

スティグマへの挑戦

—精神障害者福祉の課題—

柏 木 昭

Challenging Stigma

— A Problem in Welfare for Mentally Disordered —

Akira KASHIWAGI

When compared with general hospital systems, the mental hospital system in Japan is understaffed under the so-called “mental hospital exemption.” So the staff cannot secure enough time for service users to have ample counseling opportunities to help achieve self-determination. The quality of service for a large majority of patients is degraded by such structural problems as treatment in closed wards, extremely prolonged period of hospitalization, and a consistently large number of beds per population.

On the other hand, since the late 1980's, protection of the human rights of the mentally disordered and rehabilitation of mental patients have been taken up and tremendous improvement has been made in terms of important political issues of national and local government agencies. But in reality, not much of an improvement has been noted on the inside of mental hospitals, where characteristics of the asylum have persisted since the Meiji era. What is the root cause of this?

This study depicts and analyzes cases within the hospital as well as a case of a mental health and welfare network in the community. Many problems are found in the quality of service that is provided by the first-line professionals in the hospitals and in the community. It contends that the quality of service is the vital element in overcoming stigmatization. It is not permissible to blame only the structural problem of mental health and welfare system as the determining factor in the occurrence of the stigma of the mentally disordered.

Key words: Active Involvement, Asylum, Client Self-determination, Person-situation-Gestalt, Role of Mental Health and Welfare Service, Stigma.

あなたはわたしの内臓を造り、母の胎内にわたしを組み立ててくださった。私はあなたに感謝をささげる。わたしは恐ろしい力によって驚くべきものに造り上げられている。御業がどんなに驚くべきものであるかわたしの魂はよく知っている。秘められたところでわたしは造られ深い地の底で織りなされた。あなたには、わたしの骨も隠されていない。胎児であったわたしをあなたの目で見えておられた。わたしの日々はあなたの書にすべて記されているまだその一日も造られていないうちから。(詩編139:13-16)

はじめに

精神障害者に対する偏見と差別は今に始まったことではない。とって人類の永遠の課題であってはならない。差別は社会構造のバランス維持のために必要な機構でもあり続けた。弱者はそのターゲットになる。精神障害者はその典型例である。長い間この事に対しては、行政も関係専門職従事者も有効な手だてを打ち出すことができなかった。制度の改変は必須の要件である。同時に関係専門職者の意識改革は更に重要である。1984(昭和59)年の宇都宮病院における患者虐待事件の発覚を契機に、精神保健法が1987(昭和62)年に成立し、更にその一部改正を経て、精神保健福祉法(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律)が1995(平成7)年に施行となった。その中には「国及び地方公共団体の義務」の他、第3条には「国民の義務」として「国民は、精神的健康の保持及び増進に努めるとともに、精神障害者等に対する理解を深め、及び精神障害者等がその障害を克服して社会復帰をし、自立と社会経済活動への参加をしようとする努力に対し、協力するように努めなければならない。」と規定している。しかし、わが国の社会的現実には即していえば、この理念を阻む状況からの脱却の方向性は未だ見えてこない。

わが国の精神医療の特徴は長期在院化傾向が顕著なことと、病床数の多いことである。国は医療構造の改革を重要な政策課題としている。したがって精神障害者の社会復帰は現時点での緊急の課題になっている。1980年代の後半から、このような方向で精神医療が大きく変転したように見えたが、精神医療は依然として入院中心主義で進められ、その中味は殆ど変わらない。具体的なサービスの指標としては人口10万対病床数の変遷がある。1985(昭和60)年にはわが国の精神科病床数は276.5であったのが1996(平成8)年には286.7となっている¹⁾。

一方、精神衛生法(1950)が1965(昭和40)年に一部改正を見、通院公費負担制度が導入されてから、外来診療を受ける精神障害者が増えている。1985(昭和60)年には精神科病院における外来患者延べ数は8,776,420人であったのが1996(平成8)年には13,447,151人となっている²⁾。また、精神保健法(1987)及び精神保健福祉法(1993)にそれぞれ社会復帰が規定され、地域社会には精神障害者小規模作業所(共同作業所)を初めとするさまざまな生活支援の企図が盛んに見られるようになってきている。それにもかかわらず、精神科病床数の対人口比には変化が見られない。却って増加傾向にすらあるのである。また、病院における平均在院日数を見ると、精神科病床では1985(昭

和60)年, 536.3日, 1996(平成8)年には441.4日と減少しているが, これが一般病床になると, 1985年には39.4日, 1996年で33.5日となっており, 圧倒的な格差が明瞭である⁽³⁾。

さらに, 日本精神病院協会「精神科医療マスタープラン基礎調査⁽⁴⁾」によると, 5年以上の長期入院者は, 全入院者の約50%を占め, このうち, 精神分裂病者は約76%である。入院期間が1年未満は23%に過ぎない。入院人口の上澄みの辺りで, 患者が出入りし, 氷山の一角の態をなしており, 大部分は海面下に見えないでいる氷山の下部構造として長期入院患者が存在するのがわが国精神科医療の実態であるといえよう。現在社会復帰や地域活動が盛んになったといっても, 現実にはこの氷山の下部構造には殆ど有効な手だては加えられていない。いわば密室の状況において患者がやむを得ず, 住居代わりに病院で日々を過ごしているのである。このこと自体常態とはいえないし, 人権侵害ともいえよう。

