

精神障害者「社会復帰」論争に関する考察

—精神障害者の「自立」と「社会復帰」への問い—

A study on the “dispute rehabilitation” of mentally handicapped people.
—A question of “independence” and “rehabilitation” of mentally handicapped people.—

早野 禎二*

Teiji Hayano

キーワード：社会復帰 自立 多様な生活スタイル

Keyword: rehabilitation independence diverse lifestyles

要約

精神障害者の社会復帰のあり方をめぐる精神医療の論争史を整理し、精神障害者にとって「社会復帰」「自立」とは何かを考えていくうえでの知見を引き出すことを論文の目的とする。論争の一方は、精神障害者の「社会復帰」を健常者のように働けることを最終的な治療目的とし、医療看護者が精神障害者に働きかけ、生活指導し、訓練して「社会復帰」できるようにしていくという立場であった。もう一方は、精神障害者に「障害」を克服するために社会で働けるように指導したり訓練するのではなく、それとは異なった価値観で生きていけるような場や関係を社会の中で作っていくことが精神医療の目的とすべきという立場である。それぞれの精神医療の考え方や治療法がどのような過程を経て形成されてきたのかを整理し、その論争の論点を明らかにしていく。そしてその今日的な意義について考察を加える。

Abstract

The subject of this paper is to review the “dispute rehabilitation” of mentally handicapped people in Japan and consider their “independence” and “rehabilitation”. The point in question was what is a purpose of rehabilitation or what rehabilitation is desirable for mentally handicapped people. One side asserted they must be received rehabilitation to be able to work as same as healthy person. Other side it is not necessary to work as same. Because many of them have difficulty to work. To force them to work as healthy person harrly them. Then they need another lifestyle.

* 東海学園大学経営学部経営学科

To conclude I think the latter is right. It is important for mentally handicapped people to choose diverse lifestyles and workstyles.

はじめに

精神障害者にとって「社会復帰」とは何を意味するのか。健常者のように働けるようになることを「自立」とし「社会復帰」と考えるのか、それとも、働けるようになることを目的にすることだけが「社会復帰」を意味するのではなく、それとは異なった価値観や生き方ができるようになることが精神障害者にとって望ましいライフスタイルであるのか。

この問題を日本の精神医療における戦前から戦後にいたる「社会復帰」に関する論争史を整理し、そこからの知見を引き出すことによって考えていきたい。

論争は、戦前の作業療法から戦中を経て、戦後に「生活療法」と名づけられた療法の成立とその批判に始まる。精神医療が「生活療法」から「生活臨床」へと展開していく一方で、それに対する批判的な視点が生まれ論争が続けられていった。それは精神障害者の「社会復帰」をどのように考え、どのようにそれを実践していくかという点をめぐる論争であった。その論争は根本的な対立をもってなされ、長期にわたる論争となった。一方は、精神障害者に「働きかけ」、生活指導、訓練を行い、社会で働いて「自立」していけるようになることを治療の最終目的とした。それに対して、それは、精神障害者を医療のヒエラルヒー的な管理の中に置くもので、精神障害者を働けるかどうかという基準でランク化し、劣劣化をすすめるものであるという批判がなされた。

論争において一つの焦点になったのは、精神障害者の「生活」をどのようにとらえるかであった。一方の立場は、それを「生活障害」としてとらえ、「社会復帰」のためにそれを克服すべきものと考えた。それに対してもう一方の立場からは、それは社会適応という観点からの見方であって、その見方に立つ限り、「社会復帰」していくためには「生活障害」は努力して克服していかなければならないものとなるが、それは多くの精神障害者にとって負担を強いるものであり、結果として再発を引き起こすことになるという批判がされた。「生活障害」の克服を目的とする治療を行うのではなく、精神障害者が、地域社会で、社会の支配的な価値観にはとらわれず、その人らしい生活を送れることが、精神障害者の「生活の質」を高くするものであると考えた。

論争は、医療関係者や福祉関係者の実践活動に影響を与え、それぞれの考え方に基づく活動が行われてきた。後者の実践活動も地域の作業所などで取り組まれてきた歴史がある。

しかし、現在、国の政策は、障害者も働いて「社会参加」できるようになることを求めるものになっており、精神障害者も就労を目的とするような政策が進められている。医療や福祉の現場でもそのような傾向が強くなっている。しかし、それは、果たして、すべての精神障害者に可能なことなのであろうか。精神障害者のストレスに弱く、調子の波があるという障害の特性は、継続的に働き続けることを難しくするのであり、それをすべての精神障害者に求めることは、負担

と無理を強いることにならないであろうか。働けるようになる精神障害者も確かにいるが、どうしても働けず、障害年金や生活保護などの福祉制度も徐々に切り詰められ、将来に不安を抱く精神障害者が実際にいることも確かなのである。多様な生き方ができる社会が望ましいとしたら、精神障害者の「生活」も多様な選択ができるような社会のあり方を考えるべきではないだろうか。

このような問題を考えるために、日本における精神障害者の「社会復帰」をめぐる論争の歴史を整理し、それぞれの立場がどのような経緯でどのような背景から形成されてきたのか、何が論点であったか、そしてそれがどのような意味をもっていたのかを明らかにすることは、今日的な意義を持っていると筆者は考える。本論文では、過去にさかのぼって論争を整理し、その意義を再評価するとともにこの論争から得た知見からさらに筆者が考える今後の方向性を最後に提示したい。

1. 先行研究

精神障害者の「社会復帰」に関するテーマについては浅野弘毅氏の研究『精神医療論争史—わが国における「社会復帰」論争批判』（2000）¹がある。同書は、日本の精神障害者の「社会復帰」に関する論争全体を概括して論じたもので、他にそのような全体を通して見た研究はなく、論争全体を把握するうえで貴重な研究書となっている。

浅野氏によれば、日本における精神医療の歴史は、(1)昭和30年代後半から40年代前半にかけての病院内リハビリテーションの時代、(2)昭和40年代後半から50年代にかけての専門リハビリテーションの時代、(3)昭和50年代以降の地域リハビリテーションの時代と区分けが一般にされる。しかし、(3)「地域リハビリテーション」に至るまでに紆余曲折があり、(1)(2)では、病院から退院することや就労することで「社会復帰」とみなす考え方が支配的であった。浅野氏は、そのような考え方をする人は医療従事者や家族、社会のみならず、精神障害者自身の内部にも浸透しているが、社会生活を送るうえでの桎梏となってきたのではないかと述べている。²

浅野氏によれば、精神科領域では、「社会復帰」という言い方が一般的であったが、「リハビリテーション」という言葉に置き換えられた。「リハビリテーション」とは、人間としての権利の回復という広範な意味を内包している。しかし、日本においては「社会復帰」も「リハビリテーション」も医療の領域に限定されて、狭い意味で用いられていた時代があった。「社会復帰」「リハビリテーション」は就労を目的とし「経済的独立と社会的適応」の意味で使われていた。³

浅野氏によれば、「社会復帰」の定義は、1962（昭和37）年日本精神神経学会の「社会復帰」をテーマにしたシンポジウムの小林八郎氏による次のものが、一般的であるとされる。

「精神障害者の社会復帰というのは、精神障害者に対して身体的治療、狭義の心理療法等のいわゆる精神医学的治療を施すことをもって治療を完成したのものとして退院等をさせるだけでなく、また、レクリエーション療法、作業療法をこれに加えるに止まらないで、これらの方法に引

き続き、あるいはこれと平行して精神障害者が病院外の社会に復帰して、社会にあって経済的独立、あるいはこれに準ずる自立状態に到達させるために、医療関係者が具体的な実践活動をおこなない、さらに社会復帰後はアフターケアをおこなって、その社会的適応と経済的独立を支持するプロセスである。」⁴

浅野氏は、このように理解される「社会復帰」の概念に対して次のように批判を加えている。定義されるべきものが定義の中に含まれていて同語反復である。「リセットウルメント」(resettlement)の意味で「社会復帰」が定義されているが、病院から家庭に戻ることや就労という意味であれば「リセットウルメント」であって「リハビリテーション」ではない。「リセットウルメント」と「リハビリテーション(rehabilitation)」との混同がみられる。さらに「社会復帰」の定義が、「社会的適応と経済的独立」の言い換えになっている。⁵

「社会復帰」を「社会的適応と経済的自立」ととらえる考え方は、その後、医療・福祉関係者、家族、そして精神障害者自身にも影響力を与え、実践活動の場でもこのような考え方で「社会復帰活動」が進められていったが、それに対する批判が起こり、論争が展開されていった。

しかし、浅野氏によれば、「社会復帰」の概念は混乱したまま引き継がれ、その後のさまざまな運動や技法をめぐる論争の中にそれぞれの主導者の「社会復帰」観が反映されるものとなっていったが、以後「社会復帰」とは何かという正面を据えた議論はほとんど行われなくなった。⁶

浅野氏は「社会復帰」論争において「社会復帰」を「社会的適応と経済的独立」と見る見方に対する批判が展開された歴史があったが、「社会復帰」という言葉が「リハビリテーション」と言い換えられることによって、何か本質的なものが歴史から抜け落ちてしまっているのではないかという問題意識から論争を振り返る。

筆者自身の問題関心も、精神障害者が就労し「経済的独立」を達成して「社会適応」していくことが、必ずしも「生活の質」を高めるものではなく、それとは異なるライフスタイル、生き方を選べるのが、精神障害者の「生活」「人生」には望ましく、「生活の質」の高さ、「幸福」をもたらすと考えている。そのような考え方の源は日本の「社会復帰」論争から生まれてきたものであり、筆者自身もその影響を受けて、これまで研究を進めてきた。

浅野氏は同書のなかで論争を行った人たちの数多くの論文を引用し、整理を行っている。戦前の作業療法の歴史から始め、戦後の「生活療法」の始まりと発展、それへの批判と反批判、「生活臨床」への展開、地域精神医学会の活動、中間施設論争、開放化運動、地域リハビリテーション、やどかりの里の活動、「精神障害者福祉法」論争、障害構造論、生活技能訓練(SST)の陥穽、分裂病の「回復」と「治療」論と論争の歴史を振り返っている。これらのすべてを原著論文にあたって論争を整理するには、その数が膨大であり、筆者には困難であると思われたので、その中から重要と思われたものを選んで整理を行った。そして、筆者の視点から論争の争点をたどっていきたい。

「社会復帰」論争に関する研究としては、他に平林恵美・相川章子氏の「わが国における精神障害者社会復帰論の展開Ⅰ（その1、その2、その3）」（2005、2006、2008）⁷がある。この研究は、精神保健福祉領域における「社会復帰活動」として行われた「院外作業」について文献と資料を中心に考察したものである。

同研究によれば「院外作業」が盛んに活用された1960（昭和30年）代後半から1980（昭和50年）代後半までは、「退院すること自体」よりも「退院し、かつ就労すること」をもって「社会復帰」とする考え方が支配的であった。このような「社会への適応」「経済的な自立」をもって「社会復帰」とする考え方は、当時の医療従事者、家族、社会、精神障害者自身にも当然のこととして浸透していた。

1969（昭和44）年当時、厚生省の病院実態調査によれば全国施設の52.1%が「院外作業」を行い、「院外作業」が盛んにおこなわれていたように見えるが、実際には一部の選ばれた入院者だけが「社会復帰」と呼ばれた活動に参加していたのが実態であった。一部の入院者が閉鎖的な場所から「院外作業」という形で退院しても普通の就労生活とは程遠く、再入院をし入院が長期化していたのが実態であった。⁸

当時は、社会参加していく上での保障が十分ではなく、地域生活をサポートする体制が整っておらず、地域生活という部分が欠けていた。一人一人の精神障害者が望む地域生活を確立し「独自のライフスタイルの獲得の保障」を実現し「生活者」として伴走していくことが求められるにもかかわらず、「社会復帰」は、入院適応の一環としての援助の形態としてあり、むしろ「院外作業」は退院の一つの障壁となっていた。⁹

しかし、1980年代になるとこのような考え方に変化が見られ、「社会復帰」に関する多様な考え方が現れ始め、PSWの発言や記述の中にも変化が見られるようになった。「院外作業」の試みの変化により起こった良い変化は退院者の多くが他者とのかかわりを通して労働意欲を蘇らせたこと、また、「社会復帰」に対するイメージを強めていくことを可能にし、それが社会生活の回復や生活の自信につながっていった。しかし、「院外作業」終了後の家族の理解や受け入れ態勢や事業所との関係などから「院外作業」が入院の長期化を招く要因の一つともなっていた。¹⁰

「院外作業」の実践がアパート退院などを始めとする種々の「社会復帰実践」につながるきっかけを作り、PSWの実践が「社会復帰」論に意味を付与した側面もあった。その実践活動は、病氣治療や地域生活に対する考え方、「社会復帰活動」の新たな実践のあり方に大きな示唆を与える経験となった。¹¹

同研究は「社会復帰」論と「社会復帰活動」におけるソーシャルワーカーの実践が果たした役割を明らかにし、地域生活支援は「適応論・段階論・バタナリズム」から脱却し、ソーシャルワーカーの専門性である「主体論・かかわり・自己決定」を主眼とした実践が重要であると結論づけている。¹²

この研究は、「院外活動」が実際に現場でどのように取り組まれ、それが時代とともにどのように変化してきたかということを実証的に検証するとともに、「社会復帰」論およびその実践活動においてソーシャルワーカーがどのような役割を果たしたかを明らかにした点において意義あるものである。特に1960年代から1980年代以前と1980年代以降で、現場の精神科ソーシャルワーカー、PSWの「社会復帰」に対する意識や考え方に変化が見られることを実証的に明らかにしたことは、一つの歴史的事実として重要であると考え。同研究から、現場の医療福祉関係者の活動に「社会復帰」論が影響を与えていただけでなく、実践活動が、理論にも影響を与えるという理論と実践の往復があったことが明らかとなった。1980年前後を境にしての変化は、「社会復帰」理論の影響の変化を示すものではないかと筆者は考える。「社会復帰」論争を論じる場合、理論的な整理だけでは不十分で、このような歴史的事実の検証が相合わさって、論争の全体像とその意味がより明確になっていくと筆者は考える。

しかし、同研究はソーシャルワーカーの視点という限定があり、また、1960年代以降に調査研究の対象が設定されている。筆者は、戦前にさかのぼり、そこから戦中、戦争直後、そして戦後という流れの中で「社会復帰」論の生成と発展、論争の整理を行っていきたい。

また、「社会復帰」という概念に関連するものとしてリカバリーという概念が近年、日本の精神医療・福祉の考え方に影響力を持つようになっている。

W.A. Anthony は、リカバリー概念を次のように定義している。

「リカバリーとは、人の態度、価値観、感情、目的、スキル、役割を変えていく深く人間的でユニークな過程である。それは、病気による制限があったとしても満足のある希望に満ち、貢献的な生活を送る道である。リカバリーは、精神的な病の破滅的な影響を乗り越えて人が成長していく人生の中で新しい意味と目的を發展させていくことを含むものである。」¹³

リカバリーの概念には、病気が治らなくても、人生を送ることができるという考え方が含まれている。精神障害者が地域のなかで生きていけることがリカバリーとされる。

マーク・レーガンは、人は病気自体に治癒の見込みがなくても再帰することができるのであり、リカバリーは可能であるとする。伝統的な上からの訓練と専門職の経験では、否定的な面と希望がない定型的なものを見方を強調する傾向があるが、治療に成功することが可能であるという希望を持ち将来への明確なイメージを持つことが、リカバリーにとって重要である。リカバリーには段階があり、「希望」、「エンパワー」、「責任」、「生活のなかの新しい有意義な役割」である。¹⁴

また、パトリシア・E・ディーガンはリカバリーは昔の自分に戻るのではなく、新しい自分になるための過程であるとしている。限界が新たな可能性を広げていくのを発見する過程でもある。復元ではなく変化が道筋である。変化の語りは、病気を治す力を持つ専門職を信じることは対照的に癒える過程での自分自身の働きが強調される。精神保健福祉領域の専門職の役割はサポートすることであり、スキルを獲得するために手助けをすることであり、仲介者としての感覚を持

つことである。リハビリ過程における目標では、自分で方向性を決めるように学ぶことを援助することである。

リハビリとは一人一人のユニークな旅でありマニュアルに基づいたアプローチではない。精神保健福祉領域の専門職は個人個人に必要な特別な才能や資源を探し出し、リハビリのためのサービス資源を結集して援助することが求められる。精神疾患と診断された人々には復元力があり、病気の過程の従順な犠牲者ではない。クライアントの積極性、レジリエンス（復元力）、自己適応能力と協調して取り組む専門職は新しく価値ある方法で協働していくことができる。¹⁵

リハビリの実証的な長期研究によれば、回復率は46%から68%であり、統合失調症を含む深刻な精神疾患と診断された3分の2は、時間とともに回復しているのであり、希望を失うべきではない。経験的データからほとんどリハビリすることができると考えることができる。誰もが可能性がある。リハビリを可能にするようにスキルとサポートを築くための機会が持てるようにそれぞれの人にアプローチがなされる必要がある。¹⁶

