

## 総括討論

司会 道下忠蔵  
柏木 昭  
森山公夫

柏木：それでは総括討論に入ります。2日間にわたり4本のシンポジウムの柱で熱心な討議を進めてこられました。主催者側の精從懇と致しましては、ここで一つのアピール文を作りまして、私共の間で一応の一致を見たところまで確認したい、そういう事でこの総括討論に替えたいという気持を持っております。まず、最初この主旨について、森山さんからご説明願いたいと思います。

森山：この確認の主旨をもう一度ちょっとご説明したいんですが、この精從懇はこのプログラムに書いてあります諸団体から構成されています。この精從懇ないしこのフォーラムで確認する事というのは、諸団体の内部での決議に拘束されております。従って、この精從懇も、このフォーラムもこの場で決議するという形には、なり得ないということをご了承頂きたい。その確認は、従って精從懇にしても、フォーラムにしても、諸団体の間でぎりぎり譲り合って、ここまではお互いに確認できるということを確認する、そういう形になるのだという事をご了承頂きたいと思います。

柏木：そういう枠組でアピール或は確認をこれから行ないたい、総括討論にしたいと思っておりますけれども、先程の病者集団の方からの質問へのご返事を道下さんからしたいというご希望がありますので、最初にそれを5分とりまして、その後この確認の作業に入りたいと思います。よろしくお願い致します。

道下：病者集団の山本さんでしたか。ここで改めて質問して私に回答してほしいというご希望ですね。

柏木：正確に言いますと、総括討論に入る前にしてほしいということでありましたけれども、これから引き続き総括討論に入りますという司会の言葉を受けて、こういう形になっておりますので、ご了承下さい。

山本（真）：例の道下先生が班長の調査研究ですが、あの中を中心となっているアンケートについて、もちろん処遇困難者という言葉が患者に使えない位ですから、当然にも本人の同意は得てない調査だと思えます。そうですね。従ってあれは明らかに個人情報盗んだプライバシー侵害で人権侵害ですので、まず、それに基づいた調査研究自体が破棄されるべきですが、一応私共としては950人分のリス

トについて、我々の前で破棄すること、そして更にその950人のリストに関しては、他にコピーもない、コンピューターにも入っていない、法務省にもコピーさせてない、その事を確約して頂きたいと思います。

道下：解りました。

大野：あのですね、学会で先生は、あのリストアップについては「廃棄することは吝でない」とおっしゃった事はご記憶にありますね。そうですね。

道下：はい。

大野：じゃまず、山本が申しましたように、あらゆる所に、あの時おっしゃったのは石川県立病院の金庫の中に保存してあるとおっしゃいましたけれども、今のところ移動しておりませんか。

道下：してません。

大野：従って、それはコピーもされてない、インプットもされてないことはご確認出来ますね。それで私共は、その時先生がおっしゃったように、我々病者集団とそれを燃やしたいという私達の意向に対しては、先生が快諾して下さった事をここで確認させていただいてよろしいですね。それでは日を改めてリストアップは廃棄された事を確認したいと思います。リストアップは廃棄されました。今後、病者集団或は研究班と共に日程を調整して私達全員の前、病者集団代表の全員の前でリストアップを廃棄することを確認したいと思います。有難うございました。お世話様です。

道下：はい、はい。

柏木：それでは、今のお話し合いで確認の作業に早速入らせて頂きたいと思います。では、森山さん、どうぞ。

森山：先程述べましたような前提でこの確認を作りました。この間も、一昨日それから今日と、このフォーラムを踏まえて何回も集まってぎりぎり詰めたものが以下の案であります。読み上げます。

「我々は第1回国内フォーラムに於ける4点の確認を引き継ぎ、それを更に1歩前進させる為、今回改めて以下の5点を確認する。その確認に基づき、我々は今後更に精神医療改革を推進する。

