

筑波大学社会・国際学群国際総合学類
卒業論文

排除・包摂・応答

—精神障害者にとっての「生」の場の構築—

2015 年 1 月

氏 名 : 青木伴晃
学籍番号 : 201010340
指導教員 : 関根久雄教授

目次

第1章	序論-----	1
1.	問題意識・問題設定-----	1
2.	研究方法-----	3
第2章	精神障害者を取りまく社会-----	4
1.	精神病とは-----	4
(1)	生物学的精神医学と精神分析-----	4
(2)	文化人類学・社会学的見地から見る「精神病」-----	7
2.	精神障害をめぐる日本の歴史と制度-----	9
(1)	「癒しの場」としての治療空間-----	9
(2)	「監禁」の時代に見る諸制度-----	10
(3)	「隔離収容時代」の到来-----	11
(4)	「患者の権利が守られる」時代へ-----	12
3.	メディアの扇動と世論形成-----	14
(1)	精神病に関する市民の意識-----	14
(2)	精神医学とメディアによる社会的権力-----	15
(3)	メディアによる社会的スティグマの形成-----	19
4.	日本の精神科病院に関わる諸問題-----	25
(1)	現行の精神科医療体制とその国際比較-----	25
(2)	保護者制度に関わる諸問題-----	30
(3)	社会福祉体制の不備-----	33
第3章	精神病を取りまく意識-----	38
1.	精神病と共に生きるということ-----	39
(1)	精神病的発覚-----	39
(2)	病気がもたらす特徴-----	42
(3)	医療と繋がりながらの生活-----	46
(4)	就労の場面-----	49
(5)	自分の意思で生きたい当事者-----	52

(6) 病院に残らざるをえない当事者-----	57
(7) 精神病の受容-----	60
2. 医療、福祉と地域社会-----	65
(1) 医療、福祉と地域住民-----	65
(2) 医療、福祉と行政-----	68
第4章 精神障害者にとっての「生」の場の構築-----	73
1. 精神障害者をとりまく社会構造-----	74
(1) 家族・医療・福祉というフィルター-----	75
(2) 家族・医療・福祉のフィルターに留まること-----	75
2. 精神障害者のライフスタイルを支える仕組み-----	78
(1) 精神障害者にとっての「日常生活」-----	79
(2) 家族にとっての「日常生活」-----	81
(3) 小括-----	81
3. 精神障害者を支える社会の仕組み・展望-----	82
(1) 「医療」と「福祉」の連携-----	83
(2) 「地域」における偏見の解消-----	86
(3) 「地域」と「医療」、「福祉」の連携-----	87
第5章 結論-----	92
1. 「排除」と「包摂」の空間に見る「連携」の可能性-----	92
2. 「医療」、「福祉」、「地域」概念の拡張-----	93
3. 今後の課題と展望-----	95
注-----	96
参考資料-----	104
参考文献-----	110
Summary-----	113
謝辞-----	115

図目次

図 1	日本の精神病床数の推移 1954 年～2012 年-----	26
図 2	人口 10 万人当たりの精神病床数とその国際比較（2011 年または至近年）--	27
図 3	日本の開設者別精神科病院数-----	27
図 4	精神病床の入院者数の推移（1999 年～2011 年）-----	29
図 5	精神病床の平均在院日数の推移（1989 年～2011 年）-----	30
図 6	精神疾患による推計入院患者数（在院期間別）-----	36
図 7	精神障害者の長期的入院を促進させるメカニズム-----	37
図 8	精神障害者をとりまく社会構造-----	74
図 9	精神障害者のライフスタイルを支える仕組み-----	79
図 10	民間企業における障害者の雇用状況-----	80
図 11	精神障害者を支える社会の仕組み-----	91

表目次

表 1	青物横丁駅事件における各メディアの「報道のあり方」の違い-----	21
表 2	精神障害者の利用できる福祉サービスの新体系（日中活動系サービス）--	33
表 3	精神障害者の利用できる福祉サービスの新体系（居住系サービス）-----	34

参考資料目次

1. インタビュー対象者の背景等-----	104
(1) 当事者-----	104
(2) 家族-----	104
(3) 医療従事者-----	105
(4) 福祉従事者-----	106
2. インタビュー対象先の概要-----	106
(1) A 病院（及び関連福祉施設）-----	106
(2) 埼玉県精神障害者家族会連合会-----	107
3. 医療・福祉分野の職種-----	107
(1) 作業療法士-----	107
(2) 精神保健福祉士-----	107
(3) 臨床心理士-----	107
(4) コミュニティソーシャルワーカー-----	108
4. 福祉施設-----	108
(1) 就労継続支援事業 A 型-----	108
(2) 就労継続支援事業 B 型-----	108
(3) デイケア-----	108
(4) 作業所-----	108
(5) グループホーム-----	108
(6) 多機能型事業所-----	109
(7) 地域活動支援センター-----	109

第1章 序論

1. 問題意識・問題設定

2014年1月20日、日本政府は障害者の差別禁止や社会参加を促す国連の「障害者権利条約」⁽¹⁾（2006年）を批准し、同年2月19日から国内において発効させた。これは、法的拘束力のない「障害者の権利宣言」（1975年）とは異なり、批准することによって国内法としての効力を生じさせるものである。そうしたことから日本は本条約の批准に向け、障害者基本法の改正、障害者雇用促進法の改正を行うなど国内法の整備を進めてきた。今日「障害者権利条約」を批准できたことから、そうした国としての障害者に対する政策を執り、彼らの尊厳を尊重していこうとする動きは今後も続いていくことが十分に考えられる。

精神障害者をめぐる領域においてもそうした国としての政策は及んでいる。また今後もさらに整備が進んでいくことが考えられる。厚生労働省による退院促進支援事業の開始（2002年）、障害者自立支援法の施行（2006年）などを通じて、精神病患者の身分は「適切な判断が難しい患者」から「基本的人権を有する個人」へと変容していった。そして「全ての障害者が障害のない人と対等な構成員として位置づけられ、合理的な配慮や必要な支援の充足を通じ、地域で共に生活することが確保されたインクルーシブな社会を実現することを目指す」⁽²⁾という考えのもと、精神病患者をめぐる医療体制は「入院医療中心の治療体制」から「地域社会におけるケアを中心とする体制」へと形式上の変容を遂げた。

現在、地域社会における精神障害者の身分はすでに制度上保障されているが、今日の状況に至るまでには様々なプロセスがあった。例えば、1900年に初めて作られた精神病患者を保護することを目的とした「精神病患者監護法」は、実際には精神病患者を監禁し周囲から隔離するためのものであった。また、1964年に起きた統合失調症を患った少年によるライシャワー米国大使殺傷事件⁽³⁾は「精神病患者を『野放し』にするな」というキャンペーン活動を生み出し、当時の池田勇人首相もこれを支持し、東京オリンピックの開催に合わせ「患者狩り」〔織田 2012:86,93〕ともいえる強制入院を促進させた。このように精神障害者は、ときとして人権を蹂躪されてきたこともあった。このように精神障害に対する人々の見方には、社会文化的背景や時代の移り変わりに

伴い、違いが見られるのである。そのことから、精神障害をめぐる諸問題は複合的なものであり、これらへの理解を深めるためには政治や法制度、文化や風俗、社会やメディア、また医療といった様々な領域にまたがる問題への理解が必要であると言えることができるだろう。精神障害者という存在を巡り、社会は彼らとの「向き合い方」について常に混乱を抱えてきており、その度に排除と包摂を繰り返してきた歴史を持つ。そうした歴史は、前述した幾多の領域にまたがりながらどのように変遷してきたのであろうか。本論ではまず、今日における精神障害者をとりまく世界が精神障害者と社会のそれぞれにとってどのような意味をもつのかを探りたい。

これまで精神障害者に関する研究において論点になっていたのは、精神障害者をめぐる社会的包摂や排除がいかんにして変容してきたのかということであり、またそれを欧米の先進国における現状と比較するものであった。欧米の先進国では既に精神科病院の解体・脱施設化が進み、精神病患者が地域で生活していけるようにするための様々な取り組みが成されていたこともあり、日本が今後に渡って精神病患者に対して「地域におけるケアを中心とする体制」を展開していくにあたって学ぶべき点がいくつもあることが明らかとなった。しかしながら、そうした精神障害者をめぐる社会や諸制度には焦点を当てるものの、精神障害者本人の意識への理解に迫る研究は多くない。例えば朝倉は精神障害者の日常生活における不満や、周囲への要望を調査しており、また白石は精神障害者の社会の復帰状況を調査している。しかし、これらは精神障害者へ形式的に問い、その回答を形式的に処理しているため、その考えや思いの裏にある背景が十分に検討されているわけではない。精神障害者が社会において生きる上でどういった部分に「生きやすさ」を感じ、どういった部分に「生きにくさ」を感じるのかなど、具体的な患者の「語り」を通してそれらを明らかにすることが、精神障害者にとっての「病」、またそれを抱えながら生活していくことを理解するためには必要であると言える。また同時に精神障害者はその外界との関わりを持つ上で、家族、または医療や福祉のサポートを媒介としているケースも非常に多いことから、「社会」と「精神障害者」との接点を精神障害者の側から考える際に彼らの視点を加えることも、精神障害者が「病」を抱えながら社会的に生活していくことを知る上で必要である。ここに問題提起をし、精神障害者自身が社会で生きていく上で直面する問題、またそれに関する彼らの考えに耳を傾けることも本研究において行うこととする。

以上を踏まえ、本論では、これらの理解、またそれを体系的に捉え直すことによっ

て、常に時代に翻弄されてきた精神障害者がいかにして「生」の場、すなわち「この社会において生活すること」を構築してきたのか、さらには現在その「生」の場はいかにして存在しているのかといった問いに包括的に答える。またそれを通じ、精神障害者が社会において生きていく上でどのような点に問題点があるかを明らかにする。

2. 研究方法

精神病や精神障害者、またそれを取りまく歴史や制度、社会の情勢に関連する文献、学術論文、新聞記事、雑誌記事、ウェブサイトなどを元に研究を行う。また、筆者が2014年8月～11月にわたって、日本国内の病院を退院して地域で生活する精神障害者、埼玉県精神障害者家族会連合会に所属する、精神障害者を家族に持つ人々、長野県精神科病院や福祉施設、また千葉県の福祉施設で従事する人々などに対して行ったインタビュー結果も適宜用いることとする。

第2章では、精神病の定義から始め、精神病、またその病気を有する精神障害者を取りまく社会を、制度、歴史、世論、医療体制などの視点から概観する。そしてそれが時代の流れとともに、どのように変容を帯びてきたかを見る。第3章では、そうしたとりまく社会に対して、精神障害者がどのように「応答」しているかを、インタビュー結果を基に調べる。またその際に、精神障害者にとって身近な存在である家族や、専門領域を有しながら精神障害者に向き合う医療従事者や福祉従事者の語りも参考にする。第4章では、この2つの章で見てきた精神障害者を取りまく社会、そして精神病を取りまく意識を基にして、精神障害者がこの社会で生きていく上で、彼らにとって何が「包摂」されることを意味するのか、またその対照に、何が「排除」されることを意味するのかを、「包摂」と「排除」を概念定義し、分析の枠組みとして用いることで探る。そしてこの分析、考察を通じ、この社会において精神障害者がどのような位置づけのもとに存在しており、またその位置づけのもと、どのようにして彼らの「生」の場が存在しているのかをまとめる。さらに、その「生」の場を取りまく社会の仕組みはどのように存在しており、また今後どのように変容していくべきなのかを述べることで結論とする。

第2章 精神障害者を取りまく社会

本章では、まず精神病という概念の定義から始める。そしてそれを通じて精神病の性質を概観することで、精神病がいかにして政治や法制度、文化や風俗、社会やメディア、また医療といった様々な領域にまたがる問題として注目されてきたかを論じる。さらに社会文化的背景や時代の移り変わりとともに、どのようにして精神病を患う者が翻弄されてきたのかを、その精神障害者を取りまく世界に多面的な視点を与えることで考察し、また同時に今日におけるその世界がどのような意味を持つのかを概観する。

1. 精神病とは

(1) 生物学的精神医学と精神分析

「精神病」の定義には法律や診断基準によって様々なものが存在するが、本論においては「精神病」を、妄想・幻覚を特徴とする症状、また感情、意欲、思考の低下などの主に内因性の症状によって個人、また社会に影響を及ぼすものと定義する。つまり、①患うことによって個人を生き辛さに直面させ、時に生活を破綻させるほどに個人の精神や人格に影響を与える事象、②周囲の人間や社会に不自由な思いをさせ、翻弄させるに十分な個人を作り出す事象を広く「精神病」と定義する。具体的には内因性の精神疾患として一般的に知られている統合失調症⁽⁴⁾、また双極性障害⁽⁵⁾（躁うつ病）などの「精神病」を患った患者を本論では精神病患者ないし精神障害者として定義する。なお、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」⁽⁶⁾（精神保健福祉法）においては、「精神障害」を定義する上で「知的障害」もそこに含めているが、「障害者基本法」⁽⁷⁾においては「障害」の定義として三障害（身体障害・知的障害・精神障害）が分類されている。さらに本論第3章、第4章で述べる通り、それぞれの障害を持つ当事者やその家族会などは、権利を社会的に獲得するために別々に活動をしてきた経緯があり、また社会的な生活を営む上で、精神障害者の「生」の場は他の障害に比べて限定的である現状が存在する（例えば「雇用」など）。これらのことから本論では、この3つの障害をはっきりと区分し、「知的障害」は「精神障害」に含めないものとする。

精神病とは「精神」の病であり、それは「身体」の病とは異なるものである。近代社会において「身体」の病は生物学的な医学の見地からのみその原因を突き止め、また回復のための治療を施されてきた。これに対し、「精神」の病は遺伝学や神経学といった生物学的な医学からのアプローチのみならず、精神分析を行うことによって治療を行おうとする心理社会的な側面に根差した人間的なアプローチもとられてきた。ここに「精神」の病と「身体」の病が異なる点が存在する。有効な治療法が確立されることがない中、またその病の根源が明らかになることがない中、精神医学も精神分析も共にこの精神病に対してアプローチを続けてきたのである。

18 世紀末、フランスで精神病の治療に従事していたピネル (P. Pinel) は、当時、治療院において鎖に繋がれることによって完全に自由を奪われ、国家から管理されていた精神病患者を解放し、役目を与えることによって治療するという試みを行い、患者にとっての環境自体が治癒的な力をもつという信念を世に知らしめた [白石 1994:24]。また、ピネルの後継者であるエスキロール (J.E.D. Esquirol) は、家族や周囲の人間との葛藤が患者の困難を作り出す [岡田 2010:61] と考え、患者を家族と切り離して、安らぐことのできる家族的な環境を患者と治療者との間に作り出すことによって回復を促した。エスキロールは、幻覚や妄想などの症状の背後に存在する心の動きを探ることこそが重要だと考え、患者の状態を目に浮かぶように記述する方法を確立し、患者を理解することに努めた。そして、外的な悪化要因と患者のパーソナリティが抱える脆弱性によって精神障害が起きるのだという考えを提起したのである [岡田 2010:62]。

こうした人間的なアプローチを通じて治療が行われる一方で、生物学的精神医学は悲観的な見通しを持つものとして発展した。モレル (B. Morel) は、精神病が脳の発達の問題によるものであると考えた。彼はこの疾患が遺伝的な背景をもつものであり、その進行に抗うことはできないとの見方を示した。そして、それは早期に発症し、知的機能の低下をもたらすことから「早発性痴呆」という病名がつけられることとなった。19 世紀に入ると、神経学の発展とともに、さらに行動や精神の機能が脳の働きによるものであるとの見方が専門家の間で浸透していくこととなる。ドイツ人医師のグリージンガー (W. Griesinger) は「精神病は脳病である」 [岡田 2010:64] との言葉を残し、精神的な病気も身体的な病気と同様に理解されるべきだとした。身体的な病気の多くが慢性進行性の経過をたどると同様に、精神的な病気も慢性進行性の経過

をたどるものとして考えられるようになったのである。

このようにして、精神病を巡る治療法、またその原因を探ることの歴史には生物学的精神医学と精神分析の2つの潮流が存在してきたのである。これらは研究が進められていく過程で、双方の視点を統合することで効果的な研究が進められることもあれば、またどちらかに偏った研究がなされることもあった。こうした時代においては、有効な治療法がなく、また病気の原因も解明されなかった。ゆえにそうした状況下で社会は誤った選択をすることもあった。今日の最先端の遺伝学では、精神病に関連した遺伝子変異を1つ以上持つ人の割合は、全人口の30%にも上ると推測される⁽⁸⁾。しかもそれは、人類の多様な個性や特性を生み出すことに役立っている、ごく普通のバリエーションにすぎないという。またその遺伝子変異を持っていたとしても精神病になることはむしろ稀であり、そうした遺伝子変異がいくつか組み合わさったときに初めて精神病は発症しやすくなるともいう[岡田 2010:77,158]。しかしながら、第一次世界大戦後のドイツにおいては、巨大な債務を負い、さらには政情不安が支配した趨勢の中で、民族浄化を掲げて当時の優生学や遺伝学を科学的根拠として利用し、ユダヤ人の迫害とともに精神病患者の迫害を行った。また日本においては、1941年には任意申請による断種を原則とした国民優生法が施行されている。また、1948年には本人の同意を必要としない強制断種を認める優生保護法が施行され、多くの精神病患者が優生手術を施された⁽⁹⁾ [芹沢 2007:134]。

今日における精神病は、生物学的に脆弱な要因を抱えている人に、不利な環境ストレスが重なったときに発病すると言われている[岡田 2010:265]。それは、精神病が1つの原因に起因するものではなく、いくつかの危険因子が重なることによって発症にいたるということを示している。こうしたことから、今日では、精神病は生物学的医学からのアプローチと精神分析を基盤とする心理学的なケアによるアプローチ双方の側面を必要とする対象として位置づけられており、そこに生物学的医学にのみ根差す「身体」の病とは異なる点が存在する。そうした違いは「病気が治る」という概念に見ることができる。本来「病気が治った」という状態は、「一般的な生活を取り戻す」ことを意味する。精神病はその性質として再発のリスクがとて高いことから「治癒」という表現を使わず「寛解」⁽¹⁰⁾という言葉を用いて「症状が落ち着いて安定した状態」を表現するが、その寛解状態を維持するためには認知機能障害⁽¹¹⁾や陰性症状⁽¹²⁾の進行、また妄想や幻覚を抑えることで脳を委縮させないために、多くの場合は服薬を続ける

必要がある。またそうした医学的な薬の処方だけでなく、発病には環境ストレスが原因となっていることもあり、再発を抑えるために社会生活や家庭生活も、本人の健康を促進し支えられるようであればならない。また、本人そして周囲の人間は適宜その状態に合わせて生活を見直し、軌道修正をしていくことが求められるのである。「身体」の病は、「病気が治った」状態は、一般的な生活を取り戻すことに繋がる。しかし、「精神」の病は「病気が治った」状態は、長期的な視野で、寛解状態を維持するためにその病気の複合的な原因に対して多面的な視点でアプローチし続けることを意味するのである。

精神病はまだ全てが解明された病ではない。現在でも精神病のメカニズムの解明に合わせて新薬が開発され続けているなど、研究の余地が残る分野としてこの社会に存在しており、「絶対的な治療法や対応の仕方」が確立されていない。そのため、治療からリハビリ、そして社会復帰に至るまで、生物学的医学によるアプローチと心理学的ケアによるアプローチの双方、また精神の病を抱える人の身近にいる人々が試行錯誤を繰り返しながら向き合っていくことが必要とされるのである。

(2) 文化人類学・社会学的見地から見る「精神病」

病そのものに内在する特性を以てして病とする前に、そもそも概念としての「病」が出現するにはその他にも条件があると考えられる。すなわち身体の発達、心理学的な生活歴は病の原因として考えられるかもしれないが、それ以前に病が概念としての「病」になることで価値をもつようになるには、病を「病」として認める文化が必要であるということである。この点において、「病」を考えるときに病理学的なアプローチのみならず、社会学的なアプローチを必要とする理由が存在する。

米国の文化人類学者ベネディクト (R. Benedict) によると、それぞれの文化は特定の潜在性を選択するのであり、これが人類の文化人類学的な配置を決定するという。例えばクワキツル族の文化は個人の自我の高揚をテーマとするが、ズニ族の文化はこれを徹底的に排除する[ベネディクト 2008:302,314]。このように、ある特定の現象のイメージは、それぞれの文化が崇拝したり、抑圧したりする文化人類学的な潜在性の総体により決定されるのである。こうした考えからそれぞれの文化における病も同様に、それぞれの文化の中で主観的になされるエミックな視点によって特定のイメージが植えつけられることとなる。

またフランスの社会学者デュルケーム (É. Durkheim) は、このように相対的なものである病気を統計的な概念により考察することで、「病」にエディックな視点を与えた。デュルケームは、人類においてもっとも頻繁にみられる特徴の全体を集め、そこから1つの抽象的な普遍性を取り出し、そうした図式的な存在を平均的な類型と考えられるものとした。そして「健康性」の基準を定め、さらにこの基準から逸脱したもの全てを病的現象であると考えたのである。しかしその上で「特定の社会において、ある社会的な事実を正常と呼べるのは、その社会の特定の発展段階との関係においてである」[デュルケーム 1978:85] とも付け加えている。つまり、統計的な概念で普遍的な基準を定めたとしても、ある社会的事実が正常であるかどうかを調べようとしたところで、その特定の社会状態におけるものしか調べることができない。社会的事実を考察するには、その社会において一般的にどのような形態で現われるかを観察するだけでは不十分であり、その社会的事実を社会の状態に応じて考察することが必要である。「病」という社会的事実もまた、その時代の変化により社会が変化していく過程で捉えられ方が変わってくるということである。

精神病は、長い間明らかにされることのなかった精神医学の影響もあり、誤解と迷信と偏見の歴史をもつ。文化的な違いによって、またその社会の発展段階との関係に応じて、精神病の捉えられ方が大きく異なっていた。かつては、精神病は悪魔や憑き物がついた結果と考えられ、その治療も取り憑いた悪魔を追い払うものであり、患者にも社会全体にも恐怖を与えるものであった。しかしながらその一方で、それが幻視や幻聴を伴う性質から、創造性や予知能力と関係した聖なるインスピレーションをもたらすものとして社会の中で崇められ、高い地位を占めることも珍しくなかった。精神病を患っていても、彼らは神聖な存在として大切に扱われる慈しみの対象であり、社会の中に居場所を認められていたのである。ところが17世紀にデカルトに代表される合理主義が誕生するとともに、こうした状況はさらに変容していく。国民国家の形成に伴い、合理主義的な考え方が取り入れられる世界においては、働かない者は秩序を乱すものと考えられた。そして17世紀後半頃から巨大な施療院が次々とつくられ、その秩序を満たす者として貧民、精神病者、浮浪者、乞食、梅毒患者、罪人はいっしょくたに監禁されることとなったのである。フーコー (M. Foucault) によれば、それは「無為怠惰に対する非難」[フーコー 1997:157] である。そしてそれは、同じ対等な人間とはみなさないということでもあった。当時のもっとも有名な精神病院⁽¹³⁾の1

つ、ロンドンのベツレヘム王立病院では、誰でも入場でき、患者を棒でつつくこともできるなど、患者が「見世物」扱いされることもあった〔岡田 2010:56〕。このようにして精神病は、その「状態」を問われるというよりは、社会からどのように見られるか、また社会がどのように対応するかといった面を多分に含んでいた。病気の在り方は、社会の在り方に大きな影響を受けてきた。そして精神病患者は、常に翻弄される対象として社会に位置づけられてきたのである。

2. 精神障害をめぐる日本の歴史と制度

(1) 「癒しの場」としての治療空間

江戸幕府の崩壊（1867 年）以降、1900 年代初頭までの精神病の治療の様子については、1918 年に東京帝国大学精神病学教室の教授であった呉秀三と教室員の樫田五郎がまとめた論文「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」に詳しい〔芹沢 2006:51〕。そこには、当時精神病の治療の場とされていた神社や寺における彼らの視察の記録が多く残されている。1911 年（明治 44 年）8 月に静岡県穂積神社を視察した同教室員の水津信治によれば、そこで行われていた治療法とは、神官が毎日 2 回、神前で患者を祈祷し、その際に神殿前に置かれた釜で湯を沸かし、温かい湯を患者の頭部にそそぎかける「湯祈祷」というものである。1914 年 7 月に樫田五郎が富山県日石寺を視察した時に記録した二大治療法は、患者の家族の依頼で僧侶が行う「加持祈祷」と、患者を日に数回滝に浴びさせる「灌滝」であった。どちらのケースにおいても、境内に用意された平屋において、もしくは不動堂わきの参籠所（宿泊所）において、多くの患者とその家族が共に自炊をしながら生活を営んでおり、日々患者は薪割り、草取りや草鞋作りなどに励みながら暮らしていたようである〔芹沢 2006:55〕。

まだ精神医学分野における研究、また精神病への理解・治療法が確立されていない時代には、このような精神病患者やその家族が集まる場所、いわゆる「癒しの場」というものが日本各地に数多くあり、それらは患者が病気と付き合いながら生きていくこと、また回復に努めていく上で非常に大きな役割を果たしていた。こうした「癒しの場」には精神病とみなされる人々が江戸時代の末期から明治期以降にかけて増加した。近代社会が形成されつつある時代において人々は社会における余剰部分と「治療の場」を探し求めて、寺や神社に向かったのである。「癒しの場」は非日常的な場所であり、伝承に由来する祈祷場、参籠所、宿屋、滝場、豊かな自然など、それらは癒し

が演出される仕組みとして存在していた。患者はその「癒しの場」で治療行為を媒介にしながら、そこで繰り広げられる様々な人間関係、また日常生活のなかでそれぞれの回復の道を探り出していたのである。

そうした時代の流れが存在する一方で、明治期に西欧に学んだ医学者たちは、帰国後、伝統治療における非科学性を指摘し、人々をそうした治療法から解放して西欧医学のもとに取り込もうとした。そしてその矛先は、「癒しの場」で行われていた「加持祈祷」や「灌漑」などの治療に向けられた。富山県の日石寺を訪れた檜田は、滝浴びに効果はまったくないばかりか、逆に病気を悪化させるだけであるということを主張している〔呉・檜田 1918:715-717〕。その後、西洋近代的医療が普及していく中で、それまで「癒し」として機能していた治療の場が消滅していった。伝統的治療は人々の意識から離れてしまい、近代社会においては全国一律に患者を監督するシステムが整備され、精神病をめぐる治療の場は徐々に、「癒しの場」に見た個別の治療空間から、普遍化されたものに変容していった。

(2) 「監禁」の時代に見る諸制度

日本にとっての近代化とは、明治維新以降の文明開化により、欧米先進国の文物や制度の導入を積極的に推し進め、そして国際社会における地位の向上を目指すことであった。そうした時代の流れにおいて、精神医療における非科学性を指摘し、近代的な治療の場、すなわち患者を収容すべき病院を設置することを望む動きは自然なものであったと言えよう。しかしながらそうした動きもすぐには進展しない。日本の財政状況がその実現を阻み、精神病院、また精神科病床はごく限られた人のみが利用できるものであった。20世紀初頭には、公立としては東京府巣鴨病院（現・東京都立松沢病院）があるのみで、私立の精神病院も東京、大阪、京都といった都市部を中心に数える程度しか存在しなかった。そうした状況下で苦肉の策として日本政府が考案し、初めて精神障害者を制度的医療の対象に位置づけたのが、「精神病者監護法」（1900年）である。それは近代国家としての制度整備の一環として、当時「乱心者」として見なされた精神障害者から社会の秩序を守るという意味での「公安維持」、そしてその患者を家族や地域社会に放置しておかないという意味での「病者保護」を目的として制定されたものであった。しかし実情は、治療技術のレベルが低く、薬や他の治療法が開発されていない状況において、患者の一部を入院させ、その他は家族等に私宅監置さ

せる措置をとることが中心であった。上に述べたように、当時の日本は近代化の産物である西欧医学に根差した精神病院施設を設けることができなかったため、精神病患者の監護を家族の責任と定め、それにより多くの家族は警察行政の指導によって家庭内に座敷牢を、あるいは納戸に監禁室を作することを命じられた。家族は精神障害者である家族の一員を私宅監置することを義務付けられることとなったのである。監護の責任を家族に負わせるために国は「監護義務者」制度をつくり、この法律の施行を内務省と警察の管理下におき、警察は監護義務者がその責務を果たしているかどうかを監視した。このようにして、病院収容もできず、かといって家庭や地域社会に放置することもできない患者を、私的監置室という「私的」空間に閉じ込めたのである。そしてそれは同時に、行政の目が行き届き、管理が国の方針として行われるという意味で病者を「公的」に管理するということでもあった。

「監禁」が主たる処遇となってしまったことは、私宅監置制度が「社会問題としての精神病」を解決するための制度であったことが読み取れる。当時のその私宅監置の現場を調査・記録した呉秀三は、医療も不十分なまま非衛生的な環境に放置されている患者を見て、「わが国十何万の精神病患者はその病いを得たる不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」[呉・樫田 2012:334]という言葉を残した。呉秀三らは、そうした状況を受けて精神病患者監護法を廃止し、新しい法律を作り、病者を病院で看するという形を目指した。そこで作られた法律が「精神病院法」(1919年)である。精神病院法は国が道府県に公立精神病院の設置を義務付ける内容であった。そのため、精神障害者に対して「監置による監禁」ではなく、「入院による治療」を受けることのできる体制が整えられ始めた。しかしながら、この1919年には特に精神障害者をめぐる制度には変化を見ない。その理由は、1914年より日本が第一次世界大戦に参戦したこと、政府は軍備拡張に要する莫大な国費を捻出する必要があり、それが精神病院設置における財源の出し惜しみへと繋がったからである。そしてその結果、精神病院法は形式的なものとなり、精神病患者監護法が継続されることとなる。

(3) 「隔離収容時代」の到来

1950年に、日本政府はGHQの指導のもとで精神障害者の早期発見と予防を目的に「精神衛生法」を施行した。これは、非衛生的な環境にいる患者を保護し、病院において治療を受けさせることを目的とする法律である。そしてそれと同時に、精神病患者

