

# 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<sup>i</sup>。

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<sup>ii</sup>。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<sup>iii</sup>。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)の通達がなされた。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は始まる。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<sup>5)</sup>。

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<sup>vi</sup>。

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<sup>vii</sup>。

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<sup>viii</sup>。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<sup>ix</sup>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](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

---

<sup>1</sup>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](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」な状況を考慮して、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。