

## 1 開会

(黒岩) ただいまより、新潟県弁護士会主催シンポジウム「考えよう!精神障害のある人の人権保障～入院に頼らない地域生活を支える資源とは?」をはじめます。

私は、本日の司会とコーディネーターを務めさせていただきます新潟県弁護士会所属の弁護士の黒岩海映と申します。

本日のプログラムと、講師プロフィールは、事前配付資料をご参照ください。

では、プログラム 1、開会の挨拶を新潟県弁護士会会長の若槻良宏より行います。

(若槻) 皆さんこんにちは。新潟県弁護士会の今年度の会長の若槻良宏と申します。よろしくお願いたします。

本日は、新潟県弁護士会シンポジウム「考えよう!精神障害のある人の人権保障」にご参加いただき、誠にありがとうございます。完全オンラインでの開催になりましたが、事前に 199 名に申し込みをいただきました。多数の皆様にご参加いただきましたこと、厚く御礼申し上げます。

また、本日は、基調講演を行っていただきます池原毅和弁護士をはじめ、シンポジウムに講師としてご参加いただく皆様には、ご多忙中、本シンポジウム講師を快くお引き受けいただきまして、心より感謝申し上げます。

さて、本シンポジウムは、本年の 10 月 14 日に岡山県で開催されます日本弁護士連合会人権擁護大会のシンポジウム第一分科会「精神障害のある人の尊厳の確立をめざして」の、プレシンポジウムとなっております。この人権擁護大会というものは、毎年、人権課題に関する調査研究の成果を発表いたしますとともに、問題点を共有しまして、その改善や新たな制度の実現に向けまして、日本弁護士連合会としての提言や決意を、宣言や決議という形で表明する非常に重要な行事でございまして、私たち弁護士にとっても、最も重要な行事の一つでございます。今回の人権擁護大会では、実に 50 年ぶりに精神障害のある方の人権問題をテーマの一つとして取り上げることになりました。そこで、日本弁護士連合会のシンポジウムに先立ちまして、私たち新潟県弁護士会といたしましても、このテーマについて勉強する機会を得たいと考えまして、本シンポジウムを企画させていただきました。

皆様に、既にご案内の通り、日本の精神科医療は、今なお入院に頼る傾向が強く、諸外国に比べまして、地域生活への移行が遅れているという現状にございます。本人の意思によらずに、強制入院となり、その後、長きにわたって入院生活を強いられ、社会と断絶されてしまう例というものも少なくございません。望まない入院生活を強いられるということは、人としての尊厳を保ちながら、人生を送るために必要な機会と環境を奪うものでございます。精神障害のある方が地域の中で生活していき、その中で自己決定が尊重され、ときに壁にぶち当たることがあったとしても様々な経験をして、成長発展していく中でこそ、人としての尊厳、個人の尊厳というのが保たれるのではないかと考えております。

本シンポジウムでは、精神障害のある方の地域における生活をより豊かなものとし、皆が人として尊重される社会、共生社会を実現するために何が必要かについて、皆様と一緒に考えてまいりたいと思っております。

本日は、まず、日本弁護士連合会の人権擁護大会、第一分科会の実行委員長である、そして大会決議案の作成にも携わられた池原弁護士より、「本当に脱施設化を成し遂げるためには何が必要か」と題して基調講演をしていただきます。その後、当事者であり、ピアサポートグループ代表である藤巻啓介様、精神科医である今村達弥様、精神保健福祉士である小村絹恵様をシンポジストにお迎えし、シンポジストの皆様からご報告をいただいた後、パネルディスカッションを行ってまいります。脱施設化、地域生活への移行を進めるということは、誰か一人の力でできるものではなく、当事者、家族、医師、福祉関係者、皆で問題を共有して連携していくことが必要であると思われれます。

本日、様々な立場の方が、ご参加されているかと思えます。皆様それぞれが、現状の問題について見つめ直し、精神障害のある方の地域生活をより豊かなものとするために何が必要かということについて、本シンポジウムがご一緒にお考えいただく機会となれば幸いです。

以上、開会に当たり、私からの挨拶とさせていただきます。本日は、どうぞよろしくお願いいたします。

## 2 基調講演

〔黒岩〕では、基調講演に入ります。「本当に脱施設化を成し遂げるには何が必要か 地域精神医療への転換が求められてから半世紀を経た今」講師は、弁護士の池原毅和さんです。お願いいたします。

〔池原〕こんにちは、弁護士の池原と申します。盛りだくさんなので、つつい途中で早口になってしまうかもしれないので、手話の方が少し間に合わないようであれば、声で教えていただいてもいいですし、手振りでもいいですけど、言ってください。では、パワーポイントの表示をお願いします。ちょっと小さくて見えにくいですが、本当に脱施設化を成し遂げるためには何が必要なんだろうかと。

地域精神医療へ転換が求められてから半世紀を経た今ということで、今から 50 年前というと、1970 年ぐらいですけど、1965 年ぐらいに、もう地域医療へ転換しなきゃいけないということでは言われていたわけですけど、いまだにそれが実現できていないと、どうしたらそれができるんだろうかということについてお話をしていきたいと思えます。

ちなみに、最初のスライドでちょっと意味をこめたのは、いろんな顔が出ていますが、いわば、これは別に精神障害の人だけが脱施設化で地域に出て行くということではなくて、地域社会っていうものが、いろんな人がいる社会と言うんですかね、もちろん男性も女性も、あるいは LGBT

の人たちもそうですけれども、性的マイノリティと呼ばれる人たち、それから外国人ももちろんそうですし、いろんな人が、いわば、多様な人々が混じり合って生活しているのが、本当の人間の地域社会だろうと。だから、脱施設化とか地域移行ってというのは、最終的にはそういうところを目指していくのかなという思いで最初のスライドを作りました。

次お願いします。本日の話題ですけれども、大きく分けて四つぐらいお話ししようと思っています。一つは、人権大会でどんなことをお話しするか、決めていこうとしているのかということですね。二つ目は、精神医療の新しい潮流というか、最近の流れですね。それをご説明したいと思います。それから、3番目に強制入院というのは、なぜ駄目なのか。人権という面から考えたり、あるいは医療の面から考えても、どうして良くないものなのかということを確認したいと思います。そして、四つ目は、脱施設化を達成するために必要なこと。テーマとテーマの答えにあたる部分ですね、それをお話ししたいと思います。

次お願いします。まず最初の論点のお話のテーマの今度の10月の人権大会でどういうことを決めていこうとしているのかということです。

次のスライドお願いします。これがちょっと小さくてわかりにくいですが、全体像なんです。二つの大きな柱があります。薄ぼんやりと、三角形が下向きの三角形と上向きの三角形がありますけれど、下向きの三角形というのは、強制入院を段階的に廃止していくと。今日すぐに、明日すぐに強制入院をなくせということは現実的には難しいだろうと。しかしそれは、一定の年限の後には、なくしていくべきものなんだと。そのためにどういうステップを踏んでいったらいいのかというのが、この下向きの三角形です。ですから、先細りになっているというわけです。

上むきの三角形というか、普通の形をしている三角形の方は、それと対応して、逆に地域の生活をどうやって支えていくのかという、住む場所だとか、働く機会、チャンスだとか、あるいは収入だとか。あるいは、家族を持つこととか、地域に参加することとかいろいろあると思いますけれど、要するに、精神障害があってもなくても、いろんな人が住んでいる地域の中でごく当たり前のように生活をするというために必要なことは何か、そのサービスを拡大していくという意味で、下が広がっている三角形になっているわけですね。

これを、左側の方を見ていただきますと、2035年を目途に達成しようというわけです。なんで2035年なのかということなんですけれども、日本が障害者権利条約という条約を批准したのが2014年です。ですから、それから約20年経つと2034年なんです。だから、34年でもいいんですけれども、ちょっときりのいいところで35年にしたという。障害者権利条約という条約は、後で見ますが、強制入院をなくしなさいと。地域で生活する権利を守りなさい、多様性を尊重しなさい、障害があっても、その心や体をそのまま尊重しなければいけませんなどというような、いろいろな新しい考え方を権利として保障しているわけですね。そういう条約を批准しておきながら、20年経っても、その目的が達成できないのは、やっぱりそれは言い訳ができないと。ですから、日弁連としても批准から20年ぐらいを経過したところでは、さすがに条約の要求していること

を満たせる状態にまで持っていくと。だから、具体的にそこまでどういうことをしていかなきゃいけないかというのが、ここでの問題ということですね。今年の人権大会でしっかり議論をしようということですよ。

細かいことは、ちょっと後で読んでいただくしかないんですけど、この左の方の年代、2021年、2025年、2030年、2035年と書いてあるすぐ右側に、精神保健に関する法制度の改正というようなことが書いてありますけども、これが大きな見出しと言ってもいいと思います。一つは、強制入院というものの入り口をどんどん狭めていくということですね。入り口が広く広がってればどんどん強制入院になっちゃう人が入ってきてしまうわけですから、そこをまず狭めていくという制度の改正が必要だろうし、逆に出口は広げていくと。今入っている人はどんどん外に出ていけるようにする、地域に戻れるようにしていくということが必要だというのが、大きな政策のポイントで、それで入り口を狭めるにはどうしたらいいかと言うと、例えば今あまり役に立っていないんですが、残念ながら、精神医療審査会という審査会があって、強制入院を受けている人が、不当な強制入院だと思えばそこに退院請求ができるようになってるわけですけども、それが制度ができてから、かれこれ30年以上になりますけれども、あまり役に立っていないと。これをもっと活性化していけば、出て行く人はどんどん増えていくんじゃないかということがあります。

それから、その精神医療審査会の手続きをするのに、弁護士が代理人で必ず付きますと。費用は国が出しますというようなやり方をしていけば、もっと活性化していくんじゃないかということですね。

それから入院要件の厳格化というのが書いてありますが、これも、廃止をする手前のところで、あまりにも広すぎる強制入院の要件というのをもっと狭めていくということが必要だと。そうすれば、当然入り口が細くなっていくわけですから、入る人が少なくなっていくということになりますよね。

そういう形を取りながら、今度、2025年ぐらいになると、強制入院の期間を限定する、法律で決めると、例えば3ヶ月とかね。我々が提案しているのは、23日を上限にしよう。23日以上入院させちゃいけませんと、強制的にですけどもというシステムにしたらどうかと。

あるいは、強制入院が許される医療機関というのは、国公立系の病院だけで、民間病院にはそれは認めないということも一つの方法としてあるだろうと。

これは、欧米先進国では、そもそも精神科の入院施設は、基本的に公立の病院ですし、国際的にも日本では何で民間病院の管理者って、院長先生ですかね、が医療保護入院という強制入院を決定することができるのかと。ただの民間人でしょうという、民間病院の先生ってというのは。民間人がなんで民間人を閉じ込めることができるのかという批判もずっと続いているところで、そういう意味で言うと、国公立系に最低限限定すべきというようなことをしていって、そうしていくと、多分、2030年代の初めぐらいまでに、強制入院の対象になる人ってというのは、どうなんですかね。たぶん、1万人とか2万人ぐらいのレベルまで縮めることができるよ。

今、実は 18 万人以上いるわけですが、そういうふうには減ってきたところで、最終的には、もうそういう制度はなくてもいいよねというところまで持っていけないかなというの、この大きなロードマップの見方ということになります。

次のスライドをお願いします。2 番目の論点の精神医療の新しい潮流、新しい流れということですが、これは、最初のところに、ちょっと言葉が難しいかもしれませんが、生物医学還元主義と書いてあるんですけども、単純に言うと、精神障害という病気は、脳の神経伝達物質の何かアンバランスによって起こっているんだと。要するに、原因は頭の中にあるってというような考え方ですね。あるいは、還元主義という言い方は、それだけが唯一の原因だっていう。逆に言うと、そこさえ直せば、全てが解決してしまうというような単純化した発想のことを言っているわけです。

これは、残念ながら日本の、あるいはアメリカの精神医療は、かなりそれに影響されているわけですね。でも、国際的に見ると、その下に出ている到達可能な最高水準の健康を享受する権利に関する特別報告官報告書というのがありますけれども、こういう国際的な機関の立場からは、いや、それはちょっと考え方が偏り過ぎているんじゃないかという批判もされている。あるいは、障害者権利条約について障害者権利委員会というのが置かれているんですけども、その障害者権利委員会も、一般的意見第 1 号というもののなかで、こういう薬、抗精神病薬に偏りすぎた、あるいは、精神障害の原因は、頭の中にあると単純化しすぎた考え方というのは、おかしいということを批判をしています。

それから、2 番目はハンセン国賠訴訟が示した隔離収容政策がもたらした人生被害、つまり、例えば、移動の自由とか、表現の自由とか、そういう個別の人権では、もうまかないきれないような、人生全体に被害を及ぼすようなものが隔離収容政策だということ、このハンセン国賠訴訟は判決で認めたわけですが、そういうものももう少し踏まえる必要があると。

実は、今回の人権大会で、事前に被害アンケート調査というのをしました。強制入院をさせられた経験のある人が、どんな思いをしたんだろう、どんな被害を受けたんだろうということを調べたんですね。そうすると、私たちが気づいていなかった被害がたくさん明らかになっていて、こういうものもよく見ておく必要があるということです。

最後は、WHO が提唱する Quality Rights というんですけども、人権を守る医療こそが良質で効果的な医療になる。逆に人権を抑圧するような医療ってというのは、かえって治療効果がなかったり、むしろ患者さんに害を与えてしまうような結果を招くということを最近 WHO も言い始めていて、いわば、その人権を守っていくことこそが、治療とか医療という観点からも重要だということが言われているわけです。これらのことを少し見とおきたいと思います。

次をお願いします。次は、まず最初のところ、生物医学還元主義ということの問題点ということですけど、これはさっき申し上げたように、まず生物医学還元主義ってどんな考え方かと言うと、最初の「・」のところに出ているように、精神障害の原因ってというのは、脳の中の神経伝達物質の異常にあるので、神経伝達物質の受け取りっていうんですかね、受け取りに働き掛ける作用

がある抗精神病薬を使うと、それは有効で、合理的な治療方法になるんだっていう、そういう考え方ですね。いわば、薬で治すっていう単純な考え方です。それは同時に、多剤大量投与って日本でよく批判されてますけど、たくさんの種類の抗精神病薬をすごく大量に使うという治療のあり方の温床にもなっている。薬は効果があるんだから、効果があるんだったらたくさん使えばもっと効果があるんじゃないかっていう考え方ですね。

時々、私なんか、内臓脂肪を減らすために、健康用のお茶みたいなものを飲んでますが、あれに注意書きで、たくさん飲めば効くというものではありませんって書いてありますけど、でも精神科では、多剤大量投与が行われているって感じですね。

3番目、強制入院というのが、日本の場合は、入院の5割近くの人が強制的な入院の対象になっているわけですがけれども、強制的治療に依存する傾向とか、あるいは、強制入院を正当化するっていう理由にもなるんですね、この生物医学還元主義というのは。というのはなぜかと言うと、薬を使えば治るのに、その薬を嫌だと言ってするのは、合理的な考え方ができないんだと。合理的な考え方ができないままに、せっかくの治療のチャンスを失わせてしまうのはかわいそうだと。だから、強制的に入院させたり、強制的に注射をして治してあげちゃおうっていう考え方になりやすいわけです。ということで、つまり強制入院制度というのは、生物医学還元主義というのと、すごく関係性を持っているわけですね。

