

〈配布資料①〉

第2回精神保健国内フォーラムにご参加の皆様へ

精神保健従事者団体懇談会に参加の各団体の皆様は、日頃から精神医療の現場で、「精神病」者の医療保障、人権擁護、社会復帰に向けた努力を続けておられることと思います。

そうした医療従事者である皆様に対して、私たち全国「精神病」者集団は、「精神病」者の利益を代表すべく、第1回国内フォーラムにおいて意見表明を行いました。私たちは医療従事者との意見交換・議論を通して、共闘の道を探ろうと参加したのです。しかしその場においては、私たちと精神医療従事者との意見交換を十分にできず、刑法学者や専門家からの発言に終始しました。私たち全国「精神病」者集団としてはフォーラムに「参加」したというより、「添え物」として扱われたという感をぬぐえませんでした。

しかも第1回フォーラム以降、精神保健従事者団体懇談会は私たち「精神病」者の意見を聞く機会を作るどころか、懇談会が如何なる活動を行い、そこでどういう議論が行われているかさえ、私たちに報告がないままです。

この間に精神医療の分野で、87年に「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」という厚生科学研究班（ちなみにこの研究班の最終報告書については班員である松沢院長金子氏自らが「インチキで信用できない」といっています。松沢分会ニュースより）が発足し、89年10月には、公衆衛生審議会内部に「処遇困難者に関する専門委員会」が作られ、本年7月に公衆衛生審議会から「処遇困難者に関する」中間意見が出され、「処遇困難者専門病棟」の「試行的実施」が提言されました。「処遇困難者専門病棟」試行的実施についてはすでに92年度概算要求で項目として予算化されています。この研究班や公衆衛生審議会のメンバーには、精神保健従事者団体懇談会の中心的メンバーが入っていました（例えば道下忠蔵氏、中山宏太郎氏）。この事実について参加なさった皆様はどのようにお考えでしょうか？

私たちは別紙にあるように、この「処遇困難者専門病棟」作りを精神保健法体制をより治安的、反医療的、反人権的にする、保安処分そのものであるとして反対の意志表明を行ってきました。現在の日本の精神医療の実態を改善し、患者本人のための、患者の要求する医療を実現するためには、精神医療の消費者である私たち「精神病」者の意見を聞くことは欠かせないはずではないでしょうか？厚生省はいままで常に私たち「精神病」者の意見を無視してきていました。その上で厚生省は「処遇困難者専門病棟」作りを私たち「精神病」者に押し付けてきたのです。それでは皆さん精神保健従事者団体懇談会はどうだったのでしょうか？前記のように「添え物」としてフォーラム当日に意見表明をさせただけです。私たちはアリバイとして利用されただけではないでしょうか？

懇談会を精神医療改革のための場とするには、私たち「精神病」者団体を参加同じテーブルで議論することが原則です。私たちはそのための協力は惜しみません。精神保健従事者団体懇談会の門戸を開き、全国「精神病」者集団はじめ多くの患者集団を入会させ、私たちは共に歩んでいくことを要請します（その場合懇談会の名称の変更は必要かもしれませんが）。

全国「精神病」者集団

連絡先 名古屋市南区呼続4-14-15
健幸荘A301 大野方
TEL 052-821-1313

〈配布資料②〉

『処遇困難』例対策問題についての精神科医全国共闘会議の見解

91.11.2 ～3 処遇困難者問題の討論に寄せて

第2回 精神保健国内フォーラム (於いて 千葉)

精神科医全国共闘会議と中山宏太郎との討論経過

と書記局としての見解

いわゆる『道下レポート』と

『公衆衛生審議会－処遇困難患者対策に関する中間意見－』

————「集中治療病棟」構想の問題点について————

目次

I. はじめに

- ① このパンフレットを発行する経緯
- ② 日本精神神経学会91年5月総会と全国「精神病」者集団からの批判
- II. 精神医療・精神病院はどのようにして変革されるのか？
 - ① 保安処分反対運動と精神衛生法批判・精神医療批判
——変革の道筋を巡る二つの傾向——
 - ② 精神衛生法から精神保健法へ——何か変わったか？
- III. 道下レポート－公衆衛生審議会意見具申は、保安処分導入に連ならないのか？
 - ① 処遇困難者専門施設に対する道下・中山の位置付けとその検討
——『枕言葉』としての「何よりも治療・・・」——
 - ② 日本の権力構造・支配構造の転換と保安処分問題の位置
 - ②-1. 保安処分思想と湾岸戦争における情報操作
 - ②-2. 国家権力の保安処分新設策動の変遷
 - ③ 「処遇困難例対策病棟－集中治療病棟」はどのように位置付けられているのか？
 - ③-1. 道下レポートにおける処遇困難例対策病棟の位置
 - ③-2. 中山の主張とその批判的検討
 - I. 日本－イギリスの彼我の違いはどこからくるのか？
 - II. 閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックではない？
 - III. 「処遇困難例の存在は開放化を阻害してきた」か？
 - IV. 開放化を阻む要因
 - V. 精神医療と保護・保安機能
- IV. 処遇困難患者対策施設－集中治療病棟は保安施設か？
 - ① 保安処分とは何か？
 - ② 集中治療病棟の位置
- V. 結語

〔1〕はじめに

① このパンフレットを発行する経緯

91年7月15日に、公衆衛生審議会から「処遇困難患者対策に関する中間意見」が「地域精神保健対策に関する中間意見」と同時に意見具申として公表されました。

（後者については、別の機会にゆずることとしますが）前者についてこれまで主に京都の、保安処分に反対する運動をこの20年余共に闘ってきた精神科医全国共闘会議と中山宏太郎との間で、1年余にわたる論争が続いてきました。

この問題については、今回の意見具申を導くもとになった、厚生科学研究報告書「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」（以下道下レポートとする）が、昨年4月に公表されており、討論はもちろんこの道下レポートに対する評価をめぐってであります。

なんらかの態度表明をしなければならない、との気持は精神科医全国共闘会議としては、早い時期からありましたが、この道下レポートに深く関わった中山宏太郎（文中敬称略）がこの討論過程に参加していたことから、一方的な態度表明はさらなる混乱を招くことも考えられ苦慮してきました。

しかし、この期に及んでなんらの態度表明をしないことは、これまで20年余にわたる保安処分反対運動を担ってきた全国の有意のひとたちに対し、無責任であろうということもあり、この討論の経過について、この精神保健国内フォーラムの場を借りて、公けにしたいと考えました。中山以外は、道下レポート、更に今回の意見具申に批判的であります。

我々は、こうしたグループ内部の意見が割れている時、対立している意見をこのグループの中で正式に表明させることなく、一方的な態度表明をすることはやめよう、ということにしたわけです。

つまり、我々はあくまで民主的にことをはこびたい、と考えたわけです。この道下レポートや今回の意見具申について全く評価できず保安処分そのものである、との評価を持つひとたちにとっては、こうした我々の態度はにえきらぬものにうつるでしょうが、運動グループ内部での討論で決着がつかず、なんらの態度表明もできず、かといって事態が進行していくにまかせることもできない現在の時点では、上記のように『両論並記』でいくより仕方がない、というのが結論です。従って、書記局見解と中山の意見を同時的に発表する、という形態をとることにしました。この国内フォーラムの場に集まられた皆さんに、こうした我々の立場を以下のように表明したいと思います。

② 日本精神神経学会91年5月総会と全国「精神病」者集団からの批判

さて、公衆衛生審議会のこの「意見具申」なるものが、道下レポートの『成果』を主要な根拠としていることは、最早周知の事実であります。一方では、精神科医全国共闘会議の書記局メンバーも委員として関与していた日本精神神経学会の保安処分に反対する委員会でもこのレポートの検討が同時的に進められ、本年5月の学会総会で、批判的見解が公表されました（日本精神神経学雑誌 第93巻8号—91年8月）。ちなみに、この学会では、全国「精神病」者集団を中心とする病者団体から、この道下レポートに対する批判が評議員会—総会を通じて展開されました。その、主要な論点は、

1. 調査の対象となった患者さんの情報は本人の了解なしに、集められたものであり、また医師の守秘義務に違反して、業務上知りえた秘密を他に漏らしたことになり、重大な違法行為である。（今回

の「処遇困難者」「犯罪行為者」を研究班に『密告』している。) 協力した精神科医は、大部分この日本精神神経学会の会員であるから、学会としての態度を明らかにすべきである。

2. このレポートではいわゆる処遇困難性によってきたるところを一方的に、個々の患者の属性に求めているけれども、病院—治療者側の問題には一切触れていない。日本の精神病院—精神医療は、病者の「処遇困難性」にその問題点を帰すほど改革がなされているのか。この調査には、医師はどのような治療をしてきたのか、その治療の結果なぜギブアップしたのか、がなく、医師の敗北宣言と医療らしき医療をしていない現在の精神医療を改善しないまま、こうした動向を許すならば、「管理のしやすい患者」のみを確保し・・・医師は「治療する」使命感も薄れ治療技術も低下し、「手におえない患者」を追放することのみに腐心し結果は精神医療全体が荒廃の一途を辿る・・・宇都宮病院事件の発覚から、まだ10年も経過していないではないか。

3. 我々にも、医療・医師を選択し、拒否する権利はあるはずだ。(国連人権宣言48.12.20第3条・・・・すべての人は、生命、自由及び身体の安全に対する権利を有する)

4. 一番気掛りなことは、この「処遇困難者病棟」の中で、いかなる治療をするのかが、不鮮明なことで、若干述べられていることは、マンパワーを十分手当てすることくらい。治療内容は何も述べられてなく、ロボットミーなど精神外科の導入はしない、ともかいてない。

5. 更に、この「処遇困難者病棟」でも「対応が困難な重度の症例や長期化した症例を治療する施設が必要になってくる」ことを宣言しており、74年の法務省—法制審議会が刑法改「正」案の中にもりこんだ「保安処分」を想起する。ゆくゆくは「手におえない刑事犯になった患者」を医療現場から放逐していくことを示唆していると思えない。(精神衛生法撤廃連ニュース 第18号 91.4.7より)

などです。1.の点については、学会評議員会の席上で原資料について、厚生省の了解の上に廃棄することについてはやぶさかではない、との道下の表明がありました。その他の批判については、十分に応えられたとはいえない状況で終わりました。

(1.の点についても、道下氏がいうように、原資料が廃棄されるというならば、その結果についても廃棄されるべきである、と考えるのが常識でしょう。しかし、道下は研究班は既に解散していること、批判が色々あることは知っているが、なんらかの修正などあらたな態度表明はしないと声明している——91.9.28精神保健従事者団体懇談会—精従懇での発言——)のは、問題である、と考えます。

刑事手続きになぞられるのは、いささか不適切かもしれませんが、例えば捜査令状なしの家宅捜索で得られた証拠は証拠として認められない、ということと同様に、不法—不当な方法で入手された情報の利用は、その情報がどれだけ意味あるものであっても、利用されてはならない、従って解析に使用することもまして許されない—つまり本人の了解なしに収集された資料については廃棄される、というのがプライバシー保護の現在の世界の趨勢である、ということからいえば、前記の道下氏の態度表明だけでは、問題が十分に残されている、とも考えられます。蛇足になりますが、犯罪などを犯した場合、その犯罪の故に本人の情報を法に基づいて司法当局が得ることが許されるわけで、今回の調査の対象となった「処遇困難者」が、すべてこの調査の対象となることが許される、ということにはならないでしょう。また、触法患者といえども、司法当局以外のものが、適正な法的手続きを経ることなく、更にその本人の了解なしに、その個人情報を得ることが出来るか、といえれば絶対可能なことと言いつつ断言することはできないのではないのでしょうか。不法・不当な情報収集との批判に対しては、そうでない根拠を研究班が解散した現在でも明らかにする責任はあるでしょう。)

