

（前回フォーラム発言者からの意見）

精神医療は、より権威構造を強め、
患者の身に添うことから離れてゆく

日本臨床心理学会 赤松晶子

“精神医療は変わったか”と問う時、どう見ても良い方向に変わったとは思えない。最近、ともすると、“時代は変わった、患者の院内生活は良くなった。前は退院できないような人が退院している”ということが語られる。日臨心が20年来課題としてきた「される側」に身を寄せての意見は敬遠される。

1987年2月の第1回フォーラムで、私は4点の課題で語った。1.「精神障害」者の置かれている現実 2. 精神病院構造のおかしさ。3. 何故資格化を問題としたか。4. 精神保健指定医制度は逆戻り。それらで危惧した問題点が、その後3年を経て、軽減あるいは解消されたか？“否”である。

全国的に、病棟内に赤電話の設置が義務づけられ、精神医療審査会等の電話番号が記され、一見、患者の人権が守られているかのように見える。医療点数改正に伴い、早期退院への努力、退院後再入院を防ぐ方法（訪問、宿泊など）も工夫されている。しかし、地域社会の側は何ら変わってはいない。「精神障害」者の事件のみ大きく報道され、ますます肩身の狭い生きにくさが続く。

当院デイケアで行っている＜自分を知る＞サークルで、自分にこだわりながら話し合う。“薬を飲むと仕事が出来ない”、“社会復帰という言葉は怖い”、“僕は働くこと諦めた。デイケアが通過点になるのではなく、この場が外にもつながって支え合う場になるといい”。一度精神科治療を受けた者のその後の生き方の厳しさが語られる。デイケアの場、福祉作業場等、少しずつ増えてはいる。しかし、退院者の就労の場はほとんどない。地価高騰で安いアパートも減少。生活保護受給、環境の良くない単身アパート生活。張り合いの持てない生き方が続く。諦めゆえの「死」が気になる今日この頃である。

しかし、その生活の重さを感じずる能力を「偉い治療者」は持ち合わせない。先日、“Kさんのことで来て下さい”と外来看護婦に呼ばれ診察室に行った。Kさんが硬直。つい30分前話しかったKさんと全く違う。前夜、数ヶ月前に先立った妻に想いを募らせ、不眠、3日分の薬をまとめて飲み、近くの医院で点滴を受け、不足の薬を出してほしいと来院。まとめて飲みの問題を本人も自覚。自分を守ることを第一としようと話し合い、主治医不在でもあり、処方を外来に頼んだ。その心理担当の関わりは受け止められず、本人を知らない「精神保健指定医」が、“薬をまとめて飲みするような人を放っておけない”と医療保護入院の書類が置かれていた。“Kさんは自分の問題を自覚して受診してるのだから”と伝え、医療保護は免れたが、任意入院が進められた。“入院で保護してあげるのが患者の為なんだ”と言われKさんは“患者の為と言われ、僕の意に沿わないことを随分されてきました”と、唇を噛みしめた。

その間、Kさんがまだ納得していないのに「任意入院同意書」に看護者のサインが記されていた。当院では精神保健法になる時、＜自分の意志で入院する＞ことに協力する姿勢を持つ目的で、医師以外のスタッフも患者と話し合い、署名する書類を作成した。しかし、当初の意図は落とされて来ている。

今や、「精神保健指定医」はその責任と権限を強く意識し、患者の心情に耳を傾ける姿勢は薄れ、看護婦も医師の裁断にのみ追従してゆかざるを得なくなる。医師の力が絶大になることは、医療総体として患者の身に添う姿勢を低下させ、相対的に、他の職種の主体性を喪失させてゆく。

その結果が、看護の職離れの現象を生み出している今日と言えよう。今、厚生省が進めている「医療福祉士」「臨床心理士」の資格も「医師の指示のもとに」と位置付けられる。人の尊厳にかかわる仕事につく者が、自らの主体性と自尊心を保ち難い権威構造の矛盾の中で、10～20年後には、まさに心理、ワーカーの病院医療からの職離れをも招いてゆくであろうと危惧されてならない。（東京足立病院）

