

9月28日

医療観察法廃止！集会(東京芸術劇場)

▼JR池袋西口 徒歩3分

- ・基調報告 & 725 全国の集い in 京都報告
- ・問題提起(予定): 精神科医から
自立支援法違憲訴訟から
差別禁止法との関係から ほか
- ・秋の闘いに向けて



主催: 心神喪失者等医療観察法(予防拘禁法)を許すな！ネットワーク／心神喪失者等医療
観察法をなくす会／国立武蔵病院(精神)強制・隔離入院施設問題を考える会／NPO
法人大阪精神医療人権センター(／NPO サポート: 院内集会)

基調報告

2010/09/28 by 龍眼

現在の状況

障がい者制度改革推進本部の設置及びそのエンジン部隊として障がい者制度改革推進会議の設置

1 障害者の権利に関する条約（仮称）の締結に必要な国内法の整備を始めとする我が国の障害者に係る制度の集中的な改革を行い、関係行政機関相互間の緊密な連携を確保しつつ、障害者施策の総合的かつ効果的な推進を図るため、内閣に障がい者制度改革推進本部（以下「本部」という。）を設置する。

<http://www8.cao.go.jp/shougai/suishin/kaikaku/pdf/kettei.pdf>

障がい者制度改革推進会議に総合福祉部会がつくられて更にテーマ別に合同検討チーム及び総合福祉部会に検討チームがつくられる予定。

6月に一次意見書がつくられて本部に提出。それを受けて閣議決定があった。

<http://www.tani-hiroyuki.com/pdf/shogaikaikaku1.pdf>

内容は

一次意見書の最大限の尊重。障害の有無にかかわらず、相互に個性の差異と多様性を尊重し、人格を認め合う共生社会の実現を図る。

医療について、精神障害者に対する強制入院、強制医療介入について、いわゆる「保護者制度」の見直し等もふくめ、その在り方を検討し、平成24年内を目処にその結論を得る、との項目がある。

医療については合同検討チームがつくれ座長は堂本、委員は関口、川崎、総合福祉部会から井澤、河崎（建）、広田、三田、の7名

問題は、障害者差別禁止法が平成25年の常会提出を目指す、とされていること。モニタリング機関の法的位置づけを含めて障害者基本法は平成23年の常会提出を目指す、とされている。

●障害者権利条約 <http://www.tani-hiroyuki.com/pdf/090303koteiyaku.pdf>
前文

この条約の締約国は、

(a) 国際連合憲章において宣明された原則が、人類社会のすべての構成員の固有の尊厳及び価値並びに平等のかつ奪い得ない権利が世界における自由、正義及び平和の基礎を成すものであると認めていることを想起し、

(e) 障害が発展する概念であることを認め、また、障害が、機能障害を有する者

とこれらの者に対する態度及び環境による障壁との間の相互作用であって、これらの者が他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げるものによって生ずることを認め、

(v) 障害者の権利及び尊厳を促進し、及び保護するための包括的かつ総合的な国際条約が、開発途上国及び先進国において、障害者の社会的に著しく不利な立場を是正することに重要な貢献を行うこと並びに障害者が市民的、政治的、経済的、社会的及び文化的分野に均等な機会により参加することを促進することを確信して、次のとおり協定した。

第一条 目的

この条約は、すべての障害者によるあらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること並びに障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的とする。

障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む。

●心神喪失者等医療観察法

(目的等)

第一条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為をいう。以下同じ。）を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるよう努めなければならない

●現状（政府のホームページの最新版）

- 1 指定入院医療機関の指定数
・ 指定済：20か所（484床）
- 2 指定通院医療機関の指定数
・ 指定数：382か所
- 3 鑑定入院医療機関の推薦数
・ 推薦数：263か所
- 4 精神保健判定医等の推薦数
・ 精神保健判定医の推薦数：905名
・ 精神保健参与員の推薦数：737名

一次意見書と同時期にハンセン病問題に関する検証会議の提言に基づく再発防止検討会が医療基本法について提言した。
<http://sociosys.wri.co.jp/hansen/hansen.html>

各勢力の布置状況

医療観察法を廃止を求めて4団体が運動してきた。

日本政府は、条約制定過程でボリス・パパーは認めない立場だった。

障がい者制度改革推進会議本会では多数が、医療観察法は権利条約上問題がある、としている。

医療観察法廃止と精神医療改革を考える会が、医療観察法を廃止し、精神医療改革を実現するための提案、をしている。

心の健康推進会議が精神疾患対策基本法を掲げている。

1214 病院からなる日精協が、我々は1つの家族、として団結を呼びかけている。

精神保健福祉医療での予算の医療偏在。(医療97：地域3)

病床削減について、イギリスモデルを取るのか、否かが問われている。

イギリスモデルでは保安処分病棟ブロードモアは温存したまま権利条約を批准している。また、文科省は中教審特別支援教育検討委員会で教育のイギリスモデルについての資料をだしている。だが、イギリスは権利条約の、法律の前に等しく認められる権利：十二条の4項と教育：二十四条は留保している。

十二条4項

4 締約国は、法的能力の行使に関連するすべての措置において、濫用を防止するための適当かつ効果的な保障を国際人権法に従って定めることを確保する。当該保障は、法的能力の行使に関連する措置が、障害者の権利、意思及び選好を尊重すること、利益相反を生じさせず、及び不当な影響を及ぼさないこと、障害者の状況に応じ、かつ、適合すること、可能な限り短い期間に適用されること並びに権限のある、独立の、かつ、公平な当局又は司法機関による定期的な審査の対象となることを確保するものとする。当該保障は、当該措置が障害者の権利及び利益に及ぼす影響の程度に応じたものとする。

主張

法制定時から指摘されていた問題点はそのままに残りその上に運用上・構造上の重大な疑義が生じている。すなわち法の破綻と想定外の自殺者問題。

医療観察法が自殺に追い込んでいるとしたら究極の人権侵害。

もはや、パレンス・パトリエと強弁することも出来ない事態。

司法精神医療とは患者を自殺に追い込む医療か。

だとしたら司法精神医療は医療という取り繕いを辞めるべきだ。司法精神医療は医療とは言えない。

司法と医療のカメラを廃して、司法は司法の手に、医療は医療の手に。

制裁の軽重は、非難可能性の多寡に比例すべきだ。

司法による制裁は自由の剥奪に止めて、その中での医療は一般医療と同様に患者を癒す医療としてのみの分際をわきまえるべきではないか。

治ろうが治るまいが、自由の剥奪という制裁は、普通人の刑の範囲を超えない限度で行使されるべきだ。精神障害者のみ罪刑の原則が適用されないのは差別だ。精神障害者に償う義務・権利を認めていない。

