

精神障害の生活モデルとインペアメント

——精神障害の社会モデルを展望して——

永 井 順 子

精神障害の生活モデルとインペアメント

——精神障害の社会モデルを展望して——

永井 順子

Junko NAGAI

目次

- I. はじめに
- II. 障害の個人・医療モデル
- III. 社会モデルによるインペアメントの軽視と精神障害
- IV. 生活モデル登場の前身
- V. インペアメントの経験としての精神障害の生活モデルの構築
- VI. インペアメントの「括弧入れ」による「生活のしづらさ」の主体の生成
- VII. おわりに：精神障害の社会モデルの展望

[Abstract]

A Study on the Life Model and Impairment of Mental Disability: Viewing the Social Model of Mental Disability

In Japan, the social model of disabilities has been accepted as seen in the legislation of the reasonable accommodation of the person with disabilities. However, some people say that the social model doesn't fit the mental disability sufficiently. On the other hand, the person with mental disabilities has been the object of the reasonable accommodation in the legislation, so this paper aims to rethink that background. As a result, this paper finds the life model of mental disability that appeared in the 1970's as a moment the person with mental disabilities came to be regarded as the subject having the impairment and the disability. This paper also is thinking of the effective application to the mental disabilities of the social model through consideration of the impairment in the mental disability.

I. はじめに

2006年12月に国連で採択された障害者の権利に関する条約（以下、障害者権利条約）では、障害の「個人・医療モデル」から「社会モデル」へのパラダイムシフトが示された。障害の社会モデルの内実は論者によって差異があるものの、ディスアビリティをインペアメント（機能障害+能力障害、以下、カタカナの「インペアメント」は同様の意味とする）と区別することにより「障害は社会の側にある」とする戦略が基本線となっている。社会モデルは、ある個人の「できなさ disability」がその身体的特徴ないしは生物学的要素に端を発するとされること、あるいは、それゆえに個人が（治療やリハビリテーションによ

て）解消すべき「問題」として構成される次元に焦点を当て、そのような構成を行う社会こそが「できなさ」を作り出しているのであり（disabling society）、社会が変わるべきだと主張する。

日本では、障害者権利条約の採択に向けて国内法の整備などが進められ、2011年8月の障害者基本法（昭和45年法律第84号）の改正においては障害の社会モデルが採用されるに至った。「障害者」を定義した同法第2条では、「障害者」とは、「身体障害、知的障害、精神障害（発達障害を含む。）その他の心身の機能の障害がある者であって、障害及び社会的障壁により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける状態にあるものをいう」とされ、「社会的障壁」について「障害

キーワード：精神障害、生活モデル、社会モデル、インペアメント

Key words: Mental Disability, Life Model, Social Model, Impairment

がある者にとって日常生活又は社会生活を営む上で障壁となるような社会における事物、制度、慣行、観念その他一切のものをいう」と規定されている。また、差別の禁止を規定した第4条第2項に、社会的障壁の除去の実施についての合理的配慮が盛り込まれた。さらに、障害者基本法の規定を実効力あるものにするために、2013年6月には障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号、以下、障害者差別解消法）が成立した（施行は2016年4月）。同法第5条では、「社会的障壁の除去の実施についての必要かつ合理的な配慮を的確に行うため、自ら設置する施設の構造の改善及び設備の整備、関係職員に対する研修その他の必要な環境の整備に努め」ることを行政機関等及び事業者に求めている。

このように現在日本において、障害の社会モデルは一定程度受入れられ、「社会が変わる」ことが進められつつある。他方で、周知のように社会モデルに対する批判も国内外で蓄積されてきた。その一つとして、社会モデルは知的障害や精神障害に十分に適合しないというものがある（寺本2002、田中2007、寺田2009、白田2014）。だが、上述の障害者基本法の定義にみるように、日本において「障害者」とは身体障害者のみを指すわけではなく、同法や障害者差別解消法などの関連法において、社会モデルの採用が画餅とならないためにも、知的障害や精神障害の社会モデルを具体的に構想することは有意義であると考えられる。

ただし、政策上はすでに精神障害者も合理的配慮の対象となっており、その意味ですでに精神障害への社会モデルの適用が想定されている。本稿ではこのこと的背景を考察したい。そこには、精神障害者がインペアメントとディスアビリティを有する主体とみなされるようになったという変化があると考えられる。過去には精神障害者は民法の禁治産や刑法の

責任無能力の規定にみられたように、主体たりにえないと考えられていた側面もあった（永井2005）。本稿では、1970年代から登場した精神障害の生活モデルに精神障害者の主体化の契機があると考えられる。そこで、社会モデルの特徴を再整理するとともに、精神障害の生活モデルを再検討することを通じて、精神障害への社会モデルの効果的な適用について展望することを目的とする。

Ⅱ. 障害の個人・医療モデル

本節では、まず、社会モデルが対峙した個人・医療モデルにおいて精神障害がどのように捉えられていたかを、他障害の捉えられ方とともに確認する。

社会モデルが対峙した障害モデル（障害をインペアメントととらえる見方）は「個人モデル」とよばれることが多い。だが、社会モデルの多くの論者は、個人モデルが障害を個人の病理とすることや医療的介入による専門家支配に至ることを批判しており、「医療（医学）モデル」ともよばれている。社会と個人の二分法を強調した呼称から、障害の原因を個人と社会のどちらにあると考えるか、また、障害を解消する責任を個人と社会のどちらにあると考えるかが、二つのモデルの大きな分岐とみられる。そして、社会モデルはディスアビリティの原因は社会の側にあるのだから、社会が解消すべきと主張してきた¹⁾。

個人・医療モデルにおいて障害とは、簡略化していえば、個々の身体に内属する治すべきものであり、その意味で病氣と同一視される。病氣と同様、障害は望ましくなく、障害をもつ者は不幸であるとされてきた歴史が確かにある。大正時代には身体障害とは「負傷や疾病の治療後に身体に残る、治らなかったもの」と位置付けられ、この障害観を1949年成立の身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）が引き継ぎ、今日に至っている（永井

2014：181-184)。

同様の障害観は、1981年に出された国際障害分類 (ICIDH) にもみられるものだ。ICIDHでは、「疾病・変調 disease, disorder」と「障害 impairment, disability, handicap」とが区別されているものの、「障害」を「疾病・変調」の結果と位置づけている。ICIDH作成時の意図としては、「障害」を「疾病・変調」と区別し、機能障害 impairment・能力障害 disability・参加制約 handicap の三つの次元で構造的に理解することにより、たとえ病気が治らなくても、どこかの次元では障害を軽減できる可能性があるとする、前向きなりハビリテーションのモデルとして提出された (杉野2007：51)。しかしながら、モデルの登場後は、impairment から handicap まで一方の矢印で結ばれる構造が、「インペアメント還元主義」的な障害観になっているとの批判がなされた (杉野2007：56)。確かに、障害を個人のなかに見、軽減できる・すべきという発想は相変わらず医療モデルであり、障害を病気と同一視する見解であった。

知的障害は1998年に「精神薄弱の用語の整理のための関係法律の一部を改正する法律」が出される以前は、「精神薄弱」と表現されることが一般的であった⁽²⁾。1960年成立の精神薄弱者福祉法 (現・知的障害者福祉法) には「精神薄弱者」の定義はないが、1964年に出された「重度精神薄弱児収容棟の設備及び運営の基準について」(昭和39年児発197号)でも知能指数が障害の程度の主要なメルクマルとされ、「療育手帳制度の実施について」(昭和48年児発第725号)に引き継がれた。また、知的障害児(者)基礎調査⁽³⁾では「知的機能の障害が発達期 (おおむね18歳まで) にあらわれ、日常生活に支障が生じているため、何らかの特別の援助を必要とする状態にあるもの」と定義されており「知的機能の障害」は知能指数による。以上に鑑みれば、知的障害は知能指数という形式で個々の身体に内属

