「精神障害」についての課題（II）

島津　貞一

はじめに

(1)　前回の「精神障害について」は、精神衛生との関連とともに、精神障害の意義、定義あるいは精神衛生法と精神保健法について資料乏しいながら紹介と解説を述べた。これらについてはやや専門的、学問的なサイドからの展開で、教室で講述するような形をとった。

(2)　今回は、以下に述べるような現在得られている障害者の人達の事実、生活面、あるいは投書にみられるような一般市民からのもの。ついで、この面で障害ある人達と苦難をともにしている医師のData。なお生活をともにしてはじめてわかった“障害とはなにか”に目からウロコが落ちたというジャーナリストのすばらしい著書。さらに瞠目すべきは、20年も精神病で自らの医療生活の裏表のかざりのないレポート＝著書は、私をして非常な興奮と焦立たしい医療技術（この面の）の人間性理解の乏しさに何ともいえない～情けない悲しさをおぼえた。

(3)　この面の「精神障害者の医療と人権」の秋元教授や、「精神病とは異常な妙なものではない」との啓蒙に大へんな力を入れられている西丸四方教授の著書より、われわれは人間理解の方向づけを知ることが出来ると思われる。

(4)　最後に、実際面でこの「精神衛生」から「精神保健」への転換について法的解釈や機関、施設の動き、あるいは問題点などについてくわしくレポートされている諸専門の方のアルバイトを紹介しつつ述べてみたい。

§１．新聞紙上でみられる“障害者”について

(A)　先ず以下の“社説”からよく知ってもらえるようにと、紹介、展開をしたい。平成２年７月16日付朝日新聞によると、要約の方法をとって、**１－１**　「障害を持つ米国人法、に学ぶ」(註)Ａ“ブッシュ大統領は（これは障害をもつ数千万のアメリカ人のための独立宣言だ）という声明を発表。アメリカ連邦議会を通過している。(身体障害と精神障害をあわせて――ＡＤＡ)別紙参照。アメリカではこの法律成立を願う人々が団結して一つの目的に結集”またこの法律により“差別”のすべての禁止が義務づけられ、違反すれば公民権法違反なみの罰という。いわゆる隔離と不平等の時代は終ったというべきか。さて日本はどうであろうか。あの数年前の全世界に恥をさらした宇都宮精神病院のイメージはなかなか拭えないのではないか。これをうけて厚生省での懇談会で「障害者法（略)」(63.８.26)(註）の“制定をと”提出されてはいるが。それにしても約２年前になるが、老人、病人の福祉、健康のためのレポート、“厚生省白書”がやや安易なサイド、アングルであったことはまだ私の脳裏より去らない。(63.２.24）こういうレベルでの人間性の理解で障害者の“法”などまだまだ遠いのではないかと危ぶむ。一体「障害者の日」は12月９日、というのをどれだけの人が知っているだろうか。1981年、「国際障害者年」に設けられ、「障害者の権利宣言」が国連に採択（1975年）されたいきさつもある。(63.12.７）さらにアメリカでは10月15日を「白いツエの日」と名づけ、休日にしている。曰く“国際人権宣言”とか。高齢者、老人福祉

といい、本当に「障害者の日」を祝日にしようとの運動（キャンペーン）はこの国においてはどれほど理解されうるものだろうか。ただしこの「障害者の日」というのは身体障害者についてのことである。精神障害者の関連することについては後に述べたい。

以上のようにマスコミ等に報道された“障害者に関する”この“法”、“施策”については、§５．に詳しく述べることにして、今少しこの関連事項について順を追って紹介したい。

さきにあげた「障害を持つ米国人法」は比較的新しい情報であり、正に画期的なために冒頭にあげた次第である。以下関連する社説を紹介したい。

１－２　「リハビリと復権」。(63.８.22)“これは身障者やアルコール、薬におぼれた人、精神薄弱や精神病の人、そして高齢者としての名誉や尊厳、資格や権利をどう復権するか～というのがテーマで、この年（昭63年）世界会議と関連行事の準備が日本でも行われた。障害者の医療や福祉、おとなも子どもも、ハンディを負った人々の人間として生きる権利を回復する「全人的復権」の道を探る”という。よく云われる日本独特の「寝たきり老人」については（外国の専門家には奇異の目にうつるといわれている）もとより、養護学校の生徒にもどの程度の理解がとどいているのか。要するに「リハビリ後進国ニッポン」のレッテルはいつになったらなくなるのか。

１－３　また同じように「老・病ささえるプロを大切に」(63.２.24)(註）Ｄにおいてもリハビリと関連が深い。福祉・医療について、国民の健康や福祉の保障～これは「人」の問題、という。しかるにこの年の「白書」は“日本の社会保障は欧米水準へのキャッチアップを終えて「新たな成熟化時代」を迎えつつある”というところで呆気にとられる、としている。当然である。日本の病院における看護婦さんの状態をみればよい。体の不自由なおとしより、つまり寝たきりの姿、～人手の問題でもあるし、リハビリ専門家や理学療法士など、また言語治療士にいたっては、これはもう全く欧米の水準にははるかに遠い。障害ある人達への「人」についての理解がまだまだ遠く、基本的なモノとこころの相関関係や力動性などあまりにもわかっていないことにはぎしりしたくなるのは私だけではないと思う。

(Ｂ)　以上３つの社説を引合いに出して日本の厚生行政の、“障害”についてのスポットを当てたが、この面における専門家、学者らの意見などを用いてみることにしたい。

１－４　「福祉切り捨てを見直せ」斉藤学医博(63.８.17)アルコール、薬物依存を対象に臨床研究をしている東京都の研究所のＤｒである。“あるとき山谷の労働者の腹部激痛の訴えで治療に赴いたが、当人には治療費の支払能力がない。ために、福祉事務所から「なぜ入院させた、うちでは面倒みないからすぐ退院させろ」という応対であった。アル中、家なし単身者、母子家庭、他国籍の者は保護の対象からはずされている～というこの福祉事務所。役所というものの閉鎖性、こういう例はいくらでもあることに驚きと、末端の職員のこういう態度は厚生省の「適正化」指導であり、マスコミの福祉たれ流し論が控えているという。こうしたアルコール依存者、家なし労働者、そこから生ずる跳ね返りに注目しなければ”と警告している。これは当然の主張である。

１－５　「障害者の歯科医療に配慮を」笠原浩（63.10.６）松本歯科大教授“重度の障害者や長期療養者あるいは「寝たきり老人」にとって、歯の健康の意義は極めて大きい。ところが最近になって障害者や有病者の歯科診療に対して健康保険の審査が極端な締めつけを加えはじめた。(略）先天性心疾患などでは歯科治療に際しての菌血症を防ぐために抗生物質の投与が不可欠とされるのだがなかなか理解してもらえない。～重度の障害者のなかには、口から服用できない人がいる。全身麻酔や手術の直後もそうだ。(注射はほとんど削られてしまう)、虫歯や歯槽のう漏症の簡単な処置などは、健常者にとって全身的な影響は少ない。しかし抵抗力の弱い障害者や有病者では十分な臨床検査に基づいて適切な全身管理がなされなければ、しばしば危

険を生じる。～「たかが虫歯」でも入院しなければ安全が確保できない症例が存在するのだ。ききわけのない精神発達遅滞者や体動をコントロールできない脳性まひ者らでも(略)。厚生省の顧問医師団に、障害者歯科の専門家を加えるなどにより早急な対策をはかってほしい”という。～障害者についての理解が厚生省に乏しいことの現場、臨床の場から訴えられているわけである。これは人間の問題であり、モノのことを云っているのではない。

1－6 「自閉症の使い方おかしい」京都大学助教授・菅原和孝氏（63.10.13）～“私たちの長男が自閉症児であるという診断をうけてから約五年になるが、それ以後「自閉症」という言葉がマスコミで実に気軽に使われているのを見るにつけ、暗い気持に襲われてきた。「両親が離婚して自閉症になった少年」「自閉症に陥った日本の大衆」といった具合だ。(略）自閉症とは、一才未満から発症する、言語発達遅滞を中核とし、さまざまの特有な行動パターンを含む症候群だ。(略）単に「内向的」とか「孤独」とか言えばすみそうな事柄をあえて「自閉症」と呼ぶと、知的な響きがあって「かっこいい」とでも言うのか～、近年マスコミは、否定的な文脈の中で精神障害や身体障害を表す言葉を比ゆ的に使うことを神経質なほど慎んできた～のに。根本には、障害児(者）がどのような存在であるかを健常児(者）が知る機会が極端に限られているという状況が横たわっている。マスコミは「自閉症」という病名を修辞として使う前に、この障害の真の姿を偏見なく伝える努力をすべきだろう”～と、声を大にしてぶちまけている。これは“障害”について、今もっとも大きい話題の一つの“差別”ということにつながると思われる。

以上三つの論壇からいづれもその主張するところアカデミックに近いしかもこの“障害”を見る目の現実的な話題を通して、私たちはこの国の社会相がうかがえるというわけである。後の自閉症のところでは正に“差別”であり、偏見があたりまえとしてまかり通っている状況のように見られる。この項では、現場から生の話題を知り、しかも主張するアカデミックな内容を持つものとして紹介してきた。さきの社説、と共にマスコミを通して、いやマスコミが更にこの面について相当の情報量と組織的にレポートなどやらない限りこの国の“障害”～“福祉”など私達の生活につながってこないと思われる。

(C) さらにマスコミ（この小論では新聞紙上に見られる）にみられるこの面の社会活動等などのあり方について紹介してみたい。

1－7 精神障害者自立へ支援施設（63.2.19)“精神医療行政を「入院中心型」から「社会復帰・社会参加型」に改める改正精神衛生法の施行～とともに、厚生省は各都道府県にその運営要綱を通知した。つまり援護寮、福祉ホーム、通所授産施設の三つが新たに制度化される、と”。自治体においてはその通達によって、精神科医、ソシアルワーカーらの活躍や指導、助言などが今後大いに期待される。

1－8 精神障害者の社会復帰、活用されぬ補助事業（少ない協力事業所）(63.5.23)“精神障害者の早期社会復帰を目的に厚生省が五十七年度から始めた「通院患者リハビリテーション費補助事業」は発足後五年以上たっても、実施主体の都道府県で有効に活用されていない——この（63.5.23）22日付で「精神障害回復途上者の社会復帰に関する調査」（総務庁）でわかった。約150万人にのぼると推計される精神障害者への行政の対応が浮彫にされている。協力事業所の確保、保健所の開拓活動、訓練プログラム等未だ具体性に乏しく、また精神障害者の社会参加を積極的に受け入れる環境が整っていない等未だしである。”～この件については関連する情報として、全国身体障害者施設協議会、中央授産振興事業センターでは施設不足の悩みを述べている。今後の行政指導の如何にかかわってくるポイントである。(63.12.7）

1－9 痴ほう性老人医療施設の設立（63.12.27）これは兵庫県の精神保健対策——であり、次のように知事に答申している。“すなわち、精神障害者の人権尊重と退院後の社会復帰のための施設整備、さらに社会復帰した人たちを受け入れるよう地域社会の理解を進める啓もう活

動を強調し、(1)より明るく開放的な病院とする。(2)結核、アルコール中毒者に対する精神病棟の増床 (3)児童、思春期の精神医療はすべて入院治療は必要とせず、在宅のまま治療するのが多いから外来通院施設の充実 (4)精神科救急医療体制の早急の樹立～”となっている。また老人の精神保健対策の充実、痴ほう性老人医療の技術的中枢機関となる医療研究施設を要望――その他老人専門治療病棟、痴ほう疾患センターなど建設的意見も出されている。これらは当然の福祉対策というよりも人間性医療の大きい、しかも必ず実現するに違いない必然性を示している。

1－10 精神障害者保護へ規約案、国連人権小委が採択（63.９.３）“精神障害者の人権を守るための国際規範を目ざすもの－精神障害を理由とした差別の禁止、また施設に収容する際は、障害者の同意なしに収容する際はできる限り二人の医師の判断が必要――”など。この“原則と保障”は二十四条からなり昭和63年７月の精神保健法施行により日本の精神医療体制はまだまだ今後の努力目標を盛込んですい進しなければなるまい――。

