

シンポジウム I 討 論

司会(樋田)：シンポジウムの後半を始めさせていただきます。はじめに司会のほうからお話しましたが、シンポジスト間の意見の交換ですが、先程の発言に補足したいことも含めまして、まず順番に大阪精神医療人権センターの丸山さんいかがでしょうか。追加する点、あるいは他のシンポジストに対して質問等ございますか。

丸山：特にございません。

司会：それでは日本障害者協議会の調さん、いかがでしょうか。

調：先ほど社会福祉事業法の改正という問題について作業が進んでいるという話をしましたが、実はこの問題に関連して社会援護局長と保健福祉部の幹部を含めてヒヤリングが2回ほどありました。そして2回目のヒヤリングの時に精神障害関係の制度や施設の問題について制度改革と社会福祉事業の構造改革と関連していくつか議論をしたのですが、その時に私が日本の精神保健医療福祉、特に福祉の分野が、入院中心の医療の問題を含めて先進国から30年くらい遅れていると思うという話をしましたら、社会援護局長は、「私も30年くらい遅れているとおもいます」と、厚生省の局長がそう言うんです。30年遅れているという点では同感であると。しかも精神障害者の社会復帰施設、あるいは福祉施設に対する運営補助金が知的障害者や身体障害者の施設に比べて約半分であると、何でこんなことになっているのか理解に苦しむと、厚生省の局長がそう言うんです。かんじんの精神保健福祉課や、障害保健福祉部は必ずしもそういった認識を持っていない、このズレですね、このズレは非常に問題だなと思いました。もう一つは社会福祉事業法をどういうふうにか

という中に、たとえば第1種社会福祉事業と第2種社会福祉事業とありますが、公益質屋のようなものが第1種社会福祉事業に位置づけられていて、精神障害者の社会復帰施設は第2種社会福祉事業となっている、それは何が根拠でそういうことになっているのか、それについても社会援護局長は私も理解に苦しむと、それは制度を作った時に別の局でつくったものですからそちらの考え方でやったのでしょうけれども、という言い方でありました。この1種と2種を今後どのように考えるかという問題も一つのテーマであります。また、社会福祉事業法のこと、たとえば小規模作業所です。いま4,700から800、もう5,000に近いと言われておりますが、精神関係は1,300というお話がさっきありましたが、全体で合わせて約8万人の比較的重い障害者が利用しているこの作業所が社会福祉事業法の外にある。社会福祉事業の範囲ではないのです。この事態、この日本の状況をどう考えるか、今後社会福祉事業法の改正の中でどう整理するかということは是非考えてほしいということは強く言いたいと思います。そのことも含めて今度は考えましょうという言い方をしました。しかしこれはそうとう追求していかないといけないと思います。私がいま一番紹介したかったことは厚生省の局長で社会福祉事業法の改正を所管する担当責任者が日本の精神医療保健福祉は30年遅れているという認識を持っているということ、実際に障害者行政をやっているところとの対応のズレというものについてちょっとご紹介申し上げたいとおもいまして、最初にちょっと発言させて頂きました。

司会：貴重な示唆をありがとうございました。

とかく私達の精神医療保健福祉の世界はたこつば的になりますが、調さんは障害者協議会の広い立場から問題を提起して下さいました。では白澤さん。

白澤：今回の法改正が医療と保健と福祉という3つの領域を含んで改正するというので、いろいろ大変なんですけれども特に医療の面で相当に問題が残っていると感じています。日本病院・地域精神医学会では、法改正の度に現状というものもしっかり捉えようということで、今回も今年の1月ですけれども日本病院・地域精神医学会の理事、評議員が所属している病院を対象にして全国で40施設、病床数にして11,519床の病床を対象にして入院の現状がどうなっているのかという調査をしました。詳細については今年の10月に新潟県の長岡市で開かれる日本病院・地域精神医学会で特別報告をする予定になっています。その中でたとえば任意入院の基準というものがどうなっているだろうかということでもいろいろ調べてみました。調査に協力してくれた病院は公立病院が比較的多いんですけれども、調査に協力してくれた病院でさえ任意入院に当たって患者さんの処遇形態を考えるとところまで、依然として至っておりませんし、たとえば痴呆の患者さんでも半数以上が任意入院となっているというような現状があります。それから隔離ですが、任意入院の患者さんで隔離や身体拘束は原則としては行ってはいけないと思うんですけれども、相当数の任意入院の患者さんに隔離や身体拘束が行われているという実態が明らかにされています。さらに長期隔離、1ヶ月を越える隔離ということですが、長期隔離されている患者さんの中にも任意入院の患者さんがいる、つまり任意入院をしていながら1ヶ月以上隔離室に収容されているという患者さんが現実にいるという、そういつ

