

博士論文

精神医療改革運動期の看護者の動向

Attitude of Nurses for the Reform Movement Period of  
Psychiatric Medicine

2015年3月

立命館大学大学院先端総合学術研究科  
先端総合学術専攻 一貫制博士課程

阿部あかね

立命館大学審査博士論文

精神医療改革運動期の看護者の動向

Attitude of Nurses for the Reform Movement Period of  
Psychiatric Medicine

2015年3月

March 2015

立命館大学大学院先端総合学術研究科 先端総合学術専攻一貫制博士課程  
Doctoral Program in Core Ethics and Frontier Sciences  
Graduate School of Core Ethics and Frontier Sciences  
Ritsumeikan University

阿部あかね

ABE Akane

甲号：研究指導教員：立岩真也 教授

Supervisor：Professor TATEIWA Shinya

序章	1
第1節 本研究の前提	1
1-1 先行研究と本研究が取り上げる時期について	1
1-2 金沢学会以降の出来事	3
1-3 精神病床が増えて維持された時期	3
第2節 本研究の問題関心	4
第3節 本論文の構成と研究方法	5
第1章 戦後復興期の精神医療事情	9
第1節 戦後日本の精神医療事情	9
1-1 戦後の法整備と精神衛生法の制定	9
1-2 精神病院数・病床数の増加と措置入院問題	10
第2節 精神病院における戦後の精神科治療と療養の様子	12
2-1 精神科治療の変遷	12
2-2 入院患者の生活（終戦直後）	14
2-3 入院患者の生活（1950～70年）	14
第2章 精神科看護者の教育と資格に関する議論および動向	17
第1節 戦後看護体制の確立	17
1-1 日本看護協会設立	17
1-2 保健婦助産婦看護婦法の成立	18
1-3 全日本看護人協会設立	20
1-4 男性「看護人」の位置づけ	23
1-5 日看協と全看協	25
1-6 1950年代の全看協	26
第2節 日看協、全看協の国政への意欲	29
第3節 作業療法士資格をめぐる攻防	32
3-1 リハビリテーションの普及	32
3-2 日精看の「作業療法士国家試験特例措置」をめぐる運動	33
3-3 作業療法士資格化が精神看護者に与えた影響	37
第4節 看護婦国家試験特例措置（社会党案）をめぐる攻防	41
第5節 看護人から看護師へ	43
第6節 精神病院不祥事事件	43
第3章 生活療法の始まり——戦後復興期の精神科看護	46
第1節 生活療法の誕生	46
1-1 1950～60年代の精神医療をめぐる背景と生活療法	46
1-2 「作業療法」「働きかけ」「生活指導」「生活療法」経緯と用語の整理	47

1-3	精神科作業療法の歴史——精神科作業療法の創設・松沢病院	49
1-4	戦後荒廃期の精神病院立て直しと作業療法	49
1-5	働きかけと生活療法——松沢病院と国立武蔵療養所	50
1-6	ロボトミーと生活指導——国立武蔵療養所	51
第2節	看護者の研究発表——精神科看護懇話会より	51
2-1	精神科看護者にとっての作業療法と生活指導	51
2-2	生活指導と作業療法の取り組みの実際	52
第3節	クロルプロマジンの普及と作業療法・生活療法	54
第4節	生活療法から看護者が得たもの	56
第4章	医師の教育制度をめぐる議論——精神医療改革運動にいたる動向	58
第1節	1969年日本精神神経学会金沢学会に至る背景	58
1-1	医師の卒後教育をめぐる議論（インターン制度問題）	59
1-2	医師の卒後教育をめぐる議論（専門医・認定医制度）	61
1-3	健康保険抜本改革問題	62
第2節	精神神経学会における専門医・認定医制度の賛否をめぐる議論	63
第5章	精神医療改革運動のはじまり	67
第1節	精神医療福祉関連学会の紛糾	67
1-1	1969年日本精神神経学会金沢学会	67
1-2	その他の精神医学関係学会の動向	68
1-3	金沢学会前後の日精看の動向	69
第6章	精神医療改革運動の行き詰まりと平静	74
第1節	1970-1975年の日本精神神経学会の様相	74
第2節	反精神医学思想への接近	76
2-1	反精神医学思想への関心	76
2-2	反精神医学思想が生まれた経緯と日本側の着目	77
2-3	日本とイギリスの「反精神医学」運動の温度差	78
2-4	日本精神神経学会クーパーとサズを招聘	80
2-5	精神医療改革運動における反精神医学思想の影響	83
第3節	保安処分新設の動きと看護者	86
3-1	刑法改正、保安処分新設議論の発生	87
3-2	保安処分新設準備草案作成時に考慮された点	88
3-3	日本精神神経学会、弁護士会、世論の「反保安処分」への動き	88
3-4	世論の反応	89
3-5	精神科看護者と保安処分新設問題	91
第7章	臨床現場における精神医療改革との摩擦——生活療法批判をめぐる	94
第1節	生活療法体制下の病棟運営	95

1-1	生活療法の体系化と看護.....	95
1-2	生活療法の普及と停滞.....	95
第2節	精神医療改革運動と藤沢敏雄の生活療法批判.....	96
第3節	生活療法批判は精神病院でどのように受けとめられたのか.....	98
3-1	三重県立高茶屋病院.....	99
3-2	国立武蔵療養所.....	99
3-3	民間精神病院.....	101
第8章	看護者の精神医療改革.....	104
第1節	病棟の開放化——矢野真二.....	104
第2節	地域と精神病院の協力体制の構築——「ふあっと」金山千夜子、矢田朱美..	107
終章	.....	112
第1節	本研究の意義.....	112
第2節	今後の課題——認知症患者の増加.....	114
注	.....	117
文献	.....	136
年表	.....	147



## 序章

### 第1節 本研究の前提

#### 1-1 先行研究と本研究が取り上げる時期について

本研究が取り上げるのは、1960年代末のわが国の精神医療改革運動とその時期の看護者の動向である。まず、わが国の精神医療史が、その変遷を一口で説明できるものではないほど多面的であることは自明である。「精神医療史」に関する文献は多数あるものの、多くは精神医療の中でも細分化されるかたちで執筆されている。たとえば「法制度」に限定した広田伊蘇夫の『立法百年史』（2004年）、精神医療行政史としての精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会による『精神保健福祉行政のあゆみ』（2000年）、治療史として八木剛平・田辺英の『日本精神病治療史』（2002年）、また問題テーマに沿うかたちでまとめたものとして、精神医療改革運動における社会復帰論をまとめた浅野弘毅の『精神医療論争史』（2000年）、長期入院問題に関する古屋龍太の『精神科病院脱施設化論』（2015年）等である。その他、『松沢病院九〇年略史稿』（1972年）、『国立療養所史（精神）』（1976年）といった精神病院史や、『日本精神神経学会百年史』（2003年）等各関連学会や団体がまとめたそれぞれの学会誌・団体史も精神医療との関係を語るものである。それらすべてが膨大な資料に基づいて書かれつつ、精神医療の限定された側面を表すものである。

それら細分化された精神医療史の中でも精神科看護史としてまとめられたものは、いまだ浦野シマによる『日本精神科看護史』（1982年）のみと言ってよい。「一般看護史は書かれているが、その中でも特有な歩みをつづけて来た『精神科看護史』は未踏の地であった」という書き出しで始まるこの看護史は、「かねてから日精看の諸兄姉から『精神科看護史を書いてほしい』という要望があったが、仲々（ママ）かような資料は僅少なため執筆する勇気もわかなかつた」としつつ、資料を要約しながら原始時代から1950年代までを扱っている。この『日本精神科看護史』で中心に描かれているのは明治時代（1868年）から戦前であり、呉秀三の巢鴨病院（松沢病院の前身）改革を含め松沢病院看護史ともいえる内容である。松沢病院が日本の精神医療の最先端としての役割を果たした病院であるとともに、浦野自身が松沢病院の看護婦長を長く務めたことからそうなのだろう。そして浦野は「どうやら終戦後から向精神薬導入迄は大雑把ながら書き得たのであるが、それ以後は著しい精神科医療の進歩発展とともに（……）日精協や日精看の研究・学習活動は隆盛となって『新しい精神科医療体制』確立の方向が示されて明日への光明が大きくさして来たので、それはそれなりに『現代精神科看護史』として別に出版される高い価値があると思うので、これからは前途有望な若き精神科看護の諸兄姉によって、この拙書を踏み台として不足、不備な個所は十分補充されて、改めて立派な総合的な『日本精神科看護史』が編

纂出版されることを呉々もお願いしてやまない次第である」(浦野 1982:1-2) と、精神科看護史としての全体像を描けていないことをのべて、次世代の精神科看護者に後を託した以降もそれは引き継がれてはいない。

そもそもこれら精神医療史であっても看護史であっても、1960年代以降の時期を扱ったものはほとんどない。精神医療史に関する論文を多数発表し、精神科医療史研究会の代表をつとめた岡田靖雄<sup>1</sup>がいる。岡田の『日本精神科医療史』(2002年)では奈良時代から現代までを取り扱っていながら、戦後についての扱いは分量にして44ページ、全体の2割に満たない。内容も「ライシャワー事件」「刑法改正保安処分新設」がほぼすべてであり、1960年代までで終わっている。岡田は、1960年以降のことを書きにくい理由として「それぞれの歴史的評価が定まっていなくて、またご存命の方や没後間もない方の名をあげてのズバリ評価が困難なこと、また自分も関与した出来事については自分の感情的評価をめぐいがたい」のだとのべている(岡田 2002: 263)。岡田は精神医療史家であり、また精神科医師として戦後精神科医療にかかわった立場であるが、戦後から現在に近いことながらについては、いまだそのしがらみや癍痕が残っているのであり、残らざるをえないような出来事がこの時期にあった。

岡田が書けないこととは、すなわち岡田自身も関与した1970年代以降の精神医療改革運動期のことであろう。1969年の日本精神神経学会金沢学会以降、わが国の精神医療に改革運動のうねりがおこった(第5章)。多くの批判や告発、論争がおこり、新たな精神医療が模索され、従来の精神医療体制と体制を支えた人たちが批判され、突き上げられる混乱があった。これらのことを岡田は精神医療史としては書いていない。

「精神医療の改革運動は、時期で言うたら金沢学会から精神保健法が出来るまでやね」と京大・改革派であった精神科医の中山宏太郎はインタビューでのべた。それは1969年の日本精神神経学会金沢学会から1987年の精神保健法制定までを指している。日本精神神経学会がまとめた『日本精神神経学会百年史』の「第1章 沿革——日本精神神経学会の歴史」では、ライシャワー事件後の精神衛生法改正と、宇都宮病院事件後の精神保健法制定までの間に「金沢総会(1969年)」の項が設けられている。続く「第2章 総会史」においても、金沢学会を境に時代が区切られている。法律の変遷には直接関係しなかったとはいえ、日本精神神経学会という精神科医の主要な学会において、1969年の金沢学会での出来事は大きな意味を持ったのである。

金沢学会を機に、戦後確立された精神医療体制を批判する改革運動がおこったことは先にのべたが、金沢学会は精神医療のターニングポイントとされる。金沢学会では、1960年代の政治闘争、労働運動、学生運動を背景に、若手精神科医師が中心となって従来精神医療への批判が呈された。そして精神医学を主導してきた大学医学部精神医学講座の教授であり精神神経学会理事たちが批判の矢面に立たされ、金沢学会では議論が紛糾したのち、従来の理事たちが退任させられることとなった。これ以降、先の中山ら改革派若手医師らによって、次々と精神医療の問題提起がなされてゆくことになった。よって本研究がとり



あげる時代の範囲とするのは、戦後から 1980 年代である。1969 年の日本精神神経学会金沢大会（以下、金沢学会）を機に、精神医療改革運動が当の医療従事者たちによって展開されてきたことを知っておく必要があると思う。

### 1-2 金沢学会以降の出来事

金沢学会以降、精神医療改革としてどのようなことがあったのか。金沢学会での議論の詳細は 5 章でのべるが、金沢学会からの約 20 年間に何があったのだろうか。精神医療改革運動の要であった日本精神神経学会で取り上げられたものを中心としたものを列挙すると、京都・十全会病院他劣悪病院の告発（1970 年）、保安処分に反対する決議（1971 年）、台弘教授による過去のロボトミーを「人体実験」として告発（1971 年）し、「人体実験批判」を決議（1973 年）、精神外科を否定する決議（1974 年）、烏山病院の松島・野村医師らの解雇を不当とする烏山共闘会議を結成しての裁判闘争開始（1971 年）、作業療法点数化に反対（1975 年）、通信および面会の自由に関する決議（1975 年）などがある。

また、マスコミにおいては、大熊一夫朝日新聞記者による、精神病院潜入ルポ「ルポ・精神病棟」連載が反響を呼び、高杉晋吾による『頭脳支配——おそるべき精神医療の実態』（1971 年）、『差別構造の解体へ——保安処分とファシズム〈医〉思想』（1972 年）、『日本の人体実験』（1973 年）等が相次いで発刊され、精神医療の内情と精神病院内の劣悪な環境が明るみになり、社会問題化した。

改革運動は市民運動とも協働し、保安処分新設・刑法改正に反対する百人委員会が結成（1974 年）、精神障害当事者の全国「精神病」者集団の結成（1974 年）、京都精神医療労働者協議会（精労協）の発足（1974 年）、死刑囚・赤堀さんと共にたたかう会発足（1974 年）、と 1970 年代前半にそれまでの精神医療をめぐり一斉に問題が提起され、精神医療が批判された。この改革運動の動きは 1970 年代中盤よりやや鎮静するが、その後も精神障害者による事件が起こるたびに主張される保安処分新設への反対運動や、後を絶たない精神病院の不祥事事件の告発、精神障害者の中間施設設置への反対など運動が展開される。

以上に見たように、戦後、精神医療は壊滅的状态から再興する一方、すでにこの間の戦後 25 年の中でたまった膿を吐き出す作業が続けられた。このことは、たった 25 年のあいだに精神医療体制が様々な問題を内包した形で確立したという事実を含んでいる。

### 1-3 精神病床が増えて維持された時期

では、その日本精神神経学会金沢学会以前にさかのぼる。戦後 1945 年から 1960 年代末年までの精神医療体制が確立されてゆく過程は何があったのか。法律の面で言えば、それまでの精神病患者監護法と精神病院法が「内容が古く時代の進展にそぐわない」として 1950 年に精神衛生法に改正され、それが 1964 年にはライシャワー事件を機に一部改正された、

となる。しかし、法規外での大きな特徴は、端的に言えば「精神病院を作りすぎた」ということに他ならない。その詳細は第 1 章でのべるが、政府が誘導して諸外国の脱施設化の流れに反して精神病床を増やし続けたのである。終戦時の 1945 年に 3,995 床、1953 年に 28,000 床であった精神病床数が 1970 年までに急激に増床し 247,000 床となり、さらに 1991 年には 360,000 床にまで達した（厚生大臣官房統計調査部、『病院報告』）。むろん終戦時は不足した精神医療体制の整備が必要であった。しかしその後の諸外国に例を見ない増床は、それだけ入院の必要な精神障害者が急激に発生したという事情があるわけではない。増床の背景には、政府の経済政策の目的があった（長谷川編 2013: 156-157）。

過剰に作りすぎた精神病院のもと、精神医療は隔離・収容主義に傾き、患者は長期に精神病院で暮らすことになった。精神医療改革派も、改革派に批判された側も同様に、過剰な隔離収容は人権問題であり解消すべき問題であると言ひ、患者の社会復帰を精神医療の目標としながらも、結果的に見てその病床数は今日にいたってもほとんど減ってはいない<sup>2</sup>。

## 第 2 節 本研究の問題関心

精神病院の過剰設置が問題とされながらもそれが維持された要因には何があったのだろうか。1990 年代末、筆者も精神病棟の退院支援の中で「どうぞこの子を死ぬまでおいてやってください。入院の時院長と約束したんですから」と年老いた両親から深々と頭を下げて困惑したことがある。「今はもうそんな時代ではないんです」と何度も説明したが聞き入れてもらえなかった。このようなことは何度もあった。精神病院と病床数が過剰であると指摘されながらも、いったん入院すると社会復帰が進まず、入院が長期化する要因は様々あった。家族の都合や受け入れる福祉資源の少なさや、地域の偏見や無理解、経済的困窮などが理由とされた。他に、圧倒的多数の民間精神病院が容易に経営できるよう、建築設置費の低金利政策、精神科の職員は一般科より少なくてもよいとし経営を容易にした精神科特例や、「経済措置」とも呼ばれた措置入院制度など、政府の政策が 30 万床を超える精神病床数を「回転」させ維持することを助けたのだとされる。または、精神障害者は何をするのかわからないという偏見や危険視のために、隔離収容を地域社会から要請されるということも指摘された。ここまでは通説である。

しかし、それらの指摘は精神病院を取り巻く社会の側の事情をのべたものである。そこでは精神病院内部の日常がどのように運営されているのかについては焦点が合わされることはなかった。すなわち急増した精神病院を内から支え、病院運営を維持してきた側のあり方であり、多くの精神病院職員のことを指すが、本研究では特に職員の中でも多数を占めた看護者に着目する。大阪府立中宮病院の医師であった長田は「わが国の精神病院医療の中心を担っているのは看護者である。決して精神科医や精神医学ではない。これは 20 年にわたる現場を通しての私の認識で、ますますその感を強くしている（長田 1985: 17）」と言い切る。

看護者は数からみて精神病院に従事する職種の全体において6割を占める多数派であり、患者に直接接する時間も長い。精神病院の日常の運営を担っていたのは長田のいうように看護者によることは間違いない。30 数万人の入院患者の生活と治療の全般にかかわるといふ日常業務を通して看護者もまた、増え続け、減ることなく精神病院に居続けてきた。そのように考えれば、医師とともに看護者もまた、1970年代以降さまざまに提起された精神医療の問題に関与してきたのだし責任もあるはずである。しかし、日本の精神医療状況や現状、精神医療改革運動の主張に対し、看護者が看護組織として主張したことはあったのか、あるいはなかったのかも明確にされていない。

精神病院が増え、治療法が変わり、世論から注目を集める事件や問題が明るみになされるなど戦後の精神医療のあり方が大きく揺さぶられ変化にさらされるなかにあつて、精神病院の維持と運営はどのようになされたのかを明らかにしておく必要がある。そもそもこの時期の精神病院の内部はどのような状況であつたのか。その中で病院の日常運営を担つた看護者は、何をよりどころにしながら従事していたのか。看護者たちの実践は、患者治療と療養の場——後にさまざまな問題が指摘されたが——である精神病院と精神医療を支えることにつながるものであつた。

### 第3節 本論文の構成と研究方法

第1章は、本論文の前史である戦後から精神医療改革運動がおこる1960年末までの精神医療の流れをのべる。これ以降の出来事をのべるにあたり、精神医療が形作られた時期の、精神病床数増加に関しては厚生省の『病院報告』の統計を中心に概観する。終戦直後は国民の衛生状態改善のために、医療制度の整備が急がれ、無論精神科医療も再興の対象であつた。しかし、日本の精神医療の特徴的な事象はそれより後、1960年代の精神病床増床政策にある。高度経済成長を背景に、精神病床の過剰設置という今日につながる日本特有の精神医療体制が形作られた。これらについては1980年代以降になって分析された文献をもとに終戦後から精神病床数が急増する「精神病院ブーム」が起こる1960年までの歴史を追いながら、その後の精神医療改革運動で批判される事柄の潜行を確認する。

第2章では、戦後、精神科看護者が組織化してゆく過程を明らかにする。精神科看護者が置かれた状況は特殊であつた。男性看護者と無資格看護者が多かつたためである。戦後GHQ主導の看護政策整備の中で男性看護者や無資格看護者のことは考慮されていなかった。そのため男性、無資格、精神科勤務の看護者らが自分たちの身分確保のために「全日本看護人協会」として組織化し、看護教育と資格取得の道を獲得しようとした。教育と資格による身分保障が、看護技術を底上げし良い看護を行うことができ、それが患者回復につながることも考えられていた。一方、同じ看護者団体である日本看護協会が同時期に結成されており、全日本看護人協会とも関係が生じる。この全日本看護人協会と日本看護協会との協働や関係を併せ、精神科看護の専門性と身分獲得への取り組みを明らかにする。日

本精神科看護技術協会（現：日本精神科看護協会）のニューズレターである『日精看ニュース』、『日本看護協会史』第1, 2, 3巻、『厚生省五十年史』を中心に、それぞれの立場を確認しながらその攻防を記述する。

第3章では、精神病院内部での看護活動の状況を記述する。本研究ではこの時期普及し、精神科看護として取り組まれた「生活療法」に焦点を当て、看護者たちの生活療法実践や工夫について看護研究から記述する。生活療法が精神病院と精神医療体制を支える重要な要素であったためである。しかし、現場で働く看護者たちが、その看護活動の実践や主張を書き残したものは、医師に比べると圧倒的に少ない。ここで使用した1953年からの『関東・甲信越地区看護研究誌』というガリ版刷りの研究論文集は、もう他に残っていないだろうというとりわけ稀少な資料といえ、廃棄処分寸前であったところ入手することができたものである。また他の多くの文献のように医師ではなく、看護者によって生活療法の実践が率直に語られているという点でも貴重といえる。この文献から看護者の生活療法実践の具体的な様子を明らかにする。そしてこれらから生活療法が戦後にどのような経緯のもとに生まれ、全国の精神病院に普及し、取り組まれたのかを記述する。第4章から6章では、日本精神神経学会誌と精神医療改革運動に関与した医師——望む望まないにかかわらず——らによる文献資料を中心に、精神医療改革運動にいたる経過から、運動が展開されたのちに迎えた停滞期についてのべることになる。精神医療改革運動の引き金は、1969年の日本精神神経学会金沢学会の紛糾であるが、これは突然起こったわけではない。発端は、専門医・認定医制度導入問題にあった。第4章では日本精神神経学会金沢学会にいたる経緯として、この専門医・認定医制度問題と、若手精神科医達が当時の政治問題と精神医療との関連を問題視したことにふれる。専門医・認定医制度では、看護者と同様に教育や資格が取り上げられたのだが、医師と看護者らの問題意識と運動へと発展した経緯は大きく異なった。専門医・認定医制度問題は、それが精神医療に及ぼす影響——医師間のヒエラルキー構造と、患者や医療従事者を含めた精神医療の支配構造——という視点から議論され、単に医師の教育・制度問題としてではなく、現状の精神医療体制全体への問題提起であった。当時の学生運動の過熱を背景にしていたこともあり、大学立法や健康保険改革とも併せて議論された。精神医療改革派らは、戦後精神医療体制の「ゆがみ」をどのように捉え、批判の俎上にのせたのかをのべる。

第5章では、金沢学会での問題提起と議論を記述する。金沢学会はその後の精神医療改革運動の始まりであるとともに、その時点での精神医療が抱えていた問題が集約されていた。これを確認し、同時期の精神医療福祉関連学会の動向、そして金沢学会以降の精神医療改革の展開をのべる。

しかし、精神医療改革運動は1970年代半ばから停滞も生じた。その時に改革派が参照したのが、欧米の反精神医学の思想であった。そこで第6章ではまず1節で反精神医学運動を概説したのち、日本の改革派が反精神医学から何を見出そうとしたのかを考察する。日本精神神経学会は1975年の学会で反精神医学の旗手であるT. サズとD. クーパーをシン

ポジウムに招聘する。二人の来日に焦点をあて、欧米で生まれた反精神医学の思想と取り組みについて、日本の精神科医達は何を取り入れようとしたのか、そして反精神医学や来日した二人の主張の実際の受け止め方と、その後の医療活動への影響についてのべる。

次に、3節で保安処分に対する看護者の意識について取り上げる。保安処分新設問題は、精神医療改革運動の中で主軸ともいえる重要な問題であり続けた。改革派医師らだけでなく、法曹界、世論においても非常に関心が持たれ、市民運動も活発になったが、精神科看護者のアンケート（日本精神科看護協会）ではほとんど無関心と行ってよい結果であったことが『日精看ニュース』から読み取れる。ここからは、改革運動との温度差があったことがわかる。保安処分問題に象徴されるように、一般的な看護者にとって、精神医療改革運動とは一定の距離があったことをのべる。

そして第7章と8章で、精神科看護者と精神医療改革運動との関係を考察する。精神医療改革運動において、「精神科看護」と同義に扱われ、また看護者が熱心に取り組んだ「生活療法」が批判された。この批判を看護者はどのように受け止めたのか。資料は、医師らの論文が残る国立武蔵療養所と各地の病院が残しているそれぞれの病院史の中から、当時の生活療法批判を振り返る記述を残している三重県立高茶屋病院を参照する。しかし、多数を占める民間病院のものは収集することができず、民間病院で看護者として従事していた矢野真二、金山千夜子にインタビューを行った。そこからは批判派の論点と看護者の実際の受け止め方にズレがあったこと、そして改革派医師らとは違う看護者としての「改革」があったことを二人のインタビューから記していく。看護者として精神病院の開放医療に取り組んだ矢野真二、地域医療に取り組んだ金山千夜子および矢田朱美から「看護者としての精神医療改革」のありようの例をのべる。

以上の手続きから、戦後の精神医療動乱期の議論を、医師と看護者の視点から整理検討する。精神医療改革運動については現在も多くの評価がなされているが、精神病院運営を担った看護者の動向に焦点が当たるとはなかった。そこで本研究では、看護者の活動と動向を加え記述する。

なお、本研究において用いる「改革派医師」「改革派」とは、従来の精神医療体制と体制を担ってきた学会理事や、大学医学部教授らを批判し、精神医療を変えていこうとした側の若手精神科医達のことを指している。本稿では、1965年以降にインターン制度、認定医・専門医制度に反対し、日本精神神経学会金沢学会以降、従来の精神医療体制とその体制を支えているとして国や社会のあり方を批判し、保安処分新設反対、精神外科の否定、精神病院の不祥事事件の告発、島田事件で死刑判決を受けた赤堀氏の支援、烏山病院闘争、生活療法批判、東大赤レンガ病棟の運営などを展開した側の医師らのことである。また、この「改革派医師」らに批判される側の代表として秋元波留夫、臺弘がいる。秋元も臺も、ともに「従来正統医学」と改革派がよぶ生物学的精神医学を軽視しない立場にたつ。他方地域リハビリテーションを志向し作業所活動の展開に取り組むなど、その意味では従来の

精神医学と精神医療の発展を目指したという意味で改革派であったともいえる。しかし秋元も臺もともに日本精神神経学会理事長と、東大医学部精神医学教室の教授を務め、従来精神医療体制を支えてきた側であり、その頂点にたつ者として批判される側であった。よって本研究では秋元や臺は「改革派医師に批判される側」と位置付けている。

また、文献引用において小沢勲と小澤勲、または台弘と臺弘は同一人物であるが、本研究では出典先の表記に従い、統一していない。

## 第1章 戦後復興期の精神医療事情

### 第1節 戦後日本の精神医療事情

#### 1-1 戦後の法整備と精神衛生法の制定

1940年に全国で23,555床あったとされる精神病床は、戦争の災禍で1945年には3,995床にまで減少する（病院報告）。残った病院では、終戦直後は食糧不足による栄養失調や餓死が戦時中よりむしろ過酷であったという。府立松沢病院（現：都立松沢病院）では

精神病院在院患者が受けた最も大きな苦しみは、食糧不足であった。院内作業治療による若干の農畜生産物のほかは、患者たちは真正直に政府の配給計画に従わねばならなかった。その大半の運命は飢餓—栄養失調—死の転帰であった（江副・台 1958: 991）

という。全国的に精神医療の設備や資材が不足していた。インシュリン療法に使うインシュリンや低血糖からの回復に使う砂糖、持続睡眠療法等の治療に使う薬剤や、食糧や衣類等、日常生活用品が一応まかなえるようになるのに数年を要した。もちろん物質の不足だけではない。多くの精神医療従事者も戦争の犠牲となり従事者も少なかった。そのような状況から徐々に戦後の復興を遂げるにしがたい精神医療も復興してゆくことになる。

敗戦後、政府は国民の困窮する生活の対策として、1946年に生活保護法、1947年に労働基準法と失業保険法、健康保険法改正と法整備を順次進めた。同時に戦後劣悪となった国民の衛生状態を改善するために医療供給体制を整える必要があった<sup>3</sup>。医師や看護婦等医療に従事する人材の育成と確保も必要とした。1948年は医療法ならびに医師法、保健婦助産婦看護婦法等をまとめ直した。精神医療に関しては「GHQの示唆のもと政府は1947年に医療制度審査議会に対し『医療機関』の整備、改善方策を諮問し、医療制度審査会は『医療機関の整備改善方策』を1948年5月に答申を出した<sup>4</sup>」（番匠谷 2013: 141）。『医療機関の整備改善方策』に「結核療養所とらい療養所は国営に、精神病院は将来国営とする」との一文があった。これに危機感をもった私立精神病院は、翌1949年に「日本精神病院協会<sup>5</sup>」を設立する。協会内に法令研究委員会<sup>6</sup>を設置し、「精神衛生法（案）」が1950年4月に参議院および衆議院厚生委員会で提案された（精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編 2000: 616-617）。これが旧二法といわれる1900年公布の精神病患者監護法と1919年公布の精神病院法を廃止し、それに替わる「精神衛生法」の原案である。「（仮案）精神衛生法」はその提案理由として、旧来の精神病患者監護法を「座敷牢の制度を特定の者について合法化したもの」と批判する。そして精神病院法は「精神病院を府県に設置し、犯罪傾向のある精神病患者、身寄りのない精神病患者を先ず収容する」ものといい、現実として府県立の精神病院設置は進んでおらず、諸外国に比べて人口に対する精神科ベッド数が少ない状況で

あるために結局『座敷牢』収容で対応せざるを得ない医療の現状であることを挙げている。そして(1)従来の精神病患者だけではなく精神薄弱者と精神病質者も対象に加え、(2)精神病院法で進まなかった私宅監置の廃止をすすめ、病院に収容する。そのため精神病院の設置を都道府県に義務付けた。また経済的困窮な者に対しては国家が費用の二分の一を補助する、(3)医療保護が必要な患者に関する通報を義務付ける、(4)精神衛生鑑定医制度の導入、(5)精神衛生相談所を設置。自宅療養の患者へ巡回指導を行う、(6)精神衛生審議会を設置するなどが盛り込まれた精神衛生法が1950年に制定された。

## 1-2 精神病院数・病床数の増加と措置入院問題

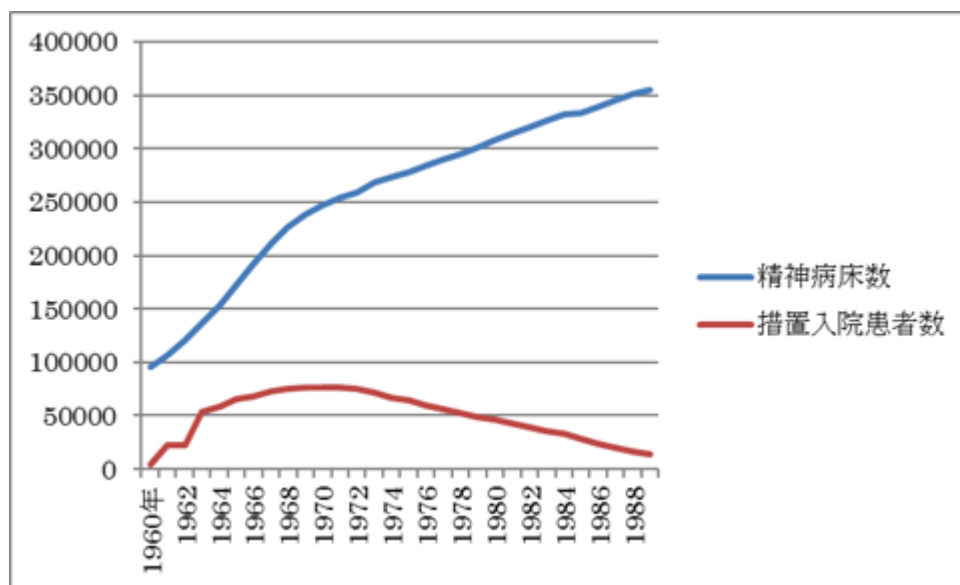
精神医療に関わるものとしては、精神衛生法と同じ1950年に改正された医療法により、民間医療機関は税優遇措置を受け、さらに1960年に医療機関への低金利融資政策がとられたこと、1961年の措置入院費用の国庫負担引き上げ(1/2から8/10)、1961年の国民皆保険による医療需要の増大、医師や看護者の人数を一般病院より少なくして良い、いわゆる「精神科特例」等、次々と医療制度政策が敷かれ、国費が投入された。これらによって、1960年代から民間精神病院と病床は急激に増加する(広田2007: 51-52, 仲2010: 278, 山下1985)。民間精神病院の急激な増床は、諸外国にみられない過剰な人口比ベッド数となり、その後の精神障害者の長期にわたる隔離収容と、社会的入院を大量に生み出す構造を支え、今日まで綿々と続くことになった。こうして、民間精神病院が急増する一方、国公立の精神病院の設置はほとんど進まず、精神病院のおよそ9割を民間精神病院が占めるという構成になった。

精神病院と病床の急増で問題視されるのがまず措置入院である。急増する精神病床を「埋める」ために措置入院制度が利用された。措置入院とは、自傷他害のおそれのある精神障害者を鑑定医2人以上の鑑定をもって、本人や家族の同意がなくても都道府県知事の権限で指定精神病院へ入院させることである。本人の入院治療への意思は問われないことから「強制入院」として受け取られ、「精神衛生法の中核をなす」とみる向きもある。しかし、措置入院には本来の目的からはずれた「経済措置」もみられた。患者に「自傷他害のおそれ」がなくても国庫補助が多い措置入院にすると、確実に病院側に医療費が納付されることから「取りはぐれ」が無く、保護義務者も負担が軽くすむシステムである。

このような措置入院のシステムが作られた経緯について、山下剛利は、民間精神病院の経営者で組織された日本精神病院協会が、精神障害者の危険性と治安維持や社会防衛の必要性を唱えたことが発端だと指摘する。「自傷他害のおそれがある」程、病状の重篤な患者が急増することになり、精神障害全般を危険視する風潮を生むことにつながる。多くの「精神病患者」を精神病院に入院させることで民間精神病院は経営が安定する。民間精神病院や病床を増やし、病院経営に有利な国庫補助の増額や整備拡充の低利融資を主張し、国庫補助を受けるための措置入院患者、「経済措置」患者が増え、日本精神病院協会の思惑通り



になったとのべる（山下 1985: 14-15）。措置入院の患者数が 12.3%から 30%台に増え、1970 年には精神衛生関係予算 360 億円のうち 97%が措置入院費用となる。「経済措置」や予算の支えもあって 1960 年、95,000 床だった精神病床は 1965 年には 173,000 床、1970 年には 247,000 床とこのころまでは増加の一途をたどった。



（厚生省 S30～45『病院報告』、S46～63『医療施設調査 病院報告』、構成統計協会 1996 年 『厚生指標 国民医療費の年次推移』より阿部が作成）

また、精神病院が政府の土木建築業の振興政策の一環として多数建築されたのだとする指摘もある。山下（1985）は、「1960 年ごろより経済が不況になり、国の財政投融资資金もそれまでの基幹産業から、産業基盤安定のための道路・港湾等の社会資本形成や、中小企業、農業、住宅等独占資本周辺に移され、医療金融公庫も設置された」と説明する。また措置入院の強化は、社会防衛を第一義的目的としているが、国の経済政策の面からも必要（病院建築による投資拡大）であったと考えられる。この社会防衛政策と経済政策の両者が相まって、精神病院の新・増築ラッシュを迎え、それと同時に、措置入院を軸とする精神衛生法体制が確立されてゆくのである」（山下 1985: 18）とする。次々と精神病院を開院して患者を入院させたのは、単に精神医療の問題のみではなく、政府の経済状況に密接に関わる政策であった。諸外国のように国公立病院主体の精神医療体制であれば、日本の精神医療事情はまた違っていただろう。「崩壊した戦後の精神科医療を自治体立機関の必置義務化で整備しようとした精神衛生法の意図は、地方自治体の財政事情から民間医療機関への依存を余儀なくされ、また『精神病院は将来国営とする』とした 1948 年の医療制度審議会答申も空論と化した」（広田 2007: 51）とされるように、日本の民間病院主体の精神医療体制がもたらした弊害は大きい。仮に国や自治体設置の精神病院が主流であったなら、病院営利を重視せずすみ、医療体制の変革も民間精神病院の反対にあうことなく容易にで

きたかもしれない。その後表面化する精神医療が抱えた長期入院、隔離収容体制、営利目的の精神病院によるあらゆる不祥事、薬づけ過剰治療などの諸問題も起こらなかったかもしれない。

以上から、今日に至る他国にない人口対比精神病院や病床の保持は、端的に政府と日本精神病院協会の思惑によるものと集約されよう。精神科医たちが家族への経済負担を重視し、患者の鑑定が本来の目的から外れて措置入院を支えた。一方、政府の土木経済振興は精神病院建築ブームを誘導したが、当時は指摘されなかった。1970年以降の精神医療改革運動のなかで、社会的入院や営利目的の劣悪な精神病院が問題とされたが、この後、増えた精神病院は問題視されながらも減床することなく維持される。そして精神病院協会が、精神障害者の危険性と治安維持や社会防衛の必要性を唱えたように、厚生省も「自傷・他害のおそれのある精神障害者は、できるだけ措置入院させることによって、社会不安を積極的に除去することを意図した」（衛発第311号；1961年9月11日）という厚生省事務次官通知もあり（広田 2007: 52）「社会不安を積極的に除去する」という精神障害者観・患者観と政策方針は、その後の病床維持と刑法改正問題（保安処分）と密接につながっていた。

## 第2節 精神病院における戦後の精神科治療と療養の様子

戦後の壊滅的な状況から復興してゆくとともに、精神医療にかかわる法整備がなされ、精神病院と病床数、すなわち精神医療の対象として入院患者も急激に増加した。精神医療が激変するこの時期、病院内において治療や看護はどのように行われていたのだろうか。

### 2-1 精神科治療の変遷

戦争被害や地域条件から、病院ごとに治療環境の違いがあった。戦後は食糧の確保に困窮し、栄養失調から多数の餓死者をだした。食糧や日常生活品だけでなく、医療資材や薬剤もまた不足していた。国立武蔵療養所（都市部）の、1945年から一定の安定を取り戻す1950年までの主な治療内容を確認する。

	1945年	1946	1947	1948	1949	1950
年度末入院患者数	239	284	311	316	410	418
電気ショック療法 <sup>8</sup>	5	8	65	120	301	296
インシュリンショック療法 <sup>9</sup>	0	1	9	59	61	107
カルチアズールけいれん療法	—	—	—	10	14	5
持続睡眠療法 <sup>10</sup>	21	35	101	133	111	145
マラリア療法 <sup>11</sup>	10		20	24	24	8

その他発熱療法	10	24	71	61	52	47
ロボットミー手術 <sup>12</sup>	—	—	—	1	18	26
特殊治療数合計	46	81	246	392	581	650

(『国立療養所史 (精神)』「武蔵療養所開設当初の特殊療法件数」P146 より抜粋)

戦後から2年ほど経過した1947年頃、物資や治療環境が安定し、整ってくるにしたがって治療実施件数も増えてくる。ようやく精神科の治療機関の役割を果たせるようになってきた。しかし、岡田(1966: 206-210)によると、インシュリンショック療法は家が農地を手放さなければならぬほど高価であったという。また、低血糖からの回復をはかる砂糖も戦後は手に入れにくかった。特筆すべきは1947年からロボットミー手術が松沢病院で導入され、その後全国の精神病院に普及したことである。「食糧不足のために栄養失調で死亡する患者があいつぎ、見るべき治療法もなく、精神病院は無力感に蔽われていた」(浅野2005: 25)という状況で「治療と言う治療には、何でもいい、すがりつきたい我々の気持ち(…)これが経済的にもインシュリンに比べ我々医師の労力と汗のみで全く費用が要らないという点も、大いにロボットミーの全盛期を迎えた理由であった」(野瀬 1975: 559)とこの時期ロボットミーが流行を見せた。ロボットミーという新たな治療法の導入と普及は、元来の精神医療における治療方法の乏しさと、経済的に困窮する患者や精神病院の影響があった。しかし、ロボットミーの時代は長くは続かなかった。

1960年代以降は、薬物療法の時代が到来した。松沢病院医師の金子嗣郎も「わが国でも吉富製薬がフランスとは独自にクロールプロマジンを開発したが、これは抗がん剤ナイトロミンの副作用(嘔気・嘔吐など)に対抗する薬として研究されたのである(…)昭和30年3月、クロールプロマジン正式に発売」(金子1982: 218)としている。同病院の藤原も「松沢病院においてはじめてクロールプロマジンが試用されたのは昭和30年であり(…)本格的にこれらの薬が使用されたのは、昭和30年後半頃から昭和31年にかけてと考えてよいと思う」(藤原1959: 37)としている。今日の精神医療でも使用されているクロールプロマジンを筆頭に、これ以降精神医療の基本は、各種ショック療法やロボットミーから薬物療法へ移り変わった。一方、別の治療体系としてリハビリテーションも模索された。浅野(2005)によれば、1956年には武蔵療養所の小林八郎が、戦前に行われていたロボットミー手術の後遺症に対する後療法として「生活療法」を提唱した。精神病院の中で慢性化し荒廃した患者に対して行われていた、生活指導(しつけ療法)、レクレーション(あそび療法)、作業療法(はたらき療法)が体系化されたのである。生活療法は、慢性入院患者の日常生活行動の逐一を、病院内で細かく管理し指導するものである。患者が基本的な日常生活習慣や態度を身につけ、社会復帰の手立てとする目的で行われた。生活療法は「1955年からおよそ1965年代にかけての日本の精神病院を特徴づけた」(浅野2005: 33-43)というほど全国的に普及した。生活療法を担ったのは主に看護者たちで、その看護活動に関しては第3章でのべる。

また地域精神医療活動においては、「生活臨床<sup>13</sup>」が展開される。1967年に命名されたそれは、患者の再発予防に重点を置くものである。再発・再入院にいたる前段階として、地域での生活における患者の危機を問題視し、積極的な介入の取り組みとして地域保健婦ら<sup>14</sup>が熱心に取り組んだ（浅野 2005: 56-63、中沢 1992）。

## 2-2 入院患者の生活（終戦直後）

病院内の日常生活はどのようなものであったか。戦後間もない松沢病院の様子は「患者達は空腹を抱え、汚れ（入浴は2カ月に1回位）、在院患者の80パーセントは、寒々と病室の中にくすくすしていた状態であり、真冬でも室内を暖める燃料もなく『陽が照ればホッとします』と石橋婦長を嘆息させた時代であった」（江副・台 1958: 992）という。

松沢病院は、1900年呉秀三の着任を機に精神科作業療法が開始され、草分けとしての伝統を持つ病院であり、戦後は戦前から行なわれていた農業や畜産、土木作業などの長い活動経験が、戦後の窮状をしのぐことにすぐに役立ったようだ。作業療法士の堀切重明は、終戦直後をふり返り「まあ、生きるのが精一杯の時代でした。だから、患者さんも職員も動ける者は、とにかく動く。そして作業治療班に入っている者は、とにかく生活のための作業をしますし、そうでない人も何かしら、病棟の窓の下に、今でいう一坪農園みたいなものを作って、菜っ葉の一株でも作ると、それでなければ飢え時にしてしまう時代でしたからね」（堀切 1990: 443）と当時を振り返る。看護婦の増田はる子も「院内の耕作物を加えてもなお、患者さん看護者ともに、明けても暮れても大豆の主食、とうもろこしのすいとんが続いた。ときおり雑炊が出てもちろん量もみじめ、1日のカロリーは1,260ぐらいに低下した。当然のことながら栄養失調による患者さんの死亡率が高まり、昭和20年度には死亡者数480人。在院者は463名となって定床の半分以下となった。看護婦たちは郷里に帰って栄養補給につとめてはいたが、看護婦たちもしばしば倦怠感を訴え、手足に浮腫がみられることもあった。患者さんたちは、空腹のためことさらとげとげしくなり、また、女性ばかりの集まりのために特に口うるさく、病棟内は餓鬼道さながらの騒々しさだった」（増田 2001: 183）とのべる。焼け残った精神病院は、患者も職員も不十分な配給品のみではまかないきれない日常生活品を補いつつ、栄養失調—餓死と隣り合わせに生き延び、まともに精神科治療に専念できる状況ではなかった。

## 2-3 入院患者の生活（1950～70年）

戦後の混乱期がひととおり落ち着いた1950年、国府台病院（当時は陸軍国府台病院）から国立武蔵療養所に移った看護婦の羽生りつは、当時の様子を次のようにのべている。

昭和25年ごろの精神科の治療は、一部の患者さんに特殊療法としてインシュリンショ

ック療法、持続睡眠療法、電気ショック療法などの治療が用いられ、看護も治療介助のかたわら患者さんの身の回りの世話が主な仕事でした。(…) 当時は激しい亢奮、昏迷、痴呆、無為、閉居の状態を示す患者さんが多く、その厳しさが時には建て物の破壊、破衣（衣服や寝具を細かに破く）、不潔（尿尿を体や床にぬる）行為が多く見られました。怒声、叫び声、けんか、哄笑の中で看護婦を寄せ付けない患者、昏迷、不潔で全身を尿尿で汚す患者に振り回されながらも、看護婦は一人一人にできるだけの世話を続けておりました。

(羽生 1979: 8-9)

『国立療養所史』でも病棟内看護の状況が以下のように記されている。

この頃の看護は、生活指導、レクリエーションのはっきりした呼称もなく、作業を含め、医師不在のまま看護者によって病棟独自に進められ何等体系的なものはなかった。当時は現在のように向精神薬もなく、患者の無為閉居、自閉、好褥、不潔、拒絶、不穏、亢奮、破衣行為、衝動行為、等の精神症状が多く、介助、誘導には精神的にも、肉体的にも常に困難が伴った

(厚生省医務局国立療養所課内国立療養所史研究会編 1976: 247)

1950年代は戦後の混乱はひとまず落ち着いた時期とはいえ、まだ薬物療法のない時代である。今日とは様相の違う激しく対応の困難な症状を呈する患者が多く入院していた。医師も看護婦も不足し、治療介助も効果のある治療法もなく、看護婦が看護活動で生活指導やレクリエーションを独自に行ない、病棟の日常を維持してきた。他にも1956年当時の『看護学雑誌』に「精神科看護法」として国立武蔵療養所の病棟内の様子が2回にわたって写真とともに紹介されている<sup>15</sup>。入院時や妄想患者への対応、インシュリンショックや電撃療法（電気ショック療法）、ロボトミー等などの治療・手術介助マニュアルの他、入浴介助や食事介助の様子、夜勤やカンファレンスなど看護業務の風景が説明つきで掲載されている。ここで最も紙面を割かれて紹介されるのは生活指導やレクリエーション、作業療法であった(羽生・川島 1956a: 73-87, 1956b: 73-87)。

1960年代は、これまでの治療法が各種ショック療法から薬物療法へと移行した時期である<sup>16</sup>。しかし、電気ショック療法も行なわれ、治療内容は混在していた。また、生活療法が体系化され、盛んに取り組まれていた。民間精神病院の急増とともに入院患者数も急増した。第3章でのべることになる生活療法が、この時期に全国精神病院に普及する。

また、1970年に大熊一夫朝日新聞記者による『ルポ・精神病棟』が連載、発表される<sup>17</sup>が、そこで患者の視点で描かれる精神病院内部の非常に劣悪な状況は、すでに1960年代に形成されていた。また、自身の精神病院での生活を描いた小林美代子の『髪の花』が群像新人賞を受賞(1971年)、小林のよびかけに集まった精神障害当事者らが『鉄格子の中から――

精神医療はこれでいいのか』(1974年)に刊行される<sup>18</sup>など、やはり精神病院内の劣悪な環境が当事者の視点から1970年代初頭から語られるようになる。

戦後は、入院患者も職員も食糧を確保し生き延びることに必死であり、まともな治療環境は望めなかった。高度経済成長期に国民の生活再建の法整備とともに医療体制も整備された。精神医療にかかわる精神衛生法の施行、法改正もなされた。急ごしらえの民間精神病院の増築や増床がとられ、多くの患者が収容された。精神医療は戦争によって失われたものを再建するというよりも、精神医療は別の形態に大きく変容し規模も巨大化した。日本の精神医療は、精神障害者が「医療の対象」として精神病院に入院するが、圧倒的多数を占める民間病院のうちでも営利目的に傾く病院もあり、そういった病院内部の環境は劣悪で人権を無視した処遇もみられた。ロボトミーや電気ショック療法などで解決できない患者の治療が薬物治療や生活療法が主流の時代であった。

## 第2章 精神科看護者の教育と資格に関する議論および動向

戦後、精神病院が急増してゆく中で無資格者、特に男性を多く雇用された。一般に女性をイメージする看護婦とは違う、「男性」であり、「無資格」であり、「精神科勤務」という特有の看護者群が精神医療を支えてきたという側面がある。戦後精神病院の実状を理解するにはこれらの看護者の存在と、戦後新しく再構築された看護全般の動向との関係についてふれる必要がある。

