

指定討論

処遇困難者問題について

中山宏太郎

(京都大学病院・日本精神神経学会)

中山でございます。通常は京都大学病院で医者をやっております。といっても外来をやったり、それと若干病棟へ行くことと、これ以外は教育者ではございませんので、一応教育職なんです。教育者というよりは、もう何か霞を食って生きとるような感じで、世の中の動きを、変な言葉ですが、象牙の塔の上から眺めとるような心境です、この頃は。それで今日、処遇困難問題ということで議論をしなきゃならんのですが、私これは実は、ちょっと非常に個人的な感情を申し上げますと「遥けくも来つものかな」という感慨があります。と言いますのは、確か1980年、札幌で精神神経学会がございました時に、時の日精協の会長であられた高橋清彦先生と地域医療問題について、日精協の考えを是非ご変更願いたい、1次2次3次診療圏の形成というものは、これはもう決定的に大事な事なんだから、という事を申し上げたんですが、その時やはり、協会内でそういう事は精神科は別枠だという考えが強いので、その今度の医療法改正に伴う診療圏構想には精神科は乗れないんだという事を伺いました。それはそれなりに、内部の事情もお有りになったんだと思いますが、それから10年経ちまして、今日皆さんの報告を聞いておると、だいたい必要性に関しては認識された、おそらくこれから5年10年掛けて、或は毎年毎年それぞれの地域で2次医療圏の中での診療者、或は福祉関係、それから保健所等々の広い組織化が行なわれるだろう、という事が期待出来るというふうに思っております。実はこれは今日になって初めて解ったことじゃなくて、いろんな会合でこの問題が次第に自分達の責任問題として自覚されているという事が解っておったわけです。その間私もWPAでデリバリーシステム、デリバリーパターンズ・オブ・サイカイアトリック・トリートメントでしたか、そういうふうな国際会議も開いたりして、それなりに、あんまり象牙の塔ばかりには居らんんだ積もりなんですけども、そういう認識を持っております。ただ、やっぱりそれは未だ非常に不十分であって、というのは精神科だけじゃないわけですよ、他の科で2次診療圏、3次診療圏とって作っているけども、殆どが未だ単なるテーブルプランです。その具体的施行に関して各都道府県は非常に困惑しておるという状況があります。それから最近もう一つ大きな問題は、富裕圏と言いましょか。例えば東京・千葉・埼玉・神奈川或は大阪といったような所と、場合によっては名古屋が入りましょかね、そういう所と富裕でない自治体との間に非常に大きな格差が生まれてきている。東京の方は自分達が出来ておられるかもしれない、事実出来ておるんです、羨ましい程出来ておるんです。しかしながら、それは東京都という10兆を越す自己財源を持った巨大な自治体を背景にしておるのであって、これ鳥取や島根や山口だとか或は鹿児島なんかでは到底望むべくもないことです。ここで基本的な問題は大法螺を吹きますと、いわゆる地方交付税の配分を変換しないと、もう地方での福祉というのは無理じゃないかと、これを国会がどう処理するのか、或は誰かが問題提起していくのかというこ

