の認可に廻される必要はないということである。貴官が上記の本官の政令の諸法

規を考慮して改正がなされているということを本官に報告されればそれでよいのである。

これに反し、精神病院が異った改正を採用した場合には、貴官は認可を得る目的でこの件について監督委員会の裁決を本官に報告されたい。

将来は、精神病院にインターン生として配属された学業途上の医学生で、そうするうちに第5および第6年目の実習を免除されなければならない者が上記の政令によって規定された条件によって効果的に採用されるように注意するのが適切であろう。

#### インターン生が第5および第6年目の修業年限の実習を免除される精神病院

1952年9月11日、1953年7月25日、1956年6月8日、1960年11月22日の政令

第1条 選抜試験によって採用されたインターン生が医学修業年限の第5および第6年目の実習を免除される精神病院の名簿は以下の如く法定された：

##### ボルドー衛生管区

ジロンド県——シャトー・ピコンの自治精神病院、カディヤックの精神病院

ラドン県——モンドマルサンにあるサントマリ―精神病院

ローエガロンヌ県——アジヤンのピュレー精神病院

ドルドーニュ県——ヴォークレールの精神病院

バス・ピレネー県——ポーにおけるサンリュック精神病院

##### クレールモン・フェラン衛生管区

アリエ県——イズールの精神病院、エネルシャトーの精神病院施設

ロゼール県——サントルバンの精神病院

ピュイドドーム県——クレールモン・フェランにあるサント・マリ―精神病院

オートロワール県——モントルドンにあるサント・マリ―精神病院

コレーズ県——セレットの精神病院

##### デイジョン衛生管区

1° リヨン大学医学部に結ばれている諸県

コートドール県——シャルトルーズの精神病院

ヨンヌ県——オーセールの精神病院

2° ナンシー大学医学部に結ばれている諸県

ジュラ県——サンティリーの精神病院

オートサーヌ県——サンルミの精神病院

##### リール衛生管区

ノール県——ロムレ、バイユール、およびアルマンシェールの精神病院

パドカレー県——サンヴナン精神病院

ソンム県——デューリーレザミアンの精神病院

エーヌ県——プレモントレの精神病院

リモージュ衛生管区

オートヴィエンヌ県——リモージュにあるノージュア精神病院

ヴェンヌ県——ポアチュの精神病院

シャラント県——アングレームにあるブルーティ精神病院

シャラントマリチーム県——ロシエルにあるラフォン精神病院

リヨン衛生管区

エン県——プールにあるサンジョルシュ精神病院, プールにあるサントマドレーヌ精神病院

アンデーシュ県——プリヴァの精神病院

イセール県——サンテグレーヴの精神病院

サブオア県——バッサンの精神病院

ローヌ県——ヴィナチエおよびサンジャンドデュの精神病院

マルセイユ衛生管区

ブーシュデュローヌ県——エーアンプロヴァンスの精神病院

アルプマリチーム県——ニースのサントマリー精神病院

ヴォール県——ビエールフーの精神病院

ヴォークリューズ県——モンドヴェルブの精神病院

バツザルプ県——デイヌユの精神病院

オートザルプ県——ララーヌユの精神病院

モンペリエ衛生管区

1° モンペリエの医学部に結ばれている諸県

ヘロー県——フォンドーレンの精神科診療所

オード県——リムーの精神病院

2° トウールーズの医学部に結ばれている諸県

アヴェロン県ロテおよびケシオルの精神病院

ナンシー衛生管区

1° パリ大学医学部に結ばれている諸県

マルヌ県——シャロンの精神病院

オーブ県——プリエンスルシャトーの精神病院

2° ナンシー大学医学部に結ばれている諸県

ヴォージュ県——ラヴェネルの精神病院

ミューズ県——ファンレスルスの精神病院

3° リヨン大学医学部に結ばれている諸県

オートマルヌ県——サンディジェの精神病院

ナント衛生管区

メーヌエロワール県——サントジャムの精神病院

モルビアン県——レヴェレックの精神病院

ヴァンデー県——グリモーディエールの精神病院

オルレアン衛生管区

1° パリ大学医学部に結ばれている諸県

シエール県——ポールガールの精神病院, ダンの養護施設 (colonie familiale), シエザル  
ーブノアの養護施設

ロアレ県——フルーリレオブレーの精神病院

2° リヨン大学医学部に結ばれている県

ニエーブル県——ラシャリテの精神病院

パリ衛生管区

パリ大学医学部に結ばれている諸県

セーヌ県——サンタンヌ精神病院, アンリールセル精神病院, ヴイルジュイフの精神病院

セーヌエオアーズ県——メーゾン・プランシュ, ヴイルーエヴラル, ベリーヴオークリ  
ューズ, ヴイエイユ・エグリーズ, およびモアセルの精神病院

オアーズ県——クレモンの精神病院

ユール県——エヴルーの精神病院

ユールエロワール県——ボンヌヴァルの精神病院

セーヌマリチーム県——リットヴィルの精神病院

オルヌ県——アランソンの精神病院

カルヴァドス県——カーンの精神病院

マンシュ県——ポントルソンおよびボンラベ・ピコーヴィルの精神病院

コートデュノール県——ブルゲルニヴェルの精神病院

メーエンヌ県——ラローシュガンドンの精神病院

レンヌ衛生管区

コートデュノール県——ルオンおよびベガールの精神病院

フィニステール県——カンペールの精神病院

イルエヴィレーヌ県——レンヌの精神病院

サルト県——マンの精神病院

ストラズブール衛生管区

バラン県——シュテファンスフェルトおよびホエルトの精神病院

オーラン県——ルファックの精神病院

モセル県——ロルキンの精神病院, トウールーズ衛生管区

オートガロンヌ県——トウールーズのマルシン精神病院

ジェル県——オークの精神病院

オートピレーネ県——ランヌメザンの精神病院

タルン県——アルビにあるボンソーヴェールの精神病院

アリエージュ県——サンリジェの精神病院

ロー県——レームの精神病院

## Ⅷ 私立精神病院で公共施設の役割を果たしているもの

### インターン生の採用

1955年8月24日の政令（官報9月6日号）

第1条 毎年、公衆衛生および人口大臣の命令により、原則として10月に、サントマリード・ラソンプション、カーンのボン・ソーヴール、サンローのボンリーヴールおよびクリュニーのサンジョゼフの諸病院経営団体に属する精神病院において医学インターン生の空席に採用するための選抜試験が開かれる。

第2条 選抜試験の日付けは公衆衛生および人口大臣によって、該当私立精神病院の管理当局と打合せの上、選抜試験の諸業務が三箇月前に発表され充分な公告通知がなされるように定められる。

この告知は一つは公衆衛生および人口大臣によって官報に公示することにより、また一つは該当する私立精神病院の管理当局によって必要と判断された方法によって、希な例としてはすべての医学部やその地方の新聞紙上における公示によってなされる。

第3条 選抜試験はパリでは公衆衛生大臣によって選ばれた場所で行われる。

第4条 16科目履条証明を受けている資格を有する医学生および国家免状による医学博士の有資格者は男女の別なく選抜試験を受けることができる。

受験者はフランス国籍を有し、選抜試験の日付けにおいて30才未満でありかつ産科の実習を修了したものでなければならない。

第5条 願書は公衆衛生省において受理される。選抜試験の三箇月前に願書の受理登録が開始される。これは試験日の15日前に切られる。

第6条 選抜試験の願書が受理登録されるためには、受験者は次下のものを提出しなければならない。

1° 出生証明書

2° 学業履歴証明書

3° 第1条に示されている精神病院の一つの管理局発行の同意証明書

第7条 本政令の第6条に定められた同意の条件は以下の通りである。

1° 一つの病院の管理当局による同意証明の発行は、同病院にとって、同病院内の空席の一つを得るにふさわしい成績で選抜試験に合格した、同意を得ている受験者に対しインターン生の地位を保証する契約をとまなうものである。

一方同受験者の方も、選抜試験後、同病院において与えられた地位に就くことを契約しなければならない。

各病院の管理当局は発行した同意証明について公衆衛生大臣に遅滞なく報告しなければならない。

ない。

2° 同一私立精神病院によって同意を与えられている受験者の数が選抜試験の対象となっているその病院内の空席の数よりも多い場合には、成績の良い方の受験合格者に就職の便が与えられる。

3° 同意を与えている病院は、そのほかに、同病院から同意を得ているすべての志願者に対し、志願者の旅費を弁済の形で払戻すことを保証する。

4° 各私立精神病院から与えられる同意の数は原則として少なくとも同病院内の空席数と同数である。

5° 一つの病院から同意を得ている受験者で、インターン生としての適性があると判定されるには充分の点数を得ながらも、同病院内の空席の一つを得るにふさわしい成績であるとしてランクされなかった者は、試験後二年間に同病院内に空席があった場合には、その位置に就くことができる。

6° 本政令の第1条に示されている精神病院の一つにある空席のすべてがその病院によって同意を与えられている受験者の落第その他の理由により満されない場合には、これらの地位は該当病院の医長の意向を留保して、以下の者に与えられる。

a) 同一の病院経営団体の他の一つの病院からの同意証明を有する受験者で地位を得ていないが選抜試験には合格している者。

b) 本政令の第1条に載げられている他の一つの病院経営団体の私立病院の一つから発行された同意証明を有し、選抜試験には合格しているがまだ地位を保っていない者。

第8条 これらの私立精神病院の管理当局は要求される同意証明を受験志願者に対し自由に承諾または拒否することができ、如何なる場合においてもその諾否決定に対する理由を述べる義務を負はない。

しかし当該病院の医長たちの意向を考慮しなければ同意を与えることができない。受験志望者は身心が健全であることを証明し、医学的な検査および必要とあらば病院当局が受けることを要求し得る精神鑑定を受ける用意がなければならない。

受験志願者はまた現行の予防接種を受けた証明を提出しなければならない。

第9条 選抜試験審査委員の構成は次の通りである。

1° 公衆衛生管区監督官または分管区監督官県部長（厚生大臣の任命による委員長）。

2° サントマリードラサンクション病院経営会の私立精神病院から医師一名。

3° カーンのボンソーヴール病院経営会の私立精神病院から医師一名。

4° サントマリードラサンクションまたはカーンのボンソーヴールの病院経営会からの医師一人がこれらの会に勤める医長間の抽選によって指名される。

5° クリュニーのサンジョセフ病院経営会およびサンローのボンソーヴール病院経営会から医師一名がこれらの会の医師長間の抽選により指名される。

6° パリの病院での現在勤務中または後進に道をゆずっている内科医一名および外科医一

名が公衆衛生大臣によって指名される。

行政秘書官が選抜試験の各種業務上審査委員を補佐するために指名される。

第10条 公衆衛生大臣によって指名された委員を除き、委員は公衆衛生省で抽選によって定められる。

抽選を担当する委員会は以下の構成である：

1° 公衆衛生大臣の代表者（委員長）。

2° 本政令の第1条にある精神病院の代表者一名が当該諸施設の管理当局間の合意によって選ばれる。

3° 本政令の第1条にある諸精神病院内に勤務するインターン生一名。

毎年、抽選を行う際に、上記第9条にある各種該当医師の名簿が作成される。

これに引続き上記第9条にある各該当者に対し正委員および補欠委員の抽選が行なわれる。さらに正委員あるいは補欠委員に選ばれた医師たちに差支えがある場合を考慮して補欠抽選が行われる。

審査委員長を除き、如何なる委員も選抜試験を毎年引続き担当することはできない。

審査委員の役職は無給である。第9条の2°、3°、4°、および5°項にある医師たちに対して旅費だけが当該病院によって支払われる。

第11条 本政令によって定められている条件により組織された選抜試験に対しては1753年2月20日の政令の第6条、第7条、および第8条（第一項）が適用される。

第12条 審査委員会によって定められた最小限の点数は取りながら選抜試験の成績順位により地位につけない受験者は採用された志願者で就任できない者を補充できるように補欠者名簿に登録される。この補充は第7条に定められている規則により行われる。

第13条 新インターン生の就任日付は11月1日に定められている。

第14条 病院内の規則の諸規定に従って、インターン生の任命は病院の管理当局の推慮による知事の決定の対象となる。

第15条 私立精神病院内の規則は本規則の諸規定に関連して必要があれば修正されるものとする。

### 監督委員会の機能

1957年8月5日の指令

1860年1月15日の通達は公共施設の役割を果している私立精神病院の監督委員会の機能についての主要な規則を定めている。県の精神病院の監督委員会の機能には重要な修正がなされているのに、この日付からこの通達の条文には全く何らの改正もなされていないのである。それ故1860年1月16日の通達の諸規定を補足するかまたは明確にすることが幾つかの点で必要であると本官に思われたのである。

1° 委員の数 私立精神病院の監督委員会は、県の精神病院の監督委員会と同様に、決議権



を有する5名ないし7名の委員によって構成される。もし貴官が望まれるなら委員数を常に7名に選ばれても本官は一向差支えないと考える。

2° 在任期間 県の精神病院の監督委員会の委員に対すると同じように、委員として委任されて在任する期間は、監督委員会を構成する委員数が5名であるか7名であるかによって5年間あるいは7年間と定められる。そのどちらの場合であるかによって改選は5年目あるいは7年目毎に行なわれる。委任期間中に委員の一人が辞任あるいは死去または辞任した委員によって任務を果される予定の任期の残りの委任期間に対し指名された一人の委員によって埋られる。

3° 委員の選任。 私立精神病院の監督委員会の委員の指名は貴官の権限に属するものである。本官が先づ最初に明確にしておきたいのは、こうした監督委員会の仕事に発言権を有して参加するために幾人かの人物を貴官において指名されることができるということである。現在幾つかの県においては、貴官の行政府の代表（官房長、秘書長、局長、副知事）が該当精神病院の監督委員会に票決権を有する委員になっている。貴官がこれらの精神病院に対してなすべき権利は監督委員会より上位にあるものであり、監督委員会に票決権を有して貴官が代表されることとは両立し難いものであると本官は考える。貴官の代表者となられるものは監督委員官においては発言権だけを有して参加されるべきものであり、これはまた県衛生部長および県人口部長も同様である。

票決権を有する委員については、各監督委員会は、本官の考えでは、少なくとも以下のものを含まなければならない：

その精神病院の監轄下にある県または数県にわたる場合はそのうちの一の県の県会議員一名。

法律上ある程度の有用な知識を具えた人物一名。

当該精神病院に勤めていない（時たま専門医として呼ばれるものも不可）でかつ同病院の管轄下にある県または管轄下にある諸県のうちの一県内にある精神科診療所またはその一部において一切関連を有しない医師一名。

社会保障機関の代表1名。

1949年10月3日の通達によって規定された条件による管理団体の代表者一名。

しかしこの委員構成は本官の考えでは絶対的に貴官において従う必要がある範例というわけではない。本官は貴官が特定の事情を考慮に入れて、上記委員構成にそのまま従う必要があるかどうか判断され得ると考える。

最後に、県の精神病院の監督委員会に対すると同様に、該当精神病院の院長、医長および薬剤師は発言権を有する資格で監督委員会の会議に出席しなければならない。

4° 権限。 監督委員会は患者の生活状態および患者に対する手当てに関するすべてのこと、すなわち、食事の管理、病院雇用人員の人數、患者の寝具および衣服、衛生、小額貯金の給付条件、患者の仕事と娯樂、等について継続的に常に注意しなければならないことを想起されたい。

監督委員会はまた他方において、患者の入院および退院に関して1838年6月30日の法律の諸規定が守られているかどうか有効に検査することによって確かめなければならない。

監督委員会は患者の生活状態を検査するために定期的に諸病棟を訪問しなければならない。この訪問後に作成される観察意見報告書は病院の管理当局ならびに監督当局にも提出されるものである。

監督委員会はまた一方では病院内規則範例に定められた諸点についての意見を病院の管理当局によって徴されなければならない。監督委員会は特に工事、移転、近代化あるいは拡張に関する計画を練る際に参画しなければならない。

最後に、監督委員会は、本省あるいは貴官において出された一般指令あるいは特定指令が病院によって守られていることを確かめなければならない。

以上のほか本官が強調したいのは、県の精神病院におけると同様に、監督委員会は担当の病院の行政を担当するのではなく単に監督するものである。監督委員会は決定を下す権限はなくただ意見を述べる権限を有するのである。

5° 委員会開催頻度。 県の精神病院の監督委員会と同様に、私立精神病院の監督委員会は原則として月に一回開催される。夏期にこの種の会を開催することの困難さも考慮に入れて、年間の開催数は如何なる場合も8回より少なくないようにしなければならない。

