

博士学位論文

精神障害者のスティグマ生成の機序に関する研究

鹿児島国際大学大学院

福祉社会学研究科 社会福祉学専攻

宮地 あゆみ

2015年 3月

## 目次

目次.....	i
図表一覧.....	vi
凡例.....	viii
<b>第1章 研究目的と本論文の構成</b> .....	1
第1節 研究の目的.....	1
第2節 研究の課題.....	2
第3節 研究の構成.....	6
<b>第2章 研究の観点・方法・視座</b> .....	8
第1節 研究の観点.....	8
第1項 G.W.オルポートの6つの観点.....	9
1) 歴史的観点.....	9
2) 社会文化的観点.....	9
3) 状況的観点.....	10
4) 心理学的観点.....	10
5) 現象学的観点.....	11
6) 評定的観点.....	11
第2項 偏見・スティグマ・差別における研究の観点.....	12
第2節 歴史的観点による研究の方法.....	13
第1項 歴史研究とは.....	14
1) 歴史研究の意義	
—岡田靖雄の精神医療史研究を通して—.....	15
2) 歴史社会学の視点	
—張江洋直・大谷栄一による厚東洋輔理論の推進的理論から—.....	15
3) 歴史社会学の方法	
—筒井清忠・佐藤健二・福間良明らの方法論をもとにして—.....	16
第2項 歴史研究の方法として.....	17
第3節 原点・立ち位置・視座.....	18
第1項 原点.....	18
1) 先天的な原点	
—F.カフカ・E.ファノンらの原点—.....	18

2) 後天的な原点	
—大谷藤郎・阿部謹也・マリ＝ジョゼ・バルボらの原点—	19
3) 原点とは	21
第2項 立ち位置	21
1) 精神病者の立ち位置	
—C.W.ビアーズ・太宰治・小林美代子・大熊一夫らの立ち位置—	22
2) 精神病と判断する人達の立ち位置	
—D.E.スミスの論文をとおして—	24
第3項 視座	
—H.S.ベッカー・大谷藤郎らの視座を踏まえて—	25
第4項 本研究における視座	26
<b>第3章 スティグマの生成</b>	
—カテゴリー分けとスティグマ—	29
第1節 スティグマとは何か	29
第2節 先行研究におけるスティグマ概念の位置づけ	31
第1項 E.ゴッフマンによるスティグマ研究	32
第2項 G.M.クロセティらによる精神障害者のスティグマ研究	32
第3項 坂本佳鶴恵のスティグマとレイベリングの対比的研究	33
第4項 G.W.オルポートの偏見研究からみたスティグマ	34
第5項 まとめ	
—カテゴリー分けとスティグマの関連性—	34
第3節 カテゴリー分けとスティグマ	35
第1項 常識と偏見	35
第2項 カテゴリー化とラベリング	36
第4節 スティグマの仕組み	38
<b>第4章 精神障害者の偏見・スティグマ研究で提示されている諸命題</b>	40
第1節 本章の問題意義と方法	40
第2節 研究方法の傾向分析	41
第1項 本節における分析方法	41
第2項 研究方法の傾向分析	44
1) 発行年	44
2) 調査年	44
3) 測定法の区分	44
4) 対象者と対象者数	45

5)	回答者率 .....	46
6)	サンプリング .....	46
7)	実施方法 .....	47
8)	偏見の測定尺度 .....	47
9)	アンケート内容 .....	48
10)	関連変数 .....	48
11)	備考 .....	49
第3項	研究方法の傾向分析を通して明らかになったこと .....	50
第3節	既存研究で提示されている諸命題の分析 .....	51
第1項	本節における分析方法 .....	51
第2項	研究目的の分析 .....	56
第3項	研究背景の分析 .....	57
1)	対象者別の意識の解明 .....	57
2)	偏見の構造 .....	60
3)	研究の方向性 .....	61
第4項	明らかになったことの分析 .....	64
1)	対象者別の意識の実態 .....	64
2)	偏見の実態 .....	67
3)	今後の研究の方向性 .....	68
第5項	既存研究で提示されている諸命題の分析を通して明らかになったこと .....	71
<b>第5章</b>	<b>精神保健医療福祉の変遷からみたスティグマ生成 .....</b>	<b>73</b>
第1節	本研究における時代区分 .....	73
第2節	明治維新から 1899 年まで .....	74
第1項	近代化に向けて .....	74
第2項	近代化と医学 .....	75
1)	わが国における西洋医学 .....	75
2)	ドイツ医学の導入 .....	76
3)	精神病学教室 .....	77
第3項	精神障害者に対する取り組み .....	78
1)	医制 .....	78
2)	精神障害者が関連する制度 .....	79
3)	癲狂院の設置 .....	81
4)	D. L.デックス女史の活動 .....	83
5)	文部大臣森有礼 .....	84
第4項	小括 .....	85

第3節	1900年の精神病患者監護法から1949年まで	86
第1項	世界のなかの日本	87
1)	国際社会と世界大戦	87
2)	国内の動向	87
第2項	法律の誕生とその他の動向	88
1)	精神病患者監護法の制定	88
2)	精神障害者を取り巻く状況	90
第3項	精神医療と精神障害者	91
1)	呉秀三とその業績	91
2)	精神病患者の治療	93
3)	戦争と人権	94
4)	アジールとしての精神科病院と精神病	94
第4項	小括	95
第4節	1950年の精神衛生法から1979年まで	96
第1項	経済成長を迎えて	97
1)	世界における人権問題への取り組み	97
2)	異義と訴え	97
第2項	医療的色合いの濃い時代	99
1)	精神衛生法の制定とその改正	99
2)	生活療法と薬物療法	100
3)	薬物療法の実態	102
第3項	医療における精神障害者の収容	103
1)	精神科病院事件とその批判	103
2)	精神科病院と地域で暮らす精神障害者	105
3)	コミュニティの形成とコンフリクト	105
第4項	小括	106
第5節	精神保健福祉法制定を目指す1980年以降	107
第1項	精神障害者の福祉に関する法律	108
1)	精神保健法の制定とその背景	108
2)	精神保健福祉法の制定	108
第2項	わが国の精神障害者	109
1)	精神障害者の定義	109
2)	精神障害者の事件と法律	110
3)	精神科病院の入院体制と治療	111
第3項	地域生活を目指して	112
1)	治療の進展とスティグマ	112

2) スティグマの払拭に向けて .....	114
3) 地域生活に向けての新たな課題 .....	114
第4項 小括 .....	115
<b>第6章 総括と展望</b> .....	117
第1節 本研究で得られた知見 .....	117
第1項 本研究における基礎的知見 .....	117
第2項 歴史的観点からの知見 .....	118
第2節 本研究と中心命題との整合性 .....	120
第3節 今後の研究に向けての提言 .....	121
<b>謝辞</b> .....	124
<b>文献一覧</b> .....	125
(1) 引用文献 .....	125
(2) 参考文献 .....	136
(3) インターネット検索一覧 .....	142
(4) 参考資料 .....	142
<b>資料</b> .....	143
(1) 第4章 既存研究論文の要約 .....	143
(2) 第5章 表 5-5 年表 .....	156

## 図表一覧

### 第1章 研究目的と本論文の構成

### 第2章 研究の観点・方法・視座

表 2-1 観点の種類と特徴.....	9
図 2-1 偏見の原因研究のもろもろの理論的、方法論的アプローチの仕方.....	13
表 2-2 歴史研究の背景と方法.....	14

### 第3章 スティグマの生成 —カテゴリー分けとスティグマー—

表 3-1 カテゴリー化の五つの重要な特徴.....	37
----------------------------	----

### 第4章 精神障害者の偏見・スティグマ研究で提示されている諸命題

表 4-1 偏見やスティグマおよび差別における既存研究の変遷.....	42
図 4-1 関連変数.....	49
図 4-2 核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向.....	52
表 4-2 既存研究論文における諸命題.....	53
表 4-3 研究目的.....	56
図 4-3 研究背景の分類.....	57
表 4-4 一般市民の精神障害者に対する意識 (24).....	58
表 4-5 医療の現状 (22).....	59
表 4-6 家族の現状を浮き彫りにする (8).....	60
表 4-7 偏見の解明 (11).....	60
表 4-8 研究目的 (22).....	61
表 4-9 啓発活動のシステム開発 (17).....	62
表 4-10 施策改革による偏見の解消 (14).....	63
図 4-4 明らかになったことの分類.....	63
表 4-11 一般市民の意識の特性と今後の方向性 (36).....	65
表 4-12 精神科病院の現状把握 (19).....	66
表 4-13 家族への偏見と支援 (7).....	66
表 4-14 偏見の実態を浮き彫りにする (14).....	67
表 4-15 偏見の測定法の検証 (21).....	68
表 4-16 制度の方向性を示唆 (22).....	69
表 4-17 偏見解消への今後の取り組み (18).....	70
図 4-5 先行研究による理論仮説.....	72

## 第5章 精神保健医療福祉の変遷からみたスティグマ生成

図 5-1	私宅に儲けられた監置室 1 .....	90
図 5-2	私宅に儲けられた監置室 2.....	90
表 5-1	生活保護法による入院患者日用品の変遷 .....	98
図 5-3	精神科病院数.....	100
表 5-2	100 床あたりの専門職数.....	112
表 5-3	平均入院日数 と非定型抗精神病薬発売年 .....	113
表 5-4	2002 年呼称変更前後の病名告知比較.....	113

## 第6章 総括と展望

### 資料

(2) 表 5-5	年表.....	156
-----------	---------	-----

## 凡 例

1. 本研究においては、資料の引用は脚注を同項目以下に、主要参考文献を巻末に示している。
2. 本論文においては、和書・洋書・雑誌記載論文を引用した場合には、本文のなかで（著者名、出版年、項）の順で示している。
3. 本論文においては、和書・洋書・雑誌記載論文を要約した場合には、本文のなかで（著者名、出版年）、著者（出版年）もしくは（著者名、出版年、項）の順で示している。
4. 洋書の引用は、本文のなかで（著者名、原書出版年、訳書出版年、項）の順で示している。
5. 洋書の要約は、本文のなかで（著者名、原書出版年、訳書出版年）もしくは（著者名、原書出版年、訳書出版年、項）の順で示している。
6. 引用文中の省略は、・・・で示している。
7. 本研究においては、図表は各章ごとの通し番号で（図表章一通し番号）で示している。
8. 「 」は、論文や特異な、すでに専門的に承認されて、強調されるべき概念を示している。
9. 『 』は、「 」のなかで更に「 」を使う場合や、本のタイトル、個人の思いなど概念としては確定されていない場合を示している。
10. 〈 〉は、まだ試論的な概念や命題および発想内容を示している。
11. ( ) が文中にある場合には、引用の参照または短い解説などを示している。

## 第1章 研究目的と本論文の構成

### 第1節 研究の目的

精神障害者<sup>1</sup>に関する法律として、1900年7月1日に精神病患者監護法が施行されてから一世紀以上が経つ。この法律が設けられた背景には、不平等条約改正と明治政府による富国強兵を目指して学制、兵制、税制、殖産興業などの国内法を整備するなかで、治安維持や秩序維持を目的に、精神障害者が警察の取り締まりの対象になったことなどが影響している。そうしたなか、精神科病院<sup>2</sup>などの入院施設の整備もおこなわれはじめるが、その数は極めて少なく、逆に各家庭に頼った私宅監置が普及していくことになる。精神病患者監護法について岡田は、「精神病院・精神病室がほとんどないなかで、この法律は私宅監置の監督が主体となった。しかも、その私宅監置は、精神病患者を医療ではなく、公安的隔離監禁の対象とし、それを個人の責任でおこなわせるものであった。この基本的特徴はついでないだまでつづいてきたし、現在も精神科医療の底流にある」（岡田 2002 : 141）と主張している。そして、1950年に精神衛生法が施行されたことにより、それまで主流であった私宅監置は廃止になり、1954年の精神衛生法の一部改正により精神科病院に対しての国庫補助が設けられ、それまでの公安的色合いの強い制度から医療的色合いの強い制度へと移行しはじめていく。1987年には精神保健法が施行されており、1993年に精神保健法の一部改正がおこなわれ、1993年に施行された障害者基本法により精神障害者も障害者福祉の対象になり、福祉施策の必要性から1995年には精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以後、精神保健福祉法とする）が施行されている。

さらに、2004年には今後の10年間の取り組むべき目標として、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」が発表されており、「入院医療中心から地域生活中心へ」とした基本方針のもとで、約7万人の社会的入院患者の退院や約7万床の病床削減が挙げられている。また、「国民意識改革の達成目標」として、「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度を90%以上とする」（厚生労働省 2004）という目標も掲げられており、2009年の「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」では、「広く国民を対象に『こころのバリアフリー宣言』等の普及啓発を行ってきた、その結果として平成18年時点では82.4%と、一定の成果が認められている」（厚生労働省 2009 : 12）と発表されている。しかし、この数値は「精神疾患は生活習慣病と同じく誰もがかかりうる病気であることについての認知度」を示したものであり、誰でも精神的な病いになってしまうと偏見（ある人や集団の人達に対して抱く偏った見方や考え方）やスティグマ（汚名、烙印、徴候、徴などを意味する）および差別（ある人や集団の

---

<sup>1</sup> 本研究において、医療的場面や医療的色合いの強い場合は、精神病患者もしくは精神的な病いを持つ人とする。また、時代的背景によっては癲狂者とする場合もある。しかしそれ以外の場合は、精神障害者とする。

<sup>2</sup> 精神科病院の名称の変遷をしてみると、1889年に榊俣が東京癲狂院を東京巢鴨病院と改名しており、2006年の精神保健福祉法改正までは精神病院と呼ばれていた。時代的背景により使い分けが必要な場合は、癲狂院、精神病院、精神科病院と表記するが、それ以外は精神科病院と統一して表記する。

人達を忌避、排除する行為)の対象になってしまうことや、精神障害者の置かれている立場を理解し、ともに地域で生活することの意志を表した数値ではない。

厚生労働省の病院報告(厚生労働省 2013)によると、2013年12月(2014年5月時点で検索できる最新の数値)時点の1日平均の在院患者数は1,262,307人であり、そのうち最も多いのが一般病床の668,703人で、次いで精神病床の297,292人、療養病床の293,973人、介護療養病床60,631人、結核病床の2,276人となっている。次に、同資料による入院患者の平均在院日数を見てみると、わが国における入院患者の平均在院日数は30.0日となっている。平均在院日数で最も長いのは介護療養病床の310.3日、次いで精神病床の288.5日、療養病床の163.2日、結核病床の68.3日、一般病床が16.9日となっている。2013年12月現在と精神保健福祉法が誕生した1995年(厚生労働省 1995)とを比較してみると、1日平均の精神病床の在院患者数は、1995年には252,624人で44,668人も増えており、精神病床の平均在院日数は1995年には454.7日で166.2日減少している。以上の数字を見る限りではあるが、精神病床の平均在院日数は減少の傾向にあるものの、他科と比較するとそれでも在院期間は長く、在院患者数は逆に増えていることから、多くの精神病患者が長期間の入院生活を余儀なくされている現状が伺えてくる。しかも、精神科病院での入院は他科での入院と異なり多くの制限が設けられており、保護室で隔離されている人や、病棟から自由に外に出られない人も多く、入院患者のほとんどが適切な社会的経験を積む機会を失っているのが現状である。

そうしたなか、2013年には精神保健福祉法の一部改正(厚生労働省 2013)がおこなわれ、法案概要の一つに「精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定」が設けられたことで、「病棟転換型居住系施設」<sup>3</sup>の案が浮上しはじめる。そのことによって、約10年前の2004年から、「入院医療中心から地域生活中心へ」とした基本方針のもとで進められてきた、約7万人の社会的入院患者の退院や約7万床の病床削減といった目標が、非合理的な形で達成されようとしている。

## 第2節 研究の課題

精神障害者が地域生活していくことが困難な背景の一つに、精神障害者に対する根深い偏見やスティグマおよび差別の問題がある。これらは近年になって突然浮上してきた問題ではなく、制度的要因や医学的要因および社会的要因<sup>4</sup>など様々な要因が絡み合うなかで、私達の生活のなかに長い歳月をかけて浸透してきた問題である。現在の精神障害者が置かれている状況を見ていくにつれて、筆者のなかに『なぜ、精神障害者は偏見を持たれ、ス

---

<sup>3</sup> 精神病床を病棟転換型居住系施設として、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパート等へと転換して行こうとする動きがおきている。

<sup>4</sup> 新社会学辞典(1993: 591)のなかで塩原勉は、社会の概念には4つあるとしている。「①社会の本質を指示する抽象的概念としての社会、②集団や社会制度といった個別的に与えられる社会的結合をさすものとしての社会、たとえば地域社会、政治社会など、③包括的な全体社会としての社会、④社会類型としての社会、例えば情報社会、高齢化社会など」。

ティグマがあるとされ、差別される存在になったのだろうか』『精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の軽減や解消に向けて、どのような研究がなされているのだろうか』という疑問が浮かび上がってきた。

これまでも、精神障害者の偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消するために多くの研究がおこなわれており、その成果は積み重ねられている。全国精神障害者家族連合会（以後、全家連とする）の研究によると、「精神障害（者）の問題は、社会治安、秩序維持の観点からとり上げられる面がある。精神衛生法にいう『自傷・他害』の危険、その防止としての強制入院の存在、精神障害者に法的責任能力をどこまで問えるかの問題、そして刑法改正の焦点のようにになっているいわゆる『保安処分』の問題などがその具体的な現れである。これらは、その反面として、精神障害者の人権の問題を鋭く含んでいることも忘れてはならない」（全家連 1984）と述べられている。町沢ら（1990）の研究では、わが国における精神障害者への偏見や差別は、アメリカやイギリスの 30 年前よりも強いとされており、全家連などの研究によると、精神障害者は制度や社会システムおよびマス・メディアなどの影響により、一般市民にマイナスのイメージを持つ人達として捉えられているとも記載されている（全家連 1984；宗像 1991；大島 1992b；大島ら 1993；全家連 1977；蓮井ら 1999；谷岡ら 2007）。また岡上らの研究では、良好な接触体験を通して正確な知識やイメージが持てるようにしていくことが必要であると訴えており（岡上ら 1986；大島ら 1989；大島 1992a；竹島ら 1992）、進藤らは文化が進展するにつれ、高学歴な者ほど精神障害者へのイメージは良好になっていくと述べている（進藤ら 1968；全家連 1984；宗像 1991；星越ら 1994）。さらに、宗像らは啓発活動について制度やシステムの一環として啓発活動を進めていく必要があるとし（宗像 1991；竹島ら 1992；白石 1994；牧田 2006）、全家連などは対象者を絞った啓発活動をしていくことや、若い世代を対象にした啓発活動の有効性について述べている（全家連 1997；蓮井ら 1999；御前ら 2005；谷岡ら 2007）。精神障害者への偏見やスティグマについて研究している白石は、精神障害者の置かれている状況を改善するための見解を以下のように述べる。「二一世紀の社会はますますストレス化が進むことになるだろう。そこでは、さまざまなストレス症状がより深刻化し、神経症状や境界例、疑似精神病なども増えるであろう」（白石 1994：252）。「患者の人権が尊重される医療システム、つまり患者中心の医療形態になる必要がある」（白石 1994：260）。「治療上可能な限りの早期退院が患者中心医療にとって欠かせないことは事実といえよう。また、医療機関や福祉政策の貧困による『社会的入院』<sup>5</sup>をなくしていく必要もある」（白石 1994：263）。そのためには、「精神障害者を社会が受容し、社会の中で彼らを支援するシステムを構築していかなければならない」（白石 1994：276）。1994 年に白石の著書が出版されてから約 20 年が経過しようとしているが、未だにこの指摘は精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の問題における課題一つとして残っているように思われる。

---

<sup>5</sup> 現在では、「社会的入院」（社会に問題があるための入院）という言葉は、「長期入院」（入院が必要）という言葉にすり替えられつつある。

また、近年の先行研究論文を通しては、以下のような課題も見えてくる。例えば御前ら（2005）の研究からは、動物好きの人は、動物好きの精神障害者の受け入れが良好であるとされている。そのことからして、共通の趣味を通じて関わりを持つことが、啓発活動の一つとして発展する可能性はないか検討することも必要になってくると思われる。また、谷岡ら（2007）の研究では、高年者と若年者の精神障害者に対するイメージを比較しており、高年者は否定的な態度が強く一人暮らしに対しても消極的意見が強いが、若年者は理解度が高く接触体験を望んでいると示唆されている。そのため、このような論点も踏まえて、今後は若年者を対象とした啓発活動の可能性や、具体的な啓発活動の内容についても研究を進めていくことが必要になってくるかもしれない。さらに半澤ら（2008）の研究では、精神病の回復のイメージができたとしても、必ずしも社会的距離が近づくことにはならないとしており、精神病の知識を得たとしても接触を拒否する可能性がでてくると述べている。だとすると、接触を拒否する人達は、他の病気や障害の人達に対しても同様なかどうか、そもそもその人達は日常の人付き合いそのものを好むのか好まないのか、等々についても検討し、そうした人達のパーソナリティが偏見や差別に影響を与えているのかいないのかなども含めて、研究を進めていく必要が出てくるかもしれない。

その他にも管見の限り、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別に関する、先行研究論文を整理しまとめたレビュー論文が4点あった。それらの論文では、レビュー研究を通して明らかになったことはもちろんであるが、今後の課題や研究の方向性についても示されていた。中村論文では、「精神障害者と社会的距離に影響する要因として、彼らに対するステレオタイプ化<sup>6</sup>された認識、接触体験、苦情体験、マス・メディア報道の見聞、専門知識、疾患名などが報告されていた。これらの知見は、精神障害者が社会復帰に向けて努力している姿を見せること、地域住民の一員として積極的に受け入れ日常的な交流の機会をはかること、事件報道で逮捕者の通院歴を安易に取り扱わないこと、精神障害に関する正しい知識を共有すること、誤解や偏見を招くような疾患名については呼称の変更を検討すべきであること、等が精神障害者に対する偏見を減じるとともに、彼らを肯定的に受け入れるために欠かせない要件であることを示唆している。・・・偏見の抑止・解消をさらに押し進めて行くために、偏見が生じる原因およびそのプロセスに直接アプローチし、因果関係を探ることを目指した研究が多くおこなわれることを期待したい」（中村 2001：210-211）と述べられている。榊原と松田の論文では、「スティグマから被る多大な不利益は、精神障害者が生きていく上での可能性や獲得すべき権利を摘み取ってしまうだけではなく、精神病が誰しもなりうる病気であるがゆえに、スティグマによって適切な医療を受ける機会を逃してしまう可能性がある。・・・今後も、偏見形成に与える要因を追及するとともに、スティグマの影響を当事者の内的な世界から明らかにしていく必要がある」（榊原

---

<sup>6</sup> オルポートは、ステレオタイプの定義として「好意的であろうと非好意的であろうと、とにかく、ステレオタイプは、カテゴリーと結びついた、誇張された所信である。その機能は、そのカテゴリーに関してのわれわれの行為を正当化する（理屈づける）点にある」と述べている（オルポート 1954=1968：168）。

ら 2003 : 65)。そのためには、「当事者体験談の機会を提供することが、啓発方法の1つとして有効であることが明らかになったと言えるだろう」(榊原ら 2003 : 66) と述べている。吉井論文では、「精神障害者に関するイメージはマスメディアからの影響を受けながら形成され、〈攻撃的〉で〈何をするかわからない存在〉として固定化され、暴力や事件と結び付けられて《不快な行動をとる危険なイメージ》が強化される部分があると考えられる」(吉井 2009 : 143)。「歴史的背景、国家的な価値観が、本研究で抽出された、精神疾患は〈恥ずかしい病である〉というスティグマ要因に大きく結びついているのだと考えられる」(吉井 2009 : 144)。「『病気を治療するため』という大義名分のもと、精神障害者隔離政策が管理社会の中で公然と行われ、いわゆる〈社会的技能が劣る〉精神障害者を作り上げていった背景があったと言ってもいいだろう」(吉井 2009 : 144) と述べている。山田と益満の論文では、「精神障害者の偏見や差別、スティグマに関する啓発活動は、『知識普及』や『接触体験』を目的とした啓発活動がほとんどであった。『知識の普及』や『接触体験』が偏見、差別の解消に効果的であることは、多くの研究において明らかとなっている。・・・近年において、対象者のパーソナリティが偏見や差別に影響を与えているという報告がある。・・・このことから、従来の規定要因に加えて、個人誘発型の要因を考慮した啓発活動がさらなる効果を発揮することが考えられる」(山田ら 2011 : 26-27) と述べている。

これらの先行研究論文を見た限りでも、精神病は誰でもなる可能性がある病気であるにもかかわらず、ひとたび精神病になってしまうと偏見の対象となり、スティグマがあると見做され、差別され、その渦中からはなかなか抜け出すことができないことが伺えてくる。また、マイナスの印象が強いということもあってか、病気の兆候が表れても適切な医療に繋がりにくく、早期治療、早期回復というプロセスが辿りにくくもなっている。その背景には、国によって精神障害者の隔離政策が行われるなかで、いわゆる社会的技能が劣る精神障害者という人達を作り上げてきた、歴史的な要因が影響しているのではないかとも思われる。そうしたなかいくつかの研究では、精神障害者への偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消するためには、知識の普及や接触体験が効果的であるということが明らかにされている。また近年の研究では、調査対象者のパーソナリティが偏見や差別に影響を与えているという報告もあることから、従来の規定要因に加えて個人誘発型の要因を考慮した啓発活動がさらなる効果を発揮するとも考えられる。そのためまずは、精神障害者へのスティグマが生じた要因や機序<sup>7</sup>を探究し、軽減や解消するためのアプローチの方法を追及していくことに加え、偏見やスティグマおよび差別の影響を当事者の内的な世界からも明らかにしていくことが必要になってくる。

だが、他の障害者やその他の当事者達からすると、精神障害者が自分の病気や差別されている現状について語る機会は極端に少なく、多くの人達は誰でもなる可能性がある精神病によって、自分も偏見や差別の対象になってしまうということについてまでは理解されていないように思われる。また、管見のかぎりではあるが、「障害」理解の視点や精神障害

---

<sup>7</sup> 機序とは、広辞苑によると「しくみ。機作。機構。メカニズム」(新村 2008 : 676) とされている。

者の〈視座〉から、精神障害者の偏見やスティグマおよび差別が発生した、要因や機序について論究している研究はほとんどなかったように思われる。さらに、いくつかの先行研究論文では、対象者を絞っての啓発活動が必要であるとされてはいるが、啓発活動を進めていくにあたっての明確な対象者の特定や、具体的な啓発活動の内容については、ほとんど明らかにされていなかったように思われる。そのため本研究では、こうした認識に立って、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の軽減や解消の方向性を、歴史的観点、医学史および医療技術史的観点、社会福祉施策史や社会福祉制度史的な観点、さらに社会学や歴史社会学および社会病理学的な観点や方法論を駆使して、「障害」理解の視点から精神障害者の〈視座〉により、スティグマの要因や機序について論究し、この論究の成果を偏見やスティグマおよび差別の軽減や解消に向けた研究へと繋げていきたいと考える。

### 第3節 研究の構成

おそらく精神障害者へ対する偏見やスティグマおよび差別の問題は、軽減し解消しなければならない問題だが、そのためにはまず精神障害者がなぜそのような状況になったのか、その要因や機序について明確にしておく必要がある。そうすることで、これまで積み重ねてきた研究結果および先行研究によって、明らかになりつつある今後の課題や取り組みに、新たな観点や方法を加えることが可能になり、さらに踏み込んで考察することができるようになるのではないかと考えている。本研究では以上のような認識から、偏見の研究で著名なオルポートの「偏見の諸理論」（オルポート 1954=1968：182-19）の6つの観点を手がかりにして、「より多くの精神障害者が地域生活を可能なものにしていくために、長年根付いてきた偏見やスティグマおよび差別の問題を明らかにし、軽減し解消をするための今後の取り組みの方向性を示すことが必要である」という中心命題を掲げて、可能なかぎり詳らかにしていきたいと考える。

第1章では、研究の目的と課題および構成について述べておく。第2章では、『偏見やスティグマおよび差別の研究には、どのような観点や手法があるのか』について、研究の観点や研究の方法について検討し、本研究における研究手法および研究の視座について論考する。第3章では、『スティグマとは、どのような現象なのか』ということ、スティグマやカテゴリー分けについて、〈常識〉の問題や「偏見」「差別」とも関連させながら、それらが発生する過程とその概念について論究する。第4章では、『これまで、精神障害者の偏見・スティグマ・差別を軽減し解消させるために、どのような研究がおこなわれてきたのか』ということについて、先行研究論文の動向から、これまでの研究で明らかになったことや、今後の課題や取り組みの方向性について考察する。第5章では、『精神障害者に対するスティグマへと繋がっていく要因には、どのような出来事があったか』ということ、歴史的観点から考察し、時代とともに精神障害者へ対する偏見やスティグマおよび差別はどのように変化してきたのか、その機序について論究していく。そして第6章では、精神

障害者の偏見やスティグおよび差別の要因や機序を可能な限り示し、先行研究論文のレビューによって明らかになった今後の取り組みの方向性に、「障害」理解の視点と、歴史的観点、医学史および医療技術史的観点、社会福祉施策史や社会福祉制度史的な観点、さらに社会学や歴史社会学および社会病理学的な観点や方法論をとおして、これまで論じてきたことから明らかになってきたことを加え若干の試論を展開していくことにする。

本研究を通じて精神障害者に対する偏見や差別という古くて新しい問題を、少しでも明らかにするように試論を展開していき、私たちが持っている精神障害者に対する偏見や差別の軽減や解消に繋げていくことができれば、望外の幸せである。

## 第2章 研究の観点・方法・視座

新は、データについて「私達の生き方に重要な意義をもつ判断＝定義の根拠を与える社会科学的手続きの核となる」（新 2005：1）。「データは、いまや人を動かす力の源泉なのである。物理的なむきだしの暴力や集団の権威ではなくて、データのもつ価値が具体的な状況において人を説得しコミュニケーションを可能にしていく手段となりうるのである。いつも多数の体制側の立場からのみならず、そうした立場に対抗してより高い説得力をもって主張するためにも、私達は一種の『カウンター・パワー』を『カウンター・リサーチ』によって裏づけることも必要であろう」（新 2005：3）と主張している。

このように私達は、多くの場面で様々なデータや情報を参考にしながら生活をしている。だが、今日では多くの情報やデータが散乱しており、あたかもそのデータが真実で、一般的基準を示しているかのように記載されていることもある。また逆に、データに囚われすぎて、真の意味や価値観および判断をする機会などを見失っている人達を見かけることもある。このような現代社会においては、その情報やデータが信頼できるものであるかどうかを確認する作業も必要になってくる。もちろん研究するにあたっては、研究目的に研究方法が適しているか十分に検討がなされたうえで、データが検出され論じられていることが重要な過程の一つであるということは言うまでもない。そのため本章では、本研究の目的に適していると思われる、研究の観点や研究の方法および研究を進めていくうえでの〈視座〉について検討しておきたい。

### 第1節 研究の観点

オルポートは偏見の研究で著名であり、偏見やスティグマおよび差別に関連した多くの研究論文のなかで、必ずと言ってよいほど参考文献<sup>8</sup>として取り上げられている。オルポートの『偏見の心理』（1954=1968）では偏見のみではなく、偏見の問題に隣接するカテゴリー化や個人的な価値観および差別などの問題についても言及しており、研究をするにあたっての観点についても論じている。

そのため本研究でも、精神障害者のスティグマの研究をしていくにあたり、オルポートが「偏見の諸理論」（オルポート 1954=1968：182-19）で分類している6つの観点に注目をして、本研究に適した研究の観点について考察していきたい。この6つの観点とは、歴史的観点、社会文化的観点、状況的観点、心理学的観点、現象学的観点、評定的観点に分けられている。その内容について整理したものを表 2-1 に示しておく。

---

<sup>8</sup> 偏見やスティグマおよび差別に関連する研究は、多くの研究者達によって行なわれている。ブラウン（R. Brown）はオルポートの『偏見の心理』について、「この本は偏見の本質とそれの低減方法についての近代研究の出発点ともなされてきた。・・・実際、過去 40 年間にわたって、アメリカ合衆国の学校における民族間関係の改善を目論んだ実践的施策のほとんどが、オルポート理論を基礎にしている」（ブラウン 1995=1999：1）と述べている。そのうえで現代の偏見の実態について、あからさまな偏見は減少してきているが、回避的行動や冷たい態度などの回避的偏見として現在も存在し続けていると述べている。また、八木も『差別の意識構造』（1980）で、わが国における差別の構造を論じながら、オルポート理論の西洋と東洋における有効性とその限界について述べている。

表 2-1 観点の種類と特徴

観点の種類	特徴
歴史的観点	世界中に存するどのような型の偏見でも、それが歴史的観点から検討される場合には、著しい啓発を受ける。
社会文化的観点	偏見的態度が発達する場合のその全社会的文脈に注目する。
状況的観点	社会的観点から歴史的背景を引き去ってしまうなら、状況的観点が残る。いわば、過去形式の重視から現在の力の重視へと転じることになる。
心理学的観点	人間の本性にその偏見の因果関係を強調する説は、上述した歴史的、経済的、社会的、文化的諸観点とは対照的に、当然、心理学的観点に立つ。
現象学的観点	ひとの行為は、直接当面する状況についての当人の見解に従って行われる。世間に対する彼の反応は彼の世間観に従う。
評定的観点	諸集団の間には真の差異があつて、それがけんおや敵意を引き起こすかもしれない。たいていの場合、評判というものは、かせいだのではなくて、ある集団に理由もなく押しつけられたものである。

※オルポート 1954=1968 : 184-192 を参考にして筆者が作成した。

## 第1項 G.W.オルポートの6つの観点

### 1) 歴史的観点

歴史的観点に関してオルポートは、歴史家が示す姿勢について「現今のあらゆる民族の紛争のそれぞれの背景に横たわる長い歴史を見てみて、歴史家は、紛争の全背景こそがその理解を可能ならしめると主張する」(オルポート 1954=1968 : 184)。そしてそのうえで、「世界中に存するどのような型の偏見でも、それが歴史的観点から検討される場合には、著しい啓発を受ける」(オルポート 1954=1968 : 186)と言及している。

これを、精神障害者の脱施設化問題に当てはめて見てみると、過去の私宅監置や病院収容の背景、さらに医療制度の確立などの問題に目を向けながら、今日の精神障害者の問題について研究していくことが、歴史的アプローチなのではないかと思われる。

### 2) 社会文化的観点

社会文化的観点についてオルポートは、「偏見的態度が発達する場合のその全社会的文脈に注目する」(オルポート 1954=1968 : 187)。「歴史的観点と社会文化的観点を混えたものとして、コミュニティ型式について述べた偏見理論がある。この理論では、あらゆる集団の基本的な民族中心主義にその強調点がおかれている」(オルポート 1954=1968 : 188)と述べている。それは移住などによって他の地域に移り住んだとしても、新たな地域において強く意識されない限り伝統的敵意はなくなると憶測される。

精神障害は近代化が進むにつれて、医療制度のもとで監置されるべき対象とされ、『迷惑をかけないように』などの治安的な問題から警察が取り締ってきた背景がある。また近年

でも、マス・メディアなどによって精神障害者の犯罪が大きく取り上げられていることもあり、精神障害者を対象にした病院や施設が自分達の暮らす地域に建設されることになる、建設反対運動などがおきる場合がある。そのような点に注目をして研究をしていくことが、社会文化的アプローチなのではないかと思われる。

### 3) 状況的観点

状況的観点について、オルポートは次のように述べている。「社会的アプローチから歴史的背景を引き去ってしまうなら、状況的観点が残る。いわば、過去型式の重視から現在の力の重視へと転じることになる。いくつかの偏見理論はこの種のものである。たとえば、ある研究者はふんい気説について語っている。児童は直接的な影響力にとりまかれて成長しており、直ちにそれらすべてを反映する」(オルポート 1954=1968 : 188-189)。それは、環境や身近な人達の価値観が、その人の人生に大きな影響を与えている可能性があるということである。

たとえば街中で、独り言を言いなが歩いている人がいると、幼い子を連れた親が、「こっちにおいで」「あっちには、変な人がいるから行ったらだめ」と言っていたとする。このような出来事を通して子どもは、独り言を言っている人は〈おかしい人〉〈変な人〉という、新たな価値観を形成していくかもしれない。そのような点に注目をして研究をしていくことが、状況的アプローチなのではないかと思われる。

### 4) 心理学的観点

心理学的観点として、「人間の本性にその偏見の因果関係を強調する説は、上述した歴史的、経済的、社会的、文化的諸観点とは対照的に、当然、心理学的観点に立つ」(オルポート 1954=1968 : 189)。そのことについて、オルポートは二つの説があるとしている。一つは、「フラストレーション説」と呼ばれており、「それは『人間の本性』に基づいた心理学的理論である。この理論で、親愛を求める欲求が基本的なもの、すなわち、反抗や憎しみの欲求よりももっとも基本的なもの、と考えられている点は容易に是認されるだろうし、同時に、環境に対する積極的で友好的な働きかけが妨げられた場合には醜い結果が生まれるという点も支持されよう。・・・フラストレーション説は、ときには、身代わり説として知られている。この説の公式化はすべて、いったん引き起こされた怒りが（理論的には無関係の）犠牲者の上に置きかえられることを仮定している」(オルポート 1954=1968 : 189-190)。そしてもう一つは、「個々人の性格構造を強調している。ある種の人達だけがその人達の生活における重要な特色として偏見を発展させている。これらの型の人達は、権威主義的で排他主義的な生活態度をもつ不安定で不安なパーソナリティであり、寛大でひとを信用する民主的な生活態度をもつパーソナリティではないように思われる」(オルポート 1954=1968 : 190)。

「フラストレーション説」について、いわゆる健常とされている人を例にして考察して

みたい。例えば、その人がどれだけ働いても収入が低く、満足できるような生活ができない状況であるとする。もしかするとその人は、精神障害者の生活と自分の生活とを比較して、『精神障害者は働かないでも、年金や生活保護もしくは身内からの支援などで生活ができる。だけど、自分達よりも価値のある仕事はできない』と思うかもしれない。そして、『自分は毎日頑張っているから、精神障害者よりも手厚い保障が必要な立場にある』『自分達より、精神障害者が裕福な生活をしていると嫌だ』というように、自分より低い位置に精神障害者を捉えようとするかもしれない。しかし、その人はそのように考えたことについて説明はできず、その感情を持つことになった背景についてまでは理解できていない。このような状況になった場合が、「フラストレーション説」として当てはまってくると思われる。

また、「性格構造説」の例としては、自分は特別であるといった優越感をもち、権威的で独裁的なパーソナリティを持った人が抱きうる偏見が当てはまる。これら二つの点に注目をして研究することが、パーソナリティの力学およびその構造からのアプローチなのではないかと思われる。

## 5) 現象学的観点

現象学的観点について、オルポートは次のように述べている。「ひとの行為は直接当面する状況についての当人の見解に従っておこなわれる。世間に対する彼の反応は彼の世間観に従う。彼がある集団のメンバーを攻撃するのはその人達をいやらしいとか不快だとか恐ろしいとかと知覚しているからであるし、また、別のメンバーをあざ笑うのは彼らを粗野できたなく愚かだと思っているからである」(オルポート 1954=1968 : 190)。

ここでは、これまでの経験を通して、その人のなかに『精神障害者』=『〇〇』というようなイメージや、知覚のパターンがあることなどが当てはまってくるであろう。そして、それはステレオタイプにもとづきカテゴリー分けをすることにより、「精神障害者」を捉えていることが密接に関連しているようでもある。そのような知覚のあり方に注目をして研究をしていくことが、現象学的アプローチなのではないかと思われる。

## 6) 評定的観点

評定的観点について、オルポートは次のように述べている。「諸集団の間には真の差異があつて、それがけんおや敵意を引き起こすかもしれない。けれども、これらの差異は、人びとが想像しているよりはるかに小さいことが十分に示されている。たいていの場合、評判というものは、かせいだのではなくて、ある集団に理由もなく押しつけられたものである。・・・現実的な敵意をまねくような民族的特性とか国民的特性とかがあるかもしれない。あるいはまた、これはもっとありそうなことだが、敵意が一面では刺激の現実的な評価(集団の真の性質)に基づいてはぐくまれ、また他面では偏見をも含む多くの非現実的な諸要因に基づいてはぐくまれているかもしれない。だから、ある研究者たちは、相互作用説を

唱えている。敵意ある態度は、一面では刺激の性質（定評）によって決定され、また一面では本質的に刺激とは無関係な問題（たとえば、身代わり集団化、伝統への同調、ステレオタイプ、罪悪感の投射など）によって決定される」（オルポート 1954=1968 : 191）。

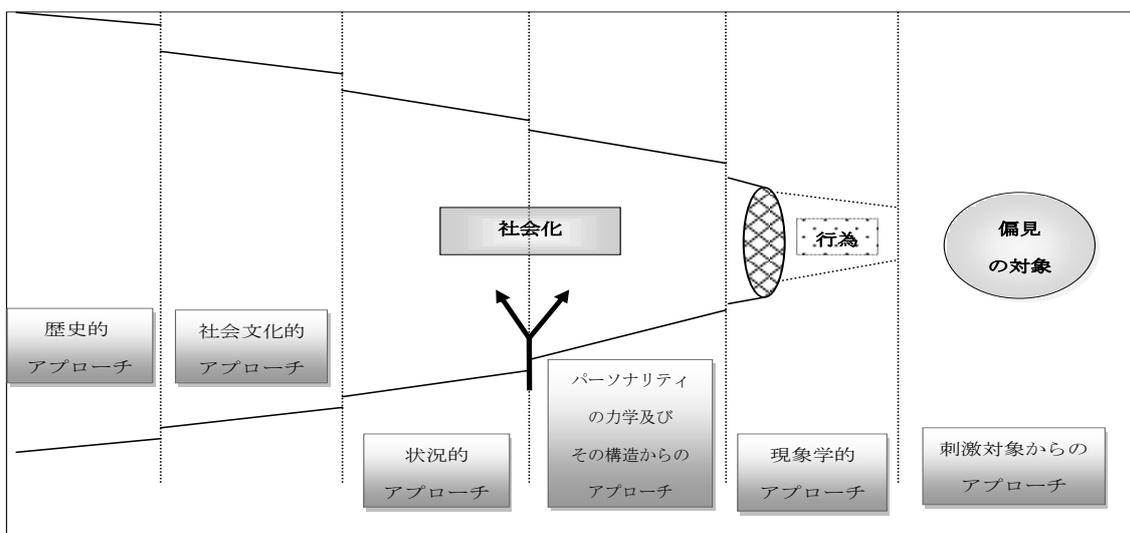
それは精神障害者がどのような人達なのかと捉えた場合、ある面では社会的弱者と捉えられ、また他面では病人と捉えられるかもしれない。また、その他にも様々な捉えられ方をされるかもしれない。ここでは様々な捉えられ方に応じて、広く多様な視点で研究を進めることが、刺激対象からのアプローチとして当てはまってくるのではないかと思われる。

## 第2項 偏見・スティグマ・差別における研究の観点

オルポートは、図 2-1 に示す「偏見の原因研究のもろもろの理論的、方法論的アプローチの仕方」（オルポート 1954=1968 : 183）を偏見のアプローチの図式展望とし、以下のように説明している。「図の右端に向かってのびてくるほど原因の影響が時間的にはより直接的であり、その作用はより限定される傾向に注意していただきたい。ひとが偏見をもって行為するその発端は、そのひとが偏見対象をある仕方で知覚しているからである。しかし、そのひとがある仕方でその対象を知覚するのは、一面ではそのひとのパーソナリティがそのようなものだからである。そして、そのひとのパーソナリティがそのようなものであるのは、主としてその人が社会化されてきた仕方（家族、学校、近隣でのしつけ）のためである。そこに現在する社会的状況もまた、そのひとの社会化の一つの要因であり、そのひとの知覚の一つの決定因でもあるだろう。これらの力の背後には、これ以外の妥当ながらもかなり遠因的な諸作用がある。すなわち、長期にわたる国家や歴史の影響のみならず、ひとが生活している社会の構造、長年の経済的文化的伝統がある。これらの諸要因は遠因なので、偏見的行為の直接的な心理学的分析とは無関係のように見受けられるが、それにもかかわらず、これらは重要な原因となるものである」（オルポート 1954=1968 : 184）。

だとすると、それぞれのアプローチを互いに関連させながら、使用していくことが最も効果的であると思われる。しかし、オルポート自身「この六つの主要なアプローチ全部に価値があるように思われるし、ここにもたらされた理論全部に、実際、多少の真理があるように思われる。現在の段階では、まだそれらを人間行為の単一な理論にまで短縮することは不可能である」（オルポート 1954=1968 : 184）とも述べていることから、すべてのアプローチを使用して研究することは困難であることが推測される。そのため本研究では、精神障害者に対して偏見があると見做され、スティグマがあると判断され、差別されるようになった、要因や機序を明らかにしていくのに有効であると思われる、歴史的観点から研究を進めていくことにする。

図 2-1 偏見の原因研究のもろもろの理論的、方法論的アプローチの仕方



※「偏見の原因研究のもろもろの理論的、方法論的アプローチの仕方」(オルポート 1954=1968 : 183)。  
右端に向かってのびてくるほど、原因の影響が時間的にはより直接的であり作用は限定されていく。

## 第2節 歴史的観点による研究の方法

これまで、オルポートの『偏見の心理』を通して 6 つの観点について見てきたが、本書では具体的なアプローチの内容についてまでは記載されてはいなかったように思われる。そのため、歴史研究の方法および歴史社会学の方法について述べている研究者達の文献をもとにしながら、歴史的観点におけるアプローチの方法についても検討していきたい。

だが、そもそも「歴史」とはどのような現象を指すのか広辞苑を紐解いてみると、「人類社会の過去における変遷・興亡のありさま。また、その記録。物事の現在に至る来歴」(新村 2008 : 2986)とされている。すなわち「歴史」とは、その事象における経緯や成り立ちの記録ということになる。立川は、歴史的観点から「病気」の研究をおこなうなかで、「歴史」と「病気」の関連性について以下のように述べている。「病気はしかし、あきらかに時代によって移り変わる。消えた病気もあれば、新しく生まれた病気もある」(立川 2007 : 5)。「病気は文明がつくり、また社会を動かしていく以上、病気そのものにはつよい『歴史的な性格』がある。とすれば、その歴史のなかに、あるいは『病気の歴史的な法則性』ともいえるべきものが、もとめられるかもしれない」(立川 2007 : 5)。また、「病気の流行には『原因』だけではなく『条件』がある。その条件とはまさに文明であり社会であり時代なのである」(立川 2007 : 306-607)、「その時代にはその『時代の病い』があり、人はその『時代の病い』を病み、『時代の病い』で死ぬ」(立川 2007 : 304)。このように立川が、「歴史」のなかから「病気」の変遷を読み解いていることからしても、「歴史」を通して精神障害者に対するスティグマの要因や機序を読み解くことは可能であるということが推測できてくる。

## 第1項 歴史研究とは

アプローチの具体的な内容としては、歴史研究の方法および歴史社会学の方法について述べている文献から、「歴史研究の背景」と「歴史研究の方法」に分けて抽出し、表 2-2 で示すように「歴史研究の背景と方法」<sup>9</sup>として整理してみた。少し恣意的かもしれないが、歴史研究の意義について述べている、岡田靖雄の『日本精神医療史』(2002)、『精神医学の知と技 吹き来る風に 精神科の臨床・社会・歴史』(2011)。歴史社会学の視点について述べている、張江洋直・大谷栄一の『ソシオロジカル・スタディーズ—現代日本社会を分析する—』(2007)。歴史社会学の方法について述べている、筒井清忠の『日本の歴史社会学』(1999)、佐藤健二の『歴史社会学の作法』(2001)、福間良明の『歴史社会学の方法』(2009)のそれぞれである。

表 2-2 歴史研究の背景と方法

	歴史研究の背景	歴史研究の方法
歴史研究の意義	<ul style="list-style-type: none"> <li>・構造を立体的にてらしたす光であり、改革運動の基礎論。</li> <li>・史実の発掘。</li> <li>・精神医学の変遷を知って、診療理念・研究方向の位置づけをみさだめることは、精神疾患をもつ利用者のためにも必要。</li> <li>・古い考えから新しい方向をみいだせる。</li> <li>・用語のただしい概念・用法も学びとれる。</li> <li>・日本人の心性への認識を深めるうえでも、精神疾患史、病いにそそがれる目の歴史の変遷は重要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療体制をたしかに示すものとして、統計資料の集積および関連法制史の意義がおおきい。</li> </ul>
歴史社会学の視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会認識にとって重要なのは、どこから眺めているか自らの視点そのものを認識することである。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「鳥瞰図」＝〈鳥の目〉、すなわち現在自分が位置する社会階層や社会的地位などを社会全体のなかで捉えようとする視点。</li> <li>・「虫瞰図」＝〈虫の目〉、すなわち自分の〈今-ここ〉経験を起点に社会を捉える視点。</li> <li>・〈歴史の目〉、歴史のなかの社会構造の変化(社会変動)を読み解く視点。</li> <li>・社会学が採る歴史区分は、視線がつねに近代性＝現代性に焦点化されている。</li> </ul>
歴史社会学の方法	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会現象は、様々な経緯の結果として起こる。</li> <li>・社会現象が起きたかを知るには、それが起きるまでの経緯＝歴史を知らなければならない。</li> <li>・歴史社会学の作法は、知識と実践の複合体である。</li> <li>・現場で認識の構築に役立ちえた「方法」を、構成している特質を媒介に、つなぎあわせ織りあわせて、蓄積し共有のものにする。</li> <li>・事実を明らかにする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・社会学の既存の概念や分析の中から歴史的経緯の説明にふさわしいものを取り出し、個別の対象に即して適切に応用する。(社会学的分析視角を歴史に適用)</li> <li>・歴史資料から分析のための方法を組み立て、類型論を作ったりしていく。(歴史から社会学的分析視角を作り出す)</li> <li>・「社会学的分析視角を歴史に適用」と「歴史から社会学的分析視角を作り出す」の両者、もしくは混交物の積み重ね。</li> <li>・分散的で断片的な方法を拾い集め、批判と蓄積する。</li> <li>・資料論や調査論は不可欠の回路である。</li> <li>・〈文書〉の解読に十分な密度をあたえる。</li> <li>・〈社会〉を明示的に構築する。</li> <li>・事実が先でどう切るかというとき、やり方を考える。</li> <li>・記述が時代のどういう位置づけになるのか。</li> <li>・背後にある思想のマッピングを押さえる。</li> <li>・現場から関わり始める。</li> </ul>

<sup>9</sup> 文献によって、抜き出した数は異なる。

## 1) 歴史研究の意義

### —岡田靖雄の精神医療史研究を通して—

岡田は、精神医療史の研究に取り組んできた動機について「歴史にとりくんだきっかけは、平和をもとめる心であり、また精神医療改革のためである」(岡田 2011:272) と言う。そして、歴史研究の意義について次のように述べている。「歴史研究とはなによりも、現在の精神科医療の構造を立体的にてらしだす光であった。精神科医療改革運動の基礎論としても歴史研究がなくてはならない・・・歴史研究の意義は一般的にはまず、わすれられていた史実の発掘であろう・・・精神医学の発展をたどると、生物学的研究が中軸をなす時代、心理学的社会的研究が中軸をなす時代と、その中軸は振り子状におおきくうごいている。その変遷を辿って、自分の診療理念・研究方向の位置づけをたえずみさだめておくことは、精神疾患をもつ利用者のためにも、不可欠である。ふりかえりからあたらしい方向をみいだせることもあるだろう。用語のただしい概念・用法も歴史研究によってまなびとれるものである。・・・精神科医療においては、医学の他分科のどれにもまして、医療体制の意義が絶大である。医療体制をたしかにしめすものとして、統計資料の集積および関連法制史の意義がおおきい。日本人の心性への認識をふかめるうえでも、精神疾患史、病いにそそがれる目の歴史的変遷は重要である」(岡田 2002:241-242)。そのような岡田の業績のなかには、呉秀三と榎田五郎の論文『精神病者私宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察』<sup>10</sup> (呉ら 1918=2000) を発見し、1963年7月1日の精神病院ゼミナールで報告したことがある。そうしたことがきっかけとなり、「我邦十何万萬ノ精神病者ハ実ニ批病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」(呉ら 1918=2000:138) という言葉は、精神保健医療福祉分野で知らない人がいないほど有名になっている。

## 2) 歴史社会学の視点

### —張江洋直・大谷栄一による厚東洋輔理論の推進的理論から—

張江と大谷は、社会認識にとって重要なのは、どこから眺めているか自らの視点そのものを認識することであると述べている。そのうえで厚東洋輔(1991)の、「鳥瞰図」=〈鳥の目〉現在自分が位置する社会階層や社会的地位などを社会全体のなかで捉えようとする視点と、「虫瞰図」=〈虫の目〉自分の〈今—ここ〉での経験を起点に社会を捉える視点が必要であると述べる。そしてさらに〈歴史の目〉を付け加え、歴史のなかの社会構造の変化、すなわち〈社会変動〉を読み解くことで、社会認識はより十全となってくるとも述べている。社会学の歴史区分は、歴史学と比べて非常に簡素で単純化されている。過度の単純化はそれ自体に問題性をはらんでいるが、それをあえておこなうのは、基本的な視線がつねに近代性=現代性<sup>11</sup>に焦点化されているからであると主張している。(張江ら 2007)

<sup>10</sup> 岡田の文献(2011:30)によると、当時この論文の存在については、調査者の齋藤玉男氏と、警視庁の金子順二氏しか知らなかったとされている。

<sup>11</sup> 張江・大谷らの時代区分は、前近代は戦国時代や明治期以前までとし、近代は明治維新(1868年)から高度成長期まで、それ以降を現代と捉えている(張江ら 2007:12-13)。

### 3) 歴史社会学の方法

#### —筒井清忠・佐藤健二・福間良明らの方法論をもとにして—

歴史社会学の方法について述べている筒井の方法をまとめてみると、社会現象は様々な経緯の結果としておこるとしている。ある社会現象がおきたかを知るには、それがおきるまでの経緯＝歴史を知らなければならない。歴史社会学において歴史的経緯はどの様に説明されるべきか。一つは、社会学の既存の概念や分析のなかから歴史的経緯の説明にふさわしいものを取り出して、個別の対象に即して適切に応用していく方法。もう一つは、歴史資料そのものから分析のための方法を組み立てたり、類型論を作ったりしていく方法である。前者が、社会的分析視角を歴史に適用することだとすれば、後者は歴史から社会的分析視角を作り出していくことだといえるかもしれない。いずれにせよ、その両者（その混交物）の企図の積み重ねによって、社会現象の歴史的説明としての歴史社会学は完成していくことになると述べている。（筒井 1999）

また佐藤は、歴史社会学の作法で指し示す知恵の領域は、組織的で戦略的で自己完結的な方法論でなく、統一された技法の大いなる体系でもなく、小さな断片のままでも認識の生産に役立つ、知識と実践の複合体であるとしている。断片的であるということは、有効性の場が具体的で限定されていることを意味するかもしれない。しかし佐藤の発想は逆で、それぞれの現場で認識の構築に役立ちえたものを「方法」として、その場を構成している特質を媒介に、ゆるやかにつなぎあわせ織りあわせて、蓄積し共有のものにしていくことはできないかということである。社会学では、分散的で断片的な方法を拾い集めるところから、共有に向かって開かれた批判と蓄積の場を作っていく必要がある。そして、それぞれが自分の現場から関わり始める以外には、その運動の原点は構成しえなし、資料論や調査論を不可欠の回路として認識論のなかにとりこまざるをえない。資料と研究主体との関係に対する考察を、その方法や意識が内在させ組織し蓄積しようとしているのかどうかを、暫定的なひとつのメルクマールに置いておく必要がある。この資料空間において望まれている作法、すなわち表象としての〈文書〉の解読それ自体に十分な密度をあたえることと、解読の準基枠となる関係の総体としての〈社会〉を明示的に構築していくことは、じつは歴史学者だけでなく社会学者にも共通する課題であると述べている。（佐藤 2001）

最後に福間は、歴史社会学研究会による公開研究会のなかで、「そもそも私の仕事は何なのかということ、歴史社会学をすることが私の仕事だとは規定していません。何かの事実を明らかにするだとか、こういう切り口から見たら、どういうふうに見えるのかということ提示するのが、私の仕事だと思っているんですね。したがって、方法だとかやり方が先にあるんじゃないくて、まずは事実が先あって、その事実をどういうふうに切るかというときに、こういうふうなやり方を今回は使おうとかというふうに考えているという感じがすかね」（福間 2009：36）と、歴史社会学の方法について述べている。そして研究を進めるうえでのポイントとして、「その記述がどういう時代のどういうふうな位置づけになるのかという、社会学も一緒ですが、その背後にあるような思想のマッピングというか、そ

ういうものをきっちり押さえておかなきゃいけない」(福間 2009 : 38)。そのような過程を経たなかで、なぜにそうした現象がおきたのかを過去に遡り、その現象がおきた当時の社会情勢や背景など、引き金となった要因を見ていくことが重要になってくるとも述べている。

## 第2項 歴史研究の方法として

以上のことから、歴史研究および歴史社会学の観点や具体的な研究方法が見えてきた。

「歴史研究の背景」として浮かび上がってきた内容をまとめてみると、現代社会のなかにある現象は様々な経緯の結果として現れており、何がおきたかを知るためには、それがおきるまでの経緯を知らなければならないということであった。それは知識と実践とを複合したものであり、それまでの経験をとおして認識の構築に役立ちえた方法を、繋ぎ織りあわせ、さらに蓄積して共有のものにしていくことが必要ということでもある。こうした過程を経て、私達は自らが眺めている視点そのものを批判的・反省的に捉えることが可能になってくる。また、そうするなかで自らの立論の理念化と研究の方向性を見定めながら、研究を進めていくことが大切になってくる。そしてそれらの結果として、忘れられていた史実が明らかになることもあるし、問題の構造が浮かび上がってくることもある。また、用語の別様な概念も学びとれることもあるし、古い考えのなかから新しい考え方が生まれてくる場合もあるとされている。

「歴史研究の方法」として浮かび上がってきた内容をまとめてみると、基本的には常に近代性と現代性に焦点をあてて考察することが必要になってくる。そのうえで、現在の立場や研究分野など自分の経験を〈原点〉とするなかで、自分が位置する社会階層や社会的地位などの〈立ち位置〉を社会全体のなかから捉え、歴史の変遷のなかの社会構造の変化、すなわち「社会変動」を〈視座〉としていくことが必要になってくる。その方法は、三つに分けることができる。一つ目は、その記述の時代的な位置や背後にある思想を押さえ、事実をどう切り取るかの視点や、既存の概念や分析のなかから歴史的経緯の説明に適したものを取り出して個別の対象に即して適切に応用する方法。二つ目は、統計資料や関連法制史および調査などの、分散的で断片的な方法を拾い集め、批判と蓄積を積み重ねるなかで分析のための方法を組み立てて類型論を作っていく方法。三つ目は、両者とその混交物の積み重ねによる方法である。

本研究を進めるにあたり数ある研究手法のなかから、本研究の目的に適していると思われる、観点および具体的な研究方法について考察してきた。現在生起している社会現象、それらを取り巻く外部環境、そしてそれらの現象を構成していると思われる様々な要因など、多様な要因を歴史的文脈のなかから読み解くことで、スティグマの要因や機序が明らかになり、解消や軽減のきっかけを探っていくのに効果を発揮するということが伺えてきた。そのため今後の研究においては、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別、またそれらの軽減や解消の方向性を一般的な歴史の文脈に位置づけつつ、精神保健医療福

社に関連した制度、法律、医療、社会情勢、経済情勢などを見ていくことが必要になってくる。それは、時代的な位置づけを意識したうえで、その背景にある思想、視座、既存の概念、統計資料、関連法制史、調査などを手掛かりにしながら研究を進めていくということでもある。そのうえで本研究では、歴史的観点、医学史および医療技術史的観点、社会福祉施策史や社会福祉制度史的な観点、さらに社会学や歴史社会学および社会病理学的な観点や方法論を駆使して、精神障害者に対するスティグマが生じた要因や機序について論究していきたい。

### 第3節 原点・立ち位置・視座

精神障害者に対するスティグマの要因や機序を明らかにし、軽減や解消の可能性を探究していくための観点を整理してみると、歴史的観点から研究を進めていくことが効果的なようである。そして研究を進めていくうえでは、その研究における研究の〈原点〉および研究の〈立ち位置〉を研究の出発点とするなかで、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別について〈視座〉していくことが重要になってくる。そのため少し恣意的ではあるが、いわゆる研究者だけではなく、小説家や活動家といった人達にも視野を広げるなかで、それらのことに触れている人達の文献をもとにしながら、彼らの取り組みにおける〈原点〉や〈立ち位置〉および〈視座〉についても見ておくことにしたい。そしてそのうえで、研究を進めていくにあたって有意的な役割を果たすであろう、本研究における〈原点〉や〈立ち位置〉および〈視座〉についても示しておくことにする。

#### 第1項 原点

本研究を進めるにあたって、現在の立場や研究分野および経験などが、その後の研究や活動などに影響を与えていることもある、〈原点〉について整理をしておくことにする。この〈原点〉とは、研究における〈原点〉であるが、『研究をおこないたい』と思うようになった研究者自身の〈原点〉、または〈動機〉と見ることもできる。そこで、この〈原点〉について述べている人達の文献を見てみると、〈原点〉には二種類あるように思われる。まず一つ目は、本人の意志とは関係なく生まれながらにして属している社会や、その人の身体的な特徴などが影響を与えている〈先天的な原点〉。次いで二つ目は、それまでの人生における経験や環境の変化などにともない、研究やその後の活動に影響を与えるようになった〈後天的な原点〉である。

##### 1) 先天的な原点

###### —F.カフカ・F.フェノンらの原点—

〈先天的な原点〉としては、本人の意志とは関係なく生まれながらにして属している社会や、その人の身体的な特徴などが、研究やその後の活動に大きく影響を与えている人達の〈原点〉とする。例えば、皮膚の色、宗教、生まれながらの病気または障害、生まれ育

った地域など、本人の意志とは関係なくそれらが原因で不利益を被っている人達の〈原点〉である。そのため〈先天的な原点〉では、ユダヤ人で小説家の F.カフカ (F. Kafka) と、黒人医師の F.ファノン (F. Fanon) の〈原点〉について見ていきたい。

小説家であるカフカは、1883年にユダヤ人として生まれた。父親は長い間ゲットーに住んでおり、母親も裕福ではあったがドイツ系のユダヤ人であった。当時のプラハの街では、チェコ人とドイツ人、ユダヤ人とが生活をしており、互いの関係は良くはなかったとされている。またカフカ自身も、支配的な父親との関係は良くはなかったようである。そのような状況にあったカフカの夢は、「人生を虚無として、浮動としてとらえたい」(有村 1952 : 104) というものであった。このような状況や思いのなかで書かかれた「変身」(カフカ 1915 = 1952) は、現実逃避したい思いや自分ではどうにもならない状況を、虫に例えて表現した作品なのかもしれない。そして、このような状況にあるカフカだからこそ、主人公が虫になってしまう「変身」や、城にたどりつけない測量士 K の「城」(カフカ 1926 = 1971)、などの小説を執筆することに繋がったのではないだろうか。ユダヤ人として生まれたことこそが、カフカの〈原点〉であろう。

またファノンは、1925年にフランスの植民地のマルチニック島で黒人として生まれた。18歳で第二次世界大戦を経験し、フランス軍でナチズムと戦っている。戦後は、インターンとなり精神医学を専攻し、アルジェリアの病院に赴任したことでアルジェリア戦争にも参加している。そのようなファノンの〈原点〉は、まさに黒人の〈黒い皮膚〉である。ファノンは、「黒人は、誠実な黒人であっても、過去の奴隷である」(ファノン 1952 = 1970 : 140)。「黒人は白人のごとくありたいと願う。黒人にとっては、ただひとつの運命しかない。そして、その運命は白いのだ。もうずっと昔のこと、黒人は白人の異論の余地のない優越性を認めた。そして今も彼の努力のすべては白い存在を実現することに向けられている」(ファノン 1952 = 1970 : 141) と述べている。また、「人間の運命は解き放たれることにあ  
る以上、人間を縛りつけようとしてはならない・・・黒人である私の欲することはただひとつ。道具に人間を支配させてはならぬこと。人間による人間の、つまり他者による私の奴隷化が永久に止むこと。彼がどこにしようが、人間を発見し人間を求めることがこの私に許されるべきこと。ニグロは存在しない。白人も存在しない」(ファノン 1952 = 1970 : 143) とも述べていた。ファノンが黒人の問題に対して意識を研ぎ澄まし論じているのは、ファノン自身が黒人で差別を経験しているからであろう。また、ファノンが参加した2つの戦争の背景には人種問題が含まれていることから、人種差別に対する彼なりの思いが、執筆や様々な活動などの取り組みに影響を与えていたのではないかとも思われる。