### 第1節 戦後看護体制の確立

戦後、厚生省は国民の衛生状態悪化に伴い、急遽医療体制の整備にあたる必要があった。医療体制整備には、急いで数を充足させなければならない医療従事者の問題があり、その中に看護者に関する新たな制度作りも含まれていた。精神科医療の面では、まだこれといった効果のある治療方法が確立されておらず、精神病院での入院患者の療養環境は日常生活を管理することが主目的とならざるをえなかった。その日常生活管理を担うのは看護者であり、看護の役割は大きな位置を占めていた。この精神病院での日常と看護の状況をのべるために、まずこの時代の看護者をめぐる看護界全般の動向をのべる。それは看護者が自らを組織化していく過程であり、医療と社会における看護者の位置づけに関する動きである。

#### 1-1 日本看護協会の設立

富田によると、終戦とともに民主化の波が押し寄せ、1945年末にはすでに507の労働組合が結成され労働運動が盛り上がりを見せていた。医療労働者も労働組合を結成し始め、その中で最も活発に活動したのが日赤病院と国立病院・療養所の医療労働者達であった。その後もこの2団体が医療労働者の運動を牽引してゆくことになる。次いで、この日赤、国立病院・療養所だけでなく、公立、私立病院、開業医、医師達なども組合を組織したが、これらがひとつに団結し1946年4月には全日本医療従業員組合協議会（全医協）となる。また、1948年には全日本国立医療労働組合（全医労）も結成される。これら労働組合活動の中で看護者達も運動をはじめ、1947年5月に国立病院・療養所、全日赤、医療団、鉄道病院、都立病院から看護関係の代表者が集まり、民主化志向の医師達の後押しもあって「新しい看護制度をつくる」として「新看護制度確立委員会」を結成した（富田 1966）。民主化、労働運動の面から看護婦が自分たちの身分や福祉のために運動を始めたのであり、それは戦前までには見られないことであった。

看護者の労働運動が組織化されてゆくと同時に、それとは別に看護婦の職能団体として1946年11月22日「日本産婆看護婦保健婦協会」が設立される。GHQがねらいとした看

護制度改革の中には、看護関係者の身分・業務・教育・資格等に関する新しい法制度の作成があり、その後ろ盾となる看護関係団体を育成するため、GHQがこの日本産婆看護婦保健婦協会結成の指導・後押しをした。看護関係の団体としては、日本にはすでに戦前から「日本産婆会」「帝国看護婦協会」「日本保健婦協会」があり、日本産婆看護婦保健婦協会は、これら3団体を一本化するかたちで結成された。(戦前より、「看護婦(1929年結成)」「助産婦(1927年結成)」「保健師(1941年結成)」の3業種は職能団体としてそれぞれ独立して組織化されており、特に古くから独立して開業の道を歩んでいた産婆達の産婆会は強力であり、産婆達は新組織に連合体のあり方を主張し3業種一本化の道に抵抗し、設立総会には産婆会のほとんどは欠席したという(看護史研究会編 1989: 12、大林 2002)。1946年に1,323人の会員で活動を開始したこの日本産婆看護婦保健婦協会は、1951年6月に「日本看護協会」(以下、日看協)と改称する。その後日看協は現在(2015年)では、会員数約68万人を抱え、看護職としては日本の最大規模かつ、政治的発言力もある組織に発展を遂げた。GHQの看護制度改革では、戦前よりも高い看護教育と看護レベルの向上が目指された。よって、戦前の看護教育で資格取得していた看護婦達は、それまでの知識や技術では認められなくなるため、新しい高レベルの教育や看護技術を習得する必要性が出てきた。日看協について富田は

戦前の看護婦は、日赤や聖路加の看護婦を除けば、高等小学校卒で実地訓練を受けて、看護婦になったものが大部分であったが、新しい看護制度では高校卒後三カ年の教育を受けた大学卒業並みの専門技術者であることが要請された。そこで古い看護婦の大部分は、自らを再教育しなければならなかった。高い技術の修得なしに、地位の向上はあり得なかった。そこで協会は、会員の教育向上を最も重要な目的とした。

(富田 1966: 72-73)

とのべ、GHQの看護制度改革と指導のもとで、日本看護協会が設立されたとしている。

また、日本看護協会は看護婦の教育の向上、地位の向上を計ることを目的とし、そのためにアメリカをはじめとする欧米諸外国の看護や看護制度をとり入れるべく、1948年には4人の留学生をアメリカに送り出している。そして戦時中断絶していた国際看護協会(International Council of Nurses / ICN)に1949年に再加入している。厚生省保険局医務課内における看護課の復活などと併せ、この時期、厚生省は看護制度の改善に積極的に取り組む姿勢を示していたのである。

## 1-2 保健婦助産婦看護婦法の成立

法規の面では、従来、看護婦に関するものとしては、1942年に公布された戦時立法の「国民医療法」のなかに「保健婦規則」「助産婦及び看護婦規則」があった。戦後、GHQ公衆



衛生部局福祉部看護課により看護制度改善として 1947 年 7 月「保健婦助産婦看護婦令」が制定され、従来の保健婦規則と助産婦及び看護婦規則は廃止された。保健婦助産婦看護婦令は、アメリカ並みの看護と看護制度水準に引き上げることを目的としていた。これが、内容をほとんど修正せずに 1948 年に今日まで引き継がれる「保健婦助産婦看護婦法」（以下、保助看法）として制定された。この保助看法の成立は日本の看護界にとって非常に画期的なことと位置づけられている。この法作成に関与した金子光<sup>19</sup>は、

約 60 年の歴史をもつわが国看護の業務がひとえに医業の追従物としての隷属の形をとっていましたが、今回目覚めて看護の業務は、医業と相まって医療を行う、すなわち完全なる協力体としてその独自性を認められたことは、新制度における数項目にわたる革新の中の基盤となる原則的思想であって、最も輝かしいものであると思います

（富田 1966 : 65）

とのべている。看護職の専門医療者としての独立がうたわれ、いいかえれば医師からの独立だともいえるだろう。従来のような医師の従属物としてではなく、看護という専門的な独立した職業として、医師とも「協力体」と対等に位置づけようとした。

この保助看法の特徴は、まず、資格取得までの教育のレベルを上げたことと、そして看護婦を「甲種」と「乙種」に分けたという 2 点が大きい。戦前は看護婦になるには都道府県知事の指定した学校や講習所を卒業し、都道府県知事試験に合格すればよかった。しかし、保助看法では「甲種看護婦」は、「大学」程度という高い教育内容が求められることになり「甲種看護婦は、旧制女学校または新制高等学校卒業した後、文部大臣または厚生大臣の指定した新制大学程度の学校・講習所を卒業し、国家試験に合格した者」と規定された。一方の、「乙種看護婦」は、「文部大臣または厚生大臣の指定した新制高等学校・講習所を卒業した後、都道府県知事試験に合格した者」とされた。乙種看護婦は甲種看護婦より一段教育レベルも基礎学力も低くおかれている。このような看護婦の中でも教育と資格によって階級わけを行ったことが、現在の「看護師」「准看護師」制度のはじまりである。しかし、新制度により従来より高い教育や技術水準を求められることになった戦前からの看護婦たちから不安や動揺、反発もわきおこった。そこで、日本看護協会は、看護婦の地位向上と専門職化、教育の必要性をとき、旧制度の看護婦達に対する具体的な再学習の機会を検討するという、新たな教育体制構築の役割を果たすことになる。いわば政府や GHQ という行政側からの力と、同職者たちの「専門看護職の独立」というかけ声とで、新しい制度を推進していく形がとられたのである。

以上のように、終戦直後から医療制度改革をめぐり看護制度が形作られてきた。看護職はアメリカなどの欧米諸外国の看護水準を目指した。そして看護職の地位向上とその根拠とするための教育の向上を望み取り組んできたのである。従来、看護は女性の仕事とみなされ、医師に従属する役割という位置づけであった。そこからの脱皮をはかるべく高等教

育に裏打ちされた専門性と、その専門職であることを証拠づける資格の獲得は必須であり、看護職はその後もそこにこだわり続けることになるのである。

しかし、この教育や資格の依拠する法である保助看法に、その対象としてこぼれおちてしまう看護者達がいた。それは男性看護者である。男性看護者の多くは精神病院に勤務する看護者であり、そしてこれらの男性看護者の多くはそれまで無資格のまま精神科看護に従事してきた者たちであったことは留意しておきたい。

### 1-3 全日本看護人協会の設立

現在の精神科看護協会の前身である全日本看護人協会結成の経緯について、山崎によるインタビューで精神科看護者の丹野代吉は

終戦後まもなく、GHQの監督下に厚生省医務局が現在の保健婦助産婦看護婦法の草案作りを開始しました。当時国立武蔵療養所の小林八郎医療局長が、男子の看護人についてその草案には何ももられていないという連絡を、国立武蔵療養所の成次和生看護長にしたのです。そこで成次さんが都立松沢病院勤務時代の同僚であった芹香院の篠崎光之介看護長に連絡をし、その後、松沢、武蔵、芹香院、厩橋病院などの看護人たちが中心となって全日本看護人協会が精神科看護人団体として、昭和22年7月15日に国立武蔵療養所の会議室で誕生しました。その時の『全日本看護人協会創立の趣旨』の目的には、看護技術の習得、看護人の社会的地位の向上、相互の親睦を図る、の3点が書いてあります。(山崎 2002:103)

とのべている。また日精看の『協会史』では次のように記されている。

敗戦直後の1946年、GHQ(占領軍)の監督下に、厚生省において新しく看護制度を作る作業がすすめられていたが、その保助看法の草案中には、男子で看護に従事する「看護人」には全くふれられていなかった。このことを知った成次和生氏(国立武蔵療養所看護長)らは厚生省に何度となく接渉(ママ)し、やっと保助看法の最後の条項に「男子足る看護人はこれを準用する」という一項目をいれさせることができたのである。この成次和生氏などの働らきによって「看護人」(名称改正により看護師)がはじめて行政面に登場したのである。

この接渉過程で成次和生氏は職業人としての団結の必要性を痛感、武蔵療養所関根先生、東京都立松沢病院長江副先生(故人、当時副院長)、神奈川県立芹香院長菅先生等のすすめもあって、全看協ののろしをあげたのであった。この呼びかけに大塚志津馬氏(都立松沢病院)らが賛同し、数回の準備会をもち、結成大会となった。結成大会は昭和22年7月15日国立武蔵療養所講堂において、国立武蔵療養所長関根真一先生、神奈川県立

芹香院菅修院長、都立松沢病院医員（当時）江副先生等の来賓、会員、50 数名の参加の下に開かれ、別紙規約、協会役員の決定をみ、全日本看護人協会が発足したのであった。

（日本精神科看護協会編 1979：4-9）

この全日本看護人協会設立には多くの精神科医達関わっていた。丹野は「芹香院の菅院長や松沢病院の江副先生、国立武蔵療養所の関根先生、群馬の厩橋病院の前田先生、千葉大学附属病院の松本先生などは、革命派というか改革派の先生だったですね。（…）医師にもよりますが、全看協の結成に協力的だった医師の先生たちはそうでしたね。むしろそうした先生たちが看護人をそそのかして労働組合<sup>20</sup>をつくらせたといっているかもしれません（山崎 2002: 105）とのべている。また、日看協の大森文子も

成次さんというより武蔵療養所の精神科のお医者さん達たちがそのことを事前に知って、びっくりして成次さんたちに「今度の新しい規則になると仕事ができないよ、厚生省に行って交渉しなければいけないよ」と助言をしたのですよ。それで成次さんたち看護人が驚いて、全日本看護人協会を作ろうということになったと聞いています

（山崎 2004a: 1073）

とのべ、看護者の労働組合の組織化も民主化志向の医師たちの力を借りて行なわれたように、ここでも医師達の助言や後押しを受けた形で看護者が自分たちの身分保障を主な目的に組織化されたことが示されている。

成次はその後何度も厚生省に出向いて交渉するにあたり、武蔵療養所医師の小林八郎に同行してもらい、アドバイスを受けたという（日本精神看護協会編 1979: 216）。これらの医師達の、情報や時々状況を見据えた問題提起やアドバイスがあつて看護者が動けたのであり、このような医師達の存在は非常に大きな役割を果たしたといえるだろう。また医師達の果たした役割は精神科看護では看護者の身分の問題だけではなく、精神科看護教育もそうであった。これらの医師達は、精神科看護の教科書を執筆し、講習会を開くなど教育改革を主導した。このことは、看護者が主体的に教育内容や方法を考えたわけではなかったことを示している。当初は医師の指導によって看護者の組織化や身分保障、教育の向上をすすめることができたのである。

また、この全看協の設立にあたり成次は、保助看法に男子看護人のことについて「男子である看護人についてはこの法律中看護婦又は准看護婦に関する規定を準用する」の文章を入れさせるにとどまったことを「本不意」とながらも、しかしその活動を通して全看協結成の必要性を感じ得たのだと以下のように振り返る。

全国の看護人による職能団体が是非必要である。そしてこの団体によって看護者自身の問題、精神科看護の問題、精神障害者の問題、これ等の諸問題について検討を加え、

運動を推進していかねばならぬことを決意した次第である。そして早速実行に移った。私自身が準備委員長になり、ポケットマネーで葉書を買って、趣旨を印刷して全国の精神病院、看護者諸氏に呼びかけた。いまだ賛同者も少なかったが、事態は急を要するため、昭和 22 年 7 月 15 日、国立武蔵療養所において、ささやかながら、創立大会を開き、ここに全日本看護人協会が誕生したのである。而し当時は会員数も少なく、会費も乏しい、会員は遠隔の地に散っている、病院長は労働組合と混同している等悪条件だらけで、会の運営、組織化等々の問題について大いに苦心したものである

(日本精神科看護協会編 1979: 216-217)

戦後の看護体制作りにおいて GHQ は、産婆、看護婦、保健婦等「すべて」の看護職の一本化を目指したはずであった。しかし、GHQ や日看協側からは全く、全看協のことは眼中に入っていなかったようである。保助看法作成に関与した金子光は、草案作りの統括者であった GHQ のオルト課長<sup>21</sup>の男性看護者についての考えに関し「オルトさんたちの頭の中にもあまり存在していなかったみたいですね。保健婦助産婦看護婦法を作る時にも、男の人の問題というのは議論していないし、話題にもなっていない」「医者は男のもので、看護は女のものだと。だから、その女を中心に規則を作って、例外的に男子の看護人に関しては準用規定でという考え方じゃないでしょうかね」(山崎 2004b: 1190) と答えている。保助看法作成における看護者とは、有資格者であることが前提とされていた。しかし、男性看護者はその前提があてはまらなかった。男性看護者はほとんどすべてが精神病院に従事しており、その男性看護者は無資格者が多かったのである。そもそも看護の資格をとろうにも男性を受け入れる看護学校そのものが少なかった。

では、無資格の看護者はどのくらいいたのだろうか。しかし、これはあまり明確にされていない。厚生省の『医療施設調査』では、1951 年の精神病院の医療従事者は医師 458 人、助産婦 3 人、看護婦 1,453 人、看護人 807 人、看護助手 918 人、その他無資格者 1,195 人とされている。助産師を含め有資格の看護者は 2,263 人。しかし無資格者については明確ではないのである。たしかに「看護補助」とされている業種は明らかに無資格の看護者である。しかし「その他」とされている業種の内容が不明である。この「その他」の 1,195 人の中には、事務員やボイラー、給食など明らかに看護とは切り離せる職員の他に、レクレーション担当、作業指導員など、肩書や名称は多様なまま患者に直接接し、指導する等の従事者もいたと推測される。ようするに「その他」のなかに「看護助手」と「事務や給食係等」が混合されている可能性がある。

ただ、ここで明確に出来ないという背景は裏返せば、精神病院に多数勤務していた無資格の男性看護者は、看護者全般の中においてはその肩書も仕事内容も定かでなく位置づけもあいまいであったのであり、看護界の中でも「看護者」として認められていない存在だったということだろう。

#### 1-4 男性「看護人」の位置づけ

そもそも精神病院に勤務する男性は、看護というよりも「用心棒」「見張り役」などの役割を期待されて就職していることが多かった。例えば先の丹野代吉は1941年に「看護人見習い」として「神奈川県警察部衛生課県立芹香院（戦前は精神病院は警察部が管轄しており、精神科看護人の資格も警察部の資格であった）」に就職したが、「精神病院の看護人見習いとして地元の村の半端な人足を雇っていた病院もあるんです。人手を親戚関係で揃えたりして。そうやって人件費を減らすやり方をしている所もあったんですね。そんな素人の人たちだから精神科看護なんて考えられずに、患者さんに対しても見張りや用心棒だったんですね」（山崎 2002: 105）という。同様に1958年に熊本の民間病院に「見習い」として就職した上田博も、男性として求められたことは「院内外での作業やレクリエーションが主でした。（……）無資格の看護人見習いは、患者さんと一緒に遊んだり、その準備や後片付け、作業を手伝って畑仕事をしたりしていました」「病院側は採用者に柔道と野球ができることを期待していました」という。柔道は言うまでもなく「用心棒」として患者が暴れた場合に「力で抑える」ためであり、「野球」はレクリエーションや生活療法での指導のためであろう。

無資格男性が看護要員として精神病院に勤務することはその後も続く。1960年代に東京の民間病院に勤めた矢野眞二も、「どこかの大学の野球部からごっそり就職させていた。彼等は無資格であり、院内で最低の給料しか貰えず、うっぶん晴らしに寮でよく飲んで喧嘩をして暴れていた。『野球ゴロ』と呼ばれていた」とのべている。また筆者が1990年代に勤務した民間精神病棟も30名の看護者のうち、半数の約15名が男性であったが、その15名のうち有資格者は3名で残りの12名は無資格者であった（病棟看護者の半数を占める女性は全員有資格者であった）。精神病院では腕力とレクや作業活動のために男性が求められるということが戦前からずっと続いてきたのである。

そのような「用心棒」として治安的病棟管理の役割を担うことは、容易に患者への暴力に結びつく。1958年に「精神病も精神病院という場所もどんなものなのかまったく知らないまま“田舎のはみ出し者”でもできる仕事」として民間精神病院に就職した大淵誠一は自身の勤務ぶりを次のように回顧する。大淵（1981）は「当時私は何でもゲンコツで解決しようとしていた。いっても分らない人、弱い者いじめする人、陰でこそこそと気のいい人を煽動する人、ボスのような人には徹底して拳骨を見舞い、暴力看護師のレッテルを貼られ患者に嫌われた」。そんな大淵はある日副院長に呼び出される。副院長は院長とは違い、患者をよく回診し、患者に不自然さを見つけると裸にして殴られた跡を必ず見つけた人だったといい、患者の処遇に憂慮する誠意ある医師であったのだろう。この副院長に呼び出され「『打撃療法というのがあるのかどうか・・・』とつぶやかれ、あとは絶句された。これはどうもおかしいぞ、自分のやっていることがどうもいかんらしいとその時はじめて感じた」のだとのべる。患者への暴力が日常的に行なわれ、それに何ら違和を感じることも

なかった様子である。「個人病院においては力は絶対であり、看護師はその力をいつでも発揮できることが要求されていた。それは無知であったとえばそれまでだが、病院管理者である院長はそのことにおいて看護師を重宝し、無知と若さを刺激して患者を抑圧し管理してきた」「権威構造の中で看護師は看護婦にいじめられ、叱咤され、患者を抑圧しその反応の防波堤となるよう教育されていた（大淵 1981：8）」。それは個人の問題というよりも、何の知識もない若者が容易に馴染んでしまう精神病院そのものがもつ空気感であったといえるだろう。

また、「男性の看護師は女性の看護婦にいじめられていた」（大淵 1981：8）との発言から伺えるように、同じ精神科看護者の中でも女性優位の空気もあったようだ。女性はほとんど有資格である看護婦であり、すなわち看護教育を受けた者である。その点、男性は有資格の男性看護人もいたものの看護婦より少なく、無資格者が多かった。男性であればたとえ有資格者である看護人でさえ、「主な仕事は、患者の監視、食事の世話、身の回りの世話だったから、世間の人には看護人のことを見張り人といった存在にしか見なかったのでしょう。看護人の役割は、200 畳位の大広間に置かれた患者が逃げないように、問題行動を起こさないように、といったいわゆる治安維持が目的だった」（山崎 2002：105）とのべている。まして無資格の看護教育を受けていない男性看護助手達は、医学知識の面では素人であるばかりか、「用心棒」「監視役」「野球ゴロ」などとされる役割の粗暴さも、やはり看護教育を受けた看護婦の立場からすれば眉をひそめる類のものであり、一段低く見られていたのだろう<sup>22</sup>。

しかし、「患者から暴力看護人として嫌われていた」という大淵だが「無資格の男性ばかりのせいもあるが、口には出せない悲哀を感じても相談する人としてなかった。このようなとき患者と遊ぶのが一番楽しくストレスの解消になり、皆と何故が共感するものがあったように思う。当時看護師をやっているような男にはどこか共通点があり、患者と近いところにあったような気がする」（大淵 1981：8）とのべる。あくまで看護者側からの見方であるが、患者との相撲大会やドッジボール大会で患者との間で心的交流があったことや、夜勤の際の仮眠で寝過ごしてしまった時に患者がおこしに来てくれたり、毛布をかけてくれたりもしたのだと、暴力関係、治療関係だけではない患者との関わり合いがあり、そこには「患者と近いところにあった」と、精神病院内で低い立場にいることの共感が存在する関係でもあったようだ。

また、無資格のまま入職する看護者は当然のこととして医学的に無知である。無知のまま看護という医療業務に従事させて医療事故は起こらなかったのか、というとかなり危うい状況であったといえる。大淵も電気ショック療法、インシュリンショック療法、持続睡眠療法、発熱療法といった当時の治療に医学知識がないまま従事していたことをのべる。「当時勿論無資格であった私は静注<sup>23</sup>がうまくよく自慢したものだった。急ぐ時は頸静脈にやったこともあった。今考えると恐ろしく、逆に自分ではやらなくなってしまった」「今考えるとありとあらゆる治療が行われ、私自身がそのすべてにかかわっていたことの重大さ

に気がついたのは看護師の資格を取った、ずうっと、ずうっと後であった」(大淵 1981: 6-7)。無資格の男性看護助手たちは、医学知識もないままに、病棟治安と安い看護の人手として要請され、精神医療に従事していたのであった。したがって精神科の看護人や無資格者である男性看護者達にとって、自分たちの地位や身分、教育を保障するために依拠する法律は非常に重要であったといえ、保助看法が女性だけのものではないことを明確にしておく必要があったのである。

このように、日看協にせよ全看協にせよ、看護者の地位向上、身分保障、教育の必要性という設立の点では同じ目的であった。戦後間もないこの時期は、わが国の看護職全体がそのような方向性を持っていた。しかし、女性の有資格者達の組織である日看協と、無資格者であり、精神科看護者であり、男性である全看協は抱える背景も要求内容も違った。全看協の立場では「とにかく看護人の給料は安かったから、何とか生活を安定できる待遇が欲しかった」「社会的地位や待遇などの面では不満があったから、戦後になって自由な時代になって労働組合活動に参加し、看護人の待遇改善に仲間たちと一緒に取り組んでいった。全看協や日精看の活動は精神科看護の教育運動が表立っているけど、背後には戦前からの看護人の抑圧された不満やコンプレックスみたいなものがエネルギーとなっていると思います」(山崎 2002: 105-106) と言い、その改善にかかる熱意や関心はより強いものであったと言えよう。従来、女性の仕事と位置づけられてきた看護という仕事に男性が入っていたこと、そして専門職化が叫ばれる中であって、男性達には教育をうける機会と資格を得る機会が限られた環境下であり、その点で日看協と全看協とは置かれた背景に違いがあった。

### 1-5 日看協と全看協

では日看協と全看協の関係性はどうかであったのだろうか。日看協の前身である「日本産婆看護婦保健婦協会」は1946年、日精看の前身の「全日本看護人協会」は1947年とほぼ同時期に結成され、その結成や活動のおよその目的も同じであったのに、当初は組織としての交流はなかったという。戦後GHQの指導下では、まず国民の生命を守る為に劣悪な衛生状態の改善と、伝染病予防を中心とした公衆衛生的な視野から医療・保健活動が計画・展開されており、日看協もその動きに沿っていた。ゆえにGHQからも日看協からも精神科看護への介入はなかったようだ。日本産婆看護婦保健婦協会の大森文子<sup>24</sup>は山崎のインタビューに「私が看護人の方たちに働きかけなかったのは、お医者さんたちが一生懸命応援していて、全日本看護人協会や日本精神科看護協会の学会に行ってみても、必ずお医者さんがいて挨拶をなさるし終りまでいらっしゃるんです。私も呼ばれていたりしましたけれども、これは邪魔しちゃいけないわと思ったのです。これはこれで伸びるなら伸びてもらいたいと思っておりました」(山崎 2004a: 1073) とのべている。この二つの看護系団体は当初は積極的に関与しあうことはなかったが、1959年9月に日看協と日精看の会合が

持たれ、日精看から看護人の希望者を日看協に入会させてほしいと要望している。そして、1960年から男子である看護人と准看護人も日看協への入会が認められるようになった。

#### 1-6 1950年代の全看協

全看協は発足当初、「会財政の貧困、施設長の無理解等により、組織化はなかなか進展せず、加えて会の性格も親ぼく団体的なものであったため、会員数はなかなかふえなかった（日本精神看護協会 1979: 12）」という。しかし、厚生省主催で全国看護人再教育講習会を開催、1949年の「全看協ニュース」の発行、1951年『看護学雑誌』に成松会長による「看護人」と題した寄稿——看護婦にすら知られていない看護人の職務について——など、看護人と全看協の知名度を高めるべく活動を展開する。そして1952年に、発足当初からの中心議題であった「看護人教育機関に関する件」として厚生省看護課長宛てに次の4点を要請してゆく。

##### ①看護人の養成について

高等看護学院を全国的に共学制にすること。

##### ②准看護人の養成について

准看護人養成所を共学制にする。200床以上の単科精神病院に養成所の設置を認める。看護助手として勤務している者も入学できるようにすること。

##### ③看護人国家試験の新設

高等看護学院に行かずとも、准看護人が5年以上の勤務歴を持ち、精神科看護再教育講習を受講したものに看護人の受験資格を与えること。

##### ④ 准看護人検定試験制度をつくること。

無資格の看護助手が3年以上勤務し、内2年の看護学科及び実地を経た者に受験資格を与える。

これに対する厚生省の回答は不明であるが、これ以降全看協では教育・資格取得問題に議論が費やされ、活動課題の柱として取り組むことになる。しかし、教育と資格が重要であったのは全看協だけではなかった。この時期看護界全体も1951年、甲種看護婦、乙種看護婦をとりやめ、「看護婦」「准看護婦」とすることに変えられた。その際、戦前からの看護婦に対しその既得権を守る為に希望者は無条件で国家免許に切り替えられるようになる等、看護婦資格をめぐる改正が行われていた。また、大森文子によれば「法務省で少年院や刑務所の職員で看護婦資格者を育成したいということになった。1951年の最後の旧制度の看護婦検定試験合格を目指して、少年院で男子入所者の世話をしている若手の教官補2人と、府中刑務所の看守で病気の受刑者の世話をしている3人位を集めて約1カ月の研修をした。皆合格した。（…）戦後初期の間はいろんなルートで看護人資格をとった（山崎



2004a: 1074)」) など、新制度と旧制度のもと看護婦資格をめぐる混沌とした状態であった。全看協では、無資格者が看護人や准看護人として資格を得ることと、すでに准看護人の資格を持つ者が看護人に昇格することの両方を問題の射程としていた。男性を受け入れる看護学校の少なさと、あっても通学の困難さという、男性が看護教育をうける機会の少ない状況も問題であった。資格と教育、この点はその後も全看協から日精看へとうつりかわってもずっと引き継ぐ問題となる。1961年に、日精看事務局長であった鹿島清五郎が1961年12月25日発行の朝日ジャーナル「編集者への手紙」に掲載されたという、「気の毒な看護人助手」と題した無資格者の存在に関しての掲載文を長くなるが抜粋する。

看護人という職業は世間にはあまり知られていないが、看護婦とまったく同じ教育（もっとも産婦人科の実習だけはのぞかれるが）をうけた男子の看護者のことをいい、ほとんどが精神病院に勤務している。正看護人、准看護人というように正、准看があるのは看護婦の場合と同じだが問題は資格のある看護人の下の資格のない、通称、看護人助手、看護人見習いという人たちにある。

この看護人助手は一般の看護婦養成所に入り、都道府県知事の行う試験にパスしない限り、何年勤務しても、職場では一番下位の身分で勤務しなければならないのである。給与は安いといわれる看護婦よりもなお安い給与でがまんしなければならない。もし病院が「基準看護」を施行すれば、かく首か、配置転換は必至という不安定な地位にある。それでいて看護という仕事には、看護人と同じようにあたらなければならない。

資格をとるためには、退職して養成所に入学、2年間通学しなければならない。理解のある病院で夜勤だけの勤務を認めてもらって通学となっても、専門の勉強、職場、家庭生活にそれぞれ気をつかわなければならぬし、身体がもたない。資格をとることは大変なことなのである。そのうえ、官公立の場合、資格をとると給与がさがるという給与表の矛盾にぶつかるのが実情である。だいいち、養成所にしても男子入学を認めるところが少ないのである。

何年かの経験年数、プラス通信教育、夜学、あるいは院内講習会の受講者に検定試験を施行するとかの便法をみとめてほしい。(ママ)と厚生省に陳情したが、看護の質を低下させるということで却下されたままになっている。将来に希望がもてない人達が組合にたよってせめて経済的な小康を得ようとするのも無理のない話ではなかろうか。そして、こうした人々の問題にまで目をむけない限り真の解決にはならない。

(日本精神科看護協会 1961a: 3)

1955年、全看協ではこの中でもとくに無資格者の資格取得問題が中心議題となり、定期総会で議論される。この時約800名の全看協会員のうち半数は無資格者で占められていたため、それは切実であり優先度の高い問題であった。そして翌1956年、無資格者が准看護人の資格を得るべく検定試験の実施を、1747名の署名を持って厚生省に交渉した。これに対

する厚生省からの回答は

- ①看護職は量より質の向上を目標としている。検定試験は考えていない。
- ②しかし、無資格看護者に無関心なわけではない。無資格看護人に対する短期養成、通信教育を立案したが省議で否決されている
- ③夜間学校を年度中に 10 校設立する予定である。

と、日精看提案の検定試験ではなく夜間学校による教育という新たな提案が出される。しかしこの時はちょうど、日本医師会が出した「看護制度改革案」をめぐって看護協会や全医労らが全国規模で反対運動を展開しているさなかであった。そこで全看協は対応を思案する。この時の医師会側が出していた提案とは、

- ①従来の看護婦を「准医師」に、そして准看護婦を「看護婦」とし、看護職の標準を「看護婦」とする
- ②教育は現行規定より容易にする
- ③保助看法に「看護助手」の規定を入れる。その教育は中学卒に 3 カ月程度の教育を行うか、または検定試験によって免許を与える。

というものであった。これに対し、日看協は「医師会が低賃金で安易に得られる看護要員を要望し、容易に看護婦になれるよう制度を改悪しようとしている」と、激しく対立していた。日看協は 11 月には朝日新聞社講堂で、全医労他の関係団体と「看護制度改革反対決起全国大会」を開催する。しかし、全看協はこの問題に関し言及していない。あえて言及しなかったともいえるだろう。全看協としてはむしろ医師会側が出した案の、看護助手の項目、「保助看法に看護助手を入れる」や「検定試験」等の項目は、これまでの主張から現実的にはむしろ採用したい案であったはずである。また、日看協らは「看護助手」を規定に入れることも反対しているが、それでは全看協の無資格者はこれまでと同様に完全にこぼれおちることになってしまう。全看協の立場としてはまずは「資格取得」の道を広げて無資格者を救済しない限り、それら議論の土壌にすら乗れず話にならないのである。であるから全看協としては、まずは「資格取得」を問題とするほうが現実的であった。そして、医師会と日看協らとの議論に乗らなかった全看協は、厚生省の夜間学校の案に対し、

全看協としては対応に苦慮したが、昭和 32 年 2 月 2 日の委員会で、検定試験制度復活の見通しがなく、厚生省もわれわれのこれまでの運動に譲歩して来たことを理由に、方向転換をし、夜間設置に全力を注ぐことになった。

(日本精神科看護協会 1979: 30)

と、無資格者に対しずっと主張してきた検定試験案ではなく夜間教育の道をとる。これで日精看が設立以来、課題としてきた無資格者の看護師（准看護師）資格の問題が一応の決着を見せる。しかし、この時の日本医師会発案の保助看法改正案の議論でみられる日看協の「高度な看護教育を必須とする。現行より教育水準を下げることはいかなる場合も認めない」ことをゆずらない姿勢と、全看協側の「男性が看護教育をうける機会が少ない以上、現実問題として応急措置的にでも資格取得の要件を緩和してほしい」とする要望は以降もずっと対立を続けることになる。

その後全看協は、男性看護者のみとしていた入会要件を女性も認めることにする。「男子のみの団体では真の発展はありえない。精神科看護は男女看護者で行なっているのであるから、男女区別なしの団体につくりなおすべきである（……）また、地域的な研究をやめ、全国的に統一した学会をひらくべきである」とし、1958年より「日本精神科看護協会」（以下、日精看とする）を改称し、職能団体として、そして精神看護の専門学会として新たな組織としてスタートを切ることになる。

## 第2節 日看協、全看協の国政への意欲

1950年代から60年代初頭、安保闘争を背景に医療界でも労組活動が激しさを増し、様々な闘争や医療ストが盛んに行なわれるようになった。1956年には官公私立を問わずすべての医療従事者の労働問題のため、「日本医療労組連絡協議会」（全医労協：限在、日本医療労働組合連合会）が結成された（加盟団体は、全日本国立医療労働組合（全医労）、全日赤従業員組合連合会（全日赤）、国鉄労働組合医療協議会（国鉄医協）、東京都医療従事者組合協議会（都医協）、民医連従業員組合連合会（民従連）、結核予防会従業員組合（予防会従組）、慈恵医大労働組合連合会（慈大労連）、新潟県医療労働組合協議会（新潟県医労協）、全国厚生連従業員組合（厚生連従組））。全医労協は全国の医療労働組合の連絡・協議組織であるが、全国医療労働運動の指導・指令を担う役割でもあった。

看護に関するものとしては、1953年から1961年にわたり「週44時間労働の闘い」（厚生省は1950年、省令第1号において公務員勤務44時間の中で、看護婦のみ勤務の特殊性を理由に48時間制をとっていた。全医労は1953年、人事院の行政措置を要求し、44時間勤務制等の判定を得たが、現実にはそれは実施されなかった。全医労は1960年、総評支援のもとで強力に運動を展開し、1961年に厚生省も44時間勤務の実施に踏み切った（日本看護史研究会 1989: 131）、1956年に日本医師会が提案した看護制度改革への反対運動、1958年の全医労新潟療養所の生理休暇闘争<sup>25</sup>、妊娠制限打破への闘い<sup>26</sup>等が展開された。

「医療労働者の多数を占める看護婦は、低賃金とともに、全寮制度への不満、個人生活干渉の職場での上下関係、結婚・妊娠の制限、奉仕精神で強要される労働強化等、鬱積した苦しみからの開放を求めていた（日本看護史研究会 1989: 130）」という状況があり、こ

の頃からこれらは医療施設で働く看護婦への人権侵害であると主張するようになった。これらの闘争が、1960年、安保反対運動を背景にした「病院スト」「医療スト」へとつながり、賃金ベースアップ、従業員の増員、政府に対し医療保障費の増額等を要求し、ストは東京を皮切りに全国に広がっていった。

一方、このような医療ストや労働運動が激しさを増す中、精神科看護の領域では1958年、全看協は女性看護職者を含め、日本精神科看護協会（以下、日精看とする）となり新たなスタートをきった。この年の会員数は830名。日精看として最初の取り組みは会員の獲得であった。

この度全日本看護人協会は、精神衛生思想普及、看護技術の習得等の目的達成のため、広く男女会員を募る為、発展的に解散し、名称も「日本精神科看護協会」と改め、新しく発足しましたので、何卒、貴施設の看護人、看護婦諸兄姉におかれましては、よろしくご検討の上、御加入下さるようお願いいたします（会費一人1ヶ月、金貳拾円）（……）このような文書活動とともに、役員が夜汽車でかけまわり、病院の当直室に泊めて貰うなどして、各施設めぐりをし、会員獲得の活動をしたが、まだ、学術団体としての実績がなく社会的に信用もえられず、思うようには会員数が伸びなかった。

（日本精神科看護協会編 1979: 44）

日精看は会員獲得活動とともにこの年に厚生省に対し次のような要望書を提出している。

- ①看護人の名称を看護師に改めること
- ②既設准看護学院において共学制をとるよう指示すること
- ③准看護進学コース学院（准看護婦・人の有資格者が、さらに看護婦・人資格の取得のためのコース）を共学にすること

以上3点の要望は、日精看と改組されたものの全看協の時代から引続き、男性看護者に焦点が当てられた要望である。

しかし従来の教育に関するものの他に、ここで名称問題という新たな要望が加わる。『看護人』という職種名は、『人非人』『下人』などの語感につながり、社会的評価も低められる印象が強いとして、栄養士、弁護士などと並ぶ『武士』の『士』に改正させようとの動きは会員の間でかなり根強かった」（鈴木 1979: 193）。看護界全般が地位向上を叫ぶ風潮の中で、その看護界の中でも一段低く見られていた男性達のまづもつての要求であった。しかし日精看としての要求は、身分や教育に関するものだけであり、賃金や労働環境といった労働運動の側面はみられていない。

全国的に病院ストが波及する中で、1961年、日精看は職能団体なのか労働団体なのかという議論がおこる。これに対し事務局長の鹿島清五郎は以下のように回答する。「本協会の性格であるが、精神科看護者の『職業上の利益』を守ることを第一義とする職能団体であり、労働組合の様に、経済的利益を得る為に結集された団体ではない、と云うことをはっ

きり認識すべきである」(日本精神科看護協会 1961b: 1)「社会的地位の向上と云う点で(… …)これを法律的な面——例えば無資格の方が資格を得たり、或いはいや応なしに評価を変える(ママ)得なくなるような実力——看護の技術を向上しようとする点にある訳です。従って研究会、学会等にもっともっと活発にすることによって私どもの技能を磨き評価が変るようによいと云うことでもあります」(日本精神科看護協会 1961d: 1)といい、日精看は労働条件や待遇というよりも、精神科看護技術そのものの向上と、そのための教育と資格が強調され、この点で労働運動や労働組合からは距離をおいた位置に立つことを明確にされる。それは、労働運動は行なわないという方針を明確にしたということでもあった。

一方この時期、日本看護協会(日看協)も設立から約10年を経過しひとつの停滞感があった。富田(1969: 75)は、日看協は「看護婦の地位向上のために努力し、それなりにかなりの成果をあげてきたが、しかしそのわりに看護婦に対する社会的評価は高まらなかった」ことから政治活動に乗り出した。1959年の参院選に看護界代表として日看協の林塩会長を出馬させるがこの時は落選する。そこで日看協では3年後の選挙で林会長を当選させるための政治団体をつくることとなり、「日本看護連盟」(以下、看護連盟とする)を結成する。今日の看護連盟のHPには、以下のようにある。

日本看護協会は、看護職の地位向上・環境を改善するには政治の力が必要であると、創立直後から一貫して、国政の場へ看護の代表を送り続けてきました。看護職と関わりの深い制度・法律をつくったり改正することは、国会議員にしかできないからです。看護協会の目指す施策・制度・法律を実現するために、看護連盟が創設されました。日本看護連盟は、看護職の地位向上・環境改善のために活動を続けています。

(<http://www.kango-renmei.gr.jp/about/history/>)

看護連盟とは日看協の要望を国会で通すことを目的に作られた組織であり、日看協とは今も切り離せない組織である。この看護連盟の働きもあり、1962年には林日看協会長が無所属で再び立候補し、そこで当選。初めて看護団体から国会議員が誕生したのである。

日看協と日精看は発足時にはほとんど関わりはなかったようであるが、次第に懇談会の開催、日精看の学会や研修会には来賓として必ず日看協会長や役員が列席、日精看の機関紙『日本精神科看護協会』の看護協会や看護連盟から寄稿するなど関係はつながるようになっていた。そして日精看は1961年6月の幹事会で林塩氏を推薦することを決定する。「私どもの社会的評価を確立するためには、立法過程にまつところが大きい。その窓口としても是非共看護代表者を、と云うことから、幹事会として決定したのである(……)日精看独自の問題をていき(ママ)し、我々の主張を国会の場に反映しようとしている」(日本精神科看護協会 1961c: 1)と表明している。日精看としては教育制度や名称問題等、日精看の要望を吸い上げ国政で取り上げてもらうべく、その代表が必要であり、それを日看協に

求めたのであった。

資格と教育をめぐるのは、精神科においては看護の領域のみではなく、作業療法士についても問題化され、議論が起こった。次にのべる。

### 第3節 作業療法士資格をめぐる攻防

#### 3-1 リハビリテーションの普及

『厚生省五十年史』によると、戦後、日本は医療技術の進歩とともに1958年に国民健康保険法が改正され、国民皆保険制度が達成されることになった。それにともない、医療の需要が大幅に増加することが見込まれた。1959年、厚生省の諮問機関として「医療制度審査会」が設置され、1963年3月には「医療制度全般についての改善の基本方策」とする答申を行った。ここでは国民の健康の増進という疾病予防的観点から、病後後遺症へのリハビリテーションまでを一連の体系とする新しい医療概念のもと、リハビリテーション関係医療従事者の制度化されていないもの、すなわち理学療法士（PT）、職能療法士（OT）、言語療法士（ST）、難聴訓練士（AT）、弱視訓練士（ORT）等の資格化が提言された（当時、作業療法士の名称をどうするか議論がなされていた）。

ここではPT、OT、リハビリテーションに対する日本語の名づけと、あん摩・鍼灸に従事している視覚障害者の欠格条項のことが大きな問題であったという。この答申を受け、厚生省は1963年5月国立療養所東京病院に附属リハビリテーション学院を設置して理学療法士と作業療法士の養成を開始する<sup>27</sup>（厚生省五十年史編集委員会編 1988: 1018-9）。当時厚生省で精神衛生課の技官であった大谷藤郎は、「リハビリテーションというのが第三の医学ということで、やらなければいけないということになったのです」「あの頃は皆、それほどの知識が無くて、詳しいことを知っている人はいなかった。PT、OTの専門家もいないし、一部のお医者さんが「必要だ、必要だ」といっている程度で（……）PTが大きくいわれて、OTも続いていわれたようですね」「精神科ではだれがいいかということから、江副先生を推した訳です。でも江副先生も近代的科学的なOTをよく知っておられたというよりは、もともと、松沢病院の池を患者さんと掘ったりした加藤普佐次郎という先生の体験的作業療法についてであったのです。そんなにロジカルな西洋的な合理的なOTを知っている人はいなかったのです」（鈴木 1986: 228）とのべている。

医療の専門分化とそれに伴う専門職の養成の必要性は感じられていたものの、OTにせよPTにせよ具体的な専門職像はなかったというのが実情だったのだろう。そして大谷の言葉からは、リハビリテーションの中でOTよりもPTの方が重視されていたことがわかる。厚生省は「理学療法士および作業療法士法案」を作成し1965年第48回国会に提出し「理学療法士および作業療法士法」が成立する<sup>28</sup>。

### 3-2 日精看の「作業療法士国家試験特例措置」をめぐる運動

作業療法は精神科領域での歴史が長い。1900年以降、松沢病院を中心に日本中の精神病院で精神科の看護活動として普及していた。たとえば、1960年の神奈川県立芹香院の『看護基準』は次のように構成されている。

#### 精神病看護について

精神病院に勤務する看護者

精神病看護の心構

#### 第1編 病棟看護

第1章 病棟管理の一般的事項

第2章 生活療法の看護

第3章 それぞれの症状の看護

第4章 特別療法の介助看護

第5章 精神病看護度

#### 第2編 作業看護

#### 第3編 レクレーション看護

第1章 レク療法の一般的事項

第2章 レク看護の要領

第3章 各種レク指導の実際

#### 第4編 手芸看護

第1編を除く2・3・4編が作業療法関係であり、大きな位置づけといえる。この当時これが精神科看護の「基準」であった。精神科看護と作業療法は別物としてではなく、切っても切れないものであった。そしてこの芹香院の看護基準は「精神科看護虎の巻」といわれ、日精看総会では「奪い合い」の売れ行きだったのだという（鈴木 1979: 162）。作業療法は精神科看護の中に位置づけられていたことから、日精看としては作業療法の専門職化に非常に高い関心を持っていた。日精看では、無資格者が作業療法を担っていることが多いことから、このPT・OT資格化と法制化の流れを、無資格者問題を解消するひとつの方策だととらえている。1963年、日精看内に「看護制度・作業療法特別委員会」が設置され、『日精看ニュース』には以下の様に報じられている。

「リハビリテーション学院について」

作業指導員、無資格者をかかえる本会としては全国的にP・Rし、新しい職業分野を開拓すると共に、現在の無資格者が進学問題で悩むと同じ様にO・Tについても問題があるので（たとえば、入学資格は高校卒、年限3年）、この点について経験を加算した便法を

講ずるよう働きかける必要がある。(日本精神科看護協会 1963a: 1)

既従事者に対する特例措置を「有利に勝ち取りたい」と、看護人・准看護人資格に対するのと同様の意欲をみせる。日看協から参議院議員になった林塩に、参議院予算委員会(1964年3月18日)で、精神科看護者の不足、無資格者への対策に併せ、無資格者に作業療法士の特別教育をする意向について質問させている。(日本精神科看護協会 1964b: 2) また、「理学療法士・作業療法士身分制度調査打合わせ会」に精神科領域からただ一人委員として出席している松沢病院の江副勉に以下のように働きかけている。

委員会の正式名称は「O・T P・T 身分制度調査打ちあわせ会」。尚メンバーは文部省、厚生省、外科関係医、精神科からは松沢病院の江副先生だけである。日精看としては現在精神科看護者は推定2万人、その3分の1、6千名が無資格、その中の半数がO・Tを希望するのではないかと思われる。つまり3千名位は作業療法に何らかの意味で従事なり、関心をもっていると思われる。現在の時点では、P・Tの人達と同じ条件を作る様に打ち合わせ会の折、発言して欲しいことを江副先生に話したところ了承してくれた。

(日本精神科看護協会 1963b: 1)

他にも「OT問題特別委員会」として飯田日精看会長、成田OT協会会長、三浦医事課長(厚生省)、他14名の審議員での問答の様子が次のように紹介されている。

「OT問題特別委員会でのやり取り」

——三木会長

日精看のOT受験希望者が2000名を突破しているがこの調査資料について説明してほしい。

——飯田日精看会長

OT法案が国会を通過にともない受験希望者の数を知る必要を感じ各県支部を通じて施設にアンケートを発送し8月22日現在日精看事務局に入った希望者数である。

——三木

診療所に勤めているものも入っているか

——飯田

日精看には現在入っていないので数は入っていない。

——三木

高小卒中卒者もOTの仕事をしているか

——飯田

している

——三木



作業種目としてどんな事をしているのか

——成田 OT 協会会長

私共の行っている種目は大体絵画粘土彫刻、木彫陶器、手芸園芸等である。

——三木

どこの病院でもしているのか

——成田

調査した 146 施設によると作業センターのあるのは 39、ないのは 52 施設です。従って作業センターのある施設はこれらの種目を備えていると思う。

——三木

その種目でどのように教えているか

——成田

これら種目によって情操を豊かにし情緒の安定を計ります。然しこれは全種目に共通したことで種目によって影響の違いはあります。

——三木

作業療法は、社会復帰のための職業訓練を考えているのか。

——成田

種目によって職業訓練につながるものもある。例えば筆（ママ）耕などはそのまま社会に出ても通用します。

——三木

全施設の何%位作業療法をしているか

——飯田

殆ど全施設がしている。全国調査の結果 25%のものが専従に作業指導にあたり、75%のものは看護員が兼務している。

——A 審議員

看護婦不足であるというのに作業療法が出来るのか

——飯田

治療の一つとして実施している。

——A 審議員

看護婦は OT の補助をしているのか

——飯田

OT の主となり療法にあたっている。

——B 審議員

OT 受験希望 2000 名というが本当に OT の仕事をしているのはどれくらいか。

——成田

全国で約 8000 名と思うが実態ははっきりつかめない。

——B 審議員

作業指導員の実数はなぜ解らないのか。

——成田

各地域、施設によって雇用条件が違いそれによって職名も違っており、従ってはっきりした一つの職名のもとに調査しても現段階でははっきりした実数の把握は不可能と思う。

——B 審議員

OT と看護の違いは

——成田

看護は生活療法の中で作業を手段として行い、指導員は社会復帰を目標とすることに違いがあります。

——C 審議員

精薄病院も日精看にはいつているのか

——飯田

精薄専門病院は入っていないが併設した施設は協会に入っている。

——B 審議員

指導員は精神障害の勉強もするのか。

——飯田

もちろん勉強している、でないと指導はできない。

(日本精神科看護協会 1965a: 2)

