

論文

日本の精神保健福祉施策の展開とリカバリーに関する一考察

中條大輔¹

A Study on Recovery and Deployment of Japan's Mental Health Welfare Measures

Daisuke NAKAJYO¹

Abstract

It is hard to say that the notion of recovery is still entrenched in Japan when we think of the current state of Japan's psychiatric care and average length of stay, which is projected especially with reference to the case of dependents of special provisions for psychiatric and private hospitalization. Consider a historical overview of Japan's mental health and welfare measures. From the "Accommodation of the Home of Psychiatric Patients," "Psychiatric Patients' Custody Law," and "Mental Hospital Law" to the modern "Law Related to Mental Health and Welfare of the Person with Mental Disorder," and the post-war "Mental Hygiene Law," mental health and welfare measures that focus on isolation and hospitalization of the psychiatric patient continue to be mandatorily implemented. Thus, the main determiner for recovery continues to be the nation, indicating that the norm of subjectivity, as determined by the user in the treatment, has not existed for a long time. Indeed, this is the greatest factor inhibiting the users' recovery. In the future, we must seek more reflective concepts for recovery in mental health and welfare measures.

キーワード リカバリー 精神保健福祉関連法施策 文献研究

Keywords: Recovery, Deployment of Japan's Mental Health Welfare Measures, Literature study

1. 緒言

2014（平成26）年の患者調査によると、我が国の精神科入院医療における平均在院日数は約292日（厚生労働省2014: 30）と先進国の中では未だ突出している。また、OECDによる2012（平成24）年の調査では人口1,000対精神病床数が、イギリスは0.5床、ドイツは1.3床という状況で、日本は2.7床と同じく突出した現状にある。2012（平成24）年時、日本における精神科病院の設置主体は84%近くが「民間病院」であり（精神保健福祉白書2015年版: 207）、精神科特例という医療的な差別体制が未だ残っている。これは、疾病や症状に焦点を当てたこれまでの日本の精神保健医療福祉の歴史的背景であり、リカバリーの思想が援助者を含む精神保健医療福祉に関わる人々に広がっているとは言い難い現状を表している。本論では、わが国の精神保健福祉関連の歴史の中から、主

に関連法施策を中心としてその歴史的背景を文献によって研究し、我が国においてリカバリーがどのように根付く必要があるのかを検討することを研究の目的とする。

2. 研究方法

日本国内における精神保健福祉の歴史、法施策に関する主要な文献（川上（1982）・高島（2004）・呉・榎田（2000）・広田（2007）・岡田（1981）・Clark, D（1968）等）を中心に歴史的背景を概観する。さらに、先行研究の動向を知るため、国内の主要な文献検索が可能であるCiNii Articles、及びGoogle Scholarにおいて「精神保健福祉 歴史」で文献を検索した。結果は、CiNii Articlesについては41件、Google Scholarについては8,090件が検索された。この時、Google Scholarについてはその数が膨大であったため、検索画面の上限である100ページ分の文献から、CiNii

¹ 891-0197 鹿児島市坂之上8-34-1 鹿児島国際大学教務部実習支援課

Academic Affairs unit training Support Division, The International University of Kagoshima, 8-34-1 Sakanoue, Kagoshima 891-0197, Japan
2016年5月24日受付、2016年7月26日採録

Articles で重複したものを除いて抽出した。この中で、本論におけるテーマに合致した文献は22件であった。それらの内容を踏まえながら、抽出された文献を分析し考察する。

3. 展開

3.1. 日本における精神科医療の黎明期

近代以前の人々が精神障害を捉える視点は、世界的に見ても、悪魔・鬼神・霊魂などにとり憑かれたために起こる（松元・鈴木 2002: 23）ものであり、その理解不能な行動が、悪魔の仕業、天罰として恐れられた（村上 2011: 81）とされていた。それは、わが国においても同様であった。しかし、地域によってその処遇の差が大きく、時代によってもその処遇は大きく違ったようである。例えば、ギリシャ時代まで時代が進むと、ヨーロッパでは精神障害は脳の病気であると認識され、医療の対象とされた（村上 2011: 81）。しかし、キリスト教の普及と共に、神と悪魔の二律背反する考えが支配的になると、悪魔の仕業、天罰であるという考え方が復活し、中世には、女性の精神障害者は魔女とされ、刑罰の対象となっていた（村上 2011: 81-82）。そのような環境の中で、病によって神が宿ったとされたユーザーの中には、シャーマン（祈祷師）として同じような事態に陥った人々の症状の緩和のための祈祷にあたり、中には患者として現れた人々が同じような祈祷師としていわゆる“弟子入り”をしたり、家族がユーザーを祈祷師にすべく預けることで祈祷師としての訓練を積むといったことも行われていた。その代表が「ユタ」であり、この祈祷の伝承は現在でも鹿児島南部の奄美大島本島とその周辺の島々、沖縄で受け継がれている。祈祷師の中でも、力のある祈祷師の多くはその地域における重要人物であり、「畏怖」の対象であった。辻内・河野（1999: 590）は、民間医療における治癒現象におけるユタの存在を評して「信念体系を共有する病者に納得され受容され、また、近親者にも承認され支えられるものである」として、ユタがその地域における承認を得た治癒現象を引き起こす一つの共同体に溶け込んだユーザーの例であることを記した。ただ、祈祷師のような職業につくユーザーはまれで、多くは地域の中で生活していた。

法令の中に表記されている精神障害に関する記載の中で特に古いものは日本最古の法典である「大宝律令」（702年）を再編成した「養老律令」（718年）の中の障害者に関する記載である。「癡狂」として「人が妄につか

れ狂におかされ止むときがない」というものであり、精神障害は重度の障害として位置づけられた。そのため、税制上の優遇措置や、犯罪時の減刑が記載され、既に奈良時代の時点で障害の種類における位置付けやその処遇等に関する概念が存在していたことが分かる。平安時代には後の「京都岩倉村」コロニーに繋がる伝承として、後三条天皇の皇女にあたる人物が「物狂い」となる、京都岩倉村大雲寺霊泉服用伝説が残っている。この頃は、精神障害は民間医療の対象であった。

江戸時代には、徳川8代将軍である徳川吉宗によって発布された従来の法に手を加えて制定された武士以外の階級に対する法律である「御定書百箇条」（1742年）の中に、いわゆる“乱心者”の犯罪に対する減刑や赦免の規定が存在していた。比較的早い段階で精神障害者が法によってその処遇が体系付けられていたことが分かる。この頃には、漢方薬を用いた医療が行われる反面、依然として加持祈祷・水治療・座敷牢への幽閉などの対処方法が取られており、民間医療がその中心（むしろ民間医療しか頼るところがない状態）であった。

3.2. 近代日本の精神科医療とその周辺領域の歴史的背景

3.2.1. 江戸後期から明治初期

近代に入り、日米和親条約（1854年）によって鎖国が解け、「『開国』という外圧」（高島 2004: 192）の中で江戸幕府が倒れ、日本の近代化の第一歩を示す明治政府が発足したことにより、日本国内に各国の要人を招く機会が急増することが予想された。この時、当時多くの精神障害者を含んだであろう“浮浪者”を治安面での考慮として街中から一掃し、特定の場所へと収容し、警察が取り締まろうとする動きが活発となる。その一例として「榮経会議所付属養育院の設置」（1872（明治5）年）や「東京番人規制29条」（1873（明治6）年）が挙げられる。これらはいずれも、当時の“乞食”や“放浪者”、“狂癡者”を一掃するための措置であり、特に「東京番人規制29条」は治安を目的とした、ユーザーの収容に関する近代における初の法的根拠であった。

また、「医制」（1874（明治7）年）の発布を基礎とし、この頃から各地で「癡狂院」と呼ばれる精神科病院の設置が進む。日本で初めての公立精神科病院である「京都府癡狂院」（1875（明治8）年）や「東京府癡狂院」（1879（明治12）年）が設置されたが、全国的にはまだまだ数が少ない状況であった。