監護法、精神病院法が廃止されることとなった。しかし政府は、公立の精神病院の設立が遅々として進まなかったため、民間の精神病院の設置を推し進めるという方針を打ち出した。1957年に政府は「精神科特例」を通達し、精神科における精神科医や看護婦の配置基準（精神科医・看護婦1人あたりの入院者数）が一般科よりも低い基準として定められ、少ない労働力で多くの患者を看ることができるようになった。また1960年にはきわめて低金利で融資を行う医療金融公庫が設置され、精神病院づくりに拍車がかかる形となった。実際、当時の精神科病床数は毎年1万床から1万5000床といったハイペースで伸び続けた。

一見すると、これまで「治療」の恩恵に与ることのできなかった患者を収容するための諸制度が整えられ、それに伴い病床数が確実に上昇していったように見える。しかしこれらは、戦後の高度経済成長に伴い、労働力とならない人々や社会不安の温床となりうる人々を隔離収容することが意図されていた。そして、本来、自傷他害の恐れのある患者に対して行われる全額公費による「措置入院」が、貧困層の患者の入院にあたって甘く適用されるなど、精神障害者という存在を社会からより遠ざける方向へと国の方針は傾いていった。日本精神病院協会（現・日本精神科病院協会）という日本の民間精神病院を統括する、1949年に創設された社団法人組織の初代会長であり、精神科医でもある金子準二は、「社会の平和は精神病院から」という決意を持って同協会の設立にあたった[織田 2012 : 153]と言われるなど、精神科医の視点からして公共の福祉の観点で精神病患者を捉えていた。1968年にはWHO顧問医としてイギリスのフルボーン病院からクラーク (D.H. Clark) が来日し、入院医療編重など日本の精神医療の在り方に言及するクラーク勧告⁽¹⁴⁾が出された。しかし、前述したように当時の精神医療の潮流を作っていたのは、患者を病室に隔離収容し、社会を「平和に保つ」ことであったため、当時の厚生省はこの勧告を無視し続けた。その結果、民間病院の精神科病床は増加の一途をたどり続けたのであった。

(4) 「患者の権利が守られる」時代へ

隔離収容時代によって民間の精神病院が作り続けられると、次第に社会に歪がもたらされることとなる。精神病患者を入院させることに重きを置き、社会から隔離した環境に閉じ込めつづけるその体制は、杜撰な管理体制を病院内に生みだした。1983年の宇都宮病院事件⁽¹⁵⁾などに代表されるように、医師や看護人から患者へと向けられる

様々な暴力事件が発生し、患者の院内死が社会問題化した。しかしながら、そうした社会問題、また病院の杜撰な体制が明るみとなったことを受け、社会は精神障害者の人権に配慮した適正な医療および保護の確保を求める方向に変化した。また 1980 年代の国連による国際障害者年や「国際障害者の 10 年」というキャンペーン活動、さらには知的障害者の領域から発したノーマライゼーション⁽¹⁶⁾活動により、その「障害者と健常者とが共に生活していくことが理想である」とする理念が広まると、そうした運動は障害者が病院を出て、地域社会における生活を可能にさせることを後押しした。これらの潮流が、日本の社会を、精神障害者の社会復帰の促進を図る方向へと導いていった。こうした社会の動向を受け、1987 年に精神障害者の人権擁護と社会復帰を目指すための法律である精神保健法が制定され、続いて 1996 年に精神障害者のための初めての福祉法である精神保健福祉法が制定された。さらに 2002 年に厚生労働省による退院促進支援事業が開始され、2006 年に障害者自立支援法が施行されるなど、日本の精神障害者を取り巻く法律は十数年で整備されていった。また 2004 年に政府が打ち出した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」は、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱を掲げ、精神障害者をめぐる制度は入院中心の医療体制から地域社会での生活を支える体制に移行した。そして精神障害者の身分は、「適切な判断が難しい患者」から「基本的人権を有する個人」へと変化したのである。

政府としての考え方に変化が見られ、法制度等が整備されたことは、それまでの時代に比べて精神障害者の人権保護の観点において進展を見ることができるようになったが、その実態は今日においていかなるものであろうか。徐々に病院の精神科病床数、入院患者数、入院時における平均在日日数は減少しており、地域社会で生活を送る方向へ移行しているように見えるが、その変化は依然として微々たるものである。また退院したとしても、その後患者が地域社会で生活していくにあたって受け皿としての機能をする福祉施設が完備されていないという実状があり、また、そもそも病院の外の環境においては社会的スティグマが存在するなど、精神障害者が安心して生活できる仕組みがそこには存在すると言い切ることができない。まだまだ物理的にも精神的にも精神障害者を受け入れることのできる基盤は病院の外、つまり地域社会には存在しないのである。

3. メディアの扇動と世論形成

(1) 精神病に関する市民の意識

行政や立法などの社会の制度や仕組みとは別に、「世間」にとっての精神病はどのようなものなのか。精神病、また精神障害者に係るイメージがどのように作られており、人々の意識に根付いているのかということに本節では注目する。まとまった市民意識調査はこれまでさほど行われてはいないが、これまで行われてきた中で比較的に大規模なものであったものとして、全国精神障害者家族会連合会が 1997 年に全国の成人 2000 人を対象に行った調査を行っている。以下はその回答の一部である。⁽¹⁷⁾

(以下、数字は全て%表記)

Q：精神障害者のイメージは？（複数回答）

変わっている 37、こわい 34、暗い 22、気が変わる 17、気を遣う 16、敏感 13、普通の人と同じ 12、真面目 7、鈍い 6、優しい 5

Q：出会ったことがあるか？

ある 42（本人や家族の相談に乗った 18、見舞いや世話をした 14）、ない 57

Q：精神障害者についての知識は？

分裂病：会った 12、本やテレビ 60、知らない 27

うつ病：会った 32、本やテレビ 49、知らない 18

神経症：会った 21、本やテレビ 61、知らない 17

Q：分裂病の原因として大きいのは？（複数回答）

人間関係のつまずき 70、神経質な性格 49、競争社会 34、脳神経の障害 32、体質や遺伝 23、幼児期の育て方 22、薬物アルコール乱用 20

Q：現代社会ではだれでも精神障害者になる可能性がある？

思わない 15、わからない 33、そう思う 52

Q：精神障害者の行動は全く理解できない？

そう思う 21、わからない 47、そうは思わない 31

Q：精神病院が必要なのは精神障害者の多くが乱暴したり興奮して事件を起こすから？

そう思う 36、わからない 33、そうは思わない 31

上記のデータから読み取れることとしては、精神障害者に対して「変わっている」「こわい」「暗い」といったマイナスのイメージが大部分を占めているということである。しかしながら 60%弱の人が実際に精神障害者に出会ったことがないことを加味すると、そうしたイメージの大部分は実際に会い、話をするなどの実体験から生まれるものでなく、周りから付与されることによってイメージとして捉えられていることが十分に考えられる。特に統合失調症（調査時の名称は精神分裂病）の知識に関する調査では、実際に会ったことによるものは 12%、本やテレビは 60%、知らないが 27%である。このことから、「直接関わったことがない」「知識も足りない」といったこと、すなわち「分からないからこそ不安を抱く」という状況が明らかになるとともに、その知識の欠如を埋め合わせるものとして「本やテレビ」などのメディアの影響力が大きく作用していることが推測できる。

その一方、精神障害者へのイメージなどを漠然と問いかける質問に対して、「精神障害者の行動は全く理解できない?」「精神病院が必要なのは精神障害者の多くが乱暴したり興奮して事件を起こすから?」といった、精神障害者の行動特性を考慮した上でそれが社会に及ぼす影響を問う質問においては、偏見を示す人と一定の理解を示す人が同じくらいの比率で存在していることが、このデータから読みとれる。このことから偏見や否定的なイメージというものは必ずしも世間全体を覆っているわけではないこと、また偏見は必ずしも絶対的なものではなく、変わりうる可能性を十分に秘めたものであるという解釈ができる。そのことにも留意した上で、次項以降では精神障害者への「世間の捉え方」を形作ってきたと考えられるメディアに焦点を当て、メディアがどのような社会的権力を持ち合わせているのかを具体的事例を踏まえて考察する。そしてそれとともにメディアのあり方がどのように変遷してきたのかをまとめる。それを通じて、世間にとっての「精神病」はどのようなものとして存在しているのかを探りたい。

(2) 精神医学とメディアによる社会的権力

戦後の日本には多くの宗教が登場した。終戦直後の占領期の 1945 年（昭和 20 年）10 月には連合国軍最高司令官総司令部（GHQ/SAP）は宗教的自由の制限を撤廃する人権指令を発し、それと同時に戦前まで宗教弾圧・思想統制として機能していた不敬罪・治安維持法を廃止することにした。そうした社会制度の変遷や、また敗戦後のショッ

クや、食糧難などの社会不安が存在していたことを背景に、新興宗教が次々と現れたのである。「璽宇」もそうした社会的背景の元に存在した新興宗教の1つである。本項においては、その「璽宇」が警察、精神医学、そして社会と衝突したことによって社会的に封殺されていくに至った1947年の「璽光尊事件」を取り上げる。マスメディアがこの事件においては世間と宗教との接点を作り出す役割を担い、社会の風潮を作り上げることに大きく貢献したことからも、その世論を作り出す主体がどのような社会的権力を持ったことにより「璽宇」を衰退させるに至らせたのかを、ここでは述べる。

「璽宇」は教祖を璽光尊（本名は大沢ナカ）とする新興宗教である。大沢は、25歳の時に身体に変調が現れるようになったことをきっかけに3か月に1度ほど神がかり状態を経験し、「神様の後光が見えた」と周囲に語るようになったという。その後1934年9月20日に仮死状態に陥った時に、天上界に赴き、神からの啓示を受け取るという体験をした。そしてそれをきっかけに「永劫不変の真理を説いて、衆生を済度する」という使命を自覚し、信仰生活を送るとともに加持祈祷や病治しを行うようになり、霊能者としての周囲の評価を高めていくこととなった。その後、神がかりや、神霊からのことばである「御神示」を中心とした宗教活動を行う璽宇という団体に出入りするようになり、徐々に信者を抱え込むようになり、遂には名を璽光と改名し、教団を率いていく立場についた。さらには、戦後の天皇の人間宣言を機に、天照大神は璽光尊に移ったと主張し、自身が世直しを行うに値するものとした[芹沢 2007:146,149]。その後には、璽光尊は布教活動に努めるとともに天変地異の予言をしたり、璽宇に帰依したもののだけがその天災から助かることができるといったことを社会に向けて発信し続けた。また当時、貴重品であった白米などの大量の供物を信者には教団本部に納めさせたりもするなど[芹沢 2007:154]、精神的にも物質的にも人々を璽宇に囲い込むことをし続けたのである。その結果、社会は混乱に陥り、また不安や不満を抱え込む人々が多くなった。そうした状況を受け、遂には警察が動き出すこととなった。警察は、当時のGHQが国粹主義者による超国家主義的団体の動向を警戒していた背景を受け、璽光尊が自身の身分を天皇に相当するものと捉えていることを引き合いに出し、それを「GHQの指令違反」と断定した。また当時の、物資不足にあたり白米等の食料品を所持していることを食糧管理法違反であるとし、「刑事犯罪」の容疑の2点の理由から璽宇を検挙するに至った[芹沢 2007:161]。その流れにおいては精神医学もまた璽光尊との関わりを持つ。璽宇を危険視する見方から、宗教の病理的特質を主張してき

た精神医学は精神鑑定を璽光尊に対して行うことを要求したのである。そして金沢医科大学精神科の秋元波留夫教授による精神鑑定により、璽光尊は精神病患者、しかも周囲の人間を感応性精神病患者に変容させる可能性を孕んだ、危険な存在であるとの診断がなされ、急速な隔離を要することとなったのである[秋元 2006:90]。

しかしながら実際に璽宇に対して行われた措置は、警察、精神医学双方の思惑とは全く異なるものとなった。警察署に留置されていた璽光尊、幹部らは全員が精神鑑定後ただちに釈放され、璽宇教団本部へと戻されることとなったのである。これに対して、璽光尊の精神鑑定を行った秋元は、「この釈放は『信仰の自由』の見地から金沢駐屯進駐軍軍政部 CIC の指示による処置だということを後から知らされた。」[秋元 2006:90]との見解を述べている。警察権力による宗教の直接的・強権的な調査や取り締まりを黙認することは、信教の自由の確立を目指した GHQ の威信に関わる問題でもあった。璽光尊事件が宗教弾圧の形になってしまうことを避けなければならないとの時代背景が、一度捉えたはずの璽光尊、そしてその幹部を釈放し、また元の宗教活動へと誘導してしまう結果となってしまったのである。

これを受けた警察は、当初の璽宇取り締まりにおける立場を一転させた。璽宇の検挙の目的は宗教に対する取り締まりではなく、その目的は「精神病のやき印を押せば一般の盲信は解消されると信じて精神鑑定をし」⁽¹⁸⁾たことにありと発表した。宗教の統制、またGHQの指令違反といった問題による検挙という立場から、あくまでも精神病的な団体が存在することを強調することで、国家権力が宗教団体への干渉であるとする批判を回避する方向へと移行した。そしてその精神鑑定の結果を公表するという形がマスメディアによってとられたことにより、この一連の事件は収束を見ることとなる。検挙から3日後の1947年1月24日には、璽光尊の釈放のニュースが伝えられるとともに、全国の新聞各社で一斉に精神鑑定の詳細について報道されることとなった。各社は「完全なる精神病患者と決定」⁽¹⁹⁾、「間違いと断定」⁽²⁰⁾、「でたらめな御神示」⁽²¹⁾などの見出し、また言説で璽光尊の異常性を大きく報じた。璽宇の違法性を問うような報道が多くなされてきたことで、元々、璽宇に対する社会の関心は相当の高まりを見せていたが、そうした一連の報道の締めくくりとして璽光尊の異常性を世間が認識するという形になったのである。その結果、璽光尊の神秘性は一気に失われ、璽宇は精神病患者集団、つまり新聞報道にある通り、単なる「間違いな」集団であると社会が認めたのである。またそれを機に、信者であった、双葉山を始めとする著名な人々の

離脱もメディアを使って報じられ、多くの信者が結果的に璽宇から離脱することとなった。その後、璽光尊一行は全国各地を転々として流浪の旅を続けながら布教に努めようとしたが、一度世間に浸透してしまった「邪教」としてのイメージを拭えずにいた。最後は 10 人余りが高齢になった璽光尊と起居を共にしていたが、1984 年に璽光尊が 81 歳で死去したことを受け、璽宇は完全に消滅することとなった[菅沼 2006:166]。まさにメディアによって作られた社会の認識が璽宇の教勢を著しく減退せしめ、璽宇の社会的影響力を無効化させることとなったのである。

宗教や思想の統制を図りたくても、GHQ の影響のもとでそれが可能とならなかった時代において、社会不安や混乱を煽るかにみえた宗教団に対して何らかの施策を講じなければならないというジレンマが、戦後の日本には存在した。このジレンマに対して国家が対処した方法は、戦前期に存在した強権的な弾圧ではなく、世間に対しての精神鑑定の公表というものであった。そしてそれによって正常と異常とを判断する主体、また実際に宗教統制としての役割を担う主体というものが「国家権力」から「世論」へと転じることになったのである。社会の関心を引き起こし、そして教団を邪教とする批判的な見方を社会に植え付けたこと、そこにマスメディアの社会的権力というものが存在したとすることができるだろう。しかしながらその一方で、「社会が璽宇を精神病だと思ふこと」によって批判的視点が社会に植え付けられ、それが璽宇の教勢を失わせたことから分かるのは、マスメディアが「精神病」に対してある特定のイメージを与えたこと、すなわち「異常」、「気違い」などの画一的なイメージや偏見などのもとに「精神病」を追いやるものとしてマスメディアが機能したことである。そして図らずも精神医学による鑑定という科学的な根拠が、それを理論付けるものとして機能したこともここで併せて指摘しておきたい。社会に混乱をもたらした璽宇を社会の安寧のために沈静化させることというのがこの一連の「宗教弾圧」をする上での本来の目的であったはずであるが、それが世論の力で璽宇を封殺するのと引き換えに、精神病に対する画一的な偏見を作り出すものとして機能してしまったことは十分に危惧するに値する問題である。本項では、マスメディアの社会的権力の大きさを見るとともにそれが社会にもたらしうる影響について見てきた。次項では、時代性を反映する存在として機能してきたそのマスメディアの在り方についてその変遷を見ていく。

(3) メディアによる社会的スティグマの形成

本項では、璽光尊事件以降に「精神病」と「世間」がマスメディアにより、どのような接点を作り出されてきたのかに着目する。報じられ方に着目することで「精神病」のマスメディア側の認識を捉え、同時に世間の受け止め方にも示唆を与えることを目的とする。

1) ライシャワー駐日大使襲撃事件（1964 年）

本事件は 1964 年 3 月 24 日、アメリカ大使館ロビー前でライシャワー駐日大使が車に乗ろうとしたところを、ロビーのドアの陰で待ち受けた少年（19 歳）がそばに近寄り、持っていたナイフで右モモを刺した事件である。記事にはその少年について「警察の調べによると、『両目が悪いため就職もできない。アメリカの方針が悪いためだ』などと口走っていて、精神異常の面もあるが、さらに追及している」⁽²²⁾との記述がある。その後の調査では、精神鑑定の結果を受け、6 月、処分保留のまま釈放されると同時に、精神衛生法により強制入院（措置入院）となった。なお、その少年は一貫して匿名で報道されていた。この事件の一連の流れを通じて、政治的背景の有無についての議論、また当時の池田勇人首相によるアメリカ国民に対しての謝罪や、早川国家公安委員長らの事件翌日の辞任などの報道も大きく報じられた。同時に「精神病患者、警護の盲点」とする記事において「精神病患者を治安取り締りの対象にできないかと考えている」⁽²³⁾と江口警察庁長官が述べている内容も掲載されており、日本は翌年には精神衛生法を改正し、治安を重視していく政策へと転換したのである。当時の新聞報道の典型例であり、世論を表していることが端的に感じられるものとして、1964 年 3 月 25 日付け朝日新聞朝刊の「天声人語」では、本事件と精神病を関連付けて以下のように述べている。

春先になると、精神病患者や変質者の犯罪が急に増える。毎年のことだがこれが恐ろしい。危険人物を野放しにしておかないように、国家もその周囲の人をもっと気配らなければならない。犯人が精神病的だからといって、外国大使を傷つけた日本の責任が軽くなるというものではない⁽²⁴⁾。

こうした報道は社会に対して精神病患者を「危険」な存在としてのイメージを植え付

けることに繋がっていると考えられる。それに加え、自民党の治安対策特別委員会は「収容施設のベッド数の不足から、全国的に多数の精神異常者が野放しの状態にあることは放置できない。早急に精神異常者の収容施設の増強をはかるべきである」⁽²⁵⁾との考えを公表するなど、社会的な流れは治安維持を目的とする見方が主流となっていた。しかし同時に、日本の精神科病床数の少なさを国際的に比較して嘆くとともに、精神障害者に対して必要なのは、「愛情であり、いたわりである」⁽²⁶⁾とする報じ方もなされている。これらの社会的状況、そして報道の在り方から作られたのは、「精神病者を収容すべき施設を国が増設していくべきであり、またそれに一般市民も加担し、積極的に精神障害者を精神病院に収容させるべき」とする世論である。実際、当時 8 万人分しかなかった病床数は、図 1 に見るように、その後年間あたり 1 万～1 万 5 千床のペースで増えていき、地域にいる精神病者を「とにかく病院に隔離収容する」という動きは全国的に広がり、精神障害者は一般市民とは隔絶された場所に位置付けられていった。

2) 青物横丁駅事件（1994 年）

本事件は、1994 年 10 月 25 日に東京都品川区の京浜急行青物横丁駅で医師が射殺された事件である。手術の術後経過をめぐってこの医師の務める病院に再三抗議していた無職の男（精神病院への入院経験あり）が指名手配されていたが、その男の実名、また入院歴や通院歴を公表するか否かで各マスメディアが揺れた。

実際の報道におけるそのあり方を見る前に当時の精神障害者の事件に関する取材、報道に関する取り決めに整理する。当時は罪を犯した精神障害者は原則、匿名報道されることになっていた。それは、①刑法第 39 条⁽²⁷⁾で刑事責任無能力とされている、②社会的偏見のため、家族が結婚、就職、進学などで不利益を受ける、③本人が社会復帰した場合への配慮、などが理由とされていたためである⁽²⁸⁾。しかしながら、匿名の報道をする以上、読者や視聴者には「なぜ匿名にしたのか」ということが分かるようにしなければならない。そこで、「入院歴」また「通院歴」を書く「病歴報道」が同時に行われるようになった。

本事件はそうした原則が揺れ動くケースとなった。それは容疑者が犯行に用いた短銃を保有し続けていたこと、そしてそのままにしておく限り、新たな犠牲者が出る恐れがあるという二次的被害を警戒する状況が存在したからである。そのため「実名を

公表することで人権を損なう可能性があること」と「容疑者を特定できる情報を流さないことで、新たな事件が発生してしまうこと」とのせめぎ合いの中で各メディアによる判断が異なる結果となった。以下の表が、それを示したものである。

表 1 青物横丁駅事件における各メディアの「報道のあり方」の違い⁽²⁹⁾

	1994 年 10 月 26 日朝刊	1994 年 10 月 28 日朝刊
朝日新聞	匿名報道＋通院歴	実名報道＋通院歴
日本経済新聞	匿名報道＋通院歴	匿名報道＋通院歴
毎日新聞	匿名報道	実名報道
読売新聞	匿名報道＋通院歴	実名報道＋通院歴

(筆者の調査に基づく)

各メディアでこの報道において異なる点は 2 点存在する。1 つ目は、「匿名報道」から「実名報道」に切り替えるか否かという点である。各メディアは 10 月 26 日朝刊において、事件の最初の報道を伝える際に「匿名報道」をしている。しかし 27 日に短銃を容疑者が保管していることを受けて、新たな犠牲者が発生する可能性から、警視庁は公開捜査に踏み切った。それをきっかけに日本経済新聞を除く 3 社では「実名報道」に切り替え、同時に容疑者の写真も公開している。これに対して日本経済新聞はその 28 日の朝刊において、警視庁が、①事前に周到な計画を立てていたことなどから刑事責任を問える、②短銃を所持していまだに逮捕の見通しが見つからない、③犯行をさらに重ねる危険性が認められる——などの判断から写真や氏名の公開に踏み切ったことを述べるとともに、しかしながら自社としては、容疑者の元会社員は最近まで精神科に入院、通院していることを挙げ、精神保健法の趣旨などから引き続き匿名で報道する⁽³⁰⁾との旨を明記している。2 つ目の違いは「病歴報道」の有無である。毎日新聞を除く各 3 社では「通院歴」や「入院歴」を含めた報道をしているのに対し、毎日新聞は匿名報道の際も、実名報道の際も「病歴報道」を行うことがなかった。11 月 15 日の朝刊において、「精神鑑定で心神喪失と判断されると起訴されないことになる」と、精神障害者であるかもしれないことを示唆する内容の報道がなされたが、結局最後まで「病歴報道」に触れることはなく、またその理由についても特に触れることがなかった。本事件は 10 月 28 日の夕方に容疑者が逮捕されることで幕を閉じるが、その後

の報道についても各社で特に変更は見られない。結局、容疑者は「心神耗弱の状態だったが、冷静沈着に行動していた」として懲役刑を言い渡されることとなった。

こうした報道の是非をめぐる問題に対して、当時、精神障害者であり、神奈川県精神障害者連絡協議会の広田和子さんは、1995年2月14日付け朝日新聞朝刊の「メディア欄」において異なった視点から以下のように問題提起をしている。

「精神科の病院に入院していた」とか「通院中だった」との病歴報道をすぐにやめてほしい。特別なケースを除き、病気と容疑事実に因果関係があるかどうかは、鑑定をしないと分かりません⁽³¹⁾。

精神障害の病歴があったと報じられれば読者や視聴者は「精神障害者がまた事件を起こした」と受け取ります。病気と事件の因果関係の有無は不明のまま、「精神障害者は危険」という偏見だけが独り歩きしていくのです⁽³²⁾。

病歴報道がなくなれば実名でもかまわないと、個人的には思います。事件報道が原則匿名になることを望みますが、実名報道が続くのであれば、私は精神障害についても特別扱いはせずに実名にしてもらってもかまいません⁽³³⁾。

逆に、どうしても病歴を報道する必要があるなら、記事やニュースの最後にちょっと付け足すのではなく、容疑者がどんな生活を送り、サポートする輪がどの程度あったかなどの点を社会的な問題として掘り下げ、病気に対する正しい理解が広がるような記述をきちっといれてください⁽³⁴⁾。

ここで述べられていることは、どれも精神障害当事者側の視点としての意見である。これまでその当事者の人権を守ろうとするばかりに、匿名化し、個人を特定させないようにする施策をとってきたが、それがかえってその個人を非人格化し、社会から隔離させてきた可能性があることを読み取ることができる。また同時にそうした施策が及ぼす影響は、その個人にとどまるだけでなく、周りの事件とは直接に関係ない精神障害者にとっても及ぶものであることが読み取ることができる。画一的な偏見のイメージが彼らに付与されてしまうことの危険性も考慮にいれなくてはならないとの見方

はまさにこれまでの報道が欠いてきた視点であると言えることができるだろう。

3) 附属池田小事件（2001 年）

本事件は、2001 年 6 月 8 日に大阪府池田市の大阪教育大学附属池田小学校で発生した小学生無差別殺傷事件である。被疑者の宅間守は逮捕当初、精神障害者を装った言動を取っていたが、起訴前と公判中に 2 度行われた精神鑑定の結果で、2 度とも「情性欠陥者で妄想性などのパーソナリティ障害は認められるが、統合失調症ではなく、責任能力を減免するような精神障害はない」[一橋 2003:398]、とされ、責任能力を認める結果が出た。そしてそのため死刑判決を受け、2004 年に刑が執行されている。しかしながらその事件の一連の流れの中では、報道のあり方を受けて精神障害者への偏見を強めさせる結果が世論に生じている。

まず第一に、この事件の第一報の報じられ方が、世間のイメージを構築してしまったと言えることができる。宅間についての言説が「精神科に通院中であった」⁽³⁵⁾、「男は精神安定剤 10 日分を一度に服用したと言っており、署で胃を洗浄している。男は幻覚症状を起こしているという」⁽³⁶⁾（6 月 8 日夕刊）などといった言説で報じられている。また、翌日 9 日の夕刊でも、「供述が一定しておらず、精神鑑定に送る⁽³⁷⁾」との記述がみられる。これらの報道は、「凶悪犯は精神障害者」、「精神障害が理由で大量殺人を犯した」というイメージを世間に与えかねない。しかし、こうしたマスメディアの解釈や宅間の供述が虚偽のものであるということが次第に明るみになった。「病気を装えば言い逃れできると思った」⁽³⁸⁾、「多くの子どもを殺害して元妻らを困らせたかった。エリート校の児童をたくさん殺せば確実に死刑になると思った」⁽³⁹⁾の供述をし、これまでの供述は嘘であるということを本人自身がその後に認めたのである。また同年 9 月 15 日の朝刊では、精神鑑定結果として妄想性、非社会性など複数の人格障害と診断されたが、それは統合失調症などの精神病ではなく、地検は刑事責任を十分に問えると判断したのである。そして殺人未遂、銃刀法違反、建造物侵入の罪で大阪地裁に起訴されることとなった。これらの事実から分かるのは、第一報は結果的に誤報であったということである。この「事件」と「精神障害」の因果関係はこれをもって否定された。しかし問題は、その否定された事実を世間が受け止め、第一報で報じられたその精神障害者へのイメージを払しょくすることができたのかということにある。

この事件に対する「政府の対応」が、そのことに関連している。当時の小泉首相は

事件発生2日後の6月10日には、「精神的に問題がある人が逮捕されてもまた社会に戻って、ああいうひどい事件を起こすことがかなり出てきている。医療の点でも、刑法の点でも、まだまだ今後対応しなければならない問題がある」⁽⁴⁰⁾と発言し、これまで「人権侵害の恐れが強い」ことを理由に見送られてきた、施設に収容して治療する「保安処分」を視野に入れているとの話を引き合いに出した。そしてその後も、この事件においては、「精神障害」が「事件」の直接の原因でないことが報じられたことで事件の様相が大きく変化したにも関わらず、政府は継続して精神障害者を対象とした立法作業に注力し続けたのである。その結果、どうすれば今後同様の事件を防ぐことができるかといったことにも関連してくる保健医療福祉システムへの関心には目が向かず、「刑事責任能力の有無」ばかりが問われる世論が作られていくこととなったのである。

こうした社会の状況を受け、社会ではまた別の「世論」が精神障害者側から作られることとなる。「みんなが宅間容疑者のようではないとわかってほしい」「同じ精神障害者の起こした事件でおわびのしようがない。死んでつぐないたい」「地域社会で生きていけるだろうか」などの悩みや相談が100件以上、大阪府内の保健所や府精神保健福祉課に寄せられたと言う⁽⁴¹⁾。

ゴッフマン(E. Goffman)によると、スティグマは「持っていることが明らかになると、他者の信頼が失われてしまうような属性」[ゴッフマン 1980:12]と定義される。その本質は、その特徴そのものではなくて、社会との関係性の中での、その人がもつ特徴に対する周囲の否定的な対応である。また、社会が無意識のうちに精神障害者に対して押し付けているそのスティグマは、精神障害者自身がそれを受け止めることによって、自分自身の中に結晶させるものでもある。メディアの持つ影響力は大きく、それが社会の風潮を変えるほどに権力を持つことを本節では述べてきた。そうしたメディアのあり方により、社会的に大多数の考えとなる世論が構築されるのであれば、そのスティグマは正当性を持ちうる。それは人々の意識を形成するとともに、行政による対応などで社会のあり方まで形成する。一度根付いたそのスティグマは、なかなか払しょくさせることが難しく、精神障害者を翻弄するものとしてこの社会に存在し続けるのである。

4. 日本の精神科病院に関わる諸問題

(1) 現行の精神科医療体制とその国際比較

2014 年時点で、日本の精神科病棟は全世界約 200 万床の精神病床のうち、約 6 分の 1 に相当する約 35 万床を抱える⁽⁴²⁾。先進国の間では脱施設化が広まっており、日本も「入院での治療」から「地域生活」を促進させる方向へ向かっているにも関わらず、なぜ日本ではこれだけの病床数を保有し続けているのだろうか。日本の精神科病院が抱える問題点、それに係る国の政策、さらには精神病患者やその家族が現行の精神科医療体制に巻き込まれざるを得ない点などを、現行の医療体制を紹介するとともに「病院経営」の観点から考察する。