また, 院外にあっては差別偏見が現存するために, 社会復帰の円滑な推進は大きく妨げられている。「社会復帰」は特定の施設の内部に閉じ込められ, 地域社会活動はかならずしも広く社会に認知されているとはいいがたい。新聞報道等, マスコミは精神障害者或いはそれとおぼしき人の犯罪には奇妙な態度で取り扱い, それが読者の想像力を掻き立て好奇心をあおり, 偏見を強化するのに一役買っていることも事実である。また, 社会復帰施設や当事者集団の地域拠点等を設置しようとすると, 地域住民の激しい反対運動に会うというのが通常の状態である。その他, 精神障害を欠格条項とした資格制限や, 各種施設の利用制限がわが国には未だ数多く残っており, 精神障害者の就労や地域生活を妨げている。また, 公営住宅法により, 障害者に向けての優先入居や単身入居等, 制度はあるが, 全国精神障害者家族会連合会の調査では1994(平成6)年時点で, 2,060市町村のうち精神障害者に公営住宅を提供しているのは5団体にすぎない⁽⁵⁾。

このように精神障害者は地域社会にあっては普通の生活を送るには余りにも偏見・差別による障害が多すぎる。しかし, 問題性の根は実は保健・医療機関の内部にあって利用者にサービスを提供している専門職従事者にある事実を見逃すわけにはいかない。

本論は筆者が会おうさまざまな機会に経験した事実を根拠に, 精神障害者の偏見差別が, すべて一般地域社会の側にのみあるとはいいい切れない事態があること。むしろ問題は精神保健福祉のサービス供給の内部に根深く存在することを立証することによって, この偏見の構造に挑戦する基点を明確にすることが目的である。

1 方 法

この問題の究明に当たって, 初めに問題の所在を明確にするために, 事例検討を行う。使用したのは筆者が会った精神科病院内部におけるものと, 保健所を中心とする地域におけるネットワークづくりの事例を例示し, 分析検討を加える。前者は筆者が出席していたある病院の事例研究会に

おける報告例と、東京都医療社会事業協会教育部主催のグループスーパービジョンにおいて提供された1事例を使用する⁽⁶⁾。後者の地域ネットワークに係る事例は大都市の1保健所の報告例である。事例は何れも筆者がじかに体験したものではないが、すべて筆者が出席した研究会や報告会の中で、担当者が資料として提供したものである。それぞれの事例について、プライバシーの保護に留意し、その属性やアイデンティティの漏洩防止のため多少脚色してあるが、実態の質的レベルを下げるものではない。さらについ最近起きた国立病院における患者拘束による致死事件を検討し、精神医療における致命的欠陥の所在を探った。

さらに呉秀三の「治療論」と岡田靖雄の「働きかけ」について、病院における精神障害者の治療の内容を点検する。それらとの対照において、筆者が実践してきた精神医療における臨床ソーシャルワークの中核的概念である「かかわり」との比較から、今後の病院及び地域における精神保健福祉の役割と機能をあぶり出すことを企図した。「かかわり」の実践事例は筆者自身が国立精神衛生研究所（現、国立精神・神経センター精神保健研究所）のデイケアセンターでの利用者との付き合い事例の中から集約したものである。

2 問題の所在

筆者は1975（昭和50）年から、1998年6月迄、東京都内の1病院で事例研究による精神科ソーシャルワーカーのスーパービジョンを実施してきた。その病院は700床あまりの単科精神病院で、常勤医は少ないが、基準看護は患者4床につき1名となっており、ソーシャルワーカーの配置も都内では57床に1名と相対的に高い数字を示している。しかし、精神科特例による人員配置は一般科病院に比べて少ないことは事実であり、夜勤を考慮に入れると昼間の看護者数は各病棟（約66床）に、2、3名ということになる。そこから来るサービスの質の問題性を抱えたままで、この20年間で推移している。同時に病棟職員の入院患者に対する対応には少なからず、筆者は違和感を覚えざるをえない。外部者であるためそうした傾向に対して何も出来ないで、ただ時の経つままに任せているより仕方がないという感が強く、自分が当該病院に出入りしていることの後ろめたさは、終始筆者につきまとっていた。しかし現場のソーシャルワーカーが苦闘の中に入院者や外来の患者さんと関係を共有する様を見るにつけ、離れることも出来ずに今日に及んだのであった。

事 例 1

1996年1月のある日の研究会に、男子病棟担当のソーシャルワーカー（女性）から次のような報告があった。

ある閉鎖病棟で、一人の患者さんが病棟勤務者に大きな声で叱られていた。まわりの職員はニヤ

ニヤ笑っていた。確かに叱られても仕方がないようなことをしているとは思いますが、何故いけないのか説明したり、注意を促したりすることが出来ないものか、釈然としない。そういう思いは実は日常なことだ。ソーシャルワーカーはそういう疑問について、病棟勤務者に訴えても、返ってくる答はいつも同じであった。「看護職は四六時中患者とつきあっている。それに比べて、他職種は直接大変なところは見ていないからわからない」と、かえって批判されてしまう。中には「自分は担当ではないから」とか「今忙しいから」という理由で、患者に向き合うことを避けているようなふしもうかがえる。患者が男性なので、女性の看護職ではなめられてしまうからと、構えてしまっている職員も居る。

報告者は担当している患者との面接の中で、時々勤務者とのやり取りについて訴えられることがあり、上記のような職員の態度なので、表面的な話しかしないという印象を持ったという。また退院する人の中には「職員に殴られるからもう入院はしたくない」という人も居て、地域生活で疲れても休息入院が出来ないでいる人も居る。

発表された事例は長期在院のいわゆる“処遇困難者”（男性）。もともとこの病棟に入院していた人だが、他の患者にいじめられ、他病棟に転棟していた人だが、この病棟に対する拒絶反応ともいうような気持ちが強く、尿・便秘禁、ゴミあさり、異食（pica）等がある。また胃潰瘍が以前あり、主治医から異食を防ぐため1日に2回の間食の指示が出ていた。しかし急激な勢いで食べてしまうため、喉に詰まらせることもあった。

