

シンポジウム IV

質疑・討論

司会：誌上討論というのが3題設けてあります。これは時間の関係でそういうふうに運営委員会の方でさせて頂きましたが、浅野さんの方から詳しい事は誌上を見て頂くということで、ひとこと何か、特に政令指定都市の問題に加味して、お願いします。

浅野：大都市特例については、誌上に資料を提出してございますので、御覧頂ければよろしいんですが、昨日今日の議論の中で2次医療圏を単位に医療計画を策定すべきだという議論がありますし、それから今回の法改正の折りに地方公共団体に精神医療、或はリハビリテーションについて責任を持たせるべきだという、そういう議論があります。その両方の交差する所に大都市特例問題があるかというふうに私は考えております。基本的に精神保健については、先程のシンポジストの話にもありましたけれど、住民に密着した所で展開される方が望ましいという事ですから、現在の政令指定都市は県にも匹敵する位の規模を持っておりますので、政令指定都市がやはりきちんと精神保健全般にわたって責任を持つような、そういうシステムになっていく必要があるのではないかという問題提起です。

司会：この問題ですが、現在精神保健に関しては都道府県が所管しているんですが、これをなるべく生活に密着した所で考えていって欲しいというのが学会等の運動なわけです。現在の段階は大都市特例、せめて大都市ですね、そこでは、その大都市が責任を持ってやるという事で、という問題提起ですが。仙台それから川崎が一つのモデルとして出されたんですが、先程の話では川崎では大都市特例に見合うように準備が進んでいる感じのお話がありましたが無うでしょうか。

西沢：精神保健法の見直しがいくつかの課題がございますけれども、例えば保護義務者であるとか、精神障害者規定の問題であるとか、あるんですが、その中の一つとして大都市特例の問題が法の見直しの過程で出てくることは、十分予測出来ます。つまり積み残しの課題として残っておりますので、川崎の場合でも、もちろん大都市特例を前提にして、つまり県知事業務が川崎市におりてくるという事を前提にして、精神保健全般について考えていかなければいけないというような意識は持って進めておると思います。

司会：仙台も割合、前向きなんではないですか。

浅野：具体的には未だ動いておりません。ただ、いずれ大都市におりるだろうというのは時間の問題だという認識はあるようなんですが。

司会：10個余りあります大都市、必ずしも前向きではないというふうに厚生省に行った時には伺っております。これを通して更に市町村、出来れば市町村まで責任主体をおろしていきたいというふうに我々は考えております。それでは、続いて社会復帰施設に関して全国精神障害者社会復帰施設協議会から、新保さんから、ひとことお願いします。

新保：私の方も一応、精神保健システムにおける社会復帰施設という事で、レジメに載せてございますので、それをお読み頂くという事で、後はこれまでの討論を通して感じた事だけをひとこと言わせて頂きます。

これまでの討論の中で、精神保健の対象者は地域住民であるという認識を持つ、というようなことが話されておりました。これは又当然だろうと思うんです。その一人一人であるユーザーに叶う施策を用意する必要があるというのも、これまた当然な事なんです。出来ればその一人一人のユーザーがユーザーに叶う、いわばニーズに基づいたものでチョイスできる社会資源がワイドバリエーション化されていくという事が望まれるのは、これまた当然な事なんですけども、そういった事を推し進めていく上で、現時点で法施策化されているのが私共の社会復帰施設だというふうに思っております。この社会復帰施設が円滑に運営されないという状況にあるという事は、私共の協議会の谷中、寺田がこれまで話して来た通りであります。このような状況で他の社会資源を整備していったとしても、その社会資源が本当にユーザーのニーズに叶うものになるのだろうかという事に対しての危惧を持っております。まずもって社会復帰施設をどのように位置付けていくか、その為には当然対象者に対する理解をどうしていくかという事も含めて、改めて法改正に向けて前向きな検討を皆さんと共にしていきたいというふうに思っております。それを具体的に進めていく為には、やはりソーシャルなクライシスインタベーションに対する対応を含めて社会復帰施設の在り様を問うていくという事が大事なんだろう、というふうに感じました。以上でございます。

司会：有難うございました。社会復帰施設に関しては、主体は障害者、或はユーザーである、その方向で改革は進められるべきである。具体的なネックになっているのでは、私の伺ったところでは、国1/2の補助、1/4都道府県の補助、残る1/4が利用者負担になっていますが、この残る1/4の利用者負担も都道府県負担にしたいということで、当面、現在は問題になっているかに聞いております。

それでは、共同作業所の問題について共同作業所全国連絡会の藤井さんですが、(今日欠席されております)藤井さんいらっしゃらないんですが、誌上の問題点をまとめて、もう一度司会の方から指摘、提起させて頂きますと、先ず、精神保健法の枠内で精神障害者の福祉を考えていくには限界があるんじゃないか、とこれまでの共同作業所の活動を通しての一つの見解です。それからもう一つ、今後の方向としては、精神障害者に対しても他の障害者におけると同じように、職業リハビリテーションの方向、職業リハビリテーションに関する政策的な方向性を、やはり我々研究して打ち出して行く必要があるんじゃないかという事です。もう一つは精神障害者が他の障害者に比べて著しく対策に遅れをとっていますが、これは一つには、先程自治労の朝日さんからもありましたように、いろんな面で精神障害者が無視されて策が進められている。その一つには精神障害者が障害者として認知されていないという問題がある、非常に大きいだろうと思います。そこで、その認知を得る為に、やはり障害の評定、スケールですね、色々な関連行政等に説得力のあるスケール、そういったものについても研究する必要があるんじゃないか、という提起が藤井さんの誌上討論の中になされています。以上

です。

司会：それでは望まれる精神保健システムとあって、これからの方向、昨日からの討論も加えまして、かなり多方面に亘って、シンポジストからの発言、指定討論、或は誌上討論等ありましたが、これを更に討論を深めていって、総括討論にまで引き継いでいきたいわけですが、早速ですがどうでしょうか。まず、シンポジスト間で補足なり、討論がありましたら、一定時間をそれに当てたいと思います。引き続きまして、フロアからの討論に移っていきたいと思います。初めに、シンポジスト間の討論ですが、……では、朝日さん、ひとこと何か。……特にない。では、浅井さん如何でしょうか。

