

「日本精神科医療の半世紀 —どこへいくのか、 そしていまなにをなすべきか—」

岡田 靖雄

(青人冗言・4)

特別講演……………1

- I. アンガー・ジマンとしてのほく史
- II. 1960年体制の成立および
存続としての半世紀
- III. 今日の問題、今日の闘い
- IV. そしてこれから

質疑応答……………19

追加……………27

山本眞理指

05.11.12

岡田靖敏

「日本精神科医療の半世紀」*

—どこへいくのか、そしていまなにをなすべきか—

日時：2005年7月3日 14：00～17：00
場所：ホテルグランヴィア大阪 20F 鳳凰の間

講師 岡田 靖雄（精神科医療史研究会 世話人）

司会（森口）：岡田先生からは、司会は演者紹介はしなくてもいいと言われていまして、一応スケジュールだけを言いますと、今、14時ですが、16時頃まで岡田先生に講演していただき、それから5分間の休憩時間を設けて、17時まで質疑応答という形で進めたいと思っております。どうぞ、ご協力宜しく申し上げます。岡田先生お願いします。

岡田：ご紹介いただいた岡田です。どうもこんな大勢の方を前にすると、ご要望にこたえられるような話ができるのかどうか大分不安になってまいります。3年前に『日本精神科医療史』を医学書院から出しまして、お読みくださった先生もおられると思いますが、このあとがきに15年後に**戦後精神科医療史**を書くと宣言しております。でも、戦後精神科医療史を書くとなると、戦後はあく自身が関与してきた時代でありまして、客観的に書くことができるのかどうか、それは今日の話の題の半世紀にもあたるわけですが、大分悩みました。

結局浮かび上がってきたのが、あの“**アンガーマン**（engagement）”という言葉ですね。戦後20年ぐらいはアンガーマンという言葉が

大分はやっていまして、ほくは主にフランスのレジスタンスに参加した人たちの文学的発言だと思っていて、辞書を引きましたらサルトルが政治的参加という意味で言ったそうです。これはサリヴァンの言葉を借りればparticipant observationと言ってもいいのかも知れませんが、戦後医療史を書くとなったら完全に客観的な叙述というのはできなくて、やっぱりアンガーマンとしての、あるいはparticipant observationとしての精神科医療史を書くことになるだろうと思います。

少なくともちゃんと書くためには、もう少し私史ですか、という言葉がありますけれども、ほくは**ぼく史**と言いたいのですけど、まずぼく史に徹しなければならぬと思います。今日も半分ぐらいはぼく史の試みということになります。名誉教授というような人が自分の業績を回顧するとなると、それこそふさわしいのでしょうか、ほくのような無位無冠の人間があんまり**ぼく史**を言うことは多分に自己愛的であり、自己顕示的であると思われるかも知れません。でもほくにとっては必要な過程ですので、お聞き苦しいところはお許ししたいと思います。

*記録にあとからおぎなつたもので、みじかいものは [] で本文中にいれ、ながいものは番号をつけて後注とした。

I. アンガージマンとしてのぼく史

ぼくは1931年の生まれでして、ぼくにとっての第1の**原体験**となるのは何と言っても1945年の**敗戦**、中学校3年だったわけですね。中学校には鈴木准尉という、正式の軍事教官ではなくて補助の方ですが、ぼくのじいさんと日露戦争を一緒に戦った人でして、弾をうけて、どちらかの足が悪くて、ちょっとびっこひく。ぼくらは親愛の意味を込めてジッチさんって呼んでいたのです。それで敗戦の後何日か休校になって、また授業が始まったとき、講堂でなくて体育館に集められたと思うのですが、そこで教頭さんというのは修身とイギリス語を教えていて、修身ではしきりにスメラミクニの道を説いていた方ですよ。その人が“軍国主義はけしからん”と、“軍国主義とは鈴木准尉のような人だ”というわけです。それで教頭さんが出ていったあと、ジッチさんは小首を傾げまして“わしのどこが軍国主義かな”って言ったんですね。

それから1年半経ちましてご存じのように、と言っても経験なさっていない方のほうが多いと思いますけれども、2.1ゼネストが計画されたわけです。クラス委員、もうその頃は級長でなくてクラス委員と呼ばれていたと思いますけれども、クラス委員が呼ばれてストの説明を受けたのです。説明したのはやはりイギリス語の教師で労働組合の委員長をしていた人です。それで“何故ストライキをするのですか”って聞いたら“だまれ！”なんですね。こういったことがぼくにとっての1番の原体験でありまして、看板とか権威がいかに虚妄であるか、そして民主主義との初対面がそういうものであったわけです。

それで1951年に医学部に入りまして、精神科の最初の講義は多分医学部の2年生の終わり頃、1953年の初めだったと思いますが、その頃から**精神科を志望**していました。3年生になると医

学心理学研究会というものを組織しまして、その頃はまだ精神衛生研究所と呼ばれていた市川の国府台病院のところにあったそこへ出入りしまして、井村恒郎さんとか、加藤正明さんの、お二人に目をかけられるようになったわけです。

1954年、医学部4年生の時でしたけれど、教授は内村祐之さんでして、臨床講義の時、かれが“Forscherになれない者はArztになれ”と言うわけです。当時の東京大学医学部ではForscherになることこそが目指されるべきものであって、その落ちこぼれがArztであると。それを聞いた時“俺はArztになろう”と思ったわけです。

卒業してインターンをおえて精神科に入局しました。もうその頃は内村さんの最後の2、3年で、もうすぐ教授が替わるからということで、教室の雰囲気というのは何となくあまりいいものではなかったですけど。それで1958年、内村さんの定年の時ですが、医局で内村さんは“22年居たここを去るのが大変悲しい”と言ったんですけれども、ぼくはその時内村さんに続いて“松沢で患者さんとmitlebenしたい”と、“ここを去るのは悲しくも何ともない”というような挨拶をして教室を出たことを憶えています。

それで**松沢病院**に行きますと、皆さんご存じでしょうけど熊本に行かれた、立津政順さんが男の医長でして、僕に東7病棟、良い呼び方ではないですけども“**不潔病棟**”と言われていた病棟を受け持つことをすすめてくれました。というのは、そこは分裂病の患者さんとそれ以外の患者さんが半々で、両方対比して診るのにちょうどいいからということです。不潔病棟とは名の通りで前任者が蜂矢英彦さんでしたけれど、かれは、あの頃風呂は週3回午前中だったんですが、“診察はそのお風呂の日の午後にしる、汚いから”と。ぼくはあんまり清潔好きでもないものですから、不潔病棟が大変気に入って、松沢の受け持ち医は1年交替だったん

ですけれども、特別に希望してそこに4年いました。松沢は当時はやはり病棟開放が進んでいましたけれども、開放というのは同時に、開放に乗り切れない人が当然出てくるわけで、不潔病棟というようなところは最底辺ですから、開放の落ちこぼれをうけさせられてよくなった人がひきぬかれて、病院の中が明るくなって行くことが不潔病棟にとって必ずしも良いことではないわけです。このへんが精神科医としてのぼくの原体験になったわけです〔ここでの体験は『精神科慢性病棟』岩崎学術出版社、1979年に〕。

その当時、松沢では**病院改革**を目指して**研究会活動**が非常に盛んでした。江副勉さんが女の医長でして、江副さんが若者をしきりにあおり立てる、藤原豪さん、吉岡眞二さんとか、ぼく、蜂矢さん、浜田晋さんなどが中心になって研究会活動を盛んにして、『これからの精神病院シリーズ』というのを11冊7年間に出しました。そのうち先輩から“お前さん達あのシリーズでは良いこと言っているけど、どれだけのことをやっているのか”という批判を浴びまして、結局われわれ、このシリーズを続ける気が無くなって、やめたわけですが。

当時松沢では**改築の問題**がさし迫っていて、ぼくはそういう勉強の結果に基づいて病院をいわば2分割するような改築案を出したのだけれど、その頃は副院長になっていた江副さんに一蹴されました。改築で1番大きな問題は増床するかどうかということでした。1,112床だった当時でも院内の情報伝達というのは非常によくはないわけです。たとえば赤痢対策、あの頃は精神科の病院で赤痢が大変大きな問題でしたから、赤痢対策が論じられると、それが医局会議には出されなくて、医局会議というのは本当はすごく活発なところだったのですけれどね。その頃は看護主任と言っていましたけれども、赤痢対策が主任会議に出て、主任から病棟の受け持ち

医に伝わるような状況です。ですから僕は絶対病床を増やしてはいけない、土地を削られても病床を減らすべきだという主張をしたのですが、これに対しては仲間だった人からも賛成は一人もありませんでした。それで結局都庁からの1,500床という案を、院長を通じてのまされたのですね。

その内に1964年に**ライシャワ大使刺傷事件**がありました。ひきつづき池田勇人首相が精神衛生法緊急改悪を指示して、それに対して改悪反対運動が盛り上がり、改悪を一応阻止して全面改正促進運動が行なわれました。この時は、加藤伸勝さんとぼくがその運動の事務局をしたわけです。その前から厚生省の精神衛生課に技官としていました大谷藤郎さんなんかと交流がありました。反対運動の時も大臣は総理大臣の指示で省内に改悪の指示をだしたわけですが、精神衛生課の課員はわれわれを自由民主党の政調会長とかお偉方に反対の陳情に案内するというようなことでした。その頃はぼくたち何人かは精神衛生課の人たちと一緒にいろいろ仕事をしていました。

この年に大谷さん、それから江熊要一さん、佐藤壹三さん、吉岡さんと一緒に『**精神医療**』という本を出しています。これは大谷さんも書いているんですけども、役人で名前を出すとはばかりがあるということで本文ではかれは名前を出しませんでした。この時、ぼくの考えた題は『**精神科医療**』でしたけど、星野芳郎さんという技術論の人が、本の題名は4文字が良いということで『**精神医療**』としたわけです。だから“**精神医療**”という言葉はこの時生まれた新語なのです〔それが1987年法から**精神医療**審査会などと法律にもつかわれるようになった〕。

それから松沢での研究活動の中では歴史もやっています、いち早くこの時歴史の研究成果をまとめて『**精神衛生法をめぐる諸問題**』とい

うのを出しました。皆さんもご存じだと思いますけれども、呉秀三先生の「我邦十何万ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタルノ不幸ヲ重ルモノト云フベシ」という言葉は、それまでずっと忘れられていたんですけど、ぼくがこの時その巻頭に掲げて、いわば戦いの旗印にしたわけです。この1964年という年がぼくにとっては社会的に1番有用な活動をした年になります。今から言いますと41年前になるわけですかね。

それで1965年の10月に皆様ご承知と思いますけれども、精神神経学雑誌に「刑法改正問題に関する意見書(案)」が載りました。ぼくは**保安処分問題**について、それまであまり深く考えていなくて、ものを書く中で保安処分に期待するようなこともちょっと言っていたのですが、青木薫久さんから問題を指摘されまして、二人で民主法律家協会に通って勉強を始めた次第です。翌年には青木さんが、続いてぼくは「法律時報」という雑誌に、それから、かれの名前を覚えていらっしゃる人はいるかどうか、関口進さんが光風寮におりまして、この3人が初めて保安処分反対の論文を書いたわけです。ぼくは関係のすっぽん会とか、あるいは全国大学精神神経科医局連合などを通じて反対の勢力を、仲間を少しずつ増やして行って、ご存じのように保安処分反対を精神神経学会が表明するところまでいったわけです。

