

日本の精神医療の実態とその課題に関する文献的考察

—イタリア及びイギリスの精神医療との比較を通して—

井上理子

(博士後期課程1年)

緒言

日本では、精神病院における人権侵害事件が後を絶たない。かつて、1984年に発覚した宇都宮病院事件を契機として、精神障害者の人権尊重に主眼を置いた精神保健法が1987年に制定された。しかし、その直後から約20年間で、発覚したものだけでも25件の人権侵害事件が明らかになっている。その内容は、病棟内で多人数が入り出すデイルームの柱に患者を紐でつなぐといった不法拘束や、医療者による患者の暴行殺人事件などである(藤野, 2003)。そして近年においては、2020年に兵庫県神戸市の神出病院、2023年には東京都八王子市の滝山病院、続いて北海道日高郡の石井病院において患者虐待事件が発覚した。報道された内容からみて、これらの虐待は突発的なものでなく、日常的なものであったと推測できる。

このような日本の精神医療をめぐる環境について、他のOECD加盟諸国と比較すると、日本の精神科病床数は最多であり、その精神科病床の平均在院日数も最長となっている(厚生労働省, 2022)。この問題に関しては、2004年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が精神保健医療福祉の改革ビジョンを提示し、国を挙げて数値目標を掲げ、地域移行の体制整備に着手した。しかし、日本の精神科病床数と精神科病床の平均在院日数は、未だに画期的な減少には至っていないのである。

以上のように、日本の精神病院には長期入院の精神障害者が数多く存在している。筆者は、精神科病院における看護経験のなかで、数多くの長期入院精神障害者に会った。彼・彼女ら

のなかには、現住所が病院の所在地となっており、数十年間、自由に外出していない人たちもいた。また、一日の食事時間だけでなく間食の時間や入浴可能な曜日や時間すら、病院で決められた規則に従うしかないなかで、入院生活を送っていた。そして、入院後、一度も家族や親族と面会をすることもなく、病院で一生を終える人も少なくなかった。しかし筆者の見るところ、精神病院の医療者が、このような精神障害者に対する様々な人権侵害や抑圧に目を向けているとは言い難い。それはまさに精神障害者が「長期入院による隔離収容」とでもいうべき看過できない状況に置かれていることを示している。

一方、日本と同様の歴史を辿りながらも、最終的には精神病院を撤廃し、精神障害者の「脱施設化」を実現させた国々が存在する。本稿では、その事例としてイタリア及びイギリスの取り組みに焦点を当て、未だ脱施設化を推進できていない日本との比較を試みる。その際、本稿が依拠するのは、主として以下の文献である。

まず日本の精神医療については、精神病院に患者として潜入し、その現状を生々しく綴っている、当時朝日新聞編集委員であった大熊一夫の『ルポ・精神病棟』(1990年, 原著: 1973年)及び『新ルポ・精神病棟』(1989年, 原著: 1985年)の2冊を参照した。両書はかなり古い文献であるが、現在の状況にも通ずる精神病院の実態を、患者の視点から生々しく描き出した稀有なルポルタージュである。そしてイタリアの精神医療については、精神病院の現状を問題視し、精神病院の撤廃を実現させたイタリアの

精神科医であるフランコ・バザーリアの論文集『現実のユートピア フランコ・バザーリア著作集』（2019年，原著：2005年）及びフランコ・バザーリア編集による『否定された施設 精神科病棟開放化レポート』（2022年，原著：1968年），松嶋健『プシコ ナウティカ イタリア精神医療の人類学』（2014年）を参照した。またイギリスの精神医療については，歴史的事実を基にして，脱施設化実現までの経過を精神科医という専門職の視点から跡づけた高林陽展の『精神医療，脱施設化の起源 英国の精神科医と専門職としての発展1890-1930』（2017年）を参照した。

筆者の知る限り，日本の精神医療における地域移行の問題を扱った研究は，例えば杉原（2016），鷺（2018），村上（2020・2021），三浦（2021）等わずかながら存在する。これらの論文は，長期入院が精神障害者に及ぼす問題や地域移行を実現するうえでの課題について明らかにしている。しかし，上述のような深刻な精神医療の実態とその問題点に言及した研究はきわめて少ない。特に，日本では冒頭に述べたような人権侵害事件が後を絶たない現状であるにもかかわらず，そのような実態の把握や問題点の分析を企図した研究がほとんど無いのである。

