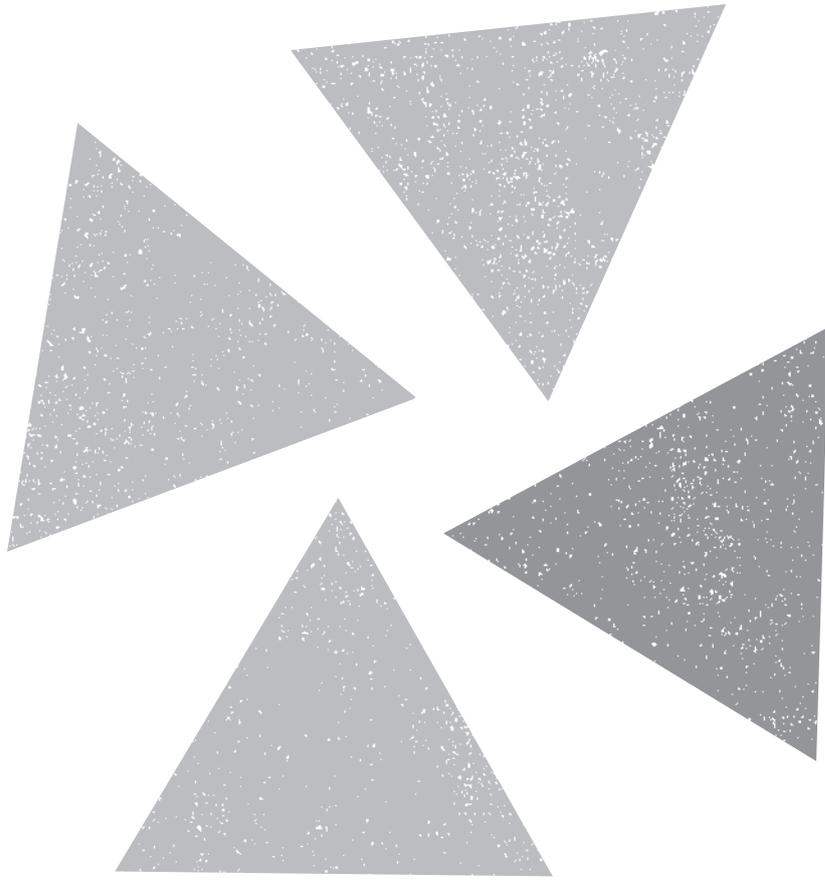


# 会報



---

## 目次

会長あいさつ……1

総会・理事会報告…… 3

トピックス：WHO世界自殺レポート会議の報告……7

ミニレクチャー：リーダーシップとガバナンス

－これからの精神保健福祉を考える上で求められるもの－……10

## 資料

1) 平成26年度精神保健に関する技術研修……22  
(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

2) 定款……27

3) 名簿……33

題字：吉川武彦

# 59号

## 会長挨拶

### わが国の精神保健福祉の歴史

昨年、2013年は不思議な巡り合わせで「わが国の精神保健福祉の歴史」に触れる機会が重なった。年度で言えば2012年度ではあるが、2013年2月2日には「日本精神保健福祉政策学会」の会長講演として、わが国の精神保健福祉の歴史を、政策の変化という視点からお伝えした。私が適任とは言えないと重々理解してはいるが、すでに歴史としてとらえなければならない、1965年、昭和40年の精神衛生法改正を精神科医療の現場で体験したのものとして語る必要があると考えたからでもある。

ここでは、私は、少なくとも1千年以上は遡る必要があろうという切り口からわが国の精神保健福祉の転換を纏めたが、精神障害の治療的働きかけとして「瀧治療」が、京都府郊外の北山や千葉県銚子市や市川市中山、あるいは群馬県高崎市などの各地で行われたことなどに触れた上で、近代国家として法整備が図られるとともにこれらの事績が消えかかっていることについて注意を喚起する発言を行った。

さらに1950年、昭和25年に制定された精神衛生法が、太平洋戦争が戦禍の跡も生々しいときに議員立法で成立したいきさつに触れ、法文にある精神障害者の「医療と保護」という意味について、向精神薬も開発されていないときの『医療』とは何を意味していたかを語り、この法の趣旨は「生命の『保護』」にあったことを、東京の上野の山で出会った精神障害者と思われる人との出会いをもとに体験的にお伝えした。

それに続いて2013年2月18日には、精研、国立精神・神経医療研究センターの歴史資料館開設準備会のインタビューにおいて、わが国の精神保健福祉の変遷に精研がどのように関わってきたかと言う視点からわが国の精神保健福祉の変遷についてお伝えする機会を得た。精神保健研究所は、わが国の精神保健福祉政策の学術的バックボーンとして設立されたといういきさつがある。設立されたのは1952年、昭和27年だが、その2年後には1954年、昭和29年の全国精神衛生実態調査が行われている。まだ厚生省には精神衛生課もなかったときで、わが国の精神保健福祉行政の学術的バックボーンとなるだけでなく、政策にも深く関わりをもっていた。

ここでは、加藤正明先生を始め数多くの先生方のお名前を挙げながら、わが国の精神保健福祉の転回点にこの先生方がどのように関わったかを明らかにした。もとよりわが国の精神保健福祉の政策転換が精研だけで進むわけもないことから、精研に所属した先生ばかりでなく、政策転換に関与した先生方を広く取り上げながらお伝えしたつもりであるが、まだまだ落ちがあるかも知れない。

なかでも1968年、昭和43年の精神神経学会の動きなどは、自分がその渦中にあつたことからいくらか偏りもある内容になったかも知れないが、「反精神医学」という動きも含めて何が問題であつたかを伝えようと試みた。こうした精神保健福祉に関する急進的な改革の動きだけではなく、行政的には着々と進められてきたものもあることをお伝えすることも重要だと考え、その面からも纏めてみた。

2013年6月26日に精研の精神保健指導課程研修講師として精神保健福祉の歴史を「地域精神保健福祉」の視点から纏めてお伝えする機会に恵まれた。この研修は、かつてと言ってもだいぶ前のことだが、私が精研の部長を務めているときに、その当時の小林秀資課長と、これからの精神保健福祉は、精神保健福祉センターだけでなく、保健所を起点にして広げなければならないということになり、保健所長の研修にしようとした話し合ったものである。

時代は大きく変わり、保健所長といえども精神保健福祉行政がどのように変化を遂げてきたかはほとんどご存じない所長が増えたこともあり、保健所が進めるこれからの地域精神保健福祉活動をさらに活発に進めるためにも、保健所長ないしは保健所に勤務する地域精神保健担当者にわが国の地域精神保健福祉活動の歴史を語ることにしたものである。その要請は精研部長であるとともに本会の副会長でもある竹島正先生から受けたもので、ここでは1965年、昭和40年の精神衛生法改正がもつ意義を大きく取り上げて、地域精神保健活動の原点はこの法改正にあると纏めた。

日本デイケア学会の機関誌へは、投稿の形で「わが国におけるデイケアのあけぼの」というテーマで、加藤正明先生が世界デイケア学会へご出席になられ、わが国に導入されようとした「デイケア神代」の時代から説き起こし、国府台病院におけるデイケア開設、精研におけるデイケア研究と実践、デイケアの点数化などを纏めたのも昨年である。確か日本デイケア学会の第5回

大会だったと思うが、私は、特別講演に招かれ、ほぼこのテーマでお伝えしたことがあるが、それからもう 10 年どころか 20 年ぐらい経つことから、とくに「デイケアの点数化」に関するいきさつなどを柱にして纏めてみた。

わが国の精神保健福祉は、精神障害者に関わることとして纏められまた語られるが、そもそも「精神保健福祉」は「健やかなところ」から「こころが病む」過程を明らかにするとともに「こころの病いからの回復」と「こころ病みつつも地域生活を継続できる」方策を模索するものである。その意味で、わが国の精神保健福祉が辿ってきた道を振り返るといささか偏りが大きすぎる嫌いがある。その意味では、いま最もホットな問題として取り上げられる「自殺防止」は、精神保健福祉の新しい課題であるとともに「精神障害者に関わる精神保健福祉」からの脱却を図る手がかりがそこにある。

子育ても学校教育も、まさに精神保健福祉の重要な課題であり高齢者に関わることもまた重要な精神保健福祉のテーマである。これらを精神保健福祉の「拡散」ととらえずに、新たな精神保健福祉の方向としていくことが、地域住民の安心に繋がる精神保健福祉ではないかと考えている。昨年の本誌、第 58 号に示した「Quo vadis, Domine? (主よ、何処にか行き給うか?)」への私の回答でもある。

2014 年 5 月 27 日

一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会

会長 吉川 武彦

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所／名誉所長)

(清泉女学院大学・清泉女学院短期大学／学長)

# 全国精神保健福祉連絡協議会総会報告

平成 25 年度の全国精神保健福祉連絡協議会の理事会・総会は、平成 25 年 10 月 25 日(木)に青森県において開催された。

この総会では、平成 24 年度事業報告、収支決算、平成 25 年度事業計画(案)、収支予算(案)、平成 26 年度事業計画(案)、収支予算(案)が承認された。

## 平成 24 年度 事業報告書

平成 24 年度においては、本会の事業を推進するため次のことを実施した。

### 1. 総会の開催

(平成 24 年 10 月 25 日(木) 宮崎県)

### 2. 常務理事会及び理事会

常務理事会

(平成 24 年 8 月 20 日(月) 東京都)

理事会

(平成 24 年 10 月 25 日(木) 宮崎県)

第 2 回理事会

(平成 25 年 3 月 19～28 日 電子上)

### 3. 第 60 回精神保健福祉全国大会への参加

(平成 24 年 10 月 26 日(金) 宮崎県)

### 4. 「ミニレクチャー」「懇話会」の開催

(平成 24 年 10 月 25 日(木) 宮崎県)

ミニレクチャー 「被災地における精神保健の現状と課題」

みやぎ心のケアセンター地域支援部長 福地成氏

懇話会 「若山牧水の歌とふるさと」

若山牧水記念文学館館長 伊藤一彦氏

### 5. 「会報」誌の発行、配布(第 57 号)

### 6. 「地方精神保健」誌の発行、配布(第 32 号)

### 7. 各協(議)会機関誌等の収集及び広報活動

### 8. 精神保健福祉功労者の厚生労働大臣及び日本精神保健福祉連盟会長表彰候補者の推薦

## 平成 24 年度 収支決算書

自 平成 24 年 4 月 1 日

至 平成 25 年 3 月 31 日

収入の部 (単位:円)

科目	金額	摘要
会費	1,610,000	平成 24 年度会費 46 都道府県分 @ 35,000
雑収入	411	銀行預金利息 78、105、228
返金	1,000	前年度法人化経費過剰支払い分
繰越額	1,648,873	平成 23 年度からの繰越分
計	3,260,284	

支出の部

科目	金額	摘要
諸謝金	97,200	懇話会講師謝金 (50,000) 45,000
		ミニレクチャー講師謝金 (30,000) 27,000
		会報原稿謝礼金 (2×10,000) 18,000
		厚労省絵画掛け替え謝金 (8,000) 7,200
旅費	169,850	常務理事会出席旅費 31,850
		総会、理事会出席旅費 129,470
		その他 8,530
需用費	680,438	印刷製本費 466,221
		会報 (156,240)
		地方精神保健 (309,981)
		通信運搬費 117,535
		会場借料・会議費 (総会、理事会費 20,000 を含む) 73,150
		雑役務費 9,105
		消耗品費・備品費 14,427
		賃金
負担金	100,000	日本精神保健福祉連盟会費
HP 関連費	110,000	HP 更新関連費
被災地支援費	25,000	被災地 3 県への寄附金
税務関係経費	84,000	会計事務所への税務関係報酬
源泉徴収費	43,440	報酬の 4 月～12 月:10%、1 月～3 月:10.21%
情報収集費	19,422	情報収集にかかる旅費、消耗品費
繰越金	1,643,574	翌年度への繰越額
計	3,260,284	

平成 25 年度 事業計画書 (案)

1. 総会の開催  
(平成 25 年 10 月 24 日 (木) 青森県)
2. 理事会及び常務理事会の開催  
常務理事会  
(平成 25 年 8 月 9 日 (金) 東京都)  
理 事 会  
(平成 25 年 10 月 24 日 (木) 青森県)  
第 2 回理事会  
(平成 25 年 3 月 電子上)
3. 第 61 回精神保健福祉全国大会への参加及び精神障害者の  
の絵画作品の展示  
(平成 25 年 10 月 25 日 (金) 青森県)
4. 「ミニレクチャー」「懇話会」の開催  
(平成 25 年 10 月 24 日 (木) 青森県)  
ミニレクチャー 「リーダーシップとガバナンス  
ーこれからの精神保健福祉を考える上で  
求められるものー」  
(社) 全国精神保健福祉連絡協議会会長 吉川武彦氏  
懇話会 「三内丸山遺跡を始めたとした県内の縄  
文遺跡群に関する内容」  
青森県教育文化財保護課課長 岡田康博氏
5. 「会報」誌の発行、配布 (第 58 号)
6. 「地方精神保健」誌の発行、配布 (第 33 号)
7. 各協(議)会機関誌等の収集及び広報活動
8. 精神保健福祉事業功労者の厚生労働大臣及び日本精神保  
健福祉連盟会長表彰候補者の推薦
9. 精神障害者の芸術活動と啓発  
①精神障害者の芸術活動とおしての啓発委員会  
②イベントーアートでふれる、うつ心の心と軌跡展一等

平成 25 年度 収支見込書 (案)

自 平成 25 年 4 月 1 日  
至 平成 26 年 3 月 31 日

収入の部 (単位:円)

科 目	金 額	摘 要
会 費	1,610,000	平成 25 年度会費 46 都道府県分 @35,000
雑収入	1,000	銀行預金利息
活動と啓発 精神障害者の芸術	878,724	ここに平和を实行 368,724 委員会からの寄附金
		各協会からの寄附金 290,000
		その他 220,000
アートでふれる、うつ心の心と軌跡展等	3,496,500	電通 PR からの入金 (ダックスセンターの作品展示及び講師費用支払い、打ち合わせ費、通信費等)
繰越額	1,643,574	平成 24 年度からの繰越分
計	7,629,798	

支出の部

科 目	金 額	摘 要
諸謝金	79,016	懇話会講師謝金 (50,000) 44,895
		ミニレクチャー講師謝金 (30,000) 26,937
		厚労省絵画掛け替え謝金 (8,000) 7,184
旅 費	237,410	常務理事会出席旅費 31,850
		総会, 理事会出席旅費 55,560
		その他 150,000
需用費	770,000	印刷製本費 500,000
		会報 (200,000)
		地方精神保健 (300,000)
		通信運搬費 120,000
		会場借料・会議費 (総会・理事会費 20,000 含む) 100,000
		雑役務費 10,000
賃 金	287,360	事務業務 (延べ 40 日 @8,000) 40×7,184
		負担金 100,000 日本精神保健福祉連盟会費
HP 関連費	110,000	HP 更新関連費
法人税	64,000	法人市民税、法人都民税
税務関係経費	84,000	会計事務所への税務関係報酬
源泉徴収費	41,624	報酬の 10.21 %
活動と啓発 精神障害者の芸術活	878,724	委員会開催、「ここに平和を」カレンダー作成、精神保健福祉全国大会におけるカレンダー原画展示、厚生労働省講堂前・廊下における作品展示に伴う費用
		アートでふれる、うつ心の心と軌跡展等 3,496,500 ダックスセンター等への支払い (作品展示及び講師費用支払い、打ち合わせ費、通信費等)
繰越金	1,481,164	翌年度への繰越額
計	7,629,798	

