

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第1回

福祉の概念・言葉の解釈について①「居場所」

三野 宏治

はじめに

——何を書こうとしているのか

「精神障害者福祉においても障害者本人と支援者である専門家の関係の対等性が強調されるようになってきている。また、従来の専門家による直接的な支援の他に、セルフヘルプなど本人の力に注目し、その活動へのはたらきかけを重要な支援の方法として捉えようとする考えもある。しかし、実際の支援の場面で、例えば作業所や授産施設で行われる活動で、本当に「対等」は可能であり、実現されているだろうか。またそれは常に望ましいものだろうか。例えば自他に対して加害的な行為がなされる場合がある。本人たちに委ねる場合より、作業や組織の運営にとって明らかに有益な別の選択肢があることがある。どうしたらよいか。また、実際には対等でないのに、対等な関係の下でなされているゆえにある対応が正しいとされるなら、その対応は本人に対する加害ともなりうる。」

精神保健福祉分野の専門家と当事者の対等性とはいったい何か。この問いを社会福祉法人心生会地域活動支援センターみのり

を利用している当事者と専門家とともに考えた。2009年度の財団法人大同厚生事業団「地域保健福祉研究助成」の採択事業であるこの意見交換は約10ヶ月間にわたり行われた。冒頭の文章は助成申請を行った際、申請書に記した文章の一部である¹。

筆者は1996年から精神保健福祉分野に携わっている。現在は秋田県の大学で教員をしている。大学では主に精神保健福祉士・社会福祉士養成課程の講義を担当し、ソーシャルワーク論などを学生に話している。福祉実践を経験した者と議論をする時、経験年数や実践分野が異なる場合でも自らの考えを伝えることは難くない。また、相手の話に関しても自身の経験を重ねることで

¹ 研究の成果は、三野 宏治 20110214 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についても研究—当事者と専門家へのグループインタビューをもとに—」『立命館人間科学研究』第22号:7-18に全文が掲載されている
<http://www.ritsumeihuman.com/publication/files/ningen22/p007-018.pdf>

理解することが出来る。他方、ソーシャルワーク実践に関してほとんど知識のない学生に対してテキストの内容を伝えることは困難だ。文献に記されてある内容を体験的に理解し改めて体系化する作業が必要なのが原因の一つであろう。そしてそれは福祉実践が「名付ける」ことを頻繁に行うが細かな分析は行わないという特徴にも起因している。その上、「名付け」で用いられる言葉の多くが重層的な意味合いを持つことから、結果として福祉実践者にはイメージとして伝わり、福祉実践の経験がない者には言葉の多義性によって各々が納得のいく解釈が可能となる。ただ福祉現場に赴く学生に対する教育の場での話であるなら、あまり曖昧なことも言えない。冒頭で述べた「対等性」という言葉も福祉現場で多用される言葉である。だから、長い時間をかけて考えた/考えている。同様のことはたくさんある。これからの連載では、福祉実践で多用される言葉や概念、理念について、それがどのように使われ始めたかについて述べ、どういった要因によって意味に変化が生じたのかについて考察する。

例えばどういうことか

精神（保健）福祉現場に支援者として係わり数年が経過した頃、「その人らしさを支援する」という言葉よく耳にした。筆者自身もこのフレーズを市民向けの勉強会などで多用した覚えがある。しかし同時に「その人らしさ」という言葉と「支援」が素直に結びつかないと直感した。「その人らしさを支援する」とはどのように説明が可能であろうか。例えば、「障害（その他）によって制限のある状況が生じる。そして自身の

望む生活が困難である。よって障害（その他）を起因とした困難や不都合に抗したり不自由がないように手伝いを行う。」という説明は可能であり、現場ではそのような意味合いで使われていた。では、そう言えばよいのだが実際はそうではない。同じようなこととして、仕事を始めた当初「その人の病や障害ではなく健康な部分と付き合いおう」と先輩職員からアドバイス（指導だったかもしれない）をうけた。初めのうちは疑問もなく過ごしていたが、健康な部分とだけ付き合いならば特に支援者という存在は必要がないと考えるようになった。これはおそらくストレングスモデルに依拠したものであろうが、その表現や意図するところも正確ではない。

この種のエピソードは福祉実践では多く見られる。筆者が在籍した職場に特有のことでもない。前述した「対等性研究」の実施場所である地域活動支援センターみのもりで筆者は精神保健福祉士数名のスーパーバイズを担当した際、同じような言葉/概念の使用が散見された。例えば「自己決定」が支援者の促しや支援方針を支える理論的な根拠として用いられるのではなく、会議などの結論として使用されていることがある。「彼/彼女の決定だから仕方ないよ」という結論は日常会話では成り立つ。しかし、会議で使用されると「支援困難な状況であるのでなにもしない」と同義である。支援場面では「何もできない」ことは少なくないが、何もできない状況を「自己決定」という言葉で纏め上げることは、「現状ではできないが当該ケースは継続中である」と本来認識すべきことを、「本人が決めたことにより終了」とその質を変化させてしまう。ま

た「地域生活を支援する」という表現あり頻繁に使用される。しかし実際は地域生活のどの部分を支援できるのかについて悩む福祉実践者は少なくない。

「対等がよい」といわれるが、何を持って対等とするのか。またそれは可能なのか。「その人らしさを支援する」こととはどういうことか。「自己決定」は良いことだろうが、その「自己決定」をいつも素直に支援できるのか²。

これらの「対等性」や「自己決定」、「地域生活支援」とは何かを正面から考えるには困難がある。仮に正面から考えるとしても言葉のもつ重層的な意味合いと多義性によって翻弄される。だから福祉実践は眼前のクライアント/利用者に対応し、そうすることによって言葉に翻弄されず実践を前進させてきた。この対処/行動の積み重ねを纏めるために「名付け」が行われた。そしてこの繰り返しが福祉実践の歴史であり多くの実践を生んできた。そのことについては敬意を表するものであるし異議は無い。しかし、研究者はその「名付け」に終始するのではなく、それがどのように行われたかについて集積・分析を行う必要があるという認識も同時に持つ。

「名付け」のどこに問題があるのか

福祉実践に名前をつけることによる弊害は何か。一つはそれが支援者によってなされているという点だ。自らの実践を殊更説明するよりは、名前をつけたほうが実践者には伝わりやすく当事者にも希望が生まれ

² 「その人の不利益を呼び込むであろうことが専門家に予測できた場合、その人の「自己決定」に対してどう行動するだろうか」という問題は思いつきやすい。ただ結論は出にくい。

るという利点は否定できない。ただそれは様々な誤謬の起点ともなる。

クライアント・利用者の状況やニーズを支援として行動に移す場合、ある程度の支援者の解釈が介在する。緊急の場合を除いて、表出されたニーズを満たすため直ちに新たな福祉サービスを開始することに違和感を覚える実践者は多いだろう。ニーズの把握からサービス開始までの課程としては、①ニーズが本人にとって有益であるか否かを判断する。②ニーズが表明された理由や背景について調査する。③同様のニーズを持つ人がどれほどいるのかを確認する。という手続きが思い浮かぶ。これらの判断や調査・確認は利用者・クライアントと協働することもあるが、支援者の固有の仕事であることには変わりはない。専門家の判断の連続であるこれらの過程、つまり福祉的配慮³については当事者からの批判や専門職者自らの戒めが多い。そしてそれは倫理的・職業的なジレンマとしても紹介されている⁴。これら専門家によるパターンリズムを含んだ解釈・福祉的配慮の過程で「名づけられた言葉」が使用されていたならば「名付け」についての議論の余地はある。

本稿では具体的に「居場所」という言葉を取りあげる。「居場所」と「名付け」られた（＝機能を持たされた）作業所、精神科デイケア、精神障害者地域生活支援センタ

³ 『生の技法——家族と施設を出て暮らす障害者の社会学』では福祉的配慮についての言及がある。脳性まひ当事者の自立生活と施設批判について当事者の口からの語りが収められている。

⁴ 本人のニーズがそのまま反映されない場合は多いだろう。入所施設で提供される食事を例にあげると、糖尿病であるその人のニーズが高カロリーメニューであってもそのまま提供されるとは考えにくい。本人のニーズが福祉的配慮によって充足されない。

一について、それぞれの設立の経緯と変遷（どのように「居場所」という名前がつけられたのか）、活動の特徴（「居場所」という名前は正しく当てはまるのか）を述べる。その後、クラブハウスモデルについてふれ「居場所」についての考察を試みる。

「居場所」と「名前」がつけられる背景

その1 作業所について

筆者が精神障害者福祉の分野で働きはじめた前年の1995年（平成7年）に、障害者基本法が改正されている。同年、精神保健福祉法（障害者基本法精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）も新たに制定された。当時、精神保健福祉の支援の中心は保健所の精神保健福祉相談員、精神科病院・医院のソーシャルワーカー、精神障害者作業所の職員などであった。筆者も精神障害者作業所の職員として雇用され、精神分野のソーシャルワーカーと仕事をした。

当時在籍していた作業所は80年代の前半に設立され活動していた。中心的な活動はものであり、作業の内容はショッピングバッグや小学校教材の袋詰めといった内職作業であった。それらの作業を利用者とともに行った。1996年頃、この作業所は限られた人の出入りに限定されていた⁵。この限られた人しか出入りしないという特徴は「安心した状況を確保する」され必要なものと関係機関と支援者には認識されていた⁶。ただ、数年の後にはボランティアや福祉

大学などの実習生を多く受け入れ、限られた人が出入りするという要素は薄らいだ。この変化は作業所＝「居場所」として考えるときに重要である。

黎明期の精神障害者作業所の役割を支援者たちは「居場所」としてきたようだ。しかしその活動内容や考え方の変化に伴い、「居場所」だけではない別の意味をもった作業所を設立するようになった。筆者の修士論文に精神障害者作業所と身体・知的障害者作業所の設立の経緯の違いについての記述がある⁷。長文になるが当該部分を引用する。

『ひろがれ共同作業所』によると作業所は、「養護学校を卒業はしたものの働くところがない」、「学校に通えるようになったがその後の保障がない」といった当事者、家族の思いをもとに作り出された。つまり「何故、作業という手法を取り入れたのか？」とか「作業所における作業の意味とは？」といった類の問いは、黎明期においてはナンセンスであり、「作業所＝働くところだから作業をする」または、「作業所しか働くところがない」と、とても解りやすい答えが返ってくる。

ただ、精神障害者にとっての作業所の意味を考えると、作業所は今まで述べた作業所＝働くところだから「仕事をしたい」、「何らかの理由で仕事をしなければならない」といった明快なものや若干色合いを異にする。まず多くの精神障害者作業所の立ち上げは、医療以外のサービスがなかった時代に始まっている。精神障害は中途障害である

⁵ 意図的に利用者、職員等の支援者、家族と限定した側面だけではなく、「用事がないので訪ねてくる人がいない」という消極的な理由によっても限定的な人間による場所となっていた

⁶ 2006年に書いた修士論文に「安心した空間が特徴である」旨の記載がある。執筆当時筆者は前

掲の作業所に在籍していた。

⁷ 2005年度 立命館大学大学院応用人間科学研究科・対人援助領域 修士論文「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」に全文が掲載されている。

<http://www.arsvi.com/2000/0603mk.htm>

から、学校（養護学校）等の福祉が無かった。第2に精神病という疾病と障害が並列して存在しているが故、長年において障害者としてみられることはなく、病者としての扱いがなされていた。作業所を設立する場合も、医師や医療機関のソーシャルワーカー、保健所の保健師や相談員などが家族と共に活動したことが特徴といえる。このように精神障害者支援の黎明期には家族や地域の医療関係者が中心であり、牽引役であった。福祉関係者やソーシャルワーカーなどは、あとになって関わったという経緯がある。

大阪府N市の作業所の黎明期を知る人によると、80年代前半に精神科のクリニックの談話室にて、家族が中心になって患者を対象に手内職を始めた。ここでは福祉的就労や就労訓練といったような目的意識は無く、医師の指導のもと作業が行われていた。その後クリニックの業務が忙しくなり、作業をする場所を近所のアパートに移し、作業が続けられることとなったが、その際の費用や専任職員の給与や家賃もクリニックの医師と家族が出し合った。全ての精神障害者作業所の黎明期がこのような経過を辿っているとはいえないが、精神障害以外の作業所の黎明期に養護学校の先生が深く関わっているように、精神障害の場合、医療機関が深く関わっていた。このことは特に珍しいこととは思えない。その人がどのような障害や疾病、あるいは特徴を持ち、その人にどのような支援者が関わっているか、ということである。現に家族という存在が、どの障害者作業所の黎明期にもみられる。家族は障害をもつ当事者にとって、一番身近な存在だからである。」

数年前の論文で文章は稚拙ではあるが、記述の内容に大きな誤りは無いだろう。精神障害者作業所黎明期において精神障害者は家庭と医療機関以外の活動の場所をあま

りもたなかったようだ⁸。そして家族や医療機関関係者は家庭・医療機関以外の居場所の必要性を感じ作業所作りがすすめられた。

しかし、この時期の作業所の設立目的は「居場所」であったが、中心的活動である作業が多様なものになるにつれ「居場所」から「働く場所」という意味を変えた。ここで注目すべき点は作業所に「働く場所」という意味を持たせたのは利用者であったということだ。作業を仕事として捉えようとする利用者のニーズは支援者に伝わり作業内容を多様なものへと変化させた⁹。例えば、内職作業から原料を加工し自主製品を製造し販売する作業がある。喫茶店や食堂などの形態をとり接客や調理を作業として行う例もある。

筆者が作業所の職員をしていた頃に「作業をせず、利用者が過ごす場としての作業所」というものが少ないながらあった。発想としては黎明期のそれと同じであったがそれほど増えなかった。筆者はその実践例を利用者に提供し意義を問うたが、大多数の利用者は「作業をしないならば来ない」という考えを示した。このエピソードは支援者が「居場所」として「名前」をつけることから、利用者が活動内容について意味付けることへ変化した結果を示している。作業に各自が意味を見い出してやってくる。そうすることで彼らは「居場所」を得たといえる。

作業所が利用者の「居場所」であることに変わりはないが、「居場所」が与えられたものから自ら得たものへと変質している。

⁸ もちろん、福祉の枠で考える「居場所」に限る。この点については稿を改めて考えたい。

⁹ 三野(2006)で詳しく述べている

そしてこの変化が作業によるものであったことは、福祉の文脈で語られる「居場所」を考える場合重要であろう。

その2 精神科デイケア

作業所利用者は作業をすることで「居場所」を得る。換言すると、頻度の差はあるが作業に参加することが「居場所」作りの前提となる。他方、作業などしたくないが行くところは欲しいという人がある。その人達の要求に応える場所として精神病院や医院の精神科デイケアが機能していた。

精神科デイケアの起源は 1946 年にロンドンとモンリオールでそれぞれ個別に同時に始められたという¹⁰。日本では国立精神衛生研究所の加藤正明らが 1959 年から 1 年ほど週 2 日程度の頻度で開始し、1963 年加藤らによって本格的な研究が始まった。1974 年には医療点数化され、翌 1975 年には保健所デイケア¹¹が開始された。

当初、精神科デイケアの目的は精神科病院からの退院後のアフターケアであった。加藤は著書の中でデイケアの機能について「デイ・ケアの治療機能はデイ患者（メンバー）を自立させることにある。もちろん、これまでにデイ・ケアについて論じられてきた際、デイ・ケアの目的は「患者の挫折を防ぐ」、「対人関係の障害を改善する」、「社会再適応を助長・促進する」、「前就業訓練

をして就労を容易にする」、「就労援助と職親の開拓——試験就職をさせる」などのことにあるとされてきたが、これも相互に全く無関係なものではなく、また、「自立」とも無関係なことではない」と述べている。加藤・石原（1977）

加藤は精神科デイケアの当初の目的について再入院の予防や社会生活に向けてのリハビリテーションと述べ、具体的なプログラムについて紹介している。その後、精神科デイケアのプログラムは軽作業や室内でのレクリエーション、外出などのほか食事の提供などの幅広いものとなった。利用者はこれらのプログラムへ参加をしたり談笑したりして過ごす。

作業所においても食事時間に友人と話しをしたりレクリエーションプログラムに参加することもありえるが、精神科デイケアではプログラムに参加することより、デイケアという場に通うことに重きが置かれるようだ。平成 21 年 6 月 4 日「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料によると、デイケア利用の目標（担当者による評価による）は再発・再入院予防が最も多く、ついで慢性期患者の居場所となっている¹²。

¹²平成 21 年 6 月 4 日「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」の資料によると、実施されているプログラムは家事等・日常生活技能の習得が最も多く、症状や再発サインへの対処スキルの獲得、疾病と治療についての理解、復職支援、服薬アドヒアランスの向上、その他の特定の目的となっている。

再発・再入院予防、慢性期患者の居場所について、薬剤処方についての相談・調整、回復期リハビリテーション、就労支援、在宅急性期医療の一環、と続く。平成 20 年度厚生労働科学研究補助金「こころの健康科学研究（「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」主任研究者：竹島正、分担研究者：須藤浩一郎）からの援用である旨の記載がある。

¹⁰ 加藤正明 1974 「デイ・ケアとは——その発想と意義」『デイ・ケアの実際』pp5-16 牧野出版から。また加藤は「1927 年ソ連（当時）のハリコフで始められたというが、どのような考えではじめられたか不明である」としている。

¹¹ 精神障害者回復者社会復帰相談指導事業が保健所がおこなう地域精神保健事業として開始された。吉川武彦 1996 『これからの地域精神保健——病院看護と地域看護の連携を求めて』医学書院

しかしこの精神科デイケア利用目的の変容について精神（保健）福祉は「精神医療の囲い込み」と批判する。福祉現場でよく聞く批判としては「デイケアは医療行為の場であり「居場所」として機能させるのは問題である。「居場所」は医療行為ではないので福祉に「居場所」の機能を委譲していくべきである」というものである¹³。精神科デイケアを特定してではないが、社団法人日本精神保健福祉士協会が「2005年5月11日「障害者自立支援法案」についての見解」のなかの「精神障害者福祉政策に関する個別課題」で「精神医療の囲い込み」批判についての言及がみられる¹⁴。退院するとデイケアに通い、病状が悪化すると入院をする。その繰り返しは「精神医療の囲い込み」である。精神（保健）福祉領域はこの点を批判する。

では、入院から退院そして生活という医療という枠組みでの過程に福祉が用意した「居場所」が加わることで「囲い込み」問題は解決するのか。この点について、精神障害者の「居場所」を意識して創設され活動している精神障害者地域生活支援センタ

ーを取り上げ考察する。

その3 精神障害者地域生活支援センターについて

精神障害者地域生活支援センターは1997（平成9）年「精神障害者地域生活支援事業」制度化され、1999（平成11）法定化された。精神（保健）福祉分野においてこの施設の創設は大きな出来事であった。

精神障害者地域生活支援センターが創設された前後の時期、精神保健福祉領域のソーシャルワーカーのなかには「福祉がやるべきことが精神医療領域によってなされており、それを福祉に分離・委譲させるべきだ」という考えをもつものがいたことは述べたとおりだ。この考え/感情は医療機関に所属しているソーシャルワーカーにも少なからずあった。それは前述した作業所作りの経過からもわかる。

地域生活支援センター以外の精神障害者社会復帰施設には「精神障害者生活訓練施設（援護寮）」、「精神障害者福祉ホーム」、「精神障害者授産施設」、「精神障害者福祉工場」がある。これらの施設は市区町村社会福祉法人や医療法人によつての設置が可能である。ただ、多くの精神障害者社会復帰施設は医療法人が設置主体となっており地域生活支援センターも1999年の法定化以前は医療法人が設置主体となることが多かった¹⁵。理由として、1999年まで精神障

¹³ 精神医療に限ったことではない。この場合批判する側である（精神保健）福祉に対しても同じような批判はある。指摘として『生の技法——家族と施設を出て暮らす障害者の社会学』、小田敏雄[2011]。また、「囲い込み」という言葉を適当なものとして使用するは否かは別にして、福祉の同様の問題については稿を改めて考察したい。

¹⁴ 社団法人日本精神保健福祉士協会 HP 〈精神障害者福祉政策に関する個別課〉
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2005.htm>
2. 市町村における精神障害者生活支援体制整備への国の役割と責任を明確化すること
……精神医療の地域偏在や精神医療による福祉的な囲い込みは歴史的で政策的に福祉政策の遅れを招いてきた。この軌道修正をすべて市町村の責任で行うことには困難が伴う。……

¹⁵ 厚生省保健医療局長通知の「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」に社会復帰施設の設置及び運営主体は、都道府県、市町村、社会福祉法人その他の者とする。との記載がある。要綱の冒頭の記された都道府県知事あての依頼に「貴管下市町村長、社会福祉法人及び医療法人等の関係機関に対し、貴職から通知されたい。」とあり、その他の者として医療法人が考えられ

害者地域生活支援センターは既存の精神障害者社会復帰施設に付置する形で制度化されていたため、作業所等の精神障害者福祉を担う多くの団体が法人格を持たず社会復帰施設をもてなかったことがあげられる。

1999年以前、社会復帰施設の設置主体の多くは医療法人であったため、精神病院の敷地内や近隣に施設が建設され運用されていた。そのため社会復帰施設に付置する形で作られた地域生活支援センターの多くは精神病院の敷地内にあり、福祉領域あるいは精神科診療所のソーシャルワーカーは良い評価を下していなかった¹⁶。その後、病院の敷地の外に医療法人以外が設置運営する精神障害者地域生活支援センターが多く作られるようになる。

では、精神障害者地域生活支援センターの活動の目標とは何であろうか。精神障害者地域生活支援事業実施要綱¹⁷ではその目的を「地域で生活する精神障害者の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰と自立と社会参加の促進を図ること」としている。

具体的な事業内容は、(1)日常生活の支援、(2)相談等電話・面接及び訪問により服薬、金銭管理、対人関係、公的手続等日常的問題、夜間・休日における個々人の悩み、不安、孤独感の解消を図るための助言、指

る。

¹⁶ 筆者が参加した精神障害者地域生活支援センターのフォーラムでは「医療法人立の支援センターが批判されているが、活動内容が正しければ設置主体や設置場所などは批判の対象とはならないはずだ」という主張が医療法人立のセンタースタッフより発せられた。

¹⁷ 厚生省保健医療局長通知(平成8年健医発573)各都道府県知事、指定都市市長宛「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」

導、(3)地域交流等(場の提供)、(4)その他地域の実情に応じた創意工夫に基づく事業の四つである。四つの事業内容の中でまず注目したいのは(1)の日常生活の支援である。具体的にはどのようなことを言うのか。前出の要綱によれば「住居、就労、食事等、日常生活に即した課題に対して、個別・具体的な援助」とある。実際にセンター内で行われている日常生活支援の事業で多いものは「実費負担の食事の提供」であろう。これは筆者の現場経験に由来するのだが、様々な精神障害者地域生活支援センターのホームページでは実費負担の食事の提供(サービス)が記されている。栄(2008)も精神障害者地域活動支援センターの日常生活支援について、「訪問サービス」88%、「入浴サービス」54%、「昼食サービス」42%、「夕食サービス」38%(2000年10月31日から1月25日に204箇所の地域生活支援センターを対象として実態調査)と述べている。

また、(3)地域交流等(場の提供)については明確に「居場所の提供」としているセンターが多い。

ここで「居場所」は提供されるものかという問いを立てる。言い換えると、かつて精神(保健)福祉領域から精神科デイケアに対する「精神医療の囲い込み」批判と同様なことが起こっている可能性はないかという問題提起である。

「居場所」が作られた後さらに食事や風呂が提供される。利用者の意味付けが希薄な「居場所」であるという点と実施サービスの内容において精神科デイケアと同質である。何を行うかによって名付けられた「居場所」脱し各々が意味付けた「居場所」へ

変化させることはあり得るが、「居場所」を作りそれを提供すること続けること（端的に言うと、福祉施設で出された食事を取り、何もせぬまま1日を過ごしている）は精神科デイケアに対する批判した点と同じであろう。医療から福祉へある機能を委譲させるとき、或いは専門家が預かっていたその人の主体性を本人に返す時に重要な要素として、誰が何を行いどのように参加するのかとい点があるだろう。必要なことは「居場所」という空間そのものではなく、「居場所」を各々が得るための取り組みである。空間としての「居場所」やそこでのプログラムは環境の一つに過ぎない。「居場所」作りは継続的な活動でありその取り組みは専門家の行いだけでは成し得ないものだろう。

2010年10月14日に行われた「第8回民主党障がい者政策PT」でNPO法人全国精神障害者地域生活支援協議会（通称：あみ 以下、あみとする）は「障害者制度改革のあり方について」を提言している。その中であみは「居場所」機能の強化を謳っている。この「居場所」機能の強化を求めるあみの主張とこれまで述べた「居場所」に関するこの問題提起は立場を異にしない。「居場所」機能を利用者の活動によって各々のものに変容が可能であり、そのための条件整備の為にプログラムや場所が必要であるという主張に意義はないからだ。あみの主張は「障害者自立支援法における「就労」「訓練」への偏りを改善するため、従来の小規模作業所や精神障害者地域生活支援センター等が地域の中で担ってきた「居場所」としての機能—「安心」「安全」の確保—について、新たな個別給付事業の制度化

を含めた検討を行うべき」というものだ。これは制度によって「就労」「訓練」と福祉サービスが限定されることは、当事者が意味付ける余地を奪う事に抗するものであるとも理解できる。ただ、この主張をいかに捉え実践に移してゆくかについては更なる議論が必要だろう。

まとめにかえて

「精神医療の囲い込み」について精神（保健）福祉の立場からの批判と、精神障害者地域生活支援センターの「居場所」には共通する点が見られることは述べた。そして利用者が何かをする事によって「居場所」を得て行くこと、そしてそれには空間やプログラムが大きな役割を果たすことも指摘した。

ここで精神障害者のリハビリテーションモデルの一つであるクラブハウスモデルを紹介する。

クラブハウスモデルは、アメリカ・ニューヨークで始まった精神障害者の自助活動による相互支援を基盤にした活動である。

[……]

クラブハウスモデルの特徴は、「仕事に律せられた一日」という考えを基にしたプログラムをもつこと。本人の意思によるプログラムへの参加と、メンバーとスタッフのパートナーシップをそのプログラムに反映したこと。プログラムは療法ではなく「仕事」であることを明示したことなどが上げられる。

[……]

クラブハウスの活動は通常、月曜日から金曜日の1日8時間である。「仕事」は外部からの委託ではなく、クラブハウスの維持にとって必要

な仕事をメンバースタッフの区別なしに行う。
また、「過渡的雇用」(Transitional Employment : TE)という独自の一般就労に向けてのプログラムをもつ。

三野 (2009)

以上のようにクラブハウスモデルの取り組みの中心は仕事であるが同時に利用者の「居場所」をことさら強調する。クラブハウスでは利用者がクラブハウスに来ることや一度離れて後に還ってくることを権利として明文化している。また同時にクラブハウスモデルは意味のある仕事を提供し、意味ある人間関係を作るという権利も利用者に対して示す¹⁸。これらの権利の他にクラブハウスモデルは国際基準というものをもつ。クラブハウスモデルは全世界で実践されているモデルであり、そのベースとなる考えから大きく外れないために、活動やメンバースタッフの関係、立地条件などの考え方が国際基準として存在する。ここまで述べただけでもクラブハウスの活動が規定や基準によって定義付けられている事がわかるし実際にそうである。しかし、クラブハウス利用者は「クラブハウスは自分の居場所です」と異口同音にいう。しかもそれは自ら得たものとしての「居場所」である

18 ・“The right to a place to come”

(来る場所への権利)

・ “The right to a place to return”

(帰る場所への権利)

・ “The right to meaningful work”

(意味ある仕事への権利)

・ “The right to meaningful relationship”

(意味ある人間関係への権利)

と主張する。その理由を筆者はクラブハウスにおける労働と関係があると考え¹⁹。クラブハウスでの労働は無給である。ただ、働くことで仲間や協力して仕事をするというスキルを得る。労働の対価として得るものがある。また、定められた規定は、全世界にある400箇所のクラブハウスが同一のものを用いるが、各々のクラブハウスにおいてその基準についての解釈や矛盾点に関しての話し合いが行われる。そして世界大会において改定がなされる。もちろんそれぞれのクラブハウスの意見が必ず反映される保証はない。しかし全世界のクラブハウスに対して意見を述べる権利を持っていることが彼らの活動の根幹にある。クラブハウスがもつ規定された活動とその活動を自らのものにしていく仕組みは大変巧みである。これらの要因から利用者はクラブハウスを自らが所属している場であると言う。

「居場所」という言葉は冒頭に述べたように福祉実践者や実際に利用しているものや関わりのあるものが会話の中では使用する場合において便利なものかもしれない。ただ、それではマジックワードのようなものだ。「居場所」という多義的な言葉に実際の活動を回収させてしまうと、その活動の過程や現在の取り組みそこに集う人々の泣き笑いが隠れてしまう。さらに利用者にとっては与えられた「居場所」を自ら得た「居場所」に変化させるための多くの工夫と長い時間が必要になる。極端に言う「名付け」る主体が専門家であるならば当事者の動きの足かせになり得るとのことだ。この与えるものから自ら得るための支援をするという考えは現在の福祉に潮流であろう。

¹⁹ 三野 (2011) で詳しく述べた。

ただ、ここでもやはり「自立支援」という耳障りの良い言葉に実際の「困難さ」が隠されている。

大学の講義で「居場所をつくるとはどういうことでしょうか」や「自立を支援するとはどういうことでしょうか？」といった質問を受けたときにどのように回答できるだろうか。知っている福祉実践を例示せずに答えられるだろうか。そのような動機で書き始めた。結局、結論めいたものは出なかったし、今後も出ないかもしれない。ただ、読んでくださった方がそれぞれ考えてくださるきっかけになればと思っている。筆者も考えるきっかけのつもりで書いた/書いていきたい。だから、異論や反論はぜひ伺いたい。(三野: nennemusi アット (←@に変換してください) gmail.com)

今回は「自立を支援する」ことについて考えてみたい。

参考文献・URL

- 安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也
1995 『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補・改訂版』, 藤原書店
- 吉川武彦 1996 『これからの地域精神保健——病院看護と地域看護の連携を求めて』 医学書院
- 加藤正明 1974 「デイ・ケアとは——その発想と意義」『デイ・ケアの実際』 牧野出版
- 石原幸夫 1977 『精神科デイ・ケア』 医学書院
- 三野 宏治 2006 「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」 2005年度 立命館大学大学院応用人間科学研究科・対人援助領域 修士論文
- 2009 「アメリカ合衆国：社会福祉の現

状,IV地域精神保健福祉」『世界の社会福祉年鑑 2009』 pp190-200,旬報社.

- 2011a 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についても研究—当事者と専門家へのグループインタビューをもとに—」『立命館人間科学研究』第22号:7-18
- 2011b 「クラブハウスモデルの労働とは何か?」『生存学』Vol.3:174-184 生活書院
- 小田 敏雄 2011 「精神障害者支援におけるパートナシップとエンパワメントに関する研究—退院促進支援事業の当事者支援員と専門職へのインタビュー調査から—」 『東洋大学大学院紀要』第47集、pp285-303
- 栄 セツコ 2008 「精神障害者の地域生活支援——障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察——」『桃山学院大学総合研究所紀要』第34巻第1号 p p 57-71
- 厚生省 平成 21 年 6 月 4 日 「第 18 回 今後の精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b.pdf> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)
- 厚生省保健医療局長通知 「精神障害者社会復帰施設設置運営要綱」
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/smtm/page1501.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)
- 厚生省保健医療局長通知 (平成 8 年健医発 573) 各都道府県知事, 指定都市市長宛 「精神障害者地域生活支援事業実施要綱」
<http://www005.upp.so-net.ne.jp/smtm/page0901.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)
- 社団法人日本精神保健福祉士協会 HP 「障害者自立支援法案」についての見解 〈精神障害者福祉政策に関する個別課題〉
<http://www.japsw.or.jp/ugoki/yobo/2005.htm> (2011 年 8 月 14 日 閲覧)

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第2回

福祉の概念・言葉の解釈について

「自立を支援する-1-」

三野 宏治

はじめに

精神（保健）福祉現場で支援者として働き疑問を持った概念や研究を行う中で気になった言葉を取り上げ書いている。今回は「居場所」という言葉とその使い方について述べた。今回は「自立を支援する」というフレーズについて論考する。

「その人の自立を支援する」というフレーズがある。支援や援助あるいは支援者に依存するのではなく、当事者が自らの力で生活できるように関わるとするのが趣旨であろう。その考え方は理解できるし方向性も間違ったものではないと思う。ただ、支実際の支援場面を例にとって「自立」と「支援」の関係を考えると、未だ整理できていないことが多いことに気づく。それゆえ「自立」と「支援」という概念がなじまないと感じる。筆者の感覚では「自立」とは「支援」のない状況であり結果の状態である。ただ社会福祉、とりわけ障害者福祉の枠組みでは「自立」を目指すためになんらかの「支援」が継続していることは多い。また、現状では「自立」できていないが条件さえ満たせば「自立」が可能なので継続的支援が必要であり、その条件を満たすために「支援」が必要であるという。

そこで本稿は社会福祉のフレームにおいて使われる「自立支援」がどのようなものであるかについて述べる。論を進めるにあたって「IL運動（自立生活運動）」と「自立」の関係を、立岩真也の記述を援用しながら述べ、その後脱施設の文脈から「自立」と支援の関係を論考する。まず、知的障害者の入所施設の設立から地域生活移行という流れを政策的な面から概観する。そして知的障害者の親たちが考える入所施設と支援についてその言説を紹介し意味を分析する。同時に、知的障害者の当事者団体である「ピープルファースト」の主張を紹介することで、「自立」と「支援」の関係を考察したい。

自立とは何か

障害者を取り巻く「自立」と「支援」の関係を考える上で、まず「自立」概念とは如何なるものかについて歴史的変遷と共に紹介する。社会福祉学において「自立」概念は障害者運動の影響を受け展開・整理されている。この障害者運動と「自立」概念について立岩真也は『応用倫理学事典』の中で次のように述べている。

障害者運動の展開を受けて社会福祉学が整理したところでは、自立に少なくとも3つの意味があるとさ

れる。複数の意味をもつこの言葉が、そのいずれを意味するのかがよくわからないように、あるいは複数の意味を同時にもち曖昧な語として使われていることの意味が重要である。」(立岩2008)

立岩は三つの自立を「経済的自立」、「職業自立」、「身辺自立」、「日常生活動作」の自立(「ADL自立」)、「、のいずれでもない自立」であるとしている。「経済的自立」、「職業自立」とは経済的に他人に依存せずに暮らすこと・職業に就くことである。立岩は前掲した著作の中で「経済的自立」、「職業自立」と支援の関係について以下のように述べている。

公的扶助や福祉サービスの目標は、この意味での自立が達成され、社会的支援自体が不要になることと

される。例えば生活保護の目的は「自立助長」にあると言われる。この時、この語は古典的な意味での「自助」(self-help)と互換的である。この意味の自立・自助自体に第一次的な価値を付

与し、他をそれに従属させることがなされてきた。近代とその時代の社会事業の底流にそれは存在し続けてきた。

(立岩2008)

立岩の指摘の通り、福祉サービスの目標の一つは「経済的自立」を支援することである。

そして、そのための方法として公的扶助等の仕組みがあるのだが、公的扶助等の仕組みから外れる人はいる。また仕組みそのものに問題がないわけでもない。公的扶助他の制度上の理由や本人・支援者の志向などから、「経済的・職業的自立」概念だけでは自立できない/しない人がいた。そこで、二つ目に挙げた「身辺自立」、「日常生活動作」の自立(「ADL自立」)が登場する。「身辺自立」はリハビリテーションで目指されることが多い。これらの自立の概念と支援の接点は、例えば、それぞれ「公的扶助」や「リハビリテーション」であるのだがそれでもなお多くの「自立」できない/しない人たちがいる。そこで提唱されたのが第三の自立である。さて、ここまででいえることは、その人の様子や状況は何も変わっていないにもかかわらず、新たな「自立」概念が出来ることによって「自立」できる/可能な人になってしまうことである。この規定されてしまった「自立」については後述する。次に第三の自立とはどういったものか。これは一般に「自己決定的自立」と表現される。ただ前掲の著作において立岩は「自己決定的自立」という表現を採用しなかった。その理由として、「自立生活運動」の目指したものが「自立」概念形成のためではなかったからだ。

(立岩 2009)

これらのいずれでもない自立が、1970年代に始まる障害者の「自立生活運動」で主張される。それは自己決定権の行使として一般に捉えられる。すなわち、介助など種々の手助けが必要であればそれを利用しながら、自らの人生や生活のあり方を自らによって決定し、自らが望む生活目標や生活様式を選択して生きることを自立とする。

ただ、事実に即するなら、「自立生活」とは、親元や施設から離れ、ひとまずは一人で暮らすこと自体を指した。そのために「自立生活センター」を設立し、「自立生活プログラム」を提供し、生活を実際に可能にする介助・介護システムの確立を目指した。それを自己決定する生活への移行と言うことはできる。しかし、彼らが具体的な生活の仕方をもって自立(生活)と呼び、自己決定、自律(autonomy)、(としての自立)を最初の唯一の原則とすることに必ずしも同意しなかったことは示唆的である。従属と保護から逃れて暮らすことと、自己決定を達成すべき目標とする生活を送ること、この微妙な差異は重要である。彼らはその意義を積極的に規定せず、「正しい」生活を示そうとはしない。普通の状態を普通に実現することをあくまで要求し、同時に、普通が普通とされないことの意味を問うた。たいていの生活に確たる目標などないことを脇におき、ことが「福祉」となると、好ましく正しい状態として例えば「自立」を語ってしまうことの奇妙さの自覚がここにはある。その運動は、施設を増やすのが福祉であり、家族による保護を基本的に望ましいものとする社会にあって、それと異なることを実現しようとした点で画期的だったが、もう一つ受け取るべきは、自立だの自己決定だのをなにかたいそうなものにまつりあげないその姿勢の意味である。

「自立」と「支援」の関係を考えるとき、これらの立岩の指摘は重要である。福祉の文脈において普通の生活という時、障害者の普通は健常者のそれと違うことがある。支援を受けること自体が健常者の生活では稀であることに加えて、その人が望む支援を受けるまでの手続きの中に普通ではないことが数多くある。健常者が生活を営むなかで「自己決定」を殊更意識することはないし、ましてや誰かに迫られることはない。生活をする中で何かを選ぶことはあるが、そのことだけを殊更取り出して意味を付与することはしないし、ましてや「自立」という概念規定の道具にはされない。しかし、障害者の「自立」をいうときは「自己決定」が持ち出され、規定され要求される。それはなぜか。「自立生活運動」では入所施設を出て地域で暮らすことを目指した。では「自立」を考えると、地域で暮らすことにどのような意味があるのか。

現在、知的障害者の地域生活移行を支援するという名目で、入所施設から地域へ住処を移す試みが政策レベルで進められている。次に知的障害者の地域生活移行を例にあげ、入所施設から地域生活移行に至った過程から「自立」と「支援」の関係について考える。

入所施設における支援から地域生活支援へ

日本における知的障害者大規模入所施設建設の始まりは、1965年に「社会開発懇談会」の中間報告が大規模コロニーの設置推進策を打ち出したことによる。「社会開発懇談会」は首相の諮問機関であり、同じ年に

厚生省コロニー座談会が「国、自治体に一ブロック程度コロニーを設立する」という意見書を示し国立コロニーや各都道府県単位の大規模入所施設建設が始まった。ただ、入所施設設置が突然始まったのではなく、障害を持つその人の親たちの要望や運動が背景にあった。

まず入所施設設置に先立ち、精神薄弱児愛護協会が1949年に再建（55年精神薄弱者愛護協会と改称）され、1949年に特殊教育連盟（53年全日本特殊教育連盟と改称）が発足している。1952年に現在の「手をつなぐ育成会」の前身である精神薄弱児育成会が結成されている。精神薄弱児育成会の結成の目的は「わが子を保護し、養育する場としての施設の設立」を国に対して要望するためであった。1953年には精神薄弱児育成会の要望に答える形で精神薄弱児対策基本要綱（次官会議決定）が成立している¹⁾。

1960年には精神薄弱者福祉法が制定され、成人した知的障害者福祉施策が始まる。1970年に心身障害者対策基本法ができ、翌年に「社会福祉施設整備緊急5ヵ年計画」が策定され入所施設の量的な拡大が図られる。1977年には共同作業所全国連絡会発足が発足し、1981年の国際障害者年以降ノーマライゼーションという言葉が知られるようになり、知的障害者の権利意識が高まっていく。このような経緯を経て大規模入所施設（コロニー）建設が始まった。入所施設の量的拡大は1977年に厚生省が「精神薄弱者通所援護事業補助要綱」を策定し地域生活支援の方向性を打ち出すまで続く。

1987年には国民年金法改正され障害基礎年金が新設された²⁾。地域移行と障害基礎年

金の創設に関する経緯については田島良昭（1999）が言及している。田島良昭は2000年代に宮城県の福祉事業団理事長を務めているが、それ以前には長崎県内で障害者を支える地域ネットワークを作った人物でもある。田島は「年金プラスいくばくかの賃金が地域の最低賃金を超える収入になればそれで生活ができるようになる。そういった考えで障害年金についての法改正を厚生省に働きかけた。そして実現したが施設政策が大きく変化することはなかった」と述べている。（田島1999）

1996年にはグループホームの公営住宅開設が可能となり、2000年にはグループホームの就労要件が撤廃され、ホームヘルプサービス事業の対象を重度者から中軽度者に拡充されなどの支援策がとられた。2002年12月生活支援分野施策の施設サービスの再構築を行い、施設等から地域生活への移行推進として入所者の地域生活移行の促進と「入所施設は、真に必要なものに限定する」という閣議決定がなされた。この「脱施設化」という方向性には、多くのメディアや福祉実践者、研究者がノーマライゼーションの具現化であると好意的な反応を示した。

2003年の「障害者基本計画」では入所施設の建設抑制を明言し入所施設整備の数値目標設定を取りやめた。また同年3月、厚生労働省の「国立コロニー独立行政法人化検討委員会」は、国が管理する唯一の重度知的障害者入所施設「国立コロニーのぞみの園」（群馬県高崎市）の511人の入所者を段階的に地域のグループホームなどへ移すべきだとの中間意見をまとめ、大規模入所施設から地域生活へ生活の場を移す政策動向が具体的な動きとして現れる。

2006年6月施行の障害者自立支援法を受け地域移行がすすむと、地域での生活＝グループホーム・ケアホーム入居という方策が強調される。もちろんホームヘルプなどを利用して一人暮らしをするという方法もあり得る筈だが、都道府県の障害担当課は「グループホーム設置が急務である」とした。また新聞などのメディアも地域での生活＝グループホームという前提のもと報道を行った。このような潮流は現在でも変わっておらず、筆者が2011年3月まで所属した社会福祉法人においても、2年の間でおよそ20人分グループホーム・ケアホームが開設されている³。入所施設を出た人たちが暮らす場所として、グループホーム・ケアホームが想定されているが、グループホーム・ケアホームは入所施設ではないのだろうか。国はそう判断していない。また入所施設での生活について否定的な親たちがグループホーム・ケアホームを望むことも少なくない。次にグループホーム・ケアホームをめぐる親・家族の主張と当事者の考えを紹介する。

「手厚い支援が必要だ」という主張と「必要なものは手伝いだ」という主張

2000年以降の「脱施設化」という政策転換のなか、2002年に宮城県船形コロニー解体が宣言された。その際、多くの家族・親が不安や反対を表明したと新聞が伝えている。「いいことだと思うが、今まで施設に頼ってきているので不安だ」「いつ実現できるかわからない目標で、入所希望の子供が入れなくなる」「受け皿となるグループホームが少ないのに大丈夫か」「地域生活になじめない人もいる。そういう人のために施設を

続けてほしい」⁴。これら親たちの不安通りに、地域移行に反対する親の説得に苦労する施設も多いとの報道もある。

他方、2003年5月に「全日本手をつなぐ育成会」と関係福祉施設で作る「日本知的障害者福祉協会」が「戻っておいで」と呼びかけるメッセージを表明した際、育成会の室崎富恵副理事長は「30年以上にわたって施設で生活せざるを得なかった入所者に謝罪したい。ユートピアのようなものができることを期待していたが、障害者の意思は無視され、親の気持ちで入所させただけだった。地域移行によって家族に負担をかけるはいけないが、本人が生き方を選択できるような場所を与えてあげることが大切」との見解を示した。⁵ただ、室崎富恵副理事長も「脱施設」という方向性については認めているが、支援が少なくなることに賛成とまでは言っていない。また多くの親たちは、地域で生活するためには手厚い支援が必要だという考えを持っている。親多くは「親亡き後」のことを考え入所施設建設を要望し子どもを入所させた。家族・親にとってこれらの主張は真っ当なものであろう。松本は、子どもを入所施設に入れるに至った家族の手紙を次のように紹介している。

2011年頂いた年賀状に10年ぐらい前、娘を三重県の入所施設に入れた母親からのものがある。その年賀

状には「『地域の中へ』と国のスローガンは若かりし頃追い求めたものに表向き舵をとりつつありますが、

受け皿のおぼつかないまま、そう言われても...という思いです。(原文のまま)」とその思いが書かれて

いた。このお母さんは特に熱心に「地域で生きる」ことを自閉症で知的障がいの娘さんと一生懸命運動されていた。体力に自信がなくなったことと自身の親の介護もあり実家のある三重の入所施設に娘さんを入れられた方だ。(松本 2010)

知的障害のある当事者達の組織「ピープルファースト」の参加者たちは、手厚い支援が必要という考えから「入所施設は良いとは思わないが、支援は必要」「自立生活できないだろうがグループホーム・ケアホームなら良い」という家族・親は多いと言う。グループホーム・ケアホームの生活を支持する理由は、自立生活に比べ手厚い支援が期待できるからであろう。ただ、国はグループホーム・ケアホームは施設ではなく住処であるとしている。その根拠の一つとして平成 17 年に行われた「知的障害児(者)基礎調査結果の概要」を紹介する。この調査の目的は「在宅知的障害児(者)の生活の実状とニーズを正しく把握し、今後における知的障害児(者)福祉行政の企画・推進の基礎資料を得ることを目的とした」とある。調査対象者はグループホーム、通勤寮、福祉ホーム利用者を対象としている。また社会福祉施設入所者(知的障害児施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設(入所)、知的障害者授産施設(入所)は対象とされていない。つまり、グループホーム、通勤寮、福祉ホーム利用者は在宅の障害者であるという認識である。この調査での「将来の生活の場の希望」の項目では、「親と暮らしたい」「施設」等が減少しているのに対し、「ひとりで」「グループホーム」が増えている。」と明言してい

ることから、国はグループホームが入所施設ではないという認識を持っているといえる。

国は施設が強制的な支援でありノーマライゼーション志向とその考えを一つにしない点で「真に必要なもの以外は支援策としない」とした。そして、グループホーム・ケアホームについては地域での住処であり、本人たちが選んで生活することが可能な支援を提供できるものであると考えている。また、親たちも支援が必要であるという点でグループホーム・ケアホームに利用に賛成する。自ら選べる住処やそこに付随する「支援」は良いということだろう。

しかし、ピープルファーストはグループホームやケアホームを施設ではなく住処であるとは考えていないようだ。ピープルファースト東京の佐々木信行は「親と暮らしている知的しょうがいのある仲間の自立生活についてその家族や親に話をすると「施設のほうが安心だ」と言われることが少ない」と次のように述べている。

自立生活は、ヘルパーなどの適切な支援を利用すれば、誰でも出来るんです。自分自身の経験からそう思います。自分自身も自立生活なんか出来るとは思いませんでした。親にずっと反対されていました。「自立をするなら親子の縁を切るぞ」とまで言われました。PF(ピープルファースト*筆者注)の仲間は、どんどん自立をしているのに、なんで自分は自立ができないんだろうと悩んでしまうときもありました。何とか自立をしたいと、親に頼んでもダメでした。自立する前は、PFの仲間からは「おまえは自立なんかできない」とまで言われたり、自分もあきらめていたところもありました。(佐々木 2009)

同じような経験をピープルファースト東久留米の小田島栄一も持つ。

グループホームは、地域で1人暮らしから始めるのに不安な仲間が利用しています。

{.....}

しかし、共同生活もあるので、決りもあり、1人暮らしにくらべると他の人にあわせて生活しなければ

ならない部分もあります。

{.....}

世話人やヘルパーに聞いてみるといいですよ。「あなたはここ(グループホーム)に一生住みたいです

か」と。グループホームでも、1人ひとりにヘルパーを入れて生活している地域もありますが、グループ

ホームで自身がついた仲間や、共同生活が難しい仲間は、ヘルパーを入れて1人暮らしをしていきま

しょう。(小田島 2007)

小田島は、「入所経験は小学6年生から。人生の多くを施設で過ごした。アパートでの自立生活開始は6年前、50歳を超えていた。入りたくなかった。もっと若いときに出ていれば——。その怒りや悲しみが原点だ。」「施設ではまわりが見えていない。だから社会に出て、自分で決めて自分でやってみたかった。入所施設はいらない。本当は地域で楽しく自立していくことがよい。」と記している。(小田島 2003)彼らは自立生活について説得する相手は家族・親であるとしている。ただ、家族・親と話すとき「自立生活はダメだがグループホーム・ケアホ

ームであればよい」との反応が少なからずあることも、グループホーム・ケアホームという選択肢の必要性を示すものだという

6。

しかし問題なのはグループホーム・ケアホームが施設か否かではない。グループホーム・ケアホームでなされる支援の何が親たちを安心させ、ピープルファーストを始めとする当事者を困惑させるのかである。換言すると「施設から脱すること」は施設の何から脱することか問いであり、この問いは「自立」と「支援」の関係を考える上で重要だ。ピープルファーストが目指すのは、単に暮らす場所を施設から地域移すことではない。ピープルファースト他の当事者たちが保護や庇護、従属から逃れ生活することを希望している。対して親たちが願っていた/願っているのは手厚い支援である。親たちが入所施設に対して求めたものはまさにこの手厚い支援であった。入所施設では虐待や処遇の悪さに加えて、本人たちの意向があまりにも無視されていたことが問題視された。それは「正しく選べないから、支援者が選ぶ」ということであり、親たちはその強制的な部分を含めた支援を求めたとも言えなくない。入所施設では支援者のやり方と当事者の希望する方法や結論には隔たりがあり、支援者の理屈だけで決定され行われることが問題であった。そこで施設入所での支援方法から地域生活支援へと支援のやり方が変わった。しかし、支援の方法や手続きが変わってもその性質が変化したわけではない。

福祉や支援が保護や庇護や管理といった性質を持つことを障害者の親は知っている。だからグループホームやケアホームの利用

を一人暮らしよりも支持する。福祉や支援が管理を生むことをピープルファーストに関わる人たちは知っている。だから、グループホームやケアホームの利用を勧めない。「自立生活運動」での当事者たちの主張や行動と知的障害者の地域生活のやり方をめぐるポリティクスには違いがある。それは「できること・できないこと」から「決められること・決められないこと」へ論点が変わっていることでもある。「自己決定的自立」に関する問題でもある。次にこの論点の違いについて述べる。

「できること・できないこと」から「決められること・決められないこと」

「自立生活運動」で障害のあるその人たちは介助者の手を借りて生活をした。それはまさしく「手を借りて」であったから上手くいったといえる。様々な問題はあった／あるとはいえ、概ね障害のあるその人達が判断し決めたことを介助者たちは代行した。だから「自己決定的」が「自立」を成立させる要件となった。身体障害者が地域で暮らす場合、衝突は起り時にその衝突は介助者・支援者との場合もある。ただ、それらについては障害のある本人たちではなく社会の側が悪いと言い張ることはできる。そして、たいがいそれは正しいともいえる。他方、知的障害者の場合はどうか。知的障害の人の場合、衝突が「社会のルール」との接触の問題として出現することがある。知的障害者の行動を起因とした衝突が「社会のルール」との接触の問題となった場合、それが社会の側が悪いといえるだろうか。また、その行動を指導し矯正しようとする行為（支援）が「自己決定」を阻害したも

のといえるだろうか。

例えば、知的障害者のある人が道の真ん中で寝そべっていたり、横断歩道でしゃがみこみ動かなかったらどうか。ある行動にその人なりの理由があったとしても、「社会のルール」と衝突してしまう時、その人の行動は正しくないと言われる。介助者や支援者が何度言ってもその行動が変容しない場合、支援者は「出来ない」人という判断を下すことがある。そして支援が始まる。

ただ、その「出来ない」とされた人の支援の依頼内容が支援者にとって理解しにくいものであった場合、単に「出来ない」人だけではなく（部分的であれ）「決められない」人になることがありえる。例えば「出来ない」人が買い物を頼む。その依頼内容が「有り金全部で馬券を買ってきてくれ」というものであったらどうか。同様の依頼が続くことで「出来ない」人から正しく「決められない」人になってしまうおそれはあるだろう。

介助者・支援者に者を依頼する場合、一度「決められない」人とされた人は「決められる」人と比べて自らの要求を通すことは難しいだろう。支援は「決められない」人の要望どおりに動くのではなく、正しく「決められる」様に支援する方向に向かう。ただここで注意しなければいけないのは「決められない」と判断した者は支援者であることと、正しさを規定するのも支援者である点だ。支援者支援観や倫理観が支援に入り込むことはありえる。障害のあるその人の依頼をそのまま受け入れることが困難である場合はあるだろう。また、それは「決めることの出来ない」人への支援の場合に限らない。ただ当事者が納得しない「社

会のルール」に添った形の「自己決定」や支援者の援助観や倫理観が反映された「自己決定」を繰り返すことは、当人にとって望ましいものであろうか。「社会のルール」を守ることは必要であるとしても、規範に添った行動を取らすために「自己決定」という方法が手続きとして利用されてはいいだろうか。

