

ヒアリング団体 提出資料

- P1～2 全国自治体病院協議会精神科特別部会
- P3～4 日本総合病院精神医学会
- P5～15 日本精神保健福祉士協会
- P16～20 日本精神科看護技術協会
- P21～23 全国精神障害者地域生活支援協議会
- P24～33 全国精神保健福祉センター長会
- P34～37 全国精神保健福祉相談員会
- P38～84 全国「精神病」者集団
- P85～86 堂本暁子氏

「保護者制度・入院制度」に関するヒアリングにおける意見

全国自治体病院協議会 精神科特別部会
部 会 長 岩 成 秀 夫
医療経済委員長 川 副 泰 成

全国自治体病院協議会精神科特別部会としては、「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」における「保護者制度・入院制度」に関するヒアリングにおける意見として、以下のように考えています。

1. 保護者制度について

○ 保護者に対する責務規定の削除

精神保健福祉法で「保護者」に課される責務（任意入院者・通院患者を除く）

- ① 精神障害者に治療を受けさせること
- ② 診断が正しく行われるよう医師に協力すること
- ③ 医師の指示に従うこと
- ④ 精神障害者の財産上の利益を保護すること
- ⑤ 回復した措置入院患者等を引き取ること
- ⑥ ⑤による引き取りを行うに際して、必要な相談をし、援助を求めること
- ⑦ 退院請求等の請求をすることができること
- ⑧ 医療保護入院の同意をすることができること

- ・ 上記の責務のうち、①②③は通常の家族関係にあれば法律に規定しなくても普通に行われることである。むしろ法律に規定することで家族の心理的負担を増すことと、家族と患者本人の間の確執を増強し家族関係を壊しかねない危惧がある。よってこれらの責務は削除することが適当である。
- ・ ④も同様の意味であえて法律に規定する必要はないと考える。財産上の利益が保護されない恐れのある場合は、成年後見制度等を利用することで対処できるはずである。
- ・ ⑤⑥についても、通常の家族関係にあれば法律に規定しなくても実行されることであるが、地域移行支援や関係機関の連携の強化によって促進されることが望ましい。
- ・ ⑦は責務というよりは権利というべきものであり、家族がその権利を行使できるよう「保護者制度」とは別の形で残すべきものとする。
- ・ ⑧については、入院制度との関連で述べる。

2. 医療保護入院制度の見直しについて

1) 入院手続きに関する考え方

- ・ 入院の判断について、精神保健指定医 1 名の診察によって医療及び保護のために入院が必要であると判定されたことが基本となる点は、今回の議論の前提である。
- ・ 措置診察のための指定医の確保すら困難なのが現状であるので、指定医全体の診療業務の総量を増すことは、とりわけ急を要する場合に新たな入院制度の実効性が確保できない結果になる。
- ・ その上で、4つの論点について次のように考える。

【論点1】保護者に代わる誰かの「同意」を必要とするか

- ・ 指定医の判断のみで医療保護入院が行われるとすれば、自傷他害の恐れのない患者に対して過剰な権限の行使を認めることになるので、必ず誰かの「同意」が必要であると考ええる。

【論点2】「同意」は必要ないとしても、「関与」を必要とするか

- ・ 「関与」ではあいまいであり、指定医の独断のブレーキにはなり得ない。

【論点3】「同意」または「関与」する場合、入院時とするか、一定期間内でのよいこととするか

- ・ 誰が「同意」するかによっても異なるが、入院時を原則としつつも、緊急措置入院が72時間以内認められているように、72時間以内程度の一定期間内の「同意」でよいものとする。現行の応急入院も72時間を限度に認められている。
- ・ 入院の必要を認めた指定医は、「医療保護入院同意申請書」等の書類を作成し、一定期間内に「同意者」に提出し「同意」を得るものとする。また、この同意申請書には家族等診察立会者がいる場合は、その者の氏名等を記載するものとする。

【論点4】誰が「同意」または「関与」を行うか

- ・ 患者の医療と保護のためとはいえ、その意に反して自由の束縛を行うことになるので、「同意」する者は、公的な立場の者が行うことが望ましい。その意味では、同じ病院内の他の指定医や病院の管理者による同意は不適切である。
- ・ 公的な立場の者とは、成年後見制度の後見人または保佐人がいればその者、いない場合は現行の市町村長同意をより実質的なものに改善した新たな市町村長同意制度による市町村長の「同意」によるものなどが考えられる。この場合、同意した市町村の担当者は、入院後少なくとも1ヵ月以内には病院を訪問して本人と面接をし、適切な医療と保護が行われているか判断する必要がある。もし適切な処遇を受けていないと判断される場合は、「同意」を取り消す等の措置が求められる。

2) 入院中の対応に関する考え方

【考え方1】入院期間の制限は設けない

【考え方2】入院期間の制限を設ける

【考え方3】入院期間の制限は設けないが、入院継続の必要性をより頻繁に審査する

【考え方4】一定の入院期間の制限を設けつつ、審査の上更新可能とする

以上4つの考え方について意見を述べる。

- ・ 入院期間の制限を設けない場合は、「強制性」のある医療保護入院が無期限に続く可能性があるため、【考え方4】が最も適切ではないか。「一定の入院期間」は3ヵ月、6ヵ月が考えられる。
- ・ いずれにしても措置入院、ひいては医療観察法入院の期間、審査等とのバランスを考慮する必要がある。審査については「一定の入院期間」毎、以後は6ヶ月毎に行うとすれば審査量は現行の2倍強になる。
- ・ 審査の機関と審査方法については、《詳論点2-2》の【方法3】「精神医療審査会が、医療機関に向いて審査」する方法が望ましい。ただし、審査体制の確保や事務量の増大等を考慮すると、書面審査を基本としつつ、一定の要件を満たす患者のみ実地で審査するという手法が、現実的かもしれない。
- ・ この「一定の要件」とは、患者本人が退院を希望している場合や、通院治療が可能な程度に病状が軽快し治療継続性が確保されている場合などが考えられる。定期病状報告書も病院側が入院継続の要件を具体的に証明できない限り実地審査とし、退院を促進するような様式に改める必要がある。患者、援助者の意見書を添付することも考えられる。

2012年4月27日

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作業チーム 御中

一般社団法人日本総合病院精神医学会
理事長 黒木宣夫

「保護者制度・入院制度の見直し」に向けての本会の見解について

表記のことについて、次のとおり見解を申し述べます。

記

1) 保護者の責務規定の削除について

【保護者同意要件、財産保護規定の廃止の賛成】

・保護者の責務規定の削除のうち、非自発的入院において保護者の同意を必要とする要件（法第33条第1項）の廃止については賛成する。また、財産上の利益の保護の責務（法第22条第1項）も廃止に賛成する。家族が必ずしも、入院を必要とする精神障害者の最善の利益を専ら実現する立場の者であるとは限らない現状に鑑みて、これら要件・責務の廃止は妥当である。

・ただし、精神障害者の財産上の利益の保護が成年後見制度で確保されるという見解は現行の運用実態と異なることから失当であると考ええる。

【家族による支援の確保の必要性】

・家族の責務をすべて免じることとなれば、家族が精神科入院治療及び社会復帰に関与する機会が失われる虞があり、精神障害者の利益を損ねる虞がある。家族の支援が適切に確保されるために特段の配慮が求められると考える。

2) 医療保護入院の保護者の同意に代わる「同意」または「関与」について

【保護者以外の同意・関与は困難】

・入院時に同意・関与を行う必要性に乏しく、しかも実務上困難が大きいと考える。

【他の指定医の同意／関与】

・入院時に精神保健指定医2名の同意を得ることは実務上困難であって、実現しがたい。

・同時でなく、一定期間内で良いこととするとしても、（北海道稚内地区のように）同一地域内に精神保健指定医が1名しかいない地域もあるので難しい。

【地域支援関係者の同意／関与】

・入院時に「地域支援関係者」の意見を聴くことに関しては、夜間休日を想定すると、院内、院外ともに困難である。

・院内の場合は管理者や精神保健指定医と異なる判断をすることは想定出来ず、院外の場合は独立性と客観的な判断力を有した「地域支援関係者」は現実的にはほとんど存在しない。

・仮に、この方式をとるのであれば、新たな第三者機関（医療機関から独立した「地域支援関係者」からなる機関）を地域ごとに創設する必要があるが、新たな地域間格差を生むこととなり好ましくない。

【代弁者の同意／関与】

・入院時に「代弁者」をつける場合で、peer supporter を想定した場合、大都市圏以外では適切な人材の確保は困難であって地域間格差の問題を生じる。全国規模で考えた場合、家族以外の代弁者を想定しがたく、現在の保護者同意による医療保護入院と何ら変わらなくなる。

【公的機関の認証の必要性】

・保護者同意を廃止し、精神保健指定医1名が非自発的入院を決定するのであれば、1人の精神保健指定医にかかる負担が過重になる。現行の医療保護入院の、「民間人同士の特殊な契約関係」という形態を温存する限りにおいては、訴訟等のリスクを考えれば、何らかの公的機関の関与・認証なしにこれを行なうことは困難である。

・国際人権規約（自由権条約）第9条の要請により、非自発的入院者を含む「自由を奪われた者」については、「裁判所（court）がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること」が求められているところであり、「裁判所による同意についてはわが国では実効性に大きな問題がある」として、はじめから排除する理由が理解しがたい。

【医療費の支払いは公費によるほかはない】

・医療費の支払いに関しては、扶養義務を根拠に家族に支払いを求めたとしても、家族は入院治療に関与していないことを理由に支払いを拒むことが当然に想定される。医療費の支払いのない場合にあつては、公費医療によらなければ入院治療が確保されない。

・現行の市長村長の同意による医療保護入院（法第21条）の場合、同意は形式的であつて基礎自治体の首長部局の職員の実質的な関与もほとんど行なわれていない。

・この場合、医療費の負担については、多くの場合、生活保護の医療扶助が適用されていると考えられる。この制度を直ちに敷衍して援用するのは無理があるが、家族が関与しない非自発的入院の場合、実質的に同様の公費医療によるほかはない。

・現状、市町村長同意の入院者の医療費が、既にほとんど生活保護の医療扶助でまかなわれていることから、財源の確保はさほど困難ではない。

・期間を限った公費負担をすることにより、精神障害者の医療に関して基礎自治体の関与が手厚くなることから、入院が徒に長期化することに一定の歯止めがかかる効果も期待される。

【非自発的入院にかかる審査は裁判所で】

・1名の指定医の判断により非自発的入院を決定された者は、遅滞なく以下のごとく裁判所の審査を受けるものとする。

・ここで言う裁判所は、法律家、精神保健指定医、精神医療・精神保健福祉の一定の経験のある精神保健福祉士等から一定の研修により養成した者等より構成される、行政機関から独立性のある合議体を想定する。

・従来の精神医療審査会を改組・再編し、裁判所に移管することができるものとする。

【家族の関与は退院や処遇改善の請求の申立権の付与とする】

・本人のほか民法第877条の「扶養義務者」に退院請求、処遇改善請求の申立権を付与する。

3) 入院期間について

【入院期間は6ヶ月】

・非自発的入院の期間は6ヶ月に限るものとし、これを超えて非自発的入院を継続する必要がある場合は、新たに入院時と同様の手続き・審査を必要とするものとする。

以上。

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた 検討チームにおける「保護者制度・入院制度」に 関するヒアリング資料

2012年4月27日

社団法人日本精神保健福祉士協会

障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言(Ⅲ-1医療)より抜粋

【表題】精神障害者に係る非自発的入院や入院中の行動制限

【結論】●関係する法律(精神保健福祉法、医療法等)を抜本的に見直し、以下の事項を盛り込むべきである。

- ・精神障害者が地域社会で自立(自律)した生活を営むことができるよう、権利の保障を踏まえた規程を整備することにより、いわゆる社会的入院を解消すること
- ・非自発的な入院や入院中の行動制限については、人権制約を伴うものであることから、本人の意に反した又は本人の意思を確認することができない状況下での適正な手続きに係る規程とともに、医療内容に踏み込んだ人権保障の観点から第三者機関による監視及び個人救済を含む適切な運用がなされることを担保する規程を整備すること
- ・その際、第三者機関の必要経費は、国庫が負担すること

【表題】入院中の精神障害者の権利擁護

【結論】●精神科病院における権利擁護については、障害者総合福祉法における第三者の訪問による権利擁護制度と連携協力する観点から、精神保健福祉法の見直しの課題として、入院中の精神障害者も含む精神科病院における権利擁護を定着させるための制度(例えばオンブズパーソン制度)を位置づける必要がある。

【表題】保護者制度

【結論】●保護者制度の問題点を解消するために、扶養義務者等に代わる人権擁護制度の確立を検討すべきである。

医療保護入院(精神保健福祉法第33条)

【対象】 入院を必要とする精神障害者で、自傷他害のおそれはないが、任意入院を行う状態にない者

⇒地域生活の維持が困難な状態と状況にある精神障害者

⇒自らの意思で入院には至らない者

【要件等】 精神保健指定医(又は特定医師)の診察及び保護者(又は扶養義務者)の同意が必要(特定医師による診察の場合は12時間まで)

⇒非自発的入院であり、精神保健指定医による病状診察は不可欠

⇒保護者の同意は、従来より何に対する同意かとの点では曖昧な位置付け

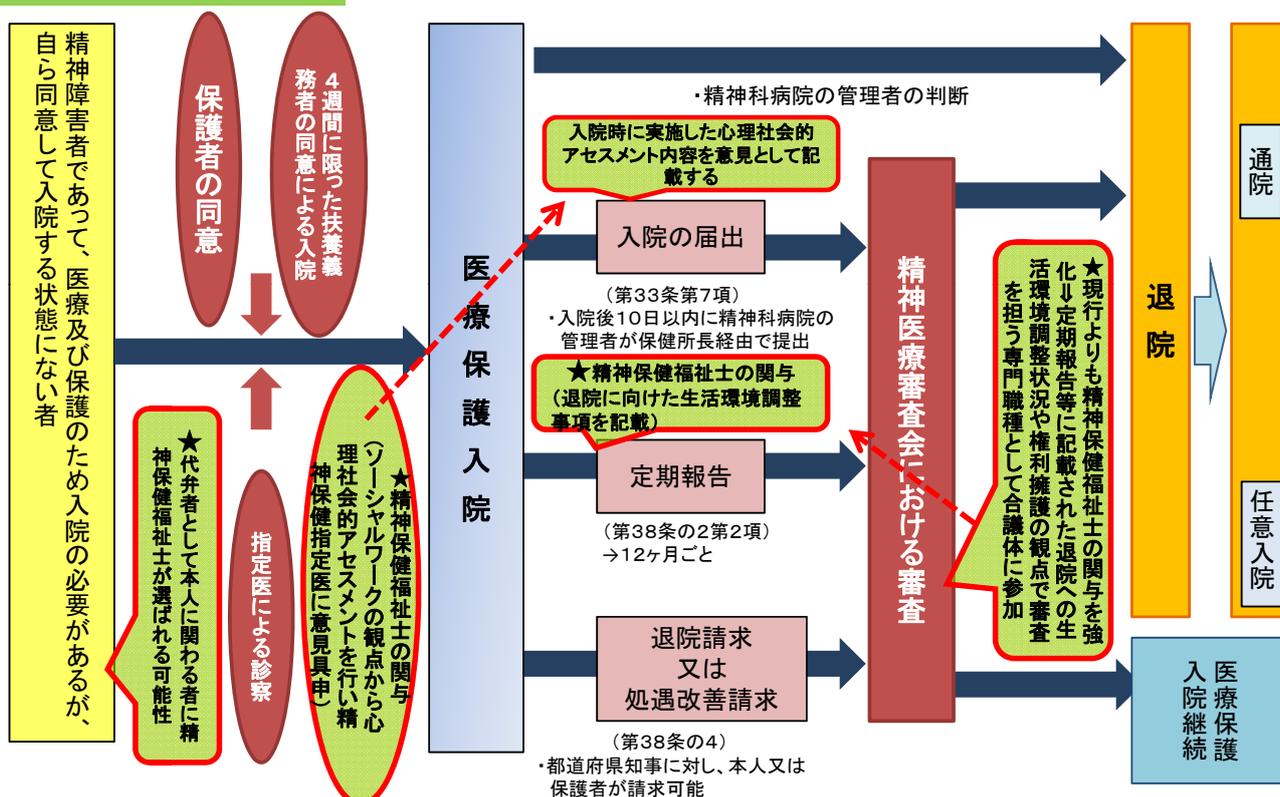
はじめに

- 日本精神保健福祉士協会は、今般の「保護者制度・入院制度」の見直しに関して、入院時の扶養義務者等の同意を外し、患者の権利擁護の仕組みを講じ、さらに早期の退院支援の流れの構築および入院継続の妥当性に関する審査の改変など、提示された大枠の方向性において賛同するものです。
- 特に保護者の同意を外すことは、家族が保護者となった場合に抱えていた生活支援のパートナーとしての役割と非自発入院への同意の役割という矛盾からの解放につながり、また市町村長同意の多くは形式的なものでしかなく長期入院を助長させていた面を改正することとなるなど、全面的に賛同するものです。
- 精神障害者の自己決定権の尊重の観点から、基本とされるべきは、可能な限り非自発的ではなく、自発的入院になるような説明が丁寧になされるべきと考えます。丁寧な説明がなされても、本人の同意が得られずに、やむなく非自発的入院となる場合には、権利擁護を担う者が入院と同時に必ず関与する仕組みを求めます。
- 非自発的入院が必要となる方の多くは、地域生活の維持が困難等な状況に陥っていることに鑑み、安定した地域生活を維持するための治療とあわせて、入院時および入院中から地域生活支援体制の構築に向けた継続的な取り組みが必要と考えます。また入院継続に関する適性審査などの仕組みを講じるべきと考えます。
- 権利擁護の観点から、多職種によるチーム医療の推進と、量的質的な人員体制の整備が欠かせません。さらに、障害者虐待防止法による権利擁護センター等の整備と合わせ、ピアサポーターの関与も含むパーシエントアドボカシーなど非自発的入院患者の権利擁護をはかる法律上の仕組みを導入する必要があります。
- 精神保健および地域精神医療と地域生活支援の体制整備が推進されることを前提に、将来的には、非自発的入院の在り方に関する更なる見直しと整理を求めます。

精神保健福祉士は
権利擁護と地域生活支援の観点から
医療保護入院に代わる非自発的入院制度
および退院支援への関与の責務を果たします

- ◆ 精神保健福祉士は、精神科医療を利用するすべての精神障害者への支援に携わることはもとより、非自発的入院が必要となる精神障害者に対して、入院時から入院後、また精神医療の審査において必要な関与を行う職種として、最も相応しく、同時にその責務を果たすべきであると考えます。
- ◆ なぜなら精神保健福祉士は、精神障害者の相談援助、地域生活支援、権利擁護に携わる専門性を有しているからです。
- ◆ そのためには、研修による質の担保と、人員体制の整備、そしてチーム医療の推進が欠かせません。

精神保健福祉士の関与についての考え方(案)



医療保護入院に代わる新たな入院制度においてソーシャルワークおよび権利擁護の観点からの関与者として医療機関内の精神保健福祉士が最もふさわしい。地域の精神保健福祉士も含み、入院後の退院支援や定期報告や審査へも積極的に関与するべきと考える。また、代弁者等を担う可能性も考えられる。

入院時の手続きについて

1. 入院の要否は現行制度同様に精神保健指定医の診察による判断に基づくものとし、精神保健指定医は、入院の要否判断をする際に、医療機関の精神保健福祉士によるソーシャルワークの観点に基づく意見を必ず聴くものとする。
2. 医療機関の精神保健福祉士は、本人および家族等と面接し、ソーシャルワークの観点から、地域生活の維持についての必要な情報提供や心理社会的アセスメントを行い、精神保健指定医に意見を述べるとともに、その内容を入院届けに記載する。
3. 医療保護入院に関する入院届けは、公的機関(担当機関は要検討)が、権利擁護および早期退院支援の観点から確認するものとする。
 - 入院届けに記載されたソーシャルワークの観点に基づく意見を確認した上で、下記の者で、地域の支援関係者による退院に向けた支援が早期に必要で、かつその開催に調整が必要と認める場合に、公的機関がケア会議の開催を調整する。しかし、地域の実情に応じては相談支援事業者に委託することができる。
 - 初めて精神科医療につながる者
 - 地域関係者の支援を受けていない、もしくは、つながっていない者
 - 頻回に非自発的入院を繰り返す者など、
 - ケア会議には、精神保健福祉士である相談支援専門員をはじめ地域支援関係者が参加し、退院に向けた治療方針および地域生活支援計画などを退院支援計画(医療機関の場合はパス)として作成し、計画に基づいた支援を提供していく流れを診療報酬上や精神保健福祉法上で制度化する。

※こうした仕組みは入院時に限らず、任意入院後の入院形態の変更時にも適用するものとする。

※こうした仕組みによって、非自発的入院者の早期退院に向け計画的な支援の流れがつけられるのではないか。

入院後の関与について

1. 入院時の心理社会的アセスメントにより退院支援パスの作成に至った患者には、市町村障害福祉課担当者も含む地域支援者(精神保健福祉士をはじめ、必要に応じた多機関多職種)の参加も得たケア会議を適宜開催する。
2. 医療保護入院のまま、1年を超える者については、定期病状報告提出までに、必ず市町村障害福祉課担当者も含む地域支援者の参加も得たケア会議を開催し、医療機関内の治療やリハビリテーションおよび諸支援の進捗と、地域からの連携支援の進捗を確認し、定期病状報告にも、退院支援の進捗と課題を記載する。
(様式変更により精神保健福祉士の記入欄を設定)
3. 1年を経過した医療保護入院者については、半年毎に定期病状報告を行うよう現行制度を改正する。
4. 医療保護入院のまま1年半以上が経過した場合には、精神医療審査会の合議体の中から多職種による2名以上が医療機関に出向き、本人と面接のうえ、医療機関の精神保健福祉士と地域支援者から退院支援の進捗と課題に関する確認協議を行う。

審査の仕組みへの関与について

- 現行の精神医療審査会に関しては、運用面における地域格差が大きいことや、十分に機能しているとは言い難い現状があるため、見直すことが望ましい。
- 全ての合議体に、精神保健福祉士が参画することを整備し、その業務に関しては、精神保健指定医と同様に、非常勤公務員に準じる扱いとする。
- 定期病状報告に記載された退院支援計画について審査する。
- 医療保護入院継続のまま1年半以上経過した患者に対しては、精神医療審査会の職種の異なる複数委員が出向いて、本人と面接し、医療機関の精神保健福祉士と地域支援者と協議する。

精神保健福祉士が関与する医療機関の事例(1)

東京都内精神科病院

392床7病棟(包括払いの病棟3、一般出来高払い病棟4)

- 関連施設: サテライトクリニック1、老人保健施設1、訪問看護ステーション1、居宅介護支援事業所1、グループホーム1、法人運営共同住居2
- 精神保健福祉士は、外来担当1、病棟担当は最低1病棟に一人以上(9人で7病棟)
- 医療保護入院者数月約40人=約60%/1ヶ月の新規入院患者数約70人(自院治療歴ある患者と新規患者割合は約半々)。医療保護で入院する病棟はスーパー救急もしくは急性期病棟が大半で、うち約60%が3ヶ月で、約90%が6ヶ月で退院、1年を超える残存率は一昨年度で4%、昨年度で2%切った。
- 1年超となる患者の主な状況は、合併症や重い知的障害など重複障害、または長期入院患者が合併症等で転院して戻って再入院の事例など。後は、現在のサービスメニューや支援で退院可能かつ退院後は訪問看護等により定着期間は長く安定が見られている。
- 入院患者に関しては全員、精神保健福祉士によるインテークを実施。家族や関係機関からの情報集約を行い、チームに生活環境調整に関する見立てとあわせて提供。既に治療歴あり、カルテ等ある患者の場合は、入院が必要となった状況や経緯の把握が中心。
- 電子カルテ化が情報集約とチームでの情報確認、他機関への情報提供を円滑化した。
- インテーク以降、1ヶ月以内の退院者で特に必要としないケースもあるが、退院までの間に、課題に応じて家族との合同面接の規模から地域の多機関関係者によるケア会議を開催し、支援調整等を行っている。

精神保健福祉士が関与する医療機関の事例(2)

静岡県内精神科病院

286床、5病棟(スーパー救急1、療養3、一般1)

- 関連施設: サテライトクリニック2、訪問看護ステーション1、グループホーム2、ケアホーム1、相談支援事業所3、就労継続支援事業所B型3。
- 精神保健福祉士はデイケア専従除き、病棟と外来担当が全10名、スーパー救急病棟に3名、残り7名で4病棟と外来(ローテーション等にて調整)を担当。
- 医療保護入院者数月約30人=約70%/1ヶ月の新規入院患者数約40人。
医療保護で入院する病棟はほぼスーパー救急病棟となる。うち約60%以上が3ヶ月以内で、1年を超える残存率は昨年度で約15%。1年超となる患者の主な状況は、病状が安定しない、知的障害などが重複、身寄り無し単身生活困難でケアホームや救護施設の空き待ちなど。
- 外来患者も入院患者も、初診時インテークは必ず精神保健福祉士が行う。
入院時には、特に入院が必要となった社会的要因、生活環境課題の把握とあわせ、外来期間のサマリーを作成し、入院カルテに添付することが精神保健福祉士の業務としてとなっており、入院時1週間以内ケースカンファレンス(CC)、中間CC、退院時CCに関する様式があり、チーム各職種が記載する欄がそれぞれにある。電子カルテ化は未実施、記載業務に重複等あり、電子化があれば円滑化促進。

