

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第13回

脱精神科病院「わが国の脱精神科病院⑥」

三野 宏治

はじめに——前回までに書いたこと

約二年ぶりの連載となる。この連載で書いてきた「脱精神科病院」についての考察をまとめ博士論文を書いた。博士論文執筆のための休載だったが、それは前半一年の話で2015年10月以降は単に書かなかっただけだ。書かないといけないという思いはあった。そんなこんなで今年9月に対人援助学会の年次大会で団マガジン編集長にお会いした。そして書いている。本来、このようなことは短信に書くことなのだろうが、まずは言い訳をさせていただいた次第です。

前回までは数回に分け日本の精神科病院の成り立ちと増加の理由について書いた。そこで明治以前から精神病／障害で苦しむ人がいたことを述べた。そして多くの場合、家族が面倒を見ており家族がいなくなれば瘋癲人などになり、明治期に入り取締りの対象とする警察の内規や家族が監置するための法律精神病者監護法（1900年）が出来た。それと前後して呉秀三は精神病院法成立に尽力し公立精神科病院の増加を狙う。その努力の結果、1919年には精神病院法が制定され公的な責任における精神科病院設置が謳われる。しかし精神科病院の数は多くはなかった。そして第二次世界大戦以前には公立病院は増えなかった。この公立精神科病院の増加は戦後も私立のそれと比較すれば大きなものではない。公立の精神科病院建設は進まなかったが呉秀三の業績は精神病院法成立に奔走したことと東京帝国大学医学部病院で精神病／障害者を鎖から解放し医療対象として治療にあたったことなどから称賛されている。

これらの経過から精神病／障害者を「社会防衛の対象」と「治療の対象」と分けし同時期にその分けによって処遇、つまり「私宅監置」か「病院で治療」されていたと考えがちである。しかしすべての精神病／障害者が「私宅監置」か「病院で治療」されていたというわけで絵はない。ではその他の精神病／障害者はどうしていたのか。法律施行以前と変わらず家族が面倒を見ており、家族が居なくなれば乞食等になった。

まず、これらの状況を治療することで変えようとしたのが、呉秀三をはじめとする精神科医たちだった。そして彼らは精神科病院を設立する。ではこの時期の精神科病院の治療法は如何なるものであったか。呉は東京帝国大学医学部病院や松沢病院などでモラルトリートメントなど行っていたようである。しかしモラルトリートメントに治療効果が認められた一方でそれを行うには人手と時間がかかる。入院患者数が増えればそれに伴い治療者の増加を必要とする。すべての精神科病院でモラルトリートメントが行われていたとはいえない。それは当時の呉がおこなった治療法や患者への処遇を「人道的である」と評していることからわかる。

さて精神医学黎明期にすでに、政府によって精神科病院の二つの機能が期待されていた。その機能が「治療の場」と「社会防衛のための隔離の場」であり、その機能を精神医学界は引きうけた。政府は精神障害者を治療の必要のあるものと社会防衛の対象とした。ただそのどちらも精神病／障害のある「憐れむべき同胞」とし、これらのものに対応するために精神科病院があり、精神病者監護法と精神病医院法の双方の併存を必要であるとした。精神医学会は社会防衛の対象をも治療することを引き受けた。このことが社会防衛の一翼を担うことをどこまで吟味できていたかはわからないが、医師にとってそれはあくまで治療を目的としており職業的な情熱を帯びていたことも想像できる。この治療と社会防衛を連続的に捉え処遇していく状況は、今日においてもさほど変わらない。

終戦直後、精神科病院・病床は他科と同様に不足していた。また治療法もショック療法やロボトミーなどの治療法であった。その後、1950年代に登場した向精神薬による投薬治療は状況を変える。投薬治療はそれまでのショック療法と比較して手軽であった。向精神薬による投薬治療には効果があった。その効果は症状が治まる治療効果のほか、投薬治療の効果と手軽さは治療者と患者に良好な治療関係をもたらした。そのため治療者がその都度治療を施す必要は少なくなる。必ずしも入院による治療が必要ではなくなったことから、米国では向精神薬の登場が「脱」という方向へ向かう要因となった。しかし、わが国では精神科病院・病床「増」を支えるものとして使用される。それはなぜか。

この向精神薬の有用性だけをみれば、わが国も米国と同様に「脱」に向かってもよいはずだ。ただそうはならなかった。ケネディ教書が象徴しているように「脱」の政策がとられたが、わが国では精神科病院・病床「増」という政策がとられた。そしてその政策誘導を受けた私立精神科病院の経営上の努力によって精神科病院・病床が増えていく。ではその政策は何を意図したものであったか。

一つは社会防衛機能を精神科病院に期待した。ただ、それが精神科病院である理由はないはずだ。さらに精神医学界が社会防衛機能を拒否することもできたはずだ。ただ双方がそうはしなかった。政府は精神科病院建設への融資は国の経済政策の一環としての意味も持っていたという指摘や、結核病治療が進み結核病床が空いたことも要因として働いているとの指摘もある。これらの指摘が増加の要因のすべてではないだろうが、すでに存在し増加している精神科病院に社会防衛機能を付与すれば、新たに専用の施設を作る手間や財