た医療の構造と質とを何らかの形で改革をしないと、その次のリハビリテーションという問題になかなか行かないのではないかと私は思っています。今日は大和川病院のお話がありましたけれども、多くの方が入院不要であったという、不要である人を病院の中に収容しておく、そういう事実がありましたし、またそういう中で久良木さんは精神保健福祉法こそ問題で、それは撤廃すべきだということを言っているんですけれども、もちろん久良木さんの意見というものに真剣に耳を傾けないといけないというふうに思うんですけれども、私はまずきちんとした医療の改革というものを、改革のレベルをきちんと提示できるような法律にしないと現状はいささかも変わらないのではないかというふうに思っています。特に民間病院が多数を占めるところに我が国の精神医療の特徴があるんですけれども、そういう中ではなかなか変わらないと思います。もう一つスタッフの問題、これは非常に大きな問題だと思っています。ようやくPSWの国家資格化ができたんですけれども、それより以前にある、たとえばOTの国家資格が導入されてはおりますけれども現実的にOTの配置基準というのははっきり明示されておりませんし、調査した病院でもこういった人たちがどのくらいいるかということも調べてありますけれども非常に少ない。そういう中でチーム医療という、そういう視点で新しい医療をつくり上げると言ってもなかなか現実的には難しい問題を抱えていると思います。そういう意味で法の整備というものが特に急がれるのではないかと思います。以上です。

司会：それでは引き続いて全家連の荒井さん。

荒井：さきほどでほとんど言いきったんですけれども、患者会やクラブハウス、当事者どうしの支援活動に対する支援事業を法文化すること

というような、やはり地域の中で暮らしていくための当事者団体、またドロップインハウスという、ちょっと疲れた時に休息するようなたまり場的なものが非常に重要だと思います。地域の生活の中で暮らす条件整備をしていくということで、法の中で社会復帰や地域ケアに関しての条文というのはほとんど3分の1以下で、身体障害者福祉法などはそれで全文なわけですから、そういう意味ではまだまだそういう部分が少ないなと思います。

特に私のほうでお願いしたかったのは、精神医療に関して絶望感というか、現実にはそんな甘いことは言っていられないんだ、大変だ、家族も大変だ、問題があるじゃないかというような事だと思うんですけども、やはり10年前と今とはどう変わっていたかと我々は認識する必要があります。保護者制度の問題すら言いたせなかった時代があったし、そういうことが変わっているということで、精神医療がこれから、特に私が非常に意義があると思うのは障害保健福祉部に位置して、身体障害者福祉制度のベテランやその専門家の中で精神医療の現実をこの頃はある意味でチェックされるというような形があります。そこで逆に心配なのは、精神医療だけ防衛的になってしまうとか、固まってしまうというようなことがあるのかなという感じです。その点で原田さんがおっしゃったようにゆくゆくは福祉関係の障害者総合基本法と医療、これも普通の一般医療と同等の医療というような形で将来的には変わって行くのだと思うんですけども、やはりその辺を皆さんも含めて勇気をもって、全家連も会員の中で70%ぐらいはその家族が入院しているわけですね。その中で長期入院の問題を厚生省や医療界に発言するのは勇気がいります。そういう意味では私は実践と行動だと思っています。

