

精神科医療における外科的手術——精神外科とロボトミー*

丸山 雅夫

I 「人体実験」とその周辺

1 1945年4月30日、総統アドルフ・ヒトラー（56歳）が妻のエヴァ・ブラウンとともにベルリン市内の総統地下壕内でピストル自殺を遂げたことにより、10年余りにわたってナチス（国家社会主義ドイツ労働者党）に支配されてきたドイツ第3帝国は事実上の終焉を迎えた。その後、一連の敗戦処理が行なわれる過程で、ユダヤ民族の絶滅作戦（ホロコースト）をはじめとして、精神障害者や高齢者等に対する「安楽死」計画の遂行など、ナチスによる非人道的な犯罪的事実が次々と明らかにされ、改めて世界を震撼とさせることになった。これらの事実、いずれも、連合国によるニュルンベルク国際軍事裁判（1945年11月20日～1946年10月1日）において、戦争犯罪ないしは「人道に対する罪」として厳しく断罪されている⁽¹⁾。そうしたなかで、被験者の同意もなく、非人道的な方法で行われ、被験者のほとんどが死亡（運がよくても一生涯にわたる不治の障害を負わされた）という結果に終わった一連の「人体実験」は、医学界をはじめとする当時の人々に大きな衝撃を与えるものであった。アウシュヴィッツ強制収容所に収容されていた双子約1500人に対するヨーゼフ・メンゲレの遺伝子操作実験や結合双生児の制作実験（1943年～1944年）が特に有名なものであるが（生存者約100人）、それ以外にも、ダッハウ強制収容所とアウシュヴィッツ強制収容所におけるジクムント・ラッシャーによる低温実験（1941年～1942年）、ダッハウ強制収容所におけるクラウス・シリグによるマラリア感染実験（1942年2月～1945年4月頃）など⁽²⁾、枚挙に暇がないほどの人体実験が行われていたことが次々と明かにされたのである。

こうした背景事情のもとで、ニュルンベルク裁判の一環として行われた「医師裁判」の成果として、非倫理的な人体実験研究を否定する「ニュルンベルク綱領」（1947年）が策定された。それは、「人体実験」について積極的な定義を置かず、「許容される医学実験（Permissible Medical Experiments）」のための10要件を明示したうえで、要件を欠く研究を「許容されない人体実験」と見なすものであった⁽³⁾。その後、1964年には、医学研究の倫理原則に対する医学界側からの対応として、世界医師会が「WMAヘルシンキ宣言：ヒトを対象とする医学研究の

倫理諸原則」を策定し（以後、1975年、1983年、1989年、1996年、2000年、2008年、2013年に改訂）⁽⁴⁾、医学研究一般における倫理審査の基本的な基準として機能してきている。また、わが国では、2017年に「臨床研究法」（平成29年法律16号）が制定され、人体実験に及びうる研究（の一部）に対して法律による規制が及ぶことになった。

2 「人体実験」については積極的ないしは明確な定義がないものの、一般には、①軍事優先目的の「政策的人体実験」、②治療と無関係な研究目的追求のためだけの「研究本位人体実験」、③治療目的のための「治療的実験・臨床試験」に分類されている⁽⁵⁾。これらのうち、①と②が許容されない人体実験に当たることは明らかであるが、「冒険的治療」とも言われる③は、新薬の開発や新たな治療方法の確立のためには不可欠なものであり、ただちに許容できないとするわけにもいかない。もっとも、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）制度が確立している現在では、③についても、個別具体的な審査によって許容性が判断されており、特段の問題は生じない仕組みになっている。問題は、そうした審査制度が十分でなかった時期における③の扱いであった。③に関する当時の学説の中には、優越的利益の存在による「二重結果の理論」によって違法阻却（正当化）を認める立場もあったが⁽⁶⁾、人体実験としての性格を否定できないとする見解も有力に主張されていたところである⁽⁷⁾。そうした状況のもとで、③に当たるとして問題視されることになったのが、「精神外科（psychosurgery）」分野における脳手術であった。後に「人体実験」として告発され、日本精神神経学会（以下、「学会」という）⁽⁸⁾を紛糾させることになった東京大学精神医学講座主任教授臺（うてな）弘⁽⁹⁾が都立松沢病院⁽¹⁰⁾の医員時代に行った医学研究は、その典型例である。

精神外科についても明確な定義はないが、一般には、病気によって変形固着した病的精神状態（行動、思考内容、情動等の障害）を普通の状態に戻す目的で行われる脳手術療法を総称し、脳の解剖および人間の異常行動と生理との関係を解明する目的で行われる外科的手段による治療的・研究的アプローチの全領域を包含するものと捉えられている。したがって、それは、必ずしも、病気に対する直接的な治療を目的として行われるものに限られない⁽¹¹⁾。精神外科手術は、ロボトミー（lobotomy）の手法によるものとロベクトミー（lobectomy）の手法によるものとに大別される⁽¹²⁾。

3 確たる医学的仮説もなく、侵襲性が極めて高い精神外科手術は、学会における一連の批判的な動向⁽¹³⁾の影響もあり、現在では、たとえ被験者の明示的な同意があったとしても違法であるとされ、人体実験に当たるものと考えられている⁽¹⁴⁾。しかし、1950年代を中心として、1960年代までの一時期においては、精神医療の現場において、精神障害者を大人しくさせるための「最後の手段」（広義の治療行為）として、ロボトミーを中心とする精神外科手術が広く認められていた。誤解を恐れずに言えば、被術者の人権といった、今日では当然に重視されるべき観点が見過ごされたままに、医療側の都合によって行われていたと言ってよい。こうした状況は、背景事情がわが国と大きく異なる欧米においても共通するものであった。そこで、以下では、精神外科の誕生（ヨーロッパ）と隆盛（アメリカ）を明らかにしたうえで、わが国

の精神医療現場でロボットミーを中心とする精神外科手術がどのように扱われてきたを検討する。それによって、精神外科の「実験的性格」が現場で見過ごされてきた背景の一端を明らかにすることができるであろう。

