

Mental Health Reform : An Appraisal for the 21st Century

*by David N. Weisstub**

A decade ago, we were witness to reforms in Japan with respect to mental health policy which drew world attention. This was so because the Japanese Government reacted, after extensive consultations, to criticisms that had surfaced in many quarters about the poor quality of treatment for mentally ill persons and the shortcomings of civil liberties protections for this, relative to other industrial nations, large population. As you will recall, inspectorates from the International Commission of Jurists were part of the record of that experience and a number of scandals about extreme maltreatment had embarrassed hospital authorities, government officials and mental health professionals alike. Since that time, not only Japan but the Western industrial nations have gone through various stages of political and economic change. It is therefore timely to look back and assess the evolution of these reforms and to project likely trends.

Admittedly, in the late 1980s, Japan was some twenty years behind the wholesale rushes for the transformation of legislation and mental health institutions in other parts of the world. Although the United States has been acknowledged as the forerunner of Anglo-Saxon jurisdictions in terms of well-publicized legal decisions and the redefinition of statutory criteria for the involuntary commitment of mental patients, there were surely other movements during this period which were radical and transformative in their own right, such as the pervasive closing of mental hospitals in Italy, various community mental health movements throughout Europe, including England, and of course legislation in jurisdictions such as Canada and Australia, which reflected their particularities, namely the existence of universal health care.

Equally during the 1970s and 80s, the world became sensitized to the practices of abusive psychiatry where in various totalitarian states psychiatrists were found in conflicts of interest, and in the most extreme instances, revealed that psychiatry could be used as punishment. In Russia, Cuba and a number of South American nations, the forensic systems in particular came under the scrutiny of

* Philippe Pinel Professor of Legal Psychiatry and Biomedical Ethics, Faculté de médecine, Université de Montréal.

international observers. Because of the popular interest in the spectrum of these violations, psychiatry, more than any other area of medicine, became the subject of media attention and public debate.

The plight of mental patients in the 1960s and 70s joined the ranks of other minority groups as one of the objects of social activism and legal intervention. Advocacy groups came to the forefront in all the Western nations to represent the interests of patients, their families, and professional groups to demand the articulation and balancing of interests and rights pertaining to access to services, the need and right to official representation and guardianship; to protect the civil rights of patients, including property; and to demand a reassessment of professional standards in giving testimony to the courts or in the preparation of documentation for involuntary incarceration or the denial of a host of related rights.

At the end of this century, we are well-acquainted with the fact that movements of political conservatism and fiscal constraints have backtracked on the large-scale transformations known in earlier decades. The picture is now is profoundly different from thirty years ago. Therefore, while the Japanese legislation was going forward to try to instantiate those protections and benefits which arguably had already been achieved in other jurisdictions, in the very same period, a crisis was emerging in the Western industrial states about the availability in concrete terms of the benefits which were assumed to be part of a long-term legacy and follow-up to the radical transformations of the 60s. What I am suggesting here is that by a curious twist of history, East has met West in the reshuffling of political and economic realities. More than not, the problems of mental health policy have become globalized, and it is to that phenomenon that we should address ourselves in reflecting on our shared problems and indeed pressures for making the right decisions in protecting the rights of mentally ill persons and their families.

The Phenomenon of Legalism : Social Polarizations

We cannot begin our discussion without saying more about the American experience with involuntary commitment. This is so because the US made its mark in this area as the presumed reference point for social change. Other governments mirrored the dangerousness criterion for involuntary commitment and in some cases tried to adopt a judicialized or adversarial process to deal with commitment matters. Dangerousness-based criteria could be found in highly diversified national environments throughout the 1980s and early 90s, to include Germany, Holland,

England, Russia, Israel, Taiwan, Australia and Canada. Apart from the US, certain differences in definition of criteria and the use of procedures are worthy of comment. The English Mental Health Acts moved more in the direction of health and safety, showing more tolerance of the society for protection of the patient than the commitment to the autonomy which predominated the American-style approaches. In some jurisdictions, including England, the reviewing structure dealing with commitment and mental patients' rights became more administrative than judicial, and a panel model of decision-making was deemed more sensitive and responsive than the contestation of lawyers in the roles effectively of prosecution and defense.

This American model was indeed transported to many jurisdictions and it was thought, twenty years ago, that a triumph had been achieved through bringing to bear a confrontational atmosphere to any case which involved the surrender of civil liberties by mentally ill persons. Commitment laws were passed in jurisdiction after jurisdiction, which suggested that seriously ill but non-dangerous individuals should never be placed in civil jeopardy and that even if they were to fall into grave circumstances of lack of care, preservation of their autonomy should take precedence over any alternative course of action.

The history books, however, do not end with this broad image. Most jurisdictions in the US and abroad have reoriented their legislation and even their approaches to decision-making. Responses have reoccurred on the pendulum to concentrate on the needs more than the rights of gravely ill persons. Does this mean that mental health policy has returned to the state of paternalistic attitudes which prevailed in the 1950s? Or, rather, is there a progressive logic which could be meaningfully reflected upon which has brought us to more recent trends? Before the period of rapid transformation, the conditions portrayed in large state hospitals were very poor with a very low level of psychiatric care. Practices were often dramatic and violative without any real proof of measurable results. Economies allowed for large contributions from their budgets to these institutions and disproportionately large numbers of poor persons and social minorities were housed in these state institutions.

For scientific, economic and social reasons, legislatures began to move. This happened also at a time when new drugs and the availability of community services conjoined to make relocation socially viable. After some decades of experience with the American model, criticisms began to surface that mental patients were in fact themselves the victims of the wide-scale reforms. Certain legal decisions in the United States, which tightened commitment criteria very exactly around the dangerousness standard, were responded to by psychiatric leadership in the US with

anger and frustration, maintaining that the courts had put a virtual and effective end to any form of involuntary confinement. So, it became a line of social criticism, that the jails were becoming filled with mentally ill persons and that families were being destroyed who could not cope with the difficult cases that the courts were refusing to put under the care of mental institutions. It was often said during this period that an unholy alliance had been created between the political right and left, ending up in the same unfortunate circumstances of an abandoned mentally ill population, often homeless and moreover violent.

The reality is somewhat mixed. On the one hand it is true that a part of the previously involuntarily committed population has resurfaced as a small but significant socially threatening group within the currently institutionalized population. This component arguably has been disproportionately represented by highly disturbed and aggressive adolescent or young adult males. On the other hand, it is not true that the empirical studies that have been done on commitment rates suggest any significant long-term shift in the number of people who are being involuntarily committed. The real problem has become one of effective care and response for troubled populations, both dangerous and non-dangerous, of mentally ill persons, not their legal definition in particular.

What empirical studies have shown is that even if commitment had been done in technically-speaking an illegal fashion, the parties responsible for decision-making, whether judges of a court or members of professional groups entrusted with administrative decision-making, attended by virtue of common sense and responsibility to make decisions in a balanced fashion in order to address the real care needs of patients in distress while attending to the protection of family members and the preservation of social order. What we have found in the past twenty years is what we have referred to earlier as the global reality facing all of us in dealing with mentally ill persons who are greatly in need of treatment and not in any meaningful sense dangerous to others or even themselves.