源を用意する必要がないと考えたことは想像がつく。

なぜ、精神科医療は医療以外の役割を引き受けたのか

精神科病院が社会的防衛としての機能や家族の（経済的に限らない）負担を引き受ける請ける役割を果たした。その結果、措置入院患者の増加となり病床数の増大となった。これまでは政府の経済政策の一環と精神科病院が様々な要請を受けた結果と病床数増加である。これらの養成を請け負うと同時に、精神科病院が積極的に患者を捜し入院させ経営を安定させさらなる病床を増やしていった。「経済措置」が廃止された後も私立精神科病院は患者を積極的にリクルートした。黒田研二は『大阪の精神医療』（黒田 2006）で次のように述べる。「人権を侵害するおそれのある措置入院にたいする批判が強くなり、その頃から（筆者注：1970年）からおおさかでも新規の措置入院件数は減少し始める。…措置入院は保護義務者による同意入院（筆者注：現在の医療保護入院）に取って替わられただけである。特に大阪市のように単身者が多い大都会では、親族の保護義務者がおらず、市長が保護義務者（法第21条）となって入院させる場合が多い。…いわば精神病院の管理者の判断で強制入院が可能になる」（黒田 2006:9）。医療保護入院の開始や継続について審査する精神医療審査会が都道府県に設置義務づけられたのは1987年の事である。それまでは各医療機関が独自に行っていた。医療保護入院は行政による措置ではない。したがって医療費は健康保険や自己負担が原則であるが、患者に生活保護を受給させることで医療費を徴収することができた。

第二次大戦後、経済的困窮によって入院できないという事態が精神科病院病床数の増加と公的な入院費用負担によって解決した。しかし新たな問題が出現する。黒田は「戦後、浮浪者などの「あぶれ者の収容施設」として精神病院は増えていった」と指摘する（黒田 2006）。黒田の指摘は、「高度経済成長期に地方部から都市部への人口流動に際して底辺部の労働者の中から生活破綻者としてはじき出された人々を「アルコール中毒」や「精神病質」などの病名で入院させ患者を確保することで経営を安定させた病院が少なからずある」というものだⁱ。駅周辺の浮浪者から、向精神薬の登場によって統合失調症患者へと入院患者は代わる。その後、アルコール依存症や老人精神障害へ精神科病院が主体的に患者を取り込む。

筆者が精神保健福祉臨床で仕事を始めたのは1995年である。その当時、保健所の精神保健福祉相談員に同様の話を聞いた。それは1997年に大和川病院に入院中の患者を転院させる時期の事であった。大和川病院は前掲の黒田が批判する類の精神科病院であり、1993年に入院患者が何者かに暴行された後死亡する事件が起きた。その後の不正等によって1997年に廃院となる。精神保健福祉相談員は大和川病院に対し「多くの精神科病院では入院が拒否される、アルコールや薬物依存、行き倒れの人を取ってくれた。言葉は悪いが必要悪であったことは否めない」といった。アルコール依存症や薬物依存の患者、行き倒れであっても精神障害が認められれば精神医療の対象であり、必要があれば精神科病院への入院

も可能だ。しかし、黒田の指摘に従えば 1997 年当時、「多くの」精神科病院は統合失調症を主な患者としており、依存症や行き倒れなど「手間のかかる」患者を入院させたくなかった。大和川病院がそれらの患者を引き受けまともな治療やケアをしていれば問題はなかったが、任意入院患者への退院制限や違法な隔離や強制労働などの不正が発覚し廃院になる。

精神科病院・病床が急速に増加した 1960-70 年代に大和川病院と同質の処遇が行われていたことに対する批判や指摘は多い。日本政府の要請によって WHO はイギリス・フルボーン病院の院長クラーク氏を顧問として日本に派遣(1967 年 11 月から 1968 年 2 月)する。そして「クラーク勧告」を受ける。1969 年、精神神経学会は「精神病院に多発する不祥事事件に関連し全会員に訴える」という声明を出すⁱⁱ。1970 年、大熊一夫は「ルポ精神病棟」を朝日新聞に連載する。では、なぜこのような劣悪処遇が行われたのか。一つに前掲の黒田の指摘のとおり向精神薬によって入院管理を容易に行った結果であろう。

向精神薬の登場によってアメリカの「脱」は後押しされた。他方、わが国では精神科病院・病床「増」に積極的役割を果たす。この方向性の違いは単純に比較できない。それは向精神薬の登場そのものだけで精神科病院・病床「増」に積極的役割が果たせなかったことからわかる。

まずそこには「増」を目指す政策があった。その政策は特に私立精神科病院にとって経営面で都合の良いもの(精神科特例や経済措置等)であった。この文脈で向精神薬が登場し使用された結果、入院患者にとっての治療環境が悪化する。さらに単純比較が困難であると指摘する理由として、米国では向精神薬登場までに州立精神科病院や病床は増大しており、それに対して批判もある。他方、終戦直後わが国の精神科病院は他科同様多いといえなかった。更に病院建設が経済政策の一環とされた。

同時に精神神経学会や精神病院協会の「精神科病床数が不足している。したがって病院・病床の「増」が必要である」という主張や請願があった。

1963 年に「第 2 回精神衛生実態調査」が行われた(203 地区 11858 世帯、44092 名を対象)ⁱⁱⁱ。調査から精神病/障害者(精神薄弱者を除く)の医療・指導状況は、精神科入院が 15.6%、精神科通院が 10.7%、他科通院が 19.1%、指導を受けているが 1.9%、その他が 52.7%という結果であった。この結果から次のように試算された。精神科病院への入院 28 万 3 千人、その他の施設に収容 1 万 5 千人、在宅での精神科医・神経科医による治療指導 27 万 4 千人、在宅でその他の指導 7 万 4 千人。この調査結果は同年の 11 月 30 日に発表された。その時の新聞見出しは“三分の二は野ばなし”であった。1964 年 11 月ケネディ教書全文が『精神衛生』に掲載される。同号の『精神衛生』では、当時東京大学教授であった秋元波留夫がケネディ教書の基礎となった調査・勧告である Action for Mental Health (1961)について、「ケネディ教書」で述べられた脱精神科病院という方向性について、「アメリカ医療施設の問題を解決する方法」として地域ケアへ方針転換をおこなったと評している。しかし同時に、日本の精神医療の問題として「精神病院は、量と質との両面におい