それから同時に、逆に言えば、精神療法とか、心理的な働きかけとか、地域生活を支えるっていうことは、精神障害の原因とは関係ないよねっていう考え方になるわけです。原因は頭の中にあるわけだから、家の中を整理したって、病気が良くなるはずはないよねっていうことですよ、言ってみれば。頭の中を整理しなきゃ駄目だっていう話になってしまうので、いわば、そういう心理的な働きかけとか生活の支援っていうのは、極めて副次的な、あるいは、科学的根拠の乏しいアプローチという考え方になります。必然的に、精神保健福祉予算っていうのは、医療にこそかけるべきだ、薬物療法にこそお金をかけるべきだ。逆に言えば、他のこと、福祉だとか、心理的なことについては、お金はそんなにかける必要はない。だって、効果が上がるはずないですもんねっていう、原因と関係ないんだからということになってしまうわけです。

次、お願いします。今申し上げたようなことは、私が考えたというよりは、国連の人権理事会が採択している、さっきの健康の権利に関する特別報告官の報告書という中で詳しく述べられています。今日、資料の中にも少し含めていますけれども、その特別報告官という人は、東ヨーロッパの精神科のお医者さんで、世界各国の精神医療とか精神保健法、精神保健福祉法というものをいろいろ調べてみて、レポートを書いて、国連に報告をしているわけです。

ここで見ているように、ここは今の繰り返しになるので、さっと行きますけれども、生物医学還元主義っていうのは強制入院の正当化根拠になってしまうし、その強制入院を決めるのは、結局医者判断ということになるので、さらに下の四角いところを見ると、医師とか患者の権力の非対称化っていう、要するに、お医者さんはとても偉くて、力があって、患者さんは無知で、合理

的な判断ができなくて、医者と言われるがままに従わなければいけないという、そういう支配服従関係みたいなものが出来上がってしまう。一番下のところに行くと、お医者さんと患者さんの間のラポールという信頼関係みたいなものが作れなくなってしまう。あるいは、そういう強制を受けるといことで、患者さんは、心に傷を負ったり、あるいは、あんな無理やりなことをされるような病院には二度と行きたくないみたいなね、精神医療忌避というのが起こってしまうわけです。

右側の方の流れを見ると、医療政策とか、医学教育はどうなるんだろうかと言うと、医学教育とか研究の中心は、薬物研究に傾斜してしまうと。あるいは、脳の構造の研究に傾斜してしまうと、人間っていうのは、社会とか人間の関係の中でどう生きたり考えたりしているんだろうかという視点は、全然失われるわけですね。だから、下に降りていくと、心理社会的支援とか、包括的な地域生活支援等の資源の開発には、無関心になっていく、あるいは、リカバリー志向なんてものもないってことになる。結果的に社会資源は貧困化していくと。社会資源が貧困化していくと、地域で患者さんを支えられなくなるので、入院が増加するという悪循環になるということになるわけです。

次お願いします。しかし、その生物医学還元主義っていうのは、そんなに科学的に正しいものなんですかというのが、実は、このスライドの一番下の「心の病の『流行』と精神科治療薬の真実」って、アメリカのジャーナリストが書いた本ですけども。興味深いことがたくさん書かれていて、多少ピックアップしますと、私が読んで面白いかと思ったところは、アメリカでは、ご存知のようにファイザーとかいろんな大手の製薬会社があって、抗精神病薬も一生懸命開発してきていて、1960年代以降に、すごい劇的に効く薬ができたみたいなことをよくよく宣伝しているわけですよ。しかし、このジャーナリストが言っているのは、なかなかシニカルで面白いと思うんですけど、だけど、精神障害の人は年を追うごとに増えているよねって。いい薬ができれば患者が減るのが当たり前じゃないんですかって、それこそコロナのワクチンが効くと、患者は減るって言うんだったらわかるけど、ワクチンが開発されたら、患者が倍増しましたって言ったら、それはどういうことなんだろうっていうことになりますね。この現象は、やっぱり抗精神病薬という使い方とか作用っていうのが、相当問題があるんじゃないかという疑問を提起させるのに十分だということです。

それから WHO の調査では、これは孫引きですけども、ウィタカーさんが言っているのを私は引っ張ってきただけなので、直接 WHO の調査を見てないですけども、国際比較をしてみると、薬が十分に供給できない発展途上国の方が、患者さんの予後が良いと。回復率が良いと、むしろアメリカとか日本の方がよっぽど回復率が悪いと。なんで？って、薬の使い過ぎ？っていう疑問を抱かせる。

それから抗精神病薬の長期服用についての知見や実証的なデータはないと。本当は、これは製薬会社が持ってるかもしれませんが、確かに、1年間使いましたとか、半年使いましたっていうのは治験があるのかもしれないですけども、10年間使いました、20年間使いました、どう

なったでしょうっていうのは、臨床の先生は、経験的に、何か他の人よりも肺梗塞とか心筋梗塞で亡くなる人が多いよねっていうことを経験上、おっしゃる方はいらっしゃるんですけど、なかなかその実証的なデータとしては、集積されていないというところがあって、少なくとも長期使用がどういう効果、害悪というか、副作用をもたらすのかっていうのは明確になっていないわけですね。

このウイタカーさんの一つの仮説として、抗精神病薬というのは、脳内の恒常性というか、ホメオスタシスっていうんですかね、自分なりに頭の中の一つの神経伝達物質の安定的な状態っていうのを、逆に薬で強くコントロールしてしまうことによって、変なふうに狂わせてしまうんじゃないかということも指摘しているわけです。

次お願いします。もう一つは、薬物治療に対する新しい潮流の一つで、今日、他の講師の方から後でお話があると思うので、内容はあまり私が説明するよりも、そちらで聞いていただく方がいいと思うんですけど、フィンランドで始まったオープンダイアログっていうね、患者さんとの対話を通じて、急性期を切り抜けていくみたいな治療方法が、この表をあえてフィンランドの人が一応統計を取ったデータを、日本人の人が翻訳したものを私がもう一回孫引きしているわけですが、必ずしも、調査対象が、十分な数、多くないという、いくつか批判はありますけれども、しかし、かなり驚異的な効果を示しているんですね。入院期間が短縮されるとか、抗精神病薬をもう飲む必要がなくなっちゃう人が 65%ぐらい存在するとかね、あるいは、再発率が 24%しかないとか、障害年金みたいなものもいらなくなっちゃうぐらい回復しちゃう人が多いというようなデータがここに示されていて、薬物療法よりよっぽどいいじゃないということも言われています。これも、だから生物医学還元主義に対する疑問と、やっぱりそればかりに頼らないで新しい治療をすべきではないかということが言われているわけですね。

次お願いします。三つ目の問題点として、強制は医療としても人権としても、どうして駄目なんだらうということをやっと見ておきたいと思います。

次お願いします。その駄目な理由のその 1 ですが、これは、国連がよく指摘しているところです。先ほどの障害者権利条約に基づく障害者権利委員会というところが出している一般的意見というのをたくさんこの権利条約に関係して、こういうふうに権利条約は解釈すべきなんだよということを示してくれているんですけども、その中で、強制治療というのは、精神障害とか知的障害、その他の認知機能の障害のある人にとって、特に問題だと。どう問題なのかと言うと、強制治療は効果がないということを示す経験的証拠がたくさんあります。それから強制治療の結果として深い苦痛とか、トラウマって心の傷とかね、経験したユーザーというか、メンタルヘルス制度の利用者の意見がたくさんあると。それにも関わらず、世界各地の精神保健福祉法では、現在でも強制入院を使うという、そういう人権侵害行為をしているということを指摘しています。そしてだから、この障害者権利条約を批准した日本を含む締約国は、強制治療を認めたり、あるいは実行する政策を法的な規定から廃止しなければならないと。要するに、強制入院はもうやめにしなさいということを行っているわけですね。



それから、到達可能な最高水準の健康を享受する権利に関する特別報告官報告ですが、ここでも精神医療における強制というのは、ケアの関係の中で権力のアンバランスを存続させる。要するに、医者が強制権限を持って患者はそれに服従するしかない。だから、医師と患者の間で不信を引き起こす。患者さんにスティグマとか差別を負わせることになる。それから、もうこんな医療は受けたくないと思わせるようになってしまって、本当に医療が必要だったり、助けが必要なときに助けを求めにくくなってしまおうということを言っているわけです。

次お願いします。もう一つは、ハンセン国賠訴訟が提起した、先ほどの人生被害というところですね。鍵括弧の2行目のところからちょっと読みますと、人として当然に持っているはずの人生のありとあらゆる発展可能性が大きく損なわれる。その人権の制約というのは、人としての社会生活全般にわたるものである。このような人権の制約の実態というのは、単に居住移転の自由の制限ということで、正當に評価しつくせず、より広く憲法13条に根拠を有する人格権そのものに対するものと捉えるべきだということを言っているわけです。要するに総合的な、あまりにも全面的な人権侵害ということですね。単純に学問の自由が侵害されましたとか、信教の自由が侵害されましたとかいう単発的なことではなくて、人生が全面的に否定されるという極めて重大な人権侵害だということです。

それから、その下の「・」は、私たちがこの人権大会に向けて、被害実態アンケート調査というのをしまして、1000人以上の方からご回答をいただきました。その中の80%の人が、悲しいとか、つらいとか、悔しい体験をしたと回答をしています。

次のページをお願いします。そういう体験をした人の中の68%が、嫌悪感を持った、あるいは恐怖心とか喪失感とか、絶望感とか、そういうものを持った人も60%を超えていて、50%がトラウマとして残っていると回答しました。要するに、8割の人が何らか、悔しいとか悲しいとか、嫌だったという経験を持っていて、その中でさらにもう少し具体的に聞くと、嫌悪感だとかトラウマだとか、喪失感とか、絶望感というのがありますということをおっしゃっているわけですね。あるいは、三つ目あたりでも、これは三つ目の「・」のところは、数じゃなくて具体的にどんなふうに感じましたかという、もう少し自分の言葉で語ってもらった部分ですけども、人を信じられなくなったとか、死にたくなったとか、人としての尊厳を奪われたとか、人生を侵害された、いやな思いが強くて言葉にできない。人生のどん底に落ちた感覚とか、愚かさを感じた、思い出したくもない。思い出すと、情けなくて涙が止まらなくなる。生きる目的がなくなった、自尊心が日々なくなっていく、いつしか気にならなくなってしまった。私の人生はもう終わったと感じたなどというような言葉もたくさん出てくるわけですね。あるいは、それ以外に、プライバシー侵害とか暴言とか暴力とか侮辱とか性的被害とか。数々出てくるわけです。

こうしたものは、その精神病院の閉鎖性とか、要するに社会の目がなかなか入っていない、見えないところで行われています。

私たち、弁護士が特に注意しなければいけないのは、治療という言葉が使われると、治療っ

て良いことだよねって、病気は悪いことであって、治療はその悪い状態を良くするものだから良いことなんだよねって、暗黙のうちにそうってしまうわけですね。だから、強制入院をなくすみたいな話をすると、いわば、いわゆる病識がないと呼ばれる状態の人が医療を受けられなくなって困るんじゃないか。その前提にあるのは、医療は良いものなんだから、その良いものを失うのは可哀想じゃないかという発想があるわけですけども、精神医療をそんなに全面的に良いものだと全面肯定していいんだらうか。あるいは、そのチャンスを失わせないようにするために、強制力っていうものを使うことによって、どんな逆の作用が発生するんだらうか。そういうことを注意しておかないと、あまり手放して精神医療が良いものだと思いきすぎるのは、少なくとも間違いですね。精神医療は全く悪いものだと決めつけるのも間違いだとは思いますが、もちろんそれなりの効果があったり、意味が使い方によっては非常に役に立つものであるものだと考えるべきだと思いますが、しかし、それが全面的に良いものなんだと思いき、さらにそれを強制しても良いものなんだと思うところにもしかしたら、私たちの中に間違いがあって、こうした今まで聞こえてこなかった声をずっと聞いてこなかった、あるいは、見てこなかったのではないかということをおぼやかし、あるいは日弁連としても反省しなければいけない。だから、まさにこの人権大会で、そこを転換していくことが必要だと考えてるわけです。

次、Quality Rights ってやつですね。

次お願いします。これは WHO の方が言っていることでして、つまり、障害者権利委員会みたいなものってどっちかって言うと法律家系の委員会でしょうって、だけど、WHO っていうのは、世界保健機関、いわゆる保健に関する世界的な機関ですね。今回のコロナでもよく出てきましたけど、ここも言ってるすごい重要なのは、この Quality Rights っていうのは、実は人権を守る医療こそが効果のある医療なんだと。つまり、人権というものは、何か医療っていうものに対して何かこう、立ちふさがりやがるようなものじゃなくて、むしろ医療の効果をより良くしていくもんなんだってという発想を、この Quality Rights は持っているわけです。ちょっと時間の関係で読みませぬけれども、この黄色のところを書いてあるのは、まさに今出てきたような強制入院みたいなものがもたらしてきたいろんな非人間的な結果ですよ、そういうものを、変えてかなきゃいけない、つまり人権が無視されてるような状況っていうのは、極めて劣悪な医療の状態だっていうふうに考えていると。

次お願いします。Quality Rights、定義的に言うと、一番最初のところで、右側の上の方ですけれども、Quality Rights っていうのは、ケアの質の改善と、精神的な障害を持つ人の人権を促進する WHO の世界行動計画であって、人権に基礎を置き、リカバリーを志向する精神保健ケアの新しいアプローチということで、今 WHO は精神保健の分野でこれをすごく推しているんですね。目標が五つあって、一つはスティグマとか差別の撲滅。そしてリカバリーの増進ということ。二つ目は、精神保健と関連したサービスにおけるケアの質と人権状況を改善すること。三つ目は、人権を尊重して、増進するコミュニティ・ベースのリカバリー志向のサービスを作る。

地域でリカバリーを志向したサービスを作ると。リカバリーって定義があって、人によって少しずつ違いますけれども、単に妄想とか、幻聴を消すことがリカバリーではないわけですよ。つまり、それがあっても、その人らしい人生っていうのを取り戻すっていうか、自分なりの幸せとか自分なりの生活っていうのを、取り戻していくっていうのがリカバリーのプロセスだというふうに、すごく抽象的にいえば、そういうふうに考えるべきだという、つまり従来のなんて言うんだらう、生物医学的なモデルに基づく健康とは全然違うっていうふうに考えた方がいいかもしれません。四つ目の目標は、アドヴォカシー活動をして、政策立案に影響力のある市民運動の開発も行う。