そこで本稿では，非常に限られた文献ではあるが，イタリアやイギリスの取り組みに関する先行研究の一端を参照することによって日本との比較を行い，日本における精神医療が抱える問題点について，いくつかの観点から考察を加えてみたい。

第1章 各国における精神医療の歴史と現状

本章では，日本，イタリア，イギリスにおける精神医療の歴史と現状を，①精神障害者の置かれている社会的地位，②精神障害者にかかわる医療者の認識，③社会における精神病院の在り方，という3つの観点から整理し，その特徴について分析を加える。歴史及び現状整理の観点を上記の3点に設定した理由は以下の通りである。

精神障害者は，障害者であると診断もしくは

認知されるまで，一人の学生あるいは社会人に過ぎなかったはずである。そのため，精神障害者の社会的地位こそが，精神障害者に対する偏見や差別の指標になる。また，これまでに発覚している人権侵害事件の加害者の多くは，精神病院の医療に従事している者である。したがって，このような医療者の精神障害者に対する認識を明らかにすれば，両者の関係性も明白になると思われる。さらに精神病院は，他の疾患患者の治療をする病院と区別されて存在している。精神病院以外の病院との違いを見出すことによって，精神病院が，社会にどのように位置づけられているかを明確にすることができる。

それでは以下，各国ごとに，上記の観点に基づいて歴史と現状を概観し，その特徴について分析する。

第1節 日本

本節では，日本の精神医療の歴史と現状を考察するにあたり，主として大熊一夫の2つの著作—『ルポ・精神病棟』（1990年，原著：1973年）及び『新ルポ・精神病棟』（1989年，原著：1985年）を参照する。これらの著作を取り上げるのは，これほど精神病院内部の実情を明らかにしている論文や書籍が見当たらないからである。『ルポ・精神病棟』は，著者自身がアルコール依存症患者となって精神病院に潜入し，精神障害者の置かれている現状をありのままに描いている。そして，『新ルポ・精神病棟』は，精神病院における人権侵害事件として，後に法改正に至るまでの衝撃を与えた宇都宮病院事件について検証している。どちらの書籍も数十年前に，社会への問題提起を踏まえ，精神病院の問題を露呈すべく書かれたものである。これらの時代は，措置入院や同意入院という強制入院中心の収容主義と公安的色彩の強い精神衛生法の下に精神医療が行われていた。その後，宇都宮病院事件を契機に，それまでに山積していた精神医療の問題が注目されることとなり，1987年には，精神障害者の人権保障と社会復帰政策を推進するために精神保健法が制定された（樋口・稲岡，2012）。しかし，その後も人権侵害

事件の発生は、絶え間なく続いている。このことから、年月が経過してもなお、精神病院の現状は、大きく変化していないと推測できる。

1. 精神障害者の置かれている社会的地位

日本の精神障害者は、医療者から、命令され、強制され、制限され、拘禁され、指導され、支配される立場にあった。医療者の命令に背き、医療者や病院に対する文句など言うようであれば、向精神薬を増やされ、動くことすら制限されるという虐待の事実があった。このように、彼・彼女らは、精神に障害があると診断されただけで、世の中の常識では考えられないような支配を受け、犯罪者を収容する留置場や刑務所以下の生活を強いられていた。そして、いつ出られるかもわからない隔離された環境の中で、年月が経過するにつれ、社会に出ることへの不安を募らせながらも、生きていくために、自らの居場所を見つけようとしていた。ただ、実際の居場所は、病院のなかだけであったため、自由に生きる場所を求めて妄想や幻聴のなかに深く入り込んでいった。自分の中に居場所を見つけた彼・彼女らは、安心して暮らしたいがために、医療者に自らの意見を言うことなく、目立たず、おとなしくするしかなかった。1970年に大熊が患者を装って精神病院に潜入したときには、このような環境のなかで、彼・彼女らは、自らで考え、その考えに沿って行動するといった、自立性や主体性を失っていた。

その後、1984年に医療者による患者への傷害致死事件である宇都宮病院事件が発生した。精神病院に入院している精神障害者は、思考をしないモノとして扱われるようになり、どれだけ正当と思われる表現や欲求をしたところで、医療者だけでなく、社会からも相手にされなくなってしまった。このような状況である精神病院について、大熊は「生き地獄」とであると表現している。