支援はその人の手になりえるか？

前章で支援や福祉は専門家の理屈で成り立っている部分がある述べた。たとえ当事者の希望を反映させた支援を作り・展開を目指し実践した場合でもそうだ。支援が当事者の手足の様に働くことは難しい。寺本晃久は次のように述べる。

たとえば、コーヒーをとにかくたくさん作って飲むことがあるとする。問題解決型の観点からすると「こ

だわりでコーヒーばかり飲んでいる。たくさん飲むと健康に悪いから、止めさせるべきだ」となり、行為を制限・禁止するか、様々な方法でこだわりを無くすような取り組みをするだろう。「手足」の見方では、「それは本人が好きでやっているから、介助者は何もしない。むしろコーヒー作りを手伝う。それで健康を損なっても本人のせいだ」ということになる。ある人は、コーヒーや佐藤の取りすぎたときの害についてていねいに話を使用とするかもしれない。けれども言葉で説明したとしても、それは将来起こりうる結果についてのもので、現在の状態についてのものではないから、それを理解することは難しいだろう。また「説明」という中立な印象ではあるが、その説明は何を目的になされるのだろうか。説明しても行為をやめないとすれば、

そのことをどう考えるのだろうか。(寺本 2008)

寺本が述べるようなことは少なくないだろう。このよくある出来事とそこで立ち止まり考える支援者の姿勢は「自立」と「支援」の関係を考える場合に重要だ。支援者は支援できない希望や要望もあり得ると考えるからだ。要望・依頼を受けないことを否定しているのではない。注目すべきことは依頼を受けるか否かを判断する際、支援者の専門性や福祉的配慮が入り込むことであり、その点に自覚的であるか否かが問題なのだ。福祉の枠組みにおいて、当事者に代わって誰かが何かを行う場合(誰かが専門家の場合特に) 代行者の倫理や行動規範によって当事者の思い通りにならないことはある。

「自立生活運動」では「自己決定」する生活を目的としなかったのは、「自己決定」が出来る/出来ないという区分けを生み出すことを知っていたからだ。その区別は正しい状態を規定することであり正しくない状態には支援がなされる。その区別や支援は入所を脱することで逃れようとしたものであった。仮に自分で決めても実行できなければ「自己決定」を行ったとはいえないのだが、福祉の枠組においてはそれらも「自己決定」である言われることがあり「自立」しているとされる。また、支援者の判断や価値観が「決められる・決められない」に深く関係していることと、その支援者の判断は親の望みや心配や「社会のルール」などによって影響され時には強化される。「自立」を「支援」にはこれらの事柄が含まれておりこれまで上手く説明がなされていない。

次回も「自立支援」「自己決定を支援する」ことについて述べる。具体的には知的障害のある人、精神障害のある人と支援者の関係性構築からみた「自己決定支援」の落とし穴について考察したい。

注

- 1 要綱の項目には、知的障害者を「収容している少年院の拡充強化」、不良行為を伴う知的障害児を「国立救護員に収容設備を整備充実」、知的障害児の「医療のための精神病院の増床」、遺伝性の知的障害者に対する「優生手術の実施促進」という差別的な内容も含まれていた。(井上・岡田 2007)
- 2 「新しい障害者基本計画に関する懇談会(第3回)」議事録 平成14年8月6日(火)
参考人として出席した、東京都さくら会の知的障害当事者阿部氏は「年金をもらっていない人はどうしたらいいんでしょうか。そこをひとつなるべく多くもらえるようにみなさんのためにきょうはしゃべりに来たのですけれども、年金をもらっていない人は何とかしてやりたいのだけれども、一人住まいしたくてもできません。やっと生活寮に入るのにかつかつかないというぐらいの感じです。だから、そういう人たちは貯金もできません。」と自立生活するための年金の重要性を訴えている。
- 3 グループホームとケアホームの違い:同じ居住支援であるが、グループホームが自立支援法の訓練給付であるのに対し、ケアホームは介護給付である。具体的な支援内容は、グループホームが地域で共同生活を営む障害者に、住居において共同生活を営むための相談や日常生活上の援助を行うのに対し、ケアホームは、障害者が共同生活している住居において、主に夜間の入

浴・排泄・食事の介護を行う。一般的に、ケアホームでのサービス提供がこれに当たり、グループホームとは異なる。

- 4 2002年12月16日付けの毎日新聞の記事より。この他にも同様の訴えが報道されている。(2002年11月25日朝日新聞「親なき後」に、やはり施設を(声)」。2002年12月14日毎日新聞「みんなの広場」障害者入所施設の充実も願うー
- 5 室崎富恵副理事長はかつて国立コロニー設立の運動にかかわり入所施設の量的拡大を進めた立場であった。
- 6 2002年12月16日付けの毎日新聞の記事より。この他にも同様の訴えが報道されている。(2002年11月25日朝日新聞「親なき後」に、やはり施設を(声)」。2002年12月14日毎日新聞「みんなの広場」障害者入所施設の充実も願うー
- 7 同じように支援者も福祉や支援の持つ性質について感じている。入所施設の職員である藤内昌信は、「支援者も見守りが本人にとって「監視」となっていることを意識する必要がある」(藤内2009)といい、尾中文哉は「施設を出た」にも拘らず、施設にいたときと類似した生活になってしまう危険である。この可能性は、「ケア付き住宅」に住む場合でも、介助者を自ら集めて一般住宅に住む場合ですら(例えば、福祉的配慮を行き渡らせるヘルパーに頼ってしまうようになれば、定員一名の施設となりかねない)存在する」(尾中1995)と述べている。
- 8 支援関係と自己決定の関係については次回も少し述べる。

引用参考文献

- 安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也 1995 『生の技法—家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補・改訂版』, 藤原書店
- 井上 照美 岡田 進一 2007 「知的障害者入所更生施設の歴史的課題の検討—知的障害者の「地域移行」に焦点を当てて—」『生活科学研究雑誌』vol6:pp.209-223 大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部『生活科学研究誌』編集委員会 厚生省 「第18回社会保障審議会障害部会議事録」(2004年10月12日開催) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/txt/s1012-1.txt> (2011年11月1日アクセス)
- 厚生省障害保健福祉部 「平成12年全国厚生関係部局長会議資料(障害保健福祉部)」 厚生労働省 HP より http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku_2/index.html#syogai-h (2011年11月1日アクセス)
- 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 企画課 HP 「平成17年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titek1/index.html> (2011年11月1日アクセス)
- 厚生労働省 「新しい障害者基本計画に関する懇談会 議事録」
- 松本 和子 2010 「地域移行は良い支援か」『平成22年度財団法人日本科学協会笹川研究助成 障害者の地域生活移行に関する問題点の整理および支援方法についての研究』社会福祉法人心生会 障害者地域生活移行研究チーム pp12-16
- 大塚 晃 「施設から地域へ—社会福祉基礎構造改革、障害者プラン、支援費制度にみる国の動き」『季刊 福祉労働』99,pp31-38, 現代書館
- 定藤 邦子 「障害者自立生活運動 - 大阪を事例として - 」第1回 Body and Society 発表レジュメ <http://www.livingroom.ne.jp/e/0403sk.htm> (2011年11月1日アクセス)
- 佐々木 信行 2009 「知的しょうがい者の立場と介護派遣事業所の代表者の立場とは」『季刊 福祉労働』124,pp66-73, 現代書館
- 立岩 真也 2008 「自立支援」『応用倫理学事典』丸善 <http://www.arsvi.com/ts2000/2007046.htm> (2011年11月1日アクセス)
- 田島 良昭 編 1999 『普通の場所でふつうの暮らしを—コロニー雲仙の挑戦 くらす篇』 ぶどう社
- 寺本 晃久 岡部 耕典 末永 弘 岩橋 誠治 2008 『良い支援?—知的障害/自閉の人たちの自立生活と支援』生活書院
- 特定非営利活動法法人 ピープルファースト東久留米 2007 『知的障害者が入所施設ではなく地域で暮らすための本』生活書院
- 東京都社会福祉協議会 2004 『障害をもつ人の地域生活移行支援事例集—身体・知的障害者福祉と精神保健福祉における実践と提言』東京都社会福祉協議会
- 藤内 昌信 2009 「知的障害者の地域支援の立場から」『季刊 福祉労働』124 pp60-65, 現代書館
- Ratzka, Adolf D. 1991 *Independent Living and Attendant Care in Sweden* = 1991 河東田博・小関 ダール 瑞穂訳, 『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス—当事者管理の論理』, 現代書館
- Worrell, Bill 1988 *Advice for Advisers*, People First of Canada = 1996 河東田博訳, 『ピープル・ファースト: 支援者のための手引き—当事者活動の支援と当事者参加・参画推進のために』, 現代書館

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第3回

—福祉の概念・言葉の解釈について③

「自立を支援する-2-」

三野 宏治

はじめに

今回も「自立を支援する」ことについて述べる。前回は障害者の自立についてその概念形成を述べ、自己決定をすることで自立とする「自己決定」的自立について知的障害者の事例を挙げ、自己決定を支援することの困難さについて論をすすめた¹⁾。論考に当たって、「IL運動を契機に「自己決定的自立」が「身辺自立」や「経済的自立」につづく第三の自立として提唱されたことにふれ、IL運動自体は特に「自立」を目的とはしなかったことを紹介した。そして「自立」も目標とすることは「自立」の概念を規定し、その規定から外れる人を生み出すことをIL運動の当事者たちは知っていたからだ」という立岩の主張を援用した。その上で、知的障害者のある行為が「社会の規範」や「一般的なやり方」とは違い社会とコンフリクトを起こした事例を紹介し、支援者の行為について分析を試みた。知的障害のある人「問題行為」²⁾はその人の「決定」に基づいて行われており「決定」の具現化である。では、その行為をもって「自己決定」的自立がなされているのかと問われると、多くの場合「なされていない」ことになる。「自己決定」はしているが「正しく」なされていないとされる場合が多い。それでは正しい「自己決定」とはなにか。「自己決定」の正しさを規定することは困難だろう、また規定することで自己の「決定」ではなくなる場合がある。しかし、障害者福祉のフレームでは「自己決定」を支援することが仕事

として位置づけられているようだ。「自己決定」を支援する仕事には本人の「問題行為」によって表現された「自己決定」をそのまま認めるのではなく福祉が提供できる選択肢、つまり「社会のルール」に抵触しない「決定」を選ばせるという内容が含まれる。もちろん全てを本人の思うと通りにしておくわけにもいかぬがある程度は本人の思い通りにさせておくという方法も考えられる。しかし、どのような行為までが良いという判断は難しいし、仮にその行為が「自傷行為」や「他害行為」に及んだ場合積極的によいとはいえない。どこまでその人のやり方を「自己決定」として認めるのかは難しい問題である³⁾。しかしこの問題は知的障害者の支援場面に限ったことではない。特に精神障害者の支援現場では疾病によって「自傷行為」や「他害行為」のおそれがある場合、適切な医療を提供する名目でその人の「自己決定」が積極的に剥奪されることがある。本稿ではその人の「自己決定」が剥奪される場合、つまり行動制限や非自発的入院に関して当事者の考えを紹介する。次に行動制限や非自発的入院のように明確に「自己決定」が剥奪される場合と違い、当事者や支援者が気づきにくい「自己決定」的自立の危うさについて述べる。

精神医療の「自己決定」剥奪について

精神障害者の支援現場、特に精神医療の現場では疾病によって「自傷行為」や「他害行為」のおそれがある場合、適切な医療を提供する名目でその人の「自己決定」が積極的に剥奪されることがある。具体的には本人の同意がない入院形態である医療保護入院や措置入院、入院中の行動制限がこれに当たる。精神保健福祉法の規定では医療保護入院とは自傷他害のおそれはないが、患者本人の同意が得られない場合に、指定医の診察の結果、医療及び保護のため入院が必要と認められた患者について、保護者の同意により行われる入院形態のことであり、入院させなければ自傷他害のおそれのある患者に対して知事の権限で行われるものが措置入院である⁴⁾。本人は「入院の必要はない」と主張したとしても保護者や医師が「入院は必要である」と判断すれば入院治療が開始される。また、精神科病院は入院患者の行動制限を行うことが「医療ま

たは保護に欠くことのできない程度においてのみ」可能である。⁵⁾

これらの「自己決定」の剥奪について全国「精神病」者集団の山本眞理（長野英子）は「障害者権利条約にふさわしい精神障害者施策および全障害者施策を」という論考のなかで次のように述べている。

私たち精神障害者は、いやだといっても強制的に精神科病院に入院させられたり、あるいは強制的に注射されたりする。精神科病院内の鍵のかかった病棟に閉じ込められたり、独房に隔離されたりする。

これは、精神医療保健福祉法という法律と心神喪失者等医療観察法という法律に基づいている。

こうした法律は世界各国に存在している。そうしたなかで条約は精神障害者に対するこうした法律の廃絶を求めている。

こうした法律のある根拠はなんだろうか？

一つは、精神障害者はその障害により他者を傷つけたり迷惑行為をしたりするので、そうした精神障害者から社会を守らなければならない、

という社会防衛の根拠。

いま一つは、精神障害者はその精神疾患により、自らの利益を判断できなかつたり、必要な医療を自ら求めなかつたりする場合がある、だから本人が拒否しても本人の利益のために何らかの強制的処置が必要という根拠である。これは、本人に治療の同意をする能力がない場合があるという前提で、本人の利益をだれかが代理として判断するという根拠である。

こうした二つの根拠を障害者権利条約は根底から否定した。(山本 2010)

山本は障害者権利条約の 12 条について「知的障害者や精神障害者があらかじめ法的能力がないと決め付けられ、本人ではなくて、周囲のものが本人に代わって本人の利益と判断する医療や処遇を押し付けてはならないことを定めている」と述べ、障害者を専門職やサービス提供者による福祉や障害者施策の対象者ではなく権利主体として位置づけることの必要性を訴えている。もちろん、山本のこの主張は非同意入院や入院中の行動制限などに向けられたものでもある。

では次に精神科医療における入院形態別の患者数について述べる。2007 年 6 月末の時点で措置入院患者数は 1849 人で入院患者全体に占める割合は 0.6%、医療保護入院患者は 12868 人で 38.6%、任意入院の患者は 190435 人で 60.2%その他の入院形態 1957 人 0.6%となっている⁶⁾。ただ、これらの入院形態は入院中に変わる可能性がある。例えば入院時には医療保護入院であったがその後任意入院に入院形態が変わるものも少なからずいる。また、精神保健福祉法 第 36 条は行動制限に関する規定だが、

行動制限を行う際に入院形態を特定する記載はない。つまり入院することに同意した結果の任意入院であったとしても入院中の行動制限はありえる。本来、任意入院ならば外出等は自由であるはずだが、任意入院患者の 46.5%が閉鎖病棟にいるということも報告されている⁷⁾。閉鎖病棟とは出入り口が施錠され自由に病棟の外に出ることが出来ない病棟であり、棟の外に出る場合や面会などで人にあう場合などは病院のスタッフに開錠してもらう必要があるなど、患者の行動は著しく制限される。

このように本人が拒否をしても入院させられる仕組みがあり、仮に自発的に入院したとしても行動の制限はありえる。非自発的入院や行動制限などが許される根拠としては、先に紹介した山本の「本人の利益のために何らかの強制的処置が必要」というものであろう。病状の悪化等によって正しく「自己決定」が出来ない状態であるから、一旦医療の専門家などが本人の「自己決定」の代行をする。そして病状の回復の後に「自己決定」の権利を本人に返すということであるが、山本は「そもそも自己決定権を取り上げられたり返されたりする」こと自体問題があるという。山本の主張は次に述べる問題からもわかる。

まず、治療後に「自己決定」権を返すというが、それが正しくになされていない場合があるという点だ。山本は強制治療や入院中の行動制限によって傷つき、精神科医療に対して恐怖と不審をもち続けるものが多いと述べている。(2001 長野) どのような出来事があって恐怖や不審を抱くようになったのだろうか。筆者が 2009 年に行った当事者への聞き取り調査⁸⁾では措置

入院の経験のある人の次のような語りを聞くことが出来た。

措置入院となり 5 年間入院したが、入院中や退院後の今でも措置入院とされた理由や 5 年もの長期間措置入院が続いたことの説明を受けていない。入院中にはベッドに縛り付けられたり、保護室に入れられたことが何度もあった。そのこと理由も聞いていない。

何故、自分が強制的に入院をさせられ続けたのか。何故、入院中に身体拘束や保護室に隔離されるなどの行動制限を行われたのかについて納得のいく説明が無かったという。本人にとっては突然「自己決定」権が取り上げられ、ある日説明なしに、あるいは治療が終了したという理由で、それが返還されたという。では、仮に剥奪された「自己決定」権が正しく本人に返還されればよいのだろうか。山本は限定的であつても「自己決定」権は剥奪されたり代行されたりしてはならぬと主張する。山本の言葉を引く。

障害者のうち例外的にでも法的能力がない人がいるとされれば、障害者全員が法的能力を疑われ、積極的に法的能力があることを証明する責任を負わされてしまう。(山本 2010)

山本はホームヘルパーの契約に際して事業所に「精神障害者です」と言った際に役所のワーカーに法的能力(契約できる能力)があるのか確認された体験を語った上で、「自己決定権を取り上げられたり返されたりすること自体問題である」という主張の理由としている。

精神障害者であるというだけで正しく「自己決定」出来ないと判断される。したがって精神障害者であること自体を「自己決定」出来る／出来ないという判断の基準にしてはならない。だから、いかなる場合でも「自己決定」権は自らが所有し続けるという主張である。

支援関係における信頼の重要性とは

前章では精神医療において「自己決定」権が積極的に剥奪される場合があることを述べた。その人の「決定」が認められない場合、「自己決定」的な自立もありえない。では、その当事者が「自己決定」権を維持できる状態であるなら、「自己決定」的自立の支援は可能だろうか。次に、支援を行う際に必要な当事者との信頼関係について述べる。

支援を行う際に信頼関係は大切だとされる。ただ、筆者は信頼関係がその人の「自己決定」に支援者の意向を反映させてしまう機能があると考えている。次に精神保健福祉士として相談業務を行った筆者の経験から「自己決定」を支援する際の支援者と当事者の関係性がいかなるものかを述べる。

筆者は 1995 年から 15 年ほど精神障害者共同作業所や地域活動支援センターなどで精神保健福祉士として仕事をした。作業所の精神保健福祉士は相談業務だけではなく、利用者が行う作業を中心とした様々な活動に利用者とともに参加する。また、作業の準備や業者とのやり取り、経理などの運営に必要な事務と関係機関と連絡会議への参加など、その仕事は多岐にわたる。地域活動支援センターについても同様であり、作

業所や地域活動支援センターでの仕事の多くは、筆者が経験したものと共通しているのではないだろうか。

他方、精神障害者以外の障害者を利用対象とした作業所ではあまりみられない仕事として相談業務があげられる。作業所では利用者と作業や食事の時間を共に過ごす。作業の段取りややり方、作業所利用のルールなどを相談して決める。また、昨夜のテレビや最近見た映画のことなどの話をする。そしてこれらの日常的な会話や観察から、彼らの生活上のアドバイスをする。以上のことは精神障害以外の人を対象とした作業所でも見られるだろう。しかし、精神障害者共同作業所の支援者には利用者の作業所での日常生活を知った上で、相談（個人面談）を行うことが仕事として位置づけられていた。個人面談では個人の経済状況や生育歴、病歴や受診の状況などを聞くことは少なくない。そしてその利用者の状況について福祉事務所や保健所、医療機関との連絡も行う。ただ、個人面談で話されることはさまざまであり、一概に困ったことを相談するというだけにはとどまらない。

筆者が受けた相談の中には、個人面談という手法を採用すべきか否か判然としないものも少なからずあった。以下に例を示して述べる。

もともと作業場などで話され当事者同士の会話の中で解決していった事柄が、利用者の求めによって個室での精神保健福祉士との個人面談になるケースは多くみられた。具体的な相談内容として「夕食のメニューは何にしましょうか？」というものや「風呂の掃除をしたくないのですがどうしましょうか。」「何となく不安だ」「彼が嫌いだから

作業所を辞めさせてくれ。そうしないと具合が悪くなる。辞めさせてくれ」等がある。「風呂の掃除をしたくないのですがどうしましょうか？」という相談を受けた際、筆者は利用者の訴えの背後にある問題を探そうと努力をした。ただ、よくわからない。また、「気が向くときにしたらどうですか」「やりやすい方法を一緒に考えませんか？」などと相談業務の体裁を整える様に解決策を提案することもおこなった。しかし、この種の相談は個人面談という形を取る必要はなく、相談相手も精神保健福祉士や職員である必要はないだろう。精神保健福祉士であっても「何となく不安である」という相談も内容については話を聞く程度のことしか出来ない。また、個人面談をおこなったから「何となく不安」という問題は解決しないだろう。次に本来は利用所自身で決めることを職員に決定してもらいたいという「夕食のメニューが決められないから何を食べてもいいか言ってくれ」という相談内容についてである。この相談には、昨日食べた物を尋ね、野菜不足を指摘し、冷蔵庫の中身を確認してメニューを提案する。彼が嫌いだから作業所を辞めさせてくれ。そうしないと具合が悪くなる」といった人間関係に関するものも同様であり、その人の何処が嫌い何をしてもらったかを聞き良いところを説き作業所のあり方を話すことをおこなった。しかし、これらの相談は相談室では解決することはまず無い。それ以前に相談ではないように思える⁹⁾。

ただ、精神保健福祉士はこの種の相談をうける。そしてこれらの相談内容をそのまま主訴として捉えて良いのかと考える。その相談の裏にある問題を探そうとする。「風

呂掃除がしたくない。どうしよう」という困りごとを解決するには、作業中などに様々な人に聞くほうが役に立つように思える。しかし、利用者はそうせずに専門家である私にアドバイスを求めている。だから専門家の姿勢として「風呂掃除がしたくない。どうしよう」という相談を入りにその人の生活状況や言葉の裏にある問題を見つけようとする。この姿勢は精神保健福祉士に限ったことではなく、対人支援の専門家といわれるものには少なからず見られる態度である。では、相談ごとの裏にある問題を探そうとするとき、専門家の助けになるものは何か。専門家の仕事にとって有益なのは日々の生活を共にし、彼らの相談室以外での様子や会話を知ることであろう。

専門家として必要なことは援助関係の外にいるとき、つまり同じ人間として接する際のさまざまな面を見ることであるとされる。このような行動／規範は多くの対人援助職者から聞かれることで、筆者が行った調査でも語られたことだ。その人の生活を理解したうえで、発言の裏にある問題をつかみ解決することが専門家の仕事であるという。このように丁寧な対応を積み重ねることで利用者の信頼を勝ち取り、より多くの事柄を話してもらおうとする。その積み重ねによって築いた信頼関係は援助において重要であると支援者は考える。次の事例は、先に紹介したインタビュー調査において筆者がある精神保健福祉士から聞いたものである。

メンバーの2人がいがみ合い言い争う。一旦は別の部屋に別れるなどして距離を取るがいつ殴り合いになってもおかしくない場合、私なら一

方のメンバーへ「タバコでも吸わないか」話しかけます。タバコを吸いながら昨日のテレビの話や趣味の話に興じる。これはメンバーの怒りを和らげることが目的ではありません。タバコを吸いながら一時的であっても、そのメンバーと良好な関係を急速に強く築くことを目的としています。そしていざ殴り合い寸前のところで、煙草をともにしたメンバーに向かって「私からお願います。堪えてはくれないか。」と言うのです。そして両者を分かち時間をつくって、つくった時間で煙草の彼には自分が、一方のメンバーは別のスタッフに対応させて話を聞いたり調整したりするのです。

筆者にも同じような対応した経験がある。そして事例と同じ専門家の姿勢は福祉現場では少なくないだろう。事例に挙げた精神保健福祉士の行動が可能になるには、当事者たちとの一定の信頼関係が必要になる。その信頼関係を作った要因は、前述したような作業場や休憩室などでの時間の共有や日常的な相談に応じた専門家としての態度であろう。しかしこの専門家と当事者の信頼関係は「自己決定」を支援するという文脈では問題を生じさせる要因ともなる。

信頼関係が作られる場とは

精神保健福祉士が相談援助や当事者と作業をする場所はどこであろうか。多くの場合精神保健福祉士が所属している施設・機関である。その施設・機関は精神保健福祉士にとって職場である。他方、当事者にとっての施設・機関は利用する場であり相談をする場である。換言すれば精神保健福祉士は仕事をするためにその施設・機関にお

り、当事者は精神保健福祉士の仕事を求める。この場所の意味の違いは専門家と当事者の立ち位置の違いのでもある。

専門家の仕事とその仕事を求める利用者との関係について、精神科医の小澤勲は次のように述べる。

私も自分の家にしばらく患者さんを泊めたりしていたのですけれどもね。……でも、やっぱり関西人風に露骨に言うと、われわれは彼らとつきあうことでお金を儲けているし、生計を立てている。彼らはお金を払っている。距離を自分がとるかからないかというよりも、現実にはすでにそういう関係がありますよね。だから、社会的な関係を無視して「一緒だ」という気にはぼくはあまりなれない。逆にいうと、その社会的な関係を自覚する言葉でしかないと思いますよね、距離ってのはね。(小澤 2006)

小澤が述べるように専門家と当事者には社会的な関係がある。関係を作る前提として当事者が支払う金がある。その金を受け取るために専門家は自らの仕事をおこなう。まずこのような社会的関係がある。そして社会的関係をもって発揮される専門性とそれが発揮される場所は専門家の職場であり、換言すれば「専門家の土俵」である。さらに、精神保健福祉士は当事者と協働作業を行う場合、複数の当事者と同時に信頼関係を結ぶことが可能である。精神保健福祉士にとってその信頼関係は作業を共にして自然と出来上がったという性質のものではなく、「信頼関係を結ぶ」という明確な目標設定のもと行われた結果である場合が多い。このようにして築かれていく信頼関係は当事者にとっては機関・施設を利用するに際

に安心できる材料であろう。この精神保健福祉士が当事者と作った関係は支援関係を強める。換言すると「専門家の土俵」における精神保健福祉士の援助姿勢を強化する機能がある。では「専門家の土俵」における精神保健福祉士の援助姿勢が強化されると何が起こるのか。一つは「専門家の土俵」において当事者同士が自由に物事を進めていくことが難しくなっていくということである。「専門家の土俵」に上がり精神保健福祉士との信頼関係を強固にするなら、その関係性の下で精神保健福祉士の意向に沿った形の判断をする当事者が出現することは想像に難くない。精神保健福祉士の意向に沿った形の判断をするというのは専門家に諂うことではない。「自己決定」を支援する必要がある当事者ならこの特徴は顕著に現れるだろう。専門家が考える良いこと・正しいことを学んでいく。その正しさを学び実行に移すことでさらに深い信頼関係が生まれ、当事者はさらなる安心を得ることが出来る。また支援の中には訪問を主としたものもありえるが、物理的な「場」が当事者宅等に移っても支援の「社会的関係」は変わらず、専門家（精神保健福祉士）の援助を行うという視点も変わらない。この当事者宅等に出向いて行われる面接のことをソーシャルワークのテキストは「居宅訪問面接」と表現しその利点を次のように解説している「居宅訪問面接はクライアントと直接接するよい機会となる。さらに、居宅訪問面接では、クライアントとその環境について十分に観察し、クライアントの生活全般についての情報を具体的に得ることが可能である」(社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010)。この記述からわかるように

訪問し面接を行う専門家には支援を行うためという目的がある。このように支援が行われる場所が機関・施設でない場合でも「専門家の土俵」は存在する。支援を行うという目的がある限り専門家は「専門家の土俵」から出ることは無い。

「自己決定」的自立の支援と信頼関係

専門家が「専門家の土俵」から出ない／出られないのは専門家が制度や報酬体験に従って仕事を行っているということであり、当然のことである。しかし、その制度やサービスを利用する当事者にとっては不合理な場合もある。山本は「地域生活を守るために～どうなる！？介護保険と支援費制度～」(全国自立生活センター協議会公開シンポ)で精神障害者ホームヘルプサービスについて次のように述べている。

私は、1990年に外で売っている本を書いたときに、最後のほうに、私たちは、病人ですから、できないことはしてもらい、そっと周囲からお手伝いしてくださいという書き方をして、私たちにも介助が必要ですよということを言いました。そして私たち病者集団の仲間もそういうことを主張してきました。

ところが、精神障害者ホームヘルパー制度というものができたのですが、これは全然介助ではないんです。要するに教育訓練、そしてもうひとつは監視、ちゃんと薬を飲んでいるか、ちゃんとお医者さんに通っているかという監視のためにいらっしゃる、という制度なんです。ともかく私は、非常に素直に、ああよかった、やっとこれで私たちが長年いっていた精神障害者にも介助がいるんだという認識をお上ももつ

てくれたのか、いい時代になった。これはやっぱり JIL とかほかの介助をたたかって勝ちとってきた他障害のおかげもあるんだろうと素直に思ったのですが、ところが、実際受けてみるとまったくそうではない。

山本が述べるように精神障害者ホームヘルプサービスは訓練の要素が強い。それは障害者自立支援法の位置づけからもわかる。精神障害者ホームヘルプサービスは障害者自立支援法において訓練等給付事業のなかに位置づけられている。山本の言う「介護」のような精神障害者ホームヘルプサービスが障害者自立支援法では規定されていないのかということそうではない。実際にヘルパーが単独で家事支援を行うものもある。しかし、障害の重い人にしか適応されないという。精神障害者の場合、障害程度区分を調査する際、障害程度が低く出る傾向があるという。そのため「介護」的なホームヘルプサービスを利用することが出来ず、訓練的な位置づけのホームヘルプサービスが適応されてしまう。この障害者自立支援法で規定された仕事内容に沿って、ホームヘルパーは「身辺自立」のための訓練を行う。当事者がいくら「介護」を求めているも障害程度区分を基にした判断、つまり制度が訓練によって「身辺自立」が可能であると認定した限り、当事者がホームヘルパーによる「身辺自立」の訓練を求めているなくても、ホームヘルプサービスを利用すると訓練的な要素が付与されてしまう。本人の「したい／したくない」という希望や決定よりも制度が判断した「出来る／出来ない」が優先される。これも特に珍しいことではないが、山本のホームヘルプサービスについ

での経験と精神障害者ホームヘルプサービスの実際から次のことが言えるだろう。

まず、福祉のフレームで語られる「自己決定」の行使は制度や法律の範囲内で成立するという限定がつく。そしてその限定は「自立」概念の限定であり、当事者の事情というよりは支援すべき対象と方法を確定させるために「自立」概念を決定したという性質だとも考えられる。そして支援によって可能になる「自己決定」的自立は制度や法律によって規定されているといえる。そして規定された「自己決定」的自立は専門家との信頼関係によって、当初の本人の考えから「(専門家からみて) 良いもの」に変わる可能性もある。

筆者が 2009-10 年に行った調査において、ある精神保健福祉士は「利用者とのミーティングではできるだけ話さないようにしている。それは自分が意見を述べるとそれが決定となってしまうかもしれないし、今までの議論が覆る恐れもある。話す時間を与えることが支援者の役割だと思っていた」と語った。この発言を筆者は「その方法の良し悪しを別とすれば、専門家の発言力や権力性を十分に理解しているともいえそうだ」と論文で評した。(三野 2010a) 筆者の考えはこの論文を書いた頃と変わっていない。精神保健福祉士にとって所属する機関や施設は精神保健福祉士の土俵であることは述べた。もちろん施設・機関にも「利用者の居場所」は存在する。それは休憩室であり談話室であり作業場である。ただ、その休憩室や談話室、作業場にも精神保健福祉士はおり、利用者が精神保健福祉士の存在を意識し専門家として行動を共にすると「利用者の居場所」は「専門家の土

俵」となりえる。「出来るだけ発言を控えている」といった精神保健福祉士は、場所の意味が変わってしまうことを感じ取り前述の発言に至ったのだろう。

しかし、当事者の「決定」に少なからず影響を与え「当事者の居場所」が「専門家の土俵」に変質してしまうからといって、専門家は何もしないわけにはいかない。例えば、当事者の「決定」が専門家からみて明らかに不利益をもたらす恐れ(端的に言うとうと自傷他害行為)があるとする。その場合、専門家は「そうですか」と言えるか。あるいは、不利益や加害的な行為があったとして「それでも良い」と当事者が言った場合どうするのか。制度上、それらの場合に専門家は強制的な介入を行う。それらの場合、支援と本人の「自己決定」権の剥奪を考えるに当たってジレンマを感じる専門家は多いだろう。

他方、「専門家の土俵」で構築された信頼関係を基にして、「(専門家からみて) 良いもの」になるべく議論を重ねた結果、「わかった、(精神保健福祉士である) あなたの意見を受け入れる」と当事者が決めたとしたらそれは「自己決定」的自立を支援したことになるのだろうか。このような関係にジレンマを感じる専門家はいるだろうか。

まとめ

前回に引きつづき「自立を支援する」ことについて述べた。「自立」の概念の変遷に関しては前回述べたとおりであるが、それぞれの「自立」にはそれを可能にするための支援やリハビリテーションが存在している。論考したように制度や法律、専門性と

いった福祉的フレームによって規定された「自立」があり、「自立」を達成するために「専門家の土俵」においての支援が行われる。自立生活運動が「自己決定」的自立を目指したわけではないという立岩の指摘は、この「自立」と「支援」の関係からも理解できる。精神障害者の「自立」を考えると、これらの福祉的フレームによって規定された「自立」の意味を考える必要がある。そして精神保健・医療、福祉において当事者は行動制限や強制的医療を経験する。「出来る／出来ない」を軸として規定された「自立」が積極的に「自己決定」権を剥奪することがあることを考慮する必要がある。他方、「自己決定」的自立が推奨され支援される場合がある。その際、信頼関係を構築することが専門家にとっては専門性を十分に発揮できる前提となり当事者にとっては安心感を得ることが出来る。この二つの事象は「専門家の土俵」でなされている点で同質である。そのことを専門家が自覚しているか否かは重要だ。

多くの専門家は「自己決定」は大切なものであるという認識をもつ。同様に精神保健福祉士も精神医療・福祉のフレームで当事者を主体とし「自己決定」的自立を促すようとする。また、当事者も精神医療・福祉のフレームでの支援やケアに慣れている。つまり「専門家の土俵」に上がり信頼関係を結ぶことに疑問を持つことは少ない。「自己決定」を支援することは専門家の仕事であろう。ただ、専門家の支援行為には強権が発揮される場合がありそれは程度の差こそあれ常に発動される可能性がある。行動制限や強制的な医療といった経験をもつ当事者は少なくない。「自己決定」を支援する

前提となる信頼関係は大切だが、信頼関係を構築する意味を如何に捉え支援行為の性質をどのように考えるのかは重要だ。「自立」を支援することは不可能であるとまでは言えないが非常に困難な問題であることは確かだろう。

2009年の障害学会のシンポジウムで「精神病」者集団の当事者の方が「支援者の仕事は当事者の言うことについて全てイエスと言ひ、当事者の言う通りやる人で無ければ信用できない」という旨の発言を聞いた。当時、筆者はこの方の発言の意図するところがわからなかった。本稿を執筆するまでに当事者の経験や考えを聞く／読む機会をもった。そして少ないなりに論考を重ねた。そして本稿に至った。障害学会での発言や紹介した山本真理の「障害者権利条約」を起点とした論考の意味がおぼろげながら理解できた。同時に「自己決定」の尊重や「当事者主体」などの実現が、現在の精神保健・医療福祉というフレームで規定された考え方ではとても困難であることもわかる。必要なものは当事者の考えに耳を傾けるといった「専門家の土俵」からの視点ではない。支援者の主観で当事者を捉えるのではなく、当事者が主体的に主張することであり当事者という土俵からみた専門家の姿勢であり福祉のフレームの分析であろう。この問題は簡単なものではないが、筆者の今後の仕事の重要なテーマであり大きな仕事である。

注

- 1) 三野宏治 2011 「それでも「遍照金剛言う」ことにします——第2回 福祉の概念・言葉の解釈について②「自立を支

- 援する-1-」 『対人援助学マガジン』
(注1 URL)
- 2) 本人はそのつもりがないのだが本人以外の人が問題視するという。この本人と他人の認識のずれと本人が障害者であることに注目した。
- 3) そのメカニズムについては三野 2012a で述べた。
- 4) 医療保護入院は精神保健福祉法 第 33 条に措置入院は同法第 29 条にそれぞれ規定されている。
- 5) 精神保健福祉法 第 36 条に規定。同法では制限を行う場合、①通信・面会の制限、②隔離、③身体拘束、④任意入院患者の開放処遇の制限を定めている。
- 6) 読売新聞大阪本社 2011 『大辞典 これてわかる！医療の仕組み』 中央公論新社より引用。
- 7) 注 6 に同じ
- 8) 平成 21 年度財団法人大同生命厚生大同生命地域事業団「福祉研究助成」による調査。2009 年 6 月—2010 年 9 月に大阪府交野市にある社会福祉法人心生会地域活動支援センターみのりにてインタビュー調査を行った。
- 9) 詳細は三野宏治 2011a で述べた。
- 人間科学研究』第 22 号 pp7-18,立命館大学人間科学研究所
- 2011b 「クラブハウスモデルの労働とは何か」『生存学』 vol.3 pp174-184,生活書院
- 2012 「対人支援関係における専門家の権力性に関する考察」『対人援助学研究』 対人援助学会
- 長野英子 2001 「保安処分攻撃のなかの「移送制度」新設」 『季刊 福祉労働』 91 pp32-39
- 小澤勲 編 2006 『ケアってなんだろう』 医学書院
- 社会福祉士養成講座編集委員会 編 2010 『新・社会福祉士養成講座 7 相談援助の理論と方法 I』 中央法規出版
- 立岩 真也 2008 「自立支援」『応用倫理学事典』丸善
<http://www.arsvi.com/ts2000/2007046.htm> (2011 年 11 月 1 日アクセス)
- 寺本 晃久 岡部 耕典 末永 弘 岩橋 誠治 2008 『良い支援? —知的障害/自閉の人たちの自立生活と支援』 生活書院
- 山本眞理 2010 「障害者権利条約にふさわしい精神障害者政策および全障害者施策を」 『部落開放』 625 号 pp52-61
- 読売新聞大阪本社 2011 『大辞典 これてわかる！医療の仕組み』 中央公論新社
- 全国自立生活センター協議会 「公開シンポジウム 地域生活を守るために～どうなる!? 介護保険と支援費制度～」
<http://www.j-il.jp/jil.files/siryoku/kouennnroku/soukaisympo.htm>

文献

三野 宏治 2006 「精神障害者小規模作業所における作業の意味分析」 立命館大学大学院応用人間科学研究科 修士論文
———— 2011a 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についての研究—当事者と専門家へのグループインタビューをもとに—」『立命館大学

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第4回

脱精神科病院「アメリカの脱精神科病院」

三野 宏治

現在、わが国の精神医療・保健福祉は転換期を迎えている。2003年に厚生労働省の精神保健福祉対策本部の中間報告が公表された。そこで示された重点施策に精神病床の機能強化・地域ケア・精神病床数の減少を促すという精神医療改革がある。この方向性はこれまでの精神障害者／病者ケアが「入院中心」であったことを国が認め、精神病床に入院中の患者約33万人のうち7万2千人が「受け入れ条件が整えば退院可能」である社会的入院患者としたうえで2013年までにその解消を図るというものである。この指針では具体的な取り組みとして包括的地域生活支援プログラム（ACT）などを活用するとしている。包括的地域生活支援プログラム（ACT）と銘打ってはいないが、2012年2月に多職種チームによるアウトリーチによって精神障害者が病気の再発や再入院を防ぎ地域生活を維持できることを目的とした「精神障害者アウトリーチ推進事業」が予算化された。予算（案）概要として24年度は785148000円が計上され、1箇所につき定額2804万円が助成される。さらに補助採択順位として、同一病院内でアウトリーチチーム設置と病床数削減を同時に行うところが最優先であり、次いで同一圏域でチーム設置と病床数削減、異なる圏域でチーム設置と病床数削減というように病床数削減を意識した設計となっている。

包括的地域生活支援プログラム（ACT）はアメリカで開発された手法であり、1963年にケネディが教書で謳った「精神障害者の地域ケア」を起点として始まった脱精神科病院政策の結果生まれたものである。わが国におけるACTの取り組みは千葉県や京都府、静岡県等で行われているが国によって認められたものではない。

アメリカの脱精神科病院が本格化したのは1960年代後半から1970年であるが、政策として地域ケアの整備が立ち遅れてきた。その中で退院を強いられた精神障害者／病者たちは地域で放置されていた。その精神障害者／病者に対して民間団体がおこなった優れた地域ケアシステムの一つにACTがあり世界的な広がりを見せている。

では精神障害者の入院治療から地域ケアという視点の変化はいつごろから言われたのか。入院先である精神科病院はどのように増えたのか。また、ACTなどの地域ケアのプログラムを有するアメリカはいかにして入院中心から地域ケアを遂げたのか。今後、「脱精神病院」についての論考に連載を費やすこととする。

はじめに

アメリカにおける脱精神科病院の歴史的転機の一つは1963年に作成された「ケネディ教書」(Special Message to the Congress on Mental Illness and Mental Retardation. February 5, 1963)であるといえる。この1963年の大統領教書は翌年の10月に邦訳され、財団法人日本精神衛生会の機関誌「精神衛生」92-93号(昭和39年10月31日発行)に「精神病・精神薄弱に関するケネディ大統領教書」として掲載されている¹。

教書の中でケネディは、州立の精神病院における精神病/障害者の置かれている現状を批判し地域でのケアを謳った。翌年1964年にケネディは暗殺によってその生涯を閉じるが、後年州立の精神病院から入院患者たちが退院させられる。教書におけるケネディの志向が脱精神科病院政策の原因の全てではないが起点となったのは確かであろう。ただ、教書におけるケネディの考えについては肯定的な評価が下される一方で、彼の死後に起こった脱精神科病院政策に関しては退院後の支援策や地域ケアのなさへの批判が多い。

そこで本連載で「ケネディ教書」に至るまでのアメリカにおける精神病/障害者へのケアと「ケネディ教書」後の州立精神病院の解体への経緯と実態について述べる。論をすすめるにあたり、まず本稿では19世

紀末からの精神医療の状況から1909年のビアーズの精神衛生運動に至る経緯を述べる。そして1930年代に行われた州立精神病院の調査を紹介する。

19世紀までの精神障害者/病者ケア

「精神病・精神薄弱に関するケネディ大統領教書」(以下、ケネディ教書)で脱精神科病院の方向性が示されたのは1963年であるが、本章では脱すべき精神科病院がいかに誕生しその性質を変えていったかについて述べたい。

19世紀の初頭まで精神障害者へ対する処遇は保護と隔離が中心²にしたものが主で、治療に関しても拷問的治療が多くみられた。八木・田辺は著作で18世紀の治療について、「18世紀の治療は主として苦痛と恐怖を惹起することであった。生理学者のブラウン(1735 - 1788)は、「患者を威嚇し、恐れさせ、自暴自棄に駆り立てる」ことを推奨し、ライルは『精神病に対する精神療法の応用に関する狂詩曲』(1803)の中で文字通り熱狂的に「無害なる拷問」を提唱した。患者を正気に戻すために水中に投げ込んだり、大砲を発泡したりして、怒りや嫌悪や苦痛を惹起することが有益であると信じた。」と述べている。また、古代から中世にわたって普及した治療法に吐下剤と瀉血があり病気の種類を問わず用いられたようで、精神医療に関してもアメリカ精神医学の父といわれるラッシュ(1745 - 1813)も吐剤・下剤・瀉血を「三位一体」

として推奨した。これは精神病の原因が殆どわかっていなかったため、ある仮説に基づいての処遇であった。例えば精神病に対する瀉血と吐下剤の使用は「悪い酵素によって変化した液体が絶えず精神の上に作用しその均衡を乱す」(ウィリス：1621 - 1675)や「脳の中に血液が多すぎるのがあらゆる精神病の原因になる」(コックス：1762 - 1822)という推測によって多用されたと考えられる。前掲したウィリスは「患者たちを医薬で治療するよりは物置小舎などで拷問や 苛責を用いて処遇するほうがずっと早く治ることがある」と述べたことから、当時の拷問的な治療は精神病の治療方法の主流であったようである。

これら拷問的な精神病治療の状況を改革した人物がフランスのピネルであった。1793年にピセートル救済院の精神病棟の医長に就任したピネルは「鉄鎖と暴力」を廃止し、転任したサルペトリエール救済院でも精神科病院の改革を行った点においても評価を受けている³。ピネルは病院改革のなかでモラルトリートメント(道徳療法)を取り入れた。

モラルトリートメント(道徳療法)とは、ピネルやイギリスのテュークやイタリアのキアルジ、ドイツのライル、アメリカのディックスなどによって精神科病院に導入された治療活動の総称である。精神障害者/病者と職員(医師や看護師など)が花壇の手入れや食事をともにするなどの関わりを持ちその関わり中で回復を図るというものである。、原則的に小規模(多くても250人以下)で行われていた。モラルトリートメントの一部は作業療法の源流としても認識されており、精神科医の秋元波留夫は著

作(1991)の中でアメリカの19世紀初頭から後半のモラルトリートメント(道徳療法)に関しての医師たちの論文を紹介している。例示するとベンジャミン・ラッシュ(1745 - 1813)⁴は「心の病気に関する医学的探求と観察」(1812)の中で「運動、特に乗馬。労働、ことに屋外の労働はさらに有効である」と述べており、やトーマス・S・カークブライド(1809 - 1883)⁵は「精神科病院で行われている抗菌と隔離の習慣は好ましくない」と述べている。

ヨーロッパにおいてはピネル以外にも精神科病院の改革等の事例が少数派であるとはいえ存在していた。たとえば、フランスの病院の改革がヨーロッパ各国に波及した以前から同時にドイツのミュラー(1755 - 1827)、イタリアのキアルジ(1759 - 1820)、イギリスのパーフェクト(1755 - 1827)・ハスラム(1764 - 1844)などが精神障害者/病者の人道的な処遇を主張した。フランスではそれまで一般病棟の中に精神科病棟が併設されていたが1838年法以降、精神科病棟は独立施設とされた⁶。このようにヨーロッパ各国には精神科病院改革の波及とともに進んだ施設が作られていく。他方、アメリカにおいての精神障害者/病者の処遇はヨーロッパとの比較において若干歩みが遅い。精神科病棟が一般病棟に併設された事象はヨーロッパのそれと同時期であるようだが⁷、ピネルの病院改革の波及し道徳療法などがアメリカ大陸で展開されだすには時間を要した。それはヨーロッパとの地理的な問題と、18世紀の後半に独立を果たし開国・建国の事業に労力がさかれ19世紀に入っても政治経済が不安定であり社会的混乱が続き医療にまで関心が及ば

なかったことなどが考えられる。

アメリカの黎明期精神医療の状況

前述したベンジャミン・ラッシュやトーマス・スカターグッドなど、アメリカの医師一部もイギリスなどの施設に学び帰国後に東部の州に精神科病院が建設される。紹介したトーマス・S・カークブライドも同時期に合衆国精神病院長協会（The Association of Medical Superintendents Psychiatric Hospitals for the Insane）の創設（1844）に参加している。

この合衆国精神病院長協会はアメリカ精神医学会（APA = American Psychiatric Association）の源流である。

精神科病院の開設に尽力した医師たちとともにアメリカの精神障害者／病者に対する処遇改善に尽力したのがドロシア・ディックス（Dorothea Dix）であった。当時モラルトリートメント（道徳療法）が処されていたのは主に私立病院であり、その数も決して多いとはいえなかった。つまりモラルトリートメント（道徳療法）を受けることができたのは、その費用を払うことができた一部であり、多くの精神障害者／病者は放置されたままであった。看護の立場からではあるがドロシア・ディックス（Dorothea Dix）は州立病院を設立する運動を推進させた。ドロシア・ディックス（Dorothea Dix）に対する評価は在日アメリカ大使館のホームページ「アメリカの歴史の概要」に次のように記されている。

監獄の問題や、精神障害者のケアの問題に取り組んだ改革論者もいた。懲罰を強調する監獄を、罪人の更正を行う刑務所に変える努力がなされ

た。マサチューセッツ州では、ドロシア・ディックスが、悲惨な状態の救貧院や監獄に閉じ込められていた精神障害者を救済する運動を主導した。彼女は、マサチューセッツ州での改善に成功した後、南部にも運動を拡大した。1845年から1852年までの間に、南部の9州が精神病院を設立した。

（EMBASSY OF THE UNITED STATES IN JAPAN About the USA 2012年5月11日閲覧）

このようベンジャミンやトーマスらの医師によって精神障害者／病者に対するケアの質が高められディックスの運動によって量的な拡大が図られた。しかし19世紀の終わりから州立精神科病院の巨大化が始まる。モラルトリートメントは小規模の集団で行われる療法であるため、肥大化した州立の精神科病院では実施が困難である。加えて経済的なコストを下げるために賃金の高い医師が減らされ代わって看護助手が多く雇用された。このケアの担い手の交代はモラルトリートメントを不可能にするだけでなくケアの質の低下も招くこととなる。19世紀末までに州立精神科病院は巨大化し、平均で400人以上の入院患者を抱えることとなる。ある病院は1000人を超える患者を収容していたという記述もある。

また、入院患者の多さに加え、南北戦争（1861年 - 1865年）で政府の財政が悪化し、精神医療に経済的な面で大きな影響を与えることとなった。当初から新たな州立病院には十分な資金が与えられていなかったことに加え、経済危機と患者の急激な増加は病院内での処遇を劣悪なものにしていく。これらの患者増大と財政的な問題から

リクリエーションプログラムや教育的プログラムといったモラルトリートメントの実施が不可能となり、州立精神科病院からモラルトリートメントがその姿を消すこととなる。当時の州立精神科病院の予算の少なさと処遇の酷さについては以下の引用に詳しい。

その建物は 1834 年にはセミノール・インディアンの襲撃に備えての武器庫であった。1877 年、武器に代わって患者が入られ、名前は「収容所 (アサイラム)」とかえられたが、このフロリダ州立病院は依然として倉庫のままであった。ただ在庫品が変わったにすぎない。(中略) 五千人以上の患者を収容していた。その建物は荒れ果てて、職員は不足し、患者は定床数以上に過密に詰め込まれていた。(中略) フロリダ州立病院が人間倉庫であることは何も例外ではない。それに似た幾百もの精神病院をこの国のいたるところに見出すことができる。そのうちの一つがアラバマ州のタスカルーサにあるブライス州立病院である。(中略) しかし、この正面の裏側では、何の治療もないのである。管理スタッフを除くと、最近まで、五千人の患者の監督にわずか二人のフル・タイムの精神科医が勤務していたにすぎないし、学位のある心理技術者たった一人しかいなかった。病棟は悲惨を極めていた。(Ennis 1972)

モラルトリートメントの衰退した原因が経済的な要因からケアの担い手の交代とそれに伴う質の低下を促した以外に、医師たちの精神病への悲観的な考えがあったとの指摘もある。宗像はモラルトリートメントが不可能になった要因の一つを「精神病の原因を生物学的に見出そうとし、心理

社会的治療法 (=モラルトリートメント) では治療不可能というイデオロギーを強くした。治療不可能であるならば金をかけても仕方がないということで、州立精神科病院の治療的雰囲気は失われ、陰惨な収容所と化していった」(宗像 1984) と指摘している。同様の見解に (全国精神衛生連絡協議会 編 1969) 次のような記述がある。

では、道徳療法が衰えた原因はなであったか。その第 1 は、社会的・経済的变化のために、患者をやめる人としてあたたかく遇しようとする余裕がなくなったことであろう。その端的な現れは、病院は増床につぐ増床をおこない、できるだけすくない費用で長期間患者を隔離しておいたほうが安全だという、社会防衛中心の考えにみられよう。病院でも患者が十分な世話をうけられなかったことはあきらかである。当然のことながら、このころの退院率はおおきく低下している。

またダーウィンの適正生存説から、患者は淘汰されるべきだという考えが生まれた。また、ウィルヒョウの細胞病理学の影響も大きかったといわれる。つまり、他の疾患では細胞の変化がみられることから、精神病のさい脳細胞の回復不能の変化を予想し、悲観的に考えたのである。クレペリン (E.Kraepelin, 1856-1926) の早発性痴呆学説 (1899) は、この悲観論を臨床面から理論づけたこととなった。(全国精神衛生連絡協議会 編 1969)

複数の要素によってもたらされたモラルトリートメントの衰退だがその後完全に消滅したわけではない。前掲した吉岡らの記述によると、いくつかの病院はモラルトリートメントを基盤とした作業療法を続けて

おりその後普及している。モラルトリートメント衰退の要因として細胞病理学の影響があることは述べたが、精神疾患の原因を細胞病理学に求めた結果として精神科外科手術（ロボトミー）といった治療方法が出現している⁸。

このように 19 世紀のアメリカの精神障害者 / 病者へのケアは精神科病院の開設とディックスの運動よっての量的拡大は経済的理由や医学的な精神病理解などの複数の要素よって質の低下がもたらされる。次章では質の低下が著しい 20 世紀初頭精神障害者 / 病者へのケアの状況と改善策について述べる。

1900 - 1930 年代のアメリカの精神医療と精神衛生運動

1830 年代にはじまったドロシア・ディックスの精神医療改善の働きかけは、1845 年から 1852 年までの間に南部の 9 州が精神病院設立するという成果を生んだ。しかし、その後の南北戦争（1861 年 - 1865 年）に伴う経済の危機的な状況と入院患者の増大は、州立精神科病院におけるケアを治療的なものから遠ざける。それはモラルトリートメントの衰退からも明らかである。治療的な方向性を失った州立精神病院の性質を The Group for the Advancement of Psychiatry（1978）は次のように記述している。

