

だまるもんか!!



当事者の観点から調べあげた「精神障害」者を取り巻く状況資料集。

日本基督教団京都教区・障害者問題特設委員会
／心の悩みを分かち会 発行

この本ができるまで。

この本は1992年11月29日、1993年1月31日、そして同年3月28日の3回にわたって江端一起さんを講師に招いてもたれた「『精神障害』者と教会がともに歩むために」と題した学習会のレジュメをまとめたものです。

これら学習会の主催者である、日本キリスト教団京都教区障害者問題特設委員会と「心の悩みを分かち会」とはそれまでも「精神障害」者が被っている問題に関して何度かの集会をもってきました。しかし、医者や専門家を講師に招き、「病気を持った人にどのように対応をしたらよいのか」というような、「恵まれた」「健常」者が「気の毒な」「障害」者に何をして上げられるか、という、悪い意味でのクリスチャン的「慈善」意識が強い集会ではなかったか、という反省を覚えます。そのような取り組み方では「障害」者にたいして「健常」者が障害を与えているという問題を棚上げにした、欺瞞にみちた取り組みに終始してしまう危険性が大きいと思うのです。

病気になり、障害を受けているひとびとをわれわれの社会はどのように差別し、生きにくくさせているか、その歴史と現状を知り、改革していくことは私たちの義務でしょう。その意味で、江端さんが病と障害を受けた「病者」の視点から調べ上げ、まとめ上げた、この資料集は、われわれに多くの示唆を与えてくれる貴重なものだと思います。

この本の作者といえる、江端さんは、キリスト教信者ではありません。しかし彼が集会のなかで言った、「付き合うなかで火傷をすることもあるだろうが、隣人となり、友人となって欲しい。」という言葉は「障害」者と「健常」者との垣根を取り払って行く、神の恵みあふれる教会の姿を示していると信じます。江端さんのご苦勞に心より感謝いたします。

1993年5月 野本千春（平安教会）

はじめに

学習会で、『水先案内人』として話させてもらうことができ、とても、楽しかったです。3回とも随分多くの人達に参加して戴いて、話を聞いて戴けましたし、それに、色んな立場で議論もできたのではないかとと思っています。また、今回だけの学習会というのではなくして、洛陽教会の和室を利用させて戴いて《たまりば・らくよ〜う》という形で、実際に継続して行けることとなったのも、望外の喜びでした。ものすごくうれしいことです。

私自身も、随分勉強になりました。『病者』としての体験談だけではなくして、「制度的」「法的」「社会的」な問題から、一人の『病者』として赤裸々な本音まで、わりと広範囲にわたってやりましたので、今までの『精神医療』関係の資料を引っ繰り返すこととなりました。それで、こんなようなわりと大部なレジュメと付属資料を作って臨むこととなりました。私自身も結構楽しんで、尚且つまゑ資料としてもおもしろいものができあがっていると思うのですが、如何でしょう。特に「〇×式テスト形式」にしたりとか「数値記入式」にしたりとか、色々考えてみました。もし、他のところで、使って戴けるのであれば、自由に複写して、有意義に使ってみてください。よろしくお願い致します。

最後に、こういう素晴らしい機会を与えて下さった「学習会参加者」「障害者問題特設委員会」「心の悩みを分かち会」「洛陽教会」の皆さんにお礼申し上げます。

また、《たまりば・らくよ〜う》でお会いできたらうれしいですね。

1993年5月1日 江端一起

『病者差別』

はたして『差別』とはなんなのか

例えば はっきりする差別とはっきりしない差別
 制度的差別と精神的差別
 構造的差別と心的差別
 外なる差別と内なる差別
 事象としての差別と意識としての差別

例えば 「市場（生産）の論理」による差別
 「治安（権力）の論理」による差別
 「隣人（日常）の論理」による差別

例えば 『場』と『側』から考えると

一般社会	における	による
地域社会	における	による
職場	における	による
学園	における	による
家庭	における	による
マスコミ	における	による
精神病院	における	による
国家権力	における	による
法	における	による

我々『病者』に対する

非合理、反合理、不合理による

抑圧、排除、さらには生存の否定をも要求する

全ての論理、精神、行動、制度

抜き打ちテストだ！

【以下の設問をよく読んで、正しいと思うものには○を誤っていると思うものには×をつけてみてください】

- ①道路交通法によれば精神病者は運転免許を取れない。
- ②美容師法によれば精神病者は美容師免許を取れない。
- ③労働安全規則によれば精神病者は特級ボイラー技士免許を取れない。
- ④労働安全規則によれば精神病者は二級ボイラー技士免許を取れない。
- ⑤労働安全規則によれば精神病者はクレーン運転士免許を取れない。
- ⑥医師法によれば精神病者は医師免許を取れない。
- ⑦保健婦助産婦看護婦法によれば看護婦免許は取れない。
- ⑧保健婦助産婦看護婦法によれば准看護婦免許は取れない。
- ⑨文化財保護法によれば重要無形文化財保持者が精神病となると認定を解除される。
- ⑩人権擁護委員法によれば人権擁護委員が精神病となると解嘱される。
- ⑪国家公務員法によれば精神病者は公務員になれない。
- ⑫国家公務員法によれば職員が精神病であることが正当な免職理由となる。
- ⑬労働安全衛生法によれば精神病者は職場で就業禁止を受ける。
- ⑭最低賃金法によれば精神病者は最低賃金を保証されない。
- ⑮民法によれば配偶者が精神病であることが正当な離婚理由となる。
- ⑯モーターボート選手審判員検査員登録規則によれば精神病者はモーターボート選手になれない。
- ⑰宗教法人法によれば精神病者は皆さんの教会の代表者になれない。

(実は以上全部○)

【以下の文章を読んで、自分の心の中で何をどのように感じるのかを内観してみてください。】

I 埼玉で幼女連続誘拐殺人事件がありました。いたいけな少女が多く殺されてしまったこの事件は、容疑者としてMT氏が逮捕されましたが、ああいう人はやはり、一般の人とはどこかしら違った『精神構造』なり『感情』を持っているのではないかと報道されています。あなたはごどう思いますか。

II もし自分に子供がいたと仮定して、その子供が公園で見知らぬ人と遊んでいます。その人はどちらかと言えば汚れた身なりで、時々後ろを振り返って誰もいないのに会話しているようにみえます。あなたはごどうしますか。

III この学習会に参加するにあたり、『精神病者』とごどう付き合っていたらよいか、ごどう話を聞いてあげればよいか、どんなところに気を付けてあげればよいのかを、学習したいとあなたはごどう思いますか。

