

# 報告 I

## 明治期以降の日本の精神医療の概要について

An Overview of Psychiatry in Japan after Meiji Restoration

美馬 達哉

### 1. はじめに

京都から来ました美馬です。私自身はイタリアに旅行したことはありますが、イタリア語はできないのでイタリア精神医療に興味はもっていますが、現状のなまの姿を知っているわけではありません。今日は、イタリアで1970年代末ぐらいまでにバザーリアラが議論していた事柄を考えると、日本の状態とどこが違うのか、どこが対比されるべきか、あるいはどこが一緒なのかというところを最初簡単にお話しするという役割です。明治期以降の日本の精神医療の概要というのは大きな題ですが、そういう趣旨ですので、日本の精神医療の歴史のなかでのイタリア精神医療との対比にしばって紹介します。その後で松嶋さんからの現地調査のお話、人類学者の立場からのイタリア精神医療はどう見えたのか、をお話していただくという流れです。

今回、話の中心になるのは精神病院という制度です。精神病院というのは物理的実体のあるハコモノですね。精神病院という制度を壊したといっても、実際にダイナマイトで壊したとかいう意味ではなくって、建物自体はまだ残っているのですが、使い方や社会の中での役割が変わるということです。日本では、今でも精神病院の使われ方は明治以来大きく変わっていない面が強いようです。

つまり、制度としての精神病院には、コン

ピュータなどで言うハードとソフトでのソフト面があるわけです。現在の精神病院のソフト面として、一番分かりやすい例は薬物療法になると思います。バザーリアラによる精神医療改革とは少し離れますが、井上さんが精神科の薬物療法に興味をもたれているとのことなので、そこを切り口に、まずは現代の精神医療を相対化してみましょう。

### 2. 身体の薬理学と精神の薬理学との違い

現代の医学というか生物学的な医学において、薬物療法の基本は動物実験です。身体の病気に関しては、例えば大腸菌で調べ、ネズミで調べ、サルで調べる。そして最後に人間で調べる、というふうに動物実験を重ねていって、最後に人間で死亡率が下がった、と効果を判定できるわけです。当たり前といえば、当たり前のことですが、こういうことが体系的に行われてきたのはこの20-30年くらいです。

さて、精神の病気についてはどうでしょうか。精神の病気があるかないかという議論もありますが、そこはややこしいので少し無視してください。人間に精神の病気があると仮定して、精神の病気の場合、動物と人間は同じ方法で実験できません。残念ながらネズミが「気分が落ち込みました」と言って医師のところにやってくることはない。サルは「私は頭の中に妄想があります」とは言ってくれ

ません。普通ではない変わった行動をすることにはあるかもしれませんが、それは外から人間の都合で判断しているだけです。その意味では、病院精神科やクリニックに来る人間の病気と動物の病気は、根本的に違うところがあるんですね。

精神の病気の場合は、腫瘍とか血管の詰まりとか細菌感染はあまり関係しません。そういう物理的な実体が想定されれば、動物実験につながるのですが、そういうわけにはいかないのです。ですから、薬物療法という同じ言葉を身体の病気と精神の病気の双方で使うけれども、その基礎は実際にはちがうものなのです。精神薬理学という薬の効果を調べる学問は、普通の身体の薬理学とは大きく違ってきます。

例えば、認知症のお薬が、2011年の今年、日本で、数種類新しく発売開始になりました。これから病院では売込みが多々行われていくでしょう。今、アニメのちびまる子ちゃんのおじいさんの出るコマーシャルがありますね。おじいさんの物忘れがあるので病院に行って診断してもらって、処方された薬を飲みましょう、という内容のものです。

その時に、今の例で言うと認知症の動物実験というのはどういうものでしょうか。「物忘れがありました」とネズミが困ってやって来ることはもちろんあり得ません。ネズミの記憶力で標準的な検査法は、失敗したら水に落ちるような迷路をつくっておいて、その迷路を通り抜ける時間を調べます。これが、人間の認知症、つまり物忘れで困っているおじいちゃん、おばあちゃんの場合と同じかということ、かなり飛躍があるわけです。これは、かなり乱暴な一例ですが、精神科の薬物療法が実際にはどういう役割を果たしているかについては、身体の病気とはちょっと違う場面があるということを知って下さい。