2. 精神障害者にかかわる医療者の認識

日本の精神科の医療者は、長期入院による拘禁反応と精神疾患による症状との判別すらでき

ない状況で、精神疾患を不治の病もしくは欠陥の残るものだと安易に捉えていた。そして医療者は、精神障害者を精神病院に収容し、院内での暴力事件を黙認するなかで、自身の良心を麻痺させていった。大熊は、精神病院内で、ある少年に出会った。そして、その少年の心が求めているのは、くさい保護室や眠り薬ではなく、うちとけて話し合える友達であったと記している。このように、医療者として、閉鎖病棟への入院によってショックを受けている精神障害者に対して、慰めの言葉をかけて癒すこともなかった。それどころか、精神障害者というレッテルを貼るだけで、必要以上に薬物を投与し、暴力による虐待を行っていた。

また、精神科の医療者であるにもかかわらず、精神疾患に対して強い差別感を抱き、儲けの手段として、精神障害者を「治安上の要請」としながら家畜のように精神病院という檻に閉じ込めた。そして、地域で生活するために必要なこと、例えば、信号の見方ひとつ教えることはなかった。そのうえ、医療者は、精神障害者に対して絶対的な権力をもち、彼・彼女らの存在を無視して作成した週課表や日課表に従わせ、面会時には内部の状況を外部に漏らさないよう必ず立ち合っていた。これらのように、医療者は精神障害者との間に、完全なる支配と抑圧の関係を生み出していた。一方、1970年代後半になると、それまでの医療者の所謂“治療”として行っていた収容や暴力に疑問を抱き、通院による治療を中心とする精神科医が活躍するようになった。しかし、精神科の治療に必要と思えることを実行したいと思っても、地域精神医療における診療報酬が確立されていないことから、先立つものがない現状であった。医療者が、効果的だと思える治療法を取り入れたくても、涙をのんで断念する日常を繰り返していたのだ。

3. 社会における精神病院の在り方

日本の精神病院は、巨大化の一途を辿っていた。例えば、宇都宮病院を経営していた一家は、1961年の開設当時は57床であったにもかかわらず、1983年には920床まで増床し、多大な収入

を得ていた。その背後では、医療者の数を極端に抑え、その代わりとして無資格者を雇い、患者に医療行為をさせるといった違法な手段で、人件費率を低くしていた。そして、精神障害者の自主的な行動を許さず、完全に他動的な生活を強いて、まるで家畜として檻のなかに詰め込むかのような「人間を捨てる場所」になっていた。そこで、危険で了解不能、無能な存在としてレッテルを貼られた精神障害者は、大量の向精神薬を投与され、恐怖のどん底に陥れられていた。

また、精神病院の閉鎖環境では、患者は自由になりたい一心で自らの本来の問題を考えるゆとりを失っていた。そのため、精神病院のなかでは、喧嘩、ボス支配、暴力沙汰が精神障害者を取りまく人間関係のなかで日常茶飯事となっていた。しかし、このような実態の多くは刑事事件として表面化することなく、且つ死因の追及も恐ろしく甘く、社会の常識から大きく乖離していた。一方、1980年代に入ったころから、精神病院の開放化を進める精神科医が現れ始めた。そして、同時代に、鉄格子で囲まれた閉鎖的な病院と吹き抜けのあるような開放的な病院とが、共存するようになったのだ。ただし、日本中の良心派といわれる精神病院は、やりくり算段に四苦八苦しているのが現状であった。

第2節 イタリア

本節では、イタリアの精神医療の歴史と現状を考察するにあたり、主としてフランコ・バザーリアの論文集『現実のユートピア フランコ・バザーリア著作集』（2019年、原著：2005年）及びフランコ・バザーリア編集による『否定された施設 精神科病棟開放化レポート』（2022年、原著：1968年）、松嶋健『プシコ ナウティカ イタリア精神医療の人類学』（2014年）を参照する。これらの著作を取り上げるのは、イタリアにおける精神病院の脱施設化に至るまでの経過について、多角的に記されているからである。『現実のユートピア フランコ・バザーリア著作集』は、精神病院の現状を変革するために遭遇した数々の困難や精神病院を撤廃する

法律一八〇号成立までの軌跡を綴っている。また、『否定された施設 精神科病棟開放化レポート』は、医療者間や医療者と精神障害者との会話をそのまま記し、精神病院内の実情をありのままに伝えている。そして、『プシコ ナウティカ イタリア精神医療の人類学』では、法律一八〇号成立までの歴史的経過と、その後の精神医療発展の動向が記されている。

1. 精神障害者の置かれている社会的地位

イタリアの精神障害者は、精神病院という枠内に閉じ込められ、医療者に押さえつけられながら、一日の過ごし方を自分で決めることすら許されず、制約と制限を強いられて受動的に暮らすしかなかった。そのなかで、彼、彼女らは、病人である前に暴力の対象となり、医療者たちに対立することもできなかった。