で多くの問題を蔵している。まず病床数の絶対数の不足ができるだけ速やかに解消されなければならない」と述べている^{iv}。わが国では精神病／障害者に対応する場合は地域ではなく精神科病院であるとの主張だ。

向精神薬登場後に精神病の治療がすすむ。症状が緩和することで精神病／障害者自身の病院外での生活や活動が可能となった。そのため米国では「脱」という方向に政策が傾く。しかし、わが国では向精神薬の登場により少ない治療者で多くの患者に対応することが精神科病院で行われるようになった。わが国にケネディ教書が紹介された1964年当時、秋元などはその意義を認めながら病床数増加を主張した。また、政府も前年の1963年に「経済措置」といわれる通達をだし、入院費用を負担できない家族・障害者のために、措置入院はその本来の要件が満たされない場合であっても「柔軟」に適應するよう求めた。これらの事から当時の日本では「脱」ではなく「増」が精神医学界や政府の大勢であった。では、政府が精神病／障害者対策を精神科病院に任せたのはなぜか。

一つは社会防衛機能を精神科病院に期待した。ただ、それが精神科病院である理由はないはずだ。さらに精神医学界が社会防衛機能を拒否することもできたはずだ。ただ双方がそうはしなかった。政府は精神科病院建設への融資は国の経済政策の一環としての意味も持っていたという指摘や、結核病治療が進み結核病床が空いたことも要因として働いているとの指摘もある。これらの分析が増加の要因ではないだろうが、すでに存在し増加している精神科病院に社会防衛機能を付与すれば、新たに専用の施設を作る手間や財源を用意する必要がないと考えたことは想像がつく。他方、精神衛生法は「金子私案」がもとになっている。この案は日本精神病院協会内の法令研究委員会でまとめられていることから、私立精神科病院は政府に対してそれなりの圧力と要望、協力する立場であったともいえるだろう。

1950年にできた精神衛生法は「金子私案」というものがもとになっている。この案は日本精神病院協会内の法令研究委員会でまとめられていることから、私立精神科病院は政府に対してそれなりの圧力と要望、協力する立場であったともいえるだろう。また、政府も日本精神科病院に対し協力を要請することあっただろう。後年(1964年)であるが、日本精神神経学会の会長を務めた秋元波留夫は自傷他害のおそれのある精神障害者に関して「疑わしいくらいで保護処遇する方が良い」旨の発言をしている。ここでは医療と保護の問題について述べることはしないが、精神科医が社会防衛と治療を連続したものと考え、治療に社会防衛が接続されていること受け入れ自らの仕事を遂行したとも考えられる。

向精神薬登場後に精神病の治療がすすむ。症状が緩和することで精神病／障害者自身の病院外での生活や活動が可能となった。わが国では向精神薬の登場により少ない治療者で多くの患者に対応することが精神科病院で行われるようになった。より少ない治療者で多くの患者に対応することが精神科病院で行われた結果どうなったか。1970年には朝日新聞で大熊一夫による、アルコール依存症を装って精神科病院に潜入入院し告発記事(後の『ルポ精神病棟』)や1968年のクラーク勧告で批判されたような、閉鎖的で治療的雰囲気を失

った収容施設化した精神科病院があらわれる。クラーク勧告では「地域精神衛生活動」の重要性も訴える。しかし政府はクラーク勧告を受け入れることはなかった。これらの批判から精神神経学会は「精神病院に多発する不祥事事件に関連し全会員に訴える」という声明を出す。政府がクラーク勧告を受け入れ無かったことに対する批判は当然である。では精神神経学会（精神医学界）は姓名を出す以外に具体的改善策を打ち出したのか。生活療法という取り組みがあった。生活療法は批判を受けることも少なくないが、精神科病院に治療的雰囲気を取り戻させたという評価もある。残念ながら生活療法は病棟管理の手段として使用されたこともあった。そして病棟開放化の運動もあった。これも道半ばにして頓挫する。

他方で、日本精神病院協会は米国「脱」の結果を視察しその失敗を指摘し「地域精神医療などという幻想は捨て、精神科病院医療を充実すべき」としている。厚生省の予算の低さと按分の悪さが精神科病院の劣悪処遇につながるという批判は紹介した。それは否定しない。しかしそれら批判点が解消されれば問題は解決されるのか。経営的に困難であっても病棟開放化運動を実施した病院や主導した医師たちはいた。予算的な問題が幾分解消された時期においても大和川病院事件などが起きている。「予算が少ないために劣悪処遇病院や問題が頻発する。したがって予算を増やせ」という主張が精神医学界によってなされているなら、同時に自らの実践を見直す必要もあったのではないか。繰り返すがそのような医師たちは存在し、本稿で紹介したような警告や批判を繰り返し行っている。

本章では精神科病院が精神病／障害者対応の主たる場として確立される過程を述べた。精神科病院体制が構築されるにはさまざまな要素があったことも述べた。そして精神科病院には当初から「治療」と「社会防衛」の機能が期待されており、それらの期待を精神科医たちはある時は無自覚に時に明確に知りつつ引き受けた。この「治療」と「社会防衛」の機能は精神科病院のみ期待されたものではなく、精神医学そのものに対してのもといった方が良いだろう。即ち精神病／障害者に対応する場が精神科病院以外に広がった際には、「治療」と「社会防衛」機能も拡散する。

精神病／障害者対応の場の広がり——ライシャワー事件と精神衛生法改正

精神病／障害者対応の場が精神科病院のほか外来診察のみを行う診療所や精神科デイ・ケア等に広がったこと事により、「治療」の場が地域に広がったと同時に「社会防衛」機能が地域に広がった。それは「治療」と「社会防衛」の機能を付与されたのが精神科病院にとどまらず、精神医療そのものであったことを物語る。