薬物療法については、後で時間があればもう少し考えてみますが、本題である日本の精

神医療の歴史に進みましょう。

### 3. 1900年、「精神病患者監護法」の成立と「私宅監置」

日本の精神医療の歴史について簡単に話します。その前提に日本とヨーロッパの歴史をざっくりと比べてみます。

ヨーロッパではイギリスとかフランスという国は、17世紀ぐらいにはすでに国家としての形が成立していました。ただし、ドイツであれば、プロイセンを中心にドイツとして統一されるのが19世紀後半くらいです。イタリアにいたっては、統一の時期は日本の明治維新とそう変わらないです。それ以前はバラバラな都市国家の集まりで、一つの国としては統一されていなかったのです。

ですから私達から見ると、明治維新前から、西洋は列強国家の集まりで、近代化していて科学的だったというイメージがありますが、実はそうではないのです。19世紀末の明治維新とそう変わらない時期に、イタリアやドイツは自分達の国を作ったという歴史があります。近代国家の成立と精神医療制度には密接な関係があります。近代的な国家ができたときにその中で生きていきがたい人たち、その中ではやっていけないとされた人たちを集めて、特別な建物に閉じ込めた、というのが精神病院の起源の一つです。

日本では、明治7年(1874年)に医療制度の根本となる「医制」を決めます。その中で漢方医ではなく西洋医を国家資格で医師にすることを決めます。同時に「癲狂院」——これは当時の精神病院のことです——に関する規定を決めています。近代医学の始まりのときに、ちょっとおかしいとされた人というのは閉じ込めると決めて、そのことが今日につながるのです。

明治33年(1900年)には、精神病患者監護法が出来ます。カン(看護士)の看ではなくて監視や監獄の「監」の字を使っています。ゴは

保護の「護」ですね。監視して保護する、あるいは収監して保護するという事です。看護士の「看」は訓読みで「見る」という意味になりますが、精神病患者監護法は、あまり医療に目を配ったものではなく、とりあえずは精神病患者をなるべく収容するべきである、という考え方です。

医療を与えるためには、まず収容しなければいけないということで、後者が重視されています。松嶋さんの話で出てくるはずの施設化とか制度化とかの基本になる法律が、日本では1900年に出来ているのです。

ただし、当時の日本は、日清戦争、日露戦争と戦争が続いていました。特に日露戦争はものすごくがんばって勝利したけれども賠償金がもらえなかったのが、今と同じ様な財政緊縮をしていました。ですから、実際には、公立病院はなかなか作れないけれど、近代国家としては精神病患者を閉じ込めないといけないという問題を解決するための方法となったのが、「私宅監置」です。これは昔風にいうと座敷牢です。病院に入院させて治療をすべきだという法律の建前はあるんだけど、財政緊縮のおり病院はないので、患者さんは家の中の何かちょっと奥まったところに閉じ込めて置いてください、と法律で決める。これが私宅監置です。精神病患者監護法にはそういう規定もあったのです。

精神医学の歴史でいうと、呉秀三という東大教授が1918年に「精神病患者私宅監置の実況」という実態調査をします。その中に、「わが国10何万の精神病患者は、この病を受けたるの不幸のほか、この国に生まれたるの不幸を重なるものというべし」と述べています。東京帝国大学の教授であっても、国家の精神医療政策を批判したいというくらいに、ひどかったわけです。

この言葉をどう理解するかは微妙です。病院に保護することがその精神病患者本人に本当にためになるかどうかはわからないからで

す。呉秀三の主張は、閉じ込めているだけで医療がない、せめて医療をするべきであるということです。

それでは精神病院で果たして医療が出来るのかどうか。精神病院という場の中で提供できる医療がベストなのかどうかは、疑問のある点です。精神病院での医療というものを強く批判したのがバザーリアの考え方の根本でした。