とが一つ問題になっているんだろうというふうに思っております。労働力不足に関しても色々考えがあるわけですが、あんまり議論を広げちゃってもいけないと思いますので、一応医療圏構想というものと、処遇困難の問題というのが絡みあっているという認識は持って頂きたい。私は処遇困難問題の専門家ではありませんけども、それだけの専門家ではない積もりであるということです。第2に申し上げたいのは、実はライシャワー事件の時に精神科の医療関係者、或は行政官庁、国会というものがどういうふうに動いたか、ということをおしは私なりに丹念に追ってみました積もりです。大学というのは、そういう事を勝手にやる自由はあるわけです。結論として申しますと、討論資料の1-2の所に書いてありますが、現実の精神科医療が国会議員の注目を集めるのは、患者が虐待された事件、例えば宇都宮病院問題であり、或は十全会病院問題であるわけです。或は患者が加害者となった事件、ライシャワー事件とか丹羽事件とかいったような事件であります。こういう時にしか、殆ど立法府の関心を集めない領域というのは精神科であるということは、これは世界共通の認識であります。その点でイタリアの法律が制定した、成立したプロセスというのは、あれは共産党と一部精神科医の選挙協定として出たという非常に特徴のある仕事なんです、大抵はこういう事件を巡って起こってきます。イギリスのメディアムセキュアユニットというのは、ブロードモア退院者が毒殺魔ですね、毒殺が大好きな人、出したら又毒殺して3人程死んじゃった。それから奥さんを殺す人がいまして、2人殺してブロードモア退院したら又3人目も殺し掛けた、というふうな事件で、これまた国会で大問題になって、メディアムセキュアユニットを作ってブロードモアから治療を行なう事によって、社会復帰まで一貫して治療して、やって行くだというセキュアユニットを各地域、日本では言えば3次医療圏に当たるレジオンというのを作っておりますが、そういうものを作っていくプロセスがあったわけです。従いまして問われるのは、このような事件の時に医療者が何を政治的要求として準備するのが適切かという事だと思います。例えばライシャワー事件の時には国会と政府首脳部では保安的要求が優位を占めました、40年改正では、かねてより医療者が推進を唱えていた外来医療にも受診者側に対する経済手当が設けられました。これが昭和52年の通院精神療法費という診療者側に対する経済的手当を待って今日の外来的、外来診療の拡大を可能にした。第2には、その当時保健所に精神科医療といひましょか、精神保健を義務付けるというのがありました。第3には、全家連が形成されたのもその時だったわけです。第4には生活保護法の適用を拡大し、といひますのはそれまでは所得倍増政策に書かれてある通り、措置入院という公安的な入院を使いなさいという35年の12月に生まれた所得倍増政策という国土計画庁の計画案に則る線で進められて来たわけですが、やはり措置入院ではいかんという事で生活保護、世帯分離策というようなことを入れられたんです。結構この準備してある事をこういう機会にゴンゴン主張していくと、それなりに聞き入れられるというのが、ライシャワー事件の時の教訓ではないかと思っております。向こうが保安的な要求を出してきたから、直ちにこちら側はそのまま保安的なものをやる必要はないわけです。医者はあくまでも医療を通じて、ということでは出来ないわけです。それを何かあまりにも素朴に保安的要求だから危ないとおっしゃるのは、ちょっと私は納得が出来ない。ただ、今度のは研究はもう2、3年前に出たわけですが、丹羽兵助先生の事件がありましてから、急に私共呼ばれてどうするかという事を聞かれたわけで、皆さんに詳しい報告をしたりというような時間が無かった、という点に関しては、やはり皆さんの危惧というのは理由のないものだとは思っておりません。そして、そういう皆さんの危惧を一つ一つ丁寧に聞きながら皆と一緒にやる。つまり2次医療圏15が一つのセキュアユニットを持つ、という形で事を推進して行って頂きたいと思うわけです。そして、この15医療圏というのは、場合によっては県を越えるわけですが、これに関しては特別な方法を考えなきゃならないと思っております。

次に一番多いのは定義に関する問題でございます。例えば1959年83年のイギリスのメンタルヘルスアクトはメンタルイルネス（アンデファインド）と書いてあります。これはどういう事かという、その定義に関して、或は定義の適用に関しては、各自の医者に委ねますと、医者は医者基準をもっておやりになるでしょう、という意味なんですね。だから結局この場合でも、誰が処遇困難者かという事は15の地区の2次診療圏のお医者さん方が寄って良くお考えになって、現在自分のところの処遇困難者として扱わなければならない人はこの人である、というふうにお決めになればいいわけです。それから、ここでもう一つ僕はオペレーショナリズムという事を書いておりますが、これはもう歴然たる学術用語でございます、一定の操作によって一定の結果が得られるものを、操作によって定義するという定義の方法、これは厳然とあるわけです。だからこれを非科学的などと言う人があるとすれば、それは勉強不足というより仕方が無いわけです。最後に名前問題について言いますと、確かに重症患者、或はマラードディフィシルなんてフランス語もありますけども、例えばフォーレンジックペーシェントとかインセインオッフエンダーとか、或は何でしょうか、ブロードモアペーシェントとかいうもっと極端なのがあるわけで、我々としてはフォーレンジックとかクリミナルとかいうのは拒否した上で処遇困難というのを取った。しかし処遇困難というこれを実際に使って患者との対話の中で使える言葉なのかどうか、このところを良く吟味しなければならないと思っております。

討論資料 『処遇困難問題について』（中山宏太郎）

本年9月28日フォーラムの最終打合わせ会議で、表記のシンポジストの労を事務局の責任者である金杉氏が引受けて下さり、小生は指定討論の機会を与えられることとなりました。