* 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。

- (1) ジョゼフ・E・パーシコ（白幡憲之訳）『ニュルンベルク軍事裁判（上・下）』（原書房、1996年、2003年新装版）、芝健介『ニュルンベルク裁判』（岩波書店、2015年）、参照。
- (2) ほかにも著名な人体実験として、ラーフェンスブリュック強制収容所における骨・筋肉・神経の移植実験（1942年9月～1943年12月頃）、ザクセンハウゼン強制収容所やナッツヴァイラー強制収容所におけるマスタードガス暴露実験（1939年9月～1945年4月）、ラーフェンスブリュック強制収容所におけるスルフォンアミド（サルファ剤）の効果確認実験（1942年7月頃～1943年9月頃）、ダッハウ強制収容所における海水飲用実験（1944年7月頃～1944年9月頃）がある。
- (3) 綱領の邦語訳（笹栗俊之訳）として、http://www.med.kyushu-u.ac.jp/reenet_fukuoka/houki-rinri/nuremberg.html
- (4) 第7次改訂版（最新）の邦語訳（日本医師会訳）として、<https://www.med.or.jp/dl-med/wma/helsinki2013j.pdf>
- (5) 甲斐克則「人体実験と日本刑法」廣島法学14巻4号（1991年）63頁以下。
- (6) たとえば、金沢文雄「人体実験の適法性の限界」植松博士還暦祝賀『刑法と科学 法律編』（有斐閣、1971年）119頁。さらに、同「人体実験」同『刑法とモラル』（一粒社、1984年）171頁以下。
- (7) 武田茂樹「医学上の人体実験の適法性」日本大学法学研究年報11号（1981年）63頁以下、青木清相／武田茂樹「医療行為の適法性について」日本法学48巻3号（1982年）153頁、石原明「人体実験に対する西ドイツのコントロール体制」神戸学院法学13巻1号（1982年）3頁以下。
- (8) 日本精神神経学会は、1902年に、呉秀三（東京帝国大学精神病理学講座主任教授）と三浦謙之助（同第一内科学講座主任教授）を主幹とする「日本神経学会（日本聯合医学会11部）」として創設され、会誌『神経学雑誌』を発行した。その後、1935年に、学会名を「日本精神神経学会」に改め、会誌名を『精神神経学雑誌』に改称した。さらに、1944年には、発足時の主幹制を理事会体制に変更した。1969年の学会体制刷新までの25年間にわたる歴代理事長（内村祐之 [1944年12月23日～1960年4月19日]、秋元波留夫 [1960年4月19日～1967年4月4日]、臺弘 [1967年4月4日～1969年5月20日]）は、いずれも、東大精神医学講座の主任教授が就任していた。
- (9) 「臺弘」の苗字については、「台」と表記するものも多く、混在した状況が見られる。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」と表記する。また、「廣瀬貞雄」の「廣瀬」と「広瀬」についても同様である。
- (10) 都立松沢病院は、1872年に東京府本郷に設置された「養育院」に始まる。1879年、神田への移転時に、身体疾患患者と精神疾患患者を分離して、後者を上野恩賜公園に設置した東京府癲狂院（仮称）に収容した。1881年に本郷区向ヶ丘に移転した後、1886年に小石川区巢鴨駕籠町に移転し（1989年に「東京府巢鴨病院」に改称）、1919年に荏原郡松沢村に移転して「東京府立松沢病院」となり、1943年の東京都制（昭和18年法律89号）によって「東京都立松沢病院」に改称した。歴史的に東京（帝国）大学の精神科医局との関係

が深く、癲狂院の第3代院長（榊淑 [1887年～1897年]）以降、代々の院長を東大の精神科の教授が兼任し（片山国嘉 [1897年～1901年]、呉秀三 [1901年～1925年]、三宅鉦一 [1925年～1936年]、内村祐之 [1936年～1949年]）、1949年に国家公務員と地方公務員の兼職が禁じられるまで、東大教授が松沢病院長を兼任する状況が続いた。両者が分離した後も、積極的な人事交流は続き、東大精神科・松沢病院に学会を加えた「三位一体」とも言える関係は、1969年に学会理事会体制が刷新されるまで、長きにわたって、わが国の精神医学・医療現場に浸透していた。

(11) 広瀬貞雄「精神外科」内村祐之／秋元波留夫／笠松章／島崎敏樹編『精神医学最近の進歩 第Ⅱ集』（医歯薬出版、1960年）475頁。さらに、リディア・ケイン／ネイト・ピーダーゼン（福井久美子訳）『世にも危険な医療の世界史』（文藝春秋、2019年）181頁以下。

(12) ロボトミーは、lobus（脳葉）とotomy（切截）の造語で、脳の神経回路の一部を切截（切断）する手術方法をいう。他方、ロベクトミーは、lobusとbectomy（切除）の造語で、脳の一部を抉り取る手術方法をいう。このふたつを基本として、手術部位等との関係で、さまざまな術式が実施されてきている。ロボトミーの方が被術者に対する侵襲度が低く、世界的に流行したこともあり、世間的にはロボトミーが精神外科手術とほぼ同義に用いられている。本稿においては、特に区別する必要がある場合を除いて、適宜、分かりやすい方の表記によっている。なお、広瀬貞雄「精神外科」秋元波留夫／井村恒郎／笠松章／三浦岱栄／島崎敏樹／田椽修治編『日本精神医学全書 第5巻 治療』（金原出版、1965年）388頁以下に、モニス以来の精神外科の代表的な術式が写真入りで紹介・解説されている。

(13) 石川清評議員による臺実験の告発（1971年）、評議員有志による臺実験の告発と人体実験批判決議の採択（1973年）、精神外科を否定する決議の採択（1975年）、精神外科廃絶に向けての決議案の策定（1976年）が見られたところである。

(14) 藤倉一郎「精神外科の隆盛と衰微」日本医史学雑誌39巻2号（1993年）218頁、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年）70頁、甲斐克則「人体実験・臨床試験をめぐる刑法上の問題」同『医事刑法への旅Ⅰ [新版]』（イウス出版、2006年）69頁以下。

Ⅱ 精神外科の誕生と進展

(1) ヨーロッパにおける精神外科の誕生

1 古代のインカ帝国（14～16世紀）の遺跡などから、穿頭術を受けて回復したと推定される人の頭蓋骨が発見されていることから明らかのように、脳に侵襲を加える医療は古くから存在したと考えられている。ただ、近現代における精神外科の先駆者は、スイスの精神科医であったゴットリーブ・ブルクハルト（Gottlieb Bruckhardt: 1836年-1907年）であると言ってよい。ブルクハルトは、1888年にプレファルジエ精神病院に入院していた4人の慢性精神疾患（精神分裂症状¹⁵⁾ ないしは幻覚症状を呈する）患者に対して、沈静を目的として、こめかみ付近の頭蓋骨に穴をあけて内側の硬膜を切開し、大脳皮質の一部を鋭利なスプーン状の器具で抉り取る手術（ロベクトミーの先駆となる大脳皮質切除）を行い、その成果を1890年にベルリ

ンで開催された国際会議で報告した。その後、1891年には、痴呆で攻撃性を伴う難治性患者6人に同様の手術を行い、成功3例（幻覚症状の消失）、部分的成功2例（神経障害のみが残存）、失敗1例（死亡）であったとの報告を行っている⁽¹⁶⁾。ただ、彼のそうした業績は当時の医学界から「野蛮」なものとして猛反発を受け、ブルクハルト自身はその後の実施を完全に断念し、精神外科手術はその後の50年近くにわたって散発的なものになったとされている。

