

明治学院大学 社会学部社会学科演習 2 担当柘植あづみ先生 卒業論文

「社会参加」とは何か

— 障害や病いを持つ人の労働の歴史と現在の課題 —

What is the social participation?  
- History of workers with disabilities and intractable disease and  
current challenges -

11SG1095 小林 花子  
2016年1月7日

## 目次

まえがき .....	ii
序論 .....	1
第一章 病いや障害がある人々にとって働くこととは—「障害学」からの検討— ...	2
第一節 「障害」とは何か .....	2
第二節 「障害学」の主張①—「個人的悲劇理論」と「社会的抑圧理論」— .....	5
第三節 「障害学」の主張②—資本主義の到来と固定化する障害概念— .....	7
第四節 障害と難病の接点—社会的構築物としての病い・広がる「障害」の定義— .....	11
第二章 社会復帰・就労への道のりとは—精神障害における歴史考察— .....	13
第一節 逸脱と医療化①逸脱・医療化の定義と医療専門職の歴史 .....	13
第二節 逸脱・医療化②ヨーロッパにおける狂気から精神病への変遷 .....	16
第三節 逸脱・医療化③アメリカにおける狂気から精神病への変遷 .....	22
第四節 逸脱と医療化④日本における物憑きから精神病への変遷 .....	30
第三章 現代における就労支援の障壁とは何か .....	37
第一節 障害者の就労形態と各国における就労に関する社会政策 .....	37
第二節 日本の障害者の就労に関する社会政策の問題 .....	41
第三節 日本の精神障害者と難病者の就労に関する個別的課題 .....	44
結論 障害や難病を持つ人の社会参加における障壁とは何か .....	48
あとがき .....	52
参考文献一覧 .....	53

## まえがき

このテーマを選んだ理由は、障害や難病を抱えている人が私の身近にいることによって

いる。

その人は社会的に孤立した時期があった。そのせいなのだろうか、一時期働きたいと訴えていたものの、実際には（意思の問題だけでなく就職先がなかったのかもしれないが）働かず、社会参加はなかなか厳しい状態にあることが伺えた。

そのような人と間近で接していく中で、次のような疑問を持った。

例えば、どうやって病いや障害のある人は職を得ているのだろう。得た人はどうやって続けているのだろう。得られない人はどうやって生活しているのだろう。

一部の病者や障害者は自分の病気や障害を隠して就職活動に挑んでいる。なぜそうせねばならない状況にあるのだろう。

なぜ、障害者や病いがある人は健常者と同じように働いたとしても賃金などにおいて差が生じてしまうのだろう。

このような背景から私は障害者や病者が社会参加すること―働くこと―の障壁を考えるためにこのようなテーマを選んだ。

## 序論

日本政府が2005年に障害者自立支援法を施行してから10年、また2007年に障害者権利条約に批准してから8年となる。更に2013年には「障害者の雇用の促進等に関する法律」（以下障害者雇用促進法と略す）に基づいて、民間企業での身体障害者、知的障害者の雇用率が2.0%に引き上げられ、2018年度からは精神障害者の雇用の義務化も決定した。この法定雇用率を達成していない企業は、障害者雇用促進法第53条と第54条に基づいて、常用労働者が100人以下の事業主を当分の間除き、不足する人数1人に対して5万円の納付金を納付する義務を負っている[独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構広島支部  
(<http://www.work2.ref.hiroshima.jp/rouqa1/rouqa134.html>) 2015.11.11 閲覧.]。



図1 民間企業の障害者雇用状況

出典[厚生労働省障害者雇用対策課, 2014:1]

しかし、民間企業における実雇用率は2001年（平成13年）から2013年（平成25年）の間、引き上げられる前基準であった1.8%に届いておらず、精神障害者とされている人の母数は不明であるが、精神障害者で雇用されている人数は知的障害者、身体障害者と比べると少ないことが分かる。[厚生労働省障害者雇用対策課, 2014:1]。

このことから精神病、精神障害において雇用上の障壁が立ちはだかっているのではないかという問いを立てることができる。

また、2013年から障害者自立支援法は障害者総合支援法に名称改定し、一部の難病疾患

が障害として盛り込まれた。このことから難病者にたいしても障害者と同様に社会的な支援がより必要であると認識されてきたとすることが出来る。

更に 2016 年には改正障害者雇用促進法において障害者であるからという理由による雇用上の差別禁止と募集・採用・就職後の合理的配慮を事業主が提供する義務があるという条文が盛り込まれた。このことから従来、合理的配慮がなく、障害者が雇用上差別されていたとすることが出来るだろう。更に筆者の経験から、精神病患者や難病者は障害者手帳の保障の対象外であるために就労支援の枠組みに入りづらいと思われる。

このような推測から、本論文では、精神障害や難病のある人が働くときに、労働市場にいかなる差別・障壁が存在するかを明らかにすることを目的とする。その結果、病いや障害がある人々が労働市場に参加する上で必要な支援および制度改革を示す。

第 1 章では、まず障害と難病という定義を検討する。その上で、病気や障害によって生じる就労等における不利は個人の努力や責任によって克服するものとされていること、社会の責任が十分に果たされていないことについて述べる。そして障害者や病いのある人の環境を取り巻く社会的障壁がいかに構築されてきたのかを障害学の理論的枠組みから考察する。

第 2 章では、精神障害が、社会から疎外・隔離の対象とされてきた歴史を通じて、障害学が提示した資本主義到来における障害者の地位の下降に関する研究が精神障害においてはどこまで適用できるのかを確認する。

なお、本来であればこの章において身体障害や知的障害、難病も考察に含むべきだと考えるものであるが、時間や資料の都合上、見送ることにした。別の機会の課題としたい。

第 3 章においては、これまでの研究からやや転じることになるが、福祉的就労の大まかな概要を検討しつつ、精神障害者、難病者の就労困難性とその支援策を指摘するのが狙いである。

## 第一章 病いや障害がある人々にとって働くこととは—「障害学」からの検討—

### 第一節 「障害」とは何か

障害や難病という言葉は、日常何気なく使われているが、実際はどういった定義がなさ

れているのであろうか。

まず障害については、「身体的な“異常”、不調または欠陥、“障害”あるいは機能的制約の“原因”」とされている[バーンズ他, 2004:37]。

歴史的に見れば、1970年代から、障害のグランド・セオリーが打ち立てられてきた。初めて障害をインペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップの三分類として定義し、障害者に関する全国調査を始めたハリスや、様々な議論の後、より洗練された体系を展開し、世界保健機関 World Health Organization (WHO) の定義に大きな影響を与えたウッドの貢献が大きいとされるだろう[オリバー, 2006 :20]。

特に WHO の定義は、一般的定義に強い影響を及ぼしている。

例えば、1976年に導入された国際疾病分類 International Classification of Disease(ICD) の補足として、疾病がもたらす結果について分類することが決定し、障害の定義や測定を巡る議論の結果、1981年に国際障害分類 International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) が導入された。国際障害分類では、インペアメント、ディスアビリティ、ハンディキャップという三つが障害の区分として用いられた[バーンズ, 2004:40]。

コリン・バーンズらは WHO のこの三分類[WHO(1980)International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva: World Health Organization]を次のように紹介している。インペアメントとは、「心理学的、生理学的または解剖学的な構造または機能の何らかの喪失または異常」であり、ディスアビリティとは「人間にとって通常と考えられている方法または範囲で活動する能力の、(インペアメントの結果起こった)何らかの制約または欠如」であり、ハンディキャップとは「インペアメントまたはディスアビリティの結果、個人に生じた不利のことであり、その個人にとっての役割(年齢、性、社会的・文化的に拠る)の遂行を制約し、または妨げるもの」と定義されている。[バーンズ他, 2004:40]

つまり、何らかの具体的な機能の障害がインペアメントであり、そのインペアメントによって客観的に能力に障害があることがディスアビリティであり、ハンディキャップとはインペアメントやディスアビリティの結果生じた社会的不利だとされている。

では、難病についてはどうだろうか。

日本では1972年に「難病対策要綱」をまとめる際に難病の定義が確立することとなった。その定義とは「①原因不明、治療方法未確立であり、後遺症を残すおそれが少なくな

い疾病」「②経過が慢性に渡り、単に経済的な問題のみならず介護などに著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病」とされている[厚生労働省健康局疾病対策課, 2012:11]。

しかし、この定義には問題がある。難病により何らかの身体的・精神的・社会的不利を抱えていたとしても、機能的な障害が無ければ医療費助成などの支援対象とはされないからだ。つまり、「難病」という言葉は国が定義して特定の条件を満たす疾病についての行政上の定義なのである[渡部, 2014:2]。

一部の疾患については2013年に制定された障害者総合支援法によって障害者として認められるようになったものの、それまでは医療費助成の支援の対象とすべきか否かは各自治体の手にゆだねられていた部分も大きかった。図2で見れば分かるように東京都の場合のみ自治体では特別に臨床調査研究分野と交わる形で特殊疾病23疾患が医療費助成の対象となっているのである。[大瀧他, 2014:47]

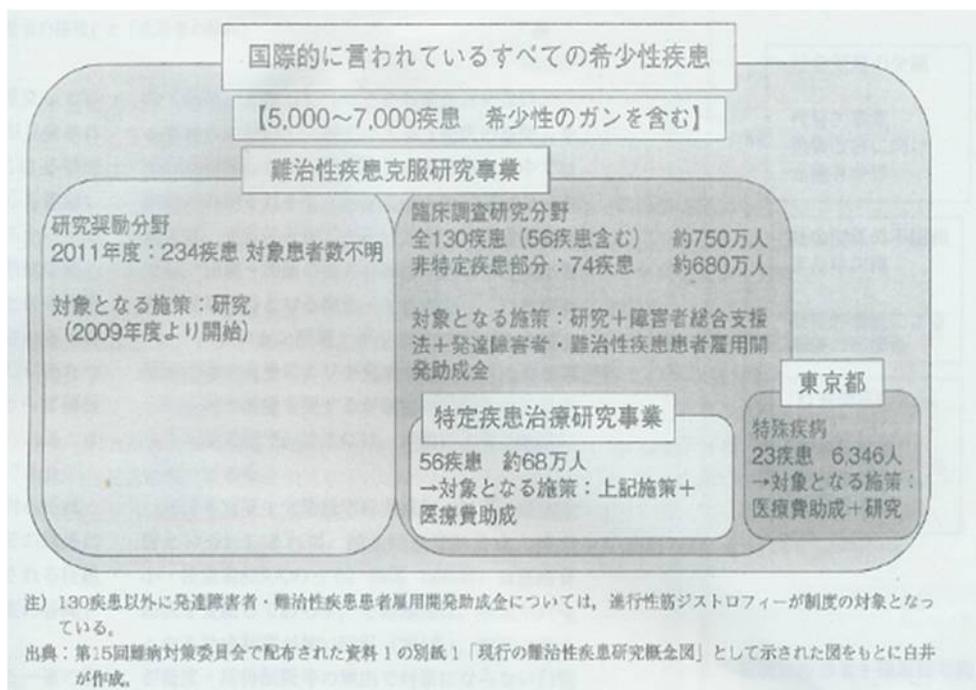


図2 難病分類の概念図 出典[大瀧他, 2014:47]

また、障害を定義したICIDHに対しても特にイギリスの障害者当事者団体から批判があがった。その批判とはICIDHのアプローチが主として医学的定義や生物生理学定義によっており、インペアメントがディスアビリティやハンディキャップの原因として捉えられるため、これらの「障害」を乗り越えるためには医学やリハビリテーションが中心であ

り、社会環境は周縁的である。そのため障害によってもたらされる不利を個人の責任に留めすぎているというものであった。[バーンズ, 2004:42-44]

では、障害の定義に何が足りなかったのであろうか。それは障害の社会モデルである。

## 第二節 「障害学」の主張①ー「個人的悲劇理論」と「社会的抑圧理論」ー

障害の社会モデルとは何であろうか。イギリスの障害者たちは、前節で紹介した ICIDH のインペアメントとディスアビリティという定義の書き換えを行った。つまりインペアメントは「医学的に分類された身体の状態」を指し、ディスアビリティは「認定されたインペアメントを持つ人が経験する社会的不利益」と定義づけた[バーンズ他, 2004:20-21]。ここで重要なのはディスアビリティを社会的に構築されたものとしてみなすことである。つまりインペアメントを持つ人は社会によって無力化（disabled）されているために社会的・政治的変革を求めると言う点である。

では、この理論が障害者や難病者の社会復帰や労働にどのように関係するのか。

元々、ディスアビリティ理論は、経済要因還元主義に重点をおいてなぜ障害者や難病者が労働市場や労働力から排除されるかというテーマに関する研究に端を発している。その研究を行ったのがイギリス障害学を代表する学者兼障害当事者であるマイケル・オリバーである。

はじめにオリバーは、WHO が唱えた障害のグランド・セオリーに対して、このグランド・セオリーが普遍的ではないという二つの批判を行った。[オリバー, 2006:24]

一つは、正常という概念は状況的・文化的に相対的であるということである。サブカルチャーやジェンダーやエスニシティが正常の観念にあたえてきた歴史を認識することができておらず、そしてこのような観点の認識不足が見られることは国際的枠組みにおける重大な怠慢であるという。[オリバー, 2006:24]

二つ目は、環境が軽視されているということである。オリバーの批判では

WHO と国勢調査局の定義では、たとえハンディキャップがもはや個人のもものと見なされないようになったとしても、環境が軽視されている。正常と見なされている社会的機能を基準として環境が成り立っているかぎり、これらができない障害者個人はその無能さゆえに劣位に位置付けられ、ハンディキャップが形成される。こうして、環

境よりも個人に改善を施すべきであるとされるため、医学的アプローチは存続される。[オリバー.M, 2006:24-25]

これは例えば、障害者や病者が就職活動を行っている際に、採用条件としてケアワーカーの介助無しに自力で通勤ができることが求められ、自力で通勤できる障害者と何ら能力に違いが無いのに、自力で通勤ができないがゆえに採用が決まらないこと[春名, 大野, 2013:81]、そして医学的アプローチから自力で通勤できるようリハビリテーションが行われるような事例が挙げられるだろう。

さてこのような批判から、WHO やイギリスの国勢調査局は障害の定義についての検討に反映しておらず、「孤立した個々の障害者が日常生活の中で経験する問題は彼ら個人の欠陥、または機能的な制限の直接的結果であるという考え」[オリバー.M, 2006:30]を押しつけているとして、この考えがオリバーの言うところの「障害の個人的悲劇理論」というグランド・セオリーとして研究の土台をなしていると批判し、「社会的抑圧理論」を提示した。[オリバー.M, 2006:20]

そしてオリバーはまず障害の定義の3つ問題を考える。

定義や意味について考える前に、その前提条件として、一般的に人は社会のある対象に意味を与えて、その対象に与えられた意味に即して自己の行動を方向付けていると言える。もし障害者が悲惨な事故や環境の犠牲者であり、その不幸はあくまで個人的なものであるかのような扱いを受けていたとしたら、そのような扱いは人と人との相互作用で成り立っている日常世界だけでなく、社会政策や政治にも反映されるとオリバーは言う。では、それとは反対に障害者が社会的な抑圧を受けているとしたらどうなるであろうか。そこでは障害者は個別の境遇を抱えた個々の犠牲者というよりも、「社会的な配慮を受けずに無視されてきた集合的な犠牲者」[オリバー.M, 2006:21]として見出される。オリバーは、このような「社会的抑圧理論」が普及すれば、社会政策は個々人を扶助するよりは、差別や抑圧を緩和させる方向に変わっていくだろう、と論じている。[オリバー.M, 2006:21]

2番目の定義の問題としては、医療・福祉施設への隔離運動と専門化・医療化の歴史が密接にかかわっていることが挙げられるだろう。19世紀から20世紀前半における近代産業社会の到来以降、イギリスでは都市部の貧困層は増え続け、貧困層の中で自ら働くことをのぞまないような「怠惰」とされる人々と働きたくても働けない人々

の身元を確認・分類する必要があった。そこでは、怠惰であるとされる人々に対して、働くことができないとされる人々は正当な社会的地位を与えられた。更に医療の専門化が発展した 20 世紀においては、19 世紀の単純な二分法から、臨床的な規準あるいは機能的制限に基づいた定義が支配的になった[オリバー, M, 2006:22]。障害の定義にはこのような歴史的背景が影響していることを留意しなければならない。

最後の定義の問題とは、WHO のグランド・セオリーに対するオリバーの二つ目の批判と重なる。1950 年代以降、マイノリティ集団の政治的な活動によって、特定の社会問題に対して根本的な再定義が行われたことやその必要性があったことである。[オリバー, M, 2006:22]