それから、最後 5 番目は、障害者権利条約とその他の国際人権基準に適合した国内政策とか、立法の改革。次お願いします。中心的な構成要素だと、特別な構成要素っていうのがあって、少しはしよらせていただきますけど、やはりここで人権の理解とか、人権の促進とか、インクルージョンって、統合化の、あるいは、包容化の改善ですね。もうちょっと別な言い方をすると、つまり、多様な人々が混在して生活ができる社会とか環境の改善ということだと言ってもいいと思います。何回も出てくるのは、リカバリーの理解とか、それから、法的能力の権利の保護ですね。要するに、精神障害があるから、判断能力がないし、同意能力がないから強制入院してもいいんだみたいなそういう考え方は駄目ですっていうことです。強制と暴力と虐待のない精神医療を作り出す。支援付き意思決定と、事前支持の理解。事前指示ってちょっと難しいですけど、例えば精神障害の双極性障害みたいな方だったら、今は割と安定してるねっていうときにもし自分がとっても具合が悪くなってすごいそう状態になっちゃったりしたときに、自分にこういうふうにしといてくださいねってあらかじめ決めておくとか、あるいは認知症の人があらかじめ認知症がひどくなる前に、もしどうしても自分で判断できないような状態になったときにはこうしてほしいというのを決めておくっていうのは、事前指示っていうんですけど、そういうことを使ったりするとかね。それから、隔離、拘束その他の強制を終わりにする、終焉させる戦略を実行するというようなことが、縷々書かれているわけです。

次お願いします。つまりこの Quality Rights が言ってるのは、従来は治療利益と人権ってなんか対立するもので、人権を尊重しようとする、治療っていうのは、少し譲歩するしかないとかね、あるいは治療っていうのを優先しようと思えば、やっぱり究極的には強制力を使って人権を制約するしかないっていう、つなひき状態だったんですけども、Quality Rights っていうのは、いわばその人権を守る治療のあり方こそが、本当に効果のある治療になるという、そういう調和点を掲示したってとこに重要な意味があるということになると思います。

次お願いします。何とか時間内に終わりますかね、あと 10 分ぐらいですけど、次、最後の問題点の脱施設化を達成するために何が必要なんだろうかということですよ。

次お願いします。これはよく出てくる図で、赤い真ん中にあるへの字形にみたいな、一番上をこう行っているのが、日本の入院者っていうか、強制入院とか入院者の数っていうことになるわけですけど、全然減っていないわけですよ。とりわけ、一番左側の 1964 年あたりのところ、矢

印があって、ケネディ教書とか、自由権規約の採択とか、1965年の精神衛生法の改正っていうのもあって、このときに、いわば国際的に見ても、日本国内でも、地域医療に転換していくことが必要だっていうことが自覚的に認識された時期なわけですね。だから、正しく他の国のこの折れ線グラフは、そのあたりからグーッと右肩下がりになってるわけです。しかし、日本はここから右肩上がりになるという非常に皮肉なことになってきているわけです。1987年に、精神衛生法が精神保健法に改正された。この2年前ぐらいに、宇都宮病院事件っていうのがあって、国際的に日本の精神病院はすごく人権侵害をしていると非難を受けて全面的に変えるしかなかった。そこで精神医療審査会をとかね、あるいは指定医という制度を作ったりして、人権を守りましょうみたいな、あるいは、少しリーガルモデルという、法律モデルっていうんですかね、つまり全部お医者さんの判断に任せちゃうのではなくて、法律の要件で少し枠を作っていくという、そういう考え方を取り入れたわけです。

1985年ぐらいが宇都宮病院事件が、明らかになってきた時期で、87年に精神保健福祉法ができて、現在まで30年余りということになります。国連原則というのが、1991年に採択されて、これは、措置入院みたいな強制入院は、もっと切迫した重大な危険が起こる危険性がすごくはっきりしているときにだけ許される。あるいは、医療保護入院みたいなものは、ほうっておけばすごく重大な健康被害を生じるとか、判断力が明らかになくなってるとか、そういうときだけに許される。日本の強制入院よりは、要件が厳しいわけですが、そういう原則も91年に採択されて、次の矢印がごめんなさい、ちょっとずれちゃっていて、2004年ではなく2006年のところに矢印が降りてなきゃいけないんですけど、障害者権利条約が2006年に国連で採択されました。そして、日本は2014年にそれを批准しているわけですね。しかし、こういう節目節目のことがあったにも関わらず、一貫して、ほぼ一貫して日本の精神科病院のベッドは減らずじまいというか。微妙に減ってるんですけどね。でも皮肉に言えば、微妙に減っているのは、死亡退院って言って、入院したまま亡くなって退院しちゃうっていう人の数が、基本的にこの変化をもたらしていて、あんまり積極的に政策として効果がある減らし方をしたということではないわけです。

ちょっとイメージとしてつかむために、右の方にデータを示しましたが、例えば日本の精神科病院の入院者は30万人切ってるかもしれませんが、約30万人。これは新潟県で言うと長岡市の全人口より多いわけです。つまり、長岡市の市民の人が、全員閉じ込められているという状態をイメージするわけですよ。あるいは、強制入院者は18万9000人ぐらいですが、これはちょうど上越市の人口ぐらいなので、上越市の人全員、鍵と鉄格子のあちら側にいるっていうイメージをイメージしてみる。あるいは、隔離者数とか身体拘束を受けてる人って、1日に1万人ぐらいずついるんですけど、日本で刑事犯罪を犯して逮捕される人って、1日平均にすると306人ぐらいです、全国で。あるいは勾留って逮捕された後に、10日10日で合計20日間、警察の留置所みたいに入れられちゃうこともありますけど、これも248人くらい。としたら、1日1万人の人が縛られたり、独居房みたいなどころに入れられているのは、とんでもない数だと思います。

うんですけど、そういう異常さに我々はあまり気がついていないってところですね。

次お願いします。地域での生活を支えるというために、量的観点と質的観点の二つ必要だと思います。実は、色々統計を調べてもなかなか需要と供給がどういうバランスになっているのかは、あんまりよくわかりません。供給の現状っていうのは、左の方に共同生活援助事業ってグループホームのことですけど、そういうものがあったり、就労継続支援事業って、仕事を福祉的な就労とか、あるいは企業に勤められるように移行していくための就労継続支援 A 型というものもありますが、その数とか、あるいは、障害福祉サービス利用者数っていうの出てるんですけど、その数が十分量なのか十分量じゃないのかもよくわからないんですね。ニーズのある人っていうのは、右手に出ていて、例えば精神保健福祉手帳を持っている人っていうのが 84 万人ぐらいいます。これは、精神障害の人全員と言うと、今、厚生労働省で言ってるんだと、400 万人を超えるぐらいですけども、その精神障害があるからと言ったって、いろんな症状の人とか重さの人がいるので、全員が福祉的なサービスの必要なかと言うと、そうでもないかもしれないわけです。一般企業に勤めている人だって、たくさんいらっしゃるわけですから。ただ精神保健福祉手帳を持っていることは、多分、何か福祉的な必要性があるよねと思って持っている場合が多いと思うので、単純に身分証明書代わりに持っているわけではないと思うので、最低 84 万人ぐらいは、福祉ニーズのある人だと考えると、左側の共同生活援助事業の事業所数とか利用者数を見てみると、15%ぐらいしか満たしていないと。あるいは、就労継続支援の A 型とかがっていったら 10%ぐらいの人しか利用できていない。あるいは福祉サービス利用者数から見ると、30%ぐらいしか利用できていないと。あるいは 30 万人、入院者がいるという入院者を全部対象にすると、グループホームは、現状だと 40%ぐらいしか対応できないというようなことがあって、どうも、量的に供給が足りないんじゃないかと。障害者総合支援法という法律がいろんなメニュー書いてあるんですけど、メニューたくさんありますということも国は自慢しているんですけど、メニューたくさんあるかもしれないけど、そのお店に入って、今日この料理をくれますか?と言って、すみません、今日それ、材料切れちゃってるんですけどか、もう売り切れですと言われて、注文できないメニューがすごくたくさんあるような、そういうお店っていうイメージが私にはちょっとあるんですね。

次お願いします。もうあとすぐ終わりにしなきゃいけないですけど、質的課題として、大事なことをちょっと申し上げておきたいのは、従来型福祉というのは、英語で書いてある *separate parallel tracks* と言われて、セパレートだから二つに分けるということですね。二つに分けられた人生行路を生きていかなきゃいけないみたいな構造が、法制度的にずっと作られてきたということなんです。

次のページお願いします。これがイメージ図なんですけど、要するにあえて健常者という言葉を使うとすると、これ皮肉で使っているわけですけども、つまり障害のない人というのは、社会の経済性とか、効率性とか、変な国会議員が言ってましたけど、生産性とかね、競争力とか、そ

ういうことをガンガンガン進めていく中心に存在していて、そういうところで足手まといになっちゃう人は、その枠の外側に追い出して、特別支援学校に行ってください、あるいは福祉的な施設で生活したり、働いたりしてください、あるいは家で適当に一人ぼっちでいたり、あるいは病院に入院したりしてください。そういうことによって障害のある人とない人の人生が、ハンセン病のように目に見えた施設の中に閉じ込められているという場合もあるけれども、そうではなくて、制度的な生きる、働くとか、学ぶとか、生活するとかってそういうもの自体が、分けられてしまっているという、そういう構造を法律自体が作ってきてしまっただけではなかったかという反省ですね。

次お願いします。そういう点を、障害者権利条約が指摘をされていて、だから、差異や違いとかね、あるいは多様性というものを尊重しなきゃいけないし、障害というのは、いわば人間の多様性の一部であると、人間のあり方の一つであるということをも認めるべきだということや、あるいは、インテグリティという言葉を使いますが、すべての障害者が他の者との平等を基礎として、その心身がそのままの状態でも尊重されると。障害があるという体とか、障害があるという精神の状態とかは、それ自体がその人の当然尊重される状態じゃなきゃいけないと。治されなきゃいけないとか、矯正される、矯正って、歯科治療の矯正ね。無理やり治す、コルセットみたいに入れて直すというイメージですけど、そういうことを受けるようなものではありませんという、そのままの状態でも尊重されなきゃいけない。障害があってもなくても、人間の心とか、体はそういうものだという、そういう考え方ですね。あるいは地域社会で生活する権利、19条というところですね。有名な条文は、どこで誰と生活するかを選択する権利がある。あるいは、特殊な生活様式による生活を強いられないというところですね。

次お願いします。ここで自立した生活と地域への包容、時間がちょっと過ぎちゃったのでざっと飛ばしますが、とても大事なものは、自立というのは、ここで英語が出ていますが、つまり、いいのかな、英語で手話の方が大丈夫ですかね。independence という自立っていうのと、interdependence という相互に依存するという、依存と自立というのが、両方調和して初めて生活って成り立っているという。ここは、だから、ある種極端な個人主義とか、人と人との関係を切り離していくような社会というものの対立軸を、障害者権利条約は示しているわけです。

次お願いします。ちょっと後で、時間があつたら少し戻るかもしれませんが、時間が来ちゃってますので、脱施設化の本質というところで、これは実はやっぱり障害者権利委員会がテーマ研究というので、地域生活に関するテーマ研究というので示しているんですけど、とても重要なものが、最初の「・」のところ、①から⑩まで。施設というものの本質とか、施設というものは、どういうファクターを持っているのかということを示しているんですけど、だから、そのところで言っているのは、例えばグループホームに、例えば10人の人しかいないとしても、そこが①から⑩の何らかのファクターを含んでいるような場所であるとすると、それはやっぱり施設なんだよねという、あるいはもっと言うと、極端に言うとな人でアパートに住んでいても、この①から⑩の何らかのものが作用していれば、やっぱりそこは施設なんだよねという。つまり施設は必ずしもコンクリートにおお

われているものだけを施設と呼んでいるのではありませんというところが、この脱施設化の本質で、最後の方で、今日、小村さんが、少しお話してくれるかなと期待していますが、脱施設化の特徴って、イタリアで言っているのは、一番下のところですけども、病院から地域へというのは、単に医療の場が病院の中から外に移動したということではなくて、病むということも含めて、人が生きるということそのものを中心に据えることなんだということを言っています。あるいは、赤字で書いてあるところ、これは、この本に書いてあることと違って権利委員会が言っていることですけども、一定の生活の仕方が強られる結果として、生活を自ら支配できなくなるということに問題の本質があると。つまり施設っていわば、他律的というか人から指図されて、あるいは何かルール化されたことに従って自分で自分の生活をコントロールできないような状態ということですよ、ということを行っているわけです。

最後、次のページをお願いします。尊厳を守る医療福祉の実現へ向けてということで、これは実は1980年代から動いてきた生存権に関する考え方を、生存権から自己決定権へという軸足が、法律家の関心ですけど動いてきて、しかし、その自己決定権は実は三つ目の「・」のところで、自助と自己責任を促進する道具に使われていたと。あるいは、国家の生存権保障義務の後退という側面を持っていた。つまり、国は金を払う義務は負うけれど、国がそのサービスを直接提供するわけではなくてですね、でも生存権って、本当は国が責任もってサービス提供しなさいよって言っているわけなので、90年代に進行した自己決定権の尊重は私なんかも実はとても大事だと思っていたんだけど、その裏面で進んでいたのが、自己責任論とか、あるいは国家の福祉サービスにおける第一次的な責任からの後退という側面を持っていたということがあると思うんですね。

それから、2000年代になって、差別禁止法とか、権利条約みたいなアプローチが出てきているわけですけども、これもちょっと注意しなきゃいけないのは、下手をすると新自由主義に悪用される危険性を持っているということがあって、最後、社会モデルから人権モデルへって、時間がなくてあまり説明できないんですけど、つまり先ほどの施設という本質を取り除いたその人らしい人生の回復を目指した医療・福祉のあり方みたいなものを追求していくってところに軸足を置くってことが大事で、今日のテーマとの関係で言うと、その対極にあるのが、言ってみれば強制入院とか強制医療だと。まさにだって、自分は自分のことを決められないわけですから、ということになるのかなと思います。

すみません、時間が超過してしまいました。一応これで私の話は終わりにいたします。ありがとうございました。

### 3 シンポジストからの報告

(黒岩)池原さん、ありがとうございました。

では、シンポジストからの報告にまいりたいと思います。まず、精神障害当事者のお立場からご発言いただきます藤巻啓介さんです。藤巻さんは、ピアサポートグループほほえみの木の共同代表を務めておられます。藤巻さんお願いいたします。

(1) 藤巻啓介氏

**〔藤巻〕**皆さん、初めまして、ピアサポートグループほほえみの木の藤巻と申します。

この度は、50年ぶりの精神障害者の人権に取り組んでいただいたということで、そこにですね、精神障害者当事者をですね、お招きいただきまして、ここに時代の変化を実は感じているとともに、感謝を申し上げます。

今回、僕は、資料を3種類用意しております。まず資料1、これは、今回の議題であります。僕の実例、生活の実例をご紹介いたします。資料2といたしまして、僕が感じております福祉に関する経験に基づいた考え方をお話しさせていただきます。またですね、参考資料として、今、私が活動してます障害者アートに関しまして、お時間がありましたら、多少紹介をさせていただきます、終わりとさせていただきます。

それでは、資料の方に入っていきます。資料1、僕の地域中心における生活について、プロフィールでございます。名前が藤巻啓介と申します。今年43歳になります。居住地は新潟市。障害名が統合失調症で、精神保健福祉手帳2級を所持しております。職業は、障害者雇用になります。建設会社で働いて…。今は、実はまた後で言いますが、実は今は無職なんです。家族が実母と義父がおります。