1. 精神保健法の構成（目的）は主として①人権憲章的側面、②福祉法的側面、③医療法的側面、④強制入院法的側面、⑤社会統制法的側面の5つより成る。

今回の見直しに当たっては、まず、人権憲章の理念を高く掲げ、国連の諸原則案に照らして、少なくとも人権に関する国際水準は確保しなくてはならない。

次に福祉に関しては、他の障害者に対する福祉より著しく遅れている現状を打破し、市町村の取り組みを積極的に進めると共に、従来の医療内福祉の壁を取り払って抜本的レベルアップを図らなくてはならない。

一方、医療法でも他科医療に比し著しく劣悪な現状に鑑み、従来の隔離収容の考えを一掃して、最

低限他科なみの医療水準を保障しなくてはならない。

そして最後に医療保護入院、措置入院等の止むを得ざる強制入院に際しても国際水準に照らして、あくまでもそれが『治療』を目的とする事を明確にし、その要件を厳密に規定すると共に人権保障の為の様々な方策が取られなくてはならない。」

言い忘れましたが、1. がほぼ総論的なものなのですが、尚この1. 2. 3. 4. はフォーラムのシンポジウムのⅠ. Ⅱ. Ⅲ. Ⅳ. のほぼレジュメに当たっております。5. が今問題になっております、いわゆる処遇困難例の問題に関して書いてあります。

次に2. はちょっと各論的になっておりますが、「この法の対象者の範囲は上記5つの理念に基づきそれぞれ異なる。従って、精神障害者の定義(概念)はそれぞれの局面により規定を変えるべきである。①では最も広く、②と③はそれぞれ背中合わせの規定となり、④⑤は③の規定内で更に厳密に規定されるべきである。

次に被強制入院者の人権保障のため、可能な行動制限の内容を厳密に規定すること。任意入院者に対する開放処遇の原則を明記すること。更に精神医療審査会がより有効に機能するべく、第三者性を高めその人権保障に関わる権限を高めるべきである。

また、社会復帰施設については、国ないし地方自治体に設置義務を負わせると共に、施設設置当事者に対する費用の1/4負担を取り除くべきである。

更に、保護義務者制度については、既に家制度は日本に於いても崩壊している現状に照らして、本来は抜本的に見直されるべきと考えるが、当面は精神保健法上は強制入院に関して本人の権利を代弁する人間と位置付け、妥当な家族が居ない場合には他に適当な代理人を充てる事も勘案しながら、最低限、監督義務規定を削除すべきであると考えます。

最後に、施設外収容禁止規定の削除と大都市特例の適正な施行は当然行なわれるべきである。

3. 従来、精神医療の名のもとに精神障害者に対する隔離収容がなされてきた。精神医療の費用とマンパワーは隔離収容の為のものであり、また当然福祉分野に於いても全く不十分であった。今、開放化と地域医療という視点から、人権保障を踏まえた治療の場として、精神医療(精神病院)を再生させる為には、その施設基準を厳密に規定しながら適正な医療を保障する費用とマンパワーを抜本的に拡大すべきである。とりわけ拘束の場としての閉鎖病棟の場合には、国家の責任に於いてこれをなすべきである。福祉分野についても全く同様に、費用とマンパワーの拡大がなされなくてはならない。

4. 我が国で真に地域保健医療福祉が根付き得る為には、まず、精神医療が他科なみに医療法における1次2次3次医療圏において位置付けられること。

更に、第2次医療圏を中心に地域に於ける各病院・診療所・保健所・福祉事務所・作業所・その他社会復帰施設等がそれぞれ孤立して存在するのではなく、自らの体質改善を図りつつ有機的なネットワークを形成していかななくてはならない。その上で各地方自治体に働きかけ、様々な施策を講じるよう促す必要がある。

5. いわゆる処遇困難例の専門病棟問題については厳しく論議の別れるところであるが、少なくとも次の4点では一致することを確認し、今後継続して更に討論を深めていきたい。