リハビリの考え方は、「希望」、「エンパワー」、「責任」、「生活のなかの新しい有意義な役割」を持つことによって、精神障害者は「回復」していくことが可能であり、そのような復元力を誰もが潜在的に持っているということを強調するものである。リハビリの考え方は、病気が治癒することがなくても、地域の中でその人が希望をもって前向きに生きていくことは可能であり、福祉や医療の役割は、精神障害者には復元力があると見て、その人自らが自分で方向性を決めることを学べるように個別にサポートする仲介者のような役割を果たすことにあると考えるものである。

このリハビリの考え方は、「就労」「経済的独立」をすべてに求めるものではなく、地域社会で生活できるようになればリハビリであると考えられるものであり、「社会復帰」論争の中で論じられた「社会復帰」は、「就労」を目的とするものではないという考え方に相通じる。

しかし、長期の研究調査で、深刻な精神疾患と診断された人の約3分の2が、回復していると報告が示されているが、残りの3分の1は、回復をしてないということでもある。日本における「社会復帰」の実践のなかでも、退院できない人、退院しても再発を繰り返す人が一定割合で必ずあって、そのような人をどこまで減らせるか、再発をどうしたら防げるかということが課題とされ、さまざま取り組みと実践がなされた。しかし、回復できない人、再発を繰り返す人の問題は解決にいたっていないと思われる。

リハビリの考え方は、だれもがその回復、リハビリの可能性があるというように考え方を転換していくことが出発点である。しかし、リハビリという言葉が先行し、現実の日本社会において精神障害者個々人のリハビリの具体的過程、内容はどのようなものであるか、リハビリの過程で精神障害者が具体的に地域や家族、施設、就労場所、医療、福祉関係者とのような関係を持ち、また、現行の福祉医療制度、社会保障制度はその人のリハビリにどのような役割を

果たしているのか、あるいは、果たし得ていないのか、リカバリーの活動実践を進める際に、どのような課題に現場が直面しているのか、リカバリーの考え方が、精神障害者が現に直面している課題をどこまで解決するものになっているのかという検証が十分になされていないと考える。そのような検証を経て、理論をさらに深化させ、それをまた実践していくという理論と実践の往復過程が不十分であると考え。

筆者は、リカバリーの考え方は、「希望」や「可能性」などの言葉に見られるように、アメリカの信仰やスピリチュアリズムの伝統が背後にあるのではないかと感じられ、歴史的文化的伝統が異なる日本社会にそのまま輸入にしてもよいのかと考える。筆者は、リカバリーの考え方を否定するものではなく、その考え方や方法を取り入れながら、これまでの日本の医療福祉の積み重ねと蓄積を踏まえて、日本社会に合うように時間をかけて変えていく理論的、実践的な努力が必要なのではないかと考えるのである。

W. A. Anthony が「成功したリカバリー」(successful recovery)¹⁷ という表現を使っているように、リカバリーという考え方にはアメリカ文化にあるサクセス、成功を良しとする価値観が背景にはあると筆者は考える。そこには、リカバリー、回復した人をサクセス、成功ととらえる見方があるのではないかと考える。それは、言い換えれば、リカバリーができない人は未だその途上にある人というとらえ方にもなるのであり、リカバリーをした人を上位とするランク付けが精神障害者のなかに作られ、ヒエラルヒーが生じてしまうことを筆者は危惧する。回復可能な人が一定いる一方で、回復できないで再発を繰り返す人が現実にいることを見るならば、誰もがリカバリーの可能性を持つという考え方から出発することに対しては、慎重であらねばならないと筆者は考える。

日本における「社会復帰」論争を振り返ってみていくと、日本には独自の精神医療福祉の歴史あり、その積み重ねがあることが理解できる。戦後の精神医療福祉において中心的な役割を担った人のうちの一人といえる臺氏は、自分たちの活動は、海外から輸入されたものではなく、独自に作り上げたものであると繰り返し述べている。日本の精神医療福祉の歴史は、理論から実践へ、実践から理論へという往復と批判と反批判の論争を通じて発展していったものであり、そのなかで日本独自なものが作られていった歴史である。これまでの日本の精神医療福祉の長く地道な実践活動と理論の歴史に機軸を置いて考えていくことこそ、今、必要なのではないか。日本における「社会復帰」論争の歴史を振り返る意義はこの点にあると筆者は考える。

リハビリテーション、リカバリーという考え方が持っている意義は確かにあるが、そのような概念を海外から輸入して使う場合に、日本の精神医療福祉の歴史の中でその概念をどのように位置付けるかという問題があるのではないだろうか。それらの概念と現実が一致をみるものであるのかどうかの考察が必要である。浅野氏が、リハビリテーションという概念が「社会復帰」という言葉に置き換えられたことに対して疑問を呈したこともこのことと関連するものと筆者は考え

る。

言語と社会は深く結びついているのであり、医療や福祉においても言語、言葉にこだわることには意味がある。「社会復帰」という日本語で、問題を考えていく意味はそこにあると筆者は考える。

2. 日本の精神科作業療法の歴史

2-1 戦前まで

江戸時代末期まで治療施設として小治療所がいくつかあったが公共的なものは少なかった。例外的なものとして京都岩倉の保養所があった。11世紀の宗教的伝説にもとづいて、大雲寺に精神病患者が治療を求めて集まるようになり、明治維新の頃は、何軒かの茶屋（保養所）と付近の民家が精神障害者を長期間預かり、家庭看護の形ができていた。¹⁸

1900（明治33）年に精神病患者監護法ができ、患者を私宅に監置したり病院に入院させたりする手続きを定めた。官公立精神病院の最初のもは1875（明治8）年にできた京都府京都癲狂院であるが、赤字のために廃院となった。1879（明治12）年東京府京都癲狂院（巣鴨病院を経て松沢病院）ができた。1919年（大正8年）に精神病院法ができ、道府県立精神病院およびそれにかわる代用病院の制度が設けられた。¹⁹

京都府癲狂院において何らかの作業療法が行われたと考えられる。東京府癲狂院では、1887（明治20）年榊氏が医長になると病院内も開放的になり、患者の庭園散歩が認められ、1889（明治22）年から遊戯施設が置かれた。1901年（明治34）年に呉秀三氏がヨーロッパ留学から帰り、巣鴨病院医長を嘱託されると作業療法が体系的に始められるようになった。呉氏は、1901（明治34）年拘束器具の使用禁止（ついで焼却）、裁縫室2室の設置、1902（明治35）年には構外運動制度を始める。私立病院では根岸病院で田原貞次郎看護長の指導で1905（明治38）年頃から製袋作業が始められた。巣鴨病院は1919（明治34）年に松沢村に移転し、作業療法は屋内作業から屋外作業に向かった。作業療法を推進したのは医員加藤普佐次郎氏、看護長前田則三氏であった。²⁰

加藤普佐次郎氏は呉医長から作業治療担任を命じられた。呉医長は、非開放患者を含めてなるべく多数の患者に屋外作業をさせることをつよく希望していた。加藤氏—前田氏を中心に作業治療は展開されていった。当時の作業の中心は、池と築き山をつくる土木工事であったが、加藤氏はもっこを担ぎ患者とともに作業をした。歌が作業の励みとなったが、「二つ、再び出られぬ鉄格子、身をすりよせて外見れば、ねずみの親子も二人連れ」は加藤氏のつくった替え歌とされる。加藤氏は作業中に歌をうたっただけでなく、院内電話で演芸放送をした。池と築き山の作業は4年近い歳月がかかった。戦前の松沢病院では、医者は将校、看護者は下士官、患者二等兵という階級がはっきりしていたが、加藤氏はみずからともに作業にあたった。²¹ 加藤氏のあとを継いだ菅修氏が松沢病院で作業療法を進めていったが、このような努力はあまり評価されなかった。加

藤氏は患者とともに作業をしたが「土方、左官のする仕事」とさげすまれていた。²²

2-2 戦争中の精神病院における精神医療

戦争は、日本の精神病院の医療にも大きな影響を与えた。戦争も末期になると、日本は食料不足となり、配給制となっていったが、精神病院の患者は、栄養不足となり、餓死者も出るようになっていった。戦争中に精神病院での死亡率の高さは、立津政順氏の論文「戦争中の松沢病院入院患者死亡率」²³で明らかにされている。同論文によると松沢病院において、1940（昭和15）年には352名の死亡者を出した。同年間の病院の在籍者は1,611人であったから毎日一人の死亡者が、出たことになると述べられている。1944（昭和19）年には418人、1945（昭和20）年には478人となった。死因で多かったのは、栄養失調と慢性腸炎である。また脚気による死亡もあった。これらは栄養障害による死因と見なされる。栄養障害が直接の死因の原因をなしているとみなされるのは、昭和1944（昭和19）年には全死因の50.5%、1945（昭和20）年には62.3%になった。精神病院の入院患者は、自由に外に出ることが許されない人が大部分で、食料配給に頼らざるを得ない。その配給量だけでは、カロリー量からして絶対に足りない。立津氏は、入院患者は、戦争中の食糧不足の影響を無防備にまともに受けるという特殊な条件に置かれたと述べている。

障害者のなかでも特に、精神病院に入院していた精神障害者の死亡率は高かったのはなぜか、精神障害という疾病、障害の特性のためなのか、それとも精神障害者に対する家族や地域社会の偏見のためなのか、日本の精神病院が持っている構造的問題のためなのか、その原因については、まだ明らかにされているとは言えない。戦中の精神病院における過酷な状況とそれに対する精神医療の無力さの経験が日本の戦後の精神医療の方向に少なからず影響を与えたと筆者は考える。戦後に始まった「生活療法」の取り組みや、ロボットミ手術の実施も、この戦中の経験が大きな影響となっていると思われる。

戦争中と戦争直後の精神病院の状況について、1972（昭和47）年、精神医療の関係者が、当時を回想した座談会の記録がある。この座談会の出席者は、西尾友三郎（国立療養所久里浜病院）、後藤彰夫（都立松沢病院）、管修（国立コロニーのぞみ園）、基弘（東京大学医学部精神医学）、元吉功（明治学院大学社会学部）、立津政順（熊本大学医学部精神神経科）、加藤伸勝（京都府立医科大学精神神経科）、長坂五郎（浅香山病院精神科）の各氏で西尾氏が司会であった。（カッコ内は当時の所属）以下その内容をまとめたものである。²⁴

菅氏は、松沢病院に1928（昭和2）年に赴任したが、患者の処遇は閉鎖的で、患者は部屋から自由に出ることができず、一年中病棟の中に閉じ込められておかれたような状態が続いていた。それらの人を外に出すということは非常に努力を要する仕事であった。巣鴨病院ではかなり戸外運動がやられていたが、松沢病院では閉鎖的であった。菅氏が受け持っていた病棟では、ほとんど患者は病棟外にでることはなかったので、せめて患者を一週間に一回だけでも出るようにした。

患者の生活は非常にみじめであったので、当時はレクリエーション療法のような名称は使っていないが、各病棟を蓄音機とレコードを持って回り、レコードコンサートをやっていた。他に運動や作業もやらせなければならなかったが、それを教育治療というような名称に包含して行っていた。作業や運動とか慰安などが組織として行われていた。しかし、その時代、医局員は研究のほうに忙しくて患者の世話をする余裕がなく、研究室に閉じこもっていなければならない情勢であった。²⁵

戦争中、米の配給が2合3勺でほとんど食べるものがなかった。コメの配給制度は満州事変の頃からであった。(菅) 中国との戦争が始まっていたころから栄養失調が現れていた。松沢病院では1940(昭和15)年の死亡者数は352人であった。それが一時的に少し減ったあとに本格的に増えた。(臺) 年間の死亡者数が増えたのは1938(昭和13)年頃からである。昭和14年、15年、16年とだんだんと上昇し、19年、20年がピーク(井之頭病院)で21、22年になると急激に減った。死ぬべきものは19年、20年で死んでしまった。(元吉) その頃は入院の等級によって食事にも差が非常にあった。食物が少ないのは等級の低い公費患者であった。(臺)²⁶

立津氏は当時、医療の基本的なものは医療ではなく、栄養であったと述べている。栄養失調状態では薬を使っても効果がなく、死ぬのを眺めているだけであった。患者を救えたのはわずかに農業に関係している職員だけであった。立津氏は、それから、医者は非常に謙虚でなければならないということを考えるようになったと回想している。²⁷

菅氏がいた芹香院でも多くの人が亡くなり、屍体を運ぶのに棺桶がないので、校舎を建てるつもりで疎開で壊した材木を積んであったものを棺桶にした。元吉氏は自身も栄養失調状態となり、体重が減っていた。痩せたために冬は寒くて靴下をはいて寝た記憶がある。病院は農村地帯にあったため、配給以外にも農家からある程度の食糧を買えた。事務局長がイモ買いをしていた。患者にしわ寄せと言われるが、配給以外に食料を獲得する努力は相当にしていた。²⁸

立津氏は、1945(昭和20)年の終戦前後2~3年というものは精神病院では医療は不在であったと述べている。医療は無力であり、命をまず確保するために食料を確保し栄養をとることが先であった。²⁹ また、立津氏は戦争中にレクリエーション療法をやらなかったのではなく、治療として激しい症状の患者、興奮の患者、あるいは拒食の患者があつて電気ショック療法とかインシュリンショック療法をやらなければならなかった。そのような手のかかる患者さんが何人かいるためにそれに手を取られてあとは犠牲になったという事情もあった。そのようなことが片付いていってようやく余裕のある考え方が出てきたと述べている。³⁰

菅氏は日華事変が起きたころ、戦時下の患者の労働能力について論文を書いた。作業療法というもの、「療法」という言葉が、病院に新しく入った人たち特に事務職員にはよくわからなかったようで、生産のほうに目がいつていた。それで、時世もそのような時世であったから、そのような角度から眺めることも必要だろうということで、菅氏は東京都の関係の行政官の会議でそれを

発表した。それは、治療よりも生産性を重視しなければならない時期にそういう半面があることをPRしなければならなかったからである。しかし、本旨ではなかったと述べている。³¹

立津氏も戦争中は作業療法は生産的でなくてはならないと考えていた。患者さんの立場を少しでも支持するという意味でそのような考え方を強く持ち、病人は病人なりに精一杯生産的なことをしていると考えていたと述べている。

菅氏は手のかかる患者さんはなんとなく省いて生産のできる患者さんを主として働かせる気分が出たこともあった。これは、日本だけでなく、欧州でもどこでも作業療法の発達の過程のなかでそういう時期があるようであると述べている。作業を生産を目標としてやると今度は作業に出る患者が少なくなって結局は生産が上がらなくなってくるが、生産を目的にしないと逆に患者がたくさん出るようになって生産が上がるということが起きた。ドイツでも同じような経験が文献に出ている。菅氏は、このような紆余曲折を経て治療法が発達するのではないかと述べている。³²

作業療法の特徴を考えるうえでこの点は重要である。すなわち、作業療法と「生産」の問題である。作業療法は「生産性」と結びつくものなのか、それとも、戦時下という特殊状況において、たまたまこのようなことが生じたのであって、戦後の取り組みの中でそれは乗り越えられていったのであろうか。精神障害者の「社会復帰」論争を見ていくと、いわゆる「労働能力」の問題が表れてくる。戦後に始まる「生活療法」、中間施設の位置づけも、この精神障害者の「労働能力」が問題となっている。「生産性」「労働能力」の問題は、菅氏が述べているように、「作業療法」の発展の中での紆余曲折の一過程なのか、それとも、分かちがたい結びつきがあるのかは、よく検討されていかなければならない問題であると筆者は考える。

それは、「戦争と精神障害者」という問題にも関わってくるのである。戦時になれば、また、かつて戦中の病院で起きたようなことが再び生じるのかどうかは、まさにこの精神障害者の「労働能力」の問題に関わってくるのではないだろうか。戦時の精神障害者の悲惨な境遇は、人も「人的資源」とされた戦時の総動員体制の歴史の中で位置づけられなければならないと筆者は考える。そして、それは、単に戦時とどまらず、戦争が終わった戦後の経済成長の時代にも通底する部分があるのかどうかについて考えていかなければならない。

2-3 戦争直後

戦争中の医療の前に栄養が必要とされ、医療が無力であった経験は、戦後の精神医療の出発に影響を与えた。この点を、先の座談会の記録から見ていきたい。

西尾氏は戦争の時は医療に無力感があり、そういう経験を経てロボトミーが始まってきてだんだんと手を加えていくことになったと述べている。戦争中の無力さという経験から何か逆に得たものがあって1950(昭和25)年前後から著しい変わり方をしたと回想している。立津氏は、1950(昭和25)年頃から患者さんの栄養状態もよくなり、衣食足りて本当の意味で治療を考える余裕が

できたと述べている。³³ 菅氏は精神医学の学問がまだ大学の中にこもっているが、外国では作業療法でも何でも精神医学的な研究が進んでいるのでその方面が遅れているからやろうと提案して始まったと述べている。³⁴

