

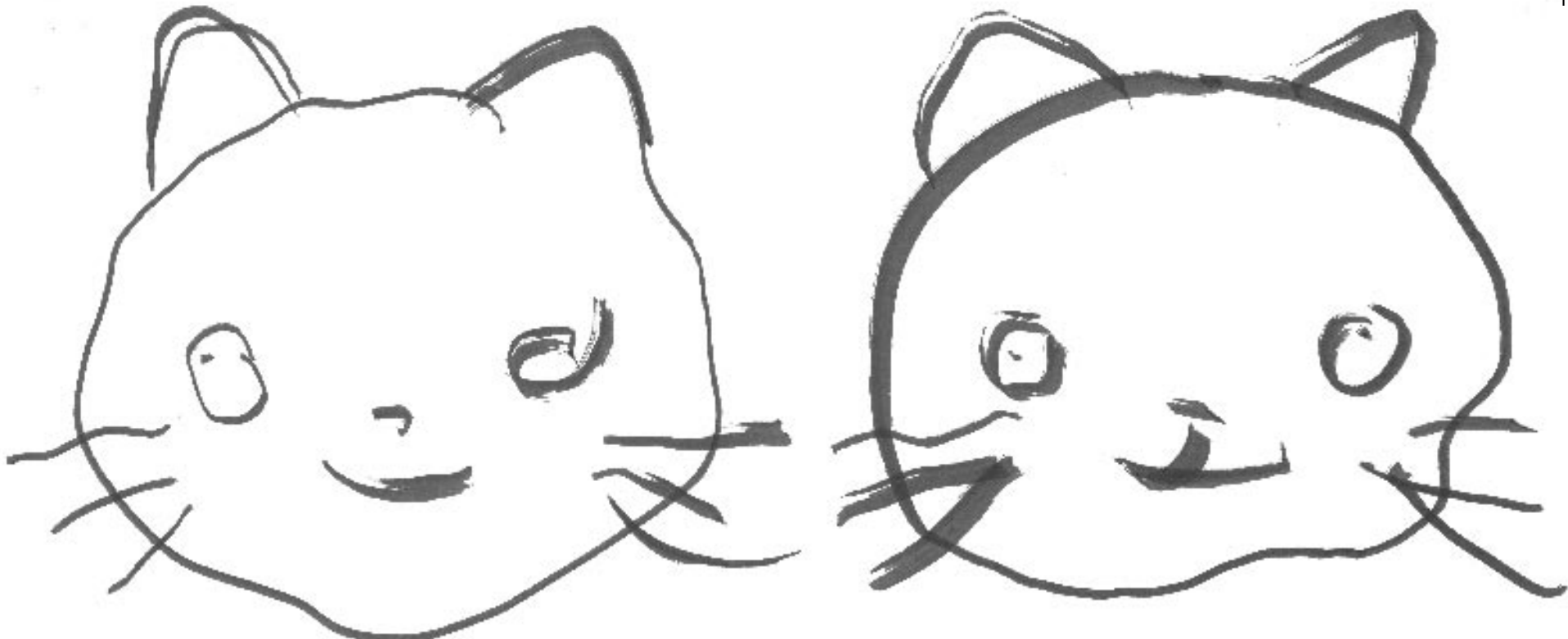
編集人：ぶくぶくの会 〒564-0025 吹田市南高浜町1-17-2A (総務)
TEL 06-6317-5598、FAX 06-6317-0936 Mail: so-mu@puku-2.com URL: www.puku-2.com
代表：馬垣安芳 編集長：上田かおり 1部200円
年間購読料：個人会員2000円 広報会員(3部)5000円
法人会員1口(5部)10000円 賛助会員(1部)10000円
振替口座00940-0-161341
「まねき猫通信」



もくじ

とくしゅう じんけん そんげん じく せいしんほけん
特集：人権と尊厳を軸とした精神保健へ - 2
リレーエッセイ：こうして得られた快適な宿泊 - 三原ひろみ - 4
さんいんせんはいぼく いしづかなおと
参院選敗北とメディアのだらしなさ - 石塚直人5
たかが作業所されど作業所③ - 楠敏雄6