日本の精神科病院は、国の政策、また世論形成により急激に数を増やしてきた歴史がある。1950 年に精神衛生法を制定した際には、自傷他害の恐れのある患者に対しては、全額公費負担を認める「措置入院制度」を定めた。精神障害者を容易に社会から隔絶するために、1965 年時の精神衛生法の改正において国は、「医療費を支払えない患者に関しては、措置入院に切り替えてもよい」とする了解を示唆し、貧困層にはこの制度を甘く適用させている。国が入院者を作り出す方向へと動いていたのである。そして同時に、1965 年には「医療金融公庫」を設置し、低金利で融資を行うことで民間の精神科病院作りに拍車をかけた。その結果、精神病床数は図 1、図 2 のように、毎年 1 万～1 万 5000 床近く増加しており、そのペースは世界的にも他に類を見ない。

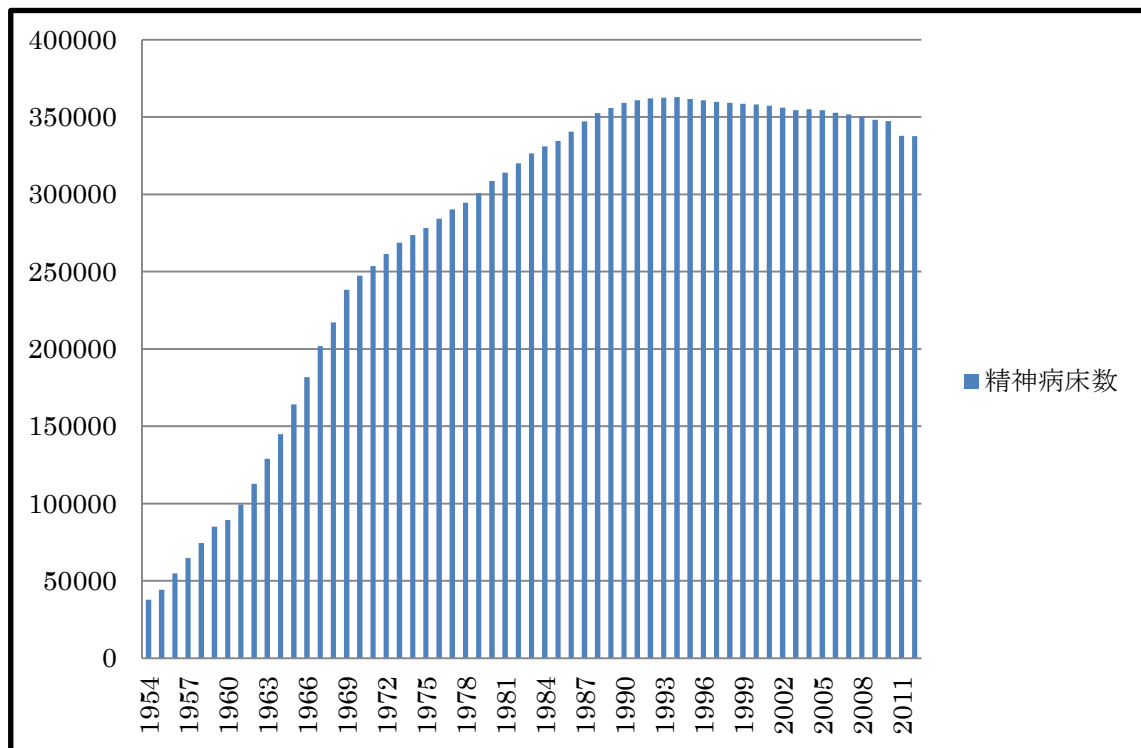


図1 日本の精神病床数の推移 1954年～2012年

(厚生労働省 1954年～2010年『病院報告』、2011年～2012年『精神保健福祉資料』より筆者作成⁽⁴³⁾。)

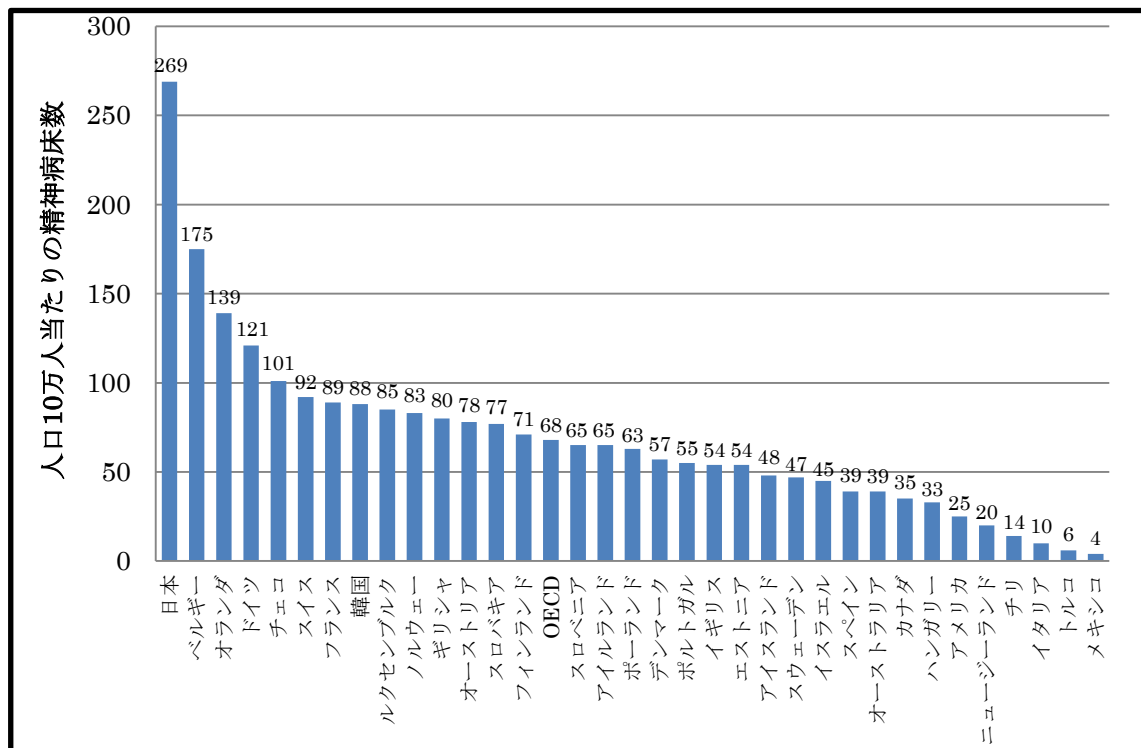


図2 人口10万人当たりの精神病床数とその国際比較（2011年または至近年）

（OECD Health Data 2012 より筆者作成⁽⁴⁴⁾。）

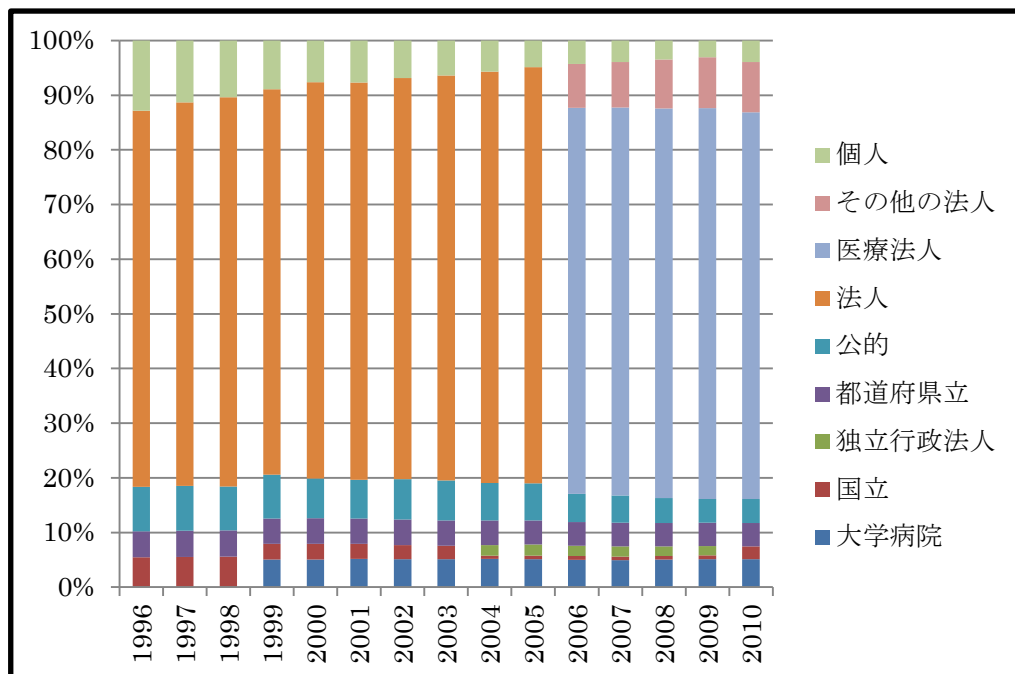


図3 日本の開設者別精神科病院数

（厚生労働省 2010年『精神保健福祉資料』より筆者作成⁽⁴⁵⁾。）

図 3 によると、日本に存在する精神科病院の多くが民間の病院であり、経営問題が絡んでくるところもまた、日本の精神科病院が世界的に見て多く、世界中の国々が脱施設化の動きにあるにも関わらずなかなか減少することのない原因であると考えられる。利益追求の資本主義経済において、民間の精神科病院が経営的に生き残るための施策を講じることは、当然のことである。そこには、「多くの精神障害者がいるからこそベッドを作り出す」という論理のみならず、「多くのベッドがあるからこそ多くの入院患者を作り出す」という論理が存在することもまた事実である。実際、1968 年にイギリスから WHO 顧問医として来日した前出のクラークは日本の精神病院について、その病院施設を所有する者が、投資回収を確実に行う目的から施設を超満員の状態にして収入をあげるために医療スタッフに圧力をかけている状況を指摘し、「治療」よりも「経営」に日本の精神医療を取り巻く状況が傾いていることに言及していた[クラーク 1969 :180]。

こうした民間での入院者の抱え込み体質には、国の政策もまた関係している。1958 年～2001 年まで施行され、今もなお慣例化している「精神科における医師の数は他科の 3 分の 1、看護師の数は 3 分の 2 でよい」とする「精神科特例」、そして精神科医療において診療報酬を一般病院の入院医療費の 3 分の 1 から 3 分の 2 程度にするという国の方針がその原因の大きな部分を占める[織田 2012:157; 滝沢 2011:120]。経営の観点からすると、病院としては、診察報酬が少ないことからより多くの患者をより長く入院させておきたい。同時に、人件費も抑える方向へ動かなければならない。そして、少ない人数で多くの患者を見なければならなくさせる国のこの方針は、病院における治療体制を、患者目線ではなく、経営目線として管理的にさせてしまうと言えるだろう。

2002 年には退院促進支援事業が始まった。また 2006 年には障害者自立支援法が施行されたこともあり、図 4 に見るように入院者数は減少した。また図 5 に見るように入院の際の平均在院日数は確実に減少している。早期退院を促し、またなるべく入院させないようにする流れは少しずつ作られている。しかしながら、日本における精神病患者の平均在院日数は 2010 年時点で 301.1 日（OECD 諸国中で 1 位）であり、2 位の韓国（108.8 日）、3 位のギリシャ（91.0 日）⁽⁴⁶⁾が大きくそれを引き離しており、日本は世界水準から程遠い位置にいる。この半世紀に渡る病院体制の歴史が生み出した産

物はまだまだ大きく、そこから抜け出せないでいるのが現状である。

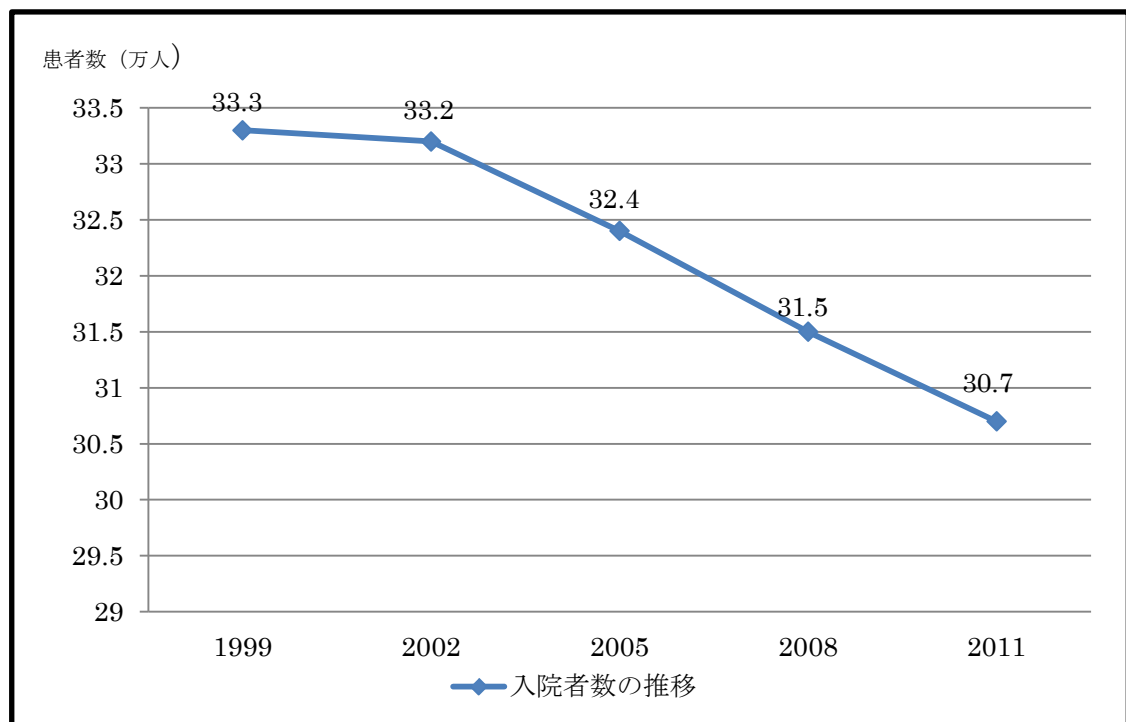


図4 精神病床の入院者数の推移（1999年～2011年）

（厚生労働省『みんなのメンタルヘルス総合サイト』より筆者作成⁽⁴⁷⁾。）

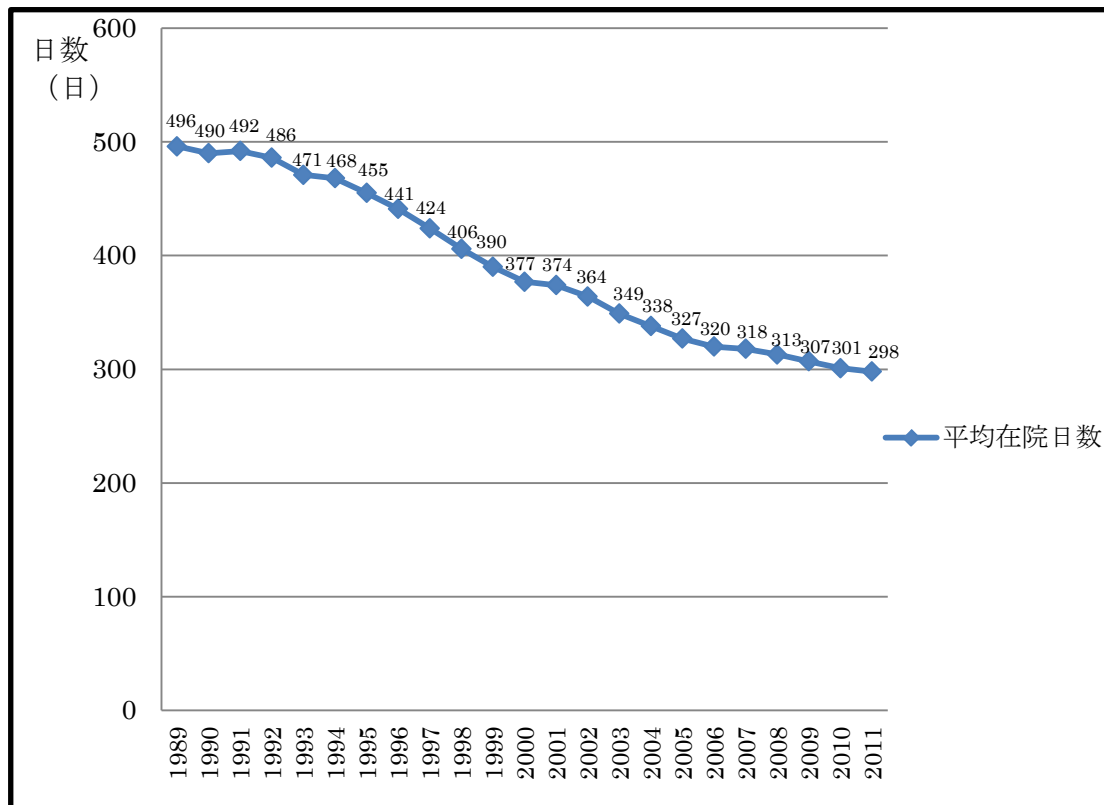


図5 精神病床の平均在院日数の推移（1989年～2011年）

（厚生労働省『みんなのメンタルヘルス総合サイト』より筆者作成⁽⁴⁸⁾。）

(2) 保護者制度に関わる諸問題

精神障害者の行動の責任は誰が負うことになるのだろうか。それは「保護者制度」と深く関係する事柄である。保護者制度とは、「精神障害者に必要な医療を受けさせるとともに、財産上の保護を行うなど、精神障害者の生活行動一般における保護の任に当たらせるために、精神保健福祉法（1995年）に特別に設けられた制度」⁽⁴⁹⁾であり、これまで精神保健福祉法の第5章「医療及び保護」が主として運用されてきた。これは「扶養の義務」を謳った民法第877条の家族制度を母体とするものである。また、その「精神障害者の責任を保護者が担う」という考え方は精神保健福祉法の制定以前の精神病者監護法（1900年）、精神衛生法（1950年）に類似したものとして見られる。保護者制度は、精神障害者をとりまく一連の制度の歴史の中では一貫して論じられてきているものである。

<民法第 877 条>

- ① 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。
- ② 家庭裁判所 は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等内の 親族 間においても扶養の義務を負わせることができる。
- ③ 前項の規定による審判があつた後事情に変更を生じたときは、家庭裁判所は、その審判を取り消すことができる。

1995 年に定められた「精神保健福祉法（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）」には、こうした民法第 877 条にある肉親依存に関わる要項を受けて、保護者に対する医療保護入院の同意を求めることや、退院時の引き取りの義務などが明記されている。しかしながらそこには、さらに保護者に「自傷他害防止監督義務」が課されており、「保護者は、精神障害者に治療を受けさせるとともに、精神障害者が自身を傷つけ又は他人に害を及ぼさないように監督し、かつ、精神障害者の財産上の利益を保護しなければならない」とする一文が明記されており、それが長らく精神障害者の家族に困難を与えるものとして存在してきた。同法が施行された 1996 年には、この「自傷他害防止監督義務」に絡む殺人事件が仙台で起きている。精神障害者で入院歴のある男性が、かつての勤務先の社長を殺害したとして、遺族が、その精神障害者の父親が精神保健福祉法の保護者となっていたことからその父親に法定監督義務者としての責任を追及し、仙台地裁に訴えたのである。これに対して裁判所は「監督義務者にかかる精神的負担は大きい」としながらも、「精神障害者の治療をできる限り援助し、その自傷他害の危険を防止するための必要な措置を模索し、できる限りの措置をとるよう努力することは可能だった」とし、民法第 714 条の「責任無能力者の監督義務者等の責任」にのっとり、父親に損害賠償として約 1 億円の支払いを命じている[判例時報社 1999:106]。

このような事件は、社会が精神障害者とその保護者に厳しい目を向けるとともに、社会が保護者への過度な負担を強いていることも表している。「扶養の義務」（民法第 877 条）に始まり、「責任無能力者の監督義務者等の責任」（民法第 714 条）を一方的に押し付けるその国の肉親依存政策は、負担を保護者に強いるという意味合いだけでなく、国が「社会」として精神障害者を支えていこうとする風潮にないことをも意味する。それを言うのも、世界的に見たときに、欧米などの先進諸国では子供の扶養義

務は当然親の責任であるが成人した後は「社会」が扶養するという制度をとっているにも関わらず、日本はその段階にないからである。例えばスウェーデンでは「親・後見人・児童に関する法律」において「養育義務は子の 18 歳をもって終了する」としており、またデンマークの「社会扶助法」では「すべて国民は、男女を問わず、政府機関との関係に照らして、本人自身、配偶者並びに 18 歳未満の子を扶養する責任を負うものとする」⁽⁵⁰⁾とし、保護者が負うべき扶養の義務の限度を設けている。欧米の国々はその代わりに社会福祉制度を充実させ、親兄弟から自立して地域社会で生きていくことのできる体制を国として作り上げているのである。逆に言うと、日本ではそうした体制がないために精神障害者の生活全般を保護者に依存せざるをえない状況となっているのである。

前述した 1996 年に仙台で起きた殺人事件における判決以降、日本では保護者への過度な負担とその理不尽さが問われ、少しずつ法制度が改善されつつある。1999 年の精神保健福祉法の改正により保護者の「自傷他害防止監督義務」は条文から削除されるに至った⁽⁵¹⁾。また 2014 年 4 月に施行された改正精神保健福祉法においては、「治療を受けさせること」や「当事者の財産上の利益を守ること」といったことが定められた保護者制度そのものが撤廃され、保護者の義務が「患者の退院請求等の請求をできること」のみとなった。同法では、「医療保護入院制度」という本人の意思とは関係なく保護者の同意さえあれば当事者を入院させることができる制度において、これまでその決断をする保護者をあらかじめ特定の一人のみと定めていたのに対し、保護者を一人に限定することなく家族等（配偶者、親権者、扶養義務者、後見人または保佐人）のいずれかの同意があれば「医療保護入院」を適用できるようにするなど制度を柔軟にした⁽⁵²⁾。これらの施策は保護者にかかる様々な精神的負担を和らげるという意味では貢献できているが、保護者ないし患者の家族を支援し、家族の負担を軽くすることで患者が地域で生活できるようにサポートしていくという方向性での貢献は成しえていない。家族が具体的にどのようなところに負担を感じているのかということは本論第 3 章で詳しく述べるが、現状の制度のままでは「医療保護入院」の適用にあたり同意をより得やすくなったことで、病院任せの患者対策の風潮が強くなるばかりである。精神障害者の対応を行政が家族に強く依存することで、その負担を過度に感じてしまった家族は、当事者が例え反対をしても、医療保護入院制度を用いて病院に当事者を押し込むことができってしまう。こうした保護者依存の体制が、世界的に見ても入院に

過度に偏った現在の精神医療体制を作ってしまった原因の1つであると言える。

(3) 社会福祉体制の不備

今日、日本の精神科医療体制は「入院中心の医療体制」から「地域での生活を支援する体制」へと形式上の変容を見た。実際に精神障害者が病院の外で生活できるように、どのようなサポートがなされているのだろうか。入院中心主義から脱却したことにより、退院後に患者は地域で生活していくように促されているが、精神障害者にとっていきなり自立や社会復帰を果たすことは困難である。そのため精神障害者は退院後、何かしらのサポートを必要とする。2003年時点では、精神科病院への外来患者の76.8%がその居住場所を「家族と同居」としている⁽⁵³⁾ことから、多くの患者が地域での生活を、家族のサポートを受けながら行っていることが分かる。しかしその反面、家族と同居を共にできていない人もいる。このような場合のために、生活の場、また就労やそのための訓練を行う場を提供することを目的として設置されている様々な施設が存在しており、それらが精神障害者にとっての社会福祉施設である。(なお、家族と共に暮らす精神障害者も、その病気と付き合いながら生活する術を学ぶために、表2、表3に明記した福祉サービスを使う可能性は大いにある。) 社会福祉施設は、2006年に始まった障害者自立支援法に基づき、それまでの施設中心のサービス(旧体系)から地域生活中心のサービス(新体系)へと変化した。主に日中の活動支援と居住の支援を組み合わせることができるよう「昼夜分離」を進め、障害者が自分の希望に応じて複数のサービスを利用できることを可能にした(表2、3)。また、身体・知的・精神障害者の間の格差を解消し、障害の種別を問わず利用が可能なサービスを整備した。それまでのように施設の中で大部分の時間を過ごさせてしまう性質などを改め、地域生活支援や就労支援などのサービスも創設したことで、今後、地域での生活を促すとともに、地域で生活するケースが増えていくであろう、その状況に対応できる仕組み作りが進められている。

表2 精神障害者の利用できる福祉サービスの新体系(日中活動系サービス)

療養介護	常時介護を必要とする障害者のうち、長期の入院による医療ケアを必要とする人に、医療機関で機能訓練、療養上の管理、看護および日常生活上の介護を行う。
------	--

生活介護	常に介護が必要な人に古間、入浴・排泄・食事の介護等を行うとともに、創作活動や生産活動の機会を提供する。
自立訓練 (機能・生活訓練)	自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行う。
就労移行支援	一般企業への就労を希望する人などに、一定期間、就労に必要な知識および能力の向上のために必要な訓練を行う。
就労継続支援 (A 型)	一般企業での就労が困難な人などに、雇用契約に基づいて就労の機会を提供するとともに、就労に必要な知識・能力の向上を図り、一般就労への移行に向けて支援を行う。
就労継続支援 (B 型)	一般企業での修論が困難な人などに、就労の機会や生産活動の機会を提供し、就労に必要な知識・能力の向上のための支援を行う。
地域活動支援センター (地域生活支援事業)	創作的活動又は生産活動の機会の提供、社会との交流等を行う。

(厚生労働省 2007 年「障害者自立支援法の円滑な施行に向けて」より筆者作成⁽⁵⁴⁾。)

表 3 精神障害者の利用できる福祉サービスの新体系 (居住系サービス)

共同生活援助 (グループホーム)	就労し、または就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者で、地域において自立した日常生活を希望する人に、夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行う。
共同生活介護 (ケアホーム)	生活介護や就労継続支援等の日中活動を利用している知的障害者・精神障害者で、地域において自立した日常生活を希望する人に、夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴・排泄・食事の介護等を行う。
施設入所支援	施設に入所する人に、夜間や休日、入浴・排泄・食事の介護などを行う。

(厚生労働省 2007 年「障害者自立支援法の円滑な施行に向けて」より筆者作成⁽⁵⁵⁾。)

しかしながら、それらの社会福祉施設は全ての精神障害者に選択肢が開かれている

わけではない。2013 年時点でこれらの福祉施設にアクセスできた人は約 13 万 2000 人⁽⁵⁶⁾（1990 年は 1588 人、1995 年は 4286 人、2001 年は 1 万 2001 人、2007 年は約 4 万人と推移）⁽⁵⁷⁾であり、年々確実に増加してはいるものの、福祉のための財源が不足していることにより、十分な数の施設が建設できない状況である。2011 年における精神障害者数は約 320 万 1000 人⁽⁵⁸⁾であり、2012 年における精神科病院での入院者数は 30 万 3521 人⁽⁵⁹⁾であった。今後も多くの精神障害者が病院を退院して福祉施設を利用したり、また入院をしなくとも、施設を利用することは大いに考えられる。とりわけ入院中心から地域中心の医療体制へと変化していくこの時代においては、福祉施設を利用する人はさらに増えていくだろう。日本精神科病院協会会長の山崎學は、その際に十分な受け皿が地域に存在しないことが問題であるとも指摘する⁽⁶⁰⁾。施設の種類ごとのばらつきや、地域ごとのばらつきがあり、依然として精神障害者が数ある選択肢から選びとり、そして容易にアクセスできるものとはなっていない。そうした福祉施設へのアクセスの難しさが結果的に退院を拒ませる要因ともなっているのである。本来の治療目的で入院しているのではなく、治療の必要がなくなったにも関わらず、生活条件が整わないがために長期的に入院を続けている人のことを「社会的入院者」と呼ぶ。それに該当する人の数は調査によって非常にばらつきがあり、7 万人との説もあれば、全体の入院患者の 6 割にあたる 20 万人いるとも言われる⁽⁶¹⁾。そうした人は入院を長期化させてしまったがために、社会適応力を失わせ、無気力無関心に陥ったまま社会復帰への意欲をも喪失させた状態となってしまう「ホスピタリズム（施設症）」の状態に陥ることも多い。そうなってしまうと退院するのがさらに難しくなるという悪循環を引き起こしかねない。このように、退院できて地域で生活を営んでいく可能性があるにも関わらず、社会資源がないためにそれができないという現実が多く存在するのである。もちろん社会福祉施設の不備のみが原因であるということではなく、家庭環境等の影響なども含めて患者を受け入れることのできる体制が地域にはない。それらの影響を受けた結果、図 6 に見るように、多くの患者は長期間の入院を余儀なくさせられてしまう。中には 10 年、20 年、さらには半世紀に渡り、病院で生活する人もいるのである。