するもの (機能障害) であり、生活上に不適応を起こすもの (能力障害) とされたことがわかる。これこそが知的障害の医療モデル (インペアメントとしての捉え方) である。

このモデルにおいては、知的障害とは不適応という望ましくないものであり、原因の特定と予防を求める動きが形成されてきた。したがって、知的障害の医療モデルも身体障害と同様に「負傷や疾病 (遺伝学上の異常を含め) の後に残る、治らなかったもの」という概念規定で表現され、除去・軽減すべきという意味で病気と同一視されていたといえよう。

精神障害は、明治時代以降、近代西洋医学が輸入されるなかで「瘋癲」「きちがい」「狐憑き」などに代わる概念として登場した「精神病」をその前身とする。つまり、元来、共同体における人間関係上の違和や呪術的なものと考えられていた現象を合理化する過程で生まれた概念であり、その合理化の手法が医療化だった。日本で初めて精神病者の処遇を全国的に統一した精神病者監護法では、私宅監置という名の座敷牢への閉じ込めが行われたが、その要否 (つまりは精神病者であるのかないか) を証明するものとして、監置する者は医師の診断書を警察署へ提出することを義務付けられた。だが、当時「精神病者であるのかないか」という診断は難しいものであるとされ、そもそも精神病者監護法には「精神病者」の定義がなかった。したがって、精神病者監護法下の処遇は警察行政による「よくわからないものの監視」の観を有していたといえる (永井2003)。このような状況に対して、呉秀三ら、当時の精神医学者は、この私宅監置への批判を通して、精神病者とは精神病院における治療の必要な存在であることを訴えた (永井2006)。

しかし、精神病者の定義が確立していなかったのは精神医学者においても同じであった。戦前の精神医学者たちは精神病者以外にも、「低能児」や「劣等児」に関心を注ぐほか、

精神病の周辺、すなわち、精神の「異常」と「正常」の間にある状態についても、非行や犯罪予防の文脈で関心を寄せていく。当時、「異常」と「正常」の間にあるとされた者は「中間者」や「変質者」とよばれたが、これらの概念と精神薄弱や精神病を含めた広い概念として「精神障害者」ということばが使われるようになっていった。そして、1950年に成立した精神衛生法（昭和25年法律123号）では法の対象を「精神障害者」とし、「精神病患者（中毒性精神病患者を含む。）、精神薄弱者及び精神病患者をいう」と定義した（法3条、当時）。この精神衛生法下で世界一の精神病院大国・日本がつられていくことになる（永井2005）。

このような歴史的経緯から理解できることは、「精神障害者」という概念は精神病という疾病を核とするが、その周辺に、主に犯罪などの反社会性につながる「異常」を含む広い概念であり、その診断は医療的に行うとされたということである。ここで疾病や異常性は個々の身体に内属するものとみなされており、精神障害の医療モデル（インペアメント）を構成する。ただし、身体障害や知的障害の場合とは異なって「負傷や疾病（遺伝学上の異常を含め）の後に残る、治らなかったもの」というよりは、疾病そのものととらえられてきた点に違いがある。実際、1990年代までは精神障害とはすなわち精神病（mental illness）であったのである（1990年代の変化については後述）。

Ⅲ. 社会モデルによるインペアメントの軽視と精神障害

Ⅱにみたように、身体障害、知的障害、精神障害の個人・医療モデルでは、障害種別により差異はあるものの、基本的には障害を病気と同一視するということは歴史的に共通している。この障害と病気との同一視を回避し、

社会の側にあるディスアビリティの解消を社会に求めるために、障害概念においてインペアメントとディスアビリティとを分けることが社会モデルの戦略である。

身体障害の場合、疾病と同一視されるインペアメントからディスアビリティを切り離す試みが、一定程度具体性をもって確立されてきたといえる。例えば「外出が困難なのは動かない足のためではなくて、段差のためである」というようにである⁴⁾。これは段差の解消が動かない足による不利益を除去することを意味するが、同時に、動かない足の意味を低くみることになるとして批判もされてきた。その批判は、社会モデルはインペアメントに伴う主観的経験（インペアメントの経験）を軽視しているという、社会モデルの戦略自体への批判であった（杉野2007：126-127）。

このようなインペアメント軽視の批判は、社会モデルの論者にとっては筋違いとも受け取られた。インペアメントを社会モデルは否定していない。インペアメントに伴って頭痛がする、かゆみがあるのに、公共交通機関がバリアだらけで病院へ行けない、このような排他的な社会こそが社会モデルのターゲットだからである。例えばバーンズは、インペアメント軽視の批判をポストモダン主義的な批判と位置づけ、「社会モデルがインペアメントとディスアビリティの二分法を繰り返すことは実用的（pragmatic）なこと」であり、何らかのインペアメントによって人が制限されることのあることや、障害のある人がときには適切な医療的介入を必要とすることを否定するものではないと述べる（Barnes 2014：22）。

他方で、インペアメント軽視という社会モデル批判も、それが戦略として「実用的」でないゆえに批判した（たとえば、女性障害者の女性という身体性に伴う差別を無視するなど）ことも事実であろう。このような、いわば平行線の状況に対して、社会的構築主義の

立場から、主観的経験もまた社会的に構築される（例えば、顔のあざを気にしている人に対して「美醜は社会的・文化的に構築される」と言う）という、インペアメントの社会モデルへの理論的な取り込みが行われ、「インペアメントの社会学」が展開されてきた（杉野2007：138-143）。他方、社会的構築主義の立場に寄るあまり、身体性が消えてしまうことも懸念され、社会的なディスアビリティも個人の身体においてしか経験されず、またその身体は、生物学的な意味よりは、現象学的な意味の「知覚の主体」として捉えられるべきことも指摘されてきた（Hughes and Paterson 1997）。

このような作業を通じて、身体的な差異の社会的意味付けとその経験にまつわる理論の精緻化が進展したといえ、その意味においても、社会モデルによるインペアメントとディスアビリティの区別は、それ自体では価値中立的であるはずの身体的差異によって生じる社会的不平等への批判戦略として大きな意義をもっていたということが出来る（cf. 立岩2010：22）。

さて、これらの動向をふまえ、精神障害について社会モデルの実用化を考えると、そのインペアメント自体が社会的構築性を十分に帯びていて（逆に言えば身体性や価値中立性に乏しく）、ディスアビリティと区別しにくいことに行きあたる。このことが社会モデルの精神障害への適合性を疑うことにもつながっている。それは、知的障害についても同様であるが、法的定義の曖昧さに象徴されるように、社会の中での違和がまずあって、これを合理的に説明すべく個人に内属する生物学的要素（器質的異常や病気）が構築されてきた歴史が顕著であるからである。

そこで、1960～70年代の反精神医学運動に、この点を再考する示唆を求めたい。反精神医学は、19世紀以来の伝統的精神医学を批判し、その病=mental illnessの社会的構築性を指

摘した。それは、社会的な違和がまずあって、その原因として遡及的にインペアメントが構築されるという論と類似する側面がある。イギリスのR・レイン、D・クーバー、アメリカのT・サズなどさまざまな論者がいるが、フランスの論者、M・マノーニは一連の反精神医学運動を次のようにまとめている。