毎年、9月か10月、あるいは年末の委員会が開催された時に、委員会は来年の委員会開催の年間予定表を定めよう要請されなければならない。監督委員会の諸業務の事務を委託されている精神病院の管理当局は、これに引続き毎回の開催日時を毎月招集状を期日の間に合う期間内にすべての委員および発言権を有する資格で招集される人々に送付することによって再確認する。こうした方式を一般的なものにすればこの点についてある幾つかの県において起っている諸困難を終らせることができるであろう。

6° 委員会が開催された時の議事日程。 各招集状は精神病院の管理当局が同当局に関して監督委員会に提出しようとする意図している諸問題を含む会議の議事日程の予定を付したものであること。監督委員会はその後で会議開催の頭初に委員会自体の議事日程を本式に定める権利を有するが、精神病院の管理当局が提起した問題は必ず議事日程に組み込まなければならない。

×

以上が公共施設の役割を果たしている私立精神病院の監督委員会の機能の方式を調和させ同時に近代化させるために本官が貴官の関心を引くように知らせなければならないと本官に思われる要点である。

×

そのほかに本官が強調しなくてはならないことは、営利を目的としない私立の施設に関連した1954年12月31日の法律第54-1311号の適用に対する公共行政規則を含む1956年10月29日の政令第56-114号の適用条件は、必要に応じて、貴官が上記指令の3および4の点（監督委員会の構成と権限）に幾つかの修正を加えることができるようにしているということである。

この政令は一日当りの入院費を定める手続きに三者の諮問委員会が介入できることを規定しているが、「当該私立精神病院内において少なくとも二人の社会保障機関の代表がいる監督、統制、または管理の諮問委員会または委員会が存在する時には、知事はこの施設の日当りの入院費を三者委員会の意見を入れずに定めることができると規定している。

その際、同病院の監督委員は他の如何なる機関よりも一日当りの入院費について作成された要請の根拠が立派なものであるかどうかをよく判断できるから、私立精神病院にとってこの簡単にされた方式を利用する方が望ましいのは明らかである。しかしながら、一般の法律の諸規則に従うことの方を望む精神病院に対してこの解決法を強制できる規定は何もないのである。そそれ故私立精神病院に対し、そうするかどうかの選択は自由にまかせながら、1956年10月26日の政令の第3条によって与えられている可能性を利用できることを勧告するのは貴官の権限に属する。

ある私立精神病院が1956年10月26日の政令の第3条によって定められている解決法を望む限りでは、以下のことが必要となる：

1° 貴官については、1956年12月20日の通達によって規定されている条件で社会保障機関の代表二名を監督委員会の委員に任命すること（同通達は1957年1月5日の官報所載）。

2° 精神病院の管理当局に関しては、一日当りの入院費に関する提案について、その時期が来た時に、監督委員の意見を徴する。監督委員会は、この点について、予算計画を調査検討し著しい財政上の影響があるような重大な決定について意見を与えなければならない。

この分野においても、他の権限についてと同様に、監督委員会は諮問的な役割しか果さないことを繰り返し述べておく。

## 会計計画の適用

1957年8月9日の指令

営利を目的としない私立の精神病院に関する1954年12月31日の法律第54-1311号の第3条の適用に対する公共行政規制を含む1956年10月26日の政令第56-114号は、その第4条以下の条項において、同じ部類の公共施設の会計計画に合致した会計計画を維持しなければならないことを規定している。

貴官においては、1958年1月1日から起算して、貴県の精神病によって作成された予算書類が公共精神病院に適用される会計計画に適合して提出されるように注意されたい。

準拠すべき公共施設において施行中の規制に関して、貴官が該当する施設に送付することになっている書類が二部添付してあるから受け取られたい。

しかしこれらの規定の適用には本官として以下の注意を述べなければならない：

1° 実質的な簿記。この点について、私立精神病院は、その会計簿記において登載すべき勘定の指定と分類に当り、諸勘定の番号および書式については公立精神病院の会計計画の諸規定を採用すればよい。

反面、私立精神病院は古典方式、集中方式、複写方式の何れでも好みの方式をそのまま使用し続けてよい。この点について肝要なことは、会計書類の一覧表が県人口部長に与えられ、県人口部長によって会計書類が容易に閲覧できるようにすることである。

## 2° 償却

a) 不動産の評価 : 行なわれた評価については国有地管理局(登記所)または県の建築士の意見を貴官が徴されるのがよい。

b) 耐用予定年数の決定 : 私立の施設については、公立の精神病院についてのよう、この問題を県会に提出することはできない。

一方、1957年8月5日の本官の書簡DGS/HS/7に所載の指令に従って、私立精神病院が一日当りの入院費の設定手続きについて1956年10月26日の政令第3条に規定された方式を望む場合には、動産および不動産の耐用予定期間に関して監督委員会の委員が徴されねばならない。

如何なる場合においても、該当病院の提案は県人口部長によって真重に検討される対象とならねばならない。その際人口部長が作成する報告は、それを基礎として貴官の承認または意見を当該病院に貴官が通知するものであるが、償却年賦金を初めて組入れる一日当りの入院費の設定の書類を付して本官に送付されねばならない。

耐用年数の改定によるか、償却資産の増加による償却年賦金額が改正される際には、これと全く同じ手続きが取らなければならない。

## 3° 県人口部長に通知するかいつでも自由に閲覧できるように保っておくべき事項:

1956年10月26日の政令第6条の規定に準拠して、私立精神病院は監督官に会計諸事項をいつでも閲覧に供し得るようにしておかななければならない。

この点について、本官は貴官に対し以下のことを明確に指示しておかねばならないと考える。

### a) 一日当りの入院費の設定要請の根拠として提出されなければならない書類:

前年度の貸借対照表および事業報告。

予定事業報告——支出項目および割当項目の表およびそれに関する明細書:

職種別人員数の報告

前年12月31日おける入院人口数

年間(前年)に治療を受けた患者数:

これを以下について分類した入院数を明確にする:

医療補助による入院:

社会保障(一般および特別)による入院

家族負担の入院

(この最後の項目については来るべき年に予定されている見込数も付すこと。)

前会計年度の確認された繰越残高

施行中の工事および予定の工事の諸計画:

逓減諸収入の特別報告。

逓減諸収入は、予算および決算報告中に記載されなければならないものであるが、特別報告にも要約して記載されなければならない。

逓減収入の主要な項目は以下のものであることを想起されたい：

使途の指定のない補助金および寄付金：

くずものの売却

私立精神病院の手で行われる業務：

国定資産からの収入：

保有金からの収入：

患者の仕事からの収入：

付帯収入：

病院勤務人員の利益のために行われた業務からの収入：

第三者への譲渡からの収入：

入院費以外の費用の収入：

その他の付帯収入：

費用自己負担の入院患者に適用できる料金の追加額の75%

前会計年度からの収入。

b) その場で直ちに閲覧できるために県人口部長が自由に利用できるようにしておくべき書類：

会計簿記および補助記録にあるすべての文書書状は県人口部長によってその場で直ちに閲覧できるようになっていなければならない。これらは大会計日誌、貸借対照簿、財産目録、補助または分割会計日誌（金庫、銀行、購売、各種業務……）、集計記録、大補助会計簿、および一般的に、すべての会計補助項目、支払、保有金、入院費残額……である。

この点に関して注意すべきことはすべての会計記録は第三者に対して病院を代表して取決めるを行う資格を有する人によって署名された証明書（請求書、覚え書き、契約書、明細書、計算書、明細計算書……）によって支持されていなければならない。

4° 幾つかの事業を行っている施設

1956年10月26日の政令はその第6条によって、同一機関に幾つもの病院が属している場合には、他の病院とは全く別個の会計簿記をすることを課している。

しかしながら、ある幾つかの場合には、その病院自体が幾つかの業務を行っており、その一つ一つに対する全く別個の会計記帳が不可能になっていることがある。

これには二つの場合が考えられる次のように区別されなければならない。

a) 病院が医療面で幾つかの業務を行っており、その一つ一つが一日当りの入院費の払い込みを要するもの：

これらの各業務に対し会計を監査する必要があるから、この病院の全体の会計は同政令の規定に準拠して記録されなければならない。この場合、業務の種類別に業績の割合評価がなされ

る。こうなった場合、会計の全体は県人口部長に一任され、同部長は業績の配分を入院の部とその他の部とに分けて検討できなければならない。

b) 諸業務の中に医療外の性質のものがありそれが入院費の払込みを要さぬもの。

別々の会計を創設できないすべての業務（洗たく所，料理場，等……）に対しては，同政令の規定に従って会計が記録され業種別による業績の割合評価が行なわれる。割合評価の行なわれたものは，必要に応じ，県人口部長に対しいつでも有効な証明がなされなければならない。

## X 病院外の諸機関

### 1. 精神衛生無料 (Dispensaires d'hygiène mentale) 診療所

#### 精神衛生施設および精神衛生センター (services d'hygiène mentale)

1946年7月10日の通達

精神衛生施設を貴県のすべての需要に実際に役立つような設備を十分にそなえるように組織することが緊急を要することであることに本官は貴官の注意を促すものである。

本官は現在1946年会計年度間にこの分野において企画される諸施設の補助金を幾らか出す用意がある。

特にこれら施設の機能のために予算を貴官に対して本官は与えることができる。

1945年11月19日の通達第282号によって本官が行った調査によるとまだ幾つかの回答が本官の手もとに届いてはいないが、現存の病棟のほとんど全部が実際の需要に応じるには程遠い有様であり多くの県が精神衛生無料診療所が一つも有していないことを確認することができた。

貴官においては貴地方の担当官、特に県の精神病院の医師たち、と協力して精神衛生施設の拡張または新設の計画を検討されることを切望する。その計画は以下のことを目的とすべきである：

- 1° 診察回数を増加する（週一回は診察することを原則とする）：
- 2° 各群ごとに一診療所または自然の地理的および人口分布的な地域（交通路）ごとに一診療所の原則である地理的に十分な診療網を作ること。
- 3° かなり密度の高い専門の社会福祉業務の機能を確保すること。この目的のために各診療所ごとあるいは少なくとも各精神病院ごとに婦人一人のソシアル・ワーカーを設けること。貴官は臨時の措置としてこの業務に適性のあるものを各種の婦人補助員から選んで協力を得るようになされたい。
- 4° 児童層の予防に最大の努力をかたむけること。しかしそのために「大人」の部をおろそかにしないこと。
- 5° 特に注意して診療所および社会福祉業務の存在が精神病院からの退院を早めるように組織的な政策を有効に適用できるようにするように努力すること。

この最後の点はその最も顕著な技術的な利点のほかにも、この方式によって起るのはずである。自治体負担の入院日数が減ることによってもたらされる経済的な利点に対し県会の関心を幾ら促しても促し過ぎることはないのである。本官はここに精神衛生保護の諸問題の経済上の面は入院の一日当りの費用の上からだけではなく、自治体の負担となる入院日数の点からも考慮されなければならないことを強調するものである。

付録に補助金要請の書類作成のための指示が入れてある。与えられた予算で上記の原則を今

から実行に移すことができるようにこれらの書類を本官宛にできるだけ送付されることが肝要である。

### 精神衛生および精神病予防組織

1947年3月25日の通達

これらの業務の組織が基礎とすべき原則は県の精神病救済の再編成に関する1937年10月13日の通達によってすでに解説されている。新しい細則は貴官に対し1946年7月10日の通達第168号により通告されている。この特に一つの点を強調しており、本官にも再びこの点を強調することが不可欠であると思われるのである。それは精神病院からの早期退院を最大限に発展させる必要があるという点である。このやり方が患者自身の利益になるということのほかにも、この方法が全国的な労働力の水準および自治体の支出の水準に最も重要な影響をもたらすということを活用するのが適切である。患者の在院の平均期間を短縮することは精神病院の医師の肝要な目的の一つであってこれは今日最も急務と云わなければならない。患者がその病棟から退院した後で医療社会的監察保護を組織する努力を精神病院の医師たちが倍加することも大事なことである。

精神衛生無料診療所の機能によって精神病院での治療を促進することは精神病院の施設のない県の患者にも適用されねばならない。そのような業務の標準的な組織はこれらの県における精神衛生の診察がこれらの患者が入院させられている病棟の医長たちによって特に確保されることを必要としている。設備のために用意された補助金はこれらの諸県において複診療所型の精神科の中核を設備ないし建設することに有効に使用されるであろう。この精神衛生センターは、県庁所在地の総合病院内に恐らく便宜に位置するように計画されれば、1838年6月30日の法令の統制外で機能を果す早期治療の病棟と連絡して効果をあげるであろう。

これらの計画を実現させるために取るべき方法は以下の通りである。

本官の1946年11月15日の通達第261号によって定められている県衛生会議の来るべき第一回目の会議の期間中に（その会議には精神病院の設備のない諸県にあっては、その県の患者を通常受け入れている病棟の医長たちが招集されなければならない）、本通達の条項が精神衛生に関する予備的な意見の交換の基礎とすべきものである。精神科医たちは意見交換の中の一つを県内の精神衛生保護の諸業務を統合調整するために提案し特に次の衛生会議の会期中に提出する報告を用意しなければならない。

この報告はそれに対応する会議の討議議決と必要な意見および付録を付してなるべく早く本官宛に送付される。

この報告は計画を解説するに際し公共諸業務中に職席を新期に設置することができない現在の必要性を考慮に入れなければならない。また同報告は本官の指令に対応する諸業務機関を現在の当該地方の状態では実現できないことに対するすべての他の理由も必ず明確に述べなければならない。



書類は設備のための補助金に対する申請かあるいはまた機能のための補助金に対する申請かによって明確に区別されていなければならない。

設備補助金の申請に関する書類についてであれば、それらの書類は施設に応じてまたなるべく短期間内に計画されるべき計画のまとまりに応じて本官に送付されなければならない。

## 精神病の予防

1955年5月20日の政令

第55-571（官報5月21日）

### 理由の説明

精神病の相当の増大およびわが国の精神病院の混雑のために、精神病の予防、発見および外来診療を最大限に発展させることを是非とも行なわれなければならない。また精神病院における患者の在院期間を、住居における患者の保護監察を精神衛生無料診療所に委託することによって短縮することも急務である。

また他方では、アルコール中毒に対する闘いも新しい局面に入らなければならない。アルコール中毒患者は手当を受け治癒できるものであるが、そうするためには、アルコール中毒患者を発見し、解毒で治癒させた後も、あるいは多くの場合に居宅で続けねばならない治療中においても、必要な医療的社会保障的な保護観察を確保してやらねばならない。精神衛生無料診療所はこの任務を達成するのに全く打ってつけの機関である。そのうえ、他人に対して危険なアルコール中毒患者についての1954年4月15日の法令はこれらの患者のために精神衛生無料診療所が任務に当るように明確に規定している。

諸県は公衆衛生および人口大臣の勧告によってすべてに上述の道を行くように向っている。しかし精神衛生無料診療所の発展は、この分野における諸県の支出に対する国庫の補助が僅少であるために限られている。1954年に精神衛生無料診療所のために諸県の支出した経費が2億フラン近くであったのに対して、国庫からはわずかに2千万フランしか財政投入が行なわれなかったのである。精神衛生に対しても、結核、性病、および母子保護に対してこれまでなされた経費の支出と同じように、国家がその経費を負担するようにすることが適切であろう。近いうちに発表される予算の配分表によると国の負担は平均して82%に増加されることになる。このように負担を軽減させられた諸県はその予防設備を充実させ、精神病院への入院患者数を相当へらし、精神病院における多くの患者の在院期間を短縮し多くのアルコール中毒患者たちに対して医療上のまた社会保障上の看護と監察を行なえるようになるのであろう。

特別権根の範囲でこの目的のためにとられた政令は精神病患者の治療のために捧げられる巨額の救済予算を軽減させるのに役立つであろう。

### 政令：

第1条 精神病および精神薄弱およびアルコール中毒症の発見と予防、ならびに精神科の手当てまたはアルコール中毒患者に対する療法の対象となった患者の後療法は、社会衛生の県の

諸機関の範囲にあって機能を果している精神衛生無料診療所によってなされることが保証される。

第2条 このために県が負担した経費の支出は1953年11月29日の政令第53-1186号の第16条によって規定されている条件に従って国と県との間で分担が割当てられる。

### 精神衛生無料診療所

1955年10月4日の通達

#### 第733号

精神病の予防についての1955年5月20日の政令第58-571号（官報5月21日所載）はその前文において精神衛生無料診療所に与えられている重要な役割を想起させる。