平成 26 年度 事業計画書 (案)

1. 総会の開催 (徳島県)
2. 常務理事会及び理事会の開催  
(常務理事会：東京都、 理事会：徳島県、電子上)
3. 第 62 回精神保健福祉全国大会への参加及び精神障害者の  
の絵画作品の展示 (徳島県)
4. 「ミニレクチャー」「懇話会」の開催 (徳島県)
5. 「会報」の発行、配布 (年 1 回発行)
6. 「地方精神保健」誌の発行、配布 (年 1 回発行)
7. 各協 (議) 会機関誌等の収集及び広報活動
8. 精神保健福祉事業功労者の厚生労働大臣及び日本精神保  
健福祉連盟会長表彰候補者の推薦
9. 精神障害者の芸術活動と啓発
  - ①精神障害者の芸術活動をとおしての啓発委員会
  - ②イベントーアートでふれる、うつの心と軌跡展一等

平成 26 年度 収支見込書 (案)

自 平成 25 年 4 月 1 日  
至 平成 26 年 3 月 31 日

収入の部 (単位：円)

科 目	金 額	摘 要
会 費	1,610,000	平成 26 年度会費 46 都道府県分 @ 35,000
雑収入	1,000	銀行預金利息
繰越額	1,481,164	前年度予定
計	3,092,164	

支出の部

科 目	金 額	摘 要
諸謝金	89,790	懇話会講師謝金 (50,000) 44,895
		ミニレクチャー講師謝金 (30,000) 26,937
		会報等原稿謝礼金 (2 人 × 10,000 円) 17,958
旅 費	181,850	総会、理事会出席旅費 100,000
		常務理事会出席旅費 31,850
		その他 50,000
需用費	760,000	印刷製本費 500,000
		会報 (200,000)
		地方精神保健 (300,000)
		通信運搬費 120,000
		会場借料・会議費 (総会、理事会費 20,000 含む) 100,000
		雑役務費 10,000
		消耗品費 30,000
賃 金	287,360	各種文書の発送・接受・整理保管等業務 (延べ 40 人, 8,000 円/日) 40 × 7,184
負担金	100,000	日本精神保健福祉連盟会費
HP 関連管理費	110,000	HP 更新費
法人税	64,000	法人市民税、法人都民税
税務関係経費	84,000	通常決算報酬
源泉徴収費	42,850	謝金、賃金の 10.21%
予備費	1,372,314	翌年度への繰越額を含む
計	3,092,164	

## 平成 25 年度全国精神保健福祉連絡協議会理事会・総会議事要旨

### A. 理事会議事要旨

日 時：平成 25 年 10 月 24 日 午後 1 時～2 時

場 所：青森市文化観光交流施設 ねぶたの家 ワ・ラッセ 交流学習室（青森）

議 事：

#### 第 1 号議案～第 3 号議案

第 1 号議案 平成 24 年度事業報告について

第 2 号議案 平成 24 年度収支決算について

第 3 号議案 平成 24 年度会計監査報告について

承認された。

#### 第 4 号議案～第 5 号議案

第 4 号議案 平成 25 年度事業計画（案）について

第 5 号議案 平成 25 年度収支予算（案）について

精神保健福祉全国大会に総会開催時期を合わせるため、事業年度の半分を経過し、終了している事業もあることの理解も含め、承認された。

また、「精神障害者の芸術活動と啓発」事業が実施されたため、収支見込書の金額が例年に比べ多くなっているが、繰越額では例年通りであることが事務局より説明された。

#### 第 6 号議案～第 7 号議案

第 6 号議案 平成 26 年度事業計画（案）について

第 7 号議案 平成 26 年度収支見込（案）について

「精神障害者の芸術活動と啓発」事業②イベントが実施される可能性が大きく、収支見込書の金額が多くなる可能性があるが、繰越額では例年通りであることが事務局より説明され、承認された。

#### その他① 役員について

法人設立当事務員の任期は、平成 26 年 3 月となっているので、今年度の総会で再任の承認を得る必要があり、また、一部の監事、常務理事の交代を提案し、承認された。

#### その他② 自殺対策ネットワーク協議会において依頼のあった「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」への加入と、その活動の協力について

自殺予防対策の推進に寄与するということで、協力団体となることが承認された。

#### その他③ 団体名の英語表記について

「Japan Liaison Committee for Mental Health and Welfare」で承認された。

#### その他④ 精神保健啓発の協働モデルの開発計画についての報告

#### その他⑤ 日本精神保健福祉連盟理事会及び総会報告

#### その他⑥ 当連絡協議会の後援名義の使用許可についての報告

### B. 総会議事要旨

日 時：平成 25 年 10 月 24 日 午後 2 時 10 分～3 時 10 分

場 所：青森市文化観光交流施設 ねぶたの家 ワ・ラッセ 交流学習室（青森）

議 事：

#### 第 1 号議案～第 3 号議案

第 1 号議案 平成 24 年度事業報告について

第 2 号議案 平成 24 年度収支決算について

第 3 号議案 平成 24 年度会計監査報告について

承認された。

#### 第4号議案～第5号議案

第4号議案 平成25年度事業計画（案）について

第5号議案 平成25年度収支予算（案）について

精神保健福祉全国大会に総会開催時期を合わせるため、事業年度の半分を経過し、終了している事業もあることの理解も含め、承認された。

また、「精神障害者の芸術活動と啓発」事業が実施されたため、収支見込書の金額が例年に比べ多くなっているが、繰越額では例年通りであることが事務局より説明された。

#### 第6号議案～第7号議案

第6号議案 平成26年度事業計画（案）について

第7号議案 平成26年度収支見込（案）について

「精神障害者の芸術活動と啓発」事業②イベントが実施される可能性が大きく、収支見込書の金額が多くなる可能性があるが、繰越額では例年通りであることが事務局より説明され、承認された。

#### その他① 役員について

法人設立当事役員の任期は、平成26年3月となっているので、今年度の総会で再任の承認を得る必要があり、また、一部の監事、常務理事の交代を提案した。「常務理事と理事の兼任はよいのか」との質問があったが、定款上問題なしとのことで、承認された。

#### その他② 自殺対策ネットワーク協議会において依頼のあった「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」への加入と、その活動の協力について

自殺予防対策の推進に寄与するということで、協力団体となることが承認された。

#### その他③ 団体名の英語表記について

「Japan Liaison Committee for Mental Health and Welfare」で、承認された。

#### その他④ 精神保健啓発の協働モデルの開発計画についての報告

#### その他⑤ 日本精神保健福祉連盟理事会及び総会報告

#### その他⑥ 当連絡協議会の後援名義の使用許可についての報告

## 『WHO 世界自殺レポート会議』開催報告

自殺は予防可能な死因であるにもかかわらず、世界では毎年 100 万人が自殺で死亡していると WHO（世界保健機関）は推定しています。また、自殺企図者は自殺の 20 倍にのぼるとも言われており、将来的に自殺で死亡する危険が高い集団であることが分かっています。更に自傷行為は、2002 年には世界の疾病負担(Global Burden of Disease)の 1.4%を占めており、2020 年には 2.4%に上昇すると推測されています。

このような背景のもと、WHO は、はじめての世界自殺レポート（World Suicide Report）【仮称】を、今年の 9 月に発行することを予定しています。レポート刊行の目的は、①自殺は公衆衛生上の重要な課題だという認識を向上させる、②自殺予防を世界的な保健の課題として優先させる、③自殺ハイリスク者について、各国に効果的な取組みを奨励し支援する、④自殺予防に関する科学的根拠に基づいた提案を行う、⑤国際的および国内における支援協力の呼びかけを行う、とされています。レポートは、各国の保健担当省、政策立案者、計画担当者、社会活動家、NGO、学識経験者、研究者、保健従事者、メディア、一般大衆を対象とし、4つの重要テーマ（①世界における自殺及び自殺企図の疫学と報告、②公衆衛生活動の実践、③現行の国家的な対応・立法・資源、④将来の方向性）について取り上げられる予定です。このレポートによって、自殺予防政策が未だ実践されていない国は、現行の保健・社会構造に合わせた新たな政策の開発と実践のための、系統的かつ科学的根拠に基づく知見を得ることができます。一方、既に自殺予防政策を実行している国は、政策の強化に役立つものとなります。

レポートの作成は、系統的なレビューやデータ収集および世界中の専門家からの情報に基づいて進められるとともに、2 回の関係者会議が開催されました。第 1 回目は 2013 年 6 月 4 日～6 日に WHO 本部（スイス・ジュネーブ）で、レポートの骨子の検討と各国からの情報の取りまとめが行われ、第 2 回目は 2013 年 12 月 16 日～18 日に東京・秋葉原で開催され、レポート内容の最終調整が図られました。（独）国立精神・神経医療研究センター（NCNP）は、わが国の自殺対策をさらに発展させる契機とするとともに、世界の自殺対策の発展にも寄与することができることから、この第 2 回『世界自殺レポート会議』の日本開催を支援しました。同会議および関連行事は、NCNP、WHO、WHO 西太平洋地域事務局の主催に加え、日本うつ病学会、日本公衆衛生協会、日本自殺予防学会、日本精神神経学会の共催、内閣府、厚生労働省、全国精神保健福祉センター長会からの後援を得ました。会議には、参加者もしくはオブザーバーとして日本を含む 20 の国と地域から 53 名、WHO 本部から 3 名、WHO 西太平洋地域事務局、WHO アフリカ地域事務局、WHO 東地中海地域事務局から各 1 名、総勢 59 名が参加いたしました。日本からの会議参加者・オブザーバーは、主催・共催・後援団体から 23 名、その他関係者 1 名の 24 名が出席しました。なお、本会議は一般公開されず、WHO から出席が認められた人のみによるクローズドな会議でした。世界自殺レポートは、現在、原稿校正の最終調整段階にあります。わが国における自殺対策のなお一層の発展のためにも、世界自殺レポートの日本語版をできる限り早い時期に発行するよう準備を進めています。



全体会議の様子



テーマ別のグループ討議の様子

さて、2013年5月の第66回WHO総会において、「精神保健行動計画2013-2020」(Comprehensive mental health action plan 2013-2020)が承認されました。その目標として、2020年までに世界の自殺死亡率を10%減少させることを掲げ、この目標に向けて、保健・精神保健とそれ以外の協働による効果的な活動が必要であると述べられています。WHOは、自殺予防は精神保健だけでなく、分野を超えての介入が必要であるとしており、科学的根拠を踏まえた、保健医療とそれ以外を含む、革新的で包括的な協働アプローチの必要性を強調しています。精神保健上の問題にのみに着目した自殺対策ではなく、日本がこれまで実践してきた、社会的問題にも焦点を当てる総合的な自殺対策の取組みは、今後、他国の政策モデルとなり得ると考えられます。世界自殺レポート会議の日本開催は、世界の自殺対策への一貢献となったばかりでなく、今後、わが国と世界各国との協働・連携のなお一層の強化につながる契機となりました。

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所自殺予防総合対策センター  
小高 真美

## ミニレクチャー

### リーダーシップとガバナンス

#### —これからの精神保健福祉を考える上で求められるもの—

##### はじめに

長いこと関わってきましたわが国の精神保健福祉に関することをお伝えしながら、リーダーシップとは何か、ガバナンスとは何かを浮かび上がりたいと思います。

わが国の精神保健福祉の歴史を解明することが私自身の終生の仕事だと思っています。いろいろな角度からそれを纏めつつあるのですが、2013年の本年は、不思議な巡り合わせで、2月2日から始めて、これまで4回か5回くらいお話をさせていただく機会がありました。

最初は、日本精神保健福祉政策学会の会長講演としてお話をさせていただきました。これが先の2月2日のときで、このときはまさに総論として、わが国の精神保健福祉の歴史を概括する、いわば全体の構造の話をしました。6月26日には国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所、精研が設けております精神保健福祉指導課程研修で地域精神保健福祉にほぼ限定した形でお話しする機会を得ましたし、そのほかには、思い出話でいいからということなので、気楽に日本の精神保健福祉について精研を軸にお話をしました。そこでは、私と精研の関わりを中心に話を纏めましたし、わが国の精神保健福祉の大きな転回点に精研がどのような役割を果たしてきたかをお伝えしました。

このように、本年はたびたびわが国の精神保健福祉に触れる機会に恵まれましたので、ここでは幾分視点を変え、リーダーシップとガバナンスということに焦点を置きながら日本の精神保健福祉を纏めてみたいと思います。と申しましても、もちろん私は、リーダーシップとは何か、あるいはガバナンスとは何か、ということをお話しするつもりはありません。お伝えしたいことは、わが国の精神保健福祉の歴史を振り返りながら、その転回点にあって、誰によるどのようなリーダーシップとガバナンスがあったと考えられるかを明らかにしようと思います。

##### リーダーシップについて

もちろんいろいろなリーダーシップに対する考え方はさまざまあると思いますが、まずは私自身の考え方ではなく、お三方の考え方をお示ししておこうと思います。最初に取り上げますのは、ご存じの稲盛和夫さんです。

稲森さんは、リーダーシップについて述べるなかで、自分が信じること、あるいは自分を信じるのが大切だと言っています。さらに自分が信じることを如何に話し続けるかであり「説き続けるか」であるとも言っています。つまりリーダーシップとは「職員の意識を変えることにある」と言っています

またリーダーシップに関する富山和彦さんの考え方は、自己評価に力点が置かれています。つまり「正しい自己評価に基づいた経営・経済的な視点をもつこと」がリーダーシップの根幹であり、その考え方に基づいて「常に」戦略的に進めなければいけない」のがリーダーシップであると言っておられます。私が大学にいる関係から大学人としてのリーダーシップについてよく考えるところなのですが、私もおつきあいのある鈴木典比古さんのリーダーシップ論をご紹介します。彼は大学の学長経験者ですが、この方のリーダーシップ論は「方向づけが絶対的に必要なもの」というお考えです。例えば「大学の学長として方向づけをしないリーダーシップは有り得ない」という語り口で「方向づけ」ということを中心にしておられます。

ここからはこれらを念頭に置きながら、日本の精神保健福祉の総括を進めたいと思いますし、その主な転回点におけるキーパーソンがどのようなガバナンスに基づいたリーダーシップを発揮したのかを纏めていこうと思います。

##### 太平洋戦争敗戦後の社会情勢と精神衛生法の誕生

ご存じの通り、私たちは1900年に精神病患者監護法という法律をもったのですが、私の父すら生まれていない「神代」の時代なので、もちろん私にはどのようなガバナンスの考えに基づくリーダーシップを誰が発揮したのかはまったく分かりません。しかしながら、そこには「誰かが」いるはずで、法的な制度は自然発生的にできるものではありませんから、どなたか、または、あるグループの方々が、ガバナンスを示されリーダーシップを発揮して精神病患者監護法にまとめ上げたのだと思います。これに