人材育成と基準配置要件の見直しについて

1. 非自発的入院を受け入れる医療機関には、入院時に関与する者として、一定の実務経験と研修を修了した精神保健福祉士を基準配置することとする。
 2. 地域課題が複雑多岐に絡み合っているような、非自発的入院者の退院支援に関与する地域支援関係者は職種を問わず、権利擁護や非自発的入院における課題等に精通するべく、一定の質を担保するための研修受講修了を求めるものとする。
 3. 精神医療審査会に携わる精神保健福祉士等においても、一定の実務経験と研修を修了した者を充てることを求める。
- これらの研修については、精神保健指定医のような先行制度を参考にしながら、当該の教育内容や研修体系など指定要件の審査、認定、登録等については、施行までに協議検討が必要と考える。
 - また、これらの仕組みに関与する精神保健福祉士には、精神保健福祉士としての倫理綱領を持つ専門職団体への加入と、当該団体における生涯研修制度の研修受講を必須とし、その上で、今後の検討において国が当該制度に関し指定する研修の修了を義務付けることを求める。
- ※ 上記、質の担保とあわせ、量的人材整備のため、医療機関においては病棟基準配置にコメディカルも含み多職種チーム医療を担保する人員体制の見直しが不可欠である。

同時に、地域の相談支援事業所、公的機関等、精神保健福祉領域においては精神保健福祉士をはじめ専門職の量的整備が求められる。

入院患者の権利擁護に関する仕組みについて

- 入院患者の権利擁護を推進するため、代弁者や第三者機関等の制度化が必要です。また、当該の仕組みは非自発入院に限らず、精神科医療を利用する患者の権利擁護の仕組みとして構築すべきと考えます。

【代弁者】(ペーシエントアドボカシー)

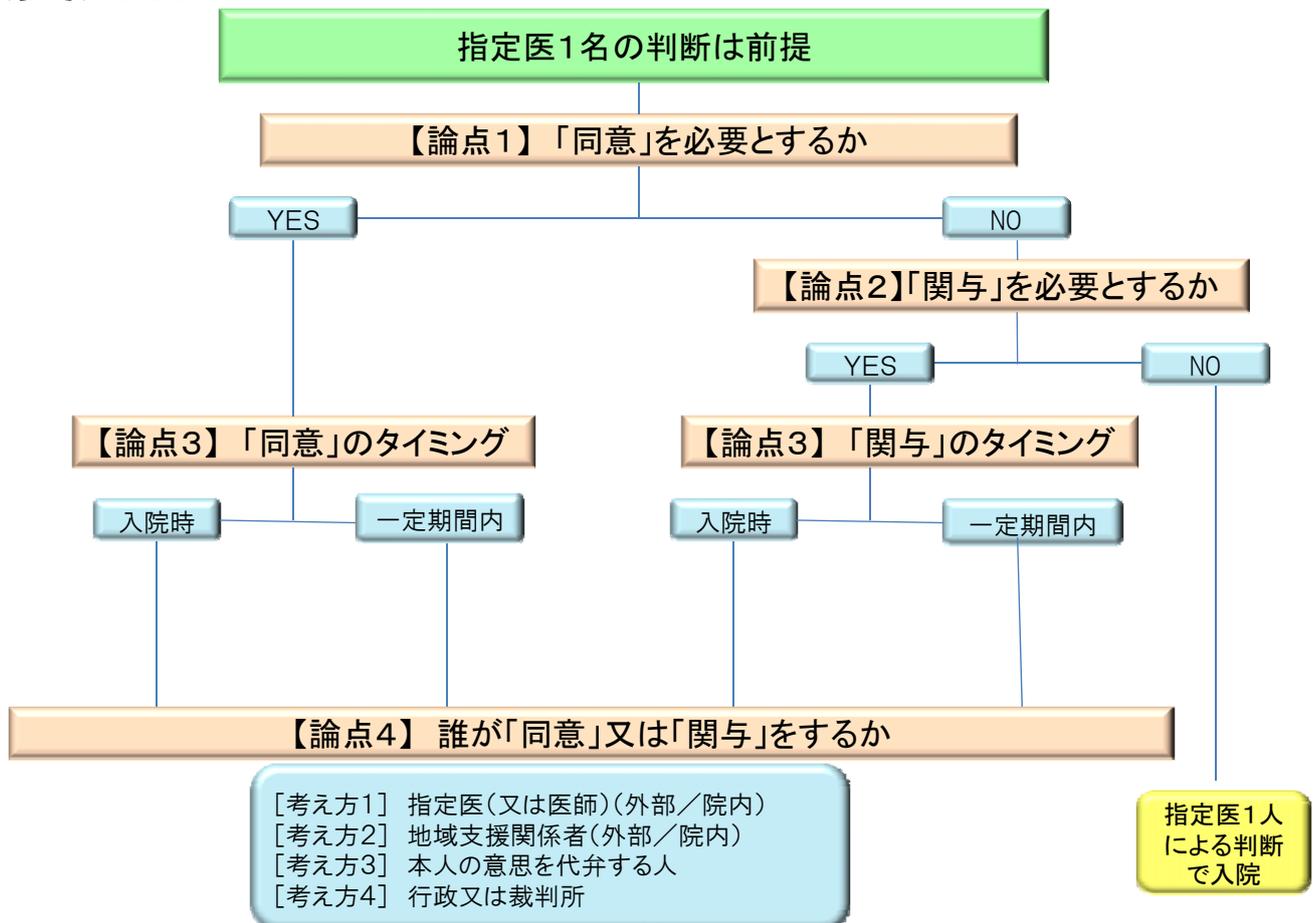
- 患者本人が信頼する家族のほか、一定の研修を受けて都道府県に登録をしている当事者や精神保健福祉士等の専門職(登録代弁者)から、患者本人が選ぶことができる(支援関係にある登録代弁者を除く)。
- 患者本人の求めに応じて、いつでも本人と面会ができ、必要に応じて主治医や医療機関スタッフに本人の意向を伝えることができる。
- 研修内容は、あくまでも本人の立場に立った代弁*が可能となるプログラムとする。* 望ましい代弁とは、本人の声を代わりに発生するスピークアウトというような意味であり、良かれと思って本人の弁を推して語ることはない。

【オンブズパーソン制度】(大阪府の療養環境サポーター活動を参考に)

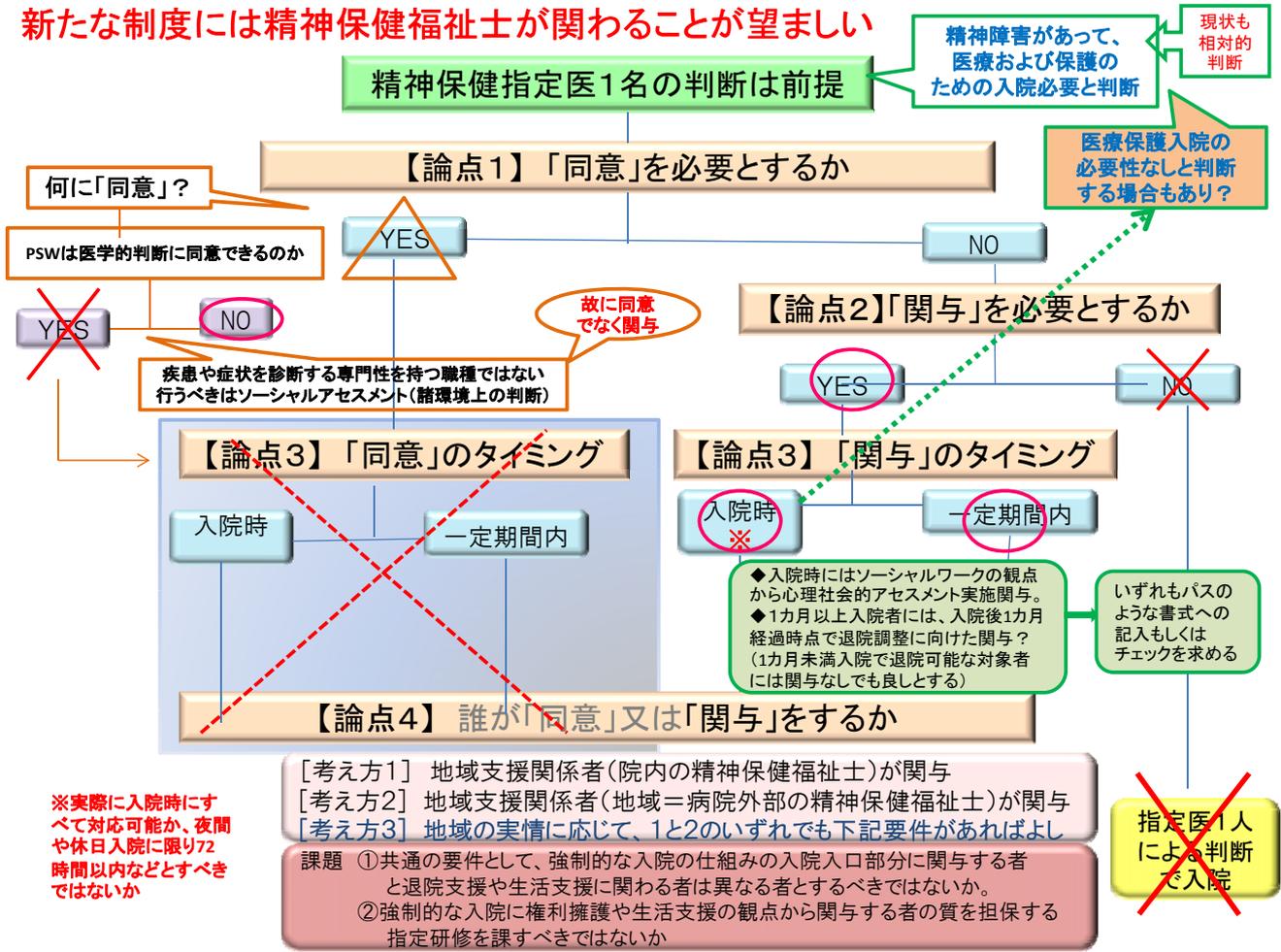
- 代弁者制度とは別に、すべての患者を対象としたオンブズパーソン制度を導入すべきである。
- オンブズパーソンは、第三者として定期的に病院を訪問し、病院の職員が立ち会うことなく入院患者の入院生活上の不安・不満・苦情を聞き取り、その解決のために、病院スタッフと患者との橋渡し役を担う。

以下は参考資料

(参考) 厚労省資料のまま

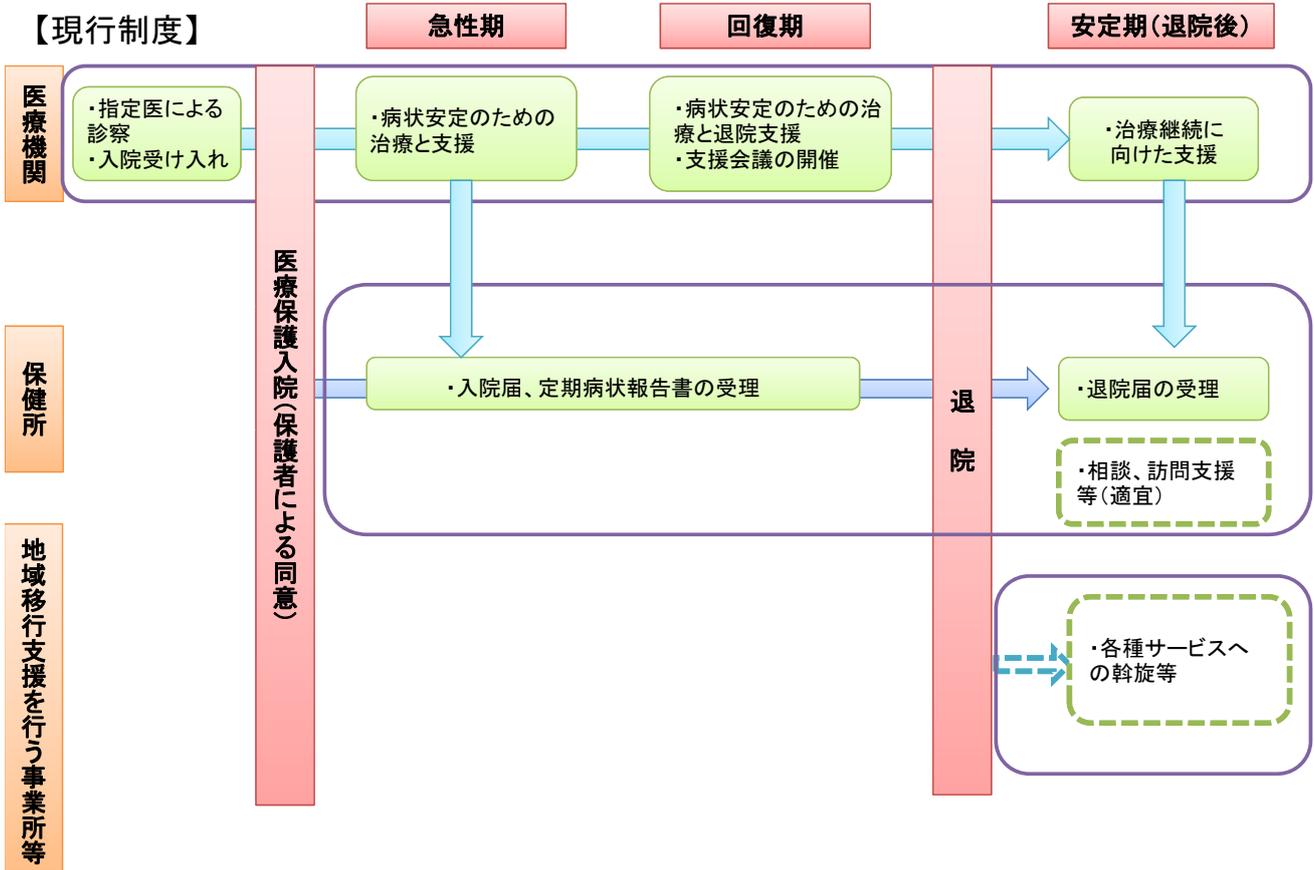


新たな制度には精神保健福祉士が関わることが望ましい

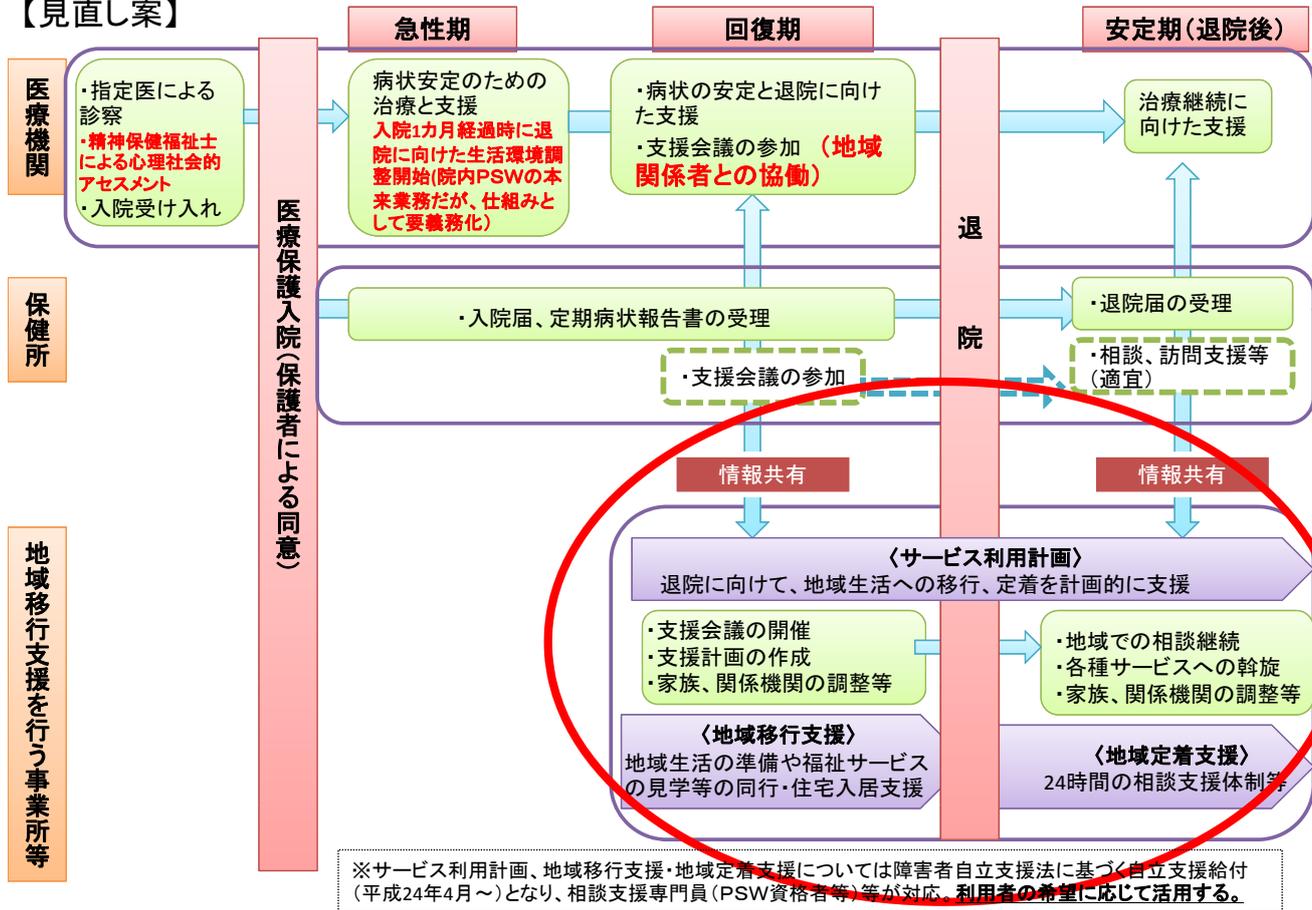


(参考) 厚労省資料のまま

医療保護入院からの退院時の支援について①



【見直し案】



【参考】

＜精神保健福祉士法＞

改正精神保健福祉士法が2012年4月から施行されています。改正法においては、地域生活支援を担う役割の明確化と保健医療サービス、地域相談支援に関するサービスその他のサービスが密接な連携の下で総合的かつ適切に提供されるよう、これらのサービスを提供する者その他の関係者等との連携を保つこと、資質向上の責務などが明記されました。高い専門性の確保のために養成課程におけるカリキュラムも新たになり、実践力強化をめざし、精神科医療と地域生活支援の2領域実習が必須となりました。

＜社団法人日本精神保健福祉士協会業務指針、医療分野から＞

【目的】医療機関におけるソーシャルワークサービスは、本人とその家族が、病気の回復と共に、安心して地域生活がおくれるよう、生物学的、心理的、社会的ニーズ、あるいは環境面での具体的ニーズを理解し、情報や、機会を保障する中で提供される。

精神保健福祉士は、患者を理解し、治療や精神障害の再発予防をしていく上で、患者のこれまでの生活、家族関係、住環境の整備、あるいは経済的、文化的、宗教的、教育的、職業的背景などを含む心理社会的要素に焦点をおく。医療チームのメンバーとして、精神保健福祉士は全患者の援助計画の展開や治療計画ならびにケース検討に貢献し、治療的環境の整備と維持に協力する。

【サービス対象者】

医療機関におけるソーシャルワークサービスは、すべての精神科医療サービスを必要とする人とその家族、関係者が対象になる。サービスは、患者の法的身分、入院形態、病状にかかわらず提供される。

【主な機能と提供されるサービス】

受診受療相談(インテークあるいは受診時の評価・スクリーニング) / 心理社会的アセスメント(事前評価)及び援助計画 / 情報の提供と紹介 / 危機介入 / 入院中の相談支援 / 患者と家族の支援と権利擁護 / 退院支援(退院・転院及びアフター援助計画) / 外来通院中のフォローアップ / 日常生活支援 / 経済的問題支援 / 家族問題支援 / 居住支援 / 社会参加と活動への支援 / 集団支援(デイケア・グループ活動・集団療法) / 家族への支援(家族教室・家族ミーティング・教育) / 精神科以外の受診受療相談 / チーム医療のメンバーとしての役割とその調整 / 地域における社会資源の展開、存続、協力 / 研修・教育・調査・研究

【対処する問題の主要なカテゴリー】

患者とその家族の疾病、及び受診・入院したことによって起きる問題 / 職業的・教育的問題 / 法律上の問題 / 経済的問題 / 家族機能の問題 / 住居及び生活設計の問題 / 人間関係問題 / 虐待の問題

<業務指針>

指針1：受診前・受診初期の心理社会的評価（スクリーニング）

医療の必要性や緊急性を含めたスクリーニングを行う。適切な医療を、安心して受けることが可能となるための準備を行う。

【キーワード】

スクリーニング、アセスメント、危機介入

【基本的な考え方】

医療の必要性と援助対象になりうるかの評価を行う。優先すべき課題を把握し、必要な情報提供と危機介入を行う。受診する際に必要な情報を提供し

、医療サービスの内容を伝えるとともに、受診する際のクライアントの不安や戸惑いを受けとめ、心理的支援を行う。医療チームの中で、あるいは患者を取り巻く家族や関係機関との間で、問題の共有を行う。クライアントのニーズが機関の機能とマッチしていない場合は、適切な機関にリファー（紹介）する。事後に振り返り評価（エヴァリュエーション）を行う。

指針2：心理社会的アセスメントと計画

治療開始後、可能な限り早期に患者の心理社会的状況を把握し、アセスメントをする。広く家族や関係者からも情報収集する。

【キーワード】

アセスメント、支援計画、ストレングス

【基本的な考え方】

ストレングスモデルを念頭に置き、療養を阻害する要因、本人の持ち味や能力をアセスメントにより明らかにし、本人・家族・医療スタッフ・関係者らと共有する。家族や関係者からの情報収集は、患者のニーズをよりの確に把握することや、支援への参加や協力を得るきっかけとなる。共有されたアセスメントを活用し、クライアントと環境との有機的な相互作用を促進するような支援計画を立案する。

指針3：包括的な支援の実施

支援計画に基づき、支援を行う。必要に応じて他職種や他機関への紹介を行って連携を図り、サービスを調整する。

【キーワード】

連携、コーディネート、リンケージ、モニタリング

【基本的な考え方】

患者・家族・医療スタッフ・他機関とアセスメントを共有し、包括的な支援が得られるように調整する。院内の多職種が患者の回復と社会参加に向けて協働できるよう働きかける。クライアントの問題解決に向けて関係機関と連携し、ネットワークを形成する。支援経過をモニターし、問題の解決・本人のニーズの充足を評価する。必要に応じて再アセスメントを行い、支援計画及び支援内容の修正を図る。医療機関の中で、クライアントに対する福祉の視点を醸成する。事後に支援過程の全体を振り返り評価する。

指針4：チーム医療（他職種との連携）

患者の支援計画については、多専門職により情報や方針が共有されるものであること。

【キーワード】

連携、コーディネート、ケア会議、

【基本的な考え方】

患者の治療・支援や退院計画は、あらゆる情報や多職種の専門的な意見を反映して決定され、多職種による積極的な協働によって進められることが重要である。医療専門職の中で福祉専門職としてチームに参加することには、患者の生活の場を踏まえた支援を行ううえで大きな意義を持つ。患者の生活の全体性を共有した上での医療の果たす役割を確認する必要がある。地域生活への移行・定着を意識した取り組みを展開する。方針決定にあたっては、患者及び家族の参加を原則とする。チーム構成員の力動関係を理解した上で、適切な介入と調整を図り、最高度にチームの機能が保持されるよう努める。また、医療機関内の会議（委員会等）に出席し、福祉専門職としての意見を反映する。

指針5：地域との連携

地域との窓口の役割を担い、関係機関や地域住民との連携と協働を進める。医療機関が地域社会の資源のひとつとして公共性を保持できるよう運営を促進する。

【キーワード】

アセスメント、アンチスティグマ、地域移行

【基本的な考え方】

患者に医療サービスを提供するだけでなく、社会資源のひとつとして地域住民と向き合い相互理解を深めていく。それによって、差別や偏見を除去し、クライアントが安心して暮らせる街づくりや、メンタルヘルスに関する啓発に寄与することをめざす。医療機関や病棟の活性化を図り、長期在院患者の積極的な退院・地域移行を促進する。ユーザーの視点に立った、新たなサービスを開発する。医療機関に対する地域住民や地域資源の理解を深め、課題を共有し、不足している社会資源の開発に取り組む。地域住民のニーズに応じた良質なサービスやプログラムを開発する。

指針6：グループの活用

患者個人の支援目標に応じたグループプログラムの運営、医療機関や病棟の活性化を目的としたグループや催事の計画の立案と実施。

【キーワード】

グループダイナミクス、リハビリテーション、リカバリー、エンパワメント

【基本的な考え方】

集団の力を利用し、具体的な生活イメージが持てるようにする。グループ場面を通し、患者のリハビリテーションを展開する。リカバリーの視点を持ってグループ運営を図る。患者・家族への心理教育を行う。

