

精神疾患における患者の家族への役割期待

— 全国精神障害者家族会連合会の活動を中心に —

基礎教育学コース 杉 森 美和子

Change of family roles and action of
National Federation of Families with Mentally Ill in Japan

Miwako SUGIMORI

The purpose of this thesis is about changing of family roles, which has a mentally ill patient in society and influence of National Federation of Families with Mentally Ill in Japan. Japanese medical welfare system regards family as undertaker all the task of patient. Because of such a heavy task, it is difficult for them to take care themselves.

目 次

はじめに

先行研究及び本研究の意義

1 章 精神疾患患者の家族に対して求められる役割の
多様性

2 章 全国精神障害者家族会連合会の活動と求められ
た役割

3 章 全国精神障害者家族会連合会から家族に対して
求められた役割

おわりに

はじめに

全国精神障害者家族会連合会（以下、全家連と記載）とは、精神疾患の中でも統合失調症患者の家族を主な構成員として活動した家族会である。各都道府県に置かれた家族会を束ねる全国組織として、2007年に解散するまで日本の精神障害者施策に影響を支えた。本論文の目的は、精神疾患における患者の家族の役割について、患者の家族は社会からどのような役割を求められ、一方で家族自らはどのような役割を担おうとしたのかについて、全家連の活動を中心に考察を試みることである。具体的には、全家連及び関連する法律等の歴史を述べつつ、当該組織が発行した会史の分析を手がかりに行う。

先行研究及び本研究の意義

全家連に関係する先行研究は、下記の4つのカテゴリーに分類できるだろう。1つ目は、精神障害者保健福祉手帳制度の創設や精神分裂病から統合失調症への呼称変更運動といった具体的な事例の検討を通じて、全家連が果たした組織的な役割を考察するものであり、吉村友里や金吉晴らが挙げられる¹⁾。2つ目は、全家連の展開した社会運動に焦点を当てたものであり、山田理恵や岡上和雄らが挙げられる²⁾。3つ目は、全家連自らによる患者の属性や患者と家族の生活実態に関する調査及び調査結果に関する考察であり、全家連による調査白書や大島巖、石原邦雄らが挙げられる³⁾。4つ目は、精神保健福祉システムの変化に伴う家族の役割の変化、それに関する家族の負担についての考察であり、先述の山田や南山浩二らが挙げられる⁴⁾。

しかし全家連自らの編纂による会史の分析を通して、社会と全家連が家族の役割をどのように認識し、家族に対してどのような役割を求め、一方で家族自らはどのような役割を担おうとしたのかについて考察を試みたものは見つけることが出来なかった。

本論は、3章立てで構成されている。1章では、精神疾患患者の家族がどのような役割を求められてきたかについて、その多様性を先行研究に基づいて概観する。会史は組織自らが語る物語であり、多くの場合自認してきた役割について述べられる。2章では、全家連の成立とその活動及び関連する法律等の歴史を述べ、全家連に対して社会がどのような役割を求め、全

家連自身は家族の代表機関としてどのような主張をしたのかについて、全家連30年史編集委員会によって発刊された『みんなで歩けば道になる：全家連30年のあゆみ』⁵⁾の分析を手がかりに論じる。3章では、全家連と傘下組織である家族会との関わりに着目し、全家連が社会に対してだけでなく、家族に対しても役割を求めてきたことを論じる。おわりにでは、本論の内容に基づいて、社会と全家連が家族の役割として求めたものと家族自らが担おうとした役割について整理する。その上で、家族自らが積極的に担ってきた役割の具体例として「親亡き後の問題」を紹介し、その限界と課題について考察することを試みる。

無論、家族の形態はそれぞれであり、家族が患者に対して自ら担おうとした役割も異なる。しかし全家連が「日本の患者の家族を代表する組織として」社会に対して発信する内容は、家族の代表的な見解として認識され、その高いポジションから述べた物語は、家族の意識に影響を与えたと思われる。全家連の活動を手がかりに家族の役割について考察を試みることは、日本の精神医療において家族が置かれてきた複雑な関係性を論ずる一助となり得るはずである。

1章 精神疾患患者の家族に対して求められる役割の多様性

家族の重要性は、患者と共に暮らす者として患者の治療面を考えた際に重要であるといった臨床的な場面だけでなく、精神医療システムや地域社会と患者との関係性を考察する際にも語られてきた。先行研究において山田は、家族が重要視された理由として、以下の3点を挙げている。まず、精神障害という現象を医学的に解釈するとき、患者と家族との関係を抜きには考えられないと考えられてきた点、制度としての精神医療が成立し続けるうえで、家族や世帯の役割が不可欠であると認識されてきた点、そして、患者だけでなく家族もまた精神障害によって生じる困難の当事者であると見なされてきた点である⁶⁾。家族は重要視された結果、具体的にはどのような役割を求められてきたのだろうか。

患者と血縁関係を持つ家族は、専門家から、精神疾患の遺伝性を明らかにするための家系研究の対象としての役割を求められた。家系研究において家族は、発病した患者と遺伝的リスクを分かち合う対象とみなされたのである。もちろん家族の中には、患者と血縁関係を持っていない者も存在する。そのような者も、家

族内での患者の生育歴や家族との心理的関係を探る研究の対象となった。このような環境要因に着目した家族研究は、主要な発症要因を家族に求めたものであり、母親を中心とした家族の「病理」を「発見」することを主要な目的としたものである⁷⁾。家族は調査対象としての役割を担い、その結果、遺伝的リスクを分かち合う役割、または発病の要因として咎を受ける役割を求められることとなった。