「精神保健法見直しへの提言

— 精神医療は変わったか —

医療法人 静和会浅井病院 浅井邦彦

精神保健法が施行され、3年が経過した。精神医療の実態が大きく変わったと見るか、病院から地域というインパクトは、ほとんどなかったと見るか評価の分れる所であろう。

第1回フォーラムで、“自由入院の拡大と開放的精神医療のすすめ”を民間精神病院での実態に基いて語った記憶がある。たしかに、その後、日本の精神科病床数は若干増えこそすれ、減っていないし、全国各地のコミュニティーに、精神病院から退院した人達が利用出来る種々の社会資源が、どんどん出来て来た訳でもない。全国各地にある500余の小規模共同作業所、そして共同住居は法外施設であるし、本来社会復帰施設は国や自治体が設置して、民間に運営をまかせる第三セクター方式が望ましいと言われている。

カナダなどの先進国では、広く認識されていることであるが、精神障害者のリハビリテーションにおいては、行政（国又は自治体）がコスト（設備、運営、人件費の全て）の負担をし、運営は民間にまかせる方法が最も成功している。日本でも検討すべきであろう。

しかし、精神衛生法体制下の精神医療の実態は、ゆっくりした歩みではあるが着実に変わって来てはいると思う。

たしかに患者自身の自発的意志による任意入院と一般入院が50%以上となった。だが、その半数は閉鎖病棟で治療されているという大きな問題が残されている。

また、法ではじめて患者の権利として保障されたアピール権—精神医療審査会への退院又は処遇改善請求件数から平成元年度の全国統計をみてもきわめて地域格差がある。

平成元年度の年間請求件数が1ないし3件しかない県が福井・長野・和歌山・三重・滋賀・徳島・富山・沖縄であり、東京の164件、大阪の102件、千葉68件、福岡62件、岡山51件、兵庫45件で年間全数1,024件の半分以上を占めている。このうち取消又は退院が25%いるので実際の審査件数は764件である。これらのうち、入院不要又は処遇不適當の判断が下されたのは、28件と少ない。精神医療審査会への請求件数のこうした地域による極端な違いはどう解釈すべきであろうか？私の病院（開放率75%）では、法施行後現在まで、8件の退院請求等が出ており、実際、病院内で聴聞が行われているが、千葉県内45病院で1件も請求のなかった病院は、13病院にすぎない。

平成元年度の統計とは言え、年間1ないし3件しか請求のない所が8県もあるということは、まさにオドロキである。閉鎖病棟で処遇されている任意入院者からも退院請求や処遇改善請求が出されているということを耳にすることがあるが、請求件数の少ない県での精神医療が極めて適正に行われているとは言い切れないことが気になる。例えば都道府県別措置入院については、大分、三重が12%程で、1%以下は東京、千葉、京都、大阪という事実もあり、措置の格差の大きさも問題である。

日本全国、同じ法の下で行われている精神医療が、これ程数字の上で差があっても良いものか？精神医療行政の実態が自治体によって余りにも違いすぎるのは、法の解釈・運用が平等ではないことの現われであり、法の見直しをすすめてゆく上で大きな課題の一つであろう。

国連の人権擁護会で「精神病者の擁護及びメンタルヘルスケア改善のための原則について」が採択された。これは精神障害者の人権の擁護を基本において精神医療をすすめてゆくガイドラインとなると思われるので、法の見直しに際しては国際的視野に立った検討が是非必要である。

