１）国連障害者の権利特別報告者による 到達可能な最高水準の健康における障害者の権利についてのアンケート　山本眞理回答

山本眞理（全国「精神病」者集団会員　世界精神医療ユーザーサバイバーネットワーク理事）

１　障害者の健康への権利実現の確保に向けた、現在のそして計画されている法制度と制作に関しての情報　現在の朝鮮とグッドプラクティスも含んで国民健康保険と精神障害者に対する差別

日本では普遍的な国民健康保険制度があり、それを使って原則としてどこの病院でも診療所でも受診できる。そして指定された GP 制度は日本にはない。非常に強い医療機関を選ぶ権利がある。

しかし個人へのコスト転換は最近強化され、医療費の３割負担となっている。一ヶ月の自己負担上限は約９００ドル低所得者には約５００ドルである。したがって医療費が負担できない人も出てきており、受診抑制となっている。

また保険料も払わなければならないが、それも増大しており、保険料が払えない人もでてきている。２００８年には被雇用者でなく企業の保険に入っていない、自営業、引退した人、非正規労働者などのうち約９％が保険料を払えず無保険となっている。

生活保護受給者の医療費は無料である

すべての地方自治体は、障害者の医療費の自己負担分をカバーする特別の制度を持っているが、多くの自治体はこの制度を精神障害者には適用しない。

したがって自治体によって、私たちは精神障害者に医療費自己負担分をカバーする同じ体制を求めて苦闘している。

また任意入院であろうとあるいは外来患者であろうと、精神障害者にとっては医療機関を選ぶ権利を行使することは難しい。紹介状をかくことを拒否する精神科医もおり、また紹介状なしではほとんどの精神科医は拒否する。これは精神科医の『相互支援』制度である。

日本ではほとんどの精神病院診療所は私立であり、精神科医がオーナーである。それゆえ、『相互支援制度』はオーナーの経済的利益を維持する非常に強い武器である。

2.　障害者の健康への権利についてのデータや情報を提供されたい、

精神障害者への隔離収容政策が最大の問題である（グラフ参照）

日本は世界一の精神科病床数を持ち、たくさんの長期入院患者を抱えている。３万人以上が精

神病院に２０年以上入院しており、約１９万人が1年以上入院している。日本は障害者権利条約を２０１４年に批准しているが、有効な脱施設化政策は取られていない。
さらに、政府は1年以上入院している患者の約6割は「重度かつ慢性」であり、精神病院への長期の入院を必要としていると主張した。そして2025年に至っても長期入院患者用の病床の「需要」は10万床と見積もっている。この病床数に基づき各自治体は障害者計画をたてなければならない。
日本にのみたくさんの「重度かつ慢性」患者が存在するというのはナンセンスである。日本特有の「風土病」を発見した研究者はいない。
政府は日本の精神医療の現状を正当化したいがためにこのナンセンスなおいわゆる「重度かつ慢性」概念を使おうとしている。しかし日本の精神医療は完璧に、適切な医療提供に失敗している。日本政府と精神医療は共同してこのナンセンスな概念を作り上げた。この概念を利用し、私立精神病院オーナーは病床数を維持して報酬を得ようと望んでいる。日本の精神病院病床の約90％は私立精神病院にある。

３　保健ケア、公的あるいは民間による医療保険および生命保険 障害者に対する差別に関する情報を提供されたい。
精神病院に対しては診療報酬と医師の定員基準において差別がある
精神病院に対しては政府は低い医師定員水準を認めている。患者48人あたりに一人の医師で良いという水準でこれは他科の定員の3分の1である。また診療報酬も他科の約３分の１である。これらの差別は歴史的隔離収容政策によってつくられた。他の国が政策を転換し病床を減らし地域のサービスを開発した時、１９６０年代に政府は病床を増やす政策をとった。
これらの差別は精神病院における適切な医療提供がないことをもたらし、地域でのサービスへの貧しい予算配分もあって長期入院患者を作り出してきた。
今年４月から政府はさらに措置指定病院の医師定員基準も引き下げる。この政策により措置指定病院はより多くの外来患者をえて、措置指定病院から退院した患者の管理を可能とする。
いわゆる「地域の患者支援プログラム」の構造ゆえに、患者はこれを拒否できない。一般的に先に述べたように医療機関を選ぶ権利は精神障害者にはない。
精神障害者にとって適切な医療を受けることは非常に難しく、隔離収容政策は精神障害者に敵対している。精神障害者が、精神医療以外の適切な医療を受けようとしても、とりわけ精神病院の病棟に拘禁されている場合はとても難しい。精神障害者を拒否する医師もおり、また精神病院オーナーも入院患者を他の病院へ送ることを拒否する、なぜなら、入院患者に付き添って他科の病院へ連れて行く人手がないこと、また健康状態を把握するには彼らの技術が貧しいということもある。
もちろんほとんどの精神病院は適切な精神医療を提供できていないことは前述の通り。
措置入院患者は入院してから1年経っても約60％が他の入院形態で入院継続中である（2015年政府統計）

政府や精神科医は常に強制入院は治療を拒否する人に適切な医療を保障するために必要であると主張している。しかし結果は彼らの主張を裏切っている。

４　障害者の、自由で説明を受けた上での同意の権利についての情報を提供されたい。性と生殖そして精神保健サービスにおけるものも含めて
日本では自由な説明された同意を一般的に保障する患者の権利法制度はない。精神保健福祉法においてもそれを保障する条文はないしまた強制医療を定めた条文もない。それゆえ精神保健においては強制医療の統計は存在しないが、しかしそれは普遍的である。多くの入院患者は強制医療を強いられ、それは処方薬だけではなくまた電気ショック療法も含まれている。後者については本人の同意無しで家族の同意のみで行われている。

５　障害者が以下の何についてどの程度、どのように、保健政策、プログラムそしてサービスの設計、計画、履行そして評価に参加しているか説明してください、
意志決定過程への有効な参加は存在しないとりわけ精神保健政策においては。政府は常に精神医療ユーザー個人をつまみあげ厚生労働省の審議会に参加させるが、彼らは精神障害者団体の代表ではない。審議会メンバーの殆どは精神科医と他のサービス提供者であり、また審議会には政策決定の権限はなく、単に政府の政策を追認し正当化するのみである。
添付資料として UPR プレセッションのパワポを添付しました
英語原文は以下から PDF ファイルダウンロードできます
answers Questionnaire EN
attacged English PPT graghs

記事掲載　2018 年 3 月 31 日