2 こうした状況のもとで、精神外科手術の発展の基礎を築いたのが、ポルトガルの精神科医でリスボン大学神経学講座教授（神経内科専攻）のアントニオ・エガス・モニス（Antonio Egas Moniz: 1874年-1955年）であった。精神病者の固定観念や常同行動は一部の神経細胞間の結合に問題があると考えていたモニスは、ロンドンで開催された第2回国際神経学会（1935年）における「前頭葉機能：猿・チンパンジー・人間の比較研究」と題するジョン・フルトンとカーライル・ヤコブセンの研究報告、および「両側前頭葉の切除効果」と題するブリックナーの報告に触発され、大脳の結合繊維を切断すれば病的思考や病的行動を変化させられるとの仮説にもとづいて、非器質性精神疾患に対する脳手術を行うことになった。彼は、1935年11月、リスボンのサンタ・マルタ病院において、退行期の鬱病と診断されて3年間入院していた63歳の女性患者に対して、前頭葉白質に無水アルコールを注入して神経線維を凝固する方法を試みた後に、外科医のペドロ・アルメイダ・リマ（Pedro Almeida Lima: 1903年-1985年）とともに白質の切截（ロイコトミー [Bilateral prefrontal leucotomy]）を行った。そして、そうした脳手術を「精神外科」と名づけたのである⁽¹⁷⁾。

第1例の施術から4カ月足らずの1936年3月、モニスは、リスボン近郊の精神病院において20例の白質切截を行い、パリで症例報告を公刊した。彼の報告によれば、鬱病・不安症・精神分裂の患者を対象として手術を行い、その結果として、治癒7例、改善7例、変化なし6例、死亡例はなく、不安症と鬱病には著効が認められた一方で、慢性精神分裂病患者には効果がなかったものとされている⁽¹⁸⁾。こうした結果に、モニス自身は、非常な満足感を持っていたようである。もっとも、モニスの効果評定においては、退院して一応の社会生活が営めること（客観的な指標や基準がない印象的な評価）が重視されていただけにとどまり、後遺症の有無についてはほとんど重視されていなかった。この点は、わが国を含めて、その後の精神外科手術における効果の評価についても同様で、精神障害（者）を対象とする医学の内在的制約と限界を感じさせるものである。ただ、1937年以降は、モニスの精神外科関係の論稿はほとんど見当たらないようである⁽¹⁹⁾。精神外科の首唱者であるモニスにとって、その実践は、わずか5年足らずのものでしかなかった。

3 20年以上にわたって勤務したリスボン大学を引退した後のモニスは、サンタ・マルタ病院の臨床神経学科長として、パーキンソン病などの治療に従事し、精神外科手術からは遠ざかっている。また、ヨーロッパにおいては、モニス以降の精神外科は、仮説の曖昧さや効果評定の困難さ、さらには倫理的な問題が指摘され、徐々に衰退の一途をたどることになった。1948年にモニスを会長とする第1回国際精神外科学会がリスボンで開催された（28カ国から200人

余りが参加し、約8000例の手術報告がされた)後、長きにわたって第2回が開催されなかったことに、当時の精神外科をめぐる状況が如実に示されていると言えよう⁽²⁰⁾。1970年に、ようやくデンマークのコペンハーゲンで開催された第2回国際精神外科学会では、従来の精神外科的手法はすでに放棄され、大脳辺縁系を標的部位とする定位脳手術などの新しい術式の報告へと移行していた⁽²¹⁾。ただ、こうした事情のもとでも、精神外科の先駆者としてのモニスの名声は衰えることがなかった。1949年には、かつて脳血管造影法の功績でノミネートされながらも受賞を逃していたノーベル生理学・医学賞を、「ある種の精神病に対する前額部大脳神経切断〔前頭葉白質切截術=引用者挿入〕の治療的意義の発見」で受賞している。さらに、記念病院の設立や記念切手の発行、生家が博物館として保存されるなど、その名声は現在まで連続として維持されている。また、執刀医であったリマも、ポルトガル随一の神経外科医としての地位と名声を確立して、1974年には、ポルトガル科学アカデミーの会長に就任している。アカデミー賞授賞の理由の曖昧さをはじめとして、こうした事情(光の部分)が、その後の精神外科の問題性(陰の部分)が見過ごされることになる大きな要因として、すでに存在していたものと言ってよい。

(15) 後に見るように、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時期の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う。

(16) G. Burckhardt, 'Über Rindenexcisionen, als Beitrag zur operative Therapie der Psychosen', *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin*, vol. 47, 1890-1891, 463-548.

(17) E. Moniz & P. A. Lima, *Lisboa Médica*, vol. 13, 1936, 152. さらに、中川秀三「国際精神外科学会の概覧」*脳と神経*1巻4号(1949年)234頁以下。

(18) Egas Moniz, 'Essais d'un traitement chirurgical de certaines psychoses', *Bulletin de l'Académie de Médecine*, vol. 115, 1936, 385-392. さらに、礪島次郎「偉大で絶望的な治療」同『精神を切る手術 脳に分け入る科学の歴史』(岩波書店、2012年)17頁以下、八木剛平「ロボトミー・精神外科・ニューロエシックス—いわゆる内因精神病に対する治療思想の視点から」中谷陽二/岡田幸之編『精神科医療』シリーズ生命倫理学第9巻(丸善出版、2013年)66頁。

(19) Egas Moniz, 'Prefrontal leucotomy in the treatment of mental disorders', *American Journal of Psychiatry*, vol. 93, 1937, 1379-1385が最後の論稿であろうか。

(20) 他方、奥野満里子「歴史にみる脳神経科学の倫理的問題—骨相学、精神外科、そして現代」信原幸弘/原朔編『脳神経倫理学の展望』(勁草書房、2008年)71頁以下によれば、1950年代初頭のイギリスでは、直接的な治療効果はないとしても、死亡や合併症などのリスクを上回る患者の利益(鎮静化)があるとの主張が展開されていたようである。

(21) 広瀬貞雄「第2回国際精神外科学会に出席して」*精神医学*13巻(1971年)1099頁以下。

(2) アメリカにおけるロボトミーの流行と衰退

1 ヨーロッパにおいては積極的な評価が定着しなかった精神外科手術は、アメリカの精神科医のウォルター・フリーマン (Walter Freeman: 1895年-1972年) によって、ヨーロッパとは大きく異なる背景事情のもとにあったアメリカに紹介された後、その後の一時期にわたってアメリカの精神医療現場を席卷していくことになる⁽²²⁾。モニスがロイコトミーを行った時期のアメリカの精神医療現場は、患者の最期を家庭や救貧院のような施設で看取ることがなく、精神病院 (主として公立病院) に入院させる習慣が広く定着していた。それにもかかわらず、入院後の有効な治療法は確立しておらず、患者を単に収容して拘束するだけの状態が日常化し、病院の状況は悲惨を極めていた。こうした状況を改善するために、1930年代には、第1次大戦後に流行したマalaria発熱療法のほか、いわゆるショック療法 (インスリン昏睡療法、メトラゾール療法、電気痙攣療法の総称) が頻繁に行われていた。ショック療法は、薬物や物理的刺激を患者の脳に与えて昏睡や痙攣を惹き起こすことによって、患者 (分裂病が中心) の精神疾患症状の改善を目的とするものであった。