〔Ⅱ〕精神医療・精神病院はどのようにして変革されるのか？

Ⅱ-① 保安処分反対運動と精神衛生法批判・精神医療批判

——変革の道筋を巡る二つの傾向——

さて、われわれは60年代後半における関口進医師の保安処分反対理論の魁となる論文以降、日本の保安処分反対運動を全国の同様の意見をもつひとたちと共に闘ってきました。保安処分反対の運動は、単に刑法の中に保安処分を新設させないことだけを目標にするのではなく、精神病院・精神医療・精神衛生法の中の保安処分思想そのものにも焦点をあてていく運動と連動しなければならないと考えてきましたし、この考えは現在も変わりません。

また、保安処分思想は、抽象的な思想ということだけでなく、精神病院・精神医療、それを基礎づける精神衛生法が、実体として現在の日本の社会の隅々までに浸透しているものだ、ということ認識し、大学から各地の精神病院に就職していったひとたちの開放化の運動の大きな流れをつくりだしました。

同時に、個別悪徳精神病院の告発闘争も闘われ、日本精神神経学会の学会活動、「精神医療」という雑誌による理論活動、精神科医全国共闘会議—精神科医共闘ニュースの発行による闘いの理論・宣伝活動などをこの20年余継続してきました。

こうした運動の結節点となったのが、よくもわるくも、精神衛生法の改「正」—精神保健法の成立でありました。精神保健法については、これまで色々な場所・色々なメディアを通じてその批判を展開してきましたので、ここでは割愛します。

この精神保健法の成立の過程での論議でも現れたわけですが、精神医療の改革をどのような路線で実現していくのか、という問題をめぐっての二つの傾向であったわけです。

さてどういう論議かという、改革をどのような方策で実現していくのか、という路線をめぐってでありました。一方は（中山は、といってもいいでしょう。）言わば、政治的な上部構造に接近し、そこに政策提言を行うこと、国会議員レベル、厚生省レベルとの接近によって、改革をしていく、できる、と思っている、といっている、といっている、といっている。我々の大部分は、概してそういう立場をとらなかった、ということです。

中山は、政治的上部構造からの改革を主張してきたし、実際の行動もそうであったと思います。

我々の大多数は、この路線には懐疑的でした。中山の特徴として、主張が時に自分固有の意見なのか、厚生省の役人がいっているのか、論議の過程で判然としない時がよくあります。自分の意見がいつの間にか、厚生省をそういうふう動かしているかのように、言い方を変えれば、そうとしか聞かえなかったり、我々に思われたりするのです。だから、たびたび「そんなに言うなら、厚生省に入って思う存分やったらどうだ、もっとも入れてくれるかどうかは別問題だが・・・」という話もとびかう状況でした。

こうした上部構造からの改革という問題意識については、実は精神衛生法改「正」問題の時の論議においても、「改革の運動といったところで、何程のことが出来たんだ、それより法改正にもちこんだ方が早いではないか」という主張が弁護士の方からなされました。精神衛生法批判という一点においては一致するものの、改革の方策については大きな違いがあり論議をする上でも、非常なもどかしさを感じたものです。「法改正はできる、今後については現場のあなた方医師の問題だ」というわけです。「そんなことはわかっている。しかし、改革運動をしていくにも、この法改「正」は医師の手をし

ばり、自由な医師－患者関係を疎外するんだよ」ということをいくらいっても、全く通用しなかったのです。

むしろ、医者の手足を縛る（指定医）ことを通じて精神医療の改革の端緒を開くという考え方でしよう。そこまで言うなら、単に第三者機関とか、アドボカシーなんてことをいわないで、国費で弁護士を個別病院に全部配置し、医者－看護婦と同じように、三交替勤務をさせて、患者の人権を守る仕事をしてもらいたい、と弁護士さんのできるはずもなくやる気もない筈のことももいったわけですが、人権擁護の日本の現段階としては、そこまでの段階ではない、と日本の法律家の官僚－在野も含めた合意で現在の精神保健法になったということでしょう（勿論、精神科医の若干の協力はあったでしょうが）。

② 精神衛生法から精神保健法へ——何か変わったか？

前者の立場からの改革という場合、法であり、行政の通達であり、何よりも人の問題（メンバー）があります。その場合、日本の行政－国家権力に対する精神障害者－患者さんたちの思いはどういうものなのでしょうか。過ぐる1973年・1983年の精神衛生実態調査では、精神科医、家族団体、精神障害者団体はこぞってその実施に反対しました。東京・大阪など大都市府県で、中止－保留があいつぎました。当時の朝日ジャーナルに、「信頼のないところに調査はなりたない」とかいう内容の記事が掲載されました。そうです、精神障害者団体は、この日本という国に、信頼をおいていなかったのです。そのことは、今回の精神保健法の成立で、回復されてきているといえるのでしょうか。

「精神衛生法は精神保健法になったけど、私達の生活はちっともよくなりません」という声は、日常臨床の中で、一杯聞きます。精神障害者団体とこの20年余の刑法改「正」－保安処分新設阻止運動－精神医療改革の闘いの中で出会ったし、現在も共闘してきていますが、この法・行政の通達・人 に、彼等が信頼を寄せるようになった、と言えるのでしょうか。

精神病院に入院している患者の30%弱は医療保護（生活保護）を受給しています。また、外来患者でもそうです。単身生活している患者、生保世帯の患者さんが、生保受給のために、どんなに屈辱的な扱いを受けているか、それが強まりこそすれ、かってより弱まることは現在のところありません。わずかなアルバイト収入でも、収入認定されるし、生保の中で切り詰めて貯金していても、ばれてカットされたり、働けないのか、と厭味をいわれたり、妊娠すれば、生保なのに子供を生むのか、といわれたり・・・。

彼等の福祉・医療を司る厚生省にこのような、精神障害者の生活実態に思いを寄せるひと－お役人が増えたのか、そういうことを主体的に考え、政策立案していくひとたちが増えたのか？ そう考えれば、精神保健法の成立過程においても、政策立案主体として自らの変革の過程で、精神衛生法の改「正」を打ち出したというより、宇都宮病院問題を頂点とする全国の精神病院内不祥事が、国連の人権問題部門で問題になる、という段階で動いたというのが、歴史的事実でしょう。

そういえば、当時の小林精神保健課長は、そうした時期においても、まだ「日本の強制入院率はそんなに高くない」とジュネーブにおいて、大うそをついていたではありませんか！（注：当時の同意入院を強制入院としない立場をとり、強弁したのである。）

かくして中山以外の我々の大部分は大衆運動によって行政に迫る、ということは考えるけれども、行政に全面的に依拠する、というふうにはどうしても発想することができないのです。ただし、20年余の闘いの過程で、思想としての保安処分粉碎の闘いや、精神医療現場における開放化の闘いは、よ

く担ってきたけれども、患者さん総体の生活基盤を改善していく地道な取組みが不十分であった、という反省はあります。そういう面では、行政が実際の金を握っているのであるから、精神障害者の基本的人権としての、生活費、住居の問題、労働する権利、憩いの場所一つどえる場所の確保など、議員（国会、地方議会両方）へのはたらきかけや、行政レベルへの働きかけなどは、今後大いにやっていくべきと思います。

中山との討論過程において、際立って食い違った視点は、この行政－国家権力と我々との関係という点に一番象徴されたと思います。

〔Ⅲ〕道下レポート－公衆衛生審議会意見具申は、保安処分導入に連ならないのか？

① 処遇困難者専門施設に対する道下・中山の位置付けとその検討

——『枕言葉』としての「何よりも治療・・・」——

さて、日本精神神経学会の保安処分に反対する委員会の見解では、

- I. 保安処分をめぐる
 - 1. 「処遇困難例」を巡る議論の発生
 - 2. 保安処分を巡る議論の回顧
 - 2-1 保安処分を巡る動向と日本精神神経学会
 - 2-2 80年代における行政の動向
 - 2-3 日本弁護士連合会における保安処分批判の回顧
- II. 厚生科学研究「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」の検討
 - 1. 「処遇困難例」概念について
 - 2. アンケートならびに実地調査の結果とその解析について
 - 2-1 病棟内での生活について
 - 2-2 「処遇困難性」に関与する患者側要因の抽出に関して
 - 2-3 「処遇困難性」に関与する治療者側要因の抽出に関して
 - 2-4 全国アンケート調査と実地調査の関連とその問題点について
 - 2-5 「処遇困難性」の重症度を巡る問題
 - 3. 処遇困難例対策について
 - 3-1 「処遇困難例対策が精神医療の開放化に寄与する」との主張について
 - 3-2 集中治療病棟への収容と退院をめぐる問題
 - 3-3 サーレム・A・シャーの意見に照らして、一般精神病院の治療回避について
- III. 厚生科学研究の性格と「処遇困難性」を見る視点
 - 1. 厚生科学研究の性格のまとめ
 - 2. 「処遇困難性」を見る視点

という項目からなっており、この道下レポート全体を厳しく点検・検討した上で、科学研究としてもその科学性への疑問を提示し、調査主体としての研究班の恣意性を指摘しています。

この保安処分に反対する委員会の見解に、精神科医全国共闘会議は、中山一人を除いてすべて同意します。中山はこの日本精神神経学会保安処分に反対する委員会の委員長をしてきたということもあり、この研究報告－更に『意見具申』と連なる思想－対策が、保安処分思想－保安処分そのものであ

る、という批判が多く、多くの精神科医師—患者さんたちからあることに対し、明確に応える義務があるという点から、この1年有余の議論の大半を費やしてきたのです。

しかし、この1年有余の討論は、残念ながら平行線を辿ってきました。我々の怠慢といわれればそれまでですが、保安処分に対するという点では、一致するものたちの内部矛盾として処理したい、と思ってきたことも事実です。しかし、この「処遇困難患者に対する対策」が意見具申され、当該施設の設置が正式に予算要求される段階に至って、このまま何も態度表明することなくこの国内フォーラムを迎えることはできないという結論に達し中山と同時にこの文書を公けにすることに至ったものです。さて、今回の道下レポート—公衆衛生審議会意見具申に結果していく考え方について、中山は

「全国に、何の治療の方策も見出せずに、年余にわたって保護室に収容されている患者がいること、これに対する施策はこれまでなかった。これを放置することは許されない。」ということのみから、出発したのだといいます。この点については、「留保付きで」我々も同意します。しかし、この研究の動機が、決してこれだけではないというのは、次の証拠によって明らかです。