浅井：取り立てて今は、ございません。

司会：それでは、西沢さん。

西沢：1点だけ付け加えるような形で話したいんですけれども、地域に於ける精神障害者の置かれている状況を見た時に、川崎の場合でも、尚かつ生活の豊富化というところまで見ると殆ど達成し得ていない。恐らく川崎が非常に熱意をもって展開したのとはほぼ同質のような規定で、現在で言えば精神障害者社会復帰施設、或は地域作業所、或は今日お話になりました精神科の診療所、それが或は病院もというふうに言える所があるかとは思いますが、非常に職員のボランティア的な熱意をもって展開をされているけれども、今ひとつ冷静に全体的なシステムというところを考えて、自分達のいる所を規定し直すという事がどうしても必要だろう。それでもう一つ大きな全体の中で何がやっぱり不足しているのかという事を見定めて、自分達の居る場からそれに向かって進み始めるという事がないと、やっぱり社会復帰施設はどう考えてみても通過施設にしか過ぎない部分がありますし、限界は既に見えているんだと思います。そう意味では新たな模索を、川崎の場合は行政が非常に先行しましたけれども、病院とクリニックと社会復帰施設と、或は保健所というような形でもう一度組直しながら考えていく必要があるだろうという事を是非言いたい。それからもう一つ、保健所の事を殆ど触れる事が出来なかったんですけれども、やっぱり保健所は法施行業務ともう一つは心の健康作りに象徴されるような普及啓発、或は教育相談というレベルがこれから強化されていく方向を歩むという事が見えているんだろうと思います。そう意味では、現在保健所の中で行なわれている生活援助に向けた具体的取り組み、或は保健所そのものを生活援助機関と変える事が出来るかどうか、というぎりぎりのジレンマ状況を追いながら川崎の保健所にいる相談員、或は保健婦さんが模索しているわけですが、それも一度立ち戻って考えると、どうもそういう動きに保健所が編成し得なくて、むしろ広域の住民を対象にした、先程言いました普及啓蒙、教育指導というところを集約されて行くのではなかろうかという、ちょっと悲観的ですが、そういう事を客観的に冷静に熱意を越えて見る必要があるのではないだろうかという事をひとことだけ付け加えておきたいと思います。

司会：はい、有難うございました。それでは、守屋さん。

守屋：今の討論を聞いておまして、特に処遇者困難問題、金杉さんの最後にお話頂いた、いわゆる政府からの圧力をもう一度押し戻してという、その言葉を聞きながら、僕が感じた事ですけれども、何故こういう、例えば今回の丹羽事件、そういう問題が出て来ないと、隔離室使用の人が長期間、ど

の位長く隔離室使用されている人がいるのか、又こういう問題をこうしなければいけないのかという事が私達の問題になって来ないのか、その前に何故僕達医療者関係者がこういう問題を、ライシャワー事件も同じだと思うんですけれども、何故後追いだけをしていかなければいけないのかと、そしてこの問題が出てきて政府から何かをしろと言われて、やって、何かやると又問題が出て来る。そういう、どうして僕達自身の体質の中に後追いをしていくものがあるんだろう、という事が一つ僕の感想です。

それからもう一つは、昨日のシンポジウムの中で宮崎県の病院の方がおっしゃってた、精神病院に入院中の患者さんの医療というのが十分にされ得ない、このところというのは色々な問題がある中でも、僕自身が総合病院の中にいますと、一番患者さんが本当の意味での医療を受けられない、これは何故なんだろう、もっとこのところに僕達が力を入れていかなければいけない。本当に僕自身が精神病院にいた時と総合病院に今いると比較してみた時にあまりにも精神病院の中にいらっしゃる患者さんが、私達の努力も足りないけれども、本当の意味で普通の人と同じ医療を受けられてないという事を感じましたし、これをどうしていったらいいのかという事も又すごく大きな問題じゃないかなと感じています。

司会：はい、有難うございました。では、穂積さん。できるだけ後のフロアの討論を確保したいので簡潔にお願いします。

穂積：家の子供を預けておきたいよというお婆ちゃんとか、それからお爺ちゃん預けていきたいよという奥さんとか、そういう人が非常に困ってるのが町中ですけど、診療所がベッドを持つということが現在条例で禁止されている。あちこちで、20ベッド以下のベッドを持てば、そういう事が非常に便利になるんですけど、国の方で難しい事言って診療所を不自由しておりますので、非常に皆さん迷惑しているんじゃないかと思えます。

司会：これは先程までのお話で触れられてい wasn't でしたが、診療所も20床以下のベッドを持てるようにしたいというような提起ですね。本来診療所は20床以下を持っていい事になっているんですね。それが制限されているんだということですね。それでは吉川さん、お願いします。

吉川：私は昨日、一昨日と山口におりました。山口で更正事業施設全国会議というのをやってまして、そちらに出てました。そこで問題になってましたのは、会長の吉村さんもおっしゃってますが、更正事業関係施設で既にはぼ50%の、入所者の50%精神障害を持っている。精神障害と共に他の障害を持っている人も全部ひっくるめると、70%位そうした精神障害、或は精神に何らかの問題を持った人達が入っている。ですから、更正事業施設といって、これは主として生活保護関係の施設ですけども、こうした施設の中にこれだけ精神障害者の人達がいる、我々はもっと精神障害者に対してももっと学びたいし、それからこれだけやはりそういう役割を負っているという事を精神保健関係者にもやっぱり知ってほしいという事をさかんに言われて帰って来ました。私は特に第4分科会では、この地域精神保健活動、その中に今自分達がどういう役割を果たしているか、というそういう分科会に私は出ましたし、そこで2つの施設の現在精神保健に関わる、特に精神障害者の社会復帰という事に関わる精神保健活動の実態をお話を伺いまして、それはそれはかなり劣悪な条件の中で精神障害者に対する援助という事をこうした福祉関係者も極めて大きな努力を払っているというその実態をこの