女性、黒人、同性愛者を含む多くの集団が、社会のなかで支配的な定義を支える言葉に秘められたセクシズムやレイシズムを非難することによって、広く普及した問題を構成する定義に挑戦し始めた。マイノリティ集団はより肯定的なイメージ（例えば『ゲイ・イズ・グッド』、『ブラック・イズ・ビューティフルなど』）を広めるために、言葉をつくりだし、言い換え、それを行き渡らせた。障害者も障害についての優勢な定義が個人と集団のアイデンティティに問題を引き起こしていることに気づき、障害者差別的な言葉の使用に異議を申し立て始めた。[オリバー, M, 2006:22-23]

このことから障害の定義は流動的で、現在支配的な医学的アプローチによる定義だけではなく、障害者による再定義をも考察しなければならないことが分かる。

では次節において、障害の定義が歴史的にどのように変わり、また近代社会においてどのように固定化されていったのか考察しよう。

### 第三節 障害学の主張—資本主義の到来と固定化する障害概念—

これまでの定義における問題は、19 世紀、20 世紀に偏っているものだった。

だがしかし、19 世紀、20 世紀以前にも障害者は存在していたという事実と、近代以降の障害者を取り巻く状況の変化から、オリバーは障害の文化人類学に注目した。

そこから言えることは、障害の文化人類学の多くは医学モデルが支配的ではあるけれども、「障害者を無力化するある種の抑圧と障害者の経験は、個人的なものであれ、集合的

なものであれ、社会や時代によって異なる。」[オリバー.M,2006:47]ということだった。

そこでオリバーは視覚障害に関してはグワルトニーの調査[Gwaltney,J.,1970,The Thrice Shy: Cultural Accommodation to Blindness and Other Disasters in a Mexican Community, New York and London; Columbia University Press]を、聴覚障害に関してはグロースの研究を用いて例示する。

視覚障害の場合、メキシコのある村では、フィラリア症に誘発された視覚障害は全能なる神によってもたらされた結果、視覚障害となったと広く信じられており、「望ましい」文化的対応がなされている。その対応とは、視覚障害者には子どものガイドがついたり、視覚障害者に敬意を表する人々には社会的な賞賛がなされ、反対に敬意を表さない人々には社会的制裁が下されるというものである[オリバー.M,2006:44-45]。

聴覚障害の場合、アメリカのニューイングランド海岸沖合いにあるマーサズ・ヴィンヤード島では近親婚が多く、ろうの遺伝子が優勢であるためこの島ではろう者が非常に多い[グロース 1991:50-54:87-90]。しかし、島民全員が手話で話すことができ、「社会が『機能的にバイリンガル』」[オリバー.M,2006:45]であるために、ろう者は社会から疎外されず、またろう者特有のろう文化が作り上げられることも無かった[グロース,1991:114-156]。

ではなぜ障害の抑圧の方法と障害者の経験は多様なのか。これは偶然性や文化相対主義に基づくものではないだろうとオリバーは語る。そして、オリバーは、障害に対する抑圧と障害者の経験の多様性は、生産様式と社会の主要な価値との結びつきを通じて文化的に算出されるという仮説を提示し、生産様式の歴史的変遷に着目して考えた。[オリバー, 2006:59-60]

そこで利用された研究アプローチがマルクス主義に代表される唯物史観である。唯物史観とは、社会学辞典によると、「単に自然の生物学的現象からのみでは説明できない人間社会の発展の基本的な要因を、自然と人間との相互交渉としての物質的生産を基礎として考えようとするもの」のことである[江口,1958:311]。つまり人間の物質的な生産により歴史が発展し、生産過程において人間同士の諸関係は生産力との関係で、物質の構造から精神に反映して発展するという弁証法的な考え方のことである。弁証法とは社会学事典によると、対立する要素の矛盾＝衝突のプロセスが新たな段階を生じさせていくという考え方のことである[伊藤,2010:15]。

このアプローチを障害者にまつわる生産様式の歴史的変遷に応用したのがフィンケルシュタインのモデルである、とオリバーは紹介する。

このモデルは、三段階の社会に分かれている。すなわち、①封建社会、②資本主義社会、③現在移行しつつある、ある種の社会[オリバー.M,2006:62]である [Finkelstein.V,1980:6-8]。ただし、フィンケルシュタイン自身は3番目の社会については、進歩した技術の利用と、障害者と専門家との協働によって、社会における隔離志向の実践は開放できるという構想を語っているのに対し、オリバーは、後述する医療イデオロギーと障害との関係から疑問を呈している[Finkelstein.V,1980:22-26] [オリバー.M,2006:62]。

進歩した技術の利用に関連して、倉本智明は、近年発達してきたバリア・フリー、ユニバーサル・デザイン、アクセシビリティといった、できるようになる技術(enabling technology)を媒介として健常者と障害者が共生しようとする一連の実践とその理念に対して、能力主義の現代的展開、拡張と見て、「障害者の生身の身体をいっそう受け入れない社会になりかねない危険」があると主張している[石川他,1999:315-316]。

さて、第一段階の封建社会では、経済的基礎は農業や小規模な工場であり、大半の障害者は生産過程に組み込まれ、完全な参加とまではいかなくても部分的に生産過程に貢献することができたという[オリバー.M,2006:61-62]。

第二段階の資本主義社会では、経済的基盤が都市の工場へと移り、賃金労働者個人を組織化したものへと変化した[オリバー.M,2006:62]。

オリバーは、ライアンとトーマスの引用を紹介しながら、この変化について例示する。その変化とは、工場での作業のスピード、規律の強制、時間の拘束、生産の規範 (production norms) といったものである。19世紀に起こったこの変化によって、障害者の大半は生産過程から排除され、市場の底辺へと追いやられる結果となってしまった。 [Ryan,J.and Thomas,F.,1987:101]

そして、この結果は更に別の状況を生み出した。その状況とは、障害者が社会的、教育問題として捉えられ、イギリスでは救貧院、保護施設、コロニー、特殊学校など、あらゆる施設へ隔離される傾向が強まったこと、そして社会生活の主流からも隔絶されたことが挙げられる。 [オリバー.M,2006:63-64]

そして、施設への隔離傾向は障害者の生活への国家介入でもあった。第二節の2番目の定義の問題でも扱ったように、国家が援助するに値するか否かは、就労可能であるにもかかわらず仕事に就こうとしない人々と、就労できない人々を弁別するものでもあった。

そこで、国家は就労可能な集団を首尾よく管理、統制するためにさらなる分離と専門化

が行われ、現在では臨床的な規準あるいは機能的制限に基づいた定義が普及することになったといえる[オリバー.M,2006:71-86]。

ここで、オリバーは、ストーンの研究とウェーバーの見解を用いて資本主義における上記の集団の分類と障害の関係性について明示した。

ストーンの研究とは障害を論理的カテゴリーとして重視し、イギリス、アメリカ、ドイツの障害者のための福祉政策の発展に関する議論の理論化である。ウェーバーの見解とは「世界の『合理化』とともに資本主義が発達する」[オリバーM,2006:82]というものである。

ストーンの基本論調とは「分配原理」を通して社会は機能するというものである。主要な分配と生産のメカニズムは労働である。しかし、すべての人々が働くことができるわけでも、働きたいわけでもないといった「分配のジレンマ」が生じる。ここではこの全く違う労働と必要の原理にもとづいて、いかに財とサービスを分配するかが問題の焦点となる[Stone,1984:15-20]。

資本主義の到来以降、「人は労働に基づいた分配システムに属しているか、必要に基づいた分配システムに属しているか」[オリバー.M,2006:83]によって分けられるようになった。

障害者はこの二つを分ける重要なカテゴリーとして扱われた。オリバーは、カテゴリー区分と分配が専門化したのは世界の合理化が進んだ結果であると評している。

そしてストーンは、この「分配のジレンマ」の隔たりを媒介する概念としての障害を解釈し、障害というカテゴリーが社会的に構築されており、弾力性があるためにどんな組織的な矛盾をも解決できるというつまり、すべての人々が働くことができるわけでもなく、働きたいわけでもないというジレンマに対し、社会的に構築されているために状況に応じて柔軟に変化できる障害というカテゴリーがこのジレンマを解決できるという、私からすればやや楽観的な結論を導き出している[Stone,1984:179-181]。

だがしかし、ストーンは 19 世紀後半から福祉の適格者の基準がますます厳格になり、障害者のカテゴリーに弾力性が無くなってきたと付言する。そこではもはや障害者と認定されてしまったら、それ以外のカテゴリーに移ったり、併存することはできなくなってしまった[Stone,1984:189-190]。

「そこで彼らは無力化された者[=障害者]としての役割を演じるように適応する。そして障害のカテゴリー区分は、医療や福祉に携わる官僚によって正当化される。」とオリバ

一は世界の合理化のひとつとして、官僚制の影響を示唆している[オリバー,2003:85]。

ここで第三節の内容を振り返ってみることにする。オリバーは障害の文化人類学を参照するなかで、障害の抑圧と障害者の経験は多様であり、この多様性は、生産様式と社会の主要な価値との結びつきを通じて文化的に算出されると言う仮説を提示し、唯物史観の研究アプローチに基づき生産様式の歴史的変遷に着目して考えた。

封建社会における生産様式では障害者は周辺に追いやられてはいたものの、生産過程に参加することはできていた。

しかし、近代産業社会になると生産に関する規律の強制から障害者は生産過程に参加することができなくなり、完全に社会の底辺へと追いやられていた。

そこで労働に参加できない障害者の生活に国家が介入し、労働できない者と労働を忌避する者を施設へと隔離する傾向が強まった。

この二者を分離する論理として働くのが「分配のジレンマ」といえる。そのジレンマは、従来の障害カテゴリーであれば、両者を媒介し、ジレンマを克服できる力があつたとされるものの、19世紀から官僚化という、「公私のあらゆる領域に発達した管理組織の機構上の合理化」が進み、福祉の基準が厳格になり、障害のカテゴリーは固定化されてしまったといえる[菅野,1958:123]。

第二章ではオリバーらが主張した資本主義社会の到来における障害概念の固定化がアメリカ・イギリス・日本における精神障害の歴史を通じて確認できるか検証する。

しかしその前に、これまで「障害学」を用いて障害概念を検討してきたが、難病についても障害学と同様のことが言えるのだろうか。

この問題に対して筆者なりの回答を提示したい。

#### 第四節 障害と難病の接点—社会的構築物としての病い・広がる「障害」の定義—

この節では、障害と難病の接点として、いずれも社会的構築物であるということを確認していく。

ピーター・コンラッドと、ジョセフ・W・シュナイダーらの主張を見てみよう。彼らは病いも社会的構築物なのだと主張した[コンラッド,シュナイダー,2003:57-59]。

では、なぜ彼らは病いを社会的構築物なのだと主張したのだろうか。

一般的に、疾病は生理学的な状態であるとされる。これは実証主義的な考え方である。

実証主義からすれば、「病いはおそらく疾病によって引き起こされる社会的な状態である」[コンラッド,シュナイダー,2003:57]とされる。

一方で、文化相対主義者たちは次のような事例を挙げて、健康や病いの実証主義的な考え方に異を唱える。南米インディアンのパパゴ族の例では、パパゴ族は西欧の測定方法では肥満である人は100%であるという。だがパパゴ族は肥満を病いとしては見ておらず、西欧的価値観からすれば「正常」な体重にある子どもは「やせている」と捉え、それを病気とみなして病院に連れて行くのだ。

このような事例から、コンラッドらはルネ・デュボスを紹介し、『健康』という普遍的な状態が存在すると言う考えは幻想であり、健康と病いは文化的知識と環境への適応によって制約を受ける」[デュボス 1977,:21-24]と論じた。

しかし、コンラッドらは実証主義にも文化相対主義にも欠けている問題点があるとしている。すなわち、「病いと疾病は人間の構築物であり、それらを認識、記述して提案する人がいなければ存在しないもの」であるという問題である。

それゆえに、生物生理学的なある現象をアприオリに「病い」とみなす実証主義的な考え方は間違っており、「生物生理学的な現象とは、あれこれの状態を病いあるいは疾病とラベリングする際にその根拠として利用される何ものかなのだ」[コンラッド,シュナイダー,2003:59]とすることができる。つまり、「病いは自然界に存在する状態に対する人間の判断」[コンラッド,シュナイダー,2003:59]なのであり、社会的構築物であるというのがコンラッドやシュナイダーの主張である。

つぎに難病と障害の接点について検討する。日本の障害者総合支援法において機能障害に拠らない「病気による生活上の支障としての障害」に一部難病疾患が認定されたことを検討する。

春名によれば、日本での障害基本法や障害総合支援法における定義では、厳密に言えば原因疾患によらない機能障害が「障害」だという定義づけを行っている。

しかしICF（詳しくは注 ii を参考）での障害の定義は「健康問題に関連した生活機能上の困難や問題」[春名,大野,2013:88]であり、この定義に即してみれば難病もまた「障害」だといえる。このような観点から、ICFには、障害に関して言えば障害の社会モデルが提示した問題点を実践レベルにおいて適切に反映できていないという問題があるものの、難病に関して言えばその広い定義づけゆえに日本の難病支援の支柱となっていると言えるだろう。

更に春名によれば、障害の医学モデルでは弱者保護を目的としているために、「支援を受けるためには、いかに自分が『障害者』であって仕事上問題があるか示さなくてはいけない」[春名,大野,2013:89]一方、難病者の場合は病気を隠してでも仕事上問題がないように証明しようとしているため、過酷な状況に置かれている。この現状を打開するために「社会モデルによる合理的配慮の整備と、安心して配慮を求められる差別禁止の規定が必要」[春名,大野,2013:89]と述べている。

つまり難病もまた障害と同様に一部疾患については二点の接点があると言うことができる。すなわち「障害」と認められているという点と、病気を隠して就労を行っているという点である。更に後者については接点を持っているだけに留まらず、障害と難病の差別禁止などを盛り込んだ社会モデルの構築が必要になっていくだろうと推測できる。

しかしながら、判明できなかった点もある。障害も難病も社会的構築物のひとつとはいえるが、社会的構築物であるからといって、即労働生産過程上の差別や障壁が存在するとは言えないということである。この点については法システムや経済システム、さらには海外比較を通して具体的な労働生産過程上や就労支援における問題点を明らかにし、その問題点に関する考察によって差別や障壁が存在するかを検討する必要があるだろう。

以上から第一章では障害と難病の一般的な定義と、障害学における障害の定義づけの見直し、そして障害の社会モデルの必要性を論じてきた。そして難病においても障害の社会モデルが適用できることが判明できた。

第二章においては、精神障害においても、オリバーが主張した資本主義の到来によって障害者の地位が下降したのかについてアメリカ・イギリス・日本の歴史を通じて論じていきたい。

## 第二章 社会復帰・就労への道のりとは—精神障害における歴史考察—

### 第一節 逸脱と医療化①逸脱・医療化の定義と医療専門職の歴史

コンラッドとシュナイダーは、なぜ近代以前では悪しきものであった逸脱が病めるものへと定義が変遷したのかというテーマに基づいて、その逸脱を定義する社会統制の主体としての医療の拡張に焦点を合わせて研究を行った。

ここでいう逸脱とは、「共同体のある構成員に対して他の構成員が巧妙に形成かつ適用

した非難と否定的な判断のカテゴリーから構成されている」[コンラッド,シュナイダー,2003:9]というものであり、デュルケームの研究を受け継ぎ、「社会規範なくして逸脱は存在し得ない」ために逸脱は普遍的な現象であると主張している[コンラッド,シュナイダー,2003:9]。

では社会統制とは何か。コンラッドらは「社会統制とは、世界についてのある特定の定義のセットが精神と実践の中に具現させる権力とみなすことができるだろう」と述べている[コンラッド,シュナイダー,2003:15]

この定義については具体的な変遷に注目したほうが分かりやすい。そのため、医療専門職がどのようにある特定の定義を精神と実践の中に具現させたのか、コンラッドとシュナイダーの著作を通して、その歴史を振り返ることにしよう。

古代社会では、聖職者やシャーマンが処置・処方を行っていた。古代ギリシャでは、ヒポクラテスと疾病の「自然理論」(=「四体液説」)という理論を用いて医学的知識の体系化を行った。だがしかし、初期キリスト教において新しい神学的な解釈と治療・超自然的な成因と治癒を信じていたために、中世にもこの信仰は受け継がれた。中世では、初期キリスト教の見解制度化、教会の教義が医学の理論と実践を支配し、聖職者が医師となった。その反動からルネッサンスでは、古代ギリシャの医学的知識への関心の再興し、19世紀半ばまで支配的であった。この時代にはほとんど誰もが「医師」と名乗ることができ、医業も行えた。医学は決して科学的ではなかった。[コンラッド,シュナイダー,2003:17]