誰も、何も変わっていない

－精神医療審査会に参加して

生村神経科医院 生村吾郎

1. 月一回、兵庫県の精神医療審査会に出席するようになって一番衝撃を受けたのは、処遇改善請求の圧倒的な少なさでした。兵庫県では平成元年から今日までたったの3件しか処遇改善請求がなかったのです。この事実は、精神保健法が「病」者のためには全く機能していない事を教えてくれます。退院請求や処遇改善請求の少なさは「病」者の絶望の深さを物語るものでしかなく、それを精神医療の合格点のあかしの様に論ずる人には体験入院をおすすめします。医療保護入院でも任意入院でも。
2. 先般、知人の「病」者が某精神病院にらち入院させられましたが、退院後、氏の語る所では、電話は地域保健課が休みの日曜日にしか許可されなかったそうです。氏が私あてに出した手紙は8ヶ月後の今日も私の手もとには届いていません。精神保健法の、特に人権や処遇にまつわる規定は少なくとも氏がらちされた病院では実にし意的、チャランポランに運用されています。厚生省や地方自治体には体裁を繕う以上のことをする気は毛頭ありません。万一そうでないと強弁されるなら、今すぐ、精神保健法のわかりやすい解説のビデオを作り、全国の病棟の「病」者の手もとに送り届けるべきです。
3. 痴呆性老人の医療保護入院の是非を早急に検討すべきです。退院請求や処遇改善請求がまるでできそうもない人たちに、医療保護入院の投網をかけるのは、間口を広げて出口にかんめきをかけるペテン師の所為です。かつて精神「病」者に仕掛けたワナを国家は、今まさに痴呆性老人に仕掛けようとしています。
4. 精神保健法48条を撤廃すべきです。民間精神医療の徒である私は、精神病院以外でのフィールドでの精神医療の実践を生業としています。14年の経験に依拠してこの乗降の撤廃を強く主張します。精神病院という装置の反治療性はもはや歴史的に明らかです。
5. 精神医療審査会の委員の構成比率を速やかに変更すべきです。医療委員は各班一名で充分ですし、それも精神病院所属の委員は、委員会の中立性を著しく損うため除くべきです。もっと有識者委員の比率を上げ、メンバーとしてジャーナリストや消費者運動のプロパーを加える必要があります。さもなくば、今あるような業界漬の精神医療審査会はその茶番性においてのみ後世に名を留めることになるでしょう。
6. 精神衛生法から精神保健法に変わっても、誰も、何も変わっていません。精神保健法の唯一の功績は「処遇困難者」病棟構想という妖怪をあぶり出したことにあるのかもしれない。なぜなら、その構想の浮上には、精神病者監護法から精神保健法にいたるすべての精神医療の法の素顔が「治安」と「監置」にあることをあらためて世の人々に教えてくれたからです。

(1991. 8. 6)

1. 精神保健法と作業所

精神保健法ができて3年、この間に作業所はどう変わったのだろうか。

地方自治体の補助金制度が国より先行している東京都のベッド数0という豊島区内にある作業所としては正直なところ直接的な影響は少なかったと思う。むしろ、都内100ヶ所を超える作業所の増加により、メンバーは当初のように遠くから通う必要がなくなり（意識的に遠くを選ぶ場合もあるが）特定の地域の作業所としての役割が定着してきた。この地域との密接化に伴い作業所は片隅ではなく表通りにて堂々と市民権を得つつある。ただ、精神保健法に明言された社会復帰は国及び地方公共団体の義務として行うという一文は、当然、直接窓口となる行政に影響を与えただろうし、我々も行政側との交渉が非常にやり易くなった。

区内6ヶ所の作業所にて連合会を作り、団体で区と交渉を始めて3年が経つ。区独自の補助金は63年の487万からH3年には900万とアップしたし、連合会そのものにも15万の補助金を得ている。ちなみにこの補助金を基に6ヶ所作業所と保健所デイケア合同のスポーツ交流会や講演会を開いており、メンバー同志が直接顔を合わせる機会となっている。交流会は、メンバーが準備段階から参加していく方向へと動いてきている。

区側に対しては、補助金額の増加のみでなく、主に区としての障害者基本構想を問うてきた。東京都の地方精神保健審議会答申を踏まえ、区としても初めて福祉部、衛生部の壁を超え、共同で障害者福祉計画の具体的な準備段階へとかかっている。

2. 作業所の多様化

都内100ヶ所を超える作業所では、単純作業のみでなく自主製品の製造販売、喫茶店を含むショップ、弁当作り、クッキングハウス等、様々な試みがされている。当初の、作業所があればいいといった時期は過ぎて、その質を問われる段階にきているといえよう。

