

やまい
病があつても

ひと
人として生きたい

せいしんびよう
「精神病」と「ハンセン病」を語る集い
ひよう
かた
つど
イン
おきなわ

しゅ さい
主催：「精神病」と「ハンセン病」を語る集いin沖縄実行委員会

病があっても人として生きたい

—「精神病」と「ハンセン病」を語る集い in 沖縄—

開催要綱

【日 時】2014年11月29日(土) 午後12時開場(午後1時～午後4時30分開催)

【場 所】国立療養所沖縄愛楽園 交流会館(沖縄県名護市字済井出1192 ☎0980-52-8331)

【参加費】500円(資料代として)

【主 催】「精神病」と「ハンセン病」を語る集い in 沖縄 実行委員会

【共 催】那覇ピコネットネットワーク 公益社団法人沖縄県精神保健福祉会

沖縄愛楽園自治会 沖縄楓友の会 ハンセン病問題ネットワーク沖縄
NPO法人HIV人権ネットワーク沖縄 NPO法人療育ファミリーサポートほほえみ
NPO法人こらーるたいとう NPO法人障害者権利擁護センターくれよんらいふ
NPO法人沖縄県自立生活センター・イルカ 北部自立生活センター希輝々
自立生活センターまんだ 自立生活センター南十字星
NPO法人沖縄県脊髄損傷者協会
障がいのある人もない人もいのち輝く条例づくりの会

【後 援】名護市 名護市教育委員会 社会福祉法人沖縄県社会福祉協議会

NHK沖縄放送局 沖縄テレビ 琉球放送 琉球朝日放送 宮古テレビ
沖縄タイムス 琉球新報 宮古新報 宮古毎日新聞 八重山日報 八重山毎日新聞
ラジオ沖縄 FM沖縄 FMコザ FMニライ 沖縄ラジオ 78タイフーンFM
FMレキオ FMうるま FM21 FMよみたん 沖縄ケーブルネットワーク
DPI日本会議 全国自立生活センター協議会 病棟転換型居住系施設を考える会

<趣意書>

「危険な精神障害者は、地域社会を守るために隔離収容し、監視しなければならない。」という考え方のもと、わが国では長年精神障害がある人々が社会から排除されてきました。

日本の精神科病院入院者数は約34万人と世界でも突出しています。中でもここ沖縄県では、人口130万あたり5400人と、その割合は全国平均の約2倍にあたります。入院期間も欧米では最高で6週間といわれる時代にあつて、未だ全入院者の約5割が5年以上という現状です。

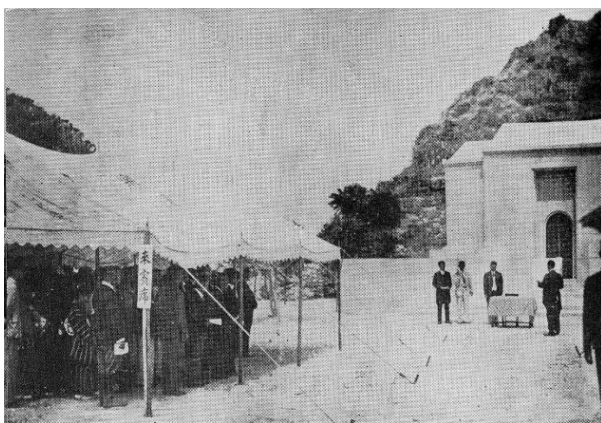
さらに障害者欠格条項(障害があることでとれない資格や採用条件。特に精神障害が理由となるものが多い)の存在、偏ったマスコミ報道や再犯予測は成立するという前提の下での法律・制度による社会的差別・偏見の拡大、そして最近の病棟転換型居住系施設の容認による長期入院の固定化等、精神障害がある人々に対する社会的障壁の存在はますます深刻な状況に向かっているといても過言ではありません。

この状況はハンセン病元患者の人々がたどってきた歴史と重なります。1995年、ハンセン病予防事業対策調査検討会は「らい予防法を廃止し、不当な差別による苦難の歴史を、深い反省をもって一挙に終わらせなければならない」と報告。翌年、「らい予防法廃止に関する法律」が国会で成立しました。これらの動きはただ一人のハンセン病元患者の叫びから始まったものです。

そのようなハンセン病回復者の人権獲得の歴史を踏まえ、様々な障害がある人、ハンセン病回復者、学生、一般市民など多くの人々が連なって、だれもが精神を病んでいる時も、地域社会で生きることをあたりまえとした社会、「インクルーシブ社会」を実現していくために、この集いを開催いたします。



↑ 1970年前後の沖縄の精神障害者私宅監置施設(提供:吉川武彦さん) ↑



↑ 愛楽園1940年納骨堂落成



↑ 愛楽園中心区域

病があっても人として生きたい

—「精神病」と「ハンセン病」を語る集い in 沖縄—

プログラム

13:00 開会挨拶 きんじょうまさはる 金城雅春 (実行委員会共同代表・愛楽園自治会長)
来賓挨拶

13:20～13:25 趣旨説明 かとうまさこ 加藤真規子 (特定非営利活動法人こらーるたいとう)

13:25～15:00 <第一部> シンポジウム

コーディネーター やましろのりこ 山城紀子さん (フリーライター)

シンポジスト

- ① きんじょうさちこ 金城幸子さん (『ハンセン病だった私は幸せ』著者)
- ② いとうてつひろ 伊藤哲寛さん (精神科医)
- ③ やひろみつひで 八尋光秀さん (弁護士)
- ④ ながいれいこ 長位鈴子さん (自立生活センター・イルカ代表・条例づくりの会代表)
- ⑤ にったそうてつ 新田宗哲さん (統合失調症ピアサポーター・条例づくりの会副代表)

15:00～15:10 休憩

15:10～16:25 <第二部> 意見交換

～参加者の方々、当事者、家族、関係者の方々からの発言～

コーディネーター かねはまかつや 兼浜克弥さん (那覇市地域生活支援センターなんくる)

16:25～16:30 決議文読み上げ 採択

16:30 閉会挨拶

16:45～18:00 懇親会

心をたがやして、助け合う人のネットワークを街に作る・・・私たちの願い
特定非営利活動法人こらーるたいとう

加藤 真規子

〈周囲にある差別を、人権の視点で見つめよう〉

人権は、精神障害がある人々が主体者として立ち上がることから変化していく。「苦
労する権利」「危険にチャレンジする権利」「安心する権利」「生きがいを持つ権利」「楽
しむ権利」「失敗をする権利」「リラックスする権利」「自分を一番愛する権利」などの
自由権を自覚する。そして精神障害がある人々を取り囲む構造的な差別、医療法の精神
科における差別的な基準、社会的保安処分ともいえる欠格条項、他障害から著しい遅れ
をとった社会福祉、社会的長期入院者を8万人近く抱える閉鎖的な精神医療、措置入院
を合法化している精神保健福祉法、再犯予測は成立するという前提のもとに予防拘禁・
隔離収容を規定した心神喪失者等医療観察法などの枚挙の暇がないほどの凄まじい状
況に精神障害がある人々は置かれている。精神障害がある人々の社会権を回復していく
ことこそ、ノーマライゼーションの理念と同一であることは言うまでもない

〈病気や障害があっても、自分らしく暮らしたい〉

社会的入院は社会的排除であり、長期入院により起きる施設症は精神科病院や施設で
はなおせないことを明確に示したのが、ノーマライゼーションの思想である。脱施設化
の目標とすることは、地域社会に対等な人間関係を築くことである。障害者がどのよう
な特性を持つかではなく、周囲がその特性をどう意味づけ、関わるかが問われているの
である。大切なことは障害者の特性と環境との相互作用であり、相互作用が双方に与え
る影響なのである。