反精神医学 anti-psychiatric の運動が、伝統的、観念的精神医学に意義申し立てを始めている。この運動は、社会が狂気に付与する特別な身分に疑問符を投げかけ、その同じホコ先を、《隔離》施設の設立を基礎づけてきた保守的な考え方に向ける一方、これまで精神医学的实践や医学的権威が依拠してきた基盤をも揺るがそうとする（M・マノーニ1970=1974：9）。

また、レインの著作の訳者でもある笠原嘉らは、各論者の主張をあえて一括し反精神医学の特色をあげるならば、「狂気を不当にも医学的疾患に仕立てあげるのに、（精神科医も含めて）社会の成員がひそかな暴力をふるってきたという認識であり、かつその告発」と、「今日の正気がもはや経験できなくなった真理 vérité を狂気の中に見出しうるとする狂気復権論的狂気礼賛論的主張」、以上の「二つの公約数」があるとしている（笠原・酒井1980：91）

つまり、反精神医学は精神医学の名の下での「狂人」の管理を争点とし、「精神疾患」というラベルを問直した。ここで、批判された伝統的精神医学において「精神疾患」が何を意味していたかといえば、逸脱や異常、つまりは「規則に従うことができない」という能力障害であり、その背景として脳の器質的異常が模索されていた時代であった。

ところで、「規則に従うことができない」という能力障害は、規則が社会的に構築される場合、社会的に構築されたものとなる。確

かに反精神医学は当時の「社会」を批判していた。ただし、その社会的に構築された能力障害の解消責任は、当時すでに社会が、治療あるいは精神病院での規則正しい生活の提供というかたちで担っていた。ここには精神疾患の生成から解消までを社会が担う円環が出来上がっており、その円環を否定すると精神疾患患者は存在しないことになる。これはインペアメントを社会的に構築されたものとする場合に、「障害者」となることが恣意的であり、ついには「障害者」を特定できないという議論にかかわる⁽⁵⁾。そこで、反精神医学は精神疾患が構築される以前のものとして「狂気」(「社会的に違和を起こすもの」に相当)を用意している。つまり、反精神医学は「狂気」を基盤にインペアメントの社会的構築を批判し、「狂気」が位置づく新たな場を様々に構想したといえることができる。

ここで、精神疾患というインペアメントが構築される過程自体をディスアビリティ(できなくさせる社会)として位置づけ、そのディスアビリティの具体化を管理的な精神病院体制にみることができよう。したがって、インペアメントが社会的に構築されたものであっても、それと区別されるディスアビリティを指摘してその変更を求めることはできるといえる。だが、反精神医学には「狂人」をインペアメントとディスアビリティの経験の主体として位置づける契機がない。むしろこれらを経験しているのは反精神医学者であった。これは、インペアメントを有する、あるいは経験する、障害当事者による障害モデルとして発展してきた社会モデルとの大きな違いであり、反精神医学の限界でもあったと考える。その結果、反精神医学は、当事者の現実に必ずしも根差さない「精神疾患は存在しない」という「極端な思想」として総括されてしまったように思われる⁽⁶⁾。

他方で今日、政策的な文脈で精神障害の社会モデルが語られるとき、ディスアビリティ

と区別されるインペアメントがあり、それぞれを経験する主体がいることは既に前提とされている。その背景には精神障害を取り巻く時代的変化があることは間違いない。日本の精神医療においては、1960年代から定型抗精神病薬(クロルプロマジンなど)が使用されだし、1990年代にはより副作用の少ない非定型抗精神病薬(リスペリドンなど)が普及する。このような薬物療法の進歩が医療者および患者に治療の実感をもたらし、精神病(mental illness) <=スティグマ性の強い悪いもの>を精神疾患(disorderないしはdisease) <=一般的な病気>として定位しなおすことに論拠(例えば、脳内の情報伝達物質の過剰または過少といった病因論)を与え、精神障害の生物学的要素の想定がより「実用的」になってきた。その結果、精神障害を「普通の疾患」として認知することが政策的にも進められてきた⁽⁷⁾。

それでは、結局のところさらなる医療化により、精神疾患というインペアメントが個人の身体に根付き、身体性を獲得したと結論づけてよいのだろうか。本稿では、それのみではインペアメントとディスアビリティを経験する主体の登場を説明できないと考える。そこで、薬物療法の進展と並行し、1970年代からの精神障害者への地域生活支援の実践のなかでも、精神障害におけるインペアメントの再検討が行われてきたことに注目したい。それが精神保健福祉における障害の「生活モデル」であると考えられる。以下では、「生活モデル」登場の前史をまとめ(IV)、次に「生活モデル」が、インペアメントの経験として精神障害を構築する所作であったことを明らかにする(V)。さらに、やどかりの里の実践において「生きづらさ」の主体として精神障害者が定位されたことを確認し(VI)、これをふまえて精神障害の社会モデルを展望する(VII)。

IV. 生活モデル登場の前身

先述のように、日本においては戦後、1950年に精神衛生法が成立し、精神障害者が法文上の位置づけを得た。その定義は今日に至るまで「～精神疾患を有する者」であり、医療モデルとなっている。このことは精神衛生法成立時に求められた施策が精神病院における医療と保護であったことに鑑みれば当然といえる。

1957年には東京の病院勤務の医師たちを中心に病院精神医学懇話会（現・日本病院・地域精神医学会）が結成され、精神病院内の処遇改善が議論されるようになった。また、1964年のライシャワー事件を受けた精神衛生法改正をめぐる議論においては、病院での治療一辺倒ではなく、地域医療や「社会復帰の推進」といった言葉も聞かれるようになっていた。実際に、衆参両院が附帯決議として精神障害者の社会復帰促進のための施設（「中間施設」とよばれる）の設置を採択し、同施設の建設をめぐる動きが形成されていく。

1969年には、厚生省が「精神障害回復者社会復帰センター」の案を出した。これは、「入院の必要はなくなったが社会適応の困難なものおよび在宅精神障害回復者」を対象として「一定期間収容または通所させて適切な医学的管理のもとに、必要な生活訓練と職業訓練を行なう」施設であり、医療施設ではなかった。そのため日本精神神経学会の反対にあい⁸⁾、当初5ヶ所建設予定のところを、1971年に川崎市、1977年に岡山県内尾につくられたのみとなった。他方で、1972年には東京都の独自事業で世田谷リハビリテーションセンターがつくられ、川崎のセンターと共に、医療型でデイケアや作業療法（1974年に保険点数化）を中心とする“リハビリテーション”施設として発展した。また、同時期には、地域でまずは住まいの場を提供し「あたり前の生活の実現」をめざす「やどかりの里」（1970

年～）が出現するなど、従来の医療だけではない新しい取り組みが精神障害者をめぐって開始した（永井2012）。そのようななかで「生活障害」や「生活のしづらさ」といった言葉が使われるようになっていく。

それ以前、「生活」への着目は、1950年代後半、医師である小林八郎（先述の病院精神医学懇話会の運営委員でもあった）による「生活療法」の提唱より開始している。精神病院における「治療不在」が続くなか、その状況を打開すべくロボットミーという外科的療法が行われ、術後、無為の状態に陥った患者たちへの「治療法」として「生活療法」は登場した。そして当時小林が医務部長を務めていた国立武蔵療養所を舞台に展開され、1960～70年代にかけて全国にも普及した。その普及を助けたのが薬物療法の出現だった（浅野2000：23-32）。

