

精神障害者とノーマライゼーション

滝沢武久*

Mentally Ill Persons and Normalization

Takehisa Takizawa : Director, ZENKAREN (The National Federation of Families with
The Mentally Ill in Japan)

Most of mentally ill persons will be prevented from becoming chronic if proper medical treatment, community care or vocational rehabilitation systems are available. A long-term hospitalization in closed wards has caused “hospitalism” and this is the main reason why the contents of psychiatric treatment needs to be reviewed. Usually mental illness is accompanied with various disabilities, though none of them is clearly observed from the outside of mentally ill persons. In Japan the plan of public health started as measures for isolation of disordered persons and for keeping public peace but now it has improved a little to be on a level of “Normalization”. As a matter of idea, no one denies the necessity of welfare systems for the mentally ill. In a decade after the International Year of Disabled Persons, however, most problems were left unsolved concretely. Community care systems, vocational rehabilitation, guarantee of income and of housing, an appropriate report with no bias by mass-media and understanding of the general public, these are all essential to social participation of mentally ill persons. Especially, social rehabilitation of long-term inpatients will give impact on the general public to reform or improve their prejudiceis against mentally ill persons.

キーワード

hospitalism, measures for keeping public peace, public health

* 全国精神障害者家族会連合会

はじめに

私がこの学会で発言を求められたのは3つの側面からと考えている。1つは、精神病がきわめてわが国の現実では長期入院化の傾向にあり、いわゆる慢性病ととらえられている、その患者の家族という立場であるがゆえであろう。2つめには、過去25年間余に民間精神病院、保健所、リハビリテーションセンター、全家連において、ソーシャルワーカー兼家族として活動してきた体験もあって、精神医療の内情も知っているからであろう。3点目は、国際障害者年来、障害者の完全参加と平等の実現を目指した運動を障害当事者団体の政策委員会の中でやってきたからであると考えている。

確かに「慢性症」と「ノーマライゼーション」「精神病」それら1つ1つの言葉が現在の私の活動の中で、かなり大きな比重を占めており、このキーワードへの取り組みこそ具体的なので非力ながら引き受けた。

こんなわけで、私がこれから述べる意見の根拠は、その多くが公私の経験からの論であって、必ずしも学問的、科学的でもないかもしれないことをここに報告することをお含みいただきたい。

I 精神病（障害）は慢性病か

精神病学（診断）や診察室の実際をみていると、大変経験や直感を重視し、かつまたそれが基本でもあるように見える。コ・メディカル立場からではあるが、長年精神医療の現場に近いところにいると、臨床医がかなり経験や勘を重視していることもわかる。しかし、その感（勘）もそのよってたつところ、すなわち外来診察室とか急性期病棟、閉鎖的保護室、デイケア、地域作業所、家庭等の場所や状況によって、また症状も異なる。症状が異なるからそれぞれの患者の居場所が最初決められるのだが、しばらくすると居場所によって患者の状態が適応していく。ひょっとするとこれが精神病学の症状の特徴では

あるまいかと思ってしまう。もちろん当初は各種の精神症状をあらわにするから精神科医（病院等）の前に連れられてくるわけだが、それらの症状は多くは一時的、状況的であるが、入院生活はそれが一定時間定住置、画一的生活パターンになる。しばしば精神病院は矯正機能が強く、患者に適応志向がある場合、入院などした病棟に慣らされていく。いかにも病人らしく集団的、画一的生活パターンに適応して振る舞うことが求められる。

かつて欧米諸国でも頑丈なコンクリートと鉄格子の閉鎖病棟に長期間収容していた時、精神病は慢性病とか不治とか見なされたのではあるまいか。治療薬が開発、普及し、またリハビリテーションシステムやコミュニティケアの展開した現在、かなりの精神病（元）患者が地域社会で暮らしている日本の場合も、閉鎖病棟中心だから、より慢性病とか思われやすいのである。わが国の精神障害（病）者をめぐる関係者の間でも、その人がどんな立場や位置、どんな患者と多く接しているかによって、精神病者観が異なってくるようだと約10年前から考えるようになった。特に入院医療を主軸とする形態の、しかも任意（本人の意思に基づく）入院でも、時として閉鎖病棟での生活を強いられるのだから、そこに適応していかなくてはならなくなってしまう。不適応や自己主張が強いとそれがゆえに精神症状と見なされるからである。