しかしながら、19世紀前半アメリカにおいて医療専門職の組織の制度化がなされた。州議会に対して一定の訓練と講義を受けた者のみ、医師として医業を行えるという法律が採択されたのだ。その流れを受けて1847年にはアメリカ医師会成立した。[コンラッド,シュナイダー,2003:19]

19世紀半ば過ぎからは、医療専門職は大衆の道徳や行動に影響を与えるような社会改革にしばしば関わるようになった。いわば「医学的十字軍」と言えるだろう[コンラッド・シュナイダー,2003:20]。このような改革者は人々の価値観を変革するだけでなく、特定の考え方を他者に強制しようとしたり、新しい社会的逸脱のカテゴリーを作り出そうとした、とコンラッドは語る。そして墮胎の犯罪化がこの時期に行われたことが医学的十字軍の典型的な改革の一例だと例示した。[コンラッド,シュナイダー,2003:20-23]

一般市民の医療へのイメージも変化してきた。19世紀半ばまでに荒っぽい医療への不満はあったものの、ペストやハンセン病、天然痘、マラリア、コレラなど社会衛生上の問題

に医療が介入し、達成してきたように見えることに対して医療へのイメージがより楽観的なものとなったのだ[コンラッド,シュナイダー,2003:25]。

そして19世紀の最後の30年間に医療への楽観主義と信頼の増大によって決定的な出来事が起こる。麻酔法と消毒法によって外科医学と病院医療の発展が、細菌学によって科学的な病因理論が成立し、医学を科学的基盤に乗せたのである[コンラッド,シュナイダー,2003:26]。

そして科学的基盤に乗った医学は、統一のモデル、統一のパラダイムを生み出した。それは

「基本的には身体を機械とみなす考え方（たとえば器官の機能不全）と疾病の細菌病因論に基づいていた。（中略）医学は単に内的な環境にのみ焦点を合わせ、外的な環境（社会）はおおよそ無視された。このパラダイムは、その後何年にもわたって有益でありえた。」[コンラッド,シュナイダー,2003:26]

このことは障害学のアプローチから言えば、医学モデルの勃興によって、障害や難病の社会的な抑圧が軽視され、個人の内因論に目を向けたといえる。このような医学モデルは19世紀において成立したということからも障害学の個人悲劇理論の成立と時期が重なり、障害学の理論に説得力があることが分かる。

さて、科学的な医学が発展するにつれ、正規の医師たちの優位性が保証されていった。それはいわば医療の独占でもあった。新しい医師免許に関する法律によって、正規の医師たちは法的拘束力を持つ診療を独占した。こうして、もはや正規の医師たちが非正規の医師たちと診療に関して競争することはなくなったのだ[コンラッド,シュナイダー,2003:26-27]。

独占的な診療が成立し医療市場も独占した医学は、前代未聞の「専門職支配」(professional dominance)を築いた。コンラッドらは、法的拘束力を持った診療を独占した「専門職支配」によって「医療専門職は機能的に自立した存在となった」と評している[コンラッド,シュナイダー,2003:27-30]。

20世紀に入り、医師たちはますます社会衛生と産児制限の改革運動に従事し、これらの運動の中心的役割を担った。医師たちは科学の名の下に、ある一定の地位を主張し、自分たちの科学的および専門的な価値観を用いて他者の行動を導こうとしていた。

医療の領域は 20 世紀の間にますます拡張していった。この拡張によって、医学は「『世俗的な』世界の価値観の管理者の位置づけ」を担った[コンラッド,シュナイダー,2003:27]。ただし社会学的な観点から見れば、この拡張は医学的十字軍の社会改革の結果だということが言えるだろう。そして、コンラッドらは次のように総括する。「この医療の拡張によって、特に社会問題や人間行動の領域において、しばしば実証されている技術的な能力以上の部分にまで医療的介入がなされるようになった」[コンラッド,シュナイダー,2003:27]。

つまり医療の拡張によって、従来は怪我などを対象としていた医学が、狂気や長期にわたる過度の酩酊、同性愛や多動の子どもといったような社会問題や人間行動に密接に関わっている逸脱に対しても、技術的に実証されていない能力の部分にまで医療的介入が行われるようになったということである。

以上のことから世界についてのある特定の定義づけに関する精神と実践によって具現化する権力の構造の特徴が判明できた。医学がこのような権力を持ち始めたのは医療の独占状態が生まれてからだろう。更に社会統制としての医学は次のような四つの特徴が挙げられる。

一つ目は医療の制度化である。これによって医療の独占の足がかりにもなった。二つ目は医療の独占である。これにより、医療専門職は医学を用いた社会改革、「医学的十字軍」の活動を行い、墮胎の犯罪化など自らの価値観を人々に浸透させようとした。3つ目は機械としての身体論・細菌病因論という二つの理論である。これにより、「医学的十字軍」の活動に説得力が増した。更に障害学の視点から見れば、医学は個人の内因論を重視し、社会や環境の影響を軽視するようになった。最後に専門職支配である。これにより医療専門職は業務独占職となった。

以上から、逸脱と社会統制の定義と、社会統制としての医療専門職の歴史を見てきた。では、狂気から精神障害へと変遷していくなかで、障害学が主張したような資本主義社会到来による障害者の地位の変化はあったのだろうか。

## 第二節 逸脱と医療化②ヨーロッパにおける狂気から精神病への変遷

まず、コンラッドらは複合的なアプローチを用いて、狂気から精神病へと変貌していく歴史を分析した。

そのアプローチとは一つはラベリング—相互作用論であり、もう一つは、現象学とコンフリクト論の中の多元論を用いた、知識社会学のアプローチである。

それぞれのアプローチについて説明していく。相互作用論とは、「社会の道徳性は社会的に構築されたものであり、行為者、文脈、時代に依存する相対的なものであるととらえる」アプローチである。[コンラッド,2003:2-3]。

つまり、道徳は、社会によってつくられたものとみなし、その道徳を用いる人や道徳が発揮される文脈、時代によって変化する相対的なものとして捉え、その相対性を考察するアプローチである。

コンラッドによれば現象学とは

『現実』は科学者であれ誰であれその『外部に』存在して発見されるのを待つものとしてではなく、社会的な相互作用から出現したそれによって維持されている社会的構築物として定義される。したがって、社会的な世界は言語という媒介を通して解釈され構築されている」[コンラッド,2003:40]。

つまり、社会的な世界は社会的な相互作用から生み出され、その相互作用によって維持されている。すなわち社会的につくられたものとして定義される。その相互作用に言語が強く関わっているため、言語による相互作用を重視するアプローチである。

コンフリクト理論は基本的には「ある集団によるほかの集団の支配を可能とする政治的メカニズム」として社会統制によって生じた逸脱認定を社会的・政治的なコンフリクトの結果であるとみなす[コンラッド,シュナイダー,2003:41]。その上でコンフリクトをどのように定義するかについて多元論者とマルクス主義者と二つに分かれる。多元論者のアプローチでは、コンフリクトとは「異なる利害集団が自分たちの法律もしくは自分たちに利益をもたらす法律を制定しようとする、そうした制度化された党派政治の領域で頻繁に起こりうるもの」を指し、マルクス主義者のアプローチでは、「コンフリクトとは、社会の階級構造と人々の経済体系に対する関係の産物」だと考えるものである[コンラッド,2003:41]。

つまり、多元論者にとってコンフリクトとは、自分たちにとって有益になるような法律を

制定しようとする際に生じる衝突をさし、マルクス主義者にとっては経済活動によって逸脱や法律の制定が決定されるという対立関係の結果を指す。

ではアプローチを確認したうえで狂気から精神病への変遷を見ていこう。

まず古代パレスチナでは、狂気と預言が表裏一体であった。「狂気も預言もヘブライ人にとっては異常であった。(中略) どちらも神の仕業であるとされ、社会的には個人のせいであるとされていた。(中略) 社会学の観点からすれば、エゼキエルの行動に狂気や預言が本来備わっていたわけではなく、預言は周囲のヘブライ人が帰属させたものなのだ[コンラッド,2003:75]。(75) つまり、エゼキエルの行動は通常なら狂気とみなされるものが、相互作用論と現象学的知見に照らせば、人々の相互作用、そして社会的道徳により、預言者としてみなされているものだということができる。

古代ギリシャとローマに移るとヒポクラテスを代表として、古代ギリシャ人が合理的な自然観と人間観を最初に導入したために、古代ギリシャは医療モデルの起源となる。これらの観点は、宗教的な世界とはまったく異なっていた。さらに古代ローマ人は古代ギリシャの知を継承したのである[コンラッド,2003:75]。

古代ギリシャでは狂気に対して、二つの説明を用いた。一つは古代ギリシャの一般大衆が信じていたもので、狂気を神が取り憑く、霊が乗り移るなどといった、超自然的な説明であった。もう一つは、上流階級が主に採用していたもので、ヒポクラテスの体液理論という4つの体液の状態によって狂気が生じるというもので、初めて狂気の原因を自然に求める説明であった。[コンラッド,2003:76]。

古代ローマの時代には、社会的役割を果たすことはできないが、他人に危害を加える恐れのない者は徘徊する事が許され家族の世話を受けることになっており、狂気は家庭内の問題とみなされるようになる。しかし、最終的にはローマ法において結婚や財産の所有、および遺書の作成や承認といった民法における自由を剥奪されることになった[コンラッド,2003:77]。またプラトンは狂人の犯罪行為に対し責任を免除すべきだと論じており、この論は近代以降においても受け継がれていくことになる[コンラッド,2003:77-78]。

そして、5世紀のローマ帝国の崩壊は超自然的な信仰、神秘主義、神話への全般的な回帰をもたらした。[コンラッド,2003:78]。

この時代において、教会は時の権力の頂点に立ち、キリスト教会の教説に基づいた神学

的見解を用いて人間に関する事柄の多くを定義する支配的な組織であった。狂気は罪の報いによる結果とみなされていた。更に神学な狂気観では、狂気の状態において仮に法に触れたとしてもその責任は問われず、狂気に見舞われた原因となる行動にのみ、責任が問われた。[コンラッド,2003:80]

このように教会の権力が支配的だった時代に、あえてこの時代の医療行為に着目するとすれば、中世の医師は、狂気を二つの原因、すなわち情動か体液バランスの不均衡のどちらかに由来するものと見ていたことにあるだろう。そしてもし疾病が生理学的原因によって生じたものであれば、治る見込みはほとんどなかったとされている。[コンラッド,2003:79]

中世の医師によって用いられた治療的な方法は、ギリシャ・ローマ時代の治療に加え、ハーブ治療が用いられていた。また最初の精神外科手術、「窃頭術」が行われていた。これは原子論に影響を受けたもので、頭蓋骨の切開によって「圧迫されていた肉体の原子を解き放ち、こうした病気を引き起こす脳への圧迫を軽減させる」という目的で行われていた。[コンラッド,2003:80]

このように教会が絶対的な権力を持っていたが、ヨーロッパでは13世紀の後半までに封建制度の崩壊やグーテンベルグの印刷革命、宗教改革者による腐敗した教会への批判、ペストなどの疾病の大流行といった巨大な社会変動が生起し、強力で保守的な教会への反動が生み出された。この結果教会の支配力と権威は失墜した。そのような状況下で、教会におけるスケープゴートという形で逸脱が捉えられ、魔女狩りが盛んに行われた。[コンラッド,2003:83]

17世紀以前は、古代ローマ時代において見られたように、狂気を有するが害のない人々は農村や都会の路地を放浪、徘徊しており、狂気を有する人々の責任は家族と地域社会が担っていた。[コンラッド,2003:84]

しかし17世紀の半ばになると新しく絶対主義的・資本主義的秩序が出現し、社会の大きな変動に付随して狂気と他の逸脱の処遇における分離が生じた。その分離の実践として、ヨーロッパ全土に広がった大拘禁が挙げられる。

1656年に国王の命令によってパリにオピタル・ジェネラルという「病院」が開設され貧困者と逸脱者の「大拘禁」の時代が始まり、逸脱者や「社会的に不都合な人々」のための施設がヨーロッパのすべての国で出現した。そこでは医学的実践は行われず、それは、都市から怠け者と物乞いと他の社会的に不都合な人々を町から取り除くために作られた、収容

所・教護院・病院の性質が統合された、本質的には貧困者の拘置所であった。そして、オピタル・ジェネラルの開設によって、監禁は逸脱者を扱う新しい方法となっていったのである。[コンラッド,2003:85]

コンラッドは、監禁が行われた理由を次のように語る。「監禁がなされたのは、医学的な理由によってではなく、『すべての混乱の根源としての物乞いや怠惰』を予防し、『労働の義務』を課すためであった」[コンラッド,2003:85]。

つまり資本主義とその秩序が発展していき、有能な労働力の重要性が高まっていったことを背景に、そこで労働可能者を精神異常者から分離する必要が出てきた。そのためにオピタル・ジェネラルは建設されたのである。そして 18 世紀において、狂気および精神異常はその他の依存や逸脱から次第に分離されるようになった。この分離によって 18 世紀末には、私立救貧院、教護院、癲狂院、そして拘置所といった特殊施設を生みだしていく。[コンラッド,2003:86]

コンラッドによれば、この特殊施設の目的とは「狂気を有する人は特殊治療のためにではなく、他の逸脱者を狂気の『汚染』から保護するために、また病院や教護院に秩序と規律を与えるために分離された」のである[コンラッド,2003:86]。

オピタル・ジェネラルやその後続施設は医療的施設ではなかったが、徐々に医師が癲狂院の管理者となり狂気の世界に介入できる正当な権威となっていく。しかし 18 世紀に医師が用いた治療のほとんどは瀉血、温浴療法、下剤といった古代から伝わるものであり、18 世紀の医師は狂気や癲狂院に対して、自分たちが正統な管轄権を持っていると説得できるだけの説明理論や治療方法を持ち合わせていなかった。[コンラッド,2003:87-88]

そのような状況にもかかわらず、医療は人間の医療は人間の苦しみと痛みの問題を解決するであろうというきわめて楽観的な見方があった。この楽観は主に前節でも述べたが、疫病が本来は社会衛生上の発展とともに消滅していったにもかかわらず、医療の発展として民衆に受け取られたことが挙げられる。そしてこの楽観論のいくらかは狂気を治療していた医師にも影響を及ぼした。[コンラッド,2003:87]

この楽観論に促されてか、18 世紀後半に狂気の治療の歴史において最も劇的な第一の転換が行われることになる。フィリップ・ピネルによる道徳的治療である。彼はフランスの 2 つの収容所の人道主義的指導者であり、1794 年に狂気を有する人々を鎖から解放し、身体的拘束から自由にし、異なる類型の患者の分離に着手した。[コンラッド,2003:88]

そしてピネルは道徳的治療法の利点を強調した。道徳的治療法とは、親切、注意深い強

制、労働療法で構成されている。しかし、社会学的観点から見ると、ピネルの治療法は身体的拘束から解放した一方で、道徳的な拘束を押し付けたと見ることができる。その拘束についてコンラッドは次のように述べている。「すなわち、それは服従、労働、そして財産といったブルジョア社会の価値へと人々を社会化する道徳的な力であった」【コンラッド,2003:88】。つまり、ピネルは身体の拘束からは解放したものの、当時生成されつつあった、資本主義社会におけるブルジョア的価値観や規律を、狂気を有する人々の内面に刻み付けたといえる。

さて、道徳的治療法は効果があるように見えたため、医療専門職は医学的および道徳的治療法の監督者であるべきだと主張した。そして、公的な精神病院では徐々に常勤の医学的管理者を設置するようになり、19世紀前半までに普及するようになった。この普及に伴い、医療専門職は前節でも紹介したような専門家による独占と自律性を確立したのであった【コンラッド,2003:89】。

また、18世紀後半になって、単一性をもち、周知に知れ渡る支配的な精神病概念が登場した。その概念は、医療史家が唱えるような啓蒙運動の広がりによってではなく、16世紀から2世紀の間に様々な要因を抱え熟成されてきたのである。その要因とは例えば今まで取り扱ってきたような狂人に対する隔離と差別、そして次に取り扱う精神医学専門職の発展がそれである【コンラッド,2003:90-91】。

なぜ18世紀後半になって、公衆にも知れ渡るような支配的な精神病概念が生まれたのだろうか。これまでの時代においては医師たちが用いてきた体液学説は狂気について生理学的原因による自然現象だとしていた。しかしその治療法は秘儀的で公衆の支持を受けなかった。【コンラッド,2003:90】