小林の提唱した「生活療法」とは、「生活指導」「レクリエーション療法」「作業療法」を包括した概念である。そのうち基礎である「生活指導」には「低次のもの」と「高次のもの」があるとされ、「低次のもの」は荒廃患者等を対象に「日常身辺的な暮らしを自律的にさせ」「失った人間的慣習を取り戻させる」。「高次のもの」は慢性患者に対して「居住や集団生活に於ける作法、礼儀等のしつけを行い責任感の養成をする」とされた（浅野2000：34-35）。

この「しつけ」の側面が後に批判的になるが、小林の生活療法の目的は患者の社会復帰にあった。1962年の「第59回日本精神神経学会会総会シンポジウム」では、小林は「社会復帰」を次のように定義している。

精神障害者に対して身体的治療、狭義の心理療法等の、いわゆる精神医学的治療を施すことをもって治療を完了したものとして退院等をさせるだけでなく、また、レクリエーション療法、作業療法をこれに加える

に止まらないで、これらの方法に引き続き、あるいはこれと平行して精神障害者が病院外の社会に復帰して、社会にあって経済的独立、あるいはこれに準ずる自立状態に到達させるために、医療関係者が具体的な実践活動をおこない、さらに社会復帰後はアフターケアをおこなって、その社会的適応と経済的独立を支持するプロセスである（日本精神神経学会1962：408）。

つまり、小林の生活療法は、単に「病院に入れる」ことを治療としていた時代を終わらせるため、社会復帰を目的とした新たな療法の体系を示したものであったといえる。「精神障害治療の進歩—向精神薬10年のあゆみから—」と題した特集を組んだ1965年の『最新医学』には小林による生活療法の解説記事が含まれるが、そこでも「社会復帰の準備過程」に「生活療法によってえられた資料が役立つ」として、特に就業のための適性や環境への順応性を院内で分析する手段として生活療法を位置づけている（小林1965：2431）。他方で、生活療法が用いられる理由を「1. 院内生活の時間（ひま）つぶし 2. 症状の治療 3. 社会性のかく得」の3点にまとめ、「1」について次のように解説している。

このうち1は、悪しきざまにいられているが実は生活療法の本質がかかわっている。日常生活が、就寝と起床、食事と活動、休息と労働、孤独と群集というように起伏とリズムで動いているもので、そのひまにあたる部分に生活療法のさまざまな activity が提供されるわけである（小林1965：2426）。

このように、生活療法は病院内の生活にリズムを持たせる意義をもっていた。つまり、精神病院を改良するためのものだった。実際、武蔵療養所とともに生活療法の実践を牽引した昭和大学鳥山病院も開放化に積極的な病院

だった（竹村2006：14-15）。

しかし、生活療法のいう「生活」は、あくまで精神病院の中における「生活」だった。他方、同じ頃、群馬大学の江熊要一や臺弘によって進められた「生活臨床」は、退院後の分裂病者の生活破綻につながる出来事を把握して、生活の場で助言・援助することによって再発を防止することを目指すもので、各地の保健師らの地域精神衛生活動として実践された（cf. 増田1971）。群馬大精神科では1958年から分裂病の予後改善に取り組み、そのなかで把握した患者の社会生活場面における破綻に関係する生活特性をまとめていった。この成果を活かし、生活の破綻が起こらないよう働きかけることが生活臨床であった。江熊は「生活臨床はなんらかのかたちで社会生活を送っている分裂病者の生活のあり方、生活破綻の防止、社会生活の中での発展（よりよい対応の仕方）に対する助言援助のための一定方針をまとめている」（江熊1974：80）と述べている。

ちなみに「分裂病者の社会生活の中での生活行動パターン」として江熊らがまとめたことは下記であり、今日のみでみると欠点に着目する悪しき医療モデルの見本のようなのであるが、あくまで患者の地域生活を破綻させまいとする意図に基づくものであった。しかし、当時から批判の対象であったという⁹⁾。

- 1) けち（わずかな金銭、目先の損得）。
 - 2) 小さな名誉、小さな権威、世間体、メンツ、自分の役割、資格、学歴（“プライド”の範ちゅうにまとめられるようなこと）に敏感。
 - 3) 形式的で融通が利かない。
 - 4) 高望み。
 - 5) 生活設計、生活目標を変えようとしな
- い。
- 6) 些細なことと重要なことの区別がつかない。

7) 順序をふまず、段階をとびこえ願望をすぐ実現しようとする (江熊1974:83)。

このような患者への目線、さらには、臺が生活臨床の英訳を“psychiatric guidance to social adjustment”と述べている (臺1984:806) ことに象徴的なように、生活臨床は、「生活」に着目するものの、あくまで患者の社会適応を医療が主導するという性質のものであった。つまり、医療モデルに他ならないが、当時は、精神障害者の「生活」は「医療の傘の下」にあり続けるべきだと積極的に主張された時代であった。

他方で、生活療法、生活臨床の医療主導的側面は、1970年前後から一層の精神病院改革を志向する医師たちからの批判的になっていく。たとえば、1972年の第69回日本精神神経学会総会における「シンポジウム (c)『生活療法』とは何か?」では藤沢敏雄 (国立武蔵療養所) や小沢勲 (京都府立洛南病院) らが生活療法への批判を重ねている (日本精神神経学会1973:1003-1036)。批判者たちは精神障害者の「生活」を治療の対象とすることは、さらなる管理の進展であると考えたのであり、批判された側からは「反精神医学」の立場と見られた医師たちだった (cf. 立岩2013)。当時藤沢らが参加していた地域精神生活学会では、「四点問題」として「①地域精神衛生活動が国家による精神障害者管理とどこで違うのか。②収容的精神病院の現実にかかわるのか。③生活臨床は障害者管理の学ではないか。④アルコール中毒者に対する治療ははたして現状でよいのか。」が提起されていたという (三脇2000:186)。

批判の結果、国立武蔵療養所では生活療法の旗がおろされ (所長が関根眞一から秋元波留夫に代わり、臨床よりも脳研究が重視されたことも影響しているともいわれる)⁹⁰⁾、また、臺が松沢病院でのロボットミ―手術で切除した脳組織を実験に使用したことが批判的

となったことや、ロボットミ―手術自体が各地の裁判で争われたこともあり、ロボットミ―の後治療として始まった生活療法は下火となっていた。だが、生活療法、生活臨床は精神障害リハビリテーションに大きな影響を残したこともまた確かであった。

V. インペアメントの経験としての精神障害の生活モデルの構築

IVに述べたような医師間の対立をよそに、実際に精神病院から退院した患者たちの地域生活は確かに開始しており、その継続のための支援もまた確かに必要とされていた。そのなかで、精神障害の生活モデルの構築が進められていく。ここでは代表的論者として、先述の世田谷リハビリテーションセンターの医師・蜂矢英彦の言説を取り上げる。

1972年10月開設当初の世田谷リハビリテーションセンターは、デイケア部門 (利用者数40人)、作業部門 (利用者数40人)、ホステル部門 (利用者数80人)、病院部門 (病床数20床) から成っていた。約1年後の1973年8月31日現在の利用状況は、デイケア64人 (継続中37人、退所27人)、作業73人 (継続中37人、退所36人)、病室46人 (継続中11人、ホステルへ25人、退所10人)、ホステル25人 (継続中17人、退所8人) であった (蜂矢1974:87-89)。ホステルの稼働率が低いのは、職員配置の不足によるようで、開設前は1人宿直制を想定していたが現実的には難しく、「ホステルの定数80名を、3年がかりで、総予算を減らすことなく40名に落とす一方、2年度目から夜勤制を敷き、4年度目から準夜勤務2名、深夜勤務1名の配置をするようにして来ました」と1979年の第75回精神神経学会総会シンポジウム I 「社会復帰」で報告している (日本精神神経学会1979:703-704)。当時の「社会復帰」施設がおかれた状況の厳しさを示唆するエピソードであろう。

