

ネットワーク・ニュース NO.1

2004年2月15日発行

発行 心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな!ネットワーク

連絡先 〒204-8799 清瀬郵便局局留

e-mail : kyodou-owner@egroups.co.jp 090-8432-1091

郵便振替口座 00120-6-561043 加入者名 予防拘禁法を廃案へ!

私たちは多くの仲間の皆さんの

「ネットワーク」への参加を呼びかけます

予防拘禁法「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(案)」が昨年7月10日衆議院で強行採決され、可決・成立させられました。まずはこの成立を怒りをもって糾弾したいと思います。私たちは 希代の悪法を許し、法案を廃案にする闘いには敗北しました。しかし、約2年間にわたる立法阻止の闘いは、その闘いを闘った精神障害者、医療従事者、労働者、市民、弁護士、学者などさまざまな領域を超えた仲間が、以降も精神障害者差別を許さず共に生き共に闘っていただけることを確信することができた闘いでもありました。このように確信できたことは闘いのなかで獲得したかけがえのない成果でした。この成果を更に発展させ、保安処分体制の構築・法の発動を許さない闘いへどう踏み出していくのか、立法化阻止闘争後に求められたのはそのことでした。私たちにとって、その回答のひとつが緩やかな交流・連帯・共闘を目指すネットワークの結成でした。

「心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな!ネットワーク」結成へ

私たちは昨年11月3日「心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな!ネットワーク」(「ネットワーク」と略称)結成集会を開催しました。これはまた「予防拘禁法を廃案へ!共同行動」の解散集会ともなりました。この「共同行動」の端緒になったのは、予防拘禁法案が154通常国会に上程された2002年3月18日に先立つ2月末、一人の精神障害者の呼びかけで集まった精神障害者、精神医療従事者や労働者によって「廃案へ!」の一点で準備された「予防拘禁・不定期拘禁法を廃案へ!5/6集会実行委員会」でした。その後も一日共闘としての6/23集会実行委員会による集会・デモを取り組んできましたが、全国の多くの仲間たちによる闘いは154通常国会での成立を断念させる状況を創り出しました。秋には臨時国会を闘う「予防拘禁法を廃案へ!秋

期共同行動」が結成され、この「秋期共同行動」を03年に入り改称したのが「共同行動」です。「5/6集会実行委員会」を一つの出発点として、以降「廃案へ！」の一点で多くの仲間たちと共に共同闘争として闘い抜いた立場から、約2年間にわたる法案阻止争を総括(11/3発行パンフ「閉じこめないで！もうこれ以上」に掲載)し、新たな闘いである法の発動を許さない闘いを作り出す一歩としての集会でした。

集会は1時30分から文京区民センターで開催。「共同行動」からの経過報告、ハンセン国賠訴訟をハンセン病者と共に闘ってこられた八尋光秀弁護士からの「隔離から見てくるもの」と題する記念講演と質疑応答、特別報告として龍眼さんから「アメリカ保安処分経験」という全く許し難いかつ貴重な体験報告、カンパ要請、そして北海道・滋賀・京都・福岡から駆けつけてくれた当事者をはじめとする、精神科医、医療従事者、障害者団体、労働組合の仲間からのアピールを受け、最後にシュプレヒコールで終了。記念講演の中で八尋さんは隔離政策について以下の国賠判決を引用。患者の隔離は「たとえ数年であっても当該患者の人生に決定的に重大な影響を与える」「その影響の現れ方は様々であるが、人として当然もっているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれるのであり、その人権の制限は人としての社会生活全般にわたるもの」であると同時に、「他に比類のないような極めて重大な自由の制限を課する」ものである。また日本の精神医療・福祉を「『精神障害者が地域社会に脅威をもたらす危険な存在であり、ことごとく隔離しなければならない』という誤った偏見・差別を昨出・助長・維持させてきた」と批判。「40年の遅れと怠慢のうえに、もうこれ以上、患者隔

離を続けてはいけない」と結びました。集会終了後4時30分からは場所を近くのシビックセンターに移して「ネットワーク」の第1回会議をもちました。集会には111名の仲間が参加。第1回会議は全国の仲間を含む39名の参加で開催されました。共同行動からは、共同行動提起の「ネットワーク」の闘いの方向性はあくまでも一提起であり、今後もたれる第1回の総会までに議論しながらその骨格を定めていったらどうか、との提起がなされました。会議では取り組み課題、全国の仲間との結びつきのあり方、「ネットワーク」の名称、運営などについての活発な意見が交わされました。