臺氏は、関東で菅氏、関根氏、前田氏が一番最初に手を付けたのは、生活指導であり、着物を着ないで破ったり裸で寝ている人たちから生活指導が始まったのではないかと述べている。臺氏は作業療法まで行く前に生活指導のほうが必要だと考え、手のかかる人たちを何とかしようということから始め、それから以前、菅氏がやっていた作業療法が復活していくなかで、作業について具体的な問題がいろいろと出るようになったと述べている。³⁵

加藤氏によれば、最初の頃は医者だけでなく看護婦などいろいろな人が入ってきた。看護者などが参画して治療チームをつくるという考え方が出てきて、いろいろな新語「生活指導」「遊び療法」という言葉ができてきた。臺氏はこの活動は、アメリカからの影響ではなく、自分たちの中から自然と出てきたものであると述べている。生活指導からその次に病室の中にばかりいる人を外に出して仕事をさせようということになり、仕事ができる人たちが外部作業をやるが増えた。石川準子氏たちのやっていた1950-51(昭和25-26)年ころの話である。その次にもっと退行的だった患者さんを外に出そうという高まりが1952(昭和27)年ころにあり、臺氏たちは参加した。そのような基盤の上に開放看護というのが松沢病院で大きく広がったと述べている。³⁶

戦争中の病院内の患者の悲惨な状態を目の当たりにして当時の医療関係者は、医療の無力さを感じながらも、なんとかしようと必死の努力を行ったが、戦争が終わり、環境や状況がよくなってくるとともに、熱意に燃えて、医療の力をとりもどそうとしたことはよく理解できる。「生活指導」、「しつけ」、「あそび療法」、医者と患者の治療チームという実践は、その後の「生活療法」、「生活臨床」へと展開していく戦後の精神医療の一つの流れの原型となったものと筆者は考える。戦中の精神病院の経験が、戦後の精神医療に影響を与えたという点は、日本の精神医療史を理解するうえで押さえておかなければならないと考える。

2-4 ロボトミー手術と臺実験

前節で述べたように、戦争中の医療の無力の経験は、戦後、精神医療関係者に新しい試みを実践させていく推進力となったが、ロボトミー手術の実施も、そのような流れの中で治療として積極的に行われるようになった。

ロボトミー手術は、ポルトガルの医師エガス・モニス (Egas, Moniz) によって1935年に世界で初めて行われた。翌年フリーマンとワッツ (Freeman, W. & Watts, J. W.) が前頭葉にロボトミーについて発表し、それが標準型ロボトミーとして普及するようになる。モニスは、患者の苦悩や病的思考は前頭葉内の神経細胞間に異常なシナプス結合が生じるために起こるものであり、前頭葉の白質を破壊することによってそのシナプス結合を切断し、病的な精神症状を除去しようと考

えた。当時それに対する批判もあった。³⁷

日本においては、1938（昭和13）年、新潟大学の外科医中田瑞穂氏が初めてロボットミー手術を行った。戦後は、1947（昭和22）年に松沢病院でロボットミーが始まり、国府台病院、国立武蔵療養所、桜ヶ丘保養院、武蔵野病院でも相次いで実施に移され、全国の精神病院に広がった。1950（昭和25）年には精神外科が日本精神神経学会の宿題報告として取り上げられ、ロボットミーの全盛期を迎えた。初めは、手術の適応も限定されていたが、しだいに分裂病、躁うつ病、精神病質、てんかん、精神遅滞、神経症、進行麻痺、老人性精神病などのあらゆるものに拡大された。³⁸

ロボットミーは、術後、尿失禁、異常な食欲亢進と肥満、痙攣発作などの身体的後遺症を残し、術後の死亡例も少なくない。生命の危機を脱しても、人格変化が残り（1）自発性の衰退、意欲の低下（2）多幸的または刺激的（3）抑制の変化などをもたらすものとされている。³⁹

ロボットミー手術による前頭葉損傷の患者への影響についての臨床的研究として横井晋氏らの論文「前頭葉損傷の臨床的考察」⁴⁰（1972年）があるが、その中で次のようにロボットミー手術の影響が述べられている。

実際に、手術を受けた患者は、一過性によくなった患者もしばしば悪化し、患者の脳に傷跡を残した。手術を受けた患者の言動はあるときは統一されて融通性が保たれているかと思うと次の瞬間にはその場面にそぐわない言動が出現して一貫性がない。このようなロボットミー手術後の患者に現れてくる状態は、「不合理な連関の出現」「選択的論理的作業の障害」「崩壊した高次精神機能とそれ以下の機能の不均衡」とみなすことができる。

一般に分裂病は分裂病としてそれなりに統一があり、いわゆる欠陥状態なりに納得させるものがあるが、ロボットミー手術後の患者の状態はそれが崩れ去ってしまっている状態にあり、この病像は分裂病らしさを失った状態であり、ロボットミー手術を受けた分裂病患者は「Aという人間らしさを失ったA、Bという分裂病者らしからぬB」と表すことができる。前頭葉は、全体の人間らしさを統轄しているものであり、扇の要のような役割を果たしているが、それが失われたものが前頭葉損傷の現象形であると同論文では結論付けられている。

臺弘氏は、「臺実験」と呼ばれる「人体実験」を行った。「臺実験」とは、臺弘氏が、江副勉氏の協力を得て、松沢病院入院中の患者80余名に対して前頭葉白質切截術（ロボットミー）施行の前に、大脳皮質の一部を剔出し、皮質の呼吸および好氣的解糖を調べた一連の実験研究のことである。⁴¹

1971（昭和46）年、石川清氏より臺氏の実験研究について日本精神神経学会理事長あてに質問書がなされ、告発がされた。日本精神神経学会に検討する委員会が立ち上げられ、1973（昭和48）年「石川清氏よりの台氏批判問題委員会」（仮称）報告書—人体実験の原則よりみた台実験の総括と人体実験の原則の提案—⁴²が出された。

その報告書の中に臺氏の文章「患者に対する医師の実験的態度」⁴³が載せられている。

臺氏は、実験に至る経緯を次のように述べている。

第二次大戦後、分裂病に対して向精神薬療法もなく、ショック療法が唯一の身体的治療法であった。治療が無効であった長期入院中の分裂病患者に対して生活指導のみで立ち向かっていた医師や看護者は新しい有効な治療法を渴望していた。ロボトミーに対して松沢病院の医師の多くは懐疑的であり、臺氏もその一人であった。しかし、広瀬貞雄氏が慎重な検討と準備の後でロボトミーを一部の患者に試みてから、臺氏も同僚たちとともに、それにかなり価値を認めるようになった。幻想や幻覚で不安におののいていた患者が、両側の前頭葉の白質切截を終えた途端に、身体の緊張をゆるめ幻覚を語らなくなるのを見て、臺氏はロボトミーにも有効な場合があることを認めるようになった。⁴⁴ 1948（昭和23年）春、分裂病研究班準備会の席上で、臺氏はロボトミー手術の際に脳組織を得て、代謝実験を行うという構想を述べ、同席者の中から強い支持と教示が得られた。⁴⁵

臺氏は、医師が患者に対して治療的な意図をもって実験を行うとするとき、次の3つの課題を示している。第一は、実験の妥当性、科学的根拠の問題がある。実験は未知の予測を検証するため行うのであるから、十分に妥当性の保証はされているような実験ならやる必要はないが、実際に、新しい治療法の発見や医学上の新知見はほとんどすべての当時の常識を超えた仕方未知の境地をした人々によって得られたものである。臨床実験の妥当性は完全に保証されていなくても、その前段階の研究でその科学的論理性の裏付けがえられる場合には、人体に対する実験の企画は承認される。

第二に、治療の実験は常に利害のバランスの上に成り立つ行為である。無害の完全性を前提とする限り、何もしないほうがよいことになる。しかし、「自然が癒し医者が助ける」という箴言は一方で医者への積極的な関与を意味するとともに、他方で医療のニヒリズムをも意味している。

第三に、被験者の同意と協力を得ることが元来不可能な場合に人権がどのようにして守られるかという問題である。重い精神障害者や小児などでは法律的には保護義務者、親権者の同意と協力を以て代理することになる。実験的試みに対する判断は、一般人にとっては困難で、実験者の説明の仕方によって左右されやすいし、当人の人権を厳密に考えた場合、家族によってそれが代理できるものであるかどうかさえ疑わしいとしている。⁴⁶

臺氏は、この実験に対する患者や家族の同意、協力の点については当時配慮が不十分であったことは認めている。

ロボトミー手術に関しては、保護義務者および患者の合意の有無について手術を受けたすべての患者について手術同意書がつけられた。手術の対象となった患者は松沢病院の各病棟から選ばれたもので、原則としてそれぞれの病棟の受持医が手術同意書の手続きをとった。臺氏の病棟では、手術同意書は保護義務者によって書かれ、患者には口頭で手術をすすめた。病状により同意

の確認が得られなかったものもある。拒否された記憶はないと述べている。脳切除実験について保護義務者および患者の同意の有無については、臺氏の受持患者で手術を受けた人の保護義務者には脳切除実験の主旨を口頭で伝えて同意を得たが、他の病棟からの患者については、「甚だ遺憾ながら」同意を得ていないとしている。また患者には同意をえていないと述べている。⁴⁷ 臺氏は、患者には実験の説明はせず、手術に対する同意も確認できないことがあるのは病状の上からやむを得ないことであったとしている。⁴⁸

臺氏は、治療における研究的態度、実験的側面の重要性を述べている。

すなわち、患者の治療にあたっては、その治療が患者にどのような効果を及ぼすかを予測し、その結果を検討しながら進むものである。診療の実践の場に研究的態度をもちこむことによって個人についての経験を広く他に及ぼし、医療全体と医学のために寄与しうる。医療はこの意味で多かれ少なかれ常に実験的側面を持っている。日常の診療も臨床的研究も基礎的研究もいろいろなレベルにおける実験的精神によって貫かれているという点では変わることはない。もし、人体に対してこの意味での実験を行うことが人権に対する冒瀆だとして研究を投げうたとすれば、医学は貧しいままに止まり、個別的经验は広く生かされることがない。⁴⁹

また、治療方法の妥当性と、その時点での状況との関連性の視点が必要であるとする。

すなわち、ある治療法の意義を評価する場合には、まずそれがなされた当時の状況について判断することが必要である。過去の治療法が後になって見出された更により治療法によって乗越えられるのは当然のことである。しかし、過去の治療法の開拓者をその不完全さを後から批難することは誤っている。医療の進歩は客観的・科学的な批判の上に成り立つもので、個人の批難の上になされるものではない。⁵⁰

石川氏の告発については、患者の人権尊重を掲げる点においては、それ自体誤っていないが人権尊重の美名を曲解と虚構で支えて中傷の手段にすることは、医療と医学における研究者の主体性の本質的意義までも一緒に見失ってしまうものであるとしている。⁵¹ 日本におけるロボットミ－批判が患者の人権無視の側面のみ集中しているという点に逆の意味で安易さがある。ロボットミ－の受け入れも中止もあまりに安易に行われたのではなかったかという点こそ問題とされなければならない。

真に反省すべきはロボットミ－を施行するにあたって心理学的に生理・化学的に厳密な問いかけと結果の検証の態度を守ったかということ、実験的な治療態度において欠けるところがなかったかということである。医師としての患者の人権尊重は、真実の意味における実験的態度の中にこそ生かされるべきである。精神科医療における実験的態度の重要性は決して過去のものではない。現在行われている薬物療法、「生活療法」、精神療法にも患者に対して行う医師の治療行為のすべてに対して謙虚な問いを受け、結果の検証を行わなければならない。これがロボットミ－の残した最大の教訓である。⁵²

臺氏は症状の再燃や人格変化の露わになる症例が多いなどの欠点が明らかになるにつれ、再びこの手術法に対して慎重な態度をとるようになった。「生活療法」の積極的導入がかつて非可逆的な欠陥と思われていた分裂病像を変化させること、ついで登場した向精神薬によって妄想や幻覚が著しく消褪することなどが明らかになってから、ロボトミーの必要を認めなくなった。しかし、現在（1973年）でも、前頭葉機能がこれらの異常体験に関連を持つことを疑っていないとも述べている。臺氏は、ロボトミーからの訣別は、欠陥分裂病の固定概念からの脱却を意味し、以後、分裂病の再発予防と行動の研究に傾いていったと述べている。⁵³

ロボトミー手術に関する臺氏の基本的姿勢は、治療における医学的な科学性と実験性の重視であったと言える。それが、臺氏の実験の背景にあり、その後、「生活療法」「生活臨床」という臺氏の辿った治療法の根底にもこの態度があったと考える。臺氏にあっては、医療、治療と医学研究は分かれているものではなく、結びついて考えられていた。実践的な治療においても、科学性、実験性という姿勢が見られたと考えることができる。臺氏の「生活指導」「生活療法」という実践的な療法と医学研究には通底するものがあった。彼の精神医療への関心は、脳の研究そのものにあつたのではなく、精神障害者を病院から退院させて「社会復帰」させるという実践的な関心にあつた。臺氏の実験はその途上での試みであつたと位置づけることができる。臺氏は戦争直後から「生活指導」に取り組み、ロボトミー手術、「生活療法」、「生活臨床」へと進んでいったが、そこには、一貫したものとみることができよう。

ロボトミー手術および臺氏の実験に関する倫理的な問いは、重要であると筆者は考える。臺氏は、倫理性の問題があることを認めながらも、医学と医療における科学性、実験性を優位におき、その点を問題にしななければならないとしている。臺氏に反論とするなら、単に倫理的、道義的に問うだけでなく、この医療における科学的で実験的な態度が、有効な治療を生み出し、それは患者の人権、倫理性よりも優位におかれるという考え方に対して批判をする必要があるのではないだろうか。科学的な実験性は、最初から予測が不可能な部分があり、それがあつたからといって、それを行なわないと、新しいものは発見できない。それが結果として、人へのマイナスがあつたとしても、それは万やむを得ないことであるというのが、彼の立場であつた。マイナスは最初から予想されるものではなく、どんな場合にもリスクはあり、それを後からさかのぼって倫理的に問うことは、医学や医療の進歩を妨げることになるということである。これは、臺氏の実験に限られることなく、今なお、医療や医学の場で問題になることではないだろうか。臺氏の実験に対して批判をするとするなら、倫理的・道義的に批判するだけでなく、この点への批判が必要ではないだろうか。

臺氏にとって、批判は、論理的ではなく観念的、感情的であり、「ロマン的」と映つた。彼は、批判者に対して具体的にどのようなすれば、治療が進むのかを示してほしいと述べている。この点についてはよく考える必要があると筆者は考える。

筆者は、臺氏が考えるべきであったのは、ロボットミ手術を受けて、結果的に悪化し、後遺症を残してしまった患者の苦しみではないかと思われる。医者と患者は、異なったものであり、患者の苦しみは医者の苦しみとはならないという考え方に立つ限り、医者にとって患者は治療の対象であり、科学的、実験的な対象としてみることもできる。この立場に立つ限り、臺氏の論は正しい面もあると言えよう。確かに、患者と医者は同じではないことで、治療関係が成り立つという考え方もある。しかし、医者と患者は全く区分されてあるのではなく、両者に通底する部分があると考えることによって違った見方が生まれてくるのではないか。患者の苦しみと医者の人間としての苦しみに相通じるものがあると考え、患者と医師という関係も固定的に区分された一方向性の関係ではなく、通底する部分があり、関係の双方向性があるととらえることができるとしたなら、臺氏の実験に対する見方も違った視点から論じることが出来るのではないかと筆者は考える。このような考え方を観念的、感情的なものから、経験的で科学的な論理性を持ったものにとまで近づけることができるかが課題になると筆者は考えている。

3. 「生活療法」の実践と批判

3-1 生活療法の始まり

戦後、精神病院に入院している患者を外に出していく試みが、様々なところで始まった。戦前の作業療法が戦争中の中断をはさんで再び試みられるようになった。

そのような取り組みに対して国立武蔵診療所の小林八郎氏は1956(昭和31)年、「生活療法」という名称を提唱した。小林氏は、生活指導、レクリエーション療法、作業療法を含むものを「生活療法」とした。⁵⁴ 1957(昭和32)年に生活療法委員会が発足し、1966(昭和41)年には「生活療法要綱」ができて生活療法体系を完成させた。⁵⁵

小林氏は、戦後の「生活療法」の形成に至る経緯と背景を次のように説明している。

作業療法は、日本では加藤、菅氏以来の長い伝統があって、治療法としてはかなり体系化されていたが、レクリエーション療法と生活指導は戦後の混乱から生じてきたもので、その歴史は新しいものである。⁵⁶ 終戦前に、精神病者に与えられたレクリエーションは、慰安という形であり、与えるというもので医療の本質的な業務と深い関係のあるものとされなかった。レクリエーション療法の重要性に気づいたのは1952(昭和27)年頃であった。