ふだんは看護婦が付き添って食べさせていたのだが、その日は看護スタッフの数が少なく、患者も落ちつきがなかったので保護衣を着せてスタッフがビسケットを一枚ずつ与えていた。それを見た報告者であるソーシャルワーカーは、思わず「えっ」と声を上げたが、看護スタッフは「人数が少ないから仕方ない」「この患者はじっとしてないのだから仕方ない」といい、こうした行為をごく当然のこのように考えているようだった。ソーシャルワーカーは「そこまでする必要があるのですか」と聞くと、「喉を詰まらせて死ぬよりはいい」「看護者の苦労がわからないくせに」というような言葉を返されてしまい、それ以上何も言うことが出来なかった。その後、看護長にも相談してみたが、「問題があると思うが仕方ないこと」という認識であった。

しかし、その後この病棟では、病院全体の病棟編成替え、当該看護長の退職、看護スタッフの移動等を契機に、看護スタッフの患者に対する対応の仕方に関する問題が、病棟医や新看護長から提起された。スタッフミーティングが定期的に開かれるようになった。ミーティングの中で、旧スタッフから「力も時には必要だ」という意見が出されたが、それに対しては「何故そうなるのか患者の行動や状況を考えて対応していないからではないのか」という議論が対立したこともあった。現在は病棟医と新看護長が中心となって患者の行動の背景を考えながら対応するようになっている。

事 例 2

次の事例は筆者が講師を勤める東京都医療社会事業協会の教育部主催のグループスーパービジョンに報告されたものである。報告者の所属は約550床の単科精神科病院である。民間病院としては、医師、看護者、コメディカル職員（心理担当4、ソーシャルワーカー7、作業療法担当者13人）ともに充足している⁽⁷⁾。

Aさん（53歳、女性）は農家の次女として出生。幼少時に実母を亡くし、継母に育てられた。継母にはかわいがられたという。18歳の時家族の反対を押し切って上京。売春をしながら生活していた。病名は精神分裂病と軽度の精神発達遅滞となっている。生活が安定しなくなると不眠、幻聴、やくざが追いかけてくるなどの妄想が出現し、時に自殺企図を繰り返す。また生活費を動物（ペット）のえさ代に代えてしまったり、身辺整理が出来ずにゴキブリが大量発生したりという状況で、

余り生活能力はない。たびたび入院するが、時間が経つとまた元の生活に戻りたいと希望し、退院のめどがたたないとイライラしたり、死にたくなり閉鎖病棟での対応が必要となった。現在の病院には24歳の頃から今日まで十数回の入退院を繰り返している。その間アパートに退院したり、不眠のため幻聴が出現して入院したりとの連続であった。50歳になってから2年間入院し、救護施設へ退院し、また当院へ入院し、現在入院中の患者である。

現在の状況。ソーシャルワーカーは前回入院時も担当であったせい、ワーカーとは顔なじみであった。閉鎖病棟より開放病棟へ転棟して間もなく、本人よりアパートへ退院したいとの希望である。本人と振り返りをしようと話をするが深まらず。本人は、今度は絶対大丈夫だから退院させて欲しいと繰り返す。病棟カンファレンスでは単身生活を支援することはできない。転院、施設入所を含めて家族（実家）の近くを検討してみることになった。主治医より本人にスタッフの意見を伝えたところ、本人も喜んで受け入れる。その後、実家への外泊を試みるが失敗。実家での様子を聞いたところ継母のところには2日しか泊らず、後は妹のところ泊っていたという。継母のところでは異母兄弟が来たらしめ押し入れに入れられた。帰ってくるなといわれたし、本人から、しばらく入院してはいかがでしょうかと言った。しかし、今また本人はアパートを借りて生活をしたいと希望している。病棟スタッフは、実家の近くへの退院も難しいなら地域生活は考えられない、閉鎖病棟と開放病棟との転棟を繰り返しながら長期入院継続を覚悟する。そのことを本人には自殺企図の恐れがあるので伝えないという意見であった。本人は振り返りも出来ないまま退院させて欲しいとワーカーに“お願い”を続けている。（本人は日を輝かしてこちらが退院していいと言ってくれるのを期待している）。括弧内はグループスーパービジョンにおける報告者の口頭説明である。

ここで事例1と2をあわせて検討を加え考察する。

1) 精神科特例の現実－わが国精神医療構造からの検討

これらの事例はわが国精神医療の現場の実況を如実に反映させている。前述したように、精神科病院における職員配置は一般病院に比べて劣っている。いわゆる医療法における「精神科特例」というものである。事例を報告した病院のうち、前者は医師数において不足しているが、その他の職員は精神科医療機関としては多く配置されている方である。高橋は精神病院の状況を要約して「そこに働く医師や看護者の一人当たりの精神病床は、一般病床と比較して医師の場合6倍、看護者で3倍と多くなっており、入院者が医師や看護者と会える時間がそれだけ少ないといえる。このことは、職員配置の基準が、医療法や診療報酬の『基準看護』によって精神病床の方があらかじめ低く押さえられていることにもよる。その基準看護であるが、法的には看護婦が、一般病院では4床に一人必要なのに、精神病院では6床まで認められている」と指摘している⁽⁸⁾。事実、1996（平成8）年の病院報告によれば、一般病院の100床当たり医師数は11.1に対し精神病院では2.7と極端に少なく、看護者数で見ると一般病院が58.4に対し精神病院は34.8となっている。

