

草創期の精神障害者共同作業所における思想と実践

朝倉 知美*

Practice and thought in the early period of sheltered workshops
for psychiatric patients in Japan

Tomomi ASAKURA

キーワード：精神障害者，共同作業所，社会復帰活動

psychiatric patients, sheltered workshops, rehabilitation activities

はじめに

精神障害者共同作業所は1970年代に設立され始めた。その定義にあるように、無認可、小規模、少人数¹⁾で始められ、1970年代に設立された共同作業所は全国で24か所のみであった²⁾。ところが、1980年に入ると行政の支援を得て急増し、2000年代には全国で1700か所余りとなった³⁾。そして、2006年に施行された障害者自立支援法を機に多くの共同作業所が就労支援事業所などの法定事業に移行し、今や国が定める地域生活支援拠点の1つとなった。それゆえに、精神障害者支援の歴史においてもまた重要な存在であると考えられる。

共同作業所の草創期にあたる1970年代は、現在では当たり前のようにある精神障害者を対象にした地域生活支援に関する取り組みは不十分な状況にあった。精神障害者共同作業所に向けての補助金事業が開始されたのも、ほとんどが1980年以降である⁴⁾。なんの経済的支援もないなかで、どのような思想でいかにして共同作業所は設立されたのであろうか。草創期から半世紀ほどが経過し、さまざまに支援策が展開される今、その原点を確

認する時期にあると考える。そこで、本稿では、草創期における精神障害者共同作業所の設立と実践に導いた思想の一端を明らかにする試みをする。

精神障害者共同作業所の歴史的展開に関する研究は、橋本明によるものがある。橋本は、1986年時点で東京都にある精神障害者共同作業所を分析対象にして、それらの設立時期をⅠ期（1971～1977年）Ⅱ期（1978～1981年）Ⅲ期（1982～1986年）の3つに分けたうえで、設立母体に着目してその変遷を論じている⁵⁾。さらに、Ⅲ期にあたる1980年代に焦点を当て、その時代の「作業所ブーム」の背景について研究を深めている⁶⁾。

一方でⅠ、Ⅱ期にあたる1970年代、すなわち草創期の共同作業所に関しては精神科医の黒田隆男がその設立の背景について述べている。それによると、1960年代頃から精神障害者の社会復帰が精神医療の中心課題となり、病院中心の精神医療は限界を超え、地域社会の中で社会復帰訓練の場が必要とされたため、としている⁷⁾。また、設立をめぐる経緯については、実際に設立にかかわった人物による記述がいくつかある。そのひとりである「やどかりの里」の創設者として知られる谷中輝雄は、作業所ではないが「共同住居」を1970年代に創設した

* 愛知県立大学大学院人間発達学研究科博士前期課程修了

経緯について、一民間病院の「引き受け者のいない患者」への対応策として「共同住居」を始めたと述べている⁸⁾。

黒田や谷中の記述からは、作業所の設立には、医療における精神障害者の社会復帰に向けた訓練や対応策との関連性が察せられる。この社会復帰に向けた訓練や対応策は、のちに「社会復帰活動」と呼ばれるようになる。したがって、作業所設立の思想と実践を検討するためには、病院で行われていたこの活動状況を踏まえる必要があると考える。そこで、本稿では黒田や谷中らの記述を引き継ぎ、精神病院の「社会復帰活動」の動向を踏まえたうえで、この時期の共同作業所の設立と実践に導いた思想を論じる。これにより、わが国における精神障害者支援の歴史の一端が明らかになると考える。

研究対象は、1970年代に設立された関西、関東、中部圏の精神障害者共同作業所の中から、資料が入手可能とされたところをそれぞれ1か所ずつ選出し、次の3つの施設とした。まいづる共同作業所（京都府舞鶴市、1977年9月設立）、みのりの家（東京都豊島区、1978年5月設立）、くるみ共同作業所（静岡県浜松市、1977年7月設立）。研究方法は、各事業所が発行する機関誌、冊子、年史を中心に用い、補足的に関係者への聞き取りを行った。

なお、本稿では当時使われていた用語を使用することとする。そのなかには、「分裂病」「精神薄弱者」など差別的表現とされるものもあるが、基になる資料を正確に引用するため、当時の用語の持つ歴史的認識を重要と考えそのまま使用することとする。

1. 1960年代から1970年代における精神病院の「社会復帰活動」の動向

本章では、先行研究から示唆された共同作業所の設立と関連があるとされる1960年代から1970年代における精神病院の「社会復帰活動」の動向を述べる。社会復帰活動は、1960年代に入ると病院内から病院外で行われるようになった。そこで、まずは精神病院における社会復帰活動が院外で行われるようになった経緯から述べる。

1-1 1960年代初期から中頃 —精神病院における「社会復帰活動」院外化の展開—

「社会復帰」がシンポジウムのテーマとして初めて取り上げられた1962年の第59回精神神経学会⁹⁾にて、東京都立松沢病院（以下、松沢病院）の加藤伸勝医師より慢性分裂病患者〔ママ〕の社会復帰に向けた「新しい治療」についての取り組みが報告された。それは、「社会の中で直接に当面する諸課題にぶつかすることで生活技術を体得させる方法」であり、病院外で行われる治療であった。この治療は、従来の治療だけでは病院内での順応はできても実社会への順応性を獲得することはできない場合が多いという問題意識に基づいて始められたとのことである。具体的には、朝病院から出勤して夜間は病院で過ごす「ナイトホスピタル」と呼ばれるもので、住居も段階的に病院外に移し退院、就職していくという方式であった。この段階的な社会復帰の方法は、アメリカのGreenblattが提唱した「移行段階モデル（図1）¹⁰⁾」に倣ったものとされる¹¹⁾。なお、ナイトホスピタルのような就労や退院に向けた訓練は、次第に「社会復帰活動」と呼ばれるようになる。

松沢病院で社会復帰活動が新たな展開を迎えた経緯について、同じく同病院の医師であった蜂矢英彦による記述によってもう少し詳しく確認していきたい。それによると、同病院では、1955年頃からの薬物療法の導入により、退院患者の比率が高まったことや患者への働きかけがやりやすくなったなどとして、薬物療法の効果が感じられるようになっていた。一方、薬物療法の限界とし

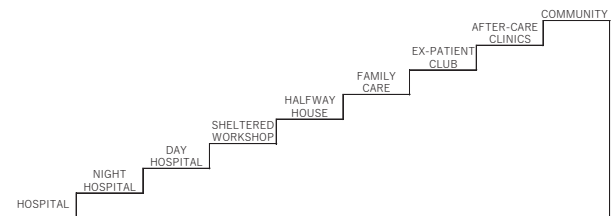


図1 「移行段階モデル」(Transitional Steps from hospital into full community living)