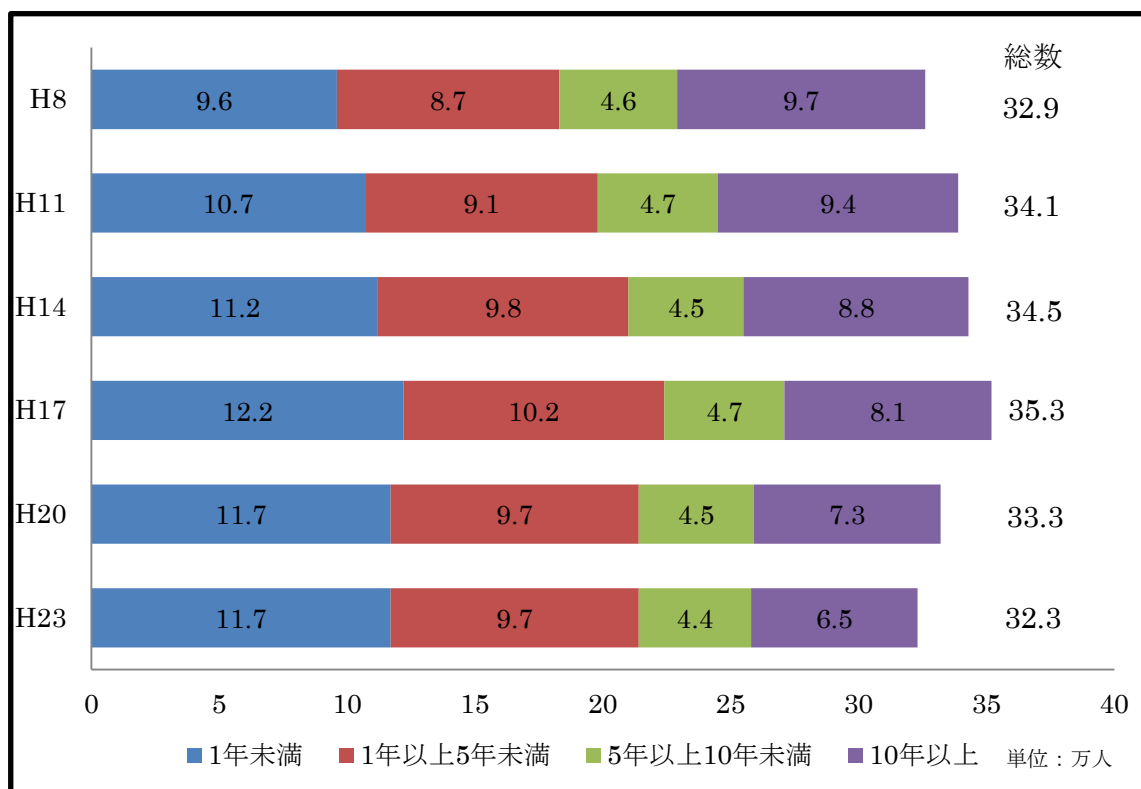


図6 精神疾患による推計入院患者数（在院期間別）

（厚生労働省 2013 年 7 月 「第 1 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 資料 3」より筆者作成⁽⁶²⁾。）

こうした福祉施設の不備に始まる問題に対して、国や病院側は、「社会的入院」問題を解消するために、新たに「病棟転換型居住系施設」をつくり、そこで退院とスムーズな「地域移行」を促すこととした。2014 年 7 月 1 日に厚生労働省で開催された「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に関わる検討会」において、精神科病院の病棟を居住施設に転換する「病棟転換型居住系施設」容認の結論となったのである⁽⁶³⁾。これについては、地域で当たり前暮らすことができるように地域移行の支援を行ってきた関係者からの反発が多く見られる。社会福祉施設を地域に新たに整備することを通じて「社会的入院」問題の解消を目指してきたにも関わらず、結局、この制度が認められるということは、患者は退院後も、病院内に存在する福祉施設に居住することによって、地域に出るのではなく、「病院の敷地内」に残ることになってしまう。これでは患者は病院の外、つまり地域で生活することができるという感覚を得ることができない。また患者を抱え込む性質を病院が持ち続けることで、これまで度々

問題視されてきた精神科病院のあり方、また経営体制の根本的な改善にも繋がらないとの見方もされている。さらには、2014年1月に批准した障害者権利条約の第19条にある「自立した生活および地域社会への包容」において、地域社会からの孤立や隔離を防止するためのサービスを作り、それに障害者が利用できる機会を設けることを規定しているにも関わらず、病院内に施設を作ったのではその条約に違反しているとの意見も存在する⁽⁶⁴⁾。2014年7月1日に「病棟転換型居住系施設」問題が決議されてからも関係者からの反発は多く、各地でデモの開催が行われ、参議院における院内集会の開催等も行われており、今後の帰着点がどこにあるかは明らかではない。

いずれにしても、福祉の整備は遅れており、それが患者の長期的入院の要因となってしまうことは間違いない。図7は、本節において述べてきた「長期的入院」の要因を示したものである。「病院の経営維持体質」、「家族にかかる負担」、「福祉体制の不備」といった点は、それぞれが、精神障害者本人の病状、また意志に反して彼らを病院に留めておく要因となりうることでここを提示した。精神障害者が社会的に置かれている環境、それを現行の医療体制、社会の制度や資源の関係と照らし合わせて見ることで、精神障害者が外界の要因に影響を受けて、その「生」の場が翻弄されている様を本節では示した。

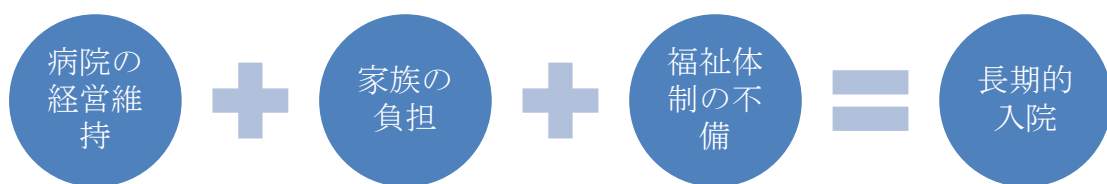


図7 精神障害者の長期的入院を促進させるメカニズム（筆者作成）

第3章 精神病をとりまく意識

筆者は、2014年8月1日～2014年11月30日にかけて、日本国内の病院を退院して地域で生活する精神障害者4名（統合失調症患者3名、うつ病患者1名）、埼玉県精神障害者家族会連合会に所属する、精神障害者を家族に持つ人8名、長野県A病院に勤務する医療従事者7名、またA病院と同じ医療法人であり、関連施設である福祉施設に勤務する福祉従事者3名、そして千葉県在住の福祉従事者1名を対象にインタビュー調査を行った。

インタビューは、精神病を抱える当事者がいかにしてその病気と向き合ってきたのか、またそれを抱えながら生活していくとはどういうことを意味するのかを明らかにするために行われた。精神病を抱えながらも向き合う日常生活、入院生活、就労などの様々な場面には、どのような「生きにくさ」が存在するのか。また当事者自身が、それを取り巻く「社会」（最小単位の「社会」としての「家族」を含む）にどのように「応答」しているのかについて尋ねることで、精神障害者にとっての「生」の場のあり方を明らかにする。家族に対するインタビューは、精神障害者を家族の一員としてその病気の発症の時期から一貫して支えてきた立場の人間が、精神病、そして精神障害者とどのように向き合っているのかを明らかにすることを目的に行った。当事者を抱えて生活を送ることの苦悩などに注目しつつ、彼らの生活実態を明らかにする。また、時に当事者の代弁者として、「当事者」と「社会」の接点を作り出す役割を担ってきた点も踏まえ、精神病をとりまく「医療」、「福祉」、「行政」、「世間」などに対する家族の見方も明らかにする。医療従事者、福祉従事者に対するインタビューは、専門領域を有しながら精神病を治療する主体者、またその生活をサポートする主体者が、精神病、精神障害者に対して、また現在の「医療」と「福祉」に対して、どのような考えを持っているのかを明らかにすることを目的に行った。ここでは精神障害者にとっての現時点での「医療」と「福祉」、それぞれの領域の問題意識を捉えるとともに、「治療の場」や「生活支援の場」がこの社会においてどのように位置づけられているのかを明らかにする。

なお、本インタビューにおける表記は、精神障害者（当事者）をA～D、家族をE～Lとする。また、長野県A病院に勤める医療従事者をM～S、同医療法人の関連福

祉施設に勤める福祉従事者を T～V と表記し、さらに、千葉県在住の福祉従事者の表記を W とする。インタビュー対象者各々の背景や、インタビュー先の概要、また医療と福祉に関わる用語（職種・施設の種類）については、巻末にまとめて参考資料として付記する。

1. 精神病と共に生きるということ

本節では、「精神病」と付き合いながら生活を営んでいる精神障害者に焦点を当て、語りを展開していく。精神障害者（当事者）が、その病気とどのように向き合っているのか、また向き合わざるをえないのかについて、その語りをまとめる。また同時に、当事者と近い距離にいる家族、そして治療に携わる医療従事者、生活のサポートに携わる福祉従事者の語りもそこに反映させることで、より多角的な視点で「精神病と共に生きること」を考える。

(1) 精神病の発覚

精神病と初めて向かい合うとき、人はどのように反応するのだろうか。そして周りの人々はどのようにそれを受け止めるのだろうか。

幻聴に苦しめられてきた A さん（20 代の男性）は、10 代前半からうつ症状に悩まされ、17 歳の時に統合失調症と診断されている。しかしながら、A さんにはその症状への自覚がなかなかつかなかったと言う。

「幻聴は私にとって本物の声です。治療が始まる段階から、『君の言っていることは全て幻なんだよ』、『君は間違ったことを言っているんだよ』と言われ続けてきました。自分が否定されているようでした」（当事者：A さん）。

幻聴という症状は、当事者にとってみれば「本物」の声である。そのため、それを病気によるものとする認識は、当事者にはもともとない。当事者にとってみれば、幻聴は健常者からの付与なのである。病院に行き、治療を受けて診断されること、そして「幻聴」を認められることは当事者に「否定」の感情を内在させる。まさに、病気の始まりは社会からの「排除」の始まりであることを意味すると言える。特に症状の比較的激しい急性期においては、幻聴、妄想、興奮といった統合失調症特有の症状が

盛んに表れる[岡田 2010:92]。病気はその後にきちんとした治療を受ければ、急性期から回復期、そして安定期へと経過を辿り、それと同時に病識自体も根付いていく場合も多い。しかしながら、急性期の状態において病識はなかなか根付くものではないのである。

病識がつき、自分が統合失調症であることを認めて通院を自主的に行うようになったとしても、自分自身のなかに葛藤を抱き続ける当事者はとても多いと、A 病院の外来で患者を診察する臨床心理士の Q さんは言う。

「ある患者は母親で、子供も育てることができます。地域社会でも普通に生活することができます。しかし統合失調症という病名がついています。そうした状況下で自分自身が精神障害者であることをどのように受け止めていいのかという思いが語られることがありますね。病識を認めているからこそ自主的に治療には来ているんです。ただ、『私は人とは違う、ふつうじゃない!』といつも言っていますね」(臨床心理士: Q さん)。

日常生活を送ることができ、病識も持ち合わせることができるほど安定し、寛解状態を保っている人にとっては、今度はその自分の病気に対して「どのように受け止めるべきか分からない」という段階が存在すると言えるだろう。

精神病の発覚は、個人にとって色々な葛藤を生み出すものであるが、その一方でそれを一番身近で目の当りにする家族にも影響を与えるものでもある。ほとんどの家族に共通している反応として以下のようなものがある。

「第一に、『分からない』という思いがありましたね。目の前にいるわが子が精神の病であるだなんてなかなか結びつきませんでした。雰囲気は何となくおかしいんですが、どうしたらいいのか分かりませんでした。誰にも相談できず、孤独でした」(家族: K さん)。

「『自分がいけなかったんだろうか』という自責の念に苛まれる日々が続いていました。子育てに影響があったのではないかと思っていましたね」(家族: E さん)。

「息子が混乱していて、混乱とともに暴力を奮ってくることもありました。自分の子供なので警察に訴えるわけにもいきません。親は泣き寝入りするしかありませんでした。そして誰にも相談することもできませんでした。ただ混乱でした」
(家族：Gさん)。

何となくおかしいということを感じ取りながらも、精神病への知識がないために、目の前で起こっている状況が分からず、どのように対応したらいいのかということに答えを出せずにいる家族の苦悩が述べられている。そしてその混乱は、形を変えて家族自身に「自責」として突きつけられることもある。その他にもこの時期には、家族にとって「絶望」「孤独」といった状態ももたらされることになる。

しかしながら、そうした状態は次第に変容を帯びていく。当事者が地域社会で不審な行動を犯してしまったり、また地域の人からの助言を受けたり、家族自身がその状態への理解をすることをきっかけにして当事者は医療と繋がっていく。

「医療にかかり、統合失調症であると宣告をされました。それで初めてその状態が病気としてこの世に存在するものであると知りました。混乱があるのに変わりはありませんが、私は宣告されて逆にホッとしました」(家族：Eさん)。

「自分のせいではないという、そんな安心感を得ることができました」(家族：Iさん)。

医療と繋がることは、その状態が「病気」とであると証明されることである。自責の念が強い人ほど、その気持ちから幾分か解放されるという様子を読み取ることができるが、他方では以下のような語りも聞かれる。

「混乱は医療と繋がってからも起こり続けました。私は『誰にも知られたくない』という思いをどんどん強めて、他人様に見られることがないようにと隠していました」(家族：Jさん)。

「あなたのせいではなくて単なる病気ですよと言われました。それを聞いて私は

まず、『なんでもっと早く気付いてあげられなかったのだろう』という思いを持ちました。それから病気のことは理解しているけど、どうしても『あの時に私がああいうふうに対応したからそれが原因なんじゃないのかな』と思っています。自責の念はこの先も消えないと思います」(家族：Kさん)。

「私の主人は、『自分の息子がそんなわけない』と言って認めようとしませんでした。息子の不安になっている様子、またそれを原因に母親の隣に布団を引いて寝ようとする様子を見て、ただ納得がいかないとして拒絶していました」(家族：Jさん)。

精神の病の発覚に伴い、家族には様々な感情が湧き起る。知識の欠如を原因として、それが病であるとの考え、そして医療に繋がなければならないという考えになかなか至らせない。周囲は混乱し、ただ戸惑ってしまうのである。そして医療に繋がったとしても、その混乱は完全に収まるものではない。精神病の「発覚」は、当事者にとって、そして家族にとって「排除」、「葛藤」、「混乱」、「絶望」、「孤独」、「自責」、「安心」といった様々な感情を錯綜させる機会である。そしてこの先も付き合い続けなければならない病とどのように向き合うべきか、その問いが突きつけられる機会ともなるのである。

(2) 病気がもたらす特徴

本項では、精神病を抱えながら送る日常生活についての語りをまとめる。インタビュー調査における語りを基に、精神の病がもたらす病気の特徴を整理、分類することで、日常生活における困難さがどういった場面で表れてくるのかを示す。

1) 些細なことに気になってしまうこと

精神の病を抱える人には、感覚が敏感で繊細であるという特徴がある。現在、病院から退院し、地域社会にあるグループホームで生活する統合失調症患者のCさん(50代男性)は、以下のように述べる。

「なんだか、同居人の1人がやたら食べるときにくちゃくちゃと音を立てるんで

す。それがイライラしてパニックになってしまうこともありました。でも今では、
そうなる前にそっと自分から離れるように心掛けています」（当事者：Cさん）。

日常の些細なことが気になってしまい、そこからパニックになる人は多い。この例は、繊細な神経を持ち合わせているのに加え、それに対して自分自身がどのように対応すべきか分からず、「パニック」へと繋がった一例である。些細なことから始まる「生きにくさ」がそこにはあると言えるだろう。

2) こだわりがあること

A 病院関連福祉施設における多機能型事業所の施設長を務める U さんは、強いこだわりを持ってしまうこと、自分の正義なるものに対して頑なになってしまうことも精神の病気の特徴であると述べる。U さんはグループホームにおけるやりとりを、以下のように表現している。

「業者さんがやってきて、壊れたボイラーを直してくれたんです。その業者さんが『あまり温度を上げすぎないようにしてくださいね』と言っていたのですが、精神の病を持ったその入居者の方はそのことを一大事として受け止めたみたいなんです。彼は、『温度を勝手にいじったやつは俺が許さないからな！』と言って頑なになってしまいました。私が、『さすがに 40 度くらいまで温度を上げないと皆さんが迷惑してしまいますよ』と言っても、『いや、業者が上げるなど言ったからだめだ』の一点張りでした。困ってしまったので、私が『今度壊れたらまた直しますよ。是非温かい温度で気持ちよくお風呂に入ってくださいね』と言ったらようやく温度を上げてくれました」（多機能型事業所：Uさん）。

ここで出てくる「彼」のことを、U さんは実はとても優しい人だと述べている。買い物に行くと必ず他の入居者に缶コーヒーを買ってきてくれるという。そうしたこともあり、皆から好かれる存在でもある。そうした人柄を持っている人であろうと、その「こだわり」はときとして、病気がもたらす特徴として表れてくるという。

3) 心配性であること

不安に駆られ、そこから脱することができなくなるということも起こりやすい。グループホームという「退院して地域で暮らしたいけれども、一人で暮らしていく自信がない」といった人々が生活する福祉施設で、日常生活を支える T さんは以下のように表現する。

「咳が出ただけで肺炎なんじゃないかと疑ったり、もっと重大な癌なんじゃないのかと疑ってしまい、そうした心配性の部分が、当事者の方の不安をどんどん増幅させてしまうことはよくありますね。不安を持ってしまうと、それもまた問題です。それをきっかけにどんどん体調も悪くなってしまうのです」（グループホーム：T さん）。

繊細な神経を持ち、それゆえに精神病を患った人にとっては、「不安」という心の状態は、その人自身の体調にも表れてくるものであることが分かる。1)、2)、3)で見てきた病気がもたらす特徴は、それぞれがそうした精神障害者の感覚の敏感さ、そして繊細さといったものに影響を受けている。それが「気になってしまうこと」、「こだわってしまうこと」、「心配性であること」といった言動を生み出している。

4) 幻聴

幻聴は統合失調症の特徴である。前項でも述べたように、それは当事者にとっては「本物」の声となって聞こえてくるものであり、病識として気が付くことはなかなか難しい。たとえ自覚があったとしても、幻聴は当事者にとって何かを訴えかけてくるものとして存在し続けるのであり、当事者はそれに呼応するように行動を起こすことがある[岡田 2010:90]。そうした幻聴の扱いにくさについて看護師の R さんは以下のように述べる。

「こちらが発した言葉にはとても影響を受けやすいですね。医療に従事するという立場にあるわけですが、看護師の言葉が当事者にとって幻聴となってしまうことがあります。また精神科医の言葉が『出てけ！』といった乱暴な言葉に切り替わって聞こえてしまうことがあります。言葉遣いには注意をしなければいけないし、迂闊な言葉はかけずにじっくりと向き合わなければいけないと思っています」

(看護師：Rさん)。

5) 妄想

妄想も同様にして、統合失調症の代表的な特徴として存在している。グループホームの世話人であるTさんは、以下のように述べる。

「視線による恐怖などを感じる方はいますね。社会の人がいつも自分を見ていると勝手に感じ取ってしまいます。いつも当事者の方を車で送迎している所は、地域の小学校の通学路ですが、子供を見かけるといつも『子供が自分のことを見て笑っているんだよ』、『何か俺に文句を言っているんだよ』と言ってきますね」(グループホーム：Tさん)。

4)、5)に見る幻聴、妄想はとりわけ統合失調症の急性期における最初の症状として出現しやすいものである。そしてそうした症状は慢性疾患になりやすいものとして存在している。安定期になっていくに従って収まっていく傾向にはあるものの、それは今後も薬の服薬によって抑え続けたり、きちんとした治療を受け続けなければならないものとして存在するのである。

6) 人間関係を自分から切ってしまうこと

当事者のAさんは、10代前半からうつ症状にも悩まされてきており、17歳の時には統合失調症を発病している。そして幻聴に悩まされる日々を送りながらも学校に通った。Aさんは、そうした日々を振り返り、以下のように述べる。

「精神の人に見られる特徴は『人間関係を自分から切ること』だと思います。私の場合もそうでした。人から見られるのが嫌だったり、病気への理解を求めるのが大変だったりして人間関係を切ってしまい、結果どんどん孤立してしまいました」(当事者：Aさん)。

Aさんはストレスがかかるそうした学校生活にも耐えることができず、また病気の悪化もあり、高校在学中には3～4か月に及ぶ2度の入院を経験することとなった。患

者は神経が過敏になるとき、幻聴や妄想などの病的体験により外界と接触することに大きな負担と苦痛を感じやすくなるという[岡田 2010:110]。そうした状態が患者を孤立させ、ひきこもらせることに繋げる可能性がある。

7) 生活全てがおっくうになってしまうこと

うつ病の陰性症状には、意欲や関心の低下が見られる。自分の現状に対して悲観的になったり、死ぬことに義務感を感じる「希死念慮」を生じることもある[岡田 2010:108]。うつ病を患った経験のある D さんは、その経験を以下のように述べる。

「周りの友達結婚して仕事もしています。自分だけが家にいてただ寝る日々を送っており、どんどん遅れていくようでした。そして社会から疎外されていると思いました。そう思うと全てがおっくうになってしまいました。トイレに行くのもおっくうであるほど体が動かなくなっていました」(当事者：D さん)。

病がもたらす症状は、当事者を活動的でさせなくなるだけでなく、それにより社会からの疎外感をもたらすこともある。こうした状態にありながら、無理をして仕事や学校などに復帰しようとする、思うように体が動かないことで余計悲観的になってしまうこともあるという[岡田 2010:108]。こうした症状に対して問題なのは、周囲が理解することが難しいことである。D さんは、「怠け」としての理解、「自業自得である」との理解がされてしまうこともあることを指摘する。

病気がもたらす特徴は、常にそれを持ち合わせる本人にとって向き合わなければならないことではあるが、それは社会で生きる上で周りの人々との関わり合いの中に位置付けられてしまう。繊細な感覚と共に生きている当事者は、社会の反応に、その病気のもたらす特徴を以て、さらに反応しながら生活していかなければならないことも多い。病気と共に生きていくことの生き辛さというのはこのようにして存在している。

(3) 医療と繋がりながらの生活

精神病の治療において服薬は不可欠である。精神病は再発のリスクが非常に高いことから、「治癒」という表現ではなく、「症状が落ち着いている状態」を表す「寛解」という言葉を用いる。そして寛解状態を維持するために多くの場合は服薬を続けな

ればならない。まだまだ全てが解明された病ではない精神病領域では、常に新しい薬が生み出されており、当事者は自分に合った薬を見つけるために様々な薬を試すことがある。30年近く統合失調症を患っているBさん（60代女性）、また前出のAさん、家族のIさんは薬の力について以下のように述べる。

「本当に体が動かなくなっちゃう薬もあるんですよ。薬は本当に色々な種類があるんです。薬のひどさとかも世の中の人に知ってほしいです」（当事者：Bさん）。

「薬による副作用として眼球上転していました。いつその症状が出るのが怖く外出できませんでした。副作用を止めるために、それを止める違う種類の薬を処方され、それを飲むとさらに違う副作用が出ました。薬漬けの日々でした」（当事者：Aさん）。

「薬を飲んでから、どんどん思考力の低下が始まっているようですね。それから感情もどんどんなくなっていきます。私はそうなってしまったのは、やっぱり薬のせいじゃないかと思っているんですけどね」（家族：Iさん）。

精神病の薬には、その症状を抑えること以外に副作用という問題がつきまとう。それは服薬者の体に何らかの異変を起こさせてしまうものである。ここで挙げた副作用はあくまでも一つの例であるが、その他にも様々な副作用が存在する。そうした当事者を日常生活の中で目の当りにしている家族は、以下のような反応をみせている。

「ある薬を飲んでから、急にハイテンションになってしまったんです。本来の娘ではなくなってしまった状態なんです。でもそのことを先生に相談しても、『元気になっていいのではないのですか？』と言われるだけで理解してもらえなかったんです」（家族：Fさん）。

「親もある程度病気や薬のことを調べて、提案していかなくてはいけないと思います。医者からは何もアクションを起こしてくれないんじゃないかと思いました」（家族：Lさん）。

「先生の気分を損ねないようにしつつ、薬を変えてもらえるようにしています。気持ちよく、よりよい治療をしてもらえるように、時に褒めて、仕向けての繰り返しですね。わが子のために動くことに必死なんです」(家族：Hさん)。

多くの家族が薬のことで不安になっている。現在の状態を少しでも改善したくて薬を違う種類のものに変えたいと考えているが、しかし変えるにあたり、医師との間に当事者をめぐり、衝突があることが読み取れる。ここには医師と家族との間に、診察の場で医療という観点から当事者を診ること、あるいは診ていないこと、さらには、一緒に生活することで日常生活という観点から当事者を見ること、あるいは見ていないことという点で、両者に違いがあると言える。しかしながら、こうしたやりとりをすることそのものが家族にとっては大きな負担である。実際に生活する上で当事者を引き受け続けなければならない家族にとって、医師の判断により改善が見られないこと、また自分たちの意志に反してそうした治療による服薬が継続されることに対してストレスを感じることは、当然である。ちなみに、これまでに日本では、「多剤大量処方」という同じような薬効の薬が複数処方されることが、慣行化していたという背景が存在する⁽⁶⁵⁾。過量に服薬をさせてしまうことにより、それぞれの薬が相互作用を起こし、その効力を増強させてしまったり、また副作用を作り出す。そうした問題点が指摘されたことから、2014年3月に厚生労働省により、一定数以上の処方をする際には届出を必要とする制度が整備された⁽⁶⁶⁾。

服薬することが当事者に対して悪化を招くことがあるのであれば、それによって家族は翻弄される。服薬による生活変化に係る不安について、Lさんは以下のように述べる。

「当事者の息子は、今一人暮らしをしています。でも、最近薬を変え始めてからは、様子を見る必要があるので実家で暮らしていますね。本人はすぐにでも一人暮らしに戻りたいようなんですけど、心配なんです。再発の不安っていうのもやっぱり常にあることもあって」(家族：Lさん)。

ときとして家族の生活習慣も変えるほどに薬の影響力があるということは、注目す

べき点である。治療を受けて服薬する過程でも、当事者、家族の双方は常に不安定さに支配されている。脆弱な身体を当事者、家族共に引き受けていかなければならないことが読み取れるだろう。

(4) 就労の場面

就労の場面というのは、社会に対して関わりを持ち、責任を負うというもの、そしてその対価として社会からお金を受け取るという場面である。病気のために直接的に社会と接点を持つことが健常者と比べて少ない精神障害者にとって、就労の場面というのはどのようなものなのだろうか。

就労の場面においてまず問題になるのは就職活動である。この場面について、当事者である前出の A さん、B さんは以下のように述べる。

「ハローワークでは、精神障害者であるということがわかってしまった途端に対応が変わります。他の人にたらい回しにされます。あげくに職は見つかりません。あっても有期雇用で、正社員はないのです」（当事者：A さん）。

「『高齢である』というよりは、『精神病である』との方が、職がないということですね。通院のために 1 週間に 1 回病院に行くので休ませてください、遅刻させてください、というのは通用しないようです」（当事者：B さん）。

精神障害者にとっての雇用は厳しい。うつ病の当事者である D さんも、これまでに履歴書の病歴に「うつ病」と書くと、全て落とされてしまった過去を有する。仕事を得るには、ときとして自分の病気を隠さなければならないという事情が存在する。D さんは、精神障害者の人が仕事につく場合には、働き方として「クローズで働く」（自分が精神疾患を持っていることを会社に隠しながら働くこと）と、「オープンで働く」（自分の状況を明かして働くこと）の 2 種類があると言う。

「もし精神病であると会社の人間が知ってしまったとき、どのように処遇されるのかということに恐れがあります。私自身は『オープンで働く』ことを公言している会社で勤務できているのでよいですが、『クローズで働いて』いる周りの人

は本当に大変そうです」（当事者：Dさん）。

こうした当事者の語りのそれぞれは、「会社」という病院の外、つまり「地域社会」における精神障害者への理解の不足が主に要因となり、当事者への雇用がないことに繋がっていることを示している。そのため、職を得るために自分の病歴を隠しながら仕事を行う人もいるのである。こうした状況を踏まえて、看護師のSさんは以下のよう

に述べる。

「今の風潮としては、入院患者がどんどん退院して地域社会で生活することであって、国も病院もそれを推し進めています、そもそも地域社会に『意識の面』で受け皿がなければ当事者は生活していくのが困難です」（看護師：Sさん）。

A病院では、そうしたことに問題意識を持つことから、地域社会の様々な施設に向いて、病気の理解を求める出前講座を行ったりもしているという。しかしながら精神病に関しては、「うつ病」に関する知識の取得には少しずつ会社に需要があり、また理解されるようになってきているようだが、「統合失調症」についてはまだまだ理解が進まないとのことである。また、「うつ病」に関して理解があると言っても、それが仕事する上での企業の施策に上手く反映させられているかといえ、そうでもないのが現状である。Dさんは「うつ病」の人に割り当てられる仕事内容について以下のよう

に述べる。

「私の会社はやりがいのある仕事がありますが、他の会社では、コピー用紙の枚数を数えるだけ、印刷をするだけといった程度の仕事しかないようです。それはそれでどうなのって思ってしまうですね。もっとできることがあるはずです」（当事者：Dさん）。

精神の病を抱えている人が実際にできることと、企業が精神障害者に要求することとの間にはギャップが存在する。まだ企業側の精神障害者への理解が足りず、どれだけの仕事を依頼できるのかという把握に繋がっていない現状をこの語りから垣間見ることができると言えるだろう。しかしながらその一方、精神の病を抱える人にはとき

として勤怠の不安定さがあることも事実なのである。

「アルバイトから始めて無理して無理して働いて、契約社員になった途端に、がくっと落ちて燃え尽き症候群になってしまう人を何人も見てきました」（当事者：Dさん）。

精神の病を抱える人は、その繊細な神経と感覚からして環境の変化を受けやすかったり、過度なストレスに耐えることができなかったりすることが、健常者に比べて多い。そうした理由から企業側としてもどれだけ任せることができるのかを決定し、実行させるのに負担がかかるのもまた事実である。仕事量の決定と遂行は、双方のコミュニケーション、そして細部まで行き届いたマネジメントが必要な分野なのである。Dさんの会社では、精神保健福祉士の資格を持つ人事担当者が毎朝と帰宅時に精神の病を抱える社員と面談をし、体調チェック、仕事の悩み相談などを行っている。さらには、勤務時間も段階的に増やしていくなどの方策がとられているという。そのようなサポート体制が、精神病に関する確かな知識と共に運用されることが今後の精神障害者雇用の場面において必要になってくるだろう。

また家族にとっても、当事者の雇用は重要な関心事である。ほとんどの家族は、精神の病を持つ家族が職に就けないことを、「親の亡き後」への不安として挙げている。

「金銭面での不安もあります。今は親が防波堤のようになっていますが、今後はどのようにしたらよいでしょう。親亡き後にも生きられるように経済的に自立させなきゃいけないはずです。早く道を見つけて自分自身も安心したいです」（家族：Kさん）。

親の亡き後について、病気を抱えるがゆえの生活面や金銭面での苦痛や、孤独や不安に陥ることがないように、などの点をそれぞれの家族は不安点として挙げている（家族：Eさん、Gさん、Hさん、Iさん、Kさん、Lさん）。その中でも金銭面での不安は代表的なものとして存在する。コミュニティソーシャルワーカーのWさん、当事者のAさんは、精神病には軽度の症状を持つ人もいれば重度の状態にいる人もいるが、その中でもとりわけ軽度の状態にある人間の方が金銭面においては生きにくいと指摘

