

精神障害者の人権を否定し 差別を固定化する精神保健福祉法改悪を許すな

私ども全国「精神病」者集団は1974年に結成された全国の「精神病」者団体個人の連合体です。私たちは結成時より、一切の強制入院強制医療の廃止、精神衛生法（当時）撤廃をかかげ、私たちを犯罪予備軍としてとらえ差別的に予防拘禁し強制的に人格矯正しようとする保安処分を許さない闘いを継続してきた。

また2002年より、国連の障害者権利条約作成への動きに対して、世界精神医療ユーザーサバイバーネットワーク WNUSP（全国「精神病」者集団もメンバー）とともに積極的に取り組み、また国内でも日本障害フォーラムに参加して日本政府や国連特別委員会への働きかけを継続してきた。

2006年12月国連総会がついに障害者権利条約を採択し、日本政府も2008年9月に署名し、批准への意思を明らかにしている。

そもそも障害者権利条約は強制入院および強制医療を否定しており、すでに締約国政府報告書審査で再三、その旨が委員会より述べられている。強制入院強制医療は、障害者権利条約12条、14条、15条、17条、19条、25条d、26条bおよび3条の非(b) 非差別（無差別）という一般原則の侵害であり、廃止されなければならない。

また拷問等禁止条約特別報告官はこの2月の報告書および3月の国連人権理事会へのスピーチで、以下述べている。

精神疾患を根拠とした自由の剥奪は正当化できない。私は精神疾患の重篤さが拘禁を正当化しえず、また自らあるいは他者の安全を守るという動機によってもそれは正当化し得ないと信じる

拷問等特別報告官スピーチ

「障害者に対するすべての強制的で同意のない医学的介入に対して絶対的禁止を課すこと。こうした強制的医学的介入には、同意なしに行われる、精神外科手術、電気ショック、抗精神病薬のような精神を変容させる投薬、その期間の長短にかかわらず身体拘束と隔離拘禁の使用、が含まれる。障害のみを理由とした強制的精神医療の介入を終わらせる義務は即座に適用することであり、財政的資源の不足は義務の履行の延期を正当化し得ない（A/HRC/22/53,パラグラフ 89(b)）」

「いかなる例外もなく平等を基礎として自由なインフォームドコンセントのセーフガード、法的枠組みと司法的行政的メカニズムそれは虐待からの保護を実践するための政策と実践を通すことも含む。これと矛盾するいかなる法律の条項、精神保健分野における拘禁あるいは強制的医療を許容するような条項は後見人制度そして他の代理決定を使うものも含め改正されなければならない。自律、自己決定そして人の尊厳を擁護する政策と手続きがとられること。保健についての情報が完全に提供でき受け入れでき、アクセシブルでそして

良質なものとして確保されること。こうした情報は地域に基盤を置くサービスと支援が広範囲に行われるように、支援と保護の方策によって、提供され理解されなければならない(A/64/272, パラグラフ 93)インフォームドコンセントなしの医療の例があれば、それは捜査され、そうした治療の被害者に対してそうしたことがやめられ、償われなければならないA/HRC/22/53, パラグラフ 85(e)」

「精神保健を根拠とした拘禁あるいは精神保健施設への監禁、そして当事者の自由なインフォームドコンセントなしの精神保健分野におけるいかなる強制的介入あるいは治療を許容する法律条項の改正。自由なインフォームドコンセントなしの障害を理由とした障害者の施設収容を正当化している法制は廃止されなければならないA/HRC/22/53, 89(d)」

2013年3月4日の人権理事会においての彼の演説で、これについてさらに以下詳しく述べている。「精神疾患を根拠とした自由の剥奪は正当化できない。中略 わたしは精神医療疾患の重篤さが拘禁を正当化しえずまた、自らあるいは他者の安全を守るという動機によってもそれは正当化し得ないと信じる」