The first wave of initial impact of dramatic changes in legislation was defensive, for example in the US, and mental health professionals and government planners went on the retreat, trying to achieve a maximal level of legalistic documentation. However, after these early adaptive periods where there were restrictive and narrowly defined applications of commitment laws, decision-makers in

the judicial system along with mental health professionals and families discovered effective means to make decisions which comported with common sense morality.¹

Given the fact that we have passed the stage of earlier decades which were highly charged with anti-psychiatry rhetoric and expectations of family and community support systems which did not materialize, in most industrial countries we are now in a more cautious mood of observation. It is surely not warranted for countries to attack each other through their professional representatives from positions of moral superiority. The period of mental health imperialism should be properly put to an end. The plight of mentally ill persons is in a shaky condition now, not because of the quality one way or the other of restrictive conditions in mental health statutes, but rather because governments are hesitating to give much-needed support to a demanding and difficult population. This does not mean to suggest that the rights of mental patients should be allowed to be put back some decades worth of achievement. On the contrary, we must integrate the respect for mentally ill persons which has been achieved often through case law and through legislation into popular culture and the daily life of mental health professionals and society at large. Public attitudes will become our best defense against transgressions towards the mentally ill.

A Period of Transformation

Looking at the Japanese experience in particular, we can observe that since the 1988 reform, which gave rise to the psychiatric review board structure, very few files have been put into effect. In an article a few years ago, which we published in the *International Journal of Law and Psychiatry*,² the author noted that only a rate of 0.2% of applications came forward during the year of 1991 and that of these recommendations, discharge occurred in just 11 cases. Given a population of over 300,000 psychiatric inpatients in Japan, this reveals that the deep social structure of Japan, which gave rise to the statistic in the first place, is well-entrenched and has proven itself stronger than what was expected by the international community and probably within Japan insofar as the 1988 reforms were to have brought on a process of radical transformation. This in fact is also the reality of other social cultures, except

¹ P. Appelbaum, "Almost a Revolution : An International perspective on the Law of Involuntary commitment " (1997) 25 *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 135 at 144.

² J. Mandiberg, " The Japanese Mental Health Sustem and Law : Social and Structuraly Impediments to Reform" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 413.

that there are real differences in cultural attitudes which deserve a closer review. The bigger problem, rather than the numbers in or out of hospital, is what the quality of treatment actually is for those in hospitals and what should have been done, or could be done, for community mental health care.

Some authors in Japan have argued that despite the fact that the 1988 law approved community-based models of assistance for mentally ill persons, to date there has been hesitancy by the government to provide meaningful funding. Perhaps this is related to the cultural variable historically rooted in Japan that it is the family, rather than the State, that should take on the burden for mentally ill persons. Is it the case, then, that the hospital in technological terms has replaced the family as the institutional guardian and therefore is looked upon by the state as the final and only chapter of relevance? Perhaps what has occurred is that, due to international pressure, certain legislative changes were put into place but that real alterations lying at the heart of the system cannot be traced to satisfaction.

Even if we could describe Japanese society as "welfarist" in State terms, it is not entirely surprising that, given the rapid economic growth and industrialization that Japan has experienced, the Japanese government has been slow in stepping forward to develop a welfare-oriented policy towards its population. However, this is now the responsibility at hand and one which is shared by all other industrialized nation-states. The challenge in the 1990s and for the next century will be to define the place of mental illness within a tightened economic context. How then can we activate through education, volunteer workers, and encouragements to families, a proper support system for mentally ill persons while making available assistance from corporate structures such as insurance and the state, and put together a viable partnership to respond to existing needs.

On the human rights side, we need to gather our critiques and to apply the rigour of our thinking, both in Eastern and Western cultures, to determine whether we can develop and articulate a set of minimal but meaningful standards upon which we can found a widely accepted ethic of fairness, treatment, and human rights protections for our mentally ill populations. We must determine whether there is a core set of values around which we can make legitimate claims to governments and institutions to guarantee the provision of appropriate services for the mentally ill.

In the current movement towards much-needed practicality, we must set certain standards to wed our ethical and legal values to our needs for adequate mental health services. To this end, we must take a number of steps, beginning with the grouping of those requiring mental health services and identifying in that process

those individuals who are not being adequately accommodated. We must assess the reasons for these discrepancies and begin a plan of action to develop both the integration of services and a continuum of care. In our quest for providing services that will in fact make a difference, we need to set our goals and agree to a process of widespread and scientifically defensible collection of data on our delivery of services and the manner in which we provide them. Through the accumulation and productive use of this data, we should be able to place ourselves in a position of making more responsible decisions on mental health care.

Towards this end, we should look specifically to epidemiological research to discern demographically which part of the population is most in need, during which period of the life cycle, and according to relevant geographical or localized appraisals. If there are standards which we define by legislation or codes of practice, we equally need to accumulate evidence about whether these standards are being effectuated and adequate resources provided by government or other institutions to realize these rights-oriented ideals. We must be ready to reorient mental health law reform to the core needs of patients and their families. Many of the parts of the system everywhere in the world are discordant with one another and must be reCOORDINATED to create a sensible puzzle which conveys some meaning in the larger picture. This should also include a well thought-through plan of action on those policies concerned with prevention.

With an increasingly aging population and the consequences of shifts that have occurred from rural to urban environments, we are faced with, as Dr. Moriyama rightly points out, challenges that need to be frontally addressed. We have come to understand that effective medical treatment must include support structures for daily living. In practical terms, this means that an effective care system must look carefully at all the options available in community-based delivery as well as in an interactive relationship between community and institutional care. As we move from hospital to community settings, the administrative structures and responsibilities become scattered along an extensive trajectory of government, health and social service agencies. What we are faced with is nothing less than a major undertaking to coordinate this vast array of services. Because costs are an issue facing decision-makers who are attempting to monitor the application of standards through courses of treatment, there is furthermore the need to assess the cost-effectiveness of the multiple sets of providers who are operating in different settings.

Transplanting Models in Mental Health Reform : Lessons and Projections

As we are aware, there has been a steady decline in the 70s and 80s of psychiatric beds in most of the Western States. In contrast, the numbers have been accelerated over the past thirty years in Japan where the psychiatric hospital has remained the major environment for the delivery of services. In the past decade, however, we may note that there has been some decrease in the number of psychiatric beds and that Japanese mental health policy has joined in the trend to support community integration. This shift in policy is reflected in recent legislative reforms associated with the normalization of persons with mental illnesses and facilitation of public funding of community care options including residential facilities and rehabilitation services.

From the experience of certain Western European nations who have dynamically entered into the process of creating elaborate community care support services, we can observe that, without unifying extensive government support and community-based interests, the improvements, if any, are often short-lived. A good case study is Italy, which moved dramatically into the community and away from the large model of the asylum, beginning with the innovative community-oriented reforms of Franco Basaglia in Trieste in Northern Italy in the early 1960s and which culminated in the dramatic mental health law reforms of 1978. This radical undertaking, premised upon the Public Law 180, had as its intention the dramatic closure of the mental hospital as an institution.

Tracing the implementation of the Italian law is useful for two reasons: firstly, because the Italian experience can be related to specific cultural and economic variables; and secondly, because the politically-oriented application of the law was attached to a structure of regional governments. The regional divisions in Italy were both numerous and diverse, and the implementation, as could have been expected, has been highly inconsistent. Their experience demonstrates that official legislation, that is, the law as it is written on the books, in the arena of mental health, is only one marker we can use in assessing the success of a given system. In fact, it is in the analysis of the interplay between legislation and its implementation that we locate in every

quarter of the world the real problems as they present themselves.³ The key to effective mental health law reform throughout the industrialized nations has been to locate the socio-economic variables that have frustrated or enhanced the prospects of effective community services. The Italian so-called miracle, well-implemented in certain sectors of Northern Italy, for example in Trieste and Verona, have told us a particular story that has implications for other jurisdictions. A sustained commitment to community support while maintaining adequate relief services for mentally ill populations is the same key to the mental health puzzle wherever and however mental health law reform projects have taken hold.