松沢のことを言いますと、今もちょっと申し上げてきたように、最初の自由な雰囲気というのが次第次第に硬直化しました。ぼくは病院の医者として貫きたかったのですが、改革について松沢にあの頃、黒澤の映画で『七人の侍』があった、それにならって医者の中にも7人の侍がいたわけですね。七人の侍の中ではぼくが1番年下だったんです。そのうち7人の侍から医長になる人がでる。そうすると侍でなくて官僚

になってしまうんですね。それから江副さんも院長になってしまうと何か官僚になりまして、市場和男さんという僕より2年上の人がいて、かれは非常に表現が巧みなんですけれども“遊泳に巧みなるペンギンなるものあり”と医局の落書き帳に書いた。あの江副さんは名前が勉で、通称ペンチャンだったんです。ぼくはレーニンにならしまして、“存在が意識を決定する”とかれは言っていますけれども、ぼくは江副さんを“地位が意識を決定する”と言った。結局松沢はだんだん**管理的**になっていく。1960年体制というのも、あの時のだんだん締め付けが強まっていくことから感じとったことです。

それで松沢の先輩でかれのもとで病棟を受け持ったことのある臺弘さんから呼ばれて1966年に**東京大学の助手**になったわけですが、その時には4年で松沢に戻ると江副さんとも約束してたんです。翌年、医局長に選ばれて1年間医局長をしましたが、その間に学会認定医問題が起こりまして、理事長になった臺さんは認定を推進しようとし、ぼくは真っ向から反対しました。そのうちに次の年になって医学部の学生自治会が無期限ストを宣言して東大闘争が始まるわけですが、初めは医局長として教授と医局員とをできるだけ同じ線に沿わせようということ而努力をしていました。そのうち金沢学会があつてぼくも理事に選ばれる。それで東京大学のほうはと言いますと、だんだん教授と医局員との間が離れて行って自主管理体制ということで、**精神科医師連合**というものを結成するに至った。そのうち医師連合に入っていた有給者でも教授側、外来側に行く人がほとんどで、結局助手で連合に残ったのはぼく一人になる。それからその動きは看護婦にも及びまして、看護婦で残ったのも一人というような状態になりました。精神神経学会のことは細かく言えませんが、沖繩問題で理事を辞めて評議員も辞め

ました。病棟（赤れんが）は、自主管理闘争というのに入っていたわけですが、40歳を過ぎまして闘争づくめというのはすごきつかったし、臨床をもっとちゃんとやっていきかけた。何よりもきつかったのは、ほくは、義務はちゃんとやるはずの人間ですけれども、その当時、多分慢性脳炎で失外套状態にあった少女がおりまして、その人、毎朝ゾンデを入れていたんですね。それが2回朝行くのをつかれていて、全然忘れてしまっていて、それで教授側に行った前の受け持ちが来てゾンデを入れるという事態が生じました。結局そういう中で助手を辞めて闘争から抜け出すことにしたのが1972年です。

今までものと言ってきた人間が総括をしないで闘争を離れるということは問題でして、ほくは自分のとった行動を“敵前逃亡”と今でも評価しています。その時、“これからは公めいた行動は慎もう、長にはなるまい”と、ただしどうしても出なければならぬと思う時があったらその時は動くというふうに自分に誓ったわけです。『差別の論理』という本は辞職の1か月後ぐらいに出版していますけれども、これはもう2年前から準備してきたことです。それで、東京大学を離れるとしても松沢に戻れる情勢ではなくて、地域精神医学会が1967年に発足した時、ほくは準備委員をしました。これからは外来でやっといこうと、入院させずにどこまでやれるか確かめようと思って、荒川生活協同組合というところの、その当時の峡田診療所というところ、今は荒川生協病院と名を変えていますけれども、そこでの外来をやることにしました。そこでは長にはなるまいと思ったのですが、結局人がいなくて仕方なく院長名義人には2年ほどなっていたのでしょうか。外来診療のほかはそれまでやっていた医療史研究のまとめにかかって、松沢病院史、それから呉先生の伝記、それから最近の日本精神科医療史などをまとめました。

その間に島田事件の問題点が明らかになり出しました。犯人とされました死刑囚の赤堀政夫さんは1954年、ほくが松沢に行く少し前に当時の林暲院長と鈴木喬さんとの精神鑑定を受けています。鈴木喬さんは進歩的でほくも好きな人だったのですが、鈴木さんがああいった問題の鑑定をするようになったということは“俺も同じことになったかも知れない”と思って、いわば鈴木さんに代わって赤堀さんにお詫びをしたいという気持ちで赤堀さんと文通を始めました。引っ込んだけれども、個人的になにか社会的貢献をしたいという気持ちもあったんですね。そのあとは同じように精神障害者の冤罪事件として、青山正さんという野田事件の人の救援活動にも加わり、そういったことで救援連絡センターの人たちと連絡がつかしました。

2001年になりまして、刑法改悪阻止！保安処分粉碎！全都労働者実行委員会という組織、これは1981年に発足してずっと活動を続けてきた団体ですけれども、そこから保安処分について話してくれということを経済連絡センターを通じて依頼されました。ここに至っては“俺の出番だ”と考えて、それを引き受けたわけです。赤れんがを辞める時も“俺の出番が来るのは良い時じゃない、精神科医療が悪いほうに向かう時だ”というふうに考えていましたし、本当にその通りだと思っています。それ以来、保安処分、それから心神喪失者等医療観察法反対の運動には非常に積極的に参加していきまして、会議とか、ほくは決して闘士ではないつもりですけれども、小集会でのアジ演説をしたり、デモに参加したり、国会前に座り込みをしたり、それから23時間だけでもハンガーストライキをしたりして今も活動をしております。

荒川生活協同組合は24年とちょっとで辞めて翌年の1997年からは、松戸にあります精神科診療所で週2日外来診療にあたっております。

さて、**日本精神神経学会**はもちろん会員は辞めていませんけど、そのあと基本的には学会の活動からは手を引いています。ですから手を引いてその活動をじっと見守る、今度はnon participant observationという立場をとっていたんです。でも学会の出版物でmental illnessが精神病と訳されるようなことを見てちょっとこれは困ると思って文句をつけまして、それでほくの提案に基づいて精神疾患概念と用語に関する委員会というのが設けられました。ただしこの時は問題提起だけして委員には加わりませんでした。この委員会は後に精神分裂病の呼称変更委員会に変わって、ご存じのように統合失調症という名前を出して終わったわけですが、ほくが、提起した基本的な問題はどこかへ放り出されたままです。1999年から『**学会百年史**』編集委員会が発足しまして、それまで学会の総会で立派な方がたからかなりいい加減な歴史が報告されていることにほくはちょっと腹を据えかねていたので、委員会には編集委員として積極的に参加しまして、金沢の山口成良さんが委員長だった、ほくはいわば副委員長格で、これには積極的に関与し意見も述べました。それで2003年に『百年史』が出版されたわけで、すごく厚いから皆さんどれだけお読み下さっているか。あの中でほくは、精神神経学会でいいのか、精神医学会になるべきじゃないか、それから、精神科は神経科の名称は内科のほうに返上しろと、それから指定医制度反対〔指定医制度に反対を決議した学会の会員のおそらくほとんどが平然として指定医になっていたのはなんとも奇妙なことでした〕、あるいは精神病質概念反対を言っていて、今はどうなんだという問題提起をしております。そういう関与はしましたけれども、精神神経学会というのは、身を引いた人間からすると非常に華々しいことをおっしゃる弁論大会になっていたんじゃないか。皆さん大変攻撃

的ではありますけれども、その他人を攻撃した同じ態度で自分を律しているのかと、そういう感想を持っています〔精神科医は基本的には聴き手であるべきところが、雄弁家になっちゃったんですね〕。これが精神神経学会についてのほくの大まかな評価であります。

2001年から**ハンセン病問題**に関する検証会議というのがありまして、その下の検討会の委員として事実の解明および報告書の原案執筆にあたりました。それまで、科学研究費とかによる研究というものをしたことがなかったものですから、この時はその研究費の使い方が初めてなものですから随分翻弄されました。今日皆様にお渡ししたレジュメも手書きで、大体文明開化から遠い人間で、Eメールなんてやっていないと、会議の案内がちゃんと届かないなんていうこともあって、まあいろいろありました。皆さんご存じのように検証会議の『最終報告書』は3月1日に尾辻秀久厚生労働大臣に手渡されたわけです。その報告書は1,500ページですが、その中でほくはハンセン病療養所における自殺率の問題、それからハンセン病療養所における精神科医療、それからハンセン病及び精神障害の比較法制処遇史を執筆しております。

これまでがアンガージマンとしてのほく史ということになるわけです。

II. 1960年体制の成立および 存続としての半世紀

題名が“半世紀”ですけれども、この半世紀とは結局ほくが言う**1960年体制**が作られてそれが維持されてきたということに尽きるわけです。ほくの本をお読みになった方は憶えてらっしゃる、大体お分かりだと思いますが、1960年体制とほくが呼んだのは“規模拡大を続ける精神病

院の治療的密度の薄いなかに低医療費で精神疾患患者を収容することを基本路線とする精神障害者対策である”ということですね。この精神病院は民間主体でまた単科です、ご存じのように公的病床比率は減少しつつあります。それで当然のようにこれは1960年、新安全保障条約が成立しまして、あの時岸信介首相が退いて、替わった池田勇人氏が所得倍増計画を打ち出す。ですからそのあとの年というのは経済成長と合理化の年だったわけです〔この合理化の、精神科に関するもっとも端的な現われが、1963年の三池三川鉱の炭じん爆発—一酸化炭素中毒でした〕。それでこの1960年体制というのはまさしくこの**新安保体制**の中に位置付けられるものです。この1960年体制の成立については**薬物療法**というのが大きかったと思います。日本での精神科薬物療法の問題点というのはいろいろ指摘されているんですけども、結局は患者さんにとってそれまでの電気ショックとは違ってかなり楽な治療だったわけですから、ご存じのように少し大目に管理的に過鎮静的に使われるという面が多分にあった。あの頃は結核病床がどんどん減っているわけですね。それから産婦人科のお医者さんも流行らなくなる。転科する病院もお医者さんも多いわけですね。ご存じのように国立の結核療養所が精神療養所に転換しているものがあるわけですし、そういう中で精神科の医療というのは薬を適当に大目に使っておけばいいという態度が生まれてきた。薬物療法の否定的な面というのは十分に見定めておく必要があると思います。

またご存じのように1958年、精神病院におくべき**従業員の定数の特例**、これが人数が少なくても精神病院はやっていけるということで大変な問題をあとに残したわけです。あの当時この特例を主張したのは松沢の院長だった林さんとか、それから精神病院協会のほうでは、元吉功