同政令の第1条は精神衛生無料診療所の多面にわたる任務を明確にしている。精神衛生無料診療所は精神病および精神薄弱およびアルコール中毒症に対する発見と予防、ならびに精神科の治療あるいはアルコール中毒治療の対象となった患者の後療法を行うものである。

他方において他人に対し危険なアルコール中毒患者の治療についての1954年4月15日の法令は明確にこれらの患者のために精神衛生無料診療所が乗り出すことを定めている。

1955年5月20日の政令が発表される前に幾つかの精神衛生無料診療所はすでにこの方向へ向っていた。しかし精神衛生無料診療所の大多数のものが現在に至るまで精神病の予防にその役割をとどめ、アルコール中毒に対する組織的かつ持続的な闘いは行っていなかったのである。

国家によって県に与えられた補助金が僅かなものであり1954年には運営費の20パーセントくらいにしかならなかったために、こうした多くの役割に応じなければならない診療所の組織は県によって負担されている費用が非常に重いために実現が困難であった。

こうした状態は1955年5月20日の政令第55-571号によって施策の手がうたれて以来全く変わった。同政令の第2条は以下のようにになっている：

「このために県が負担した経費の支出は1953年11月29日の政令第53-1186号の第16条によって規定されている条件に従って国と県との間で分担が割当てられる。」

精神病予防の経費に対する県の負担は国による負担となる経費と比較するとごく僅かのものとなった。

1955年5月21日の政令第55-687の付表)1955年5月22日の官報はこれらの経費に対する国の負担率を来している。

本官はIの部類の負担率が考慮されねばならないことを明確にするものである。

上述の規定は社会保障局や家族手当金庫のような機関が補助金を出す権限に反対するものではないことを付け加えておく。

県議会が次の会期中にこの問題を採決するように、貴官が県に与えられるであろう新しい可能性を強調した報告をその会議に提出するために作成されることを切望する。

こうした可能性を考慮に入れて、県会は以下のことを目的としてあらゆる手段を講じられる

ことを確信するものである。

- 1° 精神衛生無料診療所の機能状態の改善（必要な人員の採用，器材の購入，等……）
- 2° その業務の拡張
- 3° 新規診療所の設置，この目的のために本省によって設備補助金が与えられる。
- 4° 精神病やアルコール中毒の発見のための機関網を拡張する。
- 5° 公共機関によって勧告されている方式に従ってアルコール中毒対策の診療を組織すること。

この最後の点について，すべての県会がそのうえこれに讃意を表明していることを明らかにしておきたい。

これらの規定は県の社会衛生業務機構の範囲内で機能を果している精神衛生診療所，およびこの社会衛生業務機構と契約を結んでいる私立の診療所にだけ適用されるものであることを付け加えておく必要があると考える。

#### 年代順発展表

##### 精神病およびアルコール中毒

1838年

- 6月30日 公衆衛生法典，第三編第三部中に法典化された法律  
法典化されていない条文

1839年

- 12月18日 1935年3月8日の政令により修正された勅令——精神病患者のための公立および私立施設の行政と監督

1879年

- 7月28日 政令——監督委員会の委員数の増員

1912年

- 6月12日 1926年3月31日，1949年5月21日，1952年12月16日および1962年1月16日の政令により修正された政令——自治精神病院

1926年

- 3月31日 1912年6月12日の政令を修正する政令

1935年

- 3月8日 1839年12月18日の勅令を修正する政令——精神病患者のための施設の行政と監督

1937年

- 10月13日 通達——精神病患者救済

1938年

- 2月5日 1953年2月20日および1958年2月14日の命令により修正された命令——精神病院内の規定

- 12月7日 通達——無料自発的入院, 入院および在宅調査
- 1942年
- 2月24日 通達——財産および資産の管理
- 1943年
- 9月17日 政令(第Ⅷ章)——精神科病棟の機能
- 1944年
- 4月13日 命令——コロニー施設(Colonies familiales)の規則
- 1945年
- 3月8日 通達——病院および施療院の一日当りの入院費の精神病院への適用
- 6月13日 通達——精神病院の薬剤師
- 9月24日 通達——強制収容に対する異議申し立て
- 1946年
- 5月22日 通達——社会保障金庫より精神病患者に支払われる日当
- 5月23日 通達——精神病院のインターン生の待遇と便宜
- 7月10日 通達——精神衛生診療所
- 7月11日 通達——収入役による貴重品の保管および責任
- 1947年
- 2月17日 通達——精神病院内の病棟の配属転換(設備)
- 3月25日 通達——精神衛生および精神病予防の組織
- 1948年
- 3月15日 通達——収容時の調査
- 4月13日 通達——輸送の対象となる強制収容でない患者の財産
- 10月7日 通達——無断離院
- 1949年
- 3月1日 通達——自由[開放]病棟
- 4月22日 通達——入院の現在の可能性
- 5月21日 政令——1912年6月12日の政令を改正
- 1950年
- 6月5日 通達——難症精神病患者のための病棟
- 9月6日 通達——退役軍人の恩給の給付金の給付および軍人くん章およびレジヨンドヌール章の取扱い
- 1951年
- 2月28日 通達——自由[開放]病棟
- 11月29日 年少刑事被告人精神病院における監察実施
- 1952年

- 2月9日 通達——精神病院内でのアルコール中毒調査
- 2月29日 通達——回収すべき貸出金
- 8月21日 通達——精神病院の機能
- 9月11日 命令、1953年7月25日、1953年12月5日、1956年6月8日、1960年11月22日に補正——インターン生が第5年目および第6年目の実習を免除される精神病院
- 12月26日 政令——1912年6月12日の政令を改正

1953年

- 2月20日 命令——施設の内務規定に関する1938年2月5日の命令を改正
- 2月20日 命令——実習を免除されるインターン生採用の選抜試験
- 3月26日 通達——インターン生の採用

1954年

- 4月15日 法令——他人に危険なアルコール中毒患者の治療（法典の第355-1以下の条文）
- 4月30日 各省間にわたる通達——無断離院精神病患者の捜査
- 8月20日 指示——会計計画の導入
- 10月13日 通達——償却の計算

1955年

- 5月9日 通達——精神病院内の入院費の社会保険負担
- 5月20日 政令——精神病の予防
- 7月28日 政令——危険なアルコール中毒患者の収容手続き
- 7月28日 政令——危険なアルコール中毒患者の収容に対する県の義務
- 7月28日 政令——アルコール中毒患者再教育センターおよび再教育部の機能
- 7月28日 1958年10月4日および1960年5月17日の命令で修正された命令  
看護人員の専門教育
- 8月24日 命令——公共の役割を果している私立病院におけるインターン生の採用
- 9月20日 通達——精神病院の看護人員の専門教育
- 10月4日 通達——精神衛生無料診療所
- 11月21日 命令——アルコール中毒患者の病的度合の計算法

1956年

- 3月1日 命令——アルコール患者の再教育センターおよび部の建設、設備、および機能の条件
- 3月21日 通達——精神病院の監督委員会内の社会保障機関の代表
- 5月5日 通達——精神科病棟の規則範例

1957年

- 5月14日 通達——精神病院の看護人員の専門教育の検討
- 6月4日 通達——仮退院

- 6月8日 通達——危険なアルコール中毒者の監督制度
- 8月5日 指令——公共施設の役割を果たしている私立精神病院の監督委員会の機能
- 8月9日 指令——公共施設の役割を果たしている私立精神病院の会計計画の適用
- 9月16日 通達——精神病院での治療上の社会保障
- 9月20日 通達——精神科病棟の財政機能

1958年

- 2月4日 通達——精神病院内で治療中の患者の仕事の組織
- 2月14日 命令——内務規定を定める1938年2月5日の命令を改正
- 3月16日 通達——精神病院の会計のわく
- 5月28日 通達——統計報告
- 8月14日 通達——精神病院に外部から呼ばれて務める専門医の任命および報酬の条件
- 10月4日 命令——看護人員の養成に関する1955年7月28日の命令を改正
- 10月4日 命令——専門養成コース
- 12月11日 政令（第44条）——精神科病棟に関する精神病院規則範例の除外例

1959年

- 2月28日 1961年5月8日の政令によって改正された政令——危険なアルコール中毒患者の監督のための医療謝礼金
- 3月16日 通達——精神病院の会計範囲
- 4月30日 通達——病院の会計および財政機能：第四章精神科施設および治療施設
- 7月8日 通達——精神病院内の脳波部門の組織
- 9月3日 通達——犯罪、軽犯罪および事故を起した際の血液中のアルコールの量の（病院施設の医師の義務）

1960年

- 2月2日 通達——設備計画の準備
- 3月15日 通達——県の組織および設備計画
- 3月15日 通達——古い精神病院の基準計画
- 3月17日 命令——看護人員の養成についての1955年7月28日の命令を改正
- 6月5日 通達——難症の精神病患者の病棟
- 6月14日 通達——一日当りの入院費

1962年

- 5月8日 政令——1959年2月23日の政令を改正：危険なアルコール中毒患者の監督のための医療謝礼金
- 9月13日 通達——16才以下の子供の精神病院内への入院

1962年

- 1月16日 政令——1912年6月12日の政令を改正

- 3月5日 通達——インターン生および外来の報酬
- 3月6日 命令——精神病院のインターン生への年俸追加金
- 3月13日 命令——1938年2月5日の命令を改正（内務規則範例，第33条）

# デンマーク心身障害者リハビリテーション法

## 心身障害者リハビリテーション法（1960年4月29日法律第170号）

第1条 この法律は能力欠損者およびその他の障害を有する者が特殊医療をうけるに際し補助器の給付その他の援助をおこなうことにより疾病もしくは能力欠損による影響を矯正または限定すること、能力欠損者およびその他の障害を有する者に教育、訓練、特別訓練およびその他、職業的便宜を与えることを目的とする。また障害者対策に関する法律上および行政上の調整ならびに促進をおこなう。

2. この法律はデンマーク国籍を有する者でデンマーク国内に居住している者もしくは住所を有する者およびデンマーク船舶に勤務する者に適用される。

第2条 社会大臣 Minister of Social Affairs はリハビリテーションをおこなう上に必要ある場合もしくはそれが予想される場合には第14条に規定されているリハビリテーションセンターが関係行政機関、施設、病院、開業医、医療基金 Sickness funds および失業基金 employment funds その他から十分な情報を入手できる様に保証する規定を設ける。社会大臣はその規定を内務大臣、労働大臣および第16条に規定されているリハビリテーション調整委員会 Rehabilitation Co-ordination Committee と協議のうえ定める。

2. 社会大臣は特殊医療もしくは教育等を必要とする18才未満の児童青年に関して関係行政機関、施設、病院、開業医および学校その他が傷病保険委員会 Invalidity Insurance Court、必要ある場合にはその他の行政機関、施設に協力を要請できる範囲を内務大臣および文部大臣と協議のうえ定める。

### 補助器具

第3条 傷病保険委員会の指示にもとづいてヘルニア帯、義肢、車いす、補聴器及びその他適正な費用で恒久的な能力欠損の影響を矯正あるいは軽減することが可能と考えられる器具の購入および維持のための援助が与えられる。傷病保険委員会は本条の規定が適用されない範囲——僅少な支出をも含む——を定める。援助が与えられるのは事故の補償に関する法令による損害賠償がおこなわれない場合もしくは障害者対策の一環としておこなわれる処置の場合にのみ限られる。

2. 本条により義肢またはその他の補助器具の給付をうけた者はそれらを適切に扱い、保持する義務を負う。義務の履行を怠った場合には傷病保険委員会は一定期間、本条にもとづく援助の一部または全部を停止することができる。

3. 社会大臣は本条にもとづく援助に関する細則を定めることができる。衣料物資などの



援助物資の費用の一部を被援助者に負担させることを定めることができる。社会大臣は社会問題委員会 Social Affairs Committee もしくはリハビリテーションセンター及び補助器具を給付する施設に第1項および第2項の決定をおこなう権限を委任することができる。

その場合、決定に対する不服申し立ては傷病保険委員会に対しておこなわれるものとする。

#### 特殊医療に関する援助

第4条 治療により労働能力の恒久的改善が期待できる場合、あるいは治療がおこなわれないと労働能力の恒久的減退の恐れがある場合には傷病保険委員会の指示にもとづき医学的、治療的処置をうけることができる。援助は事故の補償に関する法律もしくは障害者の治療に関する法律の規定により、公的医療保険計画 public sickness insurance scheme にもとづく治療費の支払いがおこなわれない場合に限り与えられる。

2. 社会大臣は本条にもとづく援助の給付に関する細則を定め、また治療を実施する施設またはリハビリテーションセンターに第1項の決定をおこなう権限を委任することができる。この場合、決定に対する不服の申し立ては傷病保険委員会に対しておこなわれるものとする。

#### 労働能力の評価、訓練および特別訓練その他

第5条 施設または計画は次に示すことをおこなう。

- (a) 障害者の就労の可能性を判断するために労働能力の評価をおこなう。
- (b) 障害者に対する医療的処置に併行して労働能力を養う。
- (c) 障害者が有給の職業に従事するにさきだつて作業訓練または再訓練をおこなう。
- (d) 障害者の職業訓練をおこなう。

上述の事柄をおこなう施設もしくは計画が障害者の治療に関する規定により認可されなかった場合には運営費の全部もしくは一部を補うために補助金をうけることができる。

2. 第1項に規定された施設または計画を設立するために貸付金または補助金をうけることができる。

3. 第1項および第2項の貸付金または補助金をうけるために関係施設、計画はリハビリテーション調整委員会と協議をおこない、しかる後に社会大臣の認可をうけなければならない。当該事項をリハビリテーション調整委員会が審議する際には当該郡 county リハビリテーション委員会がリハビリテーションセンターと協議して得た見解を聴取しなければならない。

4. 施設あるいは計画が前項の認可をうける場合には運営費、必要ある場合にはさらに設備費に関する詳細な条件が付けられる。条件の一つとして関係区 commune による費用の分担がある。また施設または計画が認可をうける場合には経営、収容対象者、委託の方法に関する規定が定められなければならない。

5. 認可の条件にしたがい（第4項参照）区は施設および計画の運営費を全体の十分の二をこえない範囲内で負担しなければならないが、その費用は入所者の居住する区に対し（公的

扶助法Public Assistance Act 第60条第2項, 第61条参照) 入所者の滞在日数に応じて割り当てられる。

6. 社会大臣は本条に規定する貸付金, 補助金等の管理, 運営に関する細則を定める。

第6条 第5条にもとづく運営費の補助をうけていない施設または計画においておこなわれている身体的または精神的能力欠損を有する障害者に対する労働能力の評価, 訓練, 教育あるいは職業訓練が労働能力の恒久的加善をもたらす場合, あるいはそのような措置がとられなければ労働能力の恒久的減退をもたらすおそれのある場合には傷病保険委員会はそれらの障害者に援助を与えることができる。ただし事故の補償に関する法律, 障害者の治療に関する法律またはその他の法律の規定により処置の費用が支払われていない場合にのみ援助が与えられる。

2. 第1項の規定はその他の障害者に対しても準用される。ただし, その場合には社会問題委員会が地方リハビリテーションセンターの意見を聴取したうえで援助の決定をおこなう。社会問題委員会の決定に対する不服の申し立ては公的扶助法第50条の規定に従っておこなわれるものとする。

3. 社会大臣は本条にもとづく援助の給付に関する細則を定め, リハビリテーションセンターまたは処置をおこなう施設に対し第1項にもとづく決定をおこなう権限を委任することができる。この場合, 決定に対する不服の申し立ては傷病保険委員会に対しておこなわれるものとする。

#### リハビリテーション実施期間中の生活援助

第7条 障害者が職業的リハビリテーションをうけている期間中, 社会問題委員会は必要な場合には本人あるいは家族に必需物資の給付をおこなわなければならない。

2. 援助は傷病保険委員会または当該リハビリテーションセンターによって処置が第1項に定められたものであることの証明がなされたうえで与えられる。社会大臣はリハビリテーション調整委員会と協議のうえ証明の発行に関する細則を定め, さらに関係行政機関および施設で証明の発行できる範囲を定めることができる。