とりわけ、この道下レポートの前書きには、
「我が国では、諸般の事情で刑法に保安処分制度が定められておらず、他害事件を起こした触法精神障害者は、起訴、裁判の過程でその責任能力に応じて、矯正施設（医療刑務所を含む）で受刑するか、精神保健法により精神病院に強制入院となって医療及び保護を受けることになっている。しかし、これら精神障害者の中で精神病院においても処遇困難とされたり、退院後も事件を繰り返す、社会から非難される事例もみられる。昭和62年精神衛生法の改正に当たり、これらの事例の解析と対策の確立も必要と思われたので、・・・」この研究をすることにした、と書いており、この文書を読む限り、保安処分制度がないので、触法患者に対する対策が十分でない、とこの研究主体が考えているとしか思えない展開になっています。また、諸般の事情で保安処分制度がない、という点については、この「諸般」こそ我々精神科医全国共闘会議の結成から、現在にいたるまでの闘いや、日本精神神経学会の保安処分反対決議を生み出した全国の刑法「改正」・保安処分粉砕—精神医療の改革の闘いの大きな運動の結果として現在まで、保安処分の新設を阻止してきている—まさに中山もその保安処分反対の論陣を張ってきたわけですから、この道下レポートの処遇困難者対策についての研究の位置付けについては、釈明する必要があります。ちなみに道下氏も日本精神神経学会の71年保安処分反対決議には賛成の票を投じたとのことでした。

また、道下が全国「精神病」者集団との対話をした時の記録に、〔今次精神保健法を成立させるには、犯罪性精神障害者の問題を、精神医療関係者としても、それなりの対応をしてもらわないと、・・・〕という要請が、国会議員サイドから、（道下本人に直接ではないが）あり、

「・・・なんとかしてこの精神保健法を通したいから、そのために反対する人たちのあれに対して、ちゃんとこういうこともしていますという手立てをつくしておかないと、国会で通らない可能性もある。それで専門家として協力していただきたい、という要請が実はあった。しかし、まてよこれは保安処分ではないだろう、ということを僕は確認しました。・・・」（厚生省の考え方は保健法をなんとか通したいと、そうすると『精神病者の人権ばかりいって被害者の人権はどうなるのか』という批判があると、それに反論のデータが欲しいと、そう考えてこの研究テーマをやってほしいと、厚生省が考えてというのが実は、ということですね。）という質問に答えて、「はい、そうです。」と、その間の事情を極めて率直に話しています。

この精神保健法成立の過程での、道下氏の奮闘ぶりは詳細にわかるわけであり、しかも保安処分

ないことを確認したうえでこの研究を引き受けるというそれなりの注意をされていることと、また犯罪を犯した精神障害者に対し、日本精神神経学会の保安処分反対の決議の主旨として「・・・犯罪を犯した精神障害者には、なによりもまず治療が必要・・・」ということを道下氏が踏まえておられたことは、この会見記録からも率直にこれまた、留保付きですが、認めたいと思います。

それは更に、この会見記録にイギリスの実情の説明のあとに、・・・「犯罪を犯そうが、何をしようがいま精神病状態にある患者さんなんですね。やっぱり医療でいくわけですね。そこへんに、司法が介入してくると、治療がね、あるべき姿の治療が、さっきあなたが管理と言われたけど、司法的関与が強すぎて非常にやりにくい場合があるんですね。」とも述べられています。

我々も、不幸にして犯罪を犯すに至った精神障害者について、精神病状態にある限り、医師の責任として最大限の関与と治療の努力を惜しんではならない、という立場はあたりまえのことですが堅持したいとおもいます。

道下のいうように、司法的関与が強くなりすぎると精神科医の腕が揮いにくくなる、という一面的な問題でなく、一刻も早い治療への導入がギクシャクしてしまうということは、現在の精神保健法でも日常感じるところですから、この点に関しても同意したいと思います。

さて、こうしてみると、この研究の動機は、研究主体の何よりも治療という「純粋な意気込み」や中山のいう最初の大前提としての『長期保護室収容からの解放』—このような非人道的な状態を年余にわたり、放置してきた医師・病院責任者に全く危機感がないように感じられる、という『怒り』は信ずるにしても、こうした前提的な政治的動きが露骨にあったという事実がある以上、この道下、中山らのその「純粋な意図」は歪められてしまう、と見るのが自然ではないでしょうか。

実際のところ昨年10月の愛知守山荘病院入院中の患者の丹羽代議士死傷事件以後、この行政の動きが加速した、という事実はその危惧を、如実に現しているではないか、と考えます。

道下は早くから、自治体病院の役割として、措置入院患者—所謂処遇困難例などを積極的に受け入れていくことを表明していました。それは、上記のように中山も主張しているような、「何よりも治療・・・」という点での精神科医としての義務感に負うところではあるでしょうが、一方では「しんどい患者を私立病院が一手に引き受けている。公的病院は経営的にも、親方日の丸だ」という日精協からのやゆともやっかみとも非難とも言える主張に対して、こうした「処遇困難例」を一手とはいかないまでも、引き受けることによって、自治体病院の位置を飛躍的に公的に認めさせ、政治的立場を強化したい、という意図があったのではないかと推測するのは、下衆のかんぐりというものでしょうか。また、この処遇困難病棟—集中治療病棟の設置が予定されている福岡太宰府病院では、「県当局の合理化攻撃に対し、これを受け入れることによって、取引き材料にすべきだ」という主張が、自治体労働支部からなされており、「これに反対する医師などやめさせてしまえ！」との暴論も公然となされているようです。(資料：「処遇困難」患者(重症措置患者)集中治療病棟に関する中間意見———太宰府病院医局有志 91年8月 など)

こうして見ると、道下、中山の「精神障害者にはなによりも治療・・・」「保安処分でないことの確認・・・」の発言も単なる「枕言葉」にしかうけとれないと考えるものですが、いかがでしょうか。

② 日本の権力構造・支配構造の転換と保安処分問題の位置

②-1. 保安処分思想と湾岸戦争における情報操作

さて、保安処分問題に関しては、それが導入される、されないにしても、その時代の政治―支配の構造や支配的イデオロギーと密接に関係していることは、今更強調することもないでしょう。また、その時代、時代において、精神科医が、法律家が、社会が、また国家意志として、どのように精神障害者をみてきたのか、によって処遇や法的位置もかわる、ということもわかっていたでしょう。

ナチスドイツにおいては、精神薄弱者の安楽死をその母親が政府に請願し、それが認められたことから一挙的に全体化し、精神障害者、さらにはゲルマン民族の血の優勢を主張するユダヤ人の大量抹殺に至った、ということはつとに有名な歴史的事実であります。ナチスドイツは極めて特殊であった、などといわないでください。日本においても、保安処分自体も、労働嫌忌者に労作処分（強制労働）を課すことが論議されたり、実際に日本の「刑法改正仮案」（昭和15年）にはちゃんと入っていたり、また日本精神神経学会の保安処分反対決議と同時に廃棄するという付帯決議がされた（1971年6月15日）刑法改正問題研究委員会（中田修委員長）の「刑法改正に関する意見書一、二、三次意見書」では、労作処分や去勢が含まれていたわけですから、そんな昔の話ではないことはわかるでしょう。

西欧先進国において、精神障害者の人権が重んじられるようになってきている、ということは色々な紹介でよくわかることですが、今回参考にされたというイギリスだって、インド・中国を初めとする植民地支配と帝国主義的侵略の結果としての現在の「人権」であること、その侵略の結果は、現在でも全く過去のものではなく、その悲惨な影響は世界各地に残されていることを忘れてはいけません。中国の首脳が、「天安門事件」以後の中国の人権問題を、外国首脳に追及された時、人権、人権というなら、中国は150年前（阿片戦争のこと）に戻って論議しなければならない、といったことですが、これはこの限りにおいて、一理ある言葉でしょう。

ここでは、以上のことを蛇足的に前提にした上で、刑法改「正」―保安処分新設問題における権力の意図性の構造的変化に論及してみたいと思います。

イラクのクウェート進攻を直接的契機にした湾岸戦争は、イラクの一方面的敗北に終わりました。侵略という点においては、イスラエルはパレスチナのひとたちの土地を奪うことを現代的にもやっているし、あの時点においては同罪の立場にあったことは、周知のことでしょう。その周知のことが、同罪な問題として、焦点にならなかったのは、テレビ報道を中心にした情報戦争―情報操作において、アメリカ―多国籍軍側が圧倒的に勝利したから、といっても過言ではないでしょう（侵略という問題からいえば、アメリカ合衆国自体先住アメリカインディアンの土地に侵略してできた国ですから、おおきな顔はできないはずです）。

あの間もこの間の国会における論議においても、こうした武力に劣る被侵略民族のひとたちの主張がどれだけ正当なものであっても、国連を中心にした国際政治―国際貢献の錦の御旗がまかり通り、掃海艇の派遣―実自衛隊の海外派兵の第一歩であるわけだが―が「実現」していったのです。ここでは、これまで自衛隊―違憲の主張など、全くといっていいほど顧慮されなくなってしまったし、民社・公明はいうにおよぼず、社会党もこの波にのみこまれてしまったのです。

②-2. 国家権力の保安処分新設策動の変遷

ひるがえって、刑法改「正」―保安処分新設をめぐる国家権力の動きを年代を区切る形で見ると、

1970年代―正面からの刑法改「正」―保安処分新設の策動

80年代―国家秘密法の制定という形

90年代―暴力団取締り法、更に処遇困難施設もここに入るだろう。

90年代は、国民―現在の政治形態では、国会に議員をもつ既成政党―の合意をとりやすいような戦

術に転換してきているとみるべきでしょう。先の掃海艇の派遣やPKO法案などでは、既に述べたように、国連を中心にした一国際的貢献という言葉が飛びかったのですが、国際秩序－国際平和という美名の下に特に先進諸国の思惑がどのへんにあったのかを考えれば、そんな単純なものではなかった、ということが次第に明らかになってきているといえましょう。

国家権力の支配の方向性として、正面からの攻撃は、所謂一般的民主主義者もその反対に回らせてしまうから、得策でないという戦略的読みはあると考えるのが正解ではないか、と思います。「権力構造のソフト化」とでもいいたいでしょうか、例えば「暴力団取締り法」にしても、暴力団そのものを対象にするかの如き宣伝がなされたものの（逆に正面きった反論がしにくい効果をねらっている）、対象はいかようにも広げられる構造になっているそうですし、実質的な権力の狙いが貫徹されれば結構、ということでしょう。

そういう視点から見ると、今回の「処遇困難対策施設」－「集中治療病棟」構想も一見「何よりも治療」ということを主張している点において、合理性があるように見えるというべきで、その証拠に「保安処分反対の委員長も取り込む」形になり、また道下をはじめとする日本精神神経学会の「保安処分に反対する決議」に賛同したひとたちも、この「何よりも治療・・・」という主張において、取り込んでいったのです。現代の政治支配構造の転換の意味するところとは、「暴力団取締り法」においてもそうですが、その（対象）概念の意性こそ意味がある、ことに注意したい、と思います。