さんとか、割合熱心な真面目な方で、ですからあの当時としてこの特例はやむを得なかったと思いますけれども、それをそのままずっと放置させてきたことは、やはり続くわれわれの責任だったと思います。あの頃でも精神科では薬だけでなく治療の人間関係が重要だというようなことは皆さんよくおっしゃっていたけども、結局特例のおかげで治療の人間関係の密度は非常にうすいわけですね。これも、憶えていらっしゃるでしょうけれどもかなりな**超過収容**が行なわれていた。松沢でほくらの同僚だった人が、土浦で親父さんの代から病院をやっていたんですけども、霞ヶ浦の浄化問題で病院で廃水を処理しなくてはならないということになって、良心的にやっていた人ですけども、その浄化装置の費用を出したら病院をやっていけないということで廃院にすることにしたんですね。当然患者さんをどこへ引き取ってもらおうかということで、茨城県は適当と思われる病院のリストを出してきました。かれにそのあとそれを見せてもらったんですけども、その患者さんの受け入れ先には150%収容の病院も入っていたわけです。その院長さんはほくも知っている人ですけども、まあ良心的な人だったんですね。あるいは公的な統計でも、山口県立の精神病院は112%だったか、あるいは120%だったか、そういう数字を出しています。県会議員に頼まれるとしようがないから満床でも受け入れざるを得ないということですね。

それからその当時の患者さんの処遇がどうだったかということ、一つの重要な問題として浮かび上がってくるのは生活保護法による**入院患者日用品費**です。ご存じのようにこの問題は朝日茂さんという結核の患者さんが、現在の水準は憲法で言う健康で文化的な生活に値しないと訴えて訴訟を提起したんですね。朝日さんの訴訟は第1審は勝ったけれど、2審、3審と

負けたんですが、かれの提起によって一般の病院では日用品費は上がりだしたんです。その時に精神科のほうは据え置きで、最大で、今ちゃんと数字を持って来ませんでしたけれども、向こうが705円になったのにこっちは400円のままに据え置かれて、多分一般に対して57%という時がありました。ただ精神科の医者でこの問題を論じた人はほとんどいませんでした。

もちろん日本の精神病床がどんどん増床を続けていくことに対して国内でも批判はありました。増床を強力に押し止めようとする力は存在しなかった。ご存じのようにWHOから何人かの顧問が来られて勧告をしているわけです。その中で1番有名なのはイギリスのクラークさんの**Clark勧告**ですね。それでClark勧告は病院外の医療の拡充に力を入れなくてはならないというものだったのですが、それに対して当時の精神衛生課長の佐分利輝彦さんという、ほくも知っている先輩でしたけれども、多分佐分利さんが“英国は何分にも斜陽国でありまして、日本がこの勧告書から学ぶべきものはまったくありません”ということをご公言した。これにはちょっと政治的な意味合いもあったようですけども、ともかくClark勧告を全く無視する、軽蔑した、これは加藤正明さんが伝えていることです。

この半世紀という間に、まあ数えてみればいろんなことがあったわけですね。精神衛生法は何回も改正されていますし、法律の名称にしても、保健法になり保健福祉法になって。ただやはりいろいろ変わったけど、大きく変わってはいないというべきだと思います。ご承知のように精神科の病床というのは高原状態になって、少し下り気味にはなっているけれども、まだ入院中心主義は依然として続いている。日本の精神科病床は万対で言いますと世界に冠たる水準を誇っている。その間に診療所がどんどん発達したということとはご同慶の至りではありますけ

ども、この60年体制に対して**精神科診療所の発達**というのはどれだけ打撃を与えたかどうか。もちろん分裂病の患者さんの入院が減っている。それから外来で扱われる患者さんが非常に増えている。そういう点は確かではありますけれども、やはり診療所が発達した割には**1960年体制はゆらいでいない**ということは皆様もお認めにならざるを得ないと思います。同時に精神神経学会があれだけいろいろ騒いだ、激しく議論した、それが1960年体制に対して何を、どんな打撃を加えたでしょうか。それから病院・地域精神医学会も、病院精神医学会であったのが地域を入れて病院・地域精神医学会と名を変えたけれども、やはり結局は大したことはできなかった。勘繰って言えば“病院・地域”と“地域”を入れたことはかえって病院問題にそれほど取り組めないということをおそらく宣言したのではないかとさえぼくは思っています。

竹下内閣の時代に割合財政に余裕があったわけですね。それでふるさと創生資金とか言って大分ばらまきましたね。あれで金を買って保存しておいたところがありますね。ぼくはあの時、金あまりをどういうふうに活かすだろうか、今まで国が力を入れてこなかった精神科病院の問題に手を付けるだろうか、それからもう一つは代用監獄の問題に手をつけるかどうか、それらが日本の将来を見極める重要な試金石になるだろうと思いましたがけれども、やはり金あまりでも、ああいうふるさと創生資金という、無駄金は使っても、この基本的な矛盾に手を付けなかったわけでありまして。ですからこの半世紀は1960年体制ができあがって、それが基本的には揺るがずに来たということで括っていいのではないかと思います。

Ⅲ. 今日の問題、今日の闘い

それで、今日の問題、今日の闘いということになりますが、大分有名なので皆さんの中にも劇画『ブラックジャックによろしく』を読まれた方もあるかと思います。今日来る時の車中で『ブラックジャックによろしく』の第11巻〔佐藤秀峰著、講談社・東京、2005年〕を見ながら来たんです。これは丁度池田小学校事件を扱って、若い研修医がいろいろ医療の現場で戸惑っている様を描いているものです。池田小学校事件が起こって、それで小泉首相が刑法なり何なりで何かしなくてはならないということになり、若い研修医の斉藤英二郎さんというのが古いベテランのやや悟り過ぎた医師である伊勢谷先生に対して“先生は何もしていないじゃないですか”と、斉藤君は危機を非常に敏感に

感じて、その先輩指導医である伊勢谷先生が何か行動に出ることを期待したんですけれども、伊勢谷先生は患者さんを治療していくことが1番だとかなり冷静な受け止め方をするんです。この斉藤君と同じような叫びを上げた、問いかけをした医者が残念ながらそう多くはなかったように思います。ぼくが去年10月しゃべったパンフレット〔岡田靖雄『なぜ武蔵病院に心神喪失者等医療観察法施設を作らせてはならないのか（青人冗言3）』私家版2004年〕をお読み下さった先生方もおいでかと思ひます。それで問題は大体尽きているかと思うんですけれども、この間、6月12日に国分寺市、というのは武蔵病院がある小平市のすぐ隣です、そこで“ちょっと待て！心神喪失者等医療観察法6.12の集い”というのをしています。その決議文は大体ぼくの文章ですので、読み上げさせていただきます。

決議文

心神喪失者等医療観察法案が上程されたときから私達はそれに反対してきました。精神障害者に他害行為の再犯率が高いということはなく、再犯の予測は不可能であり、さらに、他害行為を行なった精神障害者のための特別な治療はない。そういう人を特別施設に集めて治療するべき理由はまったくないのです。審議過程で与党側は、“再犯のおそれ”を曖昧な表現にかえて、2003年7月に同法案を強行採決しました。

その後、指定入院施設の建設は、国の狙いどおりに進行してはいません。住民説明会で当局者は精神障害者の危険を強調して住民の不安をかきたて、同時に精神障害者への差別をあおる結果となっています。手続き面の整備も進んでいません。保護観察など、地域治安管理体制も強化されています。

こういうなかで施行期限である7月15日が迫ってきています。当日までに竣工を予想される指定入院施設は、東京都の武蔵病院だけ。つづいて岩手県の花巻病院と富山県の北陸病院に施設が竣工しても、1年以内に施設不足になることは明明白白です。それでも厚生労働省側は代用施設案などをちらつかせながら、施行の強行を狙っています。

法の付則は“精神医療全般の水準の向上”をうたっています。しかし、現在審議されている障害者自立支援法案では、40年間続けられてきた精神障害者通院医療費公費負担制度がなしくずしにされようとしています。心神喪失者等医療観察法は、もともと低水準の一般の精神医療を予算の面からも専門職員の面からも、くいつぶしていこうとの、私達の指摘はまさに適中しています。

法の施行強行に策を弄してもすぐに破綻することは目にみえています。政府がいますべきは、法の施行を停止して問題を根本的に検討し直すことです。私達は法廃止の日まで手をつなぎ、肩をくんで闘っていくことを決議し、宣言します。

2005年6月12日

ちょっと待て！心神喪失者等医療観察法6.12の集い

以上です。6月21日に小平市長にこの決議文を持ってほくもいっしょに行きました。市長さんは保守だったのがついこの間、3月か4月に、革新側に変ったばかりの市長さんです。国のことは直接にはできないけれど、障害者である自分の子供のことで差別の問題というのは痛感しているから、自分としては何とかやっていきたいというご返事でした。それから武蔵病院に行ったのですが、ここでは庶務第二課長さんですか、“そういったものは一切受け取れない”、ほくらと一緒にやっている小平市議員の橋本久雄さんがこのときも先頭について、“住民の声を聞かないのか”と罵り合いになったんです。実はその数日前に処遇困難者病棟阻止共闘会議という団体が同じように反対の声明を持って行った時は、けんもほろろで警察を呼んで追い払われたそうです。それでほくらの時は橋本さんが先頭に立ってくれたせいでしょうか、“受け取ることはしないけれども、置いて行けばいい”ということになって、椅子を持ってきて“じゃあそこへ置いて下さい。”それで、“ああ、これは落とし物ですね。誰も所有者はありませんか。じゃあ、一応落とし物は保管しておきます”というような格好で受け取ってくれたんですがね。

問題というのは大体出つくしていると思うんですけれども、一つは鑑定のための施設、ご存じのように7月15日施行ということは7月1日の閣議で決まりまして、それで鑑定についてもいろいろ規則などが出るんでしょうけども、恐らく鑑定施設の問題とか、あるいは鑑定期間中の治療の問題とか、未解決のまま放置されている問題がかなり多いと思います。恐らく鑑定をちゃんとやる施設〔だいたい日本の精神鑑定の水準はかなりひくい〕というのは充分には決まらないだろうと思います。それから既に明らかになっているように、入院施設の建設がすごく遅れている。大事なこととして、治療が寸断さ

れることですよ。ご存じのように治療の連続性、continuity of careというのがわれわれにとって非常に大事なことです。でもこの医療観察法にあっては、患者さんは住んでいたところから切り離される。そして入院治療と通院治療とがまた切り離される。だから治療の連続性どころか**治療の断続性**がそこでは目立つわけです。それは決して治療とは言えません。それから保護観察所って最近のいろんな問題で手薄だということがあきらかになってきていますが、そこでどれだけのことができるか。それでもともかく保護観察所を中心にした、**地域監視体制**を作ろうと言っているんですね。しかもその体制を模範にして一般の精神科医療にも及ぼそうというわけです。

波及することとしては、**公的病院の穴**を非常に大きくするだろうと思います。花巻病院では現在でも職員が足りなくて、何人かパートで来てもらっているんだそうですね。そこへこれを作ったらどうなるのか。皆さんもご存じだと思うけれど、大阪府立精神医療センターでは15名の医員の席は埋まっているけれども、管理職の上級の医員は9名のうち、医務局長と診療科部長4名空席だと言うんですね。松沢のことを松下正明さんに聞きましても、指定医の資格をとるために若い人が熱心にやっていて、“これは”と思う人に残ってくれと言うと、“責任が重くて嫌だ”ということで残る人は非常に少ない、非常勤ならやるといことです。非常勤なら責任はないし、よそで稼ぐことも自由ですから。しかも松沢の医者という格好だけはつけられるということなんでしょうね。それから今回これを引き受けることを岡山県立岡山病院は言明して、県議会も調査費が通ったんですか。“本来反対だが、問題点をはっきりさせるためにやってみる”といっている院長の中島豊爾さんは“この医者は16時間働く”と、何でもやるということ