以上に見たように、日精看は精力的に関係機関に折衝し、作業療法問題に取り組んだ。そして作業療法士国家試験への特例措置は以下のように決定される。

法施行後 5 年間 (1971 年 3 月 31 日まで) の時限付きで、

- ①高卒以上の学歴を有すること
- ②5 年以上の実務経験を有すること
- ③2 ヶ月間の講習会を受講していること

であった。

初の作業療法士国家試験が行われる前年の 1965 年に、日精看のアンケートで受験を希望した者は 2000 名を超えた。しかし、受験者に大きな壁が立ち上がることになる。特例措置要件の「2 ヶ月間の講習会」は、実際には山梨と大阪の 2 か所でしか開催されておらず、実質この要件を満たすことは非常に困難であった。日本精神科看護協会では次のような疑問が呈されている。

「OT 国家試験をうけられるのはわずか? ——大きな『ガン』講習会受講——」

どの希望者も③の 240 時間の講習会が開かれていないので、困りぬいている。PT の方では全国で凡そ 4 か所講習会をひらいているが、OT については (ママ) わずか 2 か所 (山梨、大阪) のみ (……) 1 日 8 時間の講習会をひらくとしても、最低 30 日は要し、毎日

通学が不可能と云う現状から云って、この講習会開催はまず日程的な面から無理だ、と云う関係当事者の気持が支配的であり、本部ではこの情勢打開に苦慮しているのが実情である。(日本精神科看護協会 1965b: 1)

厚生省側は当初より、厚生省として特例措置に対応した講習会は行なわないとのべており、自治体や精神病院、日精看がこの講習会を準備することは期間の短さも加わり大変なことであったようだ。さらに受験希望者は増え 3000 名を超える。

日精看としては全国で約 3000 名の受験希望者があり、日本精神衛生会にその実現のための認定講習会を強く要望したのである (PT・OT 身分制度調査打合せ委員の江副勉が講習会を担当した: 筆者加筆)。そして、この要望が入れられて、昭和 40 年 12 月 15 日、日本精神衛生会の第 1 回 OT カリキュラム委員会が催された。協会としては、この委員会に、小林副会長、鹿島事務局長を派遣して、検討を行い、ようやく第 1 回の国家試験の実施にこぎつけたわけである。(日本精神科看護協会 1964a: 2)

### 3-3 作業療法士資格化が精神看護者に与えた影響

このような日精看の奮闘があったわけであるが、それ以前の作業療法士資格化を推進する際に、精神科領域に関しあまり配慮されていないようにも思えるのである。そもそも、この資格制度導入において精神科領域の作業療法はふたつの点を見て、蚊帳の外におかれた状況に見える。まず「PT・OT 身分制度調査打合せ」に精神科作業療法関係者が 1 名しかメンバーに入っていないことである。1963 年 6 月 2 日に「PT・OT 身分制度調査打合せ」が発足し、委員は座長に砂原茂一(国立療養所東京病院)、以下委員に相沢豊三(慶応大学)、岩原寅猪(慶応大学)、伊藤久次(国立伊東温泉病院)、江副勉(都立松沢病院)、大島良雄(東京大学)、勝沼晴雄(東京大学)、小池文英(整肢療護園)、服部一郎(九州労災病院)、稗田正虎(国立身体障害者更生指導所)、三木威勇治(東京大学)、唄孝一(都立大学)、村上茂利(労働省労働基準局準局長)、福田繁(文部省初等教育局長)、小林行雄(文部省大学学術局長)、大山正(厚生省社会局長)、黒木利克(厚生省児童局長)、尾崎嘉馬(厚生省医務局長)といった 18 名である。法律や行政関係者を除くと 5 名が内科医師、4 名は整形外科医師、公衆衛生とともに精神医師は江副勉(都立松沢病院)ただ 1 名という構成である。この点からも身体障害のリハビリテーションに重きがおかれ、精神科領域の作業療法が重視されていないことがわかる。先の大谷が「PT が大きくいわれ、その次に OT がいわれた」とのべていたように、理学療法に比べると作業療法が、そして作業療法の中でも精神科領域はあまり重視されなかったのではないか。

このことについて鎌倉(2004)も次のように言及している。「厚生省は精神障害者の実態も知り、小林八郎の生活療法も承知していたのだから、そこには何らかの意図がはたらい

ていたと考えざるをえない。これは私の憶測だが、当時の精神科作業療法の実態は新制度の企画者が思い描く新しい作業療法のイメージとはかなり異なっていた。そこであえて精神科作業療法の関係者を避けたのではないか、と思われる」（鎌倉 2004: 1958）。

鎌倉のいう厚生省の意図したものとは何であったのだろうか。『厚生省五十年史（1988: 1038-9）』によると、大正初期から整形外科の領域で肢体不自由児に理学・作業療法が、精神科領域においても作業療法が行われていたことにふれたうえで、「終戦ごろまでの医療は疾病の予防と治療までがその範囲となっていたが、今後は治療から社会復帰にいたるまでの医学的リハビリテーションが重要になる」とされている。精神病患者などの社会復帰が著しく困難であった障害者よりも、医学とリハビリテーション技術の水準があがったことで社会復帰が見込めるようになった身体領域の患者や障害者に焦点があわされたのではないか。また、それが国民健康皆保険導入による医療費上昇への対応につながるが見込まれたのかもしれない。憶測に憶測を重ねることになるためここでとどめるが、精神科作業療法がその歴史の長さや治療法としての実績も重ねているのに関わらず重視されていないことは、1960年代初頭からリハビリテーション領域に従事していた鎌倉も違和感を感じるものであったようだ。

もうひとつは、先述した国家試験の特例措置である。当時松沢病院で作業療法に従事しながら精神科作業療法協会の渉外担当理事であったという堀切は次のようにのべ、無念さを滲ませている。

当時私は、精神科作業療法協会の渉外担当理事をしており、関係官庁をお百度参りしていたんです。その時厚生省のある局長さんがですね、「今までの作業指導員は植木屋さんであり、百姓屋さんだったけれども、これから作る作業療法士というのは、国際的な資格の人たちなんだ。あなた方が外国にいったらペラペラと、研究発表や討論ができますか」という言い方をされました。その時の言葉は今でも耳からはなれないですね。

その中で、特例試験をさせてください、スタートラインだけでも並ばせてくださいと、あそこまで持ち込んだのは日本中の現場の人たちの情熱そのものでしたね。だけど残念ながら3年間の専門教育を受けた人たちとでは、太刀打ちできなかった。本当に一握りの人しか合格できませんでした。（堀切 1990: 445）

実際に、精神科領域で作業療法に従事して来た作業指導員たちにとっては、身体の基礎医学全般をも含む試験範囲で合格することは至難の業であった。1966年、第1回の作業療法士国家試験では受験者は60名であった。日精看で3000人が当初受験を希望したもののそこに辿りつくことも非常に困難なものであったことを物語る。合格者は20名であり、うち5名がリハビリテーション学院の卒業生であったということから、無資格者を含む既従事者が15名であったのだろう。

日精看から第1回の作業療法士国家試験に合格した山口良泰<sup>29</sup>は次のように振り返る。

「第1回 OT 国試に合格して 基礎医学学習の必要を痛感」

第一に感じた事は、今迄の考え方を改めなければならないという事であります。というのは、吾々精神科に働いておる人達は少々もすると今迄行ってきた作業を OT と考え勝ち（ママ）であろうと思います。

作業療法という言葉をも単に作業であると云う業務内容におきかえていたのでは考え方、試験内容から大きくはずれておる様に感じます。OT に望まれるものは、方法論でなくて学問ではないかと思ひます。

吾々は、常に方法論的には論じて来て居りますが、学問的には深く進んで論じた事はあまりないのではないのでしょうか（……）

今迄は療法士ではなく作業の指導員でしかなかったこの様なハンデを持つ吾々精神科の人達にはかなりの努力がなければ合格しないと思ひます。（……）

亦、身体疾患の作業療法については、日頃耳なれないし、実技もしていない。然し吾々は精神科の OT であるといつても始まらないのです。（日本精神科看護協会 1966: 2）

当初、日精看側では准看護婦試験レベルの試験内容を想定していた。この感想を寄せた山口は有資格の「看護人」であり元々基礎医学知識はあった者である。にもかかわらず感想からはかなり戸惑った様子が伺える。であるから無資格者にとってはさらに難しいものであったのだろう。鎌倉は

試験自体は養成校の卒業生が受けるのと同じであり、その範囲は基礎医学、臨床医学の基礎知識から作業療法の知識・技術に及ぶ広いものであった。このため、それまで身体障害領域の作業療法を行なつて来た人たちはともかく、精神科領域のみで伝統的作業療法を行なつて来た人々には、この試験はたいへんな難関として受け止められた。

（鎌倉 2004:58- 59）

という。そうした結果から日精看ら既従事者側から、当初 5 年間とされていた特例期間の延長が要望され、一次は議員立法として成立しかける。しかし日本作業療法士協会、日本理学療法士協会が特例受験の恒久化と、それによる正規教育の軽視と療法士の質の低下を危惧し反対する。また、日本リハビリテーション医学会と日本整形外科学会もこれに加勢したことで、結局 3 年のみ特例期間を追加し、計 8 年で終了することで決着する。しかし、「この抗争は、旧勢力の一部と新勢力の間にある種のしこりを残した。伝統的精神科作業療法の従事者の大部分は作業員または看護者であったが、この人々の中で新しい作業療法士資格を得た者は少数にとどまった<sup>30</sup>からである」（鎌倉 2004:58- 59）という結果に終わった。このようにして「作業療法」においても、無資格の精神科作業療法従事者は看護とも

作業療法とも切りはなされたことになる。

また、身分とは別に職務の内容と分業においても、精神科看護と同義として行なわれてきた作業療法は専門職化したことにより、精神科看護から切りはなされることになった。菅修（1979）は「作業療法」と一口でいうものの、呉秀三以来の作業療法と、新しい作業療法は違うのだという。菅は呉秀三が日本で精神科作業療法を始めた1900年初頭からの流れを「ピネルの流れ」と呼ぶ。すなわち患者を人道的に扱う、「モラルトリートメント<sup>31</sup>」ことこそが精神科治療そのものとした。そして開放医療の中で作業療法を行うことが精神科の治療である、という流れに対し、「リハビリテーション学院での作業療法は第一次、第二次大戦に関連する作業療法」「身体障害の代障行為」として精神科作業療法は別のものと区別している。

また、1966年（昭和41）年、国立武蔵療養所長に就任した秋元は、職員に生活療法の総決算を働きかけた際、“生活指導”は看護に、“その他”は作業療法に還元させた（秋元 1975）。また1968年の日本精神科看護協会10周年で精神病院での作業療法を指導してきた精神科医の関根は、「精神科看護の展望」とする講演で「生活療法が精神医療の枢軸を占めるにいたり、そのため看護者の生活療法に関する役割はきわめて重要となり、またその範囲も拡大発展する傾向にあります。たとえば、最近OT制度が確立され、精神医療の面に大きな役割を演ずるにいたったので、看護者はOTの使命を理解して、OTの協力者となり生活療法の成果をあげられるようにつとめるべきと思います」（浦野 1983: 193）と生活療法を推進するべく看護者と新作業療法士の協力関係を求めている。関根は、秋元のように看護者と作業療法士の職務上の住み分けをはかっている。従来の看護者や作業療法従事者と新しい作業療法士の職務の区分や役割の違いなどは明確にしないまま生活療法の拡充を求めたともいえる。

菅、秋元、関根らは作業療法を推進する立場の医師であり、自分たちの職業範囲が脅かされる立場にはなく、その意味で看護者側からすれば心もとない発言といえ、ことに無資格看護者や作業指導員らにとっては切実な問題であったといえよう。しかし、そもそもこの頃精神病院で盛んに行なわれた生活療法では、生活療法と生活指導、そして作業療法やレクリエーション等を明確に区別しないまま実施していた。そのうえで新たな「作業療法士」という職種が加わって、「これとこれは看護の仕事」「それとあれは作業療法の仕事」、などというような住み分けや職務の配分をすることはそもそも困難であつたらうとも思える。精神医療において、生活療法の専門分化と専門職資格化に関して堀切は、「もうこれで、バトタッチがおわったんだと思いました。医療は資格制度に支えられておりますから、しかたがないのですが、資格のないのはなんとも悔しいのだけれど、私は、そういう人たちの下積みの礎、縁の下の力持ちをしてきたのだと」（堀切 1990: 445）と自身の心の中で折り合いをつけている。鎌倉がのべた「旧勢力と新勢力のしこり」は、職務分業の上でも、感情の上でもその後しばらく残ることになった。

#### 第4節 看護婦国家試験特例措置（社会党案）をめぐる攻防

1967年、准看護婦（人）を看護婦（人）に昇格させる件について、社会党が「看護婦国家試験の受験資格に関する特例法案」を国会に提案するべく、内容が関係団体に提示された（自治労、総評、全医労等も協働していた）。この特例法案は、看護者の半数を占める准看護婦が実質的には看護婦と同じ業務に従事しているにもかかわらず差別的な待遇を受けており、したがって勤務する職場や地域に関係なく国家試験を受験する機会を増やさねばならない緊急の課題だとして、「免許を得た後6年以上（高等学校卒業している者は3年）業務に従事している准看護婦で厚生大臣の指定した養成課程を修了した者は看護婦国家試験を受験することができる」という内容が提示された。

1967年6月19日、この件について参議院会館において研究討論会がもたれている。出席者は大橋■■衆議院議員、広沢■■衆議院議員<sup>32</sup>、藤原道子参議院議員<sup>33</sup>、林塩参議院議員、石本茂参議院議員、金子みつ日看協会長ら日看協役員数十名、社会党政審の尾畑氏、自治労役員、全医労婦人部長、小林二郎日精看副会長他2名の幹事が出席した。日精看の側からみると

日看協は現状に矛盾を感じながら、当分は現行法維持を考えている様な雰囲気を持ち、われわれは、将来に現行法中、特に問題となっている古い准看を正看へ移行させる道を拡大する法の一部改正を長年の懸案である名称改正と共に早急に、今国会に提出すべきであると考え、自治労、全医労も資質の向上は待遇改善からという基本的な考えをもとに、准看の正看への道の拡大を望んでいる。日看協も恵まれなかった古い准看を正看へ昇格させたいという気持はわれわれと同様であるが、認定講習の内容、期間、場所などに疑問と不安をもち私共は国家試験という関門があるのだから、資質の低下が問題にされることはない筈であると訴えたが、この辺がなかなか微妙で妥協点が出ず、藤原議員から、日看協に対し早急に結論をまとめてできれば今国会に政府案として出させたい（この会でまとまった意見が出れば、厚生省も同意するという）ので、協会の善処を期待すると要望される。（日本精神科看護協会 1967b:1）

とそれぞれ関係各団体の考え方をうかがっている。この会議の構成メンバーは人数で見ても日看協役員が圧倒的に多数であり、最終的に「協会の善処を期待する」と日看協の見解にまかされるようななぐれになっている。勿論、日精看はこの社会党案を歓迎し「全面的に賛意を表明」し、その声明文を発表する。また、日精看機関紙『日精看ニュース』1967年第83号（日本精神科看護協会 1967b:1）では特集号を組み大きく報じている。しかし、これに対し決定権を握った格好の日看協は正反対の断固反対の立場をとった。

安易な手段で看護婦に昇格できるこの案についてはレベルダウンのおそれがあるとし

て、数度にわたり社会党議員・総評・自治労などの関係者と慎重な話し合いをもち、本協会の意向を伝えるとともに相互に意見調整をして歩みよりの線を打ち出す努力を重ねてきたが、事態は好転せず議員提案を強行する情勢となった。そこで7月12日、同特例法案に対して、将来の日本の看護はいかにあるべきかとの見地からこれを見るとき、保健婦・助産婦にもつながる問題として、総合教育の線を打ち出している本協会としては、この案は、看護の質的低下をきたし、低医療費政策につながるものとして、社会党案には断固反対するものであるとの本協会の主張を明らかにした声明書を発表、社会党政策審議会長を始め国会にその他関係各所に提出すると同時に、廃案とすべく自民・民社・公明の各党にも働きかけた。(日本看護協会 1967b: 54-55)

この日看協の声明を受けて日精看は強く反発する。日精看の立場からは「現実に種々の事情から進学できない人をどうするか、と云うことについては不明確ですし、又、方法論がのべられていても、現実性がうすく、いつになったらこれらのことが実現するか、ここ十年来の看護協会の運動のすすめ方をみてもわかります」「講習会にせよ、通信教育にせよ、それをすませたから看護婦になる、と云うのでなく、それはあくまで国家試験受験資格ができたことと云うことで、国家試験に合格しなければ「看護婦」になれぬ訳ですから、レベルダウンは考えられません」「(政府が准看制度を廃止しないと言っている以上) その後も准看の人達は生まれてくる訳ですから、今と同じ様な問題が起こってくる可能性はある」「准看制度は維持すると国は明言していますし、看護協会も准看制度を認めると云っていながら、この人達の将来の問題をどう考えるか、明らかにされないままの反対では准看の人達の夢がなくなってしまうと思われます」(日本精神科看護協会 1967a:1-2) とのべられる。しかしそれでも日看協の見解はゆるがなかった。また、日看協はこれらの動きと同時に「単なる講習会程度で安易に看護婦にするのではなく、現在の進学コース(准看護婦資格のある者が、全日制2年、もしくは定時制3年間就学し、国家試験受験資格を得るコース)一本で行く(……)すなわち何らかの方法で組織的な教育を受けた後で国家試験をうけて看護婦になる」という方針に沿うあらたな教育大綱として、働きながら学ぶ「進学課程カリキュラム案(つみ重ね単位制試案)」を、日看協独自の案として厚生省に提出する。結局、社会党の特例法案は廃案となったが、この出来事は日看協と日精看との間にしこりを残すことになった。

社会党案に日看協が反対し廃案になったことを受けて、日精看側は翌年の参院議員選挙で日看協から再選をめざし立候補予定である林塩、石本茂<sup>34</sup>の両議員を支援しないことを決定する。社会党案が提示された際、林・石本両議員がいち早く日看協と同様の反対を表明したことは「本会としてはわれわれの代表じゃないじゃないか、と云うことになった」「意見がくいちがう場合、両団体からすいせん(ママ)をうけている以上、議員としては一方に偏した態度表明をする前に、調整役をとるのが、この場合、議員としての行動ではないか」、また日看協内部で時期選挙において林支持派と石本支持派が分かれていることについ



て、組織としてまとまっておらず、そのような選挙に「すいせん（ママ）団体になる必要はないと判断した」という（日本精神科看護協会 1967c:1）。この日精看の選挙非協力がどれほどの影響を及ぼしたのかは定かではないが、翌 1968 年の参議院選では林・石本の両候補とも落選している<sup>35</sup>。

## 第 5 節 看護人から看護師へ

1968 年、10 年来の日精看の要望であった名称変更がようやく実現した。自民党から林塩、社会党から藤原道子、大橋和孝、藤田藤太郎らがそれぞれ保助看法の一部改正案として提出し可決された。『日精看ニュース』では、

この問題は、昭和 33 年来から、歴代の執行部の重要事項であったが、たった一字「人」を「士」になおすのに、実に 10 年の歩みがかかった。たった一字と思うがかえって一字だけの改正であるために、いつも他の重要法案のため、片隅に追いやられる結果をまねき、日精看になってからさえ 10 年の歳月がかかった訳である。

（日本精神科看護協会 1968:1）

とし、この改正は林塩と藤原道子のおかげであると報じた。これにより前年度の関係悪化が払しょくされた感がある。

## 第 6 節 精神病院不祥事事件

1969 年、大阪安田病院で看護師によるリンチ暴力事件による入院患者死亡事件が明らかになった。これを契機に精神病院の不祥事事件が次々と問題になるが、この事件は病院職員による患者への暴行事件が全国的に明るみになった初めての事件であった。事件の概要は次の様なものである。

1969 年 3 月 22 日、31 歳の精神分裂病患者が、病院から逃走しようとしているところを見つかり病棟に連れ戻された。そこで看護係長らにより殴る蹴るの暴行を受け、その約 2 時間後に死亡。院長も「心不全」という偽りの死亡診断書を作成し、事件を隠ぺいしようとした。家族の遺体引き取りも「火葬してから」「棺桶を釘づけ」など不自然であったことや、警察に匿名の投書が複数舞いこむなどしたことから警察が捜査し事件が明るみになった。8 月 20 日になって新聞に報道された。

10 月 1 日発行の『日精看ニュース 第 109 号（日本精神科看護協会 1969c:1）』では、この事件が衝撃を持って受け止められている。「日精看加入の全会員に大きな衝撃を与え、本部に電話・投書が相次いだ。（……）今回のような反応は日精看はじまって以来であった」とし、会員の投書やコメントが掲載され、3 項にわたって特集が組まれている。そこには

この看護人らは看護の道を知らない無教育の無能者であると思った。なぜなら、一応の課程をへた看護師なら、このようなことは想像すら出来ないからである（……）精神科患者には看護（者）はいらない。高い給料で有資格を雇うより巷にさまよっている失業者誰でもよい（ママ）のだ。人相の悪いもの、患者が恐れられれば結構と全く言語道断、卑劣極まるやり方で番人をさせていたと思われる。病院はこのような実態の為に日精看にも入らせないのだろう。内部干渉を嫌がっていたのだろう。同じ職務に従事する者として最大の屈辱を受けたことになる。長い間築きあげた努力が水の泡となった事態は、取り返しのつかないことであるが、職場の再教育と家族会等を通じて、広く社会に対し襟を正さなくてはならない。（日本精神科看護技術協会 1969c: 1）

栃木県の場合もかかる大きな事件でなくとも宇都宮病院の A さんの死亡、職員の乱闘事件、今般の S、W 両氏の患者さんよりの傷害事件、その大半が非会員によって繰り返されている傾向さえある。ところでこの手の届かない非会員の指導をいかにすべきか。

（日本精神科看護技術協会 1969c: 1）

と、同じ看護者の引き起こした事件であるだけに事件の凄惨さに憤り、精神科看護に対する信頼の失墜を悲しむ反応が大きかった。

事件の犯人とされた看護者は無資格であり、日精看の会員でもなかった。この看護者が看護教育を受けていたかどうかは不明であり、安田病院が看護教育を受けることをよしとしない病院管理者であったのかも不明であるが、日精看には「良い精神科看護」「高い看護レベルと教育」を目指す等、比較的意識の高い看護者や病院から加入している傾向はあったといえるだろう<sup>36</sup>。看護者に教育を望まなかったり、看護レベルを重視しなかったり、外部との交流を望まず、日精看加入をも認めないというような閉鎖的な病院は暴力の温床になりやすかったことは容易に想像できる。そのような状況であるから多くの日精看会員にとって、大淵が無資格者であった頃の自身を回顧したように、無教育と暴力、「看護者に教育は不要」とする病院管理者の姿勢は身近なものであり、ありふれた光景であった。それだけに危機感も強かったのではないだろうか。この年、全国の精神病院で看護職として従事している者が約 35,000 人。日精看の会員は 12,000 人、うち無資格者は 3 分の 1 とされている。この事件のあと、日精看は大阪府支部に事件の調査を指示し、「今回の事件はくやんでも（ママ）あまりあるが、今後このことを契機に更に教育研修等を通じ精神科看護者の資質の向上に努め、精神障害者の治療看護にはげみ、社会の信頼を取り戻したい（……）私共日本精神科看護協会に結集する看護婦、看護師、准看護婦、准看護師は、再度われわれの仲間からこのような社会から批判をうけるような者を出さぬよう努力することをここに声明する」との声明文を発表する。

しかし、この翌月の『日精看ニュース 第 110 号（日本精神科看護協会 1969c:1）』で

は再び、大阪の栗岡病院事件が報道されたことを受け「この病院は本会に未だ入らぬ施設であり、安田病院事件を機に、未加入施設への働きかけを各県に依頼した矢先であっただけに、本部はガックリしている」と再びのショックに見舞われている。

安田病院事件と栗岡病院事件を機に精神病院の不祥事事件が相次いで報道されるようになる。そこには、看護者による加害事件も多かった。日精看はこれらを、看護教育の不十分さにあると考え、無資格者の教育、支部や地区ブロックの研修、看護研究発表会開催等を通して、精神科看護の質の向上と身分の保障を主張する姿勢をより強いものとしていく。

### 第3章 生活療法の始まり——戦後復興期の精神科看護

精神科看護者が戦後看護体制の確立の中で、教育と資格に基づいた自分達の身分獲得に向けた動きとその主張を前章でのべた。これらは第1章でのべた精神病院増床政策や、治療方法が各種ショック療法から薬物療法が導入されるなど、精神医療環境や状況が変遷するなかでの動きであった。資格や身分保障のための運動は、むしろ精神科看護の本分ではない。精神科看護者は、教育や資格問題を通して実力の底上げを目指したわけであるが、一方で精神科看護そのものである、自分達の専門職業人としての職務をどのように果たそうとしていたのだろうか。

厚生省が、戦後精神病院と医療の不足に対応した増床政策や、外来通院患者の増加について「精神保健活動の整備強化」（厚生省五十年史編集委員会 1988: 1106）と肯定的に評価する一方で、退院できない患者たち、精神病院における社会的入院患者の増加、長期にわたる隔離収容政策が続く。1954年に30万床を超えた精神病床数は、今日も同規模を維持し続ける。約半世紀の間、民間病院が多数を占める日本の精神医療は、ひとつの経済活動の側面をもって成り立ち続けた。地域精神医療の推進や福祉支援も徐々に整備されたものの、しかし、圧倒的に精神医療の中核を担ったのは精神病院であり続けた。そこに「生活療法」の関与があった。生活療法は、日本中の精神病院における治療、看護、リハビリテーションを包括し、その管理や運営、経営までも及ぶ大変な威力を発揮した。生活療法は治療方法のひとつであるはずだが、各精神病院を運営するとともに、日本の精神医療体制を支える重要なシステムとしても機能した。生活療法を抜きに今日に至る30万床を超える精神病院の運営と存続は成立しなかった。

精神病院で生活療法に含まれる「作業療法」や「生活指導」を実際に日々担い続けたのは、主として精神病院従事者の5割から6割を占める看護者と、それに土木や農作業の作業を指導する無資格の作業指導員<sup>37</sup>などと呼ばれる人たちである。精神病院が病院として機能するために看護者や作業指導員たちが患者の最も身近に従事し、かつ最も多勢で日々の病院運営の機動力として、生活療法を担った原動力であった。

本章では、精神病院において生活療法が支持され普及した経緯と、その取り組みを記述する。特に、看護者の視点から、精神病院を特徴づけた生活療法を検討する。生活療法は、精神病院内で「患者に良き治療法」と位置付けられ「わが国の精神病院を特徴づける」までに熱心に取り組まれたのである。しかし、後の精神医療改革運動の中で生活療法は批判される。

#### 第1節 生活療法の誕生

##### 1-1 1950~60年代の精神医療をめぐる背景と生活療法

生活療法が台頭した 1950～1960 年代における精神医療の時代背景として、第 1 章でのべた精神病院と病床の急増がある。1958 年の「精神科特例」で精神病院と入院患者が飛躍的に増加した。浅野は、生活療法は「少ない職員で大量の患者を収容・管理するのにきわめて適合した考え方であった」（浅野 2005: 33）とのべる。精神病院と入院患者の急増とともに急ごしらえの専門知識のない看護者が増えるなか、看護者にとっては生活療法が「教本」であり（今野 1982: 141-150）、生活療法は、少ない職員で大勢の患者の日々の治療と日常生活の管理・運営に効率的に機能した。生活療法では、患者の日常生活行動は事細かに決められ、病棟の日課や週間予定に基づいた患者の生活と職員業務が決定し管理された。1960 年から 1980 年は、生活療法が看護や運営の規範として大きな役割を果たした。

生活療法批判派・精神医療改革派からは、生活療法は「治療法」としてよりも、精神病院運営にもたらす「弊害」の方が重視されがちである。後に、生活療法は「患者管理に過ぎない」と批判される。しかし、取り組んだ側からすると、生活療法に基づく規則正しい生活は「管理」ではなく、あくまで作業や生活行動の指導を合わせた「治療」であった。「昭和 30 年代から 40 年代にかけて、わが国の精神病院を特徴づけたのは、生活療法であった」（浅野 2005: 33）と言われるほど、生活療法は精神病院において重要な精神科治療と看護の要素になっていた。生活療法のはじまりを追うならば、1900 年代初頭から始まった精神科作業療法までさかのぼる必要がある。

本章では精神科作業療法の発祥地であり、その伝統が引き継がれた松沢病院の「働きかけ」と、国立武蔵療養所で「生活療法」が体系化される歴史的過程を概観する。精神科看護の主流となった生活療法と、その生活療法の主軸として位置づけられる生活指導の始まりについて、そしてその後、看護者がどのように生活療法に取り組んだのかを記述する。資料は「関東地区精神看護懇話会」（以下、精神科看護懇話会）とする精神病院看護者たちによる看護研究の発表・討論集である。1953 年 5 月 17 日に第 1 回が開催され、おおむね年 1 回から 3 回のペースで主要参加病院が持ち回りで開催する研究発表会では、当時の精神科看護者たちの生活療法を中心とした日々の看護業務上における悩みや創意工夫、経験と考えが率直に語られる。研究発表・討論集からは、1953 年 5 月の第 1 回から 1961 年 9 月の第 23 回開催までの資料をもとに「働きかけ」や「作業療法」「生活指導」が開始される 1950 年代と発展時期にあたる 1960 年代における主要な精神病院で行われた生活療法と患者の様子を理解することができる。

## 1-2 「作業療法」「働きかけ」「生活指導」「生活療法」経緯と用語の整理

作業療法は、生活療法よりも以前から行なわれ、生活療法と密接に関係する。1902 年に呉秀三が東京府立巢鴨病院で患者の手革足革の拘束を解き、精神科作業療法を始めたことは有名である。同病院の作業療法への取り組みは、先駆けとして「作業治療部」として独立した部門をもち、呉以降も指導者を代えながら引き継がれる。

戦後、1950年代に入ると、東京都立松沢病院（旧巢鴨病院）で台弘らが慢性分裂病患者らに、散歩（レクリエーション）、清掃（生活指導）、室内軽作業（作業療法）を合わせて「働きかけ」と称する取り組みを始めた（江副・台 1958: 994）。同時期に国立武蔵療養所の小林八郎が同様の患者群に対して、台らと同じように「作業療法」と「遊び」、「生活指導」を合わせたものを「生活療法」と名付け体系化した。生活療法体系では生活指導、日常の衣・食・清潔等身の回りの生活行動の自立に主軸が置かれたのが特徴であった（小林 1959: 154-162、1965: 2425-2431、松井 2006: 406-408）。小林の提唱した「生活療法」の体系がその後の主流となる。以下に、生活療法を形成する「作業療法」「働きかけ」「生活指導」「生活療法」という関連用語について整理しよう。

「働きかけ」は、1952年に松沢病院で台らが慢性の精神分裂病（現在の統合失調症。当時の病名で表記）で無為・自閉・好褥患者らに対して、心身の活動性を高める目的で始めた。方法は病院内外の散歩を中心に「遊び」をうながすことから始め、室内清掃や室内作業療法（荷札作業、袋貼り作業など）と結びつけて取り組んだ（江副・台 1958、吉岡 1961: 1280-1281）。

「生活指導」も無為・自閉、好褥、不潔の患者らが対象だが、その目的は、患者の生活行動習慣の自立に置かれている。起床の洗面から布団の上げ下ろし、食事、排泄、更衣、余暇活動など、看護者が逐一の誘導と指導を行うものである。

「作業療法」は概念の変遷がみられる。広義の概念は「患者の日々の生活の調整、指導、訓練により精神身体両面の活動をうながし、症状の改善をはかり、生産的な社会への復帰を促進させるものであって、精神療法と密接な関連を有する」「生活指導、レクリエーション療法、および狭義の作業療法をふくむ」（日本精神神経学会 1967）などとされる。しかし本論文で扱う1950年代から1960年代は「作業療法として在来精神病院で使われていたものは、職業的、労働的色彩のものが多かったし、小林が生活療法という名称を提唱してかなり普及するまでは、生活指導、レクリエーション療法、作業療法といった分け方が一般的で、そこで使われている作業療法という概念が労働的、職業的色彩の作業をより多く示していた」（松井 1975: 13-14）ことから、当時の作業療法は労働や職業訓練の要素が強かったようである。「生産意欲、創意性を開発し、責任の自覚や完成のよろこびを体得させることにより再社会化をはかることを目的とするが、時には職業補導的要素を含むことがある（日本精神神経学会編 1967）」という狭義の説明の方が実情に合っていた。

「生活療法」は、生活指導、作業療法その他、レクリエーションや病室や人間関係も含めた「環境療法」、鍵で閉鎖された病棟のドアを開放し患者の自由な行動範囲を広げる「開放療法」などの広範囲の概念を合わせて、小林が体系化した概念である。しかし、実際は生活療法とは「生活指導」がもつぱら大きな位置を占め、生活指導が作業療法につなぐ前段階に位置づけられていた（小林 1959: 156）。一方、1950年から国立武蔵療養所でロボトミー手術の後遺症である無為・自閉・感情鈍磨・抑制欠如などの患者に対して、小林がロボトミー手術のアフターケアとして行った（浅野 2005〈2000〉: 25-27）という側面も

ある。ロボット手術後患者だけでなく慢性分裂病等で同様の症状を示す患者らに対象が拡大された経緯を持つ。しかし、看護者たちの研究報告では、以上の用語は区別されて使用されていない。松沢病院、国立武蔵療養所の看護者たちの報告でも「働きかけ」「生活療法」といった用語は使用されない。看護者たちもっぱら「生活指導」「作業療法」「レクリエーション療法」、あるいは「食事指導」「歯磨き指導」「破衣・不潔に対する指導」など具体的な病棟生活場面での指導項目をそのままに使用している。概念や用語の整理は看護者のなかには行き渡っていなかった。しかし、看護者にとって「生活指導」と次なる患者の回復過程段階に位置づけられていた「作業療法」が大きな関心を集めたことは間違いない。したがって、本章では当時の精神医療や精神病院における看護者の視点から作業療法と生活指導を記述する。表記は、看護者たちの報告表現のまま、作業療法と生活指導に関する事柄は、そのまま発表者の用語で記述する。

### 1-3 精神科作業療法の歴史——精神科作業療法の創設・松沢病院

精神科作業療法の創始は、1902年に欧州視察から帰国した呉が欧州で学んだ作業療法を実践する松沢病院の前身である東京府立巣鴨病院で、女性患者のために2室の裁縫室をつくったことだとされる。呉はまだ「作業療法」ではなく「移導療法」としていた。「移導療法」に「遺散療法」といういわば気晴らしと「作業療法」のふたつを合わせて考えた。呉の言う作業療法は「作業を行う事により精神の均衡を保ち、病気を駆逐し、病者の心身を鍛える」(鎌倉 2004〈2001〉37-38、秋元・富岡 1991: 128-145)ものであった。作業種目は翌1903年には農業、園芸、牧畜、編物、紙より細工、はたおり、麻つなぎ、造花、袋貼、洗濯など多彩でかつ数多くの種目に拡大される(関根 1974: 42)。

その後、同病院の精神科作業療法は森田正馬、1919年に巣鴨病院から東京都立松沢病院への移転をはさんで加藤普佐次郎、菅修、斎藤西洋、石川準子、台弘、加藤伸勝など歴代の作業療法担当医を中心にそれぞれの理論が付与されながら体系化されて発展し、伝統が引き継がれた。

### 1-4 戦後荒廃期の精神病院立て直しと作業療法

松沢病院も戦時中は空襲にみまわれ、患者2名、職員1名の死亡者を出した(江副・台 1958: 991)。戦後、食糧事情は戦時中よりもさらに悪化し、患者や職員を苦しめたのは食糧難による栄養失調と餓死であった。栄養失調による死亡率が増加する非常に殺伐とした入院環境となる。1940年には松沢病院の1日在院患者平均数は1,051名であったのに対して、終戦時の1945年では620名であり、同年末の実質在院患者は504名にまで減少している。一方、飢えの苦しみが蔓延する病棟の雰囲気をも少しでも改善しようと、1946年に病院職員からの発案で盆踊りやレクリエーションという慰安的な活動が再開される<sup>38</sup>。レクリエーション

ヨンは戦前から作業療法の一環として行われていたため、その経験からスムーズに再開ができたのであろう。同様に農作業や開墾作業が戦後の食糧不足を補う生産活動に置き換わり、作業療法の長い伝統がある松沢病院では、患者も労働力として参加することが可能であった。しかしこのことは、生きるために患者自身が労働力として求められる事態であり、「治療」や「療法」と言っている場合ではなかった。

#### 1-5 働きかけと生活療法——松沢病院と国立武蔵療養所

戦後、次第に精神病院の生活や治療基盤が整い安定すると、松沢病院では慢性期病棟において無為の状態にある患者の自発性を高める「働きかけ」と称する取り組みが始められた。「1952年に台弘が南第3病棟で遊び治療を主にする働きかけをはじめた」（岡田 1981: 569）とあり、台自身も江副との論文で考え方を以下のようにのべている。

第一は無為・寡動・好褥の患者をどのようにして、活動的な、人間的な生活へと引き上げるかという病棟内の問題であり、第二は引き上げられた患者達の生活圏を如何にして拡大するかという作業治療の問題であり、第三は病院内の保護的な社会から如何にして実社会生活に耐えうる状態を作り出すかという再復帰指導の問題である。

（江副・台 1958: 994-995）

「無為・寡動・好褥患者の活動性をあげる病棟内の問題」に着手したのが「働きかけ」である。この働きかけと作業療法は一連の繋がりを持って位置づけられていた。作業療法の前段階に位置づけられる「働きかけ」は、生活指導の一方で、「遊び治療」なるレクリエーションや院外散歩に力を置いたことが特徴であった。

入院患者たちは、電気ショック療法、インシュリン療法、持続睡眠療法などの従来の治療法では回復せず、それ以外に有効な治療法もないままであった。「着のみ着のままで昼夜の別なく寝ている」「食事もとらず」「失禁をして不潔きわまりない」「毎日立ちづめ」「しきりに独語をささやいていたり、無言でいたり」「不眠や衰弱」などの患者群を前に、なすべがない状況と見通しもない閉塞感は、医療従事者を諦めと無気力に陥らせた。「働きかけ」の導入を促す医師の呼びかけにも看護者は当初は積極的ではなかった。

当初の内は、看護者側は働きかけの問題については懐疑的であり、消極的であった。（…）しかし「まずやってみようではないか」ということになり、医師・病棟主任・看護者が一体となって、病棟内生活指導・散歩・遊び治療等を積極的に始めた。（…）この仕事の中で患者の状態が少しでも改善されてくると、次には看護者の方が興味を覚え、積極化し熱意を示すということになり、昭和28年の春ころからは、漸く軌道にのってきた。このとき遊び治療に創意を示したのは看護人であった。（江副・台 1958: 995）



しかし、岡田によると松沢病院における「働きかけ」は盛んに行われたとはいえ、病棟単位の取り組みにとどまり、病院を挙げて定着するには至らなかった（岡田 1981: 569）。

## 1-6 ロボトミーと生活指導——国立武蔵療養所

無為・自閉・好褥などの状態を生んだ要因に、疾病の症状や施設症といった環境的要因の他に脳外科手術（ロボトミー手術）がある。1947年に松沢病院で、1949年に国立武蔵療養所でロボトミー手術が行われるようになる。戦後の医薬品が不足するなか、従来のインシュリンショックも行なえなくなり、そのような医薬品や医療物資に困窮した状況からロボトミー手術が普及する。しかし、ロボトミー手術によって後遺症が出る患者、興奮状態が治まる一方で、無為・自閉・好褥状態、意欲や自発性の低下、情動変化に乏しい、あるいは性格変化をきたす患者が出てくる。これらの患者に対して国立武蔵療養所では1950年にロボトミー術後の「アフターケア病棟」を設け、リハビリテーションの生活指導を始めた。これは「しつけ療法」とも称され「あらゆるリハビリテーションの前段階」（小林 1959: 156）と位置づけられる。

具体的な指導項目は、起床、洗面、寝具の始末、食事時の行儀、室内清掃といった生活行動の他に、内部作業の袋貼り、外部作業の鶏、兎の飼育といった職業訓練要素のあるもの、花壇の手入れ、ラジオ、ピンポン、新聞、雑誌、将棋、碁、ときにはスクエアダンス、レコードコンサートなど娯楽的なものまで多岐にわたって日課として計画される。

## 第2節 看護者の研究発表——精神科看護懇話会より

### 2-1 精神科看護者にとっての作業療法と生活指導

全日本看護人協会の看護研究発表会では、初回から多くの看護婦達が報告発表を行っている。第1回は1953年5月17日に、松沢病院、梅ヶ丘病院、武蔵療養所、国府台病院、芹香院、中村病院といった関東地区の主要精神病院の看護者たちが参加して開催されている。発表内容は当時の精神科看護者たちの看護の実情が忌憚なくのべられているものである。1950年代の主な看護テーマを挙げると、第一に事故の防止と対策（無断外出、脱院のほか暴行、自殺等）、第二にヒロポン・覚醒剤中毒者の看護、第三に治療法に伴う看護方法（インシュリンショック療法、電気ショック療法、持続睡眠療法）、第四に症状や病態に伴う看護（小児妄想、興奮、てんかん、失禁、白痴、反芻児童、性格異常児等）に大別できる。当時の精神科看護者の最大の悩みや関心ごととは、患者の事故（「脱院」あるいは「逃走」）への対処、慢性期の無為・好褥患者への生活指導であった。しかし、研究としてもっとも多いテーマは生活指導、作業療法に関する内容で、発表表題に冠してなくてもこれに関わ

る発表内容は非常に多い。初回の 1953 年の報告発表から、生活指導や作業療法に相当の関心が寄せられ、精神科病棟に浸透していたと分かる。

看護者たちによる作業療法・生活指導の取り組みは、慢性化した患者に期待される回復像と回復過程があった。治療者は患者が平板化した感情を回復し自発性をもって日々の生活を送ることを望む。生活指導により衣・食行動・排泄・整容などの身の回りのことが自分ででき、レクレーションに参加し、他者との人間関係や協調性が図れることを目指す。作業療法への参加すなわち生産活動への参加ができ、最終目標は社会復帰ができる一連のコースが当時の精神科医療におけるリハビリテーションのモデルコースであった。生活指導はそのコースに乗る第一歩であるとともに、そのコースの基盤に欠かせないものとして位置付けられた。看護者たちは患者の回復過程を目指して非常に真面目に熱心に取り組んだ。報告発表からは看護者の「やりがい」という心情面への作用が大変大きかったことが受け取れる。看護者による生活指導や作業療法の取り組みを見ておきたい。

## 2-2 生活指導と作業療法の取り組みの実際

薬物療法が普及せず、ロボットミ手術や電気ショック、インシュリン療法などは治療効果がなく、治療者はなす術がなかった。無力感にとらわれ諦めかけていた患者群、慢性期病棟における患者には、無為・好褥・自発性の低下といった問題だけでは、説明できない様々な問題行動が付随していた。「精神科看護懇話会」の報告発表で挙げられた患者の様相は「病室や廊下でうずくまり、そのまま関節が拘縮してしまっ立ち上がれないもの」「失禁のほかに尿・便を身体や壁に塗りつけたり懐に仕舞い込んだりする不潔行為」「脅迫的で執拗な衣類の脱衣や破衣行為」「30秒で終了してしまう手づかみで丸飲みの食事」等々の著しい生活上の困難がある。

無為・自閉ゆえに身の回りのことに頓着しない患者、あるいは強迫的なこだわりによる不潔な行為は多くの看護者を悩ませる一大問題で、例えば武蔵療養所では、病棟 90 床のうち 25 床の保護室が「不潔行為、破衣、破損行為」への対応に使われる。現在の精神病院で 50 床から 60 床の病棟に対して、保護室は 3 床から 5 床であることを思えば相当多い。報告発表からはおよそ「人間的でない」患者のありようをなんとか「人間らしく」ふるまえるようにしたいという看護者の強い思いと決意がある。このような対処困難な患者に対する忍耐の強いられる生活指導が、一定よい成果をあげたことが以下のように症例として報告される。その幾つかを要約して引用しよう。

「レク病棟に於ける不潔行為患者の生活指導——症例について——」 関山年子・徳山都子 武蔵療養所 第 10 回（1957 年 5 月 20 日開催）」

35 歳、精神分裂病の男性に対する逐一の生活指導の様子がのべられる。手洗いをしないので看護者が手洗い場に付き、口やかましく注意をすると 10 日ほどで自発的に行うように

なった。食事に箸を使用しないので箸の持ち方から指導を行い、当初は怒鳴って反抗的であったが1か月後には言われなくても箸を使用するようになった。破衣・不潔行為がある。懐に汚物を入れるので、便所に行くたびに看護者がついてゆき、綿花やボロを捨てさせた。また便所を汚すのでその都度掃除させるようにすると、ちゃんと便器の中に排泄するようになった。それだけではなくレクリエーションにも参加するようになり、以前のように隅にうずくまっていることもなく、看護者が声をかけても手を振り無口であったものが病棟一の「シャベロク」になるほど疎通性が改善した。

「患者の食事指導について」近藤幸子・小泉芳子 芹香院 第11回（1958年10月30日開催）

33歳の女性。手づかみで隣の患者の分まで取って食べる、一気に口に詰め込み丸飲みする、食事を終えるのに30秒もかからない。「少しでも人間並みに食べられるように」と食事指導がなされた。指導の内容もいたってシンプルである。毎食、看護者が食事中そばについて「ゆっくり食べなさい」と言い「こうやって食べるのよ」と口を動かして見せる、患者の顎をもって咀嚼のリズムをつける……。患者は抵抗するがそのうち箸を使うこともありゆっくり咀嚼できるようになってくる。それにともない、それまで一切身の回りのことをしなかったが更衣や洗濯や掃除もするようになったという。

「人形劇の演出並びに患者の反響について」村上睦郎・柏木章 鎌倉病院  
レクリエーションで人形劇をおこなったところ「その結果は非常な、思いもよらない好評と好結果が生まれているのであります。人形劇に表現された筋道の全然理解できない患者においても人形そのものからくる面白さとか大まかに演ぜられる動作とか、そういった人間感情の最初のもので素直にそうした患者の心に通じるのでしょうか手を叩いて喜んでいるのです。人形を通してふれて来る患者の心の動きを我々は深い感動とともに見守っていたのであります。」

これらの報告からは、会話をするようになった、箸を使って食事をするようになった、自ら便器内で排泄するようになった、笑顔を見せるようになった、掃除や洗濯をするようになった等々の目に見える患者の好転を指導効果の表れとして認識し、患者の病状の改善と進歩であると看護者が判断していることがわかる。

松沢病院において「働きかけ」の実践を指導した医師に吉岡真二がいる。吉岡は「働きかけ」の眼目は「単に患者に作業や遊戯をさせることなく、そうしたことを通じて、治療者と患者との人間的接触を深めることにある」と、「患者に対する人間的な接触」を繰り返し強調する。これは「慢性患者、とくに疎通性の乏しい陳旧性の分裂病患者に対して、われわれはそうした面での努力を、あまりにも諦めすぎてしまっていたようである」（吉岡1961: 1276）という反省のうえに立つ。吉岡のいう「人間的な接触」とは看護や生活指導

にあたる者が、患者に関心を寄せて回復に思いを巡らせ、指導という接触を工夫して濃密な関わりを持ち理解するということである。看護者たちは徹底的なまでに患者に関わり合い続けている。看護者が感じるやりがいについて、例えば以下のようにのべられる。

人間の生活指導すると云うことは、時には苦しい立場に置かれ勝(ママ)です。毎日毎日繰返し、何カ月又は何年後でも完成され、社会に再復帰出来る様になると、又実に嬉しい事です。或る時には以前の状態に戻り、時には自発的に行う事もございます。日常生活の基礎的訓練、又、社会生活への再復帰と云う重大な任務を帯びている私達は、この生活指導を一日も怠る事が出来ません。勤務者同志の協力と、患者に対して深い愛情と忍耐が強く感じられます

(「脳手術后患者の生活指導」酒井美代志・高野貞子 国立武蔵療養所 第1回 1953年5月17日開催)

元来、看護は病人の世話をする職業であって、他者と緊密に接触せざるを得ない。看護者は医学知識があっても医師ほどの専門家ではなく、病名や病態よりも患者の生活上の困難に目を向けた世話が職務とされる。生活指導という看護行為は、密接な関わり合いに伴う患者の日常生活の変化や病状回復に功を奏すれば、看護者のやりがいとなる。熱心にかかわれば患者はなにかしらの変化——笑顔、普段言わないようなことを言う、普段やらないようなことをする等——を見せ、看護行為に「こたえてくれる」ように思うことがある。治療に行き詰まりを抱えた閉塞感の中ではそのような患者のわずかな変化や改善でも殊更大きな喜びとなる。そういった心情は、看護者が生活指導や作業療法に力をいれた大きな理由のひとつになる。たとえ生活指導に見るべき効果が見られない場合でも「出来るようになった、悪しき習慣が改善されたと思ったが指導をやめるともとの木阿弥に戻ってしまう・・・だから生活指導は今後も根気よく続けねばなるまい」という次なる熱意に引き継がれる。生活指導や作業療法を提唱し、その理念や概念を体系化したのは医師であるが、看護者は日々の実践を通して指導方法や技術のあり方と効果を模索し続ける。