1960年代中頃から特に統合失調症の家族研究に対する疑問や批判が相次ぎ、その後には家族研究は停滞期となる⁸⁾。その一方で、「家族研究療法」が注目、発展していく⁹⁾。家族は患者とともに「病理」を持つ存在であるため、患者と家族の両者への治療が必要だと見なされ、治療時には、「患者の回復のために」、家族自身が過去の患者との関わりを反省、謝罪することが求められることもあった¹⁰⁾。

ここで、専門家が家族に対して求めたのは、医療機関で患者とともに治療を受けることだけなのだろうか。そもそも精神疾患は、患者に病識が無いことが多い。そのため、治療行為を受ける前に患者を誰が医療機関まで連れていくのかといった問題が古くから生じてきた。これに対して日本ではかつて、患者の処遇は各地域の慣習や規則に委ねられてきたが、多くは患者の家族が対応していた¹¹⁾。家族は、患者とともに治療を受けるといふ治療対象である以前に、患者に治療を受けさせる役割も求められてきたのである。

リスクを分かち合う者と見なされ、咎を受ける役割にかえて、患者を医療機関に連れて行き、ともに治療を受ける役割を受け持つことは家族にとって精神的負担となるだろう。しかし、上記の役割は患者と家族と医療機関という三者間の関係性の中で、家族が求められるものである。家族に対して医療機関以外の組織は、どのような役割を求めたのだろうか。

まず1900年の精神病患者監護法の成立により、世帯単位で患者を管理し、世帯の責任者が患者をどのように処遇するか決定する形式で家族が患者を取扱うことが求められることとなった。家族は警察や行政機関に届け出る必要が生じ、家族の多くは監置義務者として患者を自宅内の特定の場所に隔離する私的監置を行った¹²⁾。警察や行政機関により明文的に、家族は法的義務の担い手としての役割を求められることとなったのである。この私的監置に関しては、患者のケアが全て家族に委ねられているがゆえの格差への懸念が早くから示され、呉秀三の活動もあって1919年には私的監置に替わり公的病院の設立を目指す精神病院法が成立し

ている。しかし、財政上の制限により公立病院の設立は進まず、第二次世界大戦等に起因する更なる財政難や人的、物的資源の困窮によって返って精神病床は減少することとなった¹³⁾。

1945年以降日本は、多くの法律を改正することとなったが、患者及び家族に関係する法律も、1950年に精神病患者監護法と精神病院法が廃止され、精神衛生法が制定された。

精神衛生法では精神病院建設規定のほか、患者に対する保護義務者制度と同意入院制度が設置された。保護義務者制度とは、原則的に患者の「後見人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者」が引き受ける法的役割であり（第20条）、患者に治療を受けさせ、また治療に協力する義務、患者の自傷他害を防ぐために監督する義務、患者の財産上の利益を保護する義務などを負う（第22条）制度である。また患者本人の同意が無くとも、保護義務者の同意があれば患者本人を入院させることができる同意入院制度（第23条）も導入された。家族は患者の入退院を決定する重要な役割を担うことが求められており、それは患者の処遇を決定する役割という点でみると、戦前の精神病患者監護法で家族が求められてきた役割と大きく異なるものではなかったといえるだろう。

その後、1987年に精神衛生法が改正され、精神衛生法は精神保健法という名称へと変更される。患者本人の同意に基づく任意入院制度が新設された一方で、保護義務者制度に変更はなく、家族は引き続き法律に基づいて手続を行い、患者の処遇を決定し、生活を監督する役割を求められ続けた。1993年に精神保健法が改正され、保護義務者という名称が保護者へと変更されるとともに、患者の社会復帰のために保健所に患者と同居する保護者を訪問するための職員を置くことができる（第42条）といった、家族の負担軽減を促進するような内容が追加されたが、原則的には家族が患者に対する法的義務を担う役割を求められることに変化はなかった。2005年に精神保健法は精神保健福祉法に改称され、2013年の改正では保護者制度が撤廃されるが、医療保護入院の際には家族等の同意が必要とされており、家族が法的義務と患者の処遇を決定する役割を果たすという構造を解消しているとは言いがたい¹⁴⁾。また病識のない患者を入院させるとき、保護義務者なる家族に対して、患者が自らの意に反して入院させられたと主張し憎悪することも起こりうる。このとき家族は、患者から直接憎悪の対象となる役割をも求められるといえるだろう。

患者に治療を受けさせる義務を果たした結果として、治療費を負担する役割も家族には求められた。先述の同意入院と生活保護法の適用による入院であれば家族の負担は軽減された¹⁵⁾が、患者全員がこの救済・公的扶助型の入院をした訳ではない。家族がどれだけ治療費を負担できるかという経済的格差は治療の選択範囲に影響し、結果的に治療環境の格差へとつながっていったであろう。

さらに、患者と家族と地域社会という関係性の中で考えると、場合によっては、患者の状態や治療の結果、対応を地域社会に説明、報告する役割も求められることにもつながる。病状の説明や処遇報告の際には、謝罪も併せて行われる場合もあり、そのとき家族は患者に代わって対象者及び地域社会に謝罪をする役割も担う。時には、批判や差別を受けたり偏見を持たれたりすることも想像に難くない。