ノーマライゼーションとの思想は、障害がある人々が人間として尊ばれ、障害がない
人々と同じ生活を営むことができるよう社会のあり方を変えることである。ノーマライ
ゼーションの思想に基く実践のひとつが脱施設化である。脱施設化とは支援される人と
支援する人との対等な社会的・文化的・経済的な関係を構築することを構築することを
目標とした実践といえるだろう。このように脱施設化こそ障害者のエンパワメントの最
大の機会であり、権利であるという認識を当事者ととも行政や専門職や一般市民とも
共有したいものだ。

〈地域社会の資源を活用して、共生社会を目指そう〉

障害者権利条約の19条は、「自立した生活および地域社会へのインクルージョン」に
ついての権利を定めている。「障害のあるすべての人に対して、他の者と平等の選択の
自由を有しつつ地域社会で生活する平等な権利を認める。締結国は、障害のある人によ
るこの権利の完全な享有並びに地域社会への障害のある人によるこの権利の完全なイ
ンクルージョンおよび参加を容易にするための効果的かつ措置をとる」こととされてい
る。(以上、訳文は川島聡・長瀬修訳による。)わが国の精神障害者施策の隔離収容主義
や知的障害者施策の入所施設中心主義を変革させるために、障害者権利条約を梃にして

障害者の地域自立生活支援システムを構築することが可能となったのだ。

〈奪われてきた、人としての主体性を取り戻そう〉

長い間、精神科病院や施設での生活を強いられてきた精神障害のある人々は、人生の大切な時間を隔離収容主義の精神保健福祉施策に奪われてきた。そして極めて劣悪で受動的な環境に置かれてきたために、自らの感情や希望や目標が明確化できなくなっていることが多い。

精神保健福祉法では保護者制度を規定していた。精神障害がある人々の入院・退院・地域社会での生活の面倒をみることを、家族におしつけてきた。逆にいえば、精神障害がある人々の主体性をいかに奪ってきたことか。このような保護者をもつ国は世界でもまれである。保護者制度は名目上廃止となった。けれども医療保護入院の実態は極めて酷いものとなってしまった。ひとりの医師が判断し、三親等の家族がひとり同意すれば、患者さんを精神科病院へ医療保護入院させることができるとしたのである。医療保護入院も患者さんの立場からすると強制入院である。

精神保健福祉法は何のためにあるかといえば、強制入院つまり措置入院、医療保護入院を精神障害がある人々にさせる根拠法だからだ。任意入院すらも隔離拘禁するのだから、自由入院とは言い難い。すでに福祉サービスの面では、三障害共通の障害者総合支援法が根拠となっている。

〈病棟を居住系施設に変えても、一步も前へ進まない〉

精神科特例は、わが国の精神科病床を世界一の34万病床に、そして10万人もの人々を社会的入院者という人生被害者にしてしまった。病棟転換の「退院支援施設」など、精神科病院経営を存続させるための計画は何度も提案された。今回また「病棟転換型居住系施設」という精神科病床を介護精神型施設、宿泊型の自立訓練施設にしていくものが提案され、厚生労働省「精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会」で容認されてしまった。来年3月にはそれを認める省令改正が予定されている。その検討会の構成メンバーは25名中13名が医師、当事者は3名（本人2名、家族1名）という過剰に医師に偏ったものだ。どこまで精神障害がある人々を貶めるつもりなのか。深い怒りで齟齬をかむ思いだ。

〈誰もが人としてあたりまえに暮せる社会を一緒に築き上げよう〉

自立生活運動で大切にされている「自分のことは自分で決める権利」「自分の生活は自分で設計する権利」「失敗する権利」などは、精神障害がある人々には許されないのか。精神障害者への隔離収容主義は、1900年に制定された精神病者監護法からわが国の法制度の根幹である。精神科特例規定から60年。精神病も医療法の中に組み込まなければならない。私は精神障害がある時も、地域社会で生きることをあたりまえとした社会変革、社会制度を多くの人々と連なって実現していきたいと強く願う。

金城幸子 基本資料

プロフィール

1941年、ハンセン病を患う両親のもとで生まれる。その後、育ての母に引き取られ、久高島、与那国島などで幼少期を過ごす。

8歳ごろハンセン病を発病し、沖縄愛楽園に入所。園内の小中学校を卒業後、高校進学のため、愛楽園を逃走して鹿児島へ。岡山県の療養所内にあった、ハンセン病患者が唯一通えた邑久高校新良田教室に進学。

卒業後は九州で働く。1967年に沖縄へ戻り結婚。3児をもうける。

1982年、愛楽園に再入所。1998年に提訴されたハンセン病意見国賠訴訟では沖縄愛楽園原告団副団長をつとめる。ハンセン病はすでに治っていたが訴訟が始まるまで自身の病気が治っているとは知らず、弁護士に告げられて知ることになる。

裁判を経て2002年、沖縄愛楽園を退所。現在はうるま市で二男とともに生活し、ハンセン病回復者語り部として講演などの活動をしている。

ハンセン病とは

ハンセン病は、らい菌という細菌の感染によって引き起こされる感染症です。1873年にノルウェーの医師であるハンセン氏がこの菌を発見したことから、ハンセン病とよばれるようになりました。この菌に感染して発症すると、末梢神経や皮膚、筋肉などが侵されたり、痛みなどを感じにくくなる感覚異常や皮膚のただれ、視力障害などの症状が出ます。

らい菌は病原性が弱いため、感染しても免疫力や様々な条件がそろってはじめて発症します。そのため豊かになった現在の日本では、ハンセン病を発症する条件がそろわないといわれており、近年では国内での発症者も、外国からの渡航者などで数人ある程度となりました。

1943年にはプロミンという治療効果の高い薬が開発されて治る病気にな

りました。(それ以前でも自然治癒はあります)。

世界的にみれば、1956年にハンセン病患者の救済や社会復帰をテーマにしたローマ国際会議が開催され、世界51カ国、250人が出席した会議で、ハンセン病患者に対する差別的な法律を廃止することや偏見をなくすこと、在宅治療を推進することなどが決議されています。

ローマ国際会議の後も、日本は差別的な「らい予防法」を維持し、1996年にやっと廃止されました。それ以降は一般の病気と同じように通院しながら薬を服用して治療できるようになりました。

改革が迫られる日本の精神医療

北見赤十字病院 精神科医師 伊藤哲寛

はじめに

精神障害者の「医療と保護」を立法趣旨とする精神保健福祉法の下で、収容中心の施策が続き、地域で生活できるはずの多くの精神障害者が長期入院を余儀なくされている。近年、このことが国内はもとより、国際的にも批判されるようになり、国は精神病床の削減を迫られている。しかし、当事者の願いを無視した精神病床削減策がなされようとしている。

障害者権利条約が批准された現在、精神障害者の復権という視点から精神医療の適正化と地域移行・地域生活支援を展開することが求められる。

我が国のこれまでの精神障害施策

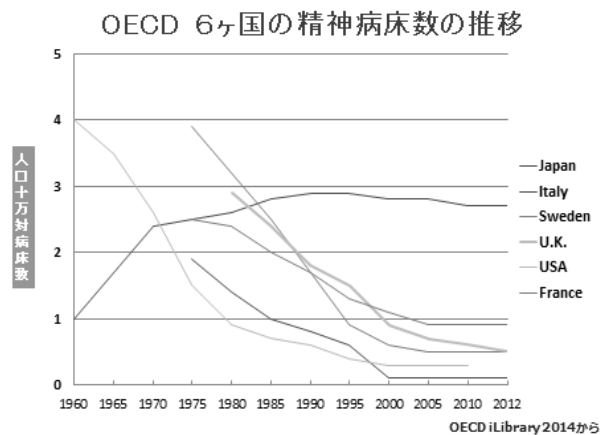
先進諸外国では1960年代以降精神病院を縮小・廃止し、地域の中で精神障害者を支える施策へと転換してきた。一方、我が国は逆に経営優先の民間精神病院に多くの患者を長期に収容させ、精神障害者が地域で生活する道を閉ざしてしまった。その後、薬物療法、作業療法、集団療法、SSTなど、さまざまな治療技術が発展、導入されたにも関わらず、それらが地域移行、生活支援の技法として生かされることなく、長期入院患者が増え続けた。さらに、2003年には医療観察法ができ、新たな収容施設である指定入院医療機関に莫大な資金が投入された。