II 閉鎖的「精神医療」下における慢性化の問題

精神医療に関するイギリスの3著作、「精神病院」「施設神経症」「アサイラム」等は、これらをよく観察している。しかしそれだけではない。近年は、錠や鉄格子に加えて主として弛緩効果のある向精神薬が、大量、長期投与されて実質的に身体を拘束することも少なくない。「軽い症状の患者ばかり診ていて何を言うか」と病院関係者からお叱りを受けそうだが、近年の地域作業所、デイケア、各種住居および開放病棟志向の病院などをみていると、実際、精神病者といわれている人でも、いかにバラエティに富んでいるか、患者のもついろいろな能力や特徴を知らされる。この人が10年、あの人が20年も精神病院に入院してい

た人かしらん!? としばしば驚かされる。驚かされる私の眼に偏向グラスがはまっていたのかしらと老眼鏡をとりだす次第である。

身体の病気のように、五臓六腑が可視的にもしくは生化学、物理的に検索されるのと違う精神の病いは、限りなく環境に変化する可能性をもつとさえいいたい。突然で恐縮だが、全国精神障害者団体連合会に加入している元患者諸氏の体験談は、わが精神障害（病）者観を大きく変更させてくれる。

約25年前「治療共同体」という言葉を知り、15年前イギリス、ベルギー等に16ミリフィルムで地域社会のケアを受けている精神障害者の生活ぶりを記録してきて以来、フランス、カナダ、アメリカ、ニュージーランド等、比較的明るいところをみてきた。もっともメキシコは南国で気候は明るい、患者の入院生活ぶりはいまだ貧困に左右されているとみえた。その国の経済の状況によるところもあるが、高度経済発達工業国であるわが国の精神医療が、近年60%を超える任意入院率だと大声でいいながら、開放病棟が40%程度と小声でいわなければならない現状、少ないリハビリテーションの社会資源、しばしば郊外にある鉄格子を装着した病院、事故事件報道中心のマスコミの中で、人間処遇の福祉的水準が低いのは文明国ではなく、文化果つる国であろうか——。精神障害者の医療もさることながら、精神障害者とその家庭の福祉と人権が問われているところである。

III 精神病に伴う「疾病」と「障害」の形成過程

1981年の国連「国際障害者年」テーマ（障害者の完全社会参加と平等）は、日本に大きな意識改革、政策改善を迫った。それは疾病と障害の併存を確認し、その結果、多くの不可視的疾患、難病、精神病、てんかん、自閉症等の福祉対象化を迫ったからである。だが従来の日本には、障害とは医療技術の限界、すなわち手足の切断が典型的のような「医療ではどうしようもない欠陥固定」を意味し、その結果その機能を補充することすなわち「福祉」が必要であるとし、具体的に目で見えるか、X線等で検索確認もしくは計量できるもののみを規定

してきた。身体障害の等級認定，精神薄弱のIQ等である。しかし，障害を厳密にみれば，インペアメント（機能不全），ディスアビリティ（能力不全），ハンディキャップ（社会的不利）等であり，精神病の場合，とりわけハンディキャップが一番具体的重みをもってしまう。すなわち，精神病による障害の多くは，社会的相対的現象による後遺症なのである。たとえば短期間で治る風邪だとして「発熱，頭痛」なども症状であると同時に，「けだるさ」などいわゆる障害になるわけであり，まして何回かの再発あるいは長期入院による社会的学習体験機会の喪失などは，大きなハンディキャップである。まして「精神病（院）」というラベルリングの語感，社会的人格の剥奪というインパクトのある不利を生ぜしめる。多くの例として，精神病が長期化，慢性化すること自体がすぐれてハンディキャップがらみの障害である。特に長年精神科病院という限られた空間で，医療機関という身体病をモデルの施設生活を送ることは，通常，食事，洗濯，清掃，身づくろい，対人関係，就労等地域生活上の営為そのものが「システム」および善意で他律的に行われると，日常，無意識的学習体験で実行されている行動が阻害されてしまうという現象が生じる。いわゆるホスピタリズム症候群者の大量発生なのである。