デイケア、作業、ホステルの利用期間は原則3ヶ月(病室は3週間)と短く、「中間施設」をめぐる議論で懸念された終末施設化を避ける意図があったと考えられる。だが、退所者中、目標(就労、復職、就学、家庭内適応など)を達成して退所したものは50~60%で、中断とくに再入院が15~20%にのぼることを蜂矢は同シンポジウムで示し、世田谷リハビリテーションセンターのような社会復帰医療施設を有効に活用するためには、病院での社会復帰活動の充実が前提として欠かせないこと、また、逆に長期にわたって訓練することのできる保護工場や長期宿泊訓練施設が必要であることも指摘している(日本精神神経学会1979:702-708)。同様の指摘は1978年の『ソーシャルワーク研究』に掲載の「精神科リハビリテーションの今日的課題」(蜂矢1978)でも展開されている。このような実践のなかで蜂矢が行ったのが、精神科リハビリテーションという領域の再検討とその拡大であったといえる。

1974年の南雲与志郎との共著「世田谷リハビリテーションセンターの歩み」(南雲・蜂矢1974)では、精神科リハビリテーションが従来精神病院のなかでの長期在院患者を対象とする社会復帰活動として行われ、いわゆる「中間施設」がその延長線上に構想されたが、世田谷リハビリテーションセンターは、社会の中で暮らしているか、暮らす可能性のある患者の社会的自立のための専門的施設としてあること、その結果、症状や社会不適応の改善にとどまらない、「社会生活の享受」というより積極的なリハビリテーションの目標を実感できていることが報告されている。そして、精神科リハビリテーションの課題には、「個体の医学的レベルの課題」として「再発防止」と「後遺症状と不適応症候群の改善」があり、これに対応して「生活の場のレベルの課題」として「生活破綻の防止」と「不適応状態の改善」があるとし、両者を区別する

とともに、両者は段階的なものでないことを述べている(南雲・蜂矢1974:200)。

ある段階で医学的治療が終わり、そのあとに生活上の援助がくるといった静的な配列は精神科の場合成立しない。狭義の医学的課題と生活的課題が表裏一体の二重構造となつてリハビリテーションの全過程が進行する。これを仮に医療と福祉の重なりあったサービスととらえることもできる。この場合医療と福祉のいずれかが主導権を持つべきかという問題の提出は職員中心であつて好ましくない。むしろ患者自身が持つ生活課題と医学的課題とをいかに関連づけて理解し、解決していくか、そのために必要とされる我々のかわりには何か、という問題の提出が望ましい。

再発を防止し、病状を改善するという医学的課題は利用者の社会生活を支える基礎的条件であつて、それへの配慮なしにはリハビリテーションは成功しないのであるが、しかしリハビリテーションの課題は単に生活の破綻をさげ、不適応状態を改善するという消極的なものにとどまらず、より積極的に健康な生活つまり自由な豊かな社会生活をいかにして享受しうようになるのかという全生活的な課題にまで拡大されなければならない。その展望の下にあつてはじめて労働、賃金、住宅などの権利保障をふくむ法制的・行政的要求が正当性をもつてうまれてくる(南雲・蜂矢1974:201)。

このような精神障害者における医学的課題と生活的課題の並存を、蜂矢は、1981年の論文「精神障害試論—精神科リハビリテーション現場からの一提言」(蜂矢1981→2016)以降、「疾患と障害の共存」というワードに集約していく。その際に「障害」を上田敏にならつて「生活上の困難・不自由・不利益」と位置付けた。そしてこの障害を精神科リハビ

リテーションの対象とするとともに、精神障害者に対する職業・所得・住居等の保障を獲得することを目指したのである（蜂矢2016：120-125）。

ここにおいては、精神障害者は「病みかつ生活上の困難を有する人」として主体化されると同時にそれゆえに支援対象として客体化されている。そして、ここにいう「生活上の困難」は病に基礎付けられており、ディスアビリティではない。むしろ、支援者が経験する「生活のなかでのインペアメントの経験」であったと思われる。それは、蜂谷の次のような言葉（1986年の論文「精神障害における障害概念の検討—リハビリテーションをすすめる立場から—」においてICIDHの観点から精神障害を説明した箇所である）からうかがえる。

精神科医療関係者にとっては能力障害も分かりやすい。哲学や文学や理論的物理学を論じて、抽象の世界では利発そうに見えるのに、現実の世界では仕事のみこみが悪くおしゃかを作り、能率が上がらないために雇用主を落胆させたりする人が少なくないことを、われわれはしばしば経験している。一方で洗濯機を回したり炊飯器にスイッチを入れながら、同時に野菜をきざんで味噌汁を作るといった日常的なことに不器用で、单身生活をさせると社会生活能力の低さがたちまち露呈され、生活が破綻してしまう人が少なくないことも、精神科リハに携わっている人なら誰でも知っている（蜂矢2016：126-127）。

同じ箇所で「impairment（精神障害の場合には機能障害の訳語が妥当）は少々わかりにくい」と、精神症状の生物学的基礎の解明が不十分であることにふれており、本稿の定義によるインペアメントとはここでは主に能力障害ということになるが、それが生活にお

いて経験されることが強調されている。ただし、この病に基づく生活上の困難というインペアメントの経験の主体は「精神科医療関係者」「精神科リハに携わっている者」であることが、左記引用箇所からわかる。ゆえに、リハビリテーションの結果、適応し、インペアメントが解消ないしは軽減されることを目指す、医療モデルになってしまう。他方で、「われわれはしばしば経験している」「誰でも知っている」といった、支援者としての、うまくいかなさへの嘆きからは、精神障害のインペアメントは身体性に乏しいゆえに、個人化されにくく、周囲を巻き込む力をもつことを示していよう。ただし、個人化されないインペアメントはもはやインペアメントではないことも指摘でき、やはり、ここではインペアメントのある個人を想定した何かが起こっていると考えられる。蜂矢が行ったのはリハビリテーションの対象としての客体化による精神障害者の個人化であった。だが、やどかりの里の谷中の地域生活支援の経験においては、別の事柄が見られる。そこでは、インペアメントを「括弧に入れる（エポケーする）」ことにおいて逆説的に個人化が行われ、その結果インペアメントを「括弧に入れる」というかたちで経験する主体として精神障害当事者（主体化されたゆえに「当事者」という表現を使う）が形成された。次節でこの点を明らかにする。

Ⅵ. インペアメントの「括弧入れ」による「生活のしづらさ」の主体の生成

まず、「括弧に入れる（エポケーする）」ことについて、その意味を示しておく。これは現象学者のE・フッサールの方法であるが、イタリアで精神医療改革を行った医師F・バザーリアが「病気を括弧に入れる」ことを行っていたことを松嶋（2014）が紹介している。松嶋（2014）は、元入院患者たちとともに病

院の外で病気と向き合うことにしたとき、「私たちの前には、もはや一つの『病気』があるのではなく、代わって一つの『危機』が立ち現われてきた」というバザリアの経験を解釈して、次のように述べている。

ここでバザリアが「生の危機」という表現で言おうとしているのは、それが何であれ、生きていくなかで誰にも起こりうるような危機のことである。だからそれが客観的に「病気」であるかどうかは主要な問題ではない。問題はそれが「危機」として主体的に生きられていることをどのように分かちもつかというところにある。そうであるがゆえに、それは一人の「病気」ではなく、他者を巻き込みながら、みんなの「危機」となっていく（松嶋2014：140-141）。