コンラッドらはセオドア・サービン<sup>ii</sup>の研究に着目して引用した。セオドア・サービンによれば、16世紀に西洋において「精神」という概念が現れ、人間の外側にある事象に簡単に起因することができない逸脱行動を説明するために用いられるようになったという。このことは何らかの逸脱をした者は「精神の状態」がその行動の原因であるとみなされた。そして、この「精神」に責任を帰する動向は「病い」に対しても同様に見られ、問題行動や逸脱行動は発熱の場合と同じように疾病の症状であると解釈された。そしてこのように解釈されるようになったのは、「精神」や「病い」が第一に『神話』として実体化されることになる隠喩【コンラッド,2003:91】(91)として用いられ公衆に広く普及したことが挙げられる。第二に狂気を扱う医療「専門家」の出現と医師のロビー活動によって、「精神の

病い」を正統化するものとして用いられたことにより、「精神病」は支配的な概念が現れたといえるのだ。[コンラッド,2003:91]

さて、ここまで18世紀後半までのヨーロッパの歴史を概観してきた。そこで判明したことは、精神疾患・精神障害についても、オリバーが主張したように、資本主義の到来以降、路上の放浪・徘徊者を社会が排除する動きが見られ、病者・障害者などがまとめて特殊施設に収容されていったことが分かる。

しかし、オリバーの主張と異なる点も発見できた。少なくともフランスでは精神病患者・障害者は半ば労働可能な者として、フィリップ・ピネルなどによって資本主義のブルジョア的価値観・規律を教化されていたのである。このことはどの部分にどの程度障害や疾病を負ったかによって病者・障害者の待遇が異なっていたと推察できるだろう。そして筆者は身体障害が戦争などでもっとも数が多いために社会的受容もあったのに対し、精神障害や知的障害の場合は社会的偏見があったために施設に隔離される人が多かったのではないだろうかと考えている。

今回は精神病患者・精神障害者の歴史を探っていたが、今後は身体障害、知的障害の隔離収容史の比較検討が必要であると感じている。別の機会の課題としたい。

### 第三節 逸脱・医療化③アメリカにおける狂気から精神病への変遷

さて、続いては19世紀以降のアメリカを取り上げて、フィンケルシュタインの言う、進歩した技術と障害者と専門家との協働により隔離から開放へと向かうという第三の社会について本当に適合しているのか検証していきたい。

その前に19世紀のヨーロッパとアメリカの精神異常者への処遇を概して言うならば、「保護者としての国家」の名のもとに、医師を保護者として扱い、精神異常者の監禁が行われたと言う事ができる。そこでは監禁の正当化のために3つの法的根拠が与えられていた。一つは国家が平和を守り、一般公衆の幸福を保証するための「公安権」、二つ目に国家が法的に「責任能力」で無能であると宣言された者の保護を引き受け、その者の財産を管理できる「保護者としての国家」という原則、そして最後に、貧困層における生活困窮者に対して行われる国家の権力である。[コンラッド,2003:93-94]

アメリカでは「アメリカ精神医学の父」であるベンジャミン・ラッシュを筆頭にアサイラムにおいて治療と処罰が行われていた[コンラッド,2003:94-95]。

では、アメリカにおけるアサイラムの歴史とはなんだったのか。

植民地時代のアメリカでは、同時期のヨーロッパと同様に、精神異常は親族あるいは共同体の問題としてみなされていたが、やはりヨーロッパと同様に 1756 年からアサイラムによる道徳的治療が行われるようになり、急速にアサイラム建設が行われた[コンラッド,2003:95]。

その要因としては、第一にアメリカの社会秩序の変動、第二に楽観論の普及、第三にアメリカ精神医学の制度化・独占化が挙げられる。

第一点については、具体的にいえばアメリカ社会がより流動的になり、政治的参加が増大したこと、また宗教的および知的自由や熱中の増大、また人の地理的大移動といった要因が挙げられる。これに伴って、当時の逸脱行動の研究者たちは家族の規範や秩序の崩壊といった社会的な影響を逸脱行動の原因と考え、崩壊した社会から隔離させることで精神病は治癒可能だと考えたのである[コンラッド,2003:96]。

そしてヨーロッパと同様にアメリカでも、アサイラムは精神異常者の身体的拘束を解いたものの、「産業資本主義の労働に必要な規律を教化する場」ともなった[コンラッド,2003:98]。

第二点については、社会的影響から精神異常者を守れば、精神異常は治癒するという考えは楽観論につながっていく。後に統計上の問題が指摘されるようになるものの、初期のアサイラムでなされた新聞による報告では 90%以上の回復率を見せたと発表され、1830 年代と 1840 年代の 20 年間のアサイラム建設を促進させた[コンラッド,2003:96-97]。

第三点については、より具体的に言うならば、アサイラム治療のための協会設立と定期刊行誌の発行が挙げられる。1844 年にはアメリカでアサイラム施設長によって精神異常者用施設長協会が設立し、『アメリカ精神異常誌』(American Journal of Insanity) という定期刊行誌を発行した。このような発行物を通じてアメリカ精神医学は、専門分野として正当化するような政治的職業的影響力を保持していったのだ[コンラッド,2003:98]。

だがしかし、多くの施設で上記の報告のような回復率に達せず、1850 年代までに楽観的な社会的原因論は衰退していき、ダーウィン理論の台頭と伴って、退化仮説 (degeneration hypotheses) という身体論的または生理学的悲観論のパラダイムに移った。退化仮説とは正常な種の間から代々遺伝によって退化が生じ、どんどん消滅の道をたどることになるというものであった。[コンラッド,2003:98-99]

さて 19 世紀の狂気の処遇について総括するとすれば、楽観論、悲観論のいずれにせよ

狂気が医療の制度化、独占化によって医療化されていったとすることができるだろう。

[コンラッド,2003:100]

20世紀はじめにおいても身体論的悲観論のパラダイムは続き、医師たちは、今日の科学のイメージに結びつくような、顕微鏡を用いて脳や脊髄または神経系統を観察するアプローチを重視した。その中で狂気を精神病として正当化する発見が医師たちによってもたらされた。梅毒の第三段階でおこる神経障害が引き起こす狂気である進行麻痺（general paresis）の発見である。[コンラッド,2003:100]

これによって狂気の医療モデルが確立し、二人の医師たちが精神病の分類を行った。すなわち、精神障害の器質的病因論のみを用いて精神病の分類システムを変えたエミール・クレペリンと、精神分裂症—現在では統合失調症と呼称される—（schizophrenia）というカテゴリーを考案したオイゲン・ブロイラーである。[コンラッド,2003:101]

一方で狂気の治療の歴史において最も劇的な第二の転換が起こった。ジグムント・フロイトによる精神分析である。

1909年に、ウィーンの医師であり神経学者であったジグムント・フロイトは、クラーク大学を訪れ、自ら20年かけて発展させた人間の精神に関する理論を提示した。それ以降、アメリカの精神医学のパラダイムは隔離施設の道徳的治療から精神分析へと移行した。[コンラッド,2003:102]

フロイトは、精神症状は自我と内的衝動との葛藤の結果であると主張した。そしてその葛藤は幼年時代の初期に両親を巻き込み「無意識」の領域に抑圧されるため歪められたものであると述べた。その葛藤を解決するためには、精神分析家との信頼関係の中で「自由連想」を用いた対話療法によって過去の葛藤を再び経験する必要がある、フロイトはこの治療法を精神分析と呼んだ。社会学的観点から見れば、フロイトは生物決定論パラダイムから心因的説明パラダイムに移行する契機となる人物であったとすることができるだろう。[コンラッド,2003:102]

この心因論は、一方では精神の症状や心理的病いが精神内部の問題であることを強調し、家族や幼児体験に注意を払ったため、医療モデルを弱めた。しかし他方で精神分析家の増員に伴い、精神疾患という概念を広く普及させるものでもあった。[コンラッド,2003:104]

このような心因論への動きは、精神医学に再び楽観論を広める形となったが、一部の身体論者はこの心因論を是とせず、身体論的アプローチから3つの治療法を行った。すなわ

ち、「ショック」療法、ロボトミー、精神病の遺伝論であった[コンラッド,2003:104]。この3つの治療形態は1950年代に向精神薬が普及するまでの間、身体論アプローチの代表的な治療法であった。[コンラッド,2003:104-107]

1900年から1950年代までの間に、精神病の施設収容に対する改革が行われ、4つの要因から一般公衆の精神病へのまなざしも徐々に医療化されてきた。

第一点には全国精神衛生委員会、アメリカ矯正精神医学会が組織されたという点にある。背景として1908年にクリフォード・ビアーズという男性が、精神病院における彼の三年間の体験を詳細に記した『わが魂に会うまで』という本を出版した[コンラッド,2003:108]。その本の中で、彼は精神病者が劣悪な待遇を受けていることに憤り、一般大衆への理解を仰いだ[コンラッド,2003:108]。この本を受けて、1909年、彼は精神病院のケアや治療水準の向上と精神病予防の普及、「治らない」という精神病に対する偏見の是正、そして研究支援を目的に全国精神衛生委員会を組織した[コンラッド,2003:108]。

1920年代には、逸脱に対する精神医学的見解が広まり、医学的イデオロギーの感化を受けた「児童教護運動」が行われた[コンラッド,2003:109]。その運動は少年非行に関心を寄せ、病いの概念を非行少年や問題児にまで広げた。そして精神科医のカール・メニングガーなど多種の専門家によってアメリカ矯正精神医学会が設立された。[コンラッド,2003:109]

第二点に二つの世界大戦を経験する中で、連邦の制度化が行われ、国立精神保健研究所が設立されたことが挙げられる。具体的に言えば、二つの世界大戦で精神医学的な障害によって徴兵不合格となったり除隊となるケースが相次いだため、精神医学の社会的受容は進展し、連邦レベルでの制度化がもたらされた。1949年には連邦の精神保健機関である国立精神保健研究所(NIMH:National Institute of Mental Health)が設立、運営が開始された。NIMHの特色として、研究支援や精神医学的研修支援を行い、何よりその支援によって国家の予算を調達しようとするものであった。予算は着実に増えていき、1950年に900万ドルだったのが1978年には5億200万ドルになった。この特色から分かるように、NIMHは精神科医の独占により、狂気の医療モデルを堅持していた。[コンラッド,2003:109-110]

第三点に1940年代後期になると、マスメディアによって非人道的な州立病院の告発記事が多数出版され、精神病はマス・メディアからかなりの注目を浴びた。そのため、一般大衆の精神病への関心が高まった。ただし、一般大衆の場合、専門家ほど精神病に対する考え方が医療化されていなかった。[コンラッド,2003:110]

第四に、連邦の法制化が行われ、マスメディアによって精神病に対する一般大衆への受容が進むにつれ、精神病と刑法の関係にも変化が生じた[コンラッド,2003:113]。

近代以前の場合、精神病者は犯罪者と同様に扱われていたが、1843年に容疑者の犯行に犯意、悪意が伴う場合のみ責任能力が存在すると見なすダニエル・マクノートンの原則が発表され、精神異常者で正気がない場合、この原則に照らせば、責任無能力となった[コンラッド,2003:114]。

この原則をさらに正当化する形で1954年、モンティ・ダーハム対アメリカ合衆国において精神異常者の弁護の新しい規準が登場した。その規準とは、実際の医学的定義や診断を精神異常者の弁護の根拠とするものであり、「ダーハムの原則」と呼ばれた。この原則を契機として、刑法と精神医学が密接に関わるようになっていったのである。[コンラッド,2003:114-115]

このようにして、1900年代から1950年代までの間に、狂気の医療モデルが更に一般社会に普及したと言える[コンラッド,2003:115]。

そして1950年代半ばから1970年代までに精神病のアメリカ史において3つの特徴が挙げられるだろう。第一に精神異常者の機能改善に伴う精神病院の入院患者数の減少、第二に社会学的研究、第三に地域社会精神保健医学という社会政策と医学の実践である。

第一点は、1950年代半ばになって狂気の治療の第三の転換が生じたことにある。向精神薬の登場である。1952年、フランスで最初の向精神薬、クロルプロマジン(Chlorpromazine)を筆頭に、1954年には、アメリカ製薬会社スミス・クライン・アンド・フレンチがクロルプロマジンをトラジンという商品名で紹介し、後に姉妹薬のレセルピン(Reserpine)が登場した。そして1969年までには、他の850種の向精神薬が登場することになった。クロルプロマジンをはじめとする向精神薬は、従来の意味で人を沈静させたり、意識を害するものではなく、主として人間の精神や思考や行動の効果をもたらした。そのため、程度の差はあるものの、精神異常者の機能を改善することを可能にしたのである。[コンラッド,2003:115-116]

さらに向精神薬の登場や後述する社会学的研究による施設収容の悪影響の指摘、州立病院の支出といった要因から、1955年以降、精神病院における入院者数の減少していった。1955年以前には、公立の精神病院の入院患者数は着実に増加していたのに対し、1955年以降では、55年に郡および州立55万8000人だったのが、1977年までには入院患者数は17万4000人に減少した。また、入院者数だけでなく、閉鎖病棟も減少した。向精神薬の登場と入院患者数の減少によって、アメリカでは「地域社会精神保健」という新しい社会

政策の実施と発達を促した。[コンラッド,2003:118-119]

第二点に、1950年代には、精神保健、精神医学に対する社会学的研究が増え始めたことにある。その要因は二つあげられる。一つ目は、NIMHから受けられる資金が増したため、二つ目は、十分に研究されていないが、社会的要因が狂気の重要な要素であると考えられたためであった。このような研究は主に、精神病院、社会疫学、あるいは精神病の識別といった三つの課題に集中して行われた。[コンラッド,2003:119]119

この時代の社会学的研究の特徴としては、トマス・シェフ、アーヴィング・ゴフマンをはじめとしたラベリングー相互作用論と参与観察法を用いた研究によって医療モデルを修正または異議申し立てしたことが挙げられるだろう[コンラッド,2003:119-123]。

1960年代に入ると、トマス・サズとR.D.レインという二人の精神科医によって精神医学批判が行われた。トマス・サズは自由主義に則って「責任無能力」という法の原則を批判し、措置入院を撤廃し治療に関して契約を行うことで、精神病患者も自由に行動できる代わりに罪を犯した際は犯罪者と同等に扱うようにすべきだという主張をした。

R.D.レインは精神病患者が病んでいるのではなく、住む環境や社会システムが病んでいるのであって、逸脱行動は疾病によって定義されるものではないと主張した。[コンラッド,2003:125]

狂気の医療モデルの普及の第三点の要因としてアメリカ地域社会の精神保健と連邦政府の活動と専門家の増加が挙げられる[コンラッド,2003:125]。

結論から先に言うと、地域社会精神医学は医療モデル・精神医学の管轄権・精神病の概念枠の三つを拡張し、人間のあらゆる問題に対する精神医学的なレンズを通して治療を拡大することになったと言える。

では実際にどのように地域社会精神医学は拡大していったのか。具体的な歴史を見ていくことにする。

1955年にアメリカ議会は精神保健調査法を制定し、100万ドル以上の予算を使って精神保健および精神病に関する共同委員会を設立した。背景として第二次世界大戦の影響でかなりの人が精神的な問題に悩まされていたこと、そして公立精神病院が過密状態で収容所的であり、入院治療としての精神療法に対する失望感が広がっていたことから政府が精神病の問題に対して強い関心を持ったという点が挙げられる。[コンラッド,2003:125]

1961年に共同委員会は最終報告書をまとめ、精神病棟の改革、精神病の予防、医療専門職の人材育成や研究支援のための予算拡充、そして地域社会の精神保健診療所設立するよ

う勧告した[コンラッド,2003:125]。

そして J・F・ケネディ大統領は 1963 年 10 月、議会は地域社会精神保健センター法案を可決し、施設建設のための資金を提供した。[コンラッド,2003:126]

この新しい政策に対し、多額の連邦資金が得られるという刺激から精神医学の一部からも強い関心が寄せられるようになり、1960 年代には地域精神保健センターとその専門職分野で対応部門である地域社会精神医学 (community psychiatry) 発展が起こった。その発展にはアメリカ経済の発展や貧困者に対する関心の増加、公民権運動やその後の反戦運動といった社会的条件が背景として存在した。[コンラッド,2003:126]

上記の社会的条件や精神病院における伝統的な治療法に対する不満から実践主義的な精神医学が発展し、公的な「福祉」事業はある程度の「院外救済」を可能にした[コンラッド,2003:126]。薬物治療は入院患者数の減少をもたらし、何人もの患者が地域社会にとどまることを可能にした。そして、社会学のおよび社会精神医学的研究は、精神病における社会的要因の重要性を明白にしたのである。[コンラッド,2003:126]

地域社会精神医学は精神医学の知識と技術を地域社会の問題に応用しようとした。地域社会精神医学の主要な目的の一つは、「脱監禁」を目指し、できるだけ多くの患者を「地域社会の中に」置くことで、精神病院の入院患者数を減らすことであった。[コンラッド,2003:127-129]