1、障害の経緯になります。今から、10年余り前でしょうか、平成22年春ごろ、印刷会社でパートとして勤務しておりました。そのときに、急に被害妄想および幻聴が始まってまいりました。幻聴というのは怖いもので、後ろから初めはささやかれて「なんだい」という感じで、ささやかれて「ん？」と見るんですが誰も喋っていないと。それが徐々に僕の悪い心を責めるような言葉、それと、誰かに追われているような、こんな言葉を言われまして、その次に「あいつはもう殺してしまえ」とか、そういった言葉も聞こえるようになります。最終的には「死ね」というのが、起きてても覚めても、家にいようと外にいようと、「死ね」が聞こえまして、そのまま自殺願望というのが出てまいります。そのまま橋の欄干から川に飛び込みました。何とか自殺未遂という言葉はどうかと思うんですが、自殺未遂、失敗ということで、緊急搬送で誰か呼んでくださったんでしょうね。本当にありがとうございます。パトカーも来て、救急車も来て、消防車も来ました。そこで、中度の統合失調症と診断されまして、そのまま強制入院になります医療保護入院を3ヶ月要しました。

その後、服薬治療等におきまして、精神状態、身体状態が良好と言えるまでには、とにかくもがいたんですね、僕はもがきもがき、活動表現、労働は10回ぐらい変わったんじゃないでしょうか。なかなかうまくいかない。そのたびに、福祉とかに相談しまして、ただ、活動を始めたことは楽しいなと思いながら、いろんな自分の頭で考えて、自分で何とか行動した実績が、もしかしたら、リハビリテーションになったんじゃないかと思って、苦しかったですけども、不明ではあります



が、10年余りの歳月を経て、今は体調回復してます。

2、になります。福祉サービスの利用①居場所および訓練。2回目。僕は、入院は2回です。強制入院が1回、任意入院が1回、その後、新潟市中央区に所在します地域活動支援センターⅢ型のですね、温もりハウスさんを利用してあります。また、働くため、新潟県障害者職業センターにおいて、職業適性の評価、必要な相談指導を受けまして、職場に適應するために必要な訓練を3ヶ月行いました。

②雇用でございます。労働につきまして、自身の体調および精神状態を鑑みまして、いわゆる障害者雇用ということを希望しておりましたが、そのときにハローワーク新潟専門援助部門様、そこに精神障害者雇用、トータルサポーターという専門家、資格を持っている専門家が在籍してまして、まず相談しまして、また、らいふあっぷというところに、生活や雇用相談して、実情、実情というのは、生活のことですね、および僕の心の心情を説明の上、相談連携を実施してきました。新潟市内における障害者雇用は、期限付きの公的機関が一番実は働きやすいという、なかなか民間は厳しい、門出すらないみたいなどころでありましたため、その中で、実情、生活等で困ったときは、クローズ、病気を隠して働いたりしたこともありました。当然うまくいかないんですけども、ただ、そういうことをずっとやっている間に、らいふあっぷの援助もありまして、たまたま民間での障害者雇用が決まって、ただ、ここもなかなかうまくいきませんでした。

次のページに行きます。3、地域生活でございます。①生活一般。これは障がい者基幹相談支援センター、いわゆる基幹と言われているところです。家賃2万5000円のアパート賃貸しまして、1年以上経過してはいますが、洗濯や掃除はできるんですけど、一人暮らして自分でご飯を調理して、自分でまた一人でその飯を食うっていうのが寂しすぎて、面倒くさいしと思って、困難になりまして、その当時働いていた会社が実家から徒歩ということがありましてですね、割と実家に半分以上帰って、母親の飯を食べています。ただ、今、母が腰を骨折して、今度は介護生活になってしまいました。介護認定も受けまして、そうすると毎日味噌汁とご飯とやって、それを二人で食べています。

②恋愛でございます。私は中途障害でありますけれども、障害になってからのほうが、今度女性に対する興味が強くなった気がして、ただ、やり方があまり駄目なことなのかな。その場限りの恋愛はあったにせよ、なかなかうまくいくようなことはありませんでした。

③労働でございます。障害者雇用で働いて、ちょうど9ヶ月になりますが、なかなか会社との折り合い、折り合いというのは、業務内容、賃金ということになりますけれども、僕は障害者雇用におきます考え方をここで述べさせていただきたいと思います。障害者雇用における三つ目です。一つ目は、まず障害者がやりたいこと。二つ目、障害者ができること。そして、三つ目。それは、企業から求められることですね。それが三つ揃って、初めてうまくいくと。これがなかなか3個上手くいくっていうことはなかなかないですね。ただ今ですね、令和3年9月14日現在、現在退職してはいますが、令和3年9月27日付けでですね、本当の希望でありました今回障害になってか

ら初めてであります、障害者雇用での正社員内定を決定しました。また、頑張っていきたいと思えます。

4 番、団体活動でございます。ピアサポートグループ活動を行っております。これは、障害者による総合支援、総合相談を目的としまして令和元年5月21日にですね、その当時働いていた同じ年で、同じ病気で、同じ職場で働いていました西川さんという方とすごく友達になって、二人で始めました。内容ですが、ピアサポートミーティングを月に2回行っております。また、イベントを企画運営しております。今のところ2回実績ありまして、また3回目の計画を練っております。バリアフリーマップ、これは、障害者目線で作ったバリアフリーマップも作成しております。また、各種講演会等の登壇を行ってます。

① 表現活動でございます。これは、僕個人になりますが、自身による作詞作曲活動をしてまして、またロックバーの店長に協力を得まして、YouTubeとかCDを作ってます。また、絵画・描画ですが、パソコンでですね、ペンを使ってデジタルアートを行っております。また、今年の新潟県障害者芸術祭に出品予定です。

おわりにですが、今後の展望としましては、いわゆる障害者個人の思想、および行動の自由、自由化のまた、活発化が期待されるべきであり、また、それにより、賃金および報酬が出ればよいなど思っております。

そのために弁護士さんにおかれましては、障害者の地域生活の実態、これは細かい被害調査を含んでいるものでありますが、まずその把握、そして、国に報告していただきまして、それに基づくですね、法律の制定、法律の運用を、まずは法律の制定に向けた弁護士さんの動きで、法律運用は今度は行政ですね、その辺をやっていただきたいと期待しております。いわゆる、これは例に出せば、障害者雇用なんですけど、罰則罰金による規定のみでは、結局、障害者問題は解決できないと、やはり最後は気持ちの問題になってしまうということでございます。これで資料1は終わります。

資料2に入ります。これは僕も、目次で終わっちゃっているんですけど、今のところ。題名は精神障害当事者(統合失調症)が考えます経験に基づいた精神障害福祉論ということで、これで今回概要版として発表させていただきます。初めにでございます、(1)、(2)、(3)とありますが、こういった法律の差別、国による不祥事、また精神障害のイメージのデータでしょうかね。データを紹介しております。まず、これを鑑みまして、いろいろと考えていきたいということでございます。

②私の考え。これも手話の方には申し訳ないのですが、(1)(2)医療福祉を一緒にやらせていただきます。いわゆる、今、医療の中で、精神障害当事者が問題としているのは、なかなか、精神障害、なんでなんでって、わからない、わからない、なんでこんな病気だろう、何の病気だろう、困った、困った、こういったものに対して診断がつけられるわけですけども、本人もわかっていないんですよ、たぶんね、=ほうほうの人=がですね。それに対して、服薬だけの、服薬のみの治療、いわゆる何が問題かと言いますと、あなたは最近どうかと言われて。体調は悪いけどそんなもんで

すと言ったら、じゃあ、次回、前と一緒に薬を出しておきますね、はい終わり、1分診療という流れになります。それはお医者さんも当然忙しいのじゃないと思うんですが、ただ、それに代わるものとして、何か手立てを、医療カウンセリングを受けたいと。医療カウンセリング、福祉カウンセリング、やっぱ違うと思うんです。医療的なカウンセリングをもっと充実させてほしいというのが、私の願いでございます。また、医療、福祉、カウンセリングでは、福祉カウンセリングの補填的活用としましてピアサポートカウンセリングと言いますか、ピアサポーターを活用していただきたい。ピアサポーターというのは、障害者当事者によるお話、私は雑談でいいと思ってるんですけども、それは私たちは障害者ですから、当事者ですから、ピアサポートカウンセリングといっても、専門的知識や資格、特に勉強しているわけではありません。ただその代わりですね、今、経験は、経験上の語りべ、自分の経験の語りべになることができます。それに対して、共通点、悩みをですね、共感しながら、何か一つでも10あるうちの何か一つでも、もし悩みを解決できる日があれば、その日に一つ悩みがあれば、ストレスはパラメーターが下がります。そういう流れにしていきたいなと思って、活動を続けております。特にですね、入院施設でですね、入院患者と地域生活を行っています当事者による交流会等は、効果的ではないかと思っています。ただ、今コロナの状況でなかなかできておりません。

法律です。やはり、先ほども申しましたけども、障害者差別による被害実態調査、これをまず把握して、国が把握していただきたい。それを解決できるような、誰においても理解が可能な法律運用の可否の検討の充実と書いていますけども、これもまた例に出せば、障害者雇用です。まず罰金がありますね。障害者雇用率を欠くと、罰金がある。でも、その中で、罰金を払う…、法律を守らずに、罰金を払った方が、民間企業にとってメリットと精神障害を一人雇うメリット、それに対する助成金を得られるメリットに関しましても、雇うメリットの方が、危険であるというような判断をされている企業も多くございます。理解可能な法律運用ですから、法律は守らなければならないんですね。罰金を払ってればいいやというのでは、法律だけではうまくいかない気持ちの問題ですし、なかなか障害者雇用については、難しさを感じます。

終わりになります。精神障害者における地域生活の考え方でございます。精神障害の多数は発症時、入院、経験しまして、そこで医師の判断により長期入院もしくは退院後、自宅療養を施すことになり、その後、地域中心の生活を過ごすことになりますが、そのとき初めて地域に生じる差別偏見を感じるようになります。それが地域生活への変換の障壁になっていると思います。当たり前の生活と書きました。小学校で習っている国民の三大義務とか、国民の権利がありますが、僕は中途障害なんです、それが中途半端になってしまったと、今、思っている自分がいたり、本当に自己嫌悪になって、弱い人間、社会から必要とされていないと思ってしまうときもあります。結論から申しますと、我々の存在が、最低限、尊重されまして、本人がまず自立したいと思うことこそ、地域生活における出発点だと感じています。障害者における当事者会を運営していますが、目的としては、大義名分を考えていますが、やはり、一番最後、自発的リハビリテーシ

ョンと書きました。自分でやりたいんだという気持ちを持って、そこに娯楽を感じ、精神の安定化になれば、穏やかな地域生活が送れるのではないかと期待しています。以上です。

1 枚目をめくっていただきまして、2 枚目をめくっていただきまして、これはロゴです。鬼って絵を…。次のページってください。これは、土木屋だったもんですから、CAD で書いてみました。その次、3 枚目は連続でってください。これは歌詞にコードを付けています。これがいわゆるバリアフリーマップでございます。縦になっちゃったな。障害者目線で作ったバリアフリーマップです。これは、車いす利用者の僕達のメンバーがいまして、調査をしたんですが調査済みだったんですね、実はですね。僕は歩道を調査しまして、施設に関しては車いすさんが入れる場所が、調査済みであったんで、僕と西川さんと歩道を現場で測って、僕は CAD で整理しただけです。割と簡単にできたんですが、車椅子さんの方に大変なご協力を願いました。その次にですね、これはですね、我々一般社団法人化を一応目指しておるところですが、なぜ法人かと言うと、やはり助成事業、それをなるべく獲得していきたいからであります。ただ、いろいろお金の問題でですね、なかなかできない事情があります。

以上になりますが、最後に告知だけさせていただきたいと思います。これはですね、ひいてのアップということですね、僕たちは、障害者同士が、障害者が企画しています。障害者みんなが企画したイベントになっています。福祉施設さんが、計画しているものが一般的かと思いますが、また、当事者同士で考えたのも色が違っていいんじゃないかと思っています。11月20日土曜日、午後1時から天寿園で行います。ポッチャとか、ポッチャパラリンピックで有名になったポッチャ。(中野小路)たかまるさんが司会でですね、実は、このパシュミナさんという方が、今度つくさんの作詞作曲でメジャーデビューするらしいですね。あとは、我々の全員障害者バンドとかですね。あと、アートもやりますんで。聞く、見る、遊ぶでございます。にじいろフェアです。どうぞ、よろしくをお願いします。以上、ご清聴のほど、ありがとうございました。

## (2) 今村達弥氏

(黒岩) 藤巻さん、ありがとうございました。次は、今村達弥さんです。今村さんは、診療所の精神科医として地域生活を送る精神障害のある人々を支えておられます。今村さん、お願いいたします。

(今村) 勝手なタイトルで恐縮です。僕の話はいわゆるロマンと算盤の両立ということになるかと思っています。理念の実現のためには、運動として浸透し、事業として成り立つことが必要です。そもそも僕は、国を信用していませんので、勝手にやってみたらこうなった。勝手にやってみたらどうでしょうという話です。

日本の精神医療の現状は、まず民間偏重であること。どうしても地域に対する責任よりも、経営論理が勝ってしまいがちです。医師会が優位点としてよくいうアクセスの良さですが、精神科では、えてしてそれが生かされません。なまじアクセスが良すぎると、常用薬依存を作りかねませんし、本当にアクセスしてほしい人は、往々にして、受診モチベーションが損なわれていることが

多いからです。

次に、身体科との差別です。制度的にも、また精神科医も患者も差別されていると言えるでしょう。もっとも、精神科医の場合は自ら作り出しているとも言えますが。

それから、言わずと知れた入院偏重。ベッドは作れば、埋めざるを得ないという経営論理が働きます。僕も経営者なので、それはよくわかります。

最後のは、少しバイアスのかかった私見かもしれませんが、精神科医の地域貢献、献身欲は、その金銭欲、研究欲よりは、ずいぶん小さいのではないかと思います。ではその打破ですが、外来、訪問、入院のバランスを身体科並みにしたい。総合病院内に身体科に並んで普通に精神科があり、入院もできる。高齢者医療並みに家族ケアからレスパイトできる機能が地域にある。そんなに過激な発想ではないと思います。

次お願いします。国の精神医療政策は、とてもちぐはぐなものになっていると思います。2017年、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム、略して「にも包括」が提唱されました。いよいよ地域精神医療の幕開けかと注目され、2018年には、ハードなアウトリーチと並んで、初めてどの精神科クリニックでもやれそうなソフトなアウトリーチに診療報酬がつきました。ところがこの春、それがたった3年で廃止になってしまったのです。一方で、同時期に「にも包括」の構築に関わる検討会報告書が出され、かかりつけ精神科医機能として、ケースマネジメントとアウトリーチが求められていると、この矛盾ですね。診療報酬を外して持ち出してやれということでしょうか。民間にはやれません。精神科病院出口後の議論に偏重し、入口前の地域ケアのインセンティブがおろそかなようです。精神科在宅患者支援管理料というのは、事例化報道受けて、措置入院者の退院後のアウトリーチといったハードなものを設定したわけですが、それに手を挙げた医療機関が少なかったためにソフトのアウトリーチまでひっくり返して廃止にしてしまったと。そもそも、地域精神医療費は、新たな予算取りは必要なくて、入院医療費に偏重したものを分配し直すだけで十分なんですね。精神科病院協会のような圧力団体に屈することなく、一貫した政策が求められると思います。

