

公衆衛生審議会「処遇困難患者対策に関する中間意見」 ——「重症措置患者専門治療病棟」構想の問題点について

金杉 和夫

(陽和病院、第2回精神保健国内フォーラム運営委員会)

私のこの発表には二つの目的がある。一つはこの国内フォーラムを主催する精従懇とフォーラム運営委員会での「処遇困難患者」問題に関する討論を紹介し報告することである。二つ目は「処遇困難患者対策」、具体的には「重症措置患者専門治療病棟」の設置の構想について、主に批判的観点から問題点を指摘することである。前者は運営委員会の報告者としての役割、後者は個人としての意見と理解して頂きたい。

さて、今年7月に公衆衛生審議会が中間意見として発表した「処遇困難患者対策」は、精神保健・医療・福祉従事者の間に多くの議論と批判、疑問を引き起こしている。

この中間意見で述べられている基本的認識は「その病状や問題行動により病院内における治療活動に著しい困難がもたらされる、いわゆる処遇困難患者については、長期間保護室で処遇され必ずしも十分な治療が受けられる状況になかったり、また、他の患者と同じ病棟内で処遇されることにより一般の患者が開放的な環境でより良い治療を受けることを妨げている要因となっている。」というものであり、その具体的対策は「処遇困難患者を専門的に治療するための病棟を試行的に整備する」すなわち、重症の措置入院患者を充実したマンパワーを投入して集中的に治療する専門病棟を設置するという措置入院制度の強化策である。

日本の精神病院の治療と処遇の現状は極めて貧困で劣悪であることを我々は認めざるを得ない。全国精神病院入院患者のおよそ0.5～1%、すなわち約2千人の患者が数カ月あるいは数年以上にわたって保護室に隔離され続けている事態（後掲の資料参照）は日本の精神医療の貧困さを象徴している。精神病院で十分な治療を受けられず劣悪な処遇を受けている患者の治療を改善し、人権が保障される処遇を行うために政府が積極的な対策を行うことを我々は要求し続けており、今回の「処遇困難患者対策」がそのような精神医療の改善策の第一歩であるなら、われわれ精神保健従事者は当然これを歓迎し協力するだろう。しかし、今回の「中間意見」が1990年10月の「丹羽代議士刺傷事件」を契機に精神障害者の犯罪行為に対する治安対策を強調し、精神医療の開放化を危険視する議論が高まったことを背景に急速に政策化されてきたこと、また具体的な対策として打ち出された専門治療病棟が「重症の措置入院患者」を対象としていることを見れば、この構想が政治的には「他害の恐れ」の強い患者に対する保安処分の代替策として位置づけられていると危惧せざるを得ない。

保安処分制度の導入は精神障害者と国民全体に対する人権の侵害を憂慮する反対の声によって、これまで繰り返し挫折してきた。我々精神保健従事者は今回提唱されている「処遇困難患者対策」が医療上の改善策の形を取りながら、保安処分の代替策として精神障害者を危険視し差別を強化し、不当な拘禁を強いる制度として機能する恐れがあることを憂慮し、慎重に対応しなければならない。

我々はこの問題の重大性を認識し、今回の国内フォーラムを準備する過程で運営委員会と精従懇で

討論を重ね、議論はまだ不十分で、一致した結論を得るには到らず、更に討論を継続し深める必要があるが、およそ次のような共通の認識は得られている。

- ① 精神障害者に対するいわれのない差別という視点から保安処分に反対する立場は今後も堅持すべきであり、「処遇困難患者」問題の解決は保安処分としてではなく、医療の問題として考えなくてはならない。
- ② 精神病院で長期保護室使用などの非人道的処遇を受けている患者群に対して、人権擁護と治療の改善を図る必要がある。
- ③ 「処遇困難患者」がどのような問題を持った、どのような範囲の患者群を指しているか曖昧である。「処遇困難」という言葉は精神医療の劣悪さを覆い隠す概念であり、用語としても不適當である。容易に治療ルートに乗り得ないという意味では「重症例」などの言葉が妥当である。
- ④ これに関連して精神障害者の定義の見直しが必要であり、少なくとも強制入院の対象から精神病質者と精神薄弱者をはずす必要がある。
- ⑤ 「重症例」問題は精神医療全体の質の向上と福祉を含めた精神保健システムの充実によって解決されなければならない、そのための専門の治療システム、専門病棟が必要とされる場合でも、適切な医療圏の設定の中に位置づけ、それだけを突出させないことが必要である。