3. 問題点

① 十分なスペースの確保

十分なスペース及び良い環境を確保するには特に東京ではあまりに地価及び賃貸料が高すぎる。行政側が場所を提供または確保すべきである。

② 必要なスタッフ数の確保

作業所の活動は幅広い。いわゆる営業活動、会計事務処理を含む運営、相談業務、グループ活動、地域のネットワークとの関わり等の内容を考えると、ソーシャルワーカーを中心に実務面も担当するスタッフも含めて十分な人数が必要と考える。

③ 活動内容及び作業賃金

作業に限定しない様々な活動が考えられるが、しかし作業する以上は単純作業であろうと見合った賃金を得るというのは当然のことである。

4. これからの方向

① 行政への要求を組織化し深めていく。

② メンバー、スタッフ共により良い生き方を目指す。

③ 地域の中にある様々なネットワークを活用し、又、新たに必要なネットワークを作っていく。このネットワークの中で、生活上の種々の問題（住居、就労、仲間、等）の解決を考えていくべきであろう。

5. 最後に

当作業所は多種多様な目的を持つメンバーがおり、それぞれの自由を認め合う中で、互いに助けたり、助けられたりすることを良しとしてきたが、その方向性に添いながら、より良い方向を目指す為には、整理し、変化しなければならない部分も多いのではないかと考える。

フォーラムみんな厚生省の手先か？

「精神病」者グループ ごかい

精神衛生法から精神保健法に変わって丸3年以上たちました。その間私たちごかいの運動は衰退したように思います。私たちが老いてきたことも一つの原因だろうけど、患者会というものの芽をつむ人たちがいるのです。それはあなたたちです。

地域医療というのはデイケア、地域で暮すと言っては共同住居を与えられる「病」者たち。あげくのはては社会復帰訓練といった、共同作業所。そんな中で、精神病院や世の中に対する憎しみさえ、ボカされていくのではないのでしょうか。

そしてこのフォーラムに参加している人々が実際に「病」者と少しでも対等につき合おうとしてきたでしょうか？「病」者の感覚も知らず、私たちに学ぼうともせず、やれ法律だ、やれマンパワーだ、金だと上からの改革ばかり言わないで下さい。処遇困難者施設を創ろうとしている厚生省と区別がつかず、グルにみえます。

私たちは老いぼれても精神病院での苦しみや、「病」者としてうけ続けている差別偏見は忘れません。

こんな「病」者のためのように見える、ウソのフォーラムに出るひまがあったら、サッサと自分所へ帰り、身近な「病」者とコツコツつき合うことからやり直して下さい。

最後に一言。

前回にも私たちの意見を求めておきながら、それについてまじめに対応せず、再び似たような健常者のお祭りを開くなんて、しかもそのうえにシャーシャーと原稿を求めてくるなんて、さしみのつまにでもするつもりなのか？！

精神保健法見直しへの提言

京大病院デイケア診療部 田原 明夫

字数が限られているので、他の論者と重複しないであろうことに重点を置きます。

I. 国及び地方公共団体の義務の明確化 ― 偏見・差別の除去、地域医療体制の確立。

1. 「施設の充実を図る義務」とともに、精神障害者等の「福祉を向上し、社会生活を送る上での障害を取り除くように努力し」、「正しい知識の普及に努め」なければならない。いやしくも、社会復帰施設等の設置に関して、偏見に基づく地域住民の反対に対して、率先して、偏見を取り除くように努力しなければならない。

また、手つかずに放置されている、「欠格条項」について、その不合理な規定を直ちに改訂しなければならない。例、道路交通法、労働安全衛生法の就労禁止規定、「精神病」「精神の障害」「心身の障害」等によって規定されている資格法各種。

2. 公立総合病院への精神科・病床の設置義務（4条）。医療法との関連で、精神科救急医療体制の整備義務。精神科第二次医療圏設定の義務。

3. 社会復帰施設の設置義務（9条） 二次診療圏に対応して、ニーズに応じた施設を。「訓練施設」（10条）と限定しないで、無料の施設を。

II. 「地域精神医療システム」の計画策定の義務を地精審に。（13条）

- ### III. 精神医療審査会の役割について（17条の2） 定期報告と退院等の請求に限らず、38条の病院管理者の相談・援助努力義務の遂行に関して、勧告等を出来るようにする。
- 更に、入院時の告知のあり方、病院外の人との交流のあり方、電話による相談を受ける体制の整備、代理人が入手出来る資料について等、審査会の実効が上がるようにする為の改善点は、整理して提起する。