事例1では報告者が「自分は担当ではないから」とか「今忙しいから」と言っ、職員が患者と向い合うことを避けるふしがあることを見て取っているが、患者の側でもきちんと話を聞いてもらいたい気持があっても、業務に忙殺されている看護者をわずらわすに忍びないという自己規制が働くこともある。看護者の方も、過酷な労働条件の中で、如何に効率よく、集団としての病棟の入院者を安全に管理するかということの方を、一人一人の要求に応えることより優先させてしまいが

ちである。

このような構造的「収容所性」を取り除き、わが国精神科医療が真に療養の場として質的転換を遂げるまでは、当分患者へのしわ寄せは避けるわけにはいかないのが現実の姿である。因みにイギリスにおいてはアサイラム (asylum) が、18世紀末に収容所として設置された。そこは暴力支配と不潔による虐待の場となった。19世紀の半ば患者に対する身体拘束の代わりに、療養の場としての精神病院が始められ、患者の人格を尊重して作業療法や精神療法が行われた。しかし改革の精神で始められた精神病院も、多数の人を収容するだけの巨大な施設になっていった。そうした状態は20世紀半ばまで続いたが、1960年代以降、地域ケアが進められ、精神医療において個人の人格の尊重が再び取り戻されつつある。

日本の精神病院は未だにアサイラムとしての存在から脱却できていない。患者が安心して過ごせる場として、やがて近い将来、また固有の地域社会に帰ることを視野に入れた療養を保障されていない。この両事例でも、患者は自らの社会生活を人為的に遮断されたままになっている。殆ど半永久的に、である。それは、明治政府が作り上げた精神障害者監禁主義以来、連綿と続く反人性格性によって貫かれた構造上の原因があるからである。

事例2において、患者は病棟職員によるケースカンファレンスによって、生涯にわたる入院生活が決定された。一人の命運は社会生活困難、自殺企図の理由で、敢えてそれを告知することなく押し潰された。患者の保護という理由からである。ここには患者当事者にとって、病院と地域の間には厳しい断絶がある。しかしこの断絶も、人為的なものであって、精神科医療構造の改変により、看護者に多少とも時間的ゆとりができ、患者と有効な話し合いが出来れば、「実家近くへの退院が難しいなら地域生活は考えられない、閉鎖病棟と開放病棟との転棟を繰り返しながら長期入院を覚悟する」という結論は出なかった筈である。また「本人には自殺企図の恐れがあるから、長期入院の決定は伝えない」という意見も出されなかったに違いない。

2) 個性vs.関係性

このように、精神科特例というわが国独特の精神医療の構造的な問題性に、病院職員は苦闘を強いられている。しかし同時にまた、人との関係において行う営みとしてのヒューマンサービスに従事するものとしての基本的課題を自覚しない限り、病院における不祥事は跡を絶たないこともまた明白である。第1例に見る、精神科病棟という密室状況における暴力支配はそれほど稀なことではない。第1例も第2例も、心を病む人間を「病」を持つ人格として尊重する視点を欠いていることにおいては共通している。

何れの事例も患者（当事者）に対する「個体としての人間理解⁽⁹⁾」のみに基づく、一方的な管理的判断による結論である。こうして、病棟における多忙さによる怠慢は他者との関係において生きる当事者の「関係性」を奪っていく。個人を一人の人格として尊重するという事は、その人の固

有の関係性を尊重することでもある。

たまたま新聞によって、本年5月に起きた国立病院の不祥事が報道された。以下のような趣旨の記事である。

新潟県大潟町にある国立療養所犀潟病院の精神科病棟に入院中の51歳の女性が、本年5月、指定医の診察もなく、身体を拘束され、吐いたものを喉に詰まらせて窒息死していたことが明らかになった。¹¹⁶

この病院においては医師の診察もなく、看護婦の判断で、布の帯で身体拘束がなされた。指定医は「不穏時・興奮時は拘束して下さい」と指示簿に記載し、抑制を看護者の判断に委ねていた。身体的拘束について審査した他の事例について、8月10日に審査した身体拘束事例46件中9件について、厚生省令で定める必要事項のうち、診療録に記載されていないものがあった¹¹⁷。

ここには患者を、心を病む人間として見る視点が欠損している。患者に相對する自己の人間学的「関係性」理解の欠如である。しかしそこにはもう一つの無視し得ない過ちがある。それは精神医学を学んだ筈の当該医師が、拘束ということによる治療上の合理性をまともを考えないでいられた病院精神医学を根本的に見直すことをしなかった点にある。臨床医学に携わる者の治療指針としての最低基準は、冷徹な観察と先行治験研究に基づく、一貫して合理的な「個性性」理解におかれなければならない。拘束することが生物学的に如何なる変化を患者にもたらすか、厳しく且つ慎重にその変化を追跡しなければならない筈である。「不穏時、興奮時には、拘束してかまいませんから」といった、指示ともいえないような指示を看護職に出すという自らの専門性の放棄こそ問題なのである。これは精神医療の制度上の不備欠陥という問題では明らかでない。neglect, 無視, 怠慢, 不勉強である。職員は自らの行為を自己点検することを避けることができる。しかし当事者の行動はすべて個人的な病理に帰せられてしまい、病棟は大した動揺もなく管理されていく。あながち医療制度の構造上の問題だけで済まされないことの証左である。

第1例の最初に記載された病棟医は異食のある患者の処置を看護者に殆ど任せっ放しにした。しかし幸いなことに、この病棟では管理的体制に影響される医療者の行動上のマンネリズムを克服している。病棟編成替え後の病棟医と新看護長の態度及び方針がその大きな動因である。ともかく定期的に開くようになったスタッフミーティングで、話し合いを続けた。「力も時には必要だ」という反論をも受けとめながら、「何故そうなるのか患者の行動や状況を考えて対応する」という方針を出しているのである。