〔目次〕

- I. 医療計画の必要性と条件
 1. 〔精神科医療における保安の現実と危惧〕
 2. 〔政治過程と人権〕
 3. 〔現代の人権問題〕
 4. 〔国家を取り巻く環境〕
 5. 〔精神科医療費倍増計画は可能か？〕
- II. 研究報告書の成立過程での問題のとらえ方と今後のポイント
 1. 処遇困難患者の調査の意義
 2. 今後のポイント

I. 医療計画の必要性と条件

I. 1. 〔精神科医療における保安の現実と危惧〕

処遇困難患者問題が複雑な議論を呼ぶのは、精神科医療が近代国家のもとで再編されて以来、『保安』という要素を含んでいるからに他なりません。例えば、フランス革命の際の『人権及び市民権宣言（1790）』は『人は法的手続きを経た場合に限りて拘留される』としましたが、それと前後して、狂

人を徘徊させたものを違警罪の対象とし、1838年には拘禁の正当性は拘禁後の司法審査で担保されることとしたことにそれが見られます。西ドイツの州法である精神保健法は、ドイツ連邦基本法（憲法）の同様な人権保障の枠をはずす法律であります。我が国の精神病患者監護法、精神衛生法及び精神保健法はいずれもこの枠組みを逃れることはできませんでした。監護とは「他人に害を与えないように監督し必要とあれば監置すること」であり、保護とは「自身を傷つけあるいは他に害を及ぼさないように監督する」義務であります。

ですから、『精神病患者』集団が、「日本では刑法に保安処分制度というのは現在ありませんが、私達は保安処分され続けている」と主張するのは理のあることです。

そして、処遇困難患者問題が出るとその中に『保安』問題を見いだすことは容易であり、とくに現在の我が国の精神科医療の貧困さを考えると、それが『保安』強化につながることを危惧して警戒を強めるのも一理あることと言えましょう。

とりわり、この問題の政治的社会的背景と見なされるのが、厚生科学研究開始の契機となったのが精神保健法制定時の保安への要求であり予算要求の契機となった故丹羽兵助代議士襲撃事件であることは否めない事実でありますから、この危惧は素直な意見であろうと思います。かえって、私共のようにこれらの契機を医療水準の向上の力に転化すると言うのは危惧する人々には一種の詭弁と写っているのであろうと思います。

1. 2. [政治過程と人権]

しかし、論争は理想的には鋭く対立しているかにみえますが、対立する論者である精神科医療従事者の存在基盤をなしている現実の精神科医療に相違がある訳はありません。他方、現実の精神科医療が国会議員の注目を集めるのは、患者が虐待された事件か患者が加害者となった事件であります。保安的要求と人道的要求が鋭く対立するのもこのような事件に際してであります。

したがって、問われるのは、このような事件の時に医療者が何を政治的要求として準備するのが適切なかでありましょう。

たとえば、ライシャワー事件（昭和39年）の時には、国会と政府首脳部では保安的要求が優位をしましたが、40年改正ではかねてより医療者が推進をとんでいた外来医療にも受診者側に対する経済的手当が確保されました（第32条）。これが他の疾患とは別に特に認められたのは「通院治療中断者に加害者が多い」との判断によるという事情は認めるにせよ、昭和52年の通院精神療法という診療者側にたいする経済的手当と合俟って今日の外来診療の拡大を可能にしたのです。

第2に、40年当時は保健所における精神衛生業務の設備が地域管理網の形成として警戒されましたが、現在の保健所精神保健相談員をそのような役割とみなすことは困難でありましょう。これは、法改正後の医療者のたえざる努力によって危惧を医療への努力に転換できることを示していると考えております。

第3に、全家連もその時に形成され、現在ではコンシューマーサイドの意見表明機関としてますます重要となっています。

第4には、生活保護法の適用を拡大（同意入院）して、措置入院患者増加の停止したことでありましょう。

それに引換え、保安強調路線の人々は何を手にしたのかはっきりしないと私は考えています。この事件とその後の経過からみて、医療者が敗北したとは考えていないのです。それにはラ氏及びその近辺から保安圧力がかからなかったことも関係していきましょう。

また、私達の世代はこれを契機として、先輩達の後をついで保安処分制度問題を視野に入れることができたのです。

I. 3. [現代の人権問題]

こういう結論を述べるのは、個々の医療者の努力と時流のなせることなのだと思います。『時流』というあいまいな言葉を使いましたが、これは、海外における精神障害者の人道的処遇の報道、ソビエトにおける精神医療の政治的乱用の報道など国会議員だけでなく広く国民に知られたできごとが何処かで底流をつくっていると考えられますから時の流れと言ったのです。