フリーマンは、20歳でイエール大学を卒業してペンシルベニア大学医学校に進学し、解剖学と神経病理学を学んで、パリ、ローマ、ウィーンなどで神経病理学を研究した後、1924年 (28歳) にワシントンDCのセント・エリザベス病院 (連邦精神障害者施設) に就職した。はじめのうちは当時に流行していたショック療法を行っていたが、次第にロボトミー手術へと移行し、最終的にはショック療法を放棄するに至る。フリーマンにとって、ショック療法は、その効果 (精神疾患症状の改善) が不十分なものと考えられたからである。

2 モニスのロイコトミーの報告に接したフリーマンは、1936年9月14日、ジョージ・ワシントン大学において、同僚の脳神経外科医のジェームズ・ワッツ (James Watts: 1904年-1994年) と組んで、女性の激越性鬱病患者 (63歳) に対して、最初の白質切截を実施した (30分程度をかけて12か所を切截)。その後、1937年までに、モニスの術式を独自に改良した術式を考案し、フリーマン・ワッツ式「標準ロボトミー (standard prefrontal lobotomy)」と命名した⁽²³⁾。フリーマンとワッツの術式は、モニスの方法とは異なり、頭頂ではなく側頭部のこめかみ付近に小さな穴をあけて細いヘラ状の器具 (ロボトーム) を挿入し、それを上下に動かして白質の神経束を切断するというものであった。通常、これを頭の両側で行うが、頭皮の切開ですむために局所麻酔によって行うことができた。以後、この方法が「ロボトミー」として世界中に普及していくことになる。

1940年代に入ると、第2次世界大戦後の精神疾患患者の激増のため、精神病院だけに限らず、公立病院を中心として慢性的な長期入院状態が発生し、重大な社会問題にもなっていた。こうした状況を解消するため、フリーマンは、より簡便な手術方法を模索して経眼窩式ロボトミー (transorbital lobotomy) という手法を開発し、1946年から実行に移した。それは、上瞼の奥の穴 (眼窩) に細長い器具を打ち込んで脳内の白質神経束を切断するもので、頭蓋骨に穴をあけ

る必要がなく、局所麻酔で、手術室を使わずに済むというものであった。その後、フリーマンは、他の大学病院や地方の精神病院への積極的な出張手術、講演や公開手術によるPR活動を活用して、ロボットミーの普及に努め、一般メディアから熱狂的な支持を得たばかりでなく、当時の医学界・研究界の重鎮（精神医学者のアドルフ・マイアーや神経科学者のジョン・フルトンなど）から支持を得たことから、当時の精神医療現場を席卷することになった。1948年までに、フリーマンとワッツは、標準ロボットミーと経眼窩式ロボットミーを併用して、624人の患者に対して702回の施術をしたと言われている。一時期のアメリカの精神医療現場において、フリーマンは、「時代の寵児」と言ってもよい存在だったのである⁽²⁴⁾。

3 モニス以来、一般に、ロボットミーは分裂病患者には治療効果がないと言われており、フリーマンもそのように考えていた。しかし、1940年前後から、「治療効果はなくても、改善効果はある」との観点から、慢性精神分裂病患者（若年者を含む）に対してもロボットミーを積極的に実施し、その動きはアメリカ全土へと普及していった。精神外科は、非常に悪い状況に苦しんでいる患者に対して「小さな効果」があるので、「最後の選択肢（last resort）」としての意義があるとされたのである。こうした熱狂的な状況は、アメリカ合衆国第35代大統領ジョン・F・ケネディの妹であるローズマリー・ケネディの事例に典型的に示されていると言えよう⁽²⁵⁾。最後の選択肢（最終手段）という認識は、後のわが国における行政および精神医療現場でも広く見られることになる。その後のアメリカでは、手術決定が、精神医学者の手を離れて行政に移ったことから、さらに歯止めがなくなっていった。

1950年に、フリーマンは、標準式ロボットミーから撤退するとともに（5月のアメリカ精神医学会で正式な態度表明）、ワッツら脳外科医との共同手術関係を解消した。関係解消前を含めて、1946年から1960年までに、全米160か所以上の病院で施術し、フリーマン自身は生涯で3500例以上の施術経験があると公言していた。1957年には、1956年までに手術した約3000症例（標準式600例、経眼窩式2400例）について、術後の成績を分析・公表している⁽²⁶⁾。それによれば、①診療形態と術式の違いの観点から、④私的診療の標準式ロボットミー（術後5～10年）では、分裂病患者の70%、鬱病患者の80%、神経症患者の90%が病院外で生活しており、⑤私的診療の経眼窩式ロボットミー（術後6年まで）では、分裂病患者の80%、鬱病患者と神経症患者はともに90%以上が病院外で生活し、③州立病院における患者のすべてについて、④⑤の成績は私的診療の半分程度であり、②症状再発のために再手術が必要であった患者は約300例（全体の10%）で、その3分の1が再手術後に病院外で生活し、③対象を600例ずつに揃えて分析した場合の有害事象は、④標準式で、手術関連死が16例、痙攣発作が143例、自殺企図が1例であり、⑤経眼窩式で、手術関連死が7例、痙攣発作が6例であった。このような分析結果を見る限りでは、標準式ロボットミーと比べて、経眼窩式ロボットミーの方が、簡便であるとともに結果が良好だったということになろう。ただ、フリーマンにおいても、成績評価の指標は、継続的な入院をも含めた「一応の日常生活への復帰」が重視されていただけで、個別的な後遺症等は相対的に軽視されていたと言ってもよい。

4 1967年、20年来の患者で3度目の手術を実施した女性患者が術後の脳出血で死亡したことを契機として、フリーマンは、ロボットミー施術を放棄することになった。その背景には、ロボットミーの危険性の重大さ（手術関連死）もさることながら、精神疾患患者への高い治療効果が発見された向精神病薬のクロルプロマジン（Chlorpromazine）が精神医療現場で一般的に使用されるようになったこと（1952年に導入）が重要な要因として指摘できる。患者の「鎮静」手段として、侵襲性（危険性）の高い外科的手法に頼るよりは、より侵襲性の低い薬物の方が適切なのは自明のことだからである。ロボットミーを断念したフリーマンは、その後、かつて自分が施術した患者の追跡予後調査の旅を続けて生涯を終えることになる。モニスの晩年が栄光に満ちたものであったのに対して、フリーマンの晩年は、必ずしも幸せなものではなかったと言ってよいかもしれない。

(22) フリーマンについては、櫛島・前掲注（18）21頁以下、ジャック・エル＝ハイ（岩坂彰訳）『ロボットミスト 3400回ロボットミー手術を行った医師の栄光と失墜』（ランダムハウス講談社、2009年〔原著は、Jack El-Hai, “The Lobotomist”, John Willey & Sons, 2005〕）に詳しい記述が見られる。

(23) W. Freeman & J. W. Watts, ‘Retrograde degeneration of the thalamus following prefrontal lobotomy’, *Journal of Comparative Neurology*, vol. 86, 1947, 65–93.