良心的な呉秀三さんという心優しい精神科医がいて、精神病患者の実態調査をして現状を批判したっていう物語を、施設化あるいは制度化への批判的な目で見直していけば、結局それは精神科医の自己正当化だったかもしれません。実際には精神病院に収容することが、一世経った今になってみると、間違っていたかもしれないのです。

#### 4. 1919年「精神病院法」の成立から 1950年「精神衛生法」へ

そのあと大正8年(1919年)にそういう実態報告を受けて、精神病院法という法律が出来ます。これが今日の精神保健法、精神保健福祉法のもとになるものです。これは精神病院に関する規定で精神病患者監護法と併用なので、今日的に言うくと、私宅監置は温存したままでの小手先改正です。私宅監置の容認は、ずっと続いていて、1950年、戦後になって精神衛生法でようやくなくなります。この精神衛生法は基本的な枠組みとしては、現在までつながっていきます。

いろいろ精神医療の法的規定がありますが、イタリアとの比較という点でも、一つだけ一番中心的な規定をあげると強制入院のやり方を法的に決めているところです。身体を対象にする普通の医療——普通の医療っていうとなにか精神病患者をバカにしているみたいですが、——に関しては、医療をする側が患者さんに強制をすることがあまりないわけです。ですから医療が必要かどうか、その内容

はどういう医療かという問題については、基本的には医学的判断だけで決まります。もちろん、患者の自己決定権というのはありますが、通常はそんなに問題にならないことが多いでしょう。

これに対して精神障害の場合にはちょっと違って、どういう場合に強制的に医療をやって良いかが法律の中心規定になっているのです。措置入院とか医療保護入院と呼びますが、要するに本人が「イヤ」って言ったときに、家族や保護義務者が、本人の代わりに同意したっていうことで強制入院させたり、知事とか行政の命令として強制入院させたりするという規定を決めています。

精神保健法や精神保健福祉法になっても、国家による精神病患者に対する暴力という側面を持っている強制入院をいかに合法化するかの手続きの規定が入っています。そのほかにも、精神病患者への福祉とか医療の規定はもちろんあります。ただ、一番中心的な部分には、精神障害者と呼ばれる人たちを、強制的に本人がイヤだと言って、どうやって法律に基づいた手続きで、入院させるなり治療させることができるのかという問題が存在しています。そのもとになる考え方が何かというと、自傷他害の恐れがある場合には自由を奪って強制入院させるという発想です。

## 5. 自傷他害は本当は医療とは関係ない

自傷他害とは自分を傷つけるか他人を害するという事です。これは、本質的には、患者さん本人の病気をなんとかしようとする医療という実践とは関係ないですね。自分を害したり他人を害したりすることは別に病気とは直接関係なくても起きる出来事です。関係する場合もあるし関係しない場合もあります。普通は、裁判に持ち出されて法律家が判断します。最近では、法律家だけではだめなので市民意識で陪審員が判断するということ

になっていますね。医療者というのは病気を治すことはできるでしょうが、犯罪に関する判断、その人が危険かどうかの判断は、ほんとうにできるのでしょうか。

にもかかわらず、その自傷他害という危険性があるかどうかの医療者による判断で、ある人を閉じ込めていいかどうかが決まります。その意味では、医師は非常に重い責任を持たされています。

犯罪を犯すかどうかを医学的に正確に医療者が判断できるのかという問題、それがもし仮に可能だったとして、それは医療者の仕事なのかどうかという問題、そもそも犯罪をおこしたのではなく可能性があるだけで個人の自由を奪っていいのかという問題、精神病患者だけが犯罪可能性があるときに自由を奪われるという状態は、精神病患者を特殊視する差別ではないのかという問題、さまざまなレベルの問題がここにはあります。

