

いのちの尊厳へのまなざし

——精神障害者福祉の歴史と現状を踏まえて

田村綾子

序章

二〇一六年（平成二八）年七月二六日、神奈川県相模原市で発生した障害者支援施設における殺傷事件⁽¹⁾は、被疑者の言動の険しさと残虐な犯行によって福祉関係者のみならず、国内外に大きな衝撃をもたらした。重度障害のある人の安楽死を提案する文書を政府に届けようとし、そこに記載した犯行予告通りの凶行に及んだことに加え、「重い障害を持つ者には生きる価値がない」と被疑者が断言したことに震駭させられる。この言動は、障害者には生きる意味があるのかと正面から問うてくるものでもあり、人のいのちの尊厳を考えると、向き合わざるを得ない問いである。

さらに、被疑者が事件の数か月前に精神科病院に十数日間措置入院していた事実は、被疑者の言動以上に、現在の精神医療と精神保健福祉業界に対して大きな影響を与えることとなった。それは、事件の要因と被疑者の措置入院歴との間の因果関係が不明な段階から、厚生労働省に事件の再発防止策を検討する場が設置され、その提言に従って措置入院制度の改正を盛り込んだ「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（以下略称「精神保健福祉法」とする）の改正

法案が出されたことに顕著である。この一連の動きにより、あたかも精神病が残酷な事件の要因となり、犯罪防止のためには精神科への強制入院やその後の支援が必要であるという誤解や偏見が助長されることを危惧する。

日本における精神医療と福祉に関する特殊事情は、先進諸国の中で際立って多い精神科病床数を持つことに瞭然としている。その背景には、我が国が精神障害者を「障害者」ではなく「病者」とし、したがって福祉ではなく医療の対象としてのみ位置づけ、また積極的な治療より隔離収容政策を選択してきた史実がある。この結果、現在の日本は精神科病院に多数の長期入院患者を抱えている。

こうした事態に対し、厚生労働省が主導する形で二〇〇三（平成一五）年度以降展開されてきた精神障害者退院促進支援事業は、形を変えて現在に至るまで取り組まれている。また障害者権利条約の批准に向けた国内法整備に関する議論の成果の一つとして、二〇一三（平成二五）年には精神保健福祉法が改正され、二〇一四（平成二六）年度からは、新たな一年以上の長期入院患者（ニューロングステイ）を極力生み出さないための方策がとられてきている。

一方、日本における精神科医療の変遷の中で、一九七〇（昭和三〇）年代に乱立した多くの精神科病院に当時入院し、病院の歴史とともにその人生を歩んできた精神障害者の多くが、六五歳以上の高齢者となってターミナル期を病院で迎え、そのまま看取られる数も増している。退院や地域移行が遅々として進まない現実を直視するとき、このような人々は、あと十数年も経過すればほぼ死滅してしまい、日本の精神医療と福祉の負の遺産ともいえる長期入院者の問題は自然に解消するであろうことが間接的には意図されているのではないかとさえ思えてくる。

この方々の人生とは何であつたのか、社会防衛のための隔離収容と予算切り詰めの陰で、その一生を精神科病院内で終えなければならなかつた人々の、声にならない声に耳を傾けなくてよいのか、本論の根底には筆者のこうした問題意識がある。冒頭に紹介したように知的障害者の施設では極めて悲惨な事件が発生し、加えて、インターネット上で被疑者の主張が称賛されている現実もある。また、精神疾患の有無と殺人事件の惹起との因果関係が明らかでない

にもかかわらず、法改正をしてでも精神科患者の強制医療と、「支援」という大義のうえで退院後の動向を追跡するような仕組みに取り込もうとする日本社会のあり様に対峙するとき、改めてそのことを持つ重さを吟味しなければならぬ。精神保健福祉法の改正案は、二〇一七年秋季の衆議院冒頭解散により、いったん廃案となっていることから、本稿においてはその手前までの法改正の変遷をたどり、精神科病院における長期入院者の終末期の姿に焦点を当て、特に精神障害のある人々のいのちの尊厳について考察する。

第一章 日本における精神保健医療福祉の歴史と精神科患者の人権

前述したように、日本では精神障害者を「病者」として位置づけ、「医療」の対象としてのみ処遇してきた長い歴史がある。またその歴史の大部分は、社会にとって危険な精神科患者を隔離する形での社会防衛を主とするものであった。このことが、一般国民に偏見や差別感情を無意識のうちに形成させ、今も精神病や障害を持つ人の社会復帰の推進を阻害する要素の一つとなっている。本章では、その歴史的経緯について、法制度の変遷をたどりながら概観する。

1. 「危険な」精神科患者の隔離

わが国で最初の精神科医療に関する法律である「精神科患者監護法」（一九〇〇（明治三三）年）は、精神科患者を“よく保護して社会に流す患者を無きよう”にすることを法案提出理由として制定された。この法によつて私宅監置された人々を、当時の東京帝国大学教授で精神科医の呉秀三が後に全国調査し、「我邦十何万ノ精神科患者ハ実ニ此病ヲ受

ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ナルモノト云フベシ」と著したことはよく知られている。本法は、当時の座敷牢や民間の収容施設を取り締まる目的でつくられた「監禁」を合法化する法律であり、「監護」という表現は「精神病患者監禁法」を主張する政府案と、法案の審議に専門家として参画した東京帝国大学法医学教授片山国嘉（呉秀三）の渡欧中、精神病学講座を兼任した）の「保護法」とすべきだという意見との妥協の結果であるといわれている。⁽³⁾

同法では、私宅監置の理由について「家宅侵入し他人の物品を盗む、他人に暴行、放火、家人殺害（未遂）、家人傷害、他人傷害（未遂）、神社仏閣破壊、不敬事件、外出徘徊、放浪など」と、犯罪名や問題行動を列挙している。⁽⁴⁾ 病者の保護よりも、社会にとって危険な行為をする精神病患者を監禁の対象とみなしたものであるといえ、座敷牢を「私宅監置」と呼んでそこに閉じ込め、監置の責任を家族に負わせるために「監護義務者制度」がつくられた。さらに、この法律の施行を内務省と警察の管理下に置き、警察に監護義務者の責任を監督する役割を持たせた。このように、日本の精神病患者に対する最初の法律が監禁の合法化から始まったことは、一般国民に無意識のうちに、「精神病」と聞けば「犯罪」や「隔離」を連想させやすくなるきっかけになったと推測できるのではないだろうか。監置の目的が社会の危険防止であったことは明白であり、入院という形態ではないものの、社会的要因によって精神病患者が行動を制限される不幸な歴史がこのとき既に始まっていた。

なお、前述した呉によつて、私宅監置されている人々の中には、「長期の監置により衰弱、痴呆状態の者」の存在が指摘されている。⁽⁵⁾ 精神を病み、その結果として問題行動に至ってしまうような人々に対し、一人の人間としての尊厳を認め、その人権を擁護するという思想が、当時の日本には欠けていたことがわかる。

2. 入院中心の精神医療の歴史とその問題

(1) 精神病患者にとっての戦災

精神障害者に対する医療は、参戦と敗戦に向かうわが国の歴史の裏側で、精神病院法制定（二九一九（大正八）年）から精神衛生法の制定（一九五〇（昭和二五）年）へと法改正を経ながら入院中心の体制に移行していった。全国の各都道府県に国公立の精神科病院を設置するとした精神病院法が実効せず、精神病患者が座敷牢に閉じ込められ続けた背景には軍備費への予算投入があり、特に一九四〇年代にかけては一般国民以上に精神病患者にとって悲惨な状況がもたらされた。それは、いわゆる戦災である空襲等による負傷や死亡のみならず、戦争の長期化に伴う食料不足の深刻化の影響を受けたことである。秋元は、以下に引用するように、当時の代表的な精神科病院である傷痍軍人武蔵療養所（現在の国立精神・神経医療研究センター病院）と東京府立松沢病院（現在の都立松沢病院）における死亡統計をもとにこのことを語っている。

