

歴史論文

# 一当事者からの精神科医療改革の提言

～歴史の検証を提唱して後の啓発につなげる～

道見 藤治



# 一当事者からの精神科医療改革の提言

道見藤治

## I. 概要と目的

### 1. 遅れている日本の精神科医療

私たちは自分もみんなも生活がより良くなっていくことを望む。でもそうとはならず、病気がしっかりと治らない、十分に働くことができない、満たされた社会生活が送れない、などの閉塞感が漂っている。そこには先進国の中で断トツに遅れた日本の精神科医療の至らなさがあるのではないか。

この問題が指摘されて久しいが、現在に至るまで改善されなかった。そうになっている一番の原因は、精神疾患への無理解が根強く、どういう処置を講じると良いか見えてこなかったためであり、関係者の姿勢にも問題があった。施策への影響力が大きい政府がもつ、日本的な体質が大きなネックとなっていたと言えよう。それは問題を政府が的確に捉えて自ら改善しなかったこと、何か重大な事件が起こってから慌てて修繕を図ろうとしてきたこと、更に科学的、論理的に筋道を立てて考えていくこともなく、人権意識の乏しさに厳しい状況に置かれている当事者の存在を軽んじてきたことが挙げられる。

### 2. 長期入院に陥った歴史を直視する

現在まで引きずる精神科医療の状況を打開、解決するには、歴史を紐解いて、日本における諸施策を検証、整理しておくことを本稿は提唱する。過去精神に障害のある人を地域で生活させることなく、政府は精神科病院に収容する政策を取った。それも良好な医療を施すこともなく、安上がりの対応を講じさせて、患者が住む場と化した病院に詰め込んだのである。その結果が長期入院につながり、やたらベッド数が多くなってしまった。

長期入院の結果、退院して地域生活を送るのが難しくなっていること自体が修復を妨げている。入院期間が長いと一旦社会からドロップアウトしてしまうから、なかなか普通の生活を営むことができにくくなる。

### 3. 好転を望んで

そこで、医療を補完するべく福祉の面での対処が求められてきて、昔より進歩しているが、当事者の参加型の施策の策定はあまり行われず、実際や本人の希望を十分考慮せず、画一的な押し付けがあるようだ。以前は病院が医療と福祉の両面を背負うことが多かったが、今後は医療と福祉双方が補い合い、両者の担い手を分けて、それぞれの充実を図ってもらいたい。精神疾患の人の生活ぶりが変わり、それにより精神障害の見方も変わるだろう。

理想を言えば医学の進歩に伴って早期発見、早期に回復してしまうのが良いのだが、日本においては早い回復が果たせずに長期入院が定着してしまった現実が

ある。そしてまた服薬偏重により、患者の力が大きく落ちてしまい、思うように回復していかない現実があるのではないか。～～すると病状が悪化してしまうので、必要以上に用心深く対応することもあるようだ。しかしながら近年では当事者による「リカバリー志向」も強くなってきた。合わせて支援者による「リカバリー支援」も期待したい。

本稿の主眼はやや下がって、当事者の視点で、歴史から迫る方法で改善につなげたい。かつてのターニングポイントで出てきた考え方や処置されたことがどうであったか、あるいはどうするべきであったか、検証し、熟考すること、それによって未来へのあり方のヒントが抽出されるであろう。また、根本的な手立ても必要である。本稿を読まれた方々の実際の行動実現につなげられたらと期待する。

## II. 戦前に開設された保養所と保護所の紹介

### 1. 先行して機能した保養所と保護所

戦前において精神病患者への処遇として私宅監置は著名であるが、金沢における私宅監置の代わりとなる対応として、保養所や保護所があったことはあまり知られていない。どうしてそれらが必要とされたのか、どのように運営されたのか、少し簡単に見ておきたい。

### 2. 保養所の様相

精神病患者保養所は戦前より 1950（昭和 25）年に精神衛生法が施行されるまでの時代に「一般家庭で精神病患者を有料で預かっていたところ」である<sup>1)</sup>。