関しては、私はまだとても調べがついておりません。同じようなことですが1919年、大正8年にできました精神病院法に関しては、その直前に精神障害者に関する調査が東大教授の呉 秀三先生を中心にして行われており、その結果として精神病院法ができたと考えられます。その意味では呉先生がリーダーシップを発揮されて精神病院法ができたと考えていいでしょう。それがかの有名な「此ノ邦ニ生レタルノ不幸」という言葉に集約されていることは多くの方がご存じです。ただし、その「言葉やよし」ではありませんが、わが国は「大正ロマン」を満喫する暇もなく戦争に突き進み、まさに「精神障害者どころではない」泥沼に落ち込み、精神保健福祉は顧みられないという状況になりました。

さて太平洋戦争敗戦前夜の頃の精神障害者の状況はどのようなものであったかを考えてみようと思います。このあたりからは個人的なことを差し挟みながら話を進めていきます。私は1935年、昭和10年生まれです。1941年12月、昭和16年12月に太平洋戦争が始まりましたが、その翌年、1942年4月、昭和17年4月に小学校入学です。その私が1944年8月、昭和19年8月に学童集団疎開で長野県北佐久郡本牧村望月に行き、ほぼ1年半、そこで生活をしました。学童集団疎開ですから、当然、父母とは別れ、同級生30名ほどと共同生活に入ったのです。

家庭生活とはまったく異なった生活であっただけにその体験は今日でもかなり鮮明に残っており、「ガーガー、ピーピー」という雑音とともに聞いた天皇陛下のお言葉、詔勅の声の調子すら覚えがあるほどです。敗戦後も私たちは、しばらく長野県に置き去りになったままでした。しばらくしてから東京に戻りましたが家の周辺は丸焼け、小学校も丸焼けでした。焼け跡のコンクリートの上に座っての授業が始まり、焼け残った木材とトタンで建てた教室が2教室あるだけなので、6学年がその2教室を交代々々で使いました。ほかの時間帯は「青空教室」、当然のことながら雨の日はお休みです。

中学に上がったのが1948年、昭和23年4月です。新制中学2年目で、私は文京区にあります中高一貫教育の学校に行きました。そのようなことから、精神衛生法制定の前後の社会情勢は、それなりに身をもって体験していますし、記憶も豊富になってきます。そのなかのひとつが上野の山の状況です。そのときはその姿から「精神障害者」であるとは考えもしませんでした。焼け出された人たちがたむろする上野の山を徘徊する、一段とぼろを纏った方々に気づきました。ぶつぶつ独り言を言う人、大きな声で何ごとか叫びながら走り回る人、ただひたすら黙々と座っている人たちです。手には壊れた茶碗やお皿を握りしめていました。そのような人々を見ながら、この人たちは雨のときどうしているのだろうと考えるぐらいがせいぜいでしたが、同じような姿をしている浮浪者とはちょっと異質なものを感じさせました。

それが1950年頃の東京は上野や新宿の様子です。その1950年に精神衛生法が議員立法で成立します。新憲法によってつくられた衆議院と参議院を通過してできあがったこの「精神障害者の医療と保護、および精神障害の発生予防」を目指した精神衛生法は、戦後社会を彩るすばらしい法律だったと私は思います。先に触れましたように、上野の山を徘徊する精神障害者を放置できないと立ち上がった議員たちが作り上げた法律だからです。

### 松澤病院にまつわるエピソード

東京には都立松沢病院という、巨大な精神科病院があります。敗戦直前の様子を聞き取ったときの話です。その1は、飢餓と餓死の話でした。職員自身も食べるものがなくなったが、なんとか患者さんたちには食事を提供していたと言います。しかしながら餓死する人が出るのは止めようがなかったとも言います。その死体を埋めるところは病院内の一角、北西のところでした。餓死者を土葬する毎日だったと言います。戦後のある日、気づいてみるとそこは立派な竹林になっていました。職員は竹が生えそろってきれいになったと喜び、竹林ですから春にはタケノコが生えてきます。職員はそれに気づき、タケノコ掘りをしたのです。愕然としたのはそのタケノコから「赤い」血のようなものが流れ出ると言うことでした。それに気づいた職員は「これは、ここに埋められた患者さんの血だ」と思ったそうです。もちろんそのタケノコを誰も食べようとはしなかったと言います。

もう一つが、先の上野の山の様子と繋がります。東京の大空襲は1945年、昭和20年3月が下町の大空襲、5月が山の手の大空襲です。これは「噂話」でしかありませんが、3月の下町の大空襲は当時の「海軍記念日」、5月の山の手の大空襲は「陸軍記念日」に合わせて米軍がしかけたものと言います。その5月の山の手の大空襲の餌食になったのが松澤病院です。私が聞き取りを行ったときは、まだそのときのことを体験的に話せる看護師がたくさんおられました。その方々が話して下さった内容をもって、その当時の精神病院の状況をお考え下さい。

東京の山の手の、世田谷区にあるこの松澤病院に火が迫った1945年、昭和20年5月のことです。院長以下、消火に専念したと言いますが、火勢は衰えず、病棟に火が回るとは避けられないと判断した院長以下の職員は、すべての病棟の鍵をはずして患

者さんたちに逃げろと言ったそうです。逃げろと言われてもどこへ逃げたらいいかわからない方も多かったと言いますし、病院内にはたくさんの壕が掘られていました。そこに逃げこむ方もいるようですが、外に出て行く人もたくさんいたと言います。こうして外に出た人たちのなかから上野の山まで行った人もいたようです。

### 精神衛生法誕生頃の精神科医療の実態

さて、話は「精神衛生法」に戻ります。この法律は先に触れましたように議員立法で成立したのですが、その背後には多くの先達、精神保健福祉に関わる先達がおられたようです。この法が成立した1950年には、まだ「向精神薬」はできていません。もちろん「向精神薬」という定義にもよりますが、ここではあまり固いことを言わないことにします。ごく一般的な言い方をしますと、わが国に向精神薬が入ったのは1955年、昭和30年と考えられています。「ロウオルフィア・セルペンティーナ」つまり降圧剤としていまも使われます「レセルピン」を嚆矢として、その後開発された「クロールプロマジン」や「レボメプロマジン」がわが国に入ってきたのが1955年とされているからです。

従いまして「精神衛生法」の「精神障害者の医療と保護」の「医療」とは、その頃の治療手段として用いられていた「尿素系の睡眠薬」と「電気ショック療法」、あるいは「インシュリンショック療法」などを指すほか、梅毒性の精神障害に行われた「マラリア発熱療法」か「ワクチン発熱療法」を指すと言っていいでしょう。

私が問題とするのは「医療と保護」の「保護」のことです。ここまで戦後間もなくの社会情勢をお伝えしてきたのは、この「保護」こそ、そのときの精神障害者の実態を見た議員たちのところを揺さぶったものだと思うからです。ぼろを纏い、欠けた茶碗を片手に持ちゴミ箱を漁る、ぶつぶつ独り言を言うこれらの人々、雨の日はどこのようなところで過ごすのかを考えたらば、この人たちを、雨露が防げる「屋根の下」で「洗いざらしでもいいから服を着せ」て「お風呂に入りたい」し、「食べるものを確保させたい」と思うのは人としての心情でしょう。それを私流にいうと「生命の保護」であり、これがこの法制定に盛られた「保護」の実態だったと考えるからです。

話は飛びますが、1967年、昭和42年頃からの「精神病院批判」や「反精神医学」の動きのなかでやり玉に挙げられた「精神病院への入院誘導」を目指した「精神衛生法批判」に私が荷担しなかったのはこのためです。つまり、精神衛生法にある「精神障害者の医療と保護」には、まさに精神障害者の「生命保護」を図る意味が込められていたと私は考えるからです。

### 国立精研の誕生と第1回全国精神衛生実態調査

さて、この辺になりますと、私の先輩たちがさまざま関係しておられますので、少しずつ説明がしやすくなります。設立当初の名称で言いますと国立精神衛生研究所、略称「国立精研」は、アメリカの「National Institute of Mental Health」になぞらえてつくられたもので、その規模においてはアメリカのそれにはとうてい及ばなかったものの、設立当時の意気込みは極めて大きなものがあつたと考えられます。その理由のひとつが、その当時の厚生省には精神保健福祉行政、つまり当時の精神衛生行政を担当する部局は、先に示しました公衆衛生局総務課が担当はしましたが、国立精研が精神衛生行政の中心的役割を果たさなければならなかったからです。

その国立精研、NIMH ができましたは1952年、昭和27年です。先の「精神衛生法」制定に際して「精神障害者の医療と保護」に加えて「精神障害の発生予防」が法制定の目的にあり、その目的を果たすべき施設として設置されたのがこの国立精研だったのです。精研は、その後、わが国の精神保健福祉の転回点に深く関わることになります。その嚆矢が1952年の2年後、1954年、昭和29年に実施された「第1回全国精神衛生実態調査」です。

この調査は、その当時の疫学的知見を駆使して行われはしましたが、行政的な見地から組み立てられた調査であり、基本線は「これからの精神衛生行政の実行に当たって、精神障害者の数がどれぐらいいるのか」を策定する目的で行われています。当然のことながら、研究所の人たちはみなこれに協力をし、そして調査票づくりをやっています。調査項目を整理して調査表をつくり、調査結果を検討されたのが加藤正明先生です。

加藤正明先生は、戦時中は陸軍軍医として戦争に狩り出され、インパール作戦によってビルマ、いまのミャンマーの奥地を徘徊、逃げ惑い、イギリス軍に降伏したと私に話されたことがあります。加藤先生は英語とドイツ語に秀でておられた関係から、背囊のなかにはヤスパースの原書を忍ばせていたと言いますし、降伏したイギリス軍も大変厚遇したようです。敗戦後、帰国され、国立国府台病院の精神科医長を務めておられましたが、隣にできた国立精研の精神衛生部長に転じ、先の第1回全国精神衛

生実態調査に深く関わられました。

先に申しあげましたように、1954年、昭和29年には、まだ厚生省に「精神衛生課」はできていません。たしか総務課に「精神衛生係」が置かれ、係長1名のほか係員が2名いただけだったと思いますので、精神衛生行政の企画立案は国立精研が担っていたと言ってよいときです。加藤先生を中心にして国立精研には菅野重道先生がおられましたし、お隣の国立国府台病院には岡田敬蔵先生がおられました。第1回の実態調査は国勢調査における「戸割」の50世帯を踏まえたものです。その結果はご存じのように、全国の精神障害者数の推計値を130万人としました。

## 第2回全国精神衛生実態調査

その9年後、1963年、昭和38年に行われたのが第2回全国精神衛生実態調査です。この第2回実態調査は、まさにこれは加藤先生を中心にして組まれたものです。すでに厚生省には精神衛生課が置かれており、そこの課長補佐であった気鋭の大谷藤郎先生が加藤先生とびったりコミットして調査を組み立てられました。国立精研には加藤先生のほか菅野重道先生、中川四郎先生、所長にもなられた高臣武史先生がおられましたし、国立精研の外にはたくさんの応援団もいて下さいました。その筆頭が佐藤三先生であり岡田敬蔵先生です。その下の世代には岡田靖雄先生、蜂矢英彦先生、杉並の開業医川上武先生、烏山病院院長をされ、その後昭和医大教授にもなられたた竹村堅次先生、岡上和雄先生がおられます。

第1回調査のときにこの調査は10年ごとにするよと決められたようですが、1年早めて9年後になされたのがこの1963年実態調査です。早められた事情はよくわかりませんが、多くの方がご存じのように1960年は「60年安保」のときであり、時代が急速に動き始めたときでもあります。このときの厚生省公衆衛生局長は若松榮一先生であり、極めて積極性の高い方であったということも関係していると思います。

ここでもちょっとおもいで話をさせていただきますが、大きな意味で第2回精神衛生実態調査の旗振りをされた若松局長は、調査翌年の1964年、昭和39年の福島市で行われた日本精神神経学会総会において、この第2回実態調査の結果について特別講演をされました。私は精神科医になって2年が過ぎようやく学会出席が認められたときで、若松局長が幾分高調子でこの調査の意義について話されたのを覚えております。

さらにその先をお話ししますと、この報告をされたときにはまだあの「ライシャワー事件」は起こっていませんでしたので、若松局長は調査結果に基づいて、これから行うべき精神衛生行政に関してかなり踏み込んだ発言をされていました。そのひとつが、これからの精神障害者処遇は「入院中心」から「在宅中心」へシフトさせるというもので、外来通院を重視した精神科医療への誘導を図りたいという意味の発言をされたのです。すでに精神科医として群馬県の片田舎病院にいた私でしたが、そこで始めた入院患者の退院誘導と在宅ケアのための地域づくりの考え方が間違っていなかったという確信を持った瞬間でした。

## わが国の精神保健福祉に関わるガバナンスとリーダーシップ

その後、次第にわかってきたことなのですが、こうした「入院中心の医療」から「在宅中心の医療」へシフトさせようとしていたのが、ガバナンス意識の高い加藤正明先生であったしそのリーダーシップのもとに集まった、先にお名前を挙げた諸先輩たちだったと言えます。加藤先生のすばらしさは、ガバナンスは行政官の役割とはっきりと示されていたようで、その意を体したのが若輩ではありましたが精神衛生課課長補佐大谷藤郎先生であったと考えられます。なお、ときの精神衛生課長は鈴木一郎先生で、この方が大谷先生の考えを支えて下さったようです。先に触れました若松榮一局長は、その上に立ち、自信をもってこのように言い切られたものということがわかります。これらにつきましては、ずっと後年になり、私をことのほかかわいがって下さった大谷先生からいろいろ聞かせていただいたものです。

この第2回全国精神衛生実態調査報告書は、その企画立案から実施に至るまで、そしてその結果をどのように生かす政策を行うべきかが書かれたものとなりました。それだけではなく、第1回実態調査報告書も再録されており、ハードカバーで出版されたじつに重厚な一書です。そこにはわが国におけるそれまでの精神障害者に関わる実態調査が抄出されています。そのほとんどは東京大学が行った離島調査ですが、そのほかには世界的にこの類の調査がどこで行われどのような結果が出ているかという資料的な論文が加藤正明先生によって書かれているほか、知的障害者に関する実態調査に関しても菅野重道先生が纏めておられるものです。ほかには岡田敬蔵先生の論文もあります。

ちなみに、私は、1973年、昭和48年に行われた第3回全国精神衛生実態調査を厚生省公衆衛生局精神衛生課課長補佐として

担当させられた関係から、この分厚い報告書を2冊読み潰しました。ボロボロになるほど読み込んで第3回の実態調査に臨んだのです。こうして第1回調査と第2回調査の性格の違いをつかみ取り、第2回調査に比較ができるように同じ方式で調査を組み立てることにしたのです。

先に触れましたが、第1回調査は「とにかく数字が欲しかった」調査でした。その数字とは、わが国のどれぐらい精神障害者がいるかであり、そのなかで入院治療を必要とする精神障害者の数が知りたかったようでした。また精神障害者と言っても重視されたのはいまで言う統合失調症を始めとする精神疾患患者であり、幅広に見たときの精神障害者として中等度の知的障害者の数でした。この中等度知的障害者の数を拾いたかったのは、その当時の精神科病院にはこれらの知的障害者が入院していましたし、入院させたいと希望している保護者や社会情勢が背景にあったからです。