両事例及び国立犀潟病院の事例において見られるように、密室性の高い閉鎖病棟の中での管理体制下における怠慢は許されない。病院精神医学の学問的意義と、そこにおける患者の「個性性」に対する精神科医のたゆまぬ臨床的研究と「関係性」を生きることの臨床的意義の理解が強く期待される。コ・メディカル職員側の「個性性」理解のあり方にも言及しておく必要がある。看護者は病

棟の真っ只中で、最も長い時間、また最も患者に近接したところでの観察が可能である。看護者は医師による特定の指示の下であっても、自らの判断や患者に対する「個性」への理解が異なっていて、葛藤を経験することもある筈である。それだけに看護者自身が指示に疑問があれば、相応の裁量と責任で主体的な判断の下に必要な手立てを講じることはあり得る。その場合、自分が行った行為に関しては事後報告を行うことを含め、医師との緊密な連携が条件である。さらに看護職者は患者との濃密な関係を持つことができる位置にいるから、人間学的な視点においてこの貴重な「関係性」を患者と共に生きることによってその専門性が付与されていると見なければならぬ。そういう点で、看護職は他の医療従事者のいずれに比較しても最も重い意味で、二重の役割を背負っている。第1例において、異食の患者に対して、拘束よりも当事者の思いや要求をまともに受け止め、話し合い、必要なら暖かい理解の態度で教育し、或いは行動療法について時間をかけて説明した上でそれを試みる看護が求められる。

さらにソーシャルワーカーはけっして「個性性としての人間理解」を軽視してよいわけではない。しかしその教育的背景から、医療従事者である医師や看護職より知識的に、技術的にその鍊度は希薄であることは否定できない。その専門性の基盤は主として「関係性としての人間」理解と、それを当事者と共有する世界における対話である点で、前二者とは異なる。

事例3 保健所の展開する保健・福祉ネットワークにおいて

本事例は都市部の保健所を中心とし、福祉事務所、民生委員、精神障害者小規模作業所等との連携関係を密にし、地域の精神保健福祉ネットワークを作ることを目的に集まった地域連絡会に報告されたものである。筆者はその会で、1998年2月に「地域における職員の役割とネットワークづくり」というテーマで講演を行い、その後の質疑応答の中で、本事例が福祉事務所及び保健所それぞれの地区担当員から、自発的に報告された。

本人は53歳の単身男性。精神分裂病と多少の知的障害があり、アルコール症もある。都営住宅に住み、生活保護受給。酒を飲むと大声でわめき立てたり、女性の住む部屋に入り込んだりするので、住民は恐れをなし、何とかして都営住宅から出ていってもらおうと、福祉事務所の担当ケースワーカーに頻繁に訴えてきた。福祉のワーカーは保健所の地区担当保健婦や地域の民生委員と協力し、ネットワークを作りながら、住民が自ら精神保健福祉法23条の「診察及び保護の申請」をするように助力し、できるだけ、「警察官の通報」(24条)を避け、“住民主体”で本人を入院させるように奔走した。結果的には23条申請は成立せず、やはり24条通報によって入院となった。入院して6ヶ月が経ち、落ち着いたので、数日後に退院してくるところで、ちょうどこの連絡会が開催されたのであった。講演後の質疑の時に、「以下のようなやり方でいいのだろうか」ということで筆者の助言を求める格好になったのである。即ち今度こそ23条の住民自身が、自分たちの生活防衛の権利を行使できるように援助し、現病院からの退院と同時に公立病院に入院させたいということであった。筆者は自分の耳を疑った。保健所が地域住民の味方であるべきだというのは理解できるとしても、障害者を排除して地域社会の“市民としての”平和な生活は成り立ち得ない。筆者のその時の発言は、したがって真っ向から福祉事務所や保健所の地区担当者の発言には賛成できないとい

うものであった。当事者の社会生活の支援が目的である筈のソーシャル・サポート・ネットワークが、当事者を排除するためのものになってしまっているのではないかとの批判である。

連絡会に出席していた一人の民生委員は、助言者としての筆者に対し、腹に据え兼ねたという表情で「大学の教師は現実を知らない」といった。「4、6時中脅かされている住民の身にもなってみなさいよ。実情を知らないでそんな理想論だけ言われたってどうにもならない」と筆者を逆に批判された。正直な発言だと思ったが、私が応答する前に、同じ保健所のデイケアの保健婦が「以前うちのデイケアに来ていた時には結構落ちついて話し合いが出来る人だった」と報告した。更に列席していた共同作業所の複数の職員からは「そういう人なら、うちの作業所でもやれると思う」と言った。これで筆者の発言する余地は幸いにも殆どなくなったが、サポート・ネットワークの難しさも確かにあるが、その方向性について再考を求めることを付け加えることで終わった。

“住民主体”という用語はあいまいなものである。いかにして住民の主体的意思による事態への対応の方向を打ち出すか、狭い視野で最も保健所にとって都合のよい法律のどの条項を選択するかという「技術」の適用に終始する傾向を、筆者はこの保健所と福祉事務所の職員に見出すのである。

3 課題への挑戦

1) 呉秀三に見る病院治療

明治政府は1874（明治7）年、東京、京都、大阪の3府において医制を公布し、現代日本の医療制度の根幹を作り上げた。翌8年には日本最初の公立精神科病院である京都癲狂院が設立された。同時に今日における地域における家庭看護の先駆けとして利用されていた岩倉村の宿屋に精神病者が宿泊することは禁止された。癲狂院の設立者にとっては、岩倉村での処遇を旧来の処遇として否定的に見ていたからである¹¹²。明治12年には内務省から府県に対し、癲狂院、貧院、盲院、聾啞院、棄児院の設立を通達した。その後、東京府癲狂院、民間では加藤癲癲院等が設立されたが、精神病治療の施設の順調な発展とはいえない状況であった。