そして、狭い空間に閉じ込められた精神障害者は、個人的要素を剥ぎ取られ、生き生きとした自分らしさを失っていった。しかし、その状態は、病そのものなのだと解釈されていた。そのうえ、主体性を失った精神障害者は、病んだ身体として生きるしかなくなり、人としての存在をかき消され、人々の目から遠く隔たれた精神病院のなかで、ゆっくりと“無”にされていった。それから、物体として生きるしかなかった精神障害者は、精神病院の物理構造の補完物となり、数字としてしか意味を持たない調度品になり、精神病院のために精神病院のなかで生きる身体になるしかなかった。その結果、身体に合った居場所をつくるしかない精神障害者は、医師に身をゆだねるしかなくなり、精神病院という収容所組織の規範に完全に一致した被収容者となった。このようにして、精神障害者は、了解不能な危険人物であるとレッテルを貼られて現実社会から排除され、そのなかに身を覆い隠すことで、人格と生命力を徐々に放棄していった。

そして、それまで精神障害者を長期にわたり収容していた精神病院を撤廃することを取り決めた法律一八〇号が1978年に成立して以降、精神病院の収容者は明らかに減少した。その結果、

精神障害者は「社会的な危険人物」という位置づけからは完全に切り離された。このように、精神病院の廃絶は、“無”にされていた精神障害者に“人間”としての権利の返還を実現させた。

2. 精神障害者にかかわる医療者の認識

1782年からイタリアの精神科医として勤務した、ヴィンチェンツォ・キアルージは、精神障害者に対する拷問と拘束、投薬をも排して、一人の人間としてかかわるという治療の方向性を示したとされている。しかし実際は、精神病院で精神障害者を観察して統治しようとしていた。そして、イタリアの精神科の医療者は、精神障害者を精神病院に閉じ込め続け、生活する空間を制限し、主体性の発展を阻害して、差別と悲観主義を染み込ませた。その空間の中で、医療者は、精神障害者を了解不能な排除すべき集団と位置づけ、自らを主人とし、彼・彼女らを奴隷化することによって、明らかなヒエラルキー関係をつくった。そして医療者は、精神障害者の生きることや未来への企てを妨害し、彼・彼女らが抗議行動を起こしても、精神疾患の枠内に含まれるものだと定義して、自由を与えなかった。

1961年にイタリア北東部のゴリツィアの精神病院の院長に採用されたのが、それまで大学教授として精神医学の研究を行っていたフランコ・バザーリアであった。フランコ・バザーリアは、実際に精神病院に収容されている精神障害者と接することで、彼・彼女らが人間としての尊厳をすべて失っていることを指摘し、精神病院の解体を掲げた。そして、まずは、当然のことのように行われていた拘束や隔離を、施設の暴力であるとしてやめさせた。その後、病院内部の改革と並行して、精神病院の内側の世界を外の社会に包み隠さず見せることにした。また、精神科医が精神病院で治療をするのでなく、「社会を治す」ことの必要性を指し示し、脱施設化の実現に至った。このような経験を踏まえ、医療者は、精神症状について、疾患の中核症状か、もしくは拘禁反応であるか区別することの

必要性を認識するようになった。そして、精神病院で起こる事件や事故は、医療者の支援不足と捉え、精神障害者の自由の実現によって、医療者自らの自由を見出すことができると考えるようになった。

3. 社会における精神病院の在り方

イタリアの精神病院は、18世紀末になって登場した。それまでは、精神障害者は、貧富の差によって要塞あるいは監獄に収容されていた。19世紀になって、精神病院の多くは農場や家畜としての動物を所有し、外側の世界と同等の自給自足を可能とする環境であった。ただ、外側の世界とは完全に壁で仕切られており、自由に人々が行き交うことすらできなかった。その壁は、精神障害者に正常とされる社会を侵されないために、その侵入を防ぐための彼・彼女らを閉じ込める壁であった。そして、その場所は、精神的混乱のために悩む人たちのための病院ではなく、隔離や暴力といった支配が蔓延る「逸脱を閉じ込めるための空間」であり、精神障害者を抑圧、濫用していた。