1－11 精神障害者に証明書(63.９.５)“厚生省は精神障害者の社会復帰対策として、身体障害者と同様の福祉面のサービスをうけられるようにするための事業費を新年度予算に盛り込んだ。～しかし精神障害を知られたくない人もいるため、当面は申し出があった障害者だけを対象にする。～これまで行政の対応は医療対策が中心で、身体障害者に比べて福祉の方の対応はあまりなされていなかった。～交通運賃の割引など､精神障害者は除かれていた。これにより、証明書だけで確定申告の際に通院費用が控除されるほか、マル優廃止に伴う利子課税でも免除の特典をうけることができるようになる、としている。”これは朗報といえる。ただ運用を誤ると、とんだプライバシーの問題にかかわってくるし、この申出がどういう風に、どの位その量的にみられるのだろうかが気になるところである。

(D) さてこれまでの新聞でみられるものを区分けして（社説、専門家の論壇、社会活動や政策）としたが、シンポジウムや学会、研究会はどのようにとりあげられて来ているか。

1－12 患者は「モノ」ではない、医療人類学に熱い目。(62.12.７)“体外授精や臓器移植に象徴される医療技術の進歩は目覚ましいが、半面、患者を「モノ」として扱う風潮や医療財政の破たんといった問題も多い。そこで医療を単に自然科学的な技術としてとらえるのではなく、文化人類学的な視点で見直そうという「医療人類学」が米国を中心に注目されている。”～として、東京でこの12月11､12日(昭和62年）国立ガンセンターで国際シンポジウムが開かれた。（略）今回のシンポジウムには、米ハーバード大のアーサー・クライマン教授ら四人、日本からは中川大阪大教授、沢田慶応大名誉教授ら二十四人が出席、「民間医療」「国際医療交流」「看護」「精神医療」「死」などについて討論すると。ここに二人の方の意見を紹介すると、青木・阪大人間科学部教授（文化人類学）－手術が必要な時など、近代医学に頼らないと生きていけないことは事実だが、社会のひずみが引起す病気のように、自然科学で必ずしも解明できないものもある。しかし、今の医療は民間療法や信仰など異端的な治療法を排除する閉鎖的な体制になっており、今回のシンポジウムがこの壁を取り除く一つの契機になればいいと思う――と。また国立ガンセンターの長谷川企画室長は――短期間に医療が急速に変化してきた日本こそ、医療人類学が必要なのに、まだ発展していない。今回のシンポジウムを、日本の医療を根本的に問い直すきっかけにしたい――と。これらはいづれも、人間、ヒトについての“人間観”の乏しい今の自然科学に向っての痛切な叫びと私はうけとっている。あの元日本医師会会長武見太郎氏の「日本の臓器医学は進んでいる。が、人間医学は少しも進んでいない」と嘆かしめた話題、そのものであろう。

1－13 米の自閉症児・者療育プログラムに学ぶ。(2−6−7)アメリカ東部のノースカロライナ州の同大学医学部Ｅ・ショプラー教授を中心にして樹立されたテイーチ(TEACCH＝自閉症

児の療育)プログラム、について朝日新聞厚生文化事業団ではビデオ紹介の準備をすすめている―。自閉症児が健常児の学級に行って授業をうけたり、逆の授業も実施している小学校。心理学の専門家、小児科医及び学校の教師がともに療育に協同し、これに親の会の熱意と力、親たちの不安の少なさなど、日本での今後のシステムの必要性を切々と訴えている。

1－14　自立する障害者、交流で生き生き(1－11－9)これは神戸大学において身体障害者と神戸大学の介護の学生らとの交流による生活のありようをレポートされたもの――。30才になる、脳性マヒのために手足の不自由な人(男性)が、自立するために各大学の介護の学生にアタックして(キャンパスめぐり)1人、2人と。～今は60人位になり、(主婦も加入するようになる)人間関係の交流の輪が出来たという貴重な試みと実践である。彼は述懐する、「今の社会では障害者とそうでない人との接点がとても少ない。その結果、障害者が“周囲の人に迷惑をかけたらダメだ”と思ったり、健常者が障害者を見て見ないふりをするなど、誤解が生まれてくると思う」と。学生の一人は「障害者とかかわってみると、道路の段差が気になるなどふだん見えないものが見えてきた。障害者と健常者のふれ合いの場をもっと増やそうと呼びかけていきたい」と話している。～これは身体障害者の一つのレポートであるが、この身体障害者のケースは全く多く、精神障害者と比べて社会一般のレベルがつかめるのではないかと思われる。アプローチする、ということの第一歩が人間関係のスタートであり、中心部に入りこめるdoである。これがなかなか踏みこめないが、このレポートは一つの地域社会への啓もうのステップになると思う。

1－15　身障児療法の「動作訓練」兵庫教育大研究進める――(62.7.20)

これは脳性マヒによる一つの訓練法として兵庫教育大及び兵庫県立播磨養護学校において行われている。「ぜんそく」患者に広用され好結果を得たとレポートされている。九州大の成瀬悟策教授(心理学)の開発・研究によるもので“体の動きは心の働き”としてとらえられたもの。身体障害者の療法に用いられているが－精神障害者にも勿論適用しうる療法である。

1－16　痴呆性対策公開シンポ(63.2.20)厚生省の肝いりで、このシンポジウムが広島と盛岡で開かれた。痴呆性老人をかかえたある例から「病院に行ったら脳代謝や安定剤の説明をうけ、老人ホームへ行ったら施設の概要と痴呆症状の話。福祉事務所では入所制度の解説を聞かされた。“一体私はどうしたらいいんですか”」と。こういうのが大かたの実状ではないか。ホームヘルパー、ボランティアのマンパワーは大切。しかし受け入れてくれる病院、施設、というのが安心感、という。つまりそれぞれの機関がバラバラ、というわけである。ネットワークがないということである。今後のこうした連けい組織の必要性を痛感したという。

これについてもまた非常に関連の深い情報がここにある。後出するつもりだったが、約三十年間イギリスを中心に精神障害の人たちを病院から開放し、地域でともにくらす運動に携ってきた人――Elly・Jansen(エリー・ヤンセン)さん。(62.11.6)「最初は偏見があったものの、また精神科医からも批判をうけた。次第に不安のないことがわかると多くの市民が障害者の問題を一緒に考え、行動してくれるようになったのです」と。ロンドン郊外のリッチモンドで、1955年5月。今は英国内でこの共同生活の家(リッチモンド・フェローシップ)は61ヶ所、アメリカ、インド、オーストラリアなど9ヵ国で79ヶ所。「大切なのはわずかな手助けをすることです」と。―老人痴呆のケースワークにも共通するところがあり、後出する施設、病院、地域社会の連けい組織と大いに関係も深いと思う。

(E)　さて、これからは一般市民がどのようにこれら“障害者”についての理解、当惑、批判、そして前向きの意見などを述べているのか。これは生の大切な声である。

○「障害を考える」の欄(62.12.16)

“不幸と決めつけないで”――「障害児の出生を未然に防ぐことが地獄へのみちを味わせな

くてよい」～との嘆きの投書に、「人間の幸、不幸を主観的に決めつけないでほしい、障害者の方は生きていく上でハンディを負うことになるが即不幸とは。アウシュビッツへの道と同じではないか」とのげきれいの投書（施設職員）～その他。

○“障害と就職”の欄（63.３.４）

「わが子は就職できない」に対するその返書というか数多いものの中で、「私も身体障害者の一人であるため、職業を持つにあたっては、さまざまな苦労を体験してきた。(略）約一年職さがしに歩き回ったが、だめだった。最後に残された道は、自立自営と～。雇用側は、身障者を敬遠する主な理由として「作業能率が悪い」とか「労働管理が難しい」など挙げているようだが～だが身障者に適応した作業は必ずあるはずだ。～政府の問題解決への姿勢があまりにも弱いのにいきどおりを覚える～まず官公庁が率先して身障者雇用に努力、手本を示すことである～」と。

これは精神障害者の問題にも同じではないか。むしろ難度の精神障害者への教育訓練の道は十分開拓されている。

○“障害と生きる”の欄（63.７.10）

「さりげない視線ほしい」を読んで感じたことを知っていただきたくてペンをとりました。(略）脳性マヒで重度重複障害児を持つ親として、あまりにもズキッと心に痛く感じています。～障害者に対する温かくさりげない視線はほしい～少し勇気はいるでしょうけれども、温かい視線がほしければ、障害者の方から健常者の方へ、対話したりして近づいていく努力も必要～」と。やはり、障害児を持つ母親の、当の身になって一つの転機、転換のこころになるのかと思はれる。

○“障害者の心を傷つけた差別”（63.12.30）

「腹のたつことばかりだっかたか、許せなかったのは、富山県高岡市営プールでの障害者差別だった。入場者五十万人目に記念品を贈ることになったが、障害児だったため、その後ろにいた別の小学生に記念品を渡したのだ。全く差別である。それも教育行政側のとった事実である。

こういう事実は、しかも教育行政の側でやったこととなると首をかしげたくなる。日頃の人間愛、社会教育、民主精神――やはり日本の教育行政は知識の行使の府であり、いかに人間生きるのかの知恵など関係ないということ、なのだろうか。

○“障害児の教育”～１（１－２.４）

「私は現在、心の病でとっても苦しい経験をしている娘をもつ親なのです。問題活動をおこす子どもたちのほとんどは、とっても繊細な優しい心の持主であり～非行や登校拒否の子どもたちの経過をよく知らない人が手前勝手な判断でのアドバイスなど余りよくないと思う。ただ同じような悩みで苦労した人の話は聞く値打ちはあると思う。」～シンナーや非行、登校拒否など問題行動のある子ども達への世間の目は非常に冷たいと感じた母(44才)の願いであろう。

○“障害者教育”～２（１－２.４）

「なぜ普通学級へ行けないの」という新聞社説に対する一文。社説の代表的なせつめい（教育論を）を二つに分け、文部省、教育委員会の主流が推す特別教育を支持してないこと、統合教育で立場を支持していること。投書者は障害児を持つ親で、人間の持つ基本的な権利にベースをおいている。後は「～させた方がよい」「利点がある」などの表現に抵抗を示し、「学校にだけ障害児のための理想郷を、いますぐつくることにはむりがあろう」との一節に非常な抵抗を示している。まだまだ、“基本的な人権”ということに私達は絵にかいた餅のレベルではないのかと慨嘆する。

○“障害と生きる”差別する側に障害あり（63.11.2）

「私の義理のおばは、精神病にかかり、精神病院に隔離されました。このおばがどうにか退院して家族と共に生活できるようになって間もなく“心筋こうそく”どあっけなくこの世を去りました。それまで、おじやその子供たちは村の人の偏見に耐えきれず村から出ていかねばならなかった。～しかしこのことにより親せきの者は悲しむどころか喜んだようです。またいとこはおばがいた同じ村で“アルコール中毒”で精

神病院通いをしています。村の人たちはこの家を避けて通るそうです。内科的な病気に対しては世間は同情さえ示します。しかし、こと「精神病」となると同情どころか偏見とべっ視のまなこが注がれます。精神病患者にとって、この偏見のまなこがこの社会復帰への大きな壁になっているように思えてなりません。現在ハイテクや超多忙労働でストレスにさらされ年々増え続ける心身症や神経症、うつ病を抱える人々。わが国の「精神病」に対する社会の認識は、非常におそまつなのが現状です。〜現実に障害を持つ者は、健常者に、また障害の重い者がより障害の軽い者に差別される構造社会が存在していますが、差別される側よりも差別する方に、人格的に何らかの障害があるのではないでしょうか〜と。」この事については、こういう事実を目の前に見る人とそうでない人とでは人間の心のうけとめ方の違いはあまりにも歴然と差がはっきりしている。

○“障害と生きる”心の病気　希望捨てずに——（63.11.9）

「何年か前のＴＶで（加藤芳郎ショー）で加藤さんが“息子は大学卒業後、就職して間もなく心の病気にかかり、６年間暗黒時代の青春時代を送った。今は回復して喫茶店を経営している。長い間心配したけれど、よくなってくれてうれしい”という話。〜私の息子も同じでしたが、今は30才代半ば過ぎて結婚をすすめても、過去を十分に理解してくれる人でなければ——という。私自身、新興宗教や呪術にまですがろうと。(略）どうしても治りたいという息子の執念が実を結んだ。失った挫折感から立直るには非常な努力が必要でした。〜苦しみは神の恩恵なのだといまは心からそう思うことが出来ます。同じような病に苦しんでおられる皆さんや、ご家族の方々に、決して希望を捨てずに努力して下さいと心から申し上げたい気持ちです。——」