したがって障害者権利条約批准に向けては最低限、強制入院の要件を見直し、強制入院を減らし、最終的に廃止する方向性を取る必要がある。ところが今回の法案はとりわけ以下の点でこれに逆行している。

1 強制入院の安易簡便化による強制入院の現状維持と増加

法案は措置入院には一切手を付けず、保護者制度撤廃と引き換えに、医療保護入院を医師一人の判断でしかも3親等までの家族ならだれでも同意できるという形にし、強制入院をより安易簡便にしようとしている。我々は障害者権利条約批准にあたって、厚顔にも強制入院強制医療を拡大強化する、精神保健福祉法改悪案を決して許すことはできない。

厚生労働省は「障害者政策委員会第2回 第4小委員会(2012年11月12日開催)」において、病床削減の数値目標は立てないし病床削減という方針はないと明言している。

厚生労働省は精神病院入院患者については長期化を避け短期間の入院とするという方針を出しており実際入院の短期化の傾向はある。しかしその上で病床削減をしないということ、さらに医療保護入院の要件緩和ということは、現状に倍する精神障害者が精神病院入院を強いられていく結果を招きかねない。

2 精神病院における人員配置基準の差別強化、

精神障害者差別の強化

また法案では新設条項として、厚生労働省大臣が精神医療福祉に向けた指針を作ることになっており、その中には精神科病床のあり方も含まれている。

厚生労働省「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会 2012年6月29日」報告書において、今現在長期に入院している方の病棟については、差別的な特例(精神病院においては他科に比べ医師の配置が少なくていいとするもの)以下の水準でよしとされている。医師は特例以下、看護についても看護師以下の介護士、精神保健福祉士、作業療法士、などをあわせて看護基準を満たせばいい、すなわち看護についても基準の配置でいいとするものである。これでは夜間は看護も医師も当直なしという病棟となるであろう。これを

果たして「病棟」と呼んでいいのだろうか？

精神病院病棟が病院というより生活の場・施設と化してしまっている実態の公認である。しかもこの病棟については「開放的な」とはされているが、開放病棟とするとはされておらず、行動制限をしてはならないとはされていない。また強制入院患者を入れてはならないもされていない。さらにこの病棟を、年限を切って0にするという方針も出されていない。医療と保護のために本人が拒否しても入院が必要という病態の方がなぜ医療保障もないこんな病棟に入れられるのか？ 医療と保護のためにやむを得ずするという行動制限を受けるほどの病態の方がなぜこんな病棟に入れられるのか？

しかも精神保健福祉法によれば、強制入院の医療費であっても本人自己負担が原則である。そして本人が負担できないときは連帯保証人から取り立てられることになっている。こんな基準以下の病棟に強制的に放り込まれ、その上医療費まで取り立てられる。これこそ精神障害者差別以外のなにものでもない。

3 医療観察法対象者およびその家族に対する差別の強化

さらに医療観察法においては現行の精神保健福祉法における保護者制度の規定がそっくりそのまま移行して新規条文とされる改悪案も一緒に出されている。

精神障害者にのみ保護者が付けられるというのが差別であるから保護者制度を廃止するというなら、医療観察法対象者は差別されていいということか？

家族の負担軽減のために保護者制度をなくすというなら医療観察法対象者家族は負担を増して当然ということか？

もともと精神障害者差別立法である医療観察法はさらに精神障害者一般からも差別されその差別の強化が図られようとしている

精神病院中心の精神医療からの変換、隔離収容から地域で医療を受ける権利確立、そして何より精神障害者差別と隔離拘禁の廃絶は私たちの積年の要求である。再度私たちはすべての仲間に訴える。障害者権利条約の意味ある批准を、そして完全履行を、強制入院強制医療の廃絶、精神保健福祉法の廃止、医療観察法の廃止を