まさに、「地獄への道は善意のバラがしきつめられている」といえるでしょう。

③ 「処遇困難例対策病棟－集中治療病棟」はどのように位置付けられているのか？

③－１．道下レポートにおける処遇困難対策病棟の位置

イギリスでも、保安処分はあるわけで、ブロードモアを初めとする保安処分施設の悲惨な実態がつい最近明らかになったばかりです。今回のこの道下レポートの地域精神医療対策の根幹として、セキュアユニットの人口450万に1ヶ所の設置の提起はイギリスをモデルにしているわけですが、イギリスの現状が、このシステムで十分な体制になっているのか、という点がどう見てもハッキリしないのです。この場合の「十分な」体制とは、保安的という意味ではないことは前提ですが、「十分」であるならば、「マインド」の活動など、現在もどうして必要なのでしょうか。マインドの活動はもっと強化されるべきである、と関与してきたひとたちはいっています。イギリスの現状を冷静に良い点、悪い点を率直に分析するべきではないでしょうか。このセキュアユニットを参考にすると、としても前提に厳然と「保安処分施設」が存在している、ということ、それこそが問題なのです。

（ただし、そうした反省が議会－委員会を通じて明らかにされ、なんとか改革していこうとしているという点については、学ぶべきでしょう。）

そういう視点から道下レポートの「4. 処遇困難例対策に関する意見」（85頁以下）と、「参考資料2. 欧米特殊精神病院等概要」を見てみることにしましょう。前項においては、

「1. 指定病院の整備と強化——・・・二次医療圏（345ヶ所）に1病院を目処に、指定精神病院（施設基準を制定）を再編成し、措置入院患者及び処遇困難な患者（軽度）を受け入れ治療する・・・これにより、一般精神病院の開放率が高められることになる。」

「2. 集中治療病棟（仮称）——指定精神病院で、対応困難な中度以上の処遇困難例は、原則として国公立精神病院に集中治療病棟を設置し、治療する。」とあります。1. 項については、指定病院の整備と強化が、何故開放率を高めることになるのか、がこれだけしか書いてないので、さっぱりわ

かりません。精神衛生法改「正」が政治日程にのぼった頃の全国の閉鎖率が、推定80%以上（注：開放・閉鎖の基準も国として決っていないし、またキチンとしたデータもないのは、現在も相変わらずであることも大問題）あり、この80%閉鎖拘禁ということは、当時の精神科医の総体としての判断が「80%も『処遇困難』—開放病棟でやれない患者だ」というものであったともいえるわけで、これまで我々が関与する病院での開放化の取組みの歴史からは到底容認できないパーセンテージであります。（昭和61年12月1日現在61%が閉鎖病棟—今回の意見具申に記載—根拠は？）このような判断をしてきた精神科医たちが、どうして指定病院の再編成がされれば、開放化をしようとする、といえるのでしょうか。現在でも、任意入院（voluntary）の患者が沢山閉鎖病棟に拘禁されているわけで、その現状からも我々の危惧は十分に根拠あるものといえるでしょう。

後の項、「欧米・・・」では、カナダ、アメリカ、イギリスを視察しており、ここではイギリスが参考になっているので、ロンドンのベスレム・ロイヤル病院、デニス・ヒル・セキュアユニットの報告を見ると、たしかにマンパワーは、「充実」していますし、施設そのものの面積など日本では到底考えられないようなひろさをもっていますが、この紹介記事からだけでは、若干のデータが掲載されているものの、その「充実」ぶりなど、これまたサッパリわかりません。また、歴史的な紹介が前段でしてありますが、イギリス全体の精神医療の中での位置が、現在のどのようになっているのかもわかりません。なによりも、ここに収容されているひとたちは、また、英国マインドは、ここをどのように評価しているのでしょうか。

こうしてみると、わからないことばかりで、こんな政策提言と、視察報告をもとによくもよくも「集中治療病棟」が提言されたもの、とあきれてしまいます。それとも、我々の道下レポートの読み方が間違っているのでしょうか？

ちなみにその110頁に、参考資料として、Interpolの統計による日本とイングランド・ウェールズの犯罪発生率（10万人対、1981）の比較が掲載されていますが、再掲しますと、

	殺人・未遂	強盗	性犯罪
日本	1.5	2.0	4.6
イ・ウ	1.5	46.0	39.4

という表です。殺人・未遂が同率であることと比較して、強盗・性犯罪の23倍、20倍という極端な違いが目立ちます。しかしどういいうわけで、これがとってつけたように、掲載されているのかは不明です。

さて、イギリスをモデルにした、といいながら、この道下レポートでは、この程度にしか紹介されず、それでもってこのシステムを導入するというのは、あまりにも乱暴といってもいいでしょう。これは、公的資金（我々国民の税金！）を使ってなされた研究ですから、厚生科学研究の名にはない科学性を具備することを要求されていることは、当然のことでしょう。

道下、中山はこの道下レポート公表後、色々な雑誌に処遇困難対策問題について、その間の事情や、追加的意見を発表していますが、これは今回の政策提言の根幹となる研究であったことから、そうした雑誌への追加的発表という形でなく、このイギリス型システムの分析を報告書の中に学ぶべき点、批判すべき点を厳密に区分けした上で提出するのが、本筋というものでしょう。あくまで、公的なも

の、公的な研究という性格をもつものに対する責任とはそういうものではないか、と思います。

また、日精協雑誌はこの問題で特集を組み、中でも批判的、あるいは危惧の念を抱く内容のもの、その他でも色々な批判（代表的には、先に紹介した日本精神神経学会保安処分に反対する委員会見解）が出ている現在、国の精神医療政策の根幹を変更するような、政策提言を行うにあたって、批判・危懼が根拠あるものか、そうでないものかが、十分検討されたとはとても思えないスピードで意見具申がされていることは、到底容認できません。

③-2. 中山の主張とその批判的検討

1. 日本-イギリスの彼我の違いはどこからくるか？

さて、上記二者が、色々書いているものを検討してみましょう。ここでは中山の

1. 「処遇困難例について」-日精協雑誌 V o 1. 9 N o. 1 0 (1990年10月)

2. 処遇困難患者問題と刑事責任能力——厚生科学研究報告書「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」をめぐって——精神神経学雑誌 V o 1. 93 N o. 6 (1991)

を中心にしたいと思います。本人もこの中で自分のいいたいことはほぼ書き尽しているといっていることから、適切であろうと思われるからです。まず、1. では、

1. 処遇困難例の定義（定義とイメージ〔私見〕）をめぐって、Refractory patients という言葉を使用するに至った経過をのべ、たとえとしててんかんの難治例という場合

「発作をどうしてもとめられないことを意味し、その“どうしても”というのは、“自分では、自分の病院では”という程度の意味しかない場合が多い。・・・てんかんセンターで、病型・投薬・生活態度の再検討をしてもらうこととなろう。・・・自分の病院でしていたよりは、より有効な治療法を見付ける可能性が高くなるのが、期待されているのである・・・」

といい、それと同じように、スーパースペシャリストの必要性に言及している。そこから、イギリスのForensic Psychiatrist という資格の紹介、イギリスの医療システムの紹介をしています。そこでの

「・・・地域保安ユニット (Regional Secure Unit) は1983年に設立されたのが最初であるから、処遇困難例・難治例治療センターを主催するこれらの超専門医がどのような評価を得るかは、まだ決定できない。」また、

「著者のイメージする処遇困難例は、従って、これらの比較的新しい治療組織に基づいているのであるから、治療組織と無関係に患者のなんらかの特徴によって定義するという性格のものではない。」といいきり、

「特定の症状・行動だけが問題となるのではなく、その症状・行動に当該医療機関が対応できないという事態を問題として捉えるのであり、同じ症状・行動であってもある医療機関では問題であっても、他の機関では、あるいは同じ機関の次の年には問題とならないこともある。では、事例性 (case ness) であろうと言われると、とまどうのである。それよりは、物理学でいう操作主義的定義なのだと思う。というのは、操作、われわれの場合には広い意味での治療行為を問題として捉えることが重要だと思うからである。」とこの項を結んでいます。

物理学的操作主義かどうかはさておくとしても、処遇困難例の中山なりのイメージを率直に書いているように思われます。さて、処遇困難例をこのように定義するなら（私見とわざわざ断っているのは、道下レポートの研究班でも、処遇困難例の定義に四苦八苦して統一的なものをまとめあげること

ができなかったことを象徴しているように思われますが) 道下レポートの処遇困難例の個々の事例の問題行動のとりあげ方は、この中山の主張に照らすとどういうことになるのか、と矛盾を感じ当惑すら覚えてしまいます。全国「精神病」者集団－精神衛生法撤廃連の批判を待つまでもなく、中山の意見では個々の患者の属性を問題にするのではなく、ある医療機関で処遇困難であり、またある機関に移ることによりそれが解消される、また同一機関においても、翌年にはそういう事例であることが解消されることはありうる、ということを知っているわけです。実は、こうした意見は日常臨床をきちんとやっているところ程ほぼ常識的に認識されているところでもあります。

我々精神科医全国共闘会議－中山のこの間の論争の主要な点の2つ目は、処遇困難性のよってきたる根拠について、両者がほぼ同一の認識に立ちながら、その改革－改善の方策を巡っては相違するという点でした。中山の認識をそれなりに正しいとするなら、そこからの解決の方策は、まず一つの医療機関で駄目で、他の機関ならよかった、という原因また、同一機関で年によって処遇困難性が違うことの原因がまず、分析・解析されなければならない、と考えるのが必然ではないでしょうか。つまり、処遇困難例とされる個々の患者の属性に依拠するのではなく、現在の貧困な日本の精神医療の現場の現状によって、その「処遇困難性」は左右される－まさに「相対的な概念」ということなのでしょうが－という認識から出発するならば、到達すべき目標は自ずから定まる、というのが書記局の認識です。

また、こうした「処遇困難性」の定義が私見といいながらも、まかりとおるならば、道下レポートに麗しくふられた「厚生科学研究」の科学の意味はどういうものになるのか、説明に困ります。中山が委員長時代にまとめられた「日本精神神経学会の保安処分に反対する決議・その意見書」では、周知のように「犯罪を犯した精神障害者にはなによりも治療・・・」という論拠と、また「精神障害者の再犯を予測することは不可能である－不確実な予測表による予防拘禁は許されない」という論拠によって保安処分に反対する根拠としています。この不確実な予測表・・・という意味は、「科学的に予測できない」という意味でもある、と考えることが出来るでしょう。一方において科学的であることを主張し、他方ではこのような概念の相対性を主張するということが、「物理学でいう操作主義」ということなのでしょう。この保安処分に反対する委員会の意見書での理論構成と、この論文での理論構成には明らかな相違がある、と考えるので中山はこれに真摯に答えるべきでしょう。

Ⅱ. 「閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックではない？」

われわれの大部分は民間精神病院に勤務しています。現在の民間病院では、患者さんの生活空間の狭さ、患者自身が独りになれる空間がないこと、それとなによりも医師・看護者を中心としマンパワーの不足が患者さんに十分なことをしてあげられなくて、不満をつのらせてしまう、従って処遇困難性を拡大再生産している最大原因になっていることを残念ながら知っています。比較的めぐまれた公的病院にしても十分といえないことは周知のことでしょう。この研究班がこの問題に意図的ではないにしても、殆ど触れることがなかったことは、やはり「意図的」といわれることは避けられないのではないか、と思います。

また、気掛りなのは「どのような評価を得るかはまだ決定できない」ような超専門医と中山が認識している、まさにその評価の定まらないようなものを日本に導入したいと考えている点です。更に言うならば、イギリスの精神医療システムを絶対的とはいわないまでも、相対的に評価しているわけですが、道下レポートにも紹介されているイギリスでは、地域精神医療システムが一応あり、その中で