皆さんにお願いしたいのは、手帳制度、JR運賃、高速道路、私鉄バス等について、手帳のサービス制度から外れているわけです。私は差別だと言っているんですけども、そういうことに関して全家連が200万署名ということで、全家連だけでなく皆さんに呼びかけてやりたいと思います。もうすでに請願用紙等は作っております。ぜひこの1年間で皆さんの協力を得て、10年前に全家連がやった時には50万請願でした。その4倍というわけですから大変な話なんですけれども、このことに関しては皆さまも一致して頂けるのではないかという形であげております。もう一つ、これは宣伝で申し訳ないんですけども11月16、17日に日本武道館で、一杯入れれば1万人入るんですけども、精神保健福祉法と外国の精神障害者の家族、本人との交流と、二つの目的を含めて日本武道館で大会をやります。そういう意味では終ってからもデモということになるかパレードということになるか、又そういうアピール活動もしたいと思っています。そういう意味でやはり絶望的ではなくて勇気をもって進めるということが必要なのではないかと思います。以上です。

司会：どうもありがとうございました。200万署名ということと武道館での全家連大会のお話がありました。それでは原田さん。何かありませんか。よろしいですか。

それではフロアの皆さんとの討論に入りますが、これまでのところ、冒頭の丸山弁護士から最後のシンポジストあるいは指定討論者も含めて、あるいは亡くなった久良木さんの主張も含めて共通していることがいくつか挙げられると思います。

一つは我が国の精神保健福祉法あるいは精神保健医療福祉の施策がやはり依然として精神保健法になって10年たつ今も隔離収容型である

と。地域生活を主体としたものに転換される必要がある、そういう状況にある。特に医療法の特例が今だに残っていると、精神保健福祉法が久良木さんの主張によれば撤廃すべきであると、患者主体になっていない、患者の地域での生活を保障すると言う観点からつくられているとは、運用されているとは言えないといったことが一つ共通していると思います。

次に精神保健と福祉に関してやはりこの二つを分離すべきであると。これは現在の形が医療の面、人権の面、あるいは福祉・リハビリテーションの面いずれについてもあいまいになってしまっていると。たとえば先程調さんも言われましたように作業所が社会福祉事業法の外にあるとか、あるいは身体障害、精神薄弱、知的障害といいますがそれらの福祉は国または自治体の責務とされているが、精神に関してはそういう規定が無い。もっぱら保護者が責務を負う形になっている。そういった問題がある。法を分離してそれぞれ医療・福祉共に他の障害、疾患と同じレベルまで引き上げるべきであるということ。

それから、人権の確保という点で精神医療審査会が機能していないということが大和川病院事件で見てもなく明らかであるし、これが実効を持って機能するように改められるべきではないかということです。

それから、他の障害、医療については圏域というものが設定されています。ごく身近な一次、それから二次、三次というように。しかし精神に関してはそういった圏域の設定が無い、やはり他の医療、障害と同じように身近なところでサービスを受けられる一次から二次、そういった圏域の設定がなされるべきであるということです。

それから、権利擁護のシステム、すでに外国

ではアドボカシー制度や後見制度があっても機能してはいますが、そうしたものを日本でも検討すべきではないかということです。

最後に、保護義務者の問題、前回の改正で名称は保護者と変更されましたが、実態はほとんど変わっていません。これについて、精神障害のケアの責務を誰が負うか、他の障害の場合は国または地方自治体が負う、精神ではそれを保護者が負う形になっている。明らかに憲法の下での平等に反しています。これをどうするか。これの一番ネックになっているのが医療保護入院の膨大な数です。建前として保護者の同意による入院となっている。その辺で医療保護入院のあり方というものをどうするか、というのが大きな課題になってくる。現在の保護者に代る誰の同意による強制入院かという問題が出てきます。措置入院制度と併せて一体化するかどうかということも含めて問題になるということです。

以上、何点かにわたって挙げた点が、これまでのシンポジストの発言で共通する点だったと思います。

順不同でかまいませんが、フロアの方からシンポジストの方に対する質問も含めてご発言がありましたらお願い致します。

山本：全国精神病患者集団の山本と申します。お手元にこういうチラシが配られていると思いますが、私どもの精神保健福祉法の見直しに関する意見は一枚目と二枚目でございます。緊急声明というのと、大きい見出しの付いているものです。重複するところは省きますが、今回シンポジストの方がどなたも触れなかったことで、一つだけ大きな問題があります。それは、常に悪徳病院、つまり宇都宮病院以来、悪徳病院が告発される度にささやかれて、あるいは公に日本精神病院協会などが大声で言っていること