## 2) 後天的な原点

### —大谷藤郎・阿部謹也・マリ = ジョゼ.バルボらの原点—

次いで〈後天的な原因〉としては、それまでの人生経験や環境の変化などにより、研究やその後の活動にまで大きな影響を与えるようになった人達の〈原点〉とする。例えば、

育った環境、住んだ場所、入所した施設、入院した病院、何らかのきっかけでなってしまった病気や障害、体験した出来事、教えられたこと、先天的な問題を抱える人との関わりが影響している人達などの〈原点〉である。そのため〈後天的な原点〉では、結核を患った経験があり、後にハンセン病患者や精神障害者の人権回復運動に尽力した大谷藤郎。研究の根底に、児童養護施設に入所した経験と、ゼミ指導教授の教えがあると述べている阿部謹也。アフリカ生まれの夫を持つフランス人研究者、マリ＝ジョゼ・バルボ（Marie José Barbot）などの〈原点〉について見ていきたい。

大谷は、第2次大戦中にハンセン病患者の診療所でボランティアとして働き、戦後は約20年に渡り結核を患っていた。大谷は、昭和40年に北欧に留学した際にノーマライゼーションの理念に出会ったことがきっかけで、「日本の医療の将来のキーワードを『医療の社会化』だけではなく『ノーマライゼーションの実現』との二つをあわせて考え、医療施策立案の視座とするようになった」（大谷1993：6）と、厚生省で医療施策に関わったことについて語っている。大谷は、このような経験や思いが〈原点〉にあるなかで、ハンセン病患者や精神障害者などの人権回復活動に取り組んでいたのではないかと思われる。

また阿部は、大学の卒業論文作成時に、指導教授に「どんな問題をやるにせよ、それをやらなければ生きてはゆけないというテーマを探すのですね」（阿部2007：18）と言われた。しかし、当時は食べるものにも困っていたため「生きてゆくことはいかに食べるか」（阿部2007：20）だと思った。そのため、問いを後退させて「何ひとつ書物をよまず、何も考えずに生きてゆけるか、と逆に自分に問いを発してみたのです。・・・『それをやらなければ生きてゆけないテーマ』を卒業論文でみつけ、それを扱うという結果にはなりませんでしたが、そのような方向で一生その問題を探しつづけるという姿勢のようなものはできたように思います」（阿部2007：20-21）と述べている。また、中学生のころカトリックの修道院でヨーロッパ文化に触れる機会があり、そこでは夜中に修道院長がピストルを持って見回りをしていた。その時の様子が印象に残っており、「ドイツ騎士修道会」について卒業論文を書いた。そしてその後は、ドイツ騎士修道会の組織全体についてや、ヨーロッパという世界を明らかにしたいという思いから研究を進めてきたと、研究の〈原点〉について語っていた。

マリ＝ジョゼはフランス生まれの白人、夫は西アフリカ生まれの黒人である。彼女は部落問題に関わっていくことになったきっかけについて、大学の講義でフランスの人種差別について話した後、学生に「部落民」であると打ち明けられたが、当時は「部落民」という言葉の意味が分からなかったと述べている。また、その時の出来事について彼女は以下のようにも語っている。「私は、一九七五年に出会った一つの経験を思おこすことがら始めたいと思います。それは、人が外国にいるとき感じる不愉快な状況の古典的なものです。このような状況をのりこえるために、私は日本の社会を深く理解することの必要性を感じていました。これが、私の活動の出発点です」（マリ＝ジョゼ1983：19）。また、「当時私はアフリカ人と結婚しており、フランスで人種差別が現れる状況を何度も経験しました。

私は、フランスの人種差別者とまったく同じ偏見とふるまいが、部落民に向けられるのを見ました」(マリ＝ジョゼ 1983:25)。彼女のなかで夫を通して人種差別を経験したことと、日本の部落問題とが重なり合ったことが〈原点〉となり、部落問題に取り組むことになったのではないかと思われる。

### 3) 原点とは

これまで見てきた5人の〈原点〉を通して、以下のようなことが伺えてきた。

〈先天的な原点〉では、本人の意志とは関係なく、生まれながらに属している社会や身体的な特徴などがその人の人生全体に影響を及ぼしており、避けがたい問題になっていた。そして、その人達は本人の意志とは関係なく、それらによる不利益を被っており、そのような状況のなかで意識的もしくは無意識的に、その状況や原因および社会構造について深慮し、必然的にそれぞれの活動に取り組んでいたように思われる。

また〈後天的な原点〉では、人生のなかで経験したことや、環境の変化などがきっかけになっていたようである。〈先天的な原点〉と比較すると、例えばボランティアをしなかった、大学に行かなかった、出会っていなかったなど・・・、回避できる可能性が多少なりとも含まれていたようにも思われる。しかし、〈後天的な原点〉に直面したことで、それらの問題や課題に真剣に向かい合いながら、様々な研究や活動に取り組んでいた。

これらのことからして〈原点〉には、〈先天的な原点〉と〈後天的な原点〉があり、その人の人生に何らかの影響を与えているということが伺えてくる。そして、研究やその人達の活動の背景にある〈原点〉が影響するなかで、責務として研究や活動に取り組んでいた様子も伺えてきた。

## 第2項 立ち位置

現在の精神障害者の定義は、精神保健福祉法第5条によると「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」とされている。だが、この定義を見る限り精神障害とされる人達の〈枠〉は広くて、曖昧なようにも見て取れる。だが、これがわが国の「精神障害者」とされている人達の「定義」＝〈枠〉であり、その〈枠〉に当てはまってしまうと同時に、スティグマがあると公に判断されてしまうことにもなってしまう。そして多くの精神障害者が、後天的にスティグマがあるとされ、本人の意志とは関係なく全ての物事がそれまでとは一遍し、その人の持っていた自由や権利が奪われ、様々な役割や責任からは免除され、差別されてしまう。

本研究を進めるにあたって、精神障害者という〈枠〉に入ってしまうということがどのような状況になるのか、偏見を持たれ、スティグマがあると判断され、差別されている、精神障害者の〈立場〉＝〈立ち位置〉について見ておくことにする。そこで精神科病院に入院しその時の様子を語っている、C.W.ビアーズ(C.W.Beers)、太宰治、小林美代子、大熊一夫などの書籍を通して、精神障害者の〈立場〉＝〈立ち位置〉について少しでも理解

を深めることができると考えている。また、精神障害者であるとレッテルを貼る人達の〈立場〉＝〈立ち位置〉についても、D.E.スミス (D.E.Smith) の『Kは精神病だ—事実報告のアナトミー—』(1978=2004)を通して見ておくことにしたい。

## 1) 精神病者の立ち位置

### —C.W.ビアーズ・太宰治・小林美代子・大熊一夫らの立ち位置—

本研究では、精神障害者のスティグマについて、歴史的観点から考察していきたいと考えている。そのため、浅見かもしれないが精神障害者という〈枠〉に入ることがどのような状況になるのか、精神科病院に入院をした経験がある、C.W.ビアーズ、太宰治、小林美代子、大熊一夫の書籍から、精神障害者の〈立場〉＝〈立ち位置〉について少しでも理解を深めておきたい。

ビアーズは、1900年頃アメリカの精神科病院に4回入院し、コネチカット州で精神衛生協会を設立し、アメリカの精神衛生運動を創設した人物である。ビアーズは、本を執筆した背景には以下のような思いがあったと述べている。「『アンクル・トム物語』は、黒人の奴隷状態に決定的な問題を提起しました。世界のいたるところの精神病院や療養所に閉じこめられている主義や人種の異なった無力な奴隷を解放する本がなぜ書かれないのでしょうか。・・・そのような本が出れば、不幸にも精神的無能力の烙印を押された人々に対する一般人の態度は変わるかもしれません。もちろん狂人は精神障害者ですから、治療のために精神病院に入れられるべきでしょう。しかしいったん退院すれば、伝染病から回復した人と同じようにあらゆる汚名から解放され、ふたたび社会に出ることができなければなりません」(ビアーズ 1907=1980 : 219-220)。ビアーズはこのような思いを抱くなかで、精神的な病いになってしまった人達の人権問題や、精神病者の置かれている状況を改善する目的でこれらの活動をおこなっていたようである。

わが国でも、小説などを通して精神病者の置かれている状況を述べている人達がいる。太宰は、1936年の10月から1ヶ月間、パヴィナアル中毒のため東京武蔵野病院に入院している。その時の様子について、『新潮 第三十四年第四号』<sup>12</sup>に『HUMAN LOST』というタイトルで投稿している。太宰はそのなかで、「『人権』なる言葉を思い出す。ここの患者すべて、人の資格はがれ落されている」(太宰治 1988 : 81)。「患者十五名ほどの中の、三分の二は、ふつうの人格者だ。他人の財をかすめる者、又、かすめむとする者、ひとりもなかった。人を信じすぎて、ぶちこまれた」(太宰治 1988 : 79)と、入院患について書いている。また、太宰が鱒崎潤宛に出した書簡には、「十二日に退院いたしました。脳病院ひとつき間の『人間倉庫』の中の心地については、いまは、申し上げませぬ。『新潮』新年号に『HUMAN LOST』という題の小説(四十枚)書き送りましたが、それも全部を語ってはいませぬ」(太宰治 1988 : 450)と書いていた。このような文面や、「HUMAN LOST」が「失われる人間」と訳されることから、太宰は精神科病院での入院中に、人道的な扱い

<sup>12</sup> 太宰治全集 2 (1988-450) を参照している。

をされていなかったことが伺えてくる。

そして、太宰の小説が発表されてから約40年後の1971年に、小林美代子が精神科病院に入院した経験を書いた小説『髪の花』で、第14回群像新人文学賞を受賞している。そのなかで小林は、幻覚症状により「強い薬を一日に三回、一回二十一錠も飲まされて、妄想さえ浮かんでこない、深い深い眠りに三日三晩落ちた」（小林1971：138）と書いている。また、深い眠りから覚めた時の病室での様子について、「火の気のない部屋に毛布にくるまって寝ている人達、花札をしている人達、何も変哲もない眺めである。日常馴れ親しんできた普通の人達がいるだけである。・・・しかし戻ってしまえば喜びは瞬間に去って、生きてゆくことに又一つ、精神病という足枷が加えられたことを知り、気持ちが沈んでゆくのであった」（小林1971：138-139）とも書いていた。そして、その後出版された『繭となった女』（小林1972）では、小林が精神障害者やその家族の相談に応じていたことなどや、精神障害者のために本を書き続けていこうという思いが書かれていた。

また、太宰や小林とは少し異なるが、小林の小説が出版される1年前（1970年）に、朝日新聞の記者である大熊一夫が、アルコール依存症の患者を装い精神科病院に入院し、1970年3月5日から7回にわたり『朝日新聞』にて、入院中の様子を連載している。大熊は、このような行動をとった理由について「入院者の痛みは、入院者になってみなければ、わからない。だから、私は患者として入院した」（大熊1981：11）と述べている。その後、そのような記事を書いた大熊は、精神科の医師らにより様々な診断名がつけられている。大熊はそのことについて、「私は『精神病質』と診断され、いままた『ヒステリー』の病名をもらいました。さいわい、私を精神病だと信じる人は世の中に少ないので、日々の生活に何の支障も感じません。だか、もし、これが精神科医のレッテル張りによって大勢の人から『あいつはオカシイ』といわれたら、もういけません。わが人生は一卷の終わりです。私が今まで、なぜ多くの人から『オカシイ』と断定されなかったかといえば、多くの入院者たちと違って私には朝日新聞記者という肩書があり、また、人々を説得させ得る表現技術を多少と持ち合わせていたからでしょう」（大熊1981：238）と述べている。この大熊の意見は、専門家によって「精神病者」と診断されレッテルを貼られてしまうと、その人の人生を貶めるスティグマへと繋がっていくことを言い表しているとも見て取ることができる。

この4人の〈立ち位置〉を通して、「精神病」と診断されることや精神科病院に入院するということが、推測できる。そして、4人は共通して「精神障害者」というレッテルが貼られると、その人達の〈人権〉は失われてしまうと述べていた。ビアーズは、精神障害者のことを「無力な奴隷」と呼び「虐待からの解放」を訴えている。太宰は、精神科病院を「人間倉庫」と呼び、入院することで「人の資格がはがれ落とされる」と書いていた。また小林も、人生において「精神病という足枷が加えられた」と書いていた。さらに大熊は、「精神科医のレッテル貼りによって大勢の人から『あいつはオカシイ』と言われたら、もういけません」（大熊1981：238）と述べており、医師がレッテルを貼ることで、その人は人生

において多大な不利益を被ると指摘していた。これらのことからして精神障害者の〈枠〉に入れられ精神科病院に入院すると、その人に対して「精神障害者」というレッテルが貼られ、その人の人権は失われていき、生活もこれまでとは一変してしまうという構図が見えてくる。また恣意的ではあるが、4人それぞれ年代や国は異なっているにもかかわらず、入院中の状況はほとんど変わらず、人道的な支援がなされていなかったのも共通した特徴のように見て取れる。

## 2) 精神病と判断する人達の立ち位置

### —D.E.スミスの論文をとおして—

スミスの『Kは精神病だ—事実報告のアナトミー—』(1978=2004)では、身近な友人Kに「精神障害者」というレッテルを貼っていく過程が記録されていた。そこでこの論文を通して、「精神障害者」であると判断していく人達の〈立場〉=〈立ち位置〉についても見ておくことにしたい。

スミスは、この研究がおこなわれた背景について以下のように述べている。「学部学生対象の逸脱論の講義で、私は二～三人の学生と一緒に、日常、人々がある人を精神病と定義する経緯についての研究を行なった」(スミス 1978=2004: 91)。そのなかで学生がおこなった研究に、さらにスミスが考察を加えたものがこの論文である。しかし、スミスはこの論文について「このインタビューはこの種のものとして、理想的モデルでは決してない。・・・しかし私がこの分析に関心を寄せる理由の一つはまさに、これが通常の社会学的インタビューとしては不完全だからなのである」(スミス 1978=2004: 92)と述べていた。それは、専門的な分析や判断力がなくても、Kを「精神障害者」ではないかと思はじめることで、Kは本当に「精神障害者」とされてしまう可能性があるということと、その行為は誰にでもできるということを指摘している。

またスミスは、Kが「精神障害者」と判断されるようになった背景の一つに、Kと調査者および友人との共同生活が影響していると考察している。「彼女達の関係が友達の間柄であったという解釈が成り立つのは、うまくKを『精神病』として定義することにかかっているのである。逆にKが『精神病』にかかっているという定義が成立するのは、友だち関係という解釈を維持することにかかっている。・・・この報告の社会組織こそ、『Kは精神病だ』という事実を構成する上で核心的な役割を果たしていると理解される」(スミス 1978=2004: 163)。そして、もう一つの理由として「Kの行動を精神病タイプの行動として読め、という指示によって次のことが要請される。つまり、まず記述されていることから出発して、その行動がうまくあてはまらなくなる、つまり異例となるような規則や状況の定義をみつけだすことである。もしその行動がうまくあてはまらなかったら、Kは他の誰かが認めることのできる規則や状況を認められないとされる。・・・精神病とは、他の誰にとってもそこにある社会的現実を認識できない状況のことであり、当の個人が認識できないことが明らかにされる過程において、実際に精神病と定義される」(スミス 1978=2004:

129) と述べていた。だが、スミスは「いま手もとにあるものをもとにして、Kが精神病ではないというこれとは別の報告を構成することができるようになる」(スミス 1978=2004:160)とも述べている。そうしたことから、Kが「精神障害者」であるということは、それを捉える相手との関係によって成立する出来事のようにも見て取ることができる。そして、メンバー同士の絆をより良好なものにするために共通の話題が必要になることもあり、ある人がメンバーとしてふさわしくないと思われはじめると、他のメンバー同士の関係を深めるための一つ的手段として、誰かを排除しようとする動きがでてくる場合もある。

波平は「精神障害者」となることについて、「行動の変化が病気の始まりとみなされ、その行動の内容によって病気の分類がおこなわれる精神病は、『病気』であるかどうかの判断は、それぞれの社会や時代によって異なり、文化的内容によって異なる」(波平 1994:30)と述べている。このように私達は、自分たちの生きている時代や国そして文化において、共通の〈常識〉および〈価値観〉から逸脱している人達を「精神障害者」と判断し、自分達とは違う人達であると認識したうえで、それに応じた対応をとっていると思われる。そしてそれは、人間関係やお互いの立場および感情などが影響していることもあり、判断する人の〈立場〉=〈立ち位置〉が変われば結果も変わり、〈立場〉=〈立ち位置〉の違いによって物事の捉え方が異なってくるということもある。

### 第3項 視座

#### —H.S.ベッカー・大谷藤郎らの視座を踏まえて—

〈視座〉とは、広辞苑によると「物事を見る立場。視点」(新村 2008:1219)とされている。それは一見、〈立ち位置〉と同じように受け止められるかもしれない。しかし、本研究における〈立ち位置〉とは、その人の位置する社会階層や社会的地位で、本研究で例えると「精神障害者」や「精神障害者と判断する人」、「研究者」や「小説家」および「新聞記者」などとした〈立場〉と捉えている。そして〈視座〉は、『私は〇〇の〈立場〉=〈立ち位置〉から、この問題を見ていく』といったような、本人の意思により客観的にその問題を見ていく時の〈視点〉=〈視座〉と捉えることにする。そこで、〈視座〉について述べている、H.S.ベッカー、大谷藤郎の文献から、〈視座〉とはどのような状況を指すのかについても見ておくことにしたい。

逸脱の研究で著名なベッカーは、〈視座〉について以下のように述べている。「われわれは誰の視点を提出したらよいのであろう？ここに二つの考察すべきことがらがある。一つは研究方法上の問題、もう一つは気質あるいはモラルの問題である」(ベッカー1963=1978:247)。「われわれが研究しなければならないのは、逸脱活動に参加する者たちの見解だということになる」(ベッカー1963=1978:247-248)、「われわれはこれらの集団のなかのいずれかの視点を取るか、あるいは外部観察者の視点を取るかを選択しなければならない」(ベッカー1963=1978:244)、「もちろん、両者の立場から状況を眺めることは可能である。だが、それを同時に行うことはできない」と述べ、ベッカーは逸脱者の〈視座〉か

ら研究をおこなっている。

また、大谷も「私は第二次大戦敗戦から昭和四〇年前後（一九六〇年代）のステューデント・パワーの頃まで二〇年間位は自分が結核で苦しんでだという個人的経験もあって、病気で悩む人の医療費や生活費を経済的に国家や社会が保障すること、すなわち、社会保障、医療保障を全国民に普及することこそが緊急第一の施策で、それによってこれらの方々には経済的重荷に喘ぐことなく、平等に医療を提供して病気を治療し幸せにすることができると考えてきた」（大谷 1993 : 5）とし、厚生省で医療施策に関わるなかで、病や障害により偏見や差別に苦しんでいる人達の、人権回復の問題に取り組んできたようである。

これらのことから〈視座〉とは、その人がどのような問題意識のもとで研究を進めるのかというような姿勢のようなものとして捉えることができる。

#### 第4項 本研究における視座

これまで論じてきたことから、人生において何らかの出来事が〈原点〉となり影響を受けるなかで、その人の位置する社会階層や社会的地位などによる〈立ち位置〉から、研究やそれぞれの活動をおこなっている様子が伺えてきた。そこで、精神障害者が偏見を持たれ、スティグマがあると判断され、差別される存在になってしまったのかを考察するとき、本研究ではどの様な〈立ち位置〉から、それらの出来事を〈視座〉していくのかについても述べておくことにする。

波平は、『患者』となるのは医療制度のもとでの医療を受ける人にのみに限られるとするならば、『患者』となるかどうかは、その人の経済状況や社会の福祉制度そして医療状況によって決まることである」（波平 1994 : 29）。「現在、医療技術は急速に進歩していて、『病気の早期発見・早期治療』が医療進歩の一つの目安とされている。ほんの数年前まで、同じ身体状況が『病気でない』とみなされていたのに、現在では『病気だ』とされて治療が始められる。また、病気が何か絶対的な基準によって定義されるよりも、集団全体の平均値からの差の大きさによって定義されたり、医療技術の進歩によって変化する面を持つために、当人が感じる苦痛や障害の程度によるよりも、治療を行う側の人びとの知識や判断によって決定される」（波平 1994 : 30）と述べている。だとすると、医療制度や医療技術および福祉の進歩とともに病人は増え、障害者になる確率は高くなってくると思われる。だがその一方で、病人や障害者になるだけでは済まない現実も潜んでいる。そうした状況について波平は、「ある種の特殊な病気や症状は、その人が社会人として生きていく権利を奪うこともあるし、また病人としての期間が余りにも長いと、家族や集団がその人を抱え込む余裕を失って、同情や配慮を与えないどころか食事を十分に与えなかったり遺棄したりもする。病人となることはその人の人生に決定的なダメージを与えることもある」（波平 1994 : 116）と述べ、長期的な病気（障害も含む）になることでおこる不利的状況についても指摘している。しかし、私達は誰でもなる可能性があるにもかかわらず、病人や障害者になるまで、このような問題が潜んでいることを知らないし、そのことについては誰から

も教えられていない。もしくは、多少知っていたとしても、自分とは関係がない問題と捉え、自分達の問題として真剣に考えようとはしていないかもしれない。

近年では社会的弱者の立場にいる、女性、高齢者、子ども、障害者、患者、性的少数者、ハラスメントやいじめおよび虐待を受けた者など、当事者達が様々な場所や場面でそれぞれの経験や主張をしている姿や文献を目にすることがある。中西と上野は、そのような当事者達の近況について、「当事者主権の要求、『私のことは私が決める』というもっとも基本的なことを、社会的な弱者と言われる人々は奪われてきた。・・・この社会のしくみにうまく適応できないために『問題がある』と考えられ、その処遇を自分達以外の人々によって決められてきた人々が、声をあげ始めた」（中西ら 2003：4-5）と述べている。また、「実践のなかから生まれたサービスやデータは無視できない。施設内での専門家の経験は、地域社会の障害者には適用できない。いまや、障害者当事者が発言することを封じることができず、身体障害者の発言は敬意をもって聞かれ、知的障害者の発言はおそれをもって学者に聞かれるようになった。いずれ、精神障害者の発言も公的な場で、正式に認められる時代がくるであろう」（中西ら 2003：53）とも述べていた。こうした状況になりつつある現在においても、精神障害者が現状や問題を発し、状況の改善を訴え、発言を受け入れてもらうまでには至っていない。しかし、決して精神障害者が何も発信していないわけではない。北海道にある「べてるの家」という精神障害者達の共同体では、自分たちの病気や症状について「当事者研究」をおこなっており、その活動や研究内容を様々な所で発表し本にもしている。その他にも、NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会では、精神障害者が生活の質の向上を目指し、定期的に調査研究書を出版している。しかし、それでも多くの精神障害者が沈黙しているのが現実であろう。

ピータソン (C.Peterson)、マイヤー (S.F.Maier)、セリグマン (M.E.P.Seligman) らは学習性無能力感<sup>13</sup>の研究をおこなっており、その研究によると「コントロール不可能な出来事の後では、強い恐怖と抑うつが観察されるが、それは出来事の長さや強さに依存している」（ピータソンら 1993=2000：57）。「人は、他人を観察することによっても、無力感を獲得することができる。そして人間の集団は、集団全体として、コントロール不可能によって無力にされ得る」（ピータソンら 1993=2000：148）と述べている。また小倉は、この学習性無能力感について、「初めは自分達の置かれた状況からなんとか脱出して自由な境遇を求めようとするが、なし崩しに自由を奪われていく。そうして厳しい拘束を受けつづけると、ついに『どうしたってここからは永遠には逃れられないんだ』と諦めてしまうのです。ただじっとしていればなんとかなる、慣れてしまえばそれほど苦痛でもなくなると思っただけで、やがて受動的で依存的な性質の犬になってしまうのです。抑鬱の主婦とはセリグマンの犬の別名だったのです」（小倉 1988：119）と、学習性無力感の実験をとおして得

---

<sup>13</sup> ピータソンらによると、学習性無能力感とは「個人の行動と結果と非随伴性、将来においても結果が伴わないであろうとする期待と受動的行動—を含むものである」（ピータソンら 1993=2000：7）とされている。

られた結果を、ジェンダーの問題に当てはめて考察している。多くの精神障害者は、長期間にわたる入院生活のなかで様々な制限を余儀なくされており、地域社会から阻害され、発言は受け入れられず、社会的責任を背負う多種多様な役割から除外されてきた人達である。そのような精神障害者は、精神障害という〈枠〉に入れられたときから、学習性無力感と同様の状況に陥ってしまい、時間が経つにつれて自分達に覆いかぶさっている問題や、状況の改善を訴える力が衰退してしまった人達であると見ることもできる。

ビアーズは黒人の奴隷解放の問題と同じように精神障害者の人権問題を訴え、太宰や小林は精神科病院の現状を小説として出版し、大熊は新聞記者の立場から精神科病院における精神障害者の悲惨な状況をルポルタージュしている。また、べてるの家の当事者研究や、NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会の調査研究書など、精神障害者達も自分たちの病気や現状について発言しはじめてはいる。しかし、管見の限りではあるが「障害」理解の〈視点〉や精神障害者の〈視座〉から、精神障害者の偏見やスティグマおよび差別について研究し、それらの要因や機序について論じている研究はほとんどない様に思われる。ベッカーはピアニストの立場からアウトサイダーについて論じており、大谷も自身の経験をとおして医療施策や人権回復の問題に取り組んでいた。その他にも、ナイチンゲール<sup>14</sup> (F.Nightingale) は、クリミア戦争 (1853 年から 1856 年まで) での看護婦の経験と、約 50 年にもおよぶ病人として経験から看護システムを考案し、『看護覚え書—看護であること看護でないこと—』(ナイチンゲール 1860=2014) をはじめとした約 150 篇にもおよぶ著書を残している。

そうしたことから本研究では、研究をする者の〈原点〉や〈立ち位置〉から、誰でもその対象者になり得る可能性があり、現代社会において最も差別されている人達のなかの一つでもある、精神障害者の〈立ち位置〉に可能なかぎり寄り添いながら、「障害」理解の視点から精神障害者の〈視座〉によって、それらの要因や機序について考察し、今後の課題や取り組みの方向性について論究していきたいと考える。

---

<sup>14</sup> ナイチンゲールは、クリミア戦争で看護婦として従軍し、イングランドへ帰国したときには体調を崩しており、その後の約 50 年間で病人としてベッドの上で過ごしている。

### 第3章 スティグマの生成

#### —カテゴリー分けとスティグマ—

レビューした先行研究論文のみからではあるが、「偏見」「スティグマ」「差別」の3つの要素を含む、もしくはそれらを意味する用語の使用歴を見てみると、1960年代の論文（加藤ら1960、加藤ら1962、山村ら1967、進藤1968）では、主に「態度」「恐怖」「意識」という言葉が、「偏見」「スティグマ」「差別」のかわりに使われていた。そして、1967年の山村らの論文のみで「偏見」が使われていた。その後、1984年に全家連がそれらと類似する表現として「消極的」という言葉を使っており、1986年の岡上らの論文から「差別的」とした表現で「差別」が使われていた。また、1989年の大島らの論文によって、「ステレオタイプ」やその後の研究で盛んに使われはじめる「社会的距離」という言葉が使われるようになっており、1992年の大島の論文（1992a）から「スティグマ」が「ノーマライゼーション」とともに使われている。「偏見」と「スティグマ」がともに論題として記載されているのは、1994年の白石の著書からである。

レビューした先行研究論文においては、ページ数が限られたなかということもあってか、それぞれの用語についての説明はほとんどなかったように思われる。また、説明が記載されている場合には、他の研究者の概念の引用が主であったようにも思われる。しかし、そうしたなかにおいて白石（1994）の著書では、「さげすみの言葉」や「スティグマ」について論じられており、精神医療制度の動向および精神医療の歴史的経緯などにも目を向けながら、精神医療の課題と展望が述べられていた。そこで本研究においては、スティグマを精神障害者への偏見から差別へと発展していく過程のなかで、横断的に見られる一つの現象と捉え、スティグマについての概念の理解や常識の問題、偏見や差別およびそれらに隣接するカテゴリー分けなどの問題について論究していきたい。

#### 第1節 スティグマとは何か

スティグマとは一般的に、〈汚名〉〈烙印〉〈徴候〉〈徴〉などを意味している。また、スティグマ論で著名なゴッフマン（E.Goffman）は、「ことに人の信頼/面目を失わせる働きが非常に広汎にわたるときに、この種の属性はスティグマなのである。この種の属性はまた欠点/瑕疵、短所、ハンディキャップともよばれる」（ゴッフマン 1963=2009：15-16）とし、さらに次のようにも述べている。「スティグマという言葉、およびその同義語は次のような二つの方向への展望を覆い隠す。その二つの展望とは、スティグマのある者は、自分の特異性がすでに人に知られている、あるいは人に見られればすぐに分かってしまうと仮定しているか、それとも彼は自分の特異性がその場に居合わせる人のまだ知るところとはなっていない、あるいはすぐには感知されるところとはならないと仮定しているのか、ということである」（ゴッフマン 1963=2009：18）。このことからいえることは、単にスティグマを〈徴候〉や〈汚名〉と捉えることによって、スティグマ化された人達の内実を覆い隠してしまうということであろう。また、ラベリング論で知られるベッカー（H.S.Becker）

は次のようにも言っている。「逸脱とは人間の行為の性質ではなくて、むしろ、他者によってこの規則と制裁とが『違反者』に適用された結果なのである。逸脱者とは首尾よくこのレッテルを貼られた人間のことであり、また、逸脱行動とは人びとによってこのレッテルを貼られた行動のことである」(ベッカー1963=1978: 17)。この場合は、特定の意味でもある〈烙印〉をあてはめてスティグマを捉えることができる。

そこで本研究においては、スティグマを〈汚名〉〈烙印〉〈徴候〉〈徴〉などと意味し捉えているなかで、とくに〈徴〉の部分に注目して論じていきたい。「徴」とは広辞苑(新村 2008: 1822)によると「チ」「チョウ」「しるし」「しるす」などと言い。意味としては、「証拠」「きざし」「しるし」などとされている。本研究では、スティグマがあると見做される過程に注目をしていることから、〈徴〉とはどのようなものなのかについて考察し、さらにスティグマとはどのような現象を示すのかについても追及しておくことにする。

だが、〈徴〉といっても様々ある。例えば個人が持つ〈徴〉が、その社会のなかで誰もが憧れるものであれば、マイナスのイメージとして捉えられることはほとんどない。しかし、それがそうでない場合には、そのマイナスの特徴からなるイメージをもとにしたラベルが貼られ、貼られたラベルが、その人全体を言い表す「代名詞」となってしまうこともある。スティグマのある人達は多くの場合、マイナスのイメージが連想されるラベルが貼られており、本人の意志とは関係なく〈普通でない人〉と思われてしまっていることも多く、その特徴に応じた〈枠〉に入れられ、多くの可能性が奪われてしまっていることも少なくない。また、このようなマイナスの影響は、場合によっては家族や親戚をも含めた、周囲の人達にまで及んでしまっている場合もあり、その人達の生活をも危ういものにしてしまっていることもある。このような状況になってしまうことが「スティグマ」と言える。また、スティグマは多くの場合、その時代の国や文化のなかで生起され、私達の生活になかに〈制度〉〈常識〉〈規範〉などとして浸透していることもある。

そのため本章においては、〈普通ではない〉と思われている人達がどのような人達なのかについて考察し、〈普通ではない〉と見做されていく過程において作用する〈常識〉についても注目し整理しておきたい。〈常識〉という言葉は、一見すると〈当たり前の見方〉と即断してしまうかもしれないが、実は奥深く複層的で多義的なものと思われる。それゆえ、〈常識〉の複層性・多義性をさらに見ていく必要がある問題圏と認識したうえで、本章では〈常識〉が誰にとっての〈常識〉なのかといった位相にも着目していきたいと考えている。そして、〈普通ではない〉と思われる人達が、この社会のなかでどのようにカテゴリーに別に分けられ、ラベルを貼られ、彼らがそのラベルのもとでどのようにして生きているのか。また、カテゴリーに分けられ、ラベルを貼られることが、その人達にとってなぜスティグマ〈徴〉となってしまうのか。現代社会におけるスティグマという概念そのものや、その成り立ちや状況についても明らかにし、歴史的観点によってスティグマの要因や機序を考察するときの、見解の一つとして位置付けることができればと考えている。

## 第2節 先行研究におけるスティグマ概念の位置づけ

スティグマという言葉は、もともとはギリシア語に起源をもつとされている。ゴッフマンによると、「それは肉体上の徴をいい表わす言葉であり、その徴は、つけている者の徳性上の状態にどこか異常なところ、悪いところのあることを人びとに告知するために考案されたものであった。徴は肉体に刻みつけられるか、焼きつけられて、その徴をつけた者は奴隷、犯罪者、謀叛人——すなわち、穢れた者、忌むべき者、避けられるべき者（とくに公衆の場では）であることを告知したのであった」（ゴッフマン 1963=2009 : 13）。その後、スティグマの使われ方や意味は変化し、「二つの隠喩の層がこの言葉に加えられた。第一の層は、皮膚に口をぱっくり開けた形をとって肉体に現れた聖寵の徴を意味していた。第二の層は、この宗教的隠喩への医学的言及で、身体上の異常の肉体的徴候を意味していた」（ゴッフマン 1963=2009 : 13）。そして現在のスティグマは、「最初のギリシア語の字義上の意味と似た意味で広く用いられているが、不面目を表す肉体上の徴ではなく、不面目自体をいい表わすのに使われている」（ゴッフマン 1963=2009 : 13）。現代のスティグマの意味は、古代に使われていたスティグマの意味に再び戻っているようにも見えるが、その範囲が目に見える形のあるもの（手がない、徴があるなどの身体的問題など）だけを示すものではなく、目には見えないもの（精神障害や犯罪者など）にまで拡大している。また、大谷も「現代のスティグマは、古代のように身体に焼きごてを当てるような目に見える残酷なことはしないが、心に癒しがたい傷を負わせることにおいて見えないところで今も存在している」（大谷 1993 : iii）と主張している。

このように現在では、古代のように肉体に直接スティグマをつけるようなことはなくなっているが、時代の変化にともないスティグマの意味は変化し拡大してきている。また、「平等」や「対等」もしくは「同じ視点」などとする表面的な〈言葉〉の裏で、相反するメッセージとして『決してアナタは、私達の世界には入れないのよ』『アナタには無理ですよ』『アナタと私達は違うのよ』と言ったようなことを、〈表現〉〈態度〉〈雰囲気〉などによって伝えている場合もある。そしてそのことにより、〈普通ではない人達〉にも自分達との間に差異があることを感じとらせ実感させるなかで、〈普通ではない人達〉と、〈普通の人達〉との間に目には見えないが、しかし明らかなものとして境界線を引き、〈普通ではない人達〉の心のなかにより深くスティグマ〈徴〉を刻み込んでいる。そうしたことからしても、現代のスティグマは目に見える形がある〈徴〉だけではなく、〈違和感〉や〈見た目の印象〉などとした、目には見えにくい〈徴〉にまで拡大してきていると思われる。また、現代社会においては、このようなスティグマ〈徴〉があると思われる人達は決して少ないとは言いきれず、形がなく目には見えないからこそ取り除くことが困難となり、傷はより深く心に刻まれてしまっているのかもしれない。

これまでも、スティグマに関する研究は様々な研究者らによっておこなわれている。そこでスティグマについて提言している、E.ゴッフマン（E.Goffman）の『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ—』（1963=2009）、G.M.クロセティ

(G.M.Crocetti)・H.R.スパイロ (H.R.Spiro)・I.シアシ (I.Siassi) の『偏見・スティグマ・精神病』(1974=1978)、坂本佳鶴恵の『スティグマ―他者への烙印―』(1996)とした文献から、スティグマとはどのような現象なのか、そしてどのようにして私達の生活のなかに浸透し根付いてきたのかについて、諸研究者らの見解を整理しながら考察していきたい。そして、G.W.オルポート (G.W.Allport)『偏見の心理』(1954=1968)を通して、スティグマと偏見および差別などとの関連性についても見ていきたい。そのことによって、スティグマについての多角的な考察をすることが可能になってくるのではないかと考えている。

### 第1項 E.ゴッフマンによるスティグマ研究

ゴッフマンの研究によると、社会は人々をいくつかのカテゴリーに区分する手段と、そのカテゴリーの成員に一般的で自然と感じられる属性のいっさいを画定している。さまざまな社会的場面が、そこで通常出会う人びとのカテゴリーを決定している。状況のはっきりした場面では社会的交渉のきまった手順があるので、最初に目につく外見から、彼のカテゴリーとか属性を想定することができる。また、彼に適合的と思われるカテゴリーの所属が、望ましくない種類の属性であることも立証されることもあり得る。この種の属性が、スティグマなのである。スティグマという言葉は、人の信頼をひどく失わせるような属性をいい表すために用いられるが、本当に必要なのは、属性ではなくて関係を表現する言葉なのだ。スティグマの種類には、肉体上の奇形および個人の性格上の欠点などがあり、場合によっては集団に帰属されるものなどがある。そしてスティグマのシンボルは、アイデンティティを損ない貶めるような不整合、その個人に対してわれわれが低い評価を与えてしまうような記号のことをいう。あらゆる人が、常人とスティグマのある者の双方の役割をとっており、この過程に参加しているということである。それは出会いを機会に作用することになる未だ現実化していない基準によって、さまざまな社会的場面で産出される。そしてスティグマがある人は、あらゆる社会的場面でスティグマのある役割を演じなくてはならないかもしれない。しかしながら、特定のスティグマを与えている属性は、常人やスティグマの所有者の役割の性質を決定するものではなく、スティグマがある人が演ずる頻度を規定しているにすぎない。さらに、含意されているのは相互作用時における役割で、スティグマのある人が他のスティグマのある人々へ抱く偏見が、常人と同じであっても驚かないと述べている。(ゴッフマン 1963=2009)

### 第2項 G.M.クロセティらによる精神障害者のスティグマ研究

クロセティらの研究によると、精神病者を世間がどうみるかという調査は、二つの対立するグループに分かれる。それは、精神病を医療の援助を必要とする病気であるとした考えのグループと、精神病を病気というよりもむしろ社会の逸脱の一つの形態として見ようとする考えのグループである。ここでキーワードとなるのは「拒絶の理論」である。社会

は安定を必要とするゆえ社会規範からの逸脱は脅威である。精神病理的行動は社会的逸脱の一形態で、その行動にふさわしい社会的規制が与えられる。このことから、精神病患者に対する否定的態度が生じる。否定的態度はステレオタイプ化され、偏見はさらに進展する。偏見の対象である精神病患者は、拒否・孤立・極端な社会的距離の維持などによってスティグマ化され強く拒絶される。さらに、社会に信頼されたいという心理的要求が引き金となることも多く、そのために精神病患者のスティグマ化と拒絶は激しいものとなる。「拒絶の理論」が正しいなら、精神病と精神病患者に対する強固で、広くゆきわたったスティグマ化と拒絶はある。そうした背景をもとにした調査結果では、世間は精神医学的症状を精神病を示すものとして認識できており、精神病にかかっているとわかっている人との交際を否定してはいない。また、精神病患者についての供述に対しては、人間的で、啓蒙化された、処罰的ではない答えを述べ、元精神病患者と自分達との間には大きな社会的距離があることを認めてはいない。これらの態度は広く普及し持続され、若い層においてはより広く受けとめられていた。そして、これらの肯定的態度は複雑で内部的に首尾一貫しており、精神病を識別する能力に関係がないことも分かってきた。従って「拒絶の理論」は、現在のところ実質的・実験的に認められないと述べている。(クロセティら 1974=1978)

### 第3項 坂本佳鶴恵のスティグマとレイベリングの対比的研究

坂本の研究によると、他人が自分に対して「本当の自分」とは異なった決めつけをするのは、社会のなかでしばしばおこることであり、それは多くの場合が社会的偏見にもとづいているとしている。スティグマとレイベリングは、他者による社会的決めつけという点では同じである。スティグマは、他者による社会的な特徴であり、それによって自分が期待していた敬意や信頼が失われてしまうものをさす。そして、スティグマがあることで自分と他者との間で、自分がどのように評価されるべきかの価値判断が異なることを強調するときに使われており、自分では変えることができない属性からきていることが多いとしている。差別の場合も人間としての価値観をおとしめられたと感ずることから、多くはスティグマをともなっている。スティグマは人がかならずしも他者の期待に沿って行動するとは限らないことを含意した概念であり、他方レイベリングはある行動が原因となり決めつける（レッテルを貼る）行為に力点をおく概念である。スティグマやレイベリングは、問題にかかわっている個人の立場に身をおき、その苦しさや改善すべきことがらを指摘していくというやり方である。スティグマは、個人が持つ自己のイメージを持ち込むことで、社会によってコントロールされるだけではない多様な戦略の可能性を示し、かならずしも社会的な力に屈するだけではない個人の存在という、新しい社会と個人との関係性を示したものである。しかしレイベリングは、この社会的アイデンティティがもつ包括的な期待に沿って、人が行動していく可能性を示しており、社会が個人の主観に影響を与えることによって個人をコントロールしている側面があることを指摘している。(坂本 1996)

#### 第4項 G.W.オルポートの偏見研究からみたスティグマ

オルポートの偏見の研究は、偏見のみに限らず、スティグマ化や差別のもたらす種々の結果を考察する場合にとっても示唆的なので、ここで少し言及しておくことにしたい。オルポートによると、偏見や迫害は決して少なくない割合で宗教から派生しているが、敵対心をもち差別をおこなうのは個々の人々に他ならないとしている。また、「因果関係」は広義で、社会文化的原因や個人的態度に見られる直接原因に至るものまでをも包含している。偏見とは、実際の経験より以前に、あるいは実際の経験に基づくかないで、ある人とか物事に対してもつ好きとか嫌いとかいう感情であり、ある集団に属している人が、たんにその集団に所属しているからとか、その集団のもっている嫌な特質をもっていると思われるとかという理由だけで、その人に対して向けられるけんおの態度、ないし敵意ある態度であり、多くの偏見が自己満足的な配慮によって保持されている。そして差別は、近隣、学校、国家から、ある外集団のメンバーを排除しようという段階に達した場合に起こる現象である。偏見の現実には、ほうび（言語的否定）→回避→差別（距離を含む）→身体的攻撃（あらゆる強度の）→絶滅の5つの段階があり、偏見の構成は一般化、概念、カテゴリーなどの形成において、正常で自然な傾向で単純化されており、レッテルが貼りつけられる場合には、カテゴリーとしてまとめられる傾向がある。ステレオタイプは、偏見を正当化しようとする個人によって求められたカテゴリーのなかのイメージであり、普及している偏見の性質とか事態の要請とかに調子をあわせている。心理的な原理は偏見の過程を理解するのに役立つが、理由を十分に説明することはできないため、一つ一つの事例の歴史的文脈を知ることによってのみ得られるというのが結論である。偏見や差別は社会構造的事象と人格構造的事象のなかにあり、偏見はパーソナリティの態度構造を問題とし、差別は現行社会体系と密接なつながりのある世間の文化的慣行を扱う。両方は同時に表われて一つの事象の部分を形成するので、多角的なアプローチが必要となってくる。そして是正プログラムとしては、社会構造の変革に力を入れるものおよび人格構造の変容に力を入れるものの二種類があるが、これらのプログラムは相互に関連しがちであると述べられている。（オルポート 1954=1968）

#### 第5項 まとめ

##### —カテゴリー分けとスティグマの関連性—

これらの研究によると、スティグマとは社会と個人との関係において個人が持つ自己のイメージにより、他の人の持つシンボルや属性または共通する類似した社会化の過程をたどっているなど、その人の特徴ごとの〈枠〉に当てはめて捉え、その〈枠〉にマイナスのイメージが連想されるラベルを貼り、その人のアイデンティティを損ない貶め敬意や信頼までも失わしてしまうような〈徴〉のことを指している。そして、スティグマへと繋がっていく過程にある〈枠〉に当てはめる行為＝カテゴリー分けは、個人の持つ常識という〈価値観〉のもとでの臆見としての、価値・判断・行為基準などの影響を受けておこなわれて

いることが推測される。私達は日常生活のなかで初めて出合った人達に対して、無意識的に、時には意識して、その時のその人の持つイメージから、その人の特徴にあわせた属性のカテゴリーに当てはめて、その人がどのような人なのかということを即座に判断している。そして、その属性が望ましくない属性であった場合にはスティグマがあると判断され、その人の敬意や信頼をひどく失わせてしまう。また、スティグマとカテゴリー化は密接な関係があるとされており、多くの場合スティグマは個人で取り除くことが困難な現象であるということが伺えてきた。

これらの研究成果によると、スティグマとは個人の持つ〈常識〉とされる〈価値観〉や〈判断〉および〈基準〉が影響し、カテゴリー分けを行うなかで発生している現象であるということが伺えてきた。そのためここで、私達の生きている時代の国や文化のなかにある〈常識〉や〈価値観〉とはどのようなものなのか、カテゴリー分けやラベリングおよびスティグマ〈徴〉とどのように関係しているのかについて、偏見や差別などとの関係も含めながら、〈常識〉についても考察しておきたい。

### 第3節 カテゴリー分けとスティグマ

#### 第1項 常識と偏見

私達は生まれてから現在（?歳）までの間、様々な経験を通して〈常識〉とした〈価値観〉を身に付け蓄積し、それを一つの〈基準〉と捉えるなかで日常生活を送っている。たとえば、A子は咳が出て悪寒がし微熱が出ている状態だとする。そのためA子は、週末に友人と計画していた旅行に行けなくなる可能性があるのではないかと考え、内科を受診し風邪薬を処方してもらうことにした。そして、処方された薬を服薬した結果、体調はもとにもどり週末には計画どおり旅行に行くことができたでしょう。この場合、A子は過去の経験にもとづいて、『体調を崩したことで、旅行には行けなくなる』と、現在の健康状態やその後の計画への影響について現状把握をしている。そして、『風邪をひいた時は内科を受診する』とした過去の経験から病院に行き診察を受け、『服薬をすると回復がはやい』としたこれまでの結果をもとに処方薬を服用し、体調が回復したことで計画通りに旅行に行くことができた。このように私達はこれまでの経験を通して、健康状態や現在の状況を〈認識〉し、それに適した判断をしている。それは、B男、C子、D男・・・もA子と同じ状況になった場合、「咳や悪寒がし微熱がある」→「内科を受診する」→「処方薬を飲む」→「完治する」という構図を絵描くと思われる。そうしたことから、この構図はA子だけの〈認識〉や〈価値観〉だけからなる経過予想図ではなく、A子と同じ時代の国や文化で生きている多くの人達が、同様の経過をたどることが当然であると〈認識〉し、それを〈常識〉として捉えているということになる。

しかし、このような症状の時にB男は、「内科」ではなく「産科」を受診したとする。するとB男は、「馬鹿じゃない」「診てもらえるわけじゃない」「なに考えているの」などと周りの人達から言われるかもしれない。もしかすると、受診先の病院でも診察を断られ

る可能性もあるかもしれないし、偏見の眼差しで見られることもあるかもしれない。このように、A子のような症状の場合、「内科」を受診する事が〈常識〉とされている。またC子は、「薬を飲むよりもアルコールを飲んだ方が元気になるから」とか、「昨日あまりアルコールを飲まなかったから調子が出ないところかも」と言っただけでアルコールを飲んだとする。するとC子は周りの人達から、「アルコールを飲んでも治らないよ」「飲むから体調を崩すのよ」「これではきっと、週末の旅行には行けないね」「そんなのでは何も変わらない」「このままではC子の人生はダメになるかもよ」などと言われるかもしれない。この場合には、内科を受診することや服薬をすることを〈常識〉とした認識の違いを超えて、C子は周りの人達から『アルコール依存症になるかもしれない』と思われてしまう可能性もでてくる。

このように私達は、〈常識〉とされている以外の行動をとった場合、他の人達から偏見を持たれ〈普通ではない〉と思われてしまうことがある。しかし〈常識〉とは、とても曖昧で不安定な価値観であり、その人が存在している時代や国および文化において異なり、常に時代や場所などによって変化しているものである。そして私達は常に、その時代の国や文化のなかで〈常識〉を〈共通の感覚〉として身につけるように、身近な人達や、社会やマス・メディアなどを通して教えられている。このようにして私達は、身についた〈常識〉や〈共通の感覚〉からズレている人達に出会うと、〈何か変わっている〉〈おかしい〉〈普通とは違う〉〈変な人〉という違和感を持つようになり、そのことにより偏見を持ち、差別してしまうのかもしれない。

## 第2項 カテゴリー化とラベリング

先に述べたように、私達は〈普通ではない〉と思われている人達に出会うと、その人の持つ特性を〈常識〉＝〈基準〉とした〈枠〉に当てはめて見ようとする傾向がある。そして、〈標準的〉な特性ではないと判断した場合、その人を偏見的に捉え〈普通ではない〉と認識してしまう。また、似たような特性を持つ人達に出会うと、以前に判断した方法に沿ってパターン化し、マイナスのイメージを持つ人達と捉え、〈普通ではない〉と速やかに判断するようになる。このパターン化こそが特性別によるカテゴリー分けであり、この特性こそ〈徴〉と捉えることができる。

オルポートは、私達の生活のなかで無意識のうちにおこなっているカテゴリー分けとその過程について、「思考するには、カテゴリーの助けによらねばならない（カテゴリーという語は、ここでは、一般化と同義である）。一度、形成されたカテゴリーは正常な予断の基礎となる。とてもこの過程を避けることはできまい。秩序だった生活はカテゴリーに依存している。カテゴリー分けの過程は、次の五つの重要な特徴を備えているといえよう」（オルポート 1954=1968 : 17-18）と述べている。（「五つの重要な特徴」については、表 3-1 に示す）。この「五つの重要な特徴」について、街中で独り言を言いながら歩いている人を例に当てはめて見てみると以下のようなになる。（I）では、街中で独り言を言いながら歩いてくる人に出会うと、あの人は何かおかしいと偏見を持って捉えるような、過去の経験に

照らし合わせながらカテゴリーに分けて、判断をしていることなどが当てはまる。(Ⅱ)では、普通ではない様子から、おかしい人かもしれないから、気を付けようと判断することなどが当てはまってくる。(Ⅲ)では、その人が近づいてくると距離をとろうとして道の端っこを歩いたり、脇道にそれたりするなどして、その人から距離をとろうとするなどの行動をとることが当てはまってくる。(Ⅳ)では、『問題に巻き込まれるかもしれないから、こんな人は嫌いだ』『独り言を言っているのは、感じが悪い』などのように、本来の意味のほかに感情的なものまでもが含まれるようになる。(Ⅴ)では、『もし何かおきたら、先ほどあった交番に駆け込めば警察が対応してくれるだろう』などのような合理的な考えや、経験をとおして少しずつ選択肢が広がっていくことなどが当てはまってくる。

表 3-1 カテゴリー化の五つの重要な特徴

	I	II	III	IV	V
カテゴリー化の諸特徴	<ul style="list-style-type: none"> <li>この過程は、われわれの日常の適応の指標となるような大きな組や群を形造る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カテゴリー化は、できうるかぎり、群に同化していく。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カテゴリーは、関連した対象をすばやく同一視することを可能にする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カテゴリーは、同じ理念的ひびき、及び情動的ひびきを、そのカテゴリーが含むすべてのものにしみ込ませる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カテゴリーは、多かれ少なかれ、合理的なものである。</li> </ul>
カテゴリー化の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>われわれはこの適応のために以前に形成したカテゴリーを想起しながら、目のさめているうちの大半を過ごしている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>思考には奇妙な慣性がある。我々は手軽に諸問題を解決したいと思う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>あらゆる事象は、ある目印をもっている。それは予断のカテゴリーを行為にまで導く手がかりとして役立つ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いくつかのカテゴリーは、ほとんど純粋に知的なものである。多くの概念は「意味」のほかに、一つの特徴ある「感情」をもっている。この概念にとともになっている好き嫌いの感情的なひびきをもつだろう。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般的に、カテゴリーは「真実の核心」からでき上がり始めるものだといわれている。合理的なカテゴリーがそうであり、関連的な経験の増大によってカテゴリー自体が拡大し、かつ固定してくる。</li> </ul>

※オルポート 1954=1968 : 18-21 を参考に筆者が作成した。

このように私達は、〈普通ではない人達〉に出会うと偏見の眼差しを向けながら、その人達の〈特性〉を即座にパターン化しカテゴリーに振り分けて捉えようとする。そして、その振り分けられたカテゴリーの特性をもとに、過去の経験や知識などとも関連させながら、そのタイプ〈特性〉の人達から何らかの被害を受けることはないかなどと判断したりしている。そしてパターン化するなかで、スティグマがあると判断し、〈普通ではない〉と思われる人達との差異を明確に認識しやすくするために、そのカテゴリーに名前をつけてラベルを貼り差別している。このようにして私達は日頃から無意識のうちにカテゴリー分けを行い、そしてそのカテゴリーに貼りつけられたラベルに応じて、対応や回避をするなかで日常生活を過ごしている。このような、マイナスのイメージを連想させるラベルが貼られた人達は、主に「少数派」＝「マイノリティ」<sup>15</sup>的集団に属しており、社会的には弱い立場にすることが多い。しかも、ラベルが貼られた人達は本人の意志とは関係なく、否応なしにその〈枠〉に入れられ、その人達が本来持っているであろう問題回避能力や発言力までもが衰退してしまう状況に追いやられ、スティグマの渦中から抜けだすきっかけすらも奪われてしまっている場合もある。

これを、精神障害者の問題に置きかえて考察してみると、以下のように捉えることもできる。例えば、落ち着きがなく、独り言を言っていたり、突然叫んだり、泣き出したりしている人に出会うと、この人は少し変かもしれないと偏見の眼差しで見えてしまうかもしれない。そして、その人がどのような〈特性〉やスティグマ〈徴〉を持っている人なのかを、過去の経験や知識などとも関連させながら、「精神障害者」もしくは「頭のおかしい人」と判断するかもしれない。そして、その人と深く関わると、厄介なことに巻き込まれるかもしれないと考え、関わりを避ける場合も出てくるであろう。また、「精神障害者」とされる人が知人にいる場合には、いわゆる〈普通の人〉とは食事や旅行に行ったりしても、「精神障害者」とは一緒に行こうとは思われず、その人が誘われる可能性は限りなく少ない。これは、精神障害者に対するあからさまな差別の例ではないが、このような例は決して少なくはなく、「精神障害者」ということだけで、差別され排除されてしまうということは、少なくはない割合で様々な場面でおこっている。

#### 第4節 スティグマの仕組み

こうしたことから現在のスティグマは、古代のように目に見える〈烙印〉だけではなく、目には見えにくい〈徴〉としても存在していることが伺えてくる。そして、そのスティグマ〈徴〉がある人達は、決して少なくはない割合でスティグマのない人達によって作られた〈枠〉＝「制度」によって管理されている。私達は、一定の〈常識〉や〈基準〉から外れた人達を、それぞれの特徴にあわせてカテゴリーに分け、そのカテゴリーにラベルを貼り、〈普通の人達〉と〈スティグマがある人達〉との間にある不鮮明で曖昧な差異を、

---

<sup>15</sup> 新保は、マイノリティについて「集団の規模は小で権力も持たない集団」（新保 1972 : 15）と述べている。

スティグマがあると見做すことで明確なものとして捉えるようになる。そして、その間に決して超えることができない境界線を引いている。

また、私達は一定の〈基準〉から外れた人達を、逸脱者としても捉えていることがある。ベッカーは「アウトサイダー」＝「集団規則からの逸脱者」であるとし、「あらゆる社会集団はいろいろな規則をつくり、それをその時々、場合場合に応じて執行しようとする。社会の規則は、さまざまな状況とその状況にふさわしい行動の種類を定義し、個々の行為を「善」として奨励し、あるいは「悪」として禁止する。ある規則が執行された場合、それに違反したとおぼしき人物は、特殊な人間——集団合意にもとづくもろもろの規則にのっとった生き方の期待できない人間——と考えられる。つまり彼は、アウトサイダーと見做される」（ベッカー1963＝1978：7）としている。そして私達は一定の〈基準〉から外れた人達に対して、クロセティらが述べているように「否定的態度がその保持者の心理的欲求を満たす時、その態度はステレオタイプ化されたものになり、疑いの余地のないものとなる——要するに強化された偏見となるのである。こういう偏見の保持者は、偏見を持たされている人々をスティグマ化し強く拒絶し、彼らからできる限り社会的距離を保とうとする」（クロセティら 1974＝1978：42）のかもしれない。

これらのことから、スティグマと関係が深い〈常識〉は、その人の属している時代や国や文化によって異なり、常に時代や場所などによって変化するということが伺えてきた。私達は、その時代の国や文化における〈常識〉を、〈共通の感覚〉として身につけるように、近な人達や社会およびマス・メディアなどをおして教えられる。そして私達は、このようにして身についた〈常識〉や〈共通の感覚〉からズレている人達に出会うと、〈自分達とは違う〉とした違和感を持つようになり、過去の経験や知識などと関連させながら、その人の〈特性〉に合わせてカテゴリー化して捉えラベルを貼り、差異を明確に認識しやすくし、その人がどのような人達なのかを即座に判断している。また、現在のスティグマは、目には見えにくいものにまで拡大している。スティグマ〈徴〉がある人達は、スティグマ〈徴〉のない人達によって作られた制度〈枠〉のもとで管理され、場合によってはその役割を演じるように要求されるレイベリング的状况に追いやられてしまっていることもある。

スティグマがある人達は、多くの場合がマイノリティ的集団に属する人達であり、その社会における弱者であることが多く、スティグマがあることによって、人生や生活における選択肢が大きく制限されてしまっている人達である。しかもその影響は、本人だけではなく家族や親戚にまで及んでしまうこともある。一旦、スティグマがあるとみなされてしまうと、それによっておこる負の連鎖からは簡単に逃れることはできない。もしかすると、私達はいつの時代も社会のなかにスティグマがある人達を産出することで、自分達の持つ〈常識〉や〈価値観〉を正当化してきたのかもしれない。そしてまた、スティグマがあるとされている人達も、場合によっては自らのスティグマを、〈普通の人〉とともにいわば共謀的に維持していることもあるのかもしれない。

## 第4章 精神障害者の偏見・スティグマ研究で提示されている諸命題

### 第1節 本章の問題意義と方法

多くの研究者らは精神障害者に関する問題の根底には、偏見やスティグマおよび差別の問題があることを認識しており、精神保健医療福祉における多様な問題を考察するとき、それらは解決すべき重要な課題の一つであると捉えられている。

そこで、本章では多くの人達を対象として、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の研究をおこない、これらの実態を把握しようとしてきた量的先行研究論文に注目し、先行研究の動向から現在の状況やその課題について考察していくことにする。しかし、本研究では量的研究を中心に整理し考察をしているが、先行研究論文を見てみると質的研究で明らかになったことを量的研究に反映させるなかで、それぞれの研究の成果が相互に積み重ねられながら進展してきていることが伺えてきた。また、質的研究のなかには、一個人で同様の研究をおこなうことは不可能な、壮大な研究もおこなわれている。とくに中沢（1969）研究では、精神科病院を退院した3人の元患者の住む3地域を対象にして、退院した日から330日～517日の期間、地域住民のなかから抽出した調査員を通して噂の量や内容および時期などを調べ、地域住民がどのように元患者を捉え噂しているのかなどを調査している。

また、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別に関する研究を、レビューしている論文も管見の限り4本あり、それぞれの視点や方法で先行研究論文の動向が整理され考察されていた。中村の論文では、研究方法における特徴ならびに傾向を8つの観点から明らかにしている。そのなかでは、偏見の程度を把握する指標として「社会的距離尺度」が最も重要とされており、それらに影響を与えている要因を探ることが主流で、偏見のメカニズムの解明を目指した研究が圧倒的に多いとしている。今後は、先行研究論文から得られた知見を、偏見の抑止策構築や教育プログラムの策定などに応用し、学校や地域社会、医療機関・施設への啓蒙、普及活動に還元していくことが望ましいと述べている（中村2001：199-212）。榊原と松田の論文では、精神障害者の偏見・差別および啓発活動に関する研究の動向を、研究テーマ別に5つの観点からまとめている。これまでの研究によると、精神障害者への偏見や差別および啓発活動に関する研究の歴史は浅いが、住民に対する偏見や差別の意識研究は1970年代より積み重ねられ、啓発活動に関する研究は1998年頃より見られるようになっており、近年になって研究の重要性が認知されはじめてきたとしている。今後は、啓発活動の方策を系統立てて追究していくことが必要になると述べている（榊原ら2003：59-73）。吉井の論文では、精神障害者に関するスティグマの要因を、大きくは「不可解な行動をとる危険なイメージ」「社会的落伍者として見られている」「疾患について正しい理解がされていない」の3つに分けて考察している。現在は、エビデンスに基づく知識普及法が確立されているとは言えないため、今後の課題としては精神疾患についての建設的、効果的な知識普及法の開発と実践が望まれると述べている（吉井2009：140-146）。山田と益満の論文では、精神障害者への偏見・差別解消を目的とし、「規

定要因」と「精神障害と啓発」に分けて考察している。現行の啓発活動の内容はほとんどが「知識普及」と「接触体験」を目的としたもので、今後は個人誘発型の要因の追求や明確化による、新たな啓発活動の内容の構造化が課題になってくると述べている（山田ら 2011 : 19-29）。

そこで本研究では、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の研究は長い歴史のなかでどのようにしておこなわれ、精神障害者に対する人々の意識はどう変化してきたのかについて先行研究論文の動向を系統立てて整理し、今後の課題や取り組みの方向性を明らかにしていきたい。そのため、精神障害者・偏見・スティグマ・差別・量的測定をキーワードとし、『精神医学』『精神保健福祉』『精神療法』『精神障害とリハビリテーション』『精神科臨床サービス』『精神科治療学』『臨床精神医学』『社会精神医学』の8つの学会誌および『CiNii』から先行研究論文の検索をおこなった。そして、それらの先行研究論文が引用している、論文や文献を抜き出す作業も繰り返しおこなった。そうした作業により、精神障害者に対する偏見・スティグマ・差別の量的調査をおこなっている先行研究論文19本と、単行本2冊に加え、過去にそれらをレビューしている先行研究論文4本を抜き出すことができた。

本研究におけるレビュー研究の内容としては、調査内容や調査方法についての「研究方法の傾向分析」と、先行研究の背景や研究の成果および今後の課題などについての「既存研究で提示されている諸命題の分析」に分けて、これまでの研究の動向および今後の課題や取り組みの方向性について考察し論じていくことにする。

## 第2節 研究方法の傾向分析

### 第1項 本節における分析方法

研究方法の傾向分析の方法としては、中村の論文(2001)の分類項目を参考にしながら、本研究の目的に沿って分類項目を作成し、さらに構成し直している。また、各測定法<sup>16</sup>を中心に先行研究がおこなわれた時代やその背景および各測定尺度の開発やその経過にも注目をしながら、それらの研究の動向について見ていくことにする。

分類した項目は、(1) 発行年 (2) 調査年 (3) 測定法 (4) 対象者と対象者数 (5) 回答率 (6) サンプルング (7) 実施方法 (8) 偏見の測定尺度 (9) アンケート内容 (10) 関連変数 (11) 備考の11項目である。それらの内容について年代順にまとめたものを、表4-1<sup>17</sup>に示しておく。