次お願いします。僭越ながら、僕の私的な歩みを紹介させていただきます。僕は一度も大学医局に所属することなく、1995年からほぼ同一地域で医療に携わってきました。地域の総合病院で初期研修を行いました。医者になって病院で看取った患者さんの息子さんをクリニック開設後に在宅で看取り、今、そのお孫さんの訪問診療しているといった4世代にわたるフォローをしている家族がいたりします。自然な流れで、僕の中に、キャッチメントエリアの意識化がなされました。もともと地域医療志向でしたが、アルコール医療で身体科の壁を感じ、1999年精神科に転向しました。都立病院でのハードな精神科救急等を経験した後、地域の総合病院に帰り、精神科を開設しました。一人医長でだんだん疲れ、精神科病院に半分逃げつつあった頃、市民運動の古い付き合いから声をかけられ、新潟に高齢者生協を作ろうという運動に加わり、2006年、ささえあいコミュニティ生活協同組合新潟という福祉生協の設立に関わりました。黒

岩卓夫初代理事長のもと、小規模多機能型居宅介護を県内に展開し、その流れでクリニックを持つという話になりました。僕の構想は、妄想のように膨らみすぎて、結局生協立とはならず、医療法人で銀行から借金をして、2012年、ささえ愛よろずクリニックを開設しました。その後の流れは、認知症ケアや緩和ケアモデルで始まり、ニーズに適応して、ケア展開しているうちに統合失調症モデルでいう多機能型精神科診療所になっていたということです。

次お願いします。多機能型精神科診療所を中核に、医療と福祉の総合ケアセンターを形成しました。精神障害者と高齢障害者の双方に対するケア制度、ケアノウハウを相互に活用し、地域の全障害、全世代を対象に通い、訪問、泊まり、住まいのケアの提供を行っています。精神の泊まりについて、ちょっと説明を要すると思いますが、介護保険のショートステイ施設の空床を活用して、自立支援医療で、精神障害者の方がレスパイト利用することができます。基準該当サービスと言われるものです。この統合医療研究所は、グループホームに併設したもので、ここでの泊まりはまだ活用されていませんが、保険外サービスとなります。

次お願いします。これがケアタウンサービス群の構成図です。この原点で生まれて、横軸が加齢、縦軸は住み替え度合いを示します。先ほどの表になかったものとしては、就労支援事業所があります。寺子屋というのは、不登校の中学生を対象に、統合医療研究所で、アートセラピー等を行っているものです。いわゆる箱モノサービスが埋め尽くしているかのように錯覚しますが、サービスの要は、赤点々で示しましたアウトリーチであり、それが地域ニーズの隙間を埋めているのです。

次お願いします。こうやっていつの間にか自称地域精神保健センターと化したわけです。ニーズに添えていったわけですが、例えば医療観察法指定通院医療機関になぜなったかと言うと、アルコール依存の対象者が通院できる医療機関がないために、何年も入院を余儀なくされている人がいるということで、保護観察所から頼まれ始めたものです。

外来月平均 1600 人のうち、だいたい二人平均で、精神科病院に入院紹介しています。新潟市では、自殺未遂者の救急医療を市民病院や大学病院が担っていますが、後のフォローを当院通院患者はもちろん、新患も含めて毎月一人平均で受け入れています。在宅療養支援診療所は、高齢者医療のための制度ですが、精神科アウトリーチが、診療報酬化されていないため、対象を全世代に広げて運用しています。ただ看取りを行うことが条件となるため、一般的な精神科クリニックにはハードルが高くなります。精神科訪問看護は、外来から飛び出していくアウトリーチの要となるものです。精神科の中でも疾患差別があって、特に依存症ですが、当院では、自助グループ支援にも力を入れています。

次お願いします。なぜアウトリーチが重要なのか。それは、精神疾患特有のモチベーションパラドックスというものがあるからです。つまり、心理社会的問題が重度であるほど、ケア希求モチベーションは低くなるということです。さらに日本では、池原さんの講演の中にあつたように、精神科医療トラウマというものが歴然とあり、それが二重の苦しみとなって、医療から遠ざかる要因

となっていると思われます。そして文化ですが、コロナ禍で不要不急の部類に入れられてしまい、まして医療機関が文化活動をして、何の診療報酬もつくはずもないですが、藤巻さんの発表にもあったように、当事者の文化活動を始め、文化的なふれあいの持つスティグマ軽減効果は、どんな啓蒙よりも勝ると思われます。当院では開設以来、フクシマ被災者のための無料よろず相談会を年2回開催してきましたが、新潟に避難して来られた方たちが、福島の盆踊りを忘れつつあり、また当院の立地する地域も、久しく盆踊りを行っていないということに気づき、地元と福島の盆踊りを合同で復活させようと、夏祭りを開催しました。グループホームの女性入居者が浴衣を着て踊ると、地域住民から職員と間違われたりして、得がたい場作りになったと思います。世代間や地域間の直接返しようのない借りを、他のご縁にお返しするケア文化作りは、インクルージョンへと繋がるものになると思います。

次お願いします。さて当院のアウトリーチ体制ですが、常勤医師は僕一人です。看護師は、6名中5名が外来、デイケア、訪問、施設を相互乗り入れ、つまり兼務して従事しています。精神保健福祉士は、精神科訪問看護に診療報酬算定できます。

次お願いします。アウトリーチチームが自立支援医療の対象者、介護保険の対象者双方にサービスを提供しています。ただ、刑務所にはまだアプローチしていないのと、地域移行支援もまだ実績ゼロです。

次お願いします。ニーズに応じて、ここまで来たと述べてきたわけですが、果たして真のニーズにたどり着いているのか。常に検証する眼を持つ必要があると思っています。当事者のニーズがあり、支援者もそれと認識しているこの〇になるように、まず私たちはわがままと言わない。するとおせっかいを焼く体制になるわけですが、そこをお互いの気づきと試行錯誤の成長で〇に持っていくと。その旬を逃がさないようにしなくてははいけません。

次お願いします。グループホームについて見てみます。精神科病院に社会的入院をしている人を解放しようと、2017年より、グループホームへちまを開設、2020年には、2棟目へちま2020を開設しました。へちまは、サテライト型、つまり定員8人中2人は、近くのアパートを離れとし、そこに住み、ホームから食事の提供等を受けるものとし、2019年自立生活援助も開始して、地域生活への自立へと段階的なサービスを用意しました。へちま2020には、正式名称が新潟統合医療リカバリー研究所というのを併設し、不登校児や支援者へのアートセラピー等を提供し、地域との多面的な接点の可能性を追求しました。入居者および研究所利用者に依存症の人も受け入れ、内観を活用した一方的強制でない支援を行っています。例えばアルコール依存の人に断酒を強要しないわけで、当然様々な問題が生じるわけですが、スタッフが何とか踏ん張っています。

次お願いします。今後目指したい方向です。当院では、べてるの家にならって、当事者研究も取り入れてきましたが、当事者のニーズと資源を当事者と共同発掘していきたいと思います。その関係性資源を強化し、生活再建を目指す治療モデルである生活臨床を積極的に取り入れ

ていきたいと思ひます。いまさら精神医療の公的化は望めません。いろいろな法人格を活用することでやっていくしかないと思ひます。「にも包括」を理念に終わらせてはいけないと思ひます。精神科医療トラウマは否定しがたいので、スティグマ抑制、インクルージョン促進のためには、医学モデルから離れた支援の仕組みも必要だと思ひます。ピアや市民も巻き込んだ地域ケア文化、人的協同資本の蓄積が必要です。今、コロナ禍の中でいのちという言葉が一面的に捉えられすぎていると思ひます。いのちの営みは命がけのときが一番生き生きするものです。リスクを負う権利はいのちの営みにとって重要であると言えます。専門家は、成功者の集まりなので、失敗とかのリスクを恐れる、間違っただけを正したいという癖を持つ、つまりリスク恐怖症+正したい病にかかっているのが専門家であると言えます。正義のつもりで武器を持って治療をしていたということにならないように、もう一度対話の力を信じてみたいと思ひます。

次お願いします。法人格の活用ですが、国という法人はどうも信用できませんが、私たちは憲法によって公助を求める権利を保障されています。何といたってもこれが土台です。ささえ愛よろずケアタウンは、相互扶助のコミュニティ作りを目指していますが、生協に協同の理念をいただき、医療法人によって事業化し、協同のネットワーク作りの運動に加担してきました。その流れに、昨年未制定された労働者協同労働法があります。これは障害者自身による仕事おこしを可能にするもので、自分たちで出資し、自分たちで運営し、自分たちを雇い、自分たちで働くというものです。これが、イタリアの社会的協同組合のようになりうるのか。小村さんのご発表に繋げたいと思ひます。

次お願いします。対話が説得、管理の方向に陥らないためには、対話を求め続けることに徹することが大事かと思ひます。理想の対話は、相手の対話ニーズも、自分の対話ニーズもありありのこの〇ということになりますが、そこに寄せるために、相手の話をうわの空で聞いたり、第三者的になったりせず、敬意ある好奇心で接し、専門家の正したい病の自己満足にならないように、無知の姿勢で臨みたいと、自己反省も含めて心したいと思ひます。

次お願いします。最後に、これは今まさに新潟県に来年度の予算化を要望して動いていることを披露したいと思ひます。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の一端、および自殺対策としての新アウトリーチ事業の提案をしたい。「にも包括」の理念が最初に書いてありますけども、ちょっと飛ばしまして、アウトリーチのところからですが、アウトリーチは、長期引きこもりや長期治療中断者はもちろん、初発を含む全ての精神的危機状況に対応する手段として、この「にも包括」のシステム構築の要です。また、メンタルヘルスにはモチベーションパラドックスがあり、自殺対策を含めた危機介入にアウトリーチ支援の重要性は非常に高いと。しかし地域によっては、医療との連携の難しさもあり、実効的にアウトリーチ支援はなされていないのが実情です。

次お願いします。提案する事業概要です。精神科医療資源の乏しい地域のメンタルヘルスニーズにアウトリーチで即時対応する。医療に繋げることを第 1 目的とせず、コメディカルを中



心に、ピアや市民を含めた対話の力で対処できることを実践していくと。イメージとしては、認知症初期集中支援チームの対象年齢、疾患の制限をとっぴらって、事前相談から支援の対象とするもの。あるいは、地域限定のいのちの電話に、出張相談がセットになったものです。

次お願いします。支援理念、方策として、オープンダイアログを採用し、生活臨床による家族支援（家族の持つ価値観を尊重し、その文脈で家族運営が順調にいくよう支援する）も取り入れて、地域のニーズに応えていくと。あわせて、支援者の研修やサポーター養成講座等も開催するものです。オープンダイアログとは、池原さんの講演の中にもありましたけども、フィンランドで始まった地域精神保健の取り組みで、精神病急性期の介入方法として、薬物治療や入院治療をほとんど行うことなく、極めて良好な治療成績を上げているものです。

以下の原則で行うアウトリーチ支援です。一つ、生活現場でのメンタルヘルスニーズに、当事者との対話主義で即時対応する。一つ、当事者のことは、支援者だけで協議することなく、社会的ネットワークを重視して現場で車座になって対話する。一つ、個々の関係性を尊重し、それぞれの関係性の中でいくつもの現実があることに耐え、拙速に結論に導こうとせず、対話が続く関係を維持していく。一つ、ニーズに合わせて柔軟かつ機動的に対応し、チームで責任を持ち、なじみの関係で継続支援するというものです。

次お願いします。実施主体とチーム構成ですが、多機能型精神科診療所を運営する医療法人等が委託を受け、保健所や地域の基幹相談支援センター、地域包括支援センターと協力して行う。看護師、精神保健福祉士、作業療法士、嘱託精神科医（これはリモート参加でいいと思いますが）、公認心理士、保健所保健師ほか、対象者に応じて地域の社会福祉士、相談支援専門員、加えて、ピアおよび市民サポーターが最低二人以上で1ケース毎にチームを組み、うち一人は毎回の訪問に参加すると。

次お願いします。対象は、対象地域住民であり、何らかの精神失調が疑われ、精神科受診が困難な人で、どの医療機関にも現在有効なカルテがない人。疑われる疾患は、統合失調症、神経発達圏、認知症、依存症、気分障害圏等です。電話直接アクセスや医療機関、保健所、基幹相談支援センター、地域包括支援センター等に寄せられた相談に随時対応しようということです。

次お願いします。これ最後のスライドですが、ちょっと時間が押してるようなので、あとで時間があつたらと思います。一旦ここで終わらせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

**(黒岩)**ありがとうございました。最後のスライド大変重要だと思いますので、ぜひ、後半でお時間を作って話していただきたいと思います。

### (3) 小村絹恵氏

**(黒岩)**最後に小村絹恵さんです。小村さんは精神保健福祉士で精神病院を全廃したことで有名なイタリアに留学して学んでこられたご経歴を生かして、関西を拠点に精力的に活動され

ています。小村さん、お願いいたします。

**(小村)** こんにちは。精神保健福祉士の小村と申します。よろしく申し上げます。先ほど、ご紹介いただいたように、私は、イタリアのトリエステというところで留学しておりました。イタリアのトリエステは、78年以降、精神病院がない状態で、40年ほど入院に頼らない、病院に頼らない形で地域の実践を積み上げてきています。ですので、今日のテーマにある入院に頼らない地域生活を支える資源とは？というところの参考になればいいかなと思っています。ここの、今回、この時間だけでは言い切れないことがあるので、参考資料も用意しているので、そちらも見ていただけたらと思います。

では早速、説明していきたいと思うんですが、一番最初に使った表紙の写真。これがフランコ・バザーリアと言いまして、イタリアの精神医療の改革を引っ張って行った一人になります。彼の言葉なんですけど。直訳であまり良くない訳ですが、言いますと、脱施設化のことを書いていて、施設を開くということは、単に扉を開くことではなくて、こいつは病人だとか、病気以外それ以上その人を見ることがないというような私たちの思考を開くということを彼は言っています。それが、今日、今からお話することに一貫していることなのかなと思っています。

イタリアなんですけれど、今言ったような形で有名なところになるんですが、精神病院を廃止して、強制的な実践をなくしているところもあれば、そうではないところもある。私が行ったトリエステは、鍵もないですし、閉鎖的などところもない。強制的な実践もないので、本当に開かれたところなんですけど、そういう形でやっているのは、イタリア全土の20%、つまりあとの80%は、あまり変わらない、日本と変わらないような状況で強制的な実践が起きていたりということがあります。

