

精神障害者「退院促進・地域移行」政策についての考察 —精神衛生法下の「社会復帰」をめぐる議論を参照しながら—

木 村 敦[†]

キーワード：精神障害者，地域，社会復帰，ソーシャルワーク

I はじめに

現在の精神保健福祉政策は、精神障害者の退院促進・地域移行を推し進めている。精神疾患、とくに統合失調症を得た人たちが適切な治療によって寛解し、地域社会で、基本的には雇用労働による自立した生活を送れるように支援すべきであるという点そのものについては、筆者も賛成である。

我々がまず認識しておかねばならないのは、精神障害者の退院促進と地域移行を推進する政策は、精神障害者を労働市場に送りこむという側面を有している、という点である。現在の雇用・労働の情勢に鑑みるならば、精神に病を得て長期にわたり精神病院で療養生活を送ってきた人たちが、真つ当な雇用労働に就いて地域で生活していくことがどれほど困難であるかは想像に難くない。労働者の非正規化が進行するなど、労働市場が言わば「平穏ではない」状況下で、精神障害者が職に就けたとしても、その職は低賃金・不安定労働でしかあり得ないのではないか。そしてそれは、労使の対等な関係が欠落したまま進行させられようとしている「雇用形態の多様化」¹⁾政策に、結果として資するのではないか。地域移行をめぐる議論が「できるだけ短期間に労働力を回復せしめ、従順な低賃金労働者として社会に送りだせばいいとする意味での『早期退院論』」²⁾に成り下がってはいないだろうか。

[†]大阪産業大学 経済学部 国際経済学科 教授

草稿提出日 3月29日

最終原稿提出日 5月24日

1) 筆者は、「雇用形態の多様化」の内実は「失業形態の多様化」であると考えている。しかしこの点に関する議論は本稿の主たる論点ではないので、別論にゆずることとする。

2) 小澤 (1973) p.1018.

この、精神障害者の退院促進と地域移行という政策は今にはじまったのではない。精神衛生法下の1970年代後半から1980年代前半にかけての時期には、精神障害者の「社会復帰」をめぐる議論が活発に行われた。政府は、「精神障害回復者社会復帰施設」および「精神衛生社会生活適応施設」などの構想を打ち出し、それらを実行した。これらの施設に関しては、精神医療に関連する学会において激しい議論が交わされた。精神障害者の退院促進と地域移行を推進しようとする議論だけではなく、それらの問題点を鋭く指摘・批判する議論も存在した。批判的研究の中心的担い手のひとは小澤勲であり、小澤の批判は、「『社会復帰』活動の基本は『社会復帰』ということばを支える現実的基盤、つまり精神病院を『社会』ではない場所とし、そこへ『病者』を送りこんでいく構造を解体する以外にない（括弧種別変更＝筆者）」³⁾とする、精神病院の存在を合理化する資本主義経済社会の構造へと向けられたものであった。

現代日本において推進されている精神障害者の地域移行政策は、小澤らによって指摘された諸問題を克服しているであろうか。現在の地域移行支援の担い手である医療者やソーシャルワーカーは、精神障害者を「社会ではない場所」に送り込む構造に目を向けているであろうか。

本稿は以上の点を基本的問題認識・立脚点とする。

そして、

- 1) 精神障害者の隔離を正当化する構造、
- 2) 労働市場全体に広がる問題、
- 3) その問題のさ中に精神障害者を送り出すことの意味、

以上3点に目を向けた地域移行に関する支援にとって必要なものを提示することを目的とする。

その目的の達成ために、具体的には、

- 1) 現在の退院促進・地域移行をめぐる政策動向について整理する、
- 2) 精神衛生法下の社会復帰をめぐる政策の内容について整理する、
- 3) 精神衛生法下の社会復帰論・社会復帰政策に関する議論、とくに批判的見解について整理しながら検討する、
- 4) 現在の退院促進・地域移行をめぐる政策についての議論は、精神衛生法下における議論を十分に踏まえたものであるかを確認する、
という作業を行うこととする。

3) 小澤 (1979) p.709。

Ⅱ 退院促進・地域移行をめぐる近年の政策動向

（１）「精神障害者退院促進支援事業」（2003年～）

日本における精神障害者の社会的入院（入院治療の必要がなくなっているにもかかわらず病院以外に生活の場所を得られない状態）の解消・退院促進に関わる事業としては、大阪府が、単独事業として2000年から「社会的入院解消研究事業」を、2002年から「精神障害者地域生活移行支援研究事業」を実施していた。これらの動きを受けて国は2003年に「精神障害者退院促進支援事業実施要綱」を策定し、「精神障害者退院促進支援事業（以下、「退院促進支援事業」）」を開始した。退院促進支援事業は17都道府県・指定都市で実施された⁴⁾。退院促進事業は法律による事業ではなく、実施要綱に基づいて予算化（補助事業化）された事業であった⁵⁾。以下、その実施要綱に示された当該事業の内容について略述する。

退院促進支援事業は、その対象者を「精神科病院に入院している精神障害者のうち、症状が安定しており、受け入れ条件が整えば退院可能である者」とし、それらの精神障害者に対して「活動の場」を与え、「退院のための訓練（以下、「退院訓練」）」を行うことによって「社会的自立」を促進することを目的とした。

その実施主体は都道府県及び指定都市であり、実際の支援にあたるのは「精神保健福祉士又はこれと同程度の知識を有する者」であった。これらは「自立支援員」として実施主体の長から委嘱を受けた。そして、精神障害者社会復帰施設⁶⁾、精神障害者地域生活支援事業所⁷⁾、ならびに小規模作業所が「協力施設」とされたのである。

「自立支援」の中心的内容は上に述べた「退院訓練」であった。その内容は、上記協力施設における「授産活動」、「体験入居」、「作業」、ならびに「日常生活を営むのに必要な活動」等であった。

退院促進支援事業は、2003年当時約7万人と推計されていた「社会的入院」の解消を目

4) 草野他（2006）p.23参照。

5) なお、2006年に退院促進支援事業は障害者自立支援法に基づく事業に位置づけが変更された。

6) 精神障害者社会復帰施設は、精神衛生法が1987年に精神保健法へと改正された際に設けられた。精神障害者生活訓練施設（援護寮）、精神障害者授産施設、ならびに精神障害者福祉工場等の施設を指す。

7) 障害者自立支援法（2005年制定）第77条は、地域生活支援事業（障害者からの相談に応じた必要な情報の提供・助言、障害者等に対する虐待の防止・早期発見のための関係機関との連絡調整、その他の障害者等の権利の擁護のために必要な援助）を市町村が行うものとする¹と定めているが、同法第78条は、そのうち「特に専門性の高い相談支援事業その他の広域的な対応が必要な事業」については都道府県が行うものとする²と定めている。したがって、退院促進支援事業の実施責任機関は都道府県であるから、ここで言う地域生活支援事業所は、この都道府県が担当する事業のうち精神障害者に関するものを行う事業所ということになる。

的としていた⁸⁾。しかし、具体的にどれほどの「効果」があったのかについては、国は明確に示していない。そして、成果がどれほどであったか必ずしも明らかにならないまま、退院促進支援事業は、「地域移行・地域定着支援事業」にその名称を変更してしまったのである。

(2) 「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」(2010年～)

政府・厚生労働省は2008年から、退院促進支援事業が名称を変更した「精神障害者地域移行支援特別対策事業」を実施した。これが2010年に「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」と名称を改めた。以下、この事業の内容について、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課(2010)『地域定着支援の手引き』をもとに略述することとする。