① 我々は保安処分に対抗するという立場を堅持し、処遇困難例問題の解決は保安処分としてではなく、あくまでも治療の問題として捉える。

② 処遇困難例という概念には、重い犯罪に関連した精神障害者群と精神病院等でいわゆる保護室長期治療を必要としている患者群という2つの概念が混在しているが、いずれにしても質の高い医療を保障するという視点から取り組まれねばならない。

③ それ故、処遇困難例という概念自体が曖昧であり、厳密な使用に耐えないものである。容易に治療ルートに乗り得ないという意味で重症例等の言葉が妥当であろう。また、こうした混乱を防ぐ意味でも、精神障害者の定義の見直しが必要であり、少なくとも強制入院の対象から精神病質者と精神薄弱者をはずし、同意能力を欠く精神病状態にその対象を限定することも検討する必要がある。

④ いずれにせよ、こうした問題を解決する為に、重症者用の専門病棟はあり得ても、それは人権擁護の観点を堅持するものでなければならず、他の施策に比べて決して突出するようなものであってはならない。3. で指摘されたような全体の精神医療のレベルアップが絶対に必要であり、それと共に1次2次3次医療圏内部の機能分化の一環として、きちんと位置付けられねばならず、更に福祉分野の充実という視点も同様に必要である。

1991年11月3日 第2回精神保健国内フォーラム

代表世話人 道下忠蔵・柏木 昭・森山公夫

道下：この扱いについて報告したいと思いますが、一つはこれをもって代表世話人、その他顧問も含めて厚生省、それから衆参両院の厚生委員会にもっていきたいというふうに思っております。それから一応それを含んで頂きたいと思います。

司会：それでは討論に入りますので、どうぞ、挙手をもって。

不明氏：ちょっと発言させて頂きたいのですが、よろしいでしょうか。

司会：どうぞ。

不明氏：僕は全国精神病者集団に属している者ですが、普通の人間が様々ないやがらせ、公的いやがらせによって、狂気へと追込まれていくというその例を見付けましたので、ちょっとこれ新聞の投書ですけど読み上げます。

「2人の子供も片付き、老後は夫婦静かに暮らしたいと思っています。ところが1年程前から、近所の主婦2人から謂れの無い疑いをかけられ大変困っています。どうしたら良いでしょうか。この2人とはそんな深い付き合いは無いのですが、この中の1人の家に空き巣が入り、私とその犯人にされたようです。最近では他の人達も誘いこんで、私が外出をすると私にわかるように跡をつける等のいやがらせをします。こうなったのも、私の行動に問題があるのではないかと反省をしてみたりしますが、心当たりはありません。ただ、何事も他人に対しては一步下がってしまう方です。2人と周りの主婦はこのいやがらせゲームを楽しむように接して来ます。私は疲れました。千葉県P子」

こういう投書がありましたけれども、普通の人間がこうした日常的ないやがらせによって、だんだん尾行妄想や被害妄想、そういったものに取り付かれてそのまま狂気へなだれ込むという、そうした現実がもしあるのならば狂気は普遍的な問題だと思います。そして、狂気を治そうと思ったら、その狂気に追込まれた本人だけでなく、こうしたこの投書に見られる2人の主婦のように、社会的弱者というか一步下がって考えてしまうような、そういう人間に対していやがらせを行なう社会の体質そのものを変えていかなければいけない。社会そのものを精神病治療の対象としなければいけないと僕は思います。その点についてはどうお考えでしょうか。お答え頂きたい。

司会：この時間、非常に限られております。確認についての討論をしたいんですが、私個人としては今のご発言については本当にその通りだと思います。非常に不幸な事が今起こりつつあることもよく解りますし、医療従事者、或は福祉従事者も含めて、

不明氏：あの物理的には、患者本人を治療するのは、

司会：ちょっと私は答えているんですけども、

不明氏：一人一人ですから簡単ですけど、社会全体を治療するとなると、1億人全てを治療しなければいけなくなって物理的に不可能ですね。だから、出来ないとは思いますが、出来る限りその妥協案で。