Most importantly, despite our most elevated intentions, there are financial burdens which remain in the movement from hospital-based medicine to community services. Infrastructures, personnel, and physical plants remain in place with fixed costs; and with limited budgets, the creation and fostering of new professional realities are often frustrated to the point of blockage. Well-meaning movements from overly centralized structures to expected greater efficiency in small-scale delivery have not been systematically effective. We are, in fact, in the early stages of being able to assess the transition from hospital to community, from large-scale to small-scale. What we should be admitting is that it is in the inevitable interplay between necessary institutions and innovation that we will be able to locate what best suits a particular socio-cultural environment. We should always be aware that transplanting models is essentially that, and that unless there is a cultural translation that actually imports meaning we should remain not only cautious but cynical about prospects for a positive outcome.

We may conclude our remarks about Italy by documenting the following. Ten years ago, the long-term patients in Italy had dropped by approximately 80% in a period of fifteen years. The studies have revealed that in Italy, in contrast to certain other jurisdictions, the patients have not been re-found in the criminal justice system or in the creation of private institutions. Herein the cultural variable: small general hospital psychiatric wards and community-based facilities, which involve community mental health centres and residential treatment programs, have worked effectively where there has been a serious attempt to provide the necessary resources. There also have been some strong developments there in worker cooperatives where mentally ill persons have attained some degree of productivity. The overall evidence in Italy

³ L. Burti & P.R. Benson, "Psychiatric Reform in Italy: Developments Since 1978" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 373. [footnotes omitted]

supports our key point. Well-coordinated care can alter entrenched realities in the mental health sector.

The Italian miracle has, as noted earlier, been no miracle at all. The legislation has been truly effective only where social cultures have responded sympathetically and have not viewed the legislation as a device which threatens to undermine social order or the productive life of mental health professionals. The socio-cultural variable of course includes community and health services working with families who remain the mainstay, wherever possible, of social rehabilitation and reintegration.

Focusing on the Delivery of Care : Integrating Costs and Services

Treating mental illness as a medical problem clearly has gained favour with recent emphases on the biological and neurological, indeed genetic, foundations of mental illness. Furthermore, the relation of mental illness to physical health is in the throes of being more effectively documented. Thus, it is argued that service interdependencies should be put into place and that mental illness should be part of the general hospital reality. According to this approach, what is needed is effective insurance to integrate mental health services into an effective continuum of care. From this perspective, eligibility should not be based solely on the diagnosis of a serious mental illness as this could arguably compromise the motivation of service providers to treat illnesses in their early stages. A reimbursement structure that is hospital-focused and medically-related is only one – and not necessarily the best – option. In a social system, such as that of the US, where there is insurance for the wealthy, and public facilities for the poor, a divergence of treatment and protection has been a natural outcome. Indeed, where models are overly medicalized, community non-medical support structures will be understandably downplayed. Further, an overly medicalized approach is one that appears consistently to fail to deliver on what should be the main goals of any system, namely a resilient treatment approach that is cost-effective.⁴ The failure of systems that are not sufficiently inclusive of non-medical treatment options supports the proposition that there should be full inclusion of all types of mental illness in health insurance schemes, which, with competition amongst a variety of service providers, would maximize cost-effectiveness in the administration of mental health care.

⁴ S.P. Mangen, “‘Continuing Care’: An Emerging Issue in European Mental Health Policy” (1994)

40 International Journal of Social Psychiatry 235 at 241.

There are opposing forces to the medical inclusionist position. This line of thinking is related to the idea that medical diagnosis remains elastic in psychiatry, namely, that mental illnesses differ both in kind and degree, having diverse etiologies and effects. A corollary of this is that we should address ourselves to the issue of elastic costs and avoid paying horrendous medical bills lest we bankrupt our health systems. The counter-argument to this criticism is that flexibility in an insurance system need not be equated with unrestricted expenditures.⁵

Whether one embraces an overly medicalized or inclusionist approach, there is still the question of which group should be prioritized. One perspective holds that, in light of limited and in some cases constrained economic resources, only those mentally ill who are in the greatest need should be given parity with treatments available for physical disability. Further, it is argued that those who face more severe mental illness are clearly in greater need of mental health services. This position draws strength from the practical consideration of evidence of the successful treatment of severe mental illness, and from the social interest in correcting the historical record of maltreatment and discrimination of persons with severe mental illness.

Debates about how to prioritize the allocation of mental health services now permeate discussions about mental health policy everywhere. Each country has its own specific history and pattern of protection and insurance, and it is extremely important that we do not forget the historical and cultural origins of the debates as they have unfolded in specific instances. Without considering the unique context and circumstances of a given jurisdiction, we could witness a repetition of what occurred in the 1970s and 80s with respect to the transplantation of mental health legislation from one jurisdiction to another. This would be analogous to those situations where countries, in panic and frustration, import ready-made economic structures which did not respond effectively to their own specific needs.

What is required in the configuration of an effective mental health policy is an articulation of the nuances in terms of family life, incentives for work, orientation of persons and various levels of government to welfare-minded initiatives. We equally need to clarify the relationship between private and public sector insurance provisions, the training and attitudes of mental health professionals, the specified roles and models of legal representation and advocacy, and the employment of judicial or administrative decision-making to effectuate whatever plans or standards are put into

⁵ See also D. Rochefort, "Mental Health Reform and Inclusion of the Mentally Ill: Dilemmas of U.S. Policy-Making" (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 223 at 227.

place. Without a careful analysis of all of these intersecting variables, reimbursement schemes will meet the same end as exaggerated or misguided legislative enactments did in preceding decades.

Continuing Care : Assuming Professional Responsibility

Our difficulties are further heightened by the fact that our scientific understanding of facilities and their effectiveness “out of hospital” is inadequate. Data is difficult to obtain because services often fall into the ill-defined area that exists between health and social services. This is compounded by the fact that responsibilities for deinstitutionalized patients are located in an ambiguous zone involving voluntary workers, families, and local political authorities in particular. Within these communities, there is a limited capacity for monitoring services and gauging the efficacy of their interventions.

All large-scale mental health systems must cope with the problem of a need for continuing care. In practical terms this means that we accept that long-term patients are not necessarily chronic in the sense of being institutionally dependent throughout the course of an illness. Rather, it means that there are significant numbers of patients within any mental health system who are “in and out” users of complex structures of services. Within this core population, there continue to be limitations with respect to legal entitlements and recurrent problems in the administration and coordination of services. The issue of costs permeates the decision-making process throughout the system.

We should readily admit that in almost all advance economies there are ambiguities about the parameters of private versus public entitlements and that insurance schemes, even when public, have private components and *vice versa*. Adding to the difficulties are the transitional nuances that accompany a movement from highly centralized models to localized units of delivery and application. Within these decentralized units, mental health professionals are often conflicted about their appropriate professional roles and are in need of direction and reeducation.

Although there has been a strong tendency to create greater efficiency and responsiveness to localized problems, the preservation of the principle of geographic equity remains a challenge. We are hard-pressed in many instances to guarantee minimum uniform standards, and as we increase the plurality of decentralized players

in the system, unpredictable and uncontrollable political variables come into play.⁶ Critically, decentralization has changed budgetary relations between central, regional and local health and welfare agencies. Typically, the seeding of authority – and particularly when this is by central government – has been exploited as an opportunity to reduce budgetary commitments.