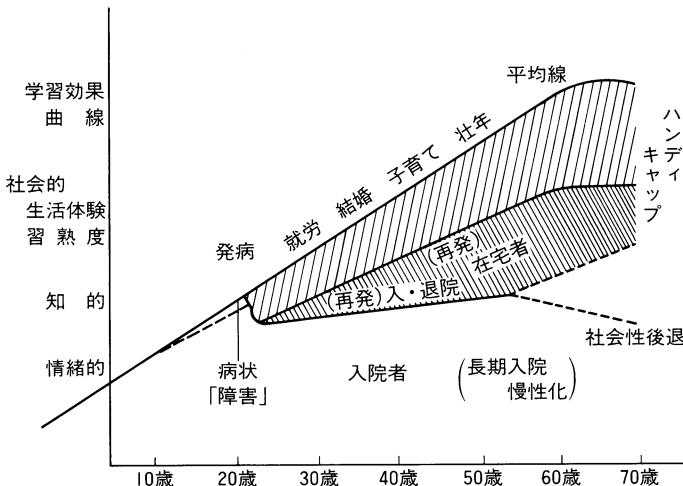


図1 ライフサイクルと精神障害の形成過程

IV 「疾病」者と「障害」者の社会的処遇の歴史 (治安、公衆衛生として)

世界各国の近代化の歩みの中で、常に「疾病」「障害」そして社会的逸脱者の「犯罪」「不道德」「アルコール酩酊」等およびその国の法律にふれる行動をした各種の人たちは、常に「治安」と「公衆衛生」の対象とされてきた。特に「伝染病」は感染源（保菌者）として社会から物理的に遮断される形となり、隔離収容の処遇を受けるのであった。時には、生きながらにして埋められてしまうこと（天然痘、コレラ、ペスト）などの悲劇もあったわけであるが、精神の病の場合「神がかり」「魔女狩」として扱われるか、明らかに治安対象とされてきた。

日本における精神医療、特に明治以後の処遇史をみると明らかに体系の上でも治安対策のみが先行してきている。しかも国民に対しては大義は医療であり、公衆衛生としてである。とりわけ当初治療技術がない時、具体的には家族に看護でなく監護を強いてきたことが特徴である。まるで江戸時代の五人組の名残りのごとく、家族制度の相互扶助を法システム化し、精神病患者監護法、精神病院法、そして精神衛生法はそれを内包化した。

世界各国とも結局のところ、その国の経済発達の度合いに応じて国内の医療、福祉といういわゆる文化的側面を整備するのが手順のようであって、とりわけ西洋医療、福祉モデルを明治以後導入したわが国は、しばしばまず富国強兵政策による富（社会資本）蓄積を優先させてきたといえる。すなわちかなりの程度自由競争優先もしくは財政優先で進んできたといえる。特に名目（建前）と現実（本音）を医療、福祉と公衆衛生、治安をバランスよく使い分けてきた歴史がある。

その証拠に明治以後100年余経過して決して「医療、福祉」先進国にはなっていない。

V 医学的、社会的、職業的リハビリテーション整備の必要性

すべての人間が出合う生活学習体験プロセスにおいて、とりわけわが国の精神医療の今日の状況では精神障害者に医学的、社会的（社会教育的・生涯学習的）職業的リハビリテーション・システムを早急に整備することが急務である。精神医療が狭い閉鎖的環境の中で、しかも長期にわたって施される入院中心主義から生まれる施設症を予防もしくは阻止するためにも、これは強力に実施されなければならない。

