

## 総 括 討 論

**総合司会：金杉** 総括討論に先だちまして、全国精神「病」者集団山本真理さんよりカンパ要請の申し入れがありました。山本さん、一言どうぞ。

**山本：**今回の精神保健フォーラムは私ども全国精神病患者集団の抗議文にありますように、患者に秘密に行われておりますので患者の参加があまり多くありませんが、それでも沢山の当事者の仲間が参加しております。年金や生活保護で暮らしている仲間にとって3,000円の参加料は非常に大きな負担でございます。従って今、前からカンパ袋をまわしますので参加している当事者であつて皆で人数割にしたいと思ひますが、是非カンパのご協力をお願い致します。参加している当事者の方でこのカンパの欲しい方は出た所に病者集団の机がございますので、終わった後にそちらにおいでくださいませ。おわけいたします。皆さんよろしくお願ひ致します。

**司会高橋：**ただいまより、総括討論を始めさせていただきます。司会は、当フォーラム代表世話人の高橋一、樋田精一、森山公夫です。よろしくお願ひします。

**司会高橋：**それでは総括討論に入っていきますかと思ひます。限られた時間でございますので本来ならば二日間のシンポを振り返つてからということになりますが、今までの全部のシンポをまとめてご意見なりある方から頂戴したいと思います。

**山本：**全国病者集団の山本と申します。お手元に私どもの出した決議案が、小さい半ピラがあると思うんですが、この二日間のフォーラムの中でちらちら聞こえる声で、私どもが非常に危惧していることがございました。今回の精神保

健福祉法見直しに各団体からいろいろな意見が出ておりますが、病者集団の緊急声明にありますように措置入院の解除を難しくするとか司法的関与を入れるとかあるいは退院後6ヶ月の強制通院制度を課すとか、そういった措置入院の強化に向けた意見がさまざまな団体から出ております。これに対して私どもはフォーラムの主催者に対してお手紙を出しましたがまだお返事は頂いておりません。お手元に病者集団としてこれを決議して頂きたいというのを配りました。1、措置入院の治安的強化に反対する。措置解除のハードルを高くすること、措置解除決定や解除への司法的関与に反対する。措置通院制度に反対する。2、触法精神障害者に対する特別な対応、病棟に反対する。3、いかなる形態でも「処遇困難者専門病棟」新設に反対する。先程門屋先生が一番手のかかる部分に精神医療が縛られて、それで日本の精神医療は遅れているんだということをおっしゃいましたが、これは非常に危険な発言です。私ども精神病患者集団の中で語り継がれているあるドクターの発言がございます。私が入る前ですから1970年代の刑法保安処分が新設されるかどうかその時の闘いの時にあるドクターに病者集団の会員が「先生は何故保安処分に反対なさいますか」と聞きました。そのドクターはこうおっしゃったそうです。「自分の患者をもつていかれたら僕は医療は出来ませんから、だから僕は反対します」ここに医療者としての自負とプライドがあると思ひます。皆さんは手のかかる、あるいは触法であるという仲間をノーマライゼーションから排除なさるのでしょうか。ここに集まっていられる方はもちろんドクターだけではありませ

ん。しかし我々当事者を癒そう、あるいは我々の要求に応えよう、何等かのサポートをしようという活動をなさっている方々だと思います。その方々とは触法ということでその対象から目の前からその人たちを追い出そうとするのでしょうか。もう一度皆さんの職業的プライドを持って頂きたいと思います。自分の目の前から自分の患者を連れていかれたら医療ができませんね、というごく単純なそして最も原則的な医療者としての対応を皆さんが皆さんがとれるのか否か、そのことをまず皆さんに問いかけたい。そしていまこの精従懇の中に入っている団体からの意見でありますのでフォーラムとして決議するのは難しいということはあるかもしれませんが、しかし最低限この3点の決議を第3回精神保健フォーラムとして、ノーマライゼーションの確立とおっしゃる以上、すべての当事者を、我々は決して一部の仲間を切り捨てたところでのノーマライゼーションを望みません。病棟の開放化も望みません。我々はすべての仲間と共に生きるそういう体制を生きること、そのことこそノーマライゼーションであると思います。それは触法精神障害者であろうが困った患者であろうが我々が仲間として共に生きてきました。実際に我々は共に活動し共に生きてまいりました。こういう患者会が全国に沢山ございます。我々そういう実践を重ねてまいりました。日精協がおっしゃる北陽会の事件の患者さんとも事件後私どもは友人になっております。そういった具体的な活動を私たちがする中で我々はすべての仲間と共に生きる、反保安処分の原点をもう一度皆さんが確認して下さること、そしてノーマライゼーションとは何か、誰かを省いたノーマライゼーションなのか、そのことを皆さんに問いかけたいと思います。是非しっかり議論して頂きたいと思います。よろし