しかしこの方針には 2 つの問題がある。一つは総じて言うならば、地域に留まることができるようになったとはいえ、その留まり方がどのようなものなのかという問題である。例えばコンラッドらはアメリカ国立精神保健研究所が発行している『人口統計資料概要』の「州および群立精神病院における入院許可数」を比較調査したところ、の統計から見ると、「任意」入院数が増加し、再入院数が飛躍的に増加しているのだと言う[コンラッド,2003:129] [アメリカ国立精神保健研究所,1940,1950,1960 『人口統計資料概要』ワシントン D.C.]。つまり従来と比べて一回における入院期間は短い、自らが望んで頻繁に再入院する事例が増えていると言うことになる。またコンラッドによれば、この統計では「急性期」のみを取り扱っており、多くの「慢性的」な患者は取り扱われていないだけでなく、継続的なケアを受けることがないため、「裏病棟から裏通りへ」と社会の下位層に留まっていると指摘している[コンラッド,2003:129-130]。

二つ目は地域精神医学が従来の病院治療とは断絶したまったく新しいアプローチであったものの、精神障害の個人に焦点を当てた医療モデルを放棄しなかったことが挙げられ

る。「地域社会精神医学」が広まる以前の研究では、地域社会精神科医における医療モデルの受容にはばらつきがあり、身体論的アプローチや社会的アプローチなど多種多様な広がりがあった。しかし、地域社会精神医学の社会政策や運動が始まって以降の研究においても、精神科医は、依然として器質的ないし個体的モデルを捨て去る傾向はなかったのである。この問題の背景としては、個人モデルに焦点を合わせた医学教育や医療実践、そして精神医学の歴史が挙げられるだろう。[コンラッド,2003:130]

1970年代に入ると、精神医学に対する3つの変化が生じた。一つは精神医学の医療モデルが器質的なアプローチになったと言うこと、二つ目は本人の意思に反して拘禁ケアが行われたことに対する最高裁判所の判決、最後にソ連などにおいて政治的な目的から精神病の認定が悪用されたことである。

第一点については、背景として1970年代以降、景気後退気味の経済によって数多くのプログラムが削減されたことが挙げられる。地域精神保健センターは存続したものの、狂気の医療モデルが、遺伝学や生化学を伴う器質的な説明および治療へといった変化が生じた。他の要因としては地域社会精神医学における楽観主義の弱体化、1960年代の政治化に対する反動、精神医学を医学の主流に「再統合」しようとする専門職による試みが挙げられる。だがしかし、遺伝学や生化学の説明では精神病の遺伝的な素因は判明できるものの、狂気の発生そのものの十分な条件ではないとコンラッドらは主張する。また精神病患者に対してではないものの、精神外科手術への関心も高まってきているようだ。[コンラッド,2003:132]

第二点については1975年には「オコーナー」対「ドナルドソン」という裁判が行われたことが挙げられるだろう。この裁判は、1957年にケネス・ドナルドソンという男性が49歳のときに不本意にもフロリダ州精神病院に収容された事例が元になっている。彼は一度も危険視されたことがなく、裁判所を通じて病院からの退院を繰り返し要求したにも関わらず、15年の間要求は却下されてきた。そして1971年によりやく退院できたのである。[コンラッド,2003:133]

このような経緯によりドナルドソンは治療を受けることもなく強制的に拘禁されたことによって受けた損害に対して訴訟を起こした。しかし、この訴訟は最高裁判所に控訴された。裁判所は、「ダーハムの原則」を再容認したが、本人の意思に反して精神科医や他人が治療という目的で拘禁することを制限した。[コンラッド,2003:133]

また第三点には、1970年代には特にソビエト連邦において、政治的な目的から、西洋の

精神医学の基準では正常にもかかわらず精神病と認定され精神病院に入れられている者がいるという報告が精神医学専門職の間でなされた。こうした事例は精神病の概念の本来的な曖昧さや柔軟性によって、精神医学が政治的な目的に利用される可能性があることを示唆している[コンラッド,2003:133-134]。

以上、1900年代以降のアメリカの狂気の歴史を概観してきた。フィンケルシュタインとオリバーが主張した三段階目の社会について、狂気・精神病・精神障害のアメリカ近代史と照らし合わせて分かることは二つある。

一つ目は向精神薬という化学薬品の登場によって、確かに病者や障害者が院外で、つまり地域で治療を受けられるようになったと言うことが挙げられる。これはフィンケルシュタインの言う、科学技術の進歩によって隔離から解放できるという主張とやや重なる部分があるだろう。

しかし、二つ目に地域社会精神保健医学が普及したものの、これまでの医学教育などで内因論に焦点を合わせていた医師たちは外因論や社会モデルに目を向けることはなかったという問題がある。もしもオリバーの主張する社会モデルを唱えたものがあるとしたら筆者は R.D.レインが挙げられると思うが、彼も医師であった。そのことから精神障害の場合、当事者主導の運動ではなかったといえるだろう。

さて、次節では日本において、フィンケルシュタインやオリバーが言う資本主義到来における障害者の地位低下、そしてコンラッドらが主張する逸脱から病いへの変遷が生じていたのか検証したい。

#### 第四節 逸脱と医療化③日本における物憑きから精神病への変遷

はじめに、日本においてコンラッドらが主張する狂気から精神病への変遷は存在していたのだろうか。

結論から言うと、日本においても医療化は存在していた。しかし、コンラッドらが述べた西欧の逸脱とは少々様相が異なる。日本の場合、一般民衆にとっては一時的な逸脱として、シャーマニズム世界観としては常態として「もの憑き」が病いへと変貌し、更に刑法と結びついて一義的な「逸脱」となったといえる。[兵頭,2008:275]

日本においては、狂気の歴史は主にシャーマニズムに関連した「狐憑き」「狸憑き」といった現象と関連付けられる[金川,2012:74] [兵頭,2008:20-21]。医師の金川英雄は、自分

の身体が自分の意志によって動かせなくなる「狐憑き」に関して、精神障害の症状であり、妄想であると断定している。[金川,2012:74]

しかし、歴史学者の兵頭晶子はその断定に対し、精神病理学が「狐憑き」「狸憑き」といった「もの憑き」を近代において精神病と再定義していったのだと批判する。

つまり、狐憑きが迷信にされるということは、ただ単に、ある状態が科学的に病気として認識されるようになったというだけのことではないのである。それは、狐が神でありえた世界、神が人のみに降りる世界までもが退けられるということなのだ。それは、精神病が自明のものとなっている今日とは別の世界観だと言っても過言ではないだろう[兵頭,2008:32]

事実、近代以前の江戸時代には、現代では精神病と呼ばれる病気が、まったく異なる世界観、概念によって説明・理解されており、当時の人々にとって、リアリティをもっていたのである。[兵頭,2008:27-28]

では、その「もの憑き」の世界とは何であったのだろうか、そして近代精神医学はどのように「もの憑き」を精神病として再定義していったのだろうか。

「もの憑き」とは憑くものもの憑かれるものも人間に限定されず、傾いたバランスを元に戻す機能が重要視されているものだったと兵頭は主張する。そしてそこでは、病気は天地万物との＜繋がり＞によって生じるとみなされた。それを治すためには乱れた＜繋がり＞を治せば良かった。具体的に言えば、憑かれた者の家族などが問答をし、原因を特定して＜繋がり＞を修復していった。[兵頭,2008:276]

このような「もの憑き」にも時代によって変化がある。近世以前においては気が森羅万物あらゆるものに流れているという意味を持っていたころは、医家の立場からも憑く心身を治すことができた。一方、近世に入ると、気が宇宙論的意味を失い、個々の心身でだけ流れるものに変化していき、医家たちは俗世の宗教家たちとの差異を明らかにしなければならなかった。しかし医家たちはくもの憑き＞の背景に独自の世界があることを否定しなかった。ここに、憑く心身を改編し、くもの憑き＞という世界観自体を葬らなければならなかった近代精神病理学との決定的な差異があると兵頭は主張する。[兵頭,2008:277]

そして明治期になると西洋医学が導入された。西洋医学ではくもの憑き＞は治せず、一般大衆は治せなかった場合こそくもの憑き＞であるとみなし、宗教者に治病を任せてい

た。そのような現状に対して西洋医学の医師たちは地方における文明や教育の問題だと捉え、〈もの憑き〉の存在やその背後にある独特な世界観を否定した。この否定から、精神病学は憑く心身から病む心身へと再構成し、〈もの憑き〉を「精神病」という新たな病気に改編、発見することになった。[兵頭,2008:278-279]

精神病と病む心身へと再構成することを可能にした背景としては、ヨーロッパやアメリカと同様に「路上徘徊」の排除とそれに関連する政策が挙げられる。この排除によって犯罪者・浮浪人・売笑婦といった際立たされた人々の中から「狂」を見つけ出し、癲狂院に收容していくという、これまでとは異質な経路と場の構築が行われた。[兵頭,2008:279]

また、狂者に対する措置として当時広く普及していた私宅監置においても、「病状日誌」を家族が書き、病者が発病に至るまでの履歴を家族や親戚などに確認して記述することが求められた。この記述によって〈もの憑き〉という〈繋がり〉の病いが存在の病いとして改編されていくことになる。[兵頭,2008:278]

なぜなら、精神病の特徴として、それは「個人性」の病であり、治療すべきはその「個人性」であると言うことができる。精神医学から見れば、病気は〈繋がり〉の一時的な異変ではなく、遺伝や生活暦を束ねる主体として創出された自己という〈存在〉を病むのだと再定義されるのである。こうした再定義は、西洋近代をモデルとする規律権力の導入によって、その権力が自らの対象として過去から現在まで一貫した身体を持つ「個人」を作り出していく過程に他ならなかった。[兵頭,2008:278]

こうして、〈もの憑き〉は、身体の単一性に一致すべき人格に異常が起こった自体、「人格変換」を本症とする精神病として再定義された[兵頭,2008:278]。

しかしながら〈もの憑き〉の世界観は宗教的治病行為や民衆宗教の基盤となるものであり、人々にとって依然として身近なものであったため、〈もの憑き〉から精神病への移行期が存在した。その間には「精神」について宗教的な思潮と精神病理学や心理学的な思潮が存在していた。前者は潜在意識という西洋のスピリチュアリズムの影響を受けながら、それまでの〈物憑き〉という世界観を再解釈し復権させていく *spirit* という思潮であり、後者は生理とは対概念の「心理」・「人格」・「性格」を重視し、路上徘徊という社会問題を個々人の精神異常という責任に帰し、問題を生み出す社会の作用を不可視化していく *psycho* という動向である。[兵頭,2008:279]

そして、この *psycho* と *spirit* の相剋を体現するのが、鎮魂帰神法をめぐる大本教と中村古峽によって発刊した雑誌「変態心理」の対立なのである[兵頭,2008:279-280]。

弟を精神病で亡くし、自らも神経衰弱に悩まされた近代の小説家中村古峽は弟を一時的に癒した宗教家による治病行為に光を見出した。そうした「精神的治療法」と当時の生理学的治療以外を認めない「物質的医学」の統合を目指し、「精神医学」を提唱した。そして古峽は日本精神医学会設立させ、同会機関誌である「変態心理」を発刊した。その会には<もの憑き>の世界観の意味を精神病学の言語で剥奪した精神病学者・森田正馬が迎えられ、やがて古峽が以前標榜していた宗教的な「精神的治療法」から同会は離れ、psychoの動向に合わせて大本教の教祖王仁三郎の治病行為を「心理」・「人格」・「性格」の問題があるとして、弾劾していくようになった。そして第一次大本事件時の精神鑑定によって王仁は、憑く心身の言動は病む心身の異常へと置き換えられたために免責とされた。その過程においてpsychoは統一された人格を前提とする司法と精神病学の接続で公的な権力と化していく。そして、大正期に群生した「民間精神療法」も、昭和期には衰退していった。

[兵頭,2008:280-281]

刑法と精神医学が密接に関わるようになり、病者という<存在>が問題化される時、<繋がり>の一時的な異変から、<存在>の永続的な病いとみなされることで病者をめぐる処遇は二つの点で大きく変化していった[兵頭,2008:281]。

第一点は憑かれる側の家筋、「患者筋」が精神病の遺伝と言う観点から新たに発見されたことである。従来、漂白的宗教者の没落した子孫として差別されていた「憑物筋」には負の遺伝がなかったのに対して、「患者筋」は家筋のほかに負の遺伝に重点を置き、医師が婚姻を忌避すべきと断じ、新たな差別を創出したのである[兵頭,2008:281]。

第二点は、新刑法と精神病学が接続し、犯罪者、とりわけ累犯者の「個人性」に着目することで累犯者も精神病患者と同じく病んだ個人とみなされるようになったことである。同時にそれは精神病患者も犯罪を行うような「悪性」の持ち主だと再定義されるようになった。このとき、病む心身から罪を犯す心身へと改編されたと言える。

これら二点の変化を可能にした背景として、「個人化」が深まったがゆえに、人々は社会において過去から未来にいたるまでの一貫した<存在>が求められるようになったことが挙げられる。具体的に言えば犯罪者や精神病患者の場合、今は犯罪行為として顕在化していなくとも、その危険性を過去に遡って予知することは可能だとする、こうした思考法とメディアによる犯罪と精神病の結びつきの報道を通して、精神病患者はいわば犯罪予備軍として認知されていくことになる。[兵頭,2008:281-282]

精神病患者は罪を繰り返すと自明視されていく一方、累犯者とは異なり、精神病患者は責任

無能力者として刑罰から除外される。では精神病患者はどのような処遇を下せばよいのか。こうした事態から刑法と精神医学は精神病患者を過去から未来にまで予防しようとしていく。兵頭によれば「＜存在＞の時間幅が逆方向に機能し、罪を犯す危険性が、病者の未来に限りなく延長される」ということである[兵頭,2008:282]。具体的に言えば、二点の主張が挙げられる。第一点は累犯者や浮浪人、売笑婦ら「情の部分に障害を持つ低能児」が子どもであるうちに特殊教育を施して、反社会的行為を及ばないようにすればいいという主張。第二点は、再犯を防ぐために病者は死ぬまで精神病院に監禁すべきだという主張であった。無論、その危険は＜存在＞の時間幅によって社会的に構築された架空のものであった。[兵頭,2008:282]

このような処遇から、私宅監置においても影響を及ぼすようになる。そのため監置願を出す過程で病者の家族も病気の原因を病者の生活歴に求めていくようになり、もはや誰も＜繋がり＞の異変とみなさなくなった。従来は治病に向けて協力し合っていた近隣の人々からも精神病患者は「危険」とみなされ敬遠された。医師は監禁の必要性を保障するだけである。こうして孤立した家族は病者を死ぬまで監置する他なくなったのである。そこでは、病気は＜存在＞そのものの完治できない永続的な病いとしてみなされていた。[兵頭,2008:283]

＜もの憑き＞の世界観を背景に持ち、病気が治るといふ伝承に人々が集う社寺など民間治療場にもその影響は及んだ。民間治療場は水行などを行うことで精神病が治るといふ評判で多くの病者が集っていた。しかし精神病学者たちによって発見され、医療化されて監置・拘束を行う精神病院に変貌していくことになる。[兵頭,2008:284-292]

第二次世界大戦後、日本では1950年（昭和二十五年）の精神衛生法の制定によって、私宅監置や民間治療場での処遇は禁じられ、精神病院は次々と増設された。西洋では脱施設化が推し進められていた時代に、私宅監置や民間治療場に存在していた病者は措置入院へ、地域で暮らしていた非監置病者も入院へさせられていった。[兵頭,2008:293]

背景として、戦後の諸政策のほかに、日本近代で脈々に育まれていた保安処分論という精神病患者を刑罰と接続して入院・監置しようとする動向が挙げられるだろう。その動向は現代においても医療観察法という形で受け継がれていると兵頭は主張する。[兵頭,2008:293]

保安処分論を背景として、戦前・戦中・戦後のさまざまな触法精神病患者の保安処分の検討を経て、2003年7月10日医療観察法が成立し、2005年7月15日から施行された[兵

頭,2008:297]。

医療観察法とは、第一に心神喪失または心神耗弱の状態を対象行為（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害といった「重大な他害行為」を指す）をおこない、不起訴、無罪または執行猶予になった者（対象者）について、医療を受ける必要がある場合は、検察官が対象者に医療を受けさせるよう申し立て、地方裁判所がこれを承諾し鑑定入院命令を発し対象者はこれに基づいて鑑定入院先となる病院に入院させられ、鑑定および医療的観察を受けるようにするという法律である。そして対象者についての審理は、地方裁判所に置かれる裁判官と医師である精神保健審判員の合議体が担当し、対象行為の存否、責任能力の存否、処遇要件の有無について審理する[兵頭,2008:297-300]。