IV この学習会にチューターとして『病者』が話をするとしたら、やはり、『病者』としての体験を聞きたいとあなたはごどう思いますか。

現在の日本の精神医療

皆さんで予測してみてください。ただし実際の数値はだいたいここ4、5年の傾向を示す概略値を学習会の中で皆さんの予測を交えながら話していきたいと思っています。

①日本の精神病院はどのくらいあるでしょう

予測では《 》 実際は《 》

②それは病床数でいうとどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

③実際何人ぐらいが入院しているでしょう

予測では《 》 実際は《 》

④つまり、病床利用率は何%でしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑤全入院患者数の中で、精神病院の入院患者数は何割になるでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑥その病床数のうち何割ぐらいが閉鎖病棟でしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑦とすると何人の『精神病患者』がとじこめられていることになるでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑧このうち法による強制入院患者数はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑨比較しましょう、日本で「刑法犯」として何人ぐらいが刑務所に閉じ込められているでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑩つまり強制入院率は人口10万にたいしてどれくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑪比較しましょう、ヨーロッパ先進諸国の強制入院率は人口10万にたいしてどれくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑫全入院患者のうち、5年以上の入院患者は何割になるでしょうか

予測では《 》 実際は《 》

⑬日本の精神病院では一般病院に比して病棟での看護婦数医師数とも、特例が認められ少なくてよいことになっています。このこと自体が驚きですが、それでは一般病院の何分の何で良いのでしょうか

看護婦数 予測では《 》 実際は《 》

医師数 予測では《 》 実際は《 》

⑭お金の話をしましょう、精神科医療費は医療費全体の何%を占めるでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑮精神科の一日平均入院医療費はいくらでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑯他科も含めた全体の一日平均入院医療費はいくらでしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑰精神医療審査会では退院請求数が何件くらいあるのでしょうか

予測では《 》 実際は《 》

⑱そのうち退院請求が認められたのは何件でしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑲つまり、成功率は何%でしょう

予測では《 》 実際は《 》

⑳『精神病患者』の犯罪発生率はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

㉑『健常者』はどうでしょう

予測では《 》 実際は《 》

㉒それに比較して『病者』の自殺率はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《 》

現在の日本の精神医療 (回答編)

皆さんで予測してみてください。ただし実際の数値はだいたいここ4、5年の傾向を示す概略値を学習会の中で皆さんの予測を交えながら話していきたいと思っています。

①日本の精神病院はどのくらいあるでしょう

予測では《 》 実際は《1660 》

②それは病床数でいうとどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《36万1千床》

③実際何人ぐらいが入院しているでしょう

予測では《 》 実際は《34万9千名》

④つまり、病床利用率は何%でしょう

予測では《 》 実際は《97% 》

⑤全入院患者数の中で精神病院の入院患者数は何割になるでしょう

予測では《 》 実際は《25%を超える》

⑥その病床数のうち何割ぐらいが閉鎖病棟でしょう

予測では《 》 実際は《6～7 開放病棟定義不明》

⑦とすると何人の『精神病患者』がとじこめられていることになるでしょう

予測では《 》 実際は《21万～24万 》

⑧このうち法による強制入院患者数はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《15万5千名》

⑨比較しましょう、日本で「刑法犯」として何人ぐらいが刑務所に閉じ込められているでしょう

予測では《 》 実際は《5万名 》

⑩つまり強制入院率は人口10万にたいしてどれくらいでしょう

予測では《 》 実際は《250名》

⑪比較しましょう、ヨーロッパ先進諸国の強制入院率は人口10万にたいしてどれくらいでしょう

予測では《 》 実際は《2.5名 》

⑫全入院患者のうち、5年以上の入院患者は何割になるでしょうか

予測では《 》 実際は《5割弱 》

⑬日本の精神病院では一般病院に比して病棟での看護婦数医師数とも、特例が認められ少なくてよいことになっています。このこと自体が驚きですが、それでは一般病院の何分の何で良いのでしょうか

看護婦数 予測では《 》 実際は《2/3 》

医師数 予測では《 》 実際は《1/3 》

⑭お金の話をしましょう、精神科医療費は医療費全体の何%を占めるでしょう

予測では《 》 実際は《7% 》

⑮精神科の一日平均入院医療費はいくらでしょう

予測では《 》 実際は《7500円》

⑯他科も含めた全体の一日平均入院医療費はいくらでしょう

予測では《 》 実際は《1万4千円》

⑰精神医療審査会では退院請求数が何件ぐらいあるのでしょうか

予測では《 》 実際は《1038件》

⑱そのうち退院請求が認められたのは何件でしょう

予測では《 》 実際は《14件 》

⑲つまり、成功率は何%でしょう

予測では《 》 実際は《1.3% 》

⑳『精神病患者』の犯罪発生率はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《0.1~0.3%》

①『健常者』の犯罪発生率はどうかでしょう

予測では《 》 実際は《1~3%》

②それに比較して『病者』の自殺率はどのくらいでしょう

予測では《 》 実際は《不明正し全体では21084名
人口10万人対比17名》

『病者』は何を望んでいるのか
今我々は何ができるのか
我々は何をしてはならないのか

前回・前々回の話を一言で言えば

『病者』には、本人の意思を全く無視して『鉄格子』と『先生』と『クスリ』と『強制』と『管理』と『教育』と『指導』は大量に厭というほど、無理やり押し付けられて来た

→いったい誰が押し付けて来たのか

『病者』には、本人の意思を全く無視して『自由』と『選択』と『尊厳』
『自立』を徹底して奪われて来た

→いったい誰が奪ったのか

当事者『病者』抜きで『精神医療』と『福祉制度』の問題をを決められて来た

→いったい誰が決めて来たのか

我々はもう『先生』も『指導者』も、もういない。我々を、一人の人間としてみてくれる『ともだち』と《なかま》が欲しいんだ。『ともだち』と《なかま》だったら、ほんとに人と人同志のの[言い合い・けんか]すらもできるんだ

我々に『尊厳』をとりにどさせろ

だから

反『プロ』→医師・看護婦・保健婦・CW・心理士・作業所指導員等

反『家族会』反『作業所』反『精神医療』反『保健所』反『施設』

反『社会』反『社会復帰』反『市民』反『マスコミ』

反『福祉制度』反『保健法』反『厚生省』反『行政』反『権力』

にならざるを得ない理由

我々『病者』が望むもの

当事者『病者』こそが主人公という常識

当事者『病者』こそが意志決定をするという常識

プロはただのサービス業にしかすぎないのだという常識

『病者』が意志決定に参画出来ないものはすべて結局は

『病者』を『強制』と『管理』と『教育』と『指導』することになる

『病者』が意志決定に参画出来ないものが「作業所」とか「福祉工場とか所謂『福祉制度』と称して何か作られるよりは、ちょっかいをかけられない方が、はるかにましかもしれないという想い