再犯予測が不可能であるのに、自由の剥奪という人権侵害が根拠無く放置されてよいのか。

精神医療を医療として純化させるか、「司法精神医療」の下僕にするのかが問われている。

「ともに地域で暮らしたい」 心神喪失者等医療観察法に反対する全国集会 in 京都 基調報告

1 心神喪失者等医療観察法をめぐる情勢 (1) 施行後5年を迎える運用状況

2005年7月の施行からこれまでの審判の決定状況や指定医療機関の整備状況については、資料の一覧表のとおりである。入通院審判の結果としては、入院決定が約6割、通院決定2割弱、不処遇が2割弱である。

(2) 施行後に実際に生じている問題点

- ① 精神障害者に対する差別であり、さらに差別偏見を助長すること
そもそも、精神障害を理由として拘禁するという制度自体が、精神障害者に対する差別である。

さらに、診断名や治療歴、生活環境などの違いを無視して、事件を起こして刑務所に行かないという点のみを共通項として特別に厳重に隔離するシステムを作ることには、治療としての合理性はなく、「精神障害者は危険である」という差別偏見を助長することになるだけである。

- ② 不可能な再犯予測という不確実な根拠で自由を奪うこと

この法律では、運用上、「同様の行為を行う具体的現実的可能性」という将来の危険性判断が求められている。しかし、100%の将来予測は不可能であり、必ず間違っ再犯可能性があるとされて拘禁される人が生まれる。このように不確実な根拠で人を拘禁することは許されない。

また、強制入通院中には指定医療機関は定期的に患者の評価を行うが、そこにも純粋な医療以外のリスク（危険性）に関する項目（「内省・洞察」「対人暴力」等）が含まれている。それゆえ、リスク管理の観点から、退院判断のみならず外出外泊等の判断もなされることになる。

- ③ 「手厚い医療」の内実

そもそも、リスク管理が強調され、常にその観点から評価されて処遇が決まる、通院しなければ再入院させるという脅しを使って通院を確保する、という強制入通院制度の下で、治療関係が成立しうるのかという疑問がある。

申立直後の鑑定入院中には、医療や処遇についての規定が法律に一切ない。そのため、事件から一番近い時期の強制入院であるにもかかわらず十分な治療が行われなかったり、法的根拠もなしに隔離や身体拘束が行われたり、ということが起きている。しかも、精神保健福祉法の処遇改善請求のような制度すらないため、不当な処遇に対する救済制度がない。

審判で入院決定になってしまうと、ほとんどの場合、指定入院医療機関が遠方になるため、本人の外出・外泊も家族等の面会も困難になり、退院に向けた関係調整に困難が生じる。

入院期間については、厚生労働省が出しているガイドライン（指針）では標準18か月とされていたはすが、実際には3年近く入院している事例もある。入院治療が終了して

ち受け入れ先の調整が進んでいない等の理由で、裁判所が指定入院医療機関からの退院許可申立を認めない事例もあり、新たな社会的入院の作出である。

通院処遇については、外来、デイケア、訪問看護などを組み合わせて定期的にケア会議を開くなど多くの関係機関が関わるようになってきているようだが、硬直的に過剰な介入が行われているのではないかと思われる事例もある。また、指定入院医療機関と比較すると、通院処遇には経済的な裏付けが極めて薄く、入院偏重・強制隔離中心の制度であることが明らかである。

なお、医療観察法による強制入院中や強制通院中に自殺をした人が、2010年3月時点で入院中3人、通院中11人の合計14人いるということが明らかになっている。自殺の経緯などの詳細はほとんど明らかになっていないが、「手厚い医療」がどれほどの手厚さなのか、逆に本人を追い詰めてはいないのか、慎重に検討されるべきである。

- ④ 治療関係が寸断されること

この制度の下では、鑑定入院先→指定入院医療機関→指定通院医療機関→地元の医療機関というように治療を担当する医療機関が次々に変わることになり、治療が寸断されてしまう。これでは、治療者との信頼関係を作って継続的治療を受けるということができず、治療の面から見てもマイナスである。

- ⑤ 置き去りのままの精神科医療福祉の底上げと刑事手続き中の医療保障
法案審議段階では、この法律と精神科医療・福祉の底上げとは車の両輪として進めると繰り返し言われてきた。しかし、実際には一方の医療観察法には莫大な予算をつぎ込んできたが、他方の一般精神科医療・福祉は貧困なままである。

他方、法案審議過程で再三問題とされた刑事手続における鑑定の適正化や刑事手続中の医療保障についての改善はあまり進んでいない。特に、刑事収容施設における医療保障については、名古屋刑務所事件を受けた刑事収容施設被収容者処遇法成立により法律上は社会一般の水準に照らして医療を行うこととされたが、実際には十分な医療が保障されているとはいえない。

- ⑥ 適正手続き保障の不備等

全治5日程度の軽微な傷害で責任能力があれば不起訴か罰金で釈放されるような事例、事件後入院治療を経て既に退院して自発的に通院しながら地域生活を送っており明らかに強制入通院が必要とは思われない事例までもが申し立てされている。

審判手続においては、対象行為の存否を争う場合であっても、刑事裁判と同程度の適正手続すら保障されていない。また、あとで対象行為がなかったこと等が判明した場合の再審制度や刑事補償類以外の制度がない。

退院許可申立や処遇終了申立の審判については、入通院審判とは違って、付添人弁護士や審判期日で本人の話を直接聞くことなどが保障されていない。

実際に入院決定になった対象者を受け入れた指定入院医療機関から、審判の診断名や治療反応性の判断に疑義が出された事例が16.3%もあるという報告がある。鑑定に問題があるほか、裁判所が保安処分的発想や指定入院医療機関での治療への過剰な期待からむやみに入院させてしまっているのではないかと思われる。

- ⑦ まとめ

このように、施行後5年を迎えて、実際にさまざまな問題点が生じている。これらの問題

点の中には運用上の問題もあるが、とりわけ①や②などは医療観察法の本質に関わる問題であり、条文の修正等では解消できず、医療観察法を廃止するしか解消の方法はない。

(3) 「代用病院」制度による「手厚い医療」の崩壊

指定入院医療機関の設置が進まず病床不足が常態化する中で、2008年8月の厚生労働省令改悪により、1人の精神科医の判断によって、入院決定を受けた人を指定入院医療機関ではなく一般の精神科病院（私立を含む）に3～6ヶ月間入院させても構わないという代用病院制度が創設され、2009年3月には代用病院の範囲がさらに拡大されている。加えて、2010年3月には、法律上は国立、都道府県立と特定独立行政法人立に限定されている指定入院医療機関について、政令によって非公務員型の独立行政法人立を「国立とみなす」という形で恒久的に指定入院医療機関の範囲を拡大している。

