

「精神病院はなぜ出現し、不条理はなぜ許容されているのか」

山崎英樹さんから

(ゆき注：清山会医療福祉グループ代表で、東北大学医学部臨床教授)

1985年、精神科医として働き始めた私は、医局の少ない給料を補うために老人病院や精神病院で当直のアルバイトをしました。

遠くて不便な所ほど安い土地に大きな病院が建ち、給金も良いのです。たとえば新幹線を降りてタクシーで30分、人里離れた山あいにもまず現れるのは、知的障害の子どもたちの施設で、その先にごみ焼却場、当直先の病院はさらにその向こうにあるのでした。

くすり漬けどころか、人里離れた病院に閉じ込められ、ベッドに縛られながら最期を迎える老いの現実が、そこにはありました。後ろめたさに苛まれながら、それでも私は一晩の給金を握りしめて大学に戻ってくるのです。人を閉じ込めるのも、縛るのも、惨いことです。そもそもなぜこうした施設が社会に出現し、不条理はなぜ許容されているのか。

自分が働き続けるためにも、せめてその理由を知りたいと思いました。そうして自分なりに調べたノートがあります。今回、「ルポ 死亡退院 ～精神医療・闇の実態～」を見て衝撃を受け、40年前の戸惑いと憤りが蘇ってきました。以下の文章は、当時のノートを下敷きにしながらか書いたものです。

【私立の精神病院は、医家と商家の結合】

この国の精神病院の8割、精神病床の9割は民営です。

私立の精神病院は医家と商家の結合であって、家父長は院長であり、そこには家特有の「親分子分」の庇護奉仕関係が生じやすく、家の内と外、表と奥を使い分けた陰惨な密室性が潜んでいます。

戦前の家長が家構成員に対してあらゆる自立的な社会生活の権利を無自覚に制約、剥脱したのと同様の体質を、今日の精神病院もまた引きずっています。

この国の精神病院には西欧の公的施設が数千床規模に肥大してゆく過程で管理が強化されたのとは異質の、もっと根深い加害性があることに気づくべきです。

医家ということばが象徴するように、医は、元来「家業」であり、江戸の昔から世襲、継承される営みでした。閉鎖的な守りの集団を形成しやすいところがあります。

これに比べて看護師を排出する社会層は広く、その養成コースはいくつにも分かれていきます。

中卒に対する准看護師養成制度を拡大、多様化することで対処してきたからです。

その教育課程では医師による講義が当然のように行われ、医学的権威への安易な帰属意識と従順性を育てています。

さらに医師はその資格に付与された医療行為の独占によって経営の鍵を握っており、指示は完全な命令性を帯びることになりました。このような医師の社会的優位性（人間的優位性ではない）と医療行為にともなう収益性とは、その家長権を盤石なものとしています。

（家長次第で、家構成員の運命が決まります。三枚橋病院は石川信義氏が作り、宇都宮病院は石川文之進氏が作りました）

【寛解率や回復率は高まらず、

寿命は一般集団より 15~20 歳短いという “死亡率格差”

本来、医療を根拠付けるものは医学でなければなりません。

が、精神医学はいまだタイプ分け（類型分類）に汲々としており、確かな疾患分類には至っていません。

予防や治療のエビデンスは、疾患分類に至ってようやく語れるようになるのですが、精神医学はまだ医学の芯をもっていないということです。

ちなみに精神医学も Evidence based medicine は大流行りですが、用心が必要です。

“なぜオランザピンはリスペリドンを打ち負け、リスペリドンはクエチアピンを打ち負け、クエチアピンはオランザピンを打ち負けなのか？”（Heresら、Am J Psychiatry 2006）という論文があって、この奇妙な“三すくみ”は治験を主導した製薬企業がエビデンスを歪ませたためだと指摘しています。

抗精神病薬間の直接比較試験の90%が、研究資金を提供した製薬企業の薬剤が優位になるのだそうです。

Evidence based medicine ではなく、Evidence biased medicine と皮肉った人もいます（Melanderら、BMJ 2003）。

お金だけでなく、名誉も絡んでネガティブな所見は公表されにくいという公表バイアスもあり、流行りのメタ解析もポジティブな所見を中心にされる傾向があります。

要するに、“カネ” や “メイヨ” でエビデンスは操られやすいということです。統合失調症の寛解率や回復率は薬物療法のない時代とほとんど変わりがなく、

その一方で寿命は一般集団より 15~20 歳短いという“死亡率格差”が知られています（薬害？）。

先進国の中でも先端的な医療（地域医療、早期介入、認知行動療法、家族心理教育、クロザピン治療など）が普及している英国の地方都市（ニステール）で、四半世紀前と最近の治療成績を比較したところ、入院率こそ低くなっているものの他の臨床指標（精神症状、不随意運動、社会機能）の改善はほとんど見られなかったそうです。