(24) 他方、エル＝ハイ「はじめに」同・前掲注（22）7頁は、20世紀に悪名を馳せた医師として、ナチスのヨゼフ・メンゲレに次いでフリーマンの名を挙げている。

(25) 重度の知的障害を有していた（出生時の2時間にわたる酸欠状態が原因だと言われている）ローズマリーは、成人後も、知的レベルが小学4年生程度で、誤字だらけの手紙しか書けず、20代前半で修道院の寄宿舎から脱走し、その後、深夜徘徊、感情の爆発や暴力行為などの症状を呈したと言われる。この状況を心配した父親（ジョセフ・ケネディ）が独断で（妻とも相談せず、本人の同意もなしに）、ロボットミーの権威とされていたフリーマンに電話をし、1941年11月に標準式ロボットミーの手術を受けさせた。しかし、手術後、ローズマリーは、知能指数が2歳レベルに低下した（幼児退行）うえ、歩くことも話すこともできなくなり、公の場に登場することが一切なく、死ぬまで障害者用の施設に収容され続けたと言われている。なお、兄のJ・F・ケネディが大統領に就任したことで（1961年5月29日）、ローズマリーの一件が明るみに出ることとなり、ケネディ家は厳しい社会的非難にさらされることになった。そのことが、精神障害者に対する福祉政策を謳った1963年の「精神病および精神薄弱に関する大統領教書」（ケネディ教書）の発表につながった。それは、精神障害者をコロニー（精神病院を中心とする施設）に収容して隔離してきた従来の政策を大きく転換し、精神障害者処遇における脱施設化・脱入院化を目指すものであった。ただ、1963年11月23日にケネディ大統領が暗殺されたことによって、その実現は大幅に遅れ、ようやく1960年代後半になって推進されることになった。

(26) W. Freeman, ‘Frontal Lobotomy 1936–1956: A follow-up study of 3000 patients from one to twenty years’ *American Journal of Psychiatry*, vol. 113, 1957, 877–896. さらに、W. Freeman, ‘Frontal lobotomy in early schizophrenia. Long follow-up in 115 cases’, *British journal of psychiatry*, vol. 119, 1971, 621–624.

Ⅲ わが国における精神外科の動向

(1) わが国におけるロボトミーの継受

1 わが国で最初の精神外科手術を行ったのは、新潟医科大学（新潟大学医学部の前身）の外科教授であった中田瑞穂（1893年-1975年）で、第1例目が1938年11月であったと言われている。その直後には、同大学の小沢信夫が、前頭葉切除例の組織的所見を報告している⁽²⁷⁾。中田は、当初、同大学精神科の中村隆治教授の示唆のもとに、モニス式を追試し、ロボトミーよりも確実に侵襲性が低いとの認識で、ロベクトミー（前頭葉切除術）を選択していた。その後、治療目的よりも研究目的を重視する観点から、真正癲癇患者13人に対してロベクトミーを行うことになった。その結果について、今後に解明・改善すべき点は多く残されているとしながらも、発作の消失等の積極的効果もあることから、脳腫瘍手術と比べても「忍びがたい不利益」をもたらすものではないとして、消極的ながらも肯定的な評価をしていた⁽²⁸⁾。また、中田とほぼ同時期に、板井佐次郎（新潟医科大学）が、1941年2月までの真正癲癇患者を中心とする52例のロベクトミー実施例について、学会誌に報告論文を掲載している⁽²⁹⁾。それによれば、対象疾患は、真正癲癇43例、精神分裂5例、精神薄弱2例、外傷性脳癒痕1例、前頭葉腫瘍1例であり、切除箇所は、前頭葉右側39例、左側9例、両側4例で、切除量は60gから80gが中心であった（最大は115gで最少は17g）。また、術後に一過性の上下肢不全や運動性失語が見られたほかは、知能検査で確認できるような障害はないとされ、性格の変化や前頭葉症候群のような変調も見られなかったとされている。他方、精神症状、慢性の分裂病に対する「治療効果」については消極的な評価にとどまっていた。ただ、これらの報告は、当時の現場の精神科医にはあまり注目されなかったようである。1942年以降、中田は、ロベクトミーの効果を疑問視するようになり（好ましい人格変化が顕著でない）、ロボトミー（前頭葉白質切截術）へと転向して、「日本で最初のロボトミスト」と言われている。

2 その後、油木眞一郎は、1942年1月以降に中田が施術した29例（分裂病、躁鬱病、癲癇性精神異常等が対象）の両側前頭葉白質切截について、患者の属性と症例を詳細に紹介（9例については顔写真付き）したうえで分析結果を報告している⁽³⁰⁾。それによれば、29例（2例は経過観察中）のうち、治療的効果については、①治癒8例、軽快6例（うち著効4例）、無効13例であり、②癲癇累積による病的性格改変、分裂病、神経質、躁鬱病の躁状態、強迫神経症に著効が見られ、③先天性白癡、癡愚では、精神機能に好影響がなく、④ロベクトミーと異なり、興奮型の精神薄弱者については温和的・減動的効果がなく、総じて、発作頓挫の効果は期待できないものとされている。他方、術後の経過の評価は総じて良好であり（意識明瞭、熟睡、軽度の発熱からの回復、病的な身体反射なし、食欲増進と体重増加）、特に手術死は皆無であることから、脳室に切り込むというような間違いを起こさない限り、生命にも神経学的にも絶対に危険はないものとされている。これによれば、直接的な治療効果はないとしても、患者の状

態を改善するような間接的効果は期待できるということになるのであろうか。

3 中田のロボットミーへの転換以降、前頭葉ロボットミーを中心とした精神外科手術が、わが国で急速に普及していくことになる⁽³¹⁾。また、それまでは大学を中心として行われていた手術が⁽³²⁾、1947年には精神病院（松沢病院、国府台病院、武蔵野病院、武蔵療養所）でも広く行われるようになり、1948年の第45回学会においては、松沢病院の37例（廣瀬）、国府台病院の57例（加藤／高臣）、櫻ヶ丘保養院の4例（西尾）が報告されている⁽³³⁾。その後、1950年の第47回学会において、中川秀三（北海道大学助教授〔後に札幌医科大学教授〕）が宿題報告を行い、英米を中心とする諸国の論文を紹介するほか、わが国の28病院から収集した2000例について統計的観察を行っている⁽³⁴⁾。また、この頃から、学会誌においても症例報告が増えていったとされている⁽³⁵⁾。