第2回実態調査のときにはすでに第1回調査で「わが国の精神障害者数はほぼ130万人」と出ていましたから、その数を再度示すのが目的ではありません。そこに加藤正明先生のお考えが反映していたと言えましょうか、調査の方法はさらに厳密になり、国勢調査の戸数、50世帯から25世帯にして詳細に調査を行うほか、調査結果から精神障害者を抱える家族の職業構成や経済状況について調査が行われています。さらに、どの地域に精神障害者は多く住んでいるかということから精神障害者の地域偏在に関する情報を得ようとしています。つまり、まさに疫学的な調査として筋が通っている調査になっているのです。

直接そのことに触れてはいませんが、加藤先生はこの調査報告書に「疫学的精神医学」という言葉を使って世界情勢を踏まえた論文を寄せ、これからの精神医学のあり方に示唆を与えています。したがって、この第2回全国精神衛生実態調査の結果、全国には124万人の精神障害者がいるといった数値はさして意味をもたないとお考えだったようです。それは第1回調査の130万人から見て6万人減っているというような考え方ではなく、それらは統計誤差に過ぎないものであり、新たに示された経済格差と精神障害の発生や地域偏在の問題をこれからの精神衛生行政にどのように生かすかが問われているというお考えでした。これらにつきましても、加藤先生からしっかりと聞きしたものです。

ここでも多少私的なこととお話ししますと、加藤先生は、臨床医として長野県立駒ヶ根病院に勤務していた私を国立精研に引っ張ってこいと目黒克己先生に命じ、目黒克己先生は「なぜ加藤先生が君を引っ張ってこいと言うのかかわからないが」と言いながら、加藤先生のご命令を私に告げられました。こうして国立精研勤務を始めた私に加藤先生が命じたのは、なんと「厚生省に言って行政の勉強をしろ」と言うことでしたからびっくり仰天。こういう経過で私は行政官としての第1歩を踏み出しましたから、第1回実態調査のことも第2回実態調査のことも徹底して加藤先生に食らいついたのです。

#### ガバナンスとリーダーシップの関係を明らかにすると

ガバナンス意識をもった加藤先生がその面はあまり表に出さず、それらは厚生省の担当者にまかせながらもリーダーシップを発揮され、周りにたくさんの方を引きつけながら精神衛生行政を引っ張っていかうとされたことを多くの方々に知っていただきたいと思うのです。そこには加藤正明先生の自負と屈折した思いもあったと考えられます。つまり、加藤先生はわが国における精神衛生行政にあつてガバナンスは行政官にまかせ、その後支えを専門家集団が行うという方式を建て、さらにご自身の性格もあつたと思われませんが、加藤先生の周りに集まるいわゆる精神衛生専門家集団を率いて精神衛生を引っ張っていくというリーダーシップをとられたと言えましょう。

「嫌らしい言い方で」その当時の厚生行政や精神衛生分野の人間関係を眺めると、厚生行政は東京大学と慶応大学が張り合っていましたし、精神衛生分野では東京大学が断然力をもっていました。国立精研の実質的な初代所長は東大教授だった内村祐之先生ですし、歴代の所長をみても東大卒の方ばかりです。そのなかにあつて大谷藤郎先生は京都大学、加藤先生は東京医専なのですからどちらも東大や慶応から見れば「外れもの」、ある意味で共通していた意識がその間にあつたとも言えそうです。このような世俗的なことを申しあげるのは、むしろそのなかにあつてガバナンス意識が高いがゆえにぎらぎらとしたリーダーシップではなく、周りに自然に人が集まることでリーダーシップを発揮された加藤先生の姿をご理解いただきたいからです。

このような嫌らしい言い方はそこまでして、実態調査に戻ります。先ほど申しあげましたように、よく取り上げられるのは第2回の結果からその当時の精神障害者は124万人と言われますが、それらの方々がどのような生活背景にあつたかということ、つまりご家族の経済的背景や職業などがどのような分散にあつたか、あるいはどのような地域に住んでいるかというような生活背景はあまり語られません。

じつは加藤先生はそのことをはっきりとは申されず、この報告書に載せた「疫学的精神医学」という表現で、そのことの重要

性を示唆するにとどめておられます。まだ「生物学的精神医学」、いえ、このような言葉はまだつくられておらず「脳病学」の延長でしか精神医学がとらえられていなかったときだけに、社会精神医学、この言葉もまだ使われていなかった時代でもありましたので、諸外国の調査結果などを引用されながら「疫学的精神医学」を説明されたのだと思います。

また私事をお話ししますと、私は加藤先生のおられた国立精研の部長室の隣に研究室をあてがわれていました。独立した研究室ではなくほかの研究者とご一緒でしたが、加藤先生の部長室とはドア1枚で繋がっていました。そのドアを開けて「先生、いいですか」と顔を出して話し込んだものです。お互いに飛び歩いていたので滅多にこのような機会はなかったのですが、ビルマの山中をさまよった話や実態調査の話、自殺に関することやデイケアのこと、薬物依存のことなどなど、個人的な体験からわが国の精神衛生のこれまでやこれからについて、お話を聞かせていただきました。

先ほど、加藤先生はわが国における精神衛生行政にあってガバナンスは行政官にまかせ、その後支えを専門家集団が行うという方式を建てたのではないかと申しあげましたが、若松榮一先生、鈴木一郎先生や大谷藤郎先生がその行政官に相当します。若松先生や鈴木先生はすでに局長や課長でしたからガバナンスを発揮しなければならない立場におられたのですが、大谷先生はまだ精神衛生課の課長補佐でした。その一課長補佐がこの調査結果をどう生かすか考えておられたと思われる理由は、第2回調査の結果を纏められた後すぐに医学書院から、これからのわが国における精神衛生のあり方に関して成書を纏められているからです。

言い換えれば加藤先生らの専門家集団を「巧みに操りながら」、自らの考え、これからの公衆衛生のあり方と精神衛生の行くべき道筋を考えておられたことがこの本から伺えます。大谷先生は京都大学をご卒業後、保健所勤務を経て厚生省に入られた方ですが、その当時の結核患者の処遇に関するさまざまな思いを抱いておられました。人里離れたところにある結核療養所ではなく、なんとか地域で、家庭的なケアのもとに結核の療養をすすめる方策をお考えだったようです。その考えの延長上にハンセン病がありました。「癩(らい)病」と呼ばれ、忌み嫌われたハンセン病ですが、彼はずっと後年になってついに「らい予防法」を魔法に追い込みました。その大谷先生は精神障害者の置かれている現状に無関心でいるはずはありません。精神衛生課課長補佐に就任したのを契機にして、加藤先生とほぼその同年代の先生方ばかりでなく、その10年下の世代、つまり自分と同年の世代の専門家集団である岡田靖雄先生や蜂矢英彦先生と付き合い、これからの精神衛生のあり方に関してしっかりとした考えを纏めておられたと思います。

ここでもまた、私事に触れますが、私が厚生省公衆衛生局精神衛生課課長補佐に併任となり、その椅子に座って間もなく大谷先生が「お見舞い」に来て下さいました。全くの臨床医だった私が、場所柄もわきまえず、セーターを着用しているのを見て、こそこそと「吉川君、そいつはまずいよ。ここは役所だし、課長補佐って言うのは局長に説明に上がらなければならないときもあるのだから、そいつはまずいよ」と言って下さいました。すでに大谷先生は精神衛生課を離れ、他の課の課長補佐をしておられましたが、気になったのでしょうか、このようなお気遣いをしてくださる方でもありました。

大谷先生は間もなく国立療養所課の課長になられ、さらに審議官になり、局長に進まれたのですが、私はこのほかかわいがっていただきました。「君は、行政官のセンスがある。だから国立精研から足を洗って厚生省に来い」と言っても下さいました。そのとき私は「まだ研究も続けたいので」とそれだけはお断りをしましたが、先生からの直接のご指示にはかなりお応えしてきたはずですが、私が琉球大学へ赴任することになったときには、厚生省のなかにいる医系技官を集めて「送別会」を開いてくださったほどです。

加藤・大谷ラインががっちり手を組んで、企画され実行された第2回全国精神衛生実態調査の結果は、その後のわが国の「精神衛生の柱」となったことは疑いを入れません。この調査結果の一部を取り上げて「精神病床数の不足を強調した」と言う方もいますが、入院を必要とする精神障害者数については「実態を明らかにした」と言えますし、結果的には「精神科病床数の不足」が示されてはいますが、それではなぜこの調査結果を踏まえて「通院医療費公費負担制度」を創設したかを説明することにはなりません。やはり「入院中心」から「在宅中心」へという精神科医療のパラダイム変化を先取りしていたからこそ、行政主導でこの調査結果を活用したと考えられます。

ビルマのジャングルのなかをさまよい、将校とは言え職業軍人でもない一軍医中尉が全軍の指揮を執りながらイギリス軍への降伏までこぎ着けた加藤先生のしたたかさと、虐げられたものへの温かい目をもった行政官である大谷先生とがガバナンスとリーダーシップを互いに交歓しながら1960年代から1980年代までの精神衛生の道筋をつくられたのだと私は考えます。第2回全国精神衛生実態調査を巡って、ガバナンスとリーダーシップのあり方を軸に簡単にまとめました。

## 「時代」がこれに応えたか

ここではわざと『「時代」がこれに応えたか』という小見出しをつけました。やや大げさではありますが、やはり時代背景を無視してはガバナンスもリーダーシップも発揮できないという事実もお話しなければいけません。あらためて1960年代、昭和40年代を振り返ってみたいと思います。

高度経済成長期とはいきませんが、1960年代のわが国は経済復興も進み、地方から都会に労働者として集まる人々が増えました。人口の都市集中化が進み、大都市では人口のドーナツ現象が起ころい始めました。これに伴って「三ちゃん農業」という言葉が流行ったほどです。“じいちゃん、ばあちゃん、かあちゃんの三ちゃんによる農業”という意味で、柱になる男性は都会に働きに出ているという意味です。

世の中がこのように変わりつつありましたが、精神障害に関する偏見と精神障害者に対する差別は連綿と続きます。大黒柱を都会に持って行かれた家族にとって、重荷になるのは家族のなかにいる精神障害者です。したがって精神障害者を抱えている家族は一日も早く精神科病院にこの人を入院させたがりました。これに加えて、わが国には連綿とした精神障害者差別の意識がありますから、わが家からその姿を払拭させたいと願いました。精神障害者がいるとわかれば「嫁が来ない」とか「嫁に出せない」という思いが強かったと言えましょう。

それが一転すれば「退院の受け入れ拒否」と言うことになります。「せっかく入院させることができた」のにという思いが「退院、受け入れ拒否」に繋がりました。私が精神科医として初めて勤務した精神科病院もまさにその渦中にありました。そのために病院は患者さんであふれかえり、50%オーバーと言うときすらあったほどです。その頃の精神科病院のほとんどは「畳敷き」病室でしたから、布団を寄せてスペースを造り、入院に応じなければならぬほどでした。

その一方で精神科医療は入院費も安く、また医療技術も未熟だったために請求できる医療費も少ない状態であり経営も苦しかったのです。それが過剰入院の引き金にもなり、さらには劣悪な待遇、つまり看護者の数や医師の数を抑え、さらに食費を抑えての経営という方向に走った病院も数多くありました。言い換えれば、過剰入院と低コストで病院経営をせざるを得ない状態だったのです。もちろん、いわゆる「悪徳病院」もなかったとは言いませんが、どの病院もこのような状態でまさに「あつぷ、あつぷ」状態だったのです。

退院させながら家族、退院を拒否する地域社会、過剰入院でかろうじて経営していた精神科病院という構図がそこに浮かび上がります。その谷間で呻吟するのはこころ病む精神障害者たちだったのです。その流れを止めようと考え、この実態調査の結果を梃子にして精神障害者に対する政策を在宅ケアへ誘導しようとしたのが「通院医療費公費負担制度」です。ところが「嫌なものはいや」という地域住民から排除された精神障害者の行き先は精神科病院しかなかったといってもいいでしょう。それは「入院させたがった家族のエゴ」でもないし「金儲けのために患者を退院させながらなかった精神科病院のエゴ」でもないのです。かといって「嫌なものはいや」という「住民のエゴ」に責任転嫁をしてもダメなのです。

いまからでも遅くはないと思います。私たちは、1963年の第2回全国精神衛生実態調査の結果を冷静に読み取り、これからの精神衛生の方向付けをしなければならぬと思うのです。確かに、結果から言えば1965年、昭和40年の精神衛生法改正は「時代」を読み取っていたとは言えなかったのかも知れません。いえ、1964年、昭和39年に起こった「ライシャワー事件」がこの「法改正」をずたずたにしたといういい方もできましょう。私自身もそのように結論づけたこともありますし、間違いなくそのような面もあったと思います。でも、やはり「時代」の読み取りが十分ではなかったということも指摘しないわけにはいきません。

それだからこそ、在宅ケアの方向付けをした通院医療費公費負担制度はしばらく一向に伸びなかったと言えるでしょう。つまり、考え方は間違っていなかったにもかかわらず「政策としては一向に伸びない」ということになりました。リーダーシップが発揮されて計画はされたもののガバナンスが不十分であったということになるかもしれません。個々の人たちの意図は別にして、ガバナンス体制が不十分なまま実態を変えようとしたとも言えるのです。

## 「時代」を別な面から見ると

背景となる時代をどう読み取るかということは、ガバナンスにあっては極めて重要なことです。その面から少々纏めてみようと思います。

いまになると「インターン闘争」とは1967年3月に燃え上がった「インターン制度廃止」を指しますが、それに先立つ1953年から54年にかけて起こった「第1次インターン闘争」から説き起こさなければならぬと思います。この動きの中から「全

日本医学生連合、通称『医学連』が誕生し、毎年「全国医学生ゼミナール」が各大学持ち回りで行われることとなります。ここでもまた私事になりますが、1960年、昭和35年の「第5回全国医学生ゼミナール」の担当校は千葉大学で、実行委員長は同級生の小倉敬一君、岡田信道君と私が副委員長、私は財務担当、つまり資金集めでした。全国ゼミナールを通じてお知り合いになったのが長野県佐久総合病院の院長若月俊一先生です。先生が亡くなられるまで30年ほどおつきあいをさせていただきました。

先にお示しましたように、加藤正明先生を囲む人たちがその時代の精神衛生状況の改革を目指し、その意を体してほぼ10歳下の年齢層の方々が実働を始め、私たちそのまた10歳下の年齢として精神衛生に改革を受け継いだのです。こうして私たちの年齢層が立ち上がって始めたのが「精神科医療改革」の動きであり、その極端なものが「精神科病院解体闘争」を組んだというわけです。その助走は「インターン闘争」に始まり「大学医局解体闘争」へ向く一方で「東大安田講堂事件」に象徴される「大学闘争」と連動したものとなりました。このような一連の動きのなかで日本精神神経学会は荒れに荒れ、加藤先生の世代が「ボス化」して握っていた学会理事たちの総辞職を求めることとなり、一代飛んで、私たち世代が学会運営をするという事態に発展したのです。