出典：Greenblatt M (1959): *The Rehabilitation Spectrum in* Greenblatt M, Simon B (eds.): *Rehabilitation of the Mentally Ill-Social and Economic Aspects*, American Association for the Advancement of Science, Washington D.C., p18より筆者作成

て、再発率の高さや薬を用いてもなおも退院できない患者が指摘されるようになっていた。これらの患者が退院できない理由は、社会生活を送るための対人関係を円滑に進める能力や賃金を稼ぐ労働能力の低さがあるためとされた。そしてこの問題は「薬の力ではどうにもならぬ」として、こうした能力の回復のために社会復帰活動が始められたという¹²⁾。

薬物療法の限界から社会復帰活動が行われるようになったとする報告は別の病院でもある。茨城県友部病院では、薬物療法の導入以来、患者の社会復帰や外来治療が可能となった一方で、家庭条件のために退院できない患者の問題や再発・再入院の問題に直面した。これらの患者の多くは1945年頃に入院した中・高齢層で、退院先となる家族がいなかったり、家族が患者に対して拒否的だったり、長期間の入院からホスピタリズムも加わり退院するのが難しい状況にあった。そこで、これらの患者を退院させるには「自立更生」を目標に、まずは社会との接触をもつ必要があるとしてナイトホスピタルが始められたとしている¹³⁾。

院外での社会復帰活動はその後急激に拡大していく。1966年に実施したアンケート調査によると、63%の病院で何らかの社会復帰活動が行われるようになっていた。一番多い活動はナイトホスピタルで、社会復帰活動を行っている137のうち100の病院で行われていた。1961年の調査¹⁴⁾では228事例中、28事例であったことからすると急激に伸びたといえる。

社会復帰活動は、多くの病院で実施されつつある一方で限界も語られている。そしてこれを克服するものとして社会復帰活動を専門に行う「中間施設」の必要性が提示される。例えば、東京都の昭和大学付属烏山病院では、ナイトホスピタルを行うも、悪化や不適応を起こす患者が少なくないとして、克服のためにはさらに時間をかけ、生活指導を細かく実践する必要があるとして、これらを専門的に行う中間施設が必要とされた¹⁵⁾。大阪府の浅香山病院では、ナイトホスピタルの限界を感じて、他の患者と集団生活を体験する中間施設「あけぼの寮」を設置した。この実践は、先述のGreenblattの移行段階モデルのなかで提示されている「ハーフウェイハウス」を参考にしたものであるとされている¹⁶⁾。集団生活の試みは、群馬県の厩橋病院でも行われた。同病院の菱山珠夫医師

は、この実践を通して「たくましさ和社会性を備えてきた」と意義を述べているが、一方で、実践には運営資金の捻出などの経済的な問題があるとして、法規制の必要性を挙げている。

ところで、1960年代から精神病院における社会復帰活動は急速に拡大したが、その後はだんだんと収束していくことになる。例えば、ナイトホスピタルは、高度成長の時代には人手不足の波に乗って活動が全国的に展開されたが、法的な規定や保護がなかったため、高度成長期が終焉し低成長の時代が到来するとともに縮小されていったという¹⁷⁾。

1-2 1960年代末期から1970年代初頭 — 「中間施設」の議論とその後の展開—

中間施設の要望が精神医療の現場で高まった時期、中間施設の設置に関する議論が日本精神神経学会と厚生省との間で繰り広げられた。この議論は、1965年の精神衛生法改正で「社会復帰促進のための施設の設置」が付帯決議されたことを受けて始められたものである。本節では、その中間施設の展開について述べる。まずは、議論のきっかけとなった1965年精神衛生法改正で、社会復帰施設の設置が付帯決議されるまでの経緯から述べたい。

中間施設は、1964年5月に開かれた精神衛生法改正に向けての第一回目の審議会からすでに提案されていた。すなわち、「精神衛生法改正上の主たる問題点」として6項目が提示されたなかの1つに、「精神病院の治療体系の整備」として「社会復帰のための中間施設の設置」が示されていた¹⁸⁾。審議の初めから中間施設が提示されたのはなぜであろうか。

当時、厚生省精神衛生の技官で法改正に関わった大谷藤郎によると、法改正には、薬物療法の効果が感じられるようになってきたことと、精神科医たちの間で「欧米の開放的な地域医療」が知られるようになってきたことが背景にあると述べている¹⁹⁾。薬物療法については先述した通り、効果と限界の両面が指摘されているが、精神衛生法改正が議論され始めた1960年代初めにあっては、「(薬物療法により)長年の精神科医の夢と希望がかなえられたかの思いに満ちた時期であり、昭和38年はその

真直中だった」とも表現されており、薬物療法に寄せる期待がとりわけ高かったことがうかがえる。

一方で、「欧米の開放的な地域医療」の普及には次の事柄の影響が挙げられる。1952年、厚生省がWHOにコンサルタントの派遣を要望し、ジョンズ・ホプキンス大学の公衆衛生学教授のポール・レウカム（Paul Lemkau）とカリフォルニア州の精神衛生局長のダニエル・ブレイン（Daniel Blain）博士が来日した。その際、双方より「精神病院中心の医療よりも、地域中心の精神医療を国の精神衛生行政の中心にすること」が進言された²⁰。また、1963年には「ケネディ教書」で、従来の監置的隔離から脱して総合的地域社会精神衛生センターを設置し、そこで予防からリハビリテーションを行うことが示された²¹。さらに、イギリスでは1964年に議会に提出された「保健福祉計画」のなかで、退院患者には家庭がもっとも好ましい場所としながらも、里親や下宿、ホステルや保護的施設、社会適応能力を得させるためのセンターなどの施設の必要性が示されている²²。

つまり、1950年代頃より欧米では精神病院よりも地域中心の医療を目指す考え方が主流となり、退院患者の社会復帰の促進は病院ではなく地域の専門施設で行うことが示されていたのであった。この考え方に影響を受けて、社会復帰活動を専門に行う中間施設が法改正を機に提案されたのだと考える。

このようにして第1回の審議から提案された中間施設の設置は、その後の審議でも法に盛り込まれる方向で議論が進んだ。しかし、最終的には付帯決議となった。この理由は、予算の関係と社会復帰施設を病院外に医療法の枠外で運営することは困難であるとされたためであった²³。

付帯決議を受けて、日本精神神経学会と厚生省は、それぞれ中間施設に関する案を提示した。日本精神神経学会の案（以下、学会案）では、「当面必要な施設」として「精神障害者社会復帰センター」と「更生施設」の2つが示され、前者は、「社会復帰病院」であり、後者は「『病院』ではないが現実の社会生活を体験しながら訓練される治療の場である」とし、精神障害者に対する働きかけは「常に医療の傘の下」に置くこととされた²⁴。このように学会案からは、医療色の濃い施設であるとの主張がうかがえる。

