

絆

第4号

特集 — 「病」者にとって
「精神医療」とは

全国「精神病」者集団

目次

一、「絆」第4号発刊にあたって	1
二、〈座談会〉「病」者にとって「精神医療」とは何か	2
(1) 私の「精神医療」体験	
(2) 「精神科」治療について	
(3) 精神病院の処遇について	
(4) 「精神医療」変革にむけて	
三、精神医療について	32
四、精神医療の現実と理想	33
五、中田修たち犯罪生物学者を弾劾する闘いを	34
六、〃社会復帰〃思想を問う	36
—— 監獄法と精神医療 ——	
七、編集後記	42

「絆」第4号 発刊にあたって

一九八〇年に入って、私たち「精神障害」者を取りまく情勢は緊迫の度を加えています。すなわち、一時断念されたかにみえる法務省による保安処分新設策動はまたまた再燃化しており、厚生省による精神衛生社会適応施設構想の推進、法務省による監獄法改悪攻撃なども私たちに直接かかわる問題です。また、私たちが中心のとりくんでいる赤堀闘争、鈴木闘争も決して樂觀を許されない状況にあります。

そして、これらの動向と「精神医療」の問題は密接なつながりをもっています。すなわち、保安処分新設は精神衛生法体制の強化以外の何ものでもなく、赤堀さんを死刑判決に追いやった精神鑑定は精神医学の差別性と深くかかわっており、また、鈴木君の虐殺は彼の精神医療に対する根底的な批判・告発と無関係ではありませんでした。そればかりでなく、「精神医療」は私たち「精神障害」者大衆の日常的営為に深くかわる問題です。大部分の精神病院入院患者は、依然として「精神医療」体制がっちり組みこまれて身動きがとれませんが、退院者にとっても程度の差はあれ、「精神医療」は避けて通ることができない問題です。

「精神医療」は一般に医療の一分野として捉えられているかのようですが、それは他の医療と違った側面をもっています。ふつう、

医療とは求められるものであるにもかかわらず、「精神医療」は上からの強制治療を原則としています。そしてこの「精神医療」の強制性は、いうまでもなく国家権力による「精神障害」者の徹底的な管理・抑圧・支配と結びついています。

このような状況の認識に基づいて、私たちは四月二十六日「病」者にとって「精神医療」とは何か」というテーマで座談会を行いました。また五月二十二日から二十五日まで浜松で行われた日本精神神経学会にも参加し、積極的に発言しました。これまで「精神医療」は医療者の側から一方的に行われ、一方的に語られてきたのに対し、それをうける「病」者の側から問題提起し、「精神医療」にくさびを打ちこもうというわけです。もちろん、座談会で語られたのは氷山の一角にすぎませんが、すっきりした結論がでたわけではありませんが、今後、私たちは、この座談会で提起された問題を更に検討し、深化させながら、「精神医療」の変革・解体に主体的にとりくんでいきたいと思えます。

本号では、この座談会の記録を中心として、それに若干の「精神医療」に関する文章をつけ加えて掲載します。読者の皆さんも、「病」者の側からみた「精神医療」の問題性を充分認識されて、「病」者を中心とした「精神医療」変革・解体、そして「精神障害」者解放にむけて闘うことを要請します。

(O・Y)

「病」者にとって「精神医療」とは何か

1 私の「精神医療」体験

A (司会) これから「病」者にとって「精神医療」とは何かというテーマで、座談会を行いたいと思います。

ここに集まっておられる皆さんは「病」者として活動されているわけなのですが、その「病」者というのは精神医療体験をもっておられるということだと思っております。そういう意味で精神医療をうけたということは、私たちの活動の一つの原点になっていると思えます。もちろん、一口に精神医療といっても、戦後から現在まで、たとえばショック療法から薬物療法へ、あるいは閉鎖から開放へ、病院治療から地域治療へ、社会防衛から社会復帰へというふうに変ってきています。それで、各人がうけた精神医療体験といっても、時代に応じて、また病院によってまちまちだと思えます。しかし、そういう違いはあるとしても、精神医療としては同じものであると

いうことで、まず自分はいつどこでどういう精神医療をうけてきたか、そしてそれをどう感じたか、また今どう感じているかについて、一人5分ないし10分程度で話して頂き、それから討論に移りたいと思います。まず、最近までK病院に入院しておられたBさんに口火を切っていただきたいと思っております。Bさんの場合、K病院への入院体験の前すでに精神医療体験があると思うのですが、それらをふまえて、ホットなところで話していただきたい。

良心的病院にも差別が

B まず最初に入院したのはR病院、それは措置入院だったんですけれども、その中で患者さんと親しくなっていて、その患者がロボトミーをうけたことをきいたんです。それで、そのロボトミーを告発・批判する立場からガラスを一枚わった。まあそれは象徴的な行為だったんですが。それでガラスを一枚わったということだけで、それもわれかかっているガラスをわったということだけで、数人の看護者にとりかこまれてなぐられ、テロ・リンチをうけて、そのまま保護房へ入れられた。その保護房、最初の一日は水もでなかつたわけ

で、傷の治療を要求してもその声が全然届かなかった。その間、医者との面会もなかったんですけど、そういう体験をふまえてR病院闘争委員会というものをつくったのですが、院長に対して公開質問状をだして、わりと好意的な反応で、話し合いがもたれたと。それで、医者が患者をなぐるという暴力事件があったので、それ、いわゆる革新的医療をする病院だから、調査をやったんですが、その答はあまりいいで、暴行があったかどうかということに対しては、結論でなかった。

それで、この前の入院は、一昨々年の12月になるんですけど、きっかけとなったのは赤旗に自分の名前がのせられた、K大の学生運動の張本人やという形でせられ、それを新幹線の電車の中で読んでショックをうけた、追跡妄想みたいな感じで。それでI病院のU医師の紹介でK病院に入院しました。入院した当時、ぼくは非常に平静に話しているつもりなのに、医者の方がぼくの中に症状を見出したのかもしれないけれど、三十分くらいの問診で連れていかれて、おしりをプスリと注射された。ウムをいわさず。その時に主治医がいうたのは、この病棟は強制治療だ。その時、不快というより恐怖を感じた。こういう良心的な医療の中でも差別的対応があり得ることを感じました。

A Bさんの方からR病院とK病院、いわゆる革新的医療をやっている病院でも差別的なことがあったという話をされたのですが、Bさんの場合は最近の例であって、精神医療がある程度進歩してきた時点での体験だと思のですが、もともと古いところで精神病院体験をされたCさんの方から話していただきたい。

医療者は断罪者でしかなかった

C いわゆる精神医療の初体験というのは二十年前でした。その時は自発的に自分が精神科診療をうけて、その場で入院が決定されたんですが、全く精神医療が何なのか、「精神障害者」がどんな圧力をかけられているか、あるいは差別があるのか、ということについて無自覚なまま入院したのです。その病院で一番鮮烈な記憶として残っているのは、ここは病院ではないんだということを院長を通じて感じた。具体的にどのような現象があつてそう感じたか、今は思いませんけれども、強烈に感じたのは、院長が商売人であるというところ、つまり、いい医療をやるうとするのでなく、いかに儲けるべきかというところでの院長の印象が思い出として残っている。でもその時は、いわゆる病名がわからなかったで、一般的にはノイローゼ系統ということだったんで、三週間で強制退院をした。もちろん若かったものですから、全くどういいう社会的圧力があるのかわからなくて、ともかく病院の中の無為な日常生活というのですか、それがいたたまれないということ三週間で出てきた。

そこでは、病院側については、ここは病院ではなく、経営本意というか、営利中心主義というものを感じた。一方、中にある患者さん同士のかゝわりというのは、若かった私を指導してくれた人があった。で、いわゆる青くさい文学好きの私がニーチェやキェルケゴールなどの本を読むようすすめられたのは、やはり患者さんで大学の先生をしていた人がいたわけですね。その人の影響で考えるということが教えられたわけで、全く精神病院体験が無意味でなかったと思うのです。その記憶というのは、今、自分が運動をやっている

中でどう影響しているのかというところ、二十年前に自分が患者仲間
に教えられたということは、今度発病した時には自分が教える立場に
いるということです。若い人を指導するというのにはセンエツかもし
れないけれど、その時私がいい体験をもったために今の自分自身が
存在しているわけで、今度はそれを生かして、病んでいる人について
影響を与えられるという年令に達した中で運動がはじまったという
ことです。それは、やはり二十年前に教えてくれた人があったから、
今度はつらい思いをしている人に手をさしのべることができたら、
という思いをひきつづけてきた。

第二回目は十二年後にまた再発という形で三つの病院を廻ったの
ですが、一番長期的に居たのはN病院です。その時の私は自分がう
けてきた精神医療に対する不満というものがあって、精神医療とは
何か、「精神障害」とは何なんだということを一定学習した患者だ
ったのです。それで、はじめから精神医療をみてやるんだという形
で、患者をみ、医療従事者をみ、精神病院の機構をみるという意図
的なものがあつたということ、先ほど話したように、今度は教え
る側、支える側の年令だつたために、患者さんを支えなければなら
ないということを含めながら、みることを中心にやってきた気がす
るんです。その中で感じたことは、医療従事者は私たちに對する断
罪者以外の何者でもなかつた。

一方、患者さんというのは世間一般では、わけのわからないこと
をつぶやきながら、非論理で、そして抽象的な世界に在るというみ
方をしてると思うし、私自身も、一方では支えななきやいないなと
いいながら、他方ではゴウマンにも「精神障害者」だから異常者な
んだと、はじめはみていたけれど、そうではなくて、きわめて一般

的な人というのか、団結できるし、病院の中でも決起できるという、
私自身が稀有な体験をしているわけですね。

狂気は不毛か

C 先の話に戻るけれども、医療従事者が私たちを断罪の対象でし
かないというふうになってきた具体的な例としては、私が話をする
ことに對して医者はきいた、きいているという態度をしてるわけだ
けれど、その中で今でも忘れられないのは、狂気は赤裸々だけれど
も不毛だということをいつたわけですね。その言葉が自分の闘争心
というのか、攻撃力を鮮烈にしてくれたと思います。赤裸々だけれど
不毛だといわれた時の日記をみてみるのだけれど、そこに書いてあ
るのは、たとえ私は狂人であろうと、不毛であろうと、「精神障害
者」に對して私は慰めの言葉をもっている、という反論の中で、そ
の言葉に對するエネルギーがシュな造反の原点というのか、決意を日記
の中に書きつらねているわけです。で、私は今だつて不毛かもしれ
ないけれど、それが何だと思ひし、患者さんが例えばベッドの柵を
もちあげて、いわゆる狂乱状態にあるといわれるような時でも、医
者はそれに対して逃げつづけていたわけです。狂乱状態は危険だ、
みたいな形で。でも私はその人が訴えたいことをきかねばならない
と思つて、私にもしよければ話してみたいと思ひませんか、といつた
ら、その人は柵をおろしておろ泣いて、私にいろいろなことを
訴えられたのですけど。そのことが契機となつて病院の中全体が
団結力をもつたわけです。もつとも三十六人でしたから、一応意志
一致できるような人間関係がつくれたわけです。ですけれども、私
の主治医は、あなたのエネルギーは精神科病棟だけでなく、N大全

体を決起しろって言うものですから、私がアジビラをきろうとしたら、そこで強制退院になったわけです。

まだ沢山あるけれど、ベッドの柵をもちあげて、私はそれを狂気の造反だと思うけど、私はその人たちに語りかけられるし、その人たちこそが、病院の中で最も救いを求めているのだと思う。それに對して医者は逃げ、私がかかわって行く中で、団結力というか、心と心のつながりというか、絆みたいなものもてたと信じてますしね、そのエネルギーは今でも自分自身の闘争の中で必ずそういう出会いというか、人間のかかわりがみられるし、誠実一本で相手とかかわりあえば、「精神障害」の仲間ほど、わかる人はないんじゃないか、と自分では考えています。

A 今、Cさんの方から自分の病院体験が闘争の原点となったというを含めて、しゃべって下さったのですが、Dさんどうですか。

ひどい精神医療は病状を悪化さす

D ぼくの精神医療体験ですが、七一年末あたりから地域の病院に二週間くらい入って、七二年になってI病院に入った経過があるんです。その中で感じたことを簡単にいいます。I病院の中で現在を含めて治療関係についていろいろ問題があるんですけど、現在、通院しているのがあまり突っ込んだことをいえないという面があるんです。

一番最初の病院はT病院で、そこで一週間保護房に入れられて、入院形式は同意入院だったんですが、何故ここに来たのかわからない。いうたら小説にありますよね。ぱっと起きてみると、そこが精神病院の保護室だったという感じで、夢の中で病院体験をしている

んだというふうな、半分現実感がなくて、何故こういうふうになっちゃったのだろうか、ということが保護室に入れられた時の感じでした。

で、とにかく、そこから出してくれということは何度もいうわけだけでも看護者は全然とりあわない。保護室に入れられたことじたい、ボクの病氣にとってよくなかったんじゃないか。職員は暴力によって自分の言う言葉がおさえつけられているのを感じて、面会に來ても会わせないということが二週間もつづいて、ほとんど食物もとらずほとんど眠らずということ形で、水を要求しても看護者が少ないのか水をくれないし、トイレの水をのんだり、そういうことで病院に對する不信がだんだんつのつてきて、いろんな形で抗議の意志を表明していった。親から入れられた寝巻きや綿入れなんかも便器に突っこんで水が流れないようにするとか、ベッドを入口にたてかけて入ってくるなどということも意志表示するとか、いろんな方法で保護室を脱出することを考えた。最終的にそこから出たのは、部屋の Teppan についている螢火燈を、履いているスリッパで割って、これは危いというふうに感じたのか、そこから出してくれた。その日、両親と面会できて、院長の部屋か、医局だったかと思うけど、そこで話したわけですが、医局は非常にかたづいてるわけですね。それと病棟の様子があまりにも違う。それで、この病院ひどいと。ともかくここから早く出してくれと八方手を尽していった、結局I病院に移っていった。

今、良心的な病院とされているI病院へ移ったんですが、今から八年ほど前になるんだけど、当時問題がなかったかというのと、やはりそうではなかった。これはあまり公になっていないと思うんで

すけど、受付病棟というものがあって、五病棟といわれていて、そこから患者がいろんなところへふりわけられていく。病棟の中でも最初保護室に入れて、それから大部屋に移って、それからまた二階に移って、というランクがある。そういう段階を踏んでいく。それから、永久にそこから出られない人、不潔といわれている人も同じ病棟にいた。不潔の病棟の人とつき合うとダメだというふうなことになるなりました。

その中でいろんな問題点感じたわけだけど、特に大きな問題としては、ずっと寝たきりだった人がいたわけです。冬の寒い中、暖房がついてなくて、カゼから肺炎になって、その医療的処置も適切であつたかどうかという問題もあるけど、結局亡くなった。で、同じ病棟の中でほくの部屋に暖房がついているのに、何故その人の部屋に暖房がついてないか、それはおかしいんではないかというふうにして、病棟の患者が追及して、これを改善しないかぎり新聞に載せるということで、何回か話し合いをもつて、結局そこに暖房がついたわけです。それが具体的な患者会の形成過程だったのかという歴史は、くわしくは知らないけれど、そういうことがあつた。