次のスライドお願いします。80%の一つになるんですけれども、なぜそういうふうな、同じ法律で動いていて、同じシステムが、イタリア全土にあるにも関わらず、こういう違いが起きているかということの一つの例だと思うんですが、イタリアにサルデーニャという島があります。そこでいわゆる日本と同じような形で、長期の拘束、身体拘束がされて亡くなったという状況があります。その背景、歴史的な経緯を見てみると、1978年に、精神病院を閉鎖する法律ができて、どこもそうなんですけど簡単に進まないわけですね。全然進まないの、いわゆる国が早く閉じないと、罰金を課すという形でさせるんですね。ですので、慌ててその期間までに今いる入院してる人を出さなければいけない。1998年にも、1999年に精神病院は全部なくなったというのをイタリアが宣言するんですが、98年になっても900人ぐらいの人がいわゆる病院の中にいたわけです。そういう人たちを施設送りですね、高齢者の施設ですとか、とにかく病院から空にすればいいという形で強引な無理矢理な形で、病院を空にして、廃止したという形になります。ですので、いわゆる本当になぜこの精神病院というものがいけなかったのか、この知識や文化や組織体制というものをきちんと振り返って、反省して、批判して、だからこそ違うものを作るんだという流れには行っていなかったんですね。そのまま閉鎖されて新しい地域のサービスが作られた。だから、同じような考え方同じ実践が地域の中でも広がっていく、だから、今でさえも、同じような形で閉鎖

的な空間があり、拘束という状況が起きているということになります。

これを取り上げたのは、日本でも同じようなことが言えてると思うんですね。日本は精神病院を閉じてはไม่ใช่ですけども、病院から地域へという流れの話は、もう何年も前から言われているわけですけど、その実態は変わらない。

ここのスライドを変えてください。ここの言葉ですが、私が地域の事業所にいたときのある当事者の方の言葉です。ここの鍵がないだけで、精神病院と一緒に、同じ人間ばかり集まって、いろんなサービスで守られて他に行くところがない。ここに来るしかないという表現です。20回ほど入退院を繰り返した彼なんですけど、地域の事業所に来て、入退院は治まったんですね。活発的にリーダー的に活躍はしたけれども、そこから出ることができない。地域に住んでいても、地域の人と出会うこともなければ、違う場所に行くこともない、繋がりもない。池原先生のスライドにもあったかと思うんですが、福祉で囲われている。いわゆる病院の管理が、福祉の管理に変わったただけであって、地域の中に鍵はないけども壁ができていてという状況が起きているということになります。

こういうふうな状況というものは、いわゆる精神病院の論理そのものが地域の中に出てきているわけですね。そういったものを私たちはちゃんと批判しているのか、見ているのか、そもそも、なぜ精神病院を私たちは必要としているのか、そういう社会の実態とか仕組みとか、そういう背景をもっと批判して、そこから決別して、違うものを作ったというふうな動きに行かなければ、同じような流れというものが、今までもですが、続いていくのかなと感じがしています。

次のスライドお願いします。なので、言葉を分けて言いたいんですが、下の脱病院化、脱施設化というのがあります。これは本当にメンタリティー的な思考を変えずに、あらゆることも変えずに、場所だけの移動みたいな感じですね。病院から地域へという、そういう形を脱施設化というとする、イタリアがやってきているのは、脱制度化の方になるわけですね。精神病院を基盤とする科学的、いわゆる生物医学モデルですね、そういった系統の専門知ですとか、いわゆる分断するような法体系ですとか、文化的なパラダイム、こういったものをやはり議論に上げること、そこを批判していくことから、新しいものが生まれていく、そういう形でイタリアのあり方は脱制度化という言い方をしています。

次お願いします。転換させたものの一つが、精神病の概念ということになるかと思います。フランコ・バザーリアが言った、狂気は人間の状態の一つ。つまり、人間には理性と同時に狂気みたいなものも両方あるわけですね。それは当然なこと。だから、狂うということは、誰でも起きることで、誰でも当たり前のこと。いわゆる人生の中で、思い通りにならないこと、どうしてもならない怒り、深い悲しみ、苦しみ、焦りみたいなどころから生じる身体的、精神的な反応、これは異常なことではないんですね。人間が当然持っているもので、狂うことって当然なこと、そういうことをいわゆるバザーリアが言ってきているということになります。

次お願いします。日本とイタリアは、じゃあどういふふうの違いなのかということですが、精神医

療の考え方、生まれた誕生のきっかけと言うと、社会的管理みたいな人の選別というところは変わらない。日本もイタリアも一緒という感じです。いわゆる専門性、思考とか視点みたいなものを、イタリアは変わっていったという形になります。イタリアも昔は収容型で、今と同じような形でやっていたので、生物医学、池原さんが話してくださったと思うんですけども、今言ったバザーリアの考え方とは逆で、体のどこかに何か異常が起きた、故障が起きた、だから、それを修繕、直さなければいけないという形で、当たり前じゃなくて異常なんですね。異常な部分を薬で変えていかなきゃいけない。でもそれで変わらないんだったら、拘束だったり、強制的な入院だったり、そういう暴力的な強制的な実践が生まれるという背景があります。その中の強制的な部分として大きいのが精神病院という形になるかなと思うんですが、次お願いします。

彼らは、思いっきり精神病院を否定するわけです。閉鎖的な空間に人を収容するというそれだけで、聞いただけで、異質な人とみなされてしまいますよね。そうされる人も自分で自分のことをそういうふうに使われるし、やはり、本当に人間性、主体性を奪う、言葉も奪う場だなというのを、私が精神病院に勤めていたので、その風景っていうのは、ずっと見ていました。

例えば、本当に不当なことで、本当にこの扱いに怒っている、当然な怒りだと思うんですが、そういうのも調子が上がっているねと病気の目で見られたり、本当に悲しくて涙していても、鬱状態で泣いているという病気のそういうふうに使われてしまったり、例えば症状みたいな話をしたい、でもそれをするによって、病気がまた悪くなった、入院が長くなるみたいなふうになってしまうから、何も言えなくなる。本当はそういう、例えば妄想や幻聴だったりも、その背景には、その人の苦しみとか、悲しみとか、いろんなものがうごめいているわけですよね。それをひっくり返して聞くことがすごく大事なのに、それを言う言葉を奪われてしまう。そういう状況の中で、自分はまっとうだということを表現しないと外に出られない。だから自分に常に嘘をついていくわけですね。そういう中で自分らしさを失っていくし、主張も失っていくし、そういう人間性らしさみたいなものがどんどん奪われていく。こういう精神病院の構造みたいなものを、バザーリアをはじめ改革者の人は徹底的に批判するという形になります。

次お願いします。バザーリアが始めに取りかかったところですが、大事な改革の一つはアッセンブリアといいます。さっき言ったような言葉が奪われる、主体性が奪われる、それをまず取り戻していくということです。

これは 1960 年代のゴリツィア病院、病院の中での様子の写真ですが、これが脱制度化の一步だと思うんですけども、彼はその言葉をとり戻すため集会を週に 50 回ほど開くんですね、あらゆる病棟の中で。でも誰も何も言わない。それは当然ですよね。何か言ったら報復されるんじゃないか、今まで言葉を奪われてきたのに、そんな急に言えと言われても言えるわけがないんですよね。そういう中で、最初は全然うまくいかなかった。

一方、同時にバザーリアか、ソーシャルワーカーが患者さんと話をしまくって、聞きまくって、その人の人生を書きまくるんですね。自分で自分の人生を、話していく、表現していく。自分の人

生を物語る、そして自分を定義づけする、患者さん自身が、そういうことの中で言葉を、自分を見つけ出していき、こういうアッセンブレア集会の中で自分が発言する、誰かがそれをちゃんと聞いてくれてそれに反応する。そういったことをやると、自分が認められている、自分は生きているんだということを、自分は人間なんだということをつかんでいくんですね。そういったことの様子を専門職も見えていく中で、単に病気だと見ていた人たちのイメージが変わっていく。こういう中で、思考みたいなものがそれぞれが変わっていくというものを、この病院の中から作っていくということが始まりになります。

次お願いします。彼らの改革は、Rivoluzione culturale といって、文化の革命という言い方をするんですけども、メンタリティを変えていくということになりますね。最初から飛ばしながら説明するんですけども、まず、なぜ私たちは精神病院を必要とするのか。効率とか能力主義から弾かれる人たち、社会や地域、家族に面倒をかける人間を矯正したい、排除したいという、そういう社会そのものを変えていかなきゃいけないんじゃないか。こういう社会でいいのか、でなければ、つまり精神病院、精神障害の人たちだけではなくて、誰でもが排除される社会になるんですよ。そういう社会でいいのかということの問い直し、あとは危険性、制度を壊していく、制度を変えていくという形になります。個人の健康よりも社会を守るという形で、社会的危険性という形で、強制入院みたいなものが始まっていく。そうではなくて、まず個人なんだと、個人の健康が第1と変えていく、法律を変えていくわけですね。また分断する法律、例えば労働に関しても、障害者のためのものとする、また差別が生まれるわけですね。だから一般の労働法の中で一緒に考えていく、そういうやり方で変えていくわけです。

ずっと彼らからよく言葉で聞くんですけども、頭の中に精神病院があるという言い方をして、それは精神病院がなくなっても、すぐに精神病院は簡単に生まれるんですね。会話の中に、関係性の中に、実践の中に。それは相手の言葉を聞かなかったり、抑圧的な態度をとったり、そうすることで対等ではないところでそこには精神病院が存在するわけですね。そういうあいつは病人だとかおかしいとか、そういう眼差し自体を、私たちの考え方をまず変えていかなければ、排除の文化は変わっていかない。排除の文化が変わらないと、精神病院を潰しても、また精神病院はうまれる。そういう形で市民性とか、文化みたいなものを高めていくというところに、彼は力を入れていくわけです。思考を変えて、制度を変えて、サービス文化を新たに作っていくという流れにいくわけですね。

次お願いします。ですから、精神医療の中だけの話ではなくあらゆる関わることにに関して、ざっくり変える。これがパラダイム転換ということになります。それには、そのもとにあったベースがなぜいけないのかという、やはりきちんとそれを見直すことだと思います。こういうパラダイム転換を起こしても、イタリアでよく聞いてたのは、簡単に後戻りするという感じなんですね。それは楽だから。制度化というものは、さっき池原先生も規模に関係ないと言いましたが、均一化でサービスを支援をしていくものは、当事者以外全ての人は楽ちんなわけですね。そういうことに後戻りしや

すい。だからそうではない形で、彼らは非常に常に実践の中でも注意していました。

次お願いします。組織体制作りですね。機関とか、そういったものも全て注意しながら、彼らは作っていています。精神病院の論理というものが、福祉を使ったからといって地域サービスを作っても再生産されてしまうわけですね。というのも、専門性とか、専門職の存在というのは、それだけで権力なわけです。だからその権力をなくすことはできないけれども、いかに小さくするか、当事者、患者さんとの非対称性をどう小さくするか、そういうことを考えていくわけです。だから機関の中でも、役割とか責任を分散させる。あまりたくさんの権力をそこに持たさないためにですね。いろんな機関に専門職と当事者二者関係におかない、いろんな人を入れていく。

精神保健センターに、ずっと通ってたんですけども、よく見ない人たちがいっぱい出入りするんで、あの人は誰と言うと、あの人は英語の先生とか、全然突拍子つかないようなことを言われるんですけど、本当にいろんな人が出入りしています。どこの機関も同じように来ています。

次いきたいと思います。一つの機関で、大事なのがこの精神保健センターになります。もう一つの資料で説明されているんですけども。トリエステを四つに分割して、その一つに、精神保健センターで管轄をしている。その一つで見ていくっていうのは、そこで病気になっても、そこで支援、ケアを受けられ続けるということなんですね。自分のテリトリーで自分の関係性の中で、支援を受けられるということが出来る。プラス、その人が急性期で調子が悪くなった、良くなった、また再発してしまう、そういう一連の流れに関しても、同じ担当者がつくことによって、すごく理解も早いですし、信頼関係が繋がる、そういうことによってやっぱり強制的な実践というものがすごく減らされていっていると思います。ケアの継続性と言いますが、そのような形でずっと彼らは地域の中で支援、サポートし続けるという形があります。

この写真を見ていただいたらわかるんですけど、本当にガランとしていると思うんですけども、みんな外に出払っているんで、ほとんど中にはいないんですね。車が、地域の中をぐるぐるぐるぐる回っています。一番下の写真で皆が集まっているんですけど、毎日 2 時になったら、皆が帰ってきてここで議論をしていくという形になります。それはとても重要な、カオスのような状況ですけど、とても重要なミーティングになってます。

次お願いします。先ほど言った関係性を作るっていうことはとても重要視しているとさっきもスライドに書いていたと思いますが、この *equipe* っていうのが支援チームなんですね。例えば、具体的に伝えたいので、この説明を少ししたいと思うんですけど、Massimo っていうある男性の支援チームを作るのに、いろんなチーム、専門職が入るんですけども。その中で、どういう人をまずこの支援チームに入れていって話をしていくんですけども。チームリーダーは医者とは限らないです。この中で、Massimo っていうのは、すごい浪費ぐせが激しいんですね。浪費ぐせがあまりにも激しくて、お母さんが管理してたんだけど、「もう嫌や」みたいな感じでお母さんが投げちゃった。そういうときに、このお金の管理みたいなものを、精神保健センターがしなきゃいけないのかなという感じなんですけど、そういうものではなくて、彼が行きつけにしている小売店ですとか、タ

バツケリアっていうんですけども、この小売店ですとか、パール、カフェですね、コーヒーを飲むイタリア人には大事なので、そういうところの彼が行きつけにしているところのその店員さんたちも仲間にするんですね。彼がそこで何かを買ったときに、その都度払う必要がなくて、月末の最後にチェックしておいてもらったものを払いに行くっていう形にするんです。ですので、彼らが飲み過ぎていたら、店員さんも「飲みすぎじゃないの」みたいな感じで、いろんな会話が飛び交う。そういった管理を専門職全員でやるんじゃなくて、彼の住んでいる地域の、その周りの人たちも一緒にサポートチームにしていくわけです。これが大事なのは、何か彼の中に不安が起きて話にしたいとか相談したいってなったときに、常に精神保健センターに行かなくても、ちょっと話をして、不安が落ち着くのに、この店員さんに話をしに行くんですね。すごい友達みたいないい関係性ができていて、そういうところに彼のセーフティーネットがあるわけです、身近なところに。そういう街のセーフティーネットをいっぱい作っていくわけですね。そうすることによって、街で生きるっていうのは、やっぱりリスクもあれば、状況が悪化するような要因っていうのは、いっぱいあるわけです、不安とか。けども、そういったところを常に精神保健センターみたいなところが介入するんじゃなくて、地域のネットワークの中でフォローし合うというところをつくっていく形で、地域で生きるということを保障していくという形になります。だから、何か新しい箱ものを作るのではなくて、地域の中に既にあるもの、ネットワーク、繋がりみたいなものを作りながらやっていく。

これは言うのと、いつもイタリアだから出来るんだみたいなことを言われてしまうんですけども、イタリアの専門職の人はここが一番労力を使うんだと言っていました。何回も何回も通って説明して、話して、そういう関係性を作っていく。でも、これは自分たちの仕事だということを言っていました。

次お願いします。彼らの仕事は、人生の文脈ごと支えるその地域のネットワークであったり、そういったもので非常に介入しながら入っていくんですね。サービスで囲い込まないということです。でも、囲い込む要素があるっていうのは、わかっているんですね。例えば精神保健センターばかりに通っている人がいたら、なんでここばかりに通うんだと、これは私たちの支援の失敗なんだという形で、そういうふうにならないような形でやっていく。精神保健センターにいる限り、障害者としての生き方になってしまうんですね。市民として、地域の住民として生きるってやり方を、常に探っていくことが重要になってきます。