2013年5月6日

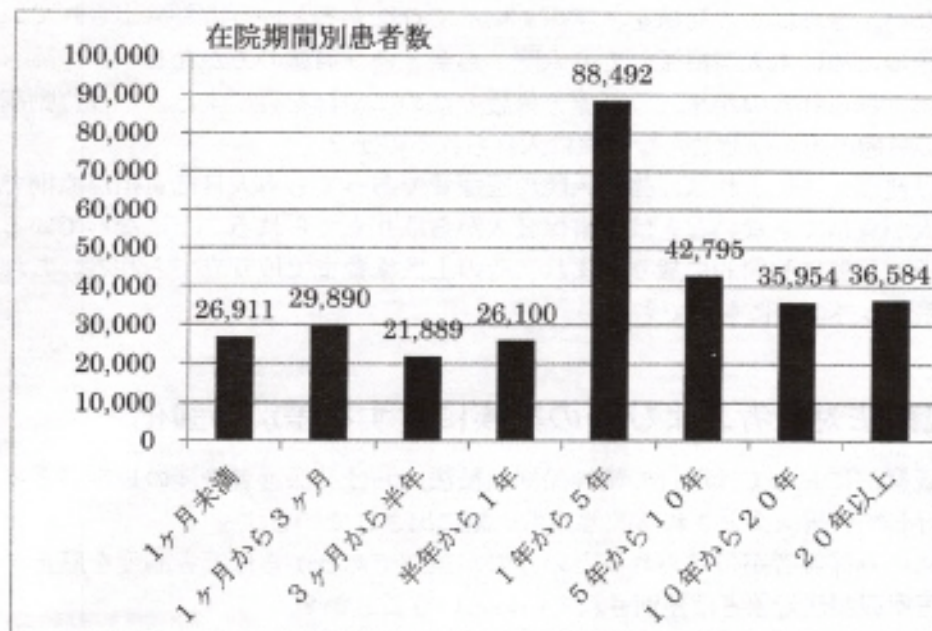
全国「精神病」者集団

〒164-0011 東京都中野区中央 2-39-3 絆社気付

電話 080-1036-3685 e-mail contact@jngmdp.org

30万人以上の精神病院入院患者、例えば5年以上の入院患者数11万人以上 20年以上が3万6千人以上

ちなみに刑務所では無期囚の人数は2011年末1812人 総受刑者数は7万人弱
平成22年 630調査



ヨーロッパ諸国の非任意入院(その1)*

	年	患者割合	100万人対	評価者	基準**	決定者	備考
Austria	1999	18%	175人	精神科医	危険	非医療	
Belgium	1998	5.8%	47人	医師	危険	非医療	あり
Denmark	2000	4.6%	34人	医師	危険/治療	医療	
Finland	2000	21.6%	218人	医師	危険/治療	医療	
France	1999	12.5%	11人	医師	危険(注)	非医療(注)	
Germany	2000	17.7%	175人	医師	危険	非医療	
Greece	No	Na	Na	精神科医	危険/治療	非医療	
Ireland	1999	10.9%	74人	精神科医	危険/治療	医療	
Italy	Na	12.1%	Na	医師	治療	非医療(市長)	
Luxembourg	2000	Na	93人	医師	危険	医療	あり
Netherlands	1999	13.2%	44人	精神科医	危険	非医療	
Portugal	2000	3.2%	6人	精神科医	危険/治療	非医療	あり
Spain	No	Na	Na	精神科医	治療	非医療	
Sweden	1998	30%	114人	医師	治療	医療	あり
UK	1999	13.5%	48人	精神科医	危険/治療	社会福祉士その他のスタッフ等	

注:他に保護者からの要望により精神科医による非任意入院制度が存在する。

**治療:治療必要性 危険:本人・他者への害の危険
*Source: H. Grunberg, et al. Psychiatry 104, 154-164, 2004 及び
Grunberg H, Sireix P. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 753-760, 2004

50

第24回 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム

平成24年1月11日 資料2

厚生労働科学研究 精神障害者への対応への国際比較に関する研究 より

日本の強制入院は上記諸国に比べ桁違い。

日本の強制入院は医療保護入院(1年間の入院者198,487人)と措置入院(1年間の入院者6507人)のみとして、2010年で100万人あたり2064人、一番多いフィンランドと比べても9倍以上