する。それは、「障害者年金も生活保護も受けることができず、しかし企業にも雇ってもらえない人」が軽度の症状を持つ人に多く存在することによる。国からのサポートも受けることができなければ、働く意志はあっても民間企業で働くこともできない。インタビューにおいて、親亡き後における金銭面を心配する声が多かったことは、こうした当事者を支える家族が世の中に多く存在することを示唆していると言えるだろう。

就労は精神の病を有した全ての当事者に可能というわけではない。その程度、また症状の経過の段階によってもできるかどうかということが移り変わっていくものである。しかし、生きていく上で必要不可欠なものとして捉えている当事者が多く存在しており、需要があることは事実である。それにも関わらず、社会の精神病への認識など、様々な理由を背景に十分な雇用の供給がないことも事実なのである。

(5) 自分の意思で生きたい当事者

精神病にかかってしまったことをきっかけに、当事者はその意思を伝えることが難しくなってしまうたり、また家族の心配が強いためにその意思が覆い隠されてしまうことがある。当事者の意思は、その病気ゆえにとっても扱いにくいものであるわけだが、その意思の尊重を巡り、家族はどのように対応しているのだろうか。またその家族との関係性の中で当事者はどのように反応し、自分のあり方を決めているのだろうか。ここでは「当事者の意思」に関わる語りについて考察する。

当事者の意思に関わる語りとして、うつ病当事者の D さん、統合失調症の息子をもつ家族の H さん、I さんのものに以下のようなものがある。

「『仕事もしないで友達と飲みに行くんじゃない』と父親に怒られていました。でも私にとって友達に会うことは、不安定な私にとって心の栄養になるものでしたし、自分の悩みを唯一吐露できることでした」（当事者：D さん）。

「私の夫と当事者の息子が男同士で話し合いをした後、夫から『お母さんはいない方がいいんだよ』なんてことを息子が言っていたと聞きました。詳しく聞くと、どうやら私が息子のことを何かと制限していたようでした」（家族：H さん）。

「私は、当事者の息子の兄弟である長男から、よく『親の見方って主観的でわがままだよ。ある程度本人に何をしたいのか聞かないと。本人の思いを聞かずに援助するなんてそれはただの親のエゴだよ。』って言われていましたね」（家族：Iさん）。

当事者が自分自身の意思を持って生活すること、それに対する親の考え方がぶつかり合うことによって、当事者にはある種の不満が蓄積されていく。家族は精神の病を心配するがゆえに過剰に心配し、その結果、当事者のできることとできないことを見極めずに、自然と当事者に対して制限をかけてしまうこともあるだろう。そしてそれが当事者にとって、意思の尊重を阻まれるものとなってしまふことがある。ただ、こうした制限を自然とかけてしまうことは、精神の病を有しているか否かに関わらず起こりうる問題でもある。

そうした問題とはまた別に、精神の病、とりわけ統合失調症を患うがゆえに「意思の尊重」が難しいことについて、臨床心理士のQさん、多機能型事業所のUさんは以下のように述べている。

「意思を尊重するのは、基本的にそれが尊重されることで現実的な適用範囲に収まってくれる場合ですね。それがずれてしまっているのも病気の特徴です。ちゃんと見極めなければいけませんね」（臨床心理士：Qさん）。

『本人の意思を尊重すること』と『その時に止めなければいけないこと』との間にはジレンマがあります。どのように擦り合わせるのかは難しいです。時に止めるのは患者にとっては「排除」でもあります。でも、健常者の方との共生社会も想定したときに、そこで生活していけるように今、訓練もしなくてはいけないと思っています」（多機能型事業所：Uさん）。

病気がもたらす特徴として、当事者の感覚、また主張していることが一般的に受け入れることができないものになるということは起こりうることである。その際には、当事者に対してある程度制限をかける必要が出てくるであろう。急性期には妄想や幻聴などの病気の特徴が特に強く、そうした状況下で意思の尊重がなされることは、社

会に対して影響を与えるものであり、また本人にとっても一般社会で生活する上で本来に望まれて行われることではない。しかしながら、そうしたケースにおいても無理矢理にその意思を排除しないように努めつつ、接することの重要性をUさんは述べる。

「まず話を聞き、信じるスタンスを作ることがとても大切だと思っています。そして合理的に説明をし、かつ理解していただけるようにして、でもその上で『こうじゃないですよ』と繋いであげることが大切だと思っています。価値観を強要するんじゃなくて提案型でやるのがいいですね。そしてそもそもこういうことができる関係を普段から患者と私の双方の間に作ることが大切だと思っています」
(多機能型事業所：Uさん)。

病気による考え方なのかどうかなど見極めるのが難しいことを理由に、当事者のやりたいことを家族が阻止してしまうことで、当事者は、まるで家族の支配下に置かれたように感じることもあるかもしれない。Uさんの語りからは、当事者の意思も尊重しつつ、ただそれが本当にできることなのかを見極め、そしてそれが無理な場合でも、当事者の尊厳を守りつつできる方法を模索していくことが大切であるということが理解できる。そして、それは当事者と生活を共にし、身近な存在である家族に求められてくる部分である。

以下では、そうしたことを踏まえた家族の実践の姿を紹介する。家族のEさんは、その日常生活におけるやりとりの中で、息子の主張が受け入れられないものであると考えた時に息子の意向を尊重しつつ対応したことについて、以下のように述べる。

「当事者である息子が、『部屋の中の本を燃やしたい!』と騒ぐことがありました。その時は夫が対応してくれましたが、夫は『じゃあ部屋の中で燃やしたら危ないから一緒に車庫で燃やそうか』と提案して取り合ってくれましたね。息子も納得したようでした」(家族：Eさん)。

家族のFさんは、当事者である娘から「お母さんは仕事も結婚も出産も、女としていたいことをまっとうしていいよね!」と泣かれた経験を持つ。その娘の主張を前にしてFさん自身も納得してしまったと言う。そしてそこから何とかその娘の考え

に寄り添うことはできないかと考えたという。

「随分と悩みましたが、『じゃあ、あなたは どうしたらそれをできると思う？』と聞き返しました。それからは2人でできることから少しずつ一緒に取り組んでいます。最初は家事から始めました。それからは、毎日昼頃まで寝ていた娘も早起きをするようになりました。その当時お付き合いしていた人とも相談して、結婚も週末婚ということで週2日だけ彼と暮らすことから始めました。出産もでき、今では月に1週間の実家帰りをしつつ、無理なく暮らせるように工夫した日々を送っています」(家族：Fさん)。

当事者の中には、上に挙げた2つの事例とは異なり、自分の意思を伝えることができずに抱え込んでしまう人もいます。Lさんの当事者である息子は、その兄弟夫婦にできた子供がLさん宅を訪れないことを、「自分がこの家にいるせいだ」と捉え、ストレスを抱え込み、イライラが続いてしまうことを医師に相談していたという。Lさんはそのことを医師から聞き、悩んだという。その息子は、その病気の特徴として、イライラを募らせるとすぐに「大声を発してしまうこと」がよくあったためである。

『「大声を出しちゃうと、もうお兄ちゃんの家族はこの家に遊びに来れなくなっちゃうかもしれないけど、我慢できる？」と聞きました。そしたら『大丈夫だよ、ちゃんと薬も飲むし！』とのことでした。結局、その後問題は何もなかったです。要は、息子は普通の生活がしたかったんですよね。人間としての生活、甥から『おじちゃんと呼んでもらえる生活』をしたかったんですよね」(家族：Lさん)。

これらの語りは、当事者の主張だけでなく、当事者が言い出せずに埋もれてしまっている主張を家族が引き出し、尊重することが、納得感を感じながら生活することに繋がっていることを示している。またそれは、家族と当事者とがよりよい関係を結ぶことにも繋がっている。当事者のことを心配するがゆえに、管理的な対応してしまうのではなく、また病気のことを原因とするからといって一方的に排除するのでもなく、当事者にとって納得のできる着地点を模索できている。

しかしながらこうした「当事者の意思が尊重されること」も、一方的な家族の配慮

によってのみもたらされるものではないことを、当事者の A さんは主張する。A さんは、仕事を始めてから父との関係が良好になっていった。時に病気への無理解に端を発した発言をする父親に不満を募らせていた A さんではあったが、父親の対応が自分との関わり合いの中で変わってきたとのことである。

「昔は父に遠慮がありましたが、自分自身も仕事を通じて自信をつけたこともあり、はっきりとものを父に対して言えるようになりました。そのこともあり、今では互いに受け入れ合っていますし、対等に渡り合えていると思っています」(当事者：A さん)。

全てを家族任せにするのではなく、当事者自身が感情や思い、そして主体性を持つ一人の人間として意思を主張できるように努めていくことが当事者に必要とされることもある。そうした行動が、ゆくゆくは A さんが言うように対等な関係を家族との間に作り出すことにも繋がっていくのかもしれない。看護師の R さんも、人との関わり合いの中で自分のあり方を決めていく重要性を語る。

「元々、精神の病は人間関係の失敗からなることもあるんです。なので、集団での生活の中でどう振る舞うのかということについては、患者が克服していくべきことであり、そのプロセス自体が学びであるという認識でいます」(看護師：R さん)。

自分の主張を通すことを、人とのやりとりを通じて試行錯誤の中で自分自身から身に付けていくことも大切である。そのことはリハビリの方向性としても重要視されるべきと言えることが読み取れる。もちろん、病気がもたらす様々な特徴については周囲の人間の配慮も必要であり、特に症状が激しい急性期においては、当事者の行動が誤った方向に逸れることがないように周囲の人間は注意する必要があるかもしれない。しかし安定期において当事者が、そうしたサポートに毎回全てを委ねていたら、当事者の意思がそこには存在しなくなってしまう。当事者が意思を伝えること、そして周囲の人間が意思を尊重することには困難さが伴うことは上述したそれぞれの語りからも読み取れるが、しかし一方で、それは工夫次第、また気持ちの持ち方次第で改善に

向かう可能性も十分にあると言えるだろう。

(6) 病院に残らざるをえない当事者

精神の病を患った者のほとんどは、何かしらのきっかけでその病を周囲の人間が認知した後に病院にアクセスする。その病気の状態が悪いと多くの場合、入院して治療にかかり、その後リハビリをすることになる。しかし、その後退院できるケースが大半である一方、病院からなかなか出ることができない人もいれば、病院から出ることなく一生を終えていく人がいることもまた、事実である。これらの背景には何があるのだろうか。

精神科病院に10年間入院したCさん、7～8年入院したBさんは病院に入院させられていた当時を振り返り、それぞれ次のように述べる。

「私は10年間退院したいと言い続けてきました。10年目によりやく受け入れてもらえました。でもそれは、10年目に状態がよくなったからなのかもしれません。私は、退院して初めて自分が統合失調症だということを知ったんですよ」（当事者：Cさん）。

「『1回入ったら一生出られない』という印象を感じましたね。私はよくなったはずなのになかなか出られませんでした。でも今は、少しよくなるとどんどん出たり、入ったりと繰り返すことができるみたいですね」（当事者：Bさん）。

病状が不安定であるということは、退院できないことの理由として妥当なものである。しかし、それが本人の意思に反し、「入院」として押し付けられている点は、本人にとって、意思が踏みにじられた形として表れるだろう。そのため、その意思を尊重できるように、病状が安定し、退院できる状態になればすぐに病院から出られるような体制を準備する必要がある。しかし、それは必ずしも上手くいっていない。2人は、退院後は福祉領域に属するコミュニティソーシャルワーカーのWさんの支援により、Bさんはアパートの一人暮らしをし、Cさんはグループホームに入居している。2人とも家族はいるものの、家族はこれまでに面会に訪れることもなく、引き取ることもしなかったという。このことから、家族に引き取り手がいないことも退院できない

要因になりえるということは否定できない。Bさんの母親は以前、精神科の看護婦長であった。しかし、病気に理解があり、Bさんのことを上手くサポートできているのかというと意外とそうでもなさそうである。

「私の親は、病院にいた方が幸せだの、ご飯を作ってくれるから安心だのと言います。そして精神病をすごく嫌がるんですね。だから私も顔向けできないんです。今でも連絡がとれない状況です」（当事者：Bさん）。

Bさんは現在60代であることから、Bさんの母親は数十年前に精神科で勤務していたことが考えられる。当事者にとっての「生活の場」を病院の外に広げていこうとする試みは、ここ10年程度のものであり、歴史はまだ浅い。家族であろうと、精神病の看護師であろうと、「精神病」「精神障害者」への理解はその時代性を反映することが推測できるだろう。

こうした問題に対して、グループホームの世話人であるTさんは、また別の角度から問題提起をする。

「退院するにあたっては、ご家族の受け入れが非常に難しいです。元々病院に入院するにあたっては、そもそも当事者が『自分から入りたい』とするケースではありません。家族にとって手が負えなくなる事情があつての入院ということが多いんだと思います。それぞれの家族には大変な思い出があるため、自分の家族に戻ってくるとなると、『またあの大変な生活が戻ってくるんだ』と解釈してしまうこともあるみたいなんですよ」（グループホーム：Tさん）。

当事者を受け入れなければならないということは、一般的に社会が家族に要求する考え方である。しかしその一方で、受け入れる側の困難をTさんはここで述べている。一度入院した当事者が家族の元に帰ってくるということは、家族も今後その当事者、そして病気と付き合っていかなければならないことを意味する。そこへの負担が軽減されない限り、家族の中にどうしても再度受け入れることへの困難が残り続けるであろう。

しかしながら受け入れるというのは、受け入れ側（家族）の視点であるが、当事者

側の視点としては、また全く異なるものも存在する。

「病院を退院したくないと思っている人がいるのも事実です。退院の話を持ちかけるとそれをきっかけに不調になってしまう人がいるのも事実なんです」（精神保健福祉士：Pさん）。

また、作業療法士のOさんは、以下のように述べる。

「最初は入院という事実を受け入れることができない人は多いです。『勝手に入院させやがって』と言って反発します。でも徐々に『やっぱりおかしかったのかな？』と病識がついてきたり、『治療に専念するか！』として入院することへの事実を受け止め出します。その矢先に、国の方針だからといって無理矢理に退院させてしまうのはどうなのかと思ってしまう」（作業療法士：Oさん）。

ここでは、「退院をしたくない人」の視点が医療従事者によって語られている。病院という環境が当事者にとっては、社会的に保護される場として表れていることが読み取れるだろう。環境の変化に弱い当事者にとっては、その環境から出たくないと主張することもありうるのである。しかし、こうした状況に対して当事者のBさんは以下のようにも述べる。

「長くいすぎると外の世界がこわくなる人もいるんですよ。そういう人は出たくないって言います。私は、出たくてしょうがなかったのだけど」（当事者：Bさん）。

これは、「退院したくない」という意志がどのタイミングで当事者の中に醸成されていくのかということを考えなければならないことへの示唆となる。長く病院にいななければならないとなってしまったことには、治療に時間を要すること、そして家族という受け入れ先の基盤がないことなどが原因となっていることが分かるだろう。

そうした現状に対して、グループホームの世話人であるTさんはこう述べる。

「病院に残る必要はないけれども、家族に受け入れてもらえない、そういった人々の受け皿としての施設として、福祉、とりわけ生活の場としてグループホームは位置づけられるのだと思います」（グループホーム：Tさん）。

グループホームは、生活に困難を抱えた人たちが、専門スタッフの援助を受けながら、少人数で生活していく社会的介護の一形態である。病院での入院生活と、家庭内における生活、もしくは地域社会における一人暮らしの生活との中間的な場所に位置するものとして存在している。こうした施設は退院先のない当事者、また自活できるほどの生活力や自信を持たない当事者を受け入れる空間としてあり、その存在は大きい。しかしながら、グループホーム、その他福祉施設が十分に整備されていないというのもまた事実である。現状としては、グループホームに入ることもできず、家庭に戻ることもできず、病院に残らざるを得ない人は多い。そうした人々は「社会的入院者」と呼ばれ、7万人とも20万人いるとも言われている。

病院は「治療」のために患者を「入院」させる。この当然の発想からすれば、病院は患者に対して治療効果を最大限に発揮し、できる限り短期間で退院させることを目標として掲げるはずである。しかし、そのような当然の発想が通用せず、病院に患者を長期間入院させてしまうのが、精神病領域の特徴である。そしてその長期間の生活が行われることによって、そこには「治療の場」という狭義の意味を超え、「生活の場」が立ち現われてくることとなる。退院して地域社会で生活することを望んでいても、「生活の場」としての選択肢が病院内に限られてしまうこともある。そうした理不尽な運命に自分なりに、折り合いをつけていく人々がいることも忘れてはならない問題であろう。

(7) 精神病の受容

完全に治癒することがなく、再発の可能性に不安を抱きながらも寛解状態を維持することに努めなければならない当事者にとって、精神病は付き合い続けなければならないものである。そうした事実に向き合うことに困難が付きまとうことは容易に想像できる。ここでは、その困難さを引き受けること、そして受容しながら生活していくことについての語りをまとめる。

精神病の宣告による発覚は、多くの場合、「排除」、「葛藤」、「混乱」といった様々な

感情を当事者の内面に作り出す。当事者の Aさんは、精神病に向き合うにあたり、「絶望」を内面に抱いたという。

「当時、私は『治せない』という表現に絶望しました。治すというスタンスで治療をしてくれないと、希望を持つことができなくなります」（当事者：Aさん）。

治らないという事実を前にして、今後の治療を受けていくモチベーションは、患者の中になかなか上がりにくいものである。完全に治癒させるということが、医学的に依然として不可能であろうと、そこには当事者の意識との衝突を減らす試みが必要であることは間違いない。治療に努めて、社会復帰のためのリハビリをする中で、多くの場合精神病は、再発のリスクはあるものの、症状の緩和、そして緩和の安定化へと繋がる。そして社会的な生活を再度営むことができる可能性が十分にあるからである。精神病が生物学的に脆弱な要因を持ち合わせていることと、周囲の環境や心に負担を負わせるストレスの影響を受けていることの双方が原因であることを考えれば、当事者の中に回復に繋げていくという意気込みが芽生えなければ、快方には向かいづらい。

しかしUさんは、それでも病気の症状が残り続けてしまう人がいることを指摘する。

「病気であるという弱点は基本的に誰もが克服したいものです。夢や希望が語られるのは当然なのです。私たちもそれを応援したいと思っているのです。でも、どうしてもよくならない人がいるのも事実なんですよ」（多機能型事業所：Uさん）。

症状が慢性的になり、寛解状態としての落ち着きを安定して得ることができない人も中には存在する。しかしながら、そういった人々がもはや一般的な社会生活を営むことはできないのかといえ、そうではないとUさんは言う。

『弱点を認めてそれとどう付き合っていくのか』ということが大事になってきます。病気を抱えながらも、施設を出て生活し、結婚までした人もいます。そういう人たちは病気と付き合いながらどう生きていくのかをよく心得た人たちだと思います。でも、ただそうした境地に達するまでには時間もかかるものだし、な

かなか大変なことなのです」(多機能型事業所：Uさん)。

克服したいはずの病を克服できないと悟ったとき、その事実をどのように受け入れるべきか、混乱する。問題は、その後それをどのように受容すべきか、そして受容することによって、その先の人生を歩んでいくことにどのように繋げていくべきなのかという部分なのであろう。統合失調症を持つAさん、うつ病を持つDさんは病気を受容していくことについて、以下のように述べている。

「自分はダメだと悲観的になったら、この病気の場合は終わりだと思います。自分がかわいそうだと思うからかわいそうなんだと思います。そうして精神疾患って自分自身で作り出している部分もきっとあるんですよね。精神疾患にかかったことは私のアイデンティティであります、だからといって自分で可能性を閉じるようなことはしたくないです」(当事者：Aさん)。

「働く精神障害者のパイオニアになりたいと思っています。『社会と繋がることができる』、『精神の病を持っていても働くことができる』って他の精神障害者も思っているし、地域社会の人々、行政にもそういう認識をもってもらいたいです。だから毎日一生懸命、会社に行き、仕事をしているんです」(当事者：Dさん)。

もちろん、症状の程度により当事者のできることの幅は異なる。Dさんは、それぞれの段階に応じてそれぞれの役割を果たすことの重要性も述べている。

「急性期の人の仕事は休むことで、回復期の人の仕事はリハビリです。そして安定期の人の仕事は、自分を安定させるメソッドを持つことだと思います」(当事者：Dさん)。

各々が、その病気を受容していくとともに、自分自身を見極めながら自分にとって本当に今できることは何なのかということに思考を巡らす。そして自分のやるべきことを自分のできる範囲で見極め、実行する。これができるまでには、Uさんが述べる

通り、時間のかかるプロセスが存在するのだろう。しかし、このプロセスを経ていくことはすなわち社会との繋がりを経ていく過程でもあると言うことができよう。

こうした当事者のプロセスとは別に、家族はどのように病気を受け入れているのであろうか。ここでは「家族会との出会い」に焦点を当て、その受容のプロセスを見ていく。

「私にとっては、家族会との出会いは孤独からの解放でした。精神の病のことは、周りの人にはなかなか話すことができないことです。でも同じ経験をしている人には話せます。『自分はまだ一人じゃないんだ』と感ずることができました」（家族：Kさん）。

今回調査した全ての家族が、その「家族会との出会い」について、それが大切な機会であったこと、また「共有」、「孤独からの解放」の機会になったことを述べていた。そしてほとんどの家族にとって、家族会という場が初めての共有の場になったともいう。

「初めはびっくりしました。あまりにも新鮮でした。こんなにオープンに色々と共有できること、さらには皆が笑い合っていたことに、戸惑いすら感じてしまいました。でもこれでいいんだって思えました」（家族：Hさん）。

「こうして笑いながら生きていけるのであれば、娘が病気であっても、そのありのままを受け入れていこうって思えるようになりました」（家族：Fさん）。

自分の家族が精神の病を患ったことについて、家族自身もこれまで、「排除」、「葛藤」、「混乱」、「絶望」、「孤独」、「自責」、「安心」といった様々な感情を錯綜させてきた。そしてそのことを周囲の人と共有できず、自分自身で抱え込んできた家族がとても多い。家族会はお互いの思いを共有できる場であり、そして様々な情報を得ることができる場であり、病気への知識を深める場でもある。家族会は、これまでに様々な思いを内面に抱いてきた各々の家族にとって、言わばセーフティネットとして存在している。家族会との出会いはまた、Fさんの語りにもあるように、自分の当事者である家

族への向き合い方の変化にも繋がっている。新しく向き合うきっかけを得たことで、精神病を患う当事者に対しての感情として、「その存在を肯定する」、「共に生きることを前向きに捉える」といった意味合いとして、これまでとは異なる、「受容」へとシフトし出している点も注目に値する。

またこうした機会、活動をきっかけに、「次」に繋がる行動も家族会に所属する家族は起こしている。

「仲間がいたからこそ、今度は『息子が生きる環境を整えていきたい』という考えへとシフトしていくようになりました。昔の自分みたいな人が気になるようになったんです。自分たちの活動によって救われる人が一人でもいいなと思っています」（家族：Hさん）。

『『A 県に A 県家族会あり！』』というほど、元気な家族会として全国的に今では有名な組織になっていますね。自分たちの次の世代も巻き込んでいかないと想着いて、今なんとか同じ状況にある家族を巻き込もうと頑張っていますよ」（家族：Eさん）。

家族会での活動を通じ、病気への考えや思いを分かち合う、「共有」の次に、それをさらに大きな規模で行い、当事者を持つ他の家族や行政などをその活動に巻き込もうとするための、「発信」へと方向を変えていく家族も多い。そして多くの家族は発信活動自体にも喜びを見出している。そうした活動を通じ、結束を固め、またその活動を各々の家族自身にも還元している。家族会の活動とは、精神の病にかかった自分の家族を前向きに受容していくための実践であり、また社会的課題の解決のために市民が自発的、自主的に活動しているという意味において、言わば「市民活動」⁽⁶⁷⁾的である。

精神病の受容は、病を内に抱える当事者が行うのと同時に、その当事者を近くで支える家族も行うことがある。家族は、ときとして当事者のサポートをし、社会との接点を持つ上での代弁者にもなる。そのため、家族が病気への正しい考え方を持つこと、そして「堂々と構えている」ことは当事者にとって心強いはずである。精神の病を抱える当事者、そして見守る家族にとって、病を受け入れ、そこから自分のできること

を見極めて何かに挑戦していくことは、「生き方」の転換になることを本項から読み取れるだろう。

2. 医療、福祉と地域社会

本節では、精神障害者が社会生活を送るために必要な社会基盤について、特に医療、福祉と地域社会に注目し、それらの問題点と、また精神障害者の医療、福祉へのアクセスに関わる問題点を取り上げる。精神障害者を近い距離でとりまくアクターの語りに注目することで、生活に密着したレベルでの社会の基盤のあり方について考察したい。

(1) 医療、福祉と地域住民

地域で生活する人々は、精神病を発症したときに、その症状を抑えるために医療にアクセスする。医療施設を出た後は、その症状の程度によってはリハビリが求められる。その際には就労や共同生活の訓練などを行う目的で、福祉にアクセスする必要がある。それらにアクセスする上でどのような問題点があるのだろうか。

多くの家族は自分の家族が精神病を有していることに、身近に生活していてもなかなか気付かないという。

「病院へと行くまでには、何となくおかしいと感じてから4,5年も経ってしまいました。当事者の息子が暴力的になってしまい、窓ガラスを割ったことが原因で医療と繋がりました」（家族：Eさん）。

当事者の異変に気付くことができず、その様子が爆発した形で表れたときに初めて「何かおかしい」と感じ、「病院へ連れて行こう」という考えにシフトしていく。そうした状況を踏まえて、A病院の院長であるMさんは以下のように述べる。

「そもそも精神病であることが分からないということもありますが、自己開示というものがなかなかできないのも現状なんですね。当事者も家族も隠そうとしてしまうんです。気兼ねすることなく精神科に来てもらえるようにすることが精神科病院の課題だと思っています」（A病院院長：Mさん）。

病気への理解がないこと、そしてそれにまつわる偏見が当事者にも家族にもあるためになかなか医療へと繋がりにくいことを M さんは指摘している。以下の語りは、偏見が精神科に存在することを物語る。

「精神科にやってきても『本当はこんなところに来たくなかったんです』と言われることもあったり、また、自殺未遂の精神病の娘が病院に入院することになった時、その母親が『やっぱり、こんなところにいさせておけません。自殺図ってでも何でもいいから家に連れて帰ります！』と言ったこともありました」(A 病院 院長：M さん)。

こうした精神病や精神科病院に対するイメージは、これまでの精神科医療、精神科病院に関する歴史にも一因がある。世論を元に構築されてきた精神病のイメージ、また「監禁」や「隔離収容」といった精神科医療のイメージを作り上げてきた歴史を本論第 2 章では述べてきたが、これらが偏見として地域住民の中に根付いてしまっている可能性は十分にある。そしてそれが結果的に、精神科医療へのアクセスを遠ざけることの原因となっているとの見方ができる。またこうした地域社会に暮らす人々の一般的なイメージは、福祉の領域にも影響を与えている。精神保健福祉士の P さん、多機能型事業所の U さんは、グループホーム建設の難しさを語る。

「グループホームを建設しようとして説明会を開くと、少なからず反対意見が出ます。地域住民による偏見があって、結論として認められないことはやっぱりありますね」(精神保健福祉士：P さん)。

「『24 時間一緒に生活するので、ご迷惑をお掛けすることはありません』と個別訪問しながら一件、一件、説明して回りましたね。地域住民との関わりや数回に渡る説明会の他に、町内自治会長、県の住宅課、民生委員なども巻き込み、話し合いを行うなど、偏見を超えて納得してもらうまでには時間のかかることでした」(多機能型事業所：U さん)。

グループホームへの需要は高まるものの、資金的な事柄とは関わりなく供給量が追いつかない場合もあるのである。グループホームが地域社会に建てられることに対して、地域社会との間にある種の衝突が起こりうる。そこに、グループホームの建設を推進することの難しさ、当事者が福祉へアクセスすることの難しさが存在すると言えるだろう。

精神病は「早期治療」が非常に大切である。統合失調症においては、認知機能障害や陰性症状の進行に伴い、脳の萎縮が始まる。神経細胞がダメージを受けることによって萎縮が積み重なっていけば、遂にはそれが不可逆的な変性に至ってしまうという[岡田 2012:212]。そのため、症状の回復が見られなくなってしまう程、神経細胞がダメージを蒙る前に早急に治療に繋げることが大切なのである。また、精神病は「生活の選択肢」を必要とする。家族に受け入れ先がなく、病院施設に残らざるをえないケースがあること、そして長く病院に残りすぎることで、外に出ることを本人から拒むようになってしまうこともあることを述べたが、脆弱な神経を持つ当事者は、環境の変化に苦手であることもあり、早期に「生活の選択肢」がもたらされない限り、どんどん生活を不可逆的な変性に至らせてしまうこともある。これらのことから、治療を受ける場である医療、そして病気を抱えながらも生活していくことを支援してもらう場や、生活の選択肢をもたらししてくれる場である福祉は、当事者にとって早期に必要なものであることが分かる。このように病気の性質を見ると、偏見が存在することによって医療や福祉へのアクセスが遠のいてしまうことは、解消しなければならない問題として存在していることが理解できるだろう。正しい病気の理解と意識の改革を促進することにより、当事者の身近にいる家族が自主的に当事者を、早期に医療や福祉へ繋ぐ必要があり、また、よりよいサービスや生活の選択肢を当事者が享受できるように、地域に存在する偏見を積極的に取り除いていく必要がある。

その一方で、精神科医の N さんは、近年では病院へのアクセスが増加傾向にあることを指摘する。

「これまでは古い共同体でカバーされていたような心の病の問題が、今の時代においては第三者による医療によって解決してもらいたいと思う風潮へと変わってきました。そのことが精神科へのアクセスを少しずつ可能にしているとは思いますが」(精神科医：N さん)。

社会のあり方、また人付き合いなど、人々の関係性に見る世間のあり方の変化が、結果として人々に精神科医療のニーズを生み出した部分はあるだろう。そしてそのニーズが大きくなるほど、相対的に精神科医療や福祉への偏見を減らす一因となることは、十分に考えられることである。そうした社会的背景の変化による「偏見の減少」とは別に、A 病院やその関連福祉施設では彼らの側から偏見をなくす取り組みも始まっている。

「日常的な相談の対応や、地域交流活動を行っています。病気の理解を促進する家族教室を開いたり、また『憩いの場』としたオープンスペースを設けてレクリエーションを開催し、地域住民の人が参加できるようにもしています」（地域活動支援センター：V さん）。