### 第3節 クロルプロマジンの普及と作業療法・生活療法

生活指導・生活療法が盛んになった理由の一つは、薬物療法(クロルプロマジン<sup>39</sup>)の普及との関連は多く指摘されている(江副・台 1958: 995, 浅野 2005: 29, 武井 1986)。クロルプロマジンの薬効は、不安や緊張、抑うつなどの症状を鎮静し、思考のまとまりのなさを改善する(萱間・野田 2010, 田辺三菱製薬, ([http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/1171001F1073\\_2\\_07/](http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/1171001F1073_2_07/))). 藤原はクロルプロマジン投与と生活指導を同時に試みた。松沢病院で薬物療法(クロルプロマジン、レセルピン)が本格的に開始されたのは1955年から1956年である。女子の慢性不潔病棟で薬物投与を行い、何らかの状態像に変化が見られた場

合「この機会をとらえ積極的に働きかけて、活潑な場へ引き入れ、生活を規正、指導」し、他の薬剤との併剤を含めた薬剤調整や電気ショックを併用するという方法をとった。これらは「看護婦の絶えざる注意と熱意と努力によって更に意義深いものとなる」とし、看護の要点を「徹底した開放主義」と「日常生活指導（洗面、歯磨、食事前の手洗いなど）」（藤原 1959: 37-45）とのべる。また、クロルプロマジンやレセルピンといった薬物療法と生活指導の重要性を強調し、「開放主義」という患者の行動の自由度の拡大に着手したことに触れられている。

慢性病棟でのこれらの仕事は、昭和 29 年春以降に導入された薬物療法によって一層やりやすくなった。数年から十数年を慢性病棟・保護病棟・不潔病棟にいわば置き去りに慣れてきた人達が、薬物療法・電気治療その他の身体的療法によって、長い固定化された時期から抜け出すきっかけをあたえられると共に、病棟内の生活指導・遊び治療によって 2 年以上も看護面の努力をつづけられた結果、作業治療にでられる状態にまで立ち直ることは稀ではなかった。そしてこれが医師や看護者に欣びと勇気を与えた。

（江副・台 1958: 995）

薬物療法に後押しされた生活指導や遊び治療の効果は高く評価されている。江副や台は医師という立場からの評価であるが、看護者のクロルプロマジンの受け止め方はどうか。「精神科看護懇話会」で報告された 2 例の同薬に関する研究発表を要約しよう。

まず 1957 年の第 14 回懇話会で報告された、国立武蔵療養所の皆川・本田・三浦による「クロルプロマジンに依る冬眠療法の看護について」から概観する。これによると「幻覚症状」に関し 93.1%の患者に効果があり、続いて「独語・空笑」に 92.3%、「精神運動性興奮」に 82.2%、「抑うつ・苦悩」に 81.3%、「妄想」に 71.1%など主要な精神症状に著しい効果をあげていることが紹介される。そして「本療法を通して、患者の反抗的ないしは驚戒的(ママ)な態度が次第に消失して、勤務者との間に感情的な交流を生じる事が認められるようになった。この疎通性を通して医師に協力し、精神療法〈本療法に於ては重要視されている〉の助けをする事も可能になった。この事から対人関係の調整も容易となり明確な病識を獲得することも少なくない」と結論している。

次に同懇話会での大和病院の永井による「精神科看護者の面から見たクロルプロマジンの効果」についての報告をみると、ここでも 35 例の症例のうち、改善された症状の数によって「著効」「良効」「不変」「憎悪」に分類されるが、「著効」に 51.4%、「良効」が 28.5%とここでもその効果があるとする認識は著しい。そして薬物療法が「従来の衝撃療法に比較した時、(……) 人道的で暴力的な要素を含まれない事、内服・注射で治療が行える為、手技が簡単な事、応用範囲が広くあらゆる精神疾患に対症療法として一時的、或いは、系統的に用い得ること、副作用はあっても可逆的で致命的な事故が殆ど起こらないこと等の利点があり、しばしば看護上の著名な軽快をもたらすという事からも、クロルプロマジン

は、精神病患者及び私達看護者にとって捨てがたい薬物であるという事が出来ます」とのべられる。

クロルプロマジン、医師や看護者に目を見張る効果が実感されていた<sup>40</sup>。治療者は精神疾患の主要な症状の消失や緩和、患者の意思疎通や心的交流の向上を、社会性の改善と受けとめた。患者がそのように改善すると、精神療法や作業療法など次の治療展開に進み得る。永井は「クロルプロマジンは精神症状の改善に依って看護上の改善をももたらし、患者を扱いよくしてくれると云う事が出来ます」と率直にのべる。薬効で患者が穏やかに生活指導に応じるようになったという。松沢病院の作業療法指導員だった堀切も、薬物療法の導入で患者が「私は花づくりがいいとか、おれはニワトリがいい」など自己主張し、患者の希望によって作業種目が選ばれるようになった（堀切 1990: 444）とのべている。このように“自発性が出てきた”“看護者のいう事をよく聞く”患者たちが、看護者や作業指導員の指導によく応じるようになったのは間違いない。それは治療者が望む回復した患者像であると同時に、現実的な言語レベルで「わかりあえる」という新たな患者—治療者間の人間関係の成立であった。

他方、堀切は以下のように言う。「私はシラフでないという言葉を使うのですが、むき出しでないものですから、本当におとなしい人なのか、乱暴なのか、横着なのか、患者さんを判断するのに、薬の無い時代より、2倍、3倍時間がかかりました」「薬は薬で必要だけれど、作業経験というものが薬以上の治療だった時代があった。作業経験というのは仕事をするという経験ではなく、人と人との関係を積むということだったんだと思います」（堀切 1990: 444）と薬物の効果に「おとなしくなった」「精神症状の改善」とは別の感觸を覚えている。クロルプロマジンの作用によって、興奮状態が鎮静化したり幻覚妄想が抑えられ、疎通性がよくなったとしても、ほとんどの場合それは恒久的に病気が完治し、発病以前の健康な状態に戻ったというものではない。逆に、薬の作用が加わったことで患者本来の人格が見えにくくなり、それまでの対人関係が変化したと感じている。薬によって、手っ取り早く目に見えるかたちで精神症状が緩和し、患者はおとなしく従順になる。それは当然、社会——精神病院を含めた——に望まれる姿であろう。しかし堀切は、患者—治療者関係という、他者とのつながり合いのための努力という「手間」が省かれることへの戸惑いを感じている。作業療法を通じて、患者にとっては薬以上に人との関係が治療的<sup>41</sup>であった実感堀切は持っている。クロルプロマジンは患者個々の精神症状を抑えるだけではなく、患者と医療従事者たちが時間をかけて関係性をつくる過程を奪ったという意味で、関係性のあり方や作り方にも作用したと言える。

#### 第4節 生活療法から看護者が得たもの

日本の精神病院の日常は生活療法を中心に成り立っていた。従来の治療法では救いきれず、精神病院内に「沈殿」した患者群に対する治療者の諦めのムードが蔓延するなかでも、

作業療法と生活指導は一定の効果を得て取り組まれた。クロルプロマジンら抗精神病薬の登場によって、薬効が後押しする形で相乗的に作業療法や生活指導に一層の効果が見いだされていた。それらは精神医療界では明るい事態として受け止められて期待された。作業療法と生活指導、薬物療法のセットにより得られる患者の「回復」は治療者、看護者に手ごたえと自信、やりがいをもたらした。患者生活の事細かに逐一の介入を続けることはたやすいことではなく、むしろ地味で忍耐の必要とされる困難なことである。しかし「慢性病棟では、医師は刺身のつまみたいなものだ。患者を動かしてよくするのは、われわれ看護師だ」（吉岡 1961: 1280）と作業療法や生活指導に取り組むことは、従来「看守」「お守役」と自らを揶揄することもあった精神科看護者にとって、自らの職業アイデンティティの獲得や変革をもたらす大きな契機であったと考えられる。患者の「回復」によって次なる回復過程のステップが見えてきた。自発的に自身の身の回りの事ができ、作業療法に参加し、集団で社会性を獲得しながら、やがて就労に結びつく仕事ができるようになり、ひいては退院しての社会復帰に結びつくという一連の回復過程が現実味を帯びてきた。従来は見いだせなかった新たな展望を見いだしたのである。

また、薬物療法の後押しもあり、作業療法や生活指導への取り組みは患者と治療者との関係性に変化が生じた。薬物で精神症状が緩和し治療者と意思疎通と相互理解が図りやすくなったのである。作業療法や生活指導が一層進み、相互に「わかりあえる」関係に近づいた。この関係を、医師や看護者は患者の病気回復、改善と捉えた。また、看護者が「療法」という治療法に位置付けられた生活療法によって、患者を治療することができるということでもあり、そういった治療上の効果は、特に看護者の職業アイデンティティを支えたのである。

本章では、生活療法が治療やリハビリテーション、精神科看護として医学的に有効と信じられ、実践されてきた経過を確認した。そして生活療法は、治療や医学効果をいう一方、精神病院の管理・運営、経済基盤として機能し普及した。しかし、1970年代に精神医療改革派の医師たちによって精神科作業療法や生活療法は批判され看護者に大きな混乱が生じた。これについては第7章でのべる。

## 第4章 医師の教育制度をめぐる議論——精神医療改革運動にいたる動向

第2章では、精神科看護者に関する戦後の動向を記述した。GHQのもとに構築された看護制度は、戦後の民主化や労働運動等を背景に、日本看護協会（日看協）や日精看（日本精神科看護協会）といった看護団体を結成し、それぞれに関与し合いながら活動を展開した。この活動の主眼は、看護者が医療界において独立し、より高い専門性をもつ資格職として、その教育と身分が保証されることにあった。一方、戦後GHQによる医療体制整備の上で、医師に対してもまた看護者と同様に、アメリカ型の教育制度を念頭においた新たな制度づくりが進められた。医師は、看護婦とは違い、さらに各診療科ごとの専門性が問われるため、大学医学部の講座制が大きな意味を持った。看護者も医師もそれぞれの組織を結成し運動を展開したが、その運動目的は大きく異なっている。こと精神科医師達の運動目的は、特に他と異なって展開してゆく。医師の卒後教育をめぐる問題が、精神医療そのものに影響する重大な関心事となっていくのである。本章では医師達、そして精神科医師達の運動にいたる経緯を記述する。

### 第1節 1969年日本精神神経学会金沢学会に至る背景

戦後日本の精神医療界において、1969年の日本精神神経学会金沢学会（以下、金沢学会）は重要なターニングポイントである。これ以降、精神医療界が抱えていた問題が一举に噴出し、精神医療の改革に向けて様々な運動が展開されることになる。精神医療改革運動の出発点となった金沢学会の背景には、どのような動きがあったのだろうか。この章では医師の卒後教育という問題に焦点をあて、この問題への取り組みが精神医療改革に発展してゆく、その金沢学会に至る経過を記述する。

当時の精神医療界では、民間精神病院による不祥事の頻発、医療従事者や専門施設を少なく抑える制度下にある精神医療について、共通の問題意識があった。金沢学会は、医師のインターン制度廃止を要求した東大医学部紛争、それに端を発した安保闘争と激化する大学紛争、その大学紛争を抑えこむ大学立法が国会審議された時期と重なり、学会の紛糾は密接に大学紛争の影響を受けた（吉田 1982、日本精神神経学会百年史編集委員会編 b: 688 2003）とされる。

これらを背景に、若手精神科医たちが議論の俎上にのせた「専門医・認定医制度」問題は、その導入を図った政府や学会が謳う「精神科医の専門性を高めるという医師教育に関する制度」ではなく、日本の精神医療が抱える問題、精神医療や精神医学教育の権力構造や支配階級制を含有する問題として政治的批判の口火となった。専門医・認定医制度問題とは、大学医学部卒業後の医師教育の問題である。医師の卒後教育は、そのはじまりを辿れば戦後間もない時期にさかのぼるインターン制度をとっている。登録医制、専門医・認定医制は、このインターン制度に連なる一連の問題と理解されている。



## 1-1 医師の卒後教育をめぐる議論（インターン制度問題）

医師教育問題の発端となったインターン制度とは、どのようなものか。インターン制度は大学医学部を卒業後、一年間の臨床研修期間を経て医師国家試験を受けることができるという制度であり、1964年にGHQ司令部の指導でアメリカの制度を導入して発足した。政府は、戦後の経済的かつ社会的な荒廃のなかで医療の立て直しに迫られ、絶対的医師不足を補うためにインターン制度を重要な政策のひとつとした。しかし、このインターン制度は発足当初から財政的保障もなく、卒後の若年医師が安価な働き手として医療政策に組み込まれるという問題を持つものであった。これ以降、インターン制は卒後の若手医師に、低賃金労働と、医師でもなく学生でもないという不安定な身分を強制することとなり、インターン生の不満が高じてインターン闘争に発展してゆく<sup>42</sup>。

戦後間もない1948年には全国組織である「インターン連合」が結成され、学生定期の発行、学割や宿直用の加配米の適用など生活への手当が要求された。1953年、日本共産党が「平和と民主主義」「日常要求闘争」を組織課題として全学連を再編し、1954年にインターン連合を改称するかたちで「全日本医学生連合」（以下、医学連）を結成する（青医連中央書記局編 1969、山本 2003）。医学連は、1957年までは主に大蔵省、医系議員、各政党、医師会、各学生組織に働きかけて予算要求運動を行っていたが、1958年以降は安保闘争、勤評・警職法闘争などの政治的課題に向かい、事実上インターン制度闘争は一旦休止状態となった。しかし1962年、国立大学医学部長会議が「インターン制度の改善が常に唱えられてきたにもかかわらず、実現されなかった今までの経過を考慮してインターン制度廃止の方向を目指し、医学教育の整備充実に努める」とし、医育者からもインターン制度廃止の路線が打ち出される。

翌1963年には、医学連も「現行インターン制度拒否」を決議し、厚生省が指定する病院での研修を拒否し大学病院への立てこもり、インターン願書提出拒否、医師国家試験ボイコット、学位拒否、そして完全インターン制度廃止の要求へと運動は激化してゆく。1964年、厚生省はインターン制廃止とともに、卒後一年間臨床研修を経なければ医師免許を与えないインターン制度に替えて、「卒業と同時に医師免許を与えるが、一年間は指定病院で義務として実地修練をしなければならない」とする医師法の一部改正、いわゆる「仮免医師案」を国会に上程する。しかし、これは実質インターン制度の継続と言えた。

全学連結成の一環として共産党の医学連結成を先述したが、1964年には医学連のインターン制度の完全廃止の主張と、共産党や民青同盟との運動方針の違いが明確になる<sup>43</sup>。1965年3月、大学医学部長会議と大学病院病院長会議のインターン問題合同会議は厚生省の「仮免医師案」に反対して「医局仮免案」要求書を国会に提出する。これは「インターン制は廃止し、大学医学過程を卒業後、所定の試験に合格すればただちに医師免許を与える。しかし、その後一年間の臨床研修を必要とする」という厚生省案に対し、①臨床修練は医育

機関の主導性を認め、大学病院あるいは大学病院の推薦する病院とする。②臨床修練に関する法案制定の過程は必ず全医育機関の代表として本委員会の意見を求めること、という条件の追加を要求する。すなわちここで主張されていることは、厚生省が行ってきたインターン生の研修病院の指定権限を大学医学部が代りに担うことであり、大学医学部の権限を強めるものであった。いうまでもなく大学医学課程の修了を認めて学位を与えるのは、大学医学部であり、大学病院はその教育施設である。大学医局は関連病院への医師派遣の実権も持っており、大学医学部教授と大学病院の権力は大きいのだが、さらにその権力を強めんとするものであった。インターン制反対勢力は「医局と大学病院の権力において医学部卒業生のインターン拒否という抵抗を解かせ、卒業生を大学医局に組み入れ、低賃金の労働力を確保する。同時に大学病院のみならず市中病院の医師派遣に関する人事権をも掌握するべく厚生省からインターン生の研修病院指定権をも奪おうとするものであり、大学医局と大学病院の権力拡大構造」(青医連中央書記局編 1989: 54-55)であると批判する。こうしてインターン闘争の矛先は、インターン制を規定する国や厚生省ではなく、大学医局へ向かった。大学医局との対立の明確化は、その後の大学医局解体闘争につながってゆく<sup>44</sup>。

1960年以降、インターン制度の論点は拡大した。井上清<sup>45</sup>によれば、「従来の闘争は、たんに医学部卒後の研修(卒後研修)の改善のみを問題とし、国家の医療政策、また大学の医療教育(医育)制度の全体と卒後研修制との必然の関係をとらえなかったところに根本的なあやまりがある、との認識に到達した」(井上 1969: 117)とする。その上で、国民皆保険後の財政難による抜本改革、国立病院の特別会計制(独立採算制)、医師のインターン制や看護職の看護婦・准看護婦・看護補助者といった職位分け、大学医局における卒後研修の名の下に低賃金労働を強いられる一連の医療政策再編と、大学医局への抵抗に焦点が当てられていく。

1966年、全国医科大学・医学部47校中34校から2700名の加入を得て「青年医師連合」(以下、青医連)が結成される。青医連は①大学結集、②願書拒否、③保健所実習、インターン奨学金ボイコット、④国家試験ボイコットをスローガンにした。青医連もインターン制は若年医師を低賃金労働に縛り付けるという待遇問題のほかに「医療の帝国主義的再編<sup>46</sup>」の主要な柱の一つと位置づける(青医連中央書記局編 1969)。インターン制度は医師単独の問題ではなく、医療政策全体における矛盾のひとつであり、医療体制は国民の階層分断と国家権力による支配体制に通じる重要な問題とされている。

青医連の大学病院での無給医廃絶闘争、大学院ボイコット、学位拒否、ストライキなどインターン闘争は勢いを増す。厚生省は、これら要求や闘争の激化を受けて、インターン制維持は困難として1966年ごろから代替案を考え始める。1967年7月の国会では、医師法の一部改正というかたちで「登録医制度案」が提出された。「仮免医師案」のように、卒業すぐに医師免許を与えるが、その後2年間大学病院か厚生省が指定する病院で臨床研修を行い、研修終了を厚生省に申請して医籍に登録し登録証が交付する、というものである。

先に大学医学部長や大学病院病院長らの大学側が研修指定病院の決定を主導する「医局仮免案」提出をのべたが、「登録医制度案」は「厚生大臣は、研修病院を指定するに当たって医師試験研修審議会の意見をきく」として意向が反映される形である。

登録医制度は、インターン制度の無給労働の1年延長だけでなく、制度設計が不明確であり、大学医局の権力増大を招くとして、反対運動が展開される。登録医制度案は繰り返し修正されて国会に提出された。1968年5月、最終的に「厚生大臣が臨床研修を行った者について医籍に登録する」という箇所を「病院長が臨床研修を行った者に、厚生大臣に単に報告する」に修正した法案として成立し、「登録医制度」は「報告医制度」という名称になる。この登録医制度をめぐる医学部闘争では、9月の医師国家試験ボイコットが実行された。当時の佐藤首相は「国家の威信にかけてでも、国家試験を完遂せよ」と閣議発言したが、受験生3150人のうち実際に受験したのは405人で、1968年の医師法一部改正によってインターン制度は廃止された。

## 1-2 医師の卒後教育をめぐる議論（専門医・認定医制度）

精神科医の学会である日本精神神経学会（以下、精神神経学会）では、インターン制度や登録医制度、専門医・認定医制度の問題の本質は同じとして批判する。この主張の詳細は後述するが、ここでは専門医・認定医制度が精神神経学会の課題として浮上した経過を確認する。

「専門医」制度は、1956年11月の社会保障制度審議会による「社会保障制度に関する勧告」の「医療関係者の養成と専門医制度」を発端とする。勧告では「専門分化によって医学・臨床技術の進歩を図り、臨床的立場の専門技術を持つ医師を評価するため、従来の学位制度とは別に医育制度を確立する必要がある、そのために大学病院よりも国立病院で専門医の訓練を行い検定する」が謳われている。その後、認定者は国から各主要学会に移行して、呼称も「専門医」から学会による「認定医」となり、精神医療領域では精神神経学会が役割を担うことになった。

しかし、専門医・認定医導入の具体的な議論はなかなか進まない。精神神経学会は社会保障制度審議会が専門医制度の勧告を出す前年1955年に「専門医制度対策委員会」を設置するが、10年後の1965年でも従来の精神衛生鑑定医<sup>47</sup>との区別を含めた認定医の位置付けや訓練期間、訓練病院、教育内容などの試案に留まる。

医療制度審査会も、1963年に「…いわゆる専門医制度については、医療制度および医学教育制度、医学研究体制、学位制度、大学院制度等の関連部門との関係をも種々の角度から検討しなければならない」と漠然とのべるにとどまり、専門医制度は医療制度上の具体的な方向性が打ち出せていない<sup>48</sup>。

精神神経学会でも、専門医制度対策委員会委員長であった懸田は、1955年以降の専門医制度導入への議論で「この間に、われわれのいいたいいわゆる専門医・認定医に関する構

想はかなり流動的であり、必ずしも一貫したものとはいえない。その内包する概念にも、また、その将来に対する見通し、あるいは意味づけにおいても、変動があった」（懸田：1968: 627-629）と、議論がまとまらなかったことをのべる。1966年3月、精神神経学会専門医制度対策委員会の試案では「原則6年間、学会が指定した教育病院において、臨床生理学、神経病学、脳神経外科学、神経生理学、神経病理学、神経放射線学、司法精神医学、臨床心理学を訓練した者を学会認定委員会によって認定する」とするが、「われわれの調べた結果でも、精神神経学会会員が現時点で期待しておられる学会認定医のレベルはさまざまであった」（懸田 1968: 627-629）とのべ、実際に要求する専門性のレベルも定まっていない状況であった。若手医師の教育制度の充実を目的としながら、具体的な教育カリキュラムの明示には至らなかった。しかし、インターン制度闘争や医師法改正「仮免医師案」をめぐる攻防が激化する情勢では、認定医の位置づけや意義、具体的内容を明確にすることができなかったとも言えるだろう。

しかし、政府が目指す医療政策上、国民皆保険後の財政難による抜本改革、国立病院の特別会計制（独立採算制）、医師のインターン制や看護職の看護婦・准看護婦・看護補助者といった職位分けの問題などと並び、大学医局における卒後研修としての医師確保は医療政策再編にあたって重要な要素であった。一方、1965年には「日本病院協会は、1964年の医師会長選に吉田富三を候補者として立て、1965年に医師会内に日本医学協会を結成。医学協会は吉田富三を頂点に医学会上層部と医局講座のボス連を結集し、学会認定医制度を賞揚し、医療体制再編合理化を進めようとしている」（青医連中央書記局編 1969: 23）と専門医・認定医制度導入に向けた動きも進められていた。

専門医・認定医制度に反対する金沢彰は「これまで3度にわたってこの制度の導入が図られてきたが、いずれも医師の側から発動されたわけではなく、健保財政赤字解消のための経営者団体、厚生省が制定を推定してきた」（金沢 1968: 180）とのべている。1967年、健康保険制度の赤字解消のために政府や厚生省は、医療制度再編における健康保険の抜本改正を諮るが、臨時応急的な措置として2年間の時限法「健保特例法」を新設する。1969年の期限切れを前に、再び2年間の延長を国会に諮るが、審議は難航する。そして同年、政府は新たな医療保険抜本改正要綱試案を発表するに至る。

### 1-3 健康保険抜本改革問題

1970年の『厚生白書』では、1961年に国民皆保険が達成されたが、その後の保険財政は急激に赤字となったことが記されている。ことに政府管掌健康保険の財政状況は制度崩壊が予測される深刻な財政難を示した。しかし、健康保険の抜本改革の議論はなかなか進まず、1967年、応急措置として保険料率の引き上げ、投薬時一部負担の新設などを盛り込んだ「健保特例法」を国会に提出する。野党や医師会、歯科医師会、薬剤師会などが「国民に一方的に赤字のしわ寄せをする」と反対したが、2年の時限法とする折衷案が可決される。

しかし、2年の期限が切れる1969年8月でも健康保険抜本改正の見通しは立たず、1969年1月、自民党は2年延長を社会保険審議会に諮問する。ほぼ同時期の4月に自民党は抜本改正案として対策大綱をまとめ自民党の政策審議会に諮っている。7月、国会に提出された特例法の期限延長は強い反対をうけ、「保険料の引き上げ率を前に戻す」「薬代の一部負担を削除する」「二年間の時限立法をやめてこれを健康保険本法の改正案とする」など修正して可決している。特例法時限延長の議論が健康保険本法の改正にすり替えられた形となったのである。政府の財政難による医療再編は、精神医療にいかなる影響があったのだろうか。

精神医療界で健康保険抜本改正審議が難航するさなか、1969年4月に精神神経学会医療体系委員会は、健康保険抜本改正厚生省試案に対する意見をまとめ、臺理事長と医療体系委員長の連名で要望書を発表している。精神科医療の特殊事情を強調し、精神疾患患者の医療費を全額国庫負担にすること、精神科リハビリテーション分野に保険給付を適用する要望として、以下のようにのべられる。

試案では、精神病と結核を「公共的社会的に処理する事を適当とするもの」と位置づけて費用を全額公費負担とした。そのうえで精神神経学会は、公費あるいは保険給付の選択の自由を認めるべきと主張した。その理由は、第一に、全額国庫負担は慈恵的な印象を与え、国家権力の介入の余地が考えられ、運営によって医療費の規制による医療の低下をきたす可能性がある。第二に、精神医学の進歩に適合した治療と水準に要する費用が、現行の医療保障や社会福祉に要する国庫負担を超過する。第三に、受診を必要としながら特殊視をおそれて医療を受けない患者の増加の恐れがある。二点目にリハビリテーションや生活療法といった人手も時間も要する重要な治療法に対して、公費負担の給付対象とすることを要望している。(日本精神神経学会: 1969b: 423-425)

この声明について、精神神経学会内で特に異論はなく、その後の金沢学会でも議題とされていない。理事会の見解はあくまで「要望」で反対表明ではないのだが、健康保険改正案に明確に「反対」を打ち出すことを主張した精神神経学会内の改革派も見解は同じだった。改革派は健保問題も専門医・認定医制度問題と関連させる。当時、国会では健康保険特例法・抜本改革案と防衛二法、大学立法が国会における最重要法案と位置づけられていた。次節以降、精神神経学会内の「改革派」による健保問題と医師教育の問題である専門医・認定医問題に対する主張の詳細を論じる。

## 第2節 精神神経学会における専門医・認定医制度の賛否をめぐる議論

1968年5月、精神神経学会は長崎大会において専門医・認定医制度のシンポジウムを行った。この時点で専門医・認定医制度の導入賛成派と反対派それぞれの意見は集約されて

いる。

専門医・認定医制度を進めた賛成派とは主に学会理事達であり、各大学医学部精神医学教室の教授陣であった。学会に設置された専門医制度対策委員会でも基本的に制度導入を推進する議論が重ねられた。賛成の理由は以下の三点である。第一に、現行精神衛生法における「精神衛生鑑定医」では人権問題を含む精神医療の担当者として不十分であり、患者の隔離拘束、保安問題、社会的視野といった精神医療の特殊性に対応できる医師の養成が必要である。第二に、専門医制度の導入は専門医療技術の向上、一定以上の医師の水準保持を維持することに寄与するものである。第三に、従来の学位教育では不十分な臨床の専門技術教育が必要である。

すでに「専門医」に類似する「精神衛生鑑定医」制度が存在したが、精神衛生鑑定医では高まる人権意識に充分対応できないと指摘している。措置入院患者の増加や1964年のライシャワー事件など、頻発していた精神病院不祥事件が影響を及ぼしたと考えられるが、鑑定医の不足についての具体的説明はない。その他の賛成理由としては、おおむね医学教育の発展と専門化による医療技術の進歩を肯定する内容である。ここから、専門医・認定医制度賛成派の賛成理由は、従来の精神衛生鑑定医では不足であること、専門化により医学教育と医療技術が進歩すること、という二点に集約される。

これに対して反対する、学会若手改革派らは、専門医・認定医制度の議論の前提として、精神医療の現実を以下のように整理している。第一に、医学教育において学生数に見合う教官がおらず、大学院生が学部学生の実習を担い、研究生と大学院生が大学病院での働き手になるなど教育の場が確保されていない。第二に、医療現場では精神病床の増加に対して、医師は他科のパートタイムや非常勤が多く、看護師も不足して医療看護の水準が低下している。第三に、日本の精神医療は公的精神病院が少なく、民間病院依存である。以上の精神医療の問題は、専門医・認定医制度導入で容易に解決できることではない。であるから、そのような現状を踏まえて速やかに必要なことは、第一に、医学部教育の改善と医師の待遇改善、精神科常勤医師数の増加。第二に、看護師の増加と教育の充実、労働条件と待遇の改善、資格の一本化。第三に、国立病院の増床、公的私的医療機関施設への国庫補助である。

これらは精神医療の現状に対する直接的な批判であり、これらの批判と認定医・専門医制度との関連性を「専門医・認定制度をつくることで日本の精神医療はさらに悪くなる」と言い、具体的な問題を以下の十点にわたって列挙する。第一に、専門医導入で医療内容に差が生じ、大多数の患者の人権や社会復帰権を無視することになる。第二に、「教育病院」や大学病院の差額徴収や健康保険償還制を認めることは健康保険制度の破壊である。第三に、専門分野しか分からない「専門医」を養成してしまう。第四に、医師の大学病院、教育病院への集中化。第五に、医師の階層形成。第六に、医師の無給あるいは低賃金を固定化する、そして非常勤医が増加する、第七に、卒後教育の人的、経済的裏付けのない固定化につながる。第八に、医学研究と医療の分離、第九に、大学医局の民主化、医学界の民

主化の遅滞、本来の医学研究や医療の不履行、第十に、低医療費政策、医療「合理化」への協力、である。

以上から、認定医・専門医制度に反対する改革派の主張は、医療に差を生じさせ低医療費政策に利用される、医師間の格差と低賃金労働の固定化、大学医局講座の権威を高めるだけで民間病院や非教育病院の医療内容を悪化させる、という三点に集約できるだろう（日本精神神経学会 1968: 627-633）。専門医・認定医制度の反対派に追及された賛成派理事達は、おおむね議長がまとめたような「教育的観点のみにとらわれてきて現在の医療情勢を考えずに、この問題を考えてきた傾向にある」（江熊 1969: 1090）と反省する。しかし、1968年の長崎大会総会前日の理事会・評議会で専門医・認定医制度を推進する提案を行う臺理事長は、以下のような考えをのべる。

現在の教育と医療制度を改善するための特効薬はない。私どもはあらゆる方面で多面作戦を展開しなければならない。認定医制度もその一手段として役立てようとするのである。（……）一体私共は厚生省、文部省、さらに大蔵省、国会を動かして彼らが何かしてくれるまで、政治活動だけにたよって時期を待つべきなのであろうか。（……）我が国の精神病院の病弊は古く深く、その体質改善は厚生省や国会に話をもって行く前に、私共の手ですることが山ほどあるのである。私は精神科医のレベルを向上させるための一つの手段として認定医制度を役立てたいのである。（……）認定医制度は万能薬ではない。これを採用したら必ずよいことがあるという保障もない。悪用すれば悪いことだらけになる。認定医制度が有意義であるという保障は、一にかかってこの制度をうまく活用して精神医療の改善を促進しようという私共の熱意と智慧と学会の民主的な運営にあるばかりである。（臺 1968: 381-382）

臺は、反対派が指摘する精神医療を取り巻く状況、精神医療の医学教育が悪く不十分とする認識に同意する。しかし、反対派の「だから専門医・認定医制度を導入すればもっと悪くなる」という主張に対して、臺は「この制度を利用することで精神医療・教育の悪しき現状を改善させてゆくのだから」と逆の主張を行う。一方で臺は、反対派が挙げる「大学医局内の権力構造」の問題や「病院間・医療内容に格差が生じ」そしてそれが「政府の低医療費政策に巻き込まれる」という主張には言及しない。臺の態度は、「この制度をうまく活用して精神医療の改善を促進しようという私共の熱意と智慧と学会の民主的な運営」という精神論で反論しているのみと言えるし、あえて問題の政治性を排除しているとも読める<sup>49</sup>。

長崎大会のシンポジウムが終わった後の学会誌『学会だより』では、専門医制度対策委員会の活動報告はほとんど掲載されていない。そもそも委員会自体がほとんどもたれなかったようである（日本精神神経学会 1969a: 420）。1969年3月、金沢学会を目前にした『学会だより』には、金沢学会総会前の評議会で「本年度は理事長提案は行わない事にした」（日本精神神経学会 1969a: 420）と一文が記されているのみである。1969年はインターン廃止

闘争や大学医局講座解体が叫ばれ、同じ問題要素をもつ専門医制度問題の学会への議題提出を避けざるをえなかったと考えて間違いないだろう<sup>50</sup>。若手改革派医師らは学会理事達がインターン制度、認定医・専門医制度への議論や態度表明を「あえて避けた」ことを不満として運動戦術の口火とした。改革派医師らは、インターン制度の考え方の源流である専門医・認定医制度の問題点を主張しながら、一方では健康保険改革問題や保安処分問題、大学立法などと並べて、日本の医療政策、ひいては国家体制が向かう方向性に異議を唱えた。

改革派は、資本主義社会における労働力重視、国民の階層分断、国家権力が介入する社会において、精神障害者はその最底辺におかれるに違いないと考えた。必然的に精神医療も劣悪にならざるを得ない環境におかれるという危惧から、精神神経学会の姿勢が問われたと言える。このような経緯のもと迎えた金沢学会は、精神医療改革運動の発端となり、その後の精神医療改革運動へ発展していくのである。



## 第5章 精神医療改革運動のはじまり

### 第1節 精神医療福祉関連学会の紛糾

#### 1-1 1969年日本精神神経学会金沢学会

1969年の日本精神神経学会金沢学会は、戦後精神医療におけるターニングポイントとして位置づけられ、様々に語られている。この5月19～22日の会期中に起きたことは、学会理事たちや精神医療の問題を追及した側から、次のようにまとめられる。

大学の無給医問題、博士号などにまつわる人事支配を中心とする医局講座の解体を目指す闘争が全国的に展開され、患者を犠牲とする研究体制、低医療費政策に基づく病院統廃合の動き、さらに保安処分問題を中心とする社会防衛精神医療体制の批判など、日本の精神医療・医学の体制を根本的に見直し、改革へ積極的にかかわってこなかった学会の体質を批判し、かつ自己批判を求める運動のなかで討論は空転しつつ、学会の体制の改革が始められた。(日本精神神経学会 1969、日本精神神経学会百年史 2003a: 190)

その後のあらゆる学会闘争の一起点であるにとどまらず、反保安処分戦線、精神病院解体・地域治安管理体制解体闘争、伝統的精神医学解体にむけての理論手作業など広範かつ重層的に進化していったその後のわれわれの戦いの原点として長く記憶にとどめられねばならない。(小澤 1981: 38)

日本精神医学と精神医療は、実は、国家が精神病患者を排除し、処遇するあり方の合理化に過ぎなかった、という自己批判がなされた。医局講座制という支配機構に従属させられてきた精神科医たちは、その意味で被害者であり続けたが、代償としての保身は、精神病患者への弾圧に通ずるものであることが確認された

(小澤・森下・盛岡・高橋・貴志 1975: 24)

1969年日本精神神経学会金沢大会は次のような流れであった。まず5月19日午後、改革派医師たちが、学会総会に先立ち行われた評議員会の公開を要求し、議論の結果認められた。5月20日も学術講演を中止し1000名の傍聴者のもとで評議会を行う。前年度学会で、認定医・報告医制度が否決されたにもかかわらず理事会と評議員会が議論をしないまま今年度に持ち越されたことについて、理事会と理事長の責任が問われた。採決の結果理事長と理事会が不信任とされ退陣、午後に新理事と理事長代行の選出が行われた。よく5月21日に504名で総会が行われ、学会運営費問題<sup>51</sup>や、新理事と新評議員の信任をめぐる議論、評議員会の解散勧告の採択などが議論された。5月22日の総会も議論が続けられたが、

午後定足数を下回り、閉会した（日本精神神経学会百年史編集委員会 2003a: 188-190、日本精神神経学会 1969: 1029-1207）

改革派医師らが、5月19日の評議会の公開を要求した理由を、小沢勲（京大・関西精神科医師会議）が明確にのべており、その主張がその後の評議会と総会における議論の流れに結びついているといえるだろう。この時の小沢の現行精神医療と学会への問題提起は次のようになされる。

- ① 健康保険抜本改革や病院の独立採算制等の低医療費政策の推進は、労働力にならない疾病からは医療をなく奪ってゆくものであるが、患者の立場に立った精神科医であろうとするならば、学会や理事たちはどのように運動してゆくつもりなのか。
- ② 刑法改正保安処分新設問題は、今後精神科医が警察の手先として、社会不安や社会防衛のために患者を精神病院に押し込めてゆくことになってよいのか。
- ③ 政府の基幹病院構想（地域の基幹病院という大規模病院に患者を集め、そこでは検査や処置を充実させ、経営を合理化させる。中小規模病院はこの政策に当てはまらず、経営的に困難となり、それが医療内容を悪化させるというもの）の義務的裏付けとして報告医制度、学会認定医制度が機能することになる。
- ④ 学会や大学医局講座制の権力構造に象徴される、精神医療全体のゆがみ。一例として、今学会での24もの分科会と200をも超える研究発表の多さは、大学の無給医局員らが行い支えている。教授陣らが、その無給医局員を関連病院に派遣する実権を握っており、それら権力構造によって成り立っている医局講座制を廃止せねばならない。

（日本精神神経学会 1969: 1042-1043）

一方で、批判され不信任とされた側の学会理事長臺弘はのちに

多くの発言が医者レベルの不満、怨念と精神医療体制の欠如の指摘に集中して、一番基になるはずの患者の自由、人権の擁護から発する声が聞かれなかったのは、長崎総会と同様で、本当に残念なことであった。（臺 1993: 215-216）

とのべている。この金沢学会はこれ以降、精神医療の点検、問題提起、反省、議論、そして反対・抵抗運動が展開されることになり、そのきっかけとなった意味で重要である。4日間の議論の内容は、それまで言われていた批判が集約され、確認されたことになる。この金沢学会での議論が、精神医療福祉関連の学会にも多大な影響をあたえることになる。

## 1-2 その他の精神医学関係学会の動向

日本精神神経学会金沢学会は、他の関連学会にも大きな影響を与えた。同年10月の児童

精神医学会<sup>52</sup>も研究発表が中止され、討論に切り替えられた。同年10月の病院精神医学会総会も、精神病院不祥事などの批判が出され、予定のプログラムが中止となって執行部が退陣した。日本精神病理・精神療学会では学会の解散要求が出された。議論を続けた日本臨床心理学会<sup>53</sup>も、1971年にはシンポジウムを中止し臨時総会を行った。精神医学に関連する学会、心理や教育も巻き込んだ広い学問領域で、従来の学術研究の発表が中止された。それぞれの学会機能が問い返され、問題を洗い出し、新たな学会の構想とそれぞれの職務のあり方に関する議論が起こった。

金沢学会紛糾以降、1970年1月から朝日新聞の紙上において、大熊一夫記者がアルコール依存患者を装って精神病院に潜入した「ルポ・精神病棟」が連載された。この記事によって精神病院の内情が初めて国民に知らされ、その人権を無視した精神医療の実態が大きな反響を呼んだ。1971年、高杉晋吾も『頭脳支配——おそるべき精神医療の実態』、1972年に『差別構造の解体へ——保安処分とファシズム<医>思想』、1973年に『日本の人体実験——その思想と構造』と次々にルポルタージュを発表した。

その他、「全国精神障害者家族会連合会」が、精神障害者福祉が身体障害者や知的障害者に比べて不十分である制度の改善に向けて「精神障害者福祉法」制定の実現に向けたスローガンを打ち出す。1974年には「京都精神医療労働者会議（精労協）」が発足、島田事件で逮捕され死刑判決を受けた赤堀政夫氏を冤罪事件——精神障害者であるがゆえに少女殺人事件の犯人にでっち上げられた——として支援する「赤堀さんと共に闘う会」が全国各地で結成、精神病当事者の「全国『精神病』者集団」が結成されるなど、医療関係者のみならず、患者家族、当事者、労働者を含めた運動体が精神医療への問題提起を行い、一斉に批判と見直しへの機運が高まった。

### 1-3 金沢学会前後の日精看の動向

1969年、日本精神神経学会金沢学会（以下、金沢学会）を機に、児童精神医学会や病院精神医学会総会、日本精神病理・精神療学会、日本臨床心理学会などが従来の学術研究発表を中止し、専門職の役割と学会機能を問い返し、学会執行部に退陣を求める動きが起こったことはのべたとおりである。しかし、このような精神医療福祉関連学会らの動向のなかで、精神科看護団体である日本精神科看護協会（日精看）は歩調を合わせなかった。ここではその日精看の動きを確認する。そもそも看護師は、精神病院で働く医療従事者の6割と多数を占める精神病院の実質的な日常を運営する機動力である。精神科看護師の動向は、その後の精神医療や精神医療改革の展開を考える時に大きな影響力を持ったと考えられる。精神科看護師たちは精神医療周辺の動きをいかに捉え、考えていたのだろうか。

第2章でみたように、もともと日精看は、男性精神科看護師の身分保障や地位向上の対外交渉を行う職能団体として発足した。精神科は病院内治安のために無資格の男性看護師を多く雇用した。その「看護人」を改め「看護師」へ変更を要求する名称問題や、男性が

入学できる看護学校の増設、精神病院に勤務する無資格看護者に看護婦資格試験受験への特別措置を求める等の運動を続けてきた（日本精神科看護協会 1974: 22, 29-30, 44-45）。

1960年代後半は特に理学療法士・作業療法士が国家資格化（1965年）に伴い、精神科作業療法を担った無資格看護者に対する作業療法士国家試験受験への特例措置を強く求めた。この作業療法士資格化の問題は、同時に従来から精神看護の大きな位置づけであった作業療法を看護から切りはなされることで「精神科看護とは何か」「精神科看護の専門性とは何か」というアイデンティティに関する葛藤を生んだ。また、1968年の保健婦助産婦看護婦法の改正で、念願の看護人の名称変更をはたすなど、それまでの活動が実を結ぶ成果もあった。

精神神経学会が金沢学会で議論を始めたころ、日精看が取り組んでいたのは、以上のような事柄であり、医師たちのように、医療政策や精神医療構造の問題等が主張されたり議論の対象とされることはなかったのである。

金沢学会の紛糾ののち、わずか約1週間後の5月28日から30日に日精看全国学会が名古屋で開催されている。しかし、ここでは通常の総会と学会が開催され、金沢学会紛糾の余波はうけなかった。翌1970年5月の日精看山梨総会において一部、政治的主張を伴った騒ぎがみられたが、学会テーマも政治的主張はみられず、特別講演では「芸術療法」が、一般演題では主に「生活療法」に関する研究報告がほとんどを占めていた。こうした学会の動向を見ると、精神科看護者からの際立った主張はみられなかったように思われる。しかし、日精看の全国大会もまったく「何もなかった」わけではない。金沢学会の翌1970年の日精看山梨大会総会では、他学会と同様に総会を中止させようと日精看執行部を批判する会員や非会員によってマイクが占拠されるという動きがあった。『日精看ニュース』によると下記である。

山梨学会に先立つ1970年5月20日、三鷹の上五会館にて約20名が集会を開催。メンバーは碧水荘病院元看護者や上智大学生、医師など日精看会員以外も含まれる。日精看執行部体制の不满、朝日新聞キャンペーンに関する執行部の対応への不满の他、「碧水荘闘争委員会」の一人から精神医療は～資本主義～アジ的演説も出る。お互いが主義主張し、意見の一致はみられない。そこで具体的にということで、山梨総会の対策と鹿島事務局長批判が出される（日本精神科看護技術協会 1970b: 1）

しかしこの動きは事前に察知されて日精看側会場整理係によって排除されマイクを占拠しようとした女性会員が壇上から排除されて負傷したとして日精看を告訴した。しかし総会は「年会費の値上げ」や「本部役員を選任」など予定通りに終了している。

この時マイクを占拠しようとして壇上から転落したという女性は、東大病院精神神経科に勤務する藤明朱美であり、日精看の会員であった。藤明はこの時の自身が体験した一連の出来事を『精神医療』に寄稿している。

私にとってショックだった一連の精神病院の不祥事件に対する日精看の対応は——たとえば、安田病院事件には会員のいない悪徳病院としての単純なきりすて、また、きびしく告発された『朝日・ルポ』に対してはまるで他人ごとみたいに、これからの学習によって解決していこうという態度も、自分たちは精一杯、看護しているのに迷惑だ。『朝日はけしからん』といった被害者意識のなにもものでもない。——をみると、あらためて批判が私の中にたかまってくるのを抑えられなくなってきた。(……) 徳島における精神神経学会の 3 日間のテンマツ』を週刊誌から知ったところに、日精看総会の案内ニュースによると、最大の議題は「会費値上げ、会館建設」とある。「そんな馬鹿な！」と思わず口をついて出た。当然、精神病院の不祥事件は、日精看の会員・非会員を問わず看護者全体の問題として討議されなければならないと考えた私は、失望してしまった(……)

(藤明 1970: 15-16)

藤明は憤懣やるかたない心境で学会総会に参加する。そして藤明が参加した総会は、日精看側が参加資格を制限したことや、屈強な男性会員達多数が警備にあたり「異様な雰囲気」であり、通常とは異なった空気であったとし

議長団が選出された后、一会員（男性）からの緊急提案、「一連の精神病院不祥取件はみんなの問題だから、みんなで討議したい。あたらしい規定によって入場できずにいる人達にも入場を許してもいたい。碧斗委の人達も来ている。碧水荘病院の実態を聞こうではないか」が出された。議長は、あいまいにした。そこで私が、「今の緊急提案はどうなったのか・・・」と確かめの発言をし、同じように、彼等に入場を許してほしいと訴えているところちょうどその時、すべりこんできた碧斗委の一人が演説をはじめた。いきなり事務局長は「あのうすぎたない奴をつまみ出せ！」と指示したので執行部側の腕章をつけた男たちによって、私はいっしょくたにされ、学生よばわりや碧水荘よばわりされ、場外に連れだされそうになった。会員であることを示そうと会員証まで提示しようとするのに、誰もみむいてもくれず、ロビーに押し出された。私は会員であることを必死に叫んだ。ものすごい形相の男に「女のくせに！」と侮辱され、ついには、階段の上から突飛ばされ頭からころげ落ちた。(藤明 1970: 15-16)

とのべている。この出来事について朝日新聞も次のように報じている。

「一連の精神病院不祥事件は看護者全体の問題だから、みんなで討議しよう」

25 日から三日間、甲府市の山梨県民会館で開かれている日本精神科看護協会（飯田栄太郎会長、精神病院看護者 1 万 3 千人余加盟）第 13 回大会で、会員からこんな強い声が上がった。しかし、執行部が、その主張をしりぞけたため、25 日午前 11 時ごろ会場内で

もみ合いが始り、東大病院精神科に勤める看護婦一人が、執行部案賛成者に階段から突き落とされ、足に軽傷を負うゲバ騒ぎにまでなった。

(朝日新聞 1970年5月26日朝刊)

一連の精神病院の不祥事件を議題に取り上げようとした一部の会員の意見は、執行部も含めた多数の会員に押し切られ、議題にはならなかった。

(朝日新聞 1970年5月28日朝刊)

日精看は、これら朝日新聞が学会について報じた「改善策示されずじまい」「精神病院もめ、ゲバ騒ぎ」等の記事に対して後日抗議文を送付するとともに（日本精神科看護技術協会 1970b: 1）、『日精看ニュース』紙上でも反論する。「怪我をしたのは会場整備係の日精看会員もいたが、そのことに触れない点で新聞の取り上げ方が一方的」「朝日新聞は一連の悪徳病院のキャンペーンを張っていることは理解するが、それならば日本全国の、厳しい諸条件の中で長い間の看護者の努力を報じないのか」「執行部は、かれらの主張をしりぞけてはいない」（日本精神科看護協会 1970b: 1）等反論記事を掲載する。しかし、結果としてそれで終りであった。日精看は他の学会のように研究発表の中止や執行部が糾弾される事態にも至らず、そこから新たな議論が始まることもなかったのである。

10年後の1980年、精神医療改革運動が始まった頃を振り返る座談会「新春座談会 70年代の看護をふり返って」には、以下のような発言が見られる。

E: 精神科医療をめぐるいろいろな学会がつぶれている中で、日精看がくずれなかったのはどういうことだったのでしょうか。

A: それは、私達看護者は、常に患者のためにを（ママ）最優先していたというところにあると思います。

D: それと、理論的に主義・主張が異なっても、患者の側にいるという点での仲間意識が強かった。

C: 反対だからといって手を切ってしまったら余計マイナスだという気持（ママ）。また少数の反対派は叫んでいることが借り物であって自分自身の信念や理論ではなかったように私は思いますネ。

B: 教育を中心とする、つまりお互いに足りないところを勉強し合って向上しようというところが中心であったからではないでしょうか。

A: そうですね。日精看の発生动機からみても、今でも社会的に一段（私達精神科看護は）低く位置づけられているようなところがあって、虐げられてきたものの連帯感が強かったともいえます。（日本精神科看護技術協会 1980: 1）

