

JAMHP NEWS 55・56号



日本精神保健福祉政策学会

2019年 春・秋

今日の話題

優生保護法被害問題を考える 一時金支給法の評価と当面の課題

藤井 克徳 (精神保健福祉政策学会副理事長)

1. 問題を顕在化させた二つの要因

優生保護法(1948年～1996年)の被害問題は、同法の優生条項が失効した後のしばらくは「静穏」の状態にあったが、2017年以降にわかに動きが激しくなった。主な要因は二つである。一つは、日弁連の「旧優生保護法下において実施された優生思想に基づく優生手術及び人工妊娠中絶に対する補償等の適切な措置を求める意見書」(2017年2月16日)の公表である。今一つは、宮城県在住の被害者が提訴に踏み切ったことである(2018年1月30日)。これらと相まってマスメディアでも頻繁に取り上げられることになり、社会問題化したと言ってよさそう。

今年(2019年)に入って大きな動きが続いている。まずは、「旧優生保護法に基づく優生手術を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律」(以下、一時金支給法)が成立、施行したことである(成立も施行も4月24日)。また、5月28日には、全国の7地裁で争われている優生被害提訴のトップを切って仙台地裁が判決を出した。これらについての被害者(原告ら)の受け止め方は、きわめて厳しい。一時金支給法で言えば、法律の制定そのものは評価するとしうえで、内容の貧寒さに落胆している。仙台地裁の判決については、原告・弁護団は「不当判決」と断じ、控訴した。

本稿では、あらためて優生保護法の被害実態と問題の本質を押さえたうえで一時金支給法の評価、

仙台地裁の判決概要、当面の課題について考えてみたい。紙幅の都合で、圧縮した内容になることを予め断っておく。

2. 被害実態と問題の本質

優生保護法による被害者はおびただしい数に上る。本人の同意なしで優生手術を強制された者は16,475人、同意ありの者が8518人となっている。このうち「同意あり」については、家族や施設職員などから「同意させられた」とする見方が少ない。これ以外に、知的障害者と精神障害者に限っては、妊娠が分かった段階で、家族同意のみで人工妊娠中絶が許されていた。その数は、58,972人となっている(以上の数値は、いずれも厚生省調査より)。優生手術台帳や人工妊娠中絶関連資料の全てが残存しているわけではなく、実際にはこれらの数値を上回ることが想定される。

ここで、優生保護法がもたらした問題について考えてみたい。優生保護法問題の本質と言って差し支えない。大別して三点掲げる。一つ目は、被害が知的障害者と精神障害者に集中したことである。言い換えれば物事を主張できにくい者が標的なのである。法律の施行後、実績が上がらなかったことに業を煮やした厚生省は、優生手術を促進するための事務次官通知を発している(最初は1953年6月12日)。そこには、「身体の拘束、麻酔薬施用または欺もう(ウソ)等の手段をもち

いることも許される」とある。これを知的障害者や精神障害者に重ねるならば、文字通りの「弱い者いじめ」であり、卑劣極まりない。

二つ目は、障害者に対する差別意識を醸成したことである。優生保護法の目的には、「この法律は優生上の見地から、不良な子孫の出生を防止するとともに……」とあり、その前身である国民優生法（1940年～1948年）には、「本法は、悪質なる遺伝性疾患の素質を有する者の増加を防圧するとともに……」とある。これら二つの法律が効力を有した期間は半世紀以上に及ぶことになるが、障害者観をゆがめるには十分な期間だった。

三つ目は、障害関連政策の全般に有形無形で影響を及ぼしていることである。優生保護法に横たわっている障害者は「劣る者」「厄介な者」という考え方は、例えば隔離処遇から脱しきれない今日の精神医療政策と無関係とは思えない。知的障害者に対する入所施設偏重政策も同様である。

3. 一時金支給法の制定と仙台地裁の判決

前述した日弁連の意見書の公表や仙台地裁への提訴を受けて2018年の前半から国会内で新たな動きがみられ始めた。優生保護法被害問題に絞った与党グループ及び超党派議員グループによる検討体制がつけられたのである。前者は「与党ワーキングチーム」として、後者は「優生保護法下における強制不妊手術について考える議員連盟」として発足をみた（いずれも2018年3月上旬）。これらは連絡を取り合いながら、新法の制定準備を進めていくことになる。

いくつかの曲折があったものの、超党派の動きということもあり、法律案そのものは比較的スムーズにまとまった。また、国会に上程された後も超党派提出の慣例に沿って、法律案に関する審議はなされなかった（形の上では衆議院、参議院ともに厚生労働委員長提案）。通常、委員長提案の場合は質疑が確保されず、これに倣って原告・弁護団、障害者団体が求めていた参考人陳述は実現しなかった。

なお、一時金支給法は、その趣旨を「この法律は、旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者

に対する一時金の支給に関し必要な事項等を定めるものとする。」（第1条）とし、そのうえで、「一時金の額は、320万円とする。」（第4条）と明示している。要するに、この法律は、「一時金」（補償金）のみを規定したものである。

他方、一時金支給法の制定作業と並行しながら、仙台地裁では判決が準備されていた。5月28日の判決は、その主文で「原告らの請求をいずれも棄却する。」とした。原告・弁護団はもちろん、大方の予想とは異なるものであった。同日、全国の弁護団は声明を出し、「この間、被害の重大性について社会的に大きく報道されるなどし、原告ら被害者は司法権による被害回復がなされるものと期待して本日を迎えたが、その期待が大きく裏切られる結果となり、憤りを抑えることができない。」とした。

ただし、主文で原告の訴えを退けながら判決文では、旧優生保護法が個人の尊厳を踏みにじるものであって、憲法13条に違反することを認めている。これらを合わせ見ると、非常にわかりづらい判決である。いずれにしても、主文においては敗訴であり、原告・弁護団は「不当判決」として控訴の手続きを取った（年明け早々に開廷が予定されている）。

4. 一時金支給法の評価と当面の課題

新設の成った一時金支給法、すなわち優生保護法被害者への補償制度であるが、前述の通り原告らからは厳しい意見が寄せられている。現に、法律の制定当日の原告の談話は、「納得できない」であった。

以下、重要部分について評価を加えるが、その前に評価のポイントを略述する。それは、①被害者個々の人権と尊厳の回復につながっているか、②一時金支給法そのものと内容が被害者にどこまで浸透するか、③社会に蔓延する優生思想や障害者差別の払拭にどう効力を持つか、④障害関連政策の好転にどうつながるかである。

残念ながら、この評価のポイントからすれば、法律の水準はきわめて低いと言わざるを得ない。そもそも、これほどの人権侵害でありながら、「一時

金支給」に限定した法律になってしまったこと自体に問題の本質をみることができる。被害者の人権と尊厳の回復、社会にはびこる優生思想の払拭、検証体制の構築などについては、全く触れられていない。何よりも、問題や弱点を象徴するものとして、「320万円」という金額の水準があげられる。

