

2015 年度研究助成プログラム報告書

「多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築—政策類型化の比較を通して—」

はじめに

2016 年 5 月、本プロジェクト「多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築～政策類型化の比較を通して～」は、メンバーの発案により精神保健システム研究会と名付け活動を開始した。

本プロジェクトの目的は、日本の次社会における価値、規範の解明と、新たな共生社会のもとでの精神保健医療福祉システムの再構築に向けて、目指すべき多元的循環型社会のフレームについて体系的かつ総合的に提示すべく検証を行うことにある。メンバーには、社会福祉学、精神医療・看護学、法学、政治学を専門とする大学教員以外に、実践に携わっている 3 名のソーシャルワーカーによって構成されている。

2 年間にわたり、東京、京都、鹿児島と生活・活動の拠点を異にするメンバーの研究交流として、①研究会の開催(全 7 回)と研究報告(論文執筆、日本社会福祉学会第 64 回秋季大会発表報告 2016 年 9 月)、②イタリア・トリエステでの調査(2017 年 3 月、2018 年 2 月)、③公開研究会・講演会等々を実施してきた。

本報告書は、研究概要を中心にとりまとめた。

なお、現在本研究会の成果として、2 種類の出版(いずれもミネルヴァ書房)を準備中である。

一つは、脱制度化以後、現在のイタリア精神医療改革の焦点の一つになっている精神科医療と身体拘束に関する Giovanna Del Giudice 氏らの著書「SLEGALO! : 彼をほどこきなさい(仮題)」の翻訳である。

この本はイタリアでの全国精神保健フォーラムで提起され、2016 年の下院議会キャンペーン、拘束への取り組みとして、多くの人々に、社会に伝えていくために編纂されたものである。訳書においては、Giovanna 氏の新たなわが国へのメッセージを加えると共に、メンバーによる解題も加える。

二つ目は、「多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築(仮)」メンバー執筆によるプロジェクトの研究成果である。今回の報告書に加え、より詳細な検討が各メンバーから示される予定である。

研究の背景

本プロジェクトは、この数年社会福祉学を専門とする筆者らが取り組んできた「精神保健医療福祉領域におけるシステム要素の変更と軸の移動」に関する次なる研究課題として位置付けている。わが国の精神保健医療福祉の歩みをとおして、ただ病院の外へ出るだけでなく、地域の中でも精神障害者問題を軸に専門家と当事者、市民が相互の営みを支えあうだけでなく、多様なまち中における交流を深めながら、ごく普通の市民として働きながらともに生きる社会の形成が求められることを確認してきた。

そこで、本プロジェクトでの主たる研究目的は、歴史的展開での諸外国における新たな精神保健医療福祉領域と関連領域・分野での「内」と「外」の議論と意味の解明である。同時に、後期近代における新たな価値、文化としての多様性や共生、包摂に関わる検討であり、その根底には近代社会の発展と共に常に内包される排除の論理をいかに克服するののかといった意図をもつものである。さらに、その社会の構成について「多元的循環型社会」の視点から、「暮しの場所とその質」を問う「まちなかケア」の提案と試みにつなげていくことを視野にいれたものである

以下本稿の構成としては、まず「次社会における精神保健医療・福祉システムの構築に向けて—外と内との排除の論理をめぐって—（岡村報告）」において、研究全体の方向性と論点を示している。

続いて、システムの再構築に向けて「精神保健システムにおける障害者家族とケアの再構築（吉川報告）」と「多元的循環型社会における精神保健福祉システムと障害児教育についての一考察」では、家族ケアと障害児教育での課題が提示されている。

近代社会の発展の下での光と影としての社会的排除との関連を踏まえて、法制度と精神障害者、医療内部の身体拘束についての整理を「我が国の精神保健福祉法制度と市民社会（緒方報告）」と「現在の精神科医療・看護と行動制限（吉浜報告）」により行った。

最後の「市民社会と『差異の平等』—センのロールズ批判を中心に—（高山報告）」では、政治学的アプローチによる市民像の模索と、障碍の分野に限定されないマイノリティを横断する研究や理論の構築の意義が述べられている。

次社会における精神保健医療・福祉システムの構築に向けて

岡村 正幸（佛教大学）

1. 精神科医療における「内」と「外」

1980年代以後、後期近代において模索される次なる社会とはいかなる社会なのか、経済的發展を前提に、国家という公共による人への寄与を社会の価値の基礎に置くのではなく、すでに有限である様々な社会因子を前提とした多元的な循環型社会における精神科医療の方法と、そこで精神障害者がどのような「暮らしの場所とその質」を獲得できるのかが大きな課題になってくる。

ここでとりあげるのは、次社会における精神保健医療・福祉システムの構築にかかる課題の整理、検証である。しかしこの議論はシステムにおける本人位置づけの不在とともに「抱え込んだ膨大な私的精神科病院病床数」を軸にわが国のこの領域での現状への危機感と国際的な批判を背景に、この30年ほどの間、医療や看護、福祉等の専門家や当事者・家族にとって国をも巻き込み何とかしなければならない喫緊の政策的課題と認識されてきているものである。したがって政策的には「脱施設化」のもと地域移行や地域再定住、「これからの精神保健医療福祉のあり方検討委員会」（2017.2）での「地域包括ケアシステムの構築」や「精神病床のさらなる機能分化」などにみられるように、そのための提言とともに国のレベルを含め実に多くの審議会の設置やそれに伴う法改正が行われてもきた。

それにもかかわらず、主指標である精神科病床数や入退院をめぐる法的な本人の位置づけにしても事態はほぼ動きを見せることなく推移してきたように見える。他方、その基本構造、いわゆる1960年体制が維持されるなか、地域における精神保健医療福祉領域での活動や事業は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以後、障害者総合支援法）等々、新たな障害者福祉立法を背景に具体的な広がりを見せはじめ、一見すると全体構造を変容させるかもしれない力を蓄積し始めているようでもあった。ならばわが国における精神科病院を含む精神保健医療福祉の基本構造の変容は始まっているのか。実は多くの国において、こうして1970年代頃から取り組まれてきた精神保健医療福祉システムの移行に伴う変容というのは「脱施設化」と表現され、精神科病床数の削減が一つの指標として焦点化されており、そのもとでの地域支援の拡充策のあり方をめぐって検証、議論されてきた経過がある。脱施設化をとりあげた研究は、これまでも国内外において多くなされているが、それぞれの国ごとの脱施設化の特徴や、その後の市民社会の有り様を検証するにつけ、またその違いの存在と共に、果たしてそれが次社会における「精神障害者がごく普通の市民として働きながら共に暮らす社会の形成」につながっているのか。欧州を中心に進む精神科病床の削減や病院閉鎖とその後の社会については、単に脱施設化の進展というだけでなくいま一度、再検証をする必要がある。

つまり精神科病院の「内」から退院して地域という「外」に出ることの意味に関する検証である。精神科病院に入院する「外から内へ」という事象は実はそれを「外」が必要とするものであり、そこには歴史的に一定の排除の論理が働いていることが指摘されており、歴史的に見れば近代社会の成立とともに、例えばE. ゴッフマンが取り上げたアサイラム（全制的施設）¹のように社会的要請を受けそのためになにがしかの閉じられた共同的な「内」が空間として準備される。従って、逆に「内から外に出る」（退院）というただそれだけでは、内を必要としていた外に戻る事を意味しているにすぎない。この点に関し人類学の立場からイタリア精神科医療改革の分析と意味付けをおこなった松島は、次の様に重要な指摘をしている。

「銘記すべきは、それが『精神病院の廃止』であって『脱施設化』ではなかったという点である。『脱施設化』の場合、地域に出るのは被収容者だけであり、それゆえ何万人外に出すかということが問題となるわけだが、『精神病院の廃止』の場合は、被収容者だけでなくスタッフもみな外に出たのである。重要なのは、精神病院という『施設 (istituzione)』を廃止しなければならないと考えられたのは、それ自体が最終目的だったからではなく、あくまでも、精神病院という施設を必要としそれを支えている諸々の『制度 (istituzione)』を根本的に組み替えることが問題だったのではということである」²

このことは同様にイタリア精神科医療改革の指導者であったF・バザーリアによっても次の様に表現される。病院の閉鎖の意味について「病院の論理の遂行をやめるということです。壁が残っているかどうかは問題ではありません。私たちは壁の内外の文化を変えることによって、施設の論理を破壊するのです。……私たちは壁を問題にしているのではなく、施設の論理を問題にしているのです」³

つまり、1978年180号法（通称バザーリア法）によって精神科病院の閉鎖への取り組みがはじまるが、その後さまざまな反対運動を乗り越え、約20年をかけて1999年、全ての公立精神科病院の閉鎖にたどり着く。しかし重要なのは病院が閉鎖されたということではなく、この間精神障害者を再び受け入れたまちや人々がどのような取り組みを行ったかということである。例えばエリア24時間ケア体制の整備や社会的協同組合による雇用の確保などにみられるものであり、それは、精神科医療はあっても精神科病院を必要としないまちづくりであり、市民としての当事者の生活をまちの中に作り出していく試みである。そのことについては、当時のイタリア・トリエステの精神保健局長デラックエア氏がこの歴史はまさに「時間がかかります。文化を変えていく闘いだったのだから」と表現したことに表れている⁴。ここではフランスに起源をもつと言われる「排除の論理」を歴史的に幾つかの事実の中で整理しながら、精神保健医療福祉領域における「脱施設化」と「脱制度化」について次社会における精神保健医療福祉システムと市民社会のあり方に関わらせ検証を行った。

