

# JAMHP NEWS 53号



日本精神保健福祉政策学会

2018年 春

## 松下昌雄先生追悼の悲しみ

鈴木 二郎 (日本精神保健福祉政策学会理事長  
日本外来臨床精神医学会前理事長)

平成30年5月8日朝、松下昌雄先生が急逝された。大動脈出血であったとのことである。悲報は、私の元に翌日石山淳一先生から届き、私は絶句してしばらく声が出なかった。未だに先生のことを思うと、声はおろか、何をしても手が止まってしまう。

両学会には、石山先生が連絡して下さり、ただ私は、東大精神科教室に連絡した。

お通夜は、5月11日、御葬儀は、同12日、新宿区落合の最勝寺で執り行われた。参列者は、ここ1,2年、先生が、活動を控えておられたせい、数十人ほどであったが、多数の供花が届けられた。葬儀のお見送りの際のお顔は、生前のいつも通りの穏やかな表情をしておられ、私は、つい「ああ、松下先生、これから」と声を掛けそうになった。

先生との交友は、1998年6月の日本精神神経学会(JSPN)理事会のときに始まる。私が理事長に選出され、先生は、日本精神科診療所協会から、初めて前久保邦昭先生と理事会に加われ、会計担当理事に就任された。当時の学会は、学会動乱の続きの頃で、会員数約6千人、しかも会費納入率不良で大変なご苦勞をなさっておられた。

さらに私が、アジアで初めての世界精神医学会(WPA)を横浜で開催することを、北京で引き受けたもので、先生にはそちらの財務担当委員の仕事がどっと重なった。さらに2001年学会理事会の構成が変わり、学会とWPA運営委員会との関係が微妙に変化し、とくに開催費と余剰金の問題で先生が大変なご苦勞をされた。WPAは大成功に終

わったが、先生の縁の下のご努力によるところが大きかった。のちに先生は、「WPAは、大変だったけれども、運営に携われたことは幸せだった」と述懐されていた。

このJSPNとWPA以後、私は、先生が関わられた、日本外来臨床精神医学会設立、秋元波留守夫先生創立の日本精神保健福祉政策学会の運営のお手伝いをした。JSPNとWPAの際に先生が私を支えてくださったことへのお礼のつもりであった。それが未だに両学会の後の運営をお引き受けすることになり、不十分な結果になっていることを申し訳なく思っている。

先生とは、こうした会の運営だけでなく、さまざまな機会にご一緒した。先生は、ゴルフの達人で、秋元杯をはじめ、亡くなられた関谷透先生達と何度も私を誘ってくださった。関谷、松下両先生は、北大同窓の親友であったが、松下先生は、関谷先生の豪快なプレーと違い、いつも巧みなプレーで少ないスコアで上がられていた。実は先生は、飲酒されないのであるが、私とよくご一緒していただいた。このお二方との楽しかった日々を思うと、胸が塞がれる思いがする。故関谷先生の追悼の集まりでも申し上げたのであるが、この弔文では、更に関谷、松下両先達と、北海道の広々としたゴルフ場で、内村、秋元両偉人を偲んで語り合いたい思いが増すばかりである。

最後に先生を支えられた、奥方、お子様方にも衷心からのお悔やみを申し上げる。

平成30年6月30日

合掌

### 東京都立松沢病院行動制限最小化の試み

齋藤 正彦（東京都立松沢病院院長）

松沢病院は2012年の新棟開設後、行動制限の最小化に取り組んできました。まず最初に、拘束の削減、一昨年からは、病棟における患者さんの持ち物や行動の制限最小化、そしてこれから、保護室使用の最小化に取り組むこととなります。

2011年には、1日平均130人の患者さんが拘束帯による身体拘束（胴、上肢、下肢等）、79人が車いすベルト、48人がミトンを使用していましたが、2017年には身体拘束22.8人（83%減）、車いすベルト0人（100%減）、ミトン6.9人（86%減）にまで減少しました。病棟群別にみると、救急・急性期病棟群が1日平均13人（2011年）から2.1人（2017年）、慢性病棟群が45.3人から0.8人、認知症病棟群が15.7人から1.3人、身体合併症病棟群が56.3人から18.6人です。つまり、現在、松沢病院では慢性患者さんや認知症の患者さんに対しては転倒防止を含めて、ほとんど拘束は行われていません。