入院精神医療の現状

30万人が精神病床に入院しているが、そのうち強制入院患者（措置入院と医療保護入院）が約13万人（約4割強）である。しかも、強制入院手続きは2013年の法改正で簡略化され、入院の適正性や入院処遇を審査する精神医療審査会や精病院実地指導・審査も十分に機能していない。

また、30万人のうち20万人以上の人々が1年以上入院している。そのうち毎年5万人が退院しているが、**1万人が死亡退院**である。国は2012年までに社会的入院者7万人を退院させるとして

いたが、空手形に終わり、今後の精神病床削減の目標も明らかにされていない。



国際的にも問われている日本の精神医療

このような日本の状況に対して、国連の拷問禁止委員会や自由権委員会は強制入院の仕組みの見直しや社会的入院の解消を図るように、繰り返し勧告している。さらに2014年にはOECDからも「日本は脱施設化施策が遅れている」と指摘された。今後は国連の障害者権利擁護委員会からも厳しい指摘を受けることになろう。

精神病床は現在の半分以下で十分である。

北海道の十勝では当事者を含めたさまざまな関係者の努力で、精神病床を全国平均の約1/2に減らすことができた。十勝の実践から以下のようなことがいえる。

- 市民や家族の協力がいないから地域移行が進まないというのは言い訳に過ぎない。
- 患者が退院したがらないというのも病院側の思い込み。
- 精神病床を減らしても病院が経営できる環境が整ってきた。
- 精神病床を 1/2 に減らして地域の人々の精神障害への理解が広まった。
- 今後の課題は、①総合病院精神病床の充実、②認知症入院の抑制と短期化、③退院支援から入院防止へと力点を移し、さらに病床削減と地域支援充実を図ること。

病床転換型居住系施設案にみられるような垂直型システムの問題点

精神病院を中心とした垂直型システムは、情報の占有、効率性、人件費節約などから安易に採用されがちである。しかし、このシステムに取り込まれると、システムの外でのサービスがなかなか受けられなくなる危険がある。特に福祉資源が少ない地方では事業の寡占が起これ、サービス提供者の一方的な恩恵主義、ご都合主義に支配されてしまう。地域で共有されるべき資源が、医師を中心としたヒエラルヒーのなかに閉ざされて、密室的なサービスとなるのである。

その結果、精神障害者の抱えている問題が地域住民全体の問題として取り組まれることにつながらず、当事者活動・ボランティア活動などを含めた市民運動的、草の根的な活動が街の中に広がらない。

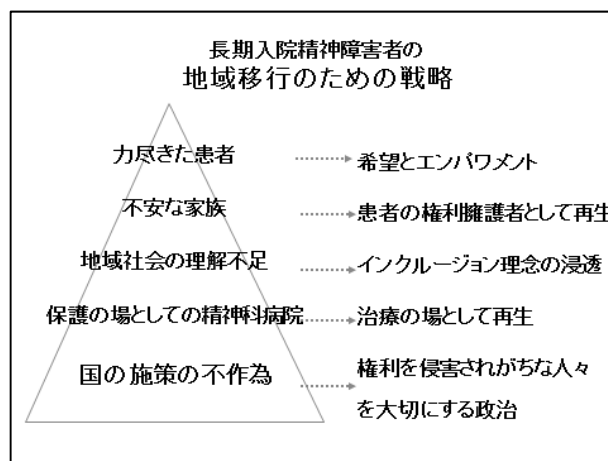
今後の課題

障害者権利条約、自由権規約、拷問禁止条約、精神保健ケアに関する国連原則などに沿って、精神保健・医療・福祉に関する法制度を点検し、改革がなされなければならない。

とりわけ、障害者権利条約で謳われている、身体的自由及び安全（第 14 条）、搾取、暴力及び虐待からの自由（第 16 条）、不可侵性の保護（第 17 条）、自立した生活及び地域社会へのインクルージョン（第 19 条）、他の者と同等な水準の医療の提供とインフォームド・コンセント（第 25 条）に照らして、精神障害の強制入院および社会的入院のあり方が見直されるべきである。

また、医療法上の差別条項、1. 適正な医療を受ける権利の侵害（医療法 21 条）、2. 身近なところで医療を受ける権利の侵害（医療法 30 条の 4）、3. 精神病患者を精神病室以外の病室へ収容することの禁止（医療法施行規則 10 条 3 号）は即座に解消されるべきである。

社会的入院については、右図の底辺に示した基本的な問題に焦点を絞り解決していかなければならない。



おわりに

精神保健福祉法は精神病者監護法や精神衛生法に比べると形式上は洗練されたものになっている。しかし、その立法趣旨は、精神障害者をできるだけ迅速に收容し、「医療と保護」を行うところにある。精神障害者の医療も「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を提供する」ことを立法趣旨とする医療法の下で「他の者と同等な水準の医療」を受けられるようにすべきである。

