

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

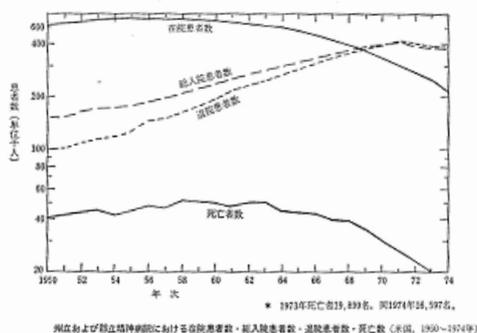
ケネディ教書以降、州立精神科病院の病床数や在院患者数の減少は加速している。そして70年代以降も病床数の減少は続いている。では、病床数・在院患者数減少の加速という点で見ると1970年以前と以後変化はない。では、なぜに70年代以降の脱

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ト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。このゲット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

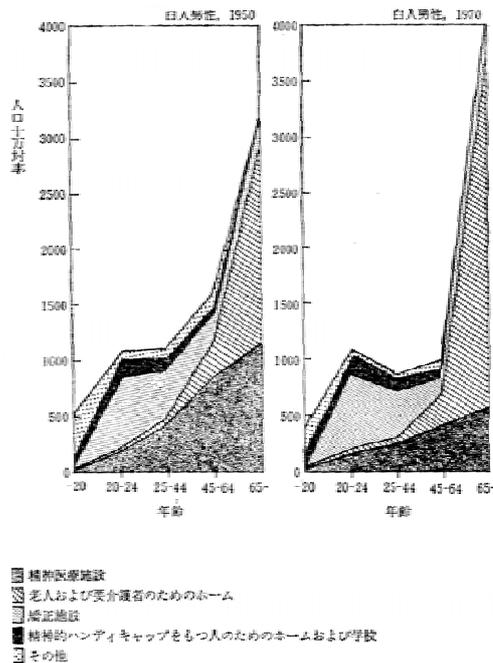
療施設利用の割合がすべての年代において少なくなっている。これは脱精神病院化が進んだものと考えられるが、1970 年には 45 歳以降の「老人および要介護者のためのホーム」の割合が増加している。

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10万対白人男性施設在籍者数（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来て、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、正當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。