

## この20年間を振り返って

長野英子

*The Japanese Journal  
of  
Hospital and Community Psychiatry*

病院・地域精神医学  
第46巻4号(通巻第154号)別刷  
2004年3月25日発行

日本病院・地域精神医学会

## ■企画特集■

精神医療・福祉の現状を問う—学会創設時の精神から見た現在の精神保健福祉— 総論 4

## この20年を振り返って

長野英子\*

抄録 精神医療によって誇りや自信を奪われた私を回復させたのは全国「精神病」者集団というセルフヘルプグループとの出会いであった。この体験を原点として20年余り活動を続けてきた。この20年間精神医療の実態は変わっていない。一連の法制度改革はわれわれの望みとは程遠く、むしろ管理強化や強制入院制度の合理化正当化、福祉制度すら強制入院制度に組み込むという実態であった。脱施設化など兆しすら見えない。それは精神障害者観が医学モデル一辺倒であり、障害の原因をひとえに個人の病気に求めてきたからである。医学的に損傷があろうともそれが障害となるのは社会の側の問題という障害の社会モデルへの精神障害者観の変革こそが今求められている。そして地域でのサービスも、社会の障害を無くすための介助支援という発想で始められなければならない。

病院・地域精医46(4): 372-375 2003

Key words: セルフヘルプグループ, 精神保健福祉法, 心神喪失者医療観察法, 社会モデル, 地域生活支援

私が全国「精神病」者集団に出会ったのは今から20年余り前、政治活動としては精神衛生実態調査阻止闘争がはじめての参加であった。しかしそうした政治活動よりも、私にとってとても大きかったのは病者集団のセルフヘルプ活動であった。それは同じ体験をした同胞として、体験を分かち合い、さまざまなもの見方を交換する中で得られたものである。そこで初めて私は精神医療によって奪われた尊厳と自信の回復、「自分ももしかしたら生きられるかもしれない」という希望、何よりも「自分もまた人間である」「自分にも生きる場がある」という確信をえられた。別な言い方をすれば精神医療によるPTSDの自覚とそれからの回復であった。

十代で精神医療に出会った私は、うつ状態にあり罪責感にさいなまれていた。その私に対して精神医療はお前はダメな人間だ、人格に問題があるというメッセージを与えてきた。全ての感情・感覚・思考が症状であるという思い込みを押し付けられ、一切の自信を奪われていた。それゆえひたすら周囲にあわせること周囲の思惑を的確に読み取り、周囲の要求や期待に応えることのみ汲々としていた。そしてその期待の中には、ダメな人間であること誇りを捨てて一般人よりも一級下の人間として生きることも含まれていた。

そうした私を救ったのはセルフヘルプ活動としての病者集団の活動であった。

この体験が今の私の活動の原点である。

\* 全国「精神病」者集団会員

この20年間でなにが変わったのか、  
何が変わらなかったのか？

1984年に宇都宮病院事件が告発され、精神衛生法は精神保健法となり1987年に施行された。

1987年の精神保健法成立をどうみるか、についての見解は私たち病者集団と精神保健専門職とはかなり違っていた。

根本的には強制入院制度を撤廃すべきものと見るのか、あるいは適正手続きの導入および精神医療の改善によって、より良い強制入院制度を求めると、という違いである。

私たちは「される側」の立場から強制入院制度の撤廃強制医療の撤廃を主張してきた。

その立場から1987年の精神保健法を見ると、一言でいえば強制入院制度に形ばかりの「適正手続き」を導入した強制入院制度の合理化正当化であった。ここにおける「適正手続き」は指定医制度の導入、医療保護入院における届出制の新設など、むしろ国家による精神医療そして精神障害者への管理強化をもたらした。さらにこの法律は精神保健福祉法となり、なんと強制収容法に福祉が合体した。ここにおいて「福祉」すら強制入院制度、治安対策の一環という側面を免れないこととなった。

障害者の中でも精神障害者は特別扱い、医療の中でも精神医療は別枠、という構造は一切変わっていないといっている。

その構造を前提として精神医療の改革が語られてきた。い

わく病院から施設へ施設から地域へ、人権の尊重と社会復帰、利用者主体のサービス、利用者の自己決定尊重、などなどである。そして国家もまた行財政改革＝医療費削減を目的として、ともかく精神障害者すべてを隔離収容という路線から、より洗練された隔離収容、即ち選別した隔離収容へとその方針を変えていく。このことは1987年の精神保健法成立時に「処遇困難者病棟」新設のための研究班が発足し、「処遇困難者病棟」新設策動が始まったことが明らかにしている。この「処遇困難者病棟」新設を答申した審議会が、同時に「病院から施設へ、施設から地域へ」という答申を出したことは象徴的である。