そんな中、「東京警視庁布達」（1878（明治11）年）の中

で「精神障害者や不良子弟等を私宅に鎖錠使用とするものは、その理由等を詳記し、親族連印の上医師の診断書を添えて所轄の警察に届けて許可を得ること」が定められ、「私宅監置」制度化の第一歩が記された。この布達理念と、後の「旧刑法内記述違警罪」（1880（明治13）年）の「発狂人の看守を怠り、路上に徘徊せしめたるものを処罰する」という「精神障害者に関わる治安維持に対して家族がその責任の一端を負うべき」という理念の法的根拠が明確化されたことによって「私宅監置」の基礎が成された。その後、いわゆる「相馬事件」（1883（明治16）年）でユーザーの処遇の問題を国家として取り締まることの必要性を痛感した政府は、警視庁や国家による法令を立て続けに発布する（「警視庁令」（1884（明治17）年）、「精神病患者取扱心得」（1889（明治22）年）、「行旅病人及行旅死亡人取扱法」（同年）等）。そして、1900（明治33）年、「精神病患者監護法」が制定された。

3.2.2. 精神病患者監護法の制定

この法律の視座は『監護』であり、支援や治療が目的とはされなかった。以下がその主な内容である。

- ・ 私宅監置の合法化（第一條）
- ・ それに伴う監護義務者という概念の制定（第一條）
- ・ 私宅・病院での監置の責任所在の設定（警察署を経て、地方長官の許可が必要であった）（第三條）
- ・ 監置に関する監督権限の明文化（行政官庁）（第七條）
- ・ 監護費用の負担は被監護者の負担で行われる（第十條）

わずか23条の法律ではあるが、この法律によって当時の精神保健福祉ユーザーが被った状況は悲惨を極めたとされている。結果として各種法令の積み重ねと精神病患者監護法によって決定的な合法化が成された私宅監置は、全国で展開され、「精神障害者は社会から隔離、監禁しなければならない狂暴で危険な存在と見做すことであり、監禁した患者の監督の責任を家族に負担させることであった」（秋元 1996: 27）とされる当時の国家が持つ精神保健福祉ユーザー観の波及によって、「恥」や「家族主義」という日本古来の独特な価値観と相まってスティグマの助長につながった。この当事の様子は、私宅監置の状況をつぶさに調査した呉・樫田の「精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的観察」（1918（大正7）年）に詳細に記され、ユーザーの私宅監置の実状や民間療法の様子などに関する調査報告、各問題点の指摘と検討、現行制度

への批判、精神病に関する施設・法律の整備の必要性、一般国民に対する啓発、ユーザーを治療または監視する者に対する精神医学的知識の普及等の提案が展開されている。その中で、呉は「我邦十何万ノ精神病患者ハ実ニ此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。精神病患者ノ救済ト保護ハ実ニ人道問題ニシテ、我邦目下ノ急務ト云ハザルベカラズ。」（呉・樫田 2000: 138）という言葉を生み出し、この言葉一つだけでも、当事の悲惨な状況を推し量って余りあるものがある。この私宅監置は、後述する「精神衛生法」（1950（昭和25）年）の制定まで、実に50年もの間機能した。この間に、現在までわが国に根深く残る『偏見』と『スティグマ』の背景、つまり『ユーザーは社会から隔離、監禁しなければならない狂暴で危険な存在』という誤った価値観の一端が完成した。「新政府にとっての最重要課題が中央集権的な国家体制（天皇制絶対主義）の確立とともに、資本主義の育成をはかること、つまり殖産興業であって、それは富国強兵のための前提づくりであった（高島 2004: 192）」この時代、ユーザーを含む多くのマイノリティーは、互いに助け合って何とかしてくれればよく、国の施策の対象ではないという当時の国の価値観が見える。例えば、明治政府が公布した救済立法の代表である「恤救規則」（1871（明治4）年）には、その前書きに「救済恤救ハ、人民相互ノ情誼ニ因テ、其方法ヲ設ベキ筈ニ候」とあり、「そもそも貧困者の救済は「人民相互の情誼」によって対処されるべきであるが、共同体、つまり家族関係や地縁的近隣関係から脱落して、助けを求めることも出来ない「無告の窮民」については例外的に救済してもよい（高島 2004: 195）」とするものである。高島はこの法律を「それこそわが国戦前の天皇制政府の貧困対策を象徴している（高島 2004: 194）」としており、この国家観に準じて当時の精神保健福祉施策も展開した。また、当事「天刑病」と恐れられたハンセン病当事者に対する施策として「法律第19号、らい予防ニ関スル件」（1907（明治40）年）に発布し、路頭に迷うハンセン病当事者たちを大規模施設に収容し、地域から強制的に隔離することでしか対処せず、その『スティグマ化』の一端を担った。これは、精神保健福祉の歴史的背景とも共通する。また、川上（1982: 294）はその著書の中で当事の法案立案時の様子を「中央衛生会議で原案を修正する際に、臨時委員片山国嘉は病者の看護・治療についても規定することを極力主張したが、一人も耳をかたむける者がなく全然問題にされなかった。一方、梅（謙次郎）委

員の、民法の扶養義務者についてははっきりした規定がない欠陥をおぎなうようにとの主張はいれられた」と記し、「この法案は最初から医療的には不完全な性格をもっていたといえる」と記しており、当時の国家機関のユーザーに対する施策の一端が見える。岡崎（2013: 13）はこの施策実施について「医師の診断と監護義務者からの届け出を法定化することによって、監禁罪を阻却することを意図したに留まる」として、その施策の不完全さを記している。さらに藤野（2005: 202）は、「この法律は精神病患者の不法監禁を防止すること、精神病患者の私宅監置の手続きを規定している」とし、不法監禁の防止について一定の意味はあったとする一方「運用は警察で行われ、危険な精神病患者を家族に管理させる方法を警察が管理することで治安維持を図った。患者の人権侵害への配慮や行政救済の道は残されているが、人道的処遇に関する項目はない」として、人道的処遇という視点からこの法律の不備を記している。広田（2007: 18）は、「精神病患者監護法の本質は欧米各国との対等条約締結にあたり、精神病患者の患害防止を主な目的とした監置・拘束に関わる手続き法規に過ぎず、実体法としての医療上の保護規定を欠くものであった」として、当時の政府の在り方に疑問を呈している。

これらの点から、当時の国家施策の視野の中に精神障害を含む弱者への施策の強化という視点はまだ見られていなかったことが分かり、ある種のご都合主義による施策と、マイノリティーに対する無関心が強かったことが分かる。問題が表面化した際に、中途半端な介入を行うことで、結果としてユーザーを含む弱者が二次的被害を受けていた状況も見られる。特に、合法化された私宅監置という監禁行為は、そのまま後々の施策不備への布石となっていく。

3.2.3. 「精神病院法」発布から戦前

先に述べた呉らの働きかけによって議会在動し、「精神病院法」（1919（大正8）年）が施行されることとなった。この法律では、内務大臣によって道府県に精神病院設置の命令権限を持つこと、入院対象を精神病患者監護法で市区町村が監護すべき者、犯罪者で司法長官が危険と認める者であることを定めた。また、この法律施行によって、「鹿児島保養院」（1925（大正14）年）や「大阪府中宮病院」（1926（大正15）年）、「神奈川県立芹香院」（1929（昭和4）年）、「福岡筑紫保養院」（1931（昭和6）年）、「愛知県立城山病院」（1932（昭和7）年）等の道府県立病院の設置が進んだ。施策上では『監護から医療へ』とその視座が移り

変わったように見える。しかし、その対象はあくまで「精神病患者監護法で市区町村が監護すべき者、犯罪者で司法長官が危険と認める者」であり、一般の精神病患者監護法の対象者にまでその派生は及んでいない。また、「内務大臣によって道府県に精神病院設置の命令権限を持つこと」は規定されているが「道府県立病院の必置義務」は規定されていない。さらに、それを補う代替案としての「代用病院制度」（第七条）が明記され、現在に至るまで続く「民間への依存性」が始まった。一見してその流れから「精神病患者監護法」が改正されて「精神病院法」が出来上がったと勘違いするが、この時には両法は並行して施行されている状態であった。このような状況下では私宅監置の数も脈々と増えている状況であり、抜本的な状況打開には至らなかった。このような状態を秋元は「このような国家的恥辱ともいべき精神障害者施策不在の状況（秋元1996: 27）」と記し、広田（2007: 35）は、「両法制のいずれもが原理的には病者の自己決定権を認めず、パターンリスティックな干渉を是認する法的性格を帯びていたことは否定できない」と記している。現在に至るまで抱えている国家による施策の弱さという問題の所在が見える。