一方で厚生省案は、医療のかかわりについて「適切な医学管理のもとに、必要な生活訓練と職業訓練を行う」としているものの、医師の配置については1施設に1名と少なく²⁵、少なくとも学会案よりは医療色は薄いといえる。日本精神神経学会は厚生省案に対し、施設の性格があいまい、医療行為が不明確、などとして反対を表明した²⁶。その後中間施設をめぐる議論はしばらく続き、論争と言われるほどにもなった。

論争が繰り返される一方で、学会案を下敷きに²⁷、1971年には神奈川県川崎市に川崎市立精神障害者医療センター（以下、川崎センター）が、1972年にも同じく学会案をもとに²⁸ 世田谷リハビリテーションセンター（以下、世田谷リハセン）が東京都に建設された。両施設とも、コンクリート5階程からなる建物で、職員は70～100名ほどと大規模な施設であった。また、どちらも病室も備えていた²⁹³⁰。

川崎センターにおける社会復帰活動では、対人関係改善のためのグループ活動や就労に向けての取り組み、スポーツ活動などが行われた。これらは欧米のデイケアやホステル、国内の先駆的な病院などがモデルとされた³¹。

一方、世田谷リハセンでも同様に、作業やクラブ活動、スポーツが「デイケア方式」で行われた。また、精神病院とは違った運営、かかわり方に努め、利用者の自主性を尊重し、利用者と職員が縦ではなく横の関係になるように意識したという。さらに、利用者の多くが就労自立を目標としていたため、技術系の全職員が就労援助に携わった³²。職員には、施設をたまり場にはいけないという考えから積極的に地域に返すという意識があり、就労・自立に支援の重点が置かれていたという³³。

こうした実践を通して、遠方の利用者にとっては通所が難しく、退所後のアフターケアが十分に行えないため挫折してしまうケースが多くなっていることや、アフターケア件数が増え職員の負担になっていることが課題として挙がるようになった。このため、世田谷リハセンだけで対応するには無理があるとして、同様の施設の建設や、保健所や家族会、回復者クラブなどに同様の対応を求めるなどの対応策が挙げられた³⁴。

結局、川崎センターや世田谷リハセンと同様の施設は、岡山県に社会復帰施設・県立内尾センターが建設されたのみにとどまった³⁵。

1-3 1970年代前半 —精神病院を基盤にしない「社会復帰活動」の始まり—

1970年代前半には、精神衛生センターや保健所などの行政機関で、社会復帰活動のひとつであるデイケア活動が増加し始めた³⁶⁾。精神衛生センターでデイケア活動が行われ始めたのは1960年代後半からで、1972年頃から急増した。これには、1972年にデイケア事業運営費補助が創設されたことが影響しているとされる³⁷⁾。

東京都の精神衛生センターでのデイケア活動について、当時所長であった菅又淳は次のように述べている。同センターは1966年に開設され、翌年の1967年にはデイケアが始められた。当初は、精神衛生相談と訪問指導などの個別の働きかけのみが行われていたが、その過程で社会復帰への専門的な訓練の必要性が感じられたことをきっかけにデイケアが始められた。初期のデイケア活動ではグループワークやハイキングなどのレクリエーション活動が行われていたが、やがて「3か月で就労へ」という目標が掲げられるようになり、就労が重視される活動になったという。同じく1967年にデイケアを開始したところに神奈川県精神衛生センターがある。そこでこの活動は、当初は主として生活指導を中心としたレクリエーション療法的なものであったが、1969年頃からは就労を目的とした作業療法的リハビリテーションになったという³⁸⁾。

一方で、保健所でのデイケア活動もまた1960年代後半に始まり1975年頃から急増した。急増の理由は、同年に「保健所における精神保健業務中の社会復帰相談指導実施要領」のなかの「社会復帰活動」が予算化されたためだと言われている³⁹⁾。ただしこの要領ではデイケアの実施は明記されていない。それにもかかわらずデイケアが行われるようになったのは、個別相談や訪問活動のみでは社会復帰の問題は解決されないとして新しい手段の必要性が感じられたためだという⁴⁰⁾。

保健所のデイケア活動は、1976年の調査によると、その活動の目的で一番多いのは「社会復帰」であったが、仲間づくりや精神的負担の解消を目的とするものなどもあった⁴¹⁾。すなわち、精神病院が行っていた社会復帰活動の趣旨とは異なり、必ずしも社会適応や就労を目的としないものが出現し始めたといえる。

さて、1970年代中頃になると、精神病院や行政ではない団体や個人によって社会復帰活動が始められるようになる。1976年に行われた「病院以外で社会復帰活動を行っている団体に関する調査」では、152か所の運営主体のうち、精神衛生センターや保健所などの行政の施設が124か所で、残りの28か所は民間団体であった。ただし、その28か所で働く主な職員は病院職員であるところが多い⁴²⁾。つまり、運営主体が病院ではないというだけで、実質病院と同じような活動だった可能性が高い。しかし、そのうちの1つである先行研究で述べた「やどかりの里」での実践は、医療的活動を端緒としていたが、活動を続けて行くうちに「医療とは別枠の福祉的援助活動」に変わっていったことが記されており⁴³⁾、この事例からすると、病院とは別の形の社会復帰活動が行われていた可能性もある。

以上から、1960年代から1970年代前半における精神病院の社会復帰活動の動向は次のようにまとめられる。精神病院の社会復帰活動は、1960年代前半頃より、病院内から病院外で行われるようになった。きっかけは、病院内の治療や薬物療法の限界が感じられたことで、それを克服し社会適応能力をさらに高めるには実社会での体験が必要であると考えられたためであった。実践で参考にされたのは、「地域医療」やGreenblattによる「移行階説モデル」等の欧米の社会復帰モデルであった。医療主体の社会復帰活動は急速に拡大し、1970年代に入ると、大規模社会復帰専門施設が建設されるまでになった。しかし、その後は大きく広がらず、停滞の様相がうかがえた。一方、同時期には精神保健センターや保健所などの行政機関で社会復帰活動が行われ始め、増加傾向にあった。そこでこの活動は、精神病院が主体となって行っていたような社会適応や就労を目的とするものとは異なり、仲間づくりや安心感をもたらすことを目的とするものが出現し始めた。さらに、この時代、病院でも行政でもない小規模の団体による社会復帰活動が始められようとしていた。その一つに共同作業所がある。次章では、研究対象とした3か所の共同作業所の設立過程を述べたうえで、実践がどのようなものであったかを述べる。

2. 草創期における精神障害者共同作業所設立の過程

2-1 まいづる共同作業所

まいづる共同作業所は、京都府舞鶴市にて1977年9月に開設された。開設は「舞鶴障害者共同作業所と憩いの家設置を進める会（以下、進める会）」が中心となって進められた。

