

# 沖縄における精神保健

## －先駆者たちの教え－

久 貝 興 徳

### はじめに

沖縄における精神保健の歩みは、決して平坦なものではなかった。その歩みの文献を読む度にその時代時代の先駆者達の失望、悲しみ、怒り、熱意、粘り強さ、そして人間の尊厳を感じた。私自身精神保健に携わりながら日々の業務に追われ、精神保健の歴史に目を向けることが出来なかった。いや、しなかった。精神科ソーシャルワーカーとして精神障害者を援助するなかで、真の援助とは何かと問いただしてきたが、空回りが多く、壁を感じていた。今回、沖縄における精神保健を振り返り、精神保健の歴史を築いてきた先駆者達の証言やレポートを目にすることによって、自分自身の援助者としての方向性を再確認したいと思い、このレポートをまとめる。それと同時に、今後、精神保健専門職をめざす方に、一つの見方と知識として利用していただけたら幸いである。このようなレポートは、私のようなものがまとめるには、大きすぎるテーマというのは、理解している。可能な限り偏りのない見方でまとめる努力をしたが、知識の足りない点は、ご理解願いたい。

### レポートの内容

沖縄における精神保健のデータを精神保健に貢献してきた方々の証言やレポートと比較して考察してみる。実際のデータは、何を意味しているのか、その背景にあった出来事とは何なのかを確認していく。発表されているデータに統一性が見られないこともあったが、その際は、出来るだけ複数のデータから妥当性の高いデータを利用した。そして、最後に、精神科ソーシャルワーカーとしての自分の経験から見てきたことを記した。精神保健の背景の理解には、島成郎先生の考察を多く利用させていただいた。2000年10月17日に逝去された島成郎先生については、福の木診療所の知念襄二先生が2000年10月21日付けの沖縄タイムスでの「島成郎先生への追悼と感謝」から紹介したい。「島先生は昭和43年、当時医療事情が貧困だった沖縄へ厚生省派遣医師として精和病院に赴任した。以来、病院勤務医として、また保健所嘱託医として、病院と地域を結ぶ医療の継続性と責任性を一貫して追及した。それは沖縄の精神医療全体の底上げに大きく寄与したと思うし、全国的にも注目された。私たちの沖縄に、そうした地域精神医療の前史があったことを誇りとし、志半ばにして倒れた島先生の思いが共有されていくことを願う。」本文中では、島成郎先生が生前に使用していたように身体・知的・精神症状に苦しむ人を「障害者」と表示せず「障碍者」とする。その理由は、障害者の「害」という字が社会的偏見を象徴していることにある。「害」は「害する」というイメージがある。本来のガイは、障碍物の「碍」だとのことである。生きて行く上で若干の差しさわりのある人、そういう意味での「障碍者」と表していたが、いつの間にか「害毒を流す人」のような印象の字に変えられたとのことである（中川・藤澤 2001:203）。自分自身、障碍者に対して尊厳の気持ちを持って接するのを思い起こす意味でもこの字を使用したい。

## 1. 沖縄における精神保健のながれ

### <戦後から1960年代>

日本の近代医療の中で、精神病対策は1900（明治33）年に公布された精神病患者監護法、1919（大正6）年に公布された精神病院法の二つの法律で行われてきた。しかし、上記の法律により、精神障害者を私宅監置することが承認された形になり精神障害者に対する偏見が大きくなった。

1945（昭和20）年6月に捕虜の身であったが、旧日本軍医団（軍医6名と衛生兵20名）が沖縄の野戦病院（正式名称：アメリカ軍政府G-6-54病院）に到着した。そこでアメリカ軍の助けを求めない沖縄戦で傷ついた人々の治療活動に携わった。その軍医の一人、清水純一氏の証言の中に、沖縄での初期の精神医療の様子が描かれている。

「精神病棟の患者は、ほとんどが栄養失調を合併している重度の精薄者が多く次に分裂病で神経症は以外に少なかったと記憶しています。（中略）持続浴（持続的温浴によって各種精神疾患の興奮状態を鎮静する治療法。今日では、この療法は、まったく行われていない。）の変形とでもいいでしょうか、シーツ四、五枚を水で湿めし興奮患者を裸にして首から下にミイラでも作るように巻き付けその上に更に毛布を四、五枚巻いたものです。初めは冷たさに多少震えていた患者も体温と毛布の為、しばらくすると手頃な温かさとなり気分も良くなるのか鎮静効果が十分に認められました。面白い方法ですが物資が豊富でなければとても出来ないと思われそう考えたものでした。」（吉川 1979:258-259）

治療内容は、十分と言えないが、アメリカ軍の野戦病院の中で精神科医による沖縄での精神医療が始まる。吉川武彦氏は、「米軍によって精神科の医療がもたらされたという事実を沖縄県民、なかんずく沖縄の精神障害者とその家族、沖縄の精神科医療関係者は忘れてはならないと思うのである。」と述べている（吉川 1979:40）。

その後も、アメリカ軍の整備計画に助けられ、1946（昭和21）年になって宜野座に二十床の病棟が出来た。それまで、精神病床を有する病院は、全くなかった（1945年の時点で沖縄の精神科病床数は0、全国精神科病床数は約2万5000であった）。

本土では1950（昭和25）年に公布された精神衛生法により、上記の二つの法律は破棄され、精神障害者の医療と保護が日本全土において開始された。しかし、米軍統治下にあった沖縄にはその法律は、適用されず、10年遅れて、本土の精神衛生法に倣い、1960（昭和35）年に琉球政府の精神衛生法が初めて公布され行政が動いて行くことになる。精神病患者監護法及び精神病院法は、警察行政の濃い法律であったため、精神病患者の把握は、全て警察が行っていて、私宅監置にしても警察に届けて許可を得るといった形が続いていた。その法律が、沖縄では1960（昭和30）年頃まで適用されていたことになる。先島諸島では、さらに長く続いた。（島 1988:184-185）

### <1960年代から1970年代>

1960（昭和35）年を境に沖縄の精神医療もようやく病院を中心とした精神医療へと動き出す。しかし、1970（昭和45）年頃まで、病院はできたが、病院の体制は不十分で、全病院を合わせて、精神科医が十人程だった。又、精神衛生法は公布されたが、財政面が整わず、措置となった患者でも、半年も放置されるケースが多数あった。また、健康保険法がほとんど適用されていなかった当時、高い入院費の問題は、非常に深刻であった。

沖縄の精神医療の大きなポイントに1966年に行われた「沖縄精神障害者実態調査」がある。その調査で、精神病の有病率が本土の二倍（沖縄：人口千対25.7、本土：人口千対12.9）、特に精神分裂病（現統合失調症）の割合が著しく多く、また、生活能力の調査から沖縄の精神障害者の精神症状は、全体として本土の精神障害者の症状よりかなり重いとの調査結果が出た。これらの結果は、沖縄における精神医療の未発達によって放置さ

れている精神障害者が多いという点とも関係があるとその調査団の団長である中川四郎氏によって考察された。

また、戦後27年に及ぶアメリカの統治は、基地に依存した輸入にたよる沖縄の経済構造を形成し、社会保障の点では、きわめて取り組みが立ち遅れた状態を招いた。これらの影響は精神障害者が経済的貧窮と深く結びついているとの結果と関連づけられ、その対策には医療の充実とともに社会福祉的観点からの対策が特に重要であるとの感想が述べられている。中川四郎氏は、最後に「かつて呉秀三は日本の精神障害者が医療の恩恵を蒙ることはなほだ乏しく、この病に得た上にわが国に生まれたという二重の不幸を負っていると歎いたが、実に沖縄の精神障害者は沖縄に生まれたという三重の不幸を背負っているものと称しても過言ではないであろう。われわれは一日も早く沖縄が本土に復帰し日本国民として等しく医療保護を受けられる日の来ることを心から願うものである」と述べた。(中川 1970:34)

1960年～1970年頃、本土では、精神病院ブームが起こった。日本の高度成長時代も始まった。その10年で日本の社会構造というものが非常に大きな変化を遂げる。農業人口の減少、過疎と都市の集中化、核家族化等、色々な面での社会構造の大きな変化が進む中で、精神病院も、この時期に高度の成長を遂げた。病床数も一挙に二倍半くらいになった。この異常な増加の背景には、財政的側面での裏付けがあった。この時期、又、国民皆保険制度の導入によって医者にかかりやすくなった。それに加え、薬物療法の発展は目覚しかった。

沖縄社会も1968(昭和43)年頃、米国の統治から、日本の統治へと徐々に移行し、財政援助が日本政府によってなされるようになった。この日本政府援助によって措置費の予算ができ、措置入院患者数が増加した。そのようなことを反映してか、沖縄の精神科病床数が大幅に増床する。その中で1972(昭和47)年の「復帰」を迎える。復帰後、精神科病院の数、精神科病床数、医師の数が急増する。1972(昭和47)年4月には、精神障害者の医療に関する特別措置が政令に従って定められた。この特別措置は、入院、通院ともに琉球政府の精神衛生法に定められたとおりに行なうとのことだった。これが本土復帰後、「マル特」制度と呼ばれ、入院費・外来費ともに公費で負担することが沖縄県に特例として設けられ、現在も続いている。