つまり、「病気を括弧に入れる」とは、その人が病気であるかどうかとは別に（他方で病気の存在も否定せず）、危機を経験している主体としてみることであり、それゆえ周囲で支えあうことである。ここには、周囲の人がある人の病気を括弧に入れた後にその人が主体として立ち上がるさまがあり、「患者」が客体として個人化されるのと対照的である。そして、やどかりの里における地域生活支援の形成過程は、まさに同様の現象を示しており、以下、それを辿りながら「生きづらさ」の主体の現れを確認する。

やどかりの里は、退院後地域生活を開始する精神障害のある人たちに共同住居を確保したところから始まった。谷中自身が振り返るように、活動は病院から離れた（責任をとれないといわれた）谷中個人の福祉活動としてはじまったが、それでも「社会復帰活動」であり、「世間のやり方にあわせる」ことを精神障害のある人たちに求めていたという。しかし、活動を開始して4年後、中間宿舎を廃止してアパートに移った際に、大家から精神

障害を理由に立ち退きを迫られた「事件」を契機に変化が起こる。「地域社会そのものが生活の場であると考え、生活者として、仲間として、社会生活上の困難を支え、社会的機能を発揮できるよう協働していくこと」を主張するようになったのである。また、それまでにメンバーとともにした生活のなかで、例えば「買い物にいけない」といった社会生活上の困難は、意欲減退や自閉といった病状ではなく、「仲間の期待通りのものを選ぶことができるか」や「お釣りを間違えて笑われないか」といった「生活のしづらさ」にあることが実感され、のちの谷中独自の「生活モデル」が構築されていった（谷中2008：81-82）。なお、現在では精神保健福祉援助の視点として欠かせないキーワードである「生活のしづらさ」が谷中のキーワードとして位置づいたのは1979年のことであるという（江間2013：286）¹⁰。やどかりの里は設立時から財政危機が続いており、また、谷中自身の言葉を借りれば、ワーカー・クライアントの「包丁と砥石」の関係（谷中1982：189）のなかで、身を削り、削られ、自ら体調を崩すこともありながら、精神障害のある人たちとともに社会との摩擦の中で「生活のしづらさ」を体感してきたであろうことが想像される。

つまり、谷中が考えた「生活」は、精神病院の外で、「患者として」ではなく「生活者として」日々営まれる「生活」であった。谷中はこのような「生活」観にたった精神障害者支援モデルを「生活支援活動（生活モデル）」とよび、「社会復帰活動（医療モデル）」と対置するに至る（表1）（谷中1996：178）。

このように谷中の生活モデルは支援のモデルであるが、障害のモデルとして捉える場合には、「環境・生活の調整を必要とする生活のしづらさ」と位置づけることができよう。谷中は「生活のしづらさ」の強調点が年代によって、「始めは『長期入院の弊害』として、次に『症状』によるものとして、さらに、そ

表1 医療モデルと生活モデルの対比図

	社会復帰活動（医療モデル）	生活支援活動（生活モデル）
主体	援助者	生活者
責任性	健康管理する側	本人の自己決定による
かかわり	規則正しい生活へと援助	本人の主体性へのうながし
とらえ方	疾患・症状を中心に	生活のしづらさとして
関係性	治療・援助関係	共に歩む・支え手として
問題性	個人の病理・問題性に重点	環境・生活を整えることに重点
取り組み	教育・訓練的	相互援助・補完的

の人の『要領の悪さ』『不器用さ』という発病前の状態として」変化したと述べている（谷中1996：191）。また、「生活のしづらさ」は「だれにでもある、不器用で、要領の悪い、それぞれの苦手の部分」を表すとして、障害が固定化されたイメージの強い「生活障害」とは区別して使い、福祉サービスを引き出す言葉としては「生活障害」を使ったとも述べている（谷中1996：186-187）。よって、「生活のしづらさ」は、疾患とそれに伴う自閉などによる能力障害すなわちインペアメントではないことになる。だが、谷中は、やどかりの里の初代理事長・岩本正次が「分裂病は病気ではない」と言い切ったことに対して、そこまでは言い切れないと反論し、結論として「病気として見ない視点」を得、「ごく当たり前の人としてのつきあい」へとつながっていったと述べてもいる（谷中1996：186）。つまり、「生活のしづらさ」は、病気（インペアメント）を括弧に入れた後にたちあがる一人の主体の経験なのである。あくまでも「括弧に入れる」べきインペアメントがそこにはあるのであり、「病気として見ない視点」は「見ないこと」によって、病気の存在自体は肯定しているといえる。

ここで、「生活のしづらさ」を一人の主体の経験と呼べるのは、谷中の生活モデルが

「生活者主体」であるからに他ならないが、その内実は谷中によって以下のように語られている。

彼女<32年間入院後、アパートでの生活を開始>の生活の場に向いて、必要な支えは何かを常に問い続け、彼女の望みを聞いて、必要な時に、必要なものを提供していくという、常に彼女の側でパートナーとして歩み、必要によってはサポーターとして生活の支援者になるとともに、時には他の支援者を要請することが、とても大切なことであったのである（谷中1996：59、<>は引用者補足）。

<就職先を自分で決めた人が>ピンチを迎えて私の所に向いて来る時は、まさに本当に困った時であった。このことは、かえって、お互いにピンチをどう乗り越えるかという共同作戦を協議するチャンスとなった。そして何度も何度もこんなことがあって、危ない橋を渡ってきたというのが正直な実感である。しかし、一方で、危ない橋を共に渡る経験なくしては、一体感は生まれてこなかったであろう。

関係性は、生活の中における危機的場面を切り開いていった協働体験を通して、深まっていったのである。そしてこの関係こそ命なのである。日常的なつき合いは一定の距離を持ってつき合う。しかし一旦危機の時には共同作戦に臨む。このくり返しが彼らとの関係を保つ上で極めて重要なことなのである。彼らにとって、作戦参謀を持っているということが、安心の根幹をなしているようなのである（谷中1996：61、<>は引用者補足）。

上記のような語りから理解できることは、精神障害のある人も地域生活においては、自らのインペアメントを括弧に入れて「生活者

として」選択をし、そのなかで困難に直面することがあるということであり、それが周囲にいる支援者から「生活のしづらさ」として解釈されるが、その解決はあくまでも「共同作戦」によるということである。つまり、精神障害のある人を「生活のしづらさ」の経験の主体にしているのは、「共同作戦」に臨む他者なのである。よって、その主体性は決して当事者の「能力」に還元されるものではない。

また、生活者主体の「生活のしづらさ」は、インペアメントの括弧入れの経験でもあり、社会モデルのディスアビリティに通じる側面をもつ。実際、表1で示した生活モデルは「環境・生活を整える」ことに問題性をみており、この点、社会モデルはいわば社会全体に「共同作戦」を求めていると考えられる。他方で、谷中が福祉サービスを引き出すときは「生活障害」という言葉を使うと述べていたように、当時は医療モデルに基づいてだとしても福祉を進展させることに精一杯であったのだろう。