ただこのような一見すると混乱した状況に見える動きのなかにも、精神衛生分野で高いガバナンス力をもちリーダーシップを発揮される方がおりました。そのお一人が秋元波留夫先生です。このとき秋元先生はすでに東京大学を定年で退かれ国立武蔵療養所の所長をしておられました。電気生理学者だった秋元先生が、一見するとまったく肌合いの違う国立武蔵療養所の所長になられ、それまでの研究者としての姿勢をかなぐり捨てるように、精神障害者の地域生活支援への理解者になられたのです。その秋元先生の元にたくさんの人たち、精神科医のみならず看護師たちが集まります。

島 成郎先生、石川信義先生、藤沢敏雄先生などを始め数多くの精神科医が「梁山泊」そのものように蟠集します。外口玉子看護師・保健師もそのなかの一人です。

このなかの多くの方々は、秋元先生がこころを込めて支えようとされた沖縄の精神科医療の支援に向かわれた方が多かったのもひとつの特徴です。岡庭 武先生や蜂矢英彦先生もその一員であり、厚生省の課長補佐でもあった私もその端におります。やや後年、島先生がご家族共々沖縄に住むようになり、私も家族を引き連れて沖縄に住み、島ご一家とほぼ10年の間家族ぐるみのおつきあいをしました。秋元先生が沖縄に見えると先生を囲んで島先生と私、それに家内の4人でゴルフをするのが楽しみでした。

1960年代の最後から1970年代を彩るこのような動きを、エピソードにお伝えしましたが、高いガバナンス意識と緩やかではあるががっちりとしてリーダーシップによってつくられた1960年代から1980年代のわが国の精神衛生行政は、30年先のわが国を見据えたものであったと言えます。それはその後のわが国の精神衛生事情の変化を見ても明らかです。大混乱を起こしたわが国の精神神経学会のほころびを修復されたのも加藤正明先生であり佐藤三三先生でした。いわゆる「金沢学会」の後の日本精神神経学会の大会を引き受けられ、荒れ狂う学会の理事会、評議員会、総会を乗り切られました。私はそのときの小間使い、事務局長を仰せつかったものです。

大谷藤郎先生はこの間、WHOのアルマータ会議に臨み、世界的規模で変化しつつある公衆衛生の動きを受け止めて帰国されましたし、そのほぼ10年後に行われたWHOのカナダ会議にも行かれ、さらに進みつつあった世界的な規模の公衆衛生の変化を確認して、ご自身の考え方が誤っていないことに確信を持たれたようでした。私自身はすでに厚生省を離れて沖縄にいましたが、厚生省審議官となられた大谷先生のお部屋に伺ってはその話をお聞きしたものです。

私の沖縄行きと相前後して加藤正明先生は国立精研を離れ、不祥事があってがたついた東京医大の精神医学教室に専任教授として向かわれ、教室の建て直しを進めておられました。いまだからこそ言えることですが、私は加藤先生を国立精研の所長になっていただくと考え、然るべきかたがたにご相談しましたが、先にも触れましたように東京大学のご卒業ではないことから、相談を掛けた方には言下に「その目はない」と言われてしまいました。それでも私はあきらめず「どうしたら先生を所長にすることができるか」を問いましたら「国立病院の院長か所長をやるか大学教授をしたらその目があるかも知れない」と言って下さいました。

まさか加藤先生にそのような言い方をするわけにはいきませんでした。不思議な巡り合わせで「吉川君、東京医大がぼくに教授になって欲しいと言うんだがどうしよう」と言われたのです。私は、まさに飛びつく思いで「それは是非そうしていただけませんか。国立精研にとって先生を失うことは大きな損失ですが、学生運動のために放校になった先生を救って下さった東京医大なのですから、先生が東京医大を救う番なのです」と申し上げ、決断を迫りました。それが功を奏したかどうかはわかりませんが、加藤先生はその後東京医大教授になり、ほぼ3年を経て国立精研の所長に就任されたのです。

### 惨敗した、第3回全国精神衛生実態調査

厚生省精神衛生課課長補佐としてやらなければならない仕事は大きく分けて3つありました。その1が、先の実態調査の結果を踏まえわが国の精神病院の実態を明らかにすることでした。そのため、在任中の5年間、毎年テーマを変えて「精神病院実態調査」を行い、その解析に明け暮れ政策化に励むことになります。その2は1972年5月と決められた沖縄の本土復帰にまつわる行政的な処遇の連続性を保つ作業でした。その下調べから実態把握のためにたびたび沖縄を訪れることになります。その3が、デイケアと作業療法の点数化でした。これらの業務のなかに入ってきたのが第3回実態調査の業務です。

すでに第2回調査の詳細に関しては報告書を読み込んではいましたが、企画立案をすとなれば、まず実行委員会を立ち上げなければなりません。白羽の矢を立てたのが、当時、東京医科歯科大学教授であられた島蘭安雄先生です。固辞される島蘭先生のもとに日参してとうとうご承諾を得ました。しかしながらこの第3回実態調査の企画が進むにつれ、日本精神神経学会にはそれに反対する気運が高まり、理事会は反対声明を出しました。そのとき、私はその理事のひとりであり、反対声明に反対したたったひとりの理事となってしまいました。

理事会としての反対はともかく、行政官としては実態調査の企画立案を進めないわけにはいきませんし、実際の実施主体になる各県の精神衛生担当に円滑な実施をお願いするしかありません。厚生省からのトップダウンで実施できるような雰囲気ではないので、「60年安保闘争」のときの仲間を訪ね、口説き落とすに行くなど、言い方は悪いのですが「あの手、この手」を使って頭を下げまくりました。しかしながら大都市を抱える都府県が調査返上を決めたため、調査は「片肺飛行」に終わり、農山漁村地域の調査といってもいいものに終わったのです。

調査に反対する理由として挙げられたのは「人権侵害」というキーワードでした。つまり調査は「精神障害者の人権侵害」に当たるといいうわけですね。そこには「精神障害者を精神科病院に縛り付けているのは厚生省である」という考えが横たわっており、調査結果によってさらに精神病床の増設に踏み切るはずだという考えが広まっていました。こうした誤解は、予定された調査票も公表し、透明な調査を心がけてきた私には心外なことですが、圧倒的多数である調査反対の動きには勝てるはずはありません。個人的なルートを辿って説明にいけば「おまえがやることなのだから、わかっているが、この動きを押し返すことはできない」と言われたものです。

反対声明を出したのは日本精神神経学会だけでなく、日本精神科ソーシャルワーカー協会であり、日本臨床心理学会です。広く精神科領域をカバーするこの3学会が反対に回るといことは調査を実施しようとする自治体を揺るがせ、自治体によっては今後の精神衛生行政の停滞を考えると調査返上をせざるを得ないと言われるところが多く出ました。調査の結果は惨憺たるものですが、厚生省統計調査部の部長として北海道衛生部長から戻られた、厚生省精神衛生課長、かつとも私の上司である佐分利輝彦先生をお願いをして、調査結果の分析をしていただき、「仮に、オールジャパンに引き延ばせば」ということで、公表してもいい数値を示していただきました。その数値をもとにして作成したのが「ガリ版」刷りの報告書です。そのほぼ全文はある成書に転載して残してあります。

### 「社会的入院」と第4回全国精神衛生実態調査

1983年、昭和58年の第4回全国精神衛生実態調査は、第1回、第2回、第3回のものとは性格を異にします。この第1回から第3回までは地域調査ある疫学的手法に則った調査ですが、第4回のは行政的な手法で病院から報告を求める精神病院調査です。このときも始めは地域調査を目論んだのですが「実態調査反対」の声が大きく、厚生省は地域調査を断念して「病院調査」に切り替えたいきさつがあります。

この調査の実行委員会委員長は岡上和雄先生です。岡上先生は千葉大学の先輩で、ほぼ10年上の方です。私はまだインターン生のときからのお知り合いですばらしい精神科医でした。その岡上先生とは、私が沖縄に発つとき「俺は川崎市100万人口の精神衛生を考えるから、おまえは沖縄100万人口の精神衛生を考える」という命令を受けていました。都市型精神衛生と農山村型精神衛生のモデルづくりをすれば日本全体の精神衛生のモデルができあがるという発想から命じられたものです。

それを私は至上命令と受け止め、沖縄で活動を始めたのですが、その私に岡上先生は「第4回実態調査をするから力を貸せ」と言ってこられました。岡上先生は加藤正明先生にお声を掛けていただき、川崎市から国立精研の部長に転じられていました。

私が沖縄に赴任しましたのが1974年、昭和49年で、東京に戻るようになったのが1983年、昭和58年です。第4回実態調査は1983年度のものとして実施されましたが、実施されたのは1984年2月です。したがって私はすでに東京都の職員、保健所職

員として勤務を始めていたときです。

岡上先生からのお呼び出しとあれば馳せ参じざるを得ません。調査の企画立案から解析に至るまで岡上先生の手足となって第4回実態調査を行いました。この調査は、先にも触れましたように精神病院調査として実施したもので疫学的な意味はほとんどもぢません。いま「630調査」とも俗称されるものの原型です。この第4回調査では「社会的入院」が大きくクローズアップされました。この第4回全国精神衛生実態調査の報告書はA4版のものですが、巻頭論文として私が寄せましたのがこれまでに厚生省が行ったさまざまな精神衛生関連調査を纏めたものです。それに続いて調査結果が示されており、さらにアルコール関連調査も併記されるという構成になっています。

この全国精神衛生実態調査から明らかになりましたのが、“今すぐ退院できる入院患者”が10万人、“然るべき受け皿があれば退院できる患者”が10万人いるということでした、これらを合わせて「社会的入院」20万人という膨大な数字が示されたのです。このときの全国の精神病院に入院している患者数は35万人ほどでしたから大きな問題になりました。ちなみに、こうした数値に私は驚きませんでした。そもそも在宅ケアが進んでいるイギリスでは人口万対15床あればいいということが言われていましたので、わが国の人口を1千万と考えれば15万床あればいいわけで、35万床というのは過剰も過剰な数値だと思っていたからです。

### 1987年、昭和62年の精神衛生法制定

そのことをいくら知っていたからといってわが国の精神病床を削減する動きを起こすのは容易なことではありません。しかしながらこの数値を目にして放置するわけにもいかず、新たにわが国の精神衛生、すでに「精神保健」と言い表すようになってはきましたが、精神保健行政の見直しが始まることとなります。その動きを見透かすように起こったのが「宇都宮病院事件」を嚆矢とする精神病院の不祥事件です。

そこに現れたのが小林秀資先生です。ここでもまた私事を挿入させていただきますが、小林秀資先生とは私が精神衛生課課長補佐として勤務していた、いまの農林省別館の8階で、相向かいの部屋にいた仲間、彼の示唆を受けて1973年、昭和48年の全国精神衛生実態調査に「健康調査票」を導入して「事後相談」への道を拓くことができた、いわば「戦友」でもあります。

小林先生はもともと産婦人科医でしたが、厚生省では公衆衛生局保健所課に勤務、その後はあちこち転々として1985年、昭和60年には母子保健課長になり「母子保健法」の大改正を目論んでいたのですが保健師たちの賛同が得られずに挫折、ちょっと腐っていたところを慰めにいき「一緒に精神衛生法改正をやろう」と声掛けをしたのです。まさか彼が精神衛生課課長として転じてくるとは想像もしませんでした、思いもかけない形で精神衛生課課長になられ、先の「不祥事件」と「社会的入院」の解消に力を注いでくれることになりました。そのひとつが「精神衛生法改正に当たってどのような点を変えたらいいと思うか」という内容を含む全国調査です。精神科病院のみならず関係者に広く呼びかけて意見を募り、それを1冊の本に纏めて公刊しました。「不祥事件」に関しては国際法律家協会（ICJ）の調査を受けて立ち、立ち入り調査に同行するなど、積極的な行動によって精神衛生法改正の道をつけてくれたのです。その行動力には頭が下がる思いでしたし、彼のもつガバナンス「力」に目を見張る思いでした。

すでにある医学系の雑誌に私は、精神衛生法改正に関する考え方を示していましたが、そこには法律名を「精神保健法」としたいと書き、その理由についても「衛生」とは「生を衛（まもる）」意であるが、「まもる」のではなく「保健（健やかさを保つ）」という考え方を示しています。その考え方に従って、私は「精神衛生法」が「精神障害者の医療と保護」を目指すものであったが、新たな「精神保健法」は「国民の精神健康の保持及び増進」を図るものにしたいと述べ、その第1条を「この法律は国民の精神健康を守るためのものである」と明記することを提案していました。

小林秀資先生にはこの論文をお見せするほか、この考え方で「精神衛生法改正ではなく、精神保健法の制定を目指して欲しい」とお願いしました。小林先生はその考えを受け入れ、省内をかけずり回って下さったようですが、厚生省の法制担当は「新法制定には最低でも3年以上かかる、やはり法改正で臨んだ方がいいのではないか」という助言を受けたと私に報告して下さいました。こうして2人が膝をつき合わせて書き直したのが「精神保健法」の第1条、第2条、第3条のあたりです。法制担当も一緒に手を入れてくれました。

年齢は私より下ではありますが、小林先生の行動力に裏付けられたガバナンス力には感服しましたし、敬意を払いつつ「盗み取った」ものもたくさんあり、その後の私の行動の糧とさせていただきます。

### 社会福祉法制定と炭谷茂先生のガバナンス

第3回実態調査が上手くいかなかったことに関して、加藤先生と大谷先生にお話をお聞きする機会をつくりました。すでに私は沖縄に行き、琉球大学の教授になっているときです。別々にお聞きしたのですが、お二人ともが異口同音に言われたのは、まず「時代だよ」と言うことでした。お二人とも「僕らのときは、それでも上り坂だったから、何かしなければならぬし、やろうとすればできるかも知れない時代だった」と回顧されました。そして“なぐさめ顔”で「吉川君のときは巡り合わせが悪かった」と言って下さいましたが、私にはそれだけではなかったように思えてなりません。

まず、そのときの私は「加藤先生ほどの人望はなく、それだけに私の周りに人はいなかった」と言うことが上げられますし、「大谷先生のように先を見てガバナンスのセンスを発揮できる経験も力量も持ち合わせていなかった」と思っています。その私が“無謀にも”加藤先生と大谷先生を合わせた役割をとろうとしたところに問題があったと気づいたのです。結果を踏まえて、いったいこれからどうしなければいけないのかということを考えなければいけなかったのが当時の私ですが、残念ながら調査の結果も不十分なものだっただけに私は「惨敗」したことを認め、まさに一からの出直しを図るために厚生省を離れて沖縄に渡ったのでした。

大谷藤郎先生はガバナンスとは「突き進むことではない」とご存知だったのだと思います。「時代」を読み込み、一旦「敗退」したときも「捲土重来」を期して「雌伏」することを「結核」や「ハンセン病」の対策から学ばれておられたのでしょうか。「精神」でも雌伏のときは力を溜め、仲間を募り、捲土重来のときにその力を発揮されました。「精神」の領域では審議官となられたときに「通院患者リハビリテーション事業」の開設に力を尽くされましたし、精神障害者の家族会活動を終始支援されました。精神衛生課の課長として戻っては来られませんでした。大谷先生は一貫して精神障害者の地域生活支援をお考え下さいました。