当院の救急・急性期病棟群の中には、24時間365日、救急患者を受け入れる病棟があり、ここでは、夜間、休日は緊急措置入院をすべて受け入れています。この病棟に2012年度に入院した緊急措置入院患者の拘束率は66%でしたが、現在は2%を切っています。しかもこの間、入院時の経静脈的な鎮静の件数も有意に減少し、もう一つ、予期せぬ効果として、患者さんが納得して向精神薬を経口服薬してくれるまでの期間が有意に短縮したのです。つまり、救急・急性期病棟群では、「拘束しない」という医師や看護師の覚悟が、興奮し、混乱している患者さんと誠実に向き合うという行動として現れ、そうした職員の側の変化が、救急急性期の患者さんに対して、治療的に作用したのだらうと思います。これは、現場で働く職員にとって非常に大きな福音でした。この成果は、今年秋、沖縄で開催される日本精神科救急学会で当院の江

越正俊医師が発表をします。呉秀三先生時代の記録によれば、呉先生が拘束帯を焼き払い、その使用を禁止した後、隔離室を使う患者さんの数が減っています。このことは、私たちが今経験している、拘束最小化の効果とも通じるところがあるように思います。

もう一つ、合併症病棟における拘束最小化のプロセスにも触れておきたいと思います。当院には4つの合併症病棟があります。内科、外科、整形外科、脳外科、麻酔科の医師と、精神科医が共働で仕事をしています。松沢病院の合併症医療は、総合病院の病棟で、精神科医が身体科医や看護スタッフの注文に応じて、患者さんに対して精神医学的な処置をするいわゆるリエゾンとは根本的に異なります。松沢病院では、精神科医が入院当初から担当の身体科医と一緒に診察にあたり、治療方針の決定にも関与します。患者さんの病状や能力に応じて、できる限り患者さんが適応できる治療方法を選択していきます。さらに、患者さんの退院後の生活の場所に応じて、処方薬や処置の方法を身体科医と相談して決めます。一人暮らしの高齢の統合失調症の患者さんに、定期的に血糖値を計測して適量のインシュリンを打て、という治療は危険です。内科医としては、糖尿病のガイドラインに沿わない治療を選択しなければならないことも多いので、しばしば軋轢が生じます。そういう時、「呼ばれたときに駆け付けるリエゾン精神科医」ではなく、「病棟にいつもいる精神科医」であることが大きな力になります。先に述べたように、合併症病棟群の拘束患者数は、この6年間で3分の1に減少しました、とはいうものの、他の病棟群と比較すれば高い拘束率です。しかし、個々の患者さんの記録を見てみると、合併症病棟群で拘束される患者さんの数は不変でも、一人の患者

さんが拘束される日数は有意に短縮しています。合併症病棟群を統括している井藤佳恵医長の研究によれば、2014年度における内科病棟の拘束率は45%、平均拘束日数は37日でしたが、2016年度には拘束率は37%、平均拘束日数は17日まで減少しました。井藤医長はこの間、松沢病院の合併症医療の改革を推進してきましたが、その活動は、先に挙げた身体科の医師とのディスカッションを通じて、精神に障害を持つ患者さんの治癒像、退院後の生活像を描き、それを目指した身体科治療を行うということのほか、重症の身体疾患を併発して他の精神科医療機関や総合病院から送られてくる精神科の患者さんに対して、入院時から、精神科医として精神医学的な治療を積極的に行うというものです。従来、身体科の治療に遠慮して、例えば肺炎やイレウスを起こした患者さんの抗精神病薬はすべて一旦停止、というのが松沢病院合併症病棟のお作法でした。しかし、これをすると、身体疾患の回復につれて患者さんの精神症状は悪化し、ますます処遇の困難度を増し、結局長時間の拘束という悪循環に陥ります。精神科医が内科や外科の治療方針に関するディスカッションに関与すると同じように、外科や内科の主治医が精神科医の治療方針に関与することによって、精神症状を悪化させずに身体合併症治療ができるようになったことが、無駄な拘束を減らす結果につながっているのだと思います。

『拘束をしない』ということが、私たちの目標ではありません。これを目標だと誤解すると薬物による鎮静が増えたり、トラブルを起こす患者を忌避したりということになります。どう言いつくらってみても、拘束は暴力です。そもそも、精神

科の強制入院というシステムも、暴力とは言わないまでも力の行使であることは間違いありません。治療者が圧倒的な力、あるいは暴力を背中に隠して、患者さんと対等に、といってもそれは虚構です。あなたが僕のいうことをさっさと聞いたら、強制はしません、言うことを聞かないなら力で制圧します、というところに、治療的コミュニケーションなど生まれようありません。私たちは、『拘束をしない』という宣言を通じて、少し、患者さんと対等に近づくことができました。でもまだ、私たちは、『安全』を言い訳にたくさんを持ち物制限や行動制限を患者さんに課しています。自己決定大いに結構、でもそれで事故があったら自己責任、それが負えないなら私たちが代わって決めます、という態度はどこまで行っても反治療的です。