1950(昭和25)年に精神外科手術(ロボットミ手術)を終えた患者にその後療法として行った生活指導が功を奏したことを認めて、手術をしていない荒廃患者にも生活指導を始めた。1951(昭和26)年には専門の生活指導病棟ができた。⁵⁷ 当時は、精神外科手術が広く行われ、インシュリンショックや電気ショック療法、薬物療法によってまったく効果のなかった症例に、効果をあげることもあった。その奏功機転はロボットミ手術の直接的な結果でもあるが、間接的な結果でもあった。手術された人間は術後一時的に退行状態に陥り、再び新しい人格として再生する。その

間に非常に可塑的な状態に置かれるため、環境の設定の仕方、人間関係の持ち方、生活の指導によってどのような人格にも再形成されるので効果が生まれると小林氏は説明している。⁵⁸

小林氏は、戦争直後は生活の欠乏状態が続いて精神障害者の生活は惨状であり、人間らしい慣習を失っていたが、このような患者に対して術後の指導方式を適用をしようと思いついたことが生活指導の出発点であったと述べている。⁵⁹

小林氏によれば、精神病院は、入院した患者にとって治療の場であるとともに生活の場である。治療とは薬物や物理的力を用いた身体的治療を意味するものであり、一日何回かの服薬や治療の診察が終わればそれ以外の時間は治療外の時間とみなされてきたが、精神疾患の治療においては効果が無力である。治療外の全時間は、患者にとって生活時間であるが、その生活の全環境を治療化しなければ薬物による身体的治療法の効果を生かすことはできず、「社会復帰」までもっていくことは難しい。小林氏はこのような見地から患者の生活項目の中から治療の対象として価値あるものを選んで、作業療法が生まれ、生活指導、レクリエーション治療が生まれたと述べている。⁶⁰

「生活療法」という名称が生まれ、体系化がなされていくことによってそれは全国に広がっていったが、それは小林氏が述べているように、戦争が生み出した欠乏状況がもたらした精神障害者の生活の惨状を医療関係者が打開しようとしたことがその出発点であった。また、小林氏がロボットミー手術後の指導方式を適用しようと思ったことが生活指導の出発点であったと述べていることはロボットミー手術から「生活療法」へと至るプロセスに関連性があることを示すものであると考えることができる。

3-2 生活療法の内容

小林氏は、生活指導、レクリエーション療法、作業療法を含むものを「生活療法」とした。生活指導には低次のものと高次のものがある。低次のものは、不潔・荒廃・内閉的な患者を対象にして日常身辺的な生活を自主的にさせるように働きかけ、失った人間的慣習をとりもどさせるものである。高次のものは、自発性や労働能力があっても社会的な規範や慣習を失った慢性欠陥患者を対象として行い責任感を養うものである。レクリエーション専門病棟にいる患者にも、作業病棟にいる患者にも、荒廃患者にも軽症患者にも生活指導は常に必要で、「社会復帰」のための形式的準備をなすものである。⁶¹

生活指導の実施にあたっては、個々の患者によって精神状態も異なるので個人別の指導計画を立てそれに基づいた指導がきめ細やかにされなければならない。国立精神療養所看護協同研究班が作成した「精神科看護における行動別生活指導指針」を例にすると、患者の行動を1度から4度にランク付けし、1度は「すべての点に個人指導を必要とする。他に対してまったく無関心である。拒絶的傾向が強く、ときには暴言、暴力行為がある。」2度は「常に始動介護を要し、ときどき拒絶がある。ほかに対して無関心である。」3度は「身づくろい、着衣もだいたい整っている。

ものごとに対するマナーはだいたいよい。ときには自己中心的な面がある。」4度は「身の整理、見出しなみ、着衣などは整っている。ものごとに対するマナーは整っている。協同的で集团的な動きもうまくできる。」というものであった。⁶²

生活指導にあたっては各病棟で患者の程度に相当した日課表を作りそれに従っておこなう。生活指導は具体的であり、室内掃除は能力に応じて分担や役割を決めてやらせる。歯を磨く習慣、化粧をする習慣、入浴時にからだをよく洗う習慣なども手をとって指導する。食膳の手洗いは食堂の入り口に手洗器を備えつけ、患者を一列に整列させて洗い終わったものから順に食卓につかせるという訓練をするなどである。⁶³

精神科看護業務の組織については、各病棟の管理は病棟看護長（主に看護者）が責任を持ち、全体を総看護長が統括する。⁶⁴ 病棟管理は「生活療法」の根幹であり、精神療法の重要な基盤となるものである。病棟勤務者は職域ごとに定められた服務規程を遵守し、各員がその責任を全うするよう努める。患者の症状に応じて4大別して病棟を機能に応じて、治療病棟、生活指導病棟、作業病棟、社会復帰病棟に分ける。⁶⁵

樋田氏によれば「生活療法」は明確な目標と方法を持ち、「規程」（「要綱」）と諸会議により運営され、実施されるものである。病院全体の運営が、事務部門も含めて「生活療法」の名のもとに統合され、職員の業務もこれに規定される。「生活療法」は生活指導、作業療法、レクリエーション療法などの区分により医師を頂点（リーダー）とする職員の比較的独立した業務分担を持った「チームワーク」が作られる。「生活療法」の基本的構成要素のひとつとして「目標」があり、これが日常的に患者の入院生活および職員の業務を基本的に規定し、「生活療法」の円滑な実施を支えるのに大きな役割を果たす。⁶⁶

「生活療法」はその後発展し、全国に広まり、新しい研究方法がなされ、従来の方法が細分化されていった。音楽療法、絵画療法、図書療法はレクリエーション療法に含まれていたものである。開放政策、集団心理療法、人間関係論なども「生活療法」の発展の背景となり、基礎となり推進力となった。また発達した薬物療法も「生活療法」を非常にやりやすいものにした。⁶⁷

3-3 鳥山病院における「生活療法」の実践

「生活療法」の実践で注目されたのが鳥山病院の取り組みである。1959（昭和34）年、昭和大学付属鳥山病院は西尾友三郎氏が院長となり、「生活療法」が始められた。しかし、勤務していた松島医師と野村医師が、病院の「生活療法」のやり方に対して疑問を持ち、批判を行い、独自のやり方を始め、病院と対立し、「鳥山病院闘争」が起きた。この問題で、同病院を解雇された医師たちは、訴訟を起し、裁判で争われた。この鳥山病院をめぐる問題の資料が記録として残されている。

鳥山病院の「生活療法」のシステムは次のようなものであった。病棟は、①治療病棟 ②生活

指導病棟 ③作業病棟 ④社会復帰病棟の4つに分けられた。センターリングシステムはとらず各病棟に作業の主体性が与えられていて、それぞれの病棟に適したいくつかの作業種目が用意されていた。病棟においては主治医を中心とした医療チームでその患者にふさわしい作業種目を選定した。患者の移動については主治医の判断・病棟医療チームの合議、男女病棟連絡会議等によって行われた。病院全体の作業療法の方針、内容についての検討、作業種目の配分および諸連絡は、毎月一回の作業連絡会（座長—作業担当医）によって行われた。作業連絡会は上部機関である生活療法管理委員会（座長主宰）からの連絡・示唆を受け、また同時に管理委員会に対し要請や報告などを行った。⁶⁸

「生活療法」に関連する会合については、治療関係、病棟管理関係、医局対各職場調整関係、生活療法運営関係、医局内関係、病院管理関係があり、これらはいずれも病院という有機体における「生活療法」という機能にそれぞれの形で不可欠の役割を果たしていた。⁶⁹ 各病棟全患者は10～15名よりなるグループにわけられ、医員・心理員又は看護員がリーダーとなる集団療法が週1回の頻度で行われた。病棟ごとの患者の集会は、それを統括する病棟管理および集団療法の目的をもって患者・医員・心理員および看護員が交わって開かれていた。⁷⁰

1960（昭和35）年に「生活療法に関する服務要領」が定められ、1961（昭和36年）機能別四単位八病棟制が確立した。同年「生活療法服務規定」が定められ、「生活療法服務基準」（1960年）となる。医師や看護婦についても「医師服務規定」（1962年）「看護服務基準」（1962年制定、1965年改訂）が定められた。

3-4 鳥山病院の生活療法に対する医師の批判

このような鳥山病院の「生活療法」の取り組みに対して、現場で勤務していた医師から批判の声があがる。その一人、野村医師は、鳥山病院では治療病棟—生活指導病棟—作業病棟—社会復帰病棟という機能別に病棟構成がされているが、それは患者をベルトコンベア式に症状に応じて転棟させていくもので最終が社会復帰病棟（ないし作業病棟）となるものであると批判した。生活指導病棟には他の病棟にも「適応」できない「沈澱」した「慢性」患者が集められており、ここに収容されている患者は、ほとんど他の病棟に移ってもまた戻ってくるのが実情であったと野村氏は述べている。⁷¹

野村氏によれば、鳥山病院の問題は、固定化した週課表、日課表による拘束、生活指導作業などによる使役、諸規則の集積と強要である。すべての患者は毎日おおよそ一律一様に週間予定表（週課表）、日課表にもとづく分刻みの時間帯によって行動が制限され、起床から就寝、夜間のトイレット・トレーニングにいたる生活に限りない項目について生活指導が重点的に行われていた。また、患者は各人の作業能力によって、本来なら病棟職員によって行わなければならない病棟の運営・維持のための雑用を生活指導作業と称して「使役」させられていた。病院は患者にとって最も基

本的な生きる場の保障がなされないままに、生活指導・作業・レクリエーション・集団療法が強要される場となっていた。⁷²

患者と治療者間には支配的差別構造があり、患者は常に命令され強制され、威嚇され、拘禁され、指導され、支配されるという立場にある。懲罰としての保護室・保護衣の安易な使用、治療病棟への転棟が行われていた。生活指導病棟は他病棟の患者にとって威嚇の手段として使われていた。問題行動を起こすと薬が増量され、薬によって従順にさせられていた。⁷³

何年も規則づくめ、拘束、薬漬けにされ密室の内部にとじこめられていれば、生きた社会の流れからも締め出される。野村医師は鳥山病院の「生活療法」は「反治療的」であり、医者が上から患者を客体として治療を与えていく（患者を治す）のではないと批判し、患者が自ら治る力を主体として、医者はその力と連携し、回復の障害と取組む（患者を治す）ことこそが核心であると述べている。

野村医師が、改善として取り組んだことは次のようなことであった。

治療上からまず生きる場が保障されなくてはならないと考え保護室でほとんど生活させられていた2名の患者を病棟内で解放し、常時保護衣（拘束衣）を着せられていた患者の保護衣使用を原則的に中止した。タバコの本数制限、所持不許可、マッチの所持厳禁制を原則中止、喫煙場所も指定せずに拡大した。電話・通信の検閲など原則中止、病棟の一斉の巡視の原則中止、懲罰としての保護室、保護衣の使用は原則禁止した。

固定化した日課、週課表、生活指導作業などに基づいた「治療」を改廃した。患者は作業・レク・生活指導などに従っているが、作業やレクリエーションがないときは、ほとんどの患者は茫然とし自室でうずくまり、終日寝て暗くやり切れない雰囲気を漂わしていた。固定化した模式にあてはめるのは、外から力を加えて加工することに通じるものである。野村医師は、治療者側から権威的に組み立てられおし出されるものではなく、個々の患者の自然な欲求・要求をより重視し、さらにどうしたらそれらが出やすいのか、そして、人によって働く、遊ぶとは何かをあらためて考え直した。⁷⁴

また、病棟が何でも「語れる場」とした。患者が語り、訴える内容が長期の抑圧的情况下で「適応」を強いられた結果であったのか、見せかけのなものであるかどうかを判断し、自ら可能性を追求できる側面を重視し、後者を引き出すように努めた。患者の言動の一つ一つに意味があると考え、症状と抑圧の関係を把握することに努め、患者、治療者とともに変わりうる共存関係の構築を目指した。ベルトコンベア式の患者の転棟は廃止した。⁷⁵ 以上のような取り組みは病院の運営方針と対立し、野村医師と松島医師は解雇され、裁判で争われることとなった。

野村医師らの鳥山病院で行われていた「生活療法」の取り組みに対する批判は、現場の医師によるものであり、その内実を知るものによる批判という意味において、重要な側面があったと言える。しかし、他方、その批判から取り組まれた病院内での改革に対して、「ロマン的」であると

いう批判があり、急進的であった側面も指摘できるのではないだろうか。理想に至るまでの具体的なプロセスを時間をかけて見つけていく努力も必要ではなかったかと筆者は考える。

3-5 生活療法批判

「生活療法」が広がっていく一方で、鳥山病院で見られたようにこの療法に対する批判的な見方も生まれるようになってきた。

藤沢氏は、機能別病棟の思想は「生活療法」の思想と不可分であるが、細分化され規格化した機能別病棟は治療的に有効性をもたないばかりか、「反治療的」としてとした。そして「生活療法」が精神病院の権威主義的構造と強い結合があることを批判した。⁷⁶

樋田氏は、「生活療法」は作業療法、レクリエーション療法、生活指導からなり「生活指導」が基礎的なものであるが、それを支えるのは根本的に「しつけ」であるとする。樋田氏によれば「生活療法」における「しつけ」とは次のようなことを意味する。

- ・「しつけ」は手本を示したり、介助したり、手伝ったりの段階からはじまり、言われなくても自分で、しかも習慣としてできるような段階までを目標として、反復してなされる。
- ・「しつけ」（生活指導）は食事や身の清潔に関する「社会性」や余暇活動まで、入院患者の「生活」すべてが細部に至るまで対象とされる。
- ・「しつけ」は患者の段階に応じた「区分」と「実施方法」をもつ。即ち、段階をおって完成にいたる「期待される人間像」を含んでいる。

「しつけ」「働きかけ」「生活指導」などの言葉は、「人の他の人に対してある種の方法をもってなす行為の言葉」であり、「人が他の人を自分の期待する通りに変えていこうとする時にとる行為」である。そこで共通する患者観は、患者は「しつけ」「働きかけ」「指導」の対象として認識されている。患者はそれを必要とし、「しつけ」により変化させうる存在である。患者は人間として何らかの「欠陥」をもち、それは、「しつけ」などの行為により少なくともある程度の修復または代償が可能となる「欠陥」である。⁷⁷

鈴木氏は「生活療法」は、「広義の作業療法」が入院「生活」の全面に拡大され、採用され、「働きかけ」のなかで、患者を従順な労働（作業）力として再社会化させるものであるとする。「生活療法」という「治療」を医師が確定し、学問の権威を付与していくなかで「生活療法」の管理者の統率者としての医師の位置の確立がなされ、看護婦、看護者が実際の担い手となった。職人的で現場経験に密着した営為は「生活療法」として規定され学問学会の権威をもって管理者、中堅管理者として医師のイニシアチブのなかに取り込まれていくものである。⁷⁸

鈴木氏は、ロボットミーを積極的に歓迎し、施行した精神科医がやがて「生活療法」を推進し、病院精神医学の中心的な存在になっていく事実、「身体的治療」からの「生活療法」の出現は何を意味するかと問う。19世紀後半から精神病院の隔離収容・身体主義・治療的ニヒリズムの時代は、

第二次大戦を境として戦後の社会適応、再社会化の時代を経て進展してきたが、インシュリンショック、ES（電気ショック）、ロボトミーは、身体的治療は1935年から1955年にかけて導入されたもので、二つの時期の過度期にあたる。ロボトミーとは、「積極的に脳と人格の破壊」により「社会適応させることが本質」としたもので、人格の解体と再構成（社会的適応化）、破壊と再社会化が一体となっている「治療」である。人格の再構成・復元は、無気力で受動的な存在を外部からしつけ、働きかける生活指導によってなされ、「生活の捨象と身体への還元」、その極限の中から生活への積極的関心が生まれた。⁷⁹「生活指導」とは解体した人格を引き上げ、「作業療法」とは主要な社会規範である「作業・労働」を組み合わせたものである。生活が再編される時精神病者は自らが絶えず「上から」働きかけられ、「外側」から型にはめられる。

「生活レベルにおける拘束⇒社会再適応」は、昭和30年代の高度経済成長による労働力の要望であり、それは社会福祉政策の展開の中で現実の基盤が与えられた。向精神薬の導入、「30年代治療的情熱」が幻想的に開花し、社会復帰医療が言われ、その実践の中心に「生活療法」があった。「生活」は治療の枠の中におかれ、治療的に操作される内容であり、治療者による一方的な押しつけであり、他律的である。「治る」ということは、「作業」するようになるということであり、院内外において与えられる「作業」に応じることを意味していた。⁸⁰

小林氏は、このような「生活療法」への批判に対して、次のように反論している。機能別は、ベルトコンベアシステムをめざしてなされたものではなく、患者の分類を伴うがそれも便宜のものであって「生活療法」に不可欠なものでなければ本質的なものでない。新しい試みがなされる場合、内外から批判はつきものであり、「生活療法」のような性格の治療が、宣言によってただちに病院全体の各職場や病棟にいきわたり、十分に浸透して実施されるものではない。⁸¹