くお願い致します。

**司会高橋：**では一つ一つ、事前にご意見を頂いておまして、この2日間の討論を踏まえて幹事会の方で検討させて頂きましたので、森山代表のほうから説明をさせていただきます。

**森山：**ただ今の抗議と質問に対してお答えしたいと思います。第1点は、前回のフォーラムの時に当事者団体に対して予め連絡しながらやってきたのに今回しなかったのは何故かという点に対してお答えしたいと思います。その前にこの私たちの精神保健従事者団体懇談会、通称精従懇の性格を改めて確認しておきたいと思います。私たちは約10年前の精神保健法改正の際に精神医療保健福祉従事者の団体が集まって、これに向けて活動し、同時に精神保健医療福祉を改善したいという意志で集まりました。最初はおそらく10数団体ぐらいだったかと思います。それ以降10年間にわたって活動を続けてきたわけですが、ご存じかと思いますがそのそれぞれの諸団体はそれぞれ立場を異にし、場合によっては意見が対立する場面もございました。しかしながら現在の状況の中でさし当り従事者の立場でも基本的な精神保健医療福祉改革という点で立場の違いを乗り越えてどうやってコンセンサスを確認していくかということが重大な課題であるというふうに考えて活動を続けてまいりました。従ってある時にはその活動は非常に蝸牛の歩みのように一歩一歩であり、時には遅かったかもしれませんが。しかしながらそういう基本方針でやってきた為にこの精従懇が段々大きくなって今回の27団体というふうなことになったわけです。こうした活動のスタイルといたしますか、これはますます重要なスタイルだと考えましてこれからも是非継続したいというふうに考えます。つまり精神保健医療福祉改革の視点からどうやってお互いに対立を越えて同意点

を探していくのかということを中心したいということでもあります。以上の観点から私たちは当初から当事者あるいは家族の発言に耳を傾けるということは一貫して努力してきたつもりですし、現在でもその姿勢に変りはありません。ただし今回のフォーラムの準備にあたって第2回の時の準備と様々に状況が変わってきております。その中で私たちはこの準備を始める1年半ぐらい前ですか、様々な状況を考え、特に当事者団体の置かれている状況を考えてその状況の中では第2回の時のように事前に各団体に呼びかけて準備を行っていくということは妥当でないというふうに判断しました。

**山本：**具体的におっしゃって下さい。様々とは何ですか。

**森山：**従って各団体の広報を通じて当事者家族等にも参加を呼びかけるというふうに判断しました。従って今回も当事者家族の参加を大いに歓迎しますし、発言を歓迎しているつもりであります。それが第1点、次に第2点にこの決議案の中に3つの項目をいれてほしいということでもあります。これは先程山本さんも言われたようにノーマライゼーションという立場が基本であるということは私たちも確認していますし、この後の宣言にもそれを基調として書いております。たとえば私個人としてはこの3つの提案に賛成ではありますが、しかし残念ながら未だ精従懇全体としては具体的にこの問題を議論しておりません。従って、今日はこの宣言として残念ながらこれを取り入れることは出来ません。ただし、重要な課題として昨日から今日にかけての討論の中で具体的にもなされていますが、重要な検討課題として私たちに残されている課題だというふうに認識して今後に残していきたいというふうに考えております。以上です。

**司会高橋：**これが幹事会の結論であります。

**本田：**全国精神病者集団の本田といいます。今のご説明が非常によくわかりにくかったのは1回目2回目の時に当事者や当事者団体患者会も家族の方も含めて声をかけられてきた状況と今回とは違うんだという現状認識がおりなんです、その違うんだと、当事者に呼掛けにくい状況があるというふうにご判断なさっているのだとすれば、その根拠を具体的にはっきり示して頂きたいと思います。