原告は、こぞって補償額の水準にはこだわらないとしている。しかし、今となっては、「子どもをもてない状態」に対して社会が成し得ることは、金額の水準でしか表せないように思う。交通事故で生殖能力を失った場合の補償は、最低でも1,000万円である。ハンセン病など他の人権侵害の補償額とも大きく乖離している。もしも、そこに「障害者だから」という考えがあるとすれば、それは許されない。

解決に向けては、まだまだ道半ばの優生保護法被害問題である。最後に、当面の課題を三点で述べる。一点目は、一時金支給法の改正を図ること

である。前掲した問題点に加え、法律の施行後から半年余も経ちながら請求件数が異常に低いことなどからみても、決定的な欠陥を持っていると言わざるを得ない。政治のイニシアティブが問われよう。二つ目は、関連裁判を注目することである。注目だけではなく、支援が大事になる。裁判の行方は、そのままこの国の障害者政策の基準値、人権政策の基準値に連動することになろう。まともな判決となれば、これらの基準値は上がることになる。こうした点からも裁判の行方を注目すべきである。

三つ目は、被害問題の総括への精神医療分野の積極的な関与である。今であれば「生きた証人」は一定数は存在するはずである。同じ過ちを繰り返さないためにも、精神医療の信用を高めていくためにも、きわめて重要である。本紙を通して、精神医療関係者の情報提供を呼びかけたい。

〈新刊紹介〉

『日本の精神科入院の歴史構造 社会防衛・治療・社会福祉』
(後藤基行著, 東京大学出版会, 2019)

鈴木二郎 (日本精神保健福祉政策学会理事長)

国際的に我が国の精神科医療が語られるとき、まず精神科病床の多さと、在院日数の長さが増えられる。本書にもあげられているOECDのデータ(本書図1)では、そのようである。さらに1964(昭和39)年ライシャワー・アメリカ大使事件が起こり、社会防衛的視点と、それに反対する立場が、当時盛り上がりつつあった、反体制的學生、社会運動とあいまって、冷静に精神医療のあるべき姿の議論がなされなくて経過したと言える。また1967(昭和43)年来日したDH.Clarkの勧告では、社会精神医学の観点、とくにリハビリ制度の欠如が言われている。こうした我が国の制度、状況が論じられるとき、精神障害に関する理解不足、さらに偏見が基底にあることは否定できない。また1918(大正7)年の呉秀三、樫田五郎の「私宅監置」調査に言われる「我が国に生まれたるの不幸」

と、強く叫ばれている我が国の状況がある。しかし、この状況がどのような事情、原因によって生じたのか、十分に吟味、研究されてこなかったというのが、筆者の感想である。むしろこのような冷静な科学的客観的研究と政策実践を、行なわなかった事情が、我が国の精神医療の発展の阻害要因であったと言えるのではないだろうか。

筆者の表現を引用して、「本書は20世紀初頭から後半期にかけて、日本の精神科病床数が、いかにして現在のような30万規模の精神科病床・精神科入院を形成するに至ったのかという論点に関し、新しい史的パースペクティブを提示することを目的とする。(中略)歴史をベースにしつつも、本研究のアクチュアリティ・同時代性は、現代日本の精神科医療が抱える病床削減・地域移行というミッションの困難さの根本がどこに胚胎してきたのかとい

うことについて、長期的な視点と考察の立脚点を提供し得る点にあると考える。」ということである。本書のタイトルや、此の引用文内の少しばかり独特な用語は、もう少しわかりやすい方がよいが、目指すところは理解できる。

本書は、序章、終章を含め8章から成っている。まず序章で20世紀前半に萌芽がみられる大規模精神病床入院の成立(図2)をのべる。ついで、岡上和雄らや他の先駆者たちの先行研究を踏まえ、精神病床入院の機能を「社会防衛型」、「治療型」、「社会福祉型」の3タイプ(図3)に分類しており、以後の検討記述は、此の分類に従って展開されている。

ここで上記3種類の機能的分類の根底に医療費支払区分があり、それが有用なインデックスになることを見出している。この医療経済的視点がこれまでの精神医療論に欠如しており、医療の社会化といいながら、患者家族の家庭経済的側面、生活保護、貧困の問題を十分に考慮してこなかったことを明らかにしている。この方向の先行研究ももちろんあり、富田や、岩尾らがそれである。もちろん日本の精神医療に精神科病院の営利的な側面があることは、否定されない。さらに多数の民間精神病床が公的に誘導されてきたことも記述されている。

本書記述の一つの長所である先行研究ないし文献記述は、正確に引用され、客観的批判も加えて詳細に述べられていることを高く評価したい。その一方で図3にみられるように概念的な図示が理解を容易にしてくれる。後にもふれるが、本研究は、発表されている公的資料はもとより、詳細な私的個別資料を十分吟味し、必要なデータを抽出している。とくに一次資料に関しても、特に川崎市公文書館文書や、国立精神衛生研究所資料、国立武蔵療養所診療録などに関しても注意深く検討し、個人情報漏えいにも十分注意していることもふれておきたい。しかし本書の記述にとって重要な根拠となる統計資料が、とくに厚労省関係が多く欠落、むしろ統計資料として不十分であることを、評者としても関係機関に考慮を促したい。

第1章 私宅監置と公的監置 一戦前の社会的防衛型

本章では、精神病患者監護法(1900~50)が我が国最初の関連法であり、私宅監置が公的監置として認められ、この状況を調査した呉、檜田の調査に始まる批判を主とするこの法が国家による監禁であるとの批判を当然記載している。この方向の「私宅監置が国家機関による、家族の主体性を利用した管理システムで、日本の精神科医療の原型」で医療の社会化論の批判対象と言う論が一般的であったことも紹介している。しかしこれに対し、本法が、公費監置であることを述べている青木による論(1937年)も紹介している。そしてこの公費監置が、精神障害者に対する病院等への収容を全国レベルで規定し、運用規定で市区町村長による患者監置を、民間病院に公費を払って委託可能とする「委託監置」運用を一般化させたことを述べている。これにより民間病院の公立病院に比しての量的優勢がもたらされたことを指摘している。さらに1940年大分県の精神病患者処遇の実例研究(橋本)も紹介したうえで、川崎市における公的監置の運用実態を、同法第6条、同8条、運用に関する勅令に照らして、事例を検討している。この検討は、綿密詳細なもので公的監置実行プロセスを明らかにしている。ここに挙げられている2事例は、患者の症状から、社会防衛的な監置であるが、他の2事例は、症状よりも家族の生計困窮を主として監置していることを明らかにしている。ここに監護義務者の収入が、当時の勤労者の平均月収の3分の2程度以下であれば、看護義務履行不能と判断されていたことも明らかにしている。

このような実際運用例の検討に加え、筆者は、内務省(厚生局)の公的監置の資料から全国の実態(1905—1927年、表1、2を作成し検討している(ここでも1911年の資料が欠落している)。この間病院監置数が、私宅監置を上回り、公費監置もほぼ一貫して増加している。この戦前期に精神病患者監護法に加え、1919年に精神病院法が制定され、貧困患者に関する入院拡大「救済」が意図されたことも明らかにしている。また大阪府の実例からも精神病患者監護法から精神病院法への切り替えが頻