要するに精神障害のある人の治療を目指す医学モデルは今のところ有効ではないということです。

（社会モデルや人権モデルで仕切り直しをした方がいいと思います）

【精神病院は、戦前の「隔離予防治療思想」を引きずっている】

医学モデルは、時代によってやり方が違います。

明治、大正期の（殖産興業の号令に応えた）人口移動と劣悪な労働環境は、感染症をより重大な問題にしました。

病床数が統計上もっとも多い昭和 16 年には精神(2 万 4 千)、結核(2 万 4 千)、癩(1 万)、伝染病院(2 万 5 千)で全病床の 42%を占めています。

これらの監督官庁は警視庁であり、医学モデルはもっぱら隔離・予防を軸に展開されました。

伝染病院には「生ける患者の捨て処」という風潮があり、病人と家族の人権を無視した警官による武断的な介入はコレラ一揆を誘発しました。

また平成 8 年まで実効力をもったらい予防法は、患者を「生前には縁者がなく、その死後にも遺族がない」という状況に追い込んでいます。

それゆえ、戦前の精神病院をふりかえって、その施設機能の一端を収容主義と呼ぶことは当たっていても、これを一概に非難することはできません。

精神病患者監護法も精神病院法も、昭和 16 年までは警察（内務省）の所管でした。

伝染病優位の疾病構造（精神病院でも病者の 4 分の 1 が進行麻痺とされました）を背景に、隔離・予防は当時の治療思想や社会状況と必ずしも齟齬するものではなかったわけです。

（コロナも当初は隔離と予防でした）

戦後、衛生環境の改善とともに抗生物質の普及や急性期医療の発達、また戦後の民主主義を背景として、医療は「隔離」から「治療」へと変化していきました。問題は、医学としての芯をもたない精神病院だけが、戦前の治療思想を引きずったまま今日に至っているということです。

(やっぱり社会モデルや人権モデルで仕切り直しをした方がいいと思います)

【私立の精神病院はなぜ増えたのか】

この国の精神病院は戦前から既に民間主導でした。

座敷牢が精神病患者監護法(明治33年)によって私宅監置となり、その惨状が明るみに出て精神病院法(大正8年)が成立します。

この法律によって府県立精神病院開設のための国庫補助が明記されましたが、公立病院の設置はさっぱり進みませんでした。

この間の事情について、当時の内務省社会部長はこう弁明しています(昭和9年)。

「社会の同情や識者の理解のもとに、もっと病院の設備を完全なものにしなければならない。現在の設備は甚だ貧弱である。之は何人も認める。…よく方面委員から精神病院の設備をよくし、気の毒な精神病患者の為に救ひの手を延ばしてと云はれますが、現在は軍備に、東北の凶作に、九州の旱魃に、財政上事実已むを得ないのであります…」

この法律によって認可された公立病院は8院だけで、私立の代用病院は昭和12年までに52院でしたから、戦前から既に民間主導であったと言えます。

昭和25年に日本精神病院協会の金子試案を基に精神衛生法が制定され、厚生省の所管となりました。

監護法の私宅監置と監護義務は同意入院と保護義務に、病院法の強制入院と代用病院は措置入院と指定病院に引き継がれます。

精神衛生法の施行当時の精神病床は1.8万床で、平成3年から9年までは36万床を超え、20倍に急増しました(その後、少し減ってH28年には33万床)。一般病床は18.4万床から130万床で7倍ですから、精神病床の増加が飛び抜けています。

(ちなみに保護義務は西欧の精神保健の法律にはみあたらない規定で、家文化を反映しています)

(保護義務は平成26年に高齢化などを理由に廃止されましたが、家族の同意で強制入院(医療保護入院)という流れは長く続きました)

(令和4年の精神保健福祉法の改正で家族が意思表示しなくても市町村長の同意を取り付ければ指定医の判断で(簡単に)入院させられるようになりました)