指針7：積極的介入（虐待、早期介入、アウトリーチ、自殺予防等）

虐待事例への対応では、早急に医療機関としての方針を取りまとめ、積極的な介入が求められる。また、早期介入や自殺予防の事例では、患者が受診するのを待つだけでなく医療機関のほうから働きかけをして未治療期間の短縮、治療中断や自殺を防ぐよう、積極的な介入が期待されている。必要に応じて、関係機関と連携しながらアウトリーチを行う。

【キーワード】

権利擁護、危機介入、再発防止、関係修復

【基本的な考え方】

虐待の被害者は、できるだけ早く生命の危機から保護され、再発防止を図られなければならない。医療機関は虐待の事実を把握したらできるだけ速やかに方針をまとめ、被害者の保護に向けた行政機関との調整に入ることが必要である。関係機関との連携により、再発防止策を講じる。被害者と加害者の関係修復的心理支援を行う。早期介入や自殺予防の事例には、家族や関係者からの情報を元に、治療の必要性をよく検討し、対象者の権利擁護に配慮しつつ、アセスメントを行う。アセスメントに基づいた支援（アウトリーチも含む）を行う。

「保護者制度・入院制度の検討」に係る 作業チームヒアリング資料

特例社団法人日本精神科看護技術協会

＜精神科医療を取り巻く状況の変遷＞

- ①精神病患者監護法「監護義務者」→ 精神衛生法「保護義務者」→ 精神保健福祉法の「保護者」と呼称はかわってきたが、明治以来110年余にわたり精神障がい者処遇の責任を家族に押し付けてきたともいえる現状がある。
- ②家族会会員の年齢層の変化からもわかるように、保護者の高齢化が指摘されて久しい。実際に、保護義務を果たすことが困難と思える家族も少なくない。
- ③家族だけで精神障がい者を支える仕組みから「地域全体で支える仕組み」への転換を実現しなければならない時期が来ている。

* 社団法人日本精神科看護技術協会では平成16年7月1日より障害者の表記を「障がい者」と改めております。

<保護者制度・入院制度に関する日精看の見解>

- 扶養義務者等が退院請求、処遇改善請求を行う権利規定を除き、その他の保護者の義務規定を廃止することに賛成である。
- 医療保護入院制度を見直し、保護者の同意を必要としない入院制度を創設することにも異議はない。
- 入院に至る個別の経緯は様々であるため、医療保護入院制度の抜本の見直しにあたっては、精神科領域の医療現場に混乱が起きないように、多様なケースを想定した制度設計となるよう慎重な議論・十分な検討をお願いしたい。

<入院制度の見直しにの論点に対する意見>

新たな医療保護入院を受け入れる精神科入院医療施設には、以下の委員会、あるいは部署の設置を義務付け、医療保護入院の入院時、入院後のチェック機能を持たせることを提案する。



医療保護入院事後審査委員会

行動制限最小化委員会

退院支援室

* 既存の委員会、部署のリニューアルで、対応でき、現実的である

<個々の作業チームが担う役割として>

- ・医療保護入院の入院時及び、入院後のチェックを行う。
- ・活動した事項はすべて、議事録や退院支援計画などに記録として残すこと。
- ・保健所による実地指導時に、閲覧できるように保管する。

チーム・部署の構成員と機能(1)



1.医療保護入院事後審査委員会

精神保健指定医、看護師、精神保健福祉士、その他の職種に加えて、弁護士や家族会員などの外部委員が参加することが望ましい。

入院時から退院支援を開始するため、退院支援室配置の看護師または精神保健福祉士が委員に加わる。

【機能】

入院後、1週間以内に入院の妥当性を審査する。

チーム・部署の構成員と機能(2)



2.行動制限最小化委員会

精神保健指定医、看護師、精神保健福祉士、その他メンバーで構成。

【機能】

- ・入院時、その後の隔離・身体拘束のあり方について検討し指導助言を行う。
- ・早期の隔離・身体拘束、閉鎖処遇の解除を働きかけ、任意入院への移行を促進する。
- ・現在の診療報酬の「医療保護入院等診療料」の施設基準により設置されている行動制限最小化委員会を活用する。

チーム・部署の構成員と機能(3)



3.退院支援室

専従の看護師および精神保健福祉士または保健師を配置する。

【機能】

- * 退院支援計画の作成、実施し評価する。
- * 地域支援関係者からの情報収集、調整にあたる。

<入院手続きについて考えられる考え方(案)に対する意見>

【論点1】

保護者に代わる誰かの「同意」を必要とするかどうか。

精神保健指定1名が入院医療の必要性を判断し、医療保護入院事後審査委員会の審査での承認を持って「同意」に替える。それまでは、医療保護入院の必要性を判断する、あるいは家族、地域の情報収集、アセスメントを行う期間と考え、仮入院的な処遇とする。

【論点2】

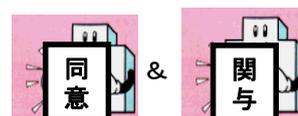
「同意」は必要ないとしても「関与」を必要とするかどうか

「同意」も「関与」も必要と考える。入院契約を行う者は「関与」するものとして本人の「代弁者」になることができるとする。入院における様々な生活援助、退院についての相談等について誰が責任をもって対処するかを考えると、地域支援関係者のなかに、家族等の「関与」者が含まれる必要がある。

【論点3】

「同意」又は「関与」を必要とする場合、入院時とするか、一定期間後でよいか。

入院1週間後の事後審査の承認を持って「同意」に替える。



<その他の事項に対する意見>

【役割を再検討①】

- ①入院期間については、「考え方4」の「一定の入院期間の制限を設けつつ、審査の上、更新可能とする」ことが望ましい。
- ②新規で入院した医療保護入院者については、1年未満で退院する患者が約84%ということであれば、1年を超えた患者については、精神医療審査会の機能を強化すれば面接審査を行うことは可能ではないか。
- ③審査会で退院、入院形態の変更などを検討するとしてはどうか。



【新たな検討課題①】

- * 精神医療審査会の予算を増額し、人員増を行う。
- * 審査会の機能を強化して、精神科病院に出向いて審査することを主要な役割とする。

<その他の事項に対する意見>

【役割を再検討②】

- 新たな医療保護入院制度の施行前に、1年以上入院している医療保護入院患者については、実地指導等で検討するなど別のチェック体制を整備する。
- 精神医療審査会の定期病状報告書の審査は、入院形態等が妥当であるかどうかを判断するには実効性があるとは思えない。
- 入院期間の制限を設けることより、院内審査により更新するにしても当事者が「適切な判断」ができるようになり、医療保護入院の必要がなくなった場合、可能な限り早めに解除するとの規定が必要ではないか。
- 市長村長同意による医療保護入院制度を廃止するのであれば、これまでこの入院形態をとっていた対象者が応急入院に含まれるよう「応急入院」についての規定を見直す必要はないか。



【新たな検討課題②】

- * 新制度導入以前の入院期間1年以上の医療保護入院患者のチェック体制。
- * 定期病状報告書は廃止し又は実効性のある様式の検討。
- * 入院期間の制限を設ける場合の、期間。
- * 応急入院の入院形態の見直しは必要ないか。

平成24年4月27日

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 保護者制度・入院制度等に関するヒアリングに向けた意見書

特定非営利活動法人
全国精神障害者地域生活支援協議会
代表 伊澤 雄一

「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」に置かれましては、わが国精神保健医療福祉の増進に向けご尽力いただきありがとうございます。

当団体は、精神障害者地域生活支援を担う福祉サービス事業所（日中系・居住系・在宅支援系）により構成され、街での暮らしを最前線でサポートする全国ネットワーク組織です。1997年に結成され、現在精神障害者地域生活支援の最前線に位置する450所ほどの事業所が参集しています。

さてご検討いただいている保護者制度ならびに入院の在り方を大きく見直していくことですが、わが国の重要課題としてある「障害者権利条約」批准に向けた条件整備の一環という観点からも極めて重要な事案として認識しております。

精神障害者の人権擁護が果たされ、「保護の客体から権利の主体へ」という権利条約の思想を明確に反映した大きな変革となるようお願い、下記のとおり意見表明をいたします。

記

I 保護者制度について

【結論】保護者制度は廃止すべきです。

【理由】保護者制度は、長年にわたって家族会をはじめ当事者団体、関係団体からも廃止を求める声があがっていました。平成11年の精神保健福祉法の改正においては、「保護義務者」から「保護者」へと名称の変更があり、一部の義務が緩和されました。しかし実態は変わることなく、過重な負担とともにその任を担う中で却ってご本人との関係を悪化させることにもなっています。入院同意者として「非自発的入院の片棒を担ぐ」という構図は、その後の家族関係に多大な影響を与えています。さらに「保護者がいないとなにも出来ない人」という印象や社会的な視線を形成し、ひいては国民のネガティブな意識へと繋がり、社会参加や社会進出の足かせになるばかりか、偏見や差別を助長するものです。以上のことから今回の見直しにあたっては、保護者に課した各義務規定をすべて削除し、保護者制度は廃止すべきです。

II 医療保護入院の厳正化(複数指定医とPSW、保健所の役割強化)

【結論】従来の「医療保護入院」から保護者同意を除き、精神保健指定医2名の判断を確保することを前提に、生活支援的観点(退院も想定して)から当該病院PSWの「関与」とともに、患者さんの住所地管轄保健所の「関与」も確保します。

【理由】入院においては精神保健指定医の判断に多くを委ねますが、そこに複眼的視点を担保し、また退院を想定した関わりを入院時からPSWが行うことにより、客観性や先見性、先々の備えを確保するようにします。さらに入院時に保健所の関わりをもとめ、入院要件の見定め(社会関係条件等)に公的支援を確保するとともに、地域との関係をあらかじめ要素として盛り込み、退院・地域移行に実効性を持たせることとします。

III 非自発的入院中の関わり、そして退院に向けた支援

【結論】非自発的入院とほぼ同時に退院にむけた条件づくりに関与する地域関係者を配置します。

【理由】早期の退院に向けた地域生活支援の体制を整えるためにも非自発的入院者には「相談支援事業者」「地域移行・定着支援事業者」などを「関与」させる仕組みを設け(ご本人に心当たりなければ、リスト化してその中からの選択も可)、病院PSWはもとより、保健所ならびに他の地域関係者とも共同して関わりながら早期の退院の実現を目指します。

IV 権利擁護について

【結論】入院療養環境下での権利擁護、権利主張を保障していくための支援者が必要です。

【理由】入院中の診察の頻度の低さに象徴されるように、充足できない医療への要望やニーズの表明、そして生活福祉情報の不足による不快な日々が一刻も早く解消されなければなりません。そのためには寄り合い、聴き取り、発していくための権限を付与された権利擁護者が、たとえば大阪の「精神医療オンブズマン」のように外部から「関与」する形で取り組む必要があります。

V 精神医療審査会について

【結論】合議体による意思形成において、当事者や地域関係者の参画を図るべきです。

【理由】病状の把握をベースに、入院形態や療養の在り方を審議するのみならず、漫然と入院が長引くのを防止し、退院可能性やその条件整備を視野に入れた審査であるべきです。ならば退院に向けた条件づくりに資する審査員構成とすべきです。定期病状報告に臨場感やリアリティーを確保するためにも、面会をした当事者や地域の関係者等の意見を聞いて、審査会が判断するような仕組みがあると良いと思います。

【参考～当会役員からの意見(元病院 PSW)～】

保護者に入院の同意を求めるのはおかしいと思います。でも、市町村長同意なんて、権利擁護はまったく機能しないと思います。

私がS県の病院に勤めていた頃…

アルコール依存症の住所不定の人が入院していました。彼は港湾労働者でアルコールの肝臓機能低下か何かで、内科に入院していましたが、病院内でアルコールを飲んで、私の勤める単科精神科病院に転院してきた人でした。私が入職する前から、その病院にいました。私がソーシャルワーカーだと知ると、「精神病院は刑務所より酷い。刑期がないから。いつまでも退院させてもらえない」と。任意入院の方だったので、東京から担当の生保ワーカーに来てもらって、本人に退院希望があること、現在は任意入院なので退院後の今後の相談をしたいと、主治医に申し出てもらいました。主治医は「医者でもないのに勝手なことを言って！！」と怒って、彼を医療保護入院に切り替えてしまいました。精神医療審査会に訴えることも提案しましたが、彼は「病院の手伝いをして、いい子にして開放病棟に行って逃げるからいい」と言い、開放病棟にベットが変わって、離院しました。

後日談として…、生保ワーカーから電話がきて「入院中はたくさん薬を飲んでいたので、外に出て薬を飲まないと言っている。入院させてくれないか？」と…。

「近くのクリニックで眠剤をもらってください。また、帰ってきたら退院させてもらえないと私は思います」と伝えました…。

何もできなくて、苦しかったころのことなので、あまり話したくないことです。とにかく医療保護入院の際の精神保健指定医のパワーに驚愕でした。また市町村長同意では何の権利擁護もできません。生保ワーカーもチェック機能を果たせなかったわけです。定期病状報告だって、本人に会いに来ることもなく審査されるのだから、結局不当な入院延長をいったい誰が見抜けるんでしょう？！

★☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

NPO 法人 全国精神障害者地域生活支援協議会 事務局
〒160-0022

東京都新宿区新宿 1-24-7 ルネ御苑プラザ 418

Tel. 03-5312-1950 Fax. 03-5312-1951

E-mail. info@ami.or.jp URL. <http://www.ami.or.jp>

★☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆

「保護者制度・入院制度の見直し」について 全国精神保健福祉センター長会 ヒアリング意見

会長 藤田健三(岡山県立精神保健福祉センター)
○副会長 田辺等(北海道立精神保健福祉センター)

これまでの議論のセンター長会の受けとめ

1

保護者の負担を
軽くすべきである



3

非任意入院の決定
指定医1名だけでは
人権に問題ある



2

措置入院以外に、
臨床の場で 医療
保護入院年間14万
件の現状



4

不適切な入院のチェック
現状では不十分だが、
事務局運営にも困難が
ある



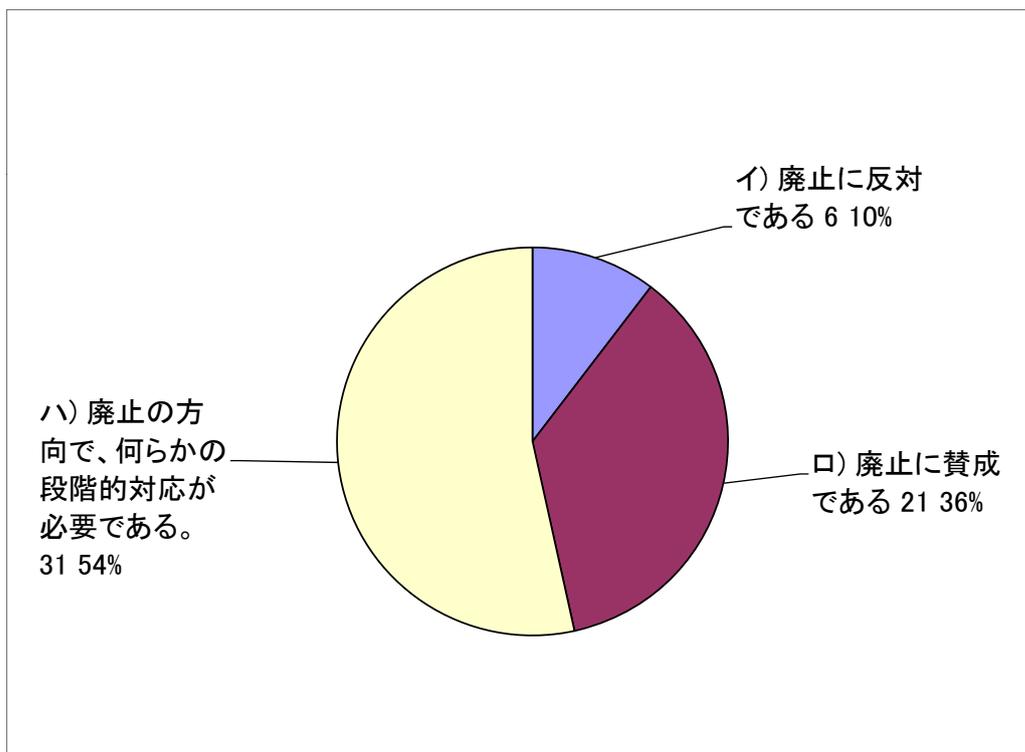
5

長期入院者・非任意入
院者に積極支援
入院早期からアドボカ
シーと地域移行支援が
ないと入院は減らない



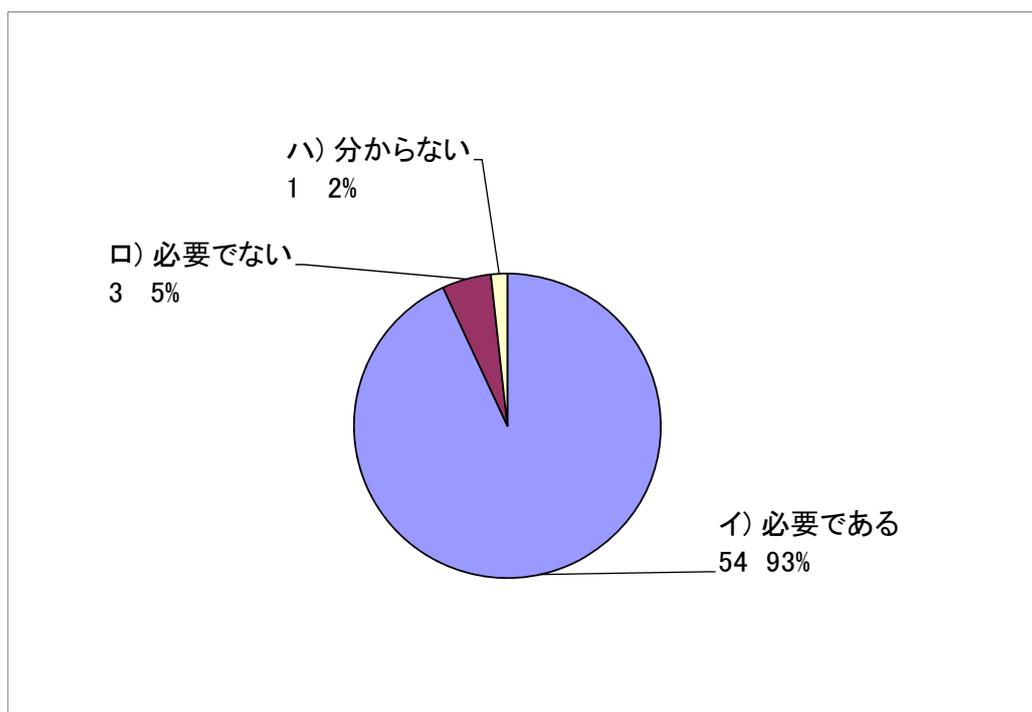
全国69センター緊急アンケートから(速報値N=58,回収率84%)

Q1 「現行保護者制度廃止」について
“90%が賛成。過半数が段階的対応が必要”と回答。

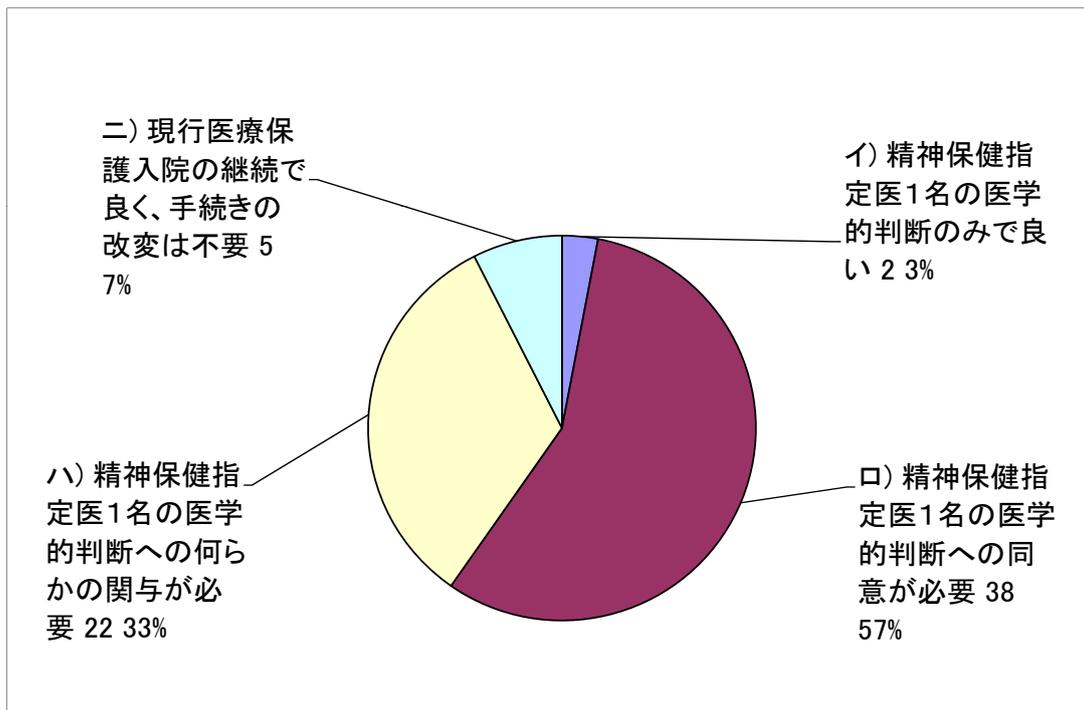


Q2

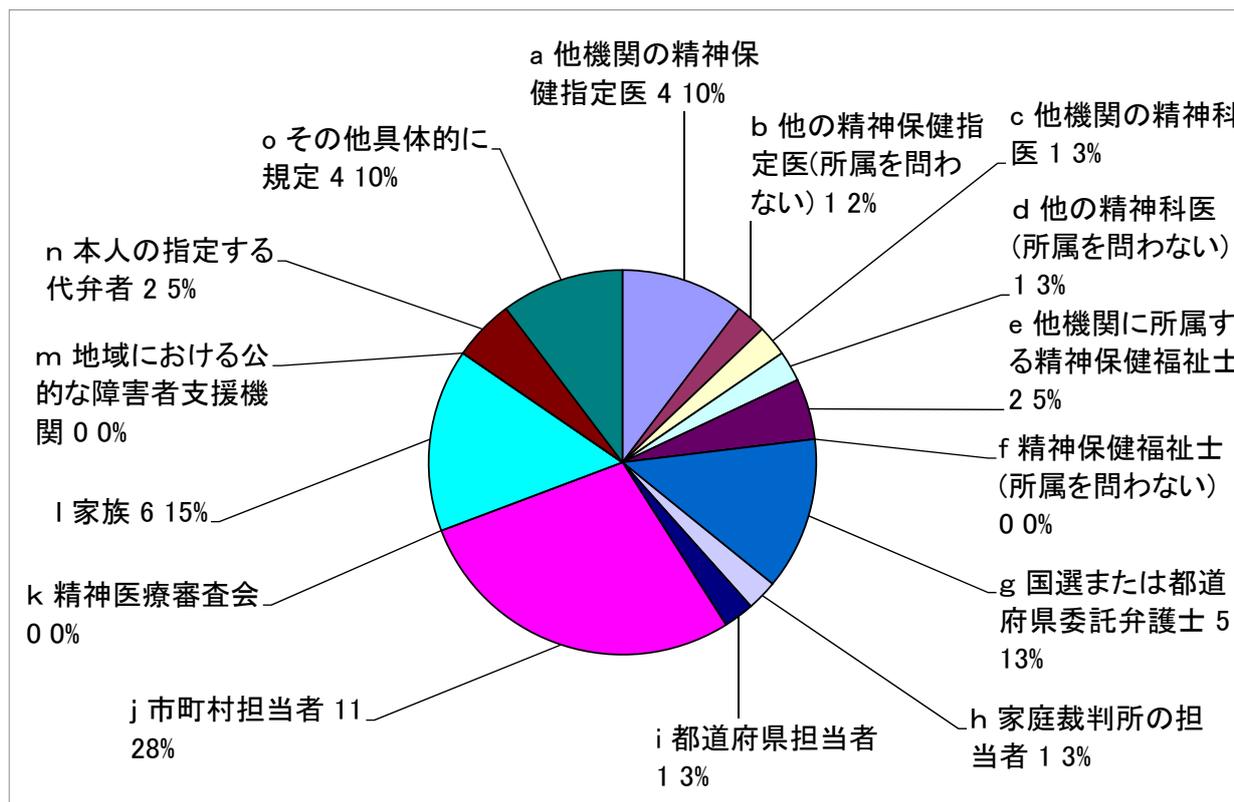
措置入院以外の非任意入院(N=58)
“93%が必要”と回答。



Q3 新たな非任意入院で決定に必要なもの(複数回答あり N=67)
 指定医だけの判断では問題(同意57% > 関与33%)