司会：私、今答えておりましたけれども、それについては医療従事者、福祉従事者も含めてそういう事について、本当に当事者の意見も聞きながら、敢えてその人を苦境に追込めるような、そういう処遇はしないように我々の仕事を点検し専門性を高めていかなければならないということを普段から戒めておりますので、私はそういう新聞投書が事実であれば非常に不幸な事だと思います。それについては、事ある毎に私共は教訓としてもいきいたいし、我々の自己点検の基準にもしていきたいというふうに思っております。この時間は済みませんが、確認ということについての討論を進めてさせて頂きたいと思っておりますのでどうぞ宜しくお願い致します。挙手をもってお願い致します。

司会：はい、どうぞ。

溪：精神医療を推進するという事について、さっき、吉川先生ですか、あの先生なんかがいらっしゃる所で、私話したかったんですけど、昨日の私の発言をお聞きになったかどうか資料を持っていなかったもんで、昨日帰って探しましたんですけど、ありましたんですが、柏木先生は昨日の午後の私の発言を聞いていらしたかどうかちょっと解らないんですけど、精神保健法は発効になってから、新たに訓練施設というのをやっている、推進している時点で、私が精神病院問題を考える市民運動の会の溪さゆりでございます。非常に人権侵害的な事件が起きている。にも拘らず、それはみんな患者家族が泣き寝入りして、他所へ越して行っているという、そういう事実があるわけです。私なんぞはそういうふうに保健所から通報されちゃって、あやうく免許も取り上げられそうところを永野弁護士なんぞに頼んで取り戻したりして、何もしてないんですよ、何もしてないけれども、動揺したという変な所で変に見られちゃってという、そういうふうな事はありましたんです。ですけれども、そういうのは何処にも取り上げられないし、だいたいこの会が行なわれること自体も、たまたま樋田精一先生から遠足のお便りの中に来ただけで、誰も教えてくれない、さっきのお話じゃございませんけど、ライシャワー事件の頃、家族会が出来た時分からやってきて、保安処分反対というやってきたんですけど、私なんか死んでもいいと思っているのか、とにかく今、夫が死んで自分も身体の具合悪いかで、どうしても出て来なくちゃしょうがないんで、出て来たんで、一つは処遇問題というのがあります。

それから、さっき申し上げたのは柏木先生お聞きになったかどうか解りませんが、精神保健法を推進する為に造った訓練施設という所で、精神とは余り関わりなかったような方がいらっちゃって、そ

してどどん尻ひっぱたいて怠け者だ、弛んでいる、ブスだ、ということで沢山の所員が辞めていく、そして、その所員達にだまって戦争反対、湾岸戦争があれば、また病者が出来るということで、その職員は朝日新聞横浜支局で（今日持ってきました、探したらありましたけれども）そういう所で戦争反対の良い事をやっているかのようにやって午後は帰っちゃって、メンバーの人達に内緒でどうも減ってる、おかしいといってそういう所で売っている、そういう事をやってらっしゃる方が現にいらして、その方は出世したそうですけど、そういう事が行なわれている事実というのを掘んでおいてもらわないと、推進推進といって何でも地域の訓練施設を増やすということで困る。