---

<sup>16</sup> 測定法期については、「第4章第2節第2項3) 測定法の区分」にもとづく。

<sup>17</sup> 文中に出てくる□のなかの数字は、表4-1の論文番号を示している。

表 4-1 偏見やスティグマおよび差別における既存研究の変遷

先行論文	発表年	調査年	時期区分	対象者属性				回答率	サンプリング	実施方法	偏見の測定法					アンケート内容と関連変数	備考		
				一般	当事者	家族	専門職				クレーン	社会的距離	S D 法	マシゲ	精神障害者				
1	加藤正明(他) 「治療における人間関係の研究-精神科職員の意識調査のこころみ-」	1960					145		法( ) 協力が得られた病院選択	調査員調査	○					○	・職員の見解の一致 ・職員の見解の一致 ・CMSとGiedtを参考にした15項目 ・自由会話から選出した15項目	・自由会話より項目では数回の討議検討をし、調査の1か月後に再調査をしている。	
2	加藤正明(他) 「精神衛生並に精神障害に対する認識及び治療的態度に関する研究-社会的態度と治療的態度との関連-」	1962					599		法( ) 一般病院内・機関・職員の有意選択	集団調査	○						・社会的態度 ・治療的態度 ・SSMとAMSを参考にした15項目を抜き出し、そのうち1の先行研究論文から5項目を修正して採用した項目も含めている。	・1の先行研究論文の発展的研究としておこなわれており、一般市民を対象とした社会的態度と治療的態度との関連研究に繋げようとしている。	
3	山村道夫(他) 「精神障害者に対する家族の態度調査-家族会との関連において-」	1967	1966				182		法( ) 家族会参加の有意選択	家族会実施	○						・個人的態度 ・家族会の一員としての態度	・精神科病院家族会発足にともない調査をしている。回答者は家族会参加者のため、支援に積極的であると思われる。	
4	進藤隆夫 「精神障害者に対する住民の意識態度」	1968	1966	555					法( ) 無作為抽出	調査員調査	○	○					・治療的態度 ・生活態度 ・保健衛生的態度 ・精神衛生的態度 ・精神衛生の意識態度 ・精神障害者や精神衛生に対する(意識知識)態度	・加藤正明監訳(1978)と一部同じアンケート項目があり、後に「社会的距離尺度」とされる。5項目が1と2の先行研究論文の項目を参考にしている。	
5	(財)全国精神障害者家族連合会 「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」	1984	1983 3~11月	1000 ○ 有識者 1005		3770	2298	79.0% 28.5% 24.0% 54.4%	意( ) 施設(無作為抽出) 設置(無作為抽出) 委員連名簿・合簿・病名府家	郵送調査 留置調査	○					○	・精神障害者についての原因および性質 ・精神医療・衛生のあり方 ・精神障害者の社会生活の権利 ・精神障害者の社会生活の自律性 ・CMIとOMSとCMHIを参考に開発「消極的尺度」とした。精神障害者偏見尺度ともいわれる。	・6のアンケートと同じデータである。	
6	岡上和雄(他) 「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ-「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より-	1986	1983	1000 ○ 有識者 1005		3770	2298	79.0% 28.5% 24.0% 54.4%	出( ) 学政(無作為抽出) 府族(無作為抽出) 名族(無作為抽出) 意無(無作為抽出) 選無(無作為抽出) 法(無作為抽出)	郵送調査 留置調査	○						○	・態度形成要因 ・精神障害者に対する態度 ・社会復帰・福祉施策への構え	・5のアンケートと同じデータである。 ・精神障害者を医療と福祉の対象としての法的な対応を見据えた論文として、先駆けになれるようにとの思いがあったようだ。
7	大島巖(他) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観-開放的な処遇をする-精神病院の周辺住民調査から」	1989	1987 2月	500				80.6%	法( ) 選(無作為抽出) 系(無作為抽出) 人(無作為抽出) 名(無作為抽出) 簿(無作為抽出)	郵送調査 留置調査	○						○	・接触体験 ・社会的距離 ・社会的距離尺度を独自に開発している。	・5のアンケート項目の「社会的距離尺度」をもとにして、独自に「社会的距離尺度」を開発し、わが国における「社会的距離尺度」が確立されている。
8	町沢静夫(他) 「精神障害者に対する態度測定-患者群、患者家族群、一般群の比較-」	1990	1989	132	89	60	精神科医 42		意( ) 協(無作為抽出) 研(無作為抽出) 力(無作為抽出) 得(無作為抽出) 選(無作為抽出) 所(無作為抽出) ら(無作為抽出) れた(無作為抽出) 病(無作為抽出) 院(無作為抽出)								○	・社会的距離 ・社会的能力への疑問、精神科医へのみの責任 ・恋愛、結婚のタブー ・不信感、人権疎外 ・Brokingtonと一言らによる転換尺度と消極的尺度の52項目のうち、23項目を精神障害者偏見尺度とした。	・E研究とも比較。
9	宗像恒次 「市民の精神障害(者)に対する態度と精神衛生対策への意見-1983年と1988年の都民の比較-」	1991	1983 1988	1000				79.0% 42.7%	法( ) 選(無作為抽出) 二(無作為抽出) 段(無作為抽出) 抽(無作為抽出) 出(無作為抽出) 簿(無作為抽出)	郵送調査 留置調査	○						○	・精神障害者との接触体験 ・福祉活動への参加意識の低さ ・精神衛生関連の報道の低さ ・精神障害者とのかかわりの否定的態度 ・福祉活動の参加経験	・5.6.データと10のデータで5年後の比較をしている。 ・「病気と医療対策に関する意識調査」として1998年に調査がされており、そのデータが10の先行研究論文である。
10	大島巖 a 「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離-尺度の妥当性を中心に-」	1992	1988 11月	1000				42.7%	法( ) 選(無作為抽出) 二(無作為抽出) 段(無作為抽出) 抽(無作為抽出) 簿(無作為抽出)	郵送調査	○						○	・接触体験 ・弱者体験 ・社会福祉活動の経験	・5.6.7.10.12のデータを比較している。 ・9の論文のことに触れている。 ・「社会的距離尺度」の妥当性を検証している。

先行論文	発表年	調査年	時期区分	対象者属性				回答率	サンプリング	実施方法	偏見の測定法					アンケート内容と関連変数	備考	
				一般	当事者	家族	専門職				ケル	意識	社会的距離	SD法	スティグマ			精神障害者
11	竹島正 (他) 「地域住民の精神障害者に対する見方について—地域調査をもとに—」	1992	1990 11月～ 1991 3月	1000				47.9%	法) (電話帳抽出)	住民台帳 郵送調査						○	・精神障害者イメージ ・精神障害者の性質 ・予後 ・精神障害者の能力 ・権利 ・精神医療と社会のあり方	・5.6.のデータと、この調査の一年前に行なわれた地元高校生対象のアンケートデータとも比較している。
12	大島巖 (他) 「精神障害者施設とコンフリクトをした大都市近郊新興住宅住民の精神障害者観—近隣関係、およびコミュニティ意識との関連—」	1993	1988 8～9月	700				78.4%	法) (選挙人名簿抽出)	配表留置調査							・近所関係の実態 ・近所関係に対する意識 ・コミュニティ作りに対する意識	・コンフリクトしている地域の現状を把握するために、奥田のコミュニティ分類に基づいて地域の特性を検証している。
13	星越活彦 (他) 「精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神病院勤務者を対象にして—」	1994	1992 6～11月				961	80.5%	法) (協力が得られ有意選択)	集団実施		○	○				・接触体験 ・勤務経験年齢 ・学歴	・「SD法」を使った分析の妥当性の検証をいっている。
14	白石大介 「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」	1994	1992 5～7月	入院 800 ○ 通院 400 1050 ○	通院 1050 ○ 入院 1050 ○			84.1% 65.8% 60.1% 65.8% 59.7%	法) (協力が得られ無作為抽出)	集団実施					○	・スティグマの感情 ・社会復帰	・他の先行研究論文のデータとも比較している。	
15	財団法人全国精神障害者家族連合会 「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書」	1997	1997 11月	2000				67.1%	法) (階層多段階抽出)	配表留置調査		○					・精神障害者との接触体験 ・精神障害者に関する知識 ・精神的に耐えられない経験 ・ボランティア体験 ・用語によるイメージ項目 ・メンタルヘルスの項目	・5.6.のアンケート項目を若干修正し使用している。5の先行研究論文にも触れており、ソーシャルマーケティング手法を用いて分析している。
16	浅井暢子 「精神障害者に対する意識と受容」	1999	1997 6月9月	学生 457 ○				92.0%	法) (有意選択)	集団実施		○	○				・ステレオタイプ ・偏見 ・受容度	・レビュー論文で使用した、中村とも共同研究論文を発表している。
17	蓮井千恵子 (他) 「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎研究—」	1999		学生 323 ○				84.5%	法) (有意選択)	集団実施				○	自由記述		・イメージと情報 ・イメージと接触体験 ・偏見の軽減とメディアの活用	・「スティグマ尺度」を開発している。 ・Linkらに翻訳の許可をもらい坂本らが作成。
18	御前由美子 「精神障害者にとっての人的資源を拡充するための研究—動物飼育体験者の精神障害者に対する意識調査—」	2005	2004 6～7月	500				68.2%	法) (二段階抽出)	郵送調査		○					・接触体験 ・動物飼育体験者 ・動物愛護に関する世論調査を参考にした項目を取り入れている。	・7.10.15.のデータと比較している。 ・属性が見える人達に具体的な働きかけ、介入プログラムにより偏見の除去や排除を検討。
19	牧田潔 「統合失調症に対する社会的距離尺度 (SDSJ) の作成と信頼性の検討」	2006		学生 104 ○		看護師 140 ○			法) (有意選択)				○				・スティグマ測定 ・Whatleyの「自我関与度」概念のKESからの8項目とlieスケール3項目による11項目からなる。	・「SDSJ測定」の信頼性について検証をしている。
20	谷岡哲 (也) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」	2007	2002 7～8月	600				48.3%	法) (二段階抽出)	郵送調査							・認知度 ・精神障害者との出会いの経験 ・精神障害者を意識した時期 ・イメージ	・15のアンケート内容と同じ項目がある。 ・榎原らのレビュー論文や、その他の先行研究論文から分った事例も参考になっている。
21	半澤節子 (他) 「精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究」	2008	2003 11～12月	2000				100.0%	法) (層化多段階抽出)	調査員調査		○					・スティグマの認知 ・社会的距離 ・日豪比較研究の為の日本語版調査票とした評価尺度である。	・社会的距離でLinkらによる (SDS)、親密さはHolmesが開発した尺度や、スティグマはGriffithsらが開発した尺度をそれぞれ参考になっている。

※関連変数はアンケート内容と区別するために、太字のフォントで記載している。

## 第2項 研究方法の傾向分析

### 1) 発行年

第1測定法期には4本の先行研究論文が発表されており、精神障害者に対する意識調査を一般市民にも実施するために測定法を開発しており、研究成果が積み重ねられている。第2測定法期には10本の先行研究論文が発表されており、精神障害者は医療と福祉の対象であるべきとし、全家連を中心に多くの研究が「精神保健福祉法制定」を目指して、調査研究をおこなっている。第3測定法期には7本の先行研究論文が発表されており、第1測定法期や第2測定法期の調査研究をもとに、精神障害者の受け入れが良好な対象者の特定や、具体的な啓発活動へと繋げるために研究が積み重ねられている。

### 2) 調査年

先行研究論文によってはデータの共有や、他の先行研究論文のデータと比較をしている論文が多数見られる。アンケートの実施年を見てみると、調査のきっかけや施策的な要因なども、調査の実施に影響をしていることが伺えてくる。調査年が不明な先行研究論文は除いて調査年を見てみると、第1測定法期には2本、第2測定法期には10本、第3測定法期には5本の先行研究論文が調査を実施している。

### 3) 測定法の区分

各先行研究論文を読み込むにつれて、研究がおこなわれたきっかけや研究の背景、研究の目的や研究の内容などが、他の先行研究論文と関連しているものもあったため、先行研究論文の変化や形態別に、研究の動向をその特徴別に分けて整理することにした。時代区分としては、第1測定法期を1960年から1980年まで、第2測定法期を1981年から1994年まで、第3測定法期を1995年以降とする。

第1測定法期（1960年から1980年まで）には、4本の先行研究論文がある。宗像恒次は「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」のなかで、これらの先行研究論文が「我が国における研究の嚆矢」（全国精神障害者家族連合会 1984：27）であると述べている。この時期には、最初に一般市民の精神障害者に対する意識調査をおこなうために、加藤らが「精神科職員意見スケール」を開発し、「病棟内および職種内の治療的状況」（加藤ら 1960）を明らかにしている。次に、加藤らが「公衆衛生と一般医療機関とに勤務する職員の精神衛生に対する態度」（加藤ら 1962）の調査に発展させたのち、山村らが精神科病院でおこなわれた家族会の参加者に意識調査をおこなっている（山村ら 1967）。そして、進藤らが「一般保健衛生についての意識態度と、精神障害者や精神衛生に対する意識態度」（進藤 1968）の調査をおこなうなかで、精神障害者に対しての一般市民の意識調査を実施している。

第2測定法期（1981年から1994年まで）には、10本の先行研究論文がある。1970年に全家連が「精神福祉法制定」をスローガンに掲げ、1980年には全家連大会で仮称「精神保健

福祉法」文案が発表されている（滝沢 1989；浅野 2000；古屋 2009）<sup>18</sup>。この時期には、法的に精神障害者が福祉の対象として認められることを目指して、測定法の確立やデータの共有が盛んにおこなわれており、意識や態度に関する先行研究論文が多数発表されるなかで、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の実態が少しずつ浮かびあがりはじめている。

第 3 測定法期（1995 年の精神保健福祉法制定以降）には、7 本の先行研究論文がある。第 2 測定法期の結果をもとにして、尺度開発がおこなわれている先行研究論文や、対象者を絞るなかで対象の属性に合わせた啓発活動に繋げようとする先行研究論文が見られる。この時期には具体的な啓発活動や、偏見やスティグマおよび差別の軽減や解消を目的として、受け入れが良好な対象者の特定や測定方法の拡大化が模索されはじめている。

#### 4) 対象者と対象者数

対象者と対象者数では、研究の目的によって対象者が変化し、対象者が変化することで対象者数も変化しているため、対象者と対象者数別に先行研究論文の動向を整理しておく。

第 1 測定法期の先行研究論文では対象者は、専門職が 2 本、当事者家族が 1 本、一般市民が 1 本となっている。この時期の研究の特徴としては、初めに治療社会を進めるにあたり、人間関係を伴う問題への意見調査を精神科病院職員におこない、次に一般病院や各種機関の専門職を対象にした調査へと発展させ、最終的には当事者家族や一般市民への意識調査に繋げている。

第 2 測定法期の先行研究論文では、対象者は一般市民が 8 本で、当事者家族が 4 本、専門職が 4 本、有識者が 2 本、当事者が 2 本となっている。この時期には、一般市民と有識者が対象者になっている先行研究論文が全体の 50%を占めていることから、精神障害者と日常的にふれあいがある専門職以外の人達の、意識や態度の実態を浮き彫りにしようとする研究がおこなわれはじめている。

第 3 測定法期の先行研究論文では、対象者に学生が含まれるようになっている。この時期の対象者は、学生が 3 本で、一般市民が 4 本、そのうちの 1 本は動物病院の受診者（動

---

<sup>18</sup> 全家連と精神保健福祉法制定および実態調査の関係について、浅野は以下のように述べている。「全国精神障害者家族連合会（以下、全家連と略）は、1980（昭和 55）年、『（仮称）精神障害者福祉法試案』（以下、試案と略）を発表した。公表にいたるまでの経過はおおよそ次のようなものであった。1965（昭和 40）年に結成された全家連は、1970（昭和 45）年の大会において、はじめて『精神障害者福祉法制定』をスローガンに掲げて運動を開始した。・・・1978（昭和 53）年に、全家連は再度『精神障害者福祉法制定』を運動の最重要課題に定め、翌年『福祉問題研究部会』を発足させた。・・・そして、1980（昭和 55）年に、『精神障害者の社会復帰と福祉に関する基本的見解』（以下、基本的見解と略）と『試案』を明らかにしたのである。全家連は、あくまでも精神衛生法とは別に、福祉法制定をと訴えたのであった。その背景には精神障害者をかかえた家族の苦しい現実と切実な思いがあった。たとえば、全家連の実態調査によっても、（1）長い病歴を反映して家族の高齢化が進んでおり、（2）家族の自助努力だけでは限界があり、（3）家族の扶養能力は低下し、生活困難が増大しており、（4）一方で、制度的対応が立ち遅れている、ことは明らかだったからである。全家連の『試案』の公表は、当時、各方面に大きな反響を呼んだ」（浅野 2000：143-144）。ここに記載されている全家連の調査とは、第 2 測定法期の全家連・岡上・大島らなどの研究を指していると思われる。

物愛好家)に縛ったものである。その他は、専門職が1本となっており、対象者を絞っての調査がおこなわれはじめている。

各測定法期の違いを見てみると、第1測定法期と第2測定法期の違いは、1980年に全家連大会で「精神保健福祉法」文案が発表されていることもあってか、第2測定法期には精神保健福祉法を目指し、一般市民を対象とした共同研究が盛んにおこなわれている。第2測定法期と第3測定法期との違いは、1995年の精神保健福祉法施行後の第3測定法期からは、研究の方向性や測定尺度に広がりが見られるようになり、対象者を絞った調査へと移行しはじめている。

対象者数では、対象者数を100人単位で分けて見てみると、1,000人代が最も多く11本、次いで100人代が5本、500人代と2,000人代がともに4本、100人以下と300人代がともに3本である。その他には、400人代、600人代、700人代、800人代、900人代が1本ずつとなっている。1,000人代と2,000人代の対象者への調査を合わせると、最も多い15本で全体の43%を占めていることから、大規模な調査が盛んにおこなわれている様子が伺えてくる。

## 5) 回答者率

回答率では、回答率が記載されている先行研究論文のみをとりあげて検討する。しかし先行研究論文によっては、他の調査との比較や対象者別に調査用紙を設けているものもあったため、それらのすべての調査を対象にして、10%ごとに分けて整理しておくことにする。

回答率で最も多かったのが60%代で5本。次いで20%代、40%代、70%代、80%代が4本ずつ、50%代が3本、90%代と100%が1本ずつとなっている。またこれらの回答率と実施方法を見てみると、調査員調査の面接調査によるものが最も高く100%となっており、次いで集団実施においては全ての先行研究論文で80%以上の回収率が見られる。

## 6) サンプルング

サンプルングでは、サンプルの選び方と、抽出方法の二つに分けて検討する。

サンプルは、各種住民名簿が最も多く10本、精神科病院および一般病院が5本、各種施設機関が6本、家族会が3本、講義中の学生が2本、審議会が2本となっている。第1測定法期には、病院や施設の職員からサンプルを得ている。第2測定法期には、一般市民を中心にサンプルを得ようとしている傾向が見られる。第3測定法期には、対象者を絞ってサンプルを得ている論文がみられはじめている。

サンプルの抽出方法としては、一定の機関における有意選択法が最も多く11本となっている。次いで、決められたルールに従い無作為に抽出した無作為抽出法と、母集団から2段階に分けて抽出した2段階抽出法がともに4本、一定の等しい確率で抽出した系統抽出法が3本、階層サンプルを複合し階層化し多段的に抽出する階層多段抽出法が2本、階層の規模に応じて抽出した階層抽出法が1本となっている。

## 7) 実施方法

実施方法では、先行研究論文によっては複数の調査をおこなっていたため、各調査別に分けてみると、大きくは4つの実施方法で調査がおこなわれていた。

郵送にて調査を行い回収する郵送調査は最も多く7本となっている。次いで郵送にて調査票を配布し調査員が回収にいく配置留置き法と、一定の場所に対象者を集め質問紙法にて調査を行う集団実施では6本があり、調査員が決められた期間に一定のルールに従い直接調査を行う面接調査では3本となっている。

第1測定法期には、調査スタッフが調査場面に携わるなかで調査が実施されている。第2測定法期には、主に郵送調査と配置留置き法で調査が実施されている。第3測定法期には、実施方法に広がりが見られており、2,000人の一般市民を対象にした調査員調査や、動物病院スタッフに手渡しで調査票を配布してもらい、郵送にて回収している郵送調査などがあった。

## 8) 偏見の測定尺度

論文によっては、測定尺度をいくつか組み合わせて使用しているものがある。そのため本研究では、各論文の調査内容を抜き出す作業を行い、調査項目の変化にも目を向けながら、各測定尺度別に、その特徴や論文の数について整理をしておくことにする。

「意見スケール」は、CMS (Custodial Attitudes to Mental Illness Scale). CMI (Custodial Mental Illness Ideology Scale). SSM (The national survey of Social Stratification and social Mobility). AMS (Aging males'symptoms) .F スケール (封建主義スケール)などを参考にした項目と、自由会話から選出した項目をもとに、加藤ら(1960)によって開発された尺度である。第1測定法期に4本の先行研究論文で使用されている。

「社会的距離尺度」は、アメリカの社会学者ボガードス (E. S. Bogardus) が操作化した「社会的距離」の概念を、クロセティ (G. M. Crocetti) が精神障害者の事例を提示すなかで社会的距離を測定する目的で開発した尺度である。クロセティがおこなったボルティモアの調査の一部が、④⑤⑥の先行研究論文でも使われている。その後、第1測定法期に開発された「意見スケール」を参考に、大島らによって新たな要素が加えられ、開発・検証がなされている。大島は「社会的距離尺度」について、「社会的距離の実体およびその関連要因が明らかになったとともに、我々が開発した社会的距離が十分な妥当性を持つことが示唆された」(大島 1992a : 35) と述べている。本研究で集めたなかで最も多い15本の先行研究論文が使用している。第1測定法期には1本、第2測定法期には9本、第3測定法期には5本ある。

「精神障害者偏見尺度」は、全家連 (1984) がアメリカの CMI (Custodial Mental Illness Ideology Scale)、OMS (Opinions about Mental Illness Scale)、CMHI (Community Mental Health Ideology Scale) をもとに開発した「消極的尺度」を、町沢ら (1900) が新たに項目を追加し「精神障害者偏見尺度」としている。本研究では、項目が同じものを「精神障

害者偏見尺度」とする。「精神障害者偏見尺度」は 10 本の先行研究論文で使用されており、第 2 測定期に 7 本、第 3 測定法期には 3 本ある。

「スティグマ尺度」は、質問紙法による測定法からスティグマの形態を検討している。しかし、蓮井ら（1999）の先行研究論文では、自由記述による調査により、日常会話的要素のなかからカテゴリー分けをし、リンク（G.B.Link）らの作成した **Stigma Measures** を参考に分析をおこなっている。「スティグマ尺度」は 3 本の先行研究論文で使用されており、第 2 測定法期には 1 本、第 3 測定法期には 2 本ある。

「SD 法」は、オスグッド（C.E.Osgood）らが情緒の意味を測定するために開発した尺度である。星越らによると、「SD 法とは、個々の概念の持つ普遍的な意味空間を、対をなす形容詞によって捉えようとする物である」（星越ら 1994：95）とされており、他の研究の結果とは異なる点があるため、結果の検討が必要とされている。第 2 測定法期と第 3 測定法期にそれぞれ 1 本ずつ、2 本の先行研究論文で使用されている。

## 9) アンケート内容<sup>19</sup>

- ㊶. CMS と Giedt を参考にした 15 項目と、自由会話から選出した 15 項目からなり、「意見スケール」と呼ばれるようになる。
- ㊷. SSM と AMS を参考に 15 項目を抜き出し、そのうち㊶の先行研究論文の「意見スケール」からを修正して採用した 5 項目が含まれている。
- ㊸. 加藤正明監訳（1978）と一部同じ項目があり、社会的距離尺度とする。また㊶と㊷の先行研究論文の「意見スケールを」を参考にしていて項目が 5 項目ある。
- ㊹. CMI と OMS と CMHI を参考に尺度を開発して「消極的尺度」とした、「消極尺度」は「精神障害者偏見尺度」ともいわれている。
- ㊺. 「社会的距離尺度」を開発している。
- ㊻. Brokington と一宮らによる「転帰尺度」と「消極的尺度」を参考にして作られており、52 項目のうち 23 項目を「精神障害者偏見尺度」としている。
- ㊼. 用語によるイメージの項目と、メンタルヘルスの項目がある。
- ㊽. 「動物愛護に関する世論調査」を参考にした項目を取り入れている。
- ㊾. Whatley の「自我関与度」概念の KES からの 8 項目と、lie スケール 3 項目による 11 項目からなる。
- ㊿. 日豪比較研究の為の日本語版調査票とした評価尺度である。

## 10) 関連変数

中村によると関連変数とは、「精神障害者に対する偏見に関連する（偏見を規定する）変数」（中村 2001：204）とされており、本研究では 51 個の関連変数が検出された。検出し

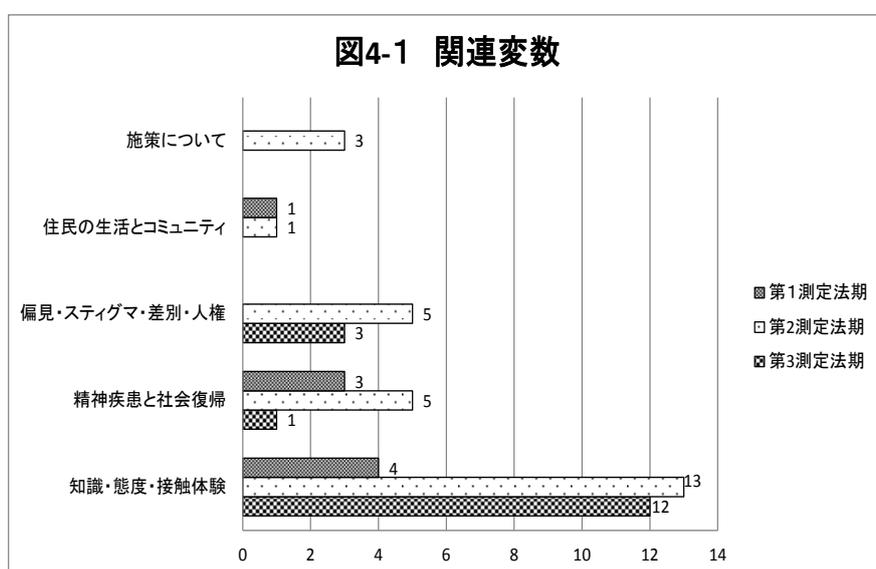
---

<sup>19</sup> (8) の『偏見の測定尺度』以外の特徴について記述する。

た関連変数をカテゴリー分けし分析したものを、図4-1に示しておく。

関連変数で最も多いのが「知識・態度・接触体験」で29個ある。さらに細かくその時期を見てみると、29個の関連変数のうち第1測定法期には4個、第2測定法期には13個、第3測定法期には12個が検出されている。このことからして、偏見やスティグマおよび差別を研究するうえで、「知識・態度・接触体験」は重要なキーワードの一つとして設けられていたことが推測される。また、小項目では「社会的距離」が11個、「接触体験」が8個、「精神障害者に対する知識と情報」が6個、「福祉活動体験」が4個検出されている。

その他の項目では、「精神疾患と社会復帰」は9個、「偏見・スティグマ・差別・人権」は8個、「施策について」は3個、「住民の生活とコミュニティ」は2個が検出されている。



### 1 1) 備考

先行研究論文の特徴や、その他の先行研究との関連について述べる。

- ①. 自由会話よる項目では数回の討議検討をし、調査の1か月後に再調査をしている。
- ②. ①の先行研究論文の発展的研究としておこなわれており、一般市民を対象とした社会的態度と治療的態度との関連研究に繋げようとしている。
- ③. 精神科病院家族会発足にともない調査をしている。回答者は家族会参加者のため、支援に積極的であると思われる。
- ④. 加藤正明監訳（1978）と一部同じ項目があり、後に「社会的距離尺度」とされている。5つの項目が①と②の先行研究論文の項目を参考にしている。
- ⑤. ⑥と同じデータである。
- ⑥. ⑤と同じデータである。精神障害者を医療と福祉の対象としての法的な対応を見据えた論文として、先駆けになれるようにとの思いがあったようだ。
- ⑦. ⑤⑥のアンケート項目の「社会的距離尺度」をもとにして、独自に「社会的距離尺度」

を開発し、わが国における「社会的距離尺度」が確立されている。

- ⑧. EE 研究 (Expressed Emotion) とも比較している。
- ⑨. ⑤⑥のデータと⑩のデータで 5 年後の比較をしている。「病気と医療対策に関する意識調査」として 1998 年に再調査がされており、その時のデータが⑩の先行研究論文である。
- ⑩. ⑤⑥⑦⑩⑫のデータを比較している。⑨の論文のことにも触れている。「社会的距離尺度」の妥当性を検証している。
- ⑪. ⑤⑥のデータと、この調査の一年前におこなわれた地元高校生対象の調査データとも比較している。
- ⑫. コンフリクトしている地域の現状を把握するために、奥田のコミュニティ分類に基づいて地域の特性を検証している。
- ⑬. 「SD 法」を使った分析の妥当性の検証をいっている。
- ⑭. 他の先行研究論文のデータとも比較している。
- ⑮. ⑤⑥のアンケート項目を若干修正し使用している。⑤の先行研究論文にも触れており、ソーシャルマーケティング手法を用いて分析している。
- ⑯. 中村 (2001) とも共同研究論文を発表している。ポスター発表のみの資料のため、一部は中村 (2001) のデータを参考にした。
- ⑰. Link らに翻訳の許可をもらい坂本らが作成し、「スティグマ尺度」を開発している。
- ⑱. ⑦⑩⑫のデータと比較している。属性が見える人達に具体的な働きかけや、介入プログラムにより偏見の除去や排除を検討している。
- ⑲. 「SDSJ 測定」の信頼性について検証をしている。
- ⑳. ⑩のアンケート内容と同じ項目がある。榊原ら (2003) のレビュー論文や、その他の先行研究論文から分った事柄も参考にしてしている。
- ㉑. 社会的距離で Link らによる (SDS)、親密さはホームズ (E.P.Holmes) が開発した尺度や、スティグマはグリフィス (K.M.Griffiths) らが開発した尺度を参考にしてしている。

### 第 3 項 研究方法の傾向分析を通して明らかになったこと

研究方法の傾向分析をとおして明らかになったことを、測定法期別にまとめると以下のようなになる。

第 1 測定法期 (1960～1980 年) には、精神障害者に対する意識調査は、専門職や精神障害者家族など、精神障害者と触れ合ったことがある人達や、精神病についての知識がある人達を調査対象者にするなかで、海外の研究や調査、国内での質的調査で得られた知見を反映させながら「意見スケール」を開発し、一般市民への意識調査へと繋げることを目的に研究がおこなわれていた。

第 2 測定法期 (1981～1994 年) には、第 1 測定法期の 4 本の先行研究論文を手がかりに、「社会的距離尺度」などの測定法の開発や確立がなされるなかで、各調査データの共有や比較が精力的におこなわれていた。それらの背景には、精神障害者が医療と福祉の対象者に

なることを目指し、一般市民を対象にしながら精神障害者に対する意識調査を行い、社会福祉施策の見直しの必要性を訴えていたことなどがあげられる。精神衛生法の時代から精神保健福祉法に変わるまでの約 10 年間に渡り、測定法の開発や検証をしながら、精神障害者に対しての社会的距離の実態を浮き彫りにしようとしていた。

第 3 測定法期（1995 以降）には、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別についての知見が、第 2 測定法期の研究成果にさらに上積され、受け入れ良好な対象者の属性を発見し、対象者を絞るなかで具体的な啓発活動に繋げるために研究が発展してきている。また、精神障害者を取り巻く環境も当事者主体の時代に突入し、精神障害者が地域で生活することを目指して研究がおこなわれていた。

ここでは、量的調査による先行研究論文を時代的背景も意識するなかで、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の現状について考察してきた。精神障害者に対する意識調査がおこなわれはじめた背景には、その時代の精神障害者に対しての人々の意識をはじめとする、制度的要因や社会的要因に伴う変化が影響していたようである。そして、それらを軽減し解消するために測定法が開発され検証されていた。

### 第 3 節 既存研究で提示されている諸命題の分析

#### 第 1 項 本節における分析方法

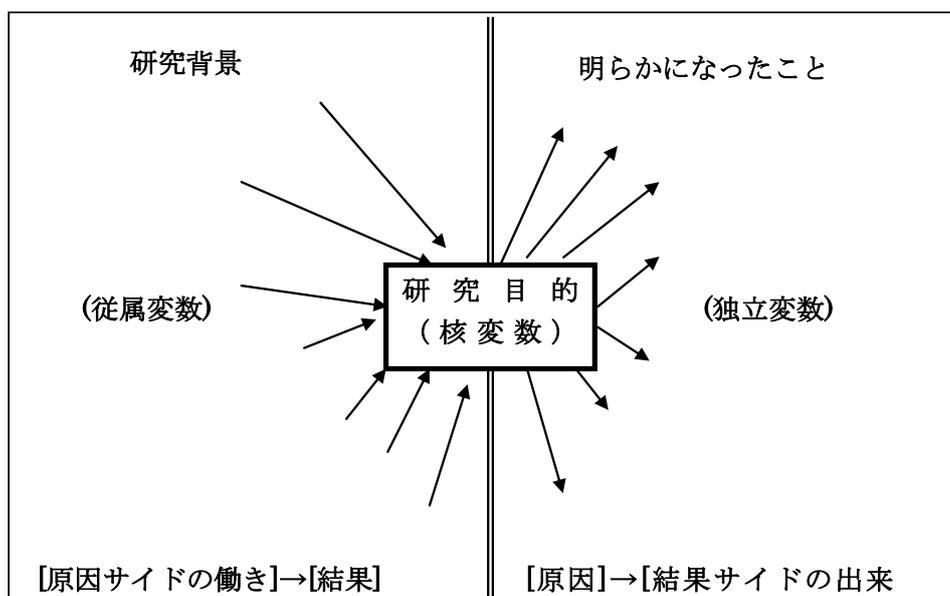
次に、21 本の先行研究論文の「既存研究で提示されている諸命題の分析」について見ていき、偏見やスティグマおよび差別に関する、これまでの研究の現状と今後の課題について整理しておくことにする。

そのためにまずは、「既存研究で提示されている諸命題の分析」を構成するための「理論仮説」において重要なキーワードとなる、「従属変数」「独立変数」とはどのような概念なのかについて押さえておきたい。新によると「従属変数」とは、「何らかの影響を受ける位置にあって、その数値、パターン、水準などの内容が他の変数の影響に応じて変化しやすい性質のこと」（新 2005 : 78）。「独立変数」とは、「他の諸変数からの影響を受けにくく、他の変数に作用をおよぼすことの多い、相対的に独立性の高い変数のこと」（新 2005 : 78）と述べている。また佐野は、レイベリング論により逸脱類型が生まれる過程を対象化して捉えるなかで、「従属変数」「独立変数」を使って説明している。佐野によると、「独立変数（X）と従属変数（Y）との関係は、Yが変わってもXは変わらないが、Xが変わればYは変わる関係にある。・・・〈構成された逸脱＝X＝独立変数〉と〈社会的相互行為＝Y＝従属変数〉の場合は、Y＝社会的相互行為がどんなに変わったからといって、X＝構成された逸脱がその影響を受けて変わることはないことを意味する。・・・要するに、独立変数として逸脱をとらえている限りは、それは変えようのない絶対的なものなのである」（佐野 1990 : 178）と述べている。

そのため本研究においては、「核変数」を「研究目的」＝『先行研究論文では、どの様な目的で研究がおこなわれてきたか』とし、「従属変数」は「研究背景」＝『先行研究がおこ

なわれた背景や精神障害を取り巻く状況』とし、「独立変数」は「明らかになったこと」＝『偏見やスティグマおよび差別の要因と今後の課題と取り組みの方向性』と設定して整理していくことにする。そして「既存研究で提示されている諸命題の分析」を導く方法としては、先行研究論文の理論仮説を、新の「変数の関連づけによる『理論仮説』の構成」（新2005:74～82）に沿って整理し（整理したものを、「資料（1）第4章 既存研究論文の要約」として示す）、図4-2「核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向」（新2005:78）<sup>20</sup>に照らし合わせながら、「研究目的」「研究背景」「明らかになったこと」について抜きだしている。抜き出したデータ<sup>21</sup>は、表4-2「既存研究論文における諸命題」に示すように「研究目的」が21個で、「研究背景」が118個、「明らかになったこと」が137個である。さらに抜き出したデータを、「研究目的」「研究背景」「明らかになったこと」ごとに整理をし、再び図4-2「核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向」（新2005:78）に沿ってまとめて整理をし、先行研究論文により明らかにされてきたことや、今後の課題および取り組みの方向性などとして言及しておく。

図4-2 核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向



※新の「核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向」（新2005:78）を参考にし、筆者が作成した。

<sup>20</sup> 「核変数とその位置づけよるストーリーの展開方向」とは、従属変数が研究の目的に応じて独立変数にどのように影響をしているかを示す図である。

<sup>21</sup> 「研究背景」「明らかになったこと」の数は、論文によって異なる。

表4-2 既存研究論文における諸命題

	先行論文	発表年	時期区分	先行研究論文の理論仮説		
				研究の目的	研究背景	明らかになったこと
1	加藤正明(他) 「治療における人間関係の研究-精神科職員の意識調査のこころみ-」	1960	第1測定法期	・治療における人間関係の研究	・人間関係の問題は病院管理の理論および技術 ・人間関係の問題は治療技術としての人間系理論 ・近年の、開放病院方式や社会治療という言葉がさかんな背景 ・根底には職員間、職員対患者間、患者相互間の人間関係の理論と技術がある ・意見や態度、職員間の意見の一致度が重要	・開放度、看護治療方式、日課などと比較が必要 ・医師が危険率の相関が高い ・本調査では5項目の「監禁的ケアの意見」を見いだした ・精神科職員の意見スケールを作成することが必要 ・開放度が高く看護治療に積極的な治療病院では、職員の意見の相関が高い ・院長の支持のみや、一部の職員だけが積極的な病院では、意見スケールの相関が低い ・意見スケールは精神科職員の意見の、病棟内および職種内の治療的状况を測定するに有効である
2	加藤正明(他) 「精神衛生並に精神障害に対する認識及び治療的態度に関する研究-社会的態度と治療的態度との関連-」	1962		・社会的態度と治療的態度との関連	・意識スケールは測定に有効か ・一般社会の社会的態度と治療的態度の関連 ・SSMとAMSをより一般むきに変えるために ・公衆衛生に対する態度と一般医療機関職員の精神衛生に対する態度を測定 ・スケールの有効性 ・スケールの学歴・年齢・職層別の比較、相関を検討	・SSMは年齢上昇、学歴下降では保守的態度減少 ・AMS保守的態度の増加 ・役付職層は一部に保守的態度の増加と治療的態度が減少 ・社会的態度の2項目、精神障害への態度4項目が相関を認めた ・SSMの5項目とAMSの6項目が今後の調査に使用に値し自発的言語と行動的態度を加え発展させる ・今後は他の調査の有効なものによるバッテリーを製作する方向に進みつつある
3	山村道夫(他) 「精神障害者に対する家族の態度調査-家族会との関連において-」	1967		・家族の態度調査と家族会との関連	・地域社会や家族の態度や関与の移管のおよぼす影響 ・制度の不備、地域社会や家族自身の偏見 ・家族治療としてまた家族会発展への基礎のため ・薬の開発とリハビリテーション活動が患者の治療や社会復帰に貢献しているのか ・家族会が困難な状況を打破する力になると予測 ・家族の態度や意見と家族会への態度との関連	・家族治療あるいは家族会の運営などを考慮 ・集合体を通じての働きかけへの期待は大きい ・医学の進歩のほかに、患者家族の正しい認識や治療的態度が必要 ・家族に期待される役割は、患者への精神的支助と経済的援助 ・地域社会への啓蒙活動や国あるいは地域自治体などへのSocial Actionが必要 ・今後、家族会運営あるいは家族治療への期待が大きい
4	進藤隆夫 「精神障害者に対する住民の意識態度」	1968		・精神障害者に対する意識態度	・精神障害者に対する意識の把握 ・精神保健に対する意識を明らかにする ・保健衛生に対する意識の把握 ・地域の精神衛生向上 ・精神病院の医療状況 ・精神病院の機能文化問題と診療圏 ・住民の指導的立場の人について	・保健衛生と精神衛生に対する意識態度は平行 ・治療的態度は時代とともに高くなる ・精神病に対する知識も精神衛生に対する要望も時代とともに高くなる ・需要的態度、精神衛生への要望が高い ・文化の進んだところは、精神障害者への認識は正確 ・文化的教養を身につけていることと平行して、保健衛生や精神衛生に対する意識態度が進んでいる
5	(財)全国精神障害者家族連合会 「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」	1984		・社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査	・社会治安、秩序維持の観点、人権問題を含むか ・精神障害を病気とし治療・医療の対象と捉える ・「社会復帰」システムが十分形成されていない ・「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤」を探る ・家族や医療従事者を同じ次元で取りあげて ・政策形成という展望に結びつける発想は弱いのでは	・社会福祉政策への要求が強い ・精神障害者の位置づけを明確にすべき ・接触体験があると社会的権利や自己自立性を積極的に認めている ・精神保健対策や施設の整備の立ち遅れ ・偏見の解消・精神衛生思想の普及・施設の整備・医療制度への改善が必要 ・年齢が低く高学歴な人ほど自立性と権利を尊重 ・職場雰囲気よさや、統率力、養育力、現実味の高いパーソナリティ特性とは関連している
6	岡上和雄(他) 「精神障害(者)に対する態度と施策への方向づけ-「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より-」	1986		・精神障害者に対する態度と施策	・広義の社会福祉的施策についての位置づけについて ・国民的合意形成が必要 ・具体施策形成への展望 ・通院治療・在宅ケア・社会復帰システムを拡充 ・「精神障害(者)」に対する社会的処遇	・働く場の具体化 ・“障害”概念を構築し、表現を検討する ・自立困難者をめぐる問題の分析と「精神障害者」ニーズの把握が必要 ・正当な「病医観」の普及 ・心身障害者対策基本法に「精神障害者」を含めるべき ・専門職と家族の対話の積み重ねを工夫する必要がある ・家族活動の推進と「精神障害者」の自助活動の支援
7	大島巖(他) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観-開放的な処遇をする一精神病院の周辺住民調査から-」	1989		・日常的な接触体験を有する地域の調査	・経験は住民の精神障害者観にいかなる影響を与えるか ・「社会的距離」という側面から捉える ・積極的な取り組みについて ・精神障害者と一般住民の日常的な交流について ・地域に居場所を確保するための社会的距離に注目	・社会的距離尺度は信頼性が高い ・方策は、接触体験を積んでいくこと ・具体的な知識、印象・考え方が変化との相互関係推移のプロセスの意味付けが必要である ・接触体験が多いほど社会的距離が小さくなる ・具体的な体験を積む中で住民の意識が徐々に変化している ・S病院周辺住民の精神障害者との接触体験は豊富

	先行論文	発表年	時期区分	先行研究論文の理論仮説		
				研究の目的	研究背景	明らかになったこと
8	町沢静夫(他) 「精神障害者に対する態度測定—患者群、患者家族群、一般群の比較—」	1990	第2測定法期	・精神障害者に対する態度測定	・偏見が強いという事を精神科医自身知っているのでは ・患者及び家族の精神障害に対する偏見を測定 ・偏見を前提にして精神科医は治療をしているのでは ・一般群との偏見の差異を知っておくことは治療上重要	・EE研究のような明な差を示さない ・経過尺度で高い偏見の家族ほど経過不良を示す ・4因子の23項目を選択して精神障害者偏見尺度とした ・患者群、家族群、一般群では、暴力と遺伝の恐怖は共通した偏見レベル ・精神科医の偏見尺度は低い ・患者家族は、患者に対するアンビバレントな態度がある ・アメリカ・イギリスの30年前よりも、日本は偏見が強い
9	宗像恒次 「市民の精神障害(者)に対する態度と精神衛生対策への意見—1983年と1988年の都民の比較—」	1991		・態度と精神衛生対策への意識の5年後の比較	・宇都宮病院問題や精神保健福祉法の改正 ・態度を形成する背景 ・5年後の一般市民の意識や態度の変化をみる ・都市住民が精神障害をどうとらえどのような態度をもっているか ・どのような要因が影響したか考察を深める ・変化や相違点について	・地域生活や労働生活に対して肯定的になっている ・同情心や恐怖心は少なくなっている ・自己管理能力を信じる ・市民の福祉活動の参加機会を高める ・生活の自律性や生活の質を重視する方向に向かっている ・世代が交代し高学歴がすすむにつれて変化してく傾向にある ・地域生活のさまざまな場で市民とのかかわりの機会を高める
10	大島巖 a 「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離—尺度の妥当性を中心に—」	1992		・一般住民の態度と尺度の妥当性	・所属集団の構成メンバーとして受け入れるか ・一般地域住民には本尺度を用いた研究はない ・良否対照的な地区住民の近所関係を測定 ・一般住民に精神障害者に関する意識調査をおこなう ・1983年の調査の5年後の比較調査として検討	・虚弱体験・福祉活動参加者の調査協力がよかった ・精神障害者偏見尺度では5因子を抽出した ・ステレオタイプな住民の現状が浮き彫りにされた ・一般住民の社会的距離は非好意的傾向 ・接触体験の影響は統計的には十分な関連性を認める ・精神障害者に対する認識方法が社会的距離の拡大に寄与している ・社会的距離が十分な妥当性を持つ
11	竹島正(他) 「地域住民の精神障害者に対する見方について—地域調査をもとに—」	1992		・地域住民の精神障害者に対する見方	・保健所を中心とした地域ネットワークづくり ・社会復帰対策の推進と地域の方策を知る ・山間部で過疎化と高齢化が進行し第一産業が多いことへ注目 ・社会復帰活動の具体的な取り組みを知る機会が乏しいのでは ・社会復帰対策の促進に理解や支援を得られるか ・精神医療も直接関わるものとしてとらえていない	・地域精神保健計画を作成 ・社会復帰活動の拠点づくり ・関係機関の協力 ・具体的な取り組みが大切 ・精神保健活動の遅れている多くの地方に共通した問題 ・努力している姿が「見える」ことが重要でそのことで精神障害者の社会復帰が理解されていく ・ボランティア活動は地域住民の協力と理解を増す機会のため推進が必要
12	大島巖(他) 「精神障害者施設とコンフリクトをした大都市近郊新興住宅住民の精神障害者観—近隣関係、およびコミュニティ意識との関連—」	1993		・コンフリクトをした住民の精神障害者観	・コンフリクト発生に関わる住民側の条件を明らかにする ・近隣関係の実態や住民の近隣関係に対する意識について ・コミュニティ作りに対する意識 ・社会的距離と接触体験および住民自身の弱者体験に焦点を当て分析 ・コミュニティ作りの一環としての反対運動か	・生活環境を守るため脅かす恐れのを排除する ・住民との交流や障害者との接触体験が乏しい ・少数派住民に対する理解を広げていくことが大切 ・反対派住民は社会階層や年齢層が均一 ・障害者の社会参加や地域ケアに理解が持たれる場合も社会的距離が縮小 ・交流や地域での助け合いを選択する場合に精神障害者との社会的距離が縮小 ・コミュニティ作りの必要性の認識や、社会的距離との有意の相関関係を認めなかった
13	星越活彦(他) 「精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神病院勤務者を対象にして—」	1994		・精神病院勤務者の社会的態度	・精神病院勤務者の社会的態度は解明されていない ・専門職の態度は精神科治療面で重要な問題 ・社会的尺度法及びBSD法の比較検討 ・直接的な関わりが社会的態度にもたらす影響を知る ・基本的属性の影響 ・接触体験の質・量の違いや差も明らかにする	・教育や接触体験の積み重ねで社会的態度の変容がある ・否定的な感情とは言いつれぬ ・接触体験が好意的な社会的態度や社会復帰の許容度を向上 ・社会的態度は測定法の違いで異なる ・認知的レベルでの意見は必ずしも感情的レベルでの反応と一致しない ・拒否的な感情をもたらすが、同時に正当な認識や理解を深める機会がある ・専門職の人は、情緒的には拒否的で、仕事上は受容的であらねばならないため、社会的距離尺度が検出されない
14	白石大介 「精神障害者への偏見とスティグマ—ソーシャルワーカーからの報告—」	1994		・ソーシャルワーカーからの偏見・スティグマ	・入退院や社会復帰には社会経済情勢の動向に左右されるか ・民間病院に依存しすぎているのでは ・社会的な差別や偏見が大きな心理的障壁では ・精神医療は病院精神医療、病院精神医療は精神分裂病医療指す構図の歴史がある ・患者を家族は退院させることに踏み切れないのか ・病院や診療所などにおける通院治療の新しい役割	・市民は精神病者に対して極めて冷たい ・保健制度に基づく病院経営としての問題・課題 ・患者処遇上および治療上の問題・課題と全体的な専門家不足 ・平均在院日数の短縮 ・地域サポート・システムや精神医療サービス・ネットワークが十分でない ・ストレス社会のなか啓発活動ができない、予防的方策をいかに講じるか ・患者や家族はスティグマの状況にあり、患者の退院や社会復帰を担う家族を支えるシステムが必要

先行論文	発表年	時期区分	先行研究論文の理論仮説			
			研究の目的	研究背景	明らかになったこと	
15	財団法人全国精神障害者家族連合会 「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書」	1997	第3測定法期	<ul style="list-style-type: none"> <li>・国民意識と社会理解促進に関する調査研</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者は精神保健福祉の対象者となった</li> <li>・今後の施策発展の可能性を模索し提言する</li> <li>・国民意識の所在についての検証</li> <li>・地域で充実した生活を送れるよう制度や施策を整える必要がある</li> <li>・ソーシャルマーケティングを取り入れ啓発活動あり方を提言</li> <li>・今後の課題を検討したい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報入手先として身近な媒体を好む</li> <li>・精神障害は国民にとって社会的恐怖の代名詞</li> <li>・生活に根ざした問題に関するこころの健康については関心を寄せる</li> <li>・ソーシャルマーケティング手法を活用</li> <li>・ここ一年間にストレスを感じた人は回答者の半数以上</li> <li>・地域型社会復帰の施設が困難に直面し、差別的なマスコミ報道が繰り返される</li> <li>・関心が高まる方向を探り、知識出合いの有無などを聞くことにより、今後の啓発活動に役立てる</li> </ul>
16	浅井暢子 「精神障害者に対する意識と受容」	1999		<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者に対する意識と受容</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者へのステレオタイプの認知や偏見について</li> <li>・精神障害や難病者の影響</li> <li>・精神障害者ステレオタイプの構造は十分な検討がなされていない</li> <li>・現実場面の具体的な事象の偏見因子構造を分析する</li> <li>・精神障害者への受容との関係を検討した</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者へのステレオタイプが多様な側面を持つ</li> <li>・内的イメージではより綿密な因子構造を持つ</li> <li>・偏見が隔離の必要性と知識、社会生活適応の能力など様々な側面に分散</li> <li>・精神障害者受容との関連がステレオタイプや偏見のそれぞれの側面によって異なる</li> </ul>
17	蓮井千恵子(他) 「精神疾患に対する否定的態度－情報と偏見に関する基礎研究－」	1999		<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報と偏見に関する基礎研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神医療は偏見を受けやすく患者は損害を被っているのでは</li> <li>・情報の種類とイメージについて検討</li> <li>・否定的態度の人と肯定的態度の人では話の内容に差があるか</li> <li>・親しい人同士とそうでない人同士では会話の内容に差異があるか</li> <li>・アンケート自体が偏見を生み出さないようにする</li> <li>・知人が精神医療を受けていると否定的態度をもちにくい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・多く記述をした人の態度がより明確に結果に反映する</li> <li>・患者の暴力に関するカテゴリーが現れる</li> <li>・態度と話の内容との関係はみられない</li> <li>・事件報道と否定的態度の関連は課題</li> <li>・親しい人との間ではその人のもっている態度が話の内容と関連している</li> <li>・メディアは容易に人の態度に影響し、態度を作りだし強化する</li> <li>・メディアの特質を利用して精神疾患へのイメージを是正することの可能性を示唆</li> </ul>
18	御前由美子 「精神障害者にとっての人的資源を拡充するための研究－動物飼育体験者の精神障害者に対する意識調査－」	2005		<ul style="list-style-type: none"> <li>・動物飼育者の精神障害者への意識調査</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知識の普及・啓発・接触体験が重要とされていたが</li> <li>・意識が異なる場合、動物飼育経験は大きい</li> <li>・動物飼育経験の受け入れ意識を調査</li> <li>・先行研究は主に住民が対象で動物飼育経験有無者が含まれている可能性がある</li> <li>・受け入れ意識の良好な市民の属性を知る</li> <li>・効果的な知識・啓発、人的資源の拡充を目的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・動物好きの相手は、安全でリラックスできる</li> <li>・動物病院のイベントに動物好きの当事者が参加</li> <li>・先行調査よりも、動物飼育体験者に限定した本調査の受け入れは全般的に良好</li> <li>・身構えが和らぎできるだけ手を貸す</li> <li>・50代の人たちは受け入れが積極的かつ受容的のため働きかけが有効である</li> <li>・イベントを通じてボランティア活動と呼びかける</li> <li>・知識や介入プログラムの研究と同時に、働きかけを行う具体的な対象の属性に関する研究も必要</li> </ul>
19	牧田潔 「統合失調症に対する社会的距離尺度(SDSJ)の作成と信頼性の検討」	2006		<ul style="list-style-type: none"> <li>・SDSJの作成と信頼性の検討</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・否定的態度はリハビリテーションの大きな障壁では</li> <li>・統合失調症に対する社会的距離尺度を作成</li> <li>・尺度は8項目で構成、5項目が社会的距離尺度で3項目がlie scale</li> <li>・スティグマ払拭について</li> <li>・尺度の信頼性を検証</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・いずれの因子も社会的距離を強度として表している</li> <li>・lie scaleの数は少ないため再考の余地がある</li> <li>・lie scaleはスティグマの密接な関係で社会的望ましさの影響の考慮が重要</li> <li>・対象者を増やしたうえで検討が必要</li> <li>・個人的レベルでも社会一般的なレベルでの関わりが想定される項目がある</li> <li>・回答者本人の身体保全や社会体裁の重要なファクターに影響を及ぼす可能性の項目がある</li> <li>・アンチスティグマキャンペーンとトラウマケアやストレスマネジメントなどを実践していくべき</li> </ul>
20	谷岡哲(他) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」	2007		<ul style="list-style-type: none"> <li>・出会いと精神障害者に対するイメージ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スティグマは拒否・特異性・人権の軽視の因子が出ているか</li> <li>・精神障害者の啓発活動に関する研究は少ない</li> <li>・地域住民の精神障害者との出会いの経験</li> <li>・正確な情報提供と正しい知識の啓発・普及と直接触れ合う経験の場が重要では</li> <li>・精神障害者に対するイメージ</li> <li>・社会復帰対策推進と住民への普及活動の具体的推進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接触体験がある人は「認知症」と答えた人が多い</li> <li>・統合失調症の人に会った割合が少ない</li> <li>・精神障害を意識した時期は20歳代の人達では「小中高校生のころ」が多い</li> <li>・精神障害を意識した時期は、年代が上がるにつれ「社会人になって」が多い</li> <li>・精神障害を意識した時期のイメージは、否定的イメージが多い</li> <li>・子どもを対象とした精神障害に関する啓発活動を行うことが有効</li> </ul>
21	半澤節子(他) 「精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究」	2008		<ul style="list-style-type: none"> <li>・スティグマと社会的距離に関する研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労や教育面も含めた包括的な地域生活システムが課題</li> <li>・社会的距離に影響を及ぼした要因は親密さか</li> <li>・意向についてのエビデンスは不可欠では</li> <li>・精神障害のある人と付き合うことへの意向はまだ十分に明らかにされていない</li> <li>・知識は社会的距離に影響する要因ではない</li> <li>・スティグマ認知を検討し地域社会での受け入れを示唆</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・結果は慢性状態と寛解状態の事例によって異なる</li> <li>・今後は、周囲との認識の乖離がどのように社会的距離に影響を及ぼすかの解析が必要</li> <li>・肯定的な意見の人は、親密な付き合いにも肯定的</li> <li>・否定的な予測は接触を拒否することを決定づけた</li> <li>・回復のイメージを描くことは、社会的距離を近づけることにはならない可能性が推察</li> </ul>

## 第2項 研究目的の分析

「研究目的」では、『先行研究論文では、どのような目的で研究がおこなわれてきたか』と  
いうことを先行研究論文から抜きだし、類似する目的別にグループ分けをすることにした。  
(グループ別に整理したものを、表 4-3 に示しておく) 分けられたグループは、「精神障害  
者に対する意識調査の実態把握」「偏見解消への取り組み」「施策に対してのアプローチ」「測  
定法を確立させ意識を明確にする」の4つになる。

「精神障害者に対する意識調査の実態把握」では、13本の先行研究論文があり全体の約  
61%を占めている。それらをさらに細かく見てみると、「一般市民の意識」に関するものが  
5本、「態度と受容」に関するものが4本、「治療と態度」に関するものが3本、「家族の態  
度」に関するものが1本となっている。また測定法期別に見てみると、第1測定法期に4  
本、第2測定法期に5本、第3測定法期に4本あったことから、精神障害者に対する一般  
市民の意識を探り、そこから得られた成果をその後の研究に反映させるなかで研究が積み  
重ねられてきたことが伺えてくる。

その他には、「偏見解消への取り組み」と「施策に対してのアプローチ」では、ともに3  
本ずつの先行研究論文があり全体の約14%を占めている。「測定法を確立させ意識を明確に  
する」では、2本の先行研究論文があり全体の約10%を占めている。

表 4-3 研究目的

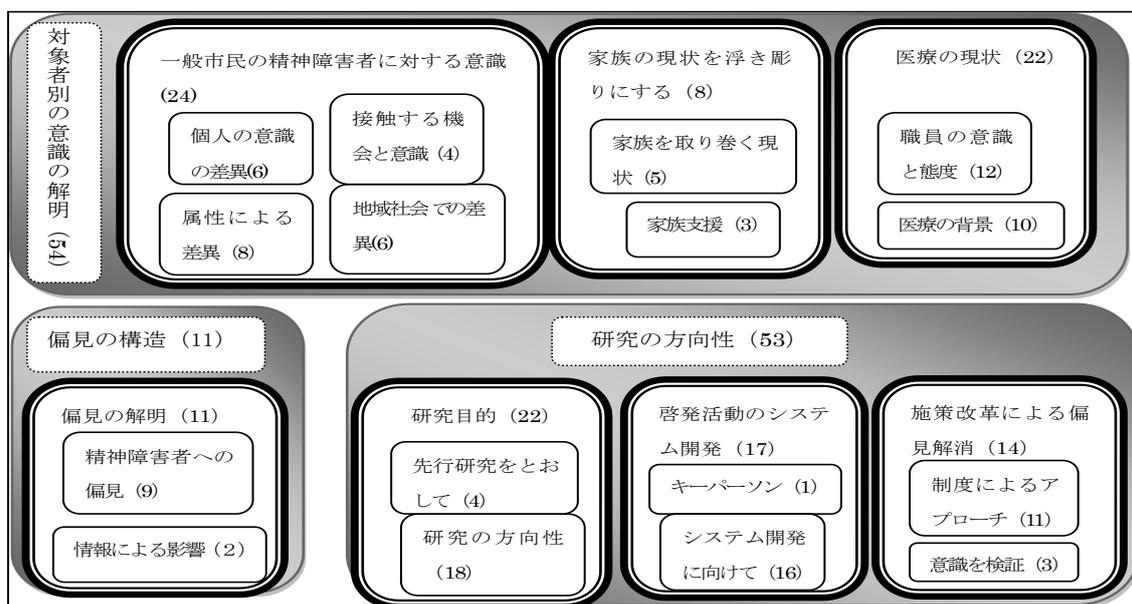
		論文番号	研究目的
精神障害者に関する意識調査による実態把握	治療と態度	第1測定法期.1	治療における人間関係の研究
		第1測定法期.2	社会的態度と治療的態度との関連
		第2測定法期.13	精神病院勤務者の社会的態度
	家族の態度	第1測定法期.3	家族の態度調査と家族会との関連
	態度と受容	第1測定法期.4	精神障害者に対する意識態度
		第2測定法期.8	精神障害者に対する態度測定
		第3測定法期.15	国民意識と社会理解促進に関する調査研
	一般市民の意識	第3測定法期.16	精神障害者に対する意識と受容
		第2測定法期.7	日常的な接触体験を有する地域の調査
		第2測定法期.11	地域住民の精神障害者に対する見方
第2測定法期.12		コンフリクトをした住民の精神障害者観	
第3測定法期.18		動物飼育者の精神障害者への意識調査	
偏見解消への取り組み	第3測定法期.20	出会いと精神障害者に対するイメージ	
	情報と偏見	第3測定法期.17	情報と偏見に関する基礎研究
	偏見とステイグマ	第2測定法期.14	ソーシャルワークリサーチからの偏見・ステイグマ
第3測定法期.21		ステイグマと社会的距離に関する研究	
施策に対してのアプローチ	態度と施策	第2測定法期.6	精神障害者に対する態度と背策
		第2測定法期.9	態度と精神衛生対策への意5年度の比較
	施策形成基盤	第2測定法期.5	社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査
測定法を確立させ意識を明確にする	測定法の検証	第2測定法期.10	一般住民の態度と尺度の妥当性
		第3測定法期.19	SDSJの作成と信頼性の検討

※論文番号は、測定法期と表 4-2 の先行研究論文の番号である。

### 第3項 研究背景の分析

「研究背景」では、『先行研究がおこなわれた背景や精神障害を取りまく状況』について整理し考察する。抜き出されたデータは118個で、それらのデータをグループ別に分けると、図4-3に示すように「対象者別の意識の解明」「研究の方向性」「偏見の構造」の3つに分けられる。そのためここでは、抜き出された3つのグループが、どのようなデータのもとで構成されているかについて述べておくことにする。

図4-3 研究背景の分類



※ ( ) のなかの数字は検出されたデータの数である。

#### 1) 対象者別の意識の解明

「対象者別の意識の解明」は、「一般市民の精神障害者に対する意識」「家族の現状を浮き彫りにする」「医療の現状」の3つで構成されている。

「一般市民の精神障害者に対する意識」を、さらに細かく見てみると「属性による差異」「個人の意識の差異」「地域社会での差異」「接触する機会と意識」からなり、表4-4で示すように24個のデータで構成されている。「属性による差異」では、受け入れ意識が良好な一般市民の属性や、その地域の特性が影響を与えてないか探っている。「個人の意識の差異」では、個人の経験や住んでいる地域、または知人に精神医療を受けている人がいるかいないかなどによる差異について明らかにしようとしている。「地域社会での差異」では、コミュニティ作りに対する意識や、所属集団の構成メンバーとしての受け入れ、コンフリクトなどの関係についてなどが含まれている。「接触する機会と意識」では、精神障害者と一般市民との日常的な交流のあり方や、近隣関係に対する態度や意識などについて探っている。

表 4-4 一般市民の精神障害者に対する意識 (24)

	研究背景
属性による差異 (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スケールの学歴・年齢・職層別の比較、相関を検討。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・地域に居場所を確保するための社会的距離に注目。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・態度を形成する背景。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・山間部で過疎化と高齢化が進行し第一産業が多いことへ注目。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・基本的属性の影響。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・意識が異なる場合、動物飼育経験は大きいのか。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・動物飼育経験の受け入れ意識を調査。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・受け入れ意識の良好な市民の属性を知る。〈第 3 測定法期.18〉</li> </ul>
個人の意識の差異 (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経験は住民の精神障害者観にいかなる影響を与えるか。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・都市住民が精神障害をどうとらえどのような態度をもっているか。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・直接的な関わりが社会的態度にもたらす影響を知る。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・否定的態度の人と肯定的な態度の人では話の内容に差があるか。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・知人が精神医療を受けていると否定的態度をもちにくいのか。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・親しい人同士とそうでない人同士では会話の内容に差異があるか。〈第 3 測定法期.17〉</li> </ul>
地域社会での差異 (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所属集団の構成メンバーとして受け入れるか。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・良否対照的な地区住民の近所関係を測定。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・コミュニティ作りに対する意識。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・コミュニティ作の一環としての反対運動か。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・コンフリクト発生に関わる住民側の条件を明らかにする。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・スティグマ認知を検討し地域社会での受け入れを示唆。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>
接触する機会と意識 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者と一般住民の日常的な交流について。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・社会復帰活動の具体的な取り組みを知る機会が乏しいのでは。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・近隣関係の実態や住民の近隣関係に対する意識について。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・意向についてのエビデンスは不可欠では。〈第 3 測定法期.17〉</li> </ul>