題字：
塩澤 文男
(しおざわ・ふみお)



ね〜こ!!
絵：きーちゃん (奏海の杜)

相模原の事件で犠牲になった19人の方々のご冥福をお祈りします。傷ついた方々に心よりお見舞い申し上げます。
みなさん、それぞれに人生を生きてきた普通の人たちです。殺される理由などありません。障がい者を人間としてみない考え、人を人と思わない行為は、絶対許せません。
世の中にはいろいろな人がいて、一人ひとりそれぞれの価値を持って生きています。普通に毎日を暮らしていくことが、大切です。素晴らしいことだと、互いに思える社会であってほしい。

トリの眼・ムシの目・ニャンコの目

ジャン・ジャック・ルソーの思想は、前近代的な社会体制を改革して近代ブルジョア社会を樹立した市民革命(『フランス革命』1787年)に多大な影響を与えた。中江兆民はルソーの思想を日本に初めて紹介した人で、大逆事件で虐殺された幸徳秋水も思想・運動的には中江の系譜に属する。敗戦後、日本のルソー研究は京都大学人文科学研究所の桑原武夫を中心に、実に幅広い学問業績を誇った。戦後日本の思想界を常にリードし、庶民的視座を決して譲らなかつた鶴見俊輔は、その学派に属する。そして、鶴見が見いだし、生涯に亘って自ら「思想と運動の「相棒」としたのが小田実だつた▲ルソーは言う。「過ちを犯すことは、恥ずべきことではない。むしろ、その過ちがわかつた後、改めようとせず、同じ過ちを繰り返すことこそが恥ずかしいのだ」イギリス人は自分が自由だと思つているが、それは大まちがいだ。彼らが自由なのは議員を選挙する間だけのことで、選挙が終わるや否や奴隷となりはてる。今、再び過ちを犯そうと画策するファシストどもが、選挙で選ばれたと大手を振って、国会と政権を牛耳っている▲市民革命の伝統も歴史も持たない日本の「革命」を、中江も幸徳も、桑原も鶴見も小田も、考えていたのだ!! (ハギ)

一九八四年八月二〇日第三種郵便物承認 毎月(1・2・3・4・5・6・7・8の日)発行

隔離拘束ではなく 地域医療ケアを

人権と尊厳を軸とした 精神保健への転換を

おおさかせいしんいりょうじんけん とうあいびょういんかんごし ありがじょうけい
大阪精神医療人権センター・光愛病院看護師 有我 讓慶

恐ろしい障がい者殺人事件が起こりました。亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、傷ついた方々にはお見舞い申し上げます。報道で、加害者の措置入院の経緯が取りあげられますが、精神障がい者が犯罪に結びつくような偏見拡大を危惧します。7月15日、障大連大阪府ブロックは、「人権と尊厳を軸とした精神保健への転換を」と題する講演学習会を行いました。看護師の有我讓慶さんは、日本の精神医療の実態を報告し、転換を訴えました。講演要旨を紹介します。

2011年、厚生労働省は精神疾患を「5大疾病」に位置づけました。今ではガンや糖尿病を抜いて、最大の患者数となっています。しかし、他科と比べて医師の数は1/3、看護師は3/4で良いという低い人員配置によって、患者が適切な医療を受ける権利が奪われているのが実態です。精神保健福祉法は、本来患者の権利と健康を守るべきものですが、実体的には強制入院や閉鎖病棟への収容や隔離・拘束を可能とする強制医療手続き法となつています。人員が少ないことを補うために隔離・拘束が乱用されている実態があります。私は、精神科病院の看護師として長年働いてきました。「看」で始まる2つの職業を思い浮かべてください。それは、看護師と看守です。精神病院を廃止したイタリアのラファエラ看護師は、「精神科医は何をするかとは別に、社会的次元では『社会的管理』があることは否定できない。看護師も薬を飲ませて管理するだけなら、刑務所の看守とあまり変わらない」と語っています。これは私にとって衝撃的で重い指摘です。



