

それでも「遍照金剛言う」 ことにします

第 15 回

脱精神科病院「わが国の脱精神科病院⑦」

三野 宏治

精神科病院の問題の一つに、精神科医療が精神病／障害者の病を含めたあらゆる「管理」が挙げられるだろう。この「管理」は社会防衛という本人以外からの要請に応えた結果とも言える。さらに精神科医たちが治療と社会防衛を連続して捉えた可能性については前回述べた。しかし同時に、精神科治療の臨床場面で治療と社会防衛を意識することは少ないと予測され、精神科医たちは治療のために治療を行うことも自明である。ただ、精神科病院の経営のため、向精神薬や閉鎖処遇が病棟管理に用いられ、治療するための治療にも積極的に「管理」が用いられることもある。治療の手段としての「管理」が病棟管理に転用されることもある。どう考えればよいのだろうか。

本稿では、病棟管理に手段として用いられた閉鎖処遇や「患者へのしつけ」ともとれる生活療法への批判とそれらに抗する形で展開された第 2 次開放処遇運動を紹介し精神科病院のもつ管理・監視の機能について考えたい。

開放処遇の歴史

現在、精神科病院への入院は開放処遇を基準形態としている。1984 年の宇都宮病院での暴行事件が明るみになり、世界各国から日本の精神医療体制が批判された。その当時の入院形態は措置入院（知事命令による強制入院）と同意入院（本人の同意は必要としない保護義務者の同意に基づいた入院）であった。宇都宮病院での暴行事件が明るみになり世界的な批判を受けて、精神衛生法が改正され、精神保健法と改称された。当該改正で、入院形態は任意入院（本人の同意をもとに入院する形態）が基本と規定された。改正後の 1988 年、厚生省告示第 130 号「本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇」が示された。もちろん 1987 年の改正以前には法の上での開放処遇の基準はなかった。

世界的に見ると、1949 年にイギリスのメルローズにあるジングルトン病院で開放化の試みがなされたのが初とされる。その後、我が国に紹介された後、国立肥前療養所の伊藤 正雄が試みた。1957 年の第 1 回病院精神医学懇話会で肥前国立療養所の伊藤が精神科病院

のオープンシステムを報告し、同懇話会での開放化の議論が活発になった。国立肥前療養所は、現在、独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センターと名前を変えているが、肥前精神医療センターホームページの院長インタビューに以下のような記述がある。

当院は、昭和30年代に「The most important person in this hospital is the patient」のスローガンのもとに、患者さんの権利を守ろう、社会復帰を推進しようと、当時の精神科病院としては、いち早く病棟の開放化に踏み出しました。画期的なことでした。昭和63年に施行された精神保健福祉法の精神を30年も前に実践していたのです。このことで当院は全国的にその名を知られるようになりましたし、今もわたしたちの誇りでもあります。(肥前精神医療センター院長 杠岳文氏 インタビューより)

近藤廉治は国立肥前療養所の実践を「精神科病院から鉄格子を外し鍵をなくすことは精神科のだれもが抱き続けてきた夢であり、内科や外科のようにいかないものかと過去様々な試みがなされた」と述べ、評している。近藤は国立武蔵療養所(現国立精神神経センター)に勤務の後、長野県立駒ヶ根病院院長を経て、1972年に全開放病棟を標榜して南信病院を開設している。さて、近藤の言う開放処遇が「精神科医のだれもが持つ夢」とはどういうことか。今野は開放化について、前掲した国立肥前療養所や信州大学精神科病棟、佐久総合病院精神科病棟、厩橋病院の円形病棟などが精神科病棟の開放化に努力したと稀な取り組みとして先達たちの業績に敬意の表明ともに次のように紹介している。

当時の「開放療法の研究」は主に国公立の病院や療養所によってなされ、民間病院はまだ閉鎖が当然のことと考えられていた。考えられていたというよりも、考えるとか考えないというような次元ではなく、精神科病院には鍵と鉄格子があるもの、鉄格子と鍵とで閉鎖しておく場所が精神科病院なのだと、そのような存在のしかたが当然のものと思われていた。しかし国立肥前療養所をはじめ各地にまかれた開放化の種は確実に芽生えはじめくいたことを忘れてはならない(今野 1980:9)