地域定着支援事業の目的は、「日常生活上の危機が生じている精神障害者に対し、一定期間、医療及び福祉の包括的な支援を行うこと」⁹⁾である。

対象者は、1) 精神医療の受療中断者、2) 精神疾患が疑われる未受診者、3) 重度の精神障害者、4) ひきこもりの精神障害者、5) 長期入院等の後退院した者、のいずれかである¹⁰⁾。退院促進支援事業より対象者の範囲は相当広範である。これは、「地域定着支援」が「退院促進」よりも広い概念であることを示す。

実施機関は、「保健所及び精神保健福祉センター」¹¹⁾であり、これらは都道府県設置であるから、責任機関は都道府県ということになる。都道府県は、「訪問看護ステーション」、「相談支援事業所」¹²⁾、「地域活動支援センター」¹³⁾、「精神科を主に標榜している診療所」、ならびに「精神科病院」等に地域定着支援事業の一部を委託することができる¹⁴⁾。

支援期間は「概ね6カ月」が目安とされているが、「対象者の疾患が重度であるなど、

8) さしあたり、竹入・小泉(2007) p.56を参照。

9) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課(2010) p.4。

10) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課(2010) pp.4-5。

11) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課(2010) p.5。

12) 障害者自立支援法第32条第1項・第36条・第39条に基づき都道府県が指定した事業所である。そこで行われる相談支援は「障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」(厚生労働省令)に、「適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス(中略)が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない」(第2条第2項)と定められている。

13) 障害者自立支援法第79条に基づき都道府県が設置する施設である。その内容は「障害者自立支援法に基づく地域活動支援センターの設備及び運営に関する基準」(厚生労働省令)に、「創作的活動又は生産活動の機会の提供及び社会との交流の促進」(第2条第1項)、「日常生活に必要な便宜の供与」(同条第2項)などと示されている。

14) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課(2010) p.5。

地域の多職種チームでの支援を要する場合は期間を延長することが望ましいとされている¹⁵⁾。

この事業は2010年度に開始されたばかりであり、その実績と「効果」とは未だ公表される段階にない。

しかしこれらの、退院を促進し精神障害者の存在する場所を「地域」に移そうという議論（「社会復帰」に関する議論）は、現在に始まったのではない。現在の精神保健福祉法の前身は1987年制定の精神保健法であり、さらにその前身は1950年制定の精神衛生法であるが、その制定当初から社会復帰は重要な課題とされ、1970年代から、後年にも何らかの形で影響を及ぼす施策とそれらに関する活発な議論が展開されていた。

Ⅲ 精神衛生法下の「社会復帰」をめぐる施策に関する議論

（1）『社会復帰』論と『生活療法』をめぐる

1970年代後半以降の社会復帰をめぐる施策とそれに関する議論について整理する前に、それ以前の時期から始まる「生活療法」という処遇とそれに対する諸見解に触れておきたい。

生活療法とは、「ロボトミー¹⁶⁾の後療法としてスタートし、おりしも普及しはじめた薬物療法に後押しされて全国的に広ま¹⁷⁾った、「生活指導と称するしつけを、入院患者の生活の隅々まで徹底し、院内適応を図ろうとするもの¹⁸⁾」であって、「昭和30年代から40年代にかけて、増殖し続ける精神科病院を特徴づけた¹⁹⁾」ものであった。

生活療法が、治療・療養を妨げる行為を消滅させることと、病院における「礼儀作法」や病院生活の秩序を保つために人間が従うべき行動様式などに患者を馴化させようとするものであるならば、社会復帰とは正対する概念・処遇でありそうである。しかし、生活療法の起源は、病院内における精神障害者に対する措置への批判に対処するために、職業技術などを身につけさせることにより精神障害者の社会復帰を促進しようとする試みにあった²⁰⁾。ところが、生活療法は病院内での虐待などを引き起こし、強い批判を浴びることと

15) 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課（2010）p.5。

16) 脳前頭葉の一部を切除する手術。

17) 浅野（2005）p.76。

18) 浅野（2005）p.76。

19) 浅野（2005）p.77。

20) 浅野（2005）p.77参照。

なった。その結果、生活療法を唱道した人々は自らの精神障害者に対する処遇の名称を「生活臨床」などに変更したり、その内容を「家族内教育」「心理教育」などに修正することを強いられた。

生活療法の、職業技術などを習得させることによって精神障害者の社会復帰を促進しようとする考えは、現在の精神保健福祉政策と通底するであろう。生活療法の頓挫は、当時の日本社会の状況下における社会復帰論の帰結の一形態と考えてよいであろう。したがって、以下では、生活療法の内容と諸見解について、整理し、その論点を明らかにしたい。

生活療法は、藤沢敏雄によると、「生活指導的発想に貫かれて」²¹⁾ いたのだという。藤沢は、生活療法を、生活指導によって「社会人」として適切な生活能力を身につけさせ、加えて、レクリエーション療法によって「社会性」を養わせ、さらに、作業療法によって賃金労働で「社会的自立」を果たさせることであると解釈した。社会生活の秩序や円滑な人間関係を保つための、社会を構成する人々が繰り返し用いる行動・判断・評価などのよりどころとなる基準を習得させることを主たる目的としていた。要するに「しつけ」である。とくに、市場が発達した現代社会においては、精神障害者を賃金労働者とするのが生活療法の主目的であると解釈したのである。

小澤勳、井上正吾らは、「しつけ」を基盤に「労働者＝社会人」としての自立を果たせようという発想と行為を激しく批判した。とくに問題となったのは作業療法である。これは実質的には病院内外での就労であることが多かった。これに対して、たとえば小澤は「一種の強制労働、しかも無給の強制労働を認めてもいいのだろうか。強制労働に耐える人間をつくりだすこと、これがはたして治療といえるだろうか」²²⁾と鋭く批判した。また、井上は、「療法としての作業にも権利としての労働の反面がある」²³⁾という事実認識から、「作業の面でも、権利としての労働が確保されねばなら」²⁴⁾ず、「当然のこととして、見合う報酬が支払われねばなら」²⁵⁾ないと指摘した。加えて井上は、生活療法・作業療法について、これが「低賃金で働くロボットの如く適応させることではないことは明白である」²⁶⁾と、差別渦巻く現社会へ精神障害者を適応させるためのツールであってはならないことを強調した。

これらの批判に対し、生活療法の推進論者であった江熊要一²⁷⁾は、生活指導や作業療法

21) 藤沢 (1973) p.1008。

22) 小澤 (1973) p.1013。

23) 井上 (1973) p.1006。

24) 井上 (1973) p.1006。

25) 井上 (1973) p.1006。

26) 井上 (1973) p.1007。

27) ちなみに彼は、ロボットミー手術の第一人者であった臺弘氏の高弟である。

は精神障害者の選択・要求に基づいて行われていると反批判した。すなわち、「私たちの研究の出発点は精神分裂病の再発予防というところにあります。これは患者の要求であります」²⁸⁾と反論した。精神障害者たちは、労働能力を身につけ、「社会人」として自立することを望んでいて、その望みにこたえて行われるのが生活療法であると主張したのである。

若干の整理をする。生活療法推進論者の主張はまさに現在に言う「障害者の自己決定」である。しかしその自己決定論は、精神障害者も、家族も、医師も、他の病院職員も、すべて同じ高さに立っているとの空想の上に成り立っていた。