ドロシア・ディックスの、気の毒な人人に対して道徳療法を供給するという目的はかなえられないことが間もなくはっきりしてきた。50 年もたたないうちにほとんどの州立病院は巨大化し、貧しい経済性のためバラック様の施設となって

しまい、病気の快復よりもむしろ悪化を促進するものになった。多くの病院は田舎へ退却を強いられ、また土地が安いからと人里離れた遠い場所に建てられた。社会的孤立、専門的なものに使う資金と刺激の欠如、そして低い給料基準のために資格のある精神科医を引き付けることが困難であった。その結果精神病者が“苦しめ悩ます鎖につながれる”ことはほとんどなくなったが、彼らは無視され軽視されるようになった。

（The Group for the Advancement of Psychiatry 1978）

このアメリカにおける 20 世紀初頭の州立精神科病院の状況については前掲した『アメリカの精神医療』と同様の指摘が多い。たとえば秋元（1991）は「今世紀の初めアメリカでは州立病院の荒廃と墮落が起こり、クリフォード・ビヤーズ Clifford beers の厳しい告発『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』1908 年に遭遇しなければならなかった」と述べている。

州立精神科病院を中心とした精神障害者 / 病者への処遇の悪化に対して先の秋元の記述に見られるクリフォード・ビヤーズ（Clifford beers 1876-1941）は精神衛生運動という行動を起こす。ビヤーズは 1890 年にエール大学を卒業し、寡黙な抑うつ状態から興奮状態に推移するといった精神病に罹る。そして 1900 年に自殺企図のために精神病院へ入院させられ、その後数か所の精神科病院を転院する。その際の医師や看護師たちからの暴行や強圧的な態度をまとめ、1908 年に『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』（1908）を出版する⁹。同時期の 1909 年 2 月 19 日、精神病患者へ

の世間の関心を喚起し、予防を促進する手段として全国組織全国精神衛生委員会（National Committee for Mental Hygiene 後の全国精神衛生連盟 National Association for Mental Health）を組織する。ピアーズとともに精神衛生運動の中核を担ったのが精神科医の A.マイヤーであり彼らを中心に設立された全国組織全国精神衛生委員会は精神科病院の処遇改善とともに、当事者運動の先駆けとしても位置付けられている。で劣悪な処遇をしていた精神科病院の改革も行われた。ピアーズらの活動は 1948 年に世界精神衛生連盟（WFMH）設立といった展開がなされる。

20 世紀初頭におけるピアーズの精神衛生運動と同時期に入院治療とは別の形のケアの萌芽がみられる。まず、ニューヨーク博愛学校（New York School of Philanthropy）のアレクサンダー・ジョンソン（Alexander Johnson）とニューヨーク州慈善援護協会（New York State Charities Aid Association）のハマー・フォークスが精神科病院を退院した人の追跡調査を行う。ジョンソンとフォークスは過去 3 か月間に州立マンハッタン病院を退院した患者たちを追跡する。退院後 3 カ月という短期間にもかかわらず、所在が確認されていないもの 1/3、残りの者は症状の軽減・再発の危険のある状態であったり再発して症状が悪化しているという結果を得る。

これらの調査の結果は 1905 年の全米慈善矯正会議の席で発表され、精神科病院から退院した人に当座の援助を与えることが言及され、患者の社会的環境の整備は再発予防と治療に効果があるという結論に至る。1907 年にはニューヨークでアフターケア

事業が開始される。ニューヨークアフターケア事業は「退院した貧窮者に対して当座の扶助や援助、訪問をあたえる」というもので州の慈善援護協会の監督・指示によっておこなわれた。このニューヨークの取り組みにたいして他州も関心を示しソーシャル・ワーカーが精神病院に雇用されるきっかけとなった。精神科病院へのソーシャル・ワーカー雇用の例は 1905 年のマサチューセッツ総合病院（Massachusetts General Hospital）のキャボット（Dr R.C.Cabot）、キャノン（I.M.Cannon）、ペルトン（G.Pelton）によって事業化されたという記録がある。また、1913 年にはボストン精神病院のジャレット（M.C.Jarrett）による家庭歴の調査が行われ、1926 年には全米精神科ソーシャル・ワーカー（PSW）協会が設立されている。加えて、1914 年から 1918 年にたたかわれた第 1 次世界大戦により生まれた大量「戦争神経症」に対して PSW の需要が高まり、1918 年にマサチューセッツ州のスミス・カレッジ（Smith College）で戦時緊急コースとして、アメリカ最初となる高等教育機関での PSW の養成がはじまった。

これら精神科ソーシャルワークの萌芽は当時の精神医学の潮流と関係していると考えられる。アメリカの精神医学会は 1900 年代初頭にはフロイトに注目している。中井（1999）によるとそれはヨーロッパで精神分析学が知られる 4 年前だという。当時のアメリカにおけるフロイト主義は精神生物学と融合し力動精神医学となり発展する。この力動精神医学に影響を受けたメアリー・リッチモンドがケースワークを展開したのが PSW の実践活動の理論的基盤にな

ったと考えられる。力動精神医学が広まった背景には第1次世界大戦によるアメリカ国内の経済成長と好景気がある。第1次世界大戦で債権国となったアメリカは高度経済成長を迎える。この好景気に後押しされて1920年代の精神病院では個人診療所と同じように力動精神医学を実践していった。力動精神医学の開拓者の一人でありピアーズとともに精神衛生運動を先導したAマイヤーは1922年に「作業療法の哲学(The Philosophy of Occupation)」という論文を發表している。前述したように作業療法はモラルトリートメントにその源流を求められる。では同時期における州立の精神科病院の状況はどのようであったのだろうか。

前章で述べたように州立精神科病院の治療的雰囲気はなくなり収容施設化した要因には、精神病を生物学的要因に求めたことと経済的な理由にあることは述べた。力動精神医学は精神病を生物学的要因に求めた治療とは異なるアプローチを行う。Aマイヤーの著作「作業療法の哲学(The Philosophy of Occupation)」に見られるようなモラルトリートメントを起源とした療法がそれにあたるのだが、はたして収容施設化した州立精神科病院で作業療法を行うことは可能であったのだろうか。筆者の管見では州立精神科病院でモラルトリートメントが盛んに行われたという資料は見つけれなかった。しかし1920年代にアメリカ好景気であった時期は短く1929年には世界恐慌が起こっている。短い好景気の期間で巨大化し僻地に移された州立精神科病院における処遇が大幅に改善されたとは考えにくい。また、1930年代におこなわれたアメリカ医学会(AMA)の精神病院調査では、

州立精神科病院の処遇の悪さが報告されている。

アメリカ医学会(AMA)の精神病院調査はジョン・グリズム(John Grimes)がその任にあたった。グリズムは州立精神科病院174を訪問調査し、「病院は入院患者で一杯であり、病院スタッフは看守のようであった。格子がつけられ、閉鎖病棟で食事は貧弱。治療ではなく社会防衛のために収容されている」と報告書している。しかしこれらの報告内容を改訂するよう求められ拒否をしたグリズムは解任される。ここからも1920-30年代の州立精神科病院の処遇の劣悪さは想像できる。

小括

ここまで述べた中では精神障害者/病者への病院でのケアの変遷が精神病に対する医療的な理解の変化によってなされると捉えられるだろう。また時を経てソーシャルワークなどの治療とは別のケアも出現する。しかし本稿で述べた精神障害者/病者へのケアは概ねよいものとは言い難い。その理由を精神病に対する医学的理解に求めるだけでは不十分であろう。精神病についての医学的理解が劣悪なケアの環境を生み出したこと以外に、経済・社会的な要因もケア悪化(=治療すら行わない)といった状況に影響を与えている。

ディックスは放置されている精神障害者/病者に適切なケア提供するために活動を開始した。彼女の活動の結果として州立精神科病院が建設された。しかし、ほどなくして州立精神科病院には収容されるがケアは行われることなく院内で放置される事態となった。その状況を告発したピアーズは

精神衛生という新たな視点と活動を行ったが、彼が著書に記した1900年の州立精神病院とグリズムの調査した1930年代の州立精神病院の処遇はほとんど改善されていない。次回はその後の州立精神科病院における精神障害者/病者の状況について述べたい。

参考文献/資料

- 秋元 波留夫 1987 『精神障害者の医療と人権』 ぶどう社
- 秋元 波留夫 監修 共同作業所全国連絡会 編集 1988 『アメリカの障害者リハビリテーション』 ぶどう社
- 秋元 波留夫 1991 『新 作業療法の源流』 三輪書店
- Committee on Psychiatry the Community 1978 *The Chronic Mental Patient in the Community*=1980 仙波 恒雄・高橋 光彦 監訳 『アメリカの精神医療』 星和書店
- Ennis, Bruce 1972 *Prisoners of Psychiatry*=1974 寺嶋 正吾・石川 毅 訳 『精神医学の囚われ人』 新泉社
- 蜂谷 英彦 村田 信男 編 1989 『精神障害者の地域リハビリテーション』 医学書院
- 蜂谷 英彦 岡上 和雄 監修 2000 『精神障害者リハビリテーションと専門職の支援』 やどかり出版
- 石川 信義 1990 『心病める人たち』 岩波新書
- 一番ヶ瀬 康子 1963 『アメリカ社会福祉発達史』 光生館
- Jacques Hochmann 2004, 2006 *Histoire de la psychiatrie* Presses Universitaires France, Paris = ジャック・オックマン 阿部 恵一郎 訳 2007 『精神医学の歴史』 白水社
- 宗像 恒次 1984 『精神医療の社会学』 弘文堂
- 中井 久夫 1999 『西欧精神医学背景史』 みすず書房
- 日本精神保健福祉士養成校協会 編 2009 『精神保健福祉論』 中央法規出版
- 野田 正彰 2002 『犯罪と精神医療 クライシス・コールに込めたか』 岩波文庫
- 鈴木 淳 1969 「精神病院の機能分化」 『精神医療の展開』 pp78-108 全国精神衛生連絡協議会 1969 医学書院
- Trattner, I, Walter 1974 FROM POOR LAW TO STATE *A History of Social Welfare in America*=1978 古川 孝順 訳, 『アメリカ社会福祉の歴史』 川島書店
- 八木 順平 田辺 英 1999 『精神病治療の開発思想史 ネオヒポクラティズムの系譜』 星和書店
- 財団法人日本精神衛生会 1990 『アメリカにおける精神障害者のコミュニティケア』 全国精神衛生連絡協議会 編 1969 『精神医療の展開』 医学書院
- 在日本アメリカ大使館ホームページ About the USA
<http://aboutusa.japan.usembassy.gov/j/jusaj-ushist5.html> 2012年5月11日 閲覧
- 橋本 明 「わが国における精神科ソーシャルワーカーの黎明(その1)」
<http://www.lit.aichi-pu.ac.jp/~aha/doc/ishigakikai2008.pdf> 2012年5月11日 閲覧
- 立命館大学「生存学」創生拠点
<http://www.arsvi.com/d/ps.htm> 2012年5月11日 閲覧
- 心と社会 No.100 31巻2号 100号記念座談会 - 日本の精神保健 過去・現在・未来 -
http://www.jamh.gr.jp/kokoro/00_zadan3.html
2012年5月11日 閲覧

¹ <http://www.max.hi-ho.ne.jp/nvcc/CK4.HTM>にて邦訳、原文が閲覧できる。また、野田正彰 2002 『犯罪と精神医療 クライシス・コールに込めたか』岩波文庫 pp263-276 に邦訳が掲載されている。

² 8 世紀のアラビアには精神障害者 / 病者のための施療院が開かれた。八木・田辺のよるとバグダットとフェズに 700 名、ダマスカスとアレppoに 1270 名、カイロに 800 名が収容されており、アラビアの影響を受けたスペインでは 15 世紀になって、セリヴィア (1409)、サラゴッサとヴァレンシア (1410)、バルセロナ (1412)、トレド (1483) などに精神障害者 / 病者の施設が開かれた。また、スペインが征服したメキシコにも 1567 に施設ができ、フランスでは聖ヴァンサン・ド・ポール (1632) が救癲施設を買い取って幾人かの精神障害者 / 病者を住まわしたという。その後、ヨーロッパでは 17 世紀後半から収容施設や救癲施設に隔離・監禁され始めた。

³ 精神保健福祉士養成のテキスト 日本精神保健福祉士養成校協会 編 2009 『精神保健福祉論』中央法規出版 においても、「1793 年、フランス革命期の象徴的出来事として、第一次精神医療革命と呼ばれるパリのピセートル精神病院長であったピネルによる「病者の鎖からの解放」がある。その歴史的評価は別れるところであるが、少なくともこの出来事が、精神障害者を人として位置づけようとする近代精神医療の成立の大きな転機になったことは間違いのない事実である」とされる。

ピネルへの肯定的な評価の一方で、ピネルの業績はピネルの子孫や弟子の過大評価がうんだ「神話」にすぎないという批判がある。注で示した八木・田辺は「ピセートルとサルペトリエールの改革は元患者の看護師ピュサンとの共

同事業とみなすべきである」という主張や「収容院改革の動きはピネル以前からあり、ピネルの仕事は彼の独創ではなく先人の業績におうところが多い。ピネルの成功は先人によって指示された改革を実行に移したからであろう」というスムレーニョ (ピネルの子孫) 主張を紹介している。ピネル以前の収容院の改善の動きとして、フランスのコロンビエ (1785) やトゥノン (1788) の論文や、ダカンの著書 (1791) に現れており、ドイツのミュラー (1755 - 1827)、イタリアのキアルジー (1759 - 1820)、イギリスのパーフェクト (1755 - 1827)・ハスラム (1764 - 1844) などが精神障害者 / 病者の人道的な処遇を主張してきたという。同様にイギリスのコノリーがピセートル病院の見聞録 (1838) の次のような記述「怒り狂った精神病者たちは床の上に眠り、無力なものは藁の上に横たわっていた。その藁はめったに取り替えられはしない。看護人たちは依然としてだらしない格好をし、乱暴に振る舞い、棒や鞭や思い鍵で武装し、野生の犬を引き連れて病室にやってくるのだ」と示しているが、ピネルは 1826 年に没しているためコノリーがピセートル病院を訪れた時期はピネルの死後の可能性が高い。また、ピネルの弟子であるエスキロールはサルペトリエールをピネルから引き継ぐが彼の治療的野心は政府と関係をもつことで社会防衛役割を果たす収容所構想を受け入れ、精神障害者 / 病者の治療と彼らの自由を制限した 1838 年 6 月 30 日法の制定に尽力したという指摘もある。(Hochmann 2004, 2006)

ピネルが全く患者の自由を制限しなかったというそうではないようだ。ピネルは「瀉血やムチ打ちなどの処遇は受け入れがたいものである」としたが、「社会的刺激を受けすぎて飽和状態になった思考を秩序あるものに戻す」ために

治療の前提として隔離が必要であるとした。Hochmann はエスキロールがピネルのこのような考えをさらに推し進めたとの分析を加えている。

4 秋元(1991)によるとベンジャミン・ラッシュ (Benjamin Rush) はピネルと同年代の人でイギリスのエンジンバラで医学を修め帰国した。その後、トーマス・スカターグッド (Thomas Scattergood) の無拘束・作業を原則とした施設に影響を受けて精神病患者の診療を行うようになったという。トーマス・スカターグッド (Thomas Scattergood) イギリスのヨーク・リトリートで新しい精神病治療を学び帰国した人物である。

5 トーマス・ストーリー・カークブライド (Thomas Story Kirkbride) はアメリカの精神医療の開拓者の一人とされる人物であり、病院改革の指導者の一人である。

6 1950 年代の整備計画ではそれが改められ、3 等級に分類した病院のうち、第 1 級 (定床 500 以上で、わが国の県立中央病院クラス) 病院には、脳神経科や膠原病科とならんで、精神神経科を設けるように定め、1960 年代には第 2 級病院も併設対象としている。(鈴木 1969)

7 たとえば、1728 年にロンドンの Guy 総合病院に併設精神病棟が開設され 1752 年にペンシルベニア一般病院、1792 年ニューヨーク病院が併設精神病棟を開設している。(鈴木 1969)

8 柿谷はロボトミーについて次のように説明している。

「モニッツ (Egas Moniz) によって発案された療法は、前頭葉を切除するというものであり、彼はノーベル賞を受けている。アメリカでは 1936 年から 1955 年の間に 5 万人もの人がロボトミーの手術を受けたといわれている。フリーマン (Walter Freeman) がトランスオービタ

ル・ロボトミーを開発し、短時間で多くの手術を可能にした。それは麻酔を使わず、電気ショックで眠らせている間に、手術用のアイスピックを両目の上に突き刺すというものである。」(柿谷 2004)

ポルトガルのモニッツ (= モリス 1949 年のノーベル賞受賞者) がロボトミーの創始者であるが、八木・田辺 (1999) によると 1890 年のスイスでモニッツ (モリス) 以前の精神科外科手術の例があることを述べている。

日本においてもロボトミー手術の記録はある。例えば 1967 年発行の『精神科医療体系 (改訂)』(社団法人 日本精神病院協会) には次のような記述がある。

「たとえば 1935 年 ころから始まった、いわゆるロボトミーという精神科外科が、日本では 1942 年 (昭和 17 年) ころから取り入れられて、終戦後 47、8 年 (昭和 22、3 年) ころから広く行われた。その後その効果が狭い範囲に限られていることや、薬物療法が発展してきたために、まもなく下火になり、今は特殊な病気の非常に精密な手術に変わってきた。」1975 年に日本精神神経学会が「精神外科を否定する決議」を可決し、現在ではロボトミーは行われていない。但し、法的に明確に禁止されているわけではないようである。

9 精神病院入院時の体験をつづった『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』の出版は、新たな精神生物学的理論や精神分析理論による精神病予防の可能性を惹起し児童相談所や地域の診療所の発展を促す。また Trattner (1974) は『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』について次のように記している。「3 年の入院生活ののち、退院するにあたって病院への拘禁という処遇方式に付きまとっている弊害を白日の下にさらし、自分とおなじ残虐な行為を

受けている他の人々に救いをもたらすことを決意する。5年後の1908年、ハーバード大学の心理学者であったウィリアム・ジェームズ (William James) やスイスからの移民で広い影響力を持つ精神科医アドルフ・マイヤー (Adolf Meyer) などの協力を受け、自分が精神的に崩落した過程、自分の受けた非人間的な処遇、回復の過程、精神病者の処遇改善を記述した。」
(Trattner 1974)

JACK NICHOLSON
ONE FLEW OVER
THE CUCKOO'S NEST



それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第5回

脱精神科病院「アメリカの脱精神科病院」

三野 宏治

前回は 1930 年代までのアメリカの精神障害者 / 病者の置かれた状況を概観した。19 世紀の初頭までは、限られた人が私立病院でのモラルトリートメントを受けていた。その後、ディックスらの尽力で州立の精神科病院が設置され精神障害 / 病ケアの量的な拡大が図られた。しかし、精神病に対する精神医学的見立ての潮流や経済的な要因によって州立精神科病院でのケアの質は低下した。20 世紀初頭、州立精神科病院でのケアの質の低下を告発するクリフォード・ビーズ (Clifford beers 1876-1941) の『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』(1908) が出版される。この『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』の出版にも協力した精神科医の A.マイヤーとともに、ビーズは精神衛生運動を行う。ビーズらの運動は全国組織全国精神衛生委員会 (National Committee for Mental Hygiene 後の全国精神衛生連盟 National Association for Mental Health) に発展する。

同時期にニューヨークでアフターケア事業が開始される。このアフターケア事業の開始はソーシャル・ワーカーが精神病院に雇用されるきっかけとなった。精神科ソーシャル・ワーカー (PSW) の需要に関しては第一次世界大戦により生まれた大量「戦争神経症」に対して、1918 年にマサチューセッツ州のスミス・カレッジ (Smith College) で戦時緊急コースとしてアメリカ最初となる高等教育機関での PSW 養成がはじまったとの記述がある。小花和 (2005) は精神病の予防や精神的健康の増進を目指す精神衛生運動が看護やリハビリテーションの質の向上に寄与したと次のように述べている。「二度の世界大戦では従軍兵士の精神障害の発見や治療に貢献し、精神障害を負って帰還した兵士の社会適応の問題から精神科医療におけるリハビリテーションが促進された。精神病院の改革も徐々にではあるが実を結び、看護者の訓練や地位の向上が進められた。」

20 世紀初頭に試みが始まったアフターケア事業と PSW の活動は精神衛生運動の影響を受けながら発展した。先に述べたように PSW は戦争帰還兵へのケアにおいて求められ、精神衛生運動も従軍兵士の精神障害の発見や治療、精神障害を負って帰還した兵士の社会適

応の問題から精神科医療におけるリハビリテーションが促進において貢献した。戦争で精神障害者／患者となった兵士へのケアの経験は精神科医の精神病／障害への考え方を変え、1946年の精神健康法（National Mental Health Act）制定へのきっかけとなった。この精神健康法（National Mental Health Act）制定以後、「ケネディ教書」へ至る様々な動きがみられる。

精神健康法（National Mental Health Act） 制定とその後

「戦争神経症」は第1次世界大戦に報告された「シェルショック（弾神経症）」ⁱを起点に原因やケアの方法が研究されている。野田（2001）が述べる「戦争神経症」の記述を引くと「塹壕の中で、危険であることは当然わかっている、目が見えなくなったり、足が動かなくなったり、声が出なくなる多くの兵士達が出たわけです。……器質的な見解をもってシェルショックという言い方をされました。シェルすなわち砲弾の爆発音で、脳が震盪を起こしたためにおかしくなったという器質的解釈です。」とある。

第2次大戦中には「戦争神経症」や戦争神経症となった兵士に対する研究が行われている。保坂廣志は第二次大戦における米軍の「戦争神経症」研究についての事例を挙げており、「軍医等の心理的ケアなどによって「戦争神経症」発症を抑えられることや集中的な治療・休息によって大多数は五日以内に任務に戻ることができた」という研究成果について言及しているⁱⁱ。「戦争神経症」に対する軍医の仕事はこれらの精神障害／病を治療することであったが、軍隊においては戦力を低下させる「戦争神経症」治療は関心事の一つであったのだろう。それは「戦争神経症」の研究が戦時中に行われたことからわかる。

軍部にとって「戦争神経症」治療が関心事の一つであったことを示すものに1930年創立の退役軍人庁の取り組みがある。前身の連邦退役軍人局はすでに退役軍人病院を設立していたが、この退役軍人病院では「戦争神経症（shell shock）」に対して治療を行っていた。しかし、この退役軍人病院は都市部から離れた場所に設立されていたことその維持費も大きいことから、第二次大戦前にはあまり機能していなかった。

しかし、第二次大戦のために戦力確保の一環として国民の精神的健康についての統計調査を行ったところ、480万人の男子に対して約110万人が精神・神経的な障害があるという理由で兵役を免除されており、医学的理由で除隊となったものの40%にあたる40万人近くが精神医学的な障害を持っているという結果を得る。加えて前述した、第二次世界大戦における「戦争神経症」兵士の大量出現によって退役軍人の精神疾患治療のための病院を多数必要としていた。これら精神障害／病による兵役免除者が大量に生まれたことと「戦争神経症」兵士に対する早期の集中的な治療（野戦病院等における）が効果的であるという二つの経験は連邦としての精神衛生政策を打ち出す一つのきっかけとなった。

戦争と「戦争神経症」研究と精神衛生運動の隆盛は1946年の精神健康法（National Mental Health Act）制定を後押しした。精神

健康法 (National Mental Health Act) をもとにして国立精神衛生研究所 (NIMH; National Institute of Mental Health) が設立される。

精神健康法 (National Mental Health Act) によって金銭的裏付けが担保された退役軍人庁は、全国規模の退役軍人サービスプログラム創設を後押しした。創設されたプログラムには精神病院や地域クリニックを分散させて設立することが含まれており、設立された精神病院や地域クリニックは大学病院の助言や協力の下、高い水準の入院看護や通院サービスを実践した。加えて退役軍人庁は精神病院や地域クリニックを精神医学、臨床心理学、精神科ソーシャル・ワークの訓練のために提供した。ウォルター・トラットナー (Walter I. Trattner) は著作の中で、全国精神衛生法の制定について以下のように述べている。

第二次世界大戦が終結したとき、精神衛生の領域にはなお将来の発展を期待するいくつかの重要なニーズが存在していた。新しい処遇の方法、精神異常に関するより豊富な知識、そしてそれを予防するより一層の努力が必要とされるのと同様に、より多くの、そしてよりよい訓練をつんだ精神科医と病院がいかにしても必要であった。連邦議会は、退陣軍人庁を改組し、合わせて1946年7月3日にハリー・S・トルーマン大統領の署名によって成立した、全国精神衛生法を通過させることによって、これらのニーズを満たす方向へ大きく踏み出したのであった。

これらの発展はいずれも、従前の戦争がそうしたのと同様に、死や破壊とともにいくつかの重大な進歩をもたらした第二次世界大戦の産物であった (Trattner[1974=1978:173-4])

兵士の精神的健康の維持や治療をいかに行うかという命題は精神健康法 (National Mental Health Act) を成立させ、精神衛生運動を活発化させた。同時に精神病院や地域クリニック、精神科ソーシャルワーカーの増大に寄与したといっていよう。

1955年、精神衛生研究条例 (Mental Health Study Act) が議会を通過し、同条例に基づき、「精神疾患の人的、経済的問題と精神病患者に対する診断、治療、看護、リハビリテーションに利用される、資金、方法、技術の国家的分析と再評価」という目的をもった「精神疾患と精神衛生に関する合同委員会」が設立される。そして1950-60年初頭には精神健康法や国立精神衛生研究所によって精神科医、心理士、PSW、精神科看護の専門家がさらに増大した。1950-60年代には収容施設化した州立精神病院に社会学者らの注目が集まりその現状が記述され出版されるⁱⁱⁱ。

これらの社会的な情勢の中、1958年にアメリカ精神医学会総会で会長であるソロモン (Solomon, H.) が「州立精神病院はできるだけ速やかに解体整理すべきである」との発言をしている。寺島 (1985) 記したソロモンの発言を以下に引く。

巨大な精神病院は老朽化しているし、もはや時代遅れであり、急速に使用に耐えなくなりつつある。それらの精神病院をわれわれは今日なお建設することはできるが、そこに職員を配することはできない。したがってそれらの病院を真の病院にすることができないのである。一一四年の努力をしてきて今年一九五八年という時点に到達して州立病院のうちわれわれが定めた最

低基準に照らして十分な数のスタッフを置いている病院は例外的にしかない。……今日、精神病院をいかに合理的に客観的とらえ方をしてみても、それらはもはや修理不能な程度にまで破産していると結論せざるをえない。したがってわが国の巨大精神病院はできるだけ速やかに秩序的に解体整理すべきであると私は確信する。
(寺島 1985) ^{iv}

寺島は当時の州立精神科病院について「状況を変えようにも力を発揮するプレッシャー・グループも、改善の味方になってくれるような積極的な議員もいず、戦闘的リーダーもいない」というソロモンの記述を紹介し、州立精神科病院の状況を変えたいと考える者はいたが決定的な行動に移れず停滞していたと述べている。その後「精神病および精神衛生に関する合同委員会」^vによる調査が行われ 1961 年に最終報告「精神衛生行動計画」(Action for Mental Health) がまとめられた。この合同委員会の最終報告書はケネディ教書に大きな影響を与えている。合同委員会の最終報告内容に関しての記述があるので紹介する。

合同委員会の 1961 年のレポートでは、病院の規模を減少し、その財源を増大させ、地域へサービスを拡大させることにより、精神病院を改革することを述べている。それは当時主として、ハドソン・バレー(Hudson Valley)州立病院の院長をしていたロバート・C・ハントの意見によるもので、彼は「精神疾患による無能力さは[病院のケアにより]かなり強められる[それは]防ぐことができるし、治療も可能である。……治療の役割のある部分および病院のほとんどの監視的機能は地域に戻されるべきである」と述べて

いる。したがって“収容所の衰弱させるような作用から[入院させられている]患者を救うために”委員会は患者を“できるだけはやく家庭や地域の生活に”戻すことをすすめた。そこで患者は“デイホスピタル、ナイトホスピタル、アフターケアクリニック、一般健康ケアサービス、里親ケア、回復期ナーシングホーム、リハビリテーションセンターおよび退院患者集団といった施設が健全な考えに基づいて設立されたものであり、スタッフも揃っており、精神病患者へのサービスの統合されたシステムの一部として運営されている限り”、これらの援助で支えられるべきである。

(The Chronic Mental Patient in the Community the Group for the Advancement of Psychiatry 1978)

この記述は『アメリカの精神医療』という書籍からである。この書は The Group for the Advancement of Psychiatry(GAP)^{vi} という学術団体の精神医療に関する報告書であり、原著は 1978 年に GAP の機関誌に掲載された“The Chronic Patient in the Community”という論文である。

州立の精神科病院が慢性的に治療的雰囲気や失ったことは述べたとおりであるが、その要因には経済的なものも含まれる。医師や看護師といった専門職を雇用するには経済的負担があるので専門職者ではない看護助手を少人数雇うことで精神科病院のケアとした。そして調査によって「州立精神科病院は修復ができない。解体し新たなケアの体制を構築すべき」という意見と調査結果を得たのだが、“The Chronic Patient in the Community”では地域ケアも金がかかると「精神病および精神衛生に関する合

同委員会」は結論づけていたとある。当該部分を以下に紹介する。

委員会は、立法化する際に経済的な面を強調しているが、効果的な地域プログラムには金のかかることを認めている。その最後の勧告は“一般の精神科患者に対するサービスのための費用は5年後には2倍にあるであろう　そして10年後には3倍に……[なぜなら]このような多額の費用によってのみ、外来患者や退院者のプログラムは精神病院から地域へと十分に拡げられるものであるから”ということであった。政府はこのレポートの多くの発見を受け入れたが、基金を増加させることが必要であるという決定的な勧告には留意することがなかった

専門家が専門的な場でケアを行うことで経済的な負担が増す。想像に難くないことである。そしてケネディは教書の中で地域ケアへ金をかけることを議会に要望している。しかし、政府は予算の増加について特段の配慮を行わなかったという。それはいったいどういうことか。

ケネディ教書は1963年のものだが、「脱精神科病院政策」が本格したのは1970年代に入ってからである。そして病院を「退院した」人の多くがホームレスとなったことはよく知られている。ケネディ教書が脱精神科病院の起点であるとするならケネディ教書から急激な「脱精神科病院政策」までの期間で何が行われていたのか。また、1970年ころより脱精神科病院化が急激に進んだのはなぜだろうか。次章ではケネディ教書成立までと1960年代の脱精神科病院化の特徴について述べる。

ケネディ教書

「精神病および精神衛生に関する合同委員」が作成した1961年の最終報告「精神衛生行動計画」(Action for Mental Health)をもとにケネディ大統領は「精神病及び精神薄弱に関する大統領教書」(Special Message to the Congress on Mental Illness and Mental Retardation いわゆる「ケネディ教書」)を発表する。教書のなかでケネディは州立精神科病院で行われているような監置的医療(隔離)から地域ケアに政策を転換することを謳った。そして地域ケアを行うに当たりその予算を議会に要求した。

「ケネディ教書」が1961年の最終報告「精神衛生行動計画」(Action for Mental Health)をもとに作成されたことは述べた。ではケネディが地域ケアを謳った理由は州立精神科病院での非人道的処遇に対する憤りだけなのだろうか。入院処遇から地域ケアへの方向転換には地域ケアが実施可能である要素が存在したのではないか。もちろんケネディ大統領にとって州立精神科病院でのケアは看過できないものであったことは想像できる。中井久夫は「アメリカにとって1960年代は力動精神医学が中心でしたが、ケネディ大統領は、精神病院の病床を五十万床から十五万床に減らすことを一気に三年で行います。……ケネディ政権以来、力動精神医学はうさん臭いと言われだします。ケネディのお姉さんが精神病でさっぱり治らなかったところが、クロルプロマジンを飲むとずいぶんよくなったのです。……1952年にフランスで初めて使われ、日本でも1955年 - 1960年までの間に普及し

た向精神薬第一号です。大統領やその親戚の病気が非常に医学を左右するということがアメリカではよくあります。」と記述している。中井の記述には姉とあるが J.W トレント.Jr (1995)には妹とある。トレントの記述にはケネディ大統領が州立精神病院での処遇に関して看過できなかった事情が記載されている。当該部分を以下に引く。

ローズマリー・ケネディ (Rosemary Kennedy) は、1919年のインフルエンザが猛威をふるっている最中に生まれた。成長とともに、彼女には遅れ 1920年代の人が「遅滞」(backward)と呼んだような が見られるようになった。……

ローズマリーは、同年齢の子供に比べ時間はかかったが、読み書きができるようになり、家族の中でも上手にふるまえるようにもなった。そして、ケネディ家の一員として成長していった。……

愛らしく穏和だったはずのローズマリーがやがて引きこもりがちになり、攻撃的になりだしたのである。そして1941年の夏、彼女は、母方の祖父である年老いた“ハニー・フィッツ”、すなわち、ジョン・フィッツジェラルド (John Fitzgerald) に危害を加えたのである。

この事件がきっかけとなり、父親であるジョセフ・ケネディは、医師たちの助言に従って、「前頭葉白質切截」(prefrontal lobotomy) すなわちロボトミー法という、当時、まだ有効性が期待されていた新しい治療法を試してみることにする。……

ほどなく判明したことは、以前は軽い遅滞だったローズマリーが、より重度の遅滞者になってしまったということである。……

ケネディ家は、それまで一度も施設に入れた

ことのなかった自分たちの娘を、首都ワシントンの私立精神薄弱者施設に入れることにした。ローズマリーは、現在もそこで暮らしている^{vii}。……

ケネディー家は、ローズマリーが精神遅滞という理由からだけでなく、開頭手術を受けたこともあって、身の上話をすることをしばらく躊躇していた。1962年9月になって、ようやく彼らは、家族の秘密を明るみに出す決心をした。(J.W トレント.Jr 1995)

ケネディが大統領となり教書で「脱精神病院」を謳うまでもにも医師などから州立精神病院に対する批判はあった。また、州立精神病院に対する調査や社会学者たちの研究によって非人道的な処遇も指摘された。ケネディ大統領の兄妹が精神障害者であったということだけで「ケネディ教書」が生まれたわけではないだろう。しかし、州立精神病院における非人道的な処遇についてはある感情をもって理解したのではないだろうか。1961年、ケネディ大統領は就任後すぐ、精神発達遅滞者のための「大統領パネル」を設置し重要ポストを姉のユニスに与えている。ケネディは政治的な問題として精神発達遅滞者/知的障害者・精神病/障害者への処遇を意識したことがうかがえる。それは家族に当事者がいたからという見解には無理があるとは言えないだろう。もちろんそれは問題意識であり政策の起点でしかない。ケネディの問題意識と同様にまた違った視点で医師や社会学者も州立精神病院に向けられたがケネディが大統領であったという点は重要であろう。つまり、州立精神病院での処遇については20世紀初頭のクリフォード・ピアーズの

著書『わが魂に逢うまで A Mind That Found Itself』でも述べられていた。問題意識を持つものは少なからずいた。しかし変革は起こせなかった。先にも述べたがソロモンの記述では「状況を変えようにも力を発揮するプレッシャー・グループも、改善の味方になってくれるような積極的な議員もいず、戦闘的リーダーもいない」とある。その状況がケネディ大統領という存在と教書という議会へのメッセージで変化が起こる。

では、ケネディが教書で述べたような地域ケアへの方向に向かわせたその他の要因は何か。一つには入院だけではない治療法への期待があったと考えられる。教書の中でケネディは「患者を社会から隔離し、長期ときには半永久的に、巨大で憂うつな精神病院に押しこめ、われわれの視野から抹殺し、忘れ去っていくといった従来の治療法は、今や古めかしいもの」と述べた。それは投薬治療の確立という技術的進歩によるところが大きい。前掲した中井の記述にもあるように統合失調症治療に有効であるとされる 1952 年にクロルプロマジンがフランスで 1957 年にベルギーでハロペリドールが開発された。同年、スイスではうつ病の薬物療法としてイミプラミンが用いられた。「州立精神病院が治療的雰囲気を失ったこと要因に経済的理由での専門職種の雇用困難と、精神病 = 治療不可能という医師の判断があった」との指摘があったことは述べたが、ハロペリドールやイミプラミンという新薬が治療効果的であるということは精神病 治療不可能という解釈となり得る^{viii}。同時に「ここ数年、次第に増えていた施設へのつめこみ傾向が、逆を向いて

きたことである。それは、新薬の使用、精神病の本質に対する公衆の理解の増大、総合病院における精神病床、昼間通院施設(デイ・ケア・センター)、外来精神科施設などを含む地域社会施設が設置されるようになったことによる。地域社会の総合病院では、1961 年に 20 万人以上の精神科患者治療退院させている」とあるように精神科病院収容主義から脱しようとした実践例^{ix}があったことも要因であろう。

ケネディ教書で脱精神科病院と地域ケアの方法性が示された要因に関して考察したのだが、次章では脱精神科病院がなぜ起こったかについての先行研究を紹介する。紹介する先行研究はケネディ教書がどのような要因の元に世に出たのかという論点からは外れるが、脱精神科病院という現象を多角的に捉えたもので興味深い。

脱精神科病院に関する見解

杉野昭博は論文の中で脱精神科病院について二つの異なる見解を紹介している。もっとも一般的な見解として杉野はキャスリーン・ジョーンズのそれを挙げている。ジョーンズは脱精神科病院を「三つの革命」によって説明する。三つの革命とは、精神医薬の登場、病院における解放治療の実践、精神障害法制の改革である。このジョーンズの指摘は本稿で述べた歴史的な事実と合致している。ジョーンズはその後の逸脱理論やノーマライゼーション理論などの社会科学的知見と社会改良、財政危機に伴う 1970 年代の政治的な要因も地域ケア政策に影響を与えたとしている。

他方、ジョーンズの解釈に対しての批判もある。アンドリュー・スカルはジョーンズの提起した精神医薬の登場と病院におけ

る解放治療の実践については要因として適当でないという見方を示す。理由として治療薬の登場以前から退院促進は始まっていたということ。薬の導入と病床数の減少の間には直接的な相関がみられないこと。更にイタリアなどでは精神病薬導入よりかなりの時間が経過してから脱精神科病院が進んでおり、国際間での脱精神科病院化がジョンソンの示した要因では説明できないことなどを指摘し「精神医薬の導入は早期退院といった新しい治療方針を実現しやすくなったかもしれないが、それは脱施設化を引き起こした主要原因とは言えない」と結論付けた。さらに逸脱理論やノーマライゼーション理論などの社会科学的知見についても、「反収容主義」の主張は19世紀の精神科病院設立直後にも見られたと主張している。(杉野 1994)

ではスカルは脱精神科病院が進んだ要因を何としたのか。スカルは技術の進歩やイデオロギーの変化などでは脱精神科病院は説明がつかず、説明を行うには資本主義の下部構造の変化に注目するほかないと述べる。ではどのような変化があったというのか。スカルは精神科病院の社会における意味・役割の変化を説明することで説明できるといふ。杉野が記したスカルの脱精神科病院論を以下に紹介する。

かつて、精神障害者等の施設収容によるセグレーションは、極端な介護負担による家族全体崩壊を防止しその一般労働力としての有用性を維持するとともに、施設外での救済すなわち金銭福祉給付を禁止することにより自由労働市場原理を維持し、さらには逸脱に対する見せしめにより社会的同調を促進するといった、資本主

義の初期形態にとって不可欠な機能を果たしていた。一方、今日の福祉国家の政治経済構造下においては、基本的社会保障制度の普及により施設収容の必然性が減少するとともに、人権費などの施設収容コストが旧対的に上昇したため、施設外における逸脱統制が可能になるだけでなく相対的に低コストの方法となった。以上のような「財政要因」こそが「脱施設化」の主因であるというのがスカルの「脱施設化論」である。(杉野 1994)

杉野の論文を引くことで脱精神科病院が進んだ要因についての二つの説を紹介した。

ではケネディが教書で脱精神科病院・地域ケア推進という方向性を打ち出した要因としてはジョーンズとスカルの主張の部分を採用できるか。筆者はケネディ教書に至る要因としては概ねジョーンズの指摘が適当であろう。それは脱精神科病院が大きく分けて二つの時期に分けられるという主張があること。そしてケネディ教書は前期に属し、さらに前期はケネディ教書以前より始まっていること。

ジョーンズの主張は本稿で述べた1960年代半ばまでの歴史的事実に合致することによる。

“Opening the Backdoor”と”Closing the Frontdoors”

アメリカの脱精神科病院は歴史的に二つの時期に分かれる。前期は“Opening the Backdoor”と表現されるように早期退院が実施された時期であり、後期は”Closing the Frontdoors”と表現され州立精神科病院の病床数削減や病院閉鎖がおこった時期である。杉野は「前期と後期の区分は難しい」

としながらもモリセイの区分を採用している。モリセイの区分によると“Opening the Backdoor”と表現される脱精神科病院前期は 1950 年代から 1970 年頃までであり“Closing the Frontdoors”と表現される後期は 1970 年代以降としている。この区分に従うとケネディ教書が発せられた 1963 年は脱精神科病院前期の中盤である。

杉野はモリセイらがおこなった州立精神科病院における周期的改革分析^xから医師たちの職業的関心を二つ抽出しその職業的やしいが前期脱精神科病院化に影響を与えたとしている。では杉野が指摘した医師の職業的関心とはどういったものか。

杉野がいう医師の職業的関心とは州立精神科病院の医療水準の向上と公衆精神衛生の一般化という二点であり、この精神科医たちの職業的野心が脱精神科病院に影響を与えたい。杉野は前掲したカリフォルニア州での大規模仮退院制度と仮退院患者へのアフターケアや 1950 年代にマサチューセッツ州ウォチェスター州立精神科病院での早期退院と退院患者のための地域アフターケアという“Opening the Backdoor”という現象を次のように分析している。

1950-70 年の州立精神科病院は入院患者の過密化と治療水準の低下が著しい状況であった。医療水準を引き上げるためには入院患者の制限は重要課題であったわけだが、州立精神科病院は強制入院の受け入れ先としての機能を担わされており政治的な外圧がかかっていた。すなわち新規入院を制限することは病院の性質から難しく、入院患者の過密状態解消には“Opening the Backdoor”つまり退院の促進が唯一の方法であった。

さらに例示したような早期退院患者に対する地域アフターケア導入に際しては公衆精神衛生の一般化という精神科医たちの野心の影響を読み取れるという。杉野は 1920 年代に地域外来診療制度を導入したウォチェスター病院長のウィリアム・ブライアンという言葉を紹介している。

州立精神科病院の未来は地域公衆衛生の主導的役割を果たすものとして力に充ちたものであります。州立精神科病院は、多数の地域診療所をその傘下におさめ、あらゆる人間的ニーズに対するサービス活動を結びつける調整機関として働くことでしょう。こうして、州立精神科病院は社会から完全な信頼と尊敬を受け、もはや派閥政治に振り回されたり無理難題をふっかける政治家の横槍に苦勞することはないのです。(杉野 1994)

ウォチェスター病院ウィリアム・ブライアン院長の政治に振り回されたという記述は、州立精神科病院が新規入院患者の抑制を進める立場になかったことを示していると同時に次のような意味合いもあると杉野は指摘する。

アメリカにおいては、私立精神科病院が常に「裕福で急性の知的な任意入院患者」を対象としてきたのに対して、州立精神科病院はその設立以来一貫して「貧しく慢性の強制入院患者」という特殊な人口にサービスしてきた。入院患者の持つこうした社会的スティグマは病院および精神科医にも波及し、公立精神医療システム全体が一般医療システムから差別される傾向を生み出していた。こうした文脈の中で、公立精神医療システムの一般人口への拡大、すなわち「公衆精神衛生」の確立は、公立精神科病院医にとって、

一般医療職としての社会的地位と名声を獲得する有効な手段であったと考えられる。

(杉野 1994)

ディックスらの活動は裕福な者のみが享受できる私立病院でのケアを広く必要なものが得られるように州立精神科病院の設立を求めたものである。この州立精神科病院の成り立ちや紹介した 1958 年にアメリカ精神医学会総会で会長であるソロモン (Solomon, H.) の「州立精神病院はできるだけ速やかに解体整理すべきである」といった発言から考えると杉野の精神科医たちの職業的野心が脱精神科病院に影響を及ぼしたという指摘には首肯させられる。この職業的野心は「医師という職業に立った人道的な観点」とも表現できるだろう。「医師という職業に立った人道的な観点」は日本における入院中心を否とするものからの意見表明に際しても見られる。

1964 年にケネディ教書は邦訳と原文が日本精神衛生会の機関誌「精神衛生」92-93号(昭和39年10月31日発行)の11-16頁に紹介されている。また、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 Action for Mental Health (1961) をあげて「米国の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なされているのに対し、日本のそれは私立病院が中心である」と述べている。脱精神科病院そのものに対する評価というよりも日本の病床が足りないといったことと公の責任で病床数の増加とそれを可能にする政策が必要であるという主張といった趣である。また、1970年代に入っても、秋元は米国精神病院

の医師不足を指摘(秋元[1970: 89-90])し、「病院ではなく収容所であるところも多いが、大学と連携をして充実した研究を行っているところは、臨床場面でも活発で病院としても立派」と述べている。対して福岡県精神衛生センター所長の寺島正吾は地域精神医療に転換した米国の政策を「戦略的一大転換」と評しており「地域に開いた精神病院であってこそ、はじめて入院治療が各種治療の一つであることが確認でき、責任ある治療の連続性が確保できる」と述べ、神奈川県精神衛生センターの石原幸夫は、米国の地域精神衛生・地域ケアの中心施設である CMHC を評価し、日本における地域精神衛生活動の在り方を示唆するものと結論付けると同時に入院中心である日本の現状を批判している。後に秋元は地域ケアの必要性を訴えるのだが 1964 年当時秋元は東京大学医学部教授であり 1966 年からは国立武蔵療養所(現在国立精神・神経センター)所長を務めている。対して寺島・石川が所長を務めた精神衛生センターは、1965 年の精神衛生法改正により設けられた機関であり、設置時期はアメリカの CMHC とほぼ同時期であるが、その役割と機能については大きく異なっていた。精神衛生センターの役割は、精神衛生の第一線の活動をおこなう保健所に対し技術援助を与え精神保健従事者の研修などを担当する性格のものであった。アメリカの脱精神科病院に対するわが国の専門家の評価ならびに当時の日本の状況については稿を改めて考察するが、精神衛生センター長である医師が杉野の指摘にあった職業的野心をもってアメリカの脱精神科病院の状況を評価したとも考えられるのではないかと^{xi}。

小括

本稿では 1940 年代からケネディ教書が発せられるまでを概観した。さまざまな要因をともなうケネディ教書が発せられたことがうかがえる。その後ケネディは暗殺され政権はジョンソン大統領にうつる。本稿で述べたように脱精神科病院は 1970 年あたりまでは比較的緩やかに行われた。ま

た、ケネディが地域精神医療・ケアの中心的役割を担うはずであった CMHC の設立も行われた。

しかし 1970 年代以降、急激な脱精神科病院がおこり結果として多くの（元）入院患者たちがホームレス化した。今回はケネディ教書以降に脱精神科病院がどのように進んでいったのかを述べる。

文献

- Committee on Psychiatry the Community 1978 *The Chronic Mental Patient in the Community* the Group for the Advancement of Psychiatry=1980 仙波 恒雄・高橋 光彦 監訳 『アメリカの精神医療』 星和書店
- 保坂廣志 2006 「今次大戦下太平洋戦争における米軍の「戦争神経症」対策とその実際」『琉球大学法文学部紀要 人間科学』第 17 号 琉球大学
- 三野宏治 2010 「日本の精神医療保健関係者の脱病院観についての考察 米国地域精神医療保健改革とそれについての議論をもとに」『コア・エシックス』vol.6: 413-423
- 中井久夫 2004 『徴候・記憶・外傷』, みすず書房
- 野田正彰 2001 「危機における人間（大会基調講演）」『人間学紀要』上智大学
- 小花和昭介 2005 「心理的地域支援活動の積極的目標を模索する」『地域支援心理研究センター紀要』創刊号大手門学院大学地域支援心理研究センターpp39-49
- 杉野昭博 1994 「社会福祉と社会統制」『社会学評論』177 第 45 巻第 1 号 pp16-29
- 寺島正吾 1985 「精神科医療の最近の国際的動向」『人間性回復への道 精神医療と人権 III』亜紀書房 pp3-58
- Trattner, I, Walter 1974 *FROM POOR LAW TO STATE A History of Social Welfare in America* A Division of Macmillan Publishing =1978 古川 孝順 訳, 『アメリカ社会福祉の歴史』 川島書店
- Trent, James W., Jr. 1995 *Inventing the Feeble Minded A History of Mental Retardation in the United States*, University of California Press
= 19970705 清水貞夫・茂木俊彦・中村満紀男監訳, 『「精神薄弱」の誕生と変貌 アメリカにおける精神遅滞の歴史』, 学苑社

注

¹筆者の管見である PTSD の治療史の文脈で語られる場合が少なくない。

²十分な量の睡眠剤が睡眠を保証するために投与された[.....] できるだけ兵士を安息にさ

せ、シャワーを浴びせたりリラックスさせた。患者たちは、24 時間から 36 時間治療を受け、その後休息所 (Clearing station) に搬送された

iii Alfred Stanton , M.S. Schwartz, Morris Schwartz 1954 *Mental Hospital*, Goffman, Irving 1961 *Asylums*, Thomas J. Scheff 1966 *Being Mentally Ill* Ennis, Bruce 1972 *Prisoners of Psychiatry* など
後年の映画では *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975) が知られる。

iv 寺島正吾 1985 「精神科医療の最近の国際的動向」『人間性回復への道 精神医療と人権 III』pp3-58 原文は Soimom, H.: *American Psychiatric Association in relation to American Psychiatry*, *Am.J.Psychiatry*, 115, 1, 1958

v 「精神病および精神衛生に関する合同委員会」による調査は Mental Health Study Act (精神衛生実態調査法あるいは精神衛生研究条例) を根拠としている。精神衛生実態調査法の立法化は 1950 年代後半におこった州立精神科病院への批判や非難を受けてものと考えられる。法の目的は「精神障害の人的、経済的諸問題の客観的で完全な全国的分析と再評価」であった。(寺島 1985)

vi アメリカの精神科医 300 人がメンバーとなり、精神医学の研究ならびに精神衛生領域への応用等を活動目的とした学術団体。

vii 2005 年死去。

viii 精神科における治療では寛解という言葉が使われる。症状がほとんどなくなったものの、完全に治癒したわけではない状態をいう。治る / 治すについての問題点や諸現象は筆者の関心事であり、今後の重要な研究テーマでもある。

ix カリフォルニア州では 1939 年に州施設局長に就任したロザノフ医師によって大規模仮退院制度と仮退院患者へのアフターケアが行われた。また、1950 年代にマサチューセッツ州ウォチェスター州立精神病院では早期退院と退院患者のための地域アフターケアが実施されている。

x 19 世紀に創設されたマサチューセッツ州ウォチェスター州立精神病院の創立当初からの周期的改革分析である。

xi ケネディ教書や脱精神科病院に対するわが国の専門家の評価については稿を改めて検証をおこなう。

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第6回

脱精神科病院「アメリカの脱精神科病院」

三野 宏治

前回では1940年代からケネディ教書が発せられるまでを述べた。ケネディ教書はさまざまな要因をともなって発せられた。このケネディ教書に影響を与えた要因はその後の脱精神科病院にも影響を与える。アメリカの脱精神科病院化を語る場合にケネディ教書は考慮すべき事柄である。しかしケネディ教書によって脱精神科病院化が始まった、あるいは加速したと断ずることにはいささかの疑問が残る。教書にてケネディが脱精神科病院について述べた1964年以前より早期退院の試みや方向性は医師たちによって行われた。また、脱精神科病院は教書が国民に向けられて発表されてから1970年あたりまでは比較的緩やかに行われた。これは前回述べたように“Opening the Backdoor”といわれる方法を採用した機関である。

脱精神科病院が急激に行われるのは1970年代以降の“Closing the Frontdoors”と表現される後期である。この期間には州立精神科病院の病床数減少や病院自体の閉鎖が行われた。その結果として多くの(元)入院患者たちがホームレス化した。本稿ではケネディ教書以降に脱精神科病院がどのように進んでいったのかを述べる。

緩やかな脱精神科病院化とは 1970年代まで

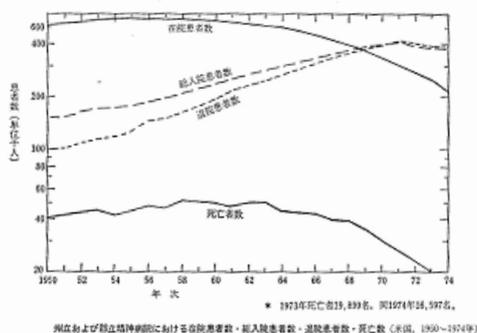
ケネディ教書以降、州立精神科病院の病床数や在院患者数の減少は加速している。そして70年代以降も病床数の減少は続いている。では、病床数・在院患者数減少の加速という点で見ると1970年以前と以後変化はない。では、なぜに70年代以降の脱

精神科病院化は緩やかであったのだろうか。

宗像が示す資料(図表1)では在院患者数は1964年あたりから減少している一方で、1950年から1971年にかけて総入院患者数と退院患者数は増加している。そして1970年を境にして在院患者数より総入院患者数・退院者数が多くなっている。在院患者数というのは入院中の患者であり、総入院患者数は新たに入院する患者のことで

あることから、病院にいる患者＝病床数は減っているが新たに入院する患者は増加している。更に退院する患者も増加していることになる。これは何を意味しているのか。病床数は減った。そして早期退院も実施している。しかし、退院はしても新たに入院してくる患者が増えた。あるいは再度入院してくる患者が増えたとも考えられる。前期の脱精神病院化が“Opening the Backdoor”と評される理由は上記のような現象からも首肯できる。早期退院しても再入院をする。そして退院し入院を繰り返す。「回転ドア」現象による病床数の減少は退院後のケアとして再入院といった仕組みが存在している。