**森山：**具体的にいいますと当事者間に様々な葛藤や混乱があつて、今回の第3回に第2回と同じように各団体に声をかけるという形でやれば、さらに混乱を広げるものになるだろうというふうに判断したからであります。(山本氏発言しようとする)

ただし、ちょっとお断わりいたしますが、これは私たち精従懇としての判断であります。

**山本：**精従懇としての判断だそうですけども各団体の意見が違う、いろんな意見がある、多様な意見がある、それこそ患者運動の豊かさです。それに対して意見が違うから、そしたら自分の気に入ったところにだけ声をかけるというのは問題ですが、各団体に声をかけるというのが何で問題になるんですか、何故混乱になるんですか、私には全く理解できません。

**星野：**実際に混乱があつたからでありまして、実際、僕らも精神神経学会で当事者運動のシンポジウムをやろうと思って2年か3年前に各団体に担当理事が回ったんです。あれを呼ぶんだつたらつぶしに行くということも実際に言われましたし、それを我々は取捨する自信はないです。そういう事態は十分に予想されますのでその時に一体どうするのかということがあります。当事者運動に我々が関与して調整をしていくというようなこともおこがましいし、というような判断もあつたと思います。そういう中で

全部によびかけて同席できないという論理で行われればこの場は混乱するだろう、混乱してもいいだろうというようなフォーラムであってよいということで精従懇が判断したならばそれはそれで成立しただろうけれども、そうは判断しなかったということで、これは主催者側の判断であるわけですから、その事について僕は今森山先生がおっしゃった内容で仕方がなかったというふうに現在は思っております。以上です。

**山本：**私どもはシンポジストに誰を呼ぶか呼ばないかということの問題にしているのではなくて、フォーラムをやるという事実自体が広報されなかったということの問題にしているんですよ。つまりフォーラムをやるという事実が広報されずに患者に隠されたままで秘かに行われようとしたということ自体を私達は抗議しているんです。私たちが呼ばれなかった、シンポジストにならなかったことを抗議しているのではありません。

**星野：**山本真理さんは日本精神神経学会の会員です。会員に対しては学会の機関誌を通じて広報しております。そういう意味では広報がされなかったということはありません。

**山本：**違います。私はたまたま学会員であったから知ったんです。これが私が学会員でなかったら病者集団はっさい何も知らないままに精神保健フォーラムは開かれていました。そして病者集団が知ったのが遅かったために私どもの全国の仲間にお知らせすることが出来ませんでした。どう考えてもこのフォーラムは患者に隠れてやろうとした意図があるとしたら我々には思えません。そのことを問題にしているんです。シンポジストに呼ばなかったなんてケチなことを言っているのではない、公開性のことを問題にしているんです。患者に公開する気があったかなかったか、そのことを問題にしているんだ

よ!!

**渡辺：**家族会の、東京つくし会の渡邊でございます。今日この会にお招き頂きまして本当にありがとうございます。お礼申し上げます。家族として今全国に約300万人ぐらいいると想像されるわけございまして、またその家族を代表するわけではございせんけれども一言お願いを申し上げたいと思います。昨日久良木幹雄さんのご意見が精神保健福祉法を撤廃して精神障害者の復権をお願いするというご意見が代読されました。このご意見は非常に大切だろうと思ひまして、このご意見を無駄にしないようにして頂きたいというふうに思ひます。私も現在の精神保健福祉法は障害者の人権を無視し差別したものであるのではないか、要するに日本国憲法で保障されております法の上での平等というものに反するもので司法上許せない問題だろうと思ひます。これに對しましてカナダのダビット先生もおっしゃっております。政府と精神保健専門家の方々に声を大きくしてお願いしたいのですけれども今まで精神障害者に対してなされた悪を勇氣を持って道徳的に礼節をもって是正して頂きたいと思ひます。そして心の病で苦しんでいる障害者を真の民主主義的な社会で地域で共に生活できるようにして頂きたい。以上お願いでございます。

〇〇：私は香川県からまいりました。そして資格というところで、はて困ったと思ひました。それでボランティアとして名前を書きました。香川マインドというボランティアのグループに入れて頂いております。そしてどうしてこの会を知ったかという、香川県の精神保健ニュースというのが毎月発行されております。それに書いてありまして、たまたま私が来る機会ができたわけで、本当にこの会に出られてよかったなあと思ひしております。先程の山本さんがおっ

