
論 説

精神外科の「実験性」は なぜ放置されてきたのか*

丸 山 雅 夫

- I はじめに
- II ロボトミーに対する行政の態度と司法の対応
 - (1) 精神科医療に関する法とその運用
 - (2) 精神科医療に関する行政の対応
 - (3) 精神外科手術をめぐる民事裁判
 - (4) ロボトミーと刑事司法
- III 学会員による「臺実験」の告発とその後
 - (1) 告発と精神医学界の状況
 - (2) 「臺実験」告発に対する学会(員)の反応
 - (3) 学会による精神外科の否定とその後の動向
- IV むすびに代えて

I はじめに

1950年代を中心とした一時期(およそ20年間ほどにわたって)、ロボトミーを中心とする精神外科手術が、わが国の精神医療現場で流行したことがある。

* 条文の引用等における法令名については、一般の例(六法全書巻末の「法令名略語」参照)に従って略記する。また、「臺弘」および「廣瀬貞雄」の苗字については、「台」「広瀬」と表記するものも多く、混在した状況が見られるが、本稿での引用に際しては原著での表記に従い、それ以外には「臺」「廣瀬」と表記する。さらに、わが国のロボトミー手術が主たる対象としてきた「精神分裂病」は、ロボトミーが臨床現場から姿を消してから久しい2005年の法改正(平成17年法律123号)によって疾患名が「統合失調症」に変わっているが(精神保健5条)、本稿では当時の表記に従っておく。

ポルトガルのエガス・モニスに始まる（1935年）精神外科手術は、翌年にはロボトミーを中心としてアメリカで実施されるようになり、1938年に、新潟医科大学（新潟大学医学部の前身）の中田瑞穂によってわが国に導入された。精神外科手術は、当初こそは精神障害者の「治療」そのもの（精神障害の消失）を直接的な目的として始められたものであったが、ほどなく、本来の治療的効果をもたらさうるものでないことが判明することになった。しかし、その一方で、精神障害患者の身体状況や行動内容の「鎮静」に役立つことが確認され、ひいては病院の秩序の維持・回復に貢献しうることが明らかになった。そうしたことから、その後の精神外科は、本来の治療目的の追求を離れて、患者の状態の鎮静化を目指す「最終手段（last resort）」として、精神医療現場に定着していくことになったのである。早い時期から直接的な治療的効果が明確に否定されていた「精神分裂病患者」に対する施術を中心として、精神外科手術が現場で定着するようになっていった所以である。その中核を担い、中心的な役割を果たしていたのが、「日本最大のロボトミスト」と呼ばれる廣瀬貞雄（都立松沢病院勤務医師を経て日本医科大学精神医学講座教授）であった。

精神医療現場に定着した精神外科手術は、本来的な治療を目的としていないこともあってか、治療を直接の目的とする身体疾患患者に対する外科的手術と比べて、きわめてルーズに実施されていた点が特徴的なものであった。何よりも、患者の状態を鎮静化するための最終手段とされたことから、その効果判定は、患者の鎮静の有無や程度といった点だけが重視され、死亡を含む後遺障害の評価はほとんど軽視されていたと言ってよい。また、後に言及する民事裁判例からも明らかかなように、対象者の同意や保護者の代諾なしに手術が行われることも稀ではなかった。さらに、相当数の症例報告においては、対象患者の病気以外の属性の詳細（性別、年齢、職業、家族構成等）が明らかにされ、患者の顔写真が公開されることも珍しくなかった。顔写真を含む病気以外の属性が症例報告において明らかにされるという事態は、精神外科手術が流行した時期においても、身体疾患患者に対する症例報告ではありえ

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

なかったことである。この点は、当時のわが国の精神医療現場において、精神障害患者の基本的な人権を無視ないしは軽視する態度があったことを如実にうかがわせるものであると言ってよい¹⁾。

以上のような問題状況が見過ごされてきたのは、どのような事情によるのであろうか。そこには、わが国の精神医療における強制入院制度とその現場をめぐる問題性とは通底するところがあったように思われる²⁾。そこで、本稿では、わが国の精神医療に対する行政の対応とロボトミーに関する裁判例を確認したうえで、精神医学の専門家集団である日本精神神経学会（以下、「学会」という）がロボトミーを中心とする精神外科に対してどのような態度を示してきたのかを明らかにする。

II ロボトミーに対する行政の態度と司法の対応

(1) 精神科医療に関する法とその運用

1 裁判例との関係で後に言及するように、ロボトミー手術においては、被術者自身ないしは代諾者の同意を得ずに実施された事例が多く見られ、なかには本人が明示的に拒否しているにもかかわらず強制的に実施された事例のあったことも指摘されている。また、同意の前提となる事前説明が十分でなかったり、説明がないままに実施された事例が多かったことも一般に指摘されている。その点で、当時すでに意識されつつあったインフォームド・コンセントに対する配慮を欠いた（無視した）事例が多く存在していたと言っ

1) 以上の詳細については、丸山雅夫「精神科医療における外科的手術：精神外科とロボトミー」社会と倫理 37号（2022年）63頁以下参照。本稿は、その続編ともいえるべき内容のものである。

2) 精神科医療における強制入院の問題性一般については、丸山雅夫「わが国の精神医療における身体拘束的医療」南山法学 44巻1号（2020年）29頁以下、同「わが国の精神医療における医療保護入院」社会と倫理 35号（2020年）153頁以下、同「精神医療における強制入院の正当化根拠と若干の立法論」南山法学 45巻1号（2021年）57頁以下、参照。

てよい。また、すでに指摘したように、症例報告における病状以外の患者の属性への詳細な言及が見られたり、さらには顔写真の公開など、患者の人権や尊厳に対する配慮もきわめて不十分なものであった。精神障害患者に対する人権の軽視（さらには無視）という事実は、ロボットミーの事案に限らず、広く一般的に見られたところである。その背景事情として、わが国の精神医療に対する法制度と行政の対応が大きな影響を与えていたように思われる。

2 わが国において、精神障害者は、かつての「座敷牢」や「私宅監置」に代表されるように、明治期にまで及ぶ長きにわたって、司法や行政の直接的な対象とされることがなく、社会から排除ないしは隔離されるべき存在（厄介者）として扱われてきたと言ってよい。明治期に入って、1874年の「医制」（明治7年東京・京都・大阪の3府に対する文部省達）が制定された後、1899年の「行旅病人及行旅死亡人取扱法」（明治32年法律93号）、1900年の「精神病患者監護法」（明治33年法律25号）の制定を経て、1919年の「精神病院法」（大正8年法律25号）において、遅ればせながら精神病（者）の扱いに対する公的責任の観点が明示されることになった。そして、1950年に制定された「精神衛生法」（昭和25年法律123号）によって、ようやく本格的なわが国の精神医療制度が始まることになった。精神衛生法は、精神病患者監護法と精神病院法を統廃合して、精神障害者の医療・保護と発生の予防により「国民の精神的健康の保持及び向上を図る」ことを目的とする（1条）「医療法」として制定されたものである。ただ、患者の同意を前提とする通院医療と任意入院を基本としながらも、患者の同意を全く問題としない強制入院を広く認める点に大きな特徴があった。精神衛生法は、わが国の伝統的な精神障害者対応としての「私宅監置」を正式に廃止したうえで、新たに、「措置入院」と「同意入院」という2種類の強制（非任意的）入院制度を「正式」なものとして創設したのである。精神衛生法が創設した広範にわたる強制入院制度こそは、わが国の精神医療における大きな特徴であり、現在に至るまで連綿と続いている。

3 措置入院は、「自傷他害」の虞のある場合に、本人や保護義務者の同意

の有無とは無関係に強制入院させるというものであり（精神衛生 29 条）、原則として公費負担で行われた（30 条・31 条）。また、同意入院は、本人の同意がなくても、保護義務者の同意にもとづいて、精神病院の長の判断で強制入院させるというものであった（33 条）。精神衛生法は、精神障害者の医療と保護および精神障害者の発生予防に努めることによって「国民の精神的健康の保持及び向上を図る」ことを目的として制定された（1 条参照）ものである一方、措置入院と同意入院を創設したことに端的に示されているように、保安対策法（治安立法）としての機能を強く期待されるものでもあった³⁾。精神衛生法は、精神病者監護法と精神病院法を引き継ぐものとして制定されたため、両法において顕著に見られた保安対策法としての性格は、本来的に払拭できないものであったのである⁴⁾。

措置入院は、国会での議論をはじめ、厚生省（当時）の通達や通知からも明らかなように、保安対策法としての機能に対する強い期待のもとに導入された強制入院制度であった。たとえば、昭和 25 年 5 月 19 日の「精神衛生法の施行について」（衛発第 118 号）4(1)の「知事による入院措置（措置入院）」においては、「法第 29 条の規定による入院措置は、公安上必要とする強制的な措置であるので、同条 2 項に規定する 2 人以上の鑑定医の診察の結果の一致に基づくもの」とされ、「公安上の必要性を根拠とする」ことから厳格な要件の内容が導かれていた。また、昭和 36 年 8 月 16 日の「精神障害者措置入院及び同意入院取扱要領について」（衛発第 659 号）も、措置入院をも含めて、「すべての入院の目的は適切な医療によって患者の社会生活への適応性の回復を図ることにある」とする一方で、措置入院における治安目的の存在を否定してはいなかった。さらに、それらを前提とした昭和 38 年 5 月 17 日の「精神障害者措置入院制度の強化について」（衛発第 393 号）は、「行政措置の推進方について徹底を図りたい」とするものであった（昭和 51 年 8 月 19