席でも又お伝えをしておかなければいけないかなと思っています。

司会：はい、有難うございました。では、金杉さん。

金杉：処遇困難の問題について中山先生の方からご討論がありましたので、それについてちょっと述べたいと思いますけれども、一つには、処遇困難対策に関しては医療圏構想の中で考えているのだという事をおっしゃられたと思います。処遇が困難である患者さん達をどうするか、それを身近な医療圏の中から考えていくという事は当然考えられるべき事だと思うわけですが、その面から言いますと、今回の重症措置患者治療病棟は15の2次医療圏に1つというような事で、普通の県だと1つでは足りないという、何県にもまたがるような規模の地域に1つ作られるという事になるわけです。そういう意味では、地域精神保健、地域の医療圏のシステムというような事を生かした上で行う対策としては、守備範囲が広過ぎるという事が先ず言えるのではないかと思います。ですから少なくとも2次医療圏を中心に取りあえず、医療圏構想を考えるとすれば、2次医療圏の中で処遇困難の問題をどうするのか、というところが出発点になるべきではないかと思います。それから2番目にライシャワー事件の例を引かれて、これは守屋先生も今指摘されたところでですけど、こういう世間の注目を浴びるような治安上の大きな事件が起きないと、精神医療従事者自身も社会も精神医療の改善という事に本気にならない。これは確かに非常に我々自身反省しなくてはいけない事だろうと思います。保護室の長期使用の問題というのは、この事を契機に大きな問題として再認識されて来ていると思いますけれども、僕自身も自分の病院の事を考えましても、色々な努力をして、結局保護室に入れざるを得なくて、保護室に入った事で当面の問題が解決して、そのまま長期化していく。そういう我々自身の努力の足りなさ、患者さんが保護室にいる、閉鎖病棟にいる、それで今問題が起きてなければ問題にされない。入ってしまった事で納まるといようなかたちで問題にされない、そういう精神医療の在り方は反省しなくてはいけないんだろうと思います。それから、そういう事件を契機にして、ライシャワー事件の場合にはいくつかの外来地域医療の充実が図る事が出来たという事ですが、僕自身不勉強で良く知りませんでした。なるほどなと思って感心しましたが、今回の問題に関して言うと、ライシャワー事件の時に勝ち取られた4つの事と今回の重症措置患者治療病棟とだいぶ性質が違うということは明らかだと思います。今回の構想については自傷他害を要件とする措置入院、その中でも重症の人ということで保安そのものの強化という点に目的が置かれた対策ですから、これを契機に精神医療全体の改善を図るのだという意味で推進していいものではないだろうというふうに思います。あとは処遇困難の定義の問題については、まず処遇が困難であるというところから出発して対策を考えていくというご主旨だろうと思いますけれども、今回の場合にはやはり守山荘の事件があってといつか、それ以前から他害性という事に重点が置かれてこの問題が取り組まれているわけで、処遇困難ということも他害性に引き寄せられて研究され対策が立てられて来ているわけですね。ですから、そう意味では他害への対策ということが最初からの目的として先行しているわけで、操作主義という事とはちょっと違うのではないかと。実際に厚生科学研究の調査で上がって来ているケースについては、中身を見ると色々な問題が混ざりあっているという事を感じるわけです。特に保護室を長期に使用している人達というのと、社会で犯罪行為があった人というのは、それほど重なり合わないといつか、直接には関係の無い問題であるという事を私自身は非常に強く感じますので、それを一緒にたにして対策を講じるという事は、やはり基本的に出発点が過ってしまうのではないかといつかを強く感じています。

司会：今までシンポジストからひとことお願いしましたが、金杉さんから中山さんの発言に対する批判があったわけです。中山さんもちょっと解りにくかったかと思いますが、40年のライシャワー云々というのは39年にライシャワーアメリカ大使刺傷事件があって、40年に精神衛生法が改正されたわけです。それはやはり今回と似ていて保安市の圧力が非常に強いその中で地域保安管理体制を強化するという観点から、例えば精神障害者は通院医療費公費負担制度というのが出来て、それによって地域の患者を管理する。第一線機関は保健所であると位置付けられて、40年の法改正によってですね。そう事があった、にも拘らずその後の我々の運動によって、それは必ずしも保安の強化をもたらしてはいないではないかというのが、中山さんの論旨であったと思うんです。中山さんから金杉さんの発言に対して反論したいという事がありますので、なるべく簡潔にお願いします。

中山：15医療圏というのは広過ぎじゃないかとおっしゃいますが、例えば東京は千万越えますから、2ユニット、15床ずつ2ユニット。だいたい関東南部はだいたい各県とも2ユニットずつという配置になりますね。一方で四国になりますと、これはインターリージョナルになるわけで、総人口4県合わせて450万だから、15床要るのか要らないのか検討したりして、恐らく山陰だとか北陸だとかは、うちはそんなに要らないという区域も出てくると思います。いずれにしてもこれは、私が申し上げているのは一つのモデルというか考え方でありまして、実施段階では必ず再調査をして、しかも自分の、その2次医療圏でこの患者に関しては頑張るから保護室を出すからそんなに要らない、というのがあって、やっぱり自分とここでは出来ないから頼むというのが初めてその上の3次医療圏の施設へ行くのだと、そうやって再調査に依るより仕方がないわけです。全国調査と地域調査、実情調査というのは別ですから。それは一応私が申し上げたのは、一つの考え方であるというふうにお考え願いたい。それから保護室と犯罪とは関係無いとおっしゃいますが、それはおかしいんじゃないですか。じゃ何故保護室をそんなにお使いになるのか、それは非難さるべき事でしょう。そしてもう一つ付け加えますと、既にこの調査は外国語に翻訳されております。イギリス人は言いました。イギリス全土探しても1日1晩を越えて保護室にいる奴はいないんだ、と。それは非常な人権侵害だと。僕らが今それを政府共々一緒に考えているんだからと言ったら、暫く待とうというのが返事ですよ。保護室に入れておくという事が如何にひどい事かという事をまず確認して頂きたい。僕はその点に関して皆で話していると、割とケロッとして保護室に入れている。調査でも、まさかあんな結果が出ると思わなかったんです。つまり隠すと思ったんです、私は。そしたらケロッとしてなんぼでも返事を出してくる。中には実態と違うご返事をなすった病院があるのも存じております。それから以前から気に掛かっていた保護室に入っていたその人がその間に亡くなっておられたというのもあります。しかし、保護室に入れるという事が、赤堀さんがいるから刑務所で考えたら解ると思うけども、独房へ入れるという事が如何にひどい事か、そんなことは刑務所でも許されない事なわけですよ、それに対して鈍感過ぎるんじゃないかというのが、私の医者になって以来ずっと続いている怒りです。だからそれを無視されたんではどうしようもないという事なんです。