ネットワークの当面の方向性

この「ネットワーク」は約1年をかけて全国の仲間との共同論議・共同闘争を経てその方向性を確定していくとの考え方で現在その活動を進めているところです。11/3第1回会議での論議をうけ、これまでの11/13暫定拡大事務局会議、12/21第2回会議(例会)、1/12暫定拡大事務局会議を通して話されている現時点での方向性は以下の通りです。

名称:「心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな!ネットワーク(仮称)。
目的:法の発動を許さず廃止を目指しつつ、保安処分を許さないさまざまな闘いを闘う幅広い、緩やかな交流・連帯・共同をめざす。

取り組み内容は、当面は 保安処分体制構築と法の発動を許さない活動、情報の交換・共有化(通信の発行を含め)、学習・討論会活動。

運営ですが、1年に1度の総会をもつ、組織決定などは例会での決定を基本とし、当面は2か月に一度のペースで、

偶数月、第2土曜日午後2時～4時とする（2/14、4/10、6/12）

第1回総会までは、全体に開かれた暫定拡大事務局会議を設定し、例会に向けた準備も含め、その暫定拡大事務局会議を中心に運営を行っていく、としました。財政については、団体一口1000円以上、個人500円以上の年会費で運営していくことにしました。

具体的な緊急取り組み課題としては、法の発動を許さない闘いとして、法務・厚生労働省との交渉を通して法の成立を糾弾すると同時に法の廃止を求めること、国立武蔵病院・国立肥前療養所での予防拘禁施設の新設を阻止することの2点です。情報の交換・共有化にむけた取り組みとしては、まずは通信を早急に発行することにしましたが、このように遅れてしまっています。学習・討論会活動については、連続学習・討論会活動や例会での議論を通して具体的な取り組み課題を整理・確定・内容の深化を図っていくこととし、まずは以下のテーマで3回の学習会を持ち、その総括の上で以降のテーマを設定していくことにしました。

第1回「精神科医療の今—歴史的視点からの洗い直し」講師：岡田靖雄さん（精神科医）第2回「心神喪失者等医療観察法の問題点—刑務所医療の問題性も含めて」講師：中島直さん（精神科医）第3回「精神保健福祉法の運用実態」講師：生島直人さん（多摩あおば病院 PSW）

当面は2か月に一度のペースで開催できればいいと考えています。

既に法務・厚生労働省交渉は「ネットワーク 結成前の昨年10/15第1回、結成後12/9第2回がもたれました。しかし不当にも法務省は「物事が決まる前に団体と会うことはしていない。前例がない」などと拒否し続けています。厚

生労働省も交渉には出てくるものの、最高裁・法務省・厚生労働省それぞれが関係分野に関するガイドラインを作成中、精神保健参与員（精神保健福祉士）や精神保健審判員（精神科医）の候補者の具体的基準を作成中などというのみで、肝心の具体的な内容については明らかにしようとはしていません。このような法務・厚生労働省の不当な姿勢を糾弾しつつ、法の発動阻止に向けた闘いの一つとして今後とも更に追及していきたいと考えています。次回第3回目は2月27日（金）に予定されています。

「ネットワーク」の会員になってください！！

「ネットワーク」は誰にでも開かれた組織です。この闘いに賛同される方の一人でも多くの皆さんの会員への参加、例会や学習会、集会などさまざまな取り組みへの参加を心から要請したいと思います。本来ならばこの通信はもっと早く発行されなければならないところですが、おくれてしまいましたことをお詫びいたします。

国立武蔵病院・国立肥前療養所での予防拘禁施設を許すな！

国は来年7月の発動に向けてその体制作りを進めています。さる1月20日厚生労働省は、予防拘禁施設24カ所、通院施設200～300カ所を予定し、「都道府県などの部局長を集めた会議で協力を求めた」指定入院機関は全国を6ブロックに分け、人口500万人に1カ所（30床程度）を目安、「国立精神・神経センター武蔵病院と国立肥前療養所のほか、

都道府県立病院からも候補を選ぶ（朝日新聞）と発表しました。国は既に設置を予定している国立精神・神経センター武蔵病院（国立武蔵病院）のある小平市議会には説明を行っており、「6月の説明を最後」に、国立武蔵病院敷地内に予防拘禁施設の建設を強行しようとしています。