私は大学で、統合失調症の患者さんには病識がない、アルツハイマー病の患者さんには病識がない、と教わりました。それから30年以上を臨床医として過ごし、私は今、強く思っています。患者さんは、私たちが症状だと思うものを病気の症状として認めない、でも、私たちは、患者さんが感じている困難、不安、絶望、困惑を理解しない、患者さんに病識がないというのなら、その反対の意味で、私たちは患者さんの苦しみに対して病識がない、と。私たちが患者さんと誠実に向き合い、患者さんが自分の苦しみ、悲しみ、困惑、絶望の一部でも治療者と分かち合えた、と思ってくれるような医療ができた時、私たちの医療は現在の水準を大きく超えて新しい地平に至ることができると信じています。

## 〈書評〉

### 『戦争とトラウマ 不可視化された日本兵の戦争神経症』

(中村江里著 吉川弘文館 2018)

松澤和正 (帝京大学)

本書は、著者の博士論文(社会学:2015)を改稿し集成されたものであるが、久しぶりに引き込まれる読書経験をした。元は博士論文なので、実証的で緻密な構成というのはある意味前提なのであろうが、そういう「堅さ」に絡めとられたまま、何が新たにわかったかを追求するばかりの書き物だったなら、さほど入れ込みもしなかっただろう。何より本書の魅力は、戦争神経症という、言わば医学的疾患と人間的苦悩とが直接せめぎ合い煩悶する状況を、生きた人間の声として再構成し訴える力をもっているところである。私自身、第二次大戦での軍隊経験のある父から、事あるごとに、いかに軍隊というところが非人間的で酷い組織であり恐ろしいところであるか、という話を聞いて育っただけに、その際抱いた鋭い刃物のような畏怖すべきイメージが、本書の至るところで具現化するような経験を抱くことにもなった。

本書で言及される戦争神経症とは、おもにいわゆる15年戦争(日中戦争から太平洋戦争にいたる戦時期)において召集された兵士に発症した戦争神経症を対象としている。そしてこの戦争神経症なるものは、歴史的には、第一次大戦期欧米の「シェル(砲弾)ショック」や「戦争神経症」に端を発するものである。「体に目立った外傷がないにもかかわらず、震えが止まらなくなり、手足が麻痺し、声が出なくなる兵士が多数出現し、それらの症状が心理的な原因で引き起こされているのではないかと考えられるようになったのである」(p2)しかし、この戦争神経症は、殊に日本(軍)においては、あってはならない病であり、不名誉な病として、いわば冷遇蔑視され、本書の副題にあるように「不可視化」されてきたのであった。そこにはもちろん、近代以降の皇国思想に浸された国民(臣民)とその軍隊の特殊なあり方が色濃く反映している。戦いにおいて、生き残ることより

も死を名誉とするような状況のなかでは、病や障害はただの足手まといでしかなく、ましてや戦争神経症なるものは、戦線離脱や恩給欲しさの軟弱な精神やそれゆえの詐病でしかないとされる。

本書では、こうした戦争神経症の歴史的・社会的・文化的な背景を丹念にたどり直しながら、そこにあったはずの戦争の残酷や悲惨や無慈悲や不条理を執拗に浮かび上がらせようとして苦闘している。しかも、著者がそのように探求しようとする問題意識は、当然、戦時下当時の現実の再現やその探索のみにあるわけではない。「不可視化された」過去を問うことは、今まさに進行している現代の問題に直結するからである。たとえば「アフガニスタン・イラク戦争に派遣された米軍兵士のなかでは、自殺した帰還兵の方が国外の戦場で戦死した兵士より多い」(p4)また「イラク特措法に基づいて派遣された自衛官のうち五四名が帰国後に自殺した」(p5)という事実が存在する。したがって著者は、「このような「殺し、殺される」ような状況は、人間の心身にどのような影響を及ぼすのか。また社会はそのような人びとをどのように受け止めてきたのか。本書はこうした現代のかつ普遍的な関心にも応える内容を目指すつもりである」(p6)とも述べている。

上記のような意図や志をもつ本書は、一方で、学術のかつ精緻な歴史的実証的な膨大な蓄積の成果(全316頁)なので、ここでそれらを逐次紐解くことは叶わないが、以下、それらのなかでいくつかの興味深い論点を紹介しようと思う。