ただ当時ほくはその中でどういう立場だったかというのと、やはり心では感じていながら傍観者の立場であつて、中心になつてがなばつていたのは、長いこと入院していて自分の問題としてそういうことを捉えられる人たちだったのではないか。ほくはやはりそこを一つの通過していく駅であつて、そこからシャバに出てやっていけばいいんだみたいだと思つていたという反省というか、その当時の意識をかえりみれば、そういう処があつたと思います。

それで、ほくの病院体験の中で精神医療の問題という処でいえば、

やはり、ふつうの病院では患者の取り扱いが非常にわるくて、かえつて病状を悪化させるのではないかという問題。それから、いわゆる良心的な病院でもかつては問題があつた。もつと昔にさかのぼつてI病院のことを云えば、ベット数以上の患者を入院させて廊下でゴロゴロ寝させていた。こういうことを出てから告発してやるというふうにいっている人もあつた。

カムフラージュされている病院は批判しにくい

D 問題点はいろいろあるんですが、良心的といわれる病院は、何というか、カムフラージュされているだけに、攻撃というか、ほくから自分のうけている病院医療について批判していくのがむずかしい。かえつて、はっきりした悪徳病院いうふうになつたら、世間の眼も許さないということでもやりやすいけれど、良心的といわれる病院ではかえつて、医療内容の点検などもむずかしくなってくるというふうなことを最近感じます。

A ありがとうございました。それではEさん、簡単に話して下さいますか。

リンチにはじまった精神医療体験

E ほくの場合は今から三年前の七七年二月にN大附属病院にいわゆるソウウツ病の治療のために入院したわけなんです。入院形態は同意入院で、外来が休診のため直接病棟の方へ行つたわけです。閉鎖病棟に入つて下さいといわれた時に、はじめてみる精神病院の閉鎖病棟の異様な姿というか、入口が鉄の扉で鉄格子でかこまれているのを見た時に、入りたくないという気持ちがあつたけれど、とり

あえず診察はこの中でやるということが入ったわけですね。しばらくして主治医がきて、ほく自身もなかりたいという気持ちがあったから、入院した方がよいといわれて納得したんだけれど、この閉鎖に入院しなさいと云われた時に、どうしてこんな隔離された処に入院しなければならぬのかとくさいがった。だけど結局時間がないうということ、医者は病棟からでいき、今度は看護士に対して同じようなこと、どうしてこんな処に隔離されなければならぬのかというこでくさいがっている間に、ある看護士が、その時わからなかつたけど、保護衣をもつてきて、それで縛りつけようとした時に抵抗したら、四、五人の看護士によってなぐるけるのリンチを加えられて、縛りあげられて、髪の毛をひきづるようにして保護室にぶちこまれてしまった。それが入院した当日のことです。

その時は、こんなことがあつてよいのかという怒りで一杯で、その日は二時間後に主治医がきて、なぐられて口のきつた処を治療してもらつて、看護士になぐられ、縛られて監禁されたことを医者に云つたわけです。そしたら、医者は平然として、保護衣を使用して保護室に入れるのは正しい精神医療行為なのだ、たゞはじめての人には少々乱暴だったかもしれないけれど、これは当然なことなんだという形で看護士の暴力行為を擁護した。それに対して事実を告発して闘うぞと医者に宣言したとき、医者は、告発するならしてもよいけど病気がなおつてからにしない、という形で、あくまでボクの抗議とか訴えとかを病的にしかみようとしないで、医者の方としては、病気だから病気が落ちつければこんなことはおるだろう、というよりな気持ちでいたんだと思うけれど、ほくらその気持ちがあつたから、その後二週間後に開放病棟にやつと移された時に、医

者に云つたことを具体的に実行していつたわけです。それは、一つには地元の新聞社に行つて、こういう事実があると話した。また知り合いの弁護士を通してその弁護士会の人権擁護委員会もつて行つた。しかし、いずれもほくが病者だということで、問題が問題だけに扱つたことがない、むずかしいから、ということ、門前払いをくわされた。もうこれはどうしようもないということ、自分で告訴状を書いて管轄の警察署へ行つた。警察官も、あなたは入院中だ、病者の告訴状は受けとれない、医者が病気がなおつたというまでは告訴状をうけとれないということ、そこでも門前払いをくわされた。

そうこうしているうちに、ある日外出から病棟に帰つた時に医者が待つていて、閉鎖病棟に移れ、ということ、強引に開放から閉鎖に移され、闘いはつづれた。その後、教授回診で、教授がボクの前に立つて「もう告訴する気はないかね」という形で問いかけてきた。それに対してボクの方は、つぶされたということ、気持ちが沈んでいたということもあつて、「もう告訴する気はありません」といつたら、教授は「あ、大分よくなつたね」といつてそのまま笑みを浮べて立去つていつた。その後、何回も外泊を願いてたが許されず、結局一週間くらいで外泊を認められ、その後二週間くらいで退院できたわけなんです。

患者の訴えを病的にしか捉えない医療者、健常者

E この間のことをまとめてみると、あくまで、入院してしまつと、医療する側は「病」者の言葉を病的にしか捉えようとしない。正当な訴えがあつてもそれは力でつぶせば何とかかなるという対応でしか

なかった。で、たとえば看護者の暴力があっても医者は仕様がな
いと認めるので、「病」者がそういつたことをされる時に訴える場が
ない、ということの特に知らされた。マスコミもそうだし、警察も
そうだし、そういつた処に訴えても「病」者だからということと
りあってもらえない。ではどうすればよいのかということ一つ
壁にぶつかったのだけれども、それはその後、ある人がぼくの訴え
をきいて対応してくれたんだけど、それがキッカケで赤堀さんの
闘いに結びついていったわけなんです。

で、「病」者が人権侵害された場合に訴える場が今の社会で全
くない。それで、何というか、本来、医療行為とされる保護衣の使
用が看護者の制裁・懲罰みたいな形で使われるということが現実
に行われている。そういつた、なんというか違法なことがあたりま
えのこととしてまかり通っている中で、いくら医者が病気がおらな
いとか、何とか云っても、そういつた体質があるかぎり、やはり「病
」者は看護人とか医者を信頼できないと思う。そういう体質にメス
を入れて「病」者と共にやっていく姿勢をもっているならば、信頼
係みたいなものもできるだろうけれども、今のような一方的な体制
の中で、医者が患者に対して自分を信頼せよといわれても、結局信
頼できないと思うのです。

A ありがたいございました。それではFさんはどういう精神医療
体験をもち、どう感じておられますか？

クスリと電気ショックに対する腹立ち

F ぼくの場合はね、お母ちゃんも「病」者だし、お兄ちゃんも「病」
者で、すごい腹立ちをもって病院のことなどいろいろ聞いていた。

その中でぼくが発病して、親も兄も面倒がみきれんということ
局入院させられてしまった。同意入院という形だけど。それで最初
注射なんかうたれて大部屋に入ったんだけど、それから記憶がな
くなってぼーっとして、それで気がついたら保護室で、ウンコが
いて寝たままだった。最初、保護室は一週間で済んだけど、だ
んクスリに対する腹立ちがあつて、パーキンソンがすごくで、足
がもつれたり、ケイレンがおきたりして起きられんような状態にな
たことが何回もあつた。その中で、クスリはのまん方がよいとい
ことをみんなにふれまわつた。それが医者の耳にも伝わつたんだ
と。思うけど、電気ショックをかけられ保護室に入れられた。保護室
の中で反抗していたんだけどね。保護室の中でもパーキンソンが
おきて転げたりしたが、その中で、隣の保護室にいた患者さんに、お
まえそんなこといっとるとと退院できんぞ、といわれて、結局あ
きらめてだまっていた。パーキンソンを抑えるための注射だと後からわ
つたんだけど、とにかく最初うたれた時嫌がつて抵抗したが、看護
婦三人、看護士二人で抑えこまれて、注射うたれて保護室から出
れなかった。

その中でパーキンソンが続いて、敷布を蒲団に入れようと思つ
ても入れられないし、あんたそれくらいのができんと、社会の中
で何もできないというし、胸の中でクソと思ひながら耐えていた。
それで九ヶ月くらい入院してただけど、いろいろ噂をきいたら、
ぼとんどの患者さんがわしら飼ひ殺したというし、電気ショックで
以前に女の人が殺されたというし、また、ぼくが見ただけども、
多分パーキンソンで御飯をたべようとしてもハシでつかまえること
ができなくて、結局だんだんひどくなってかむことができなくなつ

て、点滴なんかで生きてたが入院して四ヶ月くらいで死んでしまっただけだね。みんな死んだと知っているのに、看護婦さんは、あれは死んだんではない、親が連れてかえったんだというふうにごまかしたりしてね。

退院しても、和式の便所の場合いつも後にこぼるようになったりしてね。ボクの場合は、クスリと電気ショックに対する腹立ちと、それと病院に長くおらそうとする、ある程度なおつたとみても、もうちょっと居りなさい、あなたみんなの洗濯したげなさいとか、何とか、職員みたいな形で使われて、ずっと入院させられていた。まあそれくらいでー。

A ありがとうございます。今までは、入院体験を語っていただけいたんですけども、最近の精神医療はもちろん入院もさすけど地域精神医療ということが叫ばれていて、それで入院体験はもたれてないけど通院体験をもたれているGさんあたりから話して下さいませんか。

獄中医療は病気をよくするものでない

G 最初ね。ぼくが発病したのはある闘争でバクられて、獄中で、独房の中で発病した。その時は救援体制がすっかりなくなって面会とか差入れがおくれたと、そういう独房の中で家庭のこととか友人のこととか運動のことが気になって、三ヶ月くらいで幻聴とか幻覚がでてきて獄中で発病していった経過がある。その時、拘留所の中の医務官に訴える、しかしほとんどの場合は、鈴木君の場合もそうだったんだけど、独房から外に出たいための詐病じゃないかと、最初は症状を訴えたことに対して無視していくと。そういった形で、

獄中の医療というものが病状をよくするものでなくて、むしろ逆にとじこめておくことが病気の原因であって、その原因をそのままにしておいて、睡眠薬とか安定剤をのまして結局、一日眠ったような状況にしたり、何もできないようにしていくというのが、獄中での権力の側からの医療だったわけです。

その後、出てきてからも運動をやったりする中で何回も病気で倒れているけれども、一応H病院へ通院するまでは、一人で長年月かかったけれども何とか克服してきた。しかし二回目か三回目かというときに、これではいかんということで、専門の医者にかかった方がええんじゃないかと。最初は状態が悪化しているということで入院手続寸前まで行ってたらしいんだけど、実際に医者と話しする中で入院の必要がないんじゃないか、家庭とか、地域の中の生活とか、運動したりする方が、入院するよりも病状にとってよんじゃないか、という形で、それ以後通院してるわけです。その中で、ぼくの場合は他の人とちょっと違うかもしれないけど、運動を一緒にやっている人が主治医になってるわけで、医療そのものについて話しするより、同じ運動をやってるという処で話しをしている。それでまだ、精神病院の精神医療について医者と話し、討論していくという形にはなっていないが、大まかな処で話してる。ボクの場合は、ちょっと違って、運動をやっていく中で、クスリをもらったり、話したりしてるんだけど、通院していく中で病気をなおしていくというのでは、最低限確認してるわけで、今のところは何かやっています。

A 今Gさんから、自分の運動との関連で獄中医療・通院医療について話して下さったのですが、同じく通院体験をもっておられるH

さんの方から通院医療について話していただけませんか。

最初は差別者だったけど

H えーっと、ほくの場合は仕事が長続きせず、家でふさぎこんでいたという状態が何年も続いてきたことで、一九七四年九月だったと思いますけど、両親にムリヤリひばられて始めて精神病院に連れていかれた。T病院だったんだけど。その頃のほくはいわゆる差別者だったわけなんですよね。それは何故かというところ、何か犯罪があれば根拠もなく「精障」者の犯罪だと決めつけているマスコミにうまくのせられていたというか、だまされていたという感じで、非常な精神病」に対する差別的な考えをもっており、病院へ行っても待合室にいるのさえこわかったという状況でした。それで自分だけはいわゆる正常な人間だという考えをもっていて、ほかの人は、差別用語で申し訳ないけど、キチガイだという感じをもっており、病院の感じも暗い陰シツな感じをうけたわけです。そして何回か通院している間も、自分だけは正常で、ほかの人はキチガイだから何をされるかわからない、こわいという印象しかなかった。

そういう中で、ほくの主治医が患者会運動をやっていて、そういう関係から当時はM会への参加をすすめられて、その患者会を通じて病院での友だちもできたわけです。そして友だちから病棟へ遊びにこないかということ、はじめて病棟の中へ入ったのが通院してから一年半くらいたってからじゃないかと思います。その時にはじめて精神病院の実態に触れたわけなんですけど、そこは開放病棟で、そしてそのT病院はいわゆる良心的な病院だといわれていて、温室だといういわれ方もしていたわけです。で、その病棟をみた感じ

では、想像とちがって、開放的で自由な雰囲気、わりとまじな処という感じをうけたわけです。病院ではじめて友だちができて、病院へ遊びに行くようになって、ほとんど毎日、朝から門限の時間まで病院で遊んでくるという期間が相当ながく続いたわけなんです。そこでの感想を述べてみると、看護者の態度も柔かくて開放的かつ自由な雰囲気でした。

作業をして治療費をとられるのはひどい

H ただ驚いたのはいわゆる作業療法というもので、千円近くも治療費をとられて報酬は月千円にもみたくないという搾取が行われているということ。これは治療だということ。あまりにもひどいと思っただ。実際その後でいわゆる作業療法を体験してみただけでね。で、まあ、半開放病棟にも友だちがいますから面会に行ったりするけど、そこでもわりと自由な雰囲気だった。ただ残念なのは閉鎖病棟を全然知らないということ。それ

それで医療の面なんですけど、ほくの場合、友達からは、おまえはどこも悪くないんだ、何も悪くないせに病院へ来て遊んでいるとか、あるいは運動をやっているということについても、あいつは東京へ行ったりとか、大阪へ、仙台へ行ったり、遊び歩いているというひどい云われ方をしているんだけども、まあほくは会議とか集会に行くだけで遊ぶ暇ないんだけど、趣味的にやっているといわれているのが日常です。

まあ、病院へ行っても先生と病状の話もするけども、ほくの場合はややこしくて主治医が事実上、二人いるという形なんです。それはどういふことかというところ、オヤジも「精神病」だったんだが、T

病院でオヤジとほくと同じ主治医だったわけですけど、その後、N市の先生は、主治医が親子をもつのは駄目だというふうにいわれるわけなんですけども、そして、まあ、事実上、N市の先生に変わってT病院はクスリをだすだけと変えたわけです。今のところT病院の先生には運動の面の話に重きをおいて症状の相談はいつさいしない、ということにしている。N市の先生にみてもらって症状の相談をやっているんだが、ほくの感じでは、医者にみてもらったからといって、よくなるとか気分が変わるとかいうものではないけど、不安な状態におちいった時など、医者にみてもらったところか違うんじゃないかと、うまく表現できないけども、そういう気がするわけです。