第二に、医療観察法自体は入院期間の上限を定めていないが、入院段階において指定入院医療機関に入院した場合、急性期（三ヶ月）、回復期（九ヶ月）、社会復帰期（六ヶ月）を区切り、病棟もそれに合わせてグループ分けすることを基本として、十八ヶ月で退院させるよう入院処遇ガイドラインが作成されている。[兵頭,2008:300]

第三に、通院段階において対象者は指定通院医療機関における通院医療を受忍する地位に置かれ、一定の遵守事項がある。そこでは、保護観察所が地域社会に出た際の処遇の計画を立て、関係機関との連携を図るべきものとされている。期間は原則として三年だが、保護観察所の長は、処遇要件が認められなくなったら医療終了の申し立てを、逆に期間を延長する場合は二年間に限り延長申し立てができる。また、処遇要件の必要を認めた場合や、通院を怠るなど継続的な医療が確保できない場合は、再入院の申し立てを行う義務がある。[兵頭,2008:300]

このように医療観察法の成立と内容を見てきたが、この法律には四つの問題点がある。

第一に対象の不明確さが挙げられる。これは、医療観察法の対象は人格障害が主と思われるにもかかわらず、不起訴として検察の責任能力判断に疑問がある事例があったことが挙げられる。

第二に、健常者であれば違憲とされるような法的違反の多発が挙げられる。日本国憲法三十九条では「何人も、実行の時に適法であった行為または無罪とされた行為については、刑事上の責任を問われない。又、同一の犯罪位に適法であった行為またはすでに無罪とされた行為については、刑事上の責任を問われない。又、同一の犯罪について、重ねて刑事上の責任に問われない」と定めている。しかし医療観察法の場合、法施行前の対象行為での申し立て多数、各種の判決後に申し立てられた事例、責任無能力での無罪判決後、

執行猶予判決後、実刑判決後などがあつた。いずれも、同じ県で二度処罰を受けるものといえ、健常者であれば類似のことは違憲になる。[兵頭,2008:301]

第三に軽微な障害での申し立てが相次いでいることから、医療観察法が定義している「重大な他害行為」と相反しているという点が挙げられる[兵頭,2008:301]。

第四に第三点と重なるが、被害者の多数を占めるのは加害者の親族、特に同居している家族であることが挙げられる[兵頭,2008:304]。

以上のことから、兵頭は医療観察法の存在によって、通常の法では決して許されないことが、医療の名の下にたやすく正当化されてしまう現実を危惧している[兵頭,2008:308-309]。

以上で日本の狂気から精神病への歴史を概観してきた。そこではシャーマニズム的世界観から病いへ、病いから逸脱へという流れが日本の動向だったとすることができる。

またオリバーらが主張した資本主義の到来における障害者の地位低下、隔離の動向は、日本においては明治・大正期の西洋化によって路上徘徊者に狂を見出し、癲狂院へ隔離するという動向が確認できた。しかしフィンケルシュタインが主張した第一の社会と第三の社会については確認できなかった。

以上から第二章においてはオリバーやフィンケルシュタインの主張が精神病・精神障害の歴史においても適用できるか検討してきた。ヨーロッパ・アメリカ・日本とどの国でも共通して言えることとしては、資本主義社会到来における路上徘徊の排除によって精神障害者は隔離の対象となり、障害者の地位は低下したと言えるだろう。ただし、フィンケルシュタインの第三の社会については、アメリカの事例において二点の理由から単純化できないだろうと考える。第一点は確かに隔離から解放へと医療改革が行政レベルから進められてきたものの、医療専門職は依然として医療モデルを堅持していることが挙げられる。第二点についてはまた精神病患者・精神障害者の場合、入院期間は減少しているものの再入院数が大幅に増大していると言う報告がなされているため、解放とはどのような状態かという点が今後の障害者の隔離から解放への実践の問いとしてなされるべきであるだろう。

第三章では、一般的就労と福祉的就労の二つの断絶に着目し、精神障害者・精神病患者と難病者がいかに就労困難な状態にあるのか、そしてその解決策について触れていきたい。

### 第三章 現代における社会復帰・就労支援の障壁とは何か

## 第一節 障害者の就労とは

この節では障害者の就労形態と就労支援政策について概観し、結論にてその問題点について指摘したい。

まず障害者の就労形態はおおまかにいって二種類存在している。一つは一般的就労であり、一般労働市場における就労を指す。二つ目は福祉的就労である。これには、日本では三つの形態が存在している。一つは障害者総合支援法による就労移行支援事業や就労継続支援事業所を中心とした就労を指す(ただし、就労移行支援事業は、2年限りの訓練の後就労できなかった場合は再度移行支援を受けることができないという制約があるため、就労継続支援事業での福祉的就労が一般的である。[小田倉,2013:25])

二つ目は障害者総合支援法成立以前の旧障害者福祉各法に基づく就労施設における就労である。それぞれ旧身体障害者福祉法、旧知的障害者福祉法、旧精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による授産施設が挙げられる。

三つ目は、小規模作業所・共同作業所における就労である。1960年代末から障害者による自立生活運動の高まりから設立されたもので、当初は「法外施設」「無認可施設」であったが、1977年に国の補助制度と各地方自治体からの補助金制度の導入が開始された。更に2001年度からは社会福祉法及び各障害者福祉法に基づく小規模通所授産施設制度が導入され、許可要件も緩和され、「法内施設」への移行が可能となったという経緯がある。[岩田他編, 2011:10-14]

このように就労には様々な形態がある。京極は表1を示し、特に、重要なのは④従業者地位と⑤最低賃金制度である[京極,2009:11]、とする。福祉的就労の場合、従業者は訓練生として扱われるため、最低賃金制度の対象外になる。福祉的就労と最低賃金制度との関連に対して、「使用従属関係」が担保できないという問題点はあるものの、福祉的就労者に対し労働適用法者を拡大すべきという主張が存在する[松井他,2011:17]。

	一般的就労	福祉的就労
① 経営主体	株式会社他	社会福祉法人他
② 経営目的	利潤獲得	自己実現 (生きがい就労)
③ 雇用関係	雇用契約	利用契約 (または行政措置)
④ 従業者地位	従業員 (被用者)	訓練生 (入所者)
⑤ 最賃制	適用 (賃金)	非適用 (工賃)
⑥ 補助金	無 (原則として)	有
⑦ 優遇税制	無 (雇用促進法の適用あり)	有
⑧ 費用徴収	費用徴収なし	費用徴収あり (応能負担を原則)

表 1 一般就労と福祉的就労の制度比較 出典[京極, 2009:11]

平成24年度平均工賃(賃金)の実績について

平成24年度平均工賃(賃金)

施設種別	平均工賃(賃金)		施設数 (箇所)	(参考) 平成23年度 平均工賃(賃金)
	月額	時間額		
就労継続支援B型事業所 (対前年比)	14,190円 (104.4%)	176円	7,938	13,586円
就労継続支援A型事業所 (対前年比)	68,691円 (96.1%)	724円	1,554	71,513円
就労継続支援事業平均	21,175円 (109.6%)	258円	9,492	19,315円

※「時間額」は平成24年度から調査開始

表 2 平成 24 年度 (2012 年) 平均工賃 (賃金) の実績について 出典 [厚生労働省 2012 : 1]

このように最低賃金制度適用外のため、一般就労と福祉的就労とは、賃金をはじめとした働き方とその報われ方に大きな開きが存在する。一般就労の場合、『平成 24 年度賃金基本調査 (全国)』の概況から見ると、一般労働者の場合は男女計で年収 297 万 7 千円であり、単純計算すると月額で 24 万 8 千円である[厚生労働省雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室,2012 : 5]。しかし福祉的就労の場合、上記の表 2 を見れば分かるとおり、平均月額工賃は 2012 年において就労継続支援 B 型事業所で 14190 円、A 型事業所で 68691 円と、一般就労より低い水準を記録している[厚生労働省,2012:1]。なお、平成 24 年度の障害基礎年金支給額は一級が月額 81295 円、二級が 65541 円であり、月額工賃とあわせても一般労働者より収入が低い水準であることが分かる[吉村務, ([38](http://nenkin.yoshimura-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

sr.com/index.php?%E5%B9%B4%E9%87%91%E6%83%85%E5%A0%B1#content\_1\_41)  
2015.12.15 閲覧]。

引馬によれば、このような一般的就労と福祉的就労の断絶の問題は日本だけではなく EU 圏内でも生じていると指摘する。EU 域内では雇用・就労における二重の社会的排除が確認できる。一つは一般労働市場からの排除である。障害者は障害のない人と比べると 2～3 倍失業のリスクが高く、労働市場で失業者にも労働者にも属さない“非活動者”となる割合も大きい。障害者の就業率は障害のない人と比べて 18%低い 50%となっており、重度障害者では 20%となる。就業率を更に分析してみると 50%のうち 20%程度の障害者しか一般労働者市場で働いていないという統計があり、就業形態を見ても有期雇用やパートタイム労働に従事する割合が高いということが確認されている。[引馬,2011:134]

二つ目は「労働者あるいは労働者に準じた保障の欠如」である。これは労働法からの排除とすることができる。保護雇用という日本の福祉的就労に似た形態で働く障害者に対し、EU 域内では労働者保護に適用するか否かを三種類に分けている。すなわち「①通常の労働者あるいはこれに準じた労働者保護が法的に与えられる者、②通常の労働者あるいはこれに準じた労働者保護が与えられない者、③一般雇用に向けて訓練中等との理由で、通常あるいはこれに準じた労働者保護が与えられない者」である。[引馬,2011:134-135]

このような二重の排除の結果、EU では障害者の収入は障害のない人に比べ劇的に低く、貧困率も平均に比べ 70%高く、社会保障給付の受給割合も高いことから貧困問題の一因ともなっていると引馬は指摘する[引馬,2011:135]。

では、日本においても EU においても一般的就労と福祉的就労に断絶がある中で、各国はどのような社会政策を打ち出しているのだろうか。

国際的に見るとワークフェア（Workfare=work for welfare=就労のための福祉の造語といわれている [岡崎, 2008:11]）と呼ばれる社会保障制度と就労・社会参加プログラムを結びつける施策が存在している [筒井他, 2014:6]。ワークフェアには二つのアプローチがあり、一つは「ワークファースト・アプローチ」、もう一つは「サービスインテンシブ・アプローチ」と呼ばれる。前者は「就労による自立を最優先し、就労または就労支援活動への参加を拒む受給者に対する何らかの制裁措置（給付の減額、期間短縮、停止など）をとまなう」とされる。他方、後者は「そうした制裁をとまなわず、就労や様々なプログラム参加に向けた意欲喚起などの支援や訓練、教育を行なう」アプローチである。[筒井他, 2014:6]

しかし、ワークファースト・アプローチには否定的な意味合いが含まれている。その理由はワークファーストを生みだしたアメリカの歴史に関連している。

宮本によれば、1960年代のアメリカでは、雇用政策なき扶助の拡大によって福祉依存層を拡大し、中間層の福祉政策への非難を招いたとされる。ワークフェアという概念は、こうした事態からニクソン大統領が AFDC(Aid to Families with Dependent Children)改革に際して用いたことに由来するが、80年代以降に保守派知識人の議論によってワークファースト・アプローチが生まれ、この議論に対して中道左派が提示したのがサービスインテンシブ・アプローチだとされている [宮本, 2004:30-31]。

そして 1996 年のワークファースト・アプローチに基づいた福祉改革が実行されたが、その改革には多くの問題が指摘・批判されたのである。その指摘と批判は主に 4 つに集約されている。すなわち一つは、福祉と雇用の積極的な結合による国民的な競争力の向上に貢献する福祉政策の再編を志向しているという点で新自由主義的改革との親和性が見られる問題、二つ目に低賃金・不安定雇用の周辺的な労働者を増大させ、現実にも職業訓練を通じて安定収入の仕事に就ける人は限定されている問題、三つ目に社会保障・社会福祉という社会権の保障を就労の義務と交換・取引の関係において良いのかという規範的な問題、四つ目に就労を拒否する人への差別化、スティグマ化政策につながりやすいという問題である。 [岡崎, 2008:93]

第一点と第二点について具体的に言えば、アメリカでは福祉受給者の就労が最優先されたために、「彼らがつく雇用の質が問われないこと、福祉受給期間の上限を設定したことにより多くの者が福祉を離脱して貧困に陥ったこと、ワークフェア・プログラムの名の下で、公園の清掃や政府機関の事務仕事など公務員代わりに福祉受給者に薄給で担当させていた」という実態に批判が向けられた [筒井他, 2014:7]。

このようにワークファースト・アプローチには劣悪な条件で無理に働かせるような場合には不適切な支援とみなされるだろう。しかし、筒井美紀・長松奈美江・櫻井純理らによれば就労支援を行う企業・事業所・自治体のレベル（メゾ・レベル）ではワークファースト、サービスインテンシブの二分法に収まらない支援メニューが存在していることを留意しながら議論すべきだろうとしている [筒井他, 2014:7]。

更に宮本太郎によればワークファースト・アプローチだけでなく、ワークフェアそのものが持つ構造にも問題点があるとしている。それは完全雇用を前提とする就労という問題である。労働市場のグローバル化によって必ずしも完全雇用を前提とした就労は以前より

厳しい状態になってきている。そのため、完全雇用を前提とせずとも運営可能な社会政策が求められる。その社会政策がベーシック・インカムである。

ベーシック・インカムは純粋な形では年金や失業保険あるいは児童手当など全ての既存の社会保障制度にかえてベーシック・インカムを導入することが目標とされる。しかし純粋形は財源や経済的効率などの観点から導入が難しく、現在はワークフェア的な所得保障制度と修正型ベーシック・インカムの二層構造の所得保障が実施されている。修正型ベーシック・インカムは二種類に分けられる。一方は「時間限定型ベーシック・インカム」と呼ばれるもので労働市場だけに限定しない形での社会貢献への参加を給付の条件とするものであり、スウェーデンのフリーイヤーという施策に代表される。他方、「ステークホルダーグラント」と呼ばれるもので、現代企業論のいうステークホルダー（株主、労働者、消費者と企業）の関係を、市民と経済社会全体との関係に拡張して考え、将来の資本を築くために児童や若者に対して一括給付を行うものであり、イギリスにおけるチャイルドトラストファンドが代表的である。[宮本, 2004:36-39]

このように各国の障害者の就労に関する社会政策を大まかに見てきたが、日本の場合はどのようなになっているのだろうか。次節では障害者雇用促進法改正までに至る経緯と課題について探っていききたい。

## 第二節 日本の障害者の就労に関する社会政策の現状と課題

日本の障害者の就労に関する社会政策としては前節で取り上げたように 2006 年 4 月より施行した障害者自立支援法による就労移行支援事業や就労継続支援事業が挙げられる。更に就労移行支援事業の方が就労継続支援事業よりも報酬単価が高く、職員配置基準も手厚い、一般就労への移行者数に応じた成果報酬加算の新設、目標工賃達成の成果報酬加算の新設なども行われ、福祉における支援の目標としての一般就労を一面的に重視する制度設計になっていることがわかる [峰島, 2008:82]

その後 2006 年 7~8 月頃から第一次安倍内閣によって障害者自立支援法とは性格が異なる独自の「就労支援施策」が登場した[峰島,2008:82]。その特徴とは第一に「再チャレンジ支援総合プラン」施策の対象が障害者・母子家庭・生活保護受給者といった低所得者層であること、第二に就労への「機会均等化」を狙い、一般就労し経済的に自立することで福祉不要の構図を生み出すということである[峰島,2008:85]。しかし峰島は、第一点に関

しては貧困増大に対する福祉政策を放棄しての就労支援政策であるという点、第二点については最低賃金が依然として低いままであり、低賃金と不安定就労の問題が低所得者層には存在し、この問題を解決せずに社会保障の担い手となるよう求めることは貧困を温存してしまうという点、これら二点の帰結として労働力確保に直接に結びつかない介護や暮らしの問題は取り残され、特に重い障害者の支援が軽視されていると批判した[峰島,2008:85]。そしてこの施策は福田内閣によって 2008 年 2~3 月頃に閉じられた。筆者は、これまでの各国の社会政策の動向を鑑みるに、第一次安倍内閣が取った手法とはワークファースト・アプローチに近いものであると推測している。

さて上記の独特な就労施策とは別に国連において障害者権利条約が 2006 年 12 月に採択、2008 年 5 月に発行した[永井,2014:4]。日本も 2007 年 9 月に権利条約への署名を済ませたが、これを批准するに当たり、国内法を整備する必要があった[永井,2014:4]。その国内法として重要だったのが障害者雇用促進法とその改正である[永井,2014:5]。