3) 平野龍一「精神衛生法の改正と精神障害者の人権保障」同『精神医療と法—新しい精神保健法について』（有斐閣，1988 年）52 頁以下参照。

4) 丸山・前掲注 2) 南山法学 45 巻 1 号 57 頁以下参照。

日の「精神障害者措置入院制度の適正な運用について」〔衛発第 671 号〕によって廃止)。また、このような公安上の必要性が強調された結果、患者の人権保障については、国会の場でも議論はほとんど見られることがなかった⁵⁾。

他方、同意入院は、前掲昭和 25 年通達 4(2)における「精神病院の長による入院（同意入院又は仮入院）」が、「精神病院の長は病覚なき障害者の医療保護のため、障害者本人の同意がなくても法第 33 条に規定する入院……の場合は義務者の同意を必要とし」とするように、措置入院に比べて相当に緩やかな要件のもとで認められる強制入院制度として創設されたものである。これは、精神病患者監護法の監護義務者と義務内容（1 条）を引き継いだ保護義務者（精神衛生 20 条）について、患者の利益のために行動する（はず）という保護義務者像を前提として、患者の利益のためにする強制入院として構成されたからであった。その意味で、それは保護的観点（パレンス・パトリエとしての保護原理〔バターンリズム〕）から認められる（べき）強制入院であり⁶⁾、一般に、同意入院が「保護者の代諾にもとづく任意入院」であるかのように考えられてきた所以でもあった。しかし、実際の同意入院は、患者の同意の有無が全く考慮されないことから、患者の利益よりも保護義務者の利益に資するものとして運用されてきたのである。

4 このような状況を見る限り、精神衛生法上の措置入院と同意入院は、程度の差こそあれ、また明治期までの露骨さはないにしても、精神障害者を社会的ないしは家族的に「厄介な存在」と見る風土を醸成ないしは容認・助長するものであったと言えよう。また、入院そのものが患者の同意の有無と無関係であり、暴力的入院（強制連行や睡眠薬の使用等）さえもがありえたことから、そうした強制入院の延長上にある入院後における医療的処遇の内容に

5) たとえば、第 7 回国会参議院厚生委員会（昭和 25 年 4 月 5 日）においては、人権保障に関する議論は全く見られないままに全会一致で法案が採択されている。同議事録第 25 号（<https://kokkai.ndl.go.jp/#/detail?minId=100714237X02519500405¤t=535>）参照。

6) 大谷実「精神医療法制の基本問題」大谷実/中山宏太郎編『精神医療と法』（弘文堂、1980 年）3 頁。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

ついても、患者の同意は重要（必要）でないとの対応（強制的処遇）に直結するものであったと言えよう。カルテそのものが残されていなかったり、記載内容が不備である事例さえもが存在していたことも、このような脈絡のもとで理解することができる。ロボットミ手術は、まさにこうした風土と背景のもとで広く実施されるものだったのである。

(2) 精神科医療に関する行政の対応

1 以上のような法制度(の運用)に加えて、大学および精神病院ですでに事実上行われていたロボットミを中心とする精神外科手術に「お墨付き」を与えていたのは、厚生省（当時）である。1957年に発出された「精神病の治療指針」（昭和32年3月20日保発第18号の2、厚生省保健局長・厚生省公衆衛生局長通達）は、国民皆保険体制が整備されたことを背景として、保険で認められる治療法のひとつとして精神外科をすでに明示していた。そこでは、精神科医療の特殊療法第5項で精神外科を正式に承認したうえで、その対象疾患として、精神分裂病・躁うつ病・てんかん・精神病質・精神神経症・精神薄弱・器質的脳疾患後の性格異常を明示し、術式として、前部前頭葉白質切截術（標準式・眼窩脳切截式）・眼窩経由白質切截術・前頭葉切除術が記載されていた。その一方で、精神外科手術の適応対象の範囲は相当に限定されたものにとどまっていた。その後の1961年には治療指針が改正され、1957年通達の時点では治療効果がないことを理由として手術適応対象とされていなかった「反社会的行動」が、「手術の適応」対象として新たに明示されることになった（昭和36年10月27日保発第73号「精神科の治療指針」各都道府県知事宛、厚生省保健局長通知）。

1961年通知は、精神外科療法の急速な普及にともなう濫用の危険性に言及したうえで、精神外科を、「現在の特殊療法〔電気ショック療法、インシュリンショック療法＝筆者挿入〕を十分行っても、なおかつ所期の効果を得られない場合においてのみ、最後の手段として考えられるべきもの」とした。そし

て、その対象疾患として、精神分裂病（特に非定型的分裂病で長期頑固な症状を示すもの）、躁うつ病（躁病を対象外とする一方で、社会的適応性が持続的に障害されている躁うつ病は適応対象とする）、てんかん（不機嫌、刺激的、攻撃的な性格面を改善するのに有効）、精神病質（反社会的傾向の強い例が対象となりうる）、精神神経症（強迫神経症を対象外として、長年にわたる頑固な自覚的身体症状〔ヒポコンドリー＝引用者挿入〕を持つものに有効）、精神薄弱（精神薄弱にはあまり効果がなく、亢奮性白痴には効果がない）、進行麻痺熱療法後の幻覚妄想型、器質的脳疾患後の性格異常（脳炎後の性格異常のような、反社会的行動の著しいもの）、その他（幻像肢、幻像疼痛・癌末期その他の頭痛における苦痛緩和）を明示していた。それは、精神分裂病を中心として、反社会的行動（傾向）の強い患者への効果を認めるものだったのである。また、精神外科の術式の種類としては、前頭葉白質切截術（標準術式ロボトミー、眼窩脳ロボトミー）、眼窩経由ロボトミー、皮質下白質切截術、トベクトミー、前頭葉切除術を明示していた。

2 他方、「最後の手段」の内容（何にとつての最後の手段なのか）は明らかにされていなかった。ただ、「反社会的行動」が新たに適用対象として明示されたことから、それは、患者自身の利益（治療効果）ということ以上に、社会の安全、さらには病院運営・管理上の利益に重点が置かれていたことは明らかである。この意味で、精神病の「治療」の一環として行政が認めた精神外科は、精神病院を中心とするそれまでの精神医療現場での実態を追認するものであると同時に⁷⁾、治療指針の前提（根拠法令）である精神衛生法の保安的性格を実現するものでもあった。ロボトミーが、「患者管理に役立っていた」と端的に指摘される⁸⁾所以である。

ただ、このような患者の人権を軽視（無視）した精神病院の状況・実態は、学会で精神外科が否定された後も続くことになる。特に、1983年の宇都宮病院事件（栃木県宇都宮市所在の精神科病院報徳会宇都宮病院で、看護職員らの暴行で患者2人が死亡したことによって発覚した）は、日本の精神医療（現場）のあり方

7) 吉田哲雄「精神外科について」精神神経学雑誌 75 卷 11 号（1973 年）891 頁。

8) 藤倉一郎「精神外科の隆盛と衰微」日本医史学雑誌 39 卷 2 号（1993 年）218 頁。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

をめぐって、世界的にも指弾的となった著名なものである⁹⁾。宇都宮病院事件に代表されるように、わが国の精神医療現場における不祥事は、ロボットミーだけに限らず、精神衛生法のもとで広く一般化していたものであったと言ってよい。宇都宮病院事件を契機として、1987年に精神衛生法が改称・改正されて、新たに「精神保健法」が成立し(昭和62年法律98号)、患者の人権を重視する方向へと大きく転換することになった。しかし、精神衛生法が導入したふたつの形態の強制入院制度はその後にも維持されており、現在の「精神保健福祉法」(平成25年法律47号)に至るまで、根本的な問題が完全に解消されるまでにはなっていない。

(3) 精神外科手術をめぐる民事裁判

1 以上のような状況のもとで、ロボットミー手術に起因する後遺障害に対して損害賠償を申し立てた民事事件が存在する。公刊の判例集によって確認できるものは、北全病院事件と守山十全病院事件だけである。それら以外にも、損害賠償請求訴訟は存在するものようであるが、詳細な経緯については必ずしも明らかにはなっていない¹⁰⁾。また、それら一連の民事訴訟の実態

9) International Commission of Jurists, Human Rights and Mental Patients in Japan. 報告書の邦訳として、「精神医療人権基金」運営委員会『国際法律家委員会「日本における人権と精神病患者」』(悠久書房, 1986年)。さらに、戸塚悦朗「改革を迫られる日本の精神医療制度」法律時報57巻10号(1985年)126頁以下、久保田洋「NGOによる人権実情調査団の設置」同誌131頁以下、参照。

10) 民事事件としての存在が確認できるものとして、① 東大脳外科事件(癲癇患者に対する定位視床破壊術[1969年2月に施術])では、1973年6月に提訴されたが、1976年に患者本人が死亡したため、最終結果は不明、② 横手興生病院事件(精神病質患者に対する白質切断法[1957年2月に施術])では、1977年5月に提訴されたが、1983年8月に病院との間に賠償和解が成立、③ 弘前精神病院事件(精神分裂病患者に対するロボットミー[1960年3月に施術])では、1980年2月に提訴されたが、最終結果は不明、となっている。さらに、佐藤友之「ロボットミーはいかに裁かれたか 横手興生病院事件」「同 弘前精神病院事件」「同 東大附属病院脳外科人体実験事件」創12巻5号(1982年)212頁以下、6号200頁以下、7号202頁以下、参照。