進める会発足の原点は、京都府立与謝の海養護学校（以下、与謝の海養護学校）の卒業生の進路保障のための取り組みにある。与謝の海養護学校は、第一期生の卒業を控えた1971年、その年の8月に起こったドルショックのあおりを受け、決まりかけていた就職が断られるなど厳しい状況にあった。このため卒業生の教師や親たちは、進路保障に向けて、行政に対する「労働生活施設」設置の要請や、他県の共同作業所の見学などを行った。当初、共同作業所に関しては、理想的な施設と認識しながらも、経済面での厳しい運営を聞き断念し、「労働生活施設」の設置に向かっていった。しかし、行政は一向に設置する動きをみせず「やむにやまれぬ気持ちで」共同作業所作りに舵が切られることになった⁴⁴⁾。そして、1976年2月5日に進める会を発足させ、共同作業所作りに向けて本格的な話し合いが行われることになったのである。進める会のメンバーは、国立舞鶴病院精神科医長の大谷互、舞鶴市立和田中学校を退職し教え子の青年学級を開設していた城代鎮一、与謝野海養護学校の教師、福祉事務所の職員等であった。

共同作業所作りに向けての話し合いでは、当初利用対象者は精神薄弱者（児）〔ママ〕のみが想定されていた。そこへ、身体障害者も精神障害者も含む作業所であるべきとの主張が大谷よりなされた。主張に至った経緯について大谷は「始めは余り興味のなかった私（MR（知的障害）が主たる目的であったためか？）も、このような雰囲気、いわば熱気に段々と引き込まれ、意見を述べるようになったのです」と述べている⁴⁵⁾。大谷はかつて京都府立大学にて研究職に就いていた。大学でのいわゆるトップダウン方式とは違い、若い人も含めて活発に意見を出し合う雰囲気に引き込まれたのだとされる。

もっとも、大谷が精神障害者も利用対象者に含むべきとしたのは、進める会の熱気に引き込まれただけではなからう。大谷は、「病院医療から地域医療へ」「隔離的療法から社会的ふれあいを通じた社会復帰」を目指しており⁴⁶⁾、寛解状態の精神障害者が社会と接点を持つ場がないとして、仕事をする場や憩いの場が必要であると語っていた⁴⁷⁾。つまり、精神障害者の治療や社会復帰の場に関する大谷の関心は、病院内から地域に移行していたと言える。このため、社会復帰の場になるものとして地域にある共同作業所が想定されたのだと考える。ではなぜ大谷は地域に関心を向けるようになったのであろうか。

当時大谷は、国立舞鶴病院で精神科医として在職していた。進める会での話し合いが行われた1970年代半ば、国立舞鶴病院では、入院患者が画一的でマンネリ化したレクリエーションを拒否したり規則を破ったりして、患者が主体となって病棟開放化へと歩みだす状況にあった⁴⁸⁾。また、外来では、精神科の外来者数が、1965年には15人であったのに対し、1975年には4.5倍の68人と大きく増加した。これは2番目に大きい伸び率である小児科の2.4倍であり⁴⁹⁾精神科外来患者のみが著しく伸びたといえる。このような状況から、この頃の国立舞鶴病院は、病棟の開放化や「入院治療から外来治療」など変化の真っ只中であったことがうかがえる。精神障害者の治療や社会復帰をめぐる大谷の関心が地域に向くようになったのは、精神医療現場でのこうした変化に影響されたためと考える。

さて、進める会はその後、発足して間もなくの1976年3月9日に舞鶴市に対して「舞鶴障害者共同作業所と憩いの家設置に関する請願」を提出した。この請願の実現に向けて同会は、行政の関係者との幾度かの交渉や街頭募金、署名活動などを行った。請願は採択され、舞鶴市より400坪の私有地の無償貸与と設置費補助として300万円を受け取ることとなった。提供された土地は、近くに清掃工場があるのみで民家はなく草が生い茂る地で、建物は大阪から調達した中古のプレハブが使われた。

土地や建物の他、運営資金についても獲得に向けて行政への働きかけが進められた。当時京都府には、心身障害者を対象とした共同作業所に対する補助金制度があった。そこで大谷は、同様の制度が精神障害者にも適用されるよう京都府あてに請願書を作成し、1977年6月に当時の林田京都府知事あてに提出した。請願は一旦継続審

議となったものの9月の府議会で採択され、同年10月より全国で初となる精神障害者共同作業所を対象とした補助金制度が開始されることとなった⁵⁰⁾。資金調達に向けての活動は、行政への働きかけだけではなくバザーも行われ、40万円の収益を獲得することができた。

以上のような経緯を経て、まいづる共同作業所は1977年9月3日に開設された。職員は当初給料ゼロの提示に「やってみてもよい」「面白い」として承諾したといい、作業所活動は職員の献身的な熱意によって始められたといえる。開設当初の利用者は10名ですべて精神障害者であり、うち5名は入院中の病院から通っていた⁵¹⁾。また、当時は無認可であったため制度に縛られることはなく、隣県の福井県から通ってくる利用者もいたという⁵²⁾。

開所当初の活動は、掃除や話し合いが中心であったが、やがて利用者から「なんで毎日掃除なんや」「仕事がある言うから来たのに」等の声上がるようになった。これを機に職員は事業所や企業を回り仕事探しに奔走するようになる。そして、家具のダボ打ち、ポンプ部品の組み立て、蚕具の枠づくり、筆箱の部品作りなどの下請け作業が行われるようになった。ただ、下請け作業は季節によりばらつきがあるため作業が途切れることもあり、開所後半年間は仕事の確保に苦労したという。

このような困難な時期、共同作業所を支えたのは職員の尽力の他、バザーや廃品回収、街頭募金などを協力した「まいづる共同作業所友の会」や保護者会であった。これらの協力者の活動によって得られた資金は、新たな作業所作りや法人化などに繋がり、まいづる共同作業所の事業は次第に拡大されていった⁵³⁾。

2-2 みのかの家

みのかの家は、東京都豊島区にて1978年5月に開設された。設立のきっかけは、東京都豊島区にあった南大塚診療所の穂積登医師が患者のための憩いの場づくりを発想したことにある。まずは、その発想に至った経緯から述べる。

1975年に南大塚診療所を開業した穂積は、診療活動の中で、退院後に仕事が見つからないなどの理由から居場所や行く場がない状況にある患者の存在に気づくよう

になる。患者の中には毎日診療所へきて一日中過ごす人もいた⁵⁴⁾。そこで穂積は、家に閉じこもっても淋しい思いをして生活のリズムも崩れてしまうと考え、自由に行ける場として居場所をつくるという発想に至ったという。

穂積は、社会復帰の段階を踏む前に安心して居られる場所が必要であり、安心できる場であれば様々な人との関わりや話し合いを通して自由に考える力を持つことができ、それが「社会復帰する力に変わってくる」とする考えを持っていた。また、医者が医学的に指導することや、ケースワーカーが社会適応の方法を持ち出すことには否定的であった⁵⁵⁾。すなわち、穂積は医師でありながら、当時広く病院で行われていた医療関係者による訓練や段階的に社会復帰に移行するという思想に基づく病院の社会復帰活動に対しては、懐疑的な考えを持っていたといえる。みのりの家設立の関係者の一人である上野容子は、穂積について、「精神科医の中では異端児」であったと語っている⁵⁶⁾。穂積は、戦後の食糧難の経験があり、人間は食べることで生活する場、人との繋がりがあればいいという考えを持っていたという⁵⁷⁾。