は、日本には諸外国におけるように触法精神障害者に対する特別な施設が無い、だから病院が開放化出来ない、日本の精神病院の質が上がらないのだと、そういう逆立ちした議論がなされています。今、白澤先生がおっしゃったように、日本の医療全体が問題であって、その底上げこそが問題であるのに、触法精神障害者対策という形で突出した形で措置入院の強化という意見が、一枚目にあります緊急声明にあるように、いろんな団体から出ております。措置通院制度をつくれとか、あるいは措置解除については指定医2名でしろとか、あるいはこれは日本精神病院協会ですが特別措置と一般措置に触法精神障害者の措置と一般の措置に分けろとか、そういった非常に危険な傾向が出ております。諸外国の例を皆さんおっしゃるんですが、私昨年オランダに行きまして、オランダの保安処分施設TBSの中に入りまして、そこのスタッフ抜きに、中の患者さんたちと交流してまいりました。その時の資料を外で売っております。やはり日本でこういう施設を作らなかった、保安処分を我々は阻止してきた、この闘いは世界に誇るべきであるし、これが当事者も医療従事者も、弁護士もスクラムを組んで刑法改正保安処分に反対してきたこと、そのことを皆さんでもう一度再確認していただきたい。それに対して今ノーマライゼーションに逆行する形で措置入院を強化するという動きに対して断固として反対の意志表明をして頂きたいと思っております。

それと、権利擁護の話ですが、私どもの団体には各地に患者会がございます。各地の患者会はすでにパーシェントアドボカシー、セルフケアアドボカシーを実践しております。例えばこういうやりかたもあります。私山本は誰それに私の人権の問題について委任を致しますという委任状を書いてもらいます。私の委任状を持つ

た誰それが、私と一緒に病院の処遇に対して抗議する、あるいは交渉する、そういった実践活動をしております。この実践活動については病者集団ニュースの来月号に出ておりますので、ぜひ病者集団ニュースもお読み頂きたい。こういう実践は各地患者会がそれぞれもうすでに始めていることです。こういう各地患者会の動きに対して皆さんこういう具体的な活動に是非目を向けて学んで頂きたい。こういう患者会の活動に学ぶ姿勢を皆さんがもっと積極的にもって頂きたい。それがノーマライゼーションだと思います。患者の代弁をすることではなくて、患者に学ぶことをまず皆さんにやって頂きたいと思っております。

この場ではひとこと主催者の方に申し上げますが、主催者に病者集団が出したお手紙の返事はまだ頂いておりません。一枚目の裏に載っておりますが、このフォーラム自体が患者会に一切知らせずにひそかに行われているんです。前2回はすべて我々病者集団に通知がございまして、各地患者会すべてに私たちは情宣致しました。ところが今回はそれができない形で行われているというのはノーマライゼーションにまさに反する事です。まさにこれは医療従事者たちだけが患者に隠れてこっそりとこのフォーラムを開いていると言われても仕方が無い事態があります。これに対するお返事は明日の総合討論の時にでも主催者の方からぜひ頂きたいと思っております。

それから、医療の質の問題で、強制入院における人権擁護あるいは不当な拘禁も問題ですが、我々が今一番大きく命の問題として悩んでいるのは、入院拒否であります。入院拒否が至るところで行われていて、これによる自殺、のたれ死というのが非常に多いです。こういう入院拒否に対する法的制裁というのを、私たちは

命の問題としてまず要求したいと思います。それから、健康保険点数との関係と推量致しますが、3ヶ月で強制退院という例も非常に多くございます。地域での生活の準備も本人の薬を飲む準備もそういうものが何もなくいきなり3ヶ月で放り出すと、そういった例が非常に多くございます。これによっていたずらに再入院を繰り返す、あるいは不幸な場合は死に至るといった例があまりに多すぎる。こういう強制退院、入院拒否といった問題についてもぜひ皆さんお考え頂きたいと思います。以上です。長くなって失礼致しました。