もっとも、1950年代を迎えるまでのロボットミーに対する評価は、治療法との関係では必ずしも肯定的に扱われていなかった。患者の鎮静効果に着目することで後に肯定的評価に転じた内村も、1948年の時点では、ロボットミーは「全体として、未だ試験期を脱して居らぬ治療法といふべきである」として、その実験的性格に言及していたところである⁽³⁶⁾。ただ、明らかな治療的効果が認められない一方で、患者の状態（狂暴性、暴力的行動、多動性、興奮〔広義の反社会的な行動・症状・状態〕）を鎮静化させることとの関係では、「最後の手段」として肯定的な評価が徐々に一般化しつつあった⁽³⁷⁾。その後、そうした認識は、ロボットミーに積極的な研究者や現場の医師に共通のものになっていき、ロボットミー手術を強力に推進していくことになる。

(27) 小沢信夫「一生存分裂病者切除前頭葉の組織的所見」精神神経学雑誌43巻6号（1939年）430頁以下。

(28) 中田瑞穂「癲癇の外科療法に就いて」精神神経学雑誌44巻8号（1940年）575頁以下。これは第39回日本精神神経学会総会の宿題報告として行われたもので、この時期すでに、わが国の精神医学界が精神外科手術に大きな関心を持っていたことを示している。さらに、中田瑞穂／田中憲二「(学会抄録) 前頭葉切除術と前頭葉白質切截術に就いて」精神神経学雑誌46巻6号（1942年）384頁以下、中田瑞穂／板井佐次郎／油木眞一郎「(学会抄録) 精神異常に対する脳手術的療法」同誌389頁以下、中田瑞穂／油木眞一郎「(学会抄録) 前頭葉白質切截術を試みたる二、三の精神病例について」精神神経学雑誌47巻12号（1943年）753頁、正田浩四郎／福井俊一「(学会抄録) 前頭脳切除精神病禮の観察」同誌754頁は、いずれも、消極的ではあるものの肯定的な結果（危険性のないことと良い方向での人柄の激変）を評価するものになっている。

(29) 板井佐次郎「前頭葉切除手術（52例）による観察」精神神経学雑誌46巻5号（1942年）225頁以下。

(30) 油木眞一郎「精神病療法としての前頭葉白質切截術」新潟醫學會雑誌60巻（1946年）286頁以下。さらに、同様の症例報告として、堀見太郎／金子仁郎「ロボットミーに対する批判」脳と神経5号（1949年）283頁以下、林障／廣瀬貞雄「ロボットミーに對する批判」同誌303頁以下、金子仁郎「前頭葉切離術に依る精神神経学的研究一術中及術後の症状について」精神神経学雑誌54巻4号（1952年）319頁以下。

(31) 中川利男「精神外科とは何であったか——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)4頁以下。さらに、浦田重治郎／清水順三郎／石川鉄雄／木暮龍雄／山崎英雄／野島照雄「長期経過した精神外科被術者の追跡調査」精神神経学雑誌84巻6号(1982年)439頁以下、参照。

- (32) 上村忠雄「精神病の外科的療法」脳と神経5号290頁以下によれば、1946年から1949年までで、わが国で3000例以上の手術が行われていたとされている。
- (33) 廣瀬貞雄「(学会抄録) 前頭葉切截手術の経験」精神神経学雑誌50巻3号(1948年)34頁以下、加藤正明／高臣武史「(学会抄録) 前頭葉白質切截術による病像変化」同誌35頁以下、西尾友三郎「(学会抄録) 病型変化進行麻痺に行った前頭葉白質切截及びその病理組織学的所見」同誌36頁以下。
- (34) 中川秀三『精神病の外科的療法(ロボトミー)』(日本医書出版、1951年)45頁以下。それによれば、対象疾患の80%が精神分裂病であり、成績として、治癒が約34%、軽快が約24%、未治が約28%であったのに対して、悪化が1.6%、手術関連死が3.1%であったとされている。
- (35) 棚島「封印された過去」同・前掲注(18)70頁以下。
- (36) 内村祐之『精神医学教科書上巻』(南山堂書店、1948年)205頁。さらに、臺弘『誰が風を見たか[増補版]ある精神科医の生涯』(星和書店、2015年[初版:1992年])260頁も、ロボトミーの治療的効果(モニスの仮説)に対しては懐疑的な感想を持っていたことを回想している。
- (37) たとえば、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297頁以下、上村・前掲注(32)296頁、廣瀬貞雄「北大中川助教授の『精神医学から見た精神外科療法』を聴いて」日本医事新報1361号(1950年)1334頁以下、中川秀三「精神外科は何故効くか—私の「宿題報告」に関する廣瀬氏の批評に答えて」日本医事新報1382号(1950年)2815頁以下。

(2) わが国におけるロボトミーの定着

1 こうした状況のもとで、わが国のロボトミー手術を精神医療現場に定着させた最大の功労者は、都立松沢病院に在籍していた(後に日本医科大学精神医学教室主任教授)廣瀬貞雄(1918年-2007年)であり、「日本最大のロボトミスト」と呼ばれている。1950年の中川報告で取り上げられた2000症例のうち、230余例は廣瀬が松沢病院で執刀したものであった。廣瀬は、1972年に執刀を止めるまでに、標準式中心のロボトミー400例、アンダーカッティング⁽³⁸⁾を123例実施し、その症例報告を精力的に行っていた。

廣瀬は、1951年に、1947年6月以降に松沢病院で施術した231例について、従来の内科的・精神的療法で効果のなかった精神病、神経症、精神薄弱・精神病質等の7歳から65歳の患者(発病後1年から43年)について、術後6カ月から3年の者を追跡調査した結果を報告している。そこでは、個々の患者について、氏名、年齢、術前の主症状、発病後経過年、術式、麻酔方法(全身、局所)、術後観察期間、手術直後の状態、手術の結果、転帰が記載され、相当数の患者については、顔写真の掲載と詳細な家族歴・行動歴・病歴・診断名の記載が見られた。結論としては、限定的ではあるものの、精神分裂病(84例)については、「おとなしくなる」といった効果が顕著である一方、幻覚・妄想や異常体験そのものが直接に消失するのではなく、それ

らに関連する人格が「望ましい方向に変化した」ことによる間接的な結果であるとしている⁽³⁹⁾。この廣瀬の報告について、内村祐之（元松沢病院長・東大教授・学会理事長）および林障（松沢病院長）は、廣瀬報告の「序」（1頁）および「跋」（2頁以下）において、ロボットミーは病院運営上に不可欠な手段であるとの印象を述べている。当時の精神医学界の重鎮によるこのような評価は、現場におけるロボットミー推進に大きな影響力があったと行うことができよう。また、廣瀬報告の手術対象患者は、病院運営に困難をもたらす精神分裂病患者が中心となっていた。この事実は、精神障害者における精神分裂病患者の数自体が相対的に多かったことを考えても、病院運営上の利益が患者の利益（症状の軽減）に関連づけられていたことを示している。その後のロボットミーは、より温和な（less extensive）手法（手術方法、術野、切除量）を求めものとなっていく⁽⁴⁰⁾。