上野容子もまた穂積と同様に、社会復帰の「段階説」には「アンチ」を唱えていたとして、同じ東京都内にあった世田谷リハセンでの職業訓練とみのりの家の居場所活動は「全く違う」と話す⁵⁸⁾。穂積と上野はかつて東京都小平市にあった松見病院で共に勤務していた。その小平市には、小平・東村山精神衛生業務連絡会（以下、業務連絡会）があり、地域精神衛生の課題についての話し合いや学習会が活発に行われていた。上野は、この業務連絡会に参加しており、そこでの医師との出会いや活動を通して学んだことが仕事の原点になっていると話す⁵⁹⁾。そこで、みのりの家創設の関係者のルーツともいえる業務連絡会について一旦確認しておきたい。

業務連絡会は、東京都小平市にあった松見病院の徳永順三郎医師の発想を基に1969年に発足した。徳永医師は、患者を病院内で「通りいっぺんの治療をして退院させるのはナンセンス—収容所の変形に過ぎない。予防とアフターケアを含めて一貫した治療をすすめるためには、病院の手が届く地域内で医療を手掛けるべき」という考えを持っていた。この考えに、同病院のPSWや小平福祉事務所のケースワーカー、保健所の職員らが賛同し、日常業務における課題についての話し合いが進めら

れていった。初期の活動は事例検討や学習会で、テーマは患者とのかかわり方や働きかけ、病気に関すること、家族会、精神病院における老人をめぐる問題、精神障害者の歯科医療の問題などであった。やがて会合を続けるにつれ、関係者間での学びや連携が深まり、学習会だけにとどまらず、家族会結成など様々な活動に関与するようにもなった⁶⁰⁾。この状況から、業務連絡会には、精神障害者支援における課題を病院での治療という枠組みにとらわれず、自らが解決に向けて活動する気風があったと考える。

さて、穂積の発想を基に業務連絡会での活動にかかわったメンバーによってみのりの家の活動は始動した。活動の場所は、JR山手線の大塚駅近北口近くのビルの一階部分で、穂積が自転車でめぐって見つけたという⁶¹⁾。建物を借りるにあたり、穂積の名義で診療所の分院としなければ借りられなかったため、「南大塚診療所分院」としてスタートした⁶²⁾。当初は精神科デイケアの認可を受けて制度を利用することを考えていたが、職員配置や設備などの面で認可基準を満たすことが出来なかった。また、利用にあたっては、誰でも気軽に利用できることとしていたため、利用者の負担は低額に抑えた。このため、必要経費は開設から2年間は穂積の自己資金でも賄われた。

一方で、補助金の要望のために都庁へいくどとなく通った。そのなかで、豊島区役所の担当者より、運営を精神薄弱者〔ママ〕と身体障害者からなる「心身部」と、精神障害者を対象とした「精神部」に分けて行うよう助言があった。こうすれば心身部に対して東京都の心身障害者通所訓練費用補助制度が受けられるようになるという助言であった。この他役所からだけでなく、障害者団体や区会議員からも様々な助言を受け、施設の運営は進められていった⁶³⁾。

みのりの家の活動は、南大塚診療所で行われていたグループ活動「チェンジス」の流れを汲んだ。チェンジスとは「よもやま話をしながら共通の話題を拾い上げていく会⁶⁴⁾」で、参加者には、精神医療の関係者からエンジニアや営業マンなど様々な立場の人々がいた⁶⁵⁾。活動の進め方は、スタッフがあらかじめ活動内容を決めて提供するのではなく、その日集まってきた人たちでその日に行うことを決めて一日を過ごす、といった具合であった⁶⁶⁾。

活動内容は、料理、革細工などの趣味の活動やクリスマス会などの季節行事、話し合いなどであった⁶⁷⁾。

このような活動を続けるにつれ、やがて安定して通所しているメンバーより「毎日こんなにのんびりしていたのでは張り合いがない。かと言って外で就職といっても自信がない。ここで作業の真似事でもできませんか」と作業の要望が提案されるようになった⁶⁸⁾。そこで軽作業導入に向けての検討が重ねられ1979年10月より袋貼り作業が開始された。以降、次第にレクリエーションよりも作業活動を行う割合が大きくなっていったのであった⁶⁹⁾。

2-3 くるみ共同作業所

くるみ共同作業所は、静岡県浜松市にて1977年7月に開設された。設立の発端は、浜松中央神経科で行われていたサークル活動にある。浜松中央神経科は永井哲医師が始めた精神科の診療所であった。そこで、まずは浜松中央神経科の開業からサークル活動が始められるまでの経緯から述べる。

永井哲には、病院の勤務医時代に、肺結核を合併した高齢精神病患者の受け入れ先を探すにあたり、近隣には受け入れ先がないため隣接県の病院に受け入れてもらった経験があった。この経験を通し、「地域に対する情けなさ」と、「患者のためにしてあげられることが医者への使命である」と自負してきたにもかかわらず「何もしてあげられない」という2つの思いに直面した。このため「“地域”を目指し」て浜松中央神経科を開業したという⁷⁰⁾。開業にあたっては、地域住民からの反対もあったが、なんとか納得を得て1973年10月に開業した⁷¹⁾。

開業後、永井哲は診察が終わってもなかなか帰らない患者がいることに気づく。毎日弁当を持って通う患者や、診察を受けるのではなくただ時間をつぶしに来ただけという患者もいたという⁷²⁾。いつの間にか待合室は患者同士や病院職員を相手に将棋やゲームなどを行う場に化していった⁷³⁾。患者の「活動」は次第に拡大しソーシャルクラブ化していく。これにともない、永井哲は1974年12月に友の会「くるみ」を発足させたのであった⁷⁴⁾。

くるみの活動は、浜松中央神経科のデイケア活動として位置づけられ、活動の牽引役には永井哲の弟の永井昭があたることになった⁷⁵⁾。「くるみ」という名の由来は、

当時精神障害であることを苦にして死を選択する人が少なくない状況の中で「世の中の“苦しみ”から“死”をなくそう」とする主旨に基づいているという⁷⁶⁾。

永井哲が「治療」を行う場である診療所で「サークル活動」を始めたのは、勤務医時代に次のことを痛感したためでもあるという。1つは、家庭の事情のために入院せざるを得ない患者が少なからずいるために、病院の使命が果たせず病院機能が麻痺していると感じたこと。さらに、患者は入院中には毎日手厚い看護が受けられるが、退院したその日から病院に代わる拠り所がなくなり、これが再発や再入院の大きな原因になっているのではないかと、この思いであった。これらの気づきを通して、病院がすべての問題を背負うべきではない、社会復帰が機能するのは病院だけではなく地域であり、地域社会の中に患者の拠り所となる場があるべき、との思いに至ったという。