検証の対象とするのはわが国の精神保健医療・福祉システム軸の移行に関わって「内」と「外」と排除の現実である。貧困研究の立場から岩田は、それは参加の欠如・不確かな帰属とし、社会的排除について、一つは空間的な排除とし「しばしば特定の集団を特定の場所から排除し、その結果排除される人々が特定の場所に集められる。またその結果として特定の場所それ自体が、排除された空間として意味づけられていく」と指摘する。また制度との関係では、特定の人々が制度から排除される面と、制度それ自体が排除を生み出す側面があるとする。その上でこうした二つの側面がある社会的排除論は次のような点が重要だとする。その一つは社会的排除がつねに社会との関係で用いられ、社会の中の個人を問う（人は社会を必要とする）と同時に、その社会そのものを問う（社会は人を必要とする）概念であると共に、こうした社会的排除論の有効性として一つに、現実の包摂策を批判しつつ、次なる社会の構想を具現化する可能性をもっていること。さらに排除の連鎖の形成に関わり「排除の主体を織り込んだ排除のプロセスを問題に出来る事」加えて近代国家における福祉国家の包摂と排除の機能の政策的解明を可能する。例えば「統治からこぼれていこうと人々」の包摂のために、一定の「対処」の仕組みをもつものとし、その例として治療（教育や訓練）と隠蔽（施設や特定の場所への隔離や、逆に空間的分散）な抹殺（追放）といった類型化を紹介している。こうした近代化の負の側面として例えばアメリカの脱施設化政策後のホームレスの増加といった事を指摘しつつ、バウマンの「人的廃棄物」の不可避的生産と「廃棄物処理施設」論などを引き合いに出しながら、近代社会の成立、発展と共にその裏に隠蔽されてきた対処の仕組みの実態について迫れる重要な可能性について言及している⁵。

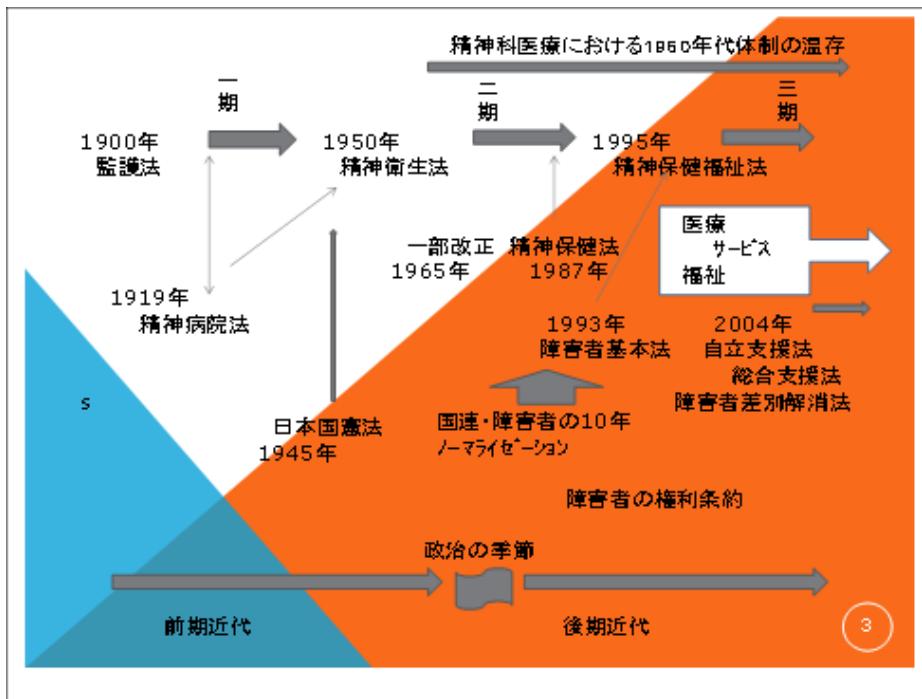
こうした歴史における事実はわが国においても同様であり、北原による都市の成立と貧困と狂気の研究などにもあるように明治期、近代社会の立ち上がりとともにいわゆる「狂気」や逸脱といった行為が社会

の中において、徐々に家族や共同体において時に内包や排除に揺れ動きつつ、やがて医療や福祉に捕捉され、治療や保護の対象になっていくという歴史的事実がある⁶。

2. わが国における精神保健医療福祉の歩みと課題 内と外の論理

さてこうした内と外の論理に着目し、わが国の精神保健医療福祉の歴史を整理すると、法制度の構造からはほぼ、三期に区分することが出来る（図1参照）。それは、現在をも強く拘束する1960年代体制の形成と維持、そして国が言う地域移行という構造的な改革に関わる課題でもある。

図1 わが国における精神保健医療福祉の歩み



わが国での精神障害者に関する全国的な最初法律である1900年、精神病者監護法1919年、精神病院法からほぼ100年以上を経ているがその歴史は、医療、雇用、福祉等の統合的な法的未整備を前提としても日本国憲法の制定をへて、対応する新法が生まれる1950年までを一期とする。この間、基本的には家族を解決の責任基盤とし、唯一とでもいい医師を中心とする援助専門家による方法としての閉じられた援助空間である精神科病院への入院との連結によって、外が内を必要とし、それは市民社会から排除され、閉じられたシステムとして運用されていた。

もちろんこのシステムは多くの国の近代社会の形成期に同様の内容をもって立ち上がってくるものであるが、特にわが国においては公的医療の未整備と法的にも本人不在と強い家族への依存、解決責任の転化という特徴を持っており、それが以後の制度整備の障害になっていくことになる。

1945年、日本国憲法の制定はそれまでの監護的二法の内容を継続することを許さず新たな近代的精神科医療を前提とした法整備を必要とし、それが、現行法の起点となる1950年、精神衛生法の制定になる。それは1970年代以後、基本的に国連・国際障害者年のもとノーマライゼーションなどの進展といった国際的な動向を背景に福祉法制度が精神障害者を視野に取り込むことになる1993年、障害者基本法の制定とそれを受けた1995年、精神保健福祉法の制定までを第二期と考えることができる。もちろんこの

期の法律は徹底して精神科病院への入院手続きや業務規定を唯一とっていい内容をもつものであり、精神障害者が「厄介者」でなくごく普通の市民として働きながら共に暮らせる地域の形成といった事への視点は法構造や医療哲学からは見られない。

しかし、この期には、2度ほど制度的転換の機会があったと考えられる。そのひとつは国際的な精神科医療における地域指向が進み、退院の現実化とともに精神科病床数の急速な削減を背景としたわが国の法制度の見直しを求める国内外の動きである。その一点は、精神科病院と家族への異常なまでの執着を見直し、保健所への注目や地域で精神障害者への配達・支援型サービスを模索する法制度の検討であった。しかしこの動きは周知のように時の駐日大使 E. ライシャワーへの精神障害者による傷害事件に対するマスコミ等による「またも野放し」報道などにより、地域での「支援」は「管理」へと急展開し、結果、一部在宅ケアへの視座はみられるものの、主として治安的要素を盛り込んだ精神衛生法の一部改正に落ち着くことになる。もちろん別に検証するがこの時期、国が取った急速な私的精神科病院の肥大化と共に保健所などにおける保健医療の地域ケアが主として感染症対策を基本形としていたことを考えれば慢性疾患としてのケアの確立はそれほど容易でなかったことは想像に難くない。

次の転機は、社会システムの面から見ると、1970年代から見られた前期近代の行き詰まりの中、新たな後期近代に向けて多くの領域で制度、政策的修正をどのように行うのかをめぐる国際的な「政治の時代」を背景としている。もちろん精神保健医療福祉システムもその中にあったことはいままでもない。この時期、それでも少しずつ地域での事業が社会復帰という言葉と共に、共同作業所作りなどとし展開し始めることになる1980年代前後からである。この時期は病院医療への関心と関与が入院から退院、社会復帰へと方法的に広がりを見せ始めることによって専門職の地域への移動と共に精神衛生から地域精神保健という事業の蓄積が始まっていく。

いわゆる「脱制度化」という文脈で考えるなら、この時期注目されるのは、1979年、障害児・者教育の義務化による卒業後問題への教育、福祉関係者と家族や市民による共同という思想と実践の発生としての小規模作業所の立ち上げと広がり精神保健福祉分野への影響である。保健所や住民などとの協力により各地で広がり始めた共同作業所作りは瞬く間に地域での拠点、居場所としての地位を獲得し始める。居場所は多様な交流を拡大し、経験を蓄積する。さらに急速な経済発展が引き起こした公害問題や生活、環境問題等を背景に全国に広がった住民運動と革新自治体は当時豊かだった自治体財政の自主財源による条例作りを通して国による制度でなく、自治体事業補助制度を通してこの事業の拡大を後押ししていくことになった。この流れはコミュニティや自治体や、住民の自治力の可能性とともに多様な経験を通し、それまでの精神科医療に強く束縛される精神障害者に当事者としてまた市民としての可能性を持ち込むことになっていく。それはまさに「政治の時代」後の選択につながるものである。