小澤らの生活療法批判論者の主張は、この空想、すなわち、精神科医療における、患者、その家族、医者、その他の医療関係者の情報の非対称性および不完全性を無視している点に対して向けられたと言えよう²⁹⁾。「権力者（国家＝筆者補足）による分断支配の具として『正常者』と『障害者』という2つのmodusが強制されている」³⁰⁾との考え方をもとに、小澤は、『『正常者』の労働と生活の疎外構造』³¹⁾に目を向け、現代社会において、すべての労働者の労働・生活に対する管理・支配が、国家独占資本段階にあっては強化されていくというメカニズムの、最も極端かつ悲惨な表出の場が精神病院であると考えたのである。そして、「その問題を抜きに『生活療法』を患者生活奪還の方法論とすることはできない」³²⁾と主張した。その上で、当時の生活療法を克服するものとして、「患者が療法として与えられる生活と労働とを拒否し、自ら生活と労働とを奪還していく闘い」³³⁾と「彼らにかかわるものが、自らの生活と労働とを真に回復していく闘い」³⁴⁾との相互点検、換言すれば精神障害者と全労働者との共闘³⁵⁾を提起したのである。

（2）「精神障害回復者社会復帰施設」と「精神衛生社会生活適応施設」をめぐって

生活療法は、結果的に、それ全体としては、社会復帰に向けた病院内における処遇にとつての有効なツールとなることに失敗した。病院内で完結する性格を有してしまったのであ

28) 江熊他（1973）p.1030。

29) たとえば、「存在し得ない自己の中立性」（小澤〔1973〕p.1016。）等。

30) 小澤（1973）p.1013。

31) 小澤（1973）p.1015。

32) 小澤（1973）p.1015。

33) 小澤（1973）p.1018。

34) 小澤（1973）p.1018。

35) 「患者対医者」という構造を解体し、労働者として両者が共同し、労働疎外の状況に立ち向かう闘いを展開しなければならず、その闘いが全労働者の手による闘いと連携していかなければならない、という趣旨である。

る³⁶⁾。言い換えれば、生活療法は、「患者を使役し、収奪し、管理する道具として機能」³⁷⁾してしまっただのである。

石油危機を契機として、政府は医療費抑制策を打ち出した。そのため、精神医療にかかる費用も削減する必要に迫られた。精神科医療費の大半が入院治療に費やされていたことから、精神障害者の退院を促進する施策を講ずる必要があった。つまり、精神障害者の社会復帰を促進することによって、入院医療費を削減しようとしたのである。

退院患者の受け皿としての社会復帰施設としては、まず、「精神障害回復者社会復帰施設（以下、「社会復帰施設）」が、1975年に制定された要綱に基づき設置・運営されていた。しかしこれは、入院治療を必要としない者のうち自立就労が見込まれる者のみを対象とする施設であった。そこで政府は、入院治療の必要はなくなったが自立就労が困難である者についても社会復帰の受け皿を設けようと考えたのである³⁸⁾。これが、1979年の保健医療局長通知と1980年の運営要綱に基づき設置・運営されることとなった「精神衛生社会生活適応施設」（以下、「社会生活適応施設）」である。したがって、社会復帰施設と社会生活適応施設とでは、そこで行われる処遇の内容が異なっていた。前者においては作業療法等の社会復帰訓練・職業指導が行われたのに対して、後者においては生活指導等が行われたのである。しかし、両者で行われた2つの処遇、生活指導と作業療法とは、ともに頓挫したはずの生活療法の中心的内容であった。小澤、井上らによって厳しい批判にさらされた生活療法は、自らを分裂させるとともに、病院外で生きながらえたのである。

したがって、生活療法に対して厳しい批判を展開した人々は、これら社会復帰施策に対しても批判的態度をとることとなった。とりわけ、社会生活適応施設に対する批判はきわめてラディカルなものであった。批判は主として以下の3点に向けられた。

① 「中間施設」ではなく「終末施設」ではないのか

政府・厚生省は、社会復帰施設と社会生活適応施設の両方に「中間施設」という位置づけを与えていた。単に病院の機能を病院外に出すというのではなく、病院と「社会・地域」の中間にこれらを位置づけ、両者の橋渡しの役割を担わせようと考えたのである。

社会生活適応施設を中間施設とみてよいかどうかについては、前出の小澤が、「この『施設』は『中間施設』ですらなく、明らかに『終末施設』である」³⁹⁾と批判している。また、寺嶋正吾も、社会生活適応施設は「そこに停留する、そこをついのすみかにするというニュ

36) 浅野は、「病院内の生活を治療的に再編しようと企てた生活療法は、精神病院を収容所と化すことによって自ら破綻したのである。」(浅野〔2000〕p.43。)と主張している。

37) 浅野(2000)p.33。

38) 三觜(1979)p.694参照。

39) 小澤(1979)p.709。

アンスの強いターミナル的施設」⁴⁰⁾であると指摘している。

終末施設であっては何が問題であったのか。小澤はこれ以前に、「『なならない』患者つまり、労働力として再生産不可能と断じたもの、あるいは労働力再生産の効率がきわめて悪いとみなされた患者の切り捨て、とじこめ案でしかない」⁴¹⁾という批判を、実は社会復帰施設に対して行っていたのである。したがって、社会復帰施設の対象者以上に職業自立が難しいと判断される精神障害者を対象とする社会生活適応施設は、より悪質な「とじこめ策」として小澤には見て取れたのであろう。

②「医療」から「福祉」に費用をつけ替えただけではないのか

寺嶋は、社会生活適応施設の設置基準が、救護施設等の生活保護法に基づく保護施設の設置基準に準拠していることを根拠に、これを「生活保護法第38条の保護施設と同様のものと認定することができる」⁴²⁾と指摘した。とすれば医療費の抑制に資するののかという点については、「医療経済的に考えても1億3千万円を投じて施設を作り、入居者ひとりにつき年間140万円を支出する政策はそう廉価なものではなく、また1か所50人以下という施設を各県1か所あて作ってみても全国で2,350万床にしかない。これでは病床削減にも医療費の節減にもならない」⁴³⁾と指摘した。

それでは、医療費の削減以外に、社会生活適応施設にはどのような目的があったのだろうか。この点については小澤の指摘が示唆的である。まず小澤は、「福祉」について、「社会が近代化されてくるにしたがって、体制の矛盾が暴露され、顕在化してくるのを恐れた権力者が社会問題を緩和することを目的としてたてる対策」⁴⁴⁾と定義している。つまり、「現代社会における『福祉』」を体制補完物であると認識している。つぎに、そのような対策は、「労働基準法などを通じてなされる社会政策の補完物として、むしろ社会政策上は切り捨てた部分に対して『恩恵』を与えるという、手の込んだ対策」⁴⁵⁾であると述べている。そして小澤は、「精神障害者に対する分類収容（精神病院の機能分化と医療施設外収容の

40) 寺嶋（1979）p.726。

41) 小澤（1974）p.43。

42) 寺嶋（1979）p.726。なお、この、社会生活適応施設は社会福祉施設（とくにそのうち最も入所条件の劣悪な救護施設〔生活保護施設のひとつ〕）と同様の機能を果たさせられようとしているという主張の裏付けとなる論考に上条（1981）がある。すなわち上条は、当時の救護施設160のうち、推定で97施設に精神障害者が入所している（当時の用語では「収容されている」）、つまり救護施設の「60%が精神病院に対して、あるいは精神医療に対して貢献している」（上条〔1981〕p.811。）と論じている。そして、「医療のシワ寄せに対して我々は不信感を持った」（上条〔1981〕p.811。）と、「安上がり福祉」が医療の代替物とされてきたことを告発している。