先述の保護義務者制度には、患者の自傷他害を防ぐために監督する義務が規定されていたが、ときにその義務は不穏状態になった患者を家族が常時見守るといった状況を作り出すこともあった。ともすると患者の自傷行為よりも患者が他害行為をすることへの懸念が大きくなってしまいがちであり、そのとき家族は、患者から地域社会を守る防波堤としての役割をも求められていたと思われる。このような切迫した状況にまで至らなくても、家族は買い物の補助や入浴介助等の患者の日常生活に対するケアを担ってきた。自分の仕事や趣味に優先してケアを行い続ける場合は、ケアの担い手である家族自身の生活の質は低下するだろう¹⁶⁾。しかし、社会規範としては、家族は「ケアの担い手」として自明視され期待をよせられている¹⁷⁾。制度上も、患者にとっては家族以外にケアを求めることが難しい状況が作り出されてきた¹⁸⁾ため、家族はケアの担い手としての役割を果たし続けるしかなかったといえる。

このように家族に対して求められる多重的な役割は、患者だけでなく、家族もまた精神疾患が直接的、間接的に引き起こす苦悩を抱えることにつながった。先行研究において山田は、こうした苦悩や負担が専門家の研究と家族自身の声によって徐々に可視化され、現在では家族もまた精神障害がもたらす困難の当事者であるという認識が共有されている¹⁹⁾と述べている。先述した役割に対して、家族を代表する組織とされてきた全家連は「家族自身の声」を、どのように伝えたのだろうか。一方で全家連に対しては、どのような「声」が投げかけられたのだろうか。次章ではその成

立とその活動及び関連する歴史を述べつつ、社会が全家連に求めた役割と自身が家族の代表機関としてどのような役割を担おうとし、自らの物語を伝えようとしたのかについて述べていきたい。

2章 全国精神障害者家族会連合会の活動と求められた役割

1章においては、患者の家族に対して求められた役割について述べてきた。調査対象となる、遺伝的リスクを分かち合う、発症原因を生じさせた咎を受ける、家族自らが治療対象となる、患者に治療を受けさせるといった精神医療に関する専門家から家族に対して求められる役割があることに加え、法律に則って手続を行う、患者の処遇を決定するといった行政機関から家族へ求められる役割があった。法律で規定された保護義務者制度に基づいて役割を果たすとき、患者の状況を説明する、患者から地域社会を守る、経済的負担をする日常生活のケアといった役割が求められることも加わった。家族は、自らの生活を犠牲にしても上記の役割を継続しなければならないものとして見なされてきた。

このように、家族の負担を自明として成立していた精神医療システムであるが、オランザピン等の抗精神病薬の開発により、患者に死亡退院以外の選択肢を提示できるようになったことは、患者と家族に大きな変化をもたらした。抗精神病薬の使用とリハビリテーション活動、生活療法等を組み合わせることにより、精神病院を退院し、地域で日常生活を送ることが可能になったのである。

こうした状況の中で家族は、同じように患者を抱えた他の家族とつながって慰め合う相互扶助と、自らの主張を集団で社会に訴える社会運動主体という2つの役割を家族会活動を通じて求められ、自ら担うようにもなっていく。

家族会について厚生労働省は、「精神障害者を家族に持つ人々が互いに悩みを分かち合い、共有し、連携することで互いに支え合う会であり、支え合いを通じて地域で安心して生活するための活動を行うもの²⁰⁾」と説明するが、日本においては、病院家族会と地域家族会という2つの起源を持つ。

病院家族会とは、病院を基盤として結成されたものである。医師をはじめとする医療従事者が患者の家族に呼びかけ、患者への服薬指導や病気への理解、再発の発端に繋がる可能性の高い接し方を防ぐための知識

を教育する家族教育や、退院後の見守りや社会復帰への協力を目的としている。これは全国一律に始められた試みではなく、その「医療者から声がけをされて会へ出席を求められる」という状況から考えるに、気が進まないが、患者を入院という形で病院へ預けているので仕方なく出席するといったケースも想定される²¹⁾。その結果参加家族間で、家族会に対する積極性には差異が生じていたであろうことは想像に難くない。初期の病院家族会において、家族は主に法的義務及びケアの担い手、治療協力者としての役割を求められていたといえるだろう。

一方で地域家族会は、病院を基盤としない。こちらは病院関係者が保健所を訪れ、保健所職員と家族に対する相談、懇談の場を持ったことがきっかけになったとされており²²⁾、その基盤は保健所である。保健所で開かれた懇談会が家族同士の会おう場となり、懇談会が続けられるうちにリーダー的な役割をする者が出て地域家族会が結成されていく²³⁾。この地域家族会においても同様に、家族は法的義務及び、ケアの担い手、治療協力者としての役割を求められていたと思われる。ただ地域の保健所が拠点となっていることから、病院家族会に比べて、参加者の居住地や活動範囲に共通点が多く、前述の役割に加えて、地域社会への説明や患者から地域社会を守る防波堤としての役割に関連する具体的な情報交換も行われていたであろう。病院家族会と地域家族会は、各々が独自の活動を展開していたが、両者とも、患者家族が病気について学習し、家族同士が繋がることを運営方針として掲げる組織が大半であった²⁴⁾。

ここで、家族と「家族会」という形での連携を試みたのは病院と保健所といった実際に直接、患者や家族に接する機会を日常的に持つ組織だけではない。厚生省公衆衛生局精神衛生課の大谷藤郎技官も、患者となった子どもを持つ元新聞記者の石川正雄氏との交流を行っていた。大谷技官は広報誌の精神衛生特集号を企画するとともに、石川氏に昭和大学付属鳥山病院竹村堅次副院長を紹介し、「民間から社会運動を始めよう」という活動を後援した²⁵⁾。