もし、この時期、国が広がりはじめたこうした病院から地域への始動、その中での自治能力の強化などを法制度に取り込む検討の中で地域の共同作業所などを法制度の中に位置づけ、認可施設としての実態を承認し、雇用を軸に地域づくりの拠点とすることが出来ていれば、事態は変化を見せ始めることになったかも知れない。しかし結果としてこの事業は病院精神医療の復権といわゆる1960年代体制そのものの中で対応、処理されることになり、施設コンフリクトとともにまたもや多くは法内社会復帰施設として財政基盤をもちかつ地域の治安的不安への対応力をもつとされる私的医療資本が事業の受け手となっていく。そこではイタリアでみられたような再び地域で暮らすための文化や価値をめぐる選択や闘いはなく、援助哲学や倫理的検討、さらにまち作りへの展開といったことの変容が起こることはなかった。

イタリアの脱施設化が実は脱制度化だったということの重要性は、同時にこうした新しい地域における生きることの多角的共生への取組が現実に行われているのかということの検証を求めているということが

出来る。こうした点について、イヴァン・イリッチは、現代社会の科学という武器による管理への批判的議論を展開しつつ、脱病院化社会論において現代の医療は、医療の現場や医学の立ち振る舞い、さらに社会の中での役割において多くの課題を抱えているという。病院という近代のシステムはそのうちに個人への抑圧や医療資本との癒着などの権力的立場を指摘する。その中で、近代化は社会の成立とともに多くのその発展に寄与しないものを排除者として除外するが、その一つに病と病人の忌避とその場としての病院の完成を取り上げる。「高度工業化社会は、人々が自分のおかれた状況と闘う力を奪われたゆえに、病気を作り出すのである。そして人々が倒れるとき、その社会は破壊された関係の代わりに「臨床的」補綴を行うのである、……どんな社会でも疾病の分類は一疾病学—は社会組織を反映する。社会が生み出す病気は医師によって洗礼を受け、官僚が尊重する名を与えられるのである。……十九世紀の最後の十年間に、病院の規範と基準とは診断と治療のための基本的な判断基準となった。こうなるためには、すべての以上な徴候を病的であると考えする必要はなかった。基準からの異常としての病気が、治療の方向づけを与えることで医療の介入を正当化するだけで充分だった」⁷

3. 国際的にみる脱施設化と脱制度化の比較について

——特にアメリカの脱施設化時代とイタリアの取り組みを通して——

すでに検討してきたように脱施設化と脱制度化という政策のもつ意味の違いは、その後の社会における精神保健医療福祉領域のあり方に大きな違いをつくり出す。したがってこの点では、1960年頃から1980年頃に至る各国の脱施設化をどのように整理するのか再検証が必要になる。

アメリカの脱施設化

ここでは国際的に最も早く「脱施設化宣言」をしたアメリカのその後について多少の比較をしながら考えてみたい。よく知られるようにケネディ教書を一つのきっかけにアメリカの脱病院化は1963年から1973年までの10年間に州立病院入院者数でみると49万人から25万人へと急速に進んでいく。しかし実際にアメリカの精神科病院への入院者のピークは多くの国がそうであったように1955年脱入院化への動きも同年、精神衛生研究条例をもとに「精神疾患と精神衛生に関する合同委員会」が設置され、同委員会レポートで精神病院の改革と地域サービスの重視が取り上げられるという流れの中でケネディ教書の脱施設化宣言が出されている。アメリカでも1800年代半ば以後、農村社会から工業化社会へ、また都市の急速な発展の中、多数の精神障害者が社会から隠蔽され、排除されまた救貧院から刑務所、少ない精神病院へと拘禁されている時代があり、やがてドロシア・リンド・デックスやクリフォード・ビアーズなどの運動をへて、20世紀に入りいわゆる精神科病院の時代へと進んでいく。ここには例えばアメリカの1963年ケネディ教書を端とする脱病院化（排除されたその町に、ふたたび同じ暮らしの価値や文化に返す）ということは前期近代の経済発展への貢献度によって人間の価値（重用と排除のベクトル）の社会に、再び参加することを意味する。したがって、そこで求められるのは基礎構造での経済発展への貢献度による人の階層化への復帰（納税者）である。この点では世界で最初の脱施設化宣言である大統領教書は、この時期に始まる「政治の時代」に対するアメリカの、経済発展の停滞と財政的逼迫化を背景に無駄な予算の削減とさらなる経済発展を求める新たな富の増大への多くの国民の参加の呼びかけがある。

アメリカの精神保健の全容について論説した、The Group for the Advancement Psychiatry (GPA) という学術団体の報告書にこの時期の状況が詳細に取り上げられている⁸。報告書ではケネディ大統領の新しいアプローチ（……監視的な隔離という冷たい思いやりに代わり、地域の関心とその可能性という開かれた暖かさによる精神病にアプローチ……予防、治療、リハビリテーションは、患者を拘禁するという漫然とした方法にとって代わられるうであろう。

1955 年に 558,922 人と頂点に達していた精神科病院への入院者はこの脱施設化宣言を期に急速にその数を減らし、多くの精神障害者が地域へと退院していった。しかし退院していった患者がどのような生活をしているのかについては詳細な報告はない。ただ GPA 報告書では①多くの患者が多くの町で実際には地域のメンバーになることはできなかったこと。② 地域での患者に対する保護や適切なフォローアップ・ケアが極めて不十分であったこと。③ 脱入院化によって家族との間に大きなトラブルを抱えることが多いこと。④ 居住施設における生活の質は問題が多いこと。⑤ 脱入院化によって大量の高齢者患者が地域の貧しい施設へと移動することになったとしている。

もちろんこのほぼ 10 年間にわたる地域での新たな提案を十分にもたない空白ともいえる動向への反省を踏まえ、1980 年代に入ると民間によるさまざまな支援システム、プログラムの開発と運用が始まり、それらを利用した精神障害者の地域でも暮らしが始まっているのも現実であるが、しかしこうした外での変化は民間ベースでありかつ精神科病院という内の検証や変容と連結しているわけではない。

イタリアの脱制度化

一方、トリエステに始まり、国内に大きな違いを内包しつつ十分とはいえないまでもイタリアのトリエステ化として全国に進んでいった脱制度化の取り組みにおいてバザーリア達が目指したものは決して脱病院化としての単なる退院してまちに帰るということではない。まさに精神医学が歴史的にも社会から任された役割の見直しであって、「もの化された身体化をもとに戻す」こと含む、精神科医療の新しい役割と方法への取り組みである。詳細にはすでに多くの報告があるのでここでは詳細には取り上げないが、もっとも重要だと思われるのはこの始まりがまず当事者との対話を続けながら病院を中心とした精神科医療そのものの問い直しから始まっているという点である。したがってゴリツイアからパルマ、トリエステと続く改革の中で当事者を含むアッセンブレア（自治集会）を開催しながら対話、合意を根気強く形成し、一方で援助者の方法の見直しと意識改革、再教育と平行して、患者に市民を取り戻す、医療の人間化を追求する。その先に施設としての病院の必要性をなくしていくことで、まちで共に暮らすという脱病院化が脱制度化として形作られる。例えばその中には患者が地域に帰り、市民として暮らすために給付金を社会年金の形で受け取ることを可能とする障害者市民として認定される行政手続きを行ったり、精神病院の内部において医療的な働きかけの改革とともに、1973 年当初、団結労働者共同組合とを発足させ、それがやがて労働協働組合として設立し、それによって患者が労働者として位置づけられ、結果、労働契約に基づいた賃金が支払われるという極めて注目される取り組みが行われたことは、以後、地域における患者が市民であることを位置づけることに大きな意味をもつことになる。ここには生きる場所とその質の追求がある。

こうしたことはすでに見てきたような近代化のなかで進む排除への問い直しでもあり狂気と理性の新しい関係でもあり、次なる社会の価値や文化への試みである。結果、これら取り組みはトリエステモデルとして国際的にも 1970 年代から、WHO のパイロットプログラムが始まり、1987 年には WHO メンタルヘルス調査研究コラボレイティングセンターに認定されている。

バザーリアは脱施設化の必要性と方法に関し、注目されるブラジル講演で人間のもつ狂気について次のような重要な指摘をしている。「私たちの中には理性が存在するように狂気も存在しています。……文明社会というためには社会は理性と同じく狂気も受け入れなければならないのです。ところがこの社会は、狂気を理性の一部として受け容れています。したがって社会は狂気を排除する役割を果たす科学の力で、狂気を理性に変えようとします。……マニコミオは変えるという行為において理性を維持しています」したがって近代社会の成立過程で入院させられると狂人を病人として理性的な存在にすることにある。大切なのはこうした結びつきを「いかにして破壊するのか。施設化された狂気をいかにして乗り越えるのか。

そして狂気が生み出される場所、つまり生活の中でいかにして狂気を認識するのか⁹ということが重要な課題になってくるとする。

こうしたことを踏まえ、脱制度化後の新しい社会における逸脱の管理の方法として、例えばフランス型のセクター制やアングロサクソン諸国のコミュニティ政策といったことをあげながら、この期のアメリカの脱施設化について次のように表現している。