推進ということは結構なんですけど、地域総ざらい、さっき中山先生がおっしゃいましたけども、あの時そうでしたね、確か退院してきた者を全部警察官が訪問するという制度が行なわれようとなって学会も立ち上がって全家連も出来たんですよ。私の記憶ではそうですが、そういうふうな地域地域という事をおっしゃいますけど、地域の危険、怖さというのをやっぱり患者とか、患者と共に生きて苦しんでいる家族というのとは一番良く解っているんで、例えば病者集団のように発言できないけれども、非常にそういう事に敏感で動揺するという患者が沢山いて、そして、うようよしているという事もやっぱりこういう人達の立場に立って頂きたい。それからさっきの処遇の問題ですけど、処遇も患者さん達だけの事じゃないんで、私達も皆含めて処遇問題は、何時、誰が、どうなるか、先生方はそうじゃないかもしれませんが、私なんかは眠れないと不安状態になりますと、何時どういう事で私も処遇者にされるかもわからない、そういう事も思います。もう一つは、これ締めですからあれですけど、家族さんで、私の短歌の友達で10年前からずっと中野でやってきた方、その方が二つか三つ、皮工芸の、樋田先生なんかは知っています、名前は言いませんけど、この間、今日の話について色々言いました。私も行きたいけど行く暇がないと、後20年頑張るって作業所やってかなきゃいけないけども、最初は給料も出せなかったんだと、そういうふうにやってきたんだみたいな事をずっと色々話して下さいまして、「じゃ私なんか何もやって来なかった」「いやいや溪さんは最初からずっと71年からずっと頑張るって色々やってきたんだから、大きな事やって来たんだから、大丈夫よ、鬱なんかならないでよ」と言われましたけど、とにかくそういうような陰の見える力ということ、中山先生とか、そういう先生方は皆さんお給料取りでいらっしゃいます、大変失礼な言い方でございますけど、私共は本当に今や亭主が亡くなり年金暮らしで、今度は子供の将来どうしようかなんて色々悩んでいるんですけども、そういう望める精神保健システム、システム推進する陰の人権侵害という事が一例あります、ここに新聞の資料があります、それをちゃんと踏まえて頂きたいと思います。調べて頂きたいと思います。名前もわかっています。

**柏木：**どうも有難うございました。今、おっしゃった中でやはり地域医療については、確かにそういう危険な側面もあります。地域精神医療というのを、両刃の剣という側面がありますので、私達は十分それに気を付けていかなきゃならない。それについてはどういうふうに我々を自己規制し、或は我々の技術というものを点検していくかということにつながるような事も考え、それを含めてこの確認といったようなものもしたいと思っておりますので、宜しくお願い致します。

**山本：**全国精神病者集団の山本です。皆さんのお手元に病者集団でビラを撒かせて頂いて、フォーラムご参加の皆様へということで、先程のシンポジストの方で「こういう事件がこないといつも後追いで僕らは」とおっしゃいましたけれども、何故そうなるかという、患者の意見を聞いていないからなんです。それで私共は皆さんと共に同じテーブルについて、これから一体何が出来るのか、私達は

変わったか、精神医療は変わったかというテーマですが、これから精神医療改革で何が出来るかについては、患者と医療従事者と共に同じテーブルについてやっていきたい。だから、精従懇を、精神保健関係者団体懇談会にして頂いて是非参加させて頂きたい。その上で、今回の確認についても議論したいと、そういうのが私共の願いです。それについて事務局には既に申し入れしてございますが、ここにご参加の皆様がそれぞれご自分の団体に持って帰って、ご自分の場所でもう一度皆さんで、我々患者団体、別に病者集団だけ入れろとは言いません、幅広く病者の仲間を入れてくれることを皆さんで議論して頂きたいと思います。宜しく申し上げます。

柏木：有難うございました。ご意見として伺っておきます。何かありますか。

道下：さっき、ちょっと言いかけたんですが、この確認がですね何か、これ詰めに詰めた問題なものですから何か確定稿みたいになっちゃって、皆さん何かその為に却って意見言いにくいじゃないかっていうことなんですが、勿論詰めたんですけれども、個々の文章に問題があればその場で直せますし、あと基本的に抜け落ちている問題とか何とかいうことがあれば、これ指摘して頂いたら、それ以降の会合の中で更に生きていく、ということでは是非ご活発に討論をお願いします。

