
 記 事

例会記録

日本医史学会 3月例会 平成28年3月26日 (土)
順天堂大学 10号館1階105カンファレンスルーム

1. 水島治夫の府県別生命表と旧植民地生命表、
琉球政府生命表——『〈公刊前〉1921-25年分
府県別生命表』をめぐる—— 逢見憲一
2. 池田流痘疹治療にみる唇舌図の考察

西巻明彦

日本医史学会 4月例会 平成28年4月23日 (土)
順天堂大学 10号館1階105カンファレンスルーム

1. 時衆・遊行聖における病 新村 拓
2. 新刊『米沢藩医 堀内家文書——解題篇・図版
篇——』から何が読みとれるか 片桐一男

日本医史学会 6月例会 平成28年6月25日 (土)
順天堂大学 センチュリータワー3階306

1. 本居宣長の在京医学修業 吉川澄美
2. 運命の女神は気まぐれ：所郁太郎の事
加藤茂孝

例会抄録

精神科医療の戦後70年

岡田 靖雄

2015年には多くの場で戦後70年がかたられた。NHK教育テレビのハートネットTVでは医療福祉関係の戦後70年をとりあげたようである。6月には「親と暮らせない子どもたち」, 「精神障害者の戦後」, 「ハンセン病の戦後」を, 施設での管理から地域で, という筋にそってとりあげた。6月3日に放映された「精神障害者の戦後70年 病院か地域か」は, 私宅監置中心の戦前——病院にいれろ, の時代——鍵のない病院 (開放制) の試み, 退院しても行き場のない患者のための付属住居——当事者の「私たちこそが声をあげる」, “ピアサポートの時代” 今, という筋になっている (30分)。わたしは歴史の語り手として2回顔をだしている。

ここで, 精神科医療の歴史の粗筋をたどってみ

よう。1875年 (明治8年) 京都癲狂院設立, 府立で, 病院として認定された最初の精神病院, しかし“収支あいつぐなわず”と1882年に廃院。1900年 (明治33年) 精神病者監護法ができて, 私宅監置が法制化され, 精神病院への入院も監置として (治療としてではなく) あつかわれる。それまで府県段階での規則などがあったが, それらが全国一本化されたのである。精神病床はごくわずかで, それも3府に極端に集中していた。入院患者数が私宅監置患者数を上まわるのは1929年 (昭和4年) である。戦前における精神病床数の最高は1940年 (昭和15年) の人口1万対3.29で, 当時ヨーロッパ, アメリカの先進国における精神病床数はこの10倍の水準にあった。1919年 (大正8年) に精神病院法が制定されて, 公立精神病

院の設置がすすめられるはずであったが、軍国化にむかう日本に精神科にさける金はない。既存の2院を精神病院法によると認定したのもふくめて、1945年(昭和20年)までに精神病院法により設置されたのは8院だけ。精神病院法は結局、“代用病院”という形で私立精神病院の発達をうながしたのである。

敗戦前後には多くの精神病院で患者が栄養失調死した。廃院した病院、戦災にあった病院、軍関係に接収された病院もおおく、1945年の精神病床は3495床とされている。これは、全国の数字がそろわないなかでの数字で、1万床程度あったろうとわたしは推定している。

1950年(昭和25年)に精神衛生法が制定されて、戦前の2法は廃止。精神科にも医療法といえる法律ができたのである。戦前の日本の精神科医療を代表していた私宅監置は1年かぎりで廃止されることになった。1954年(昭和29年)に向精神薬の導入がはじまった。それまで精神科の治療といえば、患者にとって不快でその施行にしばしば強制力を必要とした電気ショック療法が中心で、インシュリン療法は高度の技術を要した。精神科の治療は向精神薬によっていわば内科なみになり、やりやすいものとなった(この“やりやすさ”に問題がひそんでいる)。1956年(昭和31年)には国立肥前療養所で、伊藤正雄所長により病棟の全面開放がこころみられた(開放制の波はその後もときどきおこるが、また後退する)。1958年(昭和33年)に、精神病院におくべき職員数につき、医師は一般病院の1/3、看護師は2/3でよいとする精神科特例がさだめられ、これは基本的には現在までつづいている。

1964年(昭和39年)にライシャワ合州国大使が大使館構内で統合失調症の少年にさされる事件がおこり、政府は精神衛生法の緊急改正(改悪)をこころみたが、この試みは関係者の反対運動により阻止された。1984年(昭和59年)には宇都宮病院事件(患者の虐殺、虐待など)がおこり、日本の精神科医療は世界中から批判された。1987年(昭和62年)に精神保健法に、つづいて1995年(平成7年)には精神保健福祉法に改正されて、

患者の人権擁護面が前進した。2001年(平成13年)の池田小学校事件をうけて、2003年(平成15年)に、重大な他害行為をおこなった心神喪失者等を対象とする医療観察法が制定された。