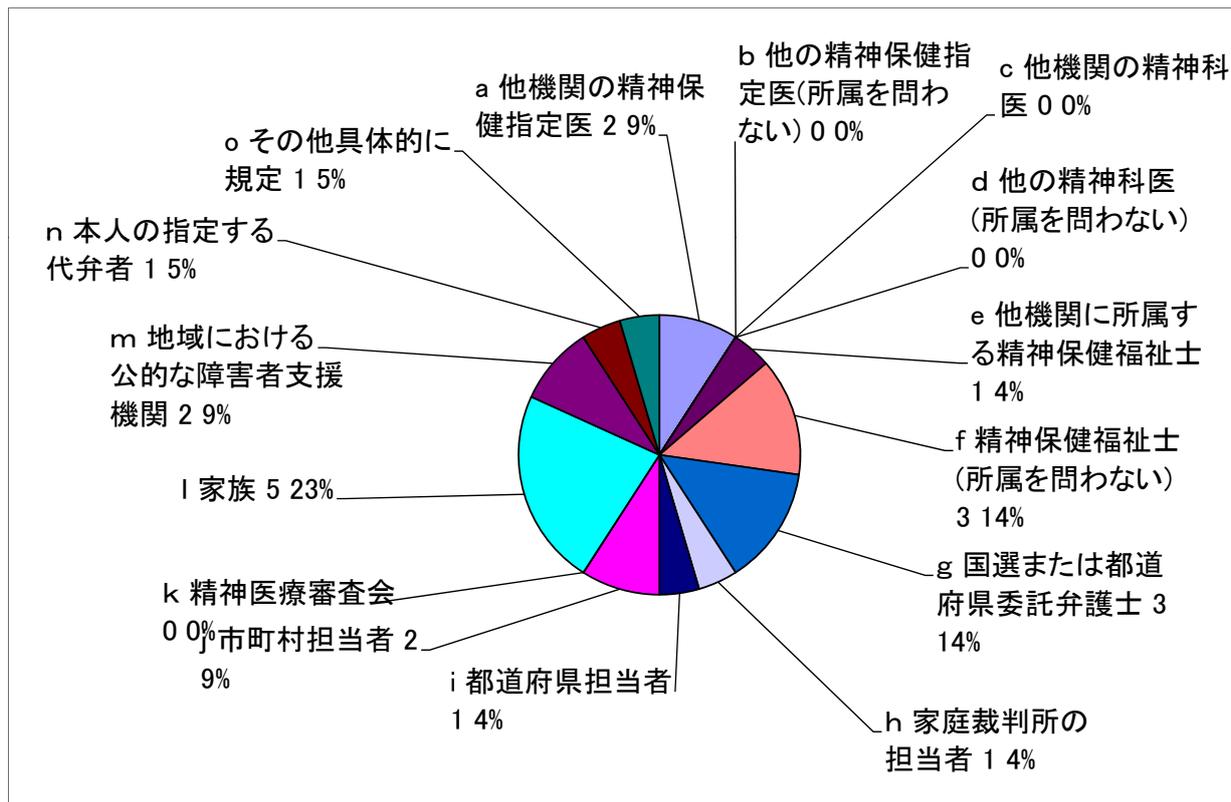


Q4 指定医の入院判断の同意者として適切な人(複数回答 N=39)
 意見が分かれ、中では市町村が最多、次いで家族、司法



Q5

指定医の入院判断の関与者として適切な人 種々意見が分かれる！(N=22)

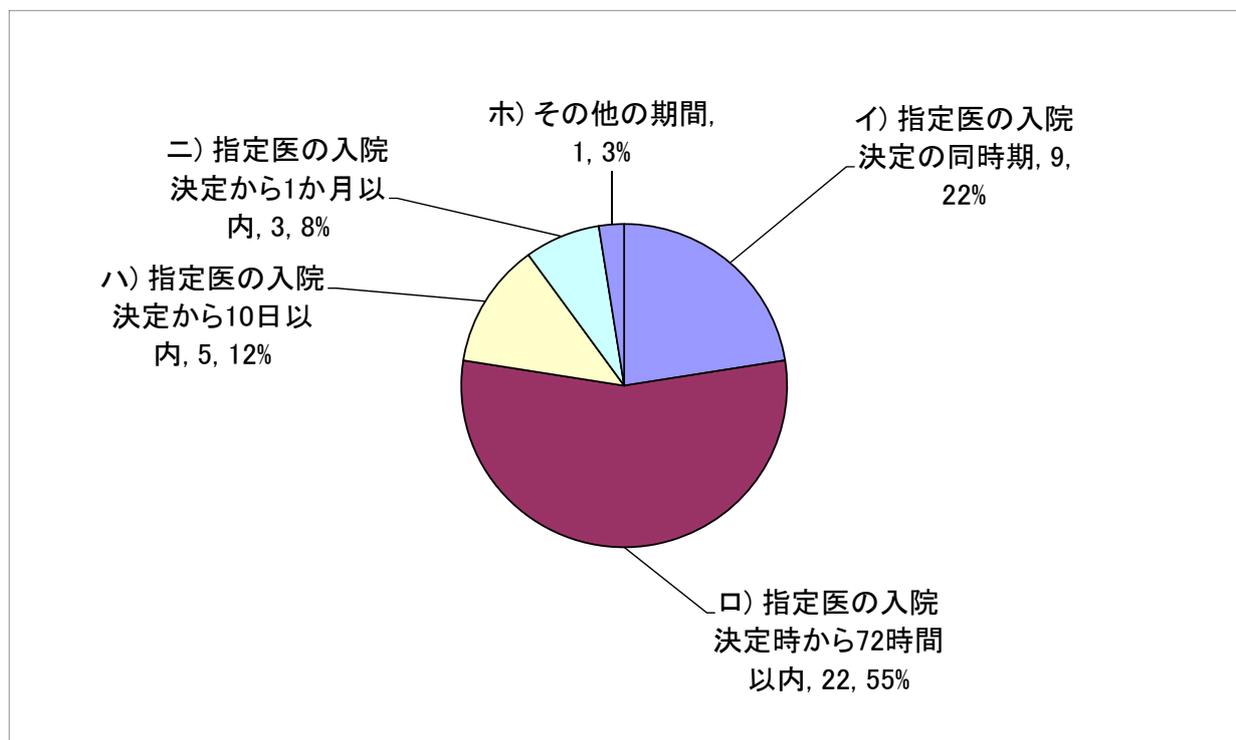


Q6-同意の場合

いつ同意すべきか

9割以上が入院日~10日以内の「同意」。最多は72時間以内。

(複数回答 N=40)

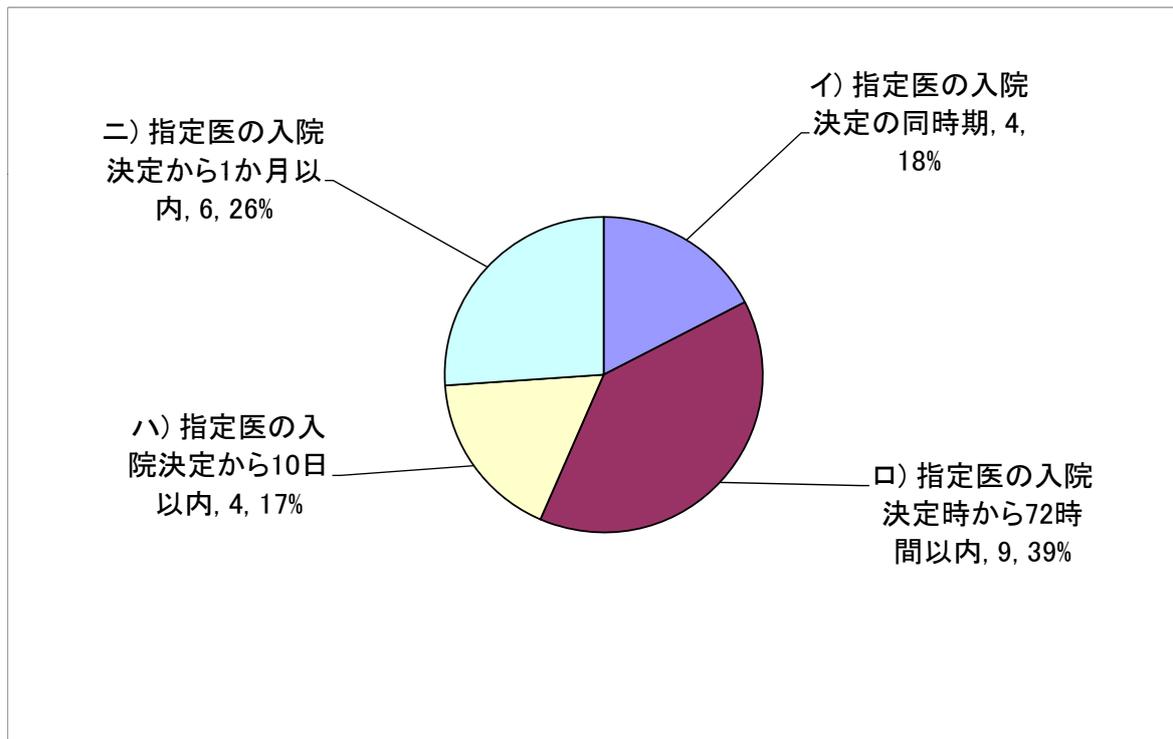


Q7-関与の場合

いつ関与すべきか

「関与」は、時間をかけて関わっても良いという意見も

(複数回答 N=23)

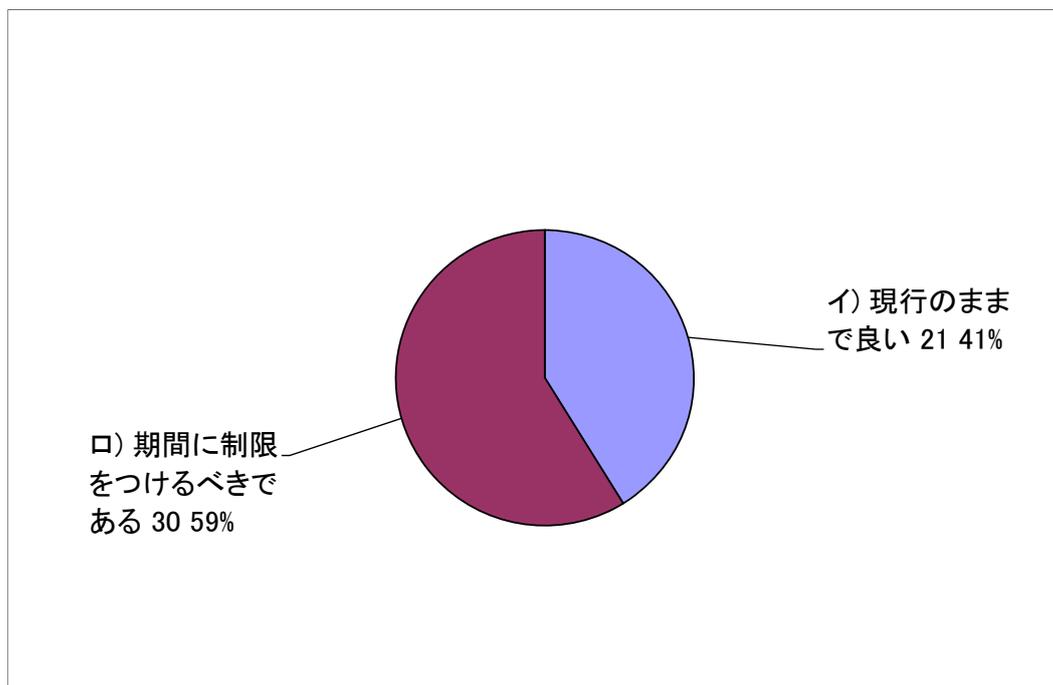


Q8

非任意入院の期間制限

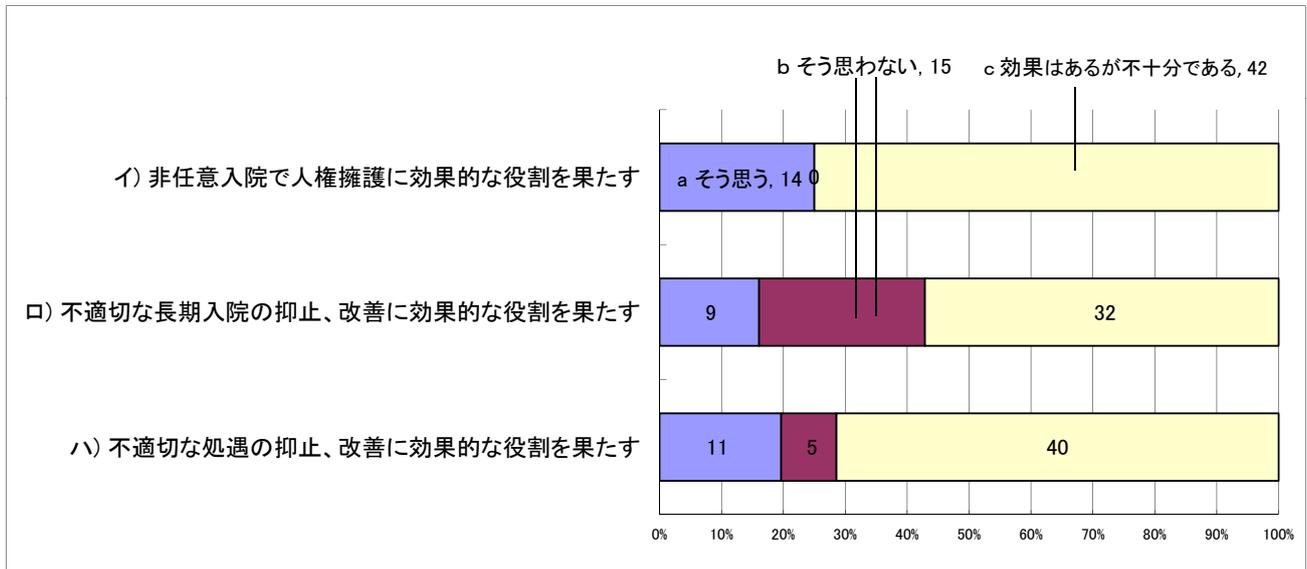
回答した51センターの6割が“期間を制限すべき”

(N=51)



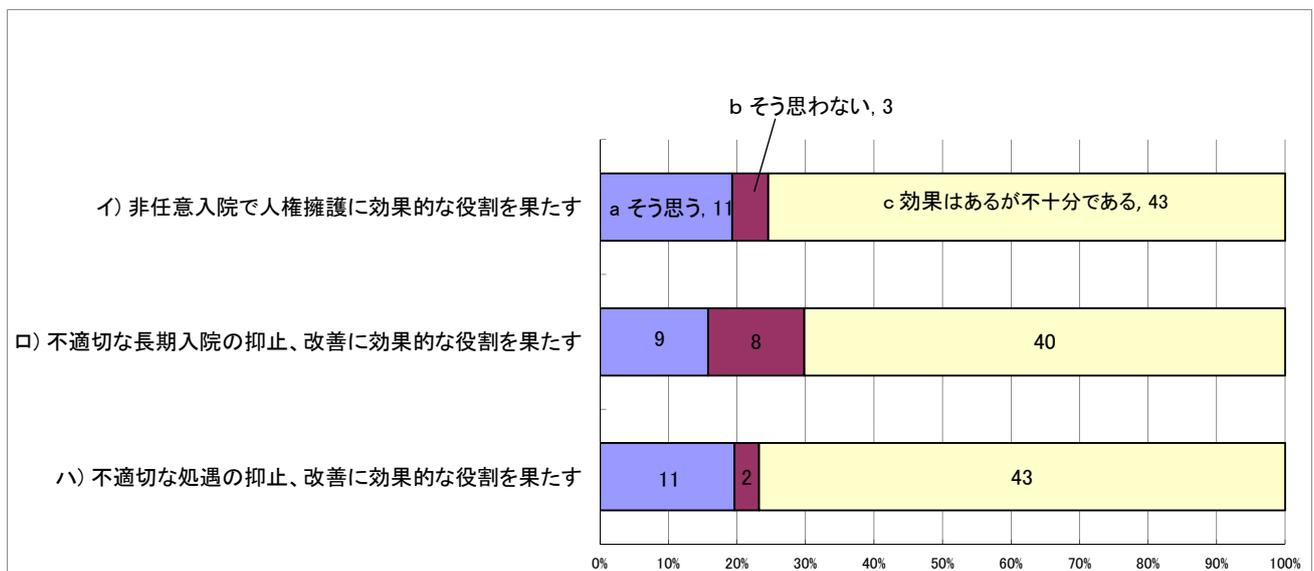
Q9

現在の精神医療審査会は効果的か？
書面審査中心の現状では十分な効果をあげていない
(N=58 一部未回答)



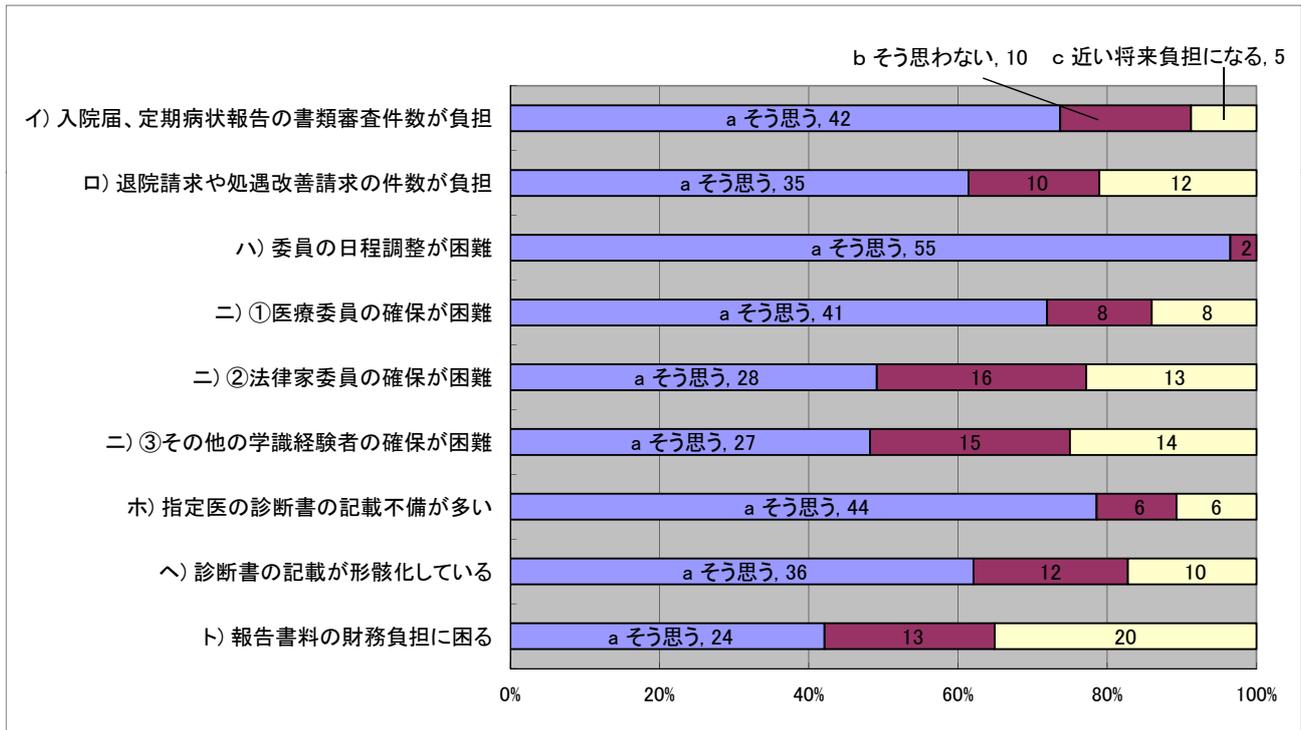
Q10

現在の実地指導(第38条6)は効果的か？
現状では効果があがっていない
(N=58 一部未回答)



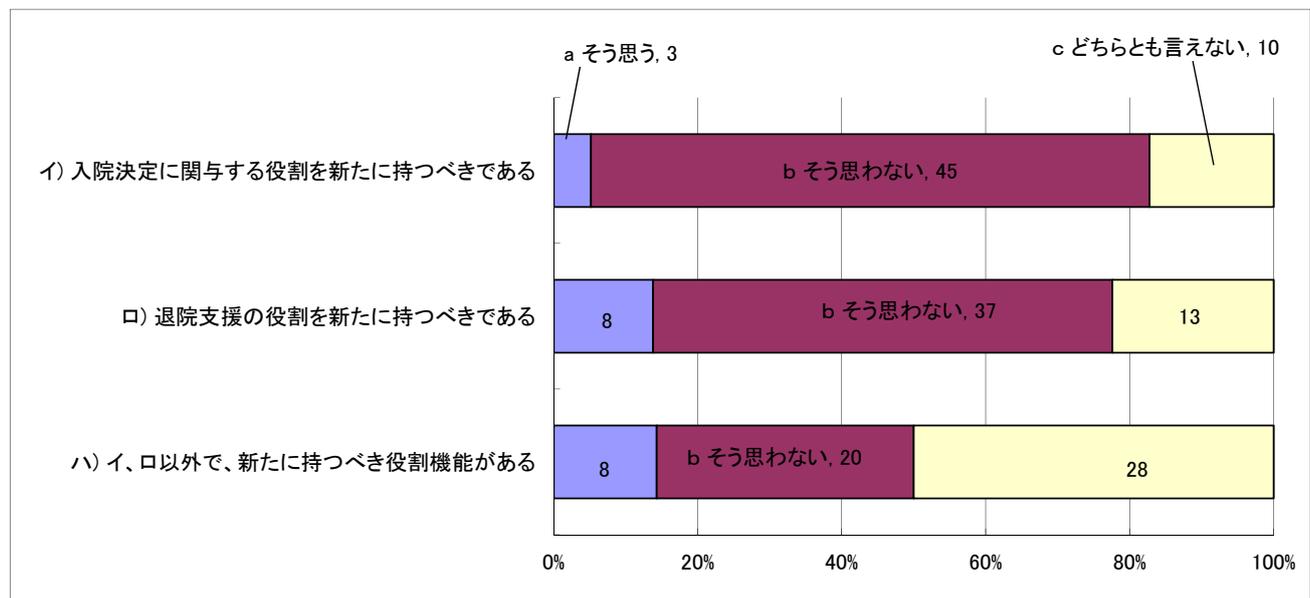
Q11

精神医療審査会運営の現状での困難
負担・困難が多い(委員の日程調整、審査量、指定医の記載)
(N=58 一部未回答)

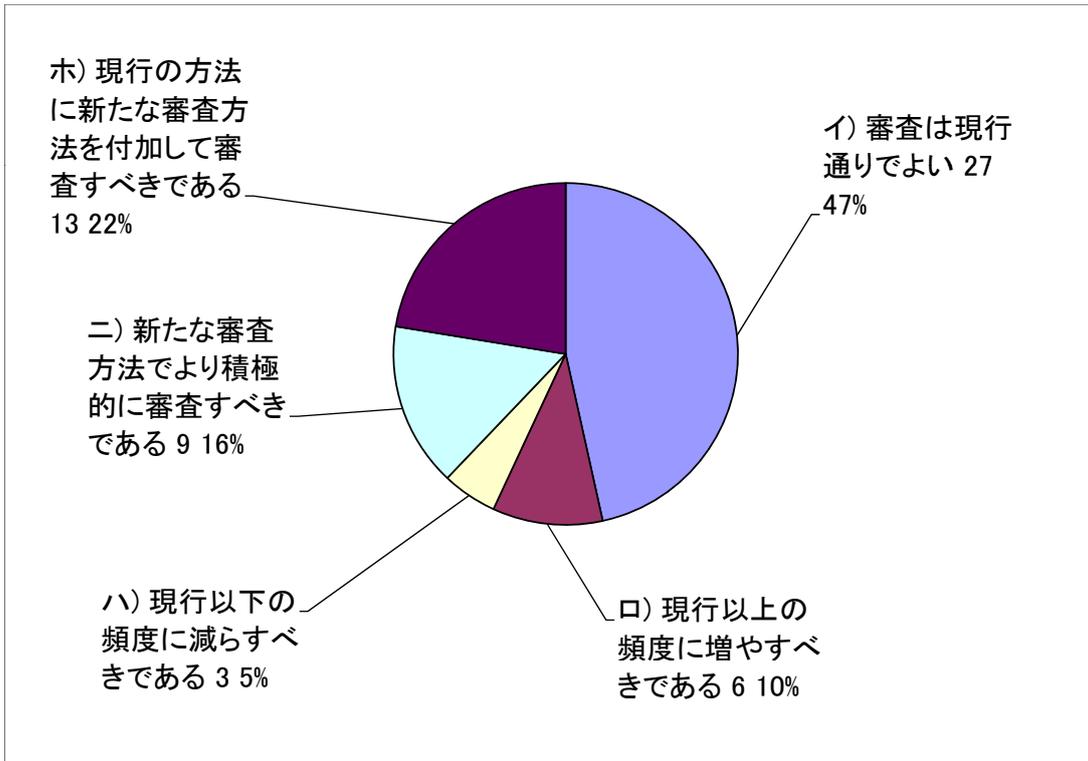


Q12

精神医療審査会の新たな役割について
入院決定は第三者的審査性を損なう。退院支援機能は困難。
(N=58 一部未回答)



今後の精神医療審査会の審査頻度と方法
 “現行通り”、“審査の充実(頻度、方法)”が半々(N=58)