小林氏は服務規程のうち、「生活療法」が患者の生活管理の大部分を占めるという点、入院患者の生活には管理しなければならない部分はあるが、「生活療法」を管理そのものとして用いるのは妥当ではないと考えている。しかし、「生活療法」は、ある面は実践の結果として管理的に機能することはあるとしている。病棟管理は、運営の拠点であるが、病棟管理そのものが「生活療法」の根幹であるという点には疑義がある。小林氏は野村氏らの批判は、管理に関係する部分を主たる対象とするようであるが、それは「生活療法」の本質を外れた部分についての批判であると反批判している。⁸²

臺氏は、後に1984（昭和59）年「生活療法の復権」という論文を発表したが、そのなかで「生活療法」と組織管理の問題について次のように述べている。

「生活療法」と組織的な運営の必要の問題については、「生活療法」は医者、看護者、保健婦、心理技術者、福祉ケースワーカーなどの専門を持つ人々ばかりではなく、職場の指導者、家族、近隣の支援者までを含めて、息の合った大小さまざまな協力体制を、対象者、状況に応じて作っていかなければならない。それはソフトなシステムである。しかし、柔らかな組織だけではもろ

くて長続きがしない。固く強い組織としては、病院、診療所、共同住宅などを基盤とする「生活療法」の組織がどうしても必要になる。

硬い組織は「官僚制化」しやすい傾向がある。組織を守るためにはより困難な障害者は切り捨てられる。こうして障害の中に差別が生まれる。しかし、障害を持つことのこのような欠点を過度に恐れて、新しい施設や組織づくりを拒否するならば、それは結局、古い組織、病院中心の体制にしがみつくといい妙な結果に陥る。臺氏は柔らかい組織を自分たちで作り動かしてゆく力こそが、硬い組織を生かし、生み出すもとなるとしている。⁸³

4. 生活臨床

「生活療法」の試みは、やがて「生活臨床」という方法に発展していく。「生活療法」においては、「生活指導」など治療は病院内で行われるものであったが、「生活臨床」は病院の外での「生活」の場も治療の場としてとらえる療法である。それは、病院を退院後も再発する人が多く、それをいかに防ぐかという関心から生まれた。「生活臨床」は臺氏と江熊要一氏が中心となって進められた。以下その経緯を見ていきたい。

1957（昭和 32）年、群馬大学に赴任した臺氏は分裂病は再発しやすい病気であり、これを生活指導と薬物療法と精神療法で発病後できるだけ働きかけをし、退院後も十分に後保護を続けて、再発の予防を防ごうという意図のもとに、1958（昭和 33）年「分裂病再発予防 5 カ年計画」を提唱した。1959（昭和 34）年、群馬大学精神科の助教授として江熊要一氏が佐久病院から転院し「分裂病予後改善計画」としてそれは進められていった。1962（昭和 37）年に、「生活臨床」と名づけられる。

その中心的な役割を担った江熊氏によれば、「生活臨床」は、精神分裂病の「再発予防」の目的から出発した「働きかけ」の経過から生まれてきたものであり、1958（昭和 33）年以来続けられてきた予後改善計画のなかで掴まれた患者の社会生活場面における「生活」の特性をまとめようとしたものである。⁸⁴

江熊氏は、再発し慢性化の傾向をもつ疾患である分裂病は、精神病院で精神分裂病者の社会復帰活動は病院内に重点が置かれてきたが、退院後の社会生活内での積極的な指導が必要であると考え、1958（昭和 33）年ころから一連の「働きかけ」を試みてきた。⁸⁵「働きかけ」は患者だけでなく家族も含めて外来—入院後保護一切を一貫した方針で行うものであった。「後保護」の伴わない早期退院はさけたほうがよいが、退院後の連絡持続が行われ、社会生活の中で治療がすすめられるならば「完全寛解」を待つ必要はなく、退院を遅らせる必要はなく、再発しても幾度も再入院させてもよいとした。⁸⁶

「生活臨床」は病状悪化（生活破綻）した在宅患者や入院患者ではなく、社会生活をしている分裂病者が対象である。社会生活の経過の中ではじめてその「異常性」が現れるのであるが、周

困との関係で具体的にどのような形でそれが現れるかは、患者の社会生活を見なければ把握したいことが多い。そのため生活臨床の「診断」(生活特性を把握するための)は社会生活の場を必要とする。分裂病者はある場面では異常な行動をとるが別の場面では正常にふるまうものである。したがってその場面をどう変えるかということも働きかけのひとつになってくる。⁸⁷

「診断」に際しもっとも重要なことは、患者が何を語ったかではなく、どのような出来事があったそれに対して患者がどのように反応したかを患者の具体的な生活行動から把握することである。患者の「社会生活場面」で無数にみられる患者への刺激(生活上の出来事)のなかから、その患者にとって何が破綻に導き何が発展を促進するかをつかみ、患者の生活の場においてその生活に直接働きかけるのが「生活臨床」である。

「生活臨床」は、患者個人に働きかける時にも、場との関連において「一対一の密室的な生活療法」とは方法論的には全く別のものである。具体的な職業生活、家庭生活をぬきにした「社会復帰」はありえない。分裂病者は社会生活の中で治療されなければならないし、社会生活を経ずして「治ゆ」の判定はあり得ない。治療者が患者に対して指示、支持する場面は一対一であってもその場で効果を期待する精神療法とは異なり、あらかじめ診断された本人の生活特性を考慮したうえで、効果が「社会生活場面」に直接現れるような指示、支持を行うものである。生活そのものが治療の役割をなしている点が従来の精神療法と異なるところである。⁸⁸

藪氏は、「生活臨床」について次のように述べている。群馬大学における取組において、再発例は60%以上にのぼった。しかし、重要なことは、そこで再発とよばれるものの内容を著しくかえることができたことである。病気の再発は、一見些細に見える生活上の処理が適切でなかったと思われるときに起こることが多かった。研究の関心は、疾患研究から生活のレベルに移り、患者の生活病理を的確にとらえて生活指導を行うところに目標がしばられてきた。江熊氏やそのグループと切り離すことができない「生活臨床」という言葉ができた。

「生活臨床」は、その後医師のみならず看護婦や保健婦や家族に広く迎えられるようになったが、それは江熊氏が彼らとの協力を傾けたからばかりではなく、患者の日常生活の場の上に築かれたからであった。分裂病者の再発状況を調べると、それは人によっていつも決まったパターンをとって生じる生活破綻とつながっており、以前に体験したのと同じような分裂病症状を呈する。

「生活臨床」では、これらの生活破綻の仕方を「生活特徴」と呼んだ。分裂病者の生活類型として、「現状に満足せずに生活を拡大しようとする能動型」と「現状を受け入れて自分から殻を破ろうとしない受動型」に分けられるが、これらは、生活圏の変動に対する行動決定のパターンであり、生活変化の経過の中から抽出された類型である。

「生活臨床」は、分裂病者の社会生活の指導に明確な目標を具体的な方針で示した。在宅患者をその日常生活において指導し治療しようとしていた医師や保健婦に初めて自信と力を与えた。

臺氏は、精神医学に生活概念を意識的に導入したのは日本では「生活臨床」であると述べている。⁸⁹

こうして治療は、病院内から地域の生活にその中心が移り、精神障害者の「生活」に目が向けられるようになっていく。その「生活」をどのようにとらえ、どのように位置付けるかという論争が続いていくことになる。

5. 中間施設構想

精神医療が「生活療法」から「生活臨床」へと展開していくのと平行して、「中間施設」をめぐる議論がなされていた。「中間施設」とは、精神障害者が、病院から出てすぐ地域社会で生活を始めるのは無理があるので、その中間となる施設を病院の敷地内につくり、地域で生活できるように訓練指導を行っていくことを目的とする施設である。

中間施設の構想は、1954（昭和29）年、生活保護を受けている長期在院の精神病患者を適当な時期に収容施設に移し、更生保護すべしという意見が厚生省社会局で出され第2種病院構想が示されたのが始まりである。これに対して日本精神神経学会も日本精神病院協会も反対したが、1958（昭和33）年に緊急救護施設が作られることになった。しかし、それは一部の例外を除いて慢性患者の収容所となっていた。⁹⁰

1963（昭和38）年から作業が開始された精神衛生法の改正は患者によるライシャワー事件を契機として家族に支えられた運動が進められたが、精神衛生審議会の答申は不十分で、法改正はそれまでの国の精神衛生法適用を拡充強化する方向（精神障害者の隔離収容促進と管理の徹底化）でなされた。⁹¹

しかし、全家連や精神医療関係者によって要求されたことは法改正案が国会で可決される際に衆議院の「精神障害者の社会復帰促進のための施設の拡充を図ること」と付帯決議となって残った。この運動の中から「中間施設」要求が生まれ精神神経学会、病院精神医学会、全家連が活動を進めていった。全家連は「中間施設」を要求し、精神神経学会は医療体系委員会に「中間施設に関する小委員会」を発足させ、1966（昭和41）年、病院精神科医学会は学会誌で中間施設についてとりあげた。

厚生省は1965（昭和40）年度予算の中に中間施設定員4名（国立精神衛生研究所）を予算に計上し、中間施設構想を具体化を進めていった。公衆衛生局精神衛生課は群馬大学の江熊氏ら精神医療の指導的な医師を集めて1967（昭和42）年から「精神医療研究会」を持ち、社会復帰、地域活動・機能分化などのテーマで研究を始めた。⁹²

1968（昭和43）年、日本精神神経学会の「中間施設に関する小委員会」は「精神障害者の社会復帰促進のための施設について」を公表した。小委員会のメンバーは江熊要一、岡田康雄、加藤信勝、河村高信、佐藤壺三、鈴木 淳、竹村堅次の各氏である。以下その内容である。⁹³

精神障害者の社会復帰促進のために当面必要な施設は、精神障害者社会復帰医療センター（一

般精神病院では社会復帰活動の不可能、不適當な患者を対象とする独立した病院)、精神障害者「更生施設」(①「後治療」としての作業施設、②「後治療」としての宿舎)である。精神障害者(主として分裂病者が対象となる)に対する働きかけは、身体障害者の場合と異なり「医療」と「更生」が同時になされなければならない。職業指導なども「医療」を加えながら行うことに意味があり、職業生活そのものが、「治療」の場ともなるのである。医療の傘の下に置きながら強力に更生をはかるものでなければならない。

「精神障害者社会復帰医療センター」は、精神病院と更生施設の間接的なものではなく「社会復帰病院」である。既存の精神病院に併設されてもよいが、精神病院の機能分化として独立した病院であることが望ましい。従来の精神病院の構造と機能の中で実施されている働きかけは、社会復帰促進という目的から見て必ずしも成功しているとは言えない。患者の取り扱いはかなり過保護的であり、且つ「労働能力」だけが重視され(身体障害者職業訓練的になっており)、精神障害者の社会性、自主性を治療、訓練するのに適した場と機能を持っているとはいえない。

社会適応能力の不足するものに社会復帰のための働きかけを行うためには、従来の精神病院以外に地域社会に密着した社会復帰医療を中心とする病院が必要である。そこではできる限り病院的雰囲気を少なくし、作業場面、レクリエーション場面など豊富な人間関係の中で社会生活のための「第2の診断」-「生活特性」を診断し、それに基づいて訓練(職業訓練、適応訓練)家族調整など具体的な社会復帰の準備を行うものである。

精神障害者「更生施設」は、「更生施設」であって「病院」ではないが「後保護」を目的とするものではなく患者が、「入院生活」という特殊な条件から形式的にも実際的にも離れ現実の社会生活を体験しながら訓練される治療の場である。対象者は、病状安定し、一定の条件の場では社会適応能力あり(稼働能力あり)と判断されるものである(60才以下)。入所期間を限定する必要があるが(1年以内)、状態により長期間(3年以内)を要する場合もありうる。作業施設はかなりの生産性を持ち、企業としても成り立つぐらいのものが望ましい。対象者には労働者としての賃金が支払われる。宿舎は通勤者(場合により通学者)を対象とし、入居者自身によって一定の宿泊料を払う。

精神病院に「沈黙」している患者のために、「ナーシングホーム」施設が必要との考え方があるが、現在の社会的条件でこのような施設を考えることは安価な「収容所」となり患者にとって不幸な結果となる恐れがあるから現在つくことは反対である。以上が日本精神神経学会の「中間施設に関する小委員会」の案である。

厚生省は、1968(昭和43)年中間施設の予算化を経て1969(昭和44)年には中精審の中間施設答申に基づいた中間施設厚生省案「精神障害回復者社会復帰センター設置案」を公表する。⁹⁴以下その内容をまとめたものである。

「精神障害回復者社会復帰センター」は、精神病院において比較的長期の治療を受けた結果、

入院の必要はなくなったが、社会適応が困難なもの、および在宅精神障害回復者については適当な「社会復帰」のための施設である。精神障害者を一定期間収容または通所させて適切な医学的管理のもとに、必要な生活訓練と職業訓練を行うことにより社会復帰を促進させることを目的とする。組織として管理部、夜間指導部、作業指導部（土木、印刷機、裁縫、編み物などの技術指導）昼間指導部（在宅精神障害者に対するスポーツレクリエーションなどを通ずる社会適応の指導）を置く。

厚生省精神衛生課長佐分利氏の説明によれば、夜間指導部は、ナイトホテルであり、日中は労働者として工場に働きに行くこの人々は労働法の傘の下に入り、労災の適用も受ける。夕方から2、3時間、生活指導、精神療法などを受ける。昼間指導部は、デイケアセンターである。退院者の集団療法などを行う。作業指導部は職業指導を行うが、高級なものはできないので、前職業指導とする。

佐分利氏は厚生省としてはこの施設を医療施設として考えており、現行の医療基準で診療所にあたるとしている。そしてこれは学会の小委員会案にある社会復帰病棟を立派にしたものとして考えており、小委員会案にある社会復帰病院は、その次にあるものと述べている。それは医療法の早期改正が困難であり、精神衛生法による医療改善が唯一であると考えからである。学会案など単独の社会復帰病院になると施設人員の基準を設け、外勤の可否を規制することになる結果、不合格病院が多く出て混乱するため、精神病院付属のナイトホスピタル病棟という形が望ましいと佐分利氏は述べている。

佐分利氏は、さらに次のように述べている。この施設から「卒業」していくのは「優等生」でその次の「中等生」がナイトホスピタルとしての施設である。ナイトホスピタルを卒業した人で「優等生」までいかない中期の患者、すなわち、2年以上入院して病状が半年以上安定したナイトホスピタルで3-6か月観察して大丈夫というものを送る。中期の精神分裂病に限りできれば6か月から1年で卒業をめざす。⁹⁵

厚生省案に対して、日本精神神経学会は、「精神障害回復者社会復帰センター設置要綱 厚生省案についての要望書」を出した。⁹⁶ その中で次のように述べられている。

「社会復帰」が停滞している最大の要因は、病院医療の中で作業療法（院内作業、保護工場を含む）社会復帰病棟、訪問介護など社会復帰のための活動が財政的裏付けをもった医療として正しく位置づけられていないためである。厚生省案に示された施設を安易に設置することは精神科医療の現状を固定化し、精神科医療の重要な一部門であるリハビリテーション活動を医療から半永久的に切り離す結果に陥る。厚生省案の問題点は、学会の「中間施設に関する小委員会」案にも「医療施設でもなく、更生施設でもないあいまいな性格の施設は考えるべきではない」とあるように厚生省案による施設は保護工場、ナイトケア、デイケアなど当然医療であるべき課題を扱いつつ、医療の枠からはずれた施設としての性格を持たされている点にある。

樋田氏は「中間施設」の論議と国の経済的施策との関連を次のように指摘している。⁹⁷

1963（昭和38）年に経済審議会は「人的能力政策に対する答申」を出して「労働力需要のひっ迫」という国家的課題から心身障害者対策、特にリハビリテーションの強力な推進が必要であるとした。厚生省大臣官房企画室は「医学的リハビリテーションに関する現状と対策」をまとめ、リハビリテーションは身体的精神的機能を十分に回復させる医学的リハビリテーションと職業適性検査、職業訓練、再雇用を内容とする職業的リハビリテーションに区分された。リハビリテーションは基本的には労働力確保政策のなかで考えられた。

経済審議会は1965（昭和40）年に中期経済計画を策定し、「リハビリテーション事業は本人の福祉のためはもとより国民経済的にみても国民の労働能力を有効に活用するという意味から積極的に推進される必要がある」とし、同計画「社会資本分科会報告」のなかでは、「とくに心身障害者についてはリハビリテーションを必要とする人はすべて適切な処置や指導が受けいれることを目標に施設の整理を図る必要がある」としている。

そして、①障害を軽減し「社会復帰」できるもの、②軽減困難だが職能訓練などにより「社会復帰」できるもの、③「社会復帰」困難なものの3群に区別しその区分に従って各群に必要な施設の整備をすすめることによって、施設の能率的な運用ができるようにする。