こういうなかで、精神科でも外来医療が普及し、地域(病院外)に生活する精神障害者がふえ、この人たちの声もおおきくなっている。しかし、日本は世界最高の精神科病床数を維持しつづけている。ハートネットTVのディレクターから相談されたとき、この最高病床数維持こそが戦後70年をつらぬくものだ、とこたえたが、この考えは採用されなかった。そこにいたる増床をうながした要因としては、つぎのようなものがある、――

1. 戦前精神科病床数があまりにもすくなくだったので、必要増。
2. 向精神薬をおおめにつかえば、患者は過鎮静になって、患者管理は容易になる(精神科の訓練をうけていない医師でも病院を運営できる。また薬価差益がおおきい、とくに新薬のばあい)。
3. 精神科特例によって職員数はすくなくてよい(非常勤医師が常勤医よりおおい時期も。また、医師、看護師の名義貸しも)。
4. 結核、産婦人科などからの転科医がふえ、病床の転換も。
5. 詰め込み収容公認(確実にしている範囲で150%も)。
6. 措置入院患者増(生活保護患者とならんで病院の収入安定、“固定資産”)。
7. 医療金融公庫融資による増床促進。

上記のうち2、5の要因があいまって、精神病院は医療機関とはいえない収容所となっていた。

これは、2年前の本学会学術大会でも報告したことであるが、一般に“ライシャワ事件のあと精神障害者への治安的管理がつよまり、精神病床の増勢も促進された”といわれている。実際はどうだったのか。たしかに、1965年(昭和40年)の精神衛生法改正では、法文上は措置入院制度の強化などがあつた。しかし、精神病床の増勢はその前後ほぼおなじで、病床利用率は低下しはじめている。新規措置入院患者数は、国庫負担率の上昇

があったため、1961年（昭和36年）にぐっとふえ、1965年は減少期のはじめであった。つまり、精神病床数の増加をすすめたものは、ライシャワ事件などにはかかわらぬ、もっとおおきな力であった。精神科医療の先進国では、向精神薬の登場と精神科医療の民主化・地域化のなかで、精神病床は減少の一途をたどった。日本では精神科病床はほぼ1985-1995年と高原状態をつづけ、その後わずかに減少しはじめたが、まだ高原状態のつづきである。

2013年（平成25年）10月1日の総病床（診療所病床をふくむ）中に精神科病床のしめる比率は $20.0\% + \alpha$ （診療所にもわずかな精神科病床がある）。また病院の一般病床および療養病床のうち公的病床の比率は33.0%であるのに、精神科病床中の公的病床比率は8.6%にすぎない。つまり、日本の精神科病床はほとんどが私的経営の病床でしめられている。

精神科病床中の公的病床比率をおってみると、戦前・戦後を通じて、病床数がふえるとともに公的病床比率はどんどん低下していく。1960年（昭和35年）から10年ごとに、人口1万対の精神科病床数とそのなかの公的病床比率とをならべていくと、1960年10.2床-20.5%、1970年24.0床-15.1%、1980年26.4床-13.1%、1990年29.3床-11.3%、2000年28.5床-11.0%、2010年27.4床-9.4%。私的精神科病院も病床数をすこしずつへらしはじめているが、国公立精神科病院では病床数削減の幅がおおきい。また、1950年の精神衛生法以来都道府県は精神科病院設置を義務づけられているが、2県はまだ未設置、宮崎県では県立精神科病院は総合病院に統合され、福岡県では精神科病院は公設民営となっている。ヨーロッパ、アメリカで精神科病院の大半は公立か宗教団体立である。

ここではっきりしてくるのは、戦前・戦後を通じて日本では、国および地方公共団体は精神科医療に力をいれず、民間に丸投げしてきたことである。その現われが、戦前では私宅監置であり、戦後では民間精神科病院による、世界にもまれな多くの精神科病床の維持である。国および地方公共

団体が力をいれてこなかったという基本は、戦前・戦後一貫している。

そして、精神科病院が私的企業であるからには、それが拡大と維持とに努力することは、資本の論理として当然である。医業とはいえ、それは日本資本主義体制の一部分である。当然それらへの需要もあった。その需要をつくりだしたのは、大家族制の崩壊であり、また高度経済成長は金をかせげぬ厄介者を析出した。その厄介者の置き場として精神科病院がえらばれた。精神科病院の治安的機能への期待も、政治家（ことに政権よりの）および一般住民におおきくあった。