くるみのサークル活動では、将棋や手芸、スポーツなどの趣味の活動や、芋煮会などの定例会が行われた。活動の場所は診療所の片隅であり、空いていれば病室も使われた⁷⁷⁾。1976年4月には、関係者より提供された空き地で農作業が行われるようになり、これが作業所作りへ向かう流れとなった。また、同時期、「患者・家族と医者の会」が発足し、同じ市内の家族会や保健所などとの交流事業も行われるようになった⁷⁸⁾。なお、この頃の活動は、皆が持ち寄って集めたものや、「飲み屋に設置した一円募金」で賄われるのみであった。このような窮状であったため、永井昭の給料はゼロであったという⁷⁹⁾。

活動は広がりを見せるとともに組織化され始め「くるみ」の法人化を望む声が高まるようになる⁸⁰⁾。これを受けて永井哲は法人化に向けて県や市に何度か足を運ぶようになる。ところが福祉的な事業を行いたいと言えば、担当者からは精神薄弱者〔ママ〕なら受け付けるが精神病患者は範囲外だから精神衛生課へ行くように言われ、医療担当者からは、「福祉は管轄外、病院にすればできるでしょう」など言われ、ことはすんなりとは運ばなかった⁸¹⁾。

法人化が進められる一方で、活動の場がいよいよ手狭になり、診療活動がストップ寸前という状況になった。このため、永井哲の自宅の一部を活動の場として開放することになる。1階8畳の居間、2階4畳半の夫婦部屋、

6畳の子ども部屋は、それぞれ作業室、寮、憩いの場となった。そしてこれを機に「復泉会くるみ共同作業所」が開設されたのであった。所長には永井昭が任命された。「復泉会」の名は、「そこに行けばオアシスに代わって患者がホット一息つける」という意味が込められているという⁸²⁾。

くるみ共同作業所における初期の活動は、日常生活における機能訓練とされ一定の規律はあったものの自由に利用でき、あくまで「地域におけるオアシス」の提供とされた⁸³⁾。作業活動はいくつかのグループに分かれて行われ、集中作業組、気の向いたときに顔を出し一息ついては出ていく“とまり木組”、作業時間より喫煙時間が多い“デコイチ組”などがあった⁸⁴⁾。通所対象者は、当初精神障害者のみに限られていたが、地域のニーズに応じて必然的に障害の種別は限定されなくなった。作業所開設翌年の1978年には、利用者の作業意欲や経済意欲の高まりを受け、診療所の中庭に1.5坪ほどの手作りの作業小屋を建てて印刷機を設置し、印刷事業が開始された⁸⁵⁾。

作業所が開設された一方で、法人化はまだ準備段階にあった。法人格が取得できずに資金不足が続くなか、活動は永井昭の他、多くのボランティアによっても支えられた。永井昭は他県から移住してきたこともあり、仲間づくりを目的として地域のボランティア活動に参加していた。ボランティア仲間は永井昭が行うくるみの活動に興味を示し手伝うようになり、リクリエーションの準備の他、作業の遅れを取り戻すことにも関わった⁸⁶⁾。いわば、ボランティアはくるみの活動になくはならない存在であったといえる。

その後、1980年頃よりいくつかの助成金を得て⁸⁷⁾ 事業は次第に拡大されていったのであった。

以上3か所の設立過程から、共同作業所の実践は次のようにまとめられる。草創期の精神障害者作業所は、地域で暮らす精神障害者のための居場所づくりの発想を基に設立が進められた。この発想は精神医療関係者によるものであったが、設立や運営、そして利用者との活動は、様々な立場の人の協力により進められた。この点において、医療関係者のみが関わった社会復帰活動とは異なり、共同作業所の実践は一般市民も関わる「草の根活動」で

あったことが指摘できる。

また、精神医療主体の社会復帰活動では、地域医療やGreenblattの段階モデル等の欧米の考え方に依拠した、いわばシナリオに沿って行われた実践であったといえる。一方で共同作業所の実践では、依拠した思想モデルは見当たらない。加えて法的根拠もないため、資金調達や運営の方法についても依拠するものがなかった。これらのことから、共同作業所における実践は「シナリオのない実践」であったといえる。

以上のことから、草創期の共同作業所の実践は、病院主体の社会復帰活動とは異なる実践であったといえる。

3. 草創期の精神障害者共同作業所における思想

本章では、精神病院における社会復帰活動を踏まえ、草創期の共同作業所における実践の基となっている思想を検討した。その結果、以下の事項が導き出された。なお、本稿ではいわゆる思想の語義を広義で捉え、作業所設立に関わる理念や援助体系全体を「思想」という言葉で代表させている。

1つ目は、精神障害者の社会復帰に向けた課題を地域で解決しようという思想である。いわば「地域志向」とも呼べるこの思想は、当該時期においては、精神医療界全体に共有されていた。1960年代より始まった精神病院での「新たな」社会復帰活動は、地域こそが社会適応能力を高めるという考えの下、病院外で行われるようになった。一方で、精神障害者共同作業所の設立にあってもこの思考があったことが指摘できる。例えば、まいづる共同作業所の太谷互医師は、精神障害者の社会復帰には社会との接点が必要として、その場を地域にある作業所に託した。また、くるみ共同作業所の永井哲医師は、社会復帰が機能するのは病院だけではなく地域であるとしていた。

ただし、社会復帰活動を行う場としての「地域」の捉え方は精神医療界と共同作業所の関係者とは異なる。前者は地域を「治療や訓練の場」としていたのに対して、共同作業所の関係者は地域を「憩いの場」「安心して居られる場」「拠り所」となる場と捉えていたのである。これは、社会復帰活動の在り方に対して、共同作業所の

関係者が、主流とは異なる、いわば「オルタナティブな思想」を持っていたためだと考える。具体的には、次の2点の思想が挙がる。

その1つは「共同」の思想である。精神病院主体の社会復帰活動は、社会適応や就労のための訓練であり、医療関係者と患者との関係性はパターンリスティックなものであったといえる。これに対し共同作業所の活動は、メンバーと一緒に考え行う活動方式であった。また、設立や運営面では、地域の様々な立場の人が参加する草の根活動でもあった。このようなかたちの実践は、一緒に行うとする「共同」の思想に基づくものであるといえる。

