

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—人格変化をとま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」をともなっている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。治せないもので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き、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」としてとりこんでいる」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