司会：それでは以上でフロアの発言討論に移っていきますが、では手を挙げた方ひとことお願いします。

大野：保護室の事を非常に心を痛めたようにおっしゃいました。ところが皆さん保護室に入れる側ですね。私達は入った側です。私の場合も4日入りましたけれども、これは入れられたんじゃないくて占

抛しました。だけど、体験者です。今日はこの前提でお話しますけれども、中山先生は本当に保護室がしんどいんだとおっしゃいますけども、保護室にテレビカメラがついている事をご存じなかったです、昨日の段階で。それから私が今日こんなしんどいのに来たのは、実は保護室に1年間2回入っていた人、しかも丹羽さん事件の守山荘に入っていた人の依頼を受けて来たんです。お前は真面目だから頑張ってきてと言われたんですよ。その方と知り合ったのは丹羽さん事件以降ですけれども、お前はそんな悪い事をやるA君に対して何故防御権だと言って守るのか、というふうに電話掛かって来てからです。守山荘病院の私の防御権の問題、皆さんに配ってありますから、はしょりますけども、その守山荘の患者さんがAさんの事を思いやって、というより私の糾弾だったんですよ。お前は刃物で国会議員を殺すような人間を防衛するのcaという事で毎晩毎晩電話掛けられ続けました。その方が実を言うと、守山荘病院で1年間2回経験のある人なんです。私は彼との話の中で、悪い奴を助けるというんじゃなくて、権利がある防御権の、という話をして。今彼が言っているのは、守山荘病院のAさんですけども、Aさんこそが最も防衛されなければいけない人だと言っています。保護室に2回入った人がBさんとしします。その方が言うのはどういう論理かという、先ず精神医療というものは無かったと言っています、彼は。保護室に1年間2回入った人は、無かったと。多少学会で聞いていると先生方も一生懸命頑張っておられるようだし、まあ、いい医者もあるんじゃないですか、少し探してみましょか。いいものもあるんじゃないですか、と申し上げたら、私はどつかれました。お前未だ医療を信じているのか、そんなものは有りゃしなかったんじゃないかという保護室体験者が、まず私に告発に行き来いと私を送り出したんですよ。Aさんそのものを、つまり丹羽さんを刺した今某病院にいらっしゃる、その人こそが最も弁護されるべきだということを、まず伝えます、彼の事を。中山先生が、話がずれましたけども、あなたは保護室の経験が無いわけですけども、保護室にいる者の、入った私達のしんどい事を同情してもらわんでええですわ、まず。保護室の中で私はナースコールを付けてもらいたい。一般病棟は、ナイチンゲールの発想から含めて、医者・看護婦を呼びたい時はナースコールが有りますわ。それすら保護室に無いんですよ。プライバシーも無いんですよ。私は映像をずっと見られ続けたんです。私はもちろん裸でいました、保護室は、覚えています。それでシーツを巻いていました。ハンガーストライキです、もちろん。でも一番最初にやった事は、その保護室の中を覗かれるプライバシーを侵害されるそのカメラに向けて私はトイレットペーパーをべたべたにして、投げ付けてその監視カメラを防衛したんですよ。それを含めてあなた体験があるんですか。ある当事者から先ず保護室のしんどさを聞くべきでしょう。どうやってもらいたいのか私達に聞くべきじゃないですか、あなた。

山本（真）：すいません。もう一言だけ言わせて下さい。病者集団の山本です。

400人の保護室長期使用者がお気の毒だという中山先生にひとつ伺いたいんですが、今回の道下先生を班長とする調査が、精神医療の中で患者が人権を犯されているから気の毒だということで出発したのだったら、処遇困難者という言葉は患者には使えないと中山先生おっしゃいました。使えない管です。本当に今彼女が言ったように、保護室にいる400人一人一人に聞き取り調査するべきです。あなたはどうしてほしいですか、僕はあなた達の問題を解決したいです。話に行くべきです。それを何もやらないで、しかも本人の個人情報を盗んだのはあなた達じゃないか。道下先生は焼き捨てるとおっしゃった。個人調査表については一切他には漏らしていない。しかも病者集団の前で完全に破棄することを私達に約束して下さいました。これは盗んだ個人情報です。そんなに凄まじい、気の毒だと思っらんだらば保護室にいる400人にあなた達は聞き取り調査をするべきです。一人一人にあなたは

何をしてほしいですか、私は何が出来ますか、あなたに対して何が出来ますか、と聞いて回るべきです。

司会：はい、それでは手を挙げた前の方。

山本（深）：矛盾だらけというのが、はっきり言って中山先生のレポートを読まして頂いた感想です。私達病者集団は確かに、今刑法に保安処分がないけれども、今まで保安処分され続けているというふうに言いましたが、それがまさか処遇困難施設を入れる為の言い訳に使われると、そういうふうに理解されるとは全く思っていません。私達がこういう事を言わなきゃならなかったのは、今までもずっと言われて来てますけども、私達が一人の人間として当たり前生きていくことができない状況があまりにもあり過ぎるじゃないか、そのことの告発として言ってきた訳であって、決してそれがいい状態である、いや、むしろそういう事をしてほしい、そういう事が精神医療の改革の為につながる、そういう思いで言ってきたのでは決してありません。だから、こういう形での私達の発言の引用の仕方についてやめて頂きたい。

それから次にライシャワー事件があった時に、保安処分の強調路線の人々が政治的に何を手にしたのか、全然はっきりしないという形で考えていらっしやる。私は信じられません。ライシャワー事件のあった後、保安処分の強調路線をとっていた人達は実質的なものを手に入れたと思っています。それは、その後ずっと病床数の数字にもはっきりと現れている日本の強制入院のあの数字の中で、中山先生が京大の中で数字をちゃんと見ておられながら、何が日本の精神医療の中で進行してきたのか、ライシャワー事件をきっかけにして進んで来た、何故日本に於いてだけ、世界の中で何故日本に於いてだけ、こんなに信じられない民間の病院において強制入院が堂々で行なわれてきたのか、こういうのを行なってきた実態というのは私達はそこに見ています。つまり実質的な保安処分がライシャワー事件以降の経済的な国家からの援助ということになされてきたというふうに思っています。