※ 表 4-4 から表 4-17 までの、( ) のなかの数字は検出されたデータの数を示し、〈 〉 のなかの数字は測定法期と表 4-2 の先行論文の番号を示している。

「医療の現状」は、「職員の意識と態度」「医療の背景」からなり、表 4-5 で示すように 22 個のデータで構成されている。「職員の意識と態度」では、専門職の態度は治療面で重要であり、精神科病院勤務者は精神障害者が偏見の対象であることを理解して治療していることや、人間関係の理論と技術、病院管理の理論や態度などについて明らかにしようとしている。「医療の背景」では、民間病院に依存していることや、通院治療の役割、機能文化問題と診療圏、薬の開発とリハビリテーション活動が治療や社会復帰に貢献しているかなど

について明らかにしようとしている。

表 4-5 医療の現状 (22)

	研究背景
職員の意識と態度 (12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・根底には職員間、職員対患者間、患者相互間の人間関係の理論と技術がある。 〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・人間関係の問題は治療技術としての人間系理論。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・人間関係の問題は病院管理の理論および技術。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・意見や態度、職員間の意見の一致度が重要。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・公衆衛生に対する態度と一般医療機関職員の精神衛生に対する態度を測定。 〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・偏見が強いという事を精神科医自身知っているのでは。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・偏見を前提にして精神科医は治療をしているのでは。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・一般群との偏見の差異を知っておくことは治療上重要。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・専門職の態度は精神科治療面で重要な問題。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・精神病院勤務者の社会的態度は解明されていない。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・現実場面の具体的な事象の偏見因子構造を分析する。〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>・否定的態度はリハビリテーションの大きな障壁では。〈第 3 測定法期.19〉</li> </ul>
医療の背景 (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・近年の、開放病院方式や社会治療という言葉がさかんな背景。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・精神病院の機能文化問題と診療圏。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・薬の開発とリハビリテーション活動が患者の治療や社会復帰に貢献しているのか。 〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・精神病院の医療状況。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・精神障害を病気とし治療・医療の対象と捉える。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・精神医療も直接関わるものとしてとらえていない。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・精神医療は病院精神医療、病院精神医療は精神分裂病医療指す構図の歴史がある。 〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・病院や診療所などにおける通院治療の新しい役割。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・民間病院に依存しすぎているのでは。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・精神障害や離病者の影響。〈第 3 測定法期.16〉</li> </ul>

「家族の現状を浮き彫りにする」は、「家族を取り巻く現状」「家族支援」からなり、表 4-6 で示すように 8 個のデータで構成されている。「家族を取り巻く現状」では、地域社会および家族自身の偏見や、家族の態度や意見と家族会との関連、退院に踏み切れない理由についてなどが含まれている。「家族支援」では、家族治療としての家族会の役割や、家族会が困難な状況を打破する力になる可能性などについて明らかにしようとしている。

表 4-6 家族の現状を浮き彫りにする (8)

	研究背景
家族を取り巻く 現状 (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の態度や意見と家族会への態度との関連。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・制度の不備、地域社会や家族自身の偏見。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・地域社会や家族の態度や関与の移管のおよぼす影響。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・患者及び家族の精神障害に対する偏見を測定。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・患者を家族は退院させることに踏み切れないのか。〈第 2 測定法期.14〉</li> </ul>
家族支援 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族会が困難な状況を打破する力になると予測。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・家族治療としてまた家族会発展への基礎のため。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・家族や医療従事者を同じ次元で取りあげて。〈第 2 測定法期.5〉</li> </ul>

## 2) 偏見の構造

「偏見の構造」では「偏見の解明」とし、「精神障害者への偏見」「情報による影響」からなり、表 4-7 で示すように 11 個のデータで構成されている。「精神障害者への偏見」では、一般社会の社会的態度と治療的態度との関連、精神障害者との出会いや一般市民自身の弱者体験、接触体験の質や量の違い、精神障害者は損害を被っている可能性があることや、正確な情報提供と正しい知識を得るための啓発活動の必要性などについて明らかにしようとしている。「情報による影響」では、情報の種類や精神障害者に対するイメージなどが含まれている。

表 4-7 偏見の解明 (11)

	研究背景
精神障害者への 偏見 (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般社会の社会的態度と治療的態度の関連。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・社会的距離と接触体験および住民自身の弱者体験に焦点を当て分析。 〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・接触体験の質・量の違いや差も明らかにする。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・社会的な差別や偏見が大きな心理的障壁では。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・精神障害者へのステレオタイプの認知や偏見について。〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>・精神医療は偏見を受けやすく患者は損害を被っているのでは。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・スティグマ払拭について。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>・地域住民の精神障害者との出会いの経験。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・正確な情報提供と正しい知識の啓発・普及と直接触れ合う経験の場が重要では。 〈第 3 測定法期.20〉</li> </ul>
情報による影響 (2)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報の種類とイメージについて検討。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・精神障害者に対するイメージ。〈第 3 測定法期.20〉</li> </ul>

### 3) 研究の方向性

「研究の方向性」は、「研究目的」「啓発活動のシステム開発」「施策改革による偏見の解消」の3つで構成されている。

「研究目的」は、「研究の方向性」「先行研究をとおして」からなり、表 4-8 で示すように 22 個のデータで構成されている。「研究の方向性」では、調査スケールに関する開発や妥当性の検証がなされるなかで、関連要因の解明と社会情勢との関連を探っている。「先行研究をとおして」では、知識の普及や啓発活動および接触体験の重要性についてや、啓発活動に関する研究が少ない現状などについて整理しようとしている。

表 4-8 研究目的 (22)

	研究背景
研究の方向性 (18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・スケールの有効性。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・SSM と AMS をより一般むきに変えるために。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・意識スケールは測定に有効か。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・社会治安、秩序維持の観点、人権問題を含むか。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・「社会的距離」という側面から捉える。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・どのような要因が影響したか考察を深める。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・5年後の一般市民の意識や態度の変化をみる。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・変化や相違点について。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・一般地域住民には本尺度を用いた研究はない。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・1983 年の調査の 5 年後の比較調査として検討。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・社会的尺度法及び SD 法の比較検討。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・入退院や社会復帰には社会経済情勢の動向に左右されるか。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・アンケート自体が偏見を生み出さないようにする。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・尺度の信頼性を検証。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>・統合失調症に対する社会的距離尺度を作成。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>・尺度は 8 項目で構成、5 項目が社会的距離尺度で 3 項目が lie scale。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>・スティグマは拒否・特異性・人権の軽視の因子が出ているか。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・社会的距離に影響を及ぼした要因は親密さか。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>
先行研究をとおして (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・知識の普及・啓発・接触体験が重要とされていたが。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・先行研究は主に住民が対象で動物飼育経験有無者が含まれている可能性がある。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・精神障害者の啓発活動に関する研究は少ない。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・知識は社会的距離に影響する要因ではない。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>

「啓発活動のシステム開発」は、「システム開発に向けて」「キーパーソン」からなり、表 4-9 で示すように 17 個のデータで構成されている。「システム開発に向けて」では、地域で充実した生活を送れるような制度や施策の整備について、保健所を中心とした地域ネットワークづくり、効果的な知識や啓発活動および人的資源の拡充、社会復帰対策推進と一般市民への普及活動の具体的推進などが含まれている。「キーパーソン」では、普及啓発システムにおけるキーパーソンについて、明らかにしていく必要があるとしている。

表 4-9 啓発活動のシステム開発 (17)

	研究背景
システム開発に向けて (16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の精神衛生向上。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・「社会復帰」システムが十分形成されていない。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・国民的合意形成が必要。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・通院治療・在宅ケア・社会復帰システムを拡充。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・積極的な取り組みについて。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・社会復帰対策の推進と地域の方策を知る。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・保健所を中心とした地域ネットワークづくり。〈第 2 測定法期.15〉</li> <li>・今後の課題を検討したい。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・地域で充実した生活を送れるよう制度や施策を整える必要がある。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・ソーシャルマーケティングを取り入れ啓発活動あり方を提言。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・精神障害者ステレオタイプの構造は十分な検討がなされていない。〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>・精神障害者への受容との関係を検討した。〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>・効果的な知識・啓発、人的資源の拡充を目的。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・社会復帰対策推進と住民への普及活動の具体的推進。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・精神障害のある人と付き合うことへの意向はまだ十分に明らかにされていない。〈第 3 測定法期.21〉</li> <li>・就労や教育面も含めた包括的な地域生活システムが課題。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>
キーパーソン (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民の指導的立場の人について。〈第 1 測定法期.4〉</li> </ul>

「施策改革による偏見の解消」は、「制度によるアプローチ」「意識の検証」からなり、表 4-10 で示すように 14 個のデータで構成されている。「制度によるアプローチ」では、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を解消するためには、施策へのアプローチが必要とされており、精神障害者や保健衛生に対する意識を把握し、社会復帰対策の促進に対しての理解や支援を得るなかで、施策発展の可能性を模索しようとしている。「意識の検証」では、精神保健に対する意識を明らかにすることが研究目的の一つとされている。

表 4-10 施策改革による偏見の解消 (14)

	研究背景
制度によるアプローチ (11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者に対する意識の把握。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・保健衛生に対する意識の把握。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤」を探る。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・政策形成という展望に結びつける発想は弱いのでは。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・広義の社会福祉的施策についての位置づけについて。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・「精神障害(者)」に対する社会的処遇。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・具体施策形成への展望。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・宇都宮病院問題や精神保健福祉法の改正。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・社会復帰対策の促進に理解や支援を得られるか。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・今後の施策発展の可能性を模索し提言する。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・精神障害者は精神保健福祉の対象者となった。〈第 3 測定法期.15〉</li> </ul>
意識の検証 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健に対する意識を明らかにする。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・一般住民に精神障害者に関する意識調査をおこなう。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・国民の意識の所在についての検証。〈第 2 測定法期.〉</li> </ul>

図 4-4 明らかになったことの分類



※ ( ) のなかの数字は検出されたデータの数である。

## 第4項 明らかになったことの分析

「明らかになったこと」では、『偏見やスティグマおよび差別の要因と今後の課題と取り組みの方向性』について整理し考察する。抜き出したデータは137個で、それらのデータも図4-4に示すようにグループ分けを行うと、大きくは「対象者別の意識の実態」「今後の研究の方向性」「偏見の実態」の3つに分けられる。そのためここでも、抜き出された3つのグループが、どの様なデータの集まりのもとで構成されているのかについて述べておくことにする。

### 1) 対象者別の意識の実態

「対象者別の意識の実態」は、「一般市民の意識の特性と今後の方向性」「家族への偏見と支援」「精神科病院の現状把握」の3つで構成されている。

「一般市民の意識の特性と今後の方向性」をさらに細かく見てみると、「接触体験をとおしての啓発活動の方向性」「受け入れ良好な人々の特性」「否定的な人々の特性」「今後の課題」からなり、表4-11でも示すように36個のデータで構成されている。「接触体験をとおしての啓発活動の方向性」では、接触体験が必要とされており、精神障害者のイベント参加および一般市民のボランティア活動をとおして啓発活動の方向性を示唆している。「受け入れ良好な人々の特性」では、虚弱体験者や福祉活動参加者の調査協力がよく、文化が進むにつれて精神障害者への認識は正確になってきているとされている。「否定的な人々の特性」では、ステレオタイプな側面が強く一般市民は精神障害者に対して社会的距離があり、精神障害者関連施設建設に反対している地域の特徴としては、社会階層や年齢層が均一な傾向があるとされている。「今後の課題」では、対象者を増やしての検討や、認識の乖離がどのように影響しているのかについて解析する必要があるとしている。

「精神科病院の現状把握」は、「精神科職員の意識の明確化」「精神科医療の方向性と課題」からなり、表4-12でも示すように19個のデータで構成されている。「精神科職員の意識の明確化」では、職場の雰囲気よさや、統率力、養育力、現実吟味の高いパーソナリティの特性と関連があり、一部の職員だけが積極的な病院では意見スケールの相関が低く、専門職の人は情緒的には拒否的でも、仕事上は受容的であらねばならないため社会的距離尺度が検出されにくいとされている。また、専門職と家族の対話の積み重ねを工夫する必要があるともされている。「精神科医療の方向性と課題」では、保健制度に基づく病院経営としての問題や課題、正当な「病医観」の普及、精神障害者の生活の自律性や生活の質を重視することや「精神障害者」のニーズの把握が必要とされている。

「家族への偏見と支援」は、「家族の支援と役割」「家族における偏見の構造」らなり、表4-13でも示すように7個のデータで構成されている。「家族の支援と役割」では、正しい認識や治療的態度、精神的支援と経済的援助が必要とされている。「家族における偏見の構造」では、家族はスティグマの状況にあり患者に対してアンビバレントな態度がある。家族を支えるシステムが必要で、家族の偏見が高いほど患者の経過は不良のようである。

表 4-11 一般市民の意識の特性と今後の方向性 (36)

	明らかになったこと
<p>接触体験をとおしての啓発活動の方向性 (23)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接触体験があると社会的権利や自己自立性を積極的に認めている。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・方策は、接触体験を積んでいくこと。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・接触体験が多いほど社会的距離が小さくなる。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・S 病院周辺住民の精神障害者との接触体験は豊富。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・具体的な体験を積む中で住民の意識が徐々に変化している。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・市民の福祉活動の参加機会を高める。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・地域生活や労働生活に対して肯定的になっている。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・地域生活のさまざまな場で市民とのかかわりの機会を高める。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・接触体験の影響は統計的には十分な関連性を認める。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・ボランティア活動は地域住民の協力と理解を増す機会のため推進が必要。 〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・障害者の社会参加や地域ケアに理解が持たれる場合も社会的距離が縮小。 〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・交流や地域での助け合いを選択する場合に精神障害者との社会的距離が縮小。 〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・住民との交流や障害者との接触体験が乏しい。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・接触体験が好意的な社会的態度や社会復帰の許容度を向上。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・親しい人との間ではその人のもっている態度が話の内容と関連している。 〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・態度と話の内容との関係はみられない。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・動物病院のイベントに動物好きの当事者が参加。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・イベントを通じてボランティア活動を呼びかける。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・身構えが和らぎできるだけ手を貸す。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・統合失調症の人に会った割合が少ない。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・接触体験がある人は「認知症」と答えた人が多い。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・否定的な予測は接触を拒否することを決定づけた。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・肯定的な意見の人は、親密な付き合いにも肯定的。〈第 3 測定法期.20〉</li> </ul>
<p>受け入れ良好な人々の特性 (6)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・文化の進んだところは、精神障害者への認識は正確。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・虚弱体験・福祉活動参加者の調査協力がよかった。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・コミュニティ作りの必要性の認識や、社会的距離との有意の相関関係を認めなかった。 〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・生活に根ざした問題に関するこころの健康については関心を寄せる。 〈第 2 測定法期.15〉</li> <li>・ここ一年間にストレスを感じた人は回答者の半数以上。〈第 2 測定法期.15〉</li> <li>・多く記述をした人の態度がより明確に結果に反映する。〈第 3 測定法期.17〉</li> </ul>

表 4-12 精神科病院の現状把握 (19)

	明らかになったこと
精神科職員の意識の明確化 (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院長の支持のみや、一部の職員だけが積極的な病院では、意見スケールの相関が低い。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・医師が危険率の相関が高い。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・開放度、看護治療方式、日課などと比較が必要。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・精神科職員の意見スケールを作成することが必要。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>・開放度が高く看護治療に積極的な治療病院では、職員の意見の相関が高い。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・役付職層は一部に保守的態度の増加と治療的態度が減少。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>・職場雰囲気よさや、統率力、養育力、現実吟味の高いパーソナリティ特性とは関連している 〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・専門職と家族の対話の積み重ねを工夫する必要がある。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・自己管理能力を信じる。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・専門職の人は、情緒的には拒否的でも、仕事上は受容的であらねばならないため、社会的距離尺度が検出されない。〈第 2 測定法期.13〉</li> </ul>
精神科医療の方向性と課題 (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立困難者をめぐる問題の分析と「精神障害者」ニーズの把握が必要。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・正当な「病医観」の普及。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・精神科医の偏見尺度は低い。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・生活の自律性や生活の質を重視する方向に向かっている。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・保健制度に基づく病院経営としての問題・課題。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・平均在院日数の短縮。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・患者処遇上および治療上の問題・課題と全体的な専門家不足。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・患者の暴力に関するカテゴリーが現れる。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・回復のイメージを描くことは、社会的距離を近づけることにはならない可能性が推察。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>

表 4-13 家族への偏見と支援 (7)

	明らかになったこと
家族の支援と役割 (4)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族に期待される役割は、患者への精神的支持と経済的援助。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・医学の進歩のほかに、患者家族の正しい認識や治療的態度が必要。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・今後、家族会運営あるいは家族治療への期待が大きい。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・家族治療あるいは家族会の運営などを考慮。〈第 1 測定法期.3〉</li> </ul>
家族における偏見の構造 (3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経過尺度で高い偏見の家族ほど経過不良を示す。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・患者家族は、患者に対するアンビバレントな態度がある。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・患者や家族はスティグマの状況にあり、患者の退院や社会復帰を担う家族を支えるシステムが必要。〈第 2 測定法期.14〉</li> </ul>

## 2) 偏見の実態

「偏見の実態」では、「偏見の実態を浮き彫りにする」とし、「偏見の具体化」「情報と偏見の構造」からなり、表 4-14 でも示すように 14 個のデータで構成されている。「偏見の具体化」では、一般市民は精神病者に極めて冷たく、精神障害者を社会的恐怖の代名詞と捉えている。また、生活環境を守るために、それを脅かす恐れがあるものを排除する傾向があることも推測されている。しかし、文化的教養が身につくにつれて、保健衛生や精神衛生に対する意識や態度は進展する可能性もでてくるとされている。「情報と偏見の構造」では、精神障害を意識した時期は年齢が上がるにつれ「社会人になってから」と答えた人が多く、マス・メディアは容易に人の態度に影響し強化しているとされている。また、多くの市民は情報入手先として身近な媒体を好む傾向があり、差別的な報道が繰り返されるなかでの事件報道と否定的態度との関連性が課題になっているともされている。

表 4-14 偏見の実態を浮き彫りにする (14)

	明らかになったこと
偏見の具体化 (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・文化的教養を身につけていることと平行して、保健衛生や精神衛生に対する意識度が進んでいる。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・患者群、家族群、一般群では、暴力と遺伝の恐怖は共通した偏見レベル。 〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・同情心や恐怖心は少なくなっている。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・ステレオタイプな住民の現状が浮き彫りにされた。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>・生活環境を守るため脅かす恐れのあるものを排除する。〈第 2 測定法期.12〉</li> <li>・市民は精神病者に対して極めて冷たい。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・精神障害は国民にとって社会的恐怖の代名詞。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・偏見が隔離の必要性と知識、社会生活適応の能力など様々な側面に分散。 〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>・精神障害者受容との関連がステレオタイプや偏見のそれぞれの側面によって異なる。 〈第 3 測定法期.16〉</li> </ul>
情報と偏見の構造 (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域型社会復帰の施設が困難に直面し、差別的なマスコミ報道が繰り返される。 〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・情報入手先として身近な媒体を好む。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・事件報道と否定的態度の関連は課題。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・マス・メディアは容易に人の態度に影響し、態度を作りだし強化する。〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・精神障害を意識した時期は、年代が上がるにつれ「社会人になって」が多い。 〈第 3 測定法期.20〉</li> </ul>

### 3) 今後の研究の方向性

「今後の研究の方向性」では、「偏見の測定法の検証」「制度の方向性を示唆」「偏見解消への今後の取り組み」の3つで構成されている。

「偏見の測定法の検証」は、「調査スケールの検証結果」「偏見を表すデータ」からなり、表 4-15 でも示すように 21 個のデータで構成されている。「調査スケールの検証結果」では、意見スケールは精神科職員の意見や職種内の治療的状况を測定するに有効的で、SSM は年齢上昇や学歴下降では保守的態度が減少する傾向にあるとされている。また、社会的距離尺度は信頼性が高く、精神障害者に対する認識方法が社会的距離の拡大に寄与しており、lie scale の数は少ないため再考の余地があることから、社会的態度は測定法の違いや慢性状態と寛解状態の事例によって結果が異なるとされている。「偏見を表すデータ」では、個人的レベルでも社会一般的なレベルでの関わりが想定されている項目があり、回答者本人の身体保全や社会体裁の重要なファクターに影響を及ぼす可能性の項目があるとされている。

表 4-15 偏見の測定法の検証 (21)

	明らかになったこと
調査スケールの検証結果 (13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>意見スケールは精神科職員の意見の、病棟内および職種内の治療的状况を測定するに有効である。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>SSM の 5 項目と AMS の 6 項目が今後の調査に使用に価し自発的言語と行動的態度を加え発展させる。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>今後は他の調査の有効なものによるバッテリーを作製する方向に進みつつある。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>SSM は年齢上昇、学歴下降では保守的態度減少。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>AMS 保守的態度の増加。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>社会的距離尺度は信頼性が高い。〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>EE 研究のような明な差を示さない。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>社会的距離が十分な妥当性を持つ。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>精神障害者に対する認識方法が社会的距離の拡大に寄与している。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>社会的態度は測定法の違いで異なる。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>lie scale の数は少ないため再考の余地がある。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>lie scale はスティグマの密接な関係で社会的望ましさの影響の考慮が重要。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>結果は慢性状態と寛解状態の事例によって異なる。〈第 3 測定法期.21〉</li> </ul>
偏見を表すデータ (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>本調査では 5 項目の「監禁的ケアの意見」を見いだした。〈第 1 測定法期.1〉</li> <li>社会的態度の 2 項目、精神障害への態度 4 項目が相関を認めた。〈第 1 測定法期.2〉</li> <li>4 因子の 23 項目を選択して精神障害者偏見尺度とした。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>精神障害者偏見尺度では 5 因子を抽出した。〈第 2 測定法期.10〉</li> <li>内的イメージではより綿密な因子構造を持つ。〈第 3 測定法期.16〉</li> <li>いずれの因子も社会的距離を強度として表している。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>個人的レベルでも社会一般的なレベルでの関わりが想定される項目がある。〈第 3 測定法期.19〉</li> <li>回答者本人の身体保全や社会体裁の重要なファクターに影響を及ぼす可能性の項目がある。〈第 3 測定法期.19〉</li> </ul>

「制度の方向性を示唆」は、「問題を浮き彫りにする」「施策改革のために」からなり、表 4-16 でも示すように 22 個のデータで構成されている。「問題を浮き彫りにする」では、需要的態度や精神衛生へおよび社会福祉政策への要求が強いく、精神保健対策や施設整備の立ち遅れ、社会復帰活動の拠点づくりや家族活動の推進、精神障害者の自助活動の支援などが必要とされている。また、一般市民に対してもストレス社会のなか、予防的方策をいかに講じるかについての検討も必要とされている。「施策改革のために」では、地域社会への啓蒙活動や、国や地域および自治体などへの **Social Action** が必要とされており、偏見の解消や精神衛生思想の普及、施設の整備および医療制度の改善なども必要とされている。また、わが国はアメリカやイギリスの 30 年前よりも偏見が強いようで、知識や出会いの有無などを明らかにするなかで今後の啓発活動に役立てていくことが必要なようである。

表 4-16 制度の方向性を示唆 (22)

	明らかになったこと
問題を浮き彫りにする (16)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 需要的態度、精神衛生への要望が高い。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・ 保健衛生と精神衛生に対する意識態度は平行。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・ 精神保健対策や施設の整備の立ち遅れ。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・ 精神障害者の位置づけを明確にすべき。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・ 社会福祉政策への要求が強いく。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・ 働く場の具体化。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・ “障害” 概念を構築し、表現を検討する。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・ 家族活動の推進と「精神障害者」の自助活動の支援。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・ 心身障害者対策基本法に「精神障害者」を含めるべき。〈第 2 測定法期.6〉</li> <li>・ 地域精神保健計画を作成。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・ 精神保健活動の遅れている多くの地方に共通した問題。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・ 関係機関の協力。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・ 努力している姿が「見える」ことが重要でそのことで精神障害者の社会復帰が理解されていく。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・ 社会復帰活動の拠点づくり。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・ ストレス社会のなか啓発活動ができない、予防的方策をいかに講じるか。〈第 2 測定法期.14〉</li> <li>・ 地域サポート・システムや精神医療サービス・ネットワークが十分でない。〈第 2 測定法期.14〉</li> </ul>
施策改革のために (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域社会への啓蒙活動や国あるいは地域自治体などへの <b>Social Action</b> が必要。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・ 偏見の解消・精神衛生思想の普及・施設の整備・医療制度への改善が必要。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・ アメリカ・イギリスの 30 年前よりも、日本は偏見が強い。〈第 2 測定法期.8〉</li> <li>・ ソーシャルマーケティング手法を活用。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・ 関心が高まる方向を探り、知識出会いの有無などを聞くことにより、今後の啓発活動に役立てる。〈第 3 測定法期.15〉</li> <li>・ アンチスティグマキャンペーンとトラウマケアやストレスマネジメントなどを実践していくべき。〈第 3 測定法期.19〉</li> </ul>

「偏見解消への今後の取り組み」は、「今後の取り組み」とし、表 4-17 でも示すように 18 個のデータで構成されている。治療的態度は時代とともに高くなるとされており、知識や介入プログラムの研究と同時に、働きかけを行う具体的な対象者の属性に関する研究が必要とされている。また、集合体をとおして働きかけることへの期待は大きく、マス・メディアの特質を利用してイメージを是正することへの可能性が示唆されている。その他にも、認知的レベルでの意見は必ずしも感情的レベルでの反応と一致しないとした研究成果もあった。具体的な対象者の属性としては、20 歳代の人達では精神障害を意識した時期が「小中高校生のころ」が多く、イメージとしては否定的イメージが多いことや、年齢が低く高学歴な人ほど自立性と権利を尊重する傾向があること、世代が交代し高学歴になるにつれて、教育や接触体験の積み重ねで社会的態度の変容があると推測されていることから、こどもを対象とした精神障害に関する啓発活動を行うことが有効なようである。またその他にも、動物好きの相手は安全でリラックスできるとした研究もあり、そのなかでもとくに 50 代の人達の受け入れが積極的かつ受容的であるとされていた。

表 4-17 偏見解消への今後の取り組み (18)

	明らかになったこと
今後の取り組み (18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集合体を通じての働きかけへの期待は大きい。〈第 1 測定法期.3〉</li> <li>・精神病に対する知識も精神衛生に対する要望も時代とともに高くなる。 〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・治療的態度は時代とともに高くなる。〈第 1 測定法期.4〉</li> <li>・年齢が低く高学歴な人ほど自立性と権利を尊重。〈第 2 測定法期.5〉</li> <li>・具体的な知識、印象・考え方が変化との相互関係推移のプロセスの意味付けが必要。 〈第 2 測定法期.7〉</li> <li>・世代が交代し高学歴がすすむにつれて変化してく傾向にある。〈第 2 測定法期.9〉</li> <li>・具体的な取り組みが大切。〈第 2 測定法期.11〉</li> <li>・教育や接触体験の積み重ねで社会的態度の変容がある。〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・拒否的な感情をもたらすが、同時に正当な認識や理解を深める機会がある。 〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・認知的レベルでの意見は必ずしも感情的レベルでの反応と一致しない。 〈第 2 測定法期.13〉</li> <li>・マス・メディアの特質を利用して精神疾患へのイメージを是正することの可能性を示唆。 〈第 3 測定法期.17〉</li> <li>・動物好きの相手は、安全でリラックスできる。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・50 代の人たちは受け入れが積極的かつ受容的のため働きかけが有効である。 〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・先行調査よりも、動物飼育体験者に限定した本調査の受け入れは全般的に良好。 〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・知識や介入プログラムの研究と同時に、働きかけを行う具体的な対象の属性に関する研究も必要。〈第 3 測定法期.18〉</li> <li>・精神障害者を意識した時期のイメージは、否定的イメージが多い。〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・精神障害者を意識した時期は 20 歳代の人達では「小中高校生のころ」が多い。 〈第 3 測定法期.20〉</li> <li>・こどもを対象とした精神障害に関する啓発活動を行うことが有効。〈第 3 測定法期.20〉</li> </ul>

## 第5項 既存研究で提示されている諸命題の分析を通して明らかになったこと

これまでの研究で明らかになったことを、「研究背景」と「明らかになったこと」として整理をしたものを、図4-5の「先行研究による理論仮説」に示すように、再び図4-2「核変数とその位置づけによるストーリーの展開方向」(新2005:78)にもとづいてまとめてみた。そのうえで、今後の課題や取り組みの方向性について言及しておきたい。

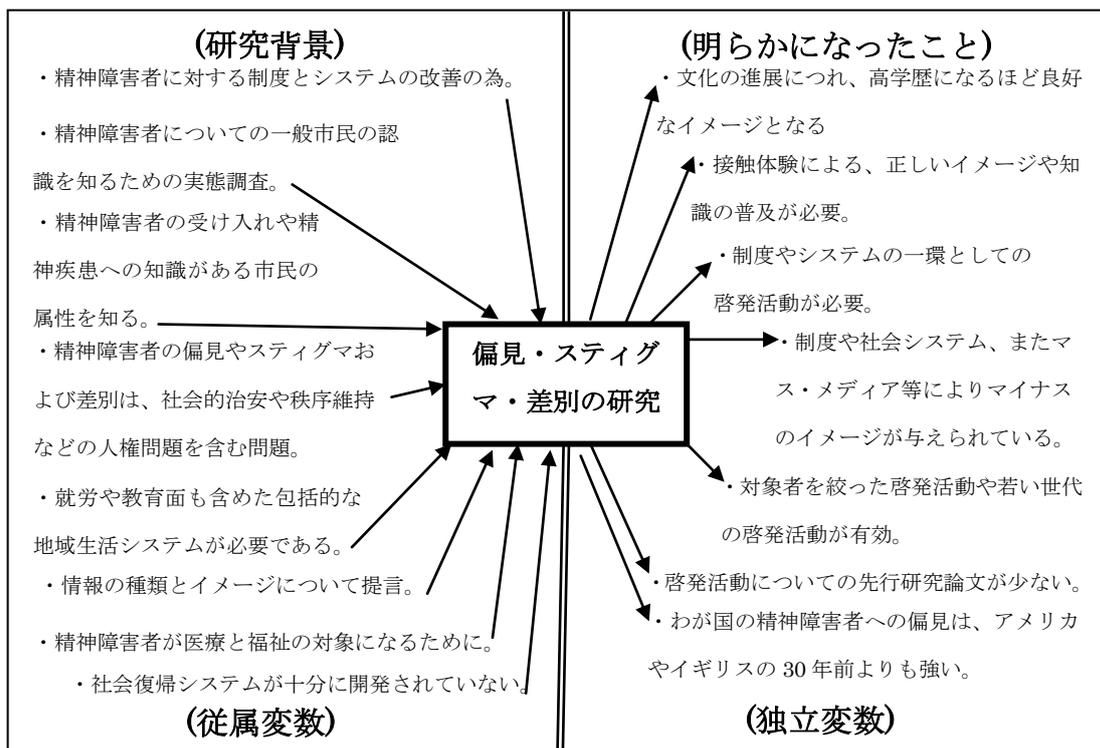
先行研究による「研究背景」では、「対象者別の意識の解明」「偏見の構造」「研究の方向性」の3つの大カテゴリーと、「一般市民の精神障害者に対する意識」「家族の現状を浮き彫りにする」「医療の現状」「偏見の解明」「啓発活動のシステム開発」「施策改革による偏見の解消」「研究目的」の、7つの中カテゴリーに分けることができた。「研究背景」として浮かび上がってきたことは、精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の問題は、治安維持や秩序維持などを背景にした人権問題を含む問題であるとされており、精神障害者に対しての一般市民の認識を知るために研究がおこなわれていた。具体的には、精神障害者を受け入れやすい人達の属性や、精神疾患に対しての知識がある人達の属性を知ることに加え、マス・メディアなどによる情報の種類とイメージについても明らかにしていくことなどが、研究の目的のとして捉えられていた。現在は社会復帰システムがまだ十分に開発されていないこともあり、精神障害者に対する制度とシステムの改善、精神障害者の就労や教育面も含めた包括的な地域生活システムが必要な段階のようである。

先行研究による「明らかになったこと」では、「対象者別の意識の実態」「偏見の実態」「今後の研究の方向性」の3つの大カテゴリーと、「一般市民の意識の特性と今後の方向性」「家族への偏見と支援」「精神科病院の現状把握」「偏見の実態を浮き彫りにする」「偏見の測定法の検証」「制度の方向性を示唆」「偏見解消への今後の取り組み」の7つの中カテゴリーに分けることができた。「明らかになったこと」として浮かび上がってきたことは、わが国における精神障害者への偏見はアメリカやイギリスの30年前よりも強いとされており、精神障害者は制度や社会システムおよびマス・メディアなどの影響により、マイナスのイメージを持つ人達として捉えられていることが多い。そのため良好な接触体験を通して、精神病に関する正確な知識やイメージが持てるような啓発活動をしていくことが必要になってくる。また、文化が進展するにつれて、高学歴な者ほど精神障害者へのイメージは良好になる可能性があると言われていたことや、今後は制度やシステムの一環としての啓発活動が必要と述べている研究もあったことから、対象者を絞っての啓発活動や、小中高生を含めた子どもへの啓発活動が有効であることが推測される。しかし、先行研究論文によると啓発活動に関しての論文は少ないようであり、今後は対象者の特定や具体的な啓発活動の方向性および内容についても追究していくことが必要になってくる。

精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を解消し軽減していくための研究は、受け入れが良好な対象者の属性を明らかにしようとするに加え、対象者を絞るなかで対象者の属性に合わせた啓発活動を探っていく段階である。そのため今後は、精神障害者の受け入れが良好な対象者の属性を発見すると同時に、精神障害者を意識した時期が若い

年代の人ほど小中高生の頃が多いとされていたことや、マス・メディアからのマイナスのイメージとして精神障害者を意識するようになった人達が多くいることから、本研究でレビューした先行研究論文では調査対象者に含まれていなかった、小中高生を含めた子どもに対する啓発活動も視野に入れるなかで、研究を進めていく必要がでてくるであろう。

図 4-5 先行研究による理論仮説



## 第5章 精神保健医療福祉の変遷からみたスティグマ生成

### 第1節 本研究における時代区分

精神障害者が偏見を持たれ、スティグマあると判断され、差別される存在となった要因や機序を明らかにしていくためには、「歴史的文脈」＝「歴史的観点」から読み解いていくことが有効である。そして研究方法としては、研究する者の〈原点〉や〈立ち位置〉から、精神障害者の〈立ち位置〉に可能なかぎり寄り添うなかで、「障害」理解の視点から精神障害者の〈視座〉により、思想、既存の概念、統計資料、関連法制史、調査などを手掛かりに、歴史的観点、医学史および医療技術史的観点、社会福祉施策史や社会福祉制度的な観点、さらに社会学や歴史社会学および社会病理学的な観点や方法論を駆使しながら、研究を進めて行きたいと考えている。しかし、長い歴史をそのまま考察するのは難解で混乱しかねないことから、幾つかの時期に区分したうえで考察していくことにしたい。

張江と大谷は、現代社会学における時代区分について「現代社会学の歴史認識は『前近代→近代→現代』の三項に図式化できる」（張江ら 2007: 11）としたうえで、ベック（U.Beck）の「古典的な産業社会」＝「従来の単純な近代化」や「リスク社会」＝「再帰的近代化」と、ギデンス（A.Giddens）の「ハイ・モダニティ」や「後期モダニティ」の「再帰的近代化論」について論じ、日本の近代化について下のように述べている。「周知のように、日本の近代史でよく用いられる時代区分は一九四五年の敗戦を基準にして、明治維新（一八六八年）から敗戦までを『近代』、戦後以降を『現代』に分節するものだろう。政治的に見て象徴的な出来事を基準とする、こうした分節化に一定の妥当性があることは確かだろう。だが、明治期以降の日本の社会変動過程をかえりみると、戦中期に社会変動の重要な契機があるとはいえ、現代の日本社会のかたちをもたらした決定的な時期となると、やはり一九五〇年代中期から一九七三年の第一次オイル・ショックまでとされる高度経済成長期だといえるだろう。逆にいえば、高度経済成長期までの近代化とは、いわば単純な〈古典的近代化〉であって、ポスト高度経済成長期以降のベクトルとは質的に異なっている。本書では、日本の『近代』から『現代』への転換期を、この高度経済成長期にみる。そして、現代社会はまさしく再帰的な近代化過程にあり、日本社会の現在地とは、近代性が徹底化されて進行するハイ・モダニティであると考え。産業化・都市化の進展によって、本格的な産業社会・大衆社会が到来した高度経済成長期を経て、その後、高度消費社会へと移行した日本社会は、一九八〇年代後半から一九九〇年代前半にかけてのバブル経済崩壊を経験しつつ、現在のリスク社会にいたる」（張江ら 2007: 12-13）。

この理論からすると、前近代は明治期以前を示し、近代は「従来の単純な近代化」や「ハイ・モダニティ」とした明治維新から高度成長期までを示しており、現代は「リスク社会」や「後期モダニティ」としたバブル崩壊以降から現在までを示していることになる。しかし、この時代区分は斬新であることから、より深く歴史について論考したうえで使用する必要があるように思われる。そのため本研究においては、従来の明治維新から敗戦までを「近代」、戦後以降を「現代」とした時代区分を参考にしながら、張江や大谷の理論も意識

しつつ、一応の目安としての時代区分を定めておくことにする。

諸研究者によると、わが国の法のなかで精神病者が記載されているのは、701年の大宝律令とされている（岡田：2002、藤野：2005、井上：2010）。しかし本研究では、精神障害者が偏見を持たれ、スティグマがあると判断され、差別される存在となった要因や機序を明確にし、軽減や解消の可能性を探っていくことを目的としていることから、近代化へと進んでいくきっかけとなった、1853年の黒船来航頃からの歴史を対象に考察していくことにする。時代区分については、歴史が持つ特性から明確に区分し考察することは不可能であるが、とりあえずの目安として対象とする時期を4期に分けて考察していく。区分内容としては、第1期を明治維新から1899年まで、第2期を1900年の精神病患者監護法から1949年まで、第3期を1950年の精神衛生法誕生から高度経済成長以降の1979年まで、そして最後の第4期は精神保健福祉法制定を目指しはじめた1980年以降とする。

## 第2節 明治維新から1899年まで

第2節では、明治維新から精神病患者監護法が誕生するまでの1899年までを中心に考察する。明治維新から検討するのは、一般的にわが国の近代化がスタートしはじめた時期とされているからである。

渡辺は明治維新について「明治維新は、近代日本の出発点であり、現在のわれわれの生活は、そこで方向つけられたという面を持つ」（渡辺1999：566）と述べている。さらに秋枝は、「明治初期に次々に実施された産業開発、国民教育の普及奨励、電信電話制度、郵便制度、鉄道敷設、銀行制度等の創設の他、地租改正による国家経済基盤の確立等が図られ、地方近代国家の治安・防衛策として、国民皆兵の原則に立つ徴兵制度の樹立や、近代的警察制度の創設等が断行された」（秋枝1983：8）と述べている。また中村は、「一八六八年の明治維新は日本近代の出発点であった。明治維新时期とは広くとれば、一八五三年のペリー来航から一八九〇年の帝国会議開設までの約三五年間をさすが、後半の二〇年間に、日本の近代的政治・経済制度は樹立された」（中村2003：1）。「明治維新の課題は、外に対しては民族的独立、内に対しては国家的統一をはかることであった。この二つの課題を達成するための中心的スローガンが、富国強兵・殖産興業である」（中村2003：1）と述べていた。そのためここでは、黒船来航前後を含めた明治維新から1899年までの歴史を中心に見ていくことにしたい。

## 第1項 近代化に向けて

わが国は、幕府が出した1635年の海外渡航禁止令や、1636年の南蛮船入港禁止令などにより、中国とオランダ以外の国々とは鎖国をおこなってきた。だが、1853年にアメリカのペリー（M.C.Perry）率いる艦隊が浦賀に来航し、翌年に結ばれた日米和親条約により、約200年に渡っておこなわれてきた鎖国政策に終止符が打たれることになる。そして、1856年にはアメリカ駐日総領事ハリス（T.Harris）が通商条約を締結する目的で来航し、1858

年に大老を務めていた井伊直弼が日米修好通商条約に調印したことで、不平等条約が叢結される。このような不平等条約は、後にイギリス、フランス、ロシア、オーストリアなどとも結ばれることになる。

わが国の近代化に拍車をかけた出来事の一つに、1862年の生麦事件<sup>22</sup>がある。この生麦事件によって、イギリス代理公使ニール(E.J.Neale)は幕府と薩摩藩に賠償金を求めたが、薩摩藩はこれに応じなかった<sup>23</sup>。1863年6月27日には、イギリス艦隊が鹿児島港に入港し、犯人処刑と賠償金支払いの要求をおこなったが、薩摩藩がこれを拒否したことで薩英戦争へと発展していく。だが、薩英戦争で強力な軍事力を目の当たりにした薩摩藩は、これまで西欧を見下す風潮があったにもかかわらず、率先して西欧の技術を導入しはじめていくことになる。この、生麦事件や薩英戦争などの一連の事件が薩摩藩に与えた影響は大きく、1864年には多岐にわたって西洋学を学ぶために西洋教育学校開成所を開き、1865年には西欧の文化や技術を直接学び取り入れるために藩費留学生をイギリスに派遣している。派遣された留学生達は帰国後、欧米の技術や知識をもとに多方面で活躍しており、なかには現在の基礎に繋がる社会システムを築いた人達もいる。

その他にも、1867年には260年以上に渡り幕府が保持していた政権を天皇へ返上した、大政奉還および王政復古がおこなわれており、1868年には江戸が東京と改名し、1869年には藩籍奉還の経過的措置を経て、1871年に廃藩置県<sup>24</sup>がおこなわれている。そして、政府は中央集権化を推し進めるなかで、1873年には徴兵制や地租改正を行い、1876年には廃刀令や秩禄処分によって士族階級の特権を廃止し、近代化に向けた政策を推し進めていく。そうしたなか、1871年には文部省を設置し、1872年には欧米の学校制度を参考にした学制が發布され、全国で大学区、中学区、小学区の整備がおこなわれはじめる。また、1872年には文部省内に医務課も設置されている。そして、1886年にはドイツで憲法を学んできた伊藤博文がわが国で最初の首相になっており、それにともなって内閣も発足し、1889年には大日本帝国憲法が公布され、1896年には民法が公布されている。

## 第2項 近代化と医学

### 1) わが国における西洋医学

西洋医学は、鎖国時代に貿易をしていたオランダから入ってきた。酒井の調べによると、「1641年にオランダ商館が平戸から長崎に移転して以降、約200年間、ほぼ毎年1~2名の医師が来任した。かの有名なシーボルトもそのひとりで、ほかにもライネ、ツンベルクからもよく知られている。オランダ商館医と日本人医師との交流は、出島や江戸の蘭人宿舎

<sup>22</sup> 生麦事件とは、武蔵国生麦村(神奈川県横浜市)にて島津久光の大名行列に、4人のイギリス人が馬で乗り入れてしまい斬りつけられた事件のことである。

<sup>23</sup> 生麦事件の賠償問題は、後に大久保利通や重野安繹がイギリスと交渉し和解している。賠償金は幕府が立て替えることになったが、新政府に移行したことで薩摩藩は返却しないで済んでいる。また、犯人については行方不明とされたが、イギリスは薩摩藩と良好な関係を築きたいと考えており追求しなかった。

<sup>24</sup> 1871年の廃藩置県により、3府と302県が誕生した。しかし、同年11月には72県にまで統合される。

である長崎屋に限定されていたが、それでも彼らの医学知識は、オランダ語の解剖学や外科学の書物の伝来とともに、日本の医学界に大きな影響を与えた」（酒井 2011：42）と述べている。そうしたなかで、1861年には、わが国で最初の西洋式病院となる長崎養生所が開院され、1862年には長崎養生所でボードイン（A.F.Bauduin）が<sup>25</sup>、医学教育と診療の指導をおこなったとされている。そして、1863年にはジェンキンスによりわが国で最初の公的病院となる横浜ホスピタルが開院され、1868年には日本人によってできた最初の西洋式病院として東京府病院が設置されている。

## 2) ドイツ医学の導入

明治維新後は、不平等条約改正を目的に多岐に渡り、欧米の文化や知識および技術を取り入れながら急速に近代化が進められていく。それは医学分野においても同様で、酒井は医学の西洋化について以下のように述べている。「西洋医学の普及を一気に加速させたのが、出島商館医として来日したドイツ人オランダ軍医であるモーニッケである。モーニッケは、1848年、肥前藩の依頼で痘痂を持参して日本初の『種痘』を成功させた。・・・漢方ではなす術がなかった。そのころ、オランダ医学に反感を持つ漢方医たちが幕府に働きかけ、1849年に一時的に蘭医学禁止令が出されたが、種痘はその効果の高さから急速に普及した。結局、種痘の成功がきっかけで、西洋医学は幕府に正式採用となり、東洋医学を押しよける形で西洋医学が日本医学の代表として認識されることになった」（酒井 2011：45）。このような経緯によって、1858年には明治政府が官医の西洋医術の採用を許し、1868年には朝廷が西洋医術を採用している。

明治政府は1869年に、医学書がドイツ書の翻譯や引用を記載しているとのことからドイツ医学の導入を決定する。清水によると、「明治の初期蘭方廢れて専ら英米方が行はれたが、此等の蘭英米の醫藥書はドイツ書の翻譯に係るもの多く、又屢々ドイツ書を引用しているので漸次ドイツ醫學の優秀なことが我國醫藥界に認識せられるに至った。そして醫藥以外の醫術に於ては今に至るまで英學英語が主として行はれ、大學に於ても明治初期は法文理科共に英語を用いて講義し、英語は知識吸収と外圍事情を知る仲介語として各方面に深く侵潤し、第二國語とまで稱せられたことがあったが、醫藥學界に於てのみは明治の前期より専らドイツ語を用ひ醫藥はドイツを宗とするに至った」（清水 1949：137）とされる。

また西川も、ウィリス（W.Willis）<sup>26</sup>の東京医学校兼大病院院長退任を通して以下のように述べている。「ウィリスへの新政府要人、とくに薩摩藩首脳からの信頼は厚く、東大医学校の前身である東京医学校兼大病院の院長に明治2年（1869）3月就任した。就任後は英

<sup>25</sup> 岡田によりとボードインは、「1862年-67年と長崎静養所、1869年-70と大阪仮病院・大阪軍事病院、1870年に大学東病院につとめた」（岡田 2002：122）としている。

<sup>26</sup> ウィリスは、戊辰戦争で負傷兵の治療を行いながら、日本人医師に対して実地教育をおこなった。そのことで薩摩藩首脳らから厚く信頼され、東京医学校兼病院に就任する。明治政府が正式にドイツ医学を採用するとウィリスは辞任し、西郷隆盛の招聘で1862年からは鹿児島医学校（現在の鹿児島大学）校長として赴任している。

国医学を教育するとともに戊辰戦争による負傷兵や市井の患者の治療に当たる多忙な生活を送っていた。しかし、やがて政府方針のドイツ医学導入政策のなかで多勢に無勢、ドイツ医学を志向する多くのオランダ医学出身者に囲まれ、力及ばなかった英国医学のウィリスは、僅か9か月で医学校兼大病院を辞し江戸を去った」(西川 2010 : 13)。このウィリスの退任を通して、わが国の医学教育がドイツ医学へと移行していった様子が伺えてくる。

さらに、酒井は当時の医学教育について「明治三年には、東京大学の前身、東校に、ドイツから教師を迎えて、本格的な医学教育を始めることが決定された。そこでは教師がすべてドイツ人で、講義はすべてドイツ語でおこなわれた。日本人がかつて経験したことがない西洋医学教育が徹底的におこなわれたのである。その結果、明治十年代が終わりに近づいたころには、早くも完璧な西洋医学の教育を受けた医師が次々と現れていた」(酒井 2008 : 252) と述べている。ドイツ語により講義がおこなわれるなかで、急速にドイツ医学の知識や技術を身に付けた人達が養成されはじめたことも伺えてくる。

### 3) 精神病学教室

外国人医師らによる医学講義記録のなかでは、精神病患者についても触れられていた。1879年に東京医学校に在職していたベルツ (E.Baelz) の日記によると、「精神医学の講義は、日本でこの題目についておこなわれた最初の講義であった」(トク・ベルツ 1951 : 73) とされている。精神医学の分野においても、外国人教師らにより講義がおこなわれ、知識や技術が急速に取り入れられはじめている。1882年には、榊俣が石黒忠恵の推薦によりドイツに留学し、ベルリン大学でヴィストファル (C.Westphal) とメンデル (E.Medel) に直接学んでいる。1886年の帰国後は帝国大学医科大学教授になり、ベルツの精神病学の講義<sup>27</sup>を引き継ぎ、1887年には臨床の場として東京癲狂院<sup>28</sup>を選んでいる。榊が中井常次郎から医務を引き継いで以降、病気は細分化され運営も院長と事務長の二頭制になり、1919年までは院内に精神病学教室が設置されていた。

1884年には片山國嘉が裁判医学を学ぶ目的で、ベルリン大学およびヴィーン大学に留学し、裁判医学のホフマン (E.R.Hoffmann) や精神医学のヴィストファルに学んでいる。1888年の帰国後は、東京帝国大学医科大学の教授になり 1889年に裁判医学<sup>29</sup>を開講しているが、1897年に榊が病気で亡くなったことで、精神医学に詳しくあった片山が精神病学教室と東京巢鴨病院の院長を引き継ぐことになった。

その後、片山から精神医学教室を引き継ぐことになる呉秀三<sup>30</sup>は、1896年の帝国大学医科大学を卒業した後に榊の精神病学教室で助教授になり、1897年にはドイツとオーストラリアに留学し、オーベルシュタイネル (H.Obersteiner)、クレペリン (E.Krapelin)、ニスル (F.Nissl) のもとで、開放的な病院経営の理念を会得している。1901年の帰国後は、東京

<sup>27</sup> 榊の講義は、グリーゼンガー (W.Griesinger) の影響を受けていたとされている。

<sup>28</sup> 東京癲狂院での治療費は、帝国大学医科大学が負担している。

<sup>29</sup> 裁判医学は後に、法医学と改称される。

<sup>30</sup> 呉秀三は、1894年と1895年に精神医学の教科書「精神病学集要」2巻を発行している。

帝国大学医科大学の教授になり、片山から精神医学教室を引き継ぐと持ち帰ったクレペリンの教科書第 6 版に沿って講義をおこなったとされている。同時に、東京府巢鴨病院の院長も引き継いでおり、それに伴ってクレペリン体系<sup>31</sup>に沿った診断がおこなわれはじめる。

### 第 3 項 精神障害者に対する取り組み

#### 1) 医制

酒井は、医制が誕生する以前の医師制度や医療について以下のように述べている。「日本の医療制度は古く、701 年に成立した『大宝律令』には、『医疾令』という医療制度を定めた法律がすでに存在している。この律令のもと、国営の医師養成機関が設置され、この養成機関を卒業した者だけが医師の資格を得、国から官位と禄を与えられ医療に従事した。・・・中世に武家が台頭すると律令制は崩壊し、医疾令も形骸化して誰でも自由に医師になれる時代となる。・・・厳しい身分制度の拘束から逃れるように、武家の次男や三男、浪人、町人といった人々が次々と医師として開業し始めた」（酒井 2011：12）。「江戸時代の医療は、大陸からの医学が開いた時代であった。中国医学が地につき、自国のもの（漢方）が成熟した時期である。その背景には明らかにすぐれた臨床家があいついで亡命したことで教育が整い、国内で医書の刊行が始まり、養正、鍼灸、本草、博物の知識が広まったことがあった。医薬の普及によって薬品の需要が著しく増大し、薬草の栽培採薬が画期的に発達した。・・・幕府や諸侯の庇護のもとに飛躍的に進歩を遂げ、各地に薬園がつけられ、国産の薬草調査が盛んになった。同時に売薬の生産販売が盛んになった」（酒井 2011：13）。その後、「1720 年代から約 30 年間においては、薬草の実地調査も行われていた。本州だけではなく、北海道にまで足を伸ばし、各地の薬草を調査。この江戸幕府による薬種施策は全国規模にまで広がりを見せ、・・・その知識が全国各地にまで広がった」（酒井 2011：36）とされている。

また井上は、医制が誕生する以前の精神障害者の治療について、「明治以前において、精神疾患は主に漢方医によって行われ、いくつかの社寺に精神障害者の収容施設が設けられていた。ただし、この収容は監禁ではなく療養の場を提供したものであった」（井上 2010：3）と述べている。その他にも、1875 年 12 月 13 日の読売新聞には、家族内の 3 人の精神病患者を看病しながら家事をしている嫁に、褒美が送られたと記載されている記事がある（ヨミダス歴史館 1875）。また、当時の精神症状について小俣は「江戸末期になると、狐憑きなどの憑依現象もまた精神病の症状の一つとして考えられるようになった」（小俣 2005：120）とも述べられていた。そうしたことからして、医制が誕生する以前の精神障害者の治療は、漢方医や社寺によっておこなわれており、精神病の症状が狐によってもおこると思われていたことが伺えてくる。また、精神病患者の看護が各家庭に頼った形でおこなわれていたと

---

<sup>31</sup> クレペリンが早期痴呆と躁うつ病を発見し、疾患単位として内因・心因・外因に区別した。クレペリンは精神医学の教科書を 1883 年に出版し、1899 年には早発痴呆と躁鬱病の二大内因精神病を並列させた第六版を出版している。

いうことも伺える。

その後 1874 年に、ようやく医師の資格や医学校および病院の整備を目的とした、医制 76 カ条<sup>32</sup>が配布されている。そのことについて医制百年史では、「医師に関する試験の方法を設けてその資格を一定することは差し当りの急務であると考えられた」（厚生省医務局 1976b : 63）と書かれている。医制は、文部省により条件が整ったものから順次施行され、まずは東京府<sup>33</sup>ついで京都府および大阪府の 3 府<sup>34</sup>に施行されてから、全国に施行されている。この医制 76 カ条とは、医制百年史によると「医制七十六カ条よりなり、その定めるところは衛生行政全般にわたり医学教育にまで及んでいるが、主眼とするところは、第一に文部省統轄の下に衛生行政機構を整え、第二に明治五年九月に頒布された学制と相まって西洋医学に基づく医学教育を確立し、第三にこうして築かれた医学教育の上に医師開業免許制度を樹立し、第四に近代的薬剤師制度及び薬事制度を確立し、衛生行政に確固たる基礎を築くにあつた」（厚生省医務局 1976b : 14）とされている。また、1875 年 5 月 14 日の改正では、「第一条 全国ノ醫政ハ之ヲ文部省ニ統フ」（厚生省医務局 1976a : 45）とされており、文部省により逐次実施されながら、1877 年頃までにはほぼ全国に普及している。

しかし、ヨミダス歴史館のサイトから、1840 年から 1899 年までの読売新聞の記事（精神障害者に関する記載や広告は 278 件ある）を見てみると、精神病患者の治療が寺の住職や祈祷師および宗教によっておこなわれていたとみられる記事が、1879 年の記事をかわきりに 5 件あり、狐による影響で精神病のような行動をおこなっていると記載されている記事が 1876 年に 2 件あった。それらのことからして、医制が誕生し医療体制が整備されていくなかにおいて、精神病患者の治療は宗教的にもおこなわれおり、精神病が病気による症状のみでおこるのではなく、狐などの影響によってもおきていると捉えられていたようでもある。そのような治療や捉えられ方は、1900 年以降も続いている。1900 年から 1945 年までの読売新聞の記事（747 件）には、宗教的治療がおこなわれていたと思われる記事が 2 件、精神症状が狐によるものと捉えられていた記事が 3 件あった。しかし、1950 年から 1979 年になると読売新聞（551 件）や朝日新聞（77 件）ともに、そのような記事は見られなくなっている。そのことからして、1950 年から 1979 年頃になると精神障害者の治療は、医学的治療によりおこなわれるようになったと推測することができる。

## 2) 精神障害者が関連する制度

先にも述べたように、わが国で最初に精神病患者について記載されている法制度は、701 年の大宝律令とされる。井上によるとそれ以降は、757 年の養老律令および 1742 年の御定

<sup>32</sup> 長与専齋は、1871 年から岩倉使節団の一員として欧米視察にいつている。1873 年の帰国後は、2 代目医務局長になり、太政管に医制の成案を申しあげている。そうしたことがきっかけになり、医制は誕生している。

<sup>33</sup> 1878 年には、江戸幕府の所在地であった江戸を東京とし京都から遷都した。

<sup>34</sup> 府とは広辞苑によると「①事物や人が多く集まる所。みやこ。転じて、物事を中心。②江戸時代、幕府のあった江戸の地。③行政区画の一つ」（新村 2008 : 2414）とされている。医制や近代的医薬品制度の発足を見てみると、まず 3 府に施行したのちに全国に施行している。

書百箇条などでも記載されているようである。井上は、養老律令について「精神障害者など特定の者に対しては、反逆・殺人など死刑にあたる罪でも上奏して判断を仰ぎ、また強盗や傷害の罪でも死刑ではなく財産刑に減刑すべきことを定めている。このように、精神障害は古代においてすでに『律令』のなかで、かなり明確に概念づけされており、精神障害者など特定の疾病や障害を有する者に対する福祉的な処遇が考慮されていたことは、狂気に対する古代日本社会の寛容性をうかがわせるものといえよう」(井上 2010 : 4) と述べている。また、御定書百箇条についても「罪を犯した精神障害者の処遇についての法には、徳川吉宗が制定したとされる『御定書百箇条』(寛保二年)があり、『乱心にて人殺しの事』の条文で殺人を犯した精神障害者に対して減刑がなされうる・・・すなわち、精神障害で殺人を犯せば下手人であるが、これは死刑の中では最も軽いもので、財産没収や刑死後の引き廻しなどが免除されており、被害者の主人あるいは親類等が宥恕を願い出た場合は、詮議により減刑への道が開かれていた。また、乱心のため放火した者で、その乱気が必要な場合は死罪を免れ、親類による監置で済まされていた。このように、近世においても、精神障害で罪を犯した者への法的処遇に特別の配慮がなされていたのである」(井上 2010 : 6-7) と述べている。この二つを見る限り、精神障害者に対して温情的な対応がなされていたことが伺えてくる。しかし、井上は江戸時代の精神障害者に関する制度については以下のように述べている。「江戸において精神障害者に対する公的な監置制度が出現する・・・これらの処遇はすべて、精神病患者の治療のためというよりも、むしろ治安維持を目的としたものであった・・・ともかく江戸時代に精神病患者を社会から隔離して収容する制度が出現したのであった。ただし、この制度の対象は罪を犯すおそれのある精神病患者に限られ、しかも官によって制度濫用の防止策がとられていたことに留意すべきであろう」(井上 2010 : 7)。江戸時代になると精神障害者の処遇に、治安的な要素が加わってきたことが伺えてくる。

また岡田は、「行政面で最初の精神衛生関係法規とみなすべきものは、1872年11月10日(明治5年10月)に太政官正院が“当分の内仮定”の条件で決裁した東京番人規則である」(岡田 2002 : 130) と述べている。東京番人規則<sup>35</sup>とは、英国の制度にならって1872年に配布された制度で、警察が職務を行うための規則などが記載されている。東京番人規則に記載されている精神障害者に関する内容を見ると、「第廿七条 放シ馬牛アバレ、之屯所ニ留メ置キ、警部ノ指図ヲ受ケ其主ノ請求ヲ待ツベシ」(東京都公文書館 1973 : 91) と、「第三十条 路上狂犬アバレ、之ヲ打殺シ、取棄ツベシ」(東京都公文書館 1973 : 91) との間に、「第廿八条 路上酒ニ酔ヒ失心スル者ハ、之ヲ介抱セシメ、其暴動スル者ハ取押へ警部ノ指揮ヲ受クベシ」(東京都公文書館 1973 : 91) (酒に酔った人) と、「第廿九条 路上狂願人アレバ、之ヲ取押へ警部ノ指揮ヲ受クベシ」(精神障害者) (東京都公文書館 1973 : 91) とが、牛馬と犬の対処法の間と並んで記載されている。この制度について藤野は、「明

---

<sup>35</sup> 東京番人規則は、川路利良が欧州各国の警察制度を調査し帰国した後、内務卿の大久保利通によって1874年2月に廃止されている。

治時代になると、東京番人規則（明治 5 年）で、犯罪行為とは関係のない精神障害者に対しては、『路上ノ癡狂者アバレヲ取押へ警部ノ指示ヲ受ク』と定め、精神障害者が路上を歩くことさえ制限した」（藤野 2005 : 202）と述べている。

また、1875 年には行政警察規則が公布されており、その内容について岡田は、「第 16 条“放れ牛馬”のこと、および第 17 条“路上酒に酔ひ失心する者”のものと、第 19 条狂犬のこととのあいだに、第 18 条路上癡狂人あれば、穩に之を介抱し、其暴動する者は取押へ、其地の戸長に引き渡すべし。とある」（岡田 2002 : 131）と述べている。そのことからして、行政警察規則でも精神障害者の対処法は、牛馬と犬への対処法と並んで記載されていたことが伺えてくる。岡田はこのような状況について、「衛生は富国強兵等の一手段として重視され、その施行は地方行政組織によって警察力をつかって強制された。そののち、1942 年（昭和 17 年）11 月 1 日の行政簡素化実施にともない、11 月 2 日に地方官官制が改正されて、地方衛生関係事務は警察部から内務部に移管された。そのさい、“急性伝染病予防、癡予防、花柳病予防及び精神病”などは警察署の所管にのこされ、それらのいわゆる衛生警察事務が全面的に衛生行政部門に移管されたのは 1947 年（昭和 22 年）4 月 7 日の警察制度改革にともなうであった」（岡田 2002 : 131）と述べていることからして、精神障害者が警察の管轄から衛生行政部門の管轄に移行したのは戦後のことのように見える。

その他にも、精神障害者に関連する制度はある。それらの制度について広田は、「いずれも法制度として体系化されたものではなく、警察による精神障害者への日常的干渉と、その処遇のチェック機能とを規定したものであった」（広田 2004 : 12）と述べている。

### 3) 癡狂院の設置

精神病者の治療は癡狂院以外にも、寺院やお滝場および民間治療施設などでもおこなわれていた。例えば高尾山薬王院では、呉らの『精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』（呉ら 1918=2000 : 89-91）に記載されている文章を、金川が現代の用語で分かりやすく書き直している論文をみると以下のように書かれている。「精神障害者のほとんどすべては 2 か所の参籠所（参拝者が泊まる小屋）で、寝起きしている。・・・室は別々に区割りしてあり 50 人以上を収容することができ、大正 5 年（1916 年）12 月に観察したときには 35 人が滞在していた。宿泊料は食事・寝具共で 1 日 38 銭、食事は二軒茶屋が精進料理をつくっている。・・・参籠所に宿泊する障害者には、家族が付き添って来ている。治療目的で打たれる際には、強力という人がいて、打たれる人を介助する」（金川 2010 : 97）。また澤田は、民間療法をおこなっていた大和同園での治療について、「大和同園の創設者の品田俊平が祈祷師で病気を治すのは時代遅れであると否定し、自ら生み出した“心教暗示術”<sup>36</sup>を使用していた。心教暗示術では、病気は病的観念が健全観念を抑えているために起こるので、それを正すため他者暗示をかけ、さらに自己暗示していくという内容である」（澤田 2010 : 94-95）と述べている。