○“障害と生きる”心ない教師に胸が痛む——（63.10.22）

ＮＨＫの水曜日のドラマ、その中に、母親が末娘に「体に障害のある人々を不愉快にさせる人は人間の屑よ」と教える場面がありました。また、さる朝日歌壇の「生まれつき腕の曲がりし子を捕え地にたたきつけし教師忘れず」の短歌ーこんなひどい教師もいるのかと。また、いつだったか「天声人語」で、アメリカの街を行く車いすの人に行き合う人たちが、みな温かい態度で接するという記事を読みました。本当にうらやましい国だなあ…と思います〜。

○“幻聴に悩む娘 救う道はどこ”（２.５.30）

“この22才の娘さんは精神分裂病で入院しており医師からは —— 完治は難しいといわれたが、このお母さんはどんなことをしてでも救いたい”〜この投書による助言を求めて、寄せられた多くの読者から —— (1)専門家より家族の愛情を、やさしさ必ず通じる（28才．主婦、元保健婦看護婦）(2)良い所ほめてほめて下さい。小さな事でも自信つきます。（56才．主婦）(3)まず親が信念もち、生きる希望与える。（56才．主婦）(4)退院して一緒に生活を（44才．主婦）(5)母の見舞こそ、心の支え、等（27才．女性）等。新聞にのせられたアドバイスの内容はどれも自分に直接関係のある—（親子のように）事でしかも具体的に人間的な悩みと医師、看護婦、病院についてもよく経験されて人の助言で〜医師、看護婦の方々とコミュニケーションはとれていますか？などもあり、分裂症でも症状が消え、結婚された方々が多くいられる〜とも述べ、きっと治ると信じて家族の愛、信念、また母との強い絆をるると述べているのはホンモノという、説得力がある。

(Ｆ)　障害者が自立を目指す共同作業所（63.11.17）

朝日新聞厚生事業団関係の「朝日福祉助成金」が古くから行われてきているが、昭和63年度には（大阪関係の）近畿、北陸、中国、四国で27団体が福祉助成金をうけた。たとえば、大阪の「平野ハート作業所」、「あけぼの授産所」、西宮市の「共同作業所太陽工房」、京都の「共同作業所あしたばの家」などである。精神障害からの社会復帰を目指し、25才から51才までの10人がカバンの部品作りを通じて自立訓練を積んでいる（平野ハート）。18才から42才まで８人の心身障害者が通いながら紙袋にひもをつけたり、

ソケットを組立てる作業をする（あけぼの)。５年前に設立、現在８人で身体障害や知恵おくれというハンディにめげず、牛乳の紙箱をすいてはがきをつくったりしている（太陽工房)。

こういう風に、共同作業所、授産所、共同ホームなど、約20人位までの人数で指導の人の力、熱意、ボランティア精神が実り、こうした「朝日福祉助成」の対象となっている。こうした動きについて社会の人は殆ど関心も乏しく話題にものせていない。私達はこの面の“人間ワーク”について誤解を取り除き、一人でも多くの協力者（行動可能の人）を得ることが障害者の社会復帰には欠かせないと思う。

以上、新聞紙上に選ばれてのせられたものの中から、少し区分けして列記してきた。くり返しまとめてみると、この（Ｅ）の項についてはみんな生（なま）の話である。“障害を考える”、“障害と就職”“障害と生きる”“障害者教育”その他に分けられている。いづれも事実であろう。こういう“話”に対しての専門家のＱ－Ａシリーズがあればもっと一般読者への啓蒙や知識と知恵がのびることと思われる。一般論や総論よりもこういうモノでなく人間（ヒト）のいわゆる臨床、ケースの生（なま）の話を更に展開すべきものと思われる。

§２．精神障害者（児）と共に

この章では精神障害の人と共に生活しつつ、人間的な角度から、“心病める人たち”のどのような訴えをしているのか、何になやんでいるのか、どうすればわかってもらえるのかなど、について飾り気なく、ストレートに述べているレポートを著書から紹介したい。

２－１　「心病める人たち」

○石川信義院長（医博）の次のくだりから紹介してゆく、“日本は精神病者に冷たい国である。治療より治安を優先し、患者を病院に閉じこめることばかりに熱心だ。宇都宮病院の悲劇もそこから生れた。”～こういうところから石川院長は完全開放病棟にふみ切り、精神病院の縮小、廃止にむかう欧米の動向を紹介、あまりにも遅れている（人間開放への）日本の精神医療の矛盾に怒り、情熱をこめ、この人の言葉に何か私は神々しさを感ずる。（私事にわたって恐縮だが、石川院長とは私がかつて勤務した前橋少年鑑別所時代に、シンナー嗜癖の少年対策で、ある会合でお目にかかり、親しくお話をうかがったことがある。医者振らず、学者振らず、市中でよく会う人々と何ら変らないフツウの人の感じである。しかし小柄ながら眼は光り、お話は著実であった。）

「心ならずも心病める人たちがいる。その人たちの名は、精神病者。彼らはこの国で他の誰よりも不遇である。不当に扱われてもいる。病気のつらさそのものもさることながら、彼らは、この国にいるために、さらに一層、つらい思いをしている。」～というモノローグ風に院長は述べ、「世間の人は、そのことを、あまりにも知らなさすぎる。」とし、「それを知ってもらいたいばかりに、私は、この本を書いた。つたない文章だが、幸せうすい彼らのために、終りまで読んでいただけたら、うれしい」と。

「戦前、私たちの国は“彼ら”の生活に寛大であった。いや、国はというより、正しくは、私たち住民が彼らの生活に寛大であったと言うべきだろう。だが、戦後、私たちは彼らに対する態度を大きく変えることになる。国の方針で、彼らのほとんどが精神病院へ収容される事態となり、私たちの目の前から姿を消してしまった。目の前からいなくなって、私たちは、彼らに無関心になった。無関心になっただけなら、まだよい。彼らを恐れ、忌み嫌うようになった。」病院に入れられた彼らが、その後どうなったか？「病院に入れられて彼らは、大きな不幸に見舞われた。それがどんな不幸だったか、そのことを、私はこれから語ろうと思う」と。院長の“述懐”を通りすぎてすさまじいばかりの実態とこの国の行政や人間観について、哲学を展開している。

精神病～とは何だろうか、について、石川院長は自分のはじめての精神病院観察や、批判、意見が述べられる。ある病院は閉鎖病棟～人間

倉庫、という。陰惨、言葉を交わす人もなく、空をだまって、ぼんやり眺めている、むっつりと黙っている。「生きた脱け殻」という。「何か“膜”がある」とも。こうして病院の見たまま、感じたままが目の前に出て来るような状景。「そこでは患者は完全に無視されていた。彼らは打ち棄てられ、打ち棄てられたままに“倉庫”に格納され、彼らの人生の時間だけが、ただ徒らに空費されていた。」～つまり人ではなく、“物”として扱われていた～物としての存在しか認められない～だから彼らのほうもやむなく“物”となったと。この“物”というところは大変だいじなことと思う。今の世の“人間観”～人生の幸福、教育の精神も、人間思想も、これすべて“物”の価値、認識におかれて久しい。こうした精神病患者を人間の“ヒト”としてみないで、“物”の存在としてみる。石川院長も「大学での、やれ脳波だ、やれ病理学だの学問なんて、クソ喰えだ、と思った」と。このはじめのところは昭和38年頃という。しかし今、この国の大半の精神病院の状景はこれと大差ないのではないかと危惧の念を持つ。それが一つの思い過しであればよいのだが。

さて、石川院長の日本における精神病院の乱立状況、とくに分裂病の診断と入院のあり方、また戦前は精神病院は少なかったこと、ラインヤワー事件の衝撃、ひいてはいよいよ病院の大繁昌と内容の手抜き（医師の不足、看護者も足りず、ベッドも満杯、とあってはどれほどの診察、治療が行いうるのだろうか。ついには警察に、入院している者のリストを提出させると。～これでは“収容所”であろう。昭和41年に精神衛生法が改正されても、患者の人権はどうなってるのかと思われる法律。ただ医者には絶大な力が与えられていた。またマスコミのこの面における報道は取締りに熱中していた。くわしくは述べられないが、いかに精神病院の取締りや患者への認識やまた人間ということに、（これがまだ20年位前のことである）どうして政府は他の厚生行政と比べて放任というか認識不足なのだろうかと訝かる。

院長は精神病院の仕組みや腐敗、それから序々に開放への試みを語るのであるが。問題はこの精神神経学会の動きに私たちは注目しなければならない。このころの精神科に関連のある学会、病院精神医学会、精神病理、精神療法学会、臨床心理学会、作業療法士学会などは、ゆれ動き、つぶれた学会、分裂した学会も出た、～という位の荒れ方である。ＷＨＯから警告をうけ（昭42年）、内では病院内の荒廃してゆく精神病医学、そして今は精神病院はその医療の限界にぶつつかった事態になったわけである。一体精神医療はどうなって行くのだろうか。石川院長は、先にも少しふれたが、開放病棟への勇断と苦悩と忍耐で今自分の描いている人間解放、さらに明日の陽の当るのを胸拡げて目をかがやかしているのではないか。その平成２年６月16日付、朝日新聞の天声人語をここに引いて紹介したい。（註）

最後に (1)精神衛生法に法律改正が出来たけれども羊頭狗肉となげき、(2)精神医療の現況（病院数、在院期間、開放率）(3)患者150万人（日本で障害をもつ人は450万人といわれる）しかし入院者は35万人と。(4)患者仲間で作っている「患者自助クラブ」(5)家族会、会員は10万人、会の数は947という。そして共同作業所 (6)精神医療界 (7)行政～地域ケアに国は 少しずつ助成金を出すようになった。以上が石川院長の後段における将来への方向と対処の理念を述べている。要は、“人間観、人間理解”から“諸外国の勇気ある施策”を学ぶこと、と“自らの方策をもって病院運営”をやることに尽きるという信念、のようである。

○大野智也「障害者は、いま」――

大野さんは米沢工専の化学工業科を了へた人でジャーナリズムの世界（日本短波放送）に入り、20年の長きにわたって、障害者・児のためのラジオ番組（精薄相談室・重い障害児のために・精薄児の教育・心身障害者雇傭の広場）など4,000本の制作。放送批評家懇談会賞、日本民間放送連盟賞（４回）、および第一回放送文化基金賞を受賞している。いまは、国際障害者年日本推進協議会広報委員長である。

はじめに「なぜ日本に障害者が少ないのか」にはじまり、つづいて“障害”は個性の違い、

増える障害者、そして用語をめぐって――と第一章で述べている。

私は大野さんのこの著書に接して、並々ならぬ労苦と時間を超えた障害者、児との接触のあり方など、全く敬服せざるを得ない。

さてスウェーデンでは人口1,000人に対して348人と驚くべき出現率。日本では1,000人に対して27人、精薄者、精神障害者を加えても44人という。少し考えてみたい。国連ではイギリス10%、西ドイツ8.5%、オランダ10%、日本では4.4%、に比べると2～3倍と高い。

これは「障害者」の定義、範囲が違うからである。たとえば学習障害、人間関係障害（西ドイツ）交通機関利用時になんらかの不便を感ずる人（スウェーデン）まで、という国もある。わが国においては下表のように一応の数があげられている。

（1988、単位：万人）

	計	在宅	施設
身体障害者(18才以上)	250.6	241.3	9.3
身体障害児	10.5	9.2	1.3
精神薄弱者	50.4	——	——
精神障害者	105.8	——	——
合計	417.3		