まずは、戦時下における心理学とその軍事利用に関する問題であるが、これは総力戦としての第一次世界大戦期頃から研究が開始され、海軍においては、1915年に無線電信・砲術などの特殊作業に実験心理学の応用が目指されるなど、特殊技術の向上やそれに適した人材の選抜という目的から

心理学が必要とされた。そして終戦時の全海軍航空心理関係職員は1551名を数えるまでになった。また陸軍では、1921年から、陸軍士官学校の教育課程に心理学が設置された。そのようななか、「兵員の指揮統率上将校一般に必要な心理学」と「軍隊の能率増進に関する心理学研究」が目指された。いずれにせよ、心理学という学問の応用によって、「兵員の精神的全体像を踏まえた上での教育・訓練への心理学の応用」であり「戦争や軍隊生活が個人的・集団的兵員に及ぼす心理的作用を熟知した上で指揮統率にあたれば、落伍者や訓練時間を減らすことができる」(p32)という発想であった。

しかしながら、もしこのような心理学的考察が実戦において活かされているとすれば、軍隊のあり方そのものになんらかの合理的な影響を与えていいはずであるが、現実にはそうならなかった。実戦におけるいかなる「戦場心理」探求の目的も対象も、「あくまで、軍隊教育を行う上での「要注意兵」なのであり、恐怖は「名誉心」と「責任観念」によって克服すべき対象であった。すなわち、軍隊の論理では恐怖を克服できない兵士は「不名誉」で「無責任」であるということになるのである」(p40)

実際、「成人への抵抗感を減じるために日本の軍隊が組織的に行った訓練として、「実的刺突」が挙げられる。これは初年兵教育のなかで行われた訓練で、生きている中国人を標的にして、銃剣で刺し殺すという非人道的な訓練であり、初年兵にとっては人を殺せるようになるための「洗礼」の場であった」(p40) このようなことからわかるように、兵隊心理も戦場心理もいわば戦闘行為をいかに効率的・能動的に行うかという目的意識を前提とするものであって、そうした行為による兵士の保護などという視点はもとより薄弱なものに過ぎなかった。そして同様に不幸な状況は、医学においても戦争神経症という病をめぐっても展開されるのである。学問とは何か、医療とは何かという理念や問いが、まさに深刻に危機に瀕した時代の現実がまさに存在したのである。

次に、精神医学と軍隊との関係であるが、陸軍軍医学校では、1906年以降軍陣内科学の一部とし

て精神病学が開講されている。そして1937年には、精神神経疾患の患者のための特殊病院が計画され、翌年以降、千葉県市川市の国府台陸軍病院が戦争神経症等の精神神経疾患治療の特殊病院となった。また、国府台陸軍病院の発足時の患者定員850名であり、精神科の他にも内科・外科・眼科・耳鼻科・皮膚泌尿器科・歯科の各科が開設され、軍医の総数も181名にのぼった。この国府台陸軍病院は、ある種独特なアカデミックな雰囲気を持ち、エリート中のエリートの医師が集められていた。とはいえ、「戦争神経症」の原因を患者の素因や「願望」に還元し、できる限り多くの患者を戦場に戻し、恩給を節減することを治療の目標にしていたという点は、戦時中一貫していた」(p61)そして、戦争神経症を始めとする、「心因性の神経症は、軍隊の士気頹廃・国民精神の墮落としてみなされ」(p62) でいた。国府台陸軍病院の院長だった諏訪啓三郎は、1937年に「戦争と精神病」という論考で、「戦場における精神的疾患と見なされているものの大半は、すでに戦場に赴く前に発病しているもの、あるいは発病すべき条件を十分に備えており、精神的疾患の最大原因は素因であるとした。……また、戦争ヒステリーなるものも、本態は平時の神経症と何等変わりなく、意識下の自己保存欲と戦争勤務との葛藤の結果「疾患への逃避」であり、病的不良素質者に発病するものが多いと述べ」(p64) ている。

いずれにせよ国府台陸軍病院は、精神神経疾患の治療の中心地と位置付けられていたが、これらの病院での治療の後に、長期に療養するために施設として、傷痍軍人療養所が設けられ、精神神経疾患領域では、武蔵療養所と下総療養所が開設されていた。しかし、これらの施設に入院・入所した患者とは、戦時中の実際の精神疾患発症者のごく一部に過ぎず、それも外地から還送されてくる患者は（その実施困難から）少なく、内地で発症した患者が多数を占めていた。このようななか、戦争神経症の患者の見せる多様な症状や姿は、軍隊における苛烈な実戦や訓練で経験するある種の普遍的悲惨と「日本の特性」なるものを如実に提示するものであった。たとえば、それらの事例とし