<sup>36</sup> 心教暗示術は、品田によって 1905 年からおこなわれていたとされている。

1872年に誕生した京都癲狂院のはじまりも、もともとは寺であったとされている。岡田によると、実相院が1229年に岩倉に移転して、大雲寺の寺務をおこなっていたが、1960年には大雲寺本堂の観音が開帳されると参詣者が集まりはじめ、1697年に眼病者が観音の宝前で読経し治癒したとされることから、1765年には乱心者も観音堂で滝にうたれるようになる。最初の頃は、参籠者への宿の提供は大雲寺がおこなっていたが、やがて茶屋が引き受けるようになり、後に京都府から鑑札をうけ宿屋となった。1875年の京都癲狂院設立後は、宿屋で精神病患者の対応をおこなうことは禁止されるようになる。1875年には開院式が行なわれており、京都癲狂院の具体的企画は、1872年～1876年まで京都療院講師であったヨンケルが気づかっていた。また、岡田は京都癲狂院での治療について、「開院式におけるかれの祝辞からは、作業療法、遊び治療がヨンケルにより発案されたことがうかがえる」（岡田2002：122）と述べていることから、この頃には作業療法やレクリエーションなどが、治療の一つとして設けられていたことも伺えてくる。しかし、1882年に京都癲狂院は赤字のため廃止され、その設備は私立京都癲狂院が引き継ぐこととなる。1882年に京都癲狂院が廃止されると、再び患者は岩倉に集まりだしたとされている（岡田2002：93）。

また、岡田は東京癲狂院について、1872年にロシア帝国のアレクセイ大公の来日にともない、政府が貧民や乞食および浮浪者などを、会議所付養育院<sup>37</sup>と称する救貧院施設に収容し、その対応を浅草溜非人頭車善七に託したことがはじまりとしている。1873年には養育院は上野護国院敷地の一部に移転するが、入院条件に精神病患者は含まれていなかった。1875年になると、盲人室を改造し五人の精神病患者が収容される。また、1878年には永田町に府病院、癲狂病院、脚気病院を建設しようとしたところ御所に近いとのことで反対されてしまい、土地は宮内省に譲渡された。そのため、明治天皇は癲狂院施設用にと3,000円下賜している。そのような経緯があったなかで、癲狂人は養育院であずかるという形になり、施設および一般管理面は東京府養育院が負担し、医療面は東京府病院が負担、費用については癲狂院費をあてるという形で東京癲狂院が誕生している。その後、養育院が神田に移転し、東京府癲狂院は独立。1881年には東京府病院は財政事情により廃院となり、東京癲狂院は向ヶ岡に移転している（通称、向ヶ丘癲狂院と呼ばれており、現在は東京農大がある）。そして、1886年には東京癲狂院は小石川区巢鴨駕籠町に移転しており、移転にともない相馬家が費用を出して作らせた特別室2部屋（通称、相馬病棟<sup>38</sup>）が設けられている（岡田2002：151-154）。

また、他の癲狂院について見てみると、1867年金沢大学医学部の前身である卯辰山養生

---

<sup>37</sup> この営繕会議所（会議所）は、もとは1580年頃にできていた犯罪者の刑が確定するまで入る牢屋で病人が出たとき、非人が非人溜にて預かっていた施設である。当時は牢屋敷養成所と呼ばれ、精神障害者もここで対応されていた。

<sup>38</sup> 相馬病棟は、1883年からおきた相馬家のお家騒動（相馬事件）で、相馬誠胤を精神病院に入院させるために作られた病棟である。この事件は、国内外のマス・メディアが注目し、1892年のアメリカの新聞では日本は無法状態に近いと記載しており、イギリスの新聞でも精神障害者が不法監禁されていると記載されたようである。相馬は、1887年に榊の診察を受け時発性躁暴病と診断され、書類にはベルツも連署している。

所が設立、1873年小松川癲狂治療所は大増築を行い癲狂院と改称、1878年癲狂治療所（小松川癲狂院）、加命堂病院、瘋癲病院が設立している。1879年にはローレツが愛知県令安場保和あてに癲狂院設立建を言及しており、1880年にローレツの設計で初の医育機関付属病院に精神科病棟（愛知県公立病院癲狂室）が設立されている。当時の治療について小俣は、「多数の手枷・鎖・拘束衣を使用した前近代的な拘禁的隔離収容が主流を占めていた」（小俣 2000：28）。「ヒヨスチン、包水クロラル、コデインなど、ごく古いタイプの催眠麻薬剤は用いられていた」（小俣 2000：28）と述べている。

#### 4) D.L.デックス女史の活動

わが国に、最初にできた公立の精神科病院は、1872年の京都癲狂院である。この京都癲狂院が設置されたきっかけの一つには、アメリカでマサチューセッツ州への建白書を発表したデックス女史（D.L.Dix）と、文部大臣森有礼の影響があったとされている。

浦野は、デックス女史について「女史はマサチューセッツ州の刑務所、救貧院などをくまなく調査しまわって、不当な取り扱いや受難の実情を一つ一つ記録していった。そうした沢山の記録をもとに、女史は激しい熱情と冷静な判断をもってリンカーンの奴隷解放の宣言にも比肩する名文書『マサチューセッツ州への建白書』を書いたのである」（浦野 1975：98）と述べている。デックス女史の活動はアメリカ国内にとどまらず、カナダやヨーロッパにまでおよんだとされている。デックス女史が働きかけていた国の一つに、わが国も含まれている。そのことについて石井は、「米国ドロセア・ヂツクス嬢は、一生八十六年間に、直接あるいは間接に、地は米国より日本にわたり、かの悲惨なる瘋癲者を愛護すべき病院の建設、通計三十四におよべりといふ。本邦の瘋癲院のごときも、源を同嬢に発したるは、あるいは知らざる者多からん」（石井 1997：120-121）と述べている。

このような活動をおこなっていたデックス女史と、森との出会いについて浦野らは以下のように述べている。「初めて日本から代理公使が、合衆国政府に対してその問題に関して披瀝するため、ワシントンに送られた時、彼女は彼と知り合いになることをもとめて、彼女の心に重大な関心あるこの問題について彼と長い熱心な会見を行った。幸いに彼女は森有礼が非常に知的能力と大きなヒューマニティに富んだ人間であることを知ったのである」（浦野ら 1977：134）。森もまたデックス女史の取り組みに賛同し、帰国後に京都癲狂院を建設したことや、これから東京にも癲狂院を建設していくことなどを報告している。森からデックス女史に宛てた手紙の一部は、以下の通りである（F・Tiffany 1890：360-361、石井 1997：121、浦野 1975：100、鈴木 1976：87、岡田 2002：147）。

日本国 東京 1875年11月23日

親愛なるディクス様。ながくご無沙汰していましたが、その間貴下がふかく関心をもたれる事につきわたしがなにもせずにはいたとはかんがえずにください。わたしはこの事に多くの時間と注意とをはらい、狂者のための癲狂院を京都に建設することができ、もう一つは当市において建設中で、間もなくよき事業にかかれるでしょう。ほかの癲狂院もつづくでしょうし、それらが多くの悲惨を軽減する手段となることを熱望しております。

敬具 森有礼

## 5) 文部大臣森有礼

デックス女史と交流があった文部大臣森有礼は、薩摩藩の開成所で学んだ後、1865年(当時18歳)にイギリスに留学した藩費留学生の一人である。イギリスに2年、アメリカに1年留学し、帰国後は維新政府に任官し、不平等条約改正を目的として1876年の廃刀令や秩禄処分をおこなっている。森は、アメリカの小弁務使や、清国やイギリスの特命全権公使も務めており、1882年のイギリス滞在中には、留学中の伊藤博文と教育の在り方について論じ、伊藤に「學政片言」(大久保1972a:332-334)を送ったとされている。1885年に伊藤が首相に就任した際には、森が文部大臣に任命されている。

大久保は、欧米での森の様子について、1871年「ワシントンに赴く。この年、公務の傍らスペンサー(H.Spencer)、ミル(J.S.Mill)などの学説を研究、コネクカット、マサチューセッツ各州の学校を見学するとともに、学者、政治家などの交友を結ぶ」(大久保1972a:207)と述べている。木村も、「而して先生は英國の航して外務次官グルク氏又は曾て我國に来遊せしリード氏又はスペンサーの諸氏と交友を務めたるか如し」(木村1987:114)と述べていることから、森は様々な人達と交流を持つなかで、欧米の知識や文化を吸収しようとしていたことが伺えてくる。

また西川は、森が1886年に帝国大学令を配布するにあたって、製薬学科を廃止しようとした出来事について以下のように記している。「入学者ゼロが続くどん底の明治19年(1886)に森文相の計画した製薬学科廃止案が浮上した時は、・・・丹波藤吉朗助教授は必死の決意で『匕首を懐に入れ、森文相に直談判』してこの危機を救った」(西川2010:41)。そして中野は、「帝国大学創設は全て森の意のままであり、森の大学観の実現形態という枠組みが完成して、すべてが森思想の解釈の文脈に位置付けられてしまっている」(中野1999:31)とも述べている。こうしたことからして、森は文部省のみならず帝国大学においても多大な権力を持っていたことが推測され、製薬学科の廃止が森の意のままであったとするならば、医学教育においても同様であったことが推測できる。

安東は、わが国を近代化へと進めていこうとする森の思想について、「人々を啓蒙・教育し、旧弊を脱して合理的に考え、行動できる自律した人間を作ることによって文明がもたらすと

の予定調和的な考え方を森は持っていたと考えられる。ハリス、オリファント、スペンサーらに教えられた優勝劣敗、適者存在の過酷な現実の競争社会において生き残るためには、何よりもまず近代社会にふさわしい人間づくり、人々の啓蒙こそが非常に逼迫した課題であることを自覚していたのであり、批判を浴びた英語公用語もそれを早急に実現するための手段として捉えていた」(安東 2002 : 89) と述べている。徳富蘇峰もまた、明治廿二年自至 6 月 (1889 年) の国民之友第 4 巻で、森の生涯や思想について以下のように述べている。「此の如く其の前半に於ては米國風の感化を受け、其の後半に於ては大陸風の感化を受け、前半に於ては一個人的の主義を主張し、後半に於ては國家的の主義を主張し、前半に於ては非常なる急進家となり、後半に於ては非常なる保守家となり、前半に於ては自由言論の勇將となり、後半に於ては擅制主義 (或る意味に於て) の保護者となり、特に前半に於ては人民より武器を取り去る廢刀論を主張し、後半に於ては人民に強て武器を授くるの武術教育の断行家たるを見れば、吾人が其の一生に於て一生一反の原動反動ありしと謂ふは、敢て過當の品評にあらざるを信す」(徳富ら 1889 : 108)。

欧米の文化に直接触れるなかで様々な人々に出会い、そして学び、近代化を推し進めた人物のなかに森はいた。そのような状況下にいた森の取り組みの一つに、公立の癲狂院建設計画があったのかもしれない。

#### 第 4 項 小括

1853 年に黒船が来航し、1858 年には日米修好通商条約いわゆる不平等条約が締結される。わが国はこの不平等条約改正を目標に、富国強兵と殖産興業を目指し、欧米諸国の技術や文化を取り入れるなかで、急速に近代化に向けて歩みはじめていく。近代化への歩みを促進させた要因の一つには、1862 年の生麦事件および 1863 年の薩英戦争がある。この二つの事件がきっかけになり、薩摩藩は積極的に西洋の知識と技術を取り入れはじめ、直接イギリスにも藩費留学生を送っている。留学生達は、西洋の文化に触れるなかで様々な知識や技術を学び、帰国後は国を舞台に多岐に渡り活躍し、近代化を促進させるための重要な役割を担っていく。

この時期には明治政府が誕生しており、それにともない様々な制度や体制などの社会システムも誕生している。そのなかの一つに、1871 年の文部省設置がある。1872 年には、文部省内に医務課が設置されており、1974 年に医制が公布されたことで医療体制も整備されはじめていく。それまで主流であった東洋医学が西洋医学へ移行し、西洋医学においてもドイツ医学に絞った教育がおこなわれるようになる。さらに、外国人教師らによりドイツ語で講義がおこなわれるようになるなかで、急速に医学の知識や技術を身に付けるための体制も作られはじめる。もちろんそれは精神病学の講義においても同様で、外国人講師による講義は 1886 年に榊がベルツから講義を引き継ぐまで続く。だがそうしたなかにおいても、1974 年の医制誕生以前からの宗教などによる治療はおこなわれており、精神症状が狐などの影響によっておきているとも捉えられていた。そして、各家族に頼った形での看護

体制があったことも伺えてきた。

また、1872年には東京番人規則が設けられており、1872年にアレクセイ大公が来日すると、貧民や乞食そして浮浪者と一緒に、精神障害者も取り締まわりの対象になっている。そうしたことから、精神障害者はこの頃にはすでに、マイナスのイメージを持つ人として捉えられていたのではないかと推測される。その他にも、精神障害者がマイナスのイメージを持つ人として、捉えられはじめていることが伺える出来事のなかに、1875年頃にデックス女史や森有礼によって『精神障害者は、国により人道的支援がなされるべきである』とし全国的に癲狂院の建設を計画していたことや、1878年に永田町に癲狂院を建設しようとしたところ御所に近いことから反対されたこと、榊が「癲狂院」という言葉は忌み嫌われることから「東京巢鴨病院」と改名したことなどがある。

明治維新から1899年にかけて諸外国を意識するなかで、不平等条約を改正する目的で富国強兵や殖産興業がおこなわれるようになり、政府が率先して欧米諸国の技術や知識を取り入れるようになるなかで、専門職という統一した一定の知識や技術を身に付けた人々が育成されていく。そうした専門職のなかに、医師と警察が含まれている。この時期には、ドイツから精神医学の知識や技術が取り入れられ、医制のもとで国の定めた一定の技術を有する者として医師の地位が確立し、医師によって精神障害者が「精神病」と位置付けられるようになりはじめている。また、治安維持や秩序維持などの目的から、欧州各国の警察制度を参考に行政警察規則も誕生している。行政警察規則の誕生により、精神障害者は警察の管轄による取り締りの対象にもなっている。

この時期には、精神病が医療の対象として明確な〈枠〉＝カテゴリーとして位置づけられており、精神障害者と一般市民とが少しずつ区別けされるようにもなりはじめている。そしてそれにともない、精神障害者のスティグマ〈徴〉も薄らとではあるが現れはじめている。精神障害者が病気として位置づけられるようになるにつれて、精神障害者のスティグマを改善しようとする動きや、精神障害者を保護しようとする動きも見られはじめている。

### 第3節 1900年の精神病者監護法から1949年まで

第3節では、1900年の精神病者監護法から1949年の精神衛生法が誕生するまでを中心に考察する。この時期になると、1904年に日露戦争に勝利したことで諸外国はわが国をアジアにおける強国と見做すようになり、国際的な地位も得られはじめる。また、近代前期に結ばれた不平等条約は改正され、1914年には第1次世界大戦がおき、1923年には関東大震災が発生し、1939年には第2次世界大戦がおきていることから、一般市民はもちろん精神障害者も戦争や災害の影響を受けた時期である。『現代日本病人史』を書いている川上は、「根底にある病人差別・排除の本質には著明な変化がみられないとしても、現象的には戦前と戦後では病人の処遇は大きくちがっている」（川上1982：3）と述べている。時代区分において多くの場合で戦後を現代としていることや、戦後の混乱期を過ぎると状況が一

変していることから、第2次世界大戦後の1949年まで、精神保健医療福祉分野で言えば、1950年の精神衛生法が誕生するまでの精神病者監護法の時代を中心に見ていくことにする。

## 第1項 世界のなかの日本

### 1) 国際社会と世界大戦

1904年におきた日露戦争について横手は、「日露戦争はその規模においても、また用兵のレベルでも、利用された兵器のレベルからしても、さらに長期戦を支える前線と銃後の密接な関係からしても、この時期に頻繁に起こった植民地戦争とはまったく異なるものであった。・・・ここには、塹壕戦と機関銃の組み合わせ、情報と宣伝の利用能力、制海権の確保に関わる陸軍と海軍の連携など、ヨーロッパ諸国が第一次大戦で学ぶ戦争技術のほとんどが、明瞭に、もしくは萌芽の形で現れていた」(横手 2005 : 194)。「日露戦争は、明治新体制を発足させてから四〇年も経たないアジアの国家が、ヨーロッパの大国ロシアを破った大きな事件であった。ヨーロッパ諸国に学んだ改革を巧みに実行すれば、非ヨーロッパの国でもヨーロッパ諸国に戦争を挑み、勝つことが出来るという事実を明確に示した」(横手 2005 : 199)。「日本を東アジアにおける強国として押しも押されもせぬ存在にした」(横手 2005 : 199)と述べている。そして、1902年には日英同盟が結ばれ、1911年には日米新通商航海条約が結ばれたことにより不平等条約が改正されている。

1914年7月には第1次世界大戦<sup>39</sup>が勃発し、わが国も日英同盟が結ばれていたことで同年8月には第1次世界大戦に参戦している。1917年にはロシアが戦線を離脱し、1918年にドイツで11月革命がおきたことで第1次世界大戦は終結する。1919年に誕生した国際連盟では、わが国は第1次世界大戦の戦勝国ということで常任理事国にもなっている。1939年になると再び第2次世界大戦が勃発し、わが国も1940年に結んだ三国同盟(日本、ドイツ、イタリア)により参戦し、1941年は太平洋戦争へと発展していく。1945年8月15日の無条件降伏以降は、連合国最高司令部(以降GHQとする)による占領政策がおこなわれるなかで、1946年には日本国憲が公布され、戦争責任を追及する目的で極東国際軍事裁判<sup>40</sup>もおこなわれている。そして、1948年には第2次世界大戦の反省から、世界人権宣言が発表されている。

### 2) 国内の動向

1900年には、治安警察法や感化院法および行政執行法が公布されるなか、精神病患者に対しても精神病患者監護法が公布されている。また、統計学者である呉文聡は、アメリカの国勢調査を視察し、わが国においても貧民調査の実施を訴え(呉不明 a; 呉不明 b)、1920年にはわが国で最初の国勢調査がおこなわれている。1922年になると健康保険法が公布され、

<sup>39</sup> 1882年の三国同盟(イタリア、ドイツ、オーストリア)と、1907年の三国協商(イギリス、フランス、ロシア)で分かれての戦争になる。

<sup>40</sup> ドイツでは1945年に、ニュルンベルク裁判が開かれた。

1926年には健康保険法が部分的に施行されており、1927年には180日にかぎり全面施行されるようになる。

1934年になると民族優生保護法案が帝国議会に提出され、1940年には国民優生法<sup>41</sup>が成立している。岡田はこの国民優生法が誕生した背景について、「日本では明治初期から人種改良論という形で優生思想が宣伝されだした」（岡田 2002：190）。「断種法をめぐる議論では、日本の資料をかくために、もっぱらドイツの資料を援用していた」（岡田 2002：190）。「精神病医に断種法の問題をはっきりつきつけたのは、1921年5月の東京精神病学会における Martin Barr の講演『精神薄弱の予防』である」（岡田 2002：190）と述べている。その後、ドイツでは1933年にヒットラーが首相になり、遺伝病子孫予防法を制定しており、1940年には不治の患者に対する「安楽死作戦」<sup>42</sup>がおこなわれている。

その他にも、第1次世界大戦後は経済が低迷し、それに追い打ちをかけるように1923年に関東大震災がおき、1929年には金融恐慌により銀行の休業や倒産が相次ぐなか、1929年には金の輸出を禁止したがデフレとなり昭和恐慌に陥ってしまう。そして、1932年に犬養毅首相が海軍青年将校らによって暗殺されると、海軍出身の斎藤実が首相となり軍部の発言力が強まり、1933年頃には自由に発言できない社会になってしまい、1938年には国民総動員法が制定され、1939年には米穀配給統制法が公布されている。

## 第2項 法律の誕生とその他の動向

### 1) 精神病患者監護法の制定

1900年7月1日に精神病患者監護法が施行されたことで、精神障害者に関する独自の法律が誕生する。この精神病患者監護法が施行された背景には、当時の社会情勢と政府による国内法整備や、諸外国との不平等条約改正などの問題が影響していたとされている。精神病患者監護法について岡田は、「精神病患者の取り扱いにつき各道府県ごとの規則などはあったが全国的なものではなくて、相馬事件の影響もあって全国的な統一的な法律が要求された、条約改正（治外法権撤廃）をひかえて対外的にもそれが急務であった」（岡田 2002：139）と述べている。また広田は、「1899年に予定されていた諸外国との不平等条約の改正を背景にした国内法整備の一環でもあったとみることができる。・・・新条約は各国との通商航海条約を主体としたものであり、それだけに開港場での治安確保は緊急の課題であった。精神病患者監護法審議にあたって、政府答弁が治安の確保、殊に開港場での精神病室設置の準備を強調した理由のひとつには、この改正条約実施が背景にあったことは否定できない」（広田 2004：17）と述べている。しかし、宇都宮の意見はすこし異なっており、「明治政府の重要課題が、法治国家における国内法の整備と法の遵守にあり、相馬事件（1876～1892年）を背景に人を精神病患者と偽って不法監禁できないようにするという、手続きを厳密に規定

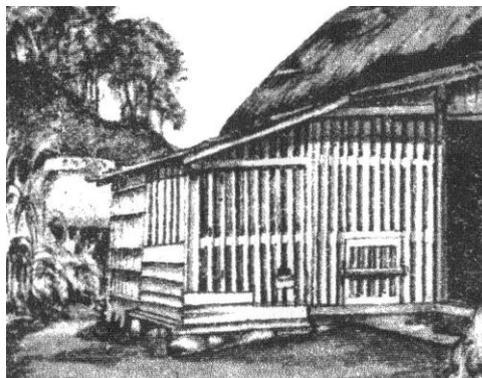
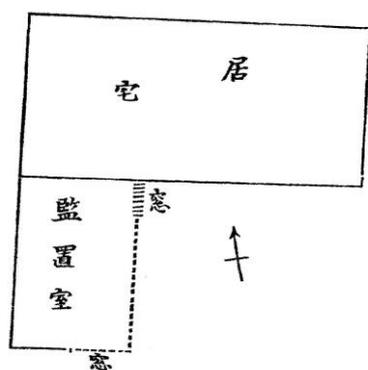
<sup>41</sup> 1940年の国民優生法は、1948年に優生保護法として公布され、1949年には改正されており、1996年には母体保護法になる。

<sup>42</sup> 「安楽死作戦」は、後にユダヤ人大虐殺に繋がっていく。

していったことが分かる。同時に、明治初年から明治政府の重大課題のひとつであった不平等条約改正と内地雑居の開始（1899年）に向けて、路上に精神病患者が徘徊していることは『国辱』であるが、人が精神病患者として不当に鎖錠されることも明治政府が目指す『文明国家』としてはあってはならないことであった。精神病患者の処遇方針は、路上徘徊予防と不法監禁予防という両面的な意味をもちながら、明治政府による新体制形成過程のなかに統合されていくこととなる」（宇都宮 2010：67）。「法の目的は必ずしも治安のための『監置』ではなく、むしろ保護対策であることが分かる」（宇都宮 2010：69）。「監護法の意義は（1）精神障害のある人の『保護』を理念とし、（2）その責任の所在を明らかにし、（3）不当な人権侵害を排除し、（4）監置の適正を図ったという点にある。しかし、（1）『監護』概念の統一性が図られず、（2）治療保護の視点が欠落している上に、（3）身体保護の具体的方策が明文化されていない等の立法上の問題を残した」（宇都宮 2011：2）と述べている。

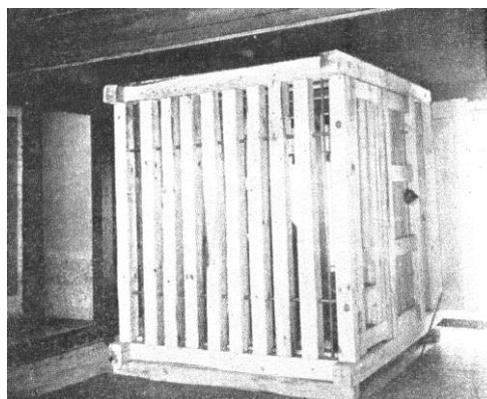
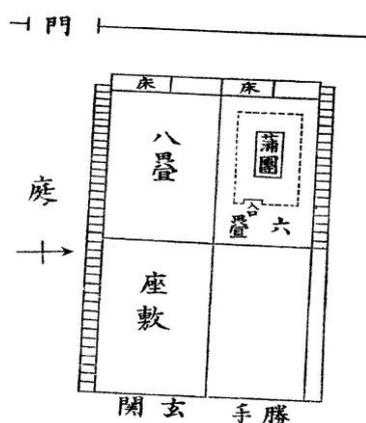
精神病患者監護法が誕生したことにより、精神障害者が監護義務者の責任により監置されるようになり、違反した場合には罰則が科せられるようになる。岡田は、精神病患者監護法と私宅監置について、呉秀三らの『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』（呉ら 1918=2000）のデータから以下のように述べている。「実例 105 例中仮監置をのぞいた 103 例につき私宅監置始期を調べると、・・・精神病患者監護法ができるまえからのものは 2 例にすぎず、1900 年には 15 例の私宅監置がはじまった。しかも、この 15 例の始期は法公布の 3 月 10 日以降である。とすると、精神病患者監護法はそれまで各府県単位でさだめられていた私宅監置および入院の手続きを全国的に一本化したものではあるが、この法律は私宅監置を促進する効果を持っていたのである」（岡田 2002：141）。「長期の監置で痴呆状態になっている者、衰弱している者もかなりある。とことが、監置は患者を一歩も外にださないようにという形で指導され、監置したうえで制縛された者、されつつある者が 7 例あり、沐浴に警察官が立ち合いを必要とするところもある。・・・私宅監置例が衛生的によい条件にあるものはほとんどなく家族の扱いも不十分で、被監置者は医療もほとんどうけていない」（岡田 2002：171）。「精神病院・精神病室がほとんどないなかで、この法律は私宅監置の監督が主体となった。しかも、その私宅監置は、精神病患者を医療ではなく、公安的隔離監禁の対象とし、それを個人の責任でおこなわせるものであった。この基本的特徴はついにないだまでつづいてきたし、現在も精神医療の底流にある」（岡田 2002：141）。精神病患者監護法は治安維持や秩序維持の目的から公布され、対象者とその責任者および違反した場合の罰則までもが明確に示されており、法律が誕生したと同時に私宅監置数が増えていることから、各家庭に頼るなかで個人の責任により監置させることを義務として定めた法律と捉えることができる。（私宅監置での監置室の様子については、呉秀三らの『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』（呉ら 1918=2000）の資料を添付しておく）

図 5-1 私宅に儲けられた監置室 1



※この資料は、呉ら 1918=2000 : 41 の資料を添付したものである。  
 ※左は監置室が設置されている場所で、右は監置室を絵描いたものである。

図 5-2 私宅に儲けられた監置室 2



※この資料は、呉ら 1918=2000 : 8 の資料を添付したものである。  
 ※左は監置室が設置されている場所で、右は監置室の写真である。  
 ※この監置室は、資産がある家に設置された監置室とされている。

## 2) 精神障害者を取り巻く状況

1901年には呉秀三によりクレペリン体系が導入され、1906年には石井昇によりクレペリン体系の教科書『新撰精神病学』が出されている。そして、1907年の病院年報からは、「狂」の字の使用が廃止されている。また、1911年にはブロイラー (E. Bleuler) が分裂病の概念を提唱し、1913年には野口英世が進行麻痺の梅毒スピロヘータ病原を確定するなどの発見もあった。

制度面においては、呉秀三が文部省令十二號について、1905年に『文部省指定學校規則を讀む』(呉 1905a ; 呉 1905b) と題して、指定學校規則の科目の中に精神病学(臨床講義共)の講義が含まれていない件に関して、具体的に11の法律を取り上げながら、わが国の医学教育における精神病学周知の必要性を訴えている。そのため、1906年には帝国會議で医學校に精神病院科設置の建議案が可決され、1908年には医学専門學校で精神病学は必修科目とされる。そのような背景があるなかで、全ての医師が精神病の知識や技術を身に付けはじめたこともあってか、1932年9月11日の読売新聞の記事には、「電話ラジオの電流狐つきは姿を消して精神病者がめつきり増えた」(ヨミダス歴史館 1932)と記載されている。また、1911年には官公立病院設置二關スル建議案が可決され、1916年には大隈重信内閣が政治と調査を直結する目的で調査機關を發足させ、1917年には保健衛生調査会第5部会が全国の精神病者の調査をし、疑似症状者も含めて在院精神病者および私宅監置精神病者の巡回をするようになる。また、1919年には精神病院法が公布されており、1923年には全面施行されている。この精神病院法について宇都宮は、「精神病院法の必要性は、精神病者の増加とそれとともに犯罪性精神病者の増加から社会を防衛する論の強まりによるものであった」(宇都宮 2011 : 17) と述べている。

### 第3項 精神医療と精神障害者

#### 1) 呉秀三とその業績

東田は、「呉秀三らは『精神病者私宅監置ノ実況』を調査し『我邦十何万萬ノ精神病者ハ実ニ批病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ』を指弾した報告は臨床医学領域における社会医学的業績の夜明けというべきであろう」(東田 1987a:viii) と述べている。また、病人史研究で知られる川上も、呉秀三の業績について以下のように述べている。「病人に最も近く客観的に見ることができる立場にいるはずの医師からのアプローチも、疾病史の枠内にとどまり、病人全体を觀察・研究する視角を欠いていたように思われる。そのため、疾病史の文献は数多いのに、そこから問題にされとりあげられた疾病の当事者である病人の全体像がはっきりすることは極度に少いといってもよい。医師の関心はあくまでも疾病にとどまり、ついに病人までは向かわなかったといってもよいであろう。その中でただ一つの例外は、呉秀三の『精神病者私宅監置』である。改めて一読し、これこそ病人史だという感銘を新たにした次第である」(川上 1982 : 5-6)。東田が「社会医学的業績の夜明け」と述べ、川上が「医師の立場から觀察・研究した唯一の当事者の歴史=病人史」と述べている、偉業を成した呉秀三についても見ておきたい。

呉秀三の祖父は洋学者の箕作阮甫<sup>43</sup>で、兄は統計学者の呉文聡<sup>44</sup>である。木村は、呉文聡について「米国の統計学を初めて我が国に紹介し、『統計学なくして政治経済なし』と断言して、生涯を一貫して統計学に捧げた」(木村 1994 : 160) と述べている。その呉文聡の業

<sup>43</sup> 箕作阮甫が亡くなった2年後に、呉秀三は生まれている。

<sup>44</sup> 呉文聡は、箕作阮甫に英語を学んだとされている。

績の一つに、国勢調査の必要性を訴え働きかけたことがある（呉不明 a; 呉不明 b）。また、木村によると「当時、『箕作の血は学者の血』だともてはやされた」（木村 1994 : 4）ともされている。箕作が学問の道に進んだ背景には、父親を早くに亡くしたために貧しい幼少期を過ごしたことや、幼少期に右臂の機能障害を抱えるほどの怪我をしたことにより剣術を身につけることが出来なくなったためとされる。そして、洋学者になってからは、新知識を持つ売国奴とされ、不安を抱えるなかで生活していたともされる。木村は、そのような箕作とその家族について「まずしっかり身内を固めたい、との意図があったのではなかろうか」（木村 1994 : 166）と述べる。文聡や秀三の母親（箕作の娘せき）についても、「今はかように何の益にもならぬことをしているようであるが、世人の迷夢が未だ醒めないのに先だって、只管勉強して置いて、国家のため学問のために尽くそうとしているのである。今一時の困窮は何でもない」（木村 1994 : 38）と言っていたと述べている。

このような家庭で育った呉秀三は、帝国大学医科大学卒業後は榊俣の精神病学教室に入り、医科大学助手および巣鴨病院医員を経て、1896年には医科大学助教授になる。岡田は呉秀三の留学先での様子について、「1897-1901年と、オーストリア、ドイツに留学し、オーベルシタイネル（H.Obersteiner）からは精神解剖学を、クレペリン（E.Krapelin）からはあたらしい精神病学の体系を、ニルス（F.Nissl）からは神経細胞染色法をまなんだ。また多くの精神科病院を見学し、開放的な病院経営の理念を会得した」（岡田 2002 : 163）と述べている。1901年の帰国後は、片山國嘉から精神病学の講義と東京巣鴨病院の院長を引き継ぐと、診断にクレペリン体系を取り入れ、手錠、足枷、鎖などの拘束具の使用を禁止し、不潔室を廃止し、構外運動や仮出院制度を取り入れ、患者学校の設置や、「狂」という字の使用を廃止するなど、人道的支援による医療に取り組んでいる。そして、1902年には呉秀三の主唱により、ドイツの国立精神病院の外郭団体であるヒルフス・フェルアインの婦人団体をまねて、日本で最初の精神衛生運動体となる精神病患者慈善救済会<sup>45</sup>が創設されている。また、1902年には呉秀三と三浦謹之助とで、日本神経学会（日本精神神経学会）を開催し、「神経学雑誌」も発刊している。その他にも、1910年には東京帝国大学医科大学精神病学教室によって私宅監置の実態調査をおこなっており、1918年には『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』（呉ら 1918=2000）として発表している。この調査では、統計を使用して私宅監置の実態を述べていることから、医療史における統計調査の嚆矢とも言われており、岡田はこのような呉秀三の活躍に対して、「文聡を兄にもったことは、先生の視野を全国的なものにたえずひろげさせていたに相違ない」（岡田 1982a : 50）と述べている。そうしたことからしても、呉秀三は呉文聡の影響を受けるなかで実態調査をおこない、精神障害者の置かれている状況を統計的に整理し、論文としてまとめるに至ったのではないかと思われる。

---

<sup>45</sup> 大隈重信夫人が、長期間会長を務めている。

## 2) 精神病者の治療

精神病者の治療について、岡田の研究(2002:184)を参考にしながら医療技術の発展も含めて見ていきたい。1903年には、当時看護人の給料は紡績女工よりも安く腰を据えて働く人が少なかったこともあり、東京巣鴨病院では看護人教育がおこなわれるようになる。1911年には呉秀三や三宅鑛一により、サルヴァルサン 606 号<sup>46</sup>が使用されるようになり、1919年には森田正馬が神経質療法を実施し、1921年には東京松沢病院で加藤普佐次郎により作業治療と開放治療がおこなわれている。その後も、神経質療法(森田療法ともいう。「あるがまま」を受容し、自然治癒力を促す治療法)、持続睡眠療法(薬物により睡眠する治療法)、マラリア療法(マラリアに感染させる発熱療法)、硫黄療法(発熱療法)、温熱療法、カルジアゾール痙攣療法、電気痙攣療法など、様々な治療法が開発されている。

そうしたなかで、1941年には田中瑞穂、田中憲二、坂井佐次郎により、前頭葉切除の手術(以後ロボトミーとする)がおこなわれる。ロボトミーとは、ポルトガルのモニス(E.Moniz)<sup>47</sup>が1935年に開発し、1936年に発表した手術である。大熊は、このロボトミー手術について「方法は、左右のこめかみより少し上に直径一センチほどの穴をあけ、そこからヘラをさしこみ、前頭葉の神経線維の部分を切る。この前頭葉は想像力や計画性など高等な精神を宿しているところといわれる。だから、この手術で、人間の性格を変え得るのである」(大熊1981:215)と説明している。また岡田は、「ロボトミー(前頭葉白質切截を中心とする精神外科)が精神科で盛んになったのは、1947年からで、その頃から外科医ではなく精神科医によって行なわれることもふえた(戦地で外科術を行なしてきたことが、精神科医を大胆にした、という要因も指摘されている)。一時期はロボトミーが乱用されたといってもよく、他治療をほとんどうけていない患者にそれが適用されたり、また、ロボトミーされたといっても、骨だけに痕があつて脳が無傷な例もあちこちで経験された」(岡田2002:205-206)と述べている。そして東中須も、鹿児島県立保養院でロボトミーがおこなわれていた様子について、以下のように記している。「当時の治療は、睡眠療法とマラリア療法が主流であった。また、手術室があり、ロボトミーが日常的に行われており、実施数は精神科分院の移転<sup>48</sup>までに約300例以上があった。・・・ロボトミー治療は1995年にかけて積極的に行われ、年間150例実施した年もある」(東中須2009:62)。大熊は、このようなロボトミー手術を受けた後の状態や、その後について以下のように批判している。「ロボトミー手術そのものも安全ではない。絶命もあるし、癲癇の後遺症になやまされることもある。手術で廃人にされたために、決定的に退院できなくなって、鉄格子の中で余生を送っている人を捜すのにそれほど骨は折れない。・・・しかし手術の結果、無数の廃人がつくり出された。『精神病はなおった。ただ、その患者は廃人になった』というわけだ。・・・

<sup>46</sup> サルヴァルサン 606 号は、1910年に秦佐八郎とエールリヒ(P.Ehrlich)らにより開発された梅毒治療薬である。

<sup>47</sup> モニスは、1949年にロボトミーを開発したことでノーベル賞を受賞している。

<sup>48</sup> 1943年(昭和18)年2月に、用地約21,637㎡病床150床で完成した旧重富村(現始良市)に移転している。

しかしながら、忘れてはならないのは、精神科医のだけ一人、ロボトミー被害者としての患者から告発されていないということだ。それもそのはずだ。『困った事態に直面しても、心底から深刻に考えたり、悩んだりしない』人間につくりかえられてしまった患者が、どうして告発することができるだろうか」(大熊 1981 : 215)。これらのことからして、ロボトミーは、多くの精神病患者の人格や人権を奪ったということが伺えてくる。

その他のこの時期の治療の特徴としては、GHQによって滝治療が禁止され、1949年には東京松沢病院で石井順子により作業治療(主に、応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための作業)が開始されている。

### 3) 戦争と人権

近代後期の特徴としては、日露戦争、第1次世界大戦、関東大震災、第2次世界大など、歴史的にも大きな戦争と災害にみまわれた時期である。1923年の関東大震災によって精神病学教室と附属病院の予算は復興にまわされ、松沢病院では物価騰貴にともない労働争議が発生している。また、石丸病院は1939年に軍の修練道場に指定され休院したのち廃院になり、加命堂病院も1944年に軍に接收され廃院になっている。

川上は、戦時中の人権について、「すべてに軍事が優先する体制の下では、兵士の生命が“馬より安い一銭五厘”<sup>49</sup>といわれたくらいに、生命尊重の思想は弱かったが、これは軍隊に限られたことではなく、一般社会でも本質的には同じことが様々な形をとって行われていた。その場合、とくに貧困者・遊女・タコ部屋労働者・部落差別などでの権利無視がめだっている」(川上 1982 : 52)と、軍国主義のなかで人権に対する意識が低下していたと述べている。また、東中須も1940年頃の鹿児島県における精神障害者の様子を調査しており、当時の様子について以下のように記録している。「当時の衛生行政は警察部の衛生課で管掌されていた。当時鹿児島県下各地の警察署に登録されていた監置患者の数は300名に近かった。健康保険制度も普及するに至らず、現鹿児島市草牟田町の城山に通じる歩道の傍には、私宅の監置に余裕のいない家庭の患者のために、数個の監置室を設けた私設の精神病患者の預かり所が建っていた。山際には20人ばかりの囲いのある部屋があって、そこに暴れる人を収容していた。食べ物は一日に1回であった。動かないように足かせ・手かせしており、排泄は垂れ流しでまことに不潔な状況であった」(東中須 2009 : 61)。当時は一般市民の生活も困窮していたため、家庭で精神障害者を支える余裕がなかったのではないかと推測することができる。

### 4) アジールとしての精神科病院と精神病

筆者が、日本精神医学資料館を見学に行ったとき、たまたま館内を案内して下さったE氏<sup>50</sup>は、F病院の近くで生まれ育っており、幼少期に体験した第2次世界大戦のことを思い

<sup>49</sup> 一銭五厘とは、当時の葉書の切手代のことである。

<sup>50</sup> E氏は幼い頃、F病院の近くに住んでいた。昭和26年から、F病院の事務として退職まで勤務する。

出しながら、当時の F 病院の様子について以下のように話して下さった。「戦時中はどこも食糧難であったため、食料不足での死亡<sup>51</sup>は精神科病院に限った事ではなかった。F 病院には爆弾が落とされることはほとんどなかった。だが一度だけ、近くの工場に落とすはずの爆弾が、敷地の端に誤爆で 2~3 発落ちたことがあった。当時は、近くの住民は空襲になると F 病院へ駆け込んでいた」。この話から F 病院は近隣住民にとっては、空爆を防げる安全な場所であったことが伺えてくる。

そしてこの話からは、「アジール」という言葉が連想される。小俣によると、『アジール』(Asyl, asylum) という言葉は、もともと『隠れ家』を意味するギリシア語のアスロース(asūlos) に由来する。そこから避難場所、退避所、安全地帯、救護所、収容施設などの意味が派生した。それゆえアジールは元来、何らかの理由でそこへ入る人間を匿って保護するという性質をもった場所または施設であり、通常は人目につかぬ場所にひっそりと存在するものと考えることができる。・・・ヨーロッパでは一九世紀に入ると一部の精神病院が実際にアジール(アサイラム)の名称をもって現れてくる」(小俣 1998: 222) としている。また阿部も、「古代、中世の社会では、たとえば神殿は聖なる場所でしたから、そこにはいった者にもその聖性が移ると考えられていたのです。人を殺したり、泥棒をしたりして追いかけている人が神殿の中に逃げ込んだらあい、追っ手は神殿をとり巻いて、犯人が出てくるのを待つのです。神殿にはいって捕えることはできません。・・・神殿内には水も食料もありませんから、囲い込んで待っていれば、飢えと渇きのために犯人はいずれは出てこざるをえないのです。・・・このような空間をアジール(聖地、避難所)とといいます」(阿部 1988: 113-114) と述べている。こうしたことから当時の F 病院は、空爆で混乱しているなかにおいて、アジールとしての役割を担っていたのではないかと推測できる。

また、アジールを連想させる出来事として、1946 年の極東国際軍事裁判における大川周明の処遇がある。大川は極東国際軍事裁判の 1 日目に泣き出す、拝む、前列にいる東條英機の頭を叩くなどの行動をして退場させられている。2 日目も、同様の行いをして退場させられている。その後は精神鑑定をするために退廷し、梅毒と診断されたため東京松沢病院に入院し 1947 年 4 月に免訴となり裁判から除外される(小林 1983: 前編)。しかし、入院中にコーランの全文を翻訳していることから、精神的な病いを装っていたとも思われる。これらの二つの出来事からして、国際的な場面、公式な場面では、精神科病院や精神的な病いになるということは、アジールとしての役割を果たしていたと見ることもできる。

#### 第 4 項 小括

わが国は、1904 年の日露戦争で欧米諸国の技術や知識を巧みに利用することで勝てるということを示し、国際連盟においては常任理事国となり国際的な地位を確立していく。し

---

筆者が、2012 年 2 月 4 日に日本精神医学資料館に伺い話を聞いた。

<sup>51</sup> 東京松沢病院の入院患者死亡率をみると、第 2 次世界大戦が始まった 1939 年は 12.49%で、終戦の 1945 年には 40.89%になっている。この死亡率の原因は、食糧難の影響によるものとされている。

かし、第2次世界大戦で敗戦したことで、戦後はGHQによる間接統治国になる。

1900年に精神病患者監護法というが〈枠〉＝カテゴリーが誕生してからは、精神障害者の私宅監置数は急速に増えはじめ、1919年には精神障害者の犯罪から社会を防衛するためと、貧困患者の救護を目的として精神病院法が公布されている。その頃になると様々な法律が整備されはじめているが、精神障害者はそれらの法律において欠格条項の対象となり排除されている。しかし、法的には精神障害者の定義は定められておらず、精神障害者と判断し監置するには、個人の〈何か変わっている〉〈おかしい〉〈普通とは違う〉〈変な人〉という、〈常識〉や〈共通の感覚〉からズレていると感じ取った違和感をもとにした判断や、医師の診断に頼らなければならなかった。もちろん、第三条<sup>52</sup>により勝手に監置することは許されており、監護義務者に該当する立場の人達は、その責任から過敏な対応をせざるを得なかったとも思われる。

また、医療の面においても、医学の基礎知識の一つとして精神医学が必修科目と認定され、明確な診断基準も導入されはじめたことで、精神障害者と呼ばれる人達の〈枠〉＝カテゴリーが明らかになりはじめた時期と見ることができる。そうした、精神障害者のカテゴリーが明確化したことで、スティグマも明らかになり、治療という名目での差別も現れはじめている。一般市民にとっても、精神障害者に関連する法律の誕生にともない、監護義務者という形の〈枠〉＝カテゴリーによって、精神病がより身近な病気になりはじめており、精神障害者に対するスティグマも明確なものとして存在するようになり、差別も見られはじめている。だがその一方で、精神障害者の置かれている実態を把握し、人道的支援を試みようとする動きも見られる。人権に対する意識が低く、精神障害者を支える余裕がなかった時期もあるこの時代において、精神科病院や精神病がアジールとしての役割も果たしていたということも伺えてきた。

#### 第4節 1950年の精神衛生法から1979年まで

第4節では、戦後の混乱期を経た1950年から、高度経済成長期を迎え安定期に入る1979年までを中心に考察する。この時期は、戦後の復興期を乗り越え経済発展を遂げながら、1964年には東京オリンピックが開催され、1970年には大阪万博が開催されている。1956年の経済白書では「もはや『戦後』ではない」（経済企画庁1956：42）と記載されており、家庭においては白黒テレビ、洗濯機、冷蔵庫の三種の神器<sup>53</sup>が新たな時代の象徴となり、白黒テレビがカラーテレビに移り変わりながらも、1980年頃までには100%近く普及している。しかし、重工業化の発展にともない多くの公害も発生しており、1960年代になると四

<sup>52</sup> 精神病患者監護法の第三条では、「精神病患者ヲ監置セムトスルトキハ行政庁ノ許可ヲ受クヘシ但シ急迫ノ事情アルトキハ仮リニ之ヲ監置スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ二十四時間内ニ行政庁ニ届出ヘシ」と書かれている。

<sup>53</sup> 1960年代前半は、白黒テレビ、電気洗濯機、冷蔵庫が三種の神器とされていた。1960年代後半は、カラーテレビ、クーラー、乗用車が三種の神器とされている。

大公害裁判<sup>54</sup>を筆頭に様々な提訴がおきている。こうした時代のなか、精神障害者を取り巻く環境にも変化がみられ、治安を目的とした私宅監置の時代から医療による収容の時代に入っていく。広く人権に関する問題意識が持たれるようになっていくなかで、精神保健医療福祉の分野においても全家連が誕生しており、精神科病院では解放運動がおこり、精神障害者に対する処遇改善の訴えもおこりはじめている。

## 第1項 経済成長を迎えて

### 1) 世界における人権問題への取り組み

第2次世界大戦の反省により多くの課題が浮き彫りになり、1966年には国際人権規約が採択されており、1948年の世界人権宣言<sup>55</sup>と併せて国際憲章が完成している。また、1947年にはニュンベルク綱領が発表されており、1964年の世界医師会第18回総会ではヘルシンキ宣言<sup>56</sup>が採択されている。そして、1971年には知的障害者の権利宣言が、1975年には障害者の権利宣言がおこなわれている。

その他にも、各国においても様々な取り組みがおこなわれており、1953年にはデンマークのバンクーミケルセン (N.E. Bank-Mikkelsen) によって、ノーマライゼーションの理念<sup>57</sup>が提唱されており、1963年にはアメリカ合衆国で精神障害者対策の改新と拡充が急務であるとケネディ教書が出され、ウィスコンシン州では1970年には病院で提供される機能を地域に移行したACT (Assertive Community Treatment : 包括的地域生活支援) が誕生している。またイタリアでも、1978年に精神病者を地域で治療する目的で、法律第180号 (通称バザーリア法) が誕生している。

### 2) 異議と訴え

わが国は、1951年にサンフランシスコ平和条約と日米安全保障条約に調印したことで主権を回復した。また、1950年の朝鮮戦争による特需をきっかけに経済成長を迎え、1960年には池田勇人内閣による所得倍増計画により各家庭では三種の神器が普及しはじめるが、1952年にはデモ隊と警官隊が衝突するメーデーや、1953年1959年の三池争議および四大公害裁判をはじめとする公害裁判など、多方面で異議や抗議による訴えがおきはじめる。

異議や抗議による訴えは、医療や福祉の分野においてもおきており、医療の分野では1963

<sup>54</sup> 四大公害裁判とは、新潟水俣病、四日市ぜんそく、イタイイタイ病、水俣病のことである。

<sup>55</sup> 日本も1951年の対日講和条約で、目的実現の努力をすると宣言している。

<sup>56</sup> ヘルシンキ宣言では、「医学研究の対象とされる人々を含め、患者の健康、福利、権利を向上させ守ることは医師の責務である。医師の知識と良心はこの責務達成のために捧げられる」とされている。

<sup>57</sup> ノーマライゼーションは、1953年にデンマークのバンクーミケルセンが書いた社会大臣宛「親の会要請書」のなかで最初に使われた言葉である。バンクーミケルセンは、第2次世界大戦中に強制収容所に収容されていた。その後は、精神薄弱福祉課に勤務している。当時の精神薄弱児施設は、隔離的で保護主義的な施設であった。そして、大勢が詰め込まれ無差別に優生手術が実施されていた。そうしたなか、知的障害者親の会の要請を受けバンクーミケルセンがプライベートな立場から、社会省へ出した文章の見出しが「ノーマライゼーション」である。その後、スウェーデンのニーリエ (B. Nirje) が、ノーマライゼーションの八つの原理として発表している。

年にインターン闘争がおきており、1966年には青年医師連合がインターン制度の廃止を求めて医師国家試験をボイコットしている。福祉の分野では、1946年に誕生した生活保護制度で結核のために入院をしていた朝日茂氏が、入院患者の日用品費代が月600円では生活ができないとして、1957年に訴訟（以後、朝日訴訟とする）をおこしている。岡田の資料（2002：214）表5-1から、朝日訴訟により問題になった生活保護者の入院患者日用品費の変遷を見てみると、1954年までは一般病院と精神科病院の生活保護者の入院患者日用品費は350円で同額であったが、朝日訴訟がおきた1957年には一般病院は600円であるのに対して、精神科病院の入院患者はそれより低い400円になっている。一般病院において入院患者日用品費が少なく生活が困難であった時代、精神科病院の患者はそれより厳しい生活を強いられていた。1957年の訴訟以降、一般病院の入院患者日用品費は増えはじめるが、精神科病院においては一向に変化することはなく、増えたとしても一般病院よりも常に低い金額で設定されている。一般病院と精神科病院における生活保護の入院患者日用品費の格差は、1974年まで続いている。この入院患者日用品費を見るだけでも、精神障害者は差別されていることが伺えてくる。その他にも、大熊一夫の精神科病院入院のルポルタージュ（1970年＝1981）や、小林美代子の小説（1971）が第14回群像新人文学賞を受賞したことなども、精神科病院への入院体験を通して、その実態を新聞や書籍にて公表し、精神障害者の置かれている立場の改善を求める訴えの一つの形として捉えることもできる。

表 5-1 生活保護法による入院患者日用品の変遷

年月	一般病院(円)	精神科病院(円)	割合
1949	350	350	100%
1954	600	600	100%
1957	600	400	67%
1958	640	400	63%
1959	670	400	60%
1960	750	400	57%
1970	4,295	3,435	80%
1974	7,920	7,920	100%

※岡田（2002：214）の資料をもとに筆者が作成。一般病院と精神科病院における数字は、入院患者日用品における月額である。割合は、一般病院100%に対する精神科病院患者への支給率である。

## 第2項 医療的色合いの濃い時代

### 1) 精神衛生法の制定とその改正

1950年に精神衛生法が誕生したことで、精神病者監護法では記載されていなかった精神障害者の定義<sup>58</sup>も明記され、それまで主流であった私宅監置制度は廃止され、公安的色合いが濃い制度から医療的色合いが濃い制度へと移り変わっていく。精神保健福祉研究会は精神衛生法<sup>59</sup>について、「戦後は、欧米の最新の精神衛生に関する知識の導入があり、かつ、公衆衛生の向上増進を国の責務とした新憲法の成立により、精神障害者に対し、適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年に『精神衛生法』が制定された」（精神保健福祉研究会 2007a : 23）としている。高柳らは「当時のこの法律の骨格の一つは、第二次世界大戦後の病床不足と経済的な貧しさゆえに放置されていた患者の収容を主眼とした措置入院制度（第二十九条）と指定病院制度（第十九条の八）にあつた」（高柳ら 2007 : 1）と述べている。

1954年の精神衛生法の一部改正では、精神科病床の不足問題への対応策として<sup>60</sup>、国庫補助規定が重要視されている。また、1958年には「精神科特例」が通知されたことで、精神科病院の職員は医療法で定めている職員の配置以下でも良いとされるようになる。そして、1961年にも精神衛生法の一部改正がおこなわれており、この改正について高柳らは「精神衛生法が成立しても、しばらくは措置入院費が健康保険と別建てだったこともあって、措置入院率はあまり増えなかった。昭和三十六年（1961年のこと）によつて措置入院医療は健康保険に準ずることになったのだが、同時に措置入院費に対する国の補助費が引き上げられ、措置入院へのなだれ現象が政策的につくられていった。いわゆる『経済措置』と呼ばれる現象であり、・・・この年代から精神科病院の建設ブームとともに様々な矛盾があらわれるようになったのである。強制入院システムと病院収入がストレートに結びついたため、精神科病床は昭和三十年代前半から四十年代前半をとおして年間二万～三万床といったペースで増加し、精神科病院をめぐる不祥事が問題となってくる」（高柳ら 2007 : 168）と述べている（精神科病院が急速に増えていった状況を表すものとして、図5-3を示しておく）。

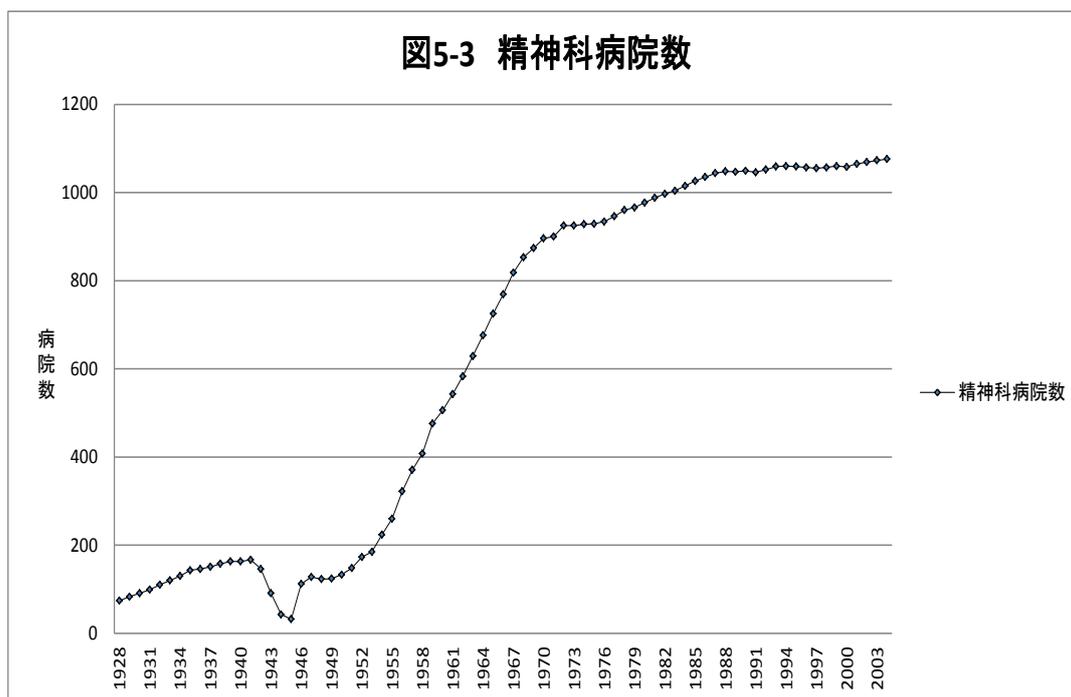
その後も1965年に、精神衛生法の一部改正がおこなわれている。しかし、この改正の背景について精神保健研究会は、「昭和38年には画期的な精神障害者の実態調査が行われた。この調査によつて全国的な精神障害者の数、医療の普及度等が明らかになり、25年制定の精神衛生法は、このような状況の推移、社会情勢の著しい変化、精神医学の目覚ましい進

<sup>58</sup> 精神衛生法第3条で、「精神病者（中毒性精神病者を含む）精神薄弱者及び精神病質者をいう」と定義される。

<sup>59</sup> 高柳らによると、「精神衛生法の素案は青木義治が昭和二十三年頃につくり、設立間もない日本精神科病院協会に中心人物、植松七九朗、金子準二によつてまとめられ、議員立法として二十五年に成立した」（高柳ら 2007 : 167）とされている。

<sup>60</sup> 精神衛生法改正により、第6条の2に「国は、営利を目的としない法人が設置する精神病院及び精神病院以外の病院に設ける精神病室の設置及び運営に要する経費に対して、政令の定めるところにより、その二分の一以内を補助することができる」という一文が加わった。

歩という新しい事態に対応し得なくなってきたので、精神障害の発生予防から、治療、社会復帰までの一貫した施策を内容とする法の全面改正の準備がなされていた。その折しも、39年3月、ライシャワー事件が発生し、精神障害者の不十分な医療現状が大きな社会問題となり、そのために準備中の法改正の必要性に一層の拍車が掛けられた結果、精神衛生法の一部改正が40年6月に行なわれた」（精神保健福祉研究会 2007a：24）としている。精神衛生法の一部改正に大きな影響を与えたライシャワー事件とは、統合失調症の少年に駐在大使が刺傷された事件である。当時、厚生省に勤務していた大谷は「当時は池田（勇人）総理でしたが、総理から、『野放しの患者を見つけて、すべて病院に入れるようにせよ』。極端な話ですけど、『お金はいくらかかってもいいから、この際、全部入れてしまえるような法改正をやれ』」（大谷 2005：278）との達しがでたと述べている。大熊もまた、世間では「“精神障害者を『野放し』にするな”の嵐が巻き起こった」（大熊 2009：21）と述べている。当時の首相を筆頭に、社会全体で精神障害者を隔離しようとする動きがおき、精神衛生法の一部改正がおこなわれているが、売血による輸血用血液の問題を含む国の責任や、国際問題へと発展する可能性を、精神障害者に押し付けるために法改正がおこなわれたのではないかと見ることもできる。



※ 新版日本長期統計総覧第5巻（総務省統計局 2006：242-245）をもとに筆者が作成。

## 2) 生活療法と薬物療法

1947年頃からロボトミーが盛んにおこなわれるようになり、1950年頃からは武蔵野病院でロボトミー後の生活療法（術後の好ましくない面を、訓練や教育によって向上させるこ

とが目的におこなわれた)がおこなわれている。そして、1953年からはレクリエーション療法(自発的に楽しみ遊ぶことの効果を利用する療法)が盛んになりはじめている。

1952年には東京都立松沢病院の男性病棟で1907年に呉秀三が廃止した不潔病棟が復活し、1954年には女性病棟でも復活している。この不潔病棟の実状について、東京都立松沢病院で不潔病棟の担当医を経験したことのある岡田は、以下のように述べている。「ここでわたしが都立松沢病院一単科の精神病院ですが—ここにつとめていたときの経験をちょっとお話しします。はじめ四年間うけもったのが、不潔病棟と通称された六〇名定員の男性病棟でした。一九五二年七月に開棟されたこの病棟には、たたみもない、たれ流してもいいように流しのついた部屋がいくつもある、・・・そこで一部の患者さんたちは便所にいかないで、布団のすぐわきの流しに大小便をする。・・・病状がよくなってきた患者さんを治療条件のもっとよい病棟にうつそうとしても、『あの病棟の患者さんでは』としぶられる。・・・生活能力がある病棟の水準よりもおちる患者さんがでるとその病棟でできるだけ治療しようとはせずに、この『不潔病棟』にまわされてきてしまう。・・・けっきょく、『不潔病棟』は差別されている精神病院のなかでの差別されるものとしてあったわけで」(岡田1972:48-49)とされており、患者の症状により治療や支援内容が異なる病棟があり、精神病患者は病棟によっても差別されていたようである。

その他の治療として、1952年にはアメリカでDSM-I<sup>61</sup>が作成されており、フランスでは抗精神病薬<sup>62</sup>のクロルプロマジンが発表されている。わが国においても、1954年には抗精神病薬の治験が開始され、レセルピンおよびジスルフィラムの抗精神病薬の導入がはじまり、1955年には抗精神病薬が発売されたこともあり、薬物療法が積極的に治療に取り入れられはじめている。1956年には小林八朗らにより生活療法が提唱されるようになり、1960年には精神科看護の教科書に生活療法という言葉が登場している。しかし、岡田はこの時期に出版している著書で、生活療法について以下のように述べている。「一般人の社会生活はおおきく幅のある流動的なものです。・・・生活療法の優等生のほうが退院させにくい、つまり生活療法が反治療的だという結果をうみだしているのです。形骸化された生活療法は治療ではなく患者管理だといわれる理由も、ここにあるのです」(岡田1972:47)。その後、1957年には国立肥前療養所の伊藤正雄が、第1回病院精神医学懇話会でオープンシステムについて報告したことから、部分的な開放(開放病棟を設ける)による第1次開放化運動がおき、1965年頃になると院内寛解という言葉が盛んに使われるようになりはじめ、1970年頃からは閉鎖病棟の開放を求めて第2次開放化運動がおきている。

これらを見る限り、生活療法と薬物療法および治療や支援内容により、開放度が異なる

---

<sup>61</sup> DSMは、アメリカ精神医学会が発表した精神疾患と統計のためのマニュアルである。その他にも、1900年に国際統計協会によって設けられ、1990年に世界保健総会で採択されたWHOによる疾病および関連保健問題の国際統計分類ICDがある。

<sup>62</sup> 南山堂医学大辞典によると、「抗精神病薬の原型はクロルプロマジンである。抗精神病薬の特徴は意識水準の低下をさせずに情動を鎮静させ、周囲への関心を低下させることにある」(南山堂2006:802)とされている。

病棟や不潔病棟などにおいて精神病患者は病院内でも区別されはじめ、差別されていたことが伺えてくる。しかし、現在の精神科病院でも、隔離室（策のある部屋にトイレとベッドだけがあり、監視カメラが設置されていることが多い）、閉鎖病棟（病棟への出入り口にカギがしてあり、患者自身では病棟へ出ることは出来なくなっている）、開放病棟（病棟への出入り口のカギが昼間は開いており、患者の症状にあわせて病棟の外に出られる）などの病棟があり、患者は病状などによって分けられている。

### 3) 薬物療法の実態

この時代の特徴の一つに、抗精神病薬が治療に導入されたことがある。大月は、「抗精神病薬の始まりは Chlorpromazine<sup>63</sup>と reserpine である」（大月 1996 : 1）。「フランスの海軍病院の外科医 Laborit は、外科手術の際、Phenothiazine 系抗ヒスタミン薬である promazine を麻酔候補薬として使用すると、術後のショックが軽減することを認め、これが鎮静催眠作用とは異なった、中枢性の自立神経安定作用によるものと考えた。・・・患者が意識低下や睡眠状態ではない覚醒した状態で、周囲の出来事に無関心になることに注目し、精神科領域での使用をすすめた。・・・引き続いて、Delay と Deniker ら（1952）は、Chlorpromazine 単剤の投与を始めた、この薬が精神分裂、躁病などの精神病に明らかに有効であり、従来の麻酔薬、睡眠薬とは異なり、覚醒した状態で静穏効果を持つことを確認した」（大月 1996 : 1-2）と述べている。1958 年にはヤンセン（P.Janssen）が、ブチロフェノン誘導体のハロペリドール<sup>64</sup>がクロルプロマジンの 50 分の 1～100 分の 1 で効果が見られることを発見し、1962 年にはベルギーなどで発売されている。1984 年にはセロトニンとドーパミンの両者に拮抗するリスペリドンが合成され、比較的副作用の少ない非定形抗精神病薬が誕生している。