この自傷他害と強制入院の問題に正面から取り組んだのが、イタリアでの精神医療をめぐる議論でした。この点は強調しておきたいところです。日本でも同じ頃に「保安処分」とか「治療処分」に関する議論として問題化されていきましたが、こうしたほうが良いんだ、あるいはこういう違う解決法もあるんだと法律のレベルでちゃんとした結果を出したのはイタリアだったのです。

日本では、1980年代に「宇都宮病院事件」に代表される精神病院の不祥事が次々に暴露されて、精神衛生法は、1987年に精神保健法に改定されます。しかし、その法律の基本はどうやって強制入院を合法化するかという点にあることはすでにお話したとおりです。

いっぽう、1978年にイタリアでは精神病院を段階的にやめていきましょう、あるいは制度を変えていきましょうという法律が出来ます。

日本とイタリアはほぼ同じ時期に近代国家として統一し、入院を中心とする精神医療を

構築し、1970年代頃では、バザーリアの著作を読んでみても、日本とイタリアの当時の状況はよく似ています。そういう精神病患者を収容していくべきだ、精神病患者には入院してもらったほうが良いという考え方をみんなが常識として持っていた時代であったのです。ですからイタリアは日本から距離がありますし、文化的背景も異なるのですが、近代という時代や国家という仕組みにおいては、共通点も多いのです。

では1970年代くらいにどこから違いが出てきたのか、というのを考えながら松嶋さんのお話を伺ってもらえればと思います。

司会の井上さんからのリクエストもあるので、イタリアについての話の前にちょっと最初に少しお話した薬の問題をもう少し議論しておきます。

## 6. 抗精神病薬の発見と実用化以降の精神医療

バザーリアが仕事を始めていた1950年代から60年代の頃は、精神病の薬が発見されて実用化された時代でもあるわけです。最初のクロールプロマジンから始まって、抗精神病薬が出てきた時代です。ただし、その精神病の薬の評価、それがどう人々の役に立ったかというのはまだまだ議論があるところです。

もちろん、妄想を減らすとか、興奮を減らすとか、そういう効果があることは確かなようです。精神病患者本人が希望して服用する場合も多いのです。ただ薬の採用が精神病院入院を減らすことにつながったか、あるいは入院期間の延べ日数を減らすことにつながったかということ、一概には言えません。国や地域によって違いは大きいのです。

考えてみればわかることですが、精神病院の中で薬を使うことで入院者が一時静かになるとしても、それが退院と直接に結びつくわけではありません。むしろ、少ない管理者数

でたくさん入院者を効率よく入院させておくのに結びつくかもしれません。

必ずしもいい薬が出来たから収容しなくてもいいとか、いい薬が出来たから通院できるというものではないのです。なぜなら薬を服用して外来通院する人たちというのは、そもそも病院に来ていなかった人だったからです。それは、特に今日のうつ病の薬ではその傾向が強いのですが、始めると長くなるのでその話は別の機会に。

今まで医学的問題ではないとされてきたものが、薬で解決できる、あるいは病院に行くことで解決される、というふうに医療の問題となることを社会学では医療化と言います。精神科薬物療法には、いままでの収容的な病院への入院ではない外来通院という形で、新しく患者さんが作られていく、変な言い方ですが、結局、増えているわけです。そういうことが今は進んでいるのです。よく言われる統合失調症やうつ病の軽症化という問題も、病気が変わったのか、社会の価値観が変わったのか、薬のマーケティングが激しくなった結果なのか、などいろいろと考えていかねばならない問題があるのです。

非常に駆け足になりましたが、近代化、とくに国民国家の成立と精神病院のシステムの成立は同時であること、日本やイタリアではそれが19世紀末で共通していること、戦後の1950年代にはそれがきちんとした法律となってどんどん進められ、1960年代には入院による精神医療の限界が世界的に見え始めていたことを辿ってきました。1960年代には、精神医療への批判が思想的な面でも大きく議論されたのですが、そこには十分触れることはできませんでしたが。

あまり日本の話をしてもなんですし、メインディッシュである松嶋さんの話に移りましょう。どうぞよろしく。