言っています〔芳賀幸彦・佐藤美智子「公立病院を超えた公立病院・岡山県立岡山病院」、『精神医療』38号、2005年〕けれども、16時間やるというのは良いんですかね。公式的に言ってしまうえば労働基準法違反ですし、続きっこないんです。他にも公的病院で精神科の医者がだんだん集まりにくくなっている。それだけでなく精神科の医者の診療所への指向は強まっているけれども、病院へはあまり行かなくなっている。それは皆さんご存じのことですね。

それからまた**地域管理体制**は決して精神科だけでは留まらないだろうということは現在国会で審議されています共謀罪だとか、それからピラを配っただけで検挙されるという事態からも明らかです。ですからこういう地域管理体制というのは精神科に限らずどんどん作られていくだろう。この医療観察法というのはやはり金の面からも人の面からですが、**精神科医療を食い潰すもの**以外ではないということでは明らかです。

その点を特に痛感させるのは、皆様も大変憂慮なさっていると思いますけれども、**通院医療費公費負担制度**の問題です。これはほくは、障害者自立支援法のほうに移されるべきものではなくて、精神保健福祉法に確保しておくべきものだと思います。ご存じのように1964年にライシヤワ大使刺傷事件がありまして、それでそのあと精神衛生法改悪か、全面改正かという動きになった。改悪はくいとめられて、1965年に**第12次精神法衛生改正**が行なわれたわけです。この12次改正については措置入院制度の強化という点で改悪とする評価と、それから地域精神衛生医療が第一歩を踏み出したという面で正の面もあったとする評価と、確かに両面があったと思います。改正面の一つとして、通院医療費公費負担制度が“一般患者に対する医療”という名前で発足したことがあります。その背景として

は、薬物療法の普及によって精神科治療というのが一変したということがありますね。先ほど名前を出しました大谷さんの感想〔2001年に精神科医療史研究会ではなされた「精神衛生行政の思い出」が、〔大谷藤郎『医の倫理と人権』医療文化社、東京、2005年、に再録されている〕をひきますと、精神科というのは本当にただ閉じこめておくとだけとっていたら、自分が精神衛生課の技官になってあっちこちの病院を見せてもらったら大変活発になってその中で薬物療法が非常に大きな役割を果たしていることを知って、これは何とかしたいと思ったと、そう言っているわけです。また精神衛生法全面改正要求の中には精神科の医療費全面公費負担という要求がありました。これは大谷さんの案だったと思いますが、当時の同意入院を第2種措置入院として公費負担に持っていけないかというような考えもあったんですね。もちろん大蔵省がそんなのはのむはずもなく、結局は外来医療費、通院医療費の公費負担制度というのに落ち着いたわけです。それで当時は皆さんご承知のように精神科診療所がほとんどなくて、精神科の外来と言えば精神病院の外来、それから大学病院、あるいは少数の総合病院の精神科だけでした。この時の狙いは**適正医療の普及**、というのはその前に結核の公費負担制度がありまして、それになったものです。それからもう一つは**入院医療から外来医療への転換**という狙いがありました。

先ほども申しましたように、当時ほくらは何人か厚生省公衆衛生局精神衛生課の仕事を手伝ってと言いますか、精神衛生行政研究会という名前だったと思いますが、そこにはこの時は群馬にいました江熊要一さんとか松沢にいた蜂矢さん、それから竹村堅次さん。あと千葉の国府台にいた佐藤壺三さん、そんな人が手伝ったと思います。この制度の具体化にわれわれが協

力したわけです。その時の成果は、こんなものをお持ちの方はもういないと思うんですが『通院医療費公費負担制度の手引き』という名前が精神衛生行政研究会の名で1966年に出ています。

その内容をおさらいすることになりますけど、対象はその当時の法律にいう精神障害者でした。精神障害者とは精神病患者、精神薄弱者及び精神病質者だったんです。当然広義の神経症の患者さんは入っていません。神経症でも心因性精神病、あるいは精神病質とみなすことができるものは対象にしてよいというのはぼくが出した解釈だったと憶えています。それからそれに付随する軽微な傷病ということで、同一診療機関内で扱えるものということでした。ただし総合病院ではその一つの科だけということです。期間は6か月で更新可能。その治療機関は指定しませんが、それは当時の診療所などの現状から言えば当然でした。公費が1/2で、それでそのあとが少し複雑なんですね。社会保険被用者保険では、家族の場合、これが半分みてそれで家族は残る半額給付でしたから、両方合わせると自己負担がないわけですね。それが国民健康保険になりますと、計算の仕方が変わっていて、公費で半分をみる。残りの1/2に対して世帯主は7/10を、それから家族にあっては5/10を国民健康保険がみるということで、結局世帯主だったら15%、家族は25%という負担でした。ご存じのように地方自治体によっては自己負担分をかなり負担してくれたところもあるわけですね。

当時あった問題点は、第1は**診断書料の自己負担**です。結核予防法のほうでは最初の診断料が公費なんですね。ぼくもそれにならって診断書料を公費負担にしると主張してきています。当時の精神衛生課もそういう要求を出したと思いますけども、多分大蔵省ではねられたんでしょうね。それから当然問題になる**精神障害者の**

範囲です。これは神経症全般は法定外だったわけですが、実際の扱いは都道府県によってまちまちでして、ぼくが聞いたある県では、神経症とするとねねられるけれども、精神神経症とすれば通るということもありました。問題はその後法改正で、法律に言う精神障害者の範囲が広がっていったのに、この指針はそのままに据え置かれたわけですね。それから生活保護法はご存じのように他法優先で、この制度を使わない人には福祉事務所から圧力がかかるということがありました。

当時、現在でもそうですけれども精神衛生法はやはり**治安管理の面**を強く持っていましたし、まして況やライシャワ大使刺傷事件の後でしたから、精神衛生法が治安的に運用されるという面は今よりもずっとずっと強かったわけです。ぼくらが感じる範囲では通院医療費公費負担制度それ自体は治安管理というような狙いは持っていませんでしたけども、実際はあの当時、たとえば保健所、あるいは精神衛生センターの業務としてそういった管理的なことを第1に考える人達もかなりおりました。つまり、患者カードづくりが精神衛生だという考え方ですね。ですからどの程度、この通院医療費公費負担制度が治安管理的に運用されたかということはそのセンターなり、保健所なりの責任者によって違っていたと思います。

ご存じのように精神衛生法、保健法、保健福祉法とかわって精神障害者の定義がどんどん拡大して行って、現在ではほとんど全ての精神疾患を含むに至っているわけですが、まあこの通院医療費公費負担制度についてはほとんど手つかずのままに置かれていて、それが最近3～4年前に改められて不安状態なんかも対象に加えられたというのは、皆さんよくご存じの通りです。

もう一つの問題は精神保健福祉法と法の範囲

がどんどん広がってきて福祉的な面が広がる。皆さんもお気づきだと思いますけど、**精神障害者という言葉が二重の意味を持つようになった**わけですね。つまり疾病を持った人と、それから疾病のために障害を持った人。もちろん精神疾患の特性として両者の面が大きく重なるということは当然ですけども、この点の矛盾があまり論じられてこなかった。ともかく精神衛生法なり保健法なり保健福祉法なり、一つには強制入院、国権によって強制入院させることを取り扱っている法律であれば、**精神障害者の定義**は非常に厳密でなくてはならないわけです。ところが法律の構成が非常に多面にわたっているため、そこでの精神障害者がそれぞれの部分によって範囲が非常に違っているわけですね。今の定義に従えばたばこ依存症の人も当然精神障害者に入りますけども、まあたばこ依存症で強制入院にしようとは誰も考えない。外国ではそのために精神障害者の定義ということは非常に厳密に考えているわけです。だからやはり国権による強制という非常に重要なことを考えると、そういうふうに精神障害者という言葉が一つの法律の箇所箇所によって範囲をことにすることは非常におかしいことだと思います。

この公費負担制度を利用する人ははじめ非常に少なかったけど、その後大変増勢に転じまして、国の財政赤字の中で何とかしようという動きが盛んになり、いろいろあったということは、あまり繰り返さなくても皆さんよくご存じだと思います。

ほく個人は外来にずっとたずさわってきたわけですけども、その中で感じていたこの制度の問題点を申し上げておきますと、やはりどこまでがこの制度の対象になる精神障害者なのかということが一つですね。それからこれは良いことか悪いことか。まあ、利用者の自己負担が減って、しかも院外薬局となると、ほくは患者さ

んが本当にいくら払っているのかということに関心がなくなってしまっているんです。でもやはり高い薬の宣伝攻勢にのせられる可能性というのは十分あるわけですね。ほくはまだ新しい薬というのをうまく使いこなせなくて、あれだけ高い薬がどれだけ良いのかなときどき疑問に思っています。だから患者さんの負担が少ないことは良いことだったけども、同時にほくら医者が**医療費に少し無関心**になり過ぎたように思います。それからこれも当然皆さん議論されたことだと思いますけれど、**付随する傷病**ということについて、患者さんの負担ができるだけ少ないことは良いとは思いますが、どこかでは癌の患者さんに神経症と付けて、癌まで付随する傷病として対象にしていたというようなことも聞きます。ほく自身の経験では糖尿病とか、いろんな病気で“あなたはほくの所じゃだめだから、よく分からないからそちらは専門の先生にかかってくれ”と言うと、“向こうだと金が高いからこっちで薬を出して下さい”と言うんですね。そういう時は、ほくは頑なに断りましたけども。もちろん自信を持って内科的な疾患も診られる先生が診てくださる分には良かったと思うんですが、この点、問題があったかと思えます。

ともかく、今回の自立支援法にこれが組み込まれるということは、大変大きな問題点を持っていると思います。そして皆さんご存じのように、**対象疾患を非常に狭める**ということですね。自己負担が増えるし、それから期間が2年になっていたものが1年になるわけですね。連休の前ですがほくの外来が普段よりもちょっと多かった時の患者さんを調べてみましたら、2日で155名中66名がこの制度を利用していて、対象が狭められるとそこから外される人が28名いて、その中にはかなり重症のうつ病の人とか、あるいはうつ病兼老年精神障害の人、それから

アルコール依存兼肝脳疾患の人などかなり重大な病気の人がいました。そこに所得による制限が加わると半分以上が対象外になるんだと思います〔いままでこの制度を使っていた人がはずされるとなると、かなりの混乱がおこりますし、患者さんに不信感が生じますね〕。

この制度の本来の狙いは先ほど言いましたように適正医療の普及です。確かにこの制度の利用者が増えているわけで、適正医療の普及はある程度達成されたでしょうけれども、これによって狭められたら元に戻ってしまいますね。それから本人の収入でなくて世帯の所得によって適用するかどうか、あるいは自己負担率が決まるとすると、患者さんの自立という大事な目標が見失われる。日本での精神科医療は**家族制度**によりかかっている点が問題として指摘されてきているのに、この点がまた逆行します。

入院医療から外来中心への転換という目標は、どうか。この当時の精神科病床は多分25万床程度でした、それが現在は35万床ですか。狙いはまったく達成されていない。そしてこの制度がかわれているように狭めて適用されると、結局通院医療でなくて入院医療を補完するだけのものになってしまうとぼくは思っています。ですから是非この制度は精神保健福祉法の中に止めるように努力しなくてはならない。そうでないとちょっとおかしなことになってしまいます。