センター長会の認識する精神医療の審査体制の課題

- 精神医療審査会事務の現状と問題点
- 1 入院届、病状報告の書類件数が多く、事務処理に多大な労力を要する。また、不備、不適切な記載が多く、返納や指導の事務が多い。
 - 2 委員(特に、医師委員)の確保が難しい。また、退院請求への迅速な対応が困難。
 - 3 不適切入院の対応に一定程度貢献しているが、非任意入院の地域格差等で、現状の精神医療審査会が十分には機能できていない。

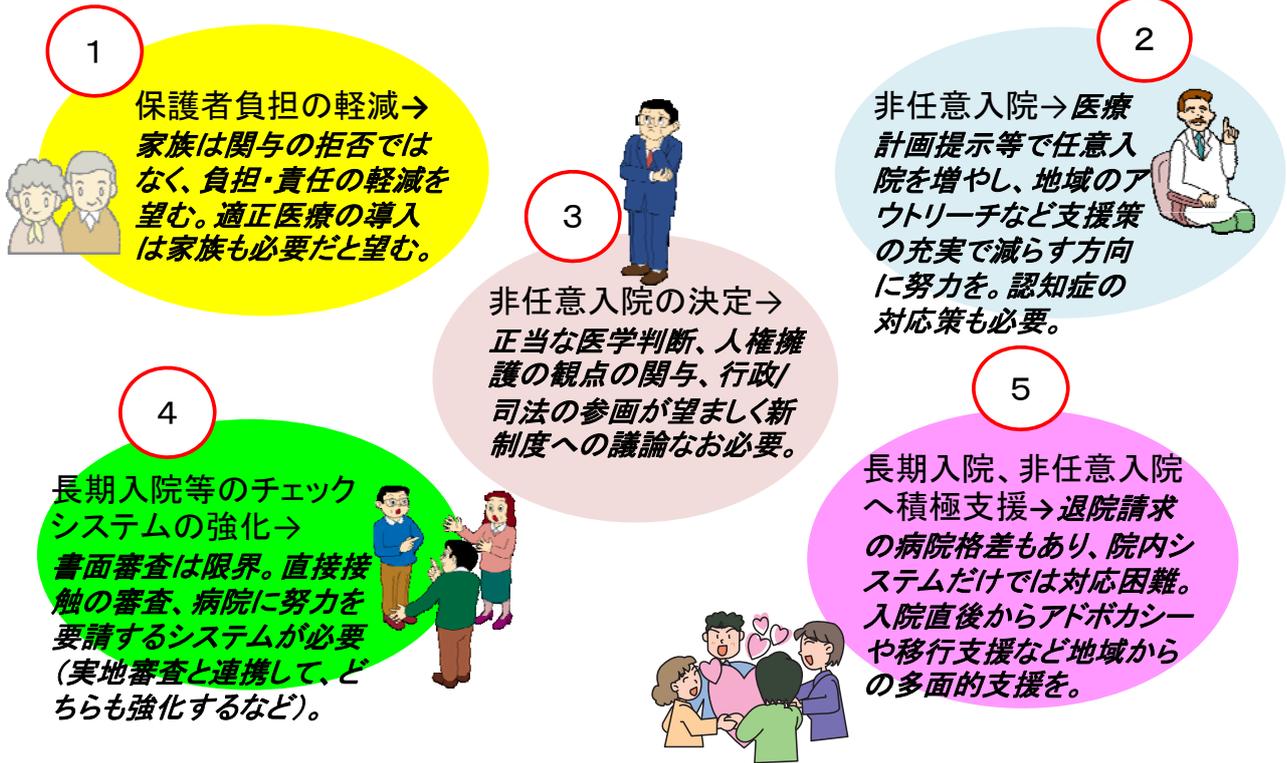


現行審査会の組織・体制での機能強化は実際上難しい

目的、法的位置づけ、機能、組織形態などを含め、相当な機構の見直し改変がなければ、現実的には対応に困難が多い。

- 本人の人権擁護、家族の負担軽減のためには、
- ① 不適切な非任意入院/処遇のチェックに制度的強化が必要(現行の書面中心の審査以上の対応と可能な組織体制)
 - ② 入院時の人権配慮(正当な医学判断の上で司法・行政の関与をどうするか)
 - ③ 早期から人権擁護アドボカシーの観点での外部支援の導入
 - ④ 早期から地域移行にむけ患者支援計画、院内外の支援システムの体制構築

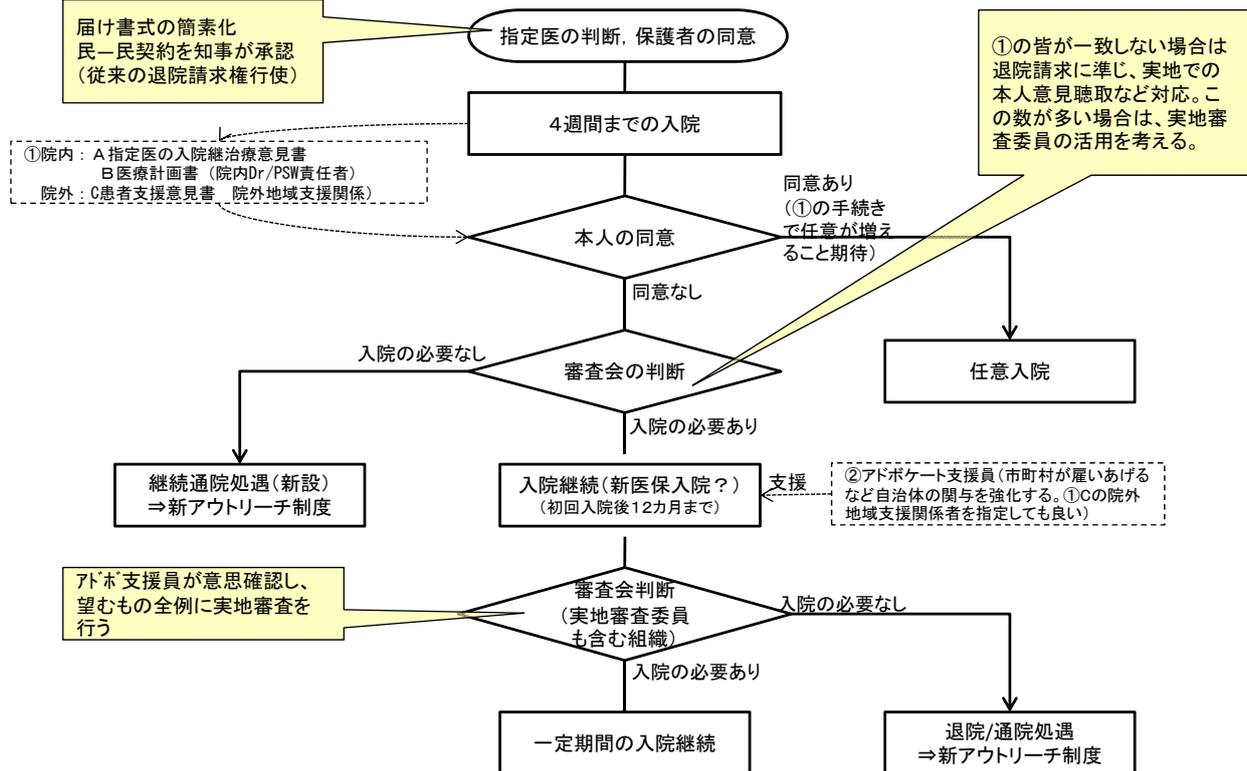
保護者制度廃止の方向で考慮すべき点を段階的に解決



段階的対応の

一例として 人権的観点で非任意入院の在り方の検討を継続しながら

①保護者制度短縮/市町村関与+②患者支援強化+③実地審査と連携



終わりに: 十分な支援による在宅医療と、入院の任意化を促す取り組みがあって改正が意味をもつ

- 1) 非任意入院は指定医のほかに、自治体、司法などの同意が人権擁護から必要ではないか
- 2) 指定医以外の医療チームが、治療計画・支援計画を早期提示し、入院の合意(入院任意化)を促進。
- 3) 早期に、外部アドボカシー支援員を院内に導入
- 4) 地域の支援関係者が入り、支援意見書を作成する
- 5) 長期化防止/退院支援委員会など院内努力を促す
- 6) 直接接触の審査での強化には、実地指導(実地審査)などとの連携強化(認知症などで、高齢者虐待防止委員会等の既存システムの活用の検討は?)

保護者制度・入院制度の見直しについて

2012年4月27日

全国精神保健福祉相談員会

はじめに

精神科医療を底支えするには、公衆衛生と地域生活支援の充実も車の両輪のように必要であり、精神科医療に関する入院（入口）や退院（出口）問題という表面的な解決だけでは、精神保健福祉施策の根本改革にはならず、却って混乱を招くおそれがあることを当会では懸念しています。

この10年間、障害福祉サービスは民間活用により拡充しましたが、医療や障害福祉サービスにつながらない精神障害者や、精神科病院で生活している精神障害者への支援はいまだ充分ではありません。

広域行政化により、人的な体制整備がなされない公衆衛生活動は、弱体化が否めず、今一度精神保健福祉業務の抜本的な改善のために、都道府県及び市町村に精神保健福祉相談員を必置すべきと考えます。

現在は制度等改革の過渡期にあるとの認識の下に、『保護者制度・入院制度』の見直しについて、必要最低限の応急処置的対策について提案するものです。

決してこれで充分でも完全でもない、現状からの転換を図る上での止むを得ない状況における対応としての考え以上ではないことを、最初に申し添えます。

保護者制度について

保護者の義務規定は削除

- 非自発的入院の同意を、保護者に求めるのは、加重的負担
- 家族の役割が二重構造化

精神医療審査会の限界

- 書類審査では所詮限界
- タイムリーな意見聴取が困難
- 今以上の役割強化は困難

関与の必要性について

- 保護者に代わる関与は必要
- 家族の関与は医療法による役割にとどめる
- 市町村長保護者も削除する

権利擁護の視点を強化

- アドボカシー制度の導入による、本人に代わる代弁者等を確保する

3

保護者同意に代わる関与について

- 地域精神医療審査会を新設する
- 病院の管轄保健所ごとに審査機能を持ち、入院届の審査を行う
- 入・退院届等を、本人住所地を管轄する保健所送付、市町村にも情報提供可能とする

- (現)精神医療審査会の役割を退院等の請求と、6か月以上入院継続の場合の審査に限定する
- 精神医療審査会の委員に、当事者・家族の代表や、相談支援専門員等アドボケーターを加える

入院制度の見直しについて

(現)医療保護入院制度

- 入院(入口)の審査に重点が置かれており、退院(出口)に関しては軽視されている
- 入院対象病状、生活状況等の具体的定めがなく、幅広く適用されている
- 入院期間の定めがなく長期化しやすい

(新)医療保護入院制度

- 入院期間を原則6か月と定めて、継続が必要な場合には審査を行う
- 入院、継続入院の必要性、治療の有効性、治療計画を明確化させる

(新)医療保護入院について

- 入院は、指定医1名の医学的な判断で可能とする
- 入院後、院内入院適正化委員会で検証し、2週間以内にその結果も添えて届け出る
- 入院時、必要に応じて家族等の意見を確認する

- 入院期間が6か月を超えるごとに審査を行う
- 入院期間が1年を超える場合には、必要に応じて実地審査を行う
- 退院に向けて、院内・院外に支援員を置き、地域移行を推進する

医療へのアクセスの保障について

- 法34条の移送制度を実効性のある制度へ改正する
- 権利擁護の視点を強化した移送制度としていく
- 移送先は、応急入院指定病院に限定しない
- 移送の必要性を地域精神医療審査会で審査する
- 審査を行うに際して、本人の代弁者や、アドボケートの意見陳述を保証する

ご清聴ありがとうございました

全国精神保健福祉相談員会

2012年4月27日

厚生労働省

「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」

ヒアリングに向けて

全国「精神病」者集団

前提

閣議決定 2010年6月29日「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」においては、医療分野において以下記述されている。

○ 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。

なお付け加えれば全国「精神病」者集団の関口は、「○関口委員 どうもありがとうございます。関口です。資料3の別紙3-2の修正についてという厚生労働省が出したものですけれども、留意点についてということで、まず42ページの『保護入院等』の『等』は当然医療観察法でございます。はっきりさせておきたいと思います。」（障がい者制度改革推進会議（第28回）議事録）と確認している。

しかしながら、厚生労働省検討会内部の議論は医療保護入院および保護者制度の問題に集中しており、措置入院や応急入院、あるいは医療観察法の鑑定入院や入院について議論されていない。このことにまず抗議する。

そもそも障害者制度改革は障害者権利条約批准に向けた国内法整備を目的としたものであり、「障がい者制度改革推進本部の設置について」（2010年12月8日 閣議決定）においても「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。」とされている。

障害者権利条約は、5条（平等及び無差別）、12条（法律の前に等しく認められる権利）、14条（身体的自由及び安全）、15条（拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱いもしくは刑罰からの自由）、17条（個人をそのままの状態で保護すること）、19条（自立した生活及び地域社会への包容）、25条（健康）（d）他のものと平等なインフォームドコンセントの権利、などにより精神障害者のみに対する強制入院強制医療さらに強制的介入、隔離収容を禁止している。さらに4条（一般的義務）（b）において締約国の義務として障害者差別となる既存の法律、規則、慣習および慣行を修正し、または廃止するためのすべての適当な措置（立法を含む。）を取ること、とされている以上、批准に向けて医療観察法の廃止、精神保健福祉法の廃止が求められている。なお添付のようにペルーの政府報告書に対する条約委員会の見解では後見人制度や精神保健法の廃止が求められ抗精神病薬の強制投与や10年以上の精神病院への拘禁が15条に触れるとされている（添付資料 1 参照）

残念ながらこの検討会ではこうした障害者権利条約の条文を巡る議論が全くなされていないが、これはいったいどういうことなのか、このこと自体が障害者権利条約を署名した国としてはあってはならないことである。2012年中の検証として新たに条約に基づいて議論する場が求められている。

詳細は国連高等弁務官事務所の文書及び、前拷問等禁止条約特別報告官の文書参照（添付資料2参照）

新たな地域精神保健医療体制の構築？

すでに19日に山本が述べたように（添付資料3参照）単科精神病院は終焉の時代を迎えていることを自覚すべきであり（『病院の世紀の理論』猪飼周平 有斐閣 参照）、求められているのは精神病院に代わる一般病院での精神病床（人口10万人当たり10床という

のがモッシャーほか著の「コミュニティメンタルヘルス」中央法規出版（1992年）さらに、病院に代わる治療共同体や精神障害者自身による危機センター、ショートステイ、セルフヘルプグループなどであるが、さらに必要な方に対してパーソナルアシスタント制度が重要である。

家族をあてにした体制保護者制度は当然にも廃止されなければならない。

自立支援法は精神障害者にとっては何とも使いにくい制度であり、とりわけ地域移行に際しては精神病院入院中から自立生活体験室で介助者を訓練し、パーソナルアシスタントを獲得していくことが必要である。自立生活訓練は精神障害者が訓練されるのではなく介助者の訓練の機会ととらえられるべきである（これはすでに知的障害者の支援においては先進的に取り組まれている『良い支援？』生活書院 参照）資格さえあれば代替可能という介助では精神障害者は使いにくい。

また居宅介護ではなく、集いの場での介助支援や待機（これについては添付資料4 桐原研究参照）という介助類型も必要である。現在の地域定着支援は生活保護受給者には使えないこと（長期入院退院患者の多くは生活保護受給とならざるを得ない）さらに単価の問題もあり、とてもパーソナルアシスタントや待機を保障するものとはなりえない。もちろんグループホームやケアホームなどという施設ではなく、居住権のある住宅と呼べる住宅保障は最優先である。

医療・保健・福祉の連携や多職種チームによる支援が喧伝されているが、これらに私たちは強い疑問がある。一市民として支援介助を受けながら自立生活する中で、医療はあくまで必要な時に使うものであり、必要な場合における支援介助こそが中心となるべきであり、それにはパーソナルアシスタントこそが中心となるべきである。今現在行われている多職種チームとは専門職による支援とは全く逆な、あくまで本人の介助支援であり、指導や訓練であってはならない。介助者支援者の個別の精神障害者に合わせた訓練こそが必要。たとえば多職種チームによるケア会議は本人吊るし上げ、の場になってしまいがちである。

そして最も必要なのはアドボケイト、本人の権利主張の応援者支援者である。これは入院中のみならずすべての場において最も重要な支援といえよう。アドボケイトのいないままの多職種チームによるケア会議はわかっているだけで17名の自殺者を出し、さらに体験者がさらし者の場と批判しているような医療観察法の実態にこそ問題点があらわとなっている（添付資料5参照）。いかに人手を増やし、金をかけても本人との信頼関係もなくアドボケイトもない体制は本人を追い込むだけである。また今予算がついているアウトリーチも私たちは認めない（添付資料6参照）必要なのはスウェーデンスコーネで行われているようなあるいはすでに各地で試みられているような本人と信頼関係を作り上げるアウトリーチである。

「新たな地域精神保健医療体制の構築」ではなく、「新たな精神障害者の地域生活支援と権利保障体制構築」に向け、私たち精神障害者団体による研究に資金をつけ、自立支援法上の事業所のない空白地帯を埋めていく取り組みが喫緊の課題である。

資料 1

Committee on the Rights of Persons with Disabilities

Seventh session

Geneva, 16-20 April 2012

Consideration of reports submitted by States parties under article 35 of the Convention

Concluding observations prepared by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities

Peru

III. Principal areas of concern and recommendations

B. Specific rights (arts. 5-30)

24. The Committee considered the initial report of Peru at its 66th and 67th meetings, held on 17 April 2012, and adopted the following concluding observations at its 72nd meeting, held on 20 April 2012.²⁴ The Committee notes with concern that legislation of the State party (article 7 of the Constitution, articles 564 and 565 the Civil Code) is not in conformity with article 12 of the Convention, as it establishes substitute decision-making instead of supported decision-making and permits the suspension of civil rights of persons with disabilities in cases of judicial interdiction. The Committee is also concerned by the lack of information concerning the number of persons that have been subjected to guardianship and trusteeship and the lack of legal remedies and safeguards, such as independent review and right to appeal, that are in place in order to revoke those decisions.

締約国の法律（憲法7条、民法564条と565条）が条約12条に一致していないことに懸念を明記する。

すなわちこれは支援された自己決定の代わりに意志決定の代理を制定しており、司法的な禁止命令の場合には障害者の市民権の剥奪を許しているという意味で条約 12 条に一致していない。委員会はまた多数の人々が独立した審査やこうした後見や信託を廃止するための請求権などといった法的救済やセイフガードなしに後見制度や信託制度のもとにおかれ続けていることに懸念を表明する

25. The Committee recommends the State party to abolish the practice of judicial interdiction and review the laws allowing for guardianship and trusteeship to ensure their full conformity with article 12 of the Convention and to take action to replace regimes of substitute decision-making by supported decision-making, which respects the person's autonomy, will, and preferences.

条約の 12 条に完全に一致した種々の法律を確保するためには、委員会は司法的な禁止命令の実行を廃止し、後見人制度や信託制度を許している種々の法律を見直すこと、そして、代理決定による体制を人の自律と意志そして選好を尊重する支援された自己決定におきかえる行動をとることを勧告する

Liberty and security of the person (art. 14)

28. The Committee notes with concern that article 11 of the General Health Law No. 26842 permits involuntary detention for people with "mental health problems", defined to include people with psychosocial disabilities as well as persons with a "perceived disability" (persons with a drug or alcohol dependence).

委員会は総合的保健法 11 条（法律 26842 号）が「精神保健的問題」を持った人の非自発的拘禁を許していることに懸念を明記する。これらの人々には精神障害者と同様「障害者とみなされた人（薬物やアルコール依存の人々）」も定義として含まれている

29. The Committee calls upon the State party to eliminate Law 29737 which modifies article 11 of the General Health Law, in order to prohibit the deprivation of liberty on the basis of disability, including psychosocial, intellectual or perceived disability.

精神障害知的障害あるいは障害があるとみなされる障害を含んだ、障害を根拠とした自由の剥奪を禁止するために、委員会は総合保健法 11 条を修正した法 29737 号の廃止を強く要請する

Freedom from Torture (art 15)

30. The Committee is concerned at consistent reports of the use of continuous forcible medication, including narcoleptics, and poor material conditions in psychiatric institutions, such as the hospital Larco Herrera, where some persons have been institutionalized for more than ten years without appropriate rehabilitation services

.委員会は抗精神病薬も含む強制的な投薬が継続的に行われているという一貫した報告に懸念を表明する。また適切なリハビリテーションサービスなしに 10 年以上施設に入れられている人々がいる Larico Herrera 病院のような貧しい物理的状況に懸念を表明する

31. The Committee urges the State party to promptly investigate the allegations of cruel, inhuman or degrading treatment, or punishment in psychiatric institutions, to thoroughly review the legality of the placement of patients in these institutions, as well as to establish voluntary mental health treatment services, in order to allow the persons with disabilities to be included in the community and release them from the institutions.

委員会は精神医療施設における残虐で非人道的あるいは品位汚す処遇もしくは刑罰についての訴えを直ちに調査することを締約国に要請する。またこれらの患者がこれらの施設に入れられていることが合法か否かについて完璧に審査すること、同時に障害者が地域社会に共生しそしてこれらの施設から解放されることを許容するために、自発的精神医療サービスを確立することを要請する

資料 2

障害者権利条約モニタリング人権モニターのための指針

専門職研修シリーズ No.17

国際連合人権高等弁務官事務所国際連合

ニューヨーク/ジュネーブ 2010 年

http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/rightafter/right_agreement_monitor.html

以下一部引用

〉 法律の前における平等な承認の権利では、とりわけ、障害を法的能力はく奪の根拠とすることを廃止する必要がある。たとえば、障害のある人の代理として決定を下す後見人を任命する慣習を廃止し、代わりに、障害のある人が自ら決定できるよう支援する。

〉 身体的自由及び安全の権利では、とりわけ、十分な説明にもとづく自由な同意がない限り、誰も精神障害および知的障害などの障害を理由に、精神科施設およびその他の施設に収容されることがないように、監視する必要がある。

〉 拷問からの自由では、とりわけ、各施設が障害のある人に対し、電気ショック療法の実施や檻のベッドの使用などを最終手段として用いたり、あるいは本人の意思に反して、障害を矯正するための押しつけがましい、または元に戻すことのできない治療を課したりしているかどうかを調査しなければならない。

国連人権高等弁務官事務所 08 年 10 月「被拘禁者のための尊厳と正義の週間、情報ノート No.4 障害者」

http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/60UDHR/detention_infonote_4.pdf

以下一部引用 「障害者権利条約は、障害の存在に基づく自由の剥奪は国際人権法に反しており、本質的に差別であり、そしてそれゆえに不法であることを明確に宣言する。障害に加えて追加の根拠が自由の剥脱の正当化に使われる場合に対しても、こうした違法性は拡大して認められる。追加の根拠とは例えばケアや治療の必要性あるいはその人や地域社会の安全といったものである。」

08年7月28日

国連第63回総会への拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰に関する、人権理事会特別報告官（Prof. Manfred Nowak）の報告

以下は一部3章のみの訳しかも注は省いてあります。

拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰に関する中間報告

要約

国連総会決議62/148に従って提出する当報告書において、特別報告官は彼の権限内にある疑問点についてのとりわけ全体的傾向と発展において特に懸念される事柄について述べている。

特別報告官は総会に対して、障害者の状況について注意を喚起しており、障害者が放置、拘束や隔離という厳しい状態、また同様に、身体的、精神的、性的暴力に頻繁にさらされていることに注意を喚起する。彼は公的施設のみならず民間領域でも同様にこうした行為が行われているにもかかわらず、こうした行為が表面化せず、また拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰と認識されていないことに懸念を表明する。最近発効した障害者権利条約とその選択議定書は障害者に関して反拷問という枠組みから再点検する絶好の機会を提供している。障害者に対してふるわれている暴力と虐待を拷問あるいは残虐な取り扱いとして再考することにより、被害者そしてその権利を擁護するものはより強い法的保護と人権侵害への補償を獲得することができる。

4章において、特別報告官は独居房への隔離拘禁の使用を検証している。独居拘禁は

明白に、精神的健康への否定的な影響があるものとして記録されている。そしてそれゆえ、独居拘禁は例外的な条件においてのみあるいは犯罪調査の目的で絶対的に必要とされる場合にのみ行われるべきであるとしている。特別報告官は報告の付属文書として、非拘禁者の権利尊重と保護を促進する有益な手段として独居拘禁の利用と効果におけるイスタンブール宣言に注意を喚起している。

中略

三章 障害者の拷問からの保護

37 その権限行使において、特別報告官は障害者に対して行われている多様な形態の暴力と虐待についての情報を得てきた。これら障害者には男性、女性、子供が含まれるが、彼らの障害ゆえにこの人たちは放置と虐待の対象とされている。

38 障害者は施設に入れられ社会から隔離されていることが多い。こうした施設には刑務所、福祉的ケアセンター、児童施設そして精神保健施設が含まれる。障害者は意思に反しあるいは自由なインフォームドコンセントもなしに、長期間自由を奪われている。これは時には一生にわたる場合もある。これらの施設内部では、障害者は、頻繁に言語に絶する屈辱的な処遇、放置、身体拘束と隔離拘禁といった厳しい処遇、同様に身体的、精神的、性的暴力にさらされている。拘禁施設における合理的配慮の欠如は放置、暴力、虐待、拷問そして残虐な処遇にさらされる危険を増加しているといえよう。