精神保健福祉法改正案

障害当事者の人権どうなる

強制入院の増加不安

政府が今国会での成立を目指す「精神保健福祉法」の改正案をめぐり、精神障害者や支援者から懸念する声が上がっている。従来は後見人や配偶者など「保護者」の同意が必要だった強制入院が、三親等までの誰か一人の同意でも可能になるからだ。弁護士たちは「安易な強制入院が横行しかねない」と指摘する。

意で入院させられる。



池原和典弁護士

保護者になり得る優先順位は①後見人②配偶者③親権者④扶養義務者(二親等以内の親族)で、このうち一人が定めでもが務まるように緩和される。保護者は「治療を受けさせる」「医師の指示に従う」などの義務が課され、家族団体から「高齢の家族に過度な負担」などと廃止の要望が出ている。

「このため、政府(厚生労働省)は保護者制度廃止と併せ、医療保護入院の優先順位がなくなるたに同意してしまうような問題も起きかねない」

「加えて山本さんは「強制入院は国家的にも極めて重大な問題である」と指摘する。入

「医療費の取りはぐれがない」という利点や、入院を嫌がる患者に「家族が入院を希望した」と責任を分散できる事情もあるのでは」と指摘する。

池原弁護士は「(日本が批准を目指す)国連の障害者権利条約では、精神障害者に特化した入院治療を課するべく入院を強いるべきではない」と指摘する。

「治療でなく、在宅支援に否定的だ。人権の保障切り替えよ」という欧州という理念に逆行している」と批判している。

反「家族団体の願い逆手に」

支援者ら「家族団体の願い逆手に」

強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

「強制入院の増加が懸念される精神保健福祉法の改正案」

ちなみに、厚労省の二〇一一年の調査では、日本

本の精神障害者は約三百

二十万人。三十万人が入院

している。うち一年以上

の長期入院は二十万人

を超えており、国際的に

も問題視されている。

医療保護入院に関する

法改正をめぐっては、厚

労省の検討会が本人の意

向を代弁する仕組みの導

入を提案したが見送りに

に。「家族等の同意」に

変更した経緯がある。

精神障害者の人権問題

に詳しい池原和典弁護士

は「病院側にとっては

「医療費の取りはぐれが

ない」という利点や、入

院を嫌がる患者に「家族

が入院を希望した」と責

任を分散できる事情もあ

るのでは」と指摘する。

池原弁護士は「(日本

が批准を目指す)国連の

障害者権利条約では、精

神障害者に特化した入院

治療を課するべく入院

を強いるべきではないと

指摘する。

「治療でなく、在宅支

援に否定的だ。人権の保

障切り替えよ」という欧

州という理念に逆行して

いる」と批判している。

拷問等禁止条約日本政府報告書審査 ロビーイング活動 報告 政府代表最後に怒鳴り声

全国「精神病」者集団

山本眞理

私は5月14日から19日までジュネーブに行き、拷問等禁止条約の委員会による日本政府の報告書（批准している国が定期的に条約の履行状況について報告するもの）の審査に向けてロビーイング活動を行いました。全国「精神病」者集団、世界精神医療ユーザーサバイバーネットワーク、国際障害同盟の審査に向けてパラレルレポートを出しましたが、やはり文書ではなくて、直接委員3名と個別に話せたのが大きかったようで、審査そのものは21日、22日に行われたのですが、ビデオで見たものと、現地からの報告をまとめると、精神病院の問題については委員がほとんど私たちのレポートにそって質問してくれており、日本政府は全く回答できていません。

21日が委員会から政府への質問、22日が政府からのそれへの回答でした。

委員が口々に問題にしたことは以下

1 日本の精神病院の入院患者数、強制入院患者数の多さは世界的に類がない、それなのに、予算の分配は病院と地域で97対3である。地域での支援に転換する政策が取られているのか、すでに地域サースへの転換とその開発を日本政府は約束しているというのに、その流れができていない