このように日精看は1970年代の精神医療改革に一定の距離を置き続けた。精神医療の要

である精神病院の日常を担った看護師は、精神医療改革運動をどのように感じ、また、社会からの精神医療や看護への要請を捉えていたのだろうか。

精神医療福祉関連学会が問題とした相次ぐ精神病院での不祥事事件の要因は、看護師が教育を受けていないことに基づく倫理観の欠如である。であるから看護師の教育と資格化が精神看護と医療の質を上げることになり、それが患者を病気から回復させ、良い療養生活がおくれるなど患者と家族を救うことになると考えていた。医師たちの間で、学会理事や大学教授達が「精神障害者の処遇の改善を果すためには、精神科医の質を向上させることが肝心」として報告医・認定医制度という医師の「資格制度化」の推進と同じ理論構造であると言える。日精看でも同様の理論が勝っており、他関連学会とは違う方向を向いていた。

精神医療改革運動が始まった時期、改革派の主張や運動の展開と日本精神神経学会や日精看の問題意識の違い、改革運動に対し温度差があった。もちろん何であれ「改革運動」というものに対して、関係者は一枚岩ではありえない。精神医療改革派の主張も、多くの看護師を巻き込めなかった。日精看も従来の独自課題があったし、精神科看護師の圧倒的多数は日々の精神科病棟での日常業務のほうが大きな課題であった。そういった意味で看護師は、精神医療改革運動に積極的に看護師独自の視点を持って加わったわけではない。特に、精神医療改革運動の展開において、運動の主要な問題であり続けた保安処分新設反対については相当の距離を持っていた。この点は第6章3節で紹介する。

## 第6章 精神医療改革運動の行き詰まりと平静

精神医療改革における改革派の精神科医として、小澤勲は金沢学会から6年を経た1975年に刊行した著書『呪縛と陥穽——精神科医の現認報告』において

この時いらい、日本精神神経学会はかなりの程度までわれわれの手によって動いてきた。われわれは金沢学会闘争を契機として精神科医全国共闘会議を結成したが、重要な課題についてほとんどすべてわれわれの方針が全学会員のコンセンサスを得るまでにいった（小澤 1975: 8）

と改革運動の成果を自負する。確かに、精神科医たちの問題提起や意志表明は、精神医療全体の方向性にとって大きな意味と影響を持つ。しかし小澤は自分たちの運動成果を自負する一方、運動の現実をこうものべる。

だが、にもかかわらず、われわれは学会でとびかう言葉の軽やかさに当初からある種の「うしろめたさ」を感じていたのも事実である。この事実は、学会という場でなされた決議や方針提起が現実の運動を進め、支えてきた一面をもっているに自負するだけに、一層、深刻なものであった。つまり、思想と論理のうえではほとんど完全に講座派や日共・民青に勝ちきってきたことは確かなことなのだが、現実の場面においては力関係は逆転している。あたり前といえば、あたり前のことだが、われわれは現実場面においては圧倒的少数派にすぎない。（…）この事実に対し、「お前たちは口先だけで、実践的には（あるいは、臨床場面では）全く旧来のやり方と異なっていないではないか」という罵倒があげられる。（小澤 1975: 8-9）

小澤の言うように、改革派医師たちの間には、従来精神医療体制の問題点やその体制を批判する理論の上では、従来の体制派を論破できているにもかかわらず、実際の精神医療の現実は従来からさして動かない、理屈が正しくとも精神医療の全体を動かすには程遠い現実というジレンマがあった。改革派医師らにとっては「様々な決議」や「方針提起」が先行したものの、臨床における具体的な展開方法は模索しながらの改革運動といえ、精神医療の現状はなかなか変わらない停滞があった。本章では運動が停滞期をむかえた中で参照されることになった「反精神医学」思想と、精神神経学会での議論をみておく。

### 第1節 1970—1975年の日本精神神経学会の様相

昭和40年代に入ってから、日本精神神経学会は、大学紛争の煽りを受け、紛争を重ね、正常に学会が運営される状況ではなかった。1973年の名古屋での総会は、その前日に行わ



れた評議員会から紛糾した。会議は多数の傍聴者にとり囲まれ、ヤジと怒号が飛び交う異常な雰囲気の中で行われ、一部に暴力行為もみられた

(日本精神神経学会編百年史編集委員会 2003b: 688)

上記のように、1969年以降の日本精神神経学会は、学術発表は中止されたまま、年次総会は混乱が続いた。結果的に1979年まで学術発表(一般演題)は開催されず、議論に費やされた。日本精神神経学会は、第69回(1972)～第73回(1977)年までの毎年の総会とシンポジウムで“戦後精神医療の総点検”なる議論を積み重ねる<sup>54</sup>。

翌1970年の徳島学会も、日本精神神経学会は金沢学会に引き続き精神病院の不祥事事件、中間施設問題、保安処分問題が提起される。1971年の東京学会ではシンポジウムで「刑法改正における保安処分問題と精神医学」が取り上げられた。1960年に草案が発表されて以来、精神医療界にとって刑法改正保安処分問題は大きな課題であったが、学会はこれまでの容認姿勢を一転し、反対決議を行って正反対の立場を表明した。1973年の名古屋大会は「臺学会」とも呼ばれる。「石川清氏より臺弘氏の実験研究に対する批判問題」の提出によって人体実験やロボトミー手術が討議され、1975年の「精神外科を否定する決議」につながる。その後、作業療法点数化反対(1975年)、「通信及び面会の自由」に関する決議(1975年)が可決され、島田事件、京都十全会問題、烏山病院闘争、東大赤レンガ病棟の実践、宇都宮病院事件の検証や精神衛生法改正(精神保健法公布)への取り組みへと展開される。

他方、糾弾された側の臺弘の主張を確認する。臺は、東大精神科教授という改革派が糾弾する「権力構造」の医局講座制の頂点におり、当時精神神経学会理事長であった。金沢学会では学会理事長を不信任とされた。また、かつて行なった脳外科手術を人体実験であるとして糾弾されるなど、常に改革派に批判される立場にあった。臺は、精神医療改革運動について「大学紛争で点火された造反運動が、反精神医学の否定的主張を借りて語られるようになった」(臺 1976: 718)「精神衛生法の下に、私立精神病院中心で経営上に患者を商品化することを免れなかったから、精神病院スキャンダルが頻発し、反精神医学は精神科医療の脆弱性、反医療性を直撃することができた」(臺 1993)と批判する。そして改革運動が、全共闘運動と精神病院問題を追い風にしたうえで反精神医学思想を戦術として用いたこと、しかしながら結局は「告発がこの上もなく強く叫ばれていながら、告発の目標が明確に理念化されず、姿勢追求に止まっている」(臺 1976: 718)と改革運動の限界を指摘し批判する。

議論や告発、反対決議を続ける一方、運動の行き詰まりも運動内部で生まれていた。6年ぶりにイギリスから帰国した鈴木純一<sup>55</sup>は1974年東京大会に久しぶりに参加した際、当時の精神神経学会の様子について「入口付近のロビーでは“告発”文書、ビラなどが売られ、または無料で配布され、久しぶりの学会参加であった私にとっては、一種異様な雰囲気でした」という。演題発表についても「精神科医であることに罪悪感を抱えているような演者の告白」や「文献の紹介展望以外にはまったく主観的・感情的な精神外科の否定に終止

している」発表等を受けて「何かの力動的な理由でうつ的な状態に陥っている」（鈴木 1974: 88）と直感している。学会を中心とした運動に、明らかな停滞感がみられていた。本章冒頭で小澤の発言を紹介したように、1969年の金沢学会以降、学会内では具体的な闘争課題が山積し、改革運動は一定の成果を収めたが、日々の精神医療に関する具体的見解はまだ見受けられない。多くの問題提起と議論がなされた点だけとっても改革派の成果といえるが、精神科医全体からみれば圧倒的少数であり、多くは従来通りの精神医療の状況に変化はない。金沢学会から5年が経過して、改革運動はある種の行き詰まりに達した。何か新しい理論枠組みが求められたからこそ、当時欧米で注目を集めていた「反精神医学」思想の着目へつながったのではないだろうか。

## 第2節 反精神医学思想への接近

### 2-1 反精神医学思想への関心

1970年代、「そもそも精神病など存在しないのだ。特定の人々に社会の側が貼ったレッテルにすぎない」という主張が、イギリスを中心とした欧米から日本に紹介された。1960年代に、レイン “The Divided Self. An Existential Study in Sanity and Madness (1960)”（邦題『ひき裂かれた自己』）、“Self and Others (1961)”（邦題『自己と他者』）、エステルソンとの共著 “Sanity, Madness, and the Family. Families of Schizophrenics (1964)”（邦題『狂気と家族』）、クーパーとの共著 “Reason and Violence (1964)”（邦題『理性と暴力』）、“The Politics of Experience and the Bird of Paradise (1967)”（邦題『経験の政治学』）、クーパー “Psychiatry and Antipsychiatry (1967)”（邦題『精神医学と反精神医学』）、レイン “The Politics of the Family (1969)”（邦題『家族の政治学』）等が出版された。また、クーパーがロンドンの公立病院において行った「Villa21」（1962年から1966年）、レインの「キングスレイ・ホール」（1965年から1971年）などの実践があり、日本では1970年代に翻訳が出版され、その思想が広く知られるようになった。

レインやクーパー、サズといった欧米の反精神医学と称される論者の主張は、個別それぞれに違いはあるが、“既成の精神医学のありようへの異議申し立て” “精神医学にもとづく精神医療” と “社会の要請によって規定されている精神医療体制と精神病院のありようへの批判” という点では、反精神医学と日本の学会改革派の若手医師らの主張と合致するものである。

しかし、当時そのように精神医療改革が運動として一定の勢いを持っていた日本と欧米とは、反精神医学への共鳴の仕方、精神医学界における位置づけに大きな違いがあった。日本では思想が独自に発展をみたというよりも、精神医療改革運動の中で運動を裏付ける理論として反精神医学の思想が着目され、参照されたのであった。

## 2-2 反精神医学思想が生まれた経緯と日本側の着目

反精神医学とは、一言でいえば、伝統的正統的主流的精神医学の狂気観に対する根本的な異議申し立てである。つまり伝統的精神医学が19世紀以来身体医学の枠組みや概念をそのまま踏襲し、『狂気と正気』の問題を純医学的立場から考察し、狂気イコール疾患とみなしつづけてきたとしての異議申し立てである。(笠原 1976:675)

1960年代、反精神医学と呼ばれる既成の精神医学に対する抵抗思想が生まれ、イギリス、フランス、イタリア、アメリカなど欧米で広がりを見せる。この新しい思想をD・クーパーが著作『Psychiatry and Anti-Psychiatry』において「反精神医学」と命名した。反精神医学の旗手といえるのがR.D.レインやD.クーパーというイギリスの精神分析医である。レインやクーパーの思想はいずれも家族研究から始まった。家族関係に、精神分裂病の形成要因を見出したのである。

クーパーは「精神分裂病者の大半は、家族の中で厄介ごとが起こったときにそれを一身に引き受けて苦しむ‘スケープゴード’としての存在であり、そのようなスケープゴードを探す必要のある家庭状況から生まれる」と、家族関係で精神分裂病が形成されると主張した。クーパーは、家族にはじかれた者を精神分裂病者と名づけ、治療する精神科医と精神病院の存在を挙げる。「医師たちは患者に‘精神分裂病’というレッテルを貼り付け、‘精神医療上の処置’と称する物理的社会的手続きによって、着々患者の破壊に乗り出す」と、精神科医と精神病院の悪害を強調する。ひいては精神医療や社会からの「狂気の解放」「人民の解放」を主張する(David Cooper 1967=[1974]1975: 190-191)。

クーパーの主張は家族研究に端を発しているが、家族内における精神分裂病とされる個人の心因論にとどまらない。従来精神医学が課題としてきた精神分裂病患者の個人的資質——器質的な身体因や心理因——という個人起因の問題としてではなく、精神病院や社会との問題関係や、患者を取り巻く環境としての社会全体を射程に入れて改革を主張する。1962年、クーパーはロンドンの公立病院に「Villa21」というユニットを創設し、1965年に「キングスレイ・ホール」として反精神医学の実践を試みている。クーパーらの「精神分裂病など存在しない」という言明は、実際に幻覚や妄想などの精神症状を呈している患者を知る者には納得し難いのだが、ここでは「病気」「症状」そのものに視点がおかれていない。従来の正統精神医学が生物学的に患者個人に病因を求めたのに対し、個人の外部、個人を取り巻く社会環境に焦点を当てた反科学思想という点で画期的であった。

なぜこのような奇抜ともいえる思想が生まれたのか。笠原(1976)は、反精神医学の背景を治療的側面から考察する。レインら精神分析の領域が「早くから分析的理性の限界に直面し、直観的な全体認識のための方法論について真剣に模索しなければならなかった」こと、「純精神医学内部の問題で、向精神薬の出現による治療上の進歩が一段落し、向精神薬の出現によって一時生じた幻想に対し反動的に失望の生じた時期にこれにあたる」

ことを挙げる<sup>56</sup>。精神医療改革運動を主導したのが医師であること、学会を中心とした運動の行き詰まりを迎えたことを先述した。一方で、運動の問題意識とは別に、生物学的研究（例えば脳研究などの人体の実質的な研究）、病理学的な精神分析、薬物療法など、医師ら治療者たちが治療の限界に直面して行き詰まりを抱えていたという現実もある。それらの事情から、何か新しい展開が医師たちの間で必要とされたのであろう。

### 2-3 日本とイギリスの「反精神医学」運動の温度差

欧米では反精神医学はどのような展開をみせたのか。反精神医学の理論は日本に紹介されたが、レインのキングスレイ・ホールやクーパーの Villa21 といった実践は全く事情が違う日本が模倣や参照できたのだろうか。

反精神医学がイギリスで発生した理由について、臺は「イギリスでは、福祉国家の理念が早くから行き渡っていたので、国民保険サービス（NHS）の傘の下に精神病患者の脱施設化と地域医療が進んでおり、治療共同体の試みもなされていた。そこで、反精神医学の主張も現実的な提案になるなら、それを受け止めるだけのゆとりがあった」（臺 1993:213）とイギリスの社会背景を指摘する。実際に反精神医学の実践はどのようになされていたのだろうか。

イギリスの状況を体験してきた鈴木純一は帰国後、日本とイギリスの差異に違和感を覚えたとのべる。日本は「反体制運動の一部としての反精神医学の場」（鈴木 1974）とのべ、精神医療改革運動が反精神医学運動と同義と捉えられていると指摘する。「むしろ反精神医学運動のメッカはイギリスではなく、アメリカやドイツでもなく、日本である」（鈴木 1974）とまで言っている。イギリスから反精神医学は発生したが、日本のように精神医療の運動にはならなかった。イギリスではレインらの疾病モデルや家族理論は精神科医の注目を集めたが、精神科医のみならず学生や文学者や哲学者、一般市民に広く読まれるものであった。イギリスの精神科医師たちには日本のような運動はなかったし、また日本の精神医療界が運動で糾弾した電気ショック療法や精神外科も行われていた。反精神医学の展開は、発祥の地イギリスと日本は異なった様相を呈した。

反精神医学は欧米各国で精神医療全体を巻き込む運動にはならなかったものの、レインやクーパーによって、反精神医学の先駆的な実践が行われた。従来の精神医療や精神病院に対するアンチテーゼとして、レインのキングスレイ・ホールでの実践について触れておきたい。キングスリーホールでは、患者の著しい退行も許容され、看護師は退行した患者におむつをあてがひ、哺乳瓶でミルクを飲ませ、身体を拭いてやった。毎夜 9 時半にディナーが始まり、レインが長いテーブルを囲んで哲学、医学、宗教などについて説いた。真夜中にはテーブルを取り払い、夜明けまで自由なダンスが繰り広げられた。キングスリーホールはロンドンの反体制文化活動の中心となって、若い精神医学者たちだけではなく、ロック・グループ、実験的演劇グループ、画家、詩人、反体制派の学生など多くの有名・

無名の人々の溜まり場となった。(日本集団精神療学会 2003)。

また、キングスレイ・ホールの実践を目の当たりにした鈴木は以下のような感想をのべる。

患者は、若く(40代の人もいたようでしたが)、人数も少人数に限られており、いわゆる分裂病ないしは境界群の人々がその中心でした。[...]この雰囲気はとにかく“すさまじい”の一言に尽きます。壁には落書き(絵・文を含めて、性的な内容をもったものが多い)が書きなぐられ、喚き声はひっきりなし、かなり大人数の看護者(正規の訓練を受けた人、学生その他の有志)がおり、患者は、退行することを許されていた、というより余儀なくされていったほうが良いかもしれません。すっかり幼児のようになった患者が、ところかまわず脱糞したりしている風景もみられました。また、哺乳瓶から乳をのまされている患者もいました。

こうした許容的な環境の中で、次第に、過去において抑圧され、歪んできたエゴを、創造的に再統一し、さらに“おとな”へと発展させてゆくというわけです。(鈴木 1974)

実験的なキングスレイ・ホールの実践は「テレビドラマや映画にもなり、時代の先端を行く文化的シンボル」(日本集団精神療学会 2003)ともてはやされたが、1971年に「発展的解消」(鈴木 1974)され、レインは新たな治療共同体を構築する。

このようなキングスレイ・ホールの実践は、無論そのまま日本の精神病院に当てはめて実践できるものではなく、日本の精神医療・精神病院を変革する具体的な参考例にはならなかった。また、当然このような取り組みには批判も起こる。キングスレイ・ホールの自由で制約を受けない共同体の性質ゆえに、起こるさまざまな問題——地域近隣での盗みや侵入、排泄物を塗りとくった臭気、妄想にとらわれた奇怪な行動、器物破損、ヘロインの蔓延、放火等——は反対派の論拠のひとつになった。

そうした実践の現実から秋元は「レインの治療共同体ではどうしようもなく、反精神医学が“強制収容所”であるとして告発するところの“精神病院”が必要であること、さらに、また、もっと重要なことは、分裂病が一片のレットルなんぞではなく、ましてそれは“超越的旅立ち<sup>57</sup>”なんていう優雅な文学的状况ではさらさらなく、れっきとした異常であり、病気であることを、“キングスレイ・ホールが実践の上で教えていることである”(秋元 1976:208)とのべる。

レインの理論によるキングスレイ・ホールの実践が、少なくとも「先端文化のシンボル」として一般市民から求められ、注目されたことは、精神障害者が精神医療・福祉と精神病院の枠組みでしか存在を許されない日本の閉塞した状況と照らし合わせると、枠組みの垣根が取り払われた画期的な出来事と評価することもできるだろう。

## 2-4 日本精神神経学会クーパーとサズを招聘

改革運動の推進と閉塞感を同時に抱えながら、1974年、精神神経学会第72回総会の準備が進められた。メインテーマは「精神分裂病とは何か」。趣旨は「精神医学の中核問題である精神分裂病の概念が世界的にも混乱し、さまざまな考え方や理論が提出される中で『分裂病問題』を整理し、今後の展望を切り拓く出発点とする」（日本精神神経学会 1976:249）と説明されている。「精神分裂病についての概念が世界的にも混乱」との言明からは、それまでの分裂病に対する生物学的・力動的解釈が揺れていること、またそれらが実際に治療法として万全ではないことが意識され、新たな反精神医学思想が志向されていることが伺われる。反精神医学思想こそが混迷する日本の精神医療の状況改善を担う、または一助となると期待されていたのではないだろうか。

外国人シンポジストの選考で、学会員アンケートから候補に挙げられた名は、反精神医学の旗手とされるレイン、クーパー、サズ、他にも『非迫害者の精神医学』共著のヘーフナー（Häfner）とキスカー（Kisker）ら、反精神医学の論者で占められた（日本精神神経学会 1974c:798）ことから、反精神医学理論への期待が大きかったと伺える。最終的に、シンポジストとしてクーパーとサズの招聘が決められる（日本精神神経学会 1974d:887）。理事会において反対意見も表明されたが、「意見として理解するにとどまった」（日本精神神経学会 1975a:295）と決定を揺るがず議論にはならなかった<sup>58</sup>。招聘の依頼を快諾し、事前の原稿送付やスケジュール確認を密に行ったサズに対して、クーパーはなかなか返答がなく、予定を組むことに担当理事は苦慮したとのエピソードも残る。しかし、予定通り1975年5月12日から14日にかけてクーパーとサズが来日し、第72回日本精神神経学会総会が東京で行われた。前年の1974年にはクーパーの『反精神医学』の邦訳が出版され、またサズの『狂気思想』も8月出版を間近に控えた時期であった。

5月13日午前、シンポジウム『「精神分裂病」とは何か』において、クーパーとサズの来日講演が行われた。まず、島菌安雄（東京医科歯科大）が精神分裂病の生物学的研究の歴史経過を、荻野恒一（東京精神医学総合研究所）が病理学・精神分析学的立場からの現状をのべた後、サズが「Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry（精神分裂病：精神医学の神聖なる象徴）」、クーパーが「What is Schizophrenia?（精神分裂病とは何か?）」と題してそれぞれ講演している。

サズは従来の反精神医学の総論ともいえる主張を繰り返す。サズの主張を下記3点に要約しよう。1点目は、精神分裂病の症状といわれる現象は認めるが、精神分裂病は存在しないというものである。なぜなら、精神分裂病の診断は「行動上の諸症状」を基礎に行い、はっきりした細胞上の病理は示されていないからである。精神分裂病とは科学的研究ではなく、倫理的かつ政治的な判断によって生じる。病名は発見されたのではなく、社会的に構成されたのであり、症状はあるが病因不明のまま作為的に病名が与えられているという主張である。2点目に、サズは精神分裂病が恣意的に与えられたという前提にたち、患者の

市民権や法的権利にあって人権侵害がなされることを指摘する。

3点目は、他の医学と精神医学の対比の構図を援用し、医師と患者関係をのべたことである。自由な資本主義社会における精神医学の需要と供給について、すなわち検査や診断、治療は、当事者である医師か患者のどちらかが拒否すれば成立しないことになる。しかし、「伝統的な医学においては、医師は患者の代理行為者であるが、伝統的な精神医学は医師は社会の代理行為者」であるという現実がある。医師によって患者が精神分裂病の診断名を冠されると危険視され、患者の意思に反して施設に監禁することは、医学的にも法的にも正当化される。このとき、患者は診断や診断過程、診断によって正当化された治療を拒否できないことから、サズは患者の同意を得ないままの診断や治療は暴行に等しいと指摘する。分裂病の問題の解決は「医学的な研究であるよりも、むしろ分裂病患者の行動を哲学的・道徳的・法律的な観点から再検討するということである」と展望する。聴衆側からは「悩むことと病気の相違、個人的な（誤った）行動と病態生理学的な機能障害との相違、治療と規制を加えることの相違を明らかにしたうえで、精神科医は患者に対して何を行うのか」という問題を指し示した（日本精神神経学会 1976:308）との見方がある一方で、通訳をつとめた小倉（関東中央病院精神科医）は「彼の発表の中には、この20年来の主張に新しくつけ加えるものもないし、差し引くものもない。あれだけのことなのである」（小倉 1975: 80）と冷静にみる評価もある。

クーパーは、サズと同様「精神分裂病など存在しない」と前置きして講演を始める<sup>59</sup>。クーパーは、自身の理論の出発点である“家族”研究に触れる。クーパーの発言を要約すると「精神分裂病は一人個人の内部で生起するものではなく、複数の人間の間で生起する」ものであり、この「複数の人間の間」に値するのが家族とされる。レインやエスターソンの家族研究も引き合いに出し、精神分裂病者は、多くは“家族”内部で「他者によって無価値化され、彼は選りぬかれ、一定のやり方で『精神的に病的』と決められるに至る」という。クーパーのいう“家族”とは、マクロな社会につながるミクロ社会の現場である。ゆえに、クーパーは“家族”とは「ブルジョア社会の疎外的な服従・順応主義体制を、単に媒介するもの」とし、ミクロ社会として“家族”を分裂病発症の主要因として名指しする。

5月14日午前、新海安彦（信州大）が「分裂病：如何に問うべきか?」、小田晋（独協医大）が「本邦における『狂気』の概念と実態の変遷を通じてみた分裂病問題」、千谷七郎（東京女子医大）が「内因性—精神疾患の提唱」、木村敏（名古屋市大）が「分裂病概念はいかにして可能か」、土居健郎（東大）が「分裂病とは何か」、小川信男（相模原友愛病院）が「精神分裂病と境界例」、融道男（東京医科歯科大）が「薬物療法から分裂病を考える」と題して基調発言が行われ、午後にフロアーを含めた討論が行われた。しかし精神分裂病の概念を問う学会テーマでは抽象的な主張が多く、現実の医療現場に携わる臨床医たちの思惑とはかみ合わなかった。結局、議論は最後までまとまらないままだったが、主な質疑応答を抜き出しておく。

「資本主義社会の目的合理性によって、他者と強調できず生産力の低い人を異質なものとして排除する構造があったのではないか」（日本精神神経学会 1976:356）という木田からの提起に、木村は、資本主義社会でもそれ以外でも「人間が共同体を形成する以上は、その共同体には日常性、あるいは常識、良識というような規範があるはずだし、そしてそういうものからはずれる人はあるはずだし、それに対する排除ということはあるはずだと […] ただ、その排除のされかた、差別のされ方、処遇のされ方が過酷であるか、あたたかいのか、これは社会の体制の問題だろうと思います」（日本精神神経学会 1976:361）と答えている。

小澤の「古来、共同社会からいろいろな形で排除されていた人間がいる […] それがないまま精神分裂病という“disease”として把握されるような状況になっているのか」（日本精神神経学会 1976:359）という問いに、小田は、共同体から疎外される人々のなかで一定の特徴をもった人々の「不具合」を「病」ということば——日本では「クルイヤミ」——近代では「Dementia praecox」「精神分裂病」として捉えられているとのべ、そして「現時点においては、いわゆる物理化学的な自然科学モデルというのが人間の事象を把握するに十分ではない […] 人間の事象である以上は生物学的、身体学的なバックグラウンドというの、かなり主要な部門としてどうしてもこれにふくみこんでいかなければならないということ」（日本精神神経学会 1976:359-3601）と返答している。対して木村は、分裂病を生む社会は合理主義社会としたうえで、人間は「元来不合理なのに、そこへ何か合理主義のようなものを、近世以来でっち上げて、それでものごとを非常に自然科学的といえますか、合理的に解決していかなければ安心できないような社会に、われわれはいま住んでいる。それを根底から脅かすようなもの、そういう形で分裂病者は社会の目に映るのに違いない。つまり、われわれのすべてが、そういう分裂病者にあからさまにあらわれているような問題を持っているから、それに触れられるのは非常に恐ろしいことであるから、不安であるから、だから特に分裂病者に対しては、非常に特別な排除のしかたをするのではなかろうかと考えている」（日本精神神経学会 1976:361）と応答している。

他に、保安処分に絡めた議論もなされている。保安処分推進派の小田が、基調発言で、反精神医学に関連して「今日『狂気』の問題が社会的な側面を含むからといって、われわれがこれから手を引くならば、精神障害者というのは明らかに警察官の手に引き渡され、すべて精神障害者の引き起こす諸問題というのは、結局警察官の手によってこれは照合されざるを得ないこととなります。そのようなことがはたして適当であるかどうか、今日、精神医療論を唱えていらっしゃる人がそのようなことを目ざしていらっしゃるのかどうか、私はそれを聞きたいと思います」（精神神経学会 1976:331）と締めくくると、保安処分新設反対派の青木薫久が反論する。青木は「保安処分に学会が反対したとき、ほんの一握りその決議案に反対されたのはあなたなのですね。まさにあなたは精神病患者を警察に売り渡そうとする人じゃないですか」と迫り、小田は「社会の中で『不具合』というものに対しては、そういう人たちに対して、何らかの対応をする。それを、社会が何の対応もしない



ということを社会にのぞむことができない[···]その対応をだれがやるかという問題になってくるということです」(日本精神神経学会 1976:360)と、精神障害者の犯罪について、司法ではなく精神医療の領域で扱うべきとの姿勢を見せ、議論を終わらせている。

患者の立場から大野萌子<sup>60</sup>が「精神病院の鍵だけでなく、面会や通信の自由を奪われるなど見えない拘禁によっても自分が精神障害者だということをしらされた。それによってコンプレックスを意識させられ、硬直化し、自己否定につながっていく。(通信面会の自由など) いますぐ患者の開放につながるようなことの議論がここでなされないことはおかしい」(精神神経学会 1976:374)とのべる。

「午後の総括討論では、木村敏、小田晋といった当時の中堅に質問が集中し、盛り上がっていた。その一方、サスはどんな質問にも自分の主張を繰り返し、巨漢のクーパーは実践中心らしく討議に深まりはなかったが2人が参加したことが意味深いのだろう」(日本精神神経学会百年史編集委員会 2003c: 690)。「総括討論が行われたが、27万人の多くをその病名の下で強制的に収容している事態の指摘にかかわらず、討論の方向性も十分指し示すものとはならなかった」(日本精神神経学会百年史編集委員会 a:198)。議論は確固たる問題提起やサズやクーパーらと込み合った議論もされていない<sup>61</sup>。

しかし、集った医師たちには、特に患者の拘禁状態——27万人精神病院への収容、社会からの排除——という問題意識があった。「明らかに現実の医療、象徴的に27万人の入院患者、そしてそこへ27万人の入院患者を必要とする社会の中で、私ども精神科医が分裂病という名を使って、何を行っているのかということ进行を問うこと(中山)」、「27万人の入院患者がなぜ、いま拘禁されるような状態になっているのかということから、基本的に考えます(小澤)」「現在、精神医療全体の状況が拘禁と一言で言われるような、きわめて深刻な状況の中にある。しかも、その深刻な拘禁という状況を医学的に、あるいは精神医学的に合理化しているのが[···]精神分裂病概念が果たしている(森山)」など、患者の拘禁の開放、社会が排除した精神病患者27万人を抱えた日本社会、分裂病概念を欲している社会に対して精神医療に何ができるかなどの問いが発せられた。精神病院に入院している患者を排除する社会背景が問題であるとの認識が共有されたが、臨床医たちの切実な日常の問題への具体的回答、方法や方向性は指し示されなかった<sup>62</sup>。

## 2-5 精神医療改革運動における反精神医学思想の影響

前節までに、反精神医学という外来の新しい思想と、閉塞していた日本の精神医学界の状況、精神医療改革運動からの接触を概括した。しかし、クーパーやサズを招いた学会シンポジウムでも、日本の精神医療の状況をパラダイムシフトさせる指針を得るに至らなかった。

反精神医学を批判する臺は、「精神医学は生物科学の一分野であり、内因性精神病は生物学的疾患であるとする」と主張し、同時に「精神医学は生物科学の一分野であるべきだと

いう規定は必要条件であって、十分条件であるという意味ではない」(臺 1976: 719)とも付け加える。精神分裂病は基本的には生物学的疾患として個人の身体内部の問題であるが、社会環境や心理的要因もあわせて考える必要があり、ゆえに、反精神医学についても「反精神医学の誤りは、一部の汎精神療法家と同じく、その汎心理主義(汎政治主義までを含めて)にある。精神障害をその心理的、社会的側面だけでわりきろうとすれば、その破綻はかならず治療面に現われてくる」(臺 1976: 719)とのべる。反精神医学が生物科学的側面を軽視し、社会・心理的側面のみに傾倒していると批判しているのである。

クーパーはその後、東京や京都の精神病院をまわっている。東京で都立松沢病院、東大赤レンガ病棟<sup>63</sup>を訪問し、赤レンガ病棟を案内した富田は「談話室で入院患者と話をしている時、ここではクロールプロマジンやハロペリドールを使っているのか、と質問した。使っている、と私達が答えた時、彼はいかにも不満そうな表情と身振りをしてみせたことがある<sup>64</sup>」(富田 1992: 305-306)とのエピソードを紹介している。また鈴木(1975)は「Cooperさんの希望である精神病院の閉鎖病棟をまわった時のことである。ある慢性女子閉鎖病棟の患者達は、Cooperさんを取りまき、抱きついたり、背中をなでたりさすったりしはじめた。Szaszも一緒にいたのだが、彼の方には誰もよりつかない。Cooperの周囲に群がった人々の中には平常はごくおとなしい分裂病者もおり、彼女が、Cooperさんの背中をさすっているのにはびっくりさせられた。私の見たところでは、彼女たちの中には、抱かれてキャアキャアと喜んでいる人もいたが、多数は一風変わった男への物珍しさと、またある意味で、彼をねぎらっている、あるいは慰めているようにみえたのである」といい、最初は期待していなかったCooperの来日であったが予期せぬ収穫をえたのだという。

鈴木は日本滞在中のクーパーの世話係として、空港の到着ロビーで出会った時からかなり苦勞をさせられている。クーパーは、到着時から約束に1日遅れ、鈴木ら関係者をあわてさせている。紙袋二つだけを持って来日したクーパーは、アルコールの据えた臭いを漂わせながら、予約したホテルにも「ホテルには泊まったことが無いし泊まりたくもない。友達と雑魚寝がしたい」と駄々をこね、鈴木を「不安の強いgroupをはじめめるような気持ち」にさせる。まるで子供のようなクーパーであったが、鈴木はクーパーの反精神医学理論の面ではなく、個の人間として接してみて「彼なりのやり方で、彼の理論と、日常生活、臨床を結びつけている(……)。彼自身の“プチブル”的な生活を放棄し、患者達と居住をともにし、狂気の世界を共に体験している(……)裏も表もない統一された人格が反精神医学を生きているという感が深かった」(鈴木 1975: 87)のだとのべている。クーパーは東京からの帰りに関西にも立ち寄り、京都岩倉病院(現いわくら病院)でも講演を行なっている。ここでは20~30人程度の聴衆が集まったという。当時の講演を聞いた精神科医の崔秀賢は、以下のように振り返っている。

ここで、講義したりとか、精神医学会の講演とか聞いたりしたけど、そんな感銘は受けてないね。…そこまでいうたらそうかもしれんなというくらいで。それよりロボトミ

一された人本人が告発に精神神経学会に来て、ロボトミー受けたご本人がきて…「許せない」と言ってるほうが僕らにはよっぽど迫力があって…。クーパーさんの(理論)は面白いなと思ったけど…。自分にはこう、すぐにつながらなくて…。

(崔秀賢インタビュー 2009年6月8日)

サズやクーパーらを招致したものの、有意義であったという評価はみられない。サズもクーパーも相当に個性の強い人物であり、議論と議論がうまくかみ合うこともなかった。先の鈴木は、クーパーが「反精神医学を生きている」ことに感動を覚えている一方で「私」というと、私の生活の中で精神科医としての臨床は一部にしかすぎない。私は“私”を家族等と生きるのであって Cooper のいうごとき“臨床”のみを生きてはいないといえる。私はかなり意識的にこの生き方を選んだのだし、Cooper さんのように生きたいとは思わない。また生きられるとも思わない。したがって私は反精神医学を叫んだりもしない(鈴木 1975: 87-88) と振り返りもする。普通の多くの精神科医は——たとえ改革派であっても——鈴木のような生き方を選ぶことが普通であろう。反精神医学の思想もクーパーらの生き方も極端といえ誰もが簡単にまね出来るものではない。しかしそれだからこそ魅力もあったのではないか。クーパーのように社会規範にかまわず自由に生きることへの畏敬の念や、自由さの反面生じる批判や孤独に葛藤する等のリスクも引き受ける生き方、「反精神医学を生きる」精神科医としてのありかたは魅力があったのではないか。

その後、反精神医学に対する関心は失われる。改革派に批判された側の臺や秋元は反精神医学を批判する。臺は、精神分裂病とはさまざまな背景があろうと基本的には個人内部の生物学的事象に起因する「病気」であり、反精神医学が「社会・体制構造」のみに目を向けるのは誤っていると批判した。臺と同じく秋元も、反精神医学について「精神分裂病を体制社会原罪論に帰すならば、反精神科医は革命運動にしかその解決方法をもたない」(秋元 1976: 223) と批判した。もちろん革命などは起こらず体制も変わらず、精神医療も何か劇的に変化を呈したわけではない。その後の生物学的研究や社会復帰・リハビリテーション志向の高まりなど、結果的には臺や秋元ら改革派から批判された主張が精神医療の主流として展開される。反精神医学は、精神医療改革運動においてどのように位置付けられるものであったのだろうか。

「精神分裂病」と名指されている「一群の人たち」が存在し、現実には、その人たちは精神病院へ収容・拘禁され、不当な差別を受けるなど非常に劣悪な処遇下に置かれている。このことは、学会改革派の若手医師、反精神医学の提唱者、改革運動や反精神医学を否定する側も共通の認識である。シンポジウムでは、多くの精神科医が 27 万人の精神病院への収容を口にした。小澤は精神分裂病を「『ある一群の人間を人間以下の生物に転落させる必要性』が『社会的要請』として存在し、その『必要性』を『必然性』にすりかえるために『生物学的過程』が要請され、かかる要請を基盤にその要請を証明するべく、ある一群の人間にスティグマが発見される」(小澤 1975: 164) と捉える。反精神医学は、従来の精神

医学とは逆向きに症状の機序を説明したと言える。すなわち、反精神医学では、「原因がありその原因を科学的に究明し解決することで治療を行い『病気』を治せばよい」とする立場に立たない。原因ではなく、精神分裂病の患者が存在するところから出発し、分裂病の原因の所在を求め、治療なり変革なりの介入をもって解決を図る姿勢を疑問視するものである。この視線こそ、木村や小田らと議論がかみ合わなかった主要因であると考えられる。

小澤はクーパーの家族研究を例に「生物主義者にとって『遺伝』の占めていた位置に『家族』を置いてみたところで、われわれの問いは決して前進しない」（小澤 1975: 166）とクーパーの思想も批判するのだが、要するに病気の原因を他に置き換えてみても、現在の精神医学や排除構造のありように変化はないとする。小澤は、シンポジウムの「分裂病とはなにか」というテーマに対して、その問い方自体が間違っており、本当に問わねばならないこととは「誰がいかなる都合で精神分裂病というレッテルを必要としたのか」（小澤 1975: 163）だとのべている。この問いは、生物学的身体や社会に病気の原因や解決を求めること、あるいはサズが講演で「医学ではなく、分裂病患者の行動を哲学的・道徳的・法律的な観点から再検討する」と、医学とは別の新たな枠組みで分裂病者をとらえ返す主張とも異なっている。改革派が反精神医学を参照しながら目指した改革の可能性は、反精神医学とは別の次元にあったのではないだろうか。

この推論は、その後の精神病院を中心とした医療実践において、それがどのように展開されていったのか、展開しようとしたのかを追うに依るしか論証はできない。この時期、改革派の若手の精神科医師を中心に精神医療改革が叫ばれたこと、多くの重要な問題提起が行われ、それが画期的なことであったことは強調してしすぎることはない。しかし、精神医療界における精神医療改革運動の位置づけを考えるには、その他多数の精神医療従事者らの視点をあわせて検討する必要がある。次節では、例として精神医療改革運動において中心的課題であり続けた保安処分問題というテーマに焦点をあて、精神医療実践において多勢といえる看護師のがこのテーマにどのように関与していたかを検討する。

### 第3節 保安処分新設の動きと看護師

本節では、まず保安処分新設問題がどのような経過で浮上したのかを概観する。次に精神神経学会、弁護士会、世論の動向と精神医療従事者としての看護師の反応をみておく。保安処分とは『有斐閣 法律用語辞典』によると「犯罪者の将来の危険性に対する社会防衛のために、その犯罪者を一定の施設に収容し、又は収容しないで矯正、教育、治療、改善等を行う処分で、刑罰に代替し、又は刑罰を補充するもの」（法令用語研究会編 2006: 1250-1251）とされている。精神障害者が犯罪を犯した場合の再犯の可能性について「犯罪者の将来の危険性」として問題化し、これを法制化しようとする動きが起こったのである。

### 3-1 刑法改正、保安処分新設議論の発生

1907年に制定された刑法が、50年を経て、社会情勢や国民感情、刑法学説や刑事思想の推移など時代の要請に沿わないとし、1956年、法務省内に法務省特別顧問である小野清一郎を中心として「改正刑法準備会<sup>65</sup>」が設置される。

4年後の1960年4月30日に草案が発表された<sup>66</sup>。この草案により精神障害者の保安処分がはじめて提案されたことになる。それがこの刑法改正の大きな柱のひとつとなるのだが、その保安処分の内容の主なものは以下であった。

#### 第101条（保安処分の種類・言度）

①保安処分は、次の2種とし、裁判所がその言度をする。

一、治療処分

二、禁絶処分

#### 第102条（治療処分）

精神の障害により、第16条第1項（責任能力）に規定する能力のない者又はその能力の著しく低い者が、禁固以上の刑にあたる行為をした場合において、治療及び看護を加えなければ将来再び禁固以上の刑に当たる行為をするおそれがあり、保安上必要があると認められるときは、治療処分に付する旨の言度を行うことができる。

#### 第103条（保安施設への収容）

治療処分に付せられた者は、保安施設に収容し、治療及び看護のために必要な処置を行う。

#### 第105条（禁絶処分）

過度に飲酒し、又は麻薬、覚せい剤その他の薬物を使用する習癖のある者が、その習癖のため禁固以上の刑に当たる行為をした場合において、その習癖を取り除かなければ将来再び禁固以上の刑に当たる行為をするおそれがあり、保安上必要があると認められるときには、禁絶処分に付する旨の言渡を行うことができる。

#### 第106条（保安施設への収容）

禁絶処分に伏せられた者は、保安施設に収容し、飲酒又は薬物使用の習癖を除くために必要な処置を行う。

#### 第110条（療護観察及び再収容）

①前2条の規定により、仮退所を許された者又は退所した者は、これを療護観察に付する。療護観察の期間は2年とする。

②仮退所を許されて療護観察に付せられた者について、再収容を必要とする状況があるときは、行政官庁は、これを再び保安施設に収容することができる。

以上からわかるように、禁固刑以上の犯罪を犯した精神障害者とアルコールや覚せい剤中毒者については、再犯のおそれがある場合、精神障害者の場合は治療処分に、アルコール

や覚せい剤中毒者の場合は禁絶処分としていずれも保安施設に收容されることが定められた。

### 3-2 保安処分新設準備草案作成時に考慮された点

1960年春に行われた第21回刑法学会では、刑法改正準備会としてこの準備草案の作成に関与した吉川経夫（刑法学会会員）による草案の説明がなされた<sup>67</sup>。まず、仮案で当初保安処分の対象者に浮浪者や労働嫌忌者も含まれていたが、施設整備に費用がかかりすぎており、これを最小限に抑えるため「精神障害者」「アルコール・覚醒剤中毒者」に限定された<sup>68</sup>。また、施設收容期間に関し、長期間を主張する意見や、本人からの対処の申し出を考慮する案なども出されたと言う<sup>69</sup>が、結局「精神障害という特質上、期限を設定することは困難」と結論された他、仮退所案<sup>70</sup>を設けたことについて説明される。また、刑と保安処分のどちらを優先すべきかという点<sup>71</sup>についても、議論のうえ、結局仮案の踏襲ということにされたことが説明されている。つまり、この説明会では、諸外国の例にならない刑法の中に保安処分を規定するが、保安処分施設を作るのに費用がかかるので、精神障害者と中毒者だけに対象を絞ったこと、「精神障害という特質上」收容期間を限定することはせず、不定期に長い期間の收容もあり得る一方で、処分終了後も仮退所という「様子見」の期間を設けることなどが説明されたことになる（日本刑法学会、1971：33-44）。

### 3-3 日本精神神経学会、弁護士会、世論の「反保安処分」への動き

日本精神神経学会では、刑法改正草案の発表を受けて、1961年に保安処分の立法化につき意見を求められる可能性があるとの認識に基づき、委員会を作ることが決定され、吉益脩夫を委員長として「刑法改正問題研究会」が設置された。1965年、この刑法改正問題研究委員会は「刑法改正に関する意見書第1次案」を発表する。ここでは、保安処分は必要との認識を示したうえでいくつかの提言を行なっている。

まず①準備草案に規定している治療処分と禁断処分のほかに危険な常習犯人に対する保安処分を規定することが望ましい。さらに労働嫌忌者に対する労働処分、保護観察などの非收容処分、去勢の措置なども考慮すべき、②その人の状態が必要とする場合は刑よりも処分を優先させることがあるという点について評価する、③保安処分の診査を行なう医師には一定の資格が必要である、④收容施設に関し、治療処分では警備の嚴重なものと、精神病院程度の軽さのものという2種が必要であり、また禁絶処分では一般の精神病者とは別の施設を設けることがのぞましい、⑤收容期間においては治療処分ではあらかじめ期間を設定することが困難である、禁絶処分も最長2年というものでは不十分であり延長できるようにしたほうがよい、などである（日本精神神経学会編 1965: 1054-1055）。

つまり、当時の日本精神神経学会は、保安処分に賛成し、準備草案よりも「危険な常習

犯」「労働嫌忌者」なども含め保安処分の対象を広げたほうがよいとし、また期間を準備草案よりも処分を行なう側にとって柔軟に対応できるようその範囲を延長させるなど、準備草案よりもさらに嚴重な内容を提言したことになる。この小委員会の動きを、精神科医ト部圭司は、「精神神経学会に、『刑法改正に関する小委員会』があり、犯罪精神医学を研究するグループによって、その小委員会が運営され、保安処分に加担する見解を表明していました。これら犯罪精神医学を研究する人たちは、治療だけでは不十分な精神障害者のグループが在り、その人達に対しては保安処分を執行すべきだと考えていたのです」（ト部 1978：55-56）とのべ、また精神科医の岡田靖雄も「このころの大方の精神科医には、精神医療の厄介者である『犯罪性精神障害者』を保安処分が片付けてくれるだろうという思いがあった」（岡田 1972）とのべている。しかし、この意見書は多くの反対にあい、1967年には委員会は解散に追い込まれた。

一方、弁護士会では、それ以前の 1963 年 11 月には大阪弁護士会がすでに保安処分の新設仮案に「保安処分を裁判所がいい渡す事は妥当、治療処分や禁断処分の期間も妥当、刑罰と保安処分の二元主義はこの場合の様な純医療的性格の保安処分にあつては妥当、形と保安処分執行の順序も妥当」とした賛成を表明している<sup>72</sup>（大阪弁護士会刑法改正特別委員会 1972）。

このように保安処分新設について賛否両論があったところに精神科医たちから反対表明があいついで発表されるようになるのは中島（2002）によれば 1967 年頃であったという。口火を切ったともいえるのは精神科医青木薫久による論文「うれうべき精神神経学会の動向」（青木 1967）であった。これは先述の保安処分に賛成し、その徹底を主張した日本精神神経学会の「刑法改正問題研究委員会」（中田修委員長:当時）が発表した「刑法改正に関する意見書第一次案」に対する批判論文として書かれた。青木はこの意見書について、①「生来性の犯罪者」がいるという暗い人間観に依拠していること、②「精神病質」なる概念があいまいであるにもかかわらず委員会では「常習犯の大部分は精神病質犯罪者である」といい、いかようにも拡大解釈と処分の適応がなされうる可能性があること、③精神病者の犯罪についても貧困社会に発病率が高いことから社会情勢にも原因があることなどの点をあげて批判した（青木 1967）。

### 3-4 世論の反応

1969 年の精神神経学会総会（金沢学会）では、保安処分は中心議題ではなかったが、若手精神科医を中心に、現行精神医療と従来の学会のあり方や姿勢といった本質——保安処分問題も含まれる——が厳しく問われることとなった。しかし、1969 年 12 月 10 日、法制審議会、刑事法特別部会は保安処分制度を設けることを決定するのである。朝日新聞は次のように報じている。

刑法改正作業の中心課題のひとつであった「保安処分」制度の導入が、法制審議会の刑事法特別部会で本決まりとなった。

「保安処分」は、危険な犯罪を繰り返すおそれのある精神障害やアル中などの犯罪者に対し、単に刑罰を加えるだけでなく、これを特別な療護施設に収容して、積極的な治療、改善を図ろうというものである。

現在の刑法では、犯罪者の処罰はそれぞれの責任能力に応じて行うことを建前としているため、精神障害者やアル中患者などの犯罪は「心神喪失」や「心神耗弱」を理由に無罪になったり、軽い刑を言渡されるケースが多い。これでは“トラを野に放つ”結果になりかねない。もっとも、現在でも危険な精神障害犯罪者に対しては、精神衛生法に基づく都道府県知事の強制入院はある。だが、法務省の調査によると、心神喪失で不起訴や無罪になった者のうち、この強制措置をふくめて入院したものは7割ちょっとぐらいで、4人に1人は“野放し”となっている。

しかも、専門医や病床の不足、それに犯罪性のある精神障害者は一般の施設では処遇がきわめてむづかしいなどの事情もあって、これらの入院者の在院期間は短く、十分なおらぬまま退院してきているという。そのせいか、退院者の再犯率は5割に近い高率を示している。

わが国の現在の精神障害者対策は、きわめて寒心すべき状況にあるとあってよい。刑法への「保安処分」の導入は、社会の複雑化にともなって精神障害者が増えている現在、刑法の全面改正を待つまでもなく、一部改正の措置によってでも早急に実施すべきである。もちろん、この新しい制度が実を結ぶかどうかは、収容する施設に十分な専門医療設備が確保させるかどうか、にかかっていることはいままでもない。精神衛生施設が外国にくらべてひどく立ち遅れている現状のままでは、せつかくの「保安処分」も単なる“予防拘禁”に終わるおそれがある。