クロルプロマジンが現場で一般化した後の廣瀬の症例報告においても、1963年までに精神分裂病34例（うち非定型7例）、爆発性行動をとる癲癇11例、鬱病4例、強迫性障害4例、爆発性精神病質8例などの77例（松沢病院41例、後の日本医大36例）について、退院38例（就業33例、未就業5例〔退院率は、松沢病院で4割、日本医大で7割〕）、入院継続31例（うち作業可能24例、作業不可能7例）、手術死0、経過後死亡6例、不明2例の結果にもとづいて、症状消失9例、良好22例、軽効29例、微効8例、不変1例、悪化0例の治療効果が示され、全体として肯定的な評価が与えられている⁽⁴¹⁾。

2 ロボットミーの効果を治療そのものではなく、患者の状態の鎮静（病院運営上の利益）に見るのであれば、特に幼児や小児（病院運営に特段の困難をもたらさない患者）に対する施術は、本来的に正当化が困難であり、むしろ研究目的ないしは実験目的が重視されていたとも推察される⁽⁴²⁾。他方、病院運営上の利益という観点に着目すれば、ロボットミーは、精神病院の患者に限らず、刑事収容施設における処遇困難な精神障害者にも利用できることになる。事実、刑事収容施設における症例報告が見られるところである⁽⁴³⁾。さらに、それを推し進めれば、保安処分での利用にもつながりうるものにもなる⁽⁴⁴⁾。

こうした現場視点からの肯定的な見方がある一方で、ロボットミーによる後遺症（死亡を含む）の評価については、ほとんど積極的な検証がされていない。ロボットミーの後遺症としては、症例報告からすれば、精神機能に及ぼす影響（前頭葉機能の一部の直接的表現）が大きいと思われる。具体的には、欲動・情動の興奮性減少、感情の動きの単純化・浅薄化、感受性減弱、自我への関心の減弱、自発性・創意性の減弱、抑制の減弱（空間的・時間的生活圈の縮小と精神的エネルギーの減少）が見られる一方で、記憶・知識・習慣的行動等の個々の知的機能はあまり影響を受けないようである。後遺症との関係では、このような一般的言及にとどまるものがほとんどであった。

ただ、後遺症との関係で特に興味深く、注意すべきなのは、越賀の1953年段階での症例報告である。越賀は、京都大学精神医学教室で施術した患者（精神分裂病52例、精神薄弱4例、精神病質2例、癲癇性精神病2例、強迫神経症3例）について、術後6月以上3年以下の63例の

経過観察を行ったうえで、結論として、社会的寛解20.6%、家庭的寛解12.7%、軽快19.1%、病像不変34.9%、死亡12.7%で、妄想、独語、昏迷、苦悶、不機嫌、緊張病性興奮などに著効が認められる一方で、行動緩慢、人生に対する真摯さ・関心の消失、楽天的だが無気力・怠惰といった兆候が見られたとする。そうした結果を総括して、「ロボトミーを安易に用いて、他の精神病の治療法、神経症の治療法による努力を惜しみ、濫りにメスを振うことは極めて危険なることであり、人間の運命に対する浅薄な見解であるとの謗をまぬがれることは出来ない」と結論づけていた⁽⁴⁵⁾。これは、当時の精神医療現場における唯一の「明示的否定論」と言ってよい。その後も、ロボトミー被術患者の予後との関係で消極的な結果を示す症例報告が見られるが⁽⁴⁶⁾、積極的に否定論を展開するまでにはなっていない。そのなかで、ロボトミーによる効果は「人間性の低下」によるものとして、「精神障害による人格変化とロボトミーによる人格破壊はどちらがましか」という問題に帰着するという指摘は⁽⁴⁷⁾、ロボトミーの本質（問題性）を衝いたものであると言ってよい。

3 このような状況のもとで、さらに衝撃的なことは、死亡例に対する真摯な対応がほとんど見られないことである。精神外科手術による直接・間接の死亡者数については、公的な調査がないため明確でないが、各種の調査から1万人近くになるとも推定されている⁽⁴⁸⁾。それにもかかわらず、たとえば、1938年から1955年までに新潟大学医学部（新潟医科大学）脳神経外科で行われた59人の患者（興奮性ないし狂暴性を伴う精神分裂病13人、精神薄弱38人、癲癇7人、精神病質1人）に対する94件の手術の症例報告⁽⁴⁹⁾においては、被術者の死亡結果を等閑視（無視？）するような対応が如実に示されている。そこでの術式は、ロボトミー22例、ロベクトミー17例、チングレトミー（帯回前部剔除）7例、レンズ状核・扁桃核・視床背内側核破壊術24例、併用3例で、精神分裂病4例、精神薄弱14例、癲癇4例において症状の消失ないしは緩和が認められたが、術式間の差は判定困難とされる一方、死亡が20例にもものほり（うち、術後48時間以内の手術死6例、2か月以内の早期死10例）、死因として、手術時の脳損傷による中枢性障害4例、術後肺炎併発4例、ショック2例、脳膜炎2例、出血1例などが明かにされている。ただ、そこでの結論は、当初の目的である「患者を温和にすること」との関係での肯定的評価にとどまっており、死亡例についての特段の評価は見られない。それどころか、「何等か脳の一部に手術的侵襲を加えたときそれが知能の改善或は精神病の根本的な治癒をもたらすものでなくとも、多動性、興奮性、狂暴性を減弱せしめ得るならば、現状の社会情勢においては十分に許さるべきことでもあり、また家族社会ともに大きな不安から免れることが期待出来る」とさえ言い切っている。こうした表現は、死亡結果すらも不可避的な止むを得ない副次的結果と見るものであり、誤解を恐れずに言えば、患者の尊厳や人権に配慮しない精神科医の「傲慢」以外の何ものでもない。