3. 援助を決定するに当って本人および家族の現在までの生活水準を考慮するとともに本人がリハビリテーションをうけることについての意志に関しても考慮しなければならない。生活援助のほかに住宅または店舗の賃貸借契約期間の継続に関する援助, 本人所有の財産についての借入金の分割支払いおよび利息の支払いに関する援助, 本人の家庭必需品または職業上必要な物資を取得するために生じる負債の分割支払いに関する援助, ならびに公的基金から前もって支払いをうけることのできない生活費に関する援助を与えることができる。但し, これらの援助は本人が平常その費用を支払いうる範囲でなければならない。社会問題委員会は公的扶助法第205条および第206条にもとづき前もって支払われた生活費の全部又は一部を無効とする権限を有する。

4. 第1項の援助はリハビリテーション開始の日から終了後2ヶ月の間与えられる。

5. 本条による援助をうける障害者はリハビリテーションの遂行に関して主務官庁の指示に従わなければならない。

6. 本条にもとづく社会問題委員会の決定に対する不服の申し立ては公的扶助法第50条の規定にしたがっておこなわれる。

7. 公的扶助法第1章の規定は本条にもとづく援助に対して準用される。

#### 機械工具の入手および自営開業に対する援助

第8条 身体的または精神的な能力欠損を有する障害者が仕事を得るために必要な工具機械および補助用具の取得に対しては労働能力の恒久的改善が工具機械等の取得によって期待できる場合、またはその様な処置がとられなければ労働能力の恒久的減退をもたらすおそれがある場合に傷病保険委員会は援助を与えることができる。

2. 傷病保険委員会は第1項に規定する条件に従い、適切な環境が保証されている場合には自営開業することに援助を与えることができる。

3. 前項の規定にもとづき工具機械等を与えられた者は適切な使用及び保持に努めなければならない。その義務を怠った時には傷病保険委員会は一定期間、前項の規定にもとづく援助の給付をすべて、あるいは一部停止することができる。

4. 第1項、第2項および第3項の規定は第1項に定めた以外の障害者に対しても準用される。ただし援助の決定及び給付は地方リハビリテーションセンターの証明の発行を得た後に社会問題委員会がおこなう。社会問題委員会の決定に対する不服の申し立ては公的扶助法第50条の規定に従っておこなわれるものとする。

5. 社会大臣は本条の援助に関する細則を定め、第1項、第2項及び第3項の決定をおこなう権限をリハビリテーションセンターに委任することができる。この場合、不服の申し立ては傷病保険委員会に対しておこなわれるものとする。

#### 就職への優先採用

第9条 国はリハビリテーション調整委員会の勧告にもとづき、国および区の事業および施設、特許事業、公的管理施設に対して公共の労働市場において能力欠損のため就職できない者に一定の就職先を与えることを命ずる勅令 royal order を発布することができる。ただし、これは本人が課せられた仕事を遂行できる能力を有する場合にのみ限られる。関係行政機関は能力欠損者に対し営業の許可を与え、さらに公共機関の協力および許可を必要とする種類の自営業に対しても優先的な取扱いをおこなわなければならない。

2. 労働大臣は社会大臣、大蔵大臣および内務大臣と協議のうえ第1項の執行に必要な細則を定める。

## 障害者の特別雇用

第10条 社会大臣は必要ある場合にはリハビリテーション調整委員会と協議のうえ、国民経済生活においては雇用の機会を獲得できない障害者のための職業計画を推進する権限を有する。また保護事業の設立、運営および障害者のための内職事業に対して貸付金、補助金その他の援助を与えることができ、かつ材料の購入および製品の販売について特別措置を講じることができる。

2. 社会大臣は本条にもとづく貸付金、補助金等の執行に関する細則を定める。

## 職員の訓練

第11条 社会大臣はリハビリテーション調整委員会と協議のうえ、リハビリテーション施設職員およびリハビリテーション事業関係者に対する特別訓練（教科課程その他）に補助金を支出できる権限を有する。

## 郡リハビリテーション委員会、リハビリテーションセンターその他

第12条 郡リハビリテーション委員会は郡知事の発議により区議会の事務処置のために設置される。委員会は次の者によって構成される。

- (a) 一定の郡議会（1あるいは2以上の郡議会）より任命された者2名。
- (b) 当該郡にある労働市場を設置した町の町議会より任命された町議員2名。
- (c) デンマーク全国労働組合連合 Danish National Federation of Trade Union により任命された当該郡居住者1名。
- (d) デンマーク雇傭者連合 Danish Employer's Federation により任命された当該郡居住者1名。
- (e) 障害者団体連合 Federation of Disabled Persons' Organization により任命された当該郡居住者1名。
- (f) 当該地域の上級病院医師により任命された病院医師1名。
- (g) 当該郡にある認可施設により任命された当該郡居住者1名。

関係公共職業紹介所（第14条第1項参照）public employment exchange の次長 manager およびリハビリテーションセンター（第14条第2項参照）の長官 director は通常、議決権を有することなく委員会に出席する。委員会は討議にその他の専門家を参加させることができる。委員会は委員のなかから委員長を選出する。

2. 郡リハビリテーション委員会が区に関する事項を審理する場合には区議会は当該事項に関する審議期間中、意見を述べることができる。

3. コペンハーゲン区およびフレデリクスベルグに関しては、社会大臣は区議会と協議のうえ、労働大臣の許可をえて本条に規定する事項を処理するための細則を定める。

4. 社会大臣は正当な理由を有する特定の問題に関しては第1項の規定の拘束を免れるこ

とができる。

第13条 郡リハビリテーション委員会は障害者のためのリハビリテーション事業を促進するとともに関係機関および施設の事業の調整をおこなうことを目的とする。郡リハビリテーション委員会はリハビリテーション事業の進展に努め、関係機関と施設との間の協力および施設の拡充あるいは設立その他に関する提案をリハビリテーション調整委員会に対しておこなうことができる。郡リハビリテーション委員会はリハビリテーションセンターの活動を監督し、推進する。委員会は委員会の業務およびリハビリテーションセンターの業務に関する年次報告を社会大臣に提出する。

第14条 リハビリテーションセンターは社会大臣によって設立される。センターの所管区域は地域の実情に則して変更することができるが、原則としては職業紹介所、失業保険その他に関する法律第1条に規定されている公共職業紹介の体制を考慮して制限される。

正当な理由が認められる場合にはリハビリテーションセンターは2ないしはそれ以上の郡に関する業務をおこなうことができる。

2. リハビリテーションセンターの長官にはリハビリテーションについての管理上および社会的問題に関する十分な知識を有する者が任命される。リハビリテーションセンターは郡リハビリテーション委員会に対して責任を有し、かつ当該地域におけるリハビリテーション事業の推進をおこなうために他の行政機関や施設等と協力して活動をおこなう。リハビリテーションセンターはこの法律の運用に関して中央行政機関を援助し、かつ付与されている権限の範囲内において決定をおこなう。かかる決定はリハビリテーションセンターの長官が主管医療審議官(第5項参照)および関係職業紹介所の代表者と協議のうえおこなう。リハビリテーションセンターは認可リハビリテーション施設に対する国の実情視察および指導に協力する。その際には社会大臣の定める細則に従って傷病保険委員会および労働管理局 Labor Directorate に協力するものとする。

3. 障害者の職業指導および職業紹介はリハビリテーションセンターと公共職業紹介所の緊密な協力のもとにおこなわれる。社会大臣は労働大臣と協議のうえ職業紹介所との協力に関する細則を定める。

4. 社会大臣はリハビリテーションセンターの活動および職員の任用、給与および年金支給の条件その他に関する細則を定める。

5. リハビリテーションセンターにはリハビリテーションに関する専門知識を有する審議官に1名またはそれ以上の者が配置される。

6. リハビリテーションセンターは障害者個々のリハビリテーションに関する事項を審査するにあたって関係医療基金の経営委員会、区議会の社会問題委員会、雇傭主、失業基金およびその他必要と考えられる個人ならびに団体から必要な情報を蒐集することができる権利を有

する。またセンターの活動をおこなうために任命された開業医は必要な情報を療養所 nursing home, 病院または病院勤務医に請求することができる。特に病院の診療記録 case record またはその写しを入手することができる。

7. コペンハーゲン区およびフレデリクスベルグ区については社会大臣は区議会と協議のうえ、労働大臣の許可をえて本条に規定する事項を処理するために細則を定める。

第15条 内務大臣は社会大臣と協議のうえ、病院、開業医およびリハビリテーションセンター三者の協力に関する実施細則を發布する。

#### リハビリテーション調整委員会

第16条 社会大臣はこの法律の執行ならびに障害者に関するその他の事項をつかさどる社会大臣、労働大臣、内務大臣および関係機関を援助するためにリハビリテーション調整委員会を設置する。委員会は次の者によって構成される。デンマーク雇傭者連合により任命された雇傭者1名、デンマーク全国労働組合連合により任命された労働者1名、障害者団体連合の代表者、区議会の代表者、労働大臣、大蔵大臣、内務大臣、文部大臣、社会大臣、公衆衛生委員会 Public Health Board の代表者、労働管理局の代表者、傷病保険委員会の代表者、肢体不自由者協会 Society and Home for Cripples の代表者。社会大臣は委員会の議長を任命し、必要ある場合には前述の委員以外に数名の委員を任命することができる。

2. 委員会は必要ある場合には専門家を討議に参加させることができる。

3. 委員会は障害者に関する重要な事項の進展に努め、必要な処置を講ずるための提案をおこない、この法律の規定に従って勧告をおこなうとともに地方リハビリテーション機関に対して必要ある場合には援助を与えることができる。

4. 委員の報酬および書記の雇用その他の費用を含む委員会の業務に関する費用は年次財政法 Annual Finance Acts により支出される。

#### 傷病保険委員会リハビリテーション部門

第17条 この法律にもとづいて要求される傷病保険委員会の決定は委員会の特別部門においておこなわれる。特別部門は傷病保険委員会の委員長および社会大臣によって任命される6年任期の委員7名によって構成される。そのうち5名の委員は労働大臣、デンマーク雇傭者連合、デンマーク全国労働組合連合、障害者団体連合、肢体不自由者協会の経営委員会の各々の推薦にもとづいて任命される。他の2名の委員のうち1名は医療専門家で公衆衛生委員会の推薦にもとづいて任命され、1名は区の上級社会問題部に所属する者である。さらに社会大臣は大蔵大臣と協議のうえ大蔵省を代表する者1名を委員に任命することができる。

2. 決定をおこなう必要がある場合には傷病保険委員会の他の医療委員のうち1名は討議に参加し、投票をおこなうことができる。

3. 第3条, 第4条, 第6条および第8条にもとづき傷病保険委員会の責任においておこなう決定は最終決定となる。

4. 社会大臣は傷病保険委員会のリハビリテーション部門のための議事規定を定める。議事規定は傷病保険委員会が委員長に決定権を委任することができる範囲を規定する。

5. リハビリテーション部門委員には年次財政法にもとづき報酬が支給される。

#### 費用の支出

第18条 国は第5条および第10条にもとづく貸付金および補助金, 第11条にもとづく訓練の費用, 第12条および第14条に規定されている郡リハビリテーション委員会およびリハビリテーションセンターの費用を支出する。身体的または精神的欠陥のためにハンディキャップを負っている人達に対する補助用具の費用(第3条), 医学的あるいは治療的処置に関する援助の費用(第4条), 労働能力の評価および特別訓練等に関する援助の費用(第6条第1項), 工具等の購入に対する援助および障害者の自営開業に対する援助(第8条第1項, 第2項)は国民保険法 National Insurance Act に規定されている傷病保険基金から支出される。

2. 第5条および第10条に規定されている施設の運営に関する国の支出の節減を図るために, これらの施設に対して国のために仕事をおこなう上でのあらゆる便宜を保証する処置が講じられる。

3. 第6条第2項, 第7条および第8条第4項にもとづく援助の給付に関する費用の十分の二は障害者が居住する区が支出し, 残りは国が支出する。

4. (1960-61会計年度に関する規定。)

第19条 第3条および第4条にもとづき給付がおこなわれる場合には傷病保険基金は賠償を支払う責任を有する個人または団体に対して受取人に代って請求することができる。

#### 経過規定および終結規定

第20条 この法律は1960年10月1日に施行される。これにもとない第12条および第16条に規定する委員は施行期日までに任命されなければならない。

2. この法律の施行と同時に障害者を援助するための施策を調整する1956年5月25日法律第130号(調整法Co-ordination Act)は失効する。この法律の第12条および第16条に規定する委員が任命されたならば調整法第1条および第4条に規定する委員は解任される。

3. 社会大臣はリハビリテーション調整委員会と協議のうえ, この法律の施行以前に国民保険法および公的扶助法にもとづき確定した給付を受けている施設のうち, 第5条による認可がおこなわれるまで給付を引継ぐことのできる施設の範囲を定める。

4. この法律は勅令によりグリーンランドに適用することができる。フェロー諸島Faroese Islands に関してはフェロー諸島議会と協議のうえ特別な地方事情にかんがみて適当と考えら

れる修正をくわえて適用することができる。

5. この法律は1965—66年議会年度までに再審理される。





# 日本における地域精神衛生——WHOへの報告

1967年11月より1968年2月に至る3カ月間の  
顧問活動に基づいて

デービッド H. クラーク

## 解 説

デービッド・H・クラーク(David H. Clark)博士は本文にもあるように、日本政府のWHOに対する要望にもとづいて、「日本における地域精神衛生」推進のため、WHO顧問として1967年11月より1968年2月までの3カ月間来朝した。日本の精神衛生に関するWHO顧問の派遣はクラーク博士が4人目であり、第1回は1953年にポール・レムカウ(Paul Lemkau)博士で、この報告は精神衛生研究第3号にのせられている。第2回は1954年にダニエル・ブレイン(Daniel Blain)博士、第3回はモートン・クレマー(Morton Kramer)博士であった。以上3人はいずれもアメリカからであり、イギリスからの顧問は今回がはじめてである。従来のもは、保健所を第一線機関とする地域精神衛生の展開、精神科外来活動の促進、総合病院精神科の増設、縦割り行政の克服、専門家の行政への参与、デイ・ホスピタル活動の促進、定期的な全国精神障害者の入・退院者報告とそのフォローアップの統計調査などの必要性が日本政府に勧告されてきた。クラーク報告書でもこれらの点が主張されているが、とくに精神病院における治療活動、治療的コミュニティへの努力の不足を指摘している。

クラーク博士はイギリスのケンブリッジにあるフルボーン Fulbourn 病院の院長であるが、1964年に Administrative Therapy-The Role of the Doctor in the Therapeutic Community (鈴木淳訳、精神科医の役割-管理療法)を著して有名になった中堅の臨床家である。この度の顧問としてマクスウエル・ジョーンズ(Maxwell Jones)博士がカーステアーズ教授(G. Carstairs)、さらにマクミラン博士(MacMillan)と候補があがったが、いずれも都合悪く、最後にクラーク博士に決った。

同博士はエジンバラ大学医学部出身であり、モーズレー精神医学研究所で訓練を受け、ケンブリッジに赴任して以来、病院内の治療コミュニティ活動と地域精神衛生活動に専念し、イギリス精神衛生協会副会長になっている。1963年

にスタンフォードの行動科学研究センターで特別研究員として1年間を過ごし、前記の著書を書き上げたのだが、英語圏以外の国、とくに東洋で3ヵ月を暮したのははじめてであり、まえがきにもあるように言語的文化的差違に慣れるのに困難があったことは確かである。

カウンターパートである加藤は来日の前年にケンブリッジを訪れ、かなりの情報提供はしておいたが、多くの文化的ずれの克服は充分ではなかった。それにしてもスコットランド人らしい朴とつさと、臨床家らしいものの見方は根からの病院精神科医だとの印象を与えた。思ったこと感じたことをはっきり表現するという点で、イギリス人としては例外的なところがあった。

報告書を見ると、博士らしいはっきりした表現がかなりあり、一部は大分やわらかくしてもらったが、たしかに正鵠を射ているところがすくなくない。

「社会精神医学は理解も応用もされていない」などと言い切るところは、博士の面目躍如たるものがある。

この報告書に提起された地域精神衛生の問題点と博士の意見を各方面で討議されることが望まれる。なお、クラーク博士が前掲の著書の日本語訳への序文で次のようにいっていることを注目したい。

「日本には Administrative therapy の機会が無限にある。なぜなら病院は小さく、医師が院長であることは、患者の環境を積極的な治療コミュニティに進展させるすばらしい可能性にめぐまれていることを意味するからである」

(なお、この報告書の翻訳は、菅野、鈴木、山本、佐竹、が行なったものを加藤が補正した。)