沖縄から戻った私を暖かくお迎え下さったとき、私は大谷先生に「あの本、加筆して再版しましょう。あれによって私はどれだけ勇気を得たかわかりませんし、私にとっては精神衛生行政のバイブルでもありました。その後の精神衛生の展開を考えると、あれほど先見の明がある書物には出会いませんから、是非再版を」と申し上げたことがあります。大谷先生はにこっと笑って「吉川君、あの本の先を書いてくれる？もうぼくの時代じゃないから君が書いてよ」と言われました。いまなお私の手元にはこの本は2冊置いてあります。いつか増補改訂版を出したいと思いつつお別れしました。その思いが叶わぬうちに大谷先生を失いました。

1987年、昭和62年に成立した精神保健法には施行5年後に見直しを図るという付則があります。その時期が迫ったとき、私は、ときの公衆衛生局精神保健課長を訪ね、法改正の必要性について訴えました。しかしながら課長は言を左右にしてそれを受け入れてくれません。業を煮やした私は、元役人としての法（のり）を破って、公衆衛生局企画課長席にいき、そのことを訴えました。炭谷茂課長は訴える私の話をほぼ1時間お聞き下さった上で、「わかりました。あなたの話はよくわかりましたのでルールからは外れますが、私が責任をもって精神保健法改正を行います」と言って下さったのです。直訴に行く方も行く方ですが、受けて立つ課長もまた随分変わったキャリアだなどと思いつつお別れしました。もちろん私は省内の者ではなく国立精研の部長として訴えに行ったのです。

炭谷課長はその後厚生省社会・援護局局長になられ、社会福祉構造改革を企画し、その陣頭に立って「社会福祉事業法」を改正することにします。そのための委員会に私を呼んで下さいました。社会福祉構造改革とは簡単に言えば「社会福祉事業は受給者のもの」という考えであり、それまでの「慈善事業的社会福祉からの脱却」を目指した新たな社会福祉のあり方の追求なのです。その陣頭に立った炭谷局長は、かつて公衆衛生局企画課長のときの炭谷課長そのものであり、じっくりと話を聞き、それが正しいと判断するや自ら手を染めるというガバナンスをしっかりと身につけた方でしたので、私も局長のご依頼を受けて社会福祉事業法改正に関する検討会の一員となり、積極的に発言をしてきました。

その考え方の基本は、1995年精神障害者の支援政策として厚生省が示した「7項目の障害者支援」施策に則ったものであり、変わりつつある「精神衛生」行政を基盤に置いたものでもあります。ちなみに1995年の精神保健法改正はこれに基づいて行われましたし、障害者基本法の制定によってさらにこの考えが深められて「精神保健法」は「精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」になっていきました。「社会福祉構造改革」はこうした流れのなかに企画され実現を見たものですが、その帰結が「社会福祉事業法」改正によって2000年に誕生した「社会福祉法」になりました。この炭谷茂局長のガバナンスがなかったらこの「社会福祉構造改革」や「社会福祉法」制定には至らなかったのではないかと思っています。

## おわりに

この「社会福祉法」制定にいたる経過のなかでおつきあいが始まったのが、現在、慶応大学の学長、正確には塾長をされている清家 篤先生です。検討会の席上ではほかの委員の方々の話の聞き役に回り、いつもにこやかにしておられる清家先生を見ていると思わず語りかけたくなりました。座長は上智大学の八代尚宏先生でしたが、どちらかというと議論をリードしがちな方なので、清家先生は、時折、その話の腰を折る形で割って入られ、ほかの方の発言を促すそぶりを見せておられたのです。そのようなお姿を見ながら「なかなかの人物だな」と思っておりましたが、やはり慶応大学を率いる方になられました。

まさにガバナンスとは何か、リーダーシップとは何かを教えていただいたのが、この検討会であり炭谷先生や清家先生だったと言えます。いま私は、小なりといえども、大学と短期大学の2つの大学の学長を兼務し、ひとつの事務局でその運営をするという極めて変則的な大学に勤務しています。学長として大学や短期大学をどう運営するかを問われる毎日です。これからは経営的な視点をもたなければ大学運営できません。間違いなく大学も一つの企業です。さらに大学は教職員を抱えています。教員には判断力の正しさがあっても社会性がない方も多いという特性もあり、社会性をもった判断をしてもらいたいときも出てきます。いま私は、事務局員のみならず教員も総力を挙げて大学改革を進めているところです。

専門としてきた精神保健福祉の歴史を振り返り、誰がどのような形でリーダーシップを発揮してきたのか、そしてガバナンスは誰によって発揮されてきたのかを整理し、自分自身の日常に役立てている今です。少し時間をオーバーしたかもしれませんが、これでお話を終わらせていただきます。どうぞ静聴ありがとうございます。

一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会会長

吉川 武彦

## 平成 26 年度研修コースの特徴

### (独立行政法人国立精神・神経医療研修センター精神神経研究所)

#### 第 8 回 精神科医療評価・均てん化研修

本研修は、精神科医療の質の評価とその活用に関する専門的知識および技能を修得することを目的とする。

対象者は、精神科救急・急性期医療施設において精神科診療に従事している専門医及び専門職です。

研修の主題は、精神疾患治療を担う精神科救急・急性期医療施設をとりまく現状を理解し、精神科医療の質を高めるための専門的知識および技能を習得することである。

#### 第 9 回 発達障害早期総合支援研修

本研修は、発達障害児や家族への乳幼児期から継続的な支援体制を地域内に構築する指導者の養成を目的としています。乳幼児健診などの機会に対人コミュニケーション面の発達を的確に把握し、ニーズのある子どもは見逃さずに適宜見守りができれば、親や関係者の子どものニーズへの気づきを高め、様々な支援にすみやかに繋げることが可能となります。本研修を通して、就学までの発達の変化について見通しを持って子どもと家族に支援できるよう、早期幼児期における発達障害の早期発見・早期支援の意義についての理解を深め、その方法についての最新の知識を習得することを目指します。受講者には、研修成果を踏まえて派遣元の自治体に還元普及することが期待されます。

対象者は、各自治体において、乳幼児健診に携わる医師および保健師で、発達障害支援について責任的立場にある方です。

研修の主題は、「発達障害支援における早期発見の意義とその方法、地域における早期からの発達発見・支援の実際」内容は自閉症スペクトラム障害に焦点を当てています。

#### 第 17 回 発達障害支援医学研修

本研修は、都道府県における発達障害支援の拠点医療機関の医師等を対象として、研修修了後に各地域において指導的な立場から、発達障害支援に関する情報や技能を伝達できるようになることを目的とする。

対象者は、病院、保健所、発達障害支援センター等に勤務し、発達障害に関心を有する医師、特に指導について責任的立場にある者です。

研修の主題は、発達障害の診断・治療と支援の実際です。

#### 第 51 回 精神保健指導課程研修（コミュニティメンタルヘルスのリーダーシップトレーニング）

本研修は、地域における精神保健福祉行政と精神保健医療福祉活動（コミュニティメンタルヘルス）の計画的・組織的推進のためのリーダーシップの修得を目的とする。

対象者は、都道府県（指定都市）等において精神保健福祉計画の企画立案の指導的立場または中心的役割を担う者（精神保健福祉審議会の委員等を含む）、公的機関または民間の組織団体において地域精神保健医療福祉（コミュニティメンタルヘルス）の実践の指導的立場または中心的役割を担う者です。

研修の主題は、精神保健医療福祉の改革、自殺対策、地域精神保健福祉活動（コミュニティメンタルヘルス）の推進等、精神保健福祉の重要課題についての情報を提供するとともに、受講者間の情報交換を行うことです。

#### 第 8 回 自殺総合対策企画研修

本研修は、自殺総合対策大綱の改正を踏まえ、自殺対策を企画立案する地方自治体の担当者がその企画立案能力を習得することを目的とする。

対象者は都道府県（政令指定都市）等において自殺対策の企画立案の指導的立場または中心的な役割を担う者です。

研修の主題は、地方自治体における自殺対策の計画づくりの企画立案能力の向上です。

## 第12回 摂食障害治療研修

本研修は、摂食障害の治療に必要な専門的な知識及び技術の修得を目的とする。

対象者は病院、保健所、精神保健福祉センター等に勤務し、摂食障害に関心を有する医療従事者（・精神科、心療内科、一般内科、小児科で臨床に従事している医師・臨床心理業務等に従事する者）です。

研修の主題は、摂食障害の病態と治療に関する最新の知見です。

### 《地域精神科モデル医療研修シリーズ》

#### 第12回 ACT・他職種アウトリーチ研修

本研修は、重症精神障害者の退院促進・再発予防・地域生活支援を目指した包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）を我が国に定着させるため、必要な技術や課題の修得を目的とする。

対象は精神科医療機関、精神保健福祉センター、保健所、市町村、社会復帰施設等に勤務する従事者（医師、精神保健福祉士、臨床心理業務に従事する者、保健師、看護師、作業療法士等）。訪問支援経験者が望ましい。

研修の主題は、包括型地域生活支援プログラム（ACT）の定着のためのプログラムです。

### 《地域精神科モデル医療研修シリーズ》

#### 第6回 アウトリーチによる地域ケアマネジメント（福祉型）研修

本研修は、精神障害者・知的障害者の安定した地域生活の支援、退院促進を目指したアウトリーチによる地域ケアマネジメント、障害者自立支援法上の相談支援、訪問による生活訓練の実践を普及させるため、必要な技術や課題の修得を目的とする。

対象は、障害者自立支援法における社会福祉サービスの事業者、医療機関、市町村等に属する医療・社会福祉従事者（精神保健福祉士、社会福祉士、臨床心理業務に従事する者、保健師、看護師、作業療法士、医師等）です。

研修の主題は、アウトリーチによる地域ケアマネジメントのスキル向上プログラムです。

### 《地域精神科モデル医療研修シリーズ》

#### 第2回 医療における個別就労支援研修

入院中心の医療を地域生活中心の医療に転換するためには、「症状緩和のための医療」を「その人の生活の充実に役に立つ医療」に転換していく必要がある。「働きたい」精神障害者が実際に就職できるような支援を、医療機関が積極的に関与しながら展開することは、この目的のために重要な課題である。本研修は科学的根拠のある実践である、個別職場定着とサポート（IPS：individual Placement and Support）の概念を中心に、医療機関を中心とした就労支援のあり方を検討する。

対象者は、精神科医療機関で臨床に従事しており、利用者の就労支援に関心を持つ者（医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士など）、および医療機関と密接な関係をもちながら精神障害者の個別就労支援に既に従事している者（集団プログラム等のみの支援は除く）です。

研修の主題は、個別職場定着とサポート（IPS：individual Placement and Support）の就労支援の原則を学び、そこから精神科デイケアを中心とした、個別就労支援のありかたや、医療機関が周囲の就労支援機関と組む場合のありかたについて検討することです。

#### 第2回 司法精神医学ワンデイセミナー

司法精神医学ワンデイセミナーでは毎年、司法精神医学をめぐるトピックを1つとりあげた研修をします。今回は、初心者のための刑事責任能力鑑定の入門講座を行います。

対象者は、刑事責任能力に関する精神鑑定について、これから学び、鑑定を行っていききたいと考えている精神科医（精神鑑定のビギナー；いわゆる本鑑定の経験がない、もしくは1、2件程度のかた）です。

研修の主題は、刑事責任能力鑑定を行うために必要となる初歩的な知識と技能の習得です。

## 第 28 回 薬物依存臨床医師研修

### 第 16 回 薬物依存臨床看護等研修

国内外の薬物乱用・依存をめぐる情勢を考慮すると、我が国の精神医療、精神保健の中での薬物依存問題はますます重要性を増していると考えられる。そのため、薬物依存に関心を持つ医師、看護師等を対象に、薬物依存の概念・現状理解、基礎知識、臨床的対応法にわたる研修を行い、薬物依存の診断、治療及び予防に資することを目的とする。薬物依存症者に対する認知行動療法実施の際の前提となる基礎知識を提供します。

対象者は精神科病院、精神保健福祉センター等に勤務する医師、看護師等です。

研修の主題は、薬物依存症概念の理解と薬物依存症に対する臨床的対応の普及です。

### 第 5 回 心理職自殺予防研修

本研修は、専門性を生かして自殺予防に関わる重要性を理解し、自殺に傾いた人や自殺で遺された人に適切に対応できるようになることを目的とする。

対象は、自治体、関係団体、企業等で対人支援に携わる心理職の方です。

研修の主題は、自殺のアセスメントと基本的対応、関連する精神科診断、薬物療法の知識、ソーシャルワーク等の基礎知識の習得です。

### 第 9 回・第 10 回 精神科医療従事者自殺予防研修

本研修は、自殺予防における精神科医療従事者の具体的な役割を理解することと、自殺の背景にある精神疾患の実態を踏まえた、総合的な精神科医療の提供、チーム医療の実現、地域連携を促すことを目的とする。

対象は、医師、看護師、精神保健福祉士、心理職等の精神科医療従事者です。

研修の主題は、精神科医療における自殺予防の取組の充実です。

### 第 7 回 発達障害精神医療研修

本研修は、一般精神医療現場や精神保健領域で出会う種々の主訴を有する思春期から成人期の精神科患者のなかで、背景に未診断あるいは臨床閾下の広汎性発達障害を有する患者の特徴や病態、その鑑別診断、そして治療上の留意点とその実際についての理解を深めるとともに、社会適応や QOL を高めることを目的とするライフステージを通じた支援システムにおける医療の役割と、他領域との連携について経験知を広げることを目指しています。受講者は、研修成果を踏まえて派遣元の自治体に還元普及することが期待されます。

対象者は、各自治体において精神医療の中核となる機関（精神科病院、総合病院精神科、精神保健福祉センター等）に勤務する精神科医です。

研修の主題は、未診断の発達障害を抱える青年・成人患者の鑑別診断と処遇法に関する幅広い臨床ニーズに対応する最新の知見。症例検討の機会を十分にとることで、教科書的な理解ではなく実践的な理解を深めて日常臨床に役立つ知識の取得を目指します。

### 第 9 回 司法精神医学研修

本研修では、医療観察法の医療の現場で必要となる最新の知見を踏まえ、またできるだけ幅広い話題をとりあげた講義を行います。一般精神医療、地域精神保健、あるいはより司法精神医学に特化した医療観察法の指定医療機関や刑務所等、さまざまな領域における臨床と研究をおこなううえで有用な知識を学ぶことを目的とします。

対象者は、指定医療機関や行刑施設、地域（保健所等）において精神医療に従事している医師、臨床心理技術者、看護師、精神保健福祉士等です。

研修の主題は、重大な他害行為を行った精神障害者に対して評価と介入を提供するために必要となる基本的な知識と技能の習得、およびその一般精神医療への応用です。

## 第 5 回 自殺予防のための自傷行為とパーソナリティ障害の理解と対応研修

本研修は、自傷を繰り返す者、あるいは、パーソナリティ障害を抱える者が自殺リスクの高い一群であることを理解し、適切に治療・対応できるようになることを目的とする。

対象は、医療機関、自治体における相談業務従事者です。

研修の主題は、自傷を繰り返す者、あるいは、パーソナリティ障害を抱える者が自殺リスクの高い一群であることを理解し、適切に治療・対応できるようになることです。

## 第 11 回 摂食障害看護研修

本研修は、摂食障害についての基礎、臨床及び疫学の修得により、摂食障害の治療と予防の質的向上を図ることを目的とする。看護師は摂食障害のチーム医療で重要な役割を果たしていることから、本研修を通じて、摂食障害患者の急増、低年齢化及び慢性例・難治例の増加に対応できる人材の養成を目指す。