もう1つには「創造的な思想」を挙げたい。精神病院主体の社会復帰活動は、欧米の思想に依拠したシナリオに沿った実践であったのに対し、共同作業所のそれは、依拠した思想モデルや運営の法的根拠もない「シナリオのない実践」であった。そして実践に関わったのは、精神医療の関係者だけではなく、共同作業所や精神障害者の支援に関しては専門外の人々もいた。これらの人々は、話し合いによって運営や活動の方法を創造していった。つまり、共同作業所の実践は、既存のアイデアではなく「創造的な思考」に基づくものであったといえる。

以上から、草創期の精神障害者共同作業所の設立に導いた実践と思想は次のようにまとめられる。草創期の精神障害者共同作業所は、精神障害者の社会復帰にむけた対応を地域で行おうとする思想を起点に設立が目指された。この思想は、当時精神医療関係者に広く共有された思想であったが、社会復帰活動のあり方に対する思想は精神医療の主流とは異なった。すなわち、主流が欧米の思想に沿ったのに対し、共同作業所は「共同」や「創造的な思想」を内容とする「オルタナティブな思想」に依拠した。この思想を起点に、共同作業所の実践は精神医療主体の実践とは異なるものになった。そして、その実践が、こんにち数ある就労支援事業に繋がっている。

換言すれば、精神障害者の社会復帰活動のあり方に対する「オルタナティブな思想」が、医療から福祉的活動への分岐点になっているといえる。

おわりに

本稿では、草創期に設立された3か所の精神障害者共同作業所を研究対象に論じてきた。しかし、冒頭で示した通り草創期である1970年代に設立されたところは、この3か所の他に21か所ある。このため、全体的な傾向を見出すためには、別の共同作業所についても調査を行う必要があり、今後の課題に挙がる。

謝 辞

本研究の遂行にあたり、共同作業所関係者の方には大変貴重なお話を聞かせていただきました。深くお礼申し上げます。なお、文中ではすべての方の敬称を省略いたしました。

文献と注

- 1) 藤井克徳 (1987) 「共同作業所の現状と課題」『心と社会』47, p45-50
- 2) 全家連 保健福祉研究所編 (1997) 「精神保健地域活動の現状と課題～'95年グループホーム・小規模作業所・社会復帰施設基礎調査報告書～」『保健福祉研究所モノグラフNo. 16』全国精神障害者家族会連合会, p62-63
- 3) 日本知的障害福祉連盟 (2003) 『発達障害白書—2004年版—』日本文化科学社, p152-153
- 4) 1970年代に補助金事業を開始した自治体は京都府, 山口県, 京都市の3か所のみ。共同作業所全国連絡会全国事務局(1986) 『小規模障害者作業所等関係地方自治体補助金制度一覧・要綱集61年版』共同作業所全国連合会, p693
- 5) 橋本明他 (1988) 「東京都における精神障害者共同作業所の変遷とそのあり方について」『日本公衆衛生雑誌』35(5), p255-261
- 6) 橋本 明 (1990) 「「広がり」の構造—東京都における精神障害者共同作業所の展開過程の分析」『人文学報 社会福祉学』7, 東京都立大学人文学部, p75-87
- 7) 黒田隆男 (1986) 「共同作業所と精神障害者の社会復帰—共同作業所における精神科医の役割—」『障害者問題研究』44, p23-32
- 8) 谷中輝雄, 田口義子他 (1977) 「一民間機関における精神衛生活動—やどかりの里の経過と現状—」『精神医学』19(8), p89-95
- 9) 浅野弘毅 (2000) 『精神医療論争史—わが国における「社会復帰」論争批判—』批評社, p5
- 10) Greenblatt M (1959): *The Rehabilitation Spectrum in* Greenblatt M, Simon B (eds.): *Rehabilitation of the Mentally Ill-Social and Economic Aspects*, American Association for the Advancement of Science, Washington D.C., p18
- 11) 加藤伸勝 (1962) 「慢性分裂病の社会復帰の試み—その可能性と限界—」『精神神経学雑誌』64 (9), p913-920
- 12) 蜂矢英彦 (1977) 『精神分裂病の治療と社会復帰』金剛出版, p27-34
- 13) 羽田 忠 (1979) 「病院を中心とした地域精神衛生活動」『公衆衛生』43(3), p164-168
- 14) 小林八郎(1962)「日本における精神障害者の社会復帰の現状」『精神神経学雑誌』64(9), p903-913
- 15) 西尾友三郎他 (1968) 「社会療法を受けた分裂病者の退院抑制に関する個体的要因について」『病院精神医学』21, p1-16
- 16) 高橋清彦他 (1968) 「いわゆる「中間施設」(あけぼの寮)の試み」『病院精神医学』23, p11-21
- 17) 蜂矢英彦 (1983) 「精神科リハビリテーションの20年—病院内リハビリテーションからコミュニティ・ケアへ—」『リハビリテーション医学』20(4), p261-265
- 18) 大谷藤郎 (1982) 『一樹の蔭』日本醫事新報社, p43-44
- 19) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編 (2000) 『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規, p154
- 20) 加藤正明 (2000) 「精神衛生法の制定からの10年」, 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編『精神保健福祉行政のあゆみ』中央法規, p48-51
- 21) 日本精神神経学会精神衛生法改正対策委員会 日本精神衛生学会 (1964) 「(日本語訳) 精神病・精神薄弱に関するケネディ大統領教書 (Message from the President of the United State relative to Mental Illness and Mental Retardation)」『精神衛生』92-93, p9-16
- 22) 大谷藤郎 (1982) 前掲, p47-49
- 23) 日本精神神経学会 (1964) 「全面改正のために」第6号 (岡田靖雄編 (2018) 『精神障害者問題資料集成 戦後編 第1巻 精神衛生法とライシャワー事件』六花出版, p64-65所収)
- 24) 江熊要一他 (1968) 「精神障害者の社会復帰促進のための施設について—日本精神神経学会「中間施設に関する小委員会」案—」『病院地域医学』24, p1-6
- 25) 小澤 勲 (1979) 「「精神衛生社会生活適応施設」(厚生省案)の批判的検討」『精神神経学雑誌』81(11), p709-721
- 26) 保崎秀夫 (1969) 「精神障害回復者社会復帰センター設置要綱 (厚生省案) についての要望書」『精神神経学雑誌』71(12), p1334-1335
- 27) 加藤伸勝 (1972) 「中間施設問題を討議するに当たって」『精神神経学雑誌』74(3), p254-259
- 28) 蜂矢英彦 「社会復帰医療施設における精神衛生活動」『公衆衛生』43(3), p175-178
- 29) 田中英樹 (1982) 「社会復帰施設—ホステル活動を中心にして—」, 増野 肇, 近藤喬一編 (1982) 『精神衛生活動の実際』金剛出版, p146-180
- 30) 蜂矢英彦 (1977) 前掲, p106-108
- 31) 田中英樹 (1982) 前掲, p146-180
- 32) 蜂矢英彦 (1979) 「社会復帰医療施設における精神衛生活動 東京都立世田谷リハビリテーションセンター」『公衆衛生』43 (3), p175-178
- 33) 蜂矢英彦・谷中輝雄 (1987) 「地域における受皿づくり 対談 東京都のネットワークづくりの試み」『精神障害と社会復帰』7(1), p4-21