図表 1



では「回転ドア」現象があったとしても患者たちはどこに退院していったのか。高齢患者の多くはナーシングホームに入所し、他の患者たちは安宿などの多いゲッターと呼ばれる場所に住みついたとされる。また、定住先を持たないホームレスとなって都市部の街角に暮らすものも少なくなかった。このゲッターに住んだ者やホームレスとなった元患者たちについては後述する。

次の図表 2ⁱⁱによると、1970 年には精神医

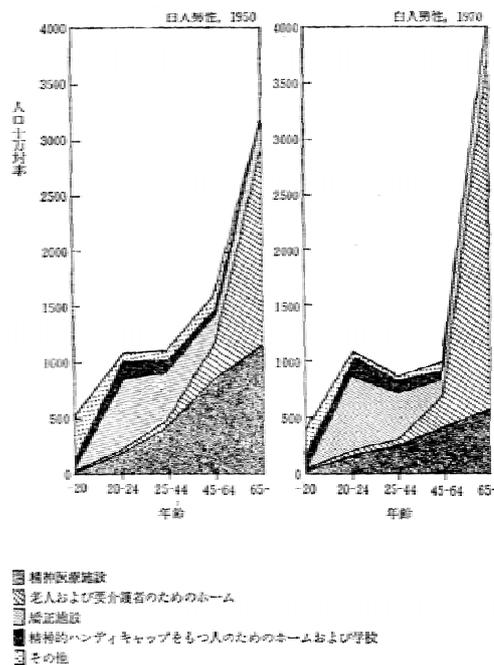
療施設利用の割合がすべての年代において少なくなっている。これは脱精神病院化が進んだものであると考えられるが、1970 年には 45 歳以降の「老人および要介護者のためのホーム」の割合が増加している。

また、退院後に自立的な生活・社会復帰などを旨とするため、期限付きの住居であるハーフウェイ・ハウスも 1970 年前後から増加している。1963 年には全米で 40 ほどあったハーフウェイ・ハウスが 1963 年には 128、1971 年には 196 か所となった。アメリカ国立精神衛生研究所の調査によると 1973 年のハーフウェイハウスのベッド数は全米で 7089 床 6003 人の入所者である。

ホームレスになった元患者たちもいたが地域に住処を確保できたものも少なからずいた。しかし、再入院・再々入院を繰り返す「回転ドア」現象が起こっている。住処が確保できたとしてもそれだけでは地域生活は困難であったといえるだろう。

では、「回転ドア」現象を防ぐ手立てはなかったのか。ケネディは教書の中で精神病患者／障害者の地域ケアを可能にする拠点として「総合的地域社会精神衛生センターⁱⁱ（CMHC）」について言及している。CMHC は州立精神科病院に変わる精神病患者／障害者の拠点として構想され建設された。

次に CMHC について述べたい。



人口十万人対白人男性施設在患者数（施設形態別、年齢別）（米国、1951、1970年）

Comprehensive Community Mental Health Centers

教書の中でケネディは CMHC の活動内容について「診断、判定機関、精神科緊急病棟、外来診療所、入院設備、昼間通院施設、夜間病院、里親保護、厚生指導、地域社会の他機関への相談指導および精神衛生の広報並びに教育活動を行い、治療とともに予防も主たる活動」と述べている。

CMHC が不足なく設置され教書にあるような機能を十分に発揮していれば「回転ドア」現象は防げた可能性はある。しかし実際には当初の計画通りに CMHC が設置されることはなかった。当初計画では、収容施設化した公立病院から、その他の精神病院に代わるべきリハビリテーションを行う地域資源（alternative of mental hospitals）に移し、そこでケアを受けることが提言されていた。その基幹となるのが

CMHC であった。ケネディの計画では、人口 7.5-20 万の地域を担当する CMHC を 2000 ほど作る予定だったが、1970 年代後半でも CMHC の数は 600 ほどである。これは当時ベトナム戦争の戦費拡大にともなうて地域の精神疾患ケア予算の削減という経済的原因があるとされる。

しかし、CMHC や他の地域ケアに対する資源の量的不足だけではなく、地域生活を支援するといった視点の不足でもあったとする考えもある。CMHC の基本機能として考えられたものは以下の 5 つである。

- 1:入院治療
- 2:救急サービス
- 3:部分的入院
- 4:外来治療
- 5:コンサルテーション、教育

ケア要員は医師、看護、心理、ソーシャル・ワーカーなどの他職種から構成されており、人的配置からは社会的、心理的ケアを提供できるものであった。しかし、実際には慢性患者のケアよりも危機介入に重点を置いたため、慢性患者に対応することが少なかった。また、当時の精神保健の専門家（医師、心理士、PSW）に対する訓練は診断と治療に焦点を当てたもので社会的能力の回復のため訓練はほとんどなかった。

メニンガーは結果として患者のホームレス化を生んだ脱精神科病院であるが、現代では統合失調症の陰性症状として挙げられる無気力、依存、自発性の欠如などを、施設症として捉え、退院させるとそれらの症状が軽減されると考えた。つまり、地域の新しい施設が障害の慢性化を予防するという大きな期待があったとしている。（松下

1999)

この CMHC の量的および質的問題とともに”Closing the Frontdoors”と表される (再)入院の抑制策が患者のダンピングという状況を生む。そして州立精神科病院から放出された精神病 / 障害者たちがケアを受けることなく都市部のゲッターに住み着きあるものはホームレス化した。そしてその状況に批判が集まった。

次に後期脱精神科病院化 (“Closing the Frontdoors”)における病院を放出された元患者たちの様子について当時の報道や非難を挙げることで紹介する。

急激な脱精神科病院化がもたらしたもの

1970 年に入ると脱精神科病院化は急激に進む。その理由については後述する。ここでは急激な脱精神科病院化によって退院させられた (元) 患者たちの状況を報道や脱精神科病院化を批判する論文によって紹介したい。ニューヨーク市福祉局精神保健部長のロバート・リーチは「慢性精神病者のケア- 国家的恥辱」という論文で次のように述べた。

ニューヨーク市には 5 千を超すナーシングホームのベットがあるが、その半分は精神病院を退院させられた慢性精神病者で占められている。これらの多くは失敗したモーターか、古びた旧式ホテルの転業者によって経営され、ただ、部屋と賄いを提供するだけである。……元患者の多くは、場末の簡易旅館に集まってくる。そこには売春婦、出獄者、麻薬常習者たちのねぐらである。元患者たちは最も弱いグループに属するから、彼らは容易に現代社会の掠奪者の餌食にされ、暴力の犠牲者、身体的侵害の被害者に

されてしまう。…… 孤立無援の精神障害者を敵意に満ちた地域社会に放り出そうとする現在の政策は道義に反し、非人道的である。それは、中世の精神病者が街をさまよひ、悪童たちが彼らに投石する情景の再現にほかならない。これこそまさに国家的恥辱 (national disgrace) である。

また、アメリカ精神医学会の前会長ジョン・A・タルボットは脱施設化政策の蹉跌を正し、修正するために活動を行っており、この問題に対する多くの論文をかいている。そのひとつアメリカ精神医学会の機関誌の巻頭論文「慢性精神病者のケア-それは依然として国家の恥辱である」(1975 年)で次のように述べている。

ロバート・リーチは精神病者の置かれている状況を国家的恥辱であると警告したが、その後事態は改善されていないばかりか、かえって一層悪化している。その原因は脱施設化 12)の強行にもかかわらず、地域サービスに対する連邦政府及び州政府の財政処遇が伴っていないこと、それどころか財政引き締めの的を精神保健サービスに絞っているからである……地域で自立しようとする精神障害者が必要としているのは医療サービスだけではない。就職、住居、教育、職業的、社会的リハビリテーションなどの幅広い援助サービスである (秋元 1991)

リーチの論文では、退院後多くの患者が暮らしたナーシングホームの実態 13)を知ることがでる。また、タルボットは医療や保健ではなく福祉サービスが必要であると言及している。1979 年 4 月 2 日号のタイム紙には「ニューヨーク、マンハッタン上流

の偏見の少ない地域の市民でさえも、精神病院を退院した元患者をたくさん抱え込んで悲鳴を上げている。革新の立場に立つマンハッタン選出のニューヨーク市会議員アントニオ・オリヴィエは、精神病患者のやみくものダンピング（放出）によって、いまアメリカのいたるところの都市に精神病患者の居住区・無法地帯が作り出されている。脱施設化（deinstitutionalization）などいう政策は理不尽だ」という趣旨の記事がトップに掲載され脱精神科病院政策を非難している。

なぜ脱精神科病院は急激に進んだのか ”Closing the Front doors”の要因

“Opening the Backdoor”が早期退院の促し”Closing the Front doors”は精神科病院の病床数削減という現象を表現したものである。1969年以降カリフォルニアの州立精神科病院の病床数は急激に減少した。その要因として杉野や竹端は「反施設主義」イデオロギーと州行政の財政的動機についての説を紹介している。

カリフォルニア州はケネディが教書で脱精神科病院を謳う以前より地域精神保健政策を行っていた。1920年代に早期退院とアフターケアを行っていたことは述べたが、1958年には郡政府が地域精神保健サービスを創設する際、必要経費の50%を州政府が補助するという「ショートドイル法」を（Short-Doyle Act）成立させている。ただ、ショートドイル法は任意であったため採用する郡政府は増えなかった。そこで1969年には州の負担率を90%とした。（竹端2008）また、1967年に精神科病院への非自発的入院を制限し地域の保健サービス利用

を促すランターマン・ペトリス-ショート法（Lanterman Petris-Short-act 以下LPS法）ⁱⁱⁱが成立している。

次に州行政の財政的動機について述べる。退院者の多くがナーシングホームへ移ったと述べたが、この「転施設」ともいべき現象を後押ししたものが老人医療扶助（1960 Medical Assistance for Aged）や老人医療扶助（1965 Medicare）公的医療保険（1965 Medicaid）、補足保障給付（Supplemental Security Income : SSI）などの制度であった。

これらの制度は州立精神科病院など州立の施設の利用者は給付の対象外であったため、州立精神科病院の入院患者をナーシングホームへ移すことで連邦政府の財源をそのケアへあてる動機となった。竹端によると、1965年カリフォルニア州にメディケア・メディケイドの制度が導入された後の精神保健分野の州財源負担率が下がっている。1965年には59%であった州の負担率は1971年には36%でありメディケア・メディケイドによる支出は16%になった。他方、ナーシングホームの数は1960年 1970年の間で74%増加したという。

ただSSI以外の制度については州政府の負担が存在する。従って短期的には州政府の福祉のコストは上昇する。つまり長期的な投資によって州政府は財政的恩恵が受けられる。

杉野は、SSI以外の制度については州政府の負担が存在する。従って短期的には州政府の福祉のコストは上昇するといった事情によってカリフォルニア以外の州は制度の活用を行っていなかったが、1972年に創設されたSSIは100%連邦政府負担の給付

金であったため、カリフォルニア以外の州でも積極的な導入が試みられ、全国規模で1972年以降急激な脱精神科病院化が進んだというラーマンの分析を紹介している。

精神科医療の改革と市民運動

1960年代から社会学者の調査などによって州立精神科の実態が世間に知れるにつれてその処遇の悪さに非難がなされたことは述べた。この1960年代、特にベトナム戦争の激化した60年代後半は公民権運動がおこった。そのような社会背景で身体障害者の自立生活運動が起こったことは以前に述べたが、精神科医療の領域にも市民運動・消費者の影響が及ぶ。人権擁護の考えが精神科医療領域に及んだことについて寺嶋は著作の中で次のように述べる

アメリカではベトナム戦争の激化をきたした一九六〇年代後半になってほうはいとして公民権運動が起こり、それが津波のように精神科医療の領域にも及んできて、一方で精神科医療は政治的課題であるとしてレイン、クーパー、バサリア、サスらの主張の立場に立つ反精神医学運動が起こり、他方で患者の権利の確保、拡大に大きな関心がぶり向けられるようになった。そして市民の関心事は主として強制入院の手術と治療に対するインフォームド・コンセントの法理の問題にあった。また、一九六三年、地域精神衛生センターの発足当時は市民はほとんど関心を払わなかったが、六〇年代後半になって消費者運動、公民権運動の高まりと時を同じうしてセンターの運営諮問委員会への参加からさらにセンター管理委員会に市民が参加してゆくようになった。そのころ「カリフォルニア精神病患者の親の会」「シャトル精神病患者を守る会」などが

結成されて、精神科医療の改善に向けて発言をし、批判をするようになった。

一九七〇年代に強力な影響を及ぼしはじめたのはアメリカ市民自由連合(ACLU)の活動であった(全米に約二〇万人の会員を持つといわれる)。同連合所属の弁護士ブルース・エニスやローレン・シーゲルらは一九七〇年に初めて精神科医療訴訟(ドナルドソン訴訟)の法廷助言者として登場、一九七二年には『精神病患者の権利』と『精神医学の囚われ人』を出版し、一九七三年にレチオン対ワインバーガー訴訟に法廷助言者書面を提出した。(寺嶋 1985)

寺嶋が述べているように公民権運動が精神科医療領域にもおよび患者を原告とした「精神科医療訴訟」が起こる。この訴訟は主に国立・州立精神病院での処遇改善を求めた訴訟であり患者側の勝訴という結果を生む。そして訴訟勝利という結果は病院に処遇改善を迫ることとなった。これらの判決は病院での処遇の基準や患者の権利を認めたと同時に、州の財政が困窮している状況での処遇改善(医療従事者の増員や病院施設の改善など)を求めたということでもあり、脱精神科病院の遠因となったと考えられる。

では次に入院患者が原告となった代表的な訴訟を紹介する。

患者による訴訟

ラウス対キャメロン訴訟(1966年)

武器不法所持で起訴された被告人は精神病患者ということで無罪となり、訴訟能力を回復するまで国立セントーエリザベス病院に強制的入院させられた。そして強制入院は4年間におよんだ。争点は、刑に服して

いればせいぜい一年で自由を回復できたしかし、精神科病院では4年の拘束が続いた。入院による自由の剥奪は治療の実施という理由があるためであるが、治療を受けていない。そして強制入院は身柄の拘束だけであつたと主張して人身保護令状による釈放を請求した。

地方裁判所は請求を棄却したが、巡回控訴裁判所は次のような結論を下す。

「意思に反する強制入院の目的は治療にあつて処罰のためではない。……そこに治療がないと病院といふ所は有罪と判決されていない者を無期限に拘留する懲治場になってしまう」(寺嶋 1985)

裁判所によるこの判断は強制入院させられた患者には治療を請求する権利があることを示した初めてのケースであつた。

1968年にはマサチューセッツ州ブリズソウウォーター州立病院でも起こる。

ワイアット対スティックニー訴訟(1971年)

アラバマ州ブライズ州立病院の患者と一部職員による集団訴訟であり、「州立精神科病院に強制入院させられた患者に治療請求の権利がある」という確認を求めた訴訟であつた。この訴訟で判事であつたジョンソンの判断は、「同病院における治療は不十分である。そして精神病患者の治療として求められる最低基準にも達していないこと。患者は単位収容されるのではなく個別の治療を受ける憲法上の権利を有していること。非同意の入院が認められるのは治療が前提であり適切かつ十分な治療が施せない理由が職員・財政の不足であるとする事は認められない」というものであつた。

このジョンソン判事の判断によって、1972年にはアラバマ中央区連邦裁判所「精神障害者に十分な治療を与えるための最低限度の合憲的基準」(35項目)が制定された^{iv}。この判決後「治療を請求する権利」を求める訴訟が全米で起こりいずれも原告である患者の勝訴となつた^v。(寺嶋 1985)

オコーナー対ドナルドソン訴訟(1975年)

患者であるドナルドソンが院長と主治医を相手取つた訴訟でアメリカ連邦最高裁判所が下した判決である。

原告のドナルドソンは被害妄想があるとして父親が入院手続をとつた。当初、2-3週間の入院ということであつたが、49歳からおよそ15年間拘留された。ドナルドソンは科学者キリスト教会の信者であつたため教義に従つて投薬治療や電気治療など一切の治療を拒否しつづけた。入院中に医師と話を交わした時間は15年間で合わせて2時間足らずであり、他害行為の危険性がないとの判断から放任され身柄の監置だけがあつた。彼は病院からの退院を求めて地裁、連邦裁、最高裁に一八回も釈放請求の訴えを起こした。そして自由に対する憲法上の権利を不当に侵害して拘禁を続けたという理由で院長と主治医を相手どつて損害賠償請求訴訟を提訴した。連邦最高裁は「自分だけで、または責任ある宗族や友人が進んで行つた援助により、自由のなかで安全に生きてゆくことのできる危険のない者を単に拘禁目的で強制入院させておくことは違憲である」との判決を下した。ドナルドソンの主張は認められ被告は38500ドルの賠償金の支払いを命じられた。

この「精神病という理由あるいは治療の

必要があるという理由であっても、本人の意思に反する拘留は違憲である」という最高裁の判断は雑誌『タイム』の報道などによって全世界に知られることとなる^{vi}。

脱精神科病院を進める要因をこれらの訴訟にも求めることはできるが、訴訟がもたらしたものは「治療を受ける権利」や「入院治療より本人の意思が優先する」などの患者の権利である。これらの権利が認められる一方で、脱精神科病院政策によって病院から放出された人たちは長い間放置されていたようである。

例えば、1982年12月28日の朝日新聞には「脱精神科病院」の結果ホームレスになってしまった人について書いている。記事はワシントン特派員の「あてなき旅 “ホームレス”」という表題の以下の記事を書いている。「彼らに声をかけてみると、例外なく精神的な異常が感じられるのだ。アルコール中毒、麻薬中毒、精神異常、身体障害者、軽症の患者は、コミュニティで生活したほうが治療効果があがる、という医学的議論の結果、過去20年この方針がとられてきた。だが、ボランティア・グループには、それを理由に病院から患者を追いだしていると疑う者もいる」

1980年代に入っても「脱精神科病院」政策による問題は存在していたようであるが、これらの元入院患者への支援はどのようになっていたのだろうか。次に述べる。

カーター大統領の政策

1977年カーター大統領の政権下大統領の諮問機関として「精神衛生調査委員会」(The Commission on Mental and Health)が発足する。1977年2月17日に

発足した委員会は、トマス・ブラインアント委員長、カーター大統領夫人ロザリン・カーター(Rosalynn Carter)を名誉委員長とし、20名の委員で構成された。

委員会は、「ケネディ教書」以降の状況を調査し、最終報告^{vii}を1978年4月27日ホワイトハウスで正式にカーター大統領に提出する。報告書の内容を秋元の著作から引用し紹介する。

CMHCの整備、増設と共にそれ以外の多様な精神保健サービスが計画され、具体化されなければならない。地域の現状に見合う創意と工夫に富んだボランティアの活動が必要である。政府はそれぞれのレベルにおいて、これらのボランティアに資金援助を行わなくてはならない。地域に自然発生的に生まれた障害者家族、牧師、ボランティア、セルフヘルプグループなどの民間活動は精神障害者の地域生活の役に立っているにもかかわらず、正当に評価されていない。その助成を図ることが必要である。地域で自立しようとする精神障害者のための職業リハビリテーション及び雇用の拡大のための具体的施策が連邦、州、地方自治体に講じられなければならない。

.....

いまなお、ほとんどの精神病患者が未治療のまま社会の片隅に打ち捨てられている。アメリカはもっと多くの資金と人を彼らのために投じなければならない」(秋元1991)

「精神衛生調査委員会」の報告書の内容は、次の3つの柱からといえる。

CMHCの整備、増設と共に、それ以外の多様な精神保健サービスが計画とその具体化。

地域の現状に見合う創意と工夫に富んだボランティアの活動の必要性。

地域に自然発生的に生まれた障害者家族、牧師、ボランティア、セルフヘルプグループなどの民間活動は精神障害者の地域生活の役に立つ取り組みへの正当な評価とその助成の必要性

1980年10月7日、報告書の提言を骨子とした新しい法律「精神保健体系法 Mental Health Systems Act」が成立する。1981年から1984年の会計年度までに精神保健についての予算7億1950万ドルが計上され、その大部分が大統領委員会の報告書の勧告に基づいて地域精神保健サービスに用いられることになる。しかし、1981年レーガン政権時にCMHC法が廃止され、「精神衛生調査委員会」(The Commission on Mental and Health)の調査報告の中にある「CMHCの整備、増設」は実行されずに終わることがなくなった。ただしこれは見方を変えると、「地域ケア」が医療的・治療的といった限定的なものからリハビリテーション、福祉的なものもふくむ包括的なものへ拡大をしていく歩みが逆行することはなかった

このカーター大統領の政策の柱である「地域に自然発生的に生まれた障害者家族、牧師、ボランティア、セルフヘルプグループなどの民間活動は精神障害者の地域生活の役に立つ取り組みへの正当な評価とその助成」によって発展し今日までその活動が継続されているものにACT/PACT

(the program of assertive community treatment)とクラブハウスモデル(Clubhouse Model)がある。次にACTとクラブハウスモデルの取り組みと特徴につ

いて紹介する。

ACT/PACT

(the program of assertive community treatment)

ACTはケースマネジメント(ケアマネジメント)の一つであり、精神病患者/障害者がプログラムに参加してくるのを「待つ」のではなく、医療スタッフを中心とした多職種によって編成されたチームが「訪問」を行うことが特徴である。ACTはケースマネジメントを手法として用いるがサービスを仲介するのではなくACTはチーム自らが様々な支援を直接行う。つまり、ACTは看護師、精神科ソーシャルワーカー、心理士、作業療法士、医師、当事者のスタッフなどの多職種によってチームが編成され、その都度必要な専門家が当事者のもとへ支援に赴く。それは、ACTの対象者が長期間にわたり継続的に重い精神障害を持つ人を想定しており、彼らが入院をすることなく地域でホームレスにならずに生活するには医療だけではなく福祉や心理面など多方面のケアを必要としているからである。

ACTの起源は1960年代にウィスコンシン州マディソンの州立メンタタ病院で始められたTraining in Community Living(以下、TCL)である。しかしTCLは入院治療に代わるべくデザインされてこともあり管理的な傾向が強かった。しかし、「医学モデルで管理的である」という批判と「地域ケア」の考え方の転換などにより地域での生活を支えるサービスを取り入れた福祉的なケアを行うように変化した。

ACTチームはそれぞれ独立したオフィスを持つ。そして情報の共有化と検討が行

われ、サービスプランを作成する。サービスプランは利用者の要望や必要に応じたものであり、医療、保健、福祉と多岐にわたる^{viii}。ACTの特徴が「訪問」によつての支援であることは述べたが、ACTの「訪問」は支援が必要な場所で行われるということの意味する。訪問看護のような「訪問」支援は住む家に出向くことが多いがACTのそれは住居に限らない。職場での人間関係の調整や契約問題などの解決のために職場の上司との話し合いが必要な場合は職場に訪問を行う。家族の心理的ケアや疾病についての理解が必要な場合は家に訪問をする。そしてそれぞれの場所で支援がチーム自らにより提供される。そしてACTの支援は24時間の利用と即応が可能であるという原則があり、この点もACTの特徴である。

Clubhouse Model

1944年にニューヨーク市で州立病院を退院した4名の精神疾患を持つ人たちによって自助グループ「WANA」が作られる（「We Are Not Alone」の頭文字をとりと名付けられた）。

この「WANA」がクラブハウスモデルの原型である。当初、「WANA」は図書館や教会あるいはYMCAの集会所などを借りミーティングを行っていた。そして、入院をしている仲間や退院をしてもひとりである人たちを訪問し、励ます活動を始める。しかし、友愛訪問などの自助活動を行うには彼ら独自の場所が必要であった。1948年にボランティアらの協力によってマンハッタンにビルを購入する。

これが、最初のクラブハウス「ファウンテンハウス」であり、その後、ソーシャル

ワーカーなどの専門家が活動に加わり、「仕事」を中心に据えた活動が始まる。

1950年代に州立病院のソーシャルワーカーであったジョン・ビアード(J. Beard)が所長としてファウンテンハウスに参加したころから、クラブハウスモデルの原形である「仕事」を中心とした取り組みが始められている。ファウンテンハウスは、1977年にCMHCの助成金にてクラブハウスモデルについて研修啓発活動を行い、結果全米にクラブハウスモデルが普及する。次にクラブハウスモデルの活動はどのようなものかについて述べる。

クラブハウスモデルの特徴は、「仕事に律せられた一日」という考えを基にしたプログラムの存在。本人の意思によるプログラムへの参加。メンバー（当事者）とスタッフ（支援者）のパートナーシップをそのプログラムに反映したこと。プログラムは療法ではなく「仕事」であることを明示したことなどが上げられる。

中でもメンバー（当事者）とスタッフ（支援者）のパートナーシップをそのプログラムに反映については、スタッフとの関係については、「メンバーだけあるいはスタッフだけの会議、記録、仕事は設けない。」などの基準を設けるなど意識的な仕掛けを施している^{ix}。

仕事に律せられた一日」という考えを具現化として、クラブハウスはその活動を通常、月曜日から金曜日の1日8時間とし「仕事」をおこなうこととしている。その「仕事」は外部からの委託ではなく、クラブハウスの維持にとって必要な仕事をメンバースタッフの区別なしに行うという者である。

クラブハウスモデルでの具体的な「仕事」

の内容は各クラブハウスによって少しずつ違うが、1：日中活動であるデイ・プログラム 2：過渡的雇用（Transitional Employment） 3：夜間・休日プログラムなどがある。

1：日中活動であるデイ・プログラムの具体例としてクラブハウスを維持するために必要な会計、建物の保守整備・清掃、クラブハウスを利用する人にとって有益なニュースレターの作成・発送、食事作り、各国のクラブハウスとの情報交換とそのため翻訳作業や情報の整理などがあげられるだろう。

過渡的雇用はクラブハウスモデルの特徴的なプログラムである。通常の雇用関係においては、個人と事業主が契約し、労働とその対価である賃金が支払われる。また、職場体験などでは、雇用契約そのものが結ばれず賃金も支払われない場合もある。それに対し TA では、クラブハウスと事業所が契約を結ぶ。まず、スタッフが事業所に赴き、仕事を実際に行い、覚える。そしてすべてのメンバーができるような工夫を施し、メンバーと共に実際に仕事を行い仕事のやり方などを伝え、また分かり良いように工夫をし、マニュアルなどを作る。多くの場合、複数人のメンバーで過渡的雇用が始まる。メンバーが欠勤した場合、クラブハウスがその穴を埋める。その穴埋めもメンバーが行う。メンバーが誰もいないときはスタッフが行う。そうすることで、事業所には欠勤というデメリットをもたらせない。過渡的雇用は基本的にパートタイムであり、通常週 15～20 時間、雇用期間は 6～9 ヶ月としている。そして、雇用である以上、メンバーは最低賃金以上で、一般事業所並の

賃金を事業主から直接受け取る。職歴として履歴書等にも書くことができる。過渡的雇用の原則は、メンバーの権利として、メンバーが会社や工場で働ける機会を提供するために、クラブハウスは独自の過渡的雇用プログラムを準備する。

夜間、休日のプログラムは、過渡的雇用や一般就労、あるいは様々に理由で日中クラブハウスに来ることができない人達のために開かれることが多い。ただ、その活動にも、自助活動の考えが随所に伺える。

まとめ

3 回にわたり精神病の治療史とアメリカの脱精神科病院について述べた。現在、欧米諸国では入院治療から地域ケアにその支援方法が転換されている。しかしそれは治療そのものが否定されているわけではない。入院から地域ケアへという事象は必要なケアが治療だけではないことも示した。

他方、わが国の状況は 2002 年に政府が「入院医療中心から地域生活中心へ」という方向性を打ち出したが、欧米に比べ病床数や平均在院日数が非常に多く長い。これまで述べたアメリカにも精神科の病床は存在し入院加療のすべてが否定されているわけではない。しかし同時にケアの在り方いかんによって入院治療から地域生活中心へ移行することが可能であることも示している。

わが国の入院医療中心という状況を地域生活中心へ移行させるにはどうすればよいのか。それを実現させよう取り組みは、様々な地域で実践されている。

次回からは地域生活中心へ移行するという取り組みにいたる経緯とそれに関する

様々な主張を紹介する。次回以降論考する事柄は終わったことであるが「現在の状況」につながる。そして過去のことを整理することは「現在の状況」を確認することに役立つと考える。

まず、ケネディ教書に象徴されるアメリカの脱精神科病院をわが国の精神科医や福祉関係者がいかに評したのかについて精神科病院と病床数の増加を後押しした歴史的な出来事や政治の状況を考慮し述べたい。

参考・引用文献、資料

- 秋元波留夫 1987 『精神障害者の医療と人権』 ぶどう社
1991 『精神障害者リハビリテーション その前進のために』 金原出版
監修 共同作業所全国連絡会編 1988 『アメリカの障害者リハビリテーション』
ぶどう社 .
- Ciardello, Jean A Bell Morris D 1988 *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolonged Psychiatric Disorders* The Johns Hopkins University Press=1990 岡上和雄・松為信雄・野中猛 監訳 『精神障害者の職業リハビリテーション 蔓延性精神分裂病をもつ人のために』 中央法規出版
- Ennis, Bruce 1972 *Prisoners of Psychiatry* Harcourt Brace Jovanovich=1974 寺嶋正吾・石川毅訳 『精神医学の囚われ人』 新泉社
- 松下正明 編 1999 『臨床精神医学講座 S1 巻 精神医療の歴史』 中山書店
編 1999 『臨床精神医学講座 第20巻 精神科リハビリテーション・地域精神医療』 中山書店
- 三野宏治 2009 「アメリカ合衆国：社会福祉の現状, 地域精神保健福祉」 『世界の社会福祉年鑑 2009』 pp190-200, 旬報社.
2010 「精神障害者クラブハウスモデルの仕事を媒介にした相互支援の考察 その仕組みと発想」 『福祉文化研究』 Vol.19
2011 「精神障害当事者と支援者との障害者施設における対等性についても研究 当事者と専門家へのグループインタビューをもとに」 『立命館人間科学研究』 第22号
2012 「対人支援関係における専門家の権力性に関する考察」 『対人援助学研究』 1

- 宗像恒次 1984 『精神医療の社会学』 弘文堂
- 杉野昭博 1994 「社会福祉と社会統制」『社会学評論』177 第 45 巻第 1 号
- 竹端寛 2008 「精神保健政策の変容 カリフォルニア州における精神保健政策の分析をもとに」『福祉社会学研究 5』
- 寺嶋正吾 1985 「精神科医療の最近の国際的動向」『人間性回復への道』 亜紀書房

i 宗像 1984

ii 原文では Comprehensive Community Mental Health Centers であり日本精神神経学会精神衛生法改正対策委員会・日本精神衛生会 訳による

iii 1967 年成立。1972 年完全施行。1967 年成立時のカリフォルニア州知事はロナルドレーガンであり、大統領であった 1984 年に CMHC の新規建設を中止している。

iv 弁護士のブルース・エニスによると全米にある州立・群立精神科病院 321 か所のうち基準を満たしているのは 16 か所であったという。

v ニューヨーク、イリノイ、マサチューセッツ、オハイオ、ミネソタ、ネブラスカ、テネシー、ジョージア、フロリダなどで訴訟が起こる。

vi 『タイム』1975 年 7 月 7 日号

vii 報告書は四巻で構成されている。一巻が勧告書、二 - 四巻が付属資料であり、勧告書は 117 項目にも及ぶ。脱施設政策の見直しと新しい精神保健サービスの創設を求め、向こう五年間に 5 億から 6 億ドルの連邦政府予算が必要であるとしている。

viii ACT が提供するサービスの具体例として、ケース・マネジメントをその手法とするサービスの立案、評価。精神科の医療サービス。就労支援。住居支援。家族への支援と教育。薬物・アルコール乱用と依存の治療サービス。地域で直接提供されるリハビリテーションなどがあげられる。

ix 筆者はメンバーとスタッフのパートナーシップに関して、肯定的な論述（三野 2010）とその困難さについての論考（三野 2012）を試みた。

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第7回

脱精神科病院「わが国の脱精神科病院①」

三野 宏治

3回にわたってアメリカの脱精神科病院と精神病治療史について述べた。これまでの論考で、米国の精神病／神障害者ケアが入院治療中心から地域支援へシフトしていること紹介した。他方わが国の状況は 2002 年に政府が「入院医療中心から地域生活中心へ」という理念を打ち出したがその方向性が具現化しているとはいえない。それは未だ欧米に比べ病床数が多く平均在院日数についても長いことからわかる。かつてアメリカの精神病／障害者へのケアも「精神科病院への入院」という方法がとられた時期があった。「精神科病院への入院」にいたるまでは精神病／障害者が放置されていた時期があり、その後経済的に余裕の者のみが私立病院で治療を受けることが可能となった。そしてディックスやビーアズの運動によって州立の精神科病院が建設された。しかし州立精神科病院の建設と入院患者の増大は医師等のスタッフの量的質的な確保の困難さという事態とも相まって治療的な要素のない収容施設と内実を変化させてしまう。そこでケネディは教書で「非人道的」な州立精神科病院から地域生活支援へとケアの方向性を主張する。しかし当初上手くいかずホームレスと化した元入院患者が街にあふれた。その後さまざまな民間団体を助成する形で地域生活支援への移行を果たした。

本稿のテーマ

ではわが国ではどうか。やはり精神医療黎明期にはアメリカと同様に地域での放置・監置があった。明治—大正期には精神科病院の設立がなされ時代を経るにつれ入院中心のケアや病院内での人権侵害という

問題が出現する。概ねわが国の状況もアメリカのそれと類似した経過をたどっているが異なる点はいくつかある。多数の精神科病院が設立され精神病／障害者のケアを行った時期は日米双方にあるが、アメリカは州立の精神科病院がケアの中心であった。

他方、わが国では 1650 年代中ごろから精神科の病床数が増加し、1964 年のライシャワー事件後に増床のピークを迎えている。その後微減した時期はあるものの 1990 年代初めまで増床が続く。(長谷川 2004) この精神科病床の大半が私立病院に存在している。これは戦後に限ったことではなく明治一大正の精神医療・病院設置の黎明期からの事象である。この点がその後のアメリカの状況と異なった理由の一つであろう。アメリカはケネディ教書を起点として行政主導で入院医療から地域ケアへの転換を行ったがわが国では行政主導によるそれが容易ではない。

1964 年 10 月、日本精神衛生会の機関誌『精神衛生』にケネディ教書の全文が対訳付きで掲載されている。したがって精神科医たちはアメリカの動向は認識していたと考えられる。それは当時東京大学教授であった秋元波留夫の日本精神衛生会の機関誌『精神衛生』「精神障害者の人間性回復のために一精神衛生法の全面改正にあたって一」という論文からもわかる。当該論文はケネディ教書全文が掲載された雑誌に掲載されている。以下引用する

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)

秋元の主張は「ケネディ教書」で述べられた脱精神科病院という方向性を「アメリカの医療施設の問題にもありそれを解決する方法」としての地域ケアへの方針転換を認識したうえで、「(わが国の*著者加筆)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」と述べ病床数増加を主張しているといえる。この点だけをみれば地域ケアを打ち出したアメリカと比較して遅れているといえるだろう。(三野 2010) 2)

ただ、この秋元論文が掲載された時期が、①精神衛生法の改正に向けて日本精神衛生会を含め様々な団体が調整をおこなっていた②当該論文の発表時期がライシャワー事件を機に治安当局から精神病／障害者保処遇についての要求があったことなどを考え

ると単純に地域ケアという方向性を否定するものではないと筆者は考える³⁾。

また、秋元論文の「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。」という部分は、まず公的な責任において精神病／障害者の治療は行われるべきであると解釈でき、医療施設が公共の責任において設置運営されていないことを批判しているともとれる。では、なぜ秋元は公的責任における精神科病床・病院を求めたのか。

日本の精神科病院の大半が私立であることは述べが、秋元と同様の指摘が1998年の井上新平の記述にもある。ただ、1964年に秋元が主張した「病床数の絶対数の不足」は1998年には解消され世界有数の精神科病床数保有国となっている。そしてその病床数の大半が私立病院にあることを踏まえ井上は私立病院の役割を次のように主張している

欧米諸国を見ると、一つの地域で精神保健サービスの分業体制ができ、連携がよくとれている。つまり、急性期治療、慢性期治療、リハビリテーション、精神科救急、老年期疾患の治療、児童青年期の疾患の治療、司法精神医学関連サービスなどの各サービスが専門化され、よく連携がとれている。それに対して、わが国の精神病院は、いねばデパートのようにあらゆる商品を売ろうとしている。一つの病院で、児童から老人まで、急性期からリハビリテーションまで、すべてをカバーしようとしているように見える。いわば横並びの体制である。

精神病院の大半は民間病院なので、諸外国の

ように行政主導による地域システムづくりはできないという議論がある。しかし一方では、わが国の民間病院は、欧米の私立精神病院とは異なっているという指摘もある。新福は、「私立および私的法人立の精神病院の利用者は、国立、公立の病院の利用者とほぼ同じで…利用者への入院費用も、公的援助（生活保護等）および国民保険、社会保険によって援助され…欧米で有産階級が私的に費用を払う形態の私立精神病院とは、大きく異なっている。そうした意味で、日本の私立精神病院は、『私的に設立・運営されている公的サービス』と位置づけられるべきである」と言っている。筆者もこの見解に賛成である。民間精神病院は、地域医療システムを共同して作り上げていくという責務を負っていると言えるだろう。（井上 1998）

秋元が主張した「精神科病床数」は増加した。ただ公的責任におけるものではない。後年、秋元は病院外つまり地域におけるケアの必要性を説く。それは病床数が増加した結果なのか。また病床数が増大していく過程でどの様な事象が見られるのか。

公的責任における精神科病院設置という主張は秋元以前にも見られる。本稿でも述べるわが国の精神科病院設置の黎明期にも精神科医たちによって主張されている。ではなぜ公的責任における精神科病院が必要だったのか。彼らの主張を追っていくと、職業的倫理・野心をもった精神科医の姿が見える。

本稿も含め、今後数回にわたってわが国の精神科病院建設と病床数の増加に関する事象を紹介していく。

明治初年の精神障害者を取り巻く状況

精神障害／障害者の処遇に関する法律は1900年の精神病者監護法に始まる。しかし精神病者監護法は精神障害／障害者に対する「私宅監置」（家の専用の部屋などに閉じ込めておくこと）の手続きについての法律であった。法的に精神障害／障害者が治療の対象となったのは1919年（大正8年）の精神病院法が初めてである。では、1919年の精神病院法ができるまで精神障害／障害者に対する治療は全く行われていなかったのか。

明治維新以前より信仰・宗教と結びついた民間療法や民間の保養所が存在している。民間療法の例を挙げると滝治療がある。滝治療は宗教的なものと結び付き民間療法として第二次世界大戦後まで行われていたという。金川は高尾山にあるいくつかの滝とその周辺にあった旅館について述べている。これらの旅館周辺は暑避寒地としてにぎわったところもあるようで、そこに精神障害／障害者が長い期間宿泊し滝にうたれ治療していったという。（金川 2009）また、京都市左京区の大雲寺の霊泉によって後三条天皇の第三皇女の精神病が治癒したという伝説から岩倉に精神病／障害者があつまった。明治維新ごろには付近の保養所が集まった彼らを長期間逗留させるようになったという。1884年京都岩倉の四軒の保養所が合同で岩倉癲狂院（後の岩倉病院。ただし現在のいわくら病院とはとは別のもの）をつくった。岩倉癲狂院に関しては癲狂院（病院）と保養所の連携・協力のもと患者の治療にあたったことを評価し岩倉方式ともいえる方法が消滅したことを惜しむ記述も見られる⁴⁾。

精神科病院に関しても精神病院法ができ

るまでが全く存在しなかったわけではない。1874年に旧・陸軍東京衛戍病院に精神病室が設けられている。独立した精神科病院としては1875年に設置された京都癲狂院が最初である⁵⁾。1878年には加藤瘋癲病院⁶⁾、次いで1879年に東京府癲狂院（1889年に東京府巢鴨病院と改称。後の東京都立松沢病院。）が設置される。東京府癲狂院の前身は1972年に設立された養育院（後の地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター）である。養育院は窮民収容を目的として開設されたが、後年養育院の盲人室を改造して精神病／障害者を収容した⁷⁾。しかし養育院全在院者における精神病／障害者の割合が増え予算を圧迫したため、東京府病院が養育院の精神病／障害者を引き受けることとなった。しかし東京府病院には病室がなく費用のみを負担し病室は養育院におくこととなり東京府癲狂院ができた。東京府癲狂院は小石川に移転し名称も東京府巢鴨病院となるのだが巢鴨病院における治療は帝国大学医科大学に一任されている。

治安維持のための取り締まり対象としての精神病／障害者

述べたように精神障害／障害者の処遇に関する制度は精神病者監護法が最初であるが、それ以前にも警察による「精神障害／障害者への取り締まり」の規定として、路上の狂癲人の取り扱いに関する行政警察規則⁸⁾（1875）、瘋癲人・不良子弟等の私宅鎖固に関する東京警視庁布達（1878）同改正布達（1980）、不法監禁の防止を図る瘋癲人取扱心得（1884 警視庁布達）、精神病者取扱心得（1894 警視庁訓令）などがあった。（広田 2004）広田はこれらの規則等を

「警察による精神障害者への日常的干渉と、その処遇のチェック機能とを規定したものであった。」とし、精神病者取扱心得に対し1912年に呉秀三が自著『我那ニ於ケル精神病院ニ関スル最近ノ施設』のなかで「精神病者を看護治療のためならば制縛し若しくは鎖固することを公認し、また公私精神病院に入れる事を殆んど制縛又鎖固と同一視した」ものと批判したことを紹介している。1900年の精神病者監護法では家族に精神病／障害者の監護を義務付けたいわゆる私宅監置による治安維持を主眼とした法律であった。ではなぜ精神病／障害者を取り締まる法律を作る必要があったのか。

広田は精神病者監護法成立の前年の諸外国との条約改正に関係があるとしている。諸外国との条約が改正実施にあたって港の整備治安確保は急務であった。その根拠として広田は1899年2月8日の貴族院特別委員会議事録速記録第一号を挙げている。当該部分を以下に引用する。

1899年2月8日の貴族院特別委員会議事録速記録第一号には「何れ条約は本年の七月・八月以降から実施になりまするので其以前に成るべく開港場、開港場の中で大阪或は東京府と云うような所は既に施設もございまして、横浜とか長崎神戸と云うような所ではまず此精神病室を用意するだけの都合に今日では協議が行届いている次第でございまして、なるべく此条約実施の時期までには此法律を実施するに差支ない設備をそれぞれの府県に命じて、全国一律に之を実行すると云うことは或は出来難いかも知れませぬが、そういう場合には府県を指定して此法律を実施するという事も出来る考でございまして。なるべく此条約の実施と共に此法律を実行する

見込で立案したのでございます」(広田 2004)

同様に条約改正を控えての治安問題という視点で相馬事件が法律成立のきっかけとなったという指摘もある。(全国精神衛生連絡協議会 編 1969) 相馬事件の概要は次のとおりである。旧相馬藩主相馬誠胤は1876年から精神障害によって加藤癲狂病院、東京府癲狂院に数回入院したのち1892年に糖尿病で死亡する。しかし旧相馬藩士錦織剛清が「藩主誠胤は精神病ではないにもかかわらず、家令らが不当監禁している」と訴訟を繰り返して起こす。また、誠胤の死後に「誠胤は毒殺された」として、東京府癲狂院の中井常次郎らを告訴したが証拠不十分で免訴となった。この事件は国内だけでなく海外にも報道されたため条約改正にかかる国内法整備が急がれ精神病者監護法制定のきっかけとなったという。つまり条約改正をひかえての治安の維持が目的のために精神病／障害者を監置する必要があり、監護するための手続きのため精神病者監護法が設けられたとの指摘である。行政警察規則制定などによって精神病／障害者は取り締まりの対象とされ精神病者監護法に至る。そしてこの取り締まりの対象という位置づけは精神病／障害者処遇の流れの一つとしてその後続くこととなる。

精神病／障害者処遇のもう一つの流れとして1919年の精神病院法の制定がある。この法律によって精神病／障害者が治療の対象としても位置づけられる。精神病院法では公の責任として公的精神科病院を設置するという考えが示された。精神病院法の中心的内容として、①内務大臣が道府県に精神科病院設置を命ずることができること。

②内務大臣は道府県が設置した精神科病院に代わる公私立病院（代用精神病院）を指定することができるというものであった。しかし、第一次世界大戦後の不況によって予算が不足したため精神科病院の全文施行は1923年であった。その後も経済的要因などによって公立病院の設置は進まなかった。治療の必要な者の入院も進まず精神病患者監護法を根拠とした監置が続いた。では次に精神病院法までの経緯について述べる。

精神科病院の設立まで—呉秀三の活動

前述のとおり1919年に精神病院法が成立し公的責任における精神科病院の設置と病院での精神病／障害者ケアが明文化された。この精神病院法制定に尽力した一人に呉秀三がいる。呉秀三は榊淑（我が国で初めて精神医学専任教授となった人物）のもとで助教授を務めていたが榊の逝去に伴い欧州留・帰国の後に帝国大学医学部精神病学教室教授、巢鴨病院院長に就任した。1901年に呉が帝国大学医学部精神病学教室教授、巢鴨病院院長に就任した時期の治療が帝国大学医科大学に一任されたことは述べた通りである。これは1919年まで東京帝国大学医学部精神病学教室が巢鴨病院内におかれたことを意味し、呉をはじめとした帝国大学医学部精神病学教室の関係者にとっては理不尽な扱いであった。

呉は巢鴨病院での「無拘束」や「作業療法」などを体系的に行うなどの精神科病院における治療を確立していく。病院内の改革と同時に呉は1902年に日本精神学会（現在の日本精神神経学会）の創設と精神病患者慈善救済会の設立を提唱している。精神病患者慈善救済会は精神衛生活動と精神病／障

害者への慈善事業を目的とした会であり、現在の公益財団法人日本精神衛生会の前身である。公益財団法人日本精神衛生会のホームページには精神病患者慈善救済会について次のように記載されている。

明治35年呉秀三東大教授が中心となり、当時の東大教授や政治家、経済人たちの名流夫人を主たる発起人に「精神病患者慈善救済会」が発足した。

この会はその名称が示すとおり、貧しい精神病患者の治療、看護を援助することを主目的としたものであったが、それに関連して精神病の症状、原因、予防、治療や早期入院の必要性などについて世間一般に対する啓蒙運動も意図していた。（公益財団法人日本精神衛生会ホームページ）

さて、呉の提唱した精神衛生活動はアメリカのそれと比較して時期的に決して遅いものではなかった。1830年代にはじまったドロシア・ディックスの精神医療改善の働きかけは、1845年から1852年までの間に南部の9州が精神病院設立するという成果を導いた。しかし南北戦争に伴う経済の危機的な状況と入院患者の増大は、州立精神科病院におけるケアを治療的なものから遠ざけ、1900年代初頭のクリフォード・ビヤーズの精神衛生運動につながる。ビヤーズと精神科医のA.マイヤーが全国組織全国精神衛生委員会（National Committee for Mental Hygiene）後の全国精神衛生連盟（National Association for Mental Health）を組織するのが1909年であるので「精神病患者慈善救済会」の発足（1902年）のほうが早い。

では呉がどのように精神病院法制定にむけて活動したのか。その活動の原動力として精神病／障害者への非人道的な処遇に憤慨した点が強調されるが、精神病院法設立活動の軌跡とその時期に東京帝国大学医学部精神医学教室や精神科医のおかれた状況を勘案すれば精神病／障害者への人道的な処遇を目指す人道的な理由だけではなく精神科医としての職業的野心が垣間見える。医師の職業的野心についてはアメリカの脱精神科病院を進めた要因として紹介した。杉野（1994）は医師の職業的野心（州立精神科病院の医療水準の向上と公衆精神衛生の一般化という二点）が脱精神科病院に影響を与えた。（三野 2012）この医師の職業的野心という視座をもって精神病院法成立に向けての呉の活動および当時の状況を述べる。

呉が帝国大学医学大学精神病学教室に入局したのは1891年である。当時帝国大学医学大学精神病学教室教授は榊淑であった。榊淑が教授となった当時大学医学部の他の臨床学科のすべてが本郷キャンパスの中に建設が進められていたが、精神病学科については何の計画もされなかった。1887年帝国大学は精神病学科に必要な施設を本郷キャンパスに建設する代わりに東京府癲狂院を利用することを決めた。秋元波留夫（元東京大学医学部教授 精神科医）はこの状況について「後世に悔いを残す重大な失態あった……東京大学の精神医学教室はそれ自身の独立した施設を持たないという不当な状態が昭和初期までつづく」「私はさきにもふれた東京大学精神医学教室独立の問題を問いなおさなければならない。これこそ呉の悲願であったからである。」と記述

している。

秋元は東京大学精神医学教室で教授を務めた人物であるため「不当な状況」に対する呉の憤りについて共感とともに記述したと考えられるが、秋元の記述は当時の精神病学科が帝国大学でどのような位置にあったのかを伺えるものである。榊淑の逝去に伴い呉は留学の後に巢鴨病院に併設された国大学医学大学精神病学教室の教授となる。

また、秋元は相馬事件に際した榊淑と呉についても分析している。相馬事件の際、主治医である中井常次郎が取り調べのため捉えられたことは述べたとおりであるが、榊淑も関係者として取り調べを受けている。それは錦織の盲信のためであり「中井常次郎による毒殺」はなかった。ただ、この出来事は当時の精神科医にとって屈辱の思いを禁じえなかった出来事であると秋元はいう。更に秋元は呉がこの事件に直接関係がなかったが、師である榊が被害を受けていることから重大な関心を持ったことは想像に難くないと続ける。呉の考えによると相馬事件が社会的な大問題となり精神科医が糾弾の矢面になったのは精神病／障害者に対する国家の施策の遅れと癲狂院（精神科病院）が私宅監置の延長に過ぎず人々に「癲狂院（精神科病院）に対する恐れと忌避する状態が続いた」こと。そして相馬事件の背景も精神科病院と精神科医療の非人間性に関する疑惑が人々にあったことがその理由であると秋元は分析している⁹⁾。そして秋元は呉が精神病院の改革に挺身し精神病／障害者に対する啓発などの運動のきっかけが相馬事件にあるとしている。秋元の分析に従うと呉の次のような病院改革も精神科病院・精神科医療についての疑念解消を

も狙ったと考えられる。

呉は欧州留学から帰国し帝国大学医科大学精神病学教室教授と巢鴨病院院長の職についた後入院患者に対する処遇改善を行ったことは前述のとおりだが、病院自体が耐火構造を持つ赤煉瓦造りの精神病棟に建て替るなどのことも行っている。それには東京府議会に対する働きかけ予算を議決させる必要があった。1909年には敷地二万三千坪 446 床の病院となった。秋元はこの病院について「わが国にはじめて赤煉瓦づくりのモダンな精神病棟が出現する」としている。更に呉は「狂」という語を使用することやめた。例を挙げると東京府癲狂院という名称から巢鴨病院と改め病名に使われていた「狂」を取りやめた。精神病棟患者の病衣の背には「狂」と染め抜かれていたらしいがそれも廃止して普通の木綿着にした。1908年には外来診療を開始している。

治療方法として取り入れた作業療法だが、導入にあたり費用を寄付したのが精神病患者慈善救済会であった。作業療法のための予算計上に成功すると専門技師も置く。結果、巢鴨病院は西洋の水準に比較して遜色ない近代病院となったと秋元は評価する。1914年には帝国大学構内に精神科外来ができるが、附属病院とは別の場所であった。その二年後には外来隣接地に一三床の病室ができた¹⁰⁾。呉は他の大学や医学専門学校の精神医学学教室が教育・研究にとって必要十分な施設が持てるように尽力した。秋元は「呉は山根正次代議士に医学専門学校における精神科教室の設置を議会に上程することを依頼し、可決をみた結果各地の医学専門学校における精神病学教室が充実に役立った」としている。

このように呉は精神医学の認知と地位向上のため様々な取り組みを行っている。精神科が医学界や東京帝国大学内で重要視されていないことはこれまで紹介したことからわかるが、呉が精神科医療の置かれている状況をどのように感じていたのかがわかる記述を紹介する。京都帝国大学精神病学教授を務めた今村新吉は次のように述べている「呉先生は本邦にては精神病学が一般医界は論なく、最高学府においてすら兎角蔑視を免れざるを慨嘆され、余が東上訪問するごとに先生の話端この事に及ばぬことはなかった。」

このように病院改革を行った呉だが精神病患者監護法についてはどのように考えていたのだろうか。1900年に精神病患者監護法が制定されたころ呉は留学中である。しかし監護法に関しては「精神病ヲ医治ニ委ネントスルモノを阻害スルコト少カラズ。」¹¹⁾と批判し精神医療を推進する活動を行っている。精神病院法制定前年に呉は「第17回日本神経学会総会」で精神医療の推進と充実を政府に要求する建議を提案している。また同年全国の私宅監置の状況を調査した『精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察』¹²⁾（樫田五郎との共著）を発表している。そして「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」は政府当局者や貴衆議員、中央衛生会委員に配布されている。呉らが「精神病患者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」に際した時間は5年であるが、調査に着手する2年前の1911年に山根正次衆議院議員より「官立精神病院設置ニ関スル建議案」が提出され可決されている。内容は「官公立の精神病院につき、早く調査を進めて速やかに設置せよとの趣旨をもって、この建議

案を可決する」(広田 2004) という内容であったが官立精神病院の設置は進まなかった。この状況下で呉・樫田の調査は始まり、日本神経学会による政府に要求する建議、「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的觀察」の議員等への配布が行われた。