て、以下のような記述が示されている。

「雨中の長時間にわたる行軍により相当疲れた上、初めての激戦を経験し、味方にも少数の損害があった。その晩仮眠をとり、周囲の戦友はすぐに寝入ったが、彼は一人で昼間の戦闘のことを思い出し、不安な気持ちに悩まされ、その後記憶がないという。夜明けに彼がいなくなったことに気付いた戦友が探しに行くと、半裸体の姿で茫然と立っていた。蒼白で表情がなく、質問は大体理解するが見当識は確かでなく、特にここが戦場であるという意識がない。すぐに作戦が続行されたので、戦友が監視をしながらともに行軍し、翌日軍医のもとに連れて行った」(p119~120)

「ある事故のために戦友が非業の死を遂げるのをたまたま目撃した。ただちに朦朧状態に陥り、事故から約1週間後に入院するまでの記憶がない。死んだ戦友の幻覚に悩まされ、不安・興奮があった。入院から10日後に退院したが、部隊に安置された遺骨が気になり、それを思い出すと再び意識混濁を来し、幻視・幻聴を伴う興奮状態を示した」(p121)

「現地教育中の歩兵二等兵で、入浴場において略帽を紛失した責任感から苦慮し、点呼で発見されるのを恐れて自殺を覚悟し、便所に入り銃剣で喉を突いた。戦友に発見されて入院したが、顔貌は恐怖状で近づいて話しかけようとする警戒し、特に将校と下士官に対する警戒心が著しかった」(p123)

そして、これらの事例にみられる戦争神経症への軍医たちの見方は、その原因を、暴力や破壊に満ちた戦争や軍隊組織に内在する状況そのものに帰するのではなく、基本的には願望や素因のような個人が有する要素に問題があるものと考えた。そして、さらに彼らは、実戦の前線と銃後の中間地点にある陸軍病院は、いわば「ヒステリーの温床」であるという考え方にも陥っていた。

さらに本書の後半では、主に国府台陸軍病院を中心とする精神障害(戦争神経症)の治療体制への検討から、一般の陸軍病院の精神疾患病床での治療のあり方等へと問題対象を移しつつ、さらなる検討と議論とを続けていく。それによって著者

は、戦争神経症を中心とする精神障害への戦時治療体制の全国的なネットワークを見事に浮かび上がらせている。しかし、そのような地方の病院施設の精神科病床においても、精神疾患であることは最大の恥とされ、それを知られることを強く忌避し、できることなら戦場での病死や死(第一のご奉公)を望みつつ、それができなければ、なんとか元の職業に戻って第二のご奉公を、という我が国の皇国思想と軍国思想に基づく、傷病兵士たちの(今から思えば)なんとも悲劇としか言いようのない現実が存在したのである。

第3章では、「誰が補償をうけるべきなのか?」と題されて、戦争神経症が詐病と見なされる場合に、そのおもな理由ともされる恩給支給という問題にも詳細な考察が与えられている。それによれば、「1944年の恩給策定方針における「精神分裂病」の判定基準では、戦地発病は一等症、内地は二等症ということが明確になり」(p212)さらに、戦争神経症に該当する診断名であるヒステリーと神経衰弱については、同上の「恩給策定方針では、「二等症とす 但し心因反応のある特殊の形のものに於いては一等症たらしめ得る場合もなきにしもあらず」と定められており、基本的には二等症であった」(p214)ただし、このような位置づけにもかかわらず、精神疾患や特に戦争神経症に関してはその偏見が顕著であり、それらの患者は概ね「不当に恩給等の利得を得ようとしている患者」であり、その意味で国家財政に害悪をもたらすものという見方でしかなかった。

現在を生きる私たちにとって、かつての戦争神経症という病のあり方は、以上のような論点からさまざまな示唆を与えてくれるように思われる。第一に、戦争神経症という病は、さらに今日PTSDという新たな名称のなかで、あらゆる紛争や災難や葛藤の場に実在する病でもある。しかしそれは、現代という市場資本主義の世界において、あるいは精神疾患という見えざる病のあり方において、常に(歴史的・社会的・政治的に)不可視化される可能性をもつ、という意味で戦争神経症の系譜を継ぐものということができるであろう。しかし、そこには、この世界がわれわれ人間と取り結

ぶ複雑な関係性と、そこに確実に内在するであろう止みがたい暴力性とが確実に刻印されているに違いないのである。それを、かつての残酷な大戦において、そして現在の高度化された社会におい