43) 寺嶋（1979）p.729。

44) 小澤（1974）p.45。

45) 小澤（1974）pp.45-46。

系列化)の強化を通じて隔離収容策をさらにおしすすめるものであると考えざるを得ない」と指摘し、社会生活適応施設は「治らず、さりとて労働力としても活用できない」精神障害者の隔離収容策であると批判したのである⁴⁶⁾。

③「病院」と「社会」とを対置させる思想に関して

小澤は、『『社会復帰』ということばには、精神病院を『社会ではない場所』として認知し、そこから復び『社会』へ帰してやるためにはいかにすべきかというような発想がついてまわる』⁴⁷⁾と述べ、社会復帰論そのものについての批判的立場を強調した。小澤にとっては、精神病院も、「社会」も、ともに「変革されねばならないもの」であった。ゆえに中間施設構想は、精神病院と社会の両方に対する絶望からの、つまり「病院と社会を地道に実践的にかえていこうとする努力の断念の上に立つ」⁴⁸⁾考え方であると批判されたのである。では、病院と社会とが「ともに変革されねばならない」のはなぜか。

小澤にとって、精神病院は当然管理・抑圧のための機構であった。しかし、精神病院だけがそうであったのではない。生活療法に対する批判内容を検討する部分でも関連して記したが、小澤は、「今の世の中における労働はすべて疎外労働であり、本質的には強制労働である」⁴⁹⁾という見解をとっていた。つまり、資本主義社会において労働から人間性が剥奪されていく過程は賃金労働者全体に及ぶのであって、精神病院は、その人間性剥奪・管理・統制・抑圧の最も極端かつ最もミゼラブルな表出形態のひとつに過ぎないと考えたのであった。その見解を最も端的に表現したのが、「(精神病者は)最も抑圧された労働者の姿そのもの」⁵⁰⁾という言葉である。

であるから小澤は、中間施設構想に対置する実践的課題として、病院と社会とをともに変革するための3つを提示した。すなわち、1)「病院が社会にむかって開かれ、社会が病院に対して開かれていく方向性が実践的に確認されねばならない」⁵¹⁾こと、2)「単に精神医療内部の努力をこえた力が結集されねばならない。それは『患者会』運動であり、福祉労働者・保健所労働者の協力であり、さらに広範な人人の日常的結集がなされねばならない」⁵²⁾こと、3)精神障害者の日常生活のすみずみにまではりめぐらされた網によってつく

46) 小澤(1974)pp.45-46参照。なお、①と②の両方にまたがる批判もある。たとえば、宮腰孝・浅野弘毅は、社会生活適応施設を「医療費の支出増を抑えるための安価な終末施設」(宮腰・浅野〔1980〕p.642。)と規定した。

47) 小澤(1979)p.709。

48) 小澤(1979)p.711。

49) 小澤(1973)p.1015。

50) 小澤(1973)p.1015。

51) 小澤(1979)pp.712-713。

52) 小澤(1979)p.713。

られた「隘路をすべての力を結集して1つ1つひろげていかねばならない」⁵³⁾こと、である。

小澤だけでなく、この時代の社会復帰施策に対して批判的立場に立った人々は、精神障害者問題を社会問題、とりわけその中でも基本的な問題である労働問題の延長線上にそれを把握しようとした。精神障害者を抑圧する構造の結果形態である精神病院は、資本主義社会における全労働者に対する抑圧構造が最も悲惨な形であらわれた「標本」のひとつであると見た。社会科学者ではなく医師でありながら、労働者の解放の行く末に自らの臨床対象である精神障害者の解放を展望したのである。

では、社会復帰が政策的に推し進められようとしたこの時代の議論は、退院促進・地域移行が同じく政策的に推し進められようとしている現在において、十分に踏まえられているのであろうか。本章で取り上げた時代と現在が異なるのは、小澤が「病院と社会両方の解放・開放」の有力な力となるべきと論じた「福祉労働者」のうち、精神障害者の支援を業務とする精神科（精神医学、精神医療）ソーシャルワーカー（P.S.W.）が、精神保健福祉士という国家資格を付与され、さらに、精神保健福祉士協会という職能団体のもとに組織化されることとなったという点である。精神科ソーシャルワークは、社会問題・労働問題全体から精神障害者問題を把握した上での活動、すなわち社会的実践を展開しているであろうか。

IV 精神衛生法時代の議論からの示唆

（1）「精神障害者を『社会・地域ではないどこか』に送り込む構造」は変化したのか

前章で紹介した議論をもとに考えるならば、精神病院と「社会・地域」とを対置させる考え方の根拠は、社会全体の労働者に対する抑圧と労働疎外の構造が是認されるところにある。そう考えられるのは、精神病院を「社会」の延長線上にとらえるならば、精神病院は、労働疎外を生む社会全体の縮図と認識され、その認識によるならば、精神障害者問題に関わる者にとって、「社会」の労働疎外の状況は看過することができないものとなるはずだからである。労働疎外状況全体を看過し、この社会の労働者のおかれている状況を「まともなもの」と認識してしまうことによって、精神病院を「社会ではないどこか」であるとする認識が生まれるのである（労働者一般と精神障害者がともに労働疎外的状況にあることを見落とすのである）。そして、労働者全体に対する抑圧と管理の構造を隠蔽するために国家独占資本はよりミゼラブルな（「寄せ場」よりもよりミゼラブルな）抑圧組織を必要とするのである。そのひとつが精神病院である。

53) 小澤（1979）p.713。

たしかに、精神病院の状況は、精神衛生法時代（1950～1987年）と比較すると少しは改善されたのかもしれない。閉鎖病棟は減少し、精神障害者の治療にたずさわる関係者にとって「手のかかる」患者を監禁するための「保護室」と呼ばれる小屋も相当減少したかもしれない。また、治療薬も改良が重ねられ、2000年には、日本において使用承認された「クエチアピン」などの非定型抗精神薬が用いられるようになった⁵⁴⁾。そして、2008年の「東京都精神科病院統計一覧」によると、東京都内の精神科単科病院と一般病院のうち精神科病床を有する病院において、開放病床数8,076に対して閉鎖病床数は1万4,131であった。2008年においても、依然として閉鎖病床数は開放病床数を上回っている。保護室の数は818、隔離患者は550名、身体拘束を受けている患者は1,030名となっている。一方で、そのうち任意入院者については閉鎖病床が5,783であるのに対して開放病床は6,360である。精神衛生法時代と比較すれば、任意入院者については「精神病院の開放化が進んでいる」と言えるであろう。しかしながら、そのような評価は、任意入院者以外を考慮に入れない実に一面的な評価である。

しかし、精神病院の開放化が進んでいるのは一面的な事実過ぎないという点にもまして、現在においても精神病院と対置的に把握されている「社会」の状況はどうか。つまり、労働者全体がおかれている状況はどうか。雇用・労働の状況全体の改善がなければ、労働者全体の抑圧状況がそのままであれば、政府は再び精神病院を元に戻すか、新たな「精神病院的なもの」を探そうとするか、それだけである。

そのような文脈から、2000年から2010年までの期間についての労働者と労働市場の状況について、賃金、最低賃金、労働組合の組織率、ならびに雇用形態別の雇用者数について概観しておく。