刑法の全面改正はまだ数年先のことであるが、「保安処分」制度に不可欠の「施設」の整備、拡充は、いまただちにとりかからねばならない問題であるとする

(『朝日新聞』1969.12.12 朝刊)

このように一般紙上で、精神障害者を“トラを野に放つ”“野放し”などと差別的に表現する姿勢から、精神障害者を危険視し、隔離せんとする強い主張が読み取れる。朝日新聞は保安処分新設にかんして非常に前向きな印象である。

精神神経学会は、1971年6月14日の同学会シンポジウムで「刑法改正における保安処分問題と精神医学」を開催。「保安処分に関する検討が進むにつれ、会員間に保安処分の危険な本質が認識され、さらに現在の精神科医療そのものが、社会防衛的機能をおわされ、反医療的歪曲を受けているとの認識が進み昭和44年第66回本学会総会において、これらの点が厳しく反省された」(日本精神神経学会編 1971: 740)。翌15日の総会で「保安処分制度新設に反対する決議」を行い、以下の決議文を発表する。



第 68 回日本精神神経学会は、現在法制審議会刑事法特別部会において審議されている、保安処分制度の新設に反対する。

違法な行為を行った人であっても、精神障害者に対しては、何よりもまず医療が先行すべきであり、保安処分は、治療の名のもとに、障害者を社会から排除しようとするものにはかならない。

また、保安処分の考えは、精神障害者即犯罪素質者という、誤った先入観に発するものである事、精神障害者概念の拡大によって、保安処分制度が、一般市民の人権をも侵害するものとなる危険性があることを指摘しなくてはならない。

前記の考え方から、本学会は総会において、保安処分制度の新設に反対し、そのために活動していく事を決議する。

(日本精神神経学会理事会保安処分に反対する委員会 1971: 739-740)

なお、付帯決議として、かつてこの日本精神神経学会の刑法改正問題研究委員会が発表した「刑法改正に関する意見書」の 3 次案までについて「保安処分の推進を行ったという事実を本学会総会は反省し」これらを廃案とすることもあわせて決議された（日本精神神経学会理事会保安処分に反対する委員会 1971: 739-740）。ここでの主張は、精神障害者には刑罰より医療が優先であるべきであるとし、また、精神障害者イコール犯罪素質者とし、精神障害概念をいかようにも利用しうることによって一般市民も巻き込みかねないという点において意義を唱えている。ここにおいて、精神神経学会は明確に保安処分に反対する立場を明らかにしたのである。

この精神神経学会の保安処分新設反対決議を機に、以降多くの関係団体や市民団体が反対を表明し、「保安処分粉碎全国共闘準備会」が組織され、反対運動が展開される。1971 年 10 月の病院精神医学会総会でも圧倒的多数で反対決議が可決され、1972 年 6 月、日本公衆衛生学会では保安処分新設反対の意見書を発表、また日本弁護士連合会は 1971 年より司法制度調査会にて審議を開始し、1972 年 3 月には「刑法全面改正要綱案に対する意見」、1974 年 3 月には「<刑法改正草案>に対する意見書にて、反対の立場を明らかにした（全家連 30 年史編集委員会 1997: 38）。家族会である全家連も 10 万人の反対署名を集め、1974 年、精神障害当事者たちの「全国『精神病』者集団」結成時の運動方針の一つともなった。また、市民団体としても「刑法改正保安処分に反対する百人委員会<sup>73</sup>」が結成されるなど、反保安処分闘争が拡大してゆく。

### 3-5 精神科看護者と保安処分新設問題

以上にみたような相次ぐ保安処分反対運動に関し、日精看としての動きは活発ではない。しかし、日精看もまた 1974 年 10 月に会員 400 名（地域ブロック研修参加者）に対し保安

処分と精神衛生法についてのアンケート調査を実施している。この調査の目的は、精神医療界が動揺し、混乱している時期に、「会員が『保安処分』の問題を、どのように捉えているか、を調査することにより、会活動の参考とし、反面、此の機会に会員の意識を高め、研究・学習を促す事により、信念を培い、より良い看護を推進する一助となる事を期待したい」（日本精神科看護協会 1973: 2）というものである。アンケートの保安処分に関する質問項目は大きく二点である。

まず、保安処分を知っているか否か、2点目に保安処分に言いたいこと、である。結果は約半数の52%が「話にも、報導（ママ）にも接する機会がなかった」であり、「会議や講義を通して知っている」「個人的に話し合ったことがある」がそれぞれ約20%ずつであった。また保安処分に対しての意見では37件の回答がありそのうち「反対意見」が45%、「今後勉強したい」が43%という結果であった。日精看としては「本調査は啓蒙と勉強の契機を与えたと考えられる」と締めくくっている。アンケートそのものも稚拙な感じは否めず、結果からも看護者はおおよそ保安処分に対して関心がうすかったのだと思わざるを得ない。このアンケートに回答したのは地区ブロック研修に集まる会員であることから、精神科看護者の中でも向学心のある人達であったと思われるが、精神医療の時事問題等には関心が向いていない。保安処分をめぐる政策の問題は、精神科病棟の日常とはあまり関係や影響を感じない事柄であったといえる。

病棟開放化に取り組んでいた看護者の今野幸<sup>74</sup>生は、精神医療改革運動で軸テーマであった保安処分を挙げて次のようにのべている。

例えば保安処分問題にしても、病院内で困難な症例に出会うと、やはりこれは自分たちの領域ではなくて、保安施設などがあれば、そちらで取り扱うケースだなどといふ安易に考え、それが排除と差別の思想とは気づかないでしまう。保安処分を、目前にいる扱い困難な患者にあてはめてしまったり、または逆に、現に入院している患者や私たちの日常と保安処分は関係ないものとしてとらえてしまい、他人事として無関心さをよそおってしまい、保安処分新設反対運動はもうひとつ盛り上がりを欠いている

（今野 1983: 28）

看護者の中で改革派といえる今野の立場では、日常の看護場面で「つい安易に考え」「差別の思想と気づかないでしまう」「扱い困難な患者にあてはめてしまったり」など、反省的を含めて自らの心中をのべている。患者に手を焼き、「保安施設があれば」と考えたとしても、実際にそのような施設がないのだから病棟から患者を排除できるわけではない。そして「現に入院している患者や私たちの日常と保安処分は関係ない」ともいい、それが実際の感覚であったのだろう。1974年ごろの精神科看護者といえはその仕事の間は何といってもほとんどすべてが精神病院の中であった。地域精神医療の場で従事する看護者はまだほとんどいなかった。精神障害者が罪を犯し、そのうえで再犯にいたる場合は家庭や地域社会である。

その処分が決められるのもそうである。決して精神病院内ではない。ゆえに、精神障害者と精神保健や医療をめぐる事柄であっても、精神科看護で扱う業務範囲ではなく「関係ない」といえば関係なかったのである。実際の臨床場面はそのように一定程度、社会問題からは距離を置いた空気だったのであろう。改革運動と現実とのギャップ、温度差が読みとれる。この時期の、精神病院に勤める平均的な看護師と保安処分問題の距離とはそれくらいのものであったのだらうし、精神医療改革運動全般においてもそうであったのだらうと思われる。

しかし、看護師においても改革運動を「関係ない」ものとして遠巻きにしていられない状況もあった。精神医療改革運動の中で、精神科看護が批判される事態が起こった。それは作業療法批判とともにいわれた「生活療法批判」であった。第 3 章でのべたように、戦後間もない時期から、精神科看護として看護師が中心に担ってきた生活療法が批判されたことは、看護師に大きな動揺をもたらした。精神科看護を否定するような改革派の批判を、看護師はどのように受け止め、かわし、自分たちの看護業務に反映させたのだらうか。次章でみてゆく。

## 第7章 臨床現場における精神医療改革との摩擦——生活療法批判をめぐる

藤野ヤヨイによれば、1970年代初めころまでの精神科看護の基本は患者への生活指導であった。しかし1970年代に藤沢敏雄らを始めとした精神医療改革派医師による「生活療法批判」を受け、精神科看護者はそれまでの生活療法にもとづいた集団管理下での生活指導に反省を迫られた。その後、患者の個別性を重んじた精神科看護が志向された。それは「事例検討」や、1990年以降のSST (Social Skills Training) の普及に結びついた(藤野 1998: 16-17) という。当時単科精神科病院である井之頭病院の看護部長であった藤野は、『精神看護』の「SSTの今とこれから」(1998)という特集に寄せた論考で次のように記している。藤野は「生活指導への批判・反省から個別看護が求められたが、井之頭病院では、看護の現場は相変わらず患者を集団的画一的にとらえる傾向が続いていた(…)このような状況を改善する一方法として、SSTを積極的に取り入れたのである」(藤野 1998: 17)とのべ、SSTの普及に期待している。藤野の指摘は、言い換えれば1970年代初頭から批判され、廃止しなければならないと考えられていた集団管理的、画一的な生活指導が、臨床現場においては、批判されてからおよそ20年経ってもなお廃止には至らなかったことを物語っている。

精神科病棟では、幻覚妄想が活発で現実世界に意識の向かない急性期の患者がおり、また入院が長期化し次第に意欲や自発性ととともにそれら生活スキルを失ってゆく慢性患者がいる。こうした現実の患者を前に、看護者は患者の生活行動への援助介入を重要な仕事としてきた。しかしその行為は批判された。正確には行為そのものというよりも、患者の生活行動に援助介入することがもたらす結果をめぐる批判がおこった。

藤野は「一人一人の患者のありようがそれぞれ違うのに、病棟や病院全体の看護活動としては、患者の個別性は無視され、画一的な病棟日課に患者全員を参加させることに汲々としていたのである。そのことのおかしさをはっきりと気づかせてくれたのが生活療法批判であった」(藤野 1998: 17)という。他方、生活療法批判を展開した側の藤沢は、批判の後の自らの実践について「われわれは社会復帰病棟で実質的に生活療法体制をくずし、生活の自由化を推進し、精神療法的に病者とかかわることを計っていた」(藤沢 1980a: 76)と説明する。

藤沢らの実践した患者の「生活の自由化」と「精神療法的に病者に関わること」と、藤野がいう「画一的な病棟日課に患者を押し込めること」と「患者個別性の無視」との反省はおおよそ符合しており、そこに齟齬はみられない。しかし、実際には20年経っても患者を画一集団的に取り扱う看護現場は変わらないという現実があった。1970年代の精神医療改革運動における生活療法批判において、批判者は一体何を批判したのか。批判の内実を追うとともに、生活療法を実際に担っていた精神科看護者の批判への対応と、看護業務を自己点検、自己規定のさまを明らかにする。

## 第 1 節 生活療法体制下の病棟運営

### 1-1 生活療法の体系化と看護

第 3 章において、生活療法は 1950 年代に作業療法や慢性患者らへの生活指導をもとに始められたことをのべた。生活療法の実践方法は、精神科看護師が中心となって体系化された。1963 年、国立武蔵療養所では看護師の羽生りつらを中心に生活指導を推進する看護枠組みを作成した（国立精神療養所看護共同研究班 1986: 13-19）。ここでは、患者の生活行動の自立度を「一度：個人指導によっても容易にできない」から「四度：自発的に身のまわりのことが出来、マナーを守ることが出来、集団行動が出来る」までの 4 段階に分けた『精神障害者行動別区分表』を作成し、その各段階に沿って洗面・歯みがき、食事、排泄、入浴、化粧、レクリエーション、作業、余暇活動などといった生活行動の項目をあげ、それぞれに患者指導の指針を『精神障害者行動別生活指導指針』、具体的な方法や言葉かけを『精神障害者行動別生活指導の手引』として作成した。さらに 1966 年『国立武蔵療養所生活療法要綱』が作成され、生活療法に関する院内の組織委員会やそれぞれの役割などが明確に規定された。

一方、烏山病院では 1960 年に『生活療法に関する服務基準』として、生活療法の考え方や病院全体の組織運営のしかた、職員の生活療法、作業療法、レクリエーションそれぞれの進め方や役割などを全職員に配布。1962 年に『医師服務規程』、同年に総看護婦長、看護婦長、病棟看護婦、外来看護婦それぞれの業務内容を規定した『看護服務基準』が出される（烏山病院問題資料刊行会編 1984: 43-64）。烏山病院の特徴はいずれも患者への指導の具体的内容とともに、職員の役割や行動も同様に規定し管理することであった。これらは順次改訂されるが、患者も看護師も日課の逐一と時間ごとの行動が細かく定められた。このふたつの病院の生活療法は 1957 年の病院精神医学懇話会で発表され、その後全国に広まり普及した。

### 1-2 生活療法の普及と停滞

生活療法が普及した 1950 年代末から 1960 年代は、ちょうど薬物療法が普及した時期である。薬物療法の普及とも相まって、生活療法は患者に効果がみられた。それは患者の社会復帰につながり得る明るい希望として受け止められ、病院内は活性化をもたらし、さらに生活療法は精神科看護の基本として熱心に展開されていった。薬物療法と生活療法の組み合わせは、看護師に大変な手ごたえを生み、看護師は生活療法の技法や工夫を追求する。例えば 1970 年の日本精神科看護協会の学術集会演題は 40 題の約半数が生活療法に関する研究発表で占められた（日本精神科看護技術協会 1994: 21-22）。看護師の研究発表は、生活療法の工夫や取り組みによって患者の症状や生活状況が改善し、看護師としてのやりが

いを報告する内容がほとんどである。

しかし、生活療法と薬物療法が万能だったわけではない。すべての患者の病状が解決するわけではなく、むしろ大半は社会復帰につながらないという現実があった。1965年以降の増床政策で精神病院が急増し、施設症という新たな問題も起こった。金山の以下の発言は、作業療法・生活療法を中心とする精神病院での日常が、施設症という弊害を新たに作り出す環境であることをのべたものでもある。

昭和40年代、50年代頃。患者さんは何も言わずに自然と病棟の流れに従っていて、その自然な流れに違和感を覚えました。例えば、職員の一斉放送で「今から作業です……」というマイクでの呼びかけに、何の疑問も持たず、どこからともなく患者さんたちが集まってくる。何も言わず黙々と作業をする。職員の「終わり！」という合図に、みなが一斉に作業を終了し、一列に並んで缶ジュースを一本ずつもらって部屋に帰る……。たしかに「何もしない患者を作らない」「寝たきりにしない」というのが確立されたけど、看護者側の必要性のみで行っていることに気づきました。

病院が作り上げた空気に患者さんたちは慣らされている。それに逆らっている患者さんに「病状が悪い」というレッテルを貼ってしまう。次第にどの患者さんも病状が安定すると同時に、病院の雰囲気になじんでしまう。そして、病院が一番住みやすい場になり、長期入院患者さんを作り上げたという結果になってしまう……。

(金山千夜子インタビュー 2014年6月30日)

神郡博(国立武蔵療養所副看護長)も、昭和30年代には看護者による作業療法や生活療法に反省や行き詰まり感が生じていたことをのべる。

作業のマンネリ化、作業の多様化、他の療法との有機的な関連、力動精神医学的個別作業の重要性、あるいはまた患者を作業療法にいたらせる過程での患者の日常面における働きかけ、いわゆる生活指導といわれる患者の日常生活にたいする指導のありかた、作業療法への動機づけのありかたなどに対する検討がそれである(神郡 1975: 14)

精神看護の学会で多くの事例が紹介され、生活療法の効果や看護者のやりがい謳われる一方、患者は院内には適応しても社会復帰にはつながらず、長期入院が問題になった。このことは、作業療法や生活療法が患者の社会復帰という最終目的を果たせないという反省をうみ、作業療法や生活療法の技術面で反省や見直しが提言されていた。

## 第2節 精神医療改革運動と藤沢敏雄の生活療法批判

1969年の金沢学会を機に、従来の精神医療とその構造に対する批判と反省が始まった。

このなかで生活療法や作業療法も批判対象となったが、樋田によると、直接的な批判は精神神経学会金沢学会の5か月後、1969年10月の第13回病院精神医学会総会から始まった。厚生省の「中間施設構想」が問題視されるなか、生活療法、作業療法、社会復帰活動を検討する必要性が言われ出した(樋田 1971: 140)という。生活療法体系により強制的に行われる生活指導や、作業療法を中心に据えた精神病院の生活規定が患者の長期在院を生み、患者の回復や社会復帰を妨げているという問題意識が生まれたのである。代表的な生活療法批判は、第一に作業療法が病院の利益享受を目的とした患者使役、労働力搾取であり人権侵害にはかならないとするもの、第二に生活療法が治療者側が権威を持った治療者・患者関係を基本とした体系下で行われ、反精神療法的、反治療的であるという点、第三に生活療法体制が精神病院の持つ権威構造を補強する結果となっている点、第四に精神病院増床政策下において、少ない看護要員で多くの患者を効率よく管理するのに好都合なツールとして使用されている、というものであった。

浅野は「当時もっとも精力的に生活療法批判を展開したのは藤沢である」(浅野 2005:47)とする。藤沢敏雄は改革派の医師であるが、生活療法のモデル病院であった国立武蔵療養所に勤務し、慢性期病棟の担当医として生活療法の実際を体験した。1969年10月の第13回病院精神医学総会から生活療法批判が始まり、1970年頃に多くの精神病院でその是非を巡る議論が展開される。藤沢は議論の開始より約10年後の1979年から1980年にかけて『精神医療』において4回にわたり『生活療法』批判以後として、1983年に「生活療法批判・その後——まとめにかえて」として自身の生活療法批判をまとめている。

藤沢の生活療法批判で強調されるのは、生活療法の思想性と精神医療構造との親和性についての問題意識である。藤沢の批判は生活療法そのものについてではない。「否定したことがあるとすれば、『伝統的精神病院の治療構造』を支えて来た治療者絶対という発想と、懲罰的雰囲気为背景とした諸活動を否定した」(藤沢 1983: 297-301)のであり、それは「当然のこととして精神病院批判であり、自分自身を含めた精神医療従事者批判であり、伝統的精神医学批判となる」(藤沢 1980b: 53-60)という。生活療法に関する、患者の労働力搾取や作業療法・生活指導の強制性、患者の集団管理とそれが病院経営に利用されるのみで非治療的・非人道的といったそれまでの生活療法批判の論点は、「結果的に」もたらされたものであり、それは「生活療法思想」がもたらした必然であるという指摘である。藤沢はこのように生活療法の内容や技法ではなく、生活療法を生み出すことになった日本の精神病院と精神医療の構造全体を批判している。藤沢が1979年から1983年にまとめた生活療法思想の検討を要約するとつぎのようになる。

社会から排除された精神障害者は、精神病院の中においても精神衛生法(当時)の下、行動制限や、時には懲罰的な治療を権威者としての治療者に恣意的におしつけられる状況にある。「伝統的精神医学」に基づいた医療者の患者観は、精神障害者を客体として対象化し、分類や診断に力点を置くものである。この観点からは、患者は診断の後、理学療法、サイコサジェリーを施され、指導・教育されるべき存在である。現状の精神病院環境と

精神医学思想で行われる生活指導は、病者の欠点をあげつらい、生活能力の不備を批判して、高みから病者への指導や叱責を許容する。また、生活療法の思想性は、「生活指導病棟→作業病棟→社会復帰病棟」といった階段式で運営されていることが示している。すなわち、そういった生活療法の段階的な治療枠組みと病棟編成によって、患者を客観的に観察し適応能力ごとに区分し、院内の病棟間を階段方式で昇り降りさせるやり方は、患者に絶望感を与えるばかりか、本来精神医療のあるべき姿である「精神障害者の生きる困難をもにのりこえる患者-医療者関係と治療関係」を妨げている。

また、このような人間を分類化するという発想は患者だけではなく、精神病院に働く医療者間にも同じように適応される。生活療法体制は、精神障害者も医療職員もすべて、権威による抑圧管理が生む差別構造を創出する。生活療法とそれを貫く生活指導思想は、精神病院における権威主義の理論的根拠である(藤沢 1979a, 1979b, 1980a, 1980b, 1983)。藤沢は、生活療法を成立させている精神病院、その精神病院を成立させている国の精神医療体制が持つ差別性を批判しているのであり、したがって単に生活療法としての生活指導や作業療法やレクレーションをやめればよい、やめればそれで解決するというものではなかった。

代表的批判である患者の使役・労働力の搾取や、強制的な集団管理などの指摘は、誰にとっても明白であったといえ、それらを担う立場であった看護者はむしろその点は反省した。しかし、藤沢ら批判派のいう生活療法の持つ権威主義や差別性といった思想性の問題は、そのまま理解が得られたとはいえない。むしろ生活療法が精神医療改革運動に位置づけられたこと自体、看護者には青天の霹靂に近かった。精神科看護においては、「生活療法は効果がある」のだから、「生活療法はイコール精神科看護の基本」なのだから、生活療法は「良いもの」なのだからというという価値観が浸透していた。また、改革派が国家レベルで精神医療問題や精神衛生法を位置づけ直したり批判したり、絶対悪である劣悪病院や人体実験(ロボトミー)や冤罪事件(島田事件)等を攻撃することと自分たちが日常的に関わっている生活療法批判は位相が違うように思えただろう。生活療法を担ってきた看護者側は「治療方法としてそれなりの効果もある生活療法」、「患者を治療できる看護技法」という自負を持っており、「権威主義的、差別性」とは同次元にはとらえがたい心理的抵抗があったと思われる。「良かれ」と思ってきた生活療法が批判されたことで、その生活療法の取捨の問題と、さらに藤沢のいうように生活療法が「やめればよい」という単純なものではないなら、実際に何をどのように点検し見直し、何を治療の指針とし、行動するのか。病院という患者の生活している場の日常生活を中断するわけにはゆかない中で、生活療法を担った看護者やコメディカルらは動揺し混乱した。

### 第3節 生活療法批判は精神病院でどのように受けとめられたのか



### 3-1 三重県立高茶屋病院

今まで何の疑いもなく、治療、看護の一手段として行われてきた作業療法を「療法」という名もとの労働搾取や、使役労働ではないか、との疑問をなげかけられたのである。(…)しかし、精神神経学会の理事会方針が、看護者の側ですんなり受け入れられたのではない。長い看護の歴史の中で、二十九年に提唱された小林八郎の生活療法は、看護業務の中で大きな位置を占めており、生活療法批判は従来の看護業務を否定され、批判されたという錯覚におちいり、医師と看護者間の意見の食い違いが生じ、約二年間医師—看護者間のお互いへの批判へと発展していき、静かに潜行していったのだと考えられる。(竹内 2001: 147)

反省が行われた三重県立高茶屋病院では、医師、看護者、コメディカルスタッフを含めた院内討論会が何度も行われた。討論の結果として、第一に作業療法の作業種別や指導方法を検討する、第二に作業やレクリエーションは従来の大集団活動から小集団で行うものへと変更する、第三に職員は精神力動論、集団療法、治療共同体に関する学習を行う、第四に個別看護やグループ看護へ移行するといった対応案が決められ、現場レベルでの変革に取り組むことになったという。

### 3-2 国立武蔵療養所

他方、生活療法を批判した藤沢は、生活療法批判後の病棟と患者の混乱について「生活療法批判がはげしく起こった時に良心的な精神科医や看護に携わる人々は、それまでやっていたレク活動や作業療法と呼ばれる諸活動をすべて中止してしまうということがあった。病者はフトンをかぶって終日寝込み、治療者達は何をすべきかと頭をかかえこんでしまった」(藤沢 1983: 269-301)と言う。

そして藤沢が病棟で行った反生活療法の実践は「生活療法体制をくずし、生活の自由化を推進し、精神療法的に病者とのかかわることを計っていた」(藤沢 1980b: 76)といい、それを具体的に想像するなら、従来の生活指導や作業療法プログラムの日課を廃し、自由な面会・電話や散歩、買物や小遣い管理や、おやつやタバコの所持を患者らに任せるなど、病棟内処遇の自由度の枠の拡大、患者個別の心理面への介入を試みたということであろう。藤沢ら生活療法批判派らは、病棟の日常から大きな状況につながる「改革」を図ろうとしたのである。

そしてこの生活療法が提唱され推進された国立武蔵療養所でも、さまざまな職員が参加し討論会が重ねられている。この時期、武蔵療養所には藤沢や看護者、生活療法の立役者の羽生、所長の秋元波留夫らが在籍していた。計4回の生活療法についての討論会は原田憲一がまとめている。要約すると討論会では次のような意見がのべられている(小林 1978:

16-19)。

第一に、生活療法の定義が不明確である。例えば作業やレクリエーションの場面も生活指導が行われるなど、生活指導と作業療法、レクリエーション療法はそれぞれ連続性があるものであるが、そのすべてに看護者が看護業務として携わっており、それらを切り離して考えることは難しい。第二に、当初からしつづけの要素は濃かった。患者の自主性が大事であるのに生活指導はそれを阻む傾向があった。第三に、生活指導は「精神科看護そのもの」とされる一方で「患者教育という一側面でしかない」との見方がある。これまでの議論では療法として位置づけるばかりで、他の側面は切り捨てられてきた。第四に、精神科看護のアイデンティティの問題。看護者は自分たちの活動をどのように表現することができるのか悩み、絶対的・相対的な評価や基準を求めている。精神科医療のなかで、「看護は即治療」という医者からのオダテに乗せられて、生活指導が生活療法に位置づけられ、看護者はそこに飛びついてしまったのではないか。ここでの議論からは、体系としての生活療法のあいまいさ、生活療法の持つ管理・強制性の問題、看護者が自らの職務のよりどころとした点、等が問題として挙げたということになる。

しかし、武蔵療養所で改革派医師の中川善資は、議論に参加した感想を「昭和 45 年から 46 年にかけて、生活療法を再検討する会議や座談会が設定されたが、結果としては、単に『生活療法』の看板がはずされただけであった。生活療法がどのように成立し、そして機能して来たかを含めて広範に精神病院の医療状況を議論したいと考えていた者にとっては、肩すかしをくったも同然だった」（中川 1978: 108-109）と評価し、批判派にとっては大変不満な内容であった。

一方、所長であった秋元は中立的な立場をとる。「観念的に『生活療法』なるものを作りあげた結果、『生活指導』が看護と作業・レク療法の谷間におかれ宙に浮いてしまった(…)作業・レク療法自身もまた『生活療法』というあいまいで実態のない理念のために圧迫されてその独自性がかすんでしまった」（秋元 1975）と、生活療法の体系にはあまり肯定的ではない。しかし、秋元は生活指導、作業、レクリエーション等の個々の取り組みは肯定する。ことに、作業療法の資格・専門職化の導入に積極的であった立場から、「作業療法とレクリエーションは切りはなせない同資質であり統一されるべきものであるが、『生活指導』はこれらとは全く異なるものである。生活指導は看護へ還元すべきであり、精神科看護における『生活指導』とはなにかが、個々の患者の看護場面で具体的にとりあげられなければならない」（秋元 1975）と個々を分離し専門化させるべきという見解をのべる。秋元は少なくとも生活指導は看護の役割であると明確にのべ、患者の個々の看護場面へのかかわりを重視する。

他方、看護者として生活療法を推進した羽生の主張は院内の議論からはみられないが、退職後の手記のなかで「生活療法と呼んでも、生活指導と呼んでも生活場面での看護の基本には変わりはなく、忍耐強く、より健康的な生活へと指導、援助を繰り返しながら二〇年代の慢性患者に取り組んだ看護者の姿勢が、生活療法の土台となり、現在の社会復帰

活動の大きな発展の足がかりになったことを、あえてつけ加えさせていただきます」(羽生 1979: 26) とのべ、自身や看護者の行ってきた生活療法に自負をみせる。しかし、生活療法として「体系化」されたことや、自身がその旗を振る役を担ったことへの言及はみられない。

### 3-3 民間精神病院

国立武蔵療養所や高茶屋病院は国公立病院であり、単純に民間病院に比べると人員も充足し、病院経営を考えなくてもすむ環境であった。人手がかかるわりに診療報酬加算がない生活療法にも「良心的」に取り組める環境であった。しかし、日本は圧倒的に民間病院が多く、経営や職員数などに制限を受けずにすむ民間病院は少なかった。民間病院においては、改革派医師の在籍も一部の先鋭的な病院を除いては少なかったのであり、そこでは生活療法を批判するような医師はほとんどいなかったと思われる。そのような民間精神病院の状況として矢野は次のように述懐する。

だいたいその生活療法っていうものをどう理解するか…、本気で考えたことなかったもんねえ。レクリエーションなんていうのはそれこそ、患者さんも喜ぶし、やっちゃおうってぼくら真剣になって遊ぶし、それから作業だって、食糧自給っていうの問題になったんだけど、結構出来たもの一緒に食ったりね。

(矢野真二インタビュー 2014年6月15日)

矢野は、患者の余ったおやつを看護者が持って帰るレベルの「搾取」があったことを例示しながら、巷でなされる批判はあまり考えることはなく、「患者さんも喜ぶ」と作業やレクリエーションに意義を感じ、従来と同じ日常が展開されたことをのべる。また今野は、生活療法批判を受けて生活療法を廃止し、閉鎖病棟を開放した経験を「看護者は、その変りように戸惑い、なにをどうすればよいのかわからず右往左往することになり、結果として開放放置の状態が出現した。そしてそこではっきりしたのは、ただ単に開放して、処遇を変え、さらに看護者自らが変っただけでは、患者はたいして変りはしないことがわかった」(今野 1983: 41-42) と言う。一時、藤沢らのような生活療法撤廃をやったとしても、あるいはそこに精神病棟の開放を足しても、精神病棟における患者の病状や生活行動そのものは変化がなかったという評価である。生活療法の撤廃や病棟の開放化が、すぐに患者の回復や変化につながるわけではないという、当たり前といえることが確認されたともいえる。

このように生活療法批判を受けた精神病院で、混乱とともにいくつかの態度や方向性があった。高茶屋病院のように、どうすれば治療的で良い作業療法や生活療法になるかという方法論について従来のありかたが検討された。また、国立武蔵療養所に代表されるよう

に、生活療法の「看板」を外し、生活の自由化として患者の意思に任せ、強制力を伴った指導をやめた病院もあった。ただしこういった反省がなされ議論が持たれた病院ばかりではなく、矢野が「本気で考えたことなかった」というように、生活療法批判が日常の病院内営為に影響しなかった病院も多かっただろう。いずれにしても、藤沢ら生活療法批判派らが主張した「精神医療構造」「精神病院の医療状況」への問題提起と、臨床現場での問題意識は、その解決について有効な接合をみることはなかったのである。

看護者の生活療法や生活指導に対する批判的関心や自己点検の取り組みも、いったんは下火になったように見えた。1970年の日本精神科看護協会の学術集会は批判の後、1974年から発表演題に「生活療法」「生活指導」「レクリエーション」といった生活療法関連のカテゴリーが消され、発表演題も減少する。しかし、5年後の1979年には再開される（日本看護技術協会 1994）。生活療法における作業療法は、作業療法士資格化や点数化にともない、看護の職域からは切り離される。しかし、生活指導やレクリエーションは、看護現場では続けられた。看護者にとって生活療法は批判されたのちも看護者が関心を持つテーマであり続けたのであり、それが再び浮上り研究発表されるようになった。本章の冒頭でも、藤野が「生活指導への批判・反省から個別看護を志向したものの、その後も看護場面で患者を集团的画一的に捉える傾向は続き、改善策としてSSTを取り入れた」（藤野 1998: 17）とする看護者の動向をのべた。ようするに結果として、看護者にとって生活療法批判はおおむね集団管理的看護への批判としてのみ解釈されており、そのため「人権侵害」といわれないよう「患者個別看護」を志向したが、日々行っている看護活動内容が特別変化したわけではなかったということになるのではないだろうか。

結局、看護者は1970年代の生活療法批判をどのように咀嚼したことになるのだろうか。看護者は、生活療法批判に対して、藤沢ら批判派のいう「精神医療構造」という大局的な観点について言及せず、そこは看護の問題として積極的に引き受けることはなかった。看護者には患者を生活指導や作業療法によって「集団管理」や「しつけ」的な子供扱いや差別的扱いしていることへの自覚はあり、また生活療法が治療としての解決策ではないことも理解していた。他方の批判派も「精神医療構造の変革」後の具体像を示せたわけではなかった。藤沢らは、病棟という小状況から大状況を変えていくとして生活療法を撤廃した病棟運営を行ったが、それも環境に恵まれた国立武蔵療養所であったからできたことではないだろうか。人手不足の民間病院が大半を占める多くの精神病院で「管理」を手放すことはもとよりできなかったのではないかと推察できる。また、看護者にとっても、生活療法が精神科看護そのものとする教育を受け、日々の実践を重ねてきた経験しかなくそれ以外の看護業務がすぐに想像できたとも思えない。抵抗感もぬぐえなかったであろう。精神病院に管理や強制を必要とする状況が変わったわけではない以上、病棟における精神科看護は生活療法以外にやりようがなかったといえるのではないか。

しかし看護者は、生活療法批判を機に「作業療法の種別内容の変更」や「集団管理ではない個別看護へ」というかたちで——SSTの拡大解釈的な導入も含めて——「変革」には

臨んだ。多くの生活療法関連の看護研究が示すように、生活への援助介入は生活指導にせよ SST にせよ、ある程度は患者の病状や生活に変化をもたらし、やりがいを感じるものであった。それは看護者には職務の手ごたえとして残ったのである。であるから、精神病院では理念や方法は変わっても、社会復帰を目標に据えた精神科看護は生活療法に準じた生活行動への関わりを綿々と続けたのだと言える。

## 第8章 看護者の精神医療改革

ここまで、保安処分新設問題と精神療法批判を通して、看護者の精神医療改革運動への関心や距離の取り方についてのべてきた。保安処分新設についてはほとんど関心を持っておらずなんらかの主張や表明もしなかった。生活療法批判については、改革派からは生活療法に依存することで成り立っている精神病院や、精神医療体制と精神病院が持つ権威主義性という問題意識において生活療法が批判されたが、看護者なりの受け止め方と態度——患者を集団管理的に扱い、個々を大事にしていないことを反省した。そして病院内での生活療法の在り方や方法を見直す、または撤廃する、あるいは批判に対する無視——があったことを明らかにした。看護者は、精神医療体制や権威主義性などという大局的な面には応答せず、日々の病院内運営に直結する現実的な取捨をしたように思われる。しかし看護者も、精神医療や病院の現状について批判的な問いは持っていなかったわけではない。

日本精神神経学会などの学会を中心とした精神医療改革運動は1970年代に展開されたが、看護者たちが活動するようになったのはそれより遅れて1980年代からである。本章では臨床現場における二人の看護者の精神医療改革に向けた取り組みを取り上げる。1970年代、精神病院の閉鎖的環境や密室性が問題視され、各地で精神病院開放化にむけての取り組みが盛んになったが、矢野真二は上秦野病院（神奈川県）において看護者主導で病院の開放化を実行した。また、金山千夜子（島根県）は、長期入院患者の社会復帰に目を向け、地域精神医療と福祉の体制整備を進めてゆく。二人の取り組みはいずれも、精神病院を開かれたものにしたうえで、病院と地域社会との連携を模索したものといえよう。本章では、改革運動の医師らとは別に、看護者たちのなかからも生まれた改革への動きについて考察する。

### 第1節 病棟の開放化——矢野真二

改革派医師たちが主張を展開したころ、看護者である矢野真二は医師たちとの距離を次のように語る。

ちょっと乱暴すぎるかもしれないけれど、彼ら（改革派医師達）が言っているのはやっぱりそのレベルでしかない、言えない、っていうかね。視点が全然違うんじゃないか、ってことは思ってたな。（矢野真二インタビュー 2014年6月15日）

矢野は改革派の医師たちも、所詮は医療組織構造の頂点に君臨しており、日本の隔離収容政策という精神医療を推進した自らの立場への批判的視点が抜け落ちていると感じていたという。権力を問題視する医師たちもまた権力者ではないかという反発である。看護者にとって、医療において権力をもつ医師たちの改革の主張や問題提起は、臨床現場では影響

力を持たなかったのであろうか。

日常的には関係なかった。国立武蔵療養所で当時（所長が）関根さんから秋元さん<sup>75</sup>に替わって、島さん<sup>76</sup>が来て、島さんと秋元さんとは、それこそ所長室で大喧嘩して。あとは藤沢さん<sup>77</sup>が、何とか・・・精神科の治療として、これは違うんだっていうことはしっかり言って。ま、それは聞いているうちに、それはそうだろうなと思うけども、だから具体的にどうするんだってね<sup>78</sup>。（矢野真二インタビュー 2014年6月15日）

臨床現場の看護者である矢野は、改革派の藤沢らの主張の理論は、日常の病棟運営や目の前の患者の処遇や治療に反映できるとは考えられず、病棟現場に影響を与えなかったとのべる。目指す具体的なモデルもなく、圧倒的多数を占める民間精神病院に改革運動がその影響力を波及させることができるのか、予測もつかなかった。元東大医学部教授の秋元と60年安保闘争で全学連を組織した島の「脱施設化と精神神経センター化構想」をめぐる「大喧嘩」も、双方とも政治・経済・社会の絶対的権威者である東京大学出身者であり、「権力の為の権力争いがとうとう所長室まで持ち込まれた」として多くは冷静に見ていたという。

その後、矢野は町田市民病院を経て上秦野病院に移って病棟開放化に取り組み、それをまとめて『病院精神医療を越えて——精神科看護のひとつの試み』（1984年）を批評社<sup>79</sup>から出版している<sup>80</sup>。

精神病院不祥事事件が発覚する度、病院の閉鎖性が問題視された。そして各地で精神病院の開放化<sup>81</sup>への取り組みが展開されていく。芳賀幸彦によると「昭和45年前後から開放化を目指す病院が続々現れ、50年代にはそれらの成果がいろいろ報告された。仙波恒雄の『精神病院——その医療の現状と限界』における千葉病院の取り組み、石川信義の『開かれている病院——三枚橋での試み』の三枚橋病院の取り組み、その他長野県の県立駒ヶ根病院、山形県の上山病院、三重県立高茶屋病院、京都の岩倉病院、その他にも枚挙に暇がないほどである」（芳賀 1986: 19）とされている。このように、精神病院の閉鎖病棟の開放化は各地の病院で取り組まれ、この時期の精神医療改革の一つの流れであった。これらの取り組みはほとんどは医師主導で行われたのに対して、上秦野病院においては矢野ら看護者が主導して開放したことは特筆すべきだろう。

矢野は、上秦野病院に就職した日、案内された病棟のナースステーションの受け付け窓にまで張り巡らされた鉄格子を見て「兎に角びっくりしました。こりゃー大変な病院だぞ、と思わずにはられませんでした」（矢野 1984: 65）とのべる。病棟開放化に取り組んだ動機も「こういう病院とか、自分が入院したくないな、と思ってです。そういう発想だった」と言う。1982年、上秦野病院で「解放医療を旨とする看護課準備委員会（後の解放委員会）」を結成する。その病院改革に協力してくれる仲間を探していたところ、烏山闘争の野村満医師<sup>82</sup>の紹介で3人の准看護師が就職した。

で、野村さんにはだいぶ力になってもらって、でも「矢野さんこれ、看護の力なんではとてもじゃないけど経営者と渡りあえねえ」…そんなことを話してて…。でもね、俺はその、一挙にそういう形に持って行きたくなかった。組合闘争とかには。じゃ、薬剤師さんとかワーカーとか、あるいは給食で働いている栄養士さん、調理師さん、事務員さん…。そういう人達とも、無資格の人も、少しずつそういった知識とか考え方を話しあって、そしてみんなで考えて。で、やってみたらどうだろうっていうことで提案して、で…それこそみんなで話し合いをずいぶん重ねたんですよ。

—それが、あの本に出てくる「解放委員会<sup>83</sup>」ですか？

そう、解放委員会。それから労働組合もそうですよ。

—労働組合も一緒に立ち上げたのですか？

立ち上げた。だって、その代わり組合としての機能としては、最前線、先頭には立たないようにして。で、とにかく解放委員会っていうのが前面で、そしていざとなれば、そんなことやるやつは、経営者から疎まれる。そういう時になったら組合が……。合意の下ですよ。ま、だってね、そういう意味じゃあの山の中の人ばかりでね、経営者って、同じ地域出身でしょ。看護婦さんもそう。なかなか理解できなかったんでしょうね、そりゃ無理からぬ話で<sup>84</sup>。(聞きとれず) ガリ版刷ってね……。解放委員会ですよ。もう、ずいぶんやりましたよ。ま、本気で取り組んだ最初だった。

—すごいですね、5年で。

でも、そうなる短期間でやるとすりゃ、それこそ、権力者になるしかない。それはちよっとやっちゃいかんのかな、と思ったんで。全職員参加の解放委員会っていうの立ち上げた。(矢野真二インタビュー 2014年6月15日)

矢野は、解放委員会を中心に、閉鎖病棟の開放化を行い、男女別病棟を男女混合病棟へ再編成し、ナースステーション前の鉄格子の撤去を実施し、院内の治療環境を変えた。レクリエーション活動や作業療法を活発化し、金銭所持やタバコ、おやつ所持といった病棟内諸規則を見直した。また病院の売店やレクリエーション費の不透明管理など病院管理の不正を追及し、病院改革を行った。

他方、生活療法体制を批判した医師の立場で藤沢敏雄は「病者の日常生活を規制している精神病院の諸規則や、慣習や、官僚主義的雰囲気はなくならなければならない。その過程で、病者とわれわれの関係が新しいものに生まれかわらなければならない」(藤沢 1980: 76) といい、「われわれは社会復帰病棟で実質的に生活療法体制をくずし、生活の自由化を推進し、精神療法的に病者とかかわることを計っていた」(藤沢 1980: 76) とする。第6章でのべたレインのキングスレイホールのような極端な実践ではなく、これまでの病棟の日常を変革しようという志向であった。

具体的に例示すると、精神病院の病棟で決められる病棟ルールや日課や作業、生活指導による管理体制をとりやめる。代わりに、患者がどうしたいか、自分をどう考えているか



など患者と積極的に対話する。そのうえで、治療者は自身が持つ支配性や差別性も含めて内省し、医療者－患者間の縦関係の関係性を変える。そのような病棟という精神医療の末端の変革が、やがて精神医療の権威主義や官僚主義の解消につながると考えたと解釈してよいだろう。同じく改革派の小澤もまた「パターン化し貧困化した患者の『生活』をいかに『生き活き』としたものにしていくか（…）患者とよばれる人たちが当然、必要とする『生活』を獲得していく過程」（小澤 1974: 129）として、患者と院外散歩に出かけ、買物やおやつを自由に認め、患者からの生活上の要望を積極的に受け入れた。

看護者である矢野からみれば改革派医師らの、生活療法体制を支える精神医療構造や差別構造という大局的な批判では、実際の精神病棟の現場を変えることにつながらず現実的ではないという違和感があり、そういった改革の主張とは「視点が違う」と感じたのであろう。しかし、結果的に変革への具体的実践方法では生活療法批判派医師たちも看護者もやったことは同じだったと言える。すなわち、病棟内の治療的意味をもたない、患者管理のためにある日常の病院内規則や処遇を改善した。そして患者の行動範囲や内容を拡大することで病院内生活の自由度を増やし、そうした自由な環境で患者と積極的に関わろうとしたのである。かつてピネルや呉秀三が鎖から患者を自由にしたのちの「モラルトリートメント<sup>85</sup>」を唱えたことに通じるものにも思える。このように、精神医療の実践の場を「精神病院の敷地内」と物理的に限定されるとすれば、医師であろうと看護者であろうと誰が行ったかにかかわらず、可能な「改革」とはそのような方向性と内容にならざるを得なかったといえるのではないか。

藤沢らが「精神病院の差別性と管理主義体制の上に成り立つもの」として批判を展開した生活療法も、矢野らはそれらに頓着することなく当時の看護の主流に沿って行っていた（第7章）。矢野は「人の交流がきっちりできていることが大事」（「患者、家族、住民、ボランティア、他機関の医療者等が）風通し良く、出たり入ったり」と、地域に向けて精神病院を開くことをのべる。「地域の人びとへの積極的な働きかけは、盆踊りへの参加、バーベキュー大会への参加を通して（…）徐々にですが実を結んでいます。それよりも、デイケアやサロンとして、自由な休憩入院の場として、退院者の人が多く利用するようになりました」（矢野 1984: 246）と、レクリエーションや作業療法も積極的に利用した。他に家族の治療介入や地域住民と協同した労働、自主生産活動部として農作業を行い販売に取り組んでいる。これは、精神病院の閉鎖性に対して講じられた具体策である。「風通し」や「地域の人びと」という視点は地域医療へつながっていく。改革を主張した医師たちは、精神医療と精神病院の治療構造を批判した後、精神病院の開放化に進むか、あるいは地域医療を志向する診療所やクリニックを始めた。病院への収容主義に疑問を持ち、地域医療に視点を転ずるのは精神病院に働く看護者も同じだった。

## 第2節 地域と精神病院の協力体制の構築——「ふあっと」金山千夜子、矢田朱美

金山千夜子と矢田朱美は実姉妹である。金沢学会前年の1968年に、同仁会海星病院（島根県出雲市）が開院した。金山は1968年の開院から、矢田は1971年から看護職として就職した。海星病院は設立当初から院長の「薬物治療は最小限にし、精神療法を積極的に行う、保護室は極力使用しない」という方針で運営された。

出雲という土地柄は、精神医療福祉に特有の風土があったらしい。金沢学会と前後して全国的に大学精神科医局が解散する動きもみられたが、当時の島根県の大学には医学部がなかった。当地の精神医療を管轄する大学医局はなかったが、精神科医の勉強会や討論の場として1965年に「島根県精神科医懇話会<sup>86</sup>」が発足する。出雲地方は精神保健福祉士の配置が比較的早く、1968年に「精神科病院と保健所の連絡会（現：出雲地域精神保健福祉連絡協議会）」を結成するなど、地域精神医療保健の体制が独自に築かれる。それに金山や矢田も関与し、金山は病院看護婦として、矢田は海星病院を退職後に地域支援活動として、1980年代後半の地域医療体制の構築に積極的に取り組んだ。1968年、金山は高校卒業と同時に就職した海星病院の看護を以下のように振り返る。

「立派な日課表」が作ってあって、誰が作ったかわからんけど、それにもとづいて活動していました。そこには患者さんの意志はなく…、患者さん達は集団の中でさせられていたということですね。当時は良いことをしていると疑わなかったですね。何もしない患者さんをつくらない、寝たきりにしない、患者さんを楽しませるといような、良いことをしているということの勘違いですよ。これが主流でした。

金山は、当時の集団管理的な生活療法を基本とした精神科病院の看護を「良いことをしていると疑わなかった」「勘違い」と批判的視点で振り返るが、一方で肯定的にも語る。

当時は花札したり、麻雀したり、ドクターも一緒になって患者さんの家にきていろんなことしたり、そういう事をしながらお医者さんも一緒にソフトボール大会、バレーボール大会したり、たこ焼き作ったり、いろんなことしながら患者さん達と一緒に楽しんだということは、私はすべて悪いことばかりではなかったと思います。レクリエーションや作業療法で患者さんと楽しむ中で、患者さん自身から語られた物語の中から看護のアセスメントをしてきたのです。（金山千夜子インタビュー 2014年6月30日）

金山は病院で看護活動を続ける様々な改善策に取り組む。生活指導や作業療法、レクリエーション活動に励み、保護室を極力使用せず、作業療法をめぐる院内経理のあり方を是正させ、作業療法を一手に運営していた「ケアセンター」を解散させ看護課の管轄下に置いた。金山らの院内における「改革」や是正への取り組みは、矢野の開放化とも似ている。金山は精神病院での管理的なあり方への違和感と日常が長期入院という問題を生み出すことをのべる。入院患者の社会復帰は、古い歴史を持つ病院であれば以前から問題にされて

きた。しかし、1965年ころから精神病院ブームで一斉に開設された民間精神科病院が、その後次第に患者の入院長期化、社会的入院という問題が表面化するのも同時期だった。矢田は病院看護師であった頃、患者の入院長期化を問題視しだしたのは昭和50年代であったことをのべる。

精神病院がどんどんできて50年代には意識を持った看護師もいたと思うんですよ。出雲の地域で、余所もそうだけど、50年代に入ってやっぱりこのままではおかしいって病棟の看護師も思っていて…。10年になる患者さんが出るぞって言うのに…。その当時は、精神科の患者さんは一生病院に住むっていう意識でいたけど、あきらかに良くなっていく患者さん達を見ていると、10年の精神科か？って思っただけで、どうやったら退院できるんだろう、って…。(矢田朱美インタビュー 2014年6月30日)

矢田は院内で退院に向けたプロジェクトチームを作ったものの、あまり功を奏することはなかった。院内職員のみではなく患者や家族も含めた多機関が関与する必要性を痛感した。そこから矢田は病院から地域での活動に移る。

金山や地域活動を共にする島根県立湖陵病院（現島根県立こころの医療センター）の石田（精神保健福祉士）らは、精神障害者の社会復帰を目指してアクションを起こさなければと考えた。1983年に松江市で結成されていた「保安処分を考える会」を参考に、出雲で「出雲の精神医療を考える会」（1987年）を発足させる。金山らは、出雲の保守的な土地柄の中で組織活動を展開するには医師の力が必要と考えた。そこで、ちょうど隠岐で積極的に地域精神医療活動に取り組んでいた精神科医の高橋幸男<sup>87</sup>が、県立湖陵病院に着任することを知り、これを機に高橋に参加を要請し発起人の一人とした。