しかし、代用病院で対応可能なのであれば最初から指定入院医療機関への入院決定は必要なかったことである。治療の継続性の観点からいってもこれまで以上に治療が寸断され、結果として入院期間が無駄に延びることになる。

このように、「手厚い医療」という建前が、施行後3年余りで崩壊し始めている。

(4) 見直しに向けた政府側の動き

医療観察法の附則4条に、施行後5年を経過した場合に、施行状況を国会に報告し、必要に応じて見直し等を行うという規定がある。

今のところ、法務省・厚生労働省は、見直しを真摯に検討するどころか、問題点を覆い隠したままで、国会報告すら先送りしようとしている。しかし、施行後5年目に当たる今年秋の臨時国会には、少なくとも施行状況についての国会報告を行わせる必要がある。

2 反対運動の状況

(1) 国会前座り込み、院内集会の開催などの取り組み

去年11月の全国集会以降、国会議員等への働きかけを強めるために、院内集会を連続して行ってきた。

具体的には、通常国会開会日である1月18日には国会前での座り込みを行い、3月5日「障害者制度改革と精神障害者」（主催：医療観察法をなくす会／医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク／国立武蔵病院（精神）強制・隔離入院施設問題を考える会／NPO大阪精神医療人権センター）、同月9日「障害者権利条約と精神保健福祉の抜本改革」（主催：DRTAP（アジア太平洋障害者人権審査機関創設委員会）／医療観察法をなくす会）、5月25日「精神医療の実状と医療観察法」（主催：医療観察法をなくす会／医療観察法（予防拘禁法）を許すな！ネットワーク／国立武蔵病院（精神）強制・隔離入院施設問題を考える会／NPO大阪精神医療人権センター）などの院内集会を開催してきた。

また、去年11月に作成した三つ折りリーフレットを各所に配布し、宣伝・署名活動に利用した。

反対署名の取り組みには、7月25日現在で、1229人の署名が集約されている。

(2) 障がい者制度改革推進会議での議論やその他の団体等への見直しに向けた動き

2009年12月、障害者施策に障害当事者の声を反映させるということで、障がい者制度改革推進会議が設置された。各回ごとにテーマを決めて議論を進めているが、そのうち2010年3月30日が司法手続き、障害児、医療についてであり、そこで医療観察法の問題も採り上げられた。その中では、医療観察法は障害者権利条約に違反するという意見が大勢を占めた。

これを受けて、同年6月7日にとりまとめられた障がい者制度改革推進会議第一次意見書では、精神障害者に対する強制入院制度について、「障害者権利条約を踏まえ、自由の尊重という観点から検討すべき」とされた。

また、関連するさまざまな団体、学会等が5年後の見直しに向けてシンポジウムや雑誌の特集等を行っている。その中には、廃止に向けた意見もあるが、持続を前提として改善しようという意見、より保安処分的な方向に拡大しようという意見もある。

このような動きに対しては、再度、悪法は廃止すべきという原点に立ち返って、取り組みを進めていく必要がある。

3 医療観察法の「改善」ではなく廃止を！

医療観察法を「改善」するのではなく廃止するために、今秋に向けて、次のような取り組みを進めることが必要である。

(1) 広く問題点を知らせるための取り組み

これまで2回（7月と11月）東京で全国集会を開催してきたが、今年は初めて京都で開催した。これは、東京一極集中ではなく、各地域に取り組みを広げていくための一つの動きである。本集会の準備は、主に関西の精神障害当事者が中心となって進めてきた。今回の取り組みを通じて、関西や全国各地での運動を広げていきたい。

また、去年11月に作成した三つ折りリーフレットに加えて、新しいリーフレットも作成中である。これらのリーフレットを利用して、新たな仲間の問題点を知らせていく。

(2) 障害者権利条約批准や障害者自立支援法廃止に向けた運動等との連帯

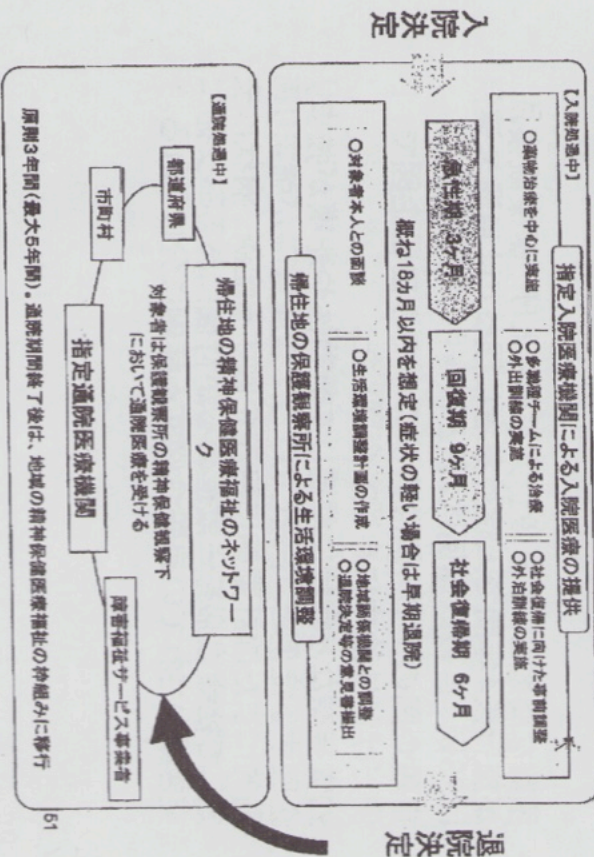
障害者自立支援法廃止に向けた取り組みや障害者権利条約批准に向けた取り組み、監視社会化・治安強化の動きに反対する取り組みなどと協力、連帯して運動を進めていく。

(3) 国会内外を貫く廃止のうねりへ

国会前座り込みや街頭での宣伝活動、院内集会や院内学習会に継続して取り組んでいく。また、今秋に見込まれる施行5年後の国会報告に向けて、国会議員への働きかけを強めていく。11月の全国集会へと大きな廃止のうねりを作りだそう。

以上

医療観察法に基づく入院から社会復帰の流れ



医療観察法の申立等の状況

(施行～H22.3.1までの状況)