1984年に宇都宮病院事件が起こり、精神病院における「医療及び保護」の不在が露呈した。同事件を受けて1987年に成立した精神保健法では、精神障害者の人権に配慮した適切な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点が新たに採用された。そして、このとき初めて法文上に「社会復帰」の文言が用いられ、社会復帰施設として援護寮と福祉ホーム、通所授産施設が制度化された。やどかりの里でも同年から社会復帰施設建設に向けた動きを開始したが、開設は1990年であったという（東・江畑2002：68-69）。医療外の社会福祉施設であっても医師の意見書をもとに入所が決められるなど「医療の中の『施設』という観は拭いきれなかった」ことや、施設建設にあたって設置者が運営費の1/4を負担すること、住民の反対運動があったことなど、谷中は当時の困難を指摘している（谷中2002：24）。

1993年には精神保健法が改正され、グループホームが法定化された。また、同年、障害者基本法が成立し、障害者の定義のなかに精神障害が加えられ、精神障害者は精神保健法における「精神疾患を有する者」とともに、「障害があるため、長期にわたり日常生活及び社会生活に相当な制限を有する者」という障害者としての定義づけを得ることになった。ここにおいて法文上も精神障害は「疾病と障害を併せもつ」存在となったが、その障害は本人の生活上の困難でありつつ、リハビリテーションの対象であった。つまり、当事者主体というには未だ十分でなかった。

それは結局のところ、本人主体の「生活のしづらさ」に「共同作戦」で臨むには、当時の社会は至らなかったということである。では、今日の社会はどうであろうか。次節でこの点を検討しつつ、精神障害の社会モデルを展望し、結びにかえたい。

VII. おわりに：精神障害の社会モデルの展望

障害者差別解消法が施行された現在、内閣府の「合理的配慮等具体例データ集（合理的配慮サーチ）」では、精神障害についての合理的配慮として、以下があげられている（内閣府 HP）。

- ・疲労や緊張などに配慮し別室や休憩スペースを設ける
- ・一度に多くの情報が入ると混乱するので、伝える情報は紙に書くなどして整理してゆっくり具体的に伝えることを心掛ける
- ・薬物療法が主な治療となるため、内服を続けるために配慮する

これらは主に疾患に対する配慮に見え、インペアメントの存在が前提にされている。しかし、「インペアメントのせいではない」

とするのではなく、「休憩スペースがあればできる」「情報伝達の工夫があればできる」としてディスアビリティの解消を社会の側が負う点で、社会モデルであるといえる。つまり、インペアメントを括弧に入れて、疾患の存在を価値中立的な身体的差異として扱う限りで、社会モデル的なのだといえる。

ただし、この点は常に危うい。たとえば、「出勤時間を遅らせる」という合理的配慮は、疾患を前提に、「怠けている」という負のラベリングを回避すること（医療化の効果）を伴わなくてはならないが、その結果「病気だから仕方がない」という医療モデルに周囲の見方が終始する可能性も十分にある。

ところで、障害者差別解消法に基づく「障害を理由とする差別の解消の推進に関する基本方針」では、合理的配慮は以下のように定義されている。

合理的配慮は、障害者が受ける制限は、障害のみに起因するものではなく、社会における様々な障壁と相対することによって生ずるものとのいわゆる「社会モデル」の考え方を踏まえたものであり、障害者の権利利益を侵害することとならないよう、障害者が個々の場面において必要としている社会的障壁を除去するための必要かつ合理的な取組であり、その実施に伴う負担が過重でないものである。

ここで重要なことは「障害者が個々の場面において必要としている」ことと、配慮する側（この場合行政機関や事業者）の「実施に伴う負担が過重でない」ということであり、社会的障壁の除去をめぐる障害当事者を中心に協議する可能性が拓かれたことであろう。この協議が、Ⅵに述べたような、インペアメントを括弧にいれた「共同作戦」のための協議として、行政機関や事業所内で展開できれば、「病気だから仕方がない」という医療モ

デルを超えて、精神障害当事者の「生きづらさ」の改善に効果的であるのではないか。よって、精神障害者に対する合理的配慮として具体的に何を行うべきか、という事例の提示も重要であるが、行うべきことを協議する場のあり方を構想することも不可欠の課題であると考ええる。行政が主導する各種会議で当事者参加が掲げられるなか、その実際効果への疑義もある。なお、本稿は精神障害を中心に検討を進めてきたが、この結論は、障害種別にかかわらず共通であると思われる。この点も含め、本稿で残された課題として、改めて検討したい。

〔注〕

- (1) 星加（2007）は、社会モデルにおけるディスアビリティを特徴づける論を三つに大別している。本文に述べた、①原因の帰属先の転換、②解消責任の帰属先の転換のほか、③解消可能性による解釈である。星加はオリバーら社会モデルの論者たちが想定したのは主に①であること、しかし、ディスアビリティを同定するにあたってはインペアメントを前提とする構造になっており、「社会において要求される価値との関連でディスアビリティが生じ、それを個人に帰責するためにある種の機能的特質に対して否定的な価値付けがなされたものがインペアメントである」という障害学の知見と矛盾することを指摘する（星加2007：108）。また、②については、認識論的な水準でディスアビリティを特定する基準を含んでいない点に限界があるが、その特定にあたって規範的な問題へのアプローチの必要性を示唆すると評価する（同：56-60）。③については、“社会によって解消可能なものがディスアビリティである”とするこの論においては、当事者の不利益に定位してディスアビリティを理論化することが困難になるなどの問題点があり採用できないとしている（同：52-54）。
- (2) この精神薄弱という概念は、明治時代以降、学校教育制度や徴兵制度が整えられていくなかで、制度に適應できない者たちへの医学者によるアプローチのなかから生み出されてきたものである。茂木・高橋・平田（1988）に