医療観察法が施行されようとしている時にこういった金減らしが出てくるということは、まさしく**医療観察法の本質**も物語っている。今まで何人にもよって強調されてきましたように、医療観察法の審議の過程では車の両輪として司法関係だけでなく一般の精神科医療の水準も向上させていくと、車の両輪だということが強調され法律の付則にも精神科医療全般の水準の向上が謳われています。でもここにきて分かってみると、“**車の両輪見たり一輪車**”ということ

になるわけですね。ですからこの公費負担制度を守り抜こうとすることは医療観察法に対する反撃の一つにもなりうると思います。

実は6月12日の集いには石毛えい子さんという民主党の議員さんが来て主に自立支援法のことを話してくださったんですが、民主党としてはいろいろ修正要求を出しているけれども、入れられなければ反対をします。新聞報道では民主党はその後はっきり反対になっているわけですね。大体の予定だと7月19日にこの自立支援法は採択されるだろうということでした。ですからこういったことを見てくると自立支援法などよくも恥ずかし気もなく言えたものだと思うわけですが〔自立支援法が3障害をまとめようという立て前だけは評価できるが〕。

IV.そしてこれから

じゃあこれから精神科医療というのはどうなっていくんだろうかという最後の部分に移させていただきます。

歴史研究をすることによって予言者にはなれません、なれる人がいるかも知れないけれどもぼくは予言者にはなれません。でも**予感**することはできて未来について警告することはできていると思っています。それで少し未来予測も含めてお話しします。

この数年というのは**日本的なものがどんどん崩壊**してきたということですね。政官民のとなでもないもたれあい、そして無責任体制が暴露されてきました。大きく見ますと財政赤字がありますし、石油問題に象徴されるような原材料の不足があります。それから技術面だって日本が中国に、あるいは近くの国に追い越されていくことは確かです。少子化の問題もあります。ここまですると、なにか来ると一気にくずれる

んじゃないか。それから世界的に見ますと核寡占体制が崩壊するだろうことはほぼ明白です。また科学技術を本当に人間が、人間の理性が支配していけるのかどうか。この問題は戦後出されて一応理性が勝つだろうというふうに言われていましたけど、だんだん怪しくなってきましたね。おそらく日本の危機というのはどんどん深まっていくだろうと思います。それで今どんどん右傾化していつているけど、この動きは30年間は変わらないんじゃないでしょうかね。もっと酷くなった時に右に行くのか、左に行くのか。それはちょっと予想が付きませんが、左翼勢力が勢いを盛り返すことはやはり当分の間、ほくが生きている間にはないだろうと、それは思っています。

それからほくは今まで自分の診療を通して日本の社会がどうだとはあまり感じないできたのですけれども、この頃特にうつ病の患者さんについてすごく不安になってきています。というのは男の患者さんのうつという人は大体が職場からの帰りが終電に間に合わないことがあるということが多いんですよ。過労うつ病というべき状態です。この間も1日のうち3人の男の新患が来て、3人とも同じような患者さんだったんですね[首にならずに残っている人は、うつ病になるまで働かされる。それで残業代が出るんですかね。さらにいえば、いつまでもダラダラと仕事にもどらずにいて、受診も間延びする、無気力うつ病というべき人もすこしふえていますね]。そして女の患者さんでは、ご主人の浮気ということでうつになっている人が比較的目立つんですけども、しかも聞いてみると夫婦関係がほとんどないんですね。何か、30代の人があんなに性欲がなくなっていいのかなと思って心配でなりません。やはり何か起こっていると思います。

それで医療関係にもう一度目を転じますと、

精神科に限らず**公的な病院にどんどん穴**が空いてきているということは、とくに研修問題で大学に医者が引き上げられているということによって言われているわけですが、どうもそれだけじゃないですね。日本はご存じのように、国内総生産に対する医療費の割合が諸外国より低い。それでも国民皆保険が一応維持されて来たわけです。どうもこれもそのうち危なくなるんじゃないかなとほくは思っています。その無理がではじめている。それで赤字赤字で社会保障費もどんどん削減されなくてはならない。そういう中で**当然医療費も削減**される。一体どうなるんでしょうかね。ちょっと予想がつかないんですけども少なくともそのうちに、医療心理師が資格として公認されるわけですね。最初はおそらく医者の指示でやるということで、あまり医療費上の問題は出てこないでしょうけれども、もう一方で臨床心理士が公認されて、医療機関で働かない臨床心理士の仕事に対して医療費として支払うのか支払わないのか。それからその医療心理師にしても初めは医者の指示の下ということでおさまっているんでしょうが。ここでもおそらくパイの取り合いということが出てくるんだと思います。ですから現在診療所は、ほくもそこで食わせてもらっているわけですが、比較的安定した経営でやっていけるわけですが、いずれはまず**精神療法**の点数が削られるのが当然だと思いますし、そういった時にどうすればいいか、それは皆さんもう十分お考えなんでしょうと思います。

精神神経学会の委員会のことをちょっと言いましたけれども、**基本的な概念**というのは随分おざなりにされているように思います。先ほど言いましたように、**精神障害**という言葉が病気と、それから身体障害などに並ぶような障害の面と両方の意味を持っている。それから前から指摘していることですが、どこかでも**障害**の害

をカタカナで書くとかですね、とにかく障害という言葉自体が大変傷つける言葉ですよ。それから精神病院を今度の法改正で精神科病院とすることが、議員提案で入るように予定されているんですかね。精神病院という言葉は良くないとして、多分、30年ぐらい前から精神科病院とばかりは一般的には使ってきました。その後、齋藤茂太さんが協会長の時に日精協で精神科病院と呼ぶようになって、今度それが取り上げられるようになったわけです。その点は良いことだと思います。

そうすると**精神医療**という言葉はどうなるのかということになります。ぼく自身も自分たちが作った言葉で精神医療という言葉を使っていたんですけども、でもこれは特殊な言葉で、やはり精神科医療のほうが良いと思って、その後は精神科医療としています。だからぼくらの研究会も『精神衛生法をめぐる諸問題』を出したときは、精神医療史研究会としましたけど、その後は精神科医療史研究会としています。

それから**精神病**という言葉が精神疾患全般の呼び方でないという点は大体決着したとは思いますが、学会の委員会ではその問題はおおざなりにして精神分裂病の改称だけに終わってしまったわけですね。またぼくは精神神経学会の百年史にはかなり詳しく**精神科**と神経科との関係を書いたんですけども、やはり皆さん自信を持って、**神経科は返上**して精神科と名乗るべきだと思います。ところで精神神経学会が専門医をやる。それで精神神経学会の基本理念には“精神医学と神経学の研究”と堂々と掲げていますけれども、実際には神経疾患はほとんどやっていないわけですね。それが精神科だけの専門医をやるというのはどういうことか、あれも看板に偽りありだと思っています。本当を言いますとやはり**精神**という言葉は重いのは重いですね。歴史はもう返らないけど、心療内科という

のできる時にあれを抑えてこっちが**心療科**という言葉をお願いしておけばよかったんじゃないかと思っていますけども。今はともかく、こうなった以上はやはり精神科を堂々と標榜すべきだと思いますが、ただこの点は皆様頭を痛めていらっしゃるのだと思います。

ハンセン病問題の報告書にも書いたんですけども、仕事が無理でうつになっている、出版社のかなり上の方ががいて“あなたは仕事がきついから、ちゃんと上の人に‘うつで医者にちょっと無理だと言われている’といいなさいよ”と言ったら“そんなこと言えませんよ”と言うんですね。“うつは心の風邪だと言われているでしょう”と言っても“そんなのは通用しません”と。そのことはハンセン病の報告書にも、精神科の診療所に堂々と通える時代にはまだなっていないと書かれています。

それからこの頃不思議なのは、これは4月18日の読売新聞に載っていたんですが、自閉症協会が自閉症についての意識調査をして、自閉症が心の病であるとした人が23%いてこれは間違いだというんですね。脳の病ならいいんだそうです。何かこれもおかしなこと。まあ分裂病でも認知障害が強調されているのだから、心の病でなくて脳の病だとすればいいのかも知れませんが、そうすると心の病はなくなってしまいます。基本的には心は脳の働きですからね。

最大問題は**この1960年体制をどういうふうに切り崩していくのか**ということになります。精神科病院協会をぼくも批判していますし、批判される方が多いと思います。今まで法律も変わったいろいろな社会復帰施設もできた、しかし本質は変わっていない。そこをどう切り崩していったらいいのか。資本主義体制の中で企業体が何とか生き残ろうといろいろ画策することは当然だと思います。私立の精神科の病院では大分儲けたところもありますけども、大きくみる

と結局国が精神科医療にろくに金を出さないと
ころを肩代わりしてやってきたわけですね。で
すから昔、紡績業が衰えだした時に国は機械を
廃止するのに1台いくらという補助金を出した
ことがあります。それから炭鉱が廃山になるに
ついて補助金が出ていますね。それにならっ
て精神科病院協会は病床廃止の補助金を要求す
ればいいと思っています。ただそれは、今の財
政事情だったらとんでもないということになる
んでしょうね。

こういう1960年体制を切り崩せるものは何か。
結局は何か外からの大きな力が働かないと駄目
だと思っています。それは**違憲訴訟**しかないだ
ろうと思います。というのは大谷さんの話を聞
くと、かれは精神障害者のために良かれと思っ
ていろいろやってきた。それが宇都宮病院事件
に続く国際的批判の中では人権侵害として厳し
く外国から批判された。そこに至ってやはり人
権というのが重大だということを思い知って、
ハンセン病について自分の立場をはっきり表明
するに至った。らい予防法廃止についても大谷
さんの力が非常に大きかったということは皆さん
ご存じだろうし、それからそのあとの熊本で
の国家賠償請求についてもかれの証言は患者さ
んの側に立つものとなったわけですね。それで
大谷さんの論理をもう一遍元に戻すと、やはり
精神障害者がおかれている今の状態というのは
違憲だと言っていいだろうとぼくは考えている。
とくに**従業員についての特例**ですね、医者が1/3
でいいなんていうのは法のもとの平等の原則に
あきらかに反します。それでハンセン病につい
ての報告書には精神障害者もハンセン病患者と
同じように差別されてきたと、はっきり言って
います。この原文はぼくが書いたんですけども、
この意見は検証会議自体の意見として出されて
るんです、つまり公的に認められた意見で
す。違憲訴訟について弁護士さんとちょっと話

ただけですけども、理論的な基盤はできてい
ると思っています。

この1960年体制をどうすればいいかというこ
とについては、**診療所協会としても責任がある**
と思います。精神科医の指向は病院よりは診療
所に向かってきているわけです。こういう事態
にあつてこの1960年体制をどう切り崩すかとい
うことは、単に皆さんの利益のためだけでなく
て、患者さんのための、日本の精神科医療を向
上させていくために重大な責任があると思う次
第です。¹⁾

ところでその違憲訴訟ということになると
当然当事者である患者さんに提起していただ
かなくてはならないわけですけども、それで
家族会というのは当然第一当事者ではないわ
けですね。それに厚生労働省と癒着しすぎて
いる。ただ現在運動している当事者というの
は非常に少数派でありますし、またその中
には党派的対立もかなり大きくあります。一つ
は昔の新左翼運動での活動家だった方が病気
になられて、その人が中核になった運動とい
う部分がありますし、もう一つは全国精神障
害者団体連合会（全精連）ですか、これはま
あ厚生労働省よりの組織ですけど、それに対
してどういう態度をとるかということでもた、
当事者運動の中に分裂があります。