■申立等の状況

◇申立総数

1,702件

・決定数

989件

・入院決定

297件

・通院決定

279件

・不処遇決定

54件

・申立却下※1

10件

・取り下げ※2

73件

・鑑定入院中

517件

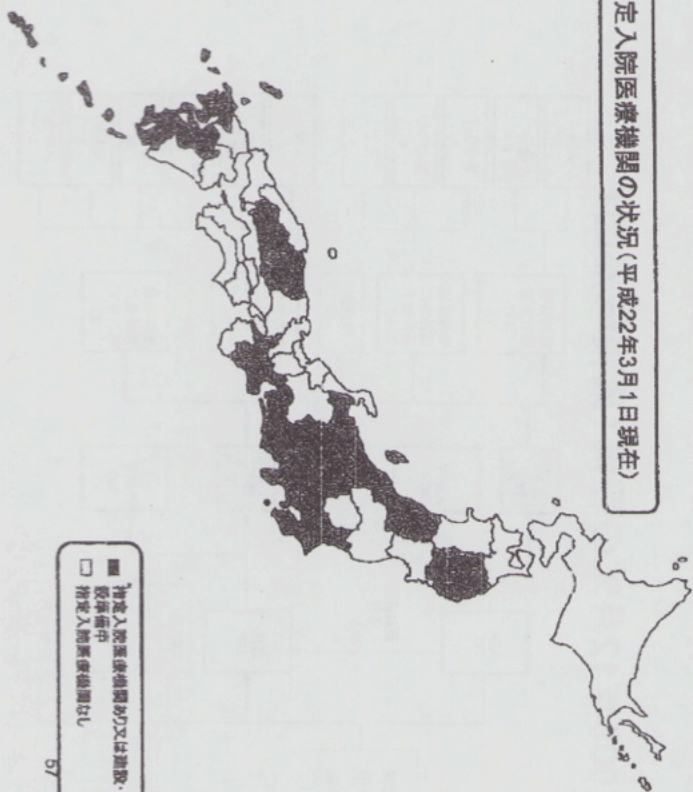
◇退院許可

※1 申立却下: 対象者本人が行ったと認められない場合または、心神喪失等及び心神障害のいずれでもないにもかかわらず、
※2 取り下げ: 医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神障害と認められ、観察官が申立てを取り下げたもの

注: 申立等の状況については指定入院医療機関から収集した件数を
積み上げたものであり、時点によっては若干の誤差がありうる。

(医療観察法医療体制整備推進室)

指定入院医療機関の状況(平成22年3月1日現在)

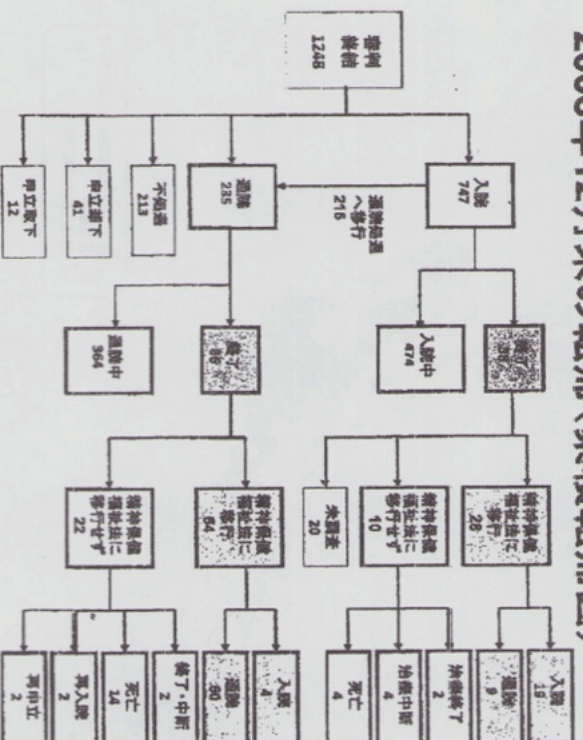


指定通院医療機関の整備状況

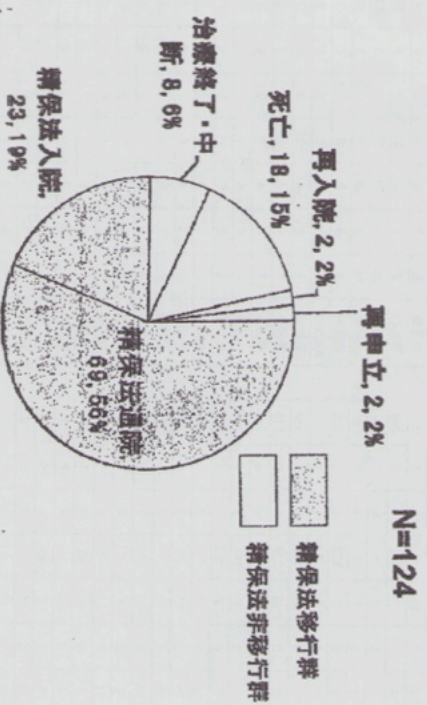
平成22年3月1日現在指定数									
都道府県	施設数	診療科目	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数
北海道	24	2	28	11	1	2	14		
青森県	8	0	6	142	1	2	145		
岩手県	5	0	5	4	0	0	4		
宮城県	7	2	9	4	4	0	8		
秋田県	3	0	3	322	1	0	323		
山形県	7	0	7	2	2	2	11		
福島県	8	0	8	171	2	1	174		
茨城県	10	0	10	276	0	0	276		
栃木県	5	0	5	1	0	0	1		
群馬県	2	0	2	146	0	0	146		
埼玉県	7	0	7	100	1	1	102		
千葉県	10	0	10	76	2	0	78		
東京都	11	2	13	11	1	0	12		
神奈川県	10	0	10	1	2	1	4		
新潟県	10	0	10	442	1	0	443		
山梨県	3	0	3	2	0	0	2		
長野県	11	0	11	42	3	1	46		
富山県	3	0	3	10	3	0	13		
石川県	4	0	4	6	1	0	7		
福井県	7	1	8	40	0	0	40		
静岡県	12	0	12	8	0	0	8		
愛知県	11	1	11	3	1	1	5		
三重県	5	0	5	0	1	0	1		
滋賀県	4	0	4	49	0	0	49		