加藤 正 明

1. ま え が き
2. 計 画 の 概 要
3. 背 景
4. 観 察 報 告
5. 考 察
6. 勧 告

## 1. ま え が き

- 1.1 日本における地域精神衛生活動の発展について、政府に勧告すること。
- 1.2 国の相手役 (counterpart) と協同して、地域精神衛生を一般衛生活動にとりいれる計画を発展させ、とくに施設に収容されていない患者に対して予防、治療設備をととのえること。
- 1.3 精神薄弱者に対する施設を地域衛生活動のうちに計画すること。

1.4 計画指導の基礎として、この問題を全般的に評価し、要望されるはんいでの調査を開始すること。

1.5 要望に応じ関連する事項に関する勧告を行い、任務完了後報告書を提出すること。

日本政府が初めにWHOに顧問を要望した理由と目的は、1966年12月3日付で西太平洋地域事務局に送付された次の文書に述べられている。

精神薄弱を含む精神病質、精神障害の早期発見と適切なりハビリテーションを促進するための地域精神衛生計画は、日本が当面する緊急の社会的、公衆衛生的課題の1つである。

この状況にかんがみ、地域における精神衛生活動の第1線機関として活動できるように826の保健所に新たな機能を与えるとともに、地域精神衛生に対する技術指導のセンターとして活動すべき精神衛生センターを設置することによって、地域社会内の精神衛生活動を活潑ならしめるため、精神衛生法が改正された。

しかし、現在のところ、公衆衛生機関と精神病院、一般開業医と他の地域資源との十分な協同関係にまで、地域精神衛生計画を総合していない。

英国における精神障害者の地域ケアは、すぐれて組織化され、発展し、デイ・センター、ナイト・ホステルなどの社会復帰施設が地域精神衛生審議会や精神衛生官の協同のもとに地域精神病院と密接な関係を持ち、うまく働いている。

従ってわれわれは、現在と前述の課題を観察評価し、地域衛生活動を一般公衆活動にとりいれる方法を指示してくれる短期の顧問を要望し、とくにかかる顧問が英国から得られることを希望する。

## 2. 計画の概要

初めの見当づけと厚生省幹部との面接ののち、筆者は多数の精神衛生施設を訪れた。このさい筆者は相手役である国立精神衛生研究所精神衛生部長加藤正明博士の援助を受けることが多かった。

筆者は地域的差違を見るために、日本内の各所に旅行し、日本中を長い汽車や自動車の旅行で多くの有益な対談をした。一般状況を把握したあとで、いくつかの点を明かにするために何人かの報告者と話し合った。これらの人はすべて、広汎な課題に関する多くの質問にきわめて快く応じ、忍耐づよく聴いてくれた。筆者が個人的に見たり考えたりしたことから生じた筆者の観察と勧告に関して、かれらが責任があるとみなされないために、これら情報提供者やすべての施設についての詳細は述べないことにする。

筆者は8つの都市（東京、横浜、仙台、松本、名古屋、津、京都、大阪）と9つの県を訪問し、次の諸施設を訪問した。

15の精神病院（公立7、私立8）

7の精神薄弱施設

## 5 の精神衛生センターおよび児童相談所

5 の大学クリニックおよび多くの他の施設（保護作業場、ハーフウェイ・ハウス、県および政府機関）。また、英国精神医学について、3人から200人までの聴衆に12回の講演を行った。

すべての人が協力的で、理解できた質問に答えようと努力していたが、コミュニケーションの困難が筆者のすべての仕事につきまとった。私は日本語が話せず、ある報告者は英語が全く話せなかったからである。ゆっくりなら英語を話す日本の医師もあった（殆んど全部が続むことはできた）英語が流暢に話せ、英語で考え、深いつつこんだ会話を発展できる人は少なかった。これはたえずついてまわった悩みであり、筆者の理解にどつての限界であったが、顧問としての基本条件における絶対的なことであった。

筆者の報告は4項目にわかれる。即ち、背景、観察、考察および勧告である。「背景」の項で筆者は日本人以外の読者のために、若干の歴史的事実（日本の報告者には周知のことである）を述べた。「観察」の項で、筆者が自分の目で見たり発見した重要なことがらについて述べた。「考察」の項では、日本の精神衛生にとって緊急の課題として重要と見られるいくつかのトピックスについて考察した。「勧告」の項では、近い将来何らかの行動が可能であり、かつ行動すべきであり、それが有効な結果をもたらすであろうと思われた領域について述べた。

## 3. 背 景

### 3.1 歴史的背景

明治維新（1868年）以前には、精神疾患の諸問題は日本の伝統的な方法で処理されていた。精神病を治すということで評判を高めた寺院もいくつかあった。各種の精神神経障害はすべて、呪術的な方法で処理されていた。軽度の精神薄弱者やおとなしい精神病患者は農村社会の中に吸収され、何とかうけいれられていた。しかし、重い精神薄弱者や重い精神病患者は、時折流行する伝染病のため急速にたおれていったのである。

1868年以後、西欧の医療方法が広汎にとりいれられた。その中には Kraepelin その他ドイツの先学たちが発達させた精神医学の技法も含まれていた。1875年には京都府癲狂院が開設されたが、19世紀の間中、日本における精神医学の発達は遅々としていた。それはドイツ流の器質本位的なやり方にとどまったまま、精神病とてんかんの医療にあたっていた。

精神病院はほとんどなく、しかも社会を困らせるような患者だけが入院される傾向があった。家族の多くは患者を自宅におき、しかも監禁しているものが多かった。戦時中は空襲が諸都市を焼き尽くす中でしばしば精神病院も破壊され、戦後は混乱と飢餓の中で慢性分裂病患者が死んでゆき、ために入院患者の数はぐっと減少した。

### 3.2 日本の精神衛生に関する従前のWHO報告

1953年にはPaul Lemkau<sup>(1)</sup>博士が、それに次いで Daniel Blain<sup>(2)</sup>博士が、WHO を代表して来日した。かれらは、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、多くの子供が出生した。

Blain 博士によれば、1952年には22,975人の精神科患者が入院しており、これは人口1万あたり2.6の割合であつた。そしてBlain博士は、「日本における病床に対する潜在的な需要はきわめて大きい。」とした。かれらの記録によれば、病院は小さく、建物は荒廃しているが、職員はよくそろっていた。Lemkau博士は「一般的に精神療法がよい結果をおさめるためには長い期間が必要であると考えられているのに、ここでは精神療法を長期にわたっておこなうという考え方は一般に知られていないし承認されてもいない」と記している。もっともかれは後の方で、「精神療法家への需要が今後数年の間に非常に切迫してくるであろうことはほとんど確実である」ともいっている。

Blain 博士は「厚生省内における精神衛生面での指導力と経験はあまりにも低すぎる」としている。かれらはこの他にも多くの評価と勧告をおこない、とりわけ専門的訓練に関して評価と勧告をおこなったが、この点はその後、充足されてきている。Blain博士はまた、精神病院の病床数は人口1万あたり10から20の間にまで上昇させることを勧告した。

1960年にはMorton Kramer<sup>(3)</sup>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。

### 3.3 日本における衛生サービス

最近15年の間、日本の工業は目ざましく発展した。国民の生活水準も、はじめは都市において、次いで地方においても向上した。平均余命は上昇し、結核や赤痢のような伝染性疾患の主要なものは今や制圧されつつある。若い人々は以前よりも健康になっている。戦争直後非常に高かった出生率は1955年までに安定し、今では約18/1000にだいたいおちついている。総人口は1966年には98,274,961で、そのうち65才以上が約6%、15才未満が25%、15才から64才までが69%である。もし現在の傾向が続くならば、2000年までに若年層の割合はすこしく低下し、老令者の割合はいちじるしく高まることであろう。

公衆衛生の組織は都道府県単位に組織されている。日本には46の都道府県があり、それぞれ平均210万の人口をかかえ、公選の知事と議会とをもっている。県によって衛生と福祉とが1つの部局になっていたり、別の部局になっていたりする。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年の間に発達しているのである。

都道府県当局は伝染病対策には熱心で、保健婦を使って保健所のネットワークを発展させてきた。これは結核制圧に主導的役割をはたしたものである。たいていの県は県立の精神病院を設けており、県によっては精神薄弱者のための県立の施設を持っているものもある。

(1) Report of Consultant in Mental Hygiene to Japan, 1953年6月2日～7月14日.

(2) Report of Consultant in Mental Health, 1953年11月13日～12月12日、1954年1月.

(3) Report on a Field Visit to Japan, 1960年1月9～22日、1961年6月13日.

中央においては、厚生省（政府の12省4庁の1つ）があらゆる医療サービスを統轄している。多くの国におけると同様、地域精神衛生サービスは、文部省、労働省などのような他のいくつかの省とも関わりがある。日本においては、精神衛生問題は厚生省内のいくつかの部局に関連している。

厚生省には10の局がある。公衆衛生局には精神衛生課（7課中の1つ）があり、これが精神衛生組織およびソーシャルワーカー——精神衛生サービスに係るすべてのもの——の統轄と推進をつかさどっている。児童家庭局は子供の中で特にハンディキャップのあるものを扱っており、そこには精神薄弱者や非行少年が含まれている。

近年、精神薄弱者（普通教育の不可能なもの）に対する教育施設が発達してきている。しかし、成人した精神薄弱者のための施設などはすくない。

重篤な精神遅滞者（すなわち白痴）は、以前には長く生きのびる傾向はなかった。かれらは大部分、今もなお両親の家にとどまっている。若干のものが精神病院に収容されている。

家庭のない青少年の非行および反社会的行動の問題は終戦直後の数年には主要な社会問題であり、特別法によって数多くの施設が作られた。今日ではこの問題は一般的でなくなってきたが、施設の方は残っていて、多くの青少年障害者を扱っている。

日本においては最近15年の間に、精神病床を増設しようとの方針が定められ、その努力は成功した。公立病院の建物は拡張され、小規模ながら多くの私立精神病院が建設された。かくて1967年までに入院精神病患者人口の大部分は私立精神病院に在院することとなったのである。

### 精 神 病 床

	公立病院	私立病院	計	総人口	人口1万 あたり病床数
1955年	10,982	29,254	40,236	89.2 <sup>百万</sup>	4.5
1966年	30,769	150,940	181,709	98.2 <sup>百万</sup>	18.5

1967年現在

1967年現在、精神病院の数は725である。うち国立病院は3、県立あるいは市立が39、そして私立は683であるが、平均規模は約180床であり、1000床以上のものはほんのわずかにすぎない。なお、大学および県立一般病院にも多くの精神科入院設備がある。

1968年に政府は3つの法律（精神衛生法、生活保護法、国民健康保険法）にもとづく精神障害者のための予算として約750億円（2億1千米ドル）を計上した。このうち院外患者へのサービスにあてられるはずのものは約30億円である。

### 3.4 専門職員

#### 3.4.1 医師

日本における総合大学および医科大学の数はこの間に増加した（1967年現在、医学部卒業生を送り出そうとしている大学は46ある）。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。授業は日本語でおこなわれるが、英語とドイツ語の教科書が広汎に用いられ、多くの医師はこれら両国語を読む力がある。精神医学的指導は通常、型通りの講義と患者の提示がいくらかおこなわれている。もっとも、相当数の患者を扱っている精神科へある期間配属するようにしている大学も若干ある。

卒業後は1年間のインターン期間があり、国家試験をへて免許が与えられる。多くの医師は自分の大学の病院で専門家への関門である医学博士の称号を得るべく働くのである。

米国におけると同様、日本においても専門分化への傾向が進んでいる。英国にみられるような家庭医は今日、都市においてはまれである。日本の医療でとりわけ特徴的なのは、数多くの小規模な私立病院があって、それを1人の医師がその家族とともに運営しており、患者を自分だけにかかえてみているということである。私立の精神病院もこのパターンの一部をなしている。

もっと大きな病院の多くは大学病院で、これの声価は高く、多くの患者は直接にそこの外来部へ出向いてゆく。

日本の保険制度は医療体系の重要な部分を占めている。多くの企業はその雇用者のために保険業務をおこなっている。数多くの民間保険組合と、いくつかのこととなった公的体系とがある。保険料率はすべてことになっており、受益規準もことになっている。全体を支えているのは国民健康保険制度で、これは他の保険の適用を受けない者すべてに対し、最小限の利益を保障しているものである。しかし、どの保険の場合でも、医師はともかく医療をおこない、のちに保険組合に請求するのである。もっとも、多少の金額が直接に患者から徴収されることもある。

多くの精神科医は、たとえば私立病院や大学病院で働くとか、公的機関の嘱託となるとかして、何らかの地位についている。精神医学の中での専門分化はほとんどない。精神科医はみな、精神病でも、入院患者でも外来患者でも、心因反応（抑うつおよび精神神経症）でも、障害児でも、精神薄弱者でも、てんかんでも、精神療法でも、取扱おうとしている。

#### 3.4.2 看護婦

看護婦の養成訓練機関はさまざまある。2年から4年で准看護婦あるいは正看護婦の資格が与えられる。米国におけると同様、最初は理論的な教育が行なわれ、制限つきの病院実習期間がそれに伴うが、実際の知識の修得は卒業後のことと期待されている。それでも日本では資格のある看護婦の数は多い。精神科看護についての専門的訓練はおこなわれていない。男性の看護人（准も正も）は数少ない。しかも日本の病院においては、看護面での上級の地位は女性によって占められている。精神病院において、看護婦とともに、免許のないものが働いていることはもちろんであるが、しかし英国におけるほど数多くはないし、米国とはまったく趣きを異にしている。なお、人員補充問題はそんなに深刻ではない。



### 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年間の大学教育を受けると、その後はあらゆるかたちのソーシャル・ワークをおこないうることになっている。この課程は戦後の数年間にアメリカの指導のもとに発達し、アメリカ流の実践と社会理論に大きく依存している。上級の地位の多くは、早い時期に経験を積むことで資格を認められた人々によって占められている。精神医学的ソーシャル・ワーカーを訓練するための専門的精神衛生課程はない。精神医学ソーシャル・ワーカーの協会が最近組織され、訓練をおしすすめ、基準を確立しようと試みている。

### 3.4.4 臨床心理学者

心理学および臨床心理学の大学課程は、戦後アメリカの援助のもとに発達した。臨床心理学者は教育活動の中で、あるいは個人的な実践の中で、カウンセラーとして働いている。しかし大部分の精神科施設には臨床心理学者はほとんどおらず、いても大抵はテストと研究に従事している。

### 3.4.5 作業療法士

1963年5月に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名の訓練生が入学した。1964年5月、WHOは日本における第1期の有資格理学療法士および作業療法士たちへの訓練を援助する目的で理学療法家を1名派遣した。

## 4. 観 察 報 告

### 4.1 地域精神衛生サービス

これにはあらゆる精神衛生サービス、とくに病院外のサービスが含まれている。

2、3の国々では、このサービスに非常に広い意味を与え、外来での精神医療サービス、ハーフ・ウェイ・ハウスと治療社会クラブといった補助的な活動、精神衛生連盟と自殺予防協会のような自発的活動をもうらしている。また、ある場合には、このサービスは性教育の仕方を教師に、テレビ番組の改善方法をそのプロデューサーに、暴動を中止させる方法を警察に助言するという点で、地方自治体内の精神医学的な干渉をるところまで広げられている。

日本には、こうした諸活動が拡大されたという形跡はほとんどない。主になっている機関は、精神障害者や精神薄弱者や慢性の精神分裂病患者のための公的な施設と、病院の精神科外来とくに大学病院の外来である。保健所が826あるが、それらは元来結核とその他の伝染病をコントロールするために発展したものなので、公衆衛生医の指導下にある保健婦が配置されている。最近、いくつかの保健所が非常勤の精神科医を参加させるようにしている。この精神科医の主たる機能は職員に助言をすることである。こうした保健所は、精神分裂病者や精神薄弱者が家庭で生活できるように支え、必要なときに、彼らを病院に移す最初の処置をするのに役立つ仕

事をしていると考えられている。しかし彼らは情諸障害者とは殆んど関係をもたない。

精神的欠陥者に対する広汎なアフター・ケア・サービスはほとんど発展していないように見える。児童家庭局が精薄施設退園児に対する広汎なサービス計画を進展させ、労働省が精神薄弱者の雇用促進問題に関心を示しはじめてはいるが、まだ発展してはいない。地域社会には、精神薄弱者（ないし精神病者）のための、実質的な保護工場はない。