その後の動向を見ていくと 2009 年の民主党への政権交代を経て 2010 年に「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」が閣議決定された。その中では 3 点の検討事項が確認された。第一に障害者雇用促進制度における「障害者」の範囲について、第二に障害者雇用率制度の見直し、最後に差別禁止と合理的配慮の提供を確保するための措置である。このような検討を踏まえて 2011 年 11 月以降厚生労働省は研究会を発足して議論を重ね、2012 年 8 月に報告書を公表した。その報告書の内容を受け継いで労働政策審議会障害者雇用分科会において審議が行われ、「今後の障害者雇用施策の充実強化について」が提出された。厚生労働省はこの分科会意見書の内容を反映させた形で「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律案要綱」を作成し、2013 年 4 月 19 日に法律案が国会に提出した。結果 2013 年 6 月 13 日、全会一致で「障害者の雇用の促進等に関する法律の一部を改正する法律」が成立することになった。[永井,2014:4-6]

障害者雇用促進法の改正の内容としては「障害者」の範囲の見直しが図られ、差別禁止と合理的配慮、精神障害者雇用義務化を盛り込んだことが挙げられる。しかし永井は改正された部分に関して問題点があると指摘している[永井,2014:7]。第一に「障害者」の範囲である。改正により法の適用対象となる障害者として発達障害者やその他の心身の機能の障害を持つ者が明文で加えられたことによって、適用対象者は広がったと言える。しかし、従来からの障害者手帳に頼った制度のため、障害者手帳を有していない場合には法の適用からもれてしまい、個別にハローワークが判断基準なしに法の適用対象か否かを判断

することになる問題がある。また改正法では障害が軽微なものは法の適用対象とならない。更に「現に」障害がある人に限定しているため、過去に障害を持った者や将来障害を持つ可能性のある者、家族に障害者がいる者は法の適用対象とならないため、差別禁止の観点から問題があると言える。[永井,2014:8-9]

第二に差別禁止の問題である。これには三点の問題点が挙げられる。第一点は間接差別の問題である。改正促進法が禁止する差別は立法過程より、障害それ自体を理由とする直接差別のみであり、障害と結びついた事項を理由とする間接差別は、明示的に禁止されていないということである。第二点に障害者間の取り扱いの差異に対する対処の問題である。改正促進法は障害者間の差別的取り扱いがあることについて何も規定していないのである。第三点に改正促進法は「不当な」差別的取り扱いを禁止しているが、その「不当性」をどのように判断するかが問題であり、慎重に解釈する必要があるという点である。[永井,2014:9]

第三に合理的配慮の問題である。この問題については募集・採用段階における合理的配慮は、障害者の「申し出」によって提供されることが定められているが、採用後の配慮については定められていない点が挙げられる[永井,2014:10]。

第四に雇用率制度の問題である。雇用率制度は障害者に対する積極的差別是正措置と位置付けられている。しかし雇用率制度にも三点問題がある。第一に障害者の雇用数という量の保障は行っていたが質の保障には寄与してこなかったという点である。第二に雇用率制度の対象者は差別禁止原則の対象とは異なり、身体障害者、知的障害者、精神障害者保健福祉手帳を有している精神障害者と限定が付されている点である。第三にこの制度のもとで大企業における障害者の雇用に寄与してきた特例子会社があるが、この特例子会社の労働条件は親会社の労働条件とは異なることが一般的であり、特例子会社から親会社への移行が前提とされていないため、障害者のインクルージョンの観点から見て問題があるという点である。[永井,2014:11]

最後に精神障害者の雇用義務化に伴う問題である。この問題も二点挙げられる。第一点に精神障害者の手帳保持率は高くないにもかかわらず手帳保持者に限定しているということが挙げられる。第二点に雇用率のために企業内で精神障害者の「掘り起こし」（手帳取得の強要を含む）が生じるのではないかという問題である。この点に関しては厚生労働省から「プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドライン」が出され、対応がなされている。[永井,2014:11-12]

以上の点から日本の障害者の就労に関する社会政策の動向と課題を概観してきた。では精神障害者や難病者の就労に関する個別の課題とは何であろうか。

### 第三節 日本の精神障害者や難病者の就労の個別的課題

精神障害者（高次脳機能障害者、発達障害者含む）、難病者双方に共通して言えることとして、第一に平成 24 年度のハローワークにおける障害者の職業紹介状況（図 5）を見ると、精神障害者与其他障害者が他の障害と比べて新規求職申込件数の前年度比、就職件数の前年度比ともに高いことが挙げられる[厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課,2013:1]。このことから精神障害者、其他障害者の就労支援ニーズは高まっていると言える。

	新規求職申込件数	対前年度(前年度比)	就職件数	対前年度(前年度比)
身体障害者	65265件	1419件増(2.1%増)	28175件	132件増(0.5%減)
知的障害者	32313件	1315件増(4.2%増)	18723件	1074件増(6.1%増)
精神障害者	57353件	8548件増(13.2%増)	34538件	5134件増(17.5%増)
その他の障害者	8162件	1256件増(18.2%増)	3166件	643件増(25.5%増)
合計	179222件	9700件増(5.7%増)	84602件	6719件増(8.6%増)
(その他障害者:発達障害者、高次脳機能障害者、難治性疾患患者等)				

表 3 平成 26 年度のハローワークにおける障害者の職業紹介状況

出典 [厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課,2015:1]の資料から表は筆者作成

第二に医療の進歩に伴い就労可能性が高まったにもかかわらず、従来からの「病気が治ってからの就労支援」という社会システムの前提に該当せず、「治療と仕事の両立支援」の社会システム構築が必要となっているため、労働分野だけでなく保険医療分野でも、その就労支援が大きな課題となっていることが挙げられる[高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター,2014:5]。

このような共通項を踏まえたうえで精神障害者、難病者の就労の課題について個別に見ていく。

まず精神障害者の就労支援は 2000 年以前においては統合失調症を罹患している者が主

な対象であった。しかし 2000 年以降から精神障害者の就労支援は多岐にわたることが判明している。具体的に言えば 2003 年の「精神障害者の雇用の促進等に関する研究会」の調査において 83%が気分障害（うつ病）であること、そして 22%が休職中であることがわかったことから、2000 年代は中程度の統合失調症とうつ病を対象に雇用・就業支援が行われ、2010 年代に入ると発達障害や他罰傾向の強い新型うつ病も対象に加えられた。さらに精神保健福祉手帳を取得すれば、脳血管疾患や頭部外傷による高次脳機能障害、てんかん、アルコールおよび薬物依存、境界性パーソナリティ障害なども対象となる。[倉知,2014:33-34]

このように就労支援の対象者は多岐にわたるが、その問題点とは何であろうか。

第一に就労移行支援事業所、継続支援 B 型事業所においてケアマネジメントモデルによる就労に向けたアセスメントによっては、支援のあり方に格差が見られ、あちこちの施設をたらいまわしにされる例が散見されるという点である[八木原,2012:22]。

第二に B 型事業所においては生産を上げるための人員確保で利用者登録固定によって、順番待ちが発生し、当事者の選択肢を狭めているという問題が挙げられる[八木原,2012:22]。

最後に多くの事業所において単純作業の繰り返しが中心で、人間的回復や社会性の支援の体制は未熟であるという点である。野村はこの点に関して人権侵害、障害者差別だと主張している[野村,2015:35]。

続いて難病者の就労の課題は何であろうか。

図 2 が示したように難病には様々な種類があり、症状が比較的固定化されているものから、進行性のものまで存在しその対応は異なっている。ただし共通して言えることがある。厚生労働省が 2003 年に発行した『難病患者の雇用管理・就労支援に関する実態調査結果』において特定疾患の難病者の就業者率は、症状ごとに振れ幅が大きいながらも有効回答数 4019 のうち、平均して 45%を記録している。一方推定失業率も 29%を記録している[厚生労働省,2003:25]。このことから働く意思を持ちながらも働くことができない人たちがいるのも現状として存在することが分かる[伊藤,2012:28]。

さらに水谷の調査によれば、第一に発病後に離職せざるを得ず、その後は正規雇用への道がなく非正規雇用で収入が大幅に減ってしまうという例が多く見られ、特に若年での発病で身体障害者手帳を有していない人の就職が非常に厳しいこと、第二に特定疾患外の難病の場合経済的困窮度が高いということが判明している[水谷,2012:35]。

具体的に特定疾患に指定されているパーキンソン病と指定されていない複合性局所疼痛症候群（以下 CRPS）とを比較したところ、ひとつの課題が確認できた。それは職場での理解が必要なものは共通しているものの、病名の認知度や病名に関する制度によって職場の理解が異なっていたことである [大野,2011:230-242]。

難病と在宅ケア編集部による事例紹介において、進行性の神経難病であるパーキンソン病の場合は、症状が固定化しにくいいため障害認定されにくく、障害年金による収入は低い。失業率も上述の『実態調査』では 54%と高いが、症状によっては身体障害者手帳を取得でき、病気を職場の人事部や上司などに申告してこれまでどおりに働くか、障害者枠で働くという事例が数件報告されている。[難病と在宅ケア編集部,2009:15-17]。

一方、「原因となった外傷からは予想される程度を超える痛み」が慢性的に続く CRPS の場合比較的最近生み出された疾病概念であり、疫学調査もされておらず「痛み」という可視化・数値化できない症状であるため、医師からの診断も下されにくく仮病であるのではないかという職場の不理解を招きやすいということが判明している [大野,2011:221-231]。

この職場の不理解を打開するためには特例子会社や就労移行支援事業所でのノウハウを共有して活用していくことが必要であり、特に産業保険職がその役割を担っていく必要があることが江口によって示唆されている [江口,2015:36]。

また、障害のある学生や継続的な通院を要する疾患のある学生（以下「障害学生等」という）の就労支援にも課題があった。高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センターの調査によれば、4 年制大学・2 年制大学・高等専門学校という 3 つの高等教育機関のうち、障害学生等が在籍している学校の割合は、回答校計 787 校のうち 66.4%となっていることが判明している。大学（66%）と高等専門学校(67%)では大きな差は見られなかったものの、大学の設立区別に障害学生等の受け入れ割合を見ると、国立大学が 74%、私立大学が 67%、公立大学が 49%の割合となっている。しかしながら障害学生等の就職相談を受け付けた経験の有無を見ると、私立大学が最も多く 75%であるのに対し、国立大学は 36%、公立大学は 35%、高等専門学校は 17%と低い割合であった。このことから特に国立大学においては障害学生等の受け入れは多いものの、就職相談の受付には経験が乏しく、障害学生等にとって就職相談がしにくい状況が存在すると推測できる。[高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター,2009:3-11]

また「学生の就職に関する業務の担当職員」による回答(90%)から、職員が障害学生等

の就職相談の対応に困難性を抱いているということが明らかになった。障害学生等が在籍していると回答した 477 校のうち、半数以上の 268 校(56%)がこれまでの障害学生等の就職相談で、対応に困ったり、必ずしも十分な対応ができなかったことがあったと回答していることが明らかになっている。対応困難だった障害や疾患の上位 3 つは発達に関連した障害・疾病が 45%、次いで精神に関連する障害・疾病が 39%、聴覚・言語障害が 24%であった。難病も 12%の割合で対応困難だったと言う回答が出ている。特に発達障害や精神障害では「相談できる機関がない」「対応するための専門性」等が課題として挙げられていた。[高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター,2009:12-14]

更に自由意見からは 15 の課題が明らかになっている。その課題を順に見ていくと(1)求人確保、企業へのアプローチ、(2)地方都市における雇用と公共機関での採用、(3)就職活動支援の基本は一般学生と同じだという考え方、(4)就職相談の基本的考え方や方法論、(5)障害や職業に対し学生や家族が持つ考え方、(6)学生、家族への早期かつ個別のアプローチ、(7)精神障害への対応、(8)発達障害への対応、(9)障害者手帳の取得、障害の開示、(10)専門資格等と障害・疾患との関係、(11)障害特性の把握、学内の実態の把握、(12)その他、(13)学内の他部署との連携、(14)就職担当者向けの研修・セミナー等への期待、(15)学外の関係機関との連携である。

15 の課題のうち、筆者が特に重要だと考える課題の詳細を示していく。(1)(2)においては特に地方都市において障害学生等に提供するための求人確保に苦慮しており、障害や疾病があっても働くために仕事や職場の詳しい情報を聞くなどといったアプローチが必要になっていることである。(3)においては障害・疾病の有無にかかわらず健常者の学生と同じく就職活動をバックアップするという考え方が職員の基本姿勢であり、学生の障害・疾患への対応や配慮は職務範囲を超えた専門外の事項だと考えているようであるが、職業リハビリテーションの観点からすれば障害・疾患の問題と職業の問題は不可分で、就職の問題を解決する過程で障害・疾患の問題とも取り組まなければ就職も成就しないことが多いと指摘している。(5)障害学生等は健常者の学生と同じように就職活動に臨むものの、企業は健常者の学生と同じ枠組みで障害学生等を評価するとは限らない中で、そのことを強く意識した大学等の就職担当者は、逆にそのことをあまり認識していない障害学生等と対応する中で、障害・疾患について本人や家族と更に話し合う必要があるという趣旨の意見が明らかになっている。しかし、相談場面だけで障害や疾病に関する職業上の問題に関する理解を学生やその家族に求めることも困難であるため、大学独自あるいは学外の資源を利

用したキャリア形成支援の教育的配慮が求められると言える。(7)についてはうつ病や抑うつ状態の学生が増えている中、精神疾患やいわゆる不定愁訴のある学生の相談場面で通常の面接や就職準備プログラムへの参加を促してよいかどうか判断に迷う事例が存在すると言っていることである。(8)の発達障害と同様に精神疾患・精神障害・発達障害についての見識を深め、専門家や専門機関へ紹介することができるようになることが望ましいと高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センターは述べている。[高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター,2009:16-25]

このような課題は主に「学生の就職に関する業務の担当職員」からの提示であった。一方、学生かつ10年近く病院に通院している筆者の経験から見ても、障害学生等に対して各種関係機関との連携は重要であると考えられる。明治学院大学で例示すると、特に精神病や精神障害の場合、聴覚障害や発達障害の場合と違って学生支援は心理カウンセラーによる相談支援に限られていると考える。このことは学生サポートセンターであれば似た境遇の学生と知り合い、情報を共有するなど利点があるが、相談支援の場合は個別対応のためそれができないという欠点を内包している。筆者も実際に就職相談のためにキャリアセンターに赴いたが、まず通院していることや家族の病気によって休学したことを打ち明けられず、結局は自力で関係機関に電話相談を行った。筆者の場合は自力で探し当てたものの、多くの精神障害・精神疾患のある人は関係機関につながるには障壁があるのではないだろうか。(7)で触れられていたように精神症状によっては治療を優先すべき場合もあるだろうが、比較的症状が安定していると判断できる場合、大学のキャリアセンター・学生サポートセンター・相談室などは障害学生等の就職関係機関の情報提供を積極的に行う必要があると筆者は考える。

以上から精神障害者と難病者の就労支援の課題を見てきた。結論においてこれらの課題に対する対策を論じていきたい。

## **結論 障害や難病を持つ人の社会参加における障壁とは何か**

本論文では精神障害や難病のある人が働くときに、労働市場にいかなる差別・障壁があるかを考察してきた。

第一章においては障害と難病の一般的な定義と、障害学における障害の定義づけの見直し、障害の社会モデルの必要性を論じ、資本主義到来以降、障害者が労働生産過程から疎外されたという主張を確認できた。そして難病においても障害の社会モデルが適用できることが判明できた。

第二章では資本主義到来以降障害者が労働生産過程から疎外されたという主張が正しいのかどうかについて検証するためにヨーロッパ・アメリカ・日本の精神障害者史を検証した。いずれの国でも共通しているのは、路上の放浪・徘徊者の社会的排除と特殊施設への収容が見られたことである。ただし個別で見ると障害学の主張とは異なっている点も散見できた。一つはヨーロッパにおいては収容所的人道的指導者によって精神障害者は労働不能な者としてではなく、労働可能な者として資本主義のブルジョア的価値観・規律を教化されていた点である。二つ目にアメリカの事例では、資本主義社会での隔離収容の実践を現在では技術の進歩と専門家・障害者との協働により乗り越えられることができるという障害学の主張は、技術の進歩により隔離から地域への移行は見られたが、専門家の視点は社会モデルではなく依然として医学モデルのままであるという点である。