もっともこうした主張はあるものの、現実には精神病院病床数および入院患者数、長期入院患者数に変化は見られず、脱施設化などという状況は全く生まれてこなかった。

### 私たち精神障害者にとって 「心神喪失者医療観察法」成立とは

2003年6月3日参議院法務委員会での「心神喪失者医療観察法」成立の際、記者会見で私は、私たちは人間として扱われてこなかった、いわばごみとして処理されてきた、今回危険ごみ処理施設ができたということだ、と発言した。

イギリスの俗語で精神病院をゴミ箱というそうだが、この国でも私たちはゴミとして処理の対象とされてきた。治安の対象として一括して危険ゴミとされていた隔離収容の時代から、経済的理由により「病棟機能分化」＝ゴミの分別処理体制になった、といたくなる。私たちは一貫して人として認知されてこなかった。

その上でついに国会は私たちを人間でないと言明し、この法律を成立させたのだ。精神障害者以外を国家が「再犯のおそれ」を根拠に予防拘禁することはなく、しかしながらこの法律は私たち精神障害者のみを「再犯のおそれ」をもって予防拘禁するのだ。

この法律推進派は、この法律と精神医療の改革は車の両輪と主張し続けてきた。私たちを人間でない、と言明する法律のもとでいかなる精神保健の改善がありえようか。アフガンを爆撃した一方で人道支援と称し医薬品食料を投下したアメリカ軍のやり方と同じである。「人道支援」ということ自体が信頼されなくなるのと同じで、私たちは精神保健サービス総体を信頼することなど不可能となる。

法廃案闘争の中でこの法案に対し私たちはさまざまな批判をしてきた。例えば「再犯予測は不可能」、「再犯防止を目的とした体制は医療とは呼べない」「拘禁の継続や再拘禁をもたらしかねない以上、対象者は苦しくても精神科医その他の専門家に本音をいえずなくなり、医療そのものが成り立たない」「精神障害者にだけ特別の予防拘禁制度を作ることは精神障害者は危険だという差別と偏見を強化する」「再犯可能性0などという証明は不可能、絶対安全といえない限り拘禁が続く、結果的には終生の拘禁となる」などなどである。

これらの批判自体誤ってはいないのだが、さてこれはこの

法律にのみいえる批判だろうか？

精神保健福祉法下の精神保健体制について同じ批判が成り立たないだろうか？

強制入院させられれば、そこでは周囲の期待に応えた対応をしなければ退院できないことは分かりきったことだ。逆らえば保護室に入れられたりする。いい子にならなければ開放病棟に移れない。あるいはまっとうな人権主張をしても「厄介払い」として何の準備もなく強制退院とされたり、入院を拒否されたりする例も多々ある。精神科医は精神保健指定医として国家の代理人となり、治安目的の任務を押し付けられている。そうである以上精神科医は私たちの生殺与奪の権限をもっているのが現実であり、そこに医療は成立しがたい。

精神保健福祉法上の強制入院は本人の医療と保護を目的としていて再犯防止を目的とはしていないというが、本当にそうだろうか？ では「他害のおそれ」という要件はなんだろう。精神病院は厄介者収容所として機能しているのではないか。

「再犯予測」と「自傷他害のおそれの予測」は全く異なったものだという。前者はある程度長期的な判断であるが、後者は医療上の時々刻々の判断であるという。しかしながら後者であれ100%できるものではないし、それに基づき人の拘禁を正当化する根拠はあるだろうか？ 退院後の事件の際の非難を恐れ、退院を躊躇するということは精神保健福祉法下でも当然ありうる。少なくとも運用実態では後者の判断に基づき隔離収容が長期化している。

医師法医療法以外に特別な精神保健福祉法という法律があり、監禁を合法化していることは精神障害者差別を強化していないのだろうか？ 少なくとも精神障害者は法的判断能力がない人となることがあると言明していることになる。

しかし人は全ていつも合理的な判断能力があるということはない。精神病以外でも判断能力がなくなる場合はいくらでもある。高熱で意識不明あるいは交通事故で意識不明の人を法律がないからといって医療は放置していない。本人の同意のない入院は他の科でも行われていることだ。

私たちが人として認められる前提は精神保健福祉法の撤廃、あらゆる強制の撤廃だ(注1)。

### 私たちはまず人間だ

先に述べたように私の受けた精神医療はまず私を傷つけ、回復を妨げたものでしかなかった。PTSDという新たな障害を押し付けられたといってもいい。これは多くの仲間が共有している体験だ。

なぜ精神医療が医療として人を癒し、回復への道を援助するものとなっていないのか。それはまず私たちが人として認知されていないからだ。知的障害者本人組織の名称は「ピープルファースト」という。「まず人間である」というスローガンそのものが組織名となっている。そう私たちがまず人間である。そしてその人間が、医療サービスや福祉サービスや支援を受けるのだ。