は、原告こそ患者やその家族になってはいたものの、患者の救済を重視する現場の精神科医の献身的な協力なしには到底実現しえなかったものであるという特徴を持っている。

2 北全病院事件の概要は次のようなものであった。日常的な飲酒と暴力的行動が絶えなかったXは、爆発型・意思薄弱型精神病質および慢性アルコール中毒症と診断されたうえで、精神病院（Y₁院長）に同意入院させられた後、その治療として前頭葉白質切截術（ロボトミー）を受けることになった。ただ、入院先の病院における施設不足や医師の経験不足などから、施術を札幌市立病院勤務の脳外科医Y₂に依頼した。Y₂の受諾にもとづいて札幌市立病院に転院したXは、1973年4月19日にロボトミー手術を受けたが、ほどなくXの症状が術前の状態に戻ってしまったことから、同年6月5日に再度の手術が行われた。その後、Xは、他の精神病院に入院したものの、無気力・無関心・怠惰で無欲性、自発性欠如、集中力がなく単純軽薄で即物的反応という、情意面全般にわたる人格水準の低下（幼児と同じような水準で無気力でだらしない怠け者の人格）の後遺症を発現し、独立生活を営むことができずに、常に誰かの保護が必要な状態になってしまった。そこで、患者Xおよび妻と2人の子どもが、同年7月に、Y₁および執刀医Y₂を相手取って損害賠償請求訴訟を提起した¹¹⁾。

以上の事実に対して、札幌地方裁判所は、1961年の改正「治療指針」にもとづいて、ロボトミーは「当時の医学水準」に照らして精神医学上の治療手段として一般的許容性が認められるとしたうえで、Y₁が薬物療法と電気ショック療法を行ったわずか2か月後にロボトミーしか手段がないと判断したのは、「他の療法を十分試みるも所期の治療効果を得られない」という制約に反して軽率性急なものであるとし、Y₂もY₁の判断過程の不備に慎重な

11) さらに、田野島隆「北全病院におけるロボトミー」第71回日本精神神経学会総会特集（III）「戦後日本の精神医療・医学の反省と再検討—今後の展望をひらくために—シンポジウム（B）精神外科」精神神経学雑誌77巻8号（1975年）566頁以下、佐藤友之「ロボトミーはいかに裁かれたか 北全病院事件」創12巻3号（1982年）200頁以下。

考慮をめぐらさず、手術の適否を自ら確認すべき注意義務に違反したとして、「本件手術は、Xの前記症状に対する治療手段の採用につき医師としての裁量の範囲を逸脱した」とするとともに、「Y₁Y₂は医師として、右事情のもとではロボットミーをXに対し為すべきではないのにロボットミーを用いるのにつき定められた前記制約に反して漫然と本件手術を施行した点に過失」があると判示した。さらに、本件手術についてY₁はXの妻から承諾を得たうえで、その旨をY₂にも知らせていたが、Y₁Y₂ともにX自身からは承諾を得ていなかった点で、本件手術は違法な侵害に当たるものであると判示して、原告らの損害賠償請求を部分的に認めた（札幌地判昭和53年9月29日判例時報914号85頁）。本判決に対して被告側が控訴したが、後に和解で決着している。

3 守山十全病院事件の概要は次のようなものであった。Xは、精神衛生鑑定医2名によって精神分裂病および嗜酒癖であるとの診断を受けて、Y₁病院に措置入院させられた。入院後、Xに暴発行動や妄想が見られたため、病院からロボットミー手術の依頼を受けたY₂が、Xに対して、1968年12月と1969年2月にロベクトミーとポップペン式ロボットミーの手術を行った。その後、Xは、協調運動が不良となり、ころびやすく、敏捷性に欠け、頭痛に悩み、不眠状態にあるといった身体症状のほか、人格的・精神的な面でも変調症状を招来することになった。そこで、Xは、これらの症状はロボットミー手術に起因するものであるとして、1973年11月にY₁らに対して損害賠償請求訴訟を提起した¹²⁾。

以上の事実に対して、名古屋地方裁判所は、本件手術当時の医療水準においては、精神外科は精神病の治療法としては否定されていないとする前提（札幌地裁と同じ）から出発したうえで、Y₁との関係で、本件で精神外科を実施するための合理的事情が存在したかについて、「原告には問題行動はあるものの、その殆どが他人の身体に重大な危害を与えるといった行為でもな

12) さらに、佐藤友之「ロボットミーはいかに裁かれたか 守山十全病院事件」創12巻4号（1982年）194頁以下。

く、かつ、その精神症状も精神分裂病と神経症の混合的疾患と考える余地のある症状で……向精神薬の投与や作業療法、精神療法の施行により原告の症状の軽快する可能性も否定できない状況にあったこと」から、ロボットミー手術を実施するための「合理的事情が存したものととは到底認められ[ず]……本件手術を選択したことは治療手段の採用につき医師としての裁量の範囲を逸脱している」とした。また、Y₁の依頼を受けたY₂についても、漫然とY₁の依頼を引き受けた過失とともに、施術についてもXの同意を得ずに実施した過失があるとして、Y₁とY₂の双方について損害賠償責任を肯定した(名古屋地判昭和56年3月6日判例時報1013号81頁)。本判決に対して被告側が控訴したが、後に和解によって決着している。

4 北全病院事件判決と守山十全病院事件判決は、いずれも、精神外科手術の最終手段としての利用を認めていた1961年の改正「治療指針」を前提としたうえで、実際に行われたロボットミー手術が「最終手段」としての要件を満たさないものであったとするとともに、患者(さらには保護義務者)の同意を得ない「専断的行為」であった点に、被告らの過失を認定したものである。したがって、両判決は、外科手術が正当化されるためには、手術の最終手段性と患者の同意取得のいずれもが満たされなければならないとするものであった¹³⁾。このような論理と結論については、法律家はほぼ例外なく肯定的に評価していると言ってよい¹⁴⁾。

13) 特に、本人による同意の必要性こそを強調する立場として、町野朔「治療行為における患者の意思表示」同『患者の自己決定権と法』(東京大学出版会、1986年)203頁以下、346頁注(174)、東雪見「心神喪失者等医療観察法における『医療を受ける義務』」町野朔編『精神医療と心神喪失者等医療観察法』別冊ジュリスト(2004年)156頁。

14) たとえば、稲垣喬「判例批評」法律のひろば32巻3号(1979年)71頁以下、新見育文「ロボットミーと民事責任」ジュリスト767号(1982年)176頁以下、竹内純一「精神科(1)ロボットミー手術」根本久編『裁判実務大系17 医療過誤訴訟法』(青林書院、1990年)721頁以下、前田達明「判例批評」唄孝一/宇都木伸/平林勝政編『医療過誤判例百選〔第2版〕』別冊ジュリスト140号(1996年)178頁以下、秋葉悦子「判例批評」甲斐克則/手嶋豊編『医事法判例百選〔第2版〕』別冊ジュリスト219号(2014年)97頁。さらに、最判昭和44年2月6日民集23巻2号195頁、最判昭和57年3月30日判例時報1039号66頁、参照。

他方、多くの論稿があるわけではないが、精神科医の見方は大きく両極に分かれている。ひとつは、被告側の敗訴を認めた裁判所の論理を批判するもので、北全病院事件判決に対して、1961年の改正「治療指針」は保険診療報酬決定に当たっての最大公約数的な見解にすぎず、必ずしも当時の医療水準（ガイドライン）に相当するものではないとの前提から、判決の結論は全体として厳しすぎるものであるとし、特に執刀医であった脳外科医 Y₂ に Y₁ と同等の注意義務を要求することまではできないとしている¹⁵⁾。それは、北全病院事件と類似した事案に同じような判断を示した守山十全病院事件判決にも当てはまる。こうした評価は、それまでの精神医療現場で行われていたロボトミーの実態を無条件に容認するものであり、当時の精神科医の多数を占める見方であったように思われる。他方、ロボトミーの実験的性格に着目する立場は、患者本人ないしは保護義務者の同意の有無にかかわらず、ロボトミー自体を絶対的に許容されないもの（違法な行為）として厳しく批判するものであった¹⁶⁾。このような主張は、北全病院事件と守山十全病院事件の原告側が最終的に求めていたものでもあった。このように、精神科医の間でロボトミーに対する評価が大きく（無条件的許容と絶対的否定の両極）分かれたのは、突き詰めれば、「最後の手段」の名のもとに当時の精神医療現場に広く定着していたロボトミー手術をどのようなものとして捉える（評価する）かと

15) 浅井登美彦「札幌ロボトミー判決を読んで——一臨床医の判例感想」判例タイムズ 374号（1979年）30頁以下。さらに、同旨として、中田修「札幌ロボトミー事件判決をめぐって——精神鑑定で第一審の事実誤認が明白に」法令ニュース 29巻6号（1994年）18頁以下。

16) たとえば、野田正彰「札幌ロボトミー裁判の判決について」精神神経学雑誌 80巻 11号（1978年）652頁は、医療裁判としての限界があることを認めたくえて、「専門職としての医師が、治療という名のもとに他人の人格の中枢をいじるにまで至った精神医学の思想について考え直していかなければならない」と批判している。同旨として、小澤勲『『台弘氏による人体実験』批判』精神医療（第2次）3巻1号（1973年）68頁以下。これらの見解は、被術者本人ないしは保護責任者の同意の有無を問わずにロボトミー自体を批判する点で、札幌地裁判決および名古屋地裁判決の結論よりも厳しいものになっている。

いう、まさに根本的な問題に対する立場の違いによって左右されるものだったからである。

(4) ロボトミーと刑事司法

1 ロボトミーに関する民事事件は、もっぱら被術者の損害に対する賠償請求(民709条)の場面に限られているが、刑事司法との関係では、ふたつの場面の問題を想定することができる。ひとつは、ロボトミー手術が刑法上の犯罪を成立させるかというものであり、もうひとつは、被術者が刑罰法令に触れる行為をした事案において、ロボトミー手術を受けていたという事実が刑事責任の有無に何らかの影響を与えるかというものである。前者は、さらに、ロボトミー自体は合法的行為であるが、やり方によって違法になる場合があるのか、ロボトミーそのものを端的に刑法上許容されない(違法)行為と考えるかに分かれる。