精神科病院には当初から「治療」と「社会防衛」の機能が期待されており、それらの期待を精神科医たちはある時は無自覚に時に明確に知りつつ引き受けたことは指摘した。その後、精神病／障害者に対する対応の場が家庭から精神科病院に広がったことや、精神科病院体制が構築されるにはさまざまな要素があったことも述べた。この「治療」と「社会防衛」の機能は精神科病院のみ期待されたものではなく、精神医学そのものに対してのも

といった方が良いでしょう。即ち精神病／障害者に対応する場が精神科病院以外に広がった際には、「治療」と「社会防衛」機能も拡散する。つまり精神病／障害者の対応が精神科病院以外の地域に拡大した際、その「治療」と「社会防衛」は地域において実施されることになる。まず精神医療そのものに「治療」と「社会防衛」機能が付与され地域に拡散した点について、まずライシャワー事件発生から精神衛生法改正に至る議論を紹介することで述べたい。

1965年の精神衛生法改正は前年のライシャワー事件（ライシャワー駐日大使がアメリカ大使館門前で精神障害のある青年にナイフで刺され重傷を負うという事件）を起点とする。事件直後には警察庁などが厚生省に対して社会防衛機能強化を盛り込んだ精神衛生法改正の申し入れを行う。その後、精神衛生法改正についての駆け引きや議論が行われる。その議論で秋元波留夫は社会防衛を素直に肯定している。65年改正以前にも「社会」や「政治」は私立の精神科病院に「経済措置」をつけ例外を認めることで家族の経済的負担を含め、広義の「防衛」が安く上がればよいという判断をする。人件費などを抑制し利益を上げた精神科病院はこれらの過程を経てできた体制を守ろうとした。この点は前章でもふれた。同様に65年改正に至る議論でも「社会防衛」を足がかりに「すべての精神病／障害者の入院費用を公費によって賄うこと」を政府に要望する。しかし政府はそれを拒否する。改正法では社会防衛機能は強化されているが、法改正後に精神科病院・病床数が急激に増加したともいえず、精神病／障害者の多くが精神科病院に収容されていったわけではない。

改正点の一つである「措置入院制度の整備（警察官通報の要件の拡大、保護観察所長通報・精神病院管理者による届出の新設、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定）」は社会防衛機能の強化と考えられるが、他の改正点は精神科病院や入院に関わるものではない。精神科病院の外、つまり地域に関する制度・施設が新設されている。外来治療費用負担を公費によって賄う精神障害者通院医療費公費負担制度や、保健所を地域精神衛生の一線機関とし精神衛生相談員（現在の精神保健福祉相談員）配置する。その相談員たちに精神障害者の相談指導を担わせる。

これらのことにより精神病／障害者を精神科病院に導く道筋が作られたとはいえる。しかし述べたように法改正後に入院患者が激増したとはいえない。「措置入院」はすべての精神病／障害者を対象としたのではなく、他害行為等を行うものに限られた。さらに、それ以外の精神病／障害者は他害行為に至らないように治療し医療的管理の実施を継続的に行う。このことによって、他害行為の予防と他害行為を行った者の「隔離・収容」が可能となる。地域で生活する者を「治療」することが「社会防衛」の一翼を担うことになるとは多くの場合、考えない。「治療」は治療であり医師の仕事であり患者のための行いであり、「社会防衛」のための行為であるはずだ。しかし65年改正が「社会防衛」を念頭に置かれたものであり、通院医療費を公費で負担することを考えれば、「治療」と「社会防衛」が連続したものであることが理解しやすい。では、事件発生と法改正に至る経緯について述べよう。

ライシャワー事件以降の関係当局の動向

1950年制定の精神衛生法は「覚せい剤等の慢性中毒者等を法の対象とする」といった改正（1954年）を経て1965年改正に至る。改正の契機になったのは、前年におきたライシャワー駐日大使刺傷事件（以後、ライシャワー事件とする）だ。ライシャワー事件とは、1964年（昭和39年）3月24日、駐日大使であったエドウィン・O・ライシャワーがアメリカ大使館前で統合失調症患者の青年にナイフで大腿を刺され重傷を負ったという出来事を指す。

批判が集中した国家公安委員会は、国家公安委員長の早川崇が辞任し28日に臨時の委員会を開き「犯罪予防の強化」の方針を打ち出す。この方針を受け4月4日の第3回臨時国家公安委員会では「警察官の家庭訪問の徹底、患者リストの整備、保安処分の早急な実施、自傷他害の恐れのある者の警察への通報」という精神病／障害者の早期発見のためのの方策を決定する^v。4月28日には警察庁長官名で厚生労働省に対し、精神衛生法改正に関して申し入れを行っている^{vi}。この事件発生からひと月後の厚生省に向けての法改正の申し入れは大変早い^{vii}。この時点の警察庁長官名での申し入れは「措置入院の強化」と「医療機関等から警察等に対する通報」であった。

これら治安当局からの要請対し精神衛生行政側はどう考え行動したのか。3月26日の参議院予算委員会での小林厚生大臣は「精神衛生法を改正し、家族・学校・医療機関等に精神異常者の報告義務を課すようにしたい」と述べている。また、池田首相も衆議院本会議で「精神衛生法改正」を行うと発言している。述べたように臨時国家公安委員会が招集され「犯罪予防の強化」という方針が打ち出されている。他方、厚生省は3月29日に、「病床の増設を急ぐこと」と「一般医師の精神障害者報告を義務づける」という方向性を示す。4月2日には精神衛生審議会に対して諮問し、諮問を受けた審議会は厚生大臣に対して、①精神病床の拡充、②精神医療専門職の養成・確保、③地域社会における精神衛生活動と必要な期間の整備、④医療確保の充実という内容の意見具申を行っている^{viii}。この時点で厚生省は「精神科病床増床」という方向で考えている。確かに警察等は治安強化のため「措置入院体制を強化」するよう申し入れている。しかしそれは必ずしも増床を指していない。さらに、これら治安当局の申し入れ等より早い時期に出されたものだ。広田伊蘇夫はこれらの対応について「治安当局と厚生省がそれぞれ別個の対応を提起している」としている。