それから**精神科医の問題**があります。本当を
言うと精神科のお医者さんというのはぼくに
とって怖い信用できない存在です。というのは
ぼくの経験を通して言うと、大変格好いいこと
は言われるけど、ちゃんとやらない。横溝正史の
小説の『犬神家の一族』にならって言いますと、
精神科医を象徴するのは“手斧”、“お琴”、それ
から“結んだ紐”、つまり“良きこと言う”、と
いうことになるわけです。つまり華々しいこと
で言って大変他罰的であるけれども、同じ基準
を持って自分を律することはない。そういった

点でそういうことを感じていますので、僕はあまり精神科医を、自分もそうですけれども好みません。ただ一概に精神科医と言ってしまっているのかということも思いますし、精神科医と他の人達の比較もするだけの人生経験を持っていませんが、でも刑法改悪阻止保安処分粉碎全都労働者実行委員会というような人達は、直接には自分たちには関係ないこの保安処分の問題に30年近く、ある時期は細々ながらもずっとやってきたんですよ。やはりそういう人達がいるわけです。

一方で精神科の頭のいい先生たちを見ると、ぼくはこの頃本を読むと大体自分の知っていることを再確認するだけで新しいところは読み切れなくて飛ばしてしまっているんですけども、何だかあの人たちは大変頭が良くて見事な理論を練り上げているのだけれども、常識に欠けているのではないかと、ぼくは思っています。

ぼく自身の考えていることは、自分としては常識的なことだと思って来ているわけですね。**体感と常識とで自分なりに考えてきた、**といえればいいでしょうか。そして自分の道理と思うことを追求してきた人間で豹変できずにきたのだから君子ではない、また組織者ではなくて、こ

とばで人を傷つけることはあってもせいぜいひっかき傷の、一匹猫でしょうか。それで佐藤壹三さんはぼくをピュアリスト、純粹すぎる人間だと言いましたし、亡くなった湯浅修一さんが、ぼくより1年上で東大教授だった原田憲一さんとぼくを呼んで院内の講演会で紹介した時、原田さんは良識派で岡田は良心派だと言ったんですね。これは誉めて下さったのかどうか、ひっくり返すと岡田は良識に欠けると言っているようでもありますし。だから自分では常識があるとは思っているけれども、やはり今までのことを考えると、人から見ると随分偏った人間だなどは思っています。

今まで申し上げてきたことはこういう偏った人間の、あるいはむしろ狂気の意見だと言えるのかも知れません。それにこういった話は皆さんの儲けにはつながりません。そういうかなり偏った自分勝手なお話をご静聴下さったことにお礼を申し上げます。一応これで終わらせていただきます。

司会：岡田先生、長時間講演をどうもありがとうございました。

司会：色々な意見のある先生方もあると思いますし、また障害者自立支援法に対してもいろいろな考え方、それからこの半世紀の精神科医療についていろいろ岡田先生に対してお聞きされたい先生方も多いと思いますので、どうぞ宜しくお願い致します。僕は専らマイクを持って走り回るだけにしますので、ご協力お願いします。

岡田：その前に、ちょっと追加いいですか。これは皆さんに申し訳ないけど、精神科病院協会にしても診療所協会にしても、**自立支援法に対する批判**がちょっと甘すぎるように思いますね、もう少しやってくれないと。というのは、法律で結局分断されるわけですよね。外来医療は自立支援法のほうに行くし、精神保健福祉法のほうは入院中心になるのでしょうか。さらに、独自の施設の新設が難航している医療観察法は限りなく精神保健福祉法にいきこんでくるでしょう。とっておかしな状態がだんだん強まってくるだろうと心配しています。それからもう一つ、これは、医療観察法について将来の問題として起こりうることは、あの法律は厚生労働省と、それから法務省と、最高裁判所とが関与しているわけですね。この3者の連携がうまくいくのかどうか、日本の官僚のあり方を考えるとそれは到底うまくいかないだろうと思います。というのは歴史的に皆さんご存じのように戦前には、精神病患者監護法と、精神病院法とがあった。それで県によっては両方の受け持ちの係りが違っていただけそうです。だから私立の代用病院ですと精神病院法を適用されるし、それからもう一方では精神病患者監護法がある。そうすると一つの病院に両方の係りから別々の指導がされるということがあったのだそうです。その点、本当は具体的にどういうことがあったか調べたいのですが、それを伝える人はいなくて、ただその両方が食い違って大変困ったことがあるということです。そう言ったことからすると、恐らくこの医療観察法も将来はこの三つ、厚生労働省と法務省と最高裁判所とがちゃんと協力してやれないという事態が発生するだろうということは十分見られることです。一応先ほどの足りなかったと思うこと追加させていただきます。

司会：質問はマイクでお願いしたいのですが。

田野島：札幌でクリニックをやっている田野島と申します。どうもありがとうございました。主に60年代の歴史を述べられたわけですが、これは私自身の精神科医としての歴史でもあって、ちょうどこの頃医者になって病院に勤めて、私事で言えば結婚して子供を育てたという時期だったのですが、その頃から地域精神医療というのが叫ばれてきて、患者さんをなるべく病院から地域へ返そうということが言われてきました。にもかかわらず日本のベッドはその後、私が医者になった頃からどんどん、どんどん増えていって、37万までいきましたよね、最高、今ちょっとまあ、先生のおっしゃった丘からこう、プラトーみたいな感じになっているのですが。その分ちょうどアメリカでもケネディが減らすと言って、State Hospitalほんほん減らしていった。それからイギリス

でも減らしているし、イタリアでもトリエステで模範的なやり方でベッドを減らしていて、日本はそれにもかかわらず、どんどん増えていったと。どうしてなのでしょう、僕、いつも考えるのですが、よくわからないのです、このところは。先生は精神医療の歴史家として、このへんはどのようにお考えでしょうか。ちょっと、そのへん教えていただけませんか。

岡田：具体的にどういった要因が1番大きかったかということ进行分析するのは実は多面的な研究が必要だと思いますけれども、一つはやはり資本の論理ですよ。大きくなったものはさらに大きくなろうとする。精神科特例がそれをやりやすくした。それに対してどうして歯止めがきかなかったのか。いろいろぼくらが議論した頃も人口万対25床でしたか、25でいいとかね、そのへん大体言われていたのですが、本当に思い返すとそれを強力に推し進めようとするものがなかった。一つは精神神経学会がああいうふうに揉めたことが結局外部に対しての力を失ったということもあると思います。それから厚生省の精神衛生課の人たちは、大谷さんの頃には割合われわれのような公立病院の医者を相談相手にしたけど、だんだん私立病院、精神病院協会と癒着を強めていったということがあると思います。それからもう一つは、これは大谷さんも反省していることですが、ともかく金を取って、それから措置入院を拡大することが患者さんのためになると思っていた。大蔵省にしても、社会防衛的な理由を付ければ金をどんどん出してくれたわけですね。それから先ほど言いましたように、日本の精神科医あるいは、と言うよりは、精神衛生官僚ですか、それが外国の批判に耳を傾けなかった。あとは先ほど言った薬も大変安易に、収容促進的に利用された。まあそれは薬屋さんの宣伝に乗せられたという面も多分にあると思います。どれが1番大きかったか、一応列挙してみましたけど、ぼくには「これだ」って、はっきり言い切ることは、今できません。ただ、外国の批判を軽視するというのはハンセン病の場合も同じなのですね。日本で戦後、らい予防法が出来て隔離政策が進められているとき外国では、ハンセン病の患者さんに対して特別な立法は必要でないということが強く言われました。それを日本の学者は無視したわけですね。最近のことを考えても皆さん、宇都宮病院事件に続いて、外国から批判がかなり出ましたね。任意入院制度も設けられたけども、その運用実態はどうだったか。精神保健法になるときに病院協会の人たちは“とんでもないことになる”と強く言っていたけど、結局大して問題は起きなくて、つまり任意入院でも閉鎖病棟でいいということですとずっとやってきた。ですから、一つには日本人の体質というものがあると思います。つまり“**厳しい規定の柔らかい運用**”ということですよ。²⁾ それについて、ぼく前から言っていますのは、措置鑑定の2名以上の指定医による診察です。あれは本来独立して行われるべきものだと、ぼくは言ってきましたし、大谷さんもそういうふうに解説していますが、現在の公的な解説は対診でいいということですね。つまり談合でいいということです。だから増床を放置してきたものの中には、日本人の曖昧な体質もあるし、やはり複合的な要因だというふうに言うしかない。³⁾ 十分なお答えになっていないかも知れませんが、今のところはそう思っています。田野島先生ご自身はどういうふうにお考えですか。

田野島：私はですね、やっぱり精神科医というのは努力、地域医療であるとか、そういう努力が足りなかったのではなかったのかなと思うのですよね。言わんとすればやっぱり地域医療を進めてい

くのでしょうけれども、私個人を見てみるとちょうど人生の一番、その華やかでなければならないときに、ちょうど公立病院に勤めていまして、のんびりと医者をやっていた。今この歳になってみるとそういうところがあるので、私個人から言うと、精神科医の努力が足りないし、そのベッドを減らしていくというのかな、なるべく地域へ、地域へということは精神科の病床を減らしていくということと同じだとすれば、それに対する努力がわれわれには足りなかったし、それを進める政策誘導というのも少なかったのではないかなというふうに思っています。

一つ言わせてもらいますと、最近札幌市で救急医療システムを整備しようということで、休日・夜間のオンコール・システムを立ち上げようとしたのですが、私責任者になってやったのですが、診療所の先生に手伝って貰おうと思って皆集めてやると、10人のうちの6人は反対なのですよね、このシステムに対しては。俺は知らんというふうに、夜間のことは知らんと、公的なところでやれと。この体質は公と全く同じですよ。全くどの母集団を採ってもこういう体質は変わらないのではないかなと思って愕然としたのですけれども。そういうふうに、こう何でしょうか、先生のおっしゃる体質というか、でもこれは別に日本人のあやまちに対してではなくて、おそらく他の人の話なのですけども、どこの国の人もそうではないのか。アメリカだろうが、イギリスだろうがイタリアだろうが。だから逆にその政策を作る人というのは非常に大事だなと思うのですよね。

だから今オンコールシステムを実は立ち上げたのですけども、ボトムアップではなくてトップダウンにして、上からやったんですよ。もう手伝ってくれる人だけ手伝ってくれて言ったら、最初は少なかったんですけど、今は30数名いまして上手くいっておりますけどね。その時つくづく思ったことは、民間人も、民間人は官の悪口を言いますけれども、やっぱり同じではないかと、そういう体質。だから、話、戻りますけれども、私がベッド増えていったのは、自分で思うと地域医療、地域医療と言いながら、そういう本当にやっていかなかったという、まあ自己批判にも陥るのですけれども、これからは少しそういうところをやっつけようかなと思っていますけれども。答えになっていないでしょうか、すみません。

岡田：ありがとうございます。

司会：どなたか、大久保先生。

大久保：大久保クリニックの大久保でございます。今日は先生がちょうど先生が松沢に変わられた1958年に私生まれていますから、非常に何と言うのか、実際に知る事のなかったところがようやく少しおぼろげに見えてきて“なるほど、こういうことか”というふうに思えて、非常にありがたいと思っているのですが、せっかく先生に来ていただいたので、医療観察法のことについてちょっと教えていただきたいのです。医療観察法の問題、いくつもの問題があって、一つは対象者と言われる人たちに対して何が行われるかという問題があると思います。それから、僕自身は医療観察法というのは、実は予防拘禁法というのを精神障害というパイパスを通して成立させた法律ではないかという側面を持っていると思っております。