この肝心なことが精神病院だけではなくて地域のサービスにおいても忘れられている。

多くの善意の専門職の努力にもかかわらず、利用者としてはまったくくづはぐなサービスしかないのは、精神障害者に対してのみ、あいも変わらず医学モデルに基づく障害観が横行しており、社会モデルに基づく障害観がとられていないことが大きい(注2)。もちろん政策自体が精神障害者本人の参加とその指導のもとにたてられていないことが直接の原因ではあるが。

具体的な私の体験を話そう。

私は2002年11月に転居した。(転居前)数年前から登録していた地域生活支援センターが転居の手伝いをしてくれるということで、具体的な話し合いに行った。すでに登録して数年たっていたが、そこで対応に出てきたPSWいわく「長野さんの事を何も知らないで少しお話を聞かせてください」といって、カルテのような書類を出してきて項目を埋める質問をし始めた。ご出身はご家族は学歴は職歴はうんぬんという質問である。

「さすが国家資格の専門職、引越しの手伝いでも本人の環境経歴に基づき理論的支援をなさるわけだ」と皮肉を言いたくなる、マンガチックな対応である。私は「ここはどこ私は誰」という非現実感に襲われた。「地域生活支援センター」には現実生活というのは一切ないようだ。

さて二十数年振りの一人暮らしをはじめ、引越し荷物の山の前で途方にくれ、精神障害者ホームヘルパー制度があると知り、申請に行った。窓口に出てきたのは保健師さん、家庭訪問いろいろ話を聞いていった。普通の人間なら一目で引越し荷物が片付いていないことが最大の困っていることだと確認できるはずである。私もそれを訴えた。できれば荷物片付けのためにある程度まとまった時間の派遣を一定期間してほしいと要請した。

ところが保健師さんいわく、「精神障害者というのは人と長時間いると疲れるから、せいぜい1度に1時間、まあはじめは30分」。私は返す言葉がなかったが、ようやく「私は今まで支援者には大体1日きってもらっていた」と説明した。

限られた予算・体制として1時間しか派遣できないのだ、規則でそうなっているという説明ならまだわかる。そうではなくて「精神障害者だから」1時間なのだそうだ。

この保健師さんは日常生活で人に引越し荷物の片付けを頼まれて、1時間ならとか30分とか言うだろうか？ やはり私たち精神障害者は人間でも生活者でもないらしい。精神保健業界という特別なシステムの中にだけ存在する、特別な存在らしい。

私はこの対応で大混乱し、打ちのめされたのは言うまでもない。現実感覚生活感覚を覆すようなこうした対応をしていたのでは、いわゆる地域支援サービスは残念ながら支援どころか病状悪化・入院促進事業となってしまう。

もちろん背景には福祉切り捨てのために申請してきた人を追い返す任務をさせられているという体制の問題があるのだろうが、それにしても「精神障害者だから」という説明をする

とは唾然とする(注3)。

一人の人間が生活している。その人間が何らかの医学的疾患や損傷によりできないことがある。それゆえに支援を求めている。だから支援をする。介助をする。それによって社会的障害を除去する。そういう発想はこの保健師さんにもホームヘルパー事業そのものにもないようだ。保健師さんいわく「ヘルパー制度は自立促進のためだから、ヘルパーはお手伝いではないので、いっしょにやること」。ということは私は具合の悪いときにできないことをしてほしいからヘルパー制度を使いたいのだが、いっしょにやれない具合の悪いときはヘルパーさんにきってもらってはいけないということになる。すなわちヘルパーは介助ではなくて私が一人でできるようになるために治療・教育・訓練としてくるらしい(もっとも幸か不幸かそれならそれで、その目的に添った自立プログラムがヘルパー制度にあるとは思えないが)。

こうした対応の原点にあるのが、障害の医学モデルである。いい方を変えれば、医療の中でも精神科は特別、障害者の中でも精神障害者は特別、という精神障害者のみを特別扱いする体制そのものが問題なのだ。こういう体制があるからこそ、その体制の中で「心神喪失者医療観察法」などというさらに特別なシステムが作られるのだ。この体制のある限り私たちの求めるサービス、利用者主体のサービス、利用者の人権尊重、自己決定もありえない。

あえて言えばもう精神保健福祉サービスはいらない。少なくとも全障害者のサービスへの統合、そしてさらにはすべて人への社会的サービスへの統合が今求められているのだ。

根底的な障害観の転換なしにはこの国の精神保健体制が変わることはないであろう。そしてそれにはまずすべての専門職が私たち精神障害者を人間であり生活者であると認めることからはじめられなければならない。

注1 強制医療制度撤廃へのオールタナティブの提案については精神障害者の久良木幹雄とメアリー・オーヘイガンの論文がある。前者は日本の精神医療体制改革への提案、後者は医療の提供体制にまで踏み込んだ内容である。以下は長野の連絡先までご注文を。「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 300円プラス送料「WNUSP資料」300円プラス送料精神保健サービスにおける強制-国際的ユーザー・サバイバーの観点から メアリー・オーヘイガン