二次医療圏の中に、こうした施設があるわけですから、日本の全県一区（それも、まだ計画策定の段階で、一応実施に移されたのはベッド数の総量規制だけと考えられる）でろくな地域サポートシステムもない現状とは、基盤が全く違うということが論議のまず大前提としてなければならぬはずです。さて、中山は次に、

2. 何が地域保安ユニットを生んだか？

2-1 NHSと1959年法 2-2 スペシャルホスピタルの運命

2-3 ヤング事件・アイリフ事件とアーボルト委員会・パトラー委員会

3. メディアム・セキュア・ユニット

4. 閉鎖病棟は保安ユニットである？

5. ポリティカル・アビューズからエコノミック・アビューズへ

6. おわりに

と論を進め、2から3においては、イギリスの精神医療変革の歴史を紹介し、NHS（1948）の誕生によって、イングランドでは精神医療がこの時一般医療に統合され、地域精神医療システムが運用されるようになったといい、オープンドア政策、治療共同体、コミュニティケアという概念が脚光を浴びるに至ったことを紹介し、その反面として

「患者が自己の人間としての尊厳と自由を享受する為には全く正当なこれらの概念の追及は、一方でわが国でいえば1次・2次医療圏に相当する地域一般及び精神病院及び福祉サービス機構が、“困難な、あるいは危険な（difficult or dangerous）”患者に対応する能力及び意欲を失わせたといわれている。」と結んでいます（31頁）。

我々の間での中山との討論でも再三にわたって主張されたことですが、ここでも強調されていることは、イングランド全体の閉鎖病床が、いわゆるスペシャル・ホスピタルの病床も合せても約3000床であり、総人口4700万人に対するこれが閉鎖的処遇のすべてであるといい、4. では、これを受けて

「わが国の人口がイングランドの約2.7倍であるにしても、20万床余りの閉鎖病棟を有することは異常なものと映っても仕方があるまい」とし、日本の精神医療の現場の貧困と政策の貧困を憂い、この20万の閉鎖処遇について

「閉鎖病棟を正当化する根拠は、次の3つしかない：救急、危険性ないしリスク、放置すれば自己の健康を著しく損なうこと。これが、20万も存在するとは、読者も主張しないだろう」更に

「閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックになっているのではなく、職員、家族、行政そして国会がその態度を変えねばならないのではなかろうか？」『『イングランドなみの保安施設』とは、わが国では、閉鎖病棟を1万床以下にすることにほかならない」

と結論しています。

5. 6. では、ソ連における精神医学の政治的乱用からときおこし、現在の日本の精神障害者に対する処遇は経済的理由による不当な拘禁といってもいい、と主張し西欧先進国はそれからの脱却をはかりつつあり、大いに学ぶべきであるという。また、結論的に「処遇困難例とは、精神科閉鎖病棟を如何にして開放化するかという文脈の中で、初めて意味を持つのである。」といっています。

引用がいささか長くなってしまいましたが、閉鎖空間の彼我の比較、批判的検討とそれを絶対的に縮小していくことに直ちに着手しなければならない、という提案については、同意します。たしかにイギリスにおいては、NHS体制の中に、精神医療が位置付けられ、オープンドア政策、コミュニティケアシステムなど世界の精神医療システムの範となるようなシステムが、世界に先駆けてなされ

たし、その時その時で現状の分析を国として行い、改善すべき点について法改正も含めて対処してきたことがわかります。であるとの認識があるなら、道下レポートの中にそのことが何故厳密・詳細に紹介されなかったのでしょうか？先に述べた理由—公的な性格を持つ研究—政策提言していく場合の原則という点からいえば、サボタージュとしかおもえません。その際、日本の厚生行政—精神医療政策への批判が必然的に必要となるわけですが、自由に書くことの出来る雑誌にはこのように書き、政策提言する場合には、それをはしょるといえるのでは、論理構成の正確性—公正性を欠くことになると考えます。

とりわけ、最後の方に下線で引用したように、閉鎖病棟の患者の特性がボトルネックになっているのではない、との断定的な結論は全く同感であり、そうであるなら余計にここに焦点を合せる論理展開になっていくべきであろうと考えます。道下レポートの患者の特性—属性に焦点を合せた展開の仕方とここで中山の論理立てのくいちがいは一体どう説明したらいいのでしょうか？

以上、論文1について検討してきました。次いで2の論文の検討に入ります。

Ⅲ. 「処遇困難例の存在は開放化を阻害してきた」か？

この論文においても、前論文とほぼ同一の主張がなされていると考えてよいでしょう。構成は、はじめに

1. 精神医療と保護・保安機能
2. イギリス型保安処分との関連
3. フランス型保安処分および国連精神障害者人権宣言案との関連
4. 日本と「報告書がとりいれたイギリス」
5. 刑事施設における精神医療の役割
6. 刑事責任能力判定における精神医学の役割の変遷
7. 精神医学積極主義の修正

おわりに

となっており、処遇困難例に関する諸氏の意見（12名と一団体）の具体的検討を行うと共に、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランスの刑法—保安処分—責任能力・責任無能力の歴史的変遷と現在の段階について概括しており、サマリーとして読むには便利な論文となっています。結論的には、抄録的な前文に著者の主張がまとめられているのでそれを引用すると、

「・・・報告書（道下レポートのこと・・・注）の目標は、コミュニティケアの潮流を一層促進する中で、処遇困難とされる人をもこの潮流につつまこむことであり、保安処分制度の代理を目指したのではない。さらに、精神医学が刑事責任能力と関係する以上避けて通れないのが保護・保安問題なのであるから、刑事責任能力判定とその後の処遇について精神医学・医療の役割に一定の限界を設ける必要がある。法律・裁判所が過度に精神医療に侵入することは法積極主義（legal activism）と呼ばれるが、精神医学・医療が刑事法・裁判所と微妙な関係を持っている領域、即ち刑事責任無能力制度と無能力者等の処遇の領域で過度に自己の論理を主張することを精神医学積極主義（psychiatric activism）と呼ぶこととする。

精神医学積極主義をとれば、第1に精神医療は処遇不能な精神障害者を引き取ることとなり、人道的な方法で治療が出来ないことで非難を受け、入院中あるいは退院後にその患者が犯した犯罪で更に非難を受け、結局は精神医療に対する信用の失墜を招いて精神障害者一般に対する差別を助長し

コミュニティケアの展開も一層困難にすること、第2には『精神病者はすなわち刑事責任無能力者である』と主張することとなり、この主張は精神病患者に対する差別であり、かつ刑法の一般予防機能を損なうことは明らかであるから、精神医学積極主義を採るべきでない・・・」

と述べています。責任能力問題については、それなりに傾聴すべき点があることは認めるとして、先に論文について批判的検討を提起したようにここでもイギリスのシステムを積極的に取り入れる、とした道下レポートの中の位置付けについてであります。道下レポートの中のイギリス・イングランドの精神医療システムの紹介の仕方とその評価があまりにも杜撰で、この紹介の仕方ですべてを根拠にすべきでないとの批判については前段にて詳述した通りです。

この論文では、

「・・・『報告書』が優先的に提起しているのは、イングランドの地域治療体制である。ブロードモアではなく、そこへの入院命令を発する刑事裁判所でもない。『報告書』がこの選択をした第1の理由は、開放処遇のためにそのあい路となる処遇困難者を都道府県立病院が引き受けるべきだとする主張があるからにはほかならない（道下、式場、小田、花輪、藤本、堀田ら）。このような現場の主張が正しいと直ちに言おうとは思わないが、これを無視して開放化を展開せよと主張することは到底できない。そのようにすれば、病棟の開放化をしない理由を提供してしまっただけであろう。日本で精神病院の開放を言う時、それは私立精神病院の自発的気運がなければ実現できない。」といい、

「その第2の理由は、（ロンドンの前記施設を紹介し）・・・セキュア・ユニットに地域性を持たせた、つまり他の精神病院とのネットワークの一環として難病治療病院の役割を期待することもここに由来する。」「保安を重視すれば、『報告書』はマキシマム・セキュリティ施設を欠く不完全なものとの批判（小田、加藤）が出よう。しかし『報告書』はその提起した施設を地域にある他の精神医療機関とのネットワークの中に位置付けなければ医療機関としてのアイデンティティの形勢に困難を生じると考えたのである。これは同時に特別病院を将来の検討対象にとどめた理由である。

「立法がこの点を配慮した法律を作らずあるいは行政機関と医療関係者がこの点に十分配慮してこの施設の活用を図らなければ、特別病院必要論が台頭してくるのは必然であろう。」

と述べ、更に道下レポートでは、高価な治療費、マンパワーの充実、医療区の設定による地域性の確保、小数病床による乱用防止効果の期待などの配慮をしているといい、「代理人としての弁護士との関与（藤本）、入院患者に与える強いスティグマを回避する等の慎重な配慮（永野）など今後なお検討されるべきであり、拙速な導入には賛成できない（永野）し、更に筆者は地域性を確保せずにスタートさせ、例えば北海道の患者を東京の施設に長く入院させたりしてはならないと考えている。」

「・・・臨床心理学会は『400人の保護室常時使用に更に処遇困難施設をつみあげようとしている』かに言うが、それは曲解と言うほかはない。400人の保護室常時使用のすべてが保護室から出られるようにすることが『報告書』の願いなのであるから、曲解を解いていただきたい。」と4.の項を結んでいます。

処遇困難とされる人をコミュニティケアの潮流に組み込むことをその目標とするとして、イギリス型の地域精神医療ネットワークの中にこの施設を位置付け、「医療施設」としてのアイデンティティが失われないようにしたい、といひまた400人の保護室長期収容者を保護室から解放していくことがこの報告書の願いというわけです。

Ⅳ. 開放化を阻む要因

道下レポートでもそうですが、この中山論文においても、「処遇困難例の存在」が一般病院の開放化を疎外している、という論議に対しその根拠を失わせるために、この施設に長期保護室収容者を集める、というのです。しかし、われわれも含め色々な開放化の体験を持つひとはこの意見に対し、同意するでしょうか？開放化を地道に進めてきたひとはこんな論議にたいし、怒るでしょう。これでは「処遇困難」例を排除することによって、これまでの開放化の実践活動が成立したということになるではありませんか。実際の開放化の過程では、患者を他施設に転院させることによって開放化が成立した、ということは実感としても実際としてもなかったのです。ここでは、精神鑑定はバンバンやり、臨床実践の報告など一度も見たり聞いたりしたことのない小田など実際に開放化のかの字も実践したことのないような曲学阿世のえせ学者らのこうした主張を「直ちに正しいとはいわないが、これを無視して開放化を展開せよと主張することはできない」といっています。では聞きましょう、我々の中山に対しての「開放化と処遇困難例の存在とは実践的には無関係ではないか」という論議もまた、無視できないではないか、と。

客観的に論議、データを採取しているかのごとき組立てをしながら、自己の都合のいい方の意見に実は重きをおくという、これこそ「物理学的操作主義」ならぬ「操作主義」というべきではないでしょうか。実際に中山は病院における開放化の過程がどのようなものであり、どのような苦勞を伴うものなのか、またその苦勞の後の喜びは病院職員・患者さん双方にとっていかに大きなものか、またそれを疎外するものはなになのか、ということを実践的に知らないのではないか、だからこのような小田のような意見を、「無視できない」などどいってしまうのではないかと思うのです。