日本では「障害者」というと目に見える障害者を指すことが多いが、「障害」をハンディキャップととらえるならば、欧米諸国での対象の広さが理解できるであろう－と大野氏はいう。ここで「障害」といえば“典子はいま”という映画を思い出す。その辻典子さんの“生れつきだから、手があるという感覚がわからないんです。手がなくて特に困ったことはありません。あればいいな、と思うことはありますけれど”という。これはやはり現場を、臨床面接しないと理解し得ない“こころ”をみせているのではないか。こういう観念と非合理の境をどう識ればよいのだろうか。ハンディキャップについてここで考えられるのは、WHOが定義した「障害」について、機能障害（impairment）、能力低下（disability）、社会的不利（handicap）となっている。この点は私たちはよく巾広く考えてみたいのである。「たとえば重度の精神薄弱児の場合、多くの人々は彼らは何もわからないと思いがちである。しかし神奈川県の精薄施設（清和学園）のエピソードは、この頃大いに話題になっている「胎児は見ている」の著書で話題になったように深く考えさせられる“こころ”のことであろう。また息子が小さいとき、ちっとも世話をしてくれない夫に腹を立てて、けんかをしたことがあります。そのとき私はカッと逆上して腹立ちまぎれに（こんな子、いなければよかった、早く死んでしまえばいい）と叫んだんです。気がつくとそばにその子がいました。しまったと思ったけれど、どうせ分かりわしないわと思いました。後年、息子が話が出来るようになったとき、あのときの光景を一部始終おぼえていました――ボクのこと死んだ方がいい。いなければよかったっていったね。ボク本当に悲しかった。今でも思い出すと悲しいよ――愕然としました。字を読むことも書くこともできないような子に、どうして昔のことがわかるのでしょう。ところが息子は――バカだなお母さん、ボクお話は出来なかったけど、耳は聞こえていたんだよ――といったんですと。

こういう実話は実の子を持つ母にして、と思う。なおさら一般市民は全然考えもつかない心理と思う。暗然とする。知、ということよりも勘とか感覚というか、こころについて一知、情、意についてよくバランスを考えて行きたいものである。その昔近江学園長の糸賀一雄先生（個人的にもお話をうかがったこともある人だが）は“この子らは何らかの援助を必要とする人であり～障害児・者、ということではない”といわれた。

また、大野氏の次の引用は大いに学ぶべきところと思われる。アメリカのカンザス大学の自立生活研究・研修センターは1987年、――“障害者の報道と表現についてのガイドライン”について公表。すなわち、(1)障害が本筋にとって重要でないのに、その障害に焦点をあてるというようなことはしないこと。(2)知恵おくれといっ

た、一障害グループの一部であるかのようなレッテルを貼りはしないこと。(3)人そのものに障害があるような表現は避け、関節炎を持つ女性、耳の聞こえない子ども、障害を持つ人、と表現すること（ＩＹＤＰ情報1987年12月号久保耕造訳)、となっている。また大野氏は第２章で、理解よりもふれあいを…という。東京都民の国際障害者年についての意識調査のことや映画エレファントマンの難病、空想上の存在ではなく、身近な病気の存在、埼玉県の自閉症施設「けやきの郷」のエピソード等々－障害についての理解は“総論賛成、各論反対～しかしこの障害者問題は、社会全体の責任として考えていかなければならない、という基本的なこと—”と朝日新聞投稿の例をのせている。

この説は大変重要なことを示している。施設(障害者・児を収容している）と住民とのたとえば改築、新設、に当ってのものすごい賛成、反対の渦は一地区あげての地域闘争みたい、である。さらに“障害者は、単なる知識としての理解を望んではいない。ふれあって欲しいと願っているのだ”と。

こうして大野氏は障害の定義や、このふれあいを、と述べた後、表現する障害者という章で、“子どもの見る－施設－”のなかで、山口県下関市の「くすの園」についての誰でも一度は考えあぐむ例を述べている。これは親たちが作った施設。親たちは、「苦労して、やっと手に入れた施設だから、楽しく生涯をその中で送らせたい」しかし「ぼくたちは、がまんして施設で暮らしている。いつになったら施設から出て、みんなと同じように暮すことができるのか」と子どもたち。また「お母さんが学園いつまでもいてほしいというから、学園にいる。ほんとうは家に帰りたい」と。この親の気持を傷つけたくないとの心づかい——これをどの位大よその人はわかるのだろうか。園長の永山敏照さんは、“親の願いを汲んで居住施設を作ったことは間違いだったのではないか、せめて通園施設にしておけば良かったのではないか”となやむ、と。その他重症児も発言できる、や他人の痛みを～、と。

「ぼくはおもいました
　それはおやもかなしいことでしょう
　子どもを　のむらがくえんに
　おいてかえるのは　いややけんど
　やっぱり　つれてかえりたいけど
　やっぱり　おいてかえらないと
　いけないなと
　おやは　おもっています
　ぼくも　おやのきもちとおなじです。」

これは愛媛県東宇和郡野村町立野村学園（精神薄弱児施設）での中学２年の西川君の書いた詩、である。(仲野猛編……どろんこのうた．合同出版．1981年）

もう一つ付け加えて述べねばならない。それは心身障害者が施設から地域へ生活するようになることである。障害者の施設収容が当然視されていた1964年11月、あの東京オリンピックにつづいて開かれた東京パラリンピック。こういう観念を打ちくだいたと。日本の選手のほとんどが施設からの参加者だったのに対し、欧米から参加した障害者は職業を持ち、地域で自立していることが分かったからである。これから障害者の福祉について非常に変化させられるようになったという。さてこういうこともあり、1976年頃から、ボランティア、施設職員の間から“障害者と共に生きる”——といわれるようになったし、1981年、国際障害者年もあったりで少しは一般の理解も進んだかもしれない——が。最後に大野氏の「ノーマリゼーション」にふれていることに述べたい。“精神薄弱者のために可能な限りノーマルな生活状態に近い生活を創造する”というデンマークの1959年法というのがある。できる限り普通に近い生活をする、毎日の生活様式や条件を社会一般の標準にできるだけ近づける～ということのようである。さきに書いたように“共に生きる”ことの、あたりまえの、普通の様式になって行くならば、これは障害者の福祉の基本理念となるだろう。スウェーデンのベンクト・ニリエによると、(1)普通の一日のリズム (2)普通の一週間のリズム (3)普通の一年間のリズム (4)一生を通しての普通の体験 (5)あたりまえの尊敬が払われること (6)男と女

のいる世界に住むこと (7)普通の経済水準 (8)普通の環境水準、これをノーマリゼーションの要素としてあげている。1982年－現代社会福祉事典(全国社会福祉協議会)。さらに大野氏は「要するに、障害が重くても軽くても、施設に入所していても、地域で生活していても、普通の人と同じように、あたりまえの暮しが保障されるべきであり、それを実現することが、ノーマリゼーションへの道である、ということだろう―」と。

おわりに、高木憲次博士は（肢体不自由児の父といわれたが）「好意の無関心」を障害者に対する望ましい態度としてあげていることを引合いに出している。

“障害者は、いま”――「みんな同じ空の下、生きている、生きている」～同じ空の下で共に生きることを願っているのである、と結んでいる。

○茂木俊彦氏　障害児と教育――

現在東京都立大学の助教授で障害児心理学、教育心理学を専攻の先生。精神発達の停滞や、退行の子どもについての研究中に、次のような出会いに衝撃をうけた。

「この子を学校に？そんなこと、もうとっくの昔にあきらめましたよ。いまさら学校だなんて！」～「私だって親です。どこのお母さんとも変らない母親です。あの子にランドセルを背負わせて、一回だけでもいい、学校というところの門をくぐらせてみたかった。たとえ一日だってこのことを思わなかった日などないのです。」

「いまさら学校だなんて！」と。

またしても“障害とは何か”にぶち当る。ＷＨＯのことについてはさきに触れたのでここでは述べないが、やはり打開し啓もうする必要と社会運動をおこす大きい政治的なレベルにまで“人間理解”をひしひしと感ずる。

この茂木氏の著書のなかから精神障害についてふれてみたい。

「障害児をどう理解するか」よりみてみよう。すなわち、「ふだん障害児とふれ合うチャンスのほとんどない人や、ボランティアなどではじめて障害児と接する人の場合、障害児のからだの変形や「○○ができない」という部分ばかりが目にとびこんでくることが多い。それはある意味で自然なことであり～また障害児について専門的に研究してきた人々とのあいだでも～」と。このことに関連して、かつての発達心理学者の田中昌人氏は、「障害児の劣弱性を枚挙するという観点と方法による研究をきびしく批判～」。こういう点について茂木氏は“障害児の”「障害児の教育」について基本的な考え方の180°の回転を 主張している。たとえば大津市のびわこ学園の職員たちのとりくみは、と述べ“こういう子どもの見方と実践のあり方をがらりと変えた。それだけの重みをみつ実践だった。それは、ひと口でいえば「子どもの側から、子どもとともに世界を見る」という発想に立つものであった”と。寝たきりの重症心身障害児、その視覚や聴覚の働きをどのようにわかりうるのかについて、かつてのびわこ学園長の岡崎英彦氏のことばを引用したい。「(寝たきりといわれる子どもについて）最近よく話題になる植物人間に近いようにうけとられ、見学者の中にはそういう人もあるが、こちらは明らかに意識がある。攝食、接触、体位の変更、比較的強い皮膚刺激、光、大きい音などには、ちゃんと数ヵ月位までの乳児にみられる反応で答えてくれる」(『障害児と共に三十年――施設の医師として』医療図書出版社．1987年)。～このことに関して、少しでも障害児の施設見学や勤務したことがあれば、少しは理解できよう。ここで思い出す。茂木氏は、あの有名な、アベロンの森で「野生児」をみつけ出され、医師イタールが懸命に教育しつつも遂に話しことば、社会生活様式もままならなかったが、そのヴィクトールと名付けられた少年について、イタールは「この若者は、自分自身とだけ比較さるべき」といった。そのことについて力説している。これは今日の教育、発達心理学において、私は至言だと思う。あのピネルが、この野生児は白痴、何を教えても徒労に帰するといったが、今障害児の理解はそんなところにとどまってはいない。

茂木氏の次に提示しているのは「問題行動」である。知恵おくれなど、「発達の危機に直面すると、いわゆる－問題行動－も見られる。爪かみ、指しゃぶり、自傷行為など、おとなにとっ

ては（困った行動）である。こんなときの対処の方法として、押えこみ等があるが一つが消去しても、こんどは別の「問題行動」があらわれることもしばしばと指摘している。やはり中の発達要求を見なければ――」という。つまり「問題行動」は発達に向いつつある子どもの、なんらかの不満足状態にあることの回り道した表現なのだということ。すなわち「よい関係」を結びたい、現在を充実したい、また、今より高いレベルの力を獲得したいという要求、まとめていえば発達要求の表現なのだということである。禁止～よりも発達要求に応えるということである、と氏はのべる。さらに具体的に展開されているものの中に次のことどもも参考にしたい。

“特殊教育から障害児教育へ”～“愛される障害者”であろう。さらにオペラント条件づけからオペラント療法を述べ――子どもと育ち合う教育――という。これはさきの大野氏の“共に生きる”の主張に合致する。「共感」「支え」「はげまし」――。これは実際の場面にぶつかってはじめてからだで理解するようになる、と。ある学級の（障害児学級）先生の記録を読んでより非常な感銘をうけたと。茂木氏はさらに教科教育、ドリル学習、そして生活単元学習など、たとえばちえおくれの子どもについての考え方に、ここでも長崎の近藷益雄氏の経験と著書について紹介し、これまでの指導では“精神薄弱児には、よみかきの勉強など必要でない――という考え方”がある。しかし親は違う、と近藷氏のことばにはこれまでの“特殊教育のあり方”につよいインパクトを与えるのではないかと思われる。最後の方で――働く力を育てる――ところでは、全くわれわれの“善意の発想”と障害を持つ人達の、働きたい、人並みに働きたい、の要求は――能率はあがらないかも知れないが、働きたい、働きながら社会に参加したいと望んでいる、と述べている。また結びのところでは「障害不在論」や「障害個性論」をあげ、いづれもこの世界には障害者の存在を許さない、優生思想の実践化にほかならない――という考え。これについて茂木氏は、いづれも許せない考え、という。そして「障害児・者の諸権利が、乳幼児から成人にいたるまでの各ライフステージに適合した内容と方法で、総合的に保障されていくような制度をつくりあげていかなければならない」と述べる。