司会：では、そちらの方、どうぞ。

赤松：臨床心理学会の赤松ですけれども、詰めて詰めて書かれたというんですけども、私から見ると、詰めて詰めてというよりも、非常にこう、何か曖昧模糊として非常に解りにくい、どうとでもとれるという感じがして気になりますけれども、先程申し上げたところに関連するマンパワーのところ、ちょっと昨日今日のシンポジウムで皆さんが発言されたのを大事にして頂きたいと思うんですけど、さっきも言いましたけど、昨日の午前中の看護を代表しての桜庭さんの、やっぱり看護の独自性が今の精神医療の中で持ちにくいという、そういう中が、私は看護者の絶対数の足りなさ、若手が足りなくなるとい、今日のお話の中にもありましたけども、医療の中で、医師の力が強すぎて、しかも法律の上で医師の補助診療という役割の中で付くというところで、今日看護の質を高めるとい話も看護の立場から出ましたけど、そういう意欲を持たせられない関係に看護がずっと歴史的に位置付いて来たと思うんです。そういう中に今度コメディカルとして心理ワーカーがやっぱり補助診療として位置付くわけですけど、お手伝いが嫌だなどと言っているわけじゃないんですけどね、当然経験の中で自分達が見てきて、患者さんと話して、自分達の本当に考えた意見があるわけですよね。それが医者との関係で病院の現場できちんと話せません。こちらから一生懸命伝えても医者の方からは何も伝わらない。医者の頭にだけコメディカルからも看護からも色んなところからの情報が入っているけれど、ご自分が1人で動くという、これはもっと質のいい医療をやっている現場もあるかもしれませんけれど、民間病院の大部分が、私はそうだと思います。それで、それを随分色々言っていくと、非常にうるさがられて、私も職員の処遇困難例になって、いつのまにかいるという、そういう実感がするんですけれども、そういう意味では、本当に人が足りないんですよね、だから、マンパワーという、本当に必要なんですけども、独自性が生かされる関係、何も医療の医師の下の補助診療じゃなくて、あの、足立病院のデイケアには手芸の先生、絵画の先生が来てるけど、そういう素人のところで関わってくれる患者さんとのつながりに患者さんは一番そこに行きます。もう絵画の先生なんか一番好きだということ、本気になって関わってくれるから、だから、そういうところをひとつ考え

て厚生省にこれを持っていかれるんだったら、やっぱり補助診療にただ資格化、私達をしちゃえば、それはチーム医療として1日1,000円入れれば、すぐ私達も病院の事情は知っていますから助かるということも一方ではわかりますけれども、でもこの法律が決められると、やっぱり精神衛生法が38年続きましたよね、私半世紀それで縛られると思うんです。だから、今よっぽど考えて頂かないと、本当に患者中心の医療というものが出来なくなると思う。福祉医療と言われているわけですから、やっぱり底の広がりを根本的に考え直してここでは当たってほしい。そういうのが少しでも組み込まれる文章に少し考えて頂きたいと思います。

それから、もう一つ処遇困難例のところも先程の中山先生とのやりとりで重症者用の専門病棟だったらどうも良くて、それが通っていくのかななんて、良くわからないんですけど、ふと思わされて、これを読みますと、どうもそうなんです。そこまでここで討論されていないですよ。だから、先程病者集団の人はその調査は捨ててほしいと、それでやっぱり守山荘の問題なんか私もやっぱり私達が医療の中で、というのか患者さんととことん話す関係をどこまで持てるか、中山先生言われたように無気力になっているというのが本当に見えるんですけど、法律に守られて、今度の法律改正は、私は患者さんの為じゃなくて、職員を守っていると思います。というのは、任意入院があって医療保護入院がありますよね。医療保護入院という形で書類を書けば、患者さんがどんなに文句を言おうが、何を言おうが、書類を書けばそれは通るわけです。審査会も昨日のシンポジウムの話のように、どんどん訴えは減っている、それが医療に従事していて皆実感で知ってると思うんだけど、恐れるに足らずにと職員が思っていると思うんです。これは危険だと思うんですよ。やっぱり、とことん医療保護入院が決まる前ももっと精神医療がとらえ直されてきた経過の中では、とことん患者さんと話して注射で入院させたり、騙して入院させたりするのはよそうという事で、半日も1日も外来で時間を掛けて患者さんと話すという場面が最近減っています。もう書類を書けば、任意入院は勿論かわまないですよ、でも任意入院にしても本当に患者さんがどこまで考えたかというところがあって、私達は病院の中で任意入院に関しては、看護婦さんも私達も患者さんと一緒になって話すというところで、皆があなたの治療に協力しようということ、協力しますということ、患者さんが決意したら私達も協力します、というそういうお互いの誓約書を作っています。そうでもない、もう形式でダーッと流れていく。そういう中で本当に医療の向き合いがなくなっていると思うんです。だから、処遇困難例病棟が造られて色々区分けがされるというのは、非常に気になるし法律がそういう努力をしないように囲っていきみたいところが、気になるのでそこらへんを含んで、今後検討して頂きたいと思います。