発した。これにより、この法第7条に規定された代用精神病院への移管に関しても、著者は、衛生局年報から数字を明らかにしている（表3）。

戦後1950年上記2法を発展的に解消して精神衛生法が制定され、「措置入院」が定められたが、著者は、監護法第6条が、強制収容、公費負担、地方長官認可という3要素を持つことから、「措置入院」の前史とみなしている。そして公的機関が救貧的機能を補助的に持ちつつ、社会防衛的機能として監置業務を主導してきたと結論している。

第2章 短期入院の私費患者—戦前の治療型

この章では、戦前の精神病床において治療を目的として短期間私費で入院した患者があることは調査されているが（Suzuki, 2003）、全国的には、私費に含まれる社会保険給付による治療型入院の実態は不明であることも記している。この点で戦後の国民皆保険の現在との変化、関連は、今後の課題とされている。しかし本書で、戦前の公立病院及び全私立病院の自費公費別統計推移が作成され（第3章、表4）、1920年代後半から1930年代にかけて私立精神病院、病床が急増し、さらに1940年には、自費患者は、2万余人に増加し、「私費・社会保険型」の増加が認められ、公費患者は、5千9百人強の微増にとどまっていることが明らかにされた。さらに在院機関や、退院、死亡などの状況は、某精神病院や、松澤病院の統計によれば、公費患者の入院期間は、私費患者の10から20倍であったとされる。これには、自費患者と公費患者に対する治療方法の差異が存在していたという。ここで結核・癩療養所との比較も検討され、精神病床・結核病院入院患者中に自費患者が多く、癩療養所入院患者中には少ないことをあきらかにしている。

第3章 貧困患者の公費収容—戦前の社会福祉型

ここでは、実際には存在しながら、検討されることが少なかった「施療患者」を取り上げている。この「患者」群は、19世紀末から20世紀前半に入院患者カテゴリーに記載されており、貧民救済制度としての恤救規則や行旅病人及死亡人取扱法の

適用をうけていて、認定条件は厳しかったが、患者の自己負担はなかったと思われる。勿論この患者群についての先行研究は、北原を初めとして4、5件あり、著者はそれらを参照している。この患者群の入院は、基本的には収容と呼ぶのが、適当であるが、患者及びその世帯の経済状態が基準になっていた。ここでも川崎市文書あるいは実際例文書が引用され、著者の綿密な調査で具体的な状況が知られる。例えば1932～40年の35人、平均年齢36.6歳、世帯平均人員数4.5人、月平均収入13.7円、支出平均28.2円、妻子などへの生活扶助4円、子どもへの生活扶助4円とある。当時の勤労者世帯（全都市平均）平均人員数4.12人、収入98.09円、支出83.93円である。また救護申請者は、親族が大部分で、社会（方面）委員がこれに次ぐ。これらにくわえた状況をみると、救護法による被救護世帯の月収は、「監護法」による監護義務者の平均月収63.2円の21%にすぎない。このように被救護世帯が一般世帯、さらに「監護法」の場合の監護義務者の経済状態と比較しても極めて低いことが知られる。

さらに、本章で、収容救護施設の実施状況が、検討され（表9、10）、救護法施行後3年後（1935年）には、医療での収容救護全体の25%、精神病患者公費収容の1割を超えるインパクトを保持することが明らかになり、救貧的回路の形態が生成された（著者）。当時の精神病患者数は、14～15万人と見積もられ、しだいに増大していた。また同文書などから、救護法が利用されて、患者世帯の生活が継続可能になっていた事例もあり、さらに当時の厚生省担当者（1950年）や後の担当者の文書によれば、救護法は、生活保護法の前身に位置付けられている。著者は、この法が経済的に豊かではない階層の人びとの患者や家族に精神病床入院への制度的機能であり、それへの潜在的需要が形成され増大していったという。

第4章 戦前における公費での病床供給システム

この章では、1926～1935年の期間における病院法、監護法による公的支出額を検討し、どちらもおおむね1人当たり1日1円であり、公的病院数

が少なく、増加する私立精神病院への委託も公費支出でなされており、次第にいずれも増大したことを明らかにしている（表11、12、13）。この私立精神病院は、1930年頃から急増した。一方公立精神病院設置、建設は、府立松澤病院ほか5病院にみると、巨額であり、公費患者の収容が巨額の赤字であったことが示されている（表14）。さらに、公立病院未設置県では、私宅監置が多く、私立病院への公費入院委託も増大していたとある。

第5章 戦後における精神病床入院の3類型の展開

ここで著者は、1930年代の社会福祉型、社会防衛型、治療型の3類型が制度的に成立してきたことをのべ、それぞれ「公的扶助」、「特別法」、「私費・社会保険」という異なる経路が形成されたことを改めてまとめている。

そこで戦後1950年の精神衛生法制定後について検討している。しかし重要なのが、入院費支払財源の構造は、それ以前と変わらないことを提示している（表16、図7）。この法には29条措置入院、保護義務者の同意入院、短期の仮入院、多くはないが自由入院がある。ここで著者は、医療費財源と在院機関の関係から、入院時の治療内容の検討を行っている（表20、東京都衛生年報、国立武蔵療養所診療録）。この前に、医療費財源（表17）と入院数の図4を検討し、その年次推移（図6、16、21）で明瞭に提示している。この3図は、費用別入院数の年次変化を非常によく示しており、費用と数字だけでなく、日本精神医療の法的、財政的、状況を非常によく提示している。著者が主張する3類型の変遷もよくわかり、1900年の精神病患者監護法による公費監置と1919年の精神病院法による公費入院—社会防衛型、同時期の私費—自由入院、1932年救護法—社会福祉型の変化も良くわかる。

第6章 生活保護法による医療扶助入院—戦後の社会福祉型

戦後の精神衛生法改正が社会防衛を第一義的目的であったとされるが、厚生省衛生年報の資料（不十分ではあるが、）による検討で、生活保護法によ

る入院は、他の医療費財源による入院よりはるかに多い（表26、図15）。しかし同じ入院でも、措置入院より、医療扶助入院の方が、経済的コストが低いことが示されている。ここで1961年精神衛生法改正理由のなかに、措置入院の目的の中に、社会不安の除去に、患者世帯の貧困階層への転落防止と医療費負担の軽減の2目標が組み込まれた。第5章の説明に既に述べたが、この改正以後の3類型の病床数推移がふれられているが、在院数の増加は、措置入院の増加によるのではなく、生活保護と社会保険からの移管にもよっている。とくに1970年代以後には、社会防衛だけでなく福祉型の機能も含まれていたと思われる（図17）。ここでとくに長野県資料、特に神奈川県「保護申請綴」でこの状況を明らかにした。この神奈川県の資料を利用することについても十分な検討を行っている。この結果、同意—医療扶助入院に、家族に対する暴力防止などの社会福祉的側面があることを明らかにした。