このように、精神病院は治療施設ではなく、社会の混乱要素になる精神障害者を排除し「異常」と「正常」の区分を維持する場所であり、彼・彼女らを破壊していった。

1949年に精神病院の残酷さを描いたハリウッド映画の上映を機に、イタリアの神経学者であるウーゴ・チェルレッティは、論文の中で「強制収容所が精神病を促進し、さらにはそれを作り出したとするなら、同じ扱いを精神病を治すために用いるのは、明らかに馬鹿げている。精神病院というやり方は終わらせなくてはならない、なぜなら精神病院とはラーゲル（強制収容所）のようなところであるから」と論じた。また1950年代に入ると、精神病院に関するドキュメンタリーや手記が相次いで出版されるようになり、精神病院の内部の状況が問題視されるようになった。そして、その後フランコ・バザーリアによって、長期入院を目的とした精神病院は、撤廃されることとなった。

第3節 イギリス

本節では、イギリスの精神医療の歴史と現状を考察するにあたり、主として高林陽展の『精神医療、脱施設化の起源 英国の精神科医と専門職としての発展1890-1930』（2017年）を参照する。この著作を取り上げるのは、脱施設化された精神医療という形態を、諸外国よりいち早く発展させたイギリスの具体的な事例が、これまで先行研究において論じられてきたことに縛られることなく記されているからである。また、精神科の医療者、特に精神科専門医が存在しなかった時代から専門職者として発展するまでの経緯が、専門職者側の視点から示されている。そして、戦争や闘った兵士たちの戦争神経症といった歴史的背景と精神医療にもたらした影響について、政治、宗教、学問といった多角的な視点から捉えている。

1. 精神障害者の置かれている社会的地位

1870年代のイギリスでは、精神障害者は「檻に入れられた動物」のように鎖で拘束されて、自由を完全に奪われ、見世物化されるといった劣悪な環境下に置かれていた。その後、1880年代にかけて、国家の精神医療への介入が推進されることになった。そして、精神疾患に罹患していない市民が、非理性的であると決めつけられ、本人の同意もないままに、治安維持を目的として精神病院に閉じ込められるといったことが起こるようになっていた。そして彼・彼女らは、その身を医師の手にゆだねるしかなく、非生産的な社会的逸脱者としてレッテルを貼られることによって著しく社会的地位を低下させられ、容易に社会復帰できない状態に陥った。このような監禁の対象となったのは、高額入院費を支払える経済的に裕福な資産家や離婚したいがゆえに不要とされてしまった配偶者であった。その後、不法監禁を撲滅させるため、1890年に「狂気法」が成立した。しかし、同時に脱法・違法施設が存在するようになり、施設存続のために、一層高額入院費を請求されるようになっていた。20世紀になり、第一次世界大戦期には、それまで精神疾患とは無縁であった多

くの人々が、戦争神経症を患った。戦争で傷つき、話しかけても沈黙をもって応え、返答にならない言葉を口から漏らすといった精神状態になっても、イギリスでは兵士は英雄であった。だからこそ、英雄に社会的逸脱者として烙印を押すことについて、国民は抵抗感を抱くようになった。第二次世界大戦中には、閉鎖的な精神病院の環境が治療への障害だと認識されたものの、精神障害者は一般病院の精神科で入退院を繰り返すこととなってしまった。一方で、1980年代以降、精神障害者は団体として人権擁護を主張するようになり、1990年代中葉以降にはアウトリーチ型の精神医療へと変化を遂げたことから、地域で生活するようになった。

2. 精神障害者にかかわる医療者の認識

イギリスの精神科の医療者は、精神障害者に無関心でありながらも、監禁するなかで支配関係を構築していた。その背景には、高額入院費を支払える患者を斡旋し、引き留め、執拗に費用を請求し続けるといった、精神医療の商業化があった。この商業化により患者数の増大した精神病院において、精神科医による患者の治療は困難を極めた。そして、精神医学において、精神疾患は治るものでなければならぬと考えられていたことも相まって、精神科医は無力となっていた。その後、1890年の狂気法成立によって、精神病院の商業化には歯止めがかかった。しかし、この法律の成立によって利益を得る手段を失いかねない精神科医に対して、国は何も対抗策を講じなかった。そのため、新たな時代の精神科医は、自らが経営する私立精神病院に患者を入院させることで利益を得るのではなく、施設に患者を斡旋することで利益を得ようになっていた。

そして第一次世界大戦期には、それまで狂気とされてきた精神疾患が、戦争神経症患者の存在によって、身体的疾患となんら変わらないひとつの病と同じ位置づけになった。このことから、精神科医は、戦争神経症を治療するうえで、患者の尊厳を守るためにも、精神障害の早期治療の必要性を主張した。その結果、イギリスの