精神医学的に問題をもつ多くの人々が、精神科専門医を訪れ、あるものは私立精神病院の経営する外来診療所を、また、多くのものは、大学病院の外来を訪れている。こうした診療所は、精神病（精神分裂病）と癲癇にかかり切っているが、かなりの数の心因反応（うつ的及至不安状態）と精神神経症（強迫神経症や、不安神経症など）の人々を診療している。精神神経症と診断される患者数は増加してきているが、大学病院の外来は一般に無給職員が配置されており、繁忙をきわめているため、神経症の治療は大たい投薬と簡単な面接である。

一般科の医師を訪ねた患者たちの多くは、ノイローゼ（ドイツ語のNeurose）と診断され精神安定剤によって治療されている。

#### 4.2 精神病院

日本の精神病院は規模が小さく最近に建られている（20年以内）点や、その多くが私立経営であるという点で、ヨーロッパや米国の精神病院とは異なっている。しかし、そこにはいろいろの類似点がある。患者たちの多くは精神分裂病であり、その多くが長期在院者であり、多くのものが感情鈍麻し退避的で退行しやすく、病棟は満員であることなど。

私は 800ほどある病院の中15の病院を見学しただけである。従って、私の所説には誤りとして棄却されるものがあるかもしれない。しかし、これらの施設はすべて、優良とか最優良といった好評の病院であった。情報を提供してくれた人たちから私は、他の病院がもっとずっと粗末であるということや、それらの病院の3分の1は非常に悪いということをかきされたが、こうした種類の病院は一つも見せてもらえなかった。次の観察報告はこうした条件を考慮して読んでほしい。

私には初め患者の生活条件が、さむぎむとしており、超満員のようには思えたが、数人の患者の家庭訪問をした後になって、病院の方が患者の住み慣れた家庭の生活条件に比べて良好であるということがわかった。給食は良好であるように思え、患者たちも身体的に健康に思えた。青年と中年の患者たちが多く、老人はごくわずかしかなかった（60才以上は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。職員と患者との関係は、温かく友好的でユーモアがあり、西欧の著しく貧弱な精神病院に見られるような距離を置いた冷さや軽べつは少しもないように思えた。多くの病棟の患者が私有物を十分にもっていたし、それは古いヨーロッパの病院とは著しく対照的であった。一般的には、さく、二重鍵、手すり、防護ガラスなど、外国の病院でその価値を傷つけている重々しい安全設備（security provisions）はなかった。

しかし積極的な現代的治療法や社会復帰活動が会得されているという証拠もあまりなかった。わずかの病院では、Herman Simon (1926) の活動療法 (the Active Therapy) の原理が今なお存続され、良好な活動がなされていたが、その他の多くの病院の患者の活動水準は非常に低いものだった。患者たちは、殆んど何もせずに座り込んでいたり、真昼でもベッドに横たわっていたり、自分の身の辺のことをしたりしていた。ある病院では、三分の一の患者たちが、午後3時頃 (in the middle of the afternoon) だというのに、予期せぬ降雪を理由にベッドに入っていた。いくつかの病院には注目に値するような仕事や活動のプログラムがあったし、ある病院では、夜間病院の看護を受けながらコミュニティの中で働いている患者がいたけれども、多くの病院は、このようなことをしていなかった。

非常に多くの病棟が必要以上に閉鎖されていた。束縛方法として保護室、個室、安全区画があまりにも頻繁に使用されていた。明らかに長期間独房監禁に閉じ込められていた患者がすくなくなかった。2つの病院の新しい建物に鋼鉄製の柵や閉鎖回路式のテレビ等のような念の入った装置をそなえた安全区画があった。こうした装置は有害な孤立や退行へと導いてしまうものである。

2、3の自覚をもった院長は、患者たちの生活や仕事や行動の自由だとかに目を向けていたが、多くの精神病院の医師は、身体的な治療を行ったりカルテを作成するといった伝統的な医師の役割だけにもっぱら局限しているように見えた。ある病院の医師は、神経解剖学や神経病理学の研究にまず心を奪われていた。

看護婦たちもまた、自分たちの責任がリハビリテーションに導入する活発な生活指導やその促進にあるとみなすよりは、身体的看護を施すことにあるとしているように思えた。最近の急速な精神医療の発展のうちにあって、WHOの精神衛生専門委員会が出した第三報告書(専門報告シリーズ第73号、1953)に書かれている原則に十分な注意が払われていなかったし、社会精神医学の最近の発展についての認識も全くないようであった。

#### 4.3 精神薄弱施設

私は七つの精神薄弱施設を訪問し、高い水準の訓練が与えられているのに感心させられた。これらの施設はパートタイムのかたちでコンサルテーションに参加する小児科医と精神科医と、教師の指導下に置かれていた。20以下の知能指数の子どもさえもが、志気の高い献身的な職員によって積極的に作業指導を受けていた。知能指数20~60程度の子どもが、こまかい技能を教えられ、積極的に、社会的な訓練を受けるとともに単純作業に従事していた。勿論、これはすぐれた施設であって、不十分な施設での基準についてはわからない。情報提供者のなかには、それを心配するものもあつたが、子どもたちが、身近な医療監督の不足のために困っていると思われる証拠はなかった。しかし施設は不足しており、多くの町村では、精薄者(児)が精神病院に収容されていて、病院での困った問題とされていたことは明かであった。彼らはその退行した行動とか、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、どの精薄施設の職員もアフター・ケアとフォロー・アップを憂慮していることを表明していた。施設では、時には、退園児をパーティに呼んでみたりしてこうしたことをやっていた。職員たちは、精薄児の仕事を見つける手助けをする職員（employment officers）がないことを指摘していた。こういう（アフター・ケアなどをやっている）施設は新しい施設であり、退園後10年、20年たったり、また世話をしてくれる親たちが死亡したあと、退園児を誰れが援助するのかと問われても誰一人わからなかった。普通学校に附設された特殊学級や特殊学校における精薄教育は、日本においては、充分理解されているけれども、特殊学校の数は十分ではない。

日本には、英国やヨーロッパ諸国に見られるような訓練センター（職業センター）はあまり発展していなかった。これは、普通教育では効果の得られない重度の精薄児が、家庭で生活しながら毎日通所することのできるセンターである。これらの施設は家庭のちゃんとした中等度の障害児（Down 症候群のような）を援助するのに最適であるとされている。毎日センターに子供を通わせることは、母親たちに息抜きを与え、その訓練を通して、成人の生活をさせる準備をし、社会的技術を身につけさせ、報酬のもらえる単純な作業を教えることになるわけである。

私は重度精薄（重症白痴）の施設を一つも見学しなかった。歩くことのできない不幸な人たちが一生涯の保護と配慮とを求めている。30年前には、こうした人たちは早死したが、今日では現代の薬物によって長期間生きながらえている。母親たちは多年にわたって献身的な看護を彼らに与えるであろうが、彼らの多くは施設保護が必要なのである。こうした患者の数は今後増加することは明白である。

#### 4.4 健康保険

情報を提供してくれた多くの人々は、この制度から生じる難点を指摘していた。それは日本に特有なとても複雑なものである。どの病院も、各患者がどの保険制度にぞくしているのか、何割の利益を得る権利をもっているのか、ということだけを調査する大きな医事課（Insurance Department）をもたなければならない。このはん雑さは、どの患者にとっても厄介であり、とくに、精神衛生サービスの対象者には、単純な人（精薄）や混乱した人（精神病）や情緒的に疲労した人（神経症）たちが多く、この複雑な制度を利用することができないので、患者にとってはなおさらのこと厄介なのである。この保険制度は1968年には改正され、英国のように統一された国家保険制度にしようという話しが出ていたときいている。このような改正は、精神科の患者たちにとっての利益を多く招来することであろう。

今一つの医療保険制度の側面はより直接的な批判を喚起するものである。医療サービスごとに異なる支払率は、私が理解している限りでは、中央社会保険医療協議会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参加していない。このことは、現行の医療保険支払い制度が、全国的な精神医療のありかたを規定しているというこ

とからみて、不幸なことである。

入院患者の治療の支払いはうまくいつており、比較的ゆるやかである。医師は入院患者の治療で十分な収入を得て、病院を経済的に繁栄させることができる。しかし外来患者の精神医療は支払いが悪く、施こされた治療の長さとか、質だとか、程度だとかにかかわりなくどの外来に対しても一律な割合で支払われている。このことは、個々の患者に長時間かけることを阻止し、ごく短時間の面接でできるだけ多くの患者を見るように医師を奨励していることになる。医師にとって精神療法を行い、計画的に長期の面接を行って生活をたててゆくことは不可能だときかされた。裁判所、児童相談所、県の行政機関等で精神科医が助言しても、それについてやした時間に相当する支払いがないのである。このことは個人治療、とくに入院患者の身体的な治療に、医師の時間を費やさず、地域精神衛生活動の問題に背を向けさせてしまう積極的な誘因がそこにあることを意味している。このようなことでは、必ずや地域精神衛生活動の発展はゆがめられ、虚弱化されるに違いないのである。

#### 4.5 日本における精神医学の位置づけ

地域精神衛生活動には多くの専門家が含まれているが、精神科医はその中心になる人物である。討論が展開するうちに、日本の精神医学と精神科医とが、外国の現代社会における位置づけとは異なる位置を占めていることが明らかになった。

地域精神衛生の発展が提案させると、社会はこれまでとは違ったかたち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、社会が現在いかにそこでの精神科医を眺め、それを活用するか——一般大衆が精神科医をどのように見ているか、他の医師が彼ら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精神薄弱、精神病、癲癇および精神神経症の治療を行う医学の小さい専門領域である。それは性病学や皮膚病学程度に重要ではあっても、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接近法に固く結びついている。一般大衆は精神医学について全く無知である。一般の医師たちには、精神医学はかけはなれた専門なのである。医師であるものは皆、たくさんの「神経症」（ドイツ語の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、精神安定剤や鎮静剤を与え、必要なときは患者がよりよい生活をするように、しつかりした厳しい助言を与えて治療する。彼は、こうした患者たちをまれにしか精神科医に送ろうとは思わないのである。精神病者を扱っている医師の多くが自分を精神科医とは呼ばない。彼らがそのことばを用いたところで、それは心臓専門医とか皮膚科専門医以上のものを意味するわけでもないのである。彼らは自分を医師——身体の医者——全医学の一部として見ている。彼らは、患者に接する際には白衣をまとい、殆んど事あるごとに身体検査を行う。彼らは診断を下し、普通、精神安定剤で治療するが、他の薬物で治療することもある。必要なときには、彼ら

はよりよき生活が営めるように慈愛に満ちた助言をする。

日本の多くの精神科医は、彼らの責任を限定してしまうこのような位置づけを受け入れ、それを喜び、そして、器質的な問題のみに目を向け、情緒的なかわりあいだとか個人的な再適応をも要求する精神神経症や精神療法や社会精神医学によってひきおこされる困難な問題にたちむかうことを避けるようにしている。

この専門のリーダーたち、とくに、西欧の精神医学や精神医学や精神力学について理解している精神科医は、(深いか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反対に)日本人の伝統的な思考と感情を西欧の現代科学の知識と真に統合させようと試みている。

彼らは西欧諸国における精神医学の位置づけを驚きとある種の羨望とをもって眺めている。精神医学の地位は、それが立派で裕福な専門であるとみなされている米国でとくに高い。米国では、人間とその心に関する科学的研究が個人と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しものであると一般的に信じられている。その結果、心理学や精神分析や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を説明してきたし、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となっている。米国では、人が心理的に苦しんでいるとき、心理療法家や精神分析家や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謝礼をする。精神分析治療は、精神医学に関する一定期間の教育訓練を経た、医師の資格のある精神分析家によつて行われている。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以外には医学専門職にごくわずかしかない。医師は皆、医学部において、ことにいくつかの学校では外科とおなじ時間数だけ十分に精神医学を教えられているので精神医学を理解している。従って、一般医は多くの患者を精神科医や精神分析家に依頼している。米国の精神科医は、自分の専門に誇りを抱いており、他の医学と区別されることをそれほど残念に思っていない。

英国におけるその位置づけは、米国と日本のほぼ中間にある。医学界や社会の中での精神医学の位置づけはその社会がどのような発展をとげてきたかによって著しく異なっている。各国はその固有なパターンを生み出さなければならないが、日本も現在これを懸命にや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そのパターンは、これからの地域精神衛生活動の型を決定することであろう。

私には、日本の精神医学が世間から重症の精神病患者を扱う専門だと見られているように思える。それだから、地域精神衛生活動も、精神分裂病や癲癇や精神薄弱に対するサービスだとみられてきたのである。

一方において、増大した心因性反応(うつ状態や不安状態)や神経症的疾患の患者が大びらに大学病院の外来に集まっていることがみられ、都市の知識人、とくに西欧の考えに接している人々の間に深い精神療法や精神分析への要望が高まっているのに、資格をもつ治療者を見つけられないでいるときかされた。従って日本では、世論が医師に先んじて進んでおり、満たされない情緒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

に援助の手をさしのべる新しい宗教が大きく伸びていることを見きしたことは興味のあることであった。

#### 4.6 精神医学におけるリーダーシップ

Blain 博士は、1953年に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。「どこにそのリーダーシップがあるのか？誰れがWHOの年次報告書の妥当性について研究しているのか？」、「しかも、今のところ、本省の精神衛生担当課には一人の精神科医もいないのである。」Lemkau 博士も「これだけの大規模（50億円）の計画には、重要な刺激（指導）とある程度の統制を行う少なくとも一人の精神科医を含めた9人の職員が必要であろう。」と指摘している。

750億円が計上されるようになった今日の状態は、不幸にして、少しも改善されていない。私のお会いた多数の上級の精神科医は、精神衛生活動の将来についていろいろ考えていたけれども、中央の行政官庁の有力者の位置にあるものはなかった。

Blain 博士は、厚生省内に精神科医が1人もいないことを指摘した。私は省内の医師のうちには今は2人の精神科医がいることを知らされた。しかし、彼らは2人とも省内では弱輩であり、精神医学の経験は浅かった。厚生省には上位の位置にいる経験豊かな精神科医はいなかった。

行政官庁における医療とくに精神科医療の専門家による指導制の問題は日本だけのものではない。どこの国においても行政官庁の医療部門の地位は行政経験の豊富な行政官、普通は公衆衛生の専門家をもって充当されて、その専門領域のリーダーシップは、その専門科に専念した人によってとられている。この2つのグループを一緒にするように仕向けてゆく方策がなければならぬのである。

この点精神医学では、困難性が倍加する。この専門領域は、多数の長期在院患者を扱い、病院の開設、職員構成、組織に関する管理的な決定が、しばしば患者の社会復帰の機会を決定し、数十年にわたる活動のあり方を規定する。とくに大切なのはこれらの活動が専門の精神科医によって指導されなければならないことである。しかし、このような経験は省内のデスクで働くことではなく、精神医学と精神科クリニックや病院における多年にわたる勤務を通じてのみ得られるものなのである。

米国では、精神衛生のコミッショナーが知事に対して直接に具申することのできる各州の上級官吏であり、州の閣僚の一人であることが多い。知事がその人を個人的に選び指名するもので、その人は通常、経験の長い官吏であることは少なく、上級の精神科医であり、しかもしばしば専門的にも優れた人である。英国では、衛生省技監補 (the Deputy Chief Medical Officers of the Ministry of Health) の1人は精神科医でなければならないし、その人は大臣に直接具申できる権利を与えられている。この技監補は上級官吏であると同時にしばしばその専門の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年間の約束で、衛生省にはいつている。

Blain 博士が1953年に「精神科医が本省でもっと高い地位を占めないで日本の精神衛生活動は満足のゆく発展ができないだろう」と述べたが、その意見に私も同感である。

日本の精神衛生課は、厚生省の10局の1つである公衆衛生局の7課の1つにすぎない。この不十分な位置づけは厚生省内において与えられている精神衛生への重点度を示すものである。このような地位は、厚生省が戦後間もなく組織された当時、主要課題が伝染病や児童福祉や社会福祉であった当時には、適切なる評価であったのであろうが、それは現在の状態に対応するものではない。

いかなる行政官庁においても、いかなる局においても、ある業務の活動と予算と重要性をさく減して、その代りに、他の活動を盛んにするものである。例えば、近代国家における肺結核の部門は縮少しつつあり、他方、製薬部門が増加している。多分、日本政府もその部局を調査したならば、今日の重要性によってそのことを認識することであろう。このような再評価は省内に地位を得ている人たちにはいつも不評判である。それは優先権をくつがえし昇進についての個人の期待を危険にさらしさえするからである。しかし、そのことは、責任ある人々の時にはしなければならない課題なのである。