終章と評者の総括的感想

著者も、日本の精神保健医療福祉における政策課題を過剰な病床数の削減と在院期間の短縮であることを認め、今後の方向を地域精神医療に進む点も同意している。この日本の国際的標準から逸脱した理由や20世紀初頭から1980年代までの歴史を検討し、こうした状況に関しての先行研究や考察に著者は疑問を持ち、調査、考察している。そのため多様な一次資料と精緻な統計分析を行っている。

この著者の基本的かつ斬新な出発点は、精神病床入院の経済的、あるいは財政的状況に注目したことにある。著者は、精神病床入院が歴史的に包含してきた社会防衛、治療、社会福祉という機能を、医療費区分の「特別法」、「私費・社会保険」、「公的扶助」という医療費支払い区分に操作的に対応させた。この対応が歴史的にも、内容面でも完全な区分や対応ではないことは歴史や社会経済の上からも当然のことである。

この基本的枠組みを、豊富な、読解困難な一次資料も含め、それらから抽出して構成した詳細な

資料を解りやすく、追跡可能な形の図表、そこからの分析を行なっていることに敬意を表したい。

評者は、この著者の3類型を用いた歴史的分析が、図3に示されているようにそれぞれ重複を認めて考察されていることに筆者の豊かな発想力をみる。これまでの日本精神医療論が呉先生の慨嘆の範囲にとどまり、さらに反体制的公憤をもちつつ、現実に困窮している多くの病者とその家族の生活をともすれば置き去りにしてきたことを思う。この素晴らしい研究論文の発表を喜び、著者の更なる発展と、多くの後継者が現れることを祈る。

評者は、かつて松澤病院で、受け持ち老病者が世を去った時、身元不明、家族無し、と言われていたその患者の死去の知らせが出身役場に届いたその日、見る間に2、3十人の親族(!)が枕元

に集まり、僅かばかりの生活保護費の預金の争奪をしたことを想起する。

日本は貧しいのであり、家族と病者の関係も、もっと考慮されなければならない。現在、日本の社会は変化しつつあり、特に家族とそのなかの個人、また「地域」も大都会圏と地方圏も大きく変化しつつあることも考慮しなければならない。現在私たちの学会は、外国の状況を参考にしつつ、今後の精神医療の方向を模索しつつある。

(本論文に素晴らしい多くの図表があるが、表の説明は上側で、図の番号、説明は下側につけるのが一般である。もっともこれは、出版社側の問題かも知れない)

A5版・頁206・図21・表33 ¥5200+税、〒153-0041 東京大学出版会刊

『現実のユートピア フランコ・バザーリア著作集』

(フランカ・オンガロ・バザーリア編, 梶原徹訳, みすず書房, 2019)

松澤和正 (帝京大学医療技術学部看護学科)

本書は、イタリアにおいて、精神科病院を基本的に廃絶するという大きな改革を主導した、フランコ・バザーリアの著作集である。そして、この著作集は、バザーリア没後ほどなく編纂された『フランコ・バザーリア全集I・II』から、フランコ・バザーリアの妻であり改革の協力者だったフランカ・オンガロ・バザーリアが精選・補足しつつ編纂した著作集である。序文は、フランカ・フランコ・バザーリア財団理事長のマリア・グラツィア・ジャンニケッダ氏によるもので、フランコ・バザーリアの生涯の主要な出来事を魅力的且つ手際よく紹介したものとなっている。そして、バザーリアの著作そのものは、第1章から第17章まで、1963年から1979年にわたる執筆時期に沿って、ほぼ経年的に、配置され記述されたものである。これらの章の著作は、学会等における発表や講演がもとになっているものや、編著書中の論文や序文などであり、妻のフランカ・オンガロ・バザーリアとの共著という形を取るものが多いのも特徴である。

本書は、実質350頁に近い大著であるので読み通すだけでも相当な努力を要するけれど、さらにバ

ザーリアの言葉はある種の迷路のようでもある。読み続けていると、幾何学的なパズルのなかに迷い込んでしまったかのような感覚を覚えることがあった。それくらい言葉そのものが複雑に入り組み論理が積み重なって、それでも自ら溢れ出る思考の渦を捉えきれないとでもいうかのように、言葉が言葉を触発し生起させ続けている、というふうなのだ。そうして、そんな言葉の海に溺れかけっていると、急に熱を帯びた赤いマグマのように激しい熱を帯びた声が耳の奥に飛び込んでくる、という経験を度々した。それは、いつも理解可能で容易な言葉遣いとは異なる独特な言語や論理で脳裏を埋め尽くされるという経験であって、そこからあのバザーリアの苛烈なまでの現実変革への実践が生まれたのかと思うと、なんだか眩暈のようなものを感じないではいられなかった。というより、現実というあまりに錯綜し強固な存在に向き合い闘おうとするには、これほどまでに複雑で「劇的」な言語表現を積み重ね続けなくてはいけないのか、という非常に驚きと戸惑いのようなものを感じた。

本来なら、各章ごとの丁寧な紹介や説明を書評の前提とすべきかもしれないが、今回私にはそれはあまりに手に余ることなので、まずは（本書から）私にとって見出しえたバザーリア「語録」を、各章を追いながらともかくも断片的に抜き出していき、そこから「私自身の」バザーリア像なるものの一断片に、少しでもたどり着けることを目指してみたいと思う。

「今日、疎外された構造を徐々に壊した後に、精神病院が感謝する奴隷にとっての楽しい隠棲所にならないために、唯一の梯子の支点となるのは個人の怒りである。私たち精神科医が患者たちとの本当の関係を追求すること、過去の施設化の原因である権威とパターンリズムの関係を断ち切ることが実際に可能になる相互的緊張関係を築くことができるのは、この怒りによってなのだ」（第2章；p27）

「人間は人間を世界にするわけではないし、人間を世界に適合させるわけではない。しかし他者との諸関係が客体化ではない世界に身を置いている。主体化できない自分の暗黒部分は、人間の客体としての他者たちの支配をもたらす」（第4章；p49）

「了解不能による排除と危険による排除によって、精神を病む人は人間としての限界の外に置かれつづける。これはまさに私たちの非人間化と理解不足の表現である。」（第4章；p52）

「精神を病む人の治療とは失われた自由と圧倒された個性の再獲得を目指すべきである。これは正確な意味での保護、防衛、隔離、分離など私たちの制度に暗に含まれてきた概念への対立物である」（第4章；p56）

「病人はすでに自由を喪失しており、この喪失は病そのものと解釈され、施設の身体である新しい身体に即応しなければならず、より生き生きした自分らしいすべての欲求、行動、自発的憧れを否定されていた。彼らは施設のために施設の中で生きる身体となり、施設の物理構造の補完物となった」（第4章；p103）