In a recent review of the Thatcher policies in England on the delivery of mental health services which derogated decision-making to smaller units on more cost-efficient bases, one author noted that the UK experience has paralleled other welfare states. Resources have become increasingly slender and the contest of wills among established and newly created service providers has compromised the effective delivery of care. Regardless of whether we possess the knowledge or technology, or indeed the evidence about the programs that can be made available so that mentally ill persons can improve their independence and quality of living, the success ratio of viable community-based services has regrettably been low. In fact, there is great variability in the experiences of countries of similar economic capacity, even those with parallel universal health schemes, in mental health policy-practices, and to date we possess limited knowledge about the effectiveness of the actual practices in place.
7

Despite these pervasive realities, mental health professionals and social planners may still constructively apply themselves to identify the basic principles for effective law reform. We have already come some distance in redressing earlier imbalances between institutional and community-based support systems. In many jurisdictions, there are a broad range of available services that not only include treatment and rehabilitation, but also preventive and educational supports. In many places in the world, we have realistically created regional and local institutions to allow mental health systems to be more responsive to individualized needs that reflect geography, ethnicity and populations affected by specific illnesses. We have created and implemented programs that reflect the necessity of making available informal contexts for the delivery of mental health services, often involving volunteers. We

⁶ As one astute observer has commented, “The common view to emerge is that, in important ways, in the absence of effective overarching administration, decentralization of governance and of health and social services can exacerbate problems of delivering integrated services to the client.” See Mangen, *supra* note 4 at 239.

⁷ E.J. Hollingsworth, “Mental Health Services in England : The 1990s” (1996) 19 *International Journal of Law and Psychiatry* 309 at 322.

have increasingly accepted the importance of seeing patients as consumers of services, and as a complement, families as coworkers with mental health professionals and patients in the process of identifying, delivering and evaluating needed treatments and services.

In the scientific domain, we are beginning to amass data which will help us become more accountable both to patients and decision-makers about what works and at what costs. Agencies and institutions are becoming increasingly self-reflective about how they can most effectively interact with other units in the mental health system. Of course, resolving many of these problems is made easier when there is a single-payer system as opposed to the a multi-faceted insurance structure that exists in jurisdictions such as the US. Despite the aforementioned tensions engendered by the reduction of health budgets, there is also a positive dimension in some of our programs of social and legal reform. This has been reflected by an emerging willingness of professional parties in the system to agree that, given the financial constraints that have become a constant and almost universal presence in the industrialized countries, there is no choice but to act according to principles of openness and cooperation in fostering solutions that are the result of recognizing a range of interests rather than attending to short-term needs of specific groups, whether they be professionals or consumers.

What we need to do is embark on a project of identifying which are the best institutions and practices realizing specific aims and objectives of our respective mental health systems. We are likely to find that we can list key elements that are necessary but insufficient in and of themselves to constitute an effective and morally responsible mental health apparatus. There is widespread agreement that we need to find the best case management programs that are assertive and community based. For persons needing continuing care, we need to implement crisis programs in the least intrusive manner. In the area of housing, we must commit ourselves to providing professionally supervised community residences and to assure necessary governmental support. To successfully implement these policies, governments should undertake to fashion statutory guidelines ensuring access to mental health services.

Treatment alternatives must be continually clarified and evaluated. We should avoid "either/or" thinking and rhetorical or ideologically-driven critiques in periods of frustration. What we have come to know is that it is through a balance between hospital and community services that patients will be properly attended to. Having accepted that, we must develop the appropriate structure to accommodate the diverse needs of specific regions and populations. We should be wary of any moves towards

decentralization that contribute to the erosion of central and authoritative standards which carry ethical significance. As we have observed, effectiveness at the expense of professional standards should be questioned and confronted. Welfare-oriented nation states like Canada still carry the responsibility of maintaining standards that can be applied consistently for the benefit of all citizens. If there are exceptions, they should only be on an experimental or short-term basis, as mental health care and services form part of a state's moral responsibility. However, we must avoid the pitfalls of excessive concentration of power at the centre, which may be overly bureaucratic and too rigid to respond to consumer needs.

We must make it an objective of mental health law reform in the next century to involve consumers of mental health services to the greatest extent possible by re-engaging their best efforts to make decisions affecting their well-being and their eventual reentry into productive citizenship. This means that we must commit ourselves to programs of funding for leadership training that will assist consumers in articulating their concerns. In addition, we must educate our mental health professionals and the public about the activities of consumers in a non-stigmatizing manner. We should also assist families who can be engaged in all the processes affecting their immediate family members. We should continue to experiment with and to sustain programs which support the employment of mentally ill persons and be prepared to evaluate programs that are conducive to psycho-social rehabilitation.

In mental health law reform, there will be no one model for creating a perfect body constituting a Mental Health Authority. Each socio-political-economic culture must find its route to effectuate a plan that can meaningfully distribute responsibility between central and decentralized bodies. What works in one setting will be anathema elsewhere. Much will depend on the character and type of decision-makers who are placed at various levels in any given system of decision-making and delivery. The challenge to integrate systems both vertically and horizontally, remains a real issue for planners everywhere. First and foremost, we must be able to reflect internally on our own systems, both in the light of universally shared values and based on relevant criteria that emerge from established practices and norms of a particular environment. Mental health professionals should have a sense of moral obligation in searching for the standards and goals that should be the motor in determining their responses to suggested changes from government. Government, on the other hand, must strive to preserve professional standards in the mental health system. Cost-cutting, which disturbs this dialogue, should be protested against by responsible agents of the mental health system in all professional quarters. It is necessary, therefore, for mental health

professionals to group together to request and even demand of government and other corporate interests, such as insurance enterprises, that responsible and quality services be protected. This means that mental health professionals should be prepared to establish partnerships with their legal counterparts, consumers, and appropriate political forces, including the media, to strengthen their requests for the guarantee of responsive and responsible mental health services.

It is through such partnerships that we can over time build towards an international consensus of values that will enhance the prospects within both the public and private sectors of improving the quality of life for persons in need of mental health services. We must give all our best efforts to devising the ways and means for ensuring a continuity of care that is responsive and sensitive to specific patients in the context of diverse locations, and tied to real reference points in mental health services. Continuity without integration would be tantamount to admitting defeat in achieving our collective objectives. We have suggested today that we have arrived at a stage in mental health policy where reasonable persons should not come to unreasonable disagreements about what are the key issues that need to be addressed. Hospital care will remain a necessity. Hospitals without community services will regress into asylums. Community services without public support will fall by the wayside.

The dialogue between government and mental health professionals carries with it the weighty moral burden of redressing the wrongs that have been done to mentally infirm persons over centuries. In fact, it will be the measure of our level of civility that we devote ourselves to finding basic principles together for creating the kind of legislation that will allow professionals to use their training and best resources to cooperate in integrating not only mental health services, but also persons suffering from mental illness, into the pluralistic society that is the measure of a real democracy.

精神保健改正： 21世紀に向けての評価

by David N. Weisstub

Philippe Pinel Professor of Legal Psychiatry and Biomedical Ethics,
Faculte de medecine, Universite de Montreal

私たちは、世界が関心を寄せた10年前の日本の精神保健法の改正の目撃者である。この改正は、他の先進諸国に比べて、精神病患者に対する日本の治療の質の悪さや人権保護の低さが批判的となり、これに日本政府が反応したために行なわれた。国際法委員会 (International Commission of Jurists) からの監査記録などにより、極度に悪質な治療の現状がスキャンダルになり、日本の病院関係者や政府機関や精神保健専門家たちが屈辱を受けたことを、あなたも思い出すのではないだろうか。それ以来、日本だけではなく西洋の先進諸国でも、さまざまな政治的、経済的变化を経験してきた。こういった状況の中、現在はこれらの改正を振り返り、評価し、査定する時期にきていると思われる。

1980年代後半は、西欧諸国が法改正やメンタルヘルス施設や病院の変化を大急ぎで行なっていた頃であり、当時の日本が西欧諸国に比べて、20年は遅れていたことを認めざるおえない。精神病患者の強制入院に関する司法権や法的基準に関する法的決断がきちんと発表されていた点から言えば、アメリカが先端を行っていた。しかし、例えばイタリアでは精神病院閉鎖といった革新的な変革が行なわれていたように、ヨーロッパ全土では、さまざまなコミュニティ精神保健の動向が起きていた。英国やカナダ、オーストリアといった国民皆保健 (国民保健) のある国でも、同様であった。