我々が欲しいのは

◆《なかま》が欲しい

◆我々『病者』の意志・意見を聞いて欲しい

◆《なかま》と語り合える《たまりば》が欲しい

◆『病者』自身が受け取れる、自由に使える《金》が欲しい

◆「火傷」をするかもしれないが『病者』と『隣人』として付き合うという『ともだち』が欲しい

◆今の『法』と『制度』を叩きこわして欲しい

◎もしプロや家族がどうしても『福祉制度』を要求したいのなら

【1】ワンクッションではなく、直接『病者』の懐を暖かくするモノ

例えば、生活保護と障害者年金の金額の向上

【2】地域密着性をもつモノ 単一性のものではなく多様性を持つモノ

狭いものより広いモノ 巨大なものより小さなモノ

例えば『精神病者』用の共同住宅より公営住宅の優先入居

【3】実質的手帳制度にならないモノ

「IDカード」「赤い手帳」はごめんだ

【4】①その選択は当事者が決定できること

②どの選択肢を選んでも評価が同じであること

具体的にできることと

してはならないこと

(1) 《たまりば》の確保

『病者』自身が運営するモノでなければならない

プロや家族会が運営するモノではない

⇒最低でも当事者『病者』の意志決定における参画が絶対に必要

『作業所』『保健所ディケア』が本音で良く言われない理由

☆我々を『指導・教育・管理』する

☆我々を競争社会・生産性社会に合わせようとする

☆『施策』がやっているのであって『人間』ではない

地域の受け皿という問題の解決に当たって

《たまりば》という発想と

『作業所』『中間施設』『社会復帰施設』『福祉工場』などという発想の
違いが、大きいのだ。違いのわかる人になって欲しいのです

《支える》という発想と

《支え合って生きる》という発想の

違いが大きいのだ。違いのわかる人になって欲しい

《支え合って生きる》とは相互関係である。一方通行ではない。

《支え合って生きる》とはお互いにして欲しいということをし、

して欲しくないということをしてしないこと

《支え合って生きる》とはより多く金をもっている者がよりお金を出し

より少なくしか口を出さないこと

病院を地域化するという発想と
地域が病院化するという発想の
違いが大きいのだ。違いのわかる人になって欲しい

「患者会」「当事者グループ」という在り方

京都前進友の会の取り組み

愛媛「ごかい」の取り組み

静岡「藤枝友の会」の取り組み

名古屋「0の会」の取り組み

全国『精神病』者集団の取り組み

全国的に広まってネットワークができれば

(2) それぞれが『地域』で『職場』でできること

その『地域』で『職場』で『病者』がいたら《排除》しないで欲しい
その『地域』で『職場』で『病者』がいたら《支えて》欲しい

(3) 精神病院の開放化促進

プロの人達の良心にかけて

既成事実の積み上げて

(4) 『病者』の立場に立った人権機関の設立と運営

京都滋賀精神医療人権センターの取り組み

全国各地に広まってネットワークを構成する

問題は金と人

(5) 政治闘争→まずは撤廃してほしいものがたくさんある

欠格条項の撤廃 精神保健法の撤廃 処遇困難者病棟の撤廃

厚生省の監視 予算措置の監視と要求

★政治闘争の必要性

なぜ、「良心的」なプロや家族や友人が我々に対して『強制者』『管理者』『教育者』『指導者』としてしか振る舞うことができなかったのか。
それは制度が法律が厚生省が権力がそれを欲し、そのように誘導し、そのように強制したからである

『病者差別』、そのはっきりした法的制度的差別としての

『欠格条項』

◎欠格条項とは 数的には現在451件を数える

法もしくは規則により、

何ら合理的理由なく、

資格・免許・役職等を取得できない、

若しくは制限、取消、剥奪される条件を、

と共にまた行為及び自由・人権の制限

並びに適用除外を加えられる条件をいう

合理的理由とは

例えば、その役職に関係が深い官庁・企業の関係者はその役職

につけないことがある

例えば、その資格、免許を取得するには一定の学歴もしくは講習を

受ける必要がある

例えば、その役職、免許に関係が深い犯罪を犯した場合

取消され剥奪されることがある

◎条例をも含めると

自治体の条例については、ここでは掲載していないが、含めなければならないものである。全都道府県、全市町村の条例の欠格条項となると一体どのくらいになるのか見当もつかない状況で、実際全部確認されたこともないのではないか。例えば議会の傍聴を制限する条例を持つ都道府県は28あることは確認されている。各地での闘いに期待される。

例えば京都では

「京都市文化財保護条例」「元離宮二条城条例」がある

◎改正例は

例えば公衆浴場法→入浴の拒否

「他の入浴者の入浴に支障を与える虞のある精神病患者と認められる者に対しては」⇒完全に削除

となれば、この『精神病患者』の欠格条項はまさしく必要のなかったものだということである。ならばこの欠格条項は不合理極まりない『差別』のための条項であったという証明である。また現実に具体例として削除してなにか問題があったとは聞いていない。とすれば何故この法にはできて他の大多数にはできないのであろうか。

『欠格条項』の具体例

[1] 『精神病患者』『精神の故障』『心身の故障』等を理由として資格・免許・役職等を取得できない、もしくは制限、取消、剥奪される場合

→252件

そのあまりの多さにうんざりする上、免許・資格としては日常生活や基本的な職業生活上で必要なものに対する排除が目につく。また役職としては、休職事由としてよりも、ほとんどが罷免解職失職の事由とされている。まさに『精神病患者』排除の論理、『差別』の仕組みが露骨に現れていると言えよう。また特に『精神病患者』『精神病』を一律に理由として排除している場合には、精神医療上、『病者』一人一人のその時の状態を全く無視しているわけであるから、これは非合理を越えて、全くの『差別』と言わざるを得ないものがある。大体その免許・資格・役職を果たす十分な条件は『精神の健康状態の度合い』に限らないではないか。何ゆえその条件にことさら『精神病』を使うのか。

①『精神病患者』等を理由とする

☆道路交通法→運転免許・受験資格・免許取消

88条1項2号「精神病者、精神薄弱者、てんかん病者、目が見えない者、耳がきこえない者、又は口がきけない者」

☆理容師免許☆美容師免許☆調理師免許☆栄養士免許☆通訳案内業免許

☆医師法→医師免許・国家試験受験資格・免許取消

4条1号「精神病者又は麻薬、大麻若しくはあへんの中毒者」

☆歯科医師免許☆歯科衛生士免許☆歯科技工士免許

☆保健婦・助産婦・看護婦・准看護婦免許

☆理学療法士及び作業療法士免許☆柔道整復師免許

☆あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師免許☆獣医師免許

②『精神の故障』等を理由とする

☆労働安全衛生法→衛生管理者免許・作業主任者免許

衛生工学衛生管理者免許

☆労働安全衛生規則→高圧室内作業主任者免許・ガス溶接作業主任者免許

林業架線作業主任者免許・特級一級二級ボイラー技士免許・エックス線作業主任者免許・ガンマ線透過写真撮影作業主任者免許
許特定第一種圧力容器取扱作業主任者免許・発破技士免許・揚貨装置運転士免許・特別普通ボイラー溶接士免許・ボイラー整備士免許・クレーン運転士免許・デリック運転士免許・潜水士免許

☆皇室典範→皇位継承順位の変更

③『心身の故障』等を理由とする

☆国家公務員法・人事院規則→国家公務員降任及び免職・休職

78条「心身の故障のため、職務の遂行に支障があり、又はこれに堪えない場合」

規則11-4 7条「任命権者が指定する医師2名によって、長期の療養若しくは休養を要する疾患又は療養若しくは休養によって治ゆし難い不具廃疾その他の心身の故障があると診断され、その疾患又は故障のため職務の遂行に故障があり、又これに堪えないことが明