精神保健対策は、一貫して障害者を社会にとって危険なものとし、患者自身の意思を無視して社会から隔離、病院に収容するというものだった。このような医療や病院を何とか改善したい、精神の病気に罹ってもよりよい治療を受けられ、また、たとえ病を持ち、日常の生活を過ごす上で若干の障害があっても、普通の人のように地域社会で生活できるようにということは、患者・家族・医療者の共通の願いだった。

#### <1980年代から1990年代>

1980年代に入り、各地で小さいながらも心を一つにした集まりができ、粘り強い努力が続けられた。そのような努力・願いが国の政策に届くようになった。

1984(昭和59)年3月、栃木県の報徳会宇都宮病院で入院患者2名が看護職員の暴行によって死亡する事件があった。この宇都宮事件は、国内のみならず広く海外でも報道され、国際的批判が高まった。こうして国際法律家委員会と国際保健専門職委員会の合同調査団が来日した。その調査の結果、1987(昭和62)年、精神衛生法は、精神保健法に改正され、患者の人権尊重と社会復帰が謳われた。その様な流れの中、沖縄でも1982(昭和57)年に活動を開始し、諸般の事情により1986(昭和61)年に解散した沖縄県立精神障害者家族連合会(会長：山川勝三)の後に、中央、コザ、名護、宮古など各保健所を中心に独自の活動を行ってきた7家族会(会員159人)が1988(昭和63)年、沖縄県精神障害者家族会連合会(初代会長 山里八重子)、後の沖縄県精神障害者福祉会連合会(沖福連)として結成した(沖縄県精神障害者福祉会連合会 1999:43)。

1993(平成5)年には、障害者基本法が改正され、精神障害も身体障害、知的障害などと同列に置かれるようになり、これに基づいて1995(平成7)年には、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(通称：精神保健福祉法)が施行され、これまでの改正に加え、精神保健福祉手帳制度の創設など精神障害者の社会復帰のための

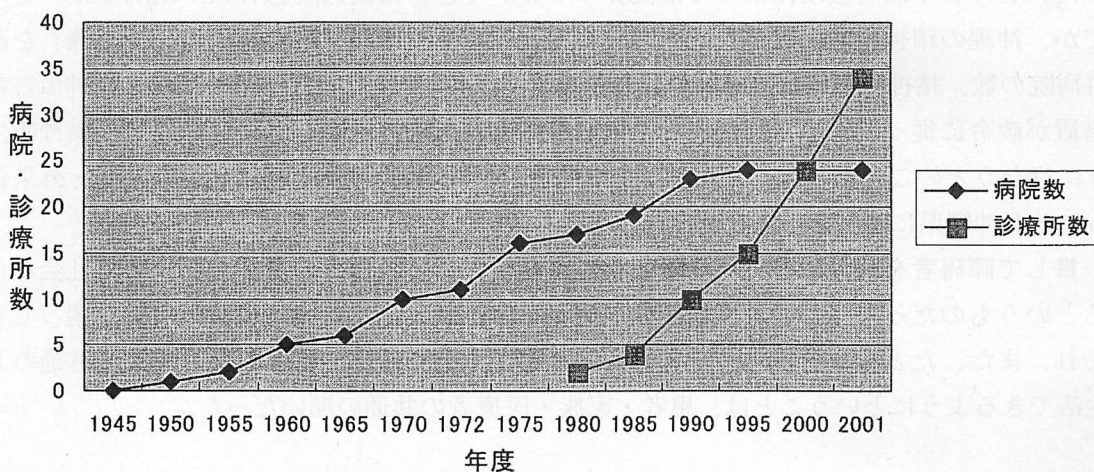
福祉施策の充実及び、精神保健指定医制度の充実など精神科病院等でより良い精神医療が受けられるように改正がなされた。

沖縄でも精神科病院から施設へ、施設から地域へと精神保健の流れは、ゆっくりだが確実に変わってきた。多くの病院が開放医療とともに地域医療を唱え、デイケア・援護寮・作業所・グループホームなどの社会復帰に取り組み始めた。地域でも家族会や患者会が結成され、小規模作業所も次々と作られていった。保健所とともに市町村でもデイケアなどの支援活動が広がっていった。1998（平成10）年に精神保健福祉士法が制定され、精神障害者の保健及び福祉に関する専門知識及び技術を持って精神障害者が社会復帰に関する相談援助を行なう者として精神保健福祉士の資格制度が創設された。同年、障害者自身が、仲間をつくり自分たちの手で堂々と社会に訴えながら自立のための活動を始め、沖縄県精神障害者連合会（沖精連）が結成された。（精神保健活動の年表概略は、参考資料図1、及び表1参照）

## 2. 沖縄における精神保健の現状

### (1) 精神科病院及び診療所の推移

精神病院数及び診療所数の推移(沖縄県)



資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

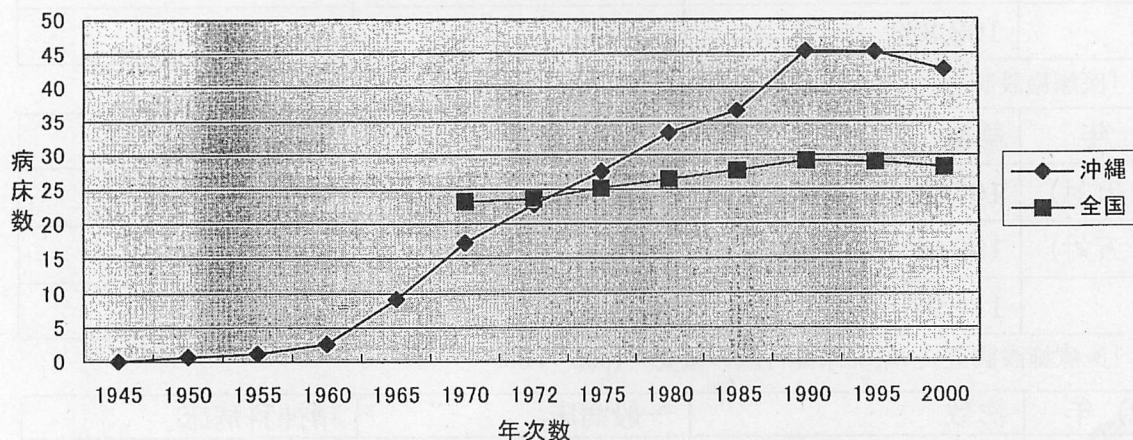
2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

3. 我が国の精神保健福祉 1996, 1998, 1999, 2001



(2) 精神科病床数の推移

精神科病床数の全国比(人口万対)



※人口万対の意味・・・比較するために用いる一般的な方法。人口万人における数値を割り出し、全国（他の県）と比較するのに利用した（上の例では、人口万人で割り出した病床数が表されている）。

資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

2. 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

3. 我が国の精神保健福祉 2001

4. 総務省統計局“我が国の推計人口” 総務省統計局HP：第5表 都道府県別人口(各年10月1日現在)－総人口(大正9年～平成12年) <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/wagakuni/zuhyou/05k5-5.xls>

5. 沖縄の人口(昭和20年～46年)は、沖縄県統計課HP：<http://www.pref.okinawa.jp/toukeika/estimates/2/53.xls> 国勢調査人口

沖縄では、1960(昭和35)年以後、急速に病床数が増え、1975(昭和50)年の時点では、人口万対病床数はすでに全国平均を上回り1990(平成2)年以降は、ほぼ横ばいとなっている。人口万対病床数は、2000(平成12)年の時点で42.7。各県を多い順に見ると鹿児島(56.7)長崎(56.2)、徳島(53.8)、宮崎(53.6)……。全国の平均は、28.2。40を超える県は、割合少ない。1945(昭和20)年の時点で、沖縄は精神科病床0であったが、今では精神病院の病床数で10番目に多い県になった。

(3) 病床数の全国比(一般病床と精神科病床の比較)

1981(昭和56)年	総数	一般病床	精神科病床
全国(人口10万対)	1362161(1165.1)	953596(815.6)	314065(268.6)
沖縄(人口10万対)	10582(968.16)	5503(503.4)	3671(335.9)
全国比	83.1%	61.7%	125.1%

資料：厚生労働省「医療施設調査」、環境保健行政の概要 1987, 1989, 1991, 1992, 1996

1987 (昭和 62) 年	総数	一般病床	精神科病床
全国 (人口 10 万対)	1582393 (1294.2)	1162490 (950.8)	347196 (284.0)
沖縄 (人口 10 万対)	15914 (1324.0)	9551 (794.6)	4952 (412.0)
全国比	102.3%	83.6%	145.1%

資料：厚生労働省「医療施設調査」、環境保健行政の概要 1989 P84

1990 (平成 2) 年	総数	一般病床	精神科病床
全国 (人口 10 万対)	1676803 (1356.5)	1263307 (1014.4)	359087 (290.5)
沖縄 (人口 10 万対)	19044 (1558.4)	12097 (989.9)	5544 (453.7)
全国比	114.9%	97.6%	156.2%