その後「出雲の精神医療を考える会」は「出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会」「ふあっと（通称）」と改称する（1995年）。「ふあっと」は、小規模作業所「サン・出雲<sup>88</sup>」（1989年）、グループホーム「ふあっとほおむ」（1996年）、地域生活支援センター（1997年）、通所授産施設開設あそび（2004年）など、様々な地域保健福祉事業を展開する。海星病院を退職した矢田は「サン・出雲」の指導員として「ふあっと」の一連の地域活動に関わり、金山は海星病院での看護勤務とともに「ふあっと」の活動を続けた。

金山も矢田も、精神科病院と地域医療は切っても切れない、どちらもなくてはならない両立させるべきものであると強調する。例をあげると、患者支援に地域の病院に出入りする矢田や成年後見人らが海星病院に対して「病棟が臭い」「あそこにポータブル便器を置くのはおかしい」「患者さんが〇〇と言っていた」など、外部から苦言を呈することがよくあり、それを金山は「中には気付かない、ありがたいこと」と受け止めて改善策を講じる。金山も患者の入退院を「ふあっと」に相談したり対処を要請する。「ふあっと」を中心に地域医療体制がネットワーク化され、病院間や行政との連携も取りやすくする結果につながる。「ふあっと」を軸にした病院と地域との関係は、金山らが目指した「地域に開かれ

た病院、風通しのよい病院」というスローガンの具体的な形である。

金山は、精神科看護者生活を振り返って「患者の人権が大事」と何度も繰り返し語ったが、1970年以降、この「患者の人権尊重」は日精看で繰り返しされたテーマでもあった<sup>89</sup>。看護者にとって患者の人権を守ることとは、病棟内の処遇の改善を行い、可能な限り自由度を高めることであった。

石川信義（石川・森山 2004）は、金沢学会は続発した悪徳精神病院の不祥事事件への糾弾と大学講座制への糾弾へと矛先が向けられ、精神病院開放化運動の中心課題が「患者の人権・処遇」に関する問題に集約されたとする。「人権処遇から開放を進めるという視点だからわかり易いし、看護者はそれでかなり変わったと思います。看護者は、俺は看守はイヤだ。開放は気持ちが楽だ、という感覚で開放を捉えた」（石川・森山 2004: 12）とのべる。矢野も金山も、患者の人道的に良き治療環境にしようと、精神病院の病棟の処遇改善や見直し、開放化に努めた。それは看護者の「精神医療改革」だったと言ってよい。病棟を開放化する取り組みを進める中では、改革派医師に「使役・患者労働力の搾取」「従属関係」と批判された作業療法やレクリエーション活動も、患者と対等に付き合うための媒介としてなくてはならなかった。そういった過程を矢野は次のように言う。「だから患者さんと向き合って、その動いている時は、本当の意味での開放化なんて手ごたえ無いんですよ。だからね、理論的にはこうだ、なんて言えるかなと思うんだけど。」

その後1984年の宇都宮病院事件を機に、精神障害者の社会復帰を謳った精神保健法が制定された。1980年代後半から地域医療への流れが加速し、金山ら出雲の活動はその流れに乗った。出雲では精神病院が地域社会との交流を持ち、患者が退院して支援者は地域生活に結びつける一連の支援システムと流れを形成する「精神病院開放化」への取り組みがあった。金山は「ひとりのカリスマ的な存在を作らないということが大事ですね。カリスマ的存在がいて成り立っている活動というのは、その人が抜けたり、その人の考え方が変わったりしたら、活動は続いていなくなってしまうわけです」（「ふあっと」20周年記念誌刊行委員会 2007: 192）と言い、医師主導ではなく、金山や矢田ら看護師や精神保健福祉士、行政職員、一般市民らが主体となって地域精神医療保健活動体制を構築した。

金沢学会以降の精神医療改革運動の実践活動の流れとは、「精神障害者の拘禁状況からの解放と社会的抑圧の打破を共通目標としながら、①精神病院の開放化、②外来診療活動を通して非入院医療の促進、③地域活動による、保健婦・福祉ケースワーカー等の共同行動と、患者の生活支援、生活場面での医療的関与の三つの領域に大別されよう」（卜部 星野: 1986: 6）という。看護者は、改革派医師たちのように社会構造と精神医療を結び付けて、「国家の差別・抑圧体制」などと大上段に構えたイデオロギーを声高には叫ばなかった。ごく一部をのぞいては政治や改革運動そのものに同調もしなかった。患者の人道的処遇、病院開放化、地域医療への展開は、卜部らがいうように、改革時期の精神医療の方向性といえ、なにも看護独自の動きではない。看護者はあくまで、立脚点を「現実」の精神病院や病棟、地域生活とした。目の前にいる患者の病棟での日々の生活と、地域生活を少しで

も良いものにすることを重視した。矢野が改革派医師らの主張を「視点が違う」と言ったのはこの点であったと思う。看護者は、「精神病院開放化」「多職種による地域支援活動」という精神医療改革の流れに乗り、イデオロギー先行ではなく、あくまで現実状況の改善という立場で改革を進めたといえる。

## 終章

戦後日本の精神医療の歴史において精神医療改革運動という重要な出来事があった。その改革運動においてなされていた議論と実践の整理を通して、当時の精神医療状況および精神医療従事者が直面した現実を明らかにした。

改革運動をめぐる言説は、運動の担い手が精神科医中心であったことから、医療や社会の構造や制度に対する批判と、医師の自己批判的な側面が強く、当の精神臨床の場において主に患者と向き合っていた医療従事者（看護師、作業療法士）のありようをうかがい知ることは難しかった。

本研究では、運動主体である改革派医師の主張を検討したうえで、運動をめぐる看護師の動向と実践を詳細に記述した。そこからは、医師とは明確に区別され、専門職とみなされていなかった看護師が、自らの専門性獲得のために政治的活動を行ってきたこと、専門性を打ち出した精神科看護として生活療法に取り組み、工夫・改変しながら体系化してきた経緯などが明らかになった。看護師の問題意識や実践は、精神医療改革運動の医師たちのそれとは異なる位相にあった。看護師たちのそれは、精神医療改革の主張とは別に、精神病院における精神病患者との日常に視点が置かれたものであり、その改善を目指すことから始まるものであった。

### 第1節 本研究の意義

本研究の意義は三点ある。

第一に、戦後、精神科看護者による自身の社会的地位・身分確立への取り組みの経緯を明らかにしたことである。戦前はまだ専門職としての精神科看護は始まっておらず、わずかに存在した精神病院においても精神科は警察管轄下にあったこともあり男性看護者は「用心棒」「世話係」としての存在でしかなかった。それが戦後、医療と看護の整備が急がれ、また戦後民主化の社会的気運も背景に、精神科看護領域で「全日本看護人協会」という職能団体が組織化された。全日本看護人協会は、自分たちの専門職としての看護教育と資格を要求し運動した。その過程を、精神科医との関係、日本看護協会や看護連盟、厚生省、国会議員らとの攻防を併せ第2章において詳細に記述した。

第二に、戦後、精神科看護の本分として「生活療法」導入と取り組みの状況を明らかにしたことである（第3章）。生活療法は、看護者が自らの看護活動に取り入れ、精神科看護実践そのものと位置づけ体系化した経緯を第3章においてのべた。高度経済成長期に精神病床が急激に増床され、薬物療法が普及し、従来の各種ショック療法から治療法が移行するなど、精神医療をめぐる情勢が大きく変化をみせる中で、精神病院の日常を精神科看護者が生活療法実践をとおしていかに関わり続けたのかを記述した。またその生活療法という看護行為が「療法」すなわち治療法と位置付けられたことは、すなわち「看護で患者を治

療できる」ということを意味し、看護者の“やりがい”が強調された。そこに精神科看護の専門性確立とともに職業アイデンティティを形成する効果もあったのである。

以上、第一の意義と併せ、戦後新たに立ち上がった精神科看護体制は、看護者の社会的地位・身分確保と、生活療法を軸にすえた看護実践体系という二つの要素で構築された。戦後、精神科看護者の体制構築過程を、看護者の動向を中心に記述したことはこれまでに見られないものであり、この点は意義といえる。

第三に、第 7、8 章において、1960 年代末から始まった精神医療改革運動を保安処分新設問題と生活療法批判に焦点をあて看護者の視点からとらえ記述したことである。精神医療改革運動は日本精神神経学会の若手改革派医師を中心に展開され、その主張と議論の内容は今日にいたるまで様々な評価がなされている。しかし改革運動は精神医療全体において「いかなる程度」のものか、また、臨床現場に実際に「いかなる影響」をもつものであったということについて、看護者の反応ととった行動から考察を加えた。

まず一例として精神医療改革運動の中で最重要問題とされた保安処分新設が、看護者にとってはほとんど関心を持たれなかったことを紹介した（第 6 章 3 節）。保安処分は精神障害者を対象にした問題である。しかし、「保安施設などがあれば、そちらで取り扱うケース」と入院患者であっても病院から排除する方向で考えたり、「現に入院している患者や私たちの日常と保安処分は関係ないものとしてとらえてしまい（……）」（今野 1983:28）という言葉にみるように、看護者にとっては重大な問題としては自覚されていなかった。おそらく当時の精神科看護者の看護活動の場があくまで精神病院に限定されていたことが大きく影響しているのではないだろうか。犯罪の発生や再犯可能性の判定、収容といった出来事は家庭や地域社会という場で行われることである。看護者が活動する精神病院ではないために、精神障害者のことであっても看護者自らが関係することと考えられなかったと思われる。

では精神医療改革運動の中で看護者と深い関係を持ち、「関係ない」と言うことはできない問題においてはどうだったのであろうか。そこで看護者と精神病院に大きく関与するものとして生活療法批判を取り上げた（第 7 章）。そこでは生活療法批判に対し看護者なりの「かわし方」があったことを明らかにした。看護者は自分たちが担ってきた生活療法が批判されたことにより、病院内における生活療法のありかたや患者対応について反省はした。しかし改革派が批判したような、生活療法が精神病院の差別構造につながるものであり、その差別構造のうえでなりたっている精神医療体制と精神病院のあり方の問題という、直接的には精神医療と精神病院否定ともいえる言説には反応しなかったことがわかった。自分たちが取り組んできた生活療法が批判されたことに対する動揺と混乱がありつつも、生活療法は維持され、その後の SST に姿を変え引き継がれていることにみるように、看護者は生活療法を捨てなかったといえる。それが看護者の批判に対する応答の仕方であった。別の言い方をすれば、病気ゆえに生じる生活の困難を援助し、自立にむけて働きかけることは看護本来の職務でありそれは看護の普遍的なあり方である。であるから、精神科看護

者は生活への介入技法（生活療法や SST）を捨てず、その実践の場である精神病院も否定せず、患者への対応、接遇や、プログラム内容を変え「良い生活療法」に変更するという、現実的に変えられる部分においてのみ反省したという批判の「かわし方」であったと思える。

以上でみてきたように、精神医療改革運動でなされた医師らの議論や理論に看護師はほとんど同調しなかった、という点で改革運動は、精神病院内従事者の多数者である看護師を取り込むことはできなかった。そして改革派医師らが主張したようには精神医療体制は、大きく変革されることはなかったと言ってよいのではないだろうか。結果論にしかなく、強制的入院制度から逃れることができず、保安処分は医療観察法となって成立し、精神科特例廃止<sup>90</sup>も、実質意味をもたない廃止でしかなく、精神病床数も減少させられなかったなど点から、わが国の精神医療体制自体はそう大きく変わったようにはみえない。しかし一方で、精神病院内部は、改革運動を経て変わった部分もある。金山が「患者の人権」と繰り返し語ったように、病院内部で医療従事者らに患者を大切に対応し付き合うとの自戒が生まれた。病院内処遇の開放化を志向し、内部環境の自由度を増やす努力をしたことなどは患者と医療者との関係性を変えることにつながった。医療者を上、患者を下とするような上下関係はあからさまではなくなった。それら病院内部のありようを反省し、自らの行動や意識の「変革」を担ったことは確かである。看護師は体制ではなく、精神病院内部の変革には大きく関与したといえるのではないか。

さらに、本研究でみてきたような、改革派医師らの精神医療への問題提起と、精神医療の現場を担ってきた看護師の応答のしかたから、現在の私たちは何を考えればよいのだろうか。

## 第 2 節 今後の課題——認知症患者の増加

最後に現在のことにふれておく。精神医療関係の専門誌において、精神医療は常に「転換期」「激動」などという言葉でその動向や現状が分析され、将来の展望が予測されてきた。現在もやはり転換期といわれ、精神医療をめぐる状況は激動している。看護師が普遍的な看護活動として、その人（患者）が病気であるがゆえに困難を呈している生活の支援をする、自立を促す働きかけを行うことを役割とし続けることは、生活療法を手放さなかった看護師のありかたとしてのべた。他方、看護は社会の要請や政策により、時々で変化せざるをえないのは自明である。

昨今の精神医療福祉における共通の方向性は 2004 年に、厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した『精神保健医療福祉の改革ビジョン』に示される<sup>91</sup>。そこでは「入院医療中心から地域生活中心へ」というスローガンがうたわれ、これを①国民の理解の深化、②精神医療の改革、③地域生活支援の強化、という 3 点で実現を図ろうとする。（厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>）。この中で、例えば②の「精神医療



の改革」とは、「救急、リハビリ、重度などの機能分化を進めできるだけ早期に退院を実現する体制を整備する」とされており、生活療法の時代から社会復帰を目標に、機能別・段階別病棟編成下で病院を運営したこととなんら変わりはないように見える。また国民に精神障害者への差別を払しょくするための啓蒙活動の重要性や、地域社会資源を増加させ、地域生活の充実を図ろうとした方向性も特別新しい提言とは言えない。

しかし、本論が取り上げた時代と現在では、まず精神病院に大きな違いが生じている。まず、それは入院している患者層の変化であり、端的に言えば統合失調症患者の入院短期化と、認知症患者の入院数の増加である。次に国の財政状態の悪化である。

厚生労働省の「精神病床入院患者の疾病別内訳」によると、統合失調症の入院患者は 1996 年に 215,000 人であったのが 2011 年には 172,000 人に減少し、一方で認知症患者は 28,000 人から 53,000 人に増加している (<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>)。減少する統合失調症患者を認知症患者で埋めようとする精神病院経営戦略は、さまざまに言われているが (立岩 2014a: 8-19, 2014b: 8-19, 2015: 30-44) ここではとりあげない。しかし、精神病院の看護者たちも「最近では認知症ばかり」「病棟が混乱している<sup>92</sup>」という体感があり、そこから認知症患者の存在感が増していることはわかる。

厚生労働省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が 2011 年に発表した「第 2R：認知症と精神医療」においては、認知症の入院患者のうち 6 割は退院してゆくが、4 割は退院の可能性がないとする調査結果を踏まえたうえで、「認知症患者について、いわゆる『社会的入院』の問題が再び繰り返される可能性があり、そのようなことのないようにしなければならない」とし、そのために地域医療支援システム構築の必要性がのべられる (厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html>)。

精神病院に認知症患者が増加する傾向にあり、しかし認知症患者は病院ではなく地域で支援するのだとして、戦後からこれまでの精神医療福祉の経験はどのように参照すればよいだろうか。ここでは看護についてのみふれておく。

看護において「標準看護計画」というものがある。疾患に対応したものとして、患者の個別性を排除した一般論としての看護計画であり、様々な病院の看護部が作成し市中に回っている。この中で認知症の標準看護計画というものがあるが、ここでは看護目標は

- ① 環境の変化に適応でき、戸惑うことなく落ち着いて入院生活が送れる
- ② 日常生活が安全に送れ、現在の水準を維持できる
- ③ 身体症状の悪化を防ぎ、全身状態を良好に保つ
- ④ 適切な対応により患者の安全が守られトラブルや事故が防止できる
- ⑤ 治療、検査をスムーズに受けられる

(「老年期痴呆患者の標準看護計画」 <http://seesaawiki.jp/w/meiwa3300/d/%cf%b7%c7%af%b4%fc%c3%d4%ca%f2%b4%b5%bc%d4%a4%ce%c9%b8%bd%e0%b4%c7%b8%ee%b7%d7%b2%e8>)

とされ、それは従来統合失調症患者にあてがわれた看護目標とそのまま同じである。退院を目指すとして、それにむけての看護が病院・施設で行われないのであれば、やはり社会的入院に帰結してしまうことは必然である。病院・施設内への適応のみに焦点が当てられた内容であり、地域に移行を促すためのケースワーク的視点が抜けたものでもある。また、かつて統合失調症患者には「社会復帰」として、賃金労働への復帰を目指すべく作業療法が編み出されたが、認知症患者にそれは望めない。であるから、かつての「社会復帰」は、現在は「その人らしい暮らし・生き方」と言われ、それは今日の認知症患者に対する看護やケアに従事する者にとって目標となっている。生活療法批判のうちに、看護者が現状との折衷的な理解の仕方をしたように「その人らしく、精神病院で暮らす」に陥らない方策が必要であるように思う。

しかし、少なくともこれまで精神障害者に対してなされてきたあからさまな社会的差別は、認知症患者に対してはみられない。かつての改革派が指摘した精神医療の差別構造は、現在の認知症患者が増加しつつある精神病院でどのようにいえるのか、また、看護者の職務内容の動向も今後さらに考証する必要がある。

また、本研究（第8章）で取り上げた金山や矢野ら看護者の取り組みは1980年代以降のことである。精神医療改革運動期である1970年前後からこの間の取り上げるべき事柄として、精神病院の開放化運動が全国的に展開されたことがあった。金山や矢野らの取り組みも、この開放化運動の影響を受けてのことであった。しかし本研究では開放化運動の詳細について触れておらず、その点を加え記述する必要がある、その点が今後の課題として残っている。

## 注

<sup>1</sup> 岡田靖雄（1931～）精神科医師であり、精神科医療史研究会の世話人を務めた。東京都立松沢病院、東京大学医学部、荒川生協病院に勤務した。1970年以降の精神医療改革運動にもかかわった。『精神医療』（編著、勁草書房、1964年）、『差別の論理』（勁草書房、1972年）、『私説松沢病院史』（岩崎学術出版、1981年）等。

<sup>2</sup> 平成26年10月の厚生労働省調査によると、精神病床への入院患者数は295,000人（<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m14/10.html>）。36万床からの減少とみるか。筆者が勤務した民間精神病院では年間1割の死亡退院があった。その中には数十年にわたり入院したまま、高齢化して死亡となるケースも多かった。社会復帰がかなわないまま生涯を精神病院で過ごし、死亡退院となるケースは今後も続くと予想される。

<sup>3</sup> 「海外からの復員者や引揚者で4つの島に人があふれた。病原菌の移入や、医薬品の不足で、旧制伝染病は大流行した。中でも爆発的に流行したのは、発疹チフス、天然痘、コレラなどである（看護史研究会編 1989: 118）。

<sup>4</sup> 中央医療機関整備審議会は、1950年2月『医療機関整備計画』を策定する。1950年から5年かけて15,700床であった精神病院を40,000床に増床する計画が出されたが、実際には44,250床と目標を上回る増床であった（番匠谷 2013: 142）。

<sup>5</sup> 「協会の創立と精神衛生法の制定とは密接な関係がある。悪法の非難の高かった精神病患者監護法と精神病院法を廃し、新しく精神衛生法を制定しようという考えが芽生えたのは昭和23年頃である。首唱者は言うまでもなく植松七九郎氏及び金子準二氏である。（…）明治初期以降、兎角の批判はあったにしても精神障害者の医療の主たる担い手が私立精神病院であったことは歴史の示すところである。念願の精神衛生法が生まれても、私立精神病院の立場や考え方が一方的に無視されることのないようにということであり、そのためには私立精神病院の結集が必要であった。また議会方面への運動にしても、有志ではなく、全国的な組織体が不可欠であった。これが協会創立のもっとも大きな動機であったといえる。協会創立の仕事と、精神衛生法案の審議はほとんど並行的に進められた」（協会20年記念誌編集委員会編 1971: 53-54）

<sup>6</sup> 法令研究委員会委員は、植松七九郎、金子準二、式場隆三郎、松原太郎、元吉功、森崎半治、丸木清美、安藤守之、山本友香（協会20年記念誌編集委員会編 1971: 53）仮案金子試案と称される。同委員会で慶応義塾大学教授であった植松七九郎とともに、長年警視庁（厚生省の前身）で精神障害者の医療行政に関与した金子準二の名前から呼ばれる。

---

7 厚生省事務次官通達（発医第 132 号）で精神病院を特殊病院と規定し、特殊病院の従業員数を一般病院に比して医師は 1/3、看護婦及び准看護婦は 2/3 でよいとした。

8 電気ショック療法（Electric shock treatment）

1938 年、イタリアのツェルレッティ、ビニーによって統合失調症の治療として創始された。患者の頭部の皮膚上から脳に通電しけいれん発作を起こす。日本でも同時期に開始された。イソミタール（催眠鎮痛剤）等を使用していたがけいれんによる脊椎圧迫骨折などの危険があるため、1980 年以降は静脈麻酔に加え筋弛緩薬と併せて投与し、麻酔科医による呼吸循環器管理の下で行う「修整型電気けいれん療法（m-ECT）」が推奨されるようになった。しかし、麻酔薬を使用せず懲罰目的の「生がけ」が行われることもあった。（大熊 2013: 507-508、大淵 1981: 6）

9 インシュリンショック療法

1933 年オーストリアのザーケルによって提唱された。インシュリン注射によって人為的に低血糖ショックを起こさせ、精神障害の症状を軽減させる方法（大熊 2013: 509）観察と処置が多く、看護者にとって神経の使う治療法であった。薬物療法の普及にともない 1960 年頃から行なわれなくなった。

10 持続睡眠療法

1920 年クレイジがゾムニフェン（2 種類のバルビツール酸系睡眠薬の混合物）を用いて興奮状態にある分裂病患者を持続的に眠らせ、効果をあげた。このことから、5～12 日間食事と排泄時以外の 1 日 18～20 時間を眠らせる方法。1960 年頃には行なわれなくなった。（江副他 1964: 226）

11 発熱療法・マラリア療法

オーストリアのワグナーによって提唱された。マラリアに罹患している患者の血液を進行麻痺患者に移植し、人為的にマラリアに感染させる。8～12 回の発熱をくり返させた後キニーネにてマラリアを治療改善させるというもの（大熊 2013: 510）

12 精神外科・ロボトミー手術

1936 年、ポルトガルのモニスが開発した前頭葉切載術。精神分裂病、特に慢性の妄想型、心気妄想、更年期うつ病、難治性の強迫神経症、爆発性性格異常、ガン末期の疼痛に効果があるとされる。この業績でモニスはノーベル医学賞を受賞。しかし、手術的侵襲は非可逆的で、自発性低下、人格の平板化、高等感情低下など重大な人格変化を生じやすく、日

---

本でも薬物療法の発達により外科治療の必要がなくなったため、現在では行なわれていない（大熊 1994: 486-487、立岩 2013: 135-145）。

13 生活臨床。1960年代群馬大の江熊らにより提唱された。分裂病再発予防に重点を置き、患者の地域生活において、分裂病患者らの生活破たんをきたしやすい要因として「色、金、名誉、体」に働きかけ、そのストレスへ対処することで再発を予防するというもの。（加藤他 2011: 574、岡田他 1970）

14 生活臨床に取り組んだ代表的な保健婦として西本多美江がいる。

15 取り上げた国立武蔵療養所は国立で、日本の精神科医療の最先端として設備も人も充実した病院であったこと、元々傷痍軍人病院であったことから比較的若い軍人が多く、入院患者層も他の病院とは違ったこともあるのだろう。むろん、看護の専門誌に掲載されるにふさわしい場面が選ばれただろう。

16 松沢病院長、江副勉が監修した『新しい精神科看護』では、「近年はクロロプロマジン（1952年）、レセルピン（1953年）をはじめとしていわゆる精神神経安定剤（トランキライザー）による治療が活発にとり入れられ、精神医学の領域もようやく薬物療法の時代をむかえるようになりました。こうして過去20年以上にわたって精神科治療の王座を守り続けてきた衝撃療法が、次第にこれら薬物療法によっておきかえられつつあります」（江副他 1964: 219）と主たる治療の変遷が説明される。

17 1970年、朝日新聞紙上で朝日新聞記者である大熊一夫が急性アルコール中毒患者をよそおって精神病院へ潜入した『ルポ・精神病棟』が7回にわたって連載された。ここで描かれた病院内の「精神医療の劣悪さ」が大きな反響を呼び、精神医療は社会的に非難を浴びた。精神医療者から多くの反論もあったが、連載の影響は大きかった。「ニセ患者」ではあるが、患者の立場からみた精神病院の内情を大熊は以下のように紹介した。

大熊は入院当初、保護室に入る。「広さは3畳、べっこう色に変色した畳に、フケだらけのせんべい布団、コンクリート・ブロックの壁、鉄格子入りの天窓、部屋のすみに便所の穴が見える・・・（大熊 1978: 8）」その後、移動した大部屋は「寝室、食堂、作業場を兼ねた45畳。患者は25人。・・・牢獄の雰囲気には変わりはない。火の気はなく、窓にはさびた鉄格子、玄関に向かう通路に、ぶ厚い鉄製の扉がある」（大熊 1978: 8）。食事は入院したての大熊には受け付けられないほどの冷えた、質素なものであるのかかわらず他の患者たちが食べ残しに群がる。風呂も「隊列を組み、渡り廊下をぞろぞろ歩く。白タイルの浴場は一見きれいだった。しかし・・・タイルも桶も垢がこびりついている。この浴場は、洗剤で

---

磨いたことなどないらしい」(大熊 1978: 23) と描写される。要約すると、病棟内の患者社会では、患者たちでもアルコール患者と「刑務所帰り」が幅を利かせ、他の気の弱い患者を威圧し使役していること、老人患者を若い患者たちが面倒をみていること。また、治療に関して医師の診察はほとんどなく、薬でボーっとしてしまうこと、看護者も良心的な者もいるが、威圧的であることを隠そうとする者、威圧・暴力的振る舞いを隠もしない看護者がいること、毎日午後 1 時間半の作業療法と称する「内職」は学童雑誌のふろくづくりを行なうことなど、病棟内を観察した様子が描かれる。精神科リハビリである作業療法も「機械で型がうたれているボール紙を指で押して、時計の針をつくる。これを二股の鋏で文字盤に取り付ける。できたものをポリ袋につめる。ホッチキスでとめる」(大熊 1978: 46)。大熊はこの作業を「幼稚園の工作みたいな仕事がどう、社会復帰の足がかりになるのか」(大熊 1978: 46) と疑問を呈する。入院体験を「刑務所以下」「人間の捨て場所」とし、随所に社会や家族から見放された患者たちの生活の様子が描写されるのである。

大熊が潜入した民間精神病院は、経営者が「一流大学の教育を受けた精神科医で、学会発表を行い、精神病院協会にも加盟している人物が経営していること」「聖路加看護大学の実習病院になることが予定されている」ことから「一応のレベルの病院」であるとし、特にセンセーショナルさをねらった劣悪な病院というわけではないと説明し、一般的な精神病院であったことを強調している(大熊 1978: 82-83)。

18 大熊の『ルポ・精神病棟』の連載より 4 年後となる 1974 年に、患者会である『友の会』が『鉄格子の中から』を発行した。これは精神障害当事者たちの手紙集という形式をとったもので、精神障害当事者の言葉が社会に届くことになった。それまで精神病院の中に入院する患者の思いや主張が社会に出ることはなかった。その意味で大変画期的であった。

入院体験の劣悪さ、過酷さがさまざまな言葉でのべられる。「入院してからはずっと仕事(病院の中で)を続けましたが、無給与です。この病院では、親類が死んでも葬式には行かせません。選挙もできません。外出も僅かしか許されません。電話もできません。病気になっても、受け持ちのお医者さんが内科も兼ねているからという理由でよその病院にも通えません。何の治療もなされず、薬を飲んでただ放っばらかされて、看護婦さんにも人並みに扱われず、『お前たちは幼稚園なみだよ』と言われてがっかりした人もいます…(友の会編 1974 : 80)」「精神病の治療としては、脳手術を受ける者もいますが、普通は一日中労働させてもらい、仕事が終われば電気痙攣療法とか、日に 4 度看護人詰め所まで薬を飲みに行くだけです。医師は一ヶ月に一度私らをその詰め所に呼び集めて 20 秒ほど質問しますが、この問診以外は患者がいかに苦しんでも決して来ません」(友の会編 1997 90)。精神病院での悲惨な体験が多数掲載されている。

先の大熊がアルコール中毒患者を装った 10 日あまりの入院の記録に対して、『友の会』は精神障害者の発言である。実際に病気の症状に苦しみながら生きてきた人たちである。

---

大熊では書き得ない入院生活だけでなく退院した後、地域での暮らし、職場での差別や偏見、社会で精神障害者として生きる苦難も記される。大熊が体験しえなかったロボットミーや電気ショック療法あるいは今後もあることの恐怖が経験者として語られる。

19 金子光（1914～2005）東京都出身。1935年聖路加女子専門学校卒、1936年聖路加女子専門学校研究科卒、1940年カナダ・トロント大学看護学部専攻科卒、1948年GHQがロックフェラー財団と協力して行った留学に終戦後初の留学生として米国・エール大学に入学し公衆衛生学を学んだ。1941年厚生省入省、厚生技官、同看護課長を経て1960年東京大学医学部衛生看護学科助教授に就任。1966年～1968年日本看護協会第6代会長を務めた。1972年衆議院議員に当選、社会党に属して1990年に議員引退した。1945年の厚生技官時代に、GHQのオルト大尉を案内して日本各地を視察し、日本の看護体制・看護教育の確立に貢献した。）

（『聖路加看護大学史編纂資料室／金子光』<http://lukapedia.slcn.ac.jp/index.php?title=%E9%87%91%E5%AD%90%E5%85%89>）

20 「組織は別であったが、組合の幹部連中が全看協を作ったのです。公立病院の人が組合のリーダーだった」（山崎 2002: 105）

21 オルト大尉。Grace Elizabeth Alt. GHQ公衆衛生福祉局看護課初代課長。のちに少佐。第二次世界大戦終戦後、日本の看護体制確立に向けて日本各地を視察・指導し、東京看護教育模範学院設立により看護教育者リーダーの養成を図った（HP『聖路加看護大学史編纂資料 <http://lukapedia.slcn.ac.jp/index.php?title=%E3%82%AA%E3%83%AB%E3%83%88%E5%A4%A7%E5%B0%89>）

22 と言っても、女性である看護婦は看護の「献身・奉仕・優しさ」といった要素も持ちつつ、男性の「力」を頼ったり利用することもあり立場を使い分けている場面がある。筆者が勤務した病棟でも、訴えが執拗な患者がいた場合「ちょっとあの人黙らせてよ」といったことや、患者に対し暴力はふるわなないまでも「抵抗をあきらめてもらうための威嚇」として男性職員を数名立ち合わせて、処置を行うことがあった。

23 静脈注射。有資格者でも本来認められていない。今日でも医師が行うことになっている処置である

24 大森文子。（1912-2002） 1975年～1987年日本看護協会会長。厚生省、国立中野療養所総婦長、北里大付属病院看護部長歴任。1991年ナイチンゲール記章受章。

---

25 1958年、新潟地区内の女性組合員318名への実態調査で、その71%が生理時苦痛があるものの、実際の生理休暇の取得経験者は7%にとどまっていた

26 新潟の国立高田病院で看護婦が妊娠・出産で休んだ場合、仕事量が独身看護婦にしわ寄せがあるため、病院内看護婦全体で、妊娠は年に4人までと制限を作り、その制限内に調整するべく、年長、少子の者から割り当ての措置をとっていた

27 計画時、PTは国立療養所東京病院と国立療養所村山病院、OTは国立武蔵療養所で養成することが検討された

28 当初1964年の第46回国会に提出しようとしたが、この時は視覚障害者団体・あん摩マッサージ業界から反発を受け、視覚障害者の相対的欠格条項からの削除などの修正を行った後、あらためて1965年の第48回国会に提出するにいたった経緯がある(砂原 1977: 595)。

29 山口良泰。後に第5代日精看会長となる。

30 理学療法士、作業療法士は専門養成学校設置が先行したが、1965年「理学療法士作業療法士法」が制定された。(当時国立療養所東京病院院長であった砂原(1977)によると、1963年の医療制度調査会の答申前年の1962年にはすでに厚生省内のリハビリテーション研究会が、全国に機能訓練士、作業療法士、言語療法士の養成所を新設する計画をたて、そのはじめとして国立療養所東京病院にリハビリテーション学院を設置するべく大蔵省から1963年度予算がおろしていたことをあかしている。したがって医療制度調査会の答申はすでに養成所の設置に動き出していた事態の後を追っていたことになる。一方で1963年に養成所を開校してしまったからには3年後には卒業生を排出せねばならずその身分保障のために資格制度の法制定を急ぐ必要があったことがのべられている(砂原 1977: 592)。

31 精神病者の人道的処遇、患者の人格の健康な部分への信頼、精神病の治癒に対する楽観的見解、思いやりと共感的な雰囲気をも基調とし、患者を治療的に構成された院内活動へ参加させることで自己コントロールを強化することである。

32 公明党の大橋敏雄と広沢直樹か? 性別不詳。

33 藤原道子。印刷女工、看護婦などを経て日本労農党の山崎釦二と結婚(のち離婚)。1946年の総選挙で日本社会党より「山崎道子」として立候補して初当選。社会保障制度充実に



---

向けた活動を行なった。看護関係では、1950年の保助看法改正時に看護資格の一本化を主張、1956年に全日本国立医療労働組合顧問、1958年に看護婦の生理休暇闘争の支援、1960年に看護婦の44時間労働闘争や「病院スト」を支援するなど。社会党女性議員の代表格として活動 <http://ja.wikipedia.org/wiki/%E8%97%A4%E5%8E%9F%E9%81%93%E5%AD%90>2015年2月9日アクセス、藤原 1998: 268-271)

<sup>34</sup> 石本茂 1913- 2007年。救護看護婦養成所卒業後看護師となり、戦後は厚生省国立病院課看護係長、国立がんセンター初代総婦長などを経て、1965年の参議院議員選挙に全国区から無所属で出馬し初当選。5年後に自民党に入党。1984年11月から1985年12月まで史上3人目の女性閣僚として第2次中曽根改造内閣の環境庁長官を務めた。1989年政界引退。1995年に北國文化賞、2001年にはフローレンス・ナイチンゲール記章を受章。  
(<http://ja.wikipedia.org/wiki/%E7%9F%B3%E6%9C%AC%E8%8C%82> 2015年2月9日アクセス)

<sup>35</sup> 石本は1971年再当選する。石本は自民党に入党し、政府予算案において、看護関係予算を一挙に47%アップさせ、また1973年には夜勤手当を350円から一挙に1000円にアップさせた。石本は政治の世界に参入し、さらに政権与党で要職に就くことで看護者の待遇改善を勝ち取った。

<sup>36</sup> 一方で筆者の経験上でも「日精看はきれいごとばかりいう」「自分たちの身分のことばかり気にしている」という精神科看護者内部からの批判は現在もある。

<sup>37</sup> 作業指導員の呼称は、江副・台(1958)でも「作業指導員」「作業員」と統一されず、同時期に松沢病院で作業療法に従事した堀切(堀切, 1990)も「作業士」「作業指導員」と同様に統一していない。固定した呼称はなかったと思われる。当時の松沢病院における作業療法は「医学から医者がでて、その指図で看護人や看護婦、大工さんとか農業や園芸のできる人などが教わりながら患者の扱いをだんだんと覚えていった形態だった」(菅・鈴木, 1979)という。

<sup>38</sup> 1946年10月、東京都立松沢病院従業員組合を結成。7月の結成準備委員会で「終戦後患者は何の慰安もなく、ひもじい思いばかりで気の毒だから、本年度は盆踊りを大々的にやろうではないか」との提案があり、委員会は全会一致でこの案に賛成したが、労働組合といえば即闘争と考えられていたその当時に、いかにも精神病院の組合らしくて面白いと思う。それ以来この盆踊りは、遊び治療の一つとして毎年作業医療科によって盛大に行われるようになった」(江副・台 1958)

---

39 当初抗ヒスタミン剤として開発されたが、痛みや不安を感じないという特徴的な平静さを保つと分かり、精神作用に着目されるようになった。1950年代に抗精神薬として開発され、日本では1955年より精神病院での投薬がはじまった。

40 しかし、看護者の報告からは薬物と作業療法、生活指導との関連性について考察されてはいない。

41 治療的關係。たとえば精神科看護領域で参照される看護理論家ヒルデガード・E.ペプロウは、治療的關係性を重視している。ペプロウは、看護とは人間関係を形成するプロセスであるとしている。「精神医療の場で重要なことは、患者—看護者関係のプロセスであり、様々な日常場面の中で患者と精神療法的にかかわり、看護者は患者の自然治癒力を促し、精神的、身体的、社会的な人間として成長へ援助を行わなければならない」としている。

42 当時医学部の卒業を目前にしていた山本俊一はインターン制度導入を以下のように回想する。

私たちはいわば、大学からは閉め出され、社会からは受け入れてもらえない、中途半端な状態になり、全く途方にくれることとなった。というのは、すでに卒業試験は終わっているのに、当然のこととして、大学側は私たちのために授業をやってはくれない。しかも、卒業は認めてもらえないので、それまでの一年余は、それぞれ適当に自活して、時期の来るのを待っていなければならない。終戦直後の最も社会が混乱したこの時代にあっても、学生という身分はこの上なく不安定であり、一方的に卒業時期の変更を申し渡されただけでなく、さらに医師の資格を獲得するために、インターン研修と国家試験という新たな条件を課せられた私たちの不安は、非常に大きいものであった（山本 1982: 7）。

43 医学連は民青同盟について「診療研修内容（カリキュラム委員会設置）を組織的に保障しつつ、インターン制度撤廃の現実性に一歩近づき、その枠内での改革というインターン制度の存在を前提とする運動論、組織論とは決定的に決別する萌芽を含んでいた」（青医連中央書記局編 1969: 50）とのべて、この頃から医学連の運動が共産党主導でなくなった。

44 1961年に東大医学部に入学した小児科医の山田真は、当時の医学生の実態を以下のようにのべる。

たんにあのころインターン闘争って言ってインターン制度に反対したってというのは口実みたいなものであって、実際に不満があったとかなんかっていうよりも、学生たち、われわれ医学生なんかのレベルで言えば、なんかとにかくなんか言いたいことがいっぱいあって、なんか言えるようになったから言おうって感じだったんだよね。インターンは口実だ

---

ったと思う。(…)あれ要するに身分の問題で、医者労働者だと言って、医者も労働者だと規定してね、労働者で働いてるのに学生扱いされて給料もくれないのもおかしいって言ってたんだけど、でもそれは、実際にはほとんどみんなバイトをやって、けっこういいお金をもらったりなんかしてて、生活やなんかにとくべつ困っているわけでもなかったしね(山田・立岩 2008)。

45 京都大学教授。歴史家。全共闘運動を支持する論者。

46 井上は「医療の帝国主義的再編」を以下のように整理する。①健康保険制度の普及と改悪、②「医療機関の整備」の名による大病院の医療独占、③医療機関の格差増大、④国公立病院の独立採算制、⑤医師、看護婦の階層分断、人件費の低減をめざす看護婦制度および医育制度の改定(インターン制度を含む)、という一連の医療政策。

60年の新安保体制=対米従属の帝国主義体制の発足と同時に、一方では国民皆保険の美名で国民に幻想を与えながら、実際は、貧乏人の医療を切りすて、あるいは劣悪にし階級的医療体制を再編強化し、看護婦・医師の総人件費の支出を低減し、医療労働者を階層的に分断して抵抗力を弱め、その国家による管理を強め、大病院の営利主義を強力に推し進めてこれに医療を独占させ、医療機関の階層制をつくり、国家の統制を容易ならしめる、その一方、政府の医療支出を減少させて財政のやりくりを楽にし、独占資本のための政府投資や対外借款提供の力をます、これこそまさに政治・経済・教育・社会のあらゆる分野における帝国主義的再編成の一環としての医療の帝国主義的再編とよぶほかあるまい(井上 1969: 127-128)。

47 戦後1950年に制定された精神衛生法で設けられ、自傷他害の可能性のある患者の措置入院の判定や患者の拘束を判定する役割であった。

48 インターン制廃止要求は医療全般にわたる闘争であり、専門医・認定医制度の導入も同じく各専門分野の学会に課せられた課題である。1965年に日本医学放射線学会、日本脳神経外科学会が専門医制度を発足させ、インターン制度廃止闘争が激化する1967年に日本内科学会が認定医制度を発足させている。外科学会、整形外科学会は1969年段階では専門医・認定医制度導入については保留している。

49 臺は「精神医療の改革には、人々の情け、願い、怨みなどの心情的な声があがるだけではダメである。事態の把握と対策の立案、企画には、科学的で冷静な判断が必要であるし、政治的に的確な決断と実行を必要とする。さらに、精神科医は自らの責任において、現在なお甚だ不十分な研究態勢を精神医学の各側面にわたってととのえなければならない。／

---

近頃、精神科医の一部に、いまどき研究などするのは反医療的だという声を聞く。私はかれらの苛立ちに一応の共感をもつことを否定しないが、その独善的で性急な態度はかえって医療を荒廃させるものであることを指摘したい」（臺 1972: 255）と、精神医学が科学的研究によって支えられるべきだと主張する。

50 東大医学部精神科医局の教授である臺も、1966年当時は東大医学部側のインターン委員会メンバーとして学生と対峙した。1968年は医局講座解体運動で医局が解散し、従来の教授としての職務をまっとうできない時期であった。他の学会理事たちも、おおむね各大学医局の教授職であり、医学部闘争においては医局講座という権力構造の上層部として批判にさらされ、学会からも、それぞれの大学においても批判され突き上げられる立場であった。

51 関連病院や製薬会社との癒着、開催事務局を担う大学の無給医局員が開催費を負担させられていた問題。

52 児童精神医学会：1969年10月に開催された児童精神医学会も、精神神経学会（金沢学会）と同様に、研究発表が取りやめられ討論に切り替えられた。ここでも医局講座制の問題が取り上げられた。また、厚生省での審議会メンバーとして名を連ねる学会委員たちが臨床や教育現場のことを知らないまま様々な政策決定に関与してきたことへの反省が求められた。そして児童精神医学領域が抱える問題として、1967年改正の児童福祉法で重症心身障害児の規定が重症児に限定されたことにより、該当する施設がなく医療や教育を奪われたまま家庭に放置されている児童生徒が多数存在すること、施設でのパラメディカルスタッフの位置付けがあいまいであり、チームワークと言いながら医師が管理者としてふるまっていることなど、現場で起こっている問題が報告される。そしてこれらについて学会が何も取り組んでこなかったことが糾弾され、その後の学会改革委員会の設置が決定されている（日本児童精神医学会 1970: 1-40, 堀 2014）。

53 日本臨床心理学会：2年間にわたる理事会の追求を経て1971年11月学会シンポジウムを取りやめ臨時総会が開催された。ここでも理事会が不信任となり、新たに学会改革委員会が設置されている。ここでも現場における矛盾がそれぞれの立場から告発される。①サイコセラピストは知能テストをめぐる、児童の選別（特殊学級、養護学校、就学猶予）に加担させられているが、同学会の理事達もその指導者であること、またその選別は学校教師側の要請によるものだが、教師も教育指導要綱に沿って一定成果を上げなければいけないためにそうならざるをえないこと、②大学における研究や学会で発表される研究が患者の管理学を作ってきたことの指摘、③学会においても一般会員、正会員、その上のスーパ

---

一バイザーという階級性、あるいは「資格認定」をめぐる関連業種・労働者から浮き上がるなど、さまざまな側面で二重構造になっていることの権威性の問題などが議論されている（日本臨床心理学会 1972: 1-62）。

<sup>54</sup> 代表的な内容として

#### (1)刑法改正保安処分問題

1956年、法務省で「改正刑法準備会」が設置され、その中で保安処分とは禁固刑以上の犯罪を犯した精神障害者とアルコールや覚せい剤中毒者について、再犯のおそれがある場合、精神障害者の場合は治療処分に、アルコールや覚せい剤中毒者の場合は禁絶処分としていずれも保安施設に収容されるというものである。当初、日本精神神経学会や大阪弁護士会は新設支持を表明していたが、日本精神神経学会は1971年6月15日の総会で「違法な行為を行った人であっても、精神障害者に対しては、何よりもまず医療が先行すべき。保安処分の考えは、精神障害者即犯罪素質者という誤った先入観に発するものであり、精神障害者概念の拡大によって、保安処分制度が、一般市民の人権をも侵害するものとなる危険性がある、などとし反対決議を行う。その後も精神医療・福祉関係団体がこぞって反対を表明するなどし、いったん立ち消えたかにも見える保安処分新設議論は、その後も精神障害者による事件が発生するたび浮上した。1965年に前年のライシャワー駐日大使刺傷事件を受けて精神保健法が改正され、措置入院制度に関連して、「患者が無断退去した場合、警察への届け出義務を課す」「警察官、検察官、保護観察所長および精神病院の管理者について、精神障害者に関する通報・届け出制度を強化する」と決められたことは、地域精神衛生に名を変えた保安処分体制が事実上敷かれたともいえる（阿部 2009）。

#### (2)精神外科・ロボットミー批判

1971年、石川清（東大医学部精神科講師）が、それより20年以上前に臺弘（東大医学部精神科教授）が都立松沢病院で行った80数件のロボットミー手術のについて、患者の同意を得ないまま大脳皮質の一部を摘出し、皮質の含水炭素代謝について調べたとする一連の実験を「人体実験」として告発、批判した。日本精神神経学会では「石川清氏よりの台氏批判問題委員会」を設置して対応。一方で臺は、同意を得ていないことは認めつつ、「治療としてのロボットミーの範囲内の脳小片の摘出であり、その侵襲が手術によるものの域を超えない程度であれば、脳小片を研究目的で利用することは許される」と主張した。その後、死亡例があった証拠などが提出され、翌1972年には日本精神神経学会は『「台実験」批判決議』を発表する（臺 1993: 301-310）。決議では①当時治療法として行われていたものであるが、それに便乗してロボットミー範囲外の脳組織を、無害性の確証もないまま切除したこと、②患者や家族の同意を得ないまま行ったことが糾弾された。（青木 1974）

#### (3)悪徳精神病院の告発

それまでも多数存在した精神病院内での、患者へのリンチ・虐待・不明な死・不法入

---

院・患者の労働搾取などの問題が「精神病院に多発する不祥事事件に関連し、全会員に訴える」声明がだされるほど 1960 年代に次々と露見し、裁判闘争が行われた。代表的なものとして、十全会系病院、栗岡病院、安田病院、南埜病院、近藤病院、碧水荘病院、中村病院、アヤメ病院、富士山麓病院、北全病院、水口病院、初声荘病院、大和川病院、七山病院等。朝日新聞に大熊一夫記者の「ルポ精神病棟」が連載されたことにより社会問題としてもクローズアップされた（仙波・矢野 1977: iii）。悪徳病院の筆頭に挙げられるのは京都十全会系病院。患者の大量不明死、不当拘束、看護職員が規定に足らず患者を「準職員」として低賃金で働かせる、薬漬け治療、数億円に上る診療報酬の不正請求など、国会でも問題にされた（精神病棟から鉄格子をなくす会 1981、吉田 1983: 24-26、京都大学医学部精神医学教室 2003: 74-75）。

55 鈴木純一。1968 年からイギリスの Dingleton 病院、Fulbourn 病院、Cambridge 大学病院勤務を経て 1974 年に帰国。海上寮療養所、川越同仁会病院にて集団精神療法を実践。日本において集団精神療法の第一人者。

56 1955 年にクロルプロマジンが薬価基準対応薬とされて以降、従来の各種ショック療法に替わり薬物療法が主たる治療法として急速に拡大する。当時は「これで精神病がなくなる」と言われ、大きな効果が期待された。しかし、薬物のみで精神分裂病の解決には至らず、副作用の重篤さや「薬漬け」と揶揄される大量投与、薬物療法による二次弊害は「新たな疾患を作り出している」と言われる。急速に普及した薬物療法であるが 1968 年の精神神経学会総会では、精神医学界と製薬会社との癒着も問題にされた。

57 レインの分裂病旅路説 狂気（分裂病）とは、条件さえ整えば、望ましい仕方で正気へと帰還する一つの内面的「旅路」との考え方。キングスレイ・ホールでのメアリーバーンズの症例が有名。メアリーは混迷状態で栄養状態が懸念された。周囲の人々は彼女の衰弱を防ぐために輸液を開始するか、彼女に胎児的退行からの再生という旅路を自力で完遂させるべくひたすら見守るか、を話し合っ後者を選ぶ。回復したメアリーは彼女の内面を理解し、かつ時熟を待ってくれた適切な処置に感謝した（笠原 1976: 67）。

58 クーパーの学会招致に反対した鈴木純一は「(クーパーは) この数年間彼の発表する著書は、年々革命的政治論に傾く一方で、現実の精神医療の枠をはるかに越えており、その理論は分裂病の本質に迫ろうという今度のシンポジウムのテーマとうまくみあわないだろうということ、また彼自身がアルコール中毒だから、接待が大変であろうという予測をしたという点等である」（鈴木 1975: 84）と反対した理由をのべている。