呉の活動などもあり 1919 年精神病院法が成立し公の責任において精神病院建設が定められたのだが、「精神病院法第七条の規定に依る代用精神病院に関する規定」によって官公立精神科病院に代わる代用精神病院(私立病院)が増加した。この官公立精神科病院の設置は現在でも進んではいない。

小括

本稿では明治初年から大正期における精神病／障害者がおかれた状況について関連法を軸に紹介した。治安維持のための法律である精神病者監護法と治療のための病院設置に関する法律である精神病院法という二つの考えによって戦後まで精神病／障害者の処遇は続く。ただ精神科病院の設置が進んだとはいえない。この時期はわが国の精神医療の黎明期でもあり精神科医たちの

様々な取り組みが臨床場面だけではなく治療・研究する場の確保といった条件整備にまで及んでいる。呉秀三は精神医療黎明期において治療の体系化や病院設置に尽力し日本精神医療の礎を築いた人物であるが、彼の功績は人道主義的見地からの評価に加え精神科医としての職業的理想や野心からの実績としても分析する必要があるのではないか。「精神病は病であり治療に当たるのは精神科医である。そのための病院が必要だ」と主張するのは医師として当然の姿勢であろう。それは人間として「非人道的な処遇にさらされている精神病／障害者を見捨てておけない」という思いと同時に医師として「治療されず放置されている患者を見捨てられない」という職業倫理と精神科医師も医学者であり精神科も他の臨床科と同等であるという職業的野心があったのではないだろうかと筆者は考える。

事項では精神病者監護法と精神病院法制定に際しての議論と当時の精神科病院での治療について述べたい。

注

- 1) 精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向 精神保健福祉対策本部中間報告 平成 15 年 5 月 15 日厚生労働省ホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/05/tp0515-1.html> 20130206 閲覧) では、「精神疾患を取り巻く状況の認識」として以下のように記されている。

こうした入院予防、早期退院、社会復帰の可能性の拡大は、近年の薬物治療の進歩、リハビリテーション等の治療技術の向上に負うところが大きく、精神病床においても、できるだけ早期に地域生活を可能とするようその機能を明確化し、例えば急性期集中治療、積極的リハビリテーション治療、専門治療の提供等の機能分化を図る必要がある。このことは当事者が可能な限り地域で生活できる途を広げていくこと

を可能とする。一方、当事者が地域において安心かつ安定した社会生活を送るためには、地域ケア体制の整備とともに、住居を確保し、働く場を提供し、地域生活を支援する体制を整えることが不可欠である。欧米諸国においては、こうした精神医療の改革や地域の支援体制の整備を進めた結果、入院医療中心から地域生活中心へと変わってきたが、我が国においては、制度のあり方も含めてこのような流れに未だ十分対応できていない。

こうした認識に立ち、世界的趨勢を踏まえて、わが国の精神保健福祉対策の各分野について、改革に向けた具体的施策の方向を提案する。

[……]

精神病床数について近年精神病床入院患者は自然減しているが、さらに急性期治療の充実による入院期間短縮、退院促進、地域ケアの充実による入院の予防等を進めることにより、入院患者の減少が促進されることとなる。精神病床の機能強化を推進し、より良い精神医療の確保のため、人員配置の見直しを含めて病床数の減少を促す。

- 2) 筆者は(三野 2010)で「これは、「脱入院」に対する評価というよりも日本の病床が足りないといったことに対する指摘であり、病床数の増加とそれを可能にする公的な政策が必要であるという主張である。」と述べた。
- 3) 精神衛生法改正に関する議論と試案に関しては改めて考察する。
- 4) 『精神医療の展開』全国精神衛生連絡協議会 編 (1969)では次のような記述がみられる。「1901年に土屋栄吉が院長となってからは、病院と保養所とが連絡しあつて患者の治療看護にあたるという形式もある程度確立した。この岩倉病院も第2次大戦中に軍に接収されたまま消滅した。一種の中間施設というべきこの岩倉方式は他の地では試みられず、日本の近代化はこのような伝統の良い面をのばすことはできなかったのである。」
- 5) 1882年に経済難により廃止されている。経費の多くを篤志家からの寄付に頼っていたためであるとされる。(全国精神衛生連絡協議会 編 1969)
- 6) 院長加藤照業が東京市本郷区で開院した私立病院。私立病院としてはわが国で最初に認可された精神科病院であるが、1899年失火による火災のため焼死者がでた責任をとり院長によって閉院される。(金川 堀 2009)
- 7) 「収容」とした理由は養育院の成り立ちによる。

都庁職養育院支部 HP「養育院事業と歴史」には「養育院は、明治5年に創立されて以来129年に及ぶ事業の歴史を持ち、日本の社会福祉事業の中で、先駆的・先導的役割を担ってきています。その沿革は、日露戦争に先立つ時期にロシア皇太子が訪日するにあたり、明治政府は「臭いものに蓋」をするような対応で、巷の生活困窮者などを狩込み、ロシア人等の欧米人の眼に触れないよう本郷の元加賀藩邸跡(現東大構内)の空き長屋に収容したものが嚆矢となっています。」とある。

HP ではロシア皇太子とあるが、1872 年に来日したアレクセイ・アレクサンドロヴィチは皇帝アレクサンドル 2 世・ニコラーエヴィチの第五子（四男）と思われる。1871 年アメリカに親善使節として派遣され、デンマーク、イギリスを經由して、3 ヶ月をかけてニューヨーク到着。3 ヶ月の滞在後、1872 年にフロリダを出港した後ハバナ、リオを経て、8 ヶ月をかけて太平洋を横断し、バタヴィア、香港、上海等を經由して来日し 1 ヶ月滞在した。

- 8) この規則の目的は「人民ノ凶害ヲ予防シ安寧ヲ保持スルニアリ」だった。その第二条には、人民の「健康ヲ看護スル事」、第十八条には「路上狂癲人アレバ穩ニ之ヲ介抱シ其暴動スル者ハ取押ヘ其地ノ戸長ニ引渡スベシ」とある。（小林 1972）
- 9) 秋元は呉の著作である『我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設』から引用して相馬事件についての呉の感慨を分析している。
- 10) 秋元は外来と病床について次のように記述している「呉が大学当局にむかってその不当をならして要求しつづけた外来が大学構内に設置されたのはようやく大正三年のことである。しかし、それは附属病院の外来棟(龍岡門を入れて左手にあった木造二階建洋館)とは別で、とりこわした外人教師館の古材木を使った、僅か五十坪ほどのみすばらしい小屋であった。しかし、それでもはじめて大学構内に精神科外来ができ、学生は巣鴨までいかなくともここでポリクリの実習をすることができるようになった。呉はつづいて病室の設置を望んだが、一向に埒があかないので救済会からの寄付を仰いで、外来の隣接地にベッド一三床のささやかな病室がつけられた。大正五年のことである。」（秋元 1985）
- 11) 秋元（1985）からの引用であるが、初出は呉秀三 1912『我那ニ於ケル精神病院ニ関スル最近ノ施設』である。
- 12) 当該著作の「ワガ国十何万ノ精神病者ハコノ病ヲ受ケタルノ不幸ノホカニ、コノ国ニ生マレタルノ不幸ヲ重ヌルモノトイウベシ」という呉の言葉は精神保健福祉士養成のテキストなどにも引用される。（日本精神保健福祉士養成校協会 編 2009）

引用・文献、URL

秋元波留夫 1964 「精神障害者の人間性回復のために—精神衛生法の全面改正にあたって—」『精神衛生』NO92-93 精神神経会

秋元波留夫 1985『迷彩の道標——評伝／日本の精神医療』NOVA 出版

浅野弘毅 2000 『精神医療論争史』 批評社

長谷川敏彦 2004 「日本医療最後の暗部に光を求めて」『保健医療科学』第 53 巻 第 1 号
国立保健医療科学院

広田伊蘇夫 2004 『立法百年史～精神保健・医療・福祉関連法規の立法史 増補改訂版』 批

評社

井上新平 1998 「精神医療の動向」『公衆衛生研究』 第47巻 第2号 国立保健医療科学院

金川秀雄 堀みゆき 2009 『精神病院の社会史』 青弓社

小林司 1972 『精神医療と現代』 日本放送出版協会

古山周太郎 2003 「都市施設としての精神病院の成立に関する研究——明治・大正期の精神病院論にみる配置・立地論に着目して」『都市計画論文集』 No.38-3 社団法人 日本都市計画学会 pp841-846

三野宏治 2012 「脱精神科病院「アメリカの脱精神科病院②」」『対人援助学マガジン』 第10号 対人援助学会 pp134-145

日本精神保健福祉士養成校協会 編 2009『新・精神保健福祉士養成講座 4 精神保健福祉論』

杉野昭博 1994 「社会福祉と社会統制」『社会学評論』 177 第45巻第1号 pp16-29

全国精神衛生連絡協議会 編 1969『精神医療の展開』 医学書院

公益財団法人日本精神衛生会ホームページ 日本精神衛生会の歩み

<http://www.jamh.gr.jp/ayumi.html> 2013/2/18 アクセス

厚生労働省ホームページ

<http://www.mhlw.go.jp/topics/2003/05/tp0515-1.html> 2013/2/6 アクセス

ロシア学事始 「アレクセイ・アレクサンドロヴィチ」

http://rossia.web.fc2.com/rossia/romanovy/aleksei_aleksandrovich.html

2013/2/15 アクセス

地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターHP 法人の歴史

<http://www.tmghig.jp/history.html> 2013/2/15 アクセス

都庁職養育院支部 HP 養育院事業と歴史

<http://www.cpi-media.co.jp/youikuin/> 2013/2/15 アクセス

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第8回

脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院① 補遺」

三野 宏治

前回は明治初年から大正期における精神病／障害者がおかれた状況について関連法を軸に紹介した。今回は補遺として、国会における精神病者監護法と精神病院法成立過程での議論を紹介する。次に、精神病者監護法と精神病院法制定後の精神病／障害者の置かれた状況及び精神科病院での治療法を紹介することでこれらの法律の性質を考察したい。

精神病者監護法の性質—成立過程での議論からの考察

精神病者監護法は精神病／障害者を監置する手続法であることは述べた。ではその「精神病者監護法＝監置手続の法律」という評価がいかんにして成立したのだろうか。ここでは条文と成立過程での議論を紹介することで精神病者監護法の性質を考えたい。

精神病者監護法の内容を要約すると第1条には精神病者を監護する義務のあるものを「第一に後見人。第二に配偶者。第三に親権を行う父又は母。第四戸主……」と順位づけて定義している。第2条では監護義務者以外の監置の禁止を謳い、第3条と4条5条では監置開始・廃止・変更についての届けの必要性が示されている。ここまで

は監護義務者（個人）が監護義務を負い監護するためのものであるが、第6条では監護義務者がいない場合で必要のある場合、市区町村長で監護することが明記され、行政の監護に関わる権限や監護にかかる費用に関する内容と続く。しかし法律のどこにも監護されるべき精神病／障害者の定義が記されていない。

広田は精神病者監護法で精神病／障害者の定義が記されていない点について政府説明員の答弁を紹介したうえで「監置の必要のある者、即ち其身体の自由を拘束する必要のある者の監置に関する法律だったとみることができる」と評している。広田が紹介した答弁を以下に挙げる。

第一条には限りませぬが、本法全体に精神病患者と申して居りますのは……実は監置の必要ある者、即ち其身体の自由を拘束する必要がある者でありますから、それは或は公衆に危害を及ぼすとか、自殺を謀るとか、風俗上に害が有るとか云うだけのものであります。其他普通の精神の病をもって居る者は敢て監護する次第はないので、何れの箇条にいたしましても何れも監置のことに關しての規定でございます。即ち其監置の必要のある部分についての規定であります
(広田 2004)

精神病患者監護法には精神病／障害者の定義はないが答弁では拘束の必要のあるものを「公衆に危害を及ぼすとか、自殺を謀るとか、風俗上に害が有る」としている。社会防衛の視点で公衆に危害を及ぼすとか、自殺を謀るとか、風俗上に害が有る」者たちを取り締まろうというものだ。そこに治療するという視点はない。そしてこの点が批判の対象であるし、その批判は真当だ。しかし治療することが担保されていても「自由を拘束すること」自体に問題はないのだろうか。精神病患者監護法が惹起させる「自由を拘束すること」に関する問題は今日の精神医療にも存在する。現在、治療ために「自由を拘束すること」は精神保健福祉法 27 条、29 条に規定される、措置入院制度である。措置入院とは「2 名の精神保健指定医の診察が入院させなければ精神障害のために自身を傷つけ、または他人を害するおそれがある一致した場合、都道府県知事または政令指定都市の市長が、精神科病院等に入院させる制度」のことである¹⁾。監護法が社会治安の維持を目的に精神病／障害者の「自由を拘束」したのに対し、精

神保健福祉法は「治療」という視点によって「自由を拘束」が肯定されている。しかし同時に精神保健福祉法は「他害行為の及びそうである場合」に關しても措置入院の対象となることも記される。また措置入院が適当であると判断するのは 2 名精神保健指定である。措置入院の要・不要の判断は 1 名ではなく 2 名である点と、精神保健指定医である点が人権的配慮してのものと説明される。しかしその措置は人権擁護として十分であろうか。現在の本人非同意の入院形態（措置入院・医療保護入院）については肯定的な意見ばかりではない。また「治療」という担保があれば「自由の拘束」が許されるか否かという問題もある。これらの論点については別稿であらためて述べる。

さて精神病患者監護法制定までには自由の拘束」に關して議論されている。論点は精神病患者監護法 11 条の「行政庁ハ必要ト認ムルトキハ其ノ指定シタ医師ヲシテ精神病ノ検診ヲ為サシメ又ハ官吏若クハ医師ヲシテ精神病患者ニ關シ必要ナル尋問ヲ為サシメ又ハ精神病患者在ル家宅病院其ノ他ノ場所ニ臨檢セシムルコトヲ得」という箇所である。この 11 条についての議論を広田の著作からひく。

この点について、1899 年 2 月 8 日の貴族院委員会で「地方長官が精神病患者と認めると云うことは漠然としたものである。大方あれは精神病患者だろうと思って人の所へ入るとことは容易ならぬことではないかと思う。刑法に家宅侵大罪があり、憲法にも大の家宅は城と同じ位の保障の権利を与え、容易に這入れられないことになっている。精神病患者だろうと思って家宅に入ると云うのは随分酷いことと思うが、どう考える

か]との質疑がなされている。これに対する政府説明は「精神病者のいる家、或いはその監護者からの届出、通知がなければ、こちらから精神病者に対しての法律の保護を与えることは出来ぬ仕掛けになっている。ただ、この法律の執行にあたっては、地方長官が濫りにしないよう内務省（現在の厚生労働省）の訓令等で注意を与えるつもりである」となっている。（広田 2004）

さらに、精神病患者監護法原案には「精神病患者の監置にあたり医師の診断書を添える」という条文があった²⁾。この医師の診断について「診断書は一人の医師によるものでよいのか」との質疑や「監置に際して精神病であるかどうか検診する手続き規定が粗漏である」との意見も出されている。これらの議論から、政府の考え方はともかく少なくとも国会議員の中には人権について考え及ぶ人物がおり精神病／障害者であっても同様に人権を有しているとの認識を持っていたと考えられないだろうか。

精神病院法と精神病患者監護法の併存

精神病患者監護法が成立した後、1919年に精神病院法が呉秀三らの尽力によって成立する。ここに至って精神病／障害者の処遇について保護・治療という考え方が明文化される。そして精神病患者監護法に比べて精神病院法成立までの審議には多くの時間が費やされている。しかし精神病院法が成立した後も精神病患者監護法は存在したことを忘れてはならない。

精神病院法成立に至る審議では「この際、精神病患者監護法を廃止した方がよいと思うが、監護法と精神病院法との関係について

政府の考えを聞きたい」（1919年2月26日の衆議院委員会）という「精神病患者監護法と精神病院法併存の必要性」についての質疑がなされた。この質疑に政府委員は次のように答えている。

精神病者のなかには犯罪行為を行う者もいるが、これは精神病になった結果であって、刑法が罪を問わないように実に憐れむべき同胞である。しかし、精神病者の多数はむしろ危険性を帯びないのである。従って、精神病に関する立法は保護・治療ということを主として制定されるべきものと考えている。ここに提出した精神病院法案も、専らできるだけ癒り得るものはみな治療して癒したいと考えたものである。そこで、この法案が制定公布されれば、精神の慰安などの方法をも講ずるために、相当の人を頼み、幾多の実効的手段を考えたいと思っている。つまり、保護・治療ということを主眼として精神病院法案は出来ている。現行の監護法は監置と云うことが主になっており、取締まりを主眼とする規定であるが、この取締まりと同時に、他面に於いて保護・治療の機関として病院を造って、両々相待って精神病院としての性質を完全にしたいのである。この意味で監護法を廃止することはできないのである（広田 2004）

政府は精神病／障害者を「取締りの対象」と「憐れむべき同胞」とした。そして、その精神病／障害者が「取締りの対象」か「憐れむべき同胞」によって精神科病院もや役割が異なるという。つまり、政府が精神科病院に期待した役割は次の2点といえる。

- ① 精神病患者監護法が精神病／障害者を治安維持のため取り締まりの対象としたのに対して精神病院法が「憐れむ

べき同胞」として彼らを治療の対象として考えその治療を行う場が精神科病院である。

- ② しかし、すべての精神病／障害者が治療の対象ではない。監置（取締り）の対象となるものもいる。そして取り締まった者を監置する場が精神科病院である。

このように、政府が精神科病院に期待した監置と治療という役割は精神病患者監護法と精

神病院法が併存して実現できるものであったのだろう。しかし、二つの法律は併存したが、二つ法律によって期待された病院の数は増えなかった。したがって入院治療も進まなかったと同時に、病院での監置者の数も増加していない。その結果、私宅監置者数が増える。これは精神病患者監護法が効力を発揮していたことを示す。行政が把握している1918年（精神病院法成立前年）の私宅監置者数は4000人弱である。対して精神病院法成立後16年経過した1935年の私宅監置者数は7200人ほどとなっている。1918年と1935年の病院監置数は5000人と変わらない。また、どこにも収容されていない者（1918年では未監置、1935年では放置）はそれぞれ42000人と65000人となっている。

ではいったい精神病院法制定後、精神科病院・病床がどれくらい増えたのか。1879年に東京癲狂院（その後東京府巢鴨病院、東京府松沢病院へと名称が変わる）ができた後、1924年に鹿児島保養院（鹿児島県立始良病院）、1926年大阪府立中宮病院（大阪府立精神医療センター）1929年神奈川県立芹香病院（神奈川県立精神医療センター

芹香病院）1931年筑紫保養院（福岡県立精神医療センター 太宰府病院）1932年愛知県立城山病院、札幌市立病院静療院（札幌市児童心療センター）と公立の精神科病院が建設されている。

ではなぜ公立精神科病院の設立が進まなかったのだろうか。精神病院法では公の責任において精神科病院を建設できる旨が記されていた。その後、国公立病院を建設しなくとも代用精神病院（私立病院）を指定することで国公立病院に代えることができることとなる。理由として1914年の第1次世界大戦勃発から1918年シベリア出兵と米騒動といった社会情勢不安、加えて1921年には関東大震災と続く震災恐慌などの情勢から当時の国の経済状態は低迷したことによって国公立病院建設が困難となったためである。

1935年（昭和10年）の全国の病院数は143であり病床数は18981床である。その中で公立病院は7病院にとどまっている。当時の精神科病床数の増加の困難さについて、内務省社会部長の語りを紹介する。この語りは1934年の精神病患者救療事業座談会でのものである。

社会の同情や識者の理解のもとに、もつと病院の設備を完全にしなければならない、現在の設備は甚だ貧弱である、之は何びとも認めざる。さり乍らそれを認めつつもやはり(国策としても社会の勢ひとしても盛んになつてゐる)新しいものに押される。よく方面委員から精神病院の設備をよくし、気の毒な精神患者の為に救ひの手を延ばしてと云はれますが、現在は軍備に、東北の凶作地に、九州の旱魃に、財政上事実已むを得ないのであります……………（岡田

1964)

精神病院法が「憐れむべき同胞」への医療を施すことと目指し制定されたものであることは述べた。他方、精神病者監護法によって公立病院が治安維持施設という性質もあることも述べた。次に公立精神科病院建設が治安維持という性質を帯びて命じられた例を挙げる。

東京癲狂院に次いで建設されたのは鹿児島保養院である。鹿児島保養院建設は当時の鹿児島県知事が「治安維持のため至急病院を作って精神病／障害者収容しろ」という命令を下したことによる。命令を下すきっかけは、英国皇太子が来日・来県の際「精神病／障害者が恐ろしい」と述べたことや、鹿児島で陸軍の大演習に際して天皇の行幸がなされるからといったものである。同質の事例として府立中宮病院建設に関するものがある。小林は「3番目にできたのは大阪府中宮病院（1926・大正15）である。これは大阪府で私宅監置の患者が監置室を破って外に出て、通行人を傷つけたという事件が起きた翌年のことだった」（小林1972）と述べる。小林が指摘する事件と中宮病院建設がどのように関係しているのか／していないかについて筆者の管見では見つけることができなかったが³⁾、鹿児島保養院の例と合わせてみると無関係ではないと思える。それは「危険性の強い犯罪性精神病患者、または道府県立の病院で監護困難な精神病患者を収容するために、直ちに出来ないかもしれないが、速やかに国立の精神病院を設置したいと考えている」や「現行の監護法は監置と云うことが主になっており、取り締まりを主眼とする規定であるが、この取

締りと同時に、他面に於いて保護・治療の機関として病院を造って、両々相持って精神病院としての性質を完全にしたいのである。この意味で監護法を廃止することはできないのである」という「憐れむべき同胞」に対しての治療以外にも社会的要請（治安維持）に応える機能も期待していた政府の見解によるところが大きい。

精神病院法成立後の精神病／障害者と家族の様子

精神科病院・病床数の不足していた状況で患者と家族はどういった様子であったか。八木・田辺は「東京市内浮浪者及び乞食の精神医学的調査」（村松、松本、齋藤1942）の調査結果を次のように紹介する。

4)

村松の調査によると、昭和一四年（一九三九）に行われた東京市内の浮浪者と乞食の一斉収容で東京市養育院に収容された三八六名のうち最も多いのは精神薄弱（四六％）、次が分裂病とその疑いを中心とする精神疾患（二九％）であった。

著者らはこの調査から、浮浪者と乞食に関しては社会的生活力の欠損の主因は社会的条件よりも医学的条件に見出されることが多いが、彼らは家庭的ないし社会的な保護を失えば直ちに浮浪や乞食によってその生命を保持するほかに途がないから、この場合には社会的条件が副次的な要因として働くとみた。

そして彼らに対する社会施設の貧弱な日本で、浮浪と乞食の数がこの程度にとどまっていることは、多くの家族が彼らの保護に如何に努力しているかを示すとも解釈できるという。（八木・田辺2002）

村松らの調査より4年前の1935年には

京都市社会課刊行した「精神障害者に関する実態調査」というものがある。この京都市社会課刊行の調査報告が『精神医療』（岡田編 1964）にあるので紹介する。調査報告では病院に収容・監置されている者が 823 人であるとし、未監置が 1443 人であることと未監置の家庭の経済状況が悪いことが報告されている。未監置者の過程の 87% が借家住まいであることや納税世帯が 16% 未満であり中でも所得税納税世帯は 5.7% であったことも述べられている。これは 1935 年当時京都市全世帯における所得税納税世帯が 11.5% であったことから経済状態が悪いことがわかる。

他方、精神科病院に入院・監置されている人及び家族の状況はどうであったか。山梨県の方面委員（現在の民生委員の前身）の報告を紹介する。

1930 年春、甲府市内の月収 40 円程度の 7 人家族の家庭で主婦が発病。親戚・知人の援助をうけて脳病院に入院させたが、1 日 1 円 50 銭の入院費がつづかず、20 日間で未治のまま退院させた。しかし、ときどき患者が暴れるので市立療養所に監置したが、看護費が払えず、おまけに不況のため営業不振におちいった。子供たちは女給・子守りなどして家計を助けるが生計の困難はますます。市当局は滞納された治療費の支払いを親戚に命じたが、あまり重なるので親戚も払い合れない。そこで県当局や東京の中央社会事業協会とも救済の方法を協議したが、監護法には精神病者の監護義務者は 4 親等内の親族があたるべきことを規定しているので、どうすることもできない。

夫は自宅に監禁室をつくり、私宅監置の許可をうけた鶴 ときどき監禁室を破って患者は街

の中を徘徊する。一家は心の安まる余裕がなく、その日の食費にもことを欠く有様だった。休業同様の夫を古物商に転業させたが、なれない商売のために失敗、援助しつづけてきた親戚ともども窮境に立ってしまった。

ここで発病後 4 年目の 1934 年、はじめて県費による治療費の支弁が許可され、患者は市立療養所に再入院となった。（岡田靖雄 編 1964）

これらの事例は問題が精神病院・病床の不足だけではなく当人や家族の経済的困窮も問題であることを示している。他方、「東京市内浮浪者及び乞食の精神医学的調査」では、当時の東京市内浮浪者及び乞食しめる精神病／障害者の割合が低い理由として家族が家庭で保護していると分析している。

精神病患者／障害者と家族の経済的問題については精神病院法制定に際しても次のように質疑がなされている。

生存競争が激しくなるにつれ、生活上の劣敗者が煩悶した結果、精神に異常を来すことはしばしば実見している。従って、救貧防貧の制度が必要と考えるのだが、内務省はこの点について何もしていない。徒に多くの精神病患者を造って病院を増やしたところで、その原因を排除しなければ、この政策は達成されないのではないか（岡田靖雄 編 1964）

この質疑に対して政府委員は「ナショナル・インシュアランス（社会保険）のような制度を施行することが当面の急務でないかと確信している。とはいえ軽々に施行できるものではなく、今のところ国民疾病保険制度が必要と考えている」と制度の創設を示唆した。その後、健康保険法が施行さ

れているが保険加入者は人口の 3%ほどであり精神病／障害の経済的困窮が解消されたとはいえない。

第二次大戦後、経済的困窮による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」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。精神病院法が制定された際に機能が「治療以外にも社会的要請（治安維持）に応える機能」があったことは述べた通りだ。そしてそれは精神科病院が増える際／増えた後も続く。これら戦後の状況は次回以降に述べる。

病院における治療法

精神病者監護法や精神病院法が成立した明治・大正期から昭和初期の精神病治療とはどのようなものだったか。

呉秀三が実践した療法に作業療法がある。秋元は「呉は公立精神病院で作業療法を組織的に実践した最初の人物」と評している。秋元によると呉は移動療法として「作業療法」と「遣散療法（今日のレクリエーション療法）」に分け行っていた。東京巢鴨病院が松沢に移転した 1919 年頃には加藤普佐次郎が作業療法を行っている。

浅野弘毅は作業療法について次のように

評している。「戦前における作業療法は、人道的、慰安的な立場から開放処遇を目指していた。ところが、戦後、精神科外科の後療法として登場し、精神病院の急激な増加と即応して普及した「生活療法」の考えによって、このような作業療法の原型は矮小化されていくのである」（浅野 2000）

また、加藤が論文「精神病者ニ対スル作業治療並ビニ開放治療ノ精神病院ニ於ケル之ガ実践ノ意義及ビ方法」で作業療法の目標は開放治療であると述べたことを浅野は評価するが、同時に呉や加藤らによって理論的基礎を与えられた作業療法が 1930 年代にはショック療法にとってかわられたとも述べる。浅野の「作業療法が開放治療を目指していたことが精神科病院の急増に即応する矮小化された」という指摘は、「脱精神科病院」を考えるうえで重要な論点であろう。

この「矮小化された作業療法」に至る過程での精神科外科と生活療法となんであるか。生活療法が精神科病院で果たした役割とは何かなど述べるべき点は多い。この精神科病院の急増と作業療法、生活療法の関係については次回以降に考察していく。

話を当時の治療法にもどす。作業療法の後にショック療法が登場した。ショック療法には「インスリンショック療法」や「電気ショック療法」などがある。「インスリンショック療法」はインスリンを大量投与することで低血糖ショック状態を引き起し興奮状態やうつ症状を治療するものである。

「電気ショック療法」は頭部に 100 ボルト前後・200-300mA/秒の交流電流を通電させるというものであり現在でも精神治療法として用いられる。風祭は「精神疾患の治

療は大別して、(1) 物理的・科学的手段による治療法、(2) 心理・社会的な働きかけによる治療法、にわけられる」としている。

(風祭 2001) 風祭の分類に従うと作業療法は「心理・社会的な働きかけによる治療法」となり、ショック療法は「物理的・科学的手段による治療法」(=身体療法)となる。

ショック療法などの物理的・科学的手段による治療法が作業療法に代表される心理・社会的な働きかけによる治療法とってかわった理由の一つは当時の精神医学が精神疾患を身体疾患と同じように一体の原因が身体変化を生み精神症状を呈すると捉えようとしていたからであろう⁵⁾。つまり精神疾患は脳の病であると考えた。そして治療は脳に物理的影響を与える方法がとられたということであろう。秋元はこの身体療法が始まったきっかけについて、不治の病とされていた進行性麻痺(梅毒スピロヘータが脳を侵して発症する慢性脳炎)の治療にマラリア療法(毒性の比較的弱い三日熱マラリア病原虫を接種して行う発熱療法)により治療が可能となった。その後このマラリア療法がきっかけとなり身体療法に傾斜していったと述べている。(秋元 1980)

投薬による精神病治療も身体療法の一つであるが、投薬治療本格化したのが 1950 年代の中ごろからである。それ以前は(中には現在も)紹介したような療法が採用・実施された。それら身体療法の中で、戦前後に広まった精神科外科療法(ロボトミー)には批判が多い。

わが国初の精神科外科療法は 1938 年に新潟大学で実施され、その後 1947 年に松沢病院で開始されると精神科外科療法は全国

的な広がりを見せる。1950 年の第 45 回日本精神神経学会までに 2000 例の手術が行われている。後年(1975 年)日本精神神経学会が『精神外科』を否定する決議を採択した。

述べたように精神科外科療法が最初に行われたのは 1938 年である。その 12 年後の 1950 年には 2000 例の手術が行われている。この爆発的な広がりの原因を戦争による精神科医療の荒廃であるとする見方がある。

秋元は戦後精神科診療体制復旧にあたり電気ショック療法が広まったと述べ、その理由としてインシュリンが手に入りにくかったからだとしている。そして精神科外科療法が広まった時期も同じであると述べている。同じく浅野も戦争による精神科医療の荒廃とロボトミーの関係について、1975 年の日本精神神経学会シンポジウムでの野瀬の発言を次のように紹介している。

治療という治療には、何でもいい、すがりつきたい我々の気持ち、時あたかもちょうど導入され始めたロボトミーにタイミングが合い、しかもこれが経済的にもインシュリンに比べ我々医師の労力と汗のみで全く費用が要らないという点も、大いにロボトミーの全盛を迎えた理由でもあった。(浅野 2000)

1950 年代中ごろ以降、精神科の治療法は精神科外科療法やショック療法から投薬による治療にシフトする。しかし投薬治療の身体療法の一つであることは言うまでもない。そして現在の精神科治療の中心は投薬によるものであるが問題がないとは言えない。

小括

本稿では精神病患者監護法と精神病院法の性質を成立までの国会における議論を紹介しながら述べた。精神病患者監護法の性質は社会防衛のため精神病／障害者取り締まりの手続きであったことに対し、精神病院法では保護治療という考え方が示されたことは間違いない。しかし、政府は精神科病院に「監護と保護・治療」という機能を求めたことが政府委員の国会答弁などからわかる。また、明治・大正期にも精神病／障害者の自由や人権をどのように考えるかといった議論も散見される。この精神病／障害者の自由や人権に関する議論は今日の非同意の入院や行動制限、移送の問題といった場面での議論と性質を同じくする。

次いで大正期から昭和初期の精神病／障害者と家族の暮らしぶりについて紹介した。紹介した事例では精神病／障害と家族の関係。あるいは精神病／障害と貧困の問題が浮き彫りにされる。紹介した数十年前の事例は、現在の精神病／障害と家族の関係あるいは精神病／障害が抱える経済的困窮を見るようだ。そして現在、これらの家族中

心のケアの問題や経済的問題が病院にある種の役割を付与した（積極的な入院加療の必要がないのだが、入院する／入院させる事で問題を当面目の前から隠す）ともいえる。

治療法の変遷についても、効果がある／ないといった理由だけである治療府が採用されるわけではないようだ。社会情勢、経済的な問題が関係し古い治療がなされなくなり新たな治療法が採用される。そして新たな治療法は社会情や経済（病院の経営）に影響を及ぼす。1950年代後半から精神科病院建設ラッシュが起こり、そのほとんどが私立精神科病院である。精神科病院建設が政策からも後押しされた一面もある。他方、過剰な投薬が病院経営を安定させ精神科病院増加に寄与したという指摘もある。

次回からは戦後日本の精神科病院増加と病院即ち治療の場とはいい難い精神科の現状とその状況を醸成した原因について述べたい。

注)

- 1) 第29条 都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。
- 2) 前項の場合において都道府県知事がその者を入院させるには、その指定する2人以上の指定医の診察を経て、その者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めることについて、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。
- 2) 精神病患者監護法成立時には本文では削除され内務省省令で規定されている

- 3) 広田の著作では「1926年には私宅監置者が監置室を抜け出し、通行人を殺傷した事件を契機に大阪府中宮病院が設立された」とある。
- 4) 村松常雄,松本肇,斎藤徳次郎 1942「東京市内浮浪者及び乞食の精神医学的調査」『精神神経誌』46:70-92
- 5) この点については対人援助学マガジン vol9 で「ウィルヒョウの細胞病理学の影響も大きかったといわれる。つまり、他の疾患では細胞の変化がみられることから、精神病のさい脳細胞の回復不能の変化を予想し、悲観的に考えたのである。クレペリン (E.K raepelin,1856-1926) の早発性痴呆学説 (1899) は、この悲観論を臨床面から理論づけたこととなった。(全国精神衛生連絡協議会 編 1969)」という記述を紹介している。

文献)

- 秋元 波留夫 1971 『異常と正常——精神医学の周辺』 東京大学出版会
 ————— 1980 『心の医療——生きる権利の原点をもとめて』 大月書店
- 秋元 波留夫・富岡 詔子 1991 『新 作業療法の源流』 三輪書店
- 浅野 弘毅 2000 『精神医療論争史——わが国における「社会復帰」論争批判』 批評社
- 古山 周太郎・土肥 真人 1997 「東京都における精神病院の立地変遷に関する研究」『都市計画論文集』第32号 pp379-84
- 古山 周太郎 2003 「都市施設としての精神病院の成立に関する研究——明治・大正期の精神病院論にみる配置・立地論に着目して」『都市計画論文集』No.38-3 社団法人 日本都市計画学会 pp841-846
- 東中須 恵子 2009 「歴史に見る精神障がい者の処遇：鹿児島県公立病院の場合」『看護学統合研究』Vol.10 No.2
- 広田 伊蘇夫 2004 『立法百年史～精神保健・医療・福祉関連法規の立法史 増補改訂版』 批評社
- 金川 秀雄・堀 みゆき 2009 『精神病院の社会史』 青弓社
- 風祭 元 2001 『わが国の精神科医療を考える』 日本評論社
- 小林 司 1972 『精神医療と現代』 日本放送出版界
- 黒田 研二 2006 『大阪の精神医療』 大阪公立大学共同出版会
- 三野 宏治 2012 「脱精神科病院「アメリカの脱精神科病院①」」『対人援助学マガジン』第10号 対人援助学会 pp153-164
- 岡田 靖雄 2002 『日本精神科医療史』 医学書院
- 岡田 靖雄 編 1964 『精神医療』 勁草書房
- 八木 剛平・田辺 英 2002 『日本精神病治療史』 金原出版
- 全国精神衛生連絡協議会 編 1969 『精神医療の展開』 医学書院

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第9回

脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院②」

三野 宏治

前回まで二回にわたり明治初年から大正期における精神病／障害者がおかれた状況について、関連法（精神病患者監護法と精神病院法）成立過程での議論をもとに紹介した。少ないながらも明治期から大正初期にかけ精神科病院がいくつか建設され、精神病／障害者（その他の者）が収容（治療？）をされた。同時期に呉秀三を始めとした精神科医の幾人かは政府に対して「公の責任において精神科病院建設をすすめるよう」働きかけを行った。他方、政府は精神病／障害者（その他の者）を〈私宅監置〉するための手続き法である「精神病患者監護法」をまず成立させた。呉たちは「精神病患者監護法」を批判し「精神病患者監護法」のもと〈私宅監置〉されている精神病／障害者の実態を調査した。その上で治療と病院建設の必要性を訴えた。呉たちの活動もあり大正期になり「精神病院法」が成立したが「精神病院法」成立後も公立の精神病院／病床は増えなかった（現在でもそれほど多くはない）。「精神病患者監護法」と「精神病院法」は1950年まで併存しそれぞれ機能していたという点だ。そのことは「精神病院法」成立後も病院・病床数が増えず〈私宅監置〉が増えたことからわかる。ただ強調すべき点はそれぞれの法律がそれぞれ独立したものとして存在し機能していたという点だ。1950年に「精神衛生法」が成立し「精神病患者監護法」と「精神病院法」は廃止され〈私宅監置〉が禁止される。これが前回述べた大まかな内容だ。

今回は「精神衛生法」の成立過程から「精神衛生法」がどのような性質を持っているのかという点と、当時の精神医療の様子を紹介することで「脱すべき」もの（場所）は何か（どこか）についての論考の緒としたい。

筆者の問題意識は「精神衛生法」によって「精神病患者監護法」と「精神病院法」は廃止されたが、「精神衛生法」は「精神病患者監護法」と「精神病院法」の性質が統合されたものであるという点にある。そして「精神衛生法」は改正を繰り返して（名称を変えて）いるが

その性質は変わっていない。つまり「精神病院法」がもつ治療・保護という性質と「精神病患者監護法」がもつ保護・監置という側面である。いうまでもないが、治療・保護は本人の希望を基盤とし保護・監置は社会防衛つまり社会あるいは本人以外の者の要請によるという性質がある。

終戦直後の精神医療

まず、終戦直後の精神医療を概観する。終戦直後は経済的にも社会的にも混乱していたことは自明のことであり医療もその例に漏れない。病院総数が1941年に4858に対し1945年では645と7分の1に激減していることから十分な医療が提供されていたとは考えにくい。精神科についても167あった病院が32に、病床数も23,958から3,995に減少している。治療法に関しては向精神薬が登場したのが1952年であるため終戦直後には薬による治療は存在せず、戦前から行われていた各種ショック療法が引き続き採用されている。ただ、インシュリンショック療法に関しては物資（インシュリン）の入手が困難であるため実施例は少ないようだ。この時期に多く採用されたのが電気痙攣療法（電気ショック療法）である。同様の理由でロボトミーが多く実施されたのもこのころであるⁱ。

他方、入院患者はどのような様子であったのか。電気ショック療法の実施例が増えたことは述べたが、全身麻酔を施すことが省略され実施されたため患者にとって恐怖の対象となったという。全身麻酔を省略された理由が物資の不足であるのか他の理由によるところかは筆者の管見では見つけ出せなかった。しかし物資が比較的潤沢な時代になってからのとなつてからの電気ショック療法についても全身麻酔で実施されていたという例がある。それは治療・看護者

の数や手間または薬物療法では治療費がかさむといった理由によってであるというⁱⁱ。治療対効果の問題や経済的の視点は精神科治療（精神科だけではないだろうが）の変遷を確認する際に要素の一つとして見落とせない。1950年代後半から私立精神科病院が増加する。増加の要因としては制度・政策による誘導がある。他方、その政策を病院（治療者たち）が引き受けたことで病院が増加した。治療手間がかからぬ方法を採用することで多くの患者が治療できる。これは経営の視点からも病院経営者にとって肯定的に受け入れられた。精神科病院入院が治療を目的にするだけではなく社会防衛の役割を担ったことは述べたが、戦後になって精神科病院での入院治療は治療と社会防衛だけではなく経営という要素が強くなる。その経営と治療（方法）は無関係ではなく密接に関係するのだがそれは改めて述べる。

終戦直後の物資の不足は医薬品だけではなく食料品にも及び多くの入院患者が餓死したという。広田によると1945年の東京都立松沢病院（当時は東京府立）在院者数が1169人であり死亡者は478人である。そのうち栄養失調による死者数は298人である。死亡者478人の中には戦災等による死者も含まれるが、食糧事情状態の悪化が入院生活にも多大な響を与えていたことがわかるⁱⁱⁱ。では、入院していない精神病／障害者の様子はどうかであったか。1950年に「精神衛生法」が制定され〈私宅監置〉が禁止され

るまでは「精神病患者監護法」は効力を持っていた。1947年の調査では千葉県に111の私宅監置室がおかれていた。〈私宅監置〉がなされていなかった精神病／障害者の様子に関してかかれた資料などは見つけることはできなかったが、多くの国民同様（それ以上）に食糧・日用品などの物資調達に難儀していたことは想像に難くない。

精神衛生法成立からみる法の性質

冒頭に筆者の問題意識が「精神衛生法」は「精神病患者監護法」と「精神病院法」の性質が統合されたものであることは述べた。この「精神衛生法」がもつ性質は次の金子準二の言葉からもわかる。

すでに昭和の初年ごろから、精神病患者監護法と精神病院法とを一本化し、整備したいとの希望があつて、官民いずれでも研究し、その試案が精神衛生会などにもあつたが、昭和24年日本精神病院協会が全日本の私立病院の結束を目標として設立され、多年の要望である精神病患者監護法と精神病院法とを一本化した日本精神病院協会案を作成し、当時の中山寿彦参院議員に提出し、中山参院議員の尽力によって条文整理があり、議員提出案となつて決定したもので、民間精神衛生運動の結実である（岡田 1964）

金子は「精神衛生法（案）」（金子私案）を作成した人物であり、戦前内務省で精神病／障害者行政に関わっていた医師である。金子の発言からも「精神衛生法」は二つの法を統合したものであり、「精神病患者監護法」を否定したものではない。そして金子私案が「日本精神病院協会」内の法令研究委員会でもまとめられている。日本精神病院

協会は1949年7月に「全国の私立精神病院をもって構成する」として設立された。

日本精神病院協会設立に関して、広田は前年に出された「医療制度審議会の答申」と関係があると述べている。医療制度審議会の答申の内容を広田の著作から引用する。

- (イ) 開業医制度は存置すること。
- (ロ) 公的医療機関を速やかに整備すること。
- (ハ) 公的医療機関の経営主体は、将来原則として都道府県等の地方公共団体たらしめること。
- (ニ) 収容施設の従業員につき一定の基準を設けること。
- (ホ) 適当な地域毎に主として公的医療機関である総合病院を「メディカルセンター」とし、これを開業医等の利用に供するとともに、医療関係者の修習機関とすること。
- (ヘ) 社会保険制度を整備し、特に公的医療機関は全面的に社会保険診療並びに生活保護法による医療助賛を行うこと。
- (ト) 医療機関は保健所、その他の保健予防衛生事業に積極的に協力すること 等

広田は答申の「将来的に精神病院は国営とする」との一文に注目し、日本精神病院協会設立への影響を指摘している。つまり、「精神科病院を国営とする」ことが現実的には困難であったにしろ私立精神科病院は「国営とする」という文言にたいして反応し、協会設立がなされたというのだ。

さて1919年の「精神病院法」制定時に「憐れむべき同胞のために病院を設置する」という趣旨の政府によって示されている。他

方、「精神衛生法」成立過程では「精神病院法」制定時で出されたものとは違った考えが示される。以下に示す中山議員のおこなった法案の概要説明からもわかる。

第一に荷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わえることにした。第二に、従来の座敷牢による私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

審議会を厚生省の付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にした（広田 2004）

中山の説明から、法律の性質が「社会生活を破壊する危険のあるものとして精神障害者の対象を拡大し病院に監置する」ためのものであったことがわかる。これは社会防衛の視点に由来しているといえる。しかしこの「精神衛生法」について、金子私案が「日本精神病院協会」内の法令研究委員会によってまとめられていることを考えると医療側も「社会生活を破壊する危険のあるものとして精神障害者の対象を拡大し病院に監置する」ことを否定していなかったと考えられる。「精神病患者監護法」制定時には政府の要請によって精神科病院が社会防衛のための装置として意味を付与され、呉を始めとする医師たちはそれに反対をした。他方、1950年制定の「精神衛生法」では「精神病患者監護法」と「精神病院法」双方の性質を受け継ぐことで、結果として精神科病院が社会防衛のための装置としての機能を、医師を含んだ医療の供給側からも与えられたといえる。

措置入院＝社会防衛のための隔離であることは、1965年の公衆衛生審議会の「措置入院制度」審議の行政側からの意見陳述からも明らかである。同審議会の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)

この考えに対して私立精神病院協会の代表委員は協会理事会で次のように述べ、審議会においても同様の発言を行った。

精神神経学会は本条項について、自傷・他害の表現を不相当とし、文言として廃したいとの意向であるが、これを除くことには危険を感ずる。措置入院費は社会防衛ということが趣旨であり、この線が崩れると国庫負担はむつかしい。そのため予算減となるのでは困る。表現は美しくとも、実際面がなくなつては困る。(広田 2004)

「公費による措置入院が崩れてしまうのは困る」という私立精神病院協会の主張は病院経営の観点からみての「困る」のであろう。1950年以降、公費による措置入院措置入院は増大しそれに連動するように精神科病院数・病床数は増えている。もちろん精神科病院数・病床数増加の要因が措置入院だけに求められるものではない。では、どのような要因で精神科病院数・病床数が増えたのか。そしてそれはどのような結果をもたらしたのかについて述べる

精神科病床数増加について

終戦直後の精神科病院・病床数は他の医療機関と同じく極めて少ないことは述べた。その後、精神科病院数・病床数は増大していくのだが、それは私立精神科病院の増加

とって良い。1945年に32であった精神科病院数は1955年には260となり、1960年には506となっている。病床数については1945年に3995であったものが1947年に17196と増え、1949年には15762と減少している。ところが1955年には44250と増加し8年後の1963年には136387、1973年には265904と急速に増加していることがわかる。さらに国公立病院病床数の変化と私立病院病床数の推移をそれぞれ見ていくと、1957年の国公立病院病床数が15037、1967年には33023、1977年には39544であった。対して私立病院のそれは1957年49688、1967年に168785、1977年には247761である。

ではなぜ精神科病床数とくに私立精神科の病床数がこれほど増えたのか。一つに医療制度やの変遷の影響が考えられる。1950-60年代の医療にかかわる制度・政策を列挙する。

- ・1950年 医療法改革
- ・1960年 医療機関への低利融資
- ・1961年 国民皆保険
- ・1961年 措置入院国庫負担割合 1/2→8/10
- ・1962年 医療法一部改正→国公立病院の病床数の増加抑制

1950年の医療法改革では個人病院の法人格取得を容易にする医療法人制度が設けられ、1960年の医療機関への低利融資を目的とした医療金融公庫の設立や国民皆保険制度の成立した。翌年には医療法の一部改正され「国公立病院の病床増加抑制」が謳われる。これらは医療全般にかかわること

だが、精神医療における私立病院が増加する条件としても考えられる。他方、私立精神科病院の病床数の増加は経営という問題抜きには考えにくい。経営者にとって「増床したが病院経営は悪化した」という結果は回避したいと考えられる。次に経営悪化にならない仕組みとはどういったものかについて述べる。

1958年10月02日 厚生事務次官通達がいわゆる精神科特例(発医第132号)の通達となされた。精神科特例とは精神病院を特殊病院と規定・医師の数は一般病院の3分の1・看護婦数は3分2を可とするものである。手厚い医療を行うという点では批判がおおい。しかし実際には病院経営の観点からは人件費抑制策としてとらえられ採用された。また、1962年の措置入院国庫負担割が1/2から8/10に上がったことは、1961年の厚生省事務次官通知(衛発311号:1961年9月11日)「自傷・他害のおそれのある精神障害者は、できるだけ措置入院させることによって、社会不安を積極的に除去することを意図した」と相まって措置入院患者を増加させた。ここからも行政が精神科病院に求めた役割が見て取れる。

他方、措置入院制度は家族にとっても治療行為の供給源としての病院ではない別の意味が付与される意図が含まれていたという見解もある。

2010年に精神科医へのインタビューの際に入所施設・精神病院建設の話聞いた際、その医師は次のようなことを述べた。「アメリカでは1960年代から精神病院の病床数減った。しかし日本はそのころから逆に増えた。僕らが医者になった頃からだ。理由として池田勇人総理が高度成長政策を

打ち出した。安保が終わり、高度成長政策ではそれまでの労働力では足りない。そこで、家庭の主婦などがどんどん労働力として引き出される。ただ、家庭に障害者がいるとその労働力を引き出せない。だから施設を作らないといけないということで、施設や精神病院を作りだしたわけです。」彼は障害者施設・精神病院建設に関して、本人の介助をしていた家族の家庭外での労働に要因があると述べたiv。

この見識が正確であるか否かの検証を筆者は行っていないが、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」に適応された「経済措置」といわれるものが存在したv。

精神科病院は社会的防衛としての機能や家族の(経済的に限らない)負担の担い手としての役割を引き受けた。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。これまで述べた視点は精神科病院が様々な要請を受けた結果の病床数増加である。ただ、精神科病院が積極的に患者を捜し入院させ病床数を増やしていったという指摘もある。

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)

黒田の指摘からは、社会や家族の要請にこたえた結果としてだけで精神科病院数・病床数がふえたのではなく、精神科病院が積極的に病床数を増やしていったことがわかる。つまり精神科病院・病床数の増加は、一つに政策として精神科病院特に私立の精神科病院を増やす方向性が打ち出されたことと一それは精神医療の対象者の範囲を広げるといふことにおいても一、精神科病院を経営することに益があった経営者がいたことが関係しながらそれぞれの思惑によって進展した結果であろう。

前掲した黒田の「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」といった表現からもあるように、精神科以外への入院と精神科病院への入院とは違った趣がある。それはもちろん措置入院に見られるような本人の意思とは違った力の介在や、治療ではなく病院経営という理屈で患者が扱われている点からもわかる。黒田の表現にある「向精神薬による入院管

理」からもわかるように患者を管理するという点が、治療のために管理することが、患者のためであるのか医師たちの都合かという論点でもあるが、その後医師たち自身によっても問題視された。

ここで再度、「脱精神科病院」が何を意味するのか考えてみたい。病院を出ることの困難さや入院生活自体の問題は確かにある。ただ筆者は「脱精神科病院」は病院を退院することと同義であると素直に結論付けられない。では何から脱することを「脱精神科病院」というのか。なぜ、「脱精神科病院」＝退院と結論付けられないのか。次に知的障害者の大規模入所施設の設定と解体について述べ「脱精神科病院」を考える一助としたい。

1960年代の知的障害者入所施設建設

精神科病院・病床数が飛躍的に増えた1960-70年代には知的障害者大規模入所施設の建設が行われている。知的障害者の大規模入所施設建設は、1965年首相の諮問機関である「社会開発懇談会」の中間報告が大規模コロニーの設置推進策をうちだしたことから始まる。同年、厚生省の「コロニー座談会」が示した「国、自治体に1ブロック程度コロニーを設立する」という意見書に基づき国立コロニーや各都道府県単位の大規模入所施設が建設されている。この時に入所施設の意義として呈された考えは、知的障害者を保護し入所施設での生活に適応させるための枠であるというものだった。

入所施設設立の動きは1965年の「コロニー座談会」が重症心身障害者の総合施設プランの意見書を厚相に提出する以前から動きは

あった。1952年に現在の「手をつなぐ育成会」の前身である精神薄弱児育成会が結成される。会の結成の目的は「わが子を保護し、養育する場としての施設の設立」を国に対して要望するためであったという。そして、1953年に精神薄弱児育成会の要望に答える形で精神薄弱児対策基本要綱（次官会議決定）が成立している。要綱の項目には、知的障害者を「収容している少年院の拡充強化」、不良行為を伴う知的障害児を「国立救護員に収容設備を整備充実」、知的障害児の「医療のための精神病院の増床」、遺伝性の知的障害者に対する「優生手術の実施促進」という差別的な内容も含まれていた。（井上・岡田 2007）

1960年には精神薄弱者福祉法が制定され、成人した知的障害者福祉施策が始まる。そして冒頭で述べたようなコロニーの建設が始まる。その後1970年に心身障害者対策基本法ができ、翌年に「社会福祉施設整備緊急5ヵ年計画」が策定され入所施設の量的な拡大が図られる。1977年には共同作業所全国連絡会発足が発足し、1981年の国際障害者年以降ノーマライゼーションという言葉が知られるようになり知的障害者の権利意識が高まっていく。入所施設の量的拡大は1977年に厚生省が「精神薄弱者通所援護事業補助要綱」を策定し、地域生活支援の方向性を打ち出すまで続いた。

2000年に入ってから脱施設の動きが具体的に現れるが、それより以前から様々な制度・政策が整備され地域生活移行の準備が始められていた。1987年には国民年金法改正され障害基礎年金が新設された。障害基礎年金は経済的な自立を考える上で重要あり、地域移行と障害基礎年金の創設に関

する経緯については、田島良昭（1999）が言及している。1996年にはグループホームの公営住宅開設が可能となり、2000年にはグループホームの就労要件が撤廃される。同時にホームヘルプサービス事業の対象を重度者から中軽度者に拡充されなどの支援策がとられた。

2006年6月施行の障害者自立支援法を受け地域移行がすすむと、地域での生活＝グループホーム・ケアホーム入居という方針が強調される。もちろんホームヘルプなどを利用して一人暮らしをするという方法もあり得る筈だが、都道府県の障害担当課は「グループホーム設置が急務である」とした。また新聞などのメディアも地域での生活＝グループホームという前提のもと報道を行った。このような潮流は現在でも変わっておらず、筆者が2011年3月まで所属した社会福祉法人においても、2年の間でおよそ20人分グループホーム・ケアホームが開設されている⁵⁾。