だから、私達の仲間も午前中に申しましたように、ずっと60年代以降強制入院を無茶苦茶されて来たメンバーが、今社会に出られないからといって、出る時にせめてその退院保障ぐらいするのが当たり前だろう、その時の付けを取るのが当たり前だろう、そういうふうに申しました。私達が一番痛めつけられて来ている部分はそこらへんであって、私達の仲間の中でも退院する時に困難を迎えているのはその部分です。その時に青春時代を犯された部分です。その事を中山先生がご存じない訳はないと思います。にも拘らず、何故こういう形で保安処分の強調路線を取った人達がライシャワー事件以降、何も手にしていないというふうな事を言えるのか、私は、これははっきり言ってすごく欺瞞的だと思います。中山先生はその事をご存じない訳はない。

それから次に、中山先生の、私は多分本心がここらへんにあるのではないかという事でお聞きしたいんですけども、支出先が良質で無駄のない医療を提供するような計画を提出しなければ、国会から資産のお金が出ない。その1点で、多分これは非常に正直な発想でものを書いておられるのだと思います。じゃお伺いしたいんですが、中山宏太郎先生は今まで精神神経学会の中の保安処分委員会の委員長として勤めて来られました。であれば、何故、国から予算を取るための方策として、処遇困難施設、或は重症措置患者施設、そういう所からお金を取ろうというふうに考えることをなされたのか、私は素朴な疑問として感じます。それは、中山先生が精神神経学会の保安処分委員会のメンバーとして実態を本当に見つめて来られたのであれば、まず精神病院の中のあのベッドとベッドの幅の狭さ、人間として安心して住める空間でない現状、そうした細かい事を全部ご存じの筈ですし、まず、医療

が医療として成っていく最低限の所にお金を注ぎ込ましていき、昨日から話されてきた事を全部踏まえて、最低限精神医療が民間刑務所ではなくて、医療施設としてなっていく為の所にお金を注ぎ込ませていく、そういう基本的な所にお金を注ぎ込ませていく方策を何故取れずに、処遇困難施設という所から発想されていったのか、その事を責任もってお答え頂きたいと思います。

司会：済みません。中山先生もうちょっとお待ち下さい。ただ今の方の発言の中で、例えば40年以降の保安処分強調路線は何を獲得したかに対して、それ以降精神病床数はずっと増え続けている。それから、平均在院日数も増え続けている。そして少なくとも1/3の人が必要がないのに精神病院にいて外に出る事が出来ない、そういう中に貫徹されているではないか、という事が一つと、それからもう一つは、非常に率直なところ、保安処分路線に便乗しなければお金が取れないんじゃないか、そのへんが中山先生の本心じゃないだろうかというような指摘。二つ重要な指摘があったと思いますが、中山先生のお答えちょっと待って頂いて、先程から手を挙げている方、前の方の方、お願いします。時間が限られているのでなるべく簡潔にお願いします。

多田：八王子「赤堀さんと共に闘う会」の多田と申します。先程聞いていまして、中山先生は保護室に精神病患者を入れるのは非常に苦痛に耐えないというような事をおっしゃいましたけれども、それからこそ、処遇困難者病棟を作るのだということを言われていますけれども、一つ考えてほしいんです。今日本の精神病患者は35万人程が精神病院に入院させられていますけれども、その中の6割強が強制入院させられ、或は閉鎖病棟に入院させられているんです。そうして10%以上の人達が30年間以上にわたって精神病院に入院させられています。そういう事を捉えて中山先生は、だからそういった現状を変える為にも、処遇困難者病棟が必要だと言われる。そうかもしれませんが、そこには大きな重大な誤りがあると思います。それと申しますのは、処遇困難者病棟というのは、確かに新しく作られる病棟ではありますが、決してその精神病患者に対する考え方は新しいものではない。今まで通り精神病患者は危険な存在である、社会的に危険な存在である、犯罪を犯しやすい存在である、そういう発想から精神病患者に対する処遇困難者専門病棟新設がたくらまれているんだ、そう思うわけです。私達は多くの労働者と共にこのような新しい保安処分攻撃、処遇困難者専門病棟新設の攻撃に対して反対して行きたいと思っています。

私達は本当に過去40何年間、精神医療に苦しめられ、今また、処遇困難者専門病棟という、何時自分が入れられるかわからない、そういった病棟が造られる事を目の前にして心の底からの危機感を持っています。中山先生、ひとつ真剣に答えて頂きたいんです。

私達は決して精神病患者という危険な存在ではありません。人間です。私達一人一人の人権を確保する上で、或は精神障害者全体の解放を勝ち取る為にも、中山先生がかつて保安処分反対の先頭になってやって来られた、そのことを今一度思い返して頂いて、処遇困難者病棟造りを今一度「待った」をかけて、原点から考え直して頂きたいと思うわけです。先日も松沢病院に金子院長に会いに、交渉に行きましたけれども、そこでは松沢病院当局は処遇困難者病棟と言っているけれども、うちでは重症保護病棟と呼んでいるという事を言われました。そして重症保護病棟を今度、来年造るという事も言われました。松沢病院、病院支部の松沢病院分会との交渉で明らかになった事ですけれども、松沢病院当局は厚生省の予算を使って重症保護病棟という名の処遇困難者病棟を造ろうとしています。それに対して多くの自治労の人達とか、松沢病院分会の人達とか、民生局支部の人達が反対に立ち上がっています。処遇困難者病棟建設予定とされた別の病院に於いても、多くの労働組合の人達が反対運動

に立ち上がっています。今日ここに、このフォーラムに参加された全ての皆さん、どうか私達精神障害者と共に処遇困難者専門病棟新設に反対するように行動に立ち上がって下さい。そして、今すぐ早急に求められている事は、処遇困難者病棟、処遇困難者としてリストアップされた950人の名簿を焼き捨てる事です。これを直ちに実行して下さい。

私達は最後まで闘うつもりです。皆さんどうか共に闘って下さい。

司会：有難うございました。では、青木さん。どうぞ。

星野：こっちが先に挙げているじゃないか。

司会：なるべく短くお願いします。

星野：議長、こっちから先にしゃべらせて下さい。

司会：今の方の方が先に……。

星野：さっきからずっと挙げているんだよ、俺。中山さんの先程言っていた保護室からの、非常にまあ、自分の臨床家としての位置から言うと、非常に耐え得ないことであるとおっしゃいましたが、そこで僕は、中山さんは論理をすりかえたと思います。保護室からの開放が何故この処遇困難病棟につながるのか、これは嘘じゃないか。