だが、当時の向精神病薬<sup>65</sup>の広告を見てみると、1951 年の精神神経学雑誌第 2 号の表紙裏（精神神経学雑誌第 2 号 1951）に記載されているフェノバーウ・スコポラミンの広告では、見出しに「麻薬に非ざる！強力 鎮静催眠剤」と記載されており、「強力なる鎮静、催眠作用あり」「精神科用及一般内外婦人科用として好評あり」と記載されている。また、1959 年に医学書院から発売されている、精神医学第 1 巻（1959）に記載されていたパスタカールの広告では、「鎮静・冬眠療法剤」と太枠の拡大フォントで目立つように記載されており、「優れた作用と広汎な適用 優秀な自律神経安定作用と強力な中枢神経鎮静作用により、内・小児科 外科 産婦人科 精神々径科 皮膚科等、臨床各科に極めて広い応用面を有し、とくに本剤の特徴として副作用が少ない事は優れた効果と共に臨床医家各位により広

<sup>63</sup> クロルプロマジン、わが国では 1955 年から発売されている。

<sup>64</sup> ハロペリドールは、わが国では 1964 年から発売されている。

<sup>65</sup> 向精神病薬とは、「脳（中枢神経系）に作用して各種精神障害の治療に使用される薬物を総称して向精神病薬（Psychoactive drug）と呼ぶ」（上島ら 2007 : 321）とされている。ちなみに抗精神病薬は、「おもに統合失調症の治療薬として使用される・・・すなわち抗精神病薬はドーパミン受容体の拮抗薬である」（上島ら 2007 : 330）とされている。

く賞讃を浴びている」と記載されている。これらを見る限りではあるが、二つの薬を服用すると普通の睡眠とは異なる強力な催眠に襲われることが推測でき、それが治療の一つとして使われていたと思われる。これらの薬は他の治療においても応用可能な万能薬のように記載されていることから、誰でも服用する可能性があったことも伺えてくる。その他にも、1963年の精神分析研究 VOL.X NO.3（日本精神分析学会 1963）の裏表紙に記載されているレボトミン（レボメプロマジン）の広告では、特徴として「傾眠作用が強いので、精神症状によっては有効に応用することができる」「分裂病欠損状態としての性格変容に対しても有効な場合がある」と記載されている。この、「傾眠作用の応用」と「性格変容に有効」との言葉から、個人的な感想ではあるが安易に服用したくないという思いや、服用するにあたって正しい説明がおこなわれていたのかという疑問が浮かびあがってくる。

大熊は、精神科における薬物療法について「精神医療の世界には『くすり漬け』という恐ろしい言葉がある。医学の美名にかくれて、患者に向精神病薬（主として興奮を鎮めるくすり）を必要以上にじゃんじゃん飲ませることである。患者はボケて、動作も鈍る。だから病院は管理に手がかからない。人件費も浮く。投薬量がふえるほどに儲けも伸びる。しかも密室のなかで行なわれるから、外部から疑問をさしはさまれる心配も少ない。精神障害者への数々の虐待の中でも、最も陰湿なのが、この『くすり漬け』だと私は思う」（大熊 1981：120）と述べている。岡田もまた、薬漬けを薬しばりと呼び、「かつて精神障害者は鎖につながれ手かせ・足かせをつけられていた。いまはそのような物理的拘束具はつかわれぬが、かわりに科学的拘束具がつかわれているのだ、それは神経安定剤とよばれ、詰め込み管理をやりやすくして、しかも基準薬価との購入価格との差額によって確実に利益をうみだしていくのです」（岡田 1972：17）と述べている。

この時期には、1950年に精神衛生法が施行されたことで精神障害者が医療によって隔離されるようになりはじめており、1958年に精神科特例の通知により精神科病院の専門職の配置は、医療法で定めている職員の配置以下でもよいとされ、精神障害者は病院のなかで薬物によって管理しやすくされてしまっていたようである。

### 第3項 医療における精神障害者の収容

#### 1) 精神科病院事件とその批判

精神衛生法の誕生により医療的色合いが濃くなっていくなかで、精神科病院における様々な事件や事故も明るみになりはじめている。大熊は、精神科病院事件の一つである1968年の安田病院事件について、事件が発覚するきっかけとなった患者Qの事件を通して、安田病院の当時の状況を以下のように述べている。「背中一面の鯉の入れ墨は、他の患者に無言のスゴミをきかせていた。そんな威圧感が、病院側を買われたか、彼は看護補佐というポストについた。監護人を将校とすれば、さしずめ下士官というところであった。ナチス支配下のアウシュビッツなど強制収容所には、囚人を取り締まるために囚人の中から選ばれた『カポー』と呼ばれる人間がいた。ナチス親衛隊の手先として、どなりつけ、殴り、

ピンハネし、規則違反を監視した。Qはまさしく、この『カポー』であった」(大熊 1981 : 102)。安田病院事件は、Qの存在を恐れていた患者によりQが殺され、Qを殺した患者が警察に通報してほしいと看護師に頼んだことがきっかけで発覚している。

安田病院事件以外にも精神科病院事件は相次ぎ、1969年には精神科病院の長期在院患者の増大と、地域精神衛生活動の不十分さおよび精神医学的中央管理の強化を勧告した「クラーク勧告」がおこなわれ、1970年には日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し、全会員に訴える」として以下のような声明文を出している。「日本医師会の武見会長は、かつてこのような経営者を牧畜業者と非難した・・・いま一連の不祥事件を眼の前にし、われわれは残念ながら、この武見放言を謙虚に聞かざる得ない」(日本精神神経学会 1970 : 119)。「われわれはまず、精神医療に向かう自らの姿勢を正し、世の批判を招くことを極力避けるよう自戒しなければならぬと思う。患者の人間性を無視し、障害者を世間の偏見と同じく単に異常者としてのみ扱おうとする考えが、しらずしらずのうちに人間侮辱の念となって治療者の心に食い込み、日常ややもすれば安易に妥協する結果、精神医療に対する恐ろしい感覚麻痺を招くのではないか。ある経営者は公費入院患者を固定資産とみなしているという。もの言わぬ患者たち、そして多くは知識の乏しい家族、これを取巻く世間の偏見と無関心、これらの人を相手に正しい医療を遂行すべき精神科医師の責任はまことに大きいといわなければならない。理事会がこの機会に全会員に呼びかけ自粛と自覚を要望するゆえんである。・・・われわれはいまこの汚辱の歴史に終止符を打たなければならぬ。そしてあらためていま、正しい医療を進める原動力として、精神科医とは何かという問いに真剣に答えなければならぬであろう」(日本精神神経学会 1970 : 119)。また大谷は、「非政府感国際機構(NGO)である国際人権委員会は、昭和五九年八月にジュネーブで開かれた国連の差別防止・少数者保護委員会(通称「国連人権委員会」)において、日本の精神病院患者は虐待されており、不当な入院を防止するための手段がなく、市民的及び政治的権利に関する国際規約(いわゆる「国連人権規約B規約」)の第九条一項などに違反する医療が行われているときびしく批判した」(大谷 1995 : 66)と述べており、精神医療や精神障害者の人権に対して国際人権委員会からも批判されたとしている。

しかし、1969年には「クラーク勧告」がおこなわれ、1970年には日本精神神経学会が声明文を発表し、国際人権委員会からは国連人権規約B規約に違反していると批判されて以降も、精神科病院での事件は続いている。大阪精神医療人権センターのサイトと高柳ら(高柳ら 2007 : 45)の著書から、精神科病院事件の一部を取り上げてみると、1980年には大和川病院事件(看護人が男性患者に暴行、死なす)、1984年には宇都宮病院事件(患者が職員らのリンチで死亡。院長らが患者虐待、使役労働、無資格診療、違法解剖)、1989年と1994年には越川記念病院事件(患者にエアガン乱射、違法拘束、職員水増し)、1996年には栗田病院事件(院長が死亡患者の預金着服、脱税、患者虐待)、1997年には大和川病院事件(暴行死、違法入院・拘束、電話・面会妨害、使役労働、職員水増し、24億円不正受給)と山本病院事件(職員2人が女性患者の頭を壁に打ちつけ死亡)、1998年には犀潟病院事

件（違法拘束中の女性がノドに物を詰めて窒息死）と奄美病院事件（女性患者を庭木に縛る。ニセ医師が診療）および平松病院事件（女性患者を庭木に縛る。ニセ医師が診療）、2000年には朝倉病院事件（不要な中心静脈栄養、違法拘束、病室で手術）などがおきている。

## 2) 精神科病院と地域で暮らす精神障害者

精神障害者は地域でどのような存在だったのだろうか、1964年に鹿児島県でG病院を開業している、H医師に聞き取り調査をした東中須の論文（2009）をとおして考察していきたい。H医師は開業当初を振り返り、「当時は、精神病患者を収容するのにトラックを使った。事務長が運転し私と2人で日置郡（現在は鹿児島市・南さつま市・串木野市などに合併され消滅）のあたりの患者を集めてまわった」（東中須 2009：61）と述べている。H医師が開業した時期は、1954年の精神衛生法の一部改正で国庫補助が規定され、1958年に精神科特例が通知され、1961年の精神衛生法の一部改正により経済措置がおこなわれたことで、強制入院システムと病院収入が結びつき精神科病院の建設ブームがおきた時期である。

このトラックで精神障害者を集めていた様子は、一般市民の目にも留まったと思われる。一般市民は、公費入院患者がいわば固定資産と見做されていた制度的な事情などは知らずとも、『トラックに乗せられて、連れて行かれるとなかなか帰ってこられなくなる』と気が付いていたかもしれない。そして、このような状況を目にしたことで、『自分はこのトラックに乗るような人か』と、自問自答した人もいたかもしれない。また、どのような人がこのトラックに乗る対象なのか見極め、日常生活における行動に線引きをした人もいたかもしれないし、身内や知人に該当する人はいないか考えた人もいたかもしれない。また、大人が子どもに「そんなことをしたらトラックが迎えにきて連れていくよ」と言ったこともあったかもしれないし、『トラックに乗るような人にはなあって欲しくない』と思い、もしくは無意識にそう思い教育していたかもしれない。トラックが来て医師に診察され、精神病患者と診断されて連れていかれることにより、地域の治安や規律は自然と良くなるという構図が出来ていた可能性もある。しかし、一般市民にとっては恐怖を連想させる出来事の一つとして捉えられていた可能性もある。

## 3) コミュニティの形成とコンフリクト

1947年から1949年まではベビーブームがおきており、戦後の復興期から経済成長を迎えるなかで、各地でニュータウンが形成されはじめた時期である。この時期のことについて平野らは、「1960年代には、高度経済成長と地域開発施策を通じて地域社会の生活環境の破たんがすすむことにより、地域問題が過激化し、伝統的な地域社会の解体が進行した時期である」（平野ら 2001：54）と述べている。この時期には、これまでの生活様式とは異なり、1960年代から普及してきた三種の神器に加え、洋風の部屋・団地に住むことが一般市民のあこがれになっていた。また、高度経済成長のまっただなかにおいて、全国的にニュータウンの計画や新興住宅などの不動産開発もおこなわれはじめている。東田は、ニュ

ータウンのなかで生活する人達について「新しい団地では、若夫婦と乳幼児の人口割合が大きく、特有な2重の人口ピラミッドを描いている」（東田 1987a : 204）と述べている。

またこの時期には、精神科病院や精神障害者関連施設の建設ブームもおこっており、両者の間でコンフリクト<sup>66</sup>がおきている。大島らは、精神障害者関連施設におけるコンフリクトについて以下のように述べていた。「精神障害の施設に関しては、地域住民としても『精神障害』という理由だけで反対運動を起こしやすく、また他の障害では反対がおきにくい作業所などの小規模施設でも反対が起こっている」（大島 1992b : 133）。柳は、「施設コンフリクトはどこの地域でも起こりうる問題であるという前提で、計画段階から戦略的対策を用意することがぜひ必要であり、私達はこのような反対運動が精神障害者の地域生活を脅かす人権侵害であるという明確な姿勢で、断固とした態度で、取り組むべきであろう」（柳 2003 : 379）と述べていた。この時期には、地域においては精神障害者が自分達の家の近くで生活することを拒む傾向があったことが伺えてくる。

#### 第4項 小括

第2次世界大戦での出来事を教訓に国際的には人権問題への関心が強まるなかで、1948年には世界人権宣言が、1966年には国際人権規約が採択されている。わが国は戦後の復興期を乗り越え、朝鮮特需をきっかけに急速に経済成長を迎えるなかで、一般市民の生活は豊かになりはじめ、多方面で異議や抗議などによって現状の悲惨さや改善を訴える出来事がおきはじめている。

精神保健医療福祉の分野においては、1950年の精神衛生法の制定により私宅監置は廃止され、1958年に精神科特例が通知されたことで医療による収容の時代へと入っていく。そして、それに拍車をかけるかのように、1961年には精神衛生法が一部改正され、措置入院費が引き上げられ、強制入院制度と病院収入が結びつき、公費入院患者が病院の固定資産として見做されるようになる。治療の面においては、1955年に抗精神病薬が発売され病院収入と薬物療法による薬代も結びつき、『くすり漬け』という言葉がでてくるほどの大量服薬が行われるようになるなかで、薬物による精神病患者の科学的拘束具がおこなわれている。そして、1956年には生活療法が提唱され、1957年頃からは部分的な開放を求めた第1次開放化運動がおき、1970年頃からは閉鎖病棟の開放を求めて第2次開放化運動がおきるなかで、院内寛解という言葉が盛んに使われはじめている。また、1964年におきたライスシャワー事件によって、わが国の様々な問題を精神障害者に押し付けるかたちで、1965年には精神衛生法の一部改正がおこなわれ、精神障害者の病院収容に一層の拍車がかかっていく。精神障害者は、治安の問題、地域生活におけるスキルの問題、精神障害者関係の施設に対するコンフリクトなどの問題により、精神科病院以外での生活の選択肢が限りなく閉ざされた状況になっていた。

---

<sup>66</sup> コンフリクトがおきるのは、精神障害者施設に限られたことではなく、福祉の施設や病院を作るとなると地域住民との間に摩擦（争い、論争、対立など）がおこる場合もある。

この時期には、これまで主流であった私宅監置制度が廃止され、病院収容のための新たな法律（枠）＝カテゴリーが整備されはじめ、精神障害者のスティグマは明確なものとなり、公費入院制度と薬物療法による薬代が病院収入に結び付き、精神病者は精神科病院の固定資産と呼ばれるようになる。そうした背景のなか、精神障害者を医療施設で治療するという名目で、精神科病院に収容するために病院の建設ブームがおき、それにともない氷山の一角かもしれないが精神科病院事件もおきている。また、一般市民の間でも精神障害者は、自分達とは明らかに違う〈普通ではない人達〉と見られるようになっており、地域においても排除されるようになってきている。

オルポートは、偏見の現実には、ほうび（言語的否定）→回避→差別（距離を含む）→身体的攻撃（あらゆる強度の）→絶滅の5つの段階があるとしている（オルポート 1954＝1968：12-14）。この精神障害者の状況を、オルポートの偏見の現実の5つの段階に当てはめてみると、国や医療によって差別や身体的攻撃がおこなわれ、それが一般市民の間にも浸透してきたと見て取ることができる。国際的には第2次世界大戦の反省から人権問題への関心が強まっていくなか、わが国も賛同し1979年には国際人権規約を批准しているにもかかわらず、実際には国が率先して精神障害者に対する差別的施策をおこなってきたことが伺えてくる。だがそうしたなかにおいて、レビューした先行研究論文が1960年代から始まっていることから、精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の現状に危機感を持ち、それらを軽減し解消しようとする動きも現れはじめている。

## 第5節 精神保健福祉法制定を目指す1980年以降

第5節では、精神保健福祉法の制定を目指した取り組みがおこなわれはじめた、1980年以降を対象に考察していきま。

この時期は、バブル期とバブルの崩壊を経験しているが、戦争などによる混乱はなく比較的豊かな時代のように思われる。先にも述べたが張江と大谷は、高度経済成長以降を「現代」と捉えており以下のように述べている。「日本の『近代』から『現代』への転換期を、高度経済成長期にみる。そして、現代社会はまさしく再帰的な近代化過程にあり、日本社会の現在地とは、近代性が徹底化されて進行するハイ・モダニティであると考え。産業化・都市化の進展によって、本格的な産業社会・大衆社会が到来した高度経済成長期を経て、その後、高度消費社会へと移行した日本社会は、一九八〇年代後半から一九九〇年代前半にかけてのバブル経済崩壊を経験しつつ、現在のリスク社会にいたる」（張江ら 2007：12-13）。

精神保健医療福祉分野においては、1980年に全家連が仮称「精神保健福祉法」文案を発表し（滝沢 1989；浅野 2000；古屋 2009）、1995年に精神保健福祉法が制定された時期である。そして、2004年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」（厚生労働省 2004）が発表されており、「入院医療中心から地域生活中心へ」とした基本方針のもとで、10年間で取り組むべき目標として社会的入院患者約7万人

の退院や精神科病床約 7 万床の解消が掲げられている。

## 第 1 項 精神障害者の福祉に関する法律

### 1) 精神保健法の制定とその背景

1969 年には「クラーク勧告」がおこなわれ、1970 年には日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し、全会員に訴える」（日本精神神経学会 1970）とした声明文を発表し、国際人権委員会からは国連人権規約 B 規約に違反していると批判されているが、それ以降も精神科病院事件はおきている。そうしたなかで、精神障害者の人権擁護と適切な精神医療の確保が求められるようになり、1987 年に精神保健法が制定される。

1981 年には国際連合により国際障害者年<sup>67</sup>が決議され、1983～1992 年までの国連・障害者の十年が採択され、1991 年には国連総会決議で「精神疾患を有する者の保護及びメンタルケアの改善のための諸原則」が採択されたことで、わが国も 1993 年に障害者対策に関する新長期計画（2002 年まで）を策定している。このような背景があるなかで、1993 年には精神保健法の一部改正がおこなわれており、1970 年に制定された心身障害者対策基本法が 1993 年に改正され、名称も障害者基本法と変更されるなかで、わが国の精神障害者が初めて「障害者」として位置づけられている。国際障害者年で、精神障害者も障害者であると決議されてから約 10 年が経過してのことである。

### 2) 精神保健福祉法の制定

精神保健法は、全家連や諸研究者らが求めるような内容ではなかったことから、研究などを通して法改正の必要性を訴えている様子が、第 4 章でレビューした論文から伺えてきた（大島ら 1993）。また、1993 年の障害者基本法と 1994 年の地域保健法が制定されたことで、精神障害者に対する福祉施策の必要性が強まり、1995 年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」が制定されている。この法律は、精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進を主眼としたものであった。1970 年に全家連が、「精神保健福祉法制定」（滝沢 1989；浅野 2000；古屋 2009）をスローガンに掲げてから 25 年経ってのことである。

1995 年には「障害者プラン～ノーマライゼーション 7 か年戦略～」が制定され、1997 年には長期入院患者の社会復帰を促進することを喫緊の課題として、精神保健福祉士法案が国会に提案され、同年 12 月には精神保健福祉士法が制定されている。精神保健福祉士法が制定されたことにより、これまで精神科ソーシャルワーカーとして活動してきた人達が、精神保健福祉士として国家資格に位置づけられるようになる。

1999 年には精神科病院で精神障害者に対する人権侵害事件が発生したこともあり、精神保健福祉法の一部改正が行われている。この精神保健福祉法の一部改正により、保護者の

---

<sup>67</sup> 国際障害者年は、1971 年の知的障害者の権利宣言や、1975 年の障害者の権利宣言が採択されたことにより決議された。

自傷他害防止監督義務規定は無くなっている。そして、2001年に精神科病院に通院歴があった者がおこした池田小学校事件がきっかけで、2003年には心神喪失等の状態で重大な他害行為をおこなった者の医療及び観察などに関する法律(以後、心神喪失者等医療観察法とする)が制定されている。福岡県弁護士会精神保健委員会によると、心神喪失者等医療観察法が制定された背景には、小泉純一郎首相<sup>68</sup>が「こういう犯罪が二度と起きないように、あるいはこういった人が野放しにならないように」(福岡県弁護士会精神保健委員会 2002:11)と発言したことも影響していると書かれていた。

2004年になると、厚生労働省より「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」(厚生労働省 2004)が発表され、受け入れ条件が整えば退院可能な者約7万人の解消や精神科病床の約7万床の削減など、入院中心から地域中心へといった基本的な方策を推し進めていくにあたっての具体的目標が提示されている。2005年には障害者自立支援法が成立し、三障害のサービスが統合され、2006年には精神保健福祉法の一部改正が行われ、2009年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」の中間まとめとして、「精神保健医療福祉の更なる改革に向けて」(厚生労働省 2009)が発表されている。また、2012年には障害者自立支援法が障害者総合支援法として改正されており、2013年には精神保健福祉法の一部改正(厚生労働省 2013)(2014年4月1日までに一部施行され、残りは2016年4月1日までに施行する)がおこなわれている。この一部改正の概要の一つに「精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定」があり、それにもなるとして現在は「病棟転換型居住系施設」の案が浮上している。

## 第2項 わが国の精神障害者

### 1) 精神障害者の定義

わが国の精神障害者の定義は精神病者監護法では明確にされていなかったが、医師らの間では1902年に呉秀三が導入したクレペリン体系<sup>69</sup>により診断がおこなわれていたと思われるが、一般市民には精神病かどうかを明確に判断するすべはなかったのではないかと思われる。だが、法律に定義が記載されている現在でも、専門的な知識や技術を身に付けた専門職以外の人達は、条文から精神障害かどうかを判断するのは困難であると思われる。わが国では、精神病であると明確に判断するためには医師の診断<sup>70</sup>が必要になっていることから、精神障害者となるには医師の診断によってなると言っても過言ではない。

---

<sup>68</sup> 小泉純一郎首相は、池田小学校事件が発生する一年前、「2000年のハンセン病裁判では国は過去の過ちを認め、これからの悲惨な事実を悔悟と反省の念を込めて深刻に受け止め、深くわびるとともに、ハンセン病患者であった者等に対するいわれのない偏見を根絶する決意を表明した」(日本精神保健福祉学会 2004:440)と書かれている。

<sup>69</sup> 小俣はクレペリン体系について、「今日でも疾病分類の基本とみなされ、現代の国際疾病分類(ICD)やアメリカ精神医学会の診断基準(DSM)も、このクレペリンの体系を出発点として組立てられている」(小俣 2005:147)と述べている。

<sup>70</sup> 一般的には、診察を受けると診療報酬の関係上診断名が付くのが現実である。しかも、向精神病薬は精神科以外の医師でも処方できることから、医師ならば誰でも精神病の診断ができることになる。

そこで、1950年の精神衛生法以降から設けられている、精神障害者の定義についても見ておきたい。1950年の精神衛生法第3条では、「精神病者（中毒性精神病者を含む）精神薄弱者及び精神病質者をいう」とされている。1993年の精神保健法では「精神分裂病、中毒性精神病、精神薄弱、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と変更されている。その後の、1999年の精神保健福祉法第5条では、「精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」と定義されおり、2005年の精神保健福祉法の一部改正では、「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」とされている。

精神障害者の定義の変遷を見てみると、わが国における精神障害者の定義は広く設けられており、改訂のたびに〈何か変わっている〉〈おかしい〉〈普通とは違う〉〈変な人〉〈迷惑をかける人〉とした人達が、精神障害とした〈枠〉に入りやすいように広がっているようにも見て取れる。

## 2) 精神障害者の事件と法律

第4章の先行研究論文を見てみると、精神障害者のおこした事件の報道がきっかけとなり、マイナスのイメージを持つようになった人が多くいることが明らかにされていた（全家連 1984;宗像 1991;大島 1992b;大島ら 1993;全家連 1977;蓮井ら 1999;谷岡ら 2007）。そこで、罪を犯した精神障害者に適応される、心身喪失者医療観察法<sup>71</sup>についても見ておきたい。

心身喪失者医療観察法は、先にも述べたように2001年の池田小学校事件をきっかけに2003年に制定されている。六法全書によると、「心神喪失状態で重大な他害行為をおこなった者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めることにより、継続かつ適切な医療ならびにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発防止をはかり、もってその社会復帰を促すことを目的とする」（六法全書 2009：4816）とされている。高柳らはその処遇について、「同法では重大犯罪を行ったものに対する適切な処遇を決定するための手続きを定めており、そのために裁判官と精神科医による地方裁判所の審判を行うことになっている。入院決定、通院決定により、指定医療機関で治療を受け、保護観察所によって経過を観察することになっている。重大な犯罪を行った精神障害者の対策法がわが国で初めて成立した」（高柳ら 2007：153）と述べている。

心神喪失者や心神耗弱状態で犯罪を行った者は、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士、事務員で構成されたMDT（Multi Disciplinary Team：多職種協働チーム）による治療体制のもとで、定期的に行われるMDT会議などを通して、治療目的と治

---

<sup>71</sup> 罪を犯した精神障害者は、心身喪失者医療観察法が施行される以前は、措置入院により対応されていた。

療計画が立てられるなかで治療が行われている。指定入院医療機関における医療では、「指定医療機関の管理者は、原則として 6 か月ごとに、裁判所に対し、退院許可の申し立て又は入院継続の確認の申し立てをしなければならない」（福岡県弁護士会精神保健委員会 2002 : 187）とされており、退院許可の決定の場合は地域社会における処遇に移行する。地域社会における処遇では、「精神保健観察の下での通院治療を行う期間は、3 年とする（裁判所は、通じて 2 年を超えない範囲でこの期間を延長できる）」（福岡県弁護士会精神保健委員会 2002 : 189）とされている。

### 3) 精神科病院の入院体制と治療

先に述べた心身喪失者医療観察法には該当しないが、自傷他害<sup>72</sup>のおそれがある人を知事の権限により強制的に精神科病院に入院させる法律として、精神保健福祉法の第 29 条に措置入院制度<sup>73</sup>がある。佐藤らは、自傷他害の暴力行動がある患者の治療について、「暴力行為を抑える為には、薬物による治療、行動抑制に頼るところが大きい。しかし医療者がそれらに依存した治療・看護を行えば暴力は抑えられるに違いないが、患者の人権は無視されたものになってしまう。患者自身も精神症状に左右され、仕方なく暴力行為に及んでしまうケースがほとんどである。時間をかけて信頼関係を構築していくことが、なにより大切なことではないかと考える。そしてその積み重ねが患者の行動範囲の拡大となり、社会復帰へつながる第 1 歩になるものと信じている」（佐藤ら 2004 : 18-19）と述べている。

佐藤らは、暴力行為がある患者の場合、患者の人権を尊重し相手の病状を理解したうえで、信頼関係を重ねていくことが大切であるとしている。しかしそれは、暴力行為がない患者に対しても同様の対応が必要であり、氷山の一角と思われる精神科病院事件や、ピアーズ・太宰治・小林美代子・大熊一夫らの文献を見る限り、精神科病院という管理され閉鎖された環境においては、支援する側の人は権威的になりやすく、支援者の価値観や考え方に当てはめた対応をしていることも少なからずあると思われる。また、精神科病院の現状としては、急性期状態の保護室での入院を除いては、措置入院の患者も他の入院患者と一緒に病棟に入院していることが多く、そのなかで一人ひとりの患者にあわせて社会復帰に向けた手厚い支援をしていくには、職員の数が足りない状況であることが推測される。

表 5-2 から、100 床あたりの専門職の数を見てみると、医師は一般病院では 12.9 人であるのに対して精神科病院では 3.3 人となっており、看護師は一般病院では 52.4 人であるのに対して精神科病院では 21.7 人である。医師、看護師ともに一般病院からするとかなり少な

---

<sup>72</sup> 自傷他害という言葉が使われたのは 1950 年の精神衛生法からであるが、その基準が示されたのは 1987 年の精神保健法からになる。自傷他害の可否に基づき、精神衛生鑑定医 2 名の一致により、本人の意思がなくても精神科病院に入院させることができるとされている。精神保健法の精神衛生鑑定医 2 名とは、精神病者監護法で診断書の診断は医師 2~3 人でもよく、それにともない監置許可願も医師 2 人でもよいとなったことが由来している。その後の 1987 年の精神保健法誕生後は、「精神衛生鑑定医」から「精神保健指定医」へと改正されている。

<sup>73</sup> 措置入院制度は、1950 年の精神衛生法が誕生したときに設けられた。当時は第 2 次世界大戦後の病床不足と経済的な貧しさゆえに、放置されていた精神患者の「収容」を主眼としたものでもあった。

い。しかし作業療法士は一般病院が 1.3 人であるのに対して精神科病院では 1.7 人であり、精神保健福祉士は一般病院では 0.1 人であるが精神科病院では 1.8 人となっており、若干ではあるが上回っている。こうした数値を見たかぎりでも精神科病院の入院患者に手厚い支援をおこなうには、職員が不足していることは明らかである。

精神障害者が地域で生活していくためには、薬物療法や精神療法なども必要だが、現代社会に適した社会的なスキルや、患者の失ってしまった自尊心の回復ができるような支援が必要になってくる。しかし現実とは逆で、通信や行動の制限が設けられ、病棟から出るのにも許可が必要で、入院中は許可がなければ何もできないのが現実となっている。そうしたなかにおいて現在でも、決して少なくない数の入院患者が、人生における適切な経験を獲得する機会を失っていると思われる。

表 5-2 100 床あたりの専門職数

	医師	正看護師	准看護師	作業療法士	精神保健福祉士
一般病院	12.9 人	42.人	10.3 人	1.3 人	0.1 人
精神科病院	3.3 人	17.5 人	14.2 人	1.7 人	1.8 人

※参考文献：精神保健福祉白書（2009：107）を参考に筆者が作成した

### 第 3 項 地域生活を目指して

#### 1) 治療の進展とスティグマ

1955 年に抗精神病薬が発売されて以降、薬物療法が積極的に治療に取り入れられはじめている。1984 年にセロトニンとドーパミンの両者に拮抗するリスペリドンが合成されたのをきっかけに、比較的副作用の少ない非定型抗精神病薬が誕生し、1996 年のリスペリドン発売後の 2000 年に入ってから、表 5-3 で示すように相次いで発売されている。岸本は、近年の精神科治療について「ここ 10 年で第 2 世代抗精神病薬が治療の中心になりつつある。現在、統合失調症の薬物療法に関する多数のガイドライン、アルゴリズムが提案されているが、どのガイドラインにおいても第 2 世代抗精神病薬の単剤での治療が開始され、効果と忍容性を検討のうえ、必要とあれば次の薬剤に変更するという概要である」（岸本 2010：390）と述べている。

近年の平均入院日数と非定型抗精神病薬発売年を見比べてみると、平均在院日数はリスペリドンが発売された 1996 年には 441 日であるが、クロザピンが発売された 2009 年には 307 日になっている。非定型抗精神病薬が発売されてからの 13 年間で平均在院日数は 134 日間も短くなっていることと、リスペリドンが発売されたのは精神保健福祉法が誕生した翌年ということもあり、制度と薬物療法の両方により、精神病患者の地域生活が現実的なものになってきたのではないかと思われる。

また、1993年には全家連が、「精神分裂病」という病名は人格否定的で、当事者や家族が侵襲的で耐え難いと要請し、日本神経学会が2002年に「精神分裂病」から「統合失調症」に呼称変更をおこなっている。岸本が作成した表5-4の病名の告知状況を見ると、「告知する」が変更以前には47.6%であったが、変更の2年後は60.7%になっている。「告知しない」は変更以前が33.8%であるのに対して、変更の2年後は15.2%になっている。この数値を見る限りではあるが、医師は呼称が変更されたことで病名の告知がしやすくなり、そのことにより患者は自分の病気を受容し、病識を持ちやすくなったのではないかと推測することもできる。また、近年では副作用が少なくなった薬物療法と病名の告知により、従来のような医師や専門職の指示に従った治療ではなく、自分の病気について知り理解するなかで、自分の病気と向き合い、うまく付き合いながら治療していく治療へ移行しはじめてもいる。

岡上らは呼称変更以前に、「精神科医が『患者のために』、診断書に分裂病と書かず敢えて心身症などと記す必要が現実に存在する今日の状況では、家族は恥を忍ぶかという以上に、事実が公表された際にさまざまな差別的な実害となってふりかかる現実的なおそれを否定できない面がある」（岡上ら 1986：377）と述べていた。1888年には榊俣が癲狂院という名は世間がいみ患者も入院を嫌うことから東京巢鴨病院と改名し、1907年には呉秀三により病院年報から「狂」の字が除かれ、2002年には先に述べたように「精神分裂病」が「統合失調症」と呼称変更されている。世間が精神病を示す呼称と精神病的症状を結び付けて捉えるようになると、その呼称にはスティグマの要素が含まれるようになってくると思われる。そのため、精神病や精神障害を示す呼称が広く定着すると、それに伴うスティグマを払拭する一つ的手段として、呼称変更や廃止がおこなわれるのかもしれない。

表5-3 平均入院日数と非定型抗精神病薬発売年

	平均在院日数	非定型抗精神病薬発売年
1996年	441	・リスベリドン
1997年	424	
1998年	406	
1999年	390	
2000年	377	
2001年	374	・プロスピロン ・ケチアピン ・オランザピン
2002年	364	
2003年	349	
2004年	338	
2005年	327	
2006年	320	・アリピプラゾール
2007年	318	
2008年	313	・プロナンセリン
2009年	307	・クロザピン

※参考文献：岸本の「統合失調症この10年で精神科治療はどう変わったか」（岸本2010：388-393）を参考に筆者が作成した。  
 ※精神病床の平均在院日数の推移  
 (www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c\_2.pdf)  
 ※厚生労働省病院報告  
 (www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/byoin.pdf)

表5-4 2002年呼称変更前後の病名告知比較

	告知する	告知しない	どちらともいえない
変更以前	47.6	33.8	18.5
変更直後	36.7	44.0	19.3
変更1年後	65.0	21.0	14.0
変更2年後	60.7	15.2	15.1

※参考文献：岸本年史の論文（岸本2010：338）を引用して、筆者が表を作成した。

## 2) スティグマの払拭に向けて

精神保健医療福祉における多様な問題の根底には、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の問題があることが認識されはじめており、それらは解決すべき重要な課題の一つであると捉えられている。そのため 1960 年代から、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消するために研究が進められ、その成果は積み重ねられてきている。

第 1 測定法期（1960～1980 年）には、4 本の先行研究論文があり、精神障害者に対する意識調査は、専門職や精神障害者家族など、精神障害者と触れ合ったことがある人達や、精神病についての知識がある人達を調査対象者にするなかで、一般市民への意識調査へと繋げることを目的に研究がおこなわれていた。第 2 測定法期（1981～1994 年）には、10 本の先行研究論文があり、精神障害者が医療と福祉の対象者となることを目指し、一般市民を対象にしながら精神障害者に対する意識調査を行い、社会福祉施策の見直しの必要性を訴えていた。第 3 測定法期（1995 以降）には、7 本の先行研究論文があり、受け入れ良好な対象者の属性を発見し、対象者を絞るなかで具体的な啓発活動に繋げるための研究に発展してきていた。

それぞれの研究は、精神障害者に対しての人々の認識を知るために研究がおこなわれており、精神障害者を受け入れやすい人達の属性や、精神疾患に対しての知識がある人達の属性を知ることに加え、マス・メディアなどによる情報の種類とイメージについても明らかにしていくことなどが、研究の目的のとして捉えられていた。そうした研究の積み重ねにより明らかにされてきたことは、精神障害者は制度や社会システムおよびマス・メディアなどの影響により、マイナスのイメージを持つ人達として捉えられていることが多く、接触体験を通して、精神病に関する正確な知識やイメージが持てるような啓発活動をしていくことが必要になってくるとされていた。そのため今後は、対象者の特定や具体的な啓発活動の方向性および内容について追究していくなかで、制度やシステムの一環としての啓発活動が必要になってくると推測される。

## 3) 地域生活に向けての新たな課題

2004 年の「精神保健福祉の改革ビジョン」では、受け入れ条件が整えば退院可能な者約 7 万人の解消や精神病床数約 7 万床の減少について記載されている。しかし、10 年が経過しようとしている現在、精神保健福祉白書（精神保健福祉白書編集委員会 2012：195）によれば、平成 20 年度時点での受け入れ条件が整えば退院可能なものは 6,200 人おり、実際には約 7 万人の社会的入院患者の退院はできていない。しかも、わが国の精神医療の 83.8%（精神保健福祉白書編集委員会 2012：183）は民間病院であることから、入院患者の削減や精神科病床の削減が簡単にできにくいのが現状である。

そうしたなか、2013 年に精神保健福祉法の一部改正（厚生労働省 2013）がおこなわれ、法案概要の一つに「精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定」が設けられた

ことで、「病棟転換型居住系施設」の案が浮上している。この案は、精神病床を病棟転換型居住系施設として、介護精神型施設、宿泊型自立訓練、グループホーム、アパートなどへと転換して行こうとするものである。そのことにより、「精神保健福祉の改革ビジョン」で発表された、約 7 万人の社会的入院患者の退院、約 7 万床の精神科病床の削減の両方が一斉に達成できるというものでもある。この案に対して、精神障害者やその関係者からは「人権侵害だ」「施設名称の掛け替えだ」などの反対意見が出ており、他の障害者からも「この案は自分達の問題である」などの反対意見が出されている。また、2014 年 6 月 26 日には日比谷野外音楽堂にて、精神障害者を含めた様々な障害者や家族および関係者ら 3,200 人が集まり、病棟転換型居住系施設反対のための緊急集会をおこなっている。その後も各地で集会はおこなわれており、様々な団体が「病棟転換型居住系施設を考える」とした声明文を出している。精神障害者が地域で生活をしていくために、長い歳月をかけて積み重ねてきたこれまでの取り組みが、再び制度的要因によって妨げられようとしている。

#### 第 4 項 小括

この時期は、安定成長期のバブル期とバブルの崩壊などを経験するなか、戦争などによる大きな混乱はなく、比較的豊かな時代にはじめている。国際的には 1981 年には国際連合により国際障害者年が決議され、1983～1992 年までの国連・障害者の十年が採択され、1991 年には国連総会決議で「精神疾患を有する者の保護及びメンタルケアの改善のための諸原則」が採択されている。しかし、わが国では精神科病院事件が多発しており、1969 年には「クラーク勧告」がなされ、1970 年には日本精神神経学会が「精神病院に多発する不祥事に関連し、全会員に訴える」とした声明文をだし、国際人権委員会から国連人権規約 B 規約に違反していると批判された問題などを改善していかなければならなかった。

そうしたなかで、ようやく精神障害者の人権に対しても目が向けられるようになり、1980 年には全家連によって仮称「精神保健福祉法」文案が発表されている（滝沢 1989；浅野 2000；古屋 2009）。1987 年には、精神障害者の人権擁護と適切な精神医療の確保についての見直が必要とされたことから精神保健法が制定している。そして、1993 年には精神保健法の一部改正と、障害者基本法が制定されたことでようやく精神障害者が「障害者」として位置づけられ、1995 年には精神障害者に対する福祉施策の必要性が強まったことで、精神保健福祉法が制定されている。また、1997 年には長期入院患者の社会復帰を促進するために精神保健福祉士法が制定され、2004 年には「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」（厚生労働省 2004）が発表されたことで、入院中心から地域中心へという基本的な方策のもとで、受け入れ条件が整えば退院可能な者約 7 万人の解消や、精神科病床の約 7 万床の削減が具体的な目標として掲げられている。しかし、2013 年の精神保健福祉法の一部改正（厚生労働省 2013）により、病棟転換型居住系施設の案が浮上したことで、新たな精神障害者の居住場所という〈枠〉＝カテゴリーが設けられようとしており、入院中心から地域中心へという方策の実現は危ぶまれつつある。

近年の精神科治療を見てみると、薬の副作用は少なくなりつつあり、病名も告知されるようになってきている。従来の医師や各専門職の指示に従った治療ではなく、自分の病気について知り理解するなかで、自分の病気と向かい合いながら治療を進めていくようになりはじめている。また、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消するための研究がおこなわれており、その成果が積み重ねられるなかで、啓発活動の方向性およびその内容についても追究されはじめてきている。そのため今後は、これまでに根付いてきた精神障害者への偏見やスティグマおよび差別を少しでも軽減し、精神障害者が地域で生活していくために、失ってしまった自尊心の回復や、現代社会に適した社会的スキルの向上ができるような支援が、これまで以上に求められてくると思われる。しかし、わが国における精神障害者の定義は広く設けられており、誰でも簡単に精神障害とした〈枠〉＝カテゴリーに入りやすくなっているのも現実である。

## 第6章 総括と展望

### 第1節 本研究で得られた知見

#### 第1項 本研究における基礎的知見

本研究では、精神障害者はなぜ偏見を持たれ、スティグマがあると判断され、差別されるようになったのか、精神障害者がそのような状況に至った要因や機序を明らかにすることで、先行研究論文から見えてきた今後の取り組みの方向性に新たな観点が加わり、さらに踏み込んで考察することができるのではないかとここまで研究を進めてきた。

研究の方法としては、現在生起している社会現象を構成している要因や機序を読みとくに有効であると思われる、歴史的観点から研究を進めている。具体的には、精神保健医療福祉に関連した制度、法律、医療、社会情勢、経済情勢などを一般的な歴史の文脈に位置づけながら、関連する思想、視座、既存の概念、統計資料、関連法制史、調査などを手掛かりにして、歴史的観点、医学史および医療技術史的観点、社会福祉施策史や社会福祉制度史的な観点、さらに社会学や歴史社会学および社会病理学的な観点や方法論を駆使して研究している。そして、研究を進めていくうえでの〈視座〉としては、研究をする者の〈原点〉や〈立ち位置〉から、誰でもその対象者になり得るという前提に、現代社会において偏見を持たれ、スティグマがあると判断され、差別されている、精神障害者の〈立ち位置〉に可能なかぎり寄り添い、「障害」理解の視点から精神障害者の〈視座〉により論究している。

そこで本研究においては、スティグマを精神障害者への偏見から差別へと発展していく過程のなかで、横断的に見られる一つの現象として捉え、スティグマについての概念の理解や常識の問題、偏見や差別およびそれらに隣接するカテゴリー分けなどの問題について論究してきた。スティグマとは、これまで幾度も述べてきたように、社会と個人との関係において個人が持つ自己のイメージにより、他の人の持つシンボルや属性または共通する類似した社会化の過程をたどっているなど、その人の特徴ごとの〈枠〉に当てはめて捉え、その〈枠〉にマイナスのイメージが連想されるラベルを貼り、その人のアイデンティティを損ない貶め敬意や信頼までも失わしてしまうような〈徴〉のことを指している。そして、スティグマへと繋がっていく過程にある〈枠〉に当てはめる行為＝カテゴリー分けは、個人の持つ〈常識〉という〈価値観〉のもとでの臆見としての、価値・判断・行為基準などの影響を受けておこなわれている。私達は日常生活のなかで初めて出合った人達に対して、無意識的に、時には意識して、その時のその人の持つイメージから、その人の特徴をその特徴の属性にあわせたカテゴリーに当てはめて、その人がどのような人なのかということ即座に判断している。そして、その属性が望ましくない属性であった場合にはスティグマがあると判断され、その人の敬意や信頼までをひどく失わせている。また、スティグマとカテゴリー化は密接な関係があるとされており、多くの場合、スティグマは個人で取り除くことが困難な現象であることも伺えてきた。

精神障害者の偏見・スティグマ研究で提示されている諸命題においては、以下のような

成果も得られた。「研究方法の傾向分析」では、第1測定法期（1960～1980年）には、専門職や精神障害者家族など、精神障害者に対しての接触体験や知識がある人達を対象に研究を進めるなかで、精神障害者に対する意識調査がおこなわれている。第2測定法期（1981～1994年）には、精神障害者が医療と福祉の対象者となることを目指し、一般市民を対象にして精神障害者に対する意識調査がおこなわれており、精神障害者に対しての社会的距離を明らかにしようとする研究や、測定法の妥当性の検討が盛んにおこなわれている。第3測定法期（1995～現在）には、受け入れ良好な対象者の属性を発見し、対象者を絞るなかで具体的な啓発活動に繋げていこうとする研究がおこなわれている。「既存研究で提示されている諸命題の分析」では、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消していくためには、制度やシステムの一環としての啓発活動が必要であり、対象者を絞った啓発活動が有効であるとされていた。そのため今後は、受け入れが良好な対象者の属性を発見すると同時に、小中高生の時期にマス・メディアなどからの情報により、マイナスのイメージとして精神障害者を意識するようになった人達が多くいることから、小中高生を中心にした子どもに対しての啓発活動を行うなかで、精神病および精神障害者に対する、正しい知識や良好なイメージが持てるような、取り組みを追究していくことが必要になってくると思われる。

## 第2項 歴史的観点からの知見

精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の変遷を整理すると、以下のように見ることができる。

明治維新から1899年までは、諸外国を意識するなかで不平等条約を改正する目的で、富国強兵や殖産興業がおこなわれるようになり、政府が率先して欧米諸国の技術や知識を取り入れるようになるなかで、専門職という統一した一定の知識や技術を身に付けた人々が育成されていく。そうした専門職のなかに、医師と警察が含まれている。この時期には、ドイツから精神医学の知識や技術が取り入れられ、医制のもとで国の定めた一定の知識や技術を有する者として医師の地位が確立し、医師によって精神障害者が「精神病」と位置付けられるようになりはじめている。また、治安維持や秩序維持などの目的から、欧州の警察制度を参考に行政警察規則も誕生している。行政警察規則の誕生により、精神障害者は警察による取り締りの対象にもなっている。この時期には、精神病が医療の対象として明確な〈枠〉＝カテゴリーとして位置づけられており、精神障害者と一般市民とが少しずつ区別されるようになりはじめている。精神障害者がマイナスのイメージとして捉えられていることが伺える出来事のなかに、1875年頃にデックス女史や森有礼が『精神障害者は、国により人道的支援がなされるべきである』とし全国的に癲狂院の建設を計画したことや、1878年に永田町に癲狂病院を建設しようとしたところ御所に近いことから反対されたこと、榊俣が1889年に「癲狂院」という言葉は忌み嫌われるとし「東京巢鴨病院」と改名したことなどがある。精神障害者が明確に位置づけられるようになるにつれて、精

精神障害者のスティグマも薄らとではあるが現れはじめており、それにともないスティグマを払拭しようとする動きや、精神障害者を保護しようとする動きも見られはじめています。だがそうしたなかにおいても、精神障害者の治療は宗教的にもおこなわれ続けており、精神症状が狐などの影響によっておきているとも捉えられていた。また、この時期にはすでに精神病患者の看護を各家庭に頼っていたことも伺えてきた。

1900年の精神病患者監護法から1949年までは、1900年に精神病患者監護法という〈枠〉＝カテゴリーが誕生してからは、精神障害者の私宅監置数は急速に増えはじめ、1919年には精神障害者の犯罪から社会を防衛するため、貧困患者の救護を目的として精神病院法が公布されている。その頃になると様々な法律が整備されはじめていますが、精神障害者はそれらの法律において欠格条項の対象となり排除されている。医療の面においても、医学の基礎知識の一つとして精神医学が必修科目に認定され、明確な診断基準も導入されはじめており、精神障害者と呼ばれる人達の〈枠〉＝カテゴリーも明らかになりはじめ、精神障害者のカテゴリーが明確化したことでスティグマも明らかになりはじめており、治療という名目での差別も現れはじめています。一般市民にとっても、精神障害者に関連する法律の誕生にともない、監護義務者という形の〈枠〉＝カテゴリーにより精神病がより身近な病気になっており、それにともないスティグマも明確なものとして現れ、差別も見られはじめています。だがその一方で、精神障害者の置かれている実態を把握し、人道的支援を試みようとする動きも見られる。この時代には、人権に対する意識が低く、精神障害者を支えるのに余裕がなかった時期もあるのだが、精神科病院や精神病がアジールとしての役割も果たしていたということも伺えてきた。

1950年の精神衛生法から1979年までは、これまで主流であった私宅監置制度が廃止され、病院収容のための新たな法律〈枠〉＝カテゴリーが整備されはじめ、精神障害者のスティグマは明確なものとして位置づけられ、公費入院制度と薬物療法による薬代が病院収入に結び付き、精神病患者は精神科病院の固定資産と呼ばれるようになっていく。そうした背景のなか、精神障害者を病院で治療するという名目で収容するために精神科病院の建設ブームがおき、入院患者に対する虐待事件も相次いでおきている。また、一般市民の間でも精神障害者は、自分達とは明らかに違う〈普通ではない人達〉と見られるようになっており、地域においても排除されている。この精神障害者の状況を、オルポートの偏見の現実の5つの段階、ほうび（言語的否定）→回避→差別（距離を含む）→身体的攻撃（あらゆる強度の）→絶滅に当てはめてみると、国や医療によって回避や差別、身体的攻撃がおこなわれており、それが一般市民の間にも浸透してきたと見て取ることができる。国際的には第2次世界大戦の反省から人権問題への関心が強まるなか、わが国もそれに賛同し、1979年には国際人権規約を批准しているにもかかわらず、実際には国が率先して精神障害者に対する差別的施策をおこなってきたということが伺えてくる。

精神保健福祉法制定を目指し始めた1980年以降は、国際的な後押しもあり精神障害者の人権にも目が向きはじめ、1987年には精神保健法が制定され、1995年には精神保健福祉法

が制定されている。また 2004 年には、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」および「今後の障害保健福祉施策について」（厚生労働省 2004）が発表されたことで、入院中心から地域中心へという基本的な方策のもとで、受け入れ条件が整えば退院可能な者約 7 万人の解消と精神科病床の約 7 万床の削減が発表されている。しかし、それから 10 年が経った現在においても目標達成には程遠く、2013 年の精神保健福祉法の一部改正（厚生労働省 2013）により、「病棟転換型居住系施設」の案が浮上しており、精神科病床が病棟転換型居住系施設に移行していくという、新たな動きもみられはじめている。

## 第 2 節 本研究と中心命題との整合性

本研究では、『なぜ、精神障害者は偏見を持たれ、スティグマがあるとされ、差別される存在になったのだろうか』、『精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の軽減や解消に向けて、どのような研究がなされているのだろうか』という筆者の素朴な疑問を出発点に、「より多くの精神障害者が地域生活を可能なものにしていくために、長年根付いてきた偏見やスティグマおよび差別の問題を明らかにし、軽減し解消をするための今後の取り組みの方向性を示すことが必要である」という中心命題を掲げるなかで、精神障害者に対するスティグマの要因や機序について論究してきた。

精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の要因としては、おおきく分けると以下のように分けられる。まずは、国際情勢を意識したかなでの、わが国の制度や政治および思想などが影響している制度的要因。次に、医療体制や診断基準および精神障害者の定義などの〈枠〉＝カテゴリーや、強制入院システムと病院収入などの精神病者管理のシステム、薬物療法や生活療法などによる治療および精神科病院事件などが含まれる医学的要因。最後に、一般市民にも大きな影響をもたらしたであろう監護義務者の責任<sup>74</sup>や、地域で生活していた精神障害者の収容に関する問題、精神的な病いを抱えた人またはその疑いのある人による事件およびその報道、精神障害者関連施設と地域住民とのコンフリクトなどの問題を含めた社会的要因の 3 つである。精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の問題は、近代化へと進んでいくなかで制度的要因により差別的な体制がつけられ、医学的要因により精神病の〈枠〉が確立されるようになると精神障害者は隔離されるようになりはじめ、それらにともなって社会的要因が誘発されるなかで、それぞれの要因が互いに絡み合いながら浸透してきたように思われる。精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の問題は、誰でもなり得る可能性がある病いであるからこそ、私達の問題として考えていくことが必要なのである。多くの人々は、住み慣れた地域で家族や知り合いに囲まれながら生活したい、誰にも監視されることなく自由に過ごしたい、・・・などと思っているはずである。ましてや、精神科病院のベッドが、自分の居住スペースになるなどは夢にも

---

<sup>74</sup> 1900 年に誕生した監護義務者は、1950 年の精神衛生法により保護義務者に移行し、1993 年の精神保健法の一部改正で保護義務者が保護者と改正され、2013 年の精神保健福祉法の一部改正により、2014 年 4 月 1 日より保護者制度は廃止される。

思わないことであろう。しかし、現在のわが国の精神障害者の定義（枠）はあまりにも広い。また、精神科以外の病院でも向精神病薬は処方することが可能であり、その分だけその（枠）に入りやすくなっている現実がある。白石もまた、「二一世紀の社会はますますストレス化が進むことになるだろう。そこでは、さまざまなストレス症状がより深刻化し、神経症状や境界例、疑似精神病なども増えるであろう」（白石 1994 : 252）とも述べていた。

そのため今後は、これまで以上に精神障害者の偏見やスティグマおよび差別の問題を意識するなかで、差別的政策をおこなってきた制度的要因にも注視していくことが重要になってくるし、多くの精神障害者の地域生活を可能なものにしていくために、社会的スキルの向上や失ってしまった自尊心の回復を重視した、医学的要因における取り組みも必要になってくる。さらには、一般市民や精神障害者に関わる専門職および有識者など、全ての社会的要因となり得る人達に対して、啓発活動をおこなっていくことも必要になってくる。また、障害者の権利に関する条約の第二十四条（外務省 2014）「教育」にも記載されているように、「特別な教育的ニーズ」を持つ個々人に合わせた教育や支援をおこなうなかでの、様々な人達とともに学ぶインクルージョン教育という、環境的要因も必要になってくると思われる。そうした、制度的要因、医学的要因、社会的要因、環境的要因を連携させながら、できるだけ多くの人達が精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別の問題を、自分たちの問題として意識することができるような取り組みをしていくことで、これらの問題はなくならないまでも縮小化していくのではないかと思われる。そうした営為を展開するなかで多くの精神的な病いを持つ人達が、私達と同じように、地域で生活することが可能になるのではないかとも思われる。

### 第3節 今後の研究に向けての提言

岡田は精神障害者に対する差別について、「レッテルをはられた少数者を悪者にしたてて、多数者は心の安定をたもっていく。このことは多数者の集団の安定にも役立つのです」（岡田 1972 : 55）と述べ、「差別が体制によるスケープゴートであるというその本質をかんがえるとき、人間がほんとうに解放されたところではじめて差別もなくなることがわかります。精神障害者だけが差別から解放されることなどありえない、全人民的開放のなかでこそかれらも解放されるのです。つまり、それぞれの分野での差別に対する闘いと、全人民的開放を目指す闘いとは、一体となってすすめられなくてはならない」（岡田 1972 : 60）と警告している。また、私達を含めた福祉の専門職に対しても警告を発しており、「差別は取り締まりのムチとしてだけくるのではない、あまい顔をしてもやってくる。それは福祉の名による差別です」（岡田 1972 : 47）。「めぐまれぬ障害者がかわいそうだから特別な施設をつくってあげよう、という、福祉的でいかにも聞こえはいいですが、じつはこの裏に、邪魔者はおいだして施設に置いておけばよいという差別・隔離の考えがあり、しかも、それが福祉的にみえるのでわたしたちは心の痛みを感じないですむのです。・・・仲間としておなじ社会のなかに生活させていくことこそ、わたしたちが目指すべきものなのです」

(岡田 1972 : 49)。「現代における差別はしばしば科学の仮面、福祉の仮面をかぶっておこなわれる」(岡田 2011 : 165)。「かたい差別だけではなく、やわらかい差別もある、このやわらかい差別をとくに警戒しなくてはなりません」(岡田 1972 : 52)とも述べていた。

そこで、本研究をとおして伺えてきたことや、今後の課題および研究の方向性などについて二、三の提言ないし意見表明をおこなっておきたいと思う。

第一の提言として、国の施策による差別の問題を明らかにすることを挙げたい。現在は「入院医療中心から地域生活中心へ」とした基本方針のもと、精神障害者が地域で生活ができるように支援が進められてはいるが、社会から閉ざされ、自由がなく、全てにおいて許可が必要な状況のなかで長年入院をしてきた多くの患者は、自尊心を失ってしまい、自己判断能力も衰退し、社会生活におけるスキルまでもが脆弱している。そうした状態を見て精神障害者は地域で生活することは不可能であり、社会生活におけるスキルを身に付けさせるのは困難と判断してか、または 2004 年に発表した、受け入れ条件を整えば退院可能な者約 7 万人の解消と精神科病床の約 7 万床の削減を実現するためか、2013 年の精神保健福祉法の一部改正(厚生労働省 2013)により、「病棟転換型居住系施設」の案が持ち上がり、精神障害者の地域生活の実現にブレーキがかけられようとしている。川上は、精神病者の状況について、「精神病者が他の疾病の患者とちがひ、いかに国家・社会から差別・疎外されているかは、法律上の精神病者の処遇の上にはっきりあらわれている。これは精神病者の保護といった側面もあるが、それ以上に人権制限を示す事実以外の何物でもない」(川上 1982 : 272)と述べている。この「病棟転換型居住系施設」の案は、国が施策としておこなってきた精神障害者に対する差別のしわ寄せを、再び施策によって彼らに押し付けようとしているようにも見て取ることができる。このようなことから、施策により精神障害者の生活や立場にどのような影響が及ぼされるのか、また一般市民の精神障害者に対する認識にどのように影響を与えているのかについても、明らかにしていくことが求められる。

第二の提言として、子どもを対象とした啓発活動の可能性を検討していくことを挙げたい。先述のような現実があるなかで、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別を軽減し解消するための先行研究論文の動向を考察してみると、調査対象者に返答能力が必要とされていることもあってか、精神障害者に対する偏見やスティグマおよび差別に関する全ての量的研究が、精神障害者という人達を多少なりとも理解できている高校生以上を対象者に調査がおこなわれていた。谷岡らの研究によると、「精神障害者に対する否定的な態度が特に年配者に多く、知識の不足がそれを増加させていること、また、子どもの否定的な態度は知識の不足とは関係ないことから、子どもを対象にした精神障害者に関する啓発活動を行うことが有効的であることが明らかにされてきている。したがってできるだけ若い時期に、精神障害者との実際にふれあう機会を持ち体験を通して学ぶことが大切と考えられる」(谷岡 2007 : 73-74)と述べていた。中村はレビュー論文の結果から、「これらの研究の対象者は、大学生または成人であり、18 歳未満を対象とした研究はなかった。・・・物事を判断する能力が未熟である場合が多い未成年者を対象とする調査は現実には行い難

いといえよう」(中村 2001 : 203)。「精神障害者に対する偏見の抑止・解消という観点に立つならば、偏見の形成期にあると思われる年少者を対象とした調査の実施を期待したいものである」(中村 2001 : 209)と述べていた。少し広い視点から偏見や差別の問題を見てみると、部落問題を背景にした同和保育やアメリカでの多文化教育をもとに、人権保育のカリキュラム開発の研究をしている玉置<sup>75</sup>の『人権保育のカリキュラム研究』(1998)という著書がある。そうしたことからしても、子どもを対象とした啓発活動の可能性を検討していくことは必要になってくるとと思われる。

第三の提言として、子どもに向けた啓発活動を社会システムのなかに組み込んでいくことを挙げたい。今回の研究ではこれまでほとんど対象とされてこなかった、子どもに対する啓発活動の可能性を示唆している。しかし、具体的な啓発活動の内容について検討するまでにはいまだ至っていない。今後は、オルポートの言う状況的観点にも視野を広げながら、子どもを対象者にした啓発活動の可能性や、諸外国における差別の軽減や解消に向けた取り組みについても、見ていくことが大切となってくる。加えて、歴史的観点からの考察により、精神障害者への偏見やスティグマおよび差別は、制度的要因がその他の要因に大きく影響を及ぼすなかで発生してきたと考えられるため、社会システム全体のなかに啓発活動を組み込むことが効果的であることも推測される。

---

<sup>75</sup> 玉置は、いろいろな状況で人権の視点から行動できる力として「人権力」を提起しており、その土台はヒトへの尊敬を追求する力を育てることとしている。アイデンティティの形成は、記号や概念にもとづく区別を基礎にしており、社会的な差別や偏見もそこに影響するとされていた。3歳以降にはステレオタイプの影響を受けており、4・5歳児ではそれが子ども自身の行動や判断に影響する。また、アイデンティティの形成と偏見の問題は強く繋がっており、それが乳幼児の人権力の育ちを決めることにもなり、「生き方」=大人としての自己に影響を与えていくとしている。

## 謝辞

本論文の執筆にあたりましては、多くの方々から暖かいご指導とご支援をいただきました。

とくに鹿児島国際大学大学院福祉社会学研究科の佐野正彦教授より、懇切丁寧なご指導をいただきましたことを深く感謝申し上げます。博士前期課程においてご指導いただきました同大学院の高木邦明教授には、研究方法や研究に取り組む姿勢などにつきましても教授していただきました。さらに同大学院の高山忠雄教授より、日常的に研究のご指導とご助言とをいただきました。博士論文の審査過程をとおしましては、同大学院福祉社会学研究科長の中山慎吾教授、久留米大学の鬼崎信好教授、山口県立大学の中村文哉教授からも多くのご助言をいただきました。多くの先生方のご指導のおかげで、本稿を執筆することができましたことに心より感謝申し上げます。

また、大学時代から精神保健福祉や社会福祉につきましてご指導をいただきました同大学の岡田洋一准教授および諸先生方、精神医療史や精神障害者差別問題を解消するためのご指導とご助言とをいただいた青柿舎の岡田靖雄先生、精神医療についてご指導とご助言をいただいた医療法人共助会の理事長日笠山大介先生にも、この場を借りまして心より感謝申し上げます。

そして最後に、今に至るまで支えていただいた、父、母、夫、2人の弟とその家族、そして祖父母にも、この場を借りて心より感謝申し上げます。

多くの方々のお蔭により、大学・大学院で学び本稿を執筆する機会をいただきましたことを深く感謝申し上げます。

## 文献一覧

### (1) 引用文献

#### 【第1章 研究目的と本論文の構成】

- G.W.Allport (1954) *The Nature Of Prejudice* (=1968,原谷達夫・野村昭 (共訳)『偏見の心理』培風館.)
- 御前由美子 (2005)「精神障害者にとっての人的資源を拡充するための研究—動物飼育体験者の精神障害者に対する意識調査—」『関西福祉科学大学紀要』9, 235-248.
- 半澤節子・中根允文・吉岡久美子・ほか (2008)「精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究」『精神障害とリハビリテーション』12 (2), 154-162.
- 蓮井千恵子・坂本真士・杉浦朋子・ほか (1999)「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎研究—」『精神科診断学』10 (3), 319-328.
- 星越活彦・洲脇 寛・實成文彦 (1994)「精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神病院勤務者を対象にして—」『日社精神医学誌』2 (2), 93-104. (再録: 1983,『SD法によるイメージの測定、その理解と実践の手引き』川島書店.)
- 厚生労働省 (1995)『平成7年 医療施設調査・病院報告の概況』  
(<http://www1.mhlw.go.jp/toukei/isc/index.html>) 2014.05.11.
- 厚生労働省 (2004)『精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)』  
(<http://www.mhlw.go.jp>) 2009.07.3.
- 厚生労働省 (2009)『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』  
(<http://www.mhlw.go.jp>) 2012.11.11.
- 厚生労働省 (2013)『病院報告 平成25年12月分概数』  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m13/12.html>) 2014.05.11.
- 厚生労働省 (2013)『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の施行について』  
([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaisahukushi/kaisei\\_seisin/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaisei_seisin/)) 2014.09.05.
- 牧田 潔 (2006)「統合失調症に対する社会的距離尺度 (SDSJ) の作成と信頼性の検討」『日本社会精神医学雑誌』14 (3), 231-241.
- 町沢静夫・佐藤寛之・沢村 幸 (1990)「精神障害者に対する態度測定—患者群、患者家族群、一般群の比較—」『臨床精神医学』19 (4), 511-520.
- 宗像恒次 (1991)『市民の精神障害 (者) に対する態度と精神衛生対策への意見—1983年と1988年の都民の比較—』精神保健研究所, 337-387.
- 中村 真 (2001)「精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向 (I) —日本国内における実体調査—」『川村学園大学研究紀要』12 (1), 199-212.
- 岡田靖雄 (2002)『日本精神医療史』医学書院.