平成22年3月1日現在指定数									
都道府県	施設数	診療科目	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数	施設数
滋賀県	5	0	5	3	0	1	4		
京都府	3	0	3	32	2	0	35		
大阪府	23	0	23	16	16	1	39		
兵庫県	19	0	19	6	4	1	24		
奈良県	4	0	4	6	1	0	7		
和歌山県	4	0	4	5	0	0	9		
鳥取県	4	0	4	121	0	0	125		
島根県	3	0	3	8	0	0	8		
岡山県	4	0	4	3	0	0	3		
広島県	4	0	4	2	2	1	6		
山口県	4	0	4	14	0	0	14		
徳島県	4	0	4	2	0	0	2		
香川県	4	0	4	0	0	0	4		
愛媛県	3	0	3	6	0	0	6		
高知県	3	0	3	4	2	0	6		
福岡県	8	0	8	88	2	0	90		
佐賀県	4	0	4	3	0	0	3		
大分県	3	0	3	8	0	0	3		
熊本県	3	0	3	0	0	0	3		
鹿児島県	3	0	3	0	0	0	3		
沖縄県	9	0	9	0	0	0	9		
合計	335	8	344	2232	66	16	2416		

2008年12月末の転帰（累積転帰図）



終了群の転帰内訳



21年度 自殺に関する調査

- 困難な問題として自殺企図を取り上げ、医療観察法が施行後4年間で入院対象者に限っては自殺未遂例は23例、自殺既遂例は2例と報告されている。
- 自殺企図のうち24例は病棟の中での自殺企図で、1例だけが外泊中に自殺を企図した。
- 幻覚妄想など病状に関連して衝動性や悲嘆が強まり企図する症例と、自殺しようとして臆罪意識が強まり衝動的にまたは計画的に自殺企図する症例、病状は安定して社会復帰を一段進めるが背後にある不安感に突き動かされての自殺企図する症例に分けられる。

24 11 3 自

医療観察法が精神医療全般に影響をもたらしたもの

- 多職種チームの方法論
- 治療空間と治療 個室の必要性
- 非同意による治療の決定過程(臨床的倫理会議)
- CPAやマイウエイプログラム
- 認知行動療法
- SST
- 心理教育
- 社会復帰援助 精神医療観察
- 地域精神医療の展開
- 包括的暴力防止プログラム CVPPP
- 精神科医療におけるピアレビュー
- 診療支援システム(特化した電子カルテ)

指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係 (13医療機関が稼働中) ※ ☐ は稼働中の指定入院医療機関 平成22年3月1日現在

国立精神・神経センター病院 (東京都)	33床	建設準備中
国立病院機構		

②国立病院機構花巻病院 (岩手県)	33床	
③国立病院機構東奥医療センター (愛知県)	33床	
④国立病院機構花巻精神医療センター (佐賀県)	33床	
⑤国立病院機構北星病院 (富山県)	33床	
⑥国立病院機構久里野アロートルセンター (神奈川県)	50床	
⑦国立病院機構さくらが丘病院 (新潟県)	33床	
⑧国立病院機構八幡宮病院 (長野県)	17床	
⑨国立病院機構下松精神医療センター (千葉県)	33床	
⑩国立病院機構球磨病院 (沖縄県)	21床	
国立病院機構琉球病院 (沖縄県)	12床	建設準備中
⑪国立病院機構菊池病院 (熊本県)	17床	
国立病院機構菊池病院 (熊本県)	6床	建設準備中
⑫国立病院機構熊本病院 (三重県)	17床	
⑬国立病院機構高松精神医療センター (広島県)	33床	
⑭国立病院機構松野荘病院 (奈良県)	33床	建設準備中
⑮国立病院機構鳥取医療センター (鳥取県)	8床	建設準備中

総整備予定病床数は478床、うち386床が稼働中 (病床数は予備病床を含む)

指定入院医療機関の整備状況

2. 都道府県関係 (原則として、全ての都道府県において整備を目指す。) ※ ☐ は稼働中の指定入院医療機関

①(独)岡山県精神科医療センター	33床	
②(独)大阪府立精神医療センター	5床	(将来33床で運営予定)
③長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
④群馬県立精神医療センター	6床	
⑤静岡県立こころの医療センター	2床	
⑥東京都立松沢病院	33床	
⑦神奈川県立精神医療センター 芹香病院	2床	
⑧茨城県立友部病院	17床	建設準備中
⑨鹿児島県立姶良病院	17床	建設準備中
⑩山形県立鶴岡病院	17床	建設準備中
⑪長野県立駒ヶ根病院	6床	建設準備中
⑫山梨県立北病院	5床	建設準備中
⑬埼玉県立精神医療センター	33床	建設準備中

総整備予定病床数は221床、うち98床が稼働中

※病床整備の現状:484床 [うち国関係:386床 都道府県関係98床] (平成22年3月現在)

※病床整備見込み:699床 [うち国関係:478床 都道府県関係221床]

○岩田補佐官：それでは、もう1点の質問を保護局からお願いします。

○保護局：保護局からお答えします。そこでは、ケア会議という言い方をしております。地域における処遇をどういう形でやっているかということですが、1つは医療です。これは、厚労省が指定している指定通院医療機関で行われます。資料にも書いてありますが、従来の精神保健福祉法ですと、自傷他害行為をすれば、措置入院という形で、いったん強制的に入院させられます。その後、退院した後は本人の自由で、まだ医療が必要なのに、本人の意思がなければそのままだという状態でした。今回の制度は、通院で、まだ病状的に医療が必要だという場合に、医療を継続させるシステムを作ることです。それだけでは足りないもので、都道府県、市町村やその委託を受けた社会福祉サービス事業者の方々が協力して、本人に生活面から援助するという形です。その全体をコーディネートしながら、精神保健観察を実施するのが保護観察所であり、この三つともえて、地域における処遇を実施します。基本的には、通常の他の精神障害者の方だけではなく、他の障害の方々にも実施されている地域におけるケアマネージメントシステムという形でやっております。処遇実施計画書というものを、当初に、保護観察所が作成いたします。それは、ケア会議に参加した関係機関が協議して、いろいろな課題や目標について役割分担を決めまして、実施計画書に基づき、本人の生活を支え、医療が継続するように見守る態勢を構築して、もし病状が不安定になったときには、相互に対応していくという計画を立てて行っているところでございます。通常ですと、通院処遇開始当初は、月1回から2回実施しております。これが、2か月に1回くらいになり、この法に基づくと処遇が終了すると、今度は、一般の精神保健福祉法に基づく精神保健福祉の方にバトンタッチしますので、終わりのころには月1回程度になって、精神保健観察が終了しますと、保護観察所と指定通院医療機関はこの協議の輪から抜けることになります。そのような協議を継続的に行っていくために、ケア会議というのを実施しているところでございます。