A ありがとうございました。それでは最後にIさんに、Iさんの場合はS病院という古い体質の病院に相当長く入院されていたようなんですけど、そこでどういいう医療をうけ、どう感じたかをしゃべっていただきたい。

人権を認めなかった精神病院

I 私何をしゃべっていいかわからないのですが、S病院に入ってから人権を全然認められないような看護をうけました。その前にK病院とH病院に入ったんですけど、一回目の入院では開放病棟でインシュリンをうけて、その後退院してからタイプを習いに行っていてわからなくなつて警察に保護されて、そのまゝ入院し、電気ショックを何回かうけていたようです。そこを退院してからH病院に入院したんですけど、H病院ではかなり人間的な看護をうけて、それで病院というものは暖かくて居心地のよいものだと思つていたんです。けれども奈良へ変つてからはS病院へ通つていて薬をのん

でいて、近くのヘッブ屋さんに働きにいたりして、いろんなつらいことがあつて、そのために薬を三倍くらい飲んだんです。そして口が全然動かなくなつて食べることもできない、それで口が治らないという事と家族が勉強に対して無理強だったということから、S病院に入院したんです。

S病院では全閉鎖で、部屋に入つたらかちんと扉がしまつて、食事を持つてきた人が出るとまたかちんと扉がしまつて。私はそれまで神経科だったものだから、はじめて精神病院という所を知つて異様な感じをもつたんです。それで鍵がかかるということを知ると母に云つたんですけど、退院させてもらえませんでした。私は、精神病院というのは精神を病んだ人を治すために暖かく見守つて、治つたら社会に戻すと、差別を全然考えなかつたんですね。そういう考えだつたんですけど、看護婦さんたちも、病院に来た以上世間では通用しないというし、先生もここへ来た以上ゆっくり治して、口が治らん以上、結婚しようとしても相手にしてくれないという。口が治つてからも、先生は、ひきとり手がなから病院にいなさいという事で、退院のことを云うと先生は逃げてしまわれる。

A 時間がないので後二、三分でやつて下さい。

つらかった保護室の生活

I とにかく、はじめはすごく差別されて自分の自由な考えを理解されないのですごく反撥したんですけど、しまいはそういう考えを捨てて、どうかして社会に復帰しようとして、作業を一生懸命やつたり、洗濯作業に行つたり、みんなのつくろいものをしたりするようになりました。看護婦さんも私がよく働くので差別されな

った。S病院に二回目に入院した時は、ものすごい差別をされ、病院の治療というのがすごく邪魔になって、自分で裁縫もできるのに針もとりあげられるし、ラジオをききたいのにラジオもとりあげられませんでした。

S病院に捕えられたという気になって、逃げだしたため、保護室へ入れられて鍵をかけられました。保護室に入っている間に、裏に洗濯機の乾燥機があって、それがブンブン鳴るのがガラスに共鳴してもものすごく苦しいんですね。ブンブン云ってそれに堪えられないので、看護婦さんに保護室に入ってみると云って、主任さんが廻ってくる手をひっぱって保護室に入れようとするんですね。そして主任さんは怒ってしまって、私のところは御飯を入れる時にバツと入れて、それがすむとバツと戸をしめて、見廻りに来る時も他の人のところはちゃんとあけて「どうしているか」ときくの、私の所は御飯を入れるのと、食べかすを出す時にさつとあけるだけで、ものすごく苦しかったです。そんな状態で、保護室から一步も出られないので、脚が動かなくなると、他の若い看護婦さんが、「Iさん、自分の食器をみんなの処へ置きに行ってもよい」と保護室から出してくれると、それを運んで帰ってくるだけでもものすごく苦しかったです。トイレに入ってもころころとひっくりかえるし、また、保護室の建てかえがあって、あっちの保護室へ入れられたり、こっちの保護室へ入れられたり、そういうこともあったんですけど、スチームが入っても、スチームが入ると酸素が不足してきて苦しいんですね。窓が高いからあけられないために息が苦しくなって、それを看護婦さんに云っても全然きいてもらえなかったんです。あまり苦しいんで暖房をとめてもらったこともあるんですけど、そして

ら今度は板張りだからすごく冷えこんで夜になったらブルブルふるえるのにお布団も入れてもらえず、座布団一枚で板の間に寝たり起きたりしていました。また、喉がかわくから、仕方なく、手を洗うためにくんである水をのんだこともあるし、そういう苦しい生活があんまりたまらないので、ある日、私の主任さんと仲の悪い主任さんが外を通りかかった時、私の病棟の主任さんを「月給ドロボー」とどなったんですね。そして、その日に、二階へ行くから用意しなさい、という事で脚がふらふらだったんだけれど二階へやってもらえたんです。二階へやってもらってから、かなり長い間脚がフラフラで、廊下を歩いていてもころんだり、すべったり、便所で転んだりしました。ともかく二回目のS病院の際は、差別もひどいし、かなりきつい看護をうけました。

A ありがたいございました。それでは休憩したいと思います。

2 「精神科治療」について

A 今まで皆さんにそれぞれの精神医療体験を話してもらったわけですが、これから、そういう具体的な精神医療体験をふまえて、治療とか処遇とか、あるいは精神医療をどう変革・解体していくかなど討論していきたいと思えます。まず治療についてですが、現在、治療の中心には薬物療法があって、少しすたれてきたけど生活療法というか、作業療法とレクリエーション療法があり、更に精神療法というのがあります。そして、以前には電気ショック療法が全盛の

時代もあつたんですが、それが第四回全国集会でできました。そして医者側からは電気ショックが必要な場合もあるということ云われたんですけど、その点についてはどうなのか？ ここには電気ショックをうけた方とうけなかつた方とが居られるんですけど、その点について発言してくれませんか。

電気ショックで友人の判断がつかなくなった

H そのことなんだけど、ぼくはさつきT病院は良心的な病院だといいましたけど、T病院でも現在電気ショックが行われていることにショックをうけたんだけども、ぼくの非常に親しい友達が電気ショックを数回にわたってうけているわけなんです。そして電気ショックをうけた直後、全然記憶がないんです。その彼が閉鎖へ移って消防訓練か何かで外へ出してもらった時にぼくと会ったんですよ。そしたら彼は全然ぼくのことをわからなくて戸惑ったわけです。友達の判断もつかない程記憶がなくなっていたということです。

A Cさんどうですか？ Cさんは電気ショックをうけられたことあるんですか？

C 私はないと思います。今度の入院の場合は明らかにいすね、三十六才の体験には。先ほどの問題に關係して話すと、一定精神治療を眺めたという体験があるために一応の知識があつたので、いっさいの治療を拒否していくというのが私の聞いたわけです。だから、私の場合はすべてやられなかった。電気ショックもやってくれば拒否しますし。

強制治療としての電気ショック

B ぼくもうけたことないんだけども、K病院で電気ショックをやつてるかどうか追及すると、仮説があつて、頭の方に電気がたまる、それをやめさせるために電気ショックをやっているんだという。それで、強制治療ではないんですかというのと、ある程度強制治療だということをお認めたんですけどね。

C 電気ショックは、それをうけた人は恐怖感をもちますし、記憶障害があつたりということ、患者の側からの否定的な見解がでてくる。でも学問的にいうと、電気ショックというのは混濁状態を覚醒させるという作用については、医者は今でもすごく魅力をもっているのだそうです。しかし、その害ということについては患者側に語られないんです。それはどういふことかというのと、頻度を多くすると外因性のテンカンになることが明らかになっています。私はそういうことは云いたくないけれど、これから拒否していくために、あえて赤裸々にいいたいと思うんです。

電気ショックで読解力がおちた

F ぼくが入院してた時の友達だけど、その人の場合、今までも何回か電気ショックをかけられて、四回目に入院した時は食べられるけれど、彼がいうには、電気ショックをかけられて食べられるようになったと。けれどぼくの場合だと、昔はある程度本を読んでも読解力があつたんだけど、退院してから本を読んでもなかなか読めないんです。今でも、ちょっとづつだけと読むようにしてると、何か非常にむづかしいように感じるんです。

電気ショックは断乎として拒否しよう

A myself、すぐく電気ショックをうけてきたんだけど、電気ショックをうけた当時のことはほとんど覚えてない。それでクスリにしても根本的には同じだろうと思うんだけど、やはり失われるものと得られるものとの比較評量の問題になってくると思う。けれども、さっき云われた学問的というか医者のな立場からは「なおす」という点で何らかの理由づけがなされているけど、われわれとしては絶対拒否していくことだろうと思うんです。

G 電気ショックについてはこの間大分問題になってきたんだけど、ぼくが思うに、電気ショックを脳に与えるということは、医者にきけばウツ状態からぬけ出してよくなるということとはたしかにあるらしいです。しかしその時間問題なのは、その病人が自分自身で病気をどう克服していくかということの状況みたいなものがあるでしょう、それを完全に抜きにしてよくなったとしても、その人にとって、その人の意志と無関係な処でできてきた電気ショックの後の状態みたいなものはどういう状態なのか、本人の中で整理がつかないということがあると思います。また先程から云われているように後遺症が残るし、強烈な場合はあばれたり骨折したりするなどということから電気ショックは治療でないと思います。それともう一つは、最初懲罰的に使われていたということから患者にすごい恐怖感を与えるということ、その三つくらいで、ぼくらの側からは断乎として拒否していかなければならないと思う。

A 今のGさんの話で、電気ショックについてのまとめとしたいと思います。それで、電気ショックは最近ほとんどなくなつたわけ

ですけど、今、中心となっているのは薬なんです、それについてはどうなんでしょう。

クスリをのむと本が読めない

I さっきFさんが本を読めないと云われましたでしょう。あれは私はクスリのせいだと思うんですけど、Fさんクスリ飲んでられないのですか？

F 今はのんでいないんですけど、どうしてもという時はのんだりします。

I 私はクスリをのむと本をものすごく読みにくい。それから判断がおそくなる。インスピレーションというか、感じ方が鈍くなる。

H やっぱり、本が読めないというのは、クスリのせいというのがあるんでしょかね。ぼくの場合はクスリをのむ前は沢山の本を読んでたんだけど、クスリをのむようになってから、本に対する興味がなくなつたということもあるのかもしれないけれど、本を読もうと思つても読めない、頭に入つてこない、先へ進まないということがあるんですけど、やはり、それクスリと関係あるんでしょかね。

医者にはクスリの名称、分量、作用を患者に教えよ

D 今、本を読む時にクスリをのむとどうかという話あつただけで、一般的に、自分がのんでいるクスリがどういうクスリで、それがどれだけの分量入つて、どういう効果をもつのか、副作用があるのかどうか、自分自身がもらっているクスリを知らない人が圧倒的に多いと思うんです。医者が勝手に調べて、これくらいならこ

れだけ入れたらよい、またわるくなつたからこれをこれだけ加えるというふうに、医者の判断で決まってしまう。ほかの病気だったら、きけばちゃんと説明してくれるけれど、そういうことを説明しないので当りまえと、きいても何をきいてるんや、というふうになつてゐる。またベテン使つて、これはこういうクスリだと全然違うクスリを出してみたり、そういうことがあると違ふのかな。薬物療法一般を語れないけど、敢えて語るとしたら、すべてそれが医者の手に握られている、多くの患者がクスリの名前も分量も薬理効果も知らないところにおかれている、とにかくあなたはクスリさえのんでいたらよいですよ。そういう云われ方をします。自分がのんでるクスリがどんなものか、それが合うか合わないか、副作用があればどうすればよいかということを実際のんでる人がきちつと知らないといけないんじゃないか。それをちゃんと教えるくらいは医者のマナーとして確立させることが必要じゃないか。

H その点について、ほくの主治医は教えてくれますけどね。それからもう一つ、クスリをのむと体がだるく、えらいということがある。ほくクスリのむ前は朝起きるのが早くて五時、六時頃から目がさめて起きられたんだけど、クスリをのむようになってから午前中くらいは寝とらないと起きにくい状況になつてます。

A 二・一事件の発端となつたもの、つまり鈴木さんとNさんの対立にも、クスリの問題があつたと思うんですけどね。ボクの場合は向精神薬というのは一種の麻薬だと思ふんだけど、やはりのんでるという状況がある。まあ、ほくの場合はクスリの種類とか分量とかは、むしろ、こちら側から指定していくという状態なんです。それで、Bさんの場合、一時クスリがすごくきつかつたように外から見

て思つたんだけど、Bさん自身どうだつたんでしょうか。

医者はクスリに依存している

B 今、入つた時の1/10くらいのクスリをのんでゐるらしいです。それでもボヤツとしてロレッツがまわりにくい、それから、もちろん読解力も落ちましたね。まあ、医者はクスリは補助的な手段だと言明しながら、実は、治療法の中でクスリに最も依存しているという現実があるのと違いますか。

I 前の医者はクスリはのんだ方がいいとしか云つてくれなかつたけれど、今の医者はクスリはのまないにこしたことがないけれど、のまないとやつていけないから仕方なく出すんだと云つて、わりと良心的と思ふんです。

A ほくの場合、クスリをやめて入院、そして退院してクスリをやめて入院、という現実をくりかえしてきただけです。それで、やはりクスリをやめるとこわい、という側面があつて、クスリについてはスパッとわりきれない。もつとほかに御意見ありませんか。

G クスリをのむ場合には、その薬理効果とか分量を医者にきいた上での場合でも、一人一人ちがうし、自分でのんでゐるクスリが自分の状態の波の中でどう作用していくかを自分でみていくことが必要だと思ふ。

クスリをのむ、のまないの判断は、患者の主体性にゆだねられるべきだ

A Eさんはクスリのでられるの？

E 今、少しのんでます。一番ひつかかつた時期があるんですけど

も、それは大病院に通院していて、その過程で赤堀さんのことをやり始めた時期があって、それを医者に話すと、医者の方からすれば、またソウ状態になったんじゃないかという形で、そういう処方方をだしてきた。それがキッカケとなってクスリをのまなくなつた。そういう意味で、通院であれば拒否できるけども入院中となると拒絶することができない。たとえば食堂に集まって看護者の前でのませられるとか。そういう意味で、ある程度、患者がのむのまないという主体性みたいなものが確保されれば、薬物療法は認めてもいいんじゃないかと思うんです。

G 入院中、クスリをのまんと何かやられるという、あれはおかしいと思う。入院していてもみたくない時があるだろうし、それは外でも入院してもクスリをのむ状態みたいなものはあると思うけれども、どうしても苦しい時にクスリをのむということはあると思う。

D まあ、クスリは電気ショックみたいな恐怖心をみた目には起させないということはあるけれど、クスリを出す医者と患者の関係というものが良好にいつていないかぎり、同じ薬理効果をもっていても効き方が変わってくるんじゃないか。信頼関係がない処でクスリが出てくるのがむしろ問題じゃないか。薬物療法の場合、その辺が一つのポイントになると思う。それとまた、病院経営との関係でクスリ漬け医療というものがあるんじゃないかと思う。