また、1965（昭和40）年の社会開発懇談会の中間報告では、「心身障害者のリハビリテーション」という項目の中で「機能や機能損失を回復させ、または改善させることができるから、これによって本人の福祉を高めるのみならず、労働力需要のひっ迫している今日、人間能力の開発という点からもとり上げる必要がある」とし、「近時精神障害者が傷害事件などの社会問題を起こしている。精神障害者からゆえなくして国民が思いがけない被害を受けることのないように積極的な対策がたてられなければならない」としている。

同年厚生省は、「緊急救護施設の整備及び運営について」という通達を社会局からだし、従来の収容保護の目的のほかに、積極的な生活指導および作業指導をも加え、「社会生活に適應できる状態になったものを収容する宿所提供施設および就労の機会を与えるための授産施設の併設」の方針を出した。

樋田氏は、これらは国の社会復帰医療に関する政策が、患者本人の福祉幸福という見地からではなく、低賃金労働力の「需要のひっ迫」をいかにして解決するかという見地から行われていることを示していると論じている。人間を労働能力をもつ機能体としてとらえる考え方と、人間をこの能力の有無、程度、見とおしにしたがい区別選別してこれに応じて能率的に処置や指導を行ない施設も整備するという政策方針は、精神障害者治安対策に益するところがあり、そこから社会適應ということも目的として考えられている。国によって期待される精神医療従事者の役割は患者を社会に適應させて労働能力を開発すること、それも困難または不可能な患者は選別して精神病院をはじめとするしかるべき施設において隔離収容し管理することにある。精神障害者に対

して社会適応能力と労働（稼働）能力の回復を第一義と考えられていると樋田氏は述べている。

医療機関が他の企業と同様に一層の近代化・合理化を迫られる中にあって、精神病院は最も早く最も厳しい形で人件費の問題が中心的課題となり、人員削減・賃金抑制と同時に患者並びに職員の抑圧的管理がさら一層強化されざるをえない。日本の精神障害者の医療を保障する政策がなく、精神病院は社会保安のための施設としての役割を与えられている。

不況・失業が一般化すると、ナイトホスピタル・所外作業などのいわゆる「社会復帰」を精神病院に保障する基盤はなく、院内作業（「社会復帰」の見込みもない患者から収奪を続ける下請工場化）が考えられるくらいで、精神病院は収容所化せざるをえず、従来精神病院で意欲的に行われていた「社会復帰」活動は「機能分化」の名のもとに中間施設（一部の基幹の大精神病院に併設される場合もある）に限定されゆだねられることになる。以上の点から、樋田氏は中間施設が、基本的には患者の人権を無視したり低賃金労働力を作り出すための施設になることは精神障害者に対する政策の展開から明らかであると結論している。

6. 精神障害者と「生活」

6-1 障害構造論と「生活障害」

蜂矢英彦氏は精神障害を障害構造論として位置付ける試みを行った。精神分裂病は、約25%は全治するが、約20%は、現代の精神医学水準では治せないとされる。しかし、精神分裂病の半数以上は、最初からの慢性疾患ではない。40%を占める単一経過型では、発病の最初からまた、波状経過後の半数以上も病気が鎮静してからは慢性に経過し、再発を防ぐために病相のコントロールが必要となる。しかし、「社会復帰」は、波状経過群に対しては、適切な治療を、慢性経過群に対してはアフターケアと病相のコントロールを行うだけでは、十分ではない。なぜならば、社会生活を遂行できるだけの生活能力が回復していなければ「社会復帰」は無理だからである。適切な治療と病相のコントロールという考え方には、病者を生活面で見るという視点が欠落している。⁹⁸

生活指導・レクリエーション療法・作業療法などからなる「生活療法」は、病院内リハ活動を指しており、入院患者の生活状況の改善、生活能力向上のために手がけられた。また、「生活療法」の延長線上にあって、再発予防・予後改善計画から出発した「生活臨床」の考え方も外来患者の社会生活を視点にあてられている。しかし、この両者は、生活概念から出発しながら「生活療法」「生活臨床」とよぶことによって、医療の枠内の治療論にとどまったため、リハビリテーションとしての広がりを進めることができなかった。本来、医療や公衆衛生の枠を越えて進められるべき諸対策が発展しない最大の理由は、精神分裂病を慢性疾患としてとらえる疾病論・治療論だけを理論的根拠としてきたためであり、精神障害者障害論の確立が必要であると蜂矢氏は指摘する。⁹⁹

精神障害者は「病い」をもつと同時に、本来「生活人」である以上、「生活」の問題を避けるこ

とはできない。「生活」の問題は、臺氏、谷中氏は、「生活のしづらさ」として、見浦康文氏は「生活障害」としている。「生活障害」には職場、住居で世間が障害者を拒んでいるために起こる側面と障害者自身の生活能力や労働能力が低下したために起こる側面がある。

蜂矢氏は、この精神障害の「生活障害」を、障害構造論の中に位置づけることによって、精神障害者のリハビリテーションを次のように体系化した。

「生活障害」における職場、住居において世間が障害者を拒んでいるために起こる側面は、handicap のレベルの問題である。この障害を除くためには、偏見をなくし、就職の門徒を開き、安住の地が得られるように、世間の態度を変えさせていくようなアプローチが必要である。

「生活障害」における障害者自身の生活能力や労働能力が低下したために起こる側面は、disability の問題であり、職能訓練、自炊訓練や家計のやりくりを覚えさせるといった適応的アプローチが必要である。disability を引き起こす、より要素的な障害として対人関係のまずさとか融通がきかない、複数の課題を同時にこなすことが苦手などを考えることができる。これをimpairment と呼ぶことができる。これらに対しては改善を期待して、デイケアや作業訓練などの治療的アプローチが計画される。¹⁰⁰

Disease から惹起され、impairment → disability → handicap にいたる障害分類はそれぞれのレベルの対策として治療から始まり医学的リハビリ（狭義から広義までの）→職業的・社会的リハビリまでの対応が連続し、一貫したものであるべきことを示している。従来は、恩恵的救済措置と考えられがちであった福祉対策を、障害者の自立・社会参加を促進すべきリハビリ対策として位置づけることができる。

障害や障害のレベルを、病因論や症状論を中心とした従来の精神医学体系の枠組みのなかだけではなく、障害を社会生活のなかで起こっている現象レベルで捉える立場をとれば、disability も handicap も明確になる。¹⁰¹

精神科リハビリの第一歩は早期開始にあり、中心となるのは精神科医である。個々人の病状の改善を睨みつつ、個別に計画される必要がある。ホスピタリズムを避け、自発性、自律性、社会性を育て、対人関係の改善をはかるためには早期退院とデイケアを連続させることが望まれる。これを第一次リハビリとする。第一次リハビリはすべて医療機関で行われる。

第二次リハビリはナイトケアである。早期リハビリにのれず、慢性患者として長期入院を余儀なくされた人たちは作業療法をはじめとする「生活療法」がおこなわれている。¹⁰² 従来の「生活療法」の最大の欠点は大集団を対象とした没個性的な働きかけにあった。個別に目標を立てることもなく、漠然と続けていれば「生活療法」のホスピタリズムを起こす。「生活療法」の担い手はparamedical の多職種となることが多いから、チームリーダーとしての精神科医の責任は重い。この段階では、対象とする精神障害者のリハビリテーションへの動機づけを高めることが不可欠となるが、そのために具体的目標を持たせる必要がある。設定する目標としては外勤作業が有効

だが、これを「社会復帰」に結びつけるためにはナイトケアが必要となる。¹⁰³

「生活障害」という概念は、「生活療法」から「生活臨床」の流れの中で、医療的な疾患としてだけでなく、生活面の治療も必要であるという認識から生まれてきた。蜂矢氏は「生活障害」を障害構造論のなかに位置づけ、職場、住居における handicap のレベルと障害者自身の生活能力や労働能力が低下したことによる disability のレベル、その disability を引き起こす対人関係のまずさとか融通がきかない、複数の課題を同時にこなすことが苦手という impairment のレベルに分け、それぞれに必要なアプローチを明確化した。そして、治療から始まり医学的リハビリ（狭義から広義までの）→職業的・社会的リハビリまで連続し、一貫した対応という見取り図を作った。精神障害者には個別化した具体的目標をもたせ、精神科医をチームリーダーとするスタッフが「治療」にあたるという方式をとった。

この蜂矢氏の理論は、「生活療法」、「生活臨床」で進められてきた治療の考え方と方法を障害構造論のなかに位置づけたものであると筆者は考える。「生活」はあくまでも障害という観点からとらえられ、「社会復帰」は、その「生活障害」をいかに克服していくかという関心のもとに概念化されている。

しかし、他方、精神障害者の「生活」面が重要であるという点において共通しながらも、精神障害の「生活」を「生活障害」としてとらえない視点からの議論も生まれた。以下の節でそれを見ていきたい。

6-2 「生活障害」概念への批判

中村正利氏は、「生活障害」という概念に対して、批判的な立場から次のように論じている。分裂病の人は、「人付き合いが下手である」「臨機応変な対応が取れない」「無為自閉」「要領が悪く滑らかさに欠ける」「気配りができない」とされ、そういった状態は、「生活適応能力」が低く、「生活障害状態」とされるとされる。このような状態の克服のため「生活療法」的働きかけや、障害教育の発達学習理論等を援用し、リハビリテーションを行うことが必要とされ、デイ・ケアや作業所・共同住居等の場合は、リハビリテーションのための活用場とみなされる。¹⁰⁴

しかし、問題は「生活のしづらさ」はいったい誰によって問題化、事例化されているのかにあると中村氏は述べる。患者（病者）自身がそのことを問題にしているのは稀であり、「生活のしづらさ」があるにもかかわらず生活し、このことに無頓着で、より高い現実を望んでいる場合が多い。中村氏は分裂病と呼ばれる人たちは、感情がとても細やかで、過剰なまでに気配りがされており、やさしく、ひそやかなユーモアを持った人に会うこともあると述べている。¹⁰⁵

しかし、分裂病を患った者は、受診、入院から、退院した後の生活に至るまで、本人の意志、願い（妄想を含めて）、生き方、立ち場などが、第三者によって問題化、事例化され、第三者の力で規制を受ける。この第三者＝まわりの者の側の問題というものは、あまり問われることはない。

むしろ、「病識」にしろ「生活のしづらさ」にしろ、そのことは本人の側の病理の問題として自明のこととされ、「本人は困っているはずだ」とか「社会適応が困難なはずだ」と是正、克服の対象とされる。中村氏は相手を「生活障害者」（融通がきかず、滑らかに欠け、自発性に乏しい）と規定し関係を持つ側の関係の持ち方、場＝状況のあり方は一度点検の俎上にのせておかなければならないと批判を述べている。¹⁰⁶

入院中の分裂病患者の行為や生活を治療者が医療や病理の問題から見ていけば、すべての行為が病理の視点から説明され、また日常の病院運営の規則、日課、管理上のきまりまでも治療の問題に含まれていきやすい。「障害」（あるいは、生活の仕方の下手な点）を見出し、是正せしめるという観点から生活や行為を見ていけば、「生活のしづらさ」「要領の悪さ」は次々と発見されていき、改善課題は拡大していく。一般の人の間では、その人の個性、特徴、性格といった範囲でみられるものも、分裂病—病理—障害の図式の中で見られていくと、障害者—指導者（教育者、治療者）という一方向的な、固定的な二者関係ができあがる。

狭い室に多数の患者で、本人の自主的な判断や行為は必要とされなくて、外部の空気も入りにくい場であり、社会の動きや社会的常識が入らない世界でもある。このような場では、そこで働く側（職員）の意識も一種独特なものが形成される。患者の側だけが社会性を欠いているのではなく、職員の側も、この空間の中で非社会的な常識に支配されやすい。この職員の側の変化、姿勢が、閉鎖・強制・単調な生活といった外ワク以上に、患者にとっても最も重要である人と人との関係の歪みを修復不可能の物と物との関係へ転化させていく。こういった土台の上で作業（療法）などがなされたとしても退院や「社会復帰」の連続性とはなり得ない。そして、急性期の病状がおさまっても退院できない多くの「院内寛解」者あるいは「生活（適応）障害」者というもので占められていく。¹⁰⁷

この関係では「障害者」の側が、常に健常者、一般人とその社会的行動をモデルにし、それに近づいていくことが要請される。健常者の側（の常識、価値観、能力）が善とする排他性や差別が生まれてくる。そのような関係のなかでは、どのような関係性と状況、経過の中で、その人が「生活障害者」となっていったのか、そしてそのような姿で自己をどう表現しているかの理解は生まれてこない。¹⁰⁸

一度、是正・訓練・教育される側の立場に立ちその役割（意識）を担いはじめた者は、長い経過の中で、指導・訓練される役割意識を強化させていきやすい。社会一般の持つ精神病差別に対する患者の防衛も加えられ、障害者意識は強く固定させられていく。「生活（適応）障害」状態の克服のための技術体系も、この一方向的、固定的二者関係を強化するテコとして作用する。障害克服の訓練技術として「発達障害」者、「重度身障」者の学習＝機能訓練をモデルにされることがある。そこではさまざまな行動の改善課題や到達段階が設定され、それらを経て、改善、ないしは発達の保障につながるものが指摘されている。

このような考え方は、必然的に到達目標、レベルが、障害の度合いにより、また個々人の能力により、いくつかに分化されていき、その段階、能力に応じた援助ないしは個別の発達保障が必要という考え方になっていく。「程度」の低い者、高い者、能率の良い人、悪い人へと分化がはじまり、いわゆる「分類処遇」化の必要が言われるようになる。この体系がち密化されるに応じて「障害者」の受動的立場も固定化されていくようになる。¹⁰⁹

このような訓練の場では、いくつかの段階、ステップをのぼることができる人が「社会復帰」のパスポートを与えられることになりかねない。「社会復帰」がいつまでもできないのはその個人の側の成長、発達の問題とされ、援助する側、関係を持つ側のありようの問題は問われることはない。旧来の精神病院での長期入院は、「生活障害者」を生み出し、「社会復帰」の困難をもたらすが、それは、援助する側の問題とされることはなく、本人の病理のひとつの結果とされる。

中村氏は、選択の余地、幅、そして契約関係のあいまいなまま、指導、教育、訓練というものをひとつの目標において、相手に関わろうとすることは、人は働きかけられる対象であり、それによって変化し、発達するはずであるという思想を表すものでもあると述べる。そのような思想に従う限り、変わらない者、働きかけを受けない者への評価は低くなり、一方、一定の評価や到達段階や発達の指数などで人が分化されることや、指導、被指導の関係に対しては肯定的となる。一定の段階へのレベルを上げることに意義が置かれ、それ自体が目的とされるようになっていき、関係性、多様性、個別性などの属性の意味は重視されないか、されても到達段階へ発達する限りという範囲で問題にされるものとなっていく。¹¹⁰

中村氏は、あるべき人間の発達や変化、成長といったものが、あらかじめあるわけではなく、その中身はその時々、社会、文化の影響下にあり、その上でひとつのモデルが規範化されていくものであると考える。しかし、現在の社会においては、分業を前提とし、技術革新を繰り返し、産業構造と資本の構成をたえず変化、流動化せしめていく社会に適応できる人間をその完成されたモデルにしていかにざるをえない。¹¹¹

地域が評価されるとは、ひとりひとりの人間が、主体的で多様な生き方が保障されているかどうかにかかっているのであるが、生産能力至上主義的な支配原理ないしは、病者排除の構造をつき崩す方向性の有無によって、その評価も変化するものであって、地域は無条件で正しい場ではない。地域とはその主要な流れとしては生産能力至上主義が肯定され、病者が排除されていく場であることも否定はできない。

生活というものは、一人の人間の視点からみれば、そのさまざまな場面ひとつひとつに、その当人の主体的な選択や判断が存在しているものである。その判断や形態も多種多様であり、かつ特殊的、個別적이다。この多様性、個別性を、関係を持つ者相互が、承認し合い尊敬し合うところから、違いのある者同士が共に横に並んだ関係を作ることができる。中村氏は、主体的な判断や自発性がないのではなく、その人なりの姿・形を通じ多様な形で（融通の悪い、滑らかさに

欠ける、表情が固い、こもりがちであるという形を含めて) 表現もされている、このことを承認し認め尊敬しあうことを出発点としなければならないと述べている。¹¹²

6-3 やどかりの里の「生活支援」における「生活者」の観点

地域における生活者としての視点から、精神障害者の「社会復帰」実践活動を行ってきたのが、谷中輝雄氏を中心となって進められた「やどかりの里」である。以下、谷中氏の著作¹¹³の中で述べられている「やどかりの里」の活動の歴史と「生活支援」「社会復帰」「就労」に対する考え方である。

当初は、民間病院の院外作業を経て、退院の目標を得たが、引き受け者のない者のいない患者をどうするかに対する対応策として中間宿舎を試みたことが始まりであった。¹¹⁴

スタッフが生活を共にし、「作業」も活動として同時に行っていた。当初は、引き受け者のない人や長期入院の精神分裂病者、家庭に戻ると状態を崩す患者に対しての宿舎提供であり、活動の中心は日常生活の基礎的な訓練と作業におかれた。¹¹⁵ やがて、地域の中に「デイケア」「回復者クラブ」「作業所」「共同住宅」を作り「社会復帰」のための活動を始めた。そして、「社会復帰」のためには「就労」と「住居」を如何に獲得するかという課題に取り組む活動がなされた。