竹村副院長と石川氏の間では、竹村副院長から、「家族同士背を向けず互いに励ましあい慰めあい、病気の学習、特にリハビリテーションを勉強する。その結果、家族が病院の援助を得て自ら進んで社会運動を起こすこと。以上3つの目標がある」ことの説明がなされるとともに、全家連創設の準備が話し合われ²⁶⁾、彼らは家族に対して、従来求められてきた役割に加えて社会

運動主体としての役割も果たすことを求めていたことが読み取れる。1964年3月に精神病院の入院歴がある青年が米国大使に重傷を負わせたライシャワー事件が発生する。事件を受け、マスメディアによる「精神病患者野放し」報道や、臨時国家公安委員会では精神病患者に対する警察官による家族訪問等の提案が行われた。

これらの動きに対し、石川氏、大谷技官に加え、家族会活動を行う小西六次氏の会合が実施され、早急に全国家族会を結成し、国や社会に対して運動すること及び、大谷氏が厚生省の行政・医療などの連絡機関や個人的なつながりを使って支援することが決定した²⁷⁾。これ以降家族は、全国家族会結成の呼びかけに呼応して社会運動主体として行動する役割を求められていくこととなる。さらに、第61回日本精神神経学会総会では、石川氏が全国の家族を代表して家族の苦境と家族会の必要性を訴えた²⁸⁾。石川氏が述べた「家族」の苦境²⁹⁾とは、主に子どもが発病した父親としての苦境であり、家族が社会から求められた役割を自ら果たすことを前提に、警察権の介入の阻止や社会福祉施策を求めるものである。以降、このような子どもが発病した親による声は家族会における支配的な物語として機能していく。

1964年には、精神衛生法改正に関する中間答申が発表され、保健所を精神衛生推進の機関と位置付けること、措置入院以外の医療費保障、職親の制度化、社会復帰施設設置等が示された。これに対し、茨城県友部病院家族会は「全国精神障害者家族協議会茨城部会」名義で患者の治安対策による取り締まり反対、精神衛生相談所、保健所の活用による精神衛生業務の充実、早期発見や治療、退院後の指導への支援、入院及び通院医療費公費負担等を求めて政府及び関係方面への陳情署名の呼びかけを開始した³⁰⁾。この友部病院家族会は、はじめから院外活動を行うことが規約に明示された家族会である³¹⁾。そのため、当時既に結成されていた他の家族会の家族よりも、行政機関への陳情や署名活動といった社会運動主体としての役割を家族が担うことに積極的な者が多かったであろうし、実際、全家連の結成に向けては、この友部病院家族会が中心的な役割を担っていくことになる³²⁾。同意入院等の医療費の国庫補助や社会復帰施設の設置予算獲得のため、友部病院家族会等茨城県下の病院家族会が統合し、茨城県精神障害者家族連合会が結成された。ここで予算要求に際して厚生省からは「切実な声」を発することが求められた³³⁾。家族はあくまでも陳情に際して同情を

得られるような物語を語る役割であり、予算の必要性を対等に議論するメンバーとは認識されていなかった。この要求を受け友部病院家族会会長の瀧山氏が、全国家族会連合会の結成大会の開催、結成前に行う陳情等の対外活動の際に、全家連名義での活動をしてよいか同意を求めるとともに、連合会として統一した目的、事業を定めたいとの考えを全国主要精神病院および家族会に伝え、全国精神障害者家族会連合会（全家連）が成立する³⁴⁾。

全家連は成立後学会や病院の集会等を通じて、友部病院関係者とともに家族会の必要性と家族会育成、全国組織への参加呼びかけを行っていく³⁵⁾。厚生省及び医療関係者から支援を受け、1965年4月には全家連結成大会を開催する。大会特集号においては、全家連は「精神障害者の家族とその理解ある同情者の大同団結」と表現されており³⁶⁾、家族が憐れみを受けることを許容していたことがうかがわれる。この全国大会で発表された「私たちの誓い³⁷⁾」は、患者家族の総意として多方面にアピールされた。全国大会以降も会報や主力会員を通じて、家族は患者の発病という絶望の中から家族会に出会って立ち上がり、患者への責任を背負って生きる物語が語られる。それは前述の石川氏による「家族」の苦境と類似したものであった。こうして、いったん、ひとつの物語ができあがると多様な経験がそこへ引き寄せられて翻訳されるようになる³⁸⁾。

1965年の精神衛生法改正により、通院医療費公費負担制度が創設された。全家連からは、医療費の全額国庫負担、アフターケア即時実施、社会的偏見除去を目指す啓蒙運動強化、保安中心で無く医療中心の精神衛生法の実現、精神科医療の研究開発強化、精神科医療施設国庫負担による充実、精神科医療職員の待遇改善と増員、精神障害者に対する年金支給が要求された。精神科医療職員の待遇改善は患者と家族に直接影響を与えるとは必ずしも言い切れない。全家連は家族だけでなく病院職員の代弁者としても要求を行う役割も求められていたとみなせるだろう。1967年に全家連は財団法人として認可され、精神衛生普及月間運動を独自で実施し、社会的偏見除去を目指す啓蒙運動を行う役割を自ら担おうとした。1968年にはWHOのクラーク勧告を受けて、医療費10割給付請願活動及び中間施設設置請願活動を展開するとともに全家連主催の家族による家族相談室を開設した。相談内容のいくつかは会報に紹介されている。この家族相談室事業は、患者となった子を持つ親によって語られる「支配的な物語」の再生産と強化の一助としても機能していたよう