§3．精神障害者の側から

昭和63年５月16日付、朝日新聞にのった記事――“精神障害者らの手記相次ぎ出版”というのは、この病いで苦しんでいる人々の生（なま）の声としてちょっと話題になって、今日にまで引合いにされている。そのうちの一つ、松本昭夫著・精神病棟の二十年、は正に患者自身の体験記でこれが今のわが国の精神障害者治療の一見本であろう。これまで述べてきたように、障害者という言い方には、その人の全人格を「障害」で規定してしまう怖さ、障害と人格、こういう○○障害者という呼び方によって「障害」そのものとして生きることを余儀なくされている、と新聞はのべている。また、こうしたいくつもの患者自身の手記を、障害者から投げかけられたボールをどう受け止め、どう返すか。今それが問われている。と新聞は述べている。

○松本昭夫・精神病棟の二十年

著者の述べるところに沿って、まとめて大よその治療経過、生活の状態を書いてみたい。

昭31年、21才の時に精神分裂病に罹患、東京の下宿で受験勉強中であった。以後７回、東京、札幌、旭川の精神病院に入退院をくり返し、昭50年旭川のＴ精神神経科病院を最後に退院。今45才になった、旭川（生地）の小さい出版社につとめ働いている。一度離婚、約10年間ほど独身生活の後、最近再婚。もう再発のないことを信じ、祈っている――と。

この人の生育や生活の話はここでは長く述べる暇はない。ただ要点を記してゆきたい。

21才　受験勉強時、突然幻聴と幻覚が発現。それは女性に関するものであった。東京の都会ッ子の女性と田舎者育ちの自分。幼少児より内向的、父もそうであったらしい。北海道立旭川工業高校化学科出身。このことも自分の将来への間違った道のポイント、という。京大理学部受

験、不合格、四浪して早大仏文（二文）に合格。文学、女性、恋愛と経てきた。しかしその当の女性に別の学生がいた。妄想。これから失恋、恐喝事件、警察、精神鑑定、～精神病院入院と強制入院。松沢病院。電気ショック療法、閉鎖病棟、注射。カウンセリングはうけていないと。後、開放病棟へ。しかし半ば夢遊病者のような心情で生活したと。其後退院、三鷹の下宿へ、大学へもどる。帰郷、旭川の近いところへ。これから東京と旭川との往き来があり前に書いたように７回も入退院することになっている。彼の病気についての知識というか精神病の知識は以下のようである。——精神病を甘く見ていた。あんな事件を起しても（傷害事件）一時的な偶発だと。薬も飲んでいなかった。まず病人は病識のないこと、又病気だと自認しないことだと聞いていたが。私は芸術と精神病（狂気）とは本質的には無関係、環境のせいによる疾患ではない、と思うと。——「よく精神疾患について、原因が分らないと言われる。あるいは遺伝的要素だといい、あるいは環境だという。それらも部分的には正しいであろう。しかし、その人が精神疾患に陥った主たる原因は、他に必ずちゃんとあるのだ。それが患者本人にも、回りの者にも、そして精神科医自身にすら、明確に把握することが出来ないだけなのだ」とのべ、「患者自身ですら把握できない、深い深い深層心理の底の方にうずくまって生きている。だから、よくあるように、自分の精神疾患のことで、社会を責めたり、周囲を責めたり、芸術を責めたりすることは出来ないと、私は思う。そんなことよりも、自分自身をよく見つめ直すことだ。原因の大部分は、自分自身にあるのだから。」——と。

「ところで、私の精神疾患が、女性との関わり合いの中から惹起していることに、人あるいは不審の念を抱くかも知れない。《たかが女性の問題で、精神障害になるものだろうか？》と、しかし、これがなるのである。それどころか、女性問題（広く異性問題）が、精神疾患の最大の原因であるというのが、私の考えである」と。

こういう自説をよりくわしく、フロイトのセックスの説、コンプレックス、リビドーと述べ、異性関係にからむ精神異常について何回もの幻覚や妄想の体験をのべている。

「カウンセリングもないのであるから、大多数の患者たちは、全く盲目的な状態のままで放置されることになる。種々の療法をうけたり、注射をしたり、投薬をつづけたりといったことが看護婦や看護人の手で行われるわけであるが、こういったいわば単なる対症療法は、決して根底から病気の根源を除去することにはならないと思われる。（略）心の病といわれる精神障害は、特に、単なる物理的な療法でよくなる筈がない。心因性の病気は、また心因性の療法によってしか治らないであろう。そこらへんが問題なのである」と。

さらに、前にも紹介したように、松本氏は極端に“愛”について強調している。すなわち「文学や思想は、ある場合には、確かに異常を増幅させはするだろう。だがどんな異常な文学や思想も、精神障害の根本的な原因にはならないと私は思っている。なぜなら、精神障害の真の原因は、まったくもって愛、つまりもっと本源的に言えばセックス（フロイト流に言えばリビドー）にあるからだ」と。

松本氏は出版社に勤務し、詩を作って同人雑誌を作ったり、文学愛好者でもある。それだけに、文学作品やその思想について強調しているわけであろう。

氏の記述はえんえんとつづく。幻聴、幻覚になやまされる。愛、異性の愛。退院しては再発。両親の根のつづく世話、しかし何度も入退院をくり返す。隔離、電気ショック療法、インシュリン療法、“死”を経験した自分の意識、神というものの力を感じた、という。カウンセリングについては何度も「全くない」を繰返す。「体温を計ったり、脈をとったり、血圧を計ったりすることと、心の病と一体どんな関連があるのかと。」また、向精神薬を用いるようになり、電気ショック療法、インシュリン療法もなくなった。しかし他の患者のロボトミー手術の傷痕をみて、ゾッとしたとも。病院の動き、治療の方法、医師と患者の心の通いのないこと。作業療法についてもふれているが松本氏は院外

作業を二年間つづけたと。母のこと、ケースワーカーのこと。この間やはり人のことにふれている。またT病院での、絵画療法、音楽療法、詩吟療法など、芸術療法を述べているが、つまらないとあまり評価していない。その他レクリエーションにもふれているが。また通信、面会、など疑問（病院の方針について）を述べている。ある女性との約半年ほどのつき合いで、「その一年は、あまり病的な感覚にも襲われないで済んだ年であり、かつてなかったくらい充実していた年と言えたかも知れない」と述べているのは肝要のポイントと思われるが。

その後ヤスパースの哲学、精神病理学の著書にふれ（昭和51年頃）、博子という女性の愛によって新しく開眼させられたと述べ「博子の愛は、私の病巣をこなごなに壊滅したといってもいい。」と。「その後私は結婚した。再婚である。相手は私より10才年下だった。彼女もかつてはやはり精神障害者だった」と。最後に、「精神病院は一種の地獄である。精神障害者は呪われた者たちである」、そして“愛”のことをくり返し述べ、“異性の愛”を、「精神病は現代病でもなんでもない」と。「この手記を自分自身と多くの精神障害者、精神障害体験者に対する鎮魂歌としたい。」

この手記というか著作について、松沢病院精神科部長金子嗣郎医博の、くわしいコメントが付録されている。それには分裂病のせつめい、女性（松本氏の場合）との付き合いとその女性の人格像について、よりわかりやすい解説はさすがである。これは教科書にも参考として学べる内容（臨床心理学の）と思う。

もう一つ、エルンスト・クレー著の「精神医療レポート」について紹介してみたい。ただし、反精神医学派のやや偏った（？）とみられるレポートであり、日本における精神障害者のそれとやや異にしている上に、このレポートは沢山の精神障害者のケースで、とても要約しにくい。なお、このクレー氏の事については前回少し述べた。

1976年から西ドイツの（旧)ヘッセン放送で“病める心”というラジオ番組があり、入院患者が放送する、患者自身の番組で作られた異例のもので、はじめは大学の精神科の関係者も賛成し、座談、打合せなどで行なわれた。しかし医師、医療従事者たちは、患者たちの発言が進むにつれて、自己防衛に回る形になり、対立するようになり、～ついには発言した患者のなん人かは退院させられたという。大きな反響を起したが、医療従事者と患者との間に大きいヒビが入ったという。

さきに松本氏の著作・手記のように、患者の側の医師・医療従事者に対する不信とよく似た報告が多い。ただ西ドイツ（旧）のハイデルベルク大学病院（国立）では精神科では200床デュセルドルフ、では1,400余床もありわが国のと比較してもなお余りあるもので設備も庭園の芝生も病室の掃除もゆきとどいているという。しかし、主任教授ツットＤｒは、人間主義的立場に立ち、その精神外科を批判し、一般病院への併設を唱えたことで著名な教授であるが精神療法の可能性を示唆。日本の事情と比べても、このレポートを見て、精神医療についての臨床は全く似ているようである。私はいつも思うに、医療は科学・技術が進歩しても、精神科医療は、やはり人間主義的に、人間関係をダイナミックな立場に打立てられねばならないように思う。くわしくは述べられないので、レポートの各章、各項目での見出しを参考に列記したい。

１－１）かつては患者をガスによって、そして今日では
　　２）退院、そして無
２－２）「彼らは薬でわれわれを打ちのめす」
　　３）精神病院の衰弱した神経
３－２）数字が語る精神医療の悲惨
４－２）犬の檻に入れられた15才の少年
　　３）拷問の歴史としての精神医学史
　　７）電気貫流療法の消しゴム効果
　　10）診断のハンマー
　　12）精神病患者に漕ぎつく岸はない
　　16）政治家の限りない偽善
５—— 閉鎖病棟の日常における精神医療の実際

これはフランクフルトで精神医療紛争が起っ

たことで、その悲惨さを目の前にさらけだした、という。またこの本の出版により、フランクフルト劇場のアンサンブル劇団が、「管理される心」「日常の狂気と狂気の日常」の題で演劇を打ったと。精神科の患者が、精神科の医師に行った批判。これはさきにも述べたようにいま日本でも何冊かの著作・手記が出版されている。

§4．精神医学教授の精神障害観（コメント）について

○西丸四方教授、「心の病気」

「精神病とは、異質な妙なものではなく、われわれにごく身近なものであり、われわれの心はいつも精神病と境を接していること、精神障害はかならずしも無価値なものとは限らず、時には価値の高いものである」とし、「不治といわれているものでも全く絶望のものではなく」として、この著書をつくったと西丸先生はいう。全篇わかりやすく、コメント風に、まあいわば、家庭医学の“精神衛生の巻”というところでもあろうか。項目を列べてみたい。１．心の病気　２．おろか　３．夢幻　４．地獄と極楽　５．無　６．苦悩　７．治療の問題　８．病院と医者　９．症例研究　となっている。

その中で、参考にしたいいくつかのコメントや説話をひいてのべたい。すなわち、

「カントの“精神医学”のところで、カントは心の病気をムード薄弱とムード病、に分ける。ムードとは、気分、機嫌ということではなく、元来は語源的にもマインドと同じで、心のことであるからムード薄弱は精神薄弱、ムード病とは心の病気のことである。現在ではムードに当たるドイツ語のゲミュートは心情と訳され（略）カント時代はゲミュートにはガイストも入っていた。ムード病はこおろぎ病とムード障害にわけられる。こおろぎ（クリケット）病というのはこおろぎの鳴き声が気になって不眠症になるような意味、今で云えばノイローゼである。」と。またカントは、「心の症状として、ひとりでと、妙な手ぶりをすること、被害関係妄想についてもくわしい記述があり、それらについても“病人は自分の保全のために一生懸命になっているだけで、他人に危害を及ぼすことはないから、治安のために監禁することはないと、処置上も近代的な見解をのべている」と。さらに立派なのは「医者は体や脳をみて、心の病気があるかどうか判定できるのだが、医学は脳から心が判定できるところまでまだ行っていないからである」と。～これなど今日の状態と同じレベルではないかと驚く。西丸先生のさらに聞くべきは、「脳からやられると駄目になる心のはたらきは社会生活ができなくなることで、このような時に、おかされずに残っている脳のできる、すなわち健全なはたらきが、沈滞、高揚、狂気などである」と。それであるから「精神分裂症も、社会との交渉の断たれた（自閉の）病人の健全な心のはたらきなのである。こうしう健全なものを病気という。」とあるが、われわの原因、結果のこれまでの概念を改めねばならない。さらに少し興味ある精神障害や脳の病気の治癒について「虫垂炎で虫垂を取り去って虫垂炎が治ったというのは、元来おかしなことである。胃癌で胃を切り取って胃癌が治っても、胃は少ししか残っていない。それでも病気は治ったという。脳腫瘍で腫瘍を切りとると、脳がだいぶ失われるのであとで愚かになるが、それでも腫瘍は治ったのであるから、脳腫瘍は胃癌と同じ程度に治ってはいるものの、あとに残る障害はくらべものにならない。胃が小さくなっても社会生活には大して不便はないが、脳が大きく切り取られて愚かになったのでは、独立して生計を立てることは不可能で、一生涯、家族の厄介者にならなければならない。脳の病気と体の治り方は同じでありながら、治った効果は全然ちがうのである。」長々と引用したのは、からだとこころの基本的な疾患の考え方を西丸先生は教えてくれているのである。身体主義と精神主義という説明もあり、こうした点は、これまでクレペリン、ヤスパース、マイヤー、ブロイラーについても述べられている。さてノイローゼ、神経症について「よく考えてみると、誰が自分でも悩まず、誰をも悩ませない、すなわち変り者でないことがありえようかと（略）、人間