対象者は、精神科、心療内科、小児科、精神保健福祉センター等に勤務する看護師および保健師、作業療法士、精神保健福祉士等です。

研修の主題は、摂食障害の病態と治療に関する最新の知見です。

## 第 6 回 薬物依存症に対する認知行動療法研修

本研修は、薬物依存症者に対する積極的な援助ができるようになるとともに、Matrix Model を参考にした包括的外来薬物依存症治療プログラムを実施するための基礎を身につけ、薬物依存症者の地域支援に資する援助技術を身につけることを目的としています。

対象者は、医療機関、行政機関、司法機関、民間回復施設等で薬物依存症者の援助に従事している者です。

研修の主題は、薬物依存症者の臨床的特徴と治療に関するエビデンスを理解し、直面化を避けた動機付け面接の重要性を理解し、ビデオ学習やデモセッションの見学を通じて、薬物依存症に対する集団認知行動療法のファシリテーションの実際を学ぶことです。なお、当研修と当センター精神保健研究所薬物依存研究部主催による「薬物依存臨床医師・看護等研修」の両方を終了した者に対しては、薬物依存研究部より、「薬物依存専門課程修了認定書」を授与します。

## 第 9 回 犯罪被害者メンタルケア研修

本研修は、犯罪被害者等基本法の成立に伴い、精神科医療機関に求められている犯罪被害者・遺族への適切な対応を行うために必要な基本的知識と治療対応について修得することを目的とする。

対象者は、精神科医療機関、精神保健福祉センター、保健所、犯罪被害者支援関連機関に勤務する医療・臨床心理、福祉業務従事者（医師、精神保健福祉士、臨床心理業務に従事する者、保健師、看護師、社会福祉士等）です。

研修の主題は、犯罪被害者・遺族の心理についての基本的な知識、および臨床現場での適切な治療対応です。

## 第 18 回 発達障害支援医学研修

本研修は、都道府県における発達障害支援の拠点的医療機関の小児科・小児神経科医師等を対象として、研修修了後に各地域において指導的な立場から、発達障害支援に関する情報や技能をスタッフ・当事者に伝達できるようになることを目的とする。

対象者は、病院、保健所、発達障害支援センター等に勤務し、発達障害に関心を有する医師、特に指導について責任的立場にある者です。

研修の主題は、発達障害児に対する医学的介入と心理社会的支援の実際です。

## 平成 26 年度精神保健に関する技術研修課程実施計画表

研修日程	課程名	応募方法	願書締切日	受講料	会場	定員	主任
			願書作成（WEB登録）期間				副主任
平成 26 年 6月12日(木)～13日(金)	(第8回) 精神科医療評価・均てん化研修	WEB のみ	4月24日(木) 4/3(木)～4/24(木)	15,000	小平市	40	伊藤 弘人
6月19日(木)～20日(金)	(第9回) 発達障害早期総合支援研修	WEB 登録後 郵送	4月17日(木) 3/24(月)～4/14(月)	無料	小平市	50	神尾 陽子 高橋 秀俊
7月2日(水)～3日(木)	(第17回) 発達障害支援医学研修	WEB 登録後 郵送	5月1日(木) 4/7(月)～4/28(月)	無料	小平市	60	稲垣 真澄 太田 英伸 軍司 敦子
7月30日(水)～31日(木)	(第51回) 精神保健指導課程研修	WEB のみ	6月5日(木) 5/15(木)～6/19(木)	20,000	小平市	60	竹島 正 立森 久照 西 大輔
8月19日(火)～20日(水)	(第8回) 自殺総合対策企画研修	WEB のみ	6月26日(木) 6/5(木)～6/26(木)	12,000	府中市	100	竹島 正 松本 俊彦 川野 健治 山内 貴史
8月26日(火)～29日(金)	(第12回) 摂食障害治療研修	WEB 登録後 郵送	6月26日(木) 6/2(月)～6/23(金)	24,000	小平市	40	安藤 哲也 菊地 裕絵
《地域精神科 モデル医療研修シリーズ》 9月2日(火)～5日(金)	(第12回) ACT・他職種アウトリーチ研修	WEB 登録後 郵送	7月3日(木)	25,000	千代田区	各 20	伊藤順一郎
	(第6回) アウトリーチによる地域ケアマネジメント (福祉型) 研修		6/9(月)～6/30(月)				佐藤さやか
	(第2回) 医療における個別就労支援研修						山口 創生
9月6日(土)	(第2回) 司法精神医学ワンデイセミナー	WEB 登録後 郵送	7月8日(火) 6/13(金)～7/4(金)	10,000	小平市	25	岡田 幸之 菊池安希子 安藤久美子
9月9日(火)～12日(金)	(第28回) 薬物依存臨床 医師研修	WEB 登録後 郵送	7月10日(木) 6/16(月)～7/7(月)	24,000	小平市	20	和田 清 松本 俊彦 船田 正彦
9月9日(火)～12日(金)	(第16回) 薬物依存臨床 看護等研修	WEB 登録後 郵送	7月10日(木) 6/16(月)～7/7(月)	24,000	小平市	30	和田 清 松本 俊彦 船田 正彦
9月16日(火)～17日(水)	(第5回) 心理職自殺予防研修	WEB のみ	7月24日(木) 7/3(木)～7/24(木)	無料	府中市	70	川野 健治 松本 俊彦
9月16日(火)～17日(水)	(第9回) 精神科医療従事者自殺予防研修	WEB のみ	7月24日(木) 7/3(木)～7/24(木)	無料	府中市	70	藤森麻衣子 竹島 正 山内 貴史
9月24日(水)～9月26日(金)	(第7回) 発達障害 精神医療研修	WEB のみ	8月7日(木) 7/17(木)～8/7(木)	無料	新宿区	50	神尾 陽子 高橋 秀俊
10月28日(火)～29日(水)	(第9回) 司法精神医学研修	WEB 登録後 郵送	8月28日(木) 8/4(月)～8/25(月)	12,000	小平市	50	岡田 幸之 菊池安希子 安藤久美子
11月4日(火)～5日(水)	(第5回) 自殺予防のための自傷行為とパーソナリ ティ障害の理解と対応研修	WEB のみ	9月11日(木) 8/21(木)～9/11(木)	無料	府中市	100	松本 俊彦 川野 健治 藤森麻衣子 山内 貴史
11月5日(水)～7日(金)	(第11回) 摂食障害看護研修	WEB 登録後 郵送	9月4日(木) 8/11(月)～9/1(月)	18,000	小平市	40	安藤 哲也 菊地 裕絵
11月11日(火)～12日(水)	(第6回) 薬物依存症に対する 認知行動療法研修	WEB 登録後 郵送	9月11日(木) 8/18(月)～9/8(月)	15,000	小平市	60	松本 俊彦 和田 清
12月2日(火)～3日(水)	(第10回) 精神科医療従事者自殺予防研修	WEB のみ	10月9日(木) 9/18(木)～10/9(木)	無料	未定	80	竹島 正 松本 俊彦 川野 健治 藤森麻衣子
平成 27 年 1月19日(月)～21日(水)	(第9回) 犯罪被害者 メンタルケア研修	WEB のみ	11月27日(木) 11/6(木)～11/27(木)	15,000	小平市	40	金 吉晴 中島 聡美
1月28日(水)～29日(木)	(第18回) 発達障害支援 医学研修	WEB 登録後 郵送	11月27日(木) 11/3(月)～11/24(月)	無料	小平市	60	稲垣 真澄 太田 英伸 軍司 敦子

\*最新情報は、ホームページにて御確認ください。

# 一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会 定款

## 第 1 章 総 則

(名 称)

第 1 条 この法人は、一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会という。

(事務所)

第 2 条 この法人は、主たる事務所を東京都小平市小川東町 4 丁目 1 番 1 号に置く。

## 第 2 章 目的及び事業

(目的・事業)

第 3 条 この法人は、各都道府県精神保健福祉協会及び精神衛生協会又は協議会（以下「地方協会等」という。）間の連絡を図り、もって精神保健福祉の普及発展に資することを目的とする。

## 第 3 章 会 員

(会 員)

第 4 条 この法人の会員は、地方協会等の長とする。

2 前項の会員をもって、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「一般法人法」という。）上の社員とする。

(入 会)

第 5 条 会員となるには、理事会において別に定めるところにより、入会の申し込みを行うものとする。

(経費の負担)

第 6 条 この会の経費は、地方協会等の分担金その他をもってあてる。

(退 会)

第 7 条 会員は、いつでも退会届を提出して退会することができる。

(除 名)

第 8 条 会員が次の各号の一に該当する場合には、総会の決議によって当該会員を除名することができる。

- (1) この定款その他の規則に違反したとき。
- (2) この法人の名誉を毀損し、又は目的に反する行為をしたとき。
- (3) その他、除名すべき正当な事由があるとき。

(会員資格の喪失)

第 9 条 前 2 条の場合のほか、会員は、次に掲げる事由によって資格を喪失する。

- (1) 総会員の同意があったとき。
- (2) 当該会員が所属する地方協会等が解散したとき。

## 第 4 章 総 会

(構 成)

第 10 条 総会は、すべての会員をもって構成する。

2 前項の総会をもって、一般法人法上の社員総会とする。

(権 限)

第11条 総会は、次の事項について決議する。

- (1) 会員の除名
- (2) 理事及び監事の選任又は解任
- (3) 理事及び監事の報酬等の額
- (4) 貸借対照表及び正味財産増減計算書の承認
- (5) 定款の変更
- (6) 解散及び残余財産の処分
- (7) その他総会で決議するものとして法令又はこの定款で定められた事項

(開 催)

第12条 この法人の総会は、定時総会及び臨時総会とする。定時総会は、毎事業年度の終了後一定の時期に開催し、臨時総会は、必要に応じて開催する。

(招 集)

第13条 総会は、法令に別段の定めがある場合を除き、理事会の決議に基づき会長が招集する。

- 2 総会員の議決権の5分の1以上の議決権を有する会員は、会長に対し、総会の目的である事項及び招集の理由を示して、総会の招集を請求することができる。
- 3 総会を招集するには、会長は、総会の日の2週間前までに、会員に対して必要事項を記載した書面をもって通知する。

(議 長)

第14条 総会の議長は、会長とする。

(議決権)

第15条 会員は、総会において各1個の議決権を有する。

(決 議)

第16条 総会の決議は、法令又はこの定款に別段の定めがある場合を除き、総会員の議決権の過半数を有する会員が出席し、出席した当該会員の議決権の過半数をもって行う。

- 2 前項の規定にかかわらず、次の決議は、総会員の議決権の3分の2以上に当たる多数をもって行う。
  - (1) 会員の除名
  - (2) 監事の解任
  - (3) 定款の変更
  - (4) 解 散
  - (5) その他法令で定められた事項
- 3 理事又は監事を選任する議案を決議する場合には、候補者ごとに第1項の決議を行わなければならない。理事又は監事の候補者の合計数が第20条に定める定数を上回るときは、過半数の賛成を得た候補者の中から得票数の多い順に定数の枠に達するまでの者を選任することとする。

(書面による議決権行使)

第17条 総会に出席できない会員は、議決権行使書をもって議決権を行使することができる。この場合においては、その議決権の数を前条の議決権の数に算入する。

(議決権の代理行使)

第18条 会員は、委任状その他の代理権を証明する書面を会長に提出して、代理人によって議決権を行使することができる。この場合において、第16条の規定の適用については、その会員は出席したものとみなす。

(議事録)

第19条 総会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成し、会長及び理事1名がこれに記名押印するものとする。

## 第 5 章 役 員

### (役 員)

第 20 条 この法人に次の役員を置く。

- (1) 理事 8 名以上 15 名以内
- (2) 監事 2 名
  - 2 理事のうち 1 名を会長とする。
  - 3 理事のうち 2 名を副会長とする。
  - 4 理事のうち 3 名以内を常務理事とする。
  - 5 2 項の会長をもって、一般法人法上の代表理事とし、3 項の副会長及び 4 項の常務理事をもって一般法人法上の業務執行理事とする。

### (理事の制限)

第 21 条 理事のうち、理事のいずれかの 1 名とその配偶者又は三親等内の親族その他特別の関係にある者の合計数は、理事総数の 3 分の 1 を超えてはならない。

### (役員を選任)

第 22 条 理事は、別表に掲げる都道府県の地区ごとに、当該地区内の地方協会等の協議により、地方協会等の役員のうちから 1 名の推薦を受け、総会の決議によって選任する。

- 2 前号の理事のほか、精神保健福祉に関し学識経験のある者若干名を総会の決議を得て理事として選任することができる。
- 3 会長、副会長及び常務理事は、理事会の決議によって選定する。  
ただし、役員が構成されない場合は、総会の決議により決定することができる。
- 4 監事は、地方協会等の役員のうちから総会の決議により選出する。
- 5 理事及び監事は、相互にこれを兼ねることができない。

### (理事の職務及び権限)

第 23 条 理事は、理事会を組織し、法令及びこの定款で定めるところにより、会務の執行を決定する。

- 2 会長は、この会を統括し、この法人を代表する。
- 3 副会長は、会長を補佐するとともに、会務を執行する。
- 4 常務理事は、会長及び副会長を補佐し、常務理事会を組織して会務を執行する。
- 5 会長及び副会長・常務理事は、毎事業年度に 4 カ月を超える間隔で二回以上、自己の職務の執行の状況を理事会に報告しなければならない。

### (監事の職務及び権限)

第 24 条 監事は、理事の職務の執行を監査し、法令で定めるところにより、監査報告を作成する。

- 2 監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、この法人の業務及び財産の状況の調査をすることができる。

### (役員任期)

第 25 条 理事の任期は、選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。ただし、再任を妨げない。

- 2 監事の任期は、選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時総会の終結の時までとする。ただし、再任を妨げない。
- 3 補欠として選任された理事又は監事の任期は、前任者の任期の満了する時までとする。
- 4 理事又は監事は、第 20 条に定める定数に足りなくなるときは、辞任又は任期満了後においても、新たに選任された者が就任するまでは、なお理事又は監事としての権利義務を有する。

(役員解任)

第26条 理事及び監事は、総会の決議によって解任することができる。

(報酬等)

第27条 理事及び監事は、無報酬とする。ただし、常勤の理事及び監事に対しては、総会において定める総額の範囲内で、総会において別に定める報酬等の支給の基準に従って算定した額を、報酬等として支給することができる。

## 第6章 理事会

(構成)

第28条 この法人に、理事会を置く。

2 理事会は、すべての理事で構成する。

(権限)

第29条 理事会は、次に掲げる職務を行う。

- (1) 事業計画、予算の作成その他この法人の会務執行の決定
- (2) 理事の会務の執行の監督
- (3) 会長、副会長及び常務理事の選定及び解職

(招集)

第30条 理事会は、会長が招集する。

- 2 理事会を招集する者は、理事会の日時、場所、目的、その他必要な事項を記載した書面をもって、理事会の日の1週間前までに、各理事及び各監事に対してその通知を発しなければならない。
- 3 前項の規定にかかわらず、理事会は、理事及び監事の全員の同意があるときは、招集の手続きを経ることなく開催することができる。

(議長)

第31条 理事会の議長は、会長とする。

(決議)