第三章では、第一節において日本における障害者の就労形態と、福祉的就労の低賃金の問題を取り上げた。このような問題は日本だけでなく EU でも確認でき、EU の場合は一般労働市場からの排除と労働法規からの排除が見られることが確認できた。第二節ではこのような排除に対して近年では、アメリカを先駆けとしたワークフェアとベーシック・インカムと呼ばれる就労と福祉を統合した社会政策が打ち出されていることとその課題が明らかになった。日本における社会政策としては障害者総合自立支援法による就労移行支援事業と就労継続支援事業や第一次安倍内閣におけるワークファースト的就労支援施策、そして障害者権利条約に批准するために国が整備した障害者雇用促進法改正が挙げられる。特に雇用促進法改正において障害者範囲の見直し、差別禁止原則と合理的配慮の提供義務化、精神障害者雇用義務化が重要な役割を果たしていることがわかった。しかしこれらの施策にも問題点があることがわかった。

筆者が第三章で特に今後の議論で重要だと考える日本の社会保障政策・就労支援政策の課題は二つある。一つは上述の福祉的就労の低賃金問題である。二つ目に障害者手帳の定義に依存した社会保障制度により、その定義からこぼれ出てしまう難病患者・精神障害者の問題である。

これら二つの課題に対して筆者が考える対策は二つある。

一つは福祉的就労における労働法の一部適用を目指すことである。表 2 が示すように福祉的就労だけではあまりにも一般労働者との賃金の差が大きい。これは障害学の視点からは、社会的抑圧の結果と言えるだろう。このような格差を是正するためにはやはり松井らが主張するように最低賃金制度などをはじめとする労働法の一部適用がなされるべきだと筆者は考える[松井他,2011:17]。

二つ目に手帳制度に依存しない「障害者」範囲の見直しである。精神障害者の場合は手帳の取得率が低いことが指摘され、難病者の場合においても症状によっては身体障害者手帳の取得が難しく、そのために経済的困窮度が高いことを第三章において確認できた[永井,2014:11-12] [水谷,2012:35]。そのことから、手帳制度においては障害についていかなる定義を設定したとしてもその定義から漏れ出てしまう「障害者」や、社会保障や就労支援が手薄のためにそもそも手帳取得にメリットがない事例が存在するのではないだろうか。またデンマークなどのように障害の定義を明確にせず社会施策を行っている国もあることから、筆者は手帳制度に依存しない新たな「障害者」範囲を見直す必要があると考えている[岩田,2011:122]。

一方、本論文自体の課題もあった。一つは難病と障害の定義において、難病も障害と同じく社会的構築物であるとは言えるが、差別の対象とされているとはいえない点が挙げられる。この点については、法システムや経済システム、さらには海外比較を通して具体的な労働生産過程上や就労支援における問題点を明らかにし、その問題点に関する考察によって差別や障壁が存在するかを検討する必要があると推定した。

二つ目は障害学の主張について、精神障害以外の障害や難病の歴史を比較検討できなかった点である。これについては第二章の末尾にも論じたが、身体障害者と、知的障害・精神障害においては隔離収容の処遇が異なっていたのではないだろうか。また、障害者の就労を見ても、図 1 を見ればわかるように身体障害者の就労者数は多いことから、現代においても障害者種別による偏った選別があるのではないかという推測ができる。しかし、このような仮定は本論文では検証することができなかった。

第三点に、なぜ日本においてはデンマークと違い、障害者手帳制度に依存しているのかを確認できなかったことである。筆者はおそらく年金制度と密接なかわりがあるからだとして推測しているが、これについても参照した文献では確認できなかった。

最後に指摘したいのは、本論文においては、「差別」という概念について十分な検討を行わないまま、考察を進めてしまったと感じていることである。本来は何が「差別」であ

り、何が「差別」と言えないのか、その定義について検討してから労働市場上の「差別」「障壁」について考察すべきであった。これら四点は今後の課題としたい。

---

<sup>i</sup> 本文で後述のとおり、ICIDH の批判を踏まえ、WHO は 2002 年に国際機能分類 International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) を総会にて採択した。ICF は人間の生活機能を環境因子と個人因子の相互作用として捉え、医学モデルと社会モデルを統合するものとして位置づけられている。だがしかし、城戸禎子によれば、二つの問題がある。一つは「実践レベルでの活用時には『社会』を狭く捉えてしまいがちである」[堀正嗣編, 2012, :. 124]という。二つ目は「差別と抑圧」への視点が弱く、「障害者が強いられてきた『分離 (排除)』や『不利益』の現実を、『相互作用』という一見分かりやすい言葉で覆い隠してしまう」[堀正嗣編, 2012:126]と述べている。また倉本も「社会モデルのラディカルな企図を理解せず、『標準』の構築という政治を無視し、ナイーブに身体と社会を併置することで、結果として個人モデルの延命に手を貸している」、「ニューバージョンの個人モデルに他ならない」と批判している[石川他, 2002:284]。つまり、ICIDH と比べると ICF においては社会モデルの地位が上昇しているように見えるものの、実際には統合を急ぐあまり一見中立性の高い言葉を用いることで社会モデルが提示した問題点を覆い隠してしまい、実践レベルにおいてもその影響が見られるといえるだろう。

<sup>ii</sup> [Sabin.T.R.,1969, The scientific status of the mental illness metaphor.In S.G.Plog&R.B.Edgerton(Eds). *Changing perspectives in mental illness*. New York:Holt,Rinehart&Winston,Inc.]

あとがき

あとがきを前日に書けているというのは何だか信じられない。3年次から4年次のときにテーマを変えていた上に、春学期は、当事者と接しているとはいえ、当事者ではない自分には障害や難病を抱えた人の就労問題について何が言えるかということで悩み、なかなか筆を進めることができなかつたからだ。しかしながらコンスタントに文章を読み、書くという波を作り、不完全な部分は存在しつつも何とかここまでたどり着けた。

このように揺れ動く心境を持ちつつ卒業論文を書き上げることができたのは、2年次の頃から3年近く直接指導していただいた柘植あづみ先生を筆頭に、1年次のときから私に考える機会を与えてくれた明治学院大学社会学部の各先生方、資料情報を提供して下さった中野敏子先生や渡部沙織さん、また経済的支援をしてくれた父や母のおかげです。ひとまずこの卒業論文を節目として、ここに感謝の意を表します。本当にありがとうございました。

[文献]

Finkelstein V, *Attitudes and Disabled People : Issues for Discussion*(<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/finkelstein-attitudes.pdf>) 2015年11月28日閲覧.

Ryan,J.,and Thomas,F., 1980, *The Politics of Mental Handicap*, Harmondsworth

Stone Deborah A, 1984, *The Disabled State*, Temple University Press.

バーンズ・C, マーサー・G, シェイクスピア・T, 2004 (杉野 昭博・松波 めぐみ・山下 幸子訳) 『ディスアビリティ・スタディーズ: イギリス障害学概論』明石書店.

コンラッド・P, シュナイダー・J.W., 2003(杉田 聡・近藤 正英・進藤 雄三訳), 『逸脱と医療化: 悪から病いへ』ミネルヴァ書房.

デュボス・R., 1977 (田多井吉之介訳), 『健康という幻想』紀伊國屋書店.

グロース・N.E., 1991 (佐野正信訳) 『みんなが手話で話した島』築地書館.

マーフィー・R.F., 2006 (辻 信一訳) 『ボディ・サイレント』平凡社.

オリバー・M, 2006 (三島 亜紀子・山岸 倫子・山森 亮・横須賀 俊司訳) 『障害の政治: イギリス障害学の原点』明石書店.

安積 純子, 1995, 『生の技法: 家と施設を出て暮らす障害者の社会学』藤原書店.

石川 准・長瀬 修編, 1999, 『障害学への招待』, 明石書店.

石川 准・倉本 智明編, 2002, 『障害学の主張』, 明石書店.

出縄 貴史, 2011, 「福祉的就労支援現場の現状と課題」松井 亮輔・岩田 克彦編, 『障害者の福祉的就労の現状と展望: 働く権利と機会の拡大に向けて』中央法規出版.

伊藤 公雄, 2010, 「唯物史観」日本社会学会社会学事典刊行委員会編『社会学事典(Encyclopedia of Sociology)』丸善株式会社, 14-15.

- 伊藤 美千代, 2012, 「就労支援の現状と課題」『ノーマライゼーション:障害者の福祉』32(7):28-31
- 岩田 克彦, 2011, 「デンマーク」松井 亮輔・岩田 克彦編, 『障害者の福祉的就労の現状と展望:働く権利と機会の拡大に向けて』中央法規出版.
- 江口 尚, 2015, 「難病患者の治療と仕事の両立支援を考える(1)難病患者・中途障害者の就労支援の課題:研究班の活動から見えてきたこと」『労働の科学』70(5): 290-294.
- 江口 朴郎, 1958, 「史的唯物論」福武直・日高六郎・高橋徹編, 『社会学辞典』有斐閣, 311.
- 大瀧 敦子・白井 誠一郎, 2014, 「「患者の権利」と「生活者の権利」:「制度の谷間」難病患者の権利擁護支援を岡村理論から考える(通巻第120号記念特大号)―(特集 現代社会福祉における権利の位置)」『社会福祉研究 = Social Welfare Studies』(120): 45-53.
- 大野 真由子, 2011, 「難病者の就労をめぐる現状と課題: Crps 患者の語りからみえる「制度の谷間」とは」『障害学研究』(7): 219-248.
- 岡崎 祐司, 2008, 「福祉政策と就労・ワークフェアをめぐる論点」『障害者問題研究』36(2):88-95
- 小田倉 典子, 2013, 「精神障害者における福祉的就労から一般就労へと向かうための動機づけに関する質的研究:統合失調症の利用者の一般就労による社会参加へのプロセス」『社会福祉士』(20): 25-33.
- 金川 英雄, 2012, 『日本の精神医療史―明治から昭和初期まで―』
- 京極 高宣, 2009, 「障害者の就労支援はどうあるべきか―新たな中間的就労の創造的開発を!―」『職リハネットワーク』(65):5-15
- 倉知 延章, 2014, 「精神障害者の雇用・就業をめぐる現状と展望(特集 障害者の雇用と就労)」『日本労働研究雑誌』56(5): 27-36.
- 厚生労働省, 2012, 『平成24年度工賃(賃金)の実績について』  
([http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/shurou\\_h24.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/shurou_h24.pdf)) 2015.12.12 閲覧.

厚生労働省健康局疾病対策課, 2012, 「難病患者支援の歴史的経緯(特集 難病患者支援の課題と展望)」  
『ノーマライゼーション: 障害者の福祉』 32(7): 10-13.

厚生労働省雇用・賃金福祉統計課賃金福祉統計室, 2012, 『平成24年賃金構造基本統計調査(全国)の概況』 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2012/dl/13.pdf>) 2015.12.12 閲覧.

厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課, 2015, 『平成26年度・障害者の職業紹介状況等』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11704000-Shokugyouanteikyokoureshougaiyoutaisakubu-shougaishakoyoutaisakuka/0000084782.pdf>) 2015.12.18 閲覧.

厚生労働省障害者雇用対策課, 2014, 『障害者雇用の現状』 (<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11600000-Shokugyouanteikyoku/0000071065.pdf>) 2015.12.11 閲覧.

厚生労働省職業安定局, 2003, 『難病患者の雇用管理・就労支援に関する実態調査調査結果』 (<http://www.koyoerc.or.jp/assets/files/239/honbun.pdf>) 2015.12.19 閲覧.

高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター, 2014, 『就労支援機関等における就職困難性の高い障害者に対する就労支援の現状と課題に関する調査研究: 精神障害と難病を中心に』 高齢・障害・求職者雇用支援機構障害者職業総合センター.

高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター, 2009, 『大学等における障害・疾患のある学生の就職活動支援』 高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター.

———, 2010, 『障害者の最低賃金の減額許可と労働能力の評価に関する研究』 高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター.

宗野 政美・檜山 うつぎ・香野 恵美子・増田 一世, 2006, 『労働支援の現場から』 やどかり出版.

小学館, (日付不明). 「ギャップイヤー」 『コトバンク』.

(<https://kotobank.jp/word/%E3%82%AB%E3%83%A3%E3%83%83%E3%83%97%E3%82%A4%E3%83%A4%E3%83%BC66703605>) 2015.11.8 閲覧.

———, (日付不明). 「特例子会社」 『コトバンク』

- (<https://kotobank.jp/word/%E7%89%B9%E4%BE%8B%E5%AD%90%E4%BC%9A%E7%A4%BE802234>) 2015.9.12 閲覧.
- , (日付不明). 「しょうがい - しゃ [シヤウガイ - ] 【障害者】」 『デジタル大辞泉』 (<http://japanknowledge.com/lib/display/?lid=2001022432400>) 2015.7.29 閲覧.
- 白井 誠一郎, 2013, 「『制度の谷間』とその課題 (特集 救済策から漏れる難病をどうするか)」 『難病と在宅ケア』 19(1): 36-38.
- 菅野正, 1958, 「官僚化」 福武直・日高六郎・高橋徹編, 『社会学辞典』 有斐閣, 123-124.
- 杉野 昭博, 2007, 『障害学：理論形成と射程』 東京大学出版会.
- 手塚 直樹, 2000, 『日本の障害者雇用：その歴史・現状・課題』 光生館.
- 筒井美紀・長松奈美江・櫻井 純理, 2014, 「『就労支援の意味』を問うことの意味」 筒井美紀・櫻井純理・本田 由紀編, 『就労支援を問い直す：自治体と地域の取り組み』 勁草書房.
- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構広島支部(日付不明). 「労働相談Q&A」 『～広島県雇用労働情報サイト～わーくわくネットひろしま』 (<http://www.work2.pref.hiroshima.jp/rouqa1/rouqa134.htm>) 2015.11.11 閲覧.
- 永井 仁美, 2014 「障害者雇用政策の動向と課題」 『日本労働研究雑誌』 56(5):4-14.
- 難病と在宅ケア編集部, 2009, 「難病患者の苦しい現状と今後への期待～パーキンソン病患者の事例を中心に～」 『難病と在宅ケア』 14(10):14-17
- 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター, 1998, 『難病等慢性疾患者の就労実態と就労支援の課題』 日本障害者雇用促進協会障害者職業総合センター.
- 野村 忠良, 2015 「ひきこもりからの脱出と就労・雇用の継続」 『賃金と社会保障』 1628:32-41.
- 春名 由一郎・大野 更紗, 2013, 「対談 春名由一郎×大野更紗 難病の人の就労支援は雇用問題のフロンティア (特集 障害者総合支援法スタート：何が問題? どう変える)」 『福祉労働』 (139): 71-93.

- 樋口 善之, 2015, 「難病患者の治療と仕事の両立支援を考える(2)Work Ability と就労継続支援」『労働の科学』70(6): 352-356.
- 引馬 知子, 2011, 「障害者の保護雇用にかかわる EU 法政策と労働者保護—労働の機会と質の確保を目指して」松井 亮輔・岩田 克彦編, 『障害者の福祉的就労の現状と展望: 働く権利と機会の拡大に向けて』中央法規出版.
- 兵頭 晶子, 2008, 『精神病の日本近代: 憑く心身から病む心身へ』青弓社.
- 堀 正嗣編, 2012, 『共生の障害学: 排除と隔離を超えて』明石書店.
- 松井 亮輔・岩田 克彦編, 2011, 『障害者の福祉的就労の現状と展望: 働く権利と機会の拡大に向けて』中央法規出版.
- 松村 一人, 1958, 「弁証法的唯物論」福武直・日高六郎・高橋徹編, 『社会学辞典』有斐閣, 834.
- 三木 良子, 2014, 「精神障害者文化とソーシャルワーカーの課題: 就労支援を通して(特集 文化精神医学再考)--(多文化臨床における「文化」を再考する)」『こころと文化』13(2): 94-98.
- 水谷 幸司, 2012, 「福祉的支援の現状と課題」『ノーマライゼーション: 障害者の福祉』32(7):32-35
- 峰島 厚, 2008, 「障害者自立支援法と就労支援施策<障害者の自立と就労支援>」『障害者問題研究』36(2):82-87
- 宮本 太郎, 2004, 「ワークフェア改革とその対案 新しい連携へ?」『海外社会保障研究』147: 29-40
- 八木原 律子, 2012, 「精神障害のある人の地域移行の現実: サービス利用者・関係者の声を中心に(特集 地域移行支援を考える: 総合リハビリテーションの視点から)」『リハビリテーション研究』(151): 20-25.
- 吉村 務, (日付不明). 「知っておきたい年金情報」『年金受給サポート・サイト』.  
([http://nenkin.yoshimura-sr.com/index.php?%E5%B9%B4%E9%87%91%E6%83%85%E5%A0%B1#content\\_1\\_41](http://nenkin.yoshimura-sr.com/index.php?%E5%B9%B4%E9%87%91%E6%83%85%E5%A0%B1#content_1_41)) 2015.12.15

閲覧.

渡部 沙織, 2014, 『「難病」の誕生 — 「難病」対策と公費負担医療の形成—』明治学院大学大学院社会学研究科.