しかし、これまで我々の知る限りの開放化を実践してきた病院関係者はおしなべて、そんなに無理をしなくても7割は開放化できる（但し8～9割となるとかなり難しい問題をはらむ）といえます。

また、開放化を阻む要因とは、「処遇困難者」の存在だけでないことは、明らかです。施設面の問題は大きいですが、それよりも何よりも施設・病院のまずトップが開放化していくことが治療者－患者関係において極めて大事な治療関係の転換になるという認識を持っていないことです。そのもとでは看護を初めとするスタッフが開放化への志向をもつはずもなく、持ったとしても非常にゲリラ的な動きしかとれない、という経験はよく聞きます。

意見具申に付けられた厚生省のデータによれば、全入院者数35万で、そのうち18万余が任意入院です。精神保健法になって、「自由意志」による入院が5割を越したということです。任意入院とは、いうまでもなく自由意志による入院を示すにもかかわらず、あいかわらず閉鎖病棟に入院させられている任意入院者が沢山いるという現状を中山はどう考えるのでしょうか。それでよとした厚生省の指導があるからにほかなりません。これは、開放化を阻む要因ではないのか？法的違法状態を許す厚生省一國の責任ではないのか？こうした厚生省の姿勢こそ開放化を阻む要因ではないのか？そういう視点は中山の論文からは残念ながらうかがうことはできません。

こうして考えてくると開放化を阻む要因についての中山－道下レポートにいう、或いは小田らの主張に根拠がないことが明らかとなります。

さて、400人の長期保護室収容の患者さんたちを、全部解放することがこの報告書の願いというわけですが、保護室や隔離空間というものは、3つあれば3つある使い方、5つあれば5つの使い方をしてしまう、ということは臨床的には常識的な事実です。道下レポートに紹介されたサーレム・A・ジャーがいうように、「これだけが独立してはいけぬ。巨大になると刑務所化してしまう。また、一般病院がこのような患者に対し無責任になってしまう。・・・」ということは、日本にこのような施設が出来ても、危惧されることであると同時に、現在の上記のような行政の無責任状態では、「処遇

困難例対策施設—集中治療病棟」があればあるほど、そのような使い方がされる、ということが十分に懸念されるのではないのでしょうか。

願い、希望、そのように私が（中山が）思っている、そう主張してきた、ということから離れて国家権力は、権力のその時の意志・意図によって政策を決定すると見るのがあたりまえでしょう。今年山形での病院・地域精神医学会でも道下は「愛知・守山荘事件」でこの動きに加速がついた、旨言明しています。

厚生省の精神保健担当官はほぼ3年毎に部署を変わり、連続した精神医療行政を企画立案して実行に移しているとは、とても思えません。そうした中でこの処遇困難対策施設—集中治療病棟ができることは、おおきな禍根を残すことになるでしょう。また、中山は永野の「スティグマ」問題、拙速な導入には賛成できない、ということに同意しておきながら、また太宰府病院における厚生省のこの施設づくりの説明では、西日本全域から患者を集めることもありうる、ということが言われていることを考えるならば、せめて「自分の意図に反する」と積極的に中山自身が声を上げるべきと思うが如何？

V. 精神医療と保護・保安機能

精神医療に保護・保安の機能がついてまわることは、臨床上やむをえないこととして存在しています。しかしながら、現在の日本において、その「ついてまわり方」が、世界の趨勢から当然のことといわれるような範囲であるかどうか、問題なのであります。ここでのイングランドとの比較における中山の主張については、この点において異論はありません。いはば不要・無用な拘禁を「そぎおとす」ことが国の政策として貫徹されることを前提にした上で、であります。

道下レポート—中山は、そのそぎ落としを、処遇困難者を現在の精神病院から処遇困難対策施設に移すことによって、その環境を整えるのだ、といえます。「さあ開放化の条件が整ったよ」と。中山は主張する「(処遇困難対策施設に) 移管されたケースは年限を区切り、そして軽快したら、もとの病院に返すのだ」と。しからば、その元の病院は、何も変わる方策が与えられていないのだから変わりようがない。中山も先に認めるように、処遇困難のよってきたる原因は患者側にあるのではなく、まさに病院—治療者側にあるのであるから、そこが変わることがないことを前提にしてどうして、「患者を期限を区切って返す」ような無責任なことが出来るのか？ またまたストレスのみちあふれた場所に移すということを主張することになります。これは大きな矛盾です。

以上、中山の2つの論文を引用しつつ、批判的に検討してきましたが、結局のところ、道下レポート—中山は、「保安圧力」を、先に詳述したようにメディカルサイドに取り込むことによって、かわすことを意図したと思われませんが、〔Ⅲ〕で述べたように「権力構造—支配構造の転換」の中では、保安処分思想の実現が戦前のようなダイレクトな形では出現しようもなく、ソフト化した形で実現される、ということに気付いていないか、意図的に無視している、といえるでしょう。

日本の精神医療の矛盾・悲惨な生活実態・精神病院のありように対し、この間の行政側の対応は、そのよってきたるところの総てが、「処遇困難例」であるかのように展開されている、というのはいいすぎでしょうか？ それらのよってきたるところはこれまでの立論から明らかなように、国際的な圧力がなければ、なんらの態度変更をしてこなかった国家—厚生省の無能・無策—そしてなによりも精神科医の怠慢によるでしょう。中山・道下に「解放されなければならない」といわれた400人の長期保護室収容患者さんこそいい方便にされたともいえなくはありません。

また、道下レポートの段階では、長期保護室収容者を解放していく、なによりも治療を・・・という主張がされ、中山もその線に沿ったかたちで発言していました。また、討論の中では、措置入院者が必ずしも処遇困難例ではない、むしろそうでない場合も多い、という実態についても認めていました。しかし、今回の意見具申においては、措置入院の中の重症者と対象が変化しています。

道下レポートでは、処遇困難例のうち、同意入院が77%、措置入院が17%であり、圧倒的に同意入院（現在のには医療保護入院）が多いことが明らかにされています。（同報告書 12頁-図7・34頁）圧倒的に多い同意入院者を問題にすることなく、意見具申の中で措置入院者をあえて問題とし、ここに対策の焦点を当てたことは、道下レポートの当初の対象・意図とは明らかにずれるのではないのでしょうか？

また、意見具申の中で、マンパワーの充実を飛躍的にする必要があるといい、診療報酬の面でも一般患者と同一の体系になっておりこれも「改善」しなければならない、としています。が、「診療報酬の改善」をするにしても、中山が「処遇困難性のよってきたる原因は、処遇困難例の患者の特性にあるのではなく、治療者側-病院にある」としていることからすると、「処遇困難例を作り出す病院-治療者側」の要因によって、診療報酬の改善の算定をしなければならないということにならないのか、つまり、宇都宮病院のようなとんでもない病院ほど高い診療報酬を出す・まあそんなことはありえないが-といささかへそまがりな質問もあえてしたくなります。この算定は大変難しい、いや不可能な計算をすることになるでしょう。老婆心ながら言いそえておきます。

いずれにしても、道下レポート、公衆衛生審議会意見具申、中山論文の中での様々な矛盾、政治的に変遷していく対象者の範囲などに対し、中山個人の意図・主張が厚生省・公衆衛生審議会のそれとずれる、それも大きくずれていることに対し、中山がキチンと異議を唱えることは彼の最低限の義務である、とこの章での結語としておきたいと思えます。

〔Ⅳ〕 処遇困難例対策施設-集中治療病棟は保安施設か？

① 保安処分とは何か？

以上、中山の論文の批判的検討を中心に、道下レポート-公衆衛生審議会意見具申にも触れる中で、今回の集中治療病棟構想に対する検討をしてきました。さて、この処遇困難対策施設-集中治療病棟に対して、保安処分-保安施設ではないか、又はそれに道を開くものだ、という批判が広汎にされてきています。

一方、先にも触れたように、道下はこの厚生科学研究を依頼された時「待てよ、保安処分ではないだろうね」と念を押した上で引き受けたと述べていますし、中山も先に引用した論文の中でも「保安処分-保安施設でない」「保安処分の代理を狙ったものでもない」と言い切っています。

日本精神神経学会の保安処分に反対する決議に同意し、これまで保安処分に反対する意見を主に吐いてきた人がこれを保安施設でないといい、また保安処分に反対する委員会の前委員長まで、保安処分ではない、保安処分施設でない、というわけですから、この一点において混乱が混乱を呼んでいるのもむべなるかな、と思われまます。では、保安処分とはあらためてどういうものなのか、という原点に返って検討してみることが必要になってくるわけです。まず、オーソドックスに保安処分をみることにしましょう。保安処分の定義として

「保安処分というのは、主として特別予防の目的をもって設けられた、刑罰以外の刑法上の法効果をいう。刑罰は責任に相応する応報であり、したがって特別予防という観点からみた場合、刑罰にはその本質の面からする制約があるので、これを補充するものとして考案されたのが保安処分である。」(刑事政策講座第3巻・保安処分・2頁・西原春夫「保安処分論」)。また、

「保安処分Sichernde Massennahme とは、既に犯罪を犯した者の再犯を予防し、または、犯罪をなす危険性ある者に対し刑罰と異なる意味において用いられる犯罪予防処分である。この処分は、教化または改善方法erziehende oder bessernde Massennahme によって対象者を社会生活に応化させ、あるいはこれを社会より隔離することによって社会それ自体を犯罪から救うことを目的とするものであって、例えば・・・精神障害者を収容して彼等の犯行を未然に防止するとか、また麻薬中毒者を拘置して禁断処分を行い、もって将来の犯罪を防止するが如きはみな保安処分に属する。

保安処分は、その犯罪予防目的の点より見れば、刑罰とその性質を同じくする。しかし、今日の刑法機構上、刑罰と保安処分とは、その概念が全然異なるものとせられている。その区別せられるところの主たる根拠は、刑罰は一定の犯罪行為をなしたことに対する反動として科するものであって、その本質は害悪である。したがって、刑罰は人の意思にもとづいてなされたる行為についてのみ科せられるべきであって、意思無能力者や、具体的犯行をなさない者に対しては、これを科すべきでない。故に、犯罪の未然防止を目的とする保安処分と刑罰とは概念を全く異にするものであるとされるのである。

これに対し、刑罰の最終目的は社会を犯罪から防衛することにあり、応報も威嚇も結局その社会防衛手段を全うする条件に過ぎぬと見るものにとっては、範囲の有無、責任能力の有無にとらわれる必要はなく、危険性の程度にしたがって社会を犯罪難から救うことでは刑罰も保安処分も全く同一であると主張する。・・・」(刑法と刑事政策・昭和43年増訂版・有斐閣・保安処分と犯罪の予防・198頁・正木 亮)

といわれています。(注：保安処分：Sicherungsmaßnahme とも)