に思われる。1970年に大熊一夫の「ルポ精神病棟」が連載されると、全家連は悪徳精神病院調査、原因究明陳情を行うとともに、精神障害者への福祉立法要望を大会宣言にあげた³⁸⁾。また就業禁止規定反対運動を運動方針に加え、精神病を理由とした就業禁止規定は労働をしたい患者に対する排除規定として機能しかねないと主張した。1971年には福祉法制定と、精神障害と他障害の同じ取扱いを求めて署名活動を開始し、症状悪化に備えて精神科の夜間受診実施要求も行った。これらの要求は家族の負担を減らすことにつながるだけでなく、患者の生活の質にも直接関係する。全家連が家族だけでなく「患者の代弁者として」も要求を行う役割を担っていた一例とすることができるだろう。ただ、これはあくまでも全家連が思う「患者の願い」である可能性は否定できない。

1975年には警察による特定人精神鑑定措置入院等要請への抗議、保安処分反対陳情書提出、反保安処分主張活動を行った。なお1976年に会報「ぜんかれん」は低料第三種郵便認可を受けている。1981年に全家連は内閣総理大臣賞を受賞し、全国キャラバンと精神障害者福祉ニーズ調査が行われた。保安処分よりもアフターケアの充実を求めるとともに、「通り魔事件等の取扱いについての声明」で精神障害者を危険視することおよび社会的偏見についての批判を行っている³⁹⁾。1983年には福祉法早期実現署名活動とともに作業所設立運動を本格化させ、精神障害者への運賃割引、「親亡き後」に対応して患者が就労できるような作業所の設置、グループホーム建設等の具体的な要望を通じ、患者が地域で生活することの実現を求めている。また政府の実施する精神衛生実態調査に条件付きで協力を表明するが、これは全家連が厚生省から協力団体としての役割を求められており、自らもその役割に応じてきた一例と見なせるだろう。

1984年に宇都宮事件が発覚し、精神病院での患者への虐待が社会問題となった。全家連は事件を受けて「医療・福祉の抜本改革」を発表し、患者の生命、人権が尊重される対応と、精神病院に長期入院することは家族にとって絶望であり入院期間を短くして欲しいとの要求を行った⁴⁰⁾。1985年には20周年記念募金を開始して活動資金を募るとともに、欠格事項撤廃及び福祉法実現のための国会請願運動を行う。また要求請願運動だけでなく精神障害者・家族ニーズ調査の実施を通じて政策提言や要求の根拠となるデータを集めた。1986年には、精神障害者社会復帰と社会参加を推進する全国会議を開催し、精神衛生法改正への意見書を厚

生省に提出している。このように、1983年から1985年にかけて、全家連は政策提起や国家予算の獲得に対する積極的な動きを示しはじめた⁴¹⁾。

1987年には宇都宮事件を受けて精神保健法が施行される。「精神障害者の人権擁護と社会復帰の促進を主眼とした」この法律のもとで、精神保健指定医制度が発足し、任意入院制度が確立されるが、引き続き、家族は法的義務を担う役割を求められた。1993年に全家連は、精神分裂病(現・統合失調症)の診断名を変更するよう、社団法人日本精神神経学会に要望を行う。その理由は、本人及び家族が「精神が分裂する病気」という名称では病名宣告時に絶望的になるので名称を変更して欲しいというものであり、アンケートを取る等実現に向けて積極的な役割を担った。1995年にはホテル兼授産施設として「ハートピアきつれ川」を開設するが、これは厚生省から1991年に開設をもちかけられたものであり、協力団体として厚生省の提案を受託した例ともいえるだろう。

また全家連では具体的な事件に関する文書送付が偏見の助長を防ぎ正しい理解を促進するための活動として位置づけられてきた⁴²⁾。30年史には患者の代わりに社会の偏見と戦い社会を啓蒙する役割を自認していたことが述べられる。2002年には精神分裂病の診断名が統合失調症へ変更される一方で、後に全家連の解散をもたらす補助金の目的外使用(補助金を目的外の「ハートピアきつれ川」建設費用の返済に流用していた。)が発覚し、返還命令を受けた。2005年に心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(医療観察法)が施行され、2006年には障害者自立支援法が成立する。全家連は患者団体からの反対意見をおさえて、施策のモデレーターとしての役割を果たすこともあった。一方で、補助金の返還命令により負債は12億を超え、2007年に全家連は倒産、解散した。

以上のように精神医療システムに関わる法律は、ライシャワー事件といったネガティブな事件が契機になって変更されてきた。ネガティブな事件は法律だけでなく、患者の家族が社会に求められる役割の変化をももたらした。全家連の行動アピールはマスメディアによって報道され、全家連は患者の家族が何を考え、望んでいるかを「患者家族の代表として」社会に示す役割を自ら担い、時に患者の代弁者という立場での主張も行った。その際、全家連の主力会員が「発病した子を持つ親」の立場であったことは、全家連が訴える主張が親の立場からのものに偏る一因となった。石川

氏が主張して以降、大会で繰り返し述べられてきた親の立場からの物語は、全家連の活動を支持し正当化する「支配的な物語」として機能していく。その「支配的な物語」が「語り」を導き、そして、方向付けていく⁴³⁾。一方で全家連が厚生省や専門職集団にとっては精神保健福祉施策を遂行する上での「協力者」や「窓口」の役割を担うことが求められており⁴⁴⁾、全家連自身もその役割を果たすことで保護や援助を受けた。本章においては、全家連が傘下組織として各都道府県に家族会連合会を持っていたのは先述のとおりである。各家族連合会の下には更に各地域で活動する家族会が置かれていた。全家連はそれらの組織に所属する家族に対してどのような役割を求めたのであろうか。