しゃっている意味は良くわかったんです、わかったんですけれども私のような全然従事者といわれるかどうかかわからないような者もここに連れて頂きました。そして全プログラムを聞かせて頂いてボランティアとしてこれからもっともっと一生懸命にやっていきたいな、ボランティアがどんなに大事なもののかということをしひしと身に感じまして、これを香川マインドのみんなに伝えたいと、そのように考えております。どうぞこれからもこういう会を開いて頂いて、そして精神保健フォーラム横浜宣言、これを見せて頂いて本当に素晴らしいものができつつあるんだなっていうことを思いまして本当に感謝しております。ありがとうございました。

**本田：**再度、確認したいんですが、全国病者集団の本田です。混乱を避けるためにというご理由を挙げられましたけれども、混乱を避けるという論理とやっかい者を排除するといういわゆる保安処分思想の決定的な論理ですね、この基本的な違いをご説明下さい。

**森山：**混乱を防ぐというのはテーマで何とか討論できるようにしたいということであります。やっかい者を防ぐという考えは全くありませんでしたのでその点は誤解のないようにお願いしたいと思います。

**本田：**ではなぜ、私たち精神病者が混乱をこのフォーラムに持ち込むというふうな憶測だと思うんですが、そういうものがたったのか、その辺の根拠が先程の主催者側の発言でも私のは非常にわかりずらかったんですが、たとえばそれはどこかの患者会がつぶしにくるとかいう話があったとかいう話は出ましたけれども、それはあくまで具体的な根拠ですか、では具体的にどの団体がこちらのフォーラムを混乱に陥れたりつぶしにかかったりということの予見が出来る根拠を提供するような具体的な行動、材料を提

供しているのかその団体名を教えてくださいか。

**司会高橋：**いろいろここでは固有名詞な避けたいと思います。発言されていない方、どうぞ。

**佐藤：**岡山から来ました佐藤ともうします。現在短大の教員をしておりますが、バックグラウンドは臨床心理学で、臨床心理学会の運営委員でもあります。日本臨床心理学会は主催団体の一つでもありますし、たまたま今回私は代表として運営の方には関わっておりません。主催団体として、今の問題については責任を負わなければいけないんですが、ちょっと個人的な意見を述べさせていただきたいと思います。これは2点あります。病者集団の方がこの第3回のフォーラムの情報が大変遅れたというご意見があります。これについては星野さんからの話でいろいろと懸念されたんだなということは今理解できたところなんです、主催の具体的なことで最後に決断されたということでは今回それについては意見を言うことが出来ません。しかし大きな反省として、これを行うことについてアクセスしにくいところにいる人が沢山います。それはノーマライゼーションの最も基本的な問題です。車椅子の方が階段のあるところにアクセスできません。そういったことを配慮していくのがバリアフリーとうことです。病院の中におられたりいろいろ患者、ユーザーの団体がいろいろなグループでおります。そういうところで私たちは従事者の団体のフォーラムですが、これにユーザーの方たち、それから家族の方たちが参加できるように連絡をするということは大変大事なことだと思います。その点では今後の運営に是非反映して頂きたいと思っています。これはノーマライゼーションの基本的な課題だと思います。

それからもう1点は、今日の最後の方、北海

道の門屋さんのご発題は生活の領域の支えを医療からきちんと離して、医療がどこまでも屋根を伸ばさないようにしなければいけないというご主旨とその実践を見せて頂いて、大変私は感銘しております。これは絶対必要な事だと思っています。しかしその中で、医療があまりにも羽根を伸ばさない為ということで整理する時に、触法された、そして精神症状があるという方、やはり精神症状をちゃんと医療として受ける権利があるわけです。これについて門屋さんはまだ未熟な考えだけれどもということで言われましたが、山本さんが指摘されたようにこれはやはり危険な方向に行く恐れを持ちます。この点については今後絶対に処遇困難病棟やこういう保安処分的なものを阻止するという観点を含めてこの精徒懇でもきちんと議論していかなければいけないと思います。その点についてはこの決議に盛り込めるかどうかはいろいろな団体の問題があると思いますが、山本さんの提起された3点ですね、これを私としては非常に大事なことで、特に処遇困難病棟といったものは今後公的病院を整備するときに問題になっていきます。それで決議の中には精神科特例を廃止するということが入っています。それと処遇困難病棟は非常に矛盾することです。どなたかのシンポジストの方の発言にもありましたけれども、特別に治療が難しい方に特別の病棟を作るとかいう問題は全体の底上げをまずしなくてはいけない、まずその具体的には特例廃止というところでありますがそれが先であって、そこからさらに困難な者をどうしていくかということはこれからの問題だと思います。それで処遇困難者というのを固定して考えるというのはこれはWHOの障害者概念にも反するわけです。処遇困難というのは関係の中で出てくるという