また、「精神病院法」並びに「精神病患者看護法」の条文内に精神保健福祉ユーザーの入院時の処遇に関する記載が全くなく、「看護人」を始めとした病院での医療従事者の配置、採用条件に関する記載がなされなかった。加えて、院内処遇、退院の規定について広田（2007: 40）の資料によると、「『本人が癒ったということは、憲法の保障する自由を享受することであり、速やかに退院を許可することを明定したい』との政府答弁は、入院処遇は憲法が保障する自由の拘束であるとの見解を暗黙裡に認めていたとみることができるとあり、注目すべき答弁として銘記せねばなるまい」とあり、当時の政府がこの問題を人権問題と認識しながら施策を実施しようとしていたことが分かる。また、「スティグマ」の一端は戦時中に発布された「国民優生法」（1940（昭和15）年）にも見ることが出来る。この法律は「悪質なる遺伝子をとだえさせる」ことを目的とし、精神疾患、身体疾患、知的障害、ハンセン氏病などの疾患を持つものの生殖機能を奪うなどすることを法制化したものである。その理念は後の「優生保護法」（1948（昭和23）年）に受け継がれ、現在まで続く「スティグマ」の背景の一端が見える。

このとき、戦前までの歴史を振り返ると、現在まで続く問題点のキーワードである「偏見」と「スティグマ」、

『未熟な法的施策』と『民間への依存性』という4点の源流が見える。これらは、ユーザーの人間としての尊厳と主体性の発展を阻み、個人の尊厳よりも国家施策を優先する当時の国家の潮流が背景にある。明治以降の富国強兵策の中において、精神障害者以外の社会的弱者も同じような処遇を受けてきたことを鑑みつつ、当時の覇権主義の中で日本が行っていた政策が如何に一側面に特化していたかが見える。それは、日本という国家そのものがパワーレスな状態であり、リカバリーの機会を逸していたこととも重なっていく。

3.3. 戦後日本における精神保健福祉施策の展開と黎明

1945(昭和20)年の終戦を機に、傷痍軍人や退役軍人、戦争孤児の浮浪児化等、戦後特有の現象と同時に、人権問題の視点、1946(昭和21)年に発布された「日本国憲法」の第25条「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」に基づく「生存権」の具体化といった点から、国家施策としての福祉施策の充実が急務となった。日本の民主化が『GHQという外圧』の下で急速に進む中、次々と整備されていく福祉施策の一つとして「精神衛生法」(1950(昭和25)年)が施行された。戦前から終戦直前の劣悪な環境下に置かれ、戦後の混乱期に放置されていた多数のユーザーを『収容』し『治療』する体制を作り上げることを目的としたこの法律は、後の改正を経て、現行法である「精神保健及び障害者福祉に関する法律(以後精神保健福祉法)」へと繋がる、日本における初めての「近代国家なみの新しい名前を用いた法律(秋元1996:27)」であった。その基本理念は『保護』と『医療』であるが、私宅監置の廃止の他、現在まで続く措置入院制度の開始や都道府県に精神科病院並びに精神衛生相談所(後の精神保健福祉センター)の必置義務の規定や、精神衛生鑑定医(後の精神保健指定医)の制度化がなされている。秋元はこれを「精神衛生法の制定はまさにわが国の精神障害者施策のあけぼの(秋元1996:27)」と記しており、一定の評価に値する法律であったことが読み取れる。

しかし、その一方で、基本となる理念は同法第1条「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保持及び向上を図ることを目的とする。」が示す通り『保護』と『医療』であり、まだこの段階においてもわが国においてユーザーは福祉の対象ではなかった。さらに、「精神病院法」の「治安上の収容」という理念はそのまま受け継がれ、私宅監置廃止後の収容先としての精

神科病院、とりわけ私立精神科病院の増設を促進した。この結果、国内の精神科病院の実に8割が民間病院という世界的に見ても稀な医療体制を生み出す基礎がこの時代で確立したと言える。

また、広田(2007:48)は、「戦後の経済的貧窮化がもはや家族による私的監置の維持を不可能にしていたことを指摘しておかねばなるまい」と記し、精神衛生法の背景に当時の時代背景が色濃く反映されていることを指摘している。

世界的な潮流として、1950年代初頭の向精神薬の発見や、「ケネディ教書」に端を発する1960年代に進んだ「脱施設化」の中で、『私宅監置→病棟収容』という問題のすり替えによって『監護』と『保護』の理念の根本的な解決に至らなかった日本は、精神医療分野における世界的な立ち遅れ、特に「脱施設化」については完全にその流れに乗り遅れることとなった。1971(昭和46)年の各国の平均在院日数を比較すると、オーストラリアの32.7日を筆頭に、カナダ16日、フィンランド18.3日、ニュージーランド18.8日、スイス26.7日、イギリス38.8日、アメリカ11.8日など、いずれも二桁台の数字が並ぶ。三桁台の国もいくつかあり、ギリシャ111日、イタリア130日などがここに当たるが、いずれも100台前半である中、日本は288日と突出している。しかも、各国はその後減少傾向を辿る中、日本だけは増加の一途を辿ることとなる。前述した理念的背景も含め、1950(昭和25)年の「精神衛生法」公布の段階では『未熟な法的施策』という問題点の解決には至っていなかった。

その後、覚せい剤等薬物依存症当事者への対象拡大と縮小などの改正が進む中で、1964(昭和39)年、「ライシャワー事件」が起こる。当時の駐日米国大使であるライシャワーが統合失調症の少年に負傷させられたこの一件で、国は治安政策として、「マルセイ」としてユーザーの警察への届出義務を医師に課すなど、社会治安優先の色を強めた指針を打ち出す。広田(2007:67)は、当時の警察当局が警備上の不備はなかった旨の結論と共に精神障害者の治安上の危険性を強調した点に、精神病者監護法以来根底に流れる社会治安優先の潜在的な政治思想が見て取れることを指摘している。この内容に日本精神神経学会や家族会といった各種団体の反対運動が展開されることとなる。この事件はその当時の精神保健福祉を考え直すきっかけとなり、その後1965(昭和40)年に「精神衛生法の一部改正」が行われた。

内容は保健所の地域における精神保健行政の第一線機

関への位置付け、精神衛生相談員配置、訪問指導、相談事業の強化（第42、43条）、精神衛生センターの設置（第7条）、通院医療費公費負担制度の設立（第32条）、警察官、検察官、保護観察所長及び精神科病院の管理者に関する通報・届出制度の強化（第24、25、26条）、措置入院の手續きに関する諸改正（第29条）といったものであり、結果として治安維持強化の一方で現行法に一步近づく形で法の改正となった。その中でも特筆すべきは通院医療費公費負担制度の設立である。この制度は2006年の「障害者自立支援法」制定までの約40年間、定期的な通院治療が必要な精神保健福祉ユーザーにとって有効に働き、定期的な医療へのつながりを維持する上で、大きく寄与した。その点において、この改正は大きな一歩であったと言える。また、この改正に伴って、「保健所における精神衛生業務運営要領」（1966（昭和41）年）や「精神衛生センター運営要領」（1969（昭和44）年）など、地域精神保健活動の整備が図られることとなり、その後の社会復帰制度・施設の整備が大きく進む結果を生む。その契機が中央精神衛生審議会が答申として発表した「精神障害回復者社会復帰施設要綱案」（1969（昭和44）年）であり、同年には作業療法、精神科デイケアの点数化が実現、1970（昭和45）年には「精神障害回復者社会復帰施設運営要領」、「デイ・ケア施設運営要領」が示され、保健所における「精神障害者社会復帰相談指導事業」が開始されている。さらに、同年の「精神衛生社会生活適応施設運営要領」、1977（昭和52）年の「通院患者リハビリテーション事業（職親制度の一形態として）」の実施と、向こう10年の間に立て続けに精神保健福祉ユーザーの社会復帰に関する制度・施設整備が進んでいくこととなり、にわかには精神保健福祉ユーザーの社会復帰における勃興がおこった。また、その後も1986（昭和61）年に集団精神療法、ナイト・ケア、訪問看護・指導料等の点数化が実現し、公衆衛生審議会精神衛生部会より「精神障害者の社会復帰に関する意見」が出されるなど、ユーザーの社会復帰に関する意見書や法整備がこの期間に徐々に進んでいったことが分かる。