3章 全国精神障害者家族会連合会から家族に対して求められた役割

2章においては、全家連の成立から2007年の解散までを全家連の要求と法律の制定等をふまえて述べ、全家連が社会からどのような役割を求められ、自らも担ってきたのかを論じた。先述の通り、全家連は保安色を強める精神衛生法改正案に対して、精神医療関係者や厚生省技官、新聞記者が積極的に関与して急遽全国組織としての組織化が図られたものである⁴⁵⁾。全家連の成立過程からは、個々の家族が家族会を作り、それらが結びつき都道府県連合会が結成され、更に全国組織が組織されたという、草の根的な連携の過程はみえてこない。むしろ、逆に、少数の家族会活動を基盤にまず全国組織が結成され、その後、各地に家族会・都道府県連合会が作られていくという経緯を辿っている⁴⁶⁾。全家連は、行政機関や地域社会、医療機関、医師といった専門家集団等から家族として果たすべき役割を求められ、自らでも担おうとする一方で、自らの傘下に位置する各都道府県家族会連合会及び家族会、それらに属する家族に対してはどのような役割を求めていたのだろうか。

全国組織の発足が全都道府県に家族会が結成されるよりも早期に実現した結果、全家連は各都道府県に家族会を発足させることを指導し、援助することを主要な目的に掲げることとなった。全家連は家族に対して、患者会の新規立ち上げを促進するための活動を求めていく。既に患者会が存在している地域においては新規立ち上げだけでなく既存の患者会への参加人数を増やすことも求められた。

具体的には、周囲に全家連の存在と活動について知

らせ、周囲に患者を抱える家族がいないか呼びかけて、家族会の立ち上げを行う役割や、既存の患者会へ勧誘する役割等が求められたが当時、情報発信技術は主に新聞と郵便、電話に限られていた。そこで全家連は、自らの発行する会報「ぜんかれん」を、指導誌をして位置づける⁴⁷⁾。会報には全国に家族会を発足させる取り組みへの激励の手紙が紹介され、医療関係者や全家連事務局から「家族による」行動を求める見解が示された。会報を自らの広報や家族間の励まし合いの場だけでなく、新たな家族会の成立を指導し運営するためのマニュアルとしても利用できるような編集が行われていたと思われる。

全家連は家族に対して、勧誘以外には、どのような役割を求めたのだろうか。主なものとしては、募金や署名活動の実行役、全家連が行う調査に協力し調査対象となる役割、差別や偏見への組織的な抗議活動主体、家族会運営業務補助、自己批判、他の家族への働きかけ、「患者を見守る最終責任者は家族であると認識する⁴⁸⁾」役割の7つが挙げられるだろう。これらは相互扶助、社会運動主体としての家族の役割に関連するものであったが、中でも自己批判と他の家族へ働きかける役割については、会報の中で繰り返し語られた。

ここで、家族が求められる自己批判は2種類に分類される。1つ目は活動に積極的ではなかったことに対するものであり、世間体を気にして積極的な全家連関係活動ができないでいたが、他の家族の奮闘を会報で知り、患者の幸せのために偏見を打破すべく自らも活動を開始することを決意するという語りの中で行われる。2つ目は医療的知識を持たなかったことに対するものであり、こちらは家族の知識不足のために患者の治療が遅れてしまったが、全家連とつながることで知識と仲間を得、患者の将来のために行動することを決意するという語りの中で行われる。このように障害者や家族の置かれた現状を、個人的な問題ではなく、社会の無理解や国の施策等の不備といった社会的要因に起因するものと再定義し、問題の解消には、家族の連携に基づいた社会運動が必要不可欠なのであるとする、家族の連帯のストーリーが、「全家連会報」「連合会だより」に散見される⁴⁹⁾。そこでは、当事者を「幸せに導く大きな責任」は、障害当事者の身近な代弁者たる家族にあるのであり、こうした観点から、今こそ、家族の連携が必要であると述べられる⁵⁰⁾。そして幅広い連帯の実現のために、会員の勧誘が求められるのである。全家連からも家族は患者の日常生活ケア、経済

的支援、定期的な面会、医療的知識の学習、偏見への啓蒙活動、自己批判経験を通じた全家連への協力、患者の最終責任者としての役割を求められたが、それらは従来家族会が結成される前から家族に求められてきた役割を免除する代わりとして、全家連から家族に対して求められたものではない。家族は従来役割の上に、全家連から求められた役割を担うこととなった。しかし、それらの役割を断固として拒否しようとする家族の物語は、全家連による語りの中においては批判の対象となった。全家連からみて家族とは、多様な主体から求められる役割を全て自発的に受け入れる人々でなければならなかったといえるだろう。

おわりに

本論においては1章で、家族会活動以前から家族が求められてきた役割について述べた。それは調査対象となる、発症原因を生じさせた咎を受ける、家族自らが治療対象となる、患者に治療を受けさせるといった医療関係者から求められる役割と、法律に則って公的機関に対して手続きを行う、患者の処遇を決定するといった行政機関から求められた役割、状況説明や患者との間に立ち防波堤になるといった地域社会から求められた役割があり、それに加えて日常生活に対するケアを担ってきた。