39 民間領域において、障害者はとりわけ暴力と性的虐待も含む虐待にさらされやすい弱者である。家庭内、家族の手によってあるいは介護するもの、保健従事者、そして地域社会の成員の手によって虐待が行われている。

40 医学実験や侵襲的で非可逆的な医療が同意なしに障害者に対して行われている(例えば、不妊手術、中絶そして、電気ショックや抗精神病薬を含む精神を変容させる薬といった障害を矯正したり軽減したりすることを目的とした介入)

41 特別報告官は、多くの事例において、こうした行為が障害者に対して行われる場合において、表面化しなかったり、あるいは正当化されたりしており、拷問及び他の残

虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰と認識されていないことに懸念を表明する。最近発効した障害者権利条約とその選択議定書は障害者に関連する事柄について拷問禁止の枠組みから検証する絶好の機会を提供している。

A 拷問から被害者を保護する法的な枠組み

42 拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は罰禁止条約、および、国連自由権規約7条、子供の権利条約37条、において拷問の絶対的禁止が含まれており、障害者権利条約においても拷問の禁止が15条において再確認されている。障害者権利条約15条によれば、障害者は拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰を受けない権利を有しており、特に科学的医学的実験を受けない権利を有している。15条第2項において締約国は、他のものと平等に拷問や虐待から障害者を保護するために、効果的な立法上、行政上、司法上その他の措置をとる義務がある

43 障害者権利条約16条は障害者に対しての暴力、虐待搾取を禁じており、また17条はすべての障害者に対して、身体的精神的インテグリティ（不可侵性完全性）が尊重される権利を認めている。

44 特別報告官は障害者に関しては、障害者権利条約は更に権威あるガイドを提供することにより、拷問および虐待の禁止についてのほかの人権条約を補強していることを明記する。たとえば、条約3条は障害者の個人としての自律の尊重の原則そして自らの選択の自由を宣言している。さらに12条はあらゆる生活領域、例えばどこにすむか決めること医療を受けるか否かを決めることなどが含まれるが、において法的能力を享受する平等な権利を認めている。さらに付け加えて、25条においては障害者の医療は自由なインフォームドコンセントを基盤としなければならないとしている。したがってかつての拘束力のない基準、例えば国連原則として知られている、1991年の精神疾患者の保護および精神保健ケアの改善に関する原則（決議46/119）について、特別報告官は非自発的治療と非自発的拘禁を受け入れることは障害者権利条約の条項に違反と明記する。

B 障害者に対して、適用する拷問と虐待からの保護の枠組み

45 国際法において、とりわけ拷問禁止条約の下では国家は拷問を犯罪行為とする義務がある。すなわち加害者を起訴し、犯罪の重大さに応じた適切な刑罰を科し、そして被害者に賠償提供する義務がある。障害者に振るわれている暴力と虐待を拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰として認識し位置づけなおすことにより、被害者およびその権利擁護者は人権侵害に対するより強い法的保護と補償や回復を獲得しうる。

1 拷問の定義の要素

46 拷問と虐待からの保護に関する障害者権利条約 15 条の適用については拷問禁止条約の 1 条に含まれる拷問の定義によって説明することができる。障害者に対する行為あるいは障害者を尊重しないという怠慢が拷問となるには、拷問禁止条約の拷問の定義の 4 つの要素すなわち、激しい痛みや苦痛、意図、目的そして国家の関与、が存在することが必要である。この定義を満たさない行為であっても、拷問禁止条約 16 条のもとで、残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰となることもある

47 その本質上、苦痛や痛みの度合いの評価に当たっては、そのケースについてのすべての条件が検討されることが求められる。その条件には障害の存在そのものと同様に、被害者の処遇や拘禁条件の結果、損傷が生じあるいは悪化したかについても注目する必要がある。医学的治療として完璧に正当化されうるものであろうと、医療は重大な痛みや苦痛をもたらす、侵襲的で非可逆的な本質があるがゆえに、治療的目的に欠けるときあるいは障害を矯正するまたは軽減する目的を持つときで、当事者の自由なインフォームドコンセントなしに強制され行われるならば、拷問そして虐待を構成することとなる。

48 拷問禁止条約における拷問の定義は、いかなるものであろうと差別を根拠とした身体的精神的苦痛をもたらす行為を明白に禁止している。障害者の場合、特別報告官は障害者権利条約第 2 条が障害を根拠とした差別について以下述べていることを想起する。「障害に基づくあらゆる区別、排除又は制限であって、政治的、経済的、社会的、文化的、市民的その他のいかなる分野においても、他の者との平等を基礎としてすべての人権及び基本的自由を認識し、享有し又は行使することを害し又は無効にする目的又は効果を有するものをいう。障害に基づく差別には、合理的配慮を行わないことを

含むあらゆる形態の差別を含む。」

49 さらに拷問禁止条約の第1条の意図という要件は障害に基づいて差別されてきた人については有効に適用されうる。このことはとりわけ、障害者に対する医療の文脈において、重大な侵害と差別が障害者に対して、保健専門職の一部においては「よき意図」というごまかしにおいてなされうるということについては重要な関連がある。単なる過失や怠慢は1条の求める要件である意図にかける、しかし、重大な痛みや苦痛をもたらすものであるなら、そうした過失や怠慢も虐待を構成しうる。

50 拷問すなわち、個人のインテグリティ（不可侵性統一性）と尊厳へのもっとも重大な人権侵害は、他の者による全的な支配の下に被害者が置かれるが故の、無力さを前提としている。障害者がそうした状況におかれることはよくあることだ。例えば、監獄あるいは他の場で自由を奪われているときあるいは介助者や法的後見人の支配下におかれているとき。一定の状況下では個人の特定の障害が、その個人を依存的な状況下に置くことがありがちで、そしてそうした個人は容易に虐待の対象となりがちである。しかし「無力さ」はしばしば個人の外側にある環境がもたらすものである。意思決定の行使そして法的能力を差別的な法律や運用によって奪われ他の人にその権限を与えられるというときに「無力さ」が生じるのだ

2 誰に責任があるか？

51 政府の関与という要件に関して、特別報告官は、拷問の禁止は公務員に限ることなく、厳密な意味で法的な権限を持った機関のようなものに限らず、民間病院、あるいは他の施設や拘禁施設で働く場合も含めて、医師や保健従事者、ソーシャルワーカーにも適用されることもあると明記する。拷問禁止条約委員会の一般見解のNo. 2（2008）で強調されているのは、あらゆる種類の施設で拷問の禁止がなされなければならないということであり、締約国は国家機関によらないあるいは民間機関における拷問の禁止については徹底して予防し、調査し、起訴処罰すべきであるとしている。

3 何に責任があるのか？

(a) 貧しい拘禁条件

52 数え切れないほどくりかえし、拷問禁止条約委員会は精神保健施設や障害者用の家

の貧しい生活条件について、拷問等禁止条約 16 条の下の虐待という視点から、懸念を表明してきた。施設の貧しい条件は、適切な食事、水、医療的ケア、衣服を拘禁下ある人に提供すべき義務を国家が果たしていない結果である場合が多い。そしてこうした貧しい条件は拷問と虐待を構成しうるのだ。

53 国家は障害者に対して直接的間接的な差別がなされないよう、拘禁下の処遇あるいは環境条件を整えることを確保するさらなる義務がある。もしこうした差別的処遇が痛みや苦痛をもたらすのであれば、それは拷問あるいは他の虐待を構成しうる。ハミルトン対ジャマイカのケースにおいて、人権委員会は、申立人の障害を考慮し、適切な配慮をして、独房に拘禁し、彼の汚水バケツを取り上げることを認めたことが、国連自由権規約の 7 条と 10 条に違反するか否かを審査した。委員会は両足の麻痺した申立人は、条約 10 条の第 1 項に違反して、人道的にかつ人間としての固有の尊厳への尊重を持って処遇されていないと判断した。プライス対英国の場合、ヨーロッパ人権裁判所は、身体障害のある女性の拘禁条件について、利用不可能のトイレとベッドも含め、ヨーロッパ人権条約 3 条の品位を傷つける処遇となるとした。

54 特別報告官は障害者権利条約 14 条第 2 項は以下の締約国の義務を定めていると明記する。それは自由を奪われた人は合理的配慮を提供される権利があるということを確認するという義務である。このことは手続きにおいてまた、拘禁施設、これらはケアのための施設や病院も含むが、において障害者が他のものと同じ権利と自由を享受することを確保するために、その調整が過大な負担をもたらさない限り、適切な調整を行う義務があるということだ。障害者に対する合理的配慮の否定や欠如は虐待や拷問とみなされるほどの拘禁や生活条件を生み出しうる。

(b)身体拘束と隔離の使用

55 施設の貧しい条件はしばしば身体拘束と隔離という厳しい形態を伴っている。障害のある子供たちや成人は長期にわたりベッドや、檻あるいはいすに縛られたりすることがある。鎖や手錠をはめられることもある。"檻"や"檻つきのベッド"に拘禁されることもある。また大量の薬を与えられることも化学的身体拘束といえよう。"長期にわたる身体拘束は筋肉の萎縮、生命にかかわる変形、そして内蔵の損傷を生み出しうるということ"、そして精神的な損傷を悪化させることを明記しておくことは重要である。特

別報告官は拷問や虐待を構成しうる長期にわたる身体拘束について、治療的正当化はありえないと明記する。

56 治療的理由からは正当化できず、処罰の一形態であるにもかかわらず、施設において障害者は管理の一形態としてあるいは医療的治療としてしばしば隔離され独房に拘禁される。2003年12月米州人権委員会はパラグアイの国営神経精神病院に拘禁されている460人を保護するために予防的対策を承認した。この460人の中には独房に裸で非衛生的な条件で4年間以上も独居拘禁されていた二人の十代の少年も含まれていた。Victor Rosario Congo 対エクアドルの場合、米州人権条約委員会は社会復帰センターにおいて精神障害のある Congo 氏が独房に拘禁されていることは米州人権条約第5条2項に定められた非人道的で品位を傷つける処遇を構成すると認めた。特別報告官は人に対する長期の独居拘禁と隔離は拷問あるいは虐待を構成する可能性があることを明記する。

(c)医療の領域

57 医療の領域において、障害者はしばしば重大な虐待と身体的精神的インテグリティの権利の侵害を体験している。とりわけ実験においてあるいは特定の損傷の矯正あるいは軽減を目指した治療において。

(i)医学的科学的実験

58 障害者権利条約15条の下では、薬物の治験含め障害者に対する医学的科学的実験は当事者の自由な同意のあるときのみ、そして実験の本質が拷問または残虐で非人道的品位を傷つける処遇とみなされえないときにのみ許される。

(ii)医療的介入

59 ロボトミーと精神外科手術の実施は実例として役立ちうる。侵襲的で非可逆的な治療であればあるほど、自由なインフォームドコンセントを根拠としてのみ保健専門職が治療を障害者に提供することを確保するより強い義務が国家にはある。子供の場合にはもしそうした介入が治療的目的にのみ行われるのであれば、保健専門職がそうした介入が子供の最善の利益において、そして両親の自由なインフォームドコンセントに基づき行われることを国家は確保しなければならない。(しかしながら両親の同意は治

療が子供の最善の利益に基づかない場合は無視されなければならない)。さもなければこうした治療は拷問あるいは残虐で、非人道的もしくは品位を傷つける処遇となりうると特別報告官は明記する。

a 妊娠中絶と不妊手術

60 無数の障害のある成人と子供が政策の結果としてまたそうした目的を持って制定された法律によって強制的に不妊手術を行われてきた。障害者とりわけ女性と少女が施設の中と外とを問わず、自由なインフォームドコンセントなしに中絶や不妊手術を強制され続けている。この行為の関しては報告されている。特別報告官は障害者権利条約 23 条 C 項の下で「障害者（障害のある子どもを含む。）が他の者との平等を基礎として生殖能力を保持する」ことを確保し、また自由と責任をもって、子供の数と出産の期間を決める権利を確保することが締約国の義務であることを明記する。

b 電気痙攣療法

61 囚人に対する電気ショックの使用は拷問および虐待を構成すると認められてきた。発作を引き起こす電気ショックあるいは電気痙攣療法の使用は精神あるいは知的障害をもつ人への治療法として、1930 年代にはじまった。ヨーロッパ拷問禁止委員会は非修正電気痙攣療法（例えば麻酔、筋弛緩剤あるいは酸素補給なしのもの）が精神保健施設において障害の治療のために人に行われていることさらには処罰の形態としてさえ行われていることを報告している。特別報告官は、非修正電気痙攣療法は、重大な痛みや苦痛そしてしばしば重大な医療的結果例えば骨折、じん帯の損傷や脊髄損傷、また認知障害や記憶喪失の可能性などをもたらすことがあることを明記する。非修正電気痙攣療法は医療行為として許容されることはできず、また拷問あるいは虐待を構成しうる。修正電気ショックの形態であれ、当事者の自由なインフォームドコンセントにもとづいてのみ行われることはきわめて重要である。この自由なインフォームドコンセントには、副作用や心臓への影響や混乱、記憶喪失さらには死亡といったリスクの説明を受けること含まれる。

c 強制的精神医学的介入

62 拷問や虐待の手段としての政治的弾圧を目的とした、例えばテロリズムとの戦いという文脈での精神医学の使用、より少ないとはいえ、個人の性的指向を弾圧し、支配

し変更しようとする試みを目的として行われる治療については詳しく報告されてきた。しかし、特別報告官は精神医学の乱用と障害者への強制、主として精神的知的障害をもつ人への強制についてより重大な注意を喚起する。

63 施設内そして地域での強制医療も同様であるが、精神医療、抗精神病薬と精神を変容させる薬も含む投薬が精神障害者の自由なインフォームドコンセントなしにあるいは意思に反して強制的にあるいは処罰の一形態として行われることがある。拘禁施設と精神保健施設における薬の投与、それは抗精神病薬も含まれるが、この抗精神病薬はふるえをもたらしたり、無気力な状態にさせたり、知性を曇らせたりするものであり、こうした薬の投与は拷問の一形態として認識されてきた。Viana Acosta 対ウルグアイのケースでは、人権委員会は、申立人の処遇、治療は非人道的処遇を構成すると結論を出した。この治療処遇には、精神医学的実験、彼の意思に反したトランクライザーの強制的注射などがふくまれていた。特別報告官は精神状態の治療のための、強制的そして同意のない、精神科の薬の投与とりわけ抗精神病薬の投与は詳細に検証される必要があることを明記する。個別のケースの状況、与えられる苦痛そして個人の健康への効果、これらの検証しただけでは、拷問あるいは虐待の一形態となることもありうる。

d 非自発的精神保健施設への収容

64 多くの国家が、法的根拠のあるなしにかかわらず、精神障害者を自由なインフォームドコンセントなしに施設収容することを許容している。その根拠は精神障害の診断の存在と共に追加の基準が使われることがよくある、それは例えば「自らあるいは他者に対する危険性」あるいは「治療の必要性」というものである。特別報告官は障害者権利条約の14条が法によらない恣意的な自由の剥奪の禁止と障害の存在が自由の剥奪の正当化とされてはならないとしていることを想起する。

65 特定の事例においては恣意的あるいは法によらない障害の存在を根拠とした自由の剥奪はまた個人へ重大な痛みや苦痛をもたらす場合もあり、したがって拷問禁止条約の対象となる。自由剥奪による苦痛の影響を検証するには、施設収容の期間、また拘禁や処遇条件が考慮されなければならない。

(d)性的暴力も含む障害者に対する暴力

66 施設内において、他の患者や被収容者また同様に施設職員によって障害者は暴力にさらされることがある。Ximenes Lopes 対ブラジルのケースでは米州人権裁判所は、精神科病院へ収容された患者に対する暴力という文脈において、被害者に行われた日常的な殴打や身体拘束そして貧しい拘禁条件、（たとえば貧しい保健ケア、低い衛生状態や不足がちな食事）は、米州人権条約 5 条の 1 項と 2 項の下での拷問と虐待の禁止と身体的精神的インテグリティの権利の侵害であるとした。

67 もし、病院、ケア施設あるいは同様の施設において働く公務員も含む、公務員によって、あるいは公務員の示唆にまたは同意あるいは黙認の下で行われたのであれば、拘禁下での強姦は拷問を構成することを特別報告官は繰り返し発言する。

68 民間領域において、家族の手によってまた障害者の介護者によっての双方によって、障害者は男女にかかわらずほぼ 3 倍も身体的性的虐待と強姦の被害者となっている。女性や少女はジェンダーと障害の二重の差別の結果として、親しいパートナーによる暴力も含め高い比率の暴力を経験している。Z 対英国と A 対英国のケースにおいてヨーロッパ人権裁判所は個人とりわけ子供と他の弱者を虐待から保護する政策を採る義務が締約国にあることを認めた。同様に当局は虐待を防止する合理的な段階を取るための知識を持つあるいは持つべき義務を認めた。

69 障害者権利条約 16 条が宣言しているように、締約国は家庭の内外、そしてジェンダーにもとづくものも含み、あらゆる形態の暴力、虐待および搾取から障害者を保護しそれらを予防するため、またこれらの責任について調査し訴追するすべての適切な政策をとる義務がある。特別報告官は、締約国の障害者への暴力に関する黙認は多くの形態がありうることを明記する。それは、法的能力を奪う法律という差別的な法の枠組みや運用あるいはこれらの暴力が刑罰を逃れるという結果をもたらす障害者に対する司法への平等なアクセス保障の失敗もふくまれる。

C 結論と勧告

70 特別報告官は障害者権利条約の発効にあたって以下を歓迎する。障害者権利条約は拷問及び他の残虐な、非人道的な又は品位を傷つける取り扱い又は、刑罰の絶対的な禁止を再確認していることそして、障害者の基本的な権利と自由へ解釈についての権威

あるガイドを示していること。障害者に対して行われた侮辱、放置、暴力そして虐待の一連の報告に対して、これらの行為がどう認識されるか、例えば拷問や虐待と認識されることそして、国際的拷問禁止の枠組みが活用されることは、法的保護と補償への道を切り開くであろう。

71 特別報告官はとりわけ2条の非差別条項に注目した上で、障害者権利条約の批准と、完全履行を各国政府に呼びかける。

72 条約締約国は条約が公刊され広められ、そして市民にあまねく啓発啓蒙がなされ関連するさまざまな専門職グループ（例えば、裁判官、弁護士、法執行公務員、公務員、地方自治体公務員、施設職員そして保健専門職など）すべてに広く訓練されることを確保しなければならない。公務員と民間機関の職員は同様に障害者を拷問と虐待から保護しそれらを防止する役割を持つ。

73 条約を守るために締約国は、障害者に法的能力があることを認める法律を制定しなければならない。また必要であるならば、説明を受けた上で決定するために必要な支援を提供することを確保しなければならない。

74 締約国は、「自由なインフォームドコンセント」が何を意味するかについての明白であいまいでないガイドラインを条約の求める基準で公布しなければならない。また使いやすくアクセスしやすい不服申し立ての手続きも作らなければならない。

75 独立した人権監視機関（例えば国内人権機関、拷問禁止機構、市民団体など）は障害者が住んでいる施設、例えば監獄、福祉ケア施設、児童養護施設そして精神保健施設などを定期的に監視しなければならない。

76 特別報告官は関連する国連および地域の人権機構に対して、個人の不服申し立ても含み、拘禁施設の監視を行うさいに、障害者権利条約に含まれる新たな基準に完全に配慮した上で、これらの監視調査に新たな基準を統合することを呼びかける。

後略

資料3

2012年4月19日「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」 ヒアリングに向けて

全国「精神病」者団体会員 山本眞理

前提として

そもそも社会的でない入院は他の科も含め存在しない。病院という存在が生み出されそれにより入院患者が生まれたのは医療史の語るところである。もちろん技術集約や先進医療のための「病院でしかできない治療のための入院」そしてそのための「病床」は今後もあり続けるであろうが、一般科であっても高齢化による慢性的な疾患の増大という疾病構造の変化によって、「病院の世紀 20 世紀の終焉」が来ようとしている。

「精神科病院」は、「精神病院」から名称変更し、「入院でしかできない治療」に純化し一般病床と同じ位置づけを求めるという方向を示しているのであろうが、果たして精神科において社会的入院でない病院でしかできない治療のための入院というは存在しうるであろうか？ 「精神科病院でしかできない高度な医療」の中身はいったいなのか、そうした議論がまずなされなければならない。

急性期であろうと精神病院ではなく、自宅で治療を行う実践はすでに各国で行われている、また家庭的な小規模の施設によって、薬を使わないで急性期を乗り越えるソテリアのような治療共同体は対照群の一般的な精神科救急より高い成果を上げたという調査も行われた。

現在でもスイスのソテリアベルンにおいてこうした「治療」が実践されており、精神病院をなくしたイタリアにおいても抗精神病薬を初発においてつかわずに対応するソテリアのモデルが注目されているところである。

また日本でも地域で精神障害者支援を行っている人々の間では入院がむしろマイナス要因が大きいことは共通認識とされている。(たとえば、南相馬市ひまわりの家スタッフ 発言、精神科医と私たちで入院の基準が違う、入院してよくなってきた人はたった一人、あとは薬漬けになって回復に数か月かかる)

もちろん人権上も身近で地域で医療を受ける権利保障は重要である。

そういう意味で、本当に精神病院入院は必要なのか、それがまず問われなければならない

今ある病棟機能分化

① 「病棟機能分化」なるものは何か？

今行われているものは「病棟の機能分化」ではなくて「診療報酬と有資格者の病床別傾斜配分」であり、「病棟の機能分化」と称するのは詐欺である。

② 病棟機能分化なるものが生み出した実態

森山公夫研究班が精神病院の機能分化を主張した時、様々な批判がなされた。そこにある有資格者の傾斜配分の問題点指摘であり、いわゆる療養病床あるいは慢性期とされた患者さんのいる病棟には看護は手薄くていいのか？という批判であった。

看護や医師が少なく、本当に医療が保証できるのか、むしろこうした病床が終末施設化しないかという批判であった。

これらの批判は妥当であった。実際療養病床には5年以上の入院患者34751名が在院しているが、この方たちに対して個別の看護や医療が保障されているのかどうか疑問がある（平成20年630調査より抜粋）。

「院内寛解」であるとか「慢性期」といったラベリングそのものが問題であると考えられる。いったんそうしたラベリングを貼られると、治療もおこなわれず放置され退院に向けた努力も放棄してしまうのが医療従事者の悲しい実態である。また長期間保護室に隔離され放置されている患者も一定数存在する。こうした態度こそが問われなければならない、そしてそうした態度を生み出すラベリングおよびいわゆる「機能分化」こそが、問われなければならない。

いわゆる急性期病棟およびスーパー救急の実態についても問題がある。下記資料にあるように、新規措置入院患者のばらつきはそのままいわゆる精神科救急体制の整備と並行していると読み取れる。措置入院の実態そのものも地域格差があることは心神喪失者等医療観察法の国会審議のさなかにも明らかにされ、その後も改善されたという報告は寡聞にして知らない。（なお最近措置指定を受けた東京のある精神病院ではあつという間にスーパー救急を満たす措置入院患者をうけ入れスーパー救急病棟を新設した。労働者の印象ではこうした病態が措置？という疑問があるとのこと スーパー救急病棟のために措置が濫用されている実態はないのか？ 疑問あり）。またこうした機能分化ゆえに、自ら入院を希望しているのに、医療保護入院の手続きを強いられるという事例すら出てきている

広範囲の医療圏から集められた患者さんに対応するために医療従事者はおびえ予防的に行動制限をすることになり、身体拘束や隔離が手順としてマニュアル化している実態がある。電気ショックですらマニュアル化されている。

電気ショックは非可逆的に逆向性の健忘をもたらすこともあり（アメリカでは皮肉に

も精神科看護の専門家が電気ショックを受けて技能も知識も失ってしまったという民事訴訟で賠償を勝ち取っている) もちろん命にかかわることもあるが急性期にあたって同意なしに濫用されている実態がある。

少なくとも WHO も求めているように同意のない電気ショックは禁止されなければならない。

身体拘束はそもそもあってはならない行動制限であり、イギリスのようにすでに全廃している国もある。エコノミークラス症候群やその他による死亡の恐れすらあり、また心理的な屈辱感によるトラウマも深刻である。