- 岡上和雄・石原邦雄（1986）『『精神障害（者）』に対する態度と施策への方向づけー『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』よりー』『社会保障研究』21（4），373-385.
- 大島 巖（1992a）「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離ー尺度の妥当性を中心にー」『精神保健研究』38，25-37.
- 大島 巖・山崎喜比古・中村佐織・ほか（1989）「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観ー開放的な処遇をするー精神病院の周辺住民調査から」『社会精神医学』12（3），286-297.
- 榭原 文・松田宣子（2003）「精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行研究論文からの考察」『神大医保健紀要』19,59-73.
- 進藤隆夫（1968）「精神障害者に対する住民の意識態度」『公衆衛生』32(3)，170-178.
- 森岡清美・塩原 勉・本間幸平（編）（1993）「社会」『新社会学辞典』有斐閣，590-592
- 新村 出（編）（2008）『広辞苑 第六版』東京：岩波書店.
- 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.
- 竹島 正・平井右助・田中 薫・ほか（1992）「地域住民の精神障害者に対する見方についてー地域調査をもとにー」『社会精神医学』15（3），230-236.
- 谷岡 哲・浦西由美・山崎里恵・ほか（2007）「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」『香川大学看護学雑誌』11（1），65-74.
- 山田憲彦・益満孝一（2011）「精神障害者への偏見・差別の解消に向けた啓発活動に関する文献研究からの一考察ー従来型の偏見規定要因から個人誘発型要因への変遷過程についてー」『九州社会福祉学会年報』2，19-29.
- 吉井初美（2009）「精神障害者に関するスティグマ要因ー先行研究をひもといてー」『日本精神保健看護学会誌』18(1)，140-146.
- (財)全国精神障害者家族連合会（1984）「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査ー財団法人三菱財団社会福祉助成金報告書ー」『ぜんかれん号外』.
- (財)全国精神障害者家族連合会（1997）「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書」『日本財団図書館』電子図書館  
(<http://nippon.zaidan.info>) 2009.07.3.

## 【第2章 研究の観点・方法・視座】

- 阿部謹也（2007）『自分のなかに歴史を読む』筑摩書房.
- 有村隆広（1952）「カフカの生涯と作品」『変身』新潮社.
- 新 睦人（2005）『社会調査の基礎理論』川島書店.
- Christopher Peterson・Steven Maier・Martin Seligman（1993）*Learned helplessness*

- (=2000, 津田 彰 (監訳) 『学習性無力感—パーソナル・コントロールの時代をひらく理論—』 二瓶社.)
- Clifford Whittingham Beers (1907) *A Mind That Found Itself An Autobiography* (=1980, 江畑敬介 (訳) 『わが魂にあうまで』 星和書店.)
- 太宰 治 (1988) 「HUMAN LOST」 『太宰治全集 2』 筑摩書房.
- D,E.Smith (1978) “‘K’ is Mentally Ill: The Anatomy of Factual Account”, *Sociology* (=2004, 山田富秋・好井裕明・山崎敬一 (編訳) 「Kは精神病だ—事実報告のアナトミー—」 『エスノメソドロジー—社会学的思考の解体』 せりか書房, 88-165.)
- Florence Nightingale (1860) *Notes on Nursing* (=2014, 湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子・ほか (訳) 『看護覚え書—看護であること看護でないこと—』 現代社.)
- Frantz Fanon (1952) *Peau Nôtre, Masques Blancs* (=1970, 海老坂武・加藤晴久 (共訳) 『フランツ・ファノン著作集 I 黒い皮膚・白い仮面』 みすず書房.)
- Franz Kafka (1915) *Die Verwandlung* (=1952, 高橋義孝 (訳) 『変身』 新潮文庫.)
- Franz Kafka (1926) *Das Schloss* (=1971, 前田敬作 (訳) 『城』 新潮文庫.)
- G.W.Allport (1954) *The Nature Of Prejudice* (=1968, 原谷達夫・野村昭 (共訳) 『偏見の心理』 培風館.)
- 張江洋直・大谷栄一 (編) (2007) 「ソシオロジカル・スタディーズ—現代日本社会を分析する—」 世界思想社.
- Howard S. Becker (1963) *Outsiders* (=1978, 村上直之 (訳) 『アウトサイダーズ』 新泉社.)
- 福間良明 (2009) 「歴史社会学の方法」 『歴史社会学研究会 2009 公開研究会』 於：立命館大学 (<http://r-cube.ritsumeai.ac.jp>) 2013.10.20.
- 小林美代子 (1971) 『髪の花』 講談社.
- 小林美代子 (1972) 『繭となった女』 講談社.
- 厚東洋輔 (1991) 『社会認識と想像力』 ハーベスト社.
- 呉 秀三・榎田五郎 (1918) 『精神病者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』 内務省衛生局刊 (2000年創造出版より復刻).
- Marie José Barbot (著) 師岡祐行 (監修) (1983) 『知りたがらない日本人—フランス人のみた部落問題—』 柏書房.
- 中西正司・上野千鶴子 (2003) 『当事者主権』 岩波書店.
- 波平恵美子 (1994) 『医療人類学』 朝日新聞社.
- 小倉千加子 (1988) 『セックス神話解体新書—性現象の深層を衝く—』
- 岡田靖雄 (2002) 『日本精神医療史』 医学書院.
- 岡田靖雄 (2011) 『精神医学の知識と技 吹き来る風に 精神科の臨床・社会・歴史』 中山書店.
- 大熊一夫 (1981) 『ルポ・精神病棟』 朝日新聞社.

- 大谷藤郎 (1993) 『現代のスティグマーハンセン病・精神病・エイズ・難病の艱難一』 勁草  
 Rupert Brown (1995) *Prejudice Its Social Psychology* (=1999, 橋口捷久・黒川正流 (訳)  
 『偏見の社会心理学』 北大路書店.)
- 佐藤健二 (2001) 『歴史社会学の作法』 岩波書店.
- 新村 出 (編) (2008) 『広辞苑 第六版』 東京：岩波書店.
- 立川昭二 (2007) 『病気の社会史—文明の探る病因』 岩波書店.
- 筒井清忠 (1997) 『歴史社会学のフロンティア』 人文書院.
- 八木晃介 (1980) 『差別の構造意識』 解放出版社.

### 【第3章 スティグマの生成 —カテゴリー分けとスティグマー—】

- Erving Goffman (1963) *Stigm Note on the Management of Spoiled Identity* (=2009,  
 石黒 毅 (訳) 『スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ』 せりか書房.)
- Guido M. Crocetti, Herzl R Spiro, Iradj Siassi (1974) *Contemporary Attitudes* (=1978,  
 加藤正明 (監訳) 『偏見・スティグマ・精神病』 星和書店.)
- G.W.Allport (1954) *The Nature Of Prejudice* (=1968,原谷達夫・野村昭 (共訳) 『偏見  
 の心理』 培風館.)
- Howard S. Becker (1963) *Outsiders* (=1978, 村上直之 (訳) 『アウトサイダーズ』 新泉  
 社.)
- 加藤正明・中川四郎・安食正夫・ほか (1962) 「精神衛生並に精神障害に対する認識及び  
 加藤正明・中村四郎・岡田敬蔵・ほか (1960) 「治療における人間関係の研究—精神科職  
 員の意識調査のころみ—」 『精神医学』 2 (9), 595-602.
- 岡上和雄・石原邦雄 (1986) 「『精神障害 (者)』 に対する態度と施策への方向づけ—『精神  
 障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』 より—」 『社会保障研究』 21 (4),  
 373-385.
- 大島 巖 (1992a) 「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離—尺度の妥当性を中  
 心に—」 『精神保健研究』 38, 25-37.
- 大島 巖 (編著) (1992b) 『新しいコミュニティづくりと精神障害者施設「施設摩擦」への  
 挑戦』 星和書店.
- 大島 巖・上田洋也・山崎喜比古・ほか (1993) 「精神障害者施設とコンフリクトをした大  
 都市近郊新興住宅住民の精神障害者観 - 近隣関係, およびコミュニティ意識との関連 -」  
 『日社精神医学誌』 1 (1), 17-29.
- 大島 巖・山崎喜比古・中村佐織・ほか (1989) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精  
 神障害者観—開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から」 『社会精神医学』  
 12 (3), 286-297.
- 大谷藤郎 (1993) 『現代のスティグマーハンセン病・精神病・エイズ・難病の艱難一』 勁草  
 書房.

- 坂本佳鶴恵 (1996) 「スティグマ—他者への烙印—」『社会学のエッセンス』有斐閣, 35-50.
- 進藤隆夫 (1968) 「精神障害者に対する住民の意識態度」『公衆衛生』32(3), 170-178.
- 新村 出 (編) (2008) 『広辞苑 第六版』東京：岩波書店.
- 新保 満 (1972). 『人種的差別と偏見』東京：岩波書店.
- 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.
- 山村道夫・米倉育男・平野千里・ほか (1965) 「精神障害者に対する家族の態度調査—家族会との関連において—」『精神医学』9 (12), 928-932.
- (財) 全国精神障害者家族連合会 (1984) 「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査—財団法人三菱財団社会福祉助成金報告書—」『ぜんかれん号外』.

#### 【第4章 精神障害者の偏見・スティグマ研究で提示されている諸命題】

- 浅井暢子 (1999) 「精神障害者に対する意識と受容」『日本社会心理学会第40回大会発表論文集』, 234-235.
- 浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史—わが国における「社会復帰」論争批判—』批評社.
- 新 睦人 (2005) 『社会調査の基礎理論』川島書店.
- 御前由美子 (2005) 「精神障害者にとっての人的資源を拡充するための研究—動物飼育体験者の精神障害者に対する意識調査—」『関西福祉科学大学紀要』9, 235-248.
- Guido M. Crocetti, Herzl R Spiro, Iradj Siassi (1974) *Contemporary Attitudes* (=1978, 加藤正明 (監訳) 『偏見・スティグマ・精神病』星和書店.)
- G.W.Allport (1954) *The Nature Of Prejudice* (=1968, 原谷達夫・野村昭 (共訳) 『偏見の心理』培風館.)
- 半澤節子・中根允文・吉岡久美子・ほか (2008) 「精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究」『精神障害とリハビリテーション』12 (2), 154-162.
- 蓮井千恵子・坂本真士・杉浦朋子・ほか (1999) 「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎研究—」『精神科診断学』10 (3), 319-328.
- 星越活彦・洲脇 寛・實成文彦 (1994) 「精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査—香川県下の単科精神病院勤務者を対象にして—」『日社精神医学誌』2 (2), 93-104. (再録：1983, 『SD法によるイメージの測定、その理解と実践の手引き』川島書店.)
- 加藤正明・中川四郎・安食正夫・ほか (1962) 「精神衛生並に精神障害に対する認識及び加藤正明・中村四郎・岡田敬蔵・ほか (1960) 「治療における人間関係の研究—精神科職員意識調査のころみ—」『精神医学』2 (9), 595-602.
- 古屋竜太 (2009) 「日本病院・地域精神医学会の50年とわが国の精神保健福祉をめぐる流れ—1957年～2008年—」『日本病院・地域精神医学会50周年記念号』51(3), 254-281.
- 牧田 潔 (2006) 「統合失調症に対する社会的距離尺度 (SDSJ) の作成と信頼性の検討」『日本社会精神医学雑誌』14 (3), 231-241.

- 町沢静夫・佐藤寛之・沢村 幸 (1990) 「精神障害者に対する態度測定—患者群、患者家族群、一般群の比較—」『臨床精神医学』19 (4), 511-520.
- 宗像恒次 (1991) 『市民の精神障害 (者) に対する態度と精神衛生対策への意見—1983 年と 1988 年の都民の比較—』精神保健研究所, 337-387.
- 中村 真 (2001) 「精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向 (I) —日本国内における実体調査—」『川村学園大学研究紀要』12 (1), 199-212.
- 中沢正夫 (1969) 「退院分裂病者に対する噂話を指標とした動的態度調査」『精神神経学雑誌』71 (9), 873-898.
- 岡上和雄・石原邦雄 (1986) 「『精神障害 (者) 』に対する態度と施策への方向づけ—『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』より—」『社会保障研究』21 (4), 373-385.
- 大島 巖 (1992a) 「精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離—尺度の妥当性を中心に—」『精神保健研究』38, 25-37.
- 大島 巖・上田洋也・山崎喜比古・ほか (1993) 「精神障害者施設とコンフリクトをした大都市近郊新興住宅住民の精神障害者観 - 近隣関係, およびコミュニティ意識との関連 - 」『日社精神医学誌』1 (1), 17-29.
- 大島 巖・山崎喜比古・中村佐織・ほか (1989) 「日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観—開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から」『社会精神医学』12 (3), 286-297.
- 榊原 文・松田宣子 (2003) 「精神障害者への偏見・差別及び啓発活動に関する先行研究論文からの考察」『神大医保健紀要』19,59-73.
- 佐野正彦 (1990) 「スティグマとレッテル貼り—レイベリング論—」『リアリティの社会学—社会学入門—』八千代出版株式会社, 174-189.
- 進藤隆夫 (1968) 「精神障害者に対する住民の意識態度」『公衆衛生』32(3), 170-178.
- 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.
- 竹島 正・平井右助・田中 薫・ほか (1992) 「地域住民の精神障害者に対する見方について—地域調査をもとに—」『社会精神医学』15 (3), 230-236.
- 滝沢武久 (1989) 「第 16 回リハビリテーション世界会議『ポスターセッション』精神障害者家族会の組織と活動」『障害者保健福祉研究システム』  
([http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r058/r058\\_079.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r058/r058_079.html))  
2014.1108.
- 谷岡 哲・浦西由美・山崎里恵・ほか (2007) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」『香川大学看護学雑誌』11 (1), 65-74.
- 山田憲彦・益満孝一 (2011) 「精神障害者への偏見・差別の解消に向けた啓発活動に関する

文献研究からの一考察—従来型の偏見規定要因から個人誘発型要因への変遷過程について—『九州社会福祉学会年報』2, 19-29.

山村道夫・米倉育男・平野千里・ほか (1965) 「精神障害者に対する家族の態度調査—家族会との関連において—」『精神医学』9 (12), 928-932.

吉井初美 (2009) 「精神障害者に関するスティグマ要因—先行研究をひもといて—」『日本精神保健看護学会誌』18(1), 140-146.

(財) 全国精神障害者家族連合会 (1984) 「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査—財団法人三菱財団社会福祉助成金報告書—」『ぜんかれん号外』.

(財) 全国精神障害者家族連合会 (1997) 「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書」『日本財団図書館』電子図書館

(<http://nippon.zaidan.info>) 2009.07.3.

## 【第5章 精神保健医療福祉の変遷からみたスティグマ生成】

阿部謹也 (2007) 『自分のなかに歴史を読む』筑摩書房.

秋枝蕭子 (1983) 「森有礼とホーレス・マン—教育と経済のかかわりについて—」『文芸と思想』47, 1-18.

安東由則 (2002) 「身体訓練 (兵式体操) による「国民」の形成—森有礼に注目して—」『武庫川女子大紀要』50, 85-95.

浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史—わが国における「社会復帰」論争批判—』批評社.

Francis Tiffany (1890) *Life Of Dorothea Lynde Dix* : Houghton, Mifflin And Company.

藤野ヤヨイ (2005) 「我が国における精神障害者処遇の歴史的変遷—法制度を中心に—」『新潟青陵大学紀要』5, 201-215.

福岡弁護士会精神保健委員会 (編) (2002) 『触法精神障害者の処遇と精神医療の改善』明石書店.

張江洋直・大谷栄一 (編) (2007) 「ソシオロジカル・スタディーズ—現代日本社会を分析する—」世界思想社.

蓮井千恵子・坂本真士・杉浦朋子・ほか (1999) 「精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する基礎研究—」『精神科診断学』10 (3), 319-328.

東田敏夫 (1987a) 『社会医学の現代的課題 (上)』勁草書房.

東中須恵子 (2009) 「歴史に見る精神障がい者の処遇:鹿児島県公立病院の場合」『看護学総合研究』10 (2), 59-63.

平野隆之・宮城 孝・山口 稔 (編) (2001) 『コミュニティとソーシャルワーク』有斐閣.

広田伊蘇夫 (2004) 『立法百年史』批評社.

法なび法令検索 (<http://hourei.hounavi.jp>) 2013.9.30.

医学書院 (1959) 『精神医学』1.

井上俊宏 (2010) 『近代日本の精神医学と法—監禁する医療の未来—』ぎょうせい.

- 石井研堂（1997）『明治事物起源 7』筑摩書房.
- 金川英雄（2010）「精神障害者の治療を担っていた民間施設とは（新連載-1）高尾山お滝場が関東圏で果たした役割」『精神看護』21（1）,95-100.
- 菅野和夫・江頭憲治郎・小早川光郎・ほか（編）（2009）『六法全書 平成 21 年版Ⅱ』有斐閣.
- 上島国利・上別府圭子・平島奈津子（編）（2007）『知っておきたい精神医学の基礎知識—サイコロジストとコ・メディカルのために—』誠信書房.
- 川上 武（1982）『現代日本病人史』勁草書房.
- 経済企画庁（1956）『経済白書—日本経済の自立と近代化—』至誠堂.
- 木村岩治（1994）『洋学者箕作阮甫とその一族』日本文教出版株式会社.
- 木村 匡（1987）『森先生伝：伝記・森有礼』大空社.
- 岸本年史（2010）「統合失調症この 10 年で精神科治療はどう変わったか」『精神科』16（15），388-393.
- 小林正樹（監督）（1983）『東京裁判 前編』東京コンサーツ.
- 小林美代子（1971）『髪の花』講談社.
- 小林美代子（1972）『繭となった女』講談社.
- 厚生労働省『病院報告』（[www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/byoin.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/byoin.pdf)）2014.10.22.
- 厚生労働省（2004）『精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）』（<http://www.mhlw.go.jp>）2009.07.3.
- 厚生労働省（2009）『精神保健医療福祉の更なる改革に向けて』（<http://www.mhlw.go.jp>）2012.11.11.
- 厚生労働省（2013）『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の施行について』（[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/kaisei\\_seisin/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/)）2014.09.05.
- 厚生省医務局（1976a）『医政百年史』株式会社ぎょうせい.
- 厚生省医務局（1976b）『医政百年史 記述編、資料編共』株式会社ぎょうせい.
- 古屋竜太（2009）「日本病院・地域精神医学会の 50 年とわが国の精神保健福祉をめぐる流れ—1957 年～2008 年—」『日本病院・地域精神医学会 50 周年記念号』51(3), 254-281.
- 呉 文聡（不明 a）「貧民調査の必要」『統計学雑誌』98.
- 呉 文聡（不明 b）「貧民論（補遺）」『統計学雑誌』99.
- 呉 秀三（1905a）「文部省指定学校規則を読む（上）」『医海時報』583.
- 呉 秀三（1905b）「文部省指定学校規則を読む（下）」『医海時報』584.
- 呉 秀三・樫田五郎（1918）『精神病者私宅監置ノ實況及ビ其統計的觀察』内務省衛生局刊（2000 年創造出版より復刻）.

- 宗像恒次（1991）『市民の精神障害（者）に対する態度と精神衛生対策への意見－1983年と1988年の都民の比較－』精神保健研究所，337－387.
- 中村政則（2003）「明治維新期の経済構想」『商経論叢』38（4）.
- 中野文庫（1900）『精神病者監護法』  
 （<http://www.geocities.jp/nakanolib/hou/hm33-38.htm>）2014.05.10.
- 中野 実（1999）「帝国大学創設期に関する資料と文相森有礼－「帝国大学制度」の形成に関する試論的考察－」『教育学研究』66（2），31-38.
- 南山堂（2006）『南山堂医学大辞典』南山堂.
- 日本医師会（1964）『ヘルシンキ宣言』  
 （[http://www.med.or.jp/wma/helsinki08\\_j.html](http://www.med.or.jp/wma/helsinki08_j.html)）2014.05.19.
- 日本精神分析学会（1963）『精神分析研究』.
- 日本精神神経学会（1951）『精神神経学会誌』2.
- 日本精神神経学会（1970）「精神病院に多発する不祥事件に関し、全会員に訴える」『精神神経学雑誌』1.
- 日本統計協会総務省統計局（2006）『日本長期統計総覧』日本統計協会.
- 西川 薫（2010）『日本精神障害者施策史－戦前期を中心として－』考古堂書店.
- 岡田靖雄（1972）『差別の論理－魔女裁判から保安処分へ－』勁草書房.
- 岡田靖雄（1982a）『呉秀三－その生涯と業績』文閣出版.
- 岡田靖雄（2002）『日本精神医療史』医学書院.
- 岡上和雄・石原邦雄（1986）「『精神障害（者）』に対する態度と施策への方向づけ－『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』より－」『社会保障研究』21（4），373-385.
- 小俣和一郎（1998）『精神病院の起源』太田出版.
- 小俣和一郎（2000）『精神病院の起源近代篇』太田出版.
- 小俣和一郎（2005）『精神医学の歴史』第三文明社.
- 大久保利謙（編）（1972a）『森有礼全集一卷』宣文堂書店.
- 大熊一夫（1981）『ルポ・精神病棟』朝日新聞社.
- 大熊一夫（2009）『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』岩波書店.
- 大阪精神医療人権センター『精神科で発覚した主な問題事件』  
 （[http://www.psy-jinken-osaka.org/?page\\_id=1155](http://www.psy-jinken-osaka.org/?page_id=1155)）2015.1.27.
- 大島 巖（編著）（1992b）『新しいコミュニティづくりと精神障害者施設「施設摩擦」への挑戦』星和書店.
- 大島 巖・上田洋也・山崎喜比古・ほか（1993）「精神障害者施設とコンフリクトをした大都市近郊新興住宅住民の精神障害者観－近隣関係，およびコミュニティ意識との関連－」『日社精神医学誌』1（1），17-29.
- 大谷藤郎（2005）『医の倫理と人権－共に生きる社会へ』医療文化社.

- 大谷 實 (1995) 『精神科医療の法と人権』 弘文堂.
- 大月三郎 (監修) (1996) 『抗精神病薬の使い方』 日本アクセル・シュプリンガー出版株式会社.
- 酒井シヅ (2008) 『病が語る日本史』 講談社.
- 酒井シヅ (2011) 『まるわかり江戸の医学』 KK ベストセラーズ.
- 佐藤芳江・常名一弘・河合美智子 (2004) 「暴力行為により措置入院を繰り返している患者の行動範囲拡大に向けての取り組み」 『看護実践の科学』 12,18-19.
- 澤田恵子 (2010) 「精神障害者の治療を担っていた民間施設とは (3) 富士中にあった民間治療施設『不二大和同園』」 『精神看護』 13 (3) ,92-96.
- 精神保健福祉白書編集委員会 (編集) (2009) 『精神保健福祉白書 2010 年版』 中央法規.
- 精神保健福祉白書編集委員会 (編集) (2012) 『精神保健福祉白書 2013 年版』 中央法規.
- 精神保健福祉研究会 (監修) (2007a) 『わが国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 平成 19 年度版』 株式会社太陽美術.
- 清水藤太郎 (1949) 『日本薬学史』 南山堂.
- 新村 出 (編) (2008) 『広辞苑 第六版』 東京：岩波書店.
- 高柳 功・山角駿 (編書)・社団法人日本精神科病院協会 (監修) (2007) 『改定 精神保健福祉の最新識歴史と臨床実務』 中央法規.
- 鈴木芳次 (1976) 「「ペンシルバニア癲狂院長閣下ニ送ル答辯書」に思う一日米交流の始め一」 『精神医学』 18 (10), 85-96.
- 滝沢武久 (1989) 「第 16 回リハビリテーション世界会議『ポスターセッション』精神障害者家族会の組織と活動」 『障害者保健福祉研究システム』 ([http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r058/r058\\_079.html](http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r058/r058_079.html)) 2014.1108.
- 谷岡 哲・浦西由美・山崎里恵・ほか (2007) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」 『香川大学看護学雑誌』 11 (1), 65-74.
- トク・ベルツ (編)・菅沼竜太郎 (訳) (1951) 「ベルツの日記 第一部上」 岩波文庫.
- 徳富蘇峰・藤原正人 (編) (1966) 「森有禮君」 『国民之友第 4 巻』 明治文献, 323-328.
- 東京都公文書館 (編集) (1973) 『都史紀要 22 明治初年の自治体警察番人制度』 東京都情報連絡室情報公開部都民情報課.
- 浦野シマ (1975) 「精神病院改革の偉大なる女性 ドロシア・デックスを想う」 『看護』 27 (8) , 97-101.
- 浦野シマ・鈴木芳次 (1977) 「ドロシア・デックスと近代日本精神病院の淵源—重要文献の発見」 『看護』 29 (5), 131-140.
- 宇都宮みのり (2010) 「精神病者監護法の「監護」概念の検証」 『社会福祉学』 51 (3), 64-77.
- 宇都宮みのり (2011) 「大正 8 年精神病院法の立法提案とその議論」 『金城学院大学論集』 8

(1), 1 - 15.

- 渡辺尚志 (1999) 「歴史学からみた明治維新」『一橋論叢』121 (4), 566-582.
- 柳 尚夫 (2003) 「精神障害者施設コンフリクトへの対応—大阪府池田市での事例をもとに—」『公衆衛生』67 (5), 376 (再録: 磯崎由美 1992, 『全国の家族団体向け調査』毎日新聞東京朝刊, 379).
- 横手慎二 (2005) 『日露戦争史』中央公論新社.  
『精神病床の平均在院日数の推移』 ([www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c\\_2.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0531-14c_2.pdf))  
2014.10.12.
- 読売新聞 (1975年) 「家庭内の3人の精神障害者を看病し、家事に励む嫁に褒美を上申」『ヨミダス歴史館』 (<http://www.yomiuri.co.jp/database/>) 2015.1.24.
- 読売新聞 (1932年) 「電話ラジオの電流 狐つきは姿を消して精神病者がめつきり増えた」『ヨミダス歴史館』 (<http://www.yomiuri.co.jp/database/>) 2015.1.24.
- (財) 全国精神障害者家族連合会 (1984) 「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査—財団法人三菱財団社会福祉助成金報告書—」『ぜんかれん号外』.
- (財) 全国精神障害者家族連合会 (1997) 「精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書」『日本財団図書館』電子図書館  
(<http://nippon.zaidan.info>) 2009.07.3.

## 【第6章 総括と展望】

- 外務省 (2014) 『障害者の権利に関する条約』  
([http://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr\\_ha/page22\\_000899.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/fp/hr_ha/page22_000899.html)) 2014.11.14.
- 川上 武 (1982) 『現代日本病人史』勁草書房.
- 厚生労働省 (2004) 『精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要)』  
(<http://www.mhlw.go.jp>) 2009.07.3.
- 厚生労働省 (2013) 『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の施行について』  
([http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/kaisei\\_seisin/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/)) 2014.09.05.
- 中村 真 (2001) 「精神障害者に対する否定的態度に関する研究の動向 (I) —日本国内における実体調査—」『川村学園大学研究紀要』12 (1), 199-212.
- 岡田靖雄 (1972) 『差別の論理—魔女裁判から保安処分へ—』勁草書房.
- 岡田靖雄 (2011) 『精神医学の知識と技 吹き来る風に 精神科の臨床・社会・歴史』中山書店.
- 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.
- 玉置哲淳 (1998) 『人権保育のカリキュラム研究』明治図書出版株式会社.

谷岡 哲・浦西由美・山崎里恵・ほか (2007) 「住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ」『香川大学看護学雑誌』11 (1), 65-74.

## (2) 参考文献

安達笙子・岡田洋一 (編著) (2010) 『保健医療サービスとソーシャルワーク』法律文化社.

秋元波留夫 (1978) 『精神障害者の医療と人権』ぶどう社.

Ann Pelo・Fran Davidson (2000) *That's Not Fair! A Teacher's Guide to Activism with Young Children* (=2003, 玉置哲淳・戸田有一・橋本裕子 (編) 『人権と保育3 幼児・小学生の人権プロジェクト支援ガイド』解放出版社.)

Anthony Giddens (1989) *Socology* (=1998 松尾精分・西岡八郎・藤井達也ほか (訳) 『社会学 (改訂第3版)』而立書房.)

浅野邦彦 (2004) 『スティグマと差別を超えて—脱施設化と地域ケア—』哲学書房.

Bengt Nirje (1967) *The Normalization Principle Papers* (=1998, 河東田博・橋本由紀子・杉田穂子 (訳編) 『ノーマライゼーションの原理—普遍化と社会変革を求めて—』現代書館.)

べてるしあわせ研究所・向谷地生良 (2009) 『レッツ！ 当事者研究1』NPO 法人コンボ.

尾藤正英 (2000) 『日本文化の歴史』岩波新書.

Christopher Peterson, Steven Maier, Martin Seligman (1993) *Learned Helplessness: A Theory for the Age of Personal Control* (=2000, 津田 彰 (監訳) 『学習性無力感—パーソナル・コントロールの時代を開く理論』二瓶社.)

David H. Clark (1982) 「日本における地域精神保健—WHO への報告」『医学書院』196-229.

David Healy (2009) *Psychiatric Drugs Explained* (=2009, 田島 治・江口重幸 (監訳)・冬樹純子 (訳) 『ヒーリー精神科治療薬ガイド』みすず書房.)

Edwin M. Schur (1965) *Crimes without Victims* (=1981, 畠中宗一・畠中郁子 (訳) 『被害者なき犯罪』新泉社.)

永徳緑峯 (編著) (1965) 『薩摩医学史上巻』新時代者.

江畑啓介 (1980) 「C・ビヤーズとアメリカ精神衛生運動の歴史—訳者のあとがきにかえて—」『わが魂にあうまで』聖和書店, 257-273.

江畑敬介 (2009) 「薬物療法と統合」『精神治療学』24, 155.

Émile Durkheim (1893) *De la division du travail social* (=1989, 井伊玄太郎 (訳) 『社会分業論 (上)』講談社.)

Émile Durkheim (1893) *De la division du travail social* (=1989, 井伊玄太郎 (訳) 『社会分業論 (下)』講談社.)

Erik H. Erikson (1980) *Identity and the life Cycle* (=2011, 西平 直・中島由恵 (訳) 『アイデンティティとライフサイクル』誠信書房.)

- Erving Goffman (1961) *Asylum* (=1984, 石黒毅 (訳)『ゴフマンの社会学 3 アサイラム』誠信書房.)
- Graham Thornicroft (2006) *Shunned Discrimination Against People With Mental Illness* (=2012, 青木省三・諏訪 浩 (監訳)『精神障害者差別とは何か』日本評論社.)
- 半澤節子 (2005)「精神障害者家族研究の変遷 —1940年代から2004年までの先行研究—」『人間文化研究』3, 65-89.
- Howard S. Becker (1963) *Outsiders—Studies in The Sociology of Deviance—* (=2011, 村上直之 (訳)『完訳アウトサイダーズラベリング理論再考』新泉社.)
- 藤野ヤヨイ (2005)「我が国における精神障害者処遇の歴史の変遷—法制度を中心に—」『新潟青陵大学紀要』5, 201-215.
- 古屋竜太 (2009)「戦後精神医療史の用語解説」『病院・地域精神医学』51 (3), 5-31.
- 花村春樹 (訳著) (1994)『「ノーマリゼーションの父」N・E・バンクーミケルセン』, ミネルヴァ書房.
- 原口 泉・永山修一・日熊正守他 (1999)『鹿児島県の歴史』山川出版社.
- 原口虎雄 (1973)『鹿児島県の歴史』山川出版社.
- 張江洋直・角田幹夫・佐野正彦・ほか (1990)『リアリティの社会学—社会学入門—』八千代出版株式会社.
- 東田敏夫 (1987b)『社会医学の現代的課題 (下)』勁草書房.
- 姫井昭男 (2008)『精神科の薬が分かる本』医学書院.
- 平安良雄 (2009)「薬物療法と精神療法—医学教育の役割—」『精神療法』35 (4), 485-486.
- 廣末 登 (2014)『若者はなぜヤクザになったのか—暴力団加入要因の研究—』ハーベスト社.
- 広田伊蘇夫 (1981)『精神病院』岩崎学術出版社.
- 石井信義 (1979)『開かれている病棟』星和書店.
- 一番ヶ瀬康子・高島進 (編) (1981)『社会福祉の歴史』有斐閣.
- 岩井弘融 (1957)『暴力』平凡社.
- Jacques Hochmann (2004) *Histoire de la Psychiatrie* (=2007,阿倍恵一郎 (訳)『精神医学の歴史[新版]』白水社.)
- 神田橋條治・兼本浩祐・熊木徹夫 (編) (2007)『精神科薬物療法を語ろう—精神科医からみた官能的評価』日本評論社.
- 関東弁護士会連合会 (編) (2012)『精神障害のある人の権利擁護と法律問題』明石書店.
- 金川英雄・堀みゆき (2009)『精神病院の社会史』青弓社.
- 加藤 敏 (2009)「現代日本における精神科病棟 (病院) への入院を考える」『精神科治療』24 (3), 273-284.
- 川喜田二郎・牧島信一 (編) (1970)『問題解決学—KJ法ワークブッカー』講談社.
- Kelley Johnson (1998) *Deinstitutionalising Women* (=2006, 高木邦明 (訳)『オース

- トラリア・女性たちの脱施設化—知的障害と性のディスコース—』相川書房.)
- 今野俊彦 (1972) 『偏見の文化 その虚像と実像』新泉社.
- 厚生省医務局 (1955) 『医政八十史』大蔵省印刷局.
- 熊木徹夫 (2007) 『精神科のくすりを語ろう—患者からみた官能的評価ハンドブック—』日本評論社.
- 呉 秀三 (1907) 『我邦ニ於ケル精神病ニ関スル最近ノ施設』内務省衛生局刊 (2003 年創造出版より復刻).
- Louise Derman-Sparks (1989) *Tools For Empowering Young Children* (=1994, 玉置哲淳・大倉三代子 (編) 『斜めから見ない保育—アメリカの人権カリキュラム—』開放出版社.)
- Lytton Strachey (1918) *Florence Nightingale De Arnold* (=1993, 橋口 稔 (訳) 『ナイチンゲール伝』岩波文庫.)
- Mark Ragins (2002) *A Road to Recovery* (=2005, 前田ケイ (監訳) 『ビレッジから学ぶリカバリーへの道—精神の病から立ち直ることを支援する—』金剛出版.)
- 宮地あゆみ (2010) 「精神障害者への偏見及びスティグマの測定法に関する一考察—わが国における研究・展開過程の分析を通して—」『鹿児島国際大学大学院修士論文』.
- 宮地あゆみ (2012) 「量的研究から見た偏見解消の歴史—過去 50 年による先行研究の測定分析を通して—」『九州社会福祉学年報』3, 27-37.
- 宮地あゆみ (2012) 「スティグマの社会的理解」『鹿児島国際大学大学院学術論集』4, 31-39.
- 宮地あゆみ (2013) 「精神障害者への偏見・スティグマ解消に向けた研究の動向—過去 50 年の量的研究の理論分析を通して—」『九州社会福祉学年報』4, 1-13.
- 宮地あゆみ (2013) 「スティグマ研究における歴史社会学の重要性—G.W.オルポートの議論をもとにして—」『九州社会福祉学年報』5, 29-38.
- 森岡清美・塩原 勉・本間康平 (編) (1993) 『新社会学辞典』有斐閣.
- 森田桂子・水野雅文 (2008) 「統合失調症の予防と早期介入」『精神科臨床サービス』8 (2), 170-173.
- 村上直之 (1978) 「ラベリング論への招待」『アウトサイダーズ』新泉社, 253-281.
- 村上直之 (1995) 『近代ジャーナリズムの誕生』岩波書房.
- 永井 均 (1997) 『ルサンチマンの哲学』河出書房新社.
- 長瀬 修・川崎 聡 (編著) (2004) 『障害者の権利条約—国連作業部会草案—』明石書店.
- 中川喜代子 (1998) 『人権学習ブックレット② 偏見と差別のメカニズム』明石書店.
- 中井久夫 (2010) 「戦後日本精神医学史 (1960~2010) 粗稿」『精神科治療学』25 (1) 3-9.
- 仲村雄二郎 (2000) 『共通感覚論』岩波書房.
- 中野浩一 (2003) 「運動教育を意味する「体育」概念の形成過程に関する再検討: 森有礼の兵式体操論に焦点をあてて」『体育学研究』48, 395-403.
- 中山 元 (1996) 『フーコー入門』筑摩書房.

- 波平恵美子・小田博志（2010）『質的研究の方法 いのちの〈現場〉を読みとく』春秋社。
- 日本弁護士連合会人権擁護委員会（2002）『障害のある人の人権と差別禁止法』明石書店。
- NPO 法人全国精神障害者ネットワーク協議会（2005）『精神医療ユーザーアンケート報告書ユーザー1000人の現状・声』精神障害者九州ネットワーク調査委員会。
- 社団法人日本精神保健福祉士協会日本精神保健学会（監修）（2004）『精神保健福祉用語辞典』中央法規。
- 日本社会精神医学会（2009）『社会精神医学』医学書院。
- 西原和久（2003）『自己と社会—現象学の社会理論と〈発生社会学〉』新泉社。
- 西原和久・岡 敦（2006）『聞きまくり社会学—「現象学的社会学」って何？』新泉社。
- 貫 成人（2004）『哲学』ナツメ社。
- 貫 成人（2007）『ニーチェ—すべてを思い切るために：力の意志—』青灯社。
- 貫 成人（2007）『フーコー—主体という夢：生の権力—』青灯社。
- 貫 成人（2008）『図説・標準 哲学史』新書館。
- 緒方由紀（2013）「精神障害者の再定住化の方法と展開」『佛教大学社会福祉学部論集』9。
- 岡邊 建（編）（2014）『犯罪・非行の社会学—常識をとらえなおす視座』有斐閣。
- 岡田靖雄（編）（1982b）『呉秀三作集第1巻』思文閣出版。
- 岡田靖雄（編）（1982c）『呉秀三作集第2巻 精神病学編』思文閣出版。
- 岡田靖雄（1993）「体験的戦後精神科医療史—わかったもの、またわからぬもの—」『医学史研究』65, 111-116。
- 岡田靖雄（2012）『青人冗言8 ハンセン病および精神病患者比較法制・処遇史』青柿舎。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2010a）『精神障害者問題資料集成戦前編第1巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2010b）『精神障害者問題資料集成戦前編第2巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2010c）『精神障害者問題資料集成戦前編第3巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011a）『精神障害者問題資料集成戦前編第4巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011b）『精神障害者問題資料集成戦前編第5巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011c）『精神障害者問題資料集成戦前編第6巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011d）『精神障害者問題資料集成戦前編第7巻』六花出版。
- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011e）『精神障害者問題資料集成戦前編第8巻』六花出版。

- 岡田靖雄・小峰和茂・橋本明（編）（2011f）『精神障害者問題資料集成戦前編第9巻』六花出版.
- 岡田靖雄・吉岡真二・金子嗣郎・ほか（1965）「私宅監置の運命」『精神医学』7（6），22-28.
- 岡上和雄・大島 巖・荒井元傳（1988）『日本の精神障害者—その生活と家族—』ミネルヴァ書房.
- 小俣和一郎（2003）『検証人体実験—731部隊・ナチス医学—』第三文明社.
- 小俣和一郎（2013）『精神医学史人名辞典』論創社.
- 大久保利謙（編）（1972b）『森有禮全集二巻』宣文堂書店.
- 大熊一夫（1987）『精神病院の話—この国に生まれたるの不幸①—』晩聲社.
- 大村永昭・宝月 誠（1976）『逸脱の社会学—烙印の構図とアノミー—』新曜社.
- 忍 博次（1987）『偏見の断層—福祉を考える友へ—』筒井書房.
- 小和田哲夫（監修）（2011）『図解日本の歴史』株式会社ナツメ社.
- Paul Spiker（1984）*Stigma And Social Welfare*（=1987，西尾祐吾（訳），『スティグマと社会福祉』誠信書房.）
- 坂元盛秋（1969）『森有礼の思想』時事通信社.
- 桜井哲夫（1997）『不良少年』筑摩書房.
- 佐野正彦（2003）『逸脱論と〈常識〉』いなほ書房.
- 佐々木秀美「明治時代におけるわが国の近代的精神医療の萌芽と挫折にする歴史的考察：精神病院設立経緯と精神障害者看護に焦点を当てて」『看護学統合研究』6（1），1-15.
- 佐々木毅・工藤文三・間宮陽介・ほか（2005）『現代社会』東京書籍.
- 精神保健福祉白書編集委員会（編集）（2010）『精神保健福祉白書 2011年版』中央法規.
- 精神保健福祉白書編集委員会（編集）（2011）『精神保健福祉白書 2012年版』中央法規.
- 精神保健福祉研究会（監修）（2007b）『三訂精神保健福祉法詳解』中央法規.
- 仙波恒雄・石井信義（1983）『精神病院を語る』星和書店.
- 曾和真一（2010）『ノーマライゼーションと社会的・教育的インクルージョン』阿吽社.
- 菅野和夫・江頭憲治郎・小早川光郎・ほか（編）（2009）『六法全書 平成 21年版Ⅱ』有斐閣,4816.
- 鈴木敦子（1975）『明日を拓く—芹香院・五〇年の精神医療—』神奈川機関紙印刷所.
- 玉置哲淳（1991）『人権と保育 1 人権保育とは何か？—その考え方と具体化への提言』解放出版社.
- 玉置哲淳（1995）「幼児期からの人権保育のための基礎調査」『大阪教育大学紀要』43（2），187-19.
- 玉置哲淳（2009）『人権と保育 4 子どもの人権力を育てる—尊敬を軸にした人権保育』解放出版社.
- 田島菜緒（2005）「ノーマライゼーション理念と障害者欠格条項の変遷—道路交通法と公営住宅法を中心として—」『鹿児島国際大学大学院修士論文』.

- 高城和義 (2002) 『パーソンズ 医療社会学の構相』 岩波書店.
- 武田清子 (1957) 「森有礼における教育人間像—「個人」と「国家」をめぐって—」『国際基督教大学学報. I-A, 教育研究』 4, 46-89.
- 田辺真理子 (2008) 「岩手県における精神病者監護法時代の精神障害者処遇の歴史」『岩手県立大学監護学部紀要』 10, 9-22.
- 田中理絵 (2004-2009) 「家族崩壊と子どものスティグマ[新装版]—家族崩壊の子どもの社会化研究—」(財)九州大学出版会.
- 辰濃和男 (2007) 『文章の磨き方』 岩波書店.
- Thomas S. Szasz (1970) *Ideology and Insanity* (=1975, 石井毅・広田伊蘇夫(訳)『狂気の思想』 新鮮社.)
- Thomas J. Scheff (1966) *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (=1979, 市川孝一・真田孝明(訳)『狂気の烙印—精神病の社会学』 誠信書房.)
- トク・ベルツ(編)・菅沼竜太郎(訳) (1955) 「ベルツの日記 第二部下」 岩波文庫.
- 徳岡秀雄 (1993) 『少年司法政策の社会学』 東京大学出版会.
- 徳岡秀雄 (1997) 『社会病理を考える』 世界思想社.
- 戸坂潤(著)・吉田傑俊(編) (2001) 『戸坂潤の哲学』 こぶし書房.
- 戸塚悦郎 (2003) 『国際人権法入門—国連人権 NGO の実践から—』 明石書店.
- 戸塚悦郎 (2006) 「犯罪行為を犯した精神障害者の処遇をめぐる歴史的な側面からの視点」『日本社会精神医学学会誌』 14 (3), 271-294.
- 辻 正二 (2000) 『高齢者ラベリングの社会学』 恒星社厚生閣.
- 筒井清忠 (1999) 『日本の歴史社会学』 岩波書店.
- 植松忠博 (1997) 『士農工商—儒教思想と官僚支配—』 同文館出版株式会社.
- 梅原秀元 (2013) 「『治療と絶滅』から『過去との対話と改革』へ—20世紀ドイツ精神医療史—」『日本医史学雑誌』 59 (4), 547-563.
- 臺 弘 (1993) 『誰が風を見たか』 聖和書店.
- 宇都宮みのり (2006) 「精神病者監護法成立前の精神障害者対策」『東海女子大学紀要』 26, 61-84.
- 宇都宮みのり (2007) 「『精神保健福祉』論調の変遷—『月刊福祉』誌にみる論文分析を通して—」『金沢学院大学論集』 3 (2), 78-99.
- 渡邊衡一郎・竹内啓善・菊池俊暁 (2010) 「飲み心地を重視した統合失調症治療のすすめ」『精神科治療学』 25 (3), 335-345.
- 八木晃介 (1992) 『部落差別論—生き方の変革を求めて—』 批評社.
- 山口創生・木曾陽子・米倉裕希子・ほか (2013) 「精神障害者に関するスティグマの定義と構成概念: スティグマに関する研究の今後の課題」『社会問題研究』 62.
- 山口 毅 (2014) 「レッテル貼りが逸脱を生む逆説—ラベリング論—」『犯罪・非行の社会学—常識をとらえなおす視座—』 有斐閣, 169-187.

山本明弘・板原和子・志波 充 (2006) 「和歌山県における精神障害者処遇の歴史—精神病患者監護法における監護の実態—」『和歌山県立大学医科大学保健看護学部紀要』2, 7-16.

山本博文 (2013) 『歴史をつかむ技法』新潮社.

山内隆久 (1996) 『偏見解消の心理—対人接触による障害者の理解—』ナカニシヤ出版.

吉田由美子 (2010) 「精神看護の歴史と展望—施設における精神看護の歴史的記述の分析より—」『東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集』19, 3-49.

要田洋江 (1999) 『障害者差別の社会学』岩波書店.

### (3) インターネット検索一覧

府政策統括官 (1993) 『障害者基本法』 (<http://www8.cao.go.jp>) 2012.11.11.

外務省ホームページ (<http://www.mofa.go.jp/>) 2012.4.10.

近代デジタルライブラリー「法規分類大全.第16官職門第14官制文部省」  
(<http://kindai.ndl.go.jp>) 2013.3.1.

厚生労働省 (2006) 『障害者自立支援法』  
(<http://www.mhlw.go.jp>) 2012.11.11.

公益財団法人日本障害者リハビリテーション協会 情報センター 『障害者の権利宣言』  
(<http://www.dinf.ne.jp>) 2012.11.11.

### (4) 参考資料

小林正樹 (監督) (1983) 『東京裁判 後編』東京コンサーツ.

## 資料

### (1) 第4章 既存研究論文の要約

#### 1) 加藤正明 中村四郎 岡田敬蔵 小坂英世 竹村和子 徳江富士弥 (1960) 『治療における人間関係の研究 —精神科職員の意識調査のころみ—』

治療社会としての人間関係の問題には、病院管理の理論および技術の問題と、治療技術としての人間関係理論の問題がある。今日では、開放病院方式や社会治療などへの関心も高まっている。問題の根底には、病院内の職員間、職員対患者間、患者相互間の3種類の人間関係に関する理論と技術があり、それが重要な治療的意義を有している。もっとも治療的意義を持つのは職員対患者間であり、自由を拘束される精神病院では権威的になりやすい。今日では、弊害をなくすため精神病院の社会化が望まれているが、それらの実現のためには、精神病院職員の意見や態度の有り方、職員間の意見の一致度が重要な役割となってくる。

本研究では、C.M.S および Giedt や職員の自由会話をもとに、職員の意見や態度のありかたや、職員間の意見の一致についての「意見スケール」を作成した。その結果、病棟内職員の意見相関として5%および1%の危険率で有意であり、病院の開放度、看護治療方式、日課などとの比較では、開放度が高く院長以下が看護治療に積極的な治療病院では職員全体の意見の相関は高く、反して開放度が低く治療への志気の低い病院では意見の相関が低かった。また院長の支持のみや、一部の職員だけが積極的な病院では、これを反映する相関図が見られた。そのいっぽうで各職別の意見相関をみると、医師群が他職種と比較して5%の危険率で高かった。これは医師教育の近似性によるものと思われる。本調査では、5項目の「監禁的ケアの意見」を見だし、それらの結果にもとづき、この「意見スケール」は精神科職員の意見の一致のみならず、病棟内および職種内の治療的状況を測定するのに効果的であることが示唆された。

#### 2) 加藤正明 中川四郎 安食正夫 片野卓 進藤隆夫 (1962)

#### 『精神衛生並に精神障害に対する認識及び治療的態度に関する研究 —社会的態度と治療的態度との関連—』

本研究では、加藤ら(1960)の研究結果から、「意見スケール」が病棟内および職種内の治療的態度を測定するのに有効であるということから、次の課題は一般人の社会的態度と治療的態度の関連にする。そのため、SSM と AMS を参考にした項目と、加藤ら(1960)の先行研究論文の一部の項目を修正した項目とで調査を行った。調査対象者は、一般病院看護婦、保健婦、公衆衛生教育機関職員である。理由として、公衆衛生に対する態度と精神衛生に対する態度を測定するために、この「社会的態度スケール」と「精神衛生態度スケール」が有効性を持つのかということと、両スケールの学歴・年齢・職層別の比較・相関を検討しようという点にある。

結果として、SSM と AMS とともに年齢上昇および学歴下降にともない前者で「保守的態  
度」減少を認め、年齢下降および学歴上昇にともない前者で「保守的態  
度」の増加を認め  
た。役付職層については、その一部に「保守的態  
度」の増加と「治療的態  
度」の減少を認め  
た。社会的態度では 2 項目、精神障害への態度では 4 項目が相関を持つとされた。有効  
なスケールとしては、SSM の 5 項目と AMS の 6 項目となった。これに加えて各種の質問  
紙法と自発的言語、ならびに行動的態度の評価を加え、患者家族、一般人口などの調査に  
発展させる必要がある。また、一般的に質問にのみで引き出された言語的態度だけでは、  
真の態度を測定することは困難であり、自発的言語態度と行動的態度をあわせて測定する  
ことが不可欠ということであった。今後は、今回の質問紙のような「言語的態度スケール」  
の検討からはじめて、これを Q ソーティングなどの方向に発展させるとともに、その他の  
スケールとも組み合わせて有効なものを作成する方向に進みつつある。

### 3) 山村道夫 米倉育男 平野千里 大槻信子 平野喬 大野勇夫 繁原賢吉 (1967)

#### 『精神障害者に対する家族の態度調査 一 家族会との関連において一』

向精神病薬の開発とリハビリテーションの活動とが、治療や社会復帰に貢献をなしつつ  
ある。また、地域社会や家族の態度および関与が、それらに及ぼす影響が大きいことも指  
摘されている。しかし、家族援助は社会保険制度や精神衛生対策の不備、さらに地域社会  
や家族自身の偏見などのために十分になされていないため、家族会の結成を企画した。す  
なわち家族会が、困難な状況を打破する一つの力になると予測したからである。そして家  
族治療への一段階として、また家族会発展への基礎とするために、家族会に出席した家族  
を対象とし、種々の問題に対する家族の態度や意見を、家族会への態度との関連において  
調査した。

これらの結果、精神障害者の治療や社会復帰など推測させるには、精神医学的治療の進  
歩と患者家族の精神障害者に対する正しい認識や、治療的態度が必要であることが指摘さ  
れる。そして、患者家族に期待される役割は、患者への精神的支持と経済的援助とに要求  
されていた。すなわち、精神障害に対する社会の偏見、家庭経済の貧窮化、社会復帰対策  
の不備などに対し、地域社会への啓蒙活動や国あるいは地域自治体などへの働きかけ、い  
わゆる **Social Action** がなされる必要があり、家族治療あるいは家族会の運営なども考慮し  
ていくべきであろう。また、個人的には非好意的であった家族でも、家族会という集合体  
を通じての働きかけへの期待は大きく、その大部分が積極的な態度を示していた。しかも、  
家族会の働きかけに賛意を表した家族のなかには、家族会への依存度が強く自らの責任や  
義務を回避して、これに肩代わりしようとする態度を示したものが多く、今後の家族会運  
営や家族治療に対して示唆することが大きいとも思われる。

#### 4) 進藤隆夫 (1968)

##### 『精神障害者に対する住民の意識態度』

地域の精神障害者の実態を把握し、あわせて地域住民の精神障害者に対する意識態度を明らかにして、地域の精神衛生の向上につとめることは、精神衛生センターの機能の一つである。本稿では、県衛生部の後援のもとに地域の精神病院と保健所とが地域の精神障害者の把握につとめ、さらに国立病院管理研究所は全県下の精神病院の機能分化の問題と検診圏を調べ、国立精神衛生研究所は地域の精神病院の医療状況と地域の指導者階級の精神障害者に対する意識を、身近に発生した患者処遇などのテーマを話題に話し合いをしながら調べることにした。調査項目としては、基本事項、一般生活事項、保健衛生についての意識態度、精神障害者や精神衛生に対する態度である。

これらの結果、都市化されたところほど、保健衛生に対する意識態度は進んでおり、これと平行して精神衛生に対しての意識態度も進んでいる。また、住民の指導的立場にある人は、高い文化的教養を身につけていることに平行して、保健衛生や精神衛生に対しての意識態度も進んでいる。さらに、文化の進んだところでは精神病に対する意識がより正確なばかりでなく、精神障害者に対しての思いやりのある受容的態度、精神衛生に対する要望も高く、低年齢層と高学歴層が占める割合が大きい。そのため、治療的態度は低年齢と高学歴と高い相関関係があるという従来からの法則と符号した。このことからして、精神障害者に対する治療的態度は、時代とともに高くなる傾向があるだろうし、精神病に対する知識も精神衛生に対する要望も、時代とともに高くなるものと予想される。

#### 5) (財) 全国精神障害者家族連合会 (1984)

##### 『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』

精神障害者の問題は複雑であり多様に取り上げられており、以下のようにも振り分けることができる。第1に、精神障害を病気として捉え、治療・医療の対象とする観点から。第2に、精神障害者の問題は、社会治安、秩序維持の観点から。第3に、「福祉」についてである。このことから、人権問題を基礎にした可能性を促進するシステムが、十分形成されていないということが推測される。そのためには、精神障害者の社会復帰および福祉施策形成基盤を探っていくため、専門家と大衆の双方を捉えることが必要となる。

本研究では、一般市民においては、若世代、学歴が高い者、および接触経験を持った者ほど社会的権利や自立性を認める傾向がある。消極的な態度を有する者は治安対策との関連を重視し、福祉政策との関連についても指摘しており、社会に対する不満や心的状態において距離を置く見方を助長している。患者家族においては、患者の状態と家族側の条件の双方が、患者を抱える家族の意識・態度を規定しており、条件が改善されれば意識・態度も改善されると見ている。政策的な要望では、社会福祉としての政策の方向づけが強く求められている。有識者においては、制度や施設の整備の立ち遅れを指摘する意見が多く、偏見の解消・精神衛生思想の普及・施設の整備・医療制度への改善の指摘が少なくない割

合で見られ、行政の役割を拡大すべきとの意見も多いことから、精神障害者の位置づけを現状よりも明確にすべきとの意見が有力のようである。最後に専門職では、年齢が低い人や教育歴の長い人ほど、自立性と権利を尊重する人が多いが、過去の精神的な悩みの体験は直接的な影響を与えていないともされている。また、良好な援助、仕事への満足感、活動期待、研修機会などは、職場の雰囲気よさや、統率力、養育力、現実吟味の高いパーソナリティの特性などとも関連しているようであった。

## 6) 岡上和雄 石原邦雄 (1986)

### 『「精神障害(者)」に対する態度と施策への方向づけ —「精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査」より—』

本研究は、社会的処遇のあり方と施策的課題を具体化し、体系化していくための前提として検討する。今日の現状を改善していくためには、通院治療、在宅ケア、社会復帰システムを拡充していく必要がある。そのためには、この問題に関する国民各層の意識を捉え、広義の社会福祉的施策についての位置づけと、具体施策形成への展望を得る必要がある。精神障害者の社会復帰と、福祉施策が施策課題として位置づけられるために、国民的合意形成が必要という認識がこの調査の基本視点である。これまでの研究では、政策面にまでは踏み込んでなく、国民各層を捉えるという観点にまではおよんでいない。

施策形成の基盤を探る調査を行った結果、医療従事者では、年齢が高く学歴が低いほど、社会的自立への拒否や消極的態度が強い。一般市民では、否定・消極的な市民は施設建設や研究にも消極的であり、積極的な人は福祉政策の対策にも積極的な者が多い。有識者においては、年齢が高くなるに連れて、また大卒者や高学歴になるにつれて消極的態度が強くなり、福祉拡大者は積極的に捉え、福祉縮小者は治安対策との関連を重視する傾向がある。患者家族では、年齢が高いほど消極的であることが伺えてきた。今後の施策に向けての課題としては、①正当な「病者観」の普及。②身体障害者と社会的に同様の意味合いで“障害”概念を構築し、表現を検討すること。③心身障害者対策基本法に「精神障害者」を含めるためいっそうの理解を求めること。④働く場の具体化。⑤自立困難者をめぐる問題の分析と「精神障害者」本人のニーズ把握。⑥専門職と家族の対話の積み重ねを工夫すること。⑦家族活動の推進と「精神障害者」の自助活動の支援などの7点があげられる。

## 7) 大島巖 山崎喜比古 中村佐織 小沢温 (1989)

### 『日常的な接触体験を有する一般住民の精神障害者観 —開放的な処遇をする—精神病院の周辺住民調査から—』

精神科病院による積極的な取り組みを進めてきた一地域において、精神障害者と一般住民の日常的な交流がどの様におこなわれているのか、そしてその経験は住民の精神障害者観にいかなる影響を与えているのかを明らかにすることを目的としている。本研究では、一般住民と精神障害者との社会関係を、「社会的距離」という側面から捉えていくことにし

た。「社会的距離」はアメリカの社会学者 Bogardus が操作化した概念で、Crocetti らが精神障害者の社会参加の問題に社会的距離の適用を試みている。しかし、彼らは精神障害者の精神的・社会的に健康な部分は記しているが、社会的には好ましくない面についてはいっさい触れていない。本研究では、事例の好ましくない面も十分に記述し、社会的距離の設定に際して、しばしば遭遇するアパート入居問題を中心に、その距離を測定することにした。

精神障害者に対する態度測定法の検討では、「社会的距離尺度」は信頼性の高い尺度であると評価することができた。接触体験と社会的距離では、精神障害者の具体的な知識を持つ、接触することで精神障害の印象・考え方が変化する、との相互関係では推移プロセスとして意味付けられる。また、必要な社会的距離を確保するための方策としては、接触体験を積んでいくことが大切であることも分かった。その結果、S 病院周辺住民の精神障害者との接触体験は豊富であり、具体的な体験を積むなかで住民の意識が徐々に変化していることが観察される。そして、精神障害者との接触体験が多いほど両者の社会的距離は小さくなっていることも明らかになった。

## 8) 町沢静夫 佐藤寛之 沢村幸 (1990)

### 『精神障害者に対する態度測定 一患者群、患者家族群、一般群の比較一』

多くの患者は病気以外にも、精神障害というラベリングや偏見に苦しむ。そして病気に対する家族の態度は、患者の病状の経過や予後にまで影響を与えている。精神障害者への偏見が強いということを経験科医自身が知っており、それを前提に精神科医は治療をしているのであろう。したがって偏見を測定し差異を知ることは、治療上極めて重要なことである。さらに、アメリカおよびイギリスとも比較をすることで、日本の精神障害者に対する偏見のありようを知ろうと試みた。全家連が実施した「消極的尺度」を基本に、町沢らが考えた項目を追加した 52 項目を作成し、そのなかで偏見と関連する 4 因子の 23 項目を選択して「精神障害者偏見尺度」とした。

EE 研究との比較においては、入院時点での家族の批判的な発言内容を得点化し退院後の再発率を予測している。本研究は、患者家族の精神障害者に対する偏見度と患者の病状経過との関係を調べており、一定期間を一律に設定した調査ではない。本調査の結果から、経過尺度で高い偏見の家族ほど、より経過不良様相を示している。また、方法論的違いのためか、EE 研究のように明らかな差は示さなかった。その他の調査結果としては、精神科医の精神障害者への偏見は低く、患者家族群では患者に対するアンビバレントな態度が見られた項目で一番偏見率が低かった。患者群、家族群、一般群はほぼ同じレベルの偏見であり、暴力と結びついた恐怖、遺伝の恐怖は共通した偏見レベルにあった。本調査の結果から、治療や診断伝達の際には十分そのことを考慮すべきであろう。実際この精神科医の考慮が、分裂病の診断伝達率の低さにもなっているとも思われる。またアメリカ・イギリスの 30 年前よりも、日本は偏見が強いという結果もでている。

## 9) 宗像恒次 (1991)

### 『市民の精神障害(者)に対する態度と精神衛生対策への意見 —1983年と1988年の都民の比較—』

本研究では、1983年精神障害者福祉基盤研究会の尺度を使用し、5年後の一般市民の意識や態度がどのように変化したかを見ている。研究の目的としては、一般市民が精神障害をどのように捉えているのかについて、精神障害者に対する態度を数量的に測定しその背景を探っている。そして、5年前の研究とも比較することで、変化や相違点を明らかにし、どのような要因が影響しているのかについて考察する。

社会的変化の影響で、この5年間で精神医療体制のあり方も、隔離して監護する体制より開放的で一時的に保護する体制が求められるようになった。そのため、精神障害者に対する同情心や恐怖心が少なくなり、精神障害者の自己管理能力を信じるようにもなってきた。また、精神障害者の地域生活や労働生活を肯定的にみるようにもなり、生活の自律性や質を重視するようにもなっている。しかしながら意見を保留した市民が多く、今後「精神障害に対する偏見をなくし、社会生活のための自律性と権利の尊重」を一層高める世論づくりが必要になると結論づけている。また、精神障害者の社会生活の自律と権利を尊重する態度形成のためのマス・メディア報道については、世代が若いほどまた学歴が高いほど、そうした意識が進んでいることが明らかになっているので、世代が交代し高学歴になるにつれて、精神障害者に対する意識も変化していくと思われる。そして、精神障害者との関わり体験が多いほど、精神障害者の社会生活の自律性と権利を尊重する態度は高まっていることから、社会復帰を強めるためには、地域生活のさまざまな場面で一般市民とのかかわりの機会を高める必要があるだろう。また、福祉援助の経験のある人ほどそのような態度が強いことから、一般市民の福祉活動への参加の機会を高めることも必要かもしれない。

## 10) 大島巖 (1992a)

### 『精神障害者に対する一般住民の態度と社会的距離 —尺度の妥当性を中心に—』

「社会的距離尺度」は、精神障害者の受け入れを現実レベルで捉えることを目指したもので、実際的な対応を反映する手法として考えられている。本研究では、施設と地域住民の近所関係が良否対照的な住民の近所関係を測定し、その要因を検討した。これまで一般地域住民には、本尺度を用いた研究はおこなわれていない。そこで「社会的距離尺度」の適応結果を検討するとともに、精神障害に対する「態度尺度」との関係性を明らかにし、「社会的距離尺度」の妥当性を検証することにした。本調査は、1983年調査(全族連1984・岡上1986)の5年後の比較調査とし、前回の調査項目に社会的距離尺度を加え実施したものである。また、精神障害者との関係が良好な地区と、非良好な地区の調査結果も比較検討しており、基本属性は国政調査と比較するなかで回答者の属性を検討している。

それらの結果、一般住民の社会的距離は、日常的接触体験を有する住民結果と比較して

若干好意的ではなく、また施設反対運動を経験した住民と同程度かやや非好意的傾向があった。障害者との接触体験と回答者自身の弱者体験および福祉活動の体験などについては十分な体験を持っており、その人達の調査協力が良かったものと思われる。「精神障害者偏見尺度」では、5因子を抽出した。隔離の内容を含む「危険・無能力・隔離の因子」と「共同体への帰属とそこへの復帰可能性の因子」との相関関係は、「社会的距離尺度」の並存的妥当性を示唆している。また精神障害者を危険視し、無能力視するステレオタイプな住民の現状が浮き彫りにもなった。これらの認識方法が、社会的距離の拡大に寄与していることが明らかになったことは重要な知見と考えられる。また本調査からは、大都市における社会的距離の実態が明らかになったとともに、「社会的距離尺度」が十分な妥当性を持つことが示唆された。

### 1 1) 竹島正 平井右助 田中薫 岩村久 高坂要一郎 横山修 井上新平 (1992) 『地域住民の精神障害者に対する見方について ―地域調査をもとに―』

保健所を中心とした地域ネットワークづくりに取り組むなかで、社会復帰対策の推進と地域の方策を知る目的で調査した。本調査を行ったこの地域は、山間部で過疎化と高齢化が進行しており、第一次産業の割合が高く、地域住民は社会復帰活動の具体的な取り組みを直接知る機会に乏しい状況である。そのため本研究では、どのような活動を進めていけば、社会復帰対策の促進に地域住民の理解や支援を得ていくことができるかという点に主眼を置ことにする。

