

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。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づかしい。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设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たものである。

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」にある精神科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。