1894（明治27）年に警視庁は精神病者取扱心得を発布した。そして1900（明治33）年、精神病者監護法が公布された。これらの規則や法律は精神病者の治療に関する規定というよりは、条約改正等、諸外国に対する体面を保つ上で、明治政府の必要から制定されたものである。従ってその性格は極めて社会防衛的性格の強いものであった。

このような時代に生きた呉秀三はわが国近代精神医学の父と呼ばれる明治・大正期における開拓者である。呉は明治27年8月「精神病学集要」を刊行した¹¹³。ここに見て取れるのは彼が患者を信頼し、その自発性に期待していることが極めて強かったことである。ソーシャルワークにおける援助技術の中心的概念である「クライアント自己決定の原理」の原点を見るのである¹¹⁴。

以下「」括弧の中は呉の所論の内容である。（2、3の旧漢字は見当たらず、現代使用中のもので代用する。）先ず直接療法であるが、「精神機転ハ盡ク皆感動ト多少強盛ナ関聯ノアルモノデア
ルカラ、此點ヲ考ヘレバ精神的療法ヲ試ミルベキ餘地ハ十分ニアル。然シナガラ醫師ノ説話・訓諭

竝ニ賞罰ナドハ直ニ患者ノ精神ヲ左右スルモノデナクテ。精神ヲ感激シ刺戟スルヤウナモノヲ遮斷シ、外界ノ諸状況ヲヨク整ヘタリスルコトガ却ツテ精神障礙ヲ治スノニ効果ガ多イノデアアル。」呉は直接療法だけでは十分な効果を挙げることができない。大事なのは外界の諸状況の調整であると言っている。これは人の生活に関わる専門職であるソーシャルワーカーの実践理論における「人と状況の全体性, person-situation Gestalt」⁽¹⁵⁾に対する洞察を持っていたといっても過言ではない。

さらに呉は「精神療法ノ緊要条件」について強調している。「ソノ効果ノ如何ハ各醫師ノ人格・経験竝ニ習練ニ依ツトコロガ多イ。第一醫師トシテ具備スベキ精神的条件ハ慈愛深く能ク耐忍シ、克己心ガ強く、深く世事ニ通ジテ、應對ガ嫻^{ナレ}テ巧ニ、職務ニ熱心デ勞苦ヲ更ニ厭ハナイコトデアアル。此様ニシテ單ニ醫師ト云フバカリデナク、患者ノ爲ニ師トモナリ、友トモナリ、其精神障礙ノ身體的原因ノ治療ニミ注意ヲ拂ハズニ、人格ノ力ニ由テソノ精神障礙ト戦フコトハ最モ必要デアアル。醫師ノ人格ハ患者ニ對シテ薬剤ト同一ナル効果ヲアタフルモノデアアル。」と言っている。ここでは精神科医の資質が説かれている。あたかも友人のごとくありながら、患者のために熱心に職務を遂行しなければならない。その際、医師として精神障害の身体的原因だけでなく、社会的状況についても深い理解が必要であると言っている。ここでもまた、呉の中に今日我々ソーシャルワーカーが臨床実践の理論的基盤にしている「人と状況の全体性, person-situation-Gestalt」の理論と軌を一にし、生物学的-社会学的観点からの精神障害の原因究明の必要性を明示している。

さらに「精神的療法ノ最大要件ハ何事ニモ公明誠実ナコトデアアル。醫者ハ家人モ患者ニ『病氣ニ罹ツテ居ルノダ』ト云ヒ聴カスコトヲ憚ルノハ間違ツテ居ル。此ノ宣言ハ治療ノ端緒デアアルシ、又病人ニ安意ヲ与ヘルコトサヘアル。患者ノ中ニハ少シモ病氣ト覺ラナイモノモアルガ、此ノ如キ人ニモ隠シ立テテラスルノハ無益ナコトデアアル。明ラサマニ告ゲテ病人ニ自分ハ病人トシテ取扱ハレ居ルト覺ラセル方ガ治療上有利デアアル。」

今日我々が保健・医療現場で重視している informed consent (患者に的確な情報を提供し、患者当事者が良く理解した上で、その了承或いは同意を得ること) の先駆けである。

こうした患者観とその治療実践は、呉秀三以降殆ど見られないまま時間が推移してしまった。このことについて岡田は「日本の過去の精神医学の教科書をみると、建築・構造に至るまで、精神病院についての詳細、豊富な記述がみられ、患者の扱いや作業療法についても具体的に延べられてあるものは、呉の『精神病学集要』(第2版, 1916年)以外に見ることはできない。⁽¹⁶⁾」と述べ、日本において精神病院や臨床の軽視を物語っていることを慨嘆している。さらに岡田は、これについてより具体的に「精神科治療で大きな役割を果たしている働きかけも、日本では治療として正当に取り上げられなかったのである。その根底にある一つのもは、精神障害対策は保安第一・監禁中心にすすめられていたことである。もうひとつは、精神科医のなかに、精神病院の中での臨床的实践を軽視する傾向が⁽¹⁷⁾つよかったことである。」と言っている。つまり、わが国においては病院精神医学は呉秀三以降ほとんど進歩しなかったのである。事例1, 2はその例証に過ぎない。