次お願いします。ですので、精神保健センターを次どこに紹介するんだということになりますけど、これはイタリアらしい部分があるんですが、日本でいうボランティアだったり、非営利団体だと思いますが、アソシエーションが無数にあるんですね。この中に入って行く。それは、彼はこういう場は治療でもなければ、治療関係でもないわけです。何かの目的を持って、それを共有して目指していく、仲間と一緒にやっていくっていう団体なわけですね。そこでは、人間的な関係であり、人間的な場なんです。常に患者というわけではないんですね。こういうところで、いわゆる自分たちの居場所を見つける、自分の生きがいを見つける、関係性を作っていくっていうことができ

いくわけです。

次お願いします。ごめんなさい。この労働者協同組合連合は話す時間があまりないんですが、これも本当に重要なもう一つの発明と言われています。バザーリアは、作業療法というものを完全否定していました。いわゆる、効率的な再商品化、労働の再商品化ですね。働けなくなって病院行って、また働けるように矯正して社会に戻すというあり方に対して、非常に嫌だというですね。そういうふうな就労支援というものに対しては、NO という形で言ったわけです。ですので、なぜこういう多様な人たちが様々な力を社会が発揮できないのか、そういう社会に対する問題提起をしています。様々な人たちの力が、いわゆる発揮できるような仕事おこしするし、そういった人たちが参画できるような形を、社会的協同組合が作っていくって形になります。いっぱい言いたいことがあります、言えないので資料とかも見てください。

次お願いします。彼らの実践志向というのは、対話ベースです。WHO からも、すぐトリエステというものは、先進的な事例として言われているんですけども、彼ら自身は一切そんなことは思っていないんですね。常にそれは悩みながらも、頭を抱えながら、問題だらけだみたいなこと言いながら、はきながら、やっている毎日だからです。マニュアルもなければ、決まったものもないし、とにかく | から考えるしかない。私たちのようにいわゆる最終閉じ込めればいい、最終拘束すればいいということの、そういう最後の砦はないわけです。ある意味、それは支援者にとっては楽ですよ。考えることも、不安も、リスクもないから。でも彼らはそこに頼ることはできないんです。だから最後の最後まで考え抜くしかない。それは、やっぱりアイデアをいろんな人と対話しながら見つけていく、それしかないんですね。だから、常に常に話し続けているというのは、私が留学している期間ずっとこういう場面を見てきました。80%ぐらいは、こういう場面ですね、私が見てきたのは対話している場面です。その中でいろんな話が本当に紡がれていました。

最後のスライドになります。こういう彼らの脱制度化の過程ですね。それは終わったと誰も言っていないんです。今もやり続けている状況です。それは、時代も変われば、社会も変わる、問題も変わっていくわけですね。例えばイタリア、ヨーロッパでは、移民の問題が本当に激しくて、移民の排斥というところで、政治家もどんどん変わって行ってしまったりしてますよね。その中でイタリアも、移民排斥の人が一時期代表になって、その人が精神病院を建てようみたいなことを言ったりもしていたわけです。常に、こういうふうな、危ない状況なんですね。そういう中をいかに維持し続けるかということは、彼らが大事なわけです。そういう中で大事なものは、専門職だけで議論するのではなくて、市民の人たちを巻き込みながらやっていく。つまり、強制的実践をしないということは、リスクも引き受けるということなんですね。それは例えば、鍵を閉じない、拘束しないということは、施設からその人たちが飛び出して事故に遭う可能性とかもあるわけですよ。そういったものに、市民の人たちがヒステリー的に反応してしまうと、精神病院はやっぱり必要じゃないか、みたいなことが上がっていく。そういうことにならないためにも、市民を巻き込んだ議論というものは常に大事。この今写真が載ってるんですが、白黒ですが、今の時代の話なんですね。ペッペ・



デラックアさんは、精神保健センターが作る 80 年代ぐらいも、地域の人たちに向けて 100 回ぐらい説明をしたそうです。今もそれは続けている。やっぱり、常に変わっていかなければいけない。この思考を開いていかなければいけないためには対話していく。それがすごく大事だということになります。ありがとうございます。

**(黒岩)** 小村さん、ありがとうございました。また、小村さんもスライド 2 枚残されていますので、後半でまたぜひお時間をとってお話していただきたいと思います。シンポジストの皆様からのご報告ありがとうございました。

#### 4 ディスカッション

**(黒岩)** では、時間になりましたので、後半のディスカッションを始めたいと思います。まず、基調講演をしてくださりました池原さんから、シンポジストお三方のお話を聞きになって、ご意見、コメント等をいただければと思います。

**(池原)** ありがとうございます。とても聞いていて、もっと長い時間、それぞれの方にお聞きしたいなと思ったところで、特に、まず、藤巻さんの方のお話は、地域での非常に実践的な活動で、しかも、多分私たち 3 人の話は、共通しているところがあると思いますが、やはり地域の人との関係とか、あるいは、非医療的な関わりと言ったらいいのかもしれませんが、そういう支援のあり方がとても大事だということをご自身の実践の中で示していただいたのは、すごい興味深かったと思います。

それから次に、今村さんのお話も、今度は医療を行っておられながら、地域で非常に幅広い、ある種、ユニバーサルな対象者という言葉はあまり好きではないんですけど、利用者の幅が、高齢者、あるいは障害のある人、あるいは寺子屋なんかをやられて、子供たちも含めて、まさに多様性を当然の前提にしたような形で、医療とか福祉という制度的な枠組みに縛られないで、ニーズにフォーカスを当てながら柔軟に対応されてるのはすごいなと思いました。国っていうのを信じていないというのは、なかなか、確かに何でも国がやってくれないと動かないという話ではなくて、身近なコミュニティから実践を開始されてるのは、素晴らしい活動だなと思って、ぜひ、今度実際に新潟に伺って、もっと生の姿を拝見したいと思いました。今日せっかくこの 10 月から緊急事態宣言となくなってきたんで、本当だったら新潟で皆さんとお会いしたいなと思ったぐらいでした。

それから小村さんのお話も、これはもうイタリアは、まさにいろんな人も行かれたり、いろんな文献もありますけれども、このバザーリアが目指した本質、実は精神病院は私たちの頭の中にあるんだよねって、そういうところの指摘ですね。だからある意味、まだ日本はそこまで全然到達していない、つまり物理的な施設、装置としての精神科病院というものが頑として存在していて、しかも、世界最大の精神病床数と薬の使用量を誇っているというこの日本の状態ってというのは、

ほど遠いんですけれども、ただ我々が今度日弁連で、強制入院をなくしていきましょうという議論、あるいは地域移行を進めましょうという議論が、結局のところ、それは単に地域を病院にしちゃっただけだったんだって話になっていくリスクというのは常にあるなと思っていて。そこをご指摘として、すごく大事ななと思いました。

それから、最後の方のスライドで、ちょっとオープンダイアログと重なるなと思った、この不確かな制御できない、負の部分があってはならないものとして押さえ込んで、隠していくという、こういう要求ってやっぱり常にあって、オープンダイアログでも不確実性に耐えるというのは、とても大事な原則とされていて、やはりそれはもしかすると今日帰ってしまった後で、この人自殺してしまったらどうしようかって、関わる者としては思うかも知れないのですが、そこに、でも対話の中での信頼関係とか、明日また来てお話ししましょうねという中で、繋がっていく人との関係を大事にしていくという、そこに耐えていくということですかね。あるいは逆に、そこにお互いに耐えられないと、やっぱり心配だから強制的に入院させちゃおうみたいな話になっていってしまうので、この辺は、ある種、理念的と言えれば理念的なだけけれども、とても実践の中ですごく大事なことなんだろうなと思って伺いました。ありがとうございます。

**(黒岩)** ありがとうございます。残り時間が少なくて申し訳ないんですけども、今村さんが残された最後のスライドについて、ぜひ説明いただきたいのでお願いできますでしょうか。

**(今村)** これは、精神失調者へのアウトリーチサービスの比較ということで主にコメディカルを中心に行うもの。一番上が、今回提案の新アウトリーチで、一番下が、一番オーソドックスなステーションからの訪問看護ということですが、新アウトリーチは、迅速に動け、多職種を活用するというので、最も優れているものではないかと思っていますけども、今のところ、財源がですね、公費で年間 600 万ということで、これでは家賃と一人分の人権費にしかならないという額ですね。ちなみに、実りの少ないことで有名な、退院促進事業、これでさえ年間 650 万の公費がついているわけですから、もうちょっと欲しいところですけども、それもあって、この三つのアウトリーチを一つの事業所でやって、やっと採算をとるといような提案の趣旨です。ざっくり、こんなことで。

**(黒岩)** コンパクトにまとめていただいてありがとうございます。続きまして、小村さんも最後にスライド残されていましたので、引き続きご説明いただいでよろしいでしょうか。

**(小村)** 最後の 2 枚のスライドだけお願いしたいんですが。池原先生も指摘されてくださったところでもありますが、この 2 枚のスライドで少し言いたかったのが、対話と強制的実践というところの関係性みたいなところ、言いたいかと思って、最後残しちゃいました。このスライドの中には、いくつかの言葉があるんですけども、一番最初のところは、バザーリアの言葉で、狂気というものは多様性そのもの、あるいは多様性を恐れることと書いてはいるんですが、つまり、恐れるというものは、何かの対象に向かって、恐怖心や不安を持っていく、そしてそれを排除したり、管理するということが生まれるわけですね。それから、私たちっていうのは、多様性を締め付ける狂気みたいなものを持っているということの表れかと思います。

三つ目の言葉なんですが、危険性、理解不能、未完治のパラダイム。これらが議論されてこなかった場所や時代で、精神的困難を抱える人への差別、深刻な人権侵害の被害を生んでいるってありますが、これは私たちの今の状況と言えるのかなと思うんですね。社会的危険性をタブーのように話をしないと、強制的な実践もこれは仕方ないんだと言い聞かせて思考しないと、そういう中で議論とか対話されない、されてこない中で思考も文化も変わっていかない、それが強制的実践の状況に続いていることかなと思います。

強制的実践が、どこから生まれてくるかというところで、次のスライドをお願いします。やはり、個人とか社会の内側から生まれる恐怖心とか、さっきの多様性のところであったと思いますが、私たちはわからないとか、不確かなもの、思うようにならないものは非常に心が不安定になる。それを持ち続けるってことは、非常に難しいわけですね。自分の中で解決や理解できないとき不安や恐れを感じるわけです。

もしくは専門職、親や周囲とかですね、対応しきれないときに自分に対応できない能力がないと悟られることだったり、責任の所在を問われるみたいな、外部的なストレス、不安感みたいなものもある。そういう不安みたいなものを感じるっていうものは、相手に危険性みたいなものを感じるわけですね。その中に、自分の中に恐怖心を持つ、抱く。それに対して、解消されたいわけですから、危険性の管理とか制圧ってなって動いていく。それが強制的実践の源泉だったり、排除に繋がっていくことになるのかなと思っています。

例えば、攻撃的な振る舞いをしている患者さんに対して、専門職も怖さとか、不安を持っている。そしてどうにかしなければいけない、そこを何とか抑えなければいけないということで、拘束みたいなことが始まっていく。暴力に暴力でこたえるっていう状況ですね。そういったものがあるということになります。本来ならば、こういう攻撃的な状況になる患者には、その背景に、その患者さんも、不安とか恐怖とか恐れがあるわけだから、安心できる場とか関係性を用意しなければいけないと思うんですね。そういうところが、内面的な反動的に生まれてくるような感情みたいなものに、いわゆる制限、動かされてしまう。私たちの内的な動きとか、外部的なストレスみたいな、それももっと自覚する必要があるのかなと思います。

その次の不確かな制御できない負の部分、あってはならないことだし、抑え込み隠しておくべき感情とする。さっき、これは池原先生が御指摘されたようなこともありますし、例えば自分がこんなにもやっているのにわかってくれないとか、なんでああいう行動をするんだとか、専門職はマイナスに、相手のことを思っていないとか、押し込めるところがあると思うんですけども、それは、実際は人間だから、やっぱりあるわけですね、受け入れられない部分だとか、そういうところを押し殺して押し殺している限りはいつか爆発する。そうではなくて、このトリエステの友人が言ってたんですが、自分たちのような困難な仕事に関しては吐き出す場だったりとか、共感してもらえる場、それがすごく重要、それがなかったら、この仕事はやっていけないということを書いて、それが吐き出すこと、不安を含め話し合うこと、それがとても重要、そうでなければ暴走して

しまう。非人間的な実践みたいなものに押し切ってしまうというところで、やはりこの対話というものが、ベースとして重要だと捉えているわけです。

一つ例を挙げさせていただくと、精神保健センターの中でも毎日、議論が 2 時間ぐらい激しいものが、ミーティングがあるんですけども、そこである時、ある看護師さんが、それは、過剰な支援なんじゃないの、過保護になっているんじゃないのみたいなことを何人かの人たちに言われていて、その看護師さんはそんなことはない、これが必要なんだ、この支援が重要なんだみたいなことを言い張っていたんですけど、でもいろいろな意見を聞く限り、聞いた後に、その看護師さんは、最後に「そうね。確かに、私は間違っていたかもしれない。だって不安だったの。」という感じで、ポロポロ泣き出してしまったんですけど、それだけ、どうなってしまうかと、さっき池原さんがおっしゃっていたように、この後、もしかしたらこの人が死んでしまったらどうしようみたいなものがあるわけですね。そういう不安感にめちゃくちゃ押し潰されるような状況にある中、それを共有して、みんなで一緒に考えていくことをベースにしていかなければ、やはり強制的な実践に簡単に行っちゃうと思うんですね。そういう非常に難しい私たちの仕事、それをどうみんなで共有しながらやっていくのかという意味あいでも、この対話は非常に重要かと思います。

私は日本での実践とイタリアでの実践を見ていると、本当にこの対話の機会が圧倒的な差がやっぱりありますので、もっと私たちの現場の中でそれは入れていくことかと思いました。共感的風土ですね、そういうのを作っていったらいいなと思います。以上です。

(黒岩) ありがとうございます。

藤巻さん、参考資料として、先ほどもお話の中でご紹介くださったデジタルアート、藤巻さんが作られた鬼の絵があるんですけども。このシンポジウム始まる前に、実は、これは、奇形という言葉が差別であり、ちょっと見るのがつらいという意見が寄せられたのもありまして、改めて、これはアートとして藤巻さんが描かれたものですので、これを作られた気持ち、趣旨をご説明いただければと思います。

(藤巻) こちらですね。ここに絵がありますが、ここに文字があって、これと絵の説明をさせていただきます。

この絵を描くことになった経緯につきまして、精神障害者である自身の内面から角が生え、手が 6 本ある鬼をイメージして描きました。また、絵と文字のコラボレーションを表現したいと思ひまして、句を付け加えました。この句に関しましては、自身の内面をイメージした鬼に対する思ひです。精神障害者というですね、私自身が、醜さを感じてしまう。それを隠したい、そういう気持ちと共に生きていかなければならない現実、葛藤がありまして、ただしかしながら、社会とは繋がってきたい。それが、天より、あまり細かいこと言っはあれなんですけども、憂いでいる、しかし社会とは繋がっていきたいというのが僕の本音です。以上です。