1970～80年代、世界は、精神医学の悪用に敏感になっていた。極端な例では、ロシアやキューバや幾つかの南アメリカ諸国では、全体主義体制のもと、精神医学が罰を与えるのに利用されていたため、厳重な国際視察の対象におかれることになった。精神科の乱用に関する一般の関心が高まっており、報道メディアや討論会でこの話題が取り上げられるようになった。

1960年代と70年代の社会活動と法介入に関する精神病患者の状況は、他のマイノリティー・グループと同じ扱いを受けるようになった。西欧諸国では、人権擁護団体が患者や家族や専門家の要求や権利を代弁するようになり、治療サービスや保護義務権、患者の人権保護についての明確な説明が求められるようになった。そして、強制入院や、それに関連する様々な権利を制限するために裁判で証言する際の専門家の行動規範や書式手続きの見直しが要求されるようになった。

今世紀の最後にあたる現在において、政治の保守傾向や財政困難という事実のもと、ここ数十年の大規模な変革が逆行されてきている現状を、我々はよく知っている。現在の状況は、30年前とは根底的に異なっている。西欧諸国が、すでに法的に獲得してきた擁護と利益を、日本政府が具体化しようとしていたのだが、今では西欧諸国は急進的な変革とその長期影響のもと、危機が生じている。私がここで意味しているのは、東洋と西欧の政治的経済的現実の仕切り直しにおける、興味深い歴史的屈曲である。精神保健政策は国際化してきた。精神病患者とその家族の権利を守るため正しい決断をしなければならないという重圧の元、私達は、私達が共有する問題について真剣に話しあわなければならない。

法律重視現象； 社会的両極化

アメリカの強制入院に関する経験にふれずに話を進めるわけにはいかない。アメリカのこの問題を社会変化の観点でとらえたからである。強制入院に関しては、他の国の政府もアメリカをまねた。強制入院が危険がどうかの基準で、法的手段を用いて決められるようになった。この危険性に基づいた基準は1980年代から1990年代に、ドイツ、オランダ、イギリス、ロシア、イスラエル、台湾、オーストラリア、カナダなどの様々な国で見られるようになった。アメリカとは異なる入院規準と手続きに目を向けると、イギリスの精神保健法は健康と安全性の方向に進んで、患者の保護に対して、社会のより寛容な態度を反映している。これは患者の自立重視のアメリカ的なアプローチと対比される。イギリスを含む幾つかの国では、強制入院と精神病患者の権利の審査は法的な構造よりも行政的な構造で行なわれ、パネルによる決定モデルの方が、弁護士と検事の対決モデルよりも、よりデリケートにニーズに応えられると考えられた。

アメリカのこのモデルは、裁判権という形で他の国にも持ち込まれ、20年前には、精神病患者の市民権に関するいかなる事についても、法廷で戦う雰囲気が定着し、このモデルが勝利を収めたと思われた。そして、このモデルによる入院に関する法律が相次いで多くの国に取り入れられ、重症であっても危険がないならば、精神病患者は市民権を脅かされることはなく、ケアが得られないような最悪の環境に陥っても、精神病患者の自律の保持が何よりも優先されるようになることを示唆した。

歴史は、そこで終わったのではない。アメリカや他の国において、法律と意志決定のあり方についての方向性が変わってきた。すなわち、精神病患者の権利よりも、ニーズに焦点をあてるべきだという方向性がでてきたのだ。これは、精神保健法が1950年代に逆もどりしたことを意味するのだろうか？ それとも、最近の傾向を反映した、意味ある前進なのだろうか。急進的改革が行なわれる以前の州立病院の状態は悪く、最低レベルの精神科ケアが行なわれていた。そして、効果についての確かな証拠もないまま、暴行が加えら

れることも多くあった。当時の経済状況がこれらの州立病院への資金を許容し、貧しく社会的にマイノリティーである多くの精神病者に、家として州立病院が与えられていた。

科学と経済と社会的理由で、政治家が動きだした。新薬や、コミュニティーサービスができたことによっても、精神病者は社会に身をおくことができるようになった。数十年間アメリカはこのモデルを経験したが、その後は精神病者が広範囲な改革の犠牲になっているという批判が始まった。危険を基準に入院を制限しているアメリカの法的決断に対して、アメリカの精神科のリーダーたちから、怒りが表明され、裁判で強制入院を勝ち取るようになった。これには、刑務所が精神病者で一杯になっているという社会批判と、重症ケースにおいては、裁判によって精神病施設でケアを受けることが拒否されたために、家族が崩壊してきているという背景があったからだ。そして、当時はしばしば右翼と左翼がむちゃな結託を行い、精神病者が見捨てられ、ホームレスや犯罪に陥いたっているとの批判もあった。

しかし、現実はまだもっと複雑である。思春期や青年期の若い男性が攻撃的になり、社会的脅威集団となっていたのも事実だが、それはほんの一握りであった。また、入院率の実証研究において、長期の強制入院者人口には、大きな変化はなかった。真の問題は、危険のある者もない者も、両者の精神病者に対応する、効果的なケアであって、法的定義ではない。

実証研究が示したことは、裁判官あるいは管理を委託されている専門家には、入院が違法であっても、精神病者への真のケアと、家族の保護と、社会秩序の三者にバランスをとれた決断の責任があるということである。過去20年間で示したことは、世界の我々が直面している問題は、自他に危険があるかどうかではなく、治療を必要としている精神病者への対応だということだ。

劇的な法改正による最初の影響は、精神科専門家や政策を作る者が、最大限に法律にそった書類を作成するなどの、防衛手段に現われた。しかし、規定が狭義に解釈され、入院率が減少するなどの適応期間が終わると、判事や弁護士や精神衛生専門家や家族は、自分たちの道徳的直感にもとづいて結論を出すようなメカニズムを作り出した。

反精神医学の気風が強く、コミュニティーサポートシステムと家族への期待が実現しなかった最初の数10年の段階を経て、現在ではほとんどの先進諸国が慎重になってきている。自国の専門家をういて道徳的優位を主張し、他の国を攻撃することは正当ではない。精神保健帝国主義は終わりを告げなければならない。精神病者の現状は危くなっている。それは、制限の質に関するのではなく、政府が困難な精神病患者に必要とされているサポートを躊躇しているからである。これは、数十年かけて獲得してきた精神病患者の権利が、数十年前に戻ったことを意味するのではない。逆に、精神病者が法廷で獲得してきた

ものを尊重しながら、一般の文化と精神病患者の日常生活と社会の統合を行わなければならないことが意味している。そして、精神病患者への違法行為を防ぐには、一般大衆の態度が最大の武器となるだろうということだ。

改革の時期

日本に視点を移せば、日本は1988年の改正以来、精神保健審議会が設けられたが、審議会への依頼はほとんどない。数年前に発表された法と精神科の国際雑誌によると、1991年の申請率は0.2%であり、それによる退院ケースは11ケースである。1988年の改正による急速な変化を、国際委員会は期待していたのだが、日本の精神科入院数が30万であることを考えると、委員会が予想した以上の日本の社会構造の根強さをこの統計の数値が証明している。他の社会文化においても、同じような現実があるのは事実だが、それぞれの文化的態度には相違がある。退院の数よりも、もっと大きな問題は、病院における実際の治療の質であり、地域精神保健ケアにおいて、何が行なわれてきたかであり、何を行なうことができるかである。