刑法改正準備草案理由書の保安処分の章で吉川経夫、安平政吉は、「それでは、現実のわが国家社会生活において、保安処分という問題に関し、どういう種類のものが最も必要とされているかを考えるとき、そこにさしあたり、その対象として何人の念頭にも浮かび上がってくるのは、(イ)かの精神障害者によってなされる犯罪防止への処置と(ロ)ヒロポンその他覚醒剤ないし麻薬中毒者によってなされる犯罪に対する処置とである。」とあからさまにっています。これに対し、日本精神神経学会の保安処分に反対する決議・意見書では、

「第一に我々が指摘せねばならぬのは、精神障害者及び酒精薬物癖者に、保安処分を課す理由は、同理由書中にあげられていないことである。単に『(保安処分の)対象として何人の念頭にも浮かび上がって来るのは』とのべるが如きは、精神障害者に対する偏見に発していると断ぜざるを得ない。・・・」(1971年8月)と厳しく批判しました。このような意見は何も日本の精神科医だけではありません。アメリカのブルース・エニス弁護士は

「考えても見よ、ある者が正気であれば彼がいかに危険であると考えられようと、将来彼がしでかすかもしれないことのために自由を奪うということはありえない。アメリカでは受刑者の85%は再犯を犯すことがわかっているにもかかわらず刑が満期に達するとその日のうちに釈放する。ところが、ある者(前科者を含めて)が精神障害であると考えられれば、将来彼が何をしでかすかわからぬという理由で彼から自由を剝奪することができるのである。なぜそういうことになるのであろうか。われわれは正気の人々の予防拘禁は禁じているのに、何故狂気の者の予防拘禁を許しているのであろうか。いわゆる狂気

の者に対する差別的処遇を認めていくいわれは全くないし、このことはいろいろな機会に批判・非難をうけるべきことである。」と述べています（精神医学の囚われ人・寺嶋・石井 新泉社・1974）。このエニス弁護士は法律家としては希有、と述べていいほど、また素朴と述べていいほどの立論は現在でも新鮮な響きを持ち、われわれの胸をうちます。さて、日本精神神経学会の同意見書は、保安処分に対する論拠として、上記に加えて、

2. 精神障害者・酒精薬物中毒者に対する（犯罪の）確実な予測表が存するとは考えていない。

3. 精神障害の診断、責任能力の判定の困難さを指摘せねばならない。・・・精神障害、責任能力、将来的危険性の三要件は、実際には著しく軟化したものであり、刑事法において個人の自由を拘束する要件として用いるに耐えないものであると考える。

4. 治療処分は、予防拘禁、保安拘禁と同様に用いられるものであり、従って政治的弾圧の手段たらしめるのは容易である。

5. 保安処分を主張するものの中には、これにより治療・教育が行われるかに主張するものがあるが、我々はそのようには考えない。

6. 保安処分制度の導入は、刑事政策による精神科医療に対する不当な圧迫であるとする。

これに加えて1975年8月、同委員会は追加意見書を提出しました。そこには、

7. 最も基本的な見解として、医療と保安の基本的理念の相反性を挙げねばならない。精神医学・医療は、個々の精神障害者自身の利益を目標として診断、治療を行うのである。刑事裁判における精神鑑定も、その本旨は被告人を刑罰という非難から治療へともち来らすことにある。一方保安処分は今回の刑法改正草案、法制審議会および法務省の見解に明らかなように、社会防衛を目標として個人の利益に反してもこれを隔離・拘束するものである。精神医学・医療が、かかる目標のためにみずからの診断法・治療法を供することは、精神医学・医療の本質を失わせ、これを刑事政策の具へとおとしめることに他ならず決して行われるべきことではない。

と、これまた格調高く、厳しく保安処分反対論を述べています。

保安処分に対する論拠として、この意見書は今だにその価値を十分に持つものと思われませんが、保安処分思想—その法体系への組み込みの歴史的意味については、島成郎が、

「近代社会は一方では、『自由』な労働力をつくりだしてその経済を発展させましたが、他方では『自由な意志』をもつ市民を成員とする社会の共同意志として法国家をつくりました。この過程は裏返せば、労働力とならないものは無価値なものとして捨てざり、『自由な意志』なきものは市民として認められず除外されるものであったといえますが、この両者に該当するものとして『精神障害者』が国家の祭壇にあげられたのではないのでしょうか。（沖縄での医療実践の中でみた精神障害者の実情の分析と、ナチスドイツの精神障害者殺害の歴史的事実に触れて、更に）人類近代文化の数々を生んだドイツ、優れた技術のもと世界有数の高度近代社会を築いたドイツがただ一人の政治指導者の意によってこのような『野蛮な奇蹟』をなしえるのでしょうか？ むしろわたしは、精神障害者は民族—社会にとって役立つはずをもたらずのものであって、その管理と保護に労力と金をかける価値はないと判断する近代国家の論理が極致にまで進んで、その最も合理的解決としての大量抹殺がはかられた、すなわちこの悲劇は決して一煽動政治家の狂気の沙汰によってではなく、近代国家の理性的判断によったのだと考えるのです。そしてこの恐怖の『安楽死』計画立案に世界的に著名な精神科医が多く参画していたことを知る時、決して遠い他国の過ぎ去った事件として看過すわけにはいかないのです。

私は今保安処分新設を目論む刑法改訂の作業と議論のなかに、天皇制日本とナチス・ドイツで極端な形で示された精神障害者の処遇のなかに『民主主義』諸国家にも共通する近代国家理念を見ないで

はいられません。・・・」(「 」内下線は原著による) (「保安処分」に思う—保安処分新設阻止のために・雑誌 精神医療 臨時特別号・1980年11月 精神医療委員会発行 代表 藤沢敏雄 編集 森山公夫) と述べているのをそのまま借りて、分析にかえておきましょう。

以上、色々な文献・論文・見解・意見書を引用、参照してくる中で保安処分—保安処分イデオロギーが、近代国家の成立と不可分なものとしてあることを知るとともに、その中において近代国家日本の法理論の構成における保安処分を必要とする論拠が「何人の念頭にも浮かび上がってくるのは・・・」という差別・偏見に基づく一言で導入の理由とされていることを見る時(高名で権威とされる法律家のいかにげんさがこれほど「念頭に浮かび上がってくる」文書も珍しいといえますが)、保安処分思想の恐ろしさを改めて感じるとともに、日本の法体制の根幹をなす刑法の根本的思想がこのような差別感を基盤にしていること、それも日本国家が組織した法制審議会の思想の本流であった(と過去形でいえるかどうかとも怪しいのですが) 事実を知る時、うすら寒さすらも感じるとともに、日本の法律家は、エニス弁護士の「法の下での平等」というしごくあたりまえの思想をわきまえているのか、とも思われてくるのです。

② 集中治療病棟の位置

さて、保安処分とは、あくまで刑法の中に位置するかどうか、ということですからそういう観点から見れば、今回の集中治療病棟構想はそうでないとはっきり言い切ることが出来ますし、また、今回の集中治療病棟構想が刑法改「正」の提案を伴うものでないし、裁判官の入院命令など司法的関与を言っていないわけですから、刑法改「正」の一環として付随するそのための施設ではない、という意味で保安処分ではない、と言えらると思います。つまり、刑法にいう保安処分ではないのです。

道下レポート・中山の立論の中では思想・気持としては、法律家の関与を医療現場に出来るだけさせないメディカルモデルの貫徹を主張しているように見えます。精神障害者の人権擁護のために身銭をきって献身的に働いている弁護士を除いては、少数者の権利擁護など歯牙にもかけず、国や大企業にこびへつらう判決ばかり出している現在の日本の裁判官—法律家の法思想は、先の吉川—安平の思想とどれほどの差があるのでしょうか。それが日本の法思想をリードしているわけですから、こんなやつらにこれ以上関与されてはかなわん、という意味であれば、その限りにおいては賛成できましよう。

愛知・守山荘事件の時、厚生省は議員連中から、対策がないのかと散々せめたてられたといわれますが、その時この道下レポートを提示することで、なんとかその攻勢を回避したと聞きます。立法府の感覚も吉川—安平の感覚と大差ないものであることは想像にかたくないわけですから、厚生省もこの道下レポートの存在に「救われた」わけでしょうが、そういうことであればあるほど、集中治療病棟の位置は、「保安処分施設」としての機能を要求されつづけるでしょう。先の学会意見書(その1)の最後に、

「最後に精神衛生法に一言ふれる。精神衛生法は、戦後の精神医療の法的基盤をなしているが、その運用は措置入院を中心としてなされてきた。しかるに、措置入院について、厚生次官通達(昭和25年5月)は、『法第29条の規定による知事の行う入院措置は、公安上必要とする強制的措置であるので・・・』と述べ、措置入院が公安上のものであることを明らかにしている。措置入院患者は、昭和44年の全入院患者24万余名中、7万5千余名を数え、30%余りに達している。かくして、同法は精神科医療を、社会防衛的立場から歪曲せしめた一因となっていることを指摘せねばならない。」

と結んでいます。この意見書提示以降20年が経過しますが、今回の意見具申の添付資料を見ると、

全入院者数約34万5千、その内措置入院者は1万2千5百人です。つまり、4%弱になっています。公安上必要とする強制的措置入院者が当時30%で現在4%という数字は、厚生省のいう「公安上」—これは危険性ということでしょうが—の強制措置の必要性が激減している—つまりそういう患者が激減している、という証拠になります。実際は数字上のものであって、措置入院が必要と判断した当時の精神科医の判断の問題と、出来るだけ措置入院にしないで、と行政的に誘導した厚生行政の結果として、歴史的事実として十分記録に留められねばなりません。

今回の意見具申の中で、「措置の中の重症措置」患者をこの施設に集めるというわけですから、中山が委員長当時にまとめたこの意見書の中の措置入院と厚生行政に対する批判的位置付けについての考え方についても、相違がないのか、あるのかもハッキリさせるべきでしょう。

〔V〕結語

以上、さまざまな観点から、道下レポート—中山の主張を検討し、政府諸資料、刑法学者の見解、その批判などを詳細にみる中で、保安処分—保安処分イデオロギーのよってきたる歴史的位置を明らかにしてきたと思います。

そういう中で、集中治療病棟—処遇困難例対策施設を見る時、刑法改「正」を前提にしていなくても、「刑法にいう保安処分」ではないことは断言出来るにしても、保安処分施設の「代理」を要求されていることは一目瞭然ではないでしょうか。

むきになって、「保安処分ではない」と言いはっても、「何よりも治療・・・」といっても、国家の要請するものは、保安処分施設なのです。たとえ肥え溜めに（保安処分）に花（治療）を一杯ちりばめ底を隠しても、保安処分は保安処分です。

さらにいうならば、「暴力」という行為、縛るという行為は、一般人がすれば、暴行、逮捕、監禁という立派な刑法上の罪です。しかし、警官がすれば、公務執行になり、教師がすれば「体罰」あるいは美しい言葉の「愛の鞭」になり、精神病院ならば、「抑制」という言葉に変身します。国家の意図を奈辺にみるか、という立場によって、暴行も「愛の鞭」に見えるし、暴行そのものに見える、ということです。島の主張するように、それが近代国家の必然であった、またあるとするなら、ただ「見える」だけでなく、時代によっていかようにも変質すると考えるべきでしょう。意見具申では、二次医療圏の設定を地域精神保健対策の項では触れながら、処遇困難患者対策の項では触れていません。中山は、一貫して二次医療圏の中でこの施設を位置付けるよう主張してきましたし、道下レポートでもそうです。この施設が、二次医療圏の中に組み込まれ、地域の医療施設・コミュニティとの関係が図られなければ、帰る病院地域のない患者さんたちがここに溜っていきます。