て、われわれは果てしもなく苦悩に満ちた反復と抵抗の循環を経験し、そして生きざるを得ないのである。そういう感想を本書は強く私に促してくれる稀有な存在であった。

## 〈学会の動き〉

### 平成30年度 日本精神保健福祉政策学会 (JAMHP) 第1回 理事会・編集委員会議事録

〔日 時〕平成30年2月6日(火)18:30~20:30

〔場 所〕きょうされん事務局内会議室  
(東京都中野区中央5-41-18東京都生協連会館4F)

【出席者】：鈴木、樋口、藤井、石山、加藤、小峯、野村、藤井(千)、(渡部)

#### 1. 議事録署名人選出(鈴木)

石山、野村

#### 2. 理事長挨拶

寝屋川の私宅監置死亡事件。精神科医も複数人関わっていたが、どうなったのだろうか。

#### 【報 告】

#### 1. 平成29年度第5回理事会報告(鈴木)

承認。

#### 2. 編集委員会報告(松澤)

学会誌第26巻とJAMHP NEWS 52号は印刷を終了して、現在発送作業を行っているところ。

#### 【議 題】

#### 1. 平成30年度活動方針検討

・ワークショップ「家族をめぐる課題(仮)」  
(藤井、野村、藤井千)

2017年11月22日を第1回として、Part.2、そして来年度にPart.3を行なうこととしたい。

#### —Part.2

開催予定時期：2018年10月24日(水)13:30  
~16:30

目的：家族負担の根源、どこに問題があるのかを明示していく。

#### —Part.3

開催予定時期：2019年4月18日(木)13:30  
~16:30

目的：Part.2に基づき、現行法規に基づく現実的課題解決の方策、さらに制度の変更の必要性について議論する。

・家族負担に絞ったとしてもまだ総花的であり、より論点を焦点化する必要があるのでは。

・家族会に集まってくる方は、引きこもり、統合失調症、人格障害等どうにもならなくなった人。

精神疾患を主因として生きづらい人たちの支援について、イメージを膨らませた趣旨を明示する。

・最終目標は民法上の扶養義務改正だが極めて困難。現実には民間の支援の積み重ねによって動いていくものだと思う。

・自治体行政より市町村同意の関するメンバーをシンポジストに1人入れる。

・指定討論者にCo-Medicalメンバーを入れる。前橋市のメンバー。

・具体的な解決策としては、地域保健法に基づく地域の動きであり、マンパワーの充実。それを実現できる制度の充実。

・Part.2では、課題の明確化を目的として、家族が被害者に近いような実態に焦点を当てる事によって、民法条項が根源というところまで意識がたどり着かないようにならないように進行する必要がある。

・家族と患者の課題、入退院時の課題が現実問題として山積している。この点については継続課題として取り上げていければ。

#### 2. 平成30年度第27回学術大会について

日本精神衛生会「メンタルヘルスのつどい」

への共催の件

理事長が共催団体として登壇しあいさつすることとなった。

総会会場：メンタルヘルスのつどいの昼休憩中に、同会場にて開催

3. 平成29年度事業、会計報告案の確認  
決算について、12月31日締めとして、年度をまたいだ出納は未収扱いとする。  
現状の評議員を精査する。
4. 平成30年度事業計画案、予算案の確認  
2019年4月18日（木）のワークショップを、2019年3月中に開催として、学術大会とする。  
予算の「第28回学術大会開催費」の15万円を、精神保健福祉政策研究活動費として振り分ける。  
竹村先生を名誉会員に推薦（評議員および監

事は退任）。監事の後任は石山理事を推薦。

5. 総会提案事項（会則改定、理事人事等）の確認  
会則改定、理事人事、承認。  
今後の当学会のあり方について、理事会にて継続して議論。
6. その他
7. 次回開催予定  
総会・評議員会…平成30年3月3日（土）12:00～ 有楽町朝日ホール  
平成30年度第2回理事会…平成30年4月25日（水）18:30～  
きょうされん事務局内会議室（東京都生協連会館・中野）