バザーリアは、ここで、人間がいかにして人間

として存在しうるのか、そこに精神医療はどう関わるべきなのかについて問うている。そして、世界と人間との関係のなかに、すでに支配と被支配の契機は存在しており、精神医療における病者と施設との関係においては、より明らかな形で非人間的な関係が存在しているのだと主張している。そのなかで、精神医学はどうあるべきなのか、病者に「了解不能」というレッテルを貼ることで、あたかも病者を物象化して理解不能のものとすることに強い異議を表明している。バザーリアにとって、世界と人間、そして施設（精神病院）と人間との関係とは、完全に対立的であり、あるいは支配—被支配の鋭利な二項対立的関係として位置づけられるかにも見える。しかし、人間とその外部という視点に立てば、どこに外部が存在するのか、外部とは何かという議論にもつながっていく。それ（外部）とは、すでに人間に内在するものとしての外部なのではないかと問いつつ、バザーリアの哲学的な人間論は、本書の中で延々と積み重ねられていくように思える。そして、冒頭引用にあったように、バザーリアのたゆまぬ精神医療改革への実践と思考の源泉とは、そこにある現実への深い「怒り」に発するものであったに違いない。

「いわゆる健康な家族のメンバーのすべてのフレステーションによって積み重なった怒りをより弱者に向けさせるものは、排除と暴力でなければ何なのだろうか？ 社会の役に立たないその構成員を社会が遠ざけ、排除させる力が暴力でないとしたら何なのだろうか？ 社会の繁栄と社会一般の保護のもとにあり、孤立していることを壊すために厳密に作られた規則を持った諸施設が基盤を置くものが、排除と暴力でなければ何であろうか？」（第7章；p117）

「排除されてきたことの明らかな表現である精神を病む人の生活史を分析してみると、精神科病院に収容されるずっと前から、彼らの暮らす空間を制限し、ついには自分も否定してしまうようになる組織的暴力の対象になっていたことがわかるだろう」（第9章；p141）

「精神科病院に収容された人々の状況を分析し

てみると、彼ら収容者がずっと以前から無権利状態の人間であり、慣習的な権力に従属していて、そして彼らを分離し排除した社会の代理人（すなわち医師）の慈悲の患者として現れているとすることができるだろう」（第10章；p145）

「社会経済的に無意味な存在であることから、こうした病人たちは、初めから暴力性（私たち社会システムが持つ暴力性）の対象であり、この暴力性は彼らを生産過程の外に押しやり、共同生活の辺縁に追いやり、ついには病院の壁の中に追いやることになるかと考えることは正しくないのだろうか？」（第10章；p146）

「私たちの任務を常に一層明確にさせる諸矛盾を抑制して絶えず新たに生まれる科学イデオロギーの甘言に、私たちは抵抗を試みる。そして、「無権利、不平等、人間の絶えざる殺害が立法原理となっているとき、ぜひともなんらかの価値を存在させたいと望む、ばかげた賭け」に挑戦することを私たちは意識している」（第12章；p168）

「私たちの精神病院に収容されて衰弱した精神を病む人たちは、健康な人を狂気から守るために委託された施設の暴力の対象であるだけでなく、精神疾患を拒絶する社会の暴力の対象でもある。同時に、彼らは貧困で廃嫡されていて、暴力に対抗する契約能力を失うことによって、彼らに対する支配者の委託を受けた制度に左右される状況に陥っている」（第13章；p172）

「精神疾患が存在しないと思う人は誰もいない。だが、その真の抽象化は症状として現れる疾患の中にあるのではなく、実際の事実に触れることのない科学概念の中にある」（第15章；p196）

これらの引用に特徴的というべきキーワードは「社会」ではないだろうか。精神を病む人とは、精神医学的な疾患を患う人ではなく、それ以前に、すでに家や社会などのなかに生きることそのものによって、幾重にも深く傷ついた人々という認識である。そうした言葉としては、たとえば、家族や社会そして施設による「排除や暴力」という激しい表現が用いられている。そうした意識は、「精神を病む人の生活史の分析」という言葉にも現れて

いるし、そもそも本書では、精神病患者ではなく「精神を病む人」という言葉が用いられており、そこには病者は何よりも「生きている人」であるという主張があるように思われる。そうして、「生きている人」が、「精神科病院に収容されるずっと前から、彼らの暮らす空間を制限し、ついには自分も否定してしまうようになる組織的暴力の対象になっていた」のであり、すでに社会システムの持つ暴力性によって「社会経済的に無意味な存在」だったのであり、そして貧困であった、ということが繰り返し述べられている。こうした記述のなかに、バザーリアが、精神を病む人をいかなる人間として受け止めていたかが明らかであるように思える。人間とは、すでに自らの生を生きるということそのものが困難であり、排除や暴力さえ伴う社会に身を晒さざるを得ない存在である、という弱者の視点が著しい。そういう生の弱さと荒々しいあり方を見れば、精神疾患というものも、どこまでも了解可能なものであり、否、だからこそそう信じるに足る「なんらかの価値を存在させたいと望」まないわけにはいかなかったのではないだろうか。

「現実とユートピアは両方とも、支配階級の利益だけを実現する偽のユートピアとしての、イデオロギーである見かけ上の外観を呈している。私たちが暮らす現実も、具体的事実とは一致しないという意味ではそれ自体イデオロギーであるが、この現実とは、定義、分類、規範と処置の産物であり、自らのイメージによって、すなわち自分の必要に応じて実行するために支配階級が生み出す産物である。……そして、すべてのユートピア仮説は、現実を変えないために矛盾を明らかにしない現実の矛盾した要素であるので、それは支配装置として使われて実現される形態変化のイデオロギーになるだろう」（第16章；p219）

「私たちの社会構造では、生活の諸関係、諸規則すべては経済論理によって決定されて、（すなわち、欠乏に対する現実的対応になる諸仮説を検証する実践の真理としての）現実も、変革のために現実を越える仮定的要素としてのユートピアも存在し

ない。ユートピアは人間がイデオロギーの束縛から自由になった時にだけ存在できる。それは、矛盾を常に明らかにする現実の中であって、自分の必要なものを表現すること、そして矛盾を克服し変革することに合意するメンバーたちと共同することを通じてである。そして実践の真理としての現実について、そしてこの現実変革の予測可能な要素としてのユートピアについて語り合うしかないだろう。しかし、この場合には、もはやユートピアではなくなり、それは必要に応じることの継続的な追及になり、すべての人間に可能な暮らしを作ることにより適した対応の追求になるだろう」(第16章；p219-220)

「しかし、私たち自身の欠乏を表現することを妨げ、「疾病」の介在を通じて異常で入り組んだ人生を強いている、社会的窮乏は存在している。なぜならば、私たちは直接的方法で表現することが妨げられているからである」(第18章；p298)

「精神的混乱を抱える人の主体性が浮き上がることができるのは、疾患と解釈の媒介なしに直接出会うことでしかできない。実証的精神医学の具体的帰結は精神病院であった。その実証的精神医学のカテゴリーからやっと離れて、これ以上の客体化の中に異常体験を閉じ込めずに、個人史と社会経歴に密に結びついた状態を保つ関係の中にだけ、その主体性は明らかになるだろう」(第18章；p298)

第16章には、この著作のタイトルともなった「現実のユートピア」についての記述がある。それによれば、「現実とユートピアは両方とも、支配階級の利益だけを実現する偽のユートピアとしての、イデオロギーである見かけ上の外観を呈している」とまず言及される。