2 他者の法益(刑法が保護している利益)を侵害する行為(他害行為)が正当化されるためには、刑法理論上、一般に、① 侵害と引き換えに保全された法益の程度が侵害した法益の程度と同等以上であること(優越利益説)、② 侵害行為の目的が正当なものであること(目的説)、③ 侵害行為の態様が社会的に相当なものであること(相当性説)、を総合的に考慮して判断されている¹⁷⁾。ただ、これらの要件によって判断する限りでは、ロボトミーの許容性を問題にするふたつの場面は、それぞれが密接に関連し合うものになるため、厳密に区別して論じるまでのこともない。

ロボトミー手術の刑法的な評価については、特に北全病院事件との関係で、人体実験的な性格を指摘したうえで、業務上過失傷害罪(刑209条1項)に問うこともできた事案であったとする指摘が見られる¹⁸⁾。そうした評価

17) 丸山雅夫「違法(性)の実質」井田良/丸山雅夫『ケーススタディ刑法〔第5版〕』(日本評論社, 2019年)178頁以下参照。

18) 加藤久雄「治療的人体実験と刑事規制」同『医事刑法入門』(東京法令出版, 1996

は、事実関係が類似していた守山十全病院事件についても妥当するものであろう。たしかに、札幌地裁判決および名古屋地裁判決においては、ロボットミー手術の最終手段性が否定されるとともに(①および③の不存在)、患者または保護義務者の同意の存在が否定されている(③の不存在)。また、必ずしも直接的な言及はないものの、患者の治療としては直接的に役立たないことを自覚しながら、患者の状態を緩和するため(さらには病院の管理や保安・秩序維持の目的のため)の最終手段として実施されてきたロボットミー手術は、①と②の要件を充足しないものでもある。これらの点からすれば、ロボットミーを中心とする精神外科手術は、理論的には、刑法上の「身体に対する罪」を成立させる可能性のあるものであったとすることができる。しかし、それにもかかわらず、これまで、ロボットミー手術や精神外科手術の事案が、刑法上の犯罪として立件(刑事裁判所に訴追)された事例は見当たらない。その理由は、刑事裁判の一般原則である「疑わしきは被告人の利益に」とわが国の刑事裁判の特徴である「起訴裁量(便宜)主義」(刑訴248条)のふたつが大きく影響していることに求められる。

3 民事の損害賠償請求訴訟と刑事訴訟のいずれにおいても、国家機関である裁判所が事実認定にもとづいて法的結論を導くという裁判構造としては全く異なるところがない。ただ、裁判を提起する者と事実認定における立証(証明の程度)において、両者は大きく異なり、それがロボットミーに対する異なった判断と対応をもたらすことになる。

私的紛争を国家組織(裁判所)が解決する民事訴訟においては、紛争当事者(訴えの利益を有する者)である以上は、誰もが裁判を提起ことができ、どちらが提訴したかによって原告と被告の関係が決まる。また、民事の事実認定においては、原告と被告のいずれの主張が合理的である(より信用できる)のかという観点から、50%を超える程度の優越的証拠の存在によって事実認定をすることができる。前述の北全病院事件判決と守山十全病院事件

年)70頁、同「判例批評」宇都木伸/町野朔/平林勝政/甲斐克則編『医事法判例百選』別冊ジュリスト183号(2006年)81頁。

判決のいずれにおいても、ロボットミ－手術（原因）と後遺障害（結果）との間の因果関係が優越的証拠にもとづいて認定することができ、結果発生についての過失も認められたことから、被告（病院・医師側）に損害賠償責任が認められたのである。民事事件としての両判決の論理と結論には特段の問題や困難はなかったと言ってよい。法律家のほとんどが両判決を肯定的に評価している所以である。

他方、行為者に対して国家刑罰権を発動する（犯罪者として処罰する）ことの可否と是非を判断する刑事裁判においては、事実認定における立証に、「合理的な疑いを超える程度」のものが要求されている。また、わが国においては、訴追権は国家機関である検察官が独占している（国家訴追主義〔刑訴247条〕）だけでなく、検察官は公訴提起について広範な裁量権を持っている（刑訴248条）。このような、訴追と立証におけるハードルの高さが関連し合って、ロボットミ－に対する刑事裁判の途を事実上閉ざされたものにしてきたのである。特に、原因（ロボットミ－手術）と結果（後遺障害・死亡）との間の「つながり」は、社会的観点（常識的感覚）からは容易に認められる場合であっても、刑法上の因果関係として「合理的な疑いを超える程度」に証明することは非常に困難である。ロボットミ－手術後に発現した障害であったとしても、本来の精神障害に起因するものであることが明確に否定されない限りは、それをロボットミ－手術に起因するものとして評価することができないからである（「疑わしきは被告人の利益に」としての扱い）。そして、そのような有罪の認定が極めて困難と判断される事案においては、検察官は、起訴裁量にもとづいて、そもそも刑事訴追を断念するという扱いが実務上定着している。これが、第2のハードルである。

そのような事態の典型としては、たとえば終末期医療との関係で、主治医が終末期患者の人工呼吸器を取り外し、その後に患者が死亡したという事案（北海道立羽幌病院事件〔2004年〕、富山県射水市民病院事件〔2000年から2005年〕、和歌山県立医科大学附属病院紀北分院事件〔2006年〕）を指摘することができる。それらの事案においては、社会的には人工呼吸器の取外しによって患者の死が

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

もたらされたと言えるにもかかわらず、どの程度の生命短縮があったかの確実な証明が困難（不可能）であった。そのため、一連の事案は、殺人罪（刑199条）の容疑で捜査がなされた後に検察官に事件送致されたものの、最終的には不起訴処分で終結することになったのである。このような「人工呼吸器の取外しと患者の死亡」との間に見られる関係は、「ロボットミー手術と後遺障害・死亡」との間に見られる関係と全く同じものである。他方、人工呼吸器を取り外した後に筋弛緩剤を注射して患者を死亡させた川崎協同病院事件においては、人工呼吸器の取外しを特に問題とするまでもなく、筋弛緩剤の注射が直接的に患者の死を招いたこと（因果関係）の認定が容易であったため、全体として主治医に殺人罪（刑199条）の成立が当然に認められた（最決平成21年12月7日刑集63巻11号1899頁参照）。このような状況がある以上、ロボットミー手術による死亡が刑事立件されるのは、手術に藉口して患者を故意に殺害した場合（殺人罪〔刑199条〕）や手術の不手際による死亡の場合（業務上過失致死罪〔刑211条〕）のように、極めて例外的な事案に限られることになる。かつての精神医療現場でのロボットミーの実施状況（実態）を見る限りでは、ロボットミーの実験性が明確に認められるという前提に立ったとしても、ロボットミー手術（の実施）それ自体が刑事事件として訴追されてこなかったのは当然の成り行きだったのである。

4 他方、ロボットミー被術者による犯罪が裁かれた事案として、一般に「ロボットミー殺人事件」と言われているものがあり、その概要は次のようなものであった。スポーツライターとして生計を立てていた被告人Xは、精神障害に起因する粗暴な行動のために精神病院に措置入院させられた後、前頭部帯状回切除術（チングレットミー）を受けた結果、美的感情や創造力等を失い、生活の基盤まで失ったとして絶望した挙句、不本意な手術を行った医師を自殺の道連れに殺害しようと決意するに至った。1979年9月に、凶器の切出しナイフ等を準備して医師宅に押し入り、医師の妻と義母を拘束して医師の帰宅を待ち伏せたが、医師が帰宅しなかったため、一旦逃走したうえで後日に殺害計画を実現することにした。逃走する際に、Xの正体を知った両

名を殺害して、家屋内の現金等を逃走資金および生活資金として奪うことを改めて決意して、両名を殺害した後に現金約45万円等を奪ったというもの(強盗殺人〔刑240条後段〕)である。精神障害に罹患して精神外科手術を受けた被告人について、犯行当時の責任能力の有無が問題になった。

第1審の東京地裁八王子支部は、被告人の完全責任能力を認めたくえて、チングレトミー手術について、医療行為としての価値には疑問もあるとしながらも、それ自体の違法性を問題にすることなく、検察官の死刑求刑との関係で、「被告人に極刑を科すべきか否かを決する上では、なお斟酌に値する……被告人に対し直ちに極刑を科するには、未だ一抹の躊躇を感じざるを得ない」として死刑を回避したうえで、「今後とも医師殺害の計画を決して実現させぬよう、被告人の死に至るまで仮出獄等を赦すことなく、終生の間、社会から隔離した上、自己の非を悟るべく、また被害者の冥福を祈るべく、その機会を与え、無期懲役に処するのが相当である」と判示した(東京地裁八王子支判平成5年7月7日判例時報1517号159頁)。文言上は必ずしも明確でないものの、チングレトミー手術後の被告人の状態が、量刑事情のひとつとして考慮されたと言うことができる。その後、量刑不当を理由とする検察官控訴および上告がいずれも棄却され(東京高判平成7年9月11日東高刑時報46巻1~12号48頁、最高裁については詳細が不明)、被告人の無期懲役が確定することになった。

本件では、ロボットミー手術後の精神状態が責任能力の有無に影響していたことが否定される一方で、ロボットミー手術を受けたことが量刑事情の一部として考慮された¹⁹⁾。もちろん、事案によっては、手術後の精神状態が心神喪失(責任無能力〔刑39条1項〕として犯罪不成立)または心神耗弱(限定責任能力〔刑39条2項〕として刑の必要的減軽)をもたらすことはありうる。ただ、そのような事案においても、行為者の責任能力の有無はロボットミー手術とは無関

19) なお、非現住建造物放火罪(刑109条)の事案について、福井地判昭和47年12月5日刑事裁判月報4巻12号1989頁は、自白の信憑性を否定して無罪とする際に、判断の一事情としてロボットミーの被術経験に言及している。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

係に判断されるものであり、ロボトミーそのものが刑法による断罪の対象となるわけではない。刑法におけるロボトミーの扱いは、極めて限定的な場面のものでしかないのである。