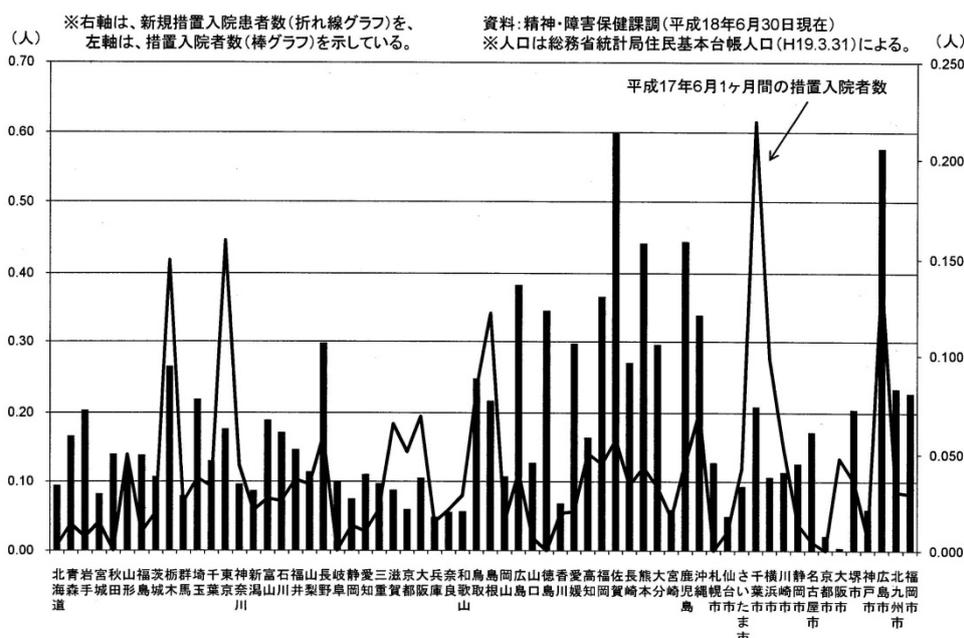
こうした体験ゆえに心疾患によって救急車に乗せられたにもかかわらず、救急車の中で身体拘束ゆえに拒否し、その後心疾患で急死した仲間も存在する。

命に係わる身体拘束は即時廃止されなければならない。

精神科救急の徹底した見直しがなされなければならない。そして急性期病棟の在り方についてはさらに医療圏の縮小がその他の見直しが急務である

たとえばすでに立証されている急性期に代わるオールタナティブとしてのソテリアの実践。また今現在も継続中のソテリアベルン。あるいはオランダで実践されているオールタナティブ(危機に際する介入を医療主導ではなく行う実践であり、毎年10%ずつ強制入院を減らしていく計画の一端としてのオールタナティブ開発) などなど各国の取り組みの検証と試行プロジェクトが求められている。

措置入院者数と新規措置入院者数(人口万対)



③ あるべき精神医療のありかた

精神病院を解体し病床 0 に向けて年次計画を立てること。一般医療に精神医療を組み込むこと。当然精神疾患のみに向けて法体系は廃止の方向に行くことが障害者権利条約の要請であり、そのためには精神医療は医政局のもとに統合され、障害福祉部に精神に特化した部局をなくすべきである。（ただし現在の自立支援法は健康な身体障害者をモデルとした介助体制が引かれているので、精神障害者のニーズに合った介助体制の確立は必要）

地域の医療保険福祉の体制は総合的なものであるべきで、精神障害者に特化したものはあってはならない。

なお今後生物的精神医学と薬のみに集中している精神医療の根源的見直しも必要である。心理社会的アプローチの研究が求められている。

初発急性期において薬を使わない、ソテリアの試行プロジェクトも必要であろうし、当事者運営の危機センターの試行プロジェクトも必要である。初発急性期において抗精神病薬の使用により慢性患者を作り出している実態は根底的に見直されなければならない。各国の精神病院に代わるオールタナティブ開発に学ぶべきである。現在精神病院への強制入院は最初にして唯一の選択肢となっている実態は即急に改められなければならない。

基本的に一市民として地域で生きるものとして必要な場合に医療を使うという基本線が大前提となされなければならない。

現状では本来障害者福祉で行われるべきことが医療保険を使って行われており、とりわけデイケアナイトケアは医療保険で行われるべきではなく医療機関で行われるべきではない。

精神医療の復権として ACT が喧伝されているが、本来は自立支援法による支援を使い一市民として地域生活が保障され、医療は必要な部分だけで機能するべきであり、医療主導の多職種チームあるいは専門職主導の多職種チームなるものではなく、精神障害者自身の運営によるセルフヘルプグループ活動に予算がかけられるべきであるが、今はそこに通う交通費すらままならない現実がある（AA や断酒会については生活保護受給者に対して交通費が出されている）。医療対福祉保健の予算が 97 対 3 という現実を変え、さらに専門職に予算をつぎ込むのではなく精神障害者団体の実践に予算が分配されるべきである。

長期高齢の入院患者さんたちに必要なものは何か？ 実際に 30 年 40 年と入院していた方たちからの意見を吸い上げる必要がある。昨年度の科研費による地域移行への研究を全国化し、精神障害者団体により行うための予算が求められる。

実践例に学ぶ必要があるが、グループホームやケアホームはあくまで施設であり、選択肢の一つといわれながらそれしか選択肢のない実態が続いていることが問題である。まかないつき共同住居は高齢の方や、独り暮らしはさびしい、あるいは精神病院で作ら

れたコミュニティの継続という意味では必要かもしれないが、できればサテライト型グループホームで、居住権を持った家と呼ぶに値する住宅保障が必要である。退院支援について個別給付化されたが、そうした申請書とわかりやすいパンフレットがすべての精神病院入院患者に配布されるよう、国費で保障すべき

なお相談支援事業所が精神病院に自由に出入りし事業の説明会や相談を受けられる体制づくりも必要。また自立生活体験室をたくさんつくり、そこで実際に介助を使ってクラス体験を重ねるためにも、そうした費用を本人に保障するかあるいは公費で賄う必要がある。入院中であろうと外出やこうした自立生活体験室においては自立支援法の介助が使えることと自己負担 0 であることが必要。さらにこうした体験に向けての交通費保障も必要。

なお当面精神病院も精神保健福祉法も継続し強制入院を 0 にはできないであろうし、閉鎖処遇もなくならないであろうから、それらが 0 になるまでは最低限刑事施設並みの外部視察委員会の設置が全精神病院に必要。(院内に外部視察委員会しか開けられない投書箱の設置は刑事施設並みに必要)。また個別の人権侵害からの救済のためにはすべての精神保健福祉法下の患者に対して公費で弁護士をつけることが求められる。

最後に再度訴えます。精神病院入院でしか治療できない状態とは何か明確にしていたきたい

総合福祉部会 第 15 回	
H23.6.23	参考資料 5
山本委員提出資料	

待機のある介助の実践モデル事業報告書

2011年6月

NPO 法人ヒューマンライトリカバリー

目 次

1. はじめに	2
2. 待機のモデル事業	
2-1. 2009年度モデル事業と明らかにされた課題	3
2-2. 2011年度モデル事業の趣旨と概要	3
2-3. 2011年度モデル事業の活動実績	4
2-4. 待機に係る報酬	9
2-5. 実際の支援の内容	9
3. 待機の有用性	10
4. 提言	11

1. はじめに

今日、精神障害者をはじめとする障害者が、障害者自立支援法の介護制度の使い難さのために、普遍的な地域生活を過ごせずにいる。障害者自立支援法の成立によって、報酬の請求できる介助が居宅介護という枠組み限定され、それらは生活を保障する権利としてではなく、事業所を介して行われるサービスとして位置づけられることになった。それが、障害者の生活を極端に追い詰めたため、ついには、障害者自立支援法違憲裁判が各地で行われた。その成果もあって、国（厚生労働省）は、障害者自立支援法を廃止し、障害者総合福祉法（仮称）の制定に向けて取り組むことを約束した。

今、障害者総合福祉法（仮称）の策定のため、障害者団体が議論をしているが、待機のある介助の実践モデル事業（以下、「2011年度モデル事業」とする。）は、待機時間を介助行為に含み報酬の対象にするという、もっとも基礎的な介助について厚生労働省及び委員各位に提言することを目的に、青森県青森市においてモデルとして実践し、記録をまとめたものである。

社会学者の前田拓也は、次のように言う。「待機していること」。あえて言うなら「ただそこにいること」が仕事の大半だということがある。介護保険が想定している介護のスタイルのなかに、「巡回型訪問介護」がある。そこでは基本的に、一回三〇分以上一時間未満が見込まれている。しかし、介助が必要な「その時」は「巡回」がまわってきた「その時」であるとは限らない。往々にして「その時」は突然やって来るものだ。だから、常に誰かが来るべき「その時」に備えてただ待機している必要があるのだ。そして、特に何もすることがないにもかかわらず「待機している」こと、「ただそこにいること」が、すでに介助という仕事の多くの部分を占めることがある（前田、二〇〇九、「介助現場の社会学」生活書院：二一九）。

本来、大半を占めるはずの「待機」が、そっくりそのまま居宅介護という枠により介助

として認められず、報酬の対象にならなかったことは、居宅介護が障害者の地域生活を支援する介助として機能しない原因とさえ言えよう。

常に誰かが待機していて、電話一本で来る。この心強さにこそ、障害者の自立性の向上や生活の安定を実現する力がある。逆に、こうした基礎的な支援がされれば、かえって、こまかな制度を作る必要がなくなるかもしれない。そういう意味でも、「待機」が介助として最も重視され、制度として認められることを強く望んでいる。

尚、2011年度モデル事業は、公益信託青森県ボランティア基金の助成により実現できたことを、この場を借りて、感謝申し上げたい。

2. 待機のある介助の実践モデル事業

2-1. 2009年度モデル事業と明らかにされた課題

2009年4月1日から2010年3月31日まで、公益信託青森県ボランティア基金から助成金をいただき、障害者の地域生活を支えるヘルパーを育成し、指定居宅介護事業所を介して、いつでも利用できる体制でのサービス提供の実践記録（2009年度モデル事業）を行った。

なぜ、いつでも利用できる体制でのサービス提供の実践記録をしたかということ、地域生活を支えるための居宅介護が、指定居宅介護事業所が一週間の予定（ヘルパーが行く日）をすべて決めてしまい、それに合わせて障害者が生活設計をするという窮屈な現状を複数確認でき、そうでない介助の必要性を感じたからである。電話一本で今すぐ来る、そうした介助にしていくことが望まれるため、第一に、モデルとして実践し記録をつけることから始めたわけである。

結果として、電話一本ですぐ来る、という安心感から自立性が高まり、先々を考えると不安になることも減った、自分の生活設計を自分で決めること（自立生活）ができるようになった、生活が安定したから体調も安定してきた、などの意見が寄せられた。

しかし、障害者自立支援法の枠組みでサービス提供を行ったため、ヘルパーの負担が大きくなった。いつ来るかわからない電話のために、24時間拘束される、そういう状態になったのだ。ヘルパーは、待機中も実質拘束されるわけだが、その拘束時間に対しては、障害者自立支援法で一切の報酬が認められていない。障害者自立支援法の枠組みでは、真に障害者の地域生活のためのサービスが成り立たず、障害者に対して生活のすべてをサービスに合わせて設計させるようなサービスしかできないのだ。

2009年度のモデル事業は、こうした課題も明らかにした。

2-2. 2011年度モデル事業の趣旨と概要

2011年モデル事業の期間は、2011年2月1日から6月9日までである。2009年度モデル事業で明らかになった課題を受けて、2011年度モデル事業は、待機時間の合計を計算し、予算をつけるならどの程度の金額が必要になるのかを調べることにした。

また、電話一本で来るヘルパーの実践については、第11回障がい者制度改革推進会議総合福祉部会で、全国「精神病」者集団の山本眞理委員から出された次の意見を参考にした。

山本眞理です。私はコミュニケーション障害があるので、出した文章が全く理解されていないのだと推測しますが、「待機」というサービスが精神障害者には必要だ。このチームのご検討はあまりにも今、現行の自立支援法の訪問サービスの枠にとらわれすぎていると思います。医療合同チームでも駆け込み寺みたいなものがほしいというお話が出ましたけれども、私が待機というサービスがほしいと申し上げたのは、精神障害者にとって何曜日、枠で何時間という決めたスケジュールでヘルパーが入ること自体がすごく負担になることがあります。あるいは負担になる方もいます。ただ実際、今の報酬と事業所の経営を考えると、そうした派遣以外難しいと思います。私が今予算とか運営のところまで詰めておりませんが、待機というサービスとしてイメージしているのは、例えば10人の精神障害者が5人の介助者を常勤で雇う。助けてと言ったら来てくれる。臨機応変に、つまりこの5人については働いているときでなくても待っている、待機ということ自体の報酬をつけてほしい。

あるいはこういうサービスがほしいという精神障害者がいました。毎日電話をかけて、今日は○、△、×。×だったらお手伝いすることはありますかという電話をかけてもらう。というような、要するに働いていなければ報酬が出ないではなくて、待機そのものに報酬が出るという形でないと精神障害者のヘルパー利用は絶対に伸びません。なぜ少ないかという、そういう理由です。そして、後半のチームで地域移行及び地域の基盤の話がありますが、これがないために入院せざるを得ない仲間が、これはまさに社会的入院が毎日作られています。そういう意味で待機というサービスについて、私の説明が不足だったと思うのですが、ご議論いただけていないので注意を喚起させていただきました。

利用者2名に対して、介助者を3名で対応し、支援が必要な場合利用者は介助者に直接連絡をする方法を取った。尚、利用者と介助者は、それぞれ、同じ地域（3キロ以内の距離）に居住している。

2-3. 2011年度モデル事業の活動実績

カレンダーに活動の記録をつけてまとめた。

利用者：Aさん、Bさん

介助者：Xさん、Yさん、Zさん

利＝訪問の支援を要請した。

応＝支援をした。

待＝一本の電話を待機した。

3月 2011年(平成23年)

日	月	火	水	木	金	土
		1 先負 利A B 応X Y 待X Y Z	2 仏滅 待X Y Z	3 大安 利A 応Y 待X Y Z	4 赤口 待X Y Z	5 友引 利A 応Y 待X Y Z
6 先負 利A 応Y 待X Y Z	7 仏滅 利B 応X 待X Y Z	8 大安 利A 応Y 待X Y Z	9 赤口 待X Y Z	10 先勝 利A 応Y 待X Y Z	11 友引 待X Y Z	12 先負 待X Y Z
13 仏滅 待X Y Z	14 大安 利B 応X 待X Y Z	15 赤口 待X Y Z	16 先勝 利A B 応X Z 待X Y Z	17 友引 待X Y Z	18 先負 待X Y Z	19 仏滅 利A 応Y 待X Y Z
20 大安 利A 応Y 待X Y Z	21 赤口 待X Y Z	22 先勝 利A 応Z 待X Y Z	23 友引 待X Y Z	24 先負 利A 応Y 待X Y Z	25 仏滅 利B 応X 待X Y Z	26 大安 待X Y Z
27 赤口 利A 応Y 待X Y Z	28 先勝 利A 応Y Z 待X Y Z	29 友引 待X Y Z	30 先負 待X Y Z	31 仏滅 利A 応Y 待X Y Z		

4月 2011年(平成23年)

日	月	火	水	木	金	土
					1 大安 待X Y Z	2 赤口 利A 応Y Z 待X Y Z
3 先負 利A 応Y Z 待X Y Z	4 仏滅 利A 応Y Z 待X Y Z	5 大安 利B 応X 待X Y Z	6 赤口 待X Y Z	7 先勝 利A 応Y 待X Y Z	8 友引 待X Y Z	9 先負 待X Y Z
10 仏滅 待X Y Z	11 大安 待X Y Z	12 赤口 待X Y Z	13 先勝 待X Y Z	14 友引 待X Y Z	15 先負 待X Y Z	16 仏滅 待X Y Z
17 大安 待X Y Z	18 赤口 待X Y Z	19 先勝 待X Y Z	20 友引 待X Y Z	21 先負 待X Y Z	22 仏滅 利A 応Y 待X Y Z	23 大安 利A 応Z 待X Y Z
24 赤口 利A 応Y 待X Y Z	25 先勝 待X Y Z	26 友引 利A B 応X 待X Y Z	27 先負 利A B 応X 待X Y Z	28 仏滅 利A B 応X Y 待X Y Z	29 大安 待X Y Z	30 赤口 利A 応Y 待X Y Z

5月 2011年(平成23年)

日	月	火	水	木	金	土
1 先勝 待X Y Z	2 友引 待X Y Z	3 仏滅 利A B 応X Y 待X Y Z	4 大安 待X Y Z	5 赤口 利A 応Y 待X Y Z	6 先勝 利A 応Y 待X Y Z	7 友引 利A 応Y 待X Y Z
8 先負 待X Y Z	9 仏滅 利A B 応X Y 待X Y Z	10 大安 利A B 応X Y 待X Y Z	11 赤口 利A B 応X Y 待X Y Z	12 先勝 待X Y Z	13 友引 利A B 応X Y 待X Y Z	14 先負 待X Y Z
15 仏滅 待X Y Z	16 大安 待X Y Z	17 赤口 待X Y Z	18 先勝 待X Y Z	19 友引 利A 応X 待X Y Z	20 先負 待X Y Z	21 仏滅 利A 応Y 待X Y Z
22 大安 利A 応Y 待X Y Z	23 赤口 待X Y Z	24 先勝 待X Y Z	25 友引 待X Y Z	26 先負 待X Y Z	27 仏滅 待X Y Z	28 大安 利A 応Y 待X Y Z
29 赤口 利A 応Y 待X Y Z	30 先勝 待X Y Z	31 友引 待X Y Z				

6月 2011年(平成23年)

日	月	火	水	木	金	土
			1 先負 利B 応X 待XYZ	2 大安 利A 応X 待XYZ	3 赤口 待XYZ	4 先勝 利A 応Y 待XYZ
5 友引 利A 応Y 待XYZ	6 先負 利A 応Y 待XYZ	7 仏滅 利B 応X 待XYZ	8 大安 待XYZ	9 赤口 利A 応XY 待XYZ		

2-4. 待機に係る報酬

3月の「訪問による支援の要請」は、Aさんが14回、Bさんが5回であり、合計19回であった。3月の「訪問による支援」は、Xさんが5回、Yさんが12回、Zさんが3回であり、合計20回であった。3月の「一本の電話を待機した」は、Xさん、Yさん、Zさんと、それぞれ31日間であった。

4月の「訪問による支援の要請」は、Aさんが11回、Bさんが4回であり、合計15回であった。4月の「訪問による支援」は、Xさんが4回、Yさんが8回、Zさんが4回であり、合計16回であった。4月の「一本の電話を待機した」は、Xさん、Yさん、Zさんと、それぞれ30日間であった。

5月の「訪問による支援の要請」は、Aさんが13回、Bさんが5回であり、合計18回であった。5月の「訪問による支援」は、Xさんが6回、Yさんが12回、Zさんが0回であり、合計18回であった。5月の「一本の電話を待機した」は、Xさん、Yさん、Zさんと、それぞれ31日間であった。

6月の「訪問による支援の要請」は、Aさんが5回、Bさんが2回であり、合計7回であった。6月の「訪問による支援」は、Xさんが4回、Yさんが4回、Zさんが0回であり、合計8回であった。6月の「一本の電話を待機した」は、Xさん、Yさん、Zさんと、それぞれ9日間であった。

居宅介護の範囲である「訪問による支援」に対して、倍近くの待機時間を要することがわかる。逆にいえば、待機時間があるから訪問による支援につながることができたわけであり、現行の居宅介護の方法では、支援につながることができない場合が想定される。そのため、待機に係る報酬の費用は、待機している介助者に対して最低賃金の1.5倍程度の給与の支払いができる程度のものでなければならない。

すると、最低でも現行の居宅介護・家事援助の30分以上1時間未満に相当する報酬額程度は、介助者の数×時間で報酬請求できるようにしなければならない。

2-5. 実際の支援の内容

利用者の要望事項を次に列挙する。尚、列挙された要望に対して介助者が支援を行った。

- ・体調を崩したので話しをしたい。
- ・トラブルがあったから話しをしたい
- ・部屋の掃除がうまくいかないから手伝ってほしい
- ・部屋の掃除が進まないから、見張っていてほしい。
- ・締め切りに間に合わせたいから見張っていてほしい。
- ・部屋にカビが発生したから、なんとかしてほしい。
- ・洗い物ができないので、代わりにやってほしい。
- ・整頓がうまくいかないから、一緒にやってほしい。

- ・疲れて動けないから、代わりに、家事全般をやってほしい。
- ・落ち着かないから来てほしい。
- ・たくさんある写真を整理して欲しい。
- ・年賀状の整理ができないから、手伝ってほしい。
- ・もらった名刺の整理ができないから、手伝ってほしい。
- ・手紙や資料を分別まではできるけど、ファイリングするのが大変だから、代わりにやってほしい。
- ・昼ごはんを作る力が残っていない。作ってほしい。
- ・眠れなくなったから、助けてほしい。

3. 待機の有用性

障害者自立支援法の成立過程で、全身性の身体障害者の運動が24時間介護の存続を要求し、ひとまず重度訪問介護が成立したという経緯がある。そういう意味で重度訪問介護は、障害者の主権の中でできた制度であることが言える。しかし、次のインタビューの結果から、知的障害者、精神障害者も重度訪問介護の対象にするだけでは、必ずしも十分ではないことがわかった。

Q 重度訪問介護を使えたら使いたいですか。

Aさん：重度訪問介護が使えるようになったら使いたいと思う。誰かが常に一緒にいることは、嫌いではない。でも、一人になりたいときもあるから、その辺が調整できる仕組みの上で使えるのがいいと思う。

Bさん：重度訪問介護が使えるならば、それに越したことはないと思う。でも、24時間つきっきりの介助は、窮屈な感じがする。

確かに、重度訪問介護の対象拡大は、望まれているが、歓迎されているとまでは言えない。次に待機を導入した場合にどうであるかを質問した。

Q2 待機を導入した場合、Q1の質問と比較してどうですか。

Aさん：重度訪問介護でもいいが、どうしても一人になりたくなくて、一人になったけども具合が悪くなって、助けが欲しくなったときとか、どうしても重度訪問介護を柔軟に使いこなせる自信はない。具合の悪い時は、思考が混乱して、ものが決められなくなり、優柔不断になったりする。だから、そうした場合に待機であれば柔軟に対応できるから、使いやすい。

Bさん：私の場合は、いろいろなところに出掛けたり、家でゆっくり休んだりするから、四六時中一緒にいると、どうしても窮屈になる。家のことは、ひとりでもほとんどできるんだけど、突然体調を崩してできなくなったりするから、そういうときにだけ、来て

くれればいいと思う。でも、あらかじめ、いつ体調が悪くなるかは、はっきりとはわからないし、そのときに来てくれないと困る。待機であれば、そういうときに使えるから助かる。それに、いつでも連絡でいると思っただけでも、ぜんぜん、心強さが違う。

待機は、重度訪問介護のニーズと異なり、特有のものが認められる。外出して活動し、家でゆっくり休みたいBさんが、家で体調をくずした場合、重度訪問介護では、休養を妨げることや即決即断のアクティブな外出スケジュールに対応できないことが想定される。また、Aさんの場合も体調が悪化し、十分な吟味ができない即決即断をしてしまったとき、待機がカバーできる部分が大きいことがわかる。こうした場合、やはり待機を含んだ介助による地域生活支援が普遍的である。

次の質問は、体調の悪くなる時間帯に関するものである。

Q3 いつ自分が具合悪くなるかわかりますか？

Aさん：基本的に午前1時に寝るから、朝は元気がないが、昼から夜にかけて体調が悪いことは少ない。問題は、午前1時を過ぎて寝られなかった場合、午前2時、午前3時と徐々に体調が悪くなっていく。これが、1週に1度はある。こういうことがあった次の日は、身体の不調がでて、元に戻すのに3日くらいかかる。

Bさん：何となく予兆があつてわかるときと、まったく、想定外に具合が悪くなるときがある。想定外に具合が悪くなるときは、何らかのアクシデントが理由で具合が悪くなる時と、何の理由もないのに突然に具合が悪くなる時とがある。なんの理由もないのに突然具合悪く場合に備えるすべはないと思う。

Aさんは、週に一回程度、深夜に体調を崩すことがあるという。しかし、この時間帯の介護を、あらかじめ予約しておくことはむずかしい。そのため、駆けつけることができる人と連絡が取れる体制があることの意味は大きいといえる。Bさんは、Aさんと同じような経験をした際に、最終的に精神科病院に入院することになった。Bさんの入院は、決してBさんが望んだ入院ではなく、止むにやまれるものといった感じであった。ただ、Bさんも、介助者にただ連絡が取れば、そこまで辛い思いをしなくて済んだかもしれない。

4. 提言

- 一 地域生活支援・介助は、待機を含むものとする。
- 二 待機には、待機している介助者の数と待機の時間に応じた報酬を設定すること。

連 絡 先

NPO法人青森ヒューマンライトリカバリー
理事長 桐原尚之

郵便番号 030-0936

青森市大字矢田前字弥生田 1 番地 4

電話番号 080-6004-6848 (桐原)

メール recovery-info@yahooroups.jp

ウェブ <http://www.geocities.jp/humanrightsrecovery/>

総合福祉部会 第 12 回	
H23. 2. 15	参考資料 3
山本委員提出資料	

医療観察法施行 5 年後国会報告に関する緊急抗議声明

衆議院議長 横路孝弘 殿
 参議院議長 西岡武夫 殿
 法務大臣 仙谷由人 殿
 厚生労働省大臣 細川律夫 殿
 内閣府特命担当大臣 岡崎トミ子 殿

2010年11月30日

11月26日、政府は、法務省・厚生労働省より提出された心神喪失等医療観察法の5年間の施行状況に関する国会報告を了承する閣議決定を行いました。この5年間、医療観察法は、指定医療機関の設置が計画通り進まない、**対象者 17人を自殺に追い込む**など、さまざまな問題を明らかにしてきました。