「処遇困難患者対策」は既に「重症措置患者専門治療病棟」の整備費として厚生省で来年度の予算要求に乗せられ、大蔵省との折衝、国会での予算審議の段階に入ろうとしている。精神保健従事者はこの「対策」について早急な対応を迫られているのであるが、我々の討論の中での精神保健従事者のこの「対策」に対する態度は十分に煮詰まらず、現状では反対論ないし慎重論と条件付賛成論に分かれている。反対論ないし慎重論はこの構想の保安処分的な性格を強く危惧する立場である。条件付賛成論はこの構想の危険な面には十分な歯止めを掛けて、日本の精神保健を充実させるために（治安圧力を医療改善に変えていく形で、世論の理解が得られる形で、精神保健の資源を増やすために）活用していくべきだという立場である。このため、今回のフォーラムでのこの問題についての発表は、私が「重症措置患者専門治療病棟」構想について批判的観点から問題点を指摘し、中山宏太郎氏が構想を支持する立場から指定討論を行う、言わば両論併記の形をとることになった。

我々精神保健従事者の「処遇困難患者対策」についての議論が煮詰まらず対応が遅れている原因の一つは、この「対策」が対象としている「処遇困難患者」の概念と範囲が曖昧であり、具体的施策である「重症措置患者専門治療病棟」の内容と目的が不明確で、背後に保安処分の実質的な導入の意図が透けて見えるというこの構想そのものの不透明さであると思われる。しかしそれ以前の問題として、いわゆる「他害の恐れ」のある「犯罪性」の精神障害者への対応の問題を含めて、精神保健従事者自身が「処遇困難」といわれる問題を回避し、十分な主体的な取組みを怠ってきたことも、この重大な時期に我々の対応を遅らせている一因であると思われる。

以下では「処遇困難」といわれている問題について議論を深め、「重症措置患者専門治療病棟」構想への対応を決めていくために必要と思われるいくつかの論点を私見を含めて提示し、今後の議論の手掛かりにして頂きたいと思う。

(1)病院・治療者の主観的印象で「処遇困難」と見做される事例の中には種々異なった困難さ（問題）を持つ患者群が混在しており、それぞれの問題に応じた実態の把握と治療改善の対策が行われる必要がある。

「処遇困難患者対策」立案の主要な根拠となっている厚生科学研究「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」（1990年4月）の研究としての信頼性に対して多くの批判が行われてい

る（日本臨床心理学会、日本精神神経学会「保安処分に反対する委員会」、横田泉、白沢英勝など）。それらの批判の要点は①「他害の恐れ」のあるいわゆる「犯罪性」精神障害者と精神病院で治療や処遇が困難と見做される「処遇困難例」という異なった視点から得られる二つの概念を混同し、研究の対象と目的が混乱している。②処遇困難であるか否かの選別を病院・治療者の主観的な印象に任せ、処遇を困難にしている治療者側の要因を十分客観的に検討していない。③処遇困難である原因を患者個人の要因に還元し、「暴力行為」「過去の犯罪行為」「人格要因」などとの関連性を十分な検討なしに強調している。④処遇困難者を犯罪可能性の強い危険な患者と見做し一般の精神医療から排除し、特殊な治安対策の対象としていく方向に道を開く結果に陥っている、などである。