このケネディ教書の提案の背景として、1960年代にはいり隠された貧困の発見や公民権運動のひろがりによるなど社会の混乱の中で当時アメリカ社会が数多くの生産性の低い人々をかかえ、排除としての従来のシステム、例えばその中の刑務所や精神病院などでは対応しきれなくなっており、「新しい倫理や新しい見方、つまり替わりゆく資本主義社会に適合した新たな統治の仕組み」を必要としていたとし、それは「暴力や抑圧をもちやそれほど必要としない社会管理の技術」だとする。こうした点から実際に1963年のケネディ教書による脱病院化は少なくともしばらくの間、次のように位置づける。

この1963年の教書は精神病院の終焉に向けた兆しであり、その方法として連邦政府の出資、管轄による精神保健センター網を開設し、そのキャッチメントエリアは社会福祉サービスとむすびついて旧来の精神病院に替わって、「町全体を包み込んだ巨大なマニコミオ（精神科病院）」という意味があるとした。

検討してきたように、わが国の精神保健医療福祉システムの現状は、大きく見ればこうした70年代後半を中心とする、後期近代をめぐる多様な選択肢が問われた「政治の時代」の中で選択されてきたものだともいえる。すでにふれたようにそれは経済的発展を前提とした、国家による雇用調整としての経済市場への介入と所得移転としての社会保障という制度・政策的修正を可能とした時代がもはや終焉し、財政的にも方法としても新たな方策を多くの国が模索していた時期でもあったといえる。それは国家機能とともに既存制度への不信を前提に分配の不平等への介入とそのためのサービスの生産と供給方法の見直しであり、そのことを前提とした新たな市民社会の形成と、それを支える価値や文化のあり方、したがって、ここでの精神科医療の質を問うものである。例えばそのことは国や自治体と共に企業や市民社会のあり方の再検討であり、サービスの生産、提供、利用に関わる専門家や当事者、家族と共にコミュニティにおける市民との新たな関係性や権利と義務の再構築でもある。

そうした面で見れば、70年代は日本もイタリアもアメリカも同様な構造をかかえていたということが出来るし、取り上げてきた精神保健福祉システムもそうした同様の背景を抱えつつ、しかしその後の選択の相違が今日に続く脱制度化の違いに繋がっていると考えられる。

おわりに

ここで取り上げたのは国際的にも指摘されるわが国の精神保健医療福祉システムの特異さの解明であり、その改革である。それは幾つかの特徴を持っている。例えばいっこうに削減されない大量の精神科病院病床やその再利用、自発的入院を含む入院制度や保護者制度の整理、更に福祉制度との関連での法制度の未整備。また、地域における医療や雇用、さらに住居といった地域支援ネットワークの希薄さとともにシステム全般における公共性の曖昧さといったことが、課題としての脱制度化と現実としての施設化という現実を作りだしている。

しかし今回の検討では、こうしたことの改革への本来の課題は単に脱施設化としての地域移行、病院から出るといったことにあるのではなく、それでもなお、施設として濃密なサービスの集合エリアである膨大な精神科病院病床数をいまでも必要とする社会そのもの方法や構造的な検証である。

いわゆるイタリアの180号法以後の目指したものは単に精神科病院の廃止ということだけではなく法の表題が「自発的及び強制的な病状確認と保険医療処遇」ということにあるように、単に精神病患者だけを選別して対象化する特別な法律の撤廃を目指したところに重要な意義があるとされる。これは一般的な市民社会における精神科病院への入院のもつ社会としての意味とあわせて、脱制度化の受け皿としてどのような社会のありようを価値、規範、文化といったことと共に作り出していくのかということにつながっていく。

かつて「ポスト脱施設化社会の行方」¹⁰として社会システムにおける人間化の問題を取り上げた。そこでは援助と社会の圏域設定を通して、わが国の現実が次社会で重要な意味をもつ本人の位置づけなどを含み質としての変容を伴っていないこと、したがって場としての地域への移行が起こっても地域におけるケアの検証は十分とはいえず、社会はそのままであるし、まち中の精神障害者の日常も旧来のままであることが多い。社会から排除された人々は排除をする社会に帰っていくが、それがまた外で地域事業という内を作ることになる。もちろんそうした蓄積が社会の変容を作り出す可能性を持っていることには注目しておくなければならない。

すでにふれたようにイタリア、トリエステの脱制度化への試みが教えてくれるものは、そうした場の移行が、壁の内外の移動が重要なのではなく、社会そのものの中にある多様な存在への拒否的な価値や規範、文化といったことの見直しでもある。もちろんそうしたことが脱制度化の問い直しを通して簡単に具体化するものでないことはたしかであるが、それでも近代が作りだした社会的排除者の復権と共生が大きな課題であることは事実である。

その点で、最近の障害者総合支援法をもとに地域に持ち出された多様な事業者と援助専門職の緩やかなネットワークによる支援助地域事業の広がりをもとにどのように評価するのか、それが次社会である多元的循環型社会への連結を目指すのか、それとも少なくともアメリカの1960年から70年代のように新しい管理の方法にとどまるのかがいま問われている。決して外と内はそれぞれに独立した場ではない。そのためには繰り返しになるが社会の上部構造における脱施設化では決して十分ではなく、内と外を一体的に把握する脱制度化として「暮らす場所とその質」、いわゆるまちなかケアを問い続けながら社会そのものの基本構造やその柱となる思想や価値、規範さらに共生的な文化といったことの問い直すことを通し、いずれ施設としての精神科病院を必要としないまち作り出して行くための実践の蓄積が求められている。

文献

1. E・ゴッフマン 石黒毅訳 (1984) 「アサイラム」誠信書房
2. 松嶋健 (2014) 「プシコ ナウティカ」世界思想社
3. S・シュミット (1985) 半田文穂訳「自由こそ治療だ」悠久書房
4. ジュベッセ・デッラクア (1999) 福田静夫訳 「精神病院法の改正」社会福祉学論集 101号 日本福祉大学
5. 岩田正美 (2008) 「社会的排除 参加の欠如・不確かな帰属」有斐閣
6. 北原糸子 (1995) 「都市と貧困の社会史」吉川弘文館
7. イヴァン・イリッチ 金子嗣郎訳 (1979) 「脱病院化社会」晶文社
8. GAP 報告書 仙波恒雄監訳 (1980.5) 「アメリカの精神医療」星和書店

9. フランコ・バザーリア (2017) 大内・鈴木他訳 講演集「自由こそ治療だ」岩波書店
10. 岡村正幸 (2014) 「ポスト脱施設化社会の行方」佛教大学福祉開発教育センター紀要

精神保健福祉システムにおける障害者家族とケアの再構築

吉川かおり(明星大学)

1. 精神保健福祉システムと家族ケア

平成 29 年度障害者白書における障害児者の施設入所（または入院）数および割合を見ると（年齢不詳を除いて再計算）、身体障害児 0.3 万人(3.9%)・身体障害者 5.5 万人(1.4%)、知的障害児 0.7 万人(4.4%)・知的障害者 11.2 万人(19.4%)、精神障害児 0.3 万人(1.1%)・精神障害者 30.9 万人(8.5%)となっており、人数としては精神障害者が多いが、割合としては知的障害者が多くなっていることが分かる。

精神保健福祉システムの再構築においては、施設から地域へとシステム移行を作り出す文化、価値、思想、方法の内在化が必要であるが、上記の数字を見る限りにおいてそれが十分であるとは言い難い。

そこで本論においては、知的障害を主とした近年の家族研究の成果を整理し、精神保健福祉システムの再構築に必要な要素および課題について検討する。

2. 知的障害・精神障害にみる近年の研究結果

主に 2000 年以降の知的障害者家族に関する研究と、精神障害者家族に関する研究（福祉システムに特に関連したもの）からは、次の諸点が指摘されている。

(1)近代家族とケアの関係 井口(2010)：1990 年代の障害児者家族研究を総括すると、「近代家族」の自助原則と愛情原則、日本型福祉に埋め込まれている家族責任の強さ、家的意識に基づく「世間」からのまなざし、性別役割分業に基づく父親のケアへの非関与などの家族を規定する論理が同定され、そうした論理と、障害児者の母親がケアを抱え込んでいく志向とが関連付けて考察されてきた。土屋(2003)：障害者家族における内部構造と、「ふつうの家族」の内部構造はまったく同じものである。田中(2016)：知的障害者の家計構造が幼少期から高齢化が進行する段階になっても変化せず、知的障害者への支出配分を下げられない現状があり、親自身が社会的資源に頼りながらもケアを行っている状況（二次的依存）が生じている。

(2)専門家集団や親の会の影響 夏掘(2003,2011)：障害受容を親の課題とし、特定の「良い親」像を作ることは、そこから逸脱するものを排除してきた可能性がある。「良い親」像は、「準専門家」的な「共同療育者」や「肯定的障害者観」への「認識変容」を経た障害児の「代弁者」といった、社会のほかのメンバーには求められることの少ない特殊な役割を担うことが期待される。