このような活動を通じて、生活をする上での困難性を「症状」と見るのではなく「生活障害」とみなすという見方になっていき、何が生活を送るうえでできづらいのか、それはどうしてなのか、どうしたらそのできづらいことを克服していけるかが課題となっていった。¹¹⁶ 生活上の破綻は広い意味での「生活障害」であり、「生活障害」とは精神疾患にかかった人だけのものではなく、病気のためであれ何であれ生活上で起こっている種々な困難性をさすものであるととらえられた。人より秀れてなくても人並みの生活を営む力をどのように獲得していくか、障害そのものをどう克服していくかということが福祉的援助の課題であるとみなされるようになった。¹¹⁷ 「生活」という側面からみると、家庭の生活、日常生活の様々な知識を身につけたり、仲間であっても友達をやっつけたり、やっつけられるという「生活経験」が不足しており、それをどう取り戻すかということが課題となった。¹¹⁸

「社会復帰」施設のねらいは「精神病院」に代わる収容施設や「社会復帰」施設を作るのではなく、社会生活をそのまま体験できるような場で共同生活を行うこと、通所でのグループ活動を通して社会生活を持続させていくことにあるとし、家庭的雰囲気を持った共同生活の中で基本的コミュニケーションを学習していく必要に重点が置かれた。そして地域社会を「社会復帰」のための器と考え地域住民に理解を求めた。そして医療の延長線上で患者を扱うのではなく生活者、仲間としての関係に従来とは異なった結びつきの重要な意味を見出した。¹¹⁹

また、就労できることを「自立」とみるのではなく、就労が不可能でも福祉事務所の窓口に行き、生活保護で暮らしをたてていくことなど、各人各様の行き方を認め、地域社会での生活を可

能にするために「仲間」同志の支え合いが重要ととらえられた。¹²⁰

「社会復帰」は、リハビリテーション、すなわち、再び力を取り戻し、能力をもう1度取り戻すことを中心としてとらえられてきたが、病気をした者にとっては、それだけでなく名誉挽回、信用の回復、失地回復が大きな課題である。谷中氏は、「社会復帰」という時に、精神障害者自身を理解することだけではなく、この失われたものの大きさが見えてこないとどう取り戻していくかということに結びつかないと述べている。その失われた面が大きい時、それを取り戻すのは精神障害の人たちとの共同作業であり、その足がかりとして作業所が必要であったり、住む場所やデイケアセンターが必要であり、それを居住する地域のなかでつかえ棒としてあるいは失地回復の足掛かりとして力を結集して作っていくことが求められる。¹²¹

精神障害者が内的に膨らみ、あれもしよう、これもしようとなるまで追い立てたり、駆り立てないことが必要である。その内的世界を細めることなく、作業所は能力を回復する足掛りとなったり、くつろぎながら時を経て働くということに結びつく場であることが期待される。働く場所も住む場所も、くつろぐ場所も作り、精神障害者のその時々状態や内的世界のことを考えながら用意していき、その時々状態によって選べるようなことが望ましい。内的な膨らみをもったり、そこから力をつけるには「時」が必要であり、そのためにいろいろなメニューを用意しておくことが「社会復帰」を考える上で重要である。¹²²

以上が谷中氏が中心となって活動が展開されてきた「やどかりの里」の実践と理論である。

7. 精神障害者にとって働くとは何か

精神障害者の「社会復帰」を論じるうえで、働くこと、職業をもつことをどのように考えるかが、重要な論点となる。この点について、高畑克子氏と中井久夫氏の考え方を見ていきたい。

高畑氏は、作業所にかかわりのある人々が模索していることは「我々にとって労働とは何か」ということであり、この問題は、精神病患者、身体障害者、女性、外国人など日本社会におけるマイノリティにとっての労働とは何かにつながるものであるとしている。

高畑氏は作業所やデイケアの通所者に関する多くの調査でほぼ半数の人たちが今までに一度も就労体験がないとしている。ほとんどが学業半ばの10代後半から20代前半で精神分裂病に罹患し、入院生活を余儀なくされたために仕事に就くチャンスを逸している。入院せずに外来治療で病相期を乗り越えたとしても、病前に就いていた仕事やフルタイムの仕事に完全に復帰することがかなり難関となっている。¹²³

高畑氏は、精神病患者にとっては働くことは容易ではない点として次の3点を挙げている。第一に発病が個人の職業生活を含めた自立生活の基盤が出来上がる以前で、あまりに早すぎることである。一定の自立生活に必要な不可欠な事柄を家庭や学校や職場や社会で学習していないために仕事についたとしても困難が多い。仕事につく前にあたりまえの社会生活を送るための十分な準備

が必要である。

第二に向精神薬の薬理作用によって活動性や積極性や意欲が抑制されることである。眠さやだるさと戦いながら、積極的に仕事に立ち向かったり、敏速に物事に対処することはかなり困難である。

第三に家庭や病院という限られた生活環境で過ごしたことや、他者に敏感で、人を傷つけたくない、自分も傷つきたくないと思い、胸の内にしまい込む傾向が強いため、人間関係をうまく作るのが苦手である。必要なものは、作られた閉鎖的保護的な就労環境より自然な日常的な生活環境であり、仕事という利害を超えた新しい自由な人間関係を結べる環境である。

第四に仕事に就かなければという一種の強迫観念に駆られているために、気持ちにゆとりがなく考えが硬直化している。仕事に駆り立てるのは病気によって失ったものを一日も早く取り戻したいという気持ちである。仕事が魔術的力を持ち、仕事につきさえすれば失ったもののすべてが戻ってくるような錯覚に囚われ易い。考え方や気持ちにはゆとりや柔軟性が乏しい。そのために不意打ちや予期せぬ変化に弱く仕事に就く上での困難がある。

仕事が長続きしないことや成功に結び付かない理由を考えていくと、それは分裂病の「陰性状態」や「生活障害」のように見える。「陰性状態」としてあげられる情緒的あるいは社会的引きこもり、感情鈍麻、無感動、思考ないし談話の貧困は、精神病プロセスの結果としての欠損、または残遺状態という見方もある。しかし、それは病者を取り巻く人間関係や病者が受ける社会的不利益や外圧のための混乱と解体から自分を守る防衛手段としての「陰性状態」と見るべきではない。必要なのはゆっくりと当たり前の生活ができる環境を準備することであって「陰性状態」や「生活障害」を取り除くために訓練や仕事を提供することではない。¹²⁴

病者はこの病にかかったことにより深い劣等感や挫折感、被差別感を持っている。このため薬を飲むこと、通院していること、人間関係を広げることなど、まわりの物や人にかかわる時、強い緊張感をもって相対することになる。この緊張感及び劣等感からの開放を作業所などでは“よく働けること”の積み重ね、延長線上に見出そうとする傾向がある。スタッフも同様に「よく働けること」が「社会復帰」につながると考えて励ましていきやすい。励まされて外に行き、失敗したときなどは深い挫折感、心の傷となり、緊張感はさらに増幅され一層閉鎖的世界に追い込まれていく結果をもたらす。これは「不登校」の子供たちに学校に行くことを強いたり、アルコールで苦しむ人にアルコールをたつことを勧めるのにあまり意味がないのと同じである。

デイケアや作業所などが一生懸命働く場、訓練する場として位置づいていくと基礎的な安全保障感が生まれにくい。それは、「働きたい」という動きや表現を理解しつつも歯止めをかける力動と“自己決定権”を脅かすことになるだけではなく、スタッフへの依存、施設への依存をも作ることになる。地域の場において、病者が主人公、主役意識を持たず、用意されているメニュー、プログラム、サービスの受け手のみになる。

デイケアや作業所は、多様な位置づけをしてくる利用者がその場の運営やプログラム、作業や人間関係で意見を交錯させ合い、生じる問題を共同で考え解決し合う場である。その過程を通し、自信や誇りやゆとりを取り戻して行くのである。ここから外に働きに出ることを一方的に強要する権利はスタッフにはないし、またその役割の責任も負えない。そうでないと、多くの利用者を排除することになったり、働きに出ない人の価値を低くみたりすることにもなる。また、デイケアや作業所のもつその他の多くの可能性を閉ざすことにもなる。

その場に安心して居続けられることの保障や“働くこと”にほどよい距離を持ち、“働くこと”を相対化してゆけるほど、極論すれば「働かなくてもよい」といってよいほどの“心のゆとり”をもてるのが、働ける力をも生み出すのであると考えてもよい。¹²⁵

高畑氏は、精神障害者という言葉の吟味が必要であると述べる。それは社会的差別への配慮だけでなく、「障害」実態が分裂病以上に不明瞭であるためである。高畑氏は病院からは「無為、自閉状態」等と言われて作業所に来た人がリーダーシップをとったり、変わっていったりするのを見受けることは少なくなく、その人がおかれている状況、環境、人間関係のあり方、経過などで「障害」の実態は可変的となっていくものであるととらえている。しかし、生じている問題が本人自身の「障害」にのみ原因があるとされやすく、そのことの克服、改善が本人の課題となって、まわりの問題が不問にされやすい。¹²⁶

病のもつ人の「生活しづらさ」は企業や近隣をはじめまわりの側の構え方、接し方、関係の持ち方にも多くの問題があるはずである。しかし、地域生活、地域活動の場でもいつも変わらない側（指導者、先生）であって、病を持つ側は、いつも変わらなくてはならない側となりやすい。「社会復帰」とか「指導員」「訓練生」などの言葉のなかには、明らかにそういった一方的関係が含まれている。しかし「関係」という場合、両者の相互のありかたが問題となるのであって、病者の側だけの問題となるものではない。

デイケアや作業所など地域社会と密接に関係をもつ場では一方で地域社会の常識を踏まえた運営や人間関係が求められるが、一方で病気をもっていることの常識も踏まえなければならない。心の病をもつ者の問題が、地域社会の常識だけで進められていくと、「働けること」を善とする一方的なはたらきかけ、およびその技術におちいりやすく、人と人との“関係”のありようの問題が薄らいでいく。¹²⁷

高畑氏は「働けること」の援助だけが病者の権利を保障するのではなく、それ以前に大切なこととして、病気に対する“猶予”と社会人としての“自己決定”とのバランス、せめぎあいのなか存在していることを尊重する態度があると述べている。すなわち、病気を持っている者に、十分吟味できる自己表現、および自己決定できる場を作ること、そして自己決定されたものを尊重していくと同時に、その責任を問うていくことができること、さらに言葉にも配慮をもっていくこと、などなどの権利が保障されることなどが必要である。

デイケアや作業所の中に、こういった人間関係があることによって病者の安心感、自己肯定感が増し、自信や誇りを回復していき無理なく生活できるようになる。この「無理なくいられる」という“心の余裕”によって病者がそのひとの隠された様々な可能性や諸能力を発揮できるようになる。これらの場の関係を作っていくことは、精神医療・保健の場において重要な“権利の保障”であり地域活動のスタッフの役割もここにある。デイケア、作業所は、配慮と遠慮のせめぎ合いの場であり、自主性・主体性と責任を問う場である。¹²⁸

精神病者にとって病気という要因以外にも、社会的な偏見や処遇のされ方によって大きなハンディキャップを負っている。その意味で、作業所は人間らしさと命を大切にする労働を模索する拠点としての機能のほうが重要である。作業所は自己完結的なコロニーとしてではなく、社会に開かれて機能しながらも企業倫理とは異なる新しい労働観を追究していく場であるべきである。デイケアが、労働を棚上げにして遊びと自由なライフスタイルを模索する場であるとするなら、作業所は労働と遊びを繋げる人間らしさと命を取り戻す場として位置づけることができる。以上が高畑氏の主張である。

中井久夫氏も、精神障害者には、働くことに関して、健常者とは同一には論じられない点があるとする。¹²⁹ 中井氏は、治療者と患者の共有しがちな「固定観念」があり、「治るとは働くこと、働くとは治ったこと」¹³⁰ とし「完全治癒」以外のものを治癒と認めない傾向が精神科医にはあるとしている。¹³¹ それはさまざまな混乱を生み、長期的には再発促進的になる。¹³² 「働けないこと」をめぐって患者は慢性的なおとしめを受け続けており、深く傷つけられた自尊心の回復を目指して多くの患者は無理にでも働こうとする。¹³³ 働けば治ったのではなく、それは一道程であり、多くの慢性の病と同じく治っていなくてもある程度は働くことはできる。¹³⁴

リハビリテーションは、単純に「働くこと」に向けられたものではなく、生の持つ多様性を患者の個々の生に聞こうとするものであり、単なる職業教育ではなく、リハビリテーションの目標をただちに治療目標とするのは正しくない。¹³⁵

分裂病を経過した人は、社会の少数者（マイノリティ）である。分裂病の人は少数者として生きる道を積極的にさぐり求めるところにひとつの活路がある。寛解患者のほぼ安定した生き方の一つは巧みな少数者として生きることである。¹³⁶

中井氏は、「社会復帰」には二つの方向性があるとする。一つは職業の座を獲得することであり、もう一つは、“世に棲む”棲み方、根の生やし方の獲得である。後者が重要で、基礎的であるとする。¹³⁷ 思いもよらない生活世界があり、微分回路的感覚があり、その生活世界はオリズラン型である。

分裂病者は探索行動を行い、思いもかけない場所を発見し、非公式な場所を持っている。無名性が許容されることを好み、その場所が前進基地、橋頭堡となっている。そして少数者の秘密の情報ネットワークを持っている。¹³⁸ 「オリズラン型」は、より豊かな「感覚型の人生体験」を送

ることができる。

治療者、支援者のスタンスは、社会の多数派的な価値観から自由なほうがよく、治療者は、常識と社会通念を区別しなければならない。一般に社会通念は、精神科の患者は働かない人間であり働くことが先決であるというものである。常識的には、急性期には鎮静、そのあとは休息、それから探索行動、そして社会のなかで座を見つけるというもので、「身体病」の場合は一般に承認されているが精神科の病だけ例外である。¹³⁹

支援組織には、どのようなライフスタイルであれ、患者に押しつけるのではなく、その患者が探索行動の結果、次第に獲得するライフスタイルを支持し、その前提として、探索行動を行うことを（性急に成否をあげつらうことなく）保証することが求められる。¹⁴⁰ また、患者の予後は、ハプニングか「運」であることが大きいのが、管理センターの病院などがもっとも欠如しているのは、ハプニングに開かれた眼を持ち、それを活用する姿勢である。¹⁴¹

ライフスタイルで根をはるための条件は、社会の側からは、兎の巣に相当する中心「基地」が必要である。「基地」が脅かされると患者の伸ばしているネットワークは委縮か消失する。本人の側も「基地」を出て戻れないほど遠くに行かないほうが望ましい。「基地」からの枝の伸ばし方自体も「非公式」であるほうがよい。¹⁴² 患者の「社会復帰」とは、社会の中に座を占めようとする探索行動である。¹⁴³ 安定して世に棲みえない、そのような座をもたない人に働くことを求めるのは、控え目について苛酷であり短期間しか可能でない。¹⁴⁴

以上のように中井氏は、精神障害者のリハビリテーションは、単に働くことだけに向けられるものではなく、精神障害者の多様な生の声を聞こうとするもので、働くことが生活や人生のなかで最上位を占める価値ではないという立場から精神障害者の「社会復帰」を論じている。精神障害者に望ましいライフスタイルを「オリズラン式」と名づけ、社会的に提示したところが独創的である。中井氏の理論は、マイノリティとしての精神障害者のライフスタイルとして、重要な意義を持っていると考える。働けるようになることがすべてであるということを目明なことでせず、それを相対化して、そこから新しいライフスタイルや価値観を作っていくことが、精神障害者の生活の質を考えていく上で重要であると筆者も考える。

考察

精神障害者にとって「社会復帰」とは何か。この問題を考えるために日本の精神医療における「社会復帰」をめぐる戦前から戦中、戦後にかけての論争史を見てきた。

精神障害者の「社会復帰」を、健常者の生活と変わらない生活を送れるようになること、職業に就けるようになり、「自立」していけるようになることとして、精神医療を進めていくという立場がある。他方で、精神障害者が、すべて健常者の生活と変わらない生活をゴールとしなくてもよいという考え方がある。現在でも前者の考え方と後者の考え方の二つの流れが精神医療にはあ

ると考える。後者は北海道の「べてるの家」に代表されるものと考えてよい。

「社会復帰」論争において、精神障害者が働くことをどのようにとらえるかという点の違いがあった。これは、また精神障害の「障害」をどのようにとらえるかという点に関わるものであった。