2章では全家連の成立から解散までを関係する施策の変遷をふまえて述べるとともに、全家連に対してどのような存在がいかなる役割を求め、一方で全家連自身はいかなる役割を担おうとしたのかを考察した。日本では患者に関するネガティブな事件がきっかけで施策や精神医療システムの変更が試みられており、全家連は患者を持つ家族を代表する組織として家族の要望を伝え、ときに患者の代弁者として行動する役割、社会的偏見や差別に対して抗議する役割を自ら担った。その一方で厚生省や専門職集団からは精神保健福祉施策を遂行する上での協力関係や連携関係を持ち、ときに従属的な役割を自ら担うことで保護や援助を受けていた。全家連は参加組織として各都道府県別の家族会連合会を持ち、その更に下部組織として各地域の家族会が存在するという組織体制をとっていた。

3章においては全家連が自身及びその下部組織に所属する家族に対しいかなる役割を担うことを求めているのかについて、全家連30年史の分析を手がかりに考察した。地域によっては下部組織となり得る家族会が存在していないところもあった。全家連は患者を持つ

家族が幅広く連帯することを実現するための具体的な取り組みを家族の役割として求めたが、家族会への勧誘活動は特に重視された。会誌に描かれる語りは家族の自己批判と家族会に出会って再生する物語であり、家族は患者を幸せに導く大きな責任を持つ最終責任者とされた。家族は全家連成立以前から求められ担ってきた役割に加え、全家連からも役割を求められた。全家連から新たに役割が追加されることで、家族への負担は増加した。それなのに家族はなぜ、自らの負担が増えるにもかかわらず全家連の行動に協力し、求められた役割を担おうとしたのだろうか。人的交流、関係団体とのコネクションに対する脅威等の理由が考えられるが、全家連と家族との間に地域や組織の差異を超えた共通の語りが存在していたことも両者の連帯感の一因となったと思われる。本論においてはそのような共通の語りの一例として「親亡き後の問題」を紹介し、今後の課題について述べることでむすびとしたい。

「親亡き後の問題」とは、患者を病院に入院という形態で長期間預けている親が、自分達以外に患者への面会や患者のケアを担う者を持たないために、親の死亡後に患者の処遇がどうなるか不明確であるために生じる懸念や不安のことである。家族会は自らの持つ相互扶助機能によって患者を残して死を迎える境遇を慰め合う役割を担いようだろう。また、残される患者についての不安を少なく出来るような具体的な対応策について家族会の他のメンバーに依頼することも出来るだろう。しかし、その家族会自体が消滅するような事態が生じた場合は対応できない。このとき、全国の家族の代表組織としての全家連がその大きさゆえに、家族にとって自らの死後も安定的に残る組織として感じられ、その繋がりごと全家連からくり返し語られるトピックの中に「親亡き後の問題」がとりあげられていることは、いつかこの問題を全家連が解決してくれる根拠としてみなされ、家族の協力姿勢へとつながった可能性も否定できないだろう。

患者の家族が研究対象となるときは、精神疾患の影響が患者個人にとどまらず、家族にも及んでいることを前提に、それを可視化し支援へとつなげることを目的に発展してきた⁵¹⁾。近年、家族の中でも、患者の親の負担への研究的関心に比べ、患者のきょうだいや子どもの立場への焦点化が浅いことが指摘され、こうした家族への支援が広がっている⁵²⁾。また、精神医学の専門家や著名人が精神疾患の親を持った経験を語り、注目が集まっている⁵³⁾。会史の分析からは「家族」の中でも親以外の語りはほとんどなく、特に「子ども」

の立場についてはみつけれなかった。全家連が提示した「家族」の物語が、上記のような家族間の差異を生み出した一因となっている可能性も否定できない。全家連の活動における親以外の立場の家族の物語について、今後の課題として考察を続けたい。