調査結果によると地域住民の多くは、精神障害者を知らないのではなく、地域のなかで努力している姿を知らないのであり、精神医療も地域住民に直接関わるものとしてとらえられていない。そのため地域のなかで具体的な取り組みがなされ、精神障害者と家族、関係者が努力している姿が、地域住民から「見える」ことが重要で、そのことを通じて精神障害者の社会復帰が理解されていくのではないかと考えられる。また、地域精神保健サポートシステム会議をもとに地域精神保健計画を作成し、社会復帰活動の拠点づくりを精神病院、保健所、市町村行政、その他の関係者などが協力しあって進めていく必要もある。そして、ボランティア活動も直接に地域住民の協力と理解を増す機会であるので、推進していかなければならない。これらのことは、精神保健活動の遅れている多くの地方に共通した問題でもある。

### 1 2) 大島巖 上田洋也 山崎喜比古 椎谷淳二 (1993) 『精神障害者施設とコンフリクトをした大都市近郊新興住宅住民の精神障害者観 ―近隣関係、およびコミュニティ意識との関連―』

コンフリクト発生条件を明らかにするために、社会的距離と接触体験および弱者体験に焦点を当て分析をした。コンフリクトが発生している地域では、コミュニティ作りの一環として反対運動がおこなわれていた。そのため、一般住民の意識に関連する要因として、

近隣関係の実態や住民の近隣関係に対する意識、コミュニティ作りに対する意識などに焦点を当てて探っていくことにする。

調査結果によると、反対新地区は大手不動産業者が開発をし、短期間に入居が進み社会階層が均一で、共通の利害関係でまとまりやすい独立社会を形成していた。これに対して新地区では、地元不動産会社が開発し徐々に入居が進み自然に地域に溶け込んでいた。社会的距離と有意の相関があるのは、生活環境面の整備より交流や地域での助け合いを選択する場合に社会的距離が縮小し、社会参加や地域ケアに対して好意的な場合も社会的距離が縮まっていた。また反対新地区においても、精神障害者を理解し受け入れるための住民側の条件が備わった場合に限定して、より実質的な受け入れ意識が生じている可能性が示唆される。反対住民は、家の周辺の自然環境や生活環境をも、一緒に購入したという意識が強く生活環境を守るために、これを脅かす恐れがあると思われる施設や人を排除する傾向が浮き彫りにされた。それは、社会階層や年齢層が均一であり、交流や接触体験も乏しい実態を指摘している。そのため、接触体験が持たれた場合には、受け入れ意識が改善する可能性が備わって来るとも考えられる。この地域の均一性を薄め、様々な立場の人との交流を可能にし、精神障害者などの少数派住民に対する理解を広げていくことが、反対派住民には大切なようである。

### 13) 星越活彦 洲脇寛 實成文彦 (1994)

#### 『精神病院勤務者の精神障害者に対する社会的態度調査 —香川県下の単科精神病院勤務者を対象にして—』

精神病院勤務者の社会的態度に関する研究は少ないことから、十分な解明がなされていない。専門職の態度に関する検討は、治療面においては重要な問題である。本研究は単科精神病院勤務者の社会的態度を、社会的距離尺度法およびSD法を用いて測定し比較検討した。さらに、基本的属性が社会的距離にどのような影響を与えているのか、障害者との接触体験の質や量との違いなどによる差異についても明らかにした。

調査結果によると、従来の報告が示す通り社会的態度は測定法の違いで異なっている。そのため各要因についての比較検討を加え、第1因子を感情的レベル、第2因子を認知的レベルとした。職員は重篤であるとの認識から社会復帰に消極的であるが、否定的な感情であるとは言い切れない。また、認知的レベルでの意見は、必ずしも感情的レベルでの反応と一致していない。接触体験と社会的距離は認められたが、社会的距離尺度得点では認められなかったことから、情緒的には拒否でも仕事上は受容的であらねばならないため、社会的距離尺度が検出されなかったのだと考える。そのため社会的距離尺度は仮説であり、社会的態度のような多面的次元を解明するには不十分であった。今回の研究では、十分な教育や接触体験の積み重ねで社会的態度の変容があった。そして、受容態度を高めるためには接触体験の必要性を推測する必要もあり、直接的な接触は拒否的な感情をもたらすが、同時に正当な認識や理解を深める機会もある。そのため、人間教育を基盤とした地道な接

触体験が、好意的な社会的態度をもたらしコミュニティ許容度を向上させると思われる。

#### 14) 白石大介 (1994)

##### 『ソーシャルワークリサーチからの報告 ―精神障害者への偏見とスティグマ―』

精神医療の治療施設としての役割は、薬の開発により転換期を迎えた。精神障害者の退院に関しては3つの問題が存在する。第1に入退院や社会復帰には社会経済情勢に左右される。第2に民間病院への依存。第3に社会的な差別や偏見が心理的障壁となり、社会生活に影響をもたらす家族は退院に対して踏み切れない。開放化を促進し早期退院を進めるには多くの問題があり、社会生活を送りながら治療を進め、地域社会でも医療サイドと協力して治療やアフターケアを進めるなど、病院や診療所における通院治療の新しい役割が求められている。

本研究は、患者や家族に対しての「スティグマ」「社会復帰」に関しておこなったものである。そして、精神障害者や家族はスティグマの感情を抱かざるを得ない状況に置かれており、市民の精神障害者に対する反応は極めて冷たく、退院を拒む心理社会的な障壁となっている。また、家族機能を発揮しないところに問題が生じているという現代家族ならではの課題もある。家族が退院や社会復帰の一端を担うには、病気やその治療に対する理解を的確にすることが不可欠の条件となり、家族同士の支え合いや励まし合いも必要となってくる。このように、精神医療を取り巻く問題は数限りなく存在しているが、整理してみると以下ようになる。第1に精神病院における患者処遇上および治療上の問題。第2に平均在院日数の短縮。第3に保険制度に基づく病院経営。第4に地域サポートシステムや精神医療サービス・ネットワークが不十分。第5に専門家不足。第6に啓蒙・啓発活動ができていない。第7に予防的方策など。

#### 15) (財) 全国精神障害者家族連合会 (1997)

##### 『精神病・精神障害者に関する国民意識と社会理解促進に関する調査研究報告書』

精神障害者が、精神保健福祉の対象者となり地域のなかで、充実した生活を送れるように制度・施策を整える必要がある。そのためには、第1に精神障害や施策に対する国民の意識の所在を明らかにし、施策発展の可能性を模索し提言すること。第2に偏見の是正および啓発をより効果的におこなう為に、ソーシャルマーケティングの手法を取り入れ分析し、啓発活動のいくつかのあり方を提言すること。第3に差別的な病名の問題における国民の意識の所在を検証し、今後の課題を検討していくことが必要である。

本研究では、国民はそれぞれ生活に根ざした問題に関するこころの健康については関心を寄せており、情報入手先としてはマス・メディアなどの身近な媒体を好んでいるようである。また、これまでに耐えられないようなストレスを感じたと答えた人は、全体の半数以上であった。啓発活動に関してはこれまでもおこなわれてきたが、精神障害者は一般国民にとって社会的恐怖の代名詞で、差別的な報道が繰り返されている現状がある。そのため、実効ある本格的な啓発キャンペーンをするためには、マーケティング理論を、社会政

策領域に適応するソーシャルマーケティングの手法を活用すべきできあろう。基準に基づいてグループ分けする方法では、受け入れの条件に違いが見られるため、細やかなアプローチが必要であり、消極度が高い対象者には十分な知識が必要である。また、肯定的なイメージを実際の行動に結びつけることを考慮する必要もある。

#### 16) 浅井暢子 (1999)

##### 『精神障害者に対する意識と受容』

本研究は、人々の精神障害者へのステレオタイプの認知や偏見が、精神障害や離病者との関係に影響を与えることを示唆したものである。しかし、精神障害者へのステレオタイプや偏見がどのような構造を持ち、その構造のどの側面が精神障害を受容する態度に影響を与えているのかという点については十分な検討はなされていない。そこで、精神障害者に対する受容の規定困難を探る前段階として、人々の持つ精神障害に対するステレオタイプと、現実場面の具体的な事象についての偏見の因子構造を分析し、精神障害者への受容との関係について検討していった。

その結果、精神障害者ステレオタイプが多彩な側面を持つことが示唆された。それらは、内的イメージと社会的イメージの存在を一部支持するもので、内的イメージではより綿密な因子構造を持つことが示唆される。また、人々の精神障害者に対する偏見が、隔離の必要性和知識、社会生活適応の能力というように様々な側面に細分化されていることを示唆している。受容度と各因子の関係では、精神障害者受容との関連の強さが、ステレオタイプや偏見のそれぞれの側面によって異なることも示唆している。

#### 17) 蓮井千恵子 坂本真士 杉浦朋子 友田貴子 北村總子 北村俊則 (1999)

##### 『精神疾患に対する否定的態度 —情報と偏見に関する基礎研究—』

精神医療は偏見を受けやすく、患者は大きな損害を被っている。今回の研究では、情報の種類とイメージの関係について検討している。そのなかで、否定的態度の人と肯定的な態度の人では会話に差異があるのか、親しい人同士とそうでない人同士では会話に差異があるかにつて検証し、身近な人が精神医療を受けていると否定的態度をもちにくいという仮説検証もおこなった。

結果として、イメージが暴力的なものに代表されるには、否定的態度との相関関係があり、どの項目でも患者の暴力に関するカテゴリーが現れていた。また、偏見を持っている人ほど、事件報道の欄に否定的な内容を多く記述をしていた。イメージと接触体験では、親しい人との間で精神疾患について話をする場合は、態度が話の内容と関連しているようであった。態度の把握ができない相手に対しては、比較的中立な態度で接するのに対し、態度がはっきりと把握できている相手に対しては、自分の態度を明確にしている。接触体験が人の態度を変化させるには複雑な過程があり、必ず望まし方向にさせるとは限らない。偏見の軽減とマス・メディアの活用では、マス・メディアは容易に人の態度に影響し、態

度を作りだし強化するため、マス・メディアの特質を利用したイメージを是正するための可能性を示唆する。自由記述に関しては、専門知識のない人の日常会話のなかであつまっている話題が記載されていると考えていだろう。専門知識のない人々の精神疾患へのイメージと、研究者が積み重ねてきた調査結果がこのように一致したことは重要であり、日本では精神疾患に対する態度についてのこのような実証研究が存在しなかったため、本研究は基礎的なデータとして用いることが可能である。

#### 18) 御前由美子 (2005)

##### 『精神障害者にとっての人的資源を拡充するための研究 ―動物飼育体験者の精神障害者に対する意識調査―』

これまでの研究によると、正しい知識の普及、啓発、接触体験が重要であるという報告がなされている。また、塗師の研究によると「動物の飼育経験は共感性の発達にプラスの影響を及ぼす傾向があり、動物の飼育経験がありかつ動物に対する好意度が高いということは共感性の発達にプラスの影響を及ぼす傾向がある」ともされている。過去におこなわれた意識調査では住民を対象にしているものもあり、動物飼育経験者と非経験者が含まれている可能性がある。そのため本研究では、動物の飼育経験者を対象に研究をすることにし、受け入れ意識の良好な市民の属性を知るとともに、効果的な知識および啓発、そして地域で暮らすということを支援するための、人的資源の拡充を目的としながら研究を進めていくことにする。

回収率が高いのは、個別に渡すことで安心感を持って回答することができたためである。受け入れは、過去におこなわれた調査よりも、本調査における受け入れのほうが良好であった。動物病院によっては、盲導犬育成の募金活動に参加する病院もあることから、動物病院はポスター掲示、パンフレット配布などを通じた啓発活動の場となる可能性もある。動物の種類年齢では、犬と猫どちらも飼育したことがある人のうち1割が50代で、その人達は受け入れが積極的かつ受容的である。このような人達に啓発活動などを行うことは大変有効である。また、動物好きの精神障害者に対する受け入れは、動物好きの相手に対して安全でリラックスできる、身構えが和らぎ手を貸すと答えた人が増えていた。そのため動物病院が主催するイベントに動物好きの当事者が参加することで、スピークアウトや接触体験の機会が生まれる可能性があり、イベントを通じてボランティア活動を呼びかける方法もある。そうしたことから、これまで目を向けていなかった人に対するアプローチの場の提供が、人的資源を拡充するための方法となり、属性にあてはめた具体的な働きかけをすることが可能になってくる。そして今後は、知識や介入プログラムの研究と同時に、具体的な対象の属性に関する研究も必要となってくる。

#### 19) 牧田潔 (2006)

##### 『統合失調症に対する社会的距離尺度 (SDSJ) の作成と信頼性の検討』

偏見やスティグマの否定的態度は、リハビリテーションを行う際の障壁となる。社会的距離とは、親近や疎遠の心理的感情の態度を指す。本研究では、統合失調症を有する人々に対する社会的距離を測定するための尺度を作成し、信頼性を検証するとともに、スティグマ払拭に関して論じている。

因子分析の結果から、5項目が社会的距離尺度のモデルとして適当であるという結果になった。因子ごとに検討してみると、個人的レベルでの関わりよりも社会一般的なレベルでの関わりが想定される質問項目と、身体保全や社会体裁といったファクターに影響を及ぼす可能性が想定される質問項目群が抽出された。いずれとも、社会的距離を強度として表しており、社会的距離の理論的概念は同一とみなすことができる。Lie scale については3問と少ないため、1問の重みが大きく妥当性における再考の余地がある。また、スティグマとの密接な関係にあり、社会的望ましさの影響を考慮することが重要であろう。精神医療従事者と社会的距離では、患者のセルフスティグマと同様、スティグマ払拭の足枷となっている問題でもある。本研究結果では、看護師が社会的距離尺度は有意に高かった。実際に、医療従事者の障害者による暴力結果のトラウマの報告が散見されており、アンチスティグマキャンペーンだけではなく、トラウマケアやストレスマネジメントなどを着実に実践していく必要がある。スティグマといった、社会的なバイアスのかかりやすい概念をどこまで把握できるか疑問が残るし、一般人口を対象とするサンプルではないため検討も必要である。

## 20) 谷岡哲 浦西由美 山崎里恵 松本正子 倉橋佳英 多田敏子 眞野元四朗 山崎正雄 友竹正人 松下恭子 上野修一 大森美律子 大浦智華 (2007)

### 『住民の精神障害者に対する意識調査:精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ』

精神障害者とスティグマの形態として3因子が抽出され、スティグマの解消のためには正確な情報の提供と正しい知識の啓発および普及、接触れ合う機会を経験できる場の提供が重要であることが示唆された。そのためここでは、地域住民の精神障害者との出会いと経験とイメージについて明らかにすることを目標とし、社会復帰対策の推進と地域住民への普及活動の具体的推進方法を検討するための資料としたい。

精神障害者に直接出会ったことがある人は、「認知症の人」と回答した人が一番多く、統合失調症の人に会ったことのある割合が少ない。精神障害を意識した時期は、若い年代では小中高校生の時期が多く、年代が上がるにつれ「社会人になって」と回答した人が多かった。また60歳代の人達の少年期は、精神衛生法の時代で病床数が急激に増加し、精神障害者に対する医療保護が飛躍的に増大していった時代である。精神障害者を意識した時期の精神障害者のイメージとしては、否定的イメージが多かった。以上のことから、精神障害者やその障害内容について、地域住民が理解する機会を増やしていかなければならない。そのため、子どもを対象とした精神障害に関する啓発活動を行うことが有効であり、若い

年代から病院や施設などで精神障害者と日常的に交流を持てるような、ふれあいの場を関係機関と共同で企画していきたい。

## 21) 半澤節子 中根允文 吉岡久美子 中根秀之 (2008)

### 『精神障害者に対するスティグマと社会的距離に関する研究』

地域生活支援に関する施策では、就労や教育面も含めた包括的な地域生活システムが課題になっている。そして、精神障害がある人とつき合うことへの意向については、いまだ十分に明らかにされていない。精神障害者とともに暮らす、地域社会で生活する一般の人が、精神障害者につき合うことへの意向についてのエビデンスは不可欠なものである。諸外国の先行研究では、社会的距離に影響を及ぼした要因は親密さであり、精神疾患の知識は社会的距離に影響を及ぼす要因ではなかったと報告している。本研究では、一般人の社会的距離に影響を及ぼすスティグマ認知について、統合失調症事例とうつ病事例を検討し、精神障害者を地域社会で受け入れていくための示唆を得たいと考えている。

その結果、家族や友人に問題を持つ人がいないこと、周囲から差別されると思うこと、個人的に雇う気持ちがないことは、社会的距離の大きさを決定づけた。しかし、「危険だから避けるのがよい」と個人的に思うこと、「何をしでかすかわからない」「問題状況から抜け出すことは困難だ」と周囲から思われる予測は、統合失調症事例のみで社会的距離を大きくした。また肯定的な意見の人は親密な付き合いにも肯定的であり、否定的な予測するということは接触を拒否することを決定づけてもいた。このことからして、個人的に回復のイメージを描けるようになることで、単純に社会的距離を近づけることにはならない可能性がある。今後、このような「周囲がどう思っているか」と「自からどう思うか」との乖離の程度が、どのように社会的距離に影響を及ぼすかについても、詳細な分析をする必要があると考えられる。

(2) 第5章 表5-5 年表

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1840	天保10		・アヘン戦争		
1841	天保11	・伊藤博文誕生	・天保の改正		
1842	天保12		・南京条約(英・中)		
1843	天保13			・デックス女史「マサチューセッツ州への健白書」を作成	
1844	弘化元年				
1845	弘化2				
1846	弘化3			・奈良林一徳により、漢方薬で小松川癲狂治療所の看板の看板を掲げる(東京都江戸川区西小松川) ・江戸幕府は1720年から約30年間、本州および北海道で薬草の実地調査をしている。そのため、薬草の種類や製薬方法が広く知られるはじめる	
1847	弘化4	・森有礼誕生			
1848	嘉永元年	・モーニッケが種痘を成功させる		・肥前藩の依頼で、モーニッケが種痘を成功させる	
1849	嘉永2			・一時蘭方禁止令(シーボルト事件や、種痘治療に漢方医が反感を持ったため) ・西洋医学が幕府により、正式に採用される	
1850	嘉永3				
1851	嘉永4	・呉文聰誕生			
1852	嘉永5	・相馬誠胤誕生			
1853	嘉永6		・ベリー浦賀に来航		
1854	安政元年		・日米和親条約成立 ・江戸大地震		
1855	安政2	・片山國嘉誕生			
1856	安政3	・フロイト誕生 ・クレペリン誕生	・アロー戦争		
1857	安政4	・ボンベイ来日 ・プロイラー誕生			
1858	安政5		・日米修好通商条約締結(不平等条約)	・官医の西洋医術採用 ・江戸お玉ヶ池に種痘館(後の東京大学医学部) ・1822年に続き、コレラが流行する(2回目)	
1859	安政6		・長崎、神奈川、函館では外国貿易が行われる		
1860	万延元年			・1860年と1861年にドイツの医師会総会で、大学付属病院の必要性を訴えた	
1861	文久元年			・長崎養生所が開院 ・文久年間~1864年御滝山金剛寺不動に心やむ人參籠	
1862	文久2	・ボードイン来日62~67年まで長崎養生所にいた ・ウイリス来日	・生麦事件	・ボードインが医学教育と診療の指導的立場になる ・コレラが流行する(3回目)	
1863	文久3	・伊藤博文イギリスへ密航	・薩英戦争 ・長州五傑、イギリスへ留学	・ジェンキンスが最初の公的病院となる「横浜ホスピタル」を開業	
1864	元治元年		・薩摩藩に開成所が開かれる		
1865	慶応元年	・呉秀三生まれる ・森有礼イギリスとアメリカに留学	・薩摩藩費留学生15人をイギリスに派遣		
1866	慶応2				
1867	慶応3		・大政奉還、王政復古 ・戊辰戦争	・卯辰山養正所設置(狂人の柵があった。後の金沢大学医学部)	
1868	明治元年	・森有礼帰国	・江戸を東京と改名	・朝廷西洋医術を採用 ・横浜に軍陣病院を設けたが、同年7月には医学所とあわせて東京府病院となる(日本人が作った初めての西洋式病院)	
1869	明治2	・ウイリスは西郷隆盛により鹿児島医学校(後の、鹿児島大学医学部)校長として就任 ・ボードインは69~70年大阪病院、大阪軍事病院 ・森有礼が政府の役人となり廢刀論を述べる	・藩籍奉還 ・戊辰戦争終結	・ドイツ医学導入 ・昌平学校が大学校、開成学校および医学校が大学校分局となり、同年には大学校は大学南校、医学校は大学東校と改称される ・ボードインが、大阪で講じた「勃氏内科新設」では、精神疾患に関するものも取り上げられる	

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1870	明治3	・森有礼小弁務使としてアメリカへ渡る ・ボードインは70年から大学東校に努める ・エルメレンスは大阪医学校、大阪造幣局診療所、大阪病院に勤めた	・学生改革	・売薬取締規則 ・エルメレンスの講義「欄医越爾薩噠斯述」では、5つの神経病篇と3つの中毒症状が入っていた ・東校はすべてドイツ人教師により、ドイツ語で講義がされ本格的な医学教育を始めるた	
1871	明治4	・伊藤博文、岩倉大使にしたがってヨーロッパ、アメリカを巡遊 ・ホフマンが大学東校で内科を講じる	・廃藩置県(東京・大阪・京都の3府、302県を同年11月には72県に統合) ・戸籍法 ・岩倉使節団107名が出向	・大学南校と大学東校は南校、東校と改称される ・ホフマンの治療録には、彼の診察した狂病患者1名とてんかん患者2名が記載されている	
1872	明治5	・ヨンケルは京都療院講師となる	・東京番人規則 ・ロシア帝国のアレクセイ大公来日	・学制を配布 ・売薬取締規則の廃止 ・文部省に医務課が設置される ・京都癲狂院開院 ・アレクセイ大公の来日にあたり、東京府は乞食浮浪の徒240名を営繕会議所(養育院)へ収容したが、皇太子が帰国後閉鎖する ・営繕会議所は、1580年頃にできていた犯罪者の刑が確定するまで牢屋で病人が出たとき、非人が非人溜りにて預かっていた施設、当時は牢屋敷養成所と呼ばれており精神病者の収容施設はこちらに設けられた	・ホフマン「治療録」
1873	明治6	・デーニツは東京医学校と警視庁の裁判医学校に勤めた ・森有礼はアメリカから帰国後、明六社結成し社長となる(福沢諭吉もいた)	・徴兵令が実施(17歳から40歳までの男子を登録、20歳以降に徴兵検査と抽選の結果徴兵され、一家の主と長男、代人料270円以上を収めた者、学生、官吏は免除された) ・地租改正 ・内務省設置 ・岩倉使節団帰着	・小松川癲狂治療所は大増築を行い癲狂院と改称する ・養育院が上野護国院敷地の一部に移転	
1874	明治7	・ローレツ来日愛知県立病院・愛知県立医学講習所(名古屋大学医学部)に勤めた。 ・岩佐純が東京府病院院長に	・恤救規則公布 ・東京番人規則廃止(川路利良を中心とする中央集権型警察制度の確立を目指し廃止)	・文部省から東京、大阪、京都に医制76条が達せられた ・医制によって死亡診断書が義務づけられる ・南校が東京開成学校、東校が東京医学校と改称される ・東京府病院	
1875	明治8	・ホフマン大学東校退官 ・森有礼が私塾商法講習所を開設(後の一橋大学)	・行政警察規則が公布(警察制度が確立し、衛生は富国強兵の手段として重視された) ・江華島事件	・医制改正 ・衛生行政と医療行政が内務省に移管 ・警視庁裁判医学校開校 ・京都癲狂院(府は北岩倉村および下久世村の"患者預り"の停止を命じた) ・京都癲狂院の具体的企画はヨンケルがし、開院祝辞で作業治療と遊び治療を提案 ・養老院に五箇の狂人室が設けられる	・森有礼が、デイクス女史に癲狂院建設についての手紙を出す
1876	明治9	・ヨンケル医師が京都療院講師退官 ・デーニツ医師が東京医学校(東大)退官 ・ベンツが在日 ・長谷川泰が東京府病院院長に就任 ・森有礼駐清国特命全権公使となる	・廃刀令 ・秩禄処分		・神戸文哉「精神病約説」(上・中・下)原文J.Russell Reynolds編「System of Medicine」
1877	明治10	・西郷隆盛死亡 ・シヨイベは京都療病院で内科を担当した ・ウイリス帰国	・西南戦争	・売薬規則 ・東京開成学校、東京医学校は東京大学となる ・コレラの流行(死者1万4千人)	・エルメレンス「原病学各論」計18冊
1878	明治11	・森有礼帰国 ・大久保利通死亡	・江戸幕府の所在地であった江戸を東京と改称、京都から遷都した ・警視庁布達	・売薬検査心得書 ・永田町に府病院、癲狂病院、脚気病院を建設しようとする、御所に近すぎるとのことで宮内省から反対、その土地は宮内省に譲渡され、明治天皇は癲狂院施設のために3,000円下賜 ・癲狂治療所(小松川癲狂院)、加命堂病院、瘋癲病院	
1879	明治12	・川路利良死亡 ・デーニツが警視庁退官 ・長谷川泰は東京府病院院長と東京癲狂院院長を兼務 ・森有礼が東京学士会院において「教育論 身体能力」兵式体操論を述べた ・森有礼イギリスへ特命全権公使として駐在 ・相馬誠胤私宅鎖錮	・学制制度は教育令制度によって廃止	・養育院が神田へ移転 ・コレラの流行(死者10万人)のほか赤痢、脹ツプス、痘瘡などにもより多くの死者をだした ・ベンツにより、グリーンゼーの精神病学講義が行われた ・ローレツも法医学講義のなかで精神病学を講義している ・ローレツは、愛知県令安場保和に対しては癲狂院設立建を述べている ・東京癲狂院は、施設および一般管理面は東京府養育院が負担し、医療面は東京府病院が負担し、費用は癲狂院費をあてスタートした	・ローレツ「断訟医学」

西暦	和暦	人物の事項	一般の事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1880	明治13	・ローレンツ愛知県立病院、愛知県立医学講習所を4月に満期解雇した後、数ヶ月間金沢医学校へ勤め、山形県の済生館医学寮教頭となる	・インフレーション ・刑法が公布される ・太政官布告 ・警視布達改正	・伝染病予防規則公布 ・愛知県公立病院癲狂室落成 ・ローレンツの設計により癲狂室落成4月(医務機関付属病院において初の精神科病棟)	
1881	明治14	・長谷川泰は東京府病院が廃院になったと同時に東京癲狂院も退職 ・中井常次郎が東京癲狂院の院長となる	・松方デフレ政策	・東京府病院は財政事情により廃院 ・東京癲狂院は向ヶ岡移転(現在は東京農大がある)	・榊俣マイエル氏眼科書の訳4冊を訳す
1882	明治15	・伊藤博文ヨーロッパに渡りドイツ憲法を研究する ・森有礼が伊藤博文に「學生片語」を送る ・シヨイペ京都療養院退官 ・ローレンツ山形県の済生館医学寮教頭退官 ・榊俣が石黒忠恵の推薦でドイツに留学し、ベルリン大学でヴィストファールとメンデルに学んだ ・芦原金治朗東京府癲狂院に入院	・三国同盟(ドイツ、オーストリア、イタリア)	・売薬印紙税規則 ・京都癲狂院は赤字のため廃止され、設備は私立京都癲狂院へ引き継いだ	
1883	明治16			・医師免許規則 ・相馬家のお家騒動勃発	・クレペリンが精神医学の教科書を出版
1884	明治17	・森有礼がイギリスより帰国 ・片山國嘉は裁判医学修行のためベルリン大学およびヴィーン大学に留学		・警視庁癲癩人取扱心得 ・内務省の衛生局長長与専斎は肺病が急に増加していることについて述べている ・岩倉癲狂院設立 ・相馬誠胤7月17日に東京癲狂院(向ヶ岡)に入院し、11月22日に錦織剛清が乱入	
1885	明治18	・森有礼は文部大臣となる 1. 伊藤博文が12月に初の首相となる	・天津条約 ・内閣制発足	・警察要書(鎖鑰、入院には医師を伴いとは記載されていないことから、東京府以外では医師による診断は必要ではなかったかとの疑問もある) ・石丸癲狂院設立 ・相馬誠胤17月27日退院	
1886	明治19	・榊俣帰国し、帝国大学医科大学教授になる	・帝国大学令 ・ノルマントン号事件	・東京大学は帝国大学、医学部は医科大学となる ・榊俣により、帝国大学医科大学で精神病学教室が設けられ医学の講義始まる(当時は精神医学の講座は東京大学をのぞいてはなかった) ・東京癲狂院小石川区巢鴨駕籠町に移転 ・大阪癲狂院発足 ・東京癲狂院に特別室が2部屋できる(通称相馬病棟)	
1887	明治20	・テックス女史死亡 ・森有礼が伊勢神宮の外宮を参拝した時の行動が国民の反感をかう ・榊俣が中井常次郎から東京癲狂院の院長を引き継ぐ		・榊俣が臨床の場として、東京癲狂院を選び、東京癲狂院の治療は医科大学が負担 ・榊俣が院長になってから病気が細分化され、運営も院長と事務長の二頭制となった ・精神病学教室は東京癲狂院の中に設置 ・相馬誠胤1月23日再入院し、1月31日錦織剛清が連れ出す	・江口襄「精神病学」H.Shuleの「Klinische Psychiatrie」の抄訳が中心。第2版以降は川俣英夫が校正している
1888	明治21	2. 黒田清隆が首相となる ・片山國嘉が帰国し医科大学の教授に任ぜられる		・愛知病院の一角に、精神病院が併設される(後の、名古屋大学医学部精神科)	
1889	明治22	・森有礼明治20年の騒動がきっかけとなり暗殺死亡 3. 山形有明が首相になる	・大日本帝国憲法発布	・東京癲狂院は、榊俣が癲狂院という名は世間がいみ患者も入院を嫌うとし東京巢鴨病院と改名した ・北海道病院に精神病室	
1890	明治23		・第1回総選挙(有権者は税金を15円以上納めている男子)		
1891	明治24	4. 松方正義が首相となる	・イギリスと治外法権撤廃を交渉 ・ロシアのニコライ皇太子襲撃の大津事件が起きる	・癲狂院が榊俣に学んだ浅田次郎を養子に迎え院長とし、小松川精神病院と改称	
1892	明治25	・相馬誠胤死亡 5. 伊藤博文が首相となる		・治安維持法公布 ・太政官布(第49号で旅行病人取扱規則が制定) ・地方官制度改正、衛生事務は警察部署管に ・相馬事件はアメリカでの新聞では日本は無法状態に近いと記載され、イギリスの新聞でも精神障害者が不法監禁されていると記載したことで、不平等条約改正をさまたげた ・相馬事件につき匿名自訴状 ・相馬誠胤毒殺事件は証拠不十分で免罪	
1893	明治26				
1894	明治27		・日清戦争勃発 ・日英通商航海条約(条約改正) ・甲午農民戦争	・精神病患者取扱心得	・梶野三「精神病学集要」を発行(日本初の本格的精神医学の教科書) ・川原汎「精神病学提綱」
1895	明治28		・日清講和条約調印		・梶野三「精神病学集要」2巻を発行

西暦	和暦	人物の事項	一般の事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1896	明治29	・呉秀三が助教授になる 6. 松方正義が首相になる	・民法公布(禁治産者の財産を後見人が管理する)	・ペストが日本に上陸	
1897	明治30	・榊原は病気のため死亡 ・片山國嘉が東京帝国大学医科大学精神病学教室と東京巢鴨病院の院長を引き継ぐ ・呉秀三ドイツとオーストラリアに留学し、オーベルシュタイン、クレペリン、ニスルから開放的な病院経営の理念を学ぶ	・足尾銅山鉱毒地被害住民請願運動開始	・伝染病予防法 ・京都帝国大学が設立されたことで、帝国大学が東京帝国大学と改正される	・呉秀三「精神病学要略」
1898	明治31	7. 伊藤博文が首相となる 8. 大隈重信が首相となる 9. 山形有明が首相となる		・府県警察部に衛生課をおく ・内務省は中央衛生会に「癲癩人監護法」の諮問案を提出	
1899	明治32			・行旅病人及行旅死亡人取扱法(大規模な人口流動がある) ・「癲癩人監護法」は「精神病者監護法」として帝国議会貴族院に提出 ・多数の手枷・鎖・拘束衣を使用した前近代的な拘禁的隔離収容が主流を占めた ・東京脳病院、金沢病院精神病室設置 ・ヒヨスチン、包水クロラル、コデインなど、催眠麻薬剤は用いられていた	・エミール・クレペリンが早発痴呆と躁鬱病の二大内因精神病を並列させた精神医学の教科書を第六版を出版
1900	明治33	10. 伊藤博文が首相となる	・治安警察法公布 ・行政執行法	・ICDが国際死因分類として国際協会により制定され、10年前後を期に改訂が繰り返される ・感化院法公布 ・精神病者監護法 ・1月20日第14帝国議会では、民法上の後見人、戸主と監護義務者、扶養義務者との関連に絞られた会議であった。また伝染病と同じ様に社会に害を与えるが、精神病は経過がないので公費負担は原則として考えないとの説明もあった ・呉秀三の調べでは、法律が出来る以前の、私宅監護は2名で、法律が出来てからは15例になっている ・1818年に大阪で開設された石丸癲癩院が石丸病院と改称される	
1901	明治34	・呉秀三が帰国し、片山國嘉から東京帝国大学医科大学精神病学教室と東京巢鴨病院の院長を引き継ぐ 11. 桂太郎が首相となる	・北京議定書	・高等学校医学部が医学専門学校に独立 ・呉秀三によりクレペリン体系導入 ・呉秀三は、手錠、足枷、鎖などの拘束具を禁止し、構外運動や仮出院制度、不潔室廃止、患者学校設置などを行った ・神戸精神病院、王子精神病院、東京精神病院設立	
1902	明治35	・エリクソン誕生	・日英同盟	・日本連合医学会開催 ・呉秀三と三浦謹之助により日本神経学会(日本精神神経学会)を発足させた(日本で9番目に古い医学会) ・呉の主唱により、精神病者慈善救済会創設、大隈重信夫人が長い間会長であった(日本で最初の精神衛生運動体)	・呉秀三と三浦謹之助により「神経学雑誌」発刊 ・門脇眞枝「精神病学」
1903	明治36	・スペンサー死亡		・東京帝国大学福岡医科大学設置 ・東京巢鴨病院で看護人教育がはじまる ・須磨精神病院、青山病院設置	・読売新聞から「人類の最大暗黒界 癲癩病院」が連載された
1904	明治37		・日露戦争勃発 ・第1次日韓協約	・精神病院談話会設置(東京精神学会となる) ・東京巢鴨病院が院長制に復帰し、外来診療ははじまる ・谷精神病院設置	
1905	明治38	・ベンツが帰国	・日本海海戦 ・日露講和条約調印(ポーツマス条約) ・第2次日韓協約	・日本花柳予防会設置	
1906	明治39	12. 西園寺公望が首相となる	・南満州鉄道株式会社設立	・医師法、歯科医師法公布 ・帝国議会で医学校に精神病院科設置をのぞむ健議案が可決	・荒木蒼太郎「精神病学氷釈」 ・石井昇「新撰精神病学」日本で最初のクレペリン体系による教科書であり第9版まででた
1907	明治40		・第3次日韓協約 ・三国協商成立(イギリス、フランス、ロシア) ・改正刑法公布	・法律第十一号(癲予防二関スル件) ・明治39年から明治40年にかけて、ペスト流行に大阪府が出した防衛費は160万円に達した ・呉秀三が東京巢鴨病院の不潔病棟廃止 ・小松川精神病院が加命堂脳病院と改称	
1908	明治41	13. 桂太郎が首相となる		・医学専門学校で精神病学が必修となる ・呉は「狂」の字の使用をやめている。そのため病院年報でも1907年から病名の「狂」の字が除かれる ・大久保病院、音羽養成所設置 ・中央慈善協議会設立	・ピアーズ「わが魂にあうまで」 ・三宅鐘一・松本高三郎「精神病診断及治療学」(上・下)
1909	明治42	・大宰治誕生 ・伊藤博文死亡		・横浜精神病院設立	
1910	明治43		・韓国合併条約	・東京帝国大学医科大学精神病学教室により私宅監護調査がはじまる	

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1911	明治44	・フロイダーが精神分裂病の概念を提唱 14. 西園寺公望が首相となる	・日米新通商航海条約(条約改正)	・官公立病院設置二閣スル建議案が可決 ・サルヴァルサン(606号)	・高松彝「精神病学綱要」 ・荒木蒼太郎「精神病学枢機」
1912	明治45 / 大正元年	15. 桂太郎が首相となる	・中華民国が成立 ・バルカン同盟結成(セルビア、モンテネグロ、ギリシャ、ブルガリア)		・松本高三郎「袖珍精神病学」
1913	大正2	・加藤正明誕生 16. 山本権兵衛が首相となる		・野口英世が進行麻痺の梅毒スピロヘータ病原を確定 ・京都癲狂院は川越病院となる	
1914	大正3	17. 大隈重信が首相となる	・第1次世界大戦(同盟国対連合国) ・オーストリア皇太子暗殺事件	・売薬法 ・東大の大学構内に癲病患者診察所に接して精神科外来診察所が持設けられ、教授室もここに設置	
1915	大正4		・中国に対して二十一カ条の要求		
1916	大正5	18. 寺内正毅が首相となる		・大隈重信内閣が、政治を調査に直結するために調査機関を発足させた一つとして保健衛生調査官制が制定 ・日本精神病者慈善救済会が、東京帝国大学構内に13床の精神科病室を寄付し、施設4床分の経費も9年間の大学に寄付 ・リンジャー液注入	・呉秀三「精神病学要」前篇
1917	大正6			・日本精神医学会設立 ・保険衛生調査会は、疑似症状者も含めて在院精神病者および私宅監置精神病者を巡回にて調査	・日本精神医学会により「変態心理」発刊
1918	大正7	・呉文聰死亡 19. 原敬が首相となる	・単独講和(日本、ドイツ) ・第1次世界大戦終結 ・シベリア出兵(1922年まで) ・米騒動 ・北海道帝国大学 ・11月革命(ドイツ)		・呉秀三「精神病学要」後篇1 ・呉秀三、樫田五郎「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」
1919	大正8		・パリ講和条約 ・国際連盟が設立(日本は常任理事国となる) ・ドイツはワイマール憲法を制定する ・帝国大学令改正 ・自動車取締令(精神病者、聾者、啞者又は聾者を欠格事由とした) ・日本労働総同盟友愛会(翌年、日本で最初のメデーをした)	・精神病院法 ・結核予防法 ・トラホーム予防法や精神病院法は、貧困患者の救護が目的である ・物価騰貴のため、年間在籍641名中161名死亡(25.12%)で、(自費17.37%、施療27.52%、委託29.05%)あったが府庁は患者の必要な食費の増額を認めなかった ・松沢への移転は、呉が患者一人に100坪の土地が必要であるとした ・東京巢鴨病院は松沢に移転し、東京松沢病院となり、精神病室は大学構内に移る。(委員長は兼任されるが、医局医員と教室助手が分離される) ・加命堂脳病院が東京代用精神病院に指定される ・加藤普佐次郎による作業療法が大々的に行われる ・森田氏神経質療法	
1920	大正9		・第1回国勢調査 ・新婦人協会設立(女性解放運動) ・ドイツでナチス党結成	・日本精神病医協会設立	
1921	大正10	20. 高橋是清が首相となる	・ワシントン会議(4ヶ国条約)	・東京精神医学会でバールが「精神薄弱の予防」を講演し断手法の問題を突きつけた ・作業治療と開放治療	
1922	大正11	・ゴッフマン誕生 ・ムッソリーニがイタリアの首相となる 21. 加藤友三郎が首相となる	・ワシントン会議(9ヶ国条約) ・ワシントン海軍軍縮条約 ・日本がシベリア派遣軍撤廃 ・全国水平社結成(部落解放運動) ・ソビエト社会主義共和国連邦成立	・健康保険法公布 ・躁鬱病のズルフォナル治療	・下田光造・杉田直樹「最新精神病学」
1923	大正12	22. 山本権兵衛が首相となる	・関東大震災	・精神病院法全面施行 ・関東大震災に伴い、精神病学教室と附属病院の予算は、復興にまわされ延期となる ・松沢病院で、物価騰貴に伴い労働争議発生(1回目)	・呉秀三「精神病学要」後篇2
1924	大正13	・カフカ死亡 23. 清浦奎吾が首相となる 24. 加藤高明が首相となる	・京城帝国大学	・松沢病院で、物価騰貴に伴い労働争議発生(2回目) ・マラリア療法	
1925	大正14	・中村雄二郎誕生 ・呉秀三退官	・日ソ基本条約調印 ・治安維持法成立 ・普通選挙法成立(満25歳以上の男子に選挙権が与えられた)		・呉秀三「精神病学要」後篇3 ・雨宮保衛「小さい精神病学」

西暦	和暦	人物の事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1926	大正15 昭和元年	・クレペリン死亡 25. 若槻礼次郎が首相となる	・刑法改正ノ綱領	・健康保険法が部分施行 ・日本精神衛生協会	・呉秀三「シーボルト伝」
1927	昭和2	・ヤウレックがマラリア発熱療法でノーベル賞を受賞 26. 田中儀一が首相となる	・第1次山東出兵 ・金融恐慌	・健康保険法が180日にかぎり全面施行 ・富士川の主唱で日本医史学会が創設、呉秀三が理事長となる ・持続睡眠療法	・日本精神衛生協会により「脳」発刊
1928	昭和3		・第2次山東出兵 ・満州軍重大事件	・花柳病予防法公布 ・武蔵野病院、医療事件と経営難で閉院	・杉田直樹「小精神病学」
1929	昭和4	27. 浜口雄幸が首相となる	・世界恐慌はじまる ・外国への金の輸出を禁止 ・救護法公布 ・昭和恐慌		
1930	昭和5		・ロンドン海軍軍縮会議(イギリス・アメリカ・フランス・イタリア・日本)	・精神分析の治験例発表 ・硫黄療法	
1931	昭和6	・岡田晴雄誕生 ・片山國嘉死亡 28. 若槻礼次郎が首相となる 29. 犬養毅が首相となる	・満州事変勃発	・日本精神衛生協会正式発会 ・永山康政(ドイツから帰国後、クラーウ勅告に先立ち日本の精神医療について論じる)	・日本精神衛生協会により「脳」は「精神衛生」 ・精神衛生学会により月刊誌「脳」を発行
1932	昭和7	・呉秀三死亡 30. 斎藤実が首相となる	・第1次上海事変 ・満州国建国 ・リットン報告書発表(満州国不承認)	・保養院で看護人争議 ・第1回、公立及び代用精神病院院長会議→公立及代用精神病院協→日本精神病院協会 ・琵琶滝参籠所は警察と法律により閉鎖 ・武蔵野病院再開	・三宅鎮一「精神病学提要」
1933	昭和8	・ヒトラーがドイツ首相となる	・国際連盟脱退 ・ドイツで遺伝病予防法が制定された	・ジアテルミー療法	
1934	昭和9	31. 岡田啓介が首相となる		・民族優生保護法案(断種法案)が帝国議会で提出 ・日本精神薄弱者愛護協会結成 ・初めての県立病院が鹿児島に誕生	・三宅鎮一「精神病編」
1935	昭和10			・日本神経学会が日本精神神経学会と改称	・「神経学雑誌」が「精神神経学雑誌」と改題
1936	昭和11	・太宰治武蔵野病院に入院 32. 広田弘毅が首相となる	・日独防協定締結 ・二・二六事件	・東京帝国大学医学部脳研究室開所 ・インスリン療法 ・ショック療法	・丸井清泰「精神病学」 ・植松七九郎「精神病学講義」 ・太宰治「HUMAN LOST」 ・高橋新吉「狂人」発狂
1937	昭和12	・芦原金次郎死亡 33. 林銑十郎が首相となる 34. 近衛文麿が首相となる	・盧溝橋事件(日中国戦争始まる) ・第1次上海事変 ・南京大虐殺 ・国民精神総動員運動	・アメリカは32州で断種法が実施 ・保健所法公布	
1938	昭和13		・国家総動員法公布	・医療衛生と衛生行政が厚生労働省へ設置 ・公立代用精神病院院長会議が「日本精神病院協会」と改称 ・カルジアソール痙攣療法	
1939	昭和14	・フロイト死亡 ・フレイラー誕生 35. 平沼騏一郎が首相となる 36. 阿部信行が首相となる	・第2次世界大戦 ・ノモンハン事件 ・米穀配給統制法公布	・加命堂脳病院が加命堂病院と改称 ・石丸病院は第2次世界大戦中に軍の修練道場に指定され休院となるがそのまま廃院 ・戦争で患者は栄養失調と結核になり多くの死者がでた ・電気痙攣療法	
1940	昭和15	37. 米内光政が首相となる 38. 近衛文麿が首相になる	・三国同盟(日本、ドイツ、イタリア) ・アメリカが石油輸出制限、鉄鋼の禁輸をおこなった ・改正刑法修正案	・ドイツ不治の患者に対しての「安楽死作戦」(ドイツ) ・国民優生法成立 ・アマタール曹達	・精神衛生学会により月刊誌「脳」は「精神と科学」と改題
1941	昭和16	39. 近衛文麿が首相となる 40. 東条英機が首相となる	・太平洋戦争開戦 ・アメリカは日本への石油輸出禁止した ・日ソ不可侵条約 ・ドイツユダヤ人撲滅開始	・心理学会成立 ・前頭葉切除 ・β フェニールイソプロピラミン	
1942	昭和17		・行政簡素化実施 ・国民医療法公布 ・地方官官制改正		
1943	昭和18		・東京都制施行(東京は隣接町村を併合して35区とし、府・市を廃して都・布とした) ・学徒出陣 ・カイロ宣言(朝鮮が戦後独立することを宣言)	・救治会(日本精神病患者慈善救治会)は、日本精神衛生協会と日本精神病院協会と合併し精神厚生会となる ・耳介通電	
1944	昭和19	41. 小磯國昭が首相となる	・本土空襲	・加命堂病院は軍に接収され廃院となる	
1945	昭和20	・連合国司令官総司令マッカーサー元帥降参り立つ 42. 鈴木貫太郎が首相となる 43. 東久邇宮稔彦氏が首相となる 44. 幣原喜重郎が首相となる	・ソ連が日本に宣戦布告 ・ニュルンベルク裁判 ・ポツダム宣言 ・第2次世界大戦終戦 ・国際連合国成立 ・人権指令 ・五大改革指令 ・教員追放(軍国主義の教員) ・修身・日本史・地理の授業を一時中止 ・婦人参政権 ・労働組合法制定 ・財閥解体	・松沢病院の患者の死亡率は40.87%であった	

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1946	昭和21	45. 吉田茂が首相になる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ニルンベルク裁判判決</li> <li>・日本国憲法公布</li> <li>・極東国際軍事裁判</li> <li>・生活保護法公布</li> <li>・初の女性議員誕生</li> <li>・財閥の株を一般に売り出す</li> <li>・第1次農地改革決定</li> <li>・労働関係調整法</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師のインター制度と国家試験制度採用</li> </ul>	
1947	昭和22	46. 片山哲が首相になる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日本国憲法施行</li> <li>・厚生省設置</li> <li>・労働基準法公布</li> <li>・改正民法公布</li> <li>・道路交通取締法</li> <li>・極東国際軍事裁判判決</li> <li>・警察制度改革</li> <li>・教育基本法制定</li> <li>・学校教育法制定</li> <li>・独占禁止法制定</li> <li>・第2次農地改革を開始</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優生保護法の成立</li> <li>・保健所法全面改正</li> <li>・警察署の衛生警察事務は全て衛生行政部門に移される</li> <li>・全日本看護人協会発足</li> <li>・社団法人日本医師会設立</li> <li>・ロボミー(前頭葉白質切截)が盛んになる</li> </ul>	
1948	昭和23	<ul style="list-style-type: none"> <li>・太宰治死亡</li> <li>47. 芦田均が首相になる</li> <li>48. 吉田茂が首相になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世界人権宣言</li> <li>・行政執行法廃止</li> <li>・麻薬取締法公布</li> <li>・大麻取締法公布</li> <li>・朝鮮は、大韓民国および朝鮮民主主義共和国として独立</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ICD-6(精神障害の国際分類)</li> <li>・ニルンベルク医師裁判判決</li> <li>・優生保護法公布</li> <li>・性病予防法公布</li> <li>・医師法公布</li> <li>・医療法(患者4人に対し看護婦1人)</li> <li>・保健婦助産婦看護婦法公布</li> <li>・医療法の特例に関する政令</li> </ul>	
1949	昭和24	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モスニが「前頭葉白質切截術(ロボミー手術)」がノーベル賞を受賞する</li> <li>50. 吉田茂が首相になる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中華人民共和国建国</li> <li>・警察官職務執行法(行政警察規則は形式では廃止されていないが効力をうしなう)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優生保護法改正(人口中絶適用範囲の拡大)</li> <li>・身体障害者法</li> <li>・全国私立病院により、日本精神病院協会設立</li> <li>・滝治療は占領軍によって禁止</li> <li>・松沢病院で石井順子により作業療法が復興</li> <li>・慢性覚せい剤中毒者が増える</li> </ul>	
1950	昭和25		<ul style="list-style-type: none"> <li>・(新)生活保護法公布</li> <li>・朝鮮特需</li> <li>・レッドバシーが実施される</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神衛生法(精神患者、知的障害者、精神病質者が対象)</li> <li>・日本精神病院協会は、精神衛生行政を新たに構築するために、法令研究委員会を設置(精神衛生法に繋がる)</li> <li>・低金利施策により病院が拡大化へ進むことになり、措置制度と生活保護の世帯分離制度により増床する</li> <li>・国立武蔵野病院でロボミー後の患者の生活指導がスタート</li> </ul>	
1951	昭和26	・マッカーサー元帥離日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サンフランシスコ平和条約調印</li> <li>・日米安全保障条約調印</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・世界保健機構に加盟</li> <li>・結核予防法全面改正</li> <li>・覚せい剤取締法公布</li> <li>・精神厚生会が日本精神衛生会と改正</li> <li>・クロルプロマジン/試験</li> </ul>	
1952	昭和27	50. 吉田茂が首相となる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・IMF加盟</li> <li>・血のメーデー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・DSM-I作成(米)</li> <li>・国立精神衛生研究所開所</li> <li>・フランスで抗精神病薬のクロルプロマジンが発表</li> <li>・国立武蔵野病院の生活指導が、レクレーション療法にかわる</li> <li>・松沢病院の男性病棟で不潔病棟復活</li> <li>・厚生省は、精神障害者が生活保護法による医療給付を申し込んだ場合精神衛生鑑定を受けさせるようにしたいとの意思を示す</li> </ul>	
1953	昭和28	51. 吉田茂が首相となる ・バンミケルセンがノーマライゼーションの理念発表	<ul style="list-style-type: none"> <li>・朝鮮戦争停戦</li> <li>・三池争義(一回目)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・らい予防法公布</li> <li>・麻薬取締法公布</li> </ul>	
1954	昭和29	52. 鳩山一郎が首相となる		<ul style="list-style-type: none"> <li>・あへん法公布</li> <li>・精神衛生法改正</li> <li>・全国精神障害者実態調査</li> <li>・松沢病院の女性病棟でも不潔病棟復活</li> <li>・抗精神病薬治験</li> <li>・レセルピン、ジスルフィラム(向精神病薬)導入</li> </ul>	

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1955	昭和30	53. 鳩山一郎が首相となる 54. 鳩山一郎が首相となる	・GATT加盟	・抗精神病薬発売 ・クロロプロマジン(向精神病薬導入) ・日本精神分析学会が発足 ・向精神病薬が開放化を可能にし、生活療法が看護師の仕事となる。特殊性で説明されていた精神科看護の役割が明確にされ、学会発表も生活療法一色になる。	
1956	昭和31	55. 石橋湛山が首相となる	・国際連合加盟 ・日ソ共同宣言 ・日本住宅公団は、家族揃って食事が可能な2DKを提唱	・厚生省精神衛生課を新設 ・小林八朗らにより生活療法が提唱 ・伊藤正雄が肥前療養所で全面開放を試みる ・新潟精神病院ストライキ ・新潟精神病院でのツツガ虫人体実験が発覚	
1957	昭和32	56. 岸信介が首相となる		・朝日訴訟 ・ベルフィナジン(向精神病薬導入)	
1958	昭和33	57. 岸信介が首相となる		・精神科特例 ・国民健康保険法成立 ・全日本看護人協会が日本精神看護協会になる	
1959	昭和34		・三池争義(二回目)	・イギリスの精神衛生法改正 ・日本老年医学会発足 ・レボメプロマジン、イミプラミン、マプロバメート(向精神病薬導入)	・「精神医学」発刊
1960	昭和35	58. 池田勇人が首相となる 59. 池田勇人が首相になる	・三池闘争、労働者敗北 ・日米相互協力及び安全保障条約調印 ・道路交通取締法(目が見えない者、耳が聞こえない者、口がきけない者、精神病患者、知的障害者、てんかん病者には免許を与えない) ・所得倍増計画	・病院統一争議 ・医療金融公庫発足 ・日本臨床神経学会発足 ・病院統一ストライキ始まる ・日本臨床神経学会が発足(臨床神経学) ・精神科看護の教科書に初めて生活療法という言葉が登場 ・フルフェナジン、アミトリプチン(向精神病薬導入)	・「臨床神経学」発刊 ・「児童精神医学とその近辺領域」発刊 1)加藤正明(他)(1960)
1961	昭和36		・刑法改正準備草案	・精神衛生法改正 ・国民皆保健 ・国民健康保険の結核および精神障害の療養給付は7割 ・ポリオ大流行 ・クロルジアゼポキンド(向精神病薬導入)	
1962	昭和37			・イギリスは、イングランドおよびウェールズに対する病院計画」と提唱 ・医療法一部改正(公的病院の開設を規制) ・第1次開放化運動 ・チオリダジン(向精神病薬導入) ・日本精神病院協会が「精神衛生法改正委員会」を設置し、精神障害者のリハビリテーションのあり方を検討する	2)加藤正明(他)(1962)
1963	昭和38	60. 池田勇人が首相になる	・三池三川鉱で炭塵爆発	・ケネディ教書 ・厚生省公衆衛生局通知「精神障害者措置入院制度の強化について」 ・精神衛生調査を実施 ・日米合同精神医学会 ・インターン闘争 ・仮入院の医療費が公費で認められる ・シアナマイド(向精神病薬導入)	
1964	昭和39	61. 佐藤栄作が首相となる	・ベトナム戦争 ・東京オリンピック ・OEDC加盟 ・IMF8条国へ移行	・ヘルシンキ宣言 ・全国大学精神神経連合会発足 ・日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会結成 ・ニ・八闘争(夜勤を2人体制にする) ・ライシャワー事件(ライシャワー大使は輸血により、輸入性肝炎を起こし26年後に肝臓癌で死亡した。赤十字輸血センターを整備) ・ライシャワー事件がきっかけで多くの施策がとられ、1960年は95,000床であった病床数が1968年には223,000床になっている ・池田勇人首相が「精神障害者を精神病院にぶち込んでしまえ」と号令 ・ハロペリドール、ジアゼパム(向精神病薬導入)	
1965	昭和40		・刑法改正に関する意見書(案) ・日韓共同声明	・精神衛生法改正 ・理学療法士および作業療法士が制定 ・全国精神障害者家族連合会発足 ・日本アルコール医学会発足	

西暦	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1966	昭和41		・国際人権規約 ・戦後初の赤字国債発行	・青年医師連合がインターン制度を廃止を求めて国家試験をボイコット	
1967	昭和42	62. 佐藤栄作が首相となる	・道路交通取締法改正(公安委員会の指定した医師の診断に基づき精神病患者等の結核者に該当することを認定) ・公害対策基本法制定	・自動車運手免許申請・更新のさいに診断書添付制度発足 ・新潟水俣病提訴 ・四日市ぜんそく提訴 ・地域精神医学会創立 ・朝日訴訟最終判決 ・クラークの調査(11月～3月)	3)山村道夫(他)(1967)
1968	昭和43		・小笠原返還協定 ・GPN資本主義国2位	・イタイイタイ病提訴 ・クラーク勧告 ・栗岡病院事件 ・日本精神神経学会長崎総会(学会認定医制が議論) ・医療審議会必要公的病床数算方式を改正 ・10年間に渡り1年間で16,000床ずつ病床が増える ・当時の患者は若かったとされる	・オルボート著 原谷達夫 野村昭共訳(1968)「偏見の心理」 4)進藤隆夫(1968)
1969	昭和44			・水俣病提訴 ・日本精神神経学会金沢学会 ・安田病院事件 ・性転換手術が優生保護法に違反すると法的判断が下された	・「精神病院に多発する不祥事件に関連し、全会員に訴える」12月1970年1月声明発表『日本神経症学会機関紙』(金沢学会後の新理事によって出された)
1970	昭和45	63. 佐藤栄作が首相となる	・日本万博博覧会 ・ニュータウン計画が各地でおこった	・積極的地域支援ACT(米) ・心身障害者対策基本法制定 ・第2次開放運動 ・全家連が「精神保健福祉法制定」をスローガンにする ・大阪万博のため無資格看護師は病院を離れ、万博に流れる	・「ルポ・精神病棟」『朝日新聞』3月5日から7回連載し、1981年に単庫本となる
1971	昭和46		・沖縄返還協定調印 ・ニクソンショック	・知的障害者の権利宣言	・小林美代子が「髪の花」で第14回群像新人文学賞を受賞
1972	昭和47	64. 田中角栄が首相となる 65. 田中角栄が首相となる	・沖縄返還 ・日中共同声明		
1973	昭和48		・変動為替相場に移行 ・第1次石油危機	・Y問題	
1974	昭和49	・臺弘東京大学教授退官 66. 三木武夫が首相となる	・改正刑法草案		
1975	昭和50			・障害者の権利宣言	
1976	昭和51	67. 福田赳夫が首相となる			
1977	昭和52				
1978	昭和53	68. 大平正芳が首相となる		・バザリア法(伊)	・クロセティ(他)著 加藤正明監訳(1978)「偏見・スティグマ・精神病」
1979	昭和54	69. 大平正芳が首相となる	・第2次石油危機	・国際人権規約批准	
1980	昭和55	70. 鈴木善幸が首相となる	・日米自動車問題が日本の自主規制で決着	・国際障害者年行動計画 ・国際障害者分類(ICIDH) ・全家連大会で「精神障害者の社会復帰と福祉に関する基本的見解」と仮称「精神保健福祉法」文案を発表	
1981	昭和56			・国際障害者年 ・法務省により「保安処分(刑事局案)」が発表される	
1982	昭和57	・ゴッフマン死亡 71. 中曽根康弘が首相となる			
1983	昭和58	72. 中曽根康弘が首相となる		・国連障害者の10年 ・障害者の機会均等化に関する基準規則	
1984	昭和59			・宇都宮病院事件(国際法律家委員会は中曽根首相に書簡をおくり、国際人権連盟も文書を提出した)	5)財)全国精神障害者家族連合会(1984)

	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
1986	昭和61	73. 中曽根康弘が首相となる	・経済のバブル化が始まる	・公衆衛生審議会の精神衛生部は「精神衛生法改正の基本的な方向について」を発表した	6)岡上和雄 石原邦雄(1986)
1987	昭和62	74. 竹下登が首相となる		・精神保健法	
1988	昭和63				
1989	昭和64 /平成元年	75. 宇野宗佑が首相となる 76. 海部俊樹が首相となる	・消費税実施 ・日米構造協議スタート	・公衆衛生審議会「処遇困難者に関する専門委員会」 ・処遇困難者に関する専門委員会が処遇困難な患者の対策をする	7)大島巖(他)(1989)
1990	平成2	77. 海部俊樹が首相となる		・障害を持つアメリカ人法(米) ・厚生省研究班が「精神科医領域における他害と処遇困難性に関する研究」を発表	8)町沢静夫(他)(1990)
1991	平成3	78. 宮沢喜一が首相となる	・湾岸戦争勃発 ・バブル経済崩壊	・精神障害者の保護及び精神保健ケア改善の為の諸原則	9)宗像恒次(1991)
1992	平成4				10)大島巖(1992 a) 11)竹島(他)(1992) ・大島巖(1992 b)単庫本
1993	平成5	79. 細川護熙が首相となる		・障害者の機会均等化に関する標準規則 ・アジア、太平洋障害者の10年実施 ・障害者基本法 ・障害者対策に関する新長期計画(2002年まで)を策定 ・精神保健法一部改正 ・今後における精神保健対策について	12)大島巖(他)(1993)
1994	平成6	80. 羽田孜が首相となる 81. 村山富市が首相となる		・サラマンカン声明 ・地域保健所法	13)星越活彦(他)(1994) 14)白石大介(1994)
1995	平成7		・地下鉄サリン事件 ・阪神淡大震災	・「障害者プラン～ノーマライゼーション7ヵ年戦略～」発表 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	
1996	平成8	82. 橋本龍太郎が首相となる 83. 橋本龍太郎が首相になる		・らい予防法廃止に関する法律成立 ・「優生保護法」から「母体保護法」 ・埼玉医科大学倫理委員会は、性同一性障害は医学的疾患であり、外科的治療は医学的正当な治療であるを裁定した ・リスベリドン発売(非定型抗精神病薬)	
1997	平成9			・精神保健福祉士法 ・大和川病院事件	15)財団法人全国精神障害者家族連合会(1997)
1998	平成10	84. 小渕恵三が首相となる			
1999	平成11			・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律一部改正 ・成年後見制度	16)浅井暢子(1999) 17)蓮井千恵子(他)(1999)
2000	平成12	85. 森喜朗が首相となる 86. 森喜朗が首相となる		・朝倉病院事件 ・ハンセン病裁判では国は過去の過ちを認め、いわれない偏見を根絶する決意を表明	
2001	平成13	87. 小泉純一郎が首相となる	・9/11テロ(アメリカ同時多発テロ事件) ・道路交通取締法改正(絶対的結核条項から、相対的結核条項になる)	・国際生活機能分類(ICF) ・ハンセン病国家賠償請求を認める ・池田小学校事件 ・小泉純一郎首相は「こういう犯罪が二度と起きないように、あるいはこういった人が野放しにならないように」と指摘 ・プロスピ、クエチアピン、オランザピン発売(非定型抗精神病薬)	
2002	平成14			・障害者基本計画が閣議決定された ・精神分裂病から統合失調症へ呼称変更(日本精神神経学会) ・日本精神神経学会は「性同一性障害の診断と治療のガイドラインと提言」を発表	・中村真レビュー論文(2002)
2003	平成15	・加藤正明死亡 88. 小泉純一郎が首相となる		・心神喪失者等医療観察法公布 ・精神障害者退院促進事業	・榎原文・松田宣子レビュー論文(2003)
2004	平成16			・「精神保健医療福祉の改革ビジョン」及び「今後の障害保険施策について」	

	和暦	人物的事項	一般的事項	医学・精神医学事項	文献および先行研究論文
2005	平成17	89. 小泉純一郎が首相となる	・個人情報保護法全面実施	・心神喪失者等医療観察法施行	18)御前由美子(2005)
2006	平成18	90. 安倍晋三が首相となる		・障害者権利条約 ・障害者自立支援法 ・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律一部改正 ・バリアフリー法	19)牧田潔(2006)
2007	平成19	91. 福田康夫が首相となる			20)谷岡哲(也)(2007)
2008	平成20	92. 麻生太郎が首相となる	・リーマンショック	・プロナセリン発売(非定型抗精神病薬)	21)半澤節子(他)(2008)
2009	平成21	93. 鳩山由紀夫が首相となる		・精神保健医療福祉の更なる改革に向けて ・クロザピン発売(非定型抗精神病薬)	・吉井初美レビュー論文(2009)
2010	平成22	94. 菅直人が首相となる			
2011	平成23	95. 野田佳彦が首相となる	・関東大震災	・章障害者虐待防止法	・山田憲彦・益満孝一レビュー論文(2011)
2012	平成24	96. 安倍晋三が首相となる		・障害者総合支援法	・宮地あゆみレビュー論文(2012)
2013	平成25			・障害者権利条約を比重 ・障害者雇用促進法改正 ・精神保健福祉法改正	・宮地あゆみレビュー論文(2013)

※ 文献および先行研究論文の番号は、表 4-1 の論文番号を示している。

※ 人物的事項の数字は、歴代内閣の順番である。