IV. 任意入院について。（22条の2、3）

1. 任意入院は開放処遇の原則が守られるべきことの法文化。閉鎖病棟での処遇が一定期間（1カ月）以上続く場合には、審査会への報告義務。
2. 退院制限規定の削除。自由入院（一般入院）者を含めて、26条の2を援用するか他に項を設けるか検討する。可及的速やかな他施設の指定医の診察を義務づける。

V. 行動制限（36条・37条）に、閉鎖病棟への収容も加える。

非強制入院が7割になりつつある現在、閉鎖処遇は例外的措置と考えるべき。

- ### VI. 社会復帰（38条）。病院管理者の要請があれば地方公共団体は応じる義務がある。
- いやしくも、「社会的理由」のみによる入院は直ちに解消されねばならない。その為の処置を講ずる義務が自治体にあることの明記。

定義、指定医、保護義務者、保健所、施設外収容禁止、等は他の論者に譲ります。

以上。

精神保健法が施行されて、早3年が経ちます。この間、精神障害者が一市民として、病気と障害を抱えながら、病院の中だけでなく、街の中でも、人間らしく生きる権利がどう保障されて来たか、精神障害者自身の立場に添って検証する時がきています。

精神病院において、通信・面会の自由により、閉鎖病棟でも電話の設置が設置されつつあります。かつて、宇都宮病院では、完全な密室状態にあり、中で行なわれた非人道的な処遇を外部に訴える術がありませんでした。そのため、薬包紙に書いて紙飛行機として飛ばして拾ってくれる人を待つという方法しかなかったと言われていました。社会復帰対策の面でも、施設運営費における設置者の1/4負担などの問題があるとしても、社会復帰施設が少しずつ増えています。

しかし、法が改正されるだけでは解決できないことも起きています。東京・東久留米市において、作業所が手狭になったので市に陳情したら、市が建物を建ててそこに入ることになりました。ところが、地域住民が精神障害者を「危険視」して反対運動が起きています。また、宮崎市においても、精神障害のある女性が腎不全を起こし、県立宮崎病院で血液透析を拒否されて死亡していると報道されています。

この意味では、精神保健法の見直しで、条文をどう変えるかという検討だけでなく、現実をどう変えうるものかという法の有効性を吟味することも、極めて大切なことです。

私は、京都フォーラムにおいて、自ら身体障害者である体験から、障害者の福祉・就労対策の面で著しい格差があることを具体例を上げ、その原因は福祉法がないからと発言しました。その後、精神保健法の中に精神障害者の福祉の目的条項が入り、その中で施策を実現していこうとする現状にあります。私は、当面、それが何法であれ、精神障害者の福祉が、身体障害者・精神薄弱者の福祉と同等に保障されればよいと思っています。それには、精神障害者にとっての「障害」とは何か、その社会的ハンディに対して、社会がどう補償し、あらゆる場面で的人間の復権をはかるにはどうしたらよいかを、具体的かつ明確にすることが求められています。

また、既存の障害者法制度も、精神障害者にもそのまま使えるものもあると思います。障害ゆえの稼働能力の低下、生活経費の負担増などに対する各種の経済的な援護は、例えば、地方自治体の障害者手当、交通機関の割引制度等は、精神障害者にも認められてよいものであります。

精神障害者を支えるものは、医療だけでなく、福祉、就労、住宅など多岐にわたりますが、これらを保障するのは、財政的措置であります。どんなにすばらしい法文で飾っても、現実に財政の支えなしには、「絵に画いた餅」になってしまいます。身体障害者、精神薄弱者の福祉は、国の補助率が、8/10であった時に大きく伸びることが出来たのでした。行政改革の中で福祉の分野では、家族の負担、自助努力が強調され、国の補助率が、5/10に下げられ、今でもそのままです。しかし、保護義務者の多くは老親であり、身体的、心理的、経済的に負担能力をはるかに越えているうえ、後発の福祉が、同じ補助率では、とても先発の身体障害者などの福祉に追いつけないのが現状であります。