クスリは30kgの荷物

C 私はクスリはのまないということで八年間耐えつづけてきたんですけれど、じゃ皆さんにのまないことを示唆したり、のまない運動

をつくっていくかというのと、それは否定的にしか答がでてこないわけです。ということはものすごく苦しいということですが、のまないということは。それに耐えつづけて、その苦しみの峠はのりこえてしまつたと思うんですけど、その中でクスリはどうなのかと、のまない私が考えてみていろんな現象があると思うんです。それで、私自身、今の主治医に出会って含蓄のある言葉をきいてるんです。クスリをのんでいる患者さんとのんでいない患者さんはどう違うかと云うと、のんでいる患者さんは約30キロの荷物を背負っているんだそうです。

B クスリの量にもよるでしょう。

C 量にもよるけども、だいたいのもてる人はそういう重力がかかっているそうです。そのことを意識して生活の基盤を確立しなければならぬということ、私は一つのヒントを得たということです。それから、最初期医療でクスリをのませる場合、ぼつとクスリをもつてかえらしてとか、目的に何百ミリのますのじゃなくて、医者がクスリがきいていく状況をずっと見ていてあげる、そうしていると、一般に医者が投薬する場合の何分の一かですむそうです。だから、のませる状況と条件がどうなのかということによってクスリは判断すべきだと。ところが今のように強制入院、一方性、信頼関係無視の中でクスリをうんぬんすることはナンセンスだと思ふ。結論としては、患者が自分の適量を自分で把握していくという姿勢を保持することが必要だと思ふんで、私は0の会ではそういうことで指導しているんですけれど。

医者が独占しているクスリの知識を奪還しなければならぬ

A 今、のませる側とのむ側との両方の観点から云われたんですけど、Bさん、その点どうですか。

B 医者がクスリの知識を独占している、そのような独占された知識をこちらが奪還していく、ということが必要と思う。だから、もっと勉強してやっていきたいと思えます。

I クスリというものはその種類によって効果が全く違ってきますね。判断から、行動から、感じることから、みな変わってくる。だからそのクスリが自分の生活にあっているかどうかとか、自分が今どうしたいか、ということによって、医者に合うクスリをだしてもらわなければならないと思えます。

やはり副作用はこわい

A クスリについてそのほかないですか？

F ある程度、Cさんの云ったこと納得できるんだけど、ほくが思っているのはね、クスリについてコントロールできれば最高と思うんですが、その中で副作用のことが強烈に印象に残ってるんです。そういうことで、ほくはなるべくのまんようにしてらんです。

D さっき、Aさんが云われたクスリのむ・のまない論争みたいなものが鈴木さんの時にあったということね。一つは鈴木さん自身がクスリをのんで非常な副作用があつたということがあるのかもしれないですね。

C そりゃあるでしょうね。パーキンソンの症状の苦しさを私がみてきた時に、彼が無前提に医者を拒否していくことにつながって

たという可能性がありますものね。だから、信頼関係以前に、彼にどこまで医療を公開し、彼に納得させていく医療があつたのか、それを無視できないと思うんです。

A クスリについてほかに意見がなければ、いわゆる生活療法の中の作業療法というものについて、意見があつたら出して下さい。

せつかくの入院なのに作業なんて嫌

C さきほどの薬の問題と関係があるんだけど、最初期医療の時にはドカンとクスリをもられるというのが通例なんですよね。それが実際に患者にどういふ影響を与えているかというところ、30キロ以上の荷物を背負ってることになるそうですけども、そういう中で作業をやらせるということがどうなのか、という素朴なところで疑問をもつということ。二点めとしては、まず生活療法が出てきた原点みたいなところは、「精神病」患者は無為だと、差別用語だけど、無為にさしておいては生活を縮めてしまうという医者側の論理によって、もう少し生活にケジメをもたせるために、病院の中でも何かやらせ方がよい、という非常に恩きせがましい論理だと思う。だけど実際に0の会の患者さんにきいてみたら、はじめはしんどかつたけれども、自分が一定やれるような状態になつたら、それ程までにガンガン云われなくても、一つは生活のケジメができてよかつたんだ、という意見があるんですわ。だけど、個人的に私の体験の中で云えることは、せつかくの入院でしよ、自由になつた時間だから、私自分のしたい事やりたいわ。なんで他人にそんなことやらされなければならぬの。私は、中で文学講座をやつてました。

A 私の入院体験では、作業療法というものが患者管理の手段とな

っていた、それはクスリもそうなんですけど、管理しやすいように作業させておく、そういう側面がある。より根本的には、いったい作業というものは治療といえるのか。刑務所なんかでも刑務作業というものが行われていて、それが社会復帰の手段だとされているのとバラレルに捉えられると思うんですけど、そういう点についてどうなんでしょうね。

D ぼくの入院体験では週に一回三十分くらい、ほんのやっていますというような作業療法があったんですけど、それがどういう目的でやられていたのかはつきりしない。むしろ、改革の途上でそういうものをだんだん無くしていく過程だったのか、それとも作業療法というものはI病院ではあまり重視しなかったんだらうか、よくわからない。だから作業療法について、くわしい意見はないですわ。T病院では作業療法は発達しているというが、それについてききたいです。

作業療法は強制労働

H T病院では、現在、作業療法としては陶芸とか印刷、それから電気部品ばらしとかハンガーづくりをやっています。そしてぼくも通院者ながら特別扱いで作業療法をやらされたわけです。院内の作業療法が続かなければ外勤は紹介できないという形で。ぼくの場合印刷だったんで、それはふつうの印刷工場と同じで、活字ひろいと活字ばらしと活版の組み立てをやった。午前中二時間、午後二時間半で。しかし、これが療法になるかというところ非常に疑問に思うんだけど、ただふつうの会社と一緒にね。朝、行って、今日こういう仕事があると云われて、それをやる、そして一日の仕事を終

えたらハイサヨウナラと帰る感じで。それで一日作業療法の点数ははっきりしたことは忘れたけれど、たしか九〇〇円くらいとられているらしいんですね。

E そういったものを拒否した場合、不利益というものが無いんでしょうか？ たえば入院患者の場合。

H 入院患者の場合だと強制的にやらされていましたね。作業療法が嫌だといってる患者が看護人二、三人がかりで抱きかかえられて作業場へ連れていかれるのを見たことがあります。

E だから結局、強制労働ですよ。

H ええ、強制労働ですよ。ぼくの場合も、拒否したら仕事は紹介できない、おまえは仕事のでき人間だというふうに規定されて、だから病院で仕事の訓練をさせてやるんだという形での強制治療ですね。

E だから、そこが問題だと思う。拒絶した場合、患者に不利益になるわけでしょう。そういった場合、まるで脅迫されながら作業してるということでしょう。新潟でも昨年の夏に、私立の病院が委託している民間工場に行ってる人が、単純な労働に嫌気さして、工場が焼ければ作業しなくてもよいだろうということで放火した事件があった。それが朝日新聞で「犯人は精神病者」というような差別見出しで載って、ぼくらが糾弾したこともあったんだけど、それも結局、そこに行かなければ退院がおくれる、病棟を変えられるという強い力が働いていたためにそういうことが起きた。もし工場がなくなれば行かなくてもいゝだろう、ということ。そこまで追いやってまでもする程の効果があるのだろうか、という感じがしますけどね。

H そういう半面もあるけど、ある患者にきくと、作業療法はラクだ、外に行くときびしい、院内で適当に作業療法やってれば適当に小遣銭ももらえるし、という感じで云ってる人も居ました。ちょっと驚いたんですけど。

B 一日いくらぐらいももらえるんですか？

H 一ヶ月で千円にもならない。

病人が働くことの不自然さ

A 作業については、医療者側の論理としては、放置すれば荒廃するというように形で押しつけられてきた、という側面があるんだけど、全体的な状況としては、作業を含めた生活療法は過去のものとなったと、鳥山病院の場合もそうなんですけど、だんだんすたれてきてるといふ側面はあるとは思いますが。ただ患者、ぼくらとしては、病院は休む処だから、病院でそんな働かされるのは嫌だと思ってるんです。

C 病人が働くことの不自然さを何もわかっていない上でね、治療と云ってるでしょ。これは逆倒してますよね。病人は休ませるのは当りまえのことです。たとえそれが精神疾患であろうとね。クスリによって肉体的に大きな負担がかかっているわけだし、病気というものは疲労の中からでてくるのに、それにクスリをのませて、その上に働かせるといふのは物事が逆になってると思うの。だから当然拒否すべきです。

B それは入院の初期の段階でしょ。そういうことが云えるのは。

C いや、後期に至ってもです。後期に至っても私はやらないでしよう。

B やはり社会復帰に備えて、そのワンステップとして……。
C 自分でやります。ひとに袋貼りとかそんなことやられるのでなくて、もっと知的な作業ができるはずです、人間は。

作業は患者の自立につながるか？

D リハビリというふうなところで、T病院の紹介なんかを図書館の本なんかにいれいれしく書いてあるんですよ。リハビリということとは「身体障害者」のリハビリもあるし、「精神障害者」のリハビリもあり得るでしょうけど、リハビリのそもそもの意味、起源は何か。これは人にきいた話だけど、戦争で体の不自由になった人が、その人にいろんな金を使わなくちゃいけない、国家として。それで、そういう人も労働力として最大限利用しようというところまでやっていったのが、そもそものリハビリのはじまりだときいてます。反対からいうと、先に云われた強制的な作業療法というか、強制労働が本当の患者の自立につながるかというところが問題になってくると思う。そういう意味では、いわゆる社会復帰というものをぼくらの側からどういふふうにつまつかえすか、という問題が同時にでてくるんじゃないか。社会の中でどういふふうに生きるのかということね。非常にむずかしい生活の問題とか、どういふふうに経済的な基盤を築くのかということを含めて。

ただ強制的な作業療法というところで、自立というか、社会で生きていくことに簡単につながるかといえばそうでない。強制労働の中では自発的な意志が奪われていくというか、そんな感じがするけどね。それぞれの人にとって自立というのは違うかもしれないけれど、もう少しその辺のところを、ぼくらの生きていく術をどうするか

とるかということを積極的に考えていく立論も必要じゃないか。今、現行精神医療の批判という形で討論がすすんでいるので、ちょっとなじまないかもしれないけど。

A 今、云われた順応型社会復帰、それはほくもDさんと同じように思う。T病院でもいろんなことやってるけど、それがすべて順応型社会復帰の手段じゃないか。

H そして、ひどいことにその一ヶ月千円しかない報酬さえも療法だということ、払わなくてもいいという意見さえあるんですね。

B 療法という言葉をはぶいたらいいんじゃないか。ただ作業ということにしたら……。

A それで作業であつたらいいわけですか。

B 療法というものを拡大していけば何から何まで療法になつてしまふ。医療と患者の話合いさえ療法になつてしまふ。だから、ふつうの使役という形で報酬が本人にかえってきたらよいと思う。

D だから、基本的にはT病院のように作業療法として確立したものととしてやってるところの問題ははっきりあるだろう。一応、任意の作業というところやっている病院があるとしても、それが先云われた順応型社会復帰論に基いて立てられた作業なんか、そうでないかという問題があるんじゃないか、ということでしょう。話を整理すると。

作業は患者の主体性を奪う

C 私もつとおもしろいと思うのは、精神分裂病者は主体的主体のない人間だといえるわけ、精神科医はね。主体的主体がないというのは、自らが自らでその生き方を決められないということだろう

と思うのね。そういう私たちに逆に作業療法が生きつづける以上、

主体を奪つてるのは精神医療なわけ。だから云つてることとしてることが矛盾してるのは精神病院と精神医療だと思ふのよ。そういう意味で、私はあらゆることが療法であつてはいけないと思ふのです。

I クスリが主体性を奪つてると私は思いますね。クスリをのむと、しんどいから、めんどくさいから、人の云うことをきかざるを得なくなるわけ。それで主体性もなくなってくる。判断が劣るといふことは自分で自分を確立していくことができない。

C そういう面はあるでしょうね。だけど、云つてることやつてることと違つてるのは精神医療だと思いますけど。主体のない人間だつたらね、われわれに主体性もたせるように、さあ好きなようにやりなさい、どういふ生活でもやりなさいというのが当りまえなのね。主体性を奪つておいて主体のない人間だときめつけるのは、どうも論理がむこうの方が矛盾している。そういう意味でも私は作業に反対です。

3 精神病院の処遇について

A 治療の問題はそれくらいにして、あまり時間的な余裕がないんだけど、処遇の問題について討論したい。

D ちょっとそのね、治療と処遇をわけた意味というか、処遇とはどういふことなのか。

A やはりメシをくつたり、ねたり、外出したり、そういうことは、

一応治療とは別のものとして分けているというだけのこと、もちろん、そういう治療、処遇を含めたものとして精神医療があることは事実なんだし、仮に分けているだけのことです。まとめやすいように。

通信の自由の制限は反医療行為

C 通信・面会の自由で発言したいんです。いろんな論議があると思うんですけど、中へ入った者の云い分としては、まず手紙を読まれるということが前提になった場合、こちらがどんな心理になるかといえば、一つは医者によく思われたいと一般に思うから書きたいことも書けない、それから二番目に内状バクロの手紙を書くことによつていろんな形で制裁うけるということを誰よりもよく知ってるのは私たちなんですよね。要するに本当のことが云えない。もし精神科治療が自己解放を理念とするのならば、それも精神医療の矛盾だと思ふのね。だって、本人が手紙書く時に本人が自分で抑圧することでしょう、通信・面会の自由がないということは。だから、それも反医療的だと思うの。私は治療論から云つてもおかしいと思ふんです。それにこれは明らかに違憲行為です。反医療的、違憲行為やりながら、それを精神医療というのだったら、精神医療を見せてもらいたいと思ふですよ。

面会を拒否する自由も

A 通信・面会の自由についてそのほか何かありますか？
D 一つ、あまり重要でないかもしれないけど、自由ということの中に拒否の自由も考えなければならぬ。やはり、あいたくない人

とは会わないですむということではなければならないと思う。ところが、実際は、今日あいたくない、ということができるかというところ、それもなかなかむづかしい。"面会です"ということになっちゃうと。

A 今、面会の自由について、患者本人に拒否権がなければならぬ、といわれたけれど、ぼくは、それは当然、面会の自由の中に含まれていると思います。

H ぼくのT病院の例でいうと、面会の自由は大巾に認められている。ふつう面会票があるんだけど、ぼくの場合、面会票もっていかなくても面会さしてくるわけです。そして病棟の中へ朝の八時頃から夜の九時まで病院で遊んでくるといふ時期があった。

E そんなことどこでもあるんじゃないか。通院患者とか、もと入院していた患者は、他の関係者以外と違つて慣例的に認められているというの。

面会に際して元患者を差別する病院

A ぼくら逆でしたよ。S病院の場合は、S病院も以前は元入院患者は自由に病棟へ入っていったんです。ところが最近逆になって、ふつうの人は面会室に行けるんだけど、元入院患者は面会室へ行けないと……。

E それはおかしいなあ。

C M 大もそうよ。私がかまたセン動するといふ見方されてね。いっさい入れてもらったことないよ。退院してから。

A S病院の場合、われわれは、元入院患者を差別しないといふことではかちとれたわけですけどね。

通信・面会の自由を法的にもかちとることが必要

G 通信・面会の自由に関して、強制入院でね、不審者ということ
で警察官の通報で措置入院させられた場合、こちらが行ってもあ
せられないという中で、閉じこめられた本人はものすごい恐怖感と
絶望を感じる。やっぱり強制入院させられるような病院はあくどい
病院が多いわけで、坊主にされたり、という人がぼくらの患者会に
もいました。自由が完全に奪われてしまって、しかも状態がわるい
時にね、全く孤立の状態におかれるということを考えればならない
し、ひとつひとつ個別の病院でも患者会が面会に行くことを通して、
その制限みないものをうち破っていかなあかんのとちがうか。