今年に入り、私たちの考えに共感を持つ小平市在住の有志のみなさんの集まりによる相談会がもたれました。小平市に住む人びとには国立武蔵病院があることもあり、精神障害者に対する差別・偏見はあまりないとのこと。また小平市を中心とした地域での精神障害者の就労支援の運動は歴史的にも古いとのことでした。しかし「心神喪失者等医療観察法」はまだあまり知られていないとのこと。このような現状を踏まえ、まずは小平市やその周辺地域に住む一人でも多くの人びとにこの法の問題性を知ってもらおう、知ってもらうことから国立武蔵病院での予防拘禁施設の建設を許さない取り組みを開始していこう、ということになりました。その取り組みの一步として「3/13心神喪失者等医療観察法と地域精神医療を考える集い」が設定されました。いま呼びかけ人・賛同人になってくれる仲間を募りながら、その成功にむけた取り組み進められているところです。

国立武蔵病院は厚生労働省によれば「厚生労働省の機関だから、厚生労働省と一体」(04/1/21「処遇困難者専門病棟 新設阻止共闘会議との交渉にて」とのこと。国はこの国立武蔵病院を、「心神喪失者等医療観察法」の発動、それに伴う予防拘禁施設の主導的病院と位置づけ、これを突破口に全国化を狙っているといっているのではないのでしょうか。この国立武蔵病院に予防拘禁施設の設置を許すのか否か。私たちは、この国立武蔵病院に予防拘禁施設を許さない闘いが今

後の発動阻止の闘いにとって大きな意味を持ってくるであろうと考えています。九州における国立肥前療養所に設置を許さない闘いとともに、精神障害者差別を許さず、心神喪失者等医療観察法の発動を許さない闘いを多くの仲間の皆さんと一緒に闘っていければと考えています。

小平市やその周辺に住む多くの方が、この「3/13心神喪失者等医療観察法と地域精神医療を考える集い」の呼びかけ人・賛同人になってくださること、また地域を超えて多くの皆さんが集会に参加してくださることを訴えます。

各地からの「心神喪失者医療観察法」反対の声

(以下の文章は、「精神病」者集団に寄せられたお手紙よりの転載です。紙面の都合で、一部割愛させていただきます。ご了承下さい。)

“心神喪失者医療観察法案”の怖い所

福岡 出塩康代

7月10日。”再犯のおそれ”があるかもしれないという理由だけで、精神障害者を半永久的に拘禁できるという法案が国会で可決されました。いったい誰が将来”再犯のおそれ”があると予測できるのでしょうか。法案では裁判官1人と精神科医1人で判断が下されますが、これでは常に精神病患者が医療機関に観察されるため、もはや気軽に病状や悩みなどを訴える事が出来なくなります。しかも運用しだいでは誰でも精神障害者であれば強制入院させる事ができるおそれのある法案になっています。

似たような法案ができたイギリスでは

過去10年間“再犯の恐れ”を判断しなければいけないという「リスクへの恐怖」ゆえに1.5倍にも強制入院が増えていると言う事です。1人の再犯予防の為に3~5人拘禁しなければならないそうです。あれだけ発展したイギリスですえそんなのですから、世界一入院患者が多い日本ではさらに入院患者が増える事が予測されます。

地域に根ざした今の精神医療の流れに逆行するどころか、精神障害者は危険だから閉じ込めておけという風潮を助長し作出します。障害者も人権があり人間であるという根本的な認識をいつまでも忘れてはいけないと思います。

.....

鳥取の病者より

.....

私を暗澹たる思いにするのは、もう一つ。

触法精神障害者医療観察法について、多くの一般の人々、フツの市民、町で暮らしているおじさんおばさん、サラリーマンや主婦、学生やフリーター、あらゆる人々を思い浮かべたとき、その人たちに対して、この法律が何ら合理性のないものであり必要もないばかりでなく精神病者を明らかに差別するものである、ということ、伝える力を私が持っていないということです。

かくいう私も、長野さんと出会うまで、全国「精神病」者集団を知りませんでしたし、この法律も、内容に興味を持って見たのは、あまりに急な成立に驚いてからでした。

それでも情報を効率よく取り出すのは至難の業で、とりあえずはインターネットで情報を集めようとしたのですが、煩雑で錯綜していて、かえって理解しづらく、やっと、問題の核心が見えたのは、長野

さんの持ってきて頂いた資料に全部目を通してからでした。

遅きに失したという感じですが、長野さんと出会えなかったら、今もよく分からないままで、気になりながらも、自分の立場をどこにおいてよいのか迷っていたでしょう。遅かったけれど、まだ間に合うかも、と、かろうじて自分を慰めています。