## 平成30年度 日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）第2回 理事会・編集委員会議事録

〔日 時〕平成30年4月25日（水）18:30～20:30

〔場 所〕きょうされん事務局内会議室（東京都中野区中央5-41-18東京都生協連会館4F）

【出席者】：鈴木、樋口、藤井、石山、加藤、小峯、武井、松澤、山上、藤井（千）、（渡部）

1. 議事録署名人選出（鈴木）  
石山理事、小峯理事
2. 理事長挨拶  
新年度最初の理事会、議論をお願いしたい。

### 【報 告】

1. 平成30年度第1回理事会および平成30年度評議員会も含めた総会報告（鈴木）  
・議事録案参照。
2. メンタルヘルスのつどい（日本精神衛生会主催、当学会共催）報告  
藤井副理事長：呉秀三先生の企画を行ない、メンタルヘルスのつどいとしても画期的な集客となった。  
鈴木理事長：同日に東京精神医学会学術集會が行なわれたことは残念だった。

3. 編集委員会報告（松澤）

### ●JAHMPニュース

- ・今日の話題の案：措置入院ガイドライン、身体拘束、私宅監置……。
- ・優生保護法による強制不妊問題については、精神保健政策研究でしっかりと取り上げるといいのでは。
- ・2002年の日本精神衛生会記念誌の改訂版が2018年11月に刊行予定。

### ●精神保健政策研究

- ・例年の学術大会の部分を、17年11月と18年10月開催予定のワークショップの記事を掲載する。

### 【議 題】

1. 平成30年度活動方針検討  
・ワークショップ「家族をめぐる課題（仮）」—Part.2（藤井、野村、藤井千）  
開催予定時期：2018年10月24日（水）13:30～16:30  
衆議院議員会館で開催する（確保できるのは最速で3カ月前）。  
コーディネーター：藤井副理事長