日本人の著者の中には、1988年の法令が精神病患者援護の地域モデルを承認しているにも関わらず、政府がそれに必要な資金を出していないと論じている者もいる。これはおそらく、国ではなく、家族が精神病患者の重荷を背負うべきだという、日本の文化と歴史によるものだろう。すなわち、国にとっては、家族に代わって面倒をみることができる唯一の最終選択が、病院だということである。つまり、国際的プレッシャーによって法改正はされたものの、日本システムの真髄では、これに満足していなかったということだ。日本社会を「福祉国家」と呼ぶことができるとしても、日本はこれだけの急速な経済発展と進歩を経験してきたにも関わらず、日本政府の福祉発展への歩みは実に遅いと言わざるおえない。しかしながら、日本には他の先進諸国と問題を共有する責任がある。1990年代と次の21世紀への挑戦は、きびしい経済状態の中で、精神病患者の立場を明確にすることである。そして、教育を通してどのようにボランティアや家族や精神病患者へのサポートシステムを援助するのか、保険や国の協力構造からどのような援助を受けるか、現存するニーズに応えるための貴重な連携をどのようにつくっていくのか、それを明確にしなければならない。

人権に関しては、東洋と西欧の両方の文化圏から、私たちの批評をまとめ、それらの厳格な考えを適用していく必要がある。そして、精神病患者の人権保護と治療に関し、そしてそれらの正当性について、最低限であっても、倫理的に広く受け入れられるような、意味ある基準として明言していくことができるのかどうかを、見極めなくてはならない。さらに、精神病患者への適切なサービスの提供を保障するために、私たちが政府や病院組織に正当な要求をするとしたら、そこに中核的価値観があるのかどうかも見極める必要がある。

このように多くが必要とされる現実に向かって、私たちが適切なメンタルヘルスサービスのために必要としていることは、倫理的価値と法律的価値を結びつけるための、一連の基準を設けなくてはならないということだ。これには、メンタルヘルスサービスへの要求をまとめ、適切な調整ができない状態にあるのは誰なのかを見極めることから始め、たくさんさんのステップを踏まなければならない。これらに相違があるならば、その理由を査定し、統合的サービスと治療の継続性の発展のための活動計画を作り始めなくてはならない。実際に効果があるサービス提供を追求している私たちにとって必要なことは、目標を設定することであり、サービス供給とサービス提供のあり方に関する、科学的に弁護できる広範囲なデータを収拾することである。これらのデータを積み重ねそれを有効に活用することによって、私たちはメンタルヘルスカケアに関するより責任ある決断をすることができるようになるだろう。

さらに、地理的あるいは地域的な査定にそって、どの人口が、どのライフサイクルの時点で、最も精神ケアサービスを必要としているかを、人口統計学的に識別するための疫学的研究を詳しく検討しなければならない。法や規定で定義されている実践基準があるならば、それらの基準が有効なのかどうか、あるいは、政府や病院施設から理想実現のための適切な資源が与えられているかどうかを評価するための、実証データを集積しなければならない。私たちは患者と家族の真のニーズに向けた、新しい精神保健法の方向づけに向かって、準備をしなければならない。世界の多くのシステムがバラバラで一致していない現状にあっては、それぞれがもっているパズルを寄せ集め、皆で意味のある大きな全体像を創っていくためのコーディネーションが必要なのだ。そして、そこには予防に関する熟考された政策も組み込む必要がある。

私たちは高齢化や、地方から都市への都市人口集中化に直面している。これは、森山先生が指摘しているように、私たちの目の前の挑戦である。私たちは、効果的な医療には、日常生活を支える構造のサポートが含まれるていることを、理解するようになった。これは、効果的なケアシステムにおいては、地域基盤の供給における全ての選択肢を、注意深く検討しなければならないことを意味している。病院から地域に場を移すと、その管理構造や責任構造は、政府機関や健康・社会サービス機関の路線がバラバラになってしまう。私たちが直面していることは、これらの膨大なサービス群の調整に他ならない。なぜならば、決断を下す者にとっては、出費は重要な問題である。そのため、彼らには治療に関する基準が適切に実行されているかを監視し、さらに、それぞれの場で提供されている複数のサービス提供の、全体的な経済効率を査定する必要がある。

精神保健改正におけるモデルの移植：学んだこと、今後の展望

70年代～80年代にかけて、ほとんどの西欧諸国における精神科ベット数は確実に減少していった。これとは対照的に、過去30年間の日本における精神科ベット数は増加しており、精神病院は日本のサービス提供の中心の場として残存してきた。しかしながら、この10年間の精神科ベット数はいくらか減少してきており、日本の精神保健政策が地域との統合をサポートする傾向にあるということは、付け加えなくてはならない。精神病患者のノーマライゼーションに関する最近の法改革や、住居施設やリハビリテーションサービスを含む地域ケアへの公共資金の促進に、この政策移行が反映されている。

地域ケアサポートサービスへと突入し、劇的な変化をとげた西欧ヨーロッパ諸国の経験から言えることは、統一した大規模な政府のサポートと地域基盤への強い関心がない国では、その成果が短命であるということだ。よい例としては、大規模な収容モデルから離れ、地域モデルへの劇的な変化をとげたイタリアである。北イタリアのトリステのフランコ・バサグリアにより、斬新な地域指向改革が1960年代初期に始められ、1978年には劇的な精神保健法の改正を極めた。この急進的な事業は広報180号に基づいて行われ、施設としての精神病院を劇的に閉鎖しようとするものだった。

このイタリアの法律の実践を追跡することは、二つの点で有意義である。一つは、イタリアの経験は特殊な文化と経済の変遷に関係しているからであり、もう一つは、この法が地方政府の構造と結びついた政策的な適応であったからだ。しかし、イタリアの区分地域にはばらつきがあり、従って実践も一貫していない。公な法律制度における法とは、文書に書かれたものであり、精神保健という土壌においては、システム運営に関する一つの指針にすぎない。実際には、法律とその多様な実施のあり方との間に、本当の問題がある。先進各国における効果的な精神保健法改正の鍵は、効果的な地域サービスを促進させたり、沈滞させたりする社会－経済的要素を見出すことにある。俗に言われるイタリアの奇跡は、北イタリアのいくつかの地域で、確かに起きた。トリステやヴェローナはその例である。どこで、どのような精神保健法改正が行なわれるにしても、精神保健がかかえるパズルを解く鍵は、適切なサービスを精神病患者に開放しながら、地域サポートを重要視し続けることにある。

我々の意図に関わらず非常に重要なことは、病院を根拠地におく医療を、地域サービスへと移行させるには、資金的負荷がかかるということだ。基盤設備や人件費は、動かすことができない出費である。予算の制限の中で、新しい専門性の確立や育成を中止せざるおえない事態が頻繁に起こる。中央集権構造から小規模な地域構造へとサービス提供の転換は、その意図は行為に満ちたものであっても必ずしも効果的に実施されていない。私たちは、病院から地域へ、大規模から小規模への変遷を評価できる、初期の段階にいるのは事実である。必要とされている病院施設と改革との間には必然的な関係がある。私たちには、

それぞれの社会的文化的環境に最も適合するような形で、それを落ち着くかせていくことができるということを認めなくてはならない。他からモデル移植するということは、実際には意味を輸入し、それが文化的に翻訳されるということだ。これがない場合には、私たちは良い結果の可能性に対して懐疑的なだけでなく冷笑的な立場にならざるをえない。