これ自体かなり否定的な表現だが、さらに、「私たちの社会構造では、生活の諸関係、諸規則すべては経済論理によって決定されて、(すなわち、欠乏に対する現実的対応になる諸仮説を検証する実践の真理としての) 現実も、変革のために現実を越える仮定的要素としてのユートピアも存在しない」つまり、現実もユートピアも存在しない、と

いう衝撃的なニヒリズム的な記述に至ってしまう。「現実もユートピアも存在しない」とはどういう意味なのか？この文章からだけだと、経済論理による決定論によって、ということになるが、続く文章では、「ユートピアは人間がイデオロギーの束縛から自由になった時にだけ存在できる」と即座に、ユートピアの存在可能性が語られる。そしてさらに、それは、現実のなかで矛盾を明らかにし、表現し、変革し、共同することを通して実現可能なのであり、そういう実践のなかで、現実について、またその変革可能性としてのユートピアについて、語り合うしかないと説明されるが。さらに、その時点でユートピアはユートピアではなくなる、という入り組んだ議論がなされている。

私は、当初から、本書のタイトル『現実のユートピア』がいったい何を意味するのか不思議であったが、この段落を読んで、「現実もユートピアも存在しない」というさらに不可思議な表現に出会って強い衝撃を受けた。しかし、その後を読むと、それら(現実とユートピア)は、イデオロギーから自由になり、矛盾と向き合いそれを克服していこうと苦闘する日常的な実践のなかに初めて現れ、そしてまた失われる、という意味のことが書かれているのである。思うに、「現実のユートピア」とは、それぞれのもつ強烈なイメージ(イデオロギー)によって思い込まされ身動きが取れなくなっている私たち自身のあり方そのものであって、それゆえに、それらをいったん否定し断念したうえで、新たな現実とユートピアなるものを実践のなかで苦闘しつつ生み出してゆくべきもの、としたかったのではないだろうか。それはまさに、バザーリアのきわめて困難で先鋭な歩みそのものを現わしているように思えてならない。

なお、本書は、精神科医：梶原徹氏による信念と執念の翻訳によるものである。先生は、この翻訳のためだけに初めてイタリア語を学び、十年余にわたる試行錯誤・悪戦苦闘(だったに違いないと思う)の末に、この大著の翻訳をついに完遂された。私自身もまだ若い頃、バザーリアをめぐる翻訳・勉強会で先生とご一緒させていただいたことがある。一日の多忙な診療を終えた先生は、私

たちと人気のない外来待合室で、バザリアの熱く難解な言葉に取り組み語り合いながら過ごされた。そのことがつい昨日のこのように思い出される。その頃からの先生の熱い意志と決意が、こ

こにこのような形で大きく結実されたことをここから喜びたいし、何よりもその困難に立ち向かって不屈だった先生の勇氣に、ここからの敬意を表したい。

〈新入会員の紹介〉

井原 裕（獨協大学埼玉医療センターこころの診療科）

日本精神保健福祉政策学会第29回学術大会プログラム

●テ ー マ：シリーズ「精神障害者と家族」-イギリス、ドイツ、フィンランドの家族制度を中心にして-

●開催日時：2020年3月18日（水）13：30～17：00

●会 場：衆議院第二議員会館 多目的会議室（1階、定員141名）

●開催趣旨

本学会では、2017年より連続して精神障害者の地域内ケアにおける「家族の負担」の問題について、精神障害当事者、家族、医療、福祉専門家、支援者、メディア関係者と論議を深めてきている。この論議のなかで、わが国における精神障害者とその家族を取り巻く現状は極めて厳しい状況に置かれたままであり、打開策の検討には他国の制度、経験、課題を学ぶ必要がある、との認識が醸成された。

そこで、前回の学術大会では、シリーズ「精神障害者と家族の負担 -フランスの家族制度を中心にして-」としてパネルディスカッションを行った。10年前に行政処分の「強制入院」から刑事処分の「保安処分」に切り替えたフランスの実態を中心に、死刑廃止後の刑事制裁制度、強制入院施設での施設内治療・処遇方法そして施設退院後の一連の治療プロセスにおける「家族の負担」は、どういう状況にあるかを中心に検討した。

今回はイギリス・ドイツ・北欧の強制入院制度における「家族の負担」の実態とその課題について、有識者より報告いただき、フロアからの実態とともに全体で論議を行う。

今後は、シリーズ「精神障害者と家族」の論議のまとめと、わが国の精神医療保健福祉と「家族の負担問題」の扶養義務制度をはじめとする課題と解決の方向性について検討し、提言にまとめる方向である。

●プログラム

開場（13：00）

開会挨拶（13：30～13：40）：鈴木 二郎（本学会理事長）

パネルディスカッション

テ ー マ：イギリス・ドイツ・北欧における「精神障害者と家族」

趣旨説明（13：35～13：45）：コーディネーター 加藤久雄（本学会理事・弁護士・元慶應義塾大学教授・法学博士）

パネリスト発表（13：45～15：33、各18分）

1. イギリスの強制入院制度と家族の負担

川本哲朗教授（同志社大学法学部・刑法・刑事政策・法学博士）

2. イギリスの家族法における家族の扶養義務

調整中

3. ドイツにおける『行状監督』制度と家族の負担
加藤久雄本学会理事
4. 北欧（フィンランド）の精神医療改革
伊勢田堯医師（本学会理事・精神科医師）
5. フィンランドの被害者救済制度について
斎藤實特任教授（獨協大学法学部・刑事手続法・弁護士）
6. 総括的発言
井原裕教授（獨協医科大学埼玉医療センターこころの診療科・医学博士）

休憩（15：33～15：40）

指定発言（15：40～15：55）

- 野村忠良（本学会理事・全国精神保健福祉会連合会理事）
武井 満（本学会理事・精神科医）
精神障害当事者・家族（調整中）

フロアとのディスカッション（15：55～16：45、1人3分）

コーディネーターによるパネルディスカッションのまとめ（16：45～16：55）

閉会挨拶（16：55～17：00）：藤井 克徳（本学会副理事長・日本障害者協議会代表）

終了 17：00

※終了後、アンケート記入）

〈学会の動き〉

日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）平成31年度第1回理事会・編集委員会 議事録

[日 時] 平成31年3月13日（水）10：30～11：30 れている。

[場 所] 衆議院第二議員会館1F第一面談室（東京都千代田区永田町2丁目1-2）

[出 席] 鈴木、藤井、加藤、小峯、野村、武井、小山

1. 議事録署名人選出（鈴木）

・小峯、野村両理事

2. 理事長挨拶

・日本の家族のあり方が、児童虐待問題で問わ

【報 告】

1. 平成30年度第6回理事会・編集委員会報告（鈴木）

・承認。

2. 編集委員会報告

・精神保健政策研究とJAMHPニュースの配送の遅れについて。

【議 題】

1. 平成30年度事業、会計報告案の確認
→承認（別紙総会資料参照）。
2. 平成31年度事業計画案の確認
 - ・来年は、4月に司法についての国際会議が京都で行なわれる。東京オリンピック、パラリンピックもある。死刑廃止など、世界の基準に合った法制度にするための環境が整ってきている。
 - ・保健所について、市町村に権限移譲され、精神障害関係で権限をもつ知事が管轄する都道府県の保健所は人員が少なくなり、動きが取れていない。
- ・来年3月に提言を提出する方向で動きたい。扶養義務をはじめとする根本的問題と、当座の問題を両方検討する必要がある。ワーキンググループを設立していく方向で検討していく。
→承認（別紙総会資料参照）。
3. その他
 - ・名義後援依頼
 こころのバリアフリー研究会第6回総会及び第5回こころのバリアフリー賞
 →承認。
4. 次回開催予定：2019年4月24日（水）18：30～20：30 きょうされん事務局内会議室