- 34) 蜂矢英彦 (1979) 前掲, p175-178
- 35) 浅野弘毅 (2000) 前掲, p89
- 36) 日本精神神経学会社会復帰問題委員会 (1984) 「行政機関における精神障害者に対する「集团的働きかけ」の現状」『精神神経学雑誌』86(3), p204-211
- 37) 石原幸夫「精神衛生センターの過去と将来—20年の歩みをふりかえって—」<https://www.zmhwc.jp/pdf/history/historyall.pdf> (最終確認2020.10.17)
- 38) 渡辺 真, 石原幸夫 (1977) 「精神衛生センターにおけるデイ・ケア—神奈川県精神衛生センター—」, 加藤正明, 石原幸夫編 (1977) 『精神障害者のデイ・ケア』医学書院, p162-175
- 39) 諸沢洋子他 (1994) 「保健所社会復帰活動, 受療相談と「生活の場」—自主研究会 (「4木C・C」) からの問題提起」『公衆衛生』58(1), p36-38
- 40) 田中英樹 (1994) 「保健所デイケアとは」, 全国精神保健相談会編『保健所デイケア』萌文社, p9-27
- 41) 大平常元 (1978) 「保健所, 市役所, 町村役場で行われている精神障害者に対する「集团的働きかけ」の現状」『精神衛生センター紀要』6, 宮城県精神衛生センター, p1-24
- 42) 佐々木雄司他 (1977) 「病院外における精神障害者社会復帰活動の現況—全国調査 (1976) をふまえて」『精神医学』19 (8), p776-795
- 43) 谷中輝雄, 田口義子他 (1977) 前掲, p89-95
- 44) 与謝の海養護学校「地域と共に」編集委員会 (1984) 『「地域と共に」—よさのうみが地域と共にきづいてきたもの』与謝の海養護学校「地域と共に」編集委員会, p5-9, 66-78
- 45) まいづる福祉会 (2007) 『「愚直に」—まいづる共同作業所30年のこころ—』社会福祉法人まいづる福祉会, p3-5, 2-3
- 46) まいづる福祉会 (2007) 前掲, p8-9
- 47) 2019年5月18日に筆者が行った大泉邦暉氏, 新谷篤則氏に行った聞き取りによる。
- 48) 時岡雅一 (1983) 「画一から個々に目をむけた看護への過程」『病院地域精神医学』74, p42-49
- 49) 大谷 互 (1979) 「B. 地方型病院」, 加藤伸勝編『社会精神医学の実際1 精神障害者との出会い』医学書院, p130-149
- 50) まいづる福祉会 (2007) 前掲, p5-6, 3-5, 2-3, 9-10
- 51) まいづる福祉会 (2007) 前掲, p3-5, 8-9, 124
- 52) 2019年5月18日に筆者が大泉邦暉氏, 新谷篤則氏に行った聞き取りによる。
- 53) まいづる福祉会 (2007) 前掲, p74-79, 160-171, 3-4, 79-80
- 54) 上野容子, 穂積 登, 向 貞江 (1999) 「福」豊忠会／ハートランドを訪ねて てい談 出会い, 共感し合って活動が始まる—福) 豊忠会／ハートランドの原点—」『響き合う街で』No. 9, p15-29
- 55) みのりの家 (1983) 『出会いの輪を広げて』創刊号, みのりの家, p4-5
- 56) 2019年9月17日に筆者が上野容子氏に行った聞き取りによる
- 57) 上野容子, 穂積 登, 向 貞江 (1999) 前掲, p15-29
- 58) 2019年9月17日に筆者が上野容子氏に行った聞き取りによる
- 59) 上野容子, 穂積 登, 向 貞江 (1999) 前掲, p15-29
- 60) 小平・東村山地域精神衛生業務連絡会編集委員会編 (1976) 『地域精神衛生活動のあゆみ』地域精神衛生業務連絡会, p5-19, 24-26
- 61) 2019年9月17日に筆者が上野容子氏に行った聞き取りによる
- 62) 上野容子, 穂積 登, 向 貞江 (1999) 前掲, p27
- 63) みのりの家 (1983) 前掲, p17-31, 39-44
- 64) 2019年9月17日に筆者が上野容子氏に行った聞き取りによる
- 65) 上野容子 (1999) 「当事者の生活支援における各専門職種の主体性と連携のあり方: 現状における問題点」『精神障害とりハビリテーション』3(1), p14-17
- 66) 上野容子 (1988) 「地域で生きることの模索—精神衛生法「改正」の波の中で— 発題Ⅲ みのりの家・若草の家の活動から」『臨床心理学研究』25(4), p47-50
- 67) みのりの家 (1983) 前掲, p17-33
- 68) 上野容子 (1998) 「精神障害者の社会参加を支援する活動の意味—ハートランド・(福) 豊忠会の地域活動から—」『心と社会』93, p98-105
- 69) みのりの家 (1983) 前掲, p17-31, 45-48
- 70) 永井 哲 (1983) 「地域精神衛生活動の実際」『しずおか精神衛生』28, p26-31
- 71) 永井 哲 (1981) 「国際障害者年に因んで精神障害者の社会的条件を抉る (上)」『月刊福祉』64 (2), p61-65
- 72) 2019年7月29日に筆者が永井昭に行った聞き取りによる
- 73) 永井 哲 (1983) 前掲, p26-31
- 74) 永井 哲 (1989) 「精神障害者の家族に今, 何が求められるか」『しずおか精神衛生』33, p51-55
- 75) くるみ共同作業所編 (1987) 「はじめの一步」くるみ共同作業所, pV-3, V-11
- 76) 永井 哲 (1983) 前掲, p26-31
- 77) 永井 哲 (1977) 「法人化目指して地域精神衛生会復泉会の発足」『しずおか精神衛生』22, p20-24
- 78) くるみ共同作業所編 (1987) 前掲, pV-11
- 79) 2019年7月29日に筆者が永井昭に行った聞き取りによる
- 80) 永井 哲 (1977) 前掲, p20-24
- 81) 永井 哲 (1987) 「共同作業所の役割・機能」『しずおか精神衛生』31, p67-62
- 82) 永井 哲 (1983) 前掲, p26-31
- 83) 永井 哲 (1978) 「精神障害者の社会復帰に必要な地域活動—地域精神衛生会“復泉会”の試みから—」『月刊福祉』61 (1), p90-92
- 84) 永井 昭 (1990) 「くるみ作業所はいま」『しずおか精神衛生』34, p44-47
- 85) 永井 哲 (1983) 前掲, p26-31
- 86) 永井 昭 (1990) 前掲, p44-47
- 87) くるみ共同作業所編 (1987) 前掲, p V-12, IV-11