最後に、精神障害者と関わるすべての者が、行政の怠慢、社会の無理解、偏見にのみ問題の提起だけでなく、当面の一致点で協同して、現実を変えていく社会的責任を担う具体的な行動を起こすことが求められています。かつて、アメリカにおいても、数百人の障害者と支援グループが保健教育福祉省に座り込み、全米10ヵ所の地方局を占拠するという激しい運動で、リハビリテーション法の改正がなされたことを想起します。

1991. 8. 31

(財) 全国精神障害者家族会連合会
総務部長 春 島 伸 一

Ⅰ．社会復帰施設は建設された

「まず劣悪な精神医療状況をこのままであってはいかなる社会復帰地域サポートも、空言にすぎないということを話したつもりです。……あらゆるところで場を作っていこうというのが我々の共通した意志ではないかと思います。」これは、前回の国内フォーラムで私が参加したセッションでの司会者の最後の発言でした。現実には、社会復帰活動を利用し地域で暮らしている人々と共に活動し、地域サポートを活用して地域での生活を持続している人々につきあっている私にとってはショックだった。

しかし、「社会復帰」という言葉が、「病院からの脱出」、「自立の再獲得」という希望の響き以外の、「押しつけられた訓練」、「就労への強制」という苦痛の意味を帯びてしまった今では、「社会復帰」と名のつく活動は、すべて批判にさらされ、吟味される必要がある。「全人的復権」という意味を強調するために、「リハビリテーション」という翻訳前の言葉をそのまま用いても、自立生活運動が批判した「専門家中心の訓練主義」になっていないかと検討する必要がある。それでも、現在長期入院中の人が退院して、地域で暮らしていくために、ある人々は「リハビリテーション」活動を必要としており、利用して役に立ったと言っており、さらに今以上の多様な「地域リハ活動」を望んでいるのである。「劣悪な精神医療」を変革することが第一である。しかし、変革されるまで、待つてはいられない。たとえ、どんなにささやかな活動であっても、「社会復帰地域サポート」は「空言」ではない。＜いま、ここ＞で生きている「精神障害者」を支えている。たしかに、批判されるべき問題点はある。地域での活動は、精神病院の中よりも、自由に批判し変革していける。選択する自由は当事者にある。現在、選択が難しいのは、地域の活動が少ないからだ。だからこそ、「あらゆるところで場を作る」ことが必要なのだ。

「社会復帰施設」は、建設された。建設・運営の補助金が低く、「地域生活支援のためには極めて不十分」な活動しかできていない。しかしそれでも、借金を背負い、財政赤字に苦しみながらも、地域生活支援のための様々な活動を試みている。活動を、批判し否定するのではなく、批判しつつもいい面を評価し、発展させることが重要だ。「社会復帰施設」という名前だけで、すべてを否定するのではなく、一つ一つの活動を検討し、名実ともに「地域生活支援のため」の社会資源にするための積極的提案が論議される事を望みます。

Ⅱ．草の根的な地域福祉実践の重要性

「劣悪な精神医療」を変革することが第一である。その戦略の一つとして、「地域リハ活動」を見直すべきだ。そしてその活動を真に全人的復権に役立つものにするために、草の根的な地域福祉実践を各地で創り出す必要がある。精神医療は、内側からの努力だけでは変革は困難だ。地域リハ活動が広がれば、地域社会の中で生活する「精神障害者」が増え、「精神障害者」の当事者運動は、無視できない大きな声になりうる。その声を支援する人権センターの活動も不可欠だ。所得保障、住宅保障、雇用・就労保障、地域生活に必要な地域福祉サービスの獲得など、「精神障害者」の基本的な人権を擁護する運動も創りださなければならない。精神医療変革のために、地域における諸活動、地域福祉実践の活動展開が必要なのだ。過去の固定したイメージで「施設」や「地域活動」を否定するのではなく、「精神障害者」の地域での生活を支え、自己実現を支援し、互いに交流する拠点、精神病院と地域社会の両方を変革していく拠点として活用する可能性を検討すべきと思う。