2002年12月生活支援分野施策の施設サービスの再構築を行い、施設等から地域生活への移行推進として入所者の地域生活移行の促進と入所施設は、真に必要なものに限定するという閣議決定がなされた。この方向性について多くのメディア、福祉実践者や研究者はノーマライゼーションの具現化であると好意的な反応を示した。

2003年の「障害者基本計画」では入所施設の建設抑制を明言し入所施設整備の数値目標設定を取りやめた。また同年3月、厚生労働省の「国立コロニー独立行政法人化検討委員会」は、国が管理する唯一の重度知的障害者入所施設「国立コロニーのぞみの園」（群馬県高崎市）の511人の入所者

を段階的に地域のグループホームなどへ移すべきだとの中間意見をまとめ、大規模入所施設から地域生活へ生活の場を移す政策動向が具体的な動きとして現れる。

何から脱しようとしているのか

ここで、グループホーム・ケアホームは入所施設ではないのかという問題がある。少なくとも国はそう判断していない。平成17年に行われた「知的障害児（者）基礎調査結果の概要」の調査対象者はその目的に「在宅知的障害児（者）の生活の実状とニーズを正しく把握し、今後における知的障害児（者）福祉行政の企画・推進の基礎資料を得ることを目的とした」とあるように、社会福祉施設入所者（知的障害児施設、自閉症児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設（入所）、知的障害者授産施設（入所）は対象とされていないが、グループホーム、通勤寮、福祉ホーム利用者は対象としている。また、将来の生活の場の希望の項目では、「親と暮らしたい」「施設」等が減少しているのに対し、「ひとりで」「グループホーム」が増えている。」と明言していることから、施設とグループホームは別であるという認識を持っているといえよう。他方、知的障害のあるその人たちは違った考えをもっている。

ピープルファースト東京の佐々木信行（2009）は「親と暮らしている知的しょうがいのある仲間の自立生活についてその家族や親に話をすると「施設のほうが安心だ」と言われることが少ない」と述べている。加えて、入所施設では未だに虐待がたくさんあり安心ではないことを話している。同様な見解としてピープルファースト東久留

米の小田島栄一は、「入所経験は小学6年生から。人生の多くを施設で過ごした。アパートでの自立生活開始は6年前、50歳を超えていた。入りたくなかった。もっと若いときに出ていれば——。その怒りや悲しみが原点だ。」「施設ではまわりが見えていない。だから社会に出て、自分で決めて自分でやってみたかった。入所施設はいらない。本当は地域で楽しく自立していくことがよい。」と述べている^{vi}。

ピープルファーストに関わる人たちは、単に地域で暮らすことをゴールとしていない。前述したように、地域生活移行支援施策の射程にはグループホーム・ケアホーム利用を含んだ生活が考えられている。しかし、ピープルファーストはグループホーム・ケアホームをゴールではなく通過施設にし過ぎないと考える。そして彼らは自立生活について説得する相手は家族・親であるとしている。ただ、家族・親と話すとき「自立生活はダメだがグループホーム・ケアホームであればよい」との反応が少なからずあることも、グループホーム・ケアホームという選択肢の必要性を示すものだという^{vii}。

ピープルファーストは、単に入所施設から地域に生活する場を移すのではなく、自分で決めて自分で生活することを目的としていると主張する。それは福祉や支援が管理を生むことを示し、それについては支援者も同じように感じている。入所施設の職員である藤内昌信（2009）は、「支援者も見守りが本人にとって「監視」となっていることを意識する必要がある」といい、尾中文哉は「施設を出た」にも拘らず、施設にいたときと類似した生活になってしまう危

険である。この可能性は、「ケア付き住宅」に住む場合でも、介助者を自ら集めて一般住宅に住む場合ですら（例えば、福祉的配慮を行き渡らせるヘルパーに頼ってしまうようになれば、定員一名の施設となりかねない）、存在する」（尾中 1995）と書いている。

では、親（家族）は施設についてどう考えている／いたのだろうか。2002年に発表された宮城県船形コロニー解体宣言及び関連の報道について多くの家族・親が不安や反対を表明している。この意見表明から家族・親の施設に対しての思いが読み取れる。「いいことだと思うが、今まで施設に頼ってきているので不安だ」「いつ実現できるかわからない目標で、入所希望の子供が入れなくなる」「受け皿となるグループホームが少ないのに大丈夫か」「地域生活になじめない人もいる。そういう人のために施設を続けてほしい」という内容の訴えである^{viii}。これらの意見通りに、地域移行に反対する親の説得に苦勞する施設も多いとの報道もある。

2009年に新潟県で行われた育成会研修会において育成会の副島理事長は入所施設の役割は終わっていないという考えを示している。副島理事長は当事者のニーズが地域の中で、ふつうの暮らしをしたいというものに変化したこと。その思いを実現することこそが親の願いであり育成会の運動方針にもなったことを認めながらも、入所施設以外の社会資源がほとんどなく、住処としての機能を入所施設に残し働く場を別に設けることが必要である。と述べている。この考えは先に紹介した家族・親の思いと同質のものであり、「地域の中で、ふつうの

暮らしをしたい」という当事者の望みとノーマライゼーション理念は肯定しつつも、入所施設をなくすことは制度や効果を考えると現実的でないという主張である。また、2003年に育成会の室崎富恵副理事長^{ix}は「30年以上にわたって施設で生活せざるを得なかった入所者に謝罪したい」、「ユートピアのようなものができることを期待していたが、障害者の意思は無視され、親の気持ちで入所させただけだった。地域移行によって家族に負担をかけてはいけませんが、本人が生き方を選択できるような場所を与えてあげることが大切」との見解を示した。これは同年5月に「全日本手をつなぐ育成会」と関係福祉施設で作る「日本知的障害者福祉協会」が「戻っておいで」と呼びかけるメッセージを出した際に報道されたものである。

小括

「精神衛生法」が精神病患者監護法の性質を受け継ぎ、その端的な例である措置入院に関する行政の考えを紹介した。同時に措置入院を利用した病院と家族についても言及した。1960年代には脱すべき「精神科病院」はその数を増やした。ただ、単純に「脱精神科病院」＝精神科病院からの退院ではないことも指摘した。それは、知的障害者の脱施設化の言説紹介で「脱施設とは、ただ住処をグループホームに移すだけでも、一人暮らしでも支援で生活を包囲するのではない。」といったピープル・ファーストの人たちの考えからもわかる。では、障害に対する支援ではなく「病」に対する治療ではどうか。まず、精神衛生法成立時に治療対象の範囲を広げた。この対象者の拡大よ

って治療の恩恵を受ける者が増えたことは間違いなさだろう。しかし治療の恩恵以外にも様々な現象が生まれることとなった。「精神科病院の何から脱するのか」という問いはこれらの中に回答があるように思える。

今回は 1965 年の精神衛生法改正とその内容、同時期に用いられた療法への批判についてと「脱精神科病院の必要性」が謳われる際に紹介される精神科病院の閉鎖性をもたらした人権侵害について述べたい。

参考・引用文献、URL

- 秋元 波留夫 1980 『心の医療——生きる権利の原点をもとめて』 大月書店
- 天田 城介・角崎 洋平・櫻井 悟史 編著 2013『体制の歴史——時代の線を引きなおす』 洛北出版
- 浅野 弘毅 2000 『精神医療論争史——わが国における「社会復帰」論争批判』 批評社
- 安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也 1995 『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補・改訂版』, 藤原書店
- 藤井賢一郎 2004「精神障害者の生活と医療の費用負担に関する研究」 http://homepage2.nifty.com/fujiken_0330/home/html/ronbun3_1.html (2013年8月21日閲覧)
- 広田 伊蘇夫 2004『立法百年史～精神保健・医療・福祉関連法規の立法史 増補改訂版』 批評社
- 井上 照美 岡田 進一 2007 「知的障害者入所更生施設の歴史的課題の検討—知的障害者の「地域移行」に焦点を当てて—」 『生活科学研究雑誌』 vol6:pp.209-223 大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部『生活科学研究誌』編集委員会
- 小林 司 1972 『精神医療と現代』 日本放送出版界
- 黒田 研二 2006 『大阪の精神医療』 大阪公立大学共同出版会
- 毎日新聞 2002年12月14日 「[みんなの広場] 障害者入所施設の充実も願う一」
- 三野 宏治 2013 「脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院① 補遺
- 水野 昭夫 2007 『脳電気ショックの恐怖再び』 現代書館
- 岡田 靖雄 編 1964 『精神医療』 勁草書房
- 佐々木 信行 2009 「知的しょうがい者の立場と介護派遣事業所の代表者の立場とは」『季刊 福祉労働』 124,pp66-73, 現代書館
- 田島 良昭 編著 1999『ふつうの場所でふつうの暮らしを一コロニー雲仙の挑戦〈1〉くらす篇』 ぶどう社
- 全国精神衛生連絡協議会 編 1969 『精神医療の展開』 医学書院

¹三野(2013)で浅野(2000)の記述を次のように紹介した。「精神科外科療法が広まった時期も同じであると述べている。同じく浅野も戦争による精神科医療の荒廃とロボトミーの関係について、1975年の日本精神神経学会シンポジウムでの野瀬の発言を次のように紹介している。治療という治療には、何でもいい、すがりつきたい我々の気持ちが、時あたかもちょうど導入され始めたロボトミーにタイミングが合い、しかもこれが経済的にもイ

ンシュリンに比べ我々医師の労力と汗のみで全く費用が要らないという点も、大いにロブトミーの全盛を迎えた理由でもあった。」

ii 作業療法や精神療法は時間と手間がかかる。他方、電気痙攣療法（電気ショック療法）あるいは薬物療法は作業療法や精神療法に比べると治療者の負担が軽減するのは想像に難くない。また患者・家族の経済的な問題を起点として次のような記述がある。「国民健康保険が成立するまでの「精神障害者家族の経済的負担」はかなり大きかったようです。（…）ESのために使用する電流は十円ほどもしませんから経営者としては気楽に使えたということでしょう。同じ程度の鎮静効果を上げるのに使用する薬物の代金は千円をはるかに超えるのです。すると、「お金持ちには薬物療法、貧乏人にはES」という時代もあったようなのです。「国民健康保険」が成立して、経済的負担が軽くなる」ことはこの問題を解決して、多くの人に薬物療法を提供する幅を広げてくれました」（水野 2007）

iii 広田は餓死者が多く出た松沢病院について次のような事例を紹介している。

“その頃の死体は脂っ気なんかありゃしないから、焼けやしないぞといわれ、一体につき薪 10 把、石油一升を火葬場にもっていった」との看護者の発言を記すだけで十分に過ぎよう。”

また、江副、台は次のように回想している。

“第二次世界大戦は、筆舌につくし難い物質的・精神的犠牲を諸国民に強制したが、わが松沢病院も亦有形無形の大きな損害をまぬかれることは出来なかった、昭和 21 年初頭に、南方の戦線から復員してきた筆者等は、病院の荒れ果てた姿に驚きの眼をみばった、中 1 病棟、西 7 病棟をはじめ十数棟の院内北側の建物は、昭和 20 年 5 月 25 日の第 2 回東京大空襲のさいの焼夷弾攻撃によって焼失しており、その焼跡はもちろんのこと院内のあらゆる可耕地は、食糧増産のための畑となり、かつての美しい自然は荒涼たるむのであった。しかし、われわれの心を最も悲痛にしたものは、在院患者の状態であった。”

“精神病院に在院患者が引けた最も大きな苦しみは食糧の不足によるものであった。院内作業治療による若干の農畜生産物のほかは、患者達は真正直に政府の配給計画に従わねばならなかった。そしてその大半の運命は、飢餓・栄養失調・死の転帰であった。”

iv 小林（1972）は次のように指摘をしている。「精神衛生法ができてからは、この二九条の「おそれがある」という点を拡大解釈して精神障害者の隔離収容が積極的にすすめられることとなった。…… そのうちに、措置入院の手続きが、患者の症状よりむしろ、家族の経済的負担を軽くするために用いられるようになったのも、公然の秘密といつてよからう。」

v 藤井賢一郎 2004 「精神障害者の生活と医療の費用負担に関する研究」

http://homepage2.nifty.com/fujiken_0330/home/html/ronbun3_1.html （2013 年 8 月 21 日閲覧）には次のような記述がある。

措置入院とは、精神衛生鑑定医（現在の名称は精神保健指定医）2 名の診察により、精神障害者に「自傷他害」のおそれが認められた場合に、都道府県知事の権限によって強制的に入院措置がとられる場合の入院の形式である（費用は、国、都道府県が負担）。本来措置入院は人権を大きく制限するためその適応は慎重であるべきである。しかし、この時期、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を十分に満たさない場合にも「柔軟」に適応された（これを、家族の「経済的」な状況を考えて、本来の主旨を「拡大解釈して」、措置制度を運用するため、通称「経済措置」と呼ばれた）。これにより措置制度による入院患者は最高 7 万 6 千人余りに達した

vi 2003 年 8 月 13 日 朝日新聞「小田島栄一さん 知的障害者が脱施設を訴え（ぴーぷる）」

vii グループホーム・ケアホームの利用を望む人もいる。厚生労働省「新しい障害者基本計画に関する懇談会 議事録」には、「親が亡くなった後は 4 人ぐらいで住める地域で暮らしたいという人が多く、グループホームがたくさん地域の町にできるといいと思う。」という当事者の意見が記載されている。

viii 2002 年 12 月 16 日付けの毎日新聞の記事より。この他にも同様の訴えが報道されている。（2002 年 11 月 25 日朝日新聞「親なき後」に、やはり施設を（声）。

ix 室崎富恵副理事長はかつて国立コロニー設立の運動にかかわり入所施設の量的拡大を進めた立場であった。

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第10回

脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院③」

三野 宏治

はじめに

終戦直後、わが国は経済的にも社会的にも混乱していた。それは医療も同様である。精神科病院の数も戦前と比較して激減している。治療についても物資不足から十分や薬剤が確保できないためその方法が変わった。不足は医師や看護師といった人的資源にも及んだことも述べた。前回の結論は、そのような状況の中で制定された精神衛生法（1950年）の性質と精神病／障害者の処遇方針が戦前の法の精神を受け継いでいるという点である。つまり精神衛生法が精神病患者監護法の性質を受け継いでいるということであり、それが端的に表れたのが措置入院制度における「自傷他害のおそれ」のあるものを措置の対象とする点が治安維持の観点であることだ。これは行政の考え（答弁等）からも認められる。もちろん精神衛生法が精神科病院を治療の場ではなく「収容する施設である」と規定したわけではない。しかし公費を使い入院治療を行う目的

が、本人のためというより「公の安全のため」であったことは明白であることを前回述べた。同時に「精神衛生法」制定までの経過において金子私案や精神病院協会の主張から、病院経営の観点からも「措置入院」＝入院費の国庫負担が重要であったこと、家族の経済的負担からも「措置入院」（経済措置）が重宝されたことについてもふれた。

今回は 1965 年の精神衛生法改正に至る議論、特に公安当局と精神衛生当局の意向及び日本精神神経学会の会長であった秋元波留夫と日本精神病院協会の主張を紹介する。さらに後年の改正精神衛生法についての評価も同時に紹介する。その上で改正精神衛生法の性質とそれに関わった人物・団体の思惑について考察したい。

1965年改正までの経過

1950年に制定された「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）に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。ただ、1964年以前にも精神衛生法改正の動きはあった。1962年には法改正に向け精神病院協会と精神神経学会の連絡会がひらかれている。しかし連絡会において結論が出されるには至らなかった。1963年には「第2回精神衛生実態調査」、203地区11858世帯、44092名を対象に行われた¹⁾。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。調査結果の「その他」というのは治療・指導を受けていないと考えてよい。そしてこれらの患者に必要な処遇と必要とする精神病／障害者（精神薄弱者を除く）は次のようなものである。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7万4千人となる。岡田（2002）はこの調査結果を「社会保障面の施策の必要性と、精神科通院施設の重要性をしめていた。こういったおおまかな結果は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”というものであった」と述べている。さらにこの調査をもとにして1964年1月に厚生省の官僚と少数の精

神科医が「精神衛生行政研究会」をつくり法改正に向け研究を行っていたようである²⁾。

これら改正へ向けての様々な動きはあったがライシャワー事件によって状況が変わる。次にライシャワー事件発生後の政府の対応や警察・厚生省等の関係機関の反応と展開された主張を紹介する。

「精神病／障害者を取り締められ」との主張

1964年3月24日の昼に精神障害のある青年によって米国駐日大使が刺傷された。政府は即刻米国に陳謝する。24日午後の参議院予算委員会では警察庁長官の江口俊男が次のように述べている。「精神異常者はつねに警衛、警護の盲点になっている。突発的に事件をおこす危険性のある精神病者は、全国で三十万人ちかいといわれる。なんとか精神病者を治安取り締まりの対象にできないかと考えている」。さらに、同日の夕刊で事件が報じられ、翌25日の朝刊には「野放しの精神障害者・精神異常者」の見出しがならぶ。当時の新聞記事「朝日新聞朝刊掲載の座談会（1964年3月25日）」の内容を岡田の著作より紹介する。

3月25日朝日新聞朝刊にのった座談会では、林 麟（慶應義塾大学教授・生理学）が、“私はこの少年は精神病質者ではないかと思う。いわゆる変質者だ、〔中略〕家庭にまかせるのは危険だ。私はむしろ変質者の隔離をはかるべきだと思う”とのべたのにたいし、植松正（一橋大学教授・刑法）は、“私も林説に賛成だが、変質者を隔離することは人権の拘束という点で問題もある”と応じている。この座談会で、変質者隔離への根本的反論はされていない。林は、つねづ

ね“変質者島流し論”をとнаえていた。(岡田 2002)

このような報道の中、警備の不備を問われた国家公安委員長の早川崇が辞任させられるなど、治安当局に対する批判が集中する。批判を受け国家公安委員会は 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方策を決定する。

治安当局の動向

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。そしてその結論は治安強化のための警察による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」という事態に発展する。つまり公安当局（業績機関）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。

参考として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、あと一歩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）

このライシャワー事件調査委員会の結論の十日ほど前の 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³⁾。この事件発生から四日後に厚生省に向けての法改正の申し入れは大変早いといえる。それは国家公安委員会が臨時の委員会を開催したのと申し入れを行ったが 4 月 28 日であることや、警視庁内に設置された「ライシャワー事件調査委員会」が調査結果を出したのが 5 月 8 日であることからわかる。

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 浅沼稲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、社会党の浅沼稲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 I 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らどうか。（小林 1972）

小林の記述からも安当局がかねてより精

神病／障害者を監視・取締りの対象としたいと考えていたことがうかがえる。また「第2回精神衛生実態調査」の結果発表やライシャワー事件を報道した「精神障害者・異常者が野放し」という新聞の論調も素早い行動の積極的な動機として影響したと考えられる。

では、そのような新聞の報道や治安当局からの要請に対し精神衛生行政側はどう考え行動したのか。

精神衛生行政当局の動向

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。この時点で法改正の方向性は「犯罪予防強化実施に向けての報告義務」を法律に盛り込むというものであった。

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。⁴⁾

治安担当当局は「犯罪予防の強化」の方向で法改正をすすめる。精神衛生行政当局は「精神医療・衛生体制の強化・充実」ということを改正法案の基盤とした。広田はこ

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」と評している。では、治安当局と精神衛生行政当局(厚生省)が協議を始めたのはいつか。

5月1日の閣議で「今国会会期末に精神衛生法改正案を提出したい」と小林厚生大臣とのべ、赤松国家公安委員長は「精神病者の犯罪防止のために、精神衛生法改正が必要との意見が国家公安委員かいでも強く要望された」と報告している。そして池田首相は「緊急に必要な部分のみの改正」に同意する。そして5月10日までに改正要綱案を厚生省、警察庁、法務省と協議のうえ作成することを命ずる。ここに至り精神衛生行政当局(厚生省)と治安当局(警察庁)がようやく同じテーブルに着き「精神衛生法改正」のに関する議論を行うことになった。

ではこれらの動きに対し精神科医師(たち)はどのような行動をとったのか。次に日本精神神経学会と日本精神病院協会の動向を紹介する。

日本精神神経学会と日本精神病院協会の思惑

ライシャワー事件の以前から、精神衛生法改正について日本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議論を行っていることは述べた。そしてその中で学会側と協会側が共に(条件をつけがなかったにせよ)賛成した点が「精神病／障害者の入院は国庫が負担せよ」というものだった。後述するがこの主張はライシャワー事件後(7月25日付)の精神衛生審議会中間答申でも述べられている。

さてこのような「国庫負担による精神医療の補償を目指す」という主張を軸に学会

と協会の動向を追いそれぞれの思惑について考察したい。

ライシャワー事件直後、日本精神病院協会はどのような対応したのか。『社団法人日本精神病院協会 20 年史』から当該部分を引用する。

緊急常務理事会を招集し、石橋猛雄会長、森村茂樹副会長、式場隆三郎、松川金七、元吉功各常務理事らが中心となり、厚生省、国会はじめ関係当局と接術、法改正が警察当局による治安精神医学者が今日迄築きあげてきた本来あるべき精神衛生行政に逆行するものであるとの基本態度を確認し、精神衛生審議会場で、この方針を貫くことに精力を傾注し、一部に不満は残るにしても、ほぼその目的は達せられた。

併せて、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も行なったのであった。

(協会 20 年記念誌編集委員会 編 1971)

病院協会の行った「医療費問題の陳情」は「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のい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。」というもので、病院経営という側面からの陳情であるといつてよい。

では日本精神神経学会の動きはどうであったか。ライシャワー事件後の学会の動向に関して山下(1985)は「日本精神神経学会は、事件後、精神衛生法改正反対委員会を設け、“一部改悪反対・全面改正促進”の運動を展開しようとしたようだが、学会首脳部が、この重要な時期に大挙して渡米するなど、真剣な取り組みがなされなかった」と批判している。山下の指摘する「学会首脳陣の渡米」とは1963年に日米合同精神医学会(1963年5月13-16日 東京)に対する返礼としてアメリカ精神医学会からの招待されたことを指す。

山下が「熱心ではない」と批判している学会首脳(会長)の一人に秋元波留夫がいる。秋元は日本精神病院協会の「医療費を公費で賄う」と同様の主張をしている。さらに秋元は精神科病床数の増加も訴えている。1970年の講演で秋元は「7月25日付の精神衛生審議会中間答申」にふれ、答申の「医療費保障」の部分について次のように解説している。

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)
6)

精神障害の治療（入院治療及び外来治療）については公費で賄うべきだというのが答申の趣旨であると秋元は述べている。これはライシャワー以前の日本精神神経学会と日本病院協会が行った「精神衛生法改正に関する協議」でも学会の方針として表明されており、その考えを踏襲したものである。病院協会同様にライシャワー事件を好機ととらえて「医療費問題」について答申したのは判断できないが、秋元が病院協会とはあきらかに違う立ち位置であったことは明らかだ。病院協会は私立精神科病院の集まりであり政府に対する「陳情」は病院経営という側面が存在する。他方、秋元は日本精神神経学会の会長であり東京大学医学部教授の教授であった。特に日本の精神科病床の多くが私立精神科病院にある状況を「良い状況である」とは考えていなかった。紹介したシンポジウムで秋元は精神科病床数について次のように述べている。

精神科医療施設の主要部分を占める精神病院は、量と質の両面で多くの問題を含んでいる。量の点では病床の不足が速やかに解消されなければならない。……精神科病床を計画的に増加して、入院を必要とする患者を収容することがで

きるようにするのは、精神障害者の野放しを解決する最低条件である。これを国の責任で行うように改めなくてはならない。(秋元 1971)

秋元は病床数の増加を国の責任で行う必要があると述べている。秋元の考えは病院協会の経営的視点とは別のところにあるが、「病床増加」という点では病院協会と変わらない。では秋元の「国の責任における治療費負担と病床数増大」をなぜ主張したのか。

秋元は「野放しの精神障害者」を治療対象として患者とすることが、精神病者監護法に抗した呉秀三より続く精神科医としての使命であるとシンポジウムで主張している。筆者は呉秀三が精神病院法制定に尽力し公立精神科病院の建設を主張したことについて次のように述べた。

「精神病は病であり治療に当たるのは精神科医である。そのための病院が必要だ」と主張するのは医師として当然の姿勢であろう。それは人間として「非人道的な処遇にさらされている精神病／障害者を見捨てておけない」という思いと同時に医師として「治療されず放置されている患者を見捨てられない」という職業倫理と精神科医師も医学者であり精神科も他の臨床科と同等であるという職業的野心があったのではないだろうかと筆者は考える。」(三野 2013)

呉と秋元が精神科医として過ごした時期は異なる。また精神科医を取り巻く状況も違う。しかし秋元は、同じ東京大学教授であり日本神経学会（現在医の日本精神神経学会）設立に尽力した呉を「同質の問題意識を持つ者」とし、共感・尊敬とともに支持したのではないか。シンポジウムにおけ

る秋元の主張は「医師として治療をおこなう」ことに対して大変なこだわりが見て取れる。

しかしその一方で、岡田（2002）の記述からでは次のように述べたとされている。

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はず’”といった答えをしていた（岡田 2002）

秋元の治療を行うという医師としての使命感は「治療されず野放しにされるという人権侵害を医師としてはし解決する。その方法が措置入院という人権侵害が生じても仕方がない」とも解釈できる。そして「精神科病床の増加させるべきだ」という主張は治療環境を整備し精神科医の活躍の場を広げるとも取れ、「精神科医としての職業的野心」の表れとも理解できる。

1965年改正は如何に評価されているか

1965年に精神衛生法は一部を改正した。主な改正点として次の8点が挙げられる。

- 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。

さて、この改正点を如何に評価すればよいか。全体的にライシャワー事件後に公安当局が求めた「保安的な色合い」は幾分薄らいだようにも取れる。他方、措置入院に関しての規定の強化など「保安的な色合い」の濃い部分も残っている。

広田は自身の著作の中で1965年改正を次のようにまとめている。

ここで視点を精神障害者の〔医療と保護〕に置けば、1965年の改正法の実態は（イ）治療構造としての入院・収容主義（hosohospital oriented principle）の重視と、地域内での社会復帰活動（community oriented principle）の軽視〔ハ）入院患者に対する人権擁護規定の欠落を骨格にしたものであった。かくて、入院治療のみで医療を完結しようとした結末は、入院患者の増大と過剰入院を生み、恣意的ともみえる行動制限と、これにまつわる信書発受の厳しい制約は、精神病院を一般社会から隔絶した陸の孤島”と化さしめ、1987年の法改正を余儀なくさせた精神病院スキャンダルを生み出したひとつの・要

困ったとみざるを得ない。」(広田 2007)

広田が指摘するように社会復帰活動に関しての改正点はない。精神衛生審議会の第一回答申では「社会復帰の促進」として医療機関とは別に中間施設の整備を求めている。この点からいえば広田の「社会復帰活動 (community oriented principle) の軽視」という評価は妥当であろう。では、「治療構造としての入院・収容主義 (hosoital oriented principle) の重視」という点はどうか。

広田の評価の真意を考えるにあたり、岡田 (2002) の改正精神衛生法に対する評価を援用する。

岡田は当該法改正で積極的に評価できるのは「精神障害者通院医療費公費負担制度の新設」だけとしている。通院費公費負担制度は医療費の軽減といった意味合いでは精神病／障害者やその家族たちにとっては、当座助けになるものであろう。筆者が精神保健福祉の現場で働いていたときもこの通院費公費負担制度する人は多かった。したがって筆者は岡田の積極的な評価が間違っていないと考える。では岡田の評価と広田の「治療構造としての入院・収容主義 (hosoital oriented principle) の重視」という評価のどちらが適当なのであろうか。通院費が公費によって負担されるのであれば通院患者つまり在宅患者増大につながるように思える。ただ、1965年以降も精神病床数は増え続けている。つまり通院費公費負担制度の新設が入院患者数の減少に優位に働いたということではない。公費負担制度といかなる関係があるかわからぬが病床数はその後も増加している。

小泉 (2013) は 1965 年改正法の提案理由の「向精神薬の著しい開発等精神医学の発達により、精神障害の程度のいかんによっては必ずしも入院治療を要せず、かえって通院による医療を施すことがきわめて効果的となった事情にかんがみ、精神障害者につき、新たにその通院に要する医療費の二分の一を公費負担とすることとした点と、在宅精神障害者に関する訪問指導体制の充実をはかった点。そして「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」と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)

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規定された精神医療の性質となって生かされたともいえる。換言すれば、改正精神衛生法の中の精神科医療は社会防衛と表裏の関係にあるということだ。

ここに至って広田の「治療構造としての入院・収容主義（hosotal oriented principle）の重視」という分析の真意が理解できる。

「訪問指導」は管理の手段か

「訪問指導」については精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）が次のように主張している。

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えるものです。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）

精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）が1986年に「精神衛生法「改正」国会程阻

止！！」として出したアピール文である。アピール文にあるように、保健所の訪問指導が「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」ものであるのか。小泉のいう「社会防衛／精神医療の対象を在宅精神障害者に広げる手段」といえるのか。次にこの点について考えてみよう。

新設制度を透かして見る改正精神衛生法

1965年に精神衛生法が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PSW（精神科ソーシャルワーカー）が配置された。筆者は精神衛生（精神保健福祉）領域において保健所と精神衛生相談員（精神保健福祉相談員）の役割と仕事が精神障害者福祉増進に寄与したと考えている。ただ、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。改正に至る議論からは精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）のアピール文にある「地域での管理」を目的とする意図があったことがわかる。また、精神医療通院費公費負担制度についても法の性質からは、単に在宅精神病／障害者への経済的負担軽減のために新設されたのではないといえる。それは以下のような点による。

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。ここで訪問指導と精神医療通院費公費負担制度の関係がわかる。訪問指導を行うことで精神病／障害者の状況を把握することが「地域での管理」であるという主張は、訪問指導を行った後、病状悪化（自傷他害のおそれがある）等の理由で病院に入院させる経路が整備されたという前提によるものであり、精神科に通院をしているは病状悪化（自傷他害のおそれがある）の可能性がありそれは入院すべき人間としたうえでの訪問指導であることを指摘しているのだろう。

では岡田の「積極的に評価できるのは精神医療通院費公費負担制度」であると記述を如何に考えればよいか。岡田のこの評価を分析することで、治療と管理について述べ今回の纏めとしたい。

小括

経済的余裕がなく精神科受診を望む人にとって、精神医療通院費公費負担制度は有難いものであろう。精神保健福祉領域の臨床場面で筆者が出あった精神病／障害のある人の多くは公費負担制度を利用していた。

精神科受診を望む人にとっては有益なものである。この点からも岡田の評価は妥当であろう。しかし同時に、法改正当初の通達等から「精神医療通院費公費負担制度」には「地域での管理」への梯子としての役割があったという分析も間違いはない。つまり法律の性質や起点が「管理的」であることと実効としての「本人の役に立っていること」は併存が可能である。これは「本人の役に立っていること」には「管理的」（本人にとって不都合な）も含まれていることでもある。「本人の役に立っていること」と「管理的」（本人にとって不都合な）な事象の併存は精神医療通院費公費負担制度に限ったことではない。精神科医療に関しても同様のことがいえ、そのことを精神科医（たち）も十分理解しているのであろう。

入院治療（時に通院治療）は精神病／障害者本人のための行いという側面と、本人以外のための防衛という側面があり、それらの性質は対になっている。そのことを承認したうえで時に精神科医（たち）は医療制度の充実を図ろうとする。紹介した精神衛生法改正における秋元の発言などはそのことを示している。医師の使命は患者を治療することであり方法として入院治療も必要であることを、精神科医の秋元は主張する。更に東京大学医学部教授であり日本精神神経学会の会長でもある秋元は「公の責任としての病床の増加」を訴える。これらの秋元の主張は1980年代に入るところから徐々に変化を見せる。それは病床数が増えたことや秋元自身の立場の変化など、要因は様々考えられるが医師としての姿勢に変化はない。これらのことは稿を改めることとする。

精神科病床数は 1965 年以降も増え続ける。投薬治療が有効とされ専門家による疾病管理が容易になったことと、法的な範囲が拡大されたことによる精神病／障害者の増加などが原因と考えられる。同じ時期に「生活臨床」といったような投薬とは違った治療（方法・考え方）が出現する。た

だ「生活臨床」や投薬治療以前から存在する「作業療法」などは入院治療時の専門家による管理等の手法として批判の対象となる。治療と管理の問題を精神科医たちはどのように考えたのかについては、次回述べたい。

参考・引用文献、引用URL

- 秋元波留夫 1971 『異常と正常』 東京大学出版
広田伊蘇夫 2004 『立法百年史—精神保健・医療・福祉関連法規の立法史』 批評社
小林司 1972 『精神医療と現代』 日本放送出版協会
小泉義之 2013 「精神衛生の体制の精神史——一九六九年をめぐって」 天田城介 櫻井悟史 角崎洋平 編著 『体制の歴史——時代の線を引きなおす』 洛北出版 pp205-262
協会 20 年記念誌編集委員会 編 1971 『社団法人日本精神病院協会 20 年史』 社団法人日本精神病院協会
三野宏治 2013 「脱精神科病院「わが国の脱精神科病院①」『対人援助学マガジン』Vol. 12, 対人援助学会, pp.174-85
精神衛生法撤廃全国連絡会議（準）1986 「精神衛生法「改正」国会上程阻止！！」
<http://www.arsvi.com/1900/860712.htm>
岡田靖雄 2002 『日本精神科医療史』 医学書院
山下剛利 1985 『精神衛生法批判』 日本評論社

注

- 1) 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。
- 2) これ以前にも精神衛生法改正の議論はあった。例として 1954 年の精神病院協会内でまとめられた「金子私案」や 1956 年東佐誉子事件をきっかけにした動きなどが挙げられる。しかしこれらは法改正には至らなかった。
- 3) 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
精神衛生法の改定等について申入れ
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したく申し入れます。

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。こと。（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。こと。（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。こと。（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。こと。

(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。こと。

(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）

4) 意見書の前文を広田の著作から引用し紹介する

「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」

5) 岡田 (2002) は次のような『週刊朝日』(1964年5月11日号)の記事を紹介している。

「ヤン・デンマンは「精神科医百四十人の大挙渡米」の題で、“2, 3週間にわたって日本を留守にする人たちは、精神病医学界の頭脳を構成する人たちかもしれないし、そうだとれば、日本の精神病医学界は、その間、シンのない状態となる。これはおどろくべきことだ”とかいていた。」

6) 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。筆者は秋元波留夫 1971 『異常と正常』 東京大学出版 を参照した。

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第 1 1 回

脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院④」

三野 宏治

はじめに

前回は 1965 年の改正精神衛生法で新設された「精神医療通院費公費負担制度」の訪問指導の強化、そしてそれらの窓口である保健所が「地域での管理」への梯子としての役割があったという分析を紹介・検証した。そして経済的余裕がなく精神科受診を望む人にとって、精神医療通院費公費負担制度は有難いもので、筆者が臨床場面で出あった精神病／障害のある人の多くが公費負担制度を利用していたことなどから「本人の役に立っていること」には「管理的」（本人にとって不都合な）も含まれていることでもある。「本人の役に立っていること」と「管理的」（本人にとって不都合な）な事象の併存と述べた。

今回は精神医療における様々な治療の方法・考え方と管理の関係について考察していく。1970 年前後に開放処遇を行う病院が散見されるようになる。開放処遇とは「精神保健福祉法の運用マニュアル」（平成 12 年 4 月 厚生省保健医療局 国立病院部政策医療課）によると「本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇」のことをいう。これは昭和 63 年（1988 年）厚生省告示第 130 号で示されており、1987 年の精神衛生法改正（改正で精神保健法に改称）を経て示された方向性である。ここからも 1970 年前後に患者の開放処遇を行う精神科病院は少数であることがわかる。では、どうして開放処遇という方法が採用されたのか。その要因と当時主流になった投薬治療の関係に注目したい。

投薬治療の開始

1952 年フランスでクロルプロマジンが使い始められ、我が国でも 1955 年ころから投薬治療が普及した¹。向精神薬の導入、つまり投薬治療の導入は「治せないと医学の対象

¹ 中井 2004 は「ケネディ政権以来、力動精神医学はうさん臭いと言われだします。ケネディのお姉さんが精神病でさっぱり治らなかったところが、クロルプロマジンを飲むとずいぶんよくなったのです。一九五二年にフランスで初めて使われ、日本でも一九五五年—一九六〇年までの間に普及した向精神薬第一号です。大統領やその親戚の病気が非常に医学を左右するということがアメリカではよくあります。ポリオの研究が非常に進んだのは、ルーズベルトがポリオだったからです。アルツハイマー病研究が非常に進ん

外におかれていた精神の病を治せる可能性があるものとして」革命的な出来事であったという²。1964年の『新しい精神科看護』に薬物療法の利点として次の点が挙げられている。

- 1 効果がすぐれている、2 副作用が軽い、3 患者に与える心理的負担が少ない、4 手数があまりかからない、5 働きかけがしやすい、6 入院期間を短縮し、外来で治療を続けやすい、7 再発率が少ない

“効果がすぐれている”という点について「薬物療法は、従来の身体的治療法に比べて、まさるとも劣らぬ効果を持っています。しかも鎮静効果でははるかにすぐれており、最近では保護室に収容する患者は激減しましたし、保護病棟（室）にいる患者でも、昔に比べればずっと静かです。」と記されている。ここでいう従来の身体的治療法が何を指すのかは定かではない。ただ、1964年には向精神薬投与は普及している。それに伴いロボトミーは衰退していることから電気ショック療法・インシュリンショック療法などであろうか。比較対象がいかなるものであれ、向精神薬は「よく効く」という。鎮静作用にすぐれており“手数が余りかからない”という³。更に向精神薬は医療者・看護者にとって都合が良いだけでなく“患者に与える心理的負担が少ない”という利点があるとしている。具体的には「インシュリン療法も電気ショック療法も患者にとってあまり快い治療ではありません。全身麻酔をしても患者は電気ショック療法を喜ばず、多くは恐怖感を訴えます。それに対して薬物療法は多くは内服できますし、多少不快なことはあっても、恐怖をあたえることはまったくありません。昔は電気ショック療法の施術者である医師を恐れたり、敵視したりした患者が沢山いたものですが、いまでは職員と患者との間はなごやかなものとなってきました。」と説明がなされており、患者にとっても治療者に対する姿勢も良好となっている。そして向精神薬の登場によって「治せないと医学の対象外におかれていた精神の病を治せる可能性があるものとして」精神病は変貌しその結果、患者を治療に向かわせる動機ともなるという。

これらの利点はあるにせよ、向精神薬による治療は根本的に病を治すのではなく、興奮

だのもレーガンのアルツハイマー病発症と関係があるかもしれません。そこで診断基準を力動精神医学でつくることを止めます。」と記している。

² しかし五五年ごろより向精神薬が使われるようになると、その効果が顕著であったこともあって、ロボトミーはそのマイナスの面—人格変化をともなう脳障害の存在が明らかにされて批判にさらされ、急速に治療法としての生命を失った。それだけ向精神薬は精神の病の治療に画期をもたらしたといえる。向精神薬による薬物療法は、それまでの治療法に比べ手軽で、しかも効果が現れやすかつただけに、安易な投与や大量療法へ結びつくことにもつながり、薬物一般に共通する弊害を生み出すことにもなった。しかし、それまで「治せない」として医学の対象の外に置かれていた精神の病を、「治せる」可能性があるものとして、治療への積極的取り組みを引き出した点で、向精神薬の導入は画期的なできごとであった。

³ 「薬物療法は多くは内服、せいぜい注射ですから、看護者の手数があまりかかりません。インシュリン療法のように数人の看護者が少数の患者にかかりきりになるということがないので、看護者はそれだけ生活指導・レクリエーション・作業療法にも力を注ぐことができません。患者自身も服薬しながら、このような働きかけを受け入れることができます。」

などの症状を「鎮静」させるのである。向精神薬の「効果」は興奮などの症状を抑えるのであり、病そのものを「治す」のではないという高橋の主張を批判しよう。

いま一つの薬は精神安定剤である。精神を安定させる、というと聞こえはいいが、要するにぼんやりさせる薬なのだから、アメリカでは自動車の運転者は飲んではいけないことになっている。自動車の通る道を歩く人だって同じことであろう。精神をイライラさせる事情があるなら、それをみんなで解決するのが本当であって、精神をボンヤリさせることで、なんとかしようというのは正しい行きかたではないだろう。いま、その年間消費量を、精神病やノイローゼの人たちの治療日数で割ってみると、全員が毎日六錠ずつ飲んでいなければならないことになる。これも、そんなことはないのだから、半分ほどは一般病に流れて“国民総ぼやけ”に使われていることだろう。(高橋 1971)

他方、吉岡は向精神薬による治療は対症療法と軽視出来ずより原因療法に近いとしながら、向精神薬のもつ別の側面からその使用の弊害について警鐘を鳴らす。

向精神薬の作用は、細菌に直接作用する抗生物質とはちがう。この点からいえば、薬物療は分裂病に対する原因療法ということとはできない。だが、いままでみてきた効果からすれば、それを単なる対症療法と軽視することは許されまい。分裂病の原因・向精神薬の作用機序などは、今日の段階では知られていない。だが、向精神薬による治療は、より原因療法にちかい治療である、ということができよう。

……

向精神薬は、いろいろな精神病のふくぎつな症状に対しても有効である。それだけに、万能薬的な安易な使用の仕方もうまれてくる。そして、“薬さえのませておけば”といった、医師の側の安易な態度をうみかねない。とくに薬物の効果を過大に評価するとき、この傾向はますますつよくなる。

……

一方、向精神薬の使用によって、患者の興奮や不穏な状態がすくなくなると、治療者の人手はすくなくても足りるといった、経営上からする安易さを生じかねない。今日、精神科の医師・看護者の、絶対数の不足は常識となっている。これがよい口実となって、上述した安易さに拍車をかけられるとすれば、作業やレクリエーションなどの治療活動は、不活発にならざるをえない。そしてまた、向精神薬だけで軽快しない患者は、次第に置き去りにされることとなろう。これは、今日の精神科治療の動向に逆行するものであることはいままでもない。(吉岡 1964)

吉岡の「患者の興奮や不穏な状態がすくなくなると、治療者の人手はすくなくても足りるといった、経営上からする安易さを生じかねない」という危惧は当時の精神科病院の状況を批判しているともいえるだろう。1958年の「厚生事務次官通達(いわゆる精神科特例)」(発医第132号)などによって精神科病院が国策として増やされた。それは「増えた」だけでなく、「治療者の人手はすくなくても足りるといった、経営上からする安易さ」をともなうものであったともいえる。吉岡が危惧する「治療者の人手はすくなくても足りると

いった、経営上からする安易さ」による精神科病院での処遇の悪さは、WHO の依頼で、D・H クラークによる精神医療の実態調査が行なわれ 1967 年～1968 年にかけて来日し、日本政府に対して「精神医療の人権侵害を問題視し、根本的改革とその方向性を広範且つ具体的に勧告した「クラーク勧告」によっても明らかである。また、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が連載される。(後に『ルポ・精神病棟』として書籍化されている)

日本精神神経学会は 1969 年の「精神病院に多発する不祥事件に関連し全学会員に訴える」で武見太郎日本医師会会長の次のように批判を引用した。

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)

向精神薬そのものや投薬治療が精神科病院・病床の増加や精神科病院での人権侵害の直接の原因とはいえない。ただ、全く関係が無いわけでもない。これらを持って向精神薬と投薬治療を批判するのではないが、ここで示した向精神薬の使われ方は『新しい精神科看護』にある薬物療法の利点だけではなかったということだ。

向精神薬がもたらしたもの

向精神薬が登場して精神病は「治せない病」から「治療可能な病」へとなった。治せないの病状の悪化により何をするかわからぬ者として隔離されていた精神障害者は、向精神薬の登場で解放されたのだろうか。確かに「精神病は入院をさせて治療する」といった考えから通院治療も可能であると主張する医師が出現した。実際に入院期間も短期化しているとの報告もある。しかし通院治療が精神科の治療形態の主流となったのかといえは違っていたといわざるを得ない。また、入院中の「治療」についてもよくなったともいえない。

吉岡は先ほどの紹介した記述のなかで向精神薬の効果について次のように記している。①効果的である②在院機関が短くなり外来治療がしやすくなる③再発率の低下④ショック療法と比べ副作用が軽い。なかでも生命にかかわる重篤な副作用がほとんどない。と述べている。(吉岡 1964)

ここでは①～④の利点について、吉岡のいう「向精神薬治療の利点」をさらに詳しく紹介し分析を加えたい。まず、“効果的である点”について吉岡は以下のようにいう

各療法の効果をみると、発病してから間もないばあいでも、薬物療法のほうがショック療法より軽快

退院率はかなり高い。また、ショック療法では、発病して5年以上経過していると、その効果はほとんどみられず、ショック療法以前の治療校かとおなじく、軽快退院率が2%程度となってしまう。これに対し薬物療法では、発病来10年以上経過している慢性患者でも、その40%が退院している。

ショック療法と比べよく効くという。それは発病して時間が経過した患者に対してショック療法が効力があまりないことに対するものである。

“在院機関が短くなり外来治療がしやすくなる”点については

1958年～62年の5年間に、松沢病院から退院した分裂病患者をみると、5年以上在院していた患者は78名である。在院機関別にその内訳をみると、5～9年、10～14年、15～19年、20年以上の患者は、それぞれ42、27、8、1名となっており、その最高入院期間は22年におよんでいる。この78名という患者数は、おなじ5年間の分裂病全退院者数のほぼ11%にのぼる

とデータをあげてその効果をしめしショック療法時代とは比較にならないとしている。ここでも吉岡は在院期間の長い長期入院患者の退院率の大きさ、つまり発病から長期間経過した患者にも効果があることに注目している。

“再発率の低下”については

短期入院から外来通院と連続した治療が可能となれば、患者の病状の観察・再発の予防が、充分におこなえるようになる。薬物療法のばあいも、分裂病の再発率はかなり高く30%以上と考えられる。だが、再入院する患者は、服薬や通院を勝手にやめてしまったものが大半である。

勝手に「服薬や通院を勝手にやめて」しまわない限り、再入院するほどの病状の悪化は無いのだという。必要のある間（どれほどかは不明だが）は薬を飲み続ける必要があり、処方を受けるために通院することを続ける必要があるということであろう。吉岡は“ショック療法と比べ副作用が軽い”ことから患者が受ける不安・苦痛、恐怖が軽減され治療者との人間関係におそれや不信が少なくなったという。この変化がドアの鍵を外す要因となっている指摘している。

他方、小林（1971）は向精神薬が精神科医療荒廃の循環に果たす役割について指摘する。この小林の主張の中心は精神医療費と医療職者のモラルの低さが精神科医療荒廃の要因であるというものである。

小林は「一般に厚生省の予算は少なすぎる」とし、中でも「精神衛生関係予算の九十六パーセントが措置入院費に使われてしまうために、精神障害対策はほとんど前進できず、障害者の治療も民間病院に大部分を依存しなければならない現状である」と述べる。また、健康保険の支払い基準と厚生省基準に従ったレベルで治療を行った場合、確実に赤字が出

ると指摘している⁴。では、どのように赤字を埋めるのか。ここで小林は検査料や薬を売りつけることで赤字を埋める方法があるしながらも、精神科ではそれほど検査を必要としないうし不必要な薬を売りつけるだけでは赤字は埋まらない。したがって人件費の削減を行うしか方法がないとしている。

小林の試算が正しく、精神科病院を経営するには赤字を前提に考えなければならない状況であるならば、精神科病院・病床数は増えたであろうか。しかし実態は経営的視点が外せない私立の精神科病院・病床が増えている。それはどうしてか。やり方によっては儲かるからであろう。小林の指摘する人件費の削減を行うことでかかる費用は圧縮できる。人の手によってケア時には管理されていた患者が投薬によっておとなしくさせられる。適量ではなく多剤多量投与によって少人数で患者の管理が可能になる。また多くの「薬を売りつける」ことも可能となる⁵。

開放処遇と向精神薬の関係

前掲した向精神薬の効果の一つに“ショック療法と比べ副作用が軽い”がある。このことから吉岡は、副作用が軽く患者にかかる身体的・心的負担がすくなくなり、患者が受ける不安・苦痛、恐怖が軽減される。その結果、治療者との人間関係におそれや不信が少なくなった。この変化がドアの鍵を外す要因となった。では、かけられていた鍵が外されるとはどういったことであろうか。「クラーク勧告」は日本の精神医療の閉鎖性やそこで起こる人権侵害を是正するように勧告した。ここからも当時の精神医療、特に精神科病院における処遇について想像ができる。では、閉鎖病棟にて隔離されることが珍しくなかった当時（吉岡が向精神薬の効果としての解放という指摘を行った 1964 年前後とする）の精神科病院開放処遇をのべる前に、現在定義されている開放処遇について紹介したい。

前掲した昭和 63 年（1988 年）厚生省告示第 130 号では「本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇」と説明されている。ただ、任意入院つまり本人の同意をもとに入院する形態は 1987 年の精神衛生法改正で規定された。改正以前に精神衛生法で規定されていた入院形態は措置入院（知事命令による強制入院）と同意入院（本人の

⁴ いま仮に、二〇〇ベッドの粘神病院があるとして、厚生省の基準に従ったレベルの運営をした場合、どれ位の費用がかかるかを計算してみよう。医師四名、看護婦三四名、薬剤師二名、栄養士他給食員一二名、事務員その他一五名、計六八名は最低必要な人員であり、その人件費が平均賃金レベルで計算して毎月四三六万円かかる。電気料二万円、ガス料一八万円、水道料三五万円、電話料六万円などを含めてその他の諸経費（給食材料、薬品購入費）などが毎月九五五万円要る。これを人件費と合わせると、三九一万円になる。この金額を患者数二〇〇で割ると、約七万円という数字が出てくる。つまり、いつも満床で、しかも入院患者一人から毎月七万円（一日につき二、三〇〇円ずつ）払って貰わない限り赤字経営になることがわかる。（新設病院の場合には建築費などの借金の返済が加わるから、この金額はさらに大きくなる）。

ところが、健康保険の支払基準によると、医者・看護婦・寝具・三食つきでいわゆる入院料金としては、患者一人について入院費五四〇円、基準給食料四一〇円、基準看護料（患者六人に看護婦一人の場合）一四〇円、基準寝具料五〇円の合計一、一四〇円が一日に支払われるにすぎない。（この金額を国民宿舎の一泊三食つき料金一、二〇〇円やホテル代（食事なし）の平均三、五〇〇円と比べてほしい）。

⁵ 精神科医の絶対数が少ない、看護師の成り手がないという点も指摘している。その原因として、小林は報酬の少なさを挙げ「大工さん（一九七一年四月以降の全建総連の協定賃金は一日四五〇〇円）程度の収入を保証すれば、人も集まるだろう」と述べている。

同意は必要としない保護義務者の同意に基づいた入院)であった。もちろん本人が入院を必要と認め入院をしていたという実態はあるが、法律で規定はされていないためその位置づけや処遇に関する決まりはなかったと考えられる。それが1984年の宇都宮病院での暴行事件が明るみになり世界各国から日本の精神医療とその体制に批判がなされ、その結果精神衛生法が改正(改称)された。改正精神衛生法(精神保健法と改称。以下、精神保健法とする)では「精神病院(精神病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。以下同じ。)の管理者は、精神障害者を入院させる場合においては、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」と規定された。

精神保健法のこの規定が存在するからこそ、厚生省告示第130号「開放処遇」規定が意味をもつ。したがって、1987年以前には実際には開放処遇を行っている病院はあったにせよ、開放処遇それが法で規定されることはなく開放を入院患者に対する処遇の基準とすることはなかった。

では1964年当時の開放処遇とはいったいどのような評価を得たのか。今野(1980年)の精神科病院の開放化についての評を紹介する。

昭和三十四年二月に国立精神衛生研究所の岡田敬蔵、国立国府台病院の河村高信、小坂英世の各氏が開放度についての全国調査をしている。それによると閉鎖率が七三・四%、開放率が二〇・九%となっている。今からちょうど二十年前であるが、そのときですら開放率が二〇・九%もあったというのは驚くほど高い数字である。しかしこれは報告のなかでも指摘されているように、調査のあり方に偏りがあったことに注意しなければならない。というのは調査の集計結果は全体として官公立、公益、医療法人に偏り、精神病院の多数を占める私立からの回答が非常に少なかったからである。

当時の「開放療法の研究」は主に国公立の病院や療養所によってなされ、民間病院はまだ閉鎖が当然のことと考えられていた。考えられていたというよりも、考えるとか考えないというような次元ではなく、精神病院には鍵と鉄格子があるもの、鉄格子と鍵とで閉鎖しておく場が精神病院なのだ、そのような存在のしかたが当然のものと思われていた。しかし国立肥前療養所をはじめ各地にまかれた開放化の種は確実に芽生えはじめくいたことを忘れてはならない。(今野 1980)

今野は開放化について、昭和三十一年(1956年)に本格的に開放化をおこなった国立肥前療養所や信州大学精神科病棟、佐久総合病院精神科病棟、厩橋病院の円形病棟などが精神科病棟の開放化に努力したと紹介している⁶。この評は稀な取り組みとして先達たちの業績に敬意の表明ともにある。

では、ここで吉岡のいう向精神薬の効果と開放処遇がいかなる関係にあったのかについて考察していこう。吉岡のいう“向精神薬の効果(結果)としての開放処遇”とは投薬治療によって症状軽減、つまり「おとなしくなった患者が増えたため」可能になったという

⁶ その他にも「都立松沢病院やあるいは桜ヶ丘保養院、また国立武蔵や国立国府台も「開放療法の研究」としてとりくんでいる」としている。

よりも、痛くない・怖くない治療によって患者と医療者との信頼関係の結果、鍵が外されたというものだ。さて、この吉岡の主張をどう考えればよいか。ここで、向精神薬の効果と開放処遇を安易に関連付けるのではなく、開放処遇が先にあり後年投薬治療が始まったとする主張を以下に紹介する。