傷痍軍人武蔵療養所は精神障害軍人を治療する軍事保護院の施設だったため、身体的には丈夫な若い人たちが多かったにもかかわらず、一九四一年頃から死亡者が増加した。死亡者は一九四〇年には一人であったが、一九四一年二六人、一九四二年五五人、一九四四年になると一〇〇人を超え、敗戦の年、一九四五年には一六〇人、実に在院患者の四分の一、四人に一人が死亡した。死亡者の増加は戦後も続き、死亡者の数が半年並みとなったのは一九五〇年以後である。食糧不足は戦後も数年続いたからである。

東京府立松沢病院の状況はさらに深刻である。松沢病院は武蔵療養所と違って、一般市民の治療施設で高

齢者も多数含まれていたこともあって、食糧不足の影響はいつそう大きかった。この病院の平時の死亡者は年間二〇人程度であるが、日中戦争の始まる前年の一九三六年にはすでに七三人に増えており、一九三八年には一二一人、一九四〇年には三五二人という多数の死亡者が出ている。太平洋戦争が激しくなるとその数はいっそう増え、一九四四年には四二二人、敗戦の年一九四五年には四八〇人と激増し、在院者の約半数が死亡している。松沢病院で死亡者の数が普通の水準に戻ったのは一九五二、三年以後である。このような痛ましい死亡の原因は、松沢病院の記録が明らかにしているように、食料の不足による慢性栄養失調である。松沢病院や武蔵療養所は公的施設であり、闇の物資調達は不可能であり、政府の食料配給計画を忠実に守らなければならなかったのである。この二つの施設だけでなく、おそらく当時の全国の精神病院の患者は同じような状況に置かれていたにちがいない。精神病院に入院している精神障害の人たちの多くは、一般市民のような食料調達の自由をもたず、食料は病院から支給されるものだけに限られた。死亡はその結果であるから、病死というより、事故死であり、正しくは政府の不当な配給計画の実施による他殺というべきである。

〔※数字のみ筆者が漢数字に変換〕⁶

敗戦国である日本では一般国民の誰もが飢餓に喘ぎ、栄養失調による死亡は珍しくなかった。その悲惨さを参戦への反省とともに甦らせるとき、精神科病院に収容され、与えられる食物を糧にして、いのちをつなぐことができなかった多数の入院患者をも想起することはあるのだろうか。その存在さえ知られていない犠牲者のいのちの重みは、どのように量ればよいだろうか。

(2) 尊厳軽視の精神科病院への收容主義政策

今日、日本の精神保健医療福祉における喫緊の課題として認識されており、人権侵害の状態の一つであるともいえる『社会的入院患者』は、一九六八(昭和四三)年当時既に存在していたことがクラーク(D.H. Clark)報告書⁽⁷⁾からわかる。すなわち日本の精神医療について、適切なりハビリテーションと地域精神医療体制があれば退院可能な、若年層の慢性化した長期入院者が大量に存在しているとの指摘である。内容を一部抜粋すると、多くの精神科病院は一九四五(昭和二五)年以後に設立された私立病院であること、その多くは精神分裂病(現在の統合失調症)の患者で満床になり、五年以上在院している患者の大多数は二五〜三五歳で、以後三〇年以上も在院する可能性があること、六〇歳以上は四パーセントに過ぎないが、英国の前例に基づけばこうした慢性期患者の累積により日本の高齢患者の非常な増加が一九八〇〜九〇年代には大きな問題になるであろうこと、早期に対策を打つべきであること、などの指摘であり勧告である。

クラークが日本に三か月間滞在し、各地を訪れてまとめた洞察に富むこの勧告は、日本の精神医療と福祉の政策転換を図る大きな契機になり得、また予言的であったともいわれている⁽⁸⁾。しかし、同報告書の監訳者である加藤は「当時の厚生省の課長はクラーク勧告に対する記者会見で『斜陽のイギリスから学ぶものは何もない』と話した」と紹介し、勧告は無視されたことが伝えられている⁽⁹⁾。

実際、この指摘から後も何度か再来日したクラークを失望させたのは、退院可能と思われる長期入院者が相変わらず精神科病院内に留められていたことである。当時若年層だった入院患者が、その後も精神科病院内で暮らし続けることを余儀なくされ、高齢化した社会的入院患者として「課題視」され始めたのは、一九九六(平成八)年頃からである。経過は後述するが、この年、総理府は「障害者プラン——ノーマライゼーション7か年戦略」において「三三万人の入

院患者のうち、数万人は地域の保健福祉基盤が整えば退院できるといわれており、このため計画期間中に二、三万人分程度の社会復帰を可能とするような施設・事業を整備する」として社会的入院患者の存在を認め、解消への方針を打ち出した。しかし、実態は数値目標通りには進まなかった。

このように、日本に生まれた精神病患者は、ある程度症状が回復しても退院して生活するための場を得られず、その生涯を精神科病院の中で送らされてきた。これは、精神病患者も人間として認め、その一人ひとりのいのちを尊いものと捉え、本人の希望する形で生活が営まれるための支援施策が講じられてこなかったことを意味する。

さらに、いのちの尊厳を軽視した精神医療にまつわる制度の一つとして、医療法の精神科特例がある。これは、一九五八（昭和三三）年に当時の厚生省事務次官が都道府県知事宛に出した通達（発医第132号）で、「特殊病院に置くべき医師その他の従業員の定数」を定めている。それにより、「精神科医療施設の医師は患者四八人に一人と、一般の三分の一に、看護師は患者六人に一人と、一般の三分の二に、薬剤師その他の職種も一般科より少なくてよい」となった。当時政府は、精神病患者の隔離収容を促進させるために精神科病院の新設を奨励し、特例を設けることで人員不足を補おうとした。これにより、日本における精神科の全病床数の九割以上を民間精神科病院が占めることとなり、しかも少ない人手と費用による画一的な管理主義をはじめ、無資格者による看護や、患者が患者を看護するという事態を招いた。精神科特例は二〇〇一（平成一三）年に廃止されるが、その対象は公立病院が中心であり、また医師の数に関する規定は変わっていないことから、日本の九割を占める私立精神科病院では特例廃止による大きな改善は見られていない。

程度の差はあるものの、少数の、専門性に乏しい職員によつて病者・障害者が集団管理される場、それが精神科病院であった。そこでは一人ひとりの状態像の把握や病状に合わせた治療や看護、社会復帰支援は二の次とされ、収容すること自体に重きが置かれている。精神科病院の行き場確保のために精神科病院を増やそうとした国の姿勢がこの特例に

象徴的に表れており、このような異常な状況は、精神科入院患者一人ひとりの尊厳軽視を物語っている。そのことが直接的にも間接的にも入院患者の人権を著しく侵害する事件の発生を招くことになったと考えられる。

(3) 人権侵害事件と法整備

① 宇都宮病院事件と法改正

日本における精神科病院の人権軽視の施策が改められる契機は、一九八四（昭和五九）年に発覚した精神科入院患者の虐殺事件である報徳会宇都宮病院事件であった。二名の入院患者が無資格の看護職員に虐待され毆殺されるという事実が知れ渡ると、日本における精神医療の問題点が「精神障害者の人権および治療に関して不十分（seriously inadequate）である」（国際法律家委員会・国際保健専門職委員会合同調査団報告、一九八六（昭和六一）年）として諸外国から批判された。⁽¹¹⁾ その概要をまとめると、「約三二万人の精神病患者の大部分が私立精神科病院（日本の全病床の約四分の一を占める）に入院しており、その八〇パーセントは強制入院であり長期化する傾向にある。また病院管理者には患者の行動を制限することのできる規定があり、入院患者の通信や面会の権利が否定されている。国際社会の認識とは対照的に、日本では強制入院となる対象の人々のための適正手続が存在せず、収容によって利益を得る当の病院の管理者が強制入院を決定できる。事件の発覚した宇都宮病院においては、入院患者が日常的に殴打され、この病院の医師の家族が所有する工場で週六日間、無給で強制的に働かされていたという証言を元入院患者が行っている。日本政府は精神科病院での虐待に気づいていながら無視し、世界人権宣言、国際人権B規約の下での義務を怠っている」といった内容である。