あの道下レポートの調査の中では現在をどれだけ変えていくのかというところの回答が多かったわけですね。

それと、今回道下レポートからはほぼあの資料を使いながら、意見具申というものになっていくわけですけれども、あの問題については、今度は重症措置をという具合に対象が変わっているわけです。で、中山さんなり道下さんなりが盛んに言うことは、治療がされないで放置されているわけだと、保護室の、400人の、特に重症の、長期の人が。長期にわたってこんな状態を放置するのは許されない、と言われて来た。

ではその為の方策を考えようと言った時に、今回の保安市の圧力に対して、メディカルのサイドに何とか取り込もうというような事で来られたように思うわけですが、それが今回の病棟を造るということにつながっているという、それは強引な結びつけであって、それは言い方はおかしいです。

そうじゃなくて、中山さんが操作的な概念だというようにおっしゃっていますが、処遇困難という形になっていった要因というものは色々あるという事は、中山さん自身認められておられるし、そしてその概念が、ある病院によっては変わるという事をおっしゃるし、或はある病院からある病院に移る事によって、その患者さんが良くなっていくという事もあるんだ、というような事もおっしゃっているわけですね。

であれば、何故処遇困難になったのか、という事をもっときちっと検討されなくちゃおかしいと僕は思います。そういう要因をちゃんと見ていくという事は臨床家としてやるべきじゃないか、先程病者集団の方が、一人一人に会いに行かれるべきじゃないかということをおっしゃいましたけれども、これは僕は、例えば学会あげてやってみるとか、或は厚生省が予算取って、それはもう一回きちっと会ってみよう、何がしたいのか、どういう事をするのか、これはやってもいいわけです。呉さんは昔

やったわけですからね。そういうような事を学会として、笠原さんもいることだからやりましょうと提案して、厚生省からといって会いに行きましょう。そういう提案したっていいわけです。実際の一つ一つの病院における処遇困難性というものが様々に違うだろうという事を僕が思っているわけです。

先日も京都で合宿をやって、処遇困難といわれるケースについての検討をしてみましたんですが、まあ、それぞれなりに開放化をやって来ている所でも、やっぱりマンパワーの不足、決定的にそこで具体的な事が出来ない、関与できない。基準看護をとってても3人～5人位の勤務しか組めないというような、現在も情けない状況があるわけです。そういうような事にメスを入れないで、ここに移して、じゃここで良くなったら、元へ返すという具合に中山さんおっしゃってられるわけですが、返されるべき元の病院は何も変わってないわけですから、また悪くなっちゃうということになるわけですね。

そこらへんの問題も含めて、問題を考えて頂かないと、先程の言い方というのは、非常に僕は乱暴だというふうに思います。以上です。

司会：はい、わかりました。それでは、記録の都合がありますので、発言者の所属とお名前をお願いしたいんですが、ただ今の発言の方は光愛病院でよろしいのでしょうか、星野先生。

星野：はい、結構です。

司会：青木先生だと思いますが、ちょっと青木先生お待ち頂けますか。中山さんにひとこと発言して頂いて、それも踏まえてお願いします。

中山：先程も申し上げましたように、出来るだけ丁寧にお答えしていきたいと思います。山本さんの第1の点。つまり昭和40年以降、病床増加が多いじゃないか、というご発言がございましたが、これは施策的に見ますと、35年12月に発表された所得倍增計画の中に、労働者を移動させなきゃならないから、その時に病人を連れて行くわけにはいかないと、従って、その者を精神病院に入れる必要がある。その時に保険だとか、或は生活保護法とかいうものを使わないようにしなさいと、措置入院をもってこれに充てなさいという形で書かれているわけです。所得倍增計画というのは10年間の計画でございます。従って昭和45年までは、労働力移動の為に精神病者を国の病院に預けて働きに行きなさいという政策をとったわけです。その時に措置入院という形をとっていたのに対して、昭和38年頃から精神科医側の抵抗が始まるんです。全然ベッドが増えないという事があったわけです。それを解決する為に厚生省やいろんな人が考え出したのが、生活保護法の世帯分離を導入して、いわゆる措置入院という公安上のものじゃないようにしようじゃないかというのが実現したのが、実はライシャワーの後の改正だったわけです。

そういうわけですから、ライシャワー事件がベッド数増加を来したと分析するわけにはいかないわけです。

第2に、計画は金を取るためかとおっしゃいましたが、私がそこで書いておりますのは、処遇困難対策の金なんていうのは、実は知れておまして、フルスケールで動き出したとして、施設費が100億、運営費が年間100億程度です。私がここで申しておるのは精神科の医療費を1兆2千億から2兆4千億にする為には、各医療計画をきっちり出さないとお金はもらえませんよ、とそういう事を申し上げているわけです。

措置入院費が現在300、とにかく税金から出ているお金が500億、都道府県から出ているのが500億より少ない。だいたい90%以上が保険医療費から出ているわけです。それを増やそうと思ったら、それ位の事をやらなきゃ出ませんよ、と。

皆さん何か言うと、人員がおらんのだ、人員がおらんのだとおっしゃるけれども、計画も立てずに金をよこせと言ったって誰がよこしますか。考えてください、そこのところを。それから、それで山本さんのお答えにさせていただきます。処遇困難は金の為にやっておるんじゃないありません。

次にちょっと多田さんの問題を置いて、星野先生の意見に、或はお叱りにお答えしておきますと、やはり僕は、今、民間病院でも県立病院でも非常にマンパワー不足はひどいと思います。そして、しかも、だいたいこんなことを言って何ですけど、医者はだいたい疲れきっていますわね、それで無気力ですわ。わしはわりとのんびりやらしてもろてるけれども、しかしながらこの現実避けられない。そして、民間がどんどん県立病院に預かれと行ってやってるでしょう。あなたのとこだって、中宮大阪府立病院にお願いに上がる場合だってあるわけでしょう。こういう現実があるのに、保護室収容と処遇困難病棟のつながらないなんて言ったって何言ってるんだ、という事があるわけです。