III 学会員による「臺実験」の告発とその後

(1) 告発と精神医学界の状況

1 ロボトミー手術が精神医療現場に広く定着していた時期（1950年代）においては、学会をはじめとする精神医学界全体の雰囲気は、ロボトミー手術に対して寛容なものであった（少なくとも否定的な態度を示していなかった）と言ってよい²⁰⁾。ロボトミーを中心とする精神外科が現場から徐々に姿を消していったのは、1952年にクロルプロマジンがわが国の精神科医療に導入され、患者の鎮静方法が薬物に置き換えられたという事実による²¹⁾。ただ、クロルプロマジンも、精神障害者の完全な治療を実現しうるまでのものではなく、患者の状態を鎮静化するのに役立つという点では、ロボトミー手術と同列のものであった。しかし、患者への侵襲の大きさや後遺障害の有無・程度からして、精神外科が次第に廃れていき、最終的には姿を消すことになったのは当然の成り行きであったとすることができよう。

ただ、クロルプロマジンが現場で一般化した後も、ロボトミーを解説する教科書が出版されるなど²²⁾、クロルプロマジンの導入が精神外科手術にただちに取って代わったというわけではない。事実、1967年に公表された学会

20) 丸山・前掲注1) 72頁以下参照。

21) 大津正典「当時の医療状況など」第71回学会総会シンポジウム・前掲注11) 556頁。

22) たとえば、渡辺茂夫『ロボトミーと側頭葉切除術』（金原出版、1957年）。また、広瀬貞雄「精神分裂病に対するロボトミーの評価」精神神経学雑誌60巻12号（1958年）1341頁は、1958年の段階においても、クロルプロマジンと比較しても精神外科に有用性があると明言していた。

の治療指針においては、「かつて盛んに行われたロボトミーは時たま術後に好ましくない人格変化や痙攣発作が現れて問題となった。しかし、近來の向精神薬の発展、普及と平行して、諸種の改良術式が現われ、副作用や欠陥を残さずして効果をもたらすべく種々の工夫がなされ、適応症の選択も十分的確に行われるようになって来た。向精神薬の出現によって手術例は著しく減少しているが、決して精神外科を否定する結果とはならず、症例によっては両者を上手に組み合わせて使うことに大きな期待がかけられている」という前提のもとで、適応疾患として、精神分裂病、退行期うつ病、躁うつ病、てんかん、精神病質、精神神経症、精神薄弱、器質的脳疾患、その他が明示され、術式の種類として、皮質下白質切截術、帯状回切除術、前頭葉白質切截術、眼窩経由ロボトミー、定位脳手術、その他が明示されていた²³⁾。それは、1961年の厚生省の改正「治療指針」の内容をほぼ引き継いだものであり、精神外科手術に対する当時の学会の好意的な態度（現場での対応の追認）を示すものであったと言える。

2 精神外科手術が精神医療現場からほとんど姿を消した後の1971年3月17日、学会に激震とも言える衝撃が走った。関東地区の学会評議員で東大医学部精神科講師の石川清が、学会の前理事長で東大医学部精神科教授の臺に対し、ロボトミー手術に付随して行った臺の生体研究を「人体実験」であるとして、理事会に質問書を送付するとともに、学会員に告発したのである。質問と告発の対象となった研究は、臺が都立松沢病院の医師時代に、同僚の廣瀬がロボトミー手術を行った患者70人（精神分裂病患者42人〔男性25人、女性17人〕、対照患者〔精神病質、躁鬱病、神経症、脳炎後性格異常、てんかん、進行麻痺等〕および診断に疑義のある患者〔ヒロポン中毒を含む〕28人〔男性20人、女性8人〕）から切除された脳組織の一部（300mgから1g程度）を被術者の同意なしに（一部においては保護義務者からの口頭同意があった）使用して、患者の脳内の代謝に精神分裂病と結びつく異常ないしは特徴がないかを調べるための代謝

23) 内容の詳細については、旧医療対策委員会報告『「精神科の治療指針」（決定案）」精神神経学雑誌 69 巻 8 号（1967 年）838 頁以下。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

実験を行い、その結果を学会誌に掲載したものであった²⁴⁾。理事会（理事長）に対する石川の質問書の内容は5点（対象論文を人体実験と判断するかとその判断根拠、実験の実施と論文の掲載に関する責任の所在と責任の取り方、論文に学会賞を授与したことへの見解、論文掲載時と学会賞選考時の編集委員会議事録と選考議事内容の公開、告発文を学会誌に掲載することと理事会回答の公表および学会員の討論の喚起）からなり、学会員に対する告発文の内容は6点（生体実験にほかならない、ロボットミーム自体が時代遅れ、手術の実態はロボットミーム〔切截〕に藉口したエクトミーム〔切除〕、未成年者や発症年数1,2年の対象者も多い、動物から人へという本来的な実験手法の不遵守、対象者〔患者〕に利益の還元がない）からなっていた。これによって、石川は、臺の研究を「医局講座体制下における犯罪」にほかならないとして厳しく断罪したのである²⁵⁾。

石川の告発対象となったような研究が可能であった背景には、当時の精神医学界における特殊事情が大きく影響していた。

3 背景事情のひとつは、別稿ですでに言及したように、精神医学界における長きにわたる、東大精神科と都立松沢病院、学会の「三位一体」とも言うべき関係であった²⁶⁾。

1973年開催の第70回までの学会は、もっぱら理事会主導のもとで運営され、総会において定足数が確認されることもなかった。たとえば、1961年に公表された刑法改正準備草案の保安処分に対して、立法化に関して学会の意見を求められることが予想されるとの認識のもとに、東京医科歯科大学教授の吉益脩夫（前東京大学教授）を委員長として刑法改正問題研究会が設置されたが²⁷⁾、その後の委員会活動が学会員に報告された形跡は確認することが

24) 台弘「精神分裂症者脳組織の含水炭素代謝について・第1報—基礎実験」、台弘/江副勉「同・第2報—糖代謝並びに呼吸」精神神経雑誌52巻5号（1951年）204頁以下、216頁以下。

25) 石川清「質問書」および「前理事長台弘氏を全学会員に告発する」精神神経学雑誌73巻3号（1971年）244頁以下。

26) 丸山・前掲注1)65頁注(8)および65頁以下注(10)。

27) 精神神経学雑誌63巻6号（1961年）669頁。

できない。その後、1965年には、委員長が東京医科歯科大学教授の中田修（東京大学出身）に交代し、刑法改正に関する意見書第1次案が策定された²⁸⁾。それは、保安処分として去勢までをも容認するという衝撃的な内容を含むものであったが、そのような、厳しい賛否両論が想定される論点についても、理事会決定が学会の態度とみなされていたのである。こうした独善的とも言える学会運営に対して、学会認定医問題の扱いを直接の契機として、1969年5月20日の第66回学会総会（金沢）において、学会評議員会が理事会を不信任して理事全員を辞職させ、その評議員会に対しても総会が解散を勧告し、学会の幹部組織が一新されることになった²⁹⁾。学会の民主化に向けたこうした動きが、その後の1973年総会における「人体実験の原則」採択の布石になったとされ、学会組織の刷新がなければ（旧体制のもとでは）臺に対する石川の告発もありえなかつただろうと指摘されている³⁰⁾。事実、石川の質問と告発は、新体制になった学会（保崎秀夫理事長〔慶應義塾大学精神神経科教授〕）に対して行われたものであった。

4 こうした状況のもとで、精神病院の手術室を中心とする密室（手術室でない場合も多かった）で実施されるロボットミーの実験的性格を促進し、生体実験・研究につながりうるものにしていたのは、当時の東大の医局講座制とその階級制・閉鎖性であったと指摘されている³¹⁾。これが、ふたつ目の背景事

28) 精神神経学雑誌 67 巻 10 号（1965 年）1052 頁以下。

29) 「学会だより」精神神経学雑誌 71 巻 5 号（1969 年）517 頁以下、「日本精神神経学会第 66 回総会の報告」同 71 巻 6 号（1969 年）607 頁以下、山口成良 / 昼田源四郎「金沢学会とその前後」日本精神神経学会百年史編集委員会『日本精神神経学会百年史』（社団法人 日本精神神経学会、2003 年）96 頁以下。なお、精神神経学雑誌 71 巻 11 号（1969 年）は、その全頁にわたって、「第 66 回日本精神神経学会総会議事録」を収録している。

30) 小林司「『人体実験の原則』が決まるまで」臨床薬理 3 巻 4 号（1972 年）75 頁。

31) 石川清「台氏人体実験批判の総会可決に際して考える」精神医療（第 2 次）3 巻 1 号（1973 年）28 頁、日比逸郎「臨床研究と生体実験」『特集・医療と人権』ジュリスト 548 号（1973 年）20 頁以下、中川利男「精神外科とは何であったか——一大学病院精神科の症例並びに本邦文献の検討から」精神医療 3 巻 4 号（1974 年）13 頁。なお、富田三樹生は、安藤健二「禁じられたオベ」同『封印作品の謎』（大和書房文