治安当局が精神病／障害者を取り締まることで社会不安を除去したい以前よりと考えていたことは想像に難くない。では厚生省の示した「精神病床の増床」はどうか。この「増床」という方向性も既定の政策に則ったものである。

精神医学界の動向

次に日本精神神経学会（精神神経学会）と日本精神病院協会（日精協）の動向を紹介する。1964年以前より、日本精神新神経学会と日本精神病院協会は法改正についての連絡会

を持つなどして議論を行っていた。その中では「精神病／障害者の入院は国庫が負担せよ」との点で双方の意見の一致があった。日精協は私立精神科病院の集まりであるため、「入院費全額公費負担」を訴えるのは病院経営の側面からは当然であろう。ライシャワー事件後、政府に対して日精協は「長年すすめてきた医療費対策についても、ライシャワー事件は関係当局に広く認識を深めさせる好機である、との観点に立ち、早速に医療費問題の陳情」を次のように行う。(協会 20 年記念誌編集委員会 編 1971:326)

人件費の上昇と諸物価の高騰によって精神病院の経営の苦境は土壇場にきています。既に経営不能のため精神病床の絶対的不足の現況にもかかわらず、閉院したものもあります。ライシャワー事件以来当協会所属の各精神病院は、精神障害者の世上にやかましくいわれた「野放し」を防止するために病床の整備拡充、看護要員の確保に努めてまいりましたが、極端な低入院費のため意の如くなりません。他科の病院では差額徴集により急場をしらぬでいるかも知れませんが、精神病院では、たとえこれを望んでも事実上不可能であります。かくては病院経営の危機であるのみならず、患者に対するサービスの低下を招き、人道問題といっても過言ではありません(協会 20 年記念誌編集委員会 編 1971:326)

「精神病／障害者の入院は国庫が負担せよ」との主張はライシャワー事件後の精神衛生審議会中間答申(7月25日付)でも述べられている。後年、この7月25日付)の精神衛生審議会中間答申について、秋元は次のように述べている。

医学的に入院治療の必要があると判断されても、経済的負担に耐えなければ入院して治療を受けることができない。精神疾患が慢性に傾きやすく、またその疾患の性質からいっても看護上家人の重荷となりがちであり、精神障害者をもつ家族の経済上の負担は重いのが常である。そればかりでなく、精神障害による自傷、他害の予測ははなはだ困難で、自傷、他害のおそれなどありそうにもみえぬものが、周囲の状況によって自傷、他害のような行動に出ることは決して珍しいことではない。したがって公安上の見地からいっても自傷、他害のおそれのあるものだけを措置して足れりとするのはおかしい。それ故に、医療保障を拡大して、措置入院にとどまらず、経済上の負担に耐えない精神障害者の入院治療および外来通院治療におよぼすべきであるというのが答申の趣旨である。(秋元 1971:209-210) ix

秋元はまず「入院治療保証のための公費負担」の必要性を述べている。そして「治安上の見地」からも公費負担は必要であり、その公費負担は措置入院にとどまらず外来通院医療にも及ぼすべきであるとする。この答申がだされた時期、秋元は日本精神神経学会の理事長であった。精神神経学会全体が上記のような考えを持ったか否かは定かではない。しかし少なくとも理事長の秋元は治療と社会防衛を連続したものと捉えていた。そしてその考えを措置入院だけでなく、すべての入院と外来患者にも公費負担を適応せよと主張した。

では政府は措置入院についてどのように考えていたのか。1965年の公衆衛生審議会の「措置入院制度」審議における公衆衛生局長の発言を紹介する。

国としての医療保障は保険で行なっている。足りぬものは生活保護でまかなっている。この基本は崩せない。結核などの公費負担は医療保障を前提としていない。これは公衆衛生、感染防止からの公費負担である。精神衛生法は社会防衛的な考え方に基づいた公費負担である。これを医療保障的に扱うことには省内の反対・抵抗が強い。(広田 2004:84)

政府は「医療保障としての公費負担」を否定し、社会防衛的考えによって措置入院は実施されていることを明言する。秋元は公費＝社会防衛であることを承知のうえで、その対象を拡大し公安上においても予防することを狙う。秋元はこの予防に関しても次のような発言もあったとされる。岡田靖雄(2002)の記述から引く。

1965年5月17日衆議院社会労働委員会における参考人意見陳述のさいに、滝井義高委員(自由民主党)が、今回の改正案には公安立法的な色彩がひじょうにつよい、そういうなかで、自傷他害といった客観性のないもので、その疑いだけでやってよいのか、“先生方の考えが、私は率直に言って、むしろ甘いのではないかという感じがするのですよ”と質問した。これにたいし秋元参考人は、人権保護は口にしながらも、“早期発見、早期治療というたてまえから言えば、これはちょっと怪しいという位の程度のうちに処置することが必要なんです”といった答えをしていた(岡田 2002:227)

政府の措置の考え方や上記の滝井議員の感覚は真っ当である一方で、日精協の陳情や秋元の発言が「医療保障」や「患者の治療」のためと断っているが、医療・治療とはかけ離れている印象を受ける。その後、精神衛生法は改正される。そしてその改正内容は社会防衛的な意味合いが強いとされる。しかしその社会防衛的意味合いの強い改正内容に精神医学界は強く反対したのだろうか。主張した内容をみると、既定の政策に従いそれぞれの団体がさらなる権益拡大をねらったに過ぎないのではないか。それは精神衛生法の改正内容からもわかる。