(3)制度の志向 中根(2017)：障害者福祉制度の予算拡大がなされつつも、平日日中の通所系サービスの利用と夜間週末の親による無償介護の組み合わせによる「通所施設中心生活」が、成人した障害者本人の平均的生活様式＝親が子の生活に関する主導権を保持したままの日常が継続し、ケアをめぐる社会と家族の分担が不明瞭なまま、親なき後問題の解消が先送りされている。

(4)多重問題（貧困・虐待・触法） 藤原（2010,2013）：貧困と障害の固定化や症状の悪化の関係を指摘し、障害者家族において、家庭内の暴力や生活困窮、生活スキルの未熟さ、不安定な消費行動が、祖父母世代から親世代に継承され、家族の生活基盤を脆いものになっている。深谷(2015)：触法精神障害者については、家族に当事者性が付与されやすく又家族がそれを引き受けやすく、地域社会の責任の希薄化がそれを促進している。

(5)家族外の選択肢(入所施設、グループホーム、一人暮らし)

麦倉(2004)：現代日本社会には知的障害をもつ人とその家族が成人期にさしかかったとき、いかに行動すべきかを示すモデル・ストーリーが不在である。中根（2006）：予測可能性の低下を少しでも緩和するために、現状で比較的ケア体制が安定している入所施設が親にとって有効な選択肢となる。松永(2015)：知的障害者がグループホームで暮らすことを阻害する要因として、「家族の希望（様々な不安）」「知的障害者自身の人間関係の不和」「制度・政策（の不備）」がある。塩満(2015)：精神障害者の家族の意識変容プロセスを分析、一人暮らしをした精神障害者の家族には、友人役割や援助者役割からの脱却、離れることができる大人の親子関係がある。

3. 考察

精神保健福祉システムの面から考察すると、次の4つの課題があり、それらが相互に関連していることが考えられた：①福祉制度が家族の補完として機能している現状から抜け出せていない。②近代的家族規範に従うと、抱え込むか突き放すか（責任の引受/拒否）の2択になってしまう。親の価値観の変革が進んでいない。③自律していない（とみなされる）個人の能力補完（意思表示等）方法・制度が不十分である。④家族や障害者が社会において新たな関係性を作るための支援が不十分である。この連鎖を変えるためには、①家族不在で機能する福祉制度、②家族ケアの在り方に関する価値の転換、③個人の能力補完の方法・制度の拡充（一般市民がそれを理解し修得すること）、④家族と障害者が「さまざまな顔」を持つための支援（市民性・市民権の保障）、が必要となる。

4. 今後の展望

多元的循環型社会における精神保健福祉システムの再構築には、制度面だけでなく制度の利用者（障害者）及び家族の文化や価値を変革するための施策が必要であることが改めて明確化された。今後はさらに、貧困（もしくは多重問題）との関係の検討が求められよう。なぜならば、上記②～④の諸点において最も脆弱性を有するのが貧困＋障害の状態であり、それへのアプローチを含めて①の在り方を考えていくことが必要だからである。

引用文献

中根成寿(2006)『知的障害者家族の臨床社会学 社会と家族でケアを分有するために』明石書店

中根成寿(2017)「障害者福祉制度は障害者家族の親子関係をどのように変えたのかー障害者総合支援法制度利用状況の分析からー」家族社会学研究 29(1), pp63-72.

要田洋江(1999)『障害者差別の社会学 ジェンダー・家族・国家』岩波書店

D15-R-0656 緒方由紀

- 麦倉泰子(2004)「知的障害者家族のアイデンティティ形成についての考察ー子どもの施設入所にいたるプロセスを中心にー」社会福祉学 45(1). pp77-86.
- 夏堀 撰(2003)「障害児の「親の障害受容」研究の批判的検討」社会福祉学 44(1). pp23-32.
- 夏堀 撰(2011)「1950年代における知的障害児の母親モデルの形成」家族社会学研究 23(1). pp77-88.
- 藤原里佐(2010)「障害児者の貧困をどうとらえるかー重なり合う困難という視点からー」貧困研究 Vol. 5. pp69-77.
- 藤原里佐(2013)「虐待事例に現れる障害と貧困ー家族の脆弱性という視点から」大原社会問題研究所雑誌No.657. pp32-43.
- 井口高志(2010)「支援・ケアの社会学と家族研究ーケアの「社会化」をめぐる研究を中心にー」家族社会学研究 22(2). 165-176.
- 田中智子(2016)「障害者家族におけるケアの長期化と家族内部の不平等」日本の科学者 Vol. 51. pp18-23.
- 土屋 葉(2003)「障害をもつ人と家族」『これからの家族関係学』角川書店. pp211-234.
- 松永千恵子(2015)『知的障害者がグループホームに住めない理由 知的障害者グループホーム利用者の利用継続を促進/阻害する要因に関する研究』中央法規.
- 塩満 卓(2015)「離れて暮らすことを選択した精神障害者家族の意識変容プロセスー予備調査3名のTEM分析から」福祉教育開発センター紀要 12. pp17-35.
- 深谷 裕(2015)『触法精神障害者をめぐる実証的考察 責任主体としての家族』日本評論社.

「多元的循環型社会における精神保健福祉システム」と障害児教育についての一考察

今川 奈緒 (茨城大学)

1 研究の目的

「多元的循環型社会における精神保健福祉システム」においては、障害者が合理的な配慮を受けながら非障害者と同じ環境で生活を送ることが当然の前提となる。したがって、個人が自立していく過程において、両者が同じ環境で成長していくことが保障されるべきと考えられるが、日本の義務教育においては、多くの障害児が非障害児とは異なる環境で教育を受けている。本研究においては、障害児と非障害児が同じ環境のなかで教育を受ける仕組み(=インクルーシブ教育)のあり方について法的な観点から検討を行った。具体的には、アメリカ合衆国においてインクルーシブ教育が発展していった過程において、特別教育(日本の特別支援教育に該当するもの)と普通教育の境界があいまいなものとなっていったということに着目し、両者の関係について検討を行い、日本の障害児教育法制への示唆を得ることとした。

2 研究の成果

(1)日本の障害児教育法制の現状

障害者権利条約の批准や障害者差別禁止法の制定を経て、学校教育法施行令が改正され「認定特別支援

学校就学者制度」が導入された。本制度は、障害児であっても原則は小・中学校に在籍し、特別支援学校への在籍は例外とするもので、法令上インクルーシブ教育の仕組みを導入したものと考えられる。

また、2017年に義務教育費国庫負担法・義務教育における学級定員および教職員標準法が改正され、少人数指導が可能となり、法制度上、障害児が普通学級に在籍しやすい環境が整えられつつあると考えられる。しかしながら、特別支援学校に在籍する児童は年々増加傾向にあり、日本の障害児教育はインクルーシブ教育には程遠い状態にある。

(2)アメリカ合衆国の障害児教育法制における特別教育と普通教育の接近

アメリカ合衆国の障害児教育法は独立した学問分野として確立しており、論点は多岐にわたるが、本研究においては、テーマを特別教育と普通教育の接近に限定した。

アメリカ合衆国においては、1970年代に制定されたリハビリテーション法 504 条と障害者教育法 (Individuals with Disabilities Education Act: 以下 IDEA)のもと、インクルーシブ教育が推進されてきた。インクルーシブ教育を求める運動として、「the Regular Education Initiative」、「standards-based reform movement」、「Response to Intervention(RTI) movement」があげられるが、これらの運動を通して、特別教育と普通教育の教育目的が等しいものとなり、普通教育における障害児への教育保障の仕組みが充実化していった。その典型例として、RTI(Response to Intervention:以下 RTI)という仕組みがあげられ、この仕組みが導入されたことにより、特別教育と普通教育の境界があいまいなものになったと指摘されている。

RTIとは、発達障害の中でも特に学習障害を対象としてデザインされた教育モデルであり、州、学校区ごとに内容が異なり、手法は統一されていないが、一般的に、普通学級に在籍する学習上の困難を抱える児童に対して、3段階に分かれた介入指導を行うものとされる。したがって、IDEAの対象となる障害児としては認定されないが、軽度の障害を抱える児童に対しても、通常学級において学習支援を行うことになる。障害の有無にかかわらず、学習上の困難を抱える全ての児童に対して、複数の段階からなる介入指導を行うことにより、結果として、特別教育と普通教育の境界を良い意味であいまいなものとする仕組みと評価されている。

(3)まとめ

アメリカの障害児教育法制においては、分離された環境において特別教育を受けるまでに、複数の層からなる仕組みが存在する。通常学級において行われる支援としては、①上述した RTI の介入指導(RTI 自体が複数の層から構成される)、②リハビリテーション法 504 条に基づく合理的配慮の提供、③障害者教育法(IDEA)の「最も制限のない環境(LRE)の原則」に基づく特別教育が存在する。アメリカの障害児教育法制は、特別教育と普通教育との間に複層的な法的仕組みを規定することで、インクルーシブ教育の実現可能性を高めていると考えられる。日本の障害児教育法制においては、特別支援教育と普通教育との間に複層的な法的仕組みが存在せず、インクルーシブ教育の実現のためには、両者を結ぶ複層的な仕組みを整える必要があるのではないかと考える。