精神科病院は他科と異なり、鉄格子と鍵とで閉鎖しておく存在であった。国立肥前の療養所の開放化は1956年の開始から数年で頓挫した。近藤は国立肥前療養所の失敗の原因を「ジングルトン病院での開放化の成功が長年にわたる職員への教育や地域への啓もうであったに対して、肥前療養所にはそれが欠けており、なにより患者のいかなる要求(窓ガラスを壊す、その変異於いてある煙草を勝手に吸うなど)にも応じることを医療の名のもとに許したことが根本的に間違っていた」(近藤 1975:238)としている。国立肥前療養所の開放化は数年で終了したが、その後開放処遇を実践する精神科病院が現れる。今野は、この頃の精神科病院の開放率について述べる。

昭和三十四年二月に国立精神衛生研究所の岡田敬蔵、国立国府台病院の河村高信、小坂英世の各氏が開放度についての全国調査をしている。それによると閉鎖率が七三・四%、開放率が二〇・九%となつて

いる。今からちょうど二十年前であるが、そのときですら開放率が二〇・九%もあったというのは驚くほど高い数字である。しかしこれは報告のなかでも指摘されているように、調査のあり方に偏りがあったことに注意しなければならない。というのは調査の集計結果は全体として官公立、公益、医療法人に偏り、精神病院の多数を占める私立からの回答が非常に少なかったからである。(今野 1980:8)

1959 年の調査では開放率は高くないが、それでも実施する病院は存在している。浅野は 1956 年の国立肥前療養所の開放化の実践から 1962 年までを第 1 次開放化とし、この時期の開放化を稲地 (1979) の次の分析、「分離収容という管理方式から生じたもの」として紹介している。稲地は「増床していく中で退院しにくい軽症者を重症者から切り離し、開放病棟を設けて収容していくことによって進められた」とする。浅野は、稲地の分析を元に、その後の精神科病院新築ブームのなか、院内管理の方式として生活療法が全盛を迎え、それにもなって開放化の試みは頓挫したと書いている。岡田にも、重症患者と軽症の患者の分類 収容と開放／閉鎖病棟に関する記述がある。国立肥前療養所の開放処遇は **The most important person in the hospital is patient** という理念で実践された。しかし、稲地の評からその後の開放処遇は人道的観点という印象はない。地域移行を可能にする向精神薬が収容管理に使われたのと同様に、開放処遇もまた収容管理の手段として使用された。浅野は 1970 年ころから始まった開放化の動きを第 2 次開放化運動として区別し、第 1 次開放化を院内管理の方式として広がり収束した特徴があるとする。それに対して、第 2 次開放化は「閉鎖病院の開放化」であり、生活療法と分類収容の思想からの決別を意図したと評している。開放化が「分類収容の思想からの決別を意図した」試みであるのはわかる。ただ、開放運動が否定する生活療法とはいかなるものであったのか。次にのべる。

生活療法と「管理」

生活療法は、小林八郎によって 1955 年から 1956 年頃に提唱された。小林八郎は国立武蔵療養所 (現在の独立行政法人国立精神・神経医療センター病院) で「昭和 25 年に精神科 外科手術を終えた患者に、その後療法として行った生活指導が功を奏したことを認め、手術をしていない荒廃患者にも生活指導をいはじめた」(浅野 2000:23)。1959 年には烏山病院で生活療法による治療方針を打ち出し、推し進めた。藤沢は精神科外科の後療法として武蔵野領要所で行われた「生活指導」が生活療法の基礎となったと指摘する。精神科外科を要約すると次のようになる。「前頭葉内の神経細胞間に異常なシナプス供給が生じるためおこるのであり、前頭葉の白質を破壊することによって、そのシナプス結合を切断し、病的な精神症状を除去しようと考えた」(浅野 2000:24)。しかし術後の人格変化を伴う脳の障害が明らかとなり批判され実施されなくなる。精神外科術後の人格変化を伴う脳の障害の後療法として生活療法は生まれた。

生活療法が提唱された時期、都立松沢病院でも「働きかけ」と呼ばれたものが行われていた。都立松沢病院の「働きかけ」は無気力で不活発な患者に対して、掃除・散歩・作業

等を中心とした日課のもとで入院生活を送ることを目指すものであり、生活療法の要素を含むと岡田は言う（岡田 1964）。生活療法はいったいいかなる治療法であったのか。