この流れは、1つの国の国内で生じたというより、国際機関の影響から生まれているように思います。

たとえば、1983年イギリス精神保健法の改正の契機の1つはヨーロッパ裁判所の判決でありましたし、オランダも同裁判所で敗訴しいろいろな改革が検討されたと言います。1990年には、フランス精神保健法の改正旧西ドイツの禁治産及び監護制度の廃止と保護者制度の新設が行われ、ベルギー、オランダ法の改正もおこなわれましたが、新法律は患者の権利をうたっており、人及び財産の裁判所による保護を一層明確にしています。

これら欧州諸国の動きの背景をなしているのは、ヨーロッパ裁判所の動きであります。それを受けて国連人権委員会が『精神障害者の人権擁護とサービス改革の為の諸原則（案、1991）』を採択し、国連総会で採択されようとしていることも重要であると思います。

戦争捕虜に関するジュネーブ協定に始まる国際条約は国連による各種の人権宣言とか人権に関する条約につながり、婦人、子供の問題について精神病者にたどりついたのです。そして、再来年このメッセで開かれるWFMHでは、『諸原則』の国連総会採択を受けて、『精神障害者擁護10年』の提案がなされるはず。この提案はWFMHのフラッシュ氏に私が直接おこなったものであり、彼は即座に賛意を表したのです。実は児童の人権宣言が10年間の運動を経て人権規約になったのをまねたに過ぎないのですが、運動の継続発展のためには有効な方策だと思うのです。

次に、『諸法則』の起草に政府間機関であるWHOの精神保健部が深く関与していることを指摘しておきたいと思います。『諸原則』作成に際して医師と法律家は鋭く対立しニューヨーク医科大学の精神科医フリードマン教授は法律家ダエス女史がつくった草案の全面廃棄を訴えるという極論を提唱したほどでした。結局、実現可能な案を提示したのはWHOであったのです。

そして、今、WHOは、日本政府や精神病院協会と連携を作りつつあることを知っておいて頂きたいのです。かって、WHOのコンサルタントであるクラーク博士の日本政府に対する勧告は、その発表の記者会見の場で厚生省から無視されたと言われていました。このことは、我が国精神科医療政策を批判する人がよく引用していましたが、今後そのようなことは起こりにくい状態になっていると私は思っているのです。

I. 4. [国家を取り巻く環境]

国際化とかグローバルゼーションという言葉がよく見かけられますが、これは国家の性格を変えるものではないでしょうか。アパルトヘイト問題に端的にみられることですが、国民の搾取・人権侵害の上に繁栄する国は、この世界からボイコットされるのです。国家は、とくに経済的にうまくいっている国家は、その国民を搾取することは許されない事なのです。さらに経済的にうまくいっていない国家に援助することも求められるのです。

アメリカの弁護士ゴスチン氏は京都国際フォーラム（1987）で、アメリカと日本に精神科医療の『経済的乱用』が最も顕著に見られると指摘しましたが、アメリカはその後の情報では地方自治体とボランティア活動の中軸にして相当なストリートピープル処遇改善を行っているようです。

国家は当面の経済活動を若干後退させてでも人権擁護を行わないといけなとかんがえているのですが、こういった国家のおかれている状況の変化を感じているかいけないかで、処遇困難者『対策』にたいする姿勢が異なってくるように思います。

この問題を巡っているいろんな人と話し合っただけで痛感したのは、医療者の心が今までの精神医療政策によってひどく傷つけられていることでした。それは痛ましいことであり、医療政策の改善によってしか癒されないと考えます。『どうせ、十分な財政措置を講じないし、保安処分の厚生省版に使うだけだ』と主張して止むことがないのです。そして『今までの政策を見よ』と言われると、反論する元気は無くなりほしくないまでも衰えます。前川レポートとそれに続く内需喚起政策は10年間で400兆円の公共投資増額を約束していますが、精神科医療は医療全般とともに『公共投資』ではないでしょうか。

交通や治水などの土木工事だけが公共投資ではありますまい。教育、福祉、医療と言った分野の整備はその質を改善しなければならない社会基盤であり、公共投資であることをはっきりさせるべきなのです。病棟改造は、その一部であろうと思います。公民館、市民ホールと比較しないまでも一般的な住宅と精神病院があまり違い過ぎてはいけません。精神科の病室は人の住むところなのです。

さらに、英国と米国の医療費に占める精神科医療費はいずれも13-14%であります。此の20年間の我が国の精神科医療費は7%足らずで、1兆2,000億円程度ですから、パイを2倍にして2兆4,000億円を振り向けてもらうという主張はあながち不当とは言えますまい。