1. 社会的排除と精神障害者

精神障害者が病気と障害とを併せもつ存在である前に、ごくあたりまえの多様な市民の一人であることを難しくさせてきた要因はどこにあるのか。関連して市民社会をどうとらえるかということについては、時代として領域として、各々の課題を確認しつつ社会の中での市民のありよう、とりわけ「市民ではない」とされてきた階層の理解が必要であると考え。これまで種々の研究から明らかにされてきたように、近代市民社会の成立は、社会そのものの中に、その原理として経済成長への各人の貢献度によってさまざまな階層を作り出すとともに、一定層を排除してきた。その中に、精神病者が存在していたことも事実である。そこには、司法が関与すべき存在、あるいは処遇困難、触法精神障害者への対処が迫られる医療や法律の現実と限界がある。単純に精神障害イコール社会の安心を脅かすものとみなされている限り、社会の対応は制限をかける方向になる。

本稿では、そうした状況を確認するために、まずケアの対象であると同時に排除の対象にもなっていた精神障害者と法制度の関係をとりあげる。そして本人不在の問題と「危機」への対処についての課題を検討する。

2. 精神保健福祉法と精神障害者

精神障害者に対するケアの変遷とは、精神障害者を医療による保護が必要な存在であることを科学的かつ社会的に認知してきた経過でもある。私宅監置を合法としていた内なる監護の時代から、現行の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）まで、その多くが後に述べるように、精神科病院への受療手続きに関する条文であり、病院の内に向かい入れることに携わる人やその方法が体系的に組み替えられてきた。法第5条は精神障害の定義であるが、国際疾病分類上の精神疾患の範疇、措置入院の対象となる自傷他害のおそれの判定基準（昭和63年厚生省告示）、精神保健福祉手帳の障害等級の判断基準（平成7年厚生省通知）など、個々の制度や条文の対象となる精神障害者の範囲は、その一部又は全部であり、それぞれの制度や規定の趣旨によって要件が加わることなどから、ここでの定義はあくまでも精神障害者の外縁を示しているにすぎない。

本法で多くとりあつかっているのは、精神医療の手続きとしての診察及び保護の申請、通報、入院等々、そして精神科病院における処遇等である。そこでの責任者として登場するのが、「都道府県知事（指定都市の市長）」「精神保健指定医（以下、指定医）」「精神科病院の管理者」である。第29条の入院措置では、知事（市長）は指定医の診察の結果、措置の要件を満たせば精神障害者を指定の病院に入院させることができる。都道府県（指定都市）における精神科医療体制に関する知事（市長）の責務と比べても、精神科病院の管理者は、医療機関内の責任者として様々な権限と責任が明記されている。たとえば、病院内における処遇として「…管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる」（第36条）。一方、指定医は、「厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない（同条第3項）」とされ、なお「その勤務する精神科病院に入院中の者の処遇が第36条の規定に違反していると思料するとき又は前条第一項の基準に適合していないと認めるとき、その他精神科病院に入院中の者の処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該精神科病院の管理者にその旨を報告すること等により、当該管理者において当該精神科病院に入院中の者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない（第37条の2）」とされている。そもそも指定医は、診察による判断を通じて、入院患者への医療の提供や保護を適正に行うこ

とを職務として規定されている（第 19 条の 4）。それに加えて第 37 条の 2 では、指定医が入院者の処遇改善のために精神科病院の管理者に対して行う報告等を努力義務として規定している。

精神科病院の管理つまり施設の管理責任とは、精神障害者の医療と保護を目的とする法律において、患者は医療施設のもとで管理される客体として位置付けられていると読むこともできる。一般的に精神障害の幅は広いにもかかわらず、精神障害者に対する精神医療の手続き上の諸規定を主たる構成とする本法は、保護の様相として、本人の意思によらない制限を体系的に設けており、医療および保護の範囲としても非常に限定的であると言わざるをえない。

それは本人の医療機関での処遇に対する請求権ともかかわる。法第 38 条の 4 では、本人もしくは家族等が都道府県知事に対し、退院請求や処遇改善のために必要な措置を求めることができるとしている。実際の審査結果は、厚生労働省によると平成 26 年度精神医療審査会への退院請求の総数 2,437 件に対し、入院又は処遇が適当であるとされたものは 2,333 件（95.7%）で、不適当であるという数値 104 件（4.3%）を大きく上回っている。過去 5 年間ににおいてもほぼ同様の審査結果が出されている。

他には措置入院等の行政処分に関し、当該行政庁に不服申し立ての手続きをすることが認められている行政不服審査法による訴えも可能である。しかし精神保健福祉法における精神医療審査会の審査結果に基づき、都道府県知事（指定都市の市長）は病院の管理者に対しその者を退院させることを命じもしくはその者の処遇の改善に必要な措置を採ることを講じなければならない（第 38 条 5 項 5 号）とあるように仮に退院請求等が認められたとしても、病院の管理者にとっては退院命令、処遇改善命令は不利益処分になるため、行政不服審査法に基づく審査請求ができる。また、精神医療審査会の審査結果について現状を妥当とする都道府県知事（指定都市の市長）の請求者に対する通知は、事実行為であって行政処分ではないため、不服申し立てはできないとされている。こうした利用者側からの異議申し立ての制度は、現況をもってして手段の脆弱性と言うことができるのではないか。

3. 本人の危機と社会

ほかにも日本の精神障害者の把握には、医療による保護が必要な精神障害者（通院のみの患者も含む）以外に、障害福祉サービス利用者、社会経済活動に参加する精神障害者、司法の関与による強制治療が必要とされる精神障害者（医療観察法対象者）等々、一括りにはできない。ケアの歴史の中で、警察から医療、そして福祉が加わり、一見社会的な支援の広がりを感じさせ、それぞれ関与の方法は異にしながらも、警察と医療、医療と福祉といった連携がなされている。そこにも精神障害者を専門的かつ保護的なかかわりが必要であり、福祉サービスの対象者であると限定的にとらえてしまう傾向がある。その延長線上には、時に表出する対「人」、対「社会」への暴力性への社会側のおそれがあり、精神医学上の有効性を認め、個人を社会から切り離す根拠にもされてきた。しかし、社会における存在としての排除、処遇面における権利侵害は本来あってはならないはずである。何らかの精神症状が、医療の範囲を超えて今後において危険なこともあるから、施設収容もやむなしというのは、果たして社会の中で正当性を持ち得ているということができるのであろうか。

「危険性」とは何か

医療観察法は対象者が同様の対象行為を行うことなく、社会復帰を促進するために治療にのせるしくみであるが、危険性をどのように法制度は判断しているのであろうか。フランス司法精神医療において、「保安監置および精神障害を理由とする刑事責任無能力の宣告に関する法律：2008 年法」は、危険性の本質を議論の俎上に載せた法律であると中谷他（2012, 2015）や大島（2012）らの論考がある。そこでは危険（danger）を「人もしくは物の安全と存在を脅かすか、損なうもの」と定義し、「精神医学的危

険性」と「犯罪学的危険性」の区別を試みている。前者が「精神疾患の直接的表出と結びついた症状的現象」であるのに対し、後者は「行為化の発生を促進しうる環境的、状況的要因の全体が考慮されなければならない」とする（中谷・蓮澤 2015）。

一方、本人の中にある危機と社会との関係を、バザーリアらの精神保健改革の中に確認することができる。ひとつに患者として対象化されていくことは、本人にとって病気の症状以外の危機となることを社会の中で認識されるべきであると訴えている。1969年のバザーリアの論文「危機とアイデンティティ」の中で「病気を抽象的に定義し、病気の形態を成文化しようとする精神医療によって、患者は孤立させられ無視されている」「患者をわれわれの世界から遠ざけることによって、われわれは彼を彼の現実世界から追い立て、彼の生活史や環境や彼自身の人生からも孤立させられた対象物にしてしまっている」（シュラミット・ラモン 1992-364）。施設の患者について「対象化・物体化・客体化」という三重の意味での“モノ化”のメカニズムが作動する（鈴木 2015-140）。

4. 危機に関する方法としての今後の課題—場の生成と社会化のプロセス—

精神障害者であることによる本人の危機とは、①精神症状の側面から、②治療や服薬などの場面において、③さまざまなスティグマによる社会、近隣から、④治療関係、病院といった構造的側面から、⑤その対応が人への接近ではなく、症状としての危険性に対して制度が関与するしくみから、以上のように整理可能である。

しかしここまで確認をしてきたように、こうした危機に対する社会側の反応は、本人が治療をするということや市民としての責任を負うためには何が必要かという図式にはなっていない。また自身の苦悩や危機に対する本人参加による社会化という方法の選択肢をもつものでもなく、医療や法制度の中で客体化され、閉じ込めたままでの対処である。

脱制度化をめざし、支配構造を生み出す施設や制度に頼らないイタリアの経験を積極的に取り入れるならば、まずは場を構成することが考えられる。脱制度化が、空間の限定と時間の秩序化という論理の「外」に出るために市民としての経験を社会の中で積むことだとすると、自らの苦悩を引き受ける力をもつことも大きな条件ともなってくるであろう。現代社会では精神疾患に誰しも罹る可能性がある。罹患することで多少なりともこれまでの生活の連続性が絶たれることになり、その再建とは精神障害であることが課題なのではなく市民として生きる上での課題である。