一方この静かなる歩みとほぼ同時期に、イギリスのケンブリッジにおいて精神医療改革における実績をあげ、WHOから日本に対して派遣されたD.H.クラーク氏によって、3ヶ月に渡る調査の後、1968（昭和43）年に「日本における地域精神衛生—WHOへの報告」（いわゆるクラーク勧告が含まれる）が出された。その中でクラーク（1968: 186-191）は、より専門性の高い医師やソーシャル

ワーカー、行政職員による「精神病院の改善」と「精神病院の統制」、「リハビリテーション」としての地域施策の充実、「専門家の訓練」と多職種連携を謳った。この中で当時の精神科医療は歴史的・質的・量的な問題が厳しく断ぜられている。精神衛生法の持つ両価性から来る、発展と後退の両方が存在する時期であったと言える。

3.4. 宇都宮病院事件の衝撃とその歴史的位置づけ

3.4.1. 宇都宮事件発覚

1984（昭和59）年に起きた「宇都宮病院事件」の衝撃は、それまでほとんど知られていなかったわが国の精神保健福祉の世界的な立ち遅れを世に知らしめた。

病院内における、看護助手らによる入院患者への「死のランチ」事件（朝日新聞（昭和59年3月14日）見出し）から発覚したこの事件は、病院自体のずさんな医療体制、入院患者の人権侵害、偽医者による診断、患者への医療代替行為の強要、無資格者による医療行為、東京大学医学部との患者の死体（脳をサンプルにしていた）を介した癒着関係など、おおよそ当時の他科の医療環境や、人道的にありえない事象が平然と行われていたという事実が国内外から非難が集中し、その後の精神保健福祉の大きな転換点となった。

その後、宇都宮病院長の「保健婦助産婦看護婦ならびに診療放射線技師及び診療エックス線技師法違反」による有罪判決や東大医局当局での処分などが進む中、厚生省（当時）は基本的には当時の現行法である精神衛生法を改正するのではなく、指導監督等の徹底によりこの事態に対処しようと当初は動いた。しかし、NGOの日本自由人権協会によるレポート「日本における精神障害者の医療上の処遇と人権侵害」の国連人権委員会での審議とそれに伴う批判、国際法律家委員会（ICJ）および国際保健専門委員会（ICHP）のNGO合同ミッションによる日本政府に対する「結論と勧告」など、内外からの批判に時の厚生省はようやく重い腰をあげ、1986（昭和61）年より審議に入り、翌年1987（昭和62）年に「精神保健法」が成立、翌年1988（昭和63）年施行という形になった。この事件を秋元は「時代おくれで、不備、欠陥だらけの精神衛生法のもとで起きるべくして起きたものであり、クラーク報告以後20年にわたって国が精神衛生法改正を怠ってきた当然の結果でもありました（秋元2004: 1）」と、後に厳しく批判している。また、藤野は同病院と行政の関係性をして「行政機関では問題病院であることを承知で増床を認め、行政上の困った患者を送り続けた」

と断罪し、「このような行政側の弱みを知っている宇都宮病院院長の態度からみても、世の中の厄介者の面倒を見てやっているという精神病院の傲慢さがあつたと思われる（藤野 2005: 210）」とその背景を捉えている。

3.4.2. 精神保健法とその改正

1987（昭和62）年に施行された「精神保健法」は、先の宇都宮病院事件を契機としてユーザーの人権に配慮した適正な医療及び保護の確保とユーザーの社会復帰の促進を図る観点が盛り込まれている。以下、その主な改正点を記す。

- ・ 国民の精神的健康の保持増進を図る観点に基づく名称変更（名称変更）
- ・ 本人の同意に基づく任意入院制度の設立（第22条）
- ・ 入院時等における書面での権利等告知制度の設立（第22条の3・第29条の1の3）
- ・ 精神保健指定医制度の設立（第18条）
- ・ 精神医療審査会制度の設立（13条・第14条・第17条）
- ・ 応急入院制度の設立（第33条の4）
- ・ 精神科病院に対する厚生大臣（当時）等による報告徴収・改善命令が規定化（第38条の6）
- ・ 精神障害者社会復帰施設が規定化される（第9条）

ここでは、処遇面についてユーザー自身と第三者の介入が加わったこと、インフォームドコンセントとも言える書類告知制度ができたこと、「精神衛生」という公衆衛生色の強い名が「精神保健」に変わり、保健という個人へベクトルが向かうイメージへ変わったことに一定の評価ができる。

立法院における法案の修正によって、改正法附則の中に「政府は、この法律の施行後五年を目途として、新法の規定の施行の状況を勘案し、必要があると認めるときは、新法の規定について検討を加え、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」との規定が設けられた。またその間、1991（平成3）年には国連総会による国連原則として「精神疾患を有する者のメンタルヘルスケアの改善のための諸原則」が採択され、1993（平成5）年には「国連・障害者の十年」を経た新たな枠組みが打ち出され、後の見直しの契機にもなっている。

その後、5年後の1993（平成5）年に再度見直しが行われ、社会復帰施設の位置付けの、より進んだ明確化とともに、保護義務者表記が保護者へ変更すること、保護者負担の軽減を図るなど、家族への配慮が盛り込まれ、かつその時代に応じた様々な検討、改正がなされた。定期的な見直しが盛り込まれた成果がここに現れている。

『法律の定期的な見直しの必要性』の重要性がここから見て取れる。

3.5. 精神保健法改正、精神保健福祉法、医療観察法について

3.5.1. 精神保健法改正

1993（平成5）年12月には「障害者基本法」が成立した。この法律内でその施策対象の障害者の中に精神保健福祉ユーザーが初めて明確に位置づけられた。名称的には使われていた精神障害者がその施策の範疇に正式に含まれ、障害者施策の対象者となったことで、社会的認知とユーザーの法的な位置付けの明確化が成された。

1996（平成8）年にはユーザーの家族会からの要望などを契機に「優生保護法」が「母体保護法」へと改正され、「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」という規定が49年ぶりに削除された。また、「保健所法」の改正により「地域保健法」が制定され、地域保健対策の枠組みが改められている。ここではユーザーへの社会復帰施策のうち、身近で利用頻度の高いサービスは、市町村が保健所の下に実施することが望ましいとされ、地域保健福祉活動についての法律上の規定の充実や市町村の役割の位置付けの整備が早急に求められた。このように、宇都宮事件を契機に起こった精神保健福祉ユーザーへの人権的配慮の波はその後の法改正や具体的な施策へと繁栄され、現行法である「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」へとつながった。

3.5.2. 精神保健福祉法とその改正

このような流れの中で、精神保健福祉ユーザーに対する「福祉法」の制定という各関係者の悲願が1995（平成7）年に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」として結実する。1993（平成5）年改正の施行もままならないままこの法律が検討事案として挙げられた背景の一つには、公費負担の圧縮と保険負担の増加を行うことで生じる財源の一部を活用することで、予算の充実を図ろうとしたという点も挙げられる。また、前述した課題への早急な対応も迫られており、改正法施行を待つことなくこの法律は改正、施行された。以下、その概要を述べる。

- ・ 名称の変更
- ・ 法律の目的明確化と福祉施策の位置付け強化（福祉的側面強化）（第1章・第2章・第3章）
- ・ 精神障害者保健福祉手帳の制度の創設（第45条）
- ・ 社会復帰施設・事業の充実（第50条）
- ・ 社会適応訓練事業によるリハビリテーション事業の法定化（第50条の4）

- ・ 市町村の役割の明確化（第6章第2節）
- ・ 精神保健指定医制度の充実（第4章第1節）
- ・ 医療保護入院の際の告知義務の徹底（第33条の3）
- ・ 通院医療費公費負担制度の合理化（第32条）
- ・ 公費負担医療の保険優先化（第32条の4）

上記のように、福祉法として様々な福祉的要素の強化・明確化が為され、法制度上、精神保健福祉が一步前進したと言える。様々な社会復帰施設の充実を図るなど、一連の社会復帰プロセスが不十分とはいえ、法的に明確になった点は大きい。ただし、指導・改善命令を拒否する医療機関等が想定されておらず、結果として「大和川病院事件」等の事案に有効に機能しなかった点など、問題は残った。

その後、障害者プランに設定された2002（平成14）年までの施設設置数値目標に対する具体的なプランニングや、5年後見直しの附則、精神保健法時の改正部分への見直しなどを背景として、1999（平成11）年には再び法改正が行われた。以下、その概要を記す。