保養所は病院ではないので治療は行われておらず、静養させる他、作業のできる患者には農作業、水汲み、洗濯、縄ないなどを手伝わすこともあった。

精神疾患の急増に伴い、精神科病床数の増加が追いつけなかった大正時代末期から昭和時代初期に保養所は多くできた。1935（昭和 10）年には数として全国に 45 あった。ただ、偏りがあって、そのうち石川県に 14（うち 13 は金沢近辺に）、富山県高岡に 1、京都府に 14（うち 10 は岩倉に）あった。

定員について全国の定員の総計は 1,074、石川県の定員は 245（うち金沢近辺は 241）、富山県は 20、京都府は 434（うち岩倉は 314）であった。

入所料について金沢のものは資料として残っていないが、京都府岩倉では月 36 円～63 円、高岡の場合は月 21 円～40 円であり、金沢もそれとほぼ同額くらいと類推できよう。入所者は殆どが中流階級以上の出身者であったようだ。戦前の病院入院費は高く（岩倉病院では月 200 円近くとか、年間 1,300 円ほどとか）、それに比べると安く利用できて、奨励されたのかもしれない。

### 3. 保護所の様相

保養所の設立と似通った構図で精神病患者保護所は開設された。私宅監置の対応

が難しい中流、下流の家庭から精神病者を収容する施設の設立を希望する声が高まり、金沢市は精神病者保護所として1931（昭和6）年には鈴見保護所を、1934（昭和9）年に常盤町保護所を開設し、これを金沢市方面委員助成会に経営させた<sup>2)</sup>。

入所者への対応だが、静養だけでなく、時々屋外作業をさせ、自然療法とした。定期的な顧問医の診察もあった。

定員について、鈴見保護所は45名、常盤町保護所は57名とされるが、鈴見保護所が改築の折には常盤町だけで最大120名を収容したときもあった。

入所料として市部在住者は1日50銭、郡部在住者は1日60銭、家庭の事情でやむを得ないと認められると、入所料はそれぞれ20銭までの減額もできた<sup>3)</sup>。1日30銭の場合はほぼ全額が食費に当てられたようだ。保養所と比較して安価なのは公的な施設運用に基づいているためであろう。

また保護所では重度の人で保護室に住ませた要監置者と、軽度の人で開放されて住んでいた非監置者の区別で対応された。その比率は要監置1に対して、非監置が6～8であった。この処遇について次に述べる。

当時保護所に収容を希望する人が定員の2倍くらいいた。そこで1937（昭和12）年、第八回全国方面委員大会（東京）で石川県の方面委員会が次の意見書を提出している<sup>4)</sup>。

一点目：非監置要保護者に対する保護救済法の制定

二点目：府県立精神病者保護所の設置

(1)．患者総数の二割以上収容可能に設置

(2)．各種社会事業施設（方面委員部を含む）に於いて、実情に鑑みて、小規模なりとも完全なる保護所を設置し、各府県が監督統制を図ること

(3)．私立保護所を許可制度とする（容易には許可できない方針のもとに）

三点目：保護経費の国、府県の負担

上記一点目について、精神病院法と精神病患者監護法の二法だけでは非監置要保護者への救済はできない、片手落ちであると指摘している。福祉法の萌芽であろう。二点目では保護所を増やすよう訴えている。福祉施策の提言である。このように医療ではない、社会事業（現在で言えば社会福祉）の対応を求めているのである。三点目では必要とあらば公費を投入せよということである。

かくして理に適った意見を述べるができるまで、方面委員の理解は進んでいた。

#### 4．戦後における保養所、保護所の動向

1950（昭和25）年の精神衛生法施行により「医療を伴わないで精神病患者を預かる」ことは禁止され、保養所は消滅した。

1947（昭和22）年、常盤町保護所は旧生活保護法の規定により保護施設となった。鈴見保護所はその分室として残った。

### Ⅲ. 長期入院の始まりとしての精神衛生法

#### 1. 精神衛生法とは

座敷牢とも言われた私宅監置を廃止し、病院に入院させる流れを作った精神衛生法（この章では衛生法と記す）は歓迎されがちかもしれないが、実は長期入院につながることもなった法でもある。

精神病院の設置を都道府県に義務付けたこと（第4条）、私宅監置制度を法施行から1年後に廃止し、精神病院等の施設以外に精神障害者を住まわせることを禁じたこと（第48条）が衛生法の重大ポイントとされる<sup>5)</sup>。