精神保健福祉法の廃止も視野に入れて、改革への新しい地平を拓き、精神医療改革と地域での支援の充実に取り組むべき時であろう。

2014年11月29日 国立療養所沖縄愛楽園

病があっても人として生きたい —「精神病」と「ハンセン病」を語る集いin沖縄—

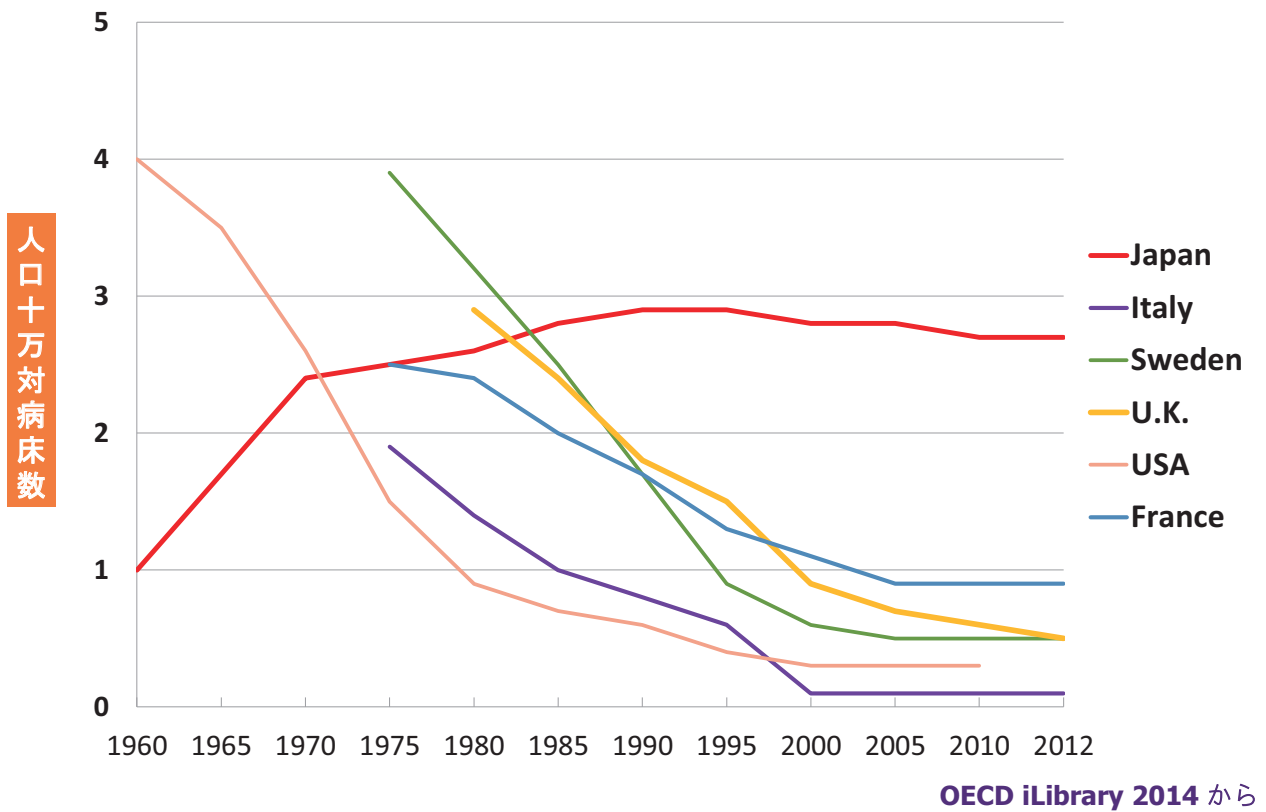
北見赤十字病院医師（前北海道立精神保健福祉センター長）
伊藤哲寛

1

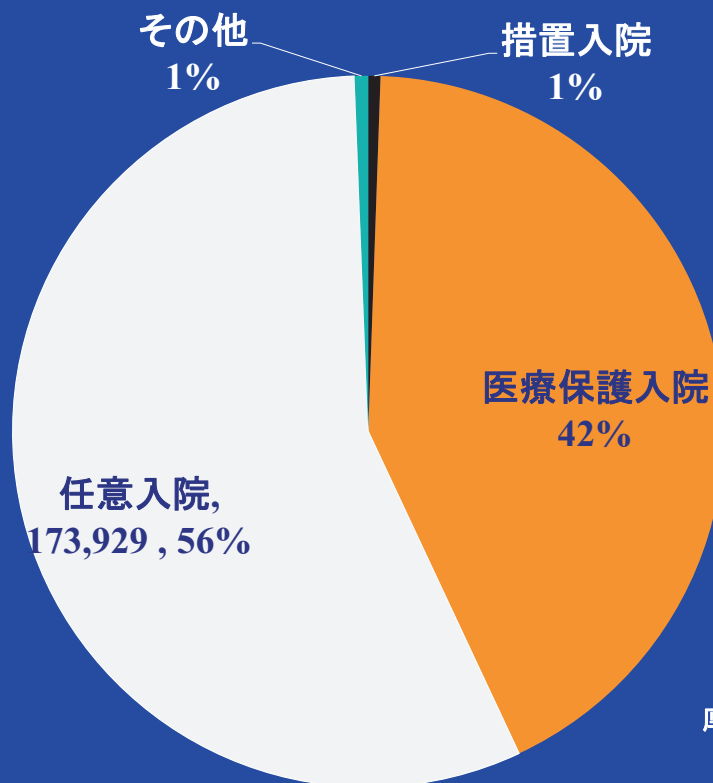
わが国の 精神医療の現状

2

OECD 6ヶ国の精神病床数の推移

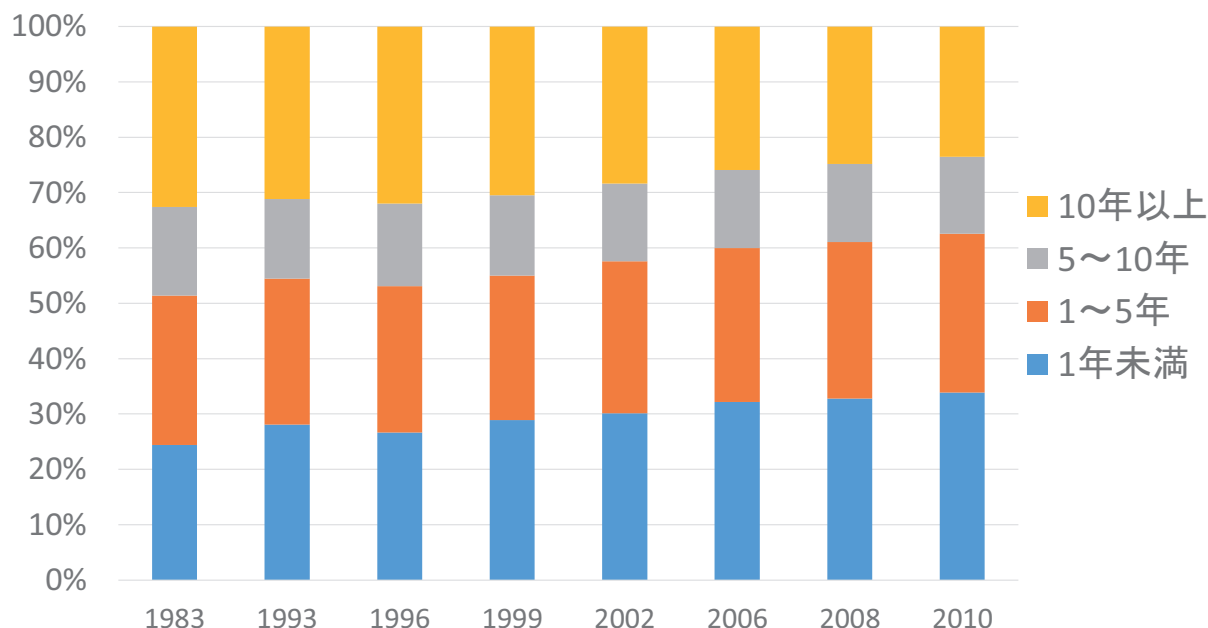


入院形態別患者構成(2010年)



厚生労働省 6.30調査

精神病床 在院期間別患者割合の推移



1年以上の入院患者が**20万人**、毎年**5万人**退院するが、そのうち**1万人**が死亡退院。毎年あらたに**5万人**が**1年以上**入院に移行するので長期入院患者が減らない。

5

国際的に問われている日本の精神医療

- 拷問禁止条約に基づいて、拷問禁止委員会から2007年と2013年の2度、非自発的入院のあり方の見直しと社会的入院の解消が勧告されている。
- 国連人権規約に基づいて、自由権規約委員会からも2014年に同様な勧告を受けている。
- 2014年に批准した障害者権利条約の障害者権利委員会からも、いずれ勧告を受けることになる。
- 強制入院手続きの厳格化、行動制限の抑止、強制入院期間の短縮、社会的入院の解消、地域支援体制の確立が急がれる。

解消されない社会的入院

- 日本の精神病床は約34万床(人口1万対27床)
- 政府は、平成24年までに、社会的入院者7万人を地域移行させるとの方針だった
- その後も地域移行は進まず、どこまで精神病床を削減するのも未だ明確にできていない。
- しかし、世界に類を見ない精神障害者収容施策をこれ以上続けることは、国際的にも通用しない状況になっている。

OECDの報告書

Making Mental Health Count

日本は脱施設化の傾向が遅れており、精神病床数はいまだにOECD諸国で最も多く、OECD平均は10万人当たり68床であるところ、日本は269床である。これらの日本の病床の一部は、他のOECD諸国では精神病床に含まれない「長期入院病床」であることに留意する必要がある。しかしながら、長期入院患者が自宅や地域に戻って、効果的な治療を受けることは出来るはずである。