柏木：解りました。その後については、まだどちらにも進んでいないわけで、最低このへんのところが一一致するであろうというところに、今後討議を深めていかなければならないというふうに書いてありますので、今後それに当たっていきたいと思います。それから、もう一つ看護の独自性については、やはり確認書だけで済ませようと思っているわけではないので、いろんな我々の今後の活動を待ってやっていかなければならないということ十分に良く解っております。

赤松：看護だけじゃなくて、今後のコーメディカルといわれる私達心理ワーカーの資格の問題ですね、私はこれは資格化されて整合性よく整えられると、今医療はある意味で形が整って万々歳だと思うんです。だけれど、私10年20年後パラメディカルは医療の現場から離れていくと思います。主体性を持ってないし、独自性を持ってないで、医師の指示のもとに動いていたら、自分達のやり甲斐がなくなる、なくなるといったら変ですけど、患者さんとの関係で必要な事は一生懸命してきた積みりです。それ



でしている積もりですけど、そういうのが、やっぱりそういう形で位置付いてピラミッド型の構造がより強められたら、20年前の医療改革と同じものが後10年後20年後に来ざるを得なくなると思うんです。ですから、今のうちに考えて頂きたいと思いました。

司会：解りました。他にご意見は？ ちょっと待って下さい。まだ発言していない方、あなたどうぞ。

山口：「ゆうの会」の山口です。DPIの常任委員もやっております。国内常識と国際常識を比較すると、ものすごいギャップがある。僕は特に費用とマンパワーのところで発言したかったんですけど、日本で厚生省が元になっている精神障害者数は160万人。これは国際常識に見合ったものじゃないんです。日本で、てんかん協会、僕なんかも属していますが、てんかん協会国際会議とか開き、また、エPILEPSY-INTERNATIONALなんかで発言し、また国会でも八代英太氏が確認した事柄は1%、100万人を超える人口がてんかん患者である。このてんかん患者を含む精神障害者を日本では考えているわけです。その中で精神障害者総数は日本国民の、160万人ということは日本国民の1.3%です。そこから、てんかん患者、エPILEPSY-INTERNATIONALがてんかん患者を1.3%と見ております、を抜けば分裂と躁鬱とアル中と薬物依存による精神障害者は0.3%の中で、区分けせねばならない。これは名誉市民になっている一流の日本の精神科医、もしくは今年もまたニューヨークかな、で表彰を受けた、やっぱり世界で発言できるだけの一流の精神科医から見れば、おかしな数字なんです。僕もDPIの人間として言わせてもらえば、こんな非常識な数字を掲げる日本というのは、再来年また世界の精神医学会から笑われるじゃないか、こんな事を基本数にしては日本はいけない。世界に通用する人口数をきっちり割り出して、そこに対する対策及び財源を確保するには600万は最低要ると思います。それだけの行為が今までは秘密裡にされている、というよりもひた隠しにされていたように見えるんです。これは昔、確か僕らでも調べたところでは、政治がからんでいるではないか、そういう事も海外で言われたことあるんですよ。そこらへんを頭に入れながら、人口数をきちっと世界に通用するものとして、また、僕は今出しているDPIの基準に照らし合わせてちゃんと叶うようにして頂きたい。それだけです。