精神病の治療史において二〇世紀の後半はしばしば「薬物療法時代」といわれる。そのためこの時期の精神病院における生活療法、開放管理、社会復帰活動の活発化、そして分裂病像の変化は、同じ頃に導入された抗精神病薬療法の効果に関連づけられやすい。しかし順序はむしろ逆であって、たとえば松沢病院で開放看護、生活指導、作業療法が一応できるようになったのはまだ薬のない時代で、その土台の上に今度は社会復帰が始まった頃に薬が出てきた。また症状の変化も薬物療法の始まりよりは先であったとみられている。欧米先進国においても一九五〇年代後半の薬物療法の導入は、それ以前に始まっていた病院開放運動、社会復帰活動と連動することによって、社会的予後の改善を劇的に加速する役割を果たしたのである。(八木 2002)

上記の八木の分析は開放処遇や社会復帰は抗精神病薬の登場以前から存在しており、抗精神病薬の登場をもってなされたのではないというものだが、吉岡の主張と少し趣を異にする。吉岡の主張と同じものとして風祭の記述がある。

抗精神病薬などの治療によって、精神病院入院患者の激しい興奮などの病的症状が著しく少なくなり、それまでの拘禁収容型の精神科病院の雰囲気が少しずつ変化してきて、医療者と患者との人間関係が大きく改善されてきた。……

また、向精神薬の導入を契機に、精神薬理学 (psychopharmacology) という新しい学問分野が発達し、薬物の脳や身体への作用の研究を手がかりに、精神障害に関係する脳の生理学、生化学などの研究が進歩し、脳内の神経ネットワーク、神経伝達物質、レセプター、物質代謝などに関する神経科学 (neuroscience) の様々な知見が得られ、精神障害の診断や治療にフィードバックされた。(風祭 2001)

風祭の記述からは、抗精神病薬治療によって興奮状態などの症状が治まる。その結果、拘禁する必要がなくなり治療者と患者との関係が良好なものとなった。つまり、治療者が患者を興奮してどうしようもないものから、聞き分けの良い治せる患者として扱う。その行いは患者からの医療者への感情も好転させ、病院全体の雰囲気を変えた。さらに抗精神病薬を起点とした研究が行われ臨床場面にフィードバックが行われた。そして治療的雰囲気が精神科病院に広がったというものであろう。

開放処遇を行うために投薬を行い「おとなしくなった」患者から開放処遇とするというのは開放処遇を行った先人達の志とは違うところにある。八木の分析はそのような含みがあるやもしれぬ。

開放処遇と向精神薬の登場の順序やどちらが主になったのかはよくわからないが、双方

がそれぞれ関係しあい互援の関係であったことは間違いがないだろう。1964年当時は全開放の病院・病棟が珍しかったということから、開放処遇を行う際に患者の症状がある程度おさまるのを待つことは奇異なことではなかつただろう。そして症状をおさえるため向精神薬を使用したことも容易に想像ができる。

吉岡が向精神薬の効果について記した書籍の編者である岡田靖雄は、後年外来医療について次のように述べている。

外来医療がのびることで病院医療に本質的变化がもたらされたらどうか。精神科病院はかわったが、おおくはかわっていないようである。また、わかい精神科医がどんどん開業にながれて病院にいつかず、病院の医師は高齢化し、病院医療が活気をうしないあるいは空洞化しつつあるという声もきく。歴史ある公立病院でも医師の欠員がうまらないという事態も生じてきている。外来医療にかぎらず、院外医療（あるいは医療にかぎらぬので処遇というべきか、**extramural treatment** である）は多様化し、拡大されている。だが、それら院外医療・処遇は、病院医療にいわば接ぎ本された形にとどまっている。かつて医療の傘のもとに”の旗印があった。生活保護法による低価の政策が精神科医療を侵食しようとしたときに、この旗印は有効であった。だが今は、“医療の傘のそとに”の旗印が必要であろう。外国の多くで、リハビリテーション施設は精神科病院からひきはなして、それから独立して設置されなくてはならないとされている。だが日本では、病院医療の延長としてそれらが設置されることがおおい。“医療の傘のそとに”の理念を、このあたりで確認するべきだろう。また、それらリハビリテーション施設の多くは、職員の熱意と低賃金とによりささえられているようで、それらがいつまでつづけられるのか、気がかりである。（岡田 2002）

抗精神病薬による治療はさまざまな新たな展開に寄与している。本稿で述べた開放処遇もそうだ。また、現状の外来医療に関しても投薬治療抜きには成立しないのではないか。岡田はさまざまな処遇が“医療の傘のもとに”あることを危惧している。岡田は処遇やリハビリテーションは“医療の傘の外”に出すべきだとしているが、“医療の傘のもとに”あるのは処遇やリハビリテーションだけだろうか。

小括

外来医療では患者の生活が病院の外の地域や家庭にある。そして地域生活を送りながら治療ができることが、入院と比べてよいとされる。入院と比較するならより良いのかもしれない。しかし、紹介したように「勝手に薬を止めたり、通院しなくなった」際には再発のリスクが高まるという。そうであればある期間（かなり長い期間）継続的な外来治療を受けねばならない。

病棟の鍵は外され、地域社会で日々を送ることになっても、向精神薬とのつながりは継続する。それは単に決まった薬を飲むだけにとどまらない。再発予防のため通院加療を続け症状によって変わる・増減する薬を受け取る必要がある。地域社会に「解放」されたが

向精神薬というもので精神科病院・診療所につながれ、必要に応じて（病状の悪化と診断され）精神科病院・病棟へ引き戻される状況であるとはいえないだろうか。岡田の懸念である“医療の傘のもと”にいかなるものがあるのか。

次回以降は“医療の傘のもと”という点を軸に考察を行いたい。その際、群馬大学医学部で始まった精神医療の方法「生活臨床」を援用する。「生活臨床」は長野県の佐久総合病院での全面開放の療法を行った江熊要一が群馬大学の助教授になり、群大教授だった台弘らと実践を伴う学術研究が開始されたのが始まりである。その特徴は、

- ① 個人面接場面でのみ行うのではなく集団生活場面も念頭に置いている。生活場面での成長を期待している。
- ② また行動観察・分析をして方針を決めて働きかけをしている。
- ③ 可能な限り自立した生活を送れることを目標としている。
- ④ 特に分裂病についてのモデルをもっている。
- ⑤ 集団生活場面での行動特性の把握や、個人面接場面での働きかけの方針を立てやすくしている。
- ⑥ 個人へのアプローチを5つのタイプに分けて分かりやすくしている。
- ⑦ 精神療法の専門家だけでなく、わずかな精神医学の知識があれば体得できる。

である。（長谷川 1998）

「生活臨床」を実践する医師が書いた論文を紹介し治療の終結を目指しながらもなかなか医師離れが出来ない患者に対して、医師として悩む姿から“医療の傘”について述べていきたい。また、“医療の傘”ではなく“支援という傘”というものもありえるという前提で次回以降に「脱する／べき」対象について考えていきたい。

参考・引用文献、URL

- 長谷川 明弘 1998 「日常生活における「自然な」心理療法—食事拒否をしたアルツハイマー型痴呆入院患者への適用—」 『ブリーフサイコセラピー研究』 第7巻
http://www.ab.auone-net.jp/~hasegw_a/summary/summary_download/fullpaper_j0101.pdf 2014/2/15 閲覧
- 風祭 元 2001 『わが国の精神科医療を考える』 日本評論社
- 小林司 1972 『精神医療と現代』 日本放送出版協会
- 今野 幸生 1980 『開放運動の軌跡』 精神医療委員会, 精神医療ゼミナール1
- 仲 アサヨ 2010 「精神病院不祥事件が語る入院医療の背景と実態——大和川病院事件を通して考える」「開放化と向精神薬」, 安部 彰・堀田 義太郎 『ケアと／の倫理』 立命館大学生存学研究センター, 生存学研究センター報告 11, pp. 167-195
- 中井 久夫 2004 『徴候・記憶・外傷』 みすず書房
- 日本精神神経学会 1969 「精神病院に多発する不祥事件に関連し全学会員に訴える」

<http://www.arsvi.com/1900/691220.htm> 2014/2/15 閲覧

岡田靖雄 2002 『日本精神科医療史』 医学書院

坂口 志朗 2002 「精神障害者と「こころを病む」人びと」川上 武 編 『戦後日本病人史』
農村漁村文化協会

高橋 暁正 1971 『くすり公害』 東京大学出版会

八木剛平 田辺英 2002 『日本精神病治療史』 金原出版

吉岡 真司 1964 「病院内での治療」, 岡田 靖雄 編 1964 『精神医療——精神病はな
おせる』 勁草書房



それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第12回

脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院⑤」

三野 宏治

はじめに

精神科病院が精神病／障害者をケア・治療の対象とし治療の場として位置づいていることは殊更述べることではない。しかし、状況によっては精神病／障害者をケア・治療の対象ではない別の存在として位置づけ処する場合があることは述べた。それは精神保健福祉法の「措置入院」の規定がそれだ¹。そこには「症状ゆえ、他害行為を犯すおそれがある精神障害者を知事の命令で入院させること」が規定されているがこの入院は誰のものであるか。入院の結果として治療を受けたので「その人のためである」と言えなくもないが、社会防衛の意味合いは薄くはない。この措置入院が社会防衛として位置づいていることは1965年の公衆衛生審議会における公衆衛生局長の発言の次の発言、「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。」からもわかる。加えて、同審議会における精神科病院協会の代表委員の次の意見からは社会防衛のためであっても病院経営という側面からも入院費用の国庫負担は必要であるとの考えが読み取れる。「精神神経学会は本条項について、自傷・他害の表現を不相当とし、文言として廃したいとの意向であるが、これを除くことには危険を感じずる。措置入院費は社会防衛ということが趣旨であり、この線が崩れると国庫負担はむつかしい。そのため予算減となるのでは困る。表現は美しくとも、実際面がなくなるとは困る。」この二人の発言は「措置入院は社会防衛のためである」という認識がある点では共通しているが、その「措置入院」に対する思惑は異なる。公衆衛生局長の発言からは厚生省が「措置入院＝社会防衛」と考えていると読める。他方、精神病

¹ 「都道府県知事は、第二十七条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。」

院協会代表委員の発言は何を意味しているのか。筆者は本連載の中で私立精神病院協会の主張は病院経営の観点からみての「困る」のであろう。」と述べた。三野（2013）つまり、政策誘導を実施する側とその誘導に乗る側では「措置入院」がもつ価値が違う。

厚生省が「措置入院＝社会防衛」と位置づけ「措置入院を実行すること」を精神科病院に期待することが直ちに精神科病院の「措置入院の実行」に直結するわけではない。「措置入院の実行」に至るまでには精神科病院にとっての動機が必要だ。この精神科病院にとっての動機の一つに経営があり、前掲した精神病院協会の代表委員の発言もそれを含意するのではないか。

今回は「措置入院」に関する厚生省の政策的な誘導に精神科病院が呼応することで措置入院患者が増えたという事象を取り上げる。それは「経済措置」と呼ばれておる。この「経済措置」によってなされた措置入院対象者の拡大は社会防衛を目的とした政策的なものである。しかし結果は「社会防衛」という目的を果たしただけではなく、違ったものが生じたという指摘がある。では「経済措置」が如何にあらわれ終息していったについて述べる。

「経済措置」について

1961（昭和 36）年の精神衛生法一部 改正で措置国庫負担率の増加が行われる。それまで措置入院の国庫補助率が 1/2 であったものが 8/10 に引き上げられている。この措置入院の国庫負担増加は精神病院協会がそれまで申し入れていたが、すぐには実現されなかった。そして、同年、厚生省は「精神衛生法の一部を改正する法律等の施行について」（衛発 729 号）で次のように通知している。

精神病床の数及び措置予算の制約のため、措置要件該当者全部は措置し得ない状況にあるので、措置対象者の選択を行うためには、次の方針によらねたいこと

- 1．入院させることについて患者の保護義務者等の関係者が反対しており、同意入院を行うことが不可能な場合には、最優先的に措置に付すること。
- 2．患者の保護義務者が、入院それ自体には賛成しているが経済的理由から措置を希望している場合には、原則として所得の低い階層に属する者を優先すること

通知にある措置対象者選択の方針の一項目は「社会的防衛」を意図していることがわかる。しかし、二項目は「経済的理由から措置を希望している場合」についても措置入院を認めるといふものである。この項目をもって当該通知による措置は「経済措置」と呼ばれている。では、国はなぜ「経済措置」という手段をとったのか。「家族の負担の軽減を考慮した」とは考えにくい。「経済措置」の結果として家族の負担が軽減したがそれは目的とは言えない。それは前掲した 1965 年に厚生省の担当者は「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り、医療保障的に扱うことには省内の反対・抵抗が強い」と述べ

ていることからわかる。

ではその目的は「社会防衛」のためか。広田（1981）の著作から 1961 年の厚生事務次官通知（衛発 311 号）と 1963 年の公衆衛生局長名の通知（衛発 393 号）をそれぞれ引用する。

「今回の改正（第 9 次改正）は、措置入院費に関する国庫負担率の引上げ等により、自身を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれのある精神障害者は、できるだけ措置入院させることによって、社会不安を積極的に除去することを意図したものであること」 厚生事務次官通知（衛発 311 号）

入院措置を講じていない精神障害者の傷害事例が漸増している実情に鑑み、今後は左記事項に留意の上、精神障害者の医療及び保護並びに予防等に関する行政処置の推進方について徹底を計られたい。

記

(1) 現在入院中の精神障害者のうち、法第 29 条による措置入院以外の入院患者であって、措置症状があると思われる者については、病院長より法第 23 条の申請を行なうよう、これが指導の徹底を図ると共に、鑑定の結果措置入院を必要とする者については、これが措置の万全を期せられたいごと。特に、現在、生活保護法による医療扶助で入院している患者のうち、措置症状のある患者はすべて、法第 29 条の規定による適用患者とされるよう留意されること。

(2) 精神障害者による傷害事件の発生は、精神衛生行政の今後の進展に重大な影響を及ぼすものであるから、法第 23 条の規定による診察及び申請に関する周知徹底及び、法第 42 条の規定による訪問指導の強化を図り、これが事前防止について、関係機関とも連携のうえ、計画的運用を期せられたいこと」

公衆衛生局長名の通知（衛発 393

号）

この二つの通知からは、社会防衛のために措置入院の対象者拡大したことが読みとれる。この通知の後、措置入院患者の数は増え続け 1970 年には 7 万 6 千人に達する。しかし歴史のみれば厚生省は 1961 年まで生活保護費で精神病院へ入院ものに関してその予算を削減しようとしている。例示すると、1952 年に厚生省は「精神障害者は総て精神病院に収容すべきであるとの説もあるが、現在の進歩した精神医学によっても、尚治療し得ない慢性難症なものが相当あることは事実である。仍て精神病特殊療法を施す必要なく単に入院しているのみの保護法患者は、この際退院せしめて保護施設に収容すべきである」との見解を示した。これは当時の生活保護法では入院費に係る国庫負担率は 8/10 であったため、病院ではなく施設に入所させ予算の削減を狙ったものであろう。また、1953 年 2 月生活保護法の医療実態調査をもって翌年、精神病院協会に対し厚生省保護課長より「生活保護法の医療扶助により、精神病院に収容されている精神障害者のうち六〇%内外のものには治療が行われていない。この精神障害者の入院費を減額する方法はないか」と要請があった。この要請は生活保護による入院と比べ措置入院にかかる国庫負担が軽いという理由が大きい。

出来るだけ多くの精神病・障害者を措置入院対象とし入院させるにはそれだけの国庫予算が必要である。加えて、1961年には措置入院の国庫補助率が1/2から8/10に引き上げられている。「経済措置」を通太するにあたり国はその国庫負担額が相当のものになると予想をしていたはずだ。では「経済措置」に踏み切れたのだろうか。単純に考えるとそれは精神障害者対策費が拡充されたことが理由であろう。ただ、この「経済措置」は1960年の医療金融公庫開設と精神科病院に対する低利長期融資がはじまり精神科病床が増えている。そしてこの「経済措置」は増えた病床を抱える精神科病院の財政的安定要因として機能した面もある。国はそれを意図し「経済措置」を通達したのだろうか。この点を考えるにあたり、山下(1985)の分析を援用しながら1960年の医療金融公庫開設について述べていく。

「医療金融公庫開設」に至る動機

医療金融公庫開設」に至るまでの経緯をまとめると以下のようになる。

- 1950年 精神衛生法成立
- 1952年 厚生省 「生活保護者のための施設」構想
- 1953年 生活保護法の医療実態調査
- 1954年 同調査を受け、精神病院協会に対し厚生省保護課長より「精神障害者の入院費を減額する方法はないか」と調査等の要請
- 同年 精神病院協会 調査結果をもとに反対
- 1956年 精神病院協会 厚生省へ次のような要望書を提出する
 - ① 精神病院の回収にかかる費用の長期低金利融資制度の確立
 - ② 精神病院病床増床に対する国庫補助と坪単位の増額
 - ③ 精神病院の看護員ことに男子看護員養成方策の確立
 - ④ 精神衛生法の改正（精神障害者医療基準の改定）
 - ⑤ 措置入院費の国庫補助率の改正（最低 8/10）
 - ⑥ 厚生省精神衛生課の拡充
- 1958年 「緊急救護施設」の設置²（1954年 厚生省の要望の具現化ともいえる）
- 同年 精神科特例
- 1960年 医療金融公庫の開設 「精神科病院に対する低利長期融資はじまる」
- 1961年 精神衛生法 改正
 - ・措置入院国庫負担率が 1/2⇒8/10 に
- 同年 「厚生省公衆衛生局長通知」→経済措置

² 厚生省社会局施設課長通知「緊急救護施設の運営について」が出され、精神病院に入院している病状の固定化した精神障害者を収容する緊急救護施設を設置（東京・大阪・神戸・青森に合計457床） 古屋 龍太 2008

年表からは1960年に医療金融公庫が開設し精神科病院に対する低利長期融資開始されるまで、厚生省は措置入院に係る国庫予算を抑制しようとしてことがわかる。ところが1960年を境に状況は一変する。山下は1960年に「医療金融公庫が開設」と国の経済政策に関係があると次のように指摘する。

日本資本主義は一九五〇年代前半には、戦後の混乱を収拾し、経済再建の基礎を固め、その後半には、重化学工業を基軸とする産業構造の高度化による高度成長を実現した。

しかし、一九六〇年頃より、過剰設備（過剰生産）による構造的不況期に突入し、経済発展に重要な役割を果たしてきた国の財政投融資資金も基幹産業そのものへの直接供給する段階から産業基盤安定のための道路・港湾等社会資本形成や中小企業、農業、住宅等、独占資本の周辺にその対象を移していった。医療金融公庫の設置もこの時期に一致している。なお、同公庫の資本も財政投融資資金に依存している。この不況期における財政投融資資金は、公共部門や民生部門に向けられたのであるが、その中でも比較的建設関係の投資に向けられ、有効需要の拡大を図ることによって不況克服にも寄与せしめたのである。

（山下 1985）

山下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している。精神科病院を新設あるいは増床しようとする者にとって医療金融公庫による低利長期融資は臨むべきものであろう。では医療金融公庫の融資が精神科病院建設にどれほど影響したのだろうか。表1は1955年から1970年の単科精神科病院数と単科精神科病院病床数をまとめものである。

年次	単科精神科 病院数	単科精神科 病床数	年次	単科精神科 病院数	単科精神科 病床数
1955年	260	44,250	1963年	629	136,387
1956年	322	54,866	1964年	676	153,639
1957年	371	64,725	1965年	725	172,950
1958年	408	74,460	1966年	769	191,597
1959年	476	84,971	1967年	818	210,627
1960年	506	95,067	1968年	853	226,063
1961年	543	106,265	1969年	874	238,190
1962年	583	120,300	1970年	896	247,265

（『わが国の精神衛生』より作成）

1955年以降、単科精神科病院数は年間30-50ほどの増加がみられる。1960年に医療金融公庫開設以降に顕著であるとはいえない。他方、精神科病床数であるが1955年から1961年までは年間1万床ほどの増加であったが、1962年は1万4千床、1963年は1万6千床

1964年は1万7千床、1965年には2万床、1966,67年には1万9千床の増加をみている。
次に医療金融公庫融資の状況を示した表2をみてみよう。

表2 ³ 年次	総融資額 (千円)	総病床数 (床)	精神病床数 (床)
1960年	4.152.060	10.881	2.434
1961年	6.914.800	15.833	7.659
1962年	11.863.880	17.634	8.013
1963年	11.862.960	15.209	6.127
1964年	14.536.190	16.768	7.170
1965年	17.068.100	20.770	8.445
1966年	20.700.000	23.066	8.681
1967年	23.121.490	16.711	6.147
1968年	28.666.780	13.702	3.057
1969年	37.259.680	17.284	6.045

(『わが国の精神衛生』より作成)

この表からは各年に増床された精神科病床の多くが医療金融公庫の融資によってなされたことがわかる。なお、医療金融公庫の資金助成は公立病院以外、つまり私立精神科病院に対してのものである。ちなみに公立病院の精神科病床数は1955年に11.872床であったものが1970年に37.038床となったにすぎない。山下は「公的病院の病床数については、その地域の民間病院の反対にあって不可能となった事情がある」としている。

医療金融公庫による融資が精神科病床数増加を後押ししたことは間違いないようだが、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。つまり結核病床の衣替えであるというとの指摘もある⁴。山下は「医療金融公庫の融資は経済政策の一環でもありそれによって精神科病床数が増えた」と指摘する。加えて山下は精神衛生鑑定も馴れ合いとなり安易な措置入院が日常化していったと批判している。

同時期の精神科病床数の増加について高木は高度経済成長時の国策であったと次のように述べている。

高度成長を支えたのは、石炭から石油へのエネルギー政策の転換を伴って重化学工業へと日本の産業構

³ 厚生省公衆衛生局精神衛生課 編 1970『わが国の精神衛生』より

⁴ 坂口 志朗 2002 より

造がシフトしたこと、農村から都市部とその周辺の工業地帯へと安価な労働力として大規模な人口移動が生じたことである。この人口移動を可能にしたもののひとつが、精神病院の急激な増加だったのである。

どうということかという、地域の福祉サポートなど皆無であった当時の日本では、さまざまな障害をもった人たちの世話を各家庭で行っていれば、当然その家族の都市部への移住も、安価な労働力の代表であった女性のパートタイム労働も不可能になる。なかでも精神障害者は、その数からいっても大きな問題であった。そこで、国は精神病院を増やすという政策を行ったのである。

… …

医師であれば誰でも、精神障害と認めれば患者を強制的に入院させることができるようにした。新しい精神病院は、患者を求めてどこにでも救急車を出動させ、拉致するようにして病院に連れてきた。

(高木 2010)

山下の指摘や高木の「国策として高度経済成長の労働力確保に精神科病院を利用した」という指摘に依拠すれば、「経済措置」も精神科病院を経営的に維持させるための手段であったとも考えられる。国が「社会防衛としての機能」や「労働力である家族に代わって世話をさせる」ことを精神科病院に任せ存続させるため「経済措置」をいう手段を使う。高木の言説や山下の高度経済成長の転換期に医療金融公庫が設置されたという指摘と「経済措置」の始点と終点は一致している。「経済措置」が通達された 1963 年は高度経済成長期としては第 1 期の終わりとされる。そして厚生省が「経済措置」を廃する通知を出すのが 1976 年である。ただ、1973 年に行政管理庁が厚生省に対して「措置解除の積極化、医療監視・指導の強化等」の精神衛生に関する行政監察勧告を行っている。高度経済成長期が終了したのが 1973 年とするならば時期的には合致する。しかし高度経済成長期が終焉しても医療金融公庫は存続していた。加えて多くの場合景気と国庫の予算は無関係ではないはずだ。

厚生省は様々な役割を与え担わせるために増床した精神科病院を維持するために「経済措置」を通知したという推論を証明する資料等を見つけ出すことはできていない。ただ「経済措置」によって措置入院患者は増大し、1970 年に措置入院患者じゃ数は 7 万 6 千人に達し、その減少に転じた。その両方の事象についても行政からの指導・通知が大きく関与していることは確実である。

「経済措置」の廃止

述べたように 1973 年に行政管理庁が厚生省に対して「措置解除の積極化、医療監視・指導の強化等」の精神衛生に関する行政監察勧告を行う。それを受け厚生省は 1976 年に厚生省公衆衛生局長名で「精神障害者措置入院の適正な運用について」⁵を通知し、生活保護法

⁵ 条文は以下
精神障害者措置入院制度の適正な運用について
(昭和五一年一〇月二六日)

への受入れ事務の円滑化を指示する。ここで、国は1963年の「措置入院強化」に関する通知（衛発393号）が廃止され、「経済措置」に終止符を打とうと行動する。1963年の通知から措置入院数と全入院患者に対しての措置入院者の割合ともに減少する。では、通知を出した厚生省の意図するところは何か。

まず、厚生省の措置入院にかかる費用の抑制が考えられる。1976年度の「精神衛生対策補助金等」予算額は86,416,417千円でありそのうち医療費公費負担等に85,461,129千円使われている。医療費公費負担等には措置入院と緊急措置入院にかかる費用と通院医療費公費負の国庫担当が含まれている。医療費公費負担等の85,461,129千円のうち82,668,253千円が措置入院医にかかる国庫補助となっている。つまり1976年度の「精神衛生対策補助金等」予算額の96.7%が措置入院費に使われている。では、1976年の通知以降、措置入院に係る国庫費用はどうなったか。5年後の1981年度の「精神衛生対策補助金等」は78,402,024千円と9.3%ほど減少している。同様に措置入院費も70,172,641千円と14.1%程度の減少が見て取れる。述べたように措置入院患者数は減少しているのだが、入院患者数自体は減っていない。それは入院費を出していた主体がそれまでは国であったものが家族等の負担に転化したことを意味する。それでは「措置入院」を受けてきた精神科病院が財政的に疲弊し倒産するという危惧はなかったのか。山下は「経済措置」解除の通知を次の3点からであるとしている。

- ① 精神科病院における不祥事が表面化して人権問題が激しく問われた。

(衛精第二五号)

(各都道府県衛生主管部(局)長あて厚生省公衆衛生局精神衛生課長通知)

精神障害者措置入院制度の適正な運用については、昭和五十一年八月十九日衛発第六七一号厚生省公衆衛生局長通知(以下「局長通知」という。)により通知したところであるが、その具体的な実施については、左記の事項に留意の上、適切に処理されたい。

記

- 1 精神衛生法(以下「法」という。)第二十九条の四による入院措置の解除は、必ずしも入院患者を退院させることのみを意味するものではなく、措置解除後も引き続き入院治療を必要とする場合には、同意入院又は自由入院として患者の適正な医療に欠けることのないよう指導を徹底すること。

- 2 入院患者が退院する場合には、事前に保護義務者に対して法第二十二条に規定する保護義務及び法第四十一条に規定する引取義務等について十分な理解を得るようにするとともに、通院医療、保健所における社会復帰相談指導を実施する等の退院後における必要なケアについて遺漏のないよう指導を徹底すること。

- 3 法第二十九条の五第三項に規定する知事に対する調査請求の趣旨及び手続等の周知徹底のための措置については、局長通知に例示したところであるが、要は、その趣旨が最も正しく理解されることが重要であるので、その具体的な実施にあたっては実情に即した方法を適宜講ずるよう指導すること。

- 4 法第二十九条の五第二項による精神衛生鑑定医の診察を行つた場合は、その結果を鑑定書の用紙に記載するようにすること。

- 5 法第四十三条による訪問指導の推進を図るため、精神衛生相談員としての任用資格を有する者については、できる限り法第四十二条第二項による任命を行うよう配慮すること。

- ② 私立精神科病院が乱立する中で大手の精神科病院は「手間のかかる患者」を敬遠し始め、措置入院患者は経営上必ずしも必要でなくなった。措置入院患者は国公立精神科病院に集中させようとしているのではないか。
- ③ 総医療費抑制のため国家財政政策に基づいて予算削減を開始し始めた。厚生省は措置入院に係る予算を削減しても過剰収容という状況は社会防衛を成立させると考えた。

この 3 点の中でも厚生省が意図しているのは②と③であると山下は分析している。ここでは②に注目したい。山下はこの分析②「私立精神科病院が乱立する中で大手の精神科病院は「手間のかかる患者」を敬遠し始め、措置入院患者は経営上必ずしも必要でなくなった。」を説明するにあたり、東京都で緊急鑑定拒否や指定病院（措置入院をさせることができる指定）返上等の動きがあることを述べている。これらの状況を厚生省は知らないとは考えにくい。つまり厚生省は増床を続けた精神科病身が「経済措置」による収入に頼ることなく、期待した役割をある程度果たせると判断したともいえる。では、本当に厚生省が精神科病院に期待した「社会防衛」としての機能は果たせるのか。経済的な問題で「経済措置」を廃して措置入院費国庫負担額が減少する一方で増額した事項もある。「精神病院等施設・設備費補助金」にある精神病院に対する予算は1976年の375.332千円から1.3070.596（1981年度予算）に増加している。この増額に伴い精神科病床数も増え続けた。厚生省の見解として「措置入院は社会防衛的な意味がある」ことは述べてきた。その見解に沿って考えれば「経済措置」を終わらせ措置入院患者を減らせば社会を防衛するが低下する。しかし、「経済措置」が廃され措置入院でなくなった人は突然社会的脅威ではなくなったのか。そうではない。いうまでもなく最初から「社会的脅威」ではなかったということだ。この点を「行政指導如何によって、措置入院数を意のままに操作しようということ自体をもっと批判していく必要がある。」と山下は厳しく批判している。

他方、厚生省は精神病／障害者は「社会防衛」の対象としてとらえていないのか。こちらの答えも否であろう。恐らく「経済措置」に替わる新たな「社会防衛」方法が確立したと考えられよう。その一つに通院医療の増加がある。

1964年のライシャワー事件を契機とした精神衛生法改正で「精神科通院医療費公費負担」が訪問指導とともに導入された。それは（訪問指導も関係したうえでの）通院医療利用の増大を「社会防衛」を目的の一つとした。その結果、「精神衛生対策補助金等」における通院医療費公費負担分は著しく増加している。国庫における通院医療費公費負担分について1976年の3.792.876千円から6.118.051千円（1981年度予算）に増加している⁶。

時に社会防衛の対象であった精神病／障害者も通知によって社会防衛の対象ではなくなる。それは治療によってではない。患者や家族の経済状態を考慮した取り計らいとして語

⁶ 1974年に精神科デイ・ケアが健康保険の資料報酬に新設されている。原（2011）は「1985年11月には全国68か所でデイケアが実施されていた」と書いている。

ることも可能だ。しかし、通知やそれを運用する精神科病院・医療によって精神病／障害者その人が如何様にも処されてしまう危険性を指摘したい。

小括

山下の批判は、操作しようとする側（厚生省）と操作の含意を認識しながら実施しようとする者（病院）、加えて「措置入院」自体とともに精神衛生法にも向けられている。厚生省と精神科病院共に措置入院（精神衛生法）によって規制し／され、同時に従わせ／従いともに利用する。ただ、どちらか一方（厚生省あるいは病院）の思惑だけでは状況はそれほど変わらない。操作しようとする側（厚生省）と実施しようとする者（病院）のそれぞれ思惑がつながったときに変化（措置入院患者の増加）が生じる。仮に実施しようとする者（病院）が行動に移さなければ変化（措置入院患者の増加）は生じなかったはずだ。そしてその思惑に精神病／障害者の姿は見えてこない。つまり、厚生省と精神科病院は取引の当事者であり取引されたものは「精神病／障害者」その人たちであるといえるのだが、「経済措置」に同意を示し（示さざるをえなかった）家族はどのような位置づけだろう。

前掲した高木（2013）の説によると高度経済成長の担い手である家族の看病に代わるものとして精神科病院がおかれたとある。「経済措置」に関しても入院費用の捻出が困難な家族にとっては「望むところ」であったことは想像に難くない。労働力としての家族や経済的困窮にある家族にとって精神科病院や「経済措置」はある部分では「望むところ」であったといえる。では、精神病／障害者にとって精神科病院や「経済措置」はどうか。必要であれば「望むところ」なのかもしれない。そしてその「望むところ」は、まず精神病／障害者によって希求されるべきであろう。そして別の「望むところ」（退院等の希望）には制度や精神科病院等のケアの担い手は応じる必要がある。ただ、「経済措置」から生じる様々な事象には精神病／障害者の「望むところ」は存在しにくい。

本連載は「脱精神科病院」について述べている。「脱精神科病院」を福祉的な意味合いで考えると、「地域移行」や「退院促進」あるいは「地域生活支援」といったキーワードに到達するだろう。「必要のない入院は控えてできるだけ地域でケア／暮らしていきましょう」ということになろうか。「地域生活支援」という潮流や政策の元で可能な「支援」は存在するだろう。しかしその「支援」は精神病／障害者その人たちが必要としているものと同義であるとは限らない。なぜならその「支援」は「必要のない入院は控えてできるだけ地域でケア／暮らしていきましょう」という潮流や政策を作る側や支援する側や家族の思惑・事情とそれを承知している精神病／障害者にも影響される。

今後も、「必要のない入院は控えてできるだけ地域でケアしていきましょう」というのは誰なのか、「必要のない入院」は誰によって作られたか、必要不要の線引きはだれが作るのかなどについて考察を続けたい。

- 浅野 弘毅 2000 『精神医療論争史——わが国における「社会復帰」論争批判』 批評社
- 古屋 龍太 2008 「日本病院・地域精神医学会の 50 年とわが国の精神保健福祉をめぐる流れ -1957 年～2007 年-」 (2013 年 5 月 10 日アクセス)
http://www.byochi.org/contents/07_shiryō/files/nenpyo2008.pdf
- 原 敬造 2011 「精神科デイケアの現在・過去・未来——ハイブリッド・リハビリテーションの一翼としてのデイケア——」 精神神経学雑誌
https://www.jspn.or.jp/journal/symposium/pdf/jspn106/ss112-116_bgsdng25.pdf
- 広田 伊蘇夫 1981 『精神病院—その思想と実践—』 岩崎学術出版社
- 2004 『立法百年史～精神保健・医療・福祉関連法規の立法史 増補改訂版』 批評社
- 厚生省公衆衛生局精神衛生課 1966 『わが国の精神衛生』
- 1968 『わが国の精神衛生 昭和 43 年』
- 国立精神衛生研究所 1969 『わが国の精神衛生 昭和 44 年』
- 厚生省公衆衛生局精神衛生課 編 1970 『わが国の精神衛生 昭和 45 年』
- 1972 『わが国の精神衛生 昭和 47 年』
- 厚生省公衆衛生局精神衛生課 監修 1976 『我が国の精神衛生 昭和 51 年版』
- 1977 『我が国の精神衛生 昭和 52 年版』
- 厚生省公衆衛生局精神衛生課 日本精神病院協会 監修 1978 『我が国の精神衛生 昭和 53 年版』
- 厚生省公衆衛生局精神衛生課 監修 1979 『我が国の精神衛生 昭和 54 年版』
- 1980 『我が国の精神衛生 昭和 55 年版』
- 1981 『我が国の精神衛生 (精神衛生ハンドブック) 昭和 56 年版』
- 三野 宏治 2013 「脱精神科病院 「わが国の脱精神科病院②」 『対人援助学マガジン』 vol14 pp144-155 対人援助学会
- 20 年記念誌編集委員会 編 1971 『社団法人日本精神病院協会 20 年史』 社団法人日本精神病院協会
- 坂口 志朗 2002 「精神障害者と「こころを病む」人びと」 川上 武 編 『戦後日本病人史』 農村漁村文化協会
- 高木 俊介 2010 『こころの医療宅配便—精神科在宅ケア事始—』 文藝春秋
- 山下 剛利 1985 『精神衛生法批判』 日本評論社

本連載の間違いについて

三野 宏治

連載の3回目「一福祉の概念・言葉の解釈について③「自立を支援する-2-」
<http://humanservices.jp/magazine/vol8/26.pdf> で、「精神障害者ホームヘルプサービスが
障害者自立支援法では訓練等給付事業のなかに位置づけられている。」と述べ、その上で
論考をすすめた。しかし、障害者自立支援法における（精神障害者に関するものも）ホ
ームヘルプサービスは介護給付である。この間違いは筆者の「なぜ精神障害者ホームヘ
ルプサービスは訓練の要素が強いのか」との問いに「訓練等給付であるからだ」という
ある支援者の発言を確認せぬまま記述したことに由来する。しかし、由来がどのような
ものであれ、「法的な根拠を確認せず記述し発表した」ことの責は全て筆者にある。今後
の対応については然るべき協議のうえ、対処したいと考えるが、まずもって連載に関す
る間違いについて報告します。

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いての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見失

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方針を決定する^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のい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ぶ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私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）

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第14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

1965年の精神衛生法改正で通院医療費の公費負担が制度化されたことは、精神医療・保健福祉領域に携わる者であれば知っている事柄だ。現在でも通院費公費負担制度は障害者総合支援法の自立支援医療として継続しており利用する人も多い。ただ、前回に述べた通り当該制度は通院医療費に対する補助であり入院医療費に対しては適応されない。1950年代中ごろ以降、向精神薬が登場し臨床場面でも治療に使われる。このことも入院ではなく通院で治療をより積極的に可能にしたといえる。その結果、診療所・精神科デイ・ケアは増加した。

そして現在、精神科・心療内科を標榜した診療所は多く存在している。では、この増加した精神科・心療内科診療所、つまり外来治療は精神科病院（入院治療）にとってかわったのか。データを見ると精神科病床数はピーク時に比べ微減した程度である。それはどうしてだろうか。

外来患者数の推移

1964年のライシャワー事件を契機とした精神衛生法改正で「精神科通院医療費公費負担」が訪問指導とともに導入された。それは（訪問指導も関係したうえでの）通院医療利用の増大を「社会防衛」と連結させたものだ。「精神衛生対策補助金等」における通院医療費公費負担分は著しく増加している。国庫における通院医療費公費負担分について1976年の3,792,876千円から6,118,051千円（1981年度予算）に増加している¹。

1966年の『わが国の精神衛生』では通院医療について「向精神薬の開発等精神医学の発達により、精神障害の程度の如何によつては必ずしも入院治療を要せず、かえつて通院による医療を施すことがきわめて効果的となった事情にかんがみて新たに法改正により、精神障害者の通院に要する医療費の二分の一の公費負担制度が設けられた」（厚生省公衆衛生局精神衛生課1966:24）とある。外来患者が増加した要因が向精神薬の効果によると述べ

たが、それ以外には精神科病院の外来にくわえ外来専門の精神科診療所が開設・増加したことも考えられるⁱⁱ。表-1 にまとめた外来患者年間延数をみると、薬物療法が精神病の治療法として導入され始めた 1950 年代の半ば以降、外来患者の数が増加している。

表-1

年次	外来患者年間延数	年次	外来患者年間延数
1955年	521,000	1967年	3,570,000
1956年	621,000	1968年	4,205,000
1957年	756,000	1969年	4,558,000
1958年	856,000	1970年	4,978,000
1959年	1,082,000	1967年	3,570,000
1960年	1,394,000	1971年	5,164,000
1961年	1,620,000	1972年	5,488,000
1962年	1,889,000	1973年	5,962,000
1963年	2,226,000	1974年	6,361,000 *2
1964年	2,512,000	1975年	6,576,000
1965年	2,761,000 *1	1976年	6,868,000
1966年	3,138,000	1977年	6,978,000

*1 精神障害者通院医療費公費負担制度

*2 精神科デイ・ケア認可

薬物療法が外来患者の増加の一因であることは述べたが、精神科デイ・ケアが認可されたことも関係があるだろう。そして、薬物療法や精神科デイ・ケアという治療法と治療の場の拡充とともに、患者の通院費用軽減策という要因も外来患者像に大きく影響を及ぼしている。65年改正が社会防衛的意味合いの強いものであるなら、その一線機関は精神科診療所や精神科デイ・ケア等の地域精神医療である。しかし治療にあたる精神科医たちにそのような意識は無いだろう。それは当然であり、精神科病院の精神科医がそうであったように患者を懸命に治療する。精神科病院の精神科医が治療の結果を退院とするのであれば、地域精神科治療に携わる精神科医たちは再発と再入院を防ごうとするだろう。

再発・再入院の防止という目的で始まった取り組みに精神科デイ・ケアがある。現在の精神科デイ・ケアはソーシャルクラブのような取り組みや、復職プログラムを実施するリワークデイ・ケアなどその活動は様々ではない。ただ当初、精神科デイ・ケアは退院後のアフターケアを目的としていた。では次に精神科デイ・ケアとはいったいどのような治療なのか、また精神科デイ・ケアが精神病／障害者の生活に与えた影響を考える。

精神科デイ・ケア

精神科デイ・ケアの起源は 1946 年にロンドンとモントリオールでそれぞれ個別に同時に始められたというⁱⁱⁱ。日本では国立精神衛生研究所の加藤正明らが 1959 年から 1 年ほど週 2 日程度の頻度で開始し、1963 年加藤らによって本格的な研究が始まった。1974 年には医療点数化され、翌 1975 年には保健所デイ・ケア^{iv}が開始された。当初、精神科デイ・ケアの目的は精神科病院からの退院後のアフターケアであった。1974 年度に「デイ・ケア施設」が予算化され、社会保険診療報酬が新設される。その後、1986 年には「ナイト・ケア」^vが社会保険診療報酬として認められ、1988 年には「小規模デイ・ケア」料が新設される。この「小規模デイ・ケア」料が新設されると小規模の精神科診療所でも実施することが可能となり、精神科デイ・ケア実施機関数が増加していく。さらに 1996 年に「デйнаイトケア」が認可される。「デйнаイトケア」は精神障害者の社会生活機能の回復を目的として行うものであり、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき 10 時間を標準とする。という規定からも相当な時間を医療機関での治療に充てる。2008 年の調査でこれらの施設の数と月の延べ利用人数は表-2 ようになっている（原 2011 をもとに作成）。

表-2

種 類	病院が実施	診療所が実施	合計	月延べ利用人数
大規模デイ・ケア	663	187	850	341.414
小規模デイ・ケア	435	273	708	95.529
デйнаイト・ケア	277	113	390	115.262
合 計	1.375	573	1.948 *1	552.205*2

*1 ショート・ケア、ナイト・ケアを含めた総施設数は 3.132 施設

*2 ショート・ケア、ナイト・ケアを含めた月の総延べ利用人数は 59.0330 件

秋元は精神科デイ・ケアについて以下のように説明している。

デイホスピタルは「部分入院 partial hospitalization」とも呼ばれるように、昼間の一定時間、集団療法、作業療法、あるいは生活技能訓練 SST などの行動療法を行って、地域で自立して生活ができるように援助する仕組みで、昼間だけの入院である。（秋元 2002:330）

この秋元の言説からは、退院後、院外で生活を送るために治療やトレーニングを施し徐々に「部分入院」の割合を減らしていくという精神科デイ・ケアの性質がわかる。では、精神科デイ・ケアを実践している担当者はどのように考えているのか。厚生労働省ホームページにあるデータを表-3 にまとめた。

デイ・ケア利用の目標（担当者による評価）複数回答可 表-3

デイ・ケア利用の目標	病院（N=4.056）	診療所（N=1.007）
------------	-------------	--------------

再発・再入院予防	93.7%	84.0%
慢性期患者の居場所	72.1%	60.4%
薬剤処方についての相談・調整	58.4%	59.7%
回復期リハビリテーション	53.0%	57.8%
就労支援	31.0%	41.6%
在宅急性期医療の一環	13.7%	7.3%
復職支援	8.4%	15.5%
その他	8.9%	14.0%

精神科デイ・ケアの目標を「再発・再入院予防」「薬剤処方についての相談・調整」や「在宅急性期医療の一環」としている点で秋元の言説「再発・再入院予防」のように位置づけていることがわかる。他方、「慢性期患者の居場所」「就労支援」や「復職支援」という積極的な治療的とはいえない回答もみられ、この点では秋元の指摘に直接結びつかない。尾崎はこれらを「治療デイ・ケア」と「ソーシャルクラブ」と区別する考え方を紹介し、その多面性、曖昧性を「さまざまな方向や質をもつメンバーの回復に幅広く対応することを可能とし、メンバーの選択の幅を広げる」として評価している。

さて、精神科デイ・ケアの目的の多様さや実施機関の増加、また精神科デイナイトケアという長時間の活動時間は「さまざまな方向や質をもつメンバーの回復に幅広く対応することを可能と」するが、同時に多くの精神病／障害者がデイ・ケア施設にとどまり続ける可能性も否定できない。デイ・ケア利用の目標として「慢性患者の居場所」がある。(表-3) 地域生活を行う際に「居場所」は必要であろうが、その居場所が精神科デイ・ケアである必要はない。精神科デイ・ケア以外に対応する場がないとの主張は可能だ。しかしその主張は精神科病院以外に精神病／障害者に対応する場がないので入院継続やむなしという主張と同質だろう。

原は精神科病院・診療所や精神科デイ・ケア、社会復帰施設といった施設中心の活動には限界があり、常にインスティチュショナリズム (institutionalism : 施設症) の危険性にさらされているとしたうえで「精神科デイ・ケアの活動がデイ・ケア施設の中にとどまっていたら、インスティチュショナリズムを生み出すことになる」(原 2011) と指摘している。

更に精神科病院敷地近くにグループホームを作りそこに退院させるといったことが行われる。退院後、夜間はグループホームで過ごすのが日中～夜間を精神科デイナイト・ケアで過ごす。このような事例は珍しいことではない。これをもって「退院生活」であるとする点を批判する主張がある^{vi}。正論であると筆者は考える。では、アパート等から診療所併設のデイ・ケアであればよいのか。家族の元からであれば問題はないのだろうか。

外来精神科医療の利用患者は増加したがそのことにより、「新たなインスティテチュショナリズムを生み出す危険性」、つまり精神科病院入院と同根の問題が生じていることは述

べた通りだ。しかし精神科病院を退院し地域で暮らす際の医療的支援を外来精神医療や精神科デイ・ケアに求めた場合、は「新たなインスティテューショナルリズムを生み出す危険性」だけではない。

外来治療と精神科病院

岡田は外来治療が増加してきたことについて以下のように記す。

精神科における外来医療の伸びはおおきい。外来医療が経済的に保障されるようになったのは、“精神科カウンセリング”という奇妙なものが診療報酬の対象になったときからである。精神科における無形の技術が認められたのはよい。しかし、“カウンセリング”という、ほとんどの精神科医が実行していなかったものが、精神科外来診療費の中心になったことは、診療報酬なんて適当に請求すりゃいい、という見本をしめたのではないだろうか。外来医療がのびることで病院医療に本質的変化がもたらされただろうか。精神科病院はかわったが、おおきくはかわっていないようである。(岡田 2002:236-237)

ここで岡田は外来医療の精神科カウンセリングという治療についての危惧を発する。さらに外来医療が病院医療にさほど景況を与えていないことについて言及する。大熊一夫は台東区の社会福祉施設「あさがお」で精神保健福祉士・サービス管理責任者である斎藤潤子の言葉を次のように記す。

区内にできた多くのクリニックにしても、統合失調症相手ではなくて、働く人々のためのメンタルヘルスに取り組んでいる、というのが実情です。(大熊 2009:201)

精神科病院と新たにできた精神科診療所はその対象者がちがうという。1995年、筆者は精神保健福祉領域で仕事を始めた。職場は精神病／障害者を対象とした作業所であった。の当時、仕事に就いた市は人口30万人ほどの市であったが、精神科診療所は市内に2か所ほどであった。そのうちの一つは精神科デイ・ケアを併設し統合失調所の患者が多く通院していた。この診療所の精神科医や精神保健福祉士たちとは勉強会や患者支援を通して連絡を取りあった。診療所から紹介を受け作業所利用する人も多くいた。その後、駅前を中心に精神科・心療内科を標榜する診療所が多くできた。それらの新しい診療所は通勤・通学帰りに立ち寄れる場所にあり規模もそれほど多くなかった。気分障害（うつ病）などを患いながら通勤・通学している者を主な患者としているそれらの診療所とは、仕事上も勉強会などの交流を持つ機会はなかった。具体的にどのような人が通院しているのかさえ知らなかった。精神科デイ・ケアについても「リワーク（復職）プログラム」をその主な活動にするとところが目立つようになる。復職支援のため対象は、精神疾患で休職・離職した者が多くなる。(片桐 2010) そして参加者の目的は明確だ。疾病予後も統合失調症に比べるとよい人が多い。

先ほど筆者が新しくできた診療所とのやり取りがなかったことを紹介したが、その要因が疾病種別とその予後の関係だろう。統合失調症の人たちは長期間にわたり症状に苦しむ。そして全く支援がなく暮らしていくことが困難な人も少なくない。そこで診療所から作業所などに紹介される。前項で述べたような「デイ・ケア内の滞留」が「新たなインスティテューショナルリズムを生み出す危険性」が指摘される。他方、復職支援を行うデイ・ケアや通勤・通学をおこなえる人たちを対象とする診療所ではどうか。患者によっては「デイ・ケア内の滞留」が起こることはあるだろう。それは従来のデイ・ケアと比べて多いだろうか。また、通勤・通学している患者はどうか。回復に時間がかかり長期間にわたり通院するものがあるだろうが、通院先以外にも所属する場はある。これら新しい診療所や精神科デイ・ケアは精神科病院を退院した後の医療的な「受け皿」になり得るだろうか。岡田は先ほどの記述の後、次のように述べる。

また、わかい精神科医がどんどん開業にながれて病院にいつかず、病院の医師は高齢化し、病院医療が活気をうしないあるいは空洞化しつつあるという声もきく。歴史ある公立病院でも医師の欠員がうまらないう事態も生じてきている。外来医療にかぎらず、院外医療（あるいは医療にかぎらぬので処遇というべきか、**extramural treatment** である）は多様化し、拡大されている。だが、それら院外医療・処遇は、病院医療にいわば接ぎ木された形にとどまっている。かつて医療の傘のもとに”の旗印があった。生活保護法による低価の政策が精神科医療を侵食しようとしたときに、この旗印は有効であった。だが今は、“医療の傘のそとに”の旗印が必要であろう。外国の多くで、リハビリテーション施設は精神科病院からひきはなして、それから独立して設置されなくてはならないとされている。だが日本では、病院医療の延長としてそれらが設置されることがおおい。“医療の傘のそとに”の理念を、このあたりで確認するべきだろう。また、それらリハビリテーション施設の多くは、職員の熱意と低賃金とによりささえられているようで、それらがいつまでつづけられるのか、気がかりである。（岡田 2002:237）

外来治療や精神科デイ・ケアは精神科病院で実施することは可能であり、事実多くの精神科病院が実践している。地域移行後の医療的「受け皿」となり得る診療所や精神科デイ・ケアは存在する。ただ、外来患者や診療所やデイ・ケアの増加をそのまま「受け皿」の数とはいえない。病院の近くにグループホームを作り、そこに退院させ日中精神科デイ・ケアを利用する。これらのことを考えると岡田の「リハビリテーション等、様々な実践が精神科病院に接ぎ木された形で成されている」が理解しやすい。

まとめ——外来治療は入院治療に対置されない

「精神科病院に接ぎ木された形で成されている」とは次のような事態を指すのではない。診療所で「入院治療の必要」とされた場合、精神科病院に「連携」という名目で紹介され、非常に速やかに入院となる。苦痛によって本人がそれを望む場合、問題がないのだろうが、本人非同意の場合はどうか。政府が精神医学に求めた機能を十分に発揮したこと

になる。

つまり、外来治療は入院治療に対置されていないということだ。

岡田はさらに「リハビリテーション等、様々な実践」を“医療の傘のそとに”あることを目指すべきだとする。それはリハビリテーションや福祉等の実践が「医療に近いところ」でなされることは、看板はリハビリ・福祉であるがかつて（現在も）批判されている入院を中心とした精神科医療と何ら変わらないという警鐘である。では、精神科病院で行われた入院治療のどこに批判が集まったのか。

当初、精神科デイ・ケアはデイホスピタルと呼ばれた。その発想は次の通りだ。療養入院中の患者が治療を受ける時間は一日あたりわずかな時間であり、その大半は生活である。では、退院後のアフターケアがあれば生活は地域で行うことが可能ではないとの考えから始まった取り組みが精神科デイ・ケアであった。

この入院患者の大半の時間が生活であることに着目し、「その生活を管理し指導する」ことで多くの時間を治療時間とする。その結果、回復を目指す取り生活療法という取り組みが行われた。他方、その取り組みを批判し生活の時間は病院外で過ごしてもかまわないとし、回復を目指す開放処遇（第2次）という取り組みも見られた。第2次開放処遇は生活療法の生活の管理や指導を批判したが、第2次開放処遇と生活療法双方が精神科病院という枠で実践され治療の一環として行われた。次回は精神科病院の管理・監視について、生活療法とそれへの批判、開放処遇を紹介することで考察していく。

i 1974年に精神科デイ・ケアが健康保険の資料報酬に新設されている。原は「1985年11月には全国68か所でデイ・ケアが実施されていた」（原2011）と書いている。

ii 日本精神神経科診療所協会が平成22年11月に実施した会員基礎調査報告書「開設年ごとの件数」では、1955年に1箇所1959年に1箇所が開設している。その後、61年に1箇所、63年に2箇所、65年に3箇所が開設されその後、毎年新設がみられる。

iii 1927年ソ連（当時）のハリコフではじめられたというが、どのような考えではじめられたか不明であるとしている。（加藤1974：15-16）

iii 精神障害者の社会機能の回復を目的として行うものであり、その開始時間は午後4時以降とし、実施される内容の種類にかかわらず、その実施時間は患者一人当たり一日につき4時間を標準とする。

vi （山本2006） <http://jinken.s3.valueserver.jp/wordpress/wp-content/uploads/tiikiikougatahome.pdf>
2014年11月25日閲覧