らかな場合とする」

国家公務員法8条→人事官退職及び罷免

☆簡易郵便局法→受託者・委託契約の解除

☆労働組合法→中央並びに地方労働委員会委員

☆行政相談委員法→行政相談委員・解嘱

☆人権擁護委員法→人権擁護委員・解嘱

☆心身障害者福祉協会法→心身障害者福祉協会役員解任

☆社会福祉事業団役員解任☆日本赤十字社役員解任

☆医薬品副作用被害救済基金役員解任

☆労働福祉事業団役員解任☆雇用促進事業団役員解任

☆都道府県公害審査会委員罷免☆公害防止事業団役員解任

☆文化財保護法→重要無形文化財保持者・認定解除

☆電波法→無線従事者免許・免許取消

〔Ⅱ〕『精神病』『精神の故障』『精神障害』等を理由として行為及び自由・人権の制限並びに適用除外を加えられる場合→19件

数は少ないが、『生命の安全』『身体的自由』という意味で、決定的な排除を行うものが大半である。特に『優生保護法』については全き『存在の否定』を目指しているものと断言せざるを得ない。また『精神保健法』については、はっきり言って独自に『撤廃運動』をしなければならない大変な『保安処分法』であると思う。来年見直しの年でもあり、今回時間もないので、でき得ればこの『精神保健法』の持つ問題点を考えるだけの機会もまた必要であろう。

☆労働安全衛生法・労働安全規則→就業禁止

68条61条「精神障害のために、現に自信を傷つけ、又は他人に害を及ぼすおそれのある者」

☆最低賃金法→最低賃金の適用除外

8条1号「精神又は身体の障害により著しく労働能力の低い者」

☆出入国管理及び難民認定法→外国人の上陸許可の制限

☆民法→離婚理由 770条1項4号

「配偶者が強度の精神病にかかり回復の見込みがないとき」

☆公営住宅法施行令→入居者資格の除外

☆優生保護法→強制優生手術・強制妊娠中絶手術

☆医療法施行令→精神病院等の従事者の定員の特例

医師3分の1 看護婦3分の2

☆精神保健法→多種多様な強制入院制度・行動制限

[Ⅲ] 『禁治産』『準禁治産』を理由として資格・免許・役職等を取得できない、もしくは制限、取消、剥奪される場合→180件

心神喪失若しくは心神耗弱の状態にあるものの経済活動によって本人に不本意な損失を招かないように、本来は本人の利益の保護・擁護が基本目的であったはずである。しかしながら『心神喪失』『心神耗弱』を勝手に広く適用したり、個々の状況を全く顧みず一律に宣告をしたり、また宣告後状況に応じて回復されることがない等、また財産処分上や財産相続上の争いに悪用されているというような事実は多い。しかもこのように、一旦宣告されると『禁治産』『準禁治産』を理由に、一律に、財産の処分とはなんら関係のないような公務員・モーターボート選手・競馬騎手・教員免許等からも排除されるのである。『精神障害者』の差別のため作られているといっても過言ではない。

☆宗教法人法→宗教法人の代表役員・責任役員

代務者・仮代表役員・仮責任役員

☆モーターボート選手・審判員及び検査員登録規則

→選手・審判員・検査員登録削除

☆競馬法・競馬法施行規則→馬主・調教師・騎手

☆家畜改良増殖法→家畜人工受精師・免職取消事由

☆国家公務員法→一般職たる公務員・受験資格・失職事由

人事院人事官罷免事由

☆国会職員失職事由☆自衛隊員失職事由☆地方公務員失職事由

☆教職員免許法→教員免許・免許失効

☆医師免許取消事由☆歯科医師免許取消事由☆薬剤師免許取消事由

☆公職選挙法→準禁治産者には選挙権が認められ禁治産者には剥奪

〔Ⅳ〕「西欧近代市民社会原則」を前提とすれば、合理的な欠格条項

私は、完全な『差別』だと思っているが、運動的な意味においても、この条項が『差別』かどうかは論争がある。なぜなら、この条項は「西欧近代市民社会」の成立にとっては必要不可欠なものと考えられているからである。したがって、この条項を『差別』と考える私の立場は、必然的に「西欧近代市民社会原則」の否定、ないしは乗り越えを目指すものとなる。

☆民法→そもそもの禁治産者・準禁治産者条項

☆刑法→ 39条「心神喪失者ノ行為ハ之ヲ罰セズ」

〔Ⅴ〕最大最悪のこれから作られようとしている欠格条項

『保安処分』

法的制度的差別の極致、行き着くところまで行った差別、欠格条項としての最大最悪のもの

過去の一貫した法務省の刑法『改正』策動の問題、またこれから厚生省が作ろうとしている『処遇困難者病棟』の問題、またある意味で現行保安処分制度としての『精神保健法』の問題にまで拘わる大きな問題である。でき得ればこの問題点を考えるだけの機会もまた必要であろう。

「精神保健法」見直しに向けて

第1章総則

- ①国民の義務→この『権利』と『義務』の倒置した発想
それは『ファシズム』につながって行く
まさにこれが「法の目的」であろう

第2章施設

- ②社会復帰→金のかからない安上がり収容を目指す
これまでの精神病院が、もっと人を減らして看板だけを「社会
復帰施設」「中間施設」に掛け替えて、儲けようとする怖さ
入院費のかかる患者は出て行け
生活費がかかる病者は出て行け
中間施設社会復帰施設にでも入ってろ
どんな扱いを受けるか規定がない故全く不明
しかも世論上の見栄えもよいし治安も保てる
分断支配の貫徹と差別の二重構造

第3章地方精神保健審議会及び精神医療審査会

- ③精神医療審査会→強制入院制度に「適法手続」上の整合性を与える
つまりは「お墨付き」を与える役割
90年退院請求件数1038件 退院件数14件
京都 29件 0件
審査委員の任命権と構成→お手盛り審査
医師3名法律家1名学識経験者1名
京都5名3班計15名
膨大な定期病状審査件数と届出件数→処理能力を越える
90年定期病状審査件数129,551件
京都 1,486件
90年届出件数 135,324件
京都 2,586件
上訴手続がない→適当、問題なしと審査判定されると

第4章精神保健指定医

④指定医制度→精神科医師の管理強化

取得するための条件→強制入院患者のケースレポート

指定の取消→退院に消極化

第5章医療及び保護

⑤強制入院制度→法の根幹をなす

他の条項は全ては強制入院制度を保証するために存在するといっても過言ではない

真の意味での『自由入院』なるものはない

◇措置入院◇

2名の指定医が「精神障害者でかつ入院させなければ自傷他害のおそれ」と診察結果が一致した場合、知事の命令により期間は無制限で国都道府県設置若しくは知事指定病院に強制入院させることができる。退院は指定医の診察の結果「自傷他害のおそれがない」と認めたとき知事の命令によるが、保護義務者に引取義務がある

◇緊急措置入院◇

1名の指定医が「精神障害者でかつ直ちに入院させなければ自傷他害のおそれ」診察した場合、知事の命令により期間は72時間に限り国都道府県設置若しくは知事指定病院に強制入院させることができる。退院はしたがって72時間を過ぎれば、当然退院となるべきものだが、他の入院形態に移行させられることと妨げるものではないことが十分考えられる。

