

# 精神保健福祉法の撤廃と 精神障害者復権への道

久良木 幹雄 (陽和患者会)

精神保健福祉法は当事者のニーズに全くそぐわない。国は「精神病者監護法」の時代に溯れば約1世紀の長きにわたり数百万の当事者に対し過酷な処遇を強いてきた。精神保健福祉法はただちに撤廃し、国は補償の気持ちを込めて特別時限立法により、遅くとも2020年までに欧米先進諸国の水準に到達するよう権利回復の措置を講ずるべきである。

## I. 当事者のニーズに反して

およそ「保健」とか「福祉」と称する法律であるならば、その対象となる当事者のニーズにどう応えるかが主題となるべきだろう。現在の精神保健福祉法を見る限り、当事者のニーズに反するばかりか、当事者の人権を著しく侵害する「収容管理法」と称すべきだといっても過言ではない。

当事者の基本的ニーズを簡潔にまとめるならば、①病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい、②病の辛さを癒したいの二点に整理できよう。

### 1. 病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい

WHO (世界保健機関) の障害概念に従えば、当事者は、「傷病」(impairment) の結果「能力不全」(disability) に陥り、その結果孤独な生活、経済的窮乏、住宅や就職難、偏見や差別などさまざまな社会的不利(handicap)を蒙るという「障害者」として理解されるべきだろう。この面では社会的不利をどうケアするかが重要な課題である。

傷病から能力不全へ、その結果としての社会的不利というWHOの障害概念は、特に精神障害者の場合、しばしば逆の流れを示す。作業所に通うようになったら幻聴が聞こえなくなった、恋人ができたならヒステリーの発作が減少した、半年近く部屋に閉じこもっていたところへ気兼ねない友人がたずねてきて、いっしょに飯を食べたら元気を取り戻したといった例はしばしば聞かれる。

### 2. 病の辛さを癒したい。

強度の不安感に襲われたり、不眠症や幻聴、妄想にとりつかれたりしたときの辛さは言語に絶するものがある。しかしクレペリン以降の近代精神医学は長年の間「不可逆」論に侵され、「医療」そのものを放棄して疾病学に終始してきた。1930年代北米におけるソーシャルワーク運動を背景にした社会的アプローチから人間関係論が台頭、1950年代には向精神薬の発達とも相俟って生物的・心理的・社会的ケアで病は癒されるという考え方が世界の主流となり始めた。

しかしわが国では、病院への隔離収容という構造そのものが精神医学の発達を妨げ、投薬を重視した生物的ケアの考え方が根強く対症療法の域を脱し得ていないというのが実情である。最近一部従事者達の間で「病とうまく付き合う」ということがいわれるが、その論法からしばしば古典的な不可逆論や不適切な医療の現状を追認し自己満足に浸る響きが聞こえてくるのは容認しがたい。精神「病者」としての当事者が求めるのは

病の辛さを癒す適切な医療である。

### 3. 戦慄を覚える精神保健福祉法

憲法25条は「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定めている。精神障害の当事者が「病を抱えながらも地域の人々とともに普通に暮らしたい」「病の辛さを癒したい」と願うのは、腎臓や肝臓あるいは心臓に慢性的疾患を抱えている人、そしていつかは病を抱えるすべての高齢者達と同じように国民として願う普遍的な「権利」を求めているに過ぎない。国や従事者の立場や都合からではなく当事者のニーズという視点から見ると、精神保健福祉法が、いかに当事者の人権を無視し、反医学的な代物であるか、恐らく戦慄をすら覚るのではないだろうか。

さらに憲法25条はその第2項で、「国はすべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と定めている。すなわち第1項の権利を保証するために社会福祉等の努力を国の義務としている。しかるに精神保健福祉法では国によるケアを明確にせぬまま、作業所の運営一つをとっても家族に負担を求め、保護監督の責めをも負わずといった過酷な処遇を強いているのである。

### 4. 追及されるべき国と業界の責任

35万人もの人々が薬付けの長期拘禁を強いられ、巷で地域ケアが乏しいまま迷っているのは病のせいでも病者のせいでもない。世界の趨勢に反して隔離収容政策を推進してきた国とそれに追随し、時には圧力をかけてきた業界の責任である。

「この法案は、いやしくも正常な社会生活を破壊する危険のある精神障害者全般をつかむことといたしました」。1950年精神衛生法の提案者の一人である中山壽彦議員は国会で提案理由をこう説明した。また厚生省は犯罪との関係に加え、1952年には経済的損失との関連で「生産阻害因子」とのキャンペーンを展開し始めた。「生産離脱者とこれらの保護にあたる家族の生産離脱をこれに加えるならば、精神障害者のために社会は、年々1,000億円を下らない額の生産を阻害されている」（厚生省公衆衛生局「わが国の精神衛生の現状並びに問題点」）としたのである。

## II. 「精神障害者復権法」の制定を

精神病院への大量の隔離収容や人権侵害などさまざまな不祥事件、医療の荒廃、地域ケアの不足、家族への負担など山積する難題も、精神保健福祉法の撤廃なくしては解決の展望は開けないだろう。

いうまでもなく精神保健福祉法の撤廃だけで事は解決しない。精神病院にいる35万人の人々や地域で迷っている人々を路頭に迷わせたり、窮地に追い込んだりすることなく、当事者のニーズに対応して権利の回復に万全を期すことこそ国の果すべき責任である。