- ・ 精神医療審査会の委員数の制限廃止（第13条）
- ・ 移送制度の新設に伴う仮入院制度の廃止（第34条）
- ・ 任意入院及び通院中の精神保健福祉ユーザーの保護者の義務の除外（第22条）
- ・ 社会復帰施設に「精神障害者地域生活支援センター」を追加（第50条の2）
- ・ 在宅福祉事業に精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）に加えて、居宅介護等事業（ホームヘルプサービス）、短期入所事業（ショートステイ）を追加（第50条の3の2）
- ・ 精神保健福祉センターの必置規定（第6条）
- ・ 2002年より精神保健福祉業務の一部市町村への移管（福祉サービスの利用に関するあっせん・調整、通院医療費公費負担制度及び精神障害者保健福祉手帳の申請）（第49条）

この時、精神保健福祉ユーザーの生活の様々な場面の多岐に渡る支援のモデルが法的に構築されていった。家族支援に関しても、その義務規定を軽減することで負担の軽減が図られている。また、地域生活支援センターの社会復帰施設化や、精神保健福祉センターの必置規定、在宅においてユーザーを支える事業の追加など、地域における精神保健福祉の基盤の「多様化」と「至近化」が進んだ。

3.5.3. 新障害者基本計画内の重点施策実施5か年計画

この「地域へ」という流れはそのまま新障害者基本計

画内の重点施策実施5か年計画（新障害者プラン）へと繋がっていく。ここでは欠格条項の見直しに伴う環境整備や施策充実によるいわゆる「社会的入院」患者7万2千人の向こう10年を目途に退院、社会復帰を目指すという目標規定、さらに精神科救急医療システムの全都道府県導入整備、いわゆる PTSD や睡眠障害、急増するうつ病、「社会的ひきこもり」、複雑化する思春期精神保健等、時代を反映した様々な疾患に対応するためのマニュアル・モデル・ガイドライン等の作成、各福祉施設・事業の具体的な数値での設置目標設定、啓発・広報の強化、雇用・就業の確保といった具体的な施策目標が挙げられ、更なる発展が望まれていた。

3.5.4. 心神喪失者医療観察法

このように、徐々に進む精神保健福祉の施策の中で、2003（平成15）年には「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（心神喪失者医療観察法）」が成立、2005（平成17）年に施行されている。心神喪失または心神耗弱状態で殺人・放火等の重大な他害行為を行った者に対し、継続的な医療・観察・指導を行うことによって病状の改善及び同様な行為の再発防止を図り、その社会復帰を促進するものである。以下、その概要を記す。

- ・ 当該者は地方裁判所において検察官による申し立てによって裁判官と医師による合議体が「司法的判断」と「医療的判断」の双方の視点からその処遇を決定する
- ・ その処遇は、入院は無期限、通院は原則3年間であり、最大2年延長が可能となっている
- ・ 入院医療は国公立の指定入院医療機関において実施され、入院中から退院後に向けた生活環境調整を行う
- ・ 厚生労働大臣指定の医療機関において国費により必要な通院医療を行う
- ・ 保護観察所に所属する「社会復帰調整官」を中心としたケアが実施される。その地域での処遇は関係者とユーザーによるケア会議によって決定していく

この法律によって、今までいわゆる自傷他害行為を行い、措置入院となったユーザーが剥奪されてきたとていい日本国憲法第32条の「裁判を受ける権利」は半分回復した。

さらに、今までは医療の判断のみ決められてきたユーザーたちの処遇に「司法」が介入し、起こした事象に対

する法的过程を経て、その後のリカバリーの過程においては「社会復帰調整官」という精神保健福祉士資格が基礎となる「福祉のプロ」による社会復帰の位置付けが明確になったことで、ユーザーのリカバリーの可能性が広がった。

しかし他方では、この法律の成立過程そのものの問題点をユーザーである山本は「保安処分攻撃は精神保健体制の議論の中で一貫して底流として流れており、そのつど言葉を変えて現れ続けてきたといい。私たち精神障害者は常に『治安の対象』『取締りの対象』とされてきたのだ。そしてそのための治安の道具として精神保健を利用していこうという動きが続いてきたといいだろう。この動きは精神障害者あるいは心神喪失等とされたものばかりではなく、実刑判決を受けたもの、刑期を終えたものに対して、『再犯予測』を精神医学や心理学が行い、さらに対象者の『無害化』を精神医療や臨床心理を活用して保安処分を新設しようという動きにつながっている。現在行われている法制審議会「被収容人員適正化方策に関する部会」である（山本 2015: インターネット記事）」と記し、問題点や課題点が見える部分もある。

ただし、この法律とそのプロセスが世の中に馴染むことで、法的モデルの一般化による社会復帰の促進というフィードバックの可能性が含まれている。このことを岡田は「法的な拘束力を持ちながら行われる対象者の社会復帰サポートは精神科病院や社会復帰施設における社会復帰のモデルとなりながら広がりをもっていく可能性を孕んでいます（岡田 2006: 2）」とし、ユーザーと社会全体と一緒にこの法律の調整を行うことでユーザーが自らの意思で社会復帰していくモデルのケーススタディ的な要素を持ち、重要な可能性を含む旨を記した。

3.5.5. 障害者自立支援法

2004（平成16）年には今後の障害者福祉施策を見越した上で「今後の障害者保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が厚生労働省により発表され、その流れを汲む形で2005（平成17）年に「障害者自立支援法」が成立、翌年2006（平成18）年4月に一部施行され、10月には全面的な施行に至った。この法律は、障害者の地域生活と就労を進め、自立を支援する観点から、障害者基本法の基本的理念にのっとり、これまで障害種別ごとに異なる法律に基づいて自立支援の観点から提供されてきた福祉サービス、公費負担医療等について、共通の制度の下で一元的に提供する仕組みを創設することを目的

としたものである。自立支援給付の対象者、内容、手続き等、地域生活支援事業、サービスの整備のための計画の作成、費用の負担等を定めるとともに、精神保健福祉法等の関係法律について所要の改正を行った。その負担額の形式が応能負担から応益負担への転換し、所得に応じた上限額が定められ、ユーザーはその中でサービスを選択していくこととなるが、施設での食費や光熱費は全て別途自己負担ということになっている。また、サービス利用の際の事前申請が必要となり、申請の上、特定の調査官の調査の後、審査、判定が行われ、認定後、晴れて事業主と契約に至ることとなる。加えて全てのサービスが事業化し、施設運営にも大きな影響を与える結果となった。場合によっては精神保健福祉法まで積み上げた地域による社会復帰の枠組みが根本から変わる可能性も示唆されており、その方法論と理念が根本的に変わったと考えられ、大きな転換点となった。栄（2008: 67）は、この法律について「三障害の法律を一元化し、共通の制度の下でサービスを提供することになった点で評価出来るものの、それぞれの障害特性を考慮した規定は身体障害者、知的障害者に関するものが多く、精神障害に関する規定や精神障害者の障害特性に考慮した者はほとんど見られないと言える」とし、一定の評価と共に精神領域における特性への配慮、個別化等の部分での不足を提示している。

この法律によって援助の枠組みが大きく変わり、より複合的なサービス提供が為される可能性について、岡田（2006: 2）は精神保健福祉士の今後を現す文章の中で「障害を受容できなく苦しんでいる人や、障害者と共に暮らす家族の精神的疲弊などに対して精神保健福祉士は新たな領域として取り組む環境が生まれてきた」とし、身体障害や知的障害をもつユーザーに関するメンタルヘルスへのアプローチも大きく可能となったことを示唆している。その後、2010（平成22）年には、発達障害者の支援への体系化と、利用負担の一部見直し（応能負担への切り替え）等を定めた改正がなされ、より幅広い対象者への一元化されたサービスが開始となった。使い手の知識や意識によってその効能が大きく変化するがその法的な意義は大きいと考えられ、今後の精神保健福祉の方向性を定める大きな法整備であった。

3.6. 障害者基本法改正から障害者総合支援法、精神保健福祉法改正に至る変遷

3.6.1. 障害者基本法改正

2011（平成23）年には、障害者基本法が改正され、障

害者の定義について第二条を以下の通りに定めた。

第二条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- 一 障害者 身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害（以下「障害」と総称する。）がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう。
- 二 社会的障壁 障害がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう。