ことです。処遇困難者という固定的な概念ということをもう一度考え直して、処遇困難ではなくて非常に難しい悪い処遇をしている病院のほうが現にまだまだ沢山あると、その関係をきちんとおさえることのほうが必要だと思います。以上です。

**寺澤：**自治労の静岡の寺澤ですが、主催者の方が寄り合い所帯で大変運営にはご苦労されていると思いますが、精神病患者集団からの一定の提起、抗議については5月11日付けで出されていることで若干時間はあったと思うんです。今後運営の中でこの点については、私たちも病者集団の問題提起に対しては受け止めて今後考えていく必要があると思いますが、主催者側のご苦労もあると思いますがその辺はまずお願いをしたいと思います。私が発言させて頂きたいのは、宣言が配布されておりますがまだ提案されていないところで先にこの中で一定の見解をお聞きしたいと思いますが、自治労というのはご存じの通り地方公務員の組合でその関係で2の部分に関係するわけですが、市町村に基本的に障害者福祉の施策を身近なところでサービスを受けるという形での流れについては理解できます。その場合に、この間やはり精神医療が県レベルで捉えてきたものを軸足としては二次医療圏に移そうということで②については二次医療圏のところで福祉も医療も考えるというような形になっておりますが、やや具体性に欠けている部分があるのではないかと思います。今、静岡の場合も保健所が福祉事務所と統合されまして健康福祉センターとなりまして保健所の位置づけが大変薄くなっている部分があります。そういう意味では、推進協議会というものをどこがリードするか、あるいはどこがコーディネートするかという時に、たとえば精神保健福祉センターが県下に一つというのが現状だと思いますが

それを保健所とミックスするような形の地域精神保健福祉センター的なものをここに二次医療圏の中に考える、その上で①の市町村の問題なんですがこれも様々な議論がされておりますが、障害者プランがまだ2割しか達成されていない、その中でも精神の部分がはいていないところがいくつかあります。そういう点では、にわかには各市町村に精神保健福祉担当課を必置するという形ですばり書かれているということについては、この障害者プランの達成状況あるいは地域保健法の動向によって市町村の業務が大変手いっぱいになっています。そういう点では、流れ、方向性としては市町村が障害者福祉という観点で受け持つということは理解出来ませんが、トップにまず市町村にということ掲げる前にまず二次医療圏の問題を整理する、その中のたとえば推進協議会には必ず市町村の代表が入る等の運営の中で今後市町村の役割については明確にしていく、そういうふうには私としては考えて頂きたいと思えます。最後に昨日カナダのワスタブさんから社会保障制度がある一定の水準を維持した上で地方分権が考えられないと本当に格差が生じるということをお話があったと思えますが、とりわけ日本の今の分権の進め方については仕事だけが市町村あるいは住民の側にしわ寄せされているという状況がありますので、その今の状況の中での圏域、エリアについての考え方については是非ご一考頂きたいということです。以上です。

**司会高橋：**宣言の話が出てきましたので、時間が迫ってまいりましたので、先きに提案をしてから討論しないと形がおかしくなりますので、第3回精神保健フォーラム横浜宣言の提案のほうを先にさせていただきます。

**司会森山：**提案致します。皆さんの目から見ると不十分なところもあるかと思えますけれど

も、この案を作るのに合計4、5回に渡って会を開いて練り直したものです。基本的な線をご理解頂ければとまず考えています。では読みます。(宣言文は3ページに掲載)