小林は生活療法を「1.生活指導（しつけ指導）2.レクリエーション療法（あそび療法）3.作業療法（はたらき療法）からなるもの」としてとした。そのうえで、「生活指導（しつけ指導）はレクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）の根幹をなす。生活指導（しつけ指導）はレクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）の基礎であり前療法である。しかし、レクリエーション療法（あそび療法）と作業療法（はたらき療法）に入っても生活指導（しつけ指導）を打ち切ってはならない」という。小林が提唱した生活療法は、生活指導を基盤とした訓練に近いものだろう。次に、烏山病院における生活療法の特徴をみる。烏山病院における生活療法と武蔵療養所や松沢病院との違いは、病棟を開放化したうえで機能別とし、治療病棟、生活指導病棟、作業病棟のほかには社会復帰病棟を造った点にある。入院患者の治療を治療病棟から始め、身体治療後の病状に応じて他の病棟へ、後には社会復帰病棟へ移すことを病院全体で進めた。烏山病院は1959年に生活療法の方針を打ち出した後、1960年に「生活療法に関する服務要綱」、1961年「生活療法服務規定」、1962年医師や看護婦対して「医師服務規程」「看護服務規程」、1965「生活療法服務基準」を設けた。生活療法を病院全体の方針としてすすめた烏山病院の社会復帰活動について、院長であった西尾友三郎の一文を引こう。

病院から社会への後の仕上げとして、特に入念なきめ細かい社会復帰活動に乗せられることになる。社会復帰とは、今までの退院の概念とは自から異なるものでなければならないことは、すでに述べた通りである。そこで当然の事として、その目的に沿った治療活動が要請される。すなわち、狭い意味での「病氣」そのものの治療と並行して、社会で生活しているままの姿で治療し、適応させていくことが必要で、これを「社会治療」と名づけているのである。（西尾 1966:133）

立岩は生活臨床の広がりを「そしてそれらは、ロボトミー、薬物療法といった処方に対して置かれるというより、むしろその後、それらと組み合わせられて開始すくなくとも普及していった」と指摘する（立岩 2014:194）。立岩の指摘から生活臨床がロボトミー（精神科外科）や薬物療法との親和性が理解されるが、当時はロボトミー（精神科外科）の実施は減少している。ただ、薬物療法は精神病治療の主流となる。浅野は「1970年代、私が精神科医になった当時、精神医療の現場を支配していたのは生活療法および生活指導的思想であった。精神病院の内部には、大量の長期在院患者が蓄積し、患者にも職員にも無力感が蔓延していた。生活指導的思想の背景には、分裂病を了解不能で危険で治らないと考える宿命論的な疾病観が横たわっていた」（浅野 2000:44）と述べる。浅野が精神科医になった1970年代は向精神薬が登場して久しく、治せないとして医学対象外に置かれていた精神病が、向精神薬の登場によって治せる可能性がある疾患として認識されだした時期でもある。ただ、生活療法は「分裂病を了解不能で危険で治らない」

疾病観によるものだと浅野は断じている。

浅野は烏山病院での生活療法の中心的人物であった竹村が「分裂病（統合失調症）が遺伝性の疾患である」という考えを強く持っていたとしたうえで次のように批判する。

宿命的な病である分裂病に期待できるのは、たかだか社会適応である。したがって生活指導を日常生活のすみずみまで徹底して、「しつけ」をすることが重要であると考えたのであろう（浅野 2000:42）

生活療法に対して、浅野とは別の印象を持つ者がいる。八木剛平は開放処遇を標榜し、三枚橋病院を設立した石川の「汚物にまみれた精神科病棟の患者と看護するわけではなく麻雀に興じる看護師たち」という初の精神科病院体験を紹介し、「生活療法が活発に行われていた民間病院に出向した筆者の精神病院体験と対照的である」としている。八木は「病院では職員全員が一丸となって生活療法に取り組んでいた。約 250 名の入院患者を院長と分担し、昼間は院内の諸活動に参加するため、入院患者の面接は夜間になり、一週に一度は一昼夜眠り続けるというような勤務が二年間続いた」と記している（八木・田辺 2002:180-184）。八木の評は生活療法そのものではなく、生活療法を実践する精神科病院に対してだが、ここから精神科医たちの奮闘が見て取れる。坂口志朗は 1960 年頃の松沢病院の様子について、浜田晋を引用して次のように述べる。