当時の日本における複数の精神科病院においても同様の出来事があったことは指摘されており、宇都宮病院事件に限定される特殊な事態ではなかったが、この事件が国内外に明るみになったインパクトは大きく、精神科の入院患者の不

幸な死と、そのことを批判する外圧等によって「精神衛生法」は一九八七（昭和六二）年に「精神保健法」に改正された。この法では、精神科病院の管理者に対して精神障害者の人権の擁護と入院患者の社会復帰の促進を図るため、本人や家族等の相談に応じ必要な援助をすることが規定された。患者自身の意志による任意入院制度が創設されたのもこの法改正時点からである。

さらに精神保健法は、一九九三（平成五）年の「障害者基本法」成立の影響も受けて、一九九五（平成七）年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改正され、精神障害者保健福祉手帳制度の創設や、精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のための、必要な援助を行うという社会福祉の目的が加えられた。こうした経緯もあって総理府が「障害者プラン——ノーマライゼーション7か年戦略」として社会的入院者の解消への方針を打ち出したものの、結果が思わしくなかったことは前述の通りである。

②入院中心医療からの施策転換

日本の精神保健医療福祉の施策転換の方向性は、二〇〇四（平成一六）年の厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に見ることができると言える。ここでは、長きにわたって行われてきた入院中心の精神医療と保健福祉の体制を、地域での生活に基盤を置いた仕組みに転換していく方向性が示された。具体的には「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」を関連する三つのテーマとして掲げ、これを下支える形で「精神保健医療福祉施策の基盤強化」が示されている。これにより、受け入れ条件が整えば退院可能な者（推計約七万人）を、以後一〇年間で地域生活に移行し、約七万床の精神科病床の削減が目指されることとなった。

本ビジョンが示される遠因の一つであり、それまでの入院中心で行われてきた精神医療政策に対して一石を投じた出来事として、大阪府による二〇〇〇（平成一二）年からの退院促進事業の取り組みがある¹²。これは、一九九七（平成

九)年に大和川病院事件が社会問題化し、同年廃院に至ったことを背景としている。大阪府では、この事件を契機に精神保健福祉審議会の委員に精神障害当事者や民間人権団体の有識者を加え、「生活・人権部会」として議論を深め、一九九九(平成一一)年に大阪府精神保健福祉審議会における「大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて」という答申に結実させた。

そこでは「精神障害者の社会的入院は人権問題であるという認識に立ち、これを解消するために地域における緻密な支援ネットワークをつくり、支援体制を整え、試験外出等を行う」ことが示され、二〇〇〇(平成一二)年より、大阪府では「社会的入院解消研究事業」として退院促進のための府単独事業を展開している¹⁴⁾。

この答申において、社会的入院という事態が人権侵害であるとの指摘は、大和川病院における長年にわたる患者への人権侵害の事実を大阪府が把握していたにもかかわらず、適切な行政指導を怠ってきたことへの自己批判が込められている。府自らがこのことを認めた結果、府単独事業としての退院促進への取り組みに予算を投じ、行政責任において精神科病院からの患者の退院支援に着手した意義は大きく、その後、現状を容認することが人権侵害に当たるという発想に基づき、全国各地での精神科入院患者への退院促進が展開されていった。精神科病院からの退院可能な患者の地域生活への移行支援は、一自治体の課題に終わらず全国的に取り組むべきことであり、長らく隔離収容政策をとり続けた国策の不備への反省の上に立って、国による補助金事業へと発展したのである。

さらに、二〇〇六(平成一八)年に施行された「障害者自立支援法」で、身体・知的・精神の三障害一元化によるサービス提供が実現するとともに、「受け入れ条件を整えば退院可能な精神障害者(＝退院可能精神障害者)の解消を目指す」ことが、国の障害福祉計画にも明記された。具体的には二〇一二(平成二四)年度までに退院可能な精神障害者が退院することを目指し、そのために必要な自立訓練事業等を盛り込みながら、既に推計された約七万床の精神科病床削減を目指すこととされた。

実際にはこの数値目標は達成されずに一〇年が経過したが、その間に、日本では障害者の権利に関する条約の批准に向けた国内法整備のための議論が展開された。その一環として厚生労働省にて行われた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム（第三ラウンド）」では、二〇一〇（平成二二）年一〇月から精神科病院への入院制度について議論されている。このとりまとめとして、前章で述べた精神病患者監護法の時代から続いた「保護者制度」（元、監護義務者制度）の廃止と、入院当初から早期の退院を目指した手続きを導入する必要が共通認識され、これらを実行するために、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」が改正された。特に法の施行される二〇一四（平成二六）年四月一日以降の医療保護入院患者に対しては、一年以内での退院を原則とし、そのための方策が精神科病院管理者に義務付けられることとなった。

③相模原障害者施設殺傷事件と措置入院制度の見直し

本件は、二〇一七（平成二九）年現在進行中の出来事である。二〇一六（平成二八）年七月二六日に神奈川県相模原市の知的障害者支援施設において、元職員が「障害者には生きていく意味がない」と断定し、衆院議長宛てに出した障害者殺害に関する犯行予告文の記載通りの方法で、入居者である重度障害者一九人を殺害する事件が発生した。この被害者が事件の約五か月前に一二日間、措置入院していた事実がいち早く報道され、政府は措置入院制度の見直しを中心的課題とし、事件の再発防止のために「相模原市の障害者支援施設における事件の検証及び再発防止検討チーム（以下「検討チーム」）を厚生労働省に迅速に設置した。一方、被疑者には精神鑑定がなされることとなり、事件の発生と被疑者の精神疾患との因果関係の有無は不明確なまま、つまり事件の発生が措置入院制度の不備であるという証左のないまま、入院制度の見直しが行われることとなった。

二〇一七（平成二九）年二月、事件の被疑者が「責任能力あり」という精神鑑定結果を受けて起訴されている一方

で、検討チームの提言を受けた厚生労働省によつて、ちょうど検討中だった精神保健福祉法の改正案に措置入院制度の厳格化が盛り込まれ、国会に上程されることとなった。改正法案においては、措置入院制度の厳格化や措置入院からの退院後において、自治体や医療機関が支援体制を構築し、たとえ当事者が転居したとしても本人の同意なく情報を自治体間で共有できる仕組みが提案された。殺人事件をきっかけとした法改正により、精神科への入院が、あたかも殺人事件の再発を防止する目的で利用できるかのような誤解を生じることが懸念され、今後の精神医療及び保健福祉関係者による実践の質が問われることになろう。

以上、現在に至る日本の精神医療と福祉にまつわる法制度の変遷を見てきたが、これは、精神障害者の私宅や精神科病院での隔離収容という異常な事態を国が容認してきた事実と、精神医療や福祉のための資源整備の貧困により、精神患者・障害者の一人ひとりのいのちが軽んじられてきた歴史そのものであるということが出来る。では、このような事態は過去のものであり、現在の精神科病院では患者の尊厳が尊重され、望む暮らしを実現するための支援が受けられているのか、次章ではそのことを検証する。