精神病床は現在の1/2で十分

-- 北海道・十勝の実践から --

9

北海道・十勝地域の人口・面積

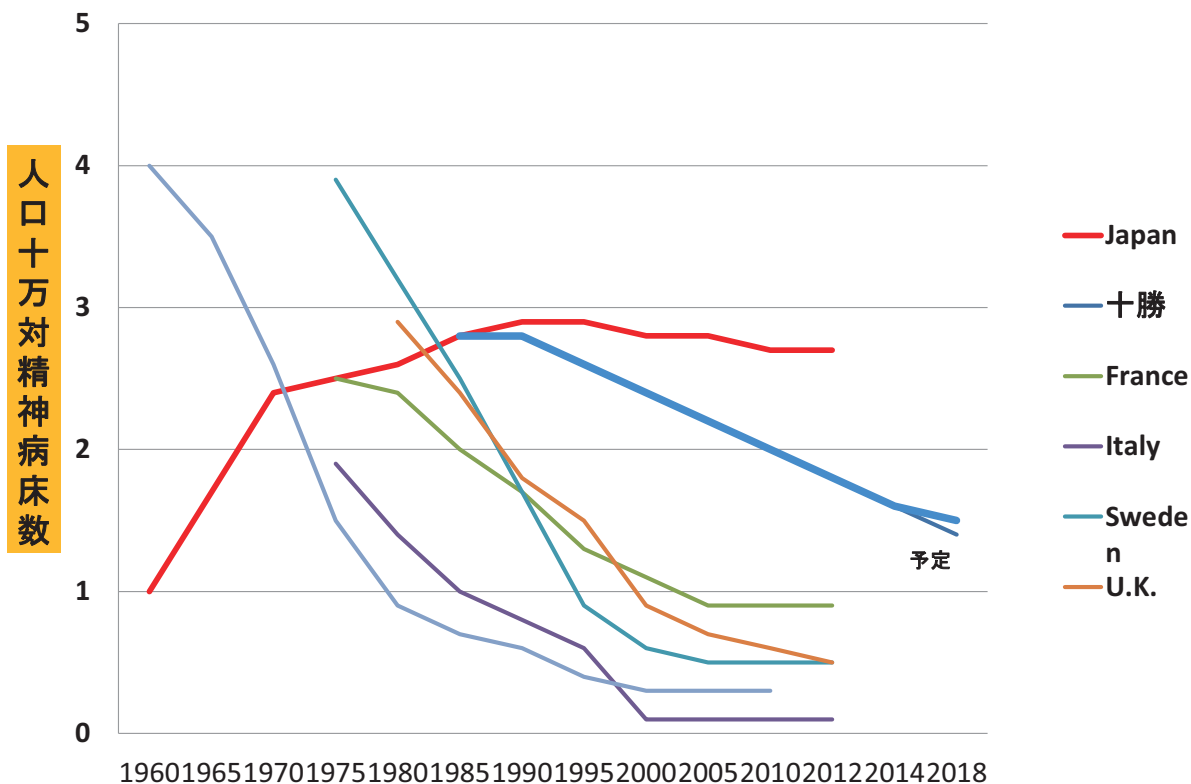


総面積	10,831 km ²
人口	35 万人
人口密度	32.7 人/km ²

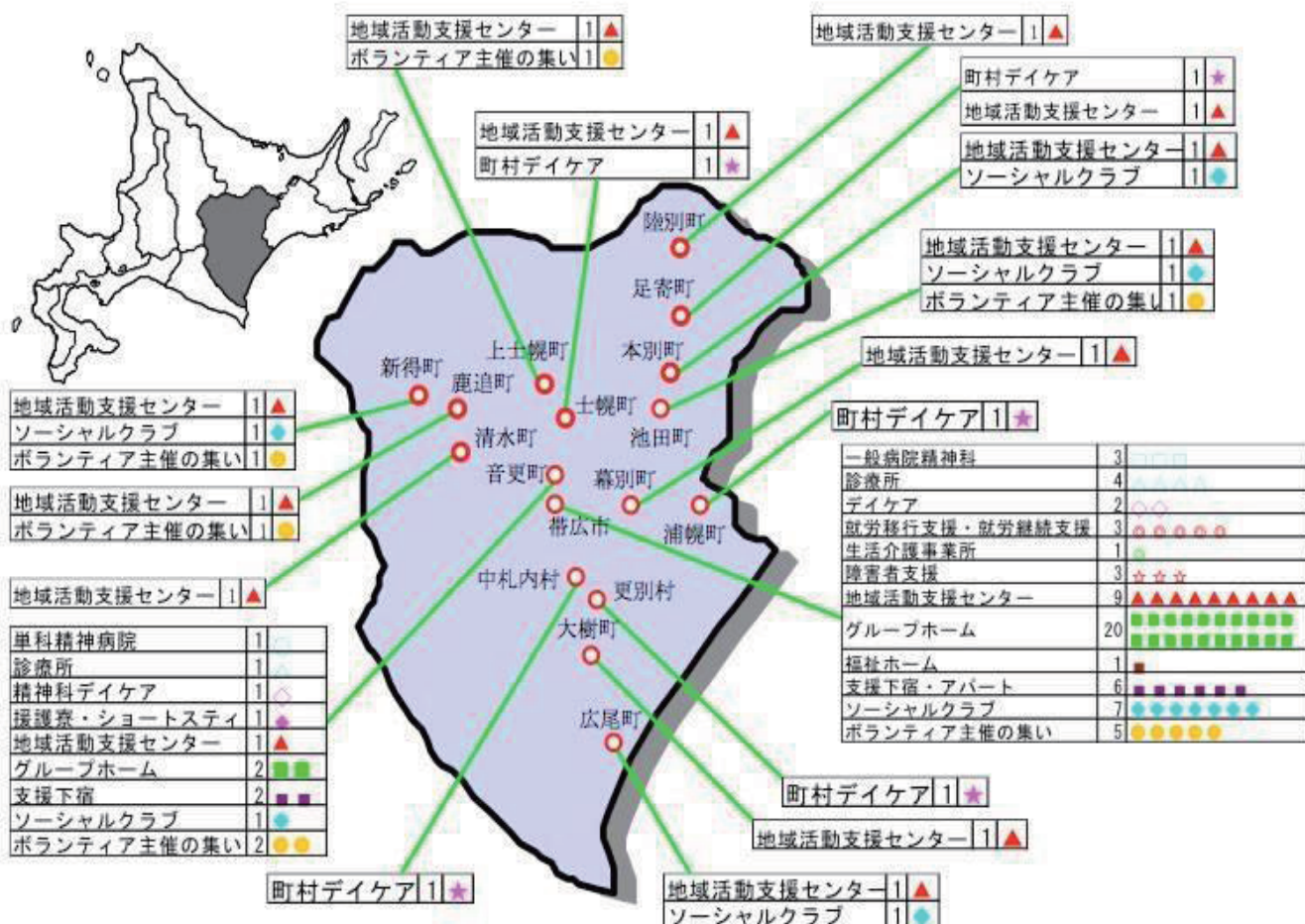
面積は岐阜県・青森県に相当
人口密度は東京都の1/200



十勝の人口万対精神病床数推移



十勝の医療・社会資源 (2011.4.1現在)

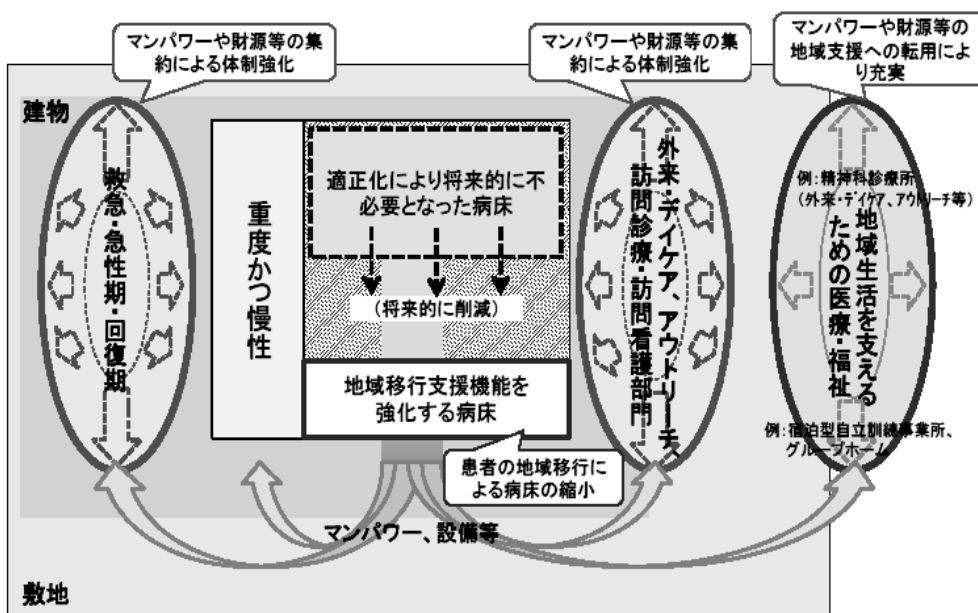


十勝の経験から言えること

- 市民や家族の協力がなければ地域移行が進まないというのは言い訳に過ぎない。
- 患者が退院したがるというのも病院側の思い込み。
- 精神病床を減らしても病院が経営できる環境が整ってきた。
- 精神病床を1/2に減らしても誰も困らない。そして地域の人々の精神障害への理解が広まった。
- 今後の課題は、
 - ① 総合病院精神病床の充実
 - ② 認知症入院の抑制と短期化
 - ③ 退院支援から入院防止へとカ点を移し、さらに病床削減と地域支援充実を図ること。