司会：どうもありがとうございました。触法患者の問題についてはシンポジストのどなたも触れなかったというお話なんですが、白澤さんが触法患者のための特別な法改正に関する見解をはっきりと述べておられます。要するに現在の措置病床の適正配置とそこにおける医療水準の改善といった形で対応するべきであって、まず医療の質の向上を図るべきであるということであつたかと私は理解しておりますが、いかがでしょうか。白澤さん。

白澤：特別措置などの考えは、山本さんが指摘するように私は逆立ちした議論、すり替えだというふうに思っています。問題は措置入院という制度について、これを撤廃した方がいいという意見もあるんですけども、現実的にはなかなかそこに至らないのが私は現状だと思っています。少なくとも公的な権力による強制入院である以上、十分な医療を受ける権利が保障されないといけないと思っています。そういう点から見て十分な医療を受ける権利が果たして保障されているかどうかと、現状を見た時に、必ずしも現状はそうではない。極端な言い方をすれば隔離拘禁を長期間したままにしておくという例もないではない。やはりこれを何とかしなけ

ればいけない、そういう意味で措置に関しては措置入院させる医療の基準のしっかりしたものを作らなくてはいけない、というふうに思います。また、大都市と農村とでは措置入院の患者さんの数もちろん違いますし、そこにはいろんな背景があるんですけども、少なくとも地域に見合った形で措置病床というものを決めないといけないと思っています。以上です。

司会：医療保護入院も含めて、強制入院においてすら人権が保障されない、医療も保障されていないという状況の中で新たにそういった触法患者のための制度をつくることに関しては基本的には反対であるという見解だった、と思いますが、精神医療政策研究会の原田さんの抄録のほうには、措置入院と医療保護入院を一つにまとめるという見解がありますが、今の触法患者の問題についていかがでしょうか。

原田：ここで発言しましたのは医療保護入院も非自発入院であるということをやはりはっきりしなければいけないという意味です。それから今いろいろ問題になっているいわゆる「触法」患者の処遇の問題とかあるわけですが、これは精神保健政策委員研究会の意見ではなく私個人の考えになってしまいますが、私は精神医療の措置入院もそうですし、医療保護入院も非自発的入院ですからそうなんです、もっと法的な、リーガルな、医療だけでなく法的な社会の関与が今の日本の現状ではより必要だろうという認識にたっております。ですから触法と言っているかどうか、確かに大きな事件を起こして精神障害のために普通の刑法で裁かれなかった、裁くことの出来ない場合というのが確かに一方であるわけですから、そういう人をどうするのか、それがもし精神障害者、精神病を持っている方ならばやはり精神医療はそれなりに対応しなければいけないわけですが、その場合に今よりも

もう少しはっきりした司法の、法律的な協力というか関与というかが必要ではないかなと私個人としては思っています。

司会：日精協等の主張はむしろ触法患者の処遇は非常に難しいという観点からであると思いますが、今の原田さんの主旨というのは、現在精神病院に入院すると裁判を受ける権利さえ奪われている、当り前の人として同じように裁判を受ける、措置入院になると何年病院に入れられているか分からないという状況があったり、そこでの処遇は刑務所以下であったりというようなことがあります。そういった点で措置入院の運用についてももう少し厳格にするべきである、その中で触法患者に対する対応も異なったものが出て来る可能性があるといったような主旨ではないかと思えます。この問題に関していかがでしょう。

佐々木：福岡病院の佐々木と申します。触法患者さんのことについての意見ですけれども、具体的なことを少しイメージする意味で、仮に殺人を精神病状態の時に起こした人が措置入院になったとします。そうすると精神病状態自体は数週間で治ることがあります。その時点では自傷他害の可能性はないという形になります。ところが、精神病、特に分裂病の患者さんが退院した後に薬を飲まなくなったという場合、7、8割の方が再発します。2、3割の方は薬を飲んでいても再発します。そういう事実があります。それともう一つ、再発するときには初発の時と同じような症状をとることが、一般にあります。たとえば食事ができない状態になる、暴力をふるう、などです。そういった面で殺人を犯したり放火をしてしまうというような不幸にしてそういう形で病気を悪化させる人が薬を飲まなくなり、再発すると同じことを繰り返す可能性があると思われれます。すると、民間病院