▲実態を語る有我さん

ひょう じんこうせんにん せいしんかびょうしやうすう (表①)人口千人あたりの精神科病床数(1960-2010)



▲世界は、ベッド数を減らして地域生活支援に転換したが、日本は、今も入院中心

た。看守ではなく、患者の人権と尊厳を軸とした看護を願い活動してきたからです。日本の精神医療を他国と比較すると、鮮明にその実態が見えてきます。OECDが作成した保健データ(表①・精神科病床数)を見てください。世界は1960年以降、精神科病床を減らし地域生活支援型に方向転換しました。ところが日本は入院病床数を増やし続け、今も入院中心です。OECD諸国の精神科病床数は、人口千人あたり平均で0.7床ですが、日本は約4倍の2.7床です。60年から政府は、民間の精神病院を廃止したイタリアです。各国の平均在院日数を見ると、日本を除く平均が18日に対して、日本は296日という長期入院です。また、人口百万人あたりの強制入院の患者数を見ても、欧州平均で73人に対し、日本は、1087人(2013年)で、10倍以上です。精神病院を廃止したイタリアでは、規則違反として腹部・胸部を殴る蹴るの暴行を加え、2日後に死亡させています。第3回目の事件(1993年2月)では、患者が何者かから暴行を受け、適切な治療がないまま放置され、転院先の病院で死亡しました。遺族から相談を受けた人権センターは、患者、家族、職員からの訴えや情報提供により調査を始めました。病院側の違法な面会妨害などもありましたが、調査を進めると、患者が番号でよばれていた

大和川病院事件を 振り返って

こうした現状から、3度の大和川病院事件を振り返ってみます。第1回大和川病院事件(1969年3月)では、病院から逃げだそうとした入院患者を、看護助手がバットで殴るなどの暴行を加え死亡させました。第2回大和川病院事件(1979年)では、ふとんの中で煙草を吸っていた入院患者

は、総合病院の中にある精神科病室で2週間程度入院するか、地域精神保健支援センターに短期間、ショートステイのように入院する程度です。これは、日本の精神医療が治療効率も悪い、精神病院収容主義であることを示しています。

こうした現状を欧米と比較した精神科医・呉秀三氏は、「我が国十何万の精神病患者は、実にこの病を受けた不幸の他に、この国に生まれた不幸をも二重に背負わされている」と述べました。呉秀三の嘆きは、100年前のもですが、その二重の不幸は今も続いています。

他にも、①医師・看護師数の水増し、診療報酬の不正受給に加えて、②医師・看護師は基準以下で、適切な医療が行われず、③症状と関係なく画一的薬物処方がおこなわれていた、④質問したり反抗的な態度を示す患者には懲罰的に隔離を乱用していました。同事件は、テレビでも大きく報道されて社会的関心を呼び、精神病院の実態を知ら

しめることになりました。
行政・警察も重い腰を上げ、大阪労働基準局の一斉立ち入り調査（97年3月）、大阪地検・府警による詐欺容疑での強制調査（7月）を経て、安田院長らに詐欺容疑で逮捕。府は系列3病院の保険医療機関の指定を取り消し（8月）、大和川病院は閉鎖。病院長の安田被告は、5億8900万円の診療報酬詐欺と労働基準法違反で有罪。懲役3年、罰金百万円の実刑判決を受けました。

同病院が金儲け第一主義で運営されていたことです。基準以下の医師・看護師しか置かず、24億円もの不正請求を行っていました。
行政・厚生労働省との癒着もありません。病院の事務系職員は定期的に近畿一円の行政・警察で、「困った人がいたらいつでも迎えに行きますよ」とまるで営業担当のように回っていたそうです。「厄介者」の收容所として精神病院が使われていたの

です。このため大和川病院は、行政や警察から「必要悪」として守られていました。患者死亡事件を繰り返して、第3回事件発覚から病院閉鎖まで4年も要したのには、そうした背景があります。
次に、構造的背景を考えてみます。日本の精神保健の問題点は、第1に病院收容主義です。日本は人口比でも絶対数でも世界一の精神病床数で、先進国の精神科病床総数の18%が