資料：厚生労働省「医療施設調査」、環境保健行政の概要 1992 P85

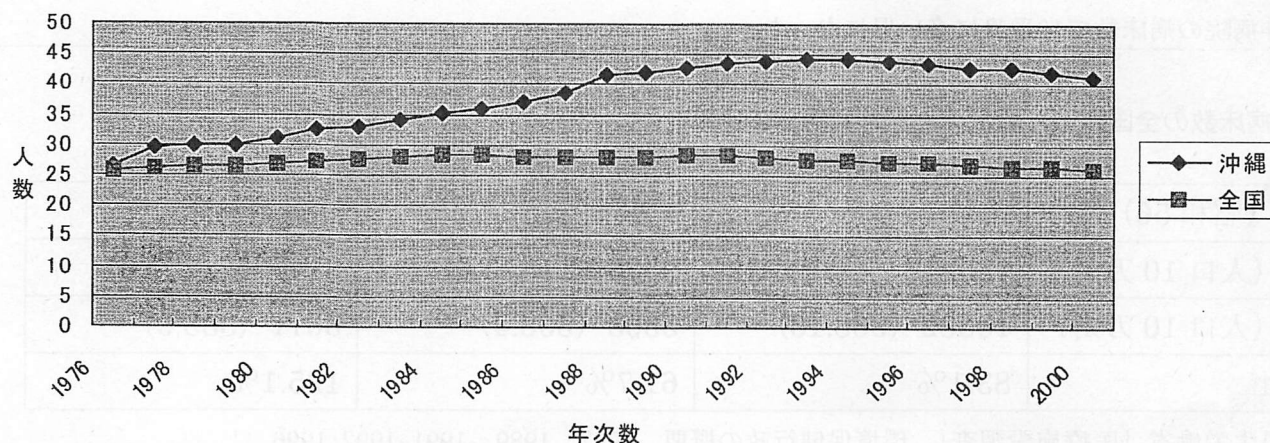
2000 (平成 12) 年	総数	一般病床	精神科病床
全国 (人口 10 万対)	1647253 (1297.8)	1264073 (995.9)	358153 (282.2)
沖縄 (人口 10 万対)	19791 (1501.3)	13959 (1058.9)	5630 (427.1)
全国比	115.7%	106.3%	151.3%

資料：厚生労働省「医療施設調査」、福祉保健行政の概要 2002 P96

病床数が年々増加している。2000 年次、総数にして病床数は全国の 115.7%、一般病床は全国の 106.3%、精神科病床は全国の 151.3% の水準である（ちなみに結核病床は全国の 76.9%、伝染病床 84.2% である）。医療施設全体として本土に追いつき、追い越した。この追いつき方は急速である。特に、精神科病棟は急速に増えた。

#### (4) 在院患者数

在院患者数の全国比(人口万対)



資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

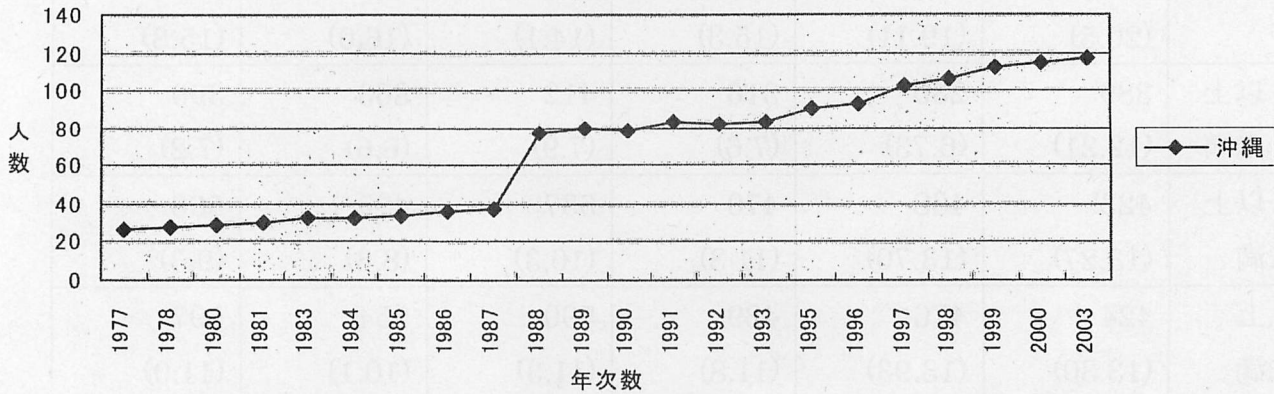
2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

3. 我が国の精神保健福祉 2001



(5) 精神保健指定医の推移

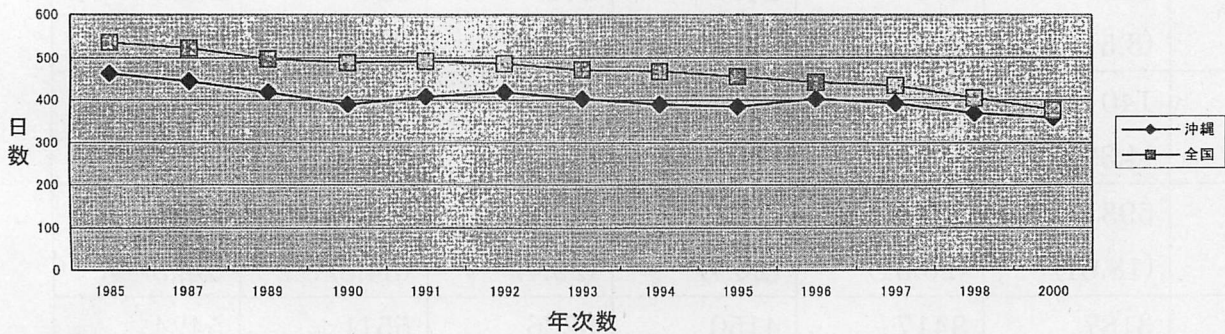
精神保健指定医数(沖縄県)



- 資料： 1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001  
 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

(6) 平均在院日数の推移

精神科における平均在院日数の全国比



- 資料： 1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001  
 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』  
 3. 我が国の精神保健福祉 2001

沖縄は、全国と比べて、在院患者数は、多いが、平均在院日数は、短い。入退院の回転率も良いほうである。精神保健指定医の数も年々増加している。沖縄、全国ともに平均在院日数は年々下がっている。しかし、他病床と比べての精神科の平均在院日数は、2000年次、沖縄 357.9 日、全国 376.5 日と驚異的に長い（ちなみに感染症病棟は 9.3 日、結核病床は、96.2 日）。

## (7) 在院期間の推移 (沖縄県)

人数 (%)

在院期間	1978	1980	1985	1990	1995	2000
3ヶ月未満	653 (20.5)	653 (19.11)	636 (15.3)	736 (14.1)	879 (16.0)	856 (15.8)
3ヶ月以上 6ヶ月未満	389 (12.21)	230 (6.73)	316 (7.6)	412 (7.9)	363 (6.6)	390 (7.2)
6ヶ月以上 1年未満	423 (13.27)	468 (13.70)	470 (11.3)	537 (10.3)	485 (8.8)	506 (9.3)
1年以上 2年未満	424 (13.30)	476 (13.93)	489 (11.8)	590 (11.3)	554 (10.1)	597 (11.0)
2年以上 3年未満	261 (8.19)	358 (10.48)	405 (9.8)	468 (8.9)	420 (7.6)	439 (8.1)
3年以上 4年未満	192 (6.02)	182 (5.33)	287 (6.9)	414 (7.9)	345 (6.3)	384 (7.1)
4年以上 5年未満	112 (3.51)	196 (5.74)	233 (5.6)	278 (5.3)	321 (5.8)	282 (5.2)
5年以上 6年未満	140 (4.39)	160 (4.68)	207 (5.0)	255 (4.9)	251 (4.5)	216 (4.0)
6年以上	593 (18.61)	694 (20.31)	1107 (26.7)	1536 (29.4)	1893 (34.3)	1754 (32.3)
合計	3187 (100)	3417 (100)	4150 (100)	5226 (100)	5511 (100)	5424 (100)

資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

いろいろと働きかけても退院させられない人々が年々増えている。家族等受け入れのない、帰るところのない社会的入院の割合が増えていると推測する。6年以上入院している人が1995年次より若干減少したが、2000年次で30%を超えている。依然、長期入院の問題は、残されている。

## (8) 年齢別推移 (沖縄県)

人数 (%)

年 齢	1978	1980	1985	1990	1995	2000
0～9	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
10～19	44(1.38)	45(1.32)	22(0.5)	33(0.6)	24(0.4)	23(0.4)
20～29	730(22.91)	672(19.67)	419(10.1)	348(6.7)	276(5.0)	201(3.7)
30～39	929(29.15)	877(25.67)	1094(26.4)	1079(20.6)	774(14.0)	487(9.0)
40～49	815(25.57)	839(24.55)	1028(24.8)	1152(22.1)	1350(24.5)	1162(21.4)
50～59	351(11.01)	459(13.43)	713(17.2)	1082(20.7)	1199(21.8)	1191(22.0)
60～69	160(5.02)	202(5.91)	341(8.2)	540(10.3)	807(14.6)	1161(21.4)
70～79	109(3.42)	201(5.88)	289(7.0)	390(7.5)	460(8.4)	587(10.8)
80以上	49(1.54)	122(3.57)	244(5.9)	602(11.5)	621(11.3)	612(11.3)
合計	3187 (100)	3417 (100)	4150 (100)	5226 (100)	5511 (100)	5424 (100)

資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

年齢別の患者構成比をみると、患者の高齢化がみえる。80歳以上の患者が1978年次1.54%だったのが、2000（平成12）年度現在、11.7%に増加している。70歳以上は、22.1%となる。

## (9) 在院患者の疾患別推移 (沖縄県)

人数 (%)