○立石座長：よろしいですか。では、川端委員。

○川端委員：毎年言っているのですが、気の引けるのですが、通訳の研修の関係です。毎年、50人程度を研修して、研修に参加した人はだいたい満足している。このような研修を繰り返し、一体どのような意味があるのかということが気になるんですね。もちろん、有意義とする回答の答え方について5段階の真ん中は「有意義」と見るところから、3段階の上だけにしたいというのは、改善であって、従って、満足率が下がっているように見えますけれども、こちらの方が適切だろうと思います。予算が限られているから50人しか研修できないんだということであればですね、この方式を抜本的に改めて、こういう通訳というのは、絶対的な能力が要求される任務だと思うので、それを備えているかどうかをテストする。テストでいい点を取った人には、それを合格者として、何らかの認定をして、その人に通訳を依頼するときには、より謝礼を高くするというインセンティブを与えとか、否認事件など難しい事件であれば、そのような通訳人しか使わないというふうにするとか、そういう形でやっていると全体から見ると、あまり有効でない施策について、非常に有効な結果が出ているという評価を毎年繰り返しているという気がして仕方がないです。そこを考え直せないかというのが、まず1点です。

それからもう1つは、更生保護活動の適正な実施のところ、更生保護施設の積極的な活用が指標1と指標2がですね、目標値が一方の方がパーセントになっていて、一方の方が全体的な人数になっています。これがどういう意味を持つのかというのが、いくら説明を読んでもよく分からない。保護率については、ほぼ75パーセントで毎年同じパーセントなんですけど、これ

件になったといっても、これが、55件になったとしても、どういう意味で減っているのか増えているのか分からない。この点について、指標の工夫ができるのか。あるいは、件数が少ないので、このような数字で見えていった方がよいのかということについて、コメントいただければと思います。

○矯正局：矯正局でございます。御質問の点につきましては、確かに刑務所等の収容人員は、平成10年以降、急激な増加が継続していたところですが、平成18年の11月末から緩やかな減少傾向に転じています。収容定員自体の拡大もございまして、刑事施設全体としての収容人員は、現在、収容定員を下回っております。ただ、依然として、高率収容という状態は続いておりますし、女子施設を中心として、過剰収容の状況が改善されていない施設もございまして、このように、女子施設の問題や、依然として海外に比較して職員の負担率が高いということがございますので、高止まりの状況ではありますが、刑事施設の職員の負担を少しでも解消するための所要の人的整備というのは、まだ、喫緊の課題であることには変わりはないと考えております。今回、政策評価の対象といたしました公共サービス改革法の枠組みによる民間委託も、平成18年の「国の行政機関の定員の削減について」において、「あらゆる手法を用いて民間委託の拡大を図ることなどによって、増員幅の抑制に努める」とされているところに基づいて民間委託を考えているところでございます。

次に、波々やっているのかという点につきましては、PFI施設の経験もあり、職業訓練や改善指導などでは、民間のノウハウやアイデアが、十分に活かされたプログラム、また、出所後の就労に結びつくようなプログラムの提案など、積極的な民間プログラムがありますので、こちらの方は、民間の創意工夫による矯正処遇の充実という点を評価していきたいと思い、今回、指標にも取り入れたところでです。

○立石座長：よろしいですか。

○保護局：保護局でございます。医療観察制度の御質問についてです。対象者がどれくらいかということですが、正確な審判の件数などは、裁判所で把握していると思います。保護局では、保護観察所を所管しておりますが、保護観察所では、社会復帰調整官という精神保健福祉士等の専門的な知識を持った職員が処遇に当たっております。検察官が中立して裁判所にして、裁判所でどういう処分をするかの審判を行います。その審判のための調査を観察所が実施しております。その審判の調査の件数は、把握しております。これは、あくまでも速報値ですが、平成17年施行以来昨年の12月末までで1,631件の調査を行っております。それで、審判を行いまして、いろいろな処分があるわけですが、入院決定というのが一つの処分でございます。これは、入院が必要であると判断されますと、厚労省が所管します指定入院医療機関に入ります。それ以外に、入院が必要ないということになりますと、通院決定、通院医療を受ける決定がなされます。そうしますと、その時点から、社会内で、地域における処遇が開始されます。まず、入院している場合には、入院した時点から、調整官は退院後に帰る場所について、どこで生活をするのかの調整をする、生活環境調整を実施します。その受理件数が、12月末までで960件でございます。当初の審判で通院決定があった場合、それから、入院をして、1年半なり2年経った後に退院します。これも裁判所が決定しますが、退院決定になると、同じようにそこから通院処遇が始まります。この2種類の方々について、調整官は、精神保健観察ということを実施します。件数は、現在までに、当初からの通院決定があった者が287人、いったん入院してから通院した者が380人で、合わせて667人に精神保健観察を実施しています。概略の数

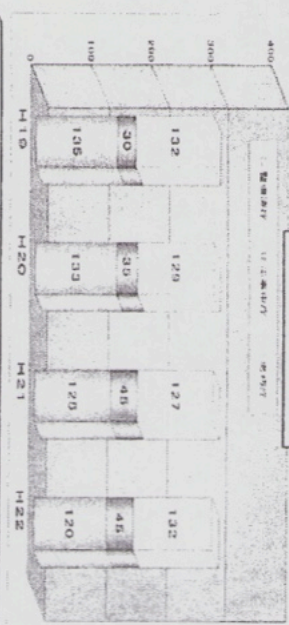
◎ 再犯防止のための刑務所出所者等の社会復帰支援事業の維持・強化

要望額合計 29,429百万円

施設内処遇

○矯正施設の整備

収容施設の整備状況



(主な内容)

○矯正施設の整備

5,236百万円

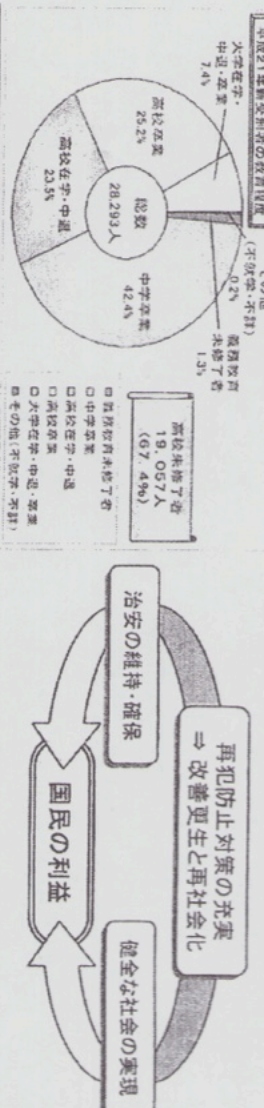
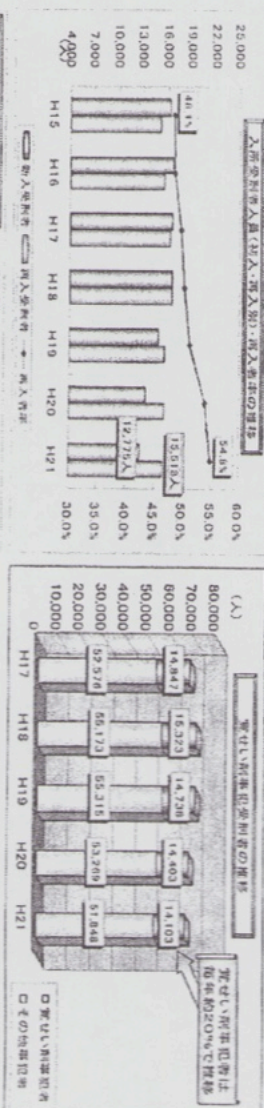
老朽、狭あい、耐震強度不足又は機能不備の矯正施設の整備