次に現在の病院の医療というのは定食みたいなものですね。お子様ランチに、若い人向けランチ、女性ランチにダイエットメニュー、やはりそれを如何に個人別の治療計画に組変えていくかということ、ここで取り入れなきゃいかんわけです。それをやろうという、変えるべきところが無いといわれるが、実際これが動き出すのは、一番早いところでも2～3年掛かるわけです。その間に2次医療圏の整備をちゃんと考えるべきじゃないでしょうか。

最後に、多田さんでしょうか。危険な存在というふうに見なさないでくれとおっしゃるけれども、誰だっで見なしたくはないわけですよ。だけど開放病棟で出来なくて、閉鎖病棟に引っちゃうわけで、閉鎖病棟でもうまくいなくて、保護室へ入れられちゃうわけですよ。そしたら、やっぱりその人が、保護室じゃなくて閉鎖病棟或は開放病棟で、或はコミュニティの中で皆と暮らしていけるような事というのは、色々権利の問題も含めて考えていかなきゃいけないのであって、精神科医がこれを避けて通るわけには僕はいかないと思います。危険な存在と見なすなと言ったって、お互い危険になる場合はあるわけですから、そうじゃないようにするのが治療だと僕は思っています。

司会：はい、では、どうぞ。なるべく短い時間をお願いします。

青木：精神神経学会、青木です。精従懇のまとめを見まして、すべての団体が保安処分には反対しているという事ではまとまったというふうに報告があったんですが、もしそうであるならば、現行の措置入院制度がそもそも保安処分なんですね。ですから、その保安処分制度をさらに強化する方策としての今度の案というのに、当然皆反対しなきゃいけない筈だったと思うんです。ですから、そのあたりに何か、措置入院制度に対する甘い考えが残ってるんじゃないかと思うんですね。現行の措置入院制度は予防拘禁制度です。その危険性を予測して無期限に拘禁する制度ですね。こういう事が一般の市民には許されないわけです。危険性だけで予防拘禁するという事は、何故病者はそれが許されるんですか。それが一つ保安処分制度が許されない一つの重大な問題なんです。

それからもう1点。何故病者だけが国家権力によって、一方的に心を捻じ曲げられるような事を許されるのですか。そういう、私はこれを国家権力による強制的な心操作というんですけれどもね。このデモクラシーの国家に於いて、注目を与えるような強制労働があるようですけれども、思想・心を変える為に国家権力が力を尽くすという事は許されない筈なんです。この2点に於いて保安処分制度は

将来に於いて必ず廃止されなければならない制度であるという事ははっきりしてるんです。措置入院制度もそうです。ですから、この間の国連の人権委員会の案をご覧になってもわかるように、もうすでに公権力による強制医療制度というものは、緊急医療制度に近くなっていますね。日本の措置入院制度のように何年も入れておく、平均で6年だなんて、そんなデタラメな制度はもうあり得ないんです、実際に。それなのにその上に、そういう施設を造って、更に措置入院制度を強化しようというのは、もう時代に流れに完全に遅れをとっているというか、逆行しているという制度だというふうに思っています。

一つ、我が国の精神保健法の一つ問題点は、医療内容についての、深刻な哲学がないという事ですね。例えばインフォームドコンセントドクトリンにしても、国連の人権委員会の案では非常に悩み多く色々考えている。例えばサイコサージェリー、精神外科については、どういう無能力者、インコンピテントにはやってはいけないという事をちゃんと明記してある。そういうような時代であって医療の内容について、インフォームドコンセントドクトリンで考えるという事がないんですね、この精神保健法には。だから危険なんです。こういう保健法の上に、さらにそういうような制度を上乗せすれば、必ず重大な人権侵害が起きる。我々非常に難しい難問に遭遇しているんだけど、そういう基本的な世界の流れを考えながら、その流れの中で考えなきゃいけないだろうというふうに思っているんです。最後にひとことだけ言いますが、これは余りにも結論だけで、何を言っているのか解らないかもしれませんが、我が国の量刑制度が非常に遅れているという事です。懲罰主義の量刑主義がまだ横行しているんですね。その中で精神医療、精神病院が、そのしわ寄せを食って監獄の下請けみたいな事をやっているという事態が一つ大きな問題になっている。

世界の量刑制度は人道化の方向に向かっております。例えばスウェーデンなんかは、一般予防の為に犯罪者は拘禁しますけれども、健康で文化的生活を保障する。場合によっては外に働きに行く。そういう制度をやって行けば、こういうような精神病院の苦悩というものは、どんどんなくなっていくという事は明らかになっています。これは歴史的な考察から明らかになっていますが、ここは省略致します。以上です。

司会：はい。量刑制度と言いましたけども、要するに青木先生のは、精神医療が刑事政策の下請けをしているという理解でよろしいかと思いますが。

星野：ちょっとしゃべらせて下さい。中山さんの方からそういう話で、もちろん僕は、中宮病院の方にお頼みすることもあるし、中宮から頼まれることもあるという事を先に言っておきます。もう一つは、時間が余らないので、これは中山さんが保安処分委員会の委員長時代にまとめられた保安処分に反対する意見書というものがあります。これは今読んで、なかなか格調高く大したものだと思いますが、その中に一番最後の理由、理由が7項目ありまして、医療と保安の基本的理念の相反性を挙げなければいけないという事をおっしゃっています。その後、犯罪を犯した患者さんであっても、何よりも医療は貫徹されなければいけないという具合に書かれて、保安処分というのは改正草案、法制審議会、法務省の見解から明らかなように社会防衛を目標として個人の利益に反しても、これを隔離拘束するものであるという具合に定義しまして、「精神医学医療が、かかる目標の為に自らの診断法、治療法を供する事は精神医学医療の本質を失わせ、これを刑事政策の道具へと落としめることに他ならず、決して行われるべき事でない」というふうに書かれています。

この観点からしても、今回の施設がそういうものにならないのかどうかという事が問われていると

いうふうに僕は思います。それと保安処分の代替策ではないというふうにおっしゃいますけども、刑法の中に新設される保安処分だから反対であるという事ではなくて、それも勿論反対なんだけれども、保安処分的なものじゃないかという心配を皆しているわけですよ、そうじゃないという事をもっと丁寧に言わなきゃ、それは皆反対しますよ。そういう事に対してもう少し丁寧な説明が要ると僕は思います。

司会：申し訳ありませんが、短くお願いします。

赤松：済みません、日本臨床心理学会の赤松と申します。昨日から手を挙げながら、ぜんぜん指されなかったので、時間オーバーと思いましたが、出しゃばってきました。昨日からなもので言いたい事いっぱいあるんですけど簡単に致します。