人々は、精神疾患を身近な問題として受け止め、精神病院の外に治療拠点を設けることによって、精神疾患の重症化を予防できるという考えをもつようになった。その後、20世紀後半以降は、精神病院での入院治療中心の精神医療から、一般病院の外来病棟など入院施設外での医療、精神保健センターを中心としたアウトリーチ型の精神医療へと変化を遂げた。この変化によって、精神科医、精神科看護師、ソーシャルワーカーからなる精神科医療チームが、地域の精神保健センターを中心に、脱施設型の医療サービスを展開していった。

3. 社会における精神病院の在り方

精神病院の商業化に伴い、イギリスの精神病院は、19世紀に増加した。特に上流階級の人々にとって、精神病院に家族を入院させる目的は、人目に触れさせないことだった。精神病院に入院するという事は、国に仕えた兵士であったとしても、その尊厳をも奪い、市民としての最後であることを証明する場所であった。そして、精神病院は営利目的の施設と化し、高額な医療費を支払える精神障害者を引き留めることで多額の収入を得た。一方、患者への看護水準を低く抑えて支出を減らすといった入院コストの削減をすすめることで、一層財政を安定させた。当然、このような状況下では医療及び看護の体制が不十分であったことから、精神病院における暴力や不審死が問題となったものの、政治家も加担してこれらを隠蔽していた。しかし1894年から95年にかけて、これらの医療過誤が大きなスキャンダルとなり、その結果、精神病院の調査が実施されることになった。

イギリスの自由党議員であった、ジェイムズ・ダンカン・ミラーは、精神病院での監禁によって戦争神経症の兵士たちの社会的尊厳が傷ついているのではないかと危惧し、議会で頻回に質問を投げかけた。彼にとって、精神病院は治療の場でなく社会的汚辱の場であったのだ。その結果、議会では精神疾患に関連した話題が、前例のないほどに盛り上がりみせた。そして、これらの歴史を踏まえ、イギリスでは、閉鎖的

な精神病院の環境は治療への障害だと認識されるようになった。同時に、施設の外に出て精神障害者の治療と看護、そして予防的施策を担うといった、多職種精神医療サービスが確立し、脱施設化の実現に至った。その結果、イギリスの精神医療は、最新の医療モデルとして世界的な影響力をもつことになった。

第2章 日本とイタリアおよびイギリスの精神医療の比較

本章では、第1章の分析を基にして、日本、イタリア、イギリスの各国の精神医療の共通点と相違点を、①監禁と収容、②支配と抑圧、の2つの観点から整理して検討する。

1. 監禁と収容

日本では、精神疾患患者に対して、「おおかたの精神科医は自分の力ではどうしようもないと知っている。病名をつけるにあたっての判断基準があいまいなこともよく知っている。なのに収容している」（大熊、1990）。このことから、精神病院は治療のための施設ではなかったことがわかる。そのうえ、精神科医は、何かしらの病名を選択して、人を精神障害者と決定づけた。このように、日本の精神病院は、「社会の治安上の要請で、あるいは儲けのために」（同上）「気遣いとして危険視され社会から邪魔者にされた患者を隔離・収容し、了解不能の者として管理・抑圧する場であった」（同上）のだ。また同時に、「一時の病的な部分にことさらスポットを当てて、劣悪な収容所型病院に病人を捨ててしまう」（大熊、1989）場所でもあった。

イタリアでは、精神障害者に対する「施設収容を擁護し、強制的・専横的な押しつけを通じて、元々の病気にさらに新たな病気を塗り重ねることを引き起こした」（Basaglia, 2005=邦訳, 2019）。このことから、精神病院は、治療どころか新たな疾患を生み出す場所となっていた。次第に「精神科施設は病んだ状態になり、施設の基準に基づいて構築され、その原理の正当性を保障し出す」（同上）ように、精神病院は、病院としての機能や責任を果たせていないこと

に気づくこともなかった。そして治療を受けることもなく、ただ「病人は次第に被收容者になる」(同上)のだ。

イギリスでは、「イングランドにおいて精神病患者の施設監禁が国家の法制度をともなって常態化したのは19世紀後半」(高林, 2017)であり、「監禁の対象となったのは多くの場合資産家や配偶者」(同上)であった。このことから、精神病院は治療の場でなく、営利を目的とした監禁場所ではなかったことがわかる。そして「1920年の時点でなお戦争神経症にかかった6000人の兵士が精神病院に監禁され、3万人を超える兵士が治療を受けずに苦しんでいた」(同上)のである。この状況から、監禁する対象が、精神疾患を患っていたのかも定かではない。