13

構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



↳ 当事者視点を欠いた病院中心の垂直型の発想ではないか

垂直型サービスの問題点

- 精神科病院が拠点となって医療から福祉まですべてを包み込む垂直型システムは、次の点から安易に採用されがちである。
 1. システム内での情報共有が効率よく行われる
 2. 継続的で迅速なサービスが提供される
 3. 水平型ネットワークにおける情報共有のための経費(人件費)が節約できる
- しかし、次のような重大な欠点がある
 1. このシステムに取り込まれると、そのシステムの外でのサービスがなかなか受けられなくなる危険がある。特に医療資源や福祉資源が少ない地方では事業の寡占が起こり、サービス提供者の一方的な恩恵主義、ご都合主義に支配されてしまう。
 2. 地域で共有されるべき資源が、医師を中心としたヒエラルヒーのなかに閉ざされて、密室的なサービスとなり住民に見えなくなる。精神障害者の抱えている問題が地域住民全体の問題として取り組まれることにつながらない。
 3. 当事者活動・ボランティア活動などを含めた市民運動的、草の根的な活動が街の中に広がっていかない

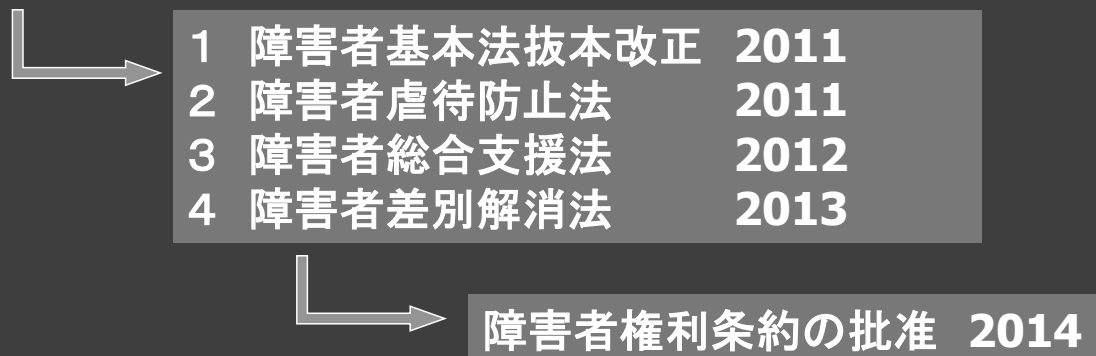
15

今後の課題

16

障がい者制度改革の推進のための基本的な方向 (障がい者制度改革推進会議 平成22年6月7日第一次意見)

1. 権利の主体である社会の一員
2. 差別のない社会づくり
3. 社会モデル的観点からの新たな位置づけ
4. 地域生活を可能とするための支援
5. 共生社会の実現



17

医療法上の精神障害者差別

1. 適正な医療を受ける権利の侵害(法21条 精神病床の医師・看護婦・薬剤師の配置基準の特例措置、法施行規則19条1、3、4項)
2. 身近なところで医療を受ける権利の侵害(法30条の4: 都道府県単位の地域医療計画の策定)
3. 身体的治療を受ける権利の侵害(施行規則10条3号: 精神病患者を精神病室以外の病室へ収容することの禁止)

なお、「精神病室は外部に対して危害防止のために遮断その他必要な方法を講ずること」という差別的条項は、2000年の法改正によって「精神病室の設備については、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な方法を講ずること」とされた。ただ、ここでも精神病室は保護の場としても位置付けられている。

障害者権利条約(抜粋)

2006年制定・2008年発効

- 法律の前における平等な承認
- 身体的自由及び安全
- 拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由
- 搾取、暴力及び虐待からの自由
- 個人のインテグリティ(不可侵性)への権利
- 地域で生活し、自立した生活を送る権利
- 個人のプライバシーへの権利
- 差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利
- 適切な生活水準

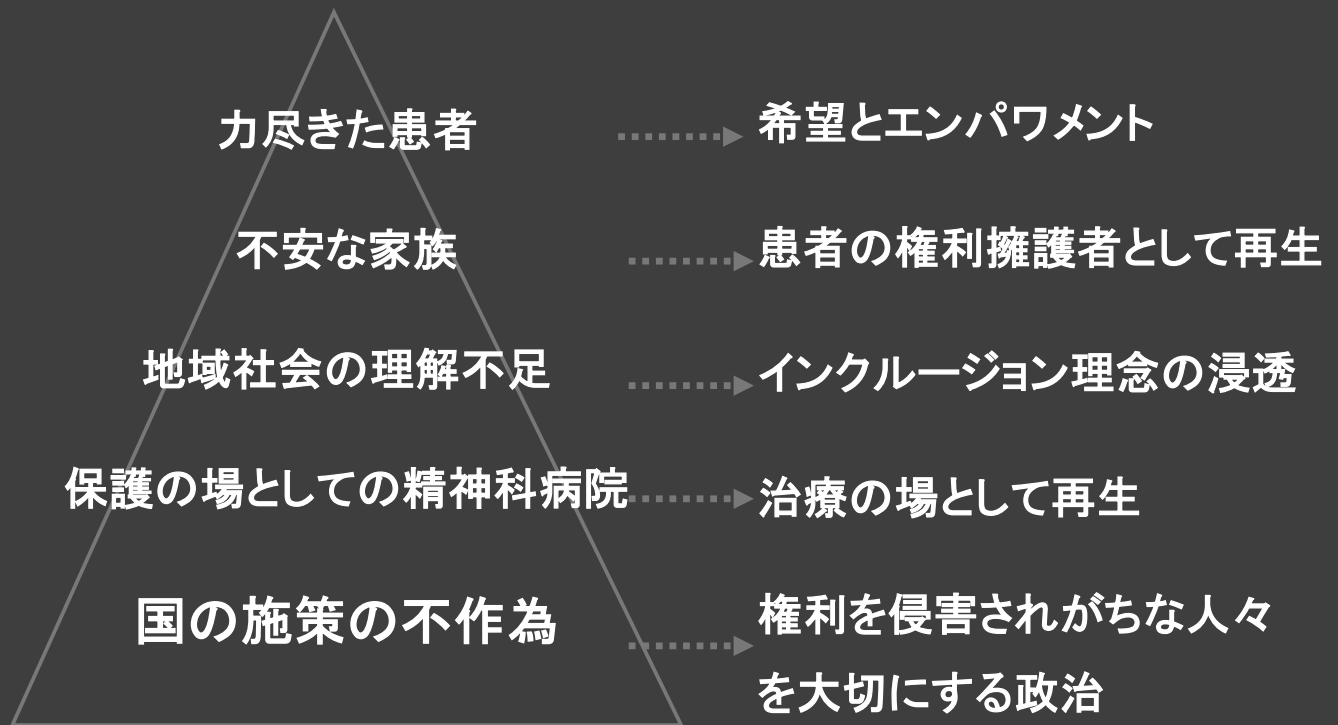
19

障害者権利条約 第19条

自立生活及び地域社会へのインクルージョン

- (a) 障害者の地域社会での生活とインクルージョンを支援するために並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会の支援サービス（パーソナル・アシスタンスを含む。）にアクセスすること。
- (b) 一般住民向けの地域社会のサービス及び設備が、障害のある人にとって平等を基礎として利用可能であり、かつ、障害のある人の必要に応ずること
- (c) 障害のある人が、他の者との平等を基礎として居住地及びどこで誰と住むかを選択する機会を有し、かつ、特定の生活様式で生活することを義務づけられないこと。