「地域での講演会に出向いたり、県や国の行政機関に出向き、政策を作るにあたって『現場の声』を伝える役割を担っています。また民間企業における産業医なども務めていますが、そうすることで精神医療への敷居をどんどん下げてもらえればと思っています」（精神科医：N さん）。

「精神科病院における病院祭りを毎年行っていますね。毎年 1500 人もの地域住民が遊びに来るんですよ。自治会長や県の役員も来賓としてお招きしたり、地域の新聞やテレビなどのメディアにも入ってもらえるように尽力しています。病院からイメージを変えていきたいと思っているんです」（A 病院院長：M さん）。

精神病への無理解、偏見をなくすこと、そして医療と福祉への偏見をなくし、アクセスのハードルを下げるのが、当事者の症状と生活を不可逆的な変性に至らせてしまわないために必要である。そしてそれは、医療、福祉から地域社会へ働きかけることによって、その解決に寄与していくことが可能であることが分かる。

(2) 医療、福祉と行政

医療も福祉も、行政との関わりはとても深い。それは、医療においては診療の基準

や診察報酬などの制度、福祉においてはその財源の確保やサービスの決定といった部分で必ず行政が関与するからである。その関わりを通じて、医療と福祉はどのようなところに問題があり、またどのような双方の関わり方がありうるのだろうか。

精神科だけでなく、様々な科を持ち合わせる総合病院において勤務経験のある臨床心理士のQさんは、様々な科の制度を見てきた経験から、精神科を相対的に評価する。

「総合病院にいたときに、月1回各科の点数をもとに、『これだけ稼ぎました』という報告会をします。その時に、精神科はまだまだだとの見方はいつもされていましたね。診察報酬の単価が、精神科の場合は非常に低いことが主な原因だと思っています。でもこれって国が決めている方針なんです。そしてそれって、国が精神科に対して安い評価を与えていることだし、もっと言うと、今の世の中の評価ってこういうことなんですよ」（臨床心理士：Qさん）。

現在の精神科に対する評価は低く、その重要性は認識されていない。それは、現行の精神科医療体制においては、「精神科特例」により、「精神科における医師の数は他科の3分の1、看護師の数は3分の2でよい」とされており、精神科への国の政策としての注力度合が低いことから読み取れる。精神科自体が軽んじられていることが、世間レベルにおいて、そして国レベルにおいても見ることができるだろう。そして、その影響を被るのは当事者である。日常生活活動、創作活動やレクリエーションなどを行う作業療法において、専門の知識を有しながら患者のリハビリに取り組む作業療法士のOさんは、その作業療法における懸念点を以下のように説明する。

「作業療法士の仕事は、『何回やれば何点』という国から決められた点数制度に基づいています。そして1回の作業療法2時間あたり、25人まで1人の作業療法士が担当するという仕組みになっています。正直1人でこれだけ相手にするのは大変です。ただ診察報酬がこうした仕組みで決まっていくこともあり、国としての決まり、病院としての決まりなのです。そのため、なかなか患者さん一人ずつ個別で対応するのが難しいという現状があります」（作業療法士：Oさん）。

Oさんは、当事者の方と関わる上では、時に意思の尊重に配慮しながらコミュニケ

ーションを十分にとること、そして作業療法をする上で、柔軟性を持ちながら、時にしっかりと個別に対応していくことが大切であると述べる。しかしそれをしていくには、システムも人員も時間も十分でないことを述べている。

一方で、福祉について、コミュニティソーシャルワーカーの W さんは、福祉で働く人間の給与体系について言及する。

「皆が声を揃えて言うのは、『お金がない』ということですね。職員に対してお金が満足に入らない不安定な仕事だと思っています。女性がシングルマザーになったり、男性が結婚して子供ができたりすると家族を養えなくなるのですぐに辞めてしまいます」（コミュニティソーシャルワーカー：W さん）。

福祉は、税金の一部を予算化することによってその財源が確保されており、福祉従事者の給与には、多くの場合その財源が用いられている。財源の固定された福祉にとって、給与体系が営利企業のように儲けた分だけ上がるわけではないことから、給与は社会的に見たときに相対的に低くなる。十分な給与がもらえず辞めていく人が続出するということは、同時に専門的な知識を身に着けた人材が、福祉の世界から流出してしまうことを意味する。そういった意味で、働く人にとって安定した職場環境を維持できないことは、働く本人の生活のみならず、福祉全体にとっての大きな損失に繋がるのである。

また、精神保健福祉士（精神障害者の生活問題や社会問題のための解決の援助を行う）の P さんは、行政との関わりにおいて、それが申請ありきのサービスであることを指摘している。

「社会参加に向けての福祉サービスを提供する際に、行政の関わりが強いために、制度を介して関わらなくてはいけないことが多いです。申請ありきのものが多く、タイムリーに動くことができなかったり、また柔軟に対応することが難しいです。人の生活に関わる部分にはもっと柔軟性が必要だと私は思っているんですけどね」（精神保健福祉士：P さん）。

行政との関わりは、申請など、手順を確実に踏まなければならない、時間を要すこと

から、当事者の生活状況に合わせた臨機応変な対応を行うことがなかなか難しいと Pさんは語る。柔軟に動けないことが福祉の質を下げることに繋がっているのである。

行政と医療、および福祉との関わりにおいて共通する部分は、行政制度上のしがらみが存在することである。さらには十分な財源が確保できないために、柔軟性を持ちながらのそれぞれのサービス提供が難しいこともある。それゆえに、当事者に対するサービスの質が向上しないのである。

他方、これらの語りに対して精神科医の Nさんは、全く異なる視点から行政との関係性について述べる。

「日本という国は医療費が増えてしまっているわけであり、それを切り詰めている段階です。そうした状況下で国に一方的に支援を求めるのは違うと思っています。自分たちで改善していかないといけない問題もあるはずです」(精神科医：Nさん)。

「医療任せということで、ただお金をかけて治療を受けさせ続けるということは違うようにも思えます。無理に治療を受けさせ続けることは逆に、悪影響を及ぼすこともあります。どこまでが医療でやれてどこまでがやれないのかはとても微妙な問題ではありますが、ときとして家族で支えていく、社会全体として支えていくことは大切です。医療に全てを委ねなくても状態がある程度よくなれば、周りのサポートを得ながら自分なりに寿命をまっとうできることもあるのです」(精神科医：Nさん)。

Nさんの考え方は、国に一方的に押し付けるのではなく、医療と福祉の領域が社会において、時に独自にそのサービスを工夫して作り出していく必要性があることを示している。そして国の財源、つまり今後の限りある医療の資源を想定したときに、社会全体として精神病に向き合っていくことの必要性を訴えかけるものである。多機能型事業所の Uさんの語りは、そうした Nさんの考えを考慮する上で意義深い。

「グループホームを建設したり、確保したりするにしても、患者のご家族のつてをお借りしたり、不動産屋さんと連携したりすることで、県営の住宅を安く借り

て自分たちで回していくというケースがとても多いです。結局、国からの資金の投入が少ないことによるのですが、自分たちで地域の人たちの協力も得ながら回していていますね」（多機能型事業所：Uさん）。

Uさんの語りに見るグループホームの確保は、時に行政の援助が十分でない中でも地域社会においてサービスを作り出していく可能性を示している。ただそれにあたっては、医療、福祉以外の領域とどのように連携し、成果を最大化できるのかという点が重要となる。

昨今、当事者にとっての「場」は、病院から地域社会へと移行しつつある、言わば「地域移行」の段階にある。そのことは、患者を隔離収容していた時代の反省を踏まえた人権意識の高まりの結果であり、また精神科医療を真摯に受け止めた人々による結論である。また同時に、かさみすぎている医療費により、医療保険制度が危機的狀態に陥ったこの時代において「医療費を削減しよう」という国の思惑も存在しているだろう。そうした状況下において、医療と福祉を取り巻く環境は大きな変化の過程におかれることになる。その時に、医療と福祉の存在のあり方が問われるのである。

第4章 精神障害者にとっての「生」の場の構築

現在では、社会的に排除される存在であった精神障害者を包摂するための様々な支援が行われている。2014年1月に障害者権利条約を批准したこと、またそれによる国内法の整備などを通じ、健常者も障害者も共に地域社会で生活していくことを理念とするノーマライゼーションの風潮ができたことで、社会の様々な空間において「包摂」の概念が立ち現われようとしている。しかし、こうした「包摂」は今日において初めてなされるものではない。これまでの時代において精神障害者は、「包摂」とは対照的な「排除」を受けていたと捉えられているが、必ずしも「排除」を意図されることによって「排除」されてきたわけではないのである。入院させることを、いたわりであると意図したこと、また精神障害者の絡む事件における匿名報道を人権擁護の観点で捉えたことなどのように、結果として当事者にとって「排除」となってしまったことが、実は「包摂」を意図していたというケースは存在する。「隔離収容」、「人権侵害」といった否定的なイメージをその歴史においては有していた精神科病院でさえ、それは、「対象となる人々を一時的に『全制的施設⁶⁸⁾』に隔離し、教育、訓練、治療などの『対処』をおこなうことで社会的に包摂しようとする」[内藤・山北 2014: 2]という認識と目的のもとに存在したのである。このように社会的な「包摂」と「排除」は必ずしも自明なものではない。この2つの概念は二項対立的というよりは、錯綜したものとして表れてくるのである。

このように考えると、病院体制から「地域での生活」へと方策が移り替わり、精神障害者にとっての「生活の場」が大きく変容する中で、制度による精神障害者の処遇においても、また日常生活というミクロなレベルにおいても、「包摂」と「排除」の場面がさらに広がりを持ち、そして入り組んだ形として表れてくることが想像できるだろう。この状況下で求められるのは、いかなる「排除」がどのように構築されてきたのかを検討すると同時に、またその「排除」を解消し、より当事者にとって受け入れることのできる「包摂」へと転換していくためには、どのような働きかけが可能であるかを検討することである。そしてそれを当事者による「応答」を基にして検討していくこと、またその「応答」を通じて、精神障害者にとっての「生」の場がどのように表れているのかを探ることである。本論第2章、第3章で述べてきた、精神障害

者をめぐる、歴史、法制度、文化、世論、医療、また日常生活における語りは、それぞれが「包摂」と「排除」の概念を内在化するものとして存在する。これらを基に、当事者、組織、制度、地域社会などが複雑に絡み合うことで形成される「包摂」と「排除」に注目し、その現象が具現化する空間を捉えることで分析を進める。これらのことを踏まえながら、第1節では、社会的に精神障害者がどのような位置づけのもとに存在しているのか、第2節では、その位置づけのもと、どのようにして「生」の場が存在しているのか。そして第3節では、それを取りまく社会の仕組みはどのように存在しており、また今後どのように変化を見ていくべきなのかということを論じる。

1. 精神障害者を取りまく社会構造

本論第2章、また第3章を通して浮かび上がってきた精神障害者を取りまく社会構造の実態像は、図8のように表すことができる。ここで述べる精神障害者は、精神の病を有する当事者として、家族・医療・福祉は、当事者と身近な関係にあり、サポートするアクターとして書き表す。そして地域社会は、家族・医療・福祉の場とは区別されるものとして扱う。ここでは、精神病を理由とした治療やリハビリを行う施設の「外」として、同時に、当事者が自分の意思を持って生活することができる日常生活の場を表すものとして書き表す。

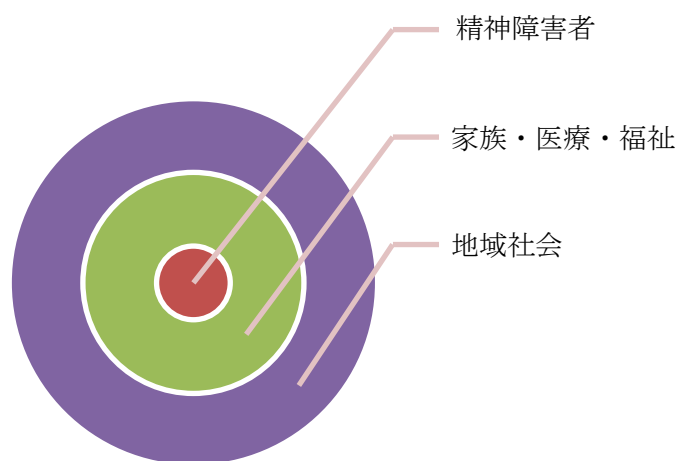


図8 精神障害者を取りまく社会構造（筆者作成）

(1) 家族・医療・福祉というフィルター

精神障害者と地域社会との間には家族、医療、福祉といった、言わばフィルターが存在し、多くの場合、それを介することで精神障害者は地域社会とのアクセスを得ることとなる。当事者は病気の発症により、一番身近で日常生活全般のサポートを行う家族の存在、治療を施すことで病気を治すことに努める医療の存在、そして、病気が障害として残り続けることに対して、それといかに付き合いながら生きていけばよいかのサポートをする福祉の存在と向き合うこととなる。当事者は、多くの場合は、地域社会に復帰するにあたり、これらのサポートを受けながらリハビリをする。そして病気が完全治癒しない以上、これらのフィルターは、精神病の発症時から一貫して当事者を「包摂」するものとして存在し続けるのであり、また同時に当事者が一貫して必要とし続けるものでもある。

これらのフィルターの意味合いは、時代を経て変化してきた。1900年に制定された精神病患者監護法、1950年に制定された精神衛生法は、それぞれ精神病患者を家族に、そして医療に押し付け、隔離収容をすることでこのフィルター内に閉じこめてしまうこと、すなわち、地域社会との接点を断つという意味合いで用いられていた。しかし1990年代以降になると、精神障害者の人権擁護と社会復帰を目指すための法律が次々と整備され、それと同時に精神障害者の生活の場を病院から地域社会に移す方針へと変わる。こうした状況下において、家族・医療・福祉のフィルターは、地域社会に復帰する精神障害者をサポートするものへと変容していった。

(2) 家族・医療・福祉のフィルターに留まること

今日ではこのフィルターの意味合いが変化を見てきたが、実際に精神障害者が地域社会にアクセスすることには困難が付きまとう。症状の改善が見られない場合には、このフィルター内で保護されるべきであるが、当事者の症状が快方に向かい、地域社会に関わる意思があってもその困難は存在する。地域社会にアクセスする精神障害者がいる一方で、その意思に反して、この領域に留まってしまう精神障害者もまたいる。本論第3章における語りにおいて、その実態として以下の点が見られる。

1) 家族のフィルターに留まること

まず1点目としては、「家族の対応」によるものである。友人と飲みに行くことを答

めたり、また家族が何かと当事者の行動に制限をかけてしまったりするなど、そうした家族の対応が図らずも当事者の意思を阻み、地域社会との関わりを持とうとする行動を阻害してしまうことがある。家族の病気への無知、またそれとは正反対に過保護であったりするケースは、当事者にとって自分の意思を上手く通すことのやりにくさを生む。家族との関係性において、本人の主体性が尊重されることこそが精神病を抱える当事者にとって生きやすい環境を作り出すということを、うつ病の当事者であるDさんは述べる。

「私の母親は、『言いたいことがあってもタイミングが悪ければ言わない』、『小言を言わない』、『心配しても過剰な関わりをしない』などの対応をしてくれました。絶妙な距離感を保ってくれたおかげで、私は自由に生活できました」（当事者：Dさん）。

当事者にとって一番身近な存在である家族が、家族としての主観だけで対応することは好ましくない。精神科医でもある岡田は、「しばしば家族のほうは、本人のためによかれと思ってやっているという自覚しかもたず、それが本人にストレスとなっていることはあまり意識されていない。本人のためにという強すぎる気持ちもかえって害になる」[岡田 2010:226]と述べる。当事者の主体性が存在しない限り、真にサポートすることには繋がっていかない。またそうした家族の対応が、脆弱な神経を持ちながらも地域社会にアクセスしていこうとする当事者の気概を奪ってしまうことになるかもしれない。家族という当事者にとって「包摂」の機能を果たす役割が、ときとして当事者に「排除」を突き付けてしまうこともあるのである。

2) 医療・福祉のフィルターに留まること

2点目は、当事者の状態がよくなり、地域社会に出ることのできる可能性があるにも関わらず、受け入れる側の基盤がないためにそれができず、医療のフィルターに留まらざるを得ないことである。家族から受け入れの拒否があること、また福祉の設備が足りていないことにより、いつまでも病院の施設から出ることができず、社会的入院という状態に陥るケースも多い。福祉のフィルターについても同様である。福祉はその性質上、病院での入院生活と、一人暮らしや、家族との生活をするものの間に位

置付けられるものであり、自活できるほどの生活力、また自信のない当事者が、生活の訓練施設として用いるものである。その特徴から、福祉に関わりながらも、徐々に地域社会にアクセスしていくように努める点で、当事者は、地域社会と福祉双方に片足ずつ入れた状態である。しかしながら、いずれ退所していくことを目的とする福祉の施設においても、例えばグループホームに入所して以来、受け取り先の家族がないために福祉のフィルターに留まり続けざるをえない人などは存在する。地域活動支援センターに勤務する V さんは、病院、福祉施設で生活する患者を見てきた経験から、次のように述べる。

「病院や施設では、患者は大分サポートされた生活をしています。ただ、『ここにいていいよ』ということをつままで続けるのかという問題がありますね。社会に出ていけないために、かつて持ち合わせていた葛藤も、ここで過ごすうちに失われていくこともあるんです」（地域活動支援センター：V さん）。

病院で過ごすことが、患者に治療を施し、保護するという目的としての「包摂」を表すのと同時に、それが地域社会に出ていくことができないことを意味する時、当事者にとって「排除」を突き付けることになる。また、その排除を前にして葛藤を抱かなくなるということは、地域社会に出るという考えを当事者自身が「排除」しているということでもある。ときとして当事者は、社会からの「排除」を受け入れ、自らの中にその「排除」を結晶させる。

3) 小括

当事者の症状が快方に向かい、当事者が自分の意思で行動できるようになると、これまで抑制されていた意思や、それに伴う行動力が大きくなることで、図 8 に見る一番内側の精神障害者の円は大きくなり、相対的に家族・医療・福祉のフィルター部分は小さくなる。そしてそのサポートを限りなく少なくした状態で、当事者は地域社会にアクセスしていくように動き出す。その時に、家族・医療・福祉のフィルターという「包摂」空間が、当事者にとって「排除」として表れてしまうのではなく、「包摂」であり続けることが理想であろう。精神病を発症したために立ち現われる、その家族・医療・福祉のフィルターという「包摂」空間は、当事者にとって病気を抱え続ける限

り消えるものではない。しかし、当事者はその「包摂」空間が変化しないことを前提としてはいない。当事者は症状の経過によって、図 8 に見る精神障害者の円を大きくすることもあれば小さくすることもある。その時に、「包摂」空間が、当事者の状況に合わせて自在に形を変え、当事者の意思と折り合いをつけることができるように変化することができれば、当事者の意思やそれに伴う行動に係る「排除」という概念はそこから徐々に減少していくことだろう。

しかしながら、ここで述べられている家族・医療・福祉のフィルターは、当事者、組織、制度、地域社会といった複雑な要素が絡み合うことによって作り上げられたものであり、心掛け一つでそのフィルターの形を自在に動かせるという訳ではない。このフィルターを自在に動かし、「排除」空間を減少させていくこと、そして「包摂」空間を作り上げていくには、社会の基盤に問題を特定し、改善させていかなければならないのである。その点については、本章第 2 節および第 3 節で述べる。

2. 精神障害者のライフスタイルを支える仕組み

国の方針により、今後積極的に精神障害者が退院を促進され、地域社会で生活することになるとき、精神障害者はそこにどのような「生」の場を構築させるのか。本節では、図 8 に見た社会構造の中に位置づけられる精神障害者が、地域社会で日常生活を送ることについて、その生活レベルで起こりうる問題点に着目しつつ、「包摂」の在り方を模索する。以下の図 9 では、その日常生活を支えるに当たり、必要な項目を、本論第 2 章、第 3 章を基にして 4 つに分けて明らかにした。

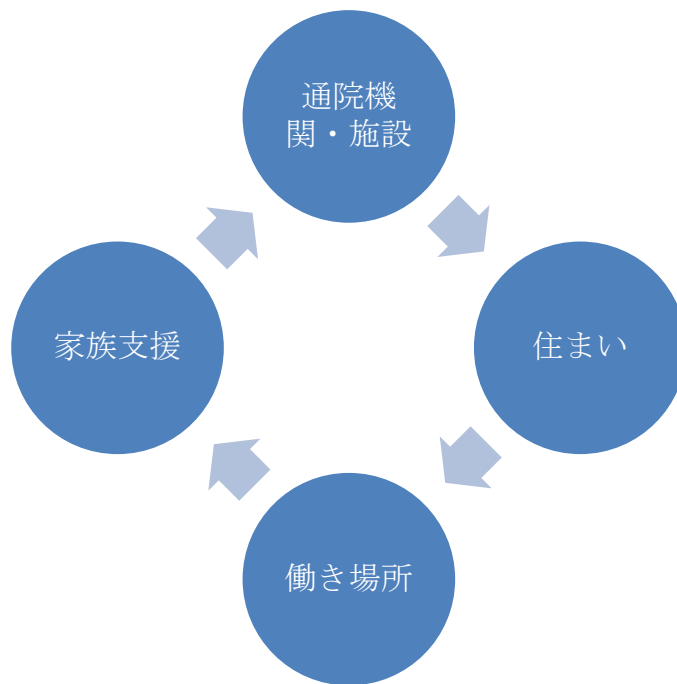


図 9 精神障害者のライフスタイルを支える仕組み（筆者作成）

(1) 精神障害者にとっての「日常生活」

病院を退院し、地域社会に出ていくときにまず問題になるのが「住まい」である。退院先は、その人の状況によって様々であるが、考えられるものに、「家族」、「福祉施設」、「アパート」などがあることが、すでに地域社会で生活をしている当事者の A さん（家族）、D さん（家族）、B さん（アパート生活）、C さん（グループホーム生活）の生活ぶりから伺える。家族と共に生活することを希望するのであれば「家族」という選択肢、リハビリをして生活の訓練をしながら、地域社会との関わりを持つことを希望するのであれば、グループホームなどの「福祉施設」という選択肢、また自分自身で一人暮らしをすることを希望するのであれば、「アパート」という選択肢がある。受け入れ先の状況、また本人の意思次第で、人によっては選択肢が限られるケースがあることもあるが、それらの選択肢が存在する。これまでは、これらの選択肢がない際には、「病院」という限られた選択肢の中に「包摂」され、または「排除」されてきたが、今後は退院と地域社会での生活の促進がなされていくことから、「住まい」の部分に多様性が見られるようになるだろう。

また、精神障害者は完全治癒せず、寛解状態を保ち続けるという性質から、「通院機

関・施設」と繋がり続ける必要性もある。体調の変化に合わせて、服薬の調節や治療、リハビリなどをする必要がある。入院していればいつでも医療に繋がることができたが、地域社会に出てからは自主的に、また周りの人のサポートを得ながら、病気を回復に繋げるための医療、そして生活を支えるための福祉との繋がりを保ち続けることが大切である。

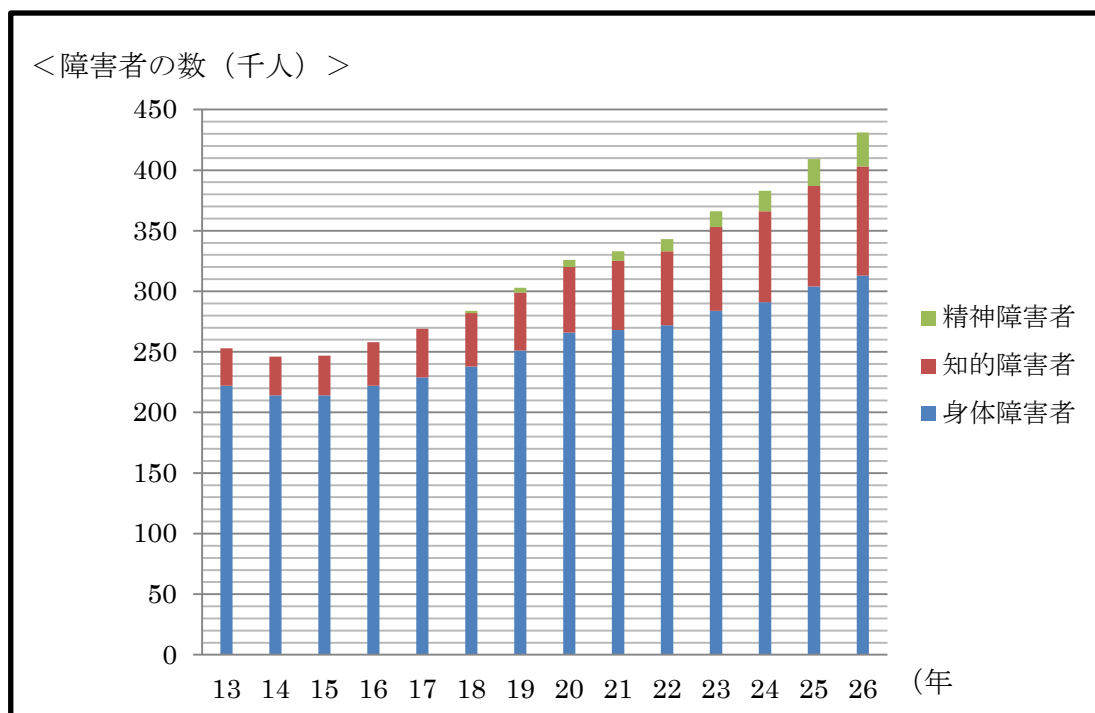


図 10 民間企業における障害者の雇用状況

（厚生労働省 2014 年「平成 26 年障害者雇用状況の集計結果」より筆者作成⁽⁶⁹⁾）

図 10 には、現状の民間企業における精神障害者の雇用状況を示した。雇用施策対象者（20 歳～64 歳の在宅者）の精神障害者数は 181 万人（2012 年）⁽⁷⁰⁾であるのに対し、民間企業における雇用状況は 2.7 万人（2014 年）⁽⁷¹⁾に留まる。そしてそれは、他の三障害（身体障害・知的障害・精神障害）の雇用施策対象者数が、身体障害者数 124 万人（2012 年）、知的障害者数 27 万人（2012 年）であることを考えると、大幅に民間企業への精神障害者の雇用状況が遅れていることを読み取ることができる。精神障害者雇用としては、民間企業以外では、福祉の就労継続支援A型に 1.1 万人、就労継続支援 B型に 5.2 万人（2013 年）⁽⁷²⁾であり、また、就労継続支援A型における平均工賃は 6.8

万円（2012 年）⁽⁷³⁾、就労継続支援B型における平均工賃は 1.4 万円（2012 年）⁽⁷⁴⁾にとどまるなど、今後生活していくのに十分な環境が地域社会にあるとはまだいえない。こうした状況において「働き場所」のニーズ、そして大切さが明らかになる。親の亡き後について金銭面や生活面で心配する家族や当事者が多いこと、また生活保護や障害者年金を国から満足に受けることができず、民間企業からも雇ってもらえない軽度の症状を持つ精神障害者が多いことが、本論第 3 章の語りから読み取れるが、今後は、地域社会に出ていくにあたり、十分な雇用環境が整備されていく必要があるだろう。まだ雇用環境が整備されていないという点でそこには十分な「包摂」空間は存在していない。

(2) 家族にとっての「日常生活」

精神障害者にとっての「日常生活」に注目する上では、多くの場合、家族にとっての「日常生活」に注目する必要がある。2003 年時点では、精神科病院への外来患者の 76.8%がその居住場所を「家族と同居」としている⁽⁷⁵⁾。その同居率の高さは、インタビュー対象者の内、8 人の家族が全員住居を共にしていたことから伺えるだろう。多くの家族がその「日常生活」を当事者と共有しているのである。「通院機関・施設」との繋がりがあったとしても、「日常生活」という観点ではもっとも多くの時間を共有するのは家族であり、その困難も家族が引き受けることになる。本論第 3 章で述べてきた、精神病の発覚とともに家族に降りかかる「排除」、「葛藤」、「混乱」、「絶望」、「孤独」、「自責」、「安心」などの様々な気持ち、そして本論第 2 章で述べてきた保護者制度という、扶養義務として今後も支え続けなければならない、またその負担が過度に強いられることなど、これらのことを家族は引き受けなければならなくなる。家族の対応は、図 8 の家族フィルターにより、その対応が当事者にも大きく影響を与えることを述べたが、家族の精神状態を良い状態に保ち続けることができない限り、そもそも当事者に良い対応はできない。家族の負担を和らげて、「家族支援」に繋げていくことは、精神障害者を支える上で必要不可欠なプロセスなのである。

(3) 小括

本節では、4 つに分けて精神障害者の日常生活において重視しなければならない点を示した。これらはそれぞれの役割を確実に果たしていく必要性があり、少しずつで

もよいので循環していく必要がある。退院して「住まい」が用意されていたところで、その生活を支える「通院機関・施設」へのアクセスが滞っていたら、病気は再発してしまうかもしれない。「通院機関・施設」との連携をよくしていても、家族への支援が十分でなければ、日常生活という身近で支えなければならない人を不調に追いやってしまうかもしれない。また、安定した「働き場所」を得られるようにサポートがなければ、経済的な問題も発生するだけでなく、さらには日中を過ごす場所に問題を抱えるかもしれない。どれかが疎かになってしまうと日常生活は停滞してしまうのである。これまでの入院中心の医療体制においては、医療施設だけが機能していればそれで事足りる部分もあった。しかし、地域社会に出ることは、当事者にとって選択肢のある生活をしていくことであり、その「生」の場を拡張していくことでもある。拡張した先に「包摂」空間が存在するように、この循環を止めてはならない。

3. 精神障害者を支える社会の仕組み・展望

地域社会で生活する精神障害者にとって生活しやすい社会とはどのような社会なのか。本節では、その「生」の場をとりまく社会の仕組みを明らかにし、問題点を指摘するとともに、今後どのように変化を見ていくべきかを考察したい。それを通じ、精神障害者が精神障害者として生きることのできる「包摂」社会の基盤を模索する。