疾患別内訳	1971	1980	1985	1990	1995	2000
統合失調症 (精神分裂病)	1520 (79.0)	2581 (75.5)	3011 (72.6)	3439 (65.8)	3643 (66.1)	3629 (66.9)
気分障害 (そううつ病)	32(1.6)	54(1.6)	55(1.3)	119(2.3)	133(2.4)	154(2.9)
てんかん	55(2.9)	70(2.0)	72(1.7)	82(1.6)	81(1.5)	44(0.8)
脳器質性精神病	58 (3.0)	315 (9.2)	530 (12.8)	803 (15.4)	1002 (18.2)	1133 (20.9)
精神遅滞	28(1.5)	41(1.2)	41(1.0)	33(0.6)	24(0.4)	46(0.8)
人格障害 (精神病質)	17 (0.9)	5 (0.1)	12 (0.3)	1 (0.01)	0 (0)	9 (0.2)
その他の精神病	67(3.5)	113(3.3)	88(2.1)	240(4.6)	222(4.0)	——
中毒性精神障害	76	120	6(0.1)	7(0.1)	13(0.2)	20(0.4)
アルコール中毒	(3.9)	(3.5)	196(4.7)	264(5.1)	271(4.9)	249(4.6)
神経症	51(2.6)	63(1.8)	94(2.3)	68(1.3)	73(1.3)	71(1.3)
その他	22(1.1)	55(1.6)	45(1.1)	170(3.3)	49(0.9)	193(3.5)
合計患者数	1926 (100)	3417 (100)	4150 (100)	5226 (100)	5511 (100)	5451 (100)



資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

3. 福祉保健行政の概要 1999-2002

※脳器質性精神障害……梅毒性精神障害、初老期精神障害、老年期精神障害、脳動脈硬化症、脳卒中後遺症を含む。

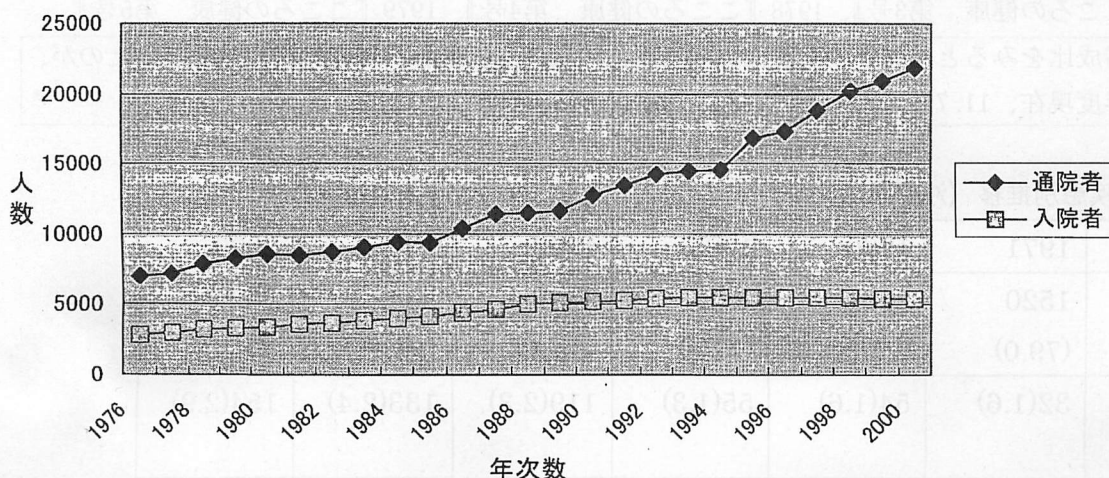
その他の精神病……確実に精神分裂病もしくは躁鬱病、てんかんに区別しえない内因性精神病、内分泌性精神障害、退行期うつ病、外因反応型を含む。

その他……精神障害ありと認められるが診断区分の確定しえないもの。

1972(昭和47)年の復帰以前の調査で、沖縄は、①精神分裂病(現統合失調症)率が高い、②中毒性精神病が非常に少ない、③脳器質性精神病が少ない等の特徴があった。①の精神分裂病(現統合失調症)は、依然として高い。②のアルコール中毒を含む中毒性精神病は、それほど増えていない。③の脳器質性精神病的増加傾向は、高齢化に伴うものと推測される。疾病の状態については、脳器質性精神病的の比率が増えた以外には、それほど本質的には変化は、見られない。

### (10) 受療人口の推移(在院患者数・外来患者)

#### 精神障害者受療状況(沖縄県)



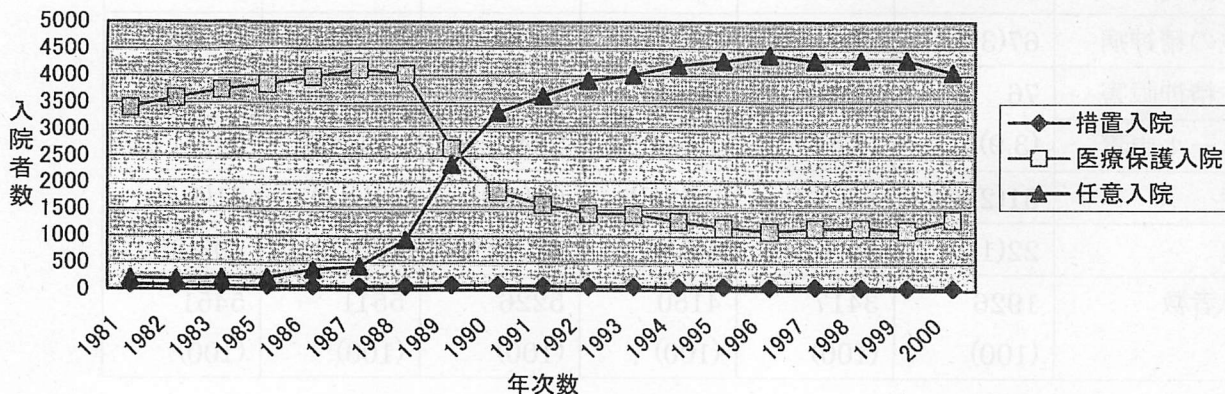
資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001

2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』

3. 我が国の精神保健福祉 1996, 1998, 1999, 2001

### (11) 入院形態の推移

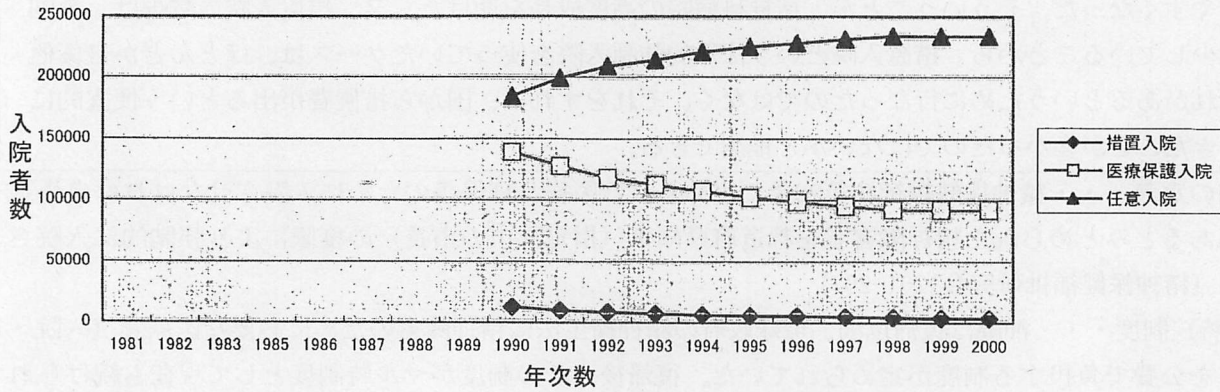
#### 入院形態別患者数の年次推移(沖縄県)



※医療保護入院は、同意入院を含む。任意入院は、自由入院を含む。

- 資料： 1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001  
 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』  
 3. 福祉保健行政の概要 1999, 2000, 2001

入院形態別患者数の年次推移(全国)



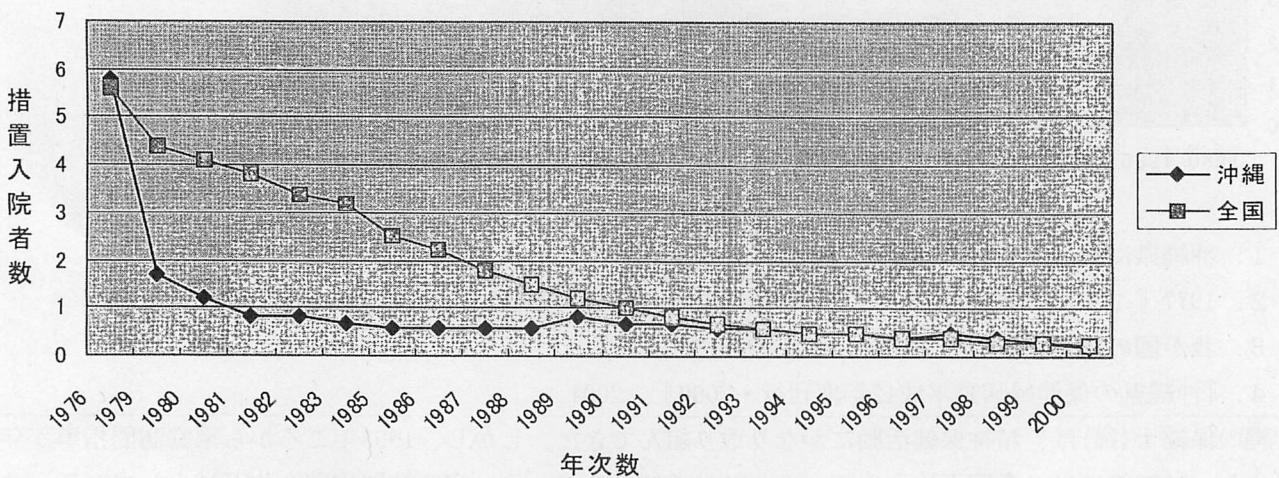
※医療保護入院は同意入院を含む。任意入院は、自由入院を含む。

資料：我が国の精神保健福祉 1996, 1998, 1999, 2001

宇都宮病院事件などの精神病院の不祥事件を契機に精神衛生法改正を求める声が強くなり、1987(昭和62)年に精神保健法が公布された。改正時、精神障害者の人権に考慮した適正な医療にも重点が置かれた。精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられたことが任意入院の増加と医療保護入院の減少に現れている。法改正前には本人の意思による入院については、法律上の規定のない「自由入院」と呼ばれて運用されていた。この改正により、本人の意思を尊重する形での入院が法律的に整備された。