第二章 精神科病院入院患者の終末期の実態

筆者は、一九九〇（平成二）年から二〇〇六（平成一八）年まで、神奈川県内の精神科病院にソーシャルワーカー（精神保健福祉士）として勤務していた。県西部地区の郊外にあるこの病院は、国策として精神科病院の開設が奨励された時期の創設で、筆者が就職した当時は、既に多くの長期入院患者を抱えていた。筆者自身は、この人たちの退院や

社会復帰及び地域生活支援の担い手として働いてきたが、多くの長期入院患者を残して退職してしまったことは、退職から一〇年以上を経てもまだ心残りである。何年も合わせ続けたいくつもの顔を時折懐かしく思い出し、でき得れば退院してほしい、自分らしい暮らしを取り戻してほしいと願う。

精神科病院乱立の時代とともに生まれた多数の精神科入院患者のその後はどのようなものであり、現状はどうなっているのか、本章ではそのことを明らかにしたいと考える。しかし、公表されている統計データから入院患者の平均年齢や入院期間の推計、退院先を含む予後や死亡退院者数の推計などを把握することはできても、入院患者一人ひとりの人生の歴史的な実態を調査することは極めて難しい。そこで、本章では報道や統計データ等から明らかになっている事例を概観することとする。

1. 長期入院患者の実態

(1) 事例に見る精神科病院の長期入院患者

二〇一四（平成二六）年六月にNHKテレビで放映された「ハートネットTV『60歳からの青春——精神科病院40年をへて』⁽¹⁵⁾」には、福島県内の精神科病院に四〇年間入院していた六〇歳の男性が、実名（時男さん）で素顔を見せている。彼が退院したきっかけは東日本大震災の発生であり、福島第一原発に近かった入院先の病院から避難指示が出されたことによる。以下、記事をもとにその入院生活と退院に至る経緯及び現在の生活を要約する。

時男さんは、福島県出身。上京して働き始めた一九六八（昭和四三）年に一六歳で統合失調症（当時の病名は精神分裂病）を発症し、東京都内の精神科病院に入院した。何度か症状を悪化させて入退院を繰り返す

うちに、引き取ることが困難になった父親によって、二二歳の時に実家近くの福島県内の病院に転院した。数年で激しい精神症状はなくなり院外作業で近くの養鶏場に働きに出たり、院内の厨房での作業に休みなく従事していた。

外で働けることは、時男さんに社会人になったような喜びを与え、いつかは退院できるのではないかと思わせた。しかし、いつこうに退院の目的が立たずに居場所は病院しかなく、自分はダメだと皆に思われているような気持ちになっていった。唯一面会に来てくれていた父が他界した時も、長い入院生活で家族と疎遠になっていた時男さんには知らせがなかった。時男さんは「残念でならない。葬式くらい出たかったよ。涙も出なかった」という。

社会と切り離され、管理された入院生活での単調な毎日に、いつしか「一生病院に入っている。退院なんかできない」と、諦めの思いを深めていった。五九歳の時に主治医から退院の話が出た時も、あまりにも長すぎた入院生活が時男さんの退院への意欲を奪い、社会へ出ることを怖いと思わせるようになっていた。

そこに東日本大震災が発生して否応なく病院を出ることになり、入院患者たちは受け入れ病院を求めて転々とした。この事態の中で不安を増した時男さんは古い友人に電話をかける。この友人の紹介で群馬県の石川信義医師に巡り合い、この医師の紹介で同県内のグループホームに入所することができた。

石川医師は「時男さんの状態で三九年間も入院していたこと自体が驚きだ。現在も全く安定している」という。

時男さんは現在、グループホームの職員に付き添われて銀行でATMの操作や、駅の券売機や改札口の使い方を覚える日々を送る。週に一度は近所の居酒屋で女将さんや常連客と話をするのが楽しみだという。子どもの時以来になる弟との病院の外での対面や父の墓参にも出かけ、失われた時間を取り戻しつつある。

時男さんは、退院までに四〇年という途方もない年月を要し、既に老齡期を迎えてしまっている。退院が遅すぎたといえなくもない。一方で、東日本大震災が発生していなければ、今も一患者として単調な入院生活を続けていたかもしれない。そして、弟との再会や父の墓参はもちろんのこと、居酒屋で好きな物を食べたり知り合いと他愛ない会話を交わしたりすることさえできないまま、人生を終えていたかもしれない。東日本大震災による避難指示という緊急事態が退院の契機であったことに鑑みると、このような患者は全国の精神科病院に今も多数存在しているのではないかと想像できる。そこで次節では、統計に基づき精神科病院の入院患者の概況を、特に長期入院者や死亡退院者に着目しながら見ていくこととする。

(2) 統計に見る精神科病院の入院患者の概況

①入院患者の高齡化

前記したように筆者自身も精神科病院に長年勤務していた。その病院は、精神科病棟のほか認知症疾患長期療養病棟や内科合併症病棟を含む六病棟に計約四〇〇床の入院病床を持っていた。「病院創立四十五周年記念誌」⁽¹⁶⁾によれば、二〇〇四(平成一六)年に院内で行った調査の結果、同年九月末現在の入院患者三九五名のうち四五パーセントは五年以上の長期入院患者である。⁽¹⁷⁾その最長は入院四五年目を迎えており、病院創立の年から入院し続けていることになる。この患者を含めて、四〇年を超える入院患者は一二名である。年代別の患者数を見ると、六五歳以下が二三〇名⁽¹⁸⁾に対して、六六歳以上が一六五名と全体の四三パーセントを占めている。この数字は、厚生労働省が公表している数字とも概ね一致しており、この病院の患者の年齢構成は日本の平均的な精神科病院の実態に近いといえるかもしれない。

精神科病院の長期入院患者の経過は多様であり、高齡になつて発症した認知症を含む精神疾患での入院もあるが、厚

生労働省の統計からは、一九七〇年代に入院した統合失調症の患者が最も多く、この患者群が年月を経て高齢化していることは明らかになっている。前述したように、精神科病院への社会的入院は人権侵害であるとの認識に立ち、また障害者権利条約の批准に向けた議論を経て、精神科病院への新規の長期入院者を生まないための方策がとられるかたわらで、こうした超長期入院患者への地域移行支援は進んでいない。前出の厚生労働省の統計によれば、二〇一四（平成二六）年現在の全国の精神科入院患者（約三十一万人）に占める六五歳以上の割合は五九パーセント近くであり、精神科入院患者の高齢化は年々進んでいる。

②長期入院患者の死亡退院

精神保健福祉法改正の過程で厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課において二〇一三（平成二五）年七月から「精神障害者の医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」が開かれた。この検討会は翌年三月より「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」に改称され、七月のとりまとめに至っている。ここで公表された資料から読み取れる精神科病院の長期入院患者の特徴を列挙すると以下のようになる（なお、二〇一一（平成二三）年の数字からは宮城県の一部と福島県は除かれている）¹⁹。

「二〇一一（平成二三）年時点で、全国の精神科病院における一年以上の入院患者は約二〇万人、うち五年以上は約一十万人、さらにその中に一〇年以上が七万人と推計されている。一年以上入院者の約五二パーセントは六五歳以上の高齢者である。入院期間一年未満の家庭復帰率は高いが、入院期間一年以上になると転院・院内転科または死亡が多くなる。死亡退院者数は漸増して推移し、同年の一年間に一万一〇四〇人が死亡退院と推計されている。これに加えて一万九三八〇人が転院・院内転科による退院である」ということになる。

ここで、「死亡及び転院・院内転科による退院者」に着目してみたい。転院や院内転科による退院の多くは身体状態

の悪化によるものと推測され、その後死亡した者も相当数含まれると考えられる。一年以上の在院患者のうち、同年に退院した者が四万九二二二人であり、その約六二パーセントがこの死亡と転院・院内転科による退院となっており、家庭復帰や施設入所者数合計の約二倍に上る。