精神衛生法改正にみる政府と精神医学界の思惑

外来患者増加にも政府の政策と地域精神医療・衛生業務に携わるも者の努力がある。前章で精神病／障害者に対する対応の場が家庭から病院に増えたと述べた。しかしそれは精神科病院が精神病／障害者対応の主たる場として確立されたことを意味しない。なぜなら精神病／障害者の大多数が精神科病院にいるわけではないからだ。では多数の精神病／障害者はどこにいるのか。あるものは家庭に家族と暮らし、別のものは一人で暮らす。また治療を受けず精神病／障害者としての対応されないもの存在する。これら多数の精神病／障害者に「治療」を保証することで「社会防衛」とした法改正があった。1965年の精神衛生法改正がそれだ。

65年改正では「社会防衛」機能の強化がなされたと指摘される。保健所の精神衛生相談

員による訪問指導や精神科通院医療費の公費負担制度によって精神科病院への道筋が付けられたという指摘だ。それらの指摘は間違いではないが、以前より政府はこのような考えは持っていた。また精神衛生法制定時の中山議員のおこなった法案の概要説明^xは次のようなものである。「長期にわたって自由を拘束する必要がある障害者は、精神病院または精神病室に収容することを原則とした」この点は私宅監置を禁止し病院に監置すると理解できる。この点については既に述べた。さらに「医療及び保護の必要な精神障害者については、警察官、検察官、刑務所その他の矯正保護施設の長のように、職務上精神障害者を取扱うことの多い者には通報義務を負わせるほか、一般人は誰でも知事に医療保護の申請ができることとし、医療保護が必要であるにかかわらず、これが与えられない者のないように、国民のすべてが協力する態勢をつくりたい」という。この点は65年改正で強化される。さらに訪問指導に関しても「自宅において療養する精神障害者に対して巡回指導の方法を講ずるほか、精神衛生相談所を設け、誤った療養による弊害を防止し、さらに進んで精神衛生に関する知識の普及に努力する」点と「精神科病院への道筋をつける」という方向性は1950年の時点で示されている。

これらかのことから、1965年改正は精神衛生法成立時の法の精神を強化・具体化したものともいえるがその理由とは何か。確かにライシャワー事件は法改正に至る直接の原因である。しかしそれ以前から法改正に向けての取り組みがあった。前章で述べたが1963年に「第2回精神衛生実態調査」が行われた（203地区11858世帯、44092名を対象）れ、精神科入院が15.6%、精神科通院が10.7%、他科通院が19.1%、指導を受けているが1.9%、その他が52.7%という結果であった。この調査結果を新聞は“三分の二は野ばなし”と報道した。精神神経学会と日本精神病院協会が連絡会を持つなどして法改正についての議論も行っていた。65年改正での各団体の主張は、ライシャワー事件への対応として急遽まとめられたものではなく、既に各団体が個々に抱えていた思惑の表出であると考えられるほうが良いだろう。

改正精神衛生法の内容

述べたような議論や動向を経て、1965年に精神衛生法の一部が改正される。改正の主なものは次の8点である。

- ① 道府県は精神衛生センターを設置できる。
- ② 精神衛生相談員（現在の精神保健福祉相談員）の任用資格の規定。
- ③ 保健所の業務に精神障害者の相談指導を規定する。
- ④ 都道府県に地方精神衛生審議会を設置する。
- ⑤ 各都道府県に精神衛生診査協議会を設けた。
- ⑥ 措置入院制度の整備（警察官通報の要件の拡大、保護観察所長通報・精神病院管理者による届出の新設、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定）

- ⑦ 精神障害者通院医療費公費負担制度の新設。
- ⑧ 保護拘束制度の廃止。

65年改正では精神障害者通院医療費公費負担制度新設だけではなく、精神障害者の相談窓口が保健所に設置され、公務員として精神衛生相談員（精神科ソーシャルワーカー）が配置された。現在では、専門職の保健所への配置が精神障害者福祉増進に寄与したと捉えられている。しかし、法改正に至る議論からは保健所と精神衛生相談員の訪問活動が、単に精神障害者福祉の増進だけを想定したものとはいえない。精神衛生法改正に至る議論からは「地域での管理・監視」を目的とする意図があったことがわかる^{xi}。

改正以前の精神衛生法では訪問指導の対象は「精神衛生鑑定医の診断医より、精神障害者であり、かつ自傷他害のおそれがあるにかかわらず知事命令による措置入院がとられなかった者、およびこの入院措置に附された者で、退院したもののなお精神障害が続いている者」とされていた。そして訪問指導についても「当該吏員又は知事が指定した医師」であった。他方、改正精神衛生法ではどうか。訪問指導の対象は前掲した要件に加えて「その他精神障害者であって必要と認める者」となり、その対象が拡大されている。そして訪問指導の実施機関を保健所とした。さらに「保健所における精神衛生業務運営要綱（1966年2月第76号；衛発）」では「通院医療費の公費負担を受けている者」も訪問指導の対象に加えられた。同時に当該要綱では、「訪問指導の対象者ごとの精神衛生基礎票」を作成し整備し補完する規定も追加されている。

小泉義之（2013）は1965年改正法の「在宅精神障害者の把握とその指導体制の整備」と「通院医療費の公費負担制度の新設」は精神衛生施策の展開をはかる上できわめて緊要かつ表裏一体の関係にある」点に注目し次のように述べている。

その「今回の法改正の主要点」は、通院医療費の公費負担制度と在宅精神障害者の訪問指導に置かれている。すなわち、社会防衛の対象と精神医療の対象が、家族が「保護拘束」しているはずの在宅精神障害者にも及ぶことに置かれている。そして、精神医学の効果は、[社会復帰]にも求められている。