に入院した場合に民間病院というのはやはり企業という観点がありますので企業防衛ということがおそらく働くのではないかと、これは想像ですけれども、想像致します。措置患者、特に重症の措置患者さんが特に入院が長くなる、何故ならば退院した後にまた同じことをやっては困る。責任が持てない、そうゆうふうないわば行き過ぎた発想をせざるを得ない。逆にこういうやっかいな人たちはすぐに退院させてしまおうという形ですぐに措置を解除して退院させてしまう。そういったことはおうおうにしてあり得ます。こういう難しい部分に関しては、患者さんの為にもやはり公的な病院で充分に患者さんのことを中立的に考えることができる、そういう形でやる必要があるのではないかと思えます。また患者さんのことを考えますと、どうしても殺人を犯してしまうとか、そういった事に関して治療が進めば進む程罪の意識というものが治療中どうしても出てきます。その結果、患者さんにしては再び精神病状態になってしまう人、あるいは不幸にして自殺という形をとる方、あるいは精神病院に入院していることをあたかも罰を受けている、刑務所に入っているというふうに誤解してしまっずっと入院し続ける人、そういった人達がでてきます。そういう意味で患者さんたちが犯した罪を、特に治りの良い患者さんたちに関してはどうやってその罪を償って、そして真の意味での社会復帰が出来るか、そういう所を考えていく必要があると思えます。つまり、自傷他害の状態にあって犯してしまったその事自体は罪は問われませんがその後の状態を考えていく、それが大事だと思います。そういう意味で、私は日精協などが言う特別措置、特に重症の殺人・放火等を犯した患者さんを別枠で考えるということは大事だろうと思えます。出来るならば、国公立病院が

中心に動くべきことだと私は考えます。

司会：どうもありがとうございました。実際の問題として民間病院に措置のそういう患者さんが入った場合に病院の防衛的発想から必要以上にいつまでも病院から出さない、あるいはすぐに出してしまうということが起こっているということ、従って民間病院に比べて、マンパワーの充分ある、マンパワーの保障されている国公立病院で受けるようにするべきではないか、ということであったかと思いますが、いずれにしても、措置制度の運用の問題であると思います。指定病院の基準も、なにも問わないで措置指定病院にしてしまっているという問題もありますし、措置の指定病院の基準、そういったことは白澤の報告の中にもありますが、あるいはこの精従懇のフォーラムの最後のまとめのところでも出るかと思いますが、こうした基準をもう少し明確にして適正な運営をするべきである、といった問題であると思います。ストレートに措置の特別な形を作るというふうにはならないかと思いますが、山本さん、どうぞ。

山本：私ども病者集団は具体的に違法行為を行った仲間の救援活動を行い、そして私たちの中に包接して共に闘ってきました。数年前に亡くなったある事務局員は殺人を犯したことがある仲間でした。その他違法行為を行った仲間は沢山います。われわれの中に。しかし彼らは再犯をしておりません。それはわれわれが共に生きる姿勢を、メッセージを送り続けているからです。次により質の良い、本人に適切な医療が保障出来るかどうかという問題は確かに重要ですが、機械的に国公立ならば適切であり、民間ならば不適切であるという問題ではないと思います。特に国公立のみにそういう患者を集めるといふ発想自体が非常に国公立病院をゆがんだ形で機能させることになって、しかも身近で医療

を受ける権利も奪われるということになって、数年前に出ました処遇困難者専門病棟と同じ結果を招くと思います。ですから、先程申し上げたように刑法の保安処分を阻止してきたのは本質的には何だったのか、それは違法行為をおこなった精神障害者も仲間として共に生きよう、ノーマライゼーションとして共に生きようということだったはずで。その視点を抜きにして触法精神障害者の問題を一方的に対策として述べることに、共に生きる視点ではなく対策として述べることにに対して私は断固として抗議したいと思います。