日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）2019年度第2回理事会・編集委員会 議事録

[日 時] 2019年7月24日（水）18：30～20：30

[場 所] きょうされん事務局内会議室（東京都中野区中央5-41-18 東京都生協連会館4F）

投稿論文：なし

1. 議事録署名人選出（鈴木）
 - ・野村理事、松澤理事
2. 理事長挨拶
 - ・引き続きがんばっていききたい。

【報 告】

1. 平成31年度第1回理事会・編集委員会、総会報告（鈴木）
 - ・議事録参照。
2. 編集委員会報告（松澤）
 - ・JAHMPニュース55号、56号の2019年合併号とする。次年以降は検討。
 - ・JAHMPニュース55号、56号の内容について原稿締め切り：10月20日
今日の話題：旧優生保護法被害問題の動向（字数4000字程度）
藤井副理事長預かり。
新刊紹介：「バザーリア著作集（みすず書房）」
松澤先生
 - ・精神保健政策研究第28巻
巻頭言：未定

【議 題】

1. 第28回学術大会
「シリーズ「精神障害者と家族」～フランスの「強制入院制度と家族」を中心にして」の振り返り
鈴木：非常に専門的で内容の濃い企画だった。
2. 平成31年度事業の検討
 - ・今回の「シリーズ 精神障害者と家族」について
藤井：外国の事例の企画を行ない、その後日本をどうしていくかの議論の場を行わなければならない。そうしないと提言も発することはできない。日本における議論において主柱となるのは、民法の家族扶養、そしてそこから見えてくる、関係してくるさまざまな事象（移送問題、精神保健福祉法…）。医療関係者のみならず、民法学者、社会学者も絡めた議論をしていかなければ、深まらない。
 - 野村：家族以外にだれが責任を持つのかを提言に入れ込む必要がある。保健所、精神保健福祉センターの力が落ちている。
 - 武井：自治体が責任を持つという精神保健福祉法が現状でもあるのに、それが守られて

いない。精神障害者がこれほど多くなっているなかで、精神障害者支援にマンパワーをつけることだけで大きく違ってくる。

指定講習会でも精神保健福祉法の警察官通報を知っているという人は半数ほどだった。法には方針が書いてあるが、内容には間違っている事もある。精神保健福祉法をしっかりと議論する、ある種最も基本的な議論がどこにもなされていない。

現状、政策として地域移行に力を入れている。グループホームなどの親とは離れる場所ができてきている。

藤井：地域移行が進まない理由は、民間病院経営の観点と家族負担。実質今は、地域移行は家族負担。次回学術大会は中間的な議論とし、翌年に提言を含めた総括的企画にする方向になるかと思う。

武井：当事者運動は風穴を空ける力があるように思う。

藤井：この運動を医療関係者と一緒にやりたい。11月6日に議員会館でベルギーの風の事例を扱う企画がある。

鈴木：イタリアについて、地域も家族も病院がなくて困っているのが本音と聞いている。地域資源の充実をまず行なう必要があった。医療福祉の新たな形を考える必要がある。

武井：病院の数とともに刑務所数は見ておく必要がある。知っている限りバランスがいいのがイギリス。日本は圧倒的に病院が多い。とにかく病院は経営的となる。

鈴木：総合病院の精神科はどんどん病床を減ら

している。診療報酬上ペイできない。

武井：症状が改善し、病床は減らせる。ただ現状は精神障害者はどんどん増えていっている。

藤井：引きこもりの数は106万人にもなる。認知症は来年の推計で602万人。家族問題に直面する人は膨大。

鈴木：日本の精神障害者の家族負担について行なう、そこで地域にも論じるのはどうか。

藤井：地域は家族負担と同義。シリーズ「精神障害者と家族」として完結していく方がいい。

松澤：財源はどうなるのか。JAHMPニュースと同時に会費請求を出している。11月中にJAHMPニュース、政策研究を出すタイミングからして、どうなのか。

藤井：今回の「イギリス、ドイツ、スウェーデン、ノルウェー、イタリア」は2月か3月の学術大会とし、来年に継続していくというのはどうか。

野村：無理は厳しい、提言をしっかりと作っていく必要がある。

松澤：編集からすると2月、3月に行なう方がありがたい。

鈴木：11月か12月初めに行ない、3月か4月に提言を行なう方向がいいのではないか。またもう少し企画を焦点化する必要がある。

3. その他

・新入会員承認

井原裕先生について承認。

4. 次回開催予定：2019年9月11日（水）きょうされん会議室

日本精神保健福祉政策学会（JAMHP）2019年度第3回理事会・編集委員会 議事録

[日時] 2019年9月11日（水）18：30～20：30

[場所] きょうされん事務局内会議室（東京都中野区中央5-41-18 東京都生協連会館4F）

[出席] 鈴木理事長、藤井副理事長、小峯理事、武井理事、中野、井原、事務局

1. 議事録署名人選出（鈴木）

・小峯理事、武井理事。

2. 理事長挨拶

・精神障害者当事者と家族の課題は重くなっている。これからの企画を検討していきたい。

【報 告】

1. 平成31年度第2回理事会・編集委員会報告(鈴木)

・議事録承認。

2. 編集委員会報告

- ・「巻頭言」の担当は鈴木理事長とする。
- ・次回学術大会等のスケジュール案は現在進行で企画中。
- ・JAMHP NEWS55、56号合併号と、精神保健政策研究第28巻は、いずれも原稿締切り10月20日、刊行予定は11月下旬予定。

【議 題】

1. 平成31年度事業の検討

・「シリーズ 精神障害者と家族」について

●日程について

藤井：年内は厳しい。2020年1月中旬から下旬が適当か。

鈴木：理事長より加藤先生、松澤先生と調整する。想定としては2020年1月中旬から下旬の水曜日、国会議員会館。

●内容の検討

藤井：基本的に資料にある提案を尊重してほしい。家族の高齢化により精神障害者を取り巻く環境がますます厳しくなっている。この課題の根本は、民法877条規定の家族扶養義務。ヨーロッパの精神国では、社会が扶養する制度がある。日本も成人後の生活を家族が負担する現状から打開しなければならない、という目的がある。