精神保健法施行3年を経過して

全国精神保健相談員会
三代 浩 肆

前回フォーラムにおいて、私は「保健・医療・福祉の新しい方向をめざして」というテーマの中の「それぞれの職種から」のセッションで発言の機会を得た。

そこでふれたことは、法改正によって十分ではないが前進したものとして、入院制度に「任意入院」を加え、精神障害者の自己決定能力を認めたこと。精神医療審査会を設置して、精神障害者等の審査請求権を保障したこと。精神障害者社会復帰施設を都道府県、市町村、法人等が設置できるようにしたこと。また課題としては、保健所等における地域精神保健活動の規定の充実整備がなかったこと。保護義務者制度は不要であり、医療保護入院における入院同意権者は扶養義務者でたりるのではないかなどであった。

そして、今後の方向として、保健所という公衆衛生機関は、精神障害者の社会復帰に向けて地域社会に何を用意して行かなければならないか、そのためには、地域社会の組織的努力による社会復帰施設作り運動への支援、援助や、精神障害者が地域社会で生活を維持するためのソーシャルサポート・ネットワーキング等が重要であるとした。また、地域住民の精神的健康の保持については、不適応状態等の精神的不健康の予防や早期問題解決方法の普及、精神疾患や精神障害に対する適正な理解の啓発などについてふれた。さらに、精神障害者の社会復帰を進めるには、一方で精神科救急医療の整備も必要だとした。

さて、精神保健法が改正されて3年を経過した現在、精神障害者の人権擁護と社会復帰はどう改善されたのであろうか。任意入院患者は確かに増加したが、病棟の開放率にはあまり変化はない。また、病棟内の電話機設置の普及は、入院中の精神障害者からの審査請求や苦情訴えを簡便にしたが、精神医療審査会はその機能を十分発揮できているか。などの問題がある。

さらに、法律でいう社会復帰施設については、施設整備費や運営費補助基準額が基本的に低いために、施設は期待されたほど増加していない。また運営費の4分の1設置者負担がさらに足枷となっているのも事実である。これを都道府県に負担させるのであれば、国は精神保健費等国庫負担（補助）金交付要綱を改定するしかない。

精神保健法が精神疾患者の医療と、障害者としての精神障害者の福祉やリハビリテーションをさらに充実整備するには、今後とも改正をしていかなくてはならない。しかし、一方で精神疾患者の急性期治療施設としての医療機関の変革なしには成し遂げられない。それは医療法の改正をふくむものとしてリンクしなくてはならない。そして、精神疾患者の慢性期治療と、疾患と共存する機能障害、能力低下、社会的不利をもつ障害者としての精神障害者に対しては、地域社会の中にあって保健・医療・福祉が共にケアするという理念を明らかにすることが重要である。

そのためには、二次医療圏ごとに適正な急性期治療施設やデイクリニックを整備すると共に、その圏域内の市町村を含む地域責任性のもとに、地域ケアや地域リハビリテーションに必要な多様な施設やサービスを保障するものとしなければならない。

私たち全国「精神病」者集団は、精神保健法成立を改正ではなく改悪であり、宇都宮病院事件を絶好の機会として厚生省が精神衛生法を改悪したのだと主張してきた。そしていま精神保健法体制を完全に保安処分体制として完成するために、「処遇困難者専門病棟」作りが、今年7月の公衆衛生審議会の中間報告をうけてなされようとしている。現在分かっているだけで福岡県立太宰府病院、東京都立松沢病院で「試行的に」来年度から「処遇困難者専門病棟」が作られようとしている。

「処遇困難者専門病棟」作りの根拠は87年に発足した、厚生省科学研究「精神科医療領域における他害と処遇困難性に関する研究」である。この研究報告書のまえがきには「精神障害者による他害事件に関連し、被害者の人権を守ることもある必要があるという論議もあった」「これら精神障害者（精神保健法により強制入院となった精神障害者）の中で精神病院においても処遇困難とされたり、退院後も事件を繰り返す、社会から非難される事例も見られる」と書かれている。ここに、この研究が、精神科医療(?)を社会防衛、治安維持のために利用することを目的としていることが明確に表れている。