A 通信・面会の自由も、そして閉鎖の問題も、入院者に対する行
動制限の一つだろうと思うけど、そういうものを含めて、施設に閉
じこめられていることによる病院ほけみないものがでてくる、果
たして今の精神病院が病院なのか？

E よく医者から、精神医療の基本は医者と患者の信頼関係ウンス
ンということをかきかされたけど、いったん入院してしまると患者は
鉄格子で隔離された一つの病棟の中へ閉じこめられて、医者は何で
も自由にできる状態の中で、患者はあらゆる面で制限されているわ
けね。医者は患者に対して医者を信頼しなさいというのに対して、
逆に医者が患者を信頼してるならば、何故そんなところに閉じこめ
ておくんたという、今の医療とか、医者全体に対する批判があるん
です。そういう体質があるかぎり、本当に対当な形で話し合うこ
とができないんじゃないか。

C 一つね。閉鎖制にすることが患者の利益につながるかというと、
そうでないと思う。

E たてまえとしては、患者のためにか何とかいいうけど。

医者の自己保身のための閉鎖

C うん、個性はあるにしろ、たとえば「追跡妄想」なんかの場
合、やはり鍵があるところの方が楽な人もあると思うけど、一般の
患者にとって閉鎖がどういう意味があるのか。保護室に入った体験
者が多いからわかると思うけど、私の体験でいうと保護室に落書き
がしてあるんですね。「ぼくは何故こんなに馬鹿なんだ」「神さま、
ぼくは悪い人間なんだ、許して下さい」というような落書きがある
のだが、それを見た時に私を感じたのは、「この世の果てなのよ」
ということ、もう末端なんですね。保護室は流刑の地のまたその流
刑の地なんです。だから、そういう意味では、もう末端だけ
ど、そこでまた自分自身をいじめてるというか、そういう患者の姿
がうつってきたわけです。そしてこのことは閉鎖されている病院に
ついても云えるんじゃないか。ぼくは鉄格子の中に入れられて、自
分はばかだったんだから、というふうに。自分に追い目もちなが
ら、なおかつ責めを負うという患者の心理状態を全くわかっていな
い人がやることだと思いのよ、閉鎖というのは。本当に患者のため
に、患者自身の解放と治療を考える医者だったら、鍵は即座にはず
すと思うの。だって、鉄格子の中に入ったということは、病気がな
おって社会復帰しても自分の心の中でじくじく痛みつづける私たち
の神経を医者はわかってほしい。保護室に書いてある落書きすら
本当の人間の感性をもってみられない医者があるかぎり、開放病棟

にならないと思うの。感性の問題だと思ふの。そういう感性をもたない医者だから、自分たちが事故をおこしたくない、閉鎖なら事故がおきないということで、自分たちのための医療であつて、患者のための医療じゃないわけ。本当の患者のための医療だったら、じくじくと痛む患者の神経をわかつて、鍵の中へ入っていたという痛みを解消していくことからまずはじめるのが精神医療じゃないの。自分たちが、事故がおきたということで社会から誹謗されないために、自分たちの保身の中で医者が鍵をもっていると思ふの。鉄格子をもっていると思ふの。それをあけはなすことからしか精神医療ははじまらないですよ。人間のノーマルな神経だったら閉鎖なんてできないと思ふの。医者の自己保身ですもの。事故をおこしたくない、という事、それだけです。

E ただそこで自殺とか人殺しがおきてても、じゃ医者が責任をとるかという、責任とらないですよ。

C だつて、鍵をかけてあるところでも自殺はあります。

E あるから、逆にいえば当然責任をとつてもしかるべきなのに、万全をつくしたからしょうがないという形で切り捨てられる。

C 何故事故を起すのか、何故自殺するのか、あるいは殺人を犯したとしても、それは本人というよりも医療従事者がその人自身を受けとめられなかった結果としてあるわけですよ。医者側がきちっとした信頼関係もつてたら、そんなことないはずですよ。それはデカちゃんの問題でも云えるですよ。最後の最後まで信頼する人には電話かけつづけてきたんだから。

最初に力で屈服させるところから「治療」がはじまる

D 同じことくり返すみたいだけど、やはり保護室の中で圧倒的な力で抑えこんで、クスリとか保護衣とかいったもんで物理的にこれだけの力があるんだと病院の方が見せて、おまえは自由にならないんだ、そう扱われて当りまえの人間なんだ、こちらに従え、というふうなものとして保護室や鉄格子があるんじゃないか。圧倒的な力でおまえのことなんかどうにでもなるんだということをわからせて、それから治療に入るんだと思ふ。決定的に屈服させて、何でもいうことをきく、というふうになつた上で、そこから始まるんだみたいな考えがあるという気がする。ほくはそういう力によって屈服して保護室からでてきたという感じではないけど。

それで、次に待ちうけていた良心的な病院は非常に巧妙な方法で屈服をめざして迫ってきた。さつき論議にならなかつたけど、心理療法的な迫り方、これも非常に人を痛めつけるわけね。そういう療法とかランクがあつて、それを上昇していくためにはこれこれを守らなければならぬということによって規制していく。だから物理的・暴力的装置もたなくても、そういうことによってランクづけして、おまえは保護室、これこれができたら大部屋、これこれができたら二階へ、これこれができたら開放病棟、というふうだね。

開放病棟にも、見えない鍵と鉄格子がある

D ところが開放病棟へ行つても、ぼくの入院当時ですけど、結局鍵はないんだけど開放というのは名前だけで、そこに鍵があるもんだと見えなきやその開放病棟におれないというシステムがあつ

たわけですよ。非常に巧妙な処遇があった。暴力に対してはこちらが反抗心もつんだけど、これだけのことは守りなさい、それができんかったらおまえは駄目なんだ、という巧妙な処遇のやり方、あるいはそれが治療の一環となるのだろうけれども。だから主体的に選びとったような形で自己規制を強いていく、見えない鍵と鉄格子がある。それが病院の外まで延長されていくという感じで、その方がもっとおそろしい人格改造じゃないか。

で、ほくはその辺の方が高度の技術なんじゃないかと思つてちょっとおそろしいんですけど。現在、精神医療の動向が開放病棟に進んでるといっても、その中でどうなのか。クスリの量がふえてないか。あるいはランクづけがあつて開放病棟に至るまで非常な手続が必要だとか。

一回脱院できるような状況があつたわけだけど、しなかつたのは、行くとすれば友だちのそこしかないということ、そうするとオヤジとかそういうところへいつて逆戻りするだけで、疲れるだけだからやめだ。それは地域管理体制とつながりがあるんだけど、そこそ見えないオリがあるという感じで、結局出ても中へ入つても一緒やという事で、脱院はしなかつたのですけどね。非常にむずかしい問題で、それをどのように撃つていくかというたら、もつと原則的な意味で、ほくらが求めているものは何かを鮮明にしていくことに主眼をおくことが必要じゃないか。そういう積極的な自己解放論をたてないと、見えないオリや鍵に、孤独であればある程とらわれていくと思う。

A 今、開放と閉鎖についての話でただけど、ほくらの場合は、一応、閉鎖から開放へということ、信貴山の問題やってくるんだけど

も、果たして開放されている病院がそれでよいかというと、そうじゃないと思う。いわゆる厳格な管理からソフトな管理への移行という事で、開放ということはいかにもいいと良心的な病院は云つてるけど、果たしてそれだけでいいのか、ということはあると思う。

C 少なくともまず鍵をあげなければならぬ。まずそこからです。

閉鎖が必要な時があるのか？

I 私はまえに神経科へ三回入院したんですね。その時のアレでいいと思うんですね。神経科の時も精神分裂病で入つて、精神科へ入つた時よりもっとひどかつたんです。その時の閉鎖というものはほんとに少ししかないんです。ちよつとの間入つて、この人大丈夫ということになったら、附添えさんや看護婦さんがついたりして出られるんです。そういうアレだったら閉鎖でもいいんじゃないか。本當にわけがわからなくて、その間だけだったら。本當の意味で保護するということですね。それくらいだったら許せると思うんです。自身も安心だし……。

A 今、閉鎖もある程度仕方がないといわれたんだけど、ほくとしては、今の社会状況では仕方がないという側面はあるとしても、精神病院というのは最終的には下宿屋にならなければならないと思つておられますかね。

B まあ今の社会状況の中ではね、症状がわるくなつた場合に、開放よりも閉鎖の方がいいと望む患者がいるわけなんです。その人たちがどうするかということもあるんじゃないか。

閉鎖病棟では閉鎖にみあった生活態度を身につけさせられる

- A 閉鎖を望むというのは、ある程度入院体験があつてね、そういう閉鎖病棟で閉鎖に適合する生活態度を医者とか看護婦から植えつけられて、閉鎖での生き方みたいなものをもって、その結果、閉鎖の方がいいといっているんだと思うんです。
- D Bさん、どうい理由で閉鎖の方がいいと云うんですかね。
- B ぼくでも閉鎖の方がいいと思つたことがあるんです。
- A そりゃ閉鎖の方がラクだという側面がある。上から全部決められてくるわけで、自分で判断して決める必要がない。そういう状況に慣れてしまつたら、開放へ行つてもそういう生活態度が身につけていくから、それが持続する。自分がどうい感情をもつていいかということさえ、閉鎖に長い間いるとわからなくなつてくる。そういう状況があると思う。だから、外に居る者がいきなり何故閉鎖を望むかということがわからない。そういうのあるのかなあ。
- D Bさん、入院中の人ですか？
- B 入院中の人です。
- A そうでしょ。既に精神医療をうけている人でしょ。それは先いつたように、今までの精神医療が、すべて命令されて、自分で判断する必要がないという生活態度を身につけて、それで開放へいつても……。
- B それだけではないと思うんですけどね。やはり症状の関係で、ウツ感が強い時は閉鎖を求めていくという事はあり得ると思うんです。

大部屋ではプライバシーがない

- I ワイワイいうてくるとうるさい、ということもある、やはり一人になりたいとか。
- A まあ、ぼく自身も入院体験かえりみれば、保護室へ行きたいと思つたこともあつたんだけど、それはどういことかという、いわゆるプライバシーが保てるということで保護室へ行きたいと思つた。ぼくらが入院していた病院では三十人くらいが大部屋につめ込まれていて全然プライバシーがなかつたからね。保護室なら一人でおれるし。
- D たしかに似たようなことがあつた。大部屋で二十人くらいいて、実際に保護室へ入れてもらったこともあるんですよ。それで保護室にも四段階のランクがあるんですよ、窓があるとかないとか。現在、I病院ではどうい分け方をしているのか、入院する時に既にふりわけてしまつているのかもしれないね。そういう意味で、受付病棟の中での差別性というか、ランクづけがある。K病院なんかは、閉鎖から開放に移るにあつたての基準みたいなものはあるわけ？
- 閉鎖と開放のふりわけは何を基準にするか**
- B さあ基準ね。そんなないと思うけどね。医者の恣意的な判断でやつてるんじゃないか。恣意的か科学的か知らんけどね。
- D これならいける、と医者が思えばということですか？
- B うん、最初から開放病棟の人も居るしね。そういう段階ふまんと。

I 開放病棟に居て、自分でわからなくなったたりした人を閉鎖に入れるだけですね。もし開放から閉鎖に移すとすれば。

B 自殺未遂とかね。

D みんな疲れてきたんところがいますか。休憩とりませんか。

A それでは休憩とります。

4 「精神医療」変革にむけて

A 今までいろいろ話して頂いたんだけど、それをふまえて、精神医療をどう変革・解体していくかということ、これは非常にむずかしい問題であると同時に、今までにも語られてきたと思うんですが、最後にそのまとめみたいなものを書いていただきたいと思います。

自らの力で変革することが必要

D ほくが考えているのは、今日「病」者が集まっているからというわけじゃないけど、「病」者が集まって力をもって変革していくか、いかぎり、待ってて棚ぼた式に変革されていくと考えるのは楽天的すぎると思う。患者の側としてどう考えているかということをもっと大衆的にアピールして、みんなの支持を得ながら、患者の力を結束して変革・解体しなければならぬ。それに、さっきも云ったんだけど、積極的にほくらの方の自立をどう考えるか、あるいは、ほくら自身が病気を自分でどうコントロールしていくかをもっと考えていくことも重要じゃないかと。今、現行の精神医療に対する批判

として云われているんだけど、ほくらの側からしてどうなのかという立論を、もう少しスッキリ、それぞれの意見を出しあってみていくことが必要な時期じゃないかと思えます。

患者どうしの支え合いが必要

C いろいろ具体的に着手しなければならぬことはあると思うんですけど、でも、精神医療のあくどさとか、犯罪性とかいうものは、一口にいったら当事者抜きで一方的につくられてきたものだから、一つ云えると思うんですけど、それから、もう一つは、精神医学そのものが診断学であり、分類学ではあるけども、治療論が不確定なものだということ。そういう意味で、もう少し医者に謙虚になってもらうように、やっぱり追及しなければならぬ。

それと同時に、患者側も自分の病気で、特に私たちは体験者として話しているわけですから、一定程度の知識をもちながら病気をどう捉えていくかを話し合って深めなければならぬ。先ほどBさんがいわれたように、「病」者側が知識をもつというか。中国なんかではランクがあつてね、ABCという。それでなおつてきた人がAランクとすれば、次のなおりかけのBランクの人の面倒みるとか、Bの人がCの人をみるとか、患者同士の相互の支え合いがあるときいてるんですけどね。特に、治療論が不確定な中で、精神医療では体験者こそが権威者だという点で、権威という言葉はあまりよくないけれども、そういう意味で相互に支え合いながら指導する中で、真の医療をめざす方向でしか、アンチテーゼとしてたてられないと思うんです。

それからもう一つは、偏見の除去一つにしても、一番大きい偏見

をもってるのは医者側じゃないかと思う。医者側の偏見の解体と同時に、社会の偏見も解体していかないと、精神病院だけを問題にしたって、受入れられるものが増えないだろう。むしろ、病院への舞い戻りが頻繁に行われて、その中で病院の傲慢さが増長してるわけだし。その意味で社会の意識変革、あるいは構造変革を徹底的にやらないかぎり、本質的な精神医療の解体に迫る力量がつかないんじゃないか。受け入れ側を私はすごく問題にするんですよ。だから、患者会運動の中で、一定相互の支え合い、あるいはお互いの指導の中で自立解放がめざせたら、精神病院は全部カラッポにできると思うんです。その時は、おそらく精神医療、精神病院が問題にならない時代がくるんじゃないか。せいぜい休息場所、あるいは駆けこみ寺の意味しかなくなってくる。

偏見に対する闘いが必要

H やっぱり、差別をいかにしてなくしていくかということが重要だと思ってるよ。ぼくは、先に、以前は非常な差別者だったと述べましたけれど、やはり病院へ行って「精神病」者につきあうようになって、実際は、キチガイ、イコール危険人物でない、実際はみんな心のやさしいよいなばかりなんだということが実感としてわかったわけなんです。だから、「精神病」者がどういふものかというのを広く社会に訴えていく必要があると思うわけなんです。そうでないと「精神病」者に対する偏見がなくならないと思ってる。そしてそれが精神医療をいかに変革していくかということに結びついていくと思ってる。

地方では「精神医療」の変革はなかった

E たしかに個々の意識の変革というか、偏見とか差別意識の変革といったものは、体験を通して変えられていくということはあると思う。それと同時に、社会とか体制によってつくられている差別社会というか、「精神病」者に対してはいわゆる精神衛生法というものがガンとあって、それに基づいて精神医療というものが行われているわけでしょう。だから、そういった社会一般の偏見とか、意識の変革と同時に、法律の中の行動制限の条項とか、措置入院とか同意入院の条項なんかを象徴的にとりあげていって、何というか、医療する側の論理だけで医療をうける側の病者の声が無視されているという、その現実を押し出していくというかな、その必要を感じるんですけどね。

それはやはり、個々の闘いを通してやっていくほかないんじゃないか。たとえば鈴木闘争とか赤堀闘争の中で、また広島でやろうとしている個別闘争の中でやっていく、それがやはり単に個々の闘いに終るんじゃないって、たとえば「病」者集団の中で常に連係を保った形で闘いをつくりあげていくというかね。東京とか大阪とか、大きな都市部での精神医療の変革というものはあつたけども、地方ではなかった、現実に。それがこれからの運動で絶対に必要にならなくはないかと思えますけども。

「精神障害」者の実態がわかれば差別はなくなるか?