実は、今日も、ごく親しい人と会っている時にこの法律のコトを話題にしたのですが、残念ながら共感を得ることはできませんでした。その人が言うのは、「病のために法を犯した精神障害者が病ゆえに刑罰を受けることがないなら（責任能力がないなら）しかるべきところで治療を受け、やがて回復し社会復帰することで、刑罰も受けず、治療もなされず野放しになっているより、むしろいい法律ではないか」ということです。法律のうたい文句と政府の言い分を額面どおりに受け取るならまさにこの人の意見はもっともだということになるのですが、現在のあまりに貧しい精神医療と皆無に等しい地域支援システムを知っている者から見れば、百歩譲っても、うたい文句はまやかして、そのとおりににはならないと理解できるはずだと思うのですが、精神医療や地域支援の実態を少々説明したところで、病気の当事者でないこの人は、リアルな実感を以て受け止めてくれることはありませんでした。

「それは法の運用面での問題点であって、良心的に正しく運用されるように監視していけばいいのだ」とも。これももっともらしいのですが、外部の監視の目や当事者の自由を大きく制限することを容認する制度のもとで運用される法なのだから、もともと無理があり、再び犯罪を犯す可能性を強制的な医療と管理の根拠とするのだから、どう運用しようと、そこ

には正しさ、正義は存在し得ないし、そもそも、再び犯罪を犯す可能性を精神障害者のみに限定して法を制定することそのものが、基本的人権の侵害である、というところまで伝えることができませんでした。

私に、説得するだけの力がないということが、悲しかったし、これ以上この話題を続けると、愛すべき友人と大げんかをしてしまいそうだったので、途中で話題を変えざるを得なかったのですが、苦い思いが後に残りました。

この人だって、良識ある善良なる市民です。私と親交を持っているくらいだから、取り立てて精神障害者に対する差別意識を持っている訳でもないでしょう。しかし、この法律の背筋が凍るような恐ろしさを実感する感覚を持ち得ないのです。

らい予防法廃止後、私はある人との出会いを通してはじめてらいの人々がどのような状況に置かれていたのかを知りました。愕然としました。状況を知って愕然としたというよりも、らい予防法などというとんでもない法律が存在し続けていたこと、それを全く知らずに安穏と私たちが生活していたこと、それに愕然としたのです。

私が多少なりともハンセン氏病について、また我が国の対応について知り得たのは、ひとりの友人との出会いがきっかけであり、それは奇跡的とも言える偶然だったように思います。それほどに「知ること」はそれまでの私にとってチャンスのなかったことでした。それでも、私は『私も彼らをひどい目に遭わせた加害者だ。』という意識を消せません。知らなかったということはそのだけで罪だと思っています。

長島愛生園で会ったおじいさんおばあさんたちは、ただ行きずりの外来者であ

る私を、よく来たね、と、暖かく歓迎してくれました。瀬戸内の海はどこまでも静かに凧いでいて、島を渡る風は穏やかで、明るい光が辺りの小さな島々と海面をキラキラと照らしていました。かつてこの島で行われた残虐な行為の全てを、時間の流れが音もなく降り積もる雪のように覆い隠してしまったかのようでした。島で暮らす人々は、まるで何事もなかったかのように優しく穏やかで、そして暖かでした。誰からも顧みられず、虐げられ、嵐のような殺戮行為の中を生き延びてきた人たちなのに！今でも時々思います。彼らのこう縮した指の手を取って、「あなたは私の身代わりになってくれたのですね。」と、泣き伏したい。

長々と書きましたが、このようなことを向き合って話し合える人が私の身近にはありません。共感してくれる人を、未だ見つけられていません。ひとりで物思いに沈んでいるとなんだかしんどくて、誰かに話したくなって、メールさせてもらいました。すみません。

「精神病」者集団の闘争に、私もなにかの形で参加したいです。しかし、ごく親しい友人すら説得できない私に、一体何ができるのでしょうか。それと気づかず無関心という罪を犯してしまう善意の一般市民を巻き込んでいくことなしに、本当に私たち精神障害者の解放はあり得るのでしょうか？

厚生労働省「全国厚生労働関係部
局長会議（厚生分科会）資料」
（社会・援護局障害保健福祉部）

心神喪失者等医療観察法の今後の施行準備について

・・・

本法律の施行は、一部の事項を除き、公布日（平成15年7月16日）から2

年を超えない範囲で政令で定める日とされており、今後、制度の円滑な施行に向けて、都道府県等の御協力を得ながら準備を進めていく必要がある。

1 入院処遇（指定入院医療機関）関係

（1）指定入院医療機関の概要

指定入院医療機関は、本法律に基づく入院決定を受けた対象者について、厚生労働大臣の委任を受けて入院による医療を提供するものであり、その特徴・役割は以下のとおりである。