今の処遇困難病棟の事で言えば、今日の午前中のシンポでも、医療外の経済学者から似たような人達を集団で集めて区分けしていくという事は非常に問題だという事が言われてて、医療の中にどっぶり潰っちゃっていると、とにかく抱え易いように、対処し易いようにという所で、その開放病棟とか沈黙層病棟とか、これはずっと前、10年前に生活療法問題捉え直しで、裁判にもなっていたという事があるのに、処遇困難例病棟が出来てきて、そういう所からお金を、中山先生あんまり大したお金じゃないということ言われたけれど、何百億と掛けて、それが守山荘病院の問題で、開放化を維持する、保つ為に処遇困難例病棟と言われながら、結局は開放化に行く人達は手が掛からないから、そっちはお金が掛けられないんですよ。そうするとそういう人達が昨日からのシンポジウムでずっと出ているように、町の中で暮らせない、暮らすにはそこで従事する人達が自分の給料をそこに費やして、遅配の中でやるしかない、或は生活保護を受けていると同じような10万足らずの給料で、作業所作りなどをしているわけですよ。そういう所にどの位の人達が行こうと思っても、行けないから、1/3の約10万の人達が、今病院で暮らしている。そこは手が掛からないからって、今後お金が掛けられないで、処遇困難例病棟に何億、それから措置入院患者に何億、医療保護の手続きをする人達にまた何点つけるなんていうような形が予算として考えられているそうですよね。それはすごい問題だと思うんです。そういう形で費用が掛けられるとしたら、本当の精神医療の開放にはならないと思います。それが1点ともう一つは、先程、笠原先生なんか言われて、私などが申し上げるのは申し訳ないんですけども、私も精神民間病院に30年余おりました、色々考えてきたんですけど、昨日の看護の代表として桜庭さんが、「医療の中というのは医師を頂点としてピラミッド構成の中で、看護が自分達の独自性を持ちにくい」ということを言っている。その前に広田先生が、非常に暗い、精神病院は暗い、狭いどうしたらいいか。さっき中山先生は医者皆無気力ですと言ったけど、高給を取ってられて、無気力にならないで下さい。もっともっと先生方のお金の、私なんかもうすぐで定年だけれど、私より10年20年下の人が4~5倍の給料取っているんですよ、お医者さんは。そういう中で、私は、だからって日頃出し惜しみするつもりはないけれども、自分の身体を駄目にしてでもやらざるを得ない3K的な事があるんですね。それで、私達はさっきから出ているんだけど、3K的な仕事は安い労働で、それは嫌われると出てるけれど、誇りを持てば一番大事な仕事です。訪問に行っても掃除も出来ない人の所を掃除をしてきて良かったね、というのは私はすごく嬉しいです。そういうのが誇りが持てないで、そういうのは安い労働だから、安い賃金のがやればいいという、そういう形ですと傾斜になっていて、医者を頂点にずっと傾斜になって、その一番下に行くのは何も働けない患者さん達。だから、昨日山本さんが、患者の気持を聞いてほしい、患者の権利という事を言われてても、それに

本気になって皆答えようとしていますか。本当にそれに本気になって答えるという事だったら、丹羽事件を起こした人と話し合う事ですよ。それで、一人一人その病棟に送るんじゃなくて話していく、それがマンパワーが無いから今出来ないということはあるけれど、そういう何だろな、もう一つ言いたいのが、司会者の顔を見ていると申し訳なくてしょうがないんですけども、看護が今、職離れしていますよね。それは3Kだと言われるけど、そうではないと思います。3Kでも誇りを持ってばやれる事です。だけれど、医者への補助診療でお手伝いとしてやるから、今私が勤めている東京足立病院で、主任クラスになる高看を出ている看護師が、僕らは看護学校で看護の勉強をして、看護の判断をきちんと持って来るんですよ。それが病院に来て全然発揮できない、医者の言うなりです。私が30年も経験持っても、週1回の、広田先生はそれを無国籍医者といわれたけど、無国籍医者が12~13人いる中の半分はいます。そういう週1回来られるお医者さんが、僕が来ない間は外泊させないで下さい。外泊させない間に一生懸命、それはまずいと思って、させていたら注意されて、控え目にしていたら離婚になった方もいます。そういう形で孤独な人をどんどん作っていくような医者の無頓着さがあるんです。

だから、笠原先生がさっき社会福祉の勉強、心理学の勉強、そういうものを医者がきちんとして指導できるようになっておっしゃったけれども、私は、それでは医療チームは組めません。だから、これは今後の大きな問題で精神保健法の見直しは2年後で整えないでほしいと思います。あと5年掛けても10年掛けてもいいから、今度それが出たら半世紀ぐらいずっとその精神保健法でいっちゃうわけですよ。それを考えたら怖い感じがします。だから医療の中で、もし医者の他に看護パラメディカルいろんな人間を置いてやるんだとしたら、皆が独自性を発揮できるように、これは私は医者よりも偉くなろうなんて思って言っているわけじゃないですよ、皆が自分達のやっていることを、きちんと独自性を発揮していく、その独自性を保てれば、患者さんの意見、患者さんの独自性をもっと聞ける筈です。そういうような医療にしていくか、それが今の医療法や医師法の中で出来ないんだしたらもう医療は縮小して、私達は医療外に出るしかないと思います。ただ、その出る時に、昨日の「やどかりの里」をやってきた人や地域でやっている人達が、さんざん言われたように、そこが安いところで国が施策したらば、もうとつてもやれません。だから、そこをちゃんと見据えた上で本当の抜本的な改革を今しないと、精神保健法がここで2年後に形つくられても、日本の精神医療は絶対良くなりません。それについてお聞きしたかったんですけど、どうも済みません。

司会：それでは総括討論に入る前に、シンポⅣのまとめをちょっと行ないますが、簡単に言いますが、あらゆる面にわたって、これからの精神保健システムについての問題提起がなされたと思います。特に2次医療圏の中で色々なものを考えていくこと。大学に於ける医師教育を含めて考えていくことが重要であるということでもまとめられるかと思えます。その中で、特に重症措置専門治療病棟に関しては保安処施設ではないかという危惧が強く出されたと思います。