この対応の過程で懸念されたことは当時の私宅監置者が入院可能かということであったが空きベッドの数が相応しているので問題なしであった。しかしそれにとどまることがなかったようだ。

#### 2. 入院へのシフトと加速

一概に私宅監置者が重度の人とも言えないが、Ⅱ章の保護所の項で述べたように、非監置の人が要監置の6～8倍いて、その対応は当時の喫緊の課題であった。住まいの場とも言える保養所や保護所の非監置者の動向はどうなっていたのか見ておく必要がある。仮に保養所の解消に伴い、そこで住んでいた軽度の人々は行き場を失い、入院の必要がなかったにも拘わらず入院させられたのではないだろうか。とすれば、不要な入院が生じていたので、長期入院の原因と考えられるのではなかろうか。

戦前の病院への入院は金がかかって上流階級の人しかできなかったようであるので、戦後はそれ以外の資産階級も入院できるように、その費用の削減が課題になったのは自然の流れではある。何故安くされなければならないかは、長期入院が前提となっていたからである。病院に納入されるお金を抑えるには、医師、看護師の配置数を低くしておけばよいという考えが生じた結果として、「精神科特例」が設けられたのは1958（昭和33）年の厚生省の局長通達であった。1960（昭和35）年には民間精神病院に対して低利で長期の融資制度が作られ、ベッド数の増加が進んだ<sup>6)</sup>。つまりライシャワー事件が起こる前から入院収容主義政策が取られていたのである。

#### 3. 精神衛生法の第12次改正

1964（昭和39）年ライシャワー事件を経て、翌1965（昭和40）年衛生法の第12次改正があった。措置入院制度の強化など取り締まりが色濃くなったわけだが、これについては本稿以外に多く述べられているので、ここでは通院公費負担制度が新設されたことを取り上げたい<sup>7)</sup>。

公費負担制度利用は通院患者に適正医療を普及させる目的があつて、当初は伸びが悪かったようだ。その後改善は見られた。

風聞としてこの制度がいつ始まったのか、あまり知られてこなかったのは、通



院の面への着目が弱かったからではないか、入院の面がクローズアップされてきたと思えてならない。確かにこの時期には長期入院の問題は生じているのであるが、通院のより良いシミュレーションを描けていなかったのも、精神科医療の遅れてしまった要点ではなかろうか。

#### IV. 無視されたクラーク勧告

##### 1. 日本の人権意識

Ⅲ章で敢えて触れなかった人権擁護の観点であるが、精神障害への無理解をライシャワー事件によってより定着させてしまい、入院させ、患者を隔離収容することが是と考えるのが通念となった。この時点でそれが熱くなっていたと言わざるを得ない。

ここで視点を変え、入院による社会的損失を考える余地はなかったのか、本稿では喚起させたいと思う。入院患者数を抑え、入院期間を減らすことにより、国家予算をセーブする考え方がなかったようだ。当時より入院の精神科医療にかかる国家予算は精神科を差別的に少なくして、つまり一般科の3割しかかけない安上がりの方針としていたので、政府には損失をより少なくしようという視点はなかったし、現在に至るまでも続いていると考えられる。

ではなぜそう考えてしまうのか。精神に障害のある人は厄介者の観念があり、病院に封じ込めるしかないとされたのではないか。精神衛生法第12次改正により取り締まりが強化されたが、法によって促進されたわけではないものの、後年看護師らの患者への虐待、リンチ、殺人に至ったのは、患者を見下す意識があったためと考える。ということで宇都宮病院をはじめとして、いくつかの病院で虐待があった。それを契機に精神衛生法は精神保健法に改正されるわけだが、またしても日本的な動機での対応があったのである。