(38) アンダーカッティングについては、広瀬貞雄「精神外科の一術式」日本医事新報2197号（1966年）グラフに写真入りで紹介されている。

- (39) 廣瀬貞雄『ロボトミー 主としてその適応に就て』(医学書院、1951年) 参照。さらに、同「ロボトミー後の人格像について」精神神経学雑誌56巻7・8号(1954年) 379頁以下、同「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頁以下。
- (40) 加藤雄司「前部帯回切除術 (Anterior Cingulectomy) に関する研究—特に精神病質症例について」精神神経学雑誌61巻5号(1959年) 707頁。なお、中川・前掲注(31) 4頁以下によれば、1950年から1953年までが発表論文数がピークであった時期とされている。
- (41) S. Hirose, 'Orbito-ventromedial undercutting 1957-1963: Follow-up study of 77 cases', *American Journal of Psychiatry*, vol. 121, 1963, 1194-1202. さらに、広瀬・前掲注(12) 377頁以下、広瀬貞雄「精神分裂病に対する精神外科の適応と限界」精神神経学雑誌69巻9号(1967年) 973頁以下。
- (42) さらに、藤倉・前掲注(14) 218頁は、中川・前掲注(34) における検討症例について、幼児や小児を対象とするものに限らず、169件が実験的なものであった(脳組織を用いた研究、心理研究、脳波、刺激実験)と分析している。
- (43) 廣瀬・前掲注(39)『ロボトミー 主としてその適応に就て』序2頁は、ロボトミーを「一種の矯正術と云える所もある」とし、廣瀬貞雄「精神障害犯罪者と精神外科」犯罪学雑誌34巻6号(1968年) 186頁以下は、1948年3月から1963年6月までに手術を受けた(都立松沢病院57例、日本医科大学病院2例、関東医療少年院1例)精神障害犯罪者60例(不起訴21例、起訴16例、受刑中6例、少年院收容中2例、前科歴のみ11例、少年院入所経験者4例)についての追跡調査を行い、死亡者9例と消息不明者9例を除いた42例中、12例(殺人4例、傷害5例、詐欺1例、恐喝1例、戦犯受刑者1例)の反社会的で危険な状態にあったものが手術後に退院し、全員が就職して社会復帰に成功したとして、肯定的に評価している。また、久山照息「矯正施設における精神外科について」矯正医学11巻3・4号(1962年) 1頁以下は、八王子医療刑務所4例と他施設5例について、一応は成功であったとの評価をしている。
- (44) 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) 589頁、595頁における青木(東京根岸国立病院)および山口(名古屋市立大学精神科)の発言。また、改正刑法草案(1974年)の保安処分としての治療処分規定(98条以下)の策定過程における議論でも、精神外科を一切許容しない立場と有害な副作用をもたらす手術(ロボトミー等)に限定して否定する立場とが併存していた。法務省刑事局編『法制審議会 改正刑法草案の解説』(大蔵省印刷局、1975年) 155頁。
- (45) 越賀一雄「ロボトミーの経験とその批判」精神神経学雑誌55巻1号(1953年) 91頁以下、105頁。
- (46) たとえば、林佐武郎/今関好晴/赤坂一郎「国立下総療養所におけるロボトミーとその遠隔成績について」医療15巻1号(1961年) 80頁以下、横井晋/土屋佑一/堀口佳男「前頭葉損傷の臨床的考察Ⅱ. 前頭葉ロボトミー後の精神症状」精神医学14巻11号(1972年) 1021頁以下、第71回学会シンポジウム・前掲注(44) 登載報告の野瀬清水「松山精神病院におけるロボトミー施行の実態」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」562頁以下。
- (47) 西丸四方「精神外科の是非」日本医事新報2015号(1962年) 116頁。同様の指摘として、三浦岱栄『精神科治療学集大成』(文光堂、1964年) 302頁以下。

(48) 長谷川幸雄「精神外科の氾濫と国の責任」戸塚悦朗／広田伊蘇夫編『日本収容所列島 精神医療と人権[1]』(亜紀書房、1984年) 94頁以下。

(49) 松尾義男「興奮性、凶暴性精神病患者ならびに精神薄弱者を温和ならしむる脳手術の研究」精神神経学雑誌61巻9号(1959年) 1225頁以下。同様の傾向は、臺・前掲注(36) 306頁以下にも明らかにうかがわれる。

IV むすびに代えて

以上、ロボトミーを中心とする精神外科について、欧米での展開を確認したうえで、わが国の精神医療現場における状況を見てきた。特にわが国との関係で重要なのは、1950年代中頃までの一時期(わずか20年足らずの期間)において、精神外科が現場に広く定着したにもかかわらず、その導入の是非や可否について積極的な議論を経ることもなく、治療を代替する最終手段として認められてきたことにある。もっとも、現場において、どの程度の実施例があったかは明確でない。現時点で把握できるのは、学会誌等に投稿された症例報告によるものではない。ただ、第47回学会における中川報告や廣瀬等の症例報告、それらに対する有力な精神医学者や精神科医の反応を見る限りでは、「特に」積極的に実施していた医師や施設・病院には限りがあったと思われるものの、当時の現場において一般的に普及していたであろうことは容易に推測される。こうした状況は、フリーマンの極端な例ほどではないにしても、欧米の一般的傾向でもあった。また、それが、精神障害に対する直接的な治療効果がないことが自覚されながらも、患者の精神状態を緩和する「最後の手段」として正当化されていた点も共通している。他方、死亡例に対する検証が見られなかったことも共通した特徴である。さらに、手術による後遺障害の有無や内容が相対的に軽視され⁽⁵⁰⁾、患者(被術者)の人権への配慮が見られなかった点も同様である。そのため、より侵襲性の低い薬物(クロルプロマジン)療法が一般化した後も、現場の医師の一部には、精神外科に対する「郷愁」とも言える対応さえも見られた⁽⁵¹⁾。

現代の感覚からすれば、異常とも言うべき状況のもとでロボトミーが現場に広く普及していた事実は、何に支えられていたのであろうか。精神病院を中心とする閉鎖的な空間で行われていたロボトミーについては、社会一般がその詳細な実態を探知することは、およそ不可能であったと言わざるをえない。それを知りうる立場にあったのは、精神科医と精神医学者からなる専門家集団としての学会組織と、精神医療を管轄する行政等ということになる。そこで、ロボトミーを推進するのに一役買っていたと思われる、国や学会の対応については、稿を改めて検討することにしたい⁽⁵²⁾。

(50) 櫛島・前掲注(18) 77頁以下によれば、廣瀬等のロボトミーの効果判定は、コネティカット・ロボトミー委員会の基準に拠るとされている。ただ、そこでの基準も、著効(全症状の消失[完全寛解]、社会的適応性の完全な回復、病前水準の就職)、良好(主症状の消失、社会生活が可能、病前水準までではない仕事

能力の十分な出現)、軽効(症状軽減、より良い病棟への移動、社会生活が可能、作業能力の復活、嚴重な監視の不要)、微効(病棟収容、作業能力の不変、症状のやや軽減、監視は必要であるが衝動行為・拒食・自殺などの危険はほとんど消失)、不変(病像に特記すべき変化なし)、増悪(術後の病状の進行による病像全体の悪化)であり、もっぱら患者の状態だけが重視されるものであったと言ってよい。

(51)たとえば、廣瀬・前掲注(39)精神神経学雑誌60巻12号1341頁は、すでに精神医療現場でロボトミーがほとんど実施されなくなっていた1958年の段階でも、1952年に現場に導入されたクロロプロマジンに比較して有用性があると明言していた。

(52)丸山雅夫「精神外科の『実験性』はなぜ放置されてきたのか」南山法学46巻1・2合併号(未公開)掲載予定。