これらのことから、1993（平成5）年改正時における精神障害への範囲拡大に加えて、発達障害についても障害者基本法による包括的な概念の対象となることとなった。これは、先の2004（平成16）年に施行されている発達障害者支援法、2010（平成22）年に改正され、障害者自立支援法の中に体系化された発達障害者支援に、障害者基本法がようやく追いついた形となった。さらに、第2項の社会的障壁の定義について、個人的な機能のみでなく、社会全体で機能することが不全していることを障壁と呼ぶという定義が新たになされた。これは、ICFにおける個人因子と環境因子の考え方にも呼応する。

3.6.2. 障害者総合支援法

2012（平成24）年には、障害者自立支援法が「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（以下障害者総合支援法）となり、障害者の範囲をさらに拡大し、障害区分支援という概念が創設された。この項目において、先の障害者自立支援法におけるユーザーにおける障害特性について記載がなかった事に対し、本改正に置いては一定の配慮を促す記載がなされている。支援の幅についても見直しがなされ、サービス基盤についても計画的な整備を行うように促す形となった（厚生労働省2012）。

新井（2012: 130）はこの法改正について「法律の名称を障害者自立支援法から『障害者総合支援法』へと看板を付け替えたものであり、決して抜本的な改革、見直しとは言えない」とし、「今後、重視されるべきことは、地域で暮らし働くための権利保障と、地域で暮らし働き始めてからの権利擁護である。さらに、地域生活に移行していくために町で暮らす選択肢を増やすこと、資源を確保し、『どこでだれとどのようにくらすか』を明確に

したサービス等利用計画の結果を市町村が尊重することである。障害者総合支援法の第一条の二『基本理念』では、『…どこの誰と生活するかについての選択の機会が確保され、地域社会において他の人々と共生することを妨げられないこと…』を旨として支援が行われなければならないと述べている。万が一にでも、障害者が自分の意思に反して、地域で暮らし働くことの決断やその暮らしぶりが家族の意見や他者の影響を受け、その選択、決断が左右されるようなことが在ってはならない。障害者の自己決定の原則をまもるための権利擁護の取り組みを強化しなければならない。そのために、相談支援事業に従事する専門職員、ソーシャルワーカーの役割はますます重要となっている（新井2012: 133）」と提言した。障害者総合支援法が障害者の自立の選択肢に制限を設けず、障害者の主体的な生活を脅かすものになってはならない。ユーザーの主体的な生活を支える法改正となるように、周囲の環境としてのソーシャルワーカーとユーザーの適切な関わり、コラボレーションが必要となる。

3.6.3. 精神保健福祉法2013年改正

2013（平成25）年には、我が国の精神保健福祉施策上の重大な転換点である精神保健福祉法の改正が行われた。大きな特徴として、厚生労働大臣が定める指針が出来る点がある（厚生労働省2013）。これまでの歴史的背景を概観する際、国家の施策についてグランドデザインなどの先を見据えた施策に関する内容の発表は、おおよそ1990年代後半から始まってはいるものの、いずれも政策としての指針であり、国家の関係省庁の代表がその責任を以って定めるものはなかった。この指針は「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（厚生労働省2015）」として後に発表され、その中には、今後の日本における精神保健福祉に関する指針となる内容が多数おさめられている。特に、「精神病床の機能分化に関する事項」については、これまで国が主体的に取り組む姿勢をあまり見せてこなかった長期入院患者の増加に対する抑制策として医療保護入院に係る入院期間を原則1年未満と定め、そのためのコーディネーターとして精神保健福祉士等国家資格を持つ専門職を置くように義務付ける方向性を示した。精神保健福祉法改正の医療保護入院に関する改正に関わるが、この指針、及び法改正によって、精神科病院は、医療保護入院を行う場合、その退院までのコーディネーターとして「退院後生活環境相談員」を必置し、その相談員のコーディネートによって「医療保護入院者退院支援委員会」を開くこと

が義務化された。これにより、医療保護入院者については、原則その処遇を1年未満と定め、退院に係る支援を得るため、地域の相談支援事業所の相談支援専門員等の外部コーディネーターを委員会に召集することが出来るようになった。当然本人、家族も参加し、これまで医師の診断のみで判断されていた医療保護入院に関する予後を、委員会により多職種チームで行うこととなった。これは、医療観察法におけるMDT（多職種チーム）による退院支援と共通し、医療観察法における法の趣旨である「一般精神科医療へのシステムの般化」が果たされたことを意味する。1年以上の入院については「重度かつ慢性」という条件が付くこととなり、そのレベルは「措置入院相当」としてとされている。この流れを受け、一般社団法人鹿児島県精神保健福祉士協会は、入院時に患者へ提示される「入院診療計画所」及び精神医療審査会へ提出される「医療保護入院者の入院届及び定期病状報告書」への精神保健福祉士の記載方法について、その重要性を認識し、日本国内において先駆的にその記載方法に関する指針を示した。その視点はリカバリー思想に基づき、C.A. ラップ（= 田中他 2014: 125-178）の「ストレングス・アセスメント」の思想に基づいている。ユーザーとその家族の主体性に基づく退院支援計画を立てる上で、このストレングス・アセスメントを活用したコラボレートは理想的な活動であり、先駆的な試みとなっている。

「精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供に関する事項」には、急性期に係る精神科救急医療の指針も示されている。特に、地域における診療やデイケア、アウトリーチなどの取り組みについて言及している点が注目される。

また、多職種チームに関する記載も盛り込まれ、「四人材の養成と確保」の項目において、ピアサポーターの養成とその重要性を示す文言が記載された。これは日本におけるユーザーの主体的な回復にとって大きな進歩である。指針では「ピアサポーターは、精神障害者やその家族の気持ちを理解し支える支援者であることを踏まえ、ピアサポーターが適切に支援を行えるよう、必要な研修等の取組を推進する」とあり、平成23年より運用がなされていた「精神障害者アウトリーチ推進事業（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 2011: 4）」から継続してその重要性を国が求めたこととなった。ピアサポーターの存在は、地域におけるユーザーの主体的なリカバリーに大きく寄与し、ユーザーとピアサポーター双方にリカバリーをもたらす（濱川 2014: 1-7; 相

川 2012: 186-177)。ピアサポーターとユーザー、援助者がコラボレーションすることを推奨するこの指針は、リカバリー思想に基づく支援へその方向性を結び付けていく必要がある。

「精神科救急医療体制の整備」については、良質な医療の提供に係る側面的な部分を指し示している。行政機関における指針の中に精神医療審査会に関する事項がある。これは上記した改正精神保健福祉法ともリンクするが、その適切な運用が改めて指針として盛り込まれた。改正に関する内容と併せて整理すると、委員の中に「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定するという文言が入り、これまで以上に精神保健福祉士の重要性が増す形となっている。更に、「精神医療審査会に対し、退院等の請求をできる者として、入院者本人とともに、家族等を規定する」という文言も記載された。これにより、ユーザーのアドボケートの強化と共に、援助者とユーザー、家族とのコラボレートに関してよりその重要性が増したことになる。リカバリー思想の定着の必要性を指し示している。

ただし、改正精神保健福祉法と指針がリンクしない点が「保護者制度の廃止」である。厚生労働省の出した指針の中には、家族の支援について記載する文言は多数出てくるが、保護者制度の廃止については触れられていない。既に法改正がなされ、保護者制度は廃止されたからというのがその理由であろうと思われるが、これまでの日本における保護義務者から始まる家族への保護者という名の下で行われていた責任転嫁の歴史を考えれば、指針において過去の保護者制度を振り返り、改正した内容を盛り込み、改めてその重要性を捉える必要があったのではなかろうか。

その保護者制度廃止については、再度文言を確認すると、「保護者制度の廃止：主に家族がなる保護者には、精神障害者に治療を受けさせる義務等が課されているが、家族の高齢化等に伴い、負担が大きくなっている等の理由から、保護者に関する規定を削除する」となっている。その主な理由は「家族の高齢化」であり、負担の増大を苦慮してのこととなっている。保護者としての責任をこれまで過度に追ってきた歴史について振り返ることまではせず、あくまで負担の増加がその改正の理由であるとすれば、負担がなければ継続していたとも読める。そして、その関連で、医療保護入院における見直しも保護者規定が「家族」と読み替えられ、「配偶者、親権者、扶養義務者、後见人又は保佐人。該当者がいない

場合等は、市町村長」となっており、ほぼ変わらない。本来は非自発的入院の責任は国家とその司法が取るべきである。これまで日本はその一端を家族に担わせてきた。保護者制度廃止に伴い、医療保護入院に関する家族の同意についての文言削除も期待されたが、結果として国は家族等という文言を残すことで家族への責任転嫁の一端を残す結果となった。医療観察法に残った保護者制度の今後の検討と併せて今後の検討すべき点である。