H やっぱり、ぼくなんかの意識変革というものは自分でも驚いてるんですけどね。すごい差別者から、こういう運動にとりくむよ

ようになったという事だ。だから、「精神病」者の実態をみる必要があると思うんです、じっくりと。

E ただ逆に云えば、知っているが故にやってる差別というものもあるんじゃないかな。それを利用していいか。それでいけば、みんな実態を知れば差別がなくなるかといえ、そうじゃないと思う。

H しかし実態を知らないで、噂話とか偏向マスコミの偏向報道でデッチあげられると、それが一般の人にキチガイはこわいものだという事で、いわゆる差別分断政策があるんですから、実態をわからせるというのは一つの重要なポイントだと思っんです。まあ、実態がわかれば差別がなくなるというのは云い過ぎかもしれませんけど。

F 思うんだけど、たとえば「病」者が発病したところを健常者がみて、おかしい、おかしいという事で広まるとか、それは実態を知っているんじゃないかと、知らないと思っのね。何故そういうふうになっただんかというところね。たとえば、ぼく自身、部落民であるし、部落差別のことでいろいろ考えをもっってやってただんけど、何故そういうふうな行動にでたんか、そこまで追っこんだのは何か、という処をつきつめていって、本当に知っっているんじゃない。そういうふうな表面的なところだけみって偏見がどんどん普遍化してきかと思っしね。

健常者に傷つけられて病気になる

I たとえば「精神障害」者は小さなこといっっても傷つくでしょ。そしたら、それは病気だからそうなると思ってるわけね。そうじゃ

なしに、そういうふうな傷つきやすいような優しい性格の人だから傷つく。ふつうの人はそういうことを云われても、人をおとしめでも平気でいられると、その平気でいられるのが病気だと余計いうわけね。そしたら「精神障害」者はよけい傷ついて病気になる。病気になるようにあかんやないか、そんなんでやっていけんのが当りまえやとバカにしていくわけね。それを本当は自分たちが傷つけるから病気になるとわかったら傷つけられなくなるわけね。そういうことがわかってない人が多いんじゃないか。傷つくことを自分が云って、自分がまちがっっていると思わないで、「精神障害」者がダメやというわけね。

F ぼくの場合やけど、すぐく抑えるんですね。どんどん蓄積されて押しこめられていくうちパッとでるんやね。だから、性格とかいろいろあると思っけど、やはり、何故こういふふうなところを追っこまれたかを見ずに、表面だけ見て偏見がどんどん生まれるんだと思っね。

A ちょっと話がずれてきたと思っんだけど。いわゆる精神医療をどう変革・解体していくかという事との関連において話してきたいだきたいんです。それで、現在まで精神医療運動として行われてきたのは、いわゆる良心的な医療者の側から一方的にやられてきたという側面がある。患者は依然として客体なんだという事では同じなんだ。これに対してわれわれはどうかわわっていったらよいか？ 単に変革するにとまらず解体するとなったら、精神医療者の精神医療問題というんじゃないかと、患者がやはり主体にならなければならぬと思っんだけど、その関係性みたいな点どうですかね。

医者の方をくつがえすようなものを突き出す

D 今、医者がする変革運動と病者の方が主体的に闘う運動との関係みたいなところで云われたわけだけど、ぼくらがそれこそ主体となつてやっていくには、もっと煮つめていかなければいけないことがあるんじゃないかと。また元へ戻るみたいだけど、批判という形をのりこえて、もっと自立の問題とか、そのために具体的にどんなものが準備されるべきか、それぞれの病院の中でどういう問題があるのかを掘り上げていく必要があると思う。そして、医療者の考え方を根底的にくつがえすようなものをぼくらの方から突きだしていかないかぎり、変革は非常に困難だし、医者サイドになつていくだろうと。

人権闘争としての解放運動

C 大きくいってね、精神医療を支えている精神衛生法をどうみていくかということ、それへの闘いが一つあると思うんですね。それともう一方で、人権無視の精神医療に対してどうわれわれが人権意識をもち、人権保障を具体的に闘争課題としてどうやりきるか、という二つがあると思う。だから、どのような闘いも、われわれの人権闘争という形で、たえず運動内容を点検しつつやっつけていかなければならない。今いわれたことは氷山の一角だと思ふのね。やはり人権闘争として位置づけることが必要と思う。だから、今、精神医療を変革することの具体性をね、いおうとしても、あまりにも広くて深く、とてつもない大きなテーマだと思ふから、やはりその辺のところまで意志一致して、私たちの解放闘争は人権闘争であるという

ところで、しめくくりたいと思ふんですけど、いかがでしょう？

B まあ人権の意味いろいろありますけどね。

C いろいろあると思うけどね。

全体的な社会変革が必要

B ぼくがちょっと感じたのは、ある人がどうして病になるかということなんですけど、やはり、さまざまな社会の矛盾とか階級矛盾、そのようなものに相対的に規定されて病気になるかすれば、ぼくらが病気になることも、また別の人が病気になるか。そういう社会体制がつづくかぎり。だから、もっと全体的な社会変革が必要じゃないかな。

これ以上やられないという防衛的な闘い

D えーっと。精神衛生法体制の問題なんですけど、やはり現実の差別社会と相関的な関係にあると思ふんですよ。一つは法律が通っていくことの下地が経済的にも階級関係の中でもあったらうし、資本の要請もあつたらうし、差別的なイデオロギーにまきこまれていくような大衆の意識があつたらうし、生活危機の中で。で、現在、保安処分を推進していく植松とか、意識的にそういうイデオロギーをもつてあおつていくという攻撃やつてるわけですよ。

で、やはりぼくは、精神医療の変革・解体ということは一つ立つんだけども、これ以上にやられないためにはどうするかを考えていかなければならない。やはり防衛的な側面というか、今の攻防関係では、権利剥奪されている中ではね、防衛的な闘いにならざるを得ない。もっと攻撃的に、人権奪還というか、そこまで本当に見渡せ

る闘いみたいなものを理想からいえばくみたいと思うんだけど。まだまだ防衛的なところでキチッとやりきることが必要なんじゃないかな。これ以上やられないというところでね、最低。

で、さっき社会変革という形でBさん云われたわけだけでも、現在、労働者解放とかいう形で闘っている部分が、どれだけ差別意識を克服して、「精神障害」者解放を闘いとれるような社会変革のためか、今何をやっているのかということも厳しく問われなければならぬし、そういう人たちに對しても自己変革をほくらの方から迫っていかねばならないと思う。

精神医療と他の運動の絡みあい

A Gさん何か……。

G 精神医療の変革と解体という形でいわれたんだけど、今の状況見渡すと、精神医療の変革・解体を闘っていくことそのものが厳しいというか、困難な状況に來てるんじゃないか。特に、先程からでてるけど、保安処分動きなんかもこの処沈黙してたけど、最近、保安処分を立法化するという形でまた動きがでてくる。そういうものに對する闘いをキチッとやっていかないと、そういうものを別の処に抜き去ったところで精神医療の変革とか解体とかはできないんじゃないか。精神病院以外のところで、「精神障害」者とか常習累犯者みたいなものを永久に隔離し、抹殺していくという体制そのものができ上っていく形での問題をたてた場合、やはり、そういうものに對する闘いも必要だと思えます。それと同時に、ほくら、つまり「病」者集団の運動で、Aさん先いわれたけど、患者がね、客体から主体になって運動すすめていった場合に、鈴木君の問題で

クスリの問題とか、病状が苦しくなった時支えていくということはどういうことなのか、という形での運動がね。やはり、鈴木君虐殺糾弾闘争を通してその中で深化していかねばならないし、赤堀さんの問題にしても、地域から排除され、差別されて死刑囚にデッチあげられていく、そのことの中にね、「精神障害」者に対する差別があるし、その問題を中心に闘っていかねばならない。同時に、やはりほくらの方、主体になった患者の闘いの中で、地域における患者会運動で、個別そういう問題が、たとえば信貴山とかいろんな病院に對する闘いが必要だろうし。

特にその中で今ずっと問題なのは、ロボットミーなんかもね、厚生省の治療指針に入っていると、差別条項が厳然と存在している。通信・面会の自由が充分行われていない。それらすべて精神衛生法体制下におけるね、「精神障害者」の人権が完全にふみにじられている。そういう闘いにもとりくんでいかねばならない。特に最近、民法一条かなんかで、聾者、啞者とかは差別条項が撤廃されたけど、心神喪失だけは残しておこうということになっている、そういうものに對する闘いも必要だし。やはり、この間、「病」者集団としての運動がすすんできたけども、今、社会の矛盾の中で「精神障害」者が隔離・抹殺されていくことに對する闘いと同時に、先いったロボットミーとか電気ショックとかの問題に對しても闘っていかねばならない。そこに、精神医療変革の問題と、今の精神衛生法体制にもとづいた精神医療解体の問題も当然絡まれてくるんじゃないか。

A 今いろいろな方から、精神医療変革・解体の問題と社会変革の問題を絡めながらすすめていかねばならないと語られましたたが、

最後にしめくりとしてCさんまとめて下さいますか。それでしめくりたいと思います（笑）。

真の精神医療変革・解体へ

C 大変な役目ですね。一つは防衛の問題がでてきてね、これは保安処分動向と、厚生省が病者の隔離収容を画策していることと無関係でないと思うんです。もう一つは、鈴木君のように殺されないための構え、これは赤堀闘争を含めて、そういうところにキチッと問題をたてつつ、なおかつ人権闘争といわれる大きなむずかしいものだが、人権意識を照射しつつ運動を地道にすすめるという視点を確立しなければならぬ時期にきていると思う。そして、一方では、もうでき上っているわれわれに対する精神衛生法を頂点とする差別条項の撤廃の闘争をしなければならないということが、一つでできてると思う。

で、総じて、われわれは自分の病に至った経過も、そして病の故にうけてきた人権の抑圧も、社会そのものの体制や動向と無関係でない。それからゼネレーション、時代背景と無関係でないから、それに敏感になって、より戦闘的にね、そういうものと闘いつづけなければいけないということ。その中でしか真の精神医療の変革・解体もできないし、「病」者の人権を奪い返すことができない、というところができたと思います。

A・それでは、これで終わります。

精神医療について

西山史郎

精神医療とは何か。

書くに匹敵しない自分を感じながら書く。工場では無茶苦茶こき使われて、ニタニタしている。閉鎖へのとり組みを拒否されてニタニタしている。仲間にリンチされてニタニタしている。全く「馬鹿」である。この「馬鹿者」が、精神医療にとり組んでいるつもりである。

明日は会合である。その準備のためとこの原稿を書くことのためを兼用することによって紙面を埋めたい。我々の会合が始まって10年前、会話にならぬ会話を続けていた。第一日に診察に来る人の集まりとして始まった。司会するわけだが、すぐ医者に尋ねてしまう。医者が自立の意味から、あまり発言しないことに気づく。「男女では精神病者はどちが多いのか」の私の話しの途上での医者への質問は、「そういう見方は差別だ」と医者に指摘される。こうして徐々に私は運動思考を注入されていった。こういう仲間が多いのではないか。こうなると医者を批判することができない。そしてその後、あらゆる形でできた患者グループのみで語りあい始めた。中には学生運動を体験した仲間達も、それに同調した仲間達も集まり始めた。彼らは公然と医者批判を始めた。私達は理解しながらも同調し切れなかった。

「私」の会合はだめである。皆の会合にならねばならない、病院の中、保健所の中に色々なグループがある。一人の英雄を作ってはならない。必ず行き詰まりが来る。二人より三人、三人より四人と複数でコッコツとつくってゆくグループにならねばならない、病院の中のグループは、宿命として精神医療の実態の中でもがくことになつてゆく。

医者の協力は不可欠である。そこからの自立は非常にむずかしい、場所を病院に設置する限り、仕方がない。仲間が医者に深々と腰をさげて、あいさつするのを見て、「医者と共にやってゆかねばならないのだなあ」と思う。

今、薬の公開討論をしてはと、思っている。治療技術の点検である。病院にとつても、我々にとつても、すごく重要なことである。副作用を生じるあらゆる種類の薬は、症状をつくっているのではと思ふほどである。しかし皆なんとなく飲んでいる人が多い、条件なしに信用している。副作用があつても訴えるのみで薬はキチンと飲む。この人達にとつては公開討論は必要ないと言えるかもしれない。しかし一生、飲み続けるのか。自分の意思で治す努力はいらぬのか。薬がありまでの苦しみは我々にしかわからないであろう。薬をこちら側からあわしてゆくということも聞いたりする。あつてくると、少し位ぬいてもゆけるようである。公開討論は明日、検討するのだが、薬局の人、医療従事者の参加が必要である。それにもまして仲間の参加であり、私達にとつて重大なことであるという自覚を促すことができるか？ 状態の悪い人にとつていいことなのか。悪いこ

となのか。まだまだこれからのとりくみであり、その可能性の見出せる病院であるからこそ頭張らなくてはならない。そして私のみがわかるのでなくて、会の仲間が一人でも多く納得するものでありたい。粘り強く薬の重要性を考え続けてゆきたい。私自身二年程前に再発してから薬は欠かせぬものとなっているのである。一回でもぬかすとおれない、まさしく薬を考える公開討論が必要である。