イタリアについてのコメントは、次の記録をもって結論にしたいと思う。10年前の調査では、イタリアの長期慢性患者は15年間の間に、おおよそ80%減少している。この研究調査によると、これらの患者は刑法組織にも、私立施設にも収容されていない。小さな一般病院の精神科病棟と、地域保健センターや住居治療プログラムなどを含む地域基盤の施設が、必要な資源供給に真剣に取り組み、効果的に機能してきた。さらに、精神病患者にある程度の生産性を生み出させている、就労組合の強力な発展もある。イタリアが証したこれらのことは、我々の要点を裏づけるものである。すなわち、よくコーディネートされたケアによって、精神保健の現実が豊かに変わるということだ。

イタリアの奇跡と言われていることは、別に奇跡ではない。法律が、社会秩序と精神保健専門家らの活動を軽視し、脅しの道具として見なされることなく、同意をもって受け入れられた社会文化でのみ、法律が真の効果を生み出したということだ。もちろん、地域健康サービスと社会リハビリテーションとの再統合において、中心的役割を担う家族への働きかけかも、この社会的・文化的変数に含まれている。

ケア供給に焦点をあてた：コストとサービスの統合

最近では、精神病の生理学的、神経学的、遺伝的基盤が強調されるようになり、精神病を医療問題として治療する傾向が主流となっているのは確かである。さらに、精神病と身体疾患の関係を効果的に記録することが難しいのが現状である。ゆえに、相互に依存し合うサービスと一般病院の治療対象に精神病をおくべきかどうかについて、話し合わなければならない。このようなアプローチにおいては、精神保健サービスを効果的なケアの継続性を含んだ形で医療を統合するような、効果的な保険が必要となる。この観点に立てば、保健の適用は重症の精神病の診断にみに限るべきではない。そうになってしまえば、治療サービス提供者が早期に治療を行おうとする動機を削いでしまう危険性がある。病院と医療費のみに限る保険金支払いの構造が、唯一の選択でもなく、最善なものとは限らない。アメリカのように、富む者に保険があり、貧者に公共施設があるような社会システムにおいては、治療と保護に必然的な相違が生じる。また、極端な医療中心型モデルでは、医療が優先され、医療ではない地域でのサポート構造は軽視される。更に、過剰に医療中心的なアプローチは、そのシステムの主目標であるはずのもの、即ち経済効率の高い弾力的な治療アプローチを常に提供出来ずにいるように見える。ゆえに、全てのタイプの精神病を、健康保険計画に取り込むべきであり、その結果さまざまなサービス供給者間の競争によって、

精神保健ケアにおける最大限の経済効率が期待できるという考えは、医療以外のオプションを十分に組み込まないシステムが失敗している事からも支持される。

(医療以外のオプションの)組み込み論に反対の意見もある。その意見は精神病には種類も程度も異なる多様な病因と効果があるため、精神科における医学診断に柔軟性をもたせなければならない事と関連がある。従って、コストの柔軟性に付随する問題に適切に対処しなければ、巨額な医療費支払いは避けられず、保健システムを破産させてしまうという主張である。そのような批判に対して、柔軟な保険システムは必ずしも無制限の医療費出費には結びつかないという反論もある。

極度に医療中心的な立場に立とうとも、組み込み論に立とうとも、消費者のどのグループに対して優先順位を付けるべきかは重要な問題である。経済資源には制限があり、場合によってはきびしい経済状態にあることを考慮して、非常にケアの必要が高い精神病患者に限っては、彼らを身体疾患患者の枠に入れ、治療を受けさせてはどうかという考えもある。それに加えて、重症の精神障害者は明らかに精神保健サービスをより以上に必要としているという意見もある。この立場は、重症精神病への治療効果の高さが証明されていること、そして重症精神病患者への虐待や差別の歴史を顧みる社会的関心の高まりに支えられている。

今やどの国の精神保健政策討論においても、精神保健サービスの配分の優先順位に関して、どのように保険金還元を行なうべきかが討論されている。どの国にも、独自の歴史と保護と保険のパターンがある。私たちにとって極めて重要なことは、表面にこそ出されなくとも、その歴史的、文化的背景を忘れてはならないということだ。1970～80年代は、一国の精神保健法を他国の法律に移植しようとした時代である。しかし、その国では効果がないような、他国が作った既成の経済構造を輸入し、それが国をパニックと怒りに落しめることが誤りであるように、精神保健法の無理な移植は誤りである。

計画や基準をもうける場合に必ず必要なことは、家族、仕事、方向性、さまざまな政府レベル、福祉的リーダーの有無などについての微妙な傾向（ニュアンス）を明白にすることであり、私的機関と公的機関の保険供給のバランス、精神保健専門家の訓練と教育、法的代表者の役割とモデル、法的・管理的意志決定に関する微妙な意味合いを明確にすることである。これらの相互に交差する全ての変数への注意深い分析がなくては、保険金還元システム計画は、過去数十年に起こったような、誇張され、指導を誤った法制定と同じ結末を迎えることになる。

専門家の責任としての： 継続的ケア

「病院外」施設の効果についての科学的なデータが不十分であることが、私たちの問題

をさらにやっかいにしている。病院外サービスは、保健サービスと福祉サービスとの不明瞭な土壌にあるため、データの入手が難しくなる。さらに、脱入院化した患者への責任は、ボランティアや家族や地方政治などを含む、曖昧な領域におかれる。このように、地域にあっては、サービスをモニターしたり、介入の効果を調査するのは難しい。

全ての広範囲な健康システムが持つ重要な問題は、ケア継続の問題にどのように対処するかである。施設に依存する施設化した患者の全てが慢性患者とは限らないように、長期入院患者が慢性とは限らない。また、精神保健システムに属する患者の中でも、「出たり入ったり」しながら複数のサービスを利用している患者人口は実に多い。しかし、このような患者人口の中核をなす患者に対しても、法的特権には引き続き制限があり、サービスの管理と調整の問題が継続している。システム全体の意志決定プロセスには、コスト（費用）が関わっている。

ほとんどの先進経済国では、私的保険で受けられるものと、公的保険で受けられるものがあるが、どのような時には私的保険で、どのような時には公的保険なのか、それらが曖昧となっている。そして、高度に中央集権体制であったものが、地方分権体制に移り、供給と申請が地方に移ることによって、問題はさらに困難さを極めている。このような地方管轄において、精神保健専門家が自分の専門的役割に葛藤を覚えることは多く、指示や再教育を求める声も聞かれる。

地方分散によって効率を上げ、地方問題にこたえようとする傾向が強くなってきているが、地域格差をなくすことは難しい。最小限の統一した基準を保障するためのたくさんの例から強く言えることは、システムの地方分権化が過半数を越えてしまうと、予測不可能でコントロール不可能な政治的変化が起こってくるということだ。鋭い観察者であるロンドン経済大学のマンゲン博士は、次のように言っている。「全体を総括する効果的な管理体制がなければ、地方分権化した保健サービスと社会サービスが、利用者への統合的なサービス提供の問題を憎悪させることになる。」 決定的なことは、地方分権化によって、中央と地方、地方の保健機関と福祉機関との、予算比率が変わってきたということだ。決定に関する優先権があると、特にそれが中央政府の場合には、経済的責任を削減できるようにその権威を濫用することが典型的に見られる。

英国サッチャー政権による精神保健サービス供給に関する、最近の振り返りでは、経費効率を高めるために、より小さな単位に意志決定を委ねたことによって、意志決定の価値が下げられたと述べられている。エレン・ホリングスワースによれば、英国が経験したことは、他の福祉国家でも起こっていた。地方分権化によって、利用可能な資源は減少した。さらに、既存のサービスと新設サービスプログラム間の競争によって、残された利用可能な資源にさえ歪みが生じてきた。資源は現象し、既存と新設のサービス提供者の資源の取り合いは効果的なサービスの提供を阻害した。知識や技術があっても、精神障害者が独立し