これらの状況について、岡崎（2013: 19）は、「これまで保護者制度の廃止が叫ばれてきたのは、家族制度の桎梏から非自発的入院のプロセスを開放するのがその着眼点であって、保護者という法律用語をなくすかどうかが本質ではなかったはずである」と厳しく追及している。更に、本改正全体と概観し「大きな課題だけを挙げておくと、まず強制医療介入や行動制限については、これが精神科医療だけでなく、例えば認知症やせん妄患者の身体拘束など一般医療の場でもしばしば行われている現状に鑑みて、精神保健福祉法という特殊法で扱うのではなく医療法の中で適正手続を規定すべきである（意外なことに現行の医療法にはそれが無い）。また、非自発的入院の枠組みであるが、現行制度では心神喪失者等医療観察法による入院と、精神保健福祉法による措置入院・医療保護入院（応急入院を含む）という三本立てになっているところ、その妥当性について立法の理念に立ち帰って見直すべきである。さらに現在の医療保護入院は、非自発的入院であるにもかかわらず本人の保険診療であるという根本的矛盾を抱えているので、これを公費化する道を探らなければならない。自発的入院である任意入院については、通常の医療法の枠に移行させるべきであるが、そのためには、医療法施行規則による人員配置の『精神科特例』を明確な経過措置期間をもって撤廃し、同じく医療法施行規則の『施設外収容禁止条項』（精神障害者を原則として精神病床以外に収容してはならないとする差別規定）の撤廃も行わなければならない（岡崎 2013: 19）」として、本改正の問題点を列挙している。門屋（2015: 4-8）は、この改正について一定の評価をしつつ、根本的な解決策として「精神保健福祉法の分離解体論」を提案し、精神保健福祉法が内包する医療、権利擁護、予防、差別禁止、司法福祉の側面をそれぞれの専門法へ振り分ける必要性を訴えた。

以上のように、特に法施策を中心として我が国の精神保健福祉の歴史的背景を概観した。そこには、ユーザー自身のリカバリーが未だ国の施策によって自由に立ち現

れない現状と共に、ピアサポーターの配置や制度の包摂化など、少しずつではあるがその歩みがリカバリーの思想に基づくものになっていっている様子が伺える。施策へのリカバリー志向の必要性は、田中（2001: 147-175）の記した「オルタナティブ・サービス」の重要性や木村（2004: 48-52; 2004: 52-55）で記した「リカヴァリを志向する精神保健福祉システム」の重要性とも大いに関連し、今後の日本におけるリカバリー思想に基づく施策展開の課題となろう。

4. 考察

日本における精神保健福祉の歴史を概観した際、その歴史に主体性が長い間存在しなかったことが、ユーザーのリカバリーを阻害していた最大の要因であると言える。明治以降、日本におけるユーザーへの政策は、常に医療中心かつ治安維持的であり、精神保健法への改正に至るまで、主体的に入院を選択することすらできなかった。もちろん、1960年代に抗精神病薬が開発されるまで、この疾患については医学的な対処療法すらままならない状況であったことは事実であり、現在の心身喪失に見るような、重篤な精神障害者や未治療の精神障害者による事件などもあったことは事実であろう。しかし、だからと言って全ての精神病患者を私宅監置として自宅に閉じ込め続け、その法律が終わると共に今度は精神科病院へ閉じ込め続けることについて、何の正当性があるか。これは、権力による「生の管理」という一位相を「生権力」と呼ばれる形で権力論にもたらしたフーコーの視点（田畑 2009: 2）から見れば、国家によってユーザーがその『生殺与奪の権利』を『安全性』に基づいて管理された結果といえよう。国家の統治性が高まるにつれ、ユーザーを含む多くの弱者とされた人々は、このフーコーの指摘した国家による「生権力」により人間を一個人ではなく集合体として管理、統治され、特にユーザーにおいては、その個別性は失われ、精神障害者＝隔離の対象という図式で社会から管理され続けた。これは、戦前から敗戦後、高度経済成長期を挟む日本の発展期においても同様であったであろう。とくに戦前までの近代におけるこの傾向は非常に色濃い。この点については、ハーバーマスによるシステムの合理性が生活世界を従属させていく過程の徹底化を「生活世界の植民地化」とみた視点（田畑 2009: 3）とも重なりを生む。日本の近代における隔離主義、現代における社会保障を含む弱者政策としての国家の介入が、個人の権利への侵害を生み出すという矛盾と

その再構築の流れの中で、国家の介入と個人の権利とのバランスという点において、近代から現代に至るまでのユーザーへの施策とその思想的背景は、日本という国家が陥りやすい傾向の一端と、その権力性を映し出しているのではなかろうか。

その後、精神保健法への改正がなされるが、それは宇都宮病院事件などの多大な悲劇の基に成り立った後付けの改正であり、この危険性は1960年代に既にクラーク勧告などで予見されていた事である。クラーク（1968: 174）は、1968年の勧告の中で、既に精神病院における治療活動と治療のコミュニティの不足を挙げつつ、精神科病院のその当時の状況を「非常に多くの病棟が必要以上に閉鎖されていた。束縛方法として保護室、個室、安全区画があまりにも頻繁に使用されていた。明らかに長期間独房監禁に閉じ込められていた患者が少なくなかった。2つの新しい病院の建物に鋼鉄型の柵や閉鎖回路式のテレビ等のような念の入った装置を備えた安全区画があった。こうした装置は有害な孤立や対抗へと導いてしまうものである」として、日本政府に勧告している。さらに、「精神病床にある種の動向が認められた。すなわちここ15年間新しく作られた多くの日本の精神病院は分裂病患者に利用され、満床になっている。訪問した病院ではすでに慢性患者が増加していく傾向にあった。5年以上在院している患者数は増加し、しかも、これらの患者の大多数は25才から35才の若い人々であった。ふつうに寿命を全うすとなれば、この患者はあと30年間も病院に在院する可能性がある（原文のまま）」（Clark 1968: 179）とも勧告している。実際に50年弱過ぎた現在、5年以上の長期入院患者の死亡退院率は、厚生労働省（2014）が平成26年に「第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で提示した「長期入院精神障害者を巡る現状」（2014）において、死亡退院の割合は全体の27.6%を占め、家庭復帰、社会復帰、施設への退院の合計である23.1%を上回っている。これらは、5年未満の入院患者の動向と大きく異なる様相を呈しており、クラークの予見した施設入所主義の末路が現実となった形となった。このような現状を受けつつ、ようやく国は医療保護入院者における退院に関するコーディネーションの重要性を認め、2014年より、「退院後生活環境調整員」と、「医療保護入院者退院支援委員会」の必置を決め、医療保護入院という強制入院における退院の見通しを先に立てるという、他の医療分野であれば当たり前のことをようやく精神科医療にも適応した形と

なった。ちなみにクラークは、高齢者の認知症における病院収容について、当時「永久下宿人」（Clark 1968: 180）と評された統合失調症患者が徐々に認知症患者へシフトしていることも予見しており（Clark 1968: 182）、これも現実化している。国家における精神科医療の進展の停滞は、そのまま精神障害者施策の停滞と連動し、精神障害者の主体性が奪われ、自己決定、自己判断の出来ない弱者であると決めつけられ、パターンリスティックに取り扱われ続けた歴史であった。

精神保健福祉法への改正、障害者基本法改正、障害者自立支援法制定、その総合支援法への改正など、制度面における充実が進む中、2000年代に入り、日本によりやくリカバリーという思想が定着する時期を迎える。日本においては、べてるの家における「[非]援助論」（浦河べてるの家 2002）やJHC板橋における「相互支援システムによる街づくり展開」（寺谷 2008: 134-200）など、その思想に基づく先進的な取り組みは点在していたものの、その当時はこれほどにリカバリーが声高に言われるような状況にはなかった事を鑑みると、2000年代以降のリカバリーという思想の取り扱いとその思想に基づく活動の在り方は目を見張るものがある。WRAP（元気回復行動プラン）やIPS（意図的なピアサポート）といった思想的背景を形式的、感覚的に捉えようとする取り組みは、既に精神保健福祉の分野を飛び越え、今や一般的な取り組みへ昇華しつつある。IMR（リカバリー概念に基づく疾病管理）やSDM（shared decision making）など、疾病管理や意思決定においても既にリカバリー思想に基づく取り組みは発展しつつある。ACT（包括的地域生活支援プログラム）や就労におけるIPS（個別的就労支援）、アウトリーチなど、本人の主体性を最大限に尊重しようとする動きについて法的な整備が進み始めた所である。