ここまで、法制度上、歴史的な本人不在の問題を「病とその制度的対処」と「本人の中で起こる危機」とにわけて整理し、そうした一連の危機に対する価値転換が社会の中で迫られていることをイタリアの脱制度化の経験をもとに検討を行った。

市民社会と排除との関係でいえば、地域課題の発見として市民セクターの登場と、事業体以外の機能を有するセクターの意義の検討が一層求められる。ここでは精神障害者の問題が医療の中の問題なのではなく、市民社会の中で当事者性が発揮されること、他者との問題共有のための重要なプロセスに位置付けていくことを可能にするからである。そして地域活動の拓かれた多様な参加者の土台作りには、中間組織としてのセクターの役割がテーマを閉じ込めないという形においても今最も求められているからである。

D15-R-0656 緒方由紀

行政不服審査裁決・答申検索データベース <http://fufukudb.search.soumu.go.jp/koukai/Main>

中谷陽二「司法精神医学の今日的課題—グローバルな視点から—」精神神経学雑誌 114 (4) : 452-458 (2012)

中谷陽二, 蓮澤優「揺れ動くフランスの司法精神医療—最近の文献から—」精神神経学雑誌 117: 505-518 (2015)

大島一成, 阿部又一郎「フランスにおける成人の精神科治療システムと法律 —非自発的入院についての臨床的考察と提言—」精神神経学雑誌 114 (4) : 396-407 (2012)

シュラミット・ラモン, マリア・グラツィア・ジャンニケッダ編 川田誉音訳『過渡期の精神医療英国とイタリアの経験から』海声社 (1992)

精神保健福祉研究会『四訂精神保健福祉法詳解』中央法規 P447 (2016)

鈴木鉄忠 「“二重の自由”を剥ぎ取る施設化のメカニズム—F. バザーリアの精神病院批判を手がかりに—」

中央大学紀要社会学・社会情報学第 25 号 (2015)

現在の精神科医療・看護と行動制限

吉浜 文洋 (佛教大学)

<入院患者の高齢化、身体合併症の増加と行動制限基準>

精神科病院の行動制限は、1951年制定の精神衛生法の規定「精神病院の管理者は、入院中の者につき医療又は保護に欠くことのできない限度において」必要な行動を制限できる、という抽象的な規定のみによって運用されてきた歴史がある。行動制限基準と呼べるような規定が定められたのは、1987年の精神保健法への改正時である。それまで、問題点が指摘されていなかったわけではない。

精神衛生法制定から3年後に起きた東佐譽子事件(1954~55年)で、「行動制限基準を明確にすること」という要望が、事件の調査にあたった衆議院法務委員会から出されていた。この事件は、東京女子大の意向で、東教授が東京武蔵野病院に不法に強制入院されられというものであった。教え子たちの訴えで、教授は、50日余りで退院となったのであるが、入院中、通信面会は全面的に禁止されていた。事件を取り上げた、衆議院法務委員会は、病院、大学、教え子、弟等の証人喚問を行い、精神衛生法の行動制限規定は、精神科医に「憲法の保障する自由人権を白紙委任している」と批判して上記の要望となったのである。

東佐譽子事件から30年余を経て通信・面会、隔離・身体拘束などの行動制限の基準が示された。その中の隔離・身体拘束の定義は精神科病院における急性精神病状態の患者を想定したものであった。当時、入院患者は若く、統合失調症の患者が病床の多くを占めていた。

日本の精神科病床は、2014年には65歳以上の入院患者が54%、75歳以上でも29%を占めるに至っている。高齢化した入院患者や新たに入院してきた認知症患者は、身体合併症を抱えていることが多く、医療処置が必要となることも多い。点滴や鼻腔カテーテル、膀胱カテーテル等の医療処置を安全に行うには身体拘束を行わなければならないことも少なくない。それに転倒転落防止のためのベッドや車いすの身体拘束もある。2000年半ばごろから精神科病院入院患者の高齢化に伴う身体合併症問題が顕在化してくる

と、「衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する」のが身体的拘束だという定義では対応できない事態を生み出した。病棟では、ミトン、介護衣、車椅子のベルト、4点柵・・・さまざまな方法で身体抑制が行われているが、これらは精神保健法のいう身体拘束ということになるのか。そういう疑問が臨床から出されるようになる。精神保健福祉法では、隔離・身体拘束は原則として精神保健指定医が指示することを定めている。精神保健福祉法でいう身体拘束とみなすことは、ミトンの着脱、車椅子の転落防止のベルトの着脱等、こまごました日常生活援助上のケアに指定医が立ち会い判断しなければならないことを意味する。それは、現実には不可能であった。精神保健法制定時の行動制限基準は、統合失調症の幻覚妄想、双極性障害のそう状態等の急性精神病状態を想定して定められた基準であることは明らかである。この基準では、安全な医療処置、転倒転落の防止等、入院患者の高齢化、身体合併症問題には対応できない。行動制限の新たな制度設計が必要とされる時代の到来であったが、厚労省は、疑義紹介への回答を出して切り抜けるという姑息な対応に終始したのみであった。

<一般病床における身体拘束問題>

これまで、いわゆる一般病床に適用される身体拘束に関する国の基準はなかった。そのため、精神科の看護者達からは、「（一般科は身体拘束に関しては）無法地帯だ」と揶揄する声もあった。精神科の看護者からすると、法で定められた基準に縛られることなく医療的な判断のみで自在に身体拘束しているように思えたのである。

平成 28 年診療報酬改定に認知症ケア加算が新設された。この加算は、身体拘束を行った日はその加算を 4 割カットするとの注意事項が添えられていた。当然、何を指して身体拘束というのかということが問題になる。認知症ケア加算の施設要件として示された身体拘束の定義は、一般病院においてはじめての定義であった。そして、平成 30 年診療報酬改定では、看護補助加算（入院基本料、特定入院料）、療養病棟の夜間看護加算に身体拘束最小化の取り組みを実施することが、算定要件として規定された。興味深いのは、新設の精神科救急入院料の看護職員夜間配置加算もほぼ同様のことが求められていることである。看護補助加算は、精神科病院も対象となる。

これで、判断のプロセスを除き（精神科病院では指定医、一般病院ではチーム）、身体拘束の基準は、精神科病院も一般科の病院もほぼ同じということになった。診療報酬の誘導によって、ほぼ全ての病院が同一基準で身体拘束の最小化あるいはゼロを目指す時代の到来といえる。隔離・身体拘束は、もはや精神科病院特有な問題ではない。医療施設、介護施設、障害者福祉施設、が共通の問題として取り組んでいかなければならない重要な課題として浮上してきたと考えなければならないだろう。

市民社会と「差異の平等」——センのロールズ批判を中心に——

高山裕二（明治大学）

本報告では、現代政治理論（規範理論）を代表するジョン・ロールズの正義論を取り上げ、その「市民」理解の狭さを、アマルティア・センのロールズ批判を手掛かりに明らかにする（1）。また、センの正義のアイデアの構想を紹介し、開かれた「市民」モデルの可能性を検討する（2）。そして、「多元的

循環型社会における精神保健福祉システム」の前提とすべき市民像の模索と同時に、精神保健／障碍の分野に限定されない「マイノリティ」を横断する研究や理論の構築の意義を示唆することを目指す（なお、紙幅の関係上、報告書では市民社会の概念史の部分等を大幅に削除し、参照文献や註も省いた。それらは後日成果を刊行する際に加える予定である）。

1、ロールズ正義論とその問題：現代政治における「市民」の条件

ジョン・ロールズの『正義論』（1971年）は、戦後最大の政治理論（規範理論）の古典とされる。これは、自由主義経済において経済（功利性）の規準だけでは配慮の対象にならない——劣等と扱われがち——人びとの生に注目した点で、市民の「多様性」を保障する規範理論の試みとみなすこともできる。だが、ロールズの正義論においてもともと措定された「市民」モデルの射程はある意味で狭い。彼の議論では、人びとが正義原理を選択する状態、「原初状態」（ここでは説明を省く）をまず仮設する。ここでは「合理的な人々」が正義をめぐる合意に達するとされる。彼らは「社会的基本財(自由と機会、所得と富、自尊心の基盤など）」と呼ばれる財に基づいて市民の必要”Citizen’s Needs”を判定するが、アマルティア・センが批判したように、その指標は非常に一元化されたものである。格差についても「社会的基本財」の保有におけるそれに限定され、「社会的基本財」以外の個々人の必要は度外視される。実際、身体的・精神的疾患の場合（人びと）は「難しい事例」として検討の対象の外に置かれるが、それによって個々人の多様な不利性を覆い隠してしまう。ロールズは市民について人並み(normal)、平均的な能力を持っていることをよく指摘するが、その指摘に象徴されるように、彼の「市民」モデルはそういった能力を持たない人間を排除してしまう。