それ以前、精神衛生法改正の後で、1968（昭和43）年、クラーク勧告<sup>8)</sup>が日本政府に発せられたが、自分で変わろうという意識がない日本では、外国の指摘は取り入れなかったのである。理由はいくつかあろう。日本の入院収容を軌道に乗せることに目を奪われていただろうし、西欧諸国のレベルの高さについていけないほど未熟な意識しかなかったのではないか。根本にあるのは精神疾患に対する理解の無さで、どうやって解決を図ればいいのか見通せなかったのであろう。これは今日でも言えることで、精神疾患とはどんな障害であるか理解することが急務である。それには当事者からどういうことで行き詰まっているとか、こう改善して欲しいと発信することが求められるであろう。当事者にとってそれが難しいようであれば、支援者が当事者の意思決定を考慮した上で、確認を取りながら、問題の解決に臨んで欲しい。合わせて人々に人権意識を高めてもらうことも大事な視点となってくる。

## 2. クラーク勧告の要点

西欧諸国の改革を踏まえてのクラーク勧告であるので、古い時代のものであるものの、日本における医療改革のスタートを切るものとして、中には効果的に当てはまるものとは限らないまでも、現代に通じるものもあると考え、以下に要点を挙げておく。

### (1) 政府に対して

- ・ 公衆衛生、児童福祉などの部門に匹敵するものとして精神衛生の部局を設置
- ・ そこには訓練を受けた若い精神科医を職員として配置
- ・ 国立精神衛生研究所の強化、拡大

### (2) 精神病院の改善

- ・ 社会療法、作業療法、治療的コミュニティの取り入れ
- ・ 講演、講義、映画などで学習
- ・ 有望な病院管理者の海外での研究制度の実施
- ・ 日本のいくつかの病院における優れた取り組みの知見——例示あり

### (3) 政府による精神病院の統制

- ・ 新しい法律を作り、医療の規律を改善するために、精神病院に対する国家的監査官をつくることを考慮
- ・ 監査官は精神科医、指導員、ソーシャルワーカー、看護婦から構成され、年1回全ての精神病院を訪問し、十分な報告を書く
- ・ この法律では、監査官の勧告に基づき、政府が精神病院の資格を取り消す権力を有する
- ・ 物的基準、患者の過密、衛生や食事の外に、精神科医療基準の向上、作業場、夜間病院、外来診療、追跡的サービスにも監査官は関心を向ける
- ・ 病院職員の研修計画を奨励する

### (4) 健康保険制度（日本の制度に沿っていないかもしれないが）

- ・ 保険支払いで外来患者診療に対する報酬を高くする
- ・ 働けない在宅患者に対する給付を現状より高くする
- ・ 精神療法は高度の訓練を要する技術と認められるべきであり、外科医への支払いと同等かそれ以上とする

### (5) アフターケア

- ・ 地域社会の働き手であるソーシャルワーカーと保健婦に対する精神医学の訓練や研修の必要性
- ・ 地域社会の特殊施設として
  - 夜間病院＝昼間は地域の仕事をして、夜は病院に泊まる
  - ハーフウェイハウスおよびホステル＝上記と同様だが、病院以外の施設
  - 昼間病院＝上記とは逆で、昼間には病院にいて、夜間は家族と共に過ごす
- ・ 保護工場＝地方産業との協力のもとに技能を発揮？
- ・ 治療的社交クラブや社交的レクリエーションの奨励



## (6) リハビリテーション

- ・厚生省と労働省の協議の上、リハビリテーションのために新しい法律を起草のこと
- ・労働省職員を任命し、訓練し、リハビリテーションの専門家として、障害のある人に仕事を与えようと雇用主の登録保管を担う
- ・障害のある人のために地域社会内の保護工場の設立
- ・保護工場を設立し、供給を取り決め、生産物を市場に出すために政府のスポンサーによる組織を発展させること
- ・精神病に関して労働法が必要となれば改正する

## (7) 専門職の訓練

- ・精神科医には国家的に認められた資格を設定することは有益で標準を高める
- ・精神療法研究所が東京に設立されるよう期待し、これには積極的な奨励が必要
- ・精神科看護婦の資格をつくる必要がある。これには修士コースをつくるのが考えられる。病棟責任者は修士の免許をもつ必要があるとすべき。大学は日本精神病院協会と共にこのような訓練コースを検討すべき
- ・資格のない作業療法士のために研修コースを設備すべき
- ・ソーシャルワークの発展は健全であるがもっと促進すべき。国立精神衛生研究所で現在行われている訓練コースを拡大するために資金を準備すべき