なお、前出の統計によると精神科病院からの死亡退院者総数は、二〇一一（平成二三）年には二万二五八四人と推計されている。二〇〇八（平成二〇）年以降、一万八一八〇人、一万八五八八人、一万九六二〇人と漸増し、年間に二万人近くの患者が精神科病院から死亡退院している計算となる。

精神科病院からの死亡退院の詳細については、公表されている資料が少なく実態把握は難しい。上記の死亡退院者数も、厚生労働省が毎年六月三〇日付で都道府県・指定都市に報告を依頼している調査である「精神保健福祉資料」から、各年六月の一月間に死亡退院した数を基に推計したものであり、死亡退院者の実人数ではない。この点に関して、全国自死遺族連絡会、精神医療被害当事者会ハコブネ、精神医療被害連絡会は、二〇一四（平成二六）年七月に連名で厚生労働大臣及び厚生労働省に宛てて「精神医療改善の為の要望書」を提出している²⁰。その主な要望事項は、「精神保健福祉資料調査の質問項目を増やし、死亡患者について、年代別・死因別統計がわかるようにすること」や、「予期しない死亡事例』『不審死』に限定せず、全ての死亡事例について、精神科病院に死亡とその原因に関する報告を行う機関に義務づけること。特に、自殺、突然死、悪性症候群、腸閉塞、心不全、肺塞栓症など、薬剤が誘発し得る種類の死亡については、直前の処方を含めた治療経緯の報告を義務づけること」などである。

この要望書の趣旨は、精神科治療薬の不適切と考えられるような使用による致命的な副作用や自殺の誘発、及び集団感染など劣悪な治療環境による死亡の実態を明らかにすることにあり、一方で、こうした目的以外にも、本来、死ぬ病ではない精神疾患によって入院している患者が、何故どのようにターミナル期を迎え精神科病院で看取られているのかを、一人ひとりの患者の人生に焦点化して把握することも、その人生に意味を持たせるといふ目的におい

て必要ではないだろうか。

2. 事例に見る精神科病院での看取り

精神科病院における長期入院患者の死亡退院事例として、精神科病院に六〇年間入院していた一人の男性患者の死を経て、この患者を担当していた精神保健福祉士が語った言葉をインターネット上の一つの記事を要約して紹介する⁽²⁾。

大阪府内の病院で一人の男性患者(当時八七歳)が肺炎で亡くなった。臨終の場に家族はいなかった。統合失調症でこの病院の精神科に入院して以来六〇年、一度も退院することなく人生を終えた。二十代後半で入院し、閉鎖病棟で一三年余り経過。症状が改善した四十代半ばには入院しながら「外勤作業」として鉄工所などで働くまでになったが、病院が退院を勧めることはなかった。男性の兄は弟の存在を自分の子に隠し続けた。生活保護を受給し、年に数回、姉が面会に来るだけだった。

長期の入院生活により外部での暮らしに不安を抱き、退院意欲を失う患者は多く、この男性も約一〇年前に職員が退院を勧めると「病院の方がいい」と拒否した。「ずっとここにいさせて」と職員たちに菓子を差し入れたこともある。近年、地域移行支援に積極的に取り組んでいるこの病院の担当の精神保健福祉士は「退院できたはずの患者」といい、男性の死亡退院にやりきれない思いを述べている。

前節で引用した福島県の病院に四〇年間入院していた「時男さん」のエピソードと、この記事には共通点が多い。先に述べたように大阪府は国に先駆けて精神障害者退院促進事業を行政主導で展開した自治体であり、その流れに積極的

に取り組んできたこの病院においても、超長期入院患者が退院することなく死を迎えている現実が横たわる。全国の精神科病院では、このように長期間の入院生活を、その死をもって終える患者が少なからず存在するものと考えられる。

かつて筆者が精神科病院で働いていた頃、特に長期に入院している方々からよく聞いた言葉がある。

「ガンバコ退院だけはしたくない」というものであった。ガンバコとは、棺桶のことである。長く精神科病院で文字通り「暮らして」きた患者たちは、仲間の生老病死にも直面する。長年にわたって親交を持っていた患者が身体疾患や老齢によって寝たきり状態となり、内科合併症などを治療する病棟に移り、やがて院内で看取られ、霊安室からひっそりと「退院」していく姿を、職員の見せまいとする努力にもかかわらず彼らは目にする。そして、自分は生きて病院を出たいという思いを込め、あるいはいつかは退院できるだろうと信じてこの言葉を冗談めかして発していたように思う。

第三章 精神科入院患者の終末期

1. ある緩和ケア病棟での看取り——精神保健福祉士の語りを通して

前述したように、精神科病院の入院患者は、転院先での死亡もあり得ると考えると年間推計二万人が死亡退院していることになるが、その実情はつかめていない。ただ、筆者はこれまで現場のソーシャルワーカーのスーパービジョンを実施する過程において、やり残した支援や無力感の表出として、多くの精神保健福祉士が患者・利用者との死別を語る場面に出会ってきた。そこで、これらの中から同意を得られた精神保健福祉士の語りを通して、特に長期間を精神科病

院で過ごしてきた入院患者のターミナル期の姿を浮き彫りにしたい。

精神科病院からの死亡退院に関しては、不当入院や医療過誤など、宇都宮病院事件に代表されるような人権侵害事件との関連で取り上げている記事が大部分を占め、また統計的データも前記したように乏しいのが現状である。このため、筆者はかつて、入院患者とのかかわりを有する精神保健福祉士を対象にして、精神科病院からの死亡退院事例に関するインタビュー調査を行った⁽²²⁾。患者の看取り期の医療や、死亡退院の実態だけに着目するのであれば、調査対象は看護師が最適であったかもしれないが、筆者の関心はそこへの支援ニーズ及び可能性について、スピリチュアルな側面へのケアの観点から考えることであり、なおかつ一人の人間として、すなわち生活者としての視点をもつてかかわってきたであろうソーシャルワーカーの語りに聴くことで、死亡退院者の人生の「物語」を紐解きたいと考えた。また、インタビューを行うことにより、精神保健福祉士が精神病患者や精神障害のある人へのターミナル期の支援について、自身の役割をどのように位置づけているかも調査協力者と共に考察したいと考えた。

結果として、既に数多くの指摘がなされていることではあるが、精神科病院における必ずしも入院が必要ではない患者の存在はここでも明らかとなり、また、このような患者のターミナル期の支援に積極的な関与をしていない精神保健福祉士の実態や反省、一方でそれを支援とは自己評価していないもののターミナル期の患者への言語・非言語を通して寄り添いの姿勢を明らかにすることができた⁽²³⁾。ただし、これらは無作為に対象を抽出したわけではなく、一定の質を保った精神科医療機関において精神保健福祉士としての専門性を発揮しようと志向する者が調査に協力してくれた事実の上に明らかとなった事柄である。前章で述べたように日本においては、極めて劣悪な状況で患者を隔離収容している精神科病院の存在も否定できない。このような病院の実態調査は困難であることから、今回の調査は、こうした病院からの転入院患者を受け入れている医療機関のソーシャルワーカーである精神保健福祉士の協力を得て実施した。

調査対象は、総合病院の緩和ケア病棟に勤務する精神保健福祉士である。インタビューの実施にあたっては、以下の

項目を遵守した。

①調査協力依頼文書の作成並びに口頭及び文書による説明、②調査協力者の語る内容に関する守秘義務の誓約、③調査拒否及び中止への保証、④語りの過程で調査協力者自身が強い悲嘆や精神不安定を生じるリスクに関する説明、⑤調査結果（データ）の保管方法及び利用方法に関する口頭及び文書による説明、を事前に行い承諾を得た。なお、調査対象者が語る死亡退院者に関する個人情報、当該患者本人が死亡しており調査協力への同意を得ることができないため、個人を特定できる情報は伏せたままとし、あくまで調査協力者の記憶の範囲で語ってもらうことを前提とした。