まず、労働条件のうち最も基本的である賃金については次の通りである。現金給与総額（従業員数30人以上の一般・パートタイム労働者。所得税、社会保険料、組合費、購買代金等を差し引く以前の総額）については、2000年には39万8,069円であった。その後増減があるが、2008年頃まで38万円前後で推移していた。そして2009年には35万5,223円、2010年には36万276円であった。実質賃金指数（季節調整済みの現金給与総額を、2005年を100として指数で表したもの）については、2000年から2007年まで98.7から101.2の間で推移している。2001年から2004年までは低下傾向にあったが、2005年と2006年に上昇に転じ、2007年から2009年にかけて再び低下傾向に転じた。そして2009年には95.0にまで低下し、2010年には96.9にまで回復している。2000年と比較すれば、4.3ポイントも低下してい

54) ただし、非定型抗精神薬には多飲・水中毒などの副作用が報告されている（山川他〔2004〕p.86参照。）

るのである。つまり、この11年間では、名目・実質賃金は減少しているのである⁵⁵⁾。

最低賃金は、周知のとおり都道府県別の設定で、最高額が東京都の821円（時間額・2010年10月設定）であるのに対して、最低額は佐賀県・長崎県等の642円（同）で、その格差は1.28倍である。この額は、労働者とその家族とが最低生活を維持できる水準にない。

この10年間の労働時間の推移についてみる。厚生労働省が実施している毎月勤労統計調査によると、2000年の154.9時間から2005年の152.4時間まで、2.5時間ほど減少した。その後、2007年には154.2時間まで増加した。そして2008年以降、おそらくリーマン・ショックなどの影響によって、2009年には147.3時間まで減少し、2010年には149.8時間となった⁵⁶⁾。

労働組合組織率は、労働者が連帯して使用者と交渉し公正な労使関係を築き労働条件の改善に労使ともに努力することが可能となっているかどうかを示すひとつの重要な指標である。この10年間の推移をみる。2000年には、労働組合数が3万1,185、労働組合員数が1,153万9,000人、組織率が21.5%であった。その後、2008年には、労働組合数が2万6,965、組合員数が1,006万5,000人、組織率は18.1%となった。組合数は減少し続け、組織率は低下し続けたのである。そして、2009年が2万6,696、1,007万8,000人、18.5%、2010年が2万6,367、1,005万4,000人、18.5%であった。組合数と組合員数が減少し、組織率は微増にとどまった。つまり、この10年間で、労働組合が4,818組合、組合員が148万5,000人減少し、組織率が3ポイント低下したことになる⁵⁷⁾。

正規雇用比率は、労働者が安定した労働条件の下に生活を営み得るかどうかを示す指標のひとつである。正規の職員・従業員数は、2002年の3,489万人から2010年には3,355万人まで、134万人減少している。それにたいして、同時期に、非正規の職員・従業員（パートタイマー、アルバイト、派遣社員、契約・嘱託職員など）は1,451万人から1,755万人まで、304万人増加している⁵⁸⁾。労働者の不安定化が促進されていると判断するひとつの材料である。労働

55) 厚生労働省の「毎月勤労統計調査」の現金給与総額と実質賃金指数（現金給与総額）による。「労働政策研究・研修機構」の「労働統計データ検索システム」（http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P_TYOUSU=B1&P_HYOUJI=N4401&P_KITYOU=0）および、http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P_TYOUSU=B1&P_HYOUJI=N4403&P_KITYOU=1）を参照。

56) 厚生労働省の「毎月勤労統計調査」による。「労働政策研究・研修機構」の「労働統計データ検索システム」（http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0400?P_TYOUSU=B1&P_HYOUJI=N5702&P_KITYOU=0）を参照。

57) 厚生労働省の「労使関係総合調査」による。「労働政策研究・研修機構」の「労働統計データ検索システム」の「労働組合数、労働組合員数及び推定組織率」（<http://db2.jil.go.jp/tokei/html/U4801001.htm>）を参照。ちなみに、労働組合数のピークは1984年の3万4,579、組合員数のピークは1994年の1,269万9,000人、組織率のピークは1970年の35.4%であった。

58) 厚生労働省の「労働力調査」による。「労働政策研究・研修機構」の「労働統計データ検索システム」の「雇用形態別雇用者数（年平均）」（<http://db2.jil.go.jp/tokei/html/U4801001.htm>）を参照。

者の不安定化の最悪の形態が完全失業であり、2007年の完全失業者は257万人に達する⁵⁹⁾。

これらのデータだけをもとに、日本の労働市場は「荒れて」いていかなる精神障害者も真っ当に働くことはできず、したがって地域での自立生活を営むことはできない、とするのは即断に過ぎる。しかしながら、資本主義社会である以上、「地域での自立した生活」はあくまでも雇用労働によることが原則とならざるを得ないのであり、障害をもたない労働者の労働条件が少なくとも改善はされていない状況下で、働き始めた、または働こうとする、さらには「働かなければいけないと思っている」精神障害者の雇用・労働をめぐる条件だけが改善されることは理論的にあり得ない。

またこれらのデータだけをもって、日本の雇用・労働政策を「労働者全体に対する抑圧の機構」と規定することもまた即断に過ぎる。しかしながら、労働条件が改善されないという状況は、この社会全体の発展の様相に照らして考えるならば、労働者に対する管理・統制が、緩やかにではあっても進行していると考えべきではないか。上記の雇用・労働に関わる指標は、そう考えるためのひとつの材料ではある。かつての精神病院が労働者全体に対する「管理・統制の最も極端な表出のひとつ」であったと考えるならば、その管理・統制が現在にあってもなお（緩やかなものに形態を変えることがあっても）存続しているのならば、地域移行・退院促進が進んだとしても、国家は再び「管理・統制メカニズムを最も極端な形で表出させる先」を探そうとするであろう。そしてそれが再び精神病院である可能性はきわめて高いのである。それこそが、「精神障害者を『社会・地域ではないどこか』に送り込む構造」であると考えられるのである。

労働者全体のおかれていた状況と資本主義社会における賃金労働の本質に何らかの形で働きかける、または、少なくとも「働けば、原則として、その労働によって獲得される賃金で生活を営むことができなければならない」という点を念頭におくことなしには、ソーシャルワークは現象の処理に終わる。社会問題・労働問題の延長線上に確認されるべき精神障害者問題を社会的に解決したことにはならない。

(2) 精神科ソーシャルワークとそれに関する理論は構造にアプローチしているのか

① 「精神に障害をもつ労働者」という視点

「働けば、原則として、それによって獲得される賃金で生活が営まなければならない」という原則に立つならば、実質的には雇用労働と認識されるべき「作業」に従事した「精神障害をもつ労働者」に対して、「工賃」などの名の下に最低賃金にも到底及ばない金額

59) 厚生労働省の「労働力調査」による。「労働政策研究・研修機構」の「労働統計データ検索システム」の「完全失業者数（性別、年齢別）」(<http://stat.jil.go.jp/jil63/plsql/JTK0600>)を参照。