今一つ具体的なことでは暴力と治療の問題がクローズアップされるものと思う。暴力もベールをかぶるといかに治療の様に思える時がある。暴力も必要である時もあると、平然という仲間もいる。私はあくまで暴力を否定する。しかもそれを貫くことのむずかしさも感じる。力の弱いものに対してどうしても暴力を使う場合がある。涙を流して暴力を振るう時もある。しかし肯定できない、しかし、それなら自分でやってみると言われてやり切れる自信もない。原則と例外をつきつめて実行することである。私には多くの暴力をみってきた。やはりだめだと思っているのである。積極的な治療とは、人格をも否定するものであってはならない、むずかしいことである。

精神医療の内部には、具体的に、「それなら自分でやってみる」という問いをさげ得ない。それ故に互いの謙虚な語り合いが必要である。しかし、それも、一定通信・面会の自由が原則となり、医療従事者も良心的にできる限り仕事をしようとする中で言えることであり、全閉鎖の病院に対して、どおりとりくむかは、はっきりとみえてこない。信貴山病院開放化運動との接点を見出すことは明日の会合でも考えてゆきたいものである。

精神医療の現実と理想

佐藤茂樹

既成の精神医療では「病者」は「物的存在」とされ「人間存在」とは見なされなかったと言っても過言でもあるまい。医学の祖者、ヒポクラテスが「てんかん」を聖的な病いを、普通の身体病とみなしてから、「精神病」患者は「物的存在」と類化され、受難の歴史が始まったのである。従って、ピネルが「精神病者」を足かせ鎖、手かせから解放するまで、暴力的処遇が当然のこととして扱われてきたのである。「人間存在」としての「病者」を見ることはなかったのである。ピネルがした事は当然と言えば、当然だがなおも「物的存在」とされたがゆえに、回転療法とかいう物理的療法が生まれたのである。その後、科学の「進歩」という美名によって、この病気が物的対象化されたがゆえにのちに、点滴療法、E・S・ロボットミーという療法が様々な形態で表出してきたといえる。現在でも生物学的主義の治療法が開発され、第二次大戦後は向精神薬の台頭によって、精神現象面の機能面のみからさまざまな向精神薬を投入されているのである。まさに、もともと人間らしい頭脳を物質によって制御しようとしてきた精神医学の流れは、「病者」を「物的存在」とみなしてきた歴史であったといえてよい。これは近代科学の既成のイロハから出発したといえると思う。私達はこの「えせ科学」の潮流にくさびを打たなければならぬ。

「病者」の意識構造を「健常者」からみた場合逸脱だと思われるが、狂気に対処する処遇は「病者」の意識と「健常者」の意識との対決で変革する必要がある。

「病者」が、一般常識からはずれた場合、家族・友人は、すぐに保健所・病院におもむく前に、「病者」の置かれた状況、環境、考え方を徹底的に話し合う必要がある。一見失われた接点をとりにどすに、大変な困難を要するが、また、入院させることによって、家族の負担は楽になるかもしれないが、病院で薬づけの方法によって、「病者」の意識を変えたりすることは、「病者」に対する敵対である。逸脱している根本的要因は何か？ どうして狂気とみなされるかを両者の意識対決によって了解することが必要である。この意識対決によって両者ともに理解・共有できる道を模索すべきである。これは、周囲の人々の意識の変革によって、「病者」の「健常者」との差異と了解を成立させることができると思う。「病者」と医師・医療従事者との頭脳の改造は後者に該当するものと思う。

前述したように、「病者」は、医師の「見方」「考え方」によって治療され、左右されたのである。即ち「物的存在」として客体化されたといえる。医者・医療従事者は一方的行為によって「病者」をとり扱ってきて、患者の主体性人権などは無視され続けてきたのである。図式として、患者の思想性は無視、侮蔑され医師、医療従事者は、患者を治療してやるという分である。そこでは患者の思想は抹殺されてきた。そのアンチテーゼとしては、医者の「見方」・「考え方」という一方的考え方ではなくて、患者の発露する思想・感性・論理性は医者にとって何なのかを考え、節度をもって「病者」に対処すべきである。謙虚に患者から学ばなければならぬと思う。

従って頭脳(思想)の改造は医師・医療従事者の側にあるのである。真の「精神医療は」、精神的なものは精神的なもので打ち勝つことが、原則である。

病者を「物的存在」から「人間存在」へと移行するために、今までの様々な「精神医療を」人間存在」からみて、著しく再検討すべきである。「病者」の思想性をまず「物的存在」とみなす近代合理主義を廃棄すべきである。この思想性を医者と対決させる事によって、向精神薬の投与などは最小限にしなければならぬ。それは日常生活でもつ様々な症状にとつて、どうしても薬が必要と両者が納得する場合に許されることである。

「病者」も、なるべく「精神医療」に一方的に依拠するのではなく、精神的なものは精神力で打ち勝つために日々、永続して自力更生のもとに障害を克服する必要がある。

中田修たち犯罪・生物学者を

弾劾する闘いを!

水谷和弘

中田修たち、犯罪生物学者を弾劾する闘いのうずをわきたたせよう。私は、「熊谷連続放火事件」の水谷和弘です。多くのかたもごぞんじだと思いますが、野田事件の青山さんが「精神障害者」ということだけで、警察の見込捜査の中で、「犯人」とされていった。その中において、その「事件」が彼がおこしたもののなか、また「責任能力」ありとして起訴できるのかを判定するとして、中田修(東

京医科歯科大)による起訴前精神鑑定がやられた。そして青山さんがその「事件」をおこし、責任能力もあるし起訴できるとしていった。

私も中田に鑑定されたが、その鑑定の中で、「被告人水谷和弘は、現在、意志薄弱型、自己顕示型、爆発型、無情型などの類型を複合する著しい性格異常者である」「被告人が警察で犯行を自白した当時の精神状態にはとくに異常はなく、その当時の犯行の供述の方が検察庁での取調べ以後(否認)現在に及ぶ犯行の供述よりも、真実性が高いと思われる。」などと書いている。このことはなにか。中田は、その「医学者」としての「権威」を利用し、ナチスドイツ時代のクルト・シュナイダーが説いた「精神病質論」の類型を持ち出し(現在はシュナイダー自身でさえ否定している)「異常性格者」をきめつけ、「事実関係」の領域にまでふみこみ、なるべく「減刑」させまいとするものとして出されたものである。

「反社会的行為→犯罪者→精神病質者→保安処分へ」と言いきっているのだ。中田は保安処分、ロボトミー、去勢、等が必要とし、「精神病・精神病質者は遺伝する」と言っている。私の鑑定の場合では、「被告人は好ましくない遺伝負因を有し好ましくない家庭環境に生育し、……」「精神病質的偏倚性尺度で、これは、社会的な良俗を無視し深い情緒的接触を欠き、経験を通して学習する能力がなく、虚言・盗み・アルコール中毒などを特徴とする問題行動を生じ易い」としている。また、「猜疑心が強く自己中心的傾向をあらわす偏執性尺度、ヒステリー尺度、心気症尺度も……」と云っている。この鑑定書を下じきとして、一審二審の判決があった。

私への一審の判決文の中で、裁判長水野正男は「この鑑定を採用

していった。「訣別の章」(死刑囚故大久保清の獄中手記)にのっている判決文にも同じく水野正男の判決が同じ論調で書かれている。「その家系には、犯罪者、異常性格者が輩出して……利己的で冷酷な血を受け、発揚性、無情性を主徴とする極めて亢進した色情行動を伴う異常性(精神病質)者であってさらにまた、自己の醜さをおし隠しその所為を虚像で固めて、非化しようとする異常な程の自己顕示性……」と。このことは、なんなのか。私はここに、裁判官、司法界に中田の考えが浸透しているのを見る。また、中田は、この精神医学・犯罪生物学・精神医学の文献を司法界、精神科医の間に広めた人間である。

中田が判決に重大な力を及ぼした例として、一九七二年埼玉県戸田市でおきた殺人事件でタイホされた萩原さんの裁判がある。中田はその裁判の中で、「犯行は計画的で犯行時の記憶もはっきりしており心神喪失者とは認められない。たゞし、犯罪史上きわめてまれなカニバリズム(人肉を食べたいとの願望)が見られるなど精神病質者であり、過去の犯罪資料にもない異常脳波が出ているモンスター等」と証言している。(埼玉版B新聞から。萩原さんには死刑が求引された。)

精神鑑定の結果は「法的な効力」を与えられている。「精神障害者」ゆえにデッチ上げられた赤堀政夫さんに対しても、同じことがやられた。心神喪失と鑑定され、「判決」が軽くなる結果になった人もいるが、ほとんどは中田修をはじめとする犯罪生物学者に鑑定されて、それが重刑を科せるのに使われている。

中田は、鑑定のさい、「問診」は自分で何回かするものの、鑑定の原文は助手の、山上、菊池道子に書かせ、年間十数件の鑑定を

している。私のばあいには、鑑定料として、親から中田に一九万二千円が支払われている。

中田は、法務技官として東京拘置所にいたことがある。現在の拘置所には精神科医がいて、内科・外科をもみているのである。現在すゝめられている監獄法改悪の中に、「強制医療」があるが、これは、獄外に「犯罪者」の保安処分施設がないから、それを獄中に設け、「強制医療」としてロボトミー、去勢などの手術をおこなおうとするものである。(その頂点に死刑制度がある。)そのようなことはぜったいに粉砕していかねばならない。

犯罪生物学の発生の芽として、前世紀のイタリアで、ロンブローゾが「生来性犯人」というものが存在する」と唱えた。「生来性犯人」というのは、一定の身体的および精神的特徴によって見わけのつく一つの特別な人種である。このような人間は環境がどんなによくても必ず犯罪者になるように運命づけられている。その原因は先祖返りという特別な遺伝にもとづくものである。」というものである。この説は否定されたが、ロンブローゾが先鞭をつけた「犯罪者の実証的研究の精神」が残り、犯罪生物学が生まれ、一九二〇年ごろから二〇年代にかけて、ドイツやオーストリアにおいて犯罪生物学の黄金時代が出現した、と中田が述べている。犯罪生物学がつくった理論の大きなポイントは、「犯罪者とくに常習犯者の多くは、好ましくない遺伝素質を持った人間、異常性格(精神病質)である。」というところである。私たちはこうした保安処分思想をけっしてゆるさない闘いをつくっていかねばならない。

大企業に管理強化のための精神科医がいるということにも目を向けない。

そして現在、多くの「障害者」「精神病患者」が地域・職場などから切り捨てられ、隔離され、あげくのはてには抹殺されていつていくこと。優生保護法があること。少年にたいする保安処分施設があること。東大医学精神科・東大精神科教室が精神学会に絶対的権威をふるってきたことを。

これらのことを許さず、中田修をはじめその一派らの犯罪生物学・犯罪心理学を弾劾する闘いをつくらなければならぬ。

一九八〇年三月十七日

★私・水谷和弘の裁判は、現在最高裁段階です。

また、今は全国「精神病」者集団・獄中者組合の中で運動をすすめています。

“社会復帰”思想を問う

— 監獄法と精神医療 —

吉田 おさみ

現在、政府・法務省は監獄法改「正」をもくろんでいます。改「正」の根幹にあるものの一つは受刑者の(順応型)社会復帰思想です。一方、精神医療の領域でも、しばらく前から「社会復帰」が合言葉になっています。そういった意味で、監獄処遇と精神医療の動向は平行的に捉えることができます。もともと狂気と犯罪はいずれも規範違反として捉えることができますし(精神病の症状といわれるものは見方を変えれば社会における人と人との関係などに関する暗黙のとりきめに対する違反です)、刑罰と精神医療は、規範違

反者に対する社会防衛的な強制措置という共通性をもっており、監獄と精神病院は現代管理社会の中の最も強固な管理社会です。この小論では、監獄処遇の問題を精神医療の問題に重ね合わせて捉えることにより、両者の根幹にある（順応型）社会復帰思想そのものを問い返していきたいと思えます。

1. 監獄法改「正」について

一九七六年三月、法務省事務局は「監獄法改正の構想」（以下「構想」という）を明らかにし、これを法制審議会に諮問しました。そして法制審監獄法部会は昨年一二月部会を終了し、近々にも総会で答申をまとめ、それをうけて法務省は本年中にも監獄法改「正」案を国会に上程し、その成立をめぐっているかに伝えられます。もともと現行監獄法は、明治四〇年に現行刑法典が制定されたのに歩調を合わせて、明治四一年に制定・施行されたもので、監獄内における規律維持、拘禁の安全といった施設管理的な色彩が濃厚です。しかも制定後今日まで七〇年間、部分的改正もなく、その間に行刑思想は大きく変化し、それに伴って行刑の実務も相当程度変化し、そのため法と実務の間に大きなギャップができ、現在の行刑は法務省の通達や訓令などで規律されています。

今回の改「正」はそれらをつまみ食いして、受刑者の社会復帰の促進と被収容者の権利拡大を二本の柱としている、といわれます。すなわち、法務省は今回の改「正」について「明るい健康的な刑務所づくりに」とキャンペーンし、マスコミも「外泊・通勤・喫煙もOK」と大見出しで報じ、学者・弁護士界でも監獄法改「正」は刑法改「正」や少年法改「正」と違っておおむね妥当とする見解が有力です。も

ちろん、監獄法改悪阻止論もとらえられています。それは必ずしも全面的に当を得ているとはいえません。

今回の改「正」については、先に述べた法務省の「構想」の後、昨年一二月法制審監獄法部会が「監獄法改正の骨子となる要綱案」（以下「要綱案」という）を発表していますが、今回の改「正」の狙うものは一言にして被収容者の分断・管理の強化です。すなわち「構想」および「要綱案」はいずれも、一方で受刑者に順応型社会復帰を強制し、他方で反抗者の管理強化をめざしています。「要綱案」は受刑者の処遇の原則として、矯正、社会復帰をかけた、段階的処遇の名のもとに従順な者には「開放処遇」への移行をうたい、「成績が良好な」者に対しては外部通勤、外出、外泊させるとし、また順応型社会復帰のための刑務作業の指定、教科指導、治療的処遇、生活指導を強制しようとしています。しかも開放処遇、外勤、外泊などの選択は当局の裁量にゆだねられており、従順な模範囚とそうでない者の分断を狙うものといえます。

他方「要綱案」は反抗者に対する管理強化をめざしています。すなわち、それは「刑事施設の秩序」は「厳正に維持しなければならぬ」とし、獄中者の団結を破壊するための弾圧に武器を使用し、獄中者を支援する運動に対しても武器を使用し得ることを明文化しています。また「受刑者の意志に反しても医師により、診察、治療又は栄養補給の措置をとることができる」とし、死刑確定者の通信・面会については従来の未決囚のみならず受刑者なみにするとしています。その他、賃金なしの刑務作業の強制、代用監獄の存続を認められています。

以上のように今回の監獄法改「正」は順応型社会復帰の強制と反

抗者の管理強化を二本の柱としていますが、これは現在の精神医療の図式と全く同じです。すなわち、今回の「構想」「要綱案」は一方で懲罰としての重屏禁、減食罰を廃止しながら、他方で開放制、外泊、外勤を導入するなど、たしかに厳格な管理からソフトな管理への移行がみられますが、現在の精神医療もソフトな管理を行いながら、順応型社会復帰を強い、他方で体制にとって危険な者に対する管理強化—保安処分をうちだしています。かつて保安処分新設問題に直面して、精神衛生法が再検討されたのと同じく、監獄法改「正」に直面して精神医療のあり方が問い直されるべきだ、と筆者は考えます。