厚生科学研究は処遇困難例に対して、社会で重大な他害行為を犯した精神障害者が、精神病院に入院しても暴力行為を繰り返し、保護室に長期隔離されたり、他の患者の治療や病院の開放化の妨げになっているという誤った安易なイメージを作り出してしまったのではないかと思う。しかし調査のデータを見ると、「入院中の暴力行為」と「保護室生活」には高い相関があるが、「犯罪歴」と「入院中の暴力行為」には相関関係はなく、犯罪歴があることと入院して暴力行為のため保護室に長期隔離されることとは関連がない。私の知る事例から見る限り、社会での他害行為のために措置入院した患者の殆どは一般の急性期症状に対する治療で対応でき、保護室長期使用者にならない。一方保護室長期使用者の大半は社会での犯罪歴はなく、入院形態も措置入院ではなく医療保護入院である。精神症状が改善しないために集団生活と対人関係に適応出来ず、予測が難しい暴力その他の迷惑行為のため、あるいは水中毒等も含めた自傷的行為のため保護室生活を余儀なくされている場合が多い。他害による措置入院者や保護室長期使用者とは異なったタイプの処遇困難例として、精神症状とは関連の薄い生活上、対人関係上の「問題行動」によって治療者や他の患者に迷惑、厄介と受け取られ、しばしば「人格障害」と呼ばれがちな患者群があると思われる。以上は限られた経験からの主観的印象に過ぎないが、処遇困難例が多様な問題を混在させた、まるごと一つのものとして取り扱うのが困難な範疇であることを理解する助けにはなると思う。「処遇困難」というキーワードによって全く別の実態の把握と解決策を行うべき問題が結び合わされてしまっていると思う。

(2)犯罪予防に対する精神医療の役割は医療として可能な範囲に限定されるべきである。

第二の論点は、犯罪予防に対する精神医療、精神保健の役割をどう考えるか、現行の精神保健法で既に保安的な役割を担っている措置入院と医療保護入院を含めた強制入院制度をどう評価するかという問題である。この問題は我々精神保健従事者が正面から検討することを回避し、対応を怠ってきた分野であると思う。私は昨日の討論の中で、精神医療が医療として出来ることと出来ないことをいっしょくたにして取り込んでしまうことによって、精神障害者の福祉と人権を阻害しているという指摘が多く論者からなされたことに強い印象を受けたが、保安という分野においても、医療として出来ることと出来ないことを明確にすることが重要なポイントであると考えます。

「精神障害者」による犯罪（他害行為）は本人にとっても、家族と周囲の人々、社会にとっても不幸な事態であるから、精神医療は医療として出来る範囲でその予防に努める責任があると言える。しかし、患者の犯罪可能性は精神医療が対象とすべき病状に関連した障害のごく一部であり、犯罪の予防はその患者の治療の目的の一部に過ぎない。

精神医療は主として精神病への医学的治療として発達してきており、精神病症状（錯乱、妄想、作為体験など）による犯罪行為の可能性への予防的な対応は現在の精神医療の技術（薬物療法、精神療法、ケースワークなど）である程度までは可能である。一方で「精神病質」、人格障害、性行動異常、「精

神薄弱」をもつ人々による犯罪行為の可能性は対象としての理解としても、予防的な治療技術としても現在の精神医療では対応出来ないと言えるだろう。従って精神医療が犯罪の予防に果たすべき役割は精神病症状による犯罪可能性への医療としての予防的対応に限定すべきであり、精神保健法の問題としては、措置入院の対象（精神障害者の定義）から「精神病質」と「精神薄弱」を除き「精神病」または「精神病状態」のみとする必要がある。

犯罪予防への医療としての対応のために、現行の精神保健法の強制入院（措置入院、医療保護入院）以上に法的制度を付け加える必要はない。現状の精神医療の問題点は患者の他害性への配慮が不十分なことではなく、むしろ過剰なことにある。必要以上の「他害の恐れ」によって長期間患者が十分な治療を受けられないまま拘禁され、患者の人権が侵害されていることが問題であろう。強制入院者の治療と処遇の改善（閉鎖病棟の環境設備改善、マンパワーの充実など）、人権擁護（処遇の基準と審査の強化など）を更に強化する必要がある。