少なくとも、国会報告は、このような実態を解消するための原因究明を行うべきです。しかし、今回の国会報告と称する閣議決定には、こうしたことの検証はおろか、基本的実数と、条文だけで構成されたものです。これでは、事態を放任し、自殺者を次々と出す結果を招くことに他なりません。

我々は、管民主党政権の医療観察法に向き合わない姿勢を批判するとともに、国会報告と称する閣議決定に対して、強く抗議します。

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

tel 03-5330-4170 / fax 03-3577-1680

(留守電の場合は以下携帯へ)

電話 080-1036-3685

(土日を除く 14時から17時まで)

以 上

添付資料

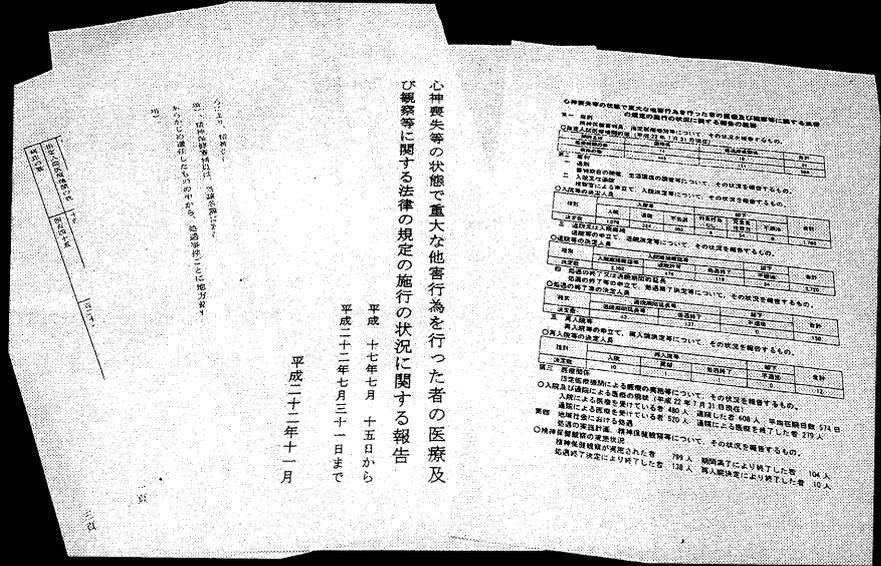
東京新聞 2011 年 1 月 22 日朝刊

施行5年 揺れる医療観察法

内省促す手法 「逆効果では」

手厚い医療が逆に、事件を起こした精神障害者を自殺に追い込んでいないか。昨年7月末までに医療観察法の処遇下にあった計1402人のうち、計17人が自殺していたことが分かった。昨年11月に国会に提出された政

府報告には自殺者の統計、原因は記されていない。同法に基づく指定医療機関の設置も遅れ、鑑定入院中の人権も問題視されている。法の見直し時期を迎え、厳しい検証が求められる。
(田原牧)



昨年11月に国会に提出された医療観察法施行開始から5年間の運用状況をまとめた政府の報告書

殺人、傷害事件などを起こし、心神喪失などで不起訴処分や無罪になった精神障害者に対し、審判を経て入院や通院を命じられる医療観察法。統計上は、精神障害者が重大な刑事事件を起こしたり、再犯する確率は健常者より少ないが、二〇〇一年に見童八人が殺害された大阪・池田小事件後の「精神障害者を野放しにするな」という世論を背景に、〇三年に与党が採決を強行した。昨年十一月下旬、同法を運用する厚生労働省、法務省は施行開始から昨年七月までの五年間の状況を国会に報告した。この報告によると、同法に基づく検察官の申立総数は千八百六十件。うち審判後の入院決定者数は千七十八人、通院決定者数は三百二十四人、入院から通院に移行した人は四百七十五人だった。報告の各項目の人数を照らし合わせると、現在の処遇が不明な数十人が浮かび、医療関係者や国会議員らの協力を得て調べると、入院中に三人、

高い自殺率「事件起こしたから」は誤り

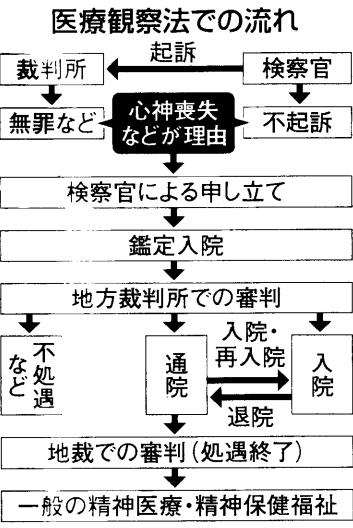
人が自殺していたことが分かった。また、入院中に二人が病死していた。入院者と通院者を合わせた処遇者総数と比較すると、自殺率は1・2%。この数字について、半世紀にわたり臨床に携わり、「日本精神科医療史」の著書もある岡田靖雄医師は「現在勤めるクリニックで約三千人の一般通院患者を診てきたが、自殺者は五人。医療観察法下の通院者は、この約十倍の割合で自殺している。尋常な数字ではない」と評価する。刑事精神鑑定の経験があり、「犯罪と司法精神医学」の著書がある中島直医師は「比較するデータが乏しく、自殺率の比較は難しい。ただ、一般入院、通院者らに比べれば、高い率という印象がある」と語る。岡田医師は推測できる原因として、医療観察法の「内省プログラム」を挙げ、「これは事件を犯した患者さんを、現場に連れて行くなどして内省を深めさせるといふ内容。しかし、多くの患者さんは病状が重かつた時期は思い出せないか、記憶から捨てて回復していく。内省プログラムはかさばたを引きはがすようなもの。自殺を誘発させかねない」と語る。中島医師は「事件を起こした人だから、自殺率は高くて当然」という見方は誤り。全治数日の傷害事件でこの法律の対象になった人も多く、逆に一般患者で重大な事件を起こした人もいる。この記事のように罪を犯した人の更生問題はよく取り上げられるが、被害者やその家族、加害者家族らの「その後」はどうか。悲しみや怒り、絶望、言葉にできないほど苦しんでいるに違いない。事件を契機に、仕事も家庭も人間関係も一変する人々を、私たちは十分に支えていると言えるだろうか。(立)

指定病院が不足 ■ 担当医コロコロ ■ 身体拘束規定なし

自殺者の存在に加え、医療観察法が抱える問題は少なくない。

その一つは指定医療機関の不足だ。同法は国の定める指定医療機関での「高度な治療」の提供を前提としてきた。当初、全国で七百二十床程度を確保するとしていたが、施設建設予定地の周辺住民の反対などで、施行五年を過ぎた昨年九月末時点で、五百九十九床と目標に達していない。

困惑した厚労省は〇八年八月に「指定医療機関の医師が支障がないと判断すれば、一般の民間病院での治療も認める」との省令を出すなど、設備条件の緩和で対応した。だが、緩和は当初の充実した設備という理念にはそぐわない。



見直し時期 「徹底検証を」



街頭で医療観察法の廃止を訴えて、チラシを配る障害者団体などのメンバーたち。昨年11月、東京・有楽町で（森彪さん提供）

鑑定入院中の隔離や身体拘束に法規定がない点も問題視されている。関西

で一昨年、鑑定入院した人は隔離室で繰り返し身が受けられない問題に加え、指定医療機関への入院と通院、その後の一般病院への入院または通院、市長の命令による「措置入院」、保護者の同意による「医療保護入院」が世界一だ。世界的には入院より地域生活での治療が主流の考えだが、日本

「地域医療の充実進まず」

障害者の多くは「野放し」ではなく、事実上、強制入院されてきた。障害者の人権に詳しい池原毅和弁護士は「医療観察法の処遇を終えた人のうち、約四分の一が再び精神保健福祉法上の入院をしている。通院者も加えれば、四分の三に上る。精神保健福祉法に医療観察法を加えた意義がどこにあるのか、理解しがたい」と指摘する。

「社会復帰を目指す」という法律の目的についても、池原弁護士は「退院後の通院も、遠方にある指定医療機関に通わねばならず、生活圏のグループホーム（専門スタッフの援助を受けつつ、自立を目指す少数者での共同生活）などに入れない例が多い。地域での生活再建という流れを妨げている」と批判する。

日本の精神科入院患者は三十二万人と人口比で世界一だ。世界的には入院より地域生活での治療が主流の考えだが、日本

では社会に受け皿がなく退院できない「社会的入院」を続ける患者数が七万人以上とされる。

当事者団体「全国『精神病』者集団」の山本真理事務局長は、「政府は『医療観察法と一般精神医療の底上げは車の両輪』としていたが、後者は依然として貧弱。新年度の厚労省予算案でも、医療観察法の二百八億円に対し、社会的入院の解消には、前年度比約十億円減の六億七千万円が計上されただけだ」と憤る。

「政府報告は数字の羅列」

昨年十二月、政府の有識者会議「障がい者制度改革推進会議」が提出した「改革推進のための第一歩」には、「医療観察法については、その廃止を含め抜本的に見直し時期を迎えて、自殺の原因究明をはじめ、徹底的な制度の検証が必要だ」と訴えている。

医療観察 17人自殺

元被告ら処遇 精神科医「高い率」
法施行から5年

殺人や傷害事件など
を起し、心神喪失な
どで不起訴処分や無罪
になった場合に適用さ
れる「医療観察法」で
入院、通院の処遇を受
けた人は二〇〇五年七

月の法施行から五年間
で千四百二人に上り、
うち十七人が自殺して
いたことが分かった。
複数の精神科臨床医は
「一般通院者らに比
べ、高い自殺率」と指

医療観察法

未遂を含む殺人や放火な
どの事件、傷害事件の容疑者や被
告が、心神喪失・耗弱を理由に不
起訴処分や無罪となった場合、検
察官の申し立てで、裁判官と精神科医が審
判を開き、入院や通院を命じることができ
るという法律。

摘。「専門的な医療」
を施すという法の趣旨
が問われそうだ。『関
連④⑤面

医療観察法は、重大
な刑事事件（未遂も含
む）を起した精神障
害者に対し、国の定め
る指定医療機関での
「社会復帰を目的とし
た手厚く専門的な医
療」の提供を定めてい
る。しかし、法案段階
から日本精神神経学会

や障害者団体から「再
犯予防をうたった拘
禁」との批判が出てい
た。
同法の付則に施行五
年後の見直しがあり、
政府は昨年十一月、施
行状況を国会報告。報
告に自殺者数は明記さ
れていないが、医療関
係者や国会議員らへの
取材で、昨年七月末ま
でに入院者三人、通院
者十四人が自殺してい
たことが分かった。

一年前に精神保健指
定医の研修会で発表さ
れた資料によると、同
法で入院中の自殺未遂
件数は既遂の約十倍と
いう指摘もあった。
全処遇者の1%を超
える自殺者数につい
て、法務省保護局の担
当者は「事件後という
特殊な状況で、一般精
神障害者の自殺とは比
較できない」と話す。
だが、精神科医療史
研究会の世話人を務め
る岡田靖雄医師は「高
い自殺率」と評した上
で、「事件当時を無理
に振り返らせる治療法
などに重大な欠陥があ
るのでは」と詳しい検
証を求めている。

資料 6

2012 年度予算によるアウトリーチ事業を弾劾する

全国「精神病」者集団

厚生労働省は2012年度予算において精神保健体制によるアウトリーチ施行事業を予算化した。

これは本人の同意がない場合、医療報酬としては請求できないという理由で、医療保険以外で多職種チームによる強制的介入を行おうというものである。望んでいないのに自宅に侵入され介入されるという重大な人権侵害が税金を使って行われようとしている。いかなる根拠でこのような人権侵害が許されるのか？ 憲法および国際人権法違反と断ずる。

しかも恐るべきことにこのチームにはピアサポーターも位置づけられており、いわば精神障害者自身を専門職による人権侵害の手先として利用する、恐るべき精神障害者の分断である。私たち精神障害者はこうした犯罪行為に加担するいわば岡引になることを拒否する。

この試行事業は世界的に精神障害者の反対の中で強行され、しかも効果も疑わしく、死亡例も有意に多いとされている、地域での強制医療法への一里塚である。

本来すべての福祉や医療を拒否して孤立して、苦痛や困難に直面している人たちに対しては（ホームレスを含む）スウェーデンスコーネで行われているような（注参照）パーソナルオンブート制度こそが求められている。これについてはすでに全国「精神病」者集団が何度も厚生労働省および関係団体にも紹介している。

スコーネのパーソナルオンブートは行政からも精神保健体制からも独立した障害者および家族団体によって運営されており、1対1のつながりを作っていく事で信頼関係を作り上げ、語り合うものであり、守秘義務があり、記録も付けないものである。もちろん精神保健体制にも行政にも個別の人について報告義務はない。こうした先進事例こそが試行事業化されるべきである。

私たち全国「精神病」者集団はこのアウトリーチ事業についてすべての都道府県が拒否すること、そしてすべての関係諸団体が拒否することを強く要請する。

注

アウトリーチ試行事業については

障害福祉保健関係主管課長会議 2011年2月22日資料以下11ページより

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kaigi_shiryoudl/20110630-01-05.pdf

スウェーデンの利用者運営のサービス 精神科の患者のためのパーソナルオンブード制度

精神科の患者のためのパーソナルオンブードあるいはパーソナルオンブズマン制度はスウェーデンの新制度である。この制度は1995年のスウェーデンの精神科改革から生まれた。この制度はこれまで誰もどう取り扱えばいいか分からなかった問題の解決として生まれた。

パーソナルオンブズマンは専門的で高度な訓練を受けた人であり、100%精神科の患者のみの代理人として活動する。パーソナルオンブズマンは精神医療、ソーシャルサービス、あるいはほかの何らかの行政当局そして患者の家族や周囲の人から完全に独立している。

パーソナルオンブズマンは利用者がオンブズマンにしてほしいと望むことだけをする。利用者は自分はどんな援助を望んでいるのかを知りそしてそれを勇気を持って告げられるようになるまで、長い時間が、時には数ヶ月かかるので、たとえ混乱と混沌の中にあつたとしてもパーソナルオンブズマンはひたすら待たなければならない。

このことは同時にパーソナルオンブズマンはクライアントと長期にわたる関係、通常数年間にわたる関係を作っていかなければならないことを意味する。これは信頼関係を作り上げそしてより本質的な事柄に触れられるようになるためには必須の条件である。パーソナルオンブズマン制度は、この点で伝統的な精神保健サービスにおいて精神科の患者が一人の担当者から別の人へと次々に引継ぎされたり、あるいは全く支援を受けられないというとは全く異なっている。

パーソナルオンブズマンはとりわけ接触がもっとも困難であり通常支援を受けることなく放置されている精神科の患者を支援することに焦点化して活動している。なぜなら誰も彼らと接触し支援するやり方を知らないからだ。すなわち対象者は重い精神障害（主に精神病）の精神科の患者そしてホームレスであるか非常に孤立して閉じこもって生活している人、すなわちコミュニケーションをとるのが困難な人あるいは行政当局に対して強い敵意を抱いている人たちということになる。それゆえにパーソナルオンブズマンは対象者が訪れるのをじっと待っているのではなくて、対象者の生活の場に行って対象者を見つけださなければならないということになる。さらには彼らと接触できるやり方を創意工夫していかなければならないということになる。

こうしたことが可能となるためにはパーソナルオンブズマンはすべての行政当局から独立している必要がある。スウェーデンでもパーソナルオンブズマンが自治体に雇用されている地域もある。しかしこうした雇用関係にあるパーソナルオンブズマンは行政当局の代理

人に対して警戒的であったり敵意を持っている精神科患者と接触することができなくなってしまい、数々の問題を引き起こしている。パーソナルオンブズマンは「二重の忠誠」を持っているといういかなる疑いももたれてはならない。原則として独立した非政府組織が好ましい。

この例として以下のスコーネの例を紹介する。

「PO・スコーネ」(スコーネパーソナルオンブズマン)

スコーネはスウェーデンの最も南の県である。住民は約 110 万人。スウェーデン第三の都市であるマルモに住民の三分の一が住んでいる。

ほとんどのスコーネのパーソナルオンブズマンは「PO・スコーネ」に雇われている。「PO・スコーネ」はユーザー組織である RSMH (スウェーデン全国社会精神保健協会) と家族組織である IFS (シゾフレニア・フェロシップ協会) とが運営している。

RSMHとIFSの地方組織のみが「PO・スコーネ」の会員資格を持つ。年次総会でこれらの地方組織代表が「PO・スコーネ」の理事を選出する。この理事会が 25 人のパーソナルオンブズマンとその管理職の雇用者となる。すなわち組織は完全に利用者の支配下にあり、パーソナルオンブズマンは利用者のガイドラインに沿って働くということになる。ガイドラインを以下にいくつか紹介する。

*パーソナルオンブズマンはほかのサービスとは違って、9時5時の月曜から金曜という通常の業務時間にのみ働くわけではない。業務時間は週7日でありそして毎日24時間である。そしてパーソナルオンブズマンはこの業務時間の中でさまざまな時間帯で働く用意がなければならない。なぜならクライアントの問題は通常の業務時間に集中しているわけではないし夜間や週末のほうが接触しやすいクライアントもいるからだ。パーソナルオンブズマンは週40時間の勤務時間で働き、クライアントの希望に応じてそのつど弾力的な勤務スケジュールを作って働く。

*パーソナルオンブズマンはいかなる形でも事務所を持たない。なぜなら「事務所は権力」だからだ。パーソナルオンブズマンは自宅から電話やインターネットを使って仕事する。そしてクライアントとは自宅あるいは街中の任意の中立的な場所で会う。

*パーソナルオンブズマンはまず「関係性モデル(?relation-model)にのっとって仕事をする。多くのクライアントが懐疑的で敵意を持っていたり、あるいはその他の理由で接触すること自体が困難なので、パーソナルオンブズマンはクライアントがいる場所に出かけ彼らを見つけなければならない。そしていくつかの段階を経なければ彼らと関係を持つにいたらない。その段階とは、1 接触する。2 コミュニケーションをとる。3 関係性を作り上げる。4 対話を始める。5 委任を受ける。これらのすべての段階を積み上げていくには長期間を要する。単に接触するだけでも数ヶ月かかる場合もある。出かけて行って公園でホームレスの精神科の患者に話しかけるという場合もあろうし、あるいは非常に強固な形で引きこもって生活している人に手紙を差し入れるだけで話しかけようとするという場合もあろう。関係性ができ、対話が始まってはじめてパーソナルオンブズマンはクライアン

トから委任を受けることができる。

*パーソナルオンブズマンはあらゆる種類の事柄についてクライアントを援助すべきである。クライアントが優先するものは通常行政当局や家族の優先するものとは一致しない。8年間の経験によればクライアントの最優先課題は住宅でも就職でもない。それは実存的な事柄（たとえば、なぜ私は生きているべきか？ なぜ自分の人生は精神科の患者の人生となってしまったのか？ いい方向に変化する望みはいくらかでもあるのか？など）そして性的な事柄あるいは家族との問題などである。パーソナルオンブズマンはこれらの事柄について解決するだけではなくてこれらのさまざまな問題についてクライアントと話しこむ時間の余裕を持たねばならない

*パーソナルオンブズマンはさまざまな行政当局に対してあるいは法廷でクライアントの権利を守るために有効に発言できる技量をもたなければならない。「PO-スコーネ」のパーソナルオンブズマンはすべてなんらかの大学の学位を持つか同等の教育を受けている。ほとんどはソーシャルワーカーとしての訓練を受けているが、弁護士の資格を持つものやほかの専門的訓練を受けているものもある。

*民族的マイノリティの精神科患者もパーソナルオンブズパーソンを使えることを保障するためにはさまざまな民族出身のパーソナルオンブズマンがいなければならない。パーソナルオンブズマンとクライアントの間に言葉の問題があっては個人的関係性を築くのは難しい。マルモは多民族のまちである。「PO-スコーネ」ではマルモに12人のパーソナルオンブズマンがいるがその中で、一人はソマリア生まれでアラブ首長国連合で育った人であり、そのほかイラン、ルーマニア、ハンガリーで生まれた人がそれぞれ一人ずついる。

*クライアントは行政当局に対して匿名でいる権利がなければならない。クライアントがパーソナルオンブズマンを使っていること自体を誰にも知られたくなければ、パーソナルオンブズマンはそれを尊重しなければならない。「PO-スコーネ」は自治体からこのサービスに関して資金を得てはいるが、パーソナルオンブズマンは自治体にクライアントの名前を告げることを拒否できるという文言のある契約を交わしている。

*パーソナルオンブズパーソンはクライアントに関するいかなる記録も保存しない。クライアントの友人と家族のために名前と、電話番号、住所そしてその他事務的な事柄を書きとめることはできる。そしてもちろんパーソナルオンブズマンがクライアントの代理として書いた行政当局への書類のコピーを保存する場合もよくある。しかしこれらすべての書類はクライアントのものである。クライアントは希望するときにはいつでもすべての書類を見ることができる。そしてパーソナルオンブズマンとクライアントの契約が終わったときにはすべての書類はクライアントに渡されるかパーソナルオンブズマンによってクライアントの立会いの下で完全に廃棄される。

「PO-スコーネ」は1995年に二人のパーソナルオンブズマンを抱えた実験的プロジェクトとして始まった。2000年には恒常的なユーザー運営のサービスとなり、現在25人のパ

パーソナルオンブズマンがフルタイムで働いている。このサービスの財政は三分の二が国庫負担そして残りの三分の一が地方自治体負担である。

さらに詳しい情報は以下のサイト（ただし今のところスウェーデン語のみ）

www.po-skane.org

マース・ジェスパーソン

maths.jesperson@comhem.se

（長野英子 仮訳）

英語原文はこちらからダウンロード

<http://nagano.dee.cc/swedensde.doc>

このレポートは第 3 回障害者権利条約特別委員会の国際障害者同盟主催の「自己決定」をテーマとしたサイドイベントではなされたレポートの一つに最後の記録の保存をしないというガイドラインを付け加えたものです。

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（第3R）

作業チーム合同関係団体等ヒアリング

—保護者の責務規定の削除・医療保護入院制度の見直しにかかる意見—

平成24年4月27日

堂本 暁子

先進国が入院に依存しない精神疾患・障害への対応システムを構築しているなかで、我が国の精神病院への入院者数は31万人（平成21年）と異常に高く、人権的な観点から国際的非難を受けています。

我が国が経済的に成熟期を迎えた現在、真の先進国として、精神障害者を含む障害者に対する人権を保障する制度を作り上げ、国際的に信頼を回復することが喫緊の課題であると考えます。厚生労働省は以前からことの重要性を認識し、社会的入院を解消し、地域移行を目指す、としながら抜本的な改革は政治的にも、行政的にも先送りされてきました。

そのために、自ら望まない、非自発的入院を強いられ、または入院の必要がなくなつてからも退院できず、10年、20年と長期にわたる病院人生を送らなければならなかった人々がいます。国策の遅れの犠牲者ともいえる人たちであり、今後こうした人たちを出し続けることは許されません。

個人の自由を拘束する非自発的入院、退院や治療は、司法の関与を義務付けるなどして、人権を保障するための適正な手続きが取られない限り、「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」として、自己決定権を保障した憲法13条や「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない」として適正手続を保障した憲法31条等、我が国の憲法にも違反しかねません。

障害者権利条約の批准にあたって、保護者の責務規定の削除と医療保護入院制度の見直しという精神保健福祉法の一部改正に留めるのではなく、医療、福祉、保健を総合的に俯瞰した法制度の構築が必要です。アメリカではケネディー大統領が精神病院の開放を実現しました。我が国でも、総理大臣が精神疾患・障害の問題を解決する筋道を立て、国家的な意志と勇気をもって改革にのぞむべき時です。それは、これまで長い間、人権を侵害され犠牲となってきた多くの精神障害者への償いの気持ちを込めての改革であります。真の改革を成し遂げた暁に、我が国は、はじめて経済、技術面だけではなく、社会的にも、文化的にも先進国として国際的に認められ、評価されるものと確信します。

今後に期待される具体的の政策課題

1) 精神科病床数の削減

平成16年の精神保健医療福祉改革ビジョンは「入院医療中心から地域生活中心へ」都の基本方針を掲げ、平成26年までに72,000床の病床削減目標を公表しました。しかし、平成23年の精神保健福祉資料(630調査)によると8800床しか減少しておらず、3年後に目標を達成することは困難な現状にあります。目標を達成するには以下の事項を着実に実施する必要があります。

- ① 精神科疾患の入院ニーズを精査
- ② 平成23年、社会保障審議会医療部会は4疾病に精神疾患が含め、5疾患となりました。これを踏まえ、都道府県は医療計画の一環として精神科病床の削減計画を立案し、実施すること
- ③ 地域移行のための財源の確保
- ④ 地域生活環境の整備
 - ・ 病院に代わる地域医療体制の構築
 - ・ 住居をはじめとする福祉サービスの充実
 - ・ 就労支援体制の整備
 - ・ 精神科病棟の医師、看護師等の職員の地域移行システムの構築

2) 非自発的入院及び退院、治療の人権的観点からの適正手続の確立

国際人権条約、障害者権利条約に照らし、人権的視点から問題となる非自発的入院、退院、隔離・拘束等行動制限等に係る手続きの適正化。その際、司法の関与などを含め、医師にすべての決定権が集中しないよう、十分に留意すること