は停止することを知らぬ矛盾にもとづく存在で(略) 苦悩があるのが健康であり、それを超越するのは病的かも知れない」という。精神障害についての誰にでも存在する状態、ではないかとのお話である。また「精神療法は精神的に心配の種を解決したり、環境の調整をしたり、心がまえを変えたり、伴侶になってやったりすることによって、社会家庭生活の困難を去ったり苦悩を軽くしたりするのである」と。

西丸先生の講述はまだ長いが、“病院と医者”や“症例研究”などの項目ではより一般的なコメントは非常に啓蒙的であり、今日の臨床心理学のよいTextになるものと思われる。はじめに述べたように「われわれにごく身近かなもの」、「精神障害はかならずしも無価値なものとは限らず」の哲学は私にとってはバイブルのように思える。

○秋元波留夫教授　精神障害者の医療と人権

秋元先生のこの著書については、前回の小論に書いたので今回は少しだけ要点にふれることにとどめたい。ここではＰＳＷについての秋元博士の述べられていることにふれてみる。医療と福祉の媒介者としてのソーシャル・ワーカーの役割を非常に高く認めておられるのに、医療機関でのＰＳＷの軽視、また人手不足など、精神病院におけるリハビリテーションをどんなに障害しているかを問題にしている。「～さて退院ということになると生活のメド、家族(世話をする) がいないことなど」要するに今でいうハーフウェイ・ハウスにおけるワーカーの仕事をやる人、こういうＰＳＷの定員増加、仕事の重要性について武蔵病院で行うことが出来たこと。(1973▮4年) 今日でいう“病院から地域へ”の行政や治療の組織づくりなども東京小平地区で協議会をつくり今日にいたっている。秋元博士の功績である。今ＰＳＷは精神障害者のなくてはならない“心の旅の同伴者”とでもいえようか。昔、岡田靖雄医博の精神医療におけるＰＳＷ――精神医学ソーシャル・ワーク、第一巻 第一号 1965によると、松沢病院における患者と家族との連絡に困難を生じ、アフター・ケア委員会を設け、周囲の工場、商店に通わせて仕事に就かせたりして退院させたり、という方法をとっていた事が書かれている。いわゆるソーシャル・ワークの仕事について病院との兼ね合わせというような自分でしのいでした苦心についても述べられている。ついで、そうした古いソーシャル・ワーク、から一つの専門職として動き出すことに (ＰＳＷとして) なったきっかけであったわけである。「ＰＳＷは精神障害者医療の中に自然発生的に芽生えた、いわばアマチュアの活動であったこと」に力点をおかれている。こうしたことについて「このルーツは精神障害者医療の原点ともいうべき障害者の社会性と人間性の回復につながる基本姿勢だからである」と。そしてさらに「精神医学ソーシャル・ワーカーは、ソーシャル・ワークの実践家であると同時に、障害者をその障害から解放するための障害者の友であることを忘れないでほしい」と。

さらにＰＳＷに望むこととして、医師、看護者や他の専門職らと協同の (治療チーム) としての知識、技術を積むこと、そしていわば臨床の学習の大切さ、などを説く。ＰＳＷにより精神病院を地域社会に向かって目を開かせる役目の大切さも述べる。ＰＳＷは医療機関の下僕ではなく、時にはそれと対立する忠告者であってほしいと。秋元博士はいかにＰＳＷの地位、役割、任務の重大さかを心をこめて切々と述べる。

§５．精神障害者のリハビリテーションについて

この項については主として大島貞夫編著、リハビリテーションを考える、―― 精神障害者の問題を中心として――、より考察を進めてゆきたい。

最初に、リハビリテーションの意味について大島氏は「habilis＝適した。という言葉と、Re＝再びという言葉の合成である。辞書に出てくる意味を大別すれば、(1)復権 (2)名誉回復 (3)良い状態 (4)治療、訓練により回復、ということになる」と。また「人間のなかにその可能性を発見し、育てて行くという点において、一般の教育と障害者の療育との間に、大きな隔たり

があるわけではなく、共通項を強調して行くことが、リハビリテーションの意味を考えさせることになろう。」と。さらに適応というものを広く解釈するのが必要であるという。さてリハビリテーション目標について氏は「ある時は治療過程を指し、またある時は社会復帰そのものを呼ぶことも、またcareを目標とした、医学モデルと、careを目標としたwarehousing modelとの間を行き来しているという人もある」と。病院からcommunityへの段階を経て、たどりつくのは大へんなことであろうとも。さらにリハビリテーションからの帰結について興味あるせつめいを氏はのべる。「病気と障害を火事と焼跡にたとえる場合がある。燃えている最中が病気であり、焼跡が障害であると言うが、燃えはじめた時に消火活動が始まり、不幸にして焼けてしまった時には以前に建っていたと同じ程度の建物が建つことが期待されるのである。言い換えるならば、燃え始めた時からリハビリテーションが考えられねばならないのである」と。

精神障害の肝心な窮極のポイントはやはり最後の社会化、をいかに具体化するのかということと云える。これはさきに紹介した西丸先生や秋元先生からの著作にも見られるところである。社会化については次のように職場や家族のあり方（このことについてはこの小論の前の方で新聞紙上に表われたレポートも参考にできる）、其他基本的な“人間観”がポイントになるのは当然である。(註)F

○これまでは、精神障害者は座敷牢や入院隔離という手法がとられてきたことは衆知の通りである。がいまは入院医療から在宅医療へと変化し、「病院以外の地域で福祉施設やそを支援する人達によって社会生活が出来るように援助されなければならない。最近、病院での社会復帰活動が活発となり、一方地域においても保健所デイケア、社会復帰専門施設、共同作業所、共同生活、患者クラブなどの地域支持組織の活動も目立ってきている。その中でも、民間パワーは公的福祉制度の遅れを先取りするかのように今日の精神医療の欠陥を補っている。この在宅精神障害者への地域支持組織は、精神障害者が生活する上で“摩擦回避”に役立ち、同時に地域における精神科リハビリテーション活動となっている」――以上は藤野邦夫氏（都立精神保険センター相談課長）(表２）のレポートでつづいて氏は病院内におけるリハビリテーション活動と退院後の援助についてＯＴやＣＰ、ＰＳＷの院内活動として多数配置されることになったと。しかし、退院後については地域組織と家族との接触について十分行われていない状況を述べている。たしかに今後この家族が障害者にどう対応してゆくかが具体的なポイントと思われる。ついで氏は、地域支持組織の必要性――積極的病院への支持と問題病院改善へのかかわり、共同作業所、職親制度の活用を訴えている。(註)

○加藤正明教授のリハビリテーションについてのアルバイトを紹介したい。（国立精神衛生研究所長当時）

「内科、整形外科などのリハビリテーションは、原疾患がおさまり、何らかの障害が残った段階で開始される。“焼け跡の状態”であり、治療からリハビリテーションへの移行が比較的はっきりしている。言語障害や麻痺が残って、原病がおさまるという時点がとらえられやすいのである。精神障害者のリハビリテーションは、この点がそれほどはっきりしていない。意識障害、興奮、活発な幻覚、妄想などで始まる場合は治療によってこういう症状がおさまり、そのあとに無気力、自発性の低下、情意の減弱、作業能力低下、思考の貧困化、自閉などの症状が残ったとき、これを一応「焼け跡」とみなし、「障害」と呼ぶことになる」と。

以上は加藤氏の問題提起であり、精神障害と身体障害～精神障害と精神疾患とを区別すべきだと述べる。リハビリテーションについても症状と疾患、そして障害について考えないとどうも“治癒とは？”ということになると思われる。氏は興味ある資料を掲げてあるのでこの際引用したい。

Ｉ．単一経過群

第一型　急性に重度の能力障害の状態になるもの…１％±0.69％

第二型　慢性に重度の能力障害の状態にな

るもの…12%±2.27%

第三型　急性に中等度ないし軽度の能力障害の状態になるもの…2%±0.97%

第四型　慢性に中等度ないし軽度の能力障害の状態になるもの…23%±2.94%

II．波状経過群

第五型　波状に経過し重度の能力障害状態になるもの…9%±1.99%

第六型　波状に経過し中等度ないし軽度の能力障害の状態になるもの…27%

第七型　波状に経過し治療するもの…22%±2.89%

III．非定型経過群…4%±1.37%

（1972年マンフレッド・ブロイラーの精神分裂病疾患の205例の予後調査）

○「産業におけるリハビリテーション」とは何か……佐藤隆氏の論述、（日本鋼友精神衛生室主任）

佐藤氏は「心身障害者が就業し、心身ともに自立し、かつ一職業人として生産的生きがいをもって社会参加するまでの状態」としたい、という。「歴史的なわが国の考察を紹介しつつ、一方の問題点は「隔離、排除――社会防衛思想」がマイナス要因として障害者にあたってきているとし、「産業におけるリハビリテーションは、復職基準の設定や疾病管理が施行しやすい身体疾病管理から心理学社会学的考察を必要とされる精神衛生問題を内包するようになったといわねばなるまい」と。

現今の産業における技術革新とリハビリテーションにふれ、5M3E（Management、Matter、Man-Money、Method、とEfficiency、Effective、Economical）と共に、企業目的のために二律背反的性格を負わされているために、ホーソン実験のようなことも出てくると。また社会復帰の現状と産業について図解でせつめいし（前出藤野氏のに似るのがやや簡明）最後に、このリハビリテーションの問題点として次のような諸点を列記している。

1）労働基準法第9条・第51条
2）労働安全衛生法、第68条
3）身体障害者雇用促進法・雇用対策法
4）精神薄弱者福祉法
5）心身障害者対策基準法
6）精神衛生法
7）生活保護法
8）職業安定法
9）最低賃金法

ついで、今後の課題、として1)自宅静養 2)退職後情報交換 3)職場内調整 4)復職判定など一応のリハビリテーションの資料としてあげている。むすびとして産業リハビリテーションのサポート・システムの確立を述べ、1)医療従事者型アプローチ 2)管理監督者型アプローチ 3)人事労務管理型アプローチに分けて縦糸づくりと横糸づくりをのべている。

なおこの著書の圧巻は、最後の方で補足討論が4部にわけてのせられていることである。

1）リハビリテーションの基本的考え方
（心の問題、障害受容、挫折するリハビリテーション、援助者の問題）
2）リハビリテーションの問題点
（地域とサポートシステム、表面的な優しさの影に）
3）リハビリテーションの今後の課題
（身分制度がパラメディカル職種を除いては確立していない。日本の医療、行政、又地域社会に諸外国からの考え方が育っていない。一般人の障害者に対する理解に問題がある。そして家族制度）
4）家族と障害
（医師と患者の間に入って、社会復帰後の患者と家族のダイナミックス）（註）G