知的障害の分野では、過去いったん諦めかけていた彼らの能力と可能性開発のために根気強く教育的働きかけが行われてきている。その内容は、いわゆる生活体験学習の効果の見直しであり、それは理論的には社会的、職業的リハビリテーションの技術およびシステム論に基づくものであって、格別目新しいものではないが、要は、それが辛抱強く実践、展開されることにある。「隣の芝生は緑」ではないが、わが国では身体障害者福祉そして精神薄弱（知的障害）者福祉施策は精神障害（者）のそれよりは常に先行モデルであった。もちろん障害特質を区別（峻別）しつつではあるが――。

VI 国際障害者年、その後の10年における状況

1981年、国連による国際障害者年スローガン「障害者の完全社会参加と平等」決議は、画期的なものであった。それはわが国における身体障害者の治療不能→欠陥・固定的障害福祉概念の変更を促す強いインパクト（衝撃）を与えたからである。国連の種々決議がそうであるように、加盟国の南北問題を調整するのに、あるべき理念、共通目標を定めることは重要である。とりわけ心身に各種疾病・障害がある社会的弱者に対する各国政府の政策改善を促すことができ、それにより途上国の医療・福祉・人権・文化の向上となればである。

児童、婦人そして障害者年は、そうした大きな意味をもっていた。しかし日

本における精神医療界の出来事は、皮肉なことに昭和59（1983）年宇都宮精神病院での看護者による患者撲殺死を報ずる新聞記事により始まったといえる。それがため、国連人権小委員会に端を発し、国際法律家委員会（ICJ）、障害者インターナショナル（DPI）調査団が来日し、勧告を発し、主として入院患者の人権擁護と社会復帰・リハビリテーション施策向上を促したことにより、ようやく23年ぶりの精神衛生法改正に至ったものである。この国際障害者年、その後の10年は、ようやく「精神」の障害についての論議が生まれ、また「社会参加」のために何が不足しているかが主として身体障害や精神薄弱（知的障害）等他分野の人たちに理解されることになり、精神障害者の社会復帰・福祉施策の大きな遅れが明らかになったのである。

Ⅶ 精神病・障害者の社会参加のために何が必要か

精神分裂病の原因究明、治療方法の開拓、拡大実施も重要であるが、わが国の精神病院社会的入院（長期在院）状況からして、彼らの人生のためにも退院のための居住施設づくりと確保、働く場や仕事（就労の機会の保障）、職業リハビリテーション・システムの確立、所得保障（年金、手当の確保）、通院、デイケア、地域作業所等地域ケアシステムづくりなどが急がれる。また本人自身の活動である当事者（コンシューマ、ユーザー）活動の推奨を積極的に展開することができるようにすることである。せめて身体障害、精神薄弱、老人等の社会参加のための支援活動レベルまで、その制度を整備しなければならない。これらについては、技術的問題というより、制度的問題であって、行政の理解が得られ、財源調達優先順位の変更によって比較的容易なことのはずである。

Ⅷ 社会意識（世論）変革のために

従来長い歴史的経過の中で、しばしばマスコミの精神障害者に関する事故、事件報道のために、精神病・障害者に対して多くの市民は「不治、遺伝、危険、

働けない、社会で住めない」等の誤解を生んできた。この世論形成の成立過程は、よくあるいわゆる学校教育過程でなったものではない。もちろん適切な学校教育における福祉、衛生教育が必要なのは当然のこととして、地域の中で社会的、職業的リハビリテーションの実践こそが具体的である。特に一見慢性化した精神病院長期入（在）院患者の社会参加、社会復帰への姿は市民に対する一番の教育的効果が大きい。全国精神障害者家族会連合会も著しく公益に寄与する民法法人の活動として、厚生省より認知されつつある中、本会は引き続き精神障害者の社会復帰、社会参加活動の実践と社会啓発事業を積極的に展開してゆきたい。