国立精神衛生研究所が市川に現存しており、すばらしい研究業績をあげ、それはその出版物や国際的名声によつて示されている。多数の価値のある調査——患者、治療設備、専門職員の数と質等などについて——が行われ、全国規模の訓練計画がたてられている。しかし、その予算は制限され、拡大計画は繰り返して経済理由より延期させられている。

進んだ国々は、調査に投資することが、国家の進展に不可欠であるということを学んでいる。日本の唯一の国立精神衛生研究所の予算を制したりすることは不経済なことであると言わなければならない。

## 5. 考 察

### 5.1 精神病院在院患者の動向

精神病床にはある種の動向がみとめられた。すなわちここ15年間新しく作られた多くの日本の精神病院は分裂病患者に利用され満床になっている。訪問した病院ではすでに慢性患者が増加していく傾向があった。5年以上在院している患者数は増加し、しかも、これらの患者の大多数は25才から35才の若い人々であった。ふつうに寿命を全うすとなれば、この患者はあと30年間も病院に在院する可能性がある。

日本はヨーロッパと同じような悩みに直面している。精神分裂病患者が病院に集められ身体的医療を受け無為のままに閉じこめられている。患者達はここで長い生涯をおくり、入院患者数は増加し、病院は無為で希望もなく施設病化した患者で満員になる。最近になってやっと、社会精神医学や積極的な治療、社会復帰の適確な活用によってこうした動きが逆転されつつある。

この点に関し調査を行う必要がある。どのくらい慢性患者ができていくかを明かにし、将来



の動向を予測するために在院患者の年齢と入院の日付を注意深くチェックすべきである。このことは規則的なチェックによって監視されるべきである。

## 5.2 精神病院の敷地

ヨーロッパでおかしたある種の失敗を日本がまたくりかえす危険が本当にある。最初に西ヨーロッパとアメリカ合衆国の東部でてん狂院 (asylums) がもうけられた時、辺鄙地が安価だという理由で田舎にたてられた。最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。それが事故をおこすことを恐れてだんだん安全手段を増加させることになった。患者は退行し無為になったが、ゆきとどいた医療によって生きのびたために生き残り、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係は困難であった。往き来するのが困難なので家族は病院を訪問しそびれるし、患者は家庭に行くことに気力がなくなる。徐々に収容所は規模が大きくなってきた。新しい施設を人口の中心地からはなれた安い土地に建てるのは一見経済的にみえるが実はそうではない。社会復帰はきわめて困難になり、その結果患者は永久下宿人になってしまいがちである。施設は次第に大きくなり、究極的な経費はよりばう大なものになる。もしも精神科の治療組織単位が小さく町の中にあるなら、家族との接触は維持されるし、社会復帰はよりたやすく、慢性患者の退院はより速かになる。最初の土地代が高くても、施設は小さいままでいいし、そのほうがはるかに価値が高い。

## 5.3 精神病院のコントロール

多くの日本の精神科医は著者に、精神病院の基準を統制するという課題があることをのべていた。日本は現在 800をこえる精神病院があり、そのうち80%が1945年以後に創設されている。それ故ほとんどの精神病院は新しい施設であり、そこで医師、看護婦、患者といった人々が依然としてある形の人生をすごしている。あるものは非常によくやっているが、他のものはそうでないことを著者は聞いている。また精神病院の約3分の1は、快適で、衛生的な身体医学的ケアというまでもなく専門的な精神医学的ケア、あるいは社会治療についての好ましい基準に達していないことを知った。またこうした問題点でとくに悪いのは、院長や看護婦が以前に精神医学の経験をもたなかったり、自分の投資回収に不安をもつ所有者が施設を超過員にさせて収入をあげようと医療スタッフに圧力をかけていることも分った。

現在精神病院は全ての病院と同じように県の機関によって監査されている。この監査チームには普通医師一名が加わるが精神科医が入ることはめったにない。このチームでは衛生上の危険を予防したり定員過剰を予防したりするには大体充分であるがどんな精神医学的ケアが与えられているかを査定することはできない。

精神科施設の管理には特別な問題点がある。通常病院やナーシングホームは公衆のせんさくの的となり、スキャンダルがおこりがちである。患者は家庭にかえると自分たちの見たことを話すので、家族は病院に来て不当を訴える。ところが精神科患者は妄想を抱いているとみなさ

れてしまい、患者の不幸や不安はしばしば割り引きされてしまうし、家族も精神病院と縁が切れるのをのぞまないことが多い。かれらは問題をおこす家族の一人が閉じこめられているのを幸いと思っているし、あまり質問してくることがない。だから精神病院は普通の病院よりも悪弊がよりたやすく発展し増加しやすい。

それ故日本では精神病院の基準の管理を改善する必要があるし、とくに社会精神医学におけるより好ましい基準を奨励する必要がある。

ひとつの解決の可能性は高度の力量のある国家監査制度をもうけることだろう。こうした手段 (The Board of Control) は多くの施設が創設されていった時に英国で効力を発揮した。監査官 (Commissioners) には高給が支払われ経験のある精神科医が含まれていた——何人かはその国のもっとも有能な精神科管理者であった。彼らは病院を訪ずれ、法律によつて地方で出版されることになっている報告書を書いた。彼らは病院の許可を取消したり、患者の退院命令をだしたり、職員 (院長も含む) の更迭をさせることができる。この監査官は非常に恐れられていたが、あちこちの領域について新しい改善の情報がある地域から他の地域に知らせるといふ大切な教育的な影響をもあたえてきた。この監査官はすべての英国の病院 (全精神科病院を含む) について、衛生省が責任をもつようになったあと他の管理や監査の方法が発展したので最近ついに解消した。しかし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おきている。

#### 5.4 老人の入院患者

日本と西洋の精神病院の顕著な差は日本では老人の患者が少ないことである。精神病院の患者のたった4%が60才以上であるのに対し英国では約50%になっている。英国の病院ではこうした老人たちは、職員の大きな負担になっている。失禁し、身体的にどうすることもできず、しばしば身体障害があり、精神病であると同時に頻ばんに身体的な病気があるので看護婦や医師の時間と注意がものすごくいる。こうした負担は日本の精神病院には現在のところ感じられない。日本の精神科医はこの理由が老人を支え、あがめ、愛するという伝統的日本の家庭状況にあること、それ故、精神的にまいってしまう老人がより少く、精神科医のところにもこないし、従つて、病院にも少ししかないのだと推測する傾向がある。

このことは多分かなりの真実性があり、老人医学という専門医学——老人の病気とその治療——は西洋と日本ではちがった形で発展していくだろう。現在のところ、老人は英国や合衆国ほどは日本人口の大きな比率を示してはいない。これは古い世代の高度の死亡率と1944-1948年代の多数の死亡によるとみられる。同様な人口構造がソビエット、ポーランド、ユーゴスラヴィヤ等にもみられる。人口中の老人の比率が増大し、一方で工業化がすすみ大家族がすくなくなるにつれて、より多くの老人が精神医学的援助を求めるようになるだろう。けれども英国の入院患者のゆきとどいた横断的 (cross-sectional) な研究では、こうした負担となる老人のほとんどが、老年精神障害のために入院させられた患者ではない。この入院患者は何年

も前に、若年又は中年の時代に、分裂病にかかって入院させられ病院で年をとった患者である。英国の精神病院の現在の「老人問題」の多くは1920年と1950年の内に入院させられたものである。こういう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が、るいせきしつづけ現代医療によって生かされていれば、1980年から1990年代において日本の精神病院でも老人患者の数は非常に増加するだろう。このことは遠い先の問題のようにみえるだろうが、何らかの対策がすぐに行われなければ、大変なことになるだろう。

#### 5.5 精神欠陥者のアフターケア

日本ではこの分野において断続的なばらばらな努力はあったけれども、この問題の大きさを認識する必要がある、その対策の実行が必要である。

他国と同様に日本でも精神欠陥者がものすごくたくさんいる。彼らは十分に個人生活をおくられず、簡単に施設内の非生産的な生活に引っこんでしまう。しかし、もしよい職員のサービスに支えられれば、独立生活をおくり、むだな失費となるかわりに国家の経済に莫大な貢献をすることができるのである。

この人達は、多くの高度の精神薄弱者—IQ 30~70の患者—や永続的な思考障害をもっている慢性分裂病患者や若干のてんかんの人を含んでいる。こうした人々は、医療歴はさまざまであるが、社会的に無能である点では似ている。彼らは独立できず、結婚しそうもない。単純な水準の仕事はできるが、複雑な仕事にはつけない。重い責任にもたえられないし、他の勤務者と満足な関係をもてない。周期的にまいってしまい、その時医療を必要とし、しばしば入院する必要がでてくる。

もっとも安易な解決策はこうした人々を施設におしこめてしまうことであり、そこでこうした人々は、しばしば人生の残りをすごす。こうしたやり方では患者の数は増加するだろう。その結果、国家に負担が大きくなる。アメリカ合衆国で1950年代に精神病院で非生産的かつ不幸にすごしているものが人口10,000人あたり40であった。

昔はこうした人々は農村経済にたやすくとけこんでいた。日本はいまでは急激に産業社会となっている。こうした欠陥者でも都会社会に適合していくことは困難だが不可能ではない。

彼らは、そうは一般の人が望まない仕事をするによってしばしば大切な工具になっている。彼らは、現在の日本に欠けている社会の支えというわくぐみを求めており、地域社会の活動家との継続的な接触を求めている。現在こうした支えは、保健婦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をうけていない。彼らは熟練した職場さがしを必要としている。現在この職さがしは労働省によって組織的ではなく、偶然にみつかるという形で行われている。彼らは精神医学的治療を即刻受けられることを望んでいる。あるものは以前通っていた私立精神病院から治療をうけている。しかしこうした人々に何年にもわたる人生の残りの期間、長期にわたる支えを提供しその要求を医学的に受け入れているという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たくみにとりくんできている。今や精神欠陥者がこれからの主な社会復帰の問題としてあらわれてきた。

## 5.6 精神療法と精神分析

英国とアメリカ合衆国で「地域精神衛生活動」といえば、情緒障害者に対する諸活動が含まれている。こういう諸活動では、カウンセリングや精神療法や精神分析が大きな比重をしめている。全ての外来クリニックでは精神療法を行う専門的な時間がたっぷりとられているが、精神分析的な精神療法に対する一般の要望がたくさんあってそれを満たすことができないほどである。

そんなわけで日本では精神療法に使われる時間がそう多くないことを知ったことは興味があった。多くの精神科医は精神分析についてあやまつた知識をもっており、精神分析は日本人には適しないという自己満足的な意見で正当化している。大学病院における精神医学的訓練計画は、神経解剖学、神経病理学、大脳生化学、現象学というたくさんの課目があるのだが、精神療法や精神分析あるいは社会精神医学の教育はほとんどない。熟練した精神科医はFreudの著作のいくつかを読んでおり、アメリカ精神医学において精神分析が大きい地位をしめていることも知っていたが、これが自分たちの仕事にはほとんど直接には適用されないと信じている。

さらに吟味してみると、日本で困難のうちに診療をしている精神分析医はわずかしかないが、知識人の間から治療の要求が少しづつでていることが分った。情緒障害者がどこで援助を受けたかについてさらにしらべてみると、その答はさまざまである。ある人は薬物治療や大学精神科クリニックで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って、薬物、水治療、温泉旅行等によって治療している。かれらの多くは医学的に関心もたれないために拒絶されたと明らかにかんじていたり、宗教とくに彼ら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にも傾いていく。

世界中どこの国でもそうだが、日本にも情緒障害者がたくさんいる。この情緒障害のあるものは日本文化の影響によって特定の方向にむけられており、(日本での自殺率が女性の場合世界でまだ最高国の一つであることがそれを裏づけている)ある種の情緒障害では、日本の生活様式に特有のストレスを示すような特別な満足方法がとられている、だがそれで情緒障害者がいつまでも満足しつづけるかどうかはうたがわしい。

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容してきており、三世代家族は二世世代家族に道をゆずり女性の役割は変化し、膨大な若年人口は世界の変動する若者の一部として自分たちを見ている。似たような変化が他の多くの先進国におきつつある。そこでは、情緒的ストレスに対処する伝統的な方法は不適切になり、疲れきった現代都市の男性(女性)もは、産業化した社会で孤立しており、個人的助言やカウンセリングを希望している。日本におけるこうした要求は確実に高まってくると著者は考える。多くの疲れきった日本人が新しい宗教に行ったとしても、あるものは世界でもっとも進んだ社会が、もっとも価値があるとみなし

ている援助即ち専門的なカウンセリング、精神療法、精神分析を希望してくる。そこで日本の精神科医は、ためらいながらもこれにこたえることをよぎなくされるだろう。かれらは今のところこの挑戦に対する準備ができていない。情緒障害者に対する適切な設備をつくるとなると、そのためのサービスは非常に変化せねばならないだろう。即ち、外来クリニックは拡大され、精神医学訓練は適切な精神療法の訓練をとり入れねばならないし、最後には大学医学部のカリキュラムもまたあらためねばならないだろう。

## 5.7 精神衛生運動

日本政府が地域精神衛生活動について助言を求めたのは、日本で地域精神衛生対策が今日まで何故成功しなかったかという問題に強い関心をもったからである。著者はこの要求に答えて、この原因を理解するよう努力してきた。日本の状況と英国やアメリカ合衆国の状況とのちがいでめだつ相違は、精神衛生に貢献する素人の団体がわずかしか発達してきていない点である。これはこの国の社会構造の基本的な差によるものだと著者はいわれてきた。

英国やアメリカ合衆国ではほとんどが全ての社会的発達——種々のサービス、諸施設、新しい法律等——に対して数十年にわたる関心の高い活発な素人の団体の宣伝、討議や実験が先行してすすんできた。こうした人々はのろのろしている専門家の尻をたたき、同じように心の悩みをもつ人々を組織し、圧力団体となって法律を改めさせ、サービスを提供し施設等をたてた。

ここ20年の間、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年の精神衛生法で極点に達した。この運動が先進的な青少年訓練センター、精薄者病院、保護工場の監督者訓練コース、精神病者のハーフウェイハウスを建設し、また皇族や著名な政治家の出席する大事な国家会議を毎年開催している。

素人団体はまた講演や新聞雑誌、映画や国営テレビ、園遊会、バザー、慈善興行によって一般の人々に対して精神病患者や精薄者の要求を伝え、彼らに積極的な関心をひかせるための公衆教育を行っている。こうした仕事から「病院友の会」 Friends of the Hospitalの集団や、病院内の奉仕員をはじめ、精神衛生関係施設や精神的欠陥者に活発に支援を与え、専門家にとって非常にたすけになるような他の多くの団体が発生した。日本では原爆被爆者、旧軍人、ソーシャルワーカーのような圧力団体に比べて、こうした素人の精神衛生団体がすくない。こういう団体のないことは大衆一般の精神病や精神病院についての無知や恐れや偏見があるからであり、また団体のないことが偏見の原因にもなっている。このことは精神病を理解し、それに対する偏見をとりのぞくための公衆教育が欠けていることに関係があるのだろう。こうした教育計画なしには地域精神衛生活動は急速に発展しないであろう。

## 5.8 社会精神医学

地域精神衛生活動が日本で花を咲かせない理由の一つは、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。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——診断精神医学、精神薬理学、脳波学、発生学は理解され応用されているが、精神病理学や精神分析のような他の形ものは理解されてはいても活用されていない。社会精神医学に至って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、いくつかの興味ある研究に応用されてきている。「社会精神医学」はとくに英国でここ20年の間に発達してきたもので、患者及び病気を社会という文脈の中でみようというものである。これは患者の病気の診断に応用されまた治療に応用されている。それは基本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ときおこる問題点を見つめる新しい観点である。精神科医はもはや単に患者の内心におきていることだけをみるだけではなく、全体の状況、すなわち患者の周囲、家族、仕事、社会階層だけでなく、精神科医自身すなわち自分の感情、反応、および先入観などをみつけ、さらに直面する問題がおこっている医療状況や社会全体のわくぐみの中でのその位置づけを見つめるのである。

この観点を発展させるために、精神科医は社会科学、とくに行動学に通じた社会学者や社会学者の啓発的な研究文献に注意を払うようになった。精神科医は、ここ20年間この研究を突りあるように応用できるところまで多くのことを学び、かれらの実践を変化させてきた。

社会精神医学はとくに英国精神医学の実践を変革させてきたし、地域精神衛生活動が展開してきたのはこうした背景にもとづいている。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に述べられている。この勧告を応用することによつて、英国の精神衛生活動は多大の利益を上げたのである。