精神病床が急角度で増加した背景には当然ながら行政的な政策誘導、つまり国民皆保健・皆年金(S36)を軸とした医療保障制度の転換があります。

精神病院に関するものでは法人立精神病院の新設や増床に対する国庫補助

(S29~35)、医師は 3 分の 1、看護師は 3 分の 2 で可とする医療法の特例 (S33)、医療金融公庫法による精神病院への低利長期融資 (S35)、いわゆる経済措置 (S36) およびその強化 (S38~51) などです。

高度経済成長の到来に呼応して昭和 30 年頃から漸増傾向にあった精神病院は、これらによってさらに経営上の安定を得て、いわゆる「精神病院ブーム」と呼ばれる急激な増床気運を生じました。

とくに 1960 年代は医療金融公庫の病院施設融資の 34% が精神科病床に流入し、法人・個人立を中心に毎年 1.5 万床以上が新設されていきます。

しかも在院者の 3 分の 1 が措置患者（法的には自傷他害の恐れによる公費強制入院）となり、これに生保医療扶助を加えれば 7 割強が公費患者で占められました。

【精神病院が増えた社会的、政治的な理由】

戦後、日本は石炭、鉄鋼を復興の起爆剤とする傾斜生産方式を採用しました。

第一回経済白書「国も企業も家計も赤字」(S22)から朝鮮動乱(S25)による特需を経て「もはや戦後ではない」(S31)まで、経済成長率は約 8.5% を維持し、その後重化学工業を基軸として平均 11% を上まわる高度成長期を迎えます。

昭和 35 年に登場した池田内閣は所得倍增計画と百万都市構想によって「投資が投資を呼ぶ」(S36)という本格的な高度成長を推進しました。

戦後の傾斜生産方式は、いわば上からの産業育成という点で殖産興業の再現であり、人々はさらに「家と村」の隣保相扶に頼らざるを得ませんでした。

（「家と村」の表記には、単に家族とか村落という言葉では表すことのできない多様な（長男の嫁とか村八分とか）文化的意味を含ませています）

けれども、この伝統的な共同体秩序も、寄生地主制の撤廃(S21)や民法改正(S23)を大きな契機として急激な変貌を遂げます。

農業から工業、そして商業へ、という産業構造の高次化とともに都市という新しい市場が農村を飲み込んでいきました。

村の働き手が急速に都市になだれこんでいきます。

（その兆しは明治の富国強兵、殖産興業の大号令とともに潜行して始まっていましたが…）

太平洋沿岸ベルト地帯を形成する百万都市構想（全国総合開発計画）は、その現れです。

こうして日本は未曾有の地すべりの人口移動（就労不能者（≒老人や障害者）を置き去りにしたままの）を経験しました。

イギリスで 16 世紀から数百年にわたって進行した移動規模が、日本では昭和 30 年から約 20 年間で達成されたといわれています。

この過渡期に（それまでは「家と村」がなんとか覆い隠していた）「貧乏と病」はさらに顕在化しました。

患者（とされた老人や障害者）の多くは経済措置や医療扶助という形の公費入院に頼らざるを得なかったわけです。

これは経済企画庁の所得倍増計画(S30)がすでに予想していた現象でした。

「この計画は産業間・地域間の労働力の急激な移動を要するので、その軋轢を防ぐために十分な社会保障政策がなされなければならない。…結核および精神障害は長期かつ高額の治療費を要するから（保険とは）別途の社会保障の途を講じなければならない」とされ、「結核においては命令入所の制度であり、精神障害においては措置入院の制度である」と明記されています。

【「福祉の医療化」という政策】

その後、国は「福祉の医療化」（川上武）を鮮明に打ち出します。

「社会保障の対象たる国民階層を、貧困階層、低所得階層、一般所得階層というふうに分け、…貧困階層に対する保障の方法は、いうまでもなく主として公的扶助により、いわゆる救貧を目的とするものである。つぎに低所得階層に対する保障は、公的な社会福祉対策を主軸とし、そのほかに各種の社会保険をも適用するが、それは場合に依じて公的負担によってこの階層の人々の加入を容易にするように考案する。第三に一般所得階層に対する保障においては、社会保険を中軸とし、これを防貧及び生活安定の主な方法とする。」（社会保障制度審・昭和37年勧告）

一般層を社会保険（柱は医療保険）でカバーしたために社会的入院が生まれ、優生思想やパターナリズムや専門家支配という毒を持つ医学モデルが老人や障害者を覆っていくことになりました。