これらのことから、精神病院において精神疾患を患っているか否かも不明確な人たちを、“社会のため”もしくは“施設経営のため”といった理由で、治療することもなく收容していた事実は、各国ともに共通していた。一方、イタリアでは、バザーリアが、精神病院の実態を知り「問題は扉を開くことである」(Basaglia, 2005=邦訳, 2019)と開放化に踏み切った。そして、イギリスでは、第一次世界大戦による戦争神経症の多発によって、議会やメディアでの議論が活発化し、「精神病院に監禁するという従来の狂気への対処法への疑念が出てきた」(高林, 2017)。これらのことが端緒となり、イタリアとイギリスの両国では、精神医療の脱施設化が実現されるに至った。

2. 支配と抑圧

1970年代の日本の精神病院では、「医療従事者と患者との関係は、完全に支配と抑圧の関係で、人間的な信頼関係など生まれようもない」(大熊, 1990)状況であった。それから30年以上が経過し、2023年2月25日にNHKで放送された「ルポ死亡退院～精神医療・闇の実態～」では、内部告発のために録画された映像によって、東京都八王子市の滝山病院の実態が明らかになった。この映像の中で、医療者による患者

への命令口調や暴力行為が映し出され、“完全な支配と抑圧の関係”は、現在も変わることなく続いていることが明らかになった。

イタリアでは、20世紀中葉まで、精神障害者は精神病院のなかで、「企てを持たず、未来を失い、最低限の援助もなく常に他の人の支配の下にあり、特に単一の個人や各人の事情などは一切考慮されることはない組織的必要性によってのみ決められた一日の時間を命じられ動かされる」(Basaglia, 2005=邦訳, 2019)日々を過ごすしかなかった。彼・彼女らは、医療者との主従関係の中で、自ら考え、自ら行動することを許されていなかったのだ。この実態を問題視したバザーリアは「アッセンブレア」という集会を精神病院内に導入した。この集会は「誰でも参加でき、出席の強制もなく、参加したい時に参加し、したくない時にはしないでもよかった。どんなことを話してもよかった。自分がやりたいこと、変えてほしいこと、仕事のこと、スタッフのこと、あるいは自分の苦しみについて語る者もいた。スタッフ間、あるいは入院患者とスタッフのあいだの意見の不一致は、施設に内在する矛盾として、無視されたり抑圧されるのではなく歓迎された」(松嶋, 2014)。このように、それまでの主従関係は解消され、精神障害者は主体的に生活することができるようになった。

イギリスでは、17世紀から18世紀にかけて、「狂人」とされていた精神障害者は「専門職(精神科医)の手に委ねられ」(高林, 2017)ており、まさしく医療者の思うままに従わなければならない存在だった。そして彼・彼女らは、人としてどころか、「まるで檻に入れられた動物のように扱われていた」(同上)。しかし、狂気法の成立によって地位を築いた精神科医は、「社会経済的な基盤が著しく掘り崩され」(同上)ることになったことから、「支配的業域の混乱によって専門職集団の職域と実践場所に変化がもたらされた」(同上)。そしてこの変化は、20世紀後半に「精神病院での入院治療中心の精神医療から、一般病院の外来病棟など入院施設外での医療、精神保健センターを中心としたアウトリーチ型精神医療へと変化を遂げていった」

(同上) ように、地域精神医療への移行という形になった。

第3章 日本における精神医療の課題

本章では、前章における各国の比較を通して見えてきた、日本における精神医療の課題について検討する。

1. 脱施設化実現への取り組み

現在、イタリアおよびイギリスでは、既に長期入院のための精神病院は撤廃されている。一方で日本の精神病院には、2022年現在、何らかの精神疾患によって1年以上入院している患者が16万人も存在している（厚生労働省、2023a）。この現状から、日本において精神病院の脱施設化が推し進められていないことは明らかである。また、2023年7月に精神科病院協会の山崎学会長は、東京新聞のインタビューで「精神科病院に入院し続けることは幸せなのか」という問いかけに対して、「地域で、アパートで一人暮らししながら、明日のことも分からず生活するのと、病院の4人部屋で皆でご飯食べるのと、どっちがいいかって言ったら、ぼくは病院を選択するよ」（東京新聞、2023）と語っている。果たして日本の精神障害者は、本当に精神病院での生活を望んでいるのだろうか。精神障害者が、精神病院での生活に安心感を得ているとするならば、そのような社会こそが、問題なのではないだろうか。脱施設化を実現するためには、精神障害者が、社会で生きていくための知識と技術を習得するための教育を受ける必要がある。