**為金：**具体的なことでいくつか提案したいんですが、二次医療圏の話が出てきておりました議論の中で、だけど精神病院というのは現実に遍在しますし、二次医療圏の中で総合病院で精神科をもっているのは45%ぐらいなんです、現実には。現在の精神科単科病院というのを見てきたときに、5年以上入院している方が5割ということをおっしゃいました。そして65歳以上の方が3割ということもおっしゃいました。一方で、50歳以上の方はもう6割を占めているわけです。ということは、これから10年を過ぎましたら結局いまでもいくつかの病院がつぶれていっていきすけれども、現在病院の多くは精神科単科病院である必要があるかどうか。むしろ精神病床の削減の話がありますが、そういうふうな問題が出てきておられますし、二次医療圏の議論をする時に精神病院が遍在しますし自分たちが生き延びていくためにはどうするんだと、こういう死活問題になってきます。そしたらそこで地域でネットワークを作ると言ったところで誰がどうリーダーシップをとってやっていくのかと、自分たちの生き延びる策をどうするのかということと医療のあり方ということをきちんとリーダーシップをもってやっていかないと本当の地域でのネットワークというのは出来ないだろう、経営の問題というのはいまにかぶってきます。純粹にいままで病院でやってきたことを地域でやるというふうに意識転換がスムーズにいけばいいですけども、実際これからその辺の本音の泥くさい話があるだろうと私自身は感じていますのでそういうことが一つ問題提起です。

2つ目は、実は厚生省も数字をあまり出して

いないんですが、60歳以上の看護婦がもう2万人を越えています。日精看の会員が3万人です。その2万人の方が多分精神病院で就労しているだろうということは推測がつかます。大阪の私は大阪の中宮病院の為金というんですが、大阪大和川病院では現実に70～80歳の看護婦が仕事をしておりました。更に給料で言いますと、新聞報道になりましたけれども夜勤手当を含めても10万円なんです。年金をもらっていて小遣い稼ぎに勤めているというのが実状なんです。大和川病院に限らず、多くの精神病院では、看護婦不足の問題が深刻です。

そういう実状を変えないことには精神病院の状況というのは変わっていかない、基本的に変わらない、その辺の問題意識がアピールの中から抜けていると思います。それから、たとえばカルテ開示や定期病状報告とか保護室の隔離についての記載の義務の問題があります。しか48人の患者さんの診察をして、なおかつ記録をして、というのは土台無理な話です。そういうふうな裏づけのない法律をいくらつくっても、守れないような法律ではどうにもなりません。極端に言ったら大和川の場合でも業務改善命令を出しました。しかし、業務改善命令をだしても一切の罰則規定の何もありません。結局行政は業務停止までやりましたが、本当に悪徳病院を変えていくなればきちんと業務改善命令だけでなくそれが効かない場合には業務停止命令までやる、そこまでやっていかないと、若干の罰則規定だけでは済みませんけれどもそういうことをやらないと、状況はやはり変わっていかないだろうと思います。昨日丸山弁護士の方から医療監視がありましたと、医療監視の中で患者さんの処遇の問題で医療監視の時に調査をしましたと、その時に厚生省の処遇基準そのことすら知らない医療従事者が半分以上おりますと

いう報告がなされました。大変重みをもって受け止めるべきだろうというふうに思います。いくら法律をつくったところで守られない法律を作ってもどうにもなりませんし、法律を守らないような施設に対しては業務停止命令を出すとか、たとえば処遇の問題で一番の話は暴力の問題、いくらアドボカシーどうのこうのと言っても現実にアドボカシーを実際にしていくに当たってはアドボカシー礼賛者がこられてその人にカルテの内容を言うわけにはいきません。プライバシーの問題もあります。アドボカシーとしてどういう方を承認するのかというふうな具体的なプロセスだっていると思います。抽象的なことではなくてそういうふうな実践なり、たとえばその暴力という患者さんとのスタッフとの暴力、そういうところと言ったところで誰がどう暴力として認定するのか、そういうようなプロセスだっシステムだっ伝わっていかないといつまでたっても甘えの構造というのは変わっていかないだろうなというふうに思います。昨日の久良木さんの論文というのはずいぶん辛らつに受け止めました。しかし理念と現実の問題とどう融合していくのかそのことをきちんと実践なり具体的に、たとえば患者さんの人権を守る、人権を守るということは具体的にこういうチェックをすることだ、そういうような行動の定見なしにいくらお題目を言っても駄目だろうと、僕はそのアピールの中にそういうふうな主旨を是非入れて欲しいと思います。どうもありがとうございました。