を支払うなどという行為は到底許されない。搾取の許容量をはるかに超えているからである。また、受け取る「作業の対価」だけで到底生活できない現状を前にして、「労働にはお金以外の、様々な意義がある」、あるいは「精神障害者にとって、働くということはさまざまな形があり、あって当然である。一般就労という形態で社会に出て一人前に働きたいという人も勿論いる。自らアルバイトを探したり、地域の精神障害者小規模作業所利用したりして働くことの意味を感じ取っていく人もいる」⁶⁰⁾などとうそぶいてよいのであろうか。精神障害者が「現に働いている」のに「半人前」であってもよいというのであろうか。それらは、精神障害者からの尋常ではない収奪を合理化する「屁理屈」である。しかし実際に、精神科ソーシャルワークをめぐる議論にはそのたぐいが少なくない。

「精神障害をもつ労働者」という観点が希薄なのである。労働者である以上、その提供する労働に対しては「いくら安くとも最低賃金」が支払われねばならない。理由は単純で、最低賃金以下では（場合によっては最低賃金が支払われても、であるが）生活がおくれなからである。もちろん、賃金さえ保障されればそれでよいと言うつもりはない。しかし、労働によって自己実現を果たしていくためには、賃金が「食べていける水準」以上に獲得されることがあくまでも前提なのである。したがって、賃金を中心とする労働条件についての問題関心を欠落させたまま精神障害者の就労・労働について論じることは、最低賃金以下で就労させられている労働者の存在・状態を、「お金以外の何か」という幻想をもとに合理化する思想に基づいたものであると言うほかない。

②退院後の精神障害者を受け入れる「地域」とは何なのか

その一方で、地域移行を阻害する要因として受け入れる側の「地域」の問題を指摘する論考は少なからず見当たる。たとえば、波床（2010）は地域の物的資源の不足問題を、竹入・小泉（2007）と風間他（2010）は人的資源やサービスの不足問題を、そして古屋（2010）は精神障害者を受け入れる意識の未醸成の問題を指摘している。さらに波床（2010）らの議論を進めて、岩上（2010）は、地域における物的資源が不足していれば退院できないというものではなく、作りだされなければならず、それが「支援」と指摘している。しかし、地域での生活は基本的に雇用労働によって営まれるのであるという前提に立ち、この労働社会に、精神障害者を安定的な（正規）雇用労働者として、生活が健全に営まれるべく賃金を保障するという形で、言わば「真っ当に」雇用を保障する客観的条件が成立しているのかどうかと言及する論考は残念ながら皆無に等しい。精神障害者が、「雇用労働によって生活可能となる条件」に言及する研究が僅少なのである。

60) 平林・相川（2005）p.82。

「地域」とは、労働者とその家族が労働力商品の再生産を他の労働者家族と協働して行うエリアであり、またそこでの人的なつながりそのものでもある。健全に再生産されねば彼ら彼女らの生活は継続されない。したがってそこでは、地域住民の、生活（労働力再生産過程）を収奪から解放するための共通課題を見出そうとする努力が必要である。これが「住民自治」である⁶¹⁾。この住民自治のための客観的条件が日本の多くの場所では欠落しているのである。少なからぬ労働者とその家族は隣人の状況も知らないまま暮らしを営まざるを得ない状況にあるし、「地域」が労働者の連帯の場であるというのであれば、その連帯の基本形である労働組合⁶²⁾の組織率は、前述の通り20%を下回っているのである。

「地域移行」は、そのような状況の中に精神障害者を送り込むことであると理解されなければならない。「地域」の客観的状況を踏まえて「地域移行」は推進されねばならないし、それに関わる研究も雇用・労働と「地域」との構造を分析しようとする方向性をもつはずである。

しかし、現実には地域移行に関する研究の多くは、大橋（2006）、草野他（2006）、竹入・小泉（2007）、千葉他（2009）などに代表されるように事例紹介のレベルにとどまるもの、および三浦（2009）、伊藤（2009）などに代表されるように個別レベルでのテクニックの開発や評価に関わるものがほとんどである。これらの著述はきわめて重要であろう。しかし、その次元にとどまっているのでは、精神病院・精神障害者問題の本質に迫ることは難しいのである。

③職能団体はどう考えどう行動しているか

精神科ソーシャルワーカーに関わっては精神保健福祉士という国家資格が存在し、精神保健福祉士は「社団法人日本精神保健福祉士協会（以下、「協会」）」という職能団体を構成している。

協会の「倫理綱領」の中には「4. 社会に対する責務」という項目がおかれ、「精神保健福祉士は、専門職としての価値・理論・実践をもって、地域および社会の活動に参画し、社会の変革と精神保健福祉の向上に貢献する」との明文が存在する。「実践（社会的目的を明確にした集団的・組織的活動）」、「地域」、ならびに「社会の変革」が、前述の視点を多少なりとも踏まえたものであるならば、その活動は大いに期待できる。

しかし、現在のところ我々が目にすることができる協会の報告書は、福岡県の「精神

61) 三塚（1997）pp.100-101参照。三塚は、「地域分析」を、「多数の働く人びとの雇用・労働条件や生活条件を規定している労資関係や職場・地域における能力主義的な競争と分断管理を強化する政策によって、働く人びとの側につくり出されている生活上のさまざまな困難や不安・緊張の実態を具体的かつトータルに把握する。と同時に、身近な地域において、住民の参加による自治活動や組織的・統一的な要求・運動が発展せざるを得ない必然性（根拠）と取り組む課題の共通性、共通基盤の広がり」を明らかにするために必要な作業」と規定している。

62) ヨーロッパの経験から判断すると、労働組合と「地域」とは密接に関連している。しかし、この点に関する詳細な検討は本稿の主たる課題ではないので、別論にゆずることとする。

障害者社会復帰促進研究事業」⁶³⁾ についての事例報告書である日本精神保健福祉士協会（2007a）や、「退院促進事業」・「地域移行支援事業」の具体的な進め方についての言わば「マニュアル」⁶⁴⁾ にとどまっている。ただ、そのような研究動向にありながら、退院促進・退院支援についての実践報告書ではあるが、日本精神保健福祉士協会（2005）には、「長期入院者退院促進のためにPSWは何をすべきか」という章が設けられている。しかしその章も「長期入院者の退院や社会参加を阻むものは、何より人の心のバリアーであると痛感した。そのバリアーを一番感じているのは、精神障害を抱え持つ本人であろう。目下のテーマは近隣住民との交流をどう深めていくかである。」⁶⁵⁾ と、結論づけてしまっているのである。現代日本社会において、ソーシャルワーカーとその組織に求められているのは、「ソーシャルワークは社会的実践である」という意味の再確認である。

精神障害者を精神病院に押し込めたメカニズムを、労働市場および地域社会との関係で再確認する必要がある。その作業の結果から、現在は精神論の色彩の強いソーシャルワークの目標とその達成方法が立案されなければならない。

（3）精神障害者の「今いる場所」を「社会・地域」に

一方で、精神病院を制度上解体したイタリアを例にあげ、その実践に学んで日本の退院促進、ひいては精神病院の解消・解体が進められるべきであるという議論がある。イタリアにおいては、分立・乱立していた医療保険制度を廃止し保健サービス方式に移行するなどの方法によって、医療供給体制と医療保障制度全体の改革が行われ、精神病院・精神医療改革はその一環に位置づけられた⁶⁶⁾。1978年、「180号法」（後に「833号法」=通称:「バザーリア法」）によって、精神病院の新設が停止され、すでに設置・運営されている精神病院への新規入院と1980年末以降の再入院が禁止された。そして同法には、予防・医療・福祉のすべてを原則として「地域精神保健サービス機関」で行うことが規定された⁶⁷⁾。これは