本来、今、定義されている対象者でない、カッコ付人格障害と言われている人たちがどのように

扱われていくかという問題があると思うのですね。それと同時に先生が指摘されておられる、地域精神医療の変質につながるのではないかなという側面がありますが、その地域精神医療の変質につながるということについて、もう少し具体的に教えていただきたいということが1点と、それから私が考えているのでは例えば、今日もご指摘にありました予算面でこれができたことによって地域に振り分けられる予算が少なくなっていると。それは自立支援法でもそうなのだというお話がありました。その面。それからこの医療観察法自体が地域精神医療のモデルになるというようなことを書いているわけですから、そういう意味で地域精神医療というのが変質するということは、ある種おぼろげながら理解できるのですが、もう少し具体的にそれではわれわれとしてどうして動いていったらいいのかとか、どのような形でこの医療観察法との係わりを、もう7月15日に施行ですからもっていったらいいのかということについて、ちょっとヒントを与えていただければと思います。

岡田：ちゃんとお答えできるかどうか。一つはね、この医療観察法をモデルにするっていうんだらば、同じように精神科のあらゆるところに、資金と人員とを割り当てて下さいと。それが1番良いモデルだと思うのです。それで向こうは、そういう地域監視体制を模範にしてと、言っているけど、結局今の保護観察所とかの体制なんか考えると、十分なこと出来っこない、それはわかっていますよね。あんな一人の精神保健福祉士で、何が出来るのか。そうすると非常に形骸化されたものになるだろうし、そうすると実質を伴わない余計に監視的な面の強いものになるだろうということは明らかだと思います。ただ具体的にどういうふうになるか。個人情報保護が非常に厳しく言われている中で、地域の協力を得るためには、その個人の情報も協議会とか何かで地域にも知らせなくちゃならないとか言っているわけですね。

この医療観察法というのは、至るところ穴だらけなわけですけども、それを強行してどういうふうになっていくのか。ご質問とは外れるけど入院施設にしたって今のままなら必要を満たすだけに作れるはずはないですよ。国立病院に建設の予定を大分追加したようですけど。公立病院に至っては、一つは医者の給料にしても国の算定と県段階の基準とがかなり違って持ち出しになるとか、あるいは他県の患者さんを引き受けることになる問題とかいろいろあって、公立病院の引き受けが、今はっきりしているのは岡山病院と、松沢病院が数年先に改築が完成する、その時には病棟が出来るというぐらいですね。今まで比較的熱心にこういった問題に取り組んできたところの院長さんたちも、今の案ではやっていけないとおっしゃっているわけだし。ともかく具体的にどういう形を取るかわかりませんが、厚生労働省は従来の措置病床を転用するようなことをほのめかしているんですね。それで、今の地方分権が強調されているときに国が指定したからと言って、そういうふうにはパット転換できるものかどうか、その点大変疑問なわけです。それでもやろうとしていく先にどういう無茶をするのか。ほく、本当言うとこの点大変興味がある、おもしろくてしようがないと言うと大変いけないんですけど、打つ手はないとほくは思っているわけですね。それをああいうふうには施行強行するというので、どういう手を打つのか、何か、手品でも使ってみせてくれるのではないかと、その手品がどんなものということがおもしろくてしようがないといっちは本当に申し訳ないのですけども、ほくには想像つかなくて。

それから、**対象者の問題**ですよ。ともかく、前の保安処分の際の議論を振り返ってみますと、

精神病質は当然保安処分の対象ではないということにされていたわけですが、あの当時刑法学者の何人もが保安処分体制ができればいずれは判例が変わって、精神病質者が心神耗弱にされ、あるいはごく一部分であっても心神喪失者になる例がだんだん出てくるだろうと言っていたわけです。このことは、この法律においても考えられることですし、それから皆さんご存じのように、松下さんがこの問題の主任研究者でいろんな報告書を出しているけど、あの中で、かなりの多くの研究班員の意見は精神病質者こそ、**人格障害者**こそ対象にするべきだという意見でした。判例は変わりうる、心神喪失者とか耗弱者という基準は変わりうるわけです。そういった時にどうなるかということは当然予想できることだと思います。ご質問全部お答えしたかどうか、ちょっと怪しいですけど。

大久保：ありがとうございます。人格障害の話は非常に重要だと僕自身は思っておりまして、1番重要な問題の一つではないかなと思っておりますが、先生がおっしゃったように精神神経学会が精神病質の概念を葬り去ったにもかかわらず、DSMを介して人格障害という概念で復活させて、それだけではなくて、この医療観察法においてはサイコパスとかサイコパシーというような考え方を平気で導入してきて、そのチェックリストまで出してくるというようなことに、もう既になっていますから、恐らくはそのサイコパスと呼ばれている人たちが、一体どういうふうに使われていくのかというような問題はちょっと注目していかないと危険なのかなというふうに思っています。ありがとうございました。

司会：質問がないと司会が困るんですけど。1つの論点としては、対象者の定義の問題ということで、定義の曖昧さというのは、精神障害者の定義自身が非常に曖昧だけでも、医療観察法では対象者という定義はもっと曖昧になるのではないかと。さっき先生自身、最高裁と法務省と厚生労働省とで、絶対意見対立が存在するとおっしゃいましたけれども、例えば鑑定入院医療機関における鑑定医の対象者の判断と、合議体、裁判所における対象者の判断と、それから指定入院医療機関における対象者の判断と、それから指定通院医療機関、地域処遇における対象者の判断と。それぞれの範囲自身がどんなふうに変ってくるのか、そういうことについて予測が可能なかどうか、意見を聞かせていただけたらと思いますけども。

岡田：この法律が実際に施行されたとき、そのへんがどうなるか、ほくにはちょっと予測できません。でも、先ほどご指摘があったように、あの時は一般には精神神経学会が決議で、精神病質概念を否定したといわれているけど、本当は、シンポジウムで否定的な発言が圧倒的に強かった。あの時は精神病質の研究者だった武村信義さん自身が精神病質概念はあやまりだと言ったのです。武村さんは当時、脳研究所の助教授で精神病質をずっと研究してきた。そのかたにたいして、なぜ誤りとおもうのかを追及しなくて、武村さんが否定したということで、何か鬼の首を取ったみたいにあの時の討論は“勝った、勝った”というみたいなので終わっています。その後ずっと見ていると、病院の統計とか学会誌に載っている統計なんか見ましても、精神病質が、ずっと載っていたわけですね。だからあの討論が実際には全然活かされなかった。そのうちに、先ほども指摘されたようにいつの間にか人格障害が取って代わって、それで数年前に人格障害のシンポジウムが行なわれて、

あの時は当事者の人たちが乗り込んで、あのシンポジウムつぶれちゃったんですよね。でも実はあのシンポジウムというのは、ほくが学会の記念誌編集委員会で“否定しておいてあれは、どうなったんだ”といったところから生まれたわけで、ほくは先ほどから言っているように精神神経学会には参加していないので、だれかが当然その”精神病質概念を否定した人がどういう立場で人格障害を肯定できるのか”ということを当然追及してくれるものと思ったのですが、結局シンポジウム自体は行なわれず、発表予定原稿が学会誌へのっただけで、おわりましたね。ですから日本の精神科医は結局皆現状肯定で、あまり突き詰めて考えないという体質が、あの問題にも出ているように思います。森口さんの質問と大分違った方向になってしまいましたけど、申し訳ない。対象者についての判断は、時流にながされていくんでしょうね。

司会：どうもありがとうございました。あと、それと先生、もうちょっと1960年体制について、もう少し詳しく話していただいたほうが、どうでしょうか、もういいですか。

岡田：今日は、もうくたびれちゃって、あんまりちゃんと話せる余裕はないのですが〔1960年体制については、ほくの『日本精神科医療史』および「戦後の精神科医療の動向—海図下描きの試み」、『精神医療』第32号、2003年、をよんでいただきたい〕。

全然別のことだけど、ほく、大分精神科医の悪口を言いました。実はほく、精神科医に対する批判というのは今日初めて言ったのではないのです。随分前から口にしてしまして「精神衛生法」という中山書店で出た『現代精神医学大系』、今出ている講座より2代前のものですから、1977年のものにかいています。先ほど言いましたように、ほく、精神衛生法改悪反対、それから全面改正促進の事務局をうけもち、それから加藤伸勝さんと一緒に、その頃、精神衛生審議会は公開ではなかったですけど、学会の委員ということでずっと傍聴してきたのですね。そういう中での議論も聞いてきて、やっぱり精神科医というのは理論的ではないと思いました。あの時1番大きな問題だったのは、精神障害者を診察した医者 of 通報を認めるかどうかということです。ご存じのようにあの時は国家公安委員長がライシャワ事件の責任をとって辞職させられたわけですね。警察側は通報制を是非とも実現させたかった。精神科医はもちろん反対で反対運動が起きたわけですけども、実際あの時の精神衛生審議会なり学会の委員会などでは、精神科医というのはだんだんにかなり妥協的になって、あれを受け入れる寸前だったのです。その時にあれを阻止したのは日本医師会の阿部良男さんという副会長でした。それまでの議論を聞いていると、ほくは阿部さんという人は“随分、ほけているな”と思って、“こういう人が代表で出ているようでは、日本医師会はおしまいだな”と思っていたところ、阿部さんがあの問題については非常に強硬に“これは医師の守秘義務に反する”ということで反対された。結局阿部さんのその態度によって通報は通らなかったのです。やっぱり精神科医というのは随分良いことも言うけれども、いざという時になるとすごく弱腰であって、徹底しない。

あの時はかなり多くの精神科医が熱心に取り組んだわけですけども、まあ名前は出してもいいでしょうね。慶応の三浦岱榮教授、かれも審議会の委員だったのですが、ほくは女房が慶応の医局にいまして三浦さんと面識がありました。帰りがけにエレベーターの前で“もうこんなばかばかしい

会議に出て来ないよ”とか言って、エレベーターに乗ったんですね。それから秋元波留夫さん、かれはあの時精神神経学会の理事長で大変元気よく反対されたんですけど、精神衛生審議会第1部会の部会長をされていた。ところがそのうちに審議がちょうど山場にかかった時に、かれはオーストラリア・ニュージーランド精神医学会に招かれているからでかけると言って、皆“先生、こっちのほうが大事でしょう”と言って大分止めたのです。というのも秋元さん、そのまえ、ライシャワ事件があったあとの5月にアメリカ精神医学会でロサンゼルスに行っていたわけですね。あの時アメリカの精神科医は秋元さんと当時の松沢の院長だった江副さんに対して“あなたたちは俺たちとの付き合いよりは国のほうが大事でしょう、早く帰りなさい”とってくれたのだそうです。そのことを秋元さんは大変感激をもってほくらに伝えたのですが、その秋元さんが途中になって招かれているからとでかけて、そのために1か月ぐらい審議の山場が延びてしまったのですね。そんなことがあって、この「精神衛生法」に、あの時の経験を通して、精神科医に対して批判的な意見をかなり書いています。それから、ほくの『歴史からみた日本の精神科医療の問題点』（八戸ノ里クリニック、2000年）をお読み下さった方あるかも知れませんが、ここにもかなり書いていますし、最近では『精神医療』の32号に「戦後の精神科医療の動向」という題で書いた中にも精神科医批判を述べています。ですから今日初めて言ったのではなくて、できればぜひこういったものもお読み下さって、ほくの態度をお汲み取りいただければと思います。たださっきも言いましたように、ほくは自分が絶対に正しいとは思っていない。人に純粹過ぎるとか言われるが本当はそんなに純粹ではないですけども、まあかなり偏った人間の言い分ですね。でもやはり半世紀生きて経験してきた人間の言葉として、何か汲み取っていただければと思います〔ここで言いたいのは、えらい先輩や同輩をそしめることではなくて、精神科医は志をつよく持つべきではないか、つよい志を持ちつづけるべきではないか、ということ、また、言ったことはやるべきだ、ということです〕。