長期入院精神障害者の 地域移行のための戦略



精神保健福祉法の限界

精神保健福祉法は、時に逆行することはあったが、時代とともに権利擁護・社会復帰・自立支援などの条項が書き加えられ、精神病患者監護法や精神衛生法に比べると形式上は洗練されたものになった。

しかし、その立法趣旨は、共同生活に支障を来し、あるいは共同生活を乱し、時には危険とみなされる行為におよぶ精神障害者をできるだけ迅速に収容し、「医療と保護」を行うところにあり、その根幹部分は精神病患者監護法や精神衛生法と変わっていない。「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を提供する」ことを立法趣旨とする医療法と根本的に異なるのである。

精神保健福祉法のこのような枠組みを維持したまま改正を繰り返しても、常に「医療と保護」の桎梏から放たれることはなく、精神医療改革のための広小路へ歩み出すことができない

精神保健福祉法の廃止

～改革への新しい地平～

- 医療法、地域保健法、障害者差別解消法、障害者虐待防止法などを改正するなかで、精神医療・保健・福祉の特殊性を可能なかぎり排除したサービス体系を構築する。
- その上で、精神保健福祉法の規定を医療法の枠組みに移し、一般医療と同等な医療提供基準を定める。
- 非自発的入院については一般医療も含めた「非自発的入院患者の人権確保と医療に関する法律」を定める。
- 「障害者基本法」に対応する「患者権利法」を定め、医療全体に関わる患者権利擁護制度を確立する。その下で行政から独立した「患者の権利審査会」を設置する。

23

おわりに

- 精神保健福祉法は精神病者監護法や精神衛生法に比べると形式上は洗練されたものになっている。しかし、その立法趣旨は、精神障害者をできるだけ迅速に收容し、「医療と保護」を行うところにある。精神障害者の医療も「医療を受ける者の利益の保護及び良質かつ適切な医療を提供する」ことを立法趣旨とする医療法の下で「他の者と同等な水準の医療」を受けられるようにすべきである。
- 精神保健福祉法の廃止も視野に入れて、改革への新しい地平を拓き、精神医療改革と地域での支援の充実に取り組むべき時であろう。

24

病があっても人として生きたい
—「精神病」と「ハンセン病」を語る集い in 沖縄—
演題 ハンセン病回復者に学ぶ

弁護士 八尋光秀

1 「ハンセン病問題」というもの

国は2009年4月ハンセン病問題基本法（正式名称「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」）を施行しました。そこでは「ハンセン病問題」を「国のハンセン病患者に対する隔離政策に起因して生じた問題であって、ハンセン病患者であった者等の福祉の増進、名誉の回復等に関し現在もなお存在するもの」としました。国の誤った隔離政策が患者に与えた隔離被害を未だ回復していないという国の義務不履行こそが「ハンセン病問題」であって、「ハンセン病」という疾病や治療や公衆衛生の問題ではない。国が与えた隔離被害を解消するために国や地方公共団体が負うべき責務を「ハンセン病問題」として明らかにしたのがこの法律です。

2 「ハンセン病問題」と「精神病問題」

「ハンセン病問題」は私たちの国の法律が犯した過ちです。100年に及ぶ患者隔離は十数万人にのぼる人間の命や人生を奪いました。精神科医療にかかる法律も患者隔離を強いてきました。精神病者監護法の制定は1900年。もう100年以上も強制隔離を続けています。何百万人の命や人生をこの法律は奪ってきたことでしょう。ハンセン病であり、精神病の患者とされた人々は、すべからず学業の機会を奪われ、友人や知人と親しむことを拒まれ、恋愛をして家庭を築き家族とともにあって地域のなかで平穏に生活することを制限されてきました。ハンセン病であれ、精神病であれ、患者隔離ではなく地域での平穏な生活を保障しながら、必要な医療と保護を提供すべきだと世界が提言してもう50年が過ぎました。

3 患者隔離と人生被害の相似性

ハンセン病における患者隔離の法律がもたらした悲しい現実には、精神障害者と呼ばれる人々に対する患者隔離の法律がもたらすものと相似します。患者は隔離によって人生のあらゆる機会を制約されるだけではなく、低質の医療、現実に展開される医療拒否、地域における仲間と居場所の欠落、そしてなによりも厄介なのは偏見と差別が拍車をかけます。厄介なのは患者ではなく、患者を隔離することを正当化し、誤った社会認識を作りあげ、地域と患者の間に高く厚い障壁を築かせる法律や社会のほうです。「危ないやつだ」「何をするかわからない」「社会にはそんなやついない」そういうかけ声を法律は助長し、患者を忌み嫌い無用なものとする常識を社会を構築します。かつてハンセン病

患者に対して私達がとってきた態度は、今精神障害者とよばれる人たちにとっての態度そのものです。差別や偏見というのは認識だけではなく価値観も美意識も習慣も道徳も文化意識も宗教観も常識も共感も欲望も情念も、すべてを歪曲させます。私たちの判断や行為の根幹がねじ曲っているのに社会全体がそれ気づいていません。