井原：知的障害者をよく診療している。親が看取っているケースをよく見る。知的障害者の親は思いも運動も強いが、精神障害者はそういった面では弱いと感じている。

中野：認知症の方の医療法入院が増えている。精神保健福祉法上の本制度でしか対応でき

ない現実がある。

藤井：社会資源が増えれば退院促進できるという風潮があるが、結局は家族が受け入れられない事で退院は増えない、という仮説をもっている。これまで社会資源を増やしてきたが、結局は社会的入院はそこまで改善されていない。一人暮らしの障害当事者も、何か問題が起きると家族が責任を取られる。その根源は民法877条と捉えている。

鈴木：公的負担が増えない原因は民法の規定によって自治体が家族に責任を取らせると感じている。制定時はその当時の社会によって作られた事があり、その当時から現代は大きな乖離がある事をしっかりと受け止めなければならない。民法のエキスパートを集めて、この課題を論じ合いたい。

藤井：民法は明治29年制定、877条はその2年後に制定。877条制定に若干先立って私宅監置制度ができ、実態と理念（民法）を合わせた歴史的系譜がある。海外事例とクロスして国内の歴史とも向き合っていかなければならない。

民法を問題視しているのは現状では認知症関係者、その後夫婦別姓など以前から言われている課題、そしていずれは家族扶養義務の課題が表面化してくると考えている。政治的課題として見ると、扶養義務はかなりハードルが高い。

中野：民法に家族の規定はなく、実際は曖昧。事実婚など家族の種類も多様になってきている。

藤井：家族の定義というものがそもそも曖昧。この家族負担を取り上げる事は重要。

中野：家族が退院を求めても、主治医が拒否すれば退院はできない。

藤井：家族が退院を求めるという事もなかなか現象としてない。民間病院の空床率が高くなり、今後認知症の方の入院も増えていく可能性がある。さまざまな精神障害

に関する課題があるなかで、まずは家族負担問題、そして民間病院が現制度では社会的入院がないと経営が立ち行かない問題の解決も、連立方程式のような課題解決の道かと思う。

武井：群馬では退院先どこにも行けないケースは聞かない。家族が強く拒否するケースは無理はさせないが、さまざまな行き場所はある。患者が家族をみているケースもある。家族負担問題の目下の課題は、家族等からの入院強要によって暴力を振るうケースが多くなっている中で、入院や治療の入り口、アウトリーチなども活用して、しっかり整備することが、まず出来ることなのではないだろうか。その実施主体は行政機関がやる必要があり、民間へ委託する事なく、人的資源を集中していく必要がある。

根本問題を深めると同時に、現状分析

による共通認識の形成が求められる。

藤井：このシリーズでは、次の海外編のあとは日本の課題を取り上げ、目下の課題にも触れるプログラムを作っていく方向。障害者の原理的課題には、家族負担と、家族から独立した生活に必要な所得保障、この2点だと考えている。

アウトリーチと関連して、相談業務も、支援の入り口として、個別ケースの詳細な把握の役割を担っている事からみても、公的機関が行わなければならない。

2. その他

- ・きょうされん第43回全国大会 in あいち後援依頼

→団体協賛金1口にて了承。

- ・ベルギーの精神医療改革の先導者が、11/6に講演を行なう。予約制。

3. 次回開催予定：2019年11月20日（水）きょうされん事務局内役員室

入会のお申込みについて

精神保健医療福祉に関する法制度の改正、新たなニーズへの対応など、今後本学会での研究活動はますます重要となっております。奮ってご入会ください。

☆入会ご希望の方は、入会申込書を学会事務局にお送りください。

☆入会申込書用紙は、14頁のものをコピーしてご活用ください。

☆入会申込書用紙が手近にない場合は、学会事務局にお問い合わせ下さい。

☆学会の年会費は5,000円です。年会費のお振込をよろしくお願い致します。

学会事務局：きょうされん 〒164-0011 東京都中野区中央5-41-18 東京都生協連会館4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

学会定期刊行物へ投稿をよろしく

「JAMHP NEWS」

精神保健福祉政策の動向や学会の動きなどをお伝えします（年2回発行）。

精神保健・医療・福祉の政策に関する会員皆様からのニュースも掲載しております。国や地方の動向のほか、海外の情報や理論、書評、政策や学会運営上のご意見でも構いません。題名、お名前、ご所属、ご連絡先を明記の上、お寄せください。電子メールによるご投稿を歓迎いたします。（紙面の都合で、分量などを調整させていただくこともあります。）



「精神保健政策研究」

本学会の研究機関誌（年1回刊）で、最新は2019年1月に発行された第27巻です。

原著論文や総説のほか実践報告、内外の政策動向、書評などをお待ちしております。

詳しくは第27巻末の投稿規程をごらんください。

お送り先：松澤和正（編集委員長）

住所：〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

帝京大学医療技術学部看護学科

E-mail：k-matsuzawa@med.teikyo-u.ac.jp

編集後記：この度のJAMHP NEWSは、55号と56号の合併号となった。これもひとえに、編集委員会の非力による結果であり、ここからお詫び申し上げる。今後は、なんとかこのようなことがないように努力していきたい。今年の夏・秋は、巨大な台風と豪雨に見舞われて、全国的にたいへんな被害を受けた。被害地の悲惨な状況をテレビ等でみるたびに、こころふさがる思いになる。人間にとって、住む場所を失うということがどれほどの苦しみか、想像に難くない。おそらく、精神的な意味でも、危機的な状態になるに違いない。こうした窮状からの回復は、ある意味、病からの回復にも似たものだろう。そのため、まずは、衣食住が回復し、さらにはメンタルなサポートが展開されることを切に望みたい。

JAMHP NEWS

55・56合併号 発行日：2019年12月1日

発行：日本精神保健福祉政策学会

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011

東京都中野区中央5-41-18

東京都生協連会館4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

年会費：¥5,000

編集委員長：松澤和正

入 会 申 込 書

日本精神保健福祉政策学会

理事長 鈴木 二郎 殿

貴会の趣旨に賛同し、下記の推薦を受けましたので、入会を申し込みます。

入会希望者 氏名： _____

生年月日：(西暦) _____年____月____日(満____歳)

職種：医師 看護師 心理職 法律家 福祉関係

その他(_____)

_____大学 _____学部 _____学科 _____年卒

現在の勤務先(役職名)： _____(_____)

住 所：〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

E-mail： _____

自宅住所(任意)：〒 _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

E-mail： _____

郵便物送付先希望：勤務先 自宅

E-mailでの連絡も希望：する しない

推薦者：(会員) _____ 印

*上記における個人情報、本学会入会審査および学会からの連絡の目的以外には
使用しません。

*大変恐縮ですが、下記事務局まで郵送またはFAXにてご送付下さい。

日本精神保健福祉政策学会 事務局

きょうされん

〒164-0011 東京都中野区中央 5-41-18 東京都生協連会館 4F

TEL：03-5385-2223 FAX：03-5385-2299

(専従職員がおられませんのでFAXをご活用下さい。)