**司会樋田：**ただ今のはこのアピールの修正意見でしょうか。もし修正でしたら具体的にここにこういう言葉を入れろと。受け入れるということですか。はい、どうも。

先程のそちらの自治労の方も言われた二次圏域のことうんぬんというところですけども、



大きい2番の①②というところで障害保健福祉圏域というのが実際に進行していてそれはほぼ二次圏域で策定されています。そこに精神が入ってこないのが問題ということで一応触れてあると思います、それから先程の山本さんの提起の問題に関しては非自発的入院をする際の医療環境等の施設基準の強化及び手続きの厳密化ということで、そういう形で盛り込んであると考えています。一応これはこの2日間のフォーラム全体をまとめるという形で繰り返し参加団体の間で討議して皆が合意できるものとしてこういうふうにまとめたんですがこれに関していかがでしょうか、更に意見を求めたいと思います。

**本田：**全国精神病患者集団の本田です。度々申し訳ありません。お時間がないところ申し訳ないんですが、やはり宣言の冒頭にうたっているように、管理的なパターンリズム、保護主義、社会防衛主義からノーマライゼーション、このノーマライゼーションというのは共に生きる、共に支えあう、それは健常者も障害者もそうやっていく社会を作っていくんだという事をおうたいになっているんだと私たちは考えております。ですから私どもが3点、3点しかお願いしていないはずですが、それはここで書かれている非自発的入院というのはこれは強制入院ですし、これははっきり書いて頂きたい、ということが具体的にお願ひしたいことですが、あと私どもが出しているこの3点、措置入院の治安的強化に反対する、触法精神障害者に対する特別な対応病棟に反対する、処遇困難者専門病棟新設に反対する、というのはこの第1点の私達精神障害者の人権を守ることを徹底するということの正に具体的なテーマであると私どもは考えております。というのは、私どもは18日の日に厚生省と交渉をしておりますが、その段階でもすでに日精協はじめこの措置入院の治安的強化

並びに触法精神障害者に対する司法的関与等、具体的な提案がもう出てきているんですね。こういうことは、たとえば私もそういう意味では触法精神障害者です。ですからたとえば私のような人間を隔離収容してしまうようなことをこれまでも精神保健福祉法というものはやってきたし、

それを皆さんはある意味では支えてきていらっしゃるわけではないですか。現場では。ですから私どもはその精神医療をできるだけより良いものにしたいというふうに考えていらっしゃる従事者の方やご家族の方に今厚生省が正に密室で法改正の議論を行っているところの中にこの3点が強烈な内容で盛り込まれているということはこの主催者団体の方も資料を通してご存じなはずで、この3点を、なぜ一番目の、たとえば9番目10番目11番目というふうな具体的な形で盛り込めないのか、それは5番目にはいつているんだというふうにおっしゃいますが、それはあまりにもこれは抽象的な表現すぎて具体的な説得力がありません。たとえば私たち精神障害者がこの5番目の項目を見てもこれは一体具体的に何を意味するのかははっきり理解することはできません。ですから私ども全国精神病患者集団としてはできるだけ多くの人にわかりやすく具体的に法改正がこういう危険な方向で向かっていて医療従事者の方々も含めてそういった保安処分的な危険な法改正には一線を画する、反対をするんだということを是非この1点目の精神障害者の人権擁護の徹底というところに、9番目10番目11番目という形で盛り込んで頂きたいというふうにお願ひしたいと思います。以上です。

**司会樋田：**そのことも含めて議論してまいりましたが、6月15日、ある団体が厚生省と交渉した資料がこちらにあります、その時の厚生省

の発言として、いわゆる特別措置の議論がされていないが難しいのかなと思っている、と。そして犯罪事件を犯しても今後も犯す可能性があるということと重度で手がかかるということとを混同してはならないということを厚生省は言っております。我々は、15日現在入手している資料ではこの特別措置という話が出てくるということは把握していません。日精協の提案の中にあることは承知しています。もしそういうものが出てきた場合には精従懇の中で当然議論をしていきます。処遇困難病棟設置反対ということは第2回フォーラムで充分議論して我々の方針として確認しているところでもあります。そういうことで、非常に具体的な点になると先程為金さんも言われましたが、個々の具体的なことになるとこの宣言文でとてもまとめきれないということで参加団体がみんな合意できる線でこの宣言とさせて頂いたわけですが。