情であり、石川の認識と問題意識も、まさにそのようなものであった。

1965年には、その後全国的に展開されることになる学生運動に先駆けて青年医師連合が結成され、インターン制度反対、国家試験拒否、医局制度打破に向けた活動が激化することになった。1968年には、東大医学部の学生がインターン制度に代わる登録医制度に反対して無期限ストに突入した(1月29日)のに対して、大学当局(医学部)は、2月19日の医局長缶詰事件で17人の学生を処分するという態度に出た(3月12日)。その後、処分された者のうちの1人について、東大側の誤認による可能性があるという教授懇談会で医学部講師2名が報告した(3月26日)ことを契機として、一部の学生が安田講堂での卒業式を実力で阻止することを図ったため、大学側は卒業式を中止した(3月28日)。4月12日に入学式が強行されたものの、6月15日に医学部共闘会議の学生が安田講堂を占拠した後、10月14日には東大精神科の医局が解体して、同21日に東大精神科医師連合が新たに結成された。石川によれば、解体当時の医局は、教授、助教授、専任講師、外来医長講師(病院講師)、病棟医長講師(病院講師)、医局長、非常勤講師、講座助手、上級助手、循環助手(2年交代)、大学院学生、無給研究生、有料研究生(月謝を納入)、実地修練生(インターン)の14段階からなる厳然としたヒエラルキーを構成していたとされている³²⁾。石川の臺告発の動きが医局解体前に企図されたものであったとすれば、それは一介の講師が主任教授を告発するものであり、当時の医局制度の壁に阻まれて封殺されていたことも想像に難くない。

1969年1月19日に機動隊の導入によって安田講堂の封鎖が解除された後、2月に医学部のストが解除され、5月には授業が再開されることになった。これによって、社会的には、東大の医学部紛争は一応の終結を見ることになった。しかし、精神科医師連合は正常化をまやかして、臨床

庫、2007年) 240頁のインタビューにおいて、「研究のために患者さんをモルモット扱いして業績を挙げて偉くなる……そういう構造を我々は医局講座制と呼んだ」と指摘したうえで、「ロボトミーの問題は、我々医療の立場からは医局講座問題とむすびついてい[た]」と明言している。

32) 石川・前掲注31) 27頁。

実習に反対して病棟を占拠したうえで、自主管理を始めることになった（9月）。いわゆる「赤レンガ派」の結成である。この結果、教室員は入院患者の診療から排除され、外来患者の診療だけしかできなくなった。こうした状況は、1994年までの長きにわたって続くことになる。その間、1969年8月31日に、「8名の助手公選」をめぐる常勤医の8名（いわゆる8人衆）が精神科医師連合を脱退したことにより、赤レンガ派内部における深刻な対立が明確になった。こうした状況のもとで、精神科医師連合の委員長でもあった石川清講師が臺実験を告発し（1971年3月）、9月30日には、精神科医師連合が臺教授室を占拠するという行動に出た。ここに至って、東大精神科紛争は、「精神科医師連合・赤レンガ（病棟占拠）派」と「8人衆・外来（教室）派」との間の対立・抗争の様相を呈するだけにとどまらず、後者に日本共産党系の医師・親派が多かったことから、深刻な政治的対立（政治運動）にまで及ぶものになった³³⁾。石川の臺告発は、このような複雑な事情をも背景として、その後の展開を迎えることになったのである。

(2) 「臺実験」告発に対する学会(員)の反応

1 石川の告発が社会的に大きな反響を呼ぶなかで、告発の対象となった臺はただちに反論に出た。臺は、新聞記者のインタビューに応じて、「ロボットミー（脳の白質を切る手術）によって将来機能を喪失する運命にある部分をとったまでで、こういうことまでとやかく言われては、医学の進歩が止まってしまう」と強い口調で反論し、「ロボットミー後には機能を失うと予想した

33) 東大医学部および東大精神科をめぐる紛争の詳細については、高杉晋吾「台人体実験—研究至上主義と医局講座制の栄光と悲惨」同『日本の人体実験 その思想と構造』（三笠書房、1973年）75頁以下、金子嗣郎『松沢病院外史』（日本評論社、1982年）238頁以下、富田三樹生「学会運動と東大精神科の20年」第85回総会特別シンポジウムI「金沢学会以降20年をふり返って—将来への展望のために」精神神経学雑誌91巻11号（1989年）931頁以下、同「学会運動と東大精神科の20年」および「東大精神科の統合過程の報告」同『東大病院精神科の30年 宇都宮病院事件・精神衛生法改正・処遇困難者専門病棟事件』（2000年、青弓社）17頁以下、55頁以下、参照。

部分をあらかじめ採取して医学の進歩に役立てたままで、この批判は、ナンセンスにつきる。事故が起こった例もない。それに採取は私自身がやったのではなく、ロボトミーをする先生〔廣瀬貞雄＝引用者挿入〕にお願いした。どの患者にロボトミーを行なうかもそれぞれの主治医や医局会議で決めたことだ」と主張している（朝日新聞 1971 年 3 月 27 日付け）。しかし、医学の発展の必要性を強調するこのような主張は、医師側に都合のよい一方的（独善的）なものであり、患者の人権や保護の観点を蔑ろにした論理と言われても仕方がない。さらに、学会誌に反論を投稿した臺は、6 点にわたる主張（告発は無知と曲解に発する中傷で精神医学・医療に対する悪質な挑戦である、生体的な仮説を実験的な組織代謝で証明する目的で生体組織を活用しただけにすぎない、廣瀬の手術決定手続と方法・結果に誤りはない、通常のロボトミーで切除される量〔100g～200g〕のうち微量の組織〔1g 程度〕を使っただけにすぎない、害を述べるならば松沢病院の病歴での証明が必要である、実験は患者本人でなく医学〔の進歩〕に還元される）を展開したうえで、患者の実害が証明されない限りは、結果の不確実性（害があるかもしれない）を根拠として批判するのは医学実験の本筋に反すると強く主張した³⁴⁾。こうした内容の主張は、その後も一貫されており³⁵⁾、廣瀬をはじめとする臺擁護派の拠って立つところでもあった³⁶⁾。ただ、臺自身（さらには臺擁護派の医師）が、

34) 台弘「石川清氏の告発についての所感」精神神経学雑誌 73 巻 3 号 245 頁以下。なお、道徳的ないし宗教的見解からの批判については、すでに、井村恒郎「前々頭ロボトミーの効果についての精神病理学的な反省」脳と神経 5 号（1949 年）297 頁が、効果についての精神病理学的な検討に裏づけられていない限りは無力であるとの見解を展開していたところである。

35) 朝日ジャーナル 1973 年 6 月 1 日号 87 頁以下、東大医学部自治会書記局「人体実験問題に関する台精神科教授の見解」ビラ（1973 年 5 月 11 日）、台弘「患者に対する医師の実験的態度」精神神経学雑誌 75 巻 11 号（1973 年）877 頁以下。

36) 典型的なものとして、1972 年 6 月 14 日付けの朝日新聞には、臺擁護派の学会員の談話として、「死んだ患者さんは確かにいるが、これらの人々は脳組織採取のあとで、ロボトミーを受けている。この手術には残念ながら死亡例はつきまとう。脳組織採取のために死んだのではない」、「人体実験をやったのは台先生だけではない。もっとひどい実験をやった人もいる」との発言が紹介されている。さらに、臺の回顧録『誰か風を見たか〔増補版〕ある精神科医の生涯』（星和書店、2015 年〔初版：1992 年〕）304 頁に引用されている、南雲与志郎の学会理事長宛ての 1973 年 5 月 24 日付け書簡

このような研究を「生体実験」であると認識していた点だけは、注意しておく必要がある³⁷⁾。

2 一方、学会は、質問書に対しては直接的に対応しなかったようであるが、告発については、理事会のもとに「石川清氏よりの台氏批判問題委員会(仮称)」(以下、「委員会」という)を設置して対応することになった。委員会は、小池清廉(三重県立高茶屋病院〔委員長〕)、成瀬浩(国立精神衛生研究所)、菱川泰夫(大阪大学)、山本巖夫(東京家庭裁判所)の4名が担当理事として参加したほか、公募によって、川合仁(京都大学助手)、立津政順(熊本大学教授)、浜田晋(東京都精神衛生センター・都立松沢病院)、宮下正俊(東京大学病院)、吉田哲雄(都立松沢病院)、青木薫久(根岸国立病院)、町山幸輝(東京大学助手)が加わった。委員のほとんどが精神医学を専攻する中堅の精神科医であり、川合・成瀬委員は神経化学専攻、立津・浜田・宮下・吉田委員は神経病理学専攻、菱川・町山委員は神経生理学の専攻であった。委員会は、1971年12月から1973年2月に及ぶ合計12回の会合において討議を重ね、中間報告の後に最終報告がまとめられている³⁸⁾。

6回までの会合の経過をまとめた中間報告においては、委員会の基本方針(石川による臺告発を私的なものとして取り上げるのではなく、臺の実験研究の問題であると同時に医学における臨床研究のあり方の基本的な問題として取り上げることを明示したうえで、人体実験に関するニュールンベルク10原則(1947年)とヘルシンキ宣言(1964年)を参考として、臺実験における同意・侵襲・研究目的の各論点を個別的に検討したことが示された。検討の結果、同意については、被験者からの同意取得がなかったことを一致して遺憾なものとし、侵襲の程度については、たとえ少量(1g程度)でも無視できないとする見解が多数を占め、研究目的については、医学研究として高く評価する立場と人体実

にも、同様の趣旨が述べられている。

37) 小澤・前掲注16)61頁以下参照。

38) 委員会活動の全般については、小池清廉『『石川清氏よりの台氏批判問題』委員会(仮称)の討論経過をふりかえって』精神医療(第2次)3巻1号3頁以下。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

験として厳しく批判する立場の違いが鮮明にされたものであった³⁹⁾。その後の議論を経て、委員会は、「人体実験の原則よりみた台実験の総括」として、脳剥出手術の主な責任者が臺であることを一致して認めたくえて、被験者の同意、被験者への被害（侵襲の程度）、精神外科の位置づけ、研究の意義のそれぞれについては、臺実験を否定的・批判的に見る立場が大勢を占めたものの、臺実験を擁護する少数意見もあったことから、両論を併記する扱いとして、理事会に報告書を提出した⁴⁰⁾。