- ・ 対象者の早期の社会復帰を目指し、小規模の病棟（30床程度）において、それぞれの対象者の症状の段階に応じて人的・物的資源を集中的に投入し、手厚い専門的な医療を提供する。
- ・ 退院に向けた準備段階等においては、一定の条件の下での外出・外泊を含め、円滑な社会復帰のための取組を進める。
- ・ 退院後における対象者の地元等での円滑な処遇に向けて、適切な処遇の実施計画づくりに保護観察所に協力する。さらに、本法律に基づく医療の実施によつて得られる知見を一般精神医療に生かし、地域の医療水準の向上に資することも期待される。

指定入院医療機関における医療については、対象者の社会復帰の促進を図るという観点から、その症状の段階に応じ、医療プログラムに沿って実施される。その詳細については、現在研究班において検討が進められているところであるが、入院期間を概ね急性期、回復期、社会復帰期に大別し、それぞれの時期に対応した人員配置や提供される医療の内容等を設定していく予定である。

プログラムに沿った医療の実施により、対象者の病状にもよるが、概ね18か月程度で退院することが可能となることを目指している。

（参考）医療プログラムの概要（別紙2）

（2）指定入院医療機関の整備目標について

指定入院医療機関は、国・都道府県（特定独立行政法人を含む。以下同じ。）が開設する病院のうち、施設基準や人員配置基準に適合するものの全部又は一部について、開設者の同意を得て、厚生労働大臣が指定することとされている。

指定入院医療機関については、新規入院者の見込み等に基づき概ね50万人に1か所の病棟を整備するとともに（一病棟30床程度）対象者の居住地等に近接した地域での入院を可能とするため（注）全国の地域バランスに配慮しつつ、対象者の段階的な増加に応じて、当面全国24か所程度を目標に段階的に整備することとしている。

（注）本制度の対象者については、退院後、元の居住地等に戻ることを前提に個別の処遇実施計画を策定することとしている。

[地域ブロックごとの整備数]

北海道・東北 3カ所
関東甲信越 8～9カ所
東海・北陸 2～3カ所
近畿 4～5カ所
中国・四国 3カ所
九州 3カ所

このうち、国においては、精神医療を専門に行う病院の中から、敷地の規模、既存の病床数等のほか地域的なバランスを勘案しつつ、対象となる医療機関を選定することとしており、先般、最初の2か所として、本制度の実施に当たり指導的な役割が期待される国立精神・神経センター武蔵病院（東京都小平市）及び国

立肥前療養所（佐賀県東脊振村）において病棟設計に着手することとしたところである。

他方、指定入院医療機関の整備の対象候補となる都道府県立病院については、

- ・各都道府県における新規対象者数の見込み（概ね人口比例）
- ・ブロック内における地域的バランス
- ・各都道府県立病院における物理的状況及び医療実績等を基に検討を進めることを予定している。

今後、都道府県における指定入院医療機関の整備の検討に資するため、2月上旬にも、都道府県立病院に関する実態調査を依頼する予定であるので、よろしく御了知願いたい。なお、3月上旬に開催予定の全国精神保健福祉主管課長会議（以下「課長会議」という。）においては、医療プログラムの内容等を記載した入院医療ガイドラインの内容等についてお示しすることを考えている。

2 通院処遇（指定通院医療機関）関係

（1）指定通院医療機関の概要

指定通院医療機関は、本法律に基づく通院決定を受けた対象者について、厚生労働大臣の委任を受けて入院によらない医療を提供するものであり、その特徴・役割は以下のとおりである。

- ・対象者ごとに策定される処遇の実施計画に基づいて、当該対象者が社会復帰を図るために必要となる専門的な医療の提供や訪問看護・訪問指導の実施等を行う。

- ・保護観察所を中心に構成されるケア会議において、対象者の今後の処遇方針等について検討する。さらに、指定入院医療機関と同様、本法律に基づく医療の実施によって得られる知見を一般精神医療に生かし、地域の医療水準の向上に資することも期待される。

（2）指定通院医療機関の確保目標

指定通院医療機関においては、通院医療を受ける対象者が全国で1000～2000人程度と想定されることから、地域バランスを考慮し、各都道府県に最低2か所、かつ人口100万人あたり2～3か所を指定する必要があると考えている（注）。

（注）各通院医療機関が担当する対象者数については、平均して5～10名程度になると想定している。

このうち、精神医療を専門に行う都道府県の病院は基本的に全て指定通院医療機関の候補としていく方針であり、目標確保数からの不足分については、各都道府県の意見等を踏まえつつ、一定の水準の医療が提供できる民間医療機関の中から指定することを予定している。このため、今後、各都道府県に対して、候補対象となる一定の水準の医療を提供できる民間医療機関を個別にお示しして、協議を始めることとしたいので、よろしく御了知願いたい。