## V. 福祉の諸施策への期待

### 1. 福祉に関する法律と施策の整備

IV章で少し経緯を触れ、1987年に施行された精神保健法であるが、平たく言えば、入院患者が権利を侵されたと感じたとき、それを訴えることができるというだけのものに過ぎない。真に患者の人権を保障するために行政、病院にしほりかけたものではないと筆者は見ている。

ノーマライゼーション化の考え方の影響を受けて精神障害も福祉の対象となり、1995年に精神保健福祉法がようやく施行された。行政の管轄が保健所（呼称は様々）から市町村に移管されたと説明があって、これまでの病気の扱いから福祉の手が差し伸べられるとあった。

特筆すべきは、ここにきてようやく障害者手帳の交付が始まったことであろう。そんな遅いスタートであったので、サービスの面で他の障害よりだいぶ見劣りがあった。そしてそれは当初手帳に写真貼付になっていなかったことに起因するとされた。とは言え精神保健福祉法の登場は精神保健福祉の充実につながっていく。

### 2. 精神保健福祉の開花

1節で精神保健福祉法の登場などを言及したが、それ以前にいくつかの先駆的な活動、取り組みの始まりがあった<sup>9)</sup>。

1970年に谷中輝雄氏が埼玉県大宮市に「やどかりの里」を創設し、1976年に藤井克徳氏らが東京都小平市に「あさやけ第二作業所」を、1982年に門屋充郎氏らが北海道帯広市に「朋友荘」を、1983年に寺谷隆子氏らが東京都板橋区に「JHC板橋」を立ち上げた。制度的・経済的な裏付けのない中で厳しい運営を強いられていた。

とまれ遅れてきた精神障害と言われたが、精神保健福祉法の影響であっただろうか2000年前後あたりから前進が見られるようになった。家族の力、病院の力、あるいは市民による社会福祉法人の力によって様々な社会資源、サービスが登場してきたのである。

当事者側からすれば有り難いことだったが、それを選択できるように保証されること、自分にふさわしい道を歩めてこそ安堵して回復ができるというものだ。

## VI. 考察

### 1. これでいいのか病院の治療方法

以上、政策面での拙さを指摘したが、病院の治療が十分に適切であったとはい切れない。

もう古い昔の話だが、筆者はある大きな病院に入院していた。日中の空いた時間は患者同士で麻雀をしていた。もちろん服薬はしていたが、カウンセリングのようなものではなく、気に入った看護師と話をして快方を目指すよう医師も促していた。また別の病院の話だが、うつ病の青年が1年近くも無為に入院生活を送り、退院後に程なく自死してしまった例も知っている。入院の意味はどこにあるのだろうか。

効果的な治療方法はどんなものか医療現場では根本的に考え直さなければならぬのではなかろうか。実際に入院患者を減らし、ベッドの数を削減することは大切なことだが、現象を追っかけているだけでは解決に至り難い。

筆者は勤めていた会社の考えに馴染めずに病気に至ったのであるが、発症直後に十分に訴えたいことを聴いてもらい、自分なりの考えでうまい処理方法が見いだすことができているならば、その後に重篤ならず済んだのかもしれない。また筆者は随分と疲れていた。よって回復させるためには、カウンセリングおよび運動と休息の反復で少しずつの疲労の除去が必要だったと思う。

また、通院重視には昼間に病院の設備を利用する等の検討が望まれる。

### 2. 日本社会における意識構造の問題点

精神疾患への理解は罹患した者でなければなかなか得ることは難しい。日本人の特性として、一人前の人間に成長し大人になり、他人に認められることを是とする社会の意識構造があると思う。一定水準のことができない人、あるいは考え方の違う人は認めてもらえない排他的な精神が存在するし、そういう一般とは異

なる人が容認されないところに問題は潜む。もっと具体的に言うなら、実は少数派である正しいことを唱える人は排除され、多数派の強い者に迎合する人が容認されがちである。マイノリティの存在をそのまま認められることで社会の意識の高度化を果たすと言えようが、それが望みにくい。その解決に至っていない日本でこの問題に照らし合わすなら、精神疾患を隠したり、容認しない傾向にあり、それ故ますます改善がなされにくい状況を生み出している。意識構造の変革を待っていても改善は図られないなら、根本的な改善を待たずに、その場、その場でどうしたらいいのか考えていくことが求められよう。