大講堂という作業場があった。そこにあちこちの病棟から（当時松沢病院は分棟式病棟で、患者は重度別に分けて収容されていた）選ばれた患者が、集合し、約三〇〇人くらいが（正確ではないが）、一斉に袋貼りや荷札通しなどの手作業をやっていた。壮観！戦時中、学徒動員では働かされた工場が私の目に浮かんだ。各病棟でも食堂に患者が集められ、同じような作業が課せられた。十年一日のごとく、常同的な「作業」をやるのが、作業療法の主流であった。そしてそこから落ちこぼれた患者は「どうしようもない重症者」として放置されていたのである。（浜田 2001→坂口 2002:409）

浜田の回想にあるように、向精神薬が万能ですべての精神病／障害者に効果があるわけではなかった。浜田のいう「どうしようもない重症者」が少なからずいて、それらの人は放置される。向精神薬の登場によって多くの患者を同時に収容し、治療できるようになった。「どうしようもない重症者」を薬物療法と管理指導で治療することに、精神科の医師や看護師たちの治療者の職業的なやりがいを生じさせたのだろう。生活療法は「どうしようもない重症者」も放置せず、治療して社会復帰を目指した。しかしその「しつけ」や「指導」がいき過ぎた「管理」となった点や病棟管理の方法、さらに「管理」がなされた精神科病院は収容施設と化した点などが批判対象となって終焉を迎えた。浅野はいき過ぎた「しつけ」や「指導」と収容化した精神科病院への批判から第 2 次の開放化運動が始まったとしている。

精神医療の「管理」から「脱」する試み——第 2 次開放運動

浅野の「生活療法批判から開放処遇がはじまった」や「放置された患者を診て開放処遇を標榜する三枚橋病院を設立した」という石川信義の記述からは、開放処遇が「放置ではなく管理でもないケアの方法」を目指したことは読み取れる。しかし「放置ではなく管理でもないケアの方法」にも差異があった。

三枚橋病院を設立した石川と千葉病院の仙波恒 雄は双方が開放処遇の実践者であったが方法や考えに違いがあった。石川の設立した三枚橋病院は全ての病棟が開放病棟だが、病棟の窓には格子があり保護室もあった。それに対して千葉病院は開放病棟と閉鎖病棟の両方があるが、開放病棟に格子はなかった。それは「開放病棟には格子があってはいけない。開放病棟は徹底して開かれていなければならない」という仙波院長をはじめとした職員の考えがあった。この開放処遇の考え方の違いから双方の職員の間で論争が巻き起こり、石川と仙波の対談に至る。

千葉病院の仙波は開放処遇の実施にあたって、閉鎖病棟があれば患者にとって非常に脅威になると認めたとうえで、閉鎖病棟の有効性を「閉鎖の方が職員と密接なコミュニケーションがあるから安心できる。開放病棟では突き放されている」患者がいると指摘する。仙波は閉鎖病棟を抱える理由を、①全開放処遇を行うマンパワーが足りない。②精神療法や行動療法を行う際、ケースによっては閉鎖処遇が適している場合があること。③開放病棟では処遇しきれない一部の人がいること、を挙げている。閉鎖病棟をなくすことを理想とするが、上記のような理由で叶わない。従って、「開放病棟は、中間的（半開放）ではなく、開放の条件をきっちり確立していかなくてはならない」とする。

他方、石川が院長をつとめる三枚橋病院ではどうであったか。石川は「〈閉鎖病棟は、たとえそれがどんなに小さいものでも、あってはならない。病院はすべて開放されていなくてはならないのだ〉というのが第一の前提条件になっているわけです。そのかわり、二十四時間開放ということに必ずしもとらわれない。深夜は鉄格子で閉じるのもやむを得ない、要は実質的な開放だと、まあそんな考え方だったわけです」（仙波・石川 1983:2）と述べる。浅野は開放化運動の思想を「鍵と鉄格子に象徴される精神病院の扉を開き、患者の生活規則をひとつひとつ解除していき、病院を地域に開かれたもの にしていく実践の総体」（浅野 2000）としている。しかし、石川や仙波の実践は管理的な 行いをすべて否定していない。患者によっては治療者による「管理」は必要であり、閉鎖 病棟や夜間の閉鎖もあり得ると言う。