厚生労働省はいままで、精神科病院への“社会的入院”者をへらす方策を何度か立案してきた。どれも実効をあげることなくおわっている。この現状を打破するために、わたしは違憲訴訟および廃床奨励金を提案してきた。精神科特例は、法もとの平等の原則にあきらかに反している。朝日訴訟当時、違憲訴訟の重みはおおきかった。ハンセン病元患者たちは違憲訴訟にかかったが、一般社会の態度の変化はわずかであった。最近では、障害者自立支援法を違憲とする各地での訴訟で国側は、違憲の線をほぼうけいれて和解に応じたが、それをへて成立した障害者総合支援法の内容は自立支援法の焼き直しにすぎなかった。廃床奨励金については、沖縄返還をまえにした合州国との繊維交渉にあたり国は紡績機をかいあげる処置をとり、近年は稲作での減反奨励金もある。だが厚生労働省がそこまで腰をすえてやることは期待できまいし、廃床奨励金の出所もあるまい。

すると、精神科病床数をへらすという政策はどうすればおしすすめられるのだろうか？日本の医療は、自由開業制、患者の自由受診（free access）、国民皆保険を原則としているが、この3原則がどこまで維持できるか。日本の医療制度に根本的な大変革の時がいつかはくる。日本の精神科医療の根本的変革（病床の大幅削減をふくめた）もその時までには困難であるとおもわれる。それにしても、その時まで、たとえば地域化の試みなどをつみかさねていかななくてはならない。大変革があれば精神科医療はよくなるとして、技術の積み上げ

を無視した、1969年(昭和44年)金沢における日本精神神経学会以降の精神科界の激動は、結局、精神科医療の根本的改革につながらなかった。

た。この教訓をわすれてはなるまい。

(平成28年1月例会)

時衆・遊行聖における病

新村 拓

人は「病の器」といわれ、「病ならで死ぬるは百千の中に、まれに一人二人」と本居宣長は述べているが、前近代の人びとの間では長病がもたらす不都合を慮って「頓死往生」「ほくり往生」を願う気持ちが強かった。仏家では病を四苦のひとつと位置づける一方で、「病即菩提」「病は善知識」「悟ることまさに病にあるべし」などと説き、両義的な捉え方をしていた。

鎌倉期の禅僧虎関師錬は『病儀論』において、病の本体は煩惱にあり、不摂生や寒暖の不順は煩惱を発動させる外的要因にすぎない。煩惱の発動によって心身一如の生命体はリズムを乱し発病に至るのである。縁起により成り立っている万物は、それぞれが独立した実体というものではなく、関係性の中で常に変動しているものである。すべてのものを空と体得することができるならば、病は消失すると説いている。

陳・隋代の天台大師が著した『摩訶止観』では、煩惱がもたらす病に心を集中させ、病の真相の観察(止観)を通して悟りに至らせる修行階梯を体系化させているが、同時にインドの伝承医学(アーユルヴェーダ)・中国の伝統医学(体治家の説)・道教の養生術を援用した苦痛緩和と治療に関する具体的な処方箋も提示している。いわゆる仏教医学といわれるものの治方は、僧が学ばなければならないとされていた五明のひとつ医方明、あるいは『大正新修大蔵経』収載の仏教医学諸經典などをみるかぎりでは実に多彩なものであった。

平安末期以降、実践的な医療を担う僧医が出現するとともに、造寺造仏・修法・悔過・經典読誦・写経などの行為を通して、治病・息災・延

命・増益の現世利益をめざす祈療も盛んに行われ、仏家の治病とのかかわりは深まっていく。中世の仏家が祈療と医療の関係についてどのように考えていたのか、たいへん興味のあるところであるが、この件については紙数の制約もあるので拙著『日本仏教の医療史』に譲ることにして、一遍(1239-89)およびその後の時衆、近世の時宗教団における祈療と医療についてのみふれることにする。

一遍の伝記絵巻には『一遍聖絵』(1299年)と『遊行上人縁起絵巻』(1307年以前)があるが、前者の病にかかわる4つの場面からうかがえることは病を仏罰と捉え、また不信心・煩惱が病を招くとし、信心のみが病を癒し、医薬とのかかわりについて忌避する姿勢である。『一遍上人語録』からは愛欲の思いを断ち切るために身体を蔑視し、死ぬことを歎かず、病むことも嫌わず、老い衰えていくことも悩まず、力も望まず、また臨終に特別な意味を認めず、名号を唱えることの中において既に浄土の現出を見ている一遍の姿が浮かび上がる。

病の器である身体への執着を忌避した一遍にとって祈療・医療は無意味なものとなったが、一遍寂滅後、時衆の間に祈療・医療を積極的に受けるだけでなく、施す側に立つ者も多く出るようになった。他阿真教(遊行上人2世)は『他阿上入法語』において、命の惜しさから医師・陰陽師を招き祈療・医療に走ることを批判しており、また室町前期の解阿弥は『防非鈔』において「時衆の身を以て医師を立て、呪術を行なふを停止すべき」とし、時衆の徒が何らの医書も読まず、安直