また、委員会報告は、臺実験を批判するだけにとどまらず、「精神障害者における人体実験の原則」を提言した。その内容は、「社会的にいちじるしい差別・抑圧のもとにある精神障害者の人体実験においては、彼等の人権を擁護するために、特別に慎重な配慮が必要となる」、「保護義務者・親権者が真にその精神障害者の利益を代表しているかどうかにかんがって判断しなさい」とあることをとくに考慮しなければならない、「実験の妥当性の判断とその承諾については、精神障害者の利益を真実に、かつ正当に代表しているとみとめられる保護義務者・親権者によって代理ないしは補足されなければならない」とする前提から、被験者の実験に対する同意の必要性、被験者とその利益を代表している者に対する事前の説明の必要性、実験の中止を求める権利の保障、一般健康人に対する実験と同等の準備の必要性、非精神障害者でも可能な実験においては非精神障害者を優先する扱い、重症精神障害者に対する実験の非許容性を前提として特別な例外性を認める、を提言するものであった⁴¹⁾。

39) 『石川清氏よりの台氏批判問題委員会』（仮称）活動報告」精神神経学雑誌 74 巻 12 号（1972 年）920 頁以下。

40) 報告の詳細については、『石川清氏よりの台氏批判問題委員会』（仮称）報告書—人体実験の原則よりみた台実験の総括と人体実験の原則の提案」精神神経学雑誌 75 巻 11 号（1973 年）850 頁以下（資料として、1972 年 2 月 1 日付けの委員長宛て台弘書簡〔875 頁〕と同 19 日付けの委員長宛て広瀬書簡〔875–876 頁〕が付されている）。さらに、八田耕太郎「研究と倫理」日本精神神経学会百年史編集委員会・前掲注 29) 415 頁以下。

41) 前掲注 40) 精神神経学雑誌 75 巻 11 号 866 頁以下。さらに、小池清廉「人体実験の

3 委員会の報告書の提出を受けた理事会は、学会の開催（1973年5月）に先立つ3月24日に理事会を開催して、7点に及ぶ見解をまとめた。それは、① 大脳皮質採取を含む実験の責任者は臺である、② 議論の余地はあるものの、過去20年間の経過からして、ロボトミーは治療法として肯定できない、③ 大脳皮質採取は、ロボトミーによる侵害に加えて、さらなる侵害を潜在的・顕在的に加える行為であり、実験が被験者の直接的利益を目指していない以上、さらなる侵害を否定する根拠が示されずに行われたことは、実験の基本的欠陥である、④ 本人および家族の実験に対する同意を得ていなかったことも、実験の基本的欠陥である、⑤ 以上のような医療・医学の原則を逸脱した大脳皮質採取を含む実験は、医学実験として認められない、⑥ この実験を容認し、臺の論文を学会誌に掲載したことは、学会および精神科医の倫理観の欠如を示すものであった、⑦ 学会は、医学実験のあり方について、今後も検討を続け、このような逸脱行為を防止する手段を確立しなければならない、という画期的なものであった⁴²⁾。この理事会の見解は、委員会報告の基本路線を継承するだけにとどまらず、さらに踏み込んだ内容のものになっていた。賛成10人、反対4人で支持されたこの理事会見解は、翌日の評議員会の議事に付されたが、賛成37、反対34、保留4、白票1で、出席評議員79人の過半数（40票）には達せず、議論は次回の評議員会に持ち越されることになった⁴³⁾。

4月28日・29日に開催された評議員会での議論において、前回の評議員会まで根強かった臺擁護派による証拠論の主張（実験による不利益の証拠を示せ）に対して、松沢病院の医師で委員会の委員でもあった吉田から、正規の保管場所以外の場所から発見された2例の患者死亡例のカルテと1人の脳の小片標本が示され、詳細にわたる報告が行われた⁴⁴⁾。吉田の報告に接した

原則について」保健婦雑誌29巻5号（1973年）348頁以下、小林・前掲注30）71頁以下。

42) 「精神神経学会理事会見解」精神神経学雑誌75巻6号（1973年）389頁。

43) 「学会だより」精神神経学雑誌75巻6号387頁以下。

44) 吉田哲雄「台実験の危険性について—2人の患者の病歴を中心に」精神医療（第2

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

後、評議員会の雰囲気はそれまでから大きく変化したものになったとされている⁴⁵⁾。生々しい死亡例（実験による不利益の明白な証拠の存在）の報告に接して、評議員の大多数は、もはや、患者の状態の鎮静（利益）が生命喪失（不利益）に優越するとまでは主張することができなかつたのだと推測される⁴⁶⁾。その結果、29日の投票においては、出席評議員98人中、議長を除く97人が投票を行い、理事会の結論に賛成72、反対3、保留21、白票1の圧倒的多数で、臺実験批判が可決されることになった⁴⁷⁾。この決議は、5月1日の学会総会（委任状なしに成立した最後の学会）において、賛成402、反対11、保留149、棄権4で承認されたのである。

ただ、この時点においても、政治的対立には根深いものがあり、日本共産党の機関紙は、29日の評議員会の議論を主導した6人の精神科医を名指して「トロツキスト」呼ばわりまでして、詳細な批判記事を掲載した（1973年9月1日付け赤旗）。そこには、ロボトミーとそれに付随する実験の是非と評価が、政治的立場とは無関係に医学倫理の問題として議論されるべきものであ

次）3巻1号31頁以下。

45) 高杉・前掲注33)、西山明『ドキュメント人体実験 患者の人権と医の倫理』(批評社、1984年)282頁以下、参照。

46) 他方、臺・前掲注36)303頁は、共同研究者であった江副の遺品から後に発見された実験ノートにもとづいて、吉田が報告した「死亡者の手術は、[告発対象となった＝引用者挿入]論文報告の後に行われたものであるばかりでなく、その日には組織代謝実験は行われていないことが明かになった。……告発者は架空の脳組織採取について私を非難したのであった」と反論している。しかし、たとえそうであったとしても、問われていたのは、ロボトミー手術に関連した実験の是非であって、対象者の死亡はその重要な部分をなす問題であり、付随的な事実であったにすぎないとする摘示をもって実験の正当性を導くことはできない。臺の回想による反論は、議論のすり替えと言われても仕方がないであろう。また、ロボトミー関連死の患者のカルテが正規の保管場所以外の場所で発見されたり、死亡の経緯等についての記憶が曖昧であったとする点(臺自身も回想録で自認している)は、患者の尊厳に対する自覚の乏しさ(なさ)を感じざるをえず、暗澹たる思いにさせられる。一般化はできないにしても、患者の死亡に対する当時の精神科医の感性が疑われるところである。

47) 富田三樹生「臺氏人体実験批判決議——名古屋学会——の現場」日本精神神経学会百年史編集委員会・前掲注29)646頁以下、星野征光「1973年(昭和48年)——いわゆる『臺(うてな)学会』のこと」同書686頁以下。

りながら、東大の精神科紛争に関連する政治的紛争に巻き込まれてしまったことが如実に示されていた⁴⁸⁾。その意味で、わが国におけるロボットミーの問題は、精神医学界にとって大きな不幸であったと言わざるをえないものであった。

(3) 学会による精神外科の否定とその後の動向

1 臺実験否定決議を採択した後の学会は、臺実験否定決議と委員会の人体実験に関する提言にもとづいて、ロボットミーを中心とする精神外科、さらには人体実験一般のあり方について対応を続けていくことになる。

臺実験否定決議を採択した翌年の第71回学会では、「戦後日本の精神医療・医学の反省と再検討」をテーマとしたシンポジウムが開催され、その一部として精神外科が取り上げられた⁴⁹⁾。そこでの(症例)報告は、全体として、ロボットミーをはじめとする精神外科手術に否定的ないしは消極的な立場を明らかにするものであった。それは、ロボットミーを主体的・積極的に推進してきた精神科医が、大会長からの出席要請にもかかわらず欠席したことに

48) たとえば、金子嗣郎『松沢病院外史』(日本評論社、1982年)249頁が、臺だけが告発対象とされ、共同研究者の江副が告発されなかったことを根拠として、「東大精神科の赤レンガ側の石川が、台教授のあらさがしをするといった低次元の戦術的なものであった」と明言する点に、このような傾向が顕著に示されている。

49) 吉田哲雄「歴史的展望」第71回学会総会特集(III)・前掲注11)548頁以下、藤縄昭「背景となった疾病観と治療観」同551頁以下、大津正典「当時の医療状況など」同553頁以下、石井翼「精神外科論争から学んだこと—精神医療における患者の主体性」同557頁以下、野瀬清水「松山精神病院におけるロボットミー施行の実態」同559頁以下、宝積己矩子/井上正吾「一公立精神病院における精神外科療法について」同562頁以下、田野島隆「北全病院におけるロボットミー」同566頁以下、岡江晃「洛南病院におけるロボットミーの問題を通して」同571頁以下、「患者および支援団体からの発言」同573頁以下、「シンポジウム討論」同579頁以下。さらに、その後の追跡調査として、阪本淳「精神外科被術精神分裂病患者の長期予後に関する研究」精神神経学雑誌92巻4号(1990年)201頁以下、足立直人/豊田淳三/明石俊雄/村上弘司/武川吉和「精神外科手術長期経過後の精神医学的総合評価」精神医学37巻3号(1995年)285頁以下。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

起因しているのかもしれない。そうした対応の背景には、ロボットミを前提とする臺実験が厳しく批判されたことの影響があったと言えよう。さらに、短時間とは言え、シンポジウムにおいて患者および支援団体からの発言が認められたことには、1950年代に漫然と認めてきたロボットミに対する学会の態度の変化を見ることもできよう。