同様にサズの通訳を務めた小倉もサズについて「ただでさえひどく混乱している日本の

---

精神医療の状況の中で、かれのようにある意味では、ややかけはなれていて極論に近い論議をする人がきて、貢献の余地があるのだろうか」（小倉 1975: 80）と懸念していたことをのべている。またサズの当時のアメリカでの位置づけは「例えは少し悪いけれど、『あの犬はもういいかげんにして遠吠えをやめればいいのに、いつまでも全くうるさい奴だな。もう分ったよ。お前にはもう充分発言のチャンスを与えたんだから、もうだまりな。』といったところである」（小倉 1975: 81）だったという。

59 通訳の鈴木に「一緒に壇上に上らなければ話をしない」等とだだをこね出す。「壇の上からじっと聴衆をにらめること約 30 秒、やっと日本語のあいさつをはじめる。聴衆からの反応が全くない。彼は後をふりむき、ここからでは、皆と“relate”できないと私にぐちをこぼす。私は“wait”という、10 数秒して、彼の日本語に対する拍手がおこる。やっと気分がおさまったかのように演説を始める。これが彼の講演の始まりである」（鈴木 1975: 86）。また、クーパーは講演に対する聴衆の反応の受けとめかたとしては「話の途中で何度も、聴衆が彼に敵意をもっているのではないかとたずねる。この彼に対して敵意をもっているのではないかという感覚はかなり強いものらしく、何度もそうした点について確かめていた。演説の最後に立ちあがり『革命！』と叫ぶ。聴衆からはなんの反応もない。降壇して、彼はすっかりしょげてしまい『全ては失敗だった。日本へこなければよかった』としきりにぐちをこぼす。彼の評価では、聴衆はすべて彼に対して敵意をもっており、講演は全くの失敗だったということであった」とのべている（鈴木 1975: 86）。

60 大野萌子（1936～2013）。精神障害当事者であり、病者の立場から多くの発言や問題を提起した。愛知県で患者会「0（ゼロ）の会」、他に全国精神「病」者集団などにに関わり、保安処分新設闘争、精神衛生法改正問題、赤堀支援闘争などに参加する。

61 この点については通訳の小倉によると、フロアーからの質問者の主張が聞きとれなかったり、何がいいたいのか理解できかねるものも多く、通訳できなかった（小倉 1975: 82）ということもおおいに関係していると思われる。

62 サズの感想について。サズはシンポジウムの後、日本の感想を次のようにのべたという。「精神科については、ドイツ流の器質的な考え一辺倒かとばかり思っていたが、多種多彩なことが行われているのにびっくりした。何よりびっくりしたのは市民運動が盛んであること。家族会、患者会、学生や若い精神科医たちを中心とした種々の運動には驚いた。日本ではドイツと同じように医者が絶対の権力をもっていて威張っており、患者側はただだまってじっとしているのかとおもったのに、アメリカ以上に種々の事が行われており感動した。精神医療はアメリカより日本の方が進歩している、と真顔で言っていた」（小倉

---

1975: 81)。

63 東大附属病院精神科病棟（通称赤レンガ病棟）を 1969 年に精医連が占拠し、当時臺精神科医長らを排除した。病棟から排除された臺らは外来診療しかかなわなかったため「外来派」と呼ばれた。石川清をリーダーとして自主管理の病棟運営を行なった。1978 年には産経新聞社会部が『ドキュメント 東大精神病棟』を発表しこれを糾弾。また同年、国会で取り上げられるなど批判も大きかった。1977 年まで精医連の占拠は続いた。

64 クーパーがかつて実践した VILLA21 も東大赤レンガ病棟とともに従来の精神病院や医療の在り方を否定したうえで新しい方法を模索する集団であった。

ちなみに、クーパーが東京の学会シンポジウムで酩酊状態であったとされているが京都の岩倉病院講演でも同様であったという。

65 メンバーは法務省刑事局長長井本台吉（会長）、法務省特別顧問小野清一郎、一橋大学教授植松正、法政大学助教授吉川経夫、東大教授団藤重光、日大教授日沖憲郎、東京高裁判事久礼田益喜、最高裁判事局第一課長正田満三郎、東京地裁判事伊達秋雄、同中野次雄、最高検公判部長安平政吉、東京高検検事八木（名前不明）、東京地検検事本田正義、司法研修所教官検事屋代春雄。

66 この草案全体について朝日新聞は、草案が現行刑法に対して加えた画期的な改正点として、「常習的な累犯者に対して不定期刑の制度を採用したこと」「初犯者で犯情の軽いものに対して有罪判決の宣告を猶予する制度をとったこと」「精神障害者や常習めいてい（酩酊）者などに対して治療処分や禁断処分などの保安処分を行うことができるとしたことなどである（下線：筆者）」（『朝日新聞』1960.5.1 朝刊）と報じている。またこの草案の特徴として「国家の刑罰権に対する個人的自由の保障という近代刑法の基本方針をとり、罪刑法定主義の徹底、新しい刑事政策への配慮を行いながらも、反面公共の秩序を守るという考え方を強く押し出し、機密探知、同通報罪（いわゆるスパイ罪）や騒動予備罪など新しい犯罪類型を採用している」（『朝日新聞』1961.12.1 朝刊）としている。

67 保安処分については、吉川経夫が説明を行なっている。吉川が、安平政吉と原案を作成したことをのべ、「保安処分の制度を採用するかどうか、これを採用するとしてどのような形で取り入れるべきかということは、今回の刑法改正作業における最大の課題のひとつであったと申しても過言ではない」とその位置づけの重要性について前置きをしている。保安処分創設への動機として、諸外国がすでに保安処분을規定していること、そしてその例から、保安処分が果たしている役割や、保安処分対象者の苦痛が刑罰に近いものであるこ



---

とから、「やはりこれを広義の刑事処分として刑法典の中に規定しておくこと、しかもそれが裁判所の行う司法処分だということをはっきりとさせておくことが必要」のべている。

68 「果たしてこれに付されるべき者（浮浪者や労働嫌忌者が：筆者加筆）が独立の施設を作るに値するほどの数に上るだろうか」という疑問があり、結局「実際の効果のため、必要最小限にとどめるべき」と、その対象を精神障害者、アルコールや覚せい剤薬物中毒者に限定されたことが説明される（日本刑法学会 1971: 36-39）。

69 もっと長期に限定すべきとの主張が検討されたこと、その中で被収容者の側からも退所の申し立てをする権利を認めるべきではないかとの議論があったとされるが、結局その点はずさされている。収容期間に関しても「結局、精神障害ということの特質上絶対的に期間を限定することはきわめて困難だと思うので、やむを得ず、形の上では絶対不定期の可能性に道を開くような案になってしまった」（日本刑法学会 1971: 39）

70 仮退所の規定（第 108 条）を設けたことについて、「いったん釈放してしまえばあとはもうどうにもしようがないという制度ですと、釈放の任にあたる行政長官もいきおい釈放の決定には控えめになりすぎるんじゃないか。これに反して仮退所という形にしておきますと、観察に付することもできるし、もし必要があれば 114 条 4 項で仮退所処分を取り消すこともできますので、危険性が完全になくなったとは断定できなくてもその危険性が相当薄くなれば思い切って被拘束の観察に移す決断がつくんじゃないか」とし、その結果、不必要に長い収容を避けることができると、収容解除の判断のあり方について逡巡したことが説明される（日本刑法学会編 1971: 40-41）。

71 「59 年草案を試みに読みますと 93 条では『処分の目的が容易に達成され、かつ行為者の責任が刑を先に執行することを必要としない場合』に限って保安処分の執行を先にすることができるということになっております。ところでこの草案におきましては、先にも申しましたように常習犯対策は主として不定期刑にゆずり、保安処分としては治療的、矯正的な色彩の強い治療処分、禁断処分に限っておりますので、むしろ保安処分を先に行うということを原則にしていいんじゃないか。仮案はご承知のように刑を先に執行するという原則をいたしておりますが、このように治療処分、禁断処分に限ったこの草案ではこれを逆にしてもいいんじゃないかということは当然考えられるところでございます。しかし、この点はなにぶんにも刑と保安処分との根本観念に触れる大問題でございます。結局、いろいろの論議の末、一応仮案が踏襲されました。」（日本刑法学会編 1971: 42-43）

72 「仮案は、保安処分として監護・矯正・労作・予防の 4 種類の保安処分を規定していたが、

---

準備草案は、前の二つに相当する治療及び禁断の 2 種の保安処分だけに限ることとした。人権保障の見地から疑問があり、そのうえ経費と設備を要する労作、予防の処分を使用しなかったのは、賛成である。なお、何れの保安処分も裁判所が言渡すことになっているのも、当然である。唯、治療処分の期間が 5 年で、必要があれば 3 年ごとに更新できるということ（112 条）、及び禁断処分のそれが 1 年であること（117 条）はやゝ長きに失する感がある。刑罰と保安処分の二元主義は、理論的には問題であろうが、草案の認めているような純医療的性格の保安処分にあつ(ママ)ては、差支えないであろう。刑と保安処分との執行の順序（120 条）、刑と保安処分との代替（122 条）の規定も妥当であろう。保安処分の規定には賛成である」（大阪弁護士会刑法改正特別委員会 1972）

73 1974 年 3 月 13 日結成。事務局は東大精医連事務局。「法制審の最終段階に入って、刑法改正・保安処分新設の反対する有効な政治的表現が焦眉の急であった 1973 年末頃より、弁護士、精神科医、救援関係者、公衆衛生関係者、宗教者、文化人を中心として会合がもたれ全国的な反対運動を形成していく（刑法改正・保安処分に反対する百人委員会事務局 1975: 78）6 月 19 日第 1 回全国集会には 1000 名を超える参加があった。

74 今野幸生（1939 年～）。山形県二本松会上山病院看護師として、同病院の開放化に取り組む。著書『開放運動の軌跡』（1980 年）『精神科看護の展開』（1983 年）。

75 秋元波留夫（1906～2007）東京大学医学部教授、国立武蔵療養所所長、都立松沢病院院長等歴任。改革派から批判された。

76 島成郎（1931～2000）「六〇年安保闘争」活動家。共産主義者同盟（ブント）書記長。精神科医。国立武蔵療養所を経て沖縄・久米島での地域精神保健活動等。改革派。

77 藤沢敏雄（1939～2009）精神科医。都立松沢病院、国立武蔵療養所、陽和病院院長等。改革派。小林八郎との「生活療法批判論争」等。

78 矢野自身も国立武蔵療養所に在籍したが、この「脱施設化と精神神経センター化構想」をめぐる秋元と島の「怒鳴り合いの大喧嘩」は、退職した後に後輩から聞いたという。

79 批評社。島成郎、藤沢敏雄など改革派医師たちの著書を多数出版。

80 もともと矢野は町田市民病院精神科病棟で、東京都と折衝して措置病床を削減させるなど、精神病棟のありかた是正に一定の「業績」を持つ。その意味で「改革派」「行動派」の

---

看護者といえた。

また、矢野と日精看との関係について。矢野は日精看には加入せず一定の距離を置いていた。日精看が、患者の病棟での処遇、日常の生活の不自由さの問題などに「わりとそういうことに文句言わないでもいい人達が、日精看の幹部だったり、民間の本当にひどいところにいる人たちはあまり会員になってないですよ、たぶん」「日精看が看護の実状、課題を解決したり、何の影響もないですよ、及ぼしてる（……）特別、だから、アンチ日精看って意味でもないんだけど・・・」とのべる。もともと日精看は全看協として発足当初から国公立や古い老舗のような精神病院からの加入者が多かった。そして精神科看護者がすべて日精看の会員になっているわけではない。精神科医師のほとんどが精神神経学会に加入するのは違い、現在でも3~4割程度の加入率である。筆者の周りでも日精看に対しては「あんな自分たちの身分や保身のことばかりやっているところには入らない」と言った意見や「(研修などが)東京にしか還元されないから会費を払ってまで入らない」という批判も聞かれる。日精看も精神科看護者の中で、すべてを代弁した立場ではなかったし、教育や資格化に重きをおいた活動が直接、患者に還元されているという実感を持ってない看護者も多かった。

<sup>81</sup> 精神病院の開放化とは何を指すのか。一般的には厚生省の「精神病院実態調査」における定義にもとづく。終日24時間閉鎖されている病棟を「閉鎖病棟」、1日8時間以上自由に出入りでき、施錠されていないものを「開放病棟」、その他を「半開放病棟」とされている。しかし、病棟出口の施錠の問題だけではなく、これら開放化に取り組む病院では、患者の隔離・拘束を少なくしようとする看護や、危険物とされる所持品や、面会時間などの制限枠をできるだけ拡大し、自由にしようとする取り組みも並行して行われた。また芳賀は、1983年の厚生省「精神病院実態調査」では、開放病棟は25.4%であり、金沢学会のあった1969年の20.8%からわずかに5%弱の伸びでしかないことを悲観する(芳賀 1986: 18-19)

<sup>82</sup> 元昭和大烏山病院医師。生活療法のモデル病院のひとつであった昭和大学烏山病院で、生活療法を廃止し、院長らの運営方針を批判するなど病院内の診療体系を「改革」したことで解雇される(1971年)。ここからいわゆる「烏山病院裁判闘争」が始まった。

<sup>83</sup> 上秦野病院での矢野らが立ち上げた解放委員会結成に関し、医局では反対はなくそのまま認められた反面、委員会への医師の参加はなくその後の協力もなかった。

<sup>84</sup> 看護者も、開放化や病棟内の看護や患者処遇のルール見直しについて「専門外のことですからわかりません」「いま、それしかなかったらそうするしかないだろうと思います」「よくわからないけど、できるだけ協力します」「もし、事故があったら誰れの責任ですか？」

---

「何んで看護課なんですか？病院だから先生が中心にやるべきではないか」などの意見が出たとのべる(矢野 1984: 56-57)。多くの看護者は開放化に積極的ではなかった。

85 モラルトリートメント (道徳療法)

19世紀初期、ヨーロッパで展開された。精神病者の人道的処遇、患者の人格の健康な部分への信頼、思いやりと共感的な雰囲気を持ち、精神病院を治療的環境に整えることを治療とする考え方。しかし、こういった方法は少人数の患者にしか対応できず、大量収容の施設では実践は不可能でもあった。(広田 1981: 70-95)

86 高橋によると、島根県精神科医懇話会には官民間わず病院、診療所などの県内の精神科医の40～50%が出席し、精神科治療や医療のあり方が熱心に議論された。懇話会が精神科病棟の開放率の高さや平均在院日数の短さ、通院医療費公費負担の利用率全国一の高さ、精神科病院入院患者の退院請求の件数が抜き出て多いなど、島根県の精神医療福祉の質の高さに貢献した(「ふあっと」20周年記念誌刊行委員会 2007: 38-39)。

87 高橋幸生。精神科医。1984年から精神科医長として隠岐病院に勤務。隠岐病院で経営問題から精神科病棟廃止が起こったが、高橋は島根県精神科医懇話会や鳥取大学医学教室の支持を得て精神科病棟廃止反対運動を行う。後に県立湖陵病院に着任。金山らが高橋の行動力に期待して呼びかけ、一緒に「ふあっと」を設立。現エスポアール出雲クリニック理事長・院長。社会福祉法人「ふあっと」理事長。現在は認知症ケアを専門に医療活動を展開。「小山のおうち」等。

88 海星病院を退職した矢田は、作業所指導員として現在に至る。

89 ちなみに金山は日精看の会員であり、島根県支部長も務めた。金山にとって日精看は、「看護に迷ったり、悩んだ時の支え。大好き。」であったという。同じ看護者らに励まされ、勉強しあうことで精神科看護という仕事をやってこれたのだという。

90 精神科特例の廃止。

2001年の医療法改正によって、大学病院や総合病院の精神科については、一般病院と同じ水準の医師は「入院患者16人に1人」、看護婦は「3人に1人」となったが、単科精神病院などについては、医師は現行通り「48人に1人」のままで、看護婦は「6人に1人」から「4人に1人」に引き上げるにとどまった。

91 2010年以降、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」として、アウ

---

トリーチ医療、精神科救急体制、機能分化と質向上、医療保護入院、認知症と精神医療の各チームに分かれ検討を行っている。

<sup>92</sup> 従来の統合失調症を主とする入院患者らの高齢化とともにあいまって、高齢者の場合は合併症や身体問題を併せ持つことがほとんどであり、医療処置や介護といった身体ケアの要素が格段に増えてきている。それに加えうつ病や人格障害、発達障害圏の入院患者も増え、入院患者は多様になっている。

## 文献

- 阿部あかね, 2009, 「精神障害者<反社会復帰><働かない権利>思想の形成過程——1960年～1980年代の病者運動から」立命館大学大学院先端総合学術研究科 2008年度博士予備論文
- , 2010, 「1970年代日本における精神医療改革運動と反精神医学」『Core Ethics』(6): 1-9.
- , 2011, 「わが国の精神医療改革運動前夜——1969年日本精神神経学会金沢学会にいたる動向」『生存学』(3): 144-154.
- , 2014, 「精神医療改革運動を看護者はどのようにみていたのか」『現代思想』42(13): 224-236.
- 秋元波留夫, 1972, 「作業療法をみんなで考えよう」『むさし』5(2): 2-4.
- , 1975, 「作業療法を考える」金剛出版 (→1976, 140-158)
- , 1976, 『心の病気と現代』東京大学出版.
- , 1976, 『精神医学と反精神医学』金剛出版.
- 秋元波留夫・富岡詔子, 1991, 『新作業療法の源流』三輪書房.
- 秋元波留夫・仙波恒夫・天野直二, 2003, 『二十一世紀日本の精神医療——過去・現在・未来を見据えて』星雲社.
- 安西信雄, 1995, 「精神障害者の生活技能訓練 (SST) と作業療法士への期待」『作業療法』14(1): 49-52.
- 朝日ジャーナル編集部, 1973, 「打ち棄てられたものの生存権——前頭葉手術をめぐる論争」『朝日ジャーナル』15(21): 87-92.
- 『朝日新聞』1960.5.1朝刊.
- , 1961.12.1朝刊.
- , 1964.3.24夕刊.
- , 1964.3.24夕刊.
- , 1964.3.25朝刊.
- , 1964.4.4夕刊.
- , 1964.5.7朝刊.
- , 1964.5.4朝刊.
- , 1970.5.26朝刊.
- , 1970.5.28朝刊.
- 浅野弘毅, 2005, 『精神医療論争史』批評社.
- 青木薫久, 1967, 「うれうべき精神神経学会の動向」『健康会議』18(2): 48-54.
- , 1974, 「人体実験の原則について」『精神医療』3(4): 52-60.
- 有岡二郎, 1997, 『戦後医療の50年——医療保険制度の舞台裏』日本醫事新報社.

- 番匠谷光晴, 2013, 「戦後の医療供給体制の整備動向に関する一考察」『四天王寺大学大学院研究論集』(8): 141,-142.
- Cooper, D., 1967, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Tavistock Publications. (=1974, 『反精神医学』岩崎学術出版.)
- 江熊要一, 1969, 「第 66 回日本精神神経学会議事録」『精神神経学雑誌』71(11): 1090.
- 江副勉・台弘, 1958, 「戦後 12 年間の松沢病院の歩み」『精神神経学雑誌』39(1): 991-1006.
- 江副勉・吉岡真二・岡田靖雄, 1964, 『新らしい精神科看護』日本看護協会出版部: 219-226.
- 「ふあっと」20 周年記念誌刊行委員会編, 2007, 『ふあっと——出雲の精神障害者の福祉を支援する会 20 年の軌跡』やどかり出版.
- 古屋龍太, 2015, 『精神科病院脱施設化論——長期在院患者の歴史と現状、地域移行支援の理念と課題』批評社.
- 藤明朱美, 「第 13 回日精看山梨大会に身を投げかけて」『精神医療』1(3): 15-16.
- 藤野ヤヨイ, 1998, 「生活指導から個別看護、SST へ」『精神看護』1(2): 16-17.
- 藤沢敏雄, 1979a, 「『生活療法』批判以後 1.なぜ『生活療法』批判か」『精神医療』8(2) : 114.
- , 1979b, 「『生活療法』以後 2. 武蔵療養所でみた生活療法」『精神医療』8(4).
- , 1980a, 「『生活療法』批判その後 3. 生活療法批判後の混乱と問題の整理」『精神医療』9(1): 69-76,71,72,73,76.
- , 1980b, 「『生活療法』批判以後 4. 生活療法批判以後の展開と挫折」『精神医療』9(3): 53-60.
- , 1982, 『精神医療と社会』批評社: 56.
- , 1983, 「生活療法批判・その後——まとめにかえて」『精神医療』12(3) : 297-301.
- , 1998, 『精神医療と社会』批評社.
- 堀智久, 2014, 「障害学のアイデンティティ」生活書院.
- 堀切重明, 1990, 「作業療法の歴史と生きて」『OT ジャーナル』: 443-445.
- 藤原豪, 1959, 「慢性不潔病棟における長期薬物療法の経験」『精神医学』1(1): 37-45.
- 芳賀敏彦, 1976, 「理学療法士及び作業療法士法の歴史」『理学療法と作業療法』10(11): 843-847.
- 芳賀幸彦, 1986, 「精神病院の存立基盤をあらためて問う」『精神医療』『精神医療』15(1): 18-19.
- 羽生りつ, 1979, 『病める心の人とともに』自費出版: 8-9,26.
- 羽生りつ・川島恵子, 1956a, 「精神科看護法 (上)」『看護学雑誌』20(1): 73-87.
- , 1956b, 「精神科看護法 (下)」『看護学雑誌』20(2): 73-87.
- 長谷川浩編, 2012, 『系統看護学講座 精神保健福祉』医学書院.
- 広田伊蘇夫, 1976, 「トーマス・S・サズの反精神医学——その反科学思想」『臨床精神医学』5(6): 699-706.

- , 1981, 『精神病院——その思想と実践』岩崎学術出版
- , 2007, 『立法百年史』批評社.
- 稲場雅紀・山田真・立岩真也, 2008, 『流儀 : アフリカと世界に向かい我が邦の来し方を振り返り今後を考える二つの対話』生活書院: 161.
- 井上清, 1969, 『東大闘争——その事実と論理』現代評論社.
- 石川清・藤堂明保・高橋暁正・村尾行一・西村秀夫・持田栄一・菊池昌典・石田保昭・戸塚秀夫・折原博・和田春樹・中西洋, 1969, 『東大闘争・教官の発言 私はこう考える』田畑書店. 石川信義, 1990, 『心病める人たち——開かれた精神医療へ』岩波書店.
- 石川信義・森山公夫, 2003, 「開放化運動を超えて」『精神医療』(33): 12.
- 岩倉病院研修委員会, 1991, 『昨日までの開放 明日からの開放——鍵と鉄格子はなくなつたけれど』稲門会岩倉病院: 2-6.
- 懸田克躬, 1968, 「シンポジウム 精神医学教育と専門医制度をめぐる」『精神神経学会誌』70(12): 627-629.
- 鎌倉矩子, 2004, 『作業療法の世界——作業療法を知りたい・考えたい人のために』三輪書店: 37-38, 58-59.
- 神郡博, 1975, 「看護と作業療法のかかわり——作業を媒介にした働きかけの必要性」『精神科看護』1(2): 12-14.
- 菅修・鈴木明子, 1979, 「精神科作業療法の先達者に聞く(その1)——菅修氏に聞く(1)」『理学療法士・作業療法士ジャーナル』13(7): 481-484.
- 看護史研究会編, 1989, 『看護学生のための日本看護史』医学書院.
- 金沢彰, 1968, 「シンポジウム抄録 精神医学教育と専門医制度をめぐる」『精神神経学雑誌』70(2): 180.
- 金子嗣郎, 1982, 『松沢病院外史』日本評論社: 157, 218.
- 烏山病院問題資料刊行会, 1981, 『烏山病院問題資料 I ——鳥は空に魚は水に人は社会に』精神医療委員会.
- 笠原嘉, 1976, 「レインの反精神医学について」『臨床精神医学』5(5): 675-682.
- 加藤敏・神庭重信・中谷陽二・武田雅俊・鹿島晴雄・狩野力八郎・市川宏伸編, 2013, 『現代精神医学事典』弘文堂.
- 萱間真美・野田文隆他, 2010, 『精神看護学』南江堂.
- 刑法改正・保安処分に反対する百人委員会事務局, 1975, 「刑法改正・保安処分に反対する百人委員会の運動」『精神医療』4(3): 78-79.
- 小林八郎, 1959, 「精神疾患の生活療法」『日本臨床』17(1): 156.
- , 1965, 「生活療法」『最新医学』20(9): 2425-2431.
- , 1978, 「生活療法批判の批判 3」『日本精神病院協会月報』(191): 16-19.
- 小林美代子, 1971, 『髪の花』講談社.



- 国立精神療養所看護共同研究班, 1986, 『精神科看護研究——20年のあゆみ』(財)日本児童福祉協会: 13-19.
- 近藤幸子・小泉芳子, 1956, 「患者の食事指導について」『精神科看護研究懇話会』全日本看護人協会: 1-6.
- 今野幸生, 1980, 『開放運動の軌跡』精神医療委員会.
- , 1982, 「生活療法批判と看護の実践」『精神医療』11(2): 12-22.
- , 1983, 『精神科看護の展開——看護の主体性を求めて』精神医療委員会: 28,41-42.
- 厚生大臣官房統計調査部, 1952, 『病院報告』.
- , 1955, 『病院報告』.
- , 1956, 『病院報告』.
- , 1957, 『病院報告』.
- , 1958, 『病院報告』.
- , 1959, 『病院報告』.
- , 1960, 『病院報告』.
- , 1961, 『病院報告』.
- , 1962, 『病院報告』.
- , 1963, 『病院報告』.
- , 1964, 『病院報告』.
- , 1965, 『病院報告』.
- , 1966, 『病院報告』.
- , 1967, 『病院報告』.
- , 1968, 『病院報告』.
- , 1969, 『病院報告』.
- , 1970, 『病院報告』.
- 厚生大臣官房統計情報部, 1971, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1972, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1973, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1974, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1975, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1976, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1977, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1978, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1979, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1980, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1981, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1982, 『医療施設調査 病院報告』.

- , 1983, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1984, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1985, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1986, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1987, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1988, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 1989, 『医療施設調査 病院報告』.
- , 2014, 『病院報告 (平成 26 年 10 月分概数)』  
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/byouin/m14/10.html>.)
- 厚生省医務局国立療養所課内国立療養所史研究会, 1976, 『国立療養所史 (精神)』:247.
- 厚生省五十年史編集委員会, 1988, 『厚生省五十年史 (記述編)』 1018-1019,1038-1039,1007.
- 厚生労働省 HP 『厚生白書』, (<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz197001/body.html>(2010 年 9 月 18 日アクセス)
- 厚生労働省 HP 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム, 2011, 「第 2R : 認知症と精神医療」(厚生労働省 HP <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/data.html> 2015 年 2 月 20 日アクセス)。
- 厚生統計協会, 1996, 『特別編集号 厚生 の 指標 臨時増刊号 国民医療費の年次推移』 43(16): 196.
- 協会 20 年記念誌編集委員会, 1971, 『社団法人日本精神病院協会 20 年史』 牧野出版社: 53-54.
- 京都大学医学部精神医学教室, 2003, 「精神科評議会運動の理念と展開」『精神医学京都学派の 100 年』 ナカニシヤ出版: 74-75.
- Laing.R.D., 1960a, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Tavistock Publications. (=1971, 阪本健二・志貴春彦・笠原嘉訳『ひき裂かれた自己』みすず書房. →参照は 1974 年版)
- , 1960b, *Self and Others*, Tavistock Publications. (=1975, 志貴春・笠原嘉訳『自己と他者』みすず書房. →参照は 1998 年版)
- , 1967, *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Tavistock Publications . (=1973, 笠原嘉・塚本嘉壽訳『経験の政治学』みすず書房.)
- , 1969, *The Politics of the Family*, Tavistock Publications. (=1979, 阪本良男・笠原嘉訳『家族の政治学』みすず書房.)
- Laing.R.D and Esterson.A, 1964, *Sanity, madness and the family*, Tavistock Publications. (=1972, 笠原嘉・辻和子訳『狂気と家族』みすず書房.)
- 増田はる子, 2001, 『ともに生きる歳月』 NOVA 出版: 183.
- 松井紀和・日本精神病院協会, 1975, 「作業療法の治療構造」『精神科作業療法』 牧野出版

- 社: 13-14.
- , 2006, 「作業療法の 40 年を振り返る」『作業療法』 25(5): 406-408.
- 松本雅彦, 1975, 「精神医学的診断と反精神医学」『臨床精神医学』 4(5): 479-486.
- 水田喜久生, 1974, 「精神病を考える——私立病院の立場から」『精神科看護』 1(1): 24-26.
- 皆川保・本田圭一・三浦晴夫, 1957, 「クロルプロマジンに依る冬眠療法の看護について」  
『第 14 回関東地区精神科看護懇話会発表集』全日本看護人協会: 6-12.
- 村上睦郎・柏木章, 1956, 「人形劇の演出並びに患者の反響について」『精神科看護研究懇話会』, 全日本看護人協会: 18-24.
- 永井藤十郎, 1957, 「精神病看護の面から見たクロルプロマジンの効果」『第 14 回 関東地区精神科看護懇話会』全日本看護人協会.
- 長嶺敬彦, 2012, 『系統看護学講座 精神看護の基礎』医学書院.
- 長田正義, 1985, 「精神衛生行政はすでに破たんしていた——看護助手という無資格に考える」『精神医療』 14(1).
- 仲アサヨ, 2010, 「精神科特例をめぐる歴史的背景と問題点——精神科特例の成立および改正の議論から」『Core Ethics』 6: 277-286 .
- 中川善資, 1979, 「もう一度『生活療法』に関する討論を」『精神医療』 8(1): 108-109.
- 中島直, 2002, 「精神障害者と触法行為をめぐる日本精神神経学会の議論」  
([http://www.kansatuhou.net/04\\_ronten/08\\_01nakajima.html](http://www.kansatuhou.net/04_ronten/08_01nakajima.html).)
- 中沢正夫, 1992, 『からっ風村の健康戦争——保健婦・西本多美江の体当たり半世紀』情報センター出版局.
- 日本刑法学会, 1971, 「刑法改正準備草案」『刑法雑誌』 11(1,2) : 33-44.
- 日本精神科看護協会, 1979, 『協会史』 牧野出版社: 4-9,12,30,44,130,216-217.
- 日本看護協会, 1967, 『日本看護協会史 1』 日本看護協会出版部.
- , 1967b, 『日本看護協会史 2』 日本看護協会出版部: 54-55.
- , 1971, 『看護白書: 看護の現状と問題点 昭和 46 年版』 日本看護協会.
- , 1976, 『看護白書 昭和 50 年版』 日本看護協会出版部.
- 日本看護歴史学会, 2008, 『日本の看護のあゆみ——歴史をつくるあなたへ』 日本看護協会出版.
- 日本看護連盟 <http://www.kango-renmei.gr.jp/about/history/>. (2015 年 2 月 2 日アクセス)
- 日本看護史研究会, 1989, 『看護学生のための日本看護史』 医学書院.
- 日本臨床心理学会, 1972, 「日本臨床心理学会臨時総会経過記録」『臨床心理学研究』 10(1): 1-62.
- 日本精神科看護協会, 1961a, 『日精看ニュース』 6 : 3.
- , 1961b, 『日精看ニュース』 9: 1.
- , 1961c, 『日精看ニュース』 10: 1.

- , 1961d, 『日精看ニュース』 11: 1.
- , 1963a, 『日精看ニュース』 28: 1.
- , 1963b, 『日精看ニュース』 33: 1.
- , 1964a, 『日精看ニュース』 39・40: 2.
- , 1964b, 『日精看ニュース』 41・42: 2.
- , 1965a, 『日精看ニュース』 59: 2.
- , 1965b, 『日精看ニュース』 61: 1.
- , 1966, 『日精看ニュース』 70: 2.
- , 1967a, 『日精看ニュース』 83: 1-2.
- , 1967b, 『日精看ニュース』 83: 1.
- , 1967c, 『日精看ニュース』 87: 1.
- , 1968, 『日精看ニュース』 93: 1.
- , 1969a, 『日精看ニュース』 106: 1-3.
- , 1969b, 『日精看ニュース』 107: 1.
- , 1969c, 『日精看ニュース』 109: 1.
- , 1969d, 『日精看ニュース』 110: 1.
- , 1970a, 『日精看ニュース』 116.
- , 1970b, 『日精看ニュース』 118: 1-2.
- , 1980, 『日精看ニュース』 232: 1.
- 日本精神科看護技術協会, 1994, 『看護研究発表論文集・日本精神科看護学会誌』 日本精神看護技術協会: 21-22.
- 日本精神神経学会, 1965, 「第 61 回日本精神神経学会総会シンポジウム 精神衛生法改正の焦点」『精神神経学雑誌』 67(2): 142,150.
- , 1965, 「刑法改正に関する意見書(案)」『日本精神神経学会誌』67(10): 1054-1055.
- , 1967, 「旧医療対策委員会報告 精神科の治療指針(決定案)」『精神神経学雑誌』 69(8).
- , 1968, 「シンポジウム 精神医学教育と専門医制度をめぐって」『精神神経学雑誌』 70(12): 627-633.
- , 1969a, 「学会だより」『精神神経学雑誌』 71(4): 420.
- , 1969b, 「学会だより」『精神神経学雑誌』 71(4): 423-425.
- , 1969c, 「第 66 回日本精神神経学会議事録」『日本精神神経学会誌』 71(11) : 1029-1206.
- , 1974a, 「学会だより 今回の作業療法点数化に反対する声明(案)」『精神神経学会誌』 77(3): 208.
- , 1974b, 「学会だより」『日本精神神経学会誌』 76(9): 653-65.
- , 1974c, 「学会だより」『日本精神神経学会誌』 76(10): 798.

- , 1974d, 「学会だより」『日本精神神経学会誌』76(12): 887.
- , 1975a, 「学会だより」『日本精神神経学会誌』77(4): 295.
- , 1975b, 「学会だより」『日本精神神経学会誌』77(6): 489-490.
- , 1975, 「第72回日本精神神経学会総会特集（Ⅰ）戦後日本の精神医療・医学の反省と再検討——作業療法」『精神神経学雑誌』77(11): 757-879.
- , 1976, 「第72回日本精神神経学会総会特集（Ⅱ）戦後日本の精神医療・医学の反省と再検討——今後の展望をひらくために——」78(4): 249-379.
- 日本精神神経学会理事会保安処分に反対する委員会, 1971, 「保安処分制度新設に反対する意見書」『日本精神神経学雑誌』73(9): 739-741.
- 日本精神神経学会百年史編集委員会, 2003a, 「金沢総会から精神保健法成立まで」『日本精神神経学会百年史』日本精神神経学会: 188-207.
- , 2003b, 「成功に導いた島菌先生の人徳」『日本精神神経学会百年史』日本精神神経学会: 688.
- , 2003c, 「第72回日本精神神経学会総会（東京）シンポを盛りあげたサスとクーパー」『日本精神神経学会百年史』日本精神神経学会: 97-98.
- 日本集団精神療法学会, 2003, 『集団精神療法の基礎用語』金剛出版.
- 日本児童精神医学会, 1970, 「第10回日本児童精神医学会総会」『児童精神医学とその近接領域』11(1): 1-40.
- 野口昌也, 1976, 「クーパーの反精神医学——“The Grammer of Living” (1974)より」『臨床精神医学』5(6): 691-697.
- 野瀬清水, 1975, 「松山病院におけるロボットミー施行の実態」『精神神経学雑誌』77(8): 559.
- 小倉清, 1975, 「Dr. Thomas.Szasz の訪日」『精神医療』4(4): 80,81,82.
- 岡田靖雄, 1966, 『精神医療』勁草書房.
- , 1972, 『差別の論理』勁草書房.
- , 1981, 『私説 松沢病院誌 1879～1980』岩崎学術出版社: 569.
- 岡田靖雄・小坂英世, 1970, 『市民の精神衛生』勁草書房.
- 大林道子, 2002, 『助産婦の戦後』勁草書房.
- 大淵誠一, 1981, 「私の原点——20年の経験から」『精神医療』10(2):6,7,8.
- 大熊一夫, 1978, 『ルポ・精神病棟』朝日新聞社.
- 大熊輝雄, 1994, 『現代臨床精神医学（改定第5刷）』金原出版.
- , 2013, 『現代臨床精神医学（改定第12刷）』金原出版.
- 小沢勲, 1969a, 「第66回日本精神神経学会議事録」『精神神経学雑誌』71(11): 1177-9.
- , 1969b, 「第66回日本精神神経学会議事録」『精神神経学雑誌』71(11): 1202.
- 小澤勲, 1974, 『反精神医学への道標』めるくまーる社.
- 小沢勲, 1981, 「金沢学会闘争」『精神医療』10(1): 38.
- 小澤勲・森下一・盛岡正博・高橋勝貞・貴志英一, 1975, 『呪縛と陥穽』田畑書店.

- <http://seesaawiki.jp/w/meiwa3300/d/%cf%b7%c7%af%b4%fc%c3%d4%ca%f2%b4%b5%bc%d4%a4%ce%c9%b8%bd%e0%b4%c7%b8%ee%b7%d7%b2%e8> (2015年3月20日アクセス)
- サンケイ新聞社会部東大取材班, 1978, 『ドキュメント東大精神病棟』光風社書店.
- 酒井美代志・高野貞子, 1953, 「脳手術后患者の生活指導」『関東地区精神科看護懇話会』.
- 青医連中央書記局編, 1969, 『日本の大学革命6 青医連運動』日本評論社:23, 50, 54-55.
- 精神病院から鉄格子をなくす会, 1981 (1976), 『再版 兄弟だろ——十全会精神病棟の中から』(非売品)
- 聖路加看護大学史編纂資料室「金子光」<http://lukapedia.slcn.ac.jp/index.php?title=%E9%87%91%E5%AD%90%E5%85%89> (2015年1月30日アクセス)
- 聖路加看護大学史編纂資料室「オルト大尉」<http://lukapedia.slcn.ac.jp/index.php?title=%E3%82%AA%E3%83%AB%E3%83%88%E5%A4%A7%E5%B0%89> (2015年1月30日アクセス)
- 精神保健行政のあゆみ編集委員会編, 2000, 『精神衛生法施行50周年(精神病患者監護法施行百周年)記念 精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規.
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会, 2003, 『精神保健福祉論』へるす出版.
- 精神科医全国共闘会議, 1972, 『国家と狂気』田畑書店.
- 関根真一, 1963, 『精神病看護の理論と実際(第3版)』医学書院.
- , 1974, 「精神医療50年」『精神科看護』(1): 42.
- 関山年子・徳富都子, 1956, 「レク病棟に於ける不潔行為患者の生活指導——症例について」『第10回精神科看護研究懇話会』全日本看護人協会: 58-63.
- 仙波恒雄・矢野徹, 1977, 『精神病院 その医療の現状と限界』星和書店.
- 園田隆也, 1969, 『東大医学部——闘争の記録と教育の未来像』徳間書房.
- 砂原茂一, 1977, 「理学療法士・作業療法士法成立のころ」『理学療法と作業療法』11(8): 591-597.
- 鈴木明子, 1986, 『日本における作業療法教育の歴史』北海道大学図書刊行会: 228.
- 鈴木敦子, 1979, 『あすを拓く』(非売品).
- 鈴木純一, 1974, 「反精神医学運動——英国で私が経験したこと」『病院』33(10): 88-91.
- , 1975, 「滞在中のCooperについて感じたこと」『精神医療』4(4): 84-87.
- Szasz, T. S., 1970, *Ideology and Insanity: Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*, Syracuse University Press. (=1975, 石井毅・広田伊蘇夫訳『狂気の思想——人間性を剥奪する精神医学』新泉社.)
- 高久史麿, 「日本における専門医制度の方向性——新たな専門医制度のあり方」[www.jio.or.jp/html/offical/report/6/pdf/070527takaku.pdh](http://www.jio.or.jp/html/offical/report/6/pdf/070527takaku.pdh). (2010年9月20日アクセス)
- 高杉晋吾, 1971, 『頭脳支配——おそろべき精神医療の実態』三一書房.

- , 1972, 『差別構造の解体へ——保安処分とファシズム<医>思想』 三一書房.
- , 1973, 『日本の人体実験』 三笠書房.
- 武井麻子, 1986, 「我が国の精神病院における入院治療の歴史的考察:『病院精神医学』『精神神経学雑誌』『精神医学』三誌による」(博士論文).
- 武井麻子 江口重幸 末安民夫 小宮敬子 式守晴子 相田信男 濱田秀伯 橘田昌也  
竹内博・下川美章・古川勝義・谷口都子・松浦ます代, 2001, 『50周年記念誌』 三重県立  
こころの医療センター: 147.
- 田辺三菱製薬, コントミン糖衣錠(添付文書), [http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/1171001F1073\\_2\\_07/](http://www.info.pmda.go.jp/go/pack/1171001F1073_2_07/) (2015年2月3日アクセス)
- 田中英樹, 2010, 「リカバリー概念の歴史」『精神科臨床サービス』10: 431.
- 立岩真也, 2013, 『造反有理——精神医療現代史へ』 青土社.
- , 2014a, 「早川一光インタビューの後で2」『現代思想』8-19.
- , 2014b, 「精神医療現代史へ・追記9」『現代思想』8-19.
- , 2015, 「認知症→精神病院&安楽死」『現代思想』30-44.
- 樋田精一, 1971, 「わが国の精神医療の動向」『病院精神医学』29: 140.
- 樋田精一・松井紀和・武田専・佐々木勇乃進・千葉元・仙波恒雄・式場聡, 1975, 『精神科  
作業療法』 牧野出版.
- 富田三樹生, 1992, 『精神病院の底流』 青弓社.
- 富田次郎, 1966, 『看護教養新書 看護婦現代史』 医学書院.
- 友の会, 1974, 『精神障害者解放への歩み——私達の状況を変えるのは私達』 新泉社.
- 浦野シマ, 1983, 『日本精神科看護史』 牧野出版.
- 卜部圭二, 1976(講演), 「保安処分に反対する——戦後精神医療の批判を通して」日本弁  
護士連合会編『なぜ刑法改正に反対するか——各地の集会から』 高千穂書房.
- 卜部圭二・星野征光, 1986, 「巻頭にかえて 医療実践の深まりと新たな運動の進展に向け  
て」『精神医療』15(1): 6.
- 臺弘, 1968, 「第66回日本精神神経学会議事録」『精神神経学雑誌』70(4): 381-382.
- , 1972, 『精神医学の思想——医療の方法を求めて』 筑摩書房.
- , 1993, 『誰が風を見たか』 星和書店.
- 山田真・立岩真也, 2008, 「告発の流儀——医療と患者の間」『現代思想』36(2) (→稲場・  
山田・立岩, 2008).
- 八木剛平・田辺英, 2002, 『日本精神病治療史』 金原出版.
- 山本俊一, 1982, 『浮浪者収容所記——ある医学徒の昭和二十一年』 中央公論社.
- , 2003, 『東京大学医学部紛争私観』 本の泉社.
- 山下剛利, 1985, 『精神衛生法批判』 日本批評社.
- 山崎裕二, 2002, 「丹野代吉氏が語る『神奈川県立芹香院の看護人と全日本看護人協会の歴  
史』——『男性看護者の戦後史』への証言(2)」『日本赤十字武蔵野短期大学紀

- 要(15): 97-106,103,105,106.
- , 2004a, 「ジェンダーの看護史 2 大森文子氏に聞く, 『わたしは見聞した看護の歴史』の中の男性看護職」『Quality Nursing』10(11): 1073,1074.
- , 2004b, 「ジェンダーの看護史 3 金子光氏に聞く, 戦後初期の看護行政と男性看護職」『Quality Nursing』10(12): 1190.
- , 2004c, 「神郡博氏に聞く、男性看護職として歩んだ戦後看護史のエピソード——「男性看護者の戦後史」への証言 (4)」『日本赤十字武蔵短期大学紀要(17): 59.
- 矢野真二, 1984, 『病院精神医療を越えて——精神科看護のひとつの試み』批評社.
- 吉田おさみ, 1983, 『「精神障害者」の解放と連帯』新泉社.
- 吉田哲雄, 1982, 「日本精神神経学会の歩み」『精神科看護』(13): 97-102.
- 吉岡真二, 1961, 「慢性精神病患者に対する『働きかけ』の検討」『精神神経学雑誌』63(13): 1276,1280-1281.
- 全国精神障害者家族会連合会, 1997, 『みんなで歩けば道になる——全家連 30年のあゆみ』全国精神障害者家族会連合会.



年表

	精神医療の動き	日本精神神経学会の動き	看護者の動き	生活療法に関する動き
1945	医療系労働組合が増加(第2章1節)			
1946	GHQ指導で医師のインターン制度導入(第4章1節)		日本産婆看護婦保健婦協会設立(第2章1節)	
1947			全日本看護人協会設立(第2章1節)	
1948	医療法、医師法、保健婦助産婦看護婦法制定 インターン連合結成(第4章1節)			
1949				
1950	精神衛生法制定			国立武蔵療養所で小林八郎がロボトミーのアフターケアとして生活療法開始(第3章1節)
1951			日本産婆看護婦保健婦協会→「日本看護協会」 (第2章1節)、	
1952			全看協、厚生省看護課長に「看護人教育機関に関する件」要望(第2章1節)、	松沢病院で台らが「働きかけ」を始める(3章1節)
1953				
1954	「インターン連合」→「全日本医学生連合会(医学連)」へ改称(第4章1節)			
1955	クロルプロマジン本格的に普及する			
1956	社会保障制度審議会「専門医・認定医」導入案 (第4章1節) 法務省内「改正刑法準備会」設置(第6章3節)			生活療法の提唱(国立武蔵療養所 小林八郎)
1957				
1958				

	精神医療の動き	日本精神神経学会の動き	看護者の動き	生活療法に関する動き
1959			「全日本看護人協会」→「日本精神科看護協会」に改組(第2章1節)、日看協から政治組織「看護連盟」結成(第2章2節)	
1960	精神病院ブームが始まる(第1章1節)			烏山病院「生活療法に関する服務基準」作成(第7章1節)
1961				
1962	国立大学医学部長会議「インターン制度廃止」を打ち出す(第4章1節)		看護連盟から初の国会議員当選(林塩氏)(第2章2節)	烏山病院、生活療法に関し「医師服務規定」「看護服務基準」(第7章1節)
1963	国立療養所東京病院附属リハビリテーション学院設置(第2章3節) 医学連「インターン制度拒否」(第4章1節)		日精看、作業療法士資格国家試験受験資格参加への意欲(第2章3節)	国立武蔵療養所「精神障害者行動別区分表」「精神障害者行動別生活指導指針」「国立武蔵療養所生活療法要項」作成(第7章1節)
1964	厚生省「仮免医師案」国会上程(第4章1節)			
1965	理学療法士及び作業療法士法成立			
1966	青年医師連合(青医連)結成(第4章1節)		第1回作業療法士国家試験、日精看からはほとんど受験できず(第2章3節)	
1967			社会党「看護婦国家試験の受験資格に関する特例法案」をめぐる日看協と日精看の対立(第2章4節)	
1968	医師国家試験受験ボイコット、医師法一部改正「インターン制度廃止」(第4章1節)、	日本精神神経学会「ここまで学会内で認定医・専門医問題議論まとまらず」(第4章1節)、 日本精神神経学会総会シンポジウム「医学教育と専門医制度」(第4章2節)	男性看護者の呼称が「看護人」→「看護師」へ変更される(第2章5節)	

	精神医療の動き	日本精神神経学会の動き	看護者の動き	生活療法に関する動き
1969	大阪安田病院、栗岡病院事件以降、精神病院不祥事事件がつぎつぎと発覚(第2章6節) 法制審議会、刑事法特別部会、保安処分新を決定(第6章3節)	日本精神神経学会金沢学会	日精看「精神病院不祥事事件」へ関心(第2章6節)	病院精神医学会総会にて生活療法批判がなされる(第7章1節)
1970	1970年代、レイン、クーパー、サズ、エスターソンら反精神医学関連本が邦訳される。(第6章2節)	精神病院不祥事事件、中間施設問題、保安処分問題が提起(第6章1節)	日精看山梨総会、マイク占拠や負傷者を出す動き(第5章1節)	
1971	1971～1974年 病院精神医学会、日本公衆衛生学会、日弁連、全家連ら保安処分新設に反対表明(第6章3節)	保安処分反対決議(第6章1節)		
1972				
1973		いわゆる「臺学会」。「石川清氏より臺弘の人体実験研究に対する批判問題」提出(第6章1節)		
1974			保安処分と精神衛生法に関するアンケート調査実施(第6章3節)	
1975		「精神外科を否定する決議」、作業療法点数化反対、「通信および面会の自由」に関する決議(第6章1節) 総会シンポジウムにサズとクーパーを招聘(第6章2節)		
1976				
1977				
1978				

	精神医療の動き	日本精神神経学会の動き	看護者の動き	生活療法に関する動き
1979				1979～1983年 藤沢敏雄、生活療法批判の自身の主張を「精神医療」誌にて計5回掲載(第7章1,2節)
1980				
1981				
1982				矢野真二、上秦野病院「解放医療をめざす看護課準備委員会」立ち上げ、開放化開始(第8章1節)
1983				
1984				
1985				
1986				金山千夜子、「出雲の精神医療を考える会」発足、活動開始(第8章2節)
1987				
1988				
1989				
1990				