司会：先程の福岡病院の佐々木先生の発言で、国公立病院へという、これについても今、山本さんから発言がありましたようにストレートに国公立病院へといくそういう発想ももう少しきめ細かな検討が必要だと思います。ちなにみちよっと申し上げますと国公立といわれましたが、国立病院はつい先程国会で成立致しました行政改革の法律で2001年までにセンター病院を除いて独立行政法人に移っていきます。ですから国立病院はというのとはなくなります。ですから残るのは県立病院になるわけですが、先程のまとめの中でも言いましたように、他の医療や障害と同じように一次二次三次という圏域を考えていくべきであると、ですから身体合併症あるいは救急であるとかそういった問題も含めて一次二次三次という段階をきちんと設定していく必要があります。そこからいきなり現在の、先程冒頭で厚生省の田中課長が救急の全国体制が出来たと言いますが、これは一次がなくなりいきなり三次という救急体制ではありますが、そういったことについては大いに我々はそういったことではいけないと考えています。基本的には一次二次三次という圏域を考えてその中でやっていくということです。ですから、いきなりス

トレートに、国公立病院にという考えももう少し細かな吟味が必要かと思います。触法患者についても、白澤さんも触れておりますし、政策医療研究会の原田さんも言われましたように、やはりもう少しきめ細かな吟味も必要かと思います。この問題に終始していますが、他の問題に移りたいとおもいますが、どうぞ。

二宮：練馬の作業所ほっとじょぶに通所している二宮と申します。当事者です。この場にそぐわないことかもしれないんですけども、ちょっと言いたいことがあって、当事者の問題で参政権と同じ様な問題が起きているのではないかと、選挙の問題です。要するに先人が血のにじむような努力をして参政権を獲得したんですけども皆選挙にいかないのと同じことがこの世界に起こっていると思います。当事者の人たちの問題で今一生懸命権利獲得とかシステムを作ったりとかやっている一方で、あまりにも当事者が、自分の身の回りの範囲だけなんですけれども、意識が低いんです。一方で権利獲得することも必要なんですけども、自分たちに教育とか、告知するほうも考えてもらえないかと。自分は作業所に通所しているレベルなんですけれども自分の身の回りの人というのは、大学卒で高学歴で普段の会話も普通なんです。ただそういう意識がお気楽とか、無いんです。せっかくここで権利を獲得する努力をしても自分たちの回りの人はただ慢然と精神障害者やっていて意識が低いので、そちらのほうのアピールも誰かにやってもらえないかと。以上です。

司会：ありがとうございます。他に、もうあまり時間が、5分ぐらいしかなくなってきましたが。

渡辺：家族会の渡辺でございます。今の精神保健福祉法、これを見ますといろいろ問題があるようでございまして、特に感じますのはユーザ

一、患者を守る法律にして頂きたい、何の為の法律かという原点に返っていい法律を作って頂きたいと思います。特にこの精神保健福祉法を見ますと福祉のことについては非常に付け足しというふうな感じでございますし、またいろいろ人権の問題もあったりして、直さないといけないことが多いと思います。他の障害者と同じように精神福祉法を独立させるか、または他の障害者福祉法と一緒にして法改正が出来ないものか、その辺をご検討頂きたい。要するに、精神障害者を他の障害者と同じように法の上で平等に扱って頂きたいということをお願いしたい。以上です。

司会：ありがとうございました。これは先程の各シンポジストの発言みんな共通していたかと思えます。特に調さんが明確にして下さったんですが、はっきり言って精神保健福祉法とはいっても精神障害者の福祉はやはり未だ無いと言っていいのではないのでしょうか。国及び自治体が負うべき責務は明記されていない、家族・保護者のみに責務が課されていると、そして第一種社会事業法の適用がないとか、膨大な数にのぼる作業所が社会福祉事業法の外にあるという、いろいろな面でまだ名だけで実際はまだ無いに等しいのではないかということ、各シンポジスト一致できるのではないかと思います。もうあと2、3分になってしまいましたが、この辺でまとめに入らせて頂きますが、よろしいでしょうか。後半の冒頭に何点かについて挙げましたのがまとめの骨子になると思いますが、繰り返すのは省略させていただきます。続いてこのフォーラムでは、午後にはこんどは国際比較の上にとってこの問題を更に広く深く検討していく、そして更に2日目を経て最終的にはフォーラムの宣言へとまとめられていく予定です。ですから今日の午後、明日と引続き皆様の熱心な

ご参加をお願いしたいと思います。簡単ではございますがまとめにかえさせて頂いてシンポジ

ウムを終わらせていただきます。どうもご静聴ありがとうございました。