

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.<sup>24</sup> 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](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](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を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キ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。

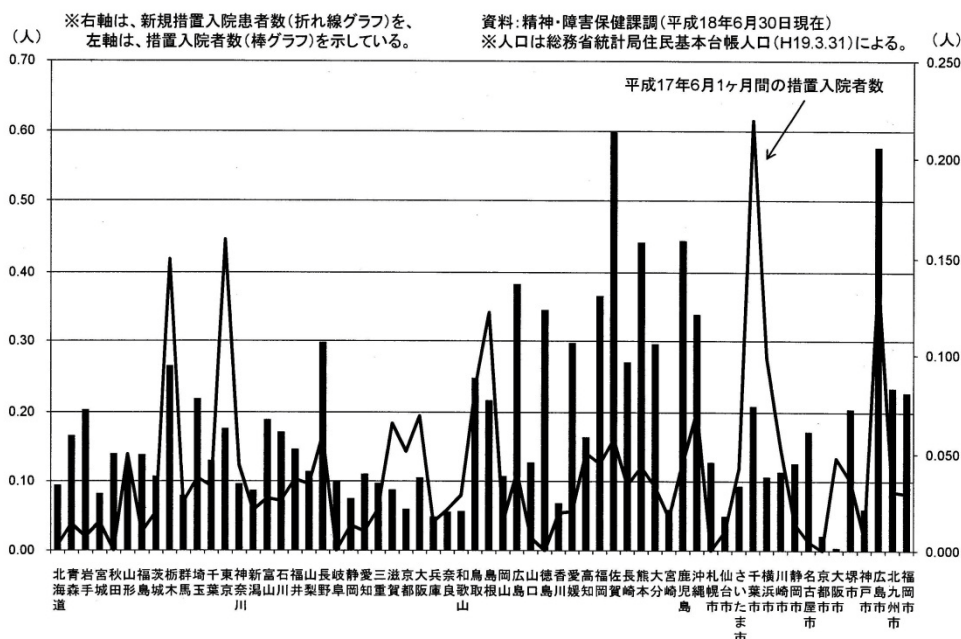
こうした体験ゆえに心疾患によって救急車に乗せられたにもかかわらず、救急車の中で身体拘束ゆえに拒否し、その後心疾患で急死した仲間も存在する。

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

くれば良いと思う。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時がある。想定外に具合が悪くなる時は、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](mailto: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

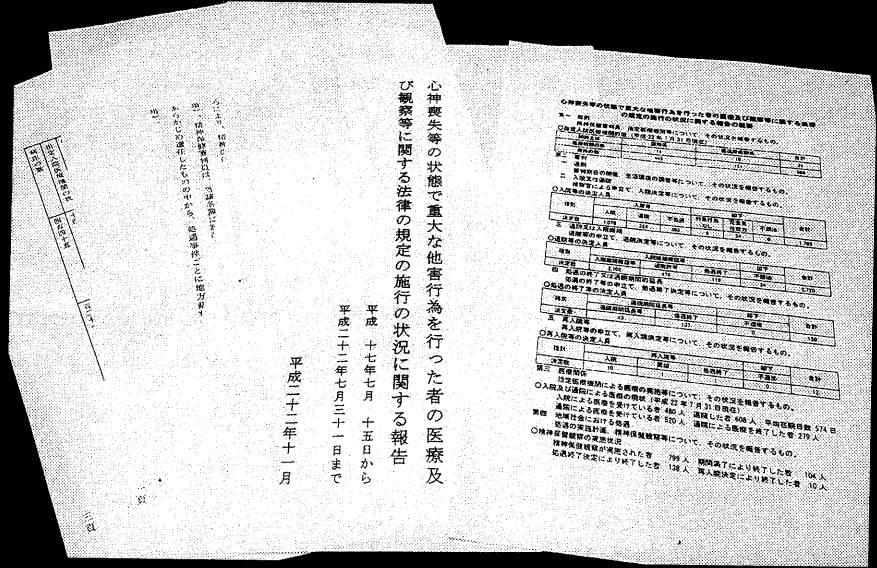
東京新聞 2011 年 1 月 22 日朝刊

# 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、一般見方は誤り。全治数日の入院、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)

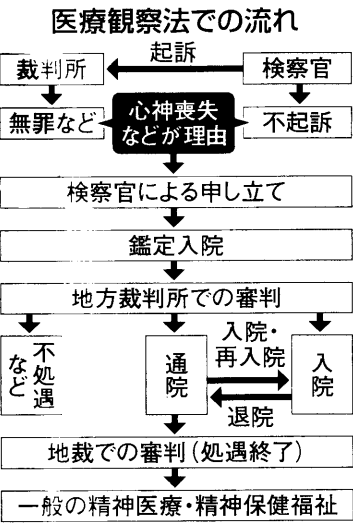


# 指定病院が不足 ■ 担当医コロコロ ■ 身体拘束規定なし

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」が認められている。重大な刑事事件を起こした精神障害者の多くは「野放し」ではなく、事実上、強制的に入院されてきた。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の導入に批判的だった。国会でも施行五年後の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。

## 地域医療の充実進まず

鑑定入院中の隔離や身体拘束された。訴えを受け、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」が認められている。重大な刑事事件を起こした精神障害者の多くは「野放し」ではなく、事実上、強制的に入院されてきた。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の導入に批判的だった。国会でも施行五年後の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。

### 「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」との文言があった。山本さんは「政府の出した施行状況の報告は、基本的な数字だけで検証を欠いている。民主党は野党時代には医療観察法の導入に批判的だった。国会でも施行五年後の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

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。

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

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。

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

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

## 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](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](http://www.po-skane.org)

マース・ジェスパーソン

[maths.jesperson@comhem.se](mailto: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。