◇医療保護入院◇

本人の同意がなくとも保護義務者が同意しかつ指定医が入院の必要を認めた場合、保健所を通じ知事に届け出て、期間は無制限で、どこの精神病院にも強制入院できる。退院は指定医が入

院の必要を認めなくなった場合か保護義務者の同意がなくなった場合による。ただし退院に際しても保健所を経て10日以内に知事に届け出なければならない。この届出義務が新設されたことで、行政が入院から退院までを管理できるというわけである。

◇仮入院◇

本人の同意がなくとも後見人・配偶者・親権者・その他扶養義務者が同意しかつ指定医が「精神障害者の疑いがあるとその診断に相当の期日を要すると」認めた場合、保健所を通じ知事に届け出て、3週間に限り、どこの精神病院にも強制入院できる。退院はしたがって3週間以内に診断決定しなければ、当然退院となるべきものだが、また同意権利者が広くとらえられていることもあいまって、ここが入り口になって他の入院形態に移行させられることは十分考えられる。

◇応急入院◇

本人の同意がなく、また保護義務者の同意もなくとも、急速を要し、指定医の診察の結果「障害者でかつ直ちに入院させなければ医療及び保護上著しく支障があると」認めた場合、保健所を通じ知事に届け出て、72時間に限り、知事が認めた応急入院指定病院に強制入院させることができる。退院はしたがって72時間過ぎれば、当然退院となるべきものだが、ここが入り口となって、保護義務者の同意をもって、他の入院形態に移行させられることは十分考えられる。しかも入院に際して保護義務者の同意も必要ないことから、これで実質的な不法な強制入院は一切存在し得ないこととなった。

◇任意入院◇入院は本人の同意。ただし、退院は指定医の診察により72時間退院制限できる。この72時間の間に他の入院形態に移行させられることは十分考えられる。まるで入り口は

広いが出口は狭いという、落ちたら抜け出せない『罌』みたいなものである。しかも『任意入院』制度を新設したことにより、真の『自由入院』をも管理することができることとなったと言
い得よう

- ⑥行動制限→法に基づく、法に則った人権・自由の制限ができ得る
通信の自由→面会・手紙・電話
身体の自由→刑法典類による法務官以外の拘束が法に基づくの
はこれのみ。

- ⑦保護義務者→賠償責任と引取義務を負わせる→退院に消極的に
本人の同意のない入院制度に必要なものとしてある

- ⑧通報制度→治安を維持し強制入院させるための網の目
無断退去者→所轄の警察署に通知
一般人の申請→「疑いのある者を知った者は、誰でも」
保健所を通じて都道府県知事
警察官の通報→保健所を通じて都道府県知事
検察官の通報→不起訴・無罪・執行猶予・その他特に必要
があると認めた場合
保護監察所長の通報→保護監察中の者
強制施設長の通報→釈放する場合
精神病院管理者の届出→措置入院患者の退院

第6章 罰則

- ⑨罰則の有無・軽重・悪用→うまく強制入院制度を補完する。しか
も罰則を悪用されれば
警察官の虚偽通報した場合には罰則は
通報・措置入院に必要な指定医の診察を拒否・妨害・忌
避、居住地立ち入りを拒否・妨害した場合には罰則は
精神医療審査会委員等の守秘義務に違反した場合の罰則

の悪用

退院命令勧告に違反した場合の悪用

◆そもそも、外科や内科に「外科保健法」や「内科保健法」がないのに何ゆえ精神科にだけあるのか？

◆「医療法」「医師法」「保健婦看護婦助産婦法」等は病院や医師や保健婦や看護婦に関する規制であったり管理であったりするのに、何ゆえ「精神保健法」だけが『患者』に対する規制管理の法なのか

◆全ての条項が、『強制入院制度』を補完するためにあるといっても過言ではない法律であり、実質的『保安処分法』『強制入院法』である。それもより巧みな、すなわちより安く、より出口を狭くし、より見栄えがよいというとんでもない『悪法』『強制収容法』と言い得る

◆そもそも、西欧近代市民社会の大原則、基本的人権の基礎「人身保護律」「身体的自由」が犯されるのは、刑法典類による法務官以外の拘束を別にすれば『精神保健法』による『精神医療』での『精神病患者』に対する、強制入院制度これのみ。すなわち『病者』には西欧近代市民社会のもつ大原則も適応除外されている。西欧近代市民社会の根幹を掘り崩すのではないか。

◆マズ、撤廃→その実現に向けての取り組みの中で、現在の運動上、問題のあるところを一部『改正』させるというのなら

『処遇困難者病棟』の問題点

概略

1990年「厚生科学研究報告書 精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究 主任研究者道下忠蔵」が、出された。その前書きには「しかし、これら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し、社会から非難される事例もみられる」とある。

つまるところ、この前書きが研究の動機のようなものである。これはどうも、研究する前から結果が分かってしまうような動機である。今なぜ厚生省がこの研究を企画したのか、しかもこの研究班の発足は、「精神保健法」の成立と同じ1987年である。これは何を意味するのか。

ところで、この「研究」の方法は全国の単科精神病院へのアンケート調査ならびに大阪府と石川県の単科精神病院への地域実地調査、およびそのデータの分析である。問題は、このアンケートでは患者個人の調査も行われていて、個人情報わかりやすい形式になっていることである。とくに個人調査票は950名分回収されたそうである。そのアンケート用紙はどこでどう処分されたのであろうか、あるいはどこかに保管されているのであろうか。それは、厚生省と警察庁とが保管しているのだろうか。

この調査のうえ、結論では、突然、欧米—特に英国—の『特殊病院』を参考にした、二層構造のモデルが提案されている。尚且つ、この病棟への入退院の判定は、適当な第三者機関（判定委員会）が行うとしている。このように、我々『病者』のなかから、ある『病者』を処遇困難例として取り出し、特別の施設に収容し、通常の医—患関係ではない「第三者機関」に入退院の判断をゆだねるようなシステムは、保安処分に限りなく近づき、『精神医療の改革』を妨げるものだと断じざるを得ない。