なお、3月上旬の課長会議においては、通院医療ガイドラインの内容を含む指定通院医療機関のより詳しい概要を御提示する予定である。

3 地域処遇（各種社会資源等）関係

略

4 審判等に係る手続関係

略

5 精神保健審判員・参与員の確保関係

昨年末に、精神保健審判員及び精神保健参与員の確保に際して参考とするために、「心神喪失者等医療観察法の施行に伴う調査の実施について」（平成15年12月24日障精発第1224001号）により、精神保健指定医による診察実績調査及び精神保健福祉士の就労状況に関する調査

をお願いしたところであるが、本調査への協力について引き続き特段の御配慮をお願いしたい。

別紙 2

医療プログラムの概要

[プログラムの目的]

- ・他害行為の問題を認識し自ら防止できる力を高める。
- ・様々な問題を前向きに解決する意欲や、社会で安定して生活する力を高める。
- ・被害者に対する共感性を養う。

[対象者の病状に応じた治療プログラム]

入院 急性期 回復期 社会復帰 退院
概ね 18 月を想定（症状の軽い場合は早期退院）

（現在想定しているもの）

急性期ユニット（全体の 2 割程度）

目的：急性期の幻覚・妄想や興奮に対して人的なサービスで適切に対処。

医師：個別のプログラムを作成し、精神面での評価等を継続して実施。

専門職：臨床心理技術者による心理教育的な介入や、PSW による生活環境等の調査を実施。

夜勤体制：突発的な事態が生じた際に人手による最低限の拘束により対応するため、夜勤帯でも最低 3 名の看護職員を配置。

回復期ユニット（全体の 5 割程度）

目的：急性期症状の再燃に適切に対応しつつ、社会復帰に向けた基礎的な支援を実施。

医師：個別のプログラムの進行等について適切に管理。

専門職：臨床心理技術者が問題行動に関するテーマ別の心理療法プログラムを実施。

作業療法士による社会復帰訓練等の導入、PSW による社会復帰に向けたプログラ

ム策定の開始。

夜勤体制：両ユニットで夜勤帯で 2～3 名の看護職員を配置。

社会復帰ユニット（全体の 3 割程度）

目的：社会復帰に向けた医学面、社会面双方におけるリハビリテーションを実施。

医師：個別のプログラムの進行等について適切に管理。

専門職：PSW 等が社会復帰調整官と連絡を取りつつ実践的な社会復帰プログラムを策定。作業療法士が生活訓練、作業訓練等を行い、社会復帰訓練の一環として患者の外出・外泊を実施。

夜勤体制：両ユニットで夜勤帯で 2～3 名の看護職員を配置。

連続学習討論会

第 1 回 2003・11・28

精神科医療の今

- 歴史的視点からの洗い直し

岡田靖雄（精神科医）

歴史とは、戦前世代にとっては歴代の天皇の名をまず暗記するものであり、また年号を暗記するものであった。一般的に言うと、歴史は読むものであるが、ぼくらは今回の運動を通じて歴史をつくってきたし、また運動のパンフレットをつくることによって、歴史を書いても来た。運動する者にとっての歴史は受動的なものではなく、主動的なものとなる。

ことに、精神科医療にとって歴史とは、単なる過去の記録ではなくて、精神科医療の現在の構造を立体的にたらしだす光である。精神科医療にかかわる運動は、歴史的認識にたつものでなくてはならず、そうでなければ上滑りのものになってしまう。

1872 年(明治 5 年)の東京番人[警官]制度は、第 27 条“放し牛馬”、第 28 条“

路上酒二酔ヒ失心スル者“、第 29 条”路上狂てん人“、第 30 条”狂犬“とならんでいる。この並べ方は当時の狂てん人への見方をよくしめしている。1874 年の警視庁布達規第 172 号は、家族に狂病者監護義務をおわせていた。

公立ではじめてのてん狂院は 1875 年(明治 8 年)京都に設立されたが、7 年後に収支あいつぐなわずと廃院になった。以来日本で精神科医療はもっぱら民間にゆだねられてきた。精神科病床は 1900 年(明治 33 年に、人口万対 0.37, うち 3 府に 94.8%(東京府に 61.2%)、公的病床 33.7%、1935 年(昭和 10 年)にそれぞれ 2.9 床、51.1%(27.3%)、18.8%であった。つまり、病床数は先進国の 10 分の 1 で、大都市に偏在し、ほとんどが私的病床。