保安処分施設ではないか、という危惧は、刑法上の保安処分施設だけを心配しているのではありません。その心配の心は、「社会に帰ることができず、一つの施設に危険な患者としての烙印を押され無期限に収容され、よくなっても受け入れてくれる施設・地域がない」そういう状態を保安処分じゃないか、と認識することに対して、（刑法にいう）保安処分ではないから、という理由からだけで、間違いだとはいえないでしょう。中山のいう「曲解」ではなくむしろ、正しい認識であると思います。

日本の精神医療体制を10年、20年の長期的展望に立って変革していこうとするならば、まさに「処遇困難例を生み出す」精神病院の現状にこそメスをいれるべきでしょう。さらに、任意入院の多くを閉鎖病棟に入れていることなど、現状をそのまま容認している厚生行政にキチンとメスを入れるべき

です。まあ、そのように厚生行政が展開されるのを望むことは、百年河清を待つに等しいというのが我々の認識です。

最後に保安処分に反対する委員会前委員長としての中山、保安処分反対の決議に賛同した道下両氏に、

「行路ノ難ハ山ニモアラズ水ニシモ非ラズ、タダ人情反覆ノ間ニ在リ」(白楽天)という言葉に添えて問いましょう。

「反覆—変心して信義を裏切ること—ノ心、アラザルヤ否ヤ」と。

[了]

(16)

金曜日

伊藤夫医師

同愛記念病

院の厳しい

発言で静を閉

鎖が責し

く社会復帰

を促す体制

も寂しいの

で患者さん

の人生はわ

び

い

精神科病院

の入院患者は

約三十五万

人、平均の入

院日数は約五

百日しかく

三人に一人

にあたる約十

万人の患者は

「社会的入院

」を抱えている

が書らす所が

ないために病

院にいる人た

だ。

精神医療にかかわる人々が率直な意見を話し合う第2回精神保健国内フォーラム(主催・精神保健従事者団体協議会)がこのほど千葉県で開かれた。精神障害者の人権を重視する精神保健法が施行され三年。理想とかけ離れた現状報告に、法改正に向けての課題が浮き彫りになった。

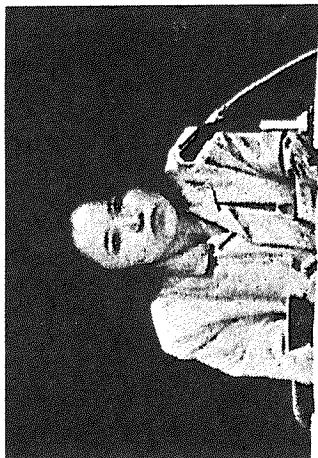
精神医療も変革が

国内フォーラムから

「真し、寂しい、わびず、低レベルの医療を医師らは、開放的な医療に。それが日本の精神医療院は信頼できない。早稲田大学は広田期治療の重要性は患者が調査した。その結果、本人

「真し、寂しい、わびず、低レベルの医療を医師らは、開放的な医療に。それが日本の精神医療院は信頼できない。早稲田大学は広田期治療の重要性は患者が調査した。その結果、本人

閉鎖的看護避けられず 患者の社会復帰に遅れ



「患者のかけがえのない医療にしてほしい」と訴える山本ふか

おぼろげにいまが、今、はかりたい、時にかかると、患者を医療サ一ビスの「サ一(消費)と成る加者も多かった。飛院議員(社会党)の山口王三子(「消費」の分岐で進んだ「サ一」保護の権利保障を医療にも実現すべき。病院が患者さんの人生に尊厳を持て過ぎている。国立肥前療養院の村上優

深刻なスタッフ不足

推定 山本 深

らざる医療にならな、い」と分析した。精神科病院の看護者数は、医療法の特例で一般病院に劣らないことが認められているが、特別廃止を求める声は強い。一方で看護婦(士)は「とんど」と言われて待遇が減少している。見方が残る精神科はさらに人気がないという。神奈川県精神科病院に勤務する看護婦(士)約千人のうち約六〇%が五十歳以上

全国的に「高齢化」が目立ち。日本精神病院協会の牧武医師(救病院)は「マンパワ一」の不足は深刻。敵兵制には反対だが、若者が一定期間を看護職に就く福祉役でも作りたいほど」と述べた。

◆外国人導入
これに対し、広瀬省・厚生省精神保健課長は「医療も国際化の時代を迎えている。チーム医療も工夫して

対処したい」と、病院への外国人労働者の導入を示唆した。余蘆からは、「言葉が十分通じない外国人に心の医療が可能かどうか」と不安の声も。牧医師は「精神科のベッド数は医療全体の二五%を占めるのに、医療費は六%。これでは十分な医療と医療費の改善も要望した。

らざる医療にならな、い」と分析した。精神科病院の看護者数は、医療法の特例で一般病院に劣らないことが認められているが、特別廃止を求める声は強い。一方で看護婦(士)は「とんど」と言われて待遇が減少している。見方が残る精神科はさらに人気がないという。神奈川県精神科病院に勤務する看護婦(士)約千人のうち約六〇%が五十歳以上

◆医療刑務所
「まず三人に一人を病院から出すとたい。それをしければ、病院は民間医療刑務所と言われても仕方ない」と、全国「精神病一者集団」の山本深雪さんは医療で訴えた。「社会で書らせる人を出

山本 深

精神医療は変わったか

国内フォーラムから

中

精神科病院への入院や処遇に不満がある患者は、各県にある精神医療審査会に救済を請求することができるとして設けられた制度だが、フォーラム参加者の間ではその実効性を疑う意見が多かった。

◆沈黙する患者

平成元年度の請求審査件数は全国で二十四件で、そのうち処遇改善を求めたのは八十六件にすぎない。請求件数が一、二件という県も福井、三重、滋賀などみられた。医療者側では「改善すべき課題は多い」と認める病院の中で、患者の不満が少ないとは思えないのだが。

この原因について、京都府立洛南病院の小池清廉医師は「病院内に（請求しづらい事情がある）」と語った。病院に患者の人権を守る雰囲気があれば、弱い立場にある患者は沈黙を守りがちという。現に、特定の病院に請求がゼロという実態がある。

会場の元患者からは「医的に見直す部分はあると思師は善意の人という前提を」と答えた。見直し、患者の権利を明文化した法律を作るべき」という意見が小池医師も法

◆病院が強制

東京都中部総合精神保健

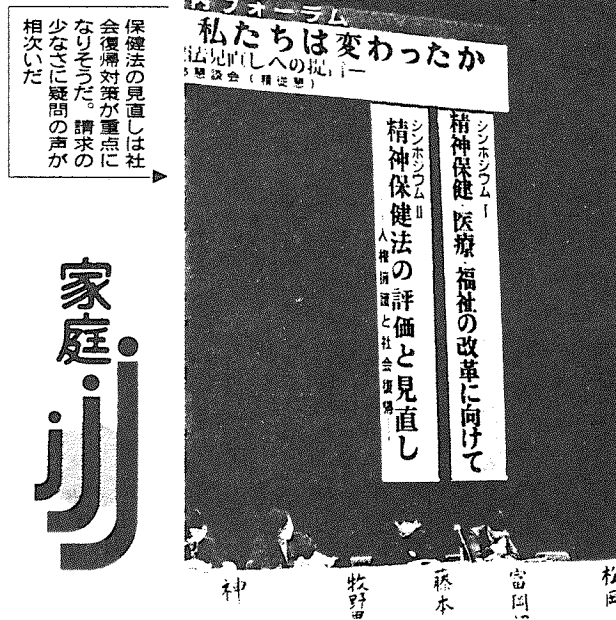
疑問多い保健法の実効性

センターの藤本豊さん（臨床員の生村善郎医師は「兵庫床心理士」は一病院では、改善請求しかない。これは働く意思を示す患者は予後精神保健法が病者の絶望をすると病状が悪いと、病の深さを物語るだけ」と文書で報告。実態改善のためは貧しいのに、（退院したのならば）不服は言うな、患者に送るべきと提案し働けというパターンを強制してはいるのでは」と反省を述べた。

兵庫県精神医療審査委員 科医が多いの審査会の開

◆評価高い熊本

ちなみに、熊本県では平成元年度に三十三件の請求があり、四件が処遇改善請求だった。熊本では、ほぼ全部の審査で患者から直接意見を聞き実地審査もしており、その点での評価は全国的に高い。しかし、「退院相当」と判断したケースはない。



保健法の見直しは社会復帰対策が重点になりそう。請求の少なさに疑問の声が相次いだ

家庭

少ない患者の不服請求 勧告権持たない審査会

③ 病院に対する強い勧告 僅も少なく書類審査が中心

審査委員の三村孝一医師（運沢病院）は「仮に退院が適当と判断しても病院の内外に社会復帰を支える体制がない場合も多い。入院を続ける一方で、地域の保健婦や社会福祉事務所に退院に向けての協力を指示し、結果的に早期の退院につながる人も多い」と、数字に表れない成果があることを説明している。

精神医療は変わったか

国内フォーラムから

下

患者の社会復帰対策で、**がなる場合が多い。子供が** 見直しの要望が強いのは、**病氣とはいえ、親に数々の** 「保護義務者制度」。精神 義務を負わせるのは社会の 保護法では、精神障害者に **責任転嫁** という見方が強ま 保護義務者を適定し、治 療への協力、入院への同意 全国精神障害者家族会連 合会の浅沼守男さんは「親 には患者の親

の引き取りな
どを義務づけ
ている。
保護義務者
には患者の親

貧しい社会復帰体制

と訴えた。親の七五％は六 十歳を超え、年収も三百万 円以下が大部分。法の趣旨 に沿った監督的な保護は現 实的にも無理という。 その親たちが中心となっ て運営する小規模共同作業 所は全国で六ヶ所ある。熊 本県にも七ヶ所ある。平均 的運営費は約五百万円、 だが、公的な補助は半分ど かり。月収は指導員で五万 円前後、通所者が数千円程 度と低い。 「これだけ厳しい条件の 活保護を受けることが多

い。しかし、福 祉ホームに入居 する人の保護費 は安く、施設利 用料を払うと数

「賃金を求めたい」と、強い 不満が出された。 二年後に予定される精神 保健法の改正に向けて、実 効力のある地域精神医療・ 福祉を求める声は強まって いる。行政も積極的な対応 をしなければ、宇都宮病院 事件のときと同様に、外国 から「経済繁栄の裏側に人 権意識の低さがある」と再 び指摘されそうだ。

中で、活発な活動が続いて いる。これは、**貧しい社会** 復帰体制に対する民衆の蜂 起(ほうき)と考えるべき だと、広田伊藤夫医師(同 愛記念病院)は語った。 「財政的な裏付けのない対 策では絵にかいたモチにす ぎない。このままでは、他 社会復帰の最大の障害 は、患者の住居。アパート を借りようにも、家賃が高 く、保証人もおらず、病氣 も隠して借りるのは困難と いう。 策を進める意思がないのな ら、不当な拘禁に対する補

家族だけに責任転嫁 財政裏付けない対策