### 3. 福祉の役割

長期入院の結果、元の生活に戻れず、仕事と住居の確保が困難となった人に福祉の手が差し伸べる必要が出てきたわけであるが、これも実際の状況に則して環境を整える難しさがあるだろう。また、当事者本人の意向を汲み取られなければならないので、予算のかけ方を考慮した場合、まだまだ福祉の整備はどうあるべきか答えは難しい。一般の地域生活を目指すのか、施設での暮らしを選択するのか、考え方の相違があって、どうすればいいのか一概には言い切れない。

精神疾患に罹患するとともに職を失い、職を得ることが難しくなり、希望を無くして暗い顔をした若い人をよく見かける。その辛さは承知の上だが、そこから何とか這い上がるのを手助けできたらとつくづく思う。

また一方、福祉的就労を甘んじて受けながら自分なりに生きていく当事者もいる。その考えに至った経緯を今困っている人に伝える術はないものか。哲学的な領域に入り込むことになろうが、福祉職の支援者に対してそれなりの期待を求めたい。

答えが出せるとしたら、多様な選択肢から選べるのが前提となるであろう。それにはかなりの情報となるメニューを準備せねばなるまい。

### 4. 心の時代に則して

ストレスフルな現代では、うつ病や双極性障害のある人が圧倒的に増えている。また、引きこもりの人も多い。これらは従来の対処法では、立ち行かないのではなかろうか。心に寄り添う治療方法を講じる必要があると考える。入院させたり、服薬を偏重させたりするのは止め、カウンセリング、心理療法、作業療法など、根本的に医療のあり方を見直すことを病院には期待したい。

それに効率主義や経済優先の世の中では精神疾患に陥りやすい。そういうことがなくなる方向で現代社会に関係者挙げての警句を発してはどうか。そこで次のように訴えたい。

現代日本において欠如しているものは進歩を求めて科学する力である。それに代わってはびこっているのは効率向上や経済優先を安易に求める考え方である。どんなに成果を上げてでも評価されないことに病巣を見る。労働に使用する時間を

短縮しても意味はない。全力投球を常に求められても、そういう無理は続かない。その人なりの余裕がある状態でなければ再生産につながらない。仮に頑張っただけで一定の時間を浮かせたとして、どれくらいのプラスのものが生じようか。その前に労働強化で心身は疲弊してしまい、相当多くの休息が必要となってくるのではないか。効率を求めず、安定している時間の猶予を与えられた労働をしたとすれば、副産物としてきっと問題点、改良点が見えてくるであろう。余裕が有効となる。

そこで次に述べるような簡単には手に入らない「創造」が大事と考える。創造するということは、陰と陽なり、正と反なり、二律背反するものが激しく交錯し、極まったところで少し時間が経ることによって何かしらふっと発生する大変に気を遣うものである。このことを弁えず、常に安易に効率向上を求めていたら、つまり偏った一つの方向だけを向いて、それに追いつけないことを排していたら、安住できる余地や安心感が保てず、進歩することはより難しくなる。

そしてまた精神疾患の罹患は実にそういうメカニズムとよく関係している。人間の健康的な営みは「循環」と「バランス」の上に成り立っている。例えば循環は「働く」と「休む」が交互にやるべき行為であり、バランスは偏りを修正させる療法である。それらの推進はその都度に現出している小さな「創造」である。そしてまた「休む」の概念において忘れてしまいがちなのは「空虚」であり、そういう状況下に置かれたとき、自然に元気を取り戻すことができる。普通はそういうことを意識しなくても、対処していけるものだが、そのメカニズムを崩してしまうと病気に陥る。自分では納得できなくても周囲の圧力により捻じ曲げられたら、意図に反することをやらなければならないと考えて、その実行を移そうとして気持ちを無理矢理抑えることで為し得てしまう。これが高じると意に反することが深層心理の中で耐えきれなくなり、心の健康の安全弁が壊れるのである。その結果、精神疾患を得ると解決の糸口が見出しにくい「病気」との葛藤が絶えず存在することになり、それに苦しむ私たちの訴えを聴いて欲しい。