1893 年(明治 26 年)に、旧相馬藩主が精神病のため監禁され、入院させられ、死亡したことが、病氣デッチ上げ、毒殺だとして大騒ぎとなり、これが海外にも、日本では精神病者がかってに監禁されると報じられた。このことが、条約改正を急いでいた日本政府に精神病者監護法制定を急がせる一つのきっかけとなった(占領下での精神衛生法制定、ライシャウ事件後の精神衛生法改正、宇都宮病院事件後の精神保健法と、日本の精神衛生立法は病者のためというよりは、外国への顧慮によっておこなわれることがおおい)。

1900 年(明治 33 年)の精神病者監護法は、患者を私宅に監置しあるいは病院に入院させる手続きをさだめた。戦前の衛生行政は警察の手にゆだねられていて(厚生省設立は 1938 年)、直接監督にあたるのは警察官。入院の目的も監置で、治療は従とされた。病床の少ない時代にあっては、私宅監置が病者処遇の中心であった。入院患者数が私宅監置を上まわるのは 1929 年(昭和 4 年)である。東京帝国大学教授呉秀三は門下に各地の私宅監置を調査させた結果をまとめた論文で、私

宅監置には監禁あって治療なし、日本の精神病者は病気の不幸のほか日本に生まれた不幸をかさねている、と断じた。呉の運動もあって 1919 年(大正 8 年)に成立した精神病院法は、道府県立精神病院設置を規定した。しかし、軍事化を急ぐ日本では精神病事業に予算は向けられず、1945 年までに設置された本法にもとづく精神病院は、既存のものも含めて 8 院だけ。

戦争中の精神病院では栄養失調死があいついだ。1945 年(昭和 20 年)に東京都立松沢病院で 40.9%、愛知県立精神病院で 62.3%などの死亡率。

1950 年(昭和 25 年)に精神衛生法ができて旧 2 法は廃止された(私宅監置制度も 1951 年をもって廃止となった)。新しい法律は道府県立精神病院設置を義務化した。未設置県がなお 4 県ある。精神衛生法の中軸は、精神障害のために自傷または他害の恐れある者を知事命令で入院させる措置入院制度にあった。はじめ私宅監置患者の救済に向けられたこの制度は、ついで健康保険制度のととのっていない時期には医療保障的に運用された。自傷他害といえど予算がつき、1970 年(昭和 45 年)末の措置入院患者は 76,532 名で、在院患者数のほぼ 3 分の 1。厚生省精神衛生課の予算のほぼ 95%が、その補助金。(当時に比して措置患者数が減った累計を、今の医療費に換算すると 6 兆円ほどになるが、この減少分を院外医療に積極的に転用しようとの動きはほとんどなかった)。

1954 年(昭和 29 年)から薬物療法が登場し、電気けいれん療法にとってかわった。薬物療法は強圧的ではないが、技術的に安易であった。過量にのませれば患者は鎮静しすぎて、要求もへってあつかいやすい。一方、精神病院では、医師、看護者は一般よりずっとすくなくてよいとされ、このことが薬物療法の安易さあいまって精神病床を激増させた。医

者も半分は非常勤のところ、150%ぐ
らいの超過収容もまれでなかった。

1964年(昭和39年)のライシャワ事件
につづく翌年の精神衛生法改正で、外来
医療促進がはかられ、つづく法改正でさ
まざまな入院外医療や福祉の策が講じら
れた。先進国では薬物療法の導入ととも
に精神病床はへらされ、入院外医療が中
心となった。日本では、人口万対28・
1床という、世界に冠たる精神病床が維
持され、入院中心主義はかわらない。全
病床中公的病床は30.2%だが、精神科の
公的病床は10.9%。入院患者の22.5%が
精神疾患によるが、国民総医療費中 精
神科医療費は5.5%。精神病院にあるの
はいまでも、医療よりは収容である。こ
ういうなかに、2003年に心神喪失者等
医療観察法がつけられた。

当日の参加者は27名。電気療法、精
神科医の姿勢などに質問・意見があつま
った。このとき準備がわるくてお見せで
きなかつた私宅監置などのスライドは、
第2回の際に上映。

連続学習討論会

第2回 2004年1月18日

心神喪失者医療観察法の問題点
(刑務所医療の問題性も含めて)

中島 直

(多摩あおば病院、精神科医)

心神喪失者医療観察法の問題点(参
考資料:法と精神医療第18号(印刷中))

第一に、特別な制度を必要とする明確
な理由はない。

第二に、無期限にもなる不利益処分を
科すことを可能にする再犯予測表は存在
しない。非常に多くのfalse positive、す
なわち実は解放しても危険ではないにも
かかわらず誤って危険と予測されて拘禁
される人を生み出す。再犯予測研究は、