木村（2004: 52）は「リカヴァリは個人の内側に生じることであるが、リカヴァリを促進させるには、精神保健福祉システムの進化と転換が必要なのである」とし、連載された次稿では先にリカヴァリ志向のプログラムを展開している欧米の精神保健福祉システムを概観し「リカヴァリを志向する欧米の精神保健システムの動きには、日本の精神保健福祉関係者や当事者に大いに刺激を与える内容を包含している。第1は当事者が重度の精神障害を克服し、精神病や障害の病名を超えた協働を促進していること。第2は、障害を超えて専門職と同等の教育を修得し、当事者の経験を生かし、当事者の視点から研究成果を専門職や行政管理者に突きつけていること。第3

は当事者の経験や共感性、当事者の立場から権利擁護活動が、専門職の権利擁護とは異なるインパクトを持っていることである。このように台頭する当事者の力を認識し、擁護し、当事者と専門職のより対等な精神保健福祉システムの基盤構築をめざして、ソーシャルワーカーやそれ以外の専門職が当事者の代弁や連帯の活動を行っている場面も多く見られる。専門職の当事者とのパートナーシップこそ、今後の双方を生かす鍵であろう(木村 2004: 54-55)として、リカバリー志向のシステムへの反映の必要性を示している。

我が国の歴史的経過を概観した際、いわゆるソーシャルインクルージョンやノーマライゼーションの思想の定着を含め、障害の有無にかかわらず、全ての人々が当たり前の主体性を持つ社会の構築の必要性が示唆された。今後は、リカバリーの思想に基づく取り組みが一過性のものではなく、継続的に取り組まれる必要があると考えられる。

5. まとめ

本論では、わが国の精神保健福祉関連の歴史の中から、主に関連法施策を中心としてその歴史的背景を文献によって研究し、我が国においてリカバリーがどのように根付く必要があるのかを検討することを研究の目的とした。このとき、精神保健福祉領域におけるユーザーの主体性が国家に奪われ続けた歴史的背景を踏まえ、今後は、ユーザーの当たり前の主体性を支えるリカバリー志向に基づく活動の更なる展開と、それらを支える施策の展開が求められることが示唆された。そして、それらが本論の目的であった我が国におけるリカバリーの根付きに深く関与していることが確認された。

それらの展開と促進を支える思想こそ、リカバリーの思想であろう。人は、いつ人生の中で破壊的な経験を体験するか分からない。我が国の法施策の中にリカバリーの思想が根付くことで、障害や疾病、生きづらさを対岸の火事ではなく、自らの問題として取り組める共感性に富み、いつでも、誰でも、どこからでもリカバリー出来るような、ユーザーを含む、全ての人々が生きやすい社会が構築されるのではないかと考えられる。

文献

相川章子 (2012). 「精神保健福祉領域におけるプロシューマーに関する研究」『大正大学大学院研究論集』, 36: 186-177
 秋元波留夫 (1996). 「精神保健法の成立をめぐって—精神障害者の最近の動向—」『リハビリテーション研究』, 86: 27-32

秋元波留夫 (2004). 「宇都宮病院事件から20年、何が変わったのか」『機関紙月刊きょうされん TOMO 1月号』: http://www.kyosaren.or.jp/news/2004/0101_1.htm (2015年10月11日)
 新井宏 (2012). 「改正障害者自立支援法の廃止と新法・障害者総合支援法の実体 (川崎医療福祉学会第42回研究集会 (講演会・情報提供))」『川崎医療福祉学会誌』, 22 (1): 130-133
 朝日新聞 (1984). 昭和59年3月14日
 Clark, D (1968). 「日本における地域精神衛生—WHO への報告 1967年11月より1968年2月に至る3カ月間の顧問活動に基づいて」(=国立精神衛生研究所 (1969)『精神衛生資料第16号』弘文社): 165-191
 C A. ラップ, R J. ゴスチャ (田中英樹監訳) (2014)『ストレンジモデル リカバリー志向の精神保健福祉サービス [第3版]』: 金剛出版
 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』, 第5号: 201-215
 濱田由紀 (2014). 「精神障害を持つ人のリカバリーにおけるピアサポート」『東京女子医科大学看護学会誌』, 9 (1): 1-7
 広田伊藤夫 (2007). 『(増補版) 立法百年史 精神保健・医療・福祉関連法規の立方史』: 批評社
 門屋充郎 (2015). 「精神保健福祉法の歴史的変遷と今回の法改正の要点について」『精神保健福祉』, 46 (1): 4-8
 川上武 (1982). 「現代日本病人史 病人処遇の変遷」: 勁草書房
 木村真理子 (2004). 「リカヴァリを志向する精神保健福祉システム 当事者活動の拡大に向けて その1 リカヴァリの理念」『精神科看護』, 31 (3): 48-52
 木村真理子 (2004). 「リカヴァリを志向する精神保健福祉システム 当事者活動の拡大に向けて その2 リカヴァリのシステム」『精神科看護』, 31 (4): 52-55
 厚生労働省 (2012). 「地域社会における共生の実現に向けて新たな障害福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の概要」: http://www.mhlw.go.jp/seisakun_itsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/dl/sougoushien-01.pdf (2015年10月11日)
 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概要」: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/hou_gaiyo.pdf (2015年10月11日)
 厚生労働省 (2015). 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf (2015年10月11日)
 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 精神・障害保健課 (2011). 「精神障害者アウトリーチ推進事業の手引き」: http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiikiikou_03.pdf (2015年10月11日)
 厚生労働省 (2014). 「長期入院精神障害者を巡る現状」第8回精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関

- する検討会 資料4：<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000046398.pdf> (2015年10月11日)
- 呉秀三・櫻田五郎 (2000). 『精神病患者私宅監置ノ実況及び其統計的觀察』：創造出版
- 松元千尋・鈴木英麿 (2002). 「本邦における精神障害者に対する処遇・治療の歴史の一考察」『大阪体育大学短期大学部研究紀要』, 3：21-28
- 村上千鶴子 (2011). 「精神科治療における医療倫理の諸問題」『紀要 (日本橋学館大学)』, 10：81-88
- 岡田洋一 (2006). 「精神科領域におけるソーシャルワーカー・精神保健福祉士の対象領域拡大の課題—国民のメンタルヘルスのニーズに応えるために—」『鹿児島県精神保健福祉士協会 PSW 通信』：9
- 岡田靖雄 (1981). 『私説松沢病院史1879～1980』：岩崎学術出版
- 岡崎伸郎 (2013). 「精神保健福祉法体制のあゆみと展望—2013年改正の動向を含めて—」『仙台医療センター医学雑誌』, 3：12-20
- 榮セツコ (2008). 「精神障害者の地域生活支援：障害者自立支援法施行に伴う精神障害者地域生活支援センターの移行に関する一考察」『桃山学院大学総合研究所紀要』, 34 (1)：57-71
- 精神保健福祉白書編集委員会 (2014). 『精神保健福祉白書2015年版 改革ビジョンから10年—これまでの歩みとこれから』：中央法規出版
- 田畑洋一 (2009). 「福祉国家的介入と社会福祉」『九州社会福祉学年報』, Vol.2：1-10
- 高島進 (2004). 『社会福祉の歴史 慈善事業・救貧法から現代まで』：ミネルヴァ書房
- 田中英樹 (2001). 『精神障害者の地域生活支援 統合的生活モデルとコミュニティソーシャルワーク』：中央法規出版
- 寺谷隆子 (2008). 「精神障害者の相互支援システムの展開—あたたかいまちづくり・心の樹「JHC 板橋」』：中央法規出版
- 辻内琢也・河野友信 (1999). 「文化人類学と心身医学」『心身医学』, 39 (8)：585-593
- 浦河べてるの家 (2002). 『べてるの家の「非」援助論—そのままでいいと思えるための25章』：医学書院
- 山本眞理 (2015). 「心神喪失者等医療観察法を廃止へ 障害者権利条約の完全実施へ」医療観察法.NET：http://www.kansatuhou.net/02_mondai/01_yamamoto.html (2015年10月11日)