2. 地域精神医療体制整備の推進

先述したように、イタリアおよびイギリスでは、長期入院のための精神病院が撤廃されると同時に、地域における精神医療の体制が整備された。日本では、地域で精神障害者を支援する役割として、精神科訪問看護師が存在している。しかし、精神科訪問看護師の歴史は浅く、1986年に制度化されるまでは、熱意のある看護者がボランティアとしてその役割を担っていた（南、2009）。現在、精神科訪問看護の算定要件は、

1年以上の精神保健に関する業務経験、もしくは20時間以上の研修を受講することとなっている。長年にわたり精神科看護を経験した筆者の感覚からすれば、この要件を満たしただけの看護師が、精神障害者を支援できるとは考え難い。また、2021年になって、ようやく厚生労働省が「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」について検討を始めたところである（厚生労働省、2023b）。なぜ、イタリアやイギリスのように、日本の地域精神医療は発展しないのだろうか。このような、地域精神医療体制の不備こそが、日本における脱施設化の推進を阻んでいる可能性も否めない。だからこそ、地域精神医療の体制を整備するための具体的な課題を明確にし、精神障害者にとって安心して地域で生活することのできる基盤をつくる必要がある。

引用文献

- Basaglia, F. (2005) *L'utopia della realtà*. A cura di Franca Ongaro Basaglia, Introduzione di Maria Grazia Giannichedda, Einaudi, Torino (フランカ・オンガロ・バザーリア編『現実のユートピアーフランコ・バザーリア著作集』梶原徹訳、みすず書房、2019年)。
- Basaglia, F. (1968) *L'ISTITUZIONE NEGATA Rapporto da un ospedale psichiatrico*. A cura di Franco Basaglia, (フランコ・バザーリア編『否定された施設 精神科病棟開放化レポート』梶原徹訳、みすず書房、2022年)。
- 藤野ヤヨイ (2003) 「精神科病院の特質と入院患者の人権」, 新潟大学大学院現代社会文化研究科『現代社会文化研究』28, pp. 171-188.
- 樋口康子・稲岡文昭 (2012) 『精神看護 (第6刷)』, 文光堂。
- 厚生労働省 (2022) 医療提供体制の国際比較 OECD加盟国との比較。
- 厚生労働省 (2023a) 精神保健福祉資料 630調査。 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html>
- 厚生労働省 (2023b) 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築について。 <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/chiikihoukatsu.html>
- 松嶋健 (2021) 『プシコ ナウティカーイタリア精神医療の人類学 (第5刷)』, 世界思想社。
- 南裕子 (2009) 『アクティブナーシング実践オレムアンダーウッド理論 ころを癒す (第2刷)』,

講談社.

- 三浦尚子 (2021) 「東京都における精神科病院長期
在院者の「地域移行」の特性と課題—M.
セールのエクスティテューション概念を援用
して—」『地理学評論 Series A』, 94 (4),
pp.234–249.
- 村上満子 (2020) 「長期入院精神障害者が自信をと
りもどす主体性返還の実践を共有すること—
制度精神療法の視座より—」『沖縄県立看護大
学紀要 (21)』, pp. 1–9.
- 村上満子 (2021) 「長期入院精神障害者の地域移行
支援が停滞するときに起こっていること—患
者の立場になって理解するという—」『環
太平洋地域文化研究 (2)』, pp.149–157.
- 大熊一夫 (1989) 『新ルポ・精神病棟』 (第2刷)
朝日新聞社.
- 大熊一夫 (1990) 『ルポ・精神病棟』 (第15刷) 朝
日新聞社.
- 鷲忍・寶田穂・心光世津子 (2018) 「精神科長期入
院患者の退院支援における課題—長期入院を
体験した統合失調症をもつ人の語りを通して」,
『日本精神保健看護学会誌』 27 (1), pp.91–99.
- 杉原努 (2016) 「精神科病院長期入院者の退院に至
る変化に関する研究—精神科病院長期入院者
が退院支援者からの働きかけによって退院し
ていくプロセス」, 『臨床心理学部研究報告』 (9),
pp.3–16.
- 高林陽展 (2017) 『精神医療, 脱施設化の起源 英
国の精神科医と専門職としての発展1890–
1930』, みすず書房.
- 東京新聞 (2023) [https://www.tokyo-np.co.jp/
article/261541](https://www.tokyo-np.co.jp/article/261541).