本節では、分析する上で新しく「地域」の概念を加えることとする。ここまで医療や福祉の領域の外にあたるものを、地域社会や地域との表現をしてきたが、それらは「退院後」に待ち受けている、精神障害者が日常生活をする「場」としての意味合いでしかなく、それは「病院や施設を出る」ことに主眼を置いたものでしかなかった。しかし、ここまで述べてきた内容を踏まえると、そうした医療や福祉の外に位置しているその「場」は、第一に、人間の共同生活の総称である「社会」、また、その「社会」に存在する人と人との具体的な繋がりが生み出す空間としての「世間」を含む。そしてその「場」は、そうした「社会」や「世間」を制度や政策、また人々の意識の面から作り出す「行政」や「メディア」といった様々なアクターが存在し、互いに影響をおよぼし合う「場」でもある。このように考えると、この「場」が単に精神障害者の受け入れ場所というだけではなく、精神障害者、さらに医療や福祉の領域に、何かしらの影響を与え、そして影響を受ける存在であることが分かるだろう。こうした意味合いを踏まえた、病院や施設の外に広がる「場」を「地域」として定義し、分析を進

める。そして、精神障害者を支える社会の仕組みを構築することに寄与する1つのアクターとして本節では書き表す。また同時に本節では、医療と福祉を、その「地域」と関係性を持ちながら、「地域」と対等な存在として精神障害者を支える社会の仕組みに寄与するという意味合いを含めて「医療」、「福祉」と表記し、論を進める。

(1) 「医療」と「福祉」の連携

まず、精神障害者にとっての「包摂」社会を考えるにあたっては、精神障害者が有する精神病の特徴を理解し、どういう対応が必要なのかを確認する必要がある。精神病は完全治癒することがなく、「医療」との関わりを保ち続ける必要性を有する病気である。そして多くの場合は、その病気の症状の経過に合わせて、病気が障害として残り続ける部分といかにして付き合いながら生活していくべきかを、「福祉」のサポートを得ながら身に着ける必要性が出てくる。つまり、「医療」と「福祉」は、症状がある段階まで回復して以降は、同時に必要とされる分野なのである。

コミュニティソーシャルワーカーのWさんは、その「医療」と「福祉」について以下のように述べる。

『医療』は命を守るところで、『福祉』は生活を守るところです。『医療』が『福祉』を抱え込むようなことがあってはいけないのです。生活していく上では、町の中で暮らすという雰囲気的大事であり、当事者に入院の時と変わらないような病院との繋がりを持たせ続けることはよくありません。『医療』と『福祉』は連携すべきだけど、分けて考えるべきです」(コミュニティソーシャルワーカー：Wさん)。

「医療」と「福祉」は分けて考えることが必要だとWさんは主張するが、それに対して精神科医のNさんはまた違った観点からそうした問題点を指摘する。

『医療』の必要のない人に過剰に『医療』を提供してしまうこと、そして『福祉』の必要のない人に『福祉』を提供することのどちらもよくありません。けれども、どこまでが『医療』の必要な分野であり、どこからが『福祉』の必要な分野であるかの線引きは非常に難しいものです」(精神科医：Nさん)。

Nさんの勤めるA病院の法人は、病院施設の他にデイケア、社会復帰施設、グループホームなどの福祉施設も有する。こうした施設は、Wさんの見解とは異なり、「医療」が「福祉」を抱えたものとして表れている。病院の敷地内にこそ福祉施設はないものの、病院に隣接した位置に「福祉」は存在する。この福祉施設に勤務するUさんは、そのA病院の法人について以下のように述べる。

「法人内で『医療』と『福祉』が一体化していれば、連携が取れやすいですし、症状が急変した時にすぐに『医療』に繋ぐことができ、すでに信頼関係のある医者に診てもらうことができます。『福祉』と『医療』の連携が悪ければ、症状が悪化した時に入院生活に後戻りすることもあるかもしれません」（多機能型事業所：Uさん）。

Nさんが述べるように、「医療」と「福祉」の線引きが非常に難しいことであることから、これらの領域は何か問題があった際に互いに頼り合うことのできる関係を構築しておくことが重要なのであろう。その点、これらが一体化し、連携の取りやすい環境にあるA病院の法人は患者に良いサービスを提供することができる。こうした「医療」と「福祉」が一体化された環境について、A病院に勤めるQさんは以下のような見解を示す。

「退院はできるけれども、どうしても地域社会に出ていける程ではないという人もいます。そこを法人内で守られた環境、見知ったスタッフがいる環境で、スモールステップを踏みながらやれるのであれば、患者さんにとって地域社会に完全に出る前に、ワークッションになるかと思います」（臨床心理士：Qさん）。

当事者がこうした「医療」と「福祉」の連携に対して何を感じ、どのように「応答」しているのかということが、この問題を考える上で大切である。Qさんの述べるように、当事者にとって、「医療」と「福祉」が一体化された環境が「包摂」された形として表れるのであれば、それは当事者にとって良いサービスであるということである。しかし、不動産屋として精神障害者にアパートを紹介する業務を行う阪井⁽⁷⁶⁾は、厚生

労働省による、「精神障害者の地域以降のための方策に係る検討会」においてこのように発言している⁽⁷⁷⁾。

「これは聞いた話ですが、退院しているにもかかわらず、(福祉)施設にいる彼は、毎日窓の外を見て、『わしゃ（私は）いつになったら退院できるんじゃないかあ……。』と、言われたそうです⁽⁷⁸⁾。」

これらの語りから分かるのは、精神障害者のそれぞれにとって「応答」は異なるということである。地域社会で生活できる程の状態である人が、あたかも病院内に閉じ込められてしまっているような感覚を抱いてしまうことは問題である。そういう人は、もっと「医療」との関わりを弱くした環境で「福祉」のサービスを受けられるようにすべきである。そして、入院するまでもないが地域社会に出るのが負担な人にとっては、「医療」との関係性も強い環境で「福祉」のサービスを受けられるようにすべきである。病院の敷地内や、同じ法人内の施設で生活が始められるのであれば、Qさんが述べるようにそれは地域社会に出るにあたってのスモールステップを踏みやすくするのも事実であろう。当事者の希望と状態に応じて、「医療」と「福祉」のサービスを受けられるように、双方の領域が連携し合うことが必要であろう。そして「医療」と「福祉」の領域が、柔軟に移り変わりがながらそのサービスを提供することのできる仕組みを構築していくことが重要である。こうした考察を踏まえる上で、A病院に勤務する作業療法士のOさんの語りは示唆に富む。

「A病院の法人には、よくも悪くも病院施設があり、デイケアもあり、社会復帰施設もあり、グループホームもあり、ある意味この法人内で治療からリハビリまで完結してしまいます。ただ、『自分たちの持ち物だけで対応できない患者』をどうするかといったときにはとても弱いと自覚しています。他の法人や地域社会にある他の福祉の人々との連携が希薄であるため、それは改善すべき点です」(作業療法士：Oさん)。

Oさんの語りは、「医療」と「福祉」が協力し合うこと、またそれを当事者にとって最も「包摂」がもたらされる形で実現するにあたり、それぞれの資源を上手く使うこ

とができていないことを表している。精神病の症状は、生物学的に脆弱であることと、ストレスなど環境が当事者にとってよくないことの双方の影響を受ける〔岡田 2010:265〕。だからこそ、当事者にとっての「包摂」を個別で考慮しつつ、「医療」と「福祉」が適正なバランスを保って提供される必要がある。そのためにも、当事者にとって必要とされる「医療」と「福祉」が、互いの領域を知りつつ、互いの不足している点を補うことができるように関係を強固にしておく必要があるのである。

(2) 「地域」における偏見の解消

「地域」における精神病、また精神科病院への偏見は解消しなければならない問題として存在している。精神病は、治療が遅れると回復の兆候が見られなくなる程、神経細胞がダメージを受けてしまうこともあり、早期治療が求められる。そのため、偏見があり、正しい知識を持つことができないことを理由に、人々の「医療」や「福祉」へのアクセスが遅れることは避けなければならない。「医療」、「福祉」と「地域」との繋がりは強固であるべきであり、「地域」で暮らす人々にとって、「医療」と「福祉」は身近な存在でなければならないのである。そして身近であることは、精神病の状態が、精神病であると分からなかったり、また「医療」や「福祉」に繋ぐこともできずに抱え込んでしまっている家族の負担を軽くすることにも貢献するだろう。精神病に対する正しい理解が「社会」や「世間」において促進されることは、「医療」や「福祉」に繋がりやすくさせるだけでなく、その病気と今後付き合いながら生きていく上で、「世間」的にも生きやすい環境が整備されていくことを意味すると言えるだろう。「地域」における偏見をなくすために、病院や福祉施設の場を「地域」に開かれた環境にしようとしたり、行政に働きかけることで政策作りに貢献したり、また啓発活動や出前講座などを行うことを、「医療」、「福祉」の領域が行っていることを本論第3章の語りで見えてきた。しかし、偏見をなくすためには、それ以外にも「社会」における制度や「世間」における意識を改善することなど、「地域」内のアクターが「地域」内での取り組みをしていくことも重要である。例えば、「行政」の動きについては、A 県家族会に所属する G さんは以下のように述べる。

「今は学校の教科書に精神病のことが全く触れられていません。小・中・高校生のうちから知ることができれば社会は変わっていくと思っているんですけどね。」

A 県家族会では教育委員会に訴え続けていますが、どうやら時間がかかるようです」(家族：Gさん)。

「行政」が政策を決めることは、「社会」に生きる多くの「市民」の生活を変え、ものの考え方を変容させていくことである。正しい知識の普及、正しい対応のあり方を「社会」が持つように、「行政」が制度、政策の観点で「社会」を整備できれば、その「社会」は精神病への向き合い方をより正しい方向に変化させていくだろう。「市民」の声を反映させつつ「社会」のあり方を決めていく役割を、「行政」が担っていく必要がある。

人々の意識を変革していくという点では、「行政」以外にも、「メディア」の影響力が大きいと考えられる。読売新聞の原は、マスメディアの役割の大きさを考えれば、重要な社会問題の一つとして、精神障害者の問題を位置づけ、偏見の解消と精神保健・医療・福祉の改善のための報道に取り組むことが重要であると述べるとともに、とりわけ量的に、この領域の報道を増やすことの大切さを述べている⁽⁷⁹⁾。本論第2章で述べたように、まだまだ「社会」と「世間」にとって精神障害者との接点は、精神障害者に係る事件があることに依存してしまっている点が多い。そして、それがイメージの中で「社会」と「世間」の人々にとって結びつきやすいものになってしまっていることは否めない。その接点を、もっと多様な視点からもたらされるものとして「社会」や「世間」に与えられるようになっていくことが重要であろう。そのようにして「地域」における偏見が解消されていくことは、精神障害者が精神障害者として「地域」で生きていく上での「生きやすさ」を生むはずである。

(3) 「地域」と「医療」、「福祉」の連携

「医療」と「福祉」は、精神障害者にとって多くの場合、両方とも必要とされるものであるが、これらは「地域」との連携をとることによってどのようなメリットがあるのだろうか。また精神障害者にとって「地域」と「医療」、「福祉」との間に連携が存在することにはどのような意義があるのだろうか。

1) 持続可能な「医療」、「福祉」を作り出すこと

「医療」と「福祉」は、共に「行政」との関わりが強い。「行政」は双方の領域に関

わる制度やサービスの決定、そして財源の確保の点で強い関わりを持つが、それを原因として「医療」と「福祉」は、柔軟なサービスや、患者に対するきめの細かい対応を難しくする場合がある。人員や時間、そして給与に至るまで、あらゆる点で圧迫されている「医療」と「福祉」は今後どのようにしてそのサービスを維持し、同時に患者にとってよりよいものとなることができるのか。「行政」を含め、「地域」との関わりの中にある「医療」と「福祉」の展望を模索する。

A 病院の院長である M さんは、「行政」との関わりについて、何よりもコミュニケーションをとり続けることの重要性を述べる。

「病院祭をするときには毎回、行政に携わる方を来賓としてお招きしています。また、行政が絡む地元の行事がある時などは、とにかく毎回、協力し合うなどして地域社会における関係を保つように努力しています。啓発活動などもさせてもらいますが、ただ、精神障害者への理解を求めることばかりに注力しないようにと思っていますね」(A 病院院長：M さん)。

「地域」で行われる様々な行事で病気の知識の普及をできることは、「医療」を「地域」に近付けるという意味でとても有意義なことである。しかし M さんの語りは、そこまで終わらないことを示唆している。今後にも有効な人間関係、また「医療」と「地域」の関係を保つように行動していることが読み取れる。もちろん、「行政」への働きかけをしつつ、直接的にサービスの改善もしていけるように努めていく必要もあるだろう。地域活動支援センターの V さんは行政との関わりについて以下のように述べる。

「ここ 10 年間では、行政と福祉の接点が少しずつですが増えつつあります。行政の方が、当事者の話に耳を傾けたり、また会議の場において現場を知る福祉の人と議論をしながら福祉サービスを決定していくなどの試みが増えてきました。今後もこのように同じテーブルで議論していくようにしてもらいたいです」(地域活動支援センター：V さん)。

「医療」、「福祉」の仕組みに関わる「行政」に発信し、改善がなされるように動き

出していくことは、患者にとってのよりよいサービスを作り出していく上で必要なプロセスである。しかし、それを行う以前に「行政」との関係を強固にしておくことも大切であることが、Mさんの語りから読み取れる。国レベルの行政とまではいかなくとも、その「地域」に根付いた「医療」、「福祉」を展開する上で、「行政」との関わり合いの中で改善していける部分はあるはずである。「行政」とのコミュニケーションを取り続けることは、持続可能な「医療」、「福祉」作りをしていく上で大事な要素となるだろう。

2) 「地域」における生活

「地域」における精神障害者の生活が「排除」に当たる点として、精神科医のNさんは、その「地域移行」の風潮に懸念を示しつつ以下のように述べる。

「アメリカでは、脱施設化と地域移行の流れの中で、強引に病院をなくしていく方針がとられました。その結果どうなったのでしょうか。当事者の人々はホームレスになったり、刑務所に入るようになっていったようです」(精神科医：Nさん)。

Nさんは、刑務所の嘱託医のお手伝いを務めていた経験を持つが、そこで見てきた現状についてさらに以下のように述べる。

「刑務所にはたくさんの精神障害者がいます。ふつうにしていたら生活もできないし、社会に出ることもできない人たちです。彼らは生きる手段を持たないので、出所したら、何かしら犯罪をして刑務所に戻るとい生活をしていますね」(精神科医：Nさん)。

これらの語りから読み取ることができるのは、「地域」という領域にあっても、その領域から零れ落ちる、すなわち「排除」を突きつけられる人もいるということである。これまでの語りの中で「医療」、「福祉」のフィルターに閉じ込められてしまうことなども見てきたが、「排除」というのは、どの領域にいても存在しうるものなのである。

こうした状況下において、「医療」、「福祉」と「地域」との連携がないことの問題点を前出の阪井は指摘する。

「私は、(アパートへの)入居者の皆さんが何故入院を拒むのか、聞いてみました。すると『入院をすると帰る部屋がなくなる。自分が貯めて買った家財道具や、洋服がなくなる』とのことでした⁽⁸⁰⁾。」

多くの精神障害者は、生活保護を受給し、また障害者年金との併用で暮らしている。そのため入院期間が長くなると、福祉事務所のワーカーや、病院の関係者だけの了解で、大家や不動産業者が、当事者の家を退去させ、また家財道具まで処分してしまうという⁽⁸¹⁾。こうした行為が、精神障害者の人々にとって「入院したくない」と思わせ、「医療」への繋がりを拒ませるとともに「地域」に居残り続けようとする気持ちを生み出させるのであれば、それは「排除」であると言えるだろう。阪井はこうした問題を受け、現在およそ 450 人の精神障害者を自ら管理するアパートで受け入れ、家族の支援が受けられない人でも、自立して地域で安心した暮らしができるよう、行政や弁護士、医師、看護師、社会福祉士らと連携しながらサポートしている。そして、精神障害者の「地域」での生活をサポートするとともに、彼らがアパートで暮らしながらも「医療」と繋がることができるように、大家とも連携を取りつつ、「住まい」を保持できるように働きかけているという⁽⁸²⁾。

このようにして見てみると、精神障害者にとっての「包摂」の場とは、「地域」、「医療」、「福祉」といったそれぞれの領域の中だけでなく、特にそのそれぞれの領域内において「排除」が立ち現われてくる際には、それぞれの領域同士の関係性の内に「包摂」が立ち現われてくることが読み取れる。精神障害者にとって、これらの領域を自由に行き来できることで生きやすさが生まれることが理解できるだろう。多機能型事業所の U さんは、精神障害者が内に有する精神病の性質を踏まえて以下のように述べる。

「(地域に出たにも関わらず)、病院や福祉施設に後戻りしてしまうことは必ずしも悪いことではありません。こういうプロセスを通じながら、自分のペースを知ること、それによる『学び』を得ることができればよいと思っています」(多機能型事業所：U さん)。

「地域」で生活していく上では、病気による脆弱性を有した状態で生活していかなければならない。その時にいつでも精神障害者がその「生」の場を変化させていけることが大切であり、そしてそうした環境を社会が作り出していく必要がある。そこにこそ、「医療」、「福祉」、「地域」といったアクターが連携を強めていくことの意義があると言えるだろう。このように、各領域同士が連携をとり、図 11 に見られるような関係性を作っていくことは、各領域で零れ落ちる人に対して、ゆるやかな「包摂」を提供するはずである。

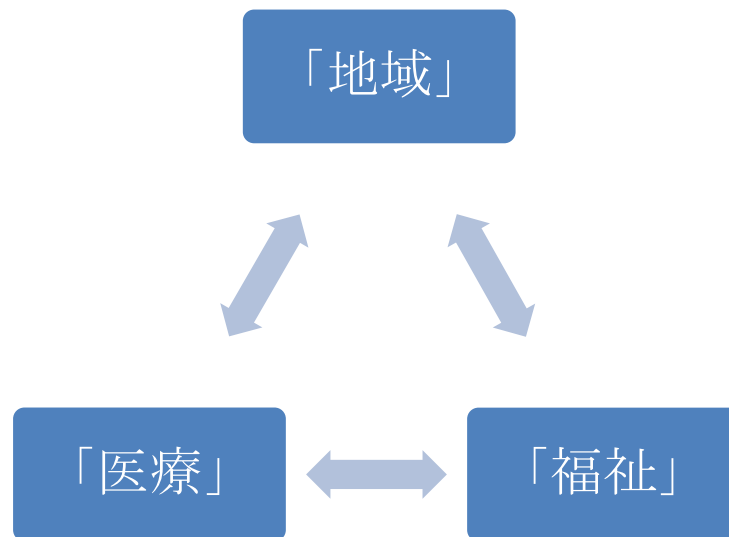


図 11 精神障害者を支える社会の仕組み（筆者作成）

第5章 結論

1. 「排除」と「包摂」の空間に見る「連携」の可能性

本論では、制度や文化、世論などの社会文化的背景や時代の移り変わりに伴い、常に翻弄されてきた精神障害者が、いかにしてその「生」の場を構築させているのか、またその「生」の場はどのような社会の仕組みのもとに支えられているのかを明らかにするとともに、その問題点を指摘し、今後改善させていくべき課題について論じてきた。昨今の精神障害者をめぐる「地域移行」という風潮は、制度という面だけで見ると、生活の場所を病院から地域社会へ移行していくものであるため、これまでの隔離収容というイメージから脱して、様々な権利が保障されるような時代になったことを思わせる。しかし、実際に精神障害者や、彼らを身近で支える家族、医療従事者や福祉従事者へのインタビュー調査を行い、精神病をとりまく社会や意識について明らかにすると、そうした権利が保障されるような時代はあくまでも括弧付きのものでしかなく、それは実態としては十分でないことが分かった。また、そのように「包摂」を意図したものが精神障害者にとっては十分な「包摂」になりえていないこと（場合によっては、「排除」を意味してしまうこと）は、精神障害者をとりまく世界において様々な場面で見られてくることが分かった。そしてそれは、社会的な制度というマクロな場面から、日常生活における家族との関係性などミクロな場面まで現れてくるものであり、それによって精神障害者は行動や意思が制限される。「包摂」と「排除」が入り混じったその空間の中を、所与の「生」の場として位置づけられ、精神障害者は生きていくのである。

そうした状況において必要とされることは、彼らをとりまく「排除」の生成過程を探り、特定するとともに、彼らの「応答」にも配慮しつつ、その「排除」が解消されるように働きかけることである。本論では、「地域」を「医療」と「福祉」の外に位置づけ、そこを制度などの影響を受ける社会的な日常生活の場であるとし、また周囲の人々との関わり合いの中で生活していくことから世間的な日常生活の場であるとした。その「地域」において生活していくということは、これまでの「医療」や「福祉」だけに留まり、生活していくことと比べると、日常生活を大きく変化させることになる。それは日常生活を「住まい」、「働き場所」、「通院機関・施設」といった多様な場

所に展開していくことだけではない。これまで「医療」や「福祉」といった限られた空間で生きてきた人々の世界と、「地域」だけを生活圏にしてきた健常者の人々の世界とが会う場でもあるのである。それは、「地域」を構成する「市民」の偏見を感じざるをえない空間であり、また、正しい理解や配慮がなされないままに「行政」などのアクターによって作られる社会の仕組みの中で生活していくことが求められる空間でもある。精神障害者が「地域」で日常生活を送っていくことには、「包摂」されていく可能性があると同時に、「排除」もありうるということが容易に想像できるだろう。

こうした問題点に対して、筆者が改善点として掲げたのが「連携」である。「医療」、「福祉」、そして「地域」の3者が、淀みない連携を作り出していくことが精神障害者の暮らしを支えていく上で重要である。「医療」と「福祉」の連携は、精神障害者にとって最適な治療とリハビリを施し、「地域」への復帰を促進させる。また「地域」と「医療」、「福祉」の連携は、正しい知識の普及や、精神障害者に係る政策を決めることによる偏見の解消に繋がる。さらには、深い関わりを持ち、互いの領域を身近にしていくことで、これらの領域を精神障害者が自由に行き来できるような仕組みが作られていくこととなる。そうすると、病気を抱えながらも「生」の場を自由に構築していくことができるという意味で、精神障害者が精神障害者として生きていくことのできる社会を創造していくことができるだろう。「医療」、「福祉」、「地域」のそれぞれの領域が単体で機能していることによって生じる「排除」は、連携を取り合うことによって、その関係性の内に「包摂」へと転じさせていくことができるのである。

2. 「医療」、「福祉」、「地域」概念の拡張

このように連携の重要性、またその展望が見える中で、「医療」、「福祉」、「地域」の概念は変わりつつある。地域活動支援センターのVさんは以下のように述べる。

「私は、福祉を地域から切り離されたものとはあまり考えたくありません。私は、この施設も地域の一つであるという認識でいます。『今ここにいることによって、生活を守って、回復を図っている』という状態ではあるけど、患者は、徐々に福祉との関わりを減らして、自分のできることを増やしていくように努めます。ここ（福祉）をことさら特別な場所として捉えるんじゃなくて、ここからゆるやかに本人が生きやすい場所へ向かうことができるように、本人も周囲も環境整備し

ていくのがいいと思っています」(地域活動支援センター：Vさん)。

Vさんは、「福祉」の存在が精神障害者にとって「地域」と分断された場所でないことを述べる。また同時にその「福祉」の存在自体にも触れる。

「福祉は、家族も含め、いろいろな人々との繋がりの中で支援しているのです。地域に出たからと言って、福祉と完全に切り離されているのかといえばそういうことではないと思います」(地域活動支援センター：Vさん)。

「福祉」自体もまた、「地域」との関わりの中で存在していることを述べている。グループホームの建設や整備にあたり、「地域」の人々からの支援を受けて土地を確保したり、住居を確保すること、また「医療」の領域においても、「地域」におけるアパートの支援を通じて「医療」と「地域」との繋がりをゆるやかに構築していくことなどを述べてきたが、「医療」や「福祉」といった精神障害者にとって必ず関わりを持つ領域は、そもそも「地域」との関わりの中に存在しているのである。そして今後も、その関わりは強固なものにすることが求められる部分なのである。A病院の院長であるMさんは、そうした「地域」との関係性の内に存在する「医療」について以下のように述べている。

「先代の院長は、病院自体が地域であるとの思いで作上げてきました。祭りを開いたり、運動会を開いたりして地域住民が自由に出入りできるような病院を作上げてきたつもりなのです」(A病院院長：Mさん)。

これまで偏見や無理解のために、社会的にも世間的にも遠ざけられてきた存在である「医療」や「福祉」の領域に「地域」がさらに関わりを持つことは、「医療」や「福祉」に留まらざるをえない精神障害者にとっての生きる選択肢を増やしていくことでもある。「地域」という概念がそうして拡張していくことは、ときとして自分の中から外の世界との関わりを「排除」し、「医療」や「福祉」に留まることを選択した人々を「包摂」する役割も担っていくことになるだろう。それぞれの領域が連携を強めていくことは、「医療」や「福祉」の中に「地域」を包摂していくことであり、また「地域」

の中に「医療」や「福祉」を包摂していくことにもなる。それぞれの領域が包摂し合いながら、その内在する概念を拡張していくことは、あらゆる状況下にいる精神障害者にとっての「生」の場を拡張させていくことに繋がるはずである。

3. 今後の課題と展望

本論では、指摘や考察の対象とすることはできなかったが、今後さらに深めていかなければならない点が明らかとなった。それは、精神障害者の雇用である。この少子高齢化の時代において、今後日本における労働力不足はさらに深刻化するだろう。現在、外国人雇用や障害者雇用（身体障害者・知的障害者）などが進んでいく中で、精神障害者もビジネスのプレイヤーとなっていく可能性が十分にある。2018年からは精神障害者の雇用が義務化され、従来、障害者雇用として認められていた身体障害者、知的障害者に加えて精神障害者が働くことのできる基盤が行政によってもたらされることとなる⁽⁸³⁾。行政が、精神障害者へ働くことのできる機会を提供する方向に動き出したことから、職探しという点については今後改善することが考えられる。次の段階として考えなければならないのは、「制度」として決まった後に、「実態」としてどのように表れるのかということであろう。本論第3章において、当事者のDさんは、精神病への理解が進まない中、仕事をする上で精神障害者が実際にできることと、企業が精神障害者に要求することの間にはまだまだギャップが存在することを指摘する。勤怠の安定しないこともある精神障害者が、今後どのようにして企業と対等な関係を結んでいくことができるのか。そして、精神障害者にとって今後も拡張されていくであろう「生」の場には、「包摂」空間をもたらしことができるのか。今後も、「地域」に内在する様々なアクターや、「医療」、「福祉」が連携を取りつつ、新たな課題の改善に向かっていくことが求められるだろう。

入院中心の医療体制から、「地域」での生活を営む方向へと精神障害者がその「生」の場を移していくことは、異なる規範を持った精神障害者の世界と、健常者の世界とが重なり合うことを意味する。そこになお、「包摂」空間を作り出すことができるのであれば、それは「共生社会」の構築にも繋がる。精神障害者が、この社会において多様性の内の一つの個性として、「生」の場を展開していける時代は、「連携」を強めていくことでいずれやってくるに違いない。

注

- (1) 障害者権利条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置等について定める条約のこと。2006 年第 61 回国連総会において採択されている。(外務省「障害者の権利に関する条約（略称：障害者権利条約）」、2014 年 12 月 4 日、http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jinken/index_shogaisha.html) より(2015/1/6 参照)。
- (2) 内閣府 第 28 回障がい者制度改革推進会議議事要録、2010 年 12 月 13 日、(http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/s_kaigi/k_28/pdf/s1.pdf) より(2014/7/5 参照)。
- (3) 1964 年 3 月、駐日アメリカ大使エドウィン・O・ライシャワーが精神科医療にかかっていた 19 歳の少年に大使館公邸前で足を刺された事件。これは、翌 1965 年の精神衛生法改正に大きな影響を与えた [滝沢 2003:51,186]。
- (4) 統合失調症とは、幻覚や妄想といった症状が特徴的な精神疾患。それに伴い、社会で人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が障害を受け（生活の障害）、また「感覚・行動・思考が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返り、考えることが難しくなりやすい（病識の障害）、という特徴を併せ持つ。
(厚生労働省 みんなのメンタルヘルス「統合失調症」、http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html) より(2015/1/7 参照)。
- (5) 双極性障害（躁うつ病）とは、極端に内向的になってしまい、何事にも意欲を示さなくなってしまう状態（うつ状態）と、家庭や仕事に重大な支障をきたしてしまう程に、気分が著しく高揚してしまう状態（躁状態）とが繰り返されてしまう病気。
(厚生労働省 みんなのメンタルヘルス「双極性障害（躁うつ病）」、http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_bipolar.html) より(2015/1/7 参照)。
- (6) 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」（最終改正 2014）(<http://law.e-gov.go.jp/htldata/S25/S25HO123.html>) より(2015/1/7 参照)。
- (7) 「障害者基本法」（最終改正 2013）(<http://law.e-gov.go.jp/htldata/S45/S45HO084.html>) より(2015/1/7 参照)。
- (8) 今日の最先端の遺伝学においては、統合失調症が発症するためには、2 つ以上の統

合失調症に関連した遺伝子変異をもつことが要件になるとの見方が強い。現在一般人口の有病率が 1%であるが、そうなるためには、1 つ以上の統合失調症に関連した遺伝子変異を持つ人の割合が、全人口の 30%にも上るとの推測がなされる[Freedman 2011:1018-1019]。

- (9) 優生保護法には、医師の申請にもとづく不妊手術の手続きを定めた強制断種の規定（第 4 条）が盛り込まれており、公式統計（出展は『医制八十年史』）で示されているだけでも、同法が効力を失くす 1996 年までの間に 1 万 4566 件の不妊手術が実施されている。精神病等を理由に代理による同意と、審査にもとづく不妊手術を定めた第 12 条と合わせると、本人の同意を必要としない不妊手術の総数は 1 万 6475 件に上る。（「戦前日本の国民優生法とは？」, <http://opentolove.exblog.jp/7068190/>）より（2014/11/10 参照）。
- (10) 症状が一時的に軽くなったり、消えたりした状態のこと。今後も症状の再発の可能性が残っている状態 [国立国語研究所「病院の言葉」委員会 2009:20]。
- (11) 認知機能障害とは、自分を取りまく環境から情報を取得し、処理し、適応を高める方向に出力する能力に障害が見られること。注意力、作業記憶、言語的能力の他にも、計画を立てて実行する実行機能や、論理的思考や抽象的な考え方をする統合能力への障害も含まれる [岡田 2010:126-130]。
- (12) 活動性や意欲、関心の低下や自閉的傾向のように中枢神経の健康な活動や機能が低下して起こるもの。幻覚や妄想、興奮状態などは陽性症状と言われるものであり、区別がなされる [岡田 2010:88-89]。
- (13) 本論においては、「精神病院」と「精神科病院」の 2 つの表記が見られる。それは、精神病者を収容する施設というイメージを払拭するため、2006 年に「精神病院の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律」が施行され、その中で「精神病院」という用語が、精神科という診療科名を用いて「精神科病院」と表記変更がなされたことを反映している。本論では、そうした時代による表現の違いを踏まえて適宜、表記を変えることとする。（「精神科医療情報総合サイト e ラポール」https://www.e-rapport.jp/law/other/mental_hospital/01.html）より（2015/01/11 参照）。
- (14) 地域での精神衛生計画を課題として日本政府が WHO に要請したことによって、既に地域での精神医療体制を確立しつつある英国からクラーク(D.H. Clark) が来日した。クラークは 1967 年 11 月から 1968 年 12 月まで滞在し、入院医療編重やマン