63) その内容は、「生活保護を受給中であり、且つ、精神科医療機関に長期入院中の者に対して、退院及び社会復帰支援を行う場合、どのようなプログラムが有効であるかを目的に研究を進めるもの」（日本精神保健福祉士協会〔2007a〕p.2）というものである。

64) 日本精神保健福祉士協会（2007b）、日本精神保健福祉士協会（2008）。

65) 日本精神保健福祉士協会（2005）p.50。

66) 日野（1990）pp.162-168、小島他（2009）pp.168-170等参照。イタリアの精神障害者問題を論じる際には、医療制度の問題と精神医療との関係についてより詳細な検討が行われなければならない。本稿においては、設定された課題の範囲を超えるので、別論に譲ることとする。

67) 日野（1990）p.175、小山（2007）pp.184-185、小島他（2009）pp.264-269等参照。しかし、「日本と違ってイタリア（原文ママ）の中央集権体制はその国の形成過程から非常に脆弱（小山〔2007〕p.184。）」であって、「今もってなお公立精神病院が廃止されていない州もある（小山〔2007〕p.184。）」など、精神病院の閉鎖・廃止は完了したわけではない。

実に意義ある実践であり、世界史上の画期である。しかし、イタリアと同様の方法で日本の精神障害者を「地域」に移行させることは可能であろうか。また適当であろうか。精神障害者の地域定着の前提である雇用・労働市場の状況がイタリアと日本とで大きく異なることがこの疑問を生じさせる。

たとえば、製造業における労働分配率は、2004年で、日本が24.7%であるのに対してイタリアは42.8%⁶⁸⁾、失業率は、2007年で、日本が前述の通り257万人・3.9%であるのに対してイタリアは151万人・3.0%⁶⁹⁾である。また、製造業の実質賃金上昇率は、2007年で、日本が-0.5%であるのに対してイタリアは0.7%である⁷⁰⁾。労働組合組織率も高く⁷¹⁾、労働運動の活力を示す指標である争議行為件数も日本の10倍以上である⁷²⁾。

イタリアとは大きく異なる日本の労働社会に精神障害者の「住みか」が見つかったとしても、彼ら彼女らは連帯できぬまま不安定な就業に従事しなければならない。もちろん、障害をもたない労働者にとっても事情は同様である。しかし、精神障害者の労働力商品化が「地域移行」政策をテコに強力に推進されることについては、とくに上記の危険性が十分に認識されなければならない⁷³⁾。

68) 財団法人日本生産性本部生産性労働情報センター編 (2010) p.189。

69) 財団法人日本生産性本部生産性労働情報センター編 (2010) p.194。

70) 厚生労働省編 (2009) p. 付19。

71) 年金生活者も多く労働組合員となっている (厚生労働省編 [2009] p.71参照。)

72) 厚生労働省編(2009)p. 付25。もっともこの数字は、労働運動の活力のみを示すものでももちろんない。労働条件が「悪いから改善させよう」とするのであるが、「悪い」にはレベルの違いがある。争議行為件数は、少なくとも、労働者の連帯がどの程度可能であるかを示すものではある。そもそも、日米欧の経験と先行研究によれば、劣悪な労働条件は労働運動によってはじめて顕在化し労働問題つまり対策課題として認識されるのである (三塚 [1997] p.116参照。)。この点に鑑みるならば、日本では劣悪な労働条件が対策課題化せず潜在しているのではないかという危惧を抱かざるを得ないのである。

73) 論点が少し変わるが、イタリアにおける労働者の連帯・協同の実情と「地域」との関係について略述しておきたい。イタリアでは、精神病院が制度上廃止される以前の1973年に、「実際に行った仕事に対して受け取る報酬がわずかなことに不満を抱いた」(日野 [1996] p.122。)精神障害者たちが、協同組合を組織し、「患者たちの労働が初めて正規の組合契約のもとに行われること」(日野 [1996] p.122。)となったのである。このことは、精神障害者たちのみが労働者として連帯したことを示すものではない。イタリアでは、「地域」が労働者の連帯・協同のもとに形成され、多くの「生産者(労働者)協同組合」が存在している(日野 [1996] p.122参照。)。労働者たちを組織しているのは職場の労働組合だけではないのである。そのような土壌において、まず精神病院の中から精神障害者たちが労働者として連帯しはじめた。そしてその連帯を、同じく連帯を基盤にしている「地域」が受容したのである。その状況にあって、医療従事者やソーシャルワーカーは、精神障害者たちの連帯を支援しようと自然に行動したのである。なぜなら、自らもまた医療・福祉それぞれの分野で、連帯可能な条件の下にある労働者であったからである。つまり、小澤の言う「患者が療法として与えられる生活と労働を拒否し、自ら生活と労働とを奪還していく闘いと、彼らにかかわるものが、自らの生活と労働とを真に回復していく闘いとが相互に点検され」(小澤 [1973] p.1018。)るための客観的条件が、日本とイタリアとは大きく異なっていたのである。

したがって日本では、精神医療や精神障害者に関わるソーシャルワークが、その視点を「医療」や「福祉」の枠にとどめることなく、社会政策とくに生活問題対策の充実による労働者全体の状況の改善を、労働運動との連携によって希求しなければならない。そしてそのことと同時に、精神病院に現にとどまらざるを得ない人々が存在する以上、精神病院を「社会的医療とソーシャルワーク」という社会的実践の拠点でありかつ精神障害者が少なくとも一定期間は健全な生活を営みうる場所に変革していく努力は放棄されてはならない。「病院を『ウラミ、ツラミをはらすべく、社会へ撃ってでる拠点』へと内部的に変革する必要性」⁷⁴⁾ は今なお消失してはいないのである。

V おわりに

繰り返しになるが、精神医療・ソーシャルワークに関わる人々は、適正な労使関係を形成し、不安定・低賃金労働者をつくり出さないための、つまり、公正な労働社会を築くことが社会的実践としての医療とソーシャルワークの重要な目的であると認識する必要がある。

しかしこの目的は、「福祉」の枠内にとどまっていたのでは達成され得ない。そこで医療とソーシャルワーク、とくにソーシャルワークは、労働運動へ、適正な労使関係を構築するよう働きかける必要がある。もちろんその働きかけは個人レベルでは困難である。したがって、「社会変革」を団体の目的として明文化しているソーシャルワーカーの職能団体やソーシャルワークに関する研究組織が労働組合に働きかけることが重要である。この、労働運動との連帯・連携が、ソーシャルワークを社会的目的を明確にした組織的・集団的な活動、すなわち「社会的実践」として成立・発展させるための最も重要な条件なのである。

労働運動とソーシャルワークとの連帯・連携が可能であるかという点に関しては、現在、労働組合の側にも好条件が整いつつある。たとえば日本労働組合総連合会（連合）は、「社会保障に関する提言」⁷⁵⁾ を行い制度的機能を強化させようとしているし、非正規雇用労働者問題に関する取り組みも近年強化している⁷⁶⁾。また、障害者雇用の分野においても、「雇用における障害差別禁止法」(仮称)⁷⁷⁾ を発表している。ソーシャルワークと労働運動が連

74) 小澤 (1973) p.1018。

75) 日本労働組合総連合会 (2005) 等。

76) 日本労働組合総連合会パート共闘連絡会議 (2009) 等。

77) 日本労働組合総連合会 Web サイトにおける「連合の『雇用における障害差別禁止法』(仮称) 制定について (PDF 31KB) (http://www.jtuc-rengo.or.jp/roudou/seido/shougaisya_koyou/sabetsu_kinshihou/data/20090521.pdf) を参照。