(12) 措置入院患者の推移

措置入院者数(人口万対)



- 資料： 1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001  
 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』  
 3. 我が国の精神保健福祉 1996, 1998, 1999, 2001



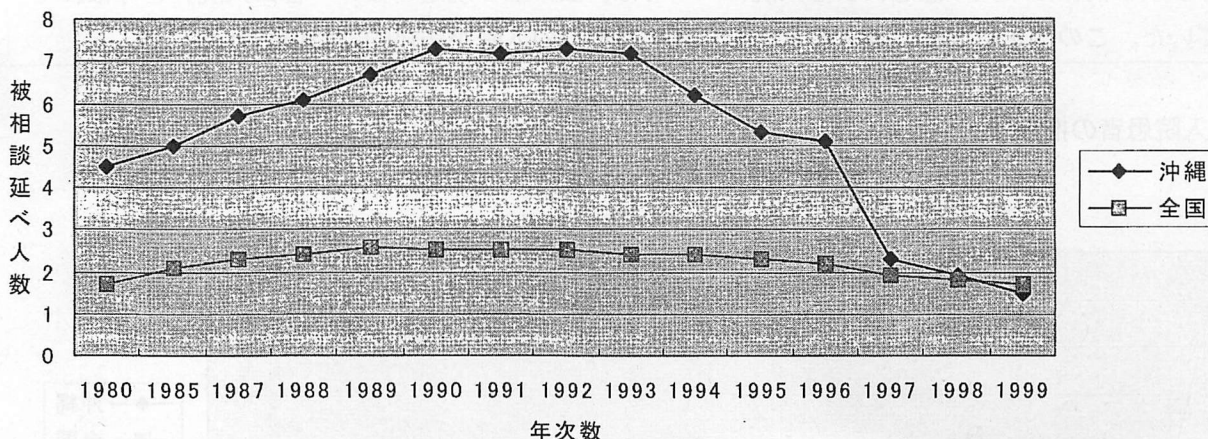
予想以上の受療数の増加に反比例して、際立った変化は、沖縄、全国ともに29条措置入院者の減り方である。1990年頃からは、全国と沖縄との間にほとんど相違は見られず、年を追って減少している。沖縄では、1979年時188名の措置入院者から2000年では、39名、申請そのものも減少傾向にある。その背景には、1972(昭和47)年の復帰時点で健康保険法が本土法になり、現物給費制になったこと、琉球政府法時代の医療費制度をそのまま継続した<sup>㊤</sup>の措置がとられたこと、1973(昭和48)年の4月に国民皆保険が全県で実施されたことなどがあげられる。いわゆる、医療費構造が非常に変化し、医療費の面からすれば、医療がかなり受けやすくなった。そういうことが、精神科病院の高度成長を助けた。又、措置入院の減少は、全国的にも減少していることから、措置入院という法律的強制入院を使っていたケースは、ほとんどが自傷他害のおそれがあるというために行なったのではなく、それをすれば、国から措置費が出るという便宜的に行なってきたことが多かったのではないかと推測できる。

※措置入院の定義・・・精神保健福祉法第29条に定められる医療及び保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあるとみとめられた精神障害者を都道府県知事(指定都市の市長)の権限により強制的に入院させる入院形態(精神保健福祉研究会:201-207)

※<sup>㊤</sup>(マル特)制度・・・沖縄は復帰以前、琉球政府の精神衛生法に精神障害のために必要な医療費(入院・通院を含む)を公費で負担する制度が定められていた。復帰後、その制度がマル特制度として現在も続けられている。対象者は復帰当時、精神科に入院・通院していた患者であり、申請登録制で行なわれた。遡及申請は、出来ない。

### (13) 保健所における精神保健訪問指導指導

保健所における精神保健訪問指導状況(人口千対)



- 資料：1. 沖縄県における精神保健福祉の現状 1980-2001  
 2. 1977『こころの健康 第3号』、1978『こころの健康 第4号』、1979『こころの健康 第5号』  
 3. 我が国の精神保健福祉 1996, 1998, 1999, 2001  
 4. 『沖縄県の保健婦活動平成12年度刊行・2000』 2001

沖縄の保健士(婦)は、精神保健活動にかなり取り組んできた。しかし、1993年ごろから家庭訪問指導が年々減少し、1999年には、全国平均を下回った。精神保健のみでなく、家庭訪問指導全体が減少している。また、保健所の保健士(婦)数自体も減少している。その背景には、1997(平成9)年地域保健法の全面施行で市町村、保健所の役割が明確化したことにより保健婦駐在制が廃止されたことによる影響が考えられる。それでも沖縄では、全体の家庭訪問指導で最も多いのは精神保健(1999年次、全体の34.2%)である。市町村の保健士(婦)は増加傾向にあるが、精神保健活動の割合はまだ少ない(1999年次、全体の14.2%)。地域活動を保健士(婦)だけに頼らず、病院からも外への継続的な診療や働きかけが必要である。

### 3. 沖縄の精神保健における課題

#### (1) 長期入院

前述の「2. 沖縄の精神保健の現状」、「(7) 在院期間の推移」の中で、長期入院の問題がわかる。2000年次、6年以上の入院が約32.3%と長期入院者は依然多い。その一つの大きな要因として、「家庭や社会の受け入れ」にある。そのことは、1996（平成8）年に沖縄県立総合精神保健福祉センターで沖縄の精神病院に入院している殆ど全員について詳しい調査を行い、そのなかで入院中の患者のうち実に42.5%（1711人）が、「家庭や社会の受け入れ条件が整えば退院可能」という主治医の判断結果によく現れている（沖縄県立総合保健福祉センター 1997:51）。

その他、長期入院の問題は、現在の精神科医療・サービスが患者自身の自然治癒力を奪っていることにあるといわれる。長期に入院することにより、社会適応能力がなくなっていくのである。精神の病は、多くの部分、人間関係から起こる病である。ということは、人間関係で壊れた精神を癒し、回復する鍵も、人間関係のなかにあると考えるのが自然ではないだろうか？その自然な関係とはやはり、家庭や地元にあると考えられる。精神科病院の中では、その真の人間関係を作り出すことは難しい。心の絆が希薄になっていると言われるこの時代で、どのように人間関係の中で起こった病を癒すのか、そして、家庭や社会の受け入れ条件を整備するかが課題となっている。

#### (2) 精神病院の自閉性

現在の精神科病院のシステム、特に入院のさせ方（強制入院や人権を軽視した行動制限など）に大きな問題があることに気づきながらも、流されている私たち援助者がいる。精神保健の法律は、いかに症状をおさえるかに目が行き、個人としての患者を見落としがちになるシステムを作っている。その結果、何か問題や事件が起こってから改正されるという歴史がある（参考資料図1参照）。精神科病院は、問題を起こさないように患者を入院させる場所（収容所的役割）として、受け入れられている。そのような中で、精神保健に携わるものの自閉性は、本来の援助の目を曇らせてしまいかねない。宇都宮事件、Y事件も日々の病院内の自閉性が本来の援助の目を曇らせてしまったものと考えられる。どの精神病院でも一歩まちがえば、その様な事件を起こし得る危険性がある。人間を相手にする専門職として、個々の援助の必要な人の人生を尊重し、かけがえのない人生を一生に一回しかない人生を生きている人間として考えなければいけない。その姿勢の中に、人間関係で失ったものを見出すことが出来た患者さんも多い。病院側は、より一生懸命、粘り強く、自閉的になりがちな精神科病院のシステムの中で地域や社会資源と連携を取り病院の開放に努めなければならない。

※Y事件・・・「1973（昭和48）年の第9回日本精神医学ソーシャルワーカー全国大会（横浜）において、当事者であるY氏から『私はあなたたちによって、不当にも無理矢理精神病院に入院させられた』『二度と人権を無視し、侵害することのないように、それぞれの現場の一線で働いている精神科ソーシャルワーカーに訴える』という重大な問題提起が行なわれた。」（精神保健福祉士養成セミナー編集委員会2003:132）Y問題の問題点は、入院時、医師の診察が行なわれず、本人の意向を聞くことなく入院が進められたことにある。又、強制入院には、保護者の同意が必要であるが、同意書が提出されていなかった。