- パワー不足の改善など7項目にわたる勧告を日本政府に提出した〔滝沢 2011:53〕。
- (15) 1983 年（昭和 58 年）に、栃木県宇都宮市にある精神科病院 報徳会宇都宮病院で、
- 看護職員らの暴行によって、患者 2 名が死亡した事件。この事件をきっかけに 国連人権委員会などの国際機関でも日本の精神医療現場における人権侵害が取り上げられ、日本国政府に批判が集中した〔滝沢 2011:115〕。
- (16) 1960 年代に北欧諸国から始まった社会福祉をめぐる社会理念の一つ。障害者と健全者とは、お互いが特別に区別されることなく、社会生活を共にするのが正常なことであり、本来の望ましい姿であるとする考え方。
- （障害保健福祉研究情報システム「ノーマライゼーション」、
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/glossary/Normalization.html>）より(2015/1/6 参照)。
- (17) 「精神障害者観の現況'97—全国無作為サンプル 2000 人の調査から—」精神障害者社会復帰促進センター（財）全国精神障害者家族会連合会（1998 年）より抜粋。
- (18) 「時事新報」1947 年 2 月 6 日朝刊。
- (19) 「読売新聞」1947 年 1 月 24 日朝刊。
- (20) 「毎日新聞」1947 年 1 月 24 日朝刊。
- (21) 前掲注(20)。
- (22) 「朝日新聞」1964 年 3 月 24 日夕刊。
- (23) 「朝日新聞」1964 年 3 月 25 日朝刊。
- (24) 前掲注(23)。
- (25) 「朝日新聞」1964 年 3 月 26 日夕刊。
- (26) 「朝日新聞」1964 年 3 月 26 日朝刊。
- (27) 刑法第 39 条による規定は、①心神喪失者の行為は罰しない。②心身耗弱者の行為は、その刑を減輕する。以上の 2 つからなる〔滝沢 2003:88〕。
- (28) 「メディアと障害—精神障害者と事件報道—」
(http://www.yuki-enishi.com/media_shougai/media_shougai-03.html) より(2014/11/28 参照)。
- (29) 「朝日新聞」「毎日新聞」「日本経済新聞」「読売新聞」のそれぞれ 1994 年 10 月 26 日朝刊、28 日朝刊より。
- (30) 「日本経済新聞」1994 年 10 月 28 日朝刊。

- (31) 「朝日新聞」 1995 年 2 月 14 日朝刊。
- (32) 前掲注(31)。
- (33) 前掲注(31)。
- (34) 前掲注(31)。
- (35) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 8 日夕刊。
- (36) 前掲注(35)。
- (37) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 9 日夕刊。
- (38) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 14 日朝刊。
- (39) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 15 日夕刊。
- (40) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 10 日朝刊。
- (41) 「朝日新聞」 2001 年 6 月 15 日朝刊。
- (42) Making Mental Health Count- The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care (Report) 08/2014, Country press releases-Japan p.114
(http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en) より(2015/1/7 参照)。
- (43) 厚生労働省 2010 『病院報告』(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/80-1.html>, 2014/10/24 参照) と、精神保健医療福祉の改革研究ページ 2013 『精神保健福祉資料』(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/630data.html>, 2014/10/24 参照) より。
- (44) OECD Health Data 2012
(<http://www.oecd.org/els/health-systems/MMHC-Country-Press-Note-Japan-in-Japanese.pdf>) より(2014/10/29 参照)。なお、この図 2 には、日本において多くの精神病床が慢性疾患患者の長期入院に利用されていること、またオランダにおいては、他国に含まれないような社会的ケア用の病床数が含まれていることも反映されている。
- (45) 厚生労働省 2010 『精神保健福祉資料』
(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/medemiru7.pdf>) より(2014/10/31 参照)。
なお、図 3 においては、1999 年より大学病院、2004 年より独立行政法人の区分を新たに設けたこと、2006 年より法人の区分を廃止し、医療法人、その他の法人の区分を設けたことが反映されている。
- (46) OECD Health Data 2012

- (<http://cvhl.ca/virtual-library/resources/oecd-health-data-2012>) より(2014/11/4 参照)。
- (47) 厚生労働省『みんなのメンタルヘルス総合サイト』『精神疾患のデータ』
(<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>) より(2014/10/31 参照)。なお、このデータにおいては、2011 年の調査において宮城県の一部と福島県が除かれている。
- (48) 前掲注(47)。
- (49) 「保護者制度（精神保健福祉法）」
(<http://opentolove.exblog.jp/6084579/>) より(2014/11/5 参照)。
- (50) 「家族扶養からの解放に向けて」
(http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n234/n234_01-03-03.html) より
(2014/11/06 参照)。
- (51) 文部科学省「第 4 日本の障害者施策の経緯」
(http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo3/siryo/attach/1295934.htm) より
(2014/11/06 参照)。
- (52) 厚生労働省「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部を改正する法律等の施行事項の詳細について」
(http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/shikou_gaiyo.pdf) より(2014/11/06 参照)。
- (53) 厚生労働省 2003 年「精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査」
(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/11/s1111-2e.html>) より(2014/12/31 参照)。
- (54) 厚生労働省 2007 年「障害者自立支援法の円滑な施行に向けて」
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou13/pdf/01.pdf>) より
(2014/11/11 参照)。
- (55) 前掲注(54)。
- (56) 厚生労働省 2013 年 10 月 17 日「障害福祉サービスの実利用者数の推移」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000026672.pdf>) より(2014/11/08 参照)。
- (57) 1990 年、1995 年、2001 年については福祉サービスの旧体系によるもの、2007 年については新体系によるもの。それぞれ各年度の厚生労働白書
(http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/) より(2014/11/10 参照)。

- (58) 厚生労働省 メンタルヘルス「精神疾患による患者数」
(<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>) より(2014/11/12 参照)。
- (59) 平成 26 年版厚生労働白書「精神病床を有する病院数、精神病床数、月末在院患者数及び月末病床利用率の推移」
(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14-2/dl/09.pdf>) より(2014/11/12 参照)。
- (60) 大日本住友製薬 医療情報ウェブサイト「精神科医療と精神科病院の将来像—進む精神科医療の機能分化と地域移行の流れ・これからの精神科病院が進むべき方向とは— (公益社団法人日本精神科病院協会会長 山崎氏のインタビュー)」
(https://ds-pharma.jp/gakujutsu/contents/partnering/pass/72_01.html) より(2014/11/12 参照)。
- (61) 厚生労働省 2014 年 7 月「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の可能性」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu-Kikakuka/0000051138.pdf>) より(2014/12/24 参照)。
- (62) 厚生労働省 2013 年 7 月「第 1 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会 資料 3」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihenfukushibu-Kikakuka/0000048928.pdf>) より(2014/11/12 参照)。なお、図 6 における平成 23 年の調査では、宮城県の一部と福島県を除いている。
- (63) 前掲注(61)。
- (64) 例えば、「全国『精神病』者集団」のウェブサイト(<http://www.jngmdp.org/>) に、障害者権利条約への違反を主張するものがある(2015/01/08 参照)。
- (65) Making Mental Health Count The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care (Report). OECD. (2014-07)
(http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/making-mental-health-count_9789264208445-en) より(2014/12/24 参照)。
- (66) 保険医療機関が 1 回の処方において、抗不安薬を 3 種類以上、睡眠薬を 3 種類以上、抗うつ薬を 4 種類以上又は抗精神病薬を 4 種類以上投与（以下「向精神薬多剤投与」という。）した場合は、向精神薬多剤投与の状況の報告を必要とすることが定められた。(厚生労働省近畿厚生局 2014 年 3 月 5 日「診療報酬の算定方法の

一部貝瀬に伴う実施上の留意事項について（プレスリリース）」、
http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kinki/iryo_shido/26kaitei-kouseishinyaku.html) より
(2014/12/24 参照)。

(67) 自助によって解決できない問題に対して、同じ問題を抱えている個人間の協力や、当事者と支援者による「自助グループ」によって問題解決を図るもの。また、営利を目的とせず、公共性を保ちながら社会的課題の解決に向けて、自主的、自発的に行い、不特定かつ多数のものの利益の増進に寄与することを目的とする活動のことをいう[坪郷・中村 2011:21-25]。

(68) 多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に、相当期間にわたって包括社会から遮断されて、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場所[ゴッフマン 1984 : 4-8]。

(69) 厚生労働省 2014 年 11 月 26 日「平成 26 年障害者雇用状況の集計結果」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokukoureis-hougaiyoutaisakubu-shougaihakoyoutaisakuka/0000066519.pdf>) より(2014/12/31 参照)。

(70) 厚生労働省「障害者の就労支援対策の状況」
(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/shurou.html>) より(2014/12/31 参照)。

(71) 前掲注(69)。

(72) 厚生労働省 2013 年 10 月 17 日『第 6 回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会』「精神障害者の障害福祉サービスの利用状況」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000026672.pdf>) より(2014/12/31 参照)。

(73) 前掲注(70)。

(74) 前掲注(70)。

(75) 前掲注(53)。

(76) 阪井は、岡山県で、精神障害者が地域で暮らすために部屋を提供する不動産会社（阪井土地開発株式会社）の社長を務める。現在およそ 450 人の精神障害者を自ら管理するアパートで受け入れ、家族の支援が受けられない人でも自立して、地域で安心した暮らしができるよう、行政や弁護士、医師、看護師、社会福祉士らと連携

- しながらサポートしている。そうした活動が評価され、特定非営利活動法人 地域精神福祉機構・コンボの主催する「精神障害者自立支援活動賞（リリー賞）」において「支援者部門」で表彰を受ける。(COMHBO 地域精神保健福祉機構 2014 年 3 月 24 日「第 10 回精神障害者自立支援活動賞（リリー賞）表彰式を開催」、http://comhbo.net/new/report/report_20140324.html) より (2015/1/3 参照)。
- (77) 厚生労働省 2014 年 5 月 20 日「第 3 回長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策に係る検討会作業チーム ヒアリング資料」
(<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyo/kyokushougai/hokenfukushibu-Kikakuka/0000046419.pdf>) より (2015/1/3 参照)。
- (78) 前掲注(77)。
- (79) 「精神障害者への偏見とメディアの役割」
(http://www.yuki-enishi.com/media_shougai/media_shougai-02.htm) より (2014/11/28 参照)。
- (80) 前掲注(77)。
- (81) 前掲注(77)。
- (82) 前掲注(77)。
- (83) 厚生労働省 2013 年 4 月 19 日「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案の概要(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/183-28.pdf>) より (2014/12/10 参照)。
- (84) 「コミュニティソーシャルワーカー調査研究事業報告書 野村総合研究所 2013 年」(https://www.nri.com/jp/opinion/r_report/pdf/201304_safetynet2.pdf) より (2015/01/07 参照)。
- (85) 愛知県精神保健福祉センターのウェブサイト
(http://www.pref.aichi.jp/seishin-c/andante/a_08.html) より (2015/01/08 参照)。
- (86) 「障害者自立支援法における多機能型事業所と主従事業所の指定について 神奈川県保健福祉部障害福祉課自立支援調整班 2007 年」
(<https://www.rakuraku.or.jp/shienhi/library/FileDir/CT6N149.pdf>) より (2015/01/07 参照)。

参考資料

1. インタビュー対象者の背景等

(1) 精神障害者（当事者）

- 1) A さん：20 代男性。中学生頃からうつ症状。17 歳で統合失調症を患い、8 ヶ月間にわたる 2 回の入院をする。退院後は、作業所での 4,5 年間の通所を経て、民間企業に約 1 年半就職する。幻聴に悩まされていたが、今は全くない。
- 2) B さん：60 代女性。離婚を機に強迫観念にかられるようになり、統合失調症を発症。精神科病院で 7～8 年間の入院生活を送る。現在ではアパート生活 8 年目。作業所に週 3 回通う。生活保護 4 万円と障害者年金 2 万円、仕事(NPO 法人の有償ボランティア)で稼いだお金で生活する。
- 3) C さん：50 代男性。統合失調症を 20 代で発症。30 代から 40 代にかけて約 10 年間の入院生活を送る。退院後はアパート生活を経て、現在グループホームで生活する。また、就労継続支援事業 B 型に通う（現在 4 年目）。
- 4) D さん：30 代男性。9 年前に出世とともに仕事の量と幅が増えたことを機にうつ病を発症。1 年間に 5 ヶ月にわたる 3 回の入院をする。その後 1 年半の寝たきり生活を経て、発症 3 年目には毎日、運動（ウォーキング）をできるようになる。現在は回復し、就職中（現在 2 年目）。

(2) 家族

- 1) E さん：女性。現在 40 代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は 10 代後半から徐々に症状が出てきており、23 歳の時に初めて精神科病院に繋がる。現在では、家族と共に暮らしつつ、週 3 回、デイケアに通っている。
- 2) F さん：女性。現在 30 代の娘（統合失調症患者）を持つ。娘は 20 代の時に発症し、その後再発を繰り返す。しかし現在では、病気を抱えながらも結婚、出産までする。
- 3) G さん：女性。現在 30 代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は 10 代後半で発症し、それから 1 年間の入院を経て、家での引きこもり生活をする。し

かし3年前にようやく福祉に繋がり、相談相手を持つようになってから徐々に心を開くようになった。今では高校に入り直し、勉強中。

4) Hさん：女性。現在30代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は10代後半で発症して以来、5年半の入院経験がある。

5) Iさん：男性。現在40代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は20代で発症して以来、6ヶ月にわたる3度の入院をする。息子は現在では、1週間のうち作業所で3日、デイケアで1日過ごす。

6) Jさん：女性。Aさん（統合失調症患者）の母親。

7) Kさん：女性。現在40代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は20代で発症し、これまでに3回の入院をしている。Kさん自身は、2年前にA県家族会に繋がりを持った。

8) Lさん：女性。現在30代の息子（統合失調症患者）を持つ。息子は10代後半に発症し、その後入院を7回繰り返す。現在、息子はLさんの支援も受けながらアパートの一人暮らしをしている。また平日はデイケアに通う。

(3) 医療従事者

1) Mさん：A病院院長（男性）。医師歴35年。A病院において医師、管理業務に携わる傍ら、近隣の大学にあるメンタルクリニック、民間企業、地域の保健所においても医師として活動する。

2) Nさん：A病院勤務の精神科医（男性）。医師歴20年。大学病院や総合病院における医師としての勤務、また刑務所における嘱託医の手伝いの経験がある。県や国の行政機関に政策決定のための働きかけを行ったり、また地域での講演活動も手掛ける。

3) Oさん：A病院勤務の作業療法士（男性）。作業療法士歴15年。デイケアでの3年間の勤務経験もある。現在はA病院における作業療法部門の責任者を務める。患者のリハビリに関わる。

4) Pさん：A病院勤務の精神保健福祉士（女性）。A病院における精神保健福祉士歴15年。外来患者や入院患者の生活面、経済面での相談業務を行う。

5) Qさん：A病院勤務の臨床心理士（女性）。総合病院での勤務経験もある。A病院における臨床心理士歴10年。「心理面接」や「心理検査」を通じ、知能検

査、人格検査、カウンセリングなどを行う。主に医師の薬の処方に合わせて検査を実施する。

6) R さん：A 病院勤務の看護師（女性）。A 病院における看護師歴 22 年。現在 A 病院総合看護師長を務める。最近では看護職の管理が主であり、現場にはあまり出ない。

7) S さん：A 病院勤務の看護師（女性）。個人病院で認知症患者への看護師業務を 16 年間した後、A 病院に看護師として勤務する（現在 12 年目）。

(4) 福祉従事者

1) T さん：グループホーム（A 病院関連福祉施設）の世話人（男性）。世話人歴としては現在 2 年目。食生活の支援（1 日 1 食作る）、通院支援、買い物支援など、グループホームで生活する精神障害者の生活全般のサポートをする。

2) U さん：多機能型事業所（A 病院関連福祉施設）の施設長（男性）。A 病院でソーシャルワーカーとして 13 年間勤務した後、A 病院関連福祉施設に勤務する（現在 20 年目）。

3) V さん：地域活動支援センター（A 病院関連福祉施設）に勤務する（女性）。A 病院とその関連施設における勤務は 11 年目であり、病院施設と福祉施設双方のソーシャルワーカーの経験がある。現在は、地域で生活している精神障害者、その家族、関係機関、またボランティアに取り組みたい人などを対象として相談支援を行う。

4) W さん：千葉県在住のコミュニティソーシャルワーカー（女性）。作業療法士として病院に勤務経験がある。勤務中に「退院支援中心のリハビリ」、「病院のデイケア」、「訪問看護」などのサービスを立ち上げる。現在は医療の領域を離れ、福祉の領域で活動する。なお、A 病院とその関連福祉施設とは関わりを持たない。

2. インタビュー対象先の概要

(1) A 病院（及び関連福祉施設）

A 病院は長野県に位置する、医療法人を母体とする病院。救急病棟（短期）、療養病棟（長期）、認知症病棟を有しており、合計で 240 弱の病床を有する。1 日あたり 130

人（新規・再来）の人が診察に来る。また、外来、デイケア、認知症用のデイケアをもつ。多機能型事業所、地域活動支援センター、グループホームなどの関連福祉施設も有している。

(2) 埼玉県精神障害者家族会連合会

埼玉県に存在する精神障害者家族会連合会。精神障害者家族会連合会とは、互いの悩みを分かち合い、精神疾患や障害等の知識や情報を学び、本人や家族が地域で安心して暮らせるよう、その実現を目指して作られた組織。2013年時点で全国には1198の家族会が存在し、その会員数は3万458名に上る。中心には、全国精神保健福祉連合会（みんなねっと）が存在し、全国の家族（会）の声をまとめ、国に対して施策充実への働きかけ、精神障害への正しい地域や情報提供のための月刊誌や啓発誌の作成、全国の家族が一堂に集う全国大会の開催などを行う〔精神保健福祉白書編集委員会 2014:79〕。

3. 医療・福祉分野の職種

(1) 作業療法士

リハビリテーション職と称されるうちの一つ。創作活動やレクリエーション、日常動作などの訓練を通して、日常生活をスムーズに行うための複合的な動作が可能になるためのリハビリテーションを行う〔精神保健福祉白書編集委員会 2014:129〕。

(2) 精神保健福祉士

精神科病院等の医療施設において医療を受け、また、精神障害者の社会復帰の促進を図ることを目的とする施設を利用する者の社会復帰に関する相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のための相談援助を行う者〔精神保健福祉白書編集委員会 2014:126〕。

(3) 臨床心理士

臨床心理学に基づく知識や技術を用いて、人間の心にアプローチする心の専門家。心理査定やそれに基づいた支援を行ったり、また広く地域住民のニーズに応じて、住みやすい地域環境づくりと人的・社会的地域援助システムの構築に貢献もする〔精神

保健福祉白書編集委員会 2014:127]。

(4) コミュニティソーシャルワーカー⁽⁸⁴⁾

地域住民等からの相談に応じ、専門的な福祉課題の解決に向けた取り組みや住民活動の調整を行うとともに、行政の施策立案に向けた提言等を行う地域福祉のコーディネーターの役割を担う者。

4. 福祉施設

(1) 就労継続支援事業 A 型

雇用関係を結び利用する福祉施設のこと。ここでいう雇用契約では、最低賃金が保障されており、ほかの福祉施設等とは、収入面において大きな相違がある [精神保健福祉白書編集委員会 2014:59]。

(2) 就労継続支援事業 B 型

雇用契約に基づかない福祉的な就労ができる場。就労継続支援事業所のほとんどは B 型である [精神保健福祉白書編集委員会 2014:60]。

(3) デイケア

共に利用者同士が交流することができるという特徴を持つ。昼間にレクリエーションなどの活動で人と接することによって社会復帰や入院予防などを目的としている。仲間との繋がりを持つ訓練という意味合いが強い [精神保健福祉白書編集委員会 2014:154]。

(4) 作業所⁽⁸⁵⁾

作業所（精神障害者小規模作業所）は、回復しつつある通院者が、10～20 人集まり、作業を中心に、レクリエーションや話し合いなども行っている所。デイケアに比べて、仕事をするための就労移行支援、または生活のリハビリのための作業支援などの意味合いが強い。

(5) グループホーム

病気や障害などで生活に困難を抱えた人達が、専門スタッフ等の援助を受けながら、小人数、一般の住宅で生活する社会的介護の形態のこと。そこでは、地域社会に溶け込むように生活することが理想とされる〔精神保健福祉白書編集委員会 2014:57〕。

(6) 多機能型事業所⁽⁸⁶⁾

指定生活介護、指定自立訓練（機能訓練）、指定自立訓練（生活訓練）、指定就労移行支援、指定就労継続支援 A 型及び指定就労継続支援 B 型並びに指定児童発達支援、指定医療型児童発達支援、指定放課後等デイサービスの事業のうち 2 つ以上の事業を一体的に行う事業所。

(7) 地域活動支援センター

2013 年 4 月 1 日に施行された障害者総合支援法第 77 条に規定された、市町村が行うべき「地域生活支援事業」の 1 つ。「地域において自立した日常生活または社会生活を営むこと」、「創作活動または生産活動の提供及び社会との交流の促進」を行うことを目的として作られた〔精神保健福祉白書編集委員会 2014:63〕。

参考文献

秋元波留夫

- 2006 「時代の投影としての妄想」『こころの科学』126 : 88-93、日本評論社。

朝倉木綿子

- 1988 「生活者としての精神障害・回復者の自立と援助ネットワーク」岡上和雄・大島巖・荒井元傳編『日本の精神障害者—その生活と家族—』pp.150-179、ミネルヴァ書房。

ベネディクト、R.

- 2008 『文化の型』米山俊直訳、社会思想社。(Ruth Benedict, 1934, *Patterns of culture*. Boston : Houghton Mifflin.)

クラーク、D.H.

- 1969 「日本における地域精神衛生—WHO への勧告」『精神衛生資料』3(16):165-191。

デュルケーム、E.

- 1978 『社会学的方法の規準』岩波書店。(Émile Durkheim, 1895, *Les règles de la méthode sociologique* .Paris : F. Alcan.)

フーコー、M.

- 1997 『精神疾患とパーソナリティ』中山元訳、筑摩書房。(Michel Foucault, 1954, *Maladie mentale et personnalité*. France : Presses Universitaires de France.)

Freedman, R.

- 2011 Digging More Deeply for Genetic Effects in Psychiatric Illness: *The American Journal of Psychiatry* 168(10):1017-1020.

ゴッフマン、E.

- 1980 『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』石黒毅訳、せりか書房。(Erving Goffman, 1963, *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.)

- 1984 『アサイラム—施設被収容者の日常世界』石黒毅訳、誠信書房。(Erving Goffman,

1961, Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates.

New York : Anchor Books, Doubleday & Company, Inc.)

呉秀三・榎田五郎

1918 「精神病者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察」『東京医学会雑誌』32(12): 715-717。

2012 『精神病者私宅監置の実況』金川英雄訳、医学書院。

判例時報社

1999 「責任能力のない精神分裂病患者による殺人事件につき右患者の精神保健法上の保護者に損害賠償責任が認められた事例」『判例時報』1674号:p.106、判例時報社。

一橋文哉

2003 『宮崎勤事件—塗り潰されたシナリオ—』新潮文庫。

伊藤順一郎

2012 『精神科病院を出て、町へ—ACTがつくる地域精神医療—』岩波書店。

国立国語研究所「病院の言葉」委員会

2009 「『病院の言葉』を分かりやすくする提案」

http://www.ninjal.ac.jp/byoin/pdf/byoin_teian200903.pdf (2015/01/07 参照)。

間宮郁子

2014 「精神障害者の世界は受け入れられるか」内藤直樹・山北輝裕編『社会的包摂 / 排除の人類学—開発・難民・福祉』pp.216-227、昭和堂。

マーフィー、R.F.

1992 『ボディ・サイレント—病いと障害の人類学』辻信一訳、新宿書房。(Robert F. Murphy, 1987, *THE BODY SILENT*. United States of America : Henry Holt & Co.)

内藤直樹

2014 「『社会的包摂/排除』現象への人類学的アプローチ」内藤直樹・山北輝裕編『社会的包摂 / 排除の人類学—開発・難民・福祉』pp.1-13、昭和堂。

波平恵美子

1984 『病気と治療の文化人類学』海鳴社。

織田淳太郎

- 2012 『なぜ日本は、精神科病院の数が世界一なのか』 宝島社。
- 岡田尊司
- 2010 『統合失調症—その新たなる真実—』 PHP 出版。
- シュミット、S.
- 2005 『自由こそ治療だ—イタリア精神病院解体のレポート—』 社会評論社。(Sil Schmid, 1977, *Freiheit heilt Bericht uber d. democrat. Psyciatrie in Italien. Italy : Wagenbach.*)
- 精神保健福祉白書編集委員会
- 2014 『精神保健福祉白書 2014 年版 歩み始めた地域総合支援』 中央法規。
- 芹沢一也
- 2007 『時代がつくる「狂気」』 朝日新聞社。
- 白石大介
- 1994 『精神障害者への偏見とスティグマ—ソーシャルワークリサーチからの報告』 中央法規出版。
- 菅沼清高
- 1996 「『信心』の不思議—璽光尊事件から—」『警察學論集』 49(1): 159-166、立花書房。
- 滝沢武久
- 2003 『精神障害者の事件と犯罪』 中央法規。
- 2011 『家族という視点』 松籟社。
- 坪郷實
- 2011 「新しい公共空間と市民社会の強化の課題」坪郷實・中村圭介編『新しい公共と市民活動・労働運動』 pp.15-51、明石書店。

Summary

Elimination / Subsumption / Respondency

— Creating an “Existence” for mentally-impaired patients —

On January 20, 2014, Japanese government ratified a Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which is an international human rights treaty of the United Nations intended to protect the rights of persons with disabilities and promote social inclusion, and this has been taking into action effectively in Japan since February 19, 2014. Due to the ratification, medical system and social system of mentally-impaired patients have been changed from the system of hospitalization-based to the system of care outside of hospital-based. The position of mentally impaired patients also have been changed from the patients who can't reach an appropriate decision to the persons who have basic human rights both as an individual and a member of society.

The aim of this thesis is to investigate whether the system today is “subsumption” for mentally-impaired patients or not. What I found out from the existing literature and interview involving mentally-impaired patients, families living with them, healthcare professionals and human service professionals is that the policy of protecting the dignity of mentally-impaired patients is not effective in many cases, and on the contrary, it means “elimination” of mentally-impaired patients in some cases exists. In this thesis, I searched about the creation process of “elimination” and identified it, then considered how we can solve the “elimination” and change it into “subsumption” through the “respondency” of party in charge.

The paper suggests that “medical services” and “human services”, which both mentally-impaired patients need for treatment and rehabilitation, should cooperate with each other. They should also cooperate with “the region”, which exists out of hospital and is composed of the social system and the consciousness of people. Those processes bring about flexible society and “subsumption” for mentally-impaired patients. Getting out of hospital

and transferring the place of mentally-impaired patients' existence into "region" means that the world of mentally-impaired patients and the world of common people intercross. There may be a space where "elimination" and "subsumption" overlap one another more than in hospital. If we made "subsumption" for mentally-impaired patients there, it would be a convivial society. The era in which mentally-impaired patients create their existence as mentally-impaired patients in the society could be brought by cooperation among "medical services", "human services" and "the region".

謝辞

本論の執筆にあたり、ご指導をいただいた筑波大学国際総合学類人文社会科学研究科の関根久雄教授には、心から感謝している。本論執筆にあたっては、構想段階から多くのご指摘と助言をいただき、完成まで導いていただいた。お忙しいところ、毎度唐突な連絡にも関わらず快く添削と面談を引き受けてくださり、そして熱心なご指導をしていただいた。本論の執筆のみならず、ゼミの場が私にとって、自分の物事を見る目を育てる場であったこと、そして大学生活を実り多いものへと変えていく場であったことを述べるとともに、関根久雄教授には心から感謝の意を表したい。

また、実際にインタビューに応じてくださった精神障害当事者の方々、埼玉県精神障害者家族会連合会に所属するの方々、長野県 A 病院、また同法人関連福祉施設に勤める医療・福祉に従事するの方々、そして千葉県在住の福祉従事者である W さんには、この論文を執筆するにあたり、貴重な意見や情報をたくさんいただいた。一人一人が私のインタビューに長い時間をかけて真摯に向き合ってくださいしたこと、そして、インタビューにおいて紡がれた言葉の下にこの論文が完成したこと、このことに深い感動を覚えるとともに感謝の意を表したい。

さらに、ゼミでの時間を共有したゼミ生にも感謝をしたい。白熱した議論を共に作り上げてきたゼミ生は自分にとってよき仲間であり、ライバルである。2 年間このゼミに在籍し、学生生活を送ることができたことは、良き思い出である。特に同期とは、卒業論文の執筆を共に励まし合いながら行うことができ、そのことを非常に嬉しく思っている。

最後に、私の学生生活を見守り続けてくれた家族に感謝したい。1 年間の海外放浪を始め、迷走を続けた 5 年間の自由奔放な大学生活は、なかなか受け入れることが難しかったかもしれない。しかし最後は、私が私であることができるように、いつも私の意思を尊重し、そしてそっと力添えをしてくれた。今こうして執筆を終えて筆を置くことができること、そして大学生活を終え、新しい段階に駒を進めることができることは、家族のおかげである。

改めて、本論執筆にあたり支えてくださった上記の方々に感謝の意を表するとともに、本論の執筆を終えさせていただきたい。