### 1. 精神保健福祉法の撤廃と精神障害者復権（援護）法の制定

1)2000年に精神保健福祉法を撤廃し、2020年までの特別時限立法として精神障害者復権（援護）法を制定する（2001年から施行）。

2)精神障害者に対する人権侵害と過酷な処遇の構造は、緊急に解決すべき特殊な課題であり、総合福祉法はこの課題を解決した後に検討する。

### 2. 精神障害者復権（援護）法の基本理念

- 1)すべての精神障害者が地域の人々とともに普通に暮らし、適切な医療を受ける権利を保障する。
- 2)永年にわたり国および精神医療関係者が精神障害者に対し過酷な処遇を強いてきた事実を反省し、精神障害者の復権を図るために格別の配慮を払う。
- 3)精神障害者の復権を図ることは、価値観の多様性とすべての人々の尊厳を受容する心豊かな地域社会を築くために、すべての市民が共有すべき課題である。
- 4)精神障害者の復権とケアの充実を図るにあたっては、精神障害者自身の声を民主的な手続きのもとで十分に反映させるよう配慮しなければならない。
- 5)ケアの原則：ケアは精神障害者のニーズに対応するために行うものであって、利用を義務化してはならない。
- 6)2021年以後は総合的な社会福祉施策の中に統合を図るが、精神障害者の権利確保とケアの水準を低下させるものであってはならない。
- 7)すべての欠格条項を廃止し、一切の差別行為を禁止する（付罰則）。
- 8)精神障害者の生活を保障するために障害年金の見直しと生活保護に特例を設ける。
- 9)家族は精神障害者の権利擁護者であり、成人のケアについては責任を除外する。
- 10)精神保健に関する情報は最大限公開する一方、当事者の利益とならぬ私的情報に関する守秘義務を厳守する（付罰則）。
- 11)2001年にすべての精神病棟および付帯施設を地方精神保健機構の管理下におく。

#### 4. ケアシステムの整備目標（2020年）

##### 1)住居

- ①福祉ホーム：8万人分（2015年10万人分）。②グループホーム：4万人分（2015年5万人分）。③共同アパート：5万人分。④ファミリーケアホーム（下宿）：1万人分。⑤応急住居：5,000人分（2015年1万人分）。

##### 2)通所施設

- ①団らん室：1地域に1か所。②クラブハウス：1,200か所。③当事者・家族センター：600か所。

##### 3)就労施設

- ①共同作業所：3万人分。②就労援助：5万人分。

##### 4)地域医療

- ①地域精神保健センター：1,200か所（スタッフ1万2,000人）。②精神科クリニック：精神科専門医6,000人。③総合病院救急精神科：1,200か所（スタッフ1万8,000人、滞在期間限度7日）。

##### 5)精神病院

- 公立精神病院：3万床（1地方に1～5病院、スタッフ2万5,000人、入院期間原則3か月以内）。

##### 6)精神保健教育研究センター

- ①中央精神保健教育研究センター：全国9ブロックに各1か所。②地方精神保健教育研究センター：各都道府県に1か所。

##### 7)精神保健教育広報センター

- 地域精神保健教育広報センター：各地域に1か所。

## 5. 精神保健機構

### 1) 地域精神保健機構

①市区町村別に設置：人口20万人に満たぬ場合は5万人以上の組合。②評議員会：当事者3、家族1、従事者3、一般市民3の割合で、地域に在住または通勤する人の中から公募抽選（複数地域への応募禁止）／理事、人権委員、監査委員、地方評議員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・推進と地域精神保健基金の運用／市区町村の精神保健施策に関し要請・立案。

### 2) 地方精神保健機構

①都道府県別に設置。②評議員会：当事者2、家族1、従事者2、一般市民2の割合で、各地域精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員、中央評議員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者3人、家族1人、従事者3人（常任）、一般市民3人で構成／理事長は一般市民／地方ケアシステムの整備・推進と地方精神保健基金の運用／精神病院の運営と救急精神科、精神科クリニックの監督／都道府県の精神保健施策に関し要請・立案。

### 3) 中央精神保健機構

①国に設置。②評議員会：当事者1、家族1、従事者1、一般市民1の割合で、各地方精神保健機構で選ばれた評議員で構成／理事、人権委員、監査委員の選出／重要事項の議決機関。③理事会：当事者6人、家族2人、従事者6人（常任）、一般市民6人で構成／理事長は一般市民／国のケアシステムの整備・推進と中央精神保健基金の運用／国の精神保健施策に関し要請・立案。

## 6. 精神保健基金

### 1) 中央精神保健基金

①歳入：現在の精神医療のための国民健康保険など各種健康保険からの保険金、医療保護費、措置入院費の年間相当額を繰入／現在の精神保健に関する国庫負担金および補助金の年間相当額を繰入／2001年に国は地域ケア整備資金として1,000億円を拠出。②歳出：中央精神保健機構の事業費用／地方精神保健機構への交付金。

### 2) 地方精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する都道府県負担金および補助金の年間相当額を繰入／中央精神保健基金からの交付金。②歳出：地方精神保健機構の事業費用／地域精神保健機構への交付金／精神病院、救急精神科、精神科クリニックの医療費全額負担。

### 3) 地域精神保健基金

①歳入：現在の精神保健に関する市区町村負担金および補助金の年間相当額を繰入／地方精神保健基金からの交付金。②歳出：地域精神保健機構の事業費用／地域ケアシステム（精神病院、救急精神科、精神科クリニックを除く）の整備・運営資金。

## 7. その他

①診療簿には本人の署名を要するものとする。②精神病院、救急精神科では、受診後24時間以内に治療計画を提示しなければならない。③住居は、他の施設に併設または隣接して設けてはならない。④2001年にケアシステム整備10か年計画を設定する。