「管理」もあり得る開放化と生活療法の「管理」の違いは何か。開放処遇と生活療法は病院医療で行われる。それらが治療の手段であることも自明である。治療には治療者による傷病の管理も含まれるが、生活療法は傷病の管理の方法として生活習慣や生活そのものを「管理」しようとした。それに対して、国立肥前療養所の開放化（第 1 次開放化）では、病棟での時間を全面的に患者に委ねた結果、精神科病院の治療機能が低下した。

石川や仙波の第 2 次開放化はどうか。入院治療や生活における治療と生活の明確な区分

や線引きはされないが、治療者による治療上の管理は認めたくえで生活を患者に委ねようとした。石川と仙波の対談からも分かるように、開放化から治療と生活の関係を真面目に問うた。開放化は向精神薬や閉鎖処遇に比べて、経済的にも人的にもコストがかかる。向精神薬や閉鎖による病棟管理を「治療」のためと主張できた時代でもあった。しかし開放化を目指す医師たちは、そう主張しなかった。開放処遇をもって精神病／障害者を治療者の「管理」から開放したとはいえないだろうが、開放処遇を志した精神科医たちの姿勢と取り組みは地域移行後の社会的「受け皿」の質を考える参考となるだろう。三枚橋病院や千葉病院の他にも開放化に取り組んだ医師たちがいたが、精神病院全体における開放率は3割ほどであったという。開放化の後、比較的短期で退院する者が現れた一方で、長期入院患者として病院に留まる者も出現し、在院日数も第2次開放運動が批判した生活療法時代と変わらなかった。浅野は、後に頓挫した第2次開放運動の志向性、治療共同体的な発想は、作業所や共同住居、アパート退院などの実践で発展したと指摘する。

近年、規模の小さな共同住居やグループホームでの実践の経験は、精神障害者が病院から離れ、町のなかであたり前の生活を送れることを実証している。……もはや今日では、精神障害者を生涯にわたり「医療の傘」のもとに置くべしという主張は実践によって乗り越えられている。(浅野 2000:96)

浅野は、第2次開放化運動は精神科病院での治療と違って「生活者としての患者」という概念獲得に寄与したと言う。精神保健福祉の領域では「患者の前に生活者である」ことが強調される。間違いではないだろうが、「生活者としての患者」や「患者の前に生活者である」という捉え方が、再三強調される背景には「患者」としか捉えようのない状況があるのだろう。浅野が指摘するように、精神病／障害者を「医療の傘」のもとに置くべしという主張は乗り越えられている可能性はある。しかし、浅野が評する実践は制度が整備され、潤沢な資金と支援者等の体制が整っていたわけではない。浅野は「やどかりの里の谷」中は、小規模であっても収容化現象は生じうることを指摘しているのである(浅野 2000)と続けるが、「医療の傘」の外に精神病／障害者のリハビリテーションや生活の場を置いても問題は生じる。では、制度を整えれば可能であったか。実施は可能であったが生活支援を行う場、退院後の社会的「受け皿」は受ける人や場や組織となる。人や組織は社会的「受け皿」としての責任を持つ。その責任はだれが持つのか。多くの場合、責任を担保する資格や専門性を有した支援者がいる福祉や医療機関であろう。繰り返すが責任をもたされた側はその責任を果たすため、ある程度の「管理」をせざるを得なくなる。従って退院した者は「管理」されざるを得ないことになる。その結果、社会的「受け皿」の機能が医療でも福祉でも「管理」の意味では、浅野が批判した精神科病院とさほど変わらないだろう。

精神医学は精神病患者／障害者を管理・監視するか

責任をもたされた側はその責任を果たすため、ある程度の「管理」をせざるを得なくな

る。退院した者は「管理」されざるを得ないことになる。社会的「受け皿」の機能が医療でも福祉でも「管理」の機能をもつ。この結論からは「管理」「監視」が精神科病院だけの問題でないことがわかる。それは1965年の精神衛生法改正に至る議論から精神医学そのものが備える「社会防衛」機能について指摘した際にも述べた。