2. 調査概要と結果

インタビュー協力者（以下、協力者）は、四十代で、精神保健福祉士と社会福祉士の資格を有し、複数の職場経験を経て五年前より現在の総合病院に就職し、当初から緩和ケア病棟を担当している。当病院は、四病棟で合計一五五床を有しており、協力者が勤務する緩和ケア病棟は二〇床である。この病棟の平均在院日数は約二〇日間で、年間死亡退院者数は二〇〇名を超える。同病棟ではガンなどのターミナル期の患者の緩和ケアを提供しており、同県内の精神科病院からもガンの末期等により身体的なケアを要する患者の転入院も受け入れている。症状が軽快すれば在宅復帰を支援し、一方で、終末期の看取りも行っている。協力者は、患者の転入院の依頼から受け入れのための院内調整や家族支援をはじめとする業務を担っており、患者とも面接等がかかわっている。同病院には三名のソーシャルワーカーが勤務しており、協力者は緩和ケアの専任ソーシャルワーカーであるが専従ではなく、他に緩和ケア外来及び一般病棟も兼務している。同病院の緩和ケア病棟への精神科病院からの受け入れは、年間一件程度である。なお、協力者はクリスチャン

ではないが、同病院はキリスト教主義に基づいておりチャプレンが勤務している。

本調査では、同病院の緩和ケア病棟へ精神科病院から転入院した患者のうち、協力者が特に印象に残っているという二事例について聞き取りを行った。この二事例の患者は、同一の精神科病院に入院していた。聞き取り項目は、①死亡退院に至るまでの当該患者への支援内容、②死亡退院者の入院中の様子、③家族や関係者に対して協力者が行ったはたらきかけ、④その他、本調査に関して語りたいこと、である。

(1) 事例1 A氏(女性/七〇代)

統合失調症で三十数年間、同一の精神科病院に入院していたが、末期ガンのため当該緩和ケア病棟へ転入院してきた。入院期間は約二か月半。キーパーソンは義姉で、長年生活保護を受給し、住民票は精神科病院に置かれていた。転入院時には精神科の投薬を受けておらず、症状は寛解していた。若い頃は院外作業療法に参加したことや、精神科病院を一時期退院して同病院敷地内のグループホームで生活していたこともあったらしい。

①当該患者への支援内容(以下、逐語記録の抜粋)

「きちんとした面談をしたり、特別なことはしませんでした。一緒にお茶を飲んだり、お月見をしたり、他愛もない時間を一緒に過ごしました。」

「出勤日は毎日お話ししていました。ご本人が話せなくなってきたのは亡くなる一週間前くらいだったと思います。」

「ご自身の人生を振り返っていただくということを強く意識してライフレビューをしようとしたわけではなく、Aさん自身はどんな人なのか、どのように歩んでこられたのか、また、精神科的治療の必要がないのになぜ十年も入院し

なければならなかったのかを知りたくて、過去のお話を聴かせていただいたことはあります。」

② 死亡退院者の入院中の様子

「Aさん自身が望まれた転院であつたかどうか不明ですが、入院生活中に『ここはいいな』ということばをいただきました。」

「お好みはコーヒーと菓子パンで、新しく買ってもらったうさぎ柄のピンクのパジャマがお気に入りでした。転院前の病院では決められた病衣、飲み物はポカリスエット。本当はコーヒーが好きなのに、自由に飲ませてもらえなかつたので、自由にコーヒーが飲めるようになったり、可愛いパジャマになったことを喜んでおられました：それが返つて切なく感じました。」

③ 家族や関係者へのはたらきかけ

「お義姉さまはよく差し入れを持ってきてくださいましたので、面会に来てくださったときにはお声掛けさせていただいて、何かあれば気軽に声をかけていただけるように心がけました。」

「呼吸の変化が見られ、予後が時間単位ではないかとなつたとき、お義姉さまがベッドサイドで付き添ってくださいていました。その場に私も一緒にいさせていただいたのですが、Aさんの若い頃の写真を持つてきて見せてくださり『化粧品売り場で働いていたこともあつたんだって』など、一緒に住んでいたわけではなく、お義姉さまが結婚した頃には既に入院されていたので、あまり詳しくはご存知ありませんでしたが、Aさんの昔語りをしてくださいました。」

「当院転院前のお話もしてください、劣悪だった生活環境について話され、『最期がここでよかつた』『ここに来て人間扱いしてもらえた』『最期くらいはできるだけのことをしてあげます』等々、語ってくださいました。」

※他にも、院内で、緩和ケア病棟以外の診療科目の治療も受けられるような院内調整や、入院元の精神科病院への診療情報の照会（ただし、先方からは応じてもらえていない）、生活保護ケースワーカーとの葬祭扶助の相談など、支援関係者間の連携コーディネートや調整業務も行っている。

④その他

「紹介元の精神科病院の精神保健福祉士へ、Aさんのこれまでの生活歴や入院時の支援経過などの情報提供の要請等を行いました。が、検討して連絡します」のお返事のみで、結局うかがいがかかったことは何一つ聞けませんでした。」

「生活保護担当ワーカー（紹介元の病院担当の生活保護担当ワーカー）へ、転院前後やご永眠間近など、動きがある際にご連絡はしましたが一方通行でした。入院中、Aさんへの面会もありませんでした。」

(2) 事例2 B氏（男性／七〇代）

統合失調症で精神科病院に入院していたが、ガンの末期状態となったため、成年後見人経由で転入院の相談があり、当院の一般病棟を経て緩和ケア病棟に移り、看取った。入院期間はおよそ二週間。統合失調症は寛解状態とのこと。親族はなく、成年後見人は、専門職の第三者後見人である。

①当該患者への支援内容（以下、逐語記録）

「私がBさんとお話しできたことは、働いていた頃の職業を教えてもらったり、日常生活話程度。」

「もっと深い話をする時間は与えられず、話の中から感情を表現することばは、お風呂に入った「きもちいい」だけで、何か羨んだり、怒ったり、要求するような言葉は一切聞かれませんでした。」

「会話として成立したのは入院日から一週間くらい。そのあたりからBさんから『水……』などの単語程度での訴えでした。出勤日は毎日訪室しています。」

「たくさんお話をうかがうこともあまりできず、そこに居させてもらうことくらいしかできなかったことに無力だな……とも感じてしまいました。」

※B氏との間で交わされ、特に強く印象に残っている会話について紹介してもらった。

S W 「前のところと、ここと、どっちがいいですか？」

B 氏 「いい」

S W 「どうしてですか？」

B 氏 「わがママが言える」

S W 「今日はどんなわがママ言ったんですか？」

B 氏 「水を飲んで、歯を磨いて、お風呂に入った」

S W 「それはわがママじゃないですよ」

B 氏 「ありがとう」

②死亡退院者の入院中の様子

「持ってきた荷物は汚れて尿臭がし、オムツはカビていました。カテーテルも汚れており、こちらの看護師たちが全て替えてくれました。」

「転落のせいでしょうか、こめかみあたりが内出血しており、両手首も内出血していました。想像したくはないのですが、もしかしたら、両手首も縛られていたのでしょうか……。」

「転院して来ていただいた日は衰弱しておられ、声も出せませんでした。翌日は少しお元気になられ、微熱はありましたが、お風呂に入れてもらいました。便がこびりついていて、ベビーオイルで拭いて差しあげても取れないから……と、看護師がはりきって入れてくれたのですが、一回の入浴では汚れは落ちなかつたそうです。それでもBさん「気持ちいい」と言ってくださつたそうです。」