第32条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

- 2 前項の規定にかかわらず、理事が理事会の決議の目的である事項について提案をした場合において、その提案につき議決に加わることができる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、監事はその提案について異議を述べたときを除き、その提案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。

(議事録)

第33条 理事会の議事については、法令で定めるところにより、議事録を作成する。

- 2 会長及び監事は、前項の議事録に署名し、又は記名押印する。

(常務理事会)

第34条 常務理事会は、必要の都度会長がこれを招集し、議長となる。

## 第7章 顧問

(顧問)

第35条 この会に顧問若干名を置くことができる。

- 2 顧問は、総会及び理事会の推薦により、会長が委嘱する。

## 第 8 章 資産及び会計

(事業年度)

第 36 条 この法人の事業年度は、毎年 4 月 1 日から翌年 3 月 31 日までとする。

(事業報告及び決算)

第 37 条 事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、会長が次の書類を作成し、監事の監査を受けた上で、理事会の承認を経て、総会に提出し、第 1 号の書類についてはその内容を報告し、第 2 号及び第 3 号の書類については承認を受けなければならない。

(1) 事業報告

(2) 貸借対照表

(3) 正味財産増減計算書

2 前項の書類のほか、監査報告を主たる事務所に 5 年間備え置くとともに、定款、会員名簿を主たる事務所に備え置くものとする。

(剰余金の処分制限)

第 38 条 この法人は、会員その他の者に対し、剰余金の分配をすることができない。

## 第 9 章 定款の変更及び解散

(定款の変更)

第 39 条 この法人は、総会の決議によって、定款を変更することができる。

(解 散)

第 40 条 この法人は、総会の決議その他法令で定められた事由により解散する。

(残余財産の帰属)

第 41 条 この法人が清算するときに有する残余財産は、総会の決議を経て、国もしくは地方公共団体、又は公益社団法人もしくは公益財団法人、又は公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第 5 条 17 号に掲げる法人に帰属させるものとする。

## 第 10 章 公告の方法

(公告の方法)

第 42 条 この法人の公告方法は、電子公告とする。

## 第 11 章 職 員

(職 員)

第 43 条 この会に職員若干名を置き、会長が任免する。

## 第 12 章 雑 則

(細 則)

第 44 条 この定款施行について必要な事項は、理事会の決議を経て会長がこれを定める。

附 則

1. この定款は、この法人の成立の日から施行する。
2. この法人の設立当初の事業年度は、第 36 条の規定にかかわらず、この法人の成立の日から平成 25 年 3 月 31 日までとする。
3. この法人の設立時会員の氏名及び住所は次のとおりとする。

< 必要的記載事項 >

4. この法人の設立時理事は、次に掲げる者とする。
  
5. この法人の設立時監事は、次に掲げる者とする。

別 表

地 区	所 属 す る 都 道 府 県
北 海 道	北海道
東 北	青森県 岩手県 宮城県 秋田県 山形県 福島県 新潟県
関東甲信	茨城県 栃木県 群馬県 埼玉県 千葉県 東京都 神奈川県 山梨県 長野県
東海北陸	静岡県 愛知県 岐阜県 三重県 富山県 石川県 福井県
近 畿	滋賀県 京都府 大阪府 兵庫県 奈良県 和歌山県
中 国	鳥取県 島根県 岡山県 広島県 山口県
四 国	徳島県 香川県 愛媛県 高知県
九 州	福岡県 佐賀県 長崎県 熊本県 大分県 宮崎県 鹿児島県 沖縄県

# 一般社団法人 全国精神保健福祉連絡協議会役員名簿

平成26年7月1日現在

区分	会長名	所属	〒	所在地	TEL	
会長	吉川 武彦	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所名誉所長 (清泉女学院大学・清泉女学院短期 大学学長)	187-8553	小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	042-341-2711	
副会長	竹島 正	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所部長	187-8553	小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	042-341-2711	
	松岡 洋夫	(社)宮城県精神保健福祉協会会長	989-6117	大崎市古川旭 5 丁目 7-20 宮城県精神保健福祉センター内	0229-23-0021	
理事	北海道	花井 忠雄	北海道精神保健協会会長	003-0029	札幌市白石区平和通 17 丁目北 1-13 こころのリカバリー総合支援センター内	011-861-6353
	東北	松岡 洋夫	(副会長)			
	関東甲信	水野 雅文	東京都精神保健福祉協会会長	143-8541	大田区大森西 6-11-1 東邦大学医学部精神神経医学講座内	03-3762-4151 (6770)
	東海北陸	加藤 正武	静岡県精神保健協会会長	422-8031	静岡市駿河区有明町 2-20 静岡総合庁舎別館 4 階	054-202-1220
	近畿	高橋 幸彦	(社)大阪精神保健福祉協会会長	591-8003	堺市北区船堂町 2-8-7 大阪精神科病院協会内	072-255-5611
	中国	藤田 健三	(社)岡山県精神保健福祉協会会長	703-8278	岡山市中区古京町 1-1-10-101 岡山県立精神保健福祉センター内	086-273-0640
	四国	大森 哲郎	徳島県精神保健福祉協会会長	770-8570	徳島市万代町 1-1 徳島県保健福祉部健康増進課内	088-621-2225
	九州	神庭 重信	福岡県精神保健福祉協会会長	816-0804	春日市原町 3-1-7 福岡県精神保健福祉センター内	092-584-8720
	学識 経験者	高畑 隆	(社)埼玉県精神保健福祉協会顧問	362-0806	北足立郡伊奈町小室 818-2 県立精神保健福祉センター企画広報担当内	048-723-5331
監事	丸山 晋	ルーテル学院大学大学院総合人間 学研究科教授	181-0015	三鷹市大沢 3-10-20	0422-31-4682	
	日下 忠文	千葉県精神保健福祉協議会	260-0801	千葉市中央区仁戸名町 357-11 千葉県精神保健福祉センター内	080-7000-2093	
顧問	浅井 昌弘	(財)井之頭病院名誉院長	181-8531	三鷹市上連雀 4-14-1 (財)井之頭病院	0422-44-5331	
	中尾 弘之	福岡県精神保健福祉協会名誉会長	838-0823	朝倉郡筑前町大久保 500 朝倉記念病院	0946-22-1011	
	佐藤 壹三	千葉県精神保健福祉協会顧問	260-0801	千葉市中央区仁戸名町 357-11 千葉県精神保健福祉センター内	080-7000-2093	
	大塚 俊男	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所名誉所長	178-8553	小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	042-346-1942	
	現職所長	国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所所長	178-8553	小平市小川東町 4-1-1 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所	042-346-1942	

# 地方精神保健福祉協議会名簿

平成26年7月1日現在

地区	名称	会長名	〒	所在地	T E L	F A X
東北	北海道精神保健協会	花井 忠雄	003-0029	札幌市白石区平和通 17丁目北 1-13 こころのリカバリー総合支援センター内	011-861-6353	011-861-6330
	青森県精神保健福祉協会	中村 和彦	038-0031	青森市大字三内字沢部 353-92 青森県立精神保健福祉センター内	017-787-3951	017-787-3956
	岩手県精神保健福祉協会	酒井 明夫	020-0015	盛岡市本町通 3-19-1 岩手県精神保健福祉センター内	019-629-9617	019-629-9603
	(社)宮城県精神保健福祉協会	松岡 洋夫	989-6117	大崎市古川旭 5丁目 7-20 宮城県精神保健福祉センター内	0229-23-0021	0229-23-0388
	秋田県精神保健福祉協会	清水 徹男	010-0922	秋田市旭北栄町 1-5 秋田県社会福祉会館 4階	018-864-5011	018-864-5011
	山形県精神保健福祉協会	大谷 浩一	990-0021	山形市小白川町 2-3-30 山形県精神保健福祉センター内	023-624-1217	023-624-1656
	福島県精神保健福祉協会	矢部 博興	960-8012	福島市御山町 8-30 福島県精神保健福祉センター内	024-535-3556	024-533-2408
関東甲信	新潟県精神保健福祉協会	染矢 俊幸	950-0994	新潟市中央区上所 2-2-3 新潟県精神保健福祉センター内	025-280-0111	025-280-0112
	茨城県精神保健協会	池田 八郎	310-0852	水戸市笠原町不動産 993-2 茨城県精神保健福祉センター内	029-241-3352	029-241-3352
	(財)栃木県精神衛生協会	青木 公平	320-0032	宇都宮市昭和 2-2-7	028-622-7526	028-622-7879
	群馬県精神保健福祉協会	福田 正人	379-2166	前橋市野中町 368 群馬県こころの健康センター内	027-263-1166	027-261-9912
	(社)埼玉県精神保健福祉協会	山内 俊雄	362-0806	北足立郡伊奈町小室 818-2 埼玉県立精神保健福祉センター企画広報担当内	048-723-5331	048-723-5331
	千葉県精神保健福祉協議会	日下 忠文	260-0801	千葉市中央区仁戸名町 666-2 千葉県精神保健福祉センター内	080-7000-2093	043-265-3963
	東京都精神保健福祉協議会	水野 雅文	143-8541	東京都大田区大森西 6-11-1 東邦大学医学部精神神経医学講座内	03-3762-4151(6770)	03-5471-5774
東海北陸	(社)神奈川県精神保健福祉協会	西井 華子	233-0006	横浜市港南区芹が谷 2-5-2 神奈川県立精神保健福祉センター内	045-821-8822	045-821-1711
	山梨県精神保健協会	松井 紀和	400-0005	甲府市北新 1-2-12 山梨県福祉プラザ 3F 山梨県立精神保健福祉センター内	055-254-8645	055-254-8647
	長野県精神保健福祉協議会	渡辺 啓一	380-0928	長野市若里 7-1-7 長野県精神保健福祉センター内	026-227-1810	026-227-1170
	静岡県精神保健協会	加藤 正武	422-8031	静岡市駿河区有明町 2-20 静岡総合庁舎別館 4階	054-202-1220	054-202-1220
	愛知県精神保健福祉協会	尾崎 紀夫	460-0001	名古屋市中区三の丸 3-2-1 愛知県精神保健福祉センター内	052-962-5377	052-962-5375
	岐阜県精神保健福祉協会	山村 均	500-8385	岐阜市下奈良 2-2-1 岐阜県・福祉農業会館 3F	058-273-5720	058-273-5720
	三重県精神保健福祉協議会	岡田 元宏	514-8567	津市桜橋 3-446-34 三重県津庁舎保健所棟 2F	059-223-5241	059-223-5242
東海北陸	(社)富山県精神保健福祉協会	高柳 功	930-0887	富山市五福 474-2 ゆりの木の里内	076-433-0383	076-433-0383
	石川県精神保健福祉協会	越野 好文	920-8201	金沢市鞍月東 2-6 こころの健康センター内	076-238-5761	076-238-5762
	福井県精神保健福祉協会	福田 優	910-0005	福井市大手 3-7-1 織協ビル 2F 福井県精神保健福祉センター内	0776-26-7100	0776-26-7300

地区	名 称	会 長 名	〒 所 在 地	T E L	F A X
近畿	滋賀県精神保健福祉協会	山田 尚登	525-0072 草津市笠山 8-4-25 滋賀県立精神医療センター内	077-567-5250	077-567-5250
	(社)京都精神保健福祉協会	林 拓二	602-8143 京都市上京区堀川通丸太町下る西入仲之町 519 京都社会福祉会館 4階	075-822-3051	075-822-3051
	(社)大阪精神保健福祉協議会	高橋 幸彦	591-8003 堺市北区船堂町 2-8-7 大阪精神科病院協会内	072-255-5611	072-255-5611
	兵庫県精神保健福祉協会	中井 久夫	651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通 1-3-2 兵庫県立精神保健福祉センター内	078-252-4980	078-252-4981
	和歌山県精神保健福祉協会	西本香代子	640-8319 和歌山市手平 2-1-2 県民交流プラザ 和歌山ビッグ愛	073-435-5194	073-435-5193
中国	鳥取県精神保健福祉協会	内海 敏	680-0901 鳥取市江津 318-1 鳥取県立精神保健福祉センター内	0857-21-3031	0857-21-3034
	島根県精神保健福祉協会	堀口 淳	690-0011 松江市東津田町 1741-3 いきいきプラザ島根 2 F 島根県立心と体の相談センター内	0852-32-5905	0852-32-5924
	(社)岡山県精神保健福祉協会	藤田 健三	703-8278 岡山市中区古京町 1-1-10-101 岡山県立精神保健福祉センター内	086-273-0640	086-272-8881
	(社)広島県精神保健福祉協会	山脇 成人	739-0323 広島市安芸区中野東 4-11-13 瀬野川病院内	082-893-6242	082-893-6242
	山口県精神保健福祉協会	渡辺 義文	747-0801 防府市駅南町 13-40 山口県立精神保健福祉センター内	0835-27-3480	0835-27-4457
四国	徳島県精神保健福祉協会	大森 哲郎	770-8570 徳島市万代町 1-1 徳島県保健福祉部健康増進課内	088-621-2225	088-621-2841
	香川県精神保健福祉協会	中村 祐	760-8570 高松市番町 4-1-10 香川県健康福祉部障害福祉課内	087-832-3294	087-806-0209
	愛媛県精神保健福祉協会	上野 修一	790-8570 松山市一番町 4-4-2 愛媛県保健福祉部健康増進課内	089-934-5714	089-912-2399
	高知県精神保健福祉協会	明神 和弘	780-0850 高知市丸ノ内 1-2-20 高知県地域福祉部障害保健福祉課内	088-823-9669	088-823-9260
九州	福岡県精神保健福祉協会	神庭 重信	816-0804 春日市原町 3-1-7 福岡県精神保健福祉センター内	092-584-8720	092-584-8720
	佐賀県精神保健福祉協会	門司 晃	845-0001 佐賀県小城市小城町 178-9 佐賀県精神保健福祉センター内	0952-73-5060	0952-73-3388
	(社)長崎県精神保健福祉協会	小澤 寛樹	852-8114 長崎市橋口町 10-22 長崎子ども・女性・障害者支援センター精神 保健福祉課内	095-846-5115	095-846-8920
	(社)熊本県精神保健福祉協会	池田 学	862-0920 熊本市月出 3-1-120	096-285-6884	096-285-6885
	大分県精神保健福祉協会	瀧野 耕三	870-1155 大分市玉沢平石 908 大分県こころとからだの相談支援センター内	097-541-5276	097-541-6627
	宮崎県精神保健福祉連絡協議会	高宮 真樹	880-0032 宮崎市霧島 1-1-2 宮崎県精神保健福祉センター内	0985-27-5663	0985-27-5276
	鹿児島県精神保健福祉協議会	吉牟田 直	890-0021 鹿児島市小野 1-1-1 鹿児島県精神保健福祉センター内	099-218-4755	099-228-9556
(財)沖縄県精神保健福祉協会	中山 勲	901-1104 島尻郡南風原町宮平 212-3 沖縄県立総合精神保健福祉センター内	098-888-1396	098-888-1396	

〒187-8553 東京都小平市小川東町4-1-1  
一般社団法人全国精神保健福祉連絡協議会事務局  
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター  
精神保健研究所 精神保健計画研究部内

TEL 042-345-6608

FAX 042-345-6608



一般社団法人

全国精神保健福祉連絡協議会