2) 働きかけ

「働きかけ」という用語は岡田靖雄によって、1960年代、東京都立松沢病院に長期間在院する患者の無為、不潔、無気力、非社会性等の状態改善のために、いわゆる moral therapy として積極的に用いられた方法である。当時このような長期在院化傾向にある患者に対する接近法として、「生活療法」が導入されつつあったが、岡田はこれに飽き足らず、患者の心に訴える「心理療法」として moral therapy を実施したのである。「働きかけとは、患者の行動・日常生活・環境などのいっさいを、治療的なものにむけようとする治療者側の努力である」と定義している¹¹⁸。そして具体的な治療活動として次のようなプログラムを用意した。生活指導というしつけの指導である。また作業治療がある。作業治療を体系化したのはドイツのジモン Simon であり、呉によってわが国に導入された。そして遊び治療である。これは通常レクリエーション療法と呼ばれているものである。中でも岡田が重要視したのは患者の自治活動である。「自治会である以上運営の主体は患者の手にあるが、病院側からの適切な助言・指導があれば、患者自治会は特殊な集団心理療法的な場を作るものである¹¹⁹。」

筆者は「働きかけ」治療の果たした役割と功績は非常に大きいものであると評価している。多くの精神科病院では、これが実践され、国公立病院を中心に財政的にゆとりのある病院では体育館などが建設されたし、運動会や演芸会、クリスマス会、夏の盆踊りなども行われている病院は少なくない。全く別の病院であるが、筆者の関係するある病院では、秋の病院祭りを行っていて、入院者は模擬店での食事や買い物を楽しんでいた。これも病院に逼塞^{ひつそく}している患者さんたちを活性化の一つの行事であった。筆者の注意を引いたのは患者さんたちが大事そうに握りしめたり、ポケットからおもむろに出してくる、紙の金券であった。色分けによって決まっている金額がガリ版で印刷してある。職員が一生懸命用意したものである。祭りの後、筆者は病院側の反省会に招待され感想を求められたので、例のクーポンのような金券のことに言及した。与えられる分だけを勤務者の方で帳簿につけておき、現金は持たされず金券でものを買うのは、社会復帰の準備にならない。外部からの客は現金で買っているのに、入院者だけ特別な金券を持たされるというのは、一人前の人格としてみなされていないことを見せつけているようなものであることを率直に述べた。病院当局は気持ちよく筆者の直言を受け入れてくれ、次の年からは自分の小遣い銭で物を買えるようにした。さて、「働きかけ」の実践は、1960年代、精神病院の内部の様相を一変させた。しかし、上述の「治療論」にしても、「働きかけ」にしても、基本的には信頼関係によって維持される相互的人間関係ではあり得ないところに大きな課題が残る。我々はいわゆる二分法の意識世界に住みついている。健康対病気、正常対異常という概念が自明性を以って受け入れられている。これは我々の臨床実践の中で、概念として定着してしまっている。だからあらためて、病気とは何か、障害者とは何か、また逆に正常とは何かを問い直すことをしなくなってしまう。そしてそこには治療関係や、生活指導（生活療法）の関係がある。治療者対患者、指導者対入院者という関係の構造があつて、

職員と患者当事者は相対峙している。これはソーシャルワーカーの援助でも、心理療法でも或いはカウンセリングでも変わらない。こうした関係において治療者、医療従事者は患者を対象化し、「治る」ことに共にかかわるよりも、むしろ「治す」ことを試みようとするのである。

3) かかわり

「かかわり」とは「治療法」ではなく、「働きかけ」でもない。これら治療法や働きかけはいずれも治療者が主体的な役割を担い、患者を客体として治療的行為の過程に治療者と対置させながら、その治癒、改善を企図するものである。そして治療的行為として、主として医師及び看護者によって実施されたが、心理職者やソーシャルワーカー等のコ・メディカル・スタッフもこの枠組みの中で、援助者として行動した。相手、利用者は被援助者である客体として対象化された。「かかわり」はこれらと対照的に、医療行為ではなく、ソーシャルワークに特有な援助態様である。特定の業務として括ることができる行為ではなく、接近の有りようである。それはソーシャルワーカーが主体的な位置にいて、クライアントを客体として扱うという構造ではない。といてクライアントが主体であって、ソーシャルワーカーは受動的な役割を取り、フォローするというものでもない。むしろクライアントが主体的役割を取ることができるように、関係を構築しながら、なおかつソーシャルワーカーも主体的な役割を果たすことが求められる。従って、それは相互的交渉とっていいだろう。まさに足立の言う『『個体としての人間』理解から、『関係性としての人間』理解への方法論的転換が求められているのである²⁰⁾。』筆者はこのようなあり方を国立精神衛生研究所のデイケアの長い間にわたる実践から学び取って来た。1963年からの最初の数年はまさに生活指導の役割を果たし、働きかけの実践に終始した。しかし1970年頃、デイケアの利用者からの「援助関係」への鋭く厳しい問いかけを契機に、筆者等職員がプログラムを組み、リーダー的役割をとることによって利用者の上に立って指導して、利用者の思いや希望やまたその都合を潰してきたことに気がつかされた。筆者におけるデイケアでの実践はそれ以来利用者と共に歩むという形をとることとなった。利用者とは「つきあい」の関係になった。利用者は患者というより、精神症状や生活上の困難を持ちながらも、一人の人格として見られるから、患者という限定的な立場性と役割意識からは自由でなければならないことになっていく。そこでは、「かかわり」を持つかどうかは、当事者の選択に委ねられたのである。