て生活の質を向上するためにプログラムが提供されても、残念ながら地域に根差したサービスの成功率は極めて低かった。他の英国と同程度の経済力のある、そして同様に国民皆保険制度をとっている、同様の精神保健政策を取っている国々比べても、その効果は様々で、現時点で実際の効果についての理解は限られたものである。

このような厳しい現実にも関わらず、精神保健専門家と社会政策計画者は、効果的な法改正のための基本原理を明確にすために、建設的な努力を重ねているだろう。私たちは、病院施設と地域でのサポートシステムの不均衡を是正し始めている。多くの区域に、治療とリハビリテーションだけではなく、予防や教育へのサポートを含む広範囲なサービスがある。地理条件や民族など、精神保健システムが対象者の個々のニーズに応えることのできるような地方施設が、世界のたくさんの所で創り出されてきているのも現実である。また、ボランティアをなどの非公式な活動を利用して、効果的なプログラムも作られている。患者をサービスの消費者と見なし、家族は精神保健専門家の協力者として、治療とサービスを評価できる立場にあると見なされるようになり、そういった認識の重要性が受け入れられるようになってきた。

科学の分野では、何が効果的で、どのくらいのコストがかかるのかといった、患者や意志決定者に必要な知識となる信用のおけるデータが集積されている。機関や病院施設は、他の精神衛生システムの部門との有効な関係づくりをしてこなかったことを反省し、臨床的になってきている。アメリカのような多岐にわたった複数の保険システムと比べると、支払いシステムが単一の方が容易であるように見える。しかし、前述したように、厳密な医療サービスモデルから離れ、ケア供給の大きな枠組みのからなる精神保健モデルに移る時には、私と公の相違が不明瞭になる。社会改正と法改正を行なおうとしている私たちにとって、プラスとなった事は、システムの専門家たちがオープンになってきたことであろう。これは、どの先進国でも緊縮財政をかかえているため、専門家や消費者の要求に近視眼的に応えられないため、両者がオープンに話し合い協力しながら、解決策を見いださざるおえなかったからである。

私たちは、私たちが重要だと思う精神保健システムの目的や目標を実現するために、どの病院や施設、あるいはどの実践が最適かを明確にするためのプロジェクトに乗り出さなくてはならない。私たちは、効果的で、道徳的、かつ責任ある精神衛生の仕掛けが、内部から作られていくのに必要な、十分でなくとも必要条件のリストを作成することができるのではないだろうか。また、地域に根ざした積極的で、最も良いケースマネジメントプログラムを見つけなければならないということは、広く同意されている。継続的なケアを必要としている人たちには、最小限の侵入に留まった、真に利用価値のあるような危機プログラムが与えられなくてはならない。住居に関しては、専門的なスーパーバイズのいる地域住居を提供し、それに必要な政府からのサポートを確保するために、私たちは全力をあげなくてはならない。このような政策を効果的に実施するためには、政府は精神保健サー

ビスの利用を確保すべく、法的ガイドラインを設定すべきである。

治療のオプションについては明確に提示され、評価されなくてはならない。進展がうまくいかない時でも、私たちが「白か黒か」の思考や言葉だけや観念的な批判に走ることは避けるべきである。患者は病院サービスと地域サービスのバランスの中にいるということが、私たちには解ってきた。これを受け入れたならば、私たちも、患者やその居場所の様々なニーズに適合する、このバランス構造に自分を置かなくてはならない。また、地方分権構造に関しては、倫理的重要性を伝えるべき中央基準や権威基準が腐敗しないように、私たちはいかなる地方分権構造にも警戒しなければならない。私たちも見てきたように、専門的基準を犠牲にしてまでの効率化には、疑問を投げかけ、対決すべきである。カナダのような自由社会としての福祉国家には、全ての国民に対して同じように、恩恵を行き渡らせるための基準を維持する責任がある。例外があるとすれば、短期の実験的なものでなくてはならず、精神保健のケアとサービスにおける道徳性を保障する責任を国が全うすべきである。しかしながら、あまり中央集権的になり、官僚主義的で消費者のニーズに応えるには融通が利かなくなってしまうような落とし穴は避けなければならない。

次世紀の精神保健法改正では、消費者が生産市民の仲間入りをし、自分の幸福のために、可能な限り意志決定に関わることを、一つの目標としてかけなければならない。この目標のためには、消費者が自分達の問題意識を明確に表現出来るように援助するためのリーダーシップ訓練のための財政援助プログラムを確保しなければならない。偏見や差別のない土壌で消費者が活動できるように、精神保健の専門家と大衆への教育啓蒙をしなければならない。また私たちは、家族が患者に影響を与えるプロセスに全面的に関われるように援助しなければならない。私たちは、精神病者の就労援助プログラムの開発と維持に努め、心理社会的リハビリテーションのためのプログラムを評価し始めなくてはならない。

精神保健法改正において、完全な精神保健権限を創りだすようなモデルはどこにもないだろう。それぞれの社会－政治－経済文化が自分たちの計画実行路線を見つけ、中央機関と地方機関が有意義な責任の分配ができるようにしていかなければならない。一つの所ではうまくいったことでも、他の場所では忌み嫌われることもある。それは、意志決定と実行システムにおいて、色々のレベルにある意志決定者のタイプや特徴によるところが大きい。精神保健政策におけるシステム統合へのチャレンジは、どの国の政策計画者にも残された課題である。私たちが最初にしなければならない最も重要なことは、世界で共有されている価値（他の精神保健システムと共有し、専門基準や倫理の原則に関して共有している価値）と、独自の環境からなる基準や実践から生み出された基準と照らし合わせながら、自分自身のシステムを内面から振り返ることである。政府が変化を提案した時には、精神保健専門家がどのようにそれに反応するかを決定するための、モニターとなる専門基準や目標を追求する道徳責任が、精神保健専門家にある。一方政府は、精神保健システムにおける正当な専門基準の保存を、政府の目標の一つにすることを考慮しなければならない。

経費削減によって、今ここで話されているようなことが妨害されるならば、全ての専門分野における精神保健システム機関が責任を持って抗議しなくてはならない。このように、サービスの質を守るためには、政府と保険会社などの企業関係者に対して、精神保険の専門家は一団となって要求すべきである。すなわちこれには、精神保健専門家間の連携を強め、法関係者、消費者、報道を含む適切な政治的勢力と連携をはなりながら、ニーズに責任をもって応えられる精神保健サービスを保障するための要求を強化していくべきことが意味されている。

このような連携を通して、精神保健サービスを必要とする人々の生活の質を向上する可能性を、公私協力して高めるような、国際的に合意された価値観を時間をかけて築き上げることが可能になる。我々は、地域によっても異なる個々の患者の精神保健ニーズに敏感に応えられるケアの継続性を確保するための方法を作り出すために最大限の努力を払わなければならない。統合無しの継続性は我々全てが共有する目標達成へ向けて、敗北を認めるに等しい。今日、私達は、精神保健政策の発展途上で、対処しなければならない重要な問題は何かに関して、理性的な人間なら極端な意見の相違がない段階まで進んできたのではないかと提案した。病院でのケアは引き続き必要であろう。地域サービス無しの病院は収容施設に退行してしまう。公的支持のない地域サービスは頓挫してしまう。

政府と精神保健専門家との対話には、何世紀にも互い精神障害者に対してなされてきた悪を是正するという重い道徳的義務が付随する。我々が協力して法改正の基本的な原則を見出すために努力することは、我々の礼節の程度を示すものである。そしてそのような法改正を通して、専門家が協力して、自分達の訓練と資源を精神保健サービスのみならず、精神の病に苦しんでいる人々を真の民主主義のと評価されるような多元的な社会に統合できるようにするのである。