（言うまでもなく、この反省もあって介護保険が登場したわけで、老人はだいぶ救われました）

（が、精神障害のある人は相変わらずで（精神科の医療費約2兆円のうち7割は入院費（H30））、認知症のある人も取り込まれていく流れにあります）

OECD38か国の精神病床の4割が日本にあります。

日本の精神病院は欧米のナーシングホームのようなものだから、日本だけが多すぎると騒ぐことはないという人もいます。

が、医学モデルを後ろ盾としながら院長が家長として君臨し、カルテに記載さえあれば隔離や拘束が咎められることもない施設は、やはり特異なものと考えべきでしょう。

【商家としての精神病院 狙うのは生保患者、そして、人件費カット】

私立の精神病院は医家と商家の結合であると書きました。

医業で差別化の難しい精神医療の業界で、収入を上げる基本は高い病床利用率と長い在院日数です。

さらに（滝山病院のような）商魂たくましい家長が目をつけるのは詰まるところ「貧乏と病」です。

貧乏といっても狙うのは取りはぐれのない生保患者であり、病といっても目をつけるのは保険点数で、放っておくと過剰診療に流れます（薬漬け、点滴漬け）。

（点滴漬けは抑制しないとできません）

（透析は（日本では）一概に過剰診療とはいえませんが、1人の患者で年間400～600万の稼ぎになります）

一方で経費を抑えるには人件費をカットするのが手っ取り早く、常勤を減らし、少ない人手を隔離や抑制や薬漬けで補うことになります。

（カルテに記載さえあれば咎められることもありません）

ここで精神病院が経営上の安定を得た内なる要因として薬物療法の導入に触れておきたいと思います。言うまでもなく日本の医療制度は資源の多くが私的所有下にある一方で、公的支払制度（各種保険制度）を充実させた出来高払いに基礎を置いています。最近では包括払い（マルメ）でだいぶ制限されるようになりましたが、かつては薬を出すほど儲かったわけです。これが医療と製薬資本との錯綜した相互利得を可能にし、各国と比べて薬剤使用量を極端に高めるひとつの原因にもなっていました。クロルプロマジンが薬価基準に載ったのは1955年ですが、以来この施設の営利性を強化し、しかもその薬効（つまり鎮静）によって人員不足を補いつつ病床増加を駆動した側面を無視することはできません。

【家制度は「伝統」ではない】

「家族に迷惑をかけられないからね」というフレーズが生命保険のコマーシャルでしばしば流れます。

「家族が背負う」とか「家族の負担」というとき、背景には逆説的な孝の扶養規範があり、家文化や家制度を感じます。

この規範はこの国にいつから根付いたのでしょう。

結論から言えば、「家」は明治という近代の要請から法と公教育によって庶民に強要され、浸透したものです。

しかもそれは祖先崇拜という文化的な営みを介して強要されたために、道徳規範的な性格をもったものでした。

家族国家、忠孝一本といわれ、孝は国体の維持に不可欠のイデオロギーでもあり

ました。

戦後に否定されたとはいえ、今日なお婚礼や祭祀などの文化的な儀礼習慣のなかに、また夫婦同姓や「戸籍」を軸とする課税制度のなかに生き続けています。そして何よりも日常の微妙な人間関係や価値規範のなかで「家」が息づいていることは、多くの人々の共通体験であろうと思います。

家制度は親子と男女をめぐる支配と服従の上下関係を徹底するものでした。

（親は親らしく、子は子らしく、男は男らしく、女は女らしく）

終戦後、家制度は先ず理念的に否定されました。

次いで高度成長期の人口移動を通して子世代が親元から離れていきます。

その後、急増するサービス産業の需要に応じて、さらに住宅ローンなど家庭維持コストの増大に逼られて、女性も働くようになりました。

人口構造も多産短命型（戦前の産めよ増やせよ）から多産長命となって少産長命（＝高齢社会／少なく生んで欠けずに育てる長男長女社会）に至りました。

親から子が離れ、女も外で働くようになった少産長命社会では、孝の扶養規範を曖昧に残したまま、家制度は事実、機能しなくなりました。

家制度が本当に日本の伝統であったかどうかは疑わしいとされています。

たとえば離婚率は近年ますます増加して、新婚の3組に1組が離婚するまでになりました（令和元年は人口千対1.69件）。

けれども明治民法施行以前の離婚率は、現代よりも高いのです（施行（明治31年）以前は2.7～3.4件）。

明治民法は（人口の1割に過ぎなかった武家に倣って）長男の単独相続や妻の無能力を規定しました。

（そのために女性は経済的に離婚できなくなりました）

（戸主を筆頭として尊卑、長幼、男女の序列に従う家族秩序がすべての戸に強制され、これによって戸主は最末端の役人として家族を統制し、保護する義務を課せられることになりました）