注2 障害の社会モデルとは障害がその個人の疾病や生物学的な損傷ゆえのものとするのではなく、その疾病や損傷があったとしてもそれが障害となるのは、社会の側に原因があるという考え方である。目が見えないという人がいても目が見えないことが障害となっているのは、バリアだらけの社会のシステムにその要因があり、障害は社会の側という考え方である。精神病者であり精神障害者であったとしても、それが障害となっているのは社会の側に私たちに對するバリアが存在するからであり、症状や医学的判断に基づく障害があろうとそれが何ら不便や

不自由とならない必要な支援があれば、それはもはや障害ではないのだ。  
障害の社会モデルの考え方にたてば、精神疾患患者であるから強制が必要ではなくて、そもそも人間に強制をしてはならない、だから精神障害者に強制をしないためにはどういった社会体制サービス体制を作っていくかという発想になるはずである。

注3 私の住んでいる区ではヘルパー申請の手続きの流れは、まず相談を受け訪問その他をする、そしてケア会議で派遣時間数を決定する、その決定に基づき申請書を書かせ申請をさせる、という

摩訶不思議な手順となっている。自宅に説明にきたヘルパー派遣部門の担当者によると、生活保護同様ヘルパー派遣についても申請を受け付けても却下になることがあるから、申請を受け付ける前に来所者とよく相談するように、と都から指導があるそうだ。すなわち生活保護同様の水際作戦である。これは各地でも同様のようで、ある地方の方いわく「交渉慣れしている活動家でないと恐らくあきらめさせられて追い返されるだろう」。

私の場合は1年がかりの交渉の挙句ようやく引越し荷物の片づけをヘルパーがすることを考慮するということまでできた。ここまで粘り強く交渉する人は恐らく例外だろう。

### 「心神喪失者医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク」（仮称）への参加と予防拘禁法の廃案闘争の記録 「閉じ込めないで！ もうこれ以上」の購入のお願い

保安処分新設立法・予防拘禁法「心神喪失者医療観察法」の成立を怒りをもって糾弾します。この法制定を受けて、今政府は法の発動に向け、政・省令や審判規則整備、国立武蔵病院・肥前療養所など保安処分病棟設置、医者・看護師・ケースワーカーの研修など保安処分体制作り動き始めています。

私たちは希代の悪法の成立を許しました。しかし、法案阻止を闘ってきた精神障害者、医療従事者、労働者、市民、弁護士、学者などさまざまな領域を超えた仲間が、約2年に及ぶ闘いの中で、これからも精神障害者差別を許さず共に生き共に闘っていける可能性を確信できたことは、闘いの中で獲得したかけがえのない成果でした。その成果をさらに発展させ、保安処分体制構築・法の発動を許さない闘いへ新たに踏み出していくことが今求められています。

そのような新たな闘いに向けて緩やかな交流・連帯・共闘を目指す「予防拘禁法を許すな！ネットワーク（仮称）」を結成していきたいと思えます。多くの皆さんの参加を要請します。

名称 「心神喪失者医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク」（仮称）

目的 法の発動を許さず廃止を目指しつつ、保安処分を許さないさまざまな闘いをたく幅広  
い・緩やかな交流・連帯・共闘を目指す

取り組み内容 運営・具体的な闘いの提起などは今後の議論の中で  
・保安処分体制構築と法の発動を許さない活動  
・学習・討論会活動

・情報の交換・共有化（通信の発行を含め）

年会費 団体一口1000円以上、個人500円以上

ご参加いただける方は下記連絡先まで

氏名（団体・個人） 公表の可・不可もお書き添えください

連絡先 住所

電話番号、ファックス、e-mail

年会費 何口 円（団体・個人 公表の可・不可をお書き添えください）

### 廃案闘争の記録集 「閉じ込めないで！ もうこれ以上」

B5判 128ページ 500円

なんと500円の大特価 この売り上げ利益をとりあえずのネットワーク運営資金といたします。600部売れてやっと印刷費用が出ますが、それ以上売れないとネットワーク運営費が出ません。各地の皆様なにとぞまとめてお買い上げを。

お申し込みはネットワーク連絡先まで。

送料も合わせてお振込み下さい。送料は1冊290円、5冊450円、10冊590円

お振込みの際はパンフ代かネットワーク会費かを明記してください。

連絡・申し込み先 「心神喪失者医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク」（仮称）

204-8799 清瀬郵便局留め 電話 090-8432-1091

e-mail [kyodou-owner@egroups.co.jp](mailto:kyodou-owner@egroups.co.jp)

郵便振替口座 00120-6-561043 名義「予防拘禁法を廃案へ！」