問題点

《第一の問題点》

プライバシー⇒医師守秘義務違反⇒研究の始まりからして人権無視

《第二の問題点》

概念規定の曖昧矛盾⇒はたして『患者』側要因だけか⇒『処遇』する側の問題無視

《第三の問題点》

『処遇困難者病棟』内での治療の不鮮明⇒治療放棄の上での拘禁とは

《第四の問題点》

医療を受ける権利の侵害⇒本人の望む場所・主治医・方法での

《第五の問題点》

第2第3第4の問題点を『精神医療』上の観点から見ると⇒無責任と
とめどもない医療技術低下

《第六の問題点》

誰が決定するのか⇒評価委員会⇒ずばり保安処分への道筋

《第七の問題点》

『病者』の分断⇒『差別』の二重構造⇒『病者』同志の抑圧構造

《第八の問題点》

またしても当事者の無視⇒当事者の意見を聞くことから始めよ

目的

I 金は使いたくない→医療費福祉予算抑制

→効率化・機能分化・分類収容

II 外見をよくしたい→世論（特に国際世論とマスコミ）

III 治安を守りたい→保安処分

保安処分とは

『精神障害』等を理由に

予防拘禁・予防拘束をしようとするもの

1956年刑法改正準備会設置

1963年法制審議会刑事法特別部会設置お

1971年法制審議会刑事法特別部会全面改正決議

1974年法制審議会総会全面改正決議

1984年宇都宮病院「リンチ死事件」発覚

国連人権小委員会・国際法律家委員会勧告

1987年「精神保健法」成立

厚生省科学研究班（道下研究班）発足

1989年公衆衛生審議会

「処遇困難患者に関する専門委員会」設置

1990年「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

1991年「処遇困難患者対策に関する中間意見」

「地域精神保健対策に関する中間意見」

1992年予算措置 実現化へ 松沢・太宰府・中宮

精神神経学会「凍結決議」

保安処分の問題点

§ 将来的危険予測は不可能である

§ 『精神病』の診断学には未だ不明確な部分がある（特に精神
病質概念と責任能力判定）

§ 『精神障害』概念の拡大をもたらす

- §『病者』に対する差別偏見の強化をもたらす
- §『精神医療』に対する治安政策的圧迫である
- §『保安』と『医療』という基本概念は相反するものである（拘禁下において治療は有効足り得ない）
- §諸外国の「保安処分」における効果は証明されていない（それどころか失敗であったとの評価がかたまりつつある）
- §政治的弾圧の道具として利用される可能性がある
- ◇「刑法犯」の中で『病者』の占める割合は約10分の1である
- ◇再犯率も決して高くない
- ◇犯罪における社会的要因を無視する
- ◇『病者』の『精神病』に因らない犯罪もある
- ◇裁判を受ける権利の侵害（無実を晴らす機会を奪う）
- ◇刑を受けて罪を償う機会を奪う
- ◇そもそも、犯罪率より自殺率を見よ。殺すより殺される方が何倍も多いではないか。
- ◇危険性の度合いなら年間1万人も死亡者が出る「運転免許所持者」の方が余程高いではないか。

◆そもそも、西欧近代市民社会の大原則、基本的人権の基礎「人身保護律」「身体的自由」が犯されるのは、刑法典類による法務官以外の拘束を別にすれば『精神保健法』による『精神医療』での『精神病者』に対する、強制入院制度これのみ。すなわち『病者』には西欧近代市民社会のもつ大原則も適応除外されている。西欧近代市民社会の根幹を掘り崩すのではないか。

◆もっとも現行の『精神保健法』体制が、実質的『保安処分法』『強制入院法』であるとも言える。しかもより巧みな、すなわちより安く、より出口を狭くし、より見栄えがよいといふとんでもない『悪法』『強制収容法』と言い得る

『精神障害者復職等審査委員会』の差別性を取り上げて

人事院公平審闘争

〔経過〕

私は、「郵政省京都簡易保険事務センター」の労働者でした。1988年より約2年間にわたり病気休職し、その間2度の『精神病院』入院経験があります。その後退院し、1990年2月主治医の「全治4月1日復職可能」という診断のもと、復職を求めたのです。ところが、当局は、その名も『精神障害者復職等審査委員会』という差別的制度の審査をて私の了解も主治医への説明もなしで、かつてに病気休職の「期間更新処分」を発令したのです。

結局私は職場に復帰するのが遅れてしまいました。その間、私は、病気休職中の賃金の保証は切れてしまうし、職場の仲間のもとにも戻れず、私のかかった『病気』は、ことほどさように、ほかの病気とは復職するときにも違う扱いを受けなければならないのかと、ショックでショックで、たまりませんでした。

しかし、私は職場を2年間も離れていて、そこに戻るというだけで、随分精神的に圧迫感がありましたし、ここはあきらめてソットしておくつもりだったのです。でも、私のことを『病気』の間中支えてくれた職場の友人たちは、「これは君だけの問題ではないし、これからこんなことがどうどうとまかり通っては大変だ。これはほんとうに『精神病患者』に対する差別ではないか。これまでも全通でズッと闘ってきた江端君だからこそ、ここはしんどいかもしれないけれども闘うべきではないだろうか」と励ましてくれたのです。

私は決心しました。しかし、全通近畿地方本部は取り上げてくれませんでした。京都地区と支部は問題としながらも、上部機関の決定には逆らえないとのことでした。私は労組をあきらめ、「京都滋賀精神医療人権センター」に相談の上、近畿郵政局へ「質問状」を、全通近畿地方本

部へは「要望書」を送付しました。そして、人事院公平審に処分取消と『精神障害者復職等審査委員会』制度の廃止を求めて闘ったのです。

〔問題点〕

問題点は2点あると考えます。

その第1点は『精神障害者』である職員が復職を申し出た場合のみ他の疾患の職員の場合と区別して審査委員会の審査を受けなければならないとしていることは、何ら合理的理由はないということです。

『精神障害』の場合のみ他の疾患、骨折や高血圧症や糖尿病等と違い特別に精神障害者復職等審査委員会』の審査をへなければならない『特殊性』は一体どこに存するのか。これは「精神障害者が職場にいればいつ何時職場で問題を起こすかもしれない」という予断と偏見に満ちた差別意識に基づくもので、法的には法の下での平等をうたった憲法に違反する違法不当なものだと断じざるを得ません。

第2の点は、どんな疾病であっても主治医が「復職可能」とであると診断していて、本人もはっきりと復職の意思表示をしていて、何ゆえ速やかに復職できなかったのかという点です。

「国家公務員法」には、休職処分は、休職事由の存在することが医学的に明らかな場合にのみ発令し得るものであって、その事由が消滅したときには速やかに復職を命じなければならないとされています。しかるに本件の場合、専門の精神科医師である主治医が1990年2月24日付けで精神疾患は全治し、同年4月1日に職場に復帰することが可能と診断され、休職事由が消滅しているにもかかわらず、速やかに復職を命ずるところか、かつてに休職期間更新処分を発令したものであって、法的には適合しない違法不当なものだと断じざるを得ません。

〔公平審集中審理〕

1991年2月に京都において、公平審の集中審理が4日間行われました。人権センターや前進友の会、市民運動、友人達、そして全通京都

地区と、本当に連日傍聴して頂いて、どれだけ心強かったかわかりません。カンパもして頂いたりとか、本当に物心両面から支援して頂きました。請求者席から見ると、傍聴席が支援者で一杯になっていたのが、どれだけ私にとって力になったのか、それは本当にはかりしれないほどでした。

でも、審理の間中、たとえ『精神障害者復職等審査委員会』の差別性不当性を明らかにするためとはいえ、私の家族のこととか、プライバシーというか、本当に人に知られたくないようなこと、『病氣』のことや、請求者席に座ってられないほど、そういうことが赤裸々になっていくのは、本当に耐えられませんでした。ここまでしなきゃいけないものかと考えました。とくに『病氣』の事はやはり人には知られたくないものです。しかも、当局側の証人はノラリクラリと「官僚答弁」を繰り返すだけですし、しんどかった。

ともかく裁判と同じように証人調べが行われました。非常に有利に進み、論理的には当方の主張が明らかに客観性を持ち、説得力がありました。それに反して近畿郵政局側の証人は反対尋問に、しどろもどろになりながら、自らの『差別性』や事務の不手際を認めてしまうなど、無様に終始しました。以下各証人の証言趣旨を記します。