そして報告書の結論部分では、比較的軽度の処遇困難例は現行の地域の指定精神病院の再編成により対応、さらに重度な症例は「集中治療病棟」に入れる、とした二層構造をとっている。その上で「しかし、集中治療病棟（仮称）でも対応困難な重度の症例や、長期化した症例を治療する施設が必要となってくることが予想される」とまで宣言しているのだ。いったん「処遇困難者」という概念を受け入れ、そう規定した人を排除する体制を作れば、排除は際限もなく繰り返されることになるでしょう。排除のあげくに一生人を監禁する保安処分施設が生まれるのは当然予想される。また「集中治療病棟」への入院、そこからの退院や転院は第三者機関が決定するとされている。これこそ主治医と患者の間に第三者機関なるものを介入させ、精神科医療に患者本人の利益以上に社会防衛の視点を介入させる、保安処分の手続きである。

報告書においては「処遇困難」の原因はすべて対象患者の個人的資質に求められており、「処遇する側」の問題点はいつさい触れられておらず当該患者に主治医がどういう医療を行っていたのかさえ問われてない。そして「処遇困難」の根拠となる「問題行為」は、脅迫行為（好訴も含む）、器物破損、自殺自傷、暴動、無断離院、規則違反、治療拒否、その他といった非常に広範囲なものを指すとされている。こんなことで「処遇困難」と決めつけられ、特別の施設に送られることになれば、これは「改正」刑法草案に盛り込まれた保安処分以上の保安処分といえる。

さらに許せないことに、この研究班は全国にアンケートを行い、「おたくに困った患者はいるか? いるなら姓名（イニシャル）、入院中の問題行動、生活史・生活環境、入院経路、などを答えろ」といった報告をさせている。このアンケート結果で950人の患者が「処遇困難者」とされた。この人たちは自分の知らないところで、「困った患者」と決めつけられ、一切のプライバシーを報告されてしまったのだ。この950人は「保安処分対象者」としてリストアップされたと言っても過言でない。

現在でも精神病院の中では、「医者に逆らえば保護室に入れる、閉鎖にぶち込む」といった脅しが医療従事者によってなされている。こうした脅しにより入院患者を管理し、扱いやすい「処遇の対象物」にしているのが日本の精神病院の実態だ。このうえ「処遇困難者専門病棟」が作られ、医師の勝手な決め付けで「専門病棟」に送られてしまうとすると、私たち「精神病」者はいま以上に医療従事者に隷属させられることになる。

また医療従事者側も、少しでも「困った患者」と思えば、いつでも「処遇困難者専門病棟」に送り込もうとすることになり、「専門病棟」の存在が「処遇困難者」を作り出すこととなる。精神科医は安易に治療放棄することとなり、精神医療の水準は限りなく低下して行くことだろう。これでは私たちは安心して医療を受けることができなくなる。日本の精神医療は、「処遇困難者専門病棟」新設により、いままで以上に反医療的、反人権的、治安的なものになることは明白である。

私たち全国「精神病」者集団は、当事者の声を無視した「処遇困難者専門病棟」試行的実施策動を決して認められない。

私が精神保健法の改正にあたって、強く求めたいことは、精神障害者もさまざまなのだから責任能力のある人間と認めてほしいということです。そのことが、精神障害者の人権を尊重する保障となるものです。

つまり、二つのことを言いたい。一つは、精神障害者も犯罪を侵した場合、普通の法律で罰してほしい。精神病だからといって罪を問われないのはおかしい。

もう一つは精神保健法の保護義務者の項をなくしてほしい。

精神障害者自身に医者にかかる権利がなくて保護義務者にあるのはおかしいし、不都合だと思います。病人が自由に病院を選べるようにしてほしい。

保護義務者の項がなくなっても親が子の面倒をみないなどということはないし、つらい経済負担を親に負わせるのではなく、国や市町村がもっと経済的面倒をみてほしい。