司会：解りました。ご意見として伺っておきます。他に、どなたか。どうぞ。あっ、ちょっと待って下さい。後ろの方をお願いします。

青木：精神神経学会の青木です。今、赤松さんのお話で気が付いたんですが、今処遇困難例の5の④重症者用の専門病棟はあり得もというの、これは各精従懇が皆これ同意したんですか、あり得るといふ事について。これは確認事項で共通項としてここに列記したという事であれば、これは一部は了承してないのではないかと、ということをお聞きしたい、或は確認したいというふうに思います。それから、もう1点は前頁の方の2の家族、保護義務者制度のところ、小さな事ですが、本人の権利の代弁となっていますね。普通国連の人権委員会なんかの案ですと利益になっていますね。本人の利益になっていますね。たいした事ではないですけど。最初の方、ちょっと確認したいです。

柏木：では、森山さん。

森山：最初のあり得もというの、それを賛成するか、反対するか議論が分かれるところなんで、

この文書は要するに、とにかく突出させたものではない、ということに重点が置かれているわけですね。別にだから各団体がすでにそれを作ることを認めたとかそういう意味ではないんです。

青木：それで各団体がOKなら私は別に構わないんですが、あり得るといって、厚生省はじゃ作ってもいいのだな、というふうには取らないかなというふうに思ったんです。

森山：そういう意味ではないというふうに、今お答えを頂きましたので、時間が本当に5時で閉めなければなりませんので、あとお1人だけ、さっきから手を挙げておられた方をお願いして、これで討論を打ち切りたいと思います。

山本：全国病者集団の山本深雪と申します。治療というのは今までもずっと治療という名前であって来たわけですから、前段の項に「本人が望んで安心して休息できる医療に変わらなければならない」、その1文をまず入れて頂きたいと思います。その基本的なものが無いと、ここでは括弧付き治療というふうに書かれていますけれども、やはりどういう治療なのかということで、社会治安的に要請されてきた治療というところとの区別をやっぱり私達としては、その具合が悪くなった時に安心して掛かれる医療に変わらなければいけないというものを、医療従事者内部の声として挙げて頂きたいと思います。それは前文の1の前でも結構です。それと先程から言われている④のところですけども、一番最後の5の④のところですけども、やはり今厚生省が予算も具体的に付けて重症措置病棟というのを造ろうとしているという状況が片一方である時に、こういう文章で出す事というのは、非常に疑問を感じます。むしろ、④で言うのであれば、先程からの確認であれば、長期保護室に入れられている患者の背景の調査等から始めるべきでなければならない。そこに、そういうふうな形でもし重症者という言葉を使うのであったとしても、そういうふうになっている実態の調査から始めなければならない。そこで止まりだと思えます。あり得てもという表現はあり得ないと思えます。

柏木：解りました。その点今までの段階で、このところ、ここまで一致したという事の確認でありますので、今後ご意見を伺いながらこれを検討していきたいというふうに私共は思っております。それから、前文のところ、安心して掛かれる医療というご意見も勘案しながら、私達は考えて検討していきたいと思えますが、この確認文については、その扱いについては、ちょっと森山さんに伝えて頂けますか。

森山：前文の方に関しては、確かに、敢えて『治療』というふうに書いたのは、今まではむしろ危険性に基づく、何て言うのかな、危険性ということを中心にした考えだったというふうにむしろ考えて、それに対して敢えて治療というふうに書いたんですが、確かに、山本さんがおっしゃるように、これだけではちょっと誤解を招くということがあるとすれば、また、表現を付け加えることを考えてみたいと思えます。

司会：それでは、お約束の時間でございますので、申し訳ありませんが、これで閉じたいと思えます。済みませんが、確認を決定したいと思います。確認これでよろしいでしょうか。もし賛成でございましたら、拍手をお願い致します。(会場拍手) それでは、どうも有難うございました。