§ ト部証人 § 私の最初の主治医で岩倉病院の院長です。当方の証人として、『精神医療』を取りまく世界的情勢、『ノーマライゼーション』という考え方から言って今の日本の『精神病者』を取りまく状況は悲惨としか言えず、「精神保健法」の精神からも、国の機関からはこんな『差別的制度』は早くなくすべきだと証言されました。

§ 松沢証人 § 私の主治医で駒ヶ根病院の院長です。当方の証人として、『全治』していたことを、専門の『精神科医』として明言されました。また、『全治』したことを前提に、私の場合仕事上のことでなく、過去の労使問題や懲戒処分を持ち出すなどの「ごく

特殊な状況」に追い込まない限り『再発の』おそれもあり得ないと証言され、近畿郵政局側の休職更新処分の唯一の理由「組織改正の考慮」などは、全く意味のないことであると証明しました。

§ 稲田証人 § 休職期間更新処分の根拠となった「診断書」を書いた『産業管理医』です。まず、「私は専門医ではないから」と自らの内科医として精神科上の限界を認めました。

その上で、診察の結果請求者に心因反応に特徴的な症状は認められず、再発の可能性もなく、体力も業務に従事できないほどのものではないと判断したが、復職先の職場での組織改正を考慮し、「心因反応により過去3年間病気休暇中であり、平成2年4月11日から4月末日まで復職のための体力向上を要するものと認めます。正し、可及的すみやかに復職できるようお取り計らい願います。」という、なんと病名欄を空欄とした診断書を提出したことを認めました。しかも体力向上を理由としながらも、それでは体力向上のためにどんな処方をしたのかと問えば、何もしなかったと証言しました。

§ 中上証人 § 『精神障害者復職等審査委員会』の委員で『産業管理医』です。専門の精神科医ではありません。「精神障害者復職等審査委員会では、個々に応じて慎重に審査するものである」と言っておきながら、組織改正が唯一の理由となっているにもかかわらず、組織改正の実態を把握していなかったことがあきらかとなり、「個々に慎重に審査する」どころか、いいかげんな審査しかしていなかったことが明らかになりました。

§ 中安証人 § 近畿郵政局で『精神障害者復職等審査委員会』の事務を扱っています。組織改正の資料を委員会に提出することをせずに審査して、組織改正を理由に復職させなかったことを認めました。また自分自身も組織改正の実態を把握していませんでした。また委

員会では『全治』していたことを認めていたことが明らかとなりました。

§ 吉岡証人 § 京都簡易保険事務センターで本件事務を扱っています。復職先の貸付課では組織改正により仕事が客観的に変わったものではなく平穩に終始し、なおかつ平穩でない他課へ応援に行っていた事実が明らかになりました。また審査委員による「病名が書いてない診断書で病氣休職が発令できますか」という質問に対して「それはできませんねえ」と正直に答えてしまうという失態を演じました。

以上、病氣休職更新の唯一の理由となっている組織改正の無意味さ、また『精神障害者復職等審査委員会』の審査内容のいいかげんさを追求し、なおかつ公平審の場をさながら『ノーマライゼーション』の学習会にしてしまうなど、全く当方に有意義に終始しました。

〔判定〕

その後、1年間も「判定」がでず、とうなったんだろうと、やはり「不当判定」だろうかと心配の尽きない1年でした。そしてとうとう1992年2月「判定」が出たのです。

「以上のとおり、本件休職期間更新の処分は、休職の期間を更新すべき正当な理由のないまま行われたものであるから、請求者のその他の主張について判断するまでもなく、これを取り消すのが相当である。」

全面勝利でした。しかし、私は結局、この「判定」が出るまでに、みずから職場を離れていました。

『精神障害者復職等審査委員会』制度の差別性不当性については、一切何も言及していませんが、ともかく人事院は、当局の処分について、

「これは、結局、復職を希望する請求者にとって著しい不利益処分である休職期間更新の処分の当否を、請求者が心身の故障により更に休養を要する状況にあるかどうかよりも、請求者が復職しようと

していた職場に生じようとしていた事情によって判断されたものであって、このような事情も病気休職中の職員の復職に当たって考慮する必要があるとしても、その事情が復職後の請求者が従事しようとしていた職務にさしたる影響を与えるものとも認められず、また、仮に影響があったとしてもそれを考慮した受入体制を整える時間的余裕が十分にあったにもかかわらずこれを行っていないことを考え合わせれば、正当なものとはいえない」

と、はっきりと認めました。

一見全治していたかどうかの『症状論』のようにみえますが、近畿郵政局が主治医の診断以外に「休職期間更新処分」発令の根拠を求めていることに対して、はっきりと不当であると判定した意義、そして当局の受入体制の必要性をも視点に入れたことは、とても大きいのではないかと思います。ある国家機関が別の国家機関の偏見を克服し、不十分ながらも『ノーマライゼーション』を一定理解したのかなと、人権センター共々、喜んでいます。

〔その後〕

近畿郵政局に対して『精神障害者復職等審査委員会』制度の撤廃を求めて闘いは継続中です。人権センター名で「申入書」「質問状」をそれぞれ発送しました。「スムーズな復職と再発予防を目的としており、差別的制度とは考えていない」という当局のいなおり『官僚答弁』としか考えられない文書回答をえた所です。

人事院の判定ですら不当だということになったのに、近畿郵政局の態度はこれです。その後、直接交渉も持つことができましたが、結局文書回答の域を一步も出ないままに終わりました。やはりどうしても、『病者』の復職だけに高いハードルとして設けられている『精神障害者復職等審査委員会』という制度は撤廃しなければならないと考えます。

また92年の全通近畿地方大会では、支部の方から、組合員が職場で受けた不利益が労働組合はやむなしとし、市民団体に救済を求めて人事

院で勝訴したことは、組織運営上禍根を残すものではなかったかという意見を表明し見解を問うた所、全通近畿地方本部は、当時の判断の誤りを認め、精神障害者復職等審査委員会の制度上の問題について郵政当局に是正を求めて行くこととなったようです。

〔私にとっての意義〕

差別にはやっぱり、面倒でも一つ一つ、闘っていかなければならない、ということを再確認しました。やはり『当事者』を中心として、たった一人でも闘わなければならないのです。そしてでき得れば広範な『連帯』闘争へとつなげていく努力が必要になってくるのではないかと思います。

また労働組合とは、労働運動とはなんなのか、再度考えることができました。そもそも『運動』とはなんなのか、そもそも『労働』とはなんなのか、再度根本的に考え直す契機となったのです。そして、『反社会復帰』という考え方へと進み、この社会を変革する力は、辱められ排除され陥れられ騙され殺され続けて来た我々『病者』『障害者』の側にあるのではないだろうかという回答に結び付いてゆくのです。