1. 5. [精神科医療費増計画は可能か？]

パイを増やしてもらえないから、国庫や都道府県の特別の支出を求める発想には質的限界があります。国庫支出には、特別の理由つまり『保安』という要求がついてまわるということもあります。これらの財源が重要なものであることは理解しておりますが、国庫支出の総額は年間5百億円つまり精神科医療費の5%にも達しないのですからこれにばかり熱を上げているのは問題なのです。自治体の支出はもっと少ないでしょう。ですから90%を占める保険医療費がもっとも重要なのです。

次に、医療費の場合、医療機関とその利用者間に支払基金が介在し、直接的な市場はないと言ってよいのです。措置入院費にしても支払うのは国庫ですが病院への支払い額を決定しているのは支払基金なのです。支払基金を構成しているのは、保険者つまり市町村の国民保険組合、共済組合及び企業と被保険者つまり保険者の住民、組合員、雇用人であり、さらに学識経験者が参加しているのです。

したがって、この基金やその運用に当たっている国会に支出の増加を納得してもらえよう『医療計画』が作成されねばなりません。彼らにとって、行政たると、民間病院たると、公立病院たるとを問わず、精神科医療費の支出先であることには変わりないのです。支出先が良質で無駄のない医療を提供する計画を提出しなければ支出を増やさないのは、ばく大な基金を付託された者としては当然のことではないでしょうか。

ふりかえって、行政と医療者団体が相互に批判するのは当然としても、医療計画を作成しようともしないかみえる現状は早急に改められねばならないと考えられます。医療者の行政不信は先に触れましたが、その傷をなめてばかりいたのでは、不幸は患者をおそい続けるばかりでしょう。個々人の経験は別として、精神科医療の戦後史は行政先導型の発展をとげたことを無視するのはいささか奇異でもあります。

保護室を長期使用している例の多くについては精神科医療に一定の保安的機能を率直に認め、それを人道的医療によっておこなうことをためらうことはないと思います。人権擁護機構の整備は必須であります。

地域医療から、このような特殊機能までを総合的にカバーする医療計画と医療費の倍増が必要なのです。

今回(1991.7.14)の公衆衛生審議会の意見具申は『地域精神保健対策』と『処遇困難患者対策』が一对として提出されており、いずれもが345の第2次医療圏の設定と各医療圏内での計画策定を求めていることを無視すべきではないのです。

そして、処遇困難者対策はこれを背景に考えられているのであり、予算要求過程の政治的契機ばかりに目を奪われてはいけなないと思います。

国家、自治体と医療者が、この計画の策定に踏みきり、医療の質の向上を通じて精神障害者にサービスを提供することが今求められているのです。日精協と自治体病院協議会はこれを理解しはじめていけると言うのが私の現状認識であります。

II. 研究報告書の成立過程での問題のとらえ方と今後のポイント

II. 1. 処遇困難患者の調査の意義

刑法の保安処分制度とは異なるにせよ精神科医療に保安的機能があることをまず率直に認めるにしても、患者の処遇に当たっては拘禁をできるだけ避けること、患者の復帰すべき社会から地理的にも人間関係的にも隔離されてはならないという配慮がなされるべきでありましょう。

与えられた研究主題は『精神科医療領域における他害と処遇困難性』というものでした。これは、精神科患者の他害それも深刻な他害にどう対処するのかということなので、精神科医療が含む重大な問題であります。これへのアプローチは、いろいろ考えられました。犯罪統計、フォローアップ、症例検討等の方法も考えることは出来たのです。

研究班が精神病院アンケートという方法をとったのは、精神病院の抱えているこれと関連した問題点を明らかにしようとしたからに他なりません。つまり、医療者の日常的現場の問題として病院関係者を巻き込むことと、現実の精神科医療の問題点を医療者及び世間に訴えることにその意図をおいたのであります。その心は、法は変われど、保護室の患者には法の保護が至らないことへの憂慮でありました。

そして、『院内で問題行動があり、それにより病院の治療活動に著しい困難がもたらされる程度にいたっている』こと以外には言及しませんでした。これは、医療者がどのようなことを問題視しているかを広く捕えるための工夫です。定義がはっきりしないとして大いに悩ませたようでもありお叱りも受けましたが、処遇困難というのは医療スタッフの質と量、さらに同じ医療チームであってもその活動性には変動があり、もっと極端にいうと医者と患者の相性すら入ってくる領域ですから、定義をしてもさして意味を持たないと考えたのです。従って、結論は『現在の日本の精神科医療の水準で、保護室を長期にわたって使用せざるをえないもしくは危険を覚悟で退院させざるをえない患者が、全国で何人いるのか』を推定する資料を得ることでありましたが、この形の退院は研究の性格上質問に含ませることには無理を感じましたので省いたわけです。