#### (3) 社会の偏見

精神障碍者の家族自体も彼らにとって、一つの社会的障害になっていることがある。たとえば、精神障碍者を抱える家族は、世間を気にして家族にとっての「恥」として受け止めることがある。しかし、同時に家族もまた、世間からの偏見に苦しんでいる当事者なのである。ここに問題の根深さがある。

精神保健の相談も本人ではなく、家族や近い関係の方が相談に来るケースが多い。その半数以上は入院相談である。その中で、精神科病院に期待しているのは、「治して欲しい」より、「預かって欲しい」、あるいは、「落ち着くよう閉じ込めて欲しい」というふうに感じられる。

宇都宮病院事件のあった宇都宮病院について、ある入院患者の家族は、「どこでも預かってくれなかった重症の精神障害者を預かってくれたことで助かった」と複雑な心境を語った。家族もどのように対応していいのかわからないで困っているのである。そのような中、社会に向けてどのように精神障害者の偏見を取り除くための活動をしていくかが課題となる。

#### 4. 沖縄における精神保健に対する取り組み

##### (1) 精神科病院のなかで（最初が肝心。出会いを大切に）

島成郎先生の調査報告（1982（昭和57）年6月、那覇保健所における講演）にあるように長期入院・再入院の要素に大きく影響を与えているのは、「最初の入院のさせ方」にある。本人の意思のもとで、本人が同意して治療を受けるということが、医療の基本原則である。島先生は、四つのことを念頭に医療を行った。①出来るだけ外来治療を行なう、②出来るだけ強制入院を避ける、③出来るだけ入院期間を短くする、④出来るだけ病院生活が社会と隔たらないようにするである。前述の実践を粘り強く行い、本人を尊重した医療の中で入院期間が短くなり、再入院が少なくなった調査結果が出た。島先生はその実践の中で、入院のさせ方と長期入院、再入院に相関関係があることを確信する（島 1988:207-209）。その後、1987（昭和62）年、精神保健の法律に任意入院制度が設けられ、その目的のなかに、「精神障害者本人の意思を尊重した入院は、療養経過に良い影響を与え、退院後も治療や再発時にも好ましい影響を与える。又、『家族等により強制的に入院させられた』として退院後の家族関係のトラブルを避けることが出来る」と記されている（精神保健福祉研究会 1990:97）。島先生の調査報告と一致する。

島成郎先生の精神科医としての考察は、大変心を動かされる。一つのエピソードを紹介したい。このエピソードは、島先生の親しい知り合いの子どもが激しい精神的錯乱状態に陥り、母親が心配して島成郎先生に相談したなかでのことである。

「先に『精神病』というのは、誰でも、いつでもなるものだという話をしましたが、最近のこと、私の親しい知り合いの子が激しい精神的錯乱状態に陥ってしまったのです。その親から電話がかかって来て、どうも手がつけられない、どうみても異常な状態だから、どこか病院に連れて行きたいがどうしたらいいか？ということです。あまりにも身近なところでおこってみると、私自身が仰天してしまいました。すぐ飛んでいきたいけれど、遠く離れていてそれもできず、ともかく、話を聞こうということで電話で長々しく状況を聞いたのですが、その結果、私が言ったのは『精神病院にはいま連れていってはいけません』ということだったのです。」

そして、このように続く、「この子は三人兄弟の長男で非常に素直な良い性格の子だったのですが、大学受験を失敗して一年間浪人をしていました。自信があったためか、予備校にもいかず、一年間ほとんど友人ともつきあわず、家の中に閉じこもって勉強ばかりしていました。二回目の受験が数日に迫ってきたそんなときに、この異常状態になった。目つきも険しくなって、物も言わない。母親が言うと怒り出す。父親は社会的に活動的な人で、仕事のためにほとんど家に帰らない。時に帰ってもゆっくり息子たちと話したことはない。そんな中での異常状態であるとの話をきいて、私は、『まちがってもいま病院に連れていくな。待て。とにかく、おやじが家に帰って一ヶ月でも二ヶ月でもいいから、家にいて息子と生活し、体当たりで話し合え、これが一つの勝負だ』と言いました。なぜ、私が病院に連れて行くなどあえて言ったのか？」

島成郎先生は、その子どもがどうしてそういう状況に至ったかということを理解しようとしなくて彼の精神



興奮状態をただ抑えただけで彼の心は癒されない。それどころか、この子を精神病院に連れて行ったら、状態をかえって悪くし、一生取りかえしのつかないことになるかと判断したのである。それは、彼の精神科医としての長年の臨床経験から来るものだった。それだけ、精神科病院へ入院するということは、社会の偏見にさらされることになるのである。数ヵ月後の経過をみて、病院に行かず精神病の診断も受けずにしっかりと立ち直ったその子の姿をみて、そのときの島氏の判断は正解だと感じつつ、精神科医として大変複雑な心境であったと述べている。(島 1988:258-259)

嫌がる閉鎖入院は、→ 医師・家族・患者との信頼関係が壊れる → 家族へ攻撃的 → 家族は引き取らない(関係が希薄になる) → 長期入院(仮に退院しても再入院)という関係を生み出す結果になりやすい。

又、病院の中では、どうしても人間関係から来る病としての精神病を癒すには限界がある。そして、一番肝心な、患者が自分で立ち直るといふ自然治癒力を無意識に妨げやすい。精神症状がでるのは、自分自身の中でその本人が色々と戦っているから起こる。それを乗り越えていくことは、本人にしか出来ない過程である。

病院側としては、「問題行動を病棟の中で起こさなければいい」それが、主要な問題になって行なわれている。同じように薬物療法も問題行動を鎮静させるために使われている。その観点からすると、大部分の患者さんは、状態が良くなっても継続して薬を飲めと言ふことになる。良くなれば徐々に薬を減らし、薬を絶つことも可能ではないだろうか？薬を継続しなくても状態が良くなる患者さんがもっといてもいい気がする。

そのような実践の中で、島成郎先生は、解決策のヒントを地域活動の中に見つける。しかも、精神科病院が地域とつながりながら活動をしていくことが必要であることを確信する。

## (2) 地域のなかで

病院の中と変わって、地域での活動は、精神障害者に大きな影響を及ぼす。デイケアであつまる、家族で集まる、役場の方、民生委員があつまる、その中で、知り合った患者さん同士が、今までずっと孤立していたが、日常的に付き合うようになったり、一緒になって畑を手伝うようになったり、応援したり、そういう関係がその中からできてくる。

精神保健に携わるものの自閉性の改善は、最初の「出会い」の重要性を理解することから始まる。人間との交わり、他人の存在があつてはじめて精神活動は発展する。精神の病を治療する精神病院は、相互に信頼関係、医療に対する信頼、患者に対する信頼関係があつてはじめて本当の医療が成り立つ。しかしながら、精神病院では、強制入院のように、その関係を絶ったところから始まることが多い。

地域活動は、一つの解決策であり、民生委員、区長、隣人などと一緒に助けの必要な精神障害者の周りにいる人たちは、一緒に活動を続けていくことによって、力になってくれることが多い。本気で自分の障害を克服し、努力する姿をみて、大きな力になってくれる地域の人は確かにいる。その中で、家族会、患者会、新しい関係の網が紡がれていく。

そして、地域活動によって、援助する側の目も開かれていく。真の援助が見えてくる。そして、自閉性の解決にもつながる。

## (3) 精神障害についての理解

社会の対応が変化するためには、異常精神状態は、だれでも、いつでも、どこでもなる病であり、特別な状態ではないこと、人間は、そう変わるものではないことに気づいてもらうことである。現に、統合失調症、器質性精神障害(痴呆等)、気分障害(そううつ病等)などの精神病で通院・入院している方は、沖縄県内に3万2千人である。県内の人口が133万4千人であることから、41人に1人は、精神科で治療を受けていることになる(沖縄県における精神保健福祉の現状 平成15年より)。この割合から、ほとんどの方の親族、友人、学

校や職場の知人など、比較的近い関係に精神的な悩みを持っている方がいることになる。しかし、現在でも、精神病は奇妙な、怖い病気、そして、一端発病すると二度と治らない特別な病気としての偏見が存在している。又、精神科病院に一端入院すると「精神病患者」との社会の偏見により、当事者の治りたいと思う力が妨げられ、社会参加が難しくなると思われる。そのような偏見による社会が及ぼす障害が精神病の治癒を遅くしているとも考えられる。そのような精神病への偏見が少なくなり、精神病について正しく社会が受け入れる度合いに応じて、社会的障害が取り除かれ、精神障害者の回復する度合いも早まると考えられる。

## 5. 一精神科ソーシャルワーカーとしての経験から

1998(平成10)年から約4年半、私はある精神科病院で精神科ソーシャルワーカーとして勤務した。その経験の中で医療の名のもとに患者の人権に関する事柄を多く見てきた。保護室、タバコや買い物の制限、通信、面会の制限、私物の点検など精神科医の権限によって、どこまでも拡大できる。私自身がその様な中で、精神科ソーシャルワーカーとしてのジレンマを感じた経験を紹介したい。

ある聾啞者の青年が自宅で暴言、暴力的なので精神科病院に入院させたいとの相談が保健士(婦)から入った。わたしは、精神科医とコンタクトを取り、診察に来るように助言した。