一般に精神障害者のすべてではないが、その多くは一定の労働能力を継続的に保って、毎日定時間働くことが求められる産業社会の就労には不向きな症状、障害を抱えている。精神障害者はいったん社会に出ても再発を繰り返しやすいという特徴を持つ人がおり、いったんは就労ができて、長続きせず辞めざるを得ない人がある。あるいは、症状を抱えながら、無理をして働き続けている人も少なくない。

このような障害の特徴はたとえば、身体障害者や知的障害者の障害の特徴とは異なるものである。同じように障害による就労の困難という課題があるとしても、精神障害特有の問題がそこにはあると言える。精神障害者の雇用率が上がっているというデータがあるが、それは、長期継続している就労率を表しているものではない。

論争の中では「生活障害」という概念にもとづいて「障害」を乗り越え、働いて社会生活を送って「自立」していけるように援助するという立場と、健常者が働く際に前提としている価値観や考え方に、必ずしも同一化していかなくてもよいとする立場の相反する考え方が示されていた。

後者の立場を整理すると次のようになる。

精神障害は「疾病と障害の共存」という点に障害の特徴があるとされるが、どこまでが「疾病」でどこまでが「障害」が判然としないところがある。また、精神障害の「障害」は、身体障害の場合の等のように体の器質の欠損から生じる「障害」ではなく、何をもって「障害」というのが明確に定義しづらい。

「生活障害」も、健常者の観点から「生活障害」とされるのであって、見方を変えればそれは「障害」ではないと言うこともできる。医療福祉関係者が、その人の中に「障害」を見出し、その人に「働きかける」ことによって、社会の中で生活していけるように訓練したり治療することは、必ずしも精神障害者の生活の質の向上につながるものではない。

その人を「障害者」と見て、その人の行動と生活のなかに克服すべき「障害」を見出して健常者のような生活ができるように「治療」し「指導」し「訓練」していくことはランク付けを行うことを意味する。そのランクの上にいる人は「社会復帰」していくことができたとしても、下の位置に置かれた人は、評価が低いものとされ、上位を目指すように「指導」され、「訓練」され続ける。

このような考え方の大きな問題の一つは、「社会復帰」できない人が、必ずできてしまうということである。いったん、外で働けるようになったとしても再発をしてしまう人が一定必ずいるということであり、そのような人は病院や施設に長期にわたって収容されるか、社会の中で居場所

を見つけにくくなってしまふ。労働すること、労働する能力があることが人にとってすべてではないし、それに向けて訓練を受けることだけが唯一の選択ではない。そのような社会の支配的な価値観とは異なる生き方が選択できること、そして、それができる場所や空間や社会関係を持つことが、精神障害者の生活の質を高くすることに通じる。以上が、社会復帰論争の一方の考え方である。

筆者も後者の立場が正しいと考える。働き方や生き方の多様性、働く事に関する一元的ではない価値の多様性が認められることこそ、精神障害者の「生活のしづらさ」「生きづらさ」を柔らげていくことになるのであり、そのような多様性が認められる社会は、精神障害者のみならず、健常者にも生きやすい社会になると考える。精神障害者が生きにくい社会は、健常者にも生きにくい社会であるという考え方に立つことが今必要なのではないだろうか。

「社会復帰」論争から、精神障害者の生き方としてこのような選択肢があるということを知ることは意味あることである。このような生き方、ライフスタイルとその価値観は、精神障害者に限らず、ひきこもりの人や不登校の人、高齢者、障害を持った人などの生き方にも参考になる部分があると筆者は考える。

課題はその先を考えることである。精神障害者を含めて、生きやすい社会をいかに構想し作っていくかということを考えていかなければならない。精神障害者にとって現在の産業社会の価値観や働き方は負担が大きいものである。しかし、近代工業社会以前の社会に戻ればよいというわけではない。また、現在の社会の中で、社会の支配的な価値観とは異なる場所があること、それを見つけること、作っていくことは、それにいたる過程となるかもしれないが、最終的なものではないと筆者は考える。中井久夫氏は、健常者と同じような働き方やライフスタイルを送らなければならないと考える必要はなく、マイノリティの下位文化の世界でライフスタイルを作っていけばよいとしたが、今の社会を所与とするものであり、筆者はこの考え方にも限界があるのではないかと考える。

筆者は、人を「精神障害者」として対象化したり、差別、排除する関係でもなく、「精神障害者」を「健常者」に同化させていくことでもない関係、「精神障害者として」、「健常者として」ではない「人と人としての関係」が地域や家族、企業の中で作られていくことが必要であると考え。そのために、社会全体に新しい価値観が生まれ、それに従った社会、経済、政治、文化が形成されてこなければならないと考える。

現在の支配的な価値観や文化とは異なる生活文化と生活世界が地域社会の中で形成され、広がっていくことによって、人と人との関係も変わり、精神障害者と健常者というこれまでの区分・関係も変わっていくのではないかと考える。

「社会復帰」論争において精神障害者の「生活」に焦点が当てられ、「生活障害」という概念について議論された。精神障害者の生活は、「障害」という視点からとらえられ、その場合、何を「障

害」とするかは、医者や医療・福祉スタッフによってなされる。方向は一方向である。しかし、精神障害者と健常者、医療・看護・福祉スタッフという区分ではなく、互いに通底する部分において、双方向性の関係をもつことによって新しい関係性が生まれてくる。北海道の「べてるの家」の試みはその一つであると筆者は考える。

このような関係性が、福祉医療関係の施設だけでなく、地域や企業、家族のなかで作られ、それが広がっていくことで、新しい社会と価値観が生まれてくるのではないかと考える。筆者は、このような関係性を可能にする生活文化、生活世界を地域社会の中でどのように作り、広げていけるかがこれからの課題であると考えている。

最後にこの「社会復帰」論争史を振り返る作業を行って、論争というものに関して筆者が感じたことを述べておきたい。

精神障害者の「社会復帰」論争は、戦後長期に及ぶものであった。論争の場面や対象となるものが変わっていったが、対立点は基本的に変わらないものであった。その対立点は、価値観まで及ぶ根本的なものであった。それは同一点にとどまり続けたものでもなく、すべてがかみ合っていたわけではないが、自らの立場を主張するだけの不毛な論争に終わるものでもなかった。論争の中で深まりがあり、そこからの展開が見られるものであった。それはまた実践活動に影響を与え、逆に実践活動から影響を受けて進められた論争でもあった。その意味で、理論と実践が結びついた論争であった。論争は一般に、対立する考え方に対して自らの考え方を論じ述べることで、自らの考えが深まり、明確になっていくということに意義がある。

戦後の「社会復帰」論争の背景に当時の政治運動や社会運動の影響があったとみることができ、感情的な表現がなされる場所もあったが、その論争には鋭い対立があり、違った立場に対して理論的な論争が正面的になされたことは、どちらが正しいかということは別にして意義あることではなかったかと筆者は考える。このような論争の必要性を我々は今、考えるべきではないだろうか。

かつて精神障害者の「社会復帰」に関する論争が行われたことは、今日、あまり知られていないように思われるが、それを振り返り、その知見から現在の精神障害者の医療と福祉について論じていくことは非常に意義あることであると筆者は考える。それぞれの人がそこから何かをくみ取ることにこそ論争を振り返る今日的意義があるのではないだろうか。

- 1 浅野弘毅『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 2000
- 2 同 pp.4-5
- 3 同 p.4
- 4 小林八郎「日本における精神障害者の社会復帰の現状」日本精神神経学会精神神経学雑誌 64 (9) 1962 pp.903-913
- 5 浅野弘毅 前掲書 p.6
- 6 同 pp.6-7
- 7 平林恵美・相川章子「わが国における精神障害者社会復帰論の展開 I - ソーシャルワーカーの視点から -」目白大学 総合科学研究 1号 2005 pp.75-83
平林恵美・相川章子「わが国における精神障害者社会復帰論の展開 I - ソーシャルワーカーの視点から (その2) -」目白大学 総合科学研究 2号 2006 pp.141-150
相川章子・平林恵美「わが国における精神障害者社会復帰論の展開 I - ソーシャルワーカーの視点から (その3) -」聖学院大学論叢 21 (3) 2008 pp.249-261
- 8 同 p.77
- 9 同 pp.81-82
- 10 平林恵美・相川章子 前掲書 2006 p.146
- 11 同 p.149
- 12 相川章子・平林恵美 前掲書 2008 p.260
- 13 William A. Anthony "Recovery from Mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s" *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993,16(4),11-23
Reprinted in "Changing Toward The Future" S.527
- 14 マーク・レーガン 前田ケイ監訳『ビレッジから学ぶリカバリーへの道 精神の病から立ち直ることを支援する』金剛出版 2005 pp.26-30
- 15 パトリシア・E・ディーガン「自分で決める回復と変化の過程としてのリカバリー」カタナ・ブラウン編 坂本明子監訳『リカバリー 希望をもたらすエンパワーメントモデル』第1章 金剛出版 2012 pp.30-31
- 16 同 p.32
- 17 William A. Anthony Ibid., S.527
- 18 岡田靖雄「精神科作業療法の歴史 B. わが国における動き」小林八郎、松本 胖、池田由子、加藤信勝、徳田良仁、鈴木明子編集『精神科作業療法』第3章 医学書院 1970 p.24
- 19 同 p.25
- 20 同 pp.26-27
- 21 長山泰政「日本における精神科作業治療ならびに精神疾患患者院外治療の歴史 (敗戦前)」『長山泰政先生著作集』精神科医療史研究会編集 長山泰政先生著作集刊行会 1994 pp.359-360
- 22 岡田靖雄 前掲書 p.27
- 23 立津政順「戦争中の松沢病院入院患者死亡率」精神神経学雑誌 60 (5) 日本精神神経学会 1958
- 24 菅修他「座談会 戦中・戦後の精神病院の歩み 第一部」精神医学 14 (8) 1972 pp.688-703
- 25 同 pp.4-5

- 26 同 pp.5-6
27 同 p.7
28 同 p.7
29 同 p.8
30 同 p.10
31 同 p.11
32 同 p.11
33 同 p.11
34 同 p.13
35 同 pp.12-13
36 同 p.14
37 浅野弘毅 前掲書 pp.24-25
38 同 p.25
39 同 p.27
40 横井晋・土屋佑一・堀口佳男「前頭葉損傷の臨床的考察Ⅱ 前頭葉ロボトミー後の精神症状」精神医学
14 (11) 医学書院 1972 p.853
41 「石川清氏による台氏批判問題委員会（仮称）報告」精神神経学雑誌 75 (11) 1973 p.853
42 同 pp.848-895
43 同 pp.877-884
44 同 p.883
45 同 p.881
46 同 pp.879-880
47 同 p.875
48 同 p.882
49 同 pp.878-879
50 同 p.883
51 同 p.877
52 同 p.884
53 同 p.883
54 小林八郎「Ⅳ．生活療法 A．総説」『精神科看護の研究』編集 江副勉（編集代表）・小林八郎・西尾忠介・
蜂矢英彦 医学書院 1965 p.175
55 浅野弘毅 前掲書 p.34
56 小林八郎 前掲書 p.175
57 同 p.175
58 同 pp.175-176
59 同 p.176
60 同 p.178
61 同 p.176
62 同 p.180

- 63 同 p.186
- 64 同 p.25
- 65 小林八郎「生活療法批判の批判 (2)」日本精神病院協会月報 (10) 通号 187 1977 p.15
- 66 樋田精一「生活療法について」『精神科作業療法』 第七章 牧野出版 1975 p.131
- 67 小林八郎「IV. 生活療法 A. 総説」『精神科看護の研究』医学書院 1965 pp.178-179
- 68 西尾友三郎・多賀谷譲「作業療法の体系化について (抄録)」(1962 年年報「鳥山病院の歩み」)
『鳥山病院問題資料 I 鳥は空に魚は水に人は社会に』編集 鳥山病院問題資料刊行会 編集協力 精神医療委員会 発行所 精神医療委員会 1981 p.7
- 69 松島昭・野田良子「鳥山病院の主として生活療法を中心としたオリエンテーション」(1961 年鳥山病院院内資料)『鳥山病院問題資料 I』1981 pp.9-10
- 70 同 p.10
- 71 「旧体制に関する両者の準備書面・野村医師の主張」鳥山病院問題資料 II 編集 鳥山病院問題資料刊行会 編集協力 精神医療委員会 発行所 精神医療委員会 1984 p.4
- 72 同 pp.4-6
- 73 同 p.7
- 74 「改革に関する両者の準備書面・野村医師側の主張」鳥山病院問題資料 II 1984 p.58
- 75 同 pp.59-60
- 76 藤沢敏雄「『生活療法』批判以後 1 なぜ「生活療法」批判か」精神医療 8 (2) 1979 p.110
- 77 樋田精一 前掲書 p.142
- 78 鈴木龍「生活療法における生活と拘束」精神医療 2 (3) 1972 p.28
- 79 同 p.26
- 80 同 p.28
- 81 小林八郎「生活療法批判の批判 (2)」日本精神病院協会月報 (10) 通号 187 1977 p.15
- 82 同 p.15
- 83 臺弘「生活療法の復権」精神医学 26 (8) 1984 p.811
- 84 江熊要一「生活臨床概説」精神医学 16 (6) 1974 p.79
- 85 江熊要一「精神分裂病寛解者の社会的適応の破綻をいかに防止するか」精神神経学雑誌 64 (9) 1962 pp.921
- 86 同 pp.925-926
- 87 江熊要一「生活臨床概説」精神医学 16 (6) 1974 pp.79-80
- 88 同 p.81
- 89 臺弘「精神医学の方法論」精神医学 17 (8) 1975 p.11
- 90 同 p.86
- 91 樋田精一「中間施設と病院精神医学会 (2) III わが国の精神医療の動向」29 号 1971 p.134
- 92 同 p.135
- 93 江熊要一、岡田康雄、加藤伸勝、河村高信、加藤壺三、鈴木淳、竹村堅次「精神障害者の社会復帰促進のための施設について—日本精神神経学会『中間施設に関する小委員会』案」病院精神医学 24 号 1969
- 94 樋田精一「中間施設と病院精神医学会-1-」病院精神医学 28 号 1971 pp.20-21

- 95 同 pp.22-24
- 96 同 pp.27-28
- 97 樋田精一「中間施設と病院精神医学会(2)Ⅲ わが国の精神医療の動向」29号 1971
- 98 蜂矢英彦「精神障害における障害概念の検討—リハビリテーションを進める立場から—」障害問題研究 44 1986 pp.13-14
- 99 同 p.14
- 100 蜂矢英彦「精神障害論試論—精神科リハビリテーションの現場からの一提言」臨床精神医学 10(12) pp.225-226
- 101 同 pp.225-226
- 102 同 pp.227-228
- 103 同 p.228
- 104 中村正利「地域活動と『生活障害者』概念」p.62 東大精神科医師連合編 精神医療 17(3) pp.60-70 1988
- 105 同 p.62
- 106 同 p.64
- 107 同 pp.65-66
- 108 同 p.67
- 109 同 pp.67-68
- 110 同 p.68
- 111 同 p.69
- 112 同 p.69
- 113 谷中輝雄編著『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版 1993
- 114 谷中輝雄「一民間機関における精神衛生活動 やどかりの里の経緯と現状」精神医学 19巻8号 1977
(谷中輝雄編著『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版 1993 p.19)
- 115 谷中輝雄「一民間機関における精神衛生活動 やどかりの里の経緯と現状」
(谷中輝雄編著『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版 1993 p.19)
- 116 同 p.21
- 117 谷中輝雄「『精神障害者』の社会復帰について『やどかりの里』5年間の活動をふりかえって」
(『谷中輝雄論稿集Ⅲ 社会復帰』やどかり出版 1993 p.89)
- 118 谷中輝雄「社会復帰 回復過程をめぐって」同 pp.144-145
- 119 「社会復帰施設の現場から やどかりの里の経験」精神神経学雑誌 第81巻第11号 1979 同 p.31
- 120 同 p.34
- 121 同 pp.148-149
- 122 同 p.49
- 123 高畑克子「精神科リハビリテーションを考える(3) 作業所における働く事の意味」病院・地域精神医学 35(1) 1992 p.72
- 124 同 p.72
- 125 同 p.25
- 126 同 pp.25-26

- 127 同 p.26
- 128 同 p.26
- 129 中井久夫「世に棲む患者」中井久夫『世に棲む患者』ちくま学芸文庫 筑摩書房 2011 pp.8-39
- 130 同 p.33
- 131 同 p.35
- 132 中井久夫 「働く患者」中井久夫『世に棲む患者』ちくま学芸文庫 筑摩書房 2011 p.46
- 133 同 p.47
- 134 同 p.46
- 135 同 p.45
- 136 中井久夫「世に棲む患者」中井久夫『世に棲む患者』ちくま学芸文庫 筑摩書房 2011 pp.9-11
- 137 同 p.24
- 138 同 pp.13-14
- 139 同 p.15
- 140 同 p.25
- 141 中井久夫「働く患者」中井久夫『世に棲む患者』 p.62
- 142 中井久夫「世に棲む患者」中井久夫『世に棲む患者』 pp.27-29
- 143 同 p.20
- 144 同 p.25