○就労支援・矯正教育の充実・強化

1,900百万円

職業訓練科目の拡充、薬物事犯者処遇の強化、教科指導の充実等

○就労支援・矯正教育の充実・強化



◆就労支援体制の充実

・社会復帰支援体制、職業能力支援体制の充実
・地域生活定着支援経費等

◆少年施設における矯正教育体制の充実

・薬物事犯少年に対する指導体制の充実強化
・基礎学力向上に向けた教育基礎の整備
・法務省式リスケアシステムツールの開発

社会内処遇

要望額 6,938百万円

(主な内容)

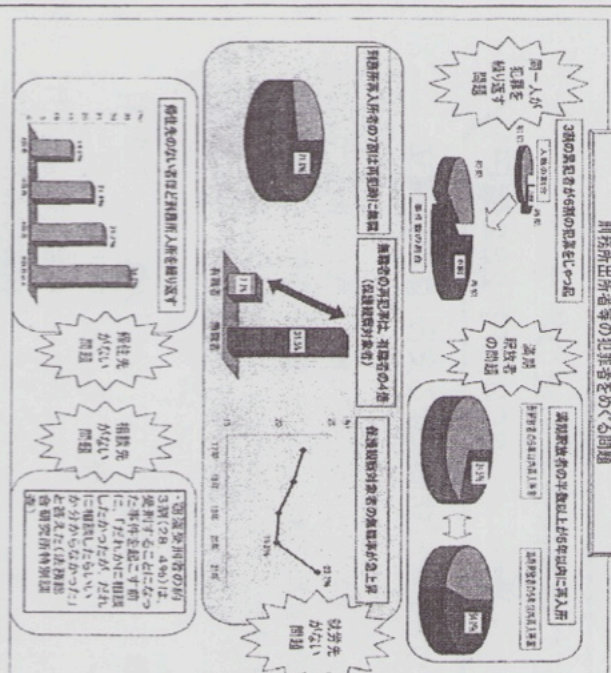
○民間のノウハウを活かした就労支援・雇用確保(更生保護就労センター事業) 712百万円

○民間の資源を活かした生活基礎確保の充実・強化(更生保護施設による受入れ等) 5,606百万円

○更生保護サポートセンターによる支援の強化 451百万円

○保護司適任者の確保及び更生保護サポートターの拡大 100百万円

○民間との連携による保護観察処遇(社会貢献活動の実施体制の整備、薬物事犯者処遇の強化) 68百万円



更生保護就労センター

民間事業者によるきめ細やかな就労支援・雇用確保
○「ワーカー」支援と雇用確保の「ジョブ・マッチ」○「ジョブ・マッチ」の充実・拡大、雇用確保の充実・拡大、関係者に対する研修等

更生保護施設
○入所者の拡大
○施設整備
○NPO等
○自立支援対策
○緊急対応支援
○生活支援
○巡回生活支援
○自立訓練等の実施

多様な主体の参画
○社会福祉施設等
○社会貢献活動への協力
○NPO、民間団体等
○薬物事犯者引受け人への協力
○更生保護ボランティア
○各種社会貢献支援等への協力

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

地域定着
○住居付き雇入れ
○奨励金制度

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

更生保護サポートセンター
○更生保護サポートセンターによる地域定着支援

2 地域移行・地域定着支援などの精神障害者施策の推進

303億円(282億円)

(1) 地域で生活する精神障害者へのアウトリーチ(訪問による支援)体制の確立 (新規) 16億円

障害者の地域移行・地域生活支援の一環として、未治療の者、治療を中断している重症の患者などに対し、アウトリーチ(訪問支援)により、医療・保健・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を行うため、多職種チームによる訪問活動やこれらに従事する者への研修等を実施する。

(2) 精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進 6.7億円(17億円)

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、都道府県等において、精神科病院の入院患者に対する退院促進に向けた啓発活動や対象者が退院に向けて行う準備への支援などを行う地域移行推進員の配置などにより、精神障害者の退院促進及び地域定着に向けた事業を実施する。

(3) 認知行動療法の普及の推進 98百万円

うつ病の治療において有効性が認められている認知行動療法の普及を図るため、従事者の養成を拡充する。

※認知行動療法：うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく療法。

(4) 精神科救急医療体制の整備 20億円(23億円)

精神疾患をもった救急患者が地域で適切に救急医療を受けられるよう体制の充実に取り組むとともに、精神科救急医療施設における空床確保を進めることにより、精神科救急医療体制の整備を推進する。

(5) 心神喪失者等医療観察法の医療提供体制の確保 254億円(235億円)

心神喪失者等医療観察法を適切に施行するため、指定入院医療機関の確保を行うとともに、入院から通院を通じた継続的な医療の提供と社会復帰の促進を図る。

る。

障害者制度の推進のための基本的な方向（第一意見）

平成22年（月）日 障がい者福祉推進会議

5)

4) 医療

（推進会議の問題認識）

障害者が地域において安心して自立した生活が送れるためには、すべての障害者が障害を理由とする差別なしに可能な限り最高水準の健康を享受できるように、必要な医療やリハビリテーション等が提供されなければならない。特に精神医療に関しては、医療と福祉が混在し制度上の問題を多く含んでいる精神保健福祉法の抜本的な改正が必要である。

【精神障害者に対する強制入院等の見直し】

現行制度では、精神障害者に対する措置入院、医療保護入院、裁判所の決定による入院、強制医療介入等については、一定の要件の下で、本人の同意を必要とせずに、強制的な入院・医療措置をとることが可能となっており、障害者権利条約を踏まえ、自由の剥奪という観点から検討すべき問題がある。

このため、現行の精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」も含め、見直すべきである。

【厚生労働省】

【地域医療の充実と地域生活への移行】

精神科病院においては、入院治療の必要がないにもかかわらず、長期入院による自立生活の困難等の問題により入院せざるを得ない、いわゆる「社会的入院」患者が厚生労働省の統計から推定される人数でも約7万人いるといわれている。