2 センの「正義」のアイデア：「公平な観察者」の眼差し

アマルティア・センは2009年に『正義のアイデア』を刊行した。これはロールズ正義論を批判した新たな正義論の試みである。先見的に正義そして制度を設計するような正義論を批判するセンは、本書ではそれとは区別される「実現ベースの比較」のアプローチに基づく正義のアイデアの提示を試みる。彼によれば、それは一元的な原理ではなく現実の不正義を取り除いていくためのアイデアを提示するものである。ここでは詳説できないが、具体的には「偏り」＝〈差異への不公平な扱い〉を正していくという公正な社会に向けた絶えざる推論の必要性をセンは説く。ただ本報告で注目したのは、センの正義のアイデアの提示が同時に多元的な「市民」モデルの提示にもなっているということである。彼の正義（公平性）のアイデアは合理的ではない人間をも包摂するような規準の提示を試みている。それは彼の言う「開放的不偏性(open impartiality)」（2002年の論文）というアイデアである。これはアダム・スミスの「公平な観察者(impartial spectator)」に依拠したアイデアで、自分（たち）とは異なる「他者の目」によって形成され鍛えられていく正義（の規準）である。それは「人並み」とは異なる特殊で多様な立場（アイデンティティ）も公平に見ようとする視点であり、この観点から障碍者に対する社会的介入も正当化される。また同時に——この視点が重要なのは——グループ内の偏りも批判するような眼差しを含意し、その視点や公平・公正の規準が特定の場所や時間によって固定化されぬよう配慮されている。ここで注意したいのは、センは市民や市民社会に必要な資質(essence)を論じているわけではないということである。むしろ、実践(performance)を問うていると理解すべきではないか。ある属性（＝資質）があるということではなく、複数の（異質な）アイデンティティを認めていくこと自体（＝実践）が「市民」を特徴づける。それは現に社会にある偏りを正していく実践を意味するのだろう。このように理解されるセンの正義のアイデアは、複数の「マイノリティ」を横断するような多元的な市民社会システムの理論的・実証的研究の基点となりえるのではないか。

資料：2018年3月20日 公開研究会・講演会 当日資料一部

**精神保健システム研究会
公開研究会・講演会プログラム**

13:35 【Ⅰ】 研究会報告 「多人的事業型施設における精神保健ケアシステムの構築に向けて」
（岡村正幸 佛教学院教授）

14:15 【Ⅱ】 講演 「病院中心型精神医学から地域精神保健へ、排除から包摂へ、権利の否定から権利の構築へ・・・イタリアでの治療の場における拘束撲滅運動を通して」
（Giovanna Del Giudice 仏蘭西バザリア協議会会長）

14:35 休憩（質問用紙回収）

14:55 ＊指定発言 高山裕二（明治大学）・吉浜文洋（佛教学院）
＊質問紹介 Giovanna Del Giudice氏よりコメント

16:55 おわりに 吉川かおゆ（明星大学教授）

17:00 終了

13:35
【Ⅰ】精神保健システム研究会報告 岡村正幸(佛教学院教授)

14:15
【Ⅱ】講演 Giovanna Del Giudice 氏 フランコバザリア協議会会長
「病院中心型精神医学から地域精神保健へ、排除から包摂へ、権利の否定から権利の構築へ・・・イタリアでの治療の場における拘束撲滅運動を通して」

通訳 小村 絹恵氏 二宮大輔氏

16:15 休憩（質問用紙回収）

16:25 ＊指定発言 高山裕二(明治大学)・吉浜文洋(佛教学院)
＊質問紹介 Giovanna Del Giudice氏よりコメント

16:55 おわりに 吉川かおゆ(明星大学教授)

17:00 終了

資料：2018年3月20日 公開研究会・講演会
フランコバザリア協議会会長 Giovanna Del Giudice 氏 講演資料（一部）

Dalla psichiatria manicomiale alla salute mentale territoriale, dall'esclusione all'inclusione, dalla negazione alla costruzione dei diritti

La campagna in Italia per l'abbandono della contenzione nei luoghi della cura.

「病院中心型精神医学から地域精神保健へ、排除から包摂へ、権利の否定から権利の構築へ」

イタリアでの治療の場における拘束撲滅運動を通して

Giovanna Del Giudice
Kyoto 20 marzo 2018

La storia della psichiatria italiana e internazionale riconduce al pensiero e all'opera di Franco Basaglia il grande cambiamento culturale, strutturale e delle pratiche avvenuto in Italia nell'assistenza alle persone con disturbo mentale

イタリア精神医学や国際精神医学の歴史は、フランコバザリアの思想や成果へ再び返るだろう。精神的困難を持つ人々への支援におけるイタリアで起きた、実践、構造、文化の

La libertà è terapeutica
1971-1975
自由こそ治療

- Soppressione delle terapie di shock e di ogni forma di contenzione meccanica,
- Abbattimento delle reti intorno ai reparti,
- Apertura delle porte dei reparti e dei cancelli del parco,
- Fine della segregazione di genere,
- Revoca dei ricoveri coatti definitivi
- Restituzione alle persone dei diritti civili e politici.

ショック療法、拘束のメカニズムのどんな形態も廃絶する。
病棟周囲の柵の破壊
公園（病院周囲）の鉄格子、病棟の扉を開ける。
習慣的隔離の終末
強制入院の撤回
市民権・参政権の返還

- Dall'assenza alla **presenza**
- Dalla **delega** della custodia alla **responsabilità** per il cambiamento

不在から実在へ
監視の委託から、
変化のための責任へ



Abbiamo sperimentato che è possibile un altro modo per assistere le persone con disturbo mentale, fuori dalla segregazione delle istituzioni totali nella cittadinanza nella certezza delle libertà e dei diritti delle opportunità di comunità inclusiva.

私たちは挑戦した、精神的困難を抱える人を支えるために別の方法の可能性があるので
市民権獲得において
社会包摂による、権利や自由の確証において
全制的施設の隔離から外へ

La qualità dell'assistenza alle persone con problemi di salute mentale è indicatore della democrazia e dello stato di civiltà di un paese

精神保健の問題を抱える人への支援の質は、その国の生活様式や文化生活の状態、民主主義の指標となる。

Molto resta ancora da fare

Quello che ci consola è che molte persone nel mondo sono connesse

impegnate nel cambiamento per il rispetto dei diritti umani, contro le discriminazioni, contro le disuguaglianze

まだやることが沢山ある

私たちが励ますのは、不平等に対抗し、差別に対抗し、人権尊重のため変化へ尽力することに関与する人々が、世界の中に多く存在していることである。

まとめと今後の課題

政策類型化を踏まえた次社会における精神保健医療福祉システムの構築に関する研究全体を通して、多元型循環型社会の構成要素となる課題の整理、システムを形成している制度や文化、価値の問題、新たな理論フレームについての提案をそれぞれの研究手法により行ってきた。2年間のプロジェクトをひとまず終えるにあたり、次の課題を確認しておきたい。

そのひとつは、次社会をめぐる重層的な政策構造の研究を通して、そこで求められる精神保健医療福祉をめぐる社会構造の提案には、後期近代後の新たな歴史分析が、国際比較を通して極めて重要になること。特に1960年以後の政治の時代後の社会的排除における医療、福祉等の役割の新たな解明と位置づけが極めて重要になってくることを踏まえた歴史研究の重要性についてである。

ふたつめには、現在起こりつつある脱制度化後の社会政策の提案における、福祉政策の新たな役割の解明が極めて重要になる。例えば精神科医療の社会的哲学的検証を十分に持たない脱制度化（したがって本当は脱施設化）をとった南北アメリカや、ヨーロッパの幾つかの医療が担ってきた社会的排除への社会的機能の引き受けの代替物ではない新しい歴史的意味と役割をもった福祉政策の提案が、包括型支援が推し進められつつある中、コミュニティを基盤としつつも、より具体的かつ実践的に解明されなければならないこと。

さらに、提案された新しい社会構造を持ついわゆるC社会における多元的参加者のそれぞれにおける協働的でありかつ個別的でもある役割が、サービスの生産や配達の水準を維持しつつ進められる近代社会のもつ光と影に対する役割と意味を持って解明される必要がある。

三点目として、現在、起こりつつあるこうした次社会の新しい機能の検証に重要な意味を持つと考えられる国際的な試みの比較研究が、これもその構造と役割の歴史的意味を含めて緊急に進められなければならない。それらは例えば、イタリアの司法精神科医療の解体後の実証的手続きの構造的解明や、フランスセクター医療の今後の展開と市民社会のあり方に関する検証、さらにイギリスをはじめとする幾つかの国におけるC社会以後への試みとしての精神科医療における予防的方法の検証などを含むものである。

最後に、学際性の意味と意義についてである。

多元的循環型社会の構成要素を多角的に検討し、排除の問題と市民社会のありようを検証する上で、排除を規定する社会をこの間問うてきたわけであるが、その対象とする社会が研究分野によって、実践分野によっても当然異なる。それぞれの対象への焦点化とそこへのアプローチがより重層的に交差する課題設定というものが何であるのか、議論の蓄積と共に、自身の研究的枠組みへの問い直しも迫られることをあらためて確認することができた。同時に、包摂の限界や結果として顕在化されない個人や集団の問題に対し関心を持続させることも必要である。それらを可能にするのは、他領域への相互の関心と、他者との社会的協働作業による発言（研究、実践）を途切れさせない工夫、機会の創出なのであろう。

最後に、2年間にわたりトヨタ財団研究助成プログラムオフィサー 大庭竜太氏をはじめ、本年5月からは大澤香織氏ほか、多くの財団の方々に大変お世話になりました。心より感謝申し上げます。

D15-R-0656 緒方由紀

2018年6月 緒方 由紀