（小泉 2013:226）

小泉は改正精神衛生法が「保健所の業務に精神障害者の相談指導の規定」と「精神衛生相談員（現在の精神保健福祉相談員）の任用資格の規定」、「通院費用公費負担制度」などから社会防衛／精神医療の対象が在宅の精神病／障害者に及ぼせるものであるとしている。改正精神衛生法は精神病／障害者が社会防衛の対象でもあると位置づけていると考えてよいだろう。それは改正にいたる経緯から明らかである。法改正に際して当初公安当局と精神衛生当局がそれぞれ別に立案した。そしてそれぞれの思惑が改正精神衛生法に生かされた。65年改正で通院医療費の公費負担が制度化されたこともあり、診療所・精神科デイ・ケアは増加した。この外来精神医療は精神病／障害者の対応の場が精神科病院以外にも出

来たことを示す。それは精神科病院の持つ「治療」と「社会防衛」の機能が地域に広がったともいえるのではないか。

戦直後、府下の精神病院は6病院を数えるのみであった。しかし、戦後の大阪駅周辺の浮浪者など「あぶれ者の収容施設」として精神病院は増えていった。昭和30年代前半までに、このような病院は入院患者の蓄積により経営基盤を安定させ、その後は当時使用され始めた向精神薬により入院管理が比較的容易となった分裂病患者の収容に専念するようになる。次に昭和30年代後半から40年代前半にかけて、精神病院開設のラッシュを迎えるのだが、この時期はちょうど高度経済成長期にあたる。わが国が農村から都市部への未曾有の人口移動を経験した時期でもある。この頃から精神病院は機能分化をし始める。新興の精神病院は、大都市で経済成長を支える底辺部の労働者の中から、生活破綻者としてはじき出された人たちを、アルコール中毒あるいは精神病質などの病名で収容し、開設初期の入院患者を確保していった。このような病院では、入院患者の収容を維持するため、ときに暴力的な管理体制を組んでいた。昭和40年代になって多発した不祥事件は、まさにこうした病院で発生したのである。昭和50年代以降に開設した病院には、アルコール依存症や老人精神障害のみを取り扱う専門病院など、さらに機能の分化が認められる。(黒田 2006:13-14)

ii世に悪徳病院、病院業者と悪評の立つ一部の精神病院と経営者はたしかに存在する。日本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を牧畜業者と批難した。いうまでもなく彼等からみれば患者は牧場に放し飼いする牛か羊と同じという意味である。いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざるを得ない。このような病院の存在を許す環境は何か。(日本精神神経学会 1964)

iii 第1回の精神衛生実態調査は1954年に、100地区4895世帯23993名を対象に実施されている。

iv精神衛生における医療施設の問題はAction for Mental Health(1961)のなかで、Jack Ewaltが強調しているように、依然として精神衛生法の中心課題 core problem である。どんなに精神医学的治療が進歩しても、精神病院の問題は常に新しい相貌を呈しつつ論ぜられ、改革されなければならないだろう。わが国における医療施設の主要な部分をしめる精神病院は、量と質との両面において多くの問題を蔵している。まず病床数の絶対数の不足ができるだけ速やかに解消されなければならないが、この最も大切な精神病床の増床が、これまであまり計画的に行われなかったことは遺憾である。

[……]

公私の比は九三対七となり、精神障害者に対する医療施設がもっぱら公共の責任において運営されていることがわかるのである。米国における私立精神病院は公立のそれとは性格を異にしており、経済的に比較的恵まれた階級の患者を扱うデラックスな病院が多い。このような様相はひとり米国に限らず、欧州各国の精神病院の在り方に共通する。

[……]

私立精神病院は公共の病院とは異なった機能と性格をもち得るものであり、それはすでに欧米諸国において証明済みである。この点で日本のみが例外であるとは考えられない。(秋元 1964)

- v この方策は、警察などの具体的行動だけではなく、治安当局が厚生省などに協力を依頼するという「政治的な対応」という事態に発展した。つまり公安当局（行政機関）が精神衛生当局（行政機関）に治安維持のための協力を申し入れる事であり、個別の事例としては、警察によって東京都の精神衛生課や柏初石・両毛病院は患者リストを求められ、佐野市では入院患者の名簿の提出が要求されている。5月8日、ライシャワー事件調査委員会（警視庁内に設置）は事件調査の結論を出す。ライシャワー事件調査委員会の下した結論を広田の著作から紹介する。

「警備に落度はなかったが、あと一步押す熱意と積極性に欠け、事件の重大性の認識が足りなかった。……精神障害者に対しては防犯の立場から、犯罪を犯し易い異常者の実態を早く掴む必要がある。防犯課が中心となり厚生省などに対し、現行法の許す範囲でできるだけ協力を求め、一方各警察署を通じて潜在異常者の確認につとめたい」（広田 2004:67）

- vi 「精神衛生法の改生等について申入れ」に内容に関しては以下の通り。

昭和三九年四月二八日厚生省公衆衛生局長 若松栄一殿

警察庁保安局長 大津英男

精神衛生法の改生等について申入れ

最近精神障害者による重大な犯罪が発生し、治安上これを放置することができないので、その措置として、次の点について早急に貴省の検討をわずらわたく申し入れます。

記

第一 精神衛生法の改正について検討すること。

改正点は別添のとおり。

第二 精神障害者の収容体制を強化すること。

精神障害者のうち、治安上放置しがたい者が多く、また法第二四条に基づく通報について必ずしも完全に入院措置が実施されていないので、これらの収容について格段の配意をわずらわしたい。

第三 警察官の精神衛生法第二三条、第二四条による申請、通報に対する受理体制ことに土曜、日曜時の受理体制の整備について考慮されたい。

(別添)

精神衛生法に関する改正意見

第一 都道府県知事は、第四の届出を受理した場合および第二九条第一項の規定により入院させることができる精神障害者について入院措置をとらなかった場合において、その者が他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、すみやかにその旨を当該警察本部長（警視総監および道府県警察本部長をいう）に通知しなければならないものとする。こと。（第二九条）