日本に集中しています。また海外ではほとんどが公的病院なのですが、日本は8割が民間です。民間病院は、ベッド稼働率が落ちると収入が減るため、経営上の理由から病床を減らし、地域精神医療に移行するのが難しく、世界の平均在院日数の10倍以上です。
第2は、入院者の権利が守られないことです。隔離・身体拘束や閉鎖処遇は、本来、逮捕監禁罪にあたり、国家権力

機関にしかできないものです。日本では例外的に民間病院の医師に「国家権力」の一部が委嘱されています。ところが、精神医療審査会など権利擁護制度が機能していません。精神科医の強制入院の届け出書類のチェックだけで99・99%が認可されています。構造的な人権侵害の温床と言って良いでしょう。この結果、強制入院件数は年々増加し、隔離・身体拘束も増加。先進国で最多。

一日の身体拘束は、1万件越と急増。精神科の人権は危機的状況にあると言えます。こうした現状は、地域生活支援型に転換されていないことに起因しています。精神医療予算は、入院医療と地域医療の比率が75対25、精神保健予算に至っては、医療対福祉の比率が97対3です。欧米諸国では、地域医療への予算比率が半分を越え、地域移行が積極的に推進されています。

日本の改革もやればできるさ

そもそも精神疾患とはどういふものなのでしょうか？ 精神病院を廃止したイタリアのアルド・ダルコ医師（元アレツソ精神保健センター長）は、「全ての人々が、特別な状況で精神疾患にかかると可能性がある」と語っています。私も、多忙などでストレスが高まると一時的に軽い精神疾患の症状を体験する時があります。高熱の時に物事のリアルな感覚が失われたり、徹夜が続くと「寝るな！」と幻聴のようなものが聞こえてきたこともありま

した。また雪山で遭難するなど、孤立し疲れ切つて危険な状態が続くと、幻聴幻覚という精神疾患症状を体験することがあります。つまり精神疾患は、人生の危機の時に苦悩が最大化したものと見えて、誰もがなりうる病気で、そうした精神疾患症状は、タイミング良くベストな方法で効果的な治療がなされれば、一時的なものになりえます。ところが「未治療、あるいは不適切な治療がなされるならば、精神疾患は長期化し、慢性精神疾患を引き起こしがちになる」（ダルコ医師）のです。

世界保健機関（WHO）は2002年、病院收容から地域医療への転換を進めることなど、5項目の勧告を発表しました。勧告は、精神病院のベッド数を減らし、退院後の受け皿を準備しながら外来や訪問などの地域医療へシフトするよう求めています。隔離收容中心の精神医療体制が厳しく批判され、改革が国際的に迫られました。

日本は精神病院大国で、原子力ムラのような「ムラ」社会が形成されています。病院協会・製薬会社・厚生省らが大きな壁を作っていて、切り崩すのは困難ですが、市民的理解を形成して患者の人権を守る精神医療に転換すべきです。現代では、誰でも人生の危機に精神疾患に罹る可能性があります。そんな時、人権も尊厳もない劣悪な病院に收容されれば、心身ともに取り返しのつかない事態だと考えるべきでしょう。

イタリアでは、地域ケアを基本にしています。総合病院などに15床以下の緊急入院病床はありますが、地域の精神医療センターと連携し、そのスタッフが入院中から生活も含めた支援を行っています。その後は、「コーポラティーバ」と呼ばれる社会協同組合

などの改革が一步進みしました。人権が守られ適切な医療の提供をうけるための入院者の権利宣言、権利擁護制度としてオンブズマンが府の仕組みに盛り込まれるなどの成果も生み出しています。
かねもう しゆぎ
「必要悪」と容認

では、大和川病院事件とは何だったのでしょうか？ まず、

使用や強制的なオムツ着用の

日本は精神保健改革

も、やればできるさ！

も、やればできるさ！