注

- 1) 吉村友里「精神障害をめぐる組織力学 全国精神障害者家族会連合会を事例として」『現代思想』第36-3号, 青土社, 2008年, 金吉晴「『精神分裂病』から、『統合失調症』へ」、『精神看護』第5巻第2号, 医学書院, 2002年。
- 2) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 岡上和雄「政策形成と当事者活動」、『社会精神医学』日本社会精神医学会編, 医学書院, 2009年。
- 3) 全国精神障害者家族会連合会、『精神障害者・家族の生活と福祉—93 I—全国家族調査篇—』, 全国精神障害者家族連合会, 1993年, 石原邦雄・和田修一, 『家族会組織の現状と課題—全国家族会組織調査報告書—』, 全国精神障害者家族会連合会, 1988年, 石原邦雄・大島巖, 「患者家族の実状と施策への態度」精神障害者福祉基盤研究会編『精神障害者の社会復帰・福祉施策形成基盤に関する調査』, 1984年。
- 4) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 南山浩二『精神障害者—家族の相互関係とストレス』, ミネルヴァ書房, 2006年。
- 5) 全国精神障害者家族会連合会『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 全家連30年史編集委員会(編), 全国精神障害者家族会連合会, 1997年。
- 6) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 154頁。
- 7) 伊勢田堯, 中村伸一(編)『専門医のための精神科臨床リュミエール17 精神科治療における家族支援』, 中山書店, 2010年, 3頁。
- 8) Ibid., p.156
- 9) Ibid., p.157
- 10) 伊勢田堯, 中村伸一(編)『専門医のための精神科臨床リュミエール17 精神科治療における家族支援』, 中山書店, 2010年, 3-5頁。
- 11) 橋本明『精神病者と私宅監置—近代日本精神医療史の基礎的研究』, 六花出版, 2011年, 17-24頁。
- 12) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 160頁。
- 13) Ibid., 161頁。
- 14) 大田順一郎「精神保健福祉法改正の課題」『精神神経学雑誌』第118-1号, 47-50頁。
- 15) 後藤基行「日本における精神病床入院の研究—三類型の制度形成と財政的変遷」, 一橋大学審査学位論文, 2015年, 101-103頁。
- 16) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 164頁。
- 17) 岡上和雄・大島巖・荒井元博『日本の精神障害者—その生活と家族』, ミネルヴァ書房, 1988年, 110頁。
- 18) 南山浩二『精神障害者—家族間の相互関係とストレス』, ミネルヴァ書房, 2006年, 126頁。
- 19) 山田理恵「精神医療システムと家族」、『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 165頁。
- 20) 厚生労働省「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/support/consult_4.html 2017年9月20日閲覧, 接続確認
- 21) 友部病院の矢野和之医師は「どこの家族会も同じであるが初めは家族の教育会から始まっている。しかし発言する人もなく病院に引かずられているような形だった。」と述べる。全国精神障害者家族会連合会「連合会だより」, No.4, 1966年, 24頁。
- 22) 全家連30年史編集委員会編, 『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 1997年, 10頁。
- 23) Ibid.
- 24) Ibid.
- 25) Ibid.
- 26) Ibid.
- 27) Ibid., p.14.
- 28) Ibid., p.16.
- 29) 石川氏が述べた家族の苦境及び要望は, 「精神障害者を届け出制にしてその治療や保護に警察が介入する改正は家族にとって脅威的なショックを与える。患者家族に警察官が訪問するようなことがあれば, 家族の死活問題となるし, 外来患者として患者が通院するにも支障を来す。社会復帰のために, 保護工場, リハビリテーションセンターの設置を切望する。」というものであった。
- 30) Ibid., p.18.
- 31) Ibid
- 32) Ibid., p.18.
- 33) Ibid
- 34) Ibid p.19
- 35) * ibid p20
- 36) 「連合会だより」昭和41年2月No. 3 p.1.
- 37) 結成大会で鳥山病院家族会会員田島志づ氏が述べた「私たちの誓い」内の主張, 要望として, 患者, 家族が精神障害者であるため家族は肩身が狭く, 治療費や生活費に追われ, 患者を背負った家族の苦しみはいつ果てるともなく続いており, 患者を幸せに導く大きな責任を持つ家族自身が勇気をもって社会に訴えていかななくてはならないことが述べられた。Ibid., p.27.
- 38) 野口裕二『物語としてのケア ナラティブ, アプローチの世界へ』, 医学書院, 2002年, 153-154頁。
- 39) 全家連30年史編集委員会編, 『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 1997年, 269頁。
- 40) Ibid., p.272.
- 41) Ibid.
- 42) 全家連30年史編集委員会編『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 1997年, 45頁。

- 43) 野口裕二『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』, 医学書院, 2002年, 47頁。 9月21日閲覧, 2017年10月1日 接続確認
- 44) 吉村友里「精神障害をめぐる組織力学 全国精神障害者家族会連合会を事例として」『現代思想』第36-3号, 青土社, 2008年, 144頁。 (指導教員 小国喜弘教授)
- 45) Ibid., p.141.
- 46) 人文論集 南山浩二「精神障がい者家族の組織化とモデルストーリー」 p3
- 47) 全家連30年史編集委員会 編, 『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 1997年, 269頁。
- 48) 全国精神障害者家族会連合会, 「連合会だより」第4号, 1967年8月, 1頁。
- 49) 例えば, 昭和41年に発行された「連合会だより」No.4では, 全国精神障害者の家族「医療と生活の完全な保障を精神障害者へ」と国や自治体に要請し, 請願する行動は憲法第25条を守る行為であり, 用意した請願書を持って全国一斉に署名活動をし, 請願行動を起こすことは家族の義務を果たすことであるという主張と, 全国精神障害者家族の総決起が訴えられる。全国精神障害者家族会連合会, 「連合会だより」第3号, 1966年10月, 3頁。
- 50) Ibid.
- 51) 山田理恵「精神医療システムと家族」, シリーズ精神医学の哲学3『精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年, 169頁。
- 52) Ibid.
- 53) Ibid.

【参考文献一覧】

- ・伊勢田堯, 中村伸一(編)『専門医のための精神科臨床リユミエール17 精神科治療における家族支援』, 中山書店, 2010年
- ・岡上和雄・大島巖・荒井元博『日本の精神障害者—その生活と家族』, ミネルヴァ書房, 1988年
- ・全国精神障害者家族会連合会『みんなで歩けば道になる: 全家連30年のあゆみ』, 全家連30年史編集委員会(編), 全国精神障害者家族会連合会, 1997年
- ・南山浩二『精神障害者—家族間の相互関係とストレス』, ミネルヴァ書房, 2006年
- ・野口裕二『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』, 医学書院, 2002年。
- ・山田理恵「精神医療システムと家族」, 『シリーズ精神医学の哲学3 精神医学と当事者』石原孝二・河野哲也・向谷地生良(編), 東京大学出版会, 2016年
- ・吉村友里「精神障害をめぐる組織力学 全国精神障害者家族会連合会を事例として」『現代思想』第36-3号, 青土社, 2008年
- ・全国精神障害者家族会連合会『連合会だより』, 全国精神障害者家族会連合会, 1965年
- ・全国精神障害者家族会連合会『月刊ぜんかれん』, 全国精神障害者家族会連合会, 1968年
- ・厚生労働省「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」
http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_into.html, 2017年