## VII. 総括と提言

### 1. 健全な生活を送る上での福祉の三要素

医療とは交わらない福祉における基本的な3要素を下記の通り挙げておく。病気の人ということではなく一個の人間と捉えることが大切である。

◎仕事 収入を得るだけでなく、生きていく力の向上が望める

◎住居 安心して住める場所の確保により、充実した地域生活が送れる

◎社会との接点 個人差はあろうが一般の人との触れ合いや社会に溶け込んで何らかの役割を果たすことで生きがいをもつ

### 2. 結論としての医療改革の提言

次の項目が問題であり、今もって解決が見られない根深な理由として残る。



- ◎精神疾患の無理解で効果的な施策の構築ができず、安直に入院を促進した
  - ◎高価となる入院にかかる予算を減らすため通院施策重視という発想がない
  - ◎いつまでも病院に医療と福祉の両面を依存しては住民の理解は得られない
- 次に挙げる項目で徐々に解決が図れると考え、具体的に提言しておきたい。

★法律および、施策について政府への要求

- (1) 精神疾患について正しい理解を得るために、政治家はもちろん、一般市民、生徒にも教育、その他で啓発を図ること
- (2) 医療と福祉を分けた法整備を構築する
- (3) 新しい精神病院法の制定
- (4) 精神科特例の廃止
- (5) 病院は年1回の国レベルの監査を受けること
- (6) 国家予算は精神科医療に対して一般科より少ない差別的な待遇を禁じる
- (7) 国家予算の按分として、入院の分を減らし、通院の分を増やすこと
- (8) 通院患者のために有効な手法には報酬を高くすること

★地方自治体、関係機関への要求

- (9) 施策策定の場面には半数の当事者（家族含む）の参画を求める
- (10) 閉じこもりがちな患者や家族に福祉サービスほか、社会資源の情報提供
- (11) 働く場、生活の場、憩いの場に多様性のあるメニューを提示すること

★医療スタッフのレベル向上

- (12) 高い見識のある精神科医、病院スタッフを育成する
- (13) 患者と接する職員（看護師、ソーシャルワーカー、心理士、保健師）も対話の技術や要すれば精神科医療の知識を習得するよう訓練、研修させる

★精神科医療のあり方の見直し

- (14) 病院の利用法を見直して、病床数を減らすこと
- (15) 服薬偏重からカウンセリング、心理療法、作業療法等に比重を強めること
- (16) 訪問型の医療に転換して、重たい在宅患者に診察、服薬の対応を実施する
- (17) 発症直後はオープンダイアログなどの新たな手厚い対応を講じること
- (18) 回復期はリカバリーカレッジなどの新しい方法でリカバリー志向とする
- (19) ピアサポーターの採用で患者に寄り添ってもらい、効果的回復を目指す

★その他の課題解決を目指すべき懸案事項として

- (20) 障害年金の受給アップなどの所得保障
- (21) グループホーム等建設に起こる反対運動に対して差別禁止法の確立を

■当然ながらユーザーである本人の意思、希望が尊重されなければならない

—参考文献—

- 1) 中村治、金沢の精神病者保養所、「人間科学：大阪府立大学紀要 第10号」、大阪府立大学人間社会学部人間科学科、2015年、87-90ページ
- 2) 矢上克己著「石川県社会福祉成立史研究」、金城大学矢上研究室、2004年、160ページ
- 3) 「社会改良 第16号」、石川県社会事業協会、1936年、62-64ページ
- 4) 「石川県民生委員制度三十年史」、石川県厚生課、1951年、134、136-137ページ
- 5) 橋本明、戦前の日本における精神医療史、「響き合う街で 86号」、やどかり出版、2018年、11ページ
- 6) 増田一世、日本の精神保健福祉の未来を考える、前掲5)、32ページ
- 7) 岡田靖雄、ライシャワー大使刺傷事件と精神衛生法改正、前掲5)、16ページ
- 8) 増田一世、日本の精神保健福祉の未来を考える 資料1 クラーク勧告、前掲5)、37ページ
- 9) 古屋龍太、宇都宮病院事件と精神保健法、前掲5)、18ページ



発行：令和4年8月  
発行者：道見 藤治