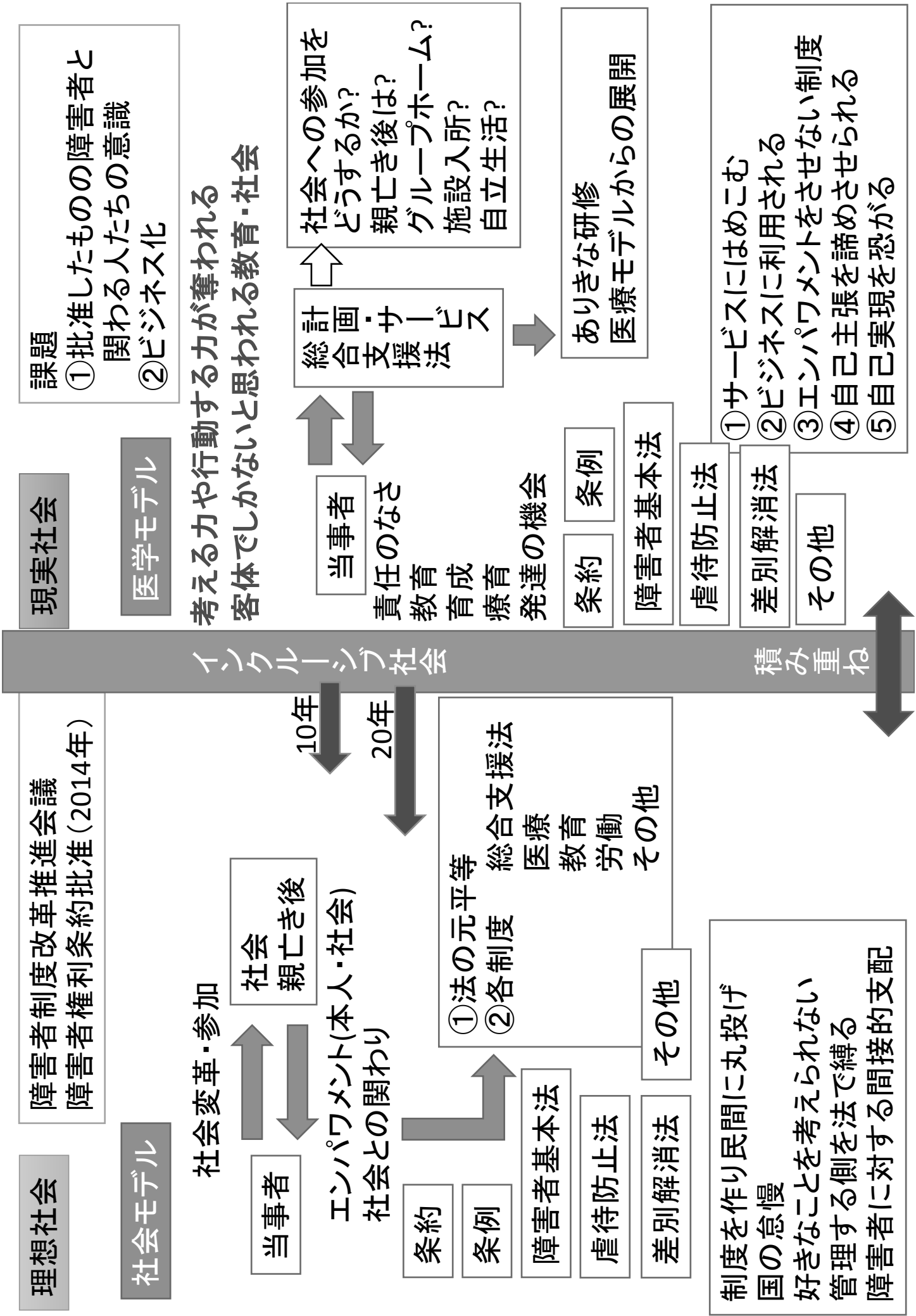
4 人として生きる一患者隔離の禁止一権利としてのハビリテーション

人として生きるということは、町で人と偶然に出逢い関係を紡ぐことにはじまります。患者隔離はこの機会を奪ってしまいます。それが長く続けば隔離患者にとりかえしのつかない人生被害を強めます。今年批准した障害者の権利条約は回復の理念をリハビリテーションからハビリテーションへ移行させています。施設入所を回避し、期間は最短とし、患者や障害者とよばれる人に人生被害を与えることなく、地域の中で医療や保護のサポートを尽せと命じました。病や障害があっても地域で仲間とともに回復したい。その願いは患者や障害者とよばれる人に生まれながら与えられた基本的人権であると定めたのです。どんな障害や病気をえようとも、町の中に居場所があり、偶然のなかで仲間と集う時を過ごし、自らの人生を見つめ、生きる力と糧と希望を分かち合える、そのような人生機会を奪われないことを権利として保障しています。私たちの国は総数でも人口比でも世界最大の精神科患者収容国です。ヨーロッパ人比べて日本人の精神病は重くかつ難治なのでしょうか。日本の精神科医はほかの国に比べて能力や技術が格段に劣るのでしょうか。そんなことはありません。私たちの国だけが長期の隔離収容を必要とする理由なんてありません。法律の誤りにもう気づかなくてはなりません。

5 回復者は社会の暗闇を照らす光

今立つ社会的な位置によって人を評価してしまうことがあります。人それぞれが辿ってきた道筋も背負ってきた荷の重さも違います。ですから今立っているところだけを見て評価することは間違いです。ハンセン病を理由に人生のほとんどを隔離されてきた方々。精神障害を理由に思春期から青年期の多くを隔離されて来た方々。差別と偏見にさらされて何度も人生をへし折られた方々。この方々は、計り知れない困難によって断ち切られた人生を取り戻し、回復された方々です。その道筋を辿り、その重荷を測り、その試練に耐えてこられた姿こそ、今、絶望の中で孤立し人生を断たれようとする人への光となるでしょう。わたしたちの社会にとってそれはかけがえのない宝です。それは私たちの社会の暗闇を照らす光です。この光を皆さんとともに、もっともっと増やして、わたしたちの社会を、もうすこし展望できるものにしたいと思います。

以上



プロフィール

新田宗哲(60歳)

昭和29年那覇市内で生まれる。

那覇市内の高校を卒業後、21歳で発病

当初那覇病院に通院し、その後田崎病院へ通院する。

田崎グループのサマリヤ人病院デイケアで、院内作業(清掃業務員)として

約十年近く自分を鍛える。デイケアの仲間たちを通じ、精神医療への疑問を持ち、以来、自分自身・仲間たちを救いたく個人的活動を始める。

新田宗哲

私は、気の小さい、無口なおとなしい子として生まれた。

いつも周りに気を遣い、友達という時でさえ、自分の本当の気持ちは言えなかった。

他人と言い争うことが、とても嫌で、大きい声で怒鳴っている人が大嫌いでした。

皆、仲良くして欲しいという、願いが強く、人の笑顔を見るのが好きでした。

TVを見るのが大好きで、特に時代劇を好んで見ていました。今でもそうなのですが

TVから、いろんなことを学び、人間の素晴らしさや、醜さ、弱さ、強さ、これらは、全て精神(心)の強さ、によって、生まれるものだ、とその当時は、ぼんやりと私の心の中で育っていたのかもしれない。

21歳に発病した私は、心の弱さが・迷いがいけないのだ・・・と思い、自分を清掃という仕事を通し、いじめ抜いた。そして、気づくのである。自分の心に正直になれと。神様に嘘は付けないということは、言い換えれば自分に嘘を付けないということではないかと。

神様はいつも貴方の基におられる(見ている)という事は、つまり自分自身の心の中に住んでおられるという事ではないかと・・・生きるということはどういうことか・・・。

私はいつも、自問自答している。これでいいのか・・・？ これでいいのか・・・？

私の生まれた意味は・・・？ 私のやるべきことは・・・？ 人生とは・・・？ 寿命とは・・・？

これは、他人から教わるものではなく、自分自身で探し、見つけるもの、答えを出すものなのだと・・・。これが私の心の中でグルグル回り始めた。私が発病した意味は・・・？

今、自分の身に起きていることは、全て何らかの意味があるのだ。自分自身への問題提起なのだ。その問題とかかわって行くことが自分の生まれた意味なのだ。選ばれし者なのだ。そして私は動き出す。

統合失調症という課題を抱え同じ人間でありながら、社会から白い目で見られ、阻害され、怖がられるのは何故なのか？その世界に飛び込んだ私が気づいたことは、健常者と言われる人たちよりも、かえって、正直者であり、まだ心の綺麗な人たちであった。あまりに純粹すぎて、社会の汚れ切った水に住めないのである。そんな人たちが阻害される今の世の中の矛盾それを正さなければならないのである。そのためには、当事者自身が勉強し、学ばなければならない。当事者として声を上げ、治療の過ちを正すべきことが、自分の役割と気づいたのである。原因不明の病と言われる統合失調症だが、物事には、必ず原因があって結果があるものである。その原因とは、心の悩みであると思うのである。大人に成長するにあたって、いじめや愛情不足に育った子、そして、わがままな子、いつも周りのせいにして逃げる子、様々な心の問題が原因であるのだと思う。それに対する一番の妙薬は心の悩みを聞いてやり、それを解きほぐしてやることであると思うのである。投薬ではなかなか改善されないのはそのためである。真っ正直に生きるということはなかなか難しいことである。悲しいことに人間には欲というものが有りそれが邪魔をするのである。他人よりも良くなりた、上になりたい、幸せになりたい、物欲、色欲、いろいろ上げるとキリがない。しかしそれも生き者にとっては無くてはならないものである。それらは全て感情がそうさせるものであると思う。

だからこそ、余計周りの生き物に対し、その存在、生命を大切にすべきではないでしょうか。自分が生きてく上で周りに迷惑をかけない程度のものが、揃っていれば良しとするべきである。自分の仕事に対し、誠実になり、誇りを持ってやっていって欲しいものである。自分の地位や肩書きを利用し私利私欲に走っていないか常に自分を振り返ってみるべきかと、思います。一人一人が私利私欲に走ることをやめ、他人を思いやることができれば、戦争などということもなく、本当に差別や、偏見のない、理想的な国ができると思うのですが、今一度みんなで考え、議論しても良いのではないかと思います。

本当の人間のあるべき姿とは・・・これが我々全ての生き物に対しての、産みの親からの問ではないかと思うのですが。