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第 15 回

脱精神科病院「わが国の脱精神科病院⑦」

三野 宏治

精神科病院の問題の一つに、精神科医療が精神病／障害者の病を含めたあらゆる「管理」が挙げられるだろう。この「管理」は社会防衛という本人以外からの要請に応えた結果とも言える。さらに精神科医たちが治療と社会防衛を連続して捉えた可能性については前回述べた。しかし同時に、精神科治療の臨床場面で治療と社会防衛を意識することは少ないと予測され、精神科医たちは治療のために治療を行うことも自明である。ただ、精神科病院の経営のため、向精神薬や閉鎖処遇が病棟管理に用いられ、治療するための治療にも積極的に「管理」が用いられることもある。治療の手段としての「管理」が病棟管理に転用されることもある。どう考えればよいのだろうか。

本稿では、病棟管理に手段として用いられた閉鎖処遇や「患者へのしつけ」ともとれる生活療法への批判とそれらに抗する形で展開された第 2 次開放処遇運動を紹介し精神科病院のもつ管理・監視の機能について考えたい。

開放処遇の歴史

現在、精神科病院への入院は開放処遇を基準形態としている。1984 年の宇都宮病院での暴行事件が明るみになり、世界各国から日本の精神医療体制が批判された。その当時の入院形態は措置入院（知事命令による強制入院）と同意入院（本人の同意は必要としない保護義務者の同意に基づいた入院）であった。宇都宮病院での暴行事件が明るみになり世界的な批判を受けて、精神衛生法が改正され、精神保健法と改称された。当該改正で、入院形態は任意入院（本人の同意をもとに入院する形態）が基本と規定された。改正後の 1988 年、厚生省告示第 130 号「本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇」が示された。もちろん 1987 年の改正以前には法の上での開放処遇の基準はなかった。

世界的に見ると、1949 年にイギリスのメルローズにあるジングルトン病院で開放化の試みがなされたのが初とされる。その後、我が国に紹介された後、国立肥前療養所の伊藤 正雄が試みた。1957 年の第 1 回病院精神医学懇話会で肥前国立療養所の伊藤が精神科病院

のオープンシステムを報告し、同懇話会での開放化の議論が活発になった。国立肥前療養所は、現在、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターと名前を変えているが、肥前精神医療センターホームページの院長インタビューに以下のような記述がある。

当院は、昭和30年代に「The most important person in this hospital is the patient」のスローガンのもとに、患者さんの権利を守ろう、社会復帰を推進しようと、当時の精神科病院としては、いち早く病棟の開放化に踏み出しました。画期的なことでした。昭和63年に施行された精神保健福祉法の精神を30年も前に実践していたのです。このことで当院は全国的にその名を知られるようになりましたし、今もわたしたちの誇りでもあります。(肥前精神医療センター院長 杠岳文氏 インタビューより)

近藤廉治は国立肥前療養所の実践を「精神科病院から鉄格子を外し鍵をなくすことは精神科のだれもが抱き続けてきた夢であり、内科や外科のようにいかないものかと過去様々な試みがなされた」と述べ、評している。近藤は国立武蔵療養所(現国立精神神経センター)に勤務の後、長野県立駒ヶ根病院院長を経て、1972年に全開放病棟を標榜して南信病院を開設している。さて、近藤の言う開放処遇が「精神科医のだれもが持つ夢」とはどういうことか。今野は開放化について、前掲した国立肥前療養所や信州大学精神科病棟、佐久総合病院精神科病棟、厩橋病院の円形病棟などが精神科病棟の開放化に努力したと稀な取り組みとして先達たちの業績に敬意の表明ともに次のように紹介している。

当時の「開放療法の研究」は主に国公立の病院や療養所によってなされ、民間病院はまだ閉鎖が当然のことと考えられていた。考えられていたというよりも、考えるとか考えないというような次元ではなく、精神科病院には鍵と鉄格子があるもの、鉄格子と鍵とで閉鎖しておく場所が精神科病院なのだと、そのような存在のしかたが当然のものと思われていた。しかし国立肥前療養所をはじめ各地にまかれた開放化の種は確実に芽生えはじめくいたことを忘れてはならない(今野 1980:9)

精神科病院は他科と異なり、鉄格子と鍵とで閉鎖しておく存在であった。国立肥前の療養所の開放化は1956年の開始から数年で頓挫した。近藤は国立肥前療養所の失敗の原因を「ジングルトン病院での開放化の成功が長年にわたる職員への教育や地域への啓もうであったに対して、肥前療養所にはそれが欠けており、なにより患者のいかなる要求(窓ガラスを壊す、その変異於いてある煙草を勝手に吸うなど)にも応じることを医療の名のもとに許したことが根本的に間違っていた」(近藤 1975:238)としている。国立肥前療養所の開放化は数年で終了したが、その後開放処遇を実践する精神科病院が現れる。今野は、この頃の精神科病院の開放率について述べる。

昭和三十四年二月に国立精神衛生研究所の岡田敬蔵、国立国府台病院の河村高信、小坂英世の各氏が開放度についての全国調査をしている。それによると閉鎖率が七三・四%、開放率が二〇・九%となつて

いる。今からちょうど二十年前であるが、そのときですら開放率が二〇・九%もあったというのは驚くほど高い数字である。しかしこれは報告のなかでも指摘されているように、調査のあり方に偏りがあったことに注意しなければならない。というのは調査の集計結果は全体として官公立、公益、医療法人に偏り、精神病院の多数を占める私立からの回答が非常に少なかったからである。(今野 1980:8)

1959 年の調査では開放率は高くないが、それでも実施する病院は存在している。浅野は 1956 年の国立肥前療養所の開放化の実践から 1962 年までを第 1 次開放化とし、この時期の開放化を稲地 (1979) の次の分析、「分離収容という管理方式から生じたもの」として紹介している。稲地は「増床していく中で退院しにくい軽症者を重症者から切り離し、開放病棟を設けて収容していくことによって進められた」とする。浅野は、稲地の分析を元に、その後の精神科病院新築ブームのなか、院内管理の方式として生活療法が全盛を迎え、それにもなって開放化の試みは頓挫したと書いている。岡田にも、重症患者と軽症の患者の分類 収容と開放／閉鎖病棟に関する記述がある。国立肥前療養所の開放処遇は **The most important person in the hospital is patient** という理念で実践された。しかし、稲地の評からその後の開放処遇は人道的観点という印象はない。地域移行を可能にする向精神薬が収容管理に使われたのと同様に、開放処遇もまた収容管理の手段として使用された。浅野は 1970 年ころから始まった開放化の動きを第 2 次開放化運動として区別し、第 1 次開放化を院内管理の方式として広がり収束した特徴があるとする。それに対して、第 2 次開放化は「閉鎖病院の開放化」であり、生活療法と分類収容の思想からの決別を意図したと評している。開放化が「分類収容の思想からの決別を意図した」試みであるのはわかる。ただ、開放運動が否定する生活療法とはいかなるものであったのか。次にのべる。

生活療法と「管理」

生活療法は、小林八郎によって 1955 年から 1956 年頃に提唱された。小林八郎は国立武蔵療養所 (現在の独立行政法人国立精神・神経医療センター病院) で「昭和 25 年に精神科 外科手術を終えた患者に、その後療法として行った生活指導が功を奏したことを認め、手術をしていない荒廃患者にも生活指導を始めた」(浅野 2000:23)。1959 年には烏山病院で生活療法による治療方針を打ち出し、推し進めた。藤沢は精神科外科の後療法として武蔵野領要所で行われた「生活指導」が生活療法の基礎となったと指摘する。精神科外科を要約すると次のようになる。「前頭葉内の神経細胞間に異常なシナプス供給が生じるためおこるのであり、前頭葉の白質を破壊することによって、そのシナプス結合を切断し、病的な精神症状を除去しようと考えた」(浅野 2000:24)。しかし術後の人格変化を伴う脳の障害が明らかとなり批判され実施されなくなる。精神外科術後の人格変化を伴う脳の障害の後療法として生活療法は生まれた。

生活療法が提唱された時期、都立松沢病院でも「働きかけ」と呼ばれたものが行われていた。都立松沢病院の「働きかけ」は無気力で不活発な患者に対して、掃除・散歩・作業

等を中心とした日課のもとで入院生活を送ることを目指すものであり、生活療法の要素を含むと岡田は言う（岡田 1964）。生活療法はいったいいかなる治療法であったのか。

小林は生活療法を「1.生活指導（しつけ指導）2.レクリエーション療法（あそび療法）3.作業療法（はたらき療法）からなるもの」としてとした。そのうえで、「生活指導（しつけ指導）はレクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）の根幹をなす。生活指導（しつけ指導）はレクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）の基礎であり前療法である。しかし、レクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）に入っても生活指導（しつけ指導）を打ち切ってはならない」という。小林が提唱した生活療法は、生活指導を基盤とした訓練に近いものだろう。次に、烏山病院における生活療法の特徴をみる。烏山病院における生活療法と武蔵療養所や松沢病院との違いは、病棟を開放化したうえで機能別とし、治療病棟、生活指導病棟、作業病棟のほかには社会復帰病棟を造った点にある。入院患者の治療を治療病棟から始め、身体治療後の病状に応じて他の病棟へ、後には社会復帰病棟へ移すことを病院全体で進めた。烏山病院は1959年に生活療法の方針を打ち出した後、1960年に「生活療法に関する服務要綱」、1961年「生活療法服務規定」、1962年医師や看護婦対して「医師服務規程」「看護服務規程」、1965「生活療法服務基準」を設けた。生活療法を病院全体の方針としてすすめた烏山病院の社会復帰活動について、院長であった西尾友三郎の一文を引こう。

病院から社会への後の仕上げとして、特に入念なきめ細かい社会復帰活動に乗せられることになる。社会復帰とは、今までの退院の概念とは自から異なるものでなければならないことは、すでに述べた通りである。そこで当然の事として、その目的に沿った治療活動が要請される。すなわち、狭い意味での「病氣」そのものの治療と並行して、社会で生活しているままの姿で治療し、適応させていくことが必要で、これを「社会治療」と名づけているのである。（西尾 1966:133）

立岩は生活臨床の広がりを「そしてそれらは、ロボトミー、薬物療法といった処方に対して置かれるというより、むしろその後、それらと組み合わせられて開始すくなくとも普及していった」と指摘する（立岩 2014:194）。立岩の指摘から生活臨床がロボトミー（精神科外科）や薬物療法との親和性が理解されるが、当時はロボトミー（精神科外科）の実施は減少している。ただ、薬物療法は精神病治療の主流となる。浅野は「1970年代、私が精神科医になった当時、精神医療の現場を支配していたのは生活療法および生活指導的思想であった。精神病院の内部には、大量の長期在院患者が蓄積し、患者にも職員にも無力感が蔓延していた。生活指導的思想の背景には、分裂病を了解不能で危険で治らないと考える宿命論的な疾病観が横たわっていた」（浅野 2000:44）と述べる。浅野が精神科医になった1970年代は向精神薬が登場して久しく、治せないとして医学対象外に置かれていた精神病が、向精神薬の登場によって治せる可能性がある疾患として認識されだした時期でもある。ただ、生活療法は「分裂病を了解不能で危険で治らない」

疾病観によるものだと浅野は断じている。

浅野は烏山病院での生活療法の中心的人物であった竹村が「分裂病（統合失調症）が遺伝性の疾患である」という考えを強く持っていたとしたうえで次のように批判する。

宿命的な病である分裂病に期待できるのは、たかだか社会適応である。したがって生活指導を日常生活のすみずみまで徹底して、「しつけ」をすることが重要であると考えたのであろう（浅野 2000:42）

生活療法に対して、浅野とは別の印象を持つ者がいる。八木剛平は開放処遇を標榜し、三枚橋病院を設立した石川の「汚物にまみれた精神科病棟の患者と看護するわけではなく麻雀に興じる看護師たち」という初の精神科病院体験を紹介し、「生活療法が活発に行われていた民間病院に出向した筆者の精神病院体験と対照的である」としている。八木は「病院では職員全員が一丸となって生活療法に取り組んでいた。約 250 名の入院患者を院長と分担し、昼間は院内の諸活動に参加するため、入院患者の面接は夜間になり、一週に一度は一昼夜眠り続けるというような勤務が二年間続いた」と記している（八木・田辺 2002:180-184）。八木の評は生活療法そのものではなく、生活療法を実践する精神科病院に対してだが、ここから精神科医たちの奮闘が見て取れる。坂口志朗は 1960 年頃の松沢病院の様子について、浜田晋を引用して次のように述べる。

大講堂という作業場があった。そこにあちこちの病棟から（当時松沢病院は分棟式病棟で、患者は重度別に分けて収容されていた）選ばれた患者が、集合し、約三〇〇人くらいが（正確ではないが）、一斉に袋貼りや荷札通しなどの手作業をやっていた。壮観！戦時中、学徒動員では働かされた工場が私の目に浮かんだ。各病棟でも食堂に患者が集められ、同じような作業が課せられた。十年一日のごとく、常同的な「作業」をやるのが、作業療法の主流であった。そしてそこから落ちこぼれた患者は「どうしようもない重症者」として放置されていたのである。（浜田 2001→坂口 2002:409）

浜田の回想にあるように、向精神薬が万能ですべての精神病／障害者に効果があるわけではなかった。浜田のいう「どうしようもない重症者」が少なからずいて、それらの人は放置される。向精神薬の登場によって多くの患者を同時に収容し、治療できるようになった。「どうしようもない重症者」を薬物療法と管理指導で治療することに、精神科の医師や看護師たちの治療者の職業的なやりがいを生じさせたのだろう。生活療法は「どうしようもない重症者」も放置せず、治療して社会復帰を目指した。しかしその「しつけ」や「指導」がいき過ぎた「管理」となった点や病棟管理の方法、さらに「管理」がなされた精神科病院は収容施設と化した点などが批判対象となって終焉を迎えた。浅野はいき過ぎた「しつけ」や「指導」と収容化した精神科病院への批判から第 2 次の開放化運動が始まったとしている。

精神医療の「管理」から「脱」する試み——第 2 次開放運動

浅野の「生活療法批判から開放処遇がはじまった」や「放置された患者を診て開放処遇を標榜する三枚橋病院を設立した」という石川信義の記述からは、開放処遇が「放置ではなく管理でもないケアの方法」を目指したことは読み取れる。しかし「放置ではなく管理でもないケアの方法」にも差異があった。

三枚橋病院を設立した石川と千葉病院の仙波恒 雄は双方が開放処遇の実践者であったが方法や考えに違いがあった。石川の設立した三枚橋病院は全ての病棟が開放病棟だが、病棟の窓には格子があり保護室もあった。それに対して千葉病院は開放病棟と閉鎖病棟の両方があるが、開放病棟に格子はなかった。それは「開放病棟には格子があってはいけない。開放病棟は徹底して開かれていなければならない」という仙波院長をはじめとした職員の考えがあった。この開放処遇の考え方の違いから双方の職員の間で論争が巻き起こり、石川と仙波の対談に至る。

千葉病院の仙波は開放処遇の実施にあたって、閉鎖病棟があれば患者にとって非常に脅威になると認めたとうえで、閉鎖病棟の有効性を「閉鎖の方が職員と密接なコミュニケーションがあるから安心できる。開放病棟では突き放されている」患者がいると指摘する。仙波は閉鎖病棟を抱える理由を、①全開放処遇を行うマンパワーが足りない。②精神療法や行動療法を行う際、ケースによっては閉鎖処遇が適している場合があること。③開放病棟では処遇しきれない一部の人がいること、を挙げている。閉鎖病棟をなくすことを理想とするが、上記のような理由で叶わない。従って、「開放病棟は、中間的（半開放）ではなく、開放の条件をきっちり確立していかなくてはならない」とする。

他方、石川が院長をつとめる三枚橋病院ではどうであったか。石川は「〈閉鎖病棟は、たとえそれがどんなに小さいものでも、あってはならない。病院はすべて開放されていなくてはならないのだ〉というのが第一の前提条件になっているわけです。そのかわり、二十四時間開放ということに必ずしもとらわれない。深夜は鉄格子で閉じるのもやむを得ない、要は実質的な開放だと、まあそんな考え方だったわけです」（仙波・石川 1983:2）と述べる。浅野は開放化運動の思想を「鍵と鉄格子に象徴される精神病院の扉を開き、患者の生活規則をひとつひとつ解除していき、病院を地域に開かれたもの にしていく実践の総体」（浅野 2000）としている。しかし、石川や仙波の実践は管理的な 行いをすべて否定していない。患者によっては治療者による「管理」は必要であり、閉鎖 病棟や夜間の閉鎖もあり得ると言う。

「管理」もあり得る開放化と生活療法の「管理」の違いは何か。開放処遇と生活療法は病院医療で行われる。それらが治療の手段であることも自明である。治療には治療者による傷病の管理も含まれるが、生活療法は傷病の管理の方法として生活習慣や生活そのものを「管理」しようとした。それに対して、国立肥前療養所の開放化（第 1 次開放化）では、病棟での時間を全面的に患者に委ねた結果、精神科病院の治療機能が低下した。

石川や仙波の第 2 次開放化はどうか。入院治療や生活における治療と生活の明確な区分

や線引きはされないが、治療者による治療上の管理は認めたくえで生活を患者に委ねようとした。石川と仙波の対談からも分かるように、開放化から治療と生活の関係を真面目に問うた。開放化は向精神薬や閉鎖処遇に比べて、経済的にも人的にもコストがかかる。向精神薬や閉鎖による病棟管理を「治療」のためと主張できた時代でもあった。しかし開放化を目指す医師たちは、そう主張しなかった。開放処遇をもって精神病／障害者を治療者の「管理」から開放したとはいえないだろうが、開放処遇を志した精神科医たちの姿勢と取り組みは地域移行後の社会的「受け皿」の質を考える参考となるだろう。三枚橋病院や千葉病院の他にも開放化に取り組んだ医師たちがいたが、精神病院全体における開放率は3割ほどであったという。開放化の後、比較的短期で退院する者が現れた一方で、長期入院患者として病院に留まる者も出現し、在院日数も第2次開放運動が批判した生活療法時代と変わらなかった。浅野は、後に頓挫した第2次開放運動の志向性、治療共同体的な発想は、作業所や共同住居、アパート退院などの実践で発展したと指摘する。

近年、規模の小さな共同住居やグループホームでの実践の経験は、精神障害者が病院から離れ、町のなかであたり前の生活を送れることを実証している。……もはや今日では、精神障害者を生涯にわたり「医療の傘」のもとに置くべしという主張は実践によって乗り越えられている。(浅野 2000:96)

浅野は、第2次開放化運動は精神科病院での治療と違って「生活者としての患者」という概念獲得に寄与したと言う。精神保健福祉の領域では「患者の前に生活者である」ことが強調される。間違いではないだろうが、「生活者としての患者」や「患者の前に生活者である」という捉え方が、再三強調される背景には「患者」としか捉えようのない状況があるのだろう。浅野が指摘するように、精神病／障害者を「医療の傘」のもとに置くべしという主張は乗り越えられている可能性はある。しかし、浅野が評する実践は制度が整備され、潤沢な資金と支援者等の体制が整っていたわけではない。浅野は「やどかりの里の谷」中は、小規模であっても収容化現象は生じうることを指摘しているのである(浅野 2000)と続けるが、「医療の傘」の外に精神病／障害者のリハビリテーションや生活の場を置いても問題は生じる。では、制度を整えれば可能であったか。実施は可能であったが生活支援を行う場、退院後の社会的「受け皿」は受ける人や場や組織となる。人や組織は社会的「受け皿」としての責任を持つ。その責任はだれが持つのか。多くの場合、責任を担保する資格や専門性を有した支援者がいる福祉や医療機関であろう。繰り返すが責任をもたされた側はその責任を果たすため、ある程度の「管理」をせざるを得なくなる。従って退院した者は「管理」されざるを得ないことになる。その結果、社会的「受け皿」の機能が医療でも福祉でも「管理」の意味では、浅野が批判した精神科病院とさほど変わらないだろう。

精神医学は精神病者／障害者を管理・監視するか

責任をもたされた側はその責任を果たすため、ある程度の「管理」をせざるを得なくな

る。退院した者は「管理」されざるを得ないことになる。社会的「受け皿」の機能が医療でも福祉でも「管理」の機能をもつ。この結論からは「管理」「監視」が精神科病院だけの問題でないことがわかる。それは1965年の精神衛生法改正に至る議論から精神医学そのものが備える「社会防衛」機能について指摘した際にも述べた。

1965年当時、神医学界の代表者の一人である秋元波留夫は社会防衛を素直に肯定している。精神医学界は「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、財政的理由か人権的理由かは判然としないが、精神医学界の要望を拒否した。改正法で社会防衛機能は強化されるが、法改正後に精神科病院や病床数の急激な増加はなく、精神病／障害者の多くが精神科病院に收容されたわけでもない。改正点の「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、他は精神科病院や入院に関わるものではない。地域にまつわる制度や施設の新設が主な改正である。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の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）を配置する。

相談員たちに精神病／障害者の相談指導を担わせる。この体制によって精神病／障害者を精神科病院に導く道筋が作られたと言えるだろう。しかし、法改正後に入院患者は激増していない。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。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。地域精神医療の拡大と精神科病院の存続によって他害行為を予防し、他害行為の後には「隔離・收容」を可能とした。

1965年改正によって、精神障害者通院医療費の公費負担制度が新設され、精神医学界は医療の保障拡大として受け入れ患者を増やした。向精神薬が登場した1950年代以降、外来患者数は増加する。患者の増加に対応して精神科診療所も増えた。1970年代には精神科デイ・ケアが診療報酬の対象となり、こちらも利用者数と実施施設の増加がみられる。在宅医療が活発になったからといって、精神科病院や病床は減少しなかった。精神科診療所や精神科デイ・ケアの増加は治療の場が精神科病院だけではなくなったことを意味する。他方、「病院を出る」状況に傾かない理由に、退院後の社会的「受け皿」がないと言われる。

「地域が望ましいが、しかしその体制が整ってないので病院が（当座）必要だ」ということになったが、その状況が現在まで続いている。社会的「受け皿」づくりがなされることになったが、はたして診療所等は精神科病院に変わるものとなるのだろうか。精神科病院と新たな精神科診療所は対象者を一つにしない。現在、駅前を中心に精神科や心療内科を標榜する診療所が多く存在する。気分障害（うつ病）などを患いながら通勤や通学している者を主な患者としている診療所や「リワーク（復職）プログラム」を主な活動にするデイ・ケアが退院後の医療的「受け皿」となり得るのか。岡田の「精神科病院に接ぎ木された形で成されている」という指摘からは次のような事態が予測できる。診療所で「入院治

療の必要」とされると、精神科病院に「連携」という名目で紹介されて速やかに入院となる。本人が入院を望むなら問題ないだろう。しかし、本人非同意の場合はどうか。政府が精神医学に求めた広義の「社会防衛」機能を十分に発揮したとなるだろう。

精神科医たちの一部は精神科病院の「管理」から脱するために開放 処遇を採用した。しかし、それは我が国の精神科病院の潮流とはならなかった。第 2 次開放運動は、患者の生活を「管理」することへの批判から生まれた。患者の生活を「管理」せざるを得ない精神科病院を極力減らし、地域精神医療を精神科治療の基本とすればどうか。精神病／障害者の生活は彼ら自身の手に戻ったと言えるだろうか。外来治療や精神科デイ・ケアは患者の生活の場で治療を行う。疾患には治療上の管理を行うが、生活の「管理」は行わない。仮にこのようなことができるなら問題は少ないだろう。しかし、精神科デイ・ケアの目的の多くが再発予防であることを考えれば、疾患の管理が生活指導等のソフトな生活「管理」に繋がりはしないだろうか。しかも、治療者や支援者にとっても自覚することが困難であろう。しかし、それらの「管理」は明らかに存在する。精神科病院を「脱」して地域移行の後、用意された社会的「受け皿」にも何らかの支援が付随する。その付随された生活支援には、彼らの生活を「管理」する側面がある。今回は生活支援と生活の「管理」の関係について述べたい。

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第16回

脱精神科病院「生活支援と生活の「管理」の関係①」

三野 宏治

精神科医たちの一部は精神科病院の「管理」から脱するために開放処遇を採用した。しかし、それは我が国の精神科病院の潮流とはならなかった。今汚点については前回述べた。そして、患者の生活を「管理」することへの批判から生まれた第2次開放運動についても紹介した。入院治療において治療と生活を分けて考えることはむづかしい。

外来治療や精神科デイ・ケアは患者の生活の場で治療を行う。疾患には治療上の管理を行うが、直接生活の「管理」は行わない。仮にこのようなことができるなら問題は少ないだろう。患者の生活を「管理」せざるを得ない精神科病院を極力減らし、地域精神医療を精神科治療の基本とすればどうか。精神病／障害者の生活は彼ら自身の手に戻ったと言えるだろうか。精神科デイ・ケアについて考えてみよう。精神科デイ・ケアの目的を再発予防であるとしている医療機関は多い。また、精神科デイ・ケアの成り立ちが部分入院であることや、精神科デイ・ケアに長年通い続けている人が多いことを考えると、疾患の管理が生活指導等のソフトな生活「管理」に繋がるのではないかという疑念はぬぐい切れない。しかも、治療者や支援者にとっても自覚することが困難であろう。しかし、それらの「管理」は明らかに存在する。精神科病院を「脱」して地域移行の後、用意された社会的「受け皿」にも何らかの支援が付随する。その付随された生活支援には、彼らの生活を「管理」する側面がある。今回からは数度にわたって生活支援と生活の「管理」の関係について述べたい。

地域移行後の生活支援における「管理」や「強制」がどのような過程で発生するのかについて、知的障害者入所施設から地域移行したAさんの事例を紹介し考察を加える。Aさんは20年以上大規模入所施設で暮らしてきた。彼が暮らした入所施設は1970年に開所した大規模コロニーでありピーク時の定員は850人であった²。ただ、地域移行推進の影響から2005年以降退所者数が増えている。コロニーのある市は中心都部のベットタウンとして栄える一方で住農混在地も多くみられる地域である。コロニーはその市内にあっても

中心部から離れた山あいにある。敷地の中に数か所の寮があり、そこで知的障害のある人が暮らしていたが 2 年後には閉鎖されるという。A さんは「地域移行」の流れの中で、入所施設職員の「地域に出て暮らしたいか」という問いに「コロニーを出て地域生活をしたい」と言った。その後 A さんは地域移行を果たしグループホームで暮らすようになる。しかしコロニーでの生活の方法を地域でおこなった結果、A さんの行為に対し近隣住民からグループホームに対し苦情が寄せられた。それらの苦情にも支援者たちは説明や謝罪に向かう。それと同時にグループホーム利用者に対しては「社会のルールを守りましょう。常識を学んでいきましょう」という。それらの住民によってグループホームの存在に否定的な意見が集められ、結果として近隣住民との軋轢が生じ利用者の生活環境が悪化することや存在そのものまでが近隣住民によって否定されることを支援者は恐れる。そこで A さんの「やり方」を変容させるように働きかける。この支援者の行いは正しいように感じる。しかしその行動変容の求めは、A さんの求めによるものではない。近隣住民の苦情によるものだ。苦情の結果、グループホームや地域生活を支援している事業所の存在にまで悪影響が出る危険性を考慮しての行動変容の求めである。利用者一人ひとりの行動や「やり方」に対する苦情が支援の拠点であるケアホームや他の事業所の存在を脅かすものにならぬように、利用者一人ひとりに「社会のルール」に沿った行動や「やり方」が出来るような支援や指導がなされる。これは彼らの行動や生活の「管理」といえないだろうか。

「支援」と管理／強制との関係——A さんの事例

A さんは 20 年以上大規模入所施設で暮らしてきた。彼が暮らした入所施設は 1970 年に開所した大規模コロニーでありピーク時の定員は 850 人であった²。ただ、地域移行推進の影響から 2005 年以降退所者数が増えている。コロニーのある市は中心都部のベットタウンとして栄える一方で住農混在地も多くみられる地域である。コロニーはその市内にあっても中心部から離れた山あいにある。敷地の中に数か所の寮があり、そこで知的障害のある人が暮らしていたが 2 年後には閉鎖されるという。A さんは「地域移行」の流れの中で、入所施設職員の「地域に出て暮らしたいか」という問いに「コロニーを出て地域生活をしたい」と言った。彼が地域生活を希望する理由は「地域での生活はいつでも買い物ができるからいい。地域に出て自由を得たい」であった。コロニーにいた頃にも、職員と共にバスで近くの町まで出て自分の好きな本やビデオや服などを買うことはあったという。

地域移行後の A さんの住まいは社会福祉法人が設置運営するケアホームである。公営住宅の四階と五階に部屋を一室ずつ借りケアホームとしている。部屋の間取りはリビングダイニングの他に部屋が 3 部屋ある。三部屋のうち二部屋を入居者の居室としており、A さんもその一室を自分の居室として生活している。かつてそのケアホームには A さんと同時期に同じコロニーから地域移行をした人がいた。ただ、その人は精神的な不調を理由にコロニーに戻った。ケアホームで暮らし始めたころ、自由に買い物ができることや集団生活から個人の生活に移ったことに関して概ね満足していた。日中、A さんは生活介護施設に通

所している。Aさんが通う生活介護施設はケアホームを設置運営する法人と同じ社会福祉法人により運営されており、ケアホームから歩いて二十分ほどの距離にある。Aさんは生活介護の施設まで徒歩で通所している。ただ、Aさんは通所・退所の道中に道端に寝そべることがある。

歩道や道ばたのベンチで寝そべることはそれほど問題にされないであろう。ただ、車道のまん中や横断歩道の途中で寝ころぶことも多い。また、通所経路にある教会に無断で入り込み休憩をし、タバコを吸い吸殻を教会の敷地に捨てることがあった。そして度々、近隣住民やドライバーなどから警察に通報され保護された。また、教会の方からも「休憩されるのならよいのですが、吸殻を捨てることはやめていただけないか」との苦情がケアホームと生活介護施設、ケアホームのバックアップ施設である地域活動支援センターにもたらされた。その都度、ケアホームやバックアップ施設の支援者は謝罪し、時には身柄を引き取りに警察に出向いた。

地域活動支援センターやケアホームの支援者はAさんに対してガイドヘルパーの利用を勧めたが、彼は「コロニーではこれで良かった。見張られるのは嫌だ」という理由で断った。ただ、Aさんの通所退所の道中での行為はなくならなかった。バックアップ施設である地域活動支援センターの支援者は「ガイドヘルパーがいやならば、私（地域活動支援センターの支援者）と一緒にだめか」と提案した。Aさんは「それならよい」といったが、特段その行為が収まるわけではなかった。地域活動支援センターの支援者は「Aさんが横断歩道や車道の真ん中で寝そべろうとするときはその都度手を引き、体を押して歩みを促し教会に入ろうとするとそれを注意した。

また、ケアホームで生活を始めた頃、Aさんは自転車に乗ることを希望した。支援者の「コロニーで自転車に乗る経験はあるのか」という問いに、彼は「よく乗っていた」と答えた。支援者が自転車を探してAさんにわたして様子を伺うと、信号を守らない歩行者にぶつかる、車道の真ん中を走る等の危険な運転が見られた。そのため支援者は一緒に練習をすることを勧めた。しかし、彼は「コロニーではこれで良かった。どうして練習などしなければならぬのか」と言う。また、支援者が付き添って自転車での外出を提案したが「見張られているのは嫌だ」という。

結果、支援者は一人での自転車の使用を差し控えるよう提案しAさんはそれに従った。ケアホームや生活介護施設、地域活動支援センターの支援者たちは時間を設けAさんの希望を聞き、また地域で暮らすルールがあること説明した。それは数ヶ月という長い期間をかけ数回行われた。そしてそこで説明された社会のルールは面接や言葉によってのみではなくイラストなども用いられた。このようなやり取りを経てAさんは「コロニーの方が自由だった。施設に帰りたい」と言った。

その後、グループホームや生活介護施設、地域活動支援センターの支援者たちは継続してAさんが地域社会で安定して暮らせるような支援について話し合った。

さて紹介したAさんの事例であるがどの部分が「うまくいっていない」のか。誰にとつ

て「うまくいっていない」のだろうか。

A さんにとっての不都合は自らの要求が通らないことや自分なりのやり方が受け入れられないことである。自ら考えて行動していた行為を途中から遮られ、行為を遮る者が地域生活の支援者であった。他方、地域生活の支援者たちにとって「うまくいかない」ことは、A さんの要求に添った支援が展開できないことであり、また A さんが支援者たちのいうことを理解しないことである。ただ、支援者たちは A さんの要求通りの支援をしようとしていない。

入所施設（コロニー）における観察と A さんのその後

筆者は A さんがいたコロニーで一日を過ごした。そこにはグループホームと生活介護施設、地域活動支援センターの支援者も参加した 3。コロニーでの生活体験を行う目的は、前掲した A さんへの対応に行き詰まりを感じそれを打開出来る方法を探ることであり、地域生活移行の推進を地域側から支えるためにはコロニーの生活や支援を知る必要があると考えたからであった。

現在、A さんが暮らすグループホームから車で 3 時間ほどかけコロニーについたのは昼前であった。まず感じたことは敷地の広さと存在する場所であった。入り口から建物が立つ施設中心にたどり着くまで木々に囲まれた道を走る必要があるのだが、山の中を走っているようであった。また、施設敷地内の移動は車で行う必要があるほど広く、山の中に突然現れた広大な空間に建物が点在していた。コロニーで働く職員たちは車で通勤・移動している様子で敷地内の道路で車を見かけることは少なくなかった。ただ、見かける利用者は想像していたよりも多くはなく、地域移行の結果、退所者が増えていることが実感できた。その施設内の道路では車よりも入所者の行動が優先されていた。道の真ん中を歩いていても車がよけて通行する。また、車の往来があるとはいえ、市街地にくらべると交通量は少ない。ここでは仮に A さんのような乗り方で自転車を操っても咎められることはないだろう。また、敷地内で靴を履かず下着だけの姿で散歩している人も見かけた。ただ、それも施設の中では「特におかしなこと」ではないようだった。つまりそれらの行為を「具合が悪い」という人はおらず苦情を言う人もいない。支援者たちも特に何も言うことはなかった。そのことについてコロニー職員に意見を聞いた。コロニー職員は「良くない。おかしなことだと思う。しかし、今までそのように過ごしてきた彼らにたいして、急に「やめなさい。こうしなさい」と言うと非常に不安定になり自傷行為などが出現するので特に行為を矯正しない。」という。他方、食事や入浴や行動は施設によって制限される。その制限とは時間や順番が決まっていること、自由に外出ができないことである。それらの制限は支援であるとされている。その制限について施設職員は「安全確保のために行動を制限することもある。コロニーでは危険行為の防止が優先だと判断することが多い。制限するのも防止という支援である」と言う。

ケアホームに住まいを移した A さんは「コロニーの方が自由である」と言った。コロニ

一では確かに移動や自転車の乗り方という「やり方」に関して自由ではある。ただ、行動そのものに時間的な制約や物理的な制限がある。

では、ケアホームでの生活ではどうであろうか。事例でも紹介したとおり「やり方」について制約されることはある。また、コロニーと比較すれば程度は弱い、行動そのものに制約や制限がある場合も少なくない。ケアホーム利用開始にあたって、昼間に行く場所を地域における支援者たちと相談しながら決めた。そして決めたとおりに通所をしている。食事についてもケアホームで提供される。ただ、食事の内容は決められたものだ。もちろん食べたいものを要望しそれが通ることはあるが、多くの場合出されたものを食べることになる。起床・就寝の時間なども明確に定められてはいないが、ケアホームの世話人などが助言という形で眠ること・起きることを促す場合はある。ケアホームとそれを中心に展開される生活には何らかの支援が伴う。ケアホームでの生活は少人数ではあるが集団の生活であり、その支援は具体的に食事の提供であり生活リズムに対する助言である。

では A さんはケアホームでの生活をどう感じているのだろうか。筆者は紹介した事例の発言の後、A さんに対してケアホームでの暮らしに関して聞いたが、明確な回答を得ることは出来なかった。ただ、「施設に帰りたい」と繰り返していた。その言葉を受け里帰りをする案が地域活動支援センターの支援者から出された。前掲したコロニーにおける体験のお礼をするため再訪する予定があったためであり A さんもそれに同行することになった。筆者を含めコロニーで体験をした支援者と A さんとでコロニーを訪問したところ、A さんを知るコロニー職員が彼にたくさん声をかけた。しかし、A さんは挨拶を返すことはあまりせず「早くケアホームに帰りたい」と何度も訴えた。

A さんに対する里帰りという方法の是非についてはここでは述べない。ただ、里帰り時の A さんの言葉をどのように理解すればよいか。また「コロニーの方が自由であった。コロニーに帰りたい」との発言とどのように関係付け考えればよいか。

まず、A さんはコロニーには帰りたくはなかったのであろう。ただその理由はわからない。また「コロニーの方が自由であった」という言葉の真意についてもわからない。ただ、A さんの「自由ではない」という発言は、ケアホームでの食事の提供や声掛けなどの支援についてではないのだろう。提供されたものを食べることや時間が決められていることも「自由ではない」のだろうが、A さんが感じた「自由ではない」部分は自らのやり方に対して制限が課されることであろう。では、地域生活支援を行う支援者たちは A さんの「コロニーの方が自由であった。コロニーに帰りたい」という言葉をどう受け止め分析したのか。まず、「コロニーの方が自由であった」という言葉について、コロニーのどこが自由なのかがよくわからなかった。正確にいうとコロニーでは A さんの「やり方」が許されていたことは想像がついた。そして、地域生活ではその「やり方」が問題であり認めにくいものであることもわかっていた。そして、「自らのやり方」で通所をする・自転車に乗ることを望んだ A さんに対し、「自らのやり方」を不適切なやり方として適切な方法で通所をする・自転車に乗ることを指導しようとした。結果「自由がない」と指摘された。地域生活支援を行

う支援者たちは A さんの感じる「不自由さ」についてはコロニーと地域の生活環境の違いから生じていることが生活体験によって確認された。ただ、確認はしたものの A さん「やり方」は地域生活では許容出来ないという認識に変化はない。では何故 A さんの「やり方」は地域生活では許容できないのであろうか。

理由の一つは A さんの安全の確保がある。交通ルールを無視した方法で自転車に乗り歩くことで車にぶつかる。そのリスクを減らす必要がある。さらに近隣住人からの苦情がある A さんの安全を考えるとという理由は間違っていないだろう。ただ、安全を確保しつつ A さんの求めである「自らのやり方」で自転車に乗ったり歩いたりすることを手伝えることは不可能ではない。A さんの行為を大部分で認め、安全確保のために危機的な状況になる場合に備えて付き添いそのときだけ介入する。それらも地域生活の支援者の仕事であるからそれで良いとする。

ただ、不可能とはいえないが実現するには支援者の相当な労力と時間が必要になると予想される。よって支援策として採用されにくい。

さらに地域生活の支援者 A さんの「やり方」が地域で許容できない理由として強調される「社会のルールとなじまない」という点である。他人の家に無断で入り込むことは「社会のルール」から逸脱している。しかし、そのルールから逸脱しても許容する環境が用意されたならどうであろうか。「社会のルール」は存在するが A さんに関しては許すという人々ばかりならどうか。このような環境や人たちがばかりであるなら、安全面の問題は別として地域の支援者たちも A さんの「やり方」を認めるのではないか。その許容される環境はコロニーでは整えられその人たちの「やり方」を矯正することも支援としてなされていない。支援はその人の行動そのものや「やり方」を矯正・制限する側面を持つ。そして、支援者たちはそれらの矯正・制限をその人の利益となる手法であると考えている。入所施設での矯正・制限は多くの部分で否定され地域生活における支援に手法が転換された。ただ、地域生活における支援もまた矯正・制限という性質を持つ。そして地域生活の支援がもつ矯正・制限という性質については、その発動の仕組みが入所施設と比べて複雑である。次に地域生活の支援における矯正・制限の発動の仕組みについて述べる。

支援が強化される要因

入所施設が非難された点は「管理・強制」がなされ選択や決定の自由がないことであろう。そして支援の場が地域へ移行された。ただ、地域生活をおくる知的障害への支援にも「管理・強制」という側面はある。ケアホームでの食事の提供や生活時間への助言などの生活支援には自らの望みが反映されない場合は多い。日中に授産施設に通所することに関しても「本人の同意を得る」という手続きは経ている。ただ支援者が整えたものを提供することが支援とされ肯定される場合と「管理・強制」として非難される場合があることを考えると、A さんの選択はどのような性質か判断しにくい。

地域生活における支援に関して、その提供のされ方によっては入所施設と同質のものに

なる危険性を指摘するものはいる5。また、ケアホームではなくヘルパーなどを使い自立生活を目指す当事者たちもいる6。しかし、支援の提供のされ方に気を配ったり、支援を受けながら自立生活をしたりすることで、支援の持つ「管理・強制」や矯正・制限から逃れることは出来るのであろうか。地域生活の支援者の支援に対して注文を付けることは可能であろう。ただ、Aさんの事例のように「自らのやり方」を求めた結果、「社会のルール」を基準として「自らのやり方」許容されなかった場合をどう考えればよいだろうか。仮に支援者は当事者の「自らのやり方」を受け入れたとしても「社会のルール」を基準とした苦情がもたらされた場合、それを押し進めることは出来るのだろうか。Aさんの事例において、地域生活の支援者たちはAさんの「やり方」を「社会のルール」に沿ったものに変容させようとしAさんに断られた。しかし、仮にAさんの「やり方」に苦情が寄せられないならば支援をもってAさんの「やり方」を変容させる必要性は少なくなる。では何故、地域の支援者たちはそれらの苦情を無視できないのか。苦情の多くは、本人に直接寄せられる場合もあるが「お宅の利用者の行動が困ります」というように支援者に寄せられることが多い。そして地域生活の支援者たちは苦情があまり多くなるとグループホームや地域生活を支援している事業所の存在にまで悪影響が出る危険性を考える。苦情のなかには言いがかりに近いものもある。夜間グループホームでの物音がするという苦情などがその例であろう。苦情を訴える人は「うるさい」とは言わず「物音がする。大人数で暮らしているのだから気をつけてくれ」という。

それらの苦情にも支援者たちは説明や謝罪に出向く。それと同時にグループホーム利用者に対しては「社会のルールを守りましょう。常識を学んでいきましょう」という。それらの住民によってグループホームの存在に否定的な意見が集められ、結果として近隣住民との軋轢が生じ利用者の生活環境が悪化することや存在そのものまでが近隣住民によって否定されることを支援者は恐れる。利用者一人ひとりの行動や「やり方」に対する苦情が支援の拠点であるケアホームや他の事業所の存在を脅かすものにならぬように、利用者一人ひとりに「社会のルール」に沿った行動や「やり方」が出来るような支援や指導がなされる。全てにおいてこのような手順で支援が強化されるのではないだろうが、入所施設ではみられなかった構造ではないか。ここで述べた苦情と「管理・強制」の強化との関係は、グループホームの支援者のみならず福祉職員など実際に支援を行っている多くの支援者たちの悩みでもあるだろう。

他方で本人のやり方を地域ではなく許容される場面を限定すると入所施設と同じようになる。Aさんの通所を送迎などの手段とするとどうか。道路で寝そべることやタバコを捨てることはできない。自転車に関してもグラウンドや公園等で乗ることを提案することもできる。しかしそれではグループホームという「施設」から日中活動の「施設」に移されたにすぎず、見守りという目には見えない「管理」のもと自転車に乗ることになる。前章ではグループホームから精神科デイ・ケアに毎日通い、そこで一日の大半を終えることが地域移行と呼べるのかと指摘した。グループホームという「施設」から日中活動の「施設」

に移動する際に寄り道をすることやタバコを吸うことをもって地域移行とはいえないが、少なくともそこには許容される場所という限定はなく見守りという支援もない。まず、Aさん自身が苦情を受けることもあってよいはずだ。施設等に苦情があった場合、「そのような苦情は本人の問題であるから、本人に直接言ってくれ」等の対応であれば、当事者を「主体」とする表れだろう。すべての場合に可能であるとはいえないだろうが、まず支援者が代わりに引き受けないことが、許容される環境からの「脱」といえないだろうかと考えてみる。当然、社会の側は困るであろうがそれを引き受けるのは社会の側でもあるはずだ。

身体障害者が地域社会で生活する場合も「社会のルール」や常識と衝突することがある。そして、その場合「社会のルール」や常識の方が間違っているのだろう。また、そう主張してきた人たちもいる。ただ、知的障害者や精神病／障害者の行動や「やり方」が「社会のルール」と衝突した場合には、全てが「社会のルール」が悪いとは言い切れない。また、そのような時の支援に関しても「自傷他害は防ぐ」という程度の「原則」しか立てられないだろう。苦情と指導・支援の関係の整理と理解についても整理がすすんでいるとはいえない。では、入院した方がよいのか。かえってよい場合があることを完全には否定できない。しかし、本人が「安心する」点で「よりました」というほどのことであって、入所施設や精神科病院での支援が積極的によいというわけではない。このように考えると地域移行に関しては何も進まなくなるのだが、実際に支援をしている支援者や支援を受ける当事者たちは支援と「管理」「強制」についてどのように感じ考えているのだろうか。

まとめ

支援者たちは支援が行われる場所や種類を問わず、当事者の判断や決定よりも支援が優先されることはあることに関してある部分では自覚しているといえる。それ故、支援者たちは入所施設が批判された点について理解を示す。そして本人の決定より優先される支援など良くないという理念のもと地域生活がおこなわれながら、地域においても支援の持つ「管理・強制」は発揮されていることも自覚している。また、苦情によって支援が強化される可能性があることに関しても気がついているだろう。ただ、もたらされた苦情を「社会のルール」に変換することで指導・支援が可能となることと、その変換された支援・指導は施設の存続の問題も含んでいることに関してはそれほど自覚的ではない可能性がある。支援がうまくいっていないと感じる時、支援者が本人の希望を変換している可能性がある。そして「社会のルール」に依拠した支援に対し当事者が異を唱えたとき行動にのみ問題があるわけではないし、当事者の主体性の発露ともいえる。当事者の主体性の発露が「社会のルール」と衝突した場合、それは正しく決めることが出来ていないと支援者は判断することがある。正しく判断できないから手厚い支援が必要であるという理屈は、入所施設を作りそこで支援を行うという考えに通じる。入所施設での支援を否定することで地域生活を肯定するのではなく、地域生活における支援の内容やその変質が何によってもたらされているのかに関する分析は必要であろう。

身体障害者が地域社会で生活する場合も「社会のルール」や常識と衝突することがある。そして、その場合「社会のルール」や常識の方が間違っているということは出来る。また、そう主張してきた人たちもいる。ただ、知的障害者の行動や「やり方」が「社会のルール」と衝突した場合には、全てが「社会のルール」が悪いとは言い切れない。また、そのような時の支援に関しても「自傷他害は防ぐ」という程度の「原則」は立てられる可能性はある。苦情と指導・支援の関係の整理と理解についても整理がすすんでいるとはいえない。では、入所施設での生活に戻ることにした方がよいのか。かえってよい場合があることを完全には否定できない。しかし、本人の「やり方」が許容されるという点では「よりました」というほどのことであって、施設が積極的によいというわけではない。このように考えていくと結局何も決まらぬまま地域移行が進むことになる。ただ、仮に「ある場合」は当事者にかわってケアホーム等の支援者が苦情を引き受けることをやめてしまう、あるいはケアホームなどに入らないというのは一つの解決策とはなりえないだろうか。「ある場合」とは先ほど述べた「自傷他害のおそれ」などといったもので大変慎重に議論を進めなければならないが、まずは当人たちに苦情などを引き受けてもらう。もちろんそれで「社会」の側は困るだろうが、一時困ってもらい当事者とともに解決策を図るという方法はあるはずだろうが、そのような方法が採用されることは多くはないだろう。

文献

- 安積 純子・尾中 文哉・岡原 正幸・立岩 真也 1990 『生の技法——家と施設を出て暮らす障害者の社会学 増補・改訂版』, 藤原書店
- 井上照美 岡田進一 2007 「知的障害者入所更生施設の歴史的課題の検討—知的障害者の「地域移行」に焦点を当てて—」 『生活科学研究雑誌』 vol6:pp.209-223 大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部『生活科学研究誌』編集委員会
- 岩田 正美 2008 『社会的排除——参加の欠如・不確かな帰属』, 有斐閣
- 河東田 博 1992 『スウェーデンの知的しょうがい者とノーマライゼーション——当事者参加・参画の論理』現代書館
- 2009 『ノーマライゼーション原理とは何か——人権と共生の原理の探求』現代書館
- 2003 「諸外国の施設解体（脱施設化）の実態と課題——スウェーデン、イギリス、ドイツの事例から」『季刊 福祉労働』 99,pp22-30, 現代書館
- 河東田 博・孫 良・杉田 穂子・遠藤 美貴・茶川 正武 2002 『ヨーロッパにおける施設解体——スウェーデン・英・独と日本の現状』現代書館
- 河東田 博 編 2007 『福祉先進国における脱施設化と地域生活支援』現代書館
- 河東田 博・ハンソン 友子・杉田 隠子 訳編 2000 『スウェーデンにおける施設解体』, 現代書館

- 厚生省 「第18回社会保障審議会障害部会 議事録」(2004年 10月12日開催)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/10/txt/s1012-1.txt> (2011年9月5日 閲覧)
- 厚生省障害保健福祉部 「平成12年全国厚生関係部局長会議資料(障害保健福祉部)」
 厚生労働省 HP より http://www1.mhlw.go.jp/topics/h12-kyoku_2/index.html#syogai-h
 (2011年6月8日 閲覧)
- 厚生労働省 社会・援護局障害保健福祉部 企画課 HP 「平成17年度知的障害児(者)基礎調査結果の概要」 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/titeki/index.html> (2011年6月8日 閲覧)
- 厚生労働省 「新しい障害者基本計画に関する懇談会 議事録」
- 松本和子 2010 「地域移行=良い支援なのか?」『平成22年度財団法人日本科学協会笹川研究助成 障害者の地域生活移行に関する問題点の整理および支援方法についての研究』 社会福祉法人心生会 障害者地域生活移行研究チーム pp12-16
- 峰島敦・障害者生活支援システム研究会編 2003a 『希望のもてる「脱施設化」とは—利用者・家族の実態・意向調査から—』 かもがわ出版
- 峰島敦 2003b 「障害福祉分野で進行する"脱施設化"政策の動向に関する批判的検討——「障害者基本計画」における知的障害者の生活移行施策の本質と課題」『立命館産業社会論集』
- NHK取材班 1982 『あすに挑む——障害者と欧米社会』, 日本放送出版協会
- Nirje, Bengt 著, 河東田 博・橋本 由紀子・杉田 穂子・和泉 とみ代 訳編 2000 『ノーマライゼーションの原理——普遍化と社会変革を求めて』 現代書館
- 大塚晃 「施設から地域へ——社会福祉基礎構造改革、障害者プラン、支援費制度にみる国の動き」『季刊 福祉労働』 99,pp31-38, 現代書館
- Ratzka, Adolf D. 1991 Independent Living and Atendant Care in Sweden : A Consumer Perspective = 『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス——当事者管理の論理』 1991 河東田 博/小関・ダール 瑞穂訳, 現代書館
- 佐々木信行 2009 「知的しょうがい者の立場と介護派遣事業所の代表者の立場とは」『季刊福祉労働』 124,pp66-73, 現代書館
- 副島洋明 2000 「知的障害者虐待事件を考える」——知的障害者虐待事件、そして私たちの展望を考える。言うは易し、行うは難し。『季刊 福祉労働』 89,pp51-59, 現代書館
- 障害者生活支援システム研究会 編 2003 『希望のもてる「脱施設化」とは——利用者・家族の実態・意向調査から』 かもがわ出版
- 田島 良昭 編著 1999 『ふつうの場所でふつうの暮らしを—コロニー雲仙の挑戦(1) くらす篇』 ぶどう社
- 立岩真也 2000 『弱くある自由へ』 青土社
- 寺本 晃久 岡部 耕典 末永 弘 岩橋 誠治 2008 『良い支援?——知的障害/自閉の人たちの自立生活と支援』 生活書院

- Trent, James W., Jr. 1995 *Inventing the Feeble Minded : A History of Mental Retardation in the United States*, University of California Press=1997 清水貞夫・茂木俊彦・中村満紀男監訳, 『「精神薄弱」の誕生と変貌——アメリカにおける精神遅滞の歴史』, 学苑社
- 樽井康彦 2008 「知的障害者の脱施設化の論点に関する文献的研究」『生活科学研究雑誌』vol7:157-168 大阪市立大学大学院生活科学研究科・生活科学部『生活科学研究誌』編集委員会
- 特定非営利活動法法人 ピープル・ファースト東久留米 2007 『知的障害者が入所施設ではなく地域で暮らすための本』生活書院
- 東京都社会福祉協議会 2004『障害をもつ人の地域生活移行支援事例集——身体・知的障害者福祉と精神保健福祉における実践と提言』東京都社会福祉協議会
- 藤内昌信 2009「知的障害者の地域支援の立場から」『季刊 福祉労働』124 pp60-65, 現代書館
- Ratzka, Adolf D. 1991 *Independent Living and Attendant Care in Sweden*=1991 河東田 博・小関 ダール 瑞穂訳, 『スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス——当事者管理の論理』, 現代書館
- Worrell, Bill 1988 *Advice for Advisers, People First of Canada*=1996 河東田博訳, 『ピープル・ファースト：支援者のための手引き——当事者活動の支援と当事者参加・参画推進のために』, 現代書館
- 全日本手をつなぐ育成会 2009 「全日本手をつなぐ育成会速報」 No.23
 ————— 2010 「全日本手をつなぐ育成会速報」 No.31