- よれば、明治時代後期から大正時代にかけては「低能児」「劣等児」などの表現が用いられ、主に精神医学者によって「白痴・痴愚・魯鈍」といった分類が進められていき、昭和に入り、文部省の学校衛生行政で使用された「精神薄弱」が公用語となっていったという。平行して知能指数を指標とした心理学的概念を盛り込んだ分類も定着していき、戦後の教育における「特殊児童」の判別基準へと継承されていった(茂木・高橋・平田1988:80-81)。
- (3) 同調査は「精神薄弱者実態調査」として昭和41年に開始後、5年に一回実施されてきた。平成2年からは「精神薄弱児(者)福祉対策基礎調査」、平成7年からは「精神薄弱児(者)基礎調査」に名称を変え、平成17年の実施を最後に、現在は「生活のしづらさなどに関する調査(全国在宅障害児・者等実態調査)」となっている。
- (4) このような表現の不正確さについては、星加(2007:105)、立岩(2010:21)で指摘されている。ディスアビリティの解消という観点からは、確かにどちらも原因となりうるし、どちらも解消のためのアプローチの対象となりうる。ただし彼らの立場は、障害の「個人モデルと社会モデルの統合」といったICFにみられるような見解とは異なっており、どのような解消アプローチを採用するかにまつわる社会的な規範、分配の問題に焦点をあてている。
- (5) 星加(2007)は、インペアメントがディスアビリティから遡及される後続の、否定的意味づけをもったカテゴリーであることを指摘し、ディスアビリティを「不利益の集中」として位置づけて解消を求める立場をとった。その際、「不利益の集中」が障害者に固有に生じる現象でないことを認めつつも、現在の社会における「社会的価値」に照らすと、障害者に対して不利益が集中する可能性が高いと指摘する(星加2007:323-324)。つまり、社会的に構築されたものだとしても、現に「障害者」はおり、「不利益の集中」している状態を特定できる・すべきという考えであり、示唆的である。
- (6) 本稿は反精神医学には一定の功績があったと考えている。また、たとえば竹端(2016)はサズが精神病という現象を「人の如何に生きるべきかの問題をめぐる葛藤」と捉えようとしていたことに着目し、リカバリーやエンパワメントの思想への継承を指摘している(竹端2016:85-86)。
- (7) たとえば、『厚生白書 平成9年版』(厚生省HP)は、『健康』と『生活の質』の向上をめざして」をテーマとしているが、その第1部第3章は「現代社会と『心の健康』」であり、「心の不健康」として神経症やうつ病、睡眠障害の増加を指摘、その対策を広く呼びかけている。
- (8) 両院の附帯決議を受けて日本精神神経学会は、1966年から学会の医療体系委員会内に中間施設に関する小委員会を置き、1968年に「精神障害者社会復帰医療センター」の構想を発表した。この構想では「常に医療の傘の下に置きながら強力に更生をはかる」ことが掲げられた(日本精神神経学会1969:903)。つまり、社会復帰促進とはいうものの、それは、新たな治療形態を推進する医療施設の創出であったのであり、精神科医たちは医療モデルに固執していた。
- (9) 臺は「1970年代に入って社会情勢が変化してくると時を同じくして、生活臨床に対する批判が一部の精神科観念論者の間に強まった。それは1972年の第6回地域精神医学会においてきわまったように見える。そこでは、生活臨床の思想は人間理解を貧困におとしめ、人間の管理を当然のものとして認めるファシズムの思想であるとか、金、名誉、色などという人間蔑視の言葉を新しい技術というかけ声のもとに、厚かましくも導入した、などと誹謗された」(臺1975:799)と述べている。
- (10) 「国立武蔵病院(精神)強制隔離入院施設問題を考える会」第20回連続学習会(2016年4月17日)における岡田靖雄氏(精神科医・精神医学史研究)の講演による。
- (11) 1979年の第75回日本精神神経学会総会シンポジウムI「社会復帰」では、三野文雄(厚生省公衆衛生局精神衛生課)、佐々木勇之進(福岡病院/日本精神病院協会)、峰谷英彦(世田谷リハビリテーションセンター)、小澤勲(京都府立洛南病院)、寺島正吾(福岡家庭裁判所医務室)と並んで谷中が発表した、「あたり前の生活の実現」というフレーズが使用されている(日本精神神経学会1979:724)。

〔参考文献〕

- 浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史』 批評社.
- Barnes, C. (2014) "Understanding The Social Model of Disability" in Watson, N. Roulstone, A. and Thomas, C.: *The Routledge Handbook of Disability Studies*. London: Routledge.
- 江熊要一 (1974) 「生活臨床概説 その理解のために」『精神医学』16(6).
- 江間由紀夫 (2013) 『『生活のしづらさ』再考 : 生活支援論から学ぶもの』『精神保健福祉』44(4).
- 蜂矢英彦 (1974) 「精神障害者社会復帰医療施設の問題点—都立世田谷リハビリテーションセンター発足一年の経験から—」『日本医事新報』2597.
- 蜂矢英彦 (1978) 「精神科リハビリテーションの今日的課題」『ソーシャルワーク研究』4(1).
- 蜂矢英彦 (2016) 『私の精神障害リハビリテーション論』金剛出版.
- 東雄司・江畑敬介監修 (2002) 『みんなで進める精神障害リハビリテーション—日本の5つのベスト・プラクティス』星和書店.
- Hughes, B. and Paterson, K. (1997) "The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a sociology of impairment" *Disability & Society*, vol 12. no 3.
- 星加良司 (2007) 『障害とは何か—ディスアビリティの社会理論に向けて』生活書院.
- 笠原嘉・酒井克允 (1980) 「3. 反精神医学」懸田克躬編『現代精神医学体系』第1巻B₂, 中山書店
- 厚生労働省 HP 『厚生白書 平成9年版』
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1997/dl/05.pdf(2016.10.30).
- 小林八郎 (1965) 「生活療法」『最新医学』20(9).
- M・マノーニ (1970=1974) 松本雅彦訳『反精神医学と精神分析』人文書院.
- 増田陸郎 (1971) 「地域精神衛生活動これからの道」『公衆衛生』35(5).
- 松嶋健 (2014) 『プシコ・ナウティカ』世界思想社.
- 三脇康生 (2000) 「精神医療の再政治化のために」杉村昌昭・三脇康生・村澤真保呂編訳『精神の管理社会をどう超えるか?』松籟社.
- 茂木俊彦・高橋智・平田勝政 (1988) 「わが国における『精神薄弱』概念の歴史的研究Ⅰ : 雑誌『児童研究』の分析を中心に」『教育科学研究』7.
- 内閣府 HP 「合理的配慮等具体例データ集 合理的配慮サーチ 精神障害」http://www.8cao.go.jp/shougai/suishin/jirei/index_seishin.html (2016.10.30).
- 永井順子 (2003) 『『名指し』のアポリアと『監視』の発生』『ソシオサイエンス』9.
- 永井順子 (2005) 『『精神病者』と刑法第39条の成立』『ソシオサイエンス』11.
- 永井順子 (2006) 『『精神病者』と『社会』』『社会学研論集』8.
- 永井順子 (2012) 「戦後精神衛生における『社会復帰』概念の検討」『旭川大学保健福祉学部研究紀要』4.
- 永井順子 (2014) 「第11章 障害の医療化と健康権保障」大曾根寛編『福祉政策の課題—人権保障への道』放送大学教育振興会.
- 南雲与志郎・蜂矢英彦 (1974) 「世田谷リハビリテーションセンターの歩み」『リハビリテーション医学』11(3).
- 日本精神神経学会 (1962) 「第59回日本精神神経学会総会抄録・シンポジウム4. 社会復帰」『精神神経学雑誌』64(4).
- 日本精神神経学会 (1969) 『精神神経学雑誌』71(9).
- 日本精神神経学会 (1973) 『精神神経学雑誌』75(12).
- 日本精神神経学会 (1979) 『精神神経学雑誌』81(11).
- 白田幸治 (2014) 「障害の社会モデルは解放の思想か?」『Core Ethics』Vol.10.
- 杉野昭博 (2007) 『障害学 理論形成と射程』東京大学出版会.
- 竹端寛 (2016) 「第3章 精神医療のパラダイムシフト」遠塚谷富美子・吉池毅志・竹端寛ほか『精神病院時代の終焉—当事者主体の支援に向かつて—』晃洋書房.
- 竹村堅次 (2006) 『日本のサイコポリティクス』自由企画・出版.
- 田中耕一郎 (2007) 「社会モデルは<知的障害>を包摂し得たか」『障害学研究』3.
- 立岩真也 (2010) 「家族・性・市場 (第59回) 『社会モデル』・2」『現代思想』38(12).
- 立岩真也 (2013) 『造反有理 精神医療現代史へ』青土社.
- 寺田明代 (2009) 「精神障害の社会モデルは可能

- か？」『関西福祉科学大学紀要』12.
- 寺本晃久（2002）「犯罪／障害／社会の系譜」好井裕明・山田富秋編『実践のフィールドワーク』せりか書房.
- 臺弘（1975）「精神医学の方法論—生活臨床の教訓」『精神医学』17(8).
- 臺弘（1984）「生活療法の復権」『精神医学』26(8).
- 谷中輝雄（1982）「精神障害者とのかかわりから学んだこと」『ソーシャルワーク研究』8(3).
- 谷中輝雄（1996）『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』やどかり出版.
- 谷中輝雄（2002）「精神障害者福祉の現状と課題」『社会福祉研究』84.
- 谷中輝雄（2008）「生活支援の形成過程」『社会福祉研究』101.