が、しかし、以上のような問題意識は、まだ私の中で完全には熟成していません。個人的には、『氏名札問題』とからんで、局をやめ越前国は平泉寺庄で『越ノ毛人』として『ひやくしやう』をしながら、「『病者』運動」を目指していこうと思っています。以下の文章は私のまだ完全には熟成していないが、ともかくこのことを通じて考えたことを、考え続けていることを、発酵する途上で取り組んでみたものです。

〔反社会復帰試論〕

上記のような闘いをへて、そして『病者』として「前進友の会・やすらぎの里作業所」にかかわりながら『病者』どうしの《なかま》という関係を通じて、今、「社会復帰」「『病者』が働く」ということ、広い意味で「『障害者』が労働する」ということに関して、次のような3点の結論というか疑問を得ました。

第一は『働く権利』というものは、家族会や厚生省がいくら「社会復帰」を言おうが、マスコミが「ノーマライゼーション」を言いたてようが、実質的に『病者』にはまるっきり保証されていないということです。

実際この件の場合『精神障害者復職等審査委員会』などという『病者』だけにハードルが制度としてある訳ですし、しかも、「労働安全衛生法」「労働安全規則」には就業禁止規定が存在しますし「最低賃金法」については適用が除外されていますし「国家公務員法」「人事院規則」では免職条項が存在します。

また「欠格条項」として種々の免許や資格、驚いたことに自動車運転免許を含めて、から排除されています。法や制度として、こんなことが存在していることを認めたうえでいくら「社会復帰」を言おうが、それは欺瞞でしかないと思います。大体こんな現状を追認しておいて家族会流の「働くこと＝社会復帰」だという考え方には危険なものを感じます。

第二は『働かない権利』は、もっと保証されていないということです。「働かない自由」ではありません。『働かない権利』なのです。耳慣れない言葉かも知れませんが、でも実は『病者』に取っては『働く権利』より重要なものかも知れません。

例えばこの件の場合、元の職場に必ず復職できるという保証があって初めて、もし『病気』になり『病人』になったとして、ゆっくり休養できるというものでしょう。復職には『精神障害者復職等審査委員会』という高いハードルの制度があり、「国家公務員法」には免職規定があるという中で、『病気』になったので「病気休職」でゆっくり休むということが、はたして安心してできるでしょうか。

しかもそもそも、『病氣』というだけではなく、「判定」でも言う所の職場の受入体制の問題もあるでしょうし、そしてそれは、もっと広い意味での『環境』『社会』の問題にもかかわってくる問題であると思うのです。「労働できない環境」「労働できない時期」「労働できない状態」「今は良いが労働すれば悪化する可能性が高い環境」「今は良いが労働すれば悪化する可能性が高い時期」「今は良いが労働すれば悪化する可能性が高い状態」と色々あるなかで、真に「休息」を欲しているときに、「社会復帰」という美名で働くことを何ゆえ強制させられなければならないのか。

しかも『働かない権利』を実質保証しないために、まさに今「休養」が必要なときに、金が無くなって働かざるを得ない状況に『病人』を追い込んだりする。

具体的には、病氣休職中の賃金の保証をしないことであったり、生活保護を打ち切ったり減らしたりすることであったり、障害者年金を認めようとしないことであったり、地域の「変な人が昼間からブラブラしてる」という冷たい眼であったり、親の「弟は、ちゃんと自分の食いぶちぐらいは稼いでいるのにおまえは何だ。働かざるもの食うべからず」というエゴであったりする。そうして自らが「なんとしてでも働かなければ一人前ではない」と思いこまされ、焦りがつのっていく。

「休養」が必要なときに、こうして「社会復帰」という美名で働くことを強制され、悪化し、しんどくなり、再入院になり、『自殺』という形で殺されたりする。何度も何度もこうしたことを繰り返し、苦しみ、殺されていった《なかま》がなんと多いことか。

私自身そういうことから2度目の入院になったのではないだろうか。そして、結局しんどい時が長くなり、苦しみの時は長かったのです。そしていざ、職場復帰しようとしたら『精神障害者復職等審査委員会』にかけられ、復職をできなくされてしまう。

これが「社会復帰」「労働」という名の欺瞞でなくてなんであろうか。『働く権利』『働かない権利』両方を同時に保証しないということは、

我々に『死ね』ということなのであろうか。然り、その通りなのであろう。結局我々『病者』は「正常な市民社会」というものの運営には邪魔なのであろう。我々の『狂気』が「正常な市民社会」から飛び出したものであるが故に。

こう考えてくると、私は、「社会復帰」という私が復帰しようとしていた『社会』とはそもそも何なのであろうか、あれほど私が復帰したかった『職場』とは何なのか、そもそも復帰したいような『社会』『職場』であるのだろうか、『病者』が労働するというその『労働』とはなんであるのか、もう一度根底から考え直さざるを得ないように感じます。これが第3の結論というか疑問です。

そしてその疑問は、『健常者』が「企業戦士」に無理やりさせられ『過労死』という形で殺されているという現実、例えばあの職場に残った私の労働者《なかま》の切実な「おれもあんなとこできるもんなら早く辞めたいよ」「労組も当局の労対になっとるやないか」「労組の役員が結局出世しよる」という叫びを考えると、この社会を変革する力は、辱められ排除され陥れられ騙され殺され続けて来た我々『病者』『障害者』の側にあるのではないだろうかという回答に結び付いてゆくのです。

まさに、我々の『狂気』が『正常な市民社会』の枠から飛び出してしまいが故に。

参考のために

- [Ⅰ] 患者会・『精神病』者グループの発行している機関紙やパンフ
- 京都 前進友の会 「友の会通信」「兄弟だろ」
静岡 藤枝友の会 「友の会通信」「ひとりぐらしのうた」
松山 ごかい 「ごかい通信」
全国『精神病』者集団 「『病』者集団ニュース」「絆」
- [Ⅱ] 『病者』自身の著書
- 長野英子 「精神医療」 現代書館
吉田おさみ 「“狂気”からの反撃」 新泉社
「『精神障害者』の解放と連帯」 新泉社
香川悟 「分裂病の社会学Ⅰ」「Ⅱ」 素人社
- [Ⅲ] 運動体・学会・労組等の発行している機関紙やパンフ
- 「“狂人”解放への叫び」「保安処分の現状とその問題」
「京都滋賀 精神医療人権センター活動報告集」
「季刊『精神医療』編集委員会編 精神保健法・資料」
「精神科医共闘ニュース」「京都精神病院労組協議会ニュース」
「精神保健国内フォーラム報告集」
- [Ⅳ] 法律・公刊白書・統計資料・厚生省審議会答申および研究類
- 国連総会採択「精神疾患を有する者の保護及びメンタルヘルスケアの
改善のための諸原則」
国際法律家協会「精神病患者の人権調査団結論 及び勧告」
「精神保健法」「厚生白書」「犯罪白書」「我が国の精神保健」「国民衛生の動向」「京都府における精神保健の現状」「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」「地域精神保健対策に関する中間意見」「処遇困難患者対策に関する中間意見」「今後における精神保健対策について」

☞以上の参考文献については、《たまりば・らくよ〜う》江端いっきまで連絡を戴ければ、現物の貸本・入手連絡先等お知らせできます。またできるだけ、現物を置いて置くように致します。一緒に読みましょう。