**本田：**私どもは別に全国の精神障害者を代表している団体ではございません。全国にいくつかある患者会の全国組織の一つに過ぎないということはおわかり頂いていると思います。ですから私どもが全精神障害者の声を代表しているというふうな思い上がった考えも持っておりません。ただ今おっしゃったのは15日現在の交渉のお話だったようですが、それはどの団体の交渉でしょうか、どの団体でも結構ですが、私どもは18日に厚生省と対話をしております。その点18日の厚生省交渉の中でこの3点について厚生省の課長補佐が何と応えたかという、これについては勉強中である、勉強させてくれと、そういう返答の仕方です。継続交渉という形になっています。ですから15日にそういう話が出たと、ただ私どもは18日にそういう回答しか頂いていないので改めて危機感を強くしておりますし、これは決して病的な妄想ではないと思います

が、その点いかがお考えでしょうか。

**星野：**この宣言をまとめる過程で病者集団の方からそういう提起があるということは充分に承知していますし、山本さんと先程の方の論理展開は個人的には納得できる、賛成します。ただし議長団の方から処遇困難病棟についてについては2回目の時にすでに結論をだしているということでもあります。現在特別措置入院の動きがそういう形で提起されているということも充分承知した上で危惧があるということは確かなわけですからそのことについて今後充分に精従懇の中でも検討していきたいと思うし、今回までの過程の中で充分討議が出来なかったということについては申し訳ないと、我々も思っておりますし、議長団もそうだと思います。但し先程申し上げましたように構成団体が非常に沢山になってきまして、この宣言文をつくるにも2日前からずっとすりあわせをやってきまして5回どころか数十回の修正が入っているわけで、それだけ練り上げてきたものです。今日はこの段階でなんとか認めて頂きたいなあというのは正直なところ。あと今後に提起されたことを充分に勘案した検討を行っていききたいということで了承して頂きたいと僕は思っているんですがいかがでしょうか。

**司会樋田：**どうもありがとうございました。それでは時間もだいぶたってきましたけれども、ここでこの宣言を提案どおり採択していいかどうか拍手で確認したいと思います、お願いいたします。(拍手)

**本田：**全国精神病患者集団としてはこの決議にはこの宣言は認めることはできません。以上です。

**司会樋田：**わかりました。それでは先にすませて頂きますが先程カンパの要請がありました。先程報告がありまして、「5万596円集まりました。ありがとうございました」というメッセー

ジが寄せられました。それでは宣言が採択されたところで、代表幹事から閉会の挨拶をさせていただきます。

**司会高橋：**どうも2日間長い間ごくろうさまでした。なんか空調の関係で私もちょっと風邪がみになりましたが他にもお身体をおこわしになった方がいらっしゃるかもしれません。大変ご苦勞さまでございました。おかげさまで今回のフォーラムは参加者829名でした。大変沢山の方にお集まり頂きまして精從懇としては安心してるところであります。今の宣言にもありますけれども、日本の医療とか福祉制度は人口の高齡化、最初にありましたが日本經濟の國際化の流れを受けて変革を余儀なくされているということが確認されたと思います。この変革に應じるために今回のフォーラムに参加された皆様が現場実践の中で大きな視野と、また個人の生活を尊重するような個別的なケアを

重視する視点、この2つを同時に持つという実践を現場に帰ってされることを望むものであります。最後になりましたが、このフォーラムの準備にあたりまして日本精神神経学会の事務局の牧さんをはじめ多くの皆様にお世話になりました。大変ありがとうございました。拍手をお願いいたします。(拍手)

それから開会の冒頭の挨拶でもありましたように第一シンポジウムでシンポジストを快く引き受けて頂きながら開会直前になくなられました故久良木幹雄さんに対する感謝と哀悼の意を参加者全員でもう一度確認させて頂きまして第3回精神保健フォーラムの閉会の辞といたしたいと思います。どうもありがとうございました。**総合司会：金杉** ありがとうございました。以上をもちまして第3回精神保健フォーラムのすべてのプログラムを終了いたしました。皆様お疲れさまでした。