「転院初日はゼリーを数口とお水をたくさん飲まれました。看護師がゼリーを更に勧めると「うんち出たらどうする？ もういらぬ」とおつしやつたそうです。「食べたら便が出るから食べるな」とでも言われていたのかなあと看護師が知らせてくれました。」

③家族や関係者へのはたらきかけ

「後見人さんから聞いた話では、『入院先の精神科病院の相談員より、転院先を探すように言われて面会に行くと、以前は床にビニールシートが敷かれ、そこに布団を敷いて寝ていたがADL「※日常生活動作能力」が低下したため、パイプベッドに寝かさされていた。転落したことがあつたようで、ベッドに体幹抑制されていた。そのため、排尿はカテーターが挿入されており、トイレにも行かせてもらえていないようで、面会時は、オムツもされていなく、何もはかせてもらえず、四人部屋で下半身は裸の状態が頭わになつていた。便は寝ているそのまま排泄し、おそらくお尻の下に敷いてあるシートが汚れたらそのシートを引き抜くようにしていたようだ。この状態を目の当たりにし、逝去まで短くとしても、せめて最期は人間として逝かせてあげたいと考え、転入院依頼に至つた』とのことでした。」

「Bさんの転入院時は、介護タクシーで単独でよこすと言われたので、ご本人のことが説明できる方に付き添つていただきました、と要請しました。付き添つてきた看護師と相談員は、透明ビニール袋に入れてサンタのように持つてきた荷物をドカドカと柵に入れ込んで、こちらから挨拶したらし返す程度。こちらはすぐに医者がBさんを診て、弱々しい

なあ。可哀想になあ」とご本人の額を撫でていたのに、看護師と相談員は知らん顔。荷物を押しこんだら「それでは」と、サッサと帰って行きました。我々医師、看護師、ソーシャルワーカーに「よろしく」とも、ご本人に「お大事に」とも言わず……。」

「後見人さんは、以前から劣悪な環境の病院だと感じており、施設を含めて生活支援の受けられる場所を探していた矢先に、B氏がガンを発症した」と、とても悔やんでおられました。転入院の相談の際、今の環境から出すためなら、本来後見人は医療同意を行わないけれど、家裁と相談し、当院の診療計画等に署名いただけるということ、永眠後は納骨まで行つてくださるということを約束してくださいました。」

※他にも、転入院の相談時より、依頼元の精神科病院の相談員に対して、B氏の成年後見人との連絡調整が必要であることや、成年後見人の業務範囲に関することを伝えた。B氏の転入院後は、良心的な葬儀社に、後見人の負担のないように遺体引き取りから火葬までの情報収集や手配をした。

④その他

「今後、こういうた身寄りのない方をどう見送っていくかが、本当に課題だと思いましたが、彼によつて、我々はたくさん考える機会と学びをいただいたと思います。」

「AさんとBさんが入院していた病院は、医療処置が必要になると即、最寄りの超急性期病院に受診させ、そこから当院ではない緩和ケア病棟を持つ病院へ転院させるルートが慣例のため、当院への転院依頼は稀です。お二人を当院へご紹介いただいた主治医は緩和ケアに携わった経験のある医師で、その紹介元の医療機関では非常勤医というお立場でした。裏を返せば、このお二人は、その非常勤の医師が主治医だったから、直接ホスピスへ繋いでいただけたのではないかな、と思います。」

3. 考察

以上の二事例は、協力者が勤務する病院と同県内にある同一の精神科病院からの転入院患者であるが、聞き取り内容は、この精神科病院における医療及び看護が極めて劣悪なものであることを示唆している。こうした病院は稀少なのか、それとも氷山の一角に過ぎないのかは明らかではないが、着目すべきいくつかの課題をはらんだ内容が語られた。

①入院歴や治療経過が不明

協力者はソーシャルワーカーとして転入院の受け入れを検討するにあたり、当該患者の現在の状態のみならず、精神科への入院に至った経緯や治療経過と内容を照会している。しかし、依頼元の精神科病院では、事例1に関しては精神科の薬物が必要としない状態であり、入院治療の必要性自体にさえ疑義のある状態であったといえる。また、事例2の患者の身体状態に関する協力者の語り及び協力者が成年後見人から聞いた話からは、適切な医療や看護が提供されていたとは考えられない。

医療機関は患者にとって必要な治療や看護を提供し、その対価を得ているはずであるが、照会への応対からは診断の杜撰さや適切な治療自体がなされていないことがうかがえる。このほか、身体や行動面での制限が加えられているものの、その根拠が不明確であることを意味していることから、人権侵害の事態であるといえる。

②患者から発せられる「喜び」

二事例とも、患者は、嗜好品を口にできることや好きな色のパジャマを着られること、さらには飲水や歯磨き、入浴

など人間としての最低限の生理的欲求が満たされることに對する喜びや感謝を述べている。このことは、緩和ケア病棟へ転入院する直前までの精神科病院における入院生活がいかに酷いものであったかを間接的に物語っているといえる。

上記①と重複するが、精神医学的な根拠を持たずに衣食に関する制限を課すことは不当な扱いである。筆者はかつて、長期入院後に退院促進支援事業を利用して退院し、地域生活を送る精神障害者へのインタビュー調査を行ったことがある⁽²⁴⁾。多くの者が、退院してよかったと思うことについて「普通の生活ができる」「自由になった」と語り、その内容は「二十年前ぶりに生卵をごはんにかけて食べられた」「野球のナイター中継を終わりまで観ていられる」などであった。そして、これからの人生について「普通に暮らしたい」「平穏な生活を送りたい」と語っていたことを重ね合わせると、精神科病院での日常が、いかに「普通」からかけ離れたものであるか、またその実態を知らない者には想像することも難しいレベルであるかが推察される。

③ 家族等の「人間として」という言葉

事例1では義姉、事例2では成年後見人より、患者の緩和ケア病棟での処遇について「人間扱いしてもらえた」「人間として逝かせてあげたい」という言葉が発せられている。この両者は、患者本人と心情的にはやや遠い関係性であるといえる。そうした間柄であつてさえ、患者の入院していた精神科病院での処遇に対する憤りが、事例1では言外に、事例2では明確に表現されている。これらは、①②に考察したように、精神科病院での処遇が患者の人間らしさを奪うものであつたことを示している。

④ 小括

先にも述べたように、このような精神科病院の存在は極めて特異なものか否か、いずれとも断定する論拠を筆者は持

たない。しかし、日本における精神医療の歴史をたどってきた範囲において、その人生を院内で閉じる者、あるいは精神科病院での長期入院の末、最終末期には転院・転科して「人間らしい死」を迎えることができず存在するであろうことは、前章でも記した通りである。ここで取り上げた二事例がもし転院せずに最期を迎えていた場合、家族らが発言しているように「人間らしい死の看取り」を受けられなかった可能性が高いことは否定できない。

まとめ

人生の終末期を迎えている人、一人ひとりの人生を紐解き、軌跡をたどるには、その人の思考や感情にも寄り添う姿勢が必要であり、またこうした態度は、その存在の固有性すなわち『かけがえのなさ』へのまなざしを体現するものであるともいえる。つまり、その人が何者であり、何を望んでどう生きたのか、そこに丁寧に寄り添う姿勢は、尊厳を尊重したかわりに通じていく。一方、精神科病院での死亡退院者の中には、退院の実現が間に合わなかったものの、実際には退院可能であった精神障害者が少なからず含まれていることがわかつていく。さらに、これらの人々が、劣悪な環境下で尊厳を損なわれ続けてきたであろうことも否定できない。