なかんなく、これまでの監獄法改悪阻止論議で回避されてきた監獄法改「正」の根幹思想ともいふべき順応型社会復帰思想—これは最近の行刑と精神医療に共通の支配的思想である—こそが問い直されなければなりません。以下において刑罰の論理と医療の論理の關係性を考察した上、社会復帰思想を根幹とする積極モデルと権利自由の保障を主張する消極モデルの対立を粗描することにより、社会復帰思想を問題にしたいと思えます。

2. 刑罰の論理と医療の論理

「犯罪」者を罰すること（刑罰の論理）と「精神病」者を治すこと（医療の論理）とは一見、全く異なる、というより正反対のもののようにみえますが、決してそうではありません。たしかに伝統的な刑罰思想と医療（医学）の思想には全く接点がないといつてもよいでしょう。しかし、現在の諸国において支配的な刑法理論は医療の論理ときわめて親和的です。以下において、さまざまな刑法学派

について概観し、それと精神医療の論理をバラレルに捉えてみたいと思えます。

周知のように、刑法学においては応報刑主義と目的刑主義の対立があります。応報刑主義は一般的にいって、犯罪は道徳的にも悪しき行為であるとし、刑法の不変の人倫の体系と考へ、刑法の道義的性格と絶対的な普遍的性格を強調します。応報刑主義は中世の権威刑法、あるいはアンシャン・レジームの刑法制度、そして二十世紀のナチス・ドイツの権威主義刑法にも見られますが、その典型は、一九世紀ドイツのロマンチックを背景とするドイツ観念論哲学の応報思想にあらわれています。カントは、人格は手段として扱われてはならないという立場から、刑罰は犯罪者自身のためであれ、社会のためであれ、他の善を促進する手段として科せられてはならず、常にただその者が罪を犯したからという理由で科せられなければならないとして、刑罰の根拠を正義の要請としての応報に求めました。またヘーゲルは、その弁証法論理によって、犯罪は法の否定であり刑罰は否定の否定であるとし、法の否定としての犯罪は一定の範囲をもつから犯罪の否定としての刑罰もそのような範囲をもたねばならないとして、等価的応報を主張しました。このような形而上学的、思弁的、非合理的な絶対的応報思想は、少なくとも近代精神医学の医療の論理とは全く不協和的であり、全く接点をもたないといつても過言ではないでしょう。しかし、刑法学の領域でも、このような絶対的応報思想を主張する見解は、現在の世界の学界では全く見当りません。

他方、応報刑主義と対立する目的刑主義は、刑法を、社会秩序を犯罪から防衛するために必要な合目的々手段として規定します。そ

ここでは刑法は社会防衛の必要性とその程度によって相対的に根拠づけられることとなります。この目的刑主義は、一九世紀の応報刑思想(旧派)に対して主張された新派刑法理論に典型的にみられますが、それは、刑罰を、犯罪者ないし犯罪を行う危険のある者に対して、社会防衛ないし社会復帰の目的で科せられる国家の強制作用として捉えます(リスト、フェリー)。すなわち、リストは実証主義、科学主義の立場から、刑法における目的思想の重要性を強調し、刑事政策的な観点から、犯罪者を「偶発犯人」と「状態犯人」に分類し、後者を更に改善可能者と改善不能者に分け、「偶発犯人」は威嚇し、改善可能な「状態犯人」は改善し、改善不能な「状態犯人」は無害化すべきだと主張しました。その後新派理論の改善—社会復帰思想は少なくとも行刑の分野では指導理念となり、それは一定限度であれ、受刑者の処遇改善に結びつきました。そして新派と対立する旧派においても、刑罰の法定、裁判官による刑の量定の段階では応報刑を維持すべきだが、刑の執行(行刑)の段階では目的刑を指導理念とすべきだということが認められるようになりました。ともあれ、新派理論(主観主義・行為者主義)は精神医療の論理ときわめて親和的です。何故なら、新派理論は刑法理論を生物学、社会学などの諸科学と結びつけ、刑罰の効果と限界を実証的に検討し、「犯罪」者処遇の問題を提起したのであり、その根底にある矯正—改善—社会復帰という目的思想は、精神医療における治療—社会復帰思想と同一のものとみてよいからです。

目的刑主義の内部では、保安(社会防衛)か改善(社会復帰)かの対立、というより保安(社会防衛)から改善(社会復帰)への移行がみられます。すなわち、最近の刑法理論では、あらゆる改善の

試みがなされてもおかた改善が不可能な場合に、副次的に保安の観点があらわれるとする見解が多数のようです。これは、精神医療の領域で、以前の隔離收容(治安)の重視に対して、治安か治療かという形で問題提起され、最近は少なくとも表面的には治療の視点が重視されるようになったのに対応しています。

ところで刑法の領域では、刑事政策的観点を重視する新派理論に対して旧派の側から痛烈な反批判が加えられました。すなわち新派の主張の内容であった行為者主義、主観主義、性格責任論、犯罪者類型論は、いずれも主観的な要素によって刑法の適用を左右するものであり、個人の自由、人権保障にとって大きな危険をはらんでいるといえます。もともと、刑法は国家刑罰権から個人の自由を確保する人権保障の機能をもつべきであるという思想は、歴史的には啓蒙期刑法思想において出現したのですが、この刑法の人権保障の機能の重視は、二十世紀以降、相対的応報刑論と結びついて展開されました。現在では応報刑論者といえども、道徳や正義の維持を第一義的な刑罰理念におく形而上学的な絶対的応報刑論を説くのではなく、国家刑罰権の濫用を防止するために応報刑論の陣営にとどまっているのです。そしてこのような学派の対立は、現在でも、以前よりはソフトな形であれ、新社会防衛論(アンセル)とネオ古典主義の対立という形でもちこまれていきます。すなわち、新社会防衛論は個人の保護から出発し、犯罪者も「社会復帰の権利」をもつ(国家は犯罪におちいった者を社会復帰させる義務がある)という福祉政策的・保護主義的理念を重視しています。これに対して、ネオ古典主義の側からは、新社会防衛論は似而非人道主義であって人権保障からますます遠ざかる、という批判が加えられています。

以上、概観しましたように、刑法理論の対立は、応報刑主義か目的刑主義か、保安か改善か、という問題を経て、現在では社会復帰か人権保障かという図式に移行してきたといえます。そして刑の執行（行刑）の面でも、新派出現以来、支配的となった改善—社会復帰思想（積極主義）に対して、反・社会復帰—人権保障という消極主義が一定見直されるようになってきています。そしてこの対立図式は、精神医療の分野で、社会復帰のための治療はすればする程よいのだという治療的積極主義と、介入は最小限にとどめて「病」者の生き様を認めようとする治療的消極主義の対立と平行的に捉えることができるでしょう。

3. 積極モデルと消極モデル

以上のように行刑の面では、支配的な順応型社会復帰という積極モデルに対して、人権保障・自由保障を重視する消極モデルが主張されていますが、ここでは精神医療の分野における積極主義と消極主義の対立を念頭におきながら、積極行刑モデルと消極行刑モデルの対立について述べたいと思います。

まず先に述べたことと部分的には重なりますが、行刑思想の歴史についてごく簡単に述べたいと思います。中世においては苛酷な刑罰、残虐な刑罰が行われてきましたが、刑罰の歴史は人道化の歴史と捉える見方が有力です。まず近代自由刑の発祥としては一六世紀末のオランダのアムステルダム懲治場が労働を通しての教化・改善を目指したものとして有名です。その後、啓蒙思想では、刑罰の一般的緩和、国家刑罰権の濫用と専恣からの人権保護という観点から、刑罰の形式的均衡、罪刑の均衡、そして一般予防（心理強制説）が

となえられました。しかし一九世紀の応報刑論は、その反動として刑罰を絶対化し、犯罪人にきびしい内面的な贖罪を要求することによって、世俗的な合目的々改善をめざす行刑改革には背を向けました。しかしその後、新派理論の出現によって、犯罪人を人道的に扱い社会復帰させるべきだという、改善—社会復帰思想が少なくとも行刑面では優勢となりました。もちろん現実には、改善よりも保安に重点をおく考え方は容易に崩れませんが、少なくとも表面的には受刑者を社会復帰させようとする教育刑の思想が行刑の面では優勢となったことを否定できないでしょう。そして監獄法改「正」に際して存在する社会復帰思想もこの最近の行刑思想をうけついでいると見て過言ではないでしょう。

しかし他方では、社会復帰の処置は強制し義務づけるべきでなく、受刑者の同意のもとにのみ行われるべきであり、社会復帰は単に便益供与的なものにとどまるべきだという見解、集団的拘束に必要な自由の制限は許されるが、社会復帰上必要だという理由で自由を制限することは許されないとする見解、一言にして社会復帰しない権利も、少数説ながら主張されています。アメリカでも不定期刑など「過剰矯正」の事実などが指摘され、これに対する批判として反矯正思想がとなえられています。特に体制的な再教育・再社会化を拒否する受刑者にどう対処するか、それらの人たちには処遇を受けない権利を認めるべきではなからうか、という疑問が提出されています。そしてこのような行刑分野における反社会復帰の思想は、精神医療の分野でも同じことが云えると思います。現在、精神病院では、多くの治療者は社会復帰のための処置を「治療」の名において強制していますが、それはおうおうにして「過剰治療」を結果します。

受刑者に社会復帰しない権利を認めると同じく、「精神病」者にも社会復帰しない権利を認めるべきであり、精神医療は最小限に、という治療の謙抑性・補充性がまもらなければならないでしょう。もともと、受刑者は刑務所から外へ出てはいけなという点で自由を制限される以外は、全く一般人と同じ権利・自由をもっているという自由刑純化の要請（刑罰の消極的規定）は以前から、旧派のフロイデントールなどによってとなえられていました。このように行刑を法律関係として捉え、受刑者の権利義務という形で構成していく考え方は、国家からの干渉を最小限に明確に限界づけようとする目的の刑思想は、行刑の合目的な展開を志向します。前者は自由刑の消極的性格を表現し、後者は自由刑の積極的性格を表現しています。すなわち、一口に受刑者の人権といっても、前者は受刑者の自由権の基本権の国家からの保障をめざすのに対し、後者は生存権の基本権の国家による保障をめざしています。そしてこのようないく分野における積極モデルと消極モデルの対立は、精神医療の分野でも云えると思います。そして私の主張したいのは、いうまでもなく、治療者の患者に対する対応は自己をまもるための必要最小限の限度にとどめるべきであり、まして社会復帰のための措置を強制してはならないという、精神医療における消極モデルの確立です。監獄における積極主義と消極主義の対立は、特に刑務作業、分類処遇、累進処遇、開放処遇、教化指導、治療的処遇、生活指導などの面において精神病院の問題と驚くべき類似性、共通性をもってします。現在、受刑者を社会的有用労働につかせることが矯正と社会復帰に資するというのは、ほぼ常識といつてよいでしょう。この考

え方は、作業を害悪や苦痛としてではなく社会復帰の手段として位置づけます。しかし一方で、作業が依然として一つの苦痛であることも否定できません。応報刑論者といつても、刑罰がどこまでも応報（苦痛・害悪）であるべきと主張するのでなく、むしろ現実としての刑罰が害悪・苦痛として存在する社会的事実に着目しています。そして作業が改善—社会復帰をめざした処遇の一環であるという捉え方（積極主義）は、作業賃金支給よりも作業報奨金という考え方に近いといえます。これに対して消極主義は、労働の強制は自由刑の本質に矛盾するとし、自由刑によっては奪われないものとしての労働権、労働賃金請求権が存在すると主張します。このような刑務作業の強制性、賃金の問題は、精神病院における作業療法（半）強制性、賃金の問題と類似した構造をもっています。

また行刑における積極主義は改善—社会復帰の促進という趣旨から、入所時および随時の分類調査にもとづく分類処遇、受刑者の改善効果に応じて順次階級を進め上級になるにしたがい自由拘束の程度を緩和する段階的処遇を採用し、また治療的処遇、教科指導、生活指導などを義務づけ、いわゆる中間処遇としての開放制、外部通勤、帰休、中間施設なども考慮しようとしています。これらも精神医療における病棟開放化、生活指導、院外作業、自治会、中間施設、そしていわゆる狭義の治療の問題と全く共通するものといえるでしょう。

以上の通り、監獄法改「正」に典型的にみられる行刑の動向と精神医療の最近の動向は全く同じとみてよいでしょう。これらの基本となつている順応型社会復帰思想は、現在の福祉国家思想、社会国

家思想の表現とみるべきであり、それは社会の側からの労働力、あるいは兵力確保の要請と見合うものであって、現存社会秩序に順応させることにより、体制への組み入れ、現体制の維持・存続をはかるのもです。もつとも、精神科リハビリテーションは、社会に適應させるだけでなく、「社会を変えていく運動を含みこむものでなければならぬ」と総論的に云われることはあっても、現実にもそのような「治療」が行われているわけはありませんし、それよりも、いかなる社会復帰にしろ上（医者の側）から押しつけられることが問題なのです。

私たちはむしろ、社会復帰しない権利を主張すべきであり、最終的には国家刑罰権、強制治療権の消滅がめざされるべきでしょう。しかし現段階では、そのような権力の消滅を射程に入れつつ、社会復帰と対立するものとして、受刑者、患者の権利自由の保障（消極モデル）を確立すべきであり、同時に順応型社会復帰思想を根幹とする監獄法改「正」を阻止すべきだと考えます。

第二回全国患者集会で、ある患者がいった言葉は印象的です。「社会復帰というけれど、ほくらがわるいのではなく社会がわるいのだから、ほくらが社会に復帰するのでなく、社会の方こそほくらに復帰してもらわなければならない。」（一九八〇・五・三一）

主な文献

井上正吾編「精神障害」（リハビリテーション医学全書22）。

監獄法改悪阻止実行委「監獄法改悪阻止」。

監獄法改悪を許さない全国連絡会議「ゆるすな、監獄法改悪」。

佐伯千「刑法講義」。

沢登俊雄「犯罪者処遇制度論」（下）

特集「監獄法改正について」（「法律時報」四八巻七号）。

特集「監獄法改正問題」（「法律時報」五〇巻一一号）。

中山研一ほか編「現代刑法講座」第一巻。

マルク・アンセル「新社会防衛論」。

宮沢浩一ほか編「刑事政策講座」第二巻。

吉田おさみ「患者にとって精神医療とは」（「精神医療」八巻二号）。

同「「精神障害」者差別と「犯罪」者差別」（「友の会会報」二四号）。

同「再び、革新的精神医療について」（「絆」3号）。

編集後記

今回は「精神医療」についての特集をくみましたが、座談会の発言については、編集部で判断で割愛させていただいた部分があることを、読者および発言者の方々におことわりしておきます。また、座談会の記録が予想以上にふくれあがったために、当初つけ加える予定だった赤堀・鈴木闘争報告は掲載できず、また寄せられた原稿の中で来号に廻したものもあることを付記しておきます。

（編集部）

絆 第4号

1980年7月30日

発行 全国「精神病」者集団
事務局編集部

連絡先 名古屋市南区呼続町7-76
健幸荘A301 大野方