その後、青年は、半強制的に保健婦・家族に連れられ来院した。病院に着いたのは、夕方大分遅くなったことだった。私は、ソーシャルワーカーとして、根気強く、筆談で面接し、ある程度本人の情報と共に、信頼関係を築きつつあったように感じた。

本人は、必死に入院の必要がないことを訴え、家族は入院させることを望んだ。診察室に入ると、精神科医によって根気強く、筆談で面接が始まった。長い時間が経って、その精神科医は、入院に必要な症状を確認することが出来なかった。しかし、家族は、「このまま帰ったら、家で暴れます。どうかしてください」と懇願してくる。別の精神科医と相談し、熟考した後、本人に薬を飲んで帰るか、入院するか二つの選択肢を強制的に提案する。しかし、本人は、どちらも拒否し、診察室から強引に退室しようとした。その瞬間反射的に、私は、側にいてその青年の左腕を押さえ、成り行き上、強制的に薬を取る説得の間、彼の腕を押さえる役になった。私は、今でもその青年の驚いた表情を忘れることが出来ない。彼は、何度か手話で私に向かって訴えながら、病院を後にした。家族に確認すると、その手話の意味は、「うそつき」だった。

その青年は、今後二度とこの病院に足を運ばないだろうと感じながら複雑な気持ちだった。保健士(婦)からは、「入院させることが出来ないなら、最初から入院させられるようなことは言わないで下さい」と強い言葉を投げつけられた。「入院させられる」と言う言葉に疑問を感じた。私たちは誰も入院させることは出来ないはず・・・。

私は、本当にその青年の気持ちになって対応したのだろうか?それとも家族が困っているから?病院の一職員として問題がないようにしたかったから?自分の援助者としての目的が揺れた出来事だった。

確かに、精神保健の法律は、患者の症状により、強制入院や行動制限を推定した法律であるが、実践しているのは、私たち個々の援助者である。私たちの実践が問われるのである。病院全体が変わらなければならないと思った。その後、多くの精神保健の法律との狭間で、患者・家族と接する機会があったが、どこか消化できない状態が続いた。

そのような時、島成郎先生の当事者優先の実践は、私の心に強く響いた。特に地域精神医療の実践を通して、当事者ばかりでなく、まわりの家族、住民、精神保健関係者にも力と希望を与えているのを見て深く感銘を受けた。

その経験を踏まえ、大切なのは、人と人のつながり「出会い」。思う心。社会全体が助け合うこと。助け合う

ことは、ともに成長すること。そのような価値観を大切にしながら、専門性を伸ばしていくことが求められると感じた。微力ながらその価値観をもとに援助することが精神障害に苦しむ当事者、家族、周りの人に出来る真の援助ではないかと考えている。

## 6. まとめと今後の課題

沖縄における精神保健の流れと課題を振り返って、精神障害者、家族、その周りで支えてきた方々の並々ならぬ苦勞を再確認した。精神科病院の開放の大切さ、そこを要とする地域活動の大切さを再確認した。島成郎先生をはじめ、多くの文献の中から精神保健の先駆者たちが持っていた共通の「資質」を感じた。それは、人間の奥底にある「人間愛」である。どの地に住んでいようと、どんなに障害が重くても、どんなに高齢になっても、すべての人がかけがいのない存在であることを理解している人間観を持っている人たちである。その原動力が、当事者、家族、医療関係者、周りの人の琴線に触れ、粘り強い精神保健活動につながっている。

元沖福連会長、故山里八重子さんは、2001（平成13）年の沖福連主催による地域性精神保健福祉推進研修会のシンポジウムで真のノーマライゼーションの意味を含み、「（中略）みんながほんとうに社会の中で生活できるようなことを、特に今日いらっしゃっている市町村の方々には、是非地域で行き場所を作って下さい。それは小規模作業所でもいい、その中には何も仕事だけじゃない、居るだけで、元気で地域に居るだけで私たちは税金を軽くしてあげる活動が出来るんだと、メンバーの皆さんもそう思って下さい。それから地域の行政の皆さんも、またここにいらっしゃっている皆さんもそう思って下さい。（皆さんが）働くだけではない、地域で元気でいるだけでも地域に貢献しているということを皆さんにお伝えしたくてこの壇上に座っております。」と語った（「追悼 山里八重子」編集委員会 2002:175）。わたしは、山里さんを遠くからしか見たことがない。精神症状に苦しむ息子さんによって命を落としたが、なぜか、山里さんの顔からは、包み込むような笑顔しか浮かばない。真のノーマライゼーションとは、「人は、ただ存在するだけでかけがえのない存在である」ことだと実感した。

最後に、島成郎先生が久米島地域精神保健活動二十五周年記念講演で語った言葉でこのレポートを閉じたい。「精神病というのは治らない、不治の病いだ、そんなことはありません。二十年間も世間から隔絶して自分のなかに閉じこもっていた人が、この二十五年間の間に自分で治したではありませんか。もちろん一人ではない、宮里さんやご家族はじめ周りの人があきらめることなくこの期間ずっと長い間彼と付き合ってきたからでしょう。そしてみんなが心を開いて心うちを語り合う、そんな人の輪が島のなかで広がったからでしょう。『奇跡』のような変化がおこった、といいましたが、ほんとは変わったのは私たち、そしてご家族、地域の人たちだったのです。精神保健というのは、まず心を開く、目を開く、耳を傾ける、そこから始まるんだなあと感じました。」（島 1997:384-385）

このレポートを書き始めた時、自分の援助者としての視点がどの方向に向くのか手探りだった。しかし、今、このレポートをまとめて、真の援助者としてのヒントは、粘り強く、そして一つ一つの出会いを大切にしながら協力し合い、助け合っていく過程にあることに気づいた。それには、先ず、わたし自身が心を開き、目を開き、耳を傾けることが大切なのだ。

### おわりに（謝辞）

多くの精神保健に関する記録・証言を残してくれた先駆者の方々に感謝します。「真の援助」について考えさせてくれた島成郎先生をはじめ、多くの先輩方、同僚、友人に感謝します。また、沖縄県立総合精神保健福祉センターの仲本政幸氏には、暖かい励ましと多くの貴重な情報の提供をいただきました。ありがとうございました。

他府県

(全国)

沖縄県

①精神病者監護法(明治33年)  
 ・「私宅監置」を法定化  
 ②精神病院法(大正8年)  
 ・道府県が精神病院を設置し、地方長官が入院させる。  
 ・病院設置は進まず。

1941年  
 戦前(昭16年)沖縄県の私宅監置者数  
 監置者115名、非監置者775名(内務省への報告)  
 精神病院・精神科医師は無し。

③精神衛生法(昭和25年) 1950年

・都道府県に精神病院設置義務  
 ・相談所、鑑定医の規定  
 ・措置入院制度、同意入院制度  
 ・通報制度、  
 ・私宅監置の廃止  
 昭和29年全国実態調査  
 障害者推計数 130万人  
 治療者数 3~4%  
 昭和38年全国実態調査  
 障害者推計数 124万人  
 (有病率人口千対 12.9)  
 治療者数 30.1%

昭和20年から米国占領が始まる。  
 昭和21年宜野座病院に精神病室20床(S24金武へ)  
 昭和24年金武精神病院50床(S29政府立琉球へ)  
 昭和26年島医院(15床)  
 昭和29年政府立琉球精神病院(70床)  
 昭和33年田崎医院(20床)  
 昭和34年田頭医院(20床)天久台医院(30床)

④琉球政府立1960年 精神衛生法(昭和35年) 総病床数229床

・入院及び通院について公費とする。(予算は不十分)  
 ・保護拘束の公認、私宅監置の公認  
 ・訪問指導の必要性  
 ・その他は本土精神衛生法と同様  
 昭和36年 沖縄精神病院(100床)  
 昭和39年私宅監置者数58名(岡庭報告)  
 昭和41年沖縄県実態調査  
 (有病率人口千対 25.7)  
 昭和41年 宮古病院精神科(50床)  
 昭和42年 平安病院(30床)  
 昭和45年 新垣病院(109床)久田病院(74床)

●病院の大増設  
 1955年  
 昭和30年  
 4万4千床  
 1970年  
 昭和45年  
 25万床  
 ●精神病院収容主義の時代  
 措置入院者の増

精神衛生法一部改正(昭和40年) 1965年

・ライシャワー駐米大使の刺傷事件を契機に  
 通報や入院制度の強化等保安的色彩の強い  
 改正。  
 ・通院公費負担の創設

沖縄復帰による本土法適用(昭和47年)

復帰時の精神病床数 2,059床

・復帰特令の公布 — 法施行前に琉球精神衛生法により公費負担を受けている者、及び公費負担申請をした者は特患者として同意入院費の公費負担その他の患者を含めて通院の自己負担分を公費負担する。

●精神医療、特に薬物療法  
 の進歩  
 ●人権思想や開放処遇の方向へ

復帰~平成元年まで病院増設の時代(2,069床から5,544床へ増加)  
 昭和47年 玉木病院、48年 田崎第2、八重山病院精神科、49年 糸満晴明病院  
 50年 沖縄中央病院、53年 勝連病院、55年 本部記念病院、58年 福寿草病院  
 59年 南山病院、60年 いざみ病院、62年 平和病院、博愛病院、北中城若松病院  
 平成元年 具志川記念病院、官里病院、3年 琉大精神科病棟  
 昭和59年 宇都官病院事件発生