詳細にみると、到底「予測・予防できる」
ことを示していない。「予測できるかでき
ないか」の問題を先送りし、「どう予測す
るか」を検討しているものに過ぎないの
である。

第三に、迅速かつ継続的な医療が現在
以上に困難となる。本法案における治療
は、2~3ヶ月の鑑定入院により開始が遅
れ、その後指定入院医療機関への入院、
指定通院医療機関への通院と寸断される。
自宅近くの医療機関での医療は、症状の
苦しみは薄められ、再発予防への意欲も
弱まった状態で、過去を知らない医師に
よって行われる。そもそも自宅から遠い
指定入院医療機関からの退院は困難であ
る。

第四に、本人や弁護士の決定手続にお
ける権利が著しく制限されている。これ
までも精神障害者を対象としたえん罪は
数々指摘されているが、それがさらに増
加することが予想される。

第五に、刑事司法と精神科医療の関連
する領域につき、矯正施設内の医療など、
改善が急務である多数の事項について、
本法案は一切手を付けていない。

第六に、対象者や具体的な治療内容が
明らかでない。

医療は迅速さ、司法手続きは慎重さが
保障されるべきであるが、本法はその両
者に逆行し、現状をさらに悪化させるだ
けである。

刑務所医療の実際と問題点(参考資
料:精神医療第26号)

矯正施設の中の医療は、治療方法のバ
リエティが限られていること、医療職員
の不足、依存症に対する教育の不十分さ、
本人への情報開示の不十分さ、外部病院
受診や執行停止への関係者の無理解、職
員の精神症状への無知、刑務所医師への
精神鑑定閲覧の不許可に代表される不合

理な閉鎖性、医療刑務所への移送の困難性、出所時の情報提供やつなぎの薬の処方制限およびアフターケアの貧困、問題が明らかにされない秘密主義、意識ある職員がいてもなかなかそれが改善に結び付かない強力な上下関係と官僚制などの問題を有し、これらに対応によって比較的容易に改善可能な問題である。

医者が刑事施設運営の管理的な側面を担うことについては国際的な批判があるが、反則への対処など、本邦の矯正施設の医者はまさにその運営の一部を担わされている。また、懲役囚は懲役労働を行うことが義務とされるが、医師から病気と認定され休養を命じられるとそれを免除されるので、ここに詐病の動機が生じ、通常の医師 - 患者の信頼関係が成立しにくくなる。さらに、病院と異なり、拘束や隔離からの解放、単独外出許可、外泊、退院などの処遇を医者が決めることができず、行動療法的観点を入れての治療を要する人々にこれが使えないから、治療者としては無力感を覚える。

いわゆる「触法精神障害者」問題に関連し、現実的な課題

1 精神疾患を有し、症状が悪化したときに触法行為を行う傾向が強まる人がいる。「触法精神障害者」全体に対する特別な治療法があるとは思わないが、個々に言えばその人の特徴に合わせた配慮が必要である。もちろん、だから閉じ込めておけ、というのはあまりに短絡な議論であるが。

2 狭義の精神疾患には含まれないが、精神科的対応が求められる事例がある。私自身の鑑定経験では、性犯罪（強制わいせつを繰り返した事例）と快楽殺人（金や恨みなどの動機に基づく殺人ではなく、殺人自体に目的がある殺人で、多くは性的興奮と関連があるとされている）が挙

げられる。これらの人に対し強制的な「治療」を提唱する人々があるが私はそれは精神医学の乱用であると考えている。問題はこれらの人々が治療を求めてきたときで、乱用である可能性を否定はできないが、被害者および加害者の不幸を考えれば、治療を考えるのも一つの方向であるかもしれない。とりあえずこれまでのところ治療を求められたことはなく、この問題に直面してはいないが。

紙数の都合で私の考えを十分に伝えられていないことをおそれる。また、質疑・討論にも重要な論点があったが、それについては省略せざるを得なかった。

.....

今後の予定

3月13日（土）14：00～16：00

「心神喪失者等医療観察法案と地域精神医療を考える集い」

日本キリスト教団小平学園教会

西武多摩湖線一橋学園駅下車

3月14日（日）13：00～

第3回 学習・討論会

「精神保健福祉法の運用実態」

報告 生島直人さん（PSW）

場所 シニアワーク東京

ネットワーク会議 偶数月第2土曜

以上のほか、全国各地の取り組みも予定されています。札幌（5月）、関西（8月）など。詳細はお問合せ下さい。

資料等については、ネットワークの会員の方には実費で送付サービスを行っています。お問合せください。

メーリングリストの参加も受け付けています

e-mail: k yodou-owner@egroups.co.jp