けれどもそれ以前は姉家督（東北地方）や末子相続（西南日本）がひろく存在し、また夫婦別氏制で妻からの離婚請求も認められていました。

明治民法によって導入されたこの国の家制度は、家族国家、忠孝一本を旨としながら家長への孝を天皇への忠に架橋することで、封建制から天皇制へ、つまり中央集権国家に脱皮するための政策誘導であったと見ることができます。

（国家という言葉はstateに対する明治の翻訳語で、それまで人々にとってのお国は伊達とか南部とかでした）

（「家族に迷惑をかけられないからね」というフレーズは、明治の呪縛でもあり

ます)

【医学モデルから、人権モデルへ】

医学モデルは個人に障害があり、個人が治療やリハビリに励むべきだとみなします。

努力や成果が足りない場合は、保護の名目で医療や福祉の専門家が無理に行うことがあります。

たとえば治療のために病院に隔離し、世話のために施設に収容し、安全のために拘束することさえあります。

社会モデルは個人の心身の機能障害（インペアメント）の上に負わされる社会的障壁が、障害（ディスアビリティ）をつくりだしていると考えます。

一人ひとりのインペアメントに応じた（慣行や法制度を含む）環境調整によって社会が解決すべきであり、それをしないのは排除であり、差別だとします。

けれども、環境の調整ですべてが解決するわけでもありません。

最後は人権、つまり人間の尊厳を個人と社会がどのように理解し、どう向き合うかが問われます。

この次元になると、必ずしもインペアメントを要件としない包括的で普遍的な人権モデルが登場します。

性差別（セクシズム）や人種差別（レイシズム）、高齢者差別（エイジズム）、あるいは文化的マイノリティや性的マイノリティなどへの差別も人権モデルでその本質を捉え、解決方法を探ることができます。

その意味で人権モデルは社会モデルを超えるものであり、人権を軽視され奪われたすべての人の連帯を促し、国の政策全体を点検する物差しともなります。

そのため、障害者権利条約の策定過程で議論された社会モデルに代わって、批准国に対する国連審査では人権モデルの方が頻繁に取り上げられるようになりました。

ただ、社会モデルは機能障害（インペアメント）という共通の経験に結ばれた当事者の強い連帯を生み、また人権になじまない国や文化圏においても実用的であるという点で、人権モデルとは相補的な関係にあるともいえます。

人権モデルが理念的枠組みであるとすれば、1990年代後半から国連の開発分野で重視されるようになった権利ベースのアプローチ（RBA）は、その実践的な戦略を示してくれます。

RBAは意識的に人権を中心に据えることで、本来、権利を要求してよい人（権利保有者 rights-holder, claim-holder）と、その声に応えるべき人（責務履行者 duty-bearer）をあきらかにし、要求し実現する仕組みを支援することによって、人権が守られる組織や社会を実現しようとしています。

障害のある人を医療や慈善の対象と見るのではなく、あるいは専門家や家族の決定に従うべき者と見るのでもなく、権利保有者と見なすわけです。

【家族が精神病院を頼るのは…】

ただし権利の要求は権利保有者と責務履行者の立場を相互に変えながら広がっていきます。

（たとえば本人→家族／家族→介護事業者／介護事業者→市町村／市町村→県／県→国）

最終的な責務履行者は国ということです。

（家族ではない！）

（背負いきれなくなった家族が精神病院を頼るのは、国が責務を履行しないからです）

人権を国に要求する権利が自分たちにはあるということ（家族にも！）

そのことを権利として自覚し、つかみとらなければ、精神病院の闇は晴れないと思います。

（滝山病院を頼った家族も自治体も、いつまでも無策な国（国会議員）の被害者です）

国連人権委員会の勧告に国がどう応えていくのか、（とりわけジャーナリストは）しっかり見つめ続ける必要があります。

ただ、RBAは、その権利と責務の関係を浮き彫りにしながら、対立ではなく協働を目指します。

権利の要求は権利保有者と責務履行者の立場を相互に変えながら広がっていくと書きました。

こうした相互関係の中でそれぞれの権利の要求能力や履行能力を分析し、説明責任や透明性、当事者参画などの原則がどの程度守られているかを踏まえ、コミュニケーションを深めながら権利を一緒に実現していこうとするのが RBA です。

志ある国会議員や官僚の皆さんとの協働が必要なのだと思います。