経験則において今言えることは、主体的人格の相互的關係即ち「かかわり」を軸に病院精神医学を書き直すことは不可能ではないということである。

ま と め

筆者は病院と地域における精神保健福祉に期待される役割について検討を進めてきた。

呉秀三は患者のために師ともなり、友となって人格の力によって治療に当たった。その誠実さと人間的な接し方はパターンリズムであるという批判は免れないかもしれないが、明治政府の監禁主義時代であって、人格主義を貫き通しことに今更ながら感銘を強くするものである。また岡田等が提唱した「働きかけ」がわが国の精神医療に与えた影響は少なくない。しかし、1965年以降、ようやく外来通院が制度化された後も、この30年間精神科医療の実態は、病院の収容所性に関して殆ど変化がない。精神科病院や地域における第一線専門職者の実践には問題が多く残っており、精神障害者に対するスティグマタイゼーション再生産の原因となっている。ここに筆者は「かかわり」論に依拠する実践が必要であることを立証した。上述、事例2において、当事者である患者が退院を強く希望する時、スタッフミーティングの結論は「一生入院」を打ち出し、患者が自殺企図の既往があるから、この方針は本人に伝えないというものであった。ソーシャルワーカーは本人と病棟との間に挟まれて、葛藤を経験した。ソーシャルワーカーとしての「かかわり」の実践課題は、「病棟の決定は、あなたは生涯退院できないという結論だった」ことを真向かいに伝えることからしか始められない。これは意識的に本人当事者に、「危機場面」を設定することになる。言い換えると、当事者本人が自らおかれている現実と直面することを、むしろ援助することになる。そこではじめてクライアント本人の現実的取り組みが始まる可能性を見出すのである。これは長い時間のかかる過程である。しかも当事者とともにこの作業に当たるという営みとして「共に歩む」ことが求められているのである。

地域においても同様の意識改革が必要であり、「かかわり」論の具体的実践が求められる。そもそも住民主体という言葉は極めてあいまいであり、時には障害者にとって危険ですらあることを見た。住民であるということー「住民性」ーは物理的な存在状況を指しているわけで、できるだけ生活上の迷惑を相互的にかけないことを暗黙の前提とする。従ってここには住民同士の交流が起きる契機は生じにくい。弱者である高齢者や障害者と生活を共有しようとする意識は生まれてこない。こういう中で、保健福祉従事者は弱者といわれる個々の市民の生活支援に当たらなければならないのであるから、困難をきわめることはいうまでもない。しかしプロとしての使命は「市民の側に立つ（市民性の共有）」ことである。これが先ず専門性の根幹にあることを自覚し、自らの中の偏見を点検し、地域住民の間に「市民性」を志向した連体意識を醸成することへの戦略を練り、作戦を立てる知識と技術を持たなければならないのである。この市民性について阿部は「ふれ合い、学習をし、理解し、認識し、信頼し、そして実践していく。この繰り返しをふれ合いの中で起こさなければなりません。それがノーマライゼーションの道ということなのではないでしょうか。いままで、町で障害児を見ることができませんでした。車いすでは、歩道は段差があり、歩道橋があつて渡れず、駅の改札はくぐれない。そこで外に出ない。施設に入るか、家に閉じこもるかです。その町で見えない障害児を、町で見える存在にしようというのがノーマライゼーションの思想です。いったい、いかにして町で見える存在にするのか、ここにふれ合いの意味があるのです。同じ地域に共に

住むというだけでは不十分です⁽²¹⁾。」と述べている。

本稿で提示した事例3において、地域社会でネットワーク作りに向けて活動する専門職者の方向性は間違っていた。保健所や福祉事務所は意図的に入院という形で精神障害者を公営住宅から排除することによって、町で見えなくしてしまったのである。「ふれ合い」は「かかわり」と同義である。住民の間に市民としての意識を育て上げ、時間をかけて住民と共に歩む精神保健福祉専門職者の行為こそ「かかわり」といえよう。

注

- (1) 統計情報部「医療施設調査」
- (2) 統計情報部「病院報告」
- (3) 統計情報部同上
- (4) 日本精神病院協会「精神科医療マスタープラン基礎調査－入院患者調査－」, 日本精神病院協会雑誌, 第12巻第10号, 1993年10月, pp.5-49
- (5) 館 暁夫, 精神保健福祉士養成セミナー『精神保健福祉論』, 第1版, 東京, へるす出版, 1998, p.295
- (6) 東京都衛生局編『医療ソーシャルワーク解決技法(平成8年度)』, 1997年, pp.116-121
- (7) 東京都地域精神医療業務研究会編『東京精神病院事情』, 1989年, 掲載頁は秘匿
- (8) 高橋 一「病院におけるP S W」, 柏木 昭編著『三訂精神医学ソーシャルワーク』, 東京, 岩崎学術出版, 1996年4月, p.63
- (9) 足立 叡『臨床社会福祉学の基礎研究』, 初版, 東京, 学文社, 1996年, p.51
- (10) 1998(平成10)年9月25日, 朝日新聞
- (11) 厚生省大臣官房障害保健福祉部精神保健福祉課, 1998年10月
- (12) 加藤博史『福祉的人間観の社会史』初版, 京都, 晃洋書房, 1996年1月, p.78
- (13) 呉 秀三『精神病学集要』, 東京, 社会福祉法人新樹会創造印刷内精神医学神経学古典刊行会, 昭和49年8月31日, p.906-907
- (14) 柏木 昭「直接的援助技術の臨床研究に携わって」柏木昭, 簇野脩一編著『医療と福祉のインテグレーション』, 第1版, 東京, へるす出版, 1997年, pp.2-12
- (15) 同上, p.3
- (16) 岡田靖雄編『精神医療』, 初版, 東京, 勁草書房, 1964年7月, p.255
- (17) 同上, p.259
- (18) 岡田靖雄「病院精神医学」笠松章編著『臨床精神医学(2)』, 中外医学社, 1966年, p.567
- (19) 同上, pp.587-594
- (20) 足立, 前掲書, p.51
- (21) 阿部志郎『コミュニティ』第1版, 東京, 海声社, 1998年3月, p.145