V・E・フランク (Viktor Emil Frankl, 1905-1997) は、その著書『夜と霧』において、アウシュビッツ強制収容所での体験を克明に記している。収容所における被収容者の扱いは「人間は被収容者番号を持っているかぎりにおいて意味があり、(中略)番号の「命」はどうでもよかった。番号の背後にあるもの、この命の背後にあるものなど、これらも重要ではなかった。ひとりの人間の運命も、来歴も、そして名前すら」と記し、人間の尊厳がことごとく踏みにじられていく情景を綴っている。一人ひとり出自の異なる人間が、匿名の番号を振られただけの「もの」として扱

われていく過程で、本来の人間性を失っていくさまに、精神科医であり心理学者として居合わせた彼の証言は重い。

前記のインタビュー結果を考慮すると、このように人が人として扱われず尊厳が軽視されている実態は、日本の精神科病院に現存している。現在のわが国は、バブル崩壊後の長引く不況に伴う雇用情勢の悪化や相次ぐ自然災害を体験しているとはいえ、飢餓も戦争もなく高度経済成長を遂げ平和を維持している。このような現代社会において、人間には尊厳があることを認め、人間自体を、国家や社会を維持するための手段や、誰かが生き延びるための手段にしてしまう発想は否定しなければならぬ。これは、病気や障害の有無によつて人間の価値に軽重をつけてはならないこととも同義であろう。

日本における精神医療と福祉に関する法制度の変遷の過程で、長い年月にわたつてその尊厳が蔑ろにされてきた人たちが、人生最期の日々を、仮に精神科病院で迎えるほかないとすれば、そこでの支援者によるかかわりは、いのちの尊厳への畏怖と、死亡に至るまでついに退院を実現させることのできなかつた関係者としての慚愧に基づくものであるべきではないだろうか。ところが、現にそのいのちが軽んじられている実態があり、また冒頭記述したように、障害者の価値を否定して大量殺人を犯す者や、その被疑者の言動に賛同する者が存在する現代社会のありようを直視すると、問題意識を内側から触発することの意義は少なくない。筆者は長く精神科医療機関でソーシャルワーカー（精神保健福祉士）として勤務した経験を有することから、同職の後進にもこのことを伝え続けたいと考える。

注

- (1) 二〇一六年(平成二八年)七月二六日未明に神奈川県相模原市緑区千木良にある障害者支援施設「津久井やまゆり園」で発生した大量殺人事件である。同日中に入居者一九人の死亡が確認され、職員三人を含む二七人が重軽傷を負った。第二次世界大戦後の日本で発生した単独犯による殺人事件として犠牲者の数が最多である。被害者の氏名は、神奈川県警によれば家族の意向等を踏まえ公開していない。
 - (2) 呉秀三・榎田五郎『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』創造出版、二〇〇〇年、一三八頁。
 - (3) 秋元波留夫「精神障害者は20世紀をどう生きたか」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』第二〇巻通巻二二八号、公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会、二〇〇〇年七月、一〇頁。
 - (4) 呉・榎田前掲書、一四三頁。
 - (5) 同上書、一三八頁。
 - (6) 秋元前掲論文、一一二二頁、「15年戦争と精神障害者」。
 - (7) Dr. D.H. Clark, Consultant in Mental Health. Assignment Report: November 1967—February 1968. World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 30 May 1968. <<http://nvc.webcrow.jp/CK5a.HTM>> (二〇一七年一月一九日最終閲覧)
 - (8) デービッド・H・クラーク「日本における地域精神衛生——WHOへの報告…一九六七年一月より一九六八年二月に至る三カ月間の顧問活動に基づいて」『精神衛生資料 第16号』、加藤正明監訳、国立精神衛生研究所、一九六八年。 <http://nvc.webcrow.jp/CK5.HTM> (二〇一七年五月二〇日最終閲覧)
 - (9) 鈴木純一「追悼 クラーク先生を偲んで」『精神医学』五三巻二二号、医学書院、二〇一一年、一二二八—一二二九頁。
- (9) 伊勢田堯「クラーク勧告の意味するもの——歴史的検証」『ノーマライゼーション 障害者の福祉』第二〇巻通巻二二八号、

公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会、二〇〇〇年七月、三六一―三八頁。

- (10) Human rights of psychiatric patients in Japan, mission recommendations, 1992. < <https://www.ij.org/human-rights-of-psychiatric-patients-in-japan-mission-recommendations-1992/> > (二〇一七年一〇月一九日最終閲覧)
- (11) 国際法律家委員会編『精神障害患者の人権——国際法律家委員会レポート』明石出版、一九九六年八月。
- (12) 戸塚悦朗・広田伊蘇夫編『精神医療と人権2 人権後進国日本』亜紀書房、一九八五年、二四―三四頁。
- (13) 原るみ子・油谷啓子・吉原明美・今井千代美・山口実和子・奥村由美・伊永晶一・上野千佳「大阪府における自立支援促進会議と退院促進支援事業——四年間のまとめと新たな取り組み」『大阪府立こころの健康総合センター研究紀要』第一〇号、大阪府こころの健康総合センター、二〇〇四年。
- (14) 廃院に至る直接の原因は診療報酬の不正請求であるが、その背景には約三〇年にわたる人権侵害(違法入院、患者へのリンチと暴行致死、不当な隔離拘束、退院制限の事実)が報道等によって明らかにされている。仲アサヨ「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」『生存学研究センター報告11』立命館大学生存学研究センター、二〇一〇年、一六七―一九五頁。
- (15) 鹿野勉「大阪府における『退院促進事業』をめぐる——その実践結果とPSWの役割を中心に」『精神保健福祉』日本精神保健福祉士協会、通巻五三号、二〇〇三年、七〇―七七頁。
- (16) ハートネットTV「60歳からの青春——精神科病院40年をへて」、NHK福祉ポータル、二〇一四年六月一〇日放送。 < <http://www.nhk.or.jp/heartnet/tv/summary/2014-06/10.html> > (二〇一五年六月閲覧)
- (17) 「全入院患者様状況(二〇〇四年九月末現在)」『丹沢病院創立四十五周年記念誌』医療法人丹沢病院発行、一二六―一二九頁、二〇〇四年。
- (18) 入院患者が内科・外科等の治療を要して他院へ一時的に入院し再入院する際、新規入院患者として数えることが一般的であるが、この調査においては、長期入院の実態をより明確に表すことを目的とし、このような退院を「退院」とは数えず、当初からの入院期間を算出している。
- (19) 「精神病床入院患者の年齢分布(資料…患者調査)」厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 < www.mhlw.go.jp/stf/shingi/...att/2r985200000264zi.pdf > (二〇一五年九月一日閲覧)。

- (19) 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会」（精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会）から改称」資料（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課）<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingij/other-syougai.html?hd=141270>（二〇一五年四月二〇日閲覧）。
- (20) 中川聡「精神医療改善の為の要望書」全国自死遺族連絡会・精神医療被害当事者会ハコブネ・精神医療被害連絡会、二〇一四年、一五―一六頁。
- (21) 「PJ」International Psychiatry Online: Japan」（精神医療従事者向け専門情報サイト）<http://ip-j.org/archives/1879>（二〇一五年八月二四日閲覧）。
- (22) 田村綾子「スピリチュアルケアの可能性——精神科領域におけるニーズおよび担い手としてのソーシャルワーカー」『スピリチュアルな存在として』窪寺俊之編著、聖学院大学出版会、二〇一六年、二〇三―二二四頁。
- (23) 同上書、二一九―二二〇頁。
- (24) 田村綾子他「精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム、ツール等に関する調査研究報告書」社団法人日本精神保健福祉士協会、二〇〇七年、一一五―一一六頁。
- (25) ヴィクトール・E・フランクル『夜と霧』新版、池田香代子訳、みすず書房、二〇〇二年、八七頁。
- Viktor E. Frankl, *Man's Search for Meaning: The classic tribute to hope from the Holocaust* (Rider, 2011), 42–43.