2 シンポジウムが開催された1974年大会の評議員会においては、「精神外科廃絶の決議」が採択された⁵⁰⁾。それにもとづいて、1975年5月13日の第72回学会総会で「精神外科を否定する決議」が提案された⁵¹⁾。それは、「精神外科は、戦後の一時期ロボットミを中心として日本でも広範に行われ、さまざま悲惨を残した。そして現在なお、進行する保安処分体制の中で、極めて現代的な意義を持ちつつある。それゆえ、現時点において精神外科に対するわれわれの基本的態度を打ち出す必要がある」ことを提案理由として、「精神外科とは、人脳に不可逆的な侵襲を加えることを通して人間の精神機能を変化させることをめざす行為である。かかる行為は、医療としてなさるべきでない」ことを内容とするものであった。この提案は、475人の出席者のうち、賛成437、反対0、棄権38の圧倒的多数で可決された。ここに至って、臺実験の告発に始まった精神外科の見直しの議論は、より一般的な形で結実したのである。

こうした方向性は、その後の学会活動においても、「研究と人権問題委員会」を中心としてさらに推進され、それぞれの問題に対する学会の見解として公表されている⁵²⁾。さらに、1997年には、学会として、「臨床研究におけ

50) 「評議員会記録」精神神経学雑誌 77 卷 3 号 (1975 年) 206 頁以下。

51) 「精神外科廃絶の決議」精神神経学雑誌 77 卷 7 号 (1975 年) 541 頁。

52) たとえば、研究と人権問題委員会『『岐阜大学神経精神科における胎児解剖研究』に対する見解』精神神経学雑誌 88 卷 8 号 (1986 年) 573 頁以下、同『『貝谷壽宣氏によるプロスタグランディン E2 投与治験』に対する見解』同 90 卷 9 号 (1988 年) 764 頁以下、同『『諸治隆嗣氏によるセルレイン治験問題』に対する見解』同 91 卷 11 号 (1989 年) 1023 頁以下、同『ヒト受精卵の着床前診断に関する意見』同 101 卷 9 号 (1999 年) 777 頁以下、同『『精神科領域における他害と処遇困難者に関する研究』に対する見解』同 102 卷 4 号 (2000 年) 424 頁以下。

る倫理綱領」を策定し、承認するに至っている。その内容は、「臨床研究の原則」として、1. 定義（臨床研究、範囲、研究者、研究責任者）、2. 研究の正当性（研究目的・研究の妥当性、研究の水準、研究範囲の限定、不利益の限界、研究者の要件、倫理委員会での検討、前向き研究の正当性、委託研究、適用除外規定）、3. 説明と同意（同意、代理承諾、緊急避難的処置、説明、拒否・撤回の権利、非治療的臨床研究）、4. 研究中・研究終了後に必要とされる事項（医療機関、安全対策、中止の義務、生データの保存）、5. 公開性と秘密の保持（公開性、秘密の保持、結果の通知）、6. 責任（責任、主体的責任）、であった。また、この一般原則にもとづいて、「精神障害者における臨床研究の原則」が提示され、1. 研究の正当性（研究範囲の限定、医療機関の必要条件、入院形態等への配慮、意思表示が困難な精神障害者、適用除外規定）、2. 説明と同意（同意、代理承諾、拒否・撤回・中止の権利、適用除外規定）、3. 被験者への配慮（心理的負担への配慮、秘密の保持）が、特に明示されている⁵³⁾。その内容は、ヘルシンキ宣言を前提として、現在の研究倫理審査委員会（IRB）制度や認定臨床研究審査委員会（CRB）制度のもとで、実際に機能しているものである。

以上のような学会の動向は、臺実験告発に端を発するものであり、臺実験告発は、当時の極めて複雑な背景事情のもとで錯綜した経緯をたどったものであったが、重大な問題提起をしたものとして評価することができる⁵⁴⁾。

IV むすびに代えて

1 本稿で明らかにしたように、1940年代末から1950年代を中心としてわが国（そして世界）の精神医療現場を席卷したロボトミー手術は、徐々に衰退していった後、最終的には実施されなくなって現在に至っている。しか

53) 詳細については、「臨床研究における倫理綱領」精神神経学雑誌99巻7号（1997年）525頁以下参照。

54) 大越功「今後の改革への課題」第85回総会特別シンポジウムI・前掲注33）954頁。

も、それは、実施の是非や可否といった本来の根本問題を議論することなしに、事実として現場で実施され定着したものであった。また、それが問題視されるようになった後も、その問題性の検討と評価は学会レベルのものにとどまり、必ずしも社会的に一般化されるまでのことはなかった。そのことは、1972年の改正刑法草案における「保安処分施設の構想」では、治療処分における治療法として、「ロボトミー〔だけ=引用者挿入〕を除く精神外科」が採用されていたことにも如実に表れている。改正刑法草案の提案した治療処分が実現していたならば、ロボトミー手術は排除される一方で、観念的には、それよりも侵襲性の高いロベクトミーは排除されないものだったのである。そこには、精神外科の問題性を、特に反対の多かったロボトミーに限定して考えるという態度が明らかなものであった⁵⁵⁾。さらには、2003年に制定された「心神喪失者等医療観察法」（平成15年法律110号）においてさえ、触法精神障害者に対する「処遇」内容から精神外科的な方法は完全ないしは明示的には排除されていないのである⁵⁶⁾。

2 こうした状況のもとで、精神外科手術については、広義の保安的観点（社会や病院の利益）にもとづく「患者の鎮静」が重視され、被術者における後遺障害（死亡を含む）への配慮はほとんど重視されることなく事態は推移してきた。一般の医療過誤訴訟事案と比較して、ロボトミー手術に対する損害賠償請求訴訟が少ないのも、その端的な表れと言つてよいであろう。ロボトミー手術の被術者のほとんどは、後遺障害に苦しむことがあったとしても、事実上の「泣き寝入り」を強いられてきたのである。他方、施術者の側は、1949年にノーベル生理学・医学賞を受賞したエガス・モニス（精神外科の提唱者）ほどの高い評価はなかったにしても、それぞれが精神科医・精神医学研究者としての生涯を無事に全うしている。たとえば、「わが国最大のロボト

55) たとえば、富永一「身体療法概論」新富尚武/島藺安雄編『精神医学書 上巻』（金原出版、1980年）793頁は、「きわめて慎重に配慮されなければならない」としながらも、依然として、脳損傷を作る「不利」と「得られる治療効果の利点とを考えた上で施される」ことを認めている。

56) 東・前掲注13) 156頁。

ミスト」と言われる廣瀬も、ロボットミ手術に対する反省もないままに⁵⁷⁾、研究者としての生涯を終えている。また、廣瀬の手術に便乗して実験を行い、後に告発されることになった臺も、その研究によって学会賞を授与されているし、回顧録においても、ロボットミへの反省はおろか、手術死した患者に対する真摯な思いを見ることもできない。情緒的な表現となることを恐れずに言えば、ロボットミの施術者と被術者との間には、「天国と地獄」に匹敵するほどの落差が見られる。被術者が、「目の前の患者がかけがえのない唯一の名前を持った人間としてではなく、対象化され、無名の『もの』」になり、「実験の材料」になっていくと指摘された⁵⁸⁾所以である。ロボットミの被術者やその家族らを中心として、現在でも、モリスに対するノーベル賞授与取消運動が展開されている事実を重く受け止める必要がある。

こうした事態が、わが国の1950年代を中心とした精神医療現場に存在したという事実を、われわれは、記憶にとどめておかなければならない。その意味で、ロボットミを中心とする精神外科の問題は、古くて新しいものなのである。

3 また、精神外科の厳密な定義や前提となる明確な仮説がないことから、その範囲（特に脳外科手術による「治療」との境界）が曖昧であり、学会による「精神外科廃絶の決議」を前提としても、事実上、「精神外科的な手術」が行われる可能性を否定することができない。それは、精神外科手術から脳定位手術への転換が示していたところであるし、医療観察法のもとで類似の手術の実施が懸念されている理由でもある。また、近年のガンマナイフ治療には、その現実的な可能性が特に危惧される。ガンマナイフは、1968年にスウェーデン・カロリンスカ大学の脳神経外科医レクセル教授によって開発された放射線治療装置であり、約200個の線源（コバルト60）から放射され

57) 廣瀬貞雄『星霜79年』（成瀬書房、1997年）、日本医科大学精神医学教室『廣瀬貞雄名誉教授就任記念』（1983年）の叙述参照。

58) 小澤勲「金沢学会以降の20年—臨床現場からの報告」第85回総会特別シンポジウムI・前掲注33)921頁。

精神外科の「実験性」はなぜ放置されてきたのか

るガンマ (γ) 線を用いて、虫眼鏡の焦点のように病巣部に集中的に照射して病巣を破壊するもので、周囲の正常組織を傷つけることのない低侵襲性の治療法である。わが国でも、悪性・良性の脳腫瘍や脳動静脈奇形等の血管障害（健康保険適応）、三叉神経痛や癲癇、パーキンソン病といった機能性脳疾患の治療（健康保険適応外）に用いられている。ただ、後者の機能性脳疾患の治療については、患者の申出にもとづく自由診療（自費診療）であるとはいえ、前提となる仮説が精神外科の発想と類似している（ほとんど同じ）ところがあり、今後のさらなる検証が必要であろう。さらに、最近のアメリカでは、ブラジル・サンパウロ大学のロペス博士の提唱にもとづいて、強迫神経症（OCD）に対する治療法としてガンマナイフが積極的に用いられているようであるが、その発想は、当初のモニスによる精神外科の仮説（脳のどこか一部を侵襲すれば患者の状態が改善する）と全く同じものであると言ってよい。

精神外科の問題性は、「精神外科」に含まれる手術であるかどうかという、レッテル（形式面）の問題にあったのではなく、発想そのもの（実質面）にあったことを忘れてはならない。その意味で、「脳外科」や「脳神経外科」という名称のもとに精神外科的手術が行われる可能性（レッテル詐欺的運用の危惧）がなくなったわけではなく、今後も、ロボトミーをめぐる問題と同じ事態が起こらないという保証はどこにもないのである。