2 強制入院については司法によるコントロールはあるのか、精神医療審査会は独立して機能しておらず、不服申立てによる救済は非常に限定されている。私立病院が多いが、これらの私立病院に対して司法的コントロールがなされていないのでは

入院期間も非常に長いがこれらに対して期間の法的上限はあるのか

3 身体拘束と隔離の数が減るところか増え続けているが、これらの使用についての制限や悪用を避けるためのセーフガードはあるのか。身体拘束については期間の制限はあるのか。拷問等特別報告官のメンデッツ氏は2011年に、隔離は科学的医学的根拠に基づき最初の数日で精神的なダメージを与えるので社会復帰に逆行すると述べている。それゆえ15日を超える隔離は絶対的に禁止されるべきだとしている。これらについて政府は知っ

ているのかどう考えているのか

政府回答においては今までどおりの回答で、入院者数や在院期間は減ってきている、強制入院については、精神医療審査会への不服申立てやさらに行政訴訟が可能であると繰り返すのみ、隔離や身体拘束については医師が診断して行なっているとのべるのみでした。

司法コントロールは心神喪失者等医療観察法においてしっかり行なっている、という頓珍漢な回答もありました

さらになんと精神保健福祉法の改正案が上程されており、この法案では精神病院の管理者には地域移行の義務が課せられている、と回答。

再度の質問が強制入院についてなれたが、厚生労働省の担当者不在につきこれ異常回答できないということでした

印象的だったのは、22日の会議の最後に日本政府の代表 Hideaki.Ueda 氏が、「日本人は中世に生きているわけではない」と発言、会場の失笑をかったら、いきなり「笑うな、黙れ」と怒鳴りました。会場凍りついた感じ「まじめに話しているんだ、日本は発展した国で誇りを持っている」だそうです。

明らかに彼常軌を逸していました。おそらく答えられない追求が重なって彼自身恥ずかしかったと推測されます。

委員の皆様の努力に感謝

早ければ6月頭に最終的な委員会の結論が公表されますが、おそらく精神医療に関して厳しい勧告が出されることは期待できます

平成 25 年 5 月 17 日

厚生労働大臣 田村憲久 様

精神保健福祉法改正案に関する意見書

代表 町野朔（上智大学法学部研究科教授）

賛同者 野村忠良（東京都精神障害者家屋会連合会）／ 中島豊爾（地方独立行政法人岡山県精神科 医療センター理事長）／ 岡崎祐士（元東京都立松沢病院院長）

福田正人（国立大学法人群馬大学大学院医学系研究科 准教授）／ 高木俊介（たかぎクリニック院長）／ 西田淳志（財団法人東京都医学総合研究所研究員）

堀江紀一（特定非営利活動法人世田谷さくら会理事）／ 鴻巣 泰治（埼玉県立精神保健福祉センター主幹）／ 田尾有樹子（社会福祉法人巣立ち会理事長）

私たちは、厚生労働省精神障害保健課の主催で平成 22 年 5 月から平成 24 年 6 月まで行われた「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」（以下、「検討チーム」）に、構成員または作業チーム構成員として参加してきたものです。

「検討チーム」では、精神保健福祉法から保護者の義務規定をすべて削除すべきだとし（平成 23 年 11 月）、さらに強制入院としての医療保護入院を維持すべきだが、それを保護者の同意を要件としない入院制度に改めるべきだという結論を出しています（平成 24 年 6 月）。

家族が精神障害者の医療とケアに重要な役割を担っていることは今も昔も変わりはありません。しかし、精神科医療は病院内精神医療から地域精神医療へと展開し、精神障害者のケアは医療から福祉へと広がっています。精神障害者も、障害者総合支援法の下では、医療・福祉を付与される存在ではなく、サポートを受けながらも自己決定によって自立すべき存在であります。現在の保護者の同意による入院の制度は、保護者と精神障害者との軋轢を生じさせ保護者の大きな負担となっている上、退院を事実上保護者の意思に依存させる結果となり、入院から地域精神医療への円滑な移行を妨げていると考えたのであります。