1965年当時、神医学界の代表者の一人である秋元波留夫は社会防衛を素直に肯定している。精神医学界は「社会防衛」を足がかりに「すべての精神病／障害者の入院費用を公費によって賄うこと」を政府に要望する。しかし、政府は、財政的理由か人権的理由かは判然としないが、精神医学界の要望を拒否した。改正法で社会防衛機能は強化されるが、法改正後に精神科病院や病床数の急激な増加はなく、精神病／障害者の多くが精神科病院に收容されたわけでもない。改正点の「措置入院制度の整備（警察官通報の要件の拡大、保護観察所長通報・精神病院管理者による届出の新設、緊急措置入院制度、入院措置の解除規定）」は社会防衛機能の強化と考えられるが、他は精神科病院や入院に関わるものではない。地域にまつわる制度や施設の新設が主な改正である。外来治療費用負担を公費によって賄う精神障害者通院医療費の公費負担制度や保健所を地域精神衛生の一線機関とし精神衛生相談員（現在の精神保健福祉相談員）を配置する。

相談員たちに精神病／障害者の相談指導を担わせる。この体制によって精神病／障害者を精神科病院に導く道筋が作られたと言えるだろう。しかし、法改正後に入院患者は激増していない。すべての精神病／障害者を対象としたのではなく、他害行為等を行うものに限られた。それ以外の精神病／障害者は他害行為に至らないように治療し医療的管理の実施を継続的に行う。地域精神医療の拡大と精神科病院の存続によって他害行為を予防し、他害行為の後には「隔離・收容」を可能とした。

1965年改正によって、精神障害者通院医療費の公費負担制度が新設され、精神医学界は医療の保障拡大として受け入れ患者を増やした。向精神薬が登場した1950年代以降、外来患者数は増加する。患者の増加に対応して精神科診療所も増えた。1970年代には精神科デイ・ケアが診療報酬の対象となり、こちらも利用者数と実施施設の増加がみられる。在宅医療が活発になったからといって、精神科病院や病床は減少しなかった。精神科診療所や精神科デイ・ケアの増加は治療の場が精神科病院だけではなくなったことを意味する。他方、「病院を出る」状況に傾かない理由に、退院後の社会的「受け皿」がないと言われる。

「地域が望ましいが、しかしその体制が整ってないので病院が（当座）必要だ」ということになったが、その状況が現在まで続いている。社会的「受け皿」づくりがなされることになったが、はたして診療所等は精神科病院に変わるものとなるのだろうか。精神科病院と新たな精神科診療所は対象者を一つにしない。現在、駅前を中心に精神科や心療内科を標榜する診療所が多く存在する。気分障害（うつ病）などを患いながら通勤や通学している者を主な患者としている診療所や「リワーク（復職）プログラム」を主な活動にするデイ・ケアが退院後の医療的「受け皿」となり得るのか。岡田の「精神科病院に接ぎ木された形で成されている」という指摘からは次のような事態が予測できる。診療所で「入院治

療の必要」とされると、精神科病院に「連携」という名目で紹介されて速やかに入院となる。本人が入院を望むなら問題ないだろう。しかし、本人非同意の場合はどうか。政府が精神医学に求めた広義の「社会防衛」機能を十分に発揮したとなるだろう。

精神科医たちの一部は精神科病院の「管理」から脱するために開放 処遇を採用した。しかし、それは我が国の精神科病院の潮流とはならなかった。第 2 次開放運動は、患者の生活を「管理」することへの批判から生まれた。患者の生活を「管理」せざるを得ない精神科病院を極力減らし、地域精神医療を精神科治療の基本とすればどうか。精神病／障害者の生活は彼ら自身の手に戻ったと言えるだろうか。外来治療や精神科デイ・ケアは患者の生活の場で治療を行う。疾患には治療上の管理を行うが、生活の「管理」は行わない。仮にこのようなことができるなら問題は少ないだろう。しかし、精神科デイ・ケアの目的の多くが再発予防であることを考えれば、疾患の管理が生活指導等のソフトな生活「管理」に繋がりはしないだろうか。しかも、治療者や支援者にとっても自覚することが困難であろう。しかし、それらの「管理」は明らかに存在する。精神科病院を「脱」して地域移行の後、用意された社会的「受け皿」にも何らかの支援が付随する。その付随された生活支援には、彼らの生活を「管理」する側面がある。今回は生活支援と生活の「管理」の関係について述べたい。