(黒岩) どうもありがとうございました。これを見て、非常につらい気持ちを持ってしまう方がいらっしたということに関しましては、これは弁護士会として、事前資料にしてお送りしたものです

から、会としてお詫び申し上げたいと思います。申し訳ございませんでした。

質問がすごくたくさん来ておりまして、今村先生にですね、サテライトというのは、ちょっと意味がわからないので説明いただきたいという点と、オープンダイアログは、急性期にしか効かないですかという質問と、それから普及している地域があるのか、あまり普及してないとおっしゃるのは、なぜかというあたりですけれども、手短にお話いただければありがたいです。お願いします。

〔今村〕グループホームのサテライト型の説明ということですね。建物としてのグループホームは、6人の入居者のいる建物があって、サテライトということで、近くのアパートを2部屋、こちらで借り切って、当事者の方に提供すると。食事とかは、基本、建物の方のグループホームに来て取るということが基本になりますけども、来れない場合はこちらから配食みたいなことですね。日中活動はやられるわけですけども、受診支援とか、買い物支援とか、いろんな支援を日中に行っている。そういうものですね。完全にアパート一人暮らしと、グループホームの中間みたいなものです。それでよろしいでしょうか。

あと、オープンダイアログについてですけども、対話の手法とか、ミーティングの運営とか、車座になって対話するわけですけども、その中での、リフレクティングという手法とかですね、個々のテクニックと言いますか、そういったものは、日本各地で実践されていると思いますけども、それをオープンダイアログと称してやっているところもあれば、リフレクティングのところだけ活用しているとかいうところがあると思いますが、このフィンランドの電話なりの相談を受けて24時間以内にアウトリーチして介入し、対話で対応するというシステムについては、日本国内、どこもやられていないと思います。実際にやれないですね。日本は公的な、そういうサービスはほぼないわけですので、民間でそういったことを、多分、やることは難しいと思います。なので、僕の今回の医療保険の対象になれない、つまりカルテがないような対象の方に、公費を使ってのアウトリーチ、それを医療に繋げるような下心のあるものではなくて、医療に繋げることを前提にしない、対話だけで対応しちゃうというものを、オープンダイアログの理念と方策を使ってやってやろうかというものですが、それはどこも行われてないと思います。

〔黒岩〕ありがとうございます。オープンダイアログは、急性期にしか効果がないのか、何十年と病気を抱えている方に対しては、効果はないんでしょうかというご質問はいかがですか。

〔今村〕急性期に発症して、発症という言い方はあれですけども、エピソードが発生して、対話なりの対応を受けるまでの期間、未治療期間と言ってもいいかもしれませんが、それが長ければ長いほど予後が悪いという仮説に基づいて、とにかく、初発のときにぱっといこうと、そういうときの方が、むしろ当事者が対話に開かれているということで、最初の10日間ぐらい毎日行って、その後は、話し合いで維持療法といいますか、やり方を決めてやっていくということですけども、だいたい、フィンランドではそんなに数ヶ月も続ける例は少なく、一旦終結して、またそういうエピソードがあったら、また急性期対応と言いますか、そういうアプローチをするわけですね。日本のアウトリーチのように、ずっと、漫然とやるというものではないと思います。

(黒岩) そうしますと、病気になって 20 年経ちます、30 年経ちますという方に、オープンダイアログを提供するというのはあまりないと言うか、治療効果は薄いんでしょうか。

(今村) そういう方にニーズがあればですけども、もちろん中断していて、そういうニーズが家族を含めてですね、生じたということであれば、その生活の障害に対して、介入すると言いますか、アウトリーチするというのはあると思いますけども。慢性期だから、急性期だからという分け方は、あまりしないかなという、生活の支障が発生した時点で、ニーズが生じるということかなと思います。

(黒岩) わかりました。オープンダイアログは、日本ではできないというお話は、診療報酬体系がそれができるようになっていないという感じでしょうかね。

(今村) そうですね、あとはサービス提供の主体がほぼ民間になっているということですね。

(黒岩) ありがとうございます。小村さんにも、たくさん質問があります。まず、トリエステの精神保健センターは、民間ですか、公的ですか。費用は何で賄っていますか、利用者の自己負担でしょうかという意見と、それから、Massimo さんのケースは地域を巻き込むやり方はもちろんだけど、例えば、店員さんに研修をすとかそういったことがあるんですかという質問と、もう一つ、小村さんだけに向けられているのではない質問かもしれないんですけども、イタリアとか、ベテるとか、オープンダイアログとかいわゆる先進的な取り組みが紹介されるけれども、そういうのはいくら紹介されても現場はあまり変わっていないのではないかと、どうやったら現場が変わるのかということなんですけども、お願いします。

(小村) まず精神保健センターが、民間かどうかということですが、これは公的な機関になります。なので、保健医療の中で賄われているわけで、利用者さんに関しては、負担はゼロです。ないです。1978 年のバザーリア法とよばれる精神病院解体の法律と同じ年に、わかれていた一般医療と精神医療が、同じ医療法の中に統合され、精神医療も無償化になりました。これも分断させない、脱制度化の取り組みのひとつかと思います。所得に応じての一部負担はあるようですが、かなりの高所得でないとかからないので、ほとんどの方は無償ということですよ。

もう一つ、Massimo の方ですね。研修があるのかどうかということですが、ではなくて、なんて言うんですかね、本当に人それぞれ、これは日本的なイメージだと思うんですよね。何か研修とか、例えば精神保健に関するボランティアさんを広めるために研修会をする、集めるとかいうのがあると思うんですけど、そういう形ではない感じかなと思います。見ている限りでは。本当はあるかもしれないんですけど、基本的には、ああいうふうに、ある一人の人に対して、まずどういう支援が、どこにどういう人のサポートが必要なのかという形で、その人に直接行って話をすることなんです。だから、こちら側から集めて研修とかではなくて、行って必要な人に話を持ちかけて、こういうサポートをしてくれないかという話をしていく。そこに、例えば、病気はこういうものがあって、精神障害者の人たちの特徴はこうでとかそういうものではなく、ここで考えられるのは Massimo の生活状態とか、特徴だとか、個別に応じた形でそれを説明していく、その中で必要

なことをお願いするという形になるかなと思っています。そういう人たちを、増やしていくことによって、例えば Massimo じゃない人に関しても、こういう人たちがいたなというものがあれば、また、そこから別の人のタイプをまた知ることになると思うんですけども、例えば精神障害者はこういうものだみたいなことのハードルはまず下がりますよね。その下がった中で、また別の人たちのことについて知るということになると思います。とにかく何か研修みたいなものではなく、本当に一対一で話をするみたいなことを積み重ねるということは言っていましたから、本当に何回も訪問して話をするということは聞いていて、そこが労力がかかることだという感じで言っていましたね。イタリアを想像すると、そういう彼らのそれがやり方かなというのが、イメージもつきます。

あと、最後のあれでしたかね。イタリアですとか、べてるとか、広がらない。本当にそうですね、非常に私もここはつらい部分ではあります。いろいろ話もしますし。私も、今、大阪の実践の中で、それを実践しつつあるわけなんですけど、非常に難しいところはあります。もちろん制度が全部違うというのもあるんですけども、文化を作っていくことなんですよね。さっきも言ったように、マニュアルとか、こうすればいいというものがないし、それぞれの地域の特性みたいなものもあるから、それを聞いたからできるわけでも、真似したからできるというわけでもないと思うんですね。大事な要素はいくつかある。それを意識しながら、自分たちのところでどう作っていくか、どういうやり方を見つけるか、かなと思っています。

バザリアもいろんなところで生きている間、話をしたときに、それぞれの場所で発明しなければいけないみたいなことを言っていたと思います。非常に、見たから、それを聞いたからというものでできるわけではないと本当に思います。そして、この差もみたいなところもありますから、そうですね、そこは広がっていかないというのはその難しさがあるかなと思います。でも、本当におっしゃるように、やらなきゃいけないとは思いますが、やらなきゃ何も変わらないんだろうなというのは思います。すみません、他の方からまた意見があればと思います。

(黒岩) ありがとうございます。まとめに入らなければいけない時間になったんですけど、池原さんから、今の先進的な外国の取り組みですとかべてるとかあって、なかなか現場が変わらないことについてのコメントと、それから、弁護士会主催ということで、この分野で関わっていこうとすれば、特に、新潟県弁護士会は精神障害のある人の人権保障ということについて、まだまだ取り組みを始めたばかりという状況なので、そういった弁護士に向けてどういうふうに関わっていくかという点からの、できればアドバイスを含めた最後の一言をいただければと思います。

(池原) ありがとうございます。イタリアとかフィンランドの実践みたいな非常に優れた実践ですね、それは確かに日本ではなかなか広まっていないし、まだ、なかなか期待が持てないところなんですけど、それをある何か一つを変えれば全部がガラッと変わるということであるほど簡単な話ではないんですね。

今回の人権大会との関係で言うと、少なくとも、そうした、つまり対話を重視した非医療的な支援とか、地域でいろいろな人が多様性を尊重しながら住む社会がなかなか実現できない、

できているということの大きな関所と言うのか、壁になっているものがやっぱり、強制入院制度とか、精神病院という独特な社会的な装置と言うんですかね、そういうものだって、我々は思い至って、やっぱりこれは、そこをまずは崩すということが必要だろうと。もちろん強制入院をなくせば全てが解決されるということにはならないんですけれども、少なくとも今日の話の中で、例えばイタリアなんかでは強制入院に逃げ込むことはできないわけですね。不安だからとか、先が見えないからとか何かあったら困るから、とりあえず入院させておこうという、それで一件落着という解決の方法は取れないと。

だから、逆に、対話だとか、それに代わるもっと人間性を大事にした支え方という方向に、逆に考えを逆転させていけなければいけなくなっていくわけですよ。そこが逆に日本の場合には、逃げ場を作っている、あるいは便利な安全地帯を作っている、そこに法律家も逃げ込んでいくし、医療者も逃げ込んでいく、あるいは福祉関係者も、手に負えないなと思ったらそこに逃げ込んでいくということになってしまうので、やっぱり強制入院をなくすということは、非常に大きなインパクトの一つというか、一つの逃げ道をふさぐというか、あるいは安全地帯みたいなものをむしろなくして、もっと別の方法を開発していかなければいけないという大きなインパクトになるだろうと思っています。

ただ、そこでなくしていく作業の中で、地域での支え方をどうしていくのか、あるいは地域で支えていくときに、地域を病院的にしないでやっていくという方法に注意しながらどうやっていくのかを考えていくことは、これから2035年までの道のりの中で、2035年と言っても、あと10数年しかないわけですから、何とか実現しなきゃいけないと、私たちは考えているわけです。

今日は、3人のパネリストの方から、そういう意味では、非常に興味深い、役に立つ情報をたくさん、そして実践的な成果も教えていただいて、これは人権大会での議論でも生かしていけるなど使わせていただきたいと思っています。ありがとうございました。

**(黒岩)**もう一点、池原さんから、弁護士へのメッセージをいただければと思います。新潟の弁護士へのメッセージをお願いします

**(池原)**当面は、ロードマップの中で我々が考えているのは、当面は、今ある制度の中で最も身近なものは精神医療審査会で、ちゃんと退院請求が認められるようにしていく、そのためにはやっぱり弁護士が患者さんの代理人をやって、権利をしっかり主張していくと。あるいは、そういう中であるべき精神医療の姿というものをちゃんと訴えていくという作業が、地味な地道な日常的な実践活動としては、非常に重要だと思うんですね

ただ、その中で、人権大会との関係で頭に置いていただきたいのは、単に精神医療審査会での個別事件の代理活動をしていくだけでは、問題の本質を変えることはできないということも同時に理解する必要があると思うんです。これはアメリカなんかではよく個別的アドヴォカシーというのと、制度的アドヴォカシーという二つの柱で考えなきゃいけないと言っていて、個別的アドヴォカシーというのは、まさに刑事弁護とか、あるいは精神医療審査会での代理人としての活



動だとか、個々のクライアントを救済していくことですけれども、でも個々のクライアントを救済すると言っても、制度そのものが間違っていたり、社会そのものが閉塞的なものだったり差別的なものであれば、どんなに個別的なことを推進しようとしても、限界にぶつかるわけですね。ですから、もう一つは、個別的な事件を通じてこれは個別的なものだけでは解決できないということに必ず弁護士はぶつかるはずなので、そのときにやっぱり制度も変えていくという広い視野を持っているということは、とても大事なことで、そこを見失ってしまうと、あるいは持っていないと、1個1個の事件をこなしていくというだけの作業で終わってしまうので、そのシステムのアドヴォカシー、改革と、それから個別のクライアントの救済、この両方を弁護士としては、しっかりやっていかなければいけないなど今思っています。

(黒岩) ありがとうございます。では最後に、藤巻さん、今村さん、小村さんの順で、まとめの、すみません、時間ないんですけども、一言いただければと思います。藤巻さん、お願いします。

(藤巻) 今日は、専門的なご説明をいただきまして、大変勉強になりました。今後の活動に繋がっていきたいと思います。今日は、ありがとうございます。

(黒岩) ありがとうございます。今村さん、お願いします。

(今村) 今年は、障害者権利条約の国連からの締約国への査察が日本にあるという話だったと思うんですけど、黒船的な外圧に期待するのはあれですけども、何か大きな動きになればいいなど思っております。ありがとうございます。

(黒岩) ありがとうございます。小村さん、お願いします。

(小村) ありがとうございます。イタリアの話で皆さんと、浮いてしまったらどうしようと思ったんですけど、すごく繋がっているところがあったので安心しました。それと強制入院の廃止の件ですね。こういうふうに訴えてくれていく弁護士さんがいらっしゃることが本当に現場の人間としてはすごく嬉しいし、励みになるなど思っています。この機会、本当に皆様ありがとうございました。

(黒岩) ありがとうございます。シンポジストの皆様、視聴者の皆様、ご質問くださった方も、どうもありがとうございました。話の中に出てきております10月14日岡山の人権大会は、事前申し込み不要で、どなたでもオンラインで視聴できますので、日弁連のホームページからすぐ入れますので、ぜひご視聴いただければと思います。

## 5 閉会

(黒岩) では最後に、新潟県弁護士会、高齢者障害者の権利に関する委員会委員長の磯部亘から閉会の挨拶をいたします。

(磯部) 新潟県弁護士会高齢者障害者の権利に関する委員会の委員長を務めております磯部と申します。本日は弁護士の池原先生、そして藤巻先生、今村先生、小村先生からご報告をいただきました。今日参加された方はたくさん得るものがあったかと思えます。

日本は精神病床数、入院期間が、世界水準と比べて断トツに多い、長いという状況にあります。強制入院は深刻な人権侵害だと言えますし、これによってどれほどの苦痛が発生するのかというのは、今日シンポジウムでお聞きになった通りだと思います。この問題を別次元、別世界の話であるとか、不安の対象として排除、管理、監視すると、そういう側の話から、当事者の立場や社会の認識を変えていく必要があると思います。本日のシンポジウムは、日本の精神保健、精神医療、精神福祉の問題を解決し、人権保障を確立するための一歩になったと思います。改めまして、同じ目的を持って本日のシンポジウムにご参加してくださった皆様に御礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

(黒岩) どうもありがとうございました。これにて、シンポジウムを終了いたします。ご視聴ありがとうございました。