今回上程された精神保健福祉法の改正法案では、医療保護入院に「家族等のうちいずれかの者の同意」を必要とし、現行 20 条で保護者となりうる者を「家族等」としています。これでは、従来の医療保護入院における家族の負担とその非合理性はまったく変わっておらず、しかも、「家族等」のうちの誰でも医療保護入院に同意するとされることによって、その負担を負う者は拡張される結果となっております。これは完全な逆コースであり、現在の精神医療福祉の矛盾をさらに拡大するものです。

私たち「検討チーム」の構成員、あるいは作業チーム構成員としてこの検討会に参加した者からみても、この改正法案は議論を尽くした上で了解されたものとまったく異なるものになっており、どのような経緯でこのような改正案が作られてしまったのか、理解に苦しむものです。

私たちは、貴職に対し、「検討チーム」最終報告書の原点に立ち戻り法案の内容を再検討して頂くことを強く要望するものです。

また、この法案がそのまま法律となった場合であっても、附則 8 条の、3 年を目途とした措置の在り方については、早急に「検討」が開始される必要があります。私たちは厚生労働省内に、このための検討会を早期に立ち上げることを望むものであります。

ハNST宣言

私は全国「精神病」者集団の会員であり、また世界精神医療ユーザーサバイバーネットワーク (WNUSP) の理事でもあります。全国「精神病」者集団は1974年に結成された全国の「精神病」者個人団体の連合体であり、WNUSP にはその発足時から参加し、共に障害者権利条約作成に力を注いできました。

日本の強制入院制度は欧米と比較してケタ違いの数の人間を桁違いの長期間にわたって隔離拘禁している実態です。この件を訴えるために5月21日22日に行われる拷問等禁止条約委員会の日本政府第2回報告書審査に向け全国「精神病」者集団はシャドーレポートを出し、ロビーイングのためにジュネーブに行きました。

このシャドーレポートはWNUSPと国際障害同盟 (IDA) の連名で出したもので、ジュネーブのIDAの事務局のバックアップもえて、条約委員会委員3名と個別の話し合いや国連高等弁務官事務所の障害担当のスタッフとのミーティングなどを行ないました。結果は21日22日の政府報告書審査で圧倒的に委員から日本の実態への疑問批判が集中するという事になりました。

障害者権利条約の批准を行おうとし、さらに障害者差別解消法の閣議決定までされている流れに逆行するかごとき、精神保健福祉法改悪案に怒りを禁じえません。

今この精神医療の実態を放置するばかりではなく、より強制入院をやりやすくし、人権侵害と差別を強化する今回の法改悪案は必ずや国際的な批判の中で、撤回せざるを得ない状況が生まれると考えます。

こうした法改悪への加担は、人道に反する犯罪として国際刑事法廷に訴えられることすら予想されます。現在WNUSPでは精神医療における強制医療の問題で具体的告発ができるか否か日本にかぎらず、検討中です。

手続きとしても、私たちは閣議決定まで一切法案の中身を知りませんでした、各障害者団体にも一切知らせず、内閣府の障害者政策委員会にも報告や意見聴取がされていません。厚生労働省社会保障審議会にもかけられていません。もちろん一般市民も全く蚊帳の外でした。

このような手続きでいやすくも人身の自由剥奪の法律改悪が行われることはあってはなりません。

私は以上精神障害者の誇りと尊厳、そしてインテグリティの侵害を一切許さない立場からハNSTをもって訴えます。

私たちのことを私たち抜きに決めるな

2013年5月27日

全国「精神病」者集団会員

WNUSP 理事

障がい者制度改革推進会議総合福祉部会元委員

山本眞理