携するための条件は整いつつあると考えられよう。障害者雇用という、個別の、社会福祉領域にまでまたがる課題に日本最大のナショナルセンターが言及している状況は、社会福祉側にとって好機である。社会福祉側の職能団体や研究組織が、労働組合の労働・社会政策についての制度的要求に関わる提言を行い、互いの意見交換と交流とを深めていくことによって、やがて精神障害者問題、否、「労働者全体の問題の先鋭化としての精神障害者問題」は解決へと向かうと考えられねばならない。道のりは長かろうが、構造に鑑みるならばそれしかない。

付記

匿名の査読者からいただいた貴重なコメントに深く感謝する。

【引用・参考文献】

- 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。
- 浅野弘毅（2005）『統合失調症の回復：「癒しの場」から』批評社。
- 伊藤順一郎（2009）「ACTのわが国での可能性：ACT - Jの実践報告から」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第111巻第3号，pp.313-318。
- 井上正吾（1973）「『作業療法』について」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第75巻第12号，pp.1003-1007。
- 岩上洋一（2010）「地域移行支援は地域の課題—精神障害者地域移行支援特別対策事業を通して」『精神医療』（批評社）第57号，pp.23-27。
- 江熊要一他（1973）「一般討論」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第75巻第12号，pp.1030-1036。
- 大橋定明（2006）「精神科病院長期入院患者の退院援助についての一考察—ソーシャルワーカーからの聞き取り調査に基づいたケーススタディー」『KGPS Kwansei Gakuin policy studies review』第6号，pp.1-30。
- 小澤勳（1973）「『生活療法』をこえるもの」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第75巻第12号，pp.1013-1018。
- 小澤勳（1974）『反精神医学への道標』めるくまーる社。
- 小澤勳（1979）「『精神衛生社会生活適応施設』（厚生省案）の批判的検討」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第81巻第11号，pp.709-721。
- 風間眞理他（2010）「長期在院患者の退院促進支援の実際」『目白大学健康科学研究』第3号，pp.45-52。
- 上条壽男（1981）「精神医療と救護施設」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第83巻第12号，pp.811-812。

- 草野洋介他（2006）「長崎県における退院促進支援事業（一学生が経験した事例を通して）」『現代社会学部紀要』（長崎ウエスレヤン大学）第4巻第1号，pp.23-28。
- 厚生労働省編（2009）『世界の厚生労働2009』TKC出版。
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部・障害保健福祉課（2010）『地域定着支援の手引き』。
- 小島晴洋他（2009）『現代イタリアの社会保障—ユニバーサルリズムを越えて』旬報社。
- 小山昭夫（2007）「コミュニティ精神科医療サービス実現のために必要な条件—イタリア・トリエステ精神保健サービスから—」『臨床精神医学』第36巻第2号，pp.183-187。
- 財団法人日本生産性本部生産性労働情報センター編（2010）『2010年版活用労働統計』。
- 竹入由香・小泉典章（2007）「長野県における精神障害者の退院支援について」『信州公衆衛生雑誌』（信州公衆衛生学会）第2巻第1号，pp.56-57。
- 千葉進一他（2009）「地域移行型ホームに入所するための4ヶ月間の退院支援を受けた精神科の長期入院患者の思いの検討」『香川大学看護学雑誌』第13巻第1号，pp.109-115。
- 寺嶋正吾（1979）『「精神衛生社会生活適応施設」についてのいくつかの疑義』『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第81巻第11号，pp.725-730。
- 日本精神保健福祉士協会精神保健福祉部精神医療委員会（2005）『社会的入院の解消に向けて：精神医療委員会報告』。
- 日本精神保健福祉士協会（2007a）『精神障害者社会復帰促進研究事業報告書』。
- 日本精神保健福祉士協会（2007b）『精神障害者の退院促進事業の手引き』。
- 日本精神保健福祉士協会（2008）『精神障害者の地域移行支援』。
- 日本労働組合総連合会（2005）『連合21世紀社会保障ビジョン〔ダイジェスト（改定）版〕』。
- 日本労働組合総連合会パート共闘連絡会議（2009）『パート労働者の組織化と労働条件の均等・均等待遇へ向けた中期的取り組み指針〔ガイドライン〕』。
- 波床将材（2010）「地域移行支援事業の意義と課題—京都精神障害者退院支援事業から」『精神医療』（批評社）第57号，pp.37-42。
- 日野秀逸（1990）『世界の医療・日本の医療』労働旬報社。
- 日野秀逸（1996）「保健・医療協同組合論ノート—その2—保健・医療・福祉領域の協同組合の役割に関する国連の認識と社会ケア協同組合の実例としてのトリエステ精神障害者社会復帰協同組合群—」『人文学報』（首都大学東京）第272号（社会福祉学12），pp.93-126。
- 平林恵美・相川章子（2005）「わが国における精神障害者社会復帰論の展開 I—ソーシャルワークの視点から—」『目白大学総合科学研究』第1号，pp.75-83。
- 藤沢敏雄（1973）『「生活療法」を生みだしたもの』『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第75巻第12号，pp.1007-1013。
- 古屋龍太（2010）「退院・地域移行支援の現在・過去・未来—長期入院患者の地域移行は、いかにして可能か」『精神医療』（批評社）第57号，pp.8-22。
- 三浦勇太（2009）「O T Pの実践—退院促進や『ささかわプロジェクト』の臨床過程から地域での治療・支援を検討する—」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第111巻第3号，pp.319-323。

三觜文雄（1979）「精神障害者の社会復帰」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第81巻第11号，pp.692-696。

三塚武男（1997）『生活問題と地域福祉』ミネルヴァ書房。

宮腰孝・浅野弘毅（1980）「地域精神衛生活動を通して精神分裂病者の社会復帰を考える」『精神神経学雑誌』（日本精神神経学会）第82巻第10号，pp.636-642。

山川百合子他（2004）「精神科デイケアにおける薬物療法の副作用改善について—行動観察法の意義と行動分析的検討を中心に—」『茨城県立医療大学紀要』第9巻 pp.85-92。

A Consideration on Policy of 'Promotion of Discharge / Shift to Community' for the Mentally Disabled.
: Referring to the Dispute of 'Return to Society' at the Times of Mental Hygiene Law

KIMURA Atsushi

Keywords : The Mentally Disabled, Community, Return to Society, Socialwork

Abstract

Tentatively, I think that the policy of 'Promotion of Discharge / Shift to Community' for the mentally disabled being pushed forward by the current government, results in mentally disabled persons being discharge hastily and make the mentally disabled low-wage and unstable worker. This is regarded in this paper as the basic problem.

With this basic understanding of the problem, the goal of this paper is to present the three things which will be necessary for 'Support for Shift to Community': (1) structure which justifies isolation of the mentally disabled, (2) problems spreading throughout the entire labor market, and (3) the meaning of sending the mentally disabled into the real labor market.

To accomplish this goal, the following will be set forth:

- (1) Statement of the recent trend in the policy of 'Promotion of Discharge / Shift to Community'
- (2) Explanation of the 'Return to Society' policy under the Mental Hygiene Law, especially in the 1970s
- (3) Presentation of disputes concerning 'Return to Society', especially critical opinion, from the second half of the 1970s to the first half of the 1980s
- (4) Confirmation of whether recent disputes over the policy of 'Promotion of Discharge / Shift to Community' are adequately based on disputes from the era of Mental Hygiene Law