シンポジスト候補（一部内諾済み）：池原弁護士、大畠氏（和歌山県精神保健福祉家族会連合会）、藤井千代先生、佐藤真智子氏（ぜんせいれん事務局担当理事）。

次回理事会で案を提示する。

・民法上や医療保護など、家族扶養を乱用ともいえる運用がなされている。

2. 平成31年度第28回学術大会について

・2回のワークショップで取り上げてきた家族問題のまとめという位置づけで、3月中に開催する方向で検討。

大会長は次回理事会で決定。

内容面は第2回ワークショップ担当で検討する。

会場の見込みだと立正大学がありうる。

3. 今後の当学会のあり方について

・継続検討。

4. その他

・「地方公共団体による精神障害者の退院後支援に関するガイドライン」の評価  
今回のものは標準化したしくみを提示し、自治体が責任を持つことを明確にした点は評価。

予算は10億円を予定。

比較的早めに改定をする予定と聞いている。

すでに自治体から意見が出ているので、それを集約して改定という道筋。

警察との連携について、法の枠組みの外で行なっていく必要がある。警職法と精神保健福祉法との間で矛盾が生まれる事例を適正化させるには法改正しかない。

・退会

上村 神一郎理事

5. 次回開催予定：平成30年6月27日（火）18：30～

## 平成30年度 日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）第3回 理事会・編集委員会議事録

〔日 時〕平成30年6月27日（水）18：30～20：30

〔場 所〕きょうされん事務局内会議室（東京都中野区中央5-41-18東京都生協連合館4F）

【出席者】：鈴木、藤井、石山、加藤、小峯、武井、山上、野村

1. 議事録署名人選出（鈴木）

石山理事、野村理事

2. 理事長挨拶

松下元理事長が5月8日にご逝去。黙とう。

【報 告】

1. 平成30年度第2回理事会・編集委員会報告（鈴木）

議事録について承認。

2. 編集委員会報告（松澤）

・JAMHP NEWS53号

新刊紹介について了承。松下前理事長の追悼文（鈴木理事長執筆）を掲載する。

松沢病院長より原稿をいただいていることもあり、広めていきたい。

・精神保健政策研究第27巻

巻頭言執筆者は樋口副理事長に依頼。

【議 題】

1. 平成30年度活動方針検討

・ワークショップ「家族支援と精神科医療の課題」—Part.2（藤井、野村、藤井千）

開催予定時期：2018年10月24日（水）13：30～16：30

提案内容を確認。準備を進めていく。

2. 平成31年度第28回学術大会について

・家族支援と精神科医療の課題のまとめとして、2019年3月9日（土）に開催する。

3. 今後の当学会のあり方について

・当学会立ち上げの初心を思い起こし、主体的な力や方針について議論することがまず求められる。

・精神医学でも法学でもテクニカルな面が求められている現状のなかで、より本質的な問題意識を提示していくことが必要。

- ・精神医学は広範に渡り、専門外は分からない限界も分かるが、俯瞰的な観点による議論が出来なくなってきた。精神障害を取り巻く状況はますます悪化していると感じている。そのような状況下で、精神障害をめぐる全体的な議論ができる場としてこの学会は貴重なのではないか。精神障害に関する重大な課題について集中議論を行なうのもひとつの手だと思う。
  - ・会の中で会員から意見が出せるようなしくみが求められる。それら意見が出されて、議論し、それを政策提言までまとめていくのが当学会の役割にも沿うと思われる。
- ・一度コアの会員が集まり政策論や当学会について議論する場を設けてもいいのでは。アンケートなども取れるかと思う。
  - ・理事長、副理事長が提案するのはどうか。
4. その他
- ・後援依頼  
日本精神保健福祉学会第7回学術研究集会 承認。  
きょうされん第41回全国大会in京都 承認。
  - ・日本精神神経学会との秘密保持契約締結について承認。
5. 次回開催予定：平成30年9月26日（水）18：30～

## 入会のお申込みについて

精神保健医療福祉に関する法制度の改正、新たなニーズへの対応など、今後本学会での研究活動はますます重要となっております。奮ってご入会ください。

☆入会ご希望の方は、入会申込書を学会事務局にお送りください。

☆入会申込書用紙は、12頁のものをコピーしてご活用ください。

☆入会申込書用紙が手近にない場合は、学会事務局にお問い合わせ下さい。

☆学会の年会費は5,000円です。年会費のお振込をよろしくお願い致します。

学会事務局：きょうされん 〒164-0011 東京都中野区中央5-41-18 東京都生協連会館4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

## 学会定期刊行物へ投稿をよろしく

### 「JAMHP NEWS」

精神保健福祉政策の動向や学会の動きなどをお伝えします（年2回発行）。

精神保健・医療・福祉の政策に関する会員皆様からのニュースも掲載しております。国や地方の動向のほか、海外の情報や理論、書評、政策や学会運営上のご意見でも構いません。題名、お名前、ご所属、ご連絡先を明記の上、お寄せください。電子メールによるご投稿を歓迎いたします。（紙面の都合で、分量などを調整させていただくこともあります。）



### 「精神保健政策研究」

本学会の研究機関誌（年1回刊）で、最新は2018年1月に発行された第26巻です。

原著論文や総説のほか実践報告、内外の政策動向、書評などをお待ちしております。

詳しくは第25巻末の投稿規程をごらんください。

お送り先：松澤和正（編集委員長）

住所：〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

帝京大学医療技術学部看護学科

E-mail：k-matsuzawa@med.teikyo-u.ac.jp

編集後記：今年の夏はたいへんな異常気象となった。豪雨と猛暑、それもこれまで経験したことのないような激しさである。ただでさえ慌ただしい日常が、連日の猛暑によって確実に増幅されるのを感じる。それはさらに私たちの精神的な平衡状態をも揺るがしかねないようにも思える。しみじみそう思い強い負担を感じるのは年齢のせいかもしれないが……すぐに思い出されるのは、先日逝かれた故松下昌雄前理事長のことである。あまりに急だっただけにその喪失感もはなはだしかった。長年にわたり、当学会の維持と発展に尽くしていただいたが、個人的にもいろいろとご指導いただいた。未だに思い出されるのは、休日の午前中によく電話をかけて来られて、先生に「起こされた」ことである。そうやって学会の仕事を少しずつ覚えていった記憶がある。

# JAMHP NEWS

53号 発行日：2018年7月30日

発行：日本精神保健福祉政策学会

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011

東京都中野区中央5-41-18

東京都生協連会館4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

年会費：¥5,000

編集委員長：松澤和正

## 入 会 申 込 書

日本精神保健福祉政策学会

理事長 鈴木 二郎 殿

貴会の趣旨に賛同し、下記の推薦を受けましたので、入会を申し込みます。

入会希望者 氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：(西暦) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(満\_\_\_\_歳)

職種：医師 看護師 心理職 法律家 福祉関係

その他( \_\_\_\_\_ )

\_\_\_\_\_大学 \_\_\_\_\_学部 \_\_\_\_\_学科 \_\_\_\_\_年卒

現在の勤務先(役職名)： \_\_\_\_\_( \_\_\_\_\_ )

住 所：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

自宅住所(任意)：〒 \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_ FAX番号： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_

郵便物送付先希望：勤務先 自宅

E-mailでの連絡も希望：する しない

推薦者：(会員) \_\_\_\_\_ 印

\*上記における個人情報、本学会入会審査および学会からの連絡の目的以外には  
使用しません。

\*大変恐縮ですが、下記事務局まで郵送またはFAXにてご送付下さい。

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011 東京都中野区中央 5-41-18 東京都生協連会館 4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

(専従職員がおられませんのでFAXをご活用下さい。)