④精神保健法(昭和62年) 1987年

●入院患者の人権擁護  
 ●病院から社会復帰施設へ

・精神障害者の人権擁護(医療審査会、入院時の告知、退院請求、処遇基準その他)  
 ・社会復帰促進  
 平成5年 沖縄県で初めての社会復帰施設開設(入所授産施設(医)志誠会運営)

精神保健法一部改正(平成5年) 1993年

●社会復帰施設  
 から地域社会へ

・グループホームの法定化  
 ・社会復帰促進センターの創設  
 ・大都市特例  
 平成5年 障害者基本法の成立(障害者としての位置づけ)  
 平成6年 地域保健法の成立(国、県、市町村の役割分担)  
 平成6年 援護寮、福祉ホーム開設((医)志誠会)  
 平成7年 入所授産施設2カ所開設((医)輔仁会、(医)晴明会)

⑤精神保健福祉法(平成7年) 1995年

●自立、社会参加への実現  
 に向けて  
 ●障害者プランの策定  
 平成8~14年度計画

・福祉施策を法体上に位置づけ、自立と社会参加の促進を図る。  
 ・手帳制度の創設  
 ・社会適応訓練事業の法定  
 ・普及啓発、身近な相談として市町村の役割の明確化。  
 ・公費負担医療の保険優先化  
 平成8年 通所授産施設(県立)、入所授産施設((医)天仁会)、  
 福祉ホーム、援護寮開設((医)卯の会)

※平成11年6月精神保健福祉法一部改正(移送・市町村一部委譲・精神センター機能強化)(平成14年度施行)  
 ※平成14年4月より生活相談や公費負担申請書受理相談は市町村で実施

出所: 沖縄県立精神保健福祉センター、仲本政幸氏より

参考資料

表1. 精神保健のこれまで（年表概略）

年度	全国	沖縄
1868(M元)年	明治維新	
1879(M12)年		沖縄県設置
1900(M33)年	精神病監護法	
1918(T5)年	精神病院法	
1931(S6)年	太平洋戦争開始	
1945(S20)年	日本敗戦	沖縄戦・米軍占領 G-6-54 病院(米軍病院)にて沖縄で初めての精神医療・看護が行なわれる。
1950(S25)年	精神衛生法施行	
1951(S26)年	講和条約・日米安保条約	米民政府・琉球政府
1960(S35)年	日米安保条約改定（安保闘争）	琉球政府精神衛生法施行
1963(S38)年	ケネディ白書（米精神衛生法） 厚生省精神障害者全国実態調査	
1964(S39)年	ライシャワー事件	
1965(S40)年	精神衛生法改正	
1966(S41)年		沖縄精神衛生実態調査
1972(S47)年	沖縄日本復帰	精神衛生法本土法適用
1984(S59)年	宇都宮病院事件	
1987(S62)年	精神保健法施行	
1988(S63)年		沖縄精神障害者家族連合会(沖家連)結成
1993(H5)年	障害者基本法・精神保健法一部改正	沖縄で初めての社会復帰施設開設
1994(H6)年	地域保健法	
1995(H7)年	精神保健福祉法・障害者7ヵ年計画・厚生省障害保険福祉部新設	
1996(H8)年		県障害保健福祉部創設
1998(H10)年	精神保健福祉士法	沖縄県精神障害者連合会(沖精連)創設
1999(H11)年	精神保健福祉士誕生	
2002(H14)年	県、保健所から市町村への精神保健福祉業務の一部移行	



参考資料

表2. 沖縄の精神病院のこれまで

年度	沖縄	病床数	病院数
1941(S16)年	沖縄県の私宅監置者数 115 名、非監置者数 775 名(内務省へ報告)。精神科病院・精神科医師 0。	0	0
1945(S20)年	沖縄戦・米軍占領 G-6-54 病院(米軍病院)の設立。越来村(現沖縄市)にて 沖縄で初めての精神医療・看護が行なわれる。	0	0
1946(S21)年	宜野座病院精神科 20 床(S24 年金武へ)	20	1
1949(S24)年	金武精神病院 50 床(S29 政府立琉球へ)	50	1
1951(S26)年	島医院 15 床	65	2
1954(S29)年	政府立琉球精神病院 70 床	85	2
1958(S33)年	田崎病院 20 床	149	3
1959(S34)年	田頭病院 20 床(現カブ山病院)・天久台病院 30 床	199	5
1960(S35)年	琉球政府立精神衛生法施行	229	5
1961(S36)年	沖縄精和病院 100 床	329	6
1964(S39)年	私宅監置者数 58 名 (岡庭報告)	668	6
1966(S41)年	宮古病院精神科 50 床	915	7
1967(S42)年	平安病院 30 床	1124	8
1970(S45)年	新垣病院 109 床・久田病院 74 床	1642	10
1972(S47)年	精神衛生法本土法適用・玉木病院開院	2218	11
1973(S48)年	田崎第二病院開院(現マリヤ人病院) 八重山病院精神科開設	2447	13
1974(S49)年	琉大病院精神科病棟開設・糸満清明病院開院	2672	15
1975(S50)年	沖縄中央病院開院	2817	16
1976(S51)年	琉大病院精神科病棟廃止	2882	15
1978(S53)年	勝連病院開院	3214	16
1980(S55)年	本部記念病院(現ノーブルメディカルセンター)開院	3644	17
1983(S58)年	福寿草病院(名護浦和→現宮里病院)開院	3947	18
1984(S59)年	南山病院開院	4080	19
1985(S60)年	いずみ病院開院 島医院閉院	4205	19
1987(S62)年	平和病院・博愛病院・北中城若松病院開院	4952	22
1989(H 元)年	具志川記念病院・宮里病院開院	5544	23
1991(H3)年	琉球大学精神科病棟再開設 40 床	5584	24
2003(H15)年	—	5630	24

## 引用・参考文献一覧

### <参考文献>

- 沖縄県環境保健部保健総務課 1996『環境保健行政の概要』  
\_\_\_\_\_ 1992『環境保健行政の概要』  
\_\_\_\_\_ 1991『環境保健行政の概要』  
\_\_\_\_\_ 1989『環境保健行政の概要』  
\_\_\_\_\_ 1987『環境保健行政の概要』
- 沖縄県精神障害者福祉会連合会 1999『創立10周年記念誌』
- 沖縄県精神保健福祉協会 2001『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成13年』  
\_\_\_\_\_ 2000『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成12年』  
\_\_\_\_\_ 1999『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成11年』  
\_\_\_\_\_ 1998『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成10年』  
\_\_\_\_\_ 1997『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成9年』  
\_\_\_\_\_ 1996『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成8年』  
\_\_\_\_\_ 1995『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成7年』  
\_\_\_\_\_ 1994『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成6年』  
\_\_\_\_\_ 1993『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成5年』  
\_\_\_\_\_ 1992『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成4年』  
\_\_\_\_\_ 1991『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成3年』  
\_\_\_\_\_ 1990『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成2年』  
\_\_\_\_\_ 1989『沖縄県における精神保健福祉の現状 平成元年』  
\_\_\_\_\_ 1988『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和63年』  
\_\_\_\_\_ 1987『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和62年』  
\_\_\_\_\_ 1986『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和61年』  
\_\_\_\_\_ 1985『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和60年』  
\_\_\_\_\_ 1984『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和59年』  
\_\_\_\_\_ 1983『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和58年』  
\_\_\_\_\_ 1982『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和57年』  
\_\_\_\_\_ 1981『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和56年』  
\_\_\_\_\_ 1980『沖縄県における精神保健福祉の現状 昭和55年』
- 沖縄県福祉保健部 2002『福祉保健行政の概要 平成14年』  
\_\_\_\_\_ 2001『福祉保健行政の概要 平成13年』  
\_\_\_\_\_ 2000『福祉保健行政の概要 平成12年』  
\_\_\_\_\_ 1999『福祉保健行政の概要 平成11年』
- 沖縄県福祉保健部健康増進課 2000『沖縄県の保健婦活動平成12年度刊行・2000』
- 沖縄県立精神衛生センター 1979『こころの健康 第5号』  
\_\_\_\_\_ 1978『こころの健康 第4号』  
\_\_\_\_\_ 1977『こころの健康 第3号』
- 沖縄県立総合精神保健福祉センター 1997『沖縄県における地域精神保健福祉に関するニーズ調査報告書』

- 島成郎 1982→1997 『精神医療のひとつの試み』 批評社
- 島成郎 1988 『精神医療・沖縄十五年 ―持続する地域活動を求めて―』 社会評論社
- 精神保健福祉研究会（監修）1990『改訂 第二版精神保健福祉法詳解』
- 精神保健福祉研究会（監修）2001『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』
- 1999『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』
- 1998『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』
- 1996『我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）』
- 精神保健福祉士養成セミナー編集委員会 1998→2003 『改訂 精神保健福祉士養成セミナー／第4巻 精神保健福祉論』
- 「追悼 山里八重子」編集委員会 2002 『追悼 山里八重子―なんくる ないさ―』沖縄県精神障害者福祉会連合会
- 中川四郎 1970 『沖縄における精神衛生実態調査（1966年）の結果について』 沖縄精神衛生協会
- 中川善資・藤澤敏雄（編集） 2001 『精神医療 別冊 追悼 島成郎―地域精神医療の深淵へ』 批評社
- 吉川武彦（編集）1979 『沖縄県精神衛生協会創立二十周年記念―沖縄における精神衛生の歩み』 沖縄県精神衛生協会