第二 精神病院の長は、その治療に係る他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者が無断で退去し

たときは、すみやかに、その旨を管轄警察署長に届出なければならないものとする。 (第三九条)

第三 仮退院 (第四〇条第二項) の場合において、当該病院の長は、当該精神障害者が他人に害を及ぼすおそれがあるときは、必要な事項を管轄警察署長に届出なければならないものとする。 (第四〇条)

第四 医師 (第二七条の精神鑑定医を除く。) が診療の結果精神障害者であると診断し、かつ、他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、当該都道府県知事に、すみやかに、必要な事項を届出なければならないものとする。 (新設)

第五 警察官は、次の各号の一つに該当する場合には、当該精神障害者を警察署、病院、精神病患者収容施設等の適当な場所において一時保護することができるものとする。

- (1) 第二の届出があったとき。
- (2) 保護義務者が、その保護する精神障害者が他人に害を及ぼすおそれがあると認め、またはその保護する精神障害者が所在不明になったため当該精神障害者の保護を求めたとき。

2 前項の保護をした場合において、警察官は次の措置をとるものとする。

- (1) 前項第一号の届出に基づくときは、すみやかに、届出をした精神病院の長に当該精神障害者を引渡すこと。
- (2) 前項第二号の求めに基づくときは、すみやかに、保護義務者に通知するとともに、第二四条に定める通報を行ない保護義務者または関係機関等に当該精神障害者を引渡すこと。 (新設)

vii 小林 (1972) も「ライシャワー事件後の警察等の対応の素早さ」について、著作の中で「社会党 浅沼稻次郎委員長刺殺事件」を例に挙げ次のように述べている。

「ライシャワー事件よりもすこし前ではあるが、一九六〇 (昭和三五) 年一〇月一二日、日比谷公会堂で行なわれた三党首立会演説会の壇上で山口二矢が、社会党の浅沼稻次郎委員長を日本刀で刺殺した事件があった。そのあとどのような対策がとられたかを、この一連のす早い精神障害者対策と一般人の傷害事件の場合と比較してみるとよくわかると思う。要人の身の警備を一時的に厳重にするぐらいのことは実施されたが、すくなくとも法律を新設または改正したりすることはなかった。傷害事件が起こるたびに「他害の恐れある」一般大衆を全員登録したり監置したことがかつてあっただろうか」

(小林 1972:57-58)

viii 意見書の前文を広田の著作から紹介する

「向精神薬の開発、施策の発展とあいまって、(1) 早期発見、(2) 専門医による適格な医療、(3) 十分な後保護等の条件がみたされれば、精神障害は決して危険な疾病ではなく、社会復帰の可能性は極めてたかくなった。従って、徒らに精神障害者を危険視することは患者・家族の心情を損ない、治療効果を減ずるのみならず、患者を秘匿して適正な医療保護を受ける機会を失わせる。……今回のライシャワー事件を機として、精神障害者への社会問題が注目されているが、なお政府施策が充分でない

と考えられるので、精神障害者対策の重要性を思いたされ、これらの者への適切な医療保護施策を速やかに実行されるよう要望する」

ix 1965年開催の第58回関東精神神経学会シンポジウム「呉秀三と病院精神医学」における講演の内容であり『精神医学』第7巻第6号に掲載されている。筆者は秋元（1971）から引用した。

x 第一に苟も正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をその対象としてつかむことにし、従来の狭義の精神病患者だけでなく、精神薄弱者及び精神病質者をも加えることにした。第二に、従来の座敷牢による自宅監置の制度を廃止して、長期にわたって自由を拘束する必要がある精神障害者は、精神病院または精神病室に収容することを原則とした。このために精神病院の設置を都道府県の責任とし、また入院を要する者で経済的能力のない者については、都道府県において入院措置を講ずることとし、国家はこれらの費用の二分の一を補助することにした。第三に、医療及び保護の必要な精神障害者については、警察官、検察官、刑務所その他の矯正保護施設の長のように、職務上精神障害者を取扱うことの多い者には通報義務を負わせるほか、一般人は誰れでも知事に医療保護の申請ができることとし、医療保護が必要であるにかかわらず、これが与えられない者のないように、国民のすべてが協力する態勢をつくりたいと考えたのである。第四に、人権蹂躪の措置を防止するため、精神衛生法の制定精神病院への収容にあたっては、真の病気以外の理由が介入しないように、精神衛生鑑定医制度を新たに設け、その二人以上の鑑定的一致を病院収容の条件とした。第五に、自宅において療養する精神障害者に対して巡回指導の方法を講ずるほか、精神衛生相談所を設け、誤った療養による弊害を防止し、さらに進んで精神衛生に関する知識の普及に努力することにした。第六に、精神衛生行政の推進と改善をはかるために、精神衛生審議会を厚生省の附属機関として設置し、関係行政官庁及び専門家の協力によって、この法律の施行に万全を期すこととした（広田 2004:47）

xi 精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）のアピール文

「精神衛生法「改正」の先取＝「訪問指導」の強化を許すな！」

厚生省は、5月15日「保健所における精神衛生業務中の訪問指導について」という通達を各自治体や医師会に宛てて出しました。その内容は警察庁の要請を受け、『凶悪事件の再犯防止につながるから、入院管理を強化し、医療中断者を訪問して指導を強化せよ』というものです。訪問指導の了解は家族等を含むというものであり、同意入院＝強制入院をそのまま地域管理に広げるといいます。医療中断は現在の医療の方に問題があるからです。さらに週一回訪問せよと、医療に名をかりて「精神障害者」の地域での生活を管理・抑圧しようとする悪辣な内容で、65年精神衛生法「改正」以降の警察官通報による強制入院をそのまま保健所・医療関係者に拡大しようとするものです。（精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）1986）