司会：では、他にどなたかこの点だけは岡田先生に聞いておきたいという方は、すみません、所属とお名前のほうをお願いします。

小川：神戸のおがわ診療所の小川と言いますが、医療法特例というのは諸外国にもあるのでしょうか、あのような、けったいなものが。

岡田：その点は、ほくは外国の事はほとんど知らないのです。外国というのは、ほくはロシア語をやっていたものですから、ロシアのことだけは少し詳しいけれど、すみません、あるかどうか存じません。ただ、あんなにひどいものはないのではないのかな〔すくなくとも、諸先生の精神科病院訪問記によれば、医者、看護者は充実している〕。

司会：ありがとうございます。では、他になければ今日は、本当に岡田先生、長時間講演と、質疑といってもほとんど一方的にしゃべっていただいて、司会を助けていただいて本当にありがとうございました。大きな拍手を岡田先生をお願いします。それからあと、渡辺先生から何か一言ということですので。

渡辺：渡辺です、大阪の精神科診療所協会の会長をしております。本日は遠方からも先生方たくさんおいでいただきましてありがとうございました。岡田先生には本当に貴重な話をありがとうございました。今日聞いておりました、非常にこちらの情緒を揺さぶられながら聞いたという講演は、本当に初めてのことでありました。やはり先生が単なる医療史と言うのではなくて、関与しながらの観察の医療史ということで、本当にそれがわれわれの心に響いたのだらうと思います。特に先生がおっしゃいました精神科医は、他罰的ではあるけれど、同じ基準を持って自分を律しているかどうかというのは非常に心が痛くて、明日からもう少し先生のおっしゃったことを心にとめて診療していきたいというふうに思った次第であります。いずれにしろ、皆多分色んなことを非常に感じて下さった講演会だったらうと思います。本当にありがとうございました。またよろしくご指導お願いいたします。

司会：これを持ちまして本日の全てのプログラムを終了いたしました。本日はご参加いただき誠にありがとうございました。

1) 今後の方向として目ざすべきものの項目をあげておきます。

- ①精神疾患と精神障害との理念的区別をはっきりさせていき、前者は精神保健法で、後者は自立支援法のような福祉関係立法であつかうように、法体系の枠組みをかえていく。
- ②日本精神神経学会と協力して『精神科医療白書』をつくりあげる。『精神科医療白書』のことは、精神神経学会の100年記念誌の座談会などでいっているが、考慮されていない。
- ③診療所、病院を包括する、サービス中心のゆるやかな受け持ち地域制（登録だけを目ざすようなものになってはならない）。
- ④精神科病床の大幅な削減、精神科病院におくべき従業員の定数は一般科なみとする、精神科入院料をおおきくひきあげる。病床削減は単科病院で行ない、一般病院（総合病院）における病床を大幅にふやす。
- ⑤精神科に関する福祉的施設は、精神科病院から独立したものとす。
- ⑥精神科診療料を新設し、精神療法料として請求できるのは、一定以上の基準に合致する本格的なものに限定することにする。
- ⑦精神科診療所協会は、十分な基準をみだす診療所ではなくては加入させぬこととする。
- ⑧協会は当事者組織への援助、それとの連携に力をいれていく。

2) 現在の国会にだされている精神保健福祉法改正案では、医療保護入院のさいの指定医による診察が12時間後でもよい、としていますね。これは、“きびしい規定のやわらかい運用”の現実を、“やわらかい規定”に、つまり、法律の条文そのものもやわらかく改悪してしまうものです。この改悪は入院奨励という方向性をもって、自立支援法案における通院抑制という方向性とあわせると、現在やられようとしていることが、どんなに問題か、よくわかります。

3) 増床をゆるしてきた要因の一つに、分裂病観がありました。入局してすぐのぼくがうけもった患者さんがクロルプロマジンでみちがえるように回復したことに、内村さんは“岡田君、分裂病ってなおるものなのかね”と目をみはられました。内村さんにとって分裂病のProzessとは、絶対になおらぬものでした。そこで、schizophrenopolisとか精神病院パラダイスが真剣に論じられていました。大部分の分裂病の患者さんは外来でやっていけると、ぼくが自分の体験からいえるようになったのは1975年ごろからです。ぼくと同世代のまじめな精神科医のなかには、“そうはいっても、分裂病は1回は入院させないとだめだよ”と、かたく信じている人がいます。こういった分裂病観と表裏一体に、漫然と患者さんを入院させておくのが悪であるという人権感覚が精神科医にかけていたことも、指摘されなくてはなりません。

入院中心から病院外医療（および福祉）中心への転換となりえたかもしれないのは、措置入院費減少分の使い方です。1970年末には76,532名に達した措置入院患者数は、その後どんどん減少しました。この減少分を5年ごとの階段状減少として計算すると、2000年までに1,491,720人年となります。入院費1日1万円としても、これは5兆円をこします。措置予算減少分をより地域に向けようとの声は、ほとんどあがりませんでした。この減少分が有効につかわれていれば、日本の精神科医療はかなり違ったものになっていたでしょう。

大きくみれば、精神科病床急増は、高度経済成長にともなう棄民増加の一環でした。精神科病床増加については、急増という第1段階と、高原状態維持という第2段階とにわけて、検討していかなくてはならないでしょう。ぼくの頭は、この2段階にわけて検討するところまでにはいたっていません。

あ と が き

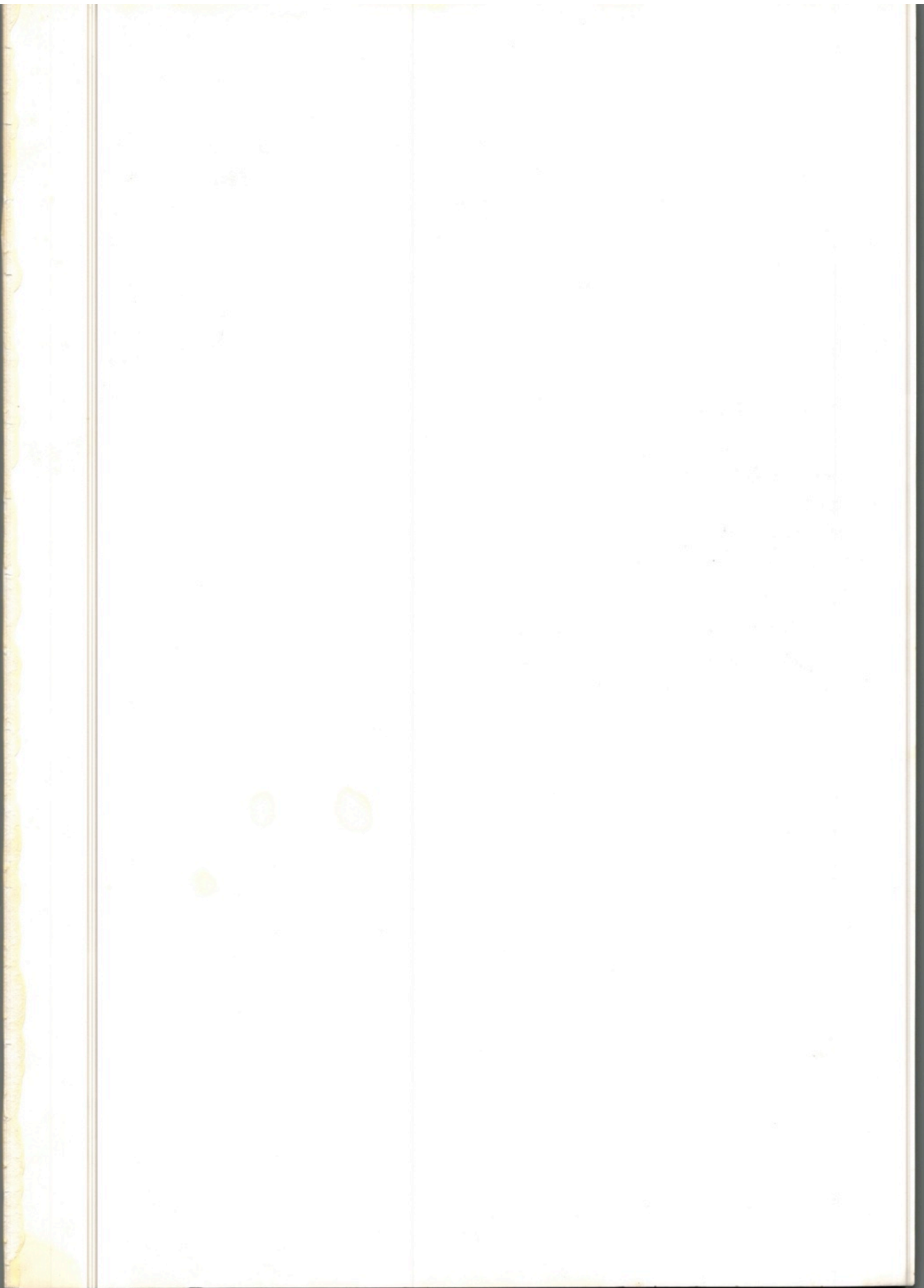
最後に、今回、心神喪失者等医療観察法が施行寸前で、障害者自立支援法案が審議の最中という時点でのぼくの考えをまとめる機会をあたえてくださった渡辺洋一郎会長および大阪精神科診療所協会の皆様にあつくお礼申し上げます。とくに、日本の精神科医療は大転換期にあるだけに、今の考えをまとめることの意義は大きくあります。なお、この報告はぼくにとって『青人冗言』シリーズの4にあたることになります。

岡田 靖雄

2005年活動詠抄

九人の手黙黙とニュースをる 北風すさぶ一月の作業
商品化心におよぶ時代なり 苦しみ悩みも専門化されて
自立せぬ人きりすてらるる時きたり此ノ邦ノ不幸さらにかさなる
会場に怒りの声みちて悪法の施行停止の決意みなぎる
石毛さん赤堀さんにはげまされ都議選挙の応援にいく
大野さん赤堀さんが参加され集会とみに活気づきたり
こき霧のせまりくるなかすすむべき道さだめんと地形をはかる
糾弾の声たかまりぬ 一五人釜ヶ崎よりかけつけたれば

青 人





大阪精神科診療所協会 学術講演会記録

「日本精神科医療の半世紀

—どこへいくのか、そしていまなにをなすべきか—」

2005年10月31日発行

発行人 渡辺 洋一郎

発行所 (社)大阪精神科診療所協会

〒555-0022 大阪市西淀川区柏里2丁目1番8号 アストロノーパビル4F