(3)「重症措置患者専門治療病棟」の問題点

第三の論点として、この構想そのものの問題点とこれが実施された場合に危惧されることを指摘したい。

現在明らかにされているこの構想の要点は次のようである。

- ① 措置入院患者のうち重症の患者を対象とする。
- ② 人口4百万～5百万人に1つ、全国で20カ所程度設置する。
- ③ 当面は全国3～5カ所の国公立病院で試行する。
- ④ 豊富なマンパワーを投入して集中的治療を行う。

「中間意見」の筋書きは前半の処遇困難患者の現状、問題点を述べた部分では保護室長期使用者が主な対象であるように強調しながら、後半の今後の取組みの具体的方針では「重症の措置入院患者」が対象に選ばれてしまう点が不自然で、唐突である。対策の主眼は保護室長期使用者から「他害の恐れ」の強い「犯罪性」の精神障害者に移っている。

この計画が完了した時点でも病棟数は全国で20カ所程度であるから、一つの病棟が県の枠を越えた広い地域を対象とすることになり、地域的な医療圏とは隔絶した治療システムになる恐れが強い。広い地域から少数の患者を選び出すと他害の危険性の高い（起こした事件が重大な）患者が優先されるのではないか。当面は全国で3カ所となればその恐れは更に強まる。マンパワーの充実が強調されるが、治療効果を高めるための治療技術、人材養成は準備されているのか。治療効果が上がらず収容が長期化し回転の乏しい孤立した施設になる恐れはないか。

以上から危惧されることは「重症措置患者専門治療病棟」が他害の危険性の高い（重大な事件を起こした）患者を全国から選び出して、地域医療から隔絶し、長期間収容する保安処分の代替施設となることである。

(4)現在の精神医療で十分な治療を行うことが困難な保護室長期使用者等の「重症例」への対策は、個別病院の治療改善、更に地域の精神保健・医療・福祉システムの充実を通して、下のレベルからの試行、研究を積み重ねて推進すべきである。

「処遇困難患者対策」が「丹羽代議士刺傷事件」を契機に当初の思惑を越えて政治的に加速されたことは、その立案に関与した道下氏と中山氏も認めているとおりである。我々はこうした政治的圧力をいったん押し戻した上で、保護室長期使用者等の治療の行き詰まった「重症例」への対策や他害性

が問題となる患者への対策を、構築されるべき精神保健・医療・福祉システムの中に適切に位置づける努力に着手すべきであると考える。

資料 最近の病院調査から見た隔離の実態

	保護室数 (定床に対する%)	使用者数 (入院数に対する%)	長期使用者数 (入院数に対する%)
--	-------------------	--------------------	----------------------

1988年12月31日（日本精神病院協会、1,003病院250,349人について集計）

日精協	? (2~3)	5,068(2.0)	—
-----	---------	------------	---

1989年4月1日（病院・地域精神医学会、68病院20,814人について集計）

病・地	759 (3.5)	559(2.7)	1カ月以上 130(0.6)
-----	-----------	----------	----------------

1990年6月30日（日精協842病院216,025人、国公立58病院18,102人について）

日精協	—	3,367(1.6)12時間以上	1年以上 802(0.4)
自治体	609 (4.6)	430(3.2)	1カ月以上 183(1.4)
国立	234 (4.8)	129(2.7)	同 89(1.8)
合計	—	3,926(1.7)	1,074(0.46)

1990年1月中（62病院に1カ月に入院してきた965人の入院初期の処遇について）

病・地	—	20.7%	30日以上 1.9%
-----	---	-------	------------

以上の数字から推定すると、保護室の定床に対する割合は3%前後、使用者（隔離されている患者）の入院者に対する割合は2%前後、長期使用者は1カ月以上が0.5~1%というところか。