以上

参考・引用文献

1．朝日新聞の切抜きより……数葉
2．石川信義「心病める人たち」岩波書店（新書）
3．大野智也「障害者はいま」岩波書店（新書）
4．茂木俊彦「障害児と教育」岩波書店（新書）
5．松本昭夫「精神病棟の二十年」新潮社
6．エルースト・クレー　山本訳「精神医療レポート」批評社
7．西丸四方「心の病気」創元社（新書）
8．秋元波留夫「精神障害者の医療と人権」ぶどう社

9．大島貞夫編著「リハビリテーションを考える」相川書房
10．島津貞一「精神障害について」東海女子大学紀要第9号

［註］A

朝日新聞 平2.7.16（社説）

「障害を持つ米国人法」に学ぶ

欧米では、仕事場でも、学校でも、町でも、リゾート地でも、車いすの人にしばしば出会う。初めは、人種の差が原因で、こうした障害が多いのかと思う。だが、何度か日本と往復していると気づく。日本では、町や交通機関が車いすを拒否している。だから、車いすの人々が外に出られないのだ、と。車いすに限ったことではない。障害を持った人が社会に参加できるかどうかは、社会の側の受け入れ態勢次第だ。諸外国では、かなり前から常識になりつつあることだ。

「障害を持つアメリカ人法」が米連邦議会を通過した。体や心に障害や病気を持つ人々に「社会に参加する権利」を保障し、そのために必要な条件の整備を企業や政府に義務づけた法律だ。ブッシュ大統領は、「これは障害を持つ数千万のアメリカ人のための独立宣言だ」という声明を直ちに発表した。今週にも署名するという。

この法律の中身の多くは北欧の国々では既に実現している。しかし、福祉の立ち遅れた競争社会の米国で、北欧なみの権利が障害を持つ人々に法律で保障された意味は大きい。日本が学ぶことは少なくないと思われる。

その第一は、日本の各地で、障害を持つ人々が請願を繰り返している「悲願」がこの法律で「当然の権利」とされていることだ。

駅、バス、鉄道、学校はもちろん、レストラン、バー、ホテル、保育所、スーパー、小売店、美容院、映画館、ガソリンスタンドなど、だれもが使う施設やサービスは、車いすの人、目や耳の不自由な人が利用できるように改善しなければならない。それが民営経営のものであっても、である。

障害や病気を理由に雇用差別することも禁止された。従業員十五人以上の企業では、企業の費用で障害を持つ人が働けるように設備を整えなければならない。電話会社は、耳の不自由な人がいつでもだれとでも電話できるように、特別サービスすることになった。

違反すれば、公民権法違反なみの罰が待っている。

参考にすべき第二は、この法律の大筋が障害を持つ人々自身の手で作られたことだ。米国には、「障害についての全米評議会」という独立した政府期間があって、いま十五人の委員の過半数が当事者だ。この機関の勧告「自立に向かって」が、今回の法案提出の引き金になった。法案づくりにも、障害を持つ専門家たちが活躍した。リハビリテーション法などによって高等教育の機会を保障され、学問を身につけた人々が、それを仲間のために生かしたのだ。

もう一つ見逃せないのは、この法律の成立を願う人々が、障害の種類をこえ、年の差をこえて、一つの目的に向かって団結したことだ。出費を強いられるバス会社や電話会社が法案を骨抜きにしようと議会に働きかけ、政府部内からも「中小企業の死活問題だ」などと反対の声が上がったが、障害を持つ人々や支援者たちは、議員に手紙を書き、議会に座り込んで、成立にこぎつけた。

法案提出者の一人、トム・ハーキン議員は上院の採決を前に「隔離と不平等の時代は終わった」と手話で演説した。

欧州共同体（ＥＣ）も、「開かれた社会で自立して生活するための行動計画」を策定し、実現に向かって動きだしている。

だが、日本の障害を持つ人々は言う。「電車に乗ろうと思っても、駅は階段ばかり。家を借りようとしても不動産屋から断られる。差別が大手を振っている」

日本も「隔離と不平等」から「自立と権利保障」に向かって歩き始めるときである。

［註］B

朝日新聞 昭63.8.26（社説）

「障害者法」の制定を厚生省の懇談会提言

障害を持つ人が積極的に町に出て、地域で活躍できるような特別な法制度の検討が、日本でも必要ではないか——とする報告を、厚生省の「すべての人が明るく暮らせる社会づくり懇談会」（座長、井深大・ソニー名誉会長）がまとめ、このほど津島厚相に提出した。障害者のための画期的な法律として知られる米国の障害者法（ＡＤＡ）を想定した提言で、厚生省も法の制定を含めた総合的な障害者対策の洗い直しに乗り出す。

ＡＤＡは、障害の種類を問わず、障害を理由にした雇用上の差別を禁止。公的機関や公共施設などにおけるサービスが、障害のあるなしにかかわらず、平等に保障されなければならない、としている。

報告書は「障害者が積極的に町に出かけ、地域で活躍することができるようなまちづくりのために、住宅・建築物の整備、移動・交通対策の推進など生活環境整備などについて、法制面の問題も含め幅広く検討することが必要である」として、間接的ながらＡＤＡに似た法律制定の必要性を強く示唆した。

［註］C

朝日新聞 昭63．8．22（社説）

リハビリと復権

「ニクソンのリハビリテーション」という米週刊誌の特集を見て「ニクソン元大統領も脳卒中の機能回復訓練を受けているのか」と早とちりした人がいる。リハビリと聞いて訓練を思い浮かべるのは日本人だけらしい。欧米人はリハビリテーションを「名誉回復」「復権」と広い意味にとらえる。

リハビリテーション世界会議と関連行事の準備が、来月１日からの開催をめざして日本各地で進められている。この会議では、目や耳や体が不自由な人、アルコールや薬におぼれた人、精神薄弱や精神病の人、そして高齢者の人間としての名誉や尊厳、資格や権利をどう復権するかが語られる。

この会議が、リハビリテーションの真の意味について理解を促し、復権を実践するきっかけとなるよう期待する。

リハビリテーションという言葉は、まず中世のヨーロッパで使われた。王が、いったん奪った臣下の地位や身分を回復すること、教会が破門を取り消すことを意味していた。その後「無実の罪を着せられた人の名誉回復」を指すようになり、今世紀はじめ犯罪者の社会復帰にまで意味が広がった。

障害者の医療・福祉活動にもこの言葉が用いられるようになったのは1910年代の末で、1929年に世界で最初のリハビリテーション会議が「肢体不自由者問題世界会議」の名のもとにスイスで開かれ、20ヵ国から50人が集まった。

以来60年、対象はおとなから子供、肢体不自由からすべての障害に拡大した。第16回にあたる今年は85ヵ国から約２千人が集まり、教育、職業、医学、建築、性、技術革新、社会政策など幅広い視点から、ハンディを負った人々が人間として生きる権利を回復する「全人的復権」の道を探る。

日本の障害者や高齢者がおかれている現実は「全人的復権」には、程遠い。主会場になるホテルは、15室を車いすが使えるよう改造したが、一歩外へ出れば、車いすで動ける駅や食堂や店はめったにない。

日本独特の「寝たきり老人」の群れも、海外の専門家が見たら肝をつぶすことだろう。欧米には「ベッド・イズ・バッド」という常識が定着している。「寝かせたきり」にしないので「寝たきり老人」になりにくい。

日本の病院では安静を尊び、いったん「寝たきり」にしてから、いわゆるリハビリを始めるところが少なくない。それも「リハビリ室の中のリハビリ」に限られるため、さっぱり効果があがらなかったりする。

リハビリテーション科が正式の科として認められていないこと、そのため医学教育の中でも軽視されていること、医療ソシアルワーカーや言語治療士などリハビリのかなめになる人材の身分や資格が不安定なことも、日本の障害者や高齢者の「全人的復権」を困難にしている。

日本人の心にこびりついている障害者への根深い差別観も、真のリハビリテーションをさまたげている。

さる12日、富山県高岡市の市営プールで起きた事件は象徴的だ。五十万人目の入場者が養護学校の生徒であることに気づいた職員はこの子をとばし、次の小学生に「おめでとう」と声をかけ記念の品々を渡した。「知恵遅れだと50万人目の意味がわかってもらえない。もっと喜んでもらえる子を選んだ」との職員の声もあったというが、こういう感覚から抜け出したい。

リハビリ後進国ニッポンの汚名の底にあるものを、日本人みんなが、自分の問題として考えたい。

［註］D

朝日新聞 昭63．2．24（社説）

老・病ささえるプロを大切に

福祉や医療を第一線で担う人びとに、厚生白書が初めて焦点をあてた。この着眼は、大いに歓迎したい。モノ、カネ、制度、ヒト――国民の健康や福祉を保障するためにいずれも不可欠だが、かなめになるのは、なんといっても「人」だからである。

ただ、白書のとっているあまりに楽観的な見方が、気がかりだ。

たとえば白書は、日本の社会保障は欧米水準へのキャッチアップを終えて「新たな成熟化時代」を迎えつつある、という。「欧米水準」を体験した人なら、この個所を読んであっけにとられることだろう。マンパワーだけに絞っても、格差はまだ歴然としている。

日本の病院では、看護婦さんはたいてい、仕事に追われてかけずり回っている。最低限の処置や会話をすますと、次の患者のところへ行ってしまう。重症の患者は「付添さん」という名の無資格女性を雇うよう勧められることも少なくない。看護の手を省くためにお年寄りをベッドに縛りつける老人病院もある。そのむごたらしい写真が公表されて、社会問題になっている。

北欧や西欧の多くの病院では起こりえないことばかりだ。一ベッドあたりの看護婦数が日本の３倍前後なので、看護婦さんたちも、ゆったりと笑顔で仕事ができる。

体の不自由なお年寄りが生活する施設は、欧米ではナーシングホーム、日本では特別養護老人ホームと呼ばれる。ここで仕事をする人の数も、お年寄り一人あ

たりで比べると、北欧、西欧、オーストラリア、ともに日本の約三倍だ。

人手があるから、お年寄りを寝たきりにせずにすむ。日本でも、良心的な特養ホームは寝たきりの人を起こすことに成功している。その代わり、寮母さんは、過労気味だ。

寝たきりをつくらないためのリハビリ専門家、理学療法士も、人口あたりでデンマークの30分の一、米国の５分の１。作業療法士も同様でスウェーデンの四十分の一、西独の四分の一である。言語治療士や医療ソシアルワーカーは資格さえ作られていない。

白書は、このような事実についても正直に数字を示し、今後の改革への方向づけをすべきだったのではないか。

気がかりなことは、まだある。体の不自由な人の家事援助や介護・看護などを「低廉な会費」を徴収して行う「有償ボランティア」への安易な期待が記されていることだ。

この動きは、いま現場で深刻な対立を引き起こしている。ボランティア活動は、歴史的に「無償」が原則だからである。交通費や材料費までボランティアが負担する義務はないが、その一線を越え、労働の対価として「低廉な会費」を受けとるなら、これは新たな「パートタイム福祉職」として位置づける方が適切ではないか。

現に北欧や西欧では、そのような福祉職であるホームヘルパーが、人口あたりで日本の数10倍もいて、誇りをもって働いている。年金なども保証され、体の不自由な人や高齢者を支えている。

日本の国民医療費は昭和五十九年度以来、毎年１兆円ずつ増え、63年度は19兆円に近づく。だが、ホームヘルパーや訪問看護、リハビリ専門家を充実すれば、入院せずにすむ人が増え、かなりの額の医療費を減らすことができると分析されている。しかも白書の提唱する国民の「生活の質」や、「精神的豊かさ」を高めることにつながる。