このような現状を改善するため、入院中の精神障害者に対する退院支援の充実を図るべきである。退院支援や地域生活への移行後における医療、生活面からのサポート（ショートステイ等を含む。）の在り方については、総合福祉部会で検討を進める。

【厚生労働省】

【精神医療の一般医療体系への編入】

現行制度においては、精神疾患のある患者は、臨時応急の場合を除いて、原則として精神病室以外の病室には入院できないこととなっており、このことが精神障害者として一般医療サービスを受けることを困難にしている。また、精神科医療の現場においては、いわゆる「精神科特例」により一般医療に比して医師や看護師が少ない状況にある。このような状況を踏まえ、以下を実施すべきである。

精神医療の一般医療体系への編入の在り方について、総合福祉部会での今後の議論を踏まえ、推進会議において検討を進める。

特に精神医療の現場における医師、看護師が一般医療より少ない現状を改善し、その体制の充実を図るため、「精神科特例」の廃止を含め、具体的な対応策を講ずる。

【厚生労働省】

【医療に係る経済的負担の軽減】

障害者は健康面における特段の配慮や対応を必要とする場合が多いが、継続的な治療等に要する費用負担が大きいため、必要な医療を受けることが困難な状況がある。

このような状況を改善するため、障害者がその健康状態を保持し、自立した日常生活等を営むために必要な医療を受けたときに要する費用負担については、本人の負担能力に応じたものとする方向で、総合福祉部会において引き続き検討する。

【厚生労働省】

【地域生活を容易にするための医療の在り方】

日常生活における医療的ケア（たん吸引、経管栄養等）についても、一部はホームヘルパー等によって行われているが、原則として医師・看護師等のみに限定されているため、単身での在宅生活の途が閉ざされ、また同居の場合その家族にとつて重い介助が負担となっている。このような状況を改善するため、以下を実施すべきである。

・たん吸引や経管栄養等の日常生活における医療的ケアについては、その行為者の範囲を介助者等にも広げ、必要な研修や手続の更なる整備等を行う。

・障害者や児童に対する受診拒否の実態を把握し、改善のための措置を講ずる。

【厚生労働省】

（政府に求める今後の取組に関する意見）

○精神障害者に対する強制入院、強制医療介入等について、いわゆる「保護者制度」の見直し等も含め、その在り方を検討し、平成24年内を目途にその結論を得る。

○「社会的入院」を解消するため、精神障害者に対する退院支援や地

精神障害者 自由回復を

医療観察法廃止求め集会

印刷用画面を開く



精神障害者や医療関係者らが医療観察法の廃止を訴えた集会(京都市北区・府部落解放センター)

心神喪失医療観察法に反対する全国集会所「ともに地域で暮らしたい」が25日、京都市北区の府部落解放センターで開かれた。精神障害者や医療関係者が「再犯予測という不確実な根拠で自由を奪われるのはおかしい」と廃止を訴えた。

同法は殺人などの重大事件を起こし、心神喪失を理由に不起訴や無罪になった人に対し、裁判所が強制的に入院・通院をさせる。施行5年の見直し時期を迎え、医療関係者らが廃止に向けて開いた。

集会には約200人が参加し「精神障害者への差別を助長するだけ」「退院に向けた関係調整が不十分で、医療機関も転々と変わり、治療が寸断される」「法の適用を受けた14人が自殺した」などと述べた。精神障害者によるバンド演奏や詩の朗読もあった。

【2010年07月25日 22時10分】

◆精神科医療。「病床半減」へ踏み出そう。

編集委員・原昌平
2010/09/05 読売新聞大阪本社朝刊・気流面「風の座標」

大阪府枚方市に住む菅野（すがの）だりあさん（38）（筆名）は、15歳の時に統合失調症になり、これまで7回入院した。いまは幻聴の体験や患者の思いを伝える活動とともに、府の退院促進事業のピアサポーター（仲間による支援）をしている。精神科病院を訪れて長期入院の患者と語り合い、時には自分のアパートに招いて暮らしぶりを見せよう。

「一番の問題は患者自身の『あきらめ』。長くいると病院生活になじんでしまい、この先、人生によいことがあると思っていない人が多い」

日本の精神科医療には巨大な課題が積み残されている。約31万人にのぼる入院患者だ。人口比でも絶対数でも世界一多いうえ、入院5年以上の患者が4割を占めている。

高度成長期に民間精神科病院のベッドをどんどん増やした結果、施設収容の医療体制ができてしまい、在宅主体へ転換した諸外国とはかけ離れた状況が続いているのだ。

長い入院は、人生の貴重な時間を奪い去る人権侵害である。政府は2002年末、精神保健福祉を地域中心へ変える方針を打ち出し、まず、治療上は入院の必要性の薄い7万人余りの「社会的入院」を10年間で解消すると決めたのに、遅々として進んでいない。

なぜなのか。社会復帰の受け皿不足を挙げる病院経営者は多いが、それ以前に「出すカ」が足りないのではないか。精神科病床の医師数は一般科の3分の1でよいという差別的な配置基準が残っている。しかも経営者はベッドが空けば埋めたいと考えてしまう。

イタリヤは1978年から大改革を進めた。精神科病院そのものを廃止し、地域精神保健サービスで支えている。

日本でも、せめて「病床数を半分に減らし、スタッフの密度と診療報酬を倍にする」という目標を掲げよう。本気でやれば10年で十分可能だ。

様々な試みはある。福島県郡山市の「あさかホスピタル」は02年4月、102床あった分院を廃止して共同住居に変え、07年にはそれも閉鎖して患者は街の中の共同住居やアパートなどに移った。本院でも03年秋から長期入院者向けの講座を病棟内で開くなどして患者の意欲と力を高め、50人以上が退院した。京都、岡山、宮城などでは往診、訪問看護をはじめ多職種のチームで重症患者の在宅生活を支えるACCT（包括型地域生活支援プログラム）という取り組みが行われている。

病棟を地域移行の中間施設に転用しようなどと安易に考えてはいけない。名目の数だけ減らしても生活の場が事実上、病院の管理下にあるのでは意味がない。ハコを活用したいなら福祉工場など就労の場にしよう。

菅野さんは「退院したら、いつ誰と会うのも、何を食べるのも自由。病院を出ても生きていけるよ、きつといいことがあるよ、と入院中の仲間に伝えたい」と話す。

いま抜本改革に踏み出さないと、日本の精神科医療は大きな罪を重ねることになる。