精神病院内に一つの革命がおきつつある。たとえば患者の役割が再検討され、病院の社会組織は職員の特権によるヒエラルキーを維持するためではなく、患者の社会復帰に焦点をあわせて再構成されてきている。こうしたことから開放制、Industrial Therapy、ハーフウェイ・ハウスが登場してきたのである。

きわめて多数の患者の社会復帰を行い、その後患者を破たんさせた有害な社会条件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——保護工場、ホステル、デイケアセンター、治療的ソーシャルクラブまたソーシャルワーカーの業務の拡大を非常に発展させた。

これに関連して、英国での素人の精神衛生団体の運動に対して精神科医は慎重な参加のしかたをしており、この団体が政府に強力な政治圧力をかけることになった。こうした素人団体はまた、自殺予防協会（Samaritans）のような現在積極的に精神衛生活動という治療貢献しているボランティアを養成した。

治療的コミュニテイという治療法もまた社会精神医学的研究からでてきたものである。この方法では小規模施設にいる全ての人々——患者、医師、看護婦や全ての職員——は、一堂に会し相互に平等の立場で、はなしあいを行つて物ごとをきめる。これは性格異常者に対して展開されてきたものであるが、精神病院の患者の全ての層にもうまく応用されてきた。主な方法は定期

的なコミュニテイ会議をひらき、そこで職員が概況報告をし、意味のあるでき事をすべてくわしく社会分析をし、役割遂行や現実検討の機会を提供することにある。その基礎にある原理は許容性、平等主義、民主化、全体の同意による決定と仲間集団による社会的管理である。この方法は強烈なものであり、全員とくに職員に多大の要求が課せられる。職員は集団のコミュニケーションの巧みな技術や精神療法的洞察および柔軟な個性をもつ必要があり、職業的な防衛としての反動形成の多くを捨て去るように準備しなくてはならない。

こうした接近方法や、ふつうに仕事している精神科医の生活についての全ての研究が、最後に非常な効果をあげた。英国の精神科医は現在、病院、外来クリニック及び地域社会で働いている。病院内では患者の環境を調整しながら看護婦や、その他の職員とともにチームをくみ働いている。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が非常に役立っている。地域社会では頻りに患者の家族の家庭を訪問し、家庭医や地域のソーシャルワーカーや保健婦として中相談している。精神科医は診断やある種の治療——薬物治療、身体的治療や精神療法——ではいつもエキスパートである。しかし種々の調査や多様な処置においては他のメンバー——看護婦、ソーシャルワーカー、一般医師、家族成員あるいは他の患者——がもっとも積極的なチームの一人である。

英国の精神科医で「社会精神医」とよばれてはいるのは限られたものだけだが、こういう観点は英国の実際活動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のである。

著者が日本を訪問し話し合った時、こうした考え方がほとんど知られていないし理解されていないことを知った。ごくわずかなパイオニアが何年もの間つねに反対に出あい、しかも自分の職業にとって不利であっても、何年もの間こういう仕事に深くつっこんできた。多くの日本の精神科医は、Maxwell Jonesの著書を読んでいたが、それを応用し何らかの試みをしてきた人はごくわずかであった。地域精神衛生活動の発達がゆっくりしている（同様に精神病院の活動性と自由が欠如している）数多くの理由の一つは、日本の精神科医の間に現代の社会精神医学の原理についての理解が欠けていることによることは疑う余地がない。

## 6. 勸告

### 6.1 政府

日本政府に対して、精神衛生活動の現在の組織に関して真剣に考慮するよう勧告する。地域社会の精神衛生活動が、十分に発展していないと思われるという理由で、著者の勧告が求められた。著者の検討では、精神病院の長期間入院患者の数は、着実に増加しており、日本の経済的負担を増大させているという警告すべき状況にある。

著者は注意する必要がある幾つかの領域を指摘したが、とくに、精神医学的中央管理の問題が極めて重要である。この領域では、1953年のBlain博士の報告以来、殆んど変化していない。

従って次のことを勧告する。

- (1) 精神衛生は公衆衛生、児童福祉およびその他の部門に匹敵する部局でなければならない。
- (2) 厚生省はもっぱら職員の配置に配慮すべきである。長期計画として、有能な訓練を受けた若い精神科医を職員として充当すべきである。さし当っての問題としては、著名な専門家（停年退職教授など）に新設の精神衛生局を指導してもらうため、特別補佐役または特別雇傭の形式の可能性を検討すべきである。
- (3) 国立精神衛生研究所を強化拡大し、その予算の増加がなされることが必要であり、国立国府台病院の臨床設備が、研究所に割り当てられて研究や研修のためにもっと活用されることが必要である。

## 6.2 精神病院の改善

日本では非常に多数の精神分裂病患者が精神病院に入院患者としてたまっており、患者は長期収容による無欲状態におち入り、国家の経済的負担を増大させている。社会療法、作業療法および治療的コミュニティという方法を行うことが、こういう患者の治療に有効であることが、英国、ヨーロッパおよびソ連で経験されている。厚生省は精神病院の職員に、有効なこの知識を与え、入院患者の着実な増加を防ぐため、積極的な治療とリハビリテーションを奨励するように推進すべきである。

(1) 日本における講演 日本訪問中、著者は社会精神医学およびその例証として英国での著者の精神病院における変化について、何回か講演を行った。今後さらに日本人や外国人による講演が、すべての職員の階層に応じて計画されることが望ましい。

(2) 現在日本で活動する人の講義とか映画とかヨーロッパにおける実情についての情報を与えることを含めて、選ばれた病院職員のための研修コースが、国立精神衛生研究所によってもっと組織化されることが望ましい。

(3) 有望な病院管理者の海外での研究制度 積極的な治療的地域社会の業務を行う施設の実際と結びついた長期研究制度が望ましい。こういう実状と結びついた研究は、一年間継続すべきであり、患者についての積極的な働きかけと社会精神医学との直結したものであることが必要である。訪問先の国の言葉を流暢に話せる人であるべきであり、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、その費用と手配を援助するように準備出来るであろう。短期の研究制度や短期の視察旅行は、非常に限られた価値しかないので、失望に終るであろう。

### (4) 日本のすぐれた計画についての情報交換

どこの病院でも他の病院が良い仕事をしているのをほとんど知らないのに驚ろかされた。厚生省はもっと相互の視察訪問、専門的な見学日、立派な計画についての研究会を奨励すべきである。次にあげるような計画は、もっと広く知られるようにすべきである。

- (I) 国立武蔵療養所——患者の仕事と作業の計画、非常に広範な活動。
- (II) 初声荘病院——演劇療法および患者自治の計画。



- (Ⅲ) 城西病院——非常に良いP. R. 夜間のホステル。
- (Ⅳ) 森山病院——産業療法(実験室用動物飼育)。
- (Ⅴ) 三重県立高茶屋病院——リハビリテーションの計画。患者は直接金銭を取扱い、町の保護工場へ出勤している。
- (Ⅵ) 国立秩父学園——非常に低い知能指数の精薄児の教育。
- (Ⅶ) 大阪府立砂川更生福祉センター——非常に良いリハビリテーションと保護的作業のための措置。

### 6.3 精神病院の統制

精神障害者の医療の規準を改善するため、厚生省は精神病院に対する国家的監査官をつくることを考慮すべきであり、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、看護婦)から構成されるべきである。少くとも年一回、彼等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を書く責任を持ち、勧告を含めて出版する。この新しい法律は、監査官の勧告に基いて政府が精神病院の資格をとり消す権力を持つようにすべきである。監査官が一つの病院を訪問し、それを調査し、東京に戻つて報告を書くためには、三~四日を必要とするであろう。1000カ所の病院を一年の間に調べるためには、少くとも20人の監査官が必要であろう。

物的規準、患者の過密、衛生および食事に監査官が関心を示すのは勿論であるが、精神科医療規準の向上、作業場、夜間病院、外来診療、追跡的サービスなどに、主な関心がむけられるべきである。また職員の数、訓練および資格について調べ、その研修計画を奨励すべきである。

### 6.4 健康保険制度

厚生省は医療に対する保険支払いの有効性について関心を持つべきである。現在の方法は、指摘されているように、入院患者をふやすことだけを奨励し、外来活動を発展させる意欲を失わせている。このために、長期入院患者数を増大させ、日本の重荷となってくるであろう。従つて厚生省は、支払い方法の変更を推進すべきである。この変更は、勿論、関係団体との妥協によつてねじまげられるかもしれないが、厚生省は次の原則に従つて推進すべきである。すなわち外来患者診療に対する報酬は、現在より高くすべきで、患者の状態がゆるすかぎり、医師が入院治療より外来治療を行なおうとする積極的な刺激にならなくてはならない。

働けない在宅患者に対する給付は、現状よりも高くなくてはならない。その結果家族は、患者を家族にひきとるように奨励されることになる。家庭で面倒をみるように、親族を説得することは、病院の中に患者をとどめておくことよりも、社会にとって安価である。また回復期の患者のためには良いこととなる。

精神療法は、時間のかかる——30分ないし一時間——専門化された治療形式であり、高度の訓練を要する技術として認められるべきである。支払いは少なくとも、外科の外来患者につい

て外科医に与えられるものと同程度、できればそれ以上のものであることが望ましい。

## 6.5 アフターケア

(1) 治療（すなわち投薬と精神療法）、長期間の追跡、地域社会にいる精神分裂病患者のための社会扶助を与える精神科医及び地域社会ワーカーによって構成される外来クリニックの必要性が大きい。これは治療意欲を持った適切な職員の配置を条件とする保健所、大都市では精神衛生センターで行われるであろう。大学のクリニックは、その職員の時間を、特別の追跡クリニックのために割愛できるように援助される必要がある（費用と支持によって）。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援助されねばならない（変更された保険給付によって）。

(2) 地域社会の働き手——ソーシャルワーカーと保健婦——に対して、精神医学の訓練が必要である。彼等のなかには、まったく訓練を受けていないものがある。厚生省は大学医学部その他の団体に対して研修コースをもうけることを奨励し、研修に参加した職員に費用を支払うべきである。

(3) 有効性が証明されている地域社会の特殊施設がきわめて必要である。

(I) 夜間病院 これは日本でも二、三の病院で行われるようになってきている。患者は昼間、町へ仕事に行き、夜は病院に泊るために戻って来る。この施設は推奨されるべきものである。

(II) ハーフ・ウェイ・ハウスおよびホステルは、上記の原則の論理的拡大であり——町や都市にある収容施設とは別の建物——、ここで精神薄弱児や慢性精神分裂病患者が働きながら、生活することが出来る。こういう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。

(III) 昼間病院は、夜は家族と共に過す患者の治療のための設備である。

これは成人の精神病患者のために積極的な治療を与え、慢性患者や老人患者に対する作業と訓練を準備することが出来る。それには有能かつ適切な職員——医師、看護婦、ソーシャルワーカーおよび作業療法士——が必要であるが、これによって病床の費用を節約することになる。

(IV) 保護工場は、精神欠陥者を援助するのに最も有効なことが証明されている。地方産業との協力、技能的熟練と障害者管理の経験を持った監督者と満足のゆく契約ができるエネルギーをもった管理者、さらにソーシャルワーカーを必要とする。こういう保護工場は英国では、病院、地方自治体、任意団体や有限会社がスポンサーになつて、政府が発展させた。厚生省の精神衛生および児童福祉の部局は、どういふ発展の方法が、日本に最も適当しているか検討すべきである。

(V) 治療的社交クラブは、地域社会で境界的に平衡を保っている精神欠陥者のいろいろなグループに対して有効であることが証明されている。精神科医の支持の下に、ソーシャルワーカーによって運営され、社交的リクリエーションや患者の要求に応じて専門家の援助を

得るために、定期的に開かれる社会的センターを準備する。

現在では、個人の家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ことが適当である。1950年には必要な改革であったが18年たった現在では、急性の精神障害者が精神病院へ行くのであり、落ちついた回復期にある患者の退院を法律が妨げる結果になっている。

## 6.6 リハビリテーション

精神欠陥者のケア、扶助およびリハビリテーションのための新しい法律を起草するために、厚生省は労働省と協議すべきである。現在明瞭になっている必要性は次の通りである。

(1) リハビリテーションの専門家としての、特別な労働省職員の任命と訓練。この職員は、精神欠陥者を登録し、かれらに仕事を与えようという雇用主および現在の欠員の有無について、登録保管する責任を持つ。

(2) 精神分裂病患者、てんかん患者、精神薄弱者のために、地域社会内の保護工場の設立。

(3) 保護工場を設立し、供給をとりきめ、その生産物を市場に出すために、レムプロイ Remploy (英国)と比較されるような、政府のスポンサーによる組織を發展させること。こういう組織には委員として、経営学者が必要で、利益を生じないで損失をまぬかかもしれないことを受け入れるとりきめを必要とする。

(4) 精神病に関して、現在の労働法は検討され、必要があれば改正すべきである。

## 6.7 専門家の訓練

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、専門家自身の問題であるが、厚生省はその發展を推進させるように援助すべきである。

### 6.7.1 精神科医

日本には精神科医として、国家的に認められた資格がないが精神医学における博士号は、ある数の限定された医師だけが持っている。しかもそれは元来研究に関する資格であって、必ずしも、精神科患者の治療を行ったり、社会精神医学の実践を行う医師の能力の尺度ではない。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。Diploma in Psychological Medicine (英国)あるいは神経病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ることは非常に有益であり、標準を高めることになる。

### 6.7.2 精神療法

精神療法に関して、医師と精神科医により良い訓練を与えることが必要である。僅かに二、三の大学病院だけが、現在この訓練を準備しているに過ぎない。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。これには積極的な奨励が必要である。

### 6.7.3 看 護

日本に精神科看護婦の資格をつくる必要がある。これには修士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（ことに男性）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、とくに看護(婦)長への昇進は、修士の免許を持つ必要があるようにすべきであろう。この修士の免許は経験（約二年の精神科看護）、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）および試験に基礎を置くことになろう。大学は日本精神病院協会および適当な大学の学部とともに、このような訓練コースを設定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校され卒業生を出しているが充分ではない。厚生省はもっと多くの学校を開くよう奨励し、経験はあるが資格のない多くの作業療法士のために、研修コースを設備すべきである。

#### (5) ソーシャルワーク

現在、ソーシャルワークの発展は健全であるが、もっと促進すべきである。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に、資金が準備されるべきである。

## 7. 感謝の言葉

著者は、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、多大の配慮をわずらわした国立精神衛生研究所の加藤博士並びに同所員の方々と、厚生省に対して、深甚の感謝を捧げる。

## あ と が き

この特集は精神衛生資料第12号および第13号にひきつづき、「諸外国における精神衛生に関する法令集」の第3巻として、フランスにおける精神衛生法令とデンマークの心身障害者リハビリテーション法を載せるとともに、WHO顧問D. H. クラーク博士の報告書を収録した。

フランス精神衛生関係法の原本としては、Législation hospitalière, Editions Berger-Leurauet, 1962を用いた。この原本の入手については病院管理研究所の鈴木淳博士のご好意によるものである。邦訳に当られたのは、金生正道氏および明治学院大学須藤守康助教授であり、両氏のご努力に感謝する次第である。なおこの補正に当たったのは当研究所の高橋宏、高橋徹、斉藤和子である。

デンマーク心身障害者リハビリテーション法の翻訳については、環境衛生局の後藤悠司氏および当研究所の桜井芳郎がこれに当たった。なおデンマークの精神薄弱法については第13号に紹介したが、今回のものは精神薄弱を含めた心身障害者のリハビリテーション法である。

クラーク報告書についてはすでに解説で紹介したとおりで、各方面から邦訳が要望されていたものである。

今後精神衛生関係法規や、WHOの専門委員会報告など、紹介に価する資料が多数あるが、この「精神衛生資料」のあり方について広く諸賢の忌憚ないご意見を頂きたいと思う。

昭和45年3月

編集委員	佐竹洋人
〃	越智浩二郎
〃	今田芳枝
精神衛生部長	加藤正明
精神薄弱部長	菅野重道

### 精神衛生資料

— 第 16 号 —

編集責任者	佐竹洋人 越智浩二郎 今田芳枝
発行所	国立精神衛生研究所 千葉県市川市国府台1-7-3 電話 市川(0473)㉓ 0141
印刷所	株式会社 弘文社 市川市市川南2-7-2 電話 市川(0473)㉔ 5977(代) (非売品)