ことしで50歳となった厚生省が、この白書をきっかけに、正攻法の医療・福祉行政への一歩を進めることを期待する。

［註］E

平２.６.16

天声人語

山男の、その精神科医は、まだ30代だった。精神病院をはじめて見た時、衝撃の大きさに声も出なかった。赤くさびた鉄格子の中でうごめく人々。「人間倉庫」だ。人間を、人間としてでなく、物のように扱う病棟の実態▼准看護士や看護助手など４人が１人の患者を殴り殺した宇都宮病院の事件は、それよりずっと後に起きる。その精神科医は東京の病院に数年間つとめたが、辞めた。群馬県太田市の郊外に、新しい病院をつくる。もう既成の病院に見切りをつけ、すべて既成のやり方を逆を行こう、と考えた▼患者を閉じ込める「かぎ」は、かけない。必死で守らせようとする「規則」は作らない。隠々滅々のかわりに明るい場所にする。感謝の健康な部分を見つけて伸ばす。何よりも、彼らを人間として信用する‥‥。極端に言うと「飲む、打つ、買う」以外はすべて自由、院内で男女交際もできる、という型破りの方針にした▼玄関のかぎをかけぬ。出て行く者に「どこへ？何の用？」と聞きたくなる。がまん、がまん。ところが、開放的にして、うるさい規則をなくしたら、患者が変わった。拘禁や抑圧から起きる異常行動がなくなる。病院の姿勢も支配ならぬ援助へ、一変する。次の段階は、患者が社会で生活できる方法を見つけて出すことである▼何人かで住める共同住宅をつくった。この10年あまり、一つ、また一つと太田市内にふえた。初めは拒否反応も強かったが周囲の理解も得られ、患者たちは町の人たちと共存できるようになる……。こういう具体的な実践記録を読み、多くのことを考えさせられた。岩波新書『心病める人たち』▼著書の石川信義さんは、諸外国の実情、日本の精神医療の立ち遅れを、平明に描いている。病める人を拒否し管理しようとする考えの恐ろしさ。自分と異なるものを受容し共存する文化の重要さ。教育の場でも同じこと、と思う。それが実現できぬ社会こそ「心病める人たち」だ、と考えた。

［註］F

朝日新聞 平２.10. 8（社説）

障害者と共生できる職場に

いま、社会主義国の経済不振で、市場経済がもてはやされている。だが、それは厳しい競争に支えられ、効率を追い求め過ぎる欠点をもつ。そうした経済効率と暮らしやすさとを、どう均衡させるのか。過当競争の中で発展してきたわが国の課題でもある。

市場経済の最前線にいる企業にとって、職場で働く人は、競い合う活動の「戦力」には違いない。心身共に健康で元気な人がたくさんいてほしい、と経営者は願う。

けれども、この社会は健常者ばかりではない。心身に何らかの障害をもつ人も少なからずいる。両者の違いは画然とせず、時に立場が変わることもある。身の回りにいるさまざまな人たちと共に生きてゆく姿勢が、職場でも欠かせないはずだ。

身体障害者や精神薄弱者の雇用率がなかなか向上しない。民間で1.6%、特殊法人と国や地方公共団体の現業機関が1.9%、国や地方公共団体の非現業機関は2%、という雇用率が、障害者雇用促進法で定められている。だが、大企業と各都道府県教育委員会での未達成が労働省の調べで目立つ。

むろん、企業ごとにそれなりの努力はされている。そのため、ことし6月現在で、従業員63人以上の民間企業には20万4千人近い障害者が働いている。1年前に比べ八千人以上ふえた。しかし、好況続きで従業員総数もふえていることから、雇用率は1.32%で前年と横ばいだった。

問題は、法定の雇用率に達しない企業が半数近いうえ、規模が大きいほどその割合が高いことだ。300～500人未満で6割、500～1,000人未満が7割、1,000人以上では8割を超す。経営者はこの事実を直視してほしい。

産業別にみると、鉱業や製造業、農林漁業では達成企業の比率が高いが、金融保険・不動産業、卸小売・飲食店、電気ガス・熱・水道業で未達成の企業が多い。これらの人事担当者に、これまでの惰性的な発想の転換が求められているように思う。

わが国の雇用の場では、若くて壮健な新規学卒者が重用されてきた。年功的な処遇と終身的な雇用を前提にする大企業ほど、そうした傾向が強い。逆に、障害のある人を雇いたがらぬ風潮は根強く残る。

ところが、高齢化の影響などもあって、障害者はふえている。18歳以上の在宅者だけでも2百数十万人、と厚生省はいう。職業安定所を通じて仕事を探す人もふえ、ことし3月で5万6千人近い。こうした人にできるだけ働く場を用意したい。

それには、関係者の決断が欠かせない。日常の暮らしの中でと同じように、職場でも障害者が健常者といっしょに過ごせる環境づくりが、何よりも大切だ。障害の有無にかかわらず、同じ仲間として共に働くための施設や勤務条件を工夫する必要がある。

従業員が300人を超して雇用率が未達成の企業に対し、不足一人について月4万円の納付金を労働省は徴収している。昨年度は2百20億円余で、これを水準以上の企業への報奨金や助成金などに利用した。納付金はもう少し高くしてよいし、運用も妥当かどうか、見直してみるべき時期だろう。

また、改善が遅れている大企業に対し、雇い入れ計画をつくるよう、同省は指導している。雇用率が下がっている業界や企業は積極的に取り組んでほしい。

障害者側の意欲を問題にする声も時に聞かれる。が、何よりまず、働ける場を広げることだ。そこでの交流を通じて相互理解が深まり、暮らしやすい社会づくりへのさまざまな課題も浮き彫りになるはずである。

［註］G

朝日新聞 平1.5.29（社説）

障害者の雇用をふやしたい

働きたいのに働く場のない身体障害者が日本には八万人もいる。知的障害や精神障害を負った人々を含めると、この数はさらに膨らむ。「労働省、厚生省はまだまだ努力が足りない」と、総務庁行政監察局が厳しく注文をつける報告をまとめた。

ハンディキャップを負った人々を切り捨てて、なりふり構わず効率を求める社会から、障害も個性の一つと見て、ともに暮らす優しい社会へと変わるべき時がきている。

日本で、63人以上の企業は1.6%以上の身体障害者を雇用することを法律で義務づけられている。厳しすぎる基準とは言えない。西独の大企業は6%の雇用率を達成しているし、オランダも割り当て雇用率を2%から5%に引き上げようとしている。

ところが、日本の企業は、1.6%の法定雇用率を達成したものが1988年で半数。従業員1,000人以上の企業では2割にすぎない。

「新規雇い入れの計画がないので障害者は雇えない」と職業安定所に報告しながら、雇用しなければならない身体障害者数の10倍もの健常な労働者を新規に雇い入れている企業が少なからずあることも行政監察で明らかにされている。こうした企業に対しては、総務庁が勧めているように障害者雇用促進法の伝家の宝刀を抜き、企業名の公表に踏み切ることも考えてよいだろう。

しかし、同時に、われわれが強調したいのは、なぜ企業が障害者雇用に消極的なのかを分析した上のきめ細かな指導や支援も欠かせない、ということだ。宝刀をちらつかせるだけでは、事態は改善されないだろう。

こんなケースがある。ある時期、ろうあの人々が企業から引っ張りだこだった。特定の分野を除けば何でもこなせるし、職場にスロープをつける必要もない。ろう学校の求人率が10倍という現象も起きた。

ところが、技術革新が盛んになり、新しい技術を社内で教育する必要に迫られる傾向が高まるとともに、敬遠されるようになった。耳の不自由な人に新しい技術を学んでもらう方法が分からず企業側が途方にくれたのだ。こんな時適切な助言がおこなわれれば、ろうあの人々が生き生きと働き続けることができただろうと悔やまれる。

企業にとっては働く意欲も気掛かりだ。ある工場に欠勤率が高い知的障害を持つ従業員がいた。金銭的関

心がないので昇給で心を動かそうとしても効果がない。

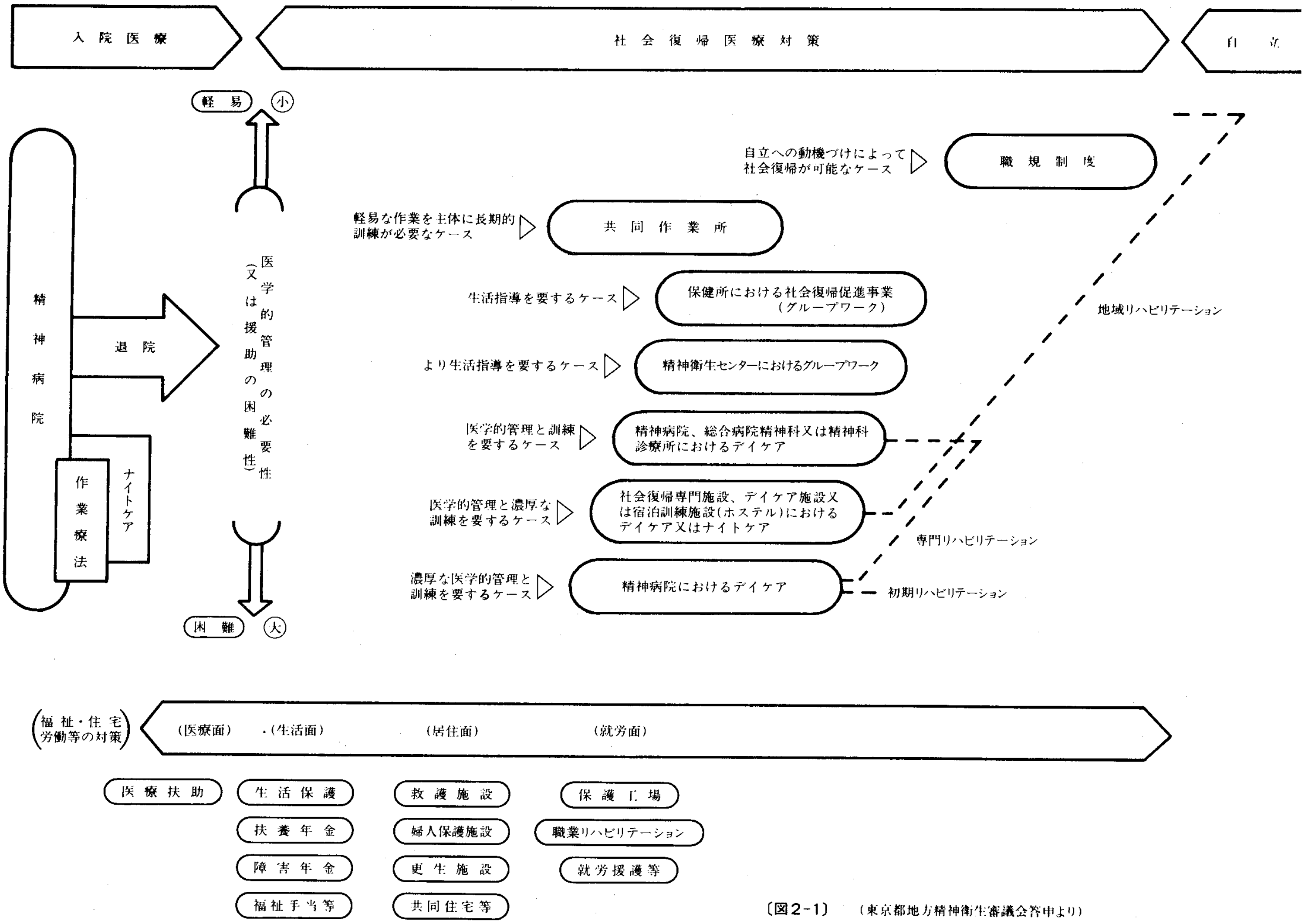
ある日、彼が休むと同僚たちの仕事がどれだけ台無しになるかを実演して見せた。欠勤はなくなった。こうした心の通った実戦例を集めて企業側に提供することも必要ではないか。

障害者の職業訓練がこれまで第２次産業に偏っていたことも、第３次産業の企業が雇用をためらう背景にある。障害を持つ人が力を発揮しやすい仕事の開発に労働省はもっと積極的に取り組んでほしい。たとえば、客と接する仕事は障害者には不向きという固定観念は次々と破られている。町田市にある障害者が働く軽食喫茶「杜舞人（とまと）」、札幌市営地下鉄の「聴覚障害者の店」などの繁栄をみれば明らかなことだ。

日本アビリティーズ社がスーパーのジャスコと共同出資して宮城県泉市に造った大型書店「スクラム」は、障害者に優しい職場は利用者にも優しいことを実証した。重度障害の従業員が働けるように、店はゆったり広く、本棚は見やすい目の高さに作られたが、それは、お客にも、本の探しやすい店だった。

障害者の受け入れは数字を達成すればよいというものではない。ともに生きるとは何かをこうした例が教えてくれる。

表２、精神障害者社会復起ケアの役割



〔図2-1〕（東京都地方精神衛生審議会答申より）