調査の科学性をうんぬんされる向きもありますが、ここまでは、調査の目的をしぼる政策上の配慮なのでありますから、むしろ調査の基本的姿勢とでもいって頂きたいのです。数値の確かさは、上述

のように主観的要因が強いことから、アンケート調査であることから限界はあります。

それより報告書をご理解頂くには、これが『全国』調査であり地域的ばらつきは大きいと推定されるのですから、県単位あるいは医療区単位で政策を決定する基礎統計とはなりえないことが肝要なのです。つまり、各地の政策決定のためには各地のニーズの実態を調査し直さなければいけないということを注意していただきたいのです。

医療の質を問題にしていなかという向きもありますが、長期保護室使用者が400名というのは、まさに医療の質の悪さを示すには十分ではないでしょうか。

なにもしなくてよいとは誰もいわれません。この点を数字で明確に示すことにこの調査の意義があり、その後の医療政策に資することを狙っているのです。

Ⅱ. 2. 今後のポイント

400の保護室長期使用自体が深刻な問題ですが、それを取りまく閉鎖病棟の巨大さは一層大きな問題でありましょう。各病院でいろいろな工夫が行われていること、医療を良くしようとすればするほど財政的に割りが合わなくなるという現状はしているつもりであります。しかし、先に述べたように、医療費を増額してもらうためには医療計画を持たねばならないと思っていますし、個別病院内の努力では対応できない医療費の決定機構が出来上がっていることを認識して頂きたいのであります。

身近な医療の改善から着手すべきであるとの主張もわかります。

わたし自身、出来たら2次医療圏構想がもう少し具体化しそこでの医療水準向上の目途がたってからこの問題に着手したかったとの思いはあります。

しかし、時は既に来ていたのであります。

順序がひっくりかえっても目標をとらえようと判断したから、処遇困難者病棟の試行に賛成したのであります。

いまは、足並みをそろえるべき時だと思っています。これがこの施策の第1のポイントであります。

もちろん、人権擁護機構及び次のような医療機構の批判的な参加がなければこのような施設が乱用される可能性なしとはしません。判定委員会という構想は、このような施設を乱用からまもるために院長、病棟主治医が医療に専念しその判断が県知事によって尊重されるようにする保障機構として考えられたのです。これは、直接入院することを一応排除した形の運営を考えている病棟なのですから、もとの病院もしくは病棟が引取る誓約をしなければ入院は不可とすべきだと思います。さらに、もっと根本的なことは、第2次診療圏内の各種精神科医療の機関が1つのネットワークを作り、この施設の適正な運用を協議するシステムを作ることです。

また、私は、試行は県内で行うべきであると思っています。鹿児島県の患者を福岡のこの施設で治療すべきではないと思っています。医療として好ましくないだけでなく、鹿児島県が県としての責任を逃れ南九州にこのような施設を作ることを阻害すると考えるからであります。

また、犯罪者ばかりをこの施設に集中させるとの意図であろうとの批判もあります。しかし、上記の判定委員会の適正な判断とその医療圏に属する医療者がこの施設の利用を慎重に考えて頂くことで、『犯罪性精神障害者施設』のレッテル貼りが起きないように注意して頂く他はないのです。『処遇困難』という名は好ましくなく、たとえば、患者さんに『あなた、処遇困難施設に行ってみませんか』という時いかにも使いにくい言葉ですから、なんとかいい名前がないかと考えています。ただし、『処遇困

難』という言葉が『犯罪』とか『司法』という言葉をはっきり否定した結果であるという点にもお気付きください。

最後になりましたが病棟スタッフの獲得と訓練は何よりも重要な第2のポイントです。もし、経済的理由でそれがうまく行かなければ、この病棟は危険なものとなりますから、立法府及び行政府はこれに十分留意し其のような手当を実施することで、この施策の趣旨が広く理解されるよう計らって下さるよう心から祈っています。

そして、これを契機として、国、自治体、医療従事者が早急に2次医療圏